**様式 7-2 施設の体制 - 臨床研修施設情報**

詳しくは「医学物理教育コース認定基準」をご覧ください。また、様式7記入要領も参照してください。必要に応じて、他の資料も提出願う場合がありますので、あらかじめご了承ください。臨床研修に該当する部門だけを記載してください。

**〔I〕臨床研修施設について**

|  |  |
| --- | --- |
| I-1 | 臨床研修を行う施設 |
| 施設名： |
| 住所：  |
| I-2 | 施設における医学物理部門或いは医学物理室の位置づけ |
| 1. 病院内の医学物理士が常勤する居室（施設の図面を添付し、医学物理士の常勤する居室部分にマークしてください。）
 | 有（　　　m2）無 |
| 1. 医学物理業務を行うための独立した医学物理部門或いは医学物理室（施設内での医学物理部門の位置づけを示す資料を添付してください。）
 | 有　　　無 |
| I-3 | 医学物理士が利用可能なカンファレンス室 | 有　　　無 |
| I-4 | 病床数  |
| 1. 病院全体の病床数
 | 床 |
| 1. 臨床研修に関連する分野の放射線診療に関わる病床数（混合病棟等の場合は使用平均数）
 | 床 |
| I-5 | 貴施設は、日本医学放射線学会から（新制度での）専門医総合修練機関或いは専門医修練機関として認定されていますか？（○印で囲んでください）専門医総合修練機関：　1. いいえ　 2. はい　（認定番号： 　　　　　）専門医修練機関　　： 1. いいえ　 2. はい　（承認番号：　　　　　　　）認定されている部門： 放射線治療学　 放射線診断学　 核医学 |
| I-6 | 貴施設は、日本放射線腫瘍学会の認定施設制度で認定を受けていますか？（○印で囲んでください）　認定機関：　1. いいえ　 2. はい　（認定番号： 　　　　）認定区分： A　　B　　C　　S・小児　　S・粒子線　 |

**〔II〕貴施設の構成スタッフについて**

以下のII-1からII-5の職種において兼務を行っている場合には、主たる業務を行っている職種に記載してください。重複しての記載はできません。

II-1 放射線診療を担当する医学物理士

　2024年9月末時点での放射線診療を担当する医学物理士について、常勤・非常勤にわけてお答えください (詳細は記入要領を参照) 。

　**臨床研修責任者**の氏名に下線を引いてください。受け入れ施設で臨床業務に携わっていること、臨床経験があることを証明できるように在職証明書（様式7-A）または職務経歴書（様式7-B）を提出して下さい。臨床研修責任者は、「様式7-1 医学物理教育コース情報」の「１．担当者情報」”c) 臨床研修責任者”と同じ必要があります。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 分野1) | 氏　　名 | 医学物理士認定年（西暦） | 登録番号 | 主な業務内容2) | 専従（1: 専従、2: 専従ではない）3) |
| 常　勤 |  | 1.  |  |  |  |  |
|  | 2.  |  |  |  |  |
|  | 3.  |  |  |  |  |
|  | 4.  |  |  |  |  |
|  | 5.  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  | 1.  |  |  |  |  |
|  | 2.  |  |  |  |  |
|  | 3.  |  |  |  |  |

1)治療 (放射線治療分野)、診断 (放射線診断分野)、核医学 (核医学分野)から記載してください。

2)放射線治療分野は記号で記載（様式7記入要領を参照）、放射線診断分野、核医学分野は業務内容を記述してください。

3)専従の医学物理士は在職証明書（様式7-A）を提出してください。

II-2放射線診療を担当する医師

　2024年9月末時点での放射線診療を担当する医師について、常勤・非常勤にわけてお答えください(詳細は記入要領を参照) 。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 分野1) | 氏　　名 | 医師免許取得年（西暦） | 日医放会員(○印) | JASTRO会員(○印) | 認定専門医2) | 専従（1: 専従、2: 専従ではない） |
| 常　勤 |  | 1.  |  |  |  |  |  |
|  | 2.  |  |  |  |  |  |
|  | 3.  |  |  |  |  |  |
|  | 4.  |  |  |  |  |  |
|  | 5.  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 |  | 1.  |  |  |  |  |  |
|  | 2.  |  |  |  |  |  |
|  | 3.  |  |  |  |  |  |

