

先進医療に関する説明書・同意書

(IMSI 法：強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術)

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。通常の顕微授精では、精子の形態を顕微鏡下において 400 倍程度の倍率で評価し、精子を選択して顕微授精を行います。

IMSI 法は、1200 倍の高倍率顕微鏡を用いて精子の微細構造を詳細に観察し、形態的により良好と考えられる精子を選別する方法です。精子頭部の空胞は、DNA 損傷や染色体異常との関連が示唆されており、本法では従来の観察倍率では評価が困難であった精子頭部の微細な形態異常、特に空胞の有無やその大きさを評価することが可能となります。これにより、より質の高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。

- ・高倍率顕微鏡を用いて精子を詳細に観察します
 - ・空胞を認めない、空胞が最小限であるなど、形態的に良好と判断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、形態的により良好な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	日	説明者 _____
同意年月日	年 月 日	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。