

36	日本歯科麻酔学会専門医資格取得に際しては意義のあるものと思われる	歯科医師免許取得者の臨床研修(卒後1.2年次)とは別の扱いである理解がされていないと思われ	
37			
38			
39			
40	全身管理ができる歯科医師が増えるので意義深いと考え		
41			
42	麻酔科で研修を行い知識、技術を高める意義はあると思うが、危険性に対しても十分に配慮しなければならぬ		
43	特に高齢有病者の歯科診療が増加することを考えれば、むしろ必須とすべき	・CVIは行わせてもよいと思う(口外の大手術の時には入れる) ・心臓手術や分離肺換気も常時監視体制で経験すべき	当然行うものとして国民に啓蒙を図る必要がある
44		当院では歯科医師の麻酔科研修を行っていないかったので「ガイドライン」も読んでいません	大学在籍中に歯科医師の麻酔科研修を指導してまいりました。当時は1年単位で研修していたので何とかものになってまいりました。また、向学心の高い方が研修にまわってきていたと思います。これからは、義務的で短期間ですと大変だと思います。つまりいわゆる基礎的な臨床医学が省ける部分をカバーできないと思います。当院のような病院では医師の臨床研修医だけで手一杯で歯科医師を受け入れる余裕はございません。
45			
46			
47	口腔という気道の一部を歯科は処置するため、気道とその管理を理解することは必要		

48	①救急対応(気道確保、薬物の知識)BLS、ACLS等が特に大切 ②プロポフォール鎮静の危険性についても十分理解してほしい ③局麻中毒時、アナフィラキシーショック時の対応等学ぶべきことは多い	①患者に対する説明・同意書をしっかりとればそれほど問題は生じないはず。医科学生でも麻酔を指導医のもと担当している。ただし、「麻酔管理料」を請求できるよう学会が力を入れてほしい。 ②「ガイドライン」のあいまいさをなくして、きつたりとした文章に変更する。難しい表現はさけ平易な言葉を使用して、誰にでも理解しやすい文章に改めるとよい。	救命士の「気管挿管」承諾書と同様、患者によっては拒否する人がいる。その場合、当施設のように症例が少ない場合その間の研修症例がなくなってしまうこともある。できれば歯科大・歯学部口腔外科で研修してきてほしい。
49			
50			
51	気道確保がすべてである。歯科麻酔科医が医科の他部門にわたる手術侵襲を理解できているわけではなく、またその必要もないので医科麻酔科研修の必要性を認めない		
52			
53	歯科麻酔は局所麻酔で治療できないような理由のある方達が対象なので、医科麻酔科研修で合併症のない方から経験を積み重ねていった方が安全だと思えます。ただ、救命士の挿管の承諾をとるのにも苦労しているのも、大変なことだと思えます。		
54	歯科医師が全身麻酔下にて処置を行っている以上、それによって起こりうる緊急事態に対応できるよう技術と知識を身につけるよい機会であると考える。		
55			
56			
57			
58	全身管理に役立っていると思います。	前のガイドラインは解釈の方法によりどこまでやらせられるか不明確です。どの行為が可能かどうか明確にしてほしい。	

59	<p>今回の回答内容は2005年以降行っているものである。当院の口腔外科の症例に限って口腔外科の若手歯科医師に麻酔を行わせ、麻酔科が指導するというかたちをとっている。したがって、医科麻酔科研修と呼べる代物ではない。</p> <p>1996年以前は、医師のローテート研修医と同様に一定期間若手歯科医師を受け入れて、全科の麻酔を行っていた。社会的な問題になったことと、たまたま研修する若手が不在となり、8年間途絶えていた。</p> <p>個人的には過去に行っていたような全ての科の症例を経験し、幅広い手技を含む研修が望ましいと考えている。</p> <p>法的な整備や学会ガイドラインの制定により現場で「気楽」に受け入れられるようになれば、以前同様の研修を行う意思はある。</p>		
60	<p>医師法、歯科医師法および厚生労働省の通達より手術の種類および挿管、抜管、薬物投与時の指導やマンツーマンでの麻酔についての業務などを考えると、歯科医師の医科麻酔科研修は非常に難しく、医療事故や過誤による司法、警察介入を考えると、中止にするのがよいのではないかと思います。</p>		
61			<p>当院では病院長がトラブルの原因を回避するため、歯科医師の研修を認めない状況です。救命士挿管実習は、地域医療のために受けているので(3名/年)地域のため”とかの大義名分がないと難しいのではないのでしょうか。</p>
62	<p>遅まきながら、医学部歯科とすべきであり、歯学部はなくす。</p>		
63			

