

通 報

大ト協第56号
平成30年5月

各 位

一般社団法人大阪府トラック協会
会 長 辻 卓 史

平成30年度 トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群（S A S） スクリーニング検査助成について（ご 案 内）

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は、当協会運営に格別のご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、当協会では、トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群（S A S）対策として、患者の早期発見と適切な治療を促し、健康起因事故防止及び労働災害事故防止に寄与することを目的として、S A Sスクリーニング検査費用の一部を助成いたします。

つきましては、運転者の健康と安全の向上のため、ぜひこの機会に受診いただきますようお願い申し上げます。

記

1. 募集期間 平成30年4月1日（日）～平成31年2月28日（木）

上記期間に、検査受診後、費用を支払い、申請書類が大ト協に必着のもの。

助成予算枠に達した時点で、受付を終了させていただきますので、予めご承知おきくださいようお願い申し上げます

2. 助成対象の検査

S A Sスクリーニング検査のうち、健康保険適用外である次に掲げる検査とします。

第1次検査…簡易アンケートによるチェック、解析、判定

第2次検査…簡易スクリーニング検査

3. 助成金額

①第1次検査及び第2次検査を同時に実施している場合

合計費用の1/2、かつ上限2,500円/人

②第1次検査及び第2次検査を別に実施している場合

第1次検査費用の1/2、かつ上限500円/人

第2次検査費用の1/2、かつ上限2,000円/人

4. 助成対象

大阪府下の事業所に在籍する営業用貨物車両の運転者で、お一人様につき、年度内に一度限りの助成とさせていただきます。

5. 検査受診～助成申請～アンケート提出の流れ

(1) 全ト協もしくは大ト協の指定する、検査・医療機関（次頁参照）のいずれかに事前にお電話で検査予約を取り、(様式1-2)スクリーニング検査申込書兼委任状の正本を各機関へ提出後、受診してください。

指定外の機関で受診を希望される場合は、大ト協がその機関を指定検査・医療機関に登録した後、受診が可能となりますので、必ず受診前に大ト協 交通・環境部までお電話にてお問合せください。(電話：06-6965-4033)

受診後にご連絡をいただいた場合は、助成を受けられませんのでご注意ください。

(2) 検査後、費用を支払い、必要書類（以下の6. 参照）を添えて大ト協まで助成申請してください。

(3) 検査結果をもとに、要精密検査となった人数や治療状況等を確認していただき、(様式1-5)スクリーニング検査結果状況等の報告及びアンケート(全2枚)を、全ト協へ直接、FAX(03-3354-1019)またはメール(sas-josei@jta.or.jp)で報告してください。なお、報告期限は設けておりませんので、必ずご提出ください。(※大ト協への報告は不要です)

6. 助成申請必要書類（郵送可）

① (様式1-3) 平成30年度 SAS スクリーニング検査助成金申請書

② (様式3) 暴力団排除の誓約書

・平成30年度中に、他の助成事業で提出済の場合は不要です。

③ 検査・医療機関の請求書（写）と検査費用明細書（写）

・両方とも必要です。

④ 領収証（写）

・振込明細書等（写）も可。

・領収証、振込明細書等（写）は、切り貼りや修正があるものは認められません。

7. その他

○記入の訂正は、修正液等を使用せず、二重線で消した上から書き直してください。

○申請書類の写しを手許で保存される場合は、各社にて申請前にコピーをとっておいてください。

全ト協指定 検査・医療機関

○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階

TEL : (06) 6965-3666

○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

○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2階

TEL : (03) 3359-9010

大ト協指定 検査・医療機関

○医療法人徳洲会 野崎徳洲会病院

〒574-0074 大東市谷川2-10-50

TEL : (072) 874-1641

○たなか睡眠クリニック

〒600-8006 京都市下京区四条通柳馬場西入立売中之町99 四条SETビル5階

TEL : (075) 257-1287

○医療法人医誠会 医誠会病院

〒533-0022 大阪市東淀川区菅原6-2-25

TEL : (06) 6326-1121

(助成金申請先ならびにお問合せ先)

〒536-0014 大阪市城東区鳴野西2-11-2

(一社) 大阪府トラック協会 交通・環境部

TEL : (06) 6965-4033 FAX : (06) 6965-4029

《睡眠時無呼吸症候群(SAS)検査の流れと治療》

●【助成金対象】ヘルスケアネットワークでの検査

検査内容

パルちゃん(*1)による検査 + 睡眠に関するアンケート (SAS専門医による判定)

