

歯科医師の医科麻酔研修に関する検討会（第1回）

日時 令和4年4月12日(火)  
11:30～  
場所 AP新橋 4階Fルーム  
開催形式 オンライン開催

○事務局 定刻となりましたので、ただいまより、「歯科医師の医科麻酔研修に関する検討会」を開催いたします。構成員の皆様方におかれましては、お忙しい中、お時間を頂きありがとうございます。本日の会議で、Webにて御参加いただいている構成員におかれましては、座長からの指名がない場合で御発言がある場合は、「手を挙げる」ボタンをクリックしていただくか、カメラに向かって手を挙げるジェスチャーをしていただき、座長の指名を受けてからマイクのミュートを解除し御発言くださいますようお願いいたします。また、御発言いただくとき以外は、マイクをミュートの状態としていただきますよう御協力をお願いいたします。本日は第1回目ですので、座長が決まるまでの間、事務局で進行をさせていただきます。

はじめに、本検討会の構成員を名簿順に御紹介いたします。飯島構成員です。

○飯島構成員 飯島です。よろしくお願いいたします。

○事務局 一戸構成員です。

○一戸構成員 一戸です。よろしくお願いいたします。

○事務局 内野構成員です。

○内野構成員 内野です。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 小林構成員です。

○小林構成員 小林です。よろしくお願いいたします。

○事務局 豊田構成員です。

○豊田構成員 よろしくよろしくお願いいたします。

○事務局 藤野構成員です。

○藤野構成員 藤野です。よろしくお願いいたします。

○事務局 三代構成員です。

○三代構成員 よろしくよろしくお願いいたします。

○事務局 水田構成員です。

○水田構成員 水田です。よろしくお願いいたします。

○事務局 宮脇構成員です。

○宮脇構成員 宮脇です。よろしくお願いいたします。

○事務局 森崎構成員です。

○森崎構成員 森崎です。よろしくお願いいたします。

○事務局 萬構成員です。

○萬構成員 よろしくよろしくお願いいたします。

○事務局 本日は、オブザーバーとして、日本麻酔科学会より山蔭理事長に御出席いただいております。

○山蔭理事長(オブザーバー) 山蔭です。よろしくお願いいたします。

○事務局 続いて、事務局の紹介をいたします。歯科保健課長の小椋です。

○歯科保健課長 小椋です。よろしくお願いいたします。

○事務局 歯科保健課課長補佐の高田です。

○歯科保健課課長補佐 高田です。よろしくお願ひいたします。

○事務局 私、歯科保健課主査の宍戸と申します。

それでは、事務局を代表して、小椋課長より御挨拶を申し上げます。

○歯科保健課長 ただいま御紹介いただきました歯科保健課長の小椋です。本日は、お忙しい中、本検討会に御参加いただきまして、誠にありがとうございます。また、平素より厚生労働行政に関して御理解、御協力いただいていることにつきましても、この場をお借りして皆様方に厚く御礼申し上げたいと思っております。本日は、コロナ禍ということもあり、新規感染者数も大体、毎日3万人から5万人ぐらいというような、どちらかというところと高止まりというような状況にありますので、本日は、オンラインで検討会を開催させていただきたいと考えております。こちらもお願ひいただければと思っております。

さて、我が国においては、少子高齢化による人口構成の変化とか、歯科疾患の構造変化、あるいは患者のニーズの多様化などによって、歯科保健医療を取り巻く状況というものは大きく変化してきているわけです。このような状況を踏まえて、患者に対して安全で質の高い歯科医療を提供する観点から、歯科医師による医科麻酔研修は重要と考えております。ただし、研修に当たっては、法令を遵守しながら適正に行っていくということが必要でして、特に歯科疾患以外の症例に関与する場合については、ガイドラインを遵守し適切に実施するということが非常に重要であると考えているところです。この「歯科医師の医科麻酔科研修のガイドライン」ですが、平成14年7月にまず取りまとめられて、その後、平成20年6月に改訂が行われているところです。平成20年6月に改訂されており、前回の改訂から既に10年以上経過しているという状況です。本検討会においては、この10数年間の歯科医師の医科麻酔科研修の実施状況を評価・検証するとともに、現在のガイドラインの運用上指摘されている課題等について議論を行っていただく予定としております。

各構成員の先生方におかれましては、歯科医師の医科麻酔科研修について貴重な御意見を賜りたいと思っておりますので、忌憚のない意見交換を行っていただければと考えているところです。以上、簡単ではありますが、私からの挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○事務局 今回の検討会については公開となっております。また、配布資料ですが、構成員の皆様方には事前にメールでお送りしておりますので、御確認をよろしくお願ひいたします。議事次第のほか、資料は1～2まで、参考資料1～3をお配りしております。

それでは、続いて本検討会の座長についてお諮りしたいと思います。資料1が開催要綱ですが、「検討会には座長及び座長代理を置く」とされております。

○内野構成員 よろしいでしょうか。東京医大の内野です。もし差し支えなければ、日本歯科大学の生命歯学部口腔外科学講座教授の小林隆太郎先生を本日の座長として御推薦申し上げたいと思っておりますが、お諮りいただけますか。

○事務局 ただいま内野構成員より、小林構成員を推薦するという御意見がございました。

皆様方、いかがでしょうか。

(異議なし)

○事務局 ありがとうございます。それでは、皆様方に御賛同いただきましたので、小林構成員に座長をお願いしたいと思います。小林構成員におかれましては、座長代理についてどなたか御推薦いただけますか。また、以降の議事運営をよろしくお願いいたします。

○小林座長 ただいま御推薦いただきました日本歯科大学の小林隆太郎でございます。私は、この中では麻酔の専門的な人間ではなく口腔外科という立場ですので、いつも先生方には逆にお世話になって手術をしている立場です。そういう中で、いろいろ御意見を聞きながら私の立場、ニュートラルな立場を含めて、座長として先生方のお手伝いをさせていただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事に入る前に、ここで私から座長代理を指名させていただきます。森崎先生、よろしくをお願いしたいと思います。皆様、いかがでしょうか。

