

会員事業者の皆様へ

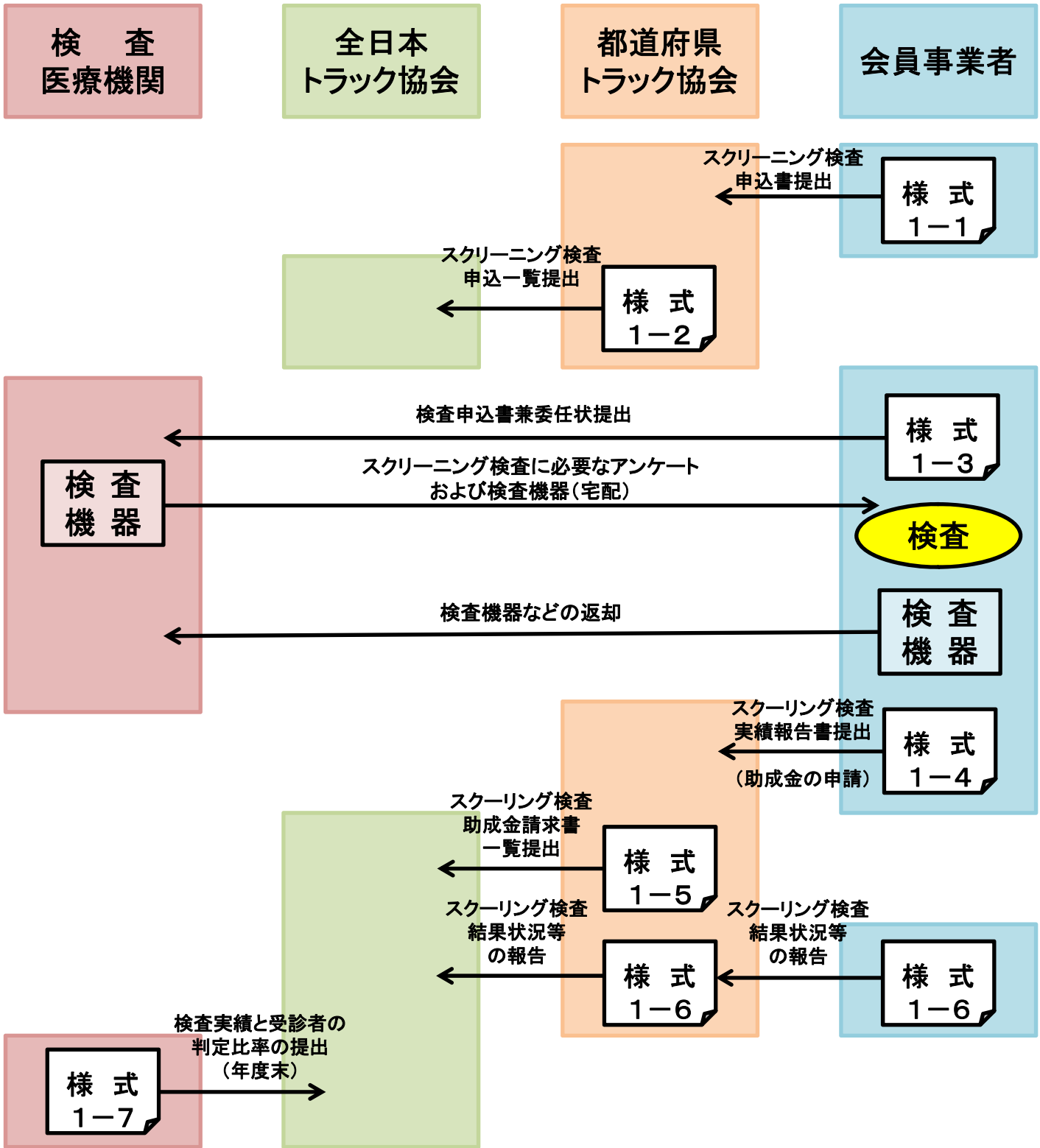
睡眠時無呼吸症候群(SAS)
スクリーニング検査助成制度

～申込から助成金交付、検査後の状況報告まで～

平成26年4月1日



書類提出～助成までの流れ



問い合わせ～検査開始までの流れ

01 問い合わせ

電話で、助成を受けることができるかを所属しているトラック協会に確認します。

02 検査事前申込書の提出

確認が取れたら、「【様式1-1】スクリーニング検査事前申込書」を所属しているトラック協会に提出しましょう。

03 検査の予約と確認

申込書が受理されたら、【様式1-1】で記入した申込みされる「検査・医療機関」に検査の予約を入れてください。
(全日本トラック協会指定の検査機関は最後のページに掲載しております。)

04 検査申込書兼委任状の提出

予約確認後、「【様式1-3】スクリーニング検査申込書兼委任状」に必要事項を記入し、正本を検査・医療機関に提出します。
(書類の写しを取り、保管してください。)

05 検査費用のお支払い (前払いの場合)

検査費用を検査・医療機関に支払います。
検査明細書・領収書は、必ず保管しておいてください。
(助成金の交付に必要となります。)

06 検査開始

費用の支払いの確認後、検査・医療機関より、スクリーニング検査に必要な機器や書類が届きます。

検査後～助成金の交付、報告までの流れ

01 検査機器の返却

検査が終わったら、機器と書類を
検査・医療機関に返却します。

02 検査結果の通知

検査・医療機関から、数週間で検査結果の通知が届きます。

03 検査費用のお支払い（後払いの場合）

検査費用を検査・医療機関に支払います。
検査明細書・領収書は、必ず保管しておいてください。
(助成金の交付に必要となります。)

