

短期海外渡航

- 出国
- 飛行機への搭乗
- 現地での入国
- 現地での使用

飛行機への搭乗

- 機内持ち込みが望ましい
- 機内で使用する場合: 事前に航空会社へ連絡
 - シート電源を使用できるか?
 - バッテリー使用の際は、事前に製造元から資料の提出を求められる

全日空の場合

機内でのCPAPの使用について ×

← → ↻ <https://www.ana.co.jp/share/assist/14.html>

ANA Inspiration of JAPAN

English 各国のサイト

サポート

トップへ戻る

はじめに 障がいのあるお客さまへ 病気・けがのあるお客さまへ 機器・設備のご案内 よくあるお問い合わせ その他

[おからの不自由な方への空の旅へのお手伝い](#) > [機内でのCPAPの使用について](#)

English 文字のサイズ: 小 中 大

おからの不自由な方への空の旅へのお手伝い

機内でのCPAPの使用について



ANA スカイアシスト おからの不自由な方への空の旅へのお手伝いメニュー

必ず「安心してご利用いただくために」をご確認くださいませようお願いいたします。

(CPAP = Continuous Positive Airway Pressure)

【このページの目次】

- ▶ [機内での快適な睡眠に向けて](#)
- ▶ [機内でのCPAP使用について](#)
- ▶ [バッテリーでCPAPを使用される場合](#)
- ▶ [機内のシート\(パソコン\)電源でCPAPを使用される場合](#)

はじめに

- ▶ [安心してご利用いただくために](#)
- ▶ [ご予約から到着まで](#)
- ▶ [ANAの取組みについて](#)

障がいのあるお客さまへ

- ▶ [おからの不自由な方へのお手伝い](#)

全日空の場合

機内での快適な睡眠に向けて

ANAでは睡眠時無呼吸症候群やお客様の状況について少しでも理解を深めようと専門家のかたよりお話を伺うなどして日々努めております。

今後も機内で安心してお休みいただけるよう、快適な睡眠環境の提供に取り組んで参ります。

国家公務員共済組合連合会 [虎の門病院](#) 睡眠呼吸器科 睡眠センター 成井浩司センター長より以下のようなメッセージをいただきました。

『良い睡眠は健康と若さの秘訣。特に飛行時間が長い国際線の場合、心地よい睡眠は翌日の仕事などにも不可欠です。また、機内での快適な睡眠環境が整っているかは、エアラインを選ぶ際の重要なポイントでもあると考えます。

昨今、睡眠障害や不眠などで睡眠時無呼吸症候群(SAS)と診断され、CPAP療法を受けている患者さんも多く、機内でのCPAP使用も可能です。但し、一部のCPAP機種は使用が制限されるものもあるようなので、事前に航空会社にお問い合わせすることをお勧めします。』



全日空の場合

機内でのCPAP使用について

- ▶ お客様のCPAPが機内で使用可能なものか確認させていただきます（電磁波干渉、内蔵や外付けバッテリーの種類など）
- ▶ 機内で使用する場合でも診断書は必要ありません。
- ▶ CPAPは前の座席の下などにご収納ください。
- ▶ 当日安心してご使用いただけるよう、CPAPの製品名、型番、バッテリーの種類などを事前に「ANAおからだの不自由な方の相談デスク」にお知らせください。



[▲このページの先頭にもどる](#)

バッテリーでCPAPを使用される場合

- ▶ CPAPのバッテリーの種類・容量によっては危険物に該当し機内でのご使用やお預かりができないものがございます。
- ▶ 使用時間に応じた容量のバッテリーをご用意いただきますようお願いいたします。

全日空の場合

機内のシート(パソコン)電源でCPAPを使用される場合

- 離陸、着陸時および地上滞在中を除き、シート電源をご利用いただけます。一部の機材やご搭乗クラスにはシート電源の装備がない場合がありますのでご注意ください。シート電源の詳細については「[シート電源のご利用方法](#)」もご覧ください。
- シート電源を利用して使用できるCPAPは航空計器に支障がないことを検証したものに限られます。現在、シート電源をご利用いただけるCPAPについては以下のCPAPリストよりご確認ください。

