

153					
154	障害者歯科麻酔治療において麻酔科とチームアプローチを行うことがあり、相手の立場で臨むことができればより円滑な治療を遂行できる。				必要な研修であり、トラブルが生じない様制度(手続き)を見直し継続して欲しい。
155	歯科疾患のみの麻酔研修では症例の範囲も狭く、患者のリスクも狭い範囲となる。麻酔医は幅広い視野を持つ必要がある、医科研修で様々な症例を経験することは自分の経験から必要である。特殊な技術の習得は必ずしも必要ないと思うが、いろいろな症例を体験することは必要である。	ガイドラインとしては問題ないが、歯科医師の医科研修の際の患者への説明が統一されていない気がする。幅広く世間に理解を求めめる努力が必要と考える。			いままで各施設でバラバラに対応していると思う。今回の問題である程度の基準的なものを決める必要がでてきたのではないだろうか。
156	幅広い知識と経験を持つことは有意義。危険に出会った時の回避に関する安心感が違う。				国民的な支持を得るための場を設けたり方策を考えたいが大切ではないだろうか。
157	歯科医師として日常の臨床に携わる際、基本的な全身管理の知識を有していることはこれからの超高齢者社会を迎える日本社会において要求される歯科医師としての重要な要素の一つであると考える。有病者・障害者の歯科治療を安全に行うためには精神鎮静、全身麻酔の技術は有効であると考えられる。しかし、歯科麻酔科での研修での症例・数ともに限界があり、豊富な症例に接することができない歯科麻酔科研修は非常に貴重で重要な研修であると思われる	現行なガイドラインではやや規制が大きく、研修の機会が損なわれたいと考えると考えられる。			歯科医師の医科麻酔科研修の意義や必要性、重大さが社会的にまだ認知されてはいないが、麻酔前回診にてインフォームドコンセントの際に同意を得難い場合がある。また必要性について疑問を投げかけられる場合もある。社会に対して医科麻酔科研修の認知度を上げる必要性があると思われる。
158					
159	全身管理はもちろんのこと、有病者に対する知識・対応上の注意点、他科(医科)における患者の理解など口腔外科・歯科の治療上、その意義は大きい	あまりにもしぼりが強すぎる。指導医師の監視体制など最低限患者の安全性を確保するガイドラインでよいと思う。今回の三井記念の事故は残念であるが、一つの事故により研修全体が影響を受けすぎる。医師がかけた麻酔なら事故は起きなかつたのかその点も検証すべきである。			歯科界は(特に口腔外科、歯科麻酔関係者)はその意義を広くし、声を大にして訴えるべきである。患者の医療に対する視点は厳しくなっているか、国民のために必要となることはしっかりと対応してほしい。

160				大学病院で各科に分かれて行っているため、麻酔に関する研修は麻酔科に依存。
161				施設間の差
162	別世界に触れ、触発されるため、可能な限り行う方が良い。			医科麻酔科の理解が不可欠である。研修というより人手不足の解消になりかねないことがある。研修を受ける側のレベルアップも必要である。
163	全身管理の基本を身につける目的で行っている。			医科麻酔研修の必要性を論ずるに当たり、国民を啓発する必要性を感じる。医師、歯科医師側からの要請ではなく、国民にとって必要であるという観点から活動していただきたい。
164	救急時の対応、術後の患者管理ならびに外傷患者の治療方針決定において、麻酔科的知識が必要になる場面が多い。また、現在の高齢化社会において、有病者に対する歯科治療を行なう際の基礎疾患に対する知識、留意点等を集中的に学ぶ機会が必要と考える。上記を十分に満たすのは、やはり医科麻酔科研修であり、患者が安心して歯科治療を受けるためにも、医科麻酔科研修での知識・技能の習得は大切であると考える。	研修目標はAからDにランク分けされているが、研修医の目的意識によって研修到達目標にかなり開きが出てくる。優秀な研修医を育てるには、患者の安全が担保できることを前提として、学会が責任を持つ範囲で研修内容に幅を持たせる余裕があっても良いのではないか。一方で、ガイドラインから逸脱した研修を早期に検討・解決する仕組みを作成し、国民から誤解のない安全な研修システムを今後も確立されるよう望む。		
165				
166				
167	普通に医師が麻酔研修をする程度(二年研修時の一ヶ月間専属麻酔研修を行う)の研修は医師・歯科医師の差なく、医学を学ぶ者全てが研修できるべきです。	歯科麻酔20例を経験してから麻酔研修する意味が全くないので全排してほしい。CV留置必要。		病院歯科では麻酔科医師が全て指導するので歯科麻酔の経験は無意味である。
168				今後医科研修がさらに必要になるならば、学会での十分な(厳格な)管理、体制を構築してほしい。これ以上の医科研修での事故は本学会自体の存続にかかわるものと危惧しています。
169				



