

平成29年度睡眠時無呼吸症候群(SAS)スクリーニング検査助成金のご案内

労働災害及び交通事故防止対策の一環として、本年度も全日本トラック協会が実施する「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」に基づき、当協会でも「睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成事業」を実施することになりました。

つきましては、下記条件により別紙要綱に基づき実施することになりましたのでご案内致します。

記

1. 申請期間 平成29年6月1日(木) ～ 平成30年2月28日(水)
(土日祝祭日及び休館日は除く)
※但し、平成29年3月1日(水)から平成30年2月28日(水)までに受診されたものを対象とします。
※期間内であっても、助成枠に達した時点で打ち切り予定。
2. 助成金額 5,000円/名 (全ト協・栃ト協 各2,500円)
※但し、1事業者あたり30名を上限とする。
3. 助成枠 全ト協・栃ト協 計3,470千円 (全694名分)
4. ■全ト協指定機関
 - ① N P O 法人 睡眠健康研究所
住所：東京都世田谷区羽根木 1-25-16
電話：03-5355-9941
 - ② N P O 法人 ヘルスケアネットワーク
住所：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
電話：06-6965-3666
 - ③ 一般財団法人 運輸・交通SAS対策支援センター
住所：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：03-3359-9010

■栃ト協指定検査・医療機関

- ① 栃ト協事務局までお問合せください。

[問合せ先] (一社)栃木県トラック協会 業務部

TEL 028-658-2515 FAX 028-658-6929

平成29年度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

一般社団法人 栃木県トラック協会

(目的)

第1条 この要綱は、栃木県トラック協会(以下「栃ト協」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」)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、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、栃ト協の会員事業者に雇用されている運転者等とする。

(助成対象検査・医療機関)

第3条 助成対象検査・医療機関は、全日本トラック協会(以下「全ト協」という)・栃ト協が認めたSAS対策に積極的に取り組んでいる検査・医療機関とする。

- 2 会員事業者とは助成金を請求する時点で栃ト協に加入しているものをいう。但し、栃ト協会費等の未納ある会員は、その限りでない。

(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(パルスオキシメーター等による簡易スクリーニング検査)とします。

(助成額)

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)

(申請受付等)

第6条 申請受付は、原則として6月1日から2月末まで随時行なう。
助成限度額に達した時点で、受付は締切りとなる。

(助成適否の事前確認)

第7条 会員事業者は、助成人数枠等による助成適用の可否について、事前に栃ト協の確認を得なければならない。

(検査の予約と申込み)

第8条 会員事業者は、前条の確認を得た後、「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、栃ト協会長に提出する。
2 事前申込書を提出した会員事業者は、検査を受けようとする検査・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 会員事業者及び申込者は、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】に署名・捺印し、正本を検査・医療機関に提出し、写しを会員事業者が保管する。

2 会員事業者は、申込者が「スクリーニング検査申込書兼委任状」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。

3 「スクリーニング検査申込書兼委任状」の取扱いについては、検査・医療機関、会員事業者、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、流出などないよう充分注意すること。

(助成金の請求)

第10条 検査終了後の会員事業者は、「スクリーニング検査実績報告書」【様式1-3】を栃ト協に提出する。

2 会員事業者は、「スクリーニング検査実績報告書」提出にあたり、当該検査・医療機関の検査費明細書の写し及び領収書の写しを添付する。

(助成金の交付)

第11条 第10条の請求事業者に対して、助成金を交付する。

(助成金の返還)

第12条 全ト協及び栃ト協は、次の各号のいずれかに該当するときは、栃ト協より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及び栃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、全ト協及び栃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13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】により栃ト協に報告する。

(雑 則)

第14条 栃ト協は、助成金の交付に関して必要な報告を求めることができる。

2 本要綱に記載のない事項については、全ト協と栃ト協が協議し対処する。

(付 則)

1. 本交付要綱は平成29年4月1日より適用する。

【様式 1-1】

(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事前申込書

平成 年 月 日

(一社) 栃木県トラック協会 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	会社印
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

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)	〒 -		
		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がありますので、ご注意ください。

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

(一社) 栃木県トラック協会 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。 地方協会 指定検査・医療機関 で受診の場合 検査・医療機関を ご記入ください。	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 4. 地方協会指定 検査・医療機関 検査・医療機関名 _____ 代表者名 _____ 住所 〒 _____ _____ 電話番号 _____ 担当者名 _____		
	事業者名		
代表者名	会社印		
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。

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

(一社) 栃木県トラック協会 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	会社印
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 事故防止に必要なだから | 2 労務(健康)管理に必要なだから |
| 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。