

2021年度診療放射線技師業務実態調査

(D)MRI検査

アンケートにご協力をお願いします。

D:MRI検査

Q1. 都道府県名：プルダウンメニューから選択してください。

回答

Q2. A1：病院 施設概要に記入された方の情報をご記入ください。
この情報を基に施設各部門のデータを紐付けしますので、
お間違えの無いようお願いいたします。

A1 病院 施設概要 に記入された勤務先施設名

回答

A1 病院 施設概要 に記入された記入代表者氏名

回答

A1 病院 施設概要 に記入された記入代表者会員番号（半角数字）

回答

Q3. D：MRI検査に記入していただく方の情報をご記入ください。

記入代表者氏名

回答

記入代表者会員番号（半角数字）

回答

Q4. 記入協力者についてお答えください。20名まで記入可能です。会員番号を記入してください。（半角数字）

回答

Q5. 装置1台当たりの技師配置人数について記入してください。

MRI検査担当

回答

名

Q6. 時間外時間 ※時間外（超過勤務時間）：スタッフの技師1名の1ヶ月当りの平均時間外（超過勤務時間）数を選択してください。

- a. 0-2時間
- b. 3-5時間
- c. 6-10時間
- d. 11-15時間
- e. 16-20時間
- f. 21-25時間
- g. 26-30時間
- h. 30時間以上

MRI検査

| |
|----|
| 回答 |
|----|

MR I 検査についてお伺いします。（診療放射線技師が実施）
2020（令和2）11月の1カ月間のデータでご回答ください。

Q7. 静磁場強度毎の装置台数・件数についてお答えください。ない場合は、"0"を入力してください。

| | | |
|-----------------------|----|---|
| 3.0テスラ以上（台数） | 回答 | 台 |
| 3.0テスラ以上（件数） | 回答 | 件 |
| 1.5テスラ以上～3.0テスラ未満（台数） | 回答 | 台 |
| 1.5テスラ以上～3.0テスラ未満（件数） | 回答 | 件 |
| 1.0テスラ以上～1.5テスラ未満（台数） | 回答 | 台 |
| 1.0テスラ以上～1.5テスラ未満（件数） | 回答 | 件 |
| 1.0テスラ未満（台数） | 回答 | 台 |
| 1.0テスラ未満（件数） | 回答 | 件 |

MRI検査の“2020（令和2）年11月”1か月間の検査件数についてお伺います。

Q8. 撮影部位（頭部・頸部・胸部・腹部・MRCP・骨盤・椎体・上肢・下肢・心臓・乳房・全身）について、全件数および動脈の撮影を主体とした件数をお答えください。
 ない場合は"0"を記入してください。

| | | |
|-----------|----|---|
| 頭部（全件数） | 回答 | 件 |
| 頭部（血管） | 回答 | 件 |
| 頸部（全件数） | 回答 | 件 |
| 頸部（血管） | 回答 | 件 |
| 胸部（全件数） | 回答 | 件 |
| 胸部（血管） | 回答 | 件 |
| 腹部（全件数） | 回答 | 件 |
| 腹部（血管） | 回答 | 件 |
| MRCP（全件数） | 回答 | 件 |
| 骨盤（全件数） | 回答 | 件 |
| 骨盤（血管） | 回答 | 件 |
| 椎体（全件数） | 回答 | 件 |
| 椎体（血管） | 回答 | 件 |
| 上肢（全件数） | 回答 | 件 |
| 上肢（血管） | 回答 | 件 |
| 下肢（全件数） | 回答 | 件 |
| 下肢（血管） | 回答 | 件 |
| 心臓（全件数） | 回答 | 件 |
| 心臓（血管） | 回答 | 件 |
| 乳房（全件数） | 回答 | 件 |
| 全身（全件数） | 回答 | 件 |
| 全身（血管） | 回答 | 件 |