*1・パルちゃん(パルスオキシメータ)

酸素飽和度(酸素の血中濃度)・心拍数を測定する医療検査機器。
寝ている間に手首と指先に着けて一晩測定する。



- ★SAS専門医紹介
- ★紹介状の無料作成

精密検査(D・D+判定)対象者

●【保険診療】医療機関での精密検査と治療

*2・PSG検査

診断の確定、重症度を判定する検査。
1泊の検査入院で、脳波や心電図、呼吸、腹部、酸素、体位センサー、いびき判定マスクを取り付けて呼吸の状態を調べる。
検査費は保険診療の3割負担で18,000円～25,000円。(各医療機関により異なる)

*3・CPAP(シーパップ)

睡眠時に鼻マスクをつけ、空気で気道に陽圧をかけることで気道を広げ、無呼吸を防ぐ治療法。
基本的に1ヶ月に1回の通院が必要で、保険診療の3割負担で1ヶ月5,000円程度。



外来診察

PSG検査(*2)

治療

CPAP
(*3)

マウス
ピース
(歯科専門医)

手術
(耳鼻咽喉科)

生活
指導

経過
観察

一般社団法人大阪府トラック協会 会長 殿

〒 _____

住 所 _____

事業者名 _____

代表者名 _____ (印)

電話番号 _____

FAX 番号 _____

担当者名 _____

※貴社印 (丸印) を押印してください

平成 30 年度 トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群 (S A S)

スクリーニング検査助成金交付申請書

当社運転者に対し標記スクリーニング検査を実施しましたので、下記のとおり助成金の交付申請をいたします。

記

1. 助成金申請額 _____ 円

2. 申請内訳 (※助成単価は、検査費用の 1/2、かつ上限を超えないこと)

①第 1 次検査及び第 2 次検査を同時に実施している場合

_____ 名 × _____ 円 (※上限 2,500 円) = _____ 円

②第 1 次検査及び第 2 次検査を別に実施している場合

第 1 次検査 _____ 名 × _____ 円 (※上限 500 円) = _____ 円

第 2 次検査 _____ 名 × _____ 円 (※上限 2,000 円) = _____ 円

3. 助成金振込先口座

金融機関名 _____ 支店名 _____ 口座種別 (当座・普通)

口座番号 _____ フリガナ 口座名義 _____

(必要書類) ・ (様式 3) 暴力団排除の誓約書

・ 検査・医療機関の請求書 (写) と検査費用明細書 (写)

・ 領収証 (写) ※振込明細書等 (写) も可

※ (様式 1 - 5) は全日本トラック協会へ送付してください。

(様式 3)

平成 年 月 日

一般社団法人大阪府トラック協会 会長 殿

住 所

会社名

代表者

⑨

※貴社印（丸印）を押印してください

誓 約 書

貴協会が大阪府運輸事業振興助成補助金を活用して行なう事業に利用を申込むにあたり、私（当団体）は下記の事項に該当しないこと、また下記の事項に該当することになった場合は受け取った同補助金を全額返金することを誓約いたします。

記

1. 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する「暴力団」をいう）
2. 暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する「暴力団」をいう）
3. 暴力団密接関係者（大阪府暴力団排除条例第2条第4号に規定する「暴力団密接関係者」をいう）
4. 法人にあっては罰金の刑、個人にあっては禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又はその執行を受けることがなくなった日から1年を経過しない者
5. 公正取引委員会から私的独占の禁止および公正取引の確保に関する法律第49条第1項に規定する排除措置命令又は同法第50条第1項に規定する納付命令を受け、その必要な措置が完了した日又はその納付が完了した日から1年を経過しない者

全日本トラック協会 交通・環境部 宛
 FAX 03-3354-1019
 メールアドレス sas-josei@jta.or.jp

平成 年 月 日

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る
平成30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またはメールして下さい。
 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	(一社)大阪府トラック協会		
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 上記①の結果、『要精密検査と判定された方』の人数	人
③ 上記②のうち、『医療機関を受診した』人数	人
④ 上記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下さい。

上記④※の人数の内訳	治療内容 程度	CPAP 治療中	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	
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	
合計								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。 が必ず一致する人数になるようご記入下さい。