64		<p>研修を受ける歯科医師は歯科麻酔に関する研修を終了した者であることとなっているが、一般歯科医や、口腔外科医で別紙1の研修が可能であれば、それ以上の医科麻酔研修は不要と考える。歯科麻酔の研修が不可能な歯科医がそのレベルの研修を医科で受けることが重要と思う。</p> <p>研修水準については、一般の歯科医師と歯科麻酔の認定医、専門医を目指す者ではレベルが違うので、研修の目的によって、ガイドラインを分けるべき。</p> <p>知識・技能評価記録について研修を開始する以前に研修担当管理責任者が評価するのはナンセンス。研修元が評価記録を添えて、研修の申し込みをするのが当然ではないでしょうか。</p>	<p>三井記念病院の報告書で感じたことですが、麻酔科学会、歯科麻酔科学会ともに研修の目的を見失っているように思います。一般の歯科医のための救急の研修と同レベルの麻酔研修を医科で行うのか、歯科麻酔の認定医あるいは専門医取得のための研修なのか、目的をはっきりさせて内容を議論すべきではないでしょうか。</p>
65			
66			
67			
68	<p>当院の歯科医師の医科麻酔科研修は、当院における歯科研修を行っている者に限られているため、研修医の有無、期間、卒業年次により内容は変わります。そのため、このアンケートに対する回答も適切に答えられなかったか不明です。ただし、医科麻酔研修は過去においても、その後の歯科・口腔外科業務に役立っている姿が見られます。必要なことと考えます。</p>		
69			
70			
71			
72			

73	意義はないとは言えないが、本来なら全麻を必要とする歯科手術は麻酔科医が担当すべきと思う。			現状では、ある病院に歯科医師が、ほとんど麻酔科専従で一般手術を担当している例がある(数年以上)。名目上は麻酔科医師(指導医etc)が指導していることになっているようだが、どう考えてもおかしいと感じる。歯科をせずに、麻酔科なら一般医療行為ができるような"ぬけ道"の存在がおかしい。"研修"は救急蘇生etcにかぎるべきではないかと考えます。
74	研修後に、一定の間隔で知識・技術をブラッシュアップ、維持するための再研修が必要。歯科の手術症例がない施設での研修(医科麻酔)は止めるべき。(医科・歯科両方が研修できる施設)そうでなければ、医科麻酔の戦力として使われてしまう危険がある。			
75				
76				
77				
78				
79	歯科医師にも全身管理の研修は必要であり、また歯科麻酔専門医になるうえでも、可能であれば医科麻酔科研修により幅広い知識と技術を習得する意義は大きいと考えます。			可能であれば、麻酔科学会と歯科麻酔科学会共同でICの書式&同意書を全国統一の形式で作るべきと考えます。
80	歯科医師の場合、知識がないと局所麻酔中毒が発生した場合、何もできずただ救急車を待つという事例を多く聞いている。そのためにも口腔内しか診ることができない歯科医を作るのではなく、全身管理することのできる歯科医を育てるべき。ゆえに麻酔研修ではなく救命救急センターなどで研修してもよいと思われる。	歯科医が麻酔を担当する(指導医と一緒に)話をすると露骨に嫌がる場合が多い。(救急救命士の挿管実習の比ではない)嫌がられない方法を明文化して頂きたい。		手技などに制限が多いが、実力を持っていろいろな人の場合(教えられそうな場合)その制限をもう少し緩和して頂きたい。
81				
82				

