

2021年度診療放射線技師業務実態調査

(G)超音波

アンケートにご協力をお願いします。

G:超音波

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にお願いいたします。

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. G：超音波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. 超音波検査室の所属はどこですか。（複数選択可）

回答
(その他)

- a. 放射線科または放射線技術関連部門
- b. 臨床検査科
- c. 超音波検査部門は独立している
- d. 検診・健診部門
- e. 超音波検査室はない
- f. その他の職種名

Q6. 超音波検査室に所属している技師の職種、比率についてお答えください。

回答

- a. 診療放射線技師のみ
- b. 診療放射線技師 > 臨床検査技師
- c. 診療放射線技師 = 臨床検査技師
- d. 診療放射線技師 < 臨床検査技師
- e. 臨床検査技師のみ

以下（Q7～Q9）は超音波検査室に診療放射線技師が所属している場合のみお答えください

Q7. 超音波検査担当技師（臨床検査技師も含む）は何名ですか。

（常勤，非常勤，嘱託等含む）/1日

回答

 名

Q8. 超音波検査担当技師の男女の割合をお答えください。

回答

- a. 女性のみ
- b. 女性 > 男性
- c. 女性 = 男性
- d. 女性 < 男性
- e. 男性のみ

Q9. 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

超音波検査

回答

“2020（令和2）年11月”1か月間の検査患者についてお伺いします。

Q10. 2020（令和2）年11月”1か月間の患者件数についてお答えください。

超音波検査

回答	件
----	---

Q11. 超音波装置台数についてお答えください。

超音波画像診断装置（診療放射線技師が実施）

回答	台
----	---

Q12. 病院が保有している全ての超音波診断装置（検査用、外来用、手術室設置等）のの台数をお答えください。

超音波診断装置（検査用、外来用、手術室設置等）

回答	台
----	---

Q13. 施行している検査領域をお答えください。（複数選択可）

- a. 循環器領域（心エコー）
- b. 腹部領域（消化器、消化管、婦人科、泌尿器）
- c. 表在領域（乳腺、甲状腺、皮下腫瘍、運動器、神経）
- d. 血管領域（頸部血管、腎動脈、上下肢動静脈）
- e. 産科領域（胎児）
- f. その他

回答
（その他）

Q14. 施行している検査領域の2020（令和2）年11月”1か月の検査件数をお答えください。

※Q13で選択した項目についてお答えください。

循環器領域（心エコー）	回答
腹部領域（消化器、消化管、婦人科、泌尿器）	回答
表在領域（乳腺、甲状腺、皮下腫瘍、運動器、神経）	回答
血管領域（頸部血管、腎動脈、上下肢動静脈）	回答
産科領域（胎児）	回答
その他	回答

Q15. 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

超音波画像診断装置（診療放射線技師が実施）

回答

Q16. 装置の日常点検の所要時間（分）についてお答えください。

※Q15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 |

超音波画像診断装置（診療放射線技師が実施）

回答

Q17. 装置の日常点検の実施時間帯についてお答えください。

※Q15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

超音波画像診断装置（診療放射線技師が実施）

回答

Q18. 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。）

- a. している
b. していない

超音波画像診断装置（診療放射線技師が実施）

回答

Q19. 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。）

- a. している
b. していない

超音波画像診断装置（診療放射線技師が実施）

回答

医療機器の安全管理についてお伺いします。

Q20. 放射線部内の超音波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

Q21. 超音波造影検査(肝臓・乳腺)を施行していますか。

回答

- a. はい
- b. いいえ

Q22. 造影ラインの抜針と止血はどなたが行っていますか。(複数選択可)

回答

※Q21で”はい”を選択した場合のみお答えください。

- a. 診療放射線技師
- b. 医師
- c. 看護師

Q23. 検査報告書作成者はどなたですか。

回答
(その他)

- a. 技師1名で作成する
- b. 技師のダブルチェックで作成する
- c. 技師が一次読影、医師が2次読影する
- d. 医師が作成する
- e. 報告書は作成していない
- f. その他

Q24. 検査報告書の署名はどなたですか。

回答
(その他)

- a. 技師の署名のみ(ダブルチェックも含む)
- b. 技師と医師の署名
- c. 医師のみの署名
- d. 署名なし
- e. その他

Q25. 診療放射線技師の認定資格者は在籍していますか。(複数選択可)

回答
(その他)

- a. 日本超音波医学会 認定 超音波検査士
- b. 血管診療技師認定機構 認定 血管診療技師
- c. 脳神経超音波医学会 認定 脳神経超音波検査士
- d. 乳癌学会精度管理中央機構 認定 乳房超音波
- e. リウマチ学会 登録 ソノグラファー
- f. いない
- g. その他

Q26. 手当がついている認定資格はありますか。(複数選択可)

回答
(その他)

- a. 日本超音波医学会 認定 超音波検査士
- b. 血管診療技師認定機構 認定 血管診療技師
- c. 脳神経超音波医学会 認定 脳神経超音波検査士
- d. 乳癌学会精度管理中央機構 認定 乳房超音波
- e. リウマチ学会 登録 ソノグラファー
- f. なし
- g. その他

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
- ・ (D)MRI検査
- ・ (E)核医学 (RI)
- ・ (F)放射線治療

調査委員会