

3-1) 歯科医師の医科麻酔科研修の問題点	3-2) 質問3-1)に対する改善方策	3-3) 歯科医師の医科麻酔科研修のガイドライン改訂(アドバンスレベルのガイドライン策定を含む)に対するご意見
現在のところ麻酔科研修に責任が持てない	きっちりとした研修体制を構築すること。アクシデントが生じたときの対応が麻酔科医師の負担になる。	学会レベルで議論すべき問題ではない
特にありません。		特にありません。
研修後も大学などの医療機関に常勤として残り麻酔管理を手伝っている点	研修を含めて歯科麻酔科医の医科病院での就業年限を最大3年と決めるべき	特になし
学部教育、初期歯科医師研修での全身管理、麻酔に関する基礎教育の欠如	歯科医師による全身麻酔の禁止	廃止して、歯科医師による全身麻酔を止めるべきである。
研修の名目で医科麻酔のマンパワーとして活用されている。あるいは医科麻酔科医の下働きとして使われている。	ガイドラインの改訂。	上記と同様。
特になし。麻酔科不足なので助かっている。	特になし	特になし
なし		
特に問題はない。		ガイドラインを遵守し、説明同意も必要。
研修水準Aの項目が少なすぎる。	水準B項目からの移行	歯科医が医科麻酔を長期に行うことは問題であると思う
能力の個人差が大きすぎる。残念ながら、出身大学の偏差値と医学的知識、吸収力のさが大きい。	医科麻酔研修前テストなどを策定し、合格したもののみ研修可能とする。	
研修ではない医科麻酔を野放しにしている	厚生局の監査を厳密に行う	歯科麻酔学会の意見を取り入れて作成の方向で検討願います。
生理機能などに全身麻酔は影響するため歯科医が遭遇する気道管理が主眼になると思う	心臓外科手術などの麻酔は適応外であり、その意味では症例を厳格に管理すべきと考える	肺動脈カテーテルや硬膜外麻酔などは適応外とするような明確な線引きは必要と考える
そもそも人口あたりの麻酔科医数がアジア諸国、ヨーロッパ諸国、北米諸国に比べ極端に少ないこと。	政府が専門の比率を決めればよい。もし、韓国やシンガポールのように多くの麻酔科医を作れば歯科医の麻酔は不要。歯科大学病院も不要。	
麻酔科医師の常時の監視下であれば全く問題ない		
医師法と歯科医師法の改正を考える時期	医師法と歯科医師法の改正を考える	歯科医師法の縛りがあり、ガイドラインの改訂を行ってもよいが、もっと抜本的な改革が必要。看護師のパッケージ研修も進んでいるので。

3-1) 歯科医師の医科麻酔科研修の問題点	3-2) 質問3-1)に対する改善方策	3-3) 歯科医師の医科麻酔科研修のガイドライン改訂(アドバンスレベルのガイドライン策定を含む)に対するご意見
<p>いろいろ法律上の問題がクローズアップされ、30年前に比べ歯科麻酔への風当たりは強いが、看護師に麻酔をさせたり、フリーランスに並列麻酔をさせるよりは余程安全で社会のためにもなる。</p>	<p>医科研修の研修医に比べれば歯科医師の研修期間は概ね長くなり技術的側面の達成度も高い。当方は30年以上歯科医師の麻酔指導経験があるが、指導した歯科医師の中には一生涯の仕事にしたい歯科麻酔科医となったものもいる。麻酔学会としては歯科医の麻酔参加への門戸を開くように働きかけるべきだ。フリーランスが金を稼ぐため安全性を犠牲にして、いくつもの麻酔を並列で引きうけている様子を聞き及ぶにつけ、学会にはかかる行為に関して保険請求の側面からなどの罰則などを策定し抑制を図ってもらいたい。と同時に歯科医の麻酔参加を容認してでも並列を依頼する必要のない麻酔供給体制を構築すべきなのだ。</p>	
<p>医科疾患に対する知識不足</p>	<p>研修前の資格試験をおこなう</p>	
<p>当院の場合意欲をもって自ら期間を設定して研修に来られるので特に問題ない</p>		<p>意欲、向上心、経験したことの熟練度次第でやってもらうことは増やしている、特に要らないと思う</p>
<p>特にありません。</p>	<p>特にありません。</p>	<p>特にありません。</p>
<p>研修期間が短い</p>	<p>研修期間の延長</p>	<p>特になし</p>