83	<p>麻酔医不足に対する戦力となる可能性は難しい。個人的な力量があっても患者側からみれば麻酔科医ではないので、1人で麻酔管理させることには積極的にはなれない。患者が承知してくれるならまだしも、そうでなければ所詮足手まといと言えらるだろう。</p>	<p>ガイドラインを知りません</p>	<p>医師免許の無い者に麻酔管理は任せられない。と患者さんは考えるでしょうから、現時点では麻酔科医の負担が増えるだけの様な印象があります。ただ人によっては器量の優れた人もありますからJAS麻酔台帳の打ち込み等の事務仕事をやって頂ければ麻酔科医の負担の軽減にいくらかは役立つでしょう。ただし救命士の挿管実習のように歯科医が全身管理を習得することは好ましいことですので、実習の受け入れは余裕のある限り行うべきとは考えています。</p>
84			<p>5年より前に口腔外科歯科医師の麻酔科研修を受け入れた経験があります。「希望者」であつたためか例外なくまじめor熱心に研修され、また私達も歯科的知識を教えて頂く事が多く大変有意義でした。後になって「自分の歯科医師としての人生の中で最も実りある経験であった」と言ってくれた人もいました。</p>
85			
86	<p>一般市民病院であり、歯科医師の麻酔研修に理解が得られる時勢となれば実施したい。意義はある。</p>		
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			

95	<p>歯科治療時等における急変患者の初期対応を習得する事。合併症をもった患者の歯科治療時の留意点を学び、適切な管理が行えるようになること。</p>	<p>『ガイドライン』では別紙11にて歯科麻酔に関する研修として、全身麻酔(気管麻酔)20例の研修を終了した者であること、と記されていますが、気管挿管を実際に20症例経験した事をさすのか、名前だけ麻酔記録に入っているだけで良いのか(見学?)が明確でない様に思われます。</p>	<p>麻酔指導医がつききりやっても麻酔管理料がとれないこと。今回の三井記念病院の事件が明るみになってから麻酔学会が動き始めた様に感じる。平成14年7月10日に『ガイドライン』が出て、学会は広く学会員に対して周知徹底する姿勢が幾分足りなかつたのではないかと。ホームページを見ても救命救急士に関する事は沢山出ているが、歯科研修に関しては本事件以降のようですし。指導医認定・更新の点数に関しても歯科研修の記述がない様ですので明確にしてほしい。</p>
96	<p>幅広く多くの経験を積む為に必要だと思います。</p>	<p>歯科・口腔外科領域では通常関与しない手技について強く制限されているのは理解できますが、術前術後管理において、本来すべての患者に行うべき行為について見学や補助のみにとどめるのでは十分な研修になるとは思えません。医師法第17条の医業については、医学の進歩や実情に合わせるものと思われませんが、医学の進歩や実情に合わせてもう少し柔軟に解釈しても良い気がします。</p>	<p>研修を重ねるにつれて実力を蓄えた人たちに段階的に水準を上げて良いと思います。</p>
97			
98			
99	<p>全身管理についての知識・経験が得られる。</p>		
100	<p>当施設では医師研修医も研修した実績がなく年間全麻数が200に満たないので、歯科研修医を預かる事も全く聞いておりません。アンケートにお答えできず残念です。以前勤務した大学(熊大)や市立病院(熊本)には歯科医の麻酔研修の方が沢山おられました。研修の範囲や医行為における責任の所在を明確にしておく事は極めて重要だと考えます。</p>		<p>大学院の麻酔科は研修医・歯科医だけでなく救急救命士の気管挿管実習も指導しなくてはならず、極めて多忙からリスクを増加させているのが現状です。研修に適当と考えられる患者の譲り合わねばならないようなこともあります。目標を定め気持ちを込めた研修が望まれます。</p>
101			<p>いかに患者とその家族からICを得るかという点。</p>

102	歯科診療時の患者急変時に適切に対処できる。患者の全身状態の評価をすることができる。		
103			
104	歯科医免許制度を改めるかどうかをまず考えるべきです。それができず、現行法のまま医療に参加させることは、放射線技師が医療・処置・麻酔研修をうけることと同じことです。現行法の下では研修項目がありまけんから、すべて不可でしょう。当院では要請がありましても断りません。患者への責任をどのように考えるか世論にも問うべきでしょう。		
105			歯科医師と医師の国家資格を一本化する。
106	歯科治療中の患者の急変時(ショック等)に救急蘇生の対応ができる事。		
107	意義については疑いのないところであるが、受ける側の負担が大き。書類等の整備と患者さんの同意を得る為の行為をどのように行うのが難しい。		
108			
109			
110			仮に当施設で受け入れる場合、①基本的に臨床研修医と同様期間3ヶ月(約150症例可能)②全身麻酔医のみ(くも膜下麻酔、硬膜外麻酔は必要ない)これで急変時・基本的対処可ではないか。
111	歯科麻酔症例のみでは、麻酔の初歩を学ぶのに症例が足りないのでは歯科麻酔もやらざるを得ない。歯科麻酔では、緊急の場面で必要な経口挿管をほとんど学べない。	歯科麻酔20例という数は一般症例では時間がかかりすぎる。しかも口腔外科症例を歯科研修医に全て担当させると他の医科研究医が口腔外科症例の経鼻挿管を学ぶ機会がなくなってしまう。	
112			