1)治療 (放射線治療分野)、診断 (放射線診断分野)、核医学 (核医学分野)から記載してください。

2)専門分野に関して、認定されている専門医を記載してください。

II-3放射線診療を担当する診療放射線技師

2024年9月末時点での放射線診療を担当する診療放射線技師について、常勤・非常勤にわけてお答えください (詳細は記入要領を参照) 。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 分野1) | 氏　　名 | 診療放射線技師免許取得年（西暦） | 認定資格および認定年（西暦）2) | 専従（1: 専従、2: 専従ではない） |
| 常勤 |  | 1.  |  |  |  |
|  | 2.  |  |  |  |
|  | 3.  |  |  |  |
|  | 4.  |  |  |  |
|  | 5.  |  |  |  |
| 非常勤 |  | 1.  |  |  |  |
|  | 2.  |  |  |  |
|  | 3.  |  |  |  |

1)治療 (放射線治療分野)、診断 (放射線診断分野)、核医学 (核医学分野)から記載してください。

2)専門分野に関して、認定されている専門技師の資格があれば記載してください。

II-4 線量測定或いは線量分布計算・治療器具等の工作担当者

2024年9月末時点での線量測定或いは線量分布計算・治療器具等の工作担当者について、常勤・非常勤にわけてお答えください (詳細は記入要領を参照) 。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏 名 | 線量測定或いは線量分布計算(○印) | 左の治療専任度(0.1～1.0) | 治療器具等の工作 (○印) | 左の治療専任度(0.1～1.0) | 他施設での治療専任度(0.1～1.0) |
| 常　勤 | 1.  |  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |  |
| 3.  |  |  |  |  |  |
| 非常勤 | 1.  |  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |  |

II-5 放射線治療品質管理士

2024年9月末時点での放射線治療品質管理士について、常勤・非常勤にわけてお答えください (詳細は記入要領を参照) 。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 放射線治療品質管理士認定年（西暦） | 放射線治療品質管理士登録番号 | 専従（1: 専従、2: 専従ではない） |
| 常勤 | 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |
| 3.  |  |  |  |
| 非常勤 | 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |

**〔III〕貴施設にて行われた診療について**

2023年1月1日から12月31日（2023年4月1日から2024年3月31日でも可）の間に開始されたものについてお答えください。詳細は、記入要領をご参照ください。

A 放射線治療部門

III-1 放射線治療全般

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 放射線治療部門の新規患者数（新患実人数）

 貴部門で初めて放射線治療を受けた患者さんの新規患者数 （相談のみ等、実際に照射を行わなかったものは除く） | 人 |
| 1. 放射線治療患者実人数（新患＋再患）

 貴部門で放射線治療を実施した実人数 | 人 |

III-2外部照射治療

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 外部照射治療を行った新規患者数（新患実人数）
 | 人 |
| 1. 外部照射治療を行った患者実人数（新患＋再患）
 | 人 |
| 1. 1)のうち粒子線治療を行った新規患者数（新患実人数）
 | 人 |
| 1. 2)のうち粒子線治療を行った患者実人数（新患＋再患）
 | 人 |

III-3 小線源治療（腔内照射, 組織内照射, モールド治療, 翼状片治療等）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 貴部門で、線量率に関係なく腔内照射を実施した実人数（新患＋再患）
 | 人 |
| 1. 貴部門で、線量率に関係なく腔内照射を実施した延べ件数
 | 件 |
| 1. 貴部門で、線量率に関係なく組織内照射を実施した実人数（新患＋再患）
 | 人 |
| 1. 貴部門で、線量率に関係なく組織内照射を実施した延べ件数
 | 件 |
| 1. ストロンチウム-90による翼状片治療を実施した実人数（新患＋再患）
 | 人 |
| 1. 貴部門で、線量率に関係なくモールド治療、管腔内照射などの上記照射以外を開始した実人数（新患＋再患）
 | 人 |
| 1. 貴部門で、前立腺ヨード治療を実施した実人数（新患＋再患）

（上記3）のなかで前立腺ヨード治療を受けた人のみを含む） | 人 |
| 1. 貴部門で、甲状腺ヨード治療を実施した実人数（新患＋再患）

放射線治療部門で実施した甲状腺癌のみを対象 | 人 |
| 1. ストロンチウム内用療法を実施した実人数（新患＋再患）

放射線治療部門で実施した患者のみ（他部門を除く）を対象 | 人 |
| 1. ゼヴァリン内用療法を実施した実人数（新患＋再患）

放射線治療部門で実施した患者のみ（他部門を除く）を対象 | 人 |

III-4特殊な放射線治療（III-2, III-3の内数）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 全身照射を実施した実人数（新患＋再患）

