

# 平成23年度 睡眠時無呼吸症候群（SAS）検査受診促進助成事業実施要領

平成23年 4月 1日  
（社）滋賀県トラック協会

## 1 助成対象

助成対象検査は、SASスクリーニング検査のうち健康保険適用外である第一次検査（睡眠時無呼吸簡易診断：簡易アンケートによるチェック、解析、判定）及び第二次検査（簡易検査：パルスオキシメーター等による簡易スクリーニング検査）とする。

## 2 予算

369万円

## 3 申込要領

様式1「睡眠時無呼吸症候群簡易診断受診促進助成金交付申請書」

様式2「睡眠時無呼吸症候群簡易検査受診促進助成金交付申請書」

様式3「睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査申込書兼委任状」

以上の書類を提出して下さい。

## 4 助成額等

従業員1名につき、睡眠時無呼吸簡易診断費用1,000円及び簡易検査費用4,000円をいずれも年1回を限度として助成する。

なお、一会員事業者当たりの受診者数は50名までとする。

## 5 実施期間

平成23年4月1日～平成24年1月31日

予算の範囲内で申込順に助成します。

## 6 交付要綱

別添「睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成金交付要綱」のとおり。

## 睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成金交付要綱

平成 17年 6月24日 制定

平成 18年 4月 1日 改正

平成 19年 4月 1日 改正

平成 23年 4月 1日 改正

社団法人 滋賀県トラック協会

### (目的)

第1条 この要綱は、滋賀県トラック協会(以下「協会」という。)の会員に雇用されている運転者・荷扱手等(以下「運転者等」という)に対し、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(初期検査)を促進するための助成金交付事業について必要な事項を定め、事業を適正かつ円滑に実施し、労働災害事故防止に寄与することを目的とする。

### (資格・要件)

第2条 助成対象は、県内の会員事業所に在籍する運転者等で社会保険に加入している者とする。

### (助成対象検査・医療機関)

第3条 助成対象検査・医療機関は、協会が認めたSAS対策に積極的に取り組んでいる検査・医療機関、「滋賀医科大学睡眠学講座」及びその関連施設とする。

なお、協会が指定する検査・医療機関が、個人情報保護法を厳守の上、データの集計を行い、その結果に基づいて公衆衛生上有益な研究発表を行うことを認めることとする。

### (助成の対象)

第4条 助成対象検査は、SASスクリーニング検査のうち健康保険適用外である第一次検査(睡眠時無呼吸簡易診断：簡易アンケートによるチェック、解析、判定)及び第二次検査(簡易検査：パルスオキシメーター等による簡易スクリーニング検査)とする。

### (助成の交付額)

第5条 会員に対する助成金の交付額は、従業員1名につき、睡眠時無呼吸簡易診断費用1,000円及び簡易検査費用4,000円をいずれも年1回を限度として助成する。

なお、一会員事業者当たりの受診者数は50名までとする。

### (交付申請)

第6条 会員は、助成金の交付を受けようとするときは、様式1の睡眠時無呼吸症候群簡易診断受診促進助成金交付申請書(以下「簡易診断受診申請書」という。)に必要な書類を添え、併せて睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査申込書兼委任状(様式3)を協会に提出しなければならない。

2. 簡易診断書で睡眠時無呼吸症候群の疑いがあると判断された場合、様式2の睡眠時無呼吸症候群簡易検査受診促進助成金申請書（以下「簡易検査受診申請書」という。）に必要な書類を添えて協会に提出しなければならない。

（検査の受診）

第7条 会員及び申込者は、検査にあたり、「睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査申込書兼委任状（様式3）」に署名・捺印し、正本を検査・医療機関に提出し、写しを会員が保管する。

2. 会員は、申込者が「睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査申込書兼委任状」の写しを求めた時は交付する。
3. 「睡眠時無呼吸症候群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、会員、申込者ともに、個人情報保護法に基づき、目的外利用及び紛失、流失などの無いよう充分注意すること。

