

東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業実施要綱

令和3年9月1日 3 福保医政第999号

改正 令和4年11月16日 4 福保医政第1206号

改正 令和6年12月20日 6 保医医政第1270号

第1 目的

本事業は、将来、子供を産み育てることを希望する小児、思春期・若年のがん患者等（以下「患者」という。）に対して、原疾患の治療に際して行う生殖機能温存治療（以下「温存治療」という。）及び妊娠のための治療に係る費用を助成することにより、患者が将来に希望を持って治療に取り組めるよう支援することを目的とする。

第2 実施主体

本事業の実施主体は、東京都とする。

第3 東京都の役割

1 がん・生殖医療連携ネットワーク体制の構築

東京都知事（以下「知事」という。）は、以下の目的を達するため、次項に定める知事が指定する医療機関（以下「指定医療機関」という。）、原疾患治療施設及び東京都等による連携体制（がん・生殖医療連携ネットワーク体制）を構築する。

- （1）患者が適切に温存治療及び妊娠のための治療を知り、希望した場合に、速やかに、かつ、適切な温存治療及び妊娠のための治療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、相談支援を含めた患者への総合的な支援を充実させること。

2 指定医療機関の指定

- （1）知事は、厚生労働省が実施する「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」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承認（仮承認を含む）した医療機関のうち、第4（第3項を除く）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。
- （2）知事は、厚生労働省が実施する「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」の温存後生殖補助医療実施医療機関として、日本産科婦人科学会が承認（仮承認を含む）した医療機関のうち、第4（第3項を除く）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。
- （3）指定医療機関の指定においては、他の道府県知事が指定した医療機関を知事が指定したとみなすことができる。

3 指定医療機関の取消し

知事は、指定医療機関から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適当と認められるときは、その指定を取り消すことができる。

取消しにあたっては、他の温存療法指定医療機関等と連携し、当該医療機関で治療を行った者、治療中の者、治療を希望する者が不利益を被ることがないように対応することを指示することや、十分な周知を行う等の対応を行うこととする。

4 助成事業の実施

知事は、別に定める東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成金交付要綱に基づき、温存治療及び妊娠のための治療を受けた患者に対し、当該治療に係る費用を助成する。

5 普及啓発等

知事は、患者やその家族等に対して本事業の周知及び温存治療に関する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、原疾患治療施設等に対しては、重点的に周知することとし、がん診療連携拠点病院等、難病医療拠点病院、AYA世代がん相談情報センター、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、本事業について院内等での掲示をし、対象となる可能性のある者への周知、説明を行うように求める。

6 台帳の整備

知事は、4に定める治療費の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。

なお、転居等により助成対象者がそれ以前の助成状況を把握していない場合は、前住所地の道府県等へ照会する等により適宜確認を行う。

7 助成実績情報の共有

国または日本がん・生殖医療学会から本事業の助成状況について照会があった場合、必要性に応じて情報提供を行う。

第4 指定医療機関及び原疾患治療施設の役割

1 患者への情報提供等

指定医療機関及び原疾患治療施設は、助成対象となる者への情報提供、相談支援及び精神心理的支援を行う。

2 温存治療又は妊娠のための治療の証明書の交付

指定医療機関は、患者に対して温存治療又は妊娠のための治療を実施したことを証明する書類を交付する。なお、書類の様式は知事が別に定める。

3 原疾患治療証明書の交付

原疾患治療施設は、患者に対して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書類を交付する。

なお、書類の様式は知事が別に定める。

4 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）に助成対象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。

指定医療機関は助成対象患者に対して、対象者自身で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の入力可能な専用のスマートフォンアプリの取得及び使用を促す。

5 同意の取得

指定医療機関は、助成対象患者から、以下により同意を得ること。

- (1) 温存治療又は妊娠のための治療を受けること及び厚生労働省が実施する「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、事業に参加することへの同意を得ること。
- (2) 当該患者が未成年である場合は、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（温存治療の対象者に限る）。
- (3) (2)の同意の取得時に、未成年だった場合は、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、本人の同意を得ること（温存治療の対象者に限る）。
- (4) (2)の同意の取得時に、未成年だった場合は、患者が中学課程修了又は16歳となった時点で、事業に基づく研究への臨床情報等の提供について説明を行った上で、本人の同意を得ること（温存治療の対象者に限る）。

6 がん・生殖医療連携ネットワーク体制への参画

東京都が構築するネットワークに参画し、医療連携や情報連携の推進、患者に対する情報提供及び意思決定支援体制の整備と質の向上を図るとともに、生殖機能温存を希望する患者が円滑に治療を受けられる体制の構築に努めること。

第5 指定医療機関の指定及び取消しの手続

- 1 第3第2項に規定する指定医療機関として指定を受けようとする医療機関は、若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業指定医療機関指定申請書（別記第1号様式）を知事に提出すること。
- 2 前項に規定する申請書が提出されたときは、知事は申請内容について審査を行い、指定が適当と認められる場合、若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業指定医療機関指定通知書（別記第2号様式）を交付する。
- 3 第3第3項の規定により、指定医療機関の指定取消しを行うときは、知事は当該医療機関に対し、若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業指定医療機関取消通知書（別記第3号様式）を交付する。

第6 実施細目

知事は、この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関して必要な細目を定めることができる。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、令和4年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、公布の日から施行する。

(宛先)
東京都知事

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）

なお、指定の上は、「東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業実施要綱」第4の定める事項に従います。

申請対象 (該当するものにチェック)		☐ 妊孕性温存療法実施医療機関 ☐ 温存後生殖補助医療実施医療機関					
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 ☐ 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承認（仮承認を含む）を受けている。 ☐ 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承認（仮承認を含む）を受けている。 ☐ 温存後生殖補助医療実施医療機関として、日本産科婦人科学会の承認（仮承認を含む）を受けている。							
２．実施事項 ☐ 指定医療機関に求められる「東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業実施要綱」第４に定める事項を実施できる。							

※2) 開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名

(開設者の住所)
(開設者名)

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業指定医療機関指定通知書

年 月 日付けで申請のあった若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業指定医療機関については、東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業実施要綱第5の規定により、下記のとおり指定したので通知する。

年 月 日

東京都知事 印

記

- 1 指定種別
- 2 指定医療機関の名称
- 3 所在地
- 4 指定年月日
年 月 日

(開設者の住所)
(開設名)

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業指定医療機関取消通知書

年 月 日付け第 号で指定した若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業指定医療機関の指定については、東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業実施要綱第5の規定により、下記のとおり取り消したので通知する。

年 月 日

東京都知事 印

記

- 1 指定医療機関の名称
- 2 所在地
- 3 取消年月日
年 月 日
- 4 取消理由