

神奈川県におけるCT検査の線量調査

ご施設名 ()

担当者氏名 ()

E-mail 又は電話番号 ()

*データの整合性を確認するためのものです。ご施設名、担当者氏名を公表することはありません。

本邦におきまして診断参考レベル(DRL2016)が公表されましたが、(公)神奈川県放射線技師会では神奈川県における医療被ばくの現状を把握するとともに、最適化因子などを検証するため、線量調査事業を立ち上げております。貴施設のCT検査の線量について調査させていただき、その結果を貴施設にフィードバックいたしますので、大変お忙しい中恐縮ですが、ご協力いただければ幸いです。

なお、本調査の結果について、学術資料として学会、論文などで発表を予定しておりますが、ご施設名や担当者氏名を公表することはありません。

以下の設問について、ご回答ください。

A) 貴施設の医療機関について、最も該当する番号に 一つだけ ○を付けてください

1. 病院 2. 診療所（クリニック） 3. 大学病院 4. 検診施設
5. その他 ()

B) 問Aの施設内で使用されているメインのCT装置について、以下の項目をご記入ください

(複数装置を所有しているご施設は、メイン装置2台分の記入をお願いいたします)

・装置社名 : ① _____ ② _____

・機種名 : ① _____ ② _____

・列数 : ① _____ 列 ② _____ 列

・設置年月日 : ① _____ 年 月 日 ② _____ 年 月 日

・ソフトウェア : ① ver. _____ ② ver. _____

・逐次近似(応用)再構成の実装 : ① 有 (名称: _____) • 無

② 有 (名称: _____) • 無

・CT 自動露出機構(CT-AEC)を用いたスキャンにおきまして、CTDI_{vol}はそのスキャンにおける平均値を表示しますが、装置メーカーやソフトウェアのver.によって最大値を表示する場合があります。貴施設のCT装置がどちらの表示値かをメーカー等にご確認いただきご回答ください。

CTDI_{vol}の表示値 : 装置 ① 平均値 • 最大値 装置 ② 平均値 • 最大値

C) 撮影業務は、主に誰が行っていますか? 番号に○を付けてください。

1. 診療放射線技師 2. 医師

D) 撮影条件の設定は、主に誰が行っていますか？ 番号に○を付けてください。

1. 診療放射線技師 2. 医師 3. 医学物理士
4. メーカー（推奨条件） 5. その他（ ）

E) 逐次近似(応用)再構成の使用状況について

逐次近似(応用)再構成が実装されている装置の使用状況および目的について、該当するもの全てに○、強度についてはご記入ください。実施していない検査部位は **無記入** をお願いします。

| 成人 検査部位 | 逐次近似(応用)再構成の使用の有無・強度 | | 主な使用目的 |
|------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| | 装置 ① | 装置 ② | |
| 頭部 | 有 ・ 無 (強度:) | 有 ・ 無 (強度:) | 1. 被ばく低減 2. 画質向上 3. その他 () |
| 胸部 | 有 ・ 無 (強度:) | 有 ・ 無 (強度:) | 1. 被ばく低減 2. 画質向上 3. その他 () |
| 検診胸部 | 有 ・ 無 (強度:) | 有 ・ 無 (強度:) | 1. 被ばく低減 2. 画質向上 3. その他 () |
| 腹部～骨盤 | 有 ・ 無 (強度:) | 有 ・ 無 (強度:) | 1. 被ばく低減 2. 画質向上 3. その他 () |
| 胸部～骨盤 | 有 ・ 無 (強度:) | 有 ・ 無 (強度:) | 1. 被ばく低減 2. 画質向上 3. その他 () |
| 肝ダイナミック | 有 ・ 無 (強度:) | 有 ・ 無 (強度:) | 1. 被ばく低減 2. 画質向上 3. その他 () |
| 心臓 | 有 ・ 無 (強度:) | 有 ・ 無 (強度:) | 1. 被ばく低減 2. 画質向上 3. その他 () |

F) 肝臓ダイナミック撮影について

・肝臓ダイナミック撮影のCT検査を行っていますか？番号に○を付けてください。

1. はい 2. いいえ

・はいと答えた方は、以下の質問についてご回答ください。

(ア) 該当する番号に○を付けてください。

1. 自施設で作成した専用プロトコルを使用している。
2. メーカー推奨条件をそのまま使用している。

(イ) 肝臓ダイナミックのルーチン撮影において、各時相の撮影している時相、部位に
 チェック をご記入ください。撮影していない時相、部位はチェック無し
 をお願いします。

(例えば、門脈相で肝臓から骨盤まで撮影している場合、肝臓と骨盤の2箇所にチェックを入れてください)

| 撮影時相/撮影部位 | 肝臓（上腹部） | 骨盤 | 胸部 |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 単純 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 早期動脈相 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 後期動脈相 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 門脈相 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 平衡相 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

G) 小児（ここでは0～5歳を対象とします）の頭部CT撮影プロトコルについて

・小児の頭部CT検査を行っていますか？番号に○を付けてください。

1. はい 2. いいえ

・はいと答えた方は、以下の質問についてご回答ください。

(ア) 該当する番号に○を付けてください。

1. 自施設で作成した小児専用プロトコルを使用している。
2. メーカー推奨条件をそのまま使用している。
3. 成人用の撮影プロトコルを小児にも使用している。

(イ) 貴施設における1ヶ月間の平均的な小児頭部CTの検査件数をご記入ください。

_____ 件 / 月

H) 貴施設の線量評価と最適化の検討について

・線量と画質および診断能の検討は主に誰が行っていますか？最も該当する番号に一つ〇を付けてください。

1. 診療放射線技師 2. 医師 3. 医学物理士
 4. 医師・技師が共同して行っている 5. 特に検討していない
 6. その他 ()

I) 成人および小児の検査別線量の記入について

貴施設で行われている成人のCT検査について、装置表示値のCTDI_{vol}およびDLPなどを同封した別紙に **各10例ずつ** ご記入ください。ただし、頻度の少ない検査は数例でも構いません。

また、複数のCT装置を所有しているご施設は、前出の設問で記載されたメインのCT装置2台分をそれぞれ装置①用シートと装置②用シートに分けてご記入ください。装置②用シートは同封の別紙をコピー、または神奈川放射線技師会のホームページ (kart21.jp) よりダウンロードも可能です。
 お手数ですがよろしく願いいたします。

※ 記載時の注意事項

- ・成人は体重 **50~60kg** (冠動脈は **50~70kg**) の方の線量条件をご記入ください。
- ・小児頭部は **スキャン方式、年齢、体重** もご記入ください。
- ・検査を実施していない項目、当てはまらない項目は **未記入** をお願いします。
- ・別紙の記入用紙は、神奈川放射線技師会のホームページ (kart21.jp) よりワードバージョンとエクセルバージョンでダウンロードできるように用意しております。使いやすい方法でご回答、ご返信ください。

線量調査は以上になります。大変お忙しい中、ご協力ありがとうございました。

お手数ですが、施設調査票と別紙シートを同封しました封筒に入れ、神奈川放射線技師会までご返送、またはメール (kart_office@kart21.jp) にてご返信ください。

少しお時間をいただきますが、自施設の線量が確認できる形で結果を送付いたします。他の施設の方にはご施設名や担当者氏名がわからないようにいたします。

※ご不明な点等のお問い合わせは、神奈川放射線技師会事務局へFAXまたはメールにてご連絡ください。

FAX : 045 - 681 - 7578

メールアドレス : kart_office@kart21.jp