

		問題は、ガイドラインによりそれまであいまいで自粛していた面もあった歯科医師の麻酔研修が実質的に歯科研修医と同等に近い扱いでマンパワーとなり得る状況になった後に、ファーストとしない変更されるといったたんひろげた手を急にもぎとられる事による混乱をまねく。従って、ファーストとしない対応を実施に移すのには時間的猶予が必要である。現場に混乱を来さないためにもぜひ時間的猶予を3年以上上げていただきたい。		
392				
393	アナフィラキシーショック等、緊急の処置としての対応ができる。 気管挿管をはじめとする気道確保の方法を習得すること。			いたずらに医科麻酔研修をすることで単なる手技のみの習熟となり、危険な医行為を危険と思わずに実践してしまう可能性がある。医師と歯科医師の学生カリキュラムの差がこの問題の解決を難しくしていると思う。
394				
395	歯科医師にとっては意味があるのかもしれないが麻酔科医にとって意味があることは思えない。以前勤めていた病院で歯科医師の麻酔研修を指導したのがかなり負担だった。			
396				
397				
398				
399				

400	<p>救急蘇生法の研修、マスターは必要と考えますが、これが麻酔科である必要はなく、救急外来研修などでも良いと思います。要は、急変時の対応をマスターすることと考えます。</p>		
401			
402	<p>小児や障害者の歯科治療、口腔外科手術、インプラント治療など、鎮静を含む麻酔の需要度は高まっており、高齢化が進むとともに、全身的な合併症を有するものも多くなっている。日常の歯科臨床の中で様々な患者の病的状態や危機状況に遭遇するだけの場合でもまれでなく、それに対応できるだけの必要最低限の蘇生法や全身管理は歯科医といえども会得する必要がある。</p>	<p>現行のガイドラインは、いったいどの程度の経験や資格を持った歯科麻酔科医にまで適用されるものなのかが不明である。一般の歯科麻酔科研修と、歯科麻酔科医(認定医や専門医以上)のそれとは意義も内容も異なるはずである。さらに、現行のものは医科の側にたつて作成され、歯科医の特徴や希望、目標を考慮したものではないことや、麻酔科医としてのレベルに応じた細かい指針が考慮されていない。先に触れたが、医科でも十分通用する実力の麻酔科医には必ずしもそぐわれないもので研修という言葉さえも、彼らに対して不適切な感がある。今回のアンケート結果を研究にまで持っていくには、実際に歯科医で歯科麻酔科研修を受けているものの声(すなわち彼らが何をどこまで学びたいか、将来どう麻酔を歯科医として生かしていこうと考えるのか)をも拾い上げる必要性があり、指導医として、その点をふまえたガイドラインの作成が望まれる。</p>	<p>当科は大阪歯科大学歯科麻酔科と長年人的・学術的交流を持ってきたが、歯科麻酔科医の麻酔科医としての個人的レベルにはかなりの格差があり、優れているものには医科の麻酔科専門医をしのごく知識、経験、実力、人格を有することを確認している。たとえ、歯科麻酔科専門とす歯科麻酔科医は一般に我々医科の麻酔科医より歯牙や口腔の解剖、生理、病理に精通し、気道管理に興味を持ち、それを得意とするものが多いように思われる。また、万一誤って歯牙や口腔内の損傷を起こした場合の処置なども彼らに相談したり、実際の処置を施してもらったりもしている。障害者の歯科治療で麻酔や鎮静をかけるといふ症例も我々にはあまり経験がないため、この方面は主に歯科麻酔の専門医に任せている状況である。こういう事例を顧みて、同じ麻酔業務を行う上で果たして、医科が歯科を確実に凌駕していると考えてもよいものであろうか。そもそも麻酔は、歴史的に見ても歯科医が痛くない治療をすることを目標に行錯誤しながら編み出した技術であり、そこから頸部腫瘍の手術や出産に応用するという発展の仕方を遂げてきた。歯科麻酔科学は、医科の麻酔科学の一部として含まれてしまう学問では決してなく、共通の部分を有するがそれぞれが独立した学問として存在するといえる。したがって、共通の範囲の中で、歯科麻酔科医が歯科・口腔外科以外の麻酔をかけるのになど、法約以外の明瞭にしがたいのではないだろうか。</p>

