日本高気圧環境・潜水医学会　HBO装置調査（2023年度）

**【高気圧酸素治療施設情報】**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |

|  |  |
| --- | --- |
| アンケートご記入日 |  |
| ご記入者 |  |
| メールアドレス |  |

◇アンケート開始前に貴施設の高気圧酸素治療の施行についてお伺いします。

該当する箇所に「☑」をご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| 1：高気圧酸素治療を行っている |  |
| 2：高気圧酸素治療を行っていない、今後も行う予定はない（廃棄、廃止済） |  |
| →「2.」を選択…廃止または廃棄年度のご記入をお願いします | 年頃 |
| 3：治療を行っていない、今後再開予定である（機器更新含む） |  |
| 4：治療を行っていない、今後新規に実施予定である |  |

**【調査項目】※公開不可の場合、必ず「否」を☑チェックをお願いします。**

（１）HBO装置について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ■　保有HBO装置 | 第1種（　　　）台 | 第2種（　　　）台 | 否 |

（２）HBO装置の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■１台目 | 1）種別： 第1種  第2種（最大収容人数　　　人） | 否 |
| →第1種保有の場合 |  |
| 【加圧ガスの種類】　空気　酸素　空気・酸素切替可能 | 否 |
| 【加圧ガスが酸素の場合】　マスクによる空気呼吸が可能（エア・ブレイクが可能） | 否 |
| 2）機種名・型式： | 否 |
| 3）設置年月：　　　　　　年　　　　　月 | 否 |
| 4）定期点検状況 | 否 |
| 年１回以上の点検実施 |
| 数年に１回の点検（直近の点検　　　　　年　　　月） |
| 実施していない 理由（例：休止中）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ■2台目 | 1）種別： 第1種  第2種（最大収容人数　　　人） | 否 |
| →第1種保有の場合 |  |
| 【加圧ガスの種類】　空気　酸素　空気・酸素切替可能 | 否 |
| 【加圧ガスが酸素の場合】　マスクによる空気呼吸が可能（エア・ブレイクが可能） | 否 |
| 2）機種名・型式： | 否 |
| 3）設置年月：　　　　　　年　　　　　月 | 否 |
| 4）定期点検状況 | 否 |
| 年１回以上の点検実施 |
| 数年に１回の点検（直近の点検　　　　　年　　　月） |
| 実施していない　理由（例：休止中）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ■3台目 | 1）種別： 第1種  第2種（最大収容人数　　　人） | 否 |
| →第1種保有の場合 |  |
| 【加圧ガスの種類】　空気　酸素　空気・酸素切替可能 | 否 |
| 【加圧ガスが酸素の場合】　マスクによる空気呼吸が可能（エア・ブレイクが可能） | 否 |
| 2）機種名・型式： | 否 |
| 3）設置年月：　　　　　　年　　　　　月 | 否 |
| 4）定期点検状況 | 否 |
| 年１回以上の点検実施 |
| 数年に１回の点検（直近の点検　　　　　年　　　月） |
| 実施していない　理由（例：休止中）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（※4台目以上はコピーしてご回答ください）

（３）稼働状況について（高気圧酸素治療施設認定・更新時の審査資料として利用いたします。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ■ 治療患者数・治療回数  【実績期間】  2022/4/1～2023/3/31 | 適応疾患とその他の疾患の情報公開 | | 否 |
| **○適応疾患** | |  |
| 1）減圧障害**（1-1/2/3記入の場合は不要）** | 例　　　回 |
| 1-1）動脈ガス塞栓症 | 例　　　回 |
| 1-2）減圧症 | 例　　　回 |
| 1-3）減圧症及び動脈ガス塞栓症、または鑑別困難 | 例　　　回 |
| 2）空気塞栓（その他ガス塞栓） | 例　　　回 |
| 3）急性一酸化炭素中毒その他のガス中毒(間歇型を含む) | 例　　　回 |
| 4）重症軟部組織感染症（ガス壊疽、壊死性筋膜炎）又は頭蓋内膿瘍 | 例　　　回 |
| 5）急性末梢血管障害**（5-1/2/3記入の場合は不要）** | 例　　　回 |
| 5-1）重症の熱傷又は凍傷 | 例　　　回 |
| 5-2）広汎挫傷又は中等度以上の血管断裂を伴う末梢血管障害 | 例　　　回 |
| 5-3）コンパートメント症候群又は圧挫症候群 | 例　　　回 |
| 6）脳梗塞 | 例　　　回 |
| 7）重症頭部外傷後若しくは開頭術後の意識障害又は脳浮腫 | 例　　　回 |
| 8）重症の低酸素脳症 | 例　　　回 |
| 9）腸閉塞 | 例　　　回 |
| 10）網膜動脈閉塞症 | 例　　　回 |
| 11）突発性難聴 | 例　　　回 |
| 12）放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍 | 例　　　回 |
| 13）難治性潰瘍を伴う末梢循環障害 | 例　　　回 |
| 14）皮膚移植 | 例　　　回 |
| 15）脊髄神経疾患 | 例　　　回 |
| 16）骨髄炎又は放射線障害**（16-1/2記入の場合は不要）** | 例　　　回 |
| 16-1）骨髄炎 | 例　　　回 |
| 16-1）放射線障害 | 例　　　回 |
| 適応疾患（合計） | 例　　　回 |
| **○その他の疾患等** | |
| １）スポーツ外傷 | 例　　　回 |
| ２）耐圧試験 | 例　　　回 |
| ３）酸素耐性試験 | 例　　　回 |
| ４）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 例　　　回 |
| その他の疾患等（合計） | 例　　　回 |
| ■総計  (適応疾患・その他疾患) | 例　　　　　　　 　　回 | | ☐否 |

