

福岡県医発第119号(地)

平成16年 4月16日



各医師会長 殿

福岡県医師会

会長 竹嶋康弘



救急災害医療対策委員会報告書の送付について

春暖の候 貴職益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

標記の件につきまして、日本医師会より別紙のとおり報告書の送付がありましたので御参考までにお送り致します。

小郡三井医師会より

担当理事 島田昇二郎



救急災害医療対策委員会

報 告 書

平成16年3月

日 本 医 師 会
救急災害医療対策委員会

平成16年3月

日本医師会長

坪井 栄孝 殿

救急災害医療対策委員会

委員長 小林 国男

本委員会は、平成14年8月21日開催の第1回委員会において、貴職から、「21世紀における日本の救急医療・災害医療のあり方」について、検討するように諮問を受けました。

これを受け、本委員会では、2年間にわたり検討を重ね、審議結果を次のとおり取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

救急災害医療対策委員会

委員長 小林 国男（帝京大学医学部附属病院救命救急センター長）

副委員長 大西雄太郎（長野県医師会副会長）

委員 門脇 謙（秋田県医師会常任理事）

〃 木村 佑介（前東京都医師会理事）

〃 小濱 啓次（川崎医科大学救急医学教授）

〃 志賀 捷浩（愛知県医師会理事）

〃 茂松 茂人（大阪府医師会理事）

〃 野島 丈夫（鳥取県医師会副会長）

〃 半澤 一邦（大分県医師会常任理事）

〃 邊見 弘（国立病院東京災害医療センター院長）

目 次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
．救急医療のあり方：「医師、医師会は、救急医療にどのように関わるべきか」	
1．二次救命処置に関する教育のあり方・・・・・・・・	2
（1）日本医師会によるACLS教育の意義・・・・・・・・	3
（2）我が国におけるACLS教育の整合・・・・・・・・	4
（3）ACLSの実施及びその教育に関する環境整備・・・・・・・・	5
2．病院前救護体制のあり方・・・・・・・・	6
（1）医師による病院前救護体制・・・・・・・・	6
（2）救急救命士等に対するメディカルコントロールのあり方・・・・・・・・	8
3．医師会の救急医療体制への関わり・・・・・・・・	8
（1）初期、二次救急医療体制・・・・・・・・	8
（2）三次救急医療体制：救命救急センターのあり方・・・・・・・・	9
（3）小児救急医療体制・・・・・・・・	9
．災害医療のあり方：「医師、医師会は、災害医療にどのように関わるべきか」	
1．大規模災害時における医師会活動の充実・・・・・・・・	11
（1）医師会医療救護班・・・・・・・・	11
（2）圏域を超えた災害時医療救護協定の締結・・・・・・・・	11
（3）後方支援・・・・・・・・	12
（4）危機管理と情報システム・・・・・・・・	12
2．医師会員に対する教育、訓練・・・・・・・・	13
おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・	14
別添 1 「日本医師会ACLS（二次救命処置）研修」要綱概要（案）	
別添 2 「日本医師会ACLS（二次救命処置）研修」要綱（案）	

はじめに

日本医師会及び地域医師会は、これまで我が国の医療体制の整備に責務を果たしてきたところであるが、国民の生命・健康を守るための努力は不断に続けていかななくてはならない。これらの努力は、救急医療や災害医療においても例外ではなく、全ての医師は、救命処置・治療の研鑽に努めなければならない。以上の理念の下、本委員会では、医師に対する救命処置・治療に関する教育のあり方について主として検討するとともに、医師による病院前救護体制の推進のための方策についても検討を重ねた。

我が国に救急救命士制度が誕生して10余年が経ち、救急救命処置の範囲も次第に拡大される傾向にある。また、非医療従事者による自動体外式除細動器（AED）の使用についての議論が進むなど、心肺蘇生法への一般市民の関心も近年急速な高まりを見せている。日本医師会においては、従来から「救急蘇生法の指針」を刊行して会員の救命への意識高揚に努めてきたところであるが、今般改めて心肺蘇生法の習得を生涯教育の重要な柱と位置づけ、ACLS（二次救命処置）研修を普及させる必要がある。最近我が国の心肺蘇生法に関係するいくつかの学会において、アメリカ心臓協会（American Heart Association）の提唱する研修コースの要件を満たす研修内容を持つものを「ACLS（Advanced Cardiovascular Life Support）」と呼ぼうとする方向にあるが、「ACLS」がすでに医療界に広く浸透している事実を踏まえ、本報告書では二次救命処置（Advanced Cardiac Life Support）を指すものとの認識で「日本医師会ACLS（二次救命処置）研修」とした。

また、災害医療についてはこれまでも度々検討されてきたが、今期は被災地の医療機関が第一線の医療現場となるという観点から、災害発生時における初動体制に焦点を当て、医師会がどのような役割を担うべきかについて、検討を行った。

．救急医療のあり方：「医師、医師会は、救急医療にどのように関わるべきか」

日本医師会は、地域医療の現場を担う医師の集団として、我が国の救急医療体制の一層の整備・充実を図り、患者の救命率及び社会復帰率の向上に貢献するべきである。

本委員会では、この理念に基づき、医師そして医師会が救急医療にどのように関わるべきかという観点から、これまでも多くの提言を行ってきたところである。

今期は、特に、病院前救護を含めた医師による救命処置・治療に焦点を当てた検討を重ねた結果、次に掲げる提言を行うものである。以下、具体的にその方策を述べる。

- 1．全ての医師は、継続的に研修を受けるなど救命処置・治療の研鑽に努めるとともに、医療機関の内外に拘わらず救急患者に遭遇したときには積極的に救命に当たるべきである。
- 2．日本医師会及び地域医師会は、会員の研鑽を支援するため、救命処置・治療に関する教育（ACLS教育）を生涯教育として位置づけるべきである。
- 3．日本医師会及び地域医師会は、医師による救命処置・治療の推進のため、様々な方策をもってその環境整備を進めるべきである。
- 4．日本医師会及び地域医師会は、我が国における病院前救護体制について、医師による病院前救護を推進するとともに、救急救命士に対するメディカルコントロール体制の整備・充実を図るべきである。

1．二次救命処置に関する教育のあり方

医師は、日進月歩の医学、医療を実践するために生涯にわたって自らの知識や技能を磨き、常に研鑽する責務を負っている。無論、これは救急医療についても例外ではない。

医師会員に限らず、全ての医師が救急医療に関する知識、技能の修得に努め、救急患者に遭遇した際により効果的な救命処置・治療を行えば、患者の救命率や社会復帰率の向上につながるのである。

また、近年、救急救命士の心肺停止傷病者に対する業務拡大が行われており、平成15年4月に除細動の包括的指示が認められた後も、気管挿管の実施が平成16年7月を目途に、薬剤投与（エピネフリン）が平成18年4月を目途に認められる予定である。これに加え、除細動について、先に航空機内において客室乗務員が緊急やむを得ない措置として自動体外式除細動器（“Automated External Defibrillator”。以下、「AED」）による除細動を行っても医師法等違反を構成しないとの見解が示された他、規制緩和の

一環として、非医療従事者である First responders や一般市民による A E D の使用が、平成 16 年度中に条件付で認められる予定である。今後は、A E D の一般施設や交通機関等への設置が進められていくことが想定される。

こうした背景も併せ、本委員会では、日本医師会が全ての会員医師を対象として A C L S に関する教育を生涯教育制度に位置づけるとともに、我が国の A C L S 教育の整合を図り、また A C L S の実施及びその教育に関する環境整備を進めるべきであるとの結論に至った。

