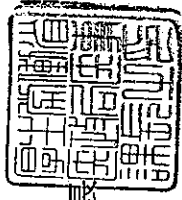


医政医発第06090002号  
医政歯発第06090001号  
平成20年6月9日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿



厚生労働省医政局医事課長



厚生労働省医政局歯科保健課長

### 歯科医師の医科麻酔科研修のガイドラインについて

歯科医師の医科麻酔科における研修の在り方については、平成19年度の厚生労働科学特別研究事業において、「歯科医師の医科麻酔科研修のガイドラインについて」（平成14年7月10日付け医政医発第0710001号・医政歯発第0710001号厚生労働省医政局医事課長及び歯科保健課長連名通知、以下「旧ガイドライン」という。）の通知後の医科麻酔科研修の実績を検証・評価し、現行の研修で指摘された問題点を改善すべく旧ガイドラインの改訂に向けた検討がなされてきたところであるが、この度、本事業により別添のとおり歯科医師の医科麻酔科研修のガイドライン（以下「本ガイドライン」）がとりまとめられ、本ガイドラインを平成21年4月1日より適用することとしたので通知する。

については、貴職においても、歯科医師の医科麻酔科研修の重要性にかんがみ、本ガイドラインの趣旨を十分御了知の上、貴管内の関係機関に本ガイドラインを周知するなど歯科医師の医科麻酔科研修の充実につき御協力をお願いする。

なお、本日付けで、社団法人日本医師会、社団法人日本歯科医師会及び日本歯科医学会あてに、本通知の写しを送付したので、念のため申し添える。

おって、旧ガイドラインについては、平成21年3月31日限り廃止する。

## 「歯科医師の歯科麻酔科研修のガイドライン」

### ガイドライン改訂の経緯と要点

「歯科医師の歯科麻酔科研修のガイドライン」（医政医発第 0710001 号、医政歯発第 0710001 号、平成 14 年 7 月 10 日）が通知されてから 6 年が経過したので、この間の実績を検証・評価して、研修における指導者の役割の明確化や患者への説明と同意、記録の整備等、現行の研修で指摘された問題点を改善すべく、「歯科医師の歯科麻酔科研修のガイドライン」を改訂することとした。今回の改訂では、(1)研修症例における麻酔の責任担当者は研修指導者であり、麻酔記録上の筆頭者となること、(2)歯科医師が研修の目的で麻酔科に参加することを説明し、同意を得ること、(3)研修を受ける歯科医師と研修施設の麻酔科の長は、当該歯科医師の研修開始時及び研修終了時に所定の方式によって必要な事項の登録または報告等を行うこと等を義務づけた。

### 第 1 趣旨

国民に対する安全で質の高い歯科医療の推進に資するため、歯科医師の歯科麻酔科における研修は重要であるが、研修といえども、診療行為を伴う場合には、法令を遵守しながら適正に行う必要があるが、特に歯科及び歯科口腔外科疾患以外の症例に関する行為に関与する場合については、慎重な取扱いを期するべきである。本ガイドラインは、こうした観点から歯科医師の歯科麻酔科における研修の在り方に関する基準を定めるものである。歯科医師の歯科麻酔科研修の目的は次のいずれかとする。

- 1) 歯科患者の全身管理に関する知識と技能を身につけた歯科医師を育成するため。
- 2) 歯科患者の麻酔管理に関する知識と技能を身につけた歯科医師を育成するため。

### 第 2 研修実施に当たっての基準

#### 1) 研修施設

研修施設は次のいずれかとする。

- (1) 社団法人日本麻酔科学会麻酔科認定病院
- (2) 社団法人日本麻酔科学会が認定した麻酔科指導医または麻酔科専門医が常勤する  
歯科大学・歯学部附属病院

上記のいずれの施設であっても、当該病院長が受け入れを承認し、麻酔科の長が受け入れ承認及び研修管理を実施し、研修指導者が研修の直接的な指導を行うこと。

#### 2) 研修指導者

研修指導者は、次の条件を満たす医師であること。

社団法人日本麻酔科学会が認定した麻酔科指導医、麻酔科専門医または麻酔科認定医

#### 3) 研修を受ける歯科医師

研修を受ける歯科医師は、次の条件のすべてを満たす者であること。

- (1) 歯科医師臨床研修を修了した歯科医師（2年間の研修プログラムに参加している者については、最初の 1年間の研修を修了した者）。ただし、歯科医師臨床研修

制度の必修化以前に歯科医師免許を受けている者は歯科医師臨床研修修了者の登録を受けた者とみなされること。

(2) 研修を希望する歯科医師が所属する診療科の長が別紙1によって当該歯科医師の歯科麻酔学に関する研修歴、臨床経験及び知識・技能の評価を記録し、研修開始前に研修施設の麻酔科の長に申請して、麻酔科の長の承認が得られた者。

