



福岡医発第 3215 号(地)

令和 4 年 2 月 18 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

第 18 回福岡県医師会 A C L S 研修会の開催について

さて、日本医師会は、A C L S (Advanced Cardiac Life Support : 二次救命処置) 教育を日本医師会員の生涯教育として位置づけ、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の向上に資することを目的に、常時救急医療に従事しない全ての医師を主たる対象に A C L S 研修を行っております。

本研修で学ぶ救命処置は、救急患者の救命及び社会復帰を目指すにあたり、重視すべき要素であり、今後いっそうの高齢化が進むであろうことを鑑みても、地域医療を担う多くの医師、看護師等にとって、エビデンスに基づいた二次救命処置を冷静に行える状態にあるということが重要であると考えられます。

つきましては、感染対策を講じて下記のとおり開催いたしますので、会員の先生方にご参加いただけますよう、貴会会員への周知方につき、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

記

△日 時 令和 4 年 3 月 27 日 (日) 9 : 00 ~ 17 : 00 (予定)

△場 所 福岡県医師会館 5・6 階研修室 (福岡市博多区博多駅南 2-9-30)

△受講料 10,000 円 ※当日の受付時にお支払いいただきます。

△対象者 日常救急医療に従事しない医師・看護師・その他医療従事者

△定 員 18 名

△申 込 下記のことを F A X (092-411-6858) でご提出ください。

①申込用紙 (別添 1) ②ワクチン接種記録 (3 回目) の写し

※ワクチン未接種の場合は当日に健康観察票 (別紙 2) を持参。

△締 切 令和 4 年 3 月 11 日 (金) まで

※当日の受講受付は行いませんので、必ず事前にお申込ください。

△決 定 受講が決定した際は、本会より受講決定の通知 (当日の詳細含む) と I C L S コースガイドブックをお送りいたします。

△当 日 参加にあたっての同意書 (別紙 3) を当日ご持参いただきます。

△中 止 新型コロナウイルスの感染拡大状況により中止となる場合がありますが、その際は、事務局より直接中止を連絡いたします。

△C. C. 4.5 単位 (7, 10, 12, 14, 16, 35, 42, 43, 44)

△その他 体温が 37.5℃以上や感冒症状がある場合等は参加を自粛して下さい。

△連絡先 福岡県医師会地域医療課 (榊・柴田) T E L : 092-431-4564

第 18 回福岡県医師会 A C L S 研修会開催要領

1. 日 時 令和 4 年 3 月 27 日（日）9：00～17：00（予定）
 2. 場 所 福岡県医師会館 5・6 階研修室
福岡市博多区博多駅南 2-9-30 （TEL：092-431-4564）
 3. 受講料 10,000 円 ※当日の受付時にお支払いいただきます。
 4. 定 員 18 名（日常救急医療に従事しない医師・看護師・他医療従事者）
 5. 申 込 下記のことを F A X（092-411-6858）でご提出ください。
①申込用紙（別添 1） ②ワクチン接種記録（3 回目）の写し
※ワクチン未接種者の方は当日に健康観察票（別紙 2）をご持参
いただきます。
- △締 切 令和 4 年 3 月 11 日（金）まで
※当日の受講受付は行いませんので、必ず事前にお申込ください。

プログラム（予定）

～ 8：55	受付
9：00～ 9：15（15分）	オリエンテーション
9：15～ 9：45（30分）	二次救命処置の概略
9：45～ 9：55（10分）	休 憩
9：55～10：55（60分）	B L S－1（Basic C P R、A E D）
10：55～11：10（15分）	休 憩
11：10～11：50（40分）	B L S－2（気道管理、異物除去）
11：50～12：40（50分）	昼休み
12：40～12：55（15分）	デモンストレーション
13：00～14：00（60分）	メガコード－1
14：00～14：15（15分）	休 憩
14：15～15：15（60分）	メガコード－2
15：15～15：30（15分）	休 憩
15：30～16：10（40分）	メガコード－3
16：10～16：20（20分）	休 憩
16：20～16：40（20分）	全体講義
16：40～	修了式

第18回福岡県医師会ACLS研修会参加申込書

所属医師会名()

※修了証書が発行されますので、記入漏れがないよう、お願いします。

(ふりがな) 参加希望者氏名	①(〒)住所・医療機関名 ②生年月日	携帯電話・FAX番号 ワクチン接種回数	医籍登録番号 会 員 区 分
()	①〒	TEL: FAX:	No.
	②西暦 年 月 日生(歳)	回数: 1・2・3・なし (いずれかに○)	A B C D-1 D-2 (いずれかに○)
()	①〒	TEL: FAX:	No.
	②西暦 年 月 日生(歳)	回数: 1・2・3・なし (いずれかに○)	A B C D-1 D-2 (いずれかに○)
()	①〒	TEL: FAX:	No.
	②西暦 年 月 日生(歳)	回数: 1・2・3・なし (いずれかに○)	A・B・C・D-1・D-2 (いずれかに○)

