

AYA世代等のがん患者支援事業について

1 事業の趣旨

AYA世代等のがん患者は経済基盤が脆弱である中、治療を継続しながら結婚、就労等のライフイベントに対応する必要があるなど、心理的・経済的負担が大きく、支援を必要としている。AYA世代等のがん患者の状況に応じた支援を行うことにより、社会生活の質の維持・向上を図り、安心して治療を継続できる環境を整備する。

2 事業の内容

(1) ピアサポーター養成研修

がんの診断を受けた患者の精神的苦痛を緩和するため、AYA世代のがん経験者等がその治療体験等を活かし患者の悩みや不安を傾聴し共感的に受け止め課題解決を図る「ピアサポーター」を養成する研修会を実施する。

〈内容〉

- ・養成したピアサポーターはがん相談支援センターで相談支援を行う。

(2) 妊孕性温存支援

がん治療により子どもを持つ力が失われることがあるため、将来子どもを持つことを望むがん患者が卵子凍結、精子凍結等の妊孕性温存に係る必要な治療を受けるための経費を助成する。

〈内容〉

- ・栃木県がん・生殖医療ネットワーク事務局（県立がんセンター）を助成受付窓口とする。

(3) アピアランスケア支援

がん治療による外見の変化により社会生活に困難を感じるがん患者を支援するため、外見の変化を補正するウィッグや乳房補整具の購入に係る経費を助成する。

〈内容〉

- ・助成事業を実施する市町に補助金を交付する。
- ・1件当たり上限1万円を交付する。

(4) 在宅ターミナルケア支援

末期がん患者が自宅で安心して日常生活を送ることのできるよう、介護サービス等の助成制度がない20～39歳の若年がん患者の介護サービス等経費を助成する。

〈内容〉

- ・助成事業を実施する市町に補助金を交付する。
- ・1人1月当たり上限27,000円を交付する。

妊孕性温存治療への助成について

◎小児・AYA 世代のがん等の患者の方の妊孕性温存治療に対して助成します。

対象者

☆以下の項目を全て満たす方

- ① 申請日に栃木県内に住所がある方
- ② 凍結保存時に 43 歳未満の方
- ③ がん等の治療により、生殖機能の低下や喪失する可能性があるとして診断された方
- ④ 県が指定する妊孕性温存療法実施医療機関で治療を受けた方
※指定医療機関については、県ホームページをご確認ください。裏面参照
※他都道府県の指定医療機関も対象となる可能性もありますので、お問い合わせ下さい。
- ⑤ 「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ない方

