

# 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及び入院検査費用の助成制度実施要綱

平成17年11月1日制定  
公益社団法人宮城県トラック協会

## （目的）

第1条 公益社団法人宮城県トラック協会（以下「宮ト協」という）は、トラック運送事業者に雇用されている運転者が睡眠時無呼吸症候群（以下「SAS」という）スクリーニング検査を行った場合に、その経費の一部を助成する。

## （助成対象者）

第2条 この要綱による助成対象者は、SASスクリーニング検査を行ったトラック運送事業者（宮ト協会員以外の事業者にあつては、安全性優良事業所を有し、適正化事業実施機関による巡回指導の評価が「A」であり、かつ理事会の承認を受けた事業者に限る。）（以下「事業者」という。）とする。

## （助成の対象）

第3条 助成の対象となる検査は、SASスクリーニング検査のうち健康保険適用外である第1次検査（簡易アンケートによるチェック、解析、判定）及び第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）並びに精密検査のため入院検査を必要とする場合とする。

## （助成対象検査・医療機関）

第4条 スクリーニング検査(第1次及び第2次検査)の助成の対象となる検査・医療機関は、次のとおりとする。

- (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) 全日本トラック協会（以下「全ト協」という。）が認めた宮ト協指定検査・医療機関

2 入院検査の助成の対象となる機関は、健康保険が適用される検査・医療機関とする。

## （助成額）

第5条 検査の助成金は、次のとおりとする。なお、スクリーニング検査(第1次及び第2次検査)に係る、1事業者当たりの助成人数は、宮ト協に届け出ている車両台数（会員名簿への登録車両台数）と同数を上限（100名を超える場合は100名まで）とする。

ただし、同一年度でスクリーニング検査(第1次及び第2次検査)の助成を受けた運転手が、検査結果が得られなかったこと等で再度年度内に助成を受けることはできない。

- (1) スクリーニング検査(第1次及び第2次検査)費用 上限 5,000円/1名
- (2) 入院による検査費用 上限 10,000円/1名

## （申請受付）

第6条 スクリーニング検査(第1次及び第2次検査)の申請受付は、2019年4月1日から2019年12月26日まで（予算枠に達したときは、その時点まで）に行う。

2 入院による精密検査の申請受付は、2020年1月24日まで（予算枠に達したときは、その時点まで）に行う

## （検査の予約と申込）

第7条 事業者は、様式1-1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」

- (以下「事前申込書」という。)を宮ト協に提出する。
- 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検査・医療機関に予約し、提出した日より1か月を目途に検査を受けなければならない。
  - 3 宮ト協は、事業者より提出された「事前申込書」を審査し事業者に対して承認通知する。
  - 4 スクリーニング検査(第1次及び第2次検査)において、異常が認められ入院検査が必要と認められた運転者は、医療機関での検査を予約し、入院検査申込書(様式2-1)により宮ト協に申込みをする。

#### (検査の受診)

- 第8条 事業者及び検査申込者は、検査にあたり、「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(様式1-2)」に署名・捺印し、正本を検査・医療機関に提出し、写しを事業者が保管する。
- 2 事業者は、検査申込者が「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」の写しを求めたときは交付する。
  - 3 「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」の取扱いについては、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、流失などのないよう十分注意する。

#### (助成金の請求)

- 第9条 事業者は、スクリーニング検査(第1次及び第2次検査)終了後、「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)」(以下「実績報告書」という。)を2020年2月28日までに宮ト協に提出する。
- 2 事業者は、実績報告書の提出に当たり、当該検査・医療機関発行の検査明細書(又は検査結果一覧)の写し及び領収書の写しを添付する。
  - 3 入院検査費用助成は、「入院検査費用助成金交付請求書(様式2-2)」に当該検査・医療機関発行の診療費請求書兼領収(「入院料等」欄に診療点数があるものに限る)の写しを添付し、2020年2月28日までに宮ト協に提出する。

#### (助成金の交付)

- 第10条 宮ト協は、前条の実績報告書等の提出があったときは速やかにその内容を審査し、事業者に対して助成金を交付する。

#### (検査の結果報告)

- 第11条 事業者は、スクリーニング検査(第1次及び第2次検査)終了後、その結果について、「SASスクリーニング検査結果状況等の報告(様式1-4)及びアンケートにより全ト協に報告する。

#### (助成金の返還)

- 第12条 宮ト協は、事業者がこの要綱その他宮ト協が定める事項に違反したとき、又は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は、既に交付した助成金の全部若しくは一部の返還を命じることができる。
- 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、宮ト協が行う助成事業の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。

#### (その他)

- 第13条 この要綱に定めるもののほか、助成金の交付に関するその他の必要事項は、宮ト協が別にこれを定める。

附 則 この要綱は2019年4月1日から施行する。

参考

全日本トラック協会指定 SAS検査・医療機関（2019年度）

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  
電話 03-5355-9941  
F A X 03-5355-9956

