

## 藤沢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、寝たきり老人、身体障害者、傷病者等（以下「患者等」という。）を対象に、これらの者の医療機関への入退院、通院及び転院並びに社会福祉施設への送迎に際し、ストレッチャーと車椅子等を固定できる患者等搬送用自動車を用いて、搬送を実施する患者等搬送事業を行う患者等搬送事業者の認定等及び患者等搬送乗務員適任証の交付等並びに車椅子のみを固定できる患者等搬送用自動車（車椅子専用）を用いて、搬送を実施する患者等搬送事業（車椅子専用）を行う患者等搬送事業者（車椅子専用）の認定等及び患者等搬送乗務員（車椅子専用）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及び患者等搬送事業者（車椅子専用）（以下「患者等搬送事業者等」という。）は、藤沢市内に事業所を有し、道路運送法（昭和26年法律第183号）に定める次の各号に掲げるいずれかの事業許可を受けた者とする。

- (1) 一般乗用旅客自動車運送事業
- (2) 一般貸切旅客自動車運送事業
- (3) 特定旅客自動車運送事業
- (4) 自家用有償旅客運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のとおりとする。

2 患者等搬送事業（車椅子専用）の認定の基準は、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）により消防局長に申請しなければならない。

### (認定の審査)

第5条 消防局長は、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 消防局長は、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）、患者等搬送事業認定マーク（別図1）及び患者等搬送用自動車認定マーク（別図2）を交付するものとする。

2 消防局長は、前条の審査の結果、認定基準等に適合していると認めるときは、患者等搬送事業者（車椅子専用）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(車椅子専用)認定証（第6号様式（2））、患者等搬送事業(車椅子専用)認定マーク（別図1（2））及び患者等搬送用自動車(車椅子専用)認定マーク（別図2（2））を交付するものとする。

(認定患者等搬送事業者等の管理)

第7条 消防局長は、認定された患者等搬送事業者について患者等搬送事業認定簿（第7号様式）及び認定患者等搬送事業者台帳（第8号様式）に記載し、管理するものとする。

2 消防局長は、認定された患者等搬送事業者（車椅子専用）について患者等搬送事業（車椅子専用）認定簿（第7号様式（2））及び認定患者等搬送事業者（車椅子専用）台帳（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 消防局長は、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等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 認定基準等に適合した患者等搬送事業者等（以下「認定業者等」という。）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局長に申請しなければならない。

2 更新時の認定の審査、第6条に規定する患者等搬送事業認定証等（以下「認定証等」という。）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 認定業者等は、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)により消防局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) 患者等搬送事業等を廃止したとき。
- (3) 認定の有効期間が満了したとき。

2 認定業者等は、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)により消防局長に届出なければならない。

(認定業者の責務)

第13条 認定業者等は、認定基準等及び別表第3又は別表第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 認定業者等は、患者等搬送事業等の遂行にあたって重大な事故を発生させたときは、患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)事故発生報告書(第12号様式)により速やかに消防局長に報告しなければならない。

2 認定業者等は、患者等搬送事業等の全部又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)により消防局長に届出なければならない。

3 認定業者等は、患者等搬送事業等の全部又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)により消防局長に届出なければならない。

(認定業者等の調査)

第15条 消防局長は、認定業者等に対し、年1回以上認定基準等及び遵守義務等の履行状況について調査するものとする。

(認定の取り消し)

第16条 消防局長は、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) 認定業者等が認定基準等及び遵守義務等を誠実に履行しないとき。
- (2) 認定業者等が第12条第1項第1号に該当したとき、又は同条第2項の規定に違反したとき。
- (3) 認定業者等が患者等搬送事業等の遂行にあたって、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 消防局長は、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等に通知するものとする。

(認定証等の返還)

第17条 患者等搬送事業者等は、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局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又は患者等搬送用自動車(車椅子専用)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)又は患者等搬送用自動車(車椅子専用)認定マーク(別図2(2))を消防局長に返還しなければならない。

(適任証等の交付)

第18条 消防局長は、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)又は適任証(車椅子専用)(第16号様式(2))(以下「適任証等」という。)を交付するものとする。

- (1) 消防局長が行う、別表第5及び別表第6に掲げる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 適任証等の交付を受けようとする者及び適任証等の交付を受けた者で、適任証等を忘失し、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・患者等搬送事業(車椅子専用)適任証交付(再交付)申請書(第17号様式)により消防局長に申請しなければならない。

(適任証の有効期間)

