

3 へき地等ドック事業実施要項（1泊2日）

①目的	指定年齢かつへき地・特地・それに準ずる教育委員会に勤務し、居住地が宮崎市以外の組合員を対象に、生活習慣病予防及び疾病の早期発見のための精密検査を1泊2日で実施し、費用を助成する。	
②対象者	<p>①へき地・特地・それに準ずる教育委員会に勤務 ※へき地・特地に準ずる教育委員会…西米良村教育委員会、諸塚村教育委員会、椎葉村教育委員会、五ヶ瀬町教育委員会 ②居住地が宮崎市以外 ③令和6年4月1日現在、指定年齢（30・33・36・39・42・45・48・51・54・57・59・62・64歳）の組合員</p> <p>※資格喪失後の受診はできませんので、受診が決定した場合は任用期間中に受診できるよう日程調整を行ってください。（資格喪失後に受診した場合は受診料を返還していただくことになります。） なお、短期組合員については、申込締切日である令和6年4月10日までに組合員資格を取得した方に限ります。</p> <p>※任意継続組合員は除きます。 ※へき地・特地・それに準ずる教育委員会に勤務し、居住地が宮崎市の指定年齢の方及び宿泊ができない方は1日ドックの申込を行ってください。</p>	
③募集人員	100名	
④実施期間	令和6年6月中旬～令和7年2月末日	
⑤申込方法	<p>・申込書「様式1」（P17）により、各所属において受診希望者を取りまとめ、「宮崎県ファイル転送システム」を利用して、当支部へ報告してください。</p> <p>*提出期限 4月10日（水）必着</p>	
⑥受診決定方法	<p>・各健診機関の受診申込者が定員を超えた場合、過去の受診歴等を考慮の上システムにて抽選します。</p>	
⑦決定通知	<p>・決定者の受診日を指定し、5月中旬頃に各所属宛てに「当初決定者通知表（一覧）」を送付します。</p> <p>・受診予定月の前月に健診についての通知文を送付します。</p>	
⑧実施健診機関	別表3（P10）のとおり	
⑨検査項目	別表4（P11）のとおり	
⑩自己負担額及び助成金額	●基本コース	
	自己負担額	別表3（P10）のとおり
	<p>・<u>婦人がん検診は基本コースのセット内容になっているため、受診が必須になります。</u>やむを得ない事情でキャンセルする場合は、遅くとも1ヶ月前に必ず健診機関に連絡してください。</p> <p>・<u>胃透視を胃カメラに変更する場合は事前予約が必要です。</u>健診機関によっては、時期により予約できない場合もございます。御了承ください。</p>	
	●共済助成対象オプション検査	
	助成金額	4,000円
	対象検査	大腸内視鏡検査・頭部MRI/MRA・胸部CT検査
<p>・<u>受診希望者は、人間ドックの決定通知後、すぐに健診機関へ予約してください。</u>健診機関によっては、すぐに予約が埋まり受診できないことがあります。</p> <p>・別表3（P10）のオプション検査料金から共済助成金を除く金額が自己負担額となります。</p> <p>・助成対象オプション検査を行っていない健診機関もありますので、必ず別表4（P11）の検査項目を確認してください。</p>		

⑪ 服 務 について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県教育委員会事務局等職員及び県立学校の教職員は人間ドック受診とその後の結果説明については、職務専念義務が免除されます。 ・ 市町村立学校の教職員等については市町村教育委員会等のサービスの取扱いを確認してください。
⑫ 決 定 後 の 変 更 及 び 取 消	<ul style="list-style-type: none"> ・ 取消、変更は原則として認めません。 ・ 公務等やむを得ない事情の場合は、<u>所属長の了承の上で受診者と健診機関との間で日程調整を行い（様式3）P21により必ず受診者本人がFAXで当支部に報告してください。</u>
⑬ 特 定 健 康 診 査 へ の 健 診 結 果 の 利 用 及 び 特 定 保 健 指 導 の 受 診 に つ い て	<ul style="list-style-type: none"> ・ 40歳以上の共済組合員の健診結果については、当支部が実施する特定健康診査の健診結果として使用しますので、使用に同意した上で申込を行ってください。 ・ 受診結果により、特定保健指導対象者と判定された方は、人間ドック期間中に、無料で特定保健指導を受けることができます。 （※古賀駅前クリニック・野崎病院のみ）
⑭ 注 意 事 項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 希望する健診機関が集中し、第2希望までの健診機関に全て外れた場合には、希望していない健診機関で決定する場合があります。御了承ください。 受診が難しい場合は、健診機関に取消しの連絡を行った後、当支部にもFAXで報告してください。（「様式3」P21） ・ 受付時間が変更可能な場合がありますので、決定健診機関に御相談ください。 ・ 国が推奨する胃部エックス線検査の健診間隔は1年に1回です。したがって、定期健康診断などですでに検査を実施している場合は、身体の負担になるため人間ドックでは実施できなくなる場合があります。御了承ください。

