

IVR被曝低減推進施設認定基準書

施設基準について項目1～18に必要事項を記入して下さい。(太枠内のみに記入すること)
 項目1, 2, 3, 5, 6, 7については書類を添付すること(必須)。項目18, 19については、はい(○)の場合に添付すること
 (装置の更新および増設については6か月以内に推進母体に書類2, 項目1～4の訂正を提出すること
 その際、認定期間については新しい装置のみ訂正を加えた場合は訂正前の期間となる)

項目 1 申請装置および保守点検について (必須) 保守点検を行っている(○)

- 1 申請装置数(部屋数) 台(部屋)
- 2 申請するすべての装置(血管撮影室)について1年に1回の装置メーカーまたは医療機関による保守点検を実施し、その記録がなされていること。
 (医療機関による点検の場合は点検報告書に施設の医療機器安全管理者の捺印のあるものに限る)
- 3 項目1の2の保守点検記録において透視線量・撮影線量の記録のコピーを提示すること。
 (記録書類のどこに記載されているか赤丸で囲み示すこと)

	部屋名	装置名	最終 保守点検日 201*/**/**	保守点検者名	所属	項目1-2 資料 提出 チェック ✓	項目1-3 資料 チェック ✓	推進母体 確認者サイ ン
1	部屋目							
2	部屋目							
3	部屋目							
4	部屋目							
5	部屋目							
6	部屋目							
7	部屋目							
8	部屋目							

- 4 装置メーカー以外で保守点検を行った場合はその際用いた線量計について、①～③に記入すること。

「線量計について」 測定日の**2年以内**に校正を行っている事。
 (正式な機関で校正を行っていない場合、トレーサビリティの取れた線量計での簡易校正も可とするが、それがわかる書類を提出すること)

	メーカー名	品名/形式	方式	チェンバー/検出器	校正方法	証明番号	校正年月日	推進母体 確認者サイ ン
例	Radcal	Radiation Monitor Model 9015	電離箱	10X5-6	JQA校正要領書 による(文書番号 E314366)	150-84512	2011/10/5	
	Unfors	UnforsXi	半導体	R/F	—	—	2011/6/7	
①	線量計							
②	線量計							
③	線量計							

項目 2 漏洩線量記録について (必須) 漏洩線量測定を行っている(○)

- 1 申請するすべての血管撮影室(装置)について漏洩線量測定を法定に従い測定し、その記録がなされていること。

8部屋目								

2 項目3-1で用いた線量計について、①～③に記入すること。

「線量計について」 測定日の**2年以内に校正**を行っている事。

(正式な機関で校正を行っていない場合、トレーサビリティの取れた線量計での簡易校正も可とするが、それがわかる書類を提出すること)

	メーカー名	品名/形式	方式	チェンバー/検出器	校正方法	証明番号	校正年月日	推進母体 確認者サイン
例	Radcal	Radiation Monitor Model 9015	電離箱	10X5-6	JQA校正要領書による(文書番号 E314366)	150-84512	2011/10/5	
	Unfors	UnforsXi	半導体	R/F	—	—	2011/6/7	
① 線量計								
② 線量計								
③ 線量計								

項目 4 軟線除去フィルターについて

1	固定または自動の軟線除去フィルターをX線管球に付加している	(必須) 付加している(○)	
2	自動の場合、すべての透視・撮影について軟線除去フィルターが挿入されているか否か。	a. すべて挿入されている(○) b. 一部挿入されていない(-) c. 確認していない(△)	
	b. 一部挿入されていない理由(任意)		
	c. 確認していない理由(任意)		

書類-2 (4/6)

項目 5 継続した装置管理を実践している(施設で日常のQC,QAを実践している)

(必須)

1 申請する前月, 3か月前, 6か月前の資料を提出すること。

(始業点検, 終業点検, 日常点検項目の記録など)

実践している(○)

5-1推進母体
確認者サイン

項目 6 線量又は透視時間の記録をしている

(必須)

1 項目1-1で申請した装置について、各装置毎に記録の分かる資料をを提出すること(申請日の1か月以内の記録データとする。資料には撮影線量記録と透視線量記録が容易に判断できる印を付けること)

記録をしている(○)

6-1推進母体
確認者サイン

項目 7 「IVR被曝低減技術セミナー」を受講している

(必須)

1 貴施設において申請日の**過去5年以内に上記セミナーを受講している者**の氏名をすべて記載すること(申請者は◎印)

受講している(○)

受講者名	修了書番号	受講日(201*/**/**)

◎			

申請者のみコピーを提出すること

項目 8 「無駄な透視をしない」を啓発し続けている

はい(○)	
いいえ(-)	

項目 9 低レートパルス透視(低線量透視)を必要に応じて使い分けしている

1 具体的にどのようなパルスレートを用い、使い分けをしているか記入すること

--

はい(○)	
いいえ(-)	

項目 10 必要最小限の撮影レート, 撮影フレーム数を実践している

はい(○)	
いいえ(-)	

項目 11 透視線量, 撮影線量を適切に調整している

はい(○)	
いいえ(-)	

項目 12 焦点皮膚間距離をできるだけ離すように実践している

はい(○)	
いいえ(-)	

書類-2 (5/6)

項目 13 II.およびFPDを皮膚面に,できるだけ近づけるよう実践している

はい(○)	
いいえ(-)	

項目 14 照射野を必要最小限に絞ることを実践している

はい(○)	
いいえ(-)	

項目 15 過度のインチアップを避けることを実践している

はい(○)	
いいえ(-)	

項目 16 皮膚線量の管理目標が決められており、その線量を超えたと思われた時の対処方法が決められている。
(IVR時の患者被曝線量を何らかの形で計測・推測しカルテ等に記載する等適切にアドバイスできるように心がけている)

はい(○)	
いいえ(-)	

1 はい(○)の場合、管理目標の線量はどれだけか

項目16-1
Gy

項目 17 目的に応じたプロトコール作成をし、それを実践している

はい(○)	
いいえ(-)	

項目 18 被曝に対するスタッフの教育・訓練を行っている

1 はい(○)の場合、開催頻度・対象職種・講師職種について記入すること
(可能であれば具体的なスライド・配布資料などの一部を添付すること)

	はい(○)		18-1 推進母体 確認者サイ ン
	いいえ(-)		
・開催頻度			
・対象職種			
・講師職種			
資料	あり・なし		

項目 19 被曝に関して患者にインフォームドコンセントが適切に行われている

1 皮膚線量が管理目標を超えた場合には、技師が医師にその旨を伝えるなどの対応が院内でマニュアル化されていること

はい(○)の場合、マニュアルの一部など判断できる資料を提出すること

はい(○)	
いいえ(-)	

19-1 推進母体 確認者サイ ン

書類-2 (6/6)

			最低ライン
必須項目	○ はい	7 項目	7
項目	○ はい	13 項目	8
計		20 項目	15

必須○印項目7個、それ以外の○印13個、合計20個の○印があり、合計15項目以上に○印がある場合認定とする
認定期間は認定日より5年間とし、5年ごとに改定する認定基準に合致していれば更新する