【2. 検査及び検査・医療機関についてのアンケート】

<SASについて>

Q1. 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)
該当するところに☑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。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 事故防止に必要なだから | <input type="checkbox"/> 労務(健康)管理に必要なだから |
| <input type="checkbox"/> 経営者・管理者の方の意向 | <input type="checkbox"/> SASが気になるドライバーがいるから |
| <input type="checkbox"/> 国土交通省からの通達があるから | |
| <input type="checkbox"/> 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>

Q2. スクリーニング検査を受診した検査・医療機関の対応はいかがでしたか。
該当するところに☑をご記入ください。

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> とてもよかった | <input type="checkbox"/> よかった | <input type="checkbox"/> どちらでもない |
| <input type="checkbox"/> 悪かった | <input type="checkbox"/> とても悪かった | |

Q3. 検査・医療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>

Q4. 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。
該当するところに☑をご記入ください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> いる →Q5にお進みください | <input type="checkbox"/> いない →これでアンケートは終了です |
|---|---|

Q5. 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☑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。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 点呼時に眠気がなかったか、報告を求めている | |
| <input type="checkbox"/> 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) | |
| <input type="checkbox"/> 通院のための休暇を与えている | |
| <input type="checkbox"/> 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) | |
| <input type="checkbox"/> 治療費の助成を行っている | |
| <input type="checkbox"/> 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 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	〒 ー

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として、検査結果の受領については、上記事業者の委任致します。また、検査の結果、「精密検査が必要」と判断された場合は、SAS が原因と思われる健康起因事故及び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	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	

No.	機器No.	申込者氏名	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	

睡眠時無呼吸症候群（SAS）検査 申込書・同意書

【大阪府トラック協会所属】

平成 年 月 日

ふりがな 事業所名	
代表者名 印	
支店名・営業所名	トラック協会 所属支部
住所（〒 - ）	
連絡先TEL	FAX
担当者	部署 役職
	ふりがな 氏名 E-mailアドレス
検査予定人数 名	備考
OCHISのSAS検査を知ったきっかけは何ですか？ <input type="checkbox"/> トラック協会 <input type="checkbox"/> OCHISのホームページ <input type="checkbox"/> 運輸ヘルスケアナビシステムを通して <input type="checkbox"/> 両輪会 <input type="checkbox"/> OCHISセミナー <input type="checkbox"/> 新聞・雑誌の記事を見て <input type="checkbox"/> その他（ ）	
当法人のホームページに「SAS検査実施事業所様」として、御社のお名前を掲載してもよろしいでしょうか？ <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない	

検査内容

パルスオキシメータ（パルちゃん）による検査 + 睡眠に関するアンケート

金額

¥4,630（税込：¥5,000）【料金はお一人様あたり】

ご注意

- ⚠️ 必ず代表者印を押印して、原本をヘルスケアネットワークへご郵送ください。
- ⚠️ お申込み多数の場合は、検査機器発送までお待ちいただくことがあります。
- ⚠️ 1回当たり、3名様未満でのお申し込みの場合は、送料を別途頂戴致します。
- ⚠️ 助成金の申請は、検査終了後、事業者様が行ってください。
ヘルスケアネットワークから申請することはありませんのでご注意ください。

パルちゃんは
宅配便で
事業所へお届け！



睡眠時無呼吸症候群（SAS）検査を実施するに当たり、下記の通り同意いたします。

- ① 個人情報の取り扱いについてはその保護等十分な配慮を行います。
- ② 疑SAS、SAS判定者の運転者については業務から外すなど、個人的な不利益のないようにします。
- ③ 医療機関への受診が必要な者には、運行管理上の配慮など受診しやすい環境づくりに努めます。
- ④ 貸出器具のパルスオキシメータは精密医療機器のため、取扱いに注意します。不手際による破損、紛失については相当額の賠償を行います。
- ⑤ パルスオキシメータの使用期間を連絡なく遅延する場合は所定の延滞金を支払います。
- ⑥ 事故防止と健康管理に努め、SASスクリーニング検査後の受診状況等を求められた時には報告します。

お申し込み先：（公社）全日本トラック協会・（一社）大阪府トラック協会 SAS検査受託機関



健康と安全のサポート

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丁目11番2号 大阪府トラック総合会館3階
TEL：06-6965-3666 FAX：06-6965-5261 E-mail：sas@ochis-net.com



睡眠時
無呼吸症候群
検査と対策

ヘルスケアネットワーク 検索