

AED インストラクター認定講習会

=AED を使用した心肺蘇生法の講義と実習=

日本では心臓突然死による死亡者が年間約 8 万人といわれ、その原因の 7 割～8 割は心室細動であるとされています。その心室細動から命を守る有効な方法が電気ショック、即ち AED（自動体外式除細動器）の使用です。

2004 年 7 月 1 日付で国は非医療従事者、つまり一般人の AED 使用を認めました。

これと同時にわれわれ健康スポーツ関連施設連絡協議会は、講習のすそ野を広げるために、厚労省のガイドラインに沿って、指導者養成を目的とした本講習会をスタートさせました。

講師は、我が国において心肺蘇生法の市民普及活動を最初に行った 河村剛史医師です。同氏は先駆者として、長年にわたる功績により先年、日本循環器学会ならびに AHA（アメリカ心臓協会）から表彰された、文字通り我が国の第一人者です。国際ガイドライン 2010 の正しい理解、そして救命救急に必要な知識と技術を丁寧に指導します。

| 日程・時間 | 会場 |
|--|--|
| 2014 年 7 月 31 日 (木) 10:00～17:00 (休憩 12:00～13:00) | KTV フィットネスクラブ フレスコ 〒655-0893 兵庫県神戸市垂水区日向 1-4-1-3F |
| 2014 年 10 月 19 日 (日) 10:00～17:00 (休憩 12:00～13:00) | 熊谷市商工会議所 〒360-0041 埼玉県熊谷市宮町 2-39 |
| 2015 年 3 月 26 日 (木) 10:00～17:00 (休憩 12:00～13:00) | KTV フィットネスクラブ フレスコ 〒655-0893 兵庫県神戸市垂水区日向 1-4-1-3F |

※埼玉県熊谷市の開催は、当初予定 11 月 16 日から 10 月 19 日に変更になりましたのでご注意ください。

【講 師】 健康スポーツ関連施設連絡協議会会長
河村循環器病クリニック院長 河 村 剛 史 (医学博士)

【講習内容】 ガイドライン 2010 に沿って指導します。 更新のために受講する方は筆記試験を免除。

| 項目 | 小項目 | 時間 (分) |
|------|--------------------------------|--------|
| 講 義 | オリエンテーション | 120 |
| | 基本的心肺蘇生法処置の確認 | |
| | AED の知識、基本的原理 | |
| 実 技 | AED を使用した心肺蘇生法 (効果的な AED 使用方法) | 180 |
| | AED 使用方法の指導法 | |
| 評価判定 | 試験と解説 | 60 |
| 合 計 | | 360 |

※ 評価判定(実技・筆記)合格者には修了証を授与します。

【受講資格】 基本的な心肺蘇生法 (CPR) が実施できること。

【定 員】 20 名 (先着順で受付します。)

【締め切り】 講習会 1 週間前までとさせて頂きます。(ただし、定員になり次第締め切ります。)

【変 更 等】 日時・会場等、都合により変更する場合があります。

また、申込み小数の場合に中止する場合がありますので、ご了承ください。

【服 装 等】 動きやすい服装と、筆記用具・タオル・ポケットマスクをご用意ください。



【受講料】

| | |
|----|----------|
| 一般 | 30,000 円 |
| 会員 | 10,000 円 |

※ポケットマスクをお持ちでない方は別途購入していただきます。(ポケットマスク料金 2,100 円)

- 【申込方法】 申込用紙に必要事項を明記の上、FAX又は郵送で（事務局）までお申し込みください。
なお、協議会会員である加盟施設職員又は加盟施設長の紹介による受講の場合は、必ず
加盟施設長の確認（署名と捺印）をとってください。
- 【認定登録】 講習を修了し、かつ認定登録申請をされた方は「兵庫県医師会認定 AED インストラクター」に認定登録され認定証が交付されます。（申請費用；3,000 円）

AED インストラクター認定講習会申込書

つきのいずれかに ⇒
○を入れてください。

| |
|---------------------------|
| 健康スポーツ関連施設連絡協議会の会員である。 |
| 健康スポーツ関連施設連絡協議会会員の紹介者である。 |
| その他（一般） |

| | | | | |
|----------------------------|----------------|-----------------|----------------------|----------------|
| フリガナ | | | 生年月日・性別 | |
| 氏名 | | | 年　月　日生 (　歳) (男・女) | |
| ※更新のための再受講者は登録番号を記入してください。 | | | | |
| 職業 (勤務先名) | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | FAX | | |
| | 携帯番号 | | 郵便番号 | |
| メールアドレス | | | | |
| ポケットマスク 購入希望 | 購入する • 購入しない | | | |
| 受講希望日 ○をつけてください。 | 2014年 7月31日 | 2014年 11月16日 | 2014年 10月19日 | 2015年 3月26日 |

協議会会員加盟施設職員又は、加盟施設長の紹介による受講の場合は加盟施設長の確認を必ずとってください。

| | |
|--------|---|
| 加盟施設名： | 印 |
| 施設長氏名： | |

| | |
|---------------|--|
| お申込み・ お問合せ | 健康スポーツ関連施設連絡協議会事務局 FAX： 078-704-2141 (住所) 〒655-0893 神戸市垂水区日向 1-4-1 KTV フレスコ内 (電話) 078-704-2137 080-6129-6858 (ホームページ) http://www.health-jp.net/ |
|---------------|--|

主催 健康スポーツ関連施設連絡協議会