

成人を対象とするBLS(主に日常的に蘇生を行う者、ALSを習得する者が行う)

項目	日本版救急蘇生ガイドライン(骨子)	採用の理由、あるいは指導上の留意点など
成人の定義	<ul style="list-style-type: none"> <li>・思春期以降(年齢としては15歳超が目安)の年齢層は成人として対応する。</li> <li>・ただし、医療機関等では8歳以上15歳までの入院患者の取り扱いに関しては、各施設の状況に応じて別途定めてもよい。</li> </ul>	<p>主に市民が行うBLSでは、8歳未満を「小児」として取り扱っている点に注意する。</p> <p>蘇生学における国際基準では、「小児」を1歳から思春期までと定義している。</p> <p>「小児」を1歳から8歳までと定義すると上記と矛盾が生じ、小児蘇生の統計や研究分野に混乱を生じる危険性がある。</p> <p>市民の行うBLSで小児を1歳から8歳未満と定義したのは、簡便化を図ったのであり、本来は が軸となるべき。</p> <p>心停止のetiologyから考えると が支持される。</p> <p>心拍数60未満を高度な循環不全としてCPRを開始するか否かを判断する際の年齢基準も、本来は に準拠して考えるべきである。</p> <p>救急救命士による気管挿管の適応においても、今後の展開を考えると が軸でないと、適応が無造作に8歳までに拡大される可能性があって危険である(Gausche M, et al, JAMA 2000)。</p> <p>薬物投与量の計算を各年齢各体重で行ってみると、15歳程度で切ったほうが、成人投与量とスムーズに移行できる。</p> <p>一方で、成人プロトコールになれた救助者の便宜も図る必要がある。</p>
救急システム	<p>電話を通じての心停止確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・通信指令は、通報者が死戦期呼吸(いわゆる喘ぎ呼吸)を「呼吸あり」と誤認する可能性があることに充分注意する必要がある。</li> <li>・通信指令は適切な問いかけによって、通報者が死戦期呼吸を正常な呼吸と混同しないように導くべきである。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市民に心停止か否かを確認するよう依頼する場合、呼吸が「あるかどうか」という単純な質問では、死戦期呼吸を「呼吸あり」と判断することが多いことが指摘されている。「正常な呼吸があるかどうか」の質問形式を採用することにより、市民が心停止を正しく判断できるものと思われる。</li> <li>・一般市民に説明する場合の言葉使い(「正常な呼吸」あるいは「普段どおりの息」を採用したが)として、どれが最も適切かは今後の検討課題である。</li> </ul>
	<p>口頭指導によるCPRの方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心肺蘇生(CPR)ができるかどうかを尋ね、できないと答えた場合には胸骨圧迫のみ(人工呼吸を行わないICPR)を口頭で指導する。</li> <li>・その他の状況においても、プロトコールに従って胸骨圧迫のみのCPRを口頭指導することを考慮してよい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一刻も早いICPRの開始が重要である。本邦におけるバイスタンダーCPRに関する研究*では、胸骨圧迫と人工呼吸を組み合わせたCPRに比べ、胸骨圧迫のみの(人工呼吸を行わない)CPRを行った方が生存率が高い傾向が報告されており、救助者が混乱している場合やCPRに自信がない場合には、躊躇せず胸骨圧迫のみのCPRを口頭指導するのが合理的である。</li> <li>* Nagao K, et al. Circulation 112(17), 2005 (LOE: 4)</li> <li>・発症状況や現場到着までの予想時間の違いに応じた指導内容の変更はしない。</li> </ul>
口頭指導の質管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通報内容から心肺停止状態が疑われる場合、通信指令は適切な表現方法を用いて、通報者が正確な状況を把握できるよう導くべきである。</li> <li>・心肺停止状態および気道異物による窒息が疑われる傷病者からの緊急通報においては、明文化された手順にしたがった口頭指導が行われるべきである。</li> <li>・口頭指導を行う者は明文化された手順について定期的に訓練を受けるべきである。</li> <li>・口頭指導の指導実績およびその効果は指導内容の記録に基づいて科学的に検証されるべきである。</li> </ul>	<p>今後、様々な手法が比較・検討される中で、より優れた方法を検討することが望まれる未解決な課題として、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市民が心停止状態を正しく認識できるように導くための有効な質問方法とは何か。</li> <li>・CPRに対する口頭指導において、通常のCPRや胸骨圧迫のみのCPR、あるいはそれ以外の方法で特に優れたものはあるか、これらはどのように使い分けるべきか。</li> <li>・気道異物に対する口頭指導の手順はどうあるべきか。</li> <li>・口頭で指導すべき異物除去法として現実的で有効なのはどれか。</li> </ul> <p>なお、手順の明文化や科学的検証は、各地域の医学的見地に基づいて救急医療サービスの質を管理する体制下に行われるべきである。</p>

