

睡眠時無呼吸症候群(SAS)検査助成金交付要綱

平成20年3月26日制定

令和7年4月1日最終改正

一般社団法人群馬県トラック協会

(目的)

第1条 この要綱は、感染症への抵抗力・免疫力を高めるためには、良質な睡眠が必要であることに鑑み、睡眠時無呼吸症候群(以下「SAS」という)患者の早期発見と適切な治療及びSAS治療中の運転者に対し、点呼時の健康管理等を通じて良質な睡眠を確保し、感染症防止、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、一般社団法人群馬県トラック協会(以下「県ト協」という)が、公益社団法人全日本トラック協会(以下「全ト協」という)とともに行うSASスクリーニング検査の受診助成金交付事業について必要な事項を定める。

(資格・要件)

第2条 助成対象者は、県ト協の会員に雇用されている運転者等とする。

- 2 会費の滞納がない会員とする。
- 3 1会員当たりの助成対象者数は、県ト協に報告されている労働者数を上限とする。但し、助成対象者が多数の場合はその数を調整することがある。

(指定助成検査・医療機関)

第3条 SASスクリーニング検査を実施する検査・医療機関は、全ト協が別に定める「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行う検査・医療機関の指定に関する規程」に基づき指定する。

(助成対象の検査)

第4条 助成対象となる検査は、次のとおりとする。

- (1) SASスクリーニング検査のうち健康保険適用外である第1次検査(簡易アンケートによるチェック、解析、判定)及び第2次検査(フローセンサ法やパルスオキシメトリ法等による簡易スクリーニング検査)
- (2) SASスクリーニング検査の結果から必要と判断された健康保険適用であるSAS精密検査(専門医による睡眠ポリグラフ検査)

(助成額)

第5条 助成交付額は、次のとおりとする。

- (1) SASスクリーニング検査(第1次・第2次検査)
 - ・全ト協 検査費用の半額(上限2,500円/人)
 - ・県ト協 検査費用の半額(上限2,500円/人)
- (2) SAS精密検査
 - ・県ト協 検査費用の額(上限5,000円/人)

(申請受付・助成対象期間等)

第6条 事前申込書による申請受付は、原則として令和7年12月5日までとする。

- 2 県ト協は、助成限度額(予算)及び利用状況等を勘案し、会員の申請受付を行う。
- 3 助成対象期間は、令和7年4月1日から令和8年2月24日までの間に受診が終了し、支払いが完了したものとする。

(助成適否の事前確認)

第7条 会員は、助成適用の適否について、事前に県ト協の確認を受けなければならない。

(検査の予約と申し込み)

第8条 第4条(1)に定めるSASスクリーニング検査については、次のとおりとする。

- (1) 会員は、「スクリーニング検査事前申込書【様式1-1】」(以下「事前申込書」という。)を県ト協に提出する。
- (2) 事前申込書を提出した会員は、検査を受けようとする指定検査・医療機関に予約し、予約した日より原則1ヶ月以内に検査を受けるものとする。
- 2 第4条(2)によりSAS精密検査を必要と判断された申込者は、第7条に基づき県ト協に確認を得た後、検査を受けようとする検査・医療機関に予約することとする。

(検査の受診)

- 第9条 会員、申込者は、SASスクリーニング検査にあたり、「スクリーニング検査申込書兼委任状【様式1-2】」(以下「申込書兼委任状」という。)に署名し、正本を指定検査・医療機関に提出し、写しを会員が保管する。
- 2 会員は、申込者が申込書兼委任状の写しを求めたときは当該者の欄のみの写しを交付する。
 - 3 申込書兼委任状の取り扱いについては、指定検査・医療機関及び会員は個人情報保護法に基づき、目的外利用及び紛失、流失等の無いよう充分注意しなければならない。

(助成金の請求)

- 第10条 第4条(1)に定めるSASスクリーニング検査については、次のとおりとする。
- (1) 会員は、SASスクリーニング検査終了後「スクリーニング検査実績報告書【様式1-3】」(以下「実績報告書」という)と指定検査・医療機関の検査費明細書の写し及び領収書の写しを添付し、県ト協に提出する。
 - (2) 県ト協は、前項の実績報告書を「スクリーニング検査助成金請求書【様式1-4】」にとりまとめ、全ト協に対して助成金の支払いを請求する。
 - 2 第4条(2)に定めるSAS精密検査を受診した会員、申込者は、「睡眠時無呼吸症候群精密検査助成金申請書【様式3】」(以下「申請書」という)に指定検査・医療機関の検査費明細書の写し及び領収書の写しを添付し、県ト協に提出する。

(助成金の交付)

- 第11条 県ト協は、会員から提出された実績報告書及び申請書の内容を審査し、本助成事業に適合すると認めた場合には、会員に対して第5条に定める助成金を交付するものとする。
- ※国からの補助金が交付されたスクリーニング検査に対しては、助成金を交付しない。

(助成金の返還)

