

がん対策審議会 子ども・AYA世代部会	(県) 参考資料
令和4年2月1日(火)	3

千葉県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要綱

(目的)

第1条 本事業は、将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA 世代のがん患者等が希望をもってがん治療等に取り組めるように、将来子どもを出産することができる可能性を温存するための妊孕性温存療法に要する費用の一部を助成し、その経済的負担の軽減を図るとともに、患者からの臨床データ等を収集し、妊孕性温存療法の有効性・安全性のエビデンス創出や長期にわたる検体保存のガイドライン作成などの妊孕性温存療法の研究を促進することを目的とする。

(対象者)

第2条 本事業の対象者については、次の各号に掲げる要件を全て満たす者とする。

(1) 第7条に定める助成の申請時において千葉県内に住所を有し、かつ第3条に定める対象となる治療の凍結保存時において年齢が満43歳未満の者。

(2) 対象となる原疾患の治療内容については、以下のいずれかとする。

ア 「小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」(日本癌治療学会)の妊孕性低下リスク分類に示された治療のうち、高・中間・低リスクの治療
イ 長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定されるがん疾患：乳がん(ホルモン療法)等

ウ 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患：再生不良性貧血、遺伝性骨髄不全症候群(ファンconi貧血等)、原発性免疫不全症候群、先天代謝異常症、サラセミア、鎌状赤血球症、慢性活動性EBウイルス感染症等

エ アルキル化剤が投与される非がん疾患：全身性エリテマトーデス、ループス腎炎、多発性筋炎・皮膚筋炎、ベーチェット病等

(3) 対象者の妊孕性温存療法に伴う影響について評価

知事が第4条により指定する医療機関(以下「指定医療機関」という。)の生殖医療を専門とする医師及び原疾患担当医師により、妊孕性温存療法に伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められる者。ただし、子宮摘出が必要な場合など、本人が妊娠できないことが想定される場合は除く。また、(2)の治療前を基本としているが、治療中及び治療後であっても医学的な必要性がある場合には対象とする。

(4) 対象者の同意

指定医療機関から妊孕性温存療法を受けること及び第1条に定める研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を受け、本事業に参加することについての同意した者。
なお、対象者が未成年の場合は、できる限り本人も説明を受けた上で、親権者又は未成年後見人による同意を得ること。

(5) 知事が第4条により指定する医療機関において妊孕性温存療法を受けたこと。

(対象となる妊孕性温存療法に係る治療)

第3条 本事業の対象となる妊孕性温存療法に係る治療については、以下のいずれかとする。

なお、精子・卵子等が採取できなかつた場合等も助成対象とする。

- (1) 胚(受精卵)凍結に係る治療
- (2) 未受精卵凍結に係る治療
- (3) 卵巣組織凍結に係る治療(組織の再移植を含む)
- (4) 精子凍結に係る治療
- (5) 精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療

(指定医療機関の指定等)

第4条 知事は、助成の対象となる妊孕性温存療法実施医療機関を指定するものとする。

- 2 前項の規定による医療機関の指定は、妊孕性温存療法実施医療機関(検体保存機関)として、日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会が認定した医療機関のうち、第5条に定める事項を実施できる医療機関を指定医療機関として指定する。
- 3 指定を受けようとする医療機関は、千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業指定医療機関指定申請書(様式第2号)に必要事項を記載して知事に提出しなければならない。
- 4 知事は前項の申請書を受理した場合は、速やかに審査し、必要に応じて現地調査を行い、指定するときは、千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業指定医療機関指定書(様式第5号)を交付し、指定しないときにはその旨を申請者に通知するものとする。
- 5 知事は、日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会が医療機関を認定するまでの期間については、日本産科婦人科学会の医学的適応による未受精卵子、胚(受精卵)及び卵巣組織の凍結・保存に関する登録施設のうち、第5条に定める事項を実施できる医療機関を指定医療機関として指定することができる。

- 6 令和4年3月31日までに知事の指定を受けた指定医療機関は、本実施要綱の適用日から、指定医療機関の指定を受けていたものとみなす。
- 7 知事は、他の都道府県知事が指定した医療機関を指定医療機関とみなす。
- 8 知事は、指定医療機関から指定の辞退の申出があったとき、指定医療機関が指定要件を欠くに至ったとき、又は、指定医療機関として不相当と認めるものであるときは、その指定を取り消すことができる。
- 9 指定医療機関がその名称、住所地等を変更する場合は千葉県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施医療機関変更等届（様式第6号）により知事に届け出なければならない。妊孕性温存療法を休止、再開又は廃止する場合においても、同様とする。