			ほとんど同じ仕事をしているのに、医師と歯科医師の差は医師免許の種類だけの違いであるというよりは、麻酔看護士よりもその隔たりは少ないように思うのは私だけであろうか。麻酔科医の監督下で看護士に麻酔をさせるより、歯科麻酔医に単独で麻酔をさせてよくなれば指導医にとつては後者が楽なのはいままでもない。歯科麻酔医のレベルによっては、一部制限はあるにしろ、医師と同等の麻酔業務に携われることを認め、麻酔科医不足の解消手段の一つとして、麻酔標榜医の資格を拡大するというのはいかがであろうか。過剰になった歯科医の新たな方向性も見いだせるかもしれない。
403			一般国民が歯科医による麻酔を何の抵抗もなく受け入れる文化・土壌を構築することが何より大切な気がします。ごね得のクレーマーばかりの風潮をかえていくのは生易しいことではありません。
404	歯科口腔外科のみの麻酔では得られない、周術期の全身状態や薬剤投与を含む、種々の治療法を知ることは歯科麻酔科医にとつても、歯科に特有な知識・技術を学ぶ交流の場として有用と考えます。		今後患者側の同意が得られるか否か不透明である。(歯科医が麻酔管理にあたることに ついて)
405			
406	口腔外科志望の研修医である為、全身管理の知識を身につけることができる。		
407	麻酔科医が不足している当病院では、歯科麻酔科医師が貴重な戦力となっていた時期があった。	分離肺換気用気管挿管を研修水準のCIにしていただきたい。	自科の麻酔を経験しなくても医科麻酔科研修が可能になってもよいかもしれない。
408	医科麻酔科研修について、麻酔科研修医に本当に良い影響を与えたい。意欲のある歯科医師に研修していただきたい。	医科麻酔科研修がどこまで許されるのかできるだけ明確にしてほしい。	歯科医師全体に言えることですが、医学的知識に差がある様です。医科麻酔科研修までに知識を整理していただけると嬉しいと思います。また、当日についてはあまり考えずに、本当に勉強のつもりで研修していただきたいと思えます。

409	歯科医師が歯科麻酔のみでは充分な知識や技術が得られない。	現行のガイドラインでは歯科医師の医科麻酔研修はほとんど不可能となる。
410		
411		
412	全身管理、全身麻酔、全身評価を身につけておくことは歯科医師にとって非常に有益と思います。	
413		
414	歯科医が麻酔診療を行うのは非常に危険(適さない)と考える。トレーニングすれば臨床麻酔の挿管や維持等できるようになるが、医学教育を受けた上で行うべきである。自分で麻酔を行うための研修の意義はないと考える。(合併症発生やトラブル発生時に深い知識や経験が必要な場合があるのと、術前評価を行う場合にも医学特に内科学等の深い理解が必要なので。)	
415		
416		
417		
418	気道確保などの習得はできと思いますが、全身麻酔の習得は困難と思います。	歯科麻酔中の事故の法的責任は、私は指導医の方が大きいと思っっているのですが、このガイドラインに沿って行ってしまった場合は、医師の研修医が起こした事故に対する指導医の責任と同様な判断が法的になされるのでしょうか？無資格行為のためめもつと重くなるのでしょうか？
419	歯科医師が歯科手術の麻酔を行うだけであれば麻酔の理解に限られる。医科麻酔を行うことでより幅広くなり、緊急事態の対処にも役立つ。	
420		

