

川崎市患者等搬送事業認定等に関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、寝たきりの者、車椅子又は寝台を必要とする者（以下「患者等」という。）を対象に、医療機関への入退院、通院及び転院並びに社会福祉施設等への送迎に際し、患者等を搬送するため特別の構造又は設備を備えた自動車（以下「患者等搬送用自動車」という。）を用いて、患者等搬送事業を行う者（以下「患者等搬送事業者」という。）の認定等及び患者等搬送乗務員適任証の交付等について必要な事項を定めるものとする。

(認定対象となる患者等搬送事業者)

第2条 認定対象となる患者等搬送事業者は、川崎市内に事業所を有し、道路運送法（昭和26年法律第183号）に定める次の者とする。

- (1) 一般乗用旅客自動車運送事業の許可を受けた者
- (2) 一般貨切旅客自動車運送事業の許可を受けた者
- (3) 特定旅客自動車運送事業の許可を受けた者
- (4) 自家用有償旅客輸送の登録を受けた者

(認定の基準)

第3条 患者等搬送事業の認定の基準は、別表第1又は別表第2のとおりとする。

(認定の申請)

第4条 前条に定める認定を受けようとする者は、患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定（更新）申請書（第1号様式）、乗務員名簿（第2号様式）及び患者等搬送用自動車届（共通）（第3号様式）により消防長に申請しなければならない。

(認定の審査)

第5条 消防長は、前条の申請があったときは、患者等搬送事業認定審査表（第4号様式）により審査を行うものとする。

(患者等搬送事業認定証等の交付)

第6条 消防長は、前条の審査の結果、第3条に規定する認定の基準（以下「認定基準等」という。）に適合していると認めるときは、患者等搬送事業者に対し、患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定通知書（第5号様式）により通知するとともに、患者等搬送事業認定証（第6号様式又は第6号様式（2））、患者等搬送事業認定マーク（別図1又は別図1（2））及び患者等搬送用自動車認定マーク（別図2又は別図2（2））（以下「認定証等」という。）を交付するものとする。

(認定業者等の管理)

第7条 消防長は、認定された患者等搬送事業者（以下「認定業者」という。）について患者等搬送事業認定簿（第7号様式又は第7号様式（2））及び認定患者等搬送事業者台

帳（第8号様式又は第8号様式（2））に記載し、管理するものとする。

（否認定の通知）

第8条 消防長は、第5条の審査の結果、認定基準等に不適合と認めるときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）否認定通知書（第9号様式）により患者等搬送事業者に通知するものとする。

（認定の有効期間）

第9条 認定の有効期間は、認定を受けた日の翌日から起算して5年とする。

（認定の更新）

第10条 認定業者が、認定の有効期間の満了後も引き続き認定を受けようとするときは、第4条に定める関係書類により有効期間満了日の1箇月前から満了日までの間に消防長に申請しなければならない。

2 更新時の認定の審査、認定証等の交付及び認定の有効期間については、第5条、第6条及び第9条の規定を準用するものとする。

（認定証等の再交付の申請）

第11条 認定業者は、次の各号のいずれかに該当するときには、認定証等交付申請書（再交付・増車）（第10号様式）により消防長に申請することができる。

（1）認定証等を亡失し、滅失し、汚損し、若しくは破損したとき。

（2）患者等搬送用自動車等を増車するとき。

（認定の失効）

第12条 認定は、次の各号のいずれかに該当するときには、その効力を失うものとする。

（1）道路運送法に定めるところにより、国土交通大臣の許可等が取り消され、又は失効したとき。

（2）患者等搬送事業を廃止したとき。

（3）認定の有効期間が満了したとき。

2 認定業者は、前項の規定に基づき認定が失効したときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)認定失効届出書（第11号様式）により消防長に届出なければならない。

（認定業者の責務）

第13条 認定業者は、認定の基準並びに別表第3若しくは別表第4に掲げる遵守義務（以下「遵守義務等」という。）を誠実に履行しなければならない。

（報告及び届出）

第14条 認定業者は、患者等搬送事業の遂行にあたって、次の各号に該当する事案を扱ったときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)事故発生等報告書（第12号様式）により速やかに消防長に報告しなければならない。

（1）患者等搬送事業の遂行にあたって、重大な事故を発生させた場合

(2) 患者等を搬送中に容態変化があり、応急処置を実施した場合

(3) 患者等を搬送中に容態変化があり、救急要請した場合

2 認定業者は、患者等搬送事業の全部若しくは一部を休止したときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)休止届出書(第13号様式)により消防長に届出なければならない。

3 認定業者は、患者等搬送事業の全部若しくは一部を変更したときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)変更届出書(第14号様式)により消防長に届出なければならない。

4 認定業者は、認定を受けた患者等搬送用自動車における搬送件数について、毎月1回消防長に報告しなければならない。

5 消防長は、認定業者に対し、同4項に基づく内容について資料の提出を求めることができる。

(認定業者の調査)

第15条 消防長は、認定業者に対し、年1回以上遵守義務等の履行状況等について調査するものとする。

(認定の取り消し)

第16条 消防長は、次の各号のいずれかに該当するときは、認定を取り消すことができる。

(1) 認定業者が遵守義務等を誠実に履行しないとき。

(2) 認定業者が第12条の規定に違反したとき。

(3) 認定業者が患者等搬送事業の遂行にあたって、重大な事故を発生させたとき。

(4) その他認定を継続することが不相当と判断されたとき。

2 消防長は、前項の規定により認定を取り消したときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)認定取消通知書(第15号様式)により患者等搬送事業者に通知するものとする。

