

消 防 救 第 84 号
令 和 5 年 3 月 30 日

各都道府県消防防災主管部（局）長 殿

消防庁救急企画室長
（ 公 印 省 略 ）

救急隊員及び准救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領の一部改正について（通知）

救急隊員等の行う心肺蘇生法については、「救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領の一部改正について」（平成 29 年 3 月 30 日付け消防救第 40 号消防庁救急企画室長通知）を踏まえ、救急活動プロトコルに沿った活動が行われているところです。

今般、令和 3 年度に日本蘇生協議会 JRC ガイドライン作成委員会から「JRC 蘇生ガイドライン 2020」が示されたことを受け、「令和 3 年度救急業務のあり方に関する検討会（救急蘇生ワーキンググループ）」において、救急隊員等の行う心肺蘇生法等への影響等について検討を行い、報告書が取りまとめられました。また、日本救急医療財団心肺蘇生法委員会から JRC 蘇生ガイドライン 2020 に準拠した「救急蘇生法の指針 2020（医療従事者用）」が示されております。

これらを踏まえ、別紙のとおり「救急隊員及び准救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領」を一部改正しましたので、貴職におかれましては、下記に御留意の上、救急活動の円滑な実施が図られるよう、貴都道府県内市町村（消防の事務を処理する組合を含む。）に対して、この旨周知されますようお願いいたします。

なお、本通知は、消防組織法（昭和 22 年法律第 226 号）第 37 条の規定に基づく助言として発出するものであることを申し添えます。

記

1 主な改正点等

(1) 心停止の判断

- 心停止の判断は、正常な呼吸の有無と、頸動脈等（乳児は上腕動脈等）における確実な脈拍の有無の確認により、10 秒以上をかけずに行う。
- 正常な呼吸の有無を確認する段階では、気道確保は必須ではなく、胸と腹部の動きに注目して迅速に評価する。ただし、熟練者が気道確保と脈拍触知を同時に行うことを否定するものではない。
- 呼吸がない場合又は死戦期呼吸など正常でない呼吸が認められる場合には、脈拍を確実に触知できなければ心停止と判断する。呼吸の判断に自信がもてない場合や判断に迷う場合にも、脈拍を確実に触知できなければ心停止とみなす。
- 脈拍を確実に触知できた場合には、胸骨圧迫は必要なく、呼吸状態に応じて気道確保や人工呼吸を行う。脈拍の有無の判断に自信がもてないときは、呼吸の観察のみに基づいて、速やかに心肺蘇生法を開始する。

(2) 固い支持面上での胸骨圧迫

胸骨圧迫時において、救急現場の状況から、支持面が柔らかく十分な圧迫の深さが確保できない場合等は、必要に応じて固い支持面上での実施を考慮する。ただし、そのための準備や移動に伴う胸骨圧迫の開始の遅れや中断時間は最小限にする。

(3) 母体心停止時における用手的子宮左方移動

妊娠後半（概ね妊娠 20 週以降）の母体に対する心肺蘇生法実施時には、妊娠子宮による下大静脈の圧迫を軽減するため、用手的子宮左方移動（妊娠子宮の右背側に手をあて、母体の左腹側に向かって押し上げるようにして子宮を左側に移動させる）の併用を考慮する。ただし、あくまでも有効な胸骨圧迫に付随して行われるものであるため、胸骨圧迫の中断や遅延につながることはないよう、人員が充足している場合に考慮する。

(4) 除細動器の電極パッドの名称の変更（該当機器がある場合）

未就学児までに対する除細動については、除細動器が未就学児用パッド（従来の小児用パッド）や未就学児用モード（従来の小児用モード）を備えている場合は、それを使用する。ない場合は、小学生～大人用パッド（従来の成人用パッド）を代用する。

2 その他

地域メディカルコントロール協議会等と十分に連携を図りながら、改正点を踏まえた対応へ移行されたい。

(別紙 1) 「救急隊員及び准救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領」

(別紙 2) 「救急隊員及び准救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領」新旧対照表

【問合せ先】

消防庁救急企画室

飯田救急専門官、久保田係長、辻野事務官

TEL : 03-5253-7529

E-mail : kyukyusuishin@soumu. go. jp

○救急隊員及び准救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領

1. 反応の確認、呼吸及び循環（脈）の確認

(1) 反応の確認

大声で呼びかけあるいは肩をたたいても何らかの応答や目的のある仕草がなければ反応なしとみなす。

(2) 呼吸及び循環（脈）の確認

正常な呼吸があるか、脈拍を確実に触知できるかを、10秒以内に確認する。呼吸状態は胸と腹部の動きに注目して評価し、脈拍の触知は、成人*、小児*は頸動脈等、乳児*、新生児*では上腕動脈又は大腿動脈等で行う。