421	小児麻酔分野での歯科医の研修は障害児治療等で必要となる。しかし、基礎的な知識があまりに乏しく、合併症のない小手術しか担当させられないのが現状である。歯科麻酔科医のレベルをあげるか、あるいは逆に研修項目に大きく制限を付けるか、ガイドラインの大きな変更が必要と思われる。		
422	歯科医療の安全性を高める上で医科麻酔科研修の意義は非常に高い。口腔外科領域の手術は一般外科手術以上に、周術期の上気道トラブルの危険性が高いので、これに関わる口腔外科医・歯科医には、気道確保に関する十分な知識と経験が必要であり、医科麻酔科研修意義は大きい。さらに、通常の医科麻酔科研修において、時々歯牙損傷が生じて院内の歯科口腔外科に治療をお願いする現状を考慮すると、こちら側が歯科側の要望(麻酔研修の受け入れ)に応じることは当然の責務であり、また、これにより双方の関係が良好に保たれると考える。	三井記念病院事件を機に当院での歯科麻酔研修を振り返ってはみたが、現状のガイドラインに反する実態があったのは事実である。 ①インフォームドコンセント及び術前指示→研修歯科医が単独で実施(指導医の承認のもと) ②事前の知識・技術評価の記録を残していない ③歯科研修医が別紙1に定める「歯科麻酔に関する研修」を必ずしも終えていない ④については、明らかに当院の不備であり改善したいと考えている。①については、現在の麻酔科のマンパワーを考えると歯科研修医の術前回診、インフォームドコンセント等のために指導医が手術室を離れ病棟に出向くのは、現実的には困難なことも多い。従って、個々の規定(水準の行為)については改訂を要望する。 ③については、むしろこのような規定は不要と考える。麻酔の経験がない医科研修医と同様に、我々が初歩から責任をもって指導する。生半可な経験や知識を身につけて研修にこられても逆に迷惑である。	新聞報道+α(色々な所から入ってくる内部情報)から判断するに、三井記念病院の事件は、指導医側があまりにも無責任ではないか。およそ「研修指導」とは呼べない実態であったように思われる。このようなひどい事例があるために、まじめに研修・指導に取り組んでいる施設にも迷惑がかかるのは腹立たしい。(もちろん、上記のように当施設でもいくつかのガイドライン違反はあったのだが。しかし三井病院でのベテランの歯科研修医に他の研修医の指導をさせるなど、ほとんど無法遅滞と言っても良い行爲がなされていたのは驚きである。)責任が持たない施設(単なるマンパワーとして研修医を利用する施設)は、歯科研修医に限らず、研修から身を引くべきである。
423	歯科医師が全身管理および医学(歯科学と異なり)を学ぶ良い機会である。アンケートから察するに歯科研修によって麻酔科医が労働力を搾取している構図がみえる。是正すべきである。		

424	全身麻酔は全て医科の医療行為であり歯科麻酔科医が全身麻酔を行うことには抵抗を感じます。理由は、歯科医は医科領域の医学的知識を深く学んでいないから。			
425	口腔外科領域においては、全身管理の知識が歯科医師にも必要であり、麻酔研修により習得すべきである。	患者への説明書、承諾書等は必要であるというならば学会レベルで統一的なものを作製してほしい。でも私は26)の意見です。	救急救命士の挿管実習についても歯科医師の研修に関しても、元来国民にとって必要でありかつ国民がそのベネフィットを得られる対象であるのに、なぜ個々に承諾書が必要であるのか理解できません。学会レベルで一定の基準をみたく病院は実習認定施設として取り扱い、その施設で医療をうける患者はその実習を受け入れることを前提にすべきであり、現在のような承諾書のシステムは、私たち麻酔科医師がほとんどボランティアで実習を行っているのに、まるで負担と責任ばかりが増し、また患者側も個人主義的な人は実習を断り、不公平です。こういう実習は研修医師の指導と同様であり、施設単位の認定だけで十分にすぎます。研修医の研修に承諾書は取らないでしよう！広く浅く国民が負担すべき社会的な責務だと思えます。	
426	口腔外科術後管理の必要性から麻酔や術後等の経験一定の意義があると思います。	当院の研修では医科麻酔20例をまず経験するのにかかりの時間を要します。患者さんからのICは、歯科麻酔の方が明らかに取り易いのですが、私達が直接マンツーマン指導している分には医学部研修医との著しい差異を認めないのも事実です。		
427	歯科医師に生命に直結する行為を必須とする様な認定条件は改めるべきと考えます。必須とするのであれば、学会として自前の施設をつくり、その中で全てを消化すべきである。一般病院に依頼するのは不適切。			
428	個人の技能、知識の向上に必要。歯科領域のみでは、研修の機会が少ない。	歯科医師の能力によっては特に維持期のマンツーマンの必要性は薄いと考えます。	歯科医師の能力によっては特に維持期のマンツーマンの必要性は薄いと考えます。	

429	マンパワー不足なのである程度麻酔知識がある歯科医師の研修は助かりました。しかし、ラウンドの患者への説明の際に時間がとられることが問題でした。		
430		ガイドラインには縛りが多く、研修を受け入れることは困難である。	
431		特記事項なし	特記事項なし
432	小児の麻酔を行う歯科麻酔科医師は小児病院での研修が望ましいと考えます	中心静脈穿刺については、口腔外科手術の術後管理で必要な場合があると考えますので、指導医のマンツーマン指導下で、許可すべきと考えます。ガイドラインとは中途半端な表現です。「守った方が良い」との意味で「守らなければならぬ」との意味ではないはずですが、東京都病院管理局は「守らなければならぬ」と解釈する傾向にあります。カタカナ語ではなく、はっきり明確な基準が必要と考えます。	
433	前期臨床研修医の教育で手一杯で、できれば関わりたくない。歯科大学病院に集約していただきたい。		
434			
435			
436	歯科麻酔領域の範囲を決めることが必要と考えます。		
437	全身管理を歯科医が学ぶ良い機会と思う。ただ歯科医師は歯科医師が学生の時代に何を学び、歯科医師が何を医科の麻酔研修期間に何を学ぶべきかが分からない。		医療事後が発生した時の責任問題を解決すべきである。歯科麻酔研修で何を学ぶべきか、歯科学会の方で検討し、呈示してほしい。
438			
439			
440			
441			
442			

