

## 別 記

### 患者等搬送事業指導基準

#### 1 患者等搬送事業実施の基本原則

- (1) 患者等搬送事業者は、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) 患者等搬送事業者は、緊急性のない者を搬送対象とすること。
- (3) 患者等搬送事業者は、事業の社会的責任を十分自覚し、関連法規を遵守すること。

#### 2 患者等搬送業務の制限

- (1) 生命に危険があり、又は症状が悪化すると認められ、緊急に医療機関その他の場所に搬送しなければならない患者等は、搬送の対象としないこと。ただし、医師又は医師が適当と認めた者が同乗する場合は、この限りでない。
- (2) 患者等搬送事業所、患者等搬送用自動車及びパンフレットその他これらに類するものに「緊急性のある業務」を行っていると住民等に誤解を与えるような表示はしないこと。
- (3) 患者等搬送用自動車は、サイレン及び赤色灯の装備をするなど、救急自動車と紛らわしい外観を呈していないこと。

#### 3 消防機関への通報等

患者等搬送事業者は、次のいずれかに該当する場合は、患者等のいる場所、状態、既往歴、かかりつけの医療機関名等の情報を消防機関に通報し、救急自動車を要請すること。

- (1) 患者等の搬送依頼時の依頼内容、症状等から緊急に医療機関へ搬送する必要があると判断した場合。なお、この場合においては、併せて乗務員を派遣すること。
- (2) 患者等から搬送依頼を受けた場合に到着後、症状等から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、患者等の症状が悪化し、緊急に医療機関へ搬送する必要があると判断した場合

#### 4 応急手当の実施

乗務員は、搬送途上において患者等の症状の悪化を防止するため緊急やむを得ない場合は、必要最小限度の応急手当を実施すること。

5 乗務員の要件

乗務員は満18歳以上の者で、適任証の交付を受けている者であること。

6 適任証の携帯

乗務員は、患者等搬送業務に従事するときは、適任証を携帯すること。

7 運行体制

患者等搬送事業者は、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うこと。ただし、退院等を目的として運行する場合、医師若しくは医師が適当であると認める者が同乗する場合又は車椅子のみでの搬送で乗降を容易にするための装置を備えている場合は、乗務員を1名とすることができる。

8 患者等搬送用自動車の要件

患者等搬送用自動車及び患者等搬送用自動車（車椅子専用）は、次に掲げる構造及び設備を有するものとする。

(1) 患者等搬送用自動車

ア 長さ1.9メートル以上、幅0.5メートル以上のストレッチャーが収容でき、かつ、乗務員が業務を実施するために必要なスペース（患者等の継続観察及び症状の悪化時に応急手当ができるだけの広さ）と高さを有すること。

イ 乗車定員は4名以上であること。

ウ 十分な緩衝装置を有すること。

エ 換気（患者等の収容スペースに開口部（窓））及び冷暖房（車両のエアコン等）の設備を有すること。

オ ストレッチャー及び車椅子等を確実に固定できる構造であること。

カ 緊急時の連絡に必要な携帯可能な通信機器・設備等を装備すること。

キ 患者等用の安全ベルトが装備されていること。

(2) 患者等搬送用自動車（車椅子専用）

ア 十分な緩衝装置を有すること。

イ 換気（患者等の収容スペースに開口部（窓））及び冷暖房（車両のエアコン等）の設備を有すること。

ウ 乗務員が業務を実施するために必要なスペース（患者等の継続観察及び症状の悪化時に応急手当ができるだけの広さ）と高さを有すること。

エ 車椅子を確実に固定できる構造であること。

オ 車椅子の乗降を容易にするための装置を有すること。

- カ 緊急時の連絡に必要な携帯可能な通信機器・設備等を装備すること。
- キ 患者等用の安全ベルトが装備されていること。

#### 9 患者等搬送用自動車の表示

患者等搬送用自動車の車体には、患者等搬送用自動車である旨の表示を別図により行うこと。

#### 10 積載資器材

- (1) 患者等搬送用自動車には、別記別表 1 に掲げる資器材を積載すること。
- (2) 患者等搬送用自動車（車椅子専用）には、別記別表 1 の 2 に掲げる資器材を積載すること。

#### 11 消毒の実施要領等

- (1) 患者等搬送用自動車及び積載資器材の消毒は、別記別表 2 の消毒実施要領に基づき、次により実施すること。
  - ア 定期消毒 毎月 1 回以上
  - イ 使用後消毒 毎使用後
- (2) 医師から消毒について特別に指示があった場合は、指示に基づいた消毒を行うこと。