113		研修が長期化し、医科麻酔科研修の意味を逸脱しているケースがあると思われる。	研修期間等を定めるべきではないかと思う。
114			
115	歯科領域で全身麻酔をかける症例は圧倒的に健常者が多い。医科麻酔研修で全身状態の悪い患者さんの全身状態評価・全身管理をする事は全身管理技術を向上させる。	歯科医師の裁量範囲が狭すぎるのではないか。歯科麻酔科医であればもっと裁量範囲を広げても良いと思う。その方が自主的な力がつく。	歯科での全身麻酔症例が少なく、独自で全身麻酔研修ができるか問題。
116			
117	麻酔を志望する歯科医にも広く門戸を開くべきである。	もう少し基準を緩和しないと現実的な運用は難しい。現状では有責となる責任所在を恐れるあまりに、臨床現場が萎縮して拡張的な業務は一切行わない傾向が著名である。	麻酔科側も歯科医を単なる労働力としてだけでなく、将来日本の医学的に有用な人材を育てるという視点をもつべきで、臨床研修を受けた付加価値を出せる様に資格を認定する道を開けるべきである。
118	今後これまで通り必要な教育のひとつであり、社会で正しく認知され、安全に遂行されることを希望しています。	当施設において研修を受け持ったことがないため真剣にガイドラインを読んだことがあります。	研修受け入れに係る契約をしっかり取り交わし、双方にとって有益な内容がもたらされることを願う。
119			
120		現行のままで良い。	
121		『歯科医師だから』という理由だけの制限が多すぎる。研修6ヶ月目の歯科医師と、1ヶ月目の研修医(1年目)ではスキルは全然違うのにやらせてあげられる手技や処置が少なすぎる。評価方法や、フィードバックをしっかりと行うことを前提にもっと門戸を広げるべき。できる歯科医師的にはさらなるスキルアップのためやらせてあげべき。	
122	麻酔自体という事より、治療中の出来事に対応できる能力が養える事は重要である。点滴がとれ、挿管できればかなり重症でも初期対応ができる事となり、大変好ましい。	研修している事を明記してあれば、いちいち患者に説明していかなくても、それが当然である事として、法的に問題がないという事にならなければ、人数が少ない所で患者説明等がかかりの負担となり、現実的に話があっても断られざるを得ない状況である。救急救命士の実習も然りである。	とにかく、病院の玄関に一言「研修病院」としてあれば、患者にいちいち説明了承されなくても、研修の人間がやっても当たり前という様にしてほしい。でなければ負担ばかり多くなってやられてられない。

123			
124			
125	麻酔科医のマンパワー不足である程度頼られなくてはいけない面があります。	患者の同意を得る事は大切ですが、文書まで渡して同意する事は色々な面で難しいと思います。	
126	歯科臨床における救急の対応を習得する事に有用。口腔外科の手術に関与する歯科医師については全身管理を麻酔科研修から習得する事は有用。	患者に対する説明が煩雑で人員不足の麻酔科では難しい。	
127			
128			
129			
130			過去に大学病院での研修を指導していましたが、やる気のない研修医(医師)より、よほどまじめで優秀な方が多いと思います。してはいけないこと、するべきことをきちんと認識し、その都度確認してくるし、よく勉強(症例の予習)もしていました。どんどんやる気のある方は研修してほしいと思います。麻酔科医が常時つくというのも、実際問題難しいと思いますし。
131			
132			
133	歯科麻酔だけするのなら医科麻酔研修は不要。医科(というか医師サイド)も麻酔科医不足だから、歯科麻酔医を下働きに使おうという考え方をすべきでない。もともと医師と歯科医師は別のライセンスなのだから。		当院研修医の麻酔科ローテーション指導で手一杯のためたとえ他施設から麻酔科研修の希望があっても受け入れられない。臨床業務に加え新研修制度のため、2ヶ月交代でローテーションがやってくるので、それらの指導に手がとられ、現場はもうこれ以上業務を増やす余地がありません。『【研修ガイドライン】さえつくれば、あとは現場で各自対応しなさい』といった話はもうこれ以上受け入れられません。