(認定証等の返還)

第17条 患者等搬送事業者は、第12条の規定により認定が失効し、又は前条の規定により認定を取り消されたときには、速やかに認定証等を消防長に返還しなければならない。

2 認定を受けた患者等搬送用自動車を廃車するときは、速やかに患者等搬送用自動車認定マーク(別図2又は別図2(2))を消防長に返還しなければならない。

(適任証の交付)

第18条 消防長は、次の各号のいずれかに該当する者に対し適任証(第16号様式又は第16号様式(2))を交付するものとする。

(1) 消防機関が行う、別表第5、別表第6に掲げる基礎講習又はこれらと同等の基礎講

習を修了した者

(2) 別表第7に掲げる前号の者と同等以上の知識及び技能を有する者

- 2 適任証の交付を受けようとする者及び適任証の交付を受けた者で、適任証を忘失し、滅失し、汚損し、若しくは破損したときは、患者等搬送乗務員適任証・患者等搬送乗務員(車椅子専用)適任証交付(再交付)申請書(第17号様式)により消防長に申請しなければならない。

(適任証の有効期間)

第19条 適任証の有効期間は、交付の日から起算して2年間とする。ただし、消防長が行う別表第10に掲げる定期講習を受講した者については、更に2年間有効とし、それ以降も同様とする。

(各種講習)

第20条 基礎講習の課目及び時間数は別表第5又は別表第6のとおりとし、定期講習の課目及び時間数は別表第10のとおりとする。

- 2 基礎講習又は定期講習を受講する者は、講習受講申請書(第18号様式)により消防長に申請しなければならない。
- 3 基礎講習及び定期講習を行う講師は、別表第8に掲げる者とし、かつ消防長が発行する患者等搬送乗務員指導者適任証(別記様式1)を所持している者とする。
- 4 基礎講習の修了考査は、別表第9に掲げる内容とする。

(講習修了者の管理)

第21条 消防長は、基礎講習及び定期講習を修了した者を、患者等搬送乗務員講習修了者管理簿(第19号様式又は第19号様式(2))に記載し、管理するものとする。

附 則（平成18年7月18日付け18川消救第444号）

この要綱は、平成18年7月18日から施行する。

附 則（平成20年5月9日付け20川消救第212号）

この要綱は、平成20年5月9日から施行する。

附 則（平成20年6月5日付け20川消救第319号）

この要綱は、平成20年6月5日から施行する。

附 則（平成20年8月29日付け20川消救第643号）

この要綱は、平成20年8月29日から施行する。

附 則（平成22年10月22日付け22川消救第705号）

この要綱は、平成22年10月22日から施行する。

附 則（平成25年2月18日付け24川消救第1048号）

この要綱は、平成25年2月18日から施行する。

附 則（平成27年2月2日付け26川消救第1511号）

この要綱は、平成27年2月6日から施行する。

附 則（平成28年6月13日付け28川消救第458号）

この要綱は、平成28年6月20日から施行する。

附 則（平成30年3月23日付け29川消救第2058号）

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則（令和3年3月26日付け2川消救第2067号）

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

第1号様式（第4条関係）

<p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定（更新）申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>（あて先）川崎市消防長</p> <p style="text-align: center;">（申請者） 所在地 名称 代表者氏名</p> <p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）の認定（更新）について次のとおり申請します。</p>	
事業所名	
所在地	電話（ ）
管理責任者・職氏名	
国土交通省免許 登録番号	
定款に定める 事業内容	
備考	※ 受付

注1 ※には記入しないでください。

2 必要な免許証の写し等、関係書類を添付してください。

3 2部提出してください。

営業区域						
営業時間						
乗務員数	総数		昼		夜	
制服	色			形式		
年間営業実績	病院への通入院			老人ホームへの送迎		
	退院			旅行		
	転院			その他		
事業案内書の有無	有・無	有の場合は案内書を添付してください				
特定病院との契約の有無	有・無	有の場合は医療機関名及び契約内容を記入してください				
特定行政機関との契約の有無	有・無	有の場合は行政機関名及び契約内容を記入してください				
その他				会員数	人	
使用車両台数	患者等搬送用自動車	台		患者等搬送用自動車 (車椅子専用)	台	

第3号様式（第4条関係）

患者等搬送用自動車届（共通）

種 別	<input type="checkbox"/> 寝台車 <input type="checkbox"/> 寝台・車椅子兼用車 <input type="checkbox"/> 車椅子専用車					
車両への収容方法	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> スロープ					
車種(形式)		塗色				
車両番号		定員	人			
患者等収容部分の大きさ		長さ	cm			
		幅	cm			
		高さ	cm			
換気装置	有・無	冷房装置	有・無			
暖房装置	有・無	通信装置種別	電話・無線・ファクシミリ			
ストレッチャー固定装置	有・無	ストレッチャーの患者固定用ベルト	有・無			
車椅子の固定装置	有・無	その他				
ストレッチャーの大きさ	長さ	cm	幅	cm	高さ	cm
消毒表示の表示位置						
積 載 資 器 材						
品 名	数 量	品 名	数 量			
○バッグバルブマスク		はさみ				
ポケットマスク		マスク				
○敷物		○ピンセット				
保温用毛布		手袋				
担架		膿盆汚物入れ				
○枕		体温計				
三角巾		※○自動体外式除細動器（AED）				
ガーゼ		そ の 他				
包帯						
タオル						
ばんそうこう						
噴霧消毒器						
消毒薬（種類 ）						

