

令和6年度 脳ドック実施要領

1 目的

この事業は、教職員等の脳疾患（脳血管障害、脳腫瘍など）の早期発見・予防を行い、自己の健康状態について正しく認識をするとともに適切な指導を受けることによって、健康の保持・増進を図ることを目的とする。

2 事業主体

公立学校共済組合愛媛支部（以下「共済組合」という。）

3 事業内容

日程	対象者※	募集人数
1日	共済組合の組合員で50歳以上の者	400人

※ 年齢は令和6年4月1日現在における年齢とする。

※ 疾病にて加療中の者、休職中の者（産休・育休中の者は除く。）及び組合員の被扶養者並びに令和5年度脳ドック受診者、令和6年度人間ドック受診決定者（重複申込みの場合は、人間ドックの実施決定が優先される。）は、対象外とする。

※ 令和6年4月1日から受診日まで継続して組合員である者に限る。

退職等により組合員資格を喪失した場合や任意継続組合員となった場合は受診資格を喪失する。

※ 次のような者は検査できない場合があるため、かかりつけ医等に相談のうえ、申し込むこと。

- ◇心臓ペースメーカー、人工心臓弁、脳動脈瘤クリップ、義眼、補聴器（埋め込み式）、人工関節等（※歯科インプラント治療をしている者は、医療機関へ申し出ること。）
- ◇過去に頭部の手術を受けたことがある者
- ◇閉所恐怖症の者

4 実施期間

令和6年7月から令和7年3月上旬まで

5 実施医療機関

実施医療機関一覧表（別表1）のとおり

6 検査内容

検査項目（別表2）による。（医療機関によって多少の差異あり）

7 検査料金及び費用の負担

(1) 受診者の自己負担額は、検査料金の20%とする。ただし、算出した自己負担額に100円未満の端数があるときは、50円未満は切り捨て、50円以上は100円に切り上げる。

(2) 自己負担額は、受診日当日に医療機関が指定する方法で受診者が直接納入のこと。なお、受診者が希望したオプション検査料金は、全額自己負担とする。

※ オプションに関する詳細は各医療機関へ問い合わせてください。

(3) 共済組合の費用負担は、検査料金から自己負担額を除いた額とする。

8 申込手続

所属所長は、所属所組合員の受診希望者を取りまとめ、受診申込書（別紙）に必要事項を記入のうえ、別に定める期日までに共済組合へ提出する。（充指導主事・長期研修者等は、実際の勤務先ではなく籍のある所属所から提出すること。）

なお、受診希望者は、第 11 項の内容を了承したうえで申し込むこと。

9 受診者の決定

- (1) 受診希望者が募集人員を上回る場合は、次の選考基準により優先順位を付し、受診者を決定するとともに、若干名の補欠をとる。

なお、脳ドックの優先順位は、人間ドックの優先順位とは異なる（節目年齢であっても優先されない）ため注意すること。

- ① 前回の脳ドック受診から経過年数が長い者を上位とする。（未受診者最上位）
- ② ①で同位の場合、前回の人間ドック受診からの経過年数の長い者をより上位とする。（未受診者最上位）

なお、各順位で同順位者のある場合、年齢の高い者を優先する。

- (2) 受診決定者の受診医療機関は、選考基準の優先順位上位者から順に決定する。

なお、優先順位及び医療機関の受診枠の関係で、希望する医療機関に決定しなかった場合は、受診枠に余裕のある医療機関の中から、受診希望月及び地域性等を考慮のうえ、支部長が決定する。

- (3) 受診及び補欠の決定、並びに受診者の受診日及び受診医療機関は、所属所長を通じて本人に通知する。

10 受診日の変更及び辞退

- (1) 受診決定後、公務や任期等の都合により、やむを得ず受診日を変更する場合は、受診者又は受診者の所属所の担当者が直接医療機関へ連絡・協議のうえ日程調整した後、速やかに共済組合へ変更後の日程を連絡する。

- (2) 受診決定後、公務や任期等の都合により、辞退する場合は、補欠者を繰り上げるため、速やかに共済組合へ連絡する。

11 受診結果の取扱い

共済組合の組合員が本事業に申し込んだ場合、共済組合がその受診結果を医療機関から直接取得し、組合員の健康管理及び特定保健指導に活用することに同意したものとみなす。