さらに、その具体化に向け、別添の「日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修」要綱（案）（以下、「研修要綱案」）をまとめた。同研修は、すでに日本医師会の施策として、本年 3 月 1 日より、本報告書に先立って施行された。

（１）日本医師会による A C L S 教育の意義

日本医師会による A C L S 教育の基本理念として、研修要綱案に次の事項を掲げた。

- １）A C L S 研修を、日本医師会の生涯教育に位置づけること。
- ２）医師による救命処置・治療実施の意義を訴え、それを推進するものであること。
- ３）我が国の A C L S 教育の整合を図るものであること。
- ４）主たる対象者を、常時救急医療に従事しない全ての医師とすること。
- ５）A C L S 研修会を修了した者が、継続的な研鑽に励むことを推進するものであること。

患者の救命率及び社会復帰率の向上に貢献するという目的のため、日本医師会による A C L S 教育は、全ての医師が受講、修了することを目標とするべきである。

したがって、指定研修会を修了した医師に対しては、日本医師会員か否かに拘わらず、日本医師会長より修了証を交付して評価を与えるべきである。

全ての医師が受講、修了するものである以上、その教育の段階は常時救急医療に従事しない一般医師を主たる対象者としたものとするべきである。またその内容は、救急医療設備の限られた医療機関や航空機など医療機関外における救急患者発生を想定したものであり、気管挿管及び A E D の実施も含めなければならない。

一度受講し研修を受けた者は、その後も研鑽に努めなければならない。再び研修を受け、既修得技能の維持を図ると同時に、新たな技能を修得し、知見を得ることが

必要である。その際にはより高次の研修を受けることも推奨される。これに対し、日本医師会、地域医師会及び研修会実施主体は、再修了した者に適切な評価を与えることが必要である。

A C L S 研修会は、地域医師会の催す研修会にあっても医師に限定するのではなく、看護師や救急救命士なども含め、実際の現場でともに従事する者が参加して行われることが望ましい。

将来的には、日本医師会は、救急医療に従事する医師を対象とした教育コース修了者についても評価を行うとともに、A C L S 教育を担う者の養成にも尽力するべきである。

（２）我が国における A C L S 教育の整合

アメリカ心臓協会（“ American Heart Association ” 以下、「 A H A 」）、ヨーロッパ蘇生法協議会（“ European Resuscitation Council ” ）及び英国蘇生法協議会（“ Resuscitation Council U.K ” ）等では、医療従事者を対象とした心肺蘇生法研修として B L S 、 A E D 中心の初心者向けから、不整脈など心肺停止以外への対応も含む専門家向けまで、対象に応じた多様な研修コースを用意、実施している。

我が国では、主に A H A のコースが導入され、様々な主体が各地で研修会を実施している。A H A のコースに従っている場合もあるが、他方でこれを参考にしつつ心停止に限定した基礎的コースを定めている例もある。

我が国の A C L S 教育においては、基礎的なコースから高度専門的なコースまでの体系的な教育を確立し、また、欧米の基準をそのまま輸入するのではなくて医療提供体制や医薬品・医療機器制度等、我が国の特性に基づいた内容でなければならない。

そのためには、日本医師会による A C L S 教育において、地域医師会等により各地で開催されている A C L S 研修会を指定し、その修了者に評価を与えることで、日本医師会が主導して研修要綱案の基本理念に掲げた A C L S 教育の整合を図っていくべきである。

A C L S 教育の整合にあたっては、カリキュラムやテキストに加え、実際にこれらを用いて教育を行うインストラクターの養成方法、カリキュラムにおいても、整合を図る必要がある。日本医師会の強力な推進力と学術的な指導力が問われる。

まず、カリキュラムの整合については、研修要綱案に標準カリキュラムを定めた。

同カリキュラムと同等以上であるかを研修会の指定の際に審査することで、その整合を図るべきである。

テキストの整合については、我が国のＡＣＬＳ研修会でも使用されているマニュアルの多くにＡＨＡとの間のライセンス上の課題が指摘されている。これに対し、ヨーロッパでは独自にマニュアルを作成して研修を行ってきている。現在、日本救急医療財団心肺蘇生法委員会において、我が国独自のマニュアルを作成している。これは、先年刊行された「救急蘇生法の指針（医師用）」を下地にしたものである。同マニュアルが作成、刊行された際には、これを我が国における統一テキストとするべく、日本医師会によるＡＣＬＳ教育における指定テキストとし、その普及啓発を図るべきである。

インストラクターの養成については、将来的には日本医師会において指導者講習会等を開催するべきである。なお、指定研修会やより高次の研修会を修了した医師が、新たなインストラクターとして研修会に参加できるようなシステムづくりが、研修会の拡大にとっても必要である。

（３）ＡＣＬＳの実施及びその教育に関する環境整備

ＡＣＬＳ教育は、ＡＨＡでは一研修会当たり４８人とするなど研修会の定員が限られている。他方、下記に述べるように訓練用人形等の器材やインストラクターの確保難が指摘される。

本委員会は、ＡＣＬＳ教育を医師会の生涯教育制度に位置づけ、全ての医師がＡＣＬＳ研修会を受講、修了することを目標に掲げているが、平成１４年医師・歯科医師・薬剤師調査によれば医師の従事者は２６万２，６８７人に及び、また日本医師会員をとってみても１５万９，２２４人（全会員）である。

全ての医師の研修会の受講、修了までには多大な時間と労力を費やさなければならず、さらに、生涯教育として既習者が再受講・再修了や高次の研修会の受講・修了をすることも推進していかななくてはならない。

そのため、日本医師会は、ＡＣＬＳ教育に関する環境の整備を進め、ＡＣＬＳ研修会の数的・質的充実を図らなくてはならない。

ＡＣＬＳ教育には、訓練用人形やＡＥＤシミュレーターなど高価な器材が必要である。特に訓練用人形の価額は高額であり、救命救急センター等から借りる場合であってもその補修費や搬送費の負担が大きい。

また、現在のＡＣＬＳ教育は、無償またはそれに近い条件で取り組むインストラク

ターによって支えられているが、今後、A C L S研修会の数や開催頻度が増えることが予想される中、いつまでもボランティアに依存することはできない。したがって、人件費の確保も課題となる。

さらに、A C L S教育を受けても、A E D等が実際に医療機関に無くては意味を成さない。前述のとおり、平成16年度以降A E Dの一般施設等への設置が想定されることも踏まえ、救急医療機関以外の医療機関においてもA E D等が設置されていることが求められる。

日本医師会は、共同購入のとりまとめなどを通じ、地域医師会による訓練用人形やA E D等の器材の導入を促進すべきである。特にA E Dについては、一般施設等にはあっても、医療機関には無いという状況を避けるためにも、全医療機関への設置を目指すべきである。

また、国に対し、国民医療のための重要施策としてA C L Sやその教育に要する器材や人件費等に関する財政措置を講ずるよう求めるべきである。

さらに、前述のとおり、研修会修了医師が新たなインストラクターとして研修会に参加できるようなシステムづくりを地域に促していくことも必要である。

なお、A C L S教育に必要な器材やインストラクターの確保のための具体策として、各都道府県医師会等において、研修会実施主体がこれらを共有するシステムづくりを図ることも挙げられる。

2．病院前救護体制のあり方

我が国における病院前救護体制のあり方について、医師による病院前救護の推進とともに、救急救命士に対するメディカルコントロールについて、検討を行った。

(1) 医師による病院前救護体制

意義

救急患者の救命率及び社会復帰率の向上を考えれば、医師がファーストエイドを担うのが最適である。将来的には、救急救命士が現場に出動するアメリカ型から、医師が現場に出動するヨーロッパ型に進めていくべきである。

