

233	<p>私どもの病院では在勤15年間は全く歯科医師の麻酔科研修をとっておりませんでした。今回はたまたま10/25(木)から口腔外科専門医取得のため全麻20例研修が必要という事で受けました次第です。ですから全く定期的ではありませんし、週2日で1日2-3例ですので、1ヶ月の辛抱という事で引き受けただけです。本院の場合には特殊なケースと思われれます。そのため、歯科口腔外科部長の依頼で私と院長が了承しただけで、特にマニュアルも作成しておりません。</p>		
234	<p>全身管理を目的に研修するのは有意義であると考えます。</p>		<p>研修中の給与はどうか、最初に話し合いをしておくのが大事だと思います。また、マンパワーの不足もありませんが理想だと思います。</p>
235	<p>現在、歯科医師の歯科麻酔科研修を受け入れていないので上記の質問の多くには答えられません。歯科医師の歯科麻酔科研修の意義としては、全身管理をある程度習得・修得できることが大きな点と考えます。ただし、歯科麻酔科医不足(マンパワー不足)を補うために歯科医師の研修をさせる(受け入れる)ことには反対です。</p>		<p>歯科麻酔科医の不足(特に常勤麻酔科医)は深刻です。この不足を解消することが先決で、ある程度充足された上で、歯科医師の歯科麻酔科研修がより充足したのものになると思います。(研修目的、研修項目を明確にしたプランができる。)</p>
236			
237	<p>研修受け入れたこと無いので、よくわかりません。</p>		
238			
239	<p>歯科診療の安全性を高めることにつながると思われます。</p>		
240	<p>患者の術前評価、病棟での急変時などに対応できる。気軽にコンサルトしやすい関係になる。</p>		<p>クリアすべき知識などに明確な基準がない。熱心に研究を望んでいるのに制限を感じる。</p>
241			

242	気道管理を修得するのに欠かせない				全ての科の麻酔を研修できるよう法改正すべきです。
243	全麻は医科麻酔科医が担当すべきで歯科医は手を出すべきではない。急変時のBLS、ACLSは修得の意義があるが、本格的な麻酔は局麻以外は医科麻酔科に任せなければならない。		症例数を求めないのは、目標を設定するのにあいまいであると思う。気管挿管は救命士の様に少なくとも30例は必要です。しかし、気管挿管まで歯科医師が行うのは反対します。歯科医師が行える麻酔はN2O併用局麻までで十分です。挿管全麻が必要な時は医科麻酔科のいる病院へ紹介すべきであると思う。オープンシステムの病院なら主治医や術者にもなれるはず		歯科医師数過剰のため歯科医が挿管全麻の分野にも進出しようとしている様に見えるが、歯科医は単独で挿管全麻をすべきでなく、必ず麻酔専門医の下で働くべきである。
244	当院には障害者歯科診療所が隣接しており、時折歯科麻酔を終了した歯科の先生が全身麻酔をされています。歯科医師の麻酔研修は有用だと思います。				
245					
246	歯科病棟における患者急変時に迅速かつ適切な処置を施行できる判断能力と技術を修得するために、必要であると思う。また、歯科外来における患者急変時と同様である。実際に、救命処置が奏功して救命し得た症例も存在する。				
247	現在の体制では医科麻酔研修については指導する施設に負荷ばかりかかり、利点は見当たらない。歯科医が医師と同様に治療できる、また医師が歯科医師の仕事を行えば医科は社会的な教育システムができなければ医科は医師と歯科医師の養成の負担ばかり押し付けられる。予算処理の伴わない政策は現在では社会的には定着しない。システムとして医科研修および歯科医研修を再検討しなければ明日はない。		患者への同意が非常に大きなハードルとなっている。この点がクリアされれば問題がなくなると思う。		患者の同意を必要とする医科麻酔研修は難しい。国民的同意を得られた上で、医師の初期研修と全く同等に行えるならば、問題がないと考える。しかし医事訴訟の対象となっている現在ではその壁は大きいと思える。
248					
249					

