

平成29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助成制度実施要綱

平成29年3月30日制定
一般社団法人宮崎県トラック協会

(目的)

第1条 この要綱は、(一社)宮崎県トラック協会(以下、「県ト協」という)及び陸上貨物運送事業労働災害防止協会宮崎県支部(以下、「陸災防宮崎県支部」という)の会員事業者には雇用されている運転者・荷扱手等(以下「運転者等」という)に対する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、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、県ト協及び陸災防宮崎県支部の会員事業者には雇用されている運転者等とし、第4条にあるスクリーニング検査を受ける場合、その検査の一部に充てるための助成金を、予算の範囲内で交付する。
ただし、前年度会費未納会員については、助成資格対象外とする。

(助成対象検査・医療機関)

第3条 助成対象検査・医療機関は、**(公社)全日本トラック協会指定の検査・医療機関(別紙)**とする。

会員事業者は「様式1-1」の「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」により事前に県ト協宛てに申込みを行い、「様式1-2」の「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」を医療機関に送付し検査を行う。検査終了後に「様式1-3」の「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実績報告書」にて県ト協宛てに申請を行う。

(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)および第二次検査(パルスオキシメーター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 助成金額は、次のとおりとする。

- 1 第一次検査費用の半額。(上限500円/人)
- 2 第二次検査費用の半額。(上限2,000円/人)
- 3 第一次検査及び第二次検査を同時に実施している場合は合計費用の半額
(上限2,500円/人)

(助成の限度)

第6条 助成の限度額は、1会員あたり30名を限度とする。

(助成の申請期限)

第7条 検査期限は平成30年2月末日までとし、申請書は平成30年3月9日必着とする。

(助成金の申請)

第8条 助成金の申請については、別紙「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実績報告書」(様式1-3)とともに当該検査・医療機関の検査費明細書(写)及び領収書(写)を添付する。

本要綱は平成29年4月1日から施行する。

別紙

全日本トラック協会指定の検査機関（平成29年3月現在）

■ NPO法人 睡眠健康研究所

（所在地） 〒156-0042 東京都世田谷区羽根木1-25-16

（電話番号） 03-5355-9941

（FAX番号） 03-5355-9956

■ NPO法人 ヘルスケアネットワーク

（所在地） 〒536-0014 大阪府大阪市城東区鳴野西2丁目11番2号
大阪府トラック総合会館3階

（電話番号） 06-6965-3666

（FAX番号） 06-6965-5261

■ 一般財団法人 運輸・交通SAS対策支援センター

（所在地） 〒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

（電話番号） 03-3359-9010

（FAX番号） 03-3356-5454

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

(一社) 宮崎県 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(SAS)」スクリーニング検査を申し込みます。

事業者名	
代表者名	印
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	NPO法人 <u>睡眠健康研究所</u>	人
	NPO法人 <u>ヘルスケアネットワーク</u>	人
	一般財団法人 <u>運輸・交通SAS対策支援センター</u>	人

申込検査・医療機関が、「全ト協指定検査・医療機関」以外の場合は、下記にご記入ください。

地 方 協 会 指 定 機 関	検査・医療機関名	人
	代表者名	
	住所	
	〒 -	
	電話番号 _____ 担当者名 _____	

※ 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もございます。

【様式1-2】

(会員事業者 → 検査・医療機関)

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	印	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)		印
		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、「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)		印
		電話番号(下段)	同意年月日(下段)		
7		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
8		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
9		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
10		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
11		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
12		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
13		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
14		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
15		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
16		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
17		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
18		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
19		氏名(ふりがな)	〒 -		
		電話	同意年月日	年 月 日	
20		氏名(ふりがな)	〒 -		
		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もございますので、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実績報告書

平成 年 月 日

(一社) 宮崎県トラック協会 会長 殿

トラック運転者の「睡眠時無呼吸症候群(SAS)」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

<p>受診した検査・医療機関</p> <p>いずれかを○で囲んでください。</p>	<p>1. NPO法人睡眠健康研究所</p> <p>2. NPO法人ヘルスケアネットワーク</p> <p>3. 一般財団法人 運輸・交通SAS対策支援センター</p>		
事業者名	〒 -		
代表者名	印		
住所	〒 -		
電話番号			
一次検査受診者数	人	二次検査受診者数	人
事前申込書【様式1-1】でご記入いただいた申込み人数		人	
<p>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。</p> <p>1. 申請通りに全員受診済み</p> <p>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)</p> <p>※ 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。</p>			
振込先 金融機関	金融機関名	銀行	支店
	口座名義		
	口座番号	<p>1. 普通</p> <p>2. 当座</p>	

※ 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

(一社) 宮崎県 トラック協会 会長 殿

このアンケート調査票は、スクリーニング検査終了後3ヶ月以内に所属の都道府県トラック協会にご提出ください。

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。

事業者名	
代表者名	印
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	治療後 改善
合計	人	人	人	人	人	人	人 ⇒
重症	人	人	人	人	人	人	人 ⇒
中程度	人	人	人	人	人	人	人 ⇒
軽度	人	人	人	人	人	人	人 ⇒
他の疾患	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下さい。

【検査・医療機関についてのアンケート】

<SASについて>

Q 1. 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・管理者の意向 | 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>

Q 2. 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 | |

Q 3. 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>

Q 4. 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) |
|------------------|----------------------|

Q 5. 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置している(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。

2 / 2