別表3

へき地等ドック

健診機関コード	健診機関名	電話番号	自己負担額		胃バリウム検査を胃カメラ料金へ	助成対象オプション検査料金			定員予定
			基本	婦人がん検査		大腸がん内視鏡	頭部MRI/MRA	胸部CT	
02	善仁会病院総合健診センター 宮崎市新別府町江口950-1	0985-64-8088	男		+7,700	11,000	16,500	11,000	12
			女	+1,000		全大腸 16,500			18
03	古賀駅前クリニック健診センター 宮崎市高千穂通2-7-14	0985-22-2112	男		+5,500 (経鼻有)	便潜血のみ	16,500	11,000	15
			女	+1,000					15
04	野崎病院 宮崎市大字恒久5567	0985-54-8053	男		+0 (経鼻有)	S字結腸 5,500	16,500	7,700	20
			女	+1,000					20

※会場案内図 P28

別表4

令和6年度 へき地等泊ドック検査項目一覧表

検査区分	検査項目	善仁 会 病 院	古 賀 駅 前 ク リ ニ ック	野 崎 病 院
身体計測	身長・体重	○	○	○
	BMI（肥満度）	○	○	○
	腹 囲	○	○	○
	体脂肪率	○	○	○
眼科検査	眼 底	○	○	○
	眼 圧	○	○	○
視 力		○	○	○
聴 力		○	○	○
循環器検査	血 圧	○	○	○
	安静時心電図	○	○	○
	心拍数		○	○
呼吸器検査	肺機能検査	○	○	
	喀痰検査		▲	▲
	胸部X線	○	○	○
	胸部CT	11,000	8,250	7,700
血液一般	赤血球・白血球・ヘモグロビン	○	○	○
	ヘマトクリット・血小板	○	○	○
	MCH・MCV・MCHC	○	○	○
	血清鉄	○		○
	血液型			○(初回のみ)
	血液像(白血球分類)	○	○	▲
	フェリチン		○	
血糖検査	空腹時血糖値	○	○	○
	HbA1c	○	○	○
	糖負荷試験		○	
血中脂質検査	総コレステロール	○	○	○
	中性脂肪	○	○	○
	HDLコレステロール	○	○	○
	Non-HDLコレステロール	○	○	○
	LDLコレステロール	○	○	○
肝機能検査	GOT・GPT・γ-GTP他	○	○	○
	LDH	○	○	○
	総蛋白	○	○	○
	アルブミン	○	○	○
	総ビリルビン	○	○	○
	アルカリフォスファターゼ	○	○	○
	蛋白質分画・直接ビリルビン	○蛋		
	LAP	○		
	ZTT・TTT			
	コリンエステラーゼ	○	○	○
	B型肝炎抗原・抗体	○	○抗原	○
	O型肝炎抗体	○	○	○
	A/G比	○	○	○
	腎機能検査	尿素窒素	○	○
クレアチニン		○	○	○
尿 酸		○	○	○
Cl・Na・K		○	○	○
Ca・p		○	○	○Caのみ
eGFR		○	○	○

検査区分	検査項目	善仁 会 病 院	古 賀 駅 前 ク リ ニ ック	野 崎 病 院
膵機能検査	アミラーゼ他	○		○
尿 検 査	尿蛋白	○	○	○
	尿 糖	○	○	○
	ウロビリノーゲン	○	○	○
	尿潜血	○	○	○
	尿沈渣	○	○	
	PH	○	○	
	比 重	○	○	
炎症反応	ケトン体	○		
	CRP	○	○	○
	RAテスト又はRF	○		○
	血 沈	○		○
梅毒検査	ASO	○		
	CPK	○		○
	TPHA他			○
腫瘍マーカー	AFP		▲	○
	CEA	○	▲	○
	CA19-9		▲	○
	PSA	○	▲	○男性のみ
	CA125	○	▲	○女性のみ
甲 状 腺	血 液			▲
	超音波		○頸部	○
腹部(肝臓他)	超音波	○	○	○
	腹部CT		▲	
前立腺検査	超音波			
頸 部	超音波		○	▲
動脈硬化測定	動脈硬化指数	○		▲
	血圧脈波検査		▲	
骨密度検査			○	
胃 検 査	透視(X線)	○	○	○いずれかを選択
	カメラ(内視鏡)	+7,700	+5,500	
	胃がんリスク検査		▲	▲
大腸ガン検査	便潜血反応検査	○	○	○
	内視鏡	11,000		5,500(S状検査)
	全大腸検査			
頭 部	MRI	16,500	16,500	16,500
	MRA			
心不全/心マーカー	BNP/NT-proBNP		▲	▲
問 診	内科診察	○	○	○
○婦人がん健診(自己負担額1,000円)				
乳ガン検査	超音波	○いずれかを選択	◎	◎いずれかを選択
	マンモグラフィー		◎	
子宮ガン検査	子宮細胞診	◎	◎	◎

【表の見方】

- 印の付いているものが基本セット健診の検査項目となります。受診しなくても自己負担額は変わりません。
- 表中のオプション検査の価格は税込です。その他オプションとして受診可能な項目は▲印で示してあります。金額は健診機関におたずねください。
- 胃検査は○印がついている方が標準検査ですが、+表示の金額を追加して胃カメラに変更できます。
- 助成対象オプション胸部CT、大腸がん検査の内視鏡・全大腸及び頭部MRI・MRAについては、表示金額から4,000円を差し引いた額を健診機関へお支払いいただきます。
- ◎印が婦人がん健診の検査項目となり、自己負担額1,000円で受診できます。
- オプション検査を希望する場合は必ず早めに健診機関に御連絡ください。健診機関によっては受診できないことがあります。