そのために、日本医師会は、医師が病院前救護体制に直接参加するドクターカーやドクターヘリの推進のための環境整備を図るべきである。

医師による病院前救護体制の推進：ドクターカー、ドクターヘリ

特にドクターカーについては、対人口比の医師数や、人口規模、消防当局・同乗医師が所属する医療機関開設者・医師会の三者が同一の単位か否か等によって、そのシステムづくりの成否が左右される。

船橋市や札幌市のドクターカーシステムが有効に機能している理由として、消防と病院がともに市の事業であることが挙げられる。消防は市区町村事業なので、市立病院に救急隊を配置する場合は、同乗医師の人件費を支出しやすいなど、消防当局・医療機関開設者・医師会が同一の単位であれば、三者の連携の確保や財政負担の面で有利である。これに対し、市が、県立病院などからの同乗医師の人件費を支出することは難しい。また、実施する市区町村等の意欲も必要不可欠である。

救急車の出場は1件5～7万円程度かかるのに対し、ドクターヘリは1件約55万円（厚生労働省補助事業。年間300回出動として算定）かかるとされている。しかし、ドクターヘリを導入することにより、重症患者を早く処置でき、救命率も上がるため、その分医療費も安くなる。ドクターヘリは費用対効果が低いということはない。

病院前救護体制の整備には、財政支出につき住民の理解を得なければならないが、市民一人当たりのコストを例示する他、医師の早期処置による医療コスト等の減少と比較するなどの方策が挙げられる。

以上を踏まえ、日本医師会は、以下の施策を講じるべきである。

ドクターカー及びドクターヘリ事業による救命率や社会復帰率の向上と費用対効果を掲げ、両事業への補助制度の拡充及び診療報酬上の評価を要求すること。医療機関からの患者の転送例も多いことを踏まえ、ドクターカー及びドクターヘリ事業参加医師のみならず、転送元の一般医師を対象としたACLS教育を推進すること。

ドクターヘリが、隣接地域へも積極的に出動できるよう同事業の柔軟性を促すとともに、現場至近の地に円滑に着陸できるよう交通法規等の関係法令の改正を働きかけること。

続いて、都道府県医師会及び郡市区医師会の責務として、次の事項が挙げられる。

特に消防当局・医療機関・医師会の所管区域が異なる地域にあっては、市区町村と同乗医師が所属する医療機関の開設者との間で、当該地域への円滑なドクターカー事業の導入を図るための調整をすること。

自治体の長に対し、ドクターカー及びドクターヘリによる病院前救護体制の整備の重要性を訴え、その導入や充実を図ること。また、住民に対してもその理解を得るための努力を行うこと。

ドクターカー及びドクターヘリ事業に参加する医師や看護職員等が、任務に専念できるよう、協定等において、自治体の長が交通事故や医療事故発生時の責任を負うことを明確に定めること。

ドクターヘリが、隣接地域へ積極的に出動できるよう、関係都道府県が協定を締結するよう働きかけること。

(2) 救急救命士等に対するメディカルコントロールのあり方

前述のとおり、現在救急救命士による業務拡大が進められているが、そのためには、必要な研修等の実施や事後検証体制等のメディカルコントロール体制の整備を要件としている。しかしながら、平成15年の除細動の包括的指示化にあたっては、これらの要件が満たされていないまま、実施された例がある。

救急救命士の業務は、メディカルコントロール体制の下で行われなければならない。そして、メディカルコントロールの主体を担うのは、救急救命士に指示を行う医師、医療サイドでなければならない。

したがって、体制整備には医療関係者による参画が不可欠である。しかし、二次医療機関の多くの医師がメディカルコントロールに関する認識が希薄であり、また、国公立医療機関も同様であることが問題である。

メディカルコントロール体制の整備における地域医師会の役割として、医療側と消防側との調整を行い、両者の均衡を図ることが挙げられる。メディカルコントロール体制の必要性の認識度において、必ずしも充分とは言えないことが問題だからである。

さらに、地域によっては充足されていないメディカルコントロールを担う医師の養成・確保を図る他、人件費等の確保を行う必要がある。

3. 医師会の救急医療体制への関わり

(1) 初期、二次救急医療体制

全国的に一定の整備が図られた現在、特定の診療科(小児科、眼科、耳鼻咽喉科、産婦人科、精神科等)の整備が課題である。医療機関単位あるいは医療圏単位ではなく、特定の診療科医師の配置等、よりきめの細かい補助制度が必要である。

なお、これまで地域における初期救急医療体制を担ってきた在宅当番医制事業

（「在宅当番・救急医療情報提供実施事業」）が、誠に遺憾ながら、先般閣議決定がなされた平成１６年度予算政府案において経費が一般財源化され、同事業の財源は、地方交付税により措置されることとなった。

在宅当番医制事業は、地域医師会が行政から委託を受け、長年にわたり地域の初期救急医療体制を担うものとして、住民に安心感を与え、日常の生活を支えてきた。

しかしながら、地方財政が逼迫し、さらに地方税財政制度改革（三位一体の改革）として地方交付税制度の改革が求められている状況下にあっては、これに先んじて一般財源化された休日夜間急患センター事業とともに、事業運営のための財源確保が難しい。

日本医師会は、数年にわたって同事業の一般財源化を阻止し続けてきたが、今後、小児救急医療を含めた初期及び二次救急医療体制の整備・充実に對する財政措置の確保に向け、努力していくべきである。

また、各郡市区医師会においては、従来どおりの事業遂行ができるだけの予算を確保するよう市区町村に働きかけていくよう要請したい。

（２）三次救急医療体制：救命救急センターのあり方

現在の救命救急センターの評価は、自己評価に過ぎず、適切ではない。客観的な評価方法に改めるべきである。また、都市型（特殊疾患型）と地方型（全科型）とに分けるような地域事情を考慮した評価方法とするべきである。救命救急センターがどうあるべきかについて、地域医師会としての意見を出すことも必要である。

救命救急センター未設置地域においては、十分な予算措置により、国公立病院に限らず整備を図ることが必要である。また、救命救急センターの施設・設備の老朽化に対する予算措置の充実が必要である。

救命救急センターにおける医師、看護職員や救急救命士等の臨床教育機能の一層の充実を図るべきである。

（３）小児救急医療体制

小児救急医療は地域全体でカバーし、地域の医療資源を活用するべきである。「０．５次救急」といわれる電話相談を含めた初期の小児救急医療体制の整備が、小児救急医療体制の力ギとなる。

東京都や大分県などにおいて、医師会が主導し、いわゆる「内科小児科医」等に対する研修や小児科医によるバックアップ体制の整備、また電話相談事業等の初期

救急医療体制の充実に取り組んでいる例がある。日本医師会においても、これらの事業に対する補助制度の創設を国に働きかけた結果、平成１６年度予算において実現する予定であるが、その充実に向け、今後も取り組んでいかななくてはならない。

また、特に小児科医師の確保が困難な地域の医師会において、上記の研修や電話相談事業等に取り組む必要がある。電話相談事業の条件については、不安を抱く保護者の心情を考慮した対応姿勢であることの他に、相談員の職種・従事診療科の明確化、相談への対応のマニュアル化、回答内容が「電話治療」に及ばず相談に止まることの厳守、緊急時の紹介医療機関の確保、かかりつけ医への受診の勧奨、転送電話等の応需体制の確保、相談内容の記録等が挙げられる。

また、これに併せ、小児科医に診て貰いたいと思っている保護者に対し、小児科医の絶対数が限られている現状を理解してもらうよう、地域の医療資源について啓発、広報することが効果的である。