#### 12 消毒の表示

前記の消毒を実施した場合は、消毒実施記録票（別記様式）に記録し、患者等搬送用自動車内の見やすい場所に表示すること。

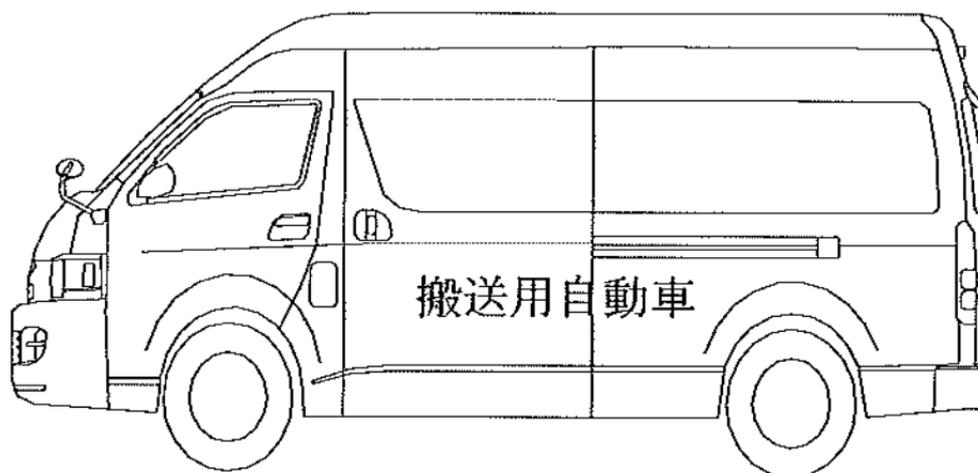
#### 13 衛生・安全管理等

- (1) 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。
- (2) 乗務員は、身体の清潔保持に努めること。
- (3) 患者等搬送用自動車及び積載資器材については、点検整備を確実に行うこと。
- (4) 患者等搬送業務に従事する者は、患者等の搬送に際し、患者等その他同乗者に対して安全ベルトを装着させるなど、安全搬送のための措置を講ずること。

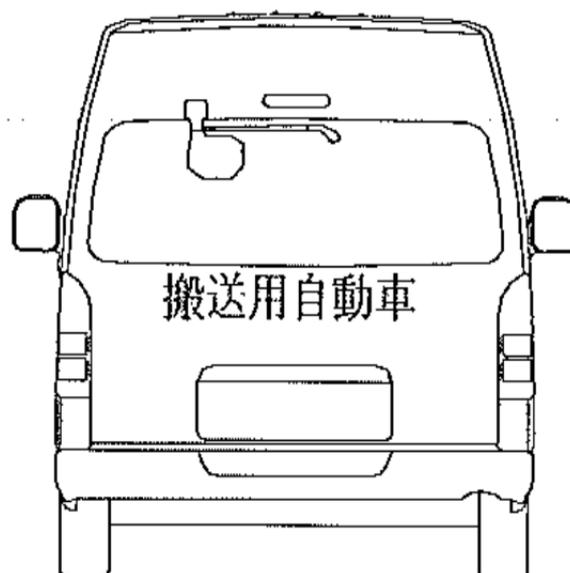
別図

患者等搬送用自動車の表示方法

〈 側面の表示 〉



〈 後方の表示 〉



- 注1 「搬送用自動車」の文字の大きさは、縦・横5 cm以上で、ペンキ等（色については指定しない。）により横書きし、自動車の両側面及び後面に表示すること。ただし、国土交通省で定める「民間患者等搬送車」の表示がされている場合は、この限りでない。
- 2 「乙訓消防組合消防本部認定」の表示は任意とし、文字の大きさは縦・横5 cm以下でペンキ等（色については指定しない。）により横書きとする。

別記別表 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・バックバルブマスク</li> <li>・ポケットマスク</li> </ul>
保温用資器材	<ul style="list-style-type: none"> <li>・敷物</li> <li>・毛布</li> </ul>
搬送用資器材	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ストレッチャー（担架）</li> <li>・枕</li> </ul>
創傷等保護用資器材	<ul style="list-style-type: none"> <li>・三角巾</li> <li>・ガーゼ</li> <li>・包帯</li> <li>・タオル</li> <li>・絆創膏</li> </ul>
消毒用資器材	<ul style="list-style-type: none"> <li>・噴霧消毒器</li> <li>・消毒薬</li> </ul>
その他の資器材	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ハサミ</li> <li>・マスク</li> <li>・ピンセット</li> <li>・手袋（ディスポ式ゴム手袋）</li> <li>・※AED</li> <li>・膿盆、汚物入</li> <li>・体温計</li> </ul>

備考 ※印の資器材の積載は任意とする。

別記別表 1 の 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・※バックバルブマスク</li> <li>・ポケットマスク</li> </ul>
保温用資器材	<ul style="list-style-type: none"> <li>・※敷物</li> <li>・毛布</li> </ul>
搬送用資器材	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ストレッチャー（担架）</li> <li>・※枕</li> </ul>
創傷等保護用資器材	<ul style="list-style-type: none"> <li>・三角巾</li> <li>・ガーゼ</li> <li>・包帯</li> <li>・タオル</li> <li>・絆創膏</li> </ul>
消毒用資器材	<ul style="list-style-type: none"> <li>・噴霧消毒器</li> <li>・消毒薬</li> </ul>
その他の資器材	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ハサミ</li> <li>・マスク</li> <li>・※ピンセット</li> <li>・手袋（ディスポ式ゴム手袋）</li> <li>・※AED</li> <li>・膿盆、汚物入</li> <li>・体温計</li> </ul>