(異議なし)

○小林座長 よろしいでしょうか。森崎先生、代理ということでお願い申し上げます。

○森崎座長代理 承りました。ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

○小林座長 よろしくお願いいたします。

それでは、議事に移らせていただきます。本日は、資料2に基づき議論を行いたいと思っております。資料2に、これまでにいろいろ議論された内容、ガイドラインも含めて資料が整っておりますので、事務局から資料2について説明をお願いしたいと思います。

○歯科保健課課長補佐 事務局です。資料2について説明させていただきます。画面共有させていただきながら進めさせていただきます。2 ページですが、歯科医師の医科麻酔研修の経緯についてです。医科麻酔研修の経緯については、先ほど小椋課長の挨拶でも申し上げましたが、平成14年7月にガイドラインが策定されて、平成20年6月に改訂がなされたものです。平成20年6月の改訂の内容については、①②③に示しているとおります。

3 ページですが、ガイドラインの中身についてです。趣旨としては、1)、2)に下線で示している所です。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。また、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。これがガイドラインの主たる目的で、この研修の主たる目的ということです。4 ページ以降、ガイドラインの中身について記載させていただいておりますが、研修施設の要件、研修指導者、研修を受ける歯科医師、研修方法、患者の同意について規定がなされているものです。

5 ページ以降は、添付書類や関係書類について主立ったものを掲載しておりますが、まず5 ページです。研修希望者がおりましたら、その歯科の所属長が自分の研究室に所属している歯科医師について、この子はこれぐらいのレベルだということを評価、又は、この子はこれぐらいの経験を持っているということを評価するものです。6 ページですが、医科麻酔研修の研修項目と研修水準です。どの内容であれば実施可能、どの内容であれば実

施許容ということで、当然ながら研修生の技能とか知識によって、ここまでには至らない例というのはあると思いますが、指導者の判断でそこは配慮されていると考えています。

7 ページですが、患者に対する同意書の例です。8 ページに、歯科医師の医科麻酔研修の流れをお示ししております。9 ページは参考として、歯科医師麻酔研修の中では、歯科麻酔学会に対して、この研修を行います、行いましたという報告なり登録なりを行うことになっていますが、そのときに登録する内容、管理されている内容について参考までにお示ししています。10 ページですが、令和3年10月1日、専門医機構が認定した専門医についても広告できる専門医になったというような告示の改正がありましたけれども、これらに伴ってガイドラインの記載ぶりも見直しを行っているところです。

11 ページからは、今回の意見交換の基礎資料になるようなものですが、令和元年・令和2年において医科麻酔研修の実施状況について調査させていただいていますので、その内容をかい摘んで御説明させていただきます。ちなみに、「R2 調査」というように資料で印字されているものが次ページからありますが、令和元年度調査の誤りなので、公表する際には修正して公表させていただきます。まず令和元年度ですが、調査対象者は、実際に麻酔研修を行っている方々、又は受け入れている施設となっています。令和2年度については、認定病院の代表専門医のお医者さん、口腔外科学会と麻酔学会の先生方ということで調査を行わせていただいています。

12 ページですが、研修歯科医の勤務状況についてです。実際に医科麻酔研修を行っている方は、42%が常勤、58%が非常勤ということでした。非常勤の方のうち、勤務日数は「1日」という方が最も多いということです。13 ページですが、研修を行っている歯科医師については、卒後5年目から9年目という方が最も多く33%、次いで4年未満という方、その次が10～14年というくくりの方が一番多くなっています。研修の回数については、初めて、1回目という方が最も多く、次いで2回目、3回目という順でした。

14 ページですが、1つ目の○にあるとおり、研修の目的については、「認定医レベルの維持」ということを目的に掲げている方が22%で最も多く、次いで「専門医レベルの維持」、「認定医取得」ということを目的にされているという状況です。15 ページは、研修施設側が考える理想的な研修開始時期ですが、「免許取得後3年目」と考えられている施設が最も多く、39%となっていました。一方、実際の研修開始時期ですが、「免許取得後2年目」という所が最も多く、恐らく臨床研修の2年プログラムの2年目であったり、1年プログラムを終えられた後に行かれるという形が多いのではないかと推察されます。

16 ページからは令和2年度の調査です。医科麻酔研修について、必要と考えているか、どのような人がやればよいかというような確認をしたところ、医師の63%が「必要な歯科医師が研修すればよい」、18%が「すべての歯科医師が研修すべきである」と回答しています。同じ質問について、歯科医師については両方の質問でより高い割合ですべきであると回答されています。

17 ページですが、医科麻酔研修が行われる手術は、歯科医師が執刀するものであった

り、医師が執刀する口腔・顎顔面領域のものが主たるものです。18 ページですが、研修開始時に歯科医師に求める麻酔に関する知識・技能ということで、医師側に聞いたところ、「基本的な知識・技能を十分に修得していること」というところまで求めているというのが 30%、「基本的な知識・技能を有していること」と答えている方が 35%ということで、基本的な知識・技能を求めているものであって、相当の知識レベルというものを求めているのではないという結果となっています。

19 ページです。ここからは、アンケートの結果で少し課題が見えてきましたので、御紹介させていただきます。医科麻酔研修の指導体制について、例えばマンツーマンで行うというやり方もあるわけですが、指導体制について、「求めに応じて断続的に指導」、つまり水色の縞々の部分ですけれども、そのように答えている方、又は「原則として研修歯科医に任せる」とお答えになっている施設も見受けられます。20 ページで歯科医師に同様の質問をしています、歯科医師のほうが高い割合で同じような回答をしているという状況です。

21 ページは、患者への説明と同意です。同意の取得方法は、文書・口頭、個別、包括など様々な組合せでやられていると思いますが、円グラフが書いてあって、青い枠囲みになっている所が個別で、文書で取っているとお答えになった所です。一方で、赤色の枠囲みになっている部分ですが、同意は取得していない、若しくは同意は不要であると考えているという方々が 7.2%いるということです。22 ページでは、同様に歯科医師について確認しておりますが、歯科医師のほうがより高い水準で同意は不要と考えているという回答をなされている状況です。

23 ページは、麻酔記録についてです。先ほど最初に御説明したガイドラインの中で、麻酔の責任者である研修指導者を筆頭者とするということで記録の書き方については規定がなされているところですが、実際にそのように記載しているのは 5、6 割程度ということで、57%と 0.8%という状況となっています。一方で、研修歯科医師を筆頭者に行っている施設もあるというのが水色の縞々の部分に当たります。

続いて 24 ページですが、通算の最長期間についてです。こちらの円グラフを見ていただいてもばらつきが大きく、考え方については様々であるという状況です。25 ページですが、反復研修についてです。知識・技能を忘れないように維持するためということで、反復研修については肯定的な御意見が多いという状況です。26 ページは、ガイドラインについてですが、読んだことがあり、十分に内容を理解していると答えたのは、医師の 24%、歯科医師の 45%にとどまっているという状況です。

27 ページは、アドバンスレベルのガイドラインの必要性ということで、少し雑駁な質問になっています。認定医相当の方を対象とした研修ということですが、医師の 6 割、歯科医師の約 7 割が策定するのがよいと回答されているというところですが、28 ページです。現行ガイドラインの見直しについて、現行ガイドラインの改訂の必要はないと考えている医師が約 27%、すべきであると考えている方が 19%です。改訂の内容・方法についての

意見は、右側に書かせていただいておりますが、ばらつきがあって様々な御意見があるという状況です。

29 ページですが、歯科医師に同様の質問をしています。必要がないと考えているのが 34%、改訂すべきと考えているのが 33%ということです。内容については、赤で囲んであるコメントのとおり、要件が厳しいというような内容となっています。個別の研修項目に対する御意見については、30 ページ以降、A 項目を B 項目にすべきかとか、B 項目を A 項目にすべきかなどというように、個別で各々調査をさせていただいておりますので、参考までに掲載させていただきます。

37 ページですが、論点として現状と課題を記載しております。現状として、ガイドラインは平成 14 年に策定、平成 20 年に改訂されています。研修には、1 年目、2 年目のような方から、免許を取得されてから相当時間がたっているような方まで、様々なレベルの歯科医師が参加されていると。3 つ目の○として、医科麻酔科研修の許容される通算の期間の考え方は様々であるが、反復研修については肯定的と。4 つ目ですが、研修水準について、厳しくすべきという項目がある一方で緩和すべきという項目もあると。5 つ目ですが、歯科医師と医師では、同じ研修項目でも意見の乖離がみられるということ。6 つ目、現行のガイドラインに規定されている説明と同意の取得、指導体制、麻酔記録の記載方法などが遵守されていないという実情が見られるというところ です。

これを踏まえて、本日は論点を 2 つ設定させていただいております。1 つ目として、現状、課題の 6 つ目の○に関連いたしますが、適切な研修実施体制を確保し、安全な医療を提供するという観点から、説明と同意の取得、指導医の指導体制であったり麻酔記録の記載等について、ガイドラインの遵守を推進していくということが重要だと考えますけれども、どのような取組が考えられるかということ。2 つ目として、いろいろなレベルの歯科医師がいる中で、現状、一律の研修内容になっているという状況ですが、質の高い医療を提供するためにどのような対応が考えられるか。また、研修受講者の習熟度に応じた研修内容はどうかということなどを分析・検討するために、研修受講者の臨床経験等に加えて、どのような情報を収集し分析することで次の議論につながるかということで、論点を 2 つ設定させていただきました。資料 2 については以上です。ありがとうございます。

○小林座長 ありがとうございます。37 ページの資料の御説明を頂きました。各種の統計処理も含めて参考になる資料がたくさんありましたので、この内容も加味しながら、先生方に御議論いただきたいと思っております。今、高田補佐が最後に説明していただきました 37 ページ目の論点 1 と 2 に分けさせていただきますが、今日はこれに関しての議論となります。論点 1 から始めたいと思っておりますが、まず、この論点 1 に入る前に先生方からこの議論のスタートに際して、又は進め方も含めて何か御意見がありましたら先にお聞きしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。このまま論点に進んでよろしいでしょうか。飯島先生、御意見がありましたらよろしくお願いいたします。

○飯島構成員 昭和大学の飯島です。御説明ありがとうございます。論点の中で 1 つお

互い確認しておいたほうがいいかなと思うことがあります。それは実際に今、行われている歯科医師の医科麻酔研修の目的ですが、大きく分けて2つの目的で医科麻酔研修を行っていて、それが一緒になっていて、そのアンケート調査の結果だということを確認したいと思います。というのは、約半分弱ですが、口腔外科の先生が認定医を取得するための全身管理の、症例数20例だと思いますが、それを取得するための医科麻酔研修の方、あとは歯科麻酔学会では200例の全身麻酔と50例の鎮静法の経験が必要ですが、それを目的としてやっている方。これらが、大体後者が6で前者が4、4対6ぐらいの割合で、目的の違う方々が一緒にやっているというところがバックグラウンドとしてあることを確認したいと思いました。以上です。

○小林座長 飯島先生、ありがとうございます。今、先生に御説明いただきましたように、現実の目的に合わせて、逆に言えば、今後どういうコース作りをするとか、そういう議論にもなればよろしいかなと思いました。ありがとうございます。先生方よろしいでしょうか。

それでは、続いて論点1、先ほど事務局から御説明いただいた「適切な研修実施体制を確保し安全な医療を提供する観点から、説明と同意の取得、指導医の指導体制及び麻酔記録の記載等についてのガイドラインの遵守を推進するために、どのような取組が考えられるか」です。論点1に関しては、この研修に関わる枠組み的な実施体制、それからその内容についてのことと理解できます。今日はこれだけの医科、歯科に関わる麻酔の先生方、それから患者・家族と医療をつなぐNPOの豊田様を含めて、関係者の皆様方がいらっしゃいますので、それぞれの立場から御意見を頂きたいと思います。挙手をしていただいて順番に御意見を頂きたいと思うのですが、まず、トップバッターとしてどなたかお願いできませんでしょうか。この論点1の文章全部ということではなく、先ほど私が説明しましたように、実施体制の確保の所、それから安全医療の提供という枠組みと中身があると思いますので、この辺から分けてそれぞれでも構わないと思いますが。いかがでしょうか。できましたら、今日は先生方皆さんに御意見を頂きたいので。内野先生、よろしく願いいたします。

○内野構成員 これは多分研修水準の所と少し関わってくるかなと思うのです。今、A、B、C、Dの水準があって、先ほど言った同意説明の所は多分D水準の所で、見学にとどめる形になっているのが多いと思うのです。我々の施設でも説明、同意の取得というのは、医師が患者さんに、こういう目的で歯科医の先生が麻酔に関与して行います、よろしいでしょうかという同意取得を行っているのですけれども。すみません、私は他施設のことは分からないのですが、単独でこの同意取得を取っていることもあるという理解なのでしょうか。

それから、ちょっと驚いたのは、指導する人が麻酔記録の所に医師が名前を書かないで、歯科の先生だけが書いているのも、何となく少し問題があるかなというのもありますし、それは医科の側の指導体制の問題なのかなというのもし感じました。ですから、実際には麻

酔記録自体は電子カルテになっている所がほとんどだと思います。紙ベースで運用している施設も少なからずあるのですけれども、我々の側としてはそういうものを徹底して、医科麻酔研修ですから、当然指導する人は医師であるべきで、そういうものもきちんと記載した上でガイドラインを遵守していただくというような方向性は、我々のほうもしなくてはいけないのかなと思います。

ですから、この辺りの所が、先ほど言ったように麻酔記録をするときに、完全に全部がそういう形にはなっていないような印象をもちました。実際に責任の所在が分からないような状況があるというのは残念なのですが、それは改善しなければいけないのかなという気もします。

反対に、研修をする方が筆頭になっている場合は、当然その方が麻酔を1人でやったのではないかという誤解も与えますので、ここは改善をしていくべき所かなという気もしました。この文章をパッと読んだ感じでは、そういう認識をします。それで反復研修等を含めて、今後そういうガイドラインをまず遵守されていないという問題点は、ここをベースとして改善をしていかないと。そこがいい加減だと、ガイドラインを改訂しても結局またいい加減になって、守られていないガイドラインを改訂するというのは変な話ですので、そういう所をまずやるべきかなと思って、医科の側にも問題点もあるかなというのが今の資料を御説明いただいた中で感じました。

その辺りは施設施設によってやり方が違うので一概には言えないのですが、説明、同意の取得というのは水準でいうとD水準の所に入っているのですが、これは医科の側にある程度取っていくことなのですが、それを、基準を緩和してやらせてほしいということになるのですが、この部分に関しては、患者さんからどのようなレスポンスがあるかを考えていく必要があると。要するに、どうして医科の先生が説明しないで歯科の先生が説明されるのかという質問を受ける可能性があります。そういうときに、やはり医師と一緒に同席して説明をするのはいいと思うのですが、単独ではなかなかハードルが高いのかなというのが私の個人的な印象で、我々の施設で、もし同じことをやろうとすると、そういう所が壁になってくるかなと思いました。以上です。

○小林座長 内野先生、ありがとうございます。まずスタートで先生から御意見を頂いた所から入らせていただくと、分かりやすいかと思いました。やはり現場でのガイドラインの遵守は、最低限そこからスタートだと。ガイドラインが現実施行されている内容と合っているかどうかという検証も、このデータでいろいろ分かったわけなのですが、今、内野先生に御意見を頂いたところから、先生方、これに加えて御意見を頂ければ、少し議論が進むかと思いました。いかがでしょうか。森崎先生、よろしくお願ひします。

○森崎座長代理 なかなか Zoom ですと議論が活性化しないところがあるので、議論を加速化するために発言いたします。まず、説明と同意というのは、添付文書があつて、そのフォーマットにのっとった形ですということがガイドラインの中にあるわけですが。そうすると、個別同意で医師が取得するのが当たり前だと。ただ、それがなされていないのが、

今回私も2回にわたるアンケート調査委員会にも入らせていただきましたが、残念な結果でした。

その中で、ある程度理由の1つとして分かるのが、まずチェック機構がないと。今回議論したいのは、これをどう遵守していただくかということです。一応歯科麻酔学会に研修を受ける方が登録し、その背景をうんぬんするのですけれども、ICをどうしたかといったチェック機構は特にないと理解しているので、その辺りを少し強化するとか、インターネット経由で登録するシステムで、研修開始、あるいは研修修了を、研修を受けた方が登録する仕組みになっているわけです。そういうことを少し強化するというか、マンドトリーにすることも必要なのではないかと。

もう1つ、研修の指導者、先ほど麻酔学会が医師側という話がありましたけれども、指導者の立ち位置がガイドラインの根幹を揺るがす可能性もあるのですけれども、令和3年10月に社団法人日本専門機構の認定制度が始まったりして、専門医機構の機構専門医に加えというものが加わったのと、もともと日本麻酔科学会が認定した麻酔科指導医、麻酔科専門医に加えて、麻酔科認定医が記載されています。ですから、現状においては麻酔科認定医とはどういう仕組みかという、豊田様もいらっしゃるので、理解されていないと思いますので詳細に言いますと、いわゆる麻酔科専門医を目指して研修を受けている最中の方が麻酔科認定医という認定をされます。はっきり言うと、自分自身がまだ麻酔科医として専門医になろうと研鑽を積んでいる最中の方が、歯科医師の医科麻酔研修の指導者としてガイドラインの中に入っていることも。実は24%の方しかガイドラインを読んだことがないと。4分の3はガイドラインを読んだことがない、つまり理解していない。