第19条 適任証等の有効期間は、交付を受けた翌日から起算して2年間とする。ただし、消防局長が行う別表第10に掲げる定期講習(共通)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 基礎講習等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 基礎講習等又は定期講習(共通)を受講する者は、基礎講習・基礎講習(車椅子専用)・定期講習受講申請書(第18号様式)により消防局長に申請しなければならない。
- 3 基礎講習等及び定期講習(共通)を行う講師は、別表第8に掲げる者とする。
- 4 基礎講習等の修了考査は、別表第9に掲げる内容とする。

(講習修了者の管理)

第21条 消防局長は、基礎講習等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)又は患者等搬送乗務員(車椅子専用)講習修了者管理簿(第19号様式(2))に記載し、管理するものとする。

附 則

この要綱は、平成19年2月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年2月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年1月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 改正前の藤沢市患者等搬送事業認定等に関する要綱に定める様式に基づいて作成した用紙は、当該用紙が残存する間、必要な調整をして使用することができる。

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>藤沢市消防局長</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。

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)

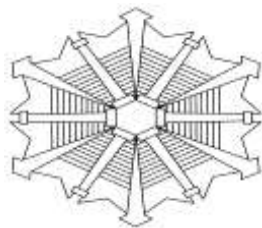
第4号様式（第5条関係）

患者等搬送事業認定審査表

事業所名			
所在地		電話（ ）	
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	道路運送法の許可、登録の状況	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 style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>様</p> <p style="text-align: right;">藤沢市消防局長 印</p> <p>年 月 日付けで申請のありました次の事業については、藤沢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>	
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
備考	



第 号

# 認 定 証

様

藤沢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

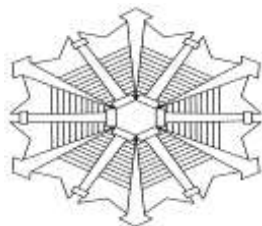
- 1 所在地
- 2 名称
- 3 有効期間

年 月 日から  
年 月 日まで

認定 年 月 日

藤沢市消防局長 印

- 地色は白色とし、文字及びマークは黒色とします。
- 大きさはA4サイズとします。



第 号

# 認 定 証

様

藤沢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

藤沢市消防局長 印

- 地色は白色とし、文字及びマークは黒色とします。
- 大きさはA4サイズとします。

第7号様式 (第7条関係)

患者等搬送事業認定簿

認定番号	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	備 考	
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	備 考	
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）

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  年 月 日  様  藤沢市消防局長 印  年 月 日付けで申請のありました次の事業所については、藤沢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。	
事業所名	
所在地	
管理責任者・職氏名	
否認定年月日	年 月 日
理由	

教示 この通知書の記載事項に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、藤沢市長に対して審査請求をすることができます。この処分取消しを求める訴えは、この通知書を受け取った日（前記の審査請求をした場合には、当該審査請求に係る決定の送達を受けた日）の翌日から起算して6箇月以内に、藤沢市を被告として（藤沢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）

<p>認定証等交付申請書（再交付・増車）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>藤沢市消防局長</p> <p style="text-align: right;">(申請者)</p> <p style="text-align: right;">所在地</p> <p style="text-align: right;">名 称</p> <p style="text-align: right;">代者氏名</p> <p>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。</p>			
事業所名			
申請対象	<p>1 患者等搬送事業認定証</p> <p>2 患者等搬送事業認定マーク</p> <p>3 患者等搬送用自動車認定マーク</p> <p>4 患者等搬送事業(車椅子専用)認定証</p> <p>5 患者等搬送事業(車椅子専用)認定マーク</p> <p>6 患者等搬送用自動車(車椅子専用)認定マーク</p>		
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 藤沢市消防局長 (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、該当する番号に○印をつけてください。

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）

<p>患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)事故発生報告書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>藤沢市消防局長</p> <p style="text-align: right;">(報告者) 所在地 事業所名 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)にかかる事故について次のとおり報告します。</p>	
事業所名	
所在地	
責任者氏名	
事故発生年月日	
事故の概要	
経過措置	
※ 摘要	

注 ※印の欄は、記入しないでください。

第13号様式（第14条関係）

<p>患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)休止届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>藤沢市消防局長</p> <p style="text-align: right;">(届出者) 所在地 事業所名 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)の休止について次のとおり届け出ます。</p>			
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、記入しないでください。



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 藤沢市消防局長 （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、記入しないでください。

