

第1回検討会の主なご意見

- ：第1回検討会での構成員からの主なご意見。
- ▲：全国診療放射線技師教育施設協議会・公益社団法人日本診療放射線技師会から提案されたもの。

1. 総単位数の見直しについて

- 画像診断・技術学（新設）の名称について、何が適切な名称か決めかねているため、当該検討会で検討していただきたい。
- 画像診断・技術学の4単位で何をするのか、イメージがわからない。
- 画像診断・技術学では正常像、典型的な救急画像は学んでおいたほうがいい。
- いいデータを提供するために、その画像から病態が疑われるのかしつかりわかってもらいたい。ただ単に何なのかの判断だけではなかなか難しいところがある。
- 解剖学、病理学、病態学を含めて、その画像を撮った時にどういったものが見えるのか。その先、医師がどういう判断をするのかということも予想しながら写真を撮ってもらいたい。
- なるべく診療放射線技師に教育してほしいと考えるため、名称としては画像診断・技術学というよりは、画像解析学、画像評価学というほうがいいのか。また画像診断・技術学とすると、診療放射線技師が画像診断できると誤解されてしまう懸念がある。
- それぞれの医療関係職種というのは本来の業務があって、これをやっていなければならぬ。放射線技師が放射線の診断学までやるにはとても時間が足りない。本来のそれぞれの職種が持っている業務が何なのかということをしつかり踏まえた上で線引きしていく必要がある。
- ▲ 診療放射線技師学校養成所指定規則の単位数を現行の95単位から102単位（医療安全管理学1単位→2単位、画像診断・技術学0単位→4単位、

臨床実習 10 単位→12 単位) とする。

- ▲ 臨床実習の単位数を 10 単位から 12 単位とし、うち病院等は 8 単位以上から 10 単位以上とする。

2. 臨床実習の在り方について

- 臨床実習で学生が行える行為について、水準 I の助言・指導とは具体的にどのような行為をさしているか。
- 水準 I 及び II の区分がわかりにくい。
- 水準 I 及び II において、実習指導者と一緒にやる必要があるのかどうかは大事なポイントである。また水準 I 及び II の具体的な行為の例示と監視が必要かどうかは別の問題。
- 具体的な例示等は後でいいが、水準 I とは何かという定義は統一しておいたほうがよい。
- 水準 I には監視という文言がないため、監視がなくてもいいと解釈されてしまう。
- 何が密で、何が密でないのか（ピッチで呼ぶのと、そばにいるのとどう違うのか。）を曖昧にしていると拡大解釈されてしまうため、水準 I は何か、水準 II は何かというのを明確にしておいたほうがいい。
- 始業前点検のトレーニングにおいて、例えば異音がするか等は書類を見てもわからないため、有資格者が必ずもう一度やらなくてはならないものを明文化するべき。
- 診療参加型の実習も学生のモチベーションを維持するために必要だと思う。
- すべてを補完するということではなくて、学生に単独でさせてもいいようなレベルの行為の線引きをする上で、診療参加型の実習という方法もあるかと思う。

- 臨床実習の1単位の時間数を現行の45時間から40時間プラスアルファとしたほうが望ましいのではないか。
- エコーやレントゲンで女性の患者は女性の診療放射線技師にやってほしいとかあるか。
- 臨床実習は診療参加型がいいと思うが、初めての学生は人体ファントムなどの模型を使うべき。
- 正式なCBTは無理じゃないかと思うが、OSCEのほうは新しい指定規則で全国統一の評価方法にできれば全国診療放射線技師教育施設協議会で検討しなければならない。
- ▲ 臨床実習指導者講習会の受講を義務化する。
- ▲ 実習指導者は、教員の資格を有する診療放射線技師、又は5年以上実務に従事した後に厚生労働省の定める基準に合った「診療放射線技師臨床実習指導者講習会」を修了した診療放射線技師であること。

3. 専任教員の要件について

- 専任教員の要件については、最低限の人数ということであるが、専門学校等で最低限の人数で対応することを考えるとなかなか厳しいことから最低限の人数を上げていただけないか。

4. その他

- ご提案の資料では人体ファントムが2式と書いてあるが足りない。
- CTは必須になるとのことであるが、MRIはランニングコストが高いため必須とされると厳しい。