

(案)

大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業のご案内

1 事業の目的

プレコンセプションケアとは、女性やカップルを対象として将来の妊娠のための健康管理を促す取り組みです。その目的は、(1) 若い世代の健康を増進し、より質の高い生活を実現してもらうこと、(2) 若い世代の男女が将来、より健康になること、(3) (1)の実現によって、より健全な妊娠・出産のチャンスを増やし、次世代の子どもたちをより健康にすることです。まず第一歩として、ご自分の体の状態に関心を持っていただくことが重要であり、大阪府ではプレコンセプションケア講座の開催や、AMH 検査に対する助成を開始しています。

AMH (抗ミュラー管ホルモン) 検査は比較的簡便に卵巣予備能(卵巣の中に残っている卵子の数)を予測する現在唯一の検査です。この検査の結果から、将来の早い時期に閉経に至る可能性があることに気づき、妊娠の希望がある方が速やかに生殖補助医療やその他の医療を受ける機会となることが期待されます。また、月経不順を症状とする多嚢胞性卵巣症候群といった疾患の診断につながることもあります。

この事業では、事業にご参加いただいた方の AMH の値とその後の経過を調査することで、よりよいプレコンセプションケアの啓発につなげること、また、AMH が一定の値以下で適当な方を対象に卵子凍結・生殖補助医療の助成を行うことで、卵巣予備能が低下している方が妊娠・出産することができるような適切な支援体制を作することを目的としています。

2 対象となる方

AMH 検査:大阪府に住む 18 歳から 39 歳までの女性で、府が開催するプレコンセプションケア講座を受講した方。

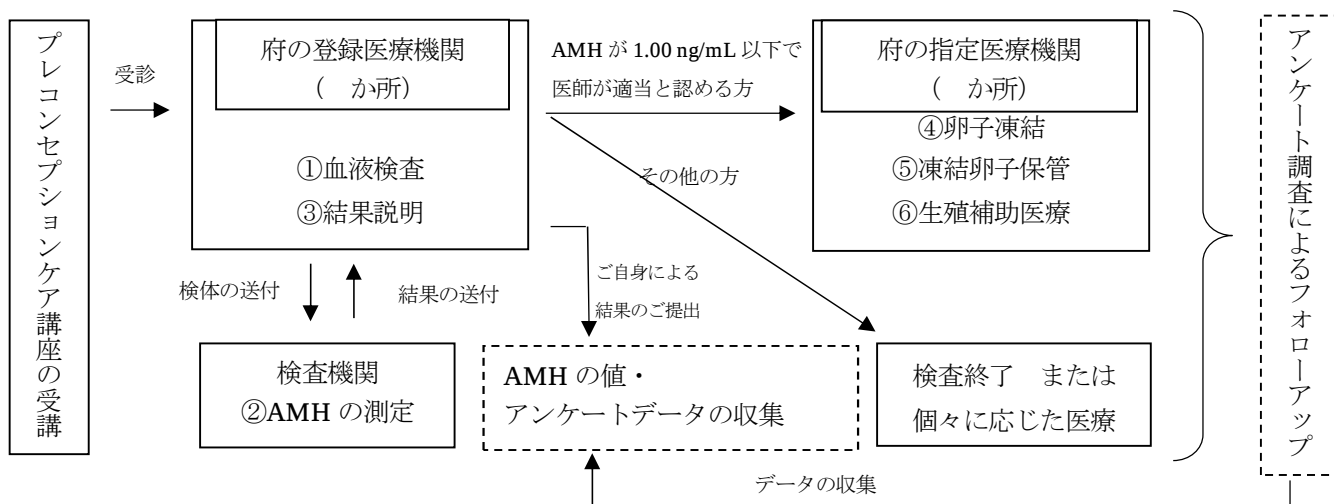
卵子凍結・生殖補助医療の助成:AMH の値が 1.00 ng/mL 以下で医師が適当と認めた方。

なお、設定した AMH の基準値は現時点のものであり、今後変更される可能性があります。

3 検査実施からの流れ(方法)

府に登録した医療機関で採血を行い、検査機関で AMH を測定します。測定の結果、AMH の値が 1.00 ng/mL 以下で医師が適当と認めた方は、さらに府が別途指定する医療機関で卵子凍結を行った場合、助成が受けられます。その後の凍結卵子保管に係る保管料(最大5年間)と、凍結卵子を使用した生殖補助医療についても助成が受けられます。AMH の値が 1.00 ng/mL より高かった方で医療が必要ないと医師が判断した方は受診終了となります。AMH の値が 1.00 ng/mL より高かった方のなかで医療を受けることが望ましいと医師が判断した方、または AMH が 1.00 ng/mL 以下でも卵子凍結以外の方法が望ましいと医師が判断した方には、その方に応じた医療を受けることができるように対応します。

