

平成30年度トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング 検査受診促進助成事業実施要領

平成30年 4月 1日
(一社) 滋賀県トラック協会

1 助成対象

助成対象検査は、SASスクリーニング検査のうち健康保険適用外である第一次検査（簡易アンケートによるチェック、解析、判定）及び第二次検査（パルスオキシメトリ法等による簡易スクリーニング検査）とする。

2 予算

300万円

3 申込要領等SASスクリーニング検査事前申込書(様式1-1)をトラック協会へ提出

- (1) 検査・医療機関へ検査予約し確認後、検査申込書兼委任状(様式1-2)の提出
- (2) 検査費用を検査・医療機関に支払い
- (3) 検査機器を受け取り検査実施。検査終了後、検査機器を返却(宅配便等利用)
- (4) 検査・医療機関より検査結果報告
- (5) 検査費明細書の写し及び領収書の写しを添付し、検査実績報告書(様式1-3)を協会へ提出
- (6) 協会より、会員に対し助成金の交付
- (7) 「スクリーニング検査結果状況等の報告(様式1-5)」を提出

4 助成額等

従業員1名につき、睡眠時無呼吸症候群簡易診断費用1,000円及び簡易検査費用4,000円をいずれも年1回を限度として助成する。

なお、1会員事業者当たりの受診者数は50名までとする。

5 申請期間

平成30年4月2日～平成30年12月28日

※ 予算の範囲内で申込順に助成する。

6 交付要綱

「睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成金交付要綱」のとおり。

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成金交付要綱

平成30年4月1日改正
一般社団法人 滋賀県トラック協会

(目的)

第1条 この要綱は、一般社団法人滋賀県トラック協会（以下「滋ト協」という。）の会員事業者に雇用されている運転者・荷扱手等（以下「運転者等」という）に対し、睡眠時無呼吸症候群（以下「SAS」という。）のスクリーニング検査を促進するための助成金交付事業について必要な事項を定め、事業を適正かつ円滑に実施し、健康起因事故防止及び労働災害事故防止に寄与することを目的とする。

(資格・要件)

第2条 助成対象は、滋賀県内の営業所等にて会員事業者(以下「会員」という。)が雇用する運転者等で社会保険に加入している者とする。

(助成対象検査・医療機関)

第3条 助成対象検査・医療機関は、別紙に掲げる公益社団法人全日本トラック協会(以下「全ト協」という。)が指定する検査・医療機関とする。

(助成の対象)

第4条 助成対象検査は、SASスクリーニング検査のうち健康保険適用外である第一次検査（簡易アンケートによるチェック、解析、判定）及び第二次検査（パルスオキシメトリ法等による簡易スクリーニング検査）とする。

(助成の交付額)

第5条 助成金の交付額は、従業員1名につき年1回を限度として次のとおりとする。

- 1 第一次検査費用の全額 1,000円(うち、全ト協助成 500円)
- 2 第二次検査費用の全額 4,000円(うち、全ト協助成 2,000円)

ただし、1会員当たりの受診者数は50名までとする。

(検査の事前申込み)

第6条 会員は、「スクリーニング検査事前申込書(様式1-1)」(以下「申込書」という。)を滋ト協に提出する。

- 2 申込書を提出した会員は、検査を受けようとする検査・医療機関に予約するものとする。

(検査の受診)

第7条 会員及び申込者は、検査にあたり、「スクリーニング検査申込書兼委任状(様式1-2)」(以下「申込書兼委任状」という。)に署名・捺印し、正本を検査・医療機関に提出し、写しを会員が保管するものとする。

- 2 会員は、申込者が申込書兼委任状の写しを求めたときは、当該者の欄のみの写しを交付するものとする。
- 3 申込書兼委任状の取扱いについては、検査・医療機関、会員、申込者ともに、個人情報保護法に基づき、目的外利用及び紛失、流失などの無いよう十分注意すること。

(交付申請)

第8条 会員は、助成金の交付を受けようとするときは、「スクリーニング検査実績報告書(様式1-3)」(以下「申請書」という。)に必要な書類を添え、滋ト協へ提出するものとする。

(申請受付期限)

第9条 前条の助成金交付申請期限は当該年度の12月末日までとする。但し、予算額に達した時点で締め切るものとする。

(助成金の交付)

第10条 協会は、第8条の申請書の提出があったときは、その内容を審査し、適正であると認めたときは助成金を交付する。

(検査の結果報告)

第11条 会員は、第8条に規定する助成金の交付申請の後、2月末日までに、SASスクリーニング検査結果及び精密検査を受診した者についてはその結果を「スクリーニング検査結果状況等の報告(様式1-5)」により全ト協へ報告するものとする。

(その他必要な事項)

第12条 この要綱に定めるほか、助成金の交付に関するその他の必要事項は、滋ト協が別に定めることができる。

(附則) (平成30年4月1日)