そのうちミニ移植（4 Gy以下）を実施した実人数（新患＋再患） | 人人 |
| 1. 術中照射を実施した実人数（新患＋再患）

そのうち術中体外骨照射を実施した実人数（新患＋再患） | 人人 |
| 1. 定位（脳）照射を実施した実人数（新患＋再患）
 | 人 |
| 1. 定位（体幹部）照射を実施した実人数（新患＋再患）
2. 4)のうち肺病変を照射した実人数（新患＋再患）
3. 4)のうちその他の病変の照射実人数（新患＋再患）
4. 体幹部定位照射の施設基準を満たし、地方社会保険事務局に届け出ていますか。いずれか○をしてください。
 | 人人人1. いいえ2. は い  |
| 1. IMRT照射を実施した実人数（新患＋再患）
2. 5)のうち頭頸部を照射した実人数（新患＋再患）
3. 5)のうち前立腺を照射した実人数（新患＋再患）
4. 5)のうち中枢神経を照射した実人数（新患＋再患）
5. 5)のうちその他の部位を照射した実人数（新患＋再患）
6. 強度変調放射線治療の施設基準を満たし、地方社会保険事務局に届け出ていますか。いずれか○をしてください。
 | 人人人人人1. いいえ2. は い  |
| 1. 画像誘導放射線治療を実施した実人数（新患＋再患）
 | 人 |
| 1. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 | 人 |

III-5 2023年の放射線治療部門の原発巣別新規患者数（新患実人数)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) 脳・脊髄 | 例 |  | 8) 婦人科 | 例 |
| 2) 頭頸部(甲状腺を含む) | 例 | 9) 泌尿器系（うち前立腺） | 例（ 例） |
| 3) 食道 | 例 | 10) 造血器リンパ系 | 例 |
| 4) 肺・気管・縦隔（うち肺） | 例（ 例） | 11) 皮膚・骨・軟部 | 例 |
| 5) 乳腺 | 例 | 12) その他(悪性) | 例 |
| 6) 肝・胆・膵 | 例 | 13) 良性 | 例 |
| 7) 胃・小腸・結腸・直腸 | 例 | 14) 15歳以下の小児例 | 例 |

\* III-1 1)新規患者数は、本項目の1)～13)までの合計数と同じになります。項目14)の小児例は1)～13)の症例と重複します。

III-6 診療報酬に関する件数

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 治療計画請求件数　　　　　　　　　　　　　　　　　　①単純

（放射線治療管理料）　　　　　　　　　　　　　　　 　②中間③複雑④IMRT | 件件件件 |
| 1. 放射線治療専任加算件数
 | 件 |
| 1. 医療機器安全管理料2の件数
 | 件 |

B 放射線診断部門

2023年1月1日から12月31日（2023年4月1日から2024年3月31日でも可）の間に実施されたものについてお答えください。

III-1 画像診断

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査法 | 検査内容 | 件数 |
| X線単純撮影 | X線乳房撮影を除く | 件 |
| X線乳房撮影 | 件 |
| X線造影撮影 | 消化管検査 | 件 |
| 消化管・血管を除く | 件 |
| 超音波検査 | 心臓 | 件 |
| 腹部、乳腺、甲状腺 | 件 |
| 泌尿生殖器、その他 | 件 |
| CT |  | 件 |
| MRI |  | 件 |
| 血管造影 | 診断目的 | 件 |
| その他 |  | 件 |

III-2 IVR

|  |  |
| --- | --- |
| 分　類 | 件数 |
| 血管系 | 冠動脈 | 件 |
| 冠動脈以外 | 件 |
| 非血管系 |  | 件 |

III-3 その他の診断

(自由記載)

C 核医学部門

2023年1月1日から12月31日（2023年4月1日から2024年3月31日でも可）の間に実施されたものについてお答えください。

III-1 診療件数

|  |  |
| --- | --- |
| 検査および治療項目 | 件数 |
| シンチグラフィ検査 | 1．中枢神経 | 件 |
| 2．循環器 | 件 |
| 3．呼吸器 | 件 |
| 4．内分泌器 | 件 |
| 5．消化器 | 件 |
| 6．骨・関節・軟部 | 件 |
| 7．尿路・生殖器 | 件 |
| 8．腫瘍・炎症 | 件 |
| 9．その他 | 件 |
| ＰＥＴ検査 | 1．FDG | 件 |
| 2．FDG以外 | 件 |
| 非密封ＲＩによる治療 | 甲状腺 | 件 |
| その他 | 件 |