注1 患者等搬送自動車「※」は任意

2 患者等搬送自動車(車椅子専用)「○」は任意

車両写真添付
(前面)

(後面)

車両写真添付
(右側面)

(左側面)

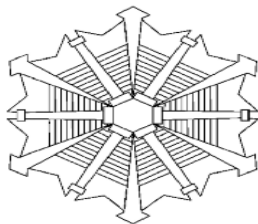
第4号様式（第5条関係）

患者等搬送事業認定審査表

事業所名			
所在地			
管理責任者・職氏名			
自動車の形態		<input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車 <input type="checkbox"/> 患者等搬送用自動車（車椅子専用）	
審査項目		判定	不適内容
1	乗務員の資格要件	適・不適	
2	1台あたりの乗務体制	適・不適	
3	患者等搬送用自動車	(1) 緩衝装置	適・不適
		(2) 換気及び冷暖房装置	適・不適
		(3) 室内のスペース	適・不適
		(4) ストレッチャー、車椅子の固定	適・不適
		(5) 乗降を容易にする装置	適・不適
		(6) 通信、連絡装置	適・不適
4	車両の外観	適・不適	
5	積載資器材	適・不適	
6	車両・資器材の消毒体制	適・不適	
7	乗務員の服装	適・不適	
8	パンフレット等の表示	適・不適	
9	事業の許可状況	適・不適	
備考			

第5号様式（第6条関係）

<p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）認定通知書</p>	
<p>第 年 月 日 号</p>	
<p>様</p>	
<p>川崎市消防長 印</p>	
<p>年 月 日付で申請のありました次の事業については、川崎市消防局が定める患者等搬送事業認定基準・患者等搬送事業（車椅子専用）認定基準に適合していると認定しましたので通知します。</p>	
<p>事業所名</p>	
<p>所在地</p>	
<p>管理責任者・職氏名</p>	
<p>認定年月日</p>	<p>年 月 日</p>
<p>認定番号</p>	<p>第 号</p>
<p>備考</p>	



第 号

認 定 証

様

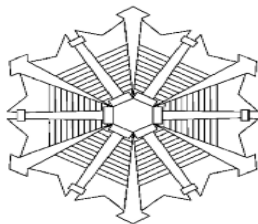
川崎市消防局が定める患者等搬送事業
認定基準に適合していると認定します

- 1 所在地
- 2 名 称
- 3 有効期間

年 月 日から
年 月 日まで

認定 年 月 日

川崎市消防長 印



第 号

認 定 証

様

川崎市消防局が定める患者等搬送事業
(車椅子専用)認定基準に適合してい
ると認定します

- 1 所在地
- 2 名 称
- 3 有効期間

年 月 日から
年 月 日まで

認定 年 月 日

川崎市消防長 印

第7号様式 (第7条関係)

患者等搬送事業認定簿

認定番号	管轄署	事業所名	管理責任者
		所在地	電話番号等
			TEL
			FAX
認定年月日	年 月 日		
認定番号	管轄署	事業所名	管理責任者
		所在地	電話番号等
			TEL
			FAX
認定年月日	年 月 日		
認定番号	管轄署	事業所名	管理責任者
		所在地	電話番号等
			TEL
			FAX
認定年月日	年 月 日		
認定番号	管轄署	事業所名	管理責任者
		所在地	電話番号等
			TEL
			FAX
認定年月日	年 月 日		
認定番号	管轄署	事業所名	管理責任者
		所在地	電話番号等
			TEL
			FAX
認定年月日	年 月 日		

第7号様式(2)(第7条関係)

患者等搬送事業(車椅子専用)認定簿

認定番号	管轄署	事業所名	管理責任者
		所在地	電話番号等
			TEL
			FAX
認定年月日	年 月 日		
認定番号	管轄署	事業所名	管理責任者
		所在地	電話番号等
			TEL
			FAX
認定年月日	年 月 日		
認定番号	管轄署	事業所名	管理責任者
		所在地	電話番号等
			TEL
			FAX
認定年月日	年 月 日		
認定番号	管轄署	事業所名	管理責任者
		所在地	電話番号等
			TEL
			FAX
認定年月日	年 月 日		
認定番号	管轄署	事業所名	管理責任者
		所在地	電話番号等
			TEL
			FAX
認定年月日	年 月 日		

第8号様式 (第7条関係)

認定患者等搬送事業者台帳

事業所名		所在地	
管理責任者 職・氏名		連絡先	
認定番号	第 号	管轄署	
認定年月日	年 月 日		
更 新 年 月 日		更 新 年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
経 過 欄	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
備考			

第8号様式（2）（第7条関係）

認定患者等搬送事業者（車椅子専用）台帳

事業所名		所在地	
管理責任者 職・氏名		連絡先	
認定番号	第 号	管轄署	
認定年月日	年 月 日		
更 新 年 月 日		更 新 年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
経 過 欄	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
備考			

第9号様式（第8条関係）

<p>患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）否認定通知書</p>	
<p>第 年 月 日 号</p>	
<p>様</p>	
<p>川崎市消防長 印</p>	
<p>年 月 日付けで申請のありました次の事業所については、川崎市消防局が定める患者等搬送事業認定基準・患者等搬送事業（車椅子専用）認定基準に適合していないため否認定としましたので通知します。</p>	
<p>事業所名</p>	
<p>所在地</p>	
<p>管理責任者・職氏名</p>	
<p>否認定年月日</p>	<p>年 月 日</p>
<p>理由</p>	