．災害医療のあり方：「医師、医師会は、災害医療にどのように関わるべきか」

災害時では、被災地の医療機関が第一線の現場となる。本委員会では、特に大規模災害発生時における初動体制に焦点を当て、医師会がどのような役割を担うべきかについて、検討を行った。

地域で大規模災害が発生した時、医師は、その使命感から現場に出動しようとするのが当然である。医師会は、そのような地域医療を担う医師によって構成されており、その特長を活かした初動体制を構築する必要がある。

そのためには、日本医師会及び地域医師会は、災害発生時における医師会活動の充実、医師会員に対する教育等の施策を講じるべきである。

1．大規模災害時における医師会活動の充実

本題については、これまでも、本委員会より数多くの提言を行ってきたところであるが、特に今期は下記の事項について提言する。

（１）医師会医療救護班

医師会が派遣する医療救護班には、被災地等の医師会によるものと非被災地の医師会から派遣されるものとに分けられるが、被災地やその隣接医師会は、速攻性のある行動ができる。

つまり、被災地等の医師会は、災害発生時直後からの活動ができる立場にあり、D M A T（“ Disaster Medical Assistance Team ” 災害時に機動的に活動できるトレーニングを受けた医療チーム）、地方自治体、日本赤十字社等の公的な救護班の派遣体制が整う前に、いち早く会員医師による医療救護班を派遣することが可能である。

したがって、災害発生時には、会員医師が、自身の医療機関の状況把握や患者への対応を行った上で、医師会館や現場に迅速に集合できるよう、初動体制の確保に着目した連絡網の整備やマニュアルの作成が必要である。また、特に被災地隣接地域においては、会員医師が医療救護班に参加して現場に出動した結果、当該地域の医療に間隙が生じないよう、地元の医療を担う者についても明確に定めておく必要がある。

（２）圏域を超えた災害時医療救護協定の締結

前期（平成１２、１３年度）の本委員会において行った調査結果によれば、都道府県医師会が都道府県と災害時医療救護協定を締結している例は３５医師会に及ん

だ。

しかしながら、想定される東海大地震等の大規模震災にあっては、都道府県域を超えた対策が必要である。そのため、都道府県医師会は、所轄都道府県だけではなく、ブロックなど近隣都道府県との間においても協定を締結し、災害発生に備えるべきである。中でも、他の都道府県からの出動要請を受けて医療救護班を派遣した場合の費用や事故時の補償責任の主体を明らかにする必要がある。

圏域を超えた協定の締結は、郡市区医師会においても同様である。殊に医師会所管区域と市区町村とが異なる場合に対応するべく、都道府県医師会が都道府県とともに、管下全域の医師会と市区町村とを一括した協定を締結するべきである。

また、日本医師会は、各都道府県医師会と近隣都道府県間、郡市区医師会と市区町村間の広域的な災害時医療救護協定の締結を推進するよう支援するべきである。

(3) 後方支援

その多くが地方防災会議や災害医療対策協議会等に参加している都道府県医師会や郡市区医師会は、災害時においても、医療救護班の派遣はもとより、医療機関同士や関係者間の連携確保等、災害時医療救護活動に重要な役割を果たすことは論を俟たない。

特に、広域災害・救急医療情報システムの運営管理を担っている医師会においては、患者転送、医療従事者や医薬品等の被災地のニーズに関する情報、後方病院の医療従事者派遣や患者受け入れ体制に関する情報等を把握できる。

したがって、同システム未導入県医師会においては、その導入を県に働きかけるべきであり、また、導入都道府県においては、システムの管理運営に主導的に関わるべきである。

また、最も混乱が予想される災害発生当初の被災地での初動医療体制、特に情報通信手段、医療救護班の出動方法、現場での各関係者の役割及び位置づけなどについて、地域防災計画や災害時医療救護計画に明記するとともに、防災訓練にも盛り込むよう、地域医師会による主体的な関わりが求められる。

(4) 危機管理と情報システム

我が国には、災害医療に関わる公的な情報システムが、前述の広域災害救急医療情報システムの他にも存在する。例えば、平成14年度より整備されている健康危機管理情報システムは、地域の健康危機管理について、危機発生前と発生後に必要

とされる情報を地方自治体等に提供するものである。

同健康危機管理情報システムは広域災害・救急医療情報システムとリンクしているが、これらの公的な情報システムを相互に連携させ、災害医療関係者が多角的な情報を把握、共有できるよう、システムの構築を図るべきである。

2．医師会員に対する教育、訓練

災害発生当初、被災地の会員医師は、孤立した状態で医療を行わなくてはならない。そのような状況下においても、会員医師は、救命処置・治療を行い、患者の救命に尽力することが、医師として当然に求められる。

したがって、日本医師会は、災害発生当初における医師会員、医師会による医療救護活動のため、会員の生涯教育として災害医学やトリアージの重要性を掲げるとともに、各地域でその訓練が実施されるように推進するべきである。

なお先般、平常時には防災意識の啓発、安全対策、訓練や連携に努め、災害発生時には救助・救命などの分野で公的な組織やボランティアと協同して活躍することを役割とする「防災士」制度が発足した。同制度は、日本医師会も参加して設立した特定非営利活動法人「日本防災士機構」が実施するものである。養成カリキュラムには医療関係の他にも多様な教科が広範に含まれている。防災士資格の取得には職種等の条件がないので、各都道府県医師会及び郡市区医師会や医療機関の職員が積極的に取得に励み、災害時には、防災の知識・技術を効果的に発揮することを期待したい。

おわりに

今期本委員会では、平成１４年８月より、２年間にわたって「２１世紀における日本の救急医療・災害医療のあり方」について、検討を行ってきた。

検討に当たっては、まず、平成１５年３月に伊藤善一船橋市医師会救急対策委員会委員長を招き、ドクターカーシステムに対する先駆的な取り組みについて説明を受けるとともに、同道の矢走英夫同前委員長及び金弘船橋市医療センター救命救急センター長も交えて意見交換を行った。また、同年９月には、坂本哲也帝京大学医学部附属病院救命救急センター教授を招き、我が国や世界におけるＡＣＬＳ教育の実状について説明を受けるとともに、意見の交換を行った。四先生のご高説は、本委員会の検討にあたって大いに参考となった。ここに篤く御礼を申し上げる次第である。

近年、救急救命士の業務拡大などが進められる中、医師による救命処置・治療の推進のため、ＡＣＬＳ研修会の開催やドクターカー・ドクターヘリ事業の導入が全国的に図られつつあるが、医師会が主体的に関わっている例も少なくない。

また、平成１６年１月１７日をもって阪神・淡路大震災から１０年目を迎えたが、医師会の災害医療対策も震災を契機に大いに進捗してきたところである。

しかしながら、今後も、医師、医師会の救急医療・災害医療に対する積極的な取り組みが求められることは論を俟たない。本委員会報告が、日本医師会の施策に寄与することを切に願うものである。

日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修要綱 概要（案）

【目的】

日本医師会員の生涯教育として A C L S 教育を位置づけ、医師による効果的な救命処置・治療の実施を推進し、救急患者の救命率及び社会復帰率の向上に資すること。

【名称・定義】

「日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修」（以下、「本研修」と称し、地域の医師会等が実施する二次救命処置（Advanced Cardiac Life Support。以下、「A C L S」）に関する教育を内容とする研修会であって、日本医師会長が指定するものを修了した医師について、修了証を交付する。

【基本理念】

- 1．A C L S 研修を、日本医師会の生涯教育に位置づけること
- 2．医師による救命処置・治療実施の意義を訴え、それを推進するものであること
- 3．わが国の A C L S 教育の整合を図るものであること
- 4．主たる対象者を、常時救急医療に従事しない全ての医師とすること
- 5．A C L S 研修会を修了した者が、継続的な研鑽に励むことを推進するものであること