250	現状では医科麻酔科研修は困難だと考えます。特に、新臨床研修制度が始まってからは。当院では歯科口腔外科症例に限定して、広島大学歯科麻酔科より、非常勤で歯科麻酔医による麻酔管理をしております(約1年前から)。勝手にしてもらう訳ではなく、日本麻酔科学会指導医が導入覚醒について品質管理もする形です。維持管理はスーパーバイズする医師がすぐ行ける状態でバックアップしています。この方式の場合、医科研修のような問題がなく、我々のワークロードも多少減らすこともできますし、現行法のなかでも問題が少くないと思います。	ガイドラインが存在することは全国レベルでの目安となり、患者さんも理解しやすい点が良いと思います。	歯科医師全員が全身管理を学んでもらうシステムは必要だと思えます。それが麻酔科研修である必要があるかどうかはわかりません。
251			
252			
253	当院では受け入れ実績がないのでほとんど回答できませんでしたが、当院では基本的に各自の症例を各々責任をもって担当していますので、歯科医師の麻酔研修は困難かと思えます。		
254			
255	患者の急変時の対応能力を養うのが目的でしたら、漫然と麻酔業務を研修するよりも、より歯科の状況に適合させたプログラムを作成し、それに必要な手技を研修するという風にするべきではないかと思う。今の体制のままでは麻酔科医、歯科医の双方にとって無駄な時間が多いのではないかという気がするが。「歯科版 救急蘇生指針」のようなものを作製して最低限の道具と知識と手技についてのガイドラインを作ったかどうかと思います。		

256	ある程度ルーチン化して歯学部卒業生の大部分に経験させた方がよい、と個人的には考えている。		やはり口腔外の解剖、薬理、病理、細菌学など基礎医学分野において医学部卒業生に比べ大きなハンディーがあると思う。これらの分野のハンディーの克服が課題と思う。
257			
258			
259	初期研修医の全身麻酔の研修とは免許の差はあるが、それ程違いはないのかと思っております。		
260			大幅な医科知識の不足
261	今後、合併症を有する患者の歯科治療が増えると思われるので、全身管理、急変時の対応を研修する意味があるかもしれません。しかし、3ヶ月の麻酔科研修では、歯科あるいは口腔外科手術の安全な全身麻酔が単独で可能なレベルに達することはあり得ない、ということは認識すべきでしょう。実際に麻酔研修を受けた歯科医師が何を身に付け、その後のキャリアの中で具体的にどう役立っているのかという点を知りたいと思います。これまでつきあった研修歯科医師の多くは「麻酔研修ができてよかった」と言われましたが、「歯科医師としてはできない医師の仕事を経験することができた」という程度の事なかも知れません。	「歯科あるいは口腔外科以外の症例では、研修指導医等が必要な指導・監督を行うことにより、適正を期すること。」とされています。歯科あるいは口腔外科症例を特別に扱う必要があるのでしょうか？少なくとも麻酔科学会指導医あるいは専門医が責任者である施設では、他の手術と同じ扱いでよいと思います。実際に我々麻酔科医が麻酔管理を行なう際に、歯科あるいは口腔外科症例と他の診療科の症例の扱いを変えていることは無い筈です。「歯科麻酔に関する研修」にある全身麻酔20例は内容が不明です。歯科麻酔担当者として麻酔記録に記名されている場合もあれば、主治医あるいは術者として全身麻酔手術に参加したに過ぎない場合もあります。「知識・技能評価記録」の具体的評価方法がわかりません。ここでの評価(I、II、III)の違いは以後の研修にどのように反映されるのでしょうか？	歯科医師が医行為を行なうことは禁じられていないはずですが、歯科手術の全身麻酔を行なうことは認められています。ということは、医行為ではない全身麻酔が存在するというだけで、手術の部位によって医行為かどうか分かれることになります。我々麻酔科医が全身麻酔を扱う際には、手術部位にかかわらず、中枢神経系、循環系、呼吸器系を含む全身を対象とする全身管理という医療行為を行なっているのだと思います。例えば、歯科医師が手術する口腔外科手術の全身麻酔を我々が担当する場合、我々は歯科医師の代わりに歯科医療である全身麻酔をしているのではなく、医師として医療行為をしていると考えているはずで、どう考えても矛盾していると思います。現実問題として、歯科医師の全身麻酔を禁じることはできないと思います。また、上記の矛盾を解決しないと問題は今後も残るだらうと思います。
262			抗生物質の点滴すらできない歯科医師に麻酔させることに問題がある。

263	当院では重症疾患や神経疾患の患者の歯科治療を歯科医師に来ていただいたで行なっている。この際の麻酔は医科麻酔科医が担当しているが、時に他院へ紹介する場合もあり、歯科麻酔科医の医科麻酔科研修は意義があると思う。但し、以前受け入れていた時は指導医はつききりで指導を行なうのが原則であり、負担は大きかった。		
264			
265			
266	非常に大切な事だと考えております。特に、局麻中毒、痛みによる迷走神経反射、小児、身障者、高齢(認知症および心血管系の疾患)が増加の現在、全身管理および救急処置の意義は救急救命士にも求められ、AEDの使用方法も学べる機会があればと認識しております。		
267			
268			
269			
270			
271	歯科麻酔科医でなければ、麻酔管理について一連の研修の意義は乏しいかもしれないが、臨床研修医(医師)が行なっている程度の内容は全ての歯科医師が受けても良いと思います。意思(希望)があれば中途半端な事前準備は不要と思います。	現在実施していないので、詳細はわかりませんが、インフォームドコンセントの取り扱いが問題だと思います。指導医がコンセントをとる時間はないように思えます。(病院は歯科医の麻酔研修を受け入れられるという文章で拒否の意思が表されなければよいと思います)でコンセントをとらない限り、実施はできないと思います。現行では救急救命士実習だけで手一杯です。	専門医がマンツーマンで対応しても、現行の制度では加算がとれないこととなります。臨床研修医の場合には少ないながらも臨床研修病院入院診療加算があります。手間がかかってもメリットがないという現状では受け入れられられてしまうでしょう。