III-2 その他の診療

(自由記載)

**〔IV〕貴施設の装置類について**

A 放射線治療部門

2024年9月30日現在で貴施設が所有する装置についてお答えください。

IV-1 所有する治療装置の情報

1. 外部照射装置

1) リニアック

|  |  |
| --- | --- |
| リニアックの台数 | 台 |
| 内 Dual energy以上の機能を有するリニアック台数 | 台 |
| 内MLC width < 1.0 cmを有するリニアック台数 | 台 |
| 内IMRT機能を有するリニアック台数 | 台 |
| 内Cone beam CT或いは同室CTを有するリニアック台数 | 台 |
| 内X線透視画像による位置照合システム台数 | 台 |
| 内その他の位置照合システム台数 | 台 |

上で記載したリニアックの情報を以下にご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 | 製造業者 | Energy (X 線) | Energy (電子線) | 台数 |
|  |  |  |  | 台 |
|  |  |  |  | 台 |
|  |  |  |  | 台 |
|  |  |  |  | 台 |
|  |  |  |  | 台 |

2) 上記 1) 以外の外部照射装置（粒子線治療装置を除く）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 装置名 | 照射室数 | 台数 (その内実際に治療照射に使用している台数) |
|  |  | 台 ( 台) |
|  |  | 台 ( 台) |
|  |  | 台 ( 台) |

3) 粒子線治療装置

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 線質 | 照射室の数 (その内実際に治療照射に使用している照射室の数) | 台数 |
|  | 室 ( 室) | 台 |
|  | 室 ( 室) | 台 |
|  | 室 ( 室) | 台 |

1. 小線源治療装置

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  線源 | 装置の名称 | 製造業者 | 台数 (その内実際に治療照射に使用している台数)  |
|  |  |  | 台 ( 台) |
|  |  |  | 台 ( 台) |
|  |  |  | 台 ( 台) |

治療用小線源の使用状況を以下にご記入ください。

|  |
| --- |
| 治療用密封小線源（RALSの線源は除きます）と治療用非密封小線源の使用状況　それぞれの線源についてお答えください。(2024年9月30日現在)1. 保有していない。　　　　　　　2. 使用許可は得ているが、過去１年間使用しなかった。　　　　　　　3. 過去１年の期間に使用した。 |
| 線源 | I-125 | Co-60 | Cs-137 | Ra-226 | Au-198 | Sr-90 | Ir-192 | I-131 | Sr-89 | Y-90 | その他 |
| 使用状況 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. その他の装置

|  |  |
| --- | --- |
| 1) Ｘ線シミュレータの台数 | 台 |
| 2) Ｘ線ＣＴシミュレータの台数 （治療計画に使用しているCTの台数） | 台 |
| 3) 3次元治療計画装置の台数 | 台 |
| 4) 水ファントムシステムの台数 | 台 |
| 5) フィルム測定システム（デンシトメータ）の台数（式数） | 台 |
| 6) 線量計（電離箱）の台数（本数）。エリアモニタは含みません。 | 台 |
| 7) 放射線治療患者集計等のために、コンピュータにてデータベースを作成しておられますか？右の該当するものに○をしてください。 | 1. いいえ2. は い  |
| 8) 最新のリファレンス線量計校正年月日 |  年 月 日 |
| 9) リファレンス線量計による治療装置の精度管理の頻度 右の該当するものに○をしてください。 | 　　 回/日、週、月、年 |
| 10) 水等価固体ファントム | 有　　　無 |
| 11) 人体ファントム（人骨のプラスチックモールド等） | 有　　　無 |
| 12) 治療計画装置とは独立した線量検証 | 有　　　無 |
| 13) フィルム法以外の2次元線量測定装置 | 有　　　無 |
| 14) IMRT線量検証用専用ファントム | 　有　　　無 |
| 15) その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　 | 　有　　　無 |

IV-2 診断装置

|  |  |
| --- | --- |
| 1) X線CT装置の台数（診断部門のものを含む） | 台 |
| 2) MRI装置の台数（診断部門のものを含む） | 台 |
| 3) PET装置の台数（核医学部門のものを含む） | 台 |
| 4) その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 台 |
| 5) その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 台 |