134	急変時の対応ができるようになるという点で有用。	手術部か手術室かなど解釈が広い。(指導医がいるべき場所)	
135			
136			
137			
138			
139		研修医と同様に扱うのが良いのではないかと 思う。	患者の承諾を得るのが難しい。
140			
141	全身評価、麻酔技術、知識、全身管理の為に 医科麻酔科研修がのぞましい。歯科麻酔の安 全性の向上の為に。		
142			
143			
144			
145			
146	医師と名は付いてても、麻酔学としての系統講 義の内科・緊急についても同じく、知識がやや 乏しく、即、臨床で研修というにはやや難しさを 感じる人もいるので、所詮は本人の取り組み方 であり、研修以前の要因が多いと考ええる。	読んでいないのでわかりません。	医師と名は付いてても、麻酔学としての系統講 義の内科・緊急についても同じく、知識がやや 乏しく、即、臨床で研修というにはやや難しさを 感じる人もいるので、所詮は本人の取り組み方 であり、研修以前の要因が多いと考ええる。
147	口腔外科および気道確保困難な症例を扱う施 設においては系統だった研修が必要である。		患者のインフォームドコンセントを得ることが重 要であり、実施においては恐らく最大の障害と なる。人員(研修歯科医の)や目的方針(麻酔 研修による知識技術が必要とされる歯科医師 のみを教育する。)を明確にすべき。
148	なんでも研修(練習)しなければうまくならない。 ゆるいガイドラインが適当と思われる。	細かすぎる。実質的に研修を制限している。	医療技術を身につけるには、すべからず指導者 について研修(練習)が必要であることをあま ねく患者さんに理解してもらおう活動に力を入れ るべきと考えます。

149	歯科麻酔医師は当然であるが、口腔外科歯科医の患者の全身状態把握の訓練に絶好の機会と考える。		法律的な観点からは微に入り細に入る規制項目を設定する方向に向かっているであろうが、指導医(医科医師)の責任の範囲で自由な研修をさせる方が意欲を引き出すには良いと感じる。
150			
151	もっとやった方が良い。	ガイドラインは見たことがないのでわかりません。	もっと研修をやった方が良い。
152			患者に対する安心・安全の医療の観点から、ますます種々の医療職における高い能力が必要とされる。歯科医療においても、高い麻酔管理能力を持つ歯科麻酔医の養成は不可欠であると考えます。
153		学会と厚生省がはっきりと方向性を示してあげるときと考える。	
154	重要と考えております。	三井記念の問題が生じる前に検討すべき点だっただと思います。問題点や解決すべき点は文書に書ける内容ではないと考えています。	医師法17条が存在する限り、問題の解決は難しいと考えております。今後は研修を中止する施設が増加するのではないのでしょうか。
155	医科での全身管理の研修によりスキルアップすると同時に、医科麻酔科でのマンパワー不足を補う。	CV挿入は指導医の下でなら、させても良いのでは??	全ての問題は医科麻酔科医不足に集約されると思われれます。これを解決することが第一と考えます。
156	患者の救急対応ができる様になる。		
157			
158	研修者自身の施設の症例数が少ない為に、麻酔管理症例の数を経験する為には、医科の施設での研修が必要になるのだと思う。	事前の知識は、技能評価の項目に関して、より具体的なチェック項目など示してほしい。中心動脈カテ挿入や硬膜外・脊柱麻酔の項目はDでもいいのでは。	
159			
160			
161			
162			

