手術手技研修(CST)実施計画書

令和　6　年　12　月　12　日

浜松医科大学長　　殿

手術手技研修　実施総括責任者

所　属：　形成外科学講座

職　名：　教授

氏　名：【漢字・ﾌﾘｶﾞﾅ】中川雅裕・ナカガワマサヒロ

※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：　形成外科

職　名：　診療助教

氏　名：【漢字・ﾌﾘｶﾞﾅ】酒井梨穂・サカイリホ

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  【 R7 - 1 】 | ※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  　　CSTによる形成外科手技の習得 | |
| ３．研修実施候補日（**※**CST事務局による調整後に最終決定、候補日以外の場合あり）  ①令和　7年　7月　19日（土）、8月　9日（土）、8月　16日（土）  ②令和　7年　9月　27日（土）、10月　4日（土）  ③令和　7年　4月　1日（火）～ 令和　8年　3月　31日（火）  **＜**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）  　形成外科手術および皮膚・皮下組織・筋・神経・血管・骨の手術アプローチについて、若手形成外科医の教育における手術に必要な手術手技の習得と、研修に適した献体準備のための献体処置方法改良の検証を目的とする。 | |
| 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）  研修で使用するのは、頭部から足部まで含めた全身の皮膚・皮下組織・筋・神経・血管・骨であり、皮弁挙上や再建手術アプローチに関連する解剖を若手形成外科医、研修医が行う。具体的には以下のとおりである。  　頭部：頭部の皮弁挙上、頭部切開による顔面骨の露出  顔面：顔面の皮弁挙上、顔面骨骨切り、眼瞼下垂手術  　頸部：頸部の皮弁挙上、頸部リンパ節の剖出  　体幹：体幹の皮弁挙上、腋窩リンパ節・鼠経リンパ節の剖出  　四肢：四肢の皮弁挙上 | |
| ６．研修の有用性（100字**以上**で記載すること）  形成外科の実臨床で行う手術は様々な種類がある。手術の頻度が少ないものの重要な手術（皮弁手術、顔面骨手術など）もあり、トレーニングが難しい。CSTで手術の研修を行うことで、早期の技術の習得を目指し、実臨床に生かすことができる。 | |
| 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：形成外科学講座　職名：教授　氏名：中川雅裕  （学内）所属：形成外科　職名：診療助教　氏名：酒井梨穂  ・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）  ・予定献体数　：Thiel　　1～2　体・ホルマリン　　　体  ※（未使用部位の組み合わせ使用や研修規模の変更など、仔細により若干の変動あり）  ・予定使用部位：☑ 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：　　6　時間  ・学会・研究会等の共催の研修で：□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）  　内視鏡。協和医科器械よりレンタルし、前日に搬入、CST翌日に搬出予定 | |
| １２．研修運営費（医療機器の費用を含む）の金額及び出所  （収入と支出が0円の予定の場合はその理由を記載すること）  　参加者による参加費で支払う予定 | |
| 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 | |