

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。

平成 16 年 7 月 1 日付で非医療従事者、いわゆる一般人の AED 使用が認められました。そして厚生労働省は AED 使用認可にあたって「①一般市民向け（180 分）」「②一定頻度で心停止者に対し応急対応する事が期待・想定される者対象（220 分）」「③その講師となって指導にあたる者の養成（360 分）」の 3 種類の講習会を示して、受講を推奨あるいは義務付けています。

厚労省のガイドラインに沿って、健康スポーツ関連施設連絡協議会では前述の③に相当する「AED インストラクター認定講習会」を開催し、指導者の養成を推進しています。

| 日程・時間 | 会場 |
|---|--|
| 平成 25 年 8 月 1 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 |
| 平成 25 年 11 月 17 日（日） 10:00～17:00（休憩 12:00～13:00） | 熊谷商工会議所 〒360-0041 埼玉県熊谷市宮町 2-39 熊谷駅より徒歩約10分 |
| 平成 26 年 3 月 27 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 |

【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 | AED の概念・使用方法・注意事項 | |
| 実技 | AED を使用した心肺蘇生法 (効果的な AED 使用方法) | 基本の心肺蘇生法（復習） AED の使用法とポケットマスクを用いた人工呼吸法 (頭部後傾法・下顎拳上法) | 180 |
| | AED 使用方法の指導法 | 基本の心肺蘇生法と AED の使用法、ポケットマスクを用いた人工呼吸法 (頭部後傾法・下顎拳上法) | |
| 評価判定 | 試験と解説 | 知識の確認（筆記試験）・実技の評価（実技試験） | 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いただきます。（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

つぎのいずれかに ⇒
 ○を入れてください。

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 健康スポーツ関連施設連絡協議会の会員である。 |
| <input type="checkbox"/> | 健康スポーツ関連施設連絡協議会会員の紹介者である。 |
| <input type="checkbox"/> | 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..... | | | |
| 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。 | H25 8 月 1 日 | H25 11 月 17 日 | H26 3 月 27 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 ; | |
| 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 <h1 style="color: blue; margin: 0;">FAX: 078-704-2141</h1> (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