272	<p>そもそも率直に言って歯科医師が医科麻酔を行なって良いものなのだろうか。確かに技量的に優れた方もおられるし、麻酔科全体としての人手不足はあると思うが、それが認められるのなら麻酔看護師もOKということにながっていくのではあるまいか。学会は麻酔看護師には否定的な立場をとっているわけだから、歯科医師が医科麻酔を行なって良しとするのはちよつと矛盾しているような気がする。あくまで歯科麻酔に限るべきではないか。</p>		
273	<p>麻酔管理を通じて、全身管理の技術、知識の習得のみならず、医科全般の知識を得る絶好の機会であると考ええる。局所麻酔しか行なわれない一般歯科医院にもこの様な機会があればそのレベル向上が期待でき、また、医科への関わり(摂食障害、口腔ケアetc)も深まるものと期待できる。</p>	<p>研修条件のうち、歯科における全身麻酔経験20例は、ハードルが高く、クリアできる人が少ない。患者への説明と同意、指導体制が整っていれば、一から医科で研修した方が効率よく知識、技術が修得できる。</p>	<p>事前の患者への説明、および同意を得るために、個々の医師の負担が大きい。また、説明のニュアンスに個人差が出るので統一的な説明書のようなものが学会レベルで出してもらえるとう助かる。</p>
274			
275			
276			
277	<p>看護師に麻酔教育するより、知識的、技術的に効率がよい。医師管理下での歯科麻酔研修の是非について、もっと前向きに再検討してほしい。</p>		
278			
279			
280	<p>気道確保・気管挿管の手技を学び、全身管理ができるようになることは歯科医として有用と考える。</p>		
281		特になし	特になし

282	以前勤務していた病院では歯科医師の麻酔研修を受け入れていた。その経験から言うと、歯科医師は全身管理が非常にpoorであるため麻酔科研修は大変意義深いものと思われた。全身を診る目を養う、また、急変時の対応も出来るようになるためにも麻酔科研修は必要と思います。	研修水準のAとBの違いがあまりない。	歯科医師が歯科の患者に認められる行為が医科の患者では色々制限がつくのは理解できない。例えば気管挿管は歯科の患者であれば通常行なわれているのに医科の患者になると制限がつくのは法律の不備ではないか？歯科大学等で、歯科医師が全身麻酔を普通に行なっているのに医科病院では制限が加えられており、同じ医療行為に対して整合性を持たせるよう学会で働きかけていく必要があるのではないか？
283			
284			歯科医師免許で全身麻酔を行なわせていることに反対です。それよりも局所麻酔薬でおこなうアレルギー反応などに対する処置法などを定期的に研修してもらった方が良いと思います。
285	世論の理解が必要と存じます。	まだ分かりませんが、ガイドラインがあるという事は重要だと思います。	まさしく、ガイドラインに沿って行うには麻酔科側のマンパワーが必要で、その点が問題がある。
286			
287			
288			歯科医師が全身管理が多次に要求される全身麻酔を歯科手術といえ施行することは反対である。
289			
290			
291			
292	①全身状態の術前評価の習得②鎮静・鎮痛法実施時の観察、評価、対応力等の訓練③患者急変時の即時判断能力の訓練 ①～③の場として考えている	医師側のガイドラインに対する認識の甘さが一番あったと考えている。あくまで歯科医師であることを、指導者もつと認識すべきであった。ただし、手術中の指導体制については、継続的とか断続的とかばかりに焦点を当てた議論はあまり意味ないと考えます。	充分に議論を尽くしてから、実施可能な新しいガイドラインを作成してほしい。具体的には麻酔記録の担当者の記載欄については、順番よりも担当者が歯科医師であること、指導者が麻酔専門医であることなど記載して、第三者が麻酔記録をみれば、すぐわかるようにすることが大切であると考えます。