教示 この処分に不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、川崎市長に対して審査請求をすることができます。この処分の取消しを求める訴えは、この処分があったことを知った日（前記の審査請求をした場合には、当該審査請求についての裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6月以内に、川崎市を被告として（川崎市長が被告の代表者となります。）提起することができます。

第10号様式（第11条関係）

認定証等交付申請書（再交付・増車）			
年 月 日			
（あて先）川崎市消防長			
（申請者）			
所在地			
名称			
代表者氏名			
認定証等の交付（再交付・増車）について次のとおり申請します。			
事業所名			
申請対象	1 患者等搬送事業認定証 2 患者等搬送事業認定マーク 3 患者等搬送用自動車認定マーク 4 患者等搬送事業(車椅子専用)認定証 5 患者等搬送事業(車椅子専用)認定マーク 6 患者等搬送用自動車(車椅子専用)認定マーク		
認定証又は認定マークの 交付年月日及び認定番号		年 月 日	交付 第 号
再交付の理由			
再交付年月日	年 月 日	再交付	受 付 欄
有効期限	年 月 日	まで	

注1 申請対象の欄は、該当するものの番号に○印をつけてください。

2 太線枠内は、記入しないでください。

第 1 1 号様式 (第 1 2 条関係)

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)認定失効届出書 年 月 日 (あて先) 川崎市消防長 (届出者) 所在地 事業所名 代表者氏名 患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用) 認定の失効について次のとおり届け 出ます。			
事 業 所 名			
所 在 地			
認定年月日	年 月 日	認定番号	第 号
失効年月日	年 月 日		
失 効 内 容	1 国土交通大臣の許可等の取消又は失効 2 患者等搬送事業の廃止 3 認定の有効期間の満了		
備 考		※受付欄	

注 1 「失効内容」の欄は、該当する番号を○で囲んでください。

2 ※印の欄は、記入しないでください。

第12号様式（第14条関係）

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)事故発生等報告書 年 月 日 (あて先) 川崎市消防長 (報告者) 所在地 事業所名 代表者氏名 患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)にかかる事故等について次のとおり報告します。	
事業所名	
所在地	
責任者氏名	
発生年月日	
区分	1 患者等搬送事業等の遂行にあたり、重大な事故を発生させた場合 2 患者等を搬送中に容態変化があり、応急処置を実施した場合 3 患者等を搬送中に容態変化があり、救急要請した場合
乗務員氏名	

発生状況	
活動概要	
※ 摘要	

注 ※印の欄は、記入しないで下さい。

第13号様式（第14条関係）

患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)休止届出書 年 月 日 (あて先) 川崎市消防長 (届出者) 所在地 事業所名 代表者氏名 患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)の休止について次のとおり届け出ます。			
事業所名			
所在地			
認定年月日	年 月 日	認定番号	第 号
休止予定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
休止内容	1 全部 2 一部 ()		
休止理由			
備考		※受付欄	

注1 「休止内容」の欄は、該当する番号を○で囲んでください。

2 ※印の欄は、記入しないで下さい。

第14号様式（第14条関係）

患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）変更届出書 年 月 日 （あて先）川崎市消防長 （届出者） 所在地 事業所名 代表者氏名 患者等搬送事業・患者等搬送事業（車椅子専用）の変更について次のとおり届け出ます。			
事業所名			
所在地			
認定年月日	年 月 日	認定番号	第 号
変更内容			
備考		※受付欄	

注 ※印の欄は、記入しないで下さい。

第15号様式（第16条関係）


患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)認定取消通知書 第 年 月 日 号 様 川崎市消防長 印 次の事業所については、川崎市患者等搬送事業認定等に関する要綱第16条の規定に基づき認定を取消しましたので通知します。	
事業所名	
所在地	
管理責任者・職氏名	
認定年月日	年 月 日
認定番号	第 号
認定取消年月日	年 月 日
取消理由	

教示 この処分に不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、川崎市長に対して審査請求をすることができます。この処分の取消しを求める訴えは、この処分があったことを知った日（前記の審査請求をした場合には、当該審査請求についての判決があったことを知った日）の翌日から起算して6月以内に、川崎市を被告として（川崎市長が被告の代表者となります。）提起することができます。

第16号様式（第18条関係）

患者等搬送乗務員適任証

（表）

第 号
 <p style="text-align: center; font-weight: bold;">患者等搬送乗務員適任証</p> <p style="text-align: center;">ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">上記の者は、患者等搬送乗務員に適することを 証します</p> <p style="text-align: center;">年 月 日交付</p> <p style="text-align: center;">川崎市消防長 印</p>
<div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>写 真 (横2.5cm×縦3cm)</p> </div>
<div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>印</p> </div>

（54mm×90mm）

（備考）地色は緑色とし、文字は黒色とする。

（裏）

患者等搬送乗務員受講欄			
	受講日 年 月 日	講習実施機関	有効期限 年 月 日
講習	年 月 日		年 月 日
講習	年 月 日		年 月 日
講習	年 月 日		年 月 日
講習	年 月 日		年 月 日
講習	年 月 日		年 月 日
備考			

注1 患者等搬送業務に従事する場合は必ず携帯してください
2 2年に1回以上の消防機関の行う定期講習を受講することで適任証は継続します


川崎市消防局

（54mm×90mm）

第16号様式(2)(第18条関係)

患者等搬送乗務員(車椅子専用)適任証

(表)

