

日本放射線腫瘍学会認定施設

実態調査書（新規） ・ 年次報告書（更新）

*本調査書は、Webに入力する時のサンプルです。提出はWebで入力し、PDFで打ち出したものを送付ください。本用紙を提出しても受け付けられませんので、ご注意ください。

認定区分： _____

*いずれかを選択すること

選択肢： A, B, C, S 小児, S 粒子線

記入者： _____ 記入日（西暦） 年 月 日

施設名・所属： _____

電話： _____（内線： _____）

FAX： _____

E-Mail： _____

基本事項

*実態調査または年次報告の期間を申請の前年1月1日より12月31日までの1年間とする。

スタッフ数等については、申請前年12月31日時点を記載する。

施設

施設名： _____

施設区分： _____

*いずれかを選択すること

選択肢： 1. 大学附属病院

2. 国立がんセンター・成人病センター・地方がんセンター

3. 独立行政法人国立病院機構（がんセンター等を除く）

4. 公立（都道府県市町村立）病院（がんセンター等を除く）
5. 赤十字病院・済生会病院、企業／公社病院、国保／社保／共済／労災／組合／厚生連病院等
6. 医療法人・医師会病院・個人病院・個人クリニック（病床あり）
7. 個人クリニック（病床なし）
8. その他

がん診療連携拠点病院： _____

*いずれかを選択すること

- 選択肢：1. 国立がん研究センター
2. 都道府県がん診療連携拠点病院
 3. 地域がん診療連携拠点病院
 4. 地域がん診療病院
 5. 特定領域がん診療連携拠点病院
 6. その他

放射線科の独立性と放射線治療部門の整備： _____

*いずれかを選択すること。

選択肢：1. 放射線科が診療科として独立しており、放射線治療部門としても確立している。

選択肢：2. 放射線科が診療科として独立しているが、放射線治療部門が確立しているとはいえない。

データベース委員会の構造調査に協力している： _____

*いずれかを選択すること

選択肢：1. はい、 2. いいえ

スタッフ数

放射線治療部門スタッフ

*枠内に人数を入力すること（重複は不可）

放射線治療専門放射線技師/医学物理士/品質管理士を兼任している場合には、主たる業務の枠内に記載すること。すなわち放射線技師/医学物理士/品質管理士の合計は実人数となるように記載すること。

*医員・レジデントなど、身分上の非常勤であっても施設に常に所属している場合には、常勤として記載すること。

*専従：当該療法の実施日に、当該療法に「専ら従事している」場合とする。「専ら従事している」とは、

その就業時間の少なくとも8割以上、当該療法に従事していることを意味する。

*実際に放射線治療部門にて実務に関与していない場合は記載しない。(例：大学保健学科などの所属する物理士だが、臨床には携わっていない。がん放射線療法看護認定看護師だが、病棟所属で、放射線治療部門で診療していない。)

*放射線腫瘍医とは、日本放射線腫瘍学会に属し、放射線治療専門医を取得もしくは取得を目指している医師とする。

	常勤（専 従）	常勤（兼 任）	非常勤	合計
放射線腫瘍医（専門医）				
放射線腫瘍医（専門医以外）				
上記以外の医師				
上記以外の歯科医師				
医学物理士				
品質管理士				
放射線治療専門放射線技師				
上記以外の診療放射線技師				
がん放射線療法看護認定看護師				
上記以外の看護師				
受付・診療関係事務員				
その他				

放射線腫瘍医（専従）

*認定に係る専従の放射線腫瘍医のみ記載する。3名以上所属する場合には、3名まで記載する。

*大学病院における医員など、身分上の非常勤であっても施設に常に所属している場合には、常勤として記載すること

*放射線治療専門医でない場合には、「放射線治療専門医番号」は空欄とすること

氏名	医師免許 取得年（西暦）	放射線治療歴 （年）	JASTRO 会員 番号	放射線治療専門医番号

医学物理士

* 医学物理士/品質管理士/放射線治療専門放射線技師を兼任する場合は主たる業務についてのみ記載すること（重複不可）

* 2名以上所属する場合には、2名まで記載する。

氏名	医学物理士免許 取得年（西暦）	医学物理士登録番号	専従	常勤/非常勤

選択肢：1. 専従, 2. 専従でない

選択肢: 1. 常勤, 2. 非常勤

品質管理士

* 医学物理士/品質管理士/放射線治療専門放射線技師を兼任する場合は主たる業務についてのみ記載すること（重複不可）

* 2名以上所属する場合には、2名まで記載する。

氏名	品質管理士認定 取得年（西暦）	品質管理士登録番号	専従	常勤/非常勤

選択肢：1. 専従, 2. 専従でない

選択肢: 1. 常勤, 2. 非常勤

放射線治療専門放射線技師/診療放射線技師

* 医学物理士/品質管理士/放射線治療専門放射線技師を兼任する場合は主たる業務についてのみ記載すること（重複不可）

*4名以上所属する場合には、4名まで記載する。

氏名	放射線治療専門放射線治療技師免状の有無	放射線治療専門放射線治療技師番号	専従	常勤/非常勤

選択肢：1. 有, 2. 無

選択肢：1. 専従, 2. 専従でない

選択肢: 1. 常勤, 2. 非常勤

看護師

*放射線治療部門で勤務する看護師について記載すること

*2名以上所属する場合には、2名まで記載する。

*認定看護師の資格を有していても、放射線治療部門での業務に直接関与していない場合は記載しないこと。

氏名	看護師免許取得年(西暦)	がん放射線療法看護認定看護師免状の有無	がん看護専門看護師免状の有無	専従	常勤/非常勤

選択肢：1. 有, 2. 無

選択肢：1. 専従, 2. 専従でない

選択肢: 1. 常勤, 2. 非常勤

放射線治療設備

外照射装置

リニアック台数 _____ 台

リニアック名称	導入年(西暦)	X線(MV)	電子線(MeV)	IGRT有無

選択肢：1. Elekta, 2. Varian 21Ex, 3. Clinac iX, 4. Truebeam STx, 5. サイバーナイフ, 6. トモセラピー,
7. Vero4DRT, 8. その他（直接入力）

選択肢：1. 有, 2. 無

*記載例

リニアック名称	導入年（西暦）	X線（MV）	電子線（MeV）	IGRT 有無
4. TruebeamSTx	2015	4,6,10	6,9,12,18	有

*上記リニアックに常設されていない IGRT 装置があれば記載すること

放射線治療装置の保守管理を定期的に行っている： _____

*いずれかを選択すること

選択肢：1. はい 2. いいえ

施行間隔等を具体的に： _____

粒子線装置

粒子線治療を行っている場合には、下記に記載すること。特におこなっていない場合には記載不要。

粒子線治療の実施： _____

*いずれかを選択すること

選択肢：1. 陽子線 2. 炭素イオン線 3. 両方

粒子線治療の治療室数： _____ 室

粒子線治療装置名称	導入年（西暦）	照射法
		選択肢：1. パッシブ 2. スキャニング 3. 両方

放射線治療支援装置

x線シミュレータ

名称	導入年（西暦）

治療計画用 CT

名称	導入年（西暦）	列数

計画装置

計画装置名称	直近のバージョンアップ （または導入）年（西暦）	台数	IMRT 対応の有無

選択肢： 1. Eclipse, 2. ERGO++, 3. Monaco, 4. Pinnacle3, 5. RayStation, 6. XiO,

7.その他（直接入力すること）

選択肢：1. 有, 2.無

放射線治療計画支援装置

計画装置名称	直近のバージョンアップ （または導入）年（西暦）	台数

選択肢：1. MIM maestro, 2. Velocity AI, 3. Mirada RTx, 4.その他（直接入力すること）

小線源療法

遠隔操作式後充填照射装置

装置名称	導入年（西暦）	線源

装置名称選択肢：1. microSelectron, 2. MultiSource, 3. VariSource

線源選択肢：1.イリジウム-192, 2.コバルト-60

低線量率小線源

前立腺シード治療の実施：_____

*いずれかを選択すること

選択肢：1. 実施している 2. 使用許可を得ているが、実施していない 3. 使用許可を得ていない

*年次報告の期間中に実施している場合に、1を選択してください。

使用している場合

治療計画装置名称	直近のバージョンアップ（または導入）年（西暦）	台数

選択肢：1. Interplant, 2. Oncentra Seeds, 3. SPOT-PRO, 4. VariSeed, 5. その他

その他の小線源

その他の治療用密封小線源：_____

*届出により許可を得ているもので、実際に申前時前の1年間で使用しているものを記入すること

QA

測定機器

種類	装置名称（複数記載可）	直近のバージョンアップ（または導入）年（西暦）	台数
水ファントムシステム			
電離箱			
電位計			
フィルム解析			
その他			