IV-3 治療補助器具を作る設備

|  |  |
| --- | --- |
| 1) 頭頸部用サーモプラスチックシェル | 有　　　無 |
| 2) 脳定位分割放射線治療用シェル | 有　　　無 |
| 3) その他の補助器具を作る設備 | 有　　　無 |

IV-4 医学物理教育に利用可能な放射線治療関係装置

|  |
| --- |
| 医学物理士が関与し、医学物理教育に利用可能な装置のみ、カウントしてください。IV-1との重なり可。 |
| 外照射 | 1) 脳・頭頸部定位放射線治療に関する照射装置 | 台 |
| 2) 体幹部定位放射線治療に関する照射装置 | 台 |
| 3) 強度変調放射線治療に関する照射装置 | 台 |
| 4) 画像誘導放射線治療に関する照射装置 | 台 |
| 5) 呼吸移動対策を行う治療に関する装置 | 台 |
| 6) 粒子線治療に関する照射装置 | 台 |
| 内照射 | 腔内照射に関する照射装置 | 台 |
| 治療計画 | 3次元治療計画装置 | 台 |
| 線量計 | 電離箱線量計 | 台 |

B 放射線診断部門

2024年9月30日現在で貴施設が所有する装置についてお答えください。

IV-1 所有する診断装置の情報

1)撮影装置/透視装置/乳房撮影装置

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 一般X線撮影装置
 | 台 |
| 1. デジタル式一般X線撮影装置
 | 台 |
| 1. X線透視装置
 | 台 |
| 1. デジタル式X線透視装置
 | 台 |
| 1. 乳房撮影装置
 | 台 |

2) CT装置

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 装置の名称 | 製造業者 | 台数 (その内実際に診断で使用している台数)  |
|  |  | 台 ( 台) |
|  |  | 台 ( 台) |
|  |  | 台 ( 台) |

3) MRI装置

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 装置の名称 | 製造業者 | 磁場強度 | 台数 (その内実際に診断で使用している台数)  |
|  |  |  | 台 ( 台) |
|  |  |  | 台 ( 台) |
|  |  |  | 台 ( 台) |

4) 超音波画像装置

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 装置の名称 | 製造業者 | 台数 (その内実際に診断で使用している台数)  |
|  |  | 台 ( 台) |
|  |  | 台 ( 台) |
|  |  | 台 ( 台) |

5) SPECTおよびPET装置

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| モダリティ(SPECT/PET) | 装置の名称 | 製造業者 | 台数 (その内実際に診断で使用している台数)  |
|  |  |  | 台 ( 台) |
|  |  |  | 台 ( 台) |
|  |  |  | 台 ( 台) |

6) その他

|  |  |
| --- | --- |
| 画像処理や画像解析が実施できるワークステーションが 1 台のモダリティに 1 台以上有しているか？ | 有　　　無 |
| PACSのような電子画像管理システムを有しているか？  | 有　　　無 |
| RISのような電子スケジュール・レポートシステムを有しているか？ | 有　　　無 |

IV-2 所有する測定器の情報

(自由記載)

IV-3 その他の装置

(自由記載)

C 核医学部門

2024年9月30日現在で貴施設が所有する装置についてお答えください。

IV-1 所有する装置の情報

1) 診断装置

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| モダリティ | 装置の名称 | 製造業者 | 台数 (その内実際に診断で使用している台数)  |
| ー |  |  | 台 ( 台) |
| ー |  |  | 台 ( 台) |
| ー |  |  | 台 ( 台) |
| ー |  |  | 台 ( 台) |
| ー |  |  | 台 ( 台) |

2) 測定装置

|  |  |
| --- | --- |
| 核医学線量校正装置 | 台 |
| 甲状腺プローブ | 台 |
| ガンマウェルカウンター | 台 |

3) その他

|  |  |
| --- | --- |
| 画像解析用コンピュータを有しているか？ | 有　　　無 |
| 放射性医薬品の製造または標識合成の施設を有しているか？ | 有　　　無 |

IV-2 その他の装置

(自由記載)

**〔V〕医学物理士が出席するカンファレンスの開催状況**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | カンファレンス名 | 頻度 | 出席者数（平均） | 出席簿の有無 | 出席職種 | 内容 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |