

2016年6月

高気圧酸素治療装置 ご担当者御中

日本高気圧環境・潜水医学会 事務局
柳下 和慶

「日本高気圧環境・潜水医学会 HBO 装置調査」についてのご依頼

拝啓

入梅の候、貴院ますますご盛栄のこととお慶び申し上げます。

「日本高気圧環境・潜水医学会 HBO 装置調査」についてご案内と、アンケート調査のご依頼を申し上げます。

国内での HBO 装置稼働状況や管理部門、緊急時対応等、HBO 装置および治療状況に関する基本的な項目については、日本高気圧環境・潜水医学会（以下本学会）、高気圧酸素治療安全協会、高気圧酸素治療技術部会のほか、医療機関、海上保安庁、潜水・圧気関係の各種団体等が共通した情報を必要としています。

安全協会におかれましては過去 HBO 装置調査に多大なご尽力を頂き、技術部会では HBO 装置を操作する立場からのアンケート調査などを積極的に実施していただきました。しかしながら、HBO 装置の情報収集と公開については社会的ニーズが高いにもかかわらず、HBO 装置の稼働状況や管理部門、緊急時対応等を全国的に定期的に把握し、一般に公開するシステムが欠如しておりました。

このため貴殿 HBO 装置ご担当者においては、複数部署から類似のアンケート調査が届くなど、過去混乱を生じたこともおありかと思えます。

以上より、HBO の装置、治療に関わる基本的調査については、各方面と調整後、本学会が主体的に毎年実施すること致しました。

情報管理については本学会（事務局）となり、可能な範囲にて調査情報を学会 HP 上等に公開し、情報を共有することと致します。

学会として基本的な情報を把握できるだけでなく、情報を広く公開し共有することで社会的要請に寄与し、さらに複数回もしくは同様の項目でのアンケートを避けることができるものと考えます。昨年度は第1回目のアンケート調査を実施し、245施設から学会HP掲載情報をいただき、本年の2月に公開させていただきました。

(<http://www.jshm.net/hbo160223.pdf>)

お手数ではございますが、HP 等の公開可否も含めて、HBO 装置調査についてご記入いただき、同封の封書・又は FAX・メールにてご返信いただければ幸いです。

何卒宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

1 調査の目的

国内での HBO 装置稼働状況や管理部門、緊急時対応等、HBO 装置および治療状況に関わる基本的な項目については、日本高気圧環境・潜水医学会（以下本学会）、高気圧酸素治療安全協会、高気圧酸素治療技術部会のほか、医療機関、海上保安庁、潜水・圧気関係の各種団体等が共通した情報を必要としています。

2 調査の方法

「別紙：HBO 装置調査」に回答を記入のうえ返送用封筒にて郵送、もしくは F A X 及びメールにて、ご提出願います。

また、学会ホームページ (<http://www.jshm.net/>) からダウンロードが可能です。

3 アンケートの返送期日

2016年7月31日（日）

4 調査結果及び個人情報の取扱

情報管理については本学会（事務局）となり、可能な範囲（公開可否に準ずる）にて調査情報を学会 HP 上等に公開致します。

5 返送先

一般社団法人 日本高気圧環境・潜水医学会 事務局宛て

〒113-8519 東京都文京区湯島 1-5-45

東京医科歯科大学医学部附属病院 高気圧治療部内

・ F A X の場合 : 03-3813-3292

・ メールの場合 : jshm.hbo@tmd.ac.jp

以上

日本高気圧環境・潜水医学会 HBO装置調査 (2016/06/16)

回答締切日：
2016年7月末日まで

ご記入日： 年 月 日
ご記入者： _____

		公開可否
◆医療機関名		可・否
◆所在地	〒	可・否

◆調査項目

○HBO装置について(複数の場合は、次頁に追加記入)		
	第1種 台 / 第2種 台(最大収容人数 人)	可・否
	(第1種の場合)加圧ガス 空気 酸素 空気・酸素切替可能	可・否
	機種名・型式:	可・否
	設置年月 年 月	可・否
	定期点検状況	可・否
	<input type="checkbox"/> 年1回以上の点検実施	
	<input type="checkbox"/> 数年に1回の点検(直近の点検 年 月) <input type="checkbox"/> 実施していない	

○稼働状況について (2015年度)		
	常時・時々・稀(年間治療日数10日以下)・稼働せず(休止中)・廃止	可・否
	年間治療患者回数(のべ): 回	可・否
	救急 回、非救急 回	可・否
	その他:	可・否

○HBOに携わるスタッフ状況について		
	医師 人、技士 人、看護師 人、准看護師 人	可・否
	高気圧酸素治療専門医 人、専門技師 人	可・否
	治療管理担当科:	可・否
	管理責任者:	可・否
	メールアドレス:	可・否
	その他:	可・否

○救急対応について		
減圧症	対応可 対応不可	可・否
	その他:	可・否
	対応可能な場合、治療表:US Navy table 6, table 5, その他;	可・否
一般疾患	対応可 対応不可	可・否
	その他:	可・否

裏面へ続く⇒

○救急時以外での減圧症対応の可否		
	対応可 対応不可	可・否
	その他:	可・否
○減圧症治療実績		
	年間治療例、治療回数: 例 回	可・否

○連絡先	▼治療目的での連絡先	可・否	
	・通常時(担当部局、担当者名):		
	電話:		
	・緊急時(休日・夜間)(担当部局、担当者名):		
	電話:		
	▼HBO担当連絡先		可・否
	・担当部局、担当者名:		
・電話:			
・メールアドレス:			

○HBO装置について:複数の場合、ご記入ください		
2台目	第1種・第2種	可・否
	機種名・型式:	可・否
	設置年月 年 月	可・否
	(第1種の場合)加圧ガス 空気 酸素 空気・酸素切替可能	可・否

3台目	第1種・第2種	可・否
	機種名・型式:	可・否
	設置年月 年 月	可・否
	(第1種の場合)加圧ガス 空気 酸素 空気・酸素切替可能	可・否

4台目	第1種・第2種	可・否
	機種名・型式:	可・否
	設置年月 年 月	可・否
	(第1種の場合)加圧ガス 空気 酸素 空気・酸素切替可能	可・否

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

○ご意見、ご要望等