176	<p>歯科医師の医科麻酔研修については社会的に受け入れられにくい状況になりつつありますが、いままでもなくその意義は大きく、今後も継続する必要があります。可能であれば全ての歯科医師に(歯科麻酔医であるなしにかかわらず)研修の機会を与えた方がよいと思います。歯科医師の医科麻酔研修への社会的認識を改善するためには、医療事故発生を無くし、歯科医療における全身管理の必要性を幅広く社会に認識して頂く地道な努力が必要と思えます。新味のない意見しか述べることが出来ず、申し訳ありません。</p>	<p>歯科麻酔から長期間離れておりますので、以下は適切な意見ではないかもしれませんが、歯科おおよび口腔外科疾患以外の症例に対して、本ガイドラインのような制限が加わることは、これまでの歯科医師の医科麻酔研修における医療事故の発生を考えれば全体として仕方がないといえる範囲ではないかと思えます。しかしながら、気管挿管、麻酔に必要な薬剤の投与、動脈カテーテルの留置など全身麻酔ではごく一般的な処置までが、B(研修指導医または研修指導補助医が介助する場合、実施が許容されるもの)にカテゴライズされているのは、実際の研修においては大きな足かせになるようで氣になります。</p>	<p>歯科麻酔から長期間離れておりますので、以下は適切な意見ではないかもしれませんが、歯科麻酔科で一定の研修を受けた歯科医師であっても、医科麻酔科研修開始時の知識および技術にはかなりの差があると思います。今後の医科麻酔科研修にこれ以上の制限が発生しないようにするために、歯科医師全体の医学的知識のレベルアップとともに、一定以上の知識あるいは技能を持つ者だけが医科麻酔科研修を開始できるシステムにすべきかもしれません。すなわち、現行の比較的主観的な知識・技能評価記録ではなく、より客観的な評価基準を作成し、その合格者だけが医科麻酔科研修を開始できるような仕様がよいかもしれません。</p>
177	<p>歯科病院では経験できない様々な全身疾患を経験できる</p>	<p>術後の疼痛管理、中心静脈カテーテル留置が研修水準Cにされている点は、実務に合わないのではないかと</p>	
178	<p>歯科医師の医科麻酔研修は、今後、ますます高齢化する社会を迎えるなかで、歯科を受診する患者や様々な全身性の慢性疾患の合併症を有する患者の増加は必然であります。このような患者に対して安全かつ良質な歯科医療を提供できる歯科医師の育成は国民の強いニーズであり、歯科治療中や周術期に生じる全身状態の急変に的確に対応できる能力を身につけるために歯科医師の医科麻酔科研修は大変意義深いものと考えられる。</p>	<p>特になし</p>	<p>国民に安心・安全で良質な歯科医療を提供するために重要である。歯科医師の医科麻酔科研修がさらに、充実した研修になることを切望します。</p>
179			

180	<p>・歯学部や歯科大で受けてきた医科疾患の病態の知識を一般臨床に生かすには、実際医科麻酔科などにて指導医のもと医科疾患の病態に接して臨床研修を行うことは必要不可欠である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科麻酔科研修を行っている施設においても医科麻酔科での研修はカリキュラムに入られるべき。</li> <li>・全麻下では手術を行う施設において術後管理や病棟などでの急変に対応するためには、医科麻酔科における研修は必要</li> </ul>	<p>「患者への説明と同意」はその施設が歯科医師を受け入れたいとあらかじめアナウンスしているものであれば歯科医師本人が同意をとらなくてもよいのでは。</p>	<p>・医科麻酔科研修では歯科麻酔の専門医が取得できなくなった。国が規定しているガイドラインにのっとっているのに受けつけないのはどういう事か。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔外科処置がなく、一般歯科診療しか行っていないことも緊急事態が起こりうる医療現場であることにはかわりはない。</li> <li>・高齢者、有病者が増え、それらの病態と対する知識を深める為には、医科麻酔科研修は有用であるが、周囲環境の認識は低い。</li> </ul>
181	<p>口腔外科を行ううえで全身管理は必須であるので、医科麻酔研修はその知識、技術を得るためには必要と思われ。</p>		
182			
183	<p>医科での麻酔科研修を受ける資格を定義することが必要。施設間格差が大きすぎる。</p>		<p>基本的には賛成です。誰が、どこで、どのレベルを目的に研修するのか。</p>
184			
185			

186	<p>①多くの症例数を経験することができる。②多 種類の手術の麻酔を経験することができる。③多 合併症をもち重症な患者を多数、経験すること ができる。④高齢者や小児を多数経験すること ができる。⑤急患手術を多数経験することができ る。⑥救命処置を多数経験することができる。 ⑦種々のモニター機器を経験することができる。</p>	<p>歯科麻酔科以外の歯科医師の歯科麻酔研修 はガイドラインに沿わない形で行われている。 矛盾している。 研修指導医あるいは研修指導補助医の関与、 監視がどの程度必要かは定められていない。 (定めのない方がいいという意見もありますが) 患者の同意が原則としてという曖昧な表現に なっている。 事前の知識・技能評価を判定する方法が曖昧 である。また、どのような方法で判定するかが 難しい。 「歯科医師の歯科麻酔研修ガイドライン」が全 部の指導病院に周知されていない。</p>	<p>意見を得る際に、患者に問題がない場合でも 麻酔の危険性について説明しながら、歯科医 師に研修させることを説明するという矛盾を指 摘されたことがある。まして、患者さんに問題点 がある場合(重症な場合)はなおさらである。 病院によっては歯科麻酔科のマンパワー不足 の解消のために、歯科医師を常勤で採用して いるところもある(過熱研修)。認定医や専門医 受験資格獲得の目的ではない場合、麻酔科学 会も歯科麻酔学会も現状を把握できないと考 えられる。自己責任だけではガイドラインが順守 されないのではないか。 また、専門医資格を取得しても知識や技能の 維持目的で研修を続けたいと考える歯科医師 もいると考えられる。過熱研修をすべて禁止す ることが果たして妥当なのか？ 過熱研修を厳しくすると、アルバイト等も制限さ れる。歯科麻酔を永く続けている者にとっては 歯科のアルバイトにすぐ変更できない者も多く、 将来歯科麻酔科医になることを希望する者も 減る可能性がある。</p>
187	<p>充分な知識と技能を持つ歯科麻酔科医の育成 に不可欠な研修</p>		
188	<p>1.全身麻酔管理能力の向上 2.麻酔科を含めた他科医師との連携強化 3.他科手術に関する知識の習得 4.ルーート確保技術を含めた救急処置能力の向 上</p>	<p>歯科麻酔に関する研修で全身麻酔(気管内麻 酔)20症例を10例程度にしていただけだと思 います。</p>	<p>歯学部において麻酔に関する卒前教育の充実 が望まれる。</p>

