

健推第337号  
令和3年7月2日

山形県産婦人科医会会長 殿

山形県健康福祉部長

山形県がん患者妊孕性温存治療費助成事業の周知について（御依頼）

本県のがん対策をはじめとした保健医療行政の推進につきましては、日頃格別の御高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県では、将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者等の皆様が希望をもってがん治療等に取り組めるよう、今年度から新たに妊孕性温存治療費助成事業を始めることとし、6月1日付で国立大学法人山形大学医学部附属病院及びゆめクリニックを山形県妊孕性温存療法実施医療機関（※）として指定いたしました。

つきましては、本事業の実施について御承知おきいただくとともに、別添のとおり御案内チラシを作成いたしましたので、若年がん患者等の皆様への周知について御協力くださいますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

※日本産科婦人科学会による「医学的適応による未受精卵子及び胚（受精卵）の凍結・保存に関する登録施設」から、厚生労働省実施要綱「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」及び「山形県がん患者妊孕性温存治療費助成事業実施要綱」に基づき指定するもの

【担当】山形県健康福祉部がん対策・健康長寿日本一推進課  
疾病予防担当 佐藤  
(電話) 023-630-2313 (FAX) 023-630-2271  
(eメール) satoakiko3@pref.yamagata.jp

## 山形県がん患者妊孕性温存治療費助成事業実施要綱

### (交付の目的)

第1条 知事は、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、「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」（令和3年3月23日付け健発0323第6号厚生労働省健康局長通知別紙。以下「国実施要綱」という。）及びこの要綱の定めるところにより、予算の範囲内において、妊孕性温存療法に要する費用の一部を助成する。

### (対象者)

第2条 この事業の対象者は、次の要件を全て満たす者とする。

- (1) 第5条の申請を行う日において山形県内に住所を有する者であること。
- (2) 次条各号に掲げる治療の凍結保存時に43歳未満の者であること。
- (3) 原疾患及びその治療内容が次のいずれかに該当するものであること。

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 乳がん（ホルモン療法）その他の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

ウ 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ウイルス感染症その他の造血幹細胞移植が実施される非がん疾患

エ 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、ベーチェット病その他のアルキル化剤が投与される非がん疾患

- (4) 第9条の規定により知事が指定する医療機関（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であること。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を除く。
- (5) 妊孕性温存療法を受けること及び国実施要綱に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて指定医療機関から説明を受け、本事業に参加することについて同意していること。対象者が未成年患者である場合は、親権者又は未成年後見人が同意していること。

### (対象となる妊孕性温存療法に係る治療)

第3条 この事業の対象となる妊孕性温存療法に係る治療は、次のいずれかに該当するものとする。

- (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

（助成の内容）

第4条 助成対象となる費用は、第2条の対象者が、指定医療機関において前条各号に掲げる治療及び初回の凍結保存に要した医療保険適用外の費用とする。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。

2 治療毎の1回あたりの助成上限額は、次の表の左欄に掲げる区分に応じ、同表の右欄に定める金額とする。

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

3 助成回数は、対象者1人に対して通算2回までとする。異なる区分の治療を受けた場合であっても、同様とする。

4 前項の規定の適用については、国実施要綱に基づく他の都道府県の助成を受けた回数も通算するものとする。

5 第1項の助成対象となる費用について、「母子保健医療対策総合支援事業実施要綱（平成17年8月23日付け雇児発第0823001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知別紙）」に基づく「不妊に悩む方への特定治療支援事業」において助成を受けている場合は、助成の対象外とする。

（助成の申請）

第5条 助成を受けようとする者は、山形県小児・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）に次に掲げる書類を添えて、知事に提出するものとする。

(1) 山形県小児・AYA世代のがん患者等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）

(2) 山形県小児・AYA世代のがん患者等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）

- (3) 山形県内に住所を有していることが確認できる書類（住民票の場合は、個人番号の記載のないもので、発行から3か月以内のもの）
- (4) 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等（カナ名義及び口座番号がわかるもの）の写し
- (5) その他知事が必要と認める書類

2 前項の申請は、助成対象の妊孕性温存療法に係る費用の支払日の属する年度内に行うものとする。ただし、妊孕性温存療法実施後、期間を置かずに原疾患治療を開始する必要があるなどやむを得ない場合はこの限りでない。

（助成金の支給）

第6条 知事は、前条の申請があったときは、その内容について審査の上、助成金額を決定し、助成金支給決定通知書（様式第3号）により申請者に通知するとともに、口座振込の方法により助成金を交付する。