第15号様式（第16条関係）

<p>患者等搬送事業・患者等搬送事業(車椅子専用)認定取消通知書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right;">藤沢市消防局長 印</p> <p>次の事業所については、藤沢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。</p>	
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 この通知書の記載事項に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、藤沢市長に対して審査請求をすることができます。この処分取消しを求める訴えは、この通知書を受け取った日（前記の審査請求をした場合には、当該審査請求に係る決定の送達を受けた日）の翌日から起算して6箇月以内に、藤沢市を被告として（藤沢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
写 真 (横 2.4cm×縦 3.2cm)	<p>患者等搬送乗務員適任証</p> <p>ふりがな 氏 名</p> <p>生年月日 年 月 日</p> <p>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>年 月 日交付</p> <p style="text-align: center;">藤沢市消防局長</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 50px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 50px;">印</div>

（54mm×86mm）

（備考）地色は緑色とし、文字は黒色とする。

（裏）

定期講習受講欄			
	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

藤沢市消防局

（54mm×86mm）

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
<b>患者等搬送乗務員(車椅子専用)適任証</b>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 20%;"> <p style="text-align: center;">写 真 (横 2.4cm×縦 3.2cm)</p> </div> <div style="text-align: center; flex-grow: 1;"> <p>ふりがな <b>氏 名</b> 生年月日 年 月 日</p> <p>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 年 月 日交付</p> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 20%; text-align: center;"> <p>印</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p><b>藤沢市消防局長</b></p> </div>

(54mm×86mm)

(備考) 地色はピンク色とし、文字は黒色とする。

(裏)

定期講習受講欄			
	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

**藤沢市消防局**

(54mm×86mm)

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 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 藤沢市消防局長 <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 style="text-align: right;">連絡先電話番号</p> <p>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。</p>			
(ふりがな) 氏 名			(写真)
住 所			
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）を添付してください。
- 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)

基礎講習・基礎講習 (車椅子専用)・定期講習受講申請書			
年      月      日			
藤沢市消防局長			
(申請者)			
住 所			
氏 名			
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。			
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)	
勤      務      先		(所在地)	
勤      務      先		電話            (      )	
※ 受 付 欄		※ 経 過 欄	

注 ※印の欄は、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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・18条第1項(1) &lt;基礎講習修了者&gt;</li> <li>・18条第1項(2) &lt;救急救命士・救急課程・日赤・その他&gt;</li> </ul>		
認定番号	第 号	交付年月日	年 月 日
定期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			

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"> <li>・18条第1項(1) &lt;基礎講習(車椅子専用)修了者&gt;</li> <li>・18条第1項(2) &lt;救急救命士・救急課程・日赤・その他&gt;</li> </ul>		
認定番号	第 号	交付年月日	年 月 日
定期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> <p>(1) 十分な緩衝装置を有すること。</p> <p>(2) 換気及び冷暖房の装置を有するものであること。</p> <p>(3) 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。</p> <p>(4) 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。</p> <p>(5) 乗降を容易にするための装置を備えていること。</p> <p>(6) 携帯が可能な通信機器等、連絡に必要な設備を有していること。</p>
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> <p>(1) 十分な緩衝装置を有すること。</p> <p>(2) 換気及び冷暖房の装置を有するものであること。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(5) 車椅子の乗降を容易にするための装置を備えていること。</p> <p>(6) 携帯が可能な通信機器等、連絡に必要な設備を有していること。</p>
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>患者搬送事業者は、患者等搬送事業の実施にあたり、次の各号に掲げる事項を誠実に履行すること。</p> <p>(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。</p> <p>(2) 緊急性のない者を搬送対象とすること。</p> <p>(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。</p>
消防機関との連携	<p>患者搬送事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、119番等により患者等の居る場所、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、救急自動車を要請すること。</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p>
適任証の携行	<p>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。</p>
知識及び技術の維持管理	<p>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。</p>
消 毒	<p>患者等搬送用自動車及び積載資器材の消毒は、次の各号により行うこと。</p> <p>(1) 定期消毒は毎月1回以上実施すること。</p> <p>(2) 使用後の消毒は、毎使用後必ず実施すること。</p> <p>(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。</p>
安全・衛生管理	<p>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。</p>

