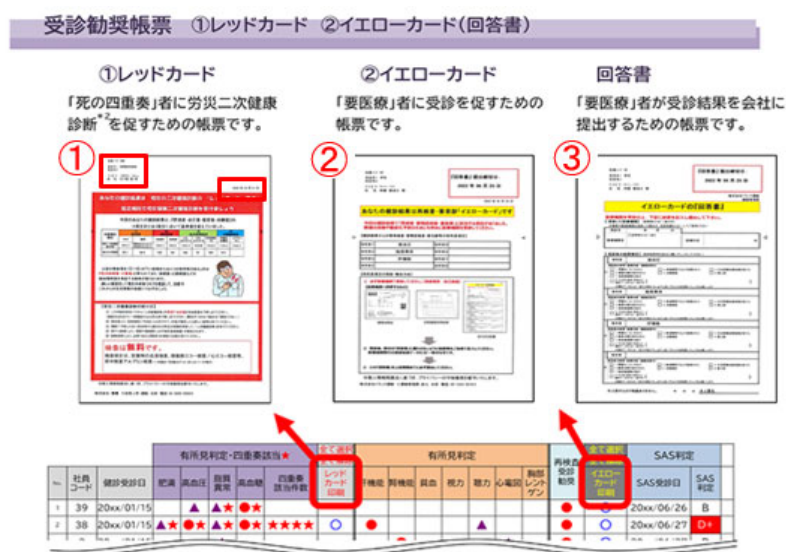


## グループ3 - (2) 効果の高い健康起因事故防止対策（健康診断結果のフォローアップ・脳検査・心電計・SAS）の実施

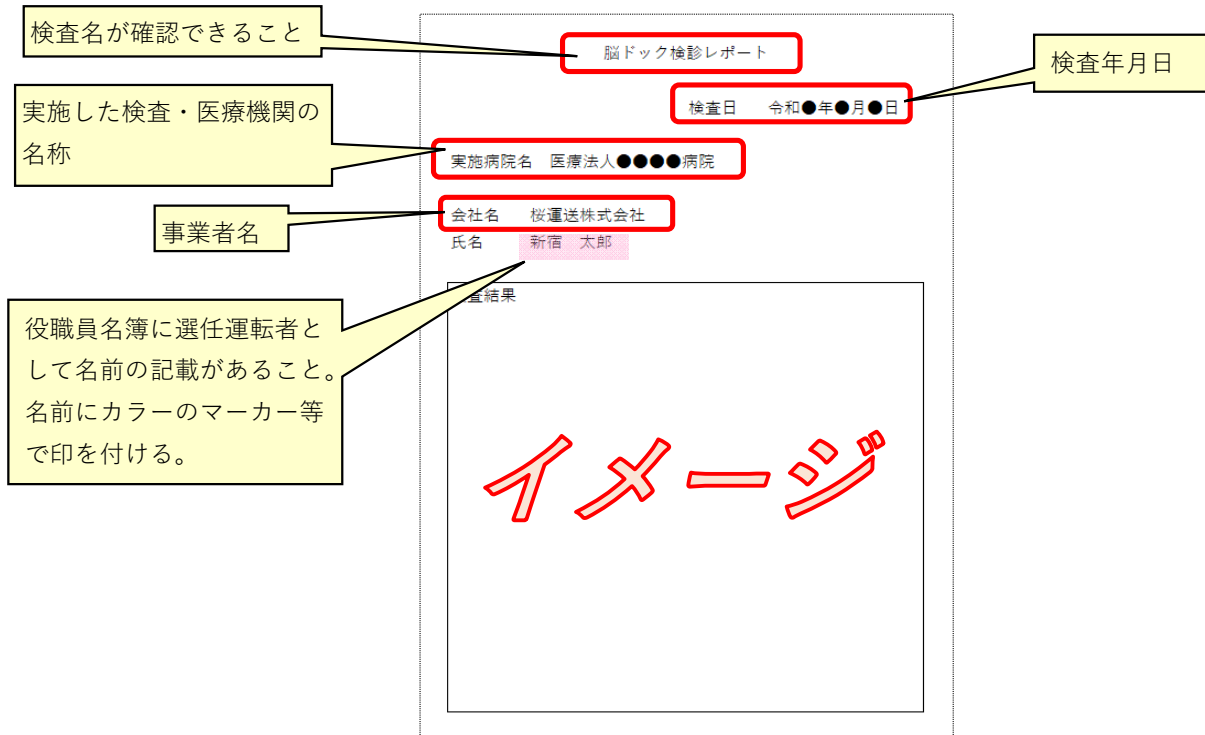
以下の①～④のいずれかに当てはまる状況が確認できれば加点となります。

- ① 過去1年間に運輸ヘルスケアナビシステム等を活用した健康診断結果のフォローアップを選任運転者に行っていること
  - 運輸ヘルスケアナビシステムの場合
    - ・ 運輸ヘルスケアナビシステムで提供される「結果データ一覧」、「レッドカード」、「イエローカード」など、運輸ヘルスケアナビシステムを利用していることがわかる資料
  - ※ 運輸ヘルスケアナビシステムへの申込書だけでは、フォローアップを行っているかどうかの確認ができません。（申込書のみは不可）
  - ※ 再検査を促す対象の選任運転者がいない場合は、運輸ヘルスケアナビシステムで行っている健康診断結果データの分析でも結構です。



- 運輸ヘルスケアナビシステム以外の外部機関を利用して健康診断結果のフォローアップを行っている場合
  - ・ 外部機関が提供する要再検査の選任運転者に対する再検査の促しを行う書類等によりフォローアップを行っているかどうかを確認します。
  - ・ 再検査が必要な選任運転者がいない場合は、外部機関が提供する健康診断結果の分析結果をとりまとめた資料等により健康診断結果のフォローアップを行っているかどうかを確認します。
- ※ 健康診断結果について医師等からの意見聴取をおこなうものについては、選任運転者と直接面談したことがわかる資料は対象としますが、事業者が医師等に意見聴取するもの（労働安全衛生法第66条の4）については、法令に基づき行うものであるため対象となりません。
- また、長時間労働者への医師等の面接指導（労働安全衛生法第66条の8）についても法令に基づき行うものであるため対象とはなりません。それ以外の選任運転者に直接医師等が保健指導等を行っている場合は、指導を行っている事が確認できる資料を提出してください。