【責務】

- 1．日本医師会・都道府県医師会：
我が国における救急患者の救命率及び社会復帰率の向上に努めること
生涯教育等により、A C L S の普及啓発を図ることに努めること
- 2．A C L S 研修会実施主体：研修会の適正な実施、運営に努めること
- 3．修了証の交付を受けた者：
修得技能の維持や新たな知見、技能の修得のため、継続的な研鑽に努めること

【運営】：日本医師会が運営する。また、本研修の実務を行う機関として、日本医師会役員で構成される運営委員会を設置する。

【学習目標】

コース目標	系統的な A C L S アプローチに基づいた、急変患者への適切な対処やチーム蘇生の方法を習得する
学習目標	突然の心停止に対して最初の 10 分間の適切な蘇生法を修得する
到達目標	A C L S アルゴリズムにおける Primary ABCD survey、Secondary ABCD survey について説明できる
	蘇生を始める必要性を判断でき、行動に移すことができる
	B L S（一次救命処置）に習熟する
	A E D（Automated External Defibrillator、自動体外式除細動器。以下、「A E D」）を安全に操作できる
	心停止の 4 つの心電図波形を診断できる
	除細動の適応を判断できる

	除細動を安全かつ確実に行うことができる
	状況と自分の技能に応じた気道管理法を選択し実施できる
	気道が確実に確保できているかどうかを判断できる
	状況に応じて適切な薬剤を適切な方法で投与できる
	治療可能な心停止の原因を知り、原因検索を行動にできる
	経皮ペースティングの適応を述べることができる

【研修会の指定】

都道府県医師会が承認した A C L S 研修会について、次の基準に照らして審査し、その内容等を勘案して研修会の指定を行う。

1. 学習目標が、上記の表に掲げられている事項と合致すること
2. 教育内容が、救急医療設備の限られた医療機関等での心停止例を考慮していること
3. 主な対象者が、常時、救急医療に従事しない医師であること
4. 教育内容が、標準カリキュラムと同等又はそれ以上であると認められること
5. 講師やインストラクター等が、救急蘇生法に精通している者であること
6. 実習が、受講者を 1 グループ最高 6 人に分けて行うものであること
7. 実習の内容が、気管挿管及び除細動の習熟を含むものであること
8. 気管挿管器具、A E D や訓練用人形等、所定の器具等を用いた実習であること
9. テキストが、「救急蘇生法の指針」(医師用)又はこれに準拠するものであること

【修了証交付の申請】

都道府県医師会長が、日医会長に対して本研修修了証の交付の申請を行う。

【修了証交付の要件の確認】

日本医師会は、修了証の交付にあたり、指定研修会を修了した者について、次の要件を満たしているかを確認する。

1. 医師であること
2. 修了した研修会が、本研修の指定を受けていること
3. その指定研修会を修了していること

【修了証の交付】

日本医師会長は、修了者が上記の要件を満たしていることを確認したとき、都道府県医師会長を経由して、修了証を交付する。

修了証を交付した者が、再び指定研修会を修了した場合には、証票を交付する。

不整脈、急性冠症候群、脳卒中や外傷への初期対等等、本研修の学習目標等を超えるもの（オプション研修）を修了した場合には、証票を交付する。

【修了者の登録】

日医に「日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修修了者名簿」を備え置き、修了証交付時に修了者の氏名及び住所や指定研修会の名称等を登録する。

【修了証の交付の取り消し等】

修了証を交付した者が、要件を満たしていないとき、または医師の倫理に反する行為をしたとき等に該当すると認める場合には、日医会長は、修了証の交付を取り消し、その返還請求等ができる。

【手数料その他の費用】

日本医師会は、研修会の指定、修了証の交付や修了者名簿への登録にあたり、研修会実施主体や申請者等から、一切の手数料その他の費用等を徴収しない。

【本要綱等の制定及び改廃】

本要綱等の制定・重大な改廃の際は、日医救急災害医療対策委員会の意見を聴く。

【施行期日】

平成16年3月1日。

【経過措置】

本要綱の施行日において、研修会実施主体が指定研修会を修了したとして認めている者は、その修了年度に関わらず、本研修修了証の交付の対象者とみなす。

【本研修及び我が国におけるACLS教育の将来のあり方】

日医は、次の事項を中心に検討し、その実施に努める。

- 1．わが国のACLS教育に関するテキストの整合
- 2．わが国のACLS教育の講師やインストラクター等の養成カリキュラムの統一
- 3．わが国のACLS及びACLS教育に要する機器等の導入の推進方策
- 4．わが国の救急医療に従事する医師に対するACLS教育の普及
- 5．本研修の効果に対する検証