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>患者搬送事業者(車椅子専用)は、患者等搬送事業(車椅子専用)の実施にあたり、次の各号に掲げる事項を誠実に履行すること。</p> <p>(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。</p> <p>(2) 緊急性のない者を搬送対象とすること。</p> <p>(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。</p>
消防機関との連携	<p>患者搬送事業者(車椅子専用)は、次の各号のいずれかに該当する場合は、119番等により患者等の居る場所、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、救急自動車を要請すること。</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p>
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	<p>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、次の各号により行うこと。</p> <p>(1) 定期消毒は毎月1回以上実施すること。</p> <p>(2) 使用後の消毒は、毎使用後必ず実施すること。</p> <p>(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。</p>
安全・衛生管理	<p>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。</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 (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 (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	日本赤十字社の行う応急処置に関する講習を受けた者で資格の有効期間内の者 ただし、消防機関の行う適任者講習に不足する課目については、消防機関の行う講習を受講すること。
3	上記、1及び2に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると消防局長が認めた者（医師、保健師、看護師、准看護師等）



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、消防局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、消防局長が適任と認めた者
4	第1項の実務経験を有する者、第2項の修了者又は前項の経験を有する者ではないが、それらと同等の経験等を有する者として消防局長が認めた者

別表第9（第20条関係）

乗務員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。)

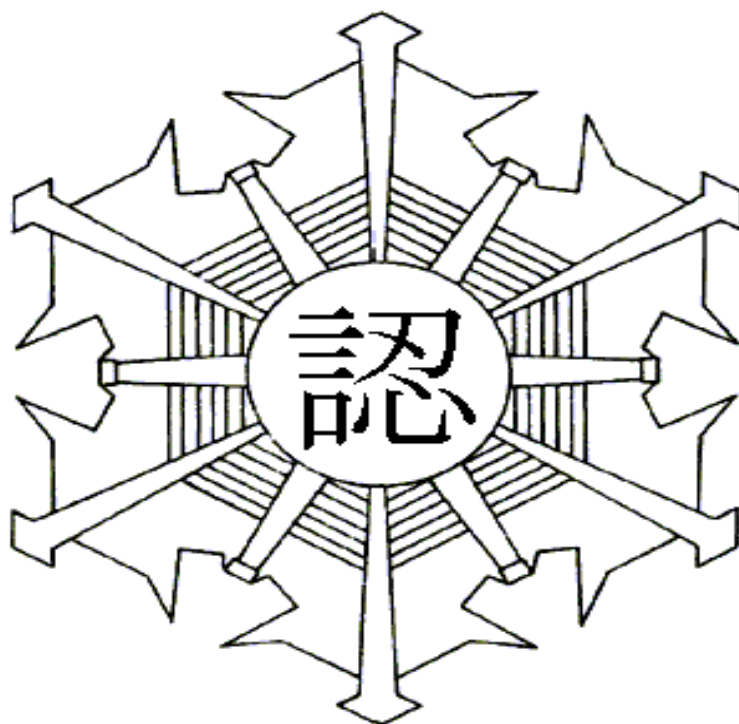
別表第 1 2

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。）

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。

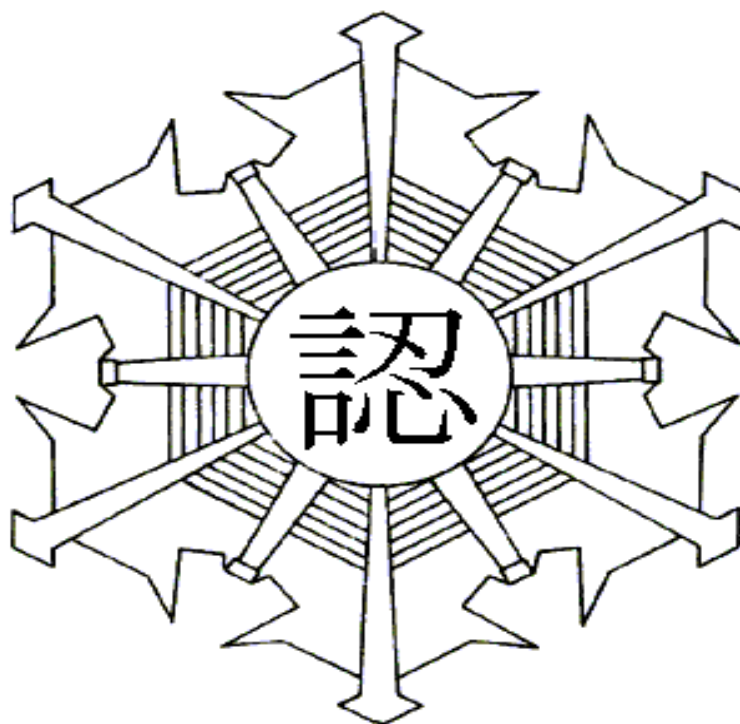
認定                    年           月           日

藤 沢 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

藤 沢 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。