QA プログラム

リファレンス線量計による治療装置の精度管理を1回/月以上行っている_____

*いずれかを選択すること

選択肢：1. はい 2. いいえ

具体的な頻度： _____回/_____

最終のリファレンス線量計校正年月日（西暦）： _____年 _____月 _____日

*リファレンス線量計校正記録の写しを添付すること

第三者機関による放射線治療の出力線量の評価を定期的に受けている： _____

*いずれかを選択すること

選択肢：1. はい 2. いいえ

最終の評価年月日（西暦）： _____年 _____月 _____日

具体的に（第三者機関名称等）： _____

*第三者機関による放射線治療装置の出力線量の評価の記録の写しを添付すること

品質管理項目について明文化している： _____

*いずれかを選択すること

選択肢：1. はい 2. いいえ

*品質管理スケジュール等の写しを添付すること

主な疾患別の放射線治療プロトコルを明文化している： _____

*いずれかを選択すること

選択肢：1. はい 2. いいえ

*プロトコルの写しを添付すること

患者に文書で放射線治療の方針を提示し、同意書を得ている： _____

*いずれかを選択すること

選択肢：1. はい 2. いいえ

カンファレンス/ミーティング

放射線治療スタッフが参加する放射線治療の質の改善に関する会議を定期的に行っている： _____

*いずれかを選択すること

選択肢：1. はい 2. いいえ

具体的な頻度： _____回/_____

参加職種：						
-------	--	--	--	--	--	--

*いずれかを選択すること

選択肢：1. 医師 2. 医学物理士 3. 品質管理士 4. 診療放射線技師 5. 看護師 6. 事務 7. その他

放射線治療専門医が参加する症例検討会/セミナー/研究会等を定期的に行っている： _____

*いずれかを選択すること

選択肢：1. はい 2. いいえ

名称	参加職種	頻度	時間

*選択肢：1. 1回/日以上 2. 1回/週以上 3. 1回/月以上 4. その他

粒子線治療を実施している施設への確認項目

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針に準拠したがんセンターボードが設置、または、がん診療連携拠点病院のがんセンターボードと連携して治療方針等を検討する実施体制を有している

選択肢：1. はい 2. いいえ

先進医療 A で実施する症例においては、粒子線治療委員会が作成した説明文書を用いて同意書を取得した上で、統一治療方針に基づいた治療を実施している

選択肢：1. はい 2. いいえ

本学会に対して症例登録を行うとともに、実施状況を報告している

選択肢：1. はい 2. いいえ

本学会が実施する施設訪問調査を受けており、その結果に問題がない

選択肢：1. はい 2. いいえ

*本学会が行った施設訪問調査の証明書の写しを添付すること

放射線治療の実態

(調査期間： 西暦 ____年 1月 1日～12月 31日)

外部照射治療

外部照射治療を行った患者実人数（新患＋再患）： _____ 例

新患症例： _____ 例

*粒子線治療は、保険適応疾患または先進医療の実施が認められている疾患・病態に限る。

原発巣別新患数内訳

*JASTRO 構造調査に合わせるため、原発巣別内訳のみ、新患数となっております。ご注意ください。

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

*項目(14)の小児例は(1)～(13)の症例と重複する

特殊治療

定位（脳、頭頸部含む）照射実人数（新患＋再患）： _____ 例

定位（体幹部）照射実人数（新患＋再患）： _____ 例

術中照射実人数（新患＋再患）： _____ 例

IMRT 照射を実施した実人数 総計： _____ 例

頭頸部： _____ 例

前立腺： _____ 例

中枢神経： _____ 例

粒子線治療： _____ 例

*粒子線治療症例数は、粒子線治療装置を有する施設のみ、記載してください。

小線源治療

小線源治療実人数

子宮頸部・体部～膣： HDR _____ 例 LDR _____ 例

前立腺： HDR _____ 例 LDR _____ 例

舌・頭頸部：HDR_____例 LDR_____例

食道：HDR_____例 LDR_____例

乳腺：HDR_____例 LDR_____例

その他： HDR_____例 LDR_____例

*小線源治療を実施していない場合、紹介体制を構築している同治療が可能な医療施設名を記載。

_____, _____, _____

学会発表

筆頭演者_____

職種_____

*選択肢：1. 医師、2. 物理士、3. 放射線技師、4. 看護師、5.その他

演題名_____

_____年

学会名_____

*選択肢：1. 日本放射線腫瘍学会学術大会、2. 生物部会、3. 小線源治療部会、4. 高精度放射線外部照射部会、5.その他

備考欄