443			
444	歯科医師の研修は、人手不足の医科麻酔科医の業務軽減に役立つ	腰麻、硬膜外麻酔も指導者の指導のもととても良いのではと思う	
445	歯科医師と云えど、治療中の患者の急変には対応しなければならぬ。そのために全身評価、全身管理技術におけるものと何ら変わりなく、その領域を専門とするのであれば研修の場は必要。	歯科医師の研修はもちろん必要だが、実際に十分な研修を行うためには十分な数の麻酔科医が必要である。現状ではそれは困難であり、逆に歯科医師を麻酔科医の代理として使おうとする方々がいてお互いの不幸になりかねないと思う。その辺りのルール化も必要ではないでしょうか。	
446	歯科治療中にemergencyが発生することがあり、その対処法を学ぶことはとても有意義である。歯科医師を麻酔科のスタッフとして日常麻酔を行うことは問題である。		
447			
448			
449			
450			
451			
452	救急、全身管理のできる優秀な歯科医を養成できる。歯牙保護に関してはその医療を生かせる。こちらも役立つ場合がある。	研修前の麻酔経験をつむのが難しいのでは。	
453			
454			法改正を長期的視野の中に入れるべき
455	患者がアナフィラキシー等で急変した時の処置をトレーニングするという点では麻酔科研修は意義があると思う。		近年患者の権利意識が高くなり、歯科医師だけでは不すべての研修が行いにくくなっている。研修が行いやすい環境を整備しないと難しいのではないかと？
456			



457	歯科治療においても緊急対応すべき時は発生するので、最低限の救急処置は身につけておく。患者の把握、気道確保、心マッサージ、AEDの使用など。それ以上のことまで(硬膜外麻酔、脊椎麻酔)は研修していいのではないか。	ガイドラインを読んでいない	ガイドラインに明記してあると思いますが、研修における法的な問題や国民のコンセンサスが得られていることが大切。歯科医師が麻酔科医として特別な制限の受けることなく研修が受けられれば良い。(要約)
458			
459	歯科・口腔外科診療において気管挿管を含む気道確保法の習得は歯科医にとって患者の安全を保障する上で必要である。歯科大学病院の手術件数はトレーニングを行うのに十分ではない。		「歯科医師が麻酔科医の指導のもとであなただけの麻酔を行う」と患者に説明して拒否されたケースは当院ではまだない。技術(気管挿管、静脈確保など)的には研修医よりも優れているため、歯科医であることを患者にことさらに認識させるのに違和感を感じる。むしろ医科大学や教育的市中病院で歯医師(麻酔科)の指導のもと、歯科麻酔科医が研修することを若い研修医がトレーニングを受けると同じことである。一般の人々に理解してもらおう方が良いと思う。歯科医師が患者の安全のためにトレーニングを受けると異議を唱える人はいないように思う。
460			
461	大いに意義はあると思いますが、研修前の基礎知識があまりにも貧弱と思います。以前、勤務していた病院では歯科医師を3～6ヶ月で定期的に研修指導していた時の印象です		
462			