第 号
<p>患者等搬送乗務員(車椅子専用)適任証</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>KAWASAKI CITY</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>ふりがな 氏名</p> <p>生年月日</p> <p>年 月 日</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">上記の者は、患者等搬送乗務員(車椅子専用)に適することを証します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日交付</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>写 真 (横2.5cm×縦3cm)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>川崎市消防長 印</p> </div> </div>

(54mm×90mm)

(備考) 地色はピンク色とし、文字は黒色とする。

(裏)

患者等搬送乗務員(車椅子専用)受講欄			
	受講日 年 月 日	講習実施機関	有効期限 年 月 日
講習	年 月 日		年 月 日
講習	年 月 日		年 月 日
講習	年 月 日		年 月 日
講習	年 月 日		年 月 日
講習	年 月 日		年 月 日
備考			

注1 患者等搬送業務に従事する場合は必ず携帯してください
 2 2年に1回以上の消防機関の行う定期講習を受講することで適任証は継続します

川崎市消防局

(54mm×90mm)

第17号様式（第18条関係）

患者等搬送乗務員適任証・患者等搬送乗務員(車椅子専用)適任証交付（再交付）申請書 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> （あて先）川崎市消防長 年 月 日 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> （申請者） </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 住 所 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 氏 名 </div>			
患者等搬送乗務員適任証・患者等搬送乗務員(車椅子専用)適任証の交付（再交付）について次のとおり申請します。			
(ふりがな) 氏 名			(写真)
本 籍	都・道・府・県		
生年月日	年 月 日生		
申請要件	1 第18条第1項第1号該当者 2 第18条第1項第2号該当者 3 再交付（ 年 月 日交付・ 第 号） （再交付理由 ）		
適任証種別	1 患者等搬送乗務員適任証 2 患者等搬送乗務員（車椅子専用）適任証		
交付年月日	年 月 日	交付番号	第 号
特記事項			※受付欄

- 注1 太線枠内は、記入しないでください。
- 2 写真（6ヶ月以内撮影、正面、上半身、脱帽、縦3cm×横2.5cm）を2枚添付して下さい。
 - 3 申請要件に該当することを証明する書面（写しでも可）を添付してください。
 - 4 再交付申請で汚損及び破損の場合は、当該適任証を添付してください。

第18号様式 (第20条関係)

<p>講習受講申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先) 川崎市消防長</p> <p style="text-align: right;">(申請者)</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p>基礎講習・基礎講習(車椅子専用)・定期講習の受講を次のとおり申請します。</p>			
区 分	1 患者等搬送乗務員基礎講習 2 患者等搬送乗務員(車椅子専用)基礎講習 3 患者等搬送乗務員定期講習(共通)		
ふりがな			
氏 名			
生 年 月 日	(大・昭・平)	年	月 日 生
住 所	電話 ()		
勤 務 先	(名称)		
	(所在地)		
	電話 ()		
受 講 希 望 日	年	月	日
※ 受 付 欄			※ 経 過 欄

注 ※印欄は記入しないでください。

患者等搬送乗務員講習修了者管理簿

ふりがな			
氏名 生年月日	(大・昭・平) 年 月 日生		
住所	電話 ()		
勤務先	電話 ()		
認定区分欄	・18条第1項(1) <基礎講習修了者> ・18条第1項(2) <救急救命士・救急課程・日赤・その他>		
認定番号	第 号	交付年月日	年 月 日
定期(再)講習受講経過記録欄	(受講場所)	(受講場所)	
	(受講年月日) 年 月 日	(受講年月日) 年 月 日	
	(受講場所)	(受講場所)	
	(受講年月日) 年 月 日	(受講年月日) 年 月 日	
	(受講場所)	(受講場所)	
	(受講年月日) 年 月 日	(受講年月日) 年 月 日	
	(受講場所)	(受講場所)	
	(受講年月日) 年 月 日	(受講年月日) 年 月 日	
備考			

第19号様式(2)(第21条関係)

患者等搬送乗務員(車椅子専用)講習修了者管理簿

ふりがな			
氏名 生年月日	(大・昭・平) 年 月 日生		
住所	電話 ()		
勤務先	電話 ()		
認定区分欄	<ul style="list-style-type: none"> ・18条第1項(1) <基礎講習(車椅子専用)修了者> ・18条第1項(2) <救急救命士・救急課程・日赤・その他> 		
認定番号	第 号	交付年月日	年 月 日
定期(再)講習受講経過記録欄	(受講場所)	(受講場所)	
	(受講年月日) 年 月 日	(受講年月日) 年 月 日	
	(受講場所)	(受講場所)	
	(受講年月日) 年 月 日	(受講年月日) 年 月 日	
	(受講場所)	(受講場所)	
	(受講年月日) 年 月 日	(受講年月日) 年 月 日	
	(受講場所)	(受講場所)	
	(受講年月日) 年 月 日	(受講年月日) 年 月 日	
備考			

別記様式1 患者等搬送乗務員指導者適任証の様式

(表)