（４）減圧障害対応

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■ 減圧障害対応 | 24時間対応可　　 平日日中対応可 　□ 担当者によって対応可　 不可　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 否 |
| ■ 対応可能な場合の治療表（複数選択可） | US Navy table 6　  table 5　 Hart-Kindwall 治療表  その他table（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | 否 |

（5）急性CO中毒対応

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■ 急性CO中毒対応 | 24時間対応可　　 平日日中対応可 　□ 担当者によって対応可　 不可　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 否 |
| ■ 対応可能な場合の治療圧力  、治療回数など | 初期治療圧力　　　　　　　　ATA  2回目以降 追加HBO実施の有無　： 有　　　 無  　　　　　　　　治療回数　　：　　　　　　　回  備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 否 |
| ■ 他院からの紹介を受けているか | はい　　　　　　いいえ | 否 |
| ■ プロトコールの有無 | あり　　　　　　なし | 否 |
| あればその内容を簡単に記載ください（もしくは添付可能なら添付ください） |  | 否 |

（6）減圧障害以外の対応

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■ 減圧障害以外の傷病の対応 | 24時間対応可　　 平日日中対応可 　□ 担当者によって対応可  不可　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 否 |

（7）HBOに携わるスタッフ状況について（治療時：対応/ローテ人員）

|  |  |
| --- | --- |
| ■ 医師：□ 固定対応　＿＿＿＿＿人　　□各科対応  技士：（治療時）　　＿＿＿＿＿ /（ローテ）＿＿＿＿人  看護師：（治療時）　＿＿＿＿＿ /（ローテ）＿＿＿＿人  准看護師（治療時） ＿＿＿＿＿ /（ローテ）＿＿＿＿人 | 否 |
| ■ 高気圧医学専門医（高気圧酸素治療専門医も含む）：　　　　人 | 否 |
| ■ 高気圧酸素治療専門技師：　　　　人 | 否 |
| ■ 治療管理担当科： | 否 |
| ■ 外国語対応：　□可能　　□不可 | 否 |
| ★可能な場合：対応可能言語と対応時間帯 |  |
| （　　　　　　　） 24時間対応可　 平日日中応可　 担当者によって対応可  その他（　 　 　　　） | 否 |
| （　　　　　　　） 24時間対応可　 平日日中応可　 担当者によって対応可  その他（　 　 　　　 ） | 否 |
| （　　　　　　　） 24時間対応可　 平日日中応可　 担当者によって対応可  その他（　 　　　　 ） | 否 |
| （　　　　　　 ） 24/時間対応可　 平日日中応可　 担当者によって対応可  その他（　　　　 　 ） | 否 |
| ■ 管理責任者： | 否 |
| ■ メールアドレス： | 否 |

（8）治療相談の連絡先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■通常時 | ・担当部局： | 否 |
| （平日日中） | ・担当者名： |
|  | ・電話： |
| ■緊急時 | ・担当部局： | 否 |
| （休日・夜間） | ・担当者名： |
|  | ・電話： |

（9）コロナ対応の推移

|  |  |
| --- | --- |
| 5類感染症 以前の対応 | 5類感染症 以降（現在）の対応 |
| （例：緊急事態宣言下では外来受付中止、感染予防対策として治療人数制限、発熱患者の受入中止、治療前のPCR検査など） | （例：治療人数  制限の撤廃、発熱患者の受け入れ可/不可、治療前のPCR検査、PCR陽性症例の受け入れ可/不可） |

○ご意見、ご要望等

|  |
| --- |
|  |

アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。