189	<p>歯科麻酔科研修で習得した知識や技術は口外手術の全麻のみならず、高齢者や有病者の歯科治療時や偶発症、緊急時の診断・対応、口外入院患者の固術期、化療法時の全身管理など幅広く活用されており、歯科医療の安全性と質の向上に役立っている。</p>	<p>研修実施にあたっての基準の研修を受ける歯科医師について別紙1に定める歯科麻酔に関する研修を終了したものであること。とあり、歯科麻酔に関する全身麻酔20症例となっているが当院のような病院内の歯科口腔外科では、麻酔研修は歯科症例と歯科口腔外科症例を分けて研修するわけではないので実際的ではない。</p> <p>× ⇒2-B)CVカテ留置はB 3-4)5)疼痛管理、術後管理はB 程度が望ましいと考える。</p>	
190	<p>口腔外科専門医を目指す上において必須であり、非常に有益と考えます。また、歯科研修医と同じく、医療人として成長するために必要と考えています。</p>	<p>歯科麻酔を経験する必要性をなくしてよい。また、歯科麻酔専門医・認定医に道を拓く上においても歯科麻酔学会の提案する歯科麻酔専門医による鎮静習得の項目をなくした方が良いと思いますが、いかがなものでしょうか。</p>	<p>最終的にはライセンスの統一かと思っています。50〜100年後にそうなる様に望みます。当地では不自由なく研修が可能なので、問題意識は少ないのですが、最低限の判りやすいルール(自己をしばる様なルールでないルール)は、研修をする者にとつて必要と考えていますので、お願い申し上げます。歯科研修の必要性について、歯科で十分な症例を経験できないためとか述べられている様ですが、それは「歯科麻酔の現場で不必要」とか「そんなに人は不要」とかに帰語し、「その様なマーケットに人を育成してどうするの?」となってしまうかねるの、あまり講じない方が良いかと考えますがいかがなものでしょうか?</p>

191	<p>当院では医科大学付属病院のみならず、関連病院からの高度基礎疾患を有する患者様の歯科治療に従事する治療・研修機関である。</p> <p>また、歯科は血管作動薬を含む局所麻酔ならびにアレルギー発現など否定しきれない薬剤投与を日常の診療行為で施行する診療科であり、比較的侵襲な場合が多いとはいえ、他の体表に近い診療領域の医科診療科と同等に高度な研修が可能に限り受けられる機会が許されるのであれば、診療を享受される患者様にとって他のものと代えられない研修内容の一つと考えている。</p> <p>このため、歯科は医療の中の1部門として広く国民に認知されている以上、基礎疾患や周術期管理の習熟は、多くの歯科医師の研修には不可欠であり、これには医科領域麻酔をも研修内容に含まれるべきものと考え。</p> <p>また、研修とは座学ではなく実地を含むものである中で、これが歯科麻酔(学)へのフィードバックにつながるものであるのではなかろうか。</p>	<p>1. 歯科医師の医科麻酔研修の必要性について国民ならびに受け入れ施設への更なる啓蒙活動の必要性</p> <p>2. 研修を受ける歯科医師の精神的ケアの必要性(歯科医師であるが故の患者、同僚医師への心的ストレスやジレンマ)</p> <p>指導側、研修側はともに医師法、歯科医師法を十分に理解し、遵守しなければならない。しかしながら、将来の歯科医療技術ならびに安全性の発展と指導者育成のために、歯科医師の裁量判断力も養えるより柔軟な研修内容に改善していかない限り、医科麻酔研修の志願者ならびに、受け皿となる施設が減少していくと懸念している。(要約)</p>	<p>歯科医師の医科麻酔科研修は歯科・医科二元論による卒前教育・歯科単独研修によって生じたギャップを埋めるために行われているように思う。しかしながら、ガイドラインがあるものの、対応に混乱が生じているのも事実である。医科麻酔科研修の目的は、歯科医療現場の安全性向上につながるなどの「患者様の利益」に立って、歯科医師、歯科学術団体が理解を求め、必要があるのではないか。</p> <p>研修環境の不十分な整備を理由に高度化する医療の中で、歯科医療の安全性が衰退する可能性がある。</p> <p>根本的な解決として、国民の命の安全を確保する観点から国会・国政の場(衆参の予算委員会など)において厚労大臣を交えて真剣に議論していただきたい。法改正を視野に入れた再検討を望む。(要約)</p>
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