2 審査の結果、申請内容が適正と認められないときは、その理由を付した助成金支給不承認通知書（様式第4号）により申請者に通知する。

（助成金の返還）

第7条 知事は、虚偽の申請その他不正な行為により助成金の支給を受けた者があるときは、その者から当該助成した額の全部又は一部を返還させることができる。

（助成台帳）

第8条 知事は、助成の状況を明確にするため、助成金給付台帳（様式第5号）を備え付ける。

（指定医療機関）

第9条 知事は、(公社)日本産科婦人科学会又は(一社)日本泌尿器科学会が認定した医療機関（(公社)日本産科婦人科学会又は(一社)日本泌尿器科学会が医療機関を認定するまでの期間にあっては、(公社)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）であって、国実施要綱の7（（4）を除く。）に定める事項を実施できると認められるものを、その申請により、本事業の妊孕性温存療法実施医療機関（検体保存機関）として指定する。

2 前項の申請は、指定申請書（様式第2号）を提出して行うものとする。

3 令和4年3月31日までに第1項の規定による指定を受けた指定医療機関は、令和3年4月1日以後当該指定のあった日の前日までの期間において、同項の規定による指定を受けていたものとみなす。

4 知事は、国実施要綱に基づき他の都道府県知事が指定した医療機関（当該都道府県知事が指定を受けていたものとみなすものを含む。）を、第1項の規定による指定を受けた指定医療機関とみなす。

5 知事は、指定医療機関より指定の辞退の申し出があったとき、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。

(個人情報の取扱い)

第10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、その保護に万全の配慮を払うものとする。

(その他)

第11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。

附 則

この要綱は、令和3年5月11日から施行し、同年4月1日から適用する。

(表面)

様式第1-1号(第5条第1項関係)

山形県小児・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

山形県知事 殿

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	男・女	
	住所	〒 -				
電話番号	【 自宅・携帯・その他( ) 】※日中連絡の取れる番号 - -					
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	男・女	
	住所	〒 -				
電話番号	【 自宅・携帯・その他( ) 】※日中連絡の取れる番号 - -					
妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数 (1~3のいずれかに○を付けてください)		1	1回目の申請			
		2	2回目の申請(1回目の申請は山形県)			
		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( )			
山形県小児・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」に基づく助成を受けていますか			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"/> 山形県小児・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"/> 山形県小児・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"/> 申請時に山形県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票等) <input type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等(カナ名義及び口座番号がわかるもの)の写し					
振込先	フリガナ			金融機関名	支店名	支店
	口座名義			口座番号		
口座種別	普通・当座					
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。)						
1 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、生殖可能年齢を超え、又は検体破棄申告があるまでの期間)						
2 本事業及び「不妊に悩む方への特定治療支援事業」(特定不妊治療費助成事業)の助成状況について、他の都道府県等これらの事業の実施主体へ照会及び提供をすること。						
3 本申請の審査に必要な範囲で、治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと。						
年 月 日					助成決定金額 ※山形県使用欄	
申請者氏名					円	

(裏面)

◎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、山形県健康福祉部がん対策・健康長寿日本一推進課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」に基づく助成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。
- 9 書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので御注意下さい。
- 10 助成金を支給できない場合は、その理由を付して通知します。

郵送先

〒990-8570

山形県山形市松波2-8-1

山形県健康福祉部がん対策・健康長寿日本一推進課

問合せ先

山形県健康福祉部がん対策・健康長寿日本一推進課

電話 023-630-2313（直通）

(表面)

様式第1-2号(第5条第1項第1号関係)

山形県小児・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)

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(自署)

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	男・女	
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 (1~3のいずれかに○を付けてください)		1 1回目の申請 2 2回目の申請(1回目の申請は山形県) 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	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。			
	I	1 精子凍結保存	妊孕性温存療法開始日( 年 月 日)	
		2 精子凍結保存(精巣内精子採取)	凍結保存日( 年 月 日)	
	(1・2のいずれかに○を付けてください)		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。)	
			実施医療機関( )	
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。				
II	1 胚(受精卵)凍結保存	妊孕性温存療法開始日( 年 月 日)		
	2 未受精卵子凍結保存	凍結保存日( 年 月 日)		
	3 卵巣組織凍結保存	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。)		
(1~3のいずれかに○を付けてください)		実施医療機関( )		
【共通】I、II以外の他医療機関への依頼、院外処方等の有無				
		他医療機関への依頼(あり・なし)	院外処方(あり・なし)	
依頼、院外処方が「あり」の場合は下記も記入してください。				
III	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(※3)				