第1条 この要綱は平成30年4月1日から適用する。

別 紙

【全ト協指定検査・医療機関】

① NPO法人 睡眠健康研究所

〒156-0042 東京都世田谷区羽根木1-25-16

TEL 03-5355-9941 (代表)

FAX 03-5355-9956

② NPO法人 ヘルスケアネットワーク普及推進機構 (OCHIS)

〒536-0014 大阪市城東区鳴野西2-11-2 大阪府トラック総合会館3階

TEL 06-6965-3666

FAX 06-6965-5261

③ 一般財団法人 運輸・交通SAS対策支援センター

〒160-0004 東京都新宿区四谷3-2-5 全日本トラック総合会館2階

TEL 03-3359-9010 (代表)

FAX 03-3353-5454

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群に係る
スクリーニング検査事前申込書

平成 年 月 日

一般社団法人 滋賀県 トラック協会 会長 殿

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査を申し込みます。

事業者名	
代表者名	Ⓜ
住所	〒 -
電話 / FAX番号	
連絡責任者名	
連絡先電話番号	

検査を申込みされる検査・医療機関名の右側に、申込みされる人数をご記入ください。

全 ト 協 指 定 機 関	<u>NPO 法人 睡眠健康研究所</u>	人
	<u>NPO 法人 ヘルスケアネットワーク普及推進機構</u>	人
	<u>一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター</u>	人

但し、1会員事業者につき、年1回50名を上限とする。

※ 受診者数に変更が生じた場合は、必ず都道府県トラック協会までご連絡下さい。
特に増員については、受診前に連絡がない場合は助成が受けられなくなる場合がございます。

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群に係る
スクリーニング検査申込書兼委任状

平成 年 月 日

殿 (検査を申込みされる検査・医療機関名をご記入ください。)

事業者名		(連絡責任者) 役職・氏名	
代表者名	Ⓜ	電話番号	
住所	〒 -		

- 私(申込者)は、睡眠時無呼吸症候群(以下「SAS」と言う)のスクリーニング検査申込にかかる一切の事務及びSASスクリーニング検査結果の受領については、上記事業者に委任致します。
また、検査の結果、「精密検査が必要」と判断された場合は、SASが原因と思われる労働災害事故を未然に防止する事から検査・医療機関ならびに事業者の指導に従うことを同意致します。
- 私(事業者)は、下記の者の検査から得た個人情報の保護に充分配慮するとともに、SASスクリーニング検査結果を理由に、解雇や配置転換など申込者の不利益の無いようにすることを同意致します。
- 私(事業者、申込者)は、SASスクリーニング機器は医療精密機械であり、取り扱いについては充分注意致します。不手際により破損、紛失等が生じた場合は相当額を賠償致します。
- 正本は検査・医療機関に提出し、事業者は写しを保管する。
なお、申込者より本状の写しを求められたときは当該者の欄のみの写しを渡す。

※ 検査・医療機関及び事業者は、個人情報保護法にもとづき、本状の取り扱いについて目的外利用及び紛失、流失などの無いよう充分注意すること。

No.	機器 No.	申込者氏名 (上段)	住所 (上段)		Ⓜ
		電話番号 (下段)	同意年月日 (下段)		
1		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
2		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
3		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
4		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
5		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
6		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	

※ この検査申込書兼委任状は、必要に応じて「A3」版で、ご提出ください。

No.	機器 No.	申込者氏名 (上段)		住 所 (上段)		㊞
		電話番号 (下段)		同意年月日 (下段)		
7		氏名(ふりがな)		〒 ー		
		電話		同意年月日	年 月 日	
8		氏名(ふりがな)		〒 ー		
		電話		同意年月日	年 月 日	
9		氏名(ふりがな)		〒 ー		
		電話		同意年月日	年 月 日	
10		氏名(ふりがな)		〒 ー		
		電話		同意年月日	年 月 日	
11		氏名(ふりがな)		〒 ー		
		電話		同意年月日	年 月 日	
12		氏名(ふりがな)		〒 ー		
		電話		同意年月日	年 月 日	
13		氏名(ふりがな)		〒 ー		
		電話		同意年月日	年 月 日	
14		氏名(ふりがな)		〒 ー		
		電話		同意年月日	年 月 日	
15		氏名(ふりがな)		〒 ー		
		電話		同意年月日	年 月 日	
16		氏名(ふりがな)		〒 ー		
		電話		同意年月日	年 月 日	
17		氏名(ふりがな)		〒 ー		
		電話		同意年月日	年 月 日	
18		氏名(ふりがな)		〒 ー		
		電話		同意年月日	年 月 日	
19		氏名(ふりがな)		〒 ー		
		電話		同意年月日	年 月 日	
20		氏名(ふりがな)		〒 ー		
		電話		同意年月日	年 月 日	