192	<p>何らかの疾患を持つ患者(有病者)の歯科治療に起こりうる危険な病態変化を察知し、対応できる能力を養うことが、大きな目的であると考えます。種々の疾患に対する理解とそれに対する対応の仕方を実践を通して学ぶことができず、また、歯科医師(免許)としてどこまでできるのか、どこからは専門科に委ねるべきなのかの判断が出来るようになることも重要であります。麻酔をかける(麻酔医として)ということが目的なら歯科麻酔科の教室に身を置けばよいわけですが、このことと、歯科麻酔科とは同一視できません。このことと、歯科麻酔科が歯科麻酔科研修を行なう意義と歯科医師や口腔外科専門医を目指す者が歯科麻酔科研修を行なう意義は違います。私は後者の立場上、上述したような意義があると思います。</p>	<p>歯科での全身麻酔は挿管部位が術野と同一部位であること、経鼻挿管が多いことなどから極めてレベルの高いハイリスクな麻酔である。医学部歯科口腔外科であることから歯科麻酔科での麻酔で手術を行っています。麻酔医は他科の麻酔より難しさを感じているようです。なぜ、歯科での挿管を20例以上経験しなければ歯科麻酔科研修が受けられないのか疑問に感じております。自分自身、歯科麻酔科研修を8ヶ月行っており、指導医の下、正しく研修すれば問題ないと思います。医科であろうが、歯科であろうが、麻酔手技・管理は大きな差はないのではないのでしょうか。</p>	<p>①「医師法、歯科医師法 二元論の見直し」 ②医学部においては歯科麻酔科での研修、歯学部においては歯科麻酔科での研修を最低限の基本ガイドラインとカリキュラムを作成し、あとは個々の科で法に触れない程度のカリキュラムで研修できるようにするのが望ましいと思います。</p>
193	<p>医科での研修を通して他の領域の手術を見られる。全身管理を学ぶことができる。</p>	<p>ガイドラインから逸脱した研修を早期に検討・解決する仕組みを作成し、国民から誤解のない安全な研修システムを確立されたい。</p>	<p>歯科医師が歯科麻酔で研修して知識・技能学ぶことは国民にとつて必要である。国民のために重要であることを説明したい。</p>
194	<p>より幅広い視野での研修を期待している。</p>		
195	<p>有病高齢者が増加するためますます重要性が増すと思われる。</p>		<p>法律面の問題</p>
196			
197	<p>多くの経験ができる。歯科医師であっても、患者さんは内科・外科医と同じように全身管理について知識と経験を持っていると思ってる。全員の歯科医師とまではいわないまでも、興味意欲のある歯科医師には歯科麻酔科研修が歯科治療のレベルを維持するために必要だと思っています。</p>	<p>歯科麻酔科のスタッフには負担にならないように新たなガイドライン作成をお願いしたい。新たなガイドラインによって歯科麻酔科研修のハードルが高くなりすぎないようにお願いします。現行ガイドラインを遵守するチェック機構が甘かったのかもしれない。しかし、チェックするためには莫大な労力が必要です。将来的に、インターネットで、登録制度、チェック用ソフトの開発など急がれます。</p>	<p>歯科医師の卒前教育で、歯科麻酔科をもっと充実させるべきである。しかし、これは我々の大学の問題点かもしれません。私の個人的な感覚では、この件に関して歯科医療界全体で考えるべき問題と思っています。歯科麻酔学会以外の歯科の学会では、麻酔科研修について(推測で、しかも的を得ていないかもしれませんが)全身麻酔については歯科麻酔科に歯科麻酔科をパスして直接目から歯科おおよび歯科麻酔科研修は必須であるが、歯科麻酔科研修は重要な役割をどの程度認識しているのか?</p>

198	当科における研修の意義は、口腔外科医として必須のものと考え。特に有病者の歯科治療、ICU、病棟入院、術後の管理を行なうに当たっては重要と考え。		
199	重症患者の全身麻酔や、手術中の予期せぬ大量出血、ショックを経験することで、その原因と機序を自分で考え、それに基づいての対応が出来る応用力をつけるのに医科麻酔研修は意義がある。	医科麻酔では、並列で麻酔管理が行われていたり、術者が麻酔を開始し、その後はナースが管理していることもある。それらは、法律的には問題がないとされている。即ち患者に対し1対1の麻酔医のいない全身麻酔手術が許される中で、なぜ歯科医が単独で全麻患者の全身状態を監視してはいけないのか。挿管、抜管、麻酔濃度の調節、補液の交換等は医科麻酔医の指示が必要というくらいの制限でガイドラインを作って欲しい。	プリント未返送
200	全身状態の評価、管理という観点より、麻酔科研修は歯科医師にとって必要ではないかと考えます。	プリント未返送	プリント未返送
201	医療上、血管確保、気管内挿管などは必要と思います。	特にありません。	特にありません。
202			
203	歯科医師が医科の麻酔の世界を垣間見るとしても貴重な研修期間だと思います。歯学部教育では、不足と考えられた全身管理、全身医学の補足並びに学習・修得のとてもよい機会であると思います。口腔だけでなく、全身に視点を向けさせる良い機会であると思います。	医科研修医の同意書が必要でなく、歯科研修医のみなぜ同意書が必要なのか？研修は「業」ではなく、あくまでも「研修」であるので、指導医の裁量権が優先されるのではないだろうか。	
204	口腔外科臨床において全身管理及び緊急の処置・診断は必須と考え。		
205			
206			
207	安全な歯科医療を行う上で必要不可欠である。	医学部に所属する歯科医師として現状に全く適していない。	