*成人は思春期以降（年齢としては概ね15歳超が目安）の年齢層の者、小児は1歳から思春期以前（年齢としては15歳程度・中学生までが目安）の者、乳児は1歳未満の者、新生児は生後28日未満の者をいう。以下同じ。

(3) 反応の確認から呼吸、脈拍の確認までは複数の救急隊員又は准救急隊員が同時並行で行うことも考慮する。

2. 呼吸及び循環（脈）の確認時の注意事項

(1) 心停止の判断は、正常な呼吸、確実な脈拍の有無の確認により迅速に行う。正常な呼吸の有無を確認する段階では、気道確保は必須としない。ただし、熟練者が気道確保と脈拍触知を同時に行うことを否定するものではない。

(2) 呼吸がない場合又は死戦期呼吸など正常でない呼吸が認められる場合には、脈拍を確実に触知できなければ心停止と判断する。また、呼吸の判断に自信がもてない場合や判断に迷う場合にも、脈拍を確実に触知できなければ心停止とみなす。いずれも、直ちに心肺蘇生法を開始する。

(3) 脈拍を確実に触知できた場合には、胸骨圧迫は必要なく、呼吸状態に応じて気道確保や人工呼吸を行う。ただし、脈拍の有無の判断に自信がもてないときは、呼吸の観察のみに基づいて、直ちに心肺蘇生法を開始する。また、小児、乳児、新生児の場合、十分な酸素投与や人工呼吸にもかかわらず、心拍数が60回/分未満かつ循環が悪い（皮膚蒼白、チアノーゼ等）場合には胸骨圧迫を開始する。

3. 胸骨圧迫の実施要領

(1) 胸骨圧迫の位置は胸骨の下半分とし、目安としては「胸の真ん中」とする。なお、乳児及び新生児の場合の「胸の真ん中」の指標は、両乳頭を結ぶ（想像上の）線の少し足側（尾側）胸骨上とする。

(2) 圧迫の方法、程度、速さ等は、次のとおり行う。

① 成人の場合には、約5cm沈むまでしっかり圧迫する。（ただし、6cmを超えない）胸骨圧迫のテンポは、毎分100～120回の速さで行う。

② 小児の場合には、救助者の両腕又は片腕で、十分な圧迫ができるように胸の厚さの3分の1までしっかり圧迫し、（圧迫の深さが不十分になりやすいので注意する。）胸骨圧迫のテンポは、毎分100～120回の速さで行う。

- ③ 乳児、新生児の場合には、指二本（1人法）又は胸郭包み込み両母指圧迫法（2人法）で圧迫し、胸の厚さの3分の1までしっかり圧迫する。胸骨圧迫のテンポは、毎分100～120回の速さで行う。

4. 胸骨圧迫実施上の注意事項

- (1) 胸骨圧迫の中断時間は最小限にする。
- (2) 圧迫の解除は、掌が胸から離れたり浮き上がったりしないように注意し、しかも胸が元の位置に戻るよう十分に圧迫を緩める。
- (3) 胸骨圧迫の評価は、圧迫の深さや速さで評価することとし、頸動脈等の脈拍では評価しない。
- (4) 剣状突起を圧迫しない。
- (5) 胸骨圧迫の深さ、速さが不十分になりやすいので（特に疲労時）注意する。
- (6) 救急現場の状況から、支持面が柔らかく十分な胸骨圧迫の深さが確保できない場合等は、必要に応じて固い支持面上での実施を考慮する。ただし、そのための準備や移動に伴う胸骨圧迫の開始の遅れや中断時間は最小限にする。
- (7) 救助者が二人で対応する乳児、新生児の場合は、胸郭包み込み両母指圧迫法は、両母指以外の8本の指と両手掌で胸郭を包み込み、両母指で強く胸骨を圧迫する。また、両母指以外の指で胸郭を絞り込む動作を加える。

5. 人工呼吸の実施要領（バッグ・バルブ・マスクを使用する場合）

- (1) 頭部後屈あご先挙上法又は下顎挙上法により気道を確保する。頸椎損傷が疑われる状況では、下顎挙上法を第一選択とするが、下顎挙上法による気道確保が不十分である場合又はその実施が困難な場合では、頭部後屈あご先挙上法を試みる。
- (2) 成人、小児、乳児、新生児ともに、胸の上がりが見える程度の換気量を1回1秒かけて送気する。
- (3) 換気は、気道確保に注意しながら2回続けて行う。
- (4) 呼吸はないが脈が確実に触知できる場合は、人工呼吸のみを行う。成人の場合には、10回/分程度（ほぼ6秒に1回の割合）、小児、乳児、新生児の場合には、12回～20回/分（ほぼ3～5秒に1回の割合）で、それぞれ人工呼吸を繰り返す。この場合、およそ2分毎に脈が確実に触知できることを（およそ10秒以内で）確認する。