463	<p>歯科麻酔研修に関する社会動向には疑問と落胆を感じます。私はこれまで技術・知識も優れ医科麻酔科医を越える歯科麻酔医にも指導を受けたことがありますので、個人の資質を重視した研修を実施できるような学会、社会とも動くべきだと思います。麻酔医自体が医師の範疇では能力の低い人が目立ちますし、歯科医はさらに低能な人が多いと感じます。そのことが反映されていると考えるのは偏った見方でしょうか。</p>		
464	<p>歯科医が全身麻酔を行う以上医科麻酔、歯科麻酔などの言葉は無意味だと考えます。すなわち、医科手術の麻酔、歯科手術の麻酔であり、全身麻酔に相違ないのではないのでしょうか。臨床の極意は経験であり、医師であらうと、歯科医であらうと関係ありません。もし仮に歯科医が全身麻酔の研究ができないのなら歯科医は今後麻酔を担当すべきではないと考え</p>	<p>このガイドラインは良いと思いますが、歯科大学でも遵守されるべきだと思います。</p>	<p>専門性の話であり、麻酔は医師もしくは圧倒的症例数を誇る、麻酔科医が行うべきと考えます。(要約)</p>
465			
466			
467			
468	<p>麻酔科的患者管理の習得</p>		
469		<p>診療報酬上も医科と歯科は完全に分かれていますので、歯科医単独で医科の医療行為を行うのは好ましくない。</p>	
470			
471			
472			
473		<p>救命士の気管挿管のように同意書の作成が必要だと業務に支障が生じます。現実を受け入れていませんが、歯科医がどこまで全身管理を実施できるのか法的根拠を知りたいです。</p>	

474	歯科治療中に患者の急変時、対応できるために、麻酔科研修は意義のあることと考える。患者からすれば急変時に医科も歯科もない		
475			
476			
477			
478			
479			
480			
481			
482	歯科で患者がショックになった時に適切に対処できる様になること。	当院の様に医科20名歯科1名の研修医をほぼ同等の1年目カリキュラムで行っている所と大 学からの歯科医を受け入れられている所を同等に 扱うのは無理がある。	医師の中にも研修をさせる意義があるのかと思 う人材もいる。しかし歯科医師ではそれと比 較にならないくらい多くの人が研修に値しない。 基礎的な医学知識のない人たちにやらせるの は間違いだ。そのため当院ではあくまで麻酔は 麻酔科医が行い、歯科医は補助にしているだけ あり、歯科研修医に麻酔の主体で導入させるこ とはない。歯科研修医に単独で導入させるな んて非常識である。あくまで歯科医は補助的 な仕事にすべきである。
483			私は全く関与していませんが、とても困難な課題だと思います。
484			
485	必要と思います。項目毎のチェックは現在 は行っていないですが、もしやるとしたらとの 過程でチェックしてあります。		国民の総意として、学会及び厚労省が主導 して必要性を啓蒙して欲しい。単なる、行 う医師が「カウボーイ」になっては、しては ならないと思います。

486	他院勤務時に歯科医師の麻酔科研修には数多く立ち合って指導もしてきました。やはり、医師に比べれば明確に知識が不足しています。心電図、胸部レントゲンの理解等はじめは0に等しい状態です。私が患者さんの立場なら、彼らに麻酔をかけてもらいたくないと思います。(もちろん、医師の麻酔科研修の中にも同じレベルの人は存在しますが)研修するにあたり、一定の資格に達していることを確認する認定制度があると研修者のレベルの向上に役立つかもしれません。(大変でしょうけれど)			
487				
488	麻酔の主体は全身管理である。歯科麻酔であろうと歯科麻酔研修は必須のものと思われる。			歯科の口腔外科の手術適応範囲に決まりはあるのか？口腔内限定とは現状思われれない。リンパ節郭清は他科がやるとも思われれない。術後管理、人工呼吸管理を行わざるを得ない。では歯科麻酔医はどこまでの麻酔が許されるのか？歯科麻酔研修は行うべきで規制すべきではないと思う。
489				
490				
491	歯科医が全身管理や蘇生技術を身につけることは重要と思う。麻酔科側としては、少ないマンパワーを補うために非常に役立っていることも現実である。厚生省のガイドラインでは薬物投与(筋弛緩剤の追加等)にも指導医が立ち会わなくてはいけないが、それでは手がはなせない。ので、麻酔科側のメリットがなくなる。			歯科麻酔の研修を受ける前に、なぜ歯科全麻の研修を受ける必要があるのか。麻酔を賞えるという点では、歯科も医科もない。むしろ普通の経口補管の方が導入し易い。指導医が事実上その部屋から出られないような制限も外してほしい。麻酔深度の調節やルーチンで行う薬物投与は歯科医が行っても何ら問題がないと思う。
492	全身管理の知識、技能のレベルが向上し、歯科診療時の患者急変にも対応できるようになり、結果として歯科診療の安全性診療レベルの向上につながる。			歯科医の指導により麻酔管理料が請求できないくなる。
493				