Q9. 装置の日常点検実施状況についてお答えください。

- a. している
- b. していない

MRI装置

Q10. 装置の日常点検の所要時間（分）についてお答えください。

※Q9でしているを選択した場合のみお答えください。

- a. 5
- g. 35
- b. 10
- h. 40
- c. 15
- i. 45
- d. 20
- j. 50
- e. 25
- k. 55
- f. 30
- l. 60分以上

MRI装置

Q11. 装置の日常点検の実施時間帯についてお答えください。

※Q9でしているを選択した場合のみお答えください。

- a. 時間内
- b. 時間外

MRI装置

Q12. 装置の定期点検実施状況についてお答えください。

(* 定期点検：施設側で週・月単位で実施する自主点検のこと。)

(している・していない) から選択してください。

- a. している
- b. していない

MRI装置

Q13. 装置の保守点検実施状況についてお答えください。

(* 保守点検：メーカーと契約された点検のこと。)

(している・していない) から選択してください。

- a. している
- b. していない

MRI装置

MRI検査業務に於ける「実施職種の組み合わせ」について選択してください

Q14. MRI検査の問診・事前説明：対応職種の選択（複数選択可）

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q15. MRI検査室誘導時の患者確認対応職種の選択：対応職種の選択（複数選択可）

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q16. MRI検査前の既往歴・体内金属の確認：対応職種の選択（複数選択可）

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q17. 患者ポジショニングの設定：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q18. MRI装置の操作・撮像：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q19. MRI検査シーケンスの決定：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q20. MRI画像の確認：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q21. MRI画像の再構成作業：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q22. 造影検査の準備：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q23. 造影剤使用同意書の確認：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q24. 造影注射時の患者確認と説明：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q25. 造影剤副作用の説明：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q26. 造影ライン留置補助：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q27. 造影検査の撮影タイミングの設定：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q28. 造影ラインの抜去と止血：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q29. 造影剤の管理：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q30. MRI検査マニュアルの作成：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q31. MRI検査におけるスタッフ教育：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

Q32. MRI検査の予約管理：対応職種の選択（複数選択可）

回答

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師
- d. 臨床検査技師
- e. その他

医療機器の安全管理についてお伺いします。

Q33. MRI 装置の安全管理責任者はどなたですか。

回答

(その他)

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 臨床工学士
- d. その他

MRI 検査室特有の事故の経験（怪我や装置破損等）についてお伺いします。

Q34. 吸着事例について該当する項目を選択してください。（複数選択可）

回答

- a. 酸素ボンベ
- b. 点滴スタンド
- c. 医療機器（点滴スタンド、酸素ボンベ以外）
- d. 小物（文具、ヘアピン等）
- e. 医療器具（ハサミ、ペアン等）
- f. 担送（車椅子、ストレッチャー等）
- g. 清掃用具（モップ、ワックス器具等）
- h. 什器（ベッド、椅子等）
- i. 電化製品（ACアダプタ、PHS棟）
- j. 歩行補助機器等（義足、歩行器等）
- k. 健康器具（パワーアンクル）
- l. 不明（吸着物が特定できない）

Q35. 怪我・故障・破損事例について該当する項目を選択してください。（複数選択可）

回答

- a. ガントリーおよびガントリーカバーの破損
- b. 補聴器の破損
- c. 腕時計の故障、破損
- d. コイルの破損等
- e. クエンチ発生
- f. 熱傷等
- g. 磁気カードが使用不能
- h. 携帯電話の故障、破損

アンケートにご協力いただきありがとうございました。

【他 アンケート項目】

- ・ (A1)病院 施設概要
- ・ (A2)健診・検診施設 概要(車載含)
- ・ (B1)X線単純撮影・X線透視撮影
- ・ (B2)血管造影検査
- ・ (C)CT検査
- ・ (E)核医学 (RI)
- ・ (F)放射線治療
- ・ (G)超音波検査

調査委員会