- ※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 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。
- ※3 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。



(裏面)

領収金額 内訳証明書

項 目	費 用
精子、卵子、卵巣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 日から
年 月 日まで

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、卵巣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。

この事業に関する  
お問合せ先

山形県健康福祉部がん対策・健康長寿日本一推進課

電話 023-630-2313（直通）

山形県小児・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（自署）

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 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 ( )		
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（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	年	月	日	
2 放射線療法	実施医療機関名			
3 その他 ( )	( )			
(1～3のいずれかに○を付けてください)				
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 (1～3のいずれかに○を付けてください)	1	1回目の申請		
	2	2回目の申請（1回目の申請は山形県）		
	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。

この事業に関するお問合せ先

山形県健康福祉部がん対策・健康長寿日本一推進課

電話 023-630-2313（直通）

## 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

山形県知事 殿

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及び代表者の職・氏名）

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、「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」（令和3年3月23日付け健発0323第6号厚生労働省健康局長通知別紙）及び「山形県がん患者妊孕性温存治療費助成事業実施要綱」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"/> 指定医療機関に求められる「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実施要綱」の7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。

## 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

### 1 目的

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。

### 2 実施主体

実施主体は、都道府県及び一般社団法人日本がん・生殖医療学会（以下「日本がん・生殖医療学会」という。）とする。

### 3 対象者

この事業の対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。

#### (1) 対象者の年齢

4に定める対象となる治療の凍結保存時に43歳未満の者。

#### (2) 対象とする原疾患の治療内容

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。

- ① 「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
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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) 対象者の選定方法

都道府県が5（2）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を対象とする。

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) 説明及び同意

指定医療機関は、対象者に対し、妊孕性温存療法を受けること及び本補助金に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を行った上で、本事業に参加することについての同意を得る。

対象者が未成年患者の場合は、できる限り本人も説明を受けた上で、親権者または未成年後見人による同意を得る。

### 4 対象となる妊孕性温存療法に係る治療

この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。

- (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

### 5 実施方法（都道府県）

#### (1) がん・生殖医療連携ネットワーク体制の構築

都道府県は、以下の目的を達成するため、あらかじめ指定医療機関、原疾患治療施設及び当該都道府県等の連携体制を構築する。

- ① 対象者が適切に妊孕性温存療法を知り、希望した場合に速やかに、かつ、適切な妊孕性温存療法を受けることができる体制を構築すること。
- ② 関係者が連携して相談支援体制を確保すること。

#### (2) 指定医療機関の指定

都道府県知事は、医療機関からの7（1）の申請に対して、本事業の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、7（（4）を除く。）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。

ただし、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、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、7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。

なお、令和4年3月31日までに都道府県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後であれば、（1）のがん・生殖医療連携ネットワーク体制の構築後から指定医療機関の指定を受けていたものとみなすことができる。

#### (3) 他の都道府県の医療機関の指定

5（2）の指定医療機関の指定においては、他の都道府県の医療機関を指定するこ

と及び他の都道府県知事が指定した医療機関を当該都道府県知事が指定したとみなすことができる。

#### (4) 指定医療機関の取消

都道府県知事は、指定医療機関より指定の辞退の申し出があったとき、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。

#### (5) 助成事業の実施

都道府県は、3に定める対象者が、指定医療機関において4に定める治療に要した費用の一部を助成する。

#### (6) 普及啓発等

都道府県は対象者やその家族等に対して制度の普及啓発を行うとともに、相談窓口の設置などに努める。特に、原疾患の医療施設等に対して広く周知することとし、がん診療連携拠点病院等、難病医療拠点病院、がん相談支援センター、難病相談支援センター等の施設においては、当該事業について院内等で掲示し、対象となる可能性のある者への周知、説明を実施する。

#### (7) 台帳の整備

都道府県は助成の状況を明確にするため、本事業に係る台帳を備え付け、助成の状況を把握すること。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。

## 6 実施方法（日本がん・生殖医療学会）

### (1) 事業に係る関係機関との検討

日本がん・生殖医療学会は本事業において必要な事項（妊孕性温存療法を適切に実施するための医療機関の要件等）について、厚生労働省、関係学会等の関係機関と検討を行う。

### (2) 日本がん・生殖医療登録システムの管理・運用

日本がん・生殖医療学会は7（5）で指定医療機関が入力する臨床情報及び妊娠・出産・検体保存状況等のデータ（以下「臨床情報等のデータ」という。）を保存するための登録システムの管理・運用を行う。また、その入力方法等について、（3）の医療機関等に対して周知する。