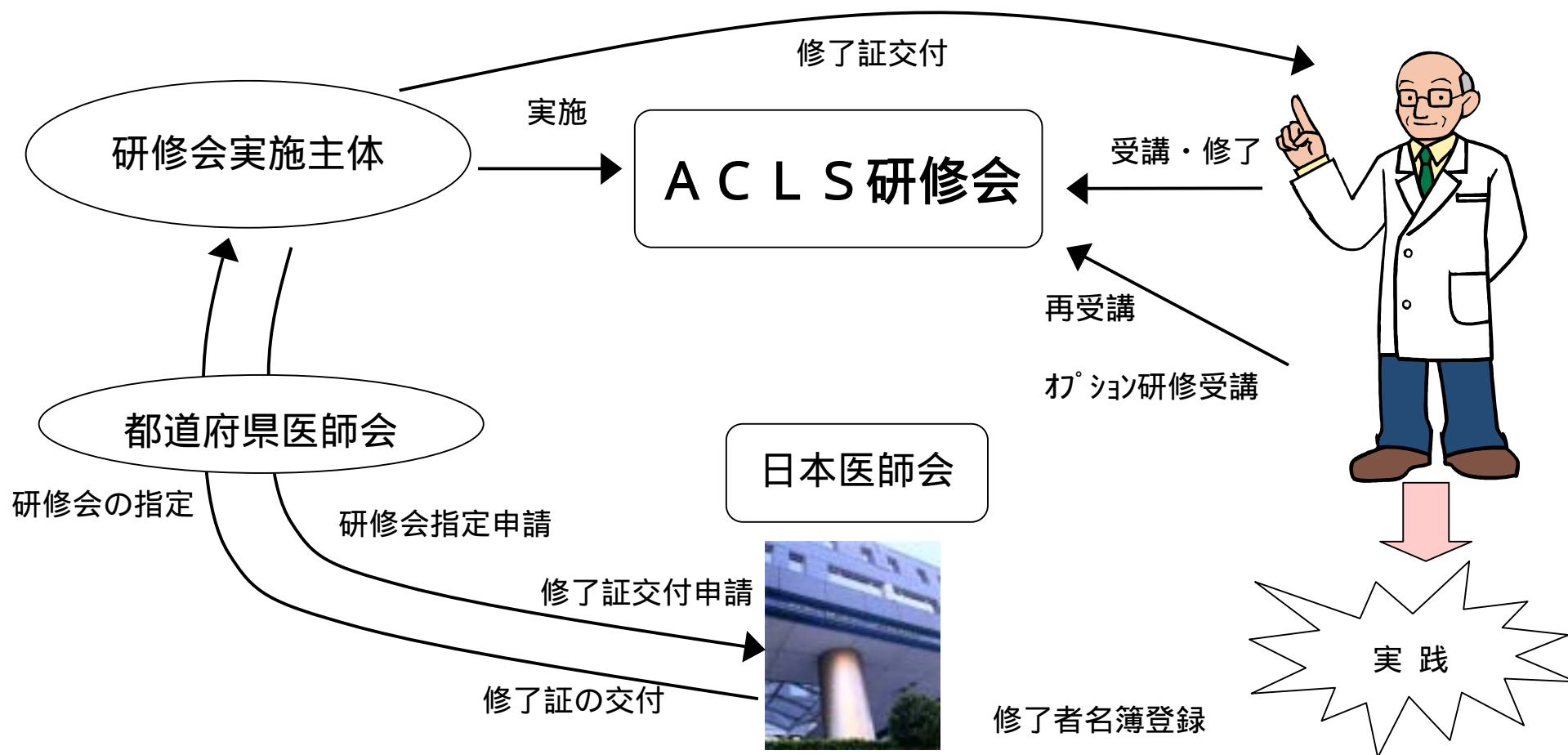
標準カリキュラム

実
習

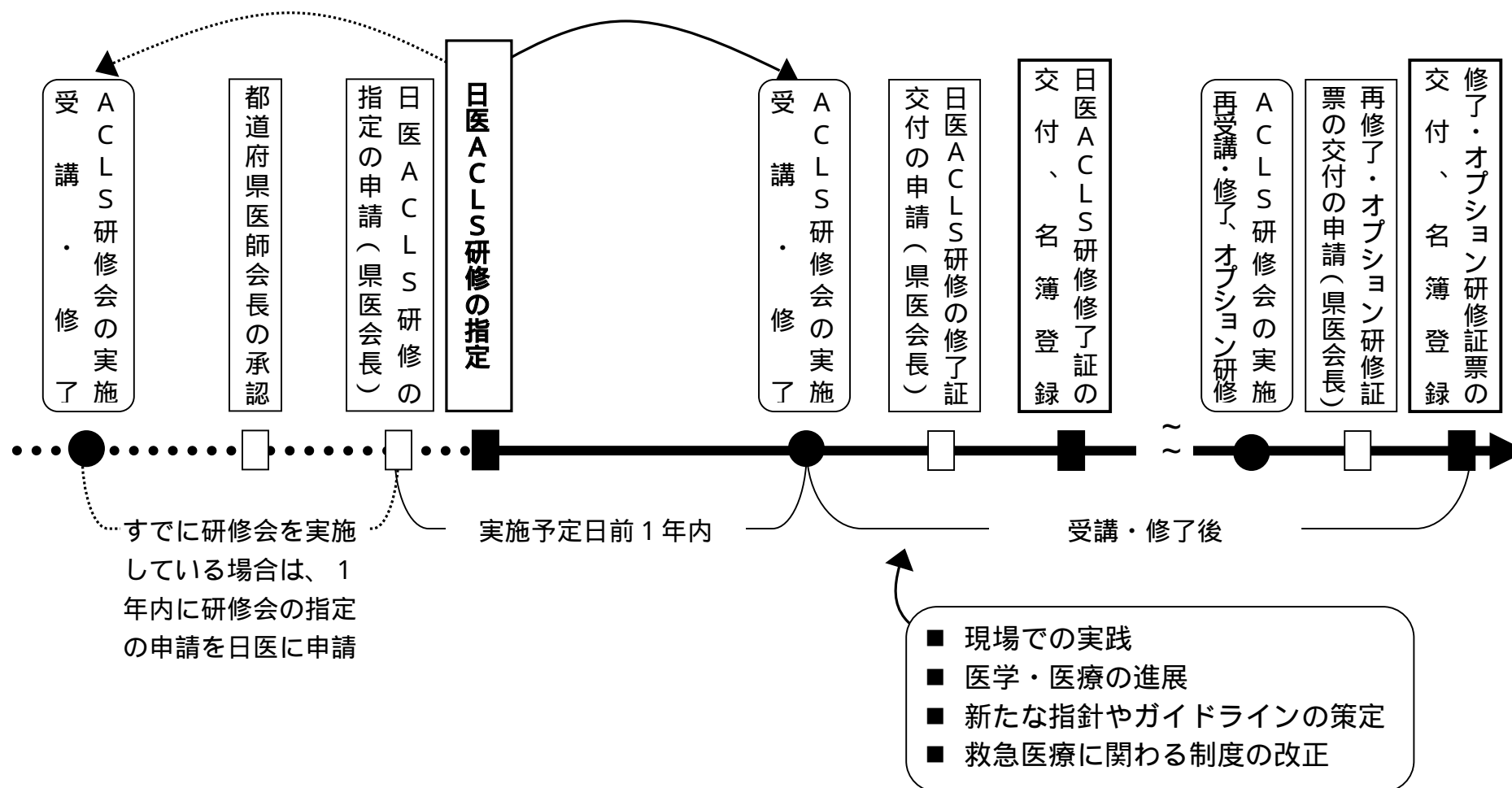
教 科	内 容	概ねの時間
当日前 テキスト、「救急蘇生法の指針」の熟読	1．医師による救命処置・治療実施の意義 2 - 1．B L S（一次救命処置） 2 - 2．A C L S（二次救命処置） 3．用語の説明 4．倫理的、法的な問題（特に医療機関外での処置時） 5．我が国の救急医療システム	—
オリエンテーション	・ A C L S コースの概要説明、注意事項説明等	2 0 分
B L S（一次救命処置） Primary ABC(D)	B L S の手技	1 時間
A C L S（二次救命処置） 除細動 + Secondary ABCD	1．A E D の使用に習熟、モニター診断と除細動も併せて実施 2．気道確保・換気：特に、救急救命士が実施できる（予定）気管挿管等に習熟 3．救急医薬品の使用（輸液～静脈内投与、気管内投与、骨髄内投与） 4．心室細動（VF）／無脈性心室頻拍（Pulseless VT） 5．無脈性電気活動（PEA）／心静止（Asystole）	約 4 時間 （各 5 0 分）
体験学的シミュレーション（メガコード）	ケーススタディによる実習 a 救急医療設備が限られているケース（診療所、航空機内など） b 患者の発生から B L S、A C L S を一貫して行うケース ・ 除細動対応の訓練用人形、心電図モニター等を使用し、患者発生～通報～Primary ABC(D)～（搬送）～除細動～Secondary ABCD、薬剤投与等を実施 ・ 通報、意識の確認、周囲への協力要請、役割分担、群衆コントロール、救急車への同乗の判断等を含む	1 時間
反省会	質疑応答など	3 0 分
修了式		1 0 分

時間には、準備・休憩時間を含む

日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修 イメージ



日医 A C L S（二次救命処置）研修の流れ



日本医師会 A C L S (二次救命処置) 研修

要 綱 (案)

日 本 医 師 会

第1章 総則

【目的】

第1条 日本医師会員の生涯教育としてA C L S教育を位置づけ、医師による効果的な救命処置・治療の実施を推進することで、救急患者の救命率及び社会復帰率の向上に資することを目的とする。

【名称】

第2条 「日本医師会A C L S（二次救命処置）研修」（以下、「本研修」と称し、地域の医師会等が実施する二次救命処置（Advanced Cardiac Life Support。以下、「A C L S」）に関する教育を内容とする研修会であって、日本医師会長が指定するものを修了した医師について、日本医師会A C L S（二次救命処置）研修修了証を交付するものとする。

【定義】

第3条 本要綱の用語は、次の例による。

- （1）指定研修会 第8条により、日本医師会長が指定する研修会
- （2）研修会実施主体 指定研修会を実施する者

【基本理念】

第4条 本研修は、次の各号を基本理念とする。

- （1）A C L S研修を、日本医師会の生涯教育に位置づけること
- （2）医師による救命処置・治療実施の意義を訴え、それを推進するものであること
- （3）わが国のA C L S教育の整合を図るものであること
- （4）主たる対象者を、常時救急医療に従事しない全ての医師とすること
- （5）A C L S研修会を修了した者が、継続的な研鑽に励むことを推進するものであること