（交付申請期限）

第8条 第6条の助成金交付申請期限は毎年1月末日（必着）までとする。但し、予算額に達した時点で締め切るものとする。

（助成金の交付）

第9条 協会は、第6条の簡易診断受診申請書及び簡易検査受診申請書の提出があったときは、その内容を審査し、適正であると認めたときは助成金を交付する。

（その他必要な事項）

第10条 この要綱に定めるほか、助成金の交付に関するその他の必要事項は、安全対策委員会で協議し、理事会をもって決定する。

（附則）（平成17年6月24日）

第1条 この要綱は平成17年7月1日から適用する。

（附則）（平成18年4月1日）

第1条 この要綱は平成18年4月1日から適用する。

（附則）（平成19年4月1日）

第1条 この要綱は平成19年4月1日から適用する。

（附則）（平成23年4月1日）

第1条 この要綱は平成23年4月1日から適用する。

様式1（第6条関係）

平成 年 月 日

社団法人 滋賀県トラック協会長 殿

住 所  
氏名又は名称  
代 表 者 名  
電 話 番 号

## 睡眠時無呼吸症候群簡易診断受診促進助成金交付申請書

睡眠時無呼吸症候群検査受診促進助成金交付要綱第6条第1項に基づき、助成金の交付について下記のとおり申請します。

記

助成金申請額 \_\_\_\_\_ 円

受診者数 × 1,000 円

### 1. 内訳

受診者数 計 \_\_\_\_\_ 名（別紙簡易診断受診者名簿のとおり）

### 2. 添付書類

- 簡易診断受診者名簿

# 簡易診断受診者名簿

事業所名 \_\_\_\_\_

健康保険証の記号 \_\_\_\_\_

	ふりがな	生 年 月 日	健康保険証の番号
	氏 名		
1		大正 昭和 年 月 日 平成	番号
2		大正 昭和 年 月 日 平成	番号
3		大正 昭和 年 月 日 平成	番号
4		大正 昭和 年 月 日 平成	番号
5		大正 昭和 年 月 日 平成	番号
6		大正 昭和 年 月 日 平成	番号
7		大正 昭和 年 月 日 平成	番号
8		大正 昭和 年 月 日 平成	番号
9		大正 昭和 年 月 日 平成	番号
10		大正 昭和 年 月 日 平成	番号

様式 2 (第 6 条関係)

平成 年 月 日

社団法人 滋賀県トラック協会長 殿

住 所  
氏名又は名称  
代 表 者 名  
電 話 番 号

### 睡眠時無呼吸症候群簡易検査受診促進助成金交付申請書

睡眠時無呼吸症候群検査受診促進助成金交付要綱第 6 条第 2 項に基づき、助成金の交付について下記のとおり申請します。

記

助成金申請額 \_\_\_\_\_ 円

受診者数 × 4,000 円

1. 内訳

受診者数 計 \_\_\_\_\_ 名 (別紙簡易検査受診者名簿のとおり)

2. 添付書類

- 簡易検査受診者名簿

# 簡易検査受診者名簿

事業所名 \_\_\_\_\_

	氏 名	備 考
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

**睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査申込書兼委任状**

(検査・医療機関名)

平成 年 月 日

殿

事業者名 \_\_\_\_\_ (連絡責任者名 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」と言う)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通知書の受領については、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事から検査・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、下記の者の検査から得た個人情報の保護に充分配慮するとともに、「SAS」スクリーニング検査結果を理由に、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は医療精密機械であり取り扱いについては充分注意致します。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こと。  
なお、申込者より本状の写しを求められたときには渡すこと。

本状の取扱については、検査・医療機関、事業者、申込者ともに、個人情報保護法にもとづき、目的外利用及び紛失、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	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
2		氏名	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
3		氏名	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
4		氏名	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
5		氏名	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
6		氏名	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	

7	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年月日
8	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年月日
9	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年月日
10	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年月日
11	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年月日
12	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年月日
13	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年月日
14	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年月日
15	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年月日
16	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年月日
17	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年月日
18	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年月日
19	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年月日
20	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年月日

	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年 月 日
	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年 月 日
	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年 月 日
	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年 月 日
	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年 月 日
	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年 月 日
	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年 月 日
	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年 月 日
	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年 月 日
	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年 月 日
	氏名	〒	
	電話	同意年月日	年 月 日

\*用紙不足の場合は適宜コピーをしてご使用下さい。

睡眠時無呼吸症候群検査受診の（職員、社員・・・・）へ

（事業所名）

---

平成17年4月1日「個人情報の保護に関する法律」（平成15年5月30日・法律第57号）が公布施行され、各事業所においては個人情報の取り扱いに関して、一定の義務が課せられることになりました。

この法律では、原則として法律に定められた定期健康診断以外について、あらかじめ本人の同意がなければ個人情報を第三者には提供してはならないと規定されております。

つきましては、健康管理並びに安全管理等を効果的に行うため、標記の検査を希望される受診者の検査結果を検診機関から受領することについて同意していただくと共に、受診検診機関が、当該検診資料を医療を目的とした調査研究に利用されることにご理解をお願いいたします。

なお、検診に係る個人情報は利用目的の達成に必要な範囲を超えて使用いたしません。

-----

同 意 書

（事業所名） 宛

私は、睡眠時無呼吸症候群簡易診断及び簡易検査受診結果等について、受診検診機関から所属事業所へ提出することに同意いたします。

また、事業所が前記簡易診断及び簡易検査受診経費について、助成金申請のため社団法人滋賀県トラック協会に「簡易診断受診者名簿」及び「簡易検査受診者名簿」を提出することについても併せて同意いたします。

平成 年 月 日

（所 属）

---

受診者氏名

---