### (3) 医療機関等からの照会対応

日本がん・生殖医療学会は、指定医療機関及び原疾患治療施設等からの本事業に係る照会に対応するとともに指定医療機関及び原疾患治療施設等に対して制度の周知を行う。

### (4) データの提供

日本がん・生殖医療学会は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かかる検体保存のガイドライン作成などの妊孕性温存療法を促進するための研究を適切に行えると認める者に対し、（2）のシステムに登録された臨床情報等のデー

タを提供する。

また、上記によりデータを提供した場合は厚生労働省に報告する。

#### (5) 厚生労働省への報告

日本がん・生殖医療学会は、厚生労働省と協議の上、日本がん・生殖医療登録システムに入力されたデータを集約し、少なくとも年に1回、厚生労働省に報告すること。

#### (6) 普及啓発

日本がん・生殖医療学会は、当該事業内容、各都道府県の指定医療機関の情報、臨床情報等のデータの集計、(4)により提供した情報から得られた研究成果等について、ホームページを作成するなどにより、国民や患者に対する普及啓発・情報提供をする。

### 7 実施方法（指定医療機関及び原疾患治療施設）

(1) 5 (2) の指定医療機関の指定を受けようとする医療機関は指定申請書（様式第2号）を都道府県知事に提出する。

#### (2) 対象者への情報提供等

指定医療機関及び原疾患治療施設は、対象者への情報提供・相談支援・精神心理的支援を行う。

#### (3) 妊孕性温存療法証明書の交付

指定医療機関は、対象者に対して4に定める治療を実施したことを証明する妊孕性温存療法証明書（様式第1-2号）を交付する。

#### (4) 原疾患治療証明書の交付

原疾患治療施設は、対象者に対して3(2)に規定する治療を実施したこと又は実施予定であることを証明する原疾患治療証明書（様式第1-3号）を交付する。

#### (5) 日本がん・生殖医療登録システムへの入力

指定医療機関は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。

#### (6) 同意の取得

指定医療機関は、対象者に対して、以下の通り同意を得ること。

- ① 妊孕性温存療法を受けること及び本補助金に基づく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。
- ② 対象者が未成年患者の場合は、できる限り本人に対しても説明を行った上で、親権者または未成年後見人による同意を得ること。
- ③ ②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。

### 8 助成額等

### (1) 助成対象となる費用

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。

### (2) 助成額及び助成上限額

治療毎の1回あたりの助成上限額については、下記の表の通りとする。

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

### (3) 助成回数

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。

### (4) 助成の対象外

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」に基づく助成を受けている場合は、本事業の助成の対象外とする。

## 9 助成の申請

本事業による助成を受けようとする対象者は、妊孕性温存療法研究促進事業申請書（様式第1-1号）及び必要書類を添付した上で妊孕性温存療法に係る費用の支払日の属する年度内に、居住地の都道府県に申請する。ただし、妊孕性温存療法実施後、期間を置かずに原疾患治療を開始する必要があるなどのやむを得ない事情により、当該年度内に申請が困難であった場合には、翌年度に申請することができる。

## 10 経費の負担

この実施要綱に基づき実施する事業については、厚生労働大臣が別に定める交付要綱に基づき、予算の範囲内で国庫補助を行うものとする。

## 11 留意事項

- (1) 本事業は、保険診療と保険外診療を組み合わせる保険外併用療法（いわゆる混合診療）を認めるものではなく、保険外診療である妊孕性温存療法を受けた場合の自己負担の一部を助成するものとする。
- (2) 本事業の関係者は、患者等に与える精神的影響を考慮して、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、その保護に十分配慮すること。

# 山形県にお住いのがん等の患者さんへ 妊よう性温存治療費助成事業のご案内

山形県では、将来子どもを産み育てることを希望されるがん等の患者さんに対して、がん治療に際して行う妊よう性温存治療費の一部を助成します。

- ◇ 「妊孕（よう）性」とは、妊娠するための機能、妊娠する能力のことです。
- ◇ がん治療（化学療法、放射線療法）などの副作用により、主に卵巣、精巣等の機能に影響が及び、妊よう性が低下したり、失われる場合があります。
- ◇ がん治療などの前に、卵子、精子、胚（受精卵）等を採用し、長期的に凍結し、保存する治療が、妊よう性温存治療（療法）です。