(3) 研修を希望する歯科医師が所属する施設の長及び研修施設の長によって当該歯科医師の医科麻酔科研修の実施が承認された者。

#### 4) 研修方法

(1) 研修を受ける歯科医師と研修施設の麻酔科の長は、当該歯科医師の研修開始時及び研修修了時には、所定の方式によって必要な事項の登録または報告等を行うこと（別添資料「歯科医師の医科麻酔科研修実施の流れ」を参照のこと）。

(2) 当該研修症例における麻酔の責任担当者は研修指導者であり、麻酔記録上の筆頭者となること。

(3) 別紙2に定める研修項目とその水準に従い、研修指導者が必要な指導・監督を行うことにより、適正を期すること。

(4) 研修実施に当たっては、必要に応じて、別紙2に定める水準よりも厳格な指導・監督を行うなど、患者の安全に万全を期すること。

#### 5) 患者の同意

研修指導者の資格を有する医師が、別紙3を参考として、歯科医師が研修の目的で麻酔行為に参加することを説明し、同意を得ること。

(別紙1)

医科麻酔科研修を希望する歯科医師の研修歴、臨床経験及び知識・技能評価

研修希望歯科医師名： \_\_\_\_\_

医科麻酔科研修を希望する上記の歯科医師について、歯科麻酔学に関する研修歴、臨床経験及び知識・技能についての評価結果を下記のとおり報告します。

1. 研修歴

年月日			研修内容
年	月	日	歯科医師臨床研修 (〇〇病院〇〇プログラム) △△病院△△科
年	月	日	
年	月	日	

2. 臨床経験 (見学を除く)

内 容	経験症例数	内 容	経験症例数
全身麻酔	例	外来主治医	例
静脈内鎮静法	例	病棟主治医	例
吸入鎮静法	例	その他 ( )	例
バイタルサインモニタリング	例	その他 ( )	例

3. 知識・技能評価

項目	評価
医療面接	I ・ II ・ III
全身管理	I ・ II ・ III
麻酔管理	I ・ II ・ III

- I: 厳格な指導・監督が必要と思われるレベル
- II: 基本的な知識・技能を有しているが、初歩からの研修が望ましいレベル
- III: 一定水準に達しており、研修によって更なる知識・技能の向上が期待できるレベル

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設名： \_\_\_\_\_

所属診療科： \_\_\_\_\_

科 長： \_\_\_\_\_

研修項目と研修水準

(別紙2)

研修水準	研修項目		
A	1. 術前管理	(1) 一般的な術前診察と全身状態評価	
	2. 術中管理	(1) 麻酔器の取扱い	
		(2) 麻酔前準備	
		(3) 末梢静脈確保	
		(4) 気道確保(用手またはエアウェイを用いたもの)	
		(5) 用手工換気	
		(6) 気管吸引	
		(7) 基本的なモニタリング機器の装着と操作	
	(8) モニタリング項目の値の解釈と麻酔中の全身状態の把握		
3. 術後管理	(1) 麻酔後の全身状態の把握		
	(2) 術後酸素療法		
B	1. 術前管理	(1) 麻酔管理方針の決定	
		(1) 麻酔導入・気管挿管(ラリゲルマスク挿入を含む)	
	2. 術中管理	(2) 麻酔覚醒・抜管(ラリゲルマスク抜去を含む)	
		(3) 麻酔中の合併症への対応	
		(4) 麻酔中の薬物投与	
		(5) 輸液・輸血の実施	
		(6) 手術患者への人工呼吸器の設定	
		(7) 動脈穿刺・動脈カテーテル留置	
	3. 術後管理	(1) 術後疼痛管理	
		(2) 麻酔後の合併症への対応(侵襲的処置を伴わないもの)	
	C	1. 術中管理	(1) 中心静脈・肺動脈カテーテルの挿入
			(2) 経食道心エコー装置のプロープ挿入
		2. 術後管理	(1) 麻酔後の合併症への対応(侵襲的処置を伴うもの)
			(1) 硬膜外麻酔・脊髄くも膜下麻酔
4. ペイunkリニ		(1) 局所麻酔薬・神経破壊薬を用いた神経ブロック	
5. 集中治療	(1) ICU収容患者の管理(長期人工呼吸管理を含む)		
D	1. 術前管理	(1) インフォームドコンセント	
		(2) 術前指示書の記載	
	2. その他	(1) 上記以外で研修指導者が実施するのでなければ危険性を伴う専門性の高い技術を伴う	

研修水準

- A：研修指導者の指導・監督のもとに、実施可能なもの。
- B：研修指導者の指導・監督及び介助のもとに、実施が許容されるもの。
- C：研修指導者の行為を補助するもの。
- D：見学に留めるもの。

(注-1)

Bにいう「介助」とは、歯科医師の行為が実質的に機械的に機械的な作業とみなし得る程度まで研修指導者が管理・支配することをいう。

(注-2)

Cにいう「補助」とは、機械的な作業を行うことをいう。

麻酔についての説明・同意書 (例示)

\_\_\_\_\_様

麻酔についての説明

1. ....
2. ....
- .
- .
- .

なお、麻酔は麻酔科医師が担当いたしますが、その指導・監督のもとに歯科医師が医科麻酔科研修を実施いたします。

=====  
上記のとおり説明をいたしました。

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

〇〇病院麻酔科  
医師\_\_\_\_\_

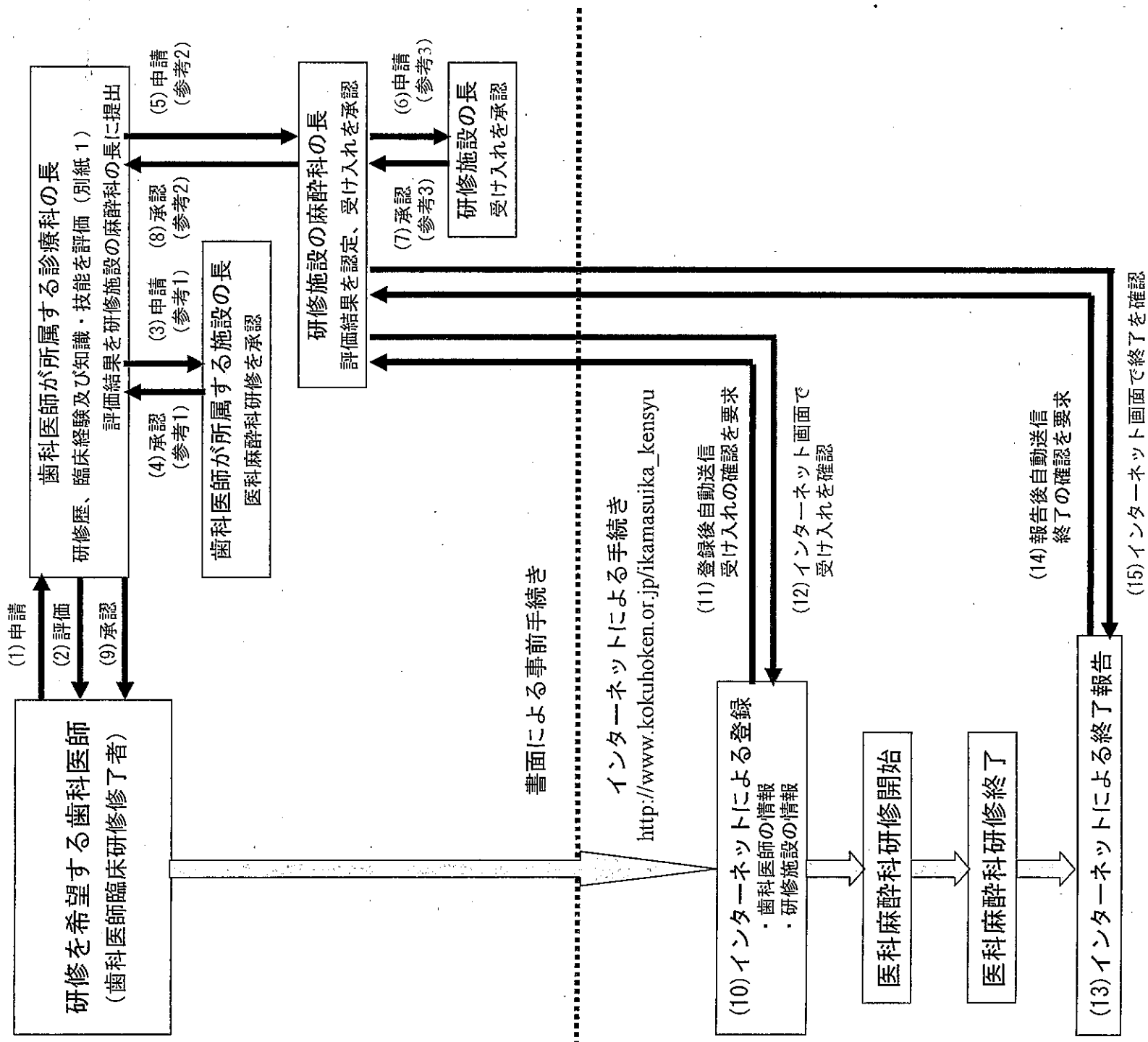
〇〇病院長殿

説明を受け、理解し納得しましたので、上記の麻酔を受けることに同意します。

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

患者様ご氏名\_\_\_\_\_

# 歯科医師の医科麻酔科研修実施の流れ



## 歯科医師の医科麻酔科研修実施の流れの説明

1. 書面による事前手続き
    - 1) 医科麻酔科研修を希望する歯科医師（以後、歯科医師）が、所属する診療科長に研修希望を申請
    - 2) 歯科医師の所属する診療科長が、歯科医師の研修歴、臨床経験及び知識・技能を評価（別紙1）
    - 3) 歯科医師の所属する診療科長が、歯科医師の所属する施設長に研修実施を申請（参考1）
    - 4) 歯科医師の所属する施設長が、診療科長に研修実施を承認（参考1）
    - 5) 歯科医師の所属する診療科長が、研修施設の麻酔科の長に研修実施を申請（参考2）
    - 6) 研修施設の麻酔科の長が、歯科医師の評価結果を認定  
研修施設の麻酔科の長が、研修施設の長に歯科医師の受け入れを申請（参考3）
    - 7) 研修施設の長が、麻酔科の長に歯科医師の受け入れを承認（参考3）
    - 8) 研修施設の麻酔科の長が、歯科医師の所属する診療科長に研修実施を承認（参考2）
    - 9) 歯科医師の所属する診療科長が、歯科医師に研修実施を承認
  2. インターネットによる手続き ([http://www.kokuhoken.or.jp/ikamasuika\\_kensyu/](http://www.kokuhoken.or.jp/ikamasuika_kensyu/))
    - 1 0) 歯科医師が、インターネット上で歯科医師及び研修施設の情報登録
    - 1 1) インターネットサーバーから研修施設の麻酔科の長宛にメールを自動送信  
歯科医師の受け入れの確認を要求
    - 1 2) 研修施設の麻酔科の長が、歯科医師の受け入れを確認
- 歯科医師の医科麻酔科研修**
- 1 3) 歯科医師が、インターネット上で研修終了を報告
  - 1 4) インターネットサーバーから研修施設の麻酔科の長宛にメールを自動送信  
歯科医師の研修終了の確認を要求
  - 1 5) 研修施設の麻酔科の長が、歯科医師の研修終了を確認



(参考1)

〇〇年〇〇月〇〇日

歯科医師の歯科麻酔科研修の実施承認申請書

〇〇病院〇〇長  
〇〇〇〇殿