163				麻酔に医科、歯科の垣根は必要ないのでとはと 考えられます
164	歯科麻酔専門医という制度がある以上、頭頸部の手術などに限定して歯科医が全身麻酔を行うことが望ましいという方向性を出してほしい			
165				
166				
167	歯科医師が頭頸部の手術を行っているが、臨床上医師と同等以上の専門知識が要求されるはず。歯科に医科の麻酔が認められない等の意見があるが手術(口腔外科など)後の全身管理を行うことなどの位置づけで国は考えているのだろうか？現状のようなグレーゾーンを放置することは現場の混乱を引き起こし非常に迷惑。きちんとした線引きをしてほしい。	術中の管理をある程度任せよいいのか否か不明。我が病院は原則を厳しく守り歯科医師の麻酔時は一時も目を離すことのないように医師がついていることになっているが、これでは学生の見学と大差ない。	何十年前から歯科医が麻酔を行っているが、今まで何の法的指針が示されることがなく突然三井記念病院の事件が起きた。これは麻酔学会、歯科麻酔学会等が明確に指針を示さなかったことが原因の一つだが、国が歯科の臨床権限の明確な基準を示さなかったことが最大の原因と思われる。麻酔学会は一応数年前に指針を示しているが具体性に欠け、どう対応したらよいかよくわからない。現場は大きく混乱し、歯科臨床研修医も混乱している。早急に解決してほしい。	
168	歯科麻酔学教室からの研修では、症例数が豊富に経験でき、研修後一般病院に赴任する者も多い。歯科口腔外科教室からの研修では、点滴、Aライン、挿管といった基本手技に習熟できる。			
169				歯科医師が麻酔を行うことをいきなり術前回診に言われても患者は戸惑う。入院あるいは入院が決まった時点で、病院サイドが、歯科医師が麻酔研修を行っていることを周知させるシステムにすべき。
170				
171				
172				

173	<p>歯科診療中の患者の様々な病態に対応するには、医科麻醉研修によって全身管理がより実践的に習得できるのでよいと思う。BSL、ACLSなども大切であるが、麻醉研修の方がより実践的だと思う。</p>	<p>研修の過熱性という問題について。確かにガイドラインを逸脱した研修というのはよくないと思います。口腔外科医については研修の過熱性という問題が出てくると思いますが、歯科麻醉科医は自分自身のスキルアップという点からいっても過熱性ということはないように思えます。私も麻醉科医として20年近く臨床をやっています。私がいまだに様々な病態に遭遇して日々の麻醉がいまだに研修だと思ってやっています。歯科麻醉の認定医、専門医を取得してからも指導のためのスキルアップのためにもある程度の研修は必要ではないでしょうか。(それが歯科麻醉上の安全に繋がるならば)</p>	<p>単なる歯科医師としての研修と、歯科麻醉認定医、専門医を目指すための研修は別と考え、ガイドラインを作っしてほしいと思います。</p>
174			
175	<p>歯科医師とさえど全身麻醉を施行するならいろいろな科の麻醉の知識を身につけ、緊急時に対応できなければいけない。</p>		
176	<p>やはり救急蘇生時には有用と思う。</p>		
177			
178	<p>大学病院では歯科医師研修は可能な気もするが、一般病院では無理と考えます。臨床実習は大学病院で行って頂きたいと考えています。</p>		

179	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床上全身麻酔であるなら医師、歯科医師の区分はできない。歯科医でも実際に歯科大学で麻酔をかけているのだから。 ・意義としては絶対必要。数をこなさなければ、現実にはどうしようもない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・BまではOKと思う ・具体的に何ができるのかOn-Offで書いてほしい。A-Dの4つでは分かりにくい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・同意書や説明書、学会への届け出など早くはつきりさせてほしい。これがなければ協力と研修の間でやり方が異なってくる。主体性がどうなっているのか分からない。 ・症例により、歯科医師でも医師の下では研修ではなく実際に法的責任を保ちつつ麻酔管理ができるようにしてほしい。例：心外、脳外、救命救急以外の症例はOKにするなど ・現在の歯科麻酔だけの症例数では歯科医はいつまでたっても麻酔をかけられなく、社会的認知は低い。ぐずぐずしている間に看護師による麻酔なんてことになったら、歯科医の最大の汚点となる。一刻も早く医科手術への歯科麻酔医の参加を希望します。
180			
181		<p>ガイドラインの作成は有用と考えるが、実際には耳鼻科との境界領域などに関して各学会で一致していない所があるのではないだろうか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・10年以上前より東京の某大学麻酔科医局には、歯科医師の医局員が数名おり、医師と全く同じ境遇、給料、さらには研修医の指導なども行っており、以前より疑問を感じていました。歯科医師本人も医師と同じような自意識となり、助長するのしかかかと思えます。 ・頭頸部の手術に限って研修するとしても、脳外科、眼科、耳鼻科、食道外科などもやる必要があるとは思えません。
182			
183			
184			
185			