2 NPO法人 ヘルスケアネットワーク

〒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 F  
電話 06-6965-3666  
F A X 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 2F  
電話 03-3359-9010  
F A X 03-3353-5431

様式1-1

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

年 月 日

公益社団法人宮城県トラック協会 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込みます。

事業者住所	〒 _____		
事業者名 代表者名	_____ (印)		
連絡担当名	_____		
電話番号	_____	FAX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
宮 ト 協 指 定 機 関	申込検査・医療機関が、「 <u>全日本トラック協会指定検査・医療機関</u> 」以外の場合は、 下記にご記入ください。  検査・医療機関名 _____  住 所 _____  電 話 番 号 _____	_____ 人

※ 受診者数に変更が生じた場合は、必ず宮ト協にご連絡ください。  
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あります。  
都合により取下げる場合は、事前に宮ト協にご連絡願います。

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

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	〒 -		

1. 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いたします。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・医療機関並びに事業者の指導に従うことを同意いたします。
2. 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いたします。
3. 私 (事業者、申込者) は、SAS スクリーニング機器の取扱いについては充分注意いたします。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いたします。
4. 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	氏名ふりがな	同意年月日	印
1				年 月 日	
2				年 月 日	
3				年 月 日	
4				年 月 日	
5				年 月 日	

No.	機器 No.	申込者氏名	氏名ふりがな	同意年月日	印
6				年 月 日	
7				年 月 日	
8				年 月 日	
9				年 月 日	
10				年 月 日	
11				年 月 日	
12				年 月 日	
13				年 月 日	
14				年 月 日	
15				年 月 日	
16				年 月 日	
17				年 月 日	
18				年 月 日	
19				年 月 日	
20				年 月 日	

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

年 月 日

公益社団法人宮城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  
(上限 5,000 円)×事前申込のうち実受診者数

事業者名		
代表者名	①	
住所	〒 -	
電話番号/ FAX 番号	/	
受診した検査・医療機関 いずれかを○で囲んでください。 ※ 宮ト協指定の検査・医療機関で 受診した場合は、検査・医療機関 名等をご記入ください。	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. 宮ト協指定 検査・医療機関 検査・医療機関名 _____ 住 所 _____ 電 話 番 号 _____	
検査受診者数 (第1次及び第2次)		人
事前申込書(様式1-1)でご記入いただいた申込人数		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. 申請とおりに全員受診済み 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・信金 支店
	口座番号	1. 普通 2. 当座
	(フリガナ) 口座名義	-----

※ 添付資料 ①検査機関の検査明細書(又は検査結果一覧)(写) ②領収書(写)

全日本トラック協会 交通・環境部  
FAX 03-3354-1019

年 月 日

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る  
2019年度スクリーニング検査結果状況等の報告

この報告及びアンケートは、スクリーニング検査終了後、全日本トラック協会にFAXでご提出ください。なお、今回の検査でSASと確定診断を受けた方がいる場合、その後の治療状況を確認し、下記◆の表に記入してからFAXしてください。  
また、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ることを、あらかじめご了承ください。

所属協会	宮城県トラック協会		
事業者名	Ⓜ		
住所	〒	-	
電話番号		記入者名	

【 1 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

◆上記④でSASと確定診断を受けた方の治療状況を下の表にご記入ください

上記④※の人数の内訳	治療内程度	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	人数計	⇒	治療後改善
	重症	人	人	人	人	人	人	人		人
中程度	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
軽度	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
他の疾患	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
<b>合計</b>								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

**【 2 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。**



様式 2-1

## 入院検査申込書

年 月 日

公益社団法人宮城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スクリーニング検査で異常が認められたので入院検査を申込みします。

事業者名	
代表者名	㊟
住所	〒 -
電話/FAX番号	電話 / FAX
連絡責任者名	
入院検査 受診者氏名	①
	②
	③
	④
	⑤

(注) 検査・医療機関の検査結果一覧(写)を添付すること。

### 申込検査・医療機関名

検査・医療機関名	
所在市区町村名	
電話番号	

※ 通院による検査は、助成対象外です

## 入院検査費用助成金交付請求書

年 月 日

公益社団法人宮城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スクリーニング検査結果, 異常が認められ入院検査受診を終了したので, 入院検査費用助成金交付を請求いたします。

### 助成金請求額 円

事業者名		
代表者名	④	
住 所	〒	
電話番号		
入院検査受診者 氏名	①	
	②	
	③	
	④	
	⑤	
振込先 金融機関	金融機関名	銀行・信金 支店
	口座番号	普通・当座 No,
	(フリガナ) 口座名義	

※ 添付資料 ①・医療機関の請求明細書(入院診療点数欄に点数があるものに限る)(写) ②領収書(写)

### 受診した検査・医療機関名

検査・医療機関名	
所在市区町村名	
電話番号	