6. 人工呼吸実施上の注意事項

- (1) 呼吸停止と判断した場合には、直ちに人工呼吸を開始する。ただし、心停止と判断した場合は、胸骨圧迫の開始を優先する。
また、死戦期呼吸など正常でない呼吸が認められる場合は、脈拍を確実に触知できなければ心停止として取り扱う。小児、乳児、新生児の場合、呼吸数が10回/分未満の徐呼吸は、呼吸停止と同様に対応する。

(2) 人工呼吸を行う際には気道確保を確実に行う。実施中に抵抗が感じられるとき、又は胸の膨らみが悪いときは、気道確保をやり直した後に再度換気を試みる。心停止であり気道確保が速やかに行えない場合は、胸骨圧迫を優先する。再度の気道確保にもかかわらず換気抵抗が著しい場合には異物による気道閉塞が考えられるので、喉頭鏡*を使用して異物の有無を確認する。異物がある場合には、マギール鉗子*、吸引器等を用いて除去する。異物を除去できない場合は、通常の心肺蘇生を行いながら、気道確保を行うたびに口腔内を確認し、異物が確認できれば除去することとし、盲目的指拭法は行わない。なお、喉頭鏡を用いて異物除去を行う場合も、やむをえない場合を除いて、できるだけ胸骨圧迫を継続する。

*准救急隊員は、喉頭鏡及びマギール鉗子を使用することはできない。

(3) 経口・経鼻エアウェイ*は、頭部後屈あご先挙上法や下顎挙上法によっても気道確保が不十分な場合、又はその維持が困難な場合に使用する。

*准救急隊員は、経口・経鼻エアウェイを使用することはできない。

(4) 酸素を併用したバッグ・バルブ・マスク、手動引金式人工呼吸器あるいは自動式人工呼吸器*を使用する場合も、上記の実施要領に準じ可能な限り高濃度酸素を用いて人工呼吸を実施する。

*准救急隊員は、自動式人工呼吸器を使用することはできない。

(5) 人工呼吸の効果は、換気に伴う胸部の膨らみや換気抵抗等により確認する。心肺蘇生中のパルスオキシメータの値は無意味であることを十分に理解し、傷病者に十分な循環が戻った後に使用するものであることに留意する。

7. 心肺蘇生法の実施要領（人工呼吸及び胸骨圧迫の併用）

(1) 救急隊員及び准救急隊員は、傷病者に対し適正な観察及び処置が行うことができる場所に位置する。

(2) 反応の有無を確認した後、正常な呼吸があるか、脈拍を確実に触知できるかを10秒以内で判断する。脈拍の確認は、成人、小児では頸動脈等、乳児、新生児では上腕動脈又は大腿動脈等で行う。

呼吸がない場合又は死戦期呼吸など正常でない呼吸が認められる場合には、脈拍を確実に触知できなければ心停止と判断し、直ちに心肺蘇生法を開始する。また、呼吸の判断に自信がもてない場合や判断に迷う場合にも、脈拍を確実に触知できなければ心停止とみなし、直ちに心肺蘇生法を開始する。

救急隊員及び准救急隊員は、呼吸確認と同時に脈拍の有無も確認するが、脈拍の有無に自信がもてないときは呼吸の観察結果のみに基づいて、直ちに心肺蘇生法を開始する。また、小児、乳児、新生児の場合、十分な酸素投与や人工呼吸にもかかわらず、心拍数が60回/分未満でかつ循環が悪い（皮膚蒼白、チアノーゼ等）場合も胸骨圧迫を開始する。

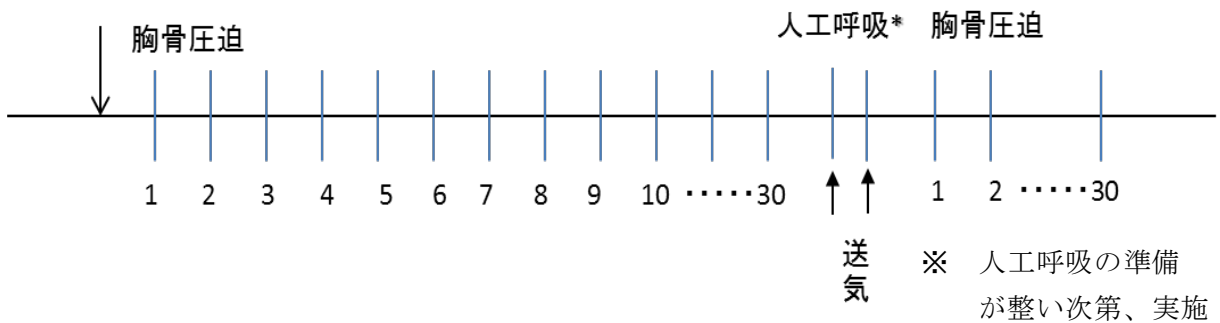
(3) 心停止と判断した場合、原則として胸骨圧迫から開始し、人工呼吸の準備が整い次第、2回の人工呼吸を行う。ただし、目前での心停止や有効な人工呼吸を伴う心肺蘇生から引き継ぐ場合については、胸骨圧迫30回から開始する。