186		歯科診療でもショックや血圧低下等の外来局麻処置に伴うアシデントは生じます。これへの対応として麻酔技術以外に救急蘇生の技術が必要になります。ACLSの義務づけ等広い知識全般の習得の方が大切と思います。歯科麻酔自体は医科麻酔科と共同で大学レベルで歯・口腔科の麻酔として習得すべきことと思います。	
187			
188			
189	全身状態の把握、緊急時の対応についてトレーニングできる。	患者の同意を得ることが難しいと考えられる。	
190			
191			
192			
193			
194			
195			
196	歯科医師の治療過程における医学的知識、技術の習得に有用であると思われる。とくにBLS、ACLS etc)に関する技術は開業医にとっても非常に重要であると考えられる。		歯科医師が麻酔科研修を終了した際に、何らかの資格なり認定なりを付加価値をつけることで差別化を図れば、社会的認識も変化する可能性があります。医師が麻酔をかけるには安心、歯科医師がかければ不安という認識が改められるようにしなければならぬと思います。
197	全身管理の点から有意義と考えられます。ただ、麻酔科専従医が不足しつつある現状では困難も考えられます。歯科麻酔認定医に対しては医科麻酔についても仕事の可能な範囲を広げるべきと考えます。		前述のように歯科麻酔科専門医、認定医に対しては、医科麻酔の許可する範囲を広げるべきと考えます。(もちろん麻酔の内容・・・心臓外科麻酔等は除外されるべきですが)
198			

199		現行のガイドラインを守れば殆ど問題ないと思います。医師の初期研修医は患者に自分が麻酔を担当するという同意を患者に求めてはいません。それに比べれば、歯科医師の研修ガイドラインは合理的だと思います。	
200			
201			
202	歯科医師も気道確保や循環管理等の研修を受けなければならないと思います。		
203	医科の中でさえ麻酔専門医以外の外科医師が手術麻酔を担当することを止めている現状から、歯科医師がたとえ口腔外科領域に関する手術のみとしても全身麻酔を担当するのは難しくなっていくような気がします。現実に麻酔科医が極端に少なくそこが問題で、歯科麻酔医の方達は慈善の対処として訓練されたことと考えます。ですからごく限られた領域のみを担当されるべきであり、本来なら歯科麻酔科内で研修を完結する体制を作るのがよいと思います。ただ実際世の中はそれでは回らないのも事実です。また、麻酔研修により危機対応能力が上がると思われ、その面での研修は医科同様に有意義と考えられています。		法律上の資格について明確にし、担当できる分野を具体的に示すようにすることが、歯科医師の身分を守り地位を向上させ研修に取り組みめるようになると思います。一部の医科との対立などは残念なことでは法的裏付けがあまりないために起こることではないでしょうか。
204			
205			
206			
207			
208			

