

福岡県医発第 137 号 (地)

平成16年 4月16日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 竹 嶋 康 弘



骨髓バンク患者負担金改正及び免除規定改正について

標記の件につきまして、別添のとおり財団法人骨髓移植推進財団より福岡県保健福祉部長を通じ通知がありましたので、ご参考までに送付いたします。

なお、関係機関へは福岡県保健福祉部健康対策課疾病対策係より直接通知してありますことを申し添えます。

小郡三井医師会より

担当理事 友清 明



(公印省略)

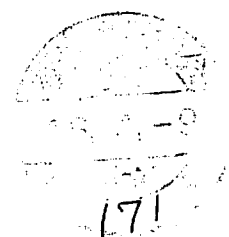
1 6 健 第 5 3 号
平成 1 6 年 4 月 7 日

社 団 法 人 福 岡 県 医 師 会 長
社 団 法 人 福 岡 県 病 院 協 会 長 殿
社 団 法 人 福 岡 県 私 設 病 院 協 会 長

福 岡 県 保 健 福 祉 部 長
(健康対策課疾病対策係)

骨髄バンク患者負担金改正及び免除規定改正について

このことについて、別添のとおり財団法人骨髄移植推進財団から通知がありましたので、貴管下医療機関への周知につきよろしく申し上げます。



事務連絡
平成16年4月1日

各都道府 保健衛生部（局）
政令市 保健衛生部（局）
骨髄バンク事業ご担当課長 様

財団法人骨髄移植推進財団
事務局長 大石源誌

骨髄バンク患者負担金改正及び免除規定改正のご周知・広報のお願い

日頃より、骨髄バンク事業の推進に特別なるご尽力を賜り衷心から厚く御礼申し上げます。

さて、日本骨髄バンクを仲介する非血縁者間骨髄移植においては、移植希望患者と提供希望のドナー候補者を結びつけるための連絡調整（コーディネーター）、組織適合性試験等の費用については、患者さんに応分の自己負担をしていただいております。

この度、国庫補助金の増額、医療保険診療報酬の改正に伴い、患者負担軽減を図る観点から、本年4月1日付にて、骨髄バンク負担金の改正及び免除基準の改正をいたしました。詳細は、別添資料のとおりです。

つきましては、患者・家族をはじめ広く住民の方々にご周知賜りたく、公務ご多忙の中と存じますが、何卒、貴管轄下の保健所、市町村等の関係者にご周知広報連絡していただけますようお願い申し上げます。



患者負担金についての説明書

(財) 骨髄移植推進財団

2004年4月1日改定

当財団では、骨髄バンクを介して骨髄移植を希望される患者様・ご家族様に、コーディネートの各過程における手数料、検査料等をご負担いただいております。

何卒、ご理解のうえお支払いくださいますようお願いいたします。

	負担金項目	金額	備考
1	確認検査料		
	患者様	26,000円	
	ドナー候補者	34,000円	ドナー候補者1名毎に請求
	その他の検査料		HLA-A座、B座の特定座のDNA
	患者様	16,000円	タイピングを希望する場合に請求
	ドナー候補者	16,000円	ドナー候補者1名毎に請求
2	ドナー確認検査手数料	15,000円	ドナー候補者1名毎に請求
3	最終同意等調整料	58,000円	
4	ドナー団体傷害保険料	25,000円	
5	骨髄提供調整料	66,000円	医療保険返金分の差し引き後の金額

1. 確認検査料

患者様あるいはドナー候補者（以下ドナーと称する）の方の確認検査を実施した場合の検査料です。検査結果報告時に請求いたします。ドナーの確認検査料は、検査を行う人数分発生します。

患者様の検査費用 2万6000円
 ドナーの検査費用（1人につき） 3万4000円
 （HLA 検査費用2万6000円、一般血液検査費用8000円）

ただし、HLA-A、B座のDNAタイピング検査を希望する場合*は、患者様1万6000円、ドナー1万6000円が1名毎に請求されます。

* HLA に A2、A26、B15、B39、B40、B61、B62、B75 のいずれかの抗原を有しているか、HLA-B 座が (B60、-) の場合に限ります。

また、希望により対象抗原以外の HLA-A、B、C 座の DNA タイピング検査を行うことも可能です。HLA-A 座 1万6000円、HLA-B 座 1万6500円、HLA-C 座 1万7000円の追加料金が必要となります。検査の依頼等については登録責任医師とご相談ください。

なお、HLA 適合ドナーが複数いる場合、同時にコーディネートを進められるドナーは5名までとなります。よりよいドナーを選ぶために、登録責任医師とよくお話し合いをしていただくようお願いいたします。また、経済的な理由などから、コーディネートを進行するドナーの人数を制限することも可能です。登録責任医師とご相談ください。

2. ドナー確認検査手数料

ドナーが、確認検査採血を実施した場合の連絡調整手数料です。

検査結果報告時に、ドナー1人毎に1万5000円を請求いたします。ドナーの連絡調整や採血に伴う費用・交通費などが含まれています。

3. 最終同意等調整料

ドナーの最終同意が確認された時点で、5万8000円を請求いたします。

同意が得られなかった場合は請求いたしません。ドナーの最終同意確認のために要する連絡調整費用や交通費、また、ドナーの術前健康診断、自己血採取等に要する連絡費用や交通費などが含まれています。