備考 ※印の資器材の積載は任意とする。

別記別表 2

消毒実施要領

区分	血液、嘔吐等による汚染を受けた場合	左記以外の汚染の場合
資器材	1 消毒剤による清拭 2 流水による洗浄 3 消毒、殺菌	1 流水による洗浄 2 消毒、殺菌
車内	1 消毒剤による清拭、噴霧消毒 2 流水による洗浄	1 流水による洗浄 2 消毒剤による清拭
備考	1 車内で、水漏れを避けなければならない場所は、消毒剤による清拭を行うものとする。 2 消毒実施時には、使い捨てのビニール手袋等を装着すること。	

薬品名及び使用上の注意等

薬品名	適用（濃度）等	使用上の注意
塩化ベンザルコニウム	1 皮膚 0.05～0.1% 2 器具類 0.1% 3 作り方 ・濃度 0.1%の消毒液（1 リットル） 消毒液（原液 10%） 10 cc + 水 990 cc	1 結核菌に対しては、有効でない。 2 石鹼類は、殺菌効果を弱めるので、クレゾール石鹼液等との併用は避ける。 3 血液、汚物等の存在下では、著しく効果が減少するので、器具等に付着している場合は、十分に洗い落してから使用すること。 4 合成ゴム製品、合成樹脂製品等への使用は、避けることが望ましい。
クレゾール石鹼	1 皮膚 0.5～1% 2 器具類 0.5～1% 3 排泄物 1.5% 4 作り方 ・濃度 1%の消毒液（1 リットル） 消毒液（原液 50%） 20 cc + 水 980 cc ・濃度 1.5%の消毒液（1 リットル） 消毒液（原液 50%） 30 cc + 水 970 cc	1 濃厚液が皮膚に付着した場合には、直ちに拭き取り、石鹼水と水でよく洗い流す。 2 浄水で希釈すると次第に混濁して沈殿するようなことがあるので、このような場合には、上澄み液を使用する。 3 ウイルスに対しては、有効でない。

<p>消毒用エタノール</p>	<p>1 皮膚 2 器具類 ※ 使用する時は、必要な量だけ取り出し、原液の濃度をできるだけ変化させない。</p>	<p>1 希釈しないで使用する。 2 広範囲又は長期間使用する場合には、蒸気の吸入に注意すること。 3 血液、膿汁等の蛋白質を凝固させ内部にまで浸透しないことがあるので、これらが付着している器具等に用いる場合には、十分に洗い落してから使用すること。 4 手指・皮膚に使用した場合には、脱脂等による皮膚荒れを起こすことがある。 5 合成ゴム製品、合成樹脂製品等の器具は、長時間浸漬しないこと。</p>
<p>次亜塩素酸ナトリウム</p>	<p>1 皮膚 0.01～0.05% 2 器具類 0.02～0.05% 3 排泄物 0.1～1% 4 A I D S ・ H B ウィルス等 (1) 汚染 1% (2) 汚染（疑） 0.1～0.5% 5 作り方 ・濃度 1%の消毒液（1リットル） 消毒液（原液 6%） 167 cc + 水 833 cc ・濃度 0.5%の消毒液（1リットル） 消毒液（原液 6%） 83 cc + 水 917 cc ・濃度 0.05%の消毒液（1リットル） 消毒液（原液 6%） 8 cc + 水 992 cc</p>	<p>1 血液、膿汁等は殺菌作用を弱めるので、これらが付着している器具等に用いる場合には、十分洗い落してから使用すること。 2 金属を腐食させるので、器具等に使用する場合には、注意すること。 3 濃厚液が皮膚に付着した場合は、直ちに拭き取り、石鹼水と水でよく洗い落とす。 4 結核菌に対しては、有効でない。</p>

## 消毒の種類

### 1 定期消毒

一定期間（1カ月）ごとの実施日を定め、積載資器材の保管状況により汚染が疑われるものや車両内部の全般にわたって綿密に実施する。

2 使用後消毒

患者等を扱った場合に使用した資器材、車両内部及び乗務員の手指等について実施する。

3 指示に基づいた消毒

患者等の収容先医療機関の医師等から消毒について特別に指示があった場合は、当該指示に基づいた消毒を行うこと。

別記様式

消毒実施記録票

実施年月日	消毒実施内容	実施区分	実施者	確認印
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 医師		

- 備考 1 該当する実施区分の□に✓印を付すること。  
 2 確認印欄には事業所等の責任者が消毒実施状況を確認し押印する。  
 (この用紙の大きさは、日本工業規格A4判とする。)