(4) 人工呼吸は、1回目の人工呼吸によって胸の上がりの確認できなかった場合は、気道確保をやり直してから2回目の人工呼吸を試みる。この場合でも胸骨圧迫の中断は10秒以内とする。2回の試みが終わったら（それぞれ胸の上がりの確認できた場合も、できなかった場合も）、それ以上は人工呼吸を行わず、直ちに胸骨圧迫を開始すること。ただし、換気抵抗が著しく異物による気道閉塞が考えられる場合は喉頭鏡を使用して異物の有無を確認する。

(5) 成人の場合は、胸骨圧迫30回、人工呼吸2回のサイクルを、小児、乳児、新生児の場合で救助者が1人の場合は、胸骨圧迫30回、人工呼吸2回のサイクルを、救助者が2人の場合は、胸骨圧迫15回、人工呼吸2回のサイクルを繰り返す。

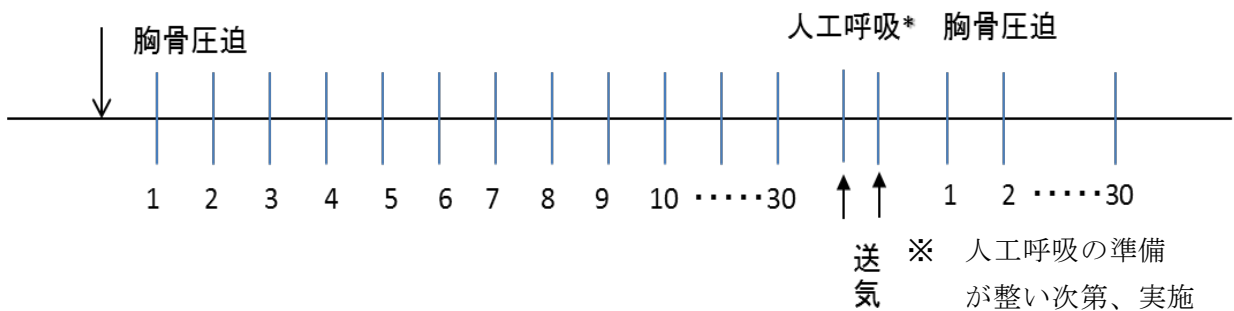
■成人の場合

(反応の確認)(呼吸・脈拍の確認)



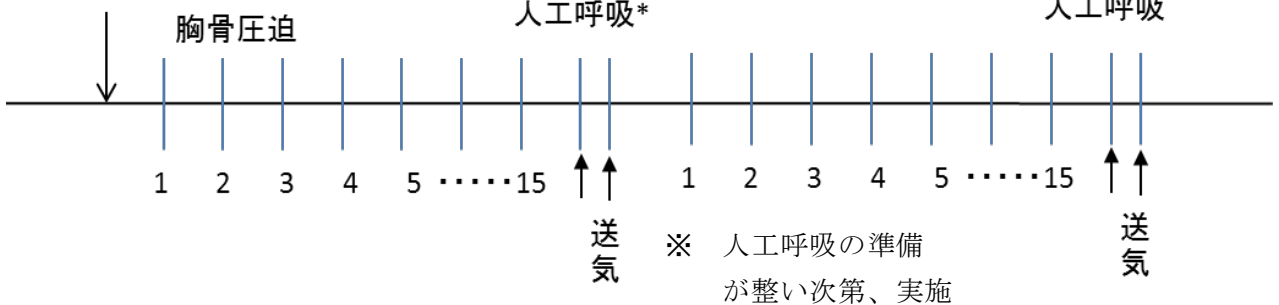
■小児、乳児、新生児の場合（救助者が1人の場合）

(反応の確認)(呼吸・脈拍の確認)



■小児、乳児、新生児の場合（救助者が2人以上の場合）

(反応の確認)(呼吸・脈拍の確認)