<p>歯科医師の国家資格であること</p>		<p>アドバンスレベル策定するのが良いかも</p>
<p>登録のWEBの機能が悪く、登録後の確認のメールが毎回届かずやり取り多い。</p>	<p>登録システムの改善を要望する。</p>	<p>数か月間の研修のみを徹底してほしい。</p>
<p>研修開始前に提出する文書の歯科医師の臨床経験欄の冒頭に未経験であるはずの全身麻酔・静脈内鎮静法といった項目があり違和感を覚える。</p>	<p>臨床経験欄から麻酔に関する項目は削除して、歯科医としての経験内容が分かるようにすべき。</p>	
<p>同意取得の手間がかかる点</p>	<p>病院ホームページや同意書などに文章として組み込むことで手間を減らすことができる可能性がある。</p>	<p>特になし</p>
<p>耳鼻科等の医科診療科の領域との境界が施設によって異なる</p>	<p>わからない</p>	
<p>特になし。非常に有益な人材で感謝している</p>	<p>全くなし</p>	
<p>やはり研修レベルが違っているのだから、同等には扱えない。</p>	<p>そもそも歯科麻酔という特殊な環境？を作るのがおかしい。麻酔は医学部レベルの医師が行うべき。</p>	<p>十分な配慮はあるが、そもそもの前提が容認できない。</p>
<p>医科麻酔科研修と称して、医科麻酔のマンパワーとしての利用(雇用)</p>	<p>医科施設での常勤勤務期間の上限を2年程度とする</p>	
<p>卒業大学にもよるが基礎医学教育が全くできていないため(歯科国家試験に出ない)必要な基礎医学に関する知識が欠落している者が散見される。</p>	<p>研修開始前に基礎医学に関する試験を実施する。</p>	<p>医科麻酔研修前に研修可能かどうかの基礎テストを実施すべき。</p>

3-1) 歯科医師の医科麻酔科研修の問題点	3-2) 質問3-1)に対する改善方策	3-3) 歯科医師の医科麻酔科研修のガイドライン改訂(アドバンスレベルのガイドライン策定を含む)に対するご意見
全身状態の評価が十分でないことが見られる。	術前評価から症例に十分に関わる。	特になし。
現時点では何か問題が起こった時の責任の所在をどうするかというのが難しいと思います。	学会単位での決まり事をつくっていただくのが良いと思います。	特にありません。
歯科医師が麻酔の知識を学ぶことはよいが、全身麻酔を実施することには問題があると考えます。	歯科医師が全身麻酔を実施しない前提での研修とすべきであると考えます。	上記に基づけば、必要ないかと考えます。
全般的な話についてはわからない。当院については、研修の時間が午後のみとなっているため技術レベルに見合った症例を当てることが難しい。	朝から一日麻酔科で働く日を設けたが、コロナ禍で症例の少ない時期に当たってしまい改善は不十分だった。	わからない。
		実態把握の試みは大切だと思います。歯科医師の医科麻酔研修によって、技量があがれば医療全体の質向上につながると思います。
全身麻酔という行為は、麻酔科医が行うべき、という根本的な問題	歯科医師による全身麻酔の禁止。麻酔科医のマンパワー不足を改善すること。	安全第一でお願いします
歯科医師のレベルや目的に応じた複数のカリキュラムが必要と考える。	気道確保の基本など初級コースと、自身が麻酔を担当するための中級コース、全身管理まで含む上級コースなど	専門医のレベル維持には生涯にわたる研修が必要なので、ぜひアドバンスレベルの策定をしてほしい
違った視点で臨床を行ってくださる歯科医師の方には非常に助けられます。ただ、自分を守るためにも厳格なガイドラインや同意は必要かと思います。		
ガイドラインの研修項目の表現が分かりにくい	ガイドラインの研修項目をもう少し具体的に分かりやすくする	アドバンスレベルのガイドライン策定を含め、ガイドラインを分かりやすく改訂することを望む
患者に自分で麻酔の同意を取るようしないと、責任をもって行動しなくなる。	医師の麻酔科研修と同様にインフォームドコンセントも段階に応じて歯科研修医が行える様にするべき。	歯科医師で心臓血管等の麻酔は分野が違いすぎるので要らないと思います。