※ 機内のシート電源はCPAP以外の医療機器にはご利用いただけません。

シート電源を使用できるCPAPリスト

オートセット C	オートセット S
ジャスミン(KM AUTO CPAP)	スリープメイト S8
スリープメイト S9	トランスセンド
BiPAP Auto M Series	BiPAP Auto M Series with Bi-Flex
BiPAP Auto System One	ICON
ICON AUTO	ICON AUTO+
ICON NOVO	ICON PREMO
REMstar Auto A-Flex System One	REMstar Auto C-Flex
REMstar Auto M Series	REMstar Auto M Series with A-Flex
REMstar Plus C-Flex	REMstar Plus M Series
REMstar Pro C-Flex	REMstar Pro C-Flex+ System One
REMstar Pro M Series	S8 レスポンド
S9 オート	S9 レスポンド
XT オート	

現地への入国のための書類(例)

XXXXX CLINIC SLEEP CENTER

住所(英文)

電話/FAX/メールなどの連絡先

日付:

To Whom It May Concern:

Certificate of Medical Treatment and Request for Assistance

The bearer of this letter, 患者さんの名前(英文), is one of my patients with obstructive sleep apnea syndrome. I have prescribed continuous positive airway pressure (CPAP) therapy for him using the device named CPAP装置の名称 (manufactured by 製造元の名称, distributed by 国内販売元 in Japan, value of XXXXJPY), which he carries with him/her to utilize nightly. The device is not his/her personal property nor for commercial purpose. It belongs to 処方した医療機関の名称(英文) and currently rented to him/her under Japanese public medical insurance system in order to treat his/her disease.

I cordially ask for your kind assistance and arrangement to help him/her manage the therapy duly.

Thank you.

Best regards,,

処方した医師のサイン

処方した医師の名前(英文),MD

医師の役職(英文)

医療機関名(英文)

現地での使用



- 電源規格の確認: 100～240V、50／60Hz
- 現地の電気規格に合った電源コード／ソケットの準備
- トラブル発生時
 - 渡航国に使用モデルのサービスが行える代理店があるか？
 - あった場合でも、日本で販売されたものに対するサービスが可能か？

長期にわたり海外に滞在する場合

それまで国内で医療保健下にて使用していたCPAPは返納する必要があります。

1. 現地で医療機関を受診して治療を受け、健康保健の海外療養費制度を利用する
2. 現地で医療機関を受診し、自費もしくは任意で加入する保険により治療を行う
3. 日本でCPAPを購入した上で持参する
4. 現地でCPAPを購入する(販売されている場合)

健康保健の海外療養費制度

治療費を現地で自身で支払い、帰国後に請求すると一部が還付される。
日本国内の診療報酬基準が適用されるため、全額が支払われるとは限らない。
翻訳文書作成費用は自己負担。

<社会保険の場合>

海外で受診した病院からの診療内容明細書と日本語訳文を社会保険事務所に提出すれば、日本の「診療報酬」に見合った額が払い戻される。

<国民保険の場合>

2001年1月1日より海外医療費の還付が可能となった。手続方法は、出国前に
<診療内容明細書と領収明細書>を市町村窓口で受け取り海外に持参。帰国後、
支給申請書、診療内容明細書、領収明細書と日本語訳文を窓口に出す。
また国民健康保険の海外診療は原則として1年以内の短期渡航者が対象。治療費
の払い戻し請求は治療費支払い日の翌日から起算して2年以内。また払い戻し金の
支給は、申請から2ヶ月後の月末までに振り込まれる。
詳細は社会保険事務所、市町村窓口にお問い合わせると良い。

海外の医療機関への紹介状(例)

日付(英文)

TO: 相手方の医師名(分かっている場合)

病院名(分かっている場合)

住所(分かっている場合)

RE: 患者名(英文)

患者の性別と年齢(英文)

患者の連絡先(英文)

Dear Dr. XXXX, もしくは To whom it may concern,

I am referring 患者さんの名前 to your clinic to receive nasal CPAP (continuous positive airway pressure) treatment for obstructive sleep apnea syndrome.

The patient should be seen at your earliest convenience.

Based on following findings, the patient has been diagnosed as mild/moderate/severe obstructive sleep apnea syndrome on 診断時の日付, and has been on CPAP treatment since 治療開始の日付.