- 第12条 県ト協は、次の各号のいずれかに該当するときは、会員に対し既に交付した助成金の全部もしくは一部の返還を命じることができる。
- (1) この要綱その他事項に違反したとき
 - (2) 虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受けたとき
 - 2 前項の規定により返還を命じられた会員については、県ト協が行う助成事業すべてに係る申請は、原則として当分の間、これを受付又は交付決定をおこなわないものとする。

(管理台帳の作成、保管)

- 第13条 県ト協は、本助成に関する管理台帳を作成して、管理、保管するものとする。

(その他)

- 第14条 本要綱に記載の無い事項については、県ト協と全ト協が協議し対処する。

(附 則)

本要綱は、令和7年4月1日から適用する。

別 表

第3条関係(指定検査・医療機関)

<SASスクリーニング検査>

- NPO法人 睡眠健康研究所
東京都世田谷区大原2-15-15
Tel 03-5355-9941
- NPO法人 ヘルスケアネットワーク (OCHIS)
 - ・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3F
Tel 06-6965-3666
 - ・東京都千代田区神田小川町1-3-1 NBF小川町ビルディング4F
Tel 03-3295-1271
- 一般財団法人 運輸・交通SAS対策支援センター
東京都新宿区四谷3-2-5 全日本トラック総合会館2F
Tel 03-3359-9010

<SAS精密検査>

注) 事前に担当医の在院日等を電話にてご確認願います。

- 群馬大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科
群馬県前橋市昭和町3-39-15
Tel 027-220-7111
- 前橋赤十字病院 呼吸器内科
群馬県前橋市朝倉町389-1
Tel 027-265-3333
- 群馬県済生会前橋病院 呼吸器内科
群馬県前橋市上新田町564-1
Tel 027-252-6011
- 群馬県立心臓血管センター 循環器科
群馬県前橋市亀泉町甲3-12
Tel 027-269-7455
- こやぎ内科
群馬県高崎市小八木町2031-6
Tel 027-365-5897
- 公立藤岡総合病院 呼吸器内科
群馬県藤岡市中栗須813-1
Tel 0274-22-3311
- 全仁会高木病院 SAS外来
群馬県桐生市相生町5-754
Tel 0277-53-7711
- 醫光会おうら病院 呼吸器内科
群馬県邑楽郡邑楽町篠塚3233-1
Tel 0276-88-5678

※上記以外で要綱第3条に定めた助成基準に該当する検査・医療機関については対象とする。

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

令和 年 月 日

一般社団法人群馬県トラック協会
会 長 武 井 宏 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	〒 ー
電話 / F A X 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	<u>NPO 法人 睡眠健康研究所</u>	人
	<u>NPO 法人 ヘルスケアネットワーク</u>	人
	<u>一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター</u>	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	
	〒 ー	
	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 1－2】

(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

令和 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	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
1				年 月 日
2				年 月 日
3				年 月 日
4				年 月 日
5				年 月 日

No.	機器No.	申込者 氏名	氏名ふりがな	同意年月日
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

(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

令和 年 月 日

一般社団法人群馬県トラック協会

会 長 武 井 宏 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

受診した検査・医療機関 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。	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 検査・医療機関名 _____ 代表者名 _____ 住所 〒 _____ _____ 電話番号 _____ 担当者名 _____		
事業 者 名			
代 表 者 名		印	
住 所		〒 _____	
電話 / F A X 番 号			
一次検査受診者数	人	二次検査受診者数	人
事前申込書【様式 1 - 1】でご記入いただいた申込み人数			人
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。 1. 申請通りに全員受診済み 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) ※ 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。			
振 込 先 金融機関	金融機関名	銀行 支店	
	口座名義		
	口座番号	1. 普通 2. 当座	

※ 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。

睡眠時無呼吸症候群精密検査助成金実績報告書

令和 年 月 日

一般社団法人群馬県トラック協会
会 長 武 井 宏 殿

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群精密検査の助成金の交付を申請いたします。

助成金交付申請金額 円 (名×上限@ 5,000円)

申 請 者	事 業 者 名							
	代 表 者 名	印						
	所 在 地	〒						
	電 話 番 号							
振 込 先 金融機関	金融機関名	銀行 金庫 組合		本店 支店				
	フリガナ							
	口座名義							
	種目及び 口座番号	種 目 (どちらかに○)	口 座 番 号 (右づめでご記入下さい)					
		1. 普通 2. 当座						

- 検査・医療機関の検査費明細書(検査内容が分かるもの)の写し及び領収書の写しを添付。
- 受診者は、「睡眠時無呼吸症候群精密検査受診者名簿」(2枚目)にご記入ください。
- 検査・医療機関が複数の場合は、機関ごとに名簿にご記入ください。
- 記入していただいた個人情報は、本助成業務以外では一切使用いたしません。

協会受付欄

睡眠時無呼吸症候群精密検査受診者名簿

事業者名 _____

検査・医療機関

医療機関名			医療機関名		
所在地			所在地		
電話番号			電話番号		
No.	氏 名	印	No.	氏 名	印
1			1		
2			2		
3			3		
4			4		
5			5		
6			6		
7			7		
8			8		
9			9		
10			10		

※検査・医療機関が3ヶ所以上の場合は、コピーしてご記入ください。