4. ドナー団体傷害保険料

ドナーの最終同意が確認された時点で、2万5000円を請求いたします。

提供ドナーが骨髄採取に伴う万一の事故に遭われた場合を補償するための傷害保険料です。

5. 骨髄提供調整料

ドナーの最終同意が確認された時点で、6万6000円を請求いたします。

提供ドナーの骨髄提供の入院に伴う連絡調整費用や交通費、健康状態のフォローアップに要する費用、また、移植成績を含めた各種統計調査に要する費用などが含まれています。

1) ドナーの最終同意確認後に請求する金額について（上記3・4・5を一括請求）

最終同意等調整料5万8000円、ドナー団体傷害保険料2万5000円、骨髄提供調整料6万6000円の合計14万9000円を一括して請求いたします。

2) 移植が成立しなかった場合

移植が成立しなかった場合は、ドナー団体傷害保険料、骨髄提供調整料は返金いたします。

6. その他

- * 患者負担金の全て、または一部を免除する制度があります。

別添の「患者負担金の免除について」をご参照ください。経済的に困りの患者様には、世帯の所得税の年額等により負担金の免除が受けられます。なお、免除申請されてもコーディネート進行上、不利益が及ぶことは全くありません。ご心配やご遠慮なく申請してください。

- * 最終同意確認後であっても、ドナーの検査結果や健康状態、あるいはやむを得ない事情により、骨髄移植に至らない場合もありますので、あらかじめご承知おきください。

- * 骨髄液運搬費用は、保険の療養費払いとなります。一度お支払いいただいた後に、加入の医療保険に療養費として申請すると、後日医療保険より返金があります(海外からの骨髄提供も同様です)。具体的な申請方法につきましては、加入されている保険組合・社会保険事務所等にお問い合わせください。

- * ドナーが骨髄提供入院する際に特室料（差額ベッド代）が生じたときは、患者様の自己負担となります。金額は、数万円～30万円程度と、採取施設や空き室状況によって変わりますのでご了承ください。

詳細につきましては、下記までお問い合わせください。

(財) 骨髄移植推進財団 患者問い合わせ窓口

電話 03-3296-8699

患者負担金の免除について

2004年4月1日改定

当財団では、骨髄バンクを介して骨髄移植を希望される患者様・ご家族に、患者負担金としてコーディネートの各過程における料金をご負担いただいております。

経済的な事情で支払いが困難な方々には、免除基準により負担額の全部、または一部を免除しています。以下の1または2に該当する方（世帯）が対象となります。

1. 生活保護世帯
2. 経済的にお困りで、親族などから援助が期待できない以下の世帯
 - イ 住民税非課税世帯
 - ロ 所得税非課税世帯
 - ハ 所得税・住民税の年額が、下表に該当する世帯

免除基準を適用する世帯	免除率
生活保護受給世帯 住民税非課税世帯 所得税非課税世帯	100%
所得税年額16,800円以下の世帯	90%
所得税年額42,000円以下の世帯	70%
所得税年額80,000円以下の世帯	50%

負担金の免除を希望される場合は、別添の免除申請書に必要事項記入のうえ、公的機関の証明書等を添付し当財団事務局まで、郵送にて申請をお願いします。
必要な公的機関の証明書は、以下のとおりです。

- ・ 生活保護世帯の場合
 - 生活保護世帯証明書（証明機関：福祉事務所、都道府県）
 - 同居世帯全員の住民票（発行機関：市町村、区役所）
- ・ 生活保護以外の世帯の場合
 - 同居世帯全員の住民票（発行機関：市町村、区役所）
 - 所得がある家族の源泉徴収票（発行機関：勤務先）、
 - 税額証明書（発行機関：市町村、区役所、税務署）
 - 所得がない家族の非課税証明書（発行機関：市町村、区役所）

骨髓バンク患者負担金の推移

平成16年4月1日現在
(財) 骨髓移植推進財団事務局

(単位:円)

項目	13年度	項目	14年度	15年度	16年度
登録料	30,000	(登録料廃止)			
コーディネーター料(人数に関わりなく一律)	100,000	コーディネーター料(人数に関わりなく一律)	70,000	20,000	0
ドナー健康管理等調査費	* 116,000	ドナー確認検査手数料(1人当り)	20,000	20,000	15,000
患者確認検査料	42,000	最終同意調整料	80,000	80,000	58,000
ドナー確認検査料(1人当り)	50,000	骨髓提供調整料	* 300,000	* 300,000	* 66,000
ドナー団体傷害保険料	25,000	患者確認検査料	42,000	42,000	42,000
再登録料	10,000	ドナー確認検査料(1人当り)	50,000	50,000	50,000
医療保険適用分の取扱い	* 移植成立時 84,000円返金	ドナー団体傷害保険料	25,000	25,000	25,000
		(再登録料廃止)			
		医療保険適用分の取扱い	* 移植成立時 234,000円返金	* 移植成立時 234,000円返金	* 提供料は実際の 請求額で料金設定

ケース別負担金額(実際の請求額)	13年度	ケース別負担金額(実際の請求額)	14年度	15年度	16年度
ドナー5人検査、移植成立	479,000	ドナー5人検査、移植成立	633,000	583,000	516,000
ドナー4人検査、移植成立	429,000	ドナー4人検査、移植成立	563,000	513,000	451,000
ドナー3人検査、移植成立	379,000	ドナー3人検査、移植成立	493,000	443,000	386,000
ドナー2人検査、移植成立	329,000	ドナー2人検査、移植成立	423,000	373,000	321,000
ドナー1人検査、移植成立	279,000	ドナー1人検査、移植成立	353,000	303,000	256,000
ドナー5名検査、移植不成立	422,000	ドナー5名検査、移植不成立	462,000	412,000	367,000
ドナー4名検査、移植不成立	372,000	ドナー4名検査、移植不成立	392,000	342,000	302,000
ドナー3名検査、移植不成立	322,000	ドナー3名検査、移植不成立	322,000	272,000	237,000
ドナー2名検査、移植不成立	272,000	ドナー2名検査、移植不成立	252,000	202,000	172,000
ドナー1名検査、移植不成立	222,000	ドナー1名検査、移植不成立	182,000	132,000	107,000