- 自社内独自で健康診断結果のフォローアップを行っている場合
  - ・ 自社内独自で要再検査の選任運転者に対する再検査の促しを行っている場合は、書類等によりフォローアップを行っていることがわかる資料を提出してください。
- ※ 口頭でのみ再検査の促している場合は、要再検査の選任運転者に再検査を促したことが確認できる資料を提出してください。

- ② 脳検査について、過去1年間で選任運転者の1割以上かつ2名以上が受診していること
- ・ 脳ドック、脳MRI検診、脳CTスキャンを対象とし、検査・医療機関発行の検査結果や領収証等により、過去1年間に選任運転者数の1割以上かつ2名以上が脳検査を行っていることを確認します。
- ※ 規定人数に満たない場合は、グループ4 - (1) で評価します。



- ③ 携帯型心電計について、過去1年間で選任運転者数の2割以上が測定結果を活用していること
- ・ 携帯型心電図の写真、型番がわかるもの、取扱説明書のコピー（その機能がわかるもの。心電図の表示、印刷に該当する部分）
  - ・ 携帯型心電図から印刷した心電図。（携帯型心電計からパソコン等を用いて印刷したもの）
  - ・ 心電計の活用状況について、計測頻度、計測人数などがわかる資料を提出してください。（使用状況がわかるリストなど）
- ※ 健康診断の際に、検査・医療機関で行う心電図は対象となりません。
- ※ 心拍計は心電図が取れないため対象となりません。
- ※ 規定人数に満たない場合は、グループ4 - (1) で評価します。

### 添付資料

「機器の写真」と直近の機器管理によるドライバーの測定状況がわかる資料



### 心電計の活用状況

- ・ ドライバーの健康管理を行っていることが判別できる資料
- ・ 運行前に当日の健康状態を確認するため、携帯型心電計の測定結果を点呼記録簿に記載しているなど

- ④ SAS検査について、過去1年間で選任運転者の2割以上または過去5年間で選任運転者全員が受診していること。  
 ※治療中の選任運転者がいる場合は、治療中であることが証明できること  
 (a)又は (b) を添付してください。

