手術手技研修(CST)実施計画書

令和　6　年　12　月　19　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：　教授

氏　名：【漢字・ﾌﾘｶﾞﾅ】黒住和彦・ｸﾛｽﾞﾐｶｽﾞﾋｺ

※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

職　名：　病院准教授

氏　名：【漢字・ﾌﾘｶﾞﾅ】小泉慎一郎・ｺｲｽﾞﾐｼﾝｲﾁﾛｳ

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  【 R7 - 2 】 | ※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事務局による調整後に最終決定、候補日以外の場合あり）  ①令和　8年　1月　23日（金）～ 令和　8年　1月　25日（日）  ②令和　8年　1月　9日（金）～ 令和　8年　1月　11日（日）  ③令和　8年　1月　30日（金）～ 令和　8年　2月　1日（日）  ④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）  若手脳神経外科医を対象に、臨床に即した頭蓋底外科手技研修を通じて解剖学的理解を深め、安全で精緻な手術技術を習得し、合併症の最小化と技術の標準化・向上を図ることと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を行う。さらに、内視鏡および外視鏡を用いた解剖および手技の習得も目的とする。二日目はMastoidectomy、後頭蓋窩アプローチ、Combined transpetrosal approach、Transcondylar approachを行い、内視鏡を用いて視野を拡大しながら、頭蓋底および後頭蓋窩の解剖を学ぶ。三日目は左側を使用し、初日および二日目の内容を復習するとともに、内視鏡や外視鏡を用いた技術の確認と応用を重点的に行う。 | |
| ６．研修の有用性（100字**以上**で記載すること）  脳神経外科・頭蓋底手術手技研修は、解剖学的理解を深め、精緻な手術技術を習得することで、安全性と精度の高い手術を実現し、若手脳神経外科医の技術向上と脳神経外科・頭蓋底外科領域の発展に寄与する点で有用である。 | |
| 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：脳神経外科学講座　職名：教授　氏名：黒住和彦  （学内）所属：脳神経外科　職名：病院准教授　氏名：小泉慎一郎  ・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　4～5　体・ホルマリン（4～5）体（Thielとﾎﾙﾏﾘﾝの併用あり）  ※（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：　　3　日間　／　１日の研修予定時間：　　11　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）  　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）  ５）外視鏡（オリンパス）、６）内視鏡（オリンパス）  上記を村中医療器が一括して実施前日午後に研修室に搬入し、3日目午後に搬出予定としている。搬入、搬出時の立会いは、研修実施責任者が責任をもって行う。 | |
| 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、CST運営負担金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 | |