293			
294			
295			
296			
297			
298			
299	歯科医師にも周術期の全身管理の知識は必要であり、種々の病態や手術操作に応じた麻酔と術前評価を経験することは、安全で効果的な歯科診療、特に口腔外科診療に役立つものと考えております。	患者さんへの説明と同意規定があいまいです。	研修という名の労働のみに終わらないよう、指導体制を整えて、患者さんの安全を確保した上で麻酔科の一員として可能な限り色々なことを体験し、学んでもらいたいと思います。
300			
301	全身状態の診察、全身管理を習得することは歯科医師として有意義である。とくに歯科処置の時の気道管理、抗凝固薬等の対処法、救急蘇生法は習得する義務があると思う。		
302	当院では具体的に歯科麻酔研修の話がなく、アンケートに答えることができませんでした。		
303		歯科医師が医師と同じ全身管理を行う必要があるのであれば、全身に関する知識を得るために医学部に入りなおす必要があるのではな いか？	
304	当施設では受け入れられている歯科医師は院内の歯科口腔外科からの研修医のみで、他施設または外部からの歯科医師は受け入れていない。研修医のうちには麻酔科研修4ヶ月を通して全身管理を学ぶことは歯科医・口腔外科医として将来診療を行う上で非常に役立つと考える。	歯科研修医と指導医の責任の所在が不明瞭。	10年以上歯科研修医を毎年4-6人程度受け入れていますが、今まで特に問題を起こしたことはありません。最近ではガイドラインに従い、歯科研修医が麻酔を担当することを患者に説明し同意書にも明記しています。ほとんど患者さんは快く受け入れてくれます。ただし、医療事故等何か問題が生じた場合に歯科研修医が関わっていたという理由で追求されることがあるかもしれませんが、どうか心配していません。



305	<p>歯科医師が基本的な全身状態の把握、緊急時の対応、呼吸循環の管理を習得することは、歯科医師自身局麻を用いて診療する上で患者の安全のため必要不可欠なことと思われる。上級歯科医師が歯科研修医を教えるよりは、我々が教えた方が正確な知識を教えられれると思ってい る。(麻酔をすることが目的ではありません)</p>	<p>ガイドラインに沿って行っている。歯科麻酔認定医のための医科麻酔や救急のガイドラインとは別に、歯科もマッチングで研修医を採用しており、そのプログラムで教えられ「研修ガイドライン」を作成してはどうでしょうか。医科の臨床研修の中には3ヶ月の「救急・麻酔」があるが、同様な形で厚労省が歯科研修のプログラムに入れたら、全身状態の管理を学びやすいのではないのでしょうか。</p>	<p>当院の歯科研修(1年間)の研修プログラム中に3ヶ月の麻酔があるため、研修を引き受けてはいるが、歯科部長も麻酔科もそれに沿って進めたいと、マスコミで叩かれれるとまではいかない。麻酔管理は麻酔科医で行うことを原則としているので、歯科医が単独で麻酔をすることははない。歯科の研修医には純粋に学問として教えているが、三井記念病院歯科の事例があるところの形の研修が、いいのか困惑している。歯科医が麻酔をした事で重大な過失を犯したように言われるのであれば、今後歯科の研修はやめてもいいと思ってい る。歯科医にも研修が必要であることへの世間へのアピール(厚労省から)も必要であると考え る。当院では歯科麻酔の認定医のための研修ではないので、1年目の歯科研修のための麻酔研修のガイドラインを作るか、あるいは1年目はダメとか学会から指導して欲しい。</p>
306			
307			<p>必要と思うが指導医の人数、時間などが十分確保できる施設で行なうのが良い。</p>
308	<p>目的が、一般歯科医師が歯科臨床における急変に対応しえる能力を培うためであれば、むしろ救急センター等での研修の方が望ましいと考えます。</p>	<p>歯科医師が麻酔研修を行なうと明示的に説明して同意を得るのは困難である。本研修への一般の認識・理解を高めるための公益事業を広く展開して欲しいと思います。</p>	
309	<p>歯科医師が全身状態の評価を行なううえで、麻酔科研修は意義がある。</p>	<p>中心静脈穿刺等に関しては麻酔科指導の管理の下であれば行なってもよいと考えます。</p>	