04 検査助成金の申請

検査結果の通知が届いたら、「【様式1-4】スクーリング検査
実績報告書」を作成し、「検査・医療機関の検査明細書の写し」と
「領収書の写し」を添えて、所属しているトラック協会に提出します。

05 助成金の交付

所属しているトラック協会から助成金が交付されます。

06 検査後の状況報告

検査後、1ヶ月以内に、「【様式1-6】スクーリング検査結果状況
等の報告」を作成し、所属しているトラック協会に提出してください。

※報告がない場合、次年度以降の検査助成を受けられない場合がございます。

提出用 様式一覧

各書類をコピーしてご利用ください。
なお、全日本トラック協会のホームページよりダウンロードできます。

- 【様式1-1】 スクーリング検査事前申込書
- 【様式1-3】 スクーリング検査申込書兼委任状
- 【様式1-4】 スクーリング検査助成実績報告書
- 【様式1-6】 スクーリング検査結果状況等の報告

【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

_____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	NPO 法人 睡眠健康研究所	人
	NPO 法人 ヘルスケアネットワーク	人
	一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター	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1-3】

(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	〒 -		

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。
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致します。
3. 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。
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(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

_____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

<p>受診した検査・医療機関</p> <p>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。</p>	<p>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</p> <p>検査・医療機関名 _____</p> <p>代表者名 _____</p> <p>住所 〒 _____</p> <p>_____</p> <p>電話番号 _____ 担当者名 _____</p>		
	<p>事業者名</p>	<p>_____</p>	
<p>代表者名</p>	<p>_____ 印</p>		
<p>住所</p>	<p>〒 _____</p>		
<p>電話番号</p>	<p>_____</p>		
<p>一次検査受診者数</p>	<p>_____ 人</p>	<p>二次検査受診者数</p>	<p>_____ 人</p>
<p>事前申込書【様式 1 - 1】でご記入いただいた申込み人数</p>		<p>_____ 人</p>	
<p>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。</p> <p>1. 申請通りに全員受診済み</p> <p>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)</p> <p>※ 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。</p>			
<p>振込先 金融機関</p>	<p>金融機関名</p>	<p>銀行 _____ 支店 _____</p>	
	<p>口座名義</p>	<p>_____</p>	
	<p>口座番号</p>	<p>1. 普通 2. 当座</p>	

※ 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

_____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1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

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
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 (Q 5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。

SAS検査助成制度ご利用の際の「ご質問・事前確認・検査申込書などの提出」は
所属している都道府県トラック協会へ

○ 北海道トラック協会	TEL 011-531-2215	○ 滋賀県トラック協会	TEL 077-585-8080
○ 青森県トラック協会	TEL 017-729-2000	○ 京都府トラック協会	TEL 075-671-3175
○ 岩手県トラック協会	TEL 019-637-2171	○ 大阪府トラック協会	TEL 06-6965-4000
○ 宮城県トラック協会	TEL 022-238-2721	○ 兵庫県トラック協会	TEL 078-882-5556
○ 秋田県トラック協会	TEL 018-863-5331	○ 奈良県トラック協会	TEL 0743-23-1200
○ 山形県トラック協会	TEL 023-633-2332	○ 和歌山県トラック協会	TEL 073-422-6771
○ 福島県トラック協会	TEL 024-558-7755	○ 鳥取県トラック協会	TEL 0857-22-2694
○ 茨城県トラック協会	TEL 029-243-1422	○ 島根県トラック協会	TEL 0852-21-4272
○ 栃木県トラック協会	TEL 028-658-2515	○ 岡山県トラック協会	TEL 086-234-8211
○ 群馬県トラック協会	TEL 027-261-0244	○ 広島県トラック協会	TEL 082-264-1501
○ 埼玉県トラック協会	TEL 048-645-2771	○ 山口県トラック協会	TEL 083-922-0978
○ 千葉県トラック協会	TEL 043-247-1131	○ 徳島県トラック協会	TEL 088-632-8810
○ 東京都トラック協会	TEL 03-3359-6251	○ 香川県トラック協会	TEL 087-851-6381
○ 神奈川県トラック協会	TEL 045-471-5511	○ 愛媛県トラック協会	TEL 089-924-1069
○ 山梨県トラック協会	TEL 055-262-5561	○ 高知県トラック協会	TEL 088-832-3499
○ 新潟県トラック協会	TEL 025-285-1717	○ 福岡県トラック協会	TEL 092-451-7878
○ 長野県トラック協会	TEL 026-254-5151	○ 佐賀県トラック協会	TEL 0952-30-3456
○ 富山県トラック協会	TEL 076-495-8800	○ 長崎県トラック協会	TEL 095-838-2281
○ 石川県トラック協会	TEL 076-239-2511	○ 熊本県トラック協会	TEL 096-369-3968
○ 福井県トラック協会	TEL 0776-34-1713	○ 大分県トラック協会	TEL 097-558-6311
○ 岐阜県トラック協会	TEL 058-279-3771	○ 宮崎県トラック協会	TEL 0985-53-6767
○ 静岡県トラック協会	TEL 054-283-1910	○ 鹿児島県トラック協会	TEL 099-261-1167
○ 愛知県トラック協会	TEL 052-871-1921	○ 沖縄県トラック協会	TEL 098-863-0280
○ 三重県トラック協会	TEL 059-227-6767		

検査のご予約、精密検査や治療についてより詳しく質問したい時は
全日本トラック協会指定の検査機関へ

◆ 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2-14-8 YPCビル
TEL 03-3359-9010 FAX 03-3353-5431
URL <http://www.sas-support.or.jp/>

※ 各都道府県で独自に検査・医療機関を指定している場合もございます。
各都道府県指定の検査・医療機関をご希望の際は、各都道府県トラックにお問い合わせください。