BMI、血圧、ESS、服用している薬など必要あれば記載

Overnight polysomnography: PSG所見

Symptoms: 自覚症状

I have enclosed the following for your reference:

Diagnostic report of overnight polysomnography (診断時のPSGレポートを英文で出して添付する)

Please contact me with any questions regarding my findings or to fully discuss an appropriate treatment plan.

Sincerely,

担当医師のサイン

担当医師の名称(英文), M.D.

医師の役職(英文)

医療機関名(英文)

連絡先(英文)

海外SASプロジェクト

長崎大学／社会医療法人春回会井上病院／虎の門病院が共同でコンソーシアムを
組み、経済産業省の助成を受けて平成25年よりスタート。

現地にて日本人医師による国内同様の診療を受けながらCPAP治療を継続できる。
海外在留時は自費診療となるが、帰国後までシームレスな医療ケアを受けられる。
2015年2月現在、上海およびジャカルタにて対応。

CPAP提供システム



海外でのCPAP使用

	CPAP使用要件	対応
日本国内	月一回、医療機関受診	保険診療にてCPAP使用継続可
海外長期駐在 (現行)	月一回、国内の医療機 関を受診できない	保険診療不可 ⇒ 治療断念 もしくは 通販などでCPAP購入
海外長期駐在 (プロジェクト案)	月一回、国内の医療機 関を受診できない	CPAP購入 もしくは レンタル 信頼できる機種を 適正価格で！

現行では月1回の国内の医療機関受診が出来ず、治療を断念するか、通販などでCPAPを購入する他ありません。が、今回のプロジェクトでは月1回の国内の医療機関が受診出来なくても治療を断念する事なく、現地の医療機関での診察・治療、そしてCPAPの購入もしくはレンタルを信頼できる機種を適正価格で提供出来るようにしていきたいと思っています。



日本で**CPAP**を購入した上で持参する

- 担当医師から、購入用の指示書を発行してもらう。
- 指示書をもって販売業者へ購入申込み。

【現在CPAP購入に対応する販売業者】

株式会社MAGnet: TEL 03-3200-7033 FAX 03-3200-7034

Email info@magnet-japan.com

取扱機種:XTオート、ドリームスターオート、トランセンド

ねむりの樹: TEL 0800-111-0903 FAX 03-5802-2180 取扱機種:トランセンド

スリープクリニックショップ銀座: TEL 03-3535-0707

取扱機種:システムワン、XTオート、ドリームスターオート、トランセンド

- 海外滞在中の消耗品購入や修理は日本からとなるので注意が必要。
- 帰国後は継続してサービスは受けられる。

現地でCPAPを購入する

- 移住先でCPAPが購入可能か、及び購入の必要条件を確認する。
- 担当医師から、英文の処方指示書を発行してもらう。現地の医師からの処方指示書が必要な場合は、現地で医療機関を受診しなければならない。
- 処方指示書をもって販売業者へ購入申込み。
- 海外滞在中の消耗品購入や修理は現地販売業者から行われる。
- 帰国後はサービスが受けられない可能性があるので、購入する機種の国内の販売元に確認が必要。

現地の販売業者へ提出する処方指示書(例)

日付(英文)

TO: 販売業者名と連絡先

Prescription of CPAP Treatment

To whom it may concern,

I have prescribed nasal CPAP (continuous positive airway pressure) treatment for following patient.

Patient Name: 患者名(英文)

Patient Contact Information: 患者の連絡先(英文)

Gender: Male / Female

Age: 患者の年齢

Diagnosis: Obstructive Sleep Apnea Hypopnea Syndromeなど疾患名(英文)

Diagnosis Date: 診断時の日付

(今までCPAPを使用していた場合) *The patient has been on on CPAP treatment since 治療開始の日付.

BMI、血圧、ESS、服用している薬など必要あれば記載

CPAP Settings:

CPAP / APAP mode

(CPAPモードの場合) setting pressure: XX cmH₂O

(APAPモードの場合) starting pressure: XX cmH₂O, minimum pressure: XX cmH₂O, maximum pressure: XX cmH₂O

Ramp time: XX min

その他機種により快適機能設定等他の必要設定を記載

Please contact me with any questions regarding my findings or to fully discuss an appropriate treatment plan.

Sincerely,

担当医師のサイン

担当医師の名前(英文), M.D.

医師の役職(英文)

医療機関名(英文)

連絡先(英文)