310	麻酔科研修は必須です。	<p>研修を受ける歯科医師は事前の歯科麻酔研修修了者となっているが実際は、局所麻酔以外行ったことがない。歯科麻酔症例数も皆無として扱っている。マンツーマン指導体制をとっていれば経験者、歯科麻酔経験者である必要はない。</p> <p>術前訪問の際、前もって歯科医師であることを告げると、大半の患者さんは麻酔・手術を拒否する可能性が高い。本院でも積極的に伝えにくい。同意書がさらに一枚必要であり、煩雑。救命士と比較して症例数が多く、臨床病院では業務圧迫の増大である。</p>	<p>自分が歯科医師であることを伝えなくても、この病院が歯科麻酔ガイドラインに沿った病院であることを麻酔同意書に追記して説明すれば、充分ではないか。マンツーマン指導体制さえ責任をもって確立してあれば、患者さんは安全安心です。文書で歯科麻酔研修チャンスが減るのは結局は患者さんのためにならない。</p>
311			
312			
313			<p>麻酔科医師の不足が原因となるのですが、歯科医師も麻酔科の1名となっている状況も問題となるような気がします。</p>
314			<p>仙台医療センター(旧国立仙台病院)では、常勤麻酔科医1名の下、常勤の歯科麻酔科医が2名おり、歯科口腔外科以外の麻酔業務にあたっている。研修ではなく、マンパワーとして業務にあたっている。硬膜外麻酔、心臓麻酔なども単独で行なう。他院医師や看護スタッフからも麻酔科医師として扱われている。初期研修医の指導にあたっている。など、様々な問題あると思います。</p>
315			
316	「患者の急変に対応できる能力を身につける」点では意義があると思います。		<p>説明や同意、術中管理など、指導医は神経をすり減らして指導しています。しかし、なんの報酬もなく、患者からも世論からも非難されることがあれば「今日からでもやめたい」のが本音です。</p>

317	<p>口腔外科以外のいろいろな種類の手術や麻酔を経験することにより、知識が増え、興味がわくことは有意義。事前勉強会、実技実習で蘇生に関する知識と技術は一応身に付く。まじめに取り組んでくれる研修医が多いので、頭数としては大変助かっている(並列麻酔をしないで済む)。ただし、研修が終わったり、歯科に戻ると、時間をかけて教えた患者評価や術前検査の結果の読み方、コンサルトのタイミング、リスクを予想して、追加の検査を行ったり、他の専門家に依頼を出すことなど全く忘れてしまうので、はたして、研修の意義があるのかと悩んでしまう。気管挿管や蘇生ができるようになるためなら、シミュレーション人形で良いのではないか。こちらの努力が成果として現れないと、時間の無駄。研修を受け入れられなくなると、時間の無駄。</p>	<p>口腔外科の悪性腫瘍根治術をみると、歯科医がここまでやってはたしてよいものなのかと疑いたくなる。また、バイト先で歯科医が色々な麻酔をかけているという話を聞くと、世間を騒がせるような問題が起こるのも無理はないと思う。もっと厳密に歯科医が行なってよい処置の内容を明らかに具体的に示して欲しい。何か合併症が起きた時、責任をとるのは自分であるから。</p>	
318			
319	<p>指導体制を厳しくすべき。施設を限定すべき。</p>		
320		<p>歯科医師が全身麻酔管理をすること自体に問題がある。</p>	<p>歯科医師が全身麻酔管理をすること自体に問題がある。そもそも医科の研修を十分に履修した後に、初めて麻酔科研修の許可を与えるべきである。全身麻酔は医科行為であり、歯科医師に許可すべきでない。もし歯科医師が全身麻酔をすれば、医科の研修を2年程度行うべきである。</p>
321			
322			
323			
324			
325	<p>歯科医師を研修させるのなら、ガイドラインを整備すべき。その実施に当たっては指導料などを考えるべき。理由はかなり業務を圧迫するから。</p>	<p>あいまいさが残るし、緊急処置がOKで通常処置がダメは現実的には対応が困難。麻酔管理料まで取れないとなると病院として、麻酔科としての収入が減少する。</p>	<p>麻酔管理料が歯科医が少し関わっただけで取れないのはおかしい。</p>

326	歯科領域の治療が局所に限定されているとしても、全身への影響を理解する必要があり、同時に合併症を有する歯科治療もある。以上の事から麻酔科の研修は有益であると考える。	全身麻酔を歯科医師のみで行う事の是非は別として、麻酔科的思考を教育できるようなガイドラインとすべき。	
327			
328			
329	研修を行った方が有意義だと思われる。歯科医師でも全身管理が必要になる場合が考えられるので、是非一定期間(できれば3ヶ月以上)研修を受けさせるべきである。	救命救急士の場合と似ていますが、気管内挿管が20症例というのは少なすぎではないですか？他はおおむねリーズナブルだと思えます。	ガイドライン通りに全て行うとしたら、まず麻酔科医のマンパワーが足りないのと、日々の業務に追われて時間が足りないと思います。特に術後回診にはなかなか手が回らないと思います。もう少し時間的な事を考慮したガイドラインに変えてほしいです。
330	歯科領域では歯科麻酔科は全身管理および全身状態の把握に関して指導的な立場であると思われる。医科でより多くの合併症のある患者の麻酔管理を経験する事が重要であると思います。		
331			現在研修は受け入れていませんが、今後受け入れた場合を想定して回答しました。
332			
333	歯科医師に患者全身管理ならびに救命救急の指導を行う事は有意義であり、歯科患者も高齢化が進み、合併症を持っているので、医科麻酔科研修は彼らが臨床の現場で初期対応する事ができるようにするために大切な研修であると考えます。		
334	麻酔管理というより、患者の全身状態の把握&変化&対応について学ぶ事は必要と思う。	未読	
335			
336	歯科医師に限らず研修医等を指導する事は大変ですが、教育する側も勉強になる。		
337			

