

平成23年度

トラック運転者等の「睡眠時無呼吸症候群」スクリーニング検査助成制度実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、奈良県トラック協会が、会員事業者に雇用されている運転者・荷扱手等（以下「運転者等」という）に対する「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を促進するため全日本トラック協会と協調して実施する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、奈良県トラック協会の会員事業者の奈良県内営業所で雇用されている運転者等とし、会費の滞納がない事業者とする。

(助成対象検査・医療機関)

第3条 助成対象検査・医療機関は、専門医が在籍し、適切な精度管理を定期的に行っている等、全日本トラック協会が認めた検査・医療機関とする。

2 全ト協指定の検査・医療機関は、別途指定する。尚、全ト協が指定する検査・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（簡易アンケートによるチェック、解析、判定）および第二次検査（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。

(助成人数・助成額)

第5条 助成人数・助成金額は、次のとおりとする。

- 1 全ト協枠 助成人数：100人  
助成額：2,500円/人
- 2 奈ト協枠 助成人数：200人  
助成額：1,000円/人

※ 但し、先着100人までは、全ト協・奈ト協両方の助成対象となりますが、その後は奈ト協だけの助成となる場合があります。

(申請受付等)

第6条 申請受付は随時行う。

2 奈良県トラック協会は、助成限度額（予算）及び利用状況等を勘案し、会員事業者の申請受付を行い、予算枠に達し次第、本助成を締め切るものとする。

(助成適否の事前確認)

第7条 会員事業者は、助成人数枠等による助成適用の可否について、事前に奈良県トラック協会の確認を得なければならない。

(検査の予約と申し込み)

第8条 会員事業者は、前条の確認を得た後、「トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査申込書(様式1)」(以下「申込書」という)を、奈良県トラック協会長に提出する。

2 申込書を提出した会員事業者は、検査を受けようとする検査・医療機関に予約する。

3 奈良県トラック協会は、会員事業者より提出された「申込書」を「トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査申込一覧(様式2)」にとりまとめ、正本を全ト協に提出する。

(検査の受診)

第9条 会員事業者、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、写しを会員事業者が保管する。

2 会員事業者は、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」の写しを求めたときは交付する。

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、会員事業者、申込者ともに、個人情報保護法に基づき、目的外利用および紛失、流失などの無いよう充分注意すること。

(助成金の請求)

第10条 検査終了後、会員事業者は速やかに「トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成金申請書(様式4)」(以下「申請書」という)を提出するものとする。但し、助成金交付期限は、平成24年1月31日までとする。

2 会員事業者は、「申請書」提出にあたり、当該検査・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する。

3 奈良県トラック協会は、「申請書」を「トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成金請求書一覧(様式5)」にとりまとめ、全ト協に提出する。

(助成金の交付)

第11条 奈良県トラック協会は、助成金申請書に基づき、全ト協と協調して、助成金を会員事業者に交付する。

(その他)

第12条 本要綱に記載の無い事項については、奈良県トラック協会の理事会で協議し、対処する。

この要綱は、平成17年7月27日から施行する。

【指定 検査・医療機関】

全ト協指定：〒156-0042 東京都世田谷区羽根木1-25-16

NPO法人 睡眠健康研究所

TEL03-5355-9941

FAX03-5355-9956 【受診料：1人につき¥5,000(税込)】

全ト協指定：〒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

NPO法人 大阪ヘルスケアネットワーク普及推進機構(OCHIS)

TEL06-6965-3666

FAX06-6965-5261 【受診料：1人につき¥5,000(税込)】