208	患者に安定な歯科麻酔を実施するためには、複眼的視野の広がりが必要であり、特に歯科単位である当施設において歯科麻酔研修は、安全な麻酔を提供できうる歯科麻酔科医の育成に必須であると考える。	特になし	特になし
209	患者に安定な歯科麻酔を実施するためには、複眼的視野の広がりが必要であり、特に歯科単位である当施設において歯科麻酔研修は、安全な麻酔を提供できうる歯科麻酔科医の育成に必須であると考える。	特になし	特になし
210			当小児歯科では発達障害児(者)の歯科治療を担当して、全身疾患を有する障害者の全麻下歯科治療において歯科麻酔科から3泊4日入院を求められ苦慮している。病棟管理も小児歯科医が能力以上の対応を求められており、歯科医師の歯科研修による能力、対応力の向上、あるいは医科入院、医科麻酔下での歯科治療の実現を強く希望する。
211	重要であると思います。医科麻酔科研修により、一般医科の手術や全身管理への理解を深めることができると考えます。歯科麻酔科だけの研修制度にかたよってしまおうと将来的に歯科医師が全身麻酔を担当できなくなるのではないかと危惧します。		地域一般開業医の先生方が、全身管理の研修のために個人的に総合病院や大学病院などの麻酔研修を受けているケースが多く見られるように思います。その方々の当ガイドラインの存在が十分に認知されているかどうか心配でありません。口腔外科の先生方が大学病院などの院内研修で医科麻酔研修を受けているケースが多いと思いますが、いかがでしょうか。当ガイドラインが口腔外科学会等への認知はどうなっていますか？
212	当科では受け入れ病院側のご厚意で麻酔科研修を行っています。		
213	口腔外科に限定されない一般市民	はじめに歯科麻酔20例のしぼり	

214	歯科医師が全身状態を理解するために研修は重要です。	現実に全く即していないことが問題です。	全くガイドラインが守られていないのが現実です。
215	歯科領域全麻20例消化者を有資格と見なす事項について不要と考える。	口腔外科の問題、歯科麻酔の問題等において日本歯科医師会、諸学会など全ての歯科医に歯科医師としての資格範囲、医療面における範囲が明確に統一されていない。医師会(側)など相手の問題ではなく、我々がいかなる立場・Baseで存在すべきかの議論が全くなされず、相手の出方で右往左往している。全学会日歯含めた全歯科医の認識統一が重要!	
216	日々の臨床を行う上での基礎の一つ。		
217			
218	受け入れ先の医科麻酔科が歯科医師の研修の目的を理解して、その体制が取れていれば、非常に有意義であると思います。		
219	歯科麻酔科業務を歯科医師のみで担当するうえでは医科麻酔研修は必須 若い歯科医師を「医師として育てる(Medical mindをもった歯科医師)上で極めて大きなモチベーションになる 結果的には「歯科医療の安全」をすすめる上で大きな役割を果たしている	歯科医師派遣施設と医科指導病院との間の全統一した文書のフォーマットの作成が必要。それに伴い、これら文書の保管方法等につき具体的な方針を示すべき	
220			
221			
222			
223	歯科医師の医科麻酔科での研修は、必要であると思う。同時に歯科医師が全身麻酔を担当することの法的な整備の検討していく必要がある。	現時点で新たなガイドラインを作成する場合、厳しい内容になることは、ある程度仕方がない。ただ、受け入れる側の裁量権も少しは考慮すべきと思う。	1.国民に歯科医師が適応症例に関し全身麻酔を担当する必要性をしっかりと理解してもらふ必要がある。 2.「通達」レベルではなく、しっかりと法的な整備(歯科医師法の改正も含んだ)を、検討すべきと考える。
224			

225	呼吸管理ならびに循環動態の理解と管理の実際を学ぶのに意義あると思われれます。特に歯科麻酔ではリスクの高い患者の術中管理に携わることが多いことが学ぶことのkey pointと思われれます。また、歯科以外の種々の疾患を経験することにより多くのことが学べると思われれます。	専門分野ではないため。	
226		歯科麻酔研修を行うために、口腔外科麻酔での挿管20症例終了を義務づけているが、麻酔研修期間中にその程度の口腔外科症例を経験することと変更し、指導医のもとで歯科麻酔が並行して研修できるようにすることが実状にあっていると考える。	和文論文89編、英文論文29編、国内学会195題、国際学会31題
227	11)の項目を歯科口腔外科臨床に活かすこと		
228	歯学部附属病院の年間600例程度の症例でかつリスクの低い症例の中で複数の研修医が症例をわけるのは、研修レベルの著しい低下を生む。歯科との接点ある口腔外科では、少なくとも歯科レベルの研修が最低限必要と考える。		歯科医師の歯科麻酔研修で研修医の一元管理を求められていると聞いているが、その要件に日本歯科麻酔学会入会が義務づけられている。これは、日本歯科麻酔学会のみが歯科医師の歯科麻酔研修を代表しているようにうけとられる。日本口腔外科学会、日本障害者歯科学会等、関係学会での協議会を発足させて、受け皿での一元管理が望ましいと考える。
229			
230			
231	歯科医師の歯科麻酔科研修の意義は大いにありますが、本学のように医学部と歯学部がありそれぞれ麻酔科がある場合、麻酔科研修は歯科麻酔科の方が受けやすいと思います。口腔外科医の場合、歯科麻酔科研修後さらに歯科麻酔科での研修はあまり必要性を感じません。	歯科麻酔科研修を受ける歯科医師は、歯科麻酔科研修を終了した者であることが条件となつていますが医科大学での口腔外科医の場合この条件はクリアしていくものです。また、歯学部の場合、口腔外科の診療は必ずしも、歯科麻酔科と連携を取る必要があるため、歯科麻酔科研修終了後にあえて歯科麻酔科でさらに研修するメリットはきわめて少ないと思えます。	
232			