8. 心肺蘇生法実施上の注意事項

- (1) 心肺蘇生法は原則として中断することなく実施することとし、特に胸骨圧迫については中断を最小限にとどめる現場活動をする。
- (2) 胸骨圧迫の交代要員がいる場合には、胸骨圧迫の担当を約2分間おきに交代することが望ましい。なお、交代に要する時間は最小限とし、最大でも5秒以内とする。
- (3) 胸骨圧迫や人工呼吸が適切に維持されるよう、相互的に評価し合い継続的に心肺蘇生の質を確保する。
- (4) 自動体外式除細動器を用いて除細動する場合や階段で傷病者を移動する場合などの特殊な状況でない限り、胸骨圧迫の中断時間はできるだけ10秒以内にとどめる。
- (5) 心肺蘇生法は、十分な循環が戻る又は医師に引き継ぐまで継続する。
- (6) 妊娠後半（概ね妊娠20週以降）の母体に対する心肺蘇生法実施時には、妊娠子宮による下大静脈の圧迫を軽減するため、用手的子宮左方移動（妊娠子宮の右背側に手をあて、母体の左腹側に向かって押し上げるようにして子宮を左側に移動させる）の併用を考慮する。ただし、あくまでも有効な胸骨圧迫に付随して行われるものであるため、胸骨圧迫の中断や遅延につながるものがないよう、人員が充足している場合に考慮する。

9. 電氣的除細動の実施要領 【自動体外式除細動器を使用】

【適応】

- (1) 電氣的除細動の適応は、全年齢の傷病者を対象とする。

【操作等】

- (2) 心停止の場合には、心肺蘇生を開始し、直ちに自動体外式除細動器（以下「除細動器」という。）を準備する。
- (3) 除細動器の電源を入れる。
- (4) 電極パッドと除細動器を接続する。（接続済みの場合は確認をする。）
- (5) 傷病者の胸部に電極パッドを貼付する準備をする。
- (6) 電極パッドに表示されている部位の皮膚に直接それぞれの電極パッドを貼付する。具体的な貼付位置については、右上前胸部（鎖骨下）と左下側胸部（左乳頭部外側下方）に貼付する。代替的貼付位置として上胸部背面（右又は左）と心尖部に貼る方法（apex-posterior）も考慮する。
- (7) 周囲に対して、準備が完了したことを周知する。
- (8) 傷病者から離れて心電図を解析する。ただし、心電図解析の直前まで心肺蘇生（特に胸骨圧迫）を継続し、中断から除細動までの時間を最小限とする。
- (9) 解析の結果、電氣的除細動が必要であれば、傷病者に誰も触れていないことを確認し、通電ボタンを押す。
- (10) 除細動は1回とし、除細動実施後は、観察することなく速やかに胸骨圧迫から開始して、心肺蘇生を約2分間もしくは除細動器が自動的に心電図の解析を始めるまで実施する。

- (11) 約2分間毎に、心電図を再度解析し、以後必要に応じ、「除細動（1回）→心肺蘇生→心電図解析」を病院到着まで繰り返す。
- (12) 単相性の除細動器を使用する場合のエネルギー量については、360Jとする。二相性の除細動器を使用する場合のエネルギー量については、メーカーが既定したエネルギー量で除細動を行う。
- (13) 未就学児までに対する除細動については、除細動器が未就学児用パッド（従来の小児用パッド。除細動エネルギー減衰機能を有するパッドを含む。）や未就学児用モード（従来の小児用モード）を備えている場合は、それを使用する。ない場合は、小学生～大人用パッド（従来の成人用パッド）を代用する。
- (14) 必要な心肺蘇生を実施し、医療機関に速やかに搬送する。

10. 電氣的除細動実施上の注意事項

- (1) 原則、除細動器の準備ができ次第、直ちに心電図解析を行い、除細動を実施する。
- (2) 除細動器が直ちに準備できない場合は心肺蘇生を継続し、速やかに医療機関に搬送することを考慮する。
- (3) 電極パッドを傷病者に貼付する際には、下記の①～⑧に注意する。
 - ① 傷病者の皮膚に直接貼付し、密着させる。
 - ② 傷病者の前胸部が濡れている場合は、水分を十分に拭う。
 - ③ パッドを貼る場所に医療用の植え込み器具がある場合には、その部分を避けてパッドを貼る。
 - ④ パッドを貼る場所に経皮的な薬剤パッチ（ニトログリセリン、ニコチン、鎮痛剤、ホルモン剤、降圧剤等）の貼付薬がある場合は、貼付薬を剥がし、薬剤を拭き取る。
 - ⑤ 胸毛が多い傷病者では、電極パッドを強く胸に押し付けても解析が進まなければ除毛を考慮する。
 - ⑥ 就学児以上の小児及び成人に対し、未就学児用パッド（従来の小児用パッド。除細動エネルギー減衰機能を有するパッドを含む。）や未就学児用モード（従来の小児用モード）を使用しての除細動は行わない。
 - ⑦ 出生直後の新生児仮死は、心肺蘇生を最優先とする。
 - ⑧ 2枚の電極パッドが接触することなく貼付できない場合は、電極パッドを貼付することなく心肺蘇生を継続する。
- (4) 搬送中に心電図解析を行う必要がある場合は、障害信号（アーチファクト等）により正確に解析が行われないことがあるため、解析は車両を停車させて行う。
- (5) 除細動に伴うスパークによって火災等が発生する可能性があることから、除細動時には、高流量・高濃度の酸素が傷病者の周囲に滞留しないよう充分配慮する。

