

眼科医のみなさまへ

眼科検診にあたってのお願い

<背景>

自動車運送事業(バス、タクシー、トラック)に従事する運転者の健康に起因する事故を防止するため、国土交通省では、有識者等で構成する「自動車運送事業に係る視野障害対策ワーキンググループ」において、運転者の視野障害に関する運転リスクの周知及び眼科検診の推奨を進めているところです。

その一環として、眼科検診の普及に向けたモデル事業を実施し、モニター事業者の運転者に実際に眼科検診を実施していただいた上で、その検診結果等から、眼科検診の導入効果等を調査することとしております。つきましては、下記の通り、運転者の眼科検診の実施及び検診結果の提供にご協力の程、よろしくお願い致します。

<受診内容>

視野障害発見のため、以下の眼科検診をお願いします。

- ・視力検査
- ・眼圧検査
- ・無散瞳眼底検査

※検診については原則保険適用外。

<ご提供頂きたい検診結果>

- 結果(下記の3分類から選択)
 - ① 異常所見あり(治療が必要)
 - ② 異常所見の疑いあり(精密検査が必要)
 - ③ 異常なし
- ①異常所見あり、②異常所見の疑いあり の場合、所見及び指示の内容

※ 診断書は必須ではなく、事業者もしくは運転者にお伝え頂けますようお願い致します。

(ご参考) 自動車運送事業者における視野障害対策 マニュアルについて

視野障害に関する運転のリスクの周知及び眼科検診の推奨を行うため、「自動車運送事業者における視野障害対策マニュアル」を令和4年3月に策定いたしました。マニュアルは国土交通省のホームページに掲載しておりますので、広くご活用いただければ幸いです。



ホームページ URL

https://www.mlit.go.jp/jidosha/anzen/03manual/data/visual_field_impairment_manual.pdf



【本件お問合せ先】

国土交通省自動車局安全政策課 上田 電話番号 03-5253-8111(内線41625)

眼科検診結果聴取フォーマット

眼科医名 _____

○ 結果(下記の3分類から選択)

① 異常所見あり(治療が必要) 病名 _____

② 異常所見の疑いあり(精密検査が必要)

③ 異常なし

↑ 1か所にチェック(✓)を入れる

○ 所見及び指示

①異常所見あり、②異常所見の疑いあり の場合、記載

--