233	<p>・医科麻酔科研修で口腔領域以外の症例を経験することで歯科医師の知識が広がる</p> <p>・施設により、口腔外科手術のみの症例では数に限りがあり十分な経験が出来ない</p>		
234	<p>麻酔や救急の研修なしに育った歯科医師はますます口や歯に執着して、他の医療従事者との話が出来ない程、幅の狭い人が多い。これからの超高齢者社会でチーム医療が出来ない。他職種の人々と一緒に働いた経験が大切であると考えている。</p>	<p>・今までのところ歯科医師が麻酔担当となることが患者さんに申告しても断られるなどの問題は発生していない。</p> <p>・医科麻酔研修前の歯科麻酔20例例についても約1ヶ月間の当科の手術症例で足りている</p>	<p>・医科の麻酔研修のメリットは麻酔そのものや全身管理技術の修得だけを目的とするものではなく、医科各科の手術を通じて各科の疾患やその手術、さらに考え方などを見聞する機会であり、医科各科の(外科系に限られるが)実際の勉強をする場である。</p> <p>・仄聞したところによると医科麻酔学会と歯科麻酔学会において医科麻酔をうけた歯科医を歯科麻酔学会がとりまとめ厚労省に報告する。そのために、研修を受けた者は全員歯科麻酔学会に入会するということなのですが、医病や病院歯科では個別に病院の麻酔科部長と連携して研修を長年行ってきた歴史があり、一部の病院で問題を起したからといってそれが歯科麻酔学会に入会する理由にはならない。そのような縛りは医科を学ぼうとする人を減少させ、歯科はますます孤立することになる。</p>
235	<p>歯科麻酔では全身疾患のriskの少ない症例が多いため、麻酔科医としての技術、経験に偏りが生じる。医科指導医のもとでHigh riskの麻酔全身管理をすることによって、医療技術、知識の修得が充実する。</p>	<p>社会、マスコミへの啓蒙(歯科医師の研修が国民のために役立っていることを広く知らせると)</p>	<p>基本的には学会や国が積極的に推進してゆくべきと考えますが、制度的な問題点が多い。</p> <p>①職制上の問題点。どこまでを歯科医師による麻酔の業務範囲とすべきか、一般的に確定されていない部分が多い。</p> <p>②歯科医の医科での研修制度が公に認知されていないとはいえない</p> <p>③研修のカリキュラム(研修内容)が、必ずしも確定されていないように思われる。さらに</p> <p>④研修する歯科医の基本的な知識の不足も少なくないと思われる。</p>

236	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔外科手術・周術期管理の向上のため</li> <li>・全身状態の把握のため</li> <li>・目の前にいる患者の命を守るため</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・卒後教育のみならず、卒前教育において割愛できるカリキュラムを見直し、これらの教育を盛り込んでいくべきである。</li> <li>・BLSは一般人にも普及しているのにも関わらず、歯科医師が患者の命を守ろうとするための研修を制限するのは間違っていると考える。(歯科医師の免許で医科麻酔科医になるために研修を行っているのではない。)</li> </ul>
237	<p>全身管理、救急患者の処置等に関しては、麻酔科での研修が集中して学べるので、短期間であっても有意義である。当科では、麻酔科医になることを目的としていないので、臨床医としての基礎知識として修得すれば可と考える。歯科医が医科麻酔科研修の時に必要な、挿管20例の条件は、認めがたいと考えている。</p>		
238			
239	<p>研修については必要なことであると思われる。患者さんの全身状態を把握し、救急時にも適切に対応できることなど、知識や技術を学ぶことは良いことであると思われる。</p>		<p>患者に歯科医師が全身麻酔を施行することに対する理解が得られるかどうか。研修医を受け入れる施設を確保することが徐々に難しくなってくるのではないかと考えられると思います。</p>
240	<p>歯科医師が日常臨床を行っていく基礎的知識として研修を行っている。</p>	<p>歯科全身麻酔症例20例が必要の意味が理解できない。</p>	
241	<p>指導者の下、経験することにより、より適格な判断が行えるようになる。</p>	<p>新しいガイドラインについては少し抑止力が働いているようにも思われるが、現状では受け入れざるを得ない内容と考えています。</p>	<p>歯科麻酔経験20例以上ではじめて医科麻酔研修を行えるわけですが、それでもリスクの高い患者については回避すべきものと考えます。</p>
242		<p>ガイドラインについての知識が不足しており、そのコメントは控えさせていただきます。</p>	
243	<p>口腔外科では是非必要と思われる</p>		
244			

