

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制度交付要綱

平成17年5月1日 制 定
平成29年3月23日 最終改正
公益社団法人 全日本トラック協会

(目的)

第1条 この要綱は、睡眠時無呼吸症候群（以下「SAS」という。）患者の早期発見と適切な治療及びSAS治療中の運転者に対し、点呼時の健康管理等を通じて労働災害事故防止に寄与することを目的とし、公益社団法人全日本トラック協会（以下「全ト協」という。）が、各都道府県トラック協会（以下「地方ト協」という。）を通じて行うSASスクリーニング検査の受診助成金交付事業について必要な事項を定める。

(資格・要件)

第2条 全ト協は地方協会会員事業者（以下「事業者」という。）が、第3条に定める指定検査・医療機関に自社の運転者のSASスクリーニング検査を受診させた時に助成する。

(指定検査・医療機関)

第3条 SASスクリーニング検査を実施する検査・医療機関は別に定める「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を行う検査・医療機関の指定に関する規程」に基づき指定する。

(助成対象の検査)

第4条 助成対象となる検査は、SASスクリーニング検査のうち健康保険適用外である次に掲げる検査とする。

- (1) 第1次検査（簡易アンケートによるチェック、解析、判定）
- (2) 第2次検査（フローセンサ法や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）

(助成額)

第5条 検査の助成金額は、次に掲げる各号とする。

- (1) 第1次検査費用の半額（上限 500円／人）
 - (2) 第2次検査費用の半額（上限2,000円／人）
 - (3) 第1次検査及び第2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）
- 2 地方ト協への交付限度額は、別に定める。

(申請受付等)

第6条 申請受付は、原則として、4月1日から12月末日までとする。

2 地方ト協は、別に定める地方ト協ごとの交付限度額を超えて申請することはできない。

(助成適否の事前確認)

第7条 事業者は、助成適用の適否について、事前に地方ト協の確認を受けなければならない。

(検査の予約と申込み)

第8条 前条の確認を受けた事業者は、「スクリーニング検査事前申込書【様式1-1】(以下「事前申込書」という。))」を、所属する地方ト協会長に提出するものとする。

2 事前申込書を提出した事業者は、検査を受けようとする指定検査・医療機関に予約し、予約した日より原則1ヶ月以内に検査を受けるものとする。

(検査の受診)

第9条 事業者及びスクリーニング検査申込者(以下「申込者」という。)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、正本を指定検査・医療機関に提出し、写しを事業者が保管するものとする。

2 事業者は、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り扱いについては、指定検査・医療機関及び事業者は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充分注意しなければならない。

(助成金の支払請求)

第10条 事業者は、検査終了後「スクリーニング検査実績報告書【様式1-3】(以下「実績報告書」という。))と指定検査・医療機関発行の検査費用明細書の写し及び領収証の写しを添付し、地方ト協に提出するものとする。

2 地方ト協は、事業者から提出された実績報告書を「スクリーニング検査助成金請求書一覧【様式1-4】」に1ヶ月ごとにとりまとめ、全ト協に対して助成金の支払いを請求するものとする。

(助成金の交付)

第11条 前条により請求を受けた全ト協は、原則として、請求日の翌月末日までに地方ト協会長に対して助成金を交付するものとする。

(助成金の支給)

第12条 前条により交付を受けた地方ト協は、事業者に対して速やかに助成金を支給するものとする。

(助成金の返還)

第13条 全ト協は、次の各号のいずれかに該当するときは、地方ト協を通じて事業者に対し既に交付した助成金の全部もしくは一部の返還を命じることができる。

- (1) この要綱その他全ト協が定める事項に違反したとき
- (2) 虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受けたとき

2 前項の規定により返還を命じられた事業者については、全ト協が行う助成事業すべてに係る申請は、原則として、当分の間、これを受付又は交付決定を行わないものとする。

(検査の結果報告)

第14条 事業者は、第10条に規定する助成金の支払請求の後、3ヶ月を目途に、SASスクリーニング検査結果及び精密検査を受診した人についてはその結果について、「スクリーニング検査結果状況等の報告【様式1-5】(以下「検査結果報告」という。))」により地方ト協に報告するものとする。

2 地方ト協は、事業者から提出された検査結果報告をとりまとめ、1ヶ月毎に全ト協に報告するものとする。

(指定検査・医療機関の結果報告)

第15条 指定検査・医療機関は、次の各号について「検査の実績と受診者の判定比率【様式1-6】」により、毎年度6月30日までに全ト協に報告するものとする。

- (1) 年間の検査の実績人数及び検査結果の判定人数と比率
- (2) 要精密検査と判定された後の治療状況等の報告

(その他)

第16条 本要綱に記載の無い事項については、全ト協と地方ト協が協議し対処する。

トラック運転者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

公益社団法人 新潟県トラック協会 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	<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</u>	人
	<u>一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター</u>	人

◆ 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 FAX 03-5355-9956
URL <http://sleep.umin.jp/>

◆ NPO法人 ヘルスケアネットワーク

〒536-0014 大阪府大阪市城東区鴨野西2-11-2 大阪府トラック総合会館3階
TEL 06-6965-3666 FAX 06-6965-5261
URL <http://www.ochis-net.jp/>

◆ 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 FAX 03-3356-5454
URL <http://www.sas-support.or.jp/>

※ 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。

トラック運転者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」という。)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、上記事業者にて委任致します。
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ことから検査・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、申込者の検査結果から得た個人情報の保護に充分配慮するとともに、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の取り扱いについては充分注意致します。なお、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並びに紛失、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)	〒 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。

【様式 1-3】

(会員事業者 → 都道府県トラック協会)

トラック運転者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

公益社団法人 新潟県トラック協会 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

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 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		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	
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。

【様式1-5】

(会員事業者 → 都道府県トラック協会 → 全ト協)

トラック運転者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

公益社団法人 新潟県トラック協会 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	印

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的人数	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的人数	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
内訳	重症	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>

Q 1. 会社でSAS検査受診を実施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 事故防止に必要だから | 2 労務(健康)管理に必要だから |
| 3 経営者・管理者の方の意向 | 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>

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。