優秀な人材でも歯科医であるという世間の評価	歯科麻酔専門医の周知	
技能的に優れた水準にあれば、麻酔学会認定病院での勤務は可能にすべき。	麻酔科認定病院での勤務を可能にする。	
外国人研修生と同じ	麻酔科医を増やすか資格を緩和すること	
世間が厳しい目で見えるようになってきている。	学会などから世間に周知する。	アドバンスレベルに関しては必要かどうか検討したい。
医科の多彩な症例を経験すると言う目的で研修が行われているが、研修と同時にマンパワーを補う労働力とみなされている点。	医科麻酔科医のマンパワーの充足、タスクシフトによる麻酔科医の仕事の軽減などにより麻酔科医に余力が生まれ、歯科麻酔科医を労働力とすることなく本来の目的である医科研修を充実させることが可能となり、周囲の理解が得られやすくなると考えられる。	
医療事故発生時の対応	よくわからない	とくになし
基礎医学的知識の個人差が大きい。何かあったときの責任の所在。	案なし	

3-1) 歯科医師の医科麻酔科研修の問題点	3-2) 質問3-1)に対する改善方策	3-3) 歯科医師の医科麻酔科研修のガイドライン改訂(アドバンスレベルのガイドライン策定を含む)に対するご意見
麻酔に医科も歯科もない。麻酔を担当するのであれば、学会専門医等と同じプログラム、同じ責任能力をもって研修・施行すればいいと考える。	職種間の相互理解と共通認識を得ること	
患者への説明、同意を取るのが難しい	分かりやすいパンフレットの作成	特に無し
全身管理を行う以前の病態生理や薬理的な知識の圧倒的不足	研修前に、ACLSおよびシミュレーション学会などの気道確保の資格取得と、研修資格試験による知識試験合格など	上記をクリアした上での、具体的手技とdecision makingを行うための研修ガイドラインを作成すべき
許可されていることが少なすぎる	医科症例でのCV挿入等は許可してよい	特になし
研修の結果を役立てる場面が口腔外科の手術時の麻酔・全身管理(周術期も含む)とするならば、口腔外科の手術が高度化し(大量出血するような手術・腸管を使った再建等)、高リスク患者の手術も行うようになった現在では、担当する歯科麻酔科医も高度な技術・知識が求められるのが当然である。歯科医師免許だけで医科麻酔と同様の処置や投薬が問題とするならば、口腔外科の手術手技に関しても議論されるべきである。	高度な医療を行う歯科医師はさらに1-2年程度の専門教育を受け相当の国家資格を与えるのが良いのではないかと思う。	
歯科医師の医学知識の圧倒的不足	歯科医師による医科麻酔の禁止	なし
手技や技能はある程度継続しなければ、維持できないと思われる。継続維持研修としての申請も考慮してはどうか。		
医科麻酔科研修名目の長期間にわたる歯科医師の医科麻酔科での麻酔行為の正当化		賛成です。
特になし	なし	特になし
歯科麻酔科医のあるべき姿・最終像がわからない	歯科麻酔科医の診療の、あるべき姿の確認必要	上記の、あるべき姿に資するものであれば、お進めください
外科系診療科の歯科医の麻酔科研修に対する理解度の濃淡	歯科医師の医科麻酔科研修の必要性和安全性の周知	アドバンスレベルを策定してよいが、そのためにはベーシックレベルを終了していることの確認や認定が必要
「術中麻酔管理領域」の特定行為を担う看護師が登場する時代に、歯科麻酔科の医科麻酔への従事に道を開くことを目的とした医科麻酔研修を行うべきではないか。	歯科麻酔科医の実務的な技量には特に問題はないと思われる。歯科領域の患者においても、全身管理、麻酔管理の戦略・戦術は以下のそれと異なるものではない。現時点のガイドラインを含む取り組みは、歯科麻酔科医の管理能力を低レベルに留めるとと思われる。医科および歯科麻酔科学会の現実的な協議を期待する。	
研修と称し、継続して医科の麻酔管理を行っていること	一回の研修の期間を決め、生涯での回数も制限する	特になし

3-1) 歯科医師の医科麻酔科研修の問題点	3-2) 質問3-1)に対する改善方策	3-3) 歯科医師の医科麻酔科研修のガイドライン改訂(アドバンスレベルのガイドライン策定を含む)に対するご意見