245	全身麻酔の処置が絶対必要な口腔外科では、医科の麻酔科研修は必要不可欠であると思えます。	15)、16) 歯科医師として必要な研修としたいと思いますので、医科の指導医に監督していただき、医師と区別なしで行ってほしいと思えます。当院では医師に混ざり研修しております。	15)、16) 歯科医師として必要な研修としたいと思いますので、医科の指導医に監督していただき、医師と区別なしで行ってほしいと思えます。当院では医師に混ざり研修しております。
246			
247	医学の中の歯学としての認識を持ち、日常の臨床に役立つ知識・技術を得るためにぜひ必要と考える	ガイドラインの患者の同意について、主となる麻酔医が歯科医師であるとき以外は同意を必要としない。研修水準の2-13)をC→Bとする。研修水準の3-4、5)をC→Bとする。	医師法、歯科医師法に対する法的整備が必要。
248	・実際に医科の手術手技を学べること ・そのことにより直接的・間接的に医科知識を学ぶことができる。歯科医師としてとても有意義な研修と考える。	・医科麻酔と歯科麻酔を分けていること ・歯科麻酔でも全身状態のリスクが高い患者を研修するよりも医科麻酔でリスクの低い患者を研修した方が安全である。よって医科麻酔研修に限らず麻酔科研修はレベルに応じてリスクも考え、担当患者の管理を行う。	具体的に医科患者に対し挿管は(研修終了の)救命士が行っても良いが、我々歯科医師が行った場合問題となることがある。医科麻酔患者に対し、救命士が研修として挿管しても良いが、歯科医師が行うと問題となる。30例の実習のみの救命士の方が許されている現状はおかしいと思えます。
249	1. 歯科医師として全身管理(全身状態の評価)の基本的知識、技能を修得するため 2. 歯科医師の全身麻酔医は目標としていない。		
250	口腔外科術後の周術期管理では、全身循環の知識が求められるので、鎮静、鎮痛を含めた全身コントロールを修得する為にも麻酔科研修は必要である。	「歯科麻酔」の定義が、歯科・口腔外科疾患の麻酔なのか、歯科医師の行う治療時の麻酔なのか不明です。前者の場合は形成外科や耳鼻科の手術時の麻酔も該当すると思われる。 現行のガイドラインでは、歯科麻酔20症例終了したら医科麻酔ができるとあるようだが、実際行う時の方法にさしたる違いがあるとは思えない。どちらの麻酔も指導医の監視下で行っている。上記項目は改善してもらえたいのでは？	
251	研修により医科手術を通じて医科領域の疾患や処置方法を理解できる。有病者の歯科治療の際、患者さんの全身状態を評価して医科担当医との連携に役立つ。救急患者への対応、全身管理に役立つのはもちろんであるが、麻酔科業務においてバリエーションを多く経験することは有用である。	歯科麻酔学会が何らかの方法で研修医希望者を評価し、厚生省が許可し、麻酔研修に限定して医科の麻酔研修医と同等の免許(期間限定、範囲限定)を一時的に出してもらえないだろうか。法的な問題で難しいと思えますが、	



252	<p>歯科麻酔学会認定医の条件とされている静脈鎮静法50例について、医学部あるいは医科での麻酔研修者が歯科麻酔認定医を修得する上で大きな障害です。撤廃するか、症例数を大幅に減らすよう再検討をお願いしたい。認定医を増やし、歯科麻酔のニーズを拡大することを考えれば門戸を広げる事と考えます。</p>	<p>全身麻酔を実施する上で歯科の患者と他科の患者を区別する事の意味があるのでしょうか。業として医科患者の全麻をすることで無ければ問題ないと考えます。研修ですから現行のガイドラインは「歯科医師の・・・のガイドライン」というよりも歯科麻酔科医員のように感じました。医学部や歯科病院以外の施設で麻酔を研修しようとする歯科医への配慮に欠けるものと思っています。(失礼の点はお許し下さい)</p>	
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## II. 分担研究報告

歯科医師の医科麻酔科研修の実態に関する研究

(歯科医師受け入れ施設を対象として)

報告書

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）  
分担研究報告書

歯科医師の医科麻酔科研修の実態に関する研究  
（歯科医師受け入れ施設を対象として）

分担研究者 澄川耕二 長崎大学大学院教授  
並木昭義 札幌医科大学教授  
古家 仁 奈良県立医科大学教授

研究要旨 歯科医師の麻酔科研修の実態をアンケート調査した。全国の医科大学・医学部付属病院麻酔科（121 施設）とその他の日本麻酔科学会麻酔科認定病院の麻酔科（963 施設）を対象とし、研修歯科医師の属性、研修前評価、研修内容、患者への説明、研修方法、業務への影響などについて調査した。