## 成人を対象とするBLS(主に日常的に蘇生を行う者、ALSを習得する者が行う)

項目	日本版救急蘇生ガイドライン(骨子)	採用の理由、あるいは指導上の留意点など
救急システム	<p>・急性冠症候群(ACS)の疫学を把握、検証し、ACSが疑われる傷病者を迅速に治療できる救急医療体制を構築すべきである。</p> <p>・病院前救護における12誘導心電図の導入およびその効果については、各地域の救急医療体制に基づいた検討を考慮する価値がある。</p>	<p>ACSの迅速な治療に関わる体制や12誘導心電図の導入に関わる救急医療体制の構築は、各地域の医学的見地に基づいて救急医療サービスの質を管理する体制下に行われるべきである。</p>
	<p>脳卒中が疑われる救急要請に対しては、遅滞なく救急隊を派遣し、脳卒中傷病者を認知・同定し、搬送できるような救急体制を構築する必要がある。(「脳卒中」の項、参照)</p>	<p>・虚血性脳卒中では発症後3時間以内に適切な治療が行われることにより転帰が改善する。しかし、実際にこの時間的目標が達成できているのは虚血性脳卒中患者全体のごく一部に過ぎない。</p> <p>・3時間以内の治療開始を実現する一助として、遅延なく救急隊を派遣し、卒中患者を認識し、そして搬送するといった救急システムを構築しなければならない。</p>
	<p>・心肺停止に対する応答時間をできるだけ短縮するための努力と工夫を継続すべきである。</p> <p>・ウツタイン方式に関わる覚知時刻やバイスタンダーCPRの定義は正しく統一されるべきである。</p> <p>・救急活動に関わる時刻を正確に把握・記録する体制(時計の同調管理を含む)が必要である。</p>	<p>応答時間の分布は(平均値ではなく)中央値およびパーセンタイルで表記すべきである。</p>
	<p>・救急通報から救急隊の現場到着までに4~5分以上を要した症例で初期心電図が心室細動であった場合には、直ちに電気ショックを行う(Shock-first)プロトコルに代えて、約2分間の有効なCPRを行った後に電気ショックを行う(CPR-first)プロトコルを採用することが望ましい。</p> <p>・CPR-firstプロトコルの有用性およびCPR-firstプロトコルにおいて電気ショック前に行うべきCPRの時間、対象とすべ傷病者等については、各地域の医学的見地に基づいて救急医療サービスの質を管理する体制下で今後さらなる検証を行うことが望ましい。</p>	<p>救急隊の現場到着後、従来どおり直ちに電気ショックを行うプロトコルと、電気ショックを行う前に90秒あるいは3分間のCPRを行い、その後に電気ショックを行うプロトコルとを比較したところ、通報から救急隊到着までに4~5分以上を要した症例については、後者のプロトコルに従った方が生存率が高かったとする報告がある。電気ショック前のCPRにより心筋の酸素化が改善したことが生存率向上の要因であると推測されている。</p>
	<p>院内救急蘇生チームは、病院内の心肺停止件数、死亡数、予期せぬICU入室を減少させるために有効と考えられる。</p>	
外傷その他	<p>頸椎(髄)損傷を疑う傷病者の気道確保では、下顎挙上法による気道確保が第一選択である。下顎挙上法が無効なら頭部後屈・あご先挙上法による気道確保を試みる。</p>	<p>市民に対して下顎挙上は指導しない。</p>
	<p>外傷のある傷病者に対して頭頸部を非動化する場合、人手がある限り手的方法を優先する。</p>	<p>救急自動車等による傷病者搬送の際に専用の固定器具を用いることは合理的であろう。</p>
	<p>・迅速な(水中からの)引き上げとCPR開始(特に人工呼吸)が重要である。</p> <p>・救助者が一人の場合、119番通報(緊急通報)は5サイクル(2分間)のCPRの後で行う。</p> <p>・訓練された救助者は可能であれば、人工呼吸を行ないながら傷病者を水中から引き上げる。水中での胸骨圧迫は行わない。</p> <p>・頸椎損傷の明らかリスク(高所から水中への転落、飛び込み、飲酒など)や頸椎損傷の兆候がない限り、頸椎保護を行ったことで引き上げやCPR開始を遅らせてはならない。</p>	<p>・水中での胸骨圧迫は非現実的かつ非効率的であるため、水中からの一刻も早い救助を優先させるべきである。</p> <p>・溺水者が頸椎損傷を併発している確率は非常に低いとの報告がある。</p>