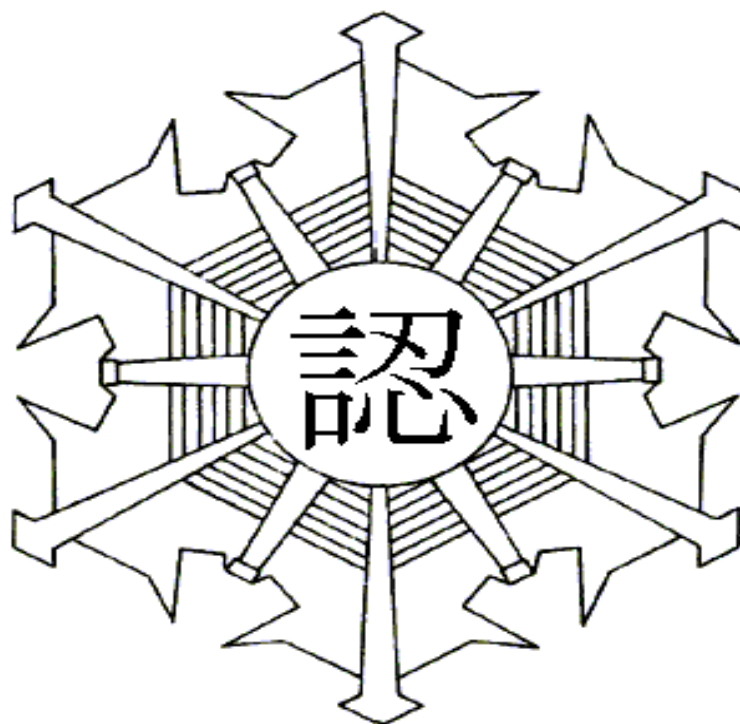
 KAWASAKI CITY	患者等搬送乗務員
 写真	指導者適任証
	川崎市消防局

(裏)

第 号	
患者等搬送乗務員指導者適任証	
氏名	
あなたは、患者搬送等乗務員基礎講習及び定期講習の指導に必要な知識及び技能を有する者であることを証します。	
年 月 日	
川崎市消防長	

指導者適任証の大きさ 縦54mm×横90mm

患者等搬送事業認定マーク



患者等搬送に適合する事業者
として認定します。

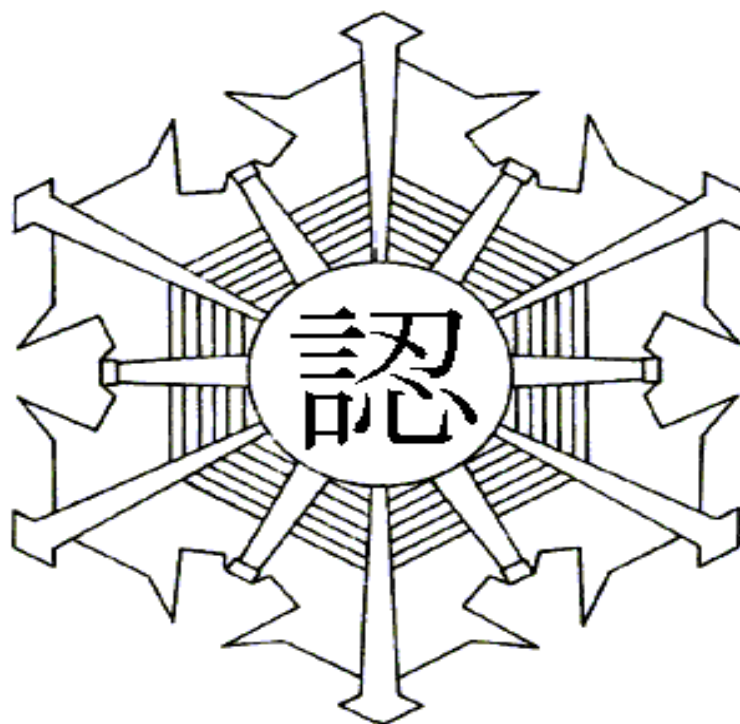
認定 年 月 日

川 崎 市 消 防 局

- 地色は緑色とし、文字は黒色とし、マークは金色とします。
- 大きさはA4サイズとします。

別図1 (2)

患者等搬送事業（車椅子専用）認定マーク



患者等搬送（車椅子専用）に適合する事業者
として認定します。

認定 年 月 日

川 崎 市 消 防 局

- 地色はピンク色とし、文字は黒色とし、マークは金色とします。
- 大きさはA4サイズとします。

別図2

患者等搬送用自動車認定マーク



- 地色は緑色とし、文字は黒色とし、マークは金色とします。
- 直径9センチメートル

患者等搬送用自動車認定マークは、自動車後面であって運転者の視野を妨げない、見やすい位置に貼付するものとします。

別図2（2）

患者等搬送用自動車（車椅子専用）認定マーク



- 地色はピンク色とし、文字は黒色とし、マークは金色とします。
- 直径9センチメートル

患者等搬送用自動車認定マーク（車椅子専用）は、自動車後面であって運転者の視野を妨げない、見やすい位置に貼付するものとする。

別表第1（第3条関係）

患者等搬送事業認定基準

項目	内容
乗務員の要件	<p>患者等搬送用自動車に同乗し搬送に従事する者（以下「乗務員」という。）は、満18歳以上の者及び次の各号のいずれかに該当する者で、かつ、消防機関から適任証の交付を受けた者をもって充てること。</p> <p>(1) 別表第5に掲げる基礎講習を修了した者</p> <p>(2) 別表第7に掲げる前号の者と同等以上の知識及び技能を有する者</p>
運行体制	<p>患者等搬送事業の運行にあたっては、患者等搬送用自動車1台につき2名以上の乗務員をもって業務を行わせること。</p> <p>ただし、医療機関からの退院及び社会福祉施設への送迎を目的とした運行を実施する場合、又は医師若しくは看護師等が同乗する場合は、乗務員1名でも可とする。</p>
患者等搬送用自動車の要件	<p>患者等搬送用自動車は、次の各号に掲げる構造及び設備を有するものであること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 十分な緩衝装置を有すること。 換気及び冷暖房の装置を有するものであること。 乗務員が業務を実施するために必要なスペースを有するものであること。 ストレッチャー、車椅子等を使用したまま確実に固定できる構造であること。 自動車電話、無線機等の通信又は連絡に必要な設備を有していること。
車両の外観	<p>患者等搬送用自動車は、サイレン又は赤色警告灯を装備するなど、救急自動車と紛らわしい外観を呈していないこと。</p>
積載資器材	<p>患者等搬送用自動車には、別表第11に掲げる資器材を積載していること。</p>
消毒	<p>消毒実施表（第20号様式）が、患者等搬送用自動車の見やすい場所に表示されていること。</p>
服装	<p>乗務員の服装は、患者等搬送業務にふさわしいものであること。</p>
事業案内	<p>パンフレット等の事業内容には、救急隊と同レベルの活動ができるかのような表現がなされていないこと。</p>