338	歯科口腔外科医が術後の全身管理を身につける意味でも、麻酔研修の意義は大変大きいものであると考える。ただし、医師免許と歯科医師免許の境界が不明瞭(麻酔も手術も)で指導する側としてはどこまで教えればよいのか戸惑うのが現状である。		医科学生に対する教育と同様、どこまでの処置に対して同意書が必要であるのか、ガイドラインではなく法律で鮮明に決定してほしい。ただし、あまりその境界を厳密にしまうと歯科麻酔科医になる事自体が困難になり、全体の数が減少して麻酔科医の負担が増えてしまうことも懸念される。
339			
340			
341			
342			重大な事故がすでに起こってしまった今となつては、歯科医師の医科麻酔科研修自体を続行してよいか、国民の意向を伺うべきではないでしょうか。医療者側からどのような改善策を提示しても、もはや世間は納得しないかもしれません。
343	将来的に社会全般における歯科診療での患者の安全性の向上につながる。一時的には麻酔科医師のマンパワー不足を補う。	H14年版で第2-2(1)“麻酔指導医”は現在、専門医以上と読み替えてよいのかどうか。 (※2006年6月2日 日本麻酔科の「S10」で看護協会の方のスライドで看護師が挿管、抜管をしているICUが日本にあるという事を知り驚きました。こちらもガイドラインが必要では?)	特に歯科麻酔科の者にとっては、対象手術は違っても同じ麻酔を行っているので対象手術の異なる医科麻酔研修を行う事で術中の生理学的、薬理的知識の習得において全くムダにはならないと考えられる。歯科医師で開業される先生方も、最低3-6ヶ月の医科麻酔研修、できればさらに3-6ヶ月の医科麻酔研修を行って頂きたい。
344	必要と思うが、関わったことがなくよくわかりません。		
345	人体への侵襲的な治療を行う上において緊急時への対応は医科と何ら変わりはない。であるならば将来的には医科の一部門として歯科、口腔外科を位置づける必要がある。しかし、現時点での緊急な対応は無理があるため、指導医のもとその対応を習得する必要がある。それは指導医の責任においてである。		
346			

347				
348	歯科麻酔の研修のみで十分であり医科麻酔科研修の必要はないと考えています。(歯科麻酔の研修内容を知りませんが)			
349	麻酔科以外の医師と同様、歯科医師も常勤の麻酔科のいない施設で麻酔をする機会がある程度以上は研修を行い、事故を防ぐためにある程度の知識と技術を習得すべきだと思います。			
350				
351				
352	歯科医師の救急的対応力をつけるためにも必要かつ重要な研修であると考えています。従って依頼・希望があれば積極的に受け入れられるつもりです。	現在の所5年間も希望者無しなので現実的な観点でガイドラインを子エックしたことがなく、何も申し上げられません。		
353				歯科医も挿管手技や全身管理を研修する必要性はあると思います。研修する医師がまじめに取り組んでももらえれば、歯科医師であっても問題はないと思います。医学部卒業者は研修を行っているわけですが、いろいろな人間がいるのも現実だと思います。
354				
355	法的に難しい問題があるため、実施が困難である。もしこのまま研修を続ける方針となるのであれば、もう少し歯科医師の権利と責任とを大きくしない限りは継続が難しくなるであろう。	特に患者への説明が面倒である。もう少し緩くする(個々の患者への承諾は不要として、入院時の一括説明のみで十分とする、など)方向で検討して頂かないと、研修そのものが継続困難である。		そもそも歯科医師免許をとるためには医科免許が必要というように法改正を行った方が話が分かりやすくなると考えます。(麻酔に限らず歯科医師の業務範囲全般において)

