手術手技研修(CST)実施計画書

令和　6　年　3　月　27　日

浜松医科大学長　　殿

手術手技研修　実施総括責任者

所　属：　脳神経外科学講座

職　名：　准教授

氏　名：【漢字・ﾌﾘｶﾞﾅ】鮫島哲朗・サメシマテツロウ

※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：　脳神経外科学講座

職　名：　准教授

氏　名：【漢字・ﾌﾘｶﾞﾅ】鮫島哲朗・サメシマテツロウ

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  【 R6 - 4 】 | ※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  　　脳神経外科および頭蓋底外科手術アプローチについての実習 | |
| ３．研修実施候補日（**※**CST事務局とのスケジュール調整後に決定）  ①令和　6年　12月　20日（金）～ 令和　6年　12月　22日（日）  ②令和　6年　12月　13日（金）～ 令和　6年　12月　15日（日）  ③令和　6年　4月　1日（月）～ 令和　7年　3月　31日（月）  **＜**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）   1. 若手脳神経外科医育成のため、より臨床に近い手術手技研修を通して、通常実施している脳神経外科および頭蓋底外科領域の手術手技を習得・研究するため。 2. 研修に適した献体準備のため、献体処置方法改良の検証を試みる。 | |
| 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）  　研修で使用するのは、頭部および頭頚部であり、学生実習で行っている脳、脳神経、脳室等の解剖を再確認し、より高度な前、中、後頭蓋窩および側頭骨から頭頚部にかけての頭蓋底手術アプローチに関連する手術手技研修を、インストラクターの指導の下、若手脳神経外科医、前後期研修医が行う。初日は、右前頭側頭開頭、Orbito-zygomatic approach, 硬膜外での前床突起削除、視神経管開放を行い、海綿静脈洞近傍の解剖の理解、中頭蓋窩アプローチ、Anterior transpetrosal approachを行い、二日目はMastoidctomy、後頭蓋窩アプローチ、Combined transpetrosal approach, Transcondylar approachを行う。三日目は左側を使用し、復習を行う。 | |
| ６．研修の有用性（100字**以上**で記載すること）  3日間におけるコースにおいて、日常の臨床において脳神経外科医が知っておくべき解剖及び各手術アプローチの理解と疑問点の解消に特に有用である。また器具の取り扱い方を学び、参加者が今後予定している手術の予行も同時に行うことができる。 | |
| 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：脳神経外科学講座　職名：准教授　氏名：鮫島哲朗  （学内）所属：　　　　　　　職名：　　　　　氏名：  ・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　4～5　体・ホルマリン（4～5）体（Thielとﾎﾙﾏﾘﾝの併用の場合あり）  ・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：　　3　日間　／　１日の研修予定時間：　　11　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）手術顕微鏡（Zeiss）、２）手術用高速ドリル（東機貿、メドトロニック）、３）吸引器（村中医療器）、４）手術用マイクロ器械（村中医療器）  上記を村中医療器が一括して12月12日（木）午後に研修室に搬入し、12月15日（日）に搬出予定としている。搬入、搬出時の立会いは、脳神経外科鮫島が責任を持って行う。 | |
| １２．研修運営費（医療機器の費用を含む）の金額及び出所  11．のレンタル器械使用料が約40万円とディスポ用品、御献体使用料は、原則参加者による参加費等で支払う予定である。 | |
| 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 | |