(県指定医療機関の指定要件)

第5条 指定医療機関は、次の各号に掲げる内容を実施することとする。

- (1) 対象者への情報提供・相談支援・精神心理的支援を行う。
- (2) 臨床情報等のデータを日本がん・生殖医療登録システムへ入力する。また、定期的（年1回以上）に患者のフォローアップを行い、自然妊娠を含む妊娠・出産・検体保存状況及び原疾患の転帰等の情報を日本がん・生殖医療登録システムへ入力する。
- (3) 対象者に対して、以下のとおり同意を得ること。
 - ア 妊孕性温存療法を受けること及び第1条に定める研究への臨床情報等の提供を行うことについて説明を行った上で、本事業に参加することの同意を得ること。
 - イ 対象者が未成年の場合は、できる限り本人に対しても説明を行った上で、親権者又は未成年後見人による同意を得ること。
 - ウ イの同意取得時に未成年だった対象者が成人した時点で、検体凍結保存の継続について、説明を行った上で同意を得ること。

(助成の内容)

第6条 本事業の助成対象となる費用は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存に要した医療保険適用外費用とし、助成の内容は次の各号のとおりとする。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外とする。

- (1) 治療ごとの1回あたりの助成上限額については、別表1のとおりとする。
- (2) 助成回数は、対象者一人に対して通算2回までとする。なお、異なる治療を受けた

場合であっても通算2回までとする。

- (3) 他の都道府県が実施する「小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」による助成についても、通算回数に含めるものとする。
- (4) 本事業の対象となる費用について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく助成又はその他の制度による助成を受けている場合は対象外とする。
- (5) 体調不良などにより医師の判断に基づき妊孕性温存療法を中止した場合も助成の対象とする。

(助成の申請)

第7条 助成の申請は、千葉県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業参加申請書（様式第1-1号）に次の各号に掲げる書類を添付して行う。

- (1) 千葉県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書（妊孕性温存療法実施医療機関用）（様式第1-2号）
- (2) 千葉県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書（原疾患治療実施医療機関用）（様式第1-3号）
- (3) 住所地を証明する住民票（原本）（個人番号の記載のないもので、発行から3ヶ月以内のもの）
- (4) 当該申請に係る温存治療に要する額が確認できる医療機関が発行した領収書等
- (5) その他、知事が必要と認める書類

2 前項の申請は、凍結保存時の属する年度内に行うものとする。ただし、対象となる妊孕性温存療法に係る治療を実施後、期間を置かずに原疾患の治療を開始する必要がある等のやむを得ない事情により、当該年度内に申請することが困難であった場合には、翌年度に行うことができる。

(助成の決定)

第8条 知事は、前条の規定による申請があったときはその内容を審査し、適正と認めるとき、千葉県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業助成承認決定通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。

- 2 知事は、前項の規定により助成することと決定したものに対しては、助成金を支払うものとする。
- 3 第1項の審査の結果、申請内容が適正と認められないときは、その理由を付した千葉県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業助成不承認決定通知書（様式

第4号)を申請者に通知するものとする。

(助成金の返還)

第9条 知事は、申請書に虚偽の記載をするなど、不正な手段をもって助成を受けたものがある場合は、その者に対し、既に受けた助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(台帳の整備)

第10条 知事は、助成の状況を明確にするため、本事業に係る台帳を整備し、助成の状況を把握する。なお、転居等により以前の助成状況を把握していない場合は、前住所地等へ照会するなど適宜確認を行う。

(個人情報の取扱い)

第11条 本事業の実施に当たっては、本事業によって知り得た情報の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人情報の取扱いについては、十分配慮する。また、本事業により知り得た個人情報は、本事業の目的以外に使用してはならない。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、知事が別に定める。

別表1

対象となる治療	1回あたりの助成上限額
胚(受精卵)凍結に係る治療	35万円
未受精卵凍結に係る治療	20万円
卵巣組織凍結に係る治療	40万円
精子凍結に係る治療	2万5千円
精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療	35万円