356	歯科麻酔が必要な以上、医科麻酔研修は必要です。歯科医師(歯科麻酔をある程度研修済み)と研修医と、どちらに麻酔を担当させようかと、問題は同じです。違いは医学的常識の程度ですが、それも優秀な歯科医師も、問題の多い研修医もいます。指導医の指導下に歯科医師が麻酔研修することに承諾書が必要なら、研修医の麻酔研修にも承諾書が必要なはずで			もつと堂々と彼らに医科麻酔研修をさせてやりたい。また、当院では、放射線科、循環器内科、小児科などにも1ヶ月ずつ見学に行かせています。これが麻酔の研修のために非常に有益だと考えています。
357				
358				
359	医科にしる歯科にしる麻酔科研修は必須のこ			
360	とと考えています。特に歯科医師は意識下といえども、気道の入り口での医療を主としておりますので、全身管理、特に気道のマネジメント研修は重要であると思う。			歯科医師で臨床上必要かつ重要な点はBLSです。全員にここをしっかり指導することが重要です。残念ながら、歯科医師の指導経験がないので、詳しくはコメントできません。
361				
362	口腔外科の手術の麻酔を実際に歯科医師が施行してよいつの日本の法律で許可を出している			
363	ので、医科麻酔研修を受けてより安全な麻酔を可能、確実にするのには有効と考える。			
364	歯科麻酔科医が自分達の病院で麻酔をかけることはあまり多くなく、特に上級医から消化していくので歯科麻酔の専門医を取得するのは困難である。その点では医科における研修は有意義であるが全身管理にうといことが多い。実際の研修は困難なことが多い。			
365				

366	<p>麻酔科医師以外の他科診療科医師に準ずる(ローテーション等にて)気管挿管技術修得期間は必須と考える。要は医科・歯科の垣根を越えた思考が必要である。</p>	<p>ガイドラインなる物を読んだことがないため、不明。</p>	<p>麻酔科指導として ①麻酔科入局Dr.の指導 ②麻酔科ローターターDr.の指導 ③麻酔科研修医の指導 ④地域救命救急士の指導 ⑤(可能であれば)歯科Dr.の指導 となるが順位として③と④の間に相当すると考える。</p>
367	<p>歯科治療時の神経ブロックや迷も麻酔におけるトラブルへの対処、あるいは全身麻酔下の口腔外科手術における周術期全身管理法を修得しておく必要があると考えます。</p>		
368	<p>医科麻酔研修なくしては、口腔外科手術の全身麻酔のマネージメントを歯科医師が行うことは困難であると考えており、歯科医師の医科麻酔科研修は意義ある物と考えている。</p>	<p>歯科麻酔科の受ける医科麻酔研修では硬膜外麻酔の修得が実現されるべきだと考えている。</p>	<p>口腔外科医、歯科麻酔科医が受ける医科麻酔研修は、それぞれ目指す水準が異なると考えられている。実現困難かもしれないが、医科麻酔科研修が各歯科医師に求められる水準に適したいくつかのカリキュラムが作製されれば良いと思う。</p>
369			
370	<p>意義はない。</p>		<p>基礎知識が少なすぎて研修を受け取る意義はないと思われる。</p>
371	<p>歯科治療中患者急変時の適切かつ迅速な対処が可能となる。</p>	<p>概ね妥当。</p>	



372	医師と歯科医師とでは基礎的な部分(知識など)が異なるので、【全身管理、救急時の対応】を歯科研修で修得することは有意義であると思います。	前提となる「20症例」の数え方(自己症例か見学症例を含むのか) 同意書取得方法(非現実的である)→指導者が認めれば同意取得は不要では?、医科症例をもつと経験できる(しやすい)システムに変更する。	大学で研修担当として歯科研修にも関わりましたが、昔の医科症例を普通に研修していた頃の方が、ガイドライン作製後の現実的歯科症例に限定されてしまう環境より、歯科研修医はモチベーションも高く積極的に取り組んでいました。現状では、医師がいる状況で「歯科医ですが、麻酔に同意してくれますか?」と言われれば「NO」と言う人が多数いると思いますし、また、「人手不足なので歯科麻酔医師しかいませんが、いいですか?」というのもどうかと思います。システム自体を見直す必要があると思います。意味のある、実効性のある研修をする為
373			
374			
375			
376	BLSやACLSを学ぶ為には意義がある。(ただし、歯科医がアルバイトとして麻酔を行うのは問題があります。→中止すべきです。)		研修は可ですが、報酬をもらってはいけなと思います。医師が歯科治療を治療して報酬を得るようなものです。
377			
378	歯科医師による口腔外科疾患に対する手術麻酔が行われているが、麻酔管理に関する知識・技術の多くは医科領域のものであるため、歯科医師は医科麻酔科研修を継続的に行うのが理想であろう。	ガイドライン≠法律、法規規則ではないことを十分周知させる必要がある。ガイドライン逸脱は存在してもガイドライン違反という考えは本来あり得ない。	
379			患者の同意を得る為に費やすエネルギーが大きく、さらに結局は、責任は指導者にあることなどから、口腔外科のある施設以外では指導は困難と考えます。
380			