※会員区分 A:開業医 B:勤務医 C:研修医 D-1:非会員 D-2:医師以外

※ワクチン未接種の方のみご提出ください。

別紙2

健康観察表

勤務先：

氏名：

参加会名：第18回福岡県医師会ACLS研修会

参加日：令和4年3月27日

* 健康状況について、次のように報告します。

日付	体温
3月13日(日)	℃
3月14日(月)	℃
3月15日(火)	℃
3月16日(水)	℃
3月17日(木)	℃
3月18日(金)	℃
3月19日(土)	℃

日付	体温
3月20日(日)	℃
3月21日(月)	℃
3月22日(火)	℃
3月23日(水)	℃
3月24日(木)	℃
3月25日(金)	℃
3月26日(土)	℃

別紙 3

【第18回福岡県医師会 A C L S 研修会】参加にあたっての同意書

公益社団法人 福岡県医師会
会 長 蓮 澤 浩 明 殿

* 受講番号（事務局記入）

署名 _____ 署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

携帯TEL _____ メールアドレス _____

私は【第18回福岡県医師会 A C L S 研修会】の参加にあたり、以下の事項について同意します。

- 1 当日は下記問診の症状に当てはまる場合は参加を辞退すること
- 2 講習会参加時はマスク（不織布マスク）を着用すること
- 3 講習会参加時に下記問診票の症状等体調変化が生じた場合は、速やかに近くのスタッフへ申し出ること
- 4 体調不良時の対処や安全管理については現場責任者の指示に従うこと
- 5 講習会参加後2週間以内に新型コロナウイルス感染症と診断された場合や症状が出現し感染が疑われた場合は、速やかに講習会が指定した連絡先に連絡すること。（参加者の中から発症があった場合は、個人が特定されないように、十分留意して、参加者が新型コロナウイルス感染症を発症したことを、講習会参加者全員に対して伝達する予定である）

過去10日以内に以下の症状はありましたか？該当する項目に○を付けてください。

（記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

① 発熱（平熱より高い,37.0℃以上）	ある ・ なし	⑧	味がわかりにくい	ある ・ なし
② のどの痛み	ある ・ なし			
③ 鼻水・鼻づまり	ある ・ なし	⑨	吐き気・嘔吐、下痢等の消化器症状	ある ・ なし
④ 咳（せき）	ある ・ なし			
⑤ 息苦しさ	ある ・ なし	⑩	運動などの明らかな誘因のない筋肉痛・関節痛	ある ・ なし
⑥ 強いだるさ（倦怠感）	ある ・ なし			
⑦ 臭いがわかりにくい	ある ・ なし	⑪	結膜炎（目が赤い）	ある ・ なし

質問 以下に該当するか記入してください（過去2週間とは講習会当日より前の2週間です）

⑫ 過去2週間以内に新型コロナウイルス感染症と診断された人/疑いのある人との濃厚接触※ ¹ はありましたか？	はい ・ いいえ
⑬ 過去2週間以内の海外渡航歴はありますか？	はい ・ いいえ
⑭ 過去2週間以内に上の問診票の症状のある人との濃厚接触※ ¹ はありましたか？	はい ・ いいえ
⑮ 過去2週間以内に海外からの帰国者（但し帰国後14日以内に限る）との濃厚接触※ ² はありましたか？	はい ・ いいえ
⑯ 過去2週間以内に、大勢が集まるイベントやいわゆる「3密※ ³ 」の環境に行きましたか？	はい ・ いいえ

※¹ 感染性期間※²にある感染者と1メートル以内の距離でマスクをせずに15分以上対面での会話を行った場合、あるいは身体的接触があった場合、あるいは適切な個人防護具を着用せずに直接的なケアを実施した場合

※² 世界保健機関（WHO）の定義に基づき、症状出現の2日前から入院まで

※³ 換気の悪い密閉空間、多くの人が密集する場所、近距離での密接な会話

（保管期間：3ヶ月）

【第18回福岡県医師会 A C L S 研修会】終了後のお願い

下記の場合は速やかにご連絡をお願いいたします。

- 1、講習会終了後2週間以内に、新型コロナウイルス感染症を発症した場合
- 2、講習会終了後2週間以内に、下記の症状が出現し、新型コロナ感染症の感染が疑われた場合
発熱（平熱より高い、37.0℃以上）、のどの痛み、鼻水・鼻づまり、咳、息苦しさ、倦怠感、臭いがわかりにくい、
味がわかりにくい、頭痛。明らかな誘因のない吐き気・嘔吐・下痢等の消化器症状、筋肉痛、食欲不振

連絡先

公益社団法人 福岡県医師会

会 長 蓮 澤 浩 明 殿

※事務局

福岡市博多区博多駅南2-9-30

TEL 092-431-4564／e-mail fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp

（保管期間：3ヶ月）