AMH 検査を受けられたすべての方に、アンケート調査への回答をお願いします。検査結果返却後と、年 1 回のフォローアップ調査(5 年間)を実施しますのでご協力をお願いします。AMH 検査の結果とアンケート調査の回答を、今後の適切な支援体制の構築のために個人が特定できない形で解析させていただきます。



4 伝えられる結果

AMH 検査の結果は、その数値だけではなく、年齢、現在子どもを希望されているか、パートナーがいらっしゃるかなどを踏まえて、最も望ましい対応を検討することとなります。具体的には、主治医から以下のような意見が伝えられます。

- ①AMH の値が 1.00 ng/mL を上回っており、現時点では医学的な対応も不要。
- ②AMH の値が 1.00 ng/mL を上回っているが、不妊治療を開始することが望ましい。
- ③AMH の値が 1.00 ng/mL 以下であり、本事業の対象者として適当。
- ④AMH の値が 1.00 ng/mL 以下だが、卵子凍結ではなく不妊治療を開始することが望ましい。
- ⑤その他（例えば、生殖補助医療以外の医学的対応が望ましい など）

現在のご自身の体の状態を覚えておきましょう。結果説明後に入力いただくアンケートにも、どのように伝えられたか選択いただきます。結果に関わらず、ご自身の健康に関心を持ち続けていただくことが大切です。

ご本人様 記入欄 説明を受けた日： 年 月 日 受けた説明： 番

5 予想される利益

ご自身の健康について考えていただく良い機会となります。また、自分では気づいていない卵巢予備能の低下などがある場合、必要な医療を早くから受けられることが期待できます。集積した AMH の値とアンケートでご回答いただいたデータによって、今後のプレコンセプションケアや不妊治療がさらに発展します。なお、解析は個人が特定されない形で行います。

6 予想される不利益

採血を実施しますので、処置に伴う合併症が起こる可能性があります。また、AMH の値には明確な基準値が存在していないため、値が 1.00 ng/mL を上回っているからといって卵巢予備能の低下がないとは言い切れません。現時点では医学的な対応が不要と伝えられた方も、ご自身の健康に関心を持ち続けていただき、少しでも異変を感じたらお近くの産婦人科へのご相談を検討してください。

7 費用負担等

AMH 検査とその結果説明に係る費用を1回のみ1万円を上限に助成します。（詳細は別紙をご確認ください。）

8 同意の撤回

.....

9 留意事項等

本事業は試行事業であり、助成内容や対象範囲が変更される可能性があります。個人情報の保護には十分に配慮して実施し、得られた情報は本事業以外の目的で使用することはありません。

大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業

利用申請書 兼 同意書

記入日 年 月 日

大阪府知事 様

オンラインで☒となる可能性あり

私は、「大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業のご案内」を読み、医療機関から十分な説明を受け、利用を申請します。

よくお読みのうえ、☒してください。

- ☐ 事業の目的について、理解しました。
- ☐ 採血を受けることに同意し、その合併症について、理解しました。
- ☐ AMH 検査・卵子凍結・凍結卵子保管・生殖補助医療の助成対象について、理解しました。
- ☐ 自分が伝えられる可能性のある結果と、解釈に伴う不利益の可能性について、理解しました。
- ☐ アンケート調査(5 年間)に協力し、AMH 検査の結果と併せた解析を受けることについて、理解しました。
- ☐ 同意の撤回

ふりがな

氏名

昭和

生年月日 平成 年 月 日 (歳)

連絡先住所 〒

電話番号

本事業に関するお問合せは下記までご連絡ください。

【問合先】〒540-8570 大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 母子グループ
電話：06-6941-0351(内線 2544) FAX：06-4792-1722

AMH 検査結果報告書及び主治医意見書

大阪府早発卵巢不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業に基づく卵巢予備能検査として、下記の者に対し抗ミュラ一管ホルモン（AMH）検査を実施したところ、検査測定値が下記のとおりであったことを報告します。今後の方針についての意見は以下のとおりです。また、AMH 検査及びカウンセリングに係る医療費を領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の所在地