209	歯科の中の種類はよくわからないが、口腔外科の先生たちはやはり麻酔の研修が必要と考える。また、歯科治療に緊急事態も生じるので、歯科医もやはり救急を研修する必要はある。その一貫として麻酔の研修も必要であろう。救急救命士の研修よりも優先されるべき			
210	歯科医師も急変時の処置に対応できるように麻酔科研修を行うことは重要だと思います。	当院ではスーパーローターターの救急(麻酔科)研修は、3ヶ月間麻酔科で行っています。この間約110-120症例の麻酔を担当することにより、最低限の知識と技術が身に付きます。歯科医師の研修においても、十分な期間(最低6ヶ月間)が必要と考えます。		
211	歯科診療中にも患者が急変したときに適切な処置がとれるAbilityをもつべきで、そのためには麻酔科研修が必要であろう。			
212	全身(麻酔)管理を学ぶ上で意義がある	基本的に問題は殆どない。ただし歯科でも術後(周術期)中心静脈栄養が必要なことがあり、中心静脈カテーテル留置も歯科医の麻酔研修で認められた方がよいと思う。		医科の麻酔科不足のため、歯科医の麻酔研修に頼って麻酔科医のマンパワー不足を補わざるを得ない現状が根本の問題だと思う。また、一般医師の麻酔研修と歯科医の麻酔研修に関する問題も同根であると思う。できれば、一人の指導医が(一部の心臓、大血管手術などを除いて)複数(2~3人まで?)の研修医を指導してよいことに正式に認めて頂きたい。
213				
214	口腔外科領域、顔面手術etcはご承知の如く麻酔医の「触られたくない領域、気道確保上不安な部分でありintubation上のdifficult airwayの場所である」。歯科のDrが一般的麻酔を経験するのは意義がある。確か麻酔を最初に行ったのはAllenがstモートンであったと記憶している。	残念ながら不明ですのでお答えできません。		身分は一般医師となる。義務や責任は研修中のスーパーローターターと同じ。もし共に勉強したいと思われれば、大阪南医療センターの門戸は開いています。

215	一定期間(半年～1年)であれば有意義と考える。ただし、歯科麻酔科研修医と同じ扱いとする。 ・マンツーマン方式 ・マンパワーとしては考えない		
216			
217			
218			
219	歯科麻酔科を研修することにより、一般的な麻酔科学の知識・技術の向上につながると思われれます。		歯科麻酔科研修に意義があるにしても、指導するための人員、時間が足りないのが現状であると思われれます。ある程度の知識・技術のある歯科医師で、厳格な監督を必要としない場合であれば、問題が少なくなってもかまいません。
220			
221			
222			
223			
224			
225	我々の施設では現在歯科医師を受け入れていないが、将来受け入れることになれば患者へのインフォームドコンセントをしっかりと、責任の所存も明らかにしなければならぬと思う。その点で考えさせられるアンケートだった。		
226	患者の全身状態を把握する訓練として絶好の機会であると考えている。どちらからかというところ、挿管手技の上手、下手は後である。		研修に関する説明と同意をしっかりと行うことが最重要であると考えられている

227	<p>歯科医師の診療において麻酔科学の知識・技術は国民の医療にとって必須と考えます。本来歯学部で十分教育されれば歯科研修の必要はないと思いますが、現況はほど遠いと思われれます。歯学教育の改革が必要と考えます。麻酔学会の中でもマンパワ－の対策として考えられた経緯もありますが、それとは別と考えます。国民に対する医療に麻酔学会が責任を持つているのですから麻酔学会が責任を持つて厚労省と話し合い、研修を行うべきと考えます。</p>	<p>「原則として」というあいまいな表現は避けるべきと考えます。同意書やICについて学会の統一した書式を作成すべきです。また、歯科麻酔科研修の定期的な監査を行い、認定施設とそうでない施設を区別し、認定施設でのみ行えるようにし、inspectionを行い、年度ごとに更新するなど厳格に行うことが国民の理解を得る方法だと考えます</p>	<p>総務省が救命士の気管挿管実習をプロパガンダしているように、厚労省、歯科麻酔学会も歯科研修が必要だということを国民にアピールするよう努力すべきであると考えます。多分、現行のままですと歯科研修を引き受ける施設は殆どなくなるのではないかと危惧されます。当科も、現行のままでは今後医科研修は認めない予定です。</p>
228	<p>全身状態の評価、CPRのための研修に意義があり、この目的で歯科麻酔に限定するのが安全であると思います。</p>		
229			
230			
231			
232		<p>いろいろな手技についてA、B、C、Dのランクがあり、複雑である。</p>	<p>身近に研修を受けたいと希望する歯科医がいないので、彼らの研修の目的について確認することができないので差し迫った状況ではない。しかし、なぜ麻酔の研修が必要とされるのかという議論も学会や学会のホームページ等でもあまりない。”研修ありき”という前提で事が行われているのはおかしいと思う。知人などからの情報によると彼らは医学的なレベルが低い事が多く、麻酔を安全に行うにはかなりのriskをとまなうと考える。Man to manでつきつきりで指導する必要はあるが、そのような研修が何の意味があるのかと思う。研修を行うなら全ての歯科医に生涯教育のような形ですべき。</p>