逆に言うと、自らが研鑽している最中なので、そこまでゆとりがないということも想像できるのではないかと考えています。ですから、自らが麻酔科を標榜するのと、歯科から来られた、あるいは数年たった先生を指導するのと、やはり立ち位置が違ってしまうので、そういったことも1つの、今回議論しているのは取組なので、その辺りも少し強化するような形でガイドライン遵守を推進することになるのではないかと考えている次第です。以上です。

○小林座長 森崎先生、ありがとうございます。今のお話を聞いて、認定医という立ち位置も含めて、ガイドラインを読むことから始まるのは当然だなと思いますので、切り口としてはガイドラインの遵守という言葉は最大限守られなければいけない内容だとは理解いたしました。内野先生と森崎先生には、この議論を盛り上げるためにいろいろと御意見を頂きました。続いて、先生方に御意見を頂きたいと思います。宮脇先生、よろしく願いいたします。

○宮脇構成員 岡山大学の宮脇です。先ほど来御意見がありましたように、我々歯科の立場としても、この説明と同意、それから指導医の先生方の指導体制並びに記載は、これを逸脱してはいけないということは当然だと思っています。医療の中での根幹に当たる患者さんの保護のために、我々にとってこの水準を変えることはないと思っています。要は、

この制度は認識がされていないことが問題であり、制度そのものの問題というより、制度をよく理解していない人がまあまあいるというのが問題だと思います。ですので、研修登録をする際に、その辺りのことを踏まえて、分かった上で研修していただくことが大事だと思います。それから医科の先生方の指導施設においても、そのことを十分周知し、認識した上で受けていただくという、運用面を厳しくすることも必要だと思います。制度そのものを厳しくするというよりは運用面をもう少し厳密にして対応すれば、いいのではないかと考えています。

ただ、我々としては、他の歯科のメンバーの先生も同じ思いだと思いますが、これは全く基本的なことで、これが守られていないと、このガイドライン自体がきちんとしていてもダメですので、やはり徹底するという点については賛成、推進したいと考えています。以上です。

○小林座長 宮脇先生、ありがとうございます。各先生からお話を聞いても、何か基本中の基本で、まずガイドラインの確認から、ガイドラインを守りましょうという、基本中の基本の所が、他でもそうだと思うのですが、そこが守られていない所から問題が生じているのだなということを感じております。

続いて、御意見を頂ければと思いますが、いかがでしょうか。一戸先生、よろしくお願ひします。

○一戸構成員 東京歯科大学の一戸です。私は実はこの平成 14 年のガイドラインのときは、作業の書記、事務をしておりました。それから平成 20 年のガイドライン改訂のときには、直接メンバーとして参加させていただいたこともあり、これまでのガイドラインの流れを多少肌で感じています。このガイドラインは、先ほどお話があった反復研修、あるいはアドバンスということを考えるに当たっては、ともかく今のガイドラインで少なくとも全てきちんとやられていることが大前提にないと、その先のことはとても考えるべきではないですし、ガイドラインをまともに守ってないでやっているということがもし大っぴらになってしまうと、患者さん、国民の方が納得できないと思うので、そこを直さなければいけないと。

説明や指示書の記載は、やること自体は簡単なことです。しかし最初のガイドラインのときに、これは厚労省の法務の方からも強く言われたのですが、歯科医師が歯科医師法ではなく医師法の下で医行為に参加するという、法律を跨ぐ。その中でやることは医行為ですから、当然医師が進めなければいけないと。それを、法律を跨いだ歯科医師が進めるということは、どんな簡単なことでも法的に具合が悪いということですので、これはきちんと医師が行う。歯科医師がもちろん立ち会うのは構わないと思いますけれども、そういうことは大前提として皆さんによく理解していただかなければいけないと思うのです。簡単なことだからいいという話ではない、法律を跨いでいるのです。

しかも、実は法律の専門家から言わせると、歯科医師法と医師法という 2 つの厳然たる法律がある。そのことをガイドラインという課長通知で縛っているという、法的にはいび

つな構造です。ある法律家から言われましたが、本当に歯科医師が、医師研修が必要なのだったら、医師法を変えるべきだと言われたので、これは極めてハードルが高いことなので、そこは現実問題としてガイドラインをみんなが守るということで皆さんが納得していただけるのではないかなと思います。そういう点で、今まで各先生方がおっしゃったように、まずは今のガイドラインをきちんと皆さんが守る。仕方はなかなか難しいと思うのですが、ともかくみんなできちんと守るということをしなないと、先の議論には進まないのではないかなと思います。

1点、先ほど森崎構成員からお話があった麻酔科認定医の件ですが、これは今回の改訂のガイドラインを作るときに、麻酔科学会の指導医と専門医を本来歯科医師の医科研修の指導医とすべきだろうという議論だったのですが、その2職種では多分現場が回らないのではないかという、麻酔科学会の先生方からの御意見もあって、認定医を後から加えさせていただいたという経緯があります。ですので、本来は指導医なり専門医なり、然るべき立場の方が歯科医師を指導するのがいいのではないかなと思っています。取りあえず、そのようなことを今、感じました。以上です。

○小林座長 一戸先生、平成14年、平成20年のガイドラインの策定、改訂等に関わったことからしても、多分先生が一番いろいろとお分かりになっていると思います。今のガイドラインを守るところから始まるという、これはどんなガイドラインもそうだと思うのですが、それがないとガイドラインではないなと単純に思いますので、貴重な御意見を頂きありがとうございました。

続いて、その他の構成員の方々、いかがでしょうか。藤野先生、よろしくお願ひします。

○藤野構成員 私の施設は歯学部附属病院が別なので、実際に私が歯科麻酔研修をやったことはないのです。今回、資料が送られてきて、専門医機構の部分が追記になりましたので、その部分を特に注目して見ており、先生方が今、議論されている認定医の所が目に残りました。やはりこれはおかしいなと、非常に違和感を持ちました。

医科・歯科の違いはありますけれども、研修を受ける側の先生は主に卒後5～9年目の方が多く、認定医は通常一番多いのは卒後4年目です。医科・歯科の違いはあるとはいえ、そういう臨床経験の浅い者が指導するというのはちょっと。現場が回る回らないという議論は、私は存じ上げなかったのですけれども、適切な研修のレベルという観点から言うと、やはり質が保証できないと思いますので、機会があれば見直していただいたほうがいいのではないかなと感じました。

私もガイドラインを読ませていただいて、非常によく議論された結果、決まっているというのが分かりました。それについては、内容は非常によくできているというように改めて感じましたので、是非ガイドラインの遵守をしていただくような規則を議論していけばいいかなと思いました。以上です。

○小林座長 藤野先生、ありがとうございました。認定医の件に関してはまた別の形で、どこかで議論がされなければいけないと思います。今、各構成員の方々から御意見を頂い

たものの一番大きな柱は、やはりそれぞれのお立場でガイドラインを遵守することから、まずは始まるということで、多分、これは私も含めて皆様方全員の統一の見解だと思いません。これもすごく抽象的で、世の中の的にそういうことはいっぱいあると思いますが、ついではこの議論を進めるために、場合によってはこの話のレベルをどのぐらいに置くかなのですけれども、ガイドラインを守るための方法の意見を出さないと、それこそ私たちが大学で「勉強しなさい」と言っても、勉強することがないのと一緒です。何か具体的な内容を進めていくというのが、皆様方も進めていると思うので、ガイドラインを遵守する具体的な方法と御意見や策がありましたら御議論を頂きたいと思いました。まだ御意見を頂いていない構成員はいらっしゃいますか。水田先生、よろしく願いいたします。

○水田構成員 例えば Web ベースでウェビナーのような形で、クリックして行って勉強していくような形で長いコースを取れば、一通りガイドラインについて熟知できて、それを受けた上で、その研修に対する勉強をしましたよという証明書か何かを発行してやるというのが、1 つの手かだと思います。科研費等でも、そういったことをよくやられると思うのです。そういった Web ベースの利用もあるのではないかと。

○小林座長 水田先生、ありがとうございます。確かに私たちもここ 2、3 年において、Web でのいろいろな研修等もしましたので、今、先生が言われたことは私もピンとききました。やはり今までの既存の方法ではなく、もっと皆さんが自分の余った時間にトライできるという意味では、Web ベースの方法はいいなと感じました。ほかの構成員の皆様方、いかがでしょうか。萬先生、お願いいたします。

○萬構成員 私もそれにすごく賛成します。最近、倫理講習の eAPRIN というのを受けました。読んでテストをして合格するというのが何個かある。そういうようにするといいいのではないかと思いました。それで修了証を出して、更にガイドラインを遵守するという誓約書を出す。そういうことで研修を始める。指導医も同じように、そういった e-ラーニングテストのようなものを Web 上で受けるようにすると、集まって講習会をしたり、「Web でウェビナーをしてみてください」と言うよりは、隙間時間でもできます。また、きちんと読まないテストにも受からないし、テストに受からなかったらもう 1 回受けてもらうと。いわゆる倫理講習で幾つかあるものと同様のものがあればいいのではないかと思いました。そしてガイドラインを守るという誓約書ですかね。もし何でしたら、研修の途中でもう一度思い出すように、何か月かしたらそれを提出するというようにしたら継続できるのではないかと思いました。以上です。

○小林座長 萬先生、ありがとうございます。確かに私たちの病院でも今、法定講習等は Web でチェックする機構が世の中にもしっかりできていて、このガイドラインが策定された平成 14 年からすると、やはり相当な年月がたって、世の中のいろいろな方法に関して、今までのアナログ的なものから、よりデジタルになってきて、デジタルによってチェックができます。萬構成員が言われたようにテスト的なこともできるので、時間のあるときに確実にどこか期限を決めて、そういうものをこなすというのは、今時、一番利用価値

が高いかと思いましたが、ありがとうございました。これに関してはまとめの方向性が少し出たかと思うのですが、この辺に関して皆様方の御意見はいかがでしょうか。豊田構成員、よろしくお願いいたします。

○豊田構成員 私も先生方のお話を伺って、すごくいい方法だと思いました。この2年ぐらゐの間に医科でも歯科でも、既にこういう体制を取っておられる所ができてきていると思います。そういった所はどういうことに取り組みられているか、少し調べられるものは調べていただいた上で、より良い形で、Web 上で行っていくというのが有効なことだと思いました。

先ほど、こういう仕組みはどうしてもチェック機構がないというお話が先生方からありました。後からチェックしないと、どうしても守れないということがどのような分野でもあり、そういうことも必要だとは思いますが、タイムリーに確認するためには、今の時代はWeb 上での確認というのがすごく大事になると思います。また、説明や同意の取得の部分は、患者・家族の立場からすると、必ず行っていただきたいと思いますので、そういった確認などもすぐにチェックしたり、自分たちで確認したりできるような仕組みがあると良いと思いましたので、賛成いたします。

○小林座長 ありがとうございます。今日、日本歯科医師会のほうから出ていただいている常任理事の三代先生、今までの構成員の御意見を聞かれて何か追加等、先生の御意見もありましたらお願いできればと思います。いかがでしょうか。

○三代構成員 日本歯科医師会の三代です。私は神戸市で開業しております。今日のお話を聞かせていただいて、ガイドラインが読まれていないとか、余り徹底されていないというのは、何とか改善していただきたいと考えております。先ほどからのWeb を使ったチェックをしていこうということに関しては、是非、その旨で進めていただきたいと考えております。

また、我々歯科医療の現場に携わっている者としては、歯科麻酔の先生方の重要性というのは、我々の日常診療で本当に有り難いと考えております。心や体に障害を持った方が、ある一定の割合でおられます。そういう方たちは局所麻酔だけの歯科の治療は本当に難しく、我々も日々悩むところがあるわけです。郡部に行くと、そういう人材の確保がなかなか難しいところがありますが、行政のほうで障害者のセンターなどを作っていただいて、歯科麻酔医が常勤の所もありますので、今後とも歯科麻酔医の専門医の数もできるだけ増やしていただくよう、この研修を進めていただければと存じます。何とぞよろしくお願いいたします。私の意見は以上です。

○小林座長 現場からの声も含めて、ありがとうございます。貴重な御意見を頂きました。皆様方の御意見を少しまとめさせていただきます。ガイドラインの遵守というか、これをしっかり守るところから始めないと進まないだろうという全員の皆様の御意見と、その方法に関しては、より具体的な方法でガイドラインを確認する作業、Web という今の方法を

利用すれば、最大有効だろうというところにきました。宮脇先生、お願いします。

○宮脇構成員 まとめに入っておられるところにすみません。

○小林座長 いえいえ、まだまだこの議論をしたいので、先生、どんどん追加でお願いしたいと思います。

○宮脇構成員 三代先生、有り難いお言葉を頂き、ありがとうございます。我々も頑張ります。先ほど来、Webでの講習という話があり、それはいい案だと思います。ただ、同意書や指導体制というところは、やはり受け入れていただく施設の取組もお願いしたいです。例えば、同意書については施設ごとに決まっていると思うのです。我々も最初に教室員を医科麻酔研修に出すときには、派遣先施設の同意書を確認した上で出させていただくということをしています。施設で既にハード的な面も含めて御検討というか、麻酔学会の中でもそういう点を網掛けをしていただく必要があると思います。医科麻酔研修をする本人はガイドラインを遵守するつもりであっても、「これが同意書だよ」と言われるとそれを受け入れざるを得ないので、非常に差し出がましい意見ですけれども、是非受け入れていただける施設においても、同意書等の整備を御検討いただきたいということで、よろしくお願ひいたします。

○小林座長 宮脇先生から、そろそろまとめに入るということでしたが、まだまとめず、私としてはもう少し議論をしたいと思っております。方向性は本当に基本中の基本で、ガイドラインを守りましょうというお話は、全員の共通するところですし、守るためにどうするのかというのは。内野先生、よろしくお願ひいたします。

○内野構成員 これは当然と言えば当然ですが、今言ったように、例えば同意書の取得に不備があるとか、指導医が実際に筆頭になっていない症例はどうすればいいかというのは、麻酔記録を提出してもらえば分かる話なのです。そういう不備のある症例は認めないようにすれば、症例の研修は無駄になってしまいますけれども、そういう研修をさせている施設はそういうことができないということですから、管理者が責任をちゃんと持って研修を行っているということにつながるのかなと、私は個人的に思うのです。

○小林座長 内野先生から具体的な要件を頂きました。ありがとうございます。逆に今、内野構成員から御意見を頂いた内容に関していかがでしょうか。その意見に関して、追加等の御意見も頂ければと思います。萬先生、お願ひいたします。

○萬構成員 私もそれに大賛成です。麻酔科標榜医の審査もやったことがあるのですが、麻酔科ではない先生方たちが標榜を申請されるときは、麻酔一覽全てを提出ということになっています。麻酔記録を全部チェックすると确实だというのはいいのですが、誰がチェックするか、どれぐらいの労力が掛かるかということは問題なのです。一覽表ぐらいは作るということにしておけば、そこで同意書を誰がチェックしたか、指導医がチェックしたかというのが分かる。絶対に外してはいけない項目だけをチェックリストにしておいて、全ての症例にチェックをして、それが完全なら OK だと。それをチェックするのは指導医でいいと思うのですが、現場でそういうことをやっておけば、指導医のほうもきちんとや

らなければいけないということが分かります。

何人かの先生がおっしゃっていたように、やはり医科の指導側も何をすべきかというのが、きちんと分かってないといけないと思うのです。先ほどのアンケートも、ガイドラインを読んでいないので4分の1しか分かってないということの現れだと思うのです。e-ラーニングも指導医側もきちんとやって、ガイドラインが分かっているというチェックを。そしてしばらくたったら、ガイドラインをきちんと守っていましたよというチェックをタイムリーにやっていく。それが修了のときには全部そろそろようにしておけばいいのではないかと思います。意味は通じましたか。御理解いただけましたか。

○小林座長 座長の小林です。私は理解させていただきました。宮脇先生。

○宮脇構成員 宮脇です。これは理事長がおっしゃったらいのですけれども、歯科麻酔学会は、認定医の症例は全部PDFで送っていただいて、それをチェックします。当然、医科麻酔研修の麻酔チャートもチェックして、ガイドラインを遵守していない症例は認めないように既にしております。ただ、最初に飯島理事長がおっしゃったように、医科麻酔研修をしている歯科医は、我々の学会の会員だけではないのです。他学会、たとえば口腔外科学会の先生方などもおられるのです。我々の制度だけでは限界であるところがあります。ですから先ほどお願いしたように、施設のほうで何とか網掛けをしていただければと思います。理事長が手を挙げられていますので、理事長、よろしく願いいたします。

○小林座長 飯島先生、よろしく願いいたします。

○飯島構成員 宮脇先生、説明をありがとうございます。うちの学会もガイドラインの遵守に向けて取り組んでおります。全例症例報告を出させ、それを全部チェックしております。ただ、これが膨大な量なのでかなり大変で、各施設で遵守していただきたいと思っています。