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和3年10月12日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

様式第1-1号

千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業参加申請書

千葉県知事 様

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな	-----				妊孕性温存療法を受けた者との関係		
	氏名							
	生年月日・性別	年	月	日生()歳	男	・	女	
	住所	〒 -						
	電話番号	-				-		
妊孕性温存療法を受けた者 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	-----						
	氏名							
	生年月日・性別	年	月	日生()歳	男	・	女	
	住所	〒 -						
		電話番号		-		-		
妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)				1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は千葉県) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) →都道府県名 { }				
千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の対象となる費用について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」等他の公的な助成金等を受けていますか。				はい ・ いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません				
添付書類	(添付したものに☑) <input type="checkbox"/> 千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第1-2号) <input type="checkbox"/> 千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第1-3号) <input type="checkbox"/> 住民票(原本)…発行から3か月以内。個人番号の記載不要。 <input type="checkbox"/> 領収書(原本)…領収金額内訳証明書にあるもの全て。明細書がある場合は明細書も添付。 <input type="checkbox"/> 通帳等の写し…振込先の金融機関名・支店名・口座番号等が確認できるもの。							
振込先	フリガナ			金融機関名			支店名	支店
	口座名義							
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号				
以下の事項について同意します。(同意いただけない場合は、本助成を受けることができません)								
<ul style="list-style-type: none"> ・本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業に臨床情報等を提供すること。(原則として、生殖可能年齢を越える、あるいは、検体破棄申告があるまでの期間) ・本事業及び特定不妊治療費助成事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。 								
年 月 日								
申請者氏名				助成決定金額 ※千葉県使用欄				
_____				円				

◎注意事項

- 1 妊孕性温存療法を受けた方が未婚で未成年の場合は、申請者欄には親権者名又は未成年後見人名を記載してください。
- 2 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 3 助成決定金額は、千葉県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- 5 助成額は、妊孕性温存療法に要した医療保険適用外費用であり、精子は2万5千円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵子は20万円、卵巣組織は40万円が上限となります。
- 6 助成回数は、合計2回までです。
- 7 本事業の対象となる費用について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」等他の公的な助成金等を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。
- 8 医療機関によっては、様式第1-2号及び様式第1-3号の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。

郵送先

〒260-8667
千葉県千葉市中央区市場町1-1
千葉県庁 健康づくり支援課 がん対策班
妊孕性温存助成担当

問合せ先

千葉県健康福祉部 健康づくり支援課 がん対策班
電話：043（223）2402・2686

様式第1-2号(表)※裏面にも記載箇所あり

千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書
(妊孕性温存療法実施医療機関)

千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存療法(※1)を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 _____
 医療機関の名称 _____
 診療科 _____
 妊孕性温存療法主治医氏名 _____

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日・性別等	年 月 日生 (妊孕性温存療法終了日の年齢※2) 歳	男・女
千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の指定医療機関ですか。		はい ・ いいえ	
妊孕性温存療法について紹介を受けた原疾患主治医が所属する医療機関名と当該医師名		医療機関の名称 () 原疾患主治医の氏名 ()	
妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)		1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は千葉県) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) →都道府県名 { }	
治療方法	I	男性へ妊孕性温存療法を実施した場合は、こちらに記入してください。 (いずれかの番号に○を付けてください。)	
		1 精子凍結保存	妊孕性温存療法開始日 (年 月 日) 凍結保存日 (年 月 日) 妊孕性温存療法終了日 (年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)
		2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	実施医療機関 ()
	II	女性へ妊孕性温存療法を実施した場合はこちらに記入してください。 (いずれかの番号に○を付けてください。)	
		1 胚(受精卵)凍結保存	妊孕性温存療法開始日 (年 月 日) 凍結保存日 (年 月 日) 妊孕性温存療法終了日 (年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)
		2 未受精卵子凍結保存 3 卵巣組織凍結保存	実施医療機関 ()
III	I、II以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに御記入ください。 (※3) 他医療機関への依頼 あり ・ なし 院外処方 あり ・ なし 医療機関名 () 依頼内容 () 上記の医療費について、今回の領収金額に 含む ・ 含まない		
領収金額合計		円 (内訳は裏面のとおりに)	
備考(※4)			