11. 外傷その他

- (1) 頸椎（髄）損傷を疑う傷病者の気道確保では、下顎挙上法を第一選択とする。ただし、下顎挙上法による気道確保が不十分であったり、その実施が困難な場合には頸椎保護より気道確保を優先し、頭部後屈あご先挙上法を試みる。
- (2) 頭頸部を非動化する場合、人手がある限り用手的方法を優先する。
- (3) 溺水の場合、迅速な（水中からの）引き揚げと心肺蘇生開始（特に人工呼吸）が重要であることに留意する。
- (4) 高度の低体温（中心部体温 30℃未満）が疑われる傷病者の場合は、呼吸、脈の確認は 30～45 秒かけて行う。心停止が確認された場合には速やかに心肺蘇生を開始する。心室細動、無脈性心室頻拍に対する電氣的除細動は 1 回のみ（その後直ちに心肺蘇生を再開する。）とし、2 回目以降の除細動の試みは原則として中心部体温が 30℃以上となるまでは行わない。なお、循環の保たれている傷病者では、より愛護的に扱い、不用意な体動を避け保温に努める。

「救急隊員及び准救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領」新旧対照表

改正後	現行
<p>○救急隊員及び准救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領</p> <p>1. 反応の確認、呼吸及び循環（脈）の確認</p> <p>(1) 反応の確認 (略) (削る)</p> <p>(2) 呼吸及び循環（脈）の確認 正常な呼吸があるか、脈拍を確実に触知できるかを、_____ 10 秒以内に確認する。呼吸状態は胸と腹部の動きに注目して評価し、脈拍の触知は、成人*、小児*は頸動脈等、乳児*、新生児*では上腕動脈又は大腿動脈等で行う。 *成人は思春期以降（年齢としては概ね 15 歳超が目安）の年齢層の者、小児は 1 歳から思春期以前（年齢としては 15 歳程度・中学生までが目安）の者、乳児は 1 歳未満の者、新生児は生後 28 日未満の者をいう。以下同じ。</p> <p>(3) (略)</p> <p>2. 呼吸及び循環（脈）の確認時の注意事項</p> <p>(1) 心停止の判断は、正常な呼吸、確実な脈拍の有無の確認により迅速に行う。正常な呼吸の有無を確認する段階では、気道確保は必須としない。ただし、熟練者が気道確保と脈拍触知を同時に行うことを否定するものではない。</p> <p>(2) 呼吸がない場合又は死戦期呼吸など正常でない呼吸が認められる場合には、脈拍を確実に触知できなければ心停止と判断する。また、呼吸の判断に自信がもてない場合や判断に迷う場合にも、脈拍を確実に触知できなければ心停止とみなす。いずれも、直ちに心肺蘇生法を開始する。</p> <p>(3) 脈拍を確実に触知できた場合には、胸骨圧迫は必要なく、呼吸状態に応じて気道確保や人工呼吸を行う。ただし、脈拍の有無の判断に自信がもてないときは、呼吸の観察のみに基づいて、直ちに心肺蘇生法を開始する。また、小児、乳児、新生児の場合、充分な酸素投与や人工呼吸にもかかわらず、心拍数が 60 回/分未満でかつ循環が悪い（皮膚蒼白、チアノーゼ等）場合には胸骨圧迫を開始する。</p> <p>3. 胸骨圧迫の実施要領</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) (略)</p> <p>①・② (略)</p> <p>③ 乳児、新生児の場合には、指二本（1 人法）又は胸郭包み込み両母指圧迫法（2 人法）で圧迫し、胸の厚さの 3 分の 1 までし</p>	<p>○救急隊員及び准救急隊員の行う心肺蘇生法の実施要領</p> <p>1. 反応、<u>気道</u>、呼吸及び循環（脈）の確認</p> <p>(1) 反応の確認 (略)</p> <p>(2) <u>気道の確認及び確保</u> 常に傷病者の気道の状態について確認するとともに、良好な気道の確保に努める。手動的な気道確保については、<u>頭部後屈顎先挙上法又は下顎挙上法</u>を行う。</p> <p>(3) 呼吸及び循環（脈）の確認 呼吸があるか、脈拍を確実に触知できるかを、<u>気道確保を含めて</u> 10 秒以内に確認する。</p> <p>(4) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>2. 胸骨圧迫の実施要領</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) (略)</p> <p>①・② (略)</p> <p>③ 乳児、新生児の場合には、指二本（1 人法）又は胸郭包み込み両母指圧迫法（2 人法）で圧迫し、胸の厚さの 3 分の 1 までし</p>