A. 研究目的

歯科・口腔外科疾患以外の症例に対する歯科医師の麻酔行為は、医師法に抵触し認められないものであるが、歯科医療の技術向上と国民への寄与を考えたときに、その必要性から研修という限定条件の下で行われてきている。歯科医師の医科における麻酔科研修は、平成 14 年発効の「歯科医師の麻酔科研修のガイドライン」を基に実施されているが、すでに 5 年が経過したため、現在の研修実態を調査し、ガイドラインの改善に向けて検討することとした。

関係者のコンセンサスを得、一定条件の下で歯科医師の医科における麻酔科研修を適正に行うために現行ガイドラインが制定されたが、法的な整合性、今日までの経緯と現状を踏まえ、社会的な受容を視野に入れつつ医科領域と歯科領域との専門家による共同作業により、ガイドラインを改定することを目的として本厚生科学特別研究事業が行われた。

この分担研究は、ガイドライン改定に向けての基礎データを得る目的で、全国の医科大学・医学部付属病院麻酔科とその他の日本麻酔科学会麻酔科認定病院の麻酔科を対象とし、歯科医師の麻酔科研修の実態を現行ガイドラインの観点から調査したものである。

B. 研究方法

全国の医科大学・医学部付属病院麻酔科（121 施設）とその他の日本麻酔科学会麻酔科認定病院の麻酔科（963 施設）にアンケート調査した。調査した項目は以下のとおりである。

- 1) 麻酔科研修で習得してほしい成果
- 2) 研修内容
- 3) 研修歯科医師の臨床以外の内容
- 4) 期待される研修歯科医師像（どのレベルの歯科医師が研修に来るべきか）

（倫理面への配慮）

本研究では、患者が直接的に研究対象となることはないため、倫理上の問題は生じない。

C. 研究結果

全国医科大学・医学部付属病院麻酔科（対象：121 施設）およびその他の日本麻酔科学会麻酔科認定病院の麻酔科（対象：963 施設）

対象合計：1084 施設

回収：医科大学・医学部麻酔科 88 施設

その他の認定病院麻酔科 536 施設

不明 9 施設

総計 633 施設

回収率：医科大学・医学部麻酔科	72.7%
その他の認定病院麻酔科	55.7%
総計	58.4%

歯科医師の麻酔科研修は、全体で 26%の施設が受け入れており、施設別では、医科大学・医学部麻酔科で 65%の施設、その他の認定病院麻酔科では 20%の施設が受け入れていた。1 年間平均研修歯科医師数は 80%の施設で 1~2 名であったが、5 名以上の施設も 6%存在した。歯科医師免許取得後の研修開始年次は現実で 1 年目から 6 年目以降まで幅広く分布したが、理想としては 2~3 年目が望む意見が圧倒的多数を占めた。研修開始時のレベル評価についての記録は文書で残す施設は 28%で、実施しない施設も 27%を占めた。研修開始時に歯科医師に期待する技能と、実際に歯科医師が行える技能に大きな差はなかった。

歯科医師が麻酔研修を行うことに関する患者への説明は、指導医と歯科医師が同席するものが 40%、指導医または歯科医師が単独で行うものが 38%であり、説明自体を行わないものが 10%であった。説明する場合の方法で同意書を用いるものは 29%に止まった。

麻酔導入と覚醒については、81%がマンツーマン指導であり、19%は必要に応じて行っていた。麻酔中の薬物投与については、マンツーマン指導は 47%に止まった。研修記録の作成・保管を実施しているものは 30%であった。歯科医師研修の受け入れによる日常業務への影響は、負担になるとするものと業務の助けになるとするものがほぼ拮抗した。患者への責任の所在に関する認識では、歯科医師と指導医の両者に責任があるとするものが 82%を占め、指導医の単独責任とするものが 17%であった。また歯科医師にすべての責任があるとするものも 1 施設あった。

指導医からは、歯科医師も全身に関する知識を十分に身につける必要があるという意見が多く述べられており、医科の側でも歯科医師の麻酔科研修の重要性を指摘する声が多かった。

#### D. 考察

医科の麻酔科研修を終了した歯科医師が、その後の教育・臨床・研修活動の中で、研修で修得した知識や技術を口腔外科の手術のための全身麻酔ばかりでなく、歯科外来の高齢者や有病患者に対する歯科治療時の全身状態評価と全身管理、全身的偶発症や緊急時の迅速な診断と対応などの面で臨床に還元していることは、麻酔研修の指導医の側にも十分に認識されていると考えられる。このことは、医科の側でも歯科医師の麻酔科研修の重要性を指摘する声が強かったことから明らかである。したがって、歯科医師の麻酔科研修は、歯科医療の安全性と質を向上させるためにも、今後もぜひ継続されるべきことであると考えられる。現在の研修実態は必ずしも現行ガイドラインに沿ったものではないことも明らかである。これはガイドラインの内容に曖昧さがある点と、医療の現状にそぐわない点があるためと考えられる。国民の納得の得られるシステムを構築し、効果的な研修を実施することが今後の課題であり、この方向に沿ってガイドラインの改定を提案するものである。

#### E. 結論

今回の分担研究から、現在、歯科医師の麻酔科研修が広く行われており、研修で得た知識や技能は大学病院の教育・研究・臨床に還元されるばかりでなく、地域の歯科医療においても有効に活用されていることが明らかである。広く歯科医療の安全性と質を向上させるために、今後も是非継続されるべきことであると考えられる。そのために、現行ガイドラインの問題点を明確にし、改善を提案するものである。