381	<p>全身麻酔を通じて全身管理を学ぶことができず、気道確保の技術が習得できず口腔外科をめぐり、歯科医師には必須の技術であるので意義は高い。多くの歯科医師が歯科全身麻酔症例をクリアした後に、歯科麻酔科研修を行って、全身管理や救急蘇生につながる知識や技能をもつ機会を生かして頂きたい。</p>	<p>研修水準はA,Bはほとんど内容的に同程度であると判断される。C,Dの一部についてはA,Bにしても良いと考えられる。指導医とデイスカッションしながら行う条件の下で、歯科技術や知識を身につけていかないと使えないものとなり、研修自体がお客さん状態になってしまう。</p>	<p>日本麻酔科学会指導医あるいは専門医が指導監督する条件で最初から歯科麻酔科研修を行える様に変更すべきである。当院は麻酔科医師がガイドラインのつとめて、歯科麻酔科の麻酔科研修を行っている。歯科の全身麻酔を20症例経験してからでないといふと、携われないので、歯科手術がない日は見学のみになってしまう。日数上、無駄になっている。最初から歯科も歯科も研修できれば3ヶ月間でもより高いレベルに上がることができることは間違いない。2ヶ月目からの知識・技術の伸びは相当大きくなる。</p>
382			
383			
384	必要であると考え。		
385			
386			<p>歯科医師が歯科麻酔を研修する場合、その目的として以下の3つのケースが考えられると思います。①歯科麻酔の専門医としての技術・知識の習得を目的とした研修 ②歯科口腔外科の専門医としての技術・知識を習得を目的とした研修 ③一般歯科治療中の危機的症例に対応するための知識・技術の修得を目的とした研修。それぞれの場合において要求される研修内容が異なるかと考えています。現在示されているガイドラインでは③のケースでは十分だと思いますが、①②の場合では研修水準をもっと引き上げる必要があると思います。そもそも歯科口腔外科の領域では、歯科と歯科の線引きが曖昧でこの部分での専門医としての資格のあり方をきっちりとした方(例えば、歯科口腔外科の専門医に、歯科の大部分の診療内容を認める等)が①と②の研修は行いやすいのではないのでしょうか。</p>

387	頭頸部の手術(処置)を行なう歯科医師は、処置中に発生する緊急事態への対応を含め、気道確保、全身管理等に習熟しておくことは必要と思われるので、十分意義があると思います。		
388	全身管理を理解する上で重要と考える。		
389			
390			

1. 歯科医にとつては全身管理を学ぶ上で大変役に立っていると思われ。当院口腔外科で幹部となっていくためには、麻酔科研修を受けることが必須と考えられている程である。

2. 現在の急激な麻酔科医不足を補うマンパワーとしての意義も高いと思われ。当院ではガイドラインが出されてしつかりした体制であれば研修していただいたいかまわれないし、マンパワーともなり得るとの解釈で、近年の急激な麻酔科数増加に対する対応として歯科医の麻酔科研修を増やして対応してきた面もある。

3. 三井の調査にある弁護士の見解「歯科医が医科症例の麻酔を行うのは違法行為」というのは極端であると思われ。医師(医科)の監視の下行うのであれば、同意が得られれば良いと思われるが。

ガイドラインをきちんと守って行えば患者に不利益を与えずに研修を受ける歯科医にとつても有益な研修が行えており、かつマンパワー不足の麻酔科医のマンパワーを補う事もできており、特に問題点はないと思われ。それまでいまいであった歯科医師の医科症例麻酔業務を行う事が、きちんとした体制であれば、行って良いと明確になった意義は大変大きいと思われ(マンパワーの確保の意味)。

逆に今回の三井記念病院での事故に対する調査報告書にあるように、歯科研修医をファーストにせず、指導医をファーストとすると歯科研修医の指導医はその症例しか指導することができなくなりマンパワー的には困った状況となる。澄川理事は、その施設内でA症例は指導医がファーストで、同時にB症例の指導医として勤務することを了解して行うのであれば問題なくできるという見解を個人的に問い合せに対しておられたが、それは並列麻酔を公式に認める事になるので、現実的にはできない。(少なくとも当院ではそのようにしない)

しかし患者にしてみれば歯科医師がファーストで指導医が他の症例に呼ばれて目を離れた間に監視が不十分となる可能性がある。本来は麻酔科医がすべての麻酔を担当すべきであるという方向に合致しており、正論である。指導医としても、歯科医師の指導を並列で行うのは望ましくないが、外科医が自家麻酔でやるよりは良いという思いで行っている部分もあり、それを正しい方向に向かわせる提言であると思