## 成人を対象とするBLS(主に日常的に蘇生を行う者、ALSを習得する者が行う)

項目	日本版救急蘇生ガイドライン(骨子)	採用の理由、あるいは指導上の留意点など
外傷その他 偶発性低体温症	<p>高度の低体温(中心部体温&lt;30 )が疑われる場合:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸と脈の確認には30~45秒かける。</li> <li>呼吸がなく確実な脈が触知できる場合の人工呼吸、および確実な脈が触知できない場合のCPRは通常通りとする。</li> <li>VF/無脈性VTに対する電気ショックは1回のみ(その後直ちにCPRを再開)とする。2回目以降の電気ショックは中心部体温が30 以上となるまで行わない。</li> <li>不要な体動を避け、保温に努める。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>偶発性低体温症では、生理的な徐呼吸及び徐脈を来たすので、呼吸と脈の確認は長時間をかけて行う必要がある。</li> <li>VF/無脈性VTで中心部体温&lt;30 の場合は電氣的除細動に成功する確率が低い、または成功した場合でもVF/無脈性VTの再発を繰り返すことが多い。不要な電気ショックは電流による心筋障害を招く可能性がある。</li> </ul>
発見時の対応手順 (通報とCPR開始の優先順位)	<ul style="list-style-type: none"> <li>肩を(かるく)叩きながら大声で呼びかけても、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。反応がなければその場で大声で叫んで周囲の注意を喚起する。</li> <li>誰かが来たら、その人に緊急通報(119番通報)とAEDの手配(近くにある場合)を依頼し、自らはCPRを開始する。救助者が一人だけのときは、自分で緊急通報を行い、AED(近くにあれば)を取りに行く。その後、CPRを開始する。</li> <li>ただし、呼吸原性の心停止が疑われる傷病者に救助者が一人だけで対応した場合には、緊急通報やAEDの手配を行う前に5サイクル(約2分間)のCPRを行う。</li> </ul>	<p>心停止直後には痙攣様の(目的のない)四肢の動きや死戦期呼吸が見られることがある。これらは「反応あり」ではない。</p>
呼吸の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸があるかどうかを10秒以内で確認する。反応がなく、かつ呼吸がない場合は心肺停止である可能性が高い。</li> <li>心停止直後には死戦期呼吸(いわゆる喘ぎ呼吸)が認められることがある。死戦期呼吸は呼吸がないものとして取り扱うべきである。</li> </ul>	
回復体位	<p>反応はないが、呼吸及び確実な脈があり、かつ外傷のない場合は、傷病者を回復体位にして専門家の到着を待つ。</p>	
胸骨圧迫なしの人工呼吸	<p>呼吸はないが脈を確実に触知できる場合は人工呼吸のみを行う。この場合の呼吸数は10回/分程度とする。およそ2分毎に確実な脈拍が触知できることを(およそ10秒以内で)確認する。</p>	
心停止の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>反応がなければ呼吸と脈を同時に確認する。呼吸がなく、頸動脈が確実に触知できなければCPRが必要である。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開始する(およそ10回/分)。</li> <li>ただし、呼吸と脈の確認に10秒以上をかけてはならない。</li> <li>なお、脈拍確認に自信が持てない救助者は呼吸観察に専念し、反応も呼吸もなければ心停止とみなしてCPRを開始する。</li> </ul>	<p>心停止が疑われる傷病者の頸動脈の脈拍を迅速に評価するのは、医療従事者であっても困難または不正確なことがある。脈の触知にこだわって、心停止傷病者に対するCPRの開始が遅れることがあってはならない。すなわち、脈拍の有無が不明確な場合には、脈拍がないものとして胸骨圧迫を開始する。実際には脈がある傷病者に(本来は不必要な)CPRを行ったための害は、脈拍がない傷病者にCPRを行わなかったための害よりはるかに少ない。自己心拍のある傷病者に対する胸骨圧迫でVFなどの至死的不整脈が誘発されたとの報告はない。</p>
CPRの開始手順	<ul style="list-style-type: none"> <li>心停止と判断した場合は、人工呼吸を2回試みる。引き続き胸骨圧迫30回と人工呼吸2回の組み合わせを速やかに開始する。</li> <li>ただし、人工呼吸が実施困難な場合は胸骨圧迫の開始を優先し、人工呼吸は実施が可能になり次第(人工呼吸用の資器材が到着するなど)始める。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>心停止では一刻も早いCPRの開始が必要である。生理学的には、人工呼吸と胸骨圧迫のどちらを優先すべきかは、心停止発生の原因によって異なる。心原性の突発性心停止では、肺胞内および血液中に利用可能な酸素が含まれており、人工呼吸よりも胸骨圧迫を開始する方が良いと思われる。</li> <li>バッグバルブマスクや感染防護具が手元にないなど、ただちに人工呼吸を行うことができない場合には、胸骨圧迫から開始すべきである。</li> </ul>

