

# 先進医療に関する説明書・同意書

## (PICSI 法：ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術)

### 1. 本治療の概要

顕微授精では、受精に適した良好な精子を選別することが重要です。一般的には、精子の運動性や形態を顕微鏡下で評価し、精子を選択して顕微授精を行います。

PICSI 法は、それに加えて、成熟した精子がヒアルロン酸（卵子を囲んでいる主要成分）に結合する性質を利用した、生理学的精子選択法です。

これにより、より成熟度が高く、DNA 損傷の少ない精子を選別できる可能性があると考えられています。

### 2. 方法

本治療は、顕微授精を行う際の補助的な技術として実施されます。

- ・ヒアルロン酸を含む精子選別培養液を使用します
- ・ヒアルロン酸への結合が確認された精子を選択し、顕微授精を行います

採卵、顕微授精、受精卵培養、凍結保存および胚移植までの流れは、当院で通常行っている体外受精治療と同様です。

### 3. 対象となる方

以下のいずれかに該当する方が対象となります。

- ・過去に顕微授精を行ったが、胚の発育が不良であった方
- ・顕微授精を予定しており、医師または胚培養士が本法の実施が有用と判断した方

※適応外となる場合

- ・精液所見が不良で、本法による精子選択が困難と判断された場合

### 4. 期待される効果

本治療は、生理学的に成熟した精子を選択することで、顕微授精における培養成績の改善や、その後の妊娠成績の向上が期待できる可能性があります。

しかしながら、本治療を行った場合でも、受精卵の発育、妊娠率、着床率が必ずしも向上するとは限りません。治療効果には個人差があり、年齢や卵子・精子の状態など、さまざまな要因が影響します。

### 5. 費用

30,000 円（非課税）

※本治療は先進医療であり、公的医療保険の適用外となります。

私達夫婦は、医師やスタッフからの説明と文書によって下記の事項について十分理解し、納得した上で、本治療の実施に同意します。

説明責任者 東京 ART クリニック 院長 小川 誠司

説明年月日 年 月 日 説明者 \_\_\_\_\_

同意年月日 年 月 日

住 所： \_\_\_\_\_

夫（診察券番号）： \_\_\_\_\_ 氏名（自署）： \_\_\_\_\_

妻（診察券番号）： \_\_\_\_\_ 氏名（自署）： \_\_\_\_\_

患者様控えは、大切に保管して下さい。