〇〇病院〇〇科  
科長 〇〇〇〇

この度、下記の要領で歯科医師の歯科麻酔科研修を実施したく、申請いたします。

歯科医師名：〇〇〇〇  
研修施設：〇〇病院麻酔科  
研修期間：〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇病院〇〇科  
科長 〇〇〇〇殿

〇〇病院〇〇長  
〇〇〇〇

歯科医師の歯科麻酔科研修の実施承認書

〇〇年〇〇月〇〇日付申請の歯科医師の歯科麻酔科研修の実施につき、承認いたします。

歯科医師名：〇〇〇〇  
研修施設：〇〇病院麻酔科  
研修期間：〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日

(参考2)

〇〇年〇〇月〇〇日

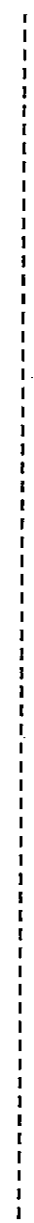
歯科医師の医科麻酔科研修の実施承認申請書

〇〇病院麻酔科  
科長 〇〇〇〇殿

〇〇病院〇〇科  
科長 〇〇〇〇

この度、下記の要領で歯科医師の医科麻酔科研修を実施させていただきたく、研修歴、臨床経験及び知識・技能に関する評価結果を添えて申請いたします。

歯科医師名：〇〇〇〇  
研修期間：〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日



〇〇病院〇〇科  
科長 〇〇〇〇殿

〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇病院麻酔科  
科長 〇〇〇〇

歯科医師の医科麻酔科研修の実施承認書

〇〇年〇〇月〇〇日付申請の歯科医師の医科麻酔科研修の実施につき、承認いたします。

歯科医師名：〇〇〇〇  
研修期間：〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日

(参考3)

〇〇年〇〇月〇〇日

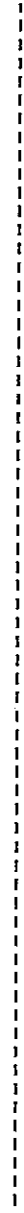
歯科医師の医科麻酔科研修の実施承認申請書

〇〇病院〇〇長  
〇〇〇〇殿

〇〇病院麻酔科  
科長 〇〇〇〇

この度、下記の要領で歯科医師の医科麻酔科研修を実施したく、申請いたします。

歯科医師名：〇〇〇〇  
研修期間：〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日



〇〇病院麻酔科  
科長 〇〇〇〇殿

〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇病院〇〇長  
〇〇〇〇

歯科医師の医科麻酔科研修の実施承認書

〇〇年〇〇月〇〇日付申請の歯科医師の医科麻酔科研修の実施につき、承認いたします。

歯科医師名：〇〇〇〇  
研修期間：〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日