## 成人を対象とするBLS(主に日常的に蘇生を行う者、ALSを習得する者が行う)

項目	日本版救急蘇生ガイドライン(骨子)	採用の理由、あるいは指導上の留意点など
人工呼吸	<p>約1秒かけて、胸の上がりが見える程度の量を送気する。なお、口対口人工呼吸を行う際には感染防護具を使用すべきである。可能な場合には、できるだけ高濃度の酸素で人工呼吸を行うべきである。</p>	<p>・送気量の目安は、人工呼吸の方法(口対口人工呼吸、バグバルブマスクなど)に関わらず、すべてで「胸が上がるのが見てわかるまで」とする。この送気量は6～7ml/kgに相当すると考えられている。訓練用のマネキンは、この量で胸の動きが見てわかるように設計されることが望ましい。</p> <p>・口対口人工呼吸における吹込みの時間が約1秒に短縮された主な理由は、吹込み量(1回換気量)が過剰になるのを防ぐことである。</p> <p>・1回目の人工呼吸によって胸の上がり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。2回の試みが終わったら(それぞれ胸の上がり確認できた場合も、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べきである。</p>
胸骨圧迫の位置	<p>・胸骨圧迫の位置は、「胸の真ん中」あるいは「乳頭と乳頭を結ぶ(想像上の)線の胸骨上」のいずれかを目安とする。</p> <p>・必ずしも衣服を脱がせて確認する必要はない。</p>	<p>・胸骨圧迫の位置は従来どおり「胸骨の下半分」である。圧迫位置を探す方法として肋骨縁をなぞり剣状突起を探す方法は、必ずしも正確であるとは限らないうえ、胸骨圧迫の中断時間が延びる可能性がある。</p> <p>・「胸の真ん中」あるいは「乳頭と乳頭を結ぶ(想像上の)線の胸骨上」を探すことによって、従来法と同程度の正確さで「胸骨の下半分」を圧迫できることが報告されている。</p> <p>・剣状突起は圧迫しない。胸骨圧迫中に他の救助者が剣状突起に圧迫が加わっていないことを確認するのは合理的であろう。</p>
胸骨圧迫の方法	<p>・胸骨圧迫の速さは1分間に約100回とする。</p> <p>・胸骨が4～5cm沈むまでしっかり圧迫する。</p> <p>・ただし、圧迫の強さ(深さ)が不十分になりやすいので(特に、疲労時)注意すべきである。</p> <p>・圧迫を解除するときには、掌が胸から浮き上がらない(離れない)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ことが重要である。</p>	<p>・「胸骨圧迫の速さ」とは、仮に連続して圧迫した場合に1分間に行われる圧迫の数である。実際の蘇生では、途中で人工呼吸のために圧迫が中断するため、実際に胸骨が圧迫される数は100回に満たない。</p> <p>・圧迫の速さと深さの推奨値は従来のガイドラインと同じである。ただし、実際の蘇生では圧迫の深さが不十分ことが多いとの報告がある。胸骨圧迫の指導に際しては、十分な強さで圧迫するよう指導が必要である。</p> <p>・胸骨圧迫の際、利き腕を下にした方が正確な圧迫が可能であったとの報告もあるが、現時点での根拠は不十分である。習得すべき知識を徒に増やすのは得策ではない。利き腕の問題に関しては今後の課題である。</p>
胸骨圧迫の評価	<p>胸骨圧迫の効果は圧迫の深さや速さで評価すべきであり、頸動脈の脈拍では評価すべきでない。</p>	<p>胸骨圧迫では静脈の拍動が触知されることがあるため、頸動脈での評価は不正確になる。胸骨圧迫の良否は圧迫の深さや速さで評価すべきである。</p>
胸骨圧迫の役割交代	<p>胸骨圧迫の交代要員がいる場合には、胸骨圧迫の担当を5サイクル(2分)おきに交代することが望ましい。交代は5秒以内に済ませるべきである。</p>	<p>胸骨圧迫の連続回数が増加したことで疲労が増強し、圧迫の深さが不十分になる可能性が指摘されている。特に、救助者が疲労したことを自覚しないまま、胸骨圧迫の深さが不十分になる可能性があるため注意が必要である。交代可能な場合には、たとえ救助者が疲労を感じていなくても、約2分間(5サイクル)を目安に胸骨圧迫の担当を交代することが望ましい。</p>
胸骨圧迫の中断時間	<p>AEDを用いて除細動する場合や階段で傷病者を移動させ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。</p>	
C:V比	<p>胸骨圧迫と人工呼吸の回数比を30:2とする。</p>	<p>指導に際しては、数え歌などを利用して、救助者が圧迫回数やリズムを把握しやすい配慮が望まれる。ただし、胸骨圧迫の連続回数(30回)はあくまで目標であり、30回を正確に実施することに固執する必要はない。</p>