<p>っかり圧迫する。胸骨圧迫のテンポは、毎分 100～120 回の速さで行う。</p> <p>4. 胸骨圧迫実施上の注意事項</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p><u>(6) 救急現場の状況から、支持面が柔らかく十分な胸骨圧迫の深さが確保できない場合等は、必要に応じて固い支持面上での実施を考慮する。ただし、そのための準備や移動に伴う胸骨圧迫の開始の遅れや中断時間は最小限にする。</u></p> <p><u>(7) 救助者が二人で対応する乳児、新生児の場合は、胸郭包み込み両母指圧迫法は、<u>両母指以外の 8 本の指と両手掌で胸郭を包み込み、両母指で強く胸骨を圧迫する。また、両母指以外の指で胸郭を絞り込む動作を加える。</u></u></p> <p>5. 人工呼吸の実施要領 (バッグ・バルブ・マスクを使用する場合)</p> <p><u>(1) 頭部後屈あご先挙上法又は下顎挙上法により気道を確保する。頸椎損傷が疑われる状況では、下顎挙上法を第一選択とするが、下顎挙上法による気道確保が不十分である場合又はその実施が困難な場合では、頭部後屈あご先挙上法を試みる。</u></p> <p><u>(2) 成人、小児、乳児、新生児ともに、胸の上がりが見える程度の換気量を 1 回 1 秒かけて送気する。</u></p> <p><u>(3)・(4) (略)</u></p> <p>6. 人工呼吸実施上の注意事項</p> <p>(1) 呼吸停止と判断した場合には、直ちに人工呼吸を開始する。ただし、心停止と判断した場合は、胸骨圧迫の開始を優先する。また、<u>死戦期呼吸など正常でない呼吸が認められる場合は、脈拍を確実に触知できなければ心停止として取り扱う。小児、乳児、新生児の場合、呼吸数が 10 回/分未満の徐呼吸は、呼吸停止と同様に対応する。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 経口・経鼻エアウェイ*は、頭部後屈あご先挙上法や下顎挙上法によっても気道確保が不十分な場合、又はその維持が困難な場合に使用する。</p> <p>(4)・(5) (略)</p> <p>7. 心肺蘇生法の実施要領 (人工呼吸及び胸骨圧迫の併用)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 反応の有無を確認した後、<u>正常な呼吸があるか、脈拍を確実に触知できるかを 10 秒以内で判断する。脈拍の確認は、成人、小児では頸動脈等、乳児、新生児では上腕動脈又は大腿動脈等で行う。</u></p> <p>呼吸がない場合又は死戦期呼吸など正常でない呼吸が認めら</p>	<p>っかり圧迫する。胸骨圧迫のテンポは、毎分 100～120 回の速さで行う。</p> <p>3. 胸骨圧迫実施上の注意事項</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(新設)</p> <p><u>(6) 救助者が二人で対応する乳児、新生児の場合は、胸郭包み込み両母指圧迫法は、<u>4 本の指で胸郭を絞り込む動作を加える。</u></u></p> <p>4. 人工呼吸の実施要領 (バッグ・バルブ・マスクを使用する場合)</p> <p>(新設)</p> <p><u>(1) 成人 (思春期以降 (年齢としては概ね 15 歳超が目安) の年齢層の者をいう。以下同じ)、小児 (1 歳から思春期以前 (年齢としては 15 歳程度・中学生までが目安) の者をいう。以下同じ)、乳児 (1 歳未満の者をいう。以下同じ)、新生児 (生後 28 日未満の者をいう。以下同じ) ともに、胸の上がりが見える程度の換気量を 1 回 1 秒かけて送気する。</u></p> <p><u>(2)・(3) (略)</u></p> <p>5. 人工呼吸実施上の注意事項</p> <p>(1) 呼吸停止と判断した場合には、直ちに人工呼吸を開始する。ただし、心停止と判断した場合は、胸骨圧迫の開始を優先する。また、<u>成人の場合、心停止直後には、死戦期呼吸が認められることがある。この場合、心停止として取り扱う。小児、乳児、新生児の場合、呼吸数、10 回/分以下の徐呼吸は、呼吸停止と同様に対応する。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 経口・経鼻エアウェイ*は、頭部後屈顎先挙上法や下顎挙上法によっても気道確保が不十分な場合、又はその維持が困難な場合に使用する。</p> <p>(4)・(5) (略)</p> <p>6. 心肺蘇生法の実施要領 (人工呼吸及び胸骨圧迫の併用)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 反応の有無を確認した後、<u>気道確保を含め呼吸及び脈拍の有無を 10 秒以内で判断する。脈拍の確認は、成人では頸動脈等、小児では頸動脈又は大腿動脈等、乳児、新生児では上腕動脈等で行う。</u></p> <p>「反応がなく、気道確保しても呼吸がない。」場合又は「死戦期</p>
---	--