及びその名称

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

（ふりがな） 受診者氏名	（ ）		
受診者生年月日	（昭和・平成）	年	月 日 （ 歳）
AMH 検査結果報告書 今回の AMH 検査結果について記入してください。 ○検査実施日 令和 年 月 日 ○検査測定値 _____ ng/mL			
主治医意見書 ○カウンセリング実施日 令和 年 月 日 以下に該当する場合は☑を付けてください。（両方に該当する者のみが本事業の卵子凍結助成を受けることができます。） ☐ AMH 値が 1.00 ng/mL 以下であり、卵巢予備能が低下している。 ☐ 他にふさわしい治療がなく、大阪府早発卵巢不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業における卵子凍結等の対象者として適当。 その他の方針・指導事項があれば以下に記載してください。 			
○AMH 検査及びカウンセリングに要した費用の 領収年月日	領収金額 _____ 円 うち、対象金額※ _____ 円 （※AMH 検査及びカウンセリングにかかった金額のみ。保険外診療に限る）		

注意事項

- ・年月日は、医師が本書を作成した日（患者様への交付日）を記載してください。
- ・医療機関の印を押印する必要はありませんが、押されている証明書も無効とはしません。
- ・医師氏名は、必ず本書を作成した医師の氏名を記載してください。
- ・検査内容について、一次的に行政が審査を行います。後日専門医の二次審査を受けることがあります。その際に内容について、特に必要と認める範囲で医師に照会を行うことがあります。
- ・領収年月日は、今回の AMH の値を測定するための検査に対する支払いを受けた年月日を記載してください。
- ・領収金額のうち、対象となる金額は保険外診療の AMH 検査及びカウンセリング料に限ります。その他の検査費用は助成対象となりません。

※申請者の申請期限は、「検査が終了した日の属する年度の末日から起算して30日以内」です。（※当該日が土日、祝日の場合は、翌開庁日とします。）

【問合先】〒540-8570 大阪市中央区大手前2-1-22
 大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 母子グループ
 電話：06-6941-0351(内線 2544) FAX：06-4792-1722

大阪府早発卵巢不全患者等妊よう性温存治療助成

利用申請書 兼 受診等証明書(未受精卵子凍結実施)

大阪府早発卵巢不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業に基づき、下記の者に対して未受精卵子の凍結保存を行い、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の所在地

及びその名称

主治医氏名

医療機関記入欄 (主治医が記入してください)

(ふりがな) 受診者氏名	()
受診者生年月日	(昭和・平成) 年 月 日 (歳)
対象該当確認	以下に該当する場合は☑をつけてください。 (いずれかに該当する者のみが本事業の卵子凍結助成を受けることができます。) ☐ 様式第●号 AMH 検査結果報告書及び主治医意見書により、卵子凍結助成を受けることができる者に該当する。 ☐ 医療機関において早発卵巢不全の診断を受けている。
○今回の治療内容について記入してください。 ○卵巢刺激(採卵準備のための投薬)を開始した日 令和 年 月 日 ○採卵を実施した日 令和 年 月 日 ○未受精卵子の凍結保存 凍結できた()個・凍結できなかった	
○凍結卵子を保管を実施する施設の名称及び所在地(主治医の医療機関と異なる場合に記入)	
○卵子凍結に係る費用の領収年月日	領収金額 円 うち、対象金額※ 円 (※卵巢刺激、採卵、未受精卵子の凍結に係る金額のみ。保険外診療に限る)
年 月 日 から 年 月 日	

注意事項

- ・年月日は、医師が本書を作成した日(患者様への交付日)を記載してください。
- ・医療機関の印を押印する必要はありませんが、押されている証明書も無効とはしません。
- ・医師氏名は、必ず本書を作成した医師の氏名を記載してください。
- ・検査内容について、一次的に行政が審査を行いますが、後日専門医の二次審査を受けることがあります。その際に内容について、特に必要と認める範囲で医師に照会を行うことがあります。
- ・領収年月日は、今回の卵子凍結に対する支払いを受けた年月日を記載してください。
- ・領収金額のうち、対象となる金額は保険外診療の卵巢刺激、採卵、未受精卵子の凍結に係る費用に限ります。その他の検査費用は助成対象となりません。

※申請者の申請期限は、「検査が終了した日の属する年度の末日から起算して30日以内」です。(※当該日が土日、祝日の場合は、翌開庁日とします。)

【問合先】〒540-8570 大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 母子グループ
電話：06-6941-0351(内線 2544) FAX：06-4792-1722