別表第2（第3条関係）

患者等搬送事業（車椅子専用）認定基準

項目	内容
乗務員の要件	<p>患者等搬送用自動車(車椅子専用)に同乗し搬送に従事する者（以下「乗務員(車椅子専用)」という。）は、満18歳以上の者及び次の各号のいずれかに該当する者で、かつ、消防機関から適任証の交付を受けた者をもって充てること。</p> <p>(1) 別表第6に掲げる基礎講習を修了した者</p> <p>(2) 別表第7に掲げる前号の者と同等以上の知識及び技能を有する者</p>
運行体制	<p>患者等搬送事業(車椅子専用)の運行にあたっては、患者等搬送用自動車(車椅子専用)1台につき1名以上の乗務員(車椅子専用)をもって業務を行わせること。</p> <p>ただし、搬送中に容態急変の可能性が高い場合等については、医師等を同乗させる、又は乗務員(車椅子専用)数を2名以上とする等、対応に必要な体制を確保することができること。</p>
患者等搬送用自動車(車椅子専用)の要件	<p>患者等搬送用自動車(車椅子専用)は、次の各号に掲げる構造及び設備を有するものであること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 十分な緩衝装置を有すること。 2 換気及び冷暖房の装置を有するものであること。 3 乗務員(車椅子専用)が業務を実施するために必要なスペースを有するものであること。 4 車椅子を使用したまま確実に固定できる構造であること。 5 自動車電話、無線機等の通信又は連絡に必要な設備を有していること。
車両の外観	<p>患者等搬送用自動車(車椅子専用)は、サイレン又は赤色警告灯を装備するなど、救急自動車と紛らわしい外観を呈していないこと。</p>
積載資器材	<p>患者等搬送用自動車(車椅子専用)には、別表第12に掲げる資器材を積載していること。</p>
消毒	<p>消毒実施表（第20号様式）が、患者等搬送用自動車(車椅子専用)の見やすい場所に表示されていること。</p>
服装	<p>乗務員(車椅子専用)の服装は、患者等搬送業務にふさわしいものであること。</p>
事業案内	<p>パンフレット等の事業内容には、救急隊と同レベルの活動ができるかのような表現がなされていないこと。</p>

別表第3（第13条関係）

遵 守 義 務

患者等搬送事業用

項 目	内 容
事業実施の基本原則	<p>認定業者は、患者等搬送事業の実施にあたり、次に掲げる事項を誠実に履行すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 患者等からの通報の適正処理及び患者等の搬送技能の向上に努めること。 2 緊急性のない者を搬送対象とすること。 3 事業の社会的責任を十分自覚し、関係法令を遵守すること。
消防機関との連携	<p>認定業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、乗務員に患者等の居る場所、状態、既往症、掛かり付けの医療機関等を消防機関に通報し、救急自動車を要請させること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 患者等からの要請時点において、緊急に医療機関へ搬送する必要があると判断した場合 2 患者等の搬送依頼場所に到着した時点において、緊急に医療機関へ搬送する必要があると判断した場合 3 患者等の搬送途上において、緊急に医療機関へ搬送する必要があると判断した場合
適任証の携行	乗務員を患者等搬送業務に従事させるときは、適任証を携行させること。
知識及び技術の維持管理	乗務員の安全搬送並びに応急手当に関する知識及び技術の向上に努め、適任証の交付を受けた乗務員に、2年に1回以上消防機関の行う患者等搬送乗務員に係る定期講習を受講させること。
消 毒	<ol style="list-style-type: none"> 1 患者等搬送用自動車及び積載資器材の消毒は、次により行うこと。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 定期消毒は毎月1回以上実施すること。 (2) 使用後の消毒は、毎使用後必ず実施すること。 (3) 医師から消毒について特別な指示があった場合は、当該指示に基づいた消毒を実施すること。 2 消毒を実施したときは、その結果を消毒実施表（第20号様式）に記載し、患者等搬送自動車内の見やすい場所に表示すること。
安全・衛生管理	<ol style="list-style-type: none"> 1 患者等搬送用自動車及び積載資器材は、点検整備を確実にを行い、清潔保持に努めること。 2 乗務員の服装は、患者等搬送業務にふさわしいものとし、清潔の保持に努めること。
報 告	認定業者は、事業に関し、消防長から求めがあったときは、消防長に報告するものとする。