本来の研修から外れてマンパワーに組み込むことの危険性	研修評定の記録義務	優秀な歯科麻酔科医が存在するのも事実であり、彼等の欲求を満たすためにもあっても良いかも知れない
知識技能を維持する目的が欠けている 歯科麻酔専門医を目指す者に対するコースがない	繰り返し研修制度の創設 歯科麻酔専門医コースの創設	麻酔科学会のPIMSシステムでは麻酔医と指導医に同一名を入力できないため、麻酔医の筆頭を指導医名とすることが物理的に無理
様々なレベルの研修歯科医師が同一プログラムに乗る点	レベル別ガイドラインがあれば便利	研修施設の裁量を広げるような策定を希望する
(特に長期研修者で)給与や休暇等の待遇	身につけた能力に対して待遇も認められるものであって欲しい。	歯科でも医科でも全身麻酔や局所麻酔をする上では同様にリスクを伴う。歯科だから安易な麻酔と全身管理ということではないはず。やるならしっかり徹底的に学ぶ姿勢と指導を。
病態生理に関する知識不足	本来は全身管理は任せないほうが良いと考えます。	アドバンスレベルを策定しても安全性は完全には担保出来ない可能性があります。
施設によっては、歯科口腔外科やそれに類似する科がない施設もあり、研修病院が限られる。		
患者さんへの同意	指導医を必ずつける	
なし	なし	なし
本来、全身麻酔は医科麻酔科医が担当すべきである。	一見簡単な麻酔の理論的根拠をよく理解し、それを支えている麻酔科医の重要性を認識する。	アドバンスレベルは医科麻酔科医が担当すべきであり、策定の必要ない。
今後研修修了者が麻酔のアルバイトなどをして、トラブルが起きないか		
医科麻酔科研修という名の下に行われる麻酔科医の代行	歯科医師は歯科口腔外科や顔面頭頸部手術のみの手術麻酔を行うべきと思っている	3-2)と同じく、科医師は歯科口腔外科や顔面頭頸部手術のみの手術麻酔を行うべきと思っている
基本となる医学知識が無いに等しい。	医師と同等の教育を受ける	無理があるように思う。
特になし。		
”業”として行う事を禁止	口腔内手術以外は医科麻酔で行う事	
法的に問題となる可能性をクリアしてほしい		
同意取りに麻酔科医の同伴は必要なくして欲しい	同意取りに麻酔科医の同伴は必要なくして欲しい	
対象者の能力が玉石混交	事前にある程度の実力担保試験があるかも	なし
きちんとした教育し、麻酔科医師と同等の技能を涵養出来れば、麻酔の資格を与えるべき。歯科麻酔領域であればその専門医であることを標榜し、堂々と診療していただきたい。	国民に対する啓蒙、資格制度の国家的整備。	ご高配お願いしたい。
全身麻酔を実施するにあたり全身管理が出来るかどうかで問題、歯科医、医師の区別で分類は出来ない。	頭頸部にかかわらず全身管理を行う技術を身につけるためにはリスクの小さい症例を多く経験する。	個人差が余りにもありすぎるので一定の基準を満たさない者は資格を与えない。

3-1) 歯科医師の医科麻酔科研修の問題点	3-2) 質問3-1)に対する改善方策	3-3) 歯科医師の医科麻酔科研修のガイドライン改訂(アドバンスレベルのガイドライン策定を含む)に対するご意見
受け入れている施設の麻酔科医の認識に温度差があるとやる気のある歯科医のモチベーションに影響すること。医師が優秀で歯科医師がそうではないという態度を取る医師が存在していること。	受け入れ施設の意思統一を図り、難しければ医科麻酔研修を行うべきではない。	ガイドラインはできるだけシンプルにしてほしい。大切なのは患者が得るべき利益を損なわない施設ごとの姿勢。
特にありません		特にありません
各々の技量や研修意欲に温度差がある、歯科医師が医科麻酔を永続的に行う事は問題ありと考える	麻酔に対する学究的姿勢、興味を現場で正しく評価する事が重要と考える、歯科麻酔科医が活躍出来る給与体制の構築	個々のレベルと意欲に応じて研修させる事が重要なので、到達レベルを細分化して評価してはどうかと考える、それに応じた認定制度も必要か
とくにありません。		とくにありません。