助成内容

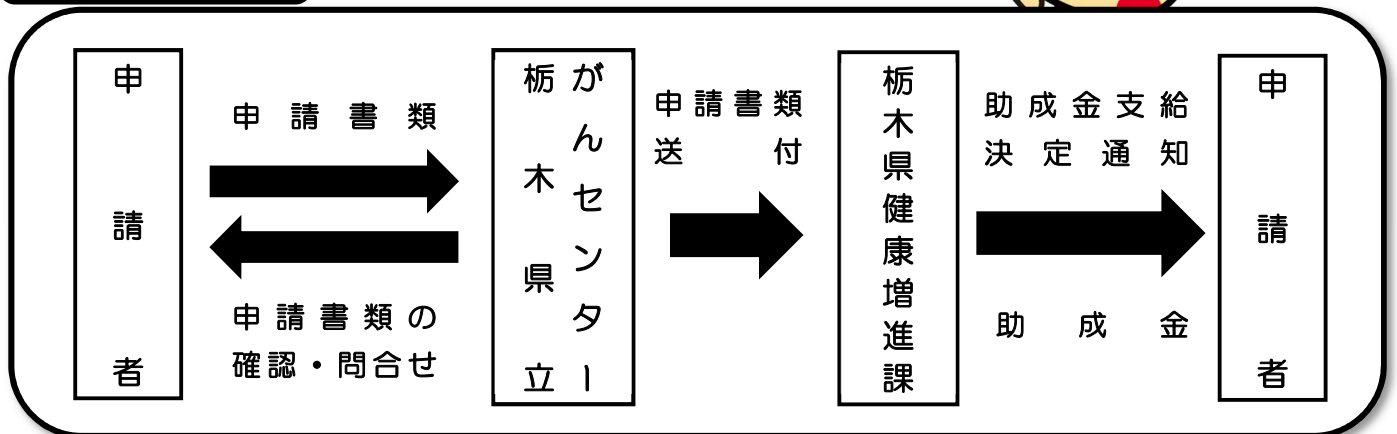
☆助成回数は通算2回まで

対象となる治療	1 回当たりの助成上限額
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

※ただし、治療に直接関係のない費用（入院室料、食事療養費、文書料等）および凍結保存の維持に係る費用は対象外です。



申請について



裏面：申請書類・問合せ先

申請書類

- ① 申請書（様式第1号）
- ② 妊孕性温存療法実施医療機関からの証明書（様式第2号）
- ③ 原疾患（がん等）治療実施医療機関からの証明書（様式第3号）
- ④ 世帯の住民票（発行日から3ヶ月以内／続柄の記載あり／個人番号の記載なし）
- ⑤ 助成金振込口座の通帳の写し（金融機関名、店番号、預金種別、口座番号、口座名義人が確認できる写し）

<留意事項>

- ・令和3年4月1日以降に行った妊孕性温存治療が対象となります。
- ・原則、対象となる治療の凍結保存時の属する年度内に申請してください。
※やむを得ない事情等で年度内に申請が難しい方はご相談ください。
- ・申請受付後、県立がんセンター及び県健康増進課から申請書類の確認等、申請者へ問合せする場合があります。

申請・問合せ先

<申請・郵送先>

〒320-0834 栃木県宇都宮市陽南4-9-13

（地独）栃木県立がんセンター がん相談支援センター

※郵送の場合は、封筒に「医療助成関係書類在中」とご明記下さい。

<問合せ先>

（地独）栃木県立がんセンター TEL 028-658-6484

栃木県保健福祉部健康増進課 TEL 028-623-3096

☆県ホームページから、申請方法や指定医療機関の確認、申請様式の取得ができます。

<https://www.pref.tochigi.lg.jp//e04/welfare/gantaisaku/ninnyousei.html>



アピアランスケア・在宅ターミナルケア支援事業について

保健福祉部健康増進課

1 目的

市町のがん患者支援を促進し、もってがん患者の心理的・経済的負担の軽減及び若年がん患者の在宅療養生活の質の向上を図る。

2 概要

医療用補整具（医療用ウィッグ又は乳房補整具）の購入費助成事業及び介護費用、福祉用具貸与・購入に係る経費の助成事業を実施する市町に対し、補助金を交付する。

	アピアランス	在宅ターミナル
3 対象者 次のいずれにも該当する者とする。	栃木県内に住所を有する	栃木県内に住所を有する
	がん治療に起因する脱毛又は乳房を切除したことに伴う医療用補整具を購入している	がん患者（医学的知見に基づき回復の見込みがない状態と判断された者に限る。）
		在宅生活の支援及び介護が必要な者
	他の制度で助成を受けていない	他の制度で助成を受けていない
4 補助対象	・ 医療用ウィッグ本体（付属品及びケア用品を含まない。） ・ 乳房補整具（左側、右側） ※ 1人当たり各1回限り	訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与及び福祉用具購入に係る経費
5 補助金額 補助対象の実支出額と補助基準額を比較して <u>いずれか少ない額に2分の1を乗じた額</u> （千円未満切り捨て）を限度とする。	<補助基準額> 各2万円 <補助上限額> 各1万円	<補助基準額> ・ 利用料が6万円以下/月の場合：対象経費の9割に相当する額（生活保護受給者は10割） ・ 6万円を超えた場合：54,000円（生活保護受給者は6万円） <補助上限額> ・ 27,000円（生保受給者3万円）

6 適用時期

- ・ 令和3年4月に遡って適用する。
- ・ 既に事業を実施中の市町：R3.4以降申請分について対象となる。
- ・ 年度途中から事業を開始する市町：市町の要綱上R3.4に遡って適用させる場合は、R3.4以降申請分について対象