【責務】

第5条 日本医師会及び都道府県医師会は、本研修の管理・運営を通じ、医師による効果的な救命処置・治療の実施を推進し、我が国における救急患者の救命率及び社会復帰率の向上に努めなければならない。また、様々な方策をもってA C L Sの普及啓発を図ることに努めなければならない。

- 2 A C L S研修会を実施する者は、本要綱の規定に従い、研修会の適正な実施、運営に努めなければならない。
- 3 本研修修了証の交付を受けた者は、その後も、修得した技能の維持や新たな知見、技能の修得を図るため、継続的に研修を受けるなどの研鑽に努めなければならない。

【運営】

第6条 本研修は、社団法人日本医師会（東京都文京区本駒込2 - 28 - 16）が運営する。

2 本研修の運営の実務を行う組織として、社団法人日本医師会に日本医師会ACLS（二次救命処置）研修運営委員会（以下、「運営委員会」）を設置する。その他組織及び職務内容等については、細則に定める。

3 本研修の事務局は、社団法人日本医師会地域医療第1課に置く。

【学習目標】

第7条

本研修は、下表に掲げる事項を学習目標とする。

コース目標	系統的なACLSアプローチに基づいた、急変患者への適切な対処やチーム蘇生の方法を習得する
学習目標	突然の心停止に対する最初の10分間の適切な蘇生法を修得する
到達目標	ACLSアルゴリズムにおけるPrimary ABCD survey、Secondary ABCD surveyについて説明できる
	蘇生を始める必要性を判断でき、行動に移すことができる
	BLS（一次救命処置）に習熟する
	AED（Automated External Defibrillator。自動体外式除細動器。以下、「AED」）を安全に操作できる
	心停止の4つの心電図波形を診断できる
	除細動の適応を判断できる
	除細動を安全かつ確実に行うことができる
	状況と自分の技能に応じた気道管理法を選択し実施できる
	気道が確実に確保できているかどうかを判断できる
	状況に応じて適切な薬剤を適切な方法で投与できる
	治療可能な心停止の原因を知り、原因検索を行動にできる
	経皮ペーシングの適応を述べることができる

第2章 研修会の指定

【研修会の指定】

第8条 日本医師会長による本研修の指定は、当該研修会が実施される区域を所管する都道府県医師会長が承認するものに対して、第3項による審査の内容等を勘案して行うものとする。

2 本研修の指定のための申請は、前項の承認をした都道府県医師会長が、細則に定める様式により行うものとする。また、申請にあたっては次の各号に定める書面を添付するものとする。ただし、研修会実施主体が医師会の場合は、第一号に定める書面の添付を要しない。

（1）研修会実施主体の事業内容を説明する書面

- (2) 当該申請に係る研修会の対象者、教育内容及び修了認定方法を説明する書面
- (3) その他日本医師会が当該申請に係る研修会について次項による審査を行うのに必要な書面
- 3 日本医師会は、次の各号に定める基準に照らして当該研修会の内容を審査する。なお、試験の実施の要否は、各研修会実施主体の判断に委ねるものとする。
- (1) 学習目標が、前条の表に掲げられている事項と合致すること。
- (2) 教育内容が、救急医療設備の限られた医療機関や医療機関外での心停止例を考慮したものであること。
- (3) 主な対象者が、常時、救急医療に従事しない医師であること。ただし、指定基準を満たしていれば救急医療に従事する医師、看護職員や救急救命士等の参加を妨げるものではない。
- (4) 教育内容が、別表に定める標準カリキュラムと同等又はそれ以上であると認められること。
- (5) 講師やインストラクター等が、救急蘇生法に精通している者であること
- (6) 受講者が6人を超える場合は、受講者を1グループ最高6人に分けて実習を行うものであること。
- (7) 実習の内容に、気管挿管及び除細動の習熟を含むものであること。
- (8) 下表の医薬品や医療用具を用いた実習を行うものであること。
- | |
|---|
| a. 気道確保、換気・人工呼吸 |
| (ア) ワンウェイフィルター付きのポケットマスク・フェイスシールド |
| (イ) ラリングアルマスク・食道閉鎖式エアウェイ |
| (ウ) 気管挿管用チューブ |
| (エ) バッグバルブマスク（アンビュバッグ） |
| b. A E D |
| c. 心電図モニター |
| d. 救急医薬品（乳酸リンゲル液、エピネフリン、アトロピン、リドカイン、硫酸マグネシウム、プロカインアミド等） |
| e. 訓練用人形（不整脈を起こし、A E D、気管挿管の実施が可能なもの） |
- (9) テキストが、日本救急医療財団監修、同財団心肺蘇生法委員会編著「救急蘇生法の指針」（医師用）又はこれに準拠するものであること。
- 4 日本医師会は、研修会の指定を行ったとき、あるいは指定を行わなかったときは、その旨を遅滞なく当該都道府県医師会長に通知する。
- 5 日本医師会は、本条による申請を受け、又は指定を行うにあたって、手数料その他の費用を徴しない。
- 6 日本医師会は、研修会実施主体が、本条に定める指定を受けた旨を広報することを許諾する。ただし、営利を目的とする場合及び第10条により指定を取り消した場合を除く。
- 7 本研修の指定のための申請は、その実施日前1年内に行わなくてはならない。ただし、すでに実施した研修会にあっては、指定のための申請の受理日がその実施日から1年を経過していないものとする。

【オプション研修等】

第9条 日本医師会長は、前条による申請が行われた研修会の内容に、本要綱に定める学習目標やカリキュラム等を超えるものと認められる研修（以下、「オプション研修」）であって、次の各号に定めるものが含まれている場合は、これを修了証に特記できる事項とすることができる。

- （１）不整脈への初期対応
- （２）急性冠症候群への初期対応
- （３）脳卒中への初期対応
- （４）外傷への初期対応
- （５）その他、修了証に特記することが適当とみとめられるもの

2 日本医師会長は、専ら、前項の各号のいずれかに該当する項目を実施する研修会であって、第8条による申請がなされたものを、オプション研修会として指定することができる。

3 前項のオプション研修会については、本条に定める他、前二条の規定を準用する。

【研修会の指定の取り消し等】

第10条 日本医師会長は、指定研修会が第8条第3項に定める基準に適合しなくなったときには、改めて同条による審査をし、その内容を勘案した上で、その指定を取り消すことができる。

2 日本医師会長は、研修会実施主体が、営利を目的とした本研修の利用その他本研修の品位を損ねる行為をしたときには、その指定を取り消すことができる。

3 日本医師会長は、指定研修会の指定を取り消したときには、遅滞なく当該研修会の承認をした都道府県医師会長にその旨を連絡するものとする。

第3章 修了証の交付

【修了証の交付の申請】

第11条 修了証の交付は、研修会実施主体が当該指定研修会を修了したものと認め、かつ修了証の交付を受けることを希望する者（以下、「申請者」）に対して行うものとする。