## 成人を対象とするBLS(主に日常的に蘇生を行う者、ALSを習得する者が行う)

項目	日本版救急蘇生ガイドライン(骨子)	採用の理由、あるいは指導上の留意点など
非同期CPR	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気管挿管下でのCPRでは、人工呼吸の際に胸骨圧迫を中断せず、人工呼吸と胸骨圧迫を非同期で行う。この場合の人工呼吸の回数はおよそ10回/分とする。</li> <li>・非同期でCPRを行う場合は、人工呼吸回数が過剰になりがちなので注意が必要である。</li> <li>・コンピチューブ、食道閉鎖式エアウェイ、LMA、Laryngeal Tubeが挿入された場合は、適切な換気が可能なら非同期で行う。</li> </ul>	<p>非同期でCPRを行うと、人工呼吸回数が過剰になる傾向がある。人工呼吸回数の増加によって換気量が増加すると平均胸腔内圧が上昇するため、静脈還流が妨げられて冠灌流圧の低下を招き、生存率が低下する可能性が指摘されている。</p>
AEDプロトコール	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象傷病者に対し、電気ショックを1回行った後、観察なしに直ちに胸骨圧迫を行うことを推奨する。</li> <li>・2分(または5サイクル)のCPR後に除細動器で心電図を解析する。</li> <li>・以後、必要に応じてショック(1回) CPR 心電図解析をくりかえす。</li> <li>・ただし、院内CPAで、持続的にモニタリングされている症例に関しては、医師の判断で連続的なショックを行ってもよい。</li> <li>・単相性AEDを用いる場合のエネルギー量については; 初回のエネルギー量としては200Jを推奨する。 2回目以降のエネルギー量は最大量を360Jとする。</li> <li>・二相性AEDを用い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電気ショックを行う。</li> <li>・1歳以上8歳未満の小児に対しては、小児用パッドを用いるべきである。小児用パッドがないなどやむを得ない場合、成人用パッドについては、薬事法上、8歳未満の小児に対する有効性・安全性が確認されていないが、これを代用すべきである(なお、2006年4月時点において、薬事法上の承認を受けた小児用パッドは1種類である)。</li> <li>・乳児に対してはAEDを使用しない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・エネルギー量はAEDメーカーに対する推奨である。救助者はAEDの音声メッセージがあれば、これに従って使用する。</li> <li>・小児用のパッドには、単に電極のサイズが小さいだけのもので、電極のサイズが小さく、かつAED本体からのエネルギー量を減衰させる機能を持たせたものの2種類がある。 どちらの電極パッドも成人に対して使用すると除細動の効率が低下したり、心筋障害が強まる可能性がある。</li> <li>・小児用のパッドを成人(8歳以上)に使用してはならない。</li> <li>・AEDの機種の一部については、小児に対する使用について薬事法上の認可が得られていないものもある。小児の心電図波形から電気ショック適応の不整脈を検出でき、かつエネルギー量を小児に適した値に減衰できるAEDの導入によって、薬事法上の認可を早急に得るような努力が強く望まれる。</li> </ul>
電極の配置	<ul style="list-style-type: none"> <li>・AEDの電極パッドは右上前胸部(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心尖部と上胸部背面(右または左)に貼る方法(apex-posterior)を考慮してよい。</li> <li>・パッドを貼る場所に医療用の埋め込み器具がある場合には、パッドを2~3cm以上離して貼る。</li> <li>・埋め込み式除細動器(ICD)の電気ショックが作動している(すなわち、体外式除細動がなされている)ときのように、傷病者の筋肉が収縮している)なら、ICDの作動が完了するまで30~60秒待ったあとでAEDを取り付ける。時に自動ICDとAEDの解析とショックサイクルは競合する。</li> <li>・電極パッドは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、降圧剤など)や湿布薬などの上に直接貼るべきではない。貼付場所の薬剤パッチ等は取り去り、貼ってあった部位をふき取ったあと電極パッドを貼り付ける。</li> <li>・傷病者の体が濡れている場合には、胸の水分を十分に拭き取ってから電極パッドを貼り付ける。</li> <li>・AEDは、傷病者が雪や氷の上に倒れているときも使う事ができる。ほとんどの場合、胸から衣服を取り外す以外には胸に対する特別な処置は必要ない。</li> </ul>	<p>電極貼付位置の指導に際しては:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電極パッドの貼付場所については、イラストやマネキンを用いて指導することが望ましい。電極に描かれたイラストなどが参考になる。左下側胸部(通称、心尖部パッド)が前胸部側にずれることが多いので注意が必要である。</li> <li>・医療用の埋め込み器具がある人の胸の写真や、薬剤パッチなどの実物を見せることが、理解を得るために有効な方法であろう。</li> </ul>

