手術手技研修(CST)実施計画書

令和　5　年　4　月　5　日

浜松医科大学長　　殿

手術手技研修　実施総括責任者

所　属：　外科学第二講座　消化器外科学分野

職　名：　教授

氏　名：【漢字・ﾌﾘｶﾞﾅ】竹内裕也・タケウチヒロヤ

※研修実施総括責任者は、准教授以上の医師で学会の指導

医等の適切な資格を有すること

【申請者】　手術手技研修　研修実施責任者（実務担当者）

所　属：　第一外科診療科群一般外科（内視鏡外科）分野

職　名：　講師

氏　名：【漢字・ﾌﾘｶﾞﾅ】佐藤正範・サトウマサノリ

解剖学講座　研修指導監督者

所　属：　細胞分子解剖学講座

職　名：　教授

氏　名：【漢字・ﾌﾘｶﾞﾅ】瀬藤光利・セトウミツトシ

**※**印はCST事務局が記入

|  |  |
| --- | --- |
| ※CST委員会承認番号  【 R5 － 9 】 | ※生命科学・医学系研究倫理委員会承認番号 |
| １．審査対象　　手術手技研修実施計画（　□ 新規　・　☑ 継続　） | |
| ２．研修手技名  　　鼠径部ヘルニアに関わる神経の解剖と腹腔鏡下離断術 | |
| ３．研修実施候補日（**※**CST事務局とのスケジュール調整後に記載）  ①令和6年2月　12日（月・祝）  ②令和6年2月　11日（日）  ③令和5年12月2日（土）～ 令和5年12月3日（日）  **＜**研修参加者は**参加者名簿（Excelファイル）で提示＞**  （研修日1週間前までに参加者名簿（Excelファイル）をCST事務局に提出） | |
| ４．手術手技研修の目的（教育, 研究あわせて1個以上、複数選択可）  　・教育 ：□ a. 基本的な医療技術の習得  ☑ b. 基本的な手術手技、標準手術の習得  ☑ c. 高度な技術を要する手術手技の習得  　・研究 ：□ a. 手術手技に関連する臨床解剖の研究  □ b. 新規の手術手技の研究開発  □ c. 医療機器等の研究開発  　・目的の詳細（100字**以内**で記載すること）  　鼠経ヘルニア手術における外科的解剖で、問題となる筋膜・神経などの鼠径部解剖について観察し、腹腔鏡下神経切断術の手法について学習する。 | |
| ５．研修内容の詳細（解剖体の使用部位、対象の術式を含め、200字**以上**で記載すること）  　鼠径部ヘルニアに関わる神経（腸骨鼠経神経、腸骨下腹神経、陰部大腿神経）の走行を通常の術野より広い範囲において確認すること。また、実際の臨床ではほとんど行われることがない腹腔鏡下神経離断術の手法を学習する。具体的には、側臥位で気嚢した後腹膜腔を展開して神経を同定する。その後臥位にて、内腹斜筋外腹斜筋間で腹腔鏡を挿入し、神経走行を確認する。最後に、鼠径部切開アプローチで神経走行を確認する。そのため、後腹膜から鼠径部を対象部位とする。 | |
| ６．研修の有用性（100字**以上**で記載すること）  　ソフトカダバー（Thiel固定のご遺体）の使用は、アニマルラボでは学習できず、また普段の臨床では時間をかけて観察できない解剖部位を詳細に観察することが可能である。また、通常ほとんど行われることがない腹腔鏡下神経離断術の手技を学習することは臨床的に有用である。 | |
| ７．研修で問題が生じた場合の責任の所在及び補償の有無（責任の所在には、実施総括責任者ならびに申請者を記載すること）  ・責任の所在：（学内）所属：外科学第二講座　職名：教授　氏名：竹内　裕也  （学内）所属：第一外科診療科群　職名：講師　氏名：佐藤　正範  ・補償の有無：　□ 有　・☑ 無  ・有の場合の補償の内容（対処方法等）：（　　　　　　　　　　　　） | |
| ８．研修実施における倫理上の要点（箇条書きで記載すること）  　・学生実習と異なり、医師資格を持った医師、研修医が行う点  　・学生実習とは異なった日時、プログラムで行う点  　・項目4のとおり臨床医学の教育、医療安全・医療技術の向上を目的としている。  　・項目10のとおり解剖体登録者の承諾を得ている。  　・解剖体登録者の意思を十分尊重し、解剖体に対して常に敬意を払う。  　・個人情報等を適切に管理する。  　・透明性担保のため、日本外科学会CST推進委員会に報告する。 | |
| ９．使用する解剖体の条件と研修期間等（使用する部位を含めて記載すること）  ・献体数　：Thiel　　1　体・ホルマリン　　　体  ・使用部位：□ 頭部・□ 頸部・□ 胸部・☑ 腹部・□ 上肢・□ 下肢・□ 体幹  　　　　　（特定部位がある場合は必ず記入：　　　　　　　　　　）  ・性別　　：☑ 男性　・　□ 女性　・　□ どちらでもよい  ・研修期間：　　1　日間　／　１日の研修予定時間：　　7　時間  ・学会・研究会等の主催の研修で：□ある　・　☑ない  （ある場合は学会・研究会名を記載すること：　　　　　） | |
| １０．使用する解剖体の要件  生前に、医師による手術手技研修等の臨床医学の教育、研究に使用されることについて、原則として意思表示し、解剖体登録者の生前同意を家族に告知し、承諾を得られている。あるいは家族がいない解剖体である。  ・解剖学講座研修指導監督者の確認： ☑ | |
| １１．使用する医療機器名（機器の管理、搬入・搬出方法も含めて記載すること）  　１)内視鏡外科光学システム（オリンパス社、ストルツ社　有料レンタル）  　２)内視鏡外科手術用具（同上、他 ジョンソンエンドジョンソン社、メディコン社提供） | |
| １２．研修運営費（医療機器の費用を含む）の金額及び出所  上記レンタル代、講師料、消耗品購入費が15万程度必要である。  　必要分は参加者による参加費・研究費で支払う予定。 | |
| １３. 利益相反の有無（有の者がいる場合は、その内容を具体的に記載すること）  　　□ 有　・　☑ 無 | |