494	救急救命の処置の一つとして麻酔技術を得ることに意義があるかもしれない	研修経験がないのでわかりません	研修経験がないのでわかりません
495			
496	指導医がついて研修するのであれば良いと思うが、現状ではマンパワー不足で無理と思う。		
497	歯科治療中に患者が急変した場合、basic life supportのみでなく、advance life supportができればという意味では臨床に携わる歯科医師は全員研修を受けることが望ましいと思うが、現実には難しいでしょう。		一般開業歯科医において、血圧計や酸素投与器具、蘇生用物品をほとんど目にするものがないのは考えてみれば恐いことです。
498	歯科麻酔専門医の準備としては必要である。しかし、全員が研修する必要はないと考える。また現在の世論は歯科医が麻酔を行うことに対して、抵抗がある様に思われる。		
499	医科研修で得た知識や技術を歯科治療の場で使うことは歯科医師、患者双方に有意義であると思います。医科研修で得たものを医科麻酔で生業としようとすると歯科医と安い労働力として利用する医師が活躍することは歯科医師の医科研修の妨げとなる危険性があると思います。		
500			
501	基本的に現在の歯科の大学学習では(全身の)生理学、解剖学など、基礎系の学問が弱く、全身麻酔学とは呼吸・循環・代謝の全身管理の学問であるので、無理があると思われる。基礎医学の実習講義時間をカリキュラムから考え直すべきであろう。		
502			
503			

504			<p>現在の市中病院では、歯科医師の麻酔研修を受け入れられる余裕はないと思います。歯科医師の麻酔研修自体は有意義なものと考えますし、かつて大学病院に研修に来られた歯科医師の方は一人で麻酔を任せられるほど優秀でした。その様な方は我々の業務の助けになってくれました。しかし、歯科医師の研修は麻酔科医師が張り付いておかねばならない。また、患者への同意をとれという様な現状では歯科医師の麻酔研修は麻酔科医師にとって業務負担になるだけです。それをこなせる余裕は今の日本にはありません。</p>
505	<p>歯科に麻酔科があるならその中で研修すれば良いと思う。</p>		
506			
507			
508			
509			
510			
511			
512			

513	<ul style="list-style-type: none"> <li>・やる気のない方はご遠慮ください</li> <li>・再三記載したごとく、歯科処置診察に関して標準レベルに達した方なら、お互いの専門性を生かしながら、より高度で質の高い医療を患者へ提供できる！（実感してます）</li> <li>・大衆へも歯科医の医科研修をもっとアピールして認知させてほしい。</li> <li>・歯科学部のカリキュラムにも生理・薬理・内科・外科等の時間をもっと割いてほしい。</li> <li>・開業するような方でも、局麻のシヨック等に出くわしたり、重症歯科疾患の患者を治療しなければならぬはず。故に、医科研修は歯・麻、口腔外科のみに限らず、何らかの形で全員に近い方々が行った方がいいと思う。</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.基準が曖昧。特に②の項目。1例でもやっつけたい方がいいのか？</li> <li>2.静脈内鎮静法って何ですか？また、それを行うことで研修に有意な点があるのでしょうか？</li> <li>3.吸入鎮静法って何ですか？</li> <li>4.世の風潮として「歯科医が麻酔をかけるなんて」というのがあるが、実際麻酔をすると、口腔操作がある為、歯芽損傷に遭遇することが度々ある。この時の対処に、オペ室内に歯科医が常勤していれば、大変ありがたい。よって、ガイドラインの中にも、一般的歯芽損傷に對する処置ができる、という項目も追加していただきたい。「麻酔は完璧だが歯のことはちよつと。。。」では困る。歯科・医科への give and take が成立すればもっと研修し易くなる。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.一般人が、一定のトレーニングを受けた歯科医師は一定の条件下で全身麻酔をかけることを受け入れられる様、世間を啓蒙させてほしい。(時間はかからないと思うが)</li> <li>2.歯科医師が全身麻酔をかけることに対する何らかの国の資格を明確にしてほしい。(家族に「その歯科医には資格があるのですか?」とよきまかれるため、なんと答えてよいか分からないうい)</li> <li>3.やる気があり、歯科医としての実力のある方なら、是非研修だけでなく、常勤同志で麻酔に携わりたい。</li> </ol>
514			
515	研修を行ったことがないので不明。よくわかりません。		
516	当院が受け入れ施設かわかりません。	ガイドラインをあまり知りません	もっとPRしてください
517			
518			
519			
520	こんな大きな問題になるとは思わなかった。		
521			
522		環境を整えば本人にとっては、意義のあることだと思います。本人及び指導者を守るような明確なルールが必要だと思います。	
523			