## 成人を対象とするBLS(主に日常的に蘇生を行う者、ALSを習得する者が行う)

項目	日本版救急蘇生ガイドライン(骨子)	採用の理由、あるいは指導上の留意点など
電極の接触	<ul style="list-style-type: none"> <li>・胸毛が多い傷病者では電気抵抗が高くなることがある。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する。</li> <li>・極めてまれであるが、重症者管理をするCCUなど酸素が豊富な環境において、電気ショックで発火することがある。</li> <li>・電気ショックに伴うスパークによって火災が発生する可能性がある。パドル/パッドの配置や当て方に注意してスパークの発生を抑えるとともに、電気ショック時に高濃度の酸素が傷病者近くに流れないような配慮が必要である。</li> </ul>	
前胸部叩打	モニター下で発生した目撃のある心室細動/無脈性VTで、直ちに除細動器が使用できない場合は、即座に1回だけ前胸部叩打を行ってもよい。拳で約20cmの高さから振り下ろし胸骨の下半分を鋭く叩く。	拳を振り下ろす高さ(20cm)に関する明確な根拠はない。経験則に基づくものである。
CPR中のプロンプター(リズム補助や音声指示)	人工呼吸のタイミングを音声で案内する器具やCPR手順の音声ガイド(AEDなど)はBLS/CPRを円滑にするための補助として優れていると思われる。	
CPRの中止基準(蘇生努力の放棄以外で)	十分な循環が戻る、または専門家チームに引き継ぐまで。	
気道異物(意識あり)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気道異物による窒息が疑われる場合は、直ちに緊急通報(119番通報)をするよう誰かに依頼し、救助者は直ちに以下の方法を試みる。ただし、傷病者が激しく咳き込んでいる場合には、本人の努力に任せる。</li> <li>・救助者が一人だけの場合は、緊急通報する前に以下の方法を試みる。</li> <li>・背部叩打法と腹部突き上げ法を併用する。その回数や順序は問わない。妊婦、極端な肥満者の場合は(腹部突き上げ法は行わず)、腹部突き上げ法に代えて胸部突き上げ法を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気道異物の除去法として、特定の手法を推奨するに足る十分な根拠はない。</li> <li>・背部叩打法は従来から行われており、感覚的にも理解しやすい方法である。</li> <li>・複数の方法の組み合わせが有効であることを示唆する弱い根拠がある。</li> <li>・側胸下部圧迫法も有効かもしれないが、覚えるべき手法が増えるので推奨しない。</li> </ul>
気道異物(意識なし)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・反応がなくなった場合は、緊急通報(119番通報)をしていなければ通報し、その後、通常のCPRを行う。ただし、気道確保をするたびに、口の中を覗き、異物が見え、摘出が容易なら取り除く。盲目的指拭法は行わない。</li> <li>・可能なら喉頭展開下で異物を除去する。</li> </ul>	胸骨圧迫は腹部突き上げ法と同等以上の胸腔内圧上昇が得られるとの報告がある。