

# 子宮内精子注入法(人工授精)に関する説明書

## 1.はじめに

子宮内精子注入法(以下 IUI を表記します。人工授精・AIH と同義)は、不妊治療の一手技として 50 年以上の歴史を持ち、国内・世界的にも広く行われています。

## 2.この治療法の適応について

- ① 射出精子中の精子の数が少ない、あるいは精子の運動率が低いが、体外受精や顕微授精を要するほどではない方
- ② 諸般の事情で性交渉が困難な方
- ③ そのほか、子宮内精子注入法の適応ありと医師に判断された方。

## 3.対象

- ① 法律上婚姻関係にあるご夫婦または事実婚の男女カップルに対して実施しています。
- ② 合併症などのある方は文書で妊娠許可を確認する場合があります。

## 4.方法

- ① 事前に超音波検査を行い、IUI を行うために適切な日取りを決定します。
- ② IUI の当日、射出精液を自宅ないし当院採精室にて採取します。自宅からご持参いただく場合は採精後 2～3 時間以内を目途にご提出いただいております。
- ③ 精子の処理は swim up 法で行います。しかし、精液・精子所見が極端に不良な場合は wash 法を行います。
- ④ ③で調整した精子を専用の器具を用いて子宮内に注入します。
- ⑤ 注入後の安静は不要です。注入後の性交渉も可能です。

## 5.成績

IUI での妊娠率は1周期あたり約 5～15%です。本治療で妊娠成立した方のほとんどは、治療を行って 4 周期以内に妊娠されており、4～6 周期施行して妊娠成立しない場合は、その後繰り返し本治療を行っても妊娠率は頭打ちになり IUI を行っても妊娠が期待しにくくなります。

## 6.本治療で起こりえるリスク・合併症

- ① 注入操作時に痛みや出血を生じることがありますが、一時的で自然に収まるものがほとんどです。
- ② 腔内や精液内の微生物が子宮内に入ることで、感染を起こすことが稀にあります。予防のために抗生剤を内服していただきます。
- ③ 卵巣刺激のために投薬をすることで複数の卵胞が発育した場合、多胎妊娠、子宮内外同時妊娠などのリスクが生じます。状況によっては IUI をキャンセルし、避妊を要することがあります。

## 7.費用

IUI は基本的には保険診療です。保険で約 6,000 円となります。

## 8.児の予後について

一般的に IUI で得られた児の予後については、自然妊娠で得られた児の予後と差がないと考えられています。

## 人工授精に関する同意書 ②患者様控え

北くまもと井上産婦人科医院 リプロダクション部門 責任者 殿

私たち夫婦は、説明を受け理解した上で人工授精を受けることに同意申し込みます。

説明日(西暦): \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 説明医師: 井上 治

同意書記入年月日(西暦): \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本人の署名 : \_\_\_\_\_ (自筆)

生年月日(本人) : \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

パートナーの署名 : \_\_\_\_\_ (自筆)

生年月日(パートナー): \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

人工授精に関する同意書 ①診療録保存用

北くまもと井上産婦人科医院 リプロダクション部門 責任者 殿

私たち夫婦は、説明を受け理解した上で人工授精を受けることに同意申し込みます。

説明日(西暦): \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 説明医師: 井上 治

同意書記入年月日(西暦): \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本人の署名 : \_\_\_\_\_(自筆)

生年月日(本人) : \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

パートナーの署名 : \_\_\_\_\_(自筆)

生年月日(パートナー): \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 提出した精液(自宅採精)に関する確認書

北くもと井上産婦人科 リプロダクション部門責任者 殿

今回の人工授精および体外受精、顕微授精に際し、提出しました精子は、

採取日時(西暦): \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時\_\_\_\_分

パートナー(自署\_\_\_\_\_ )の精液で間違いありません。

※本用紙を忘れますと人工授精および体外受精・顕微授精を実施出来ませんのでご注意ください。

※採精カップの入っている袋と一緒に入れてください。

提出日 (西暦) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

同意書記入年月日(西暦): \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

住所: 〒 \_\_\_\_\_

患者様の署名 : \_\_\_\_\_ (自筆)

生年月日(患者様) : \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

パートナーの署名 : \_\_\_\_\_ (自筆)

生年月日(パートナー): \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日