- ※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚(受精卵)を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。
- ※2 精子、卵子、卵巣組織又は胚(受精卵)の凍結保存を行った日。
- ※3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。
- ※4 妊孕性温存療法が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記載してください。

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
精子、卵子、卵巢組織の採取に要した費用（検査や排卵誘発剤代などを含む）	円
胚（受精卵）を凍結保存する場合の受精に要した費用（受精料、培養料など）	円
凍結保存に要した費用（凍結処置料、初回の凍結保存料など（更新料は含まない））	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
その他（ ）	円
合 計	円

治療期間
年 月 日～ 年 月 日

領収金額に関する問合せ先	
担当課	
担当者	
電話番号	— —

- ・ 助成対象となる費用のみを計上してください。
- ・ 助成の対象となる費用は、ガイドラインに基づき行われる妊孕性温存療法に要する費用のうち、精子、卵子、卵巢組織の採取及び凍結並びに胚（受精卵）の凍結に係る医療保険適用外費用とします。
- ・ 助成の対象となる費用は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- ・ 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。

千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書
(原疾患治療実施医療機関)

事業対象となる生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を次のとおり実施した
(実施予定である) ことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科

原疾患治療主治医氏名

妊孕性 温存療法 を受けた者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日 ・性別等	年 月 日生 () 歳	男 ・ 女
治療方法	原疾患について		
	原疾患名 (※)	左記の診断日	
	()	年 月 日 診断医療機関名 ()	
治療方法	原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療		
	治療内容に○を付けてください。 (複数可)	事業の対象となる原疾患治療を開始した日 又は開始予定日	
	1 薬物療法 2 放射線療法 3 その他 ()	年 月 日 実施医療機関名 ()	
妊孕性温存療法実施医療機関名 ()			
妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)		1 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は千葉県) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) →都道府県名 { }	

※ 原疾患名の欄には、がん等の診断名(例：悪性リンパ腫、再生不良性貧血など)を記載してください。

千葉県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業指定医療機関
指定申請書

千葉県知事 様

開設者の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

開設者の氏名（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）

千葉県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業における指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、「千葉県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要綱」の定める事項に従います。

記

医療機関	名称	電話（ ）						
	所在地							
	医療機関コード							
開設年月日		年 月 日						
開設者	住所（※1）							
	氏名（※2）							
1. 学会による認定等 <input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）として、日本産科婦人科学会の認定を受けている。 <input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）として、日本泌尿器科学会の認定を受けている。 <input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会の医学的適応による未受精卵子、胚（受精卵）及び卵巣組織の凍結・保存に関する登録施設である。（※3） 2. 実施事項 <input type="checkbox"/> 県指定医療機関に求められる「千葉県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要綱」の第5条に定める事項を実施できる。								

※1）開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地

※2）開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名

※3）日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会が医療機関を認定するまでの期間についてのみ指定医療機関の要件を満たす。

様式第3号

第 号
年 月 日

様

千葉県知事

千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業
助成承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった妊孕性温存療法費の助成について、承認することとし、下記金額を助成することを決定したので通知します。

助成することとした額 金 _____ 円

第 号

年 月 日

千葉県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業
指定医療機関指定書

年 月 日付けで申請のあった千葉県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業指定医療機関指定申請については、千葉県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要綱第 4 条の規定により、下記のとおり指定します。

千葉県知事

印

記

1 指定医療機関の名称

2 所在地

3 指定年月日 年 月 日

様式第6号

千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業指定医療機関
変更等届

年 月 日

千葉県知事

様

医療機関の住所

医療機関の名称

代表者氏名

下記のとおり $\left(\begin{array}{cc} \text{変更する} & \text{再開する} \\ \text{休止する} & \text{廃止する} \end{array} \right)$ ので、千葉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要綱第4条の規定により届け出ます。

記

1 指定医療機関の名称

2 所在地

3 変更の内容

4 $\left(\begin{array}{cc} \text{変更} & \text{再開} \\ \text{休止} & \text{廃止} \end{array} \right)$ 年月日 年 月 日

5 $\left(\begin{array}{cc} \text{変更} & \text{再開} \\ \text{休止} & \text{廃止} \end{array} \right)$ の理由

(注) 変更等を行う箇所のみ記入すること。