(注) 都道府県トラック協会への申請(様式1-1)の提出はお済みでしょうか。
事前の申請がない場合は、助成が受けられない場合がありますので、ご注意ください。

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群に係る
スクリーニング検査助成金申請書

平成 年 月 日

一般社団法人 滋賀県 トラック協会 会長 殿

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成金の交付を申請いたします。

助成金交付申請金額 _____ 円

受診した検査・医療機関 いずれかを○で囲んでください。	1. NPO 法人 睡眠健康研究所		
	2. NPO 法人 ヘルスケアネットワーク普及推進機構		
3. 一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター			
事業者名			
代表者名	⑨		
住所	〒 _____		
電話番号			
一次検査受診者数 (上限50名) (簡易アンケートによるチェック、 解析、判定)	人	二次検査受診者数 (上限50名) (パルスオキシメトリ法による 簡易スクリーニング検査)	人
事前申込書【様式1】でご記入いただいた申込み人数 (上限50名)		人	
事前申込書【様式1-1】に対する受診状況についていずれかを○で囲んでください。			
1. 申請通りに全員受診済み			
2. 一部未受診者あり (①これから受診する _____ 人 ②受診は中止する _____ 人)			
※ 未受診の方は早急に検査を受けてください。また、事前申込書の検査受診人数を超過することはできません。			
振込先 金融機関	金融機関名	銀行 支店	
	口座名義		
	口座番号	1. 普通 2. 当座	

※ 検査・医療機関の検査明細書の写し及び領収書の写しを添付してください。

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群に係る

スクリーニング検査結果状況等の報告

平成 年 月 日

全日本トラック協会 交通・環境部 宛

FAX 03-3354-1019 メールアドレス sas-josei@jta.or.jp

このアンケート調査票は、スクリーニング検査終了後、2月末日までに所属の全日本トラック協会にFAXまたはメールにてご報告下さい。

報告が無い場合は、次年度以降検査助成を受けられない場合がありますこと、あらかじめご了承ください。

所属協会	トラック協会
事業者名	
住所	〒 -
電話番号	
記入者名	

SASスクリーニング検査結果報告

① スクリーニング検査を受診した人数	人
② ①の結果、要精密検査と判定された方の人数	人
③ ②のうち、医療機関を受診した人数	人
④ ③のうち、SASと確定診断を受けた方の人数	人

※同数

SASと確定診断を受けた方の治療状況

		人数計	治療中 CPAP	耳鼻科 治療中	歯科 治療中	生活 指導	その他	未治療	治療後 改善
合計		人	人	人	人	人	人	人	人
内訳	重傷	人	人	人	人	人	人	人	人
	中程度	人	人	人	人	人	人	人	人
	軽度	人	人	人	人	人	人	人	人
	他の疾患	人	人	人	人	人	人	人	人

医療機関からの診断結果をもとに、SASと確定診断を受けた方の現在の治療・改善状況についてご記入ください。

には、必ず一致する人数をご記入ください。

【検査・医療機関についてのアンケート】

<SASについて>

Q1. 会社でSAS検査を受診された理由をお聞かせください。(複数回答可)

該当の番号に○印をご記入ください。その他の場合は理由をご記入ください。

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 1 事故防止に必要であるから | 2 労務（健康）管理に必要であるから |
| 3 経営者・管理職の方の意向 | 4 SASが気になるドライバーがいるから |
| 5 国土交通省からの通達があるから | |
| 6 その他（ | ） |

<SASスクリーニング検査を受診した検査・医療機関の対応について>

Q2. スクリーニング検査を受診した医療・検査機関の対応はいかがでしたか。

該当の番号に○印をご記入ください。

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1 とてもよかった | 2 よかった | 3 どちらでもない |
| 4 悪かった | 5 とても悪かった | |

Q3. 医療・検査機関に対するご意見・ご要望があればご記入ください。

[]

<SASを治療中、またはこれから治療を始めようとしている従業員の方について>

Q3. 社内で、既にSAS治療を実施されている、またはこれから治療を始めようとしている従業員の方はいらっしゃいますか。

該当の番号に○印をご記入ください。

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1 いる（Q5にお進みください） | 2 いない（これでアンケートは終了です） |
|------------------|----------------------|

Q4. SASの治療中、またはこれからSASの治療を始めようとしている従業員の方に対し、運行管理面でどのような対応を行っていますか。(複数回答可)

該当の番号に○印をご記入ください。その他の場合は理由をご記入ください。

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1 点呼時に眠気がなかったか、報告を求めている | |
| 2 時間的に余裕のある業務に優先的に配慮している（または奨めている） | |
| 3 通院のための休暇を与えている | |
| 4 治療期間中に限り、配置転換を行っている（または奨めている） | |
| 5 治療費の助成を行っている | |
| 6 その他（ | ） |

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。