524				
525				
526				
527				
528				
529				
530	<p>当院では口腔専門医を目指す歯科医師についての医科麻酔科研修を受け入れている。日本口腔外科学会が麻酔科研修を必須とした意義に賛同したからである。研修を受け入れた副作用として、患者入室以前の業務、退室後の業務について術前後の評価を含めた場合より細かく実施できるようになった。また、研修医と指導医によるダブルチェック体制を業務に取り入れることができ、安全性の面でも向上した。研修医といえどもライセンスを持ち、知識・技能を持った立派な戦力であり、研修枠を当方で適正にすることにより安全性を向上しながら業務の効率化が期待できる。麻酔管理料を返上してでも、メリットの大きいプロジェクトであると期待している。</p>	<p>同意のについては、口頭も含めた現在の形を残していきたい。患者にとっては、医科研修医も歯科研修医も区別していないのが現状。両方を受け入れられている当施設としては、患者が研修を医科歯科問わず研修を断られたとして対処している。歯科医師への研修について微妙な差があると医科研修医へ他の研修の時とあわせて異が生じる。医科研修医の研修時とあわせて歯科医師といえど必要ないと考える。ガイドラインの見直し、必要検討などお願いしたい。</p>	<p>三井記念の研修のような、当方からみても明らかに手続きを省いている例は特殊と思われませんが、警察に好きにたたかたかされることのないよう、また学会員のコンセンサスを得られるガイドラインであってほしいものです。</p>	
531	<p>全身管理を学ぶために意義ある事だと思われ るが、現状では医科側の負担が大きすぎると 考える。</p>			
532				
533				
535				<p>研修と麻酔科医師不足を補う労働力の役割も 明確にしてみたいかがでしょう。</p>



536	歯科領域の全身麻酔は必須業務であるので、 歯科研修者と同様な研修が望ましい。どんな 麻酔であれ、麻酔に医科・歯科の区別をすこ とほできない。	麻酔研修中は医科歯科の制限を取り払う必要 がある。法的な根拠が必要。	歯科研修期間は専門医申請まで可能としてほ しい。業としての麻酔ではなく、学ぶための麻 酔である。
537			
538			
539			
540			
541			
542			
543	症例を経験することからも医科麻酔科研修は 必要と考える。歯科医師を教育するためのマン パワーが必要。現在マンパワー不足で十分に できない。		
544			
545			
546			
547			
548			
549			
550			
551			
552			当施設では歯科医師受け入れ体制を取ってお らず、明確な基準、決まり事を設けておりませ ん。ただ、私の知る範囲での事ではありますが、 歯科医師が臨床麻酔を行う際の患者への同意 が十分にされていないようであります。諸問題 が徹底されていない現状に危うさを強く感じて います。

553	<p>広い範囲の手術を見学あるいは担当できる事は、全身管理の重要性を知っていただく上で重要と考えます。しかし、歯科大学には麻酔学講座があるわけですから、そのマンパワーが足りない等の理由で医科麻酔研修に頼りすぎるとは問題と考えます。基本的な知識、スキルは歯科麻酔学講座が指導していただきたいと考えます。経験年数五年以上を受け入れると回答しました理由もその点にあり、更なる全身管理のために医科麻酔研修を位置づけていただきたいと思えます。救急研修や講義等についても、歯科麻酔指導者が他の医療機関に丸投げされている現状があります。歯科麻酔学会は指導者の研鑽にも力を注ぐべきと考えます。</p>	<p>平成14年7月10日ガイドラインによれば、研修目的が歯科医療の質及び安全性の向上をはかるためとあります。歯科症例20例が前提でクリアした方が医科麻酔科研修を受けに来られるわけですから、歯科麻酔科医指導者となるべき方を対象に指導したいと考えます。したがって知識、技能評価記録にある3段階の最高段階である。一定水準に達していない人たちには、医科研修は不要と思えます。前頁でも述べてましたが、各歯科大学の麻酔学講座は歯科麻酔研修を充実していただく事が重要と思えます。その中で、指導的立場となる人材を、医科研修に派遣していただき我々と共に安全な麻酔、患者全身管理を学んでいただきたいと思えます。</p>	
554			<p>何か問題が起きたときの責任の所在等について学会として明文化できている。</p>
555	<p>前例がなく、質問に答えられずすみません。マンパワーという点では来ていただけると有り難いと思えますが責任(何か事が起こった時)の所在等、アンケートの結果が分かればお知らせ頂けると幸いです。</p>		
556	<p>歯科診療時の管理特に全身管理について必要であると思われるので、必修として一定レベルまで責任をもってトレーニングするべきであると思う。トレーニングせずに診療している事が問題である。</p>		
557	<p>・「生兵法は大怪我の基」      ・全身麻酔が必要な症例は麻酔医の常勤する病院で行えるのではないだろうか。      ・歯科医療で1分1秒を争う緊急疾患というのはないはずですから、そのような病院を紹介し待機手術は十分可能と考えます。      ・麻酔科研修ではなく緊急事態に対する訓練(ACLSなど)をお受けになった方が理想的と思えますがいかがでしょうか？</p>		<p>救急救命士の気管挿管実習と同じと考えています。せつかくの苦勞が水の泡に帰さないことを願います。</p>