## 対象となる方

次の全てに該当する方

- 1 申請時点において山形県内に住所を有している方
- 2 精子や卵子等の凍結保存時に43歳未満の方
- 3 原疾患（右欄の「対象となる疾患」）の治療により、妊よう性が低下するおそれがあり、原疾患の担当医師と妊よう性温存治療の担当医師の両方が、妊よう性温存治療が生命予後に与える影響（原疾患治療の遅れ等）が許容されると認めの方
- 4 山形県又は他都道府県が指定した妊よう性温存療法実施医療機関において、2021年4月1日以降に妊よう性温存治療を実施した方
- 5 申請しようとする妊よう性温存治療について、特定不妊治療費助成事業による助成を受けていない方
- 6 「小児・AYA世代のがん患者等妊孕性温存療法研究促進事業」（厚生労働省）への参加を同意される方

## 対象となる疾患

次のいずれかの疾患

### ○がん

次のいずれかに該当するもの

- ・ 「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」の妊孕性低下リスク分類に示された治療のうち、高・中間・低リスクの治療を受けるもの
- ・ 長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定されるもの（乳がん等）

### ○非がん疾患

次のいずれかに該当するもの

- ・ 造血幹細胞移植が実施されるもの（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）
- ・ アルキル化剤が投与されるもの（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）

## 対象となる妊よう性温存治療と助成上限額

治療内容	助成回数	助成上限額／1回
胚（受精卵）の凍結	通算2回 まで  (県外で助成を受けた場合も 通算します。)	35万円
未受精卵子の凍結		20万円
卵巣組織の凍結		40万円
精子の凍結		2万5千円
精子の凍結（精巣内精子採取術によるもの）		35万円

※助成対象となる費用は、治療に要する費用（初回の凍結保存に要する費用を含む。）に限ります。入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料など治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持にかかる費用は対象外です。

## 申請に必要なもの

- 1 山形県小児・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込書
  - 2 妊よう性温存療法実施医療機関が発行する証明書
  - 3 原疾患治療実施医療機関が発行する証明書
  - 4 山形県内に住所を有していることが確認できる書類（住民票の場合は個人番号の記載のないもので、発行から3か月以内のもの）
  - 5 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等（カナ名義及び口座番号がわかるもの）の写し
  - 6 妊よう性温存治療費の領収書の原本（コピーを取ってお返しします。）
  - 7 状況に応じ、追加の書類をお願いする場合があります。
- ※2と3の証明書の発行に費用がかかる場合がありますが、自己負担になります。

## 申請の流れ

- 1 原疾患治療実施医療機関及び妊よう性温存療法実施医療機関で、がん等の治療による生殖機能への影響及び妊よう性温存療法の可否について説明を受ける。
- 2 妊よう性温存療法を受ける。
- 3 左記1～7までの書類を末尾まで郵送または持参により提出

### 【提出期限】

原則、妊孕性温存治療費の支払日の属する年度内。これによりがたい場合は、個別にご相談ください。

- 4 支給決定（不支給決定）通知を受け取る。
- 5 助成金の受給（口座振込）

申請様式・証明書様式は、下記からダウンロードいただけます。

山形県がん患者妊孕性温存治療費助成事業

検索

<https://www.pref.yamagata.jp/090015/kenfuku/iryo/gan/ninyoseionzon.html>



## 山形県指定医療機関（妊孕性温存療法実施医療機関） R3.6.1時点

医療機関名	医療機関所在地	電話番号
国立大学法人山形大学医学部附属病院	山形市飯田西2-2-2	023-628-5159 (がん患者相談室)
ゆめクリニック	米沢市東3-9-3	0238-26-1537

○上記のほか、他都道府県知事が指定した県外の医療機関で治療を受けた場合も対象になります。

## 県内のがん相談窓口（がん相談支援センター）

名称	所在地	電話番号
山形県立中央病院	山形市大字青柳1800	023-685-2757
山形大学医学部附属病院	山形市飯田西2-2-2	023-628-5159
山形市立病院済生館	山形市七日町1-3-26	023-634-7161
山形県立新庄病院	新庄市若葉町12-55	0233-22-5525
公立置賜総合病院	東置賜郡川西町大字西大塚2000	0238-46-5000
日本海総合病院	酒田市あきほ町30	0234-26-5282
鶴岡市立荘内病院	鶴岡市泉町4-20	0235-26-5180
山形県がん総合相談支援センター	山形市蔵王成沢字向久保田2220 (やまがた健康推進機構内)	0800-800-8230 (フリーアクセス)

### 【提出先・お問合せ先】

〒990-8570 山形県山形市松波2-8-1  
山形県健康福祉部 がん対策・健康長寿日本一推進課

電話：023-630-2313  
FAX：023-630-2271