歯科麻酔科医の研修の名目は歯科麻酔領域のみに限られるが、現在は麻酔科専門医の監督のもとに医科麻酔もおこなっている。ダブルスタンダードが存在する。		医科麻酔科医の研修と診療内容が確保される範囲内でお願いたい
研修であって、職業としない 特になし	研修期間の限定	特にない
歯科医師の所属施設での条件が厳しく、研修しにくい場合があります。	各歯科医師の所属施設が医科麻酔研修に対する特例を設けてもらえないか？	
歯科医が歯科麻酔の専門に取得することはかなりハードルが高く、そこまで望んでいない歯科医も多い。研修によって多くの手技を取得し指導医の下で安全な麻酔ができるようになって、医科麻酔研修を行なったという紙媒体の証明書の発行等あれば、将来的に別病院での勤務採用や開業等の肩書として使用できるが、現在は麻酔学会への研修修了報告のみである。それを証明する	歯科医自身のレベルにも差があるため、医科麻酔科研修ガイドラインの中に習得レベルを設定し、そのレベルでの麻酔研修修了証を発行すればよい。にレベルを設定し、	3-2)参照
特になし	特になし	現状で十分と考える
複雑な事務手続きを減らしていただきたい。		
本来は望ましく無い。	麻酔科医と周麻酔期看護師の充実	本来、歯科麻酔は望ましく無いので、アドバンスがあるべきでも無い。
医科麻酔科の人手不足のために行ってはならない。	ガイドラインを遵守しているかどうかの、何らかのチェック機構が必要と思います。	
特になし。	なし。	なし。
到達目標と取得後の活用法をより明確化する	麻酔専門医との協力体制の確立を前提とする	必要なし
そもそも資格が違う	医学部にはいればよい	特になし

3-1) 歯科医師の医科麻酔科研修の問題点	3-2) 質問3-1)に対する改善方策	3-3) 歯科医師の医科麻酔科研修のガイドライン改訂(アドバンスレベルのガイドライン策定を含む)に対するご意見
<p>医科と歯科では当然のことながら、大学における学習内容に違いがある。実際に歯科研修医を指導していて、基本的な医学・生理学的知識が圧倒的に不足している。基本的説明を理解できない歯科医師が多く存在する。残念ながら、大多数の患者にとっては歯科医師は「医師」という認識であるため、患者を危険にさらす場面も見受けられる。医科の臨床研修医に対して指導医師が責任を持つのは当然であるが、明らかに研修すべきレベルに達していない歯科医師にまで指導医師の責任が問われるならば、歯科麻酔科医の受け入れ施設に限られることは致し方ないと考える。歯科医師が医科麻酔科研修を修める意義があるとすれば、用手換気や気管挿管などの手技を医師の指導のもと安全に実施できるという点であると認識している。歯科医師が外来で行う処置時の鎮静と医科「麻酔」とは全くといっていいほど別物であるのに、それを理解していない歯科医師が多い。歯科医師が言うところの「鎮静」は、時として、麻酔科専門医から見ると非常に危険なものである。</p>	<p>歯科医師であっても、救急救命処置として当然習得しておくべき末梢静脈路確保・気道確保・薬剤使用に重点をおいた研修項目に改訂するのが望ましい。とくに気管挿管は、未実施期間が長期にわたると手技は格段に落ちる。よって再研修は必要である。中心静脈穿刺や硬膜外麻酔・脊髄くも膜下麻酔の履修は不要である。</p>	<p>すでに各学会間で話題にのぼっている事かもしれませんが、歯科・口腔外科手術と頭頸部外科(耳鼻科)の手術領域は重複するところがあります。アドバンスレベルを取得した歯科麻酔専門医が、例えば単独で扁桃摘出などの全身麻酔管理を行うことができるようにするためのガイドライン策定を考慮しているのであれば、それはすでに「歯科麻酔」・「医科麻酔」の範疇ではなく、「歯科医」と「医師」の「医業としてどこまでが許されるか」という問題になってくるのではないのでしょうか。患者さんの生命に関わる問題を含む以上、学会で簡単にガイドラインとして策定するものではないと考えます。処置はしたいが責任は「歯科」だから取れないなどということは許されません。歯科医は医師の指導・監督なく「医業」は実施できないことを認識すべきです。</p>