558				
559				
560		インフォームドコンセントの取り扱い方。		インフォームドコンセントを歯科麻酔科医が単独では行なえず、常勤(指導医)と同席させているため、常勤の負担が増える事が欠点である。
561				
562				
563		全身管理ができるようになること、急変対応ができるようになることはとても重要で、国民の生命保持に大切である。		
564				受けてきた医学教育の内容が全く異なるので、全身管理、特に合併症を有した患者の麻酔を担当させる訳には行かないと思います。将来的には歯科で行なわれている全身麻酔についても歯科麻酔科医が担当するべきと考えます。
565	現在の施設で受け入れられないため、以前に所属していた施設での経験として記入しましたが、私個人として歯科医であっても正しい医学的知識を身につけているのであれば、医師の研究と差をつける必要はないと考えます。	研修のしびりが大きすぎると思われます。指導医がつくことである程度医師の研修と差を減らしてもかまわわないと思います。		研修にくる歯科医師の知識・経験に差が大きく、研修も1人毎に変える必要があるのか、少し手間であったと思われれます。
566	全身状態の評価、及び救急蘇生、処置法の修得ではないでしょうか。	ガイドライン内容を知りません。		
567	欧米の歯科治療では麻酔が欠かせない存在となっているようです。麻酔科研修を実施することにより正しい使用法や手技を身につけることは、今後必要であると考えます。ゆえに、歯科医師の研修に賛成いたしますし、積極的に実施されることを望みます。			
568				
569				

570			
571	歯科患者の急変時に対応できるだけの技能・知識の習得が必要であり、そのために医科麻酔科研修は必須と思う。		
572		特にありません	特にありません
573			
574			
575		ガイドラインでは、医科麻酔科研修に先立って、研修を受ける歯科医師に「歯科疾患を対象とした全身麻酔(気管内麻酔20例以上)」の経験を要求している。 しかし、歯科疾患を対象とした全身麻酔は経鼻挿管が必要なものや精神発育遅延などの障害者や先天異常を含めた挿管困難症など通常の全身麻酔より気道確保・呼吸管理が難しい症例が明らかに多い。これを研修歯科医師に誰が指導するのか?無理な注文であると感じる。「歯科疾患を対象とした全身麻酔(気管内麻酔20例以上)」の経験を要求する必要はない →この条件は撤廃すべき。	歯科医師の医科麻酔研修をきっかけに、麻酔業務に強い興味と魅力を持つ・感じる研修歯科医師がいる。歯科医師は数は十分足りていると言われ、麻酔科等の勤務医は医師不足で厳しい労働を強いられている。何年かの学業の追加(医科の知識)と試験により、歯科医師が麻酔科医にコンバンバートできる制度があると思う。
576			
577	歯科的処置中にも全身管理は必要であり、医科麻酔科研修は有意義であると思われる。		
578			
579			
580	科で麻酔を行う以上、麻酔の知識・技術・急変時の対応能力は必要である。歯科麻酔のみで十分な経験が積めないならば、医科麻酔研修も必要と思う。	歯科医が全身麻酔を担当する事を患者に説明し承諾してもらおう事は、大変だと思う。ほぼ100%承諾してもらわなければ麻酔科の日常業務に支障がでる。	現場研修医も指導医もやり易いシステムを作り、有意義な研修ができる様にしてください。
581	①歯科診療を行う上で緊急事態発生時の適切な対応を行う上で実地研修となる。②将来、麻酔科医不足を補う可能性がある。	麻酔管理上の責任の所在をより明確にしてほしい。	麻酔科医不足の中で指導上の業務が増大する可能性がある。医療事故発生時の責任の所在をより明確にする必要がある。