(a) 検査の結果報告書

**検査結果報告書**

ID: 1166976 桜運送株式会社  
 氏名: 新宿 太郎 様  
 年齢: ●●歳 性別: 男性

【検査実施日】 令和●●年●●月●●日  
 今回の検査結果を以下のとおり御報告させていただきます。

**・ODI(酸素飽和度低下指数)**  
※ODI-SPO2がベースライン(基準値)から3%以上低くなった1時間あたりの回数  
 1時間あたり **8** 回 動脈血酸素飽和度(SPO2)が基準値より3%以上低くなりました。  
 判定 **C** 精密検査を御希望の方は、下記へ御連絡下さい。

| 異常なし | 軽症 | 重症 |
|------|----|----|
| 0    | 1  | 2  |

※問診によるセルフチェック結果(日常での眠気の度合を数値で詳細します)  
 合計点 **1.5** /11点  
 合計点が3点以上は病的過眠傾向です

医師法人 ●●●●病院  
 お問い合わせ 担当 担当



添付資料

- ① 検査・医療機関発行の検査結果(一覧等)もしくは
- ② 領収書の写し(コピー)

受診機関が確認できること。  
 自社で作成したものは不可。

(b) 検査費用の領収証及び検査受診者リスト

**検査者名簿**

令和●●年●●月●●日

桜運送株式会社  
 新宿営業所

| No. | 機番名称       | 検査機番番号 | 氏名      | 受診日       |
|-----|------------|--------|---------|-----------|
| 1   | パルスオキシメーター | 1068   | 新宿 太郎 様 | 2023.7.18 |
| 2   | パルスオキシメーター | 1073   | 菅島 昭 様  | 2023.7.18 |
| 3   | パルスオキシメーター | 1079   | 田中 二郎 様 | 2023.7.18 |
| 4   | パルスオキシメーター | 1112   | 渋谷 達夫 様 | 2023.7.18 |
| 5   | パルスオキシメーター | 1114   | 西谷 亮 様  | 2023.7.18 |
| 6   | パルスオキシメーター | 1115   | 坂本 真弓 様 | 2023.7.18 |

---

**領 収 証**

NO. 1301

桜運送株式会社  
 新宿営業所 様

¥ 33,000.

但 SASスクリーニング検査費用として(消費税含む)  
 令和5年 7月 25日 上記正に領収いたしました

内訳 5,500 × 6名  
 消費税 5%

東京都●●区●●●●●●●●  
 医師法人●●●●●●●●

下記、領収証に対応した受診者の名簿があること。以下の記載があること。

- ・事業所名(営業所名)
- ・実施年月日
- ・運転者氏名(カラーマーカーをつける)

宛先が自社又は当該事業所であること。若しくは受診した本人宛であること。(受診者宛の場合は人数分が必要)

SAS検査の領収証であること。

年月日の記載があること。

検査・医療機関発行の領収証であること。押印があること。

内訳に人数の記載が

(治療中の場合の例)

医療機関発行の診療明細書などSASの治療中であることが

CPAP

- 治療中であることがわかる資料の添付があれば、対象として人数に数えます。

(添付資料の例)

- ・ CPAP(シーパップ)等治療機器のレンタルがわかる契約書、領収証等のコピー
- ・ 医療機関の領収証、診療明細書等のコピー

CPAP(シーパップ)療法とは、睡眠時に鼻マスクを着用し、専用の装置で鼻から気道へと圧力をかけた空気を送り込むことにより上気道を広げ、寝ている間に気道が塞がってしまうことを防ぎ、睡眠時も呼吸が維持されるようにする治療方法です。“持続陽圧呼吸療法”と呼ばれることもあります。



診療明細書

| 品名     | 単価   | 数量 | 金額   |
|--------|------|----|------|
| CPAP療法 | 1000 | 1  | 1000 |
| CPAP機  | 500  | 1  | 500  |
| マスク    | 200  | 1  | 200  |
| チューブ   | 100  | 1  | 100  |
| その他    | 200  | 1  | 200  |

見本

領収証のみの場合は、SAS治療をしていることを自認でも可