2 修了証の交付のための申請は、当該指定研修会の承認をした都道府県医師会長が、細則に定める様式により行うものとする。

3 当該の都道府県医師会長及び研修会実施主体は、当該申請者が当該申請に係る指定研修会を修了した者であることについて、確認しなければならない。

4 日本医師会は、本条に定める申請を受けるにあたって、手数料その他の費用を徴しない。

5 修了証の様式は、細則に定めるものとする。

【修了証の交付の要件】

第 12 条 日本医師会は、前条により修了証の交付のための申請を受理したときには、遅滞無く当該申請者が次の要件を満たしていることを確認しなければならない。

- (1) 医師であること
- (2) 当該研修会が指定研修会であること
- (3) 当該指定研修会を修了していること

2 日本医師会は、研修会実施主体に対し、前項の資格の確認を行うにあたって必要な資料の提出を求めることができる。

【修了証の交付】

第 13 条 日本医師会長は、当該申請者が前条に定めるいずれの要件をも満たしていることを確認したときには、当該指定研修会の承認をした都道府県医師会長を経由して当該申請者に修了証を交付する。

2 日本医師会は、修了証を交付するにあたって、手数料その他の費用を徴しない。

【オプション研修の修了、修了証への特記】

第 14 条 日本医師会長は、当該指定研修会に第 9 条に定めるオプション研修が含まれており、かつ、修了証を交付した者がこれを修了した場合には、その意欲を尊重するため、修了証にその旨を特記することができる。

2 修了証を交付した者が、オプション研修会を修了した場合には、その意欲を尊重するため、交付した修了証にその旨を特記することができる。

3 日本医師会長は、前二項の特記に代えて証票を交付することができる。

4 修了証への特記に係る手続きについては、本条に定める他、前三条の規定を準用する。

【修了証の再交付】

第 15 条 日本医師会長は、修了証を交付した者が修了証を喪失した場合には、その者の申請により、修了証を再交付する。

2 修了証の再交付に係る手続きについては、第 11 条乃至第 13 条の規定を準用する。

【修了者の登録】

第 16 条 日本医師会は、「日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修修了者名簿」（以下、「修了者名簿」）を備え置き、修了証を交付したときには、遅滞無く次の各号に定める事項を登録する。なお、修了証を交付した後にオプション研修に係る特記をした場合の取扱いも同じとする。

- (1) 修了証を交付した者の氏名及び住所
- (2) 医籍登録番号又は日本医師会員 I D 番号
- (3) 登録に係る指定研修会の名称
- (4) 登録に係る指定研修会の実施主体
- (5) 登録に係る指定研修会の受講日
- (6) 第 14 条により修了証に特記できるオプション研修

- 2 修了者名簿の登録事項に変更が生じたときには、修了証を交付した者又は研修会実施主体は、細則に定める様式により遅滞無く当該指定研修会の承認をした都道府県医師会長を経由して日本医師会に届け出なければならない。
- 3 日本医師会は、本条に定める登録を行うにあたって、手数料その他の費用を徴しない。
- 4 日本医師会は、第1項の各号のうち、第一号、第三号乃至第六号の事項を全て公表することができる。ただし、同項第一号の修了者の住所は都道府県名に限る。
- 5 日本医師会は、修了証を交付した者が拒否した場合には、前項の公表をしない。

【再修了、修了証への追記】

- 第17条** 日本医師会長は、修了証を交付した者が指定研修会を再び修了した場合（以下、「再修了」）において、次項による確認をしたときには、その旨を修了証に追記する。
- 2 日本医師会は、前項に係る修了証の追記の申請を受理したときには、当該申請を行った者（以下、「再申請者」）の要件について、遅滞無く第12条に定める事項を確認しなければならない。
 - 3 日本医師会長は、第1項の追記に代えて証票を交付することができる。
 - 4 日本医師会は、修了証の追記を行ったときは、遅滞無くその旨を修了者名簿に登録する。
 - 5 再修了については、本条に定める他、第11条から第16条の規定を準用する。
 - 6 再修了に係る手続を再び行う場合は、本条の規定を準用する。

【修了証の交付の取り消し等】

- 第18条** 日本医師会長は、修了証を交付した者が次の各号のいずれかに該当すると認める場合には、修了証の交付を取り消し、交付した修了証の返還を求めることができる。また、第2号乃至第4号の事項に該当すると認める場合には、今次以後、当該者に係る修了証の交付の申請の受理を拒否することができる。
- (1) 第12条に定める資格を有していない者と確認されたとき
 - (2) 医師の倫理に違反したとき
 - (3) 修了証を交付された事実を営利に利用したとき
 - (4) その他本研修の品位を貶める言動をしたとき
- 2 日本医師会は、前項により、当該修了証の交付を取り消したときには、遅滞なく修了者名簿から当該者に係る登録を削除する。

第4章 雑則

【本要綱等の制定及び改廃】

- 第19条** 本要綱及び関係の規定等の制定及び改廃は、日本医師会がこれを行うものとする。

- 2 日本医師会が前項の制定及び重大な改廃を行うにあたっては、あらかじめ日本医師会救急災害医療対策委員会の意見を聴くものとする。

附 則

【施行期日】

第1条 本要綱及び関係の規定等は、平成16年3月1日より施行する。

【経過措置】

第2条 本要綱の施行の日前に実施された研修会であって、第8条による申請を行ったものについては、その実施日に関わらず、本研修における指定研修会の指定の対象とする。

- 2 本要綱の施行の日において、研修会実施主体が指定研修会を修了したとして認めている者であって、施行の日以降に第11条による修了証の交付の申請を行ったものについては、その修了日に関わらず、本研修における申請者とみなす。
- 3 前項により当該申請者について修了証の交付の要件を満たしていると確認された場合には、第3章の規定により、修了証を交付し、修了者名簿に登録する。

【本研修及び我が国におけるACLS教育の将来のあり方】

第3条 日本医師会は、本研修及び我が国におけるACLS教育の将来のあり方について、次の各号に掲げる事項を中心に検討し、その実施に努めるものとする。

- (1) ACLS教育に関するテキストの整合
- (2) ACLS教育を指導する講師やインストラクター等の養成カリキュラムの統一
- (3) ACLS及びACLS教育に要する機器等の導入の推進方策
- (4) 救急医療に従事する医師に対するACLS教育の普及
- (5) 本研修の効果に対する検証

標準カリキュラム

実
習

教 科	内 容	概ねの時間
当日前 テキスト、「救急蘇生法の指針」の熟読	1．医師による救命処置・治療実施の意義 2 - 1．B L S（一次救命処置） 2 - 2．A C L S（二次救命処置） 3．用語の説明 4．倫理的、法的な問題（特に医療機関外での処置時） 5．我が国の救急医療システム	—
オリエンテーション	・ A C L S コースの概要説明、注意事項説明等	2 0 分
B L S（一次救命処置） Primary ABC(D)	B L S の手技	1 時間
A C L S（二次救命処置） 除細動 + Secondary ABCD	1．A E D の使用に習熟、モニター診断と除細動も併せて実施 2．気道確保・換気：特に、救急救命士が実施できる（予定）気管挿管等に習熟 3．救急医薬品の使用（輸液～静脈内投与、気管内投与、骨髄内投与） 4．心室細動（VF）／無脈性心室頻拍（Pulseless VT） 5．無脈性電気活動（PEA）／心静止（Asystole）	約 4 時間 （各 5 0 分）
体験学的シミュレーション（メガコード）	ケーススタディによる実習 a 救急医療設備が限られているケース（診療所、航空機内など） b 患者の発生から B L S、A C L S を一貫して行うケース ・ 除細動対応の訓練用人形、心電図モニター等を使用し、患者発生～通報～Primary ABC(D)～（搬送）～除細動～Secondary ABCD、薬剤投与等を実施 ・ 通報、意識の確認、周囲への協力要請、役割分担、群衆コントロール、救急車への同乗の判断等を含む	1 時間
反省会	質疑応答など	3 0 分
修了式		1 0 分

時間には、準備・休憩時間を含む