れる場合には、脈拍を確実に触知できなければ心停止と判断し、直ちに心肺蘇生法を開始する。また、呼吸の判断に自信がもてない場合や判断に迷う場合にも、脈拍を確実に触知できなければ心停止とみなし、直ちに心肺蘇生法を開始する。

救急隊員及び准救急隊員は、呼吸確認と同時に脈拍の有無も確認するが、脈拍の有無に自信がもてないときは呼吸の観察結果のみに基づいて、直ちに心肺蘇生法を開始する。また、小児、乳児、新生児の場合、十分な酸素投与や人工呼吸にもかかわらず、心拍数が60回/分未満でかつ循環が悪い（皮膚蒼白、チアノーゼ等）場合も胸骨圧迫を開始する。

(3)～(5) (略)

8. 心肺蘇生法実施上の注意事項

(1)～(5) (略)

(6) 妊娠後半（概ね妊娠 20 週以降）の母体に対する心肺蘇生法実施時には、妊娠子宮による下大静脈の圧迫を軽減するため、用手的子宮左方移動（妊娠子宮の右背側に手をあて、母体の左腹側に向かって押し上げるようにして子宮を左側に移動させる）の併用を考慮する。ただし、あくまでも有効な胸骨圧迫に付随して行われるものであるため、胸骨圧迫の中断や遅延につながることはないよう、人員が充足している場合に考慮する。

9. 電気的除細動の実施要領 【自動体外式除細動器を使用】

(1)～(12) (略)

(13) 未就学児までに対する除細動については、除細動器が未就学児用パッド（従来の小児用パッド。除細動エネルギー減衰機能を有するパッドを含む。）や未就学児用モード（従来の小児用モード）を備えている場合は、それを使用する。ない場合は、小学生～大人用パッド（従来の成人用パッド）を代用する。

(14) (略)

10. 電気的除細動実施上の注意事項

(1)・(2) (略)

(削る)

(3)～(5) (略)

11. 外傷その他

(1) 頸椎（髄）損傷を疑う傷病者の気道確保では、下顎挙上法を第一選択とする。ただし、下顎挙上法による気道確保が不十分であったり、その実施が困難な場合では頸椎保護より気道確保を優先し、頭部後屈あご先挙上法を試みる。

(2)～(4) (略)

呼吸の状態も心停止と判断し、直ちに心肺蘇生法を開始する。また、「呼吸が正常か判断できない場合」も、直ちに心肺蘇生法を開始する。

救急隊員及び准救急隊員は、呼吸確認と同時に脈拍の有無も確認するが、脈拍の有無に自信がもてないときは呼吸の観察結果のみに基づいて、直ちに心肺蘇生法を開始する。また、小児、乳児、新生児の場合、十分な酸素投与や人工呼吸にもかかわらず、心拍数が60回/分以下でかつ循環が悪い（皮膚蒼白、チアノーゼ等）場合も胸骨圧迫を開始する。

(3)～(5) (略)

7. 心肺蘇生法実施上の注意事項

(1)～(5) (略)

(新設)

8. 電気的除細動の実施要領 【自動体外式除細動器を使用】

(1)～(12) (略)

(13) 未就学児までに対する除細動については、除細動器が小児用パッド（除細動エネルギー減衰機能を有するパッドを含む。）や小児用モードを備えている場合は、それを使用する。ない場合は、成人用パッドを代用する。

(14) (略)

9. 電気的除細動実施上の注意事項

(1)・(2) (略)

(3) 成人用パッドと小児用パッドの適応年齢が成人、小児の年齢区分と異なることに注意する。

(4)～(6) (略)

10. 外傷その他

(1) 頸椎（髄）損傷を疑う傷病者の気道確保では、下顎挙上法を第一選択とする。ただし、下顎挙上法による気道確保が不十分であったり、その実施が困難な場合では頸椎保護より気道確保を優先し、頭部後屈顎先挙上法を試みる。

(2)～(4) (略)