別表第4（第13条関係）

遵 守 義 務

患者等搬送事業(車椅子専用)用

項 目	内 容
事業実施の基本原則	<p>認定業者(車椅子専用)は、患者など搬送事業(車椅子専用)の実施に当たり、次に掲げる事項を誠実に履行すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 患者等からの通報の適正処理及び患者等の搬送技能の向上に努めること。 2 緊急性のない者を搬送対象とすること。 3 事業の社会的責任を十分自覚し、関係法令を遵守すること。
消防機関との連携	<p>認定業者(車椅子専用)は、次の各号のいずれかに該当する場合は、乗務員(車椅子専用)に患者等の居る場所、状態、既往症、掛かり付けの医療機関等を消防機関に通報し、救急自動車を要請させること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 患者等からの要請時点において、緊急に医療機関へ搬送する必要があると判断した場合 2 患者等の搬送依頼場所に到着した時点において、緊急に医療機関へ搬送する必要があると判断した場合 3 患者等の搬送途上において、緊急に医療機関へ搬送する必要があると判断した場合
適任証(車椅子専用)の携行	<p>乗務員(車椅子専用)を患者等搬送業務(車椅子専用)に従事させるときは、適任証(車椅子専用)を携行させること。</p>
知識及び技術の維持管理	<p>乗務員(車椅子専用)の安全搬送並びに応急手当に関する知識及び技術の向上に努め、適任証(車椅子専用)の交付を受けた乗務員(車椅子専用)に、2年に1回以上消防機関の行う患者等搬送乗務員に係る定期講習を受講させること。</p>
消 毒	<ol style="list-style-type: none"> 1 患者等搬送用自動車(車椅子専用)及び積載資器材の消毒は、次により行うこと。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 定期消毒は毎月1回以上実施すること。 (2) 使用後の消毒は、毎使用後必ず実施すること。 (3) 医師から消毒について特別な指示があった場合は、当該指示に基づいた消毒を実施すること。 2 消毒を実施したときは、その結果を消毒実施表(第20号様式)に記載し患者等搬送自動車(車椅子専用)内の見やすい場所に表示すること。
安全・衛生管理	<ol style="list-style-type: none"> 1 患者等搬送用自動車(車椅子専用)及び積載資器材は、点検整備を確実にを行い、清潔保持に努めること。 2 乗務員(車椅子専用)の服装は、患者等搬送業務(車椅子専用)にふさわしいものとし、清潔の保持に努めること。
報 告	<p>認定業者は、事業に関し、消防長から求めがあったときは、消防長に報告するものとする。</p>

別表第5（第20条関係）

基礎講習 [乗務員]

課 目	時 間 数
総論	1
観察要領及び応急措置 (AED及び一定頻度者が受講する講習と同等の内容を含む)	13
体位管理要領	2
消防機関との連携要領	2
車両資器材の消毒及び感染防止要領	2
搬送法	2
修了考査	2
合 計	24

* 課目の1時間は、45分とする。

別表第6（第20条関係）

基礎講習【乗務員（車椅子専用）】

課 目	時 間 数
総論	1
観察要領及び応急措置 (AED及び一定頻度者が受講する講習と同等の内容を含む)	9
体位管理要領	1
消防機関との連携要領	2
車両資器材の消毒及び感染防止要領	1
搬送法	1
修了考査	1
合 計	16

* 課目の1時間は、45分とする。

別表第7（第18条関係）

消防機関の行う適任者講習を修了した者と
同等以上の知識及び技能を有する者

	分 類
1	救急救命士の資格を有する者及び消防法施行規則（昭和36年自治省令第6号）第51条に定める救急業務に関する講習課程を修了した者
2	1に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると消防長が認めた者（医師、看護師、准看護師、保健師等）

別表第8（第20条関係）

基礎講習等及び定期講習を行う講師

	分 類
1	救急隊長として3年以上の実務経験を有する者で、消防長が適任と認めた者
2	消防大学校の救急科課程の修了者で、消防長が適任と認めた者
3	消防学校の救急科課程の教官として2年以上の経験を有する者で消防長が適任と認めた者
4	上記1・2・3と同等の知識及び技能を有する者で消防長が適任と認めた者

別表第9（第20条関係）

乗務員等の修了考査実施基準

修了考査は次の内容とし、80点以上をもって合格とする。

区 分	課 目	配 点
実 技	観察要領及び応急措置	60点
筆 記	消防機関との連携要領	20点
	車両資器材の消毒及び 感染防止要領	20点
合 計		100点

別表第10（第20条関係）

定期講習（共通）

課 目	時 間 数
観察要領及び応急措置	2
体位管理要領	1
合 計	3

* 課目の1時間は、45分とする。

別表第 1 1

患者等搬送用自動車に積載する資器材

項 目	資 器 材 名
呼吸管理用資器材	バッグバルブマスク ポケットマスク
保温・搬送用資器材	敷物 保温用毛布 担架 まくら
創傷等保護用資器材	三角巾 ガーゼ 包帯 タオル ばんそうこう
消毒用資器材（車両・資器材用）	噴霧消毒器 各種消毒薬
その他の資器材	はさみ マスク ピンセット 手袋 膿盆汚物入れ 体温計 ※A E D

※は任意の積載とする。

別表第 1 2

患者等搬送用自動車（車椅子専用）に積載する資器材

項 目	資 器 材 名
呼吸管理用資器材	※バッグバルブマスク ポケットマスク
保温・搬送用資器材	※敷物 保温用毛布 担架 ※まくら
創傷等保護用資器材	三角巾 ガーゼ 包帯 タオル ばんそうこう
消毒用資器材（車両・資器材用）	噴霧消毒器 各種消毒薬
その他の資器材	はさみ マスク ※ピンセット 手袋 膿盆汚物入れ 体温計 ※A E D

※は任意の積載とする。