

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のいずれかの判断基準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（2024年7月2日～2025年7月1日）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】

●提出資料

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」

<イメージ>

★印：労災二次診断・2基準値に該当（★が4つで労災二次診断該当） ●印：要医療（再検査、精密検査、要治療）に該当 ▲印：生活習慣改善範囲に該当

《表の前半部》		有所見判定・四重奏該当★						全て再検査 全て解除		有所見判定										再検査 受診 動向		全て再検査 全て解除		SAS判定	
№	社員 コード	健康受診日	肥満	高血圧	脂質 異常	高血糖	四重奏 該当件数	レッド カード 印刷	肝機能	腎機能	貧血	視力	聴力	心電図	胸部 レント ゲン	再検査 受診 動向	イエロー カード 印刷	SAS要診日	SAS 判定						
1	39	20xx/01/15		▲	▲	●	●									●	○	20xx/06/26	B						
2	38	20xx/01/15	▲	▲	●	▲	●	●	●					▲		●	○	20xx/06/27	D+						
3	2	20xx/01/15				▲				●				▲		●	○	20xx/06/27	B						
4	21	20xx/01/15	▲	▲	●	●	●	○					●			●	○	20xx/06/26	C						
合計数			要医療	0	2	1	2	4★1	2	1	1	0	0	1	0	0	4	4		1					
			要生活改善	2	1	3	0	3★1		0	0	0	0	1	1	0				1					

《表の後半部》

任意項目							時間外(時間)				
認知機能	時間外 (時間)	事故歴 (回)	適性 検査	フリー	事業所 コメント欄①	事業所 コメント欄②	勤務形態	当月	1カ月前	2カ月前	平均
疑いなし	20		一般診断				01:日勤	10	20	30	20
疑いなし	25	1	初任診断				02:深夜勤務	20	30	40	30
疑いなし	30		適齢診断				03:早朝勤務	30	40	50	40
	100			疲労について面接			04:不規則勤務	100	100	80	93

<注意事項>

- ・運輸ヘルスケアナビシステムへの申込書のみの添付では、フォローアップの状況についての確認ができないため加点対象となりません。

【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】

●提出資料

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

※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

※健康診断結果について法令で定めのあるもの以外の、医師等と選任運転者との面談は対象とします。

<注意事項>

下記のような法令で定めのあるものについては対象外となります。

- ・「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）
- ・「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）
- ・「従業員50人を超え、産業医の選任義務がある事業所における面談等」（労働安全衛生法第13条、労働安全衛生法施行令第5条、労働安全衛生規則第14条）

【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（社内規程や実際の案内文など）を提出してください。

※口頭でのみ再検査の促しをしている場合は、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3年間で選任運転者の2割以上又は過去5年間で選任運転者の半数以上が受診していること

★令和7年度より判断基準が変わりました。

過去1年間（2024年7月2日～2025年7月1日）で選任運転者数の1割以上かつ2名以上 → 過去3年間（2022年7月2日～2025年7月1日）で選任運転者の2割以上又は過去5年間（2020年7月2日～2025年7月1日）で選任運転者の半数以上が受診していることを確認します。

※対象者は役職員名簿にチェックをつけてください。

●提出書類

検査・医療機関発行の検査結果（一覧等）または領収書・支払済みの請求書等、受診したことがわかる書類

●確認内容

①検査名 ②検査年月日 ③実施した検査、医療機関 ④事業者名 ⑤受診者氏名

The diagram illustrates a sample medical report form with the following fields and labels:

- ①検査名** (Check Name): Points to the field "脳ドック検診レポート" (Brain Doppler Examination Report).
- ②検査年月日** (Check Date): Points to the field "検査日 令和●年●月●日" (Check Date: Reiwa ● Year ● Month ● Day).
- ③実施した検査・医療機関の名称** (Name of Examination/Medical Institution): Points to the field "実施病院名 医療法人●●●●病院" (Performing Hospital Name: Medical Corporation ●●●● Hospital).
- ④事業者名** (Company Name): Points to the field "会社名 桜運送株式会社" (Company Name: Sakura Transport Co., Ltd.).
- ⑤受診者氏名** (Patient Name): Points to the field "氏名 新宿 太郎" (Name: Shinjuku, Taro). A note below this field states: "※カラーマーカーをつけ、役職員名簿にチェック。" (※ Attach a color marker and check the role/employee name register).
- 検査結果** (Examination Results): A large box labeled "イメージ" (Image) is shown below the patient information.

<注意事項>

- ・規定人数に満たない場合は、グループ4 - (1) で評価の対象とします。
- ・血液検査等で行う簡便な検査は4 - (1) で評価の対象とします。こちらの項目では加点となりません。

③ 携帯型心電計について、過去 1 年間（2024 年 7 月 2 日～2025 年 7 月 1 日）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

●提出書類（以下のaとbを両方とも添付してください）

- a. 携帯型心電図の写真、及びその機種・型番に対応する取扱説明書等のコピー（心電図の表示、印刷に該当する部分）
- b. ドライバーの測定状況がわかるもの（携帯型心電計からパソコン等を用いて印刷した心電図）
携帯型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（使用状況のリストなど）

<注意事項>

- ・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ものは、グループ4－(1)で評価の対象とします。
- ・スマートウォッチについては、正確な心電図をデータとして出力し印刷できるものが対象となります。

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（2024 年 7 月 2 日～2025 年 7 月 1 日）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

下記（a）または（b）を添付してください（確認内容は吹き出し内に記載してあります）

※治療中の選任運転者がいる場合は、下記（c）の書類を添付してください。

(a) 検査の結果報告書

[illegible]

受診者氏名

検査年月日

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)

受診機関または医師が確認できること。
※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

SAS 検査の領収証であること。

宛先
自社又は自営業所、も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)

受診者本人宛の領収証の場合、リストの添付は不要

年月日

検査者名簿

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

領収証に対応した受診者の名簿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）

領収証のイメージ

検査者名簿のイメージ

No.	機器名称	検査機器番号	氏名	受診日
1	パルスオキシメーター	1068	新田 太郎 様	2023.7.18
2	パルスオキシメーター	1073	豊島 明 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	鈴木 一郎 様	2023.7.18
5	パルスオキシメーター	1113	山田 花子 様	2023.7.18
6	パルスオキシメーター	1115	佐々木 真司 様	2023.7.18

(c) 治療中の場合の例

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

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

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わかる資料

<注意事項>

- 規定人数に満たない場合は、グループ4-(1)で評価の対象とします。
- 領収証がない場合は、振込みで支払済みの請求書等でも構いません。
(請求書の余白に、振込みで支払いしていることを自認してください。(手書き可))