そこで論点です。私が認識している限り、多くの施設はガイドラインを遵守していると思っています。送り元がしっかりして、受け取り側もしっかりして、ちゃんとやり取りをしている所は、まず問題はないのではないかと思います。

ただ、このガイドラインは誰もが自分を推薦して、医科麻酔研修をすることもできるような仕組みになっているのです。ですから、実は歯科医師を気軽に自分の病院に連れて来てやらせているような所もあるわけです。送り元と受け取り側がしっかりしていれば、まずはちゃんと遵守できているのです。そういうようにお互いの責任関係、受け取るほうも歯科医師の研修を受け入れましたというところがしっかりすると、ガイドラインの遵守が進むのではないかと思います。

例えば資料2の9ページは、口腔保健協会が研修登録をしている人の登録の仕方、この情報がすごく少ないのです。卒後何年目とか、どういう経験をしたというのが全部入っていません。ですから、医科麻酔研修は誰もが受けられるように窓口を広げているけれども、送り出し元はある意味、誰でもいいというところがあって、そこら辺がいろいろな問題の原因になっているのではないかと私は思っています。最初に申し上げたように、目

的によっても違ふし、そういうものがありますので、登録のときにはもうちょっと責任を持てる登録の内容を、もう少し増やしていったほうがいいのではないかと考えています。以上です。

○小林座長 飯島先生、ありがとうございました。先生にまとめていただいたというか、御意見を頂いた内容はちょうど論点にも続くところなので、流れとしてはちょうどいいかと思いました。各構成員の方々から御意見を頂いたものを取りあえずまとめさせていただいて、方向性を。ただ議論だけの具現性のないものは、何の検討の価値もないと思いますので、先ほどから言っているガイドラインの遵守を含めて、少しでも、歯科麻酔の研修のチェック等を今一步進められるように、厚生労働省の担当の皆様とともに、一度まとめをさせていただきたいと考えております。まず論点1に関しては、構成員の皆様方からほぼ御意見を頂いたと思いますが、論点1を締めるに当たって追加等、もう少し何か話しておきたいことがありましたら、せっかくの機会なので、追加の御意見を頂きたいと思います。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、論点1に関しては、これで一度締めさせていただきます。厚労省の担当の先生方もよろしいですね。

続いて論点2、「現状一律の研修内容となっているが、質の高い医療を提供するため、どのような対応が考えられるか。また、研修受講者の習熟度等に応じた研修内容の分析・検討をするため、当該受講者の臨床経験等に加えて、どのような情報を登録・収集することが考えられるか」ということです。先ほど御意見を頂いたことにつなげて、より具体的な内容になっていく議論をしていただければと思います。また、論点2も少し幅の広い内容の項目がいっぱいありますので、個々の内容でも構いませんから、この対応と具体例も含めて御意見を頂ければと思います。

まず、構成員の皆様方から挙手を頂いて、スタートを切っていただければと思いますが、いかがでしょうか。それでは、平成14年策定、平成20年改訂に関わった一戸先生、まず論点2のスタートに当たって、御意見や進め方も含めて助けていただければと思います。

○一戸構成員 今回、2回、2年間にわたってアンケート調査をやって、いろいろな御意見を頂きました。医師も歯科医師も、全てではないですけれども、その習熟度に応じて、場合によってはアドバンス研修というのも考えたらいいいという御意見は随分と頂きました。確かにそのとおりだと思うのですが、大前提として、今の改訂ガイドラインにも記載されていますように、医科麻酔の研修をして、身に付けた知識や技能を歯科の現場で、歯科の患者さんに還元する。これがなければ歯科医師が医科研修をやる意味が全くありませんので、そのことを大前提とすると、極端な話、歯科口腔外科がない医学部附属病院とか総合病院の麻酔科に、ほぼ常勤の形で歯科医師が研修と称して仕事をしているようなことがもしあったとすると、それは何を還元するのだ、歯科医師としてどういう歯科医療の現場に役立つのだということにもなりかねませんので、そこのところ分かるような、そういう方たちが、研修は本来の姿ではありませんということが分かるような、あるいは研修ができないような仕組みというのは1つ考えるといいのかなと思います。きっかけとして、す

みません、これだけにさせてください。

○小林座長 一戸先生、ありがとうございます。基本中の基本のところを先生に言っていたので、今日の3ページのガイドラインの趣旨の所に私も目が戻りまして、この趣旨の所を、全て歯科患者に向かうので、歯科医療に何か、先生が言うように還元というのがもともと始まったということは、この内容からもよく理解できるなど。内野先生、よろしく願いいたします。

○内野構成員 資料 12 ページの所を読んで、あっと思ったのですけれども、これは研修の日数が1日ということなのでしょう。常勤42%ですから、この中で、常勤で研修に来ていても、これはちょっとよく分からない。4日以上の人というのは、大体多いということだと思います。我々の施設で受けさせていただくときも、大体4日来ていただいているのですが、全身管理ができるような方を育成したい、ボトムアップしたいということは当然いいことだと思うのです。そのためには、では、2回目以降の研修も同じような形で、しっかりと研修の時間を取っていただけるのだろうかというのが、まず疑問としてあります。

残念ながら、研修を1日でお願いしますという依頼を受けることももちろんあります。そうすると、2回目なのですけれどもというのがあって、1日の研修ではアドバンスするようなことがなかなか学べないような、矛盾が生じてしまうような点もあります。恐らくそれは施設の中にいらっしゃる先生が、自分の所の教室員をどういう形で育成していきたいのかという、その考え方に非常に依存しているのかなという気がします。その辺りの考え方が、全体として統一が取れているということであれば、医科としてはその形で受けて、研修していただくことはいいのですけれども、1回目はフルに、2回目になると日数が減ってしまって、アドバンスをと言われてもアドバンスできないという、壁に当たってしまうような問題が、我々の側では解決できないという問題が少しあるのですけれども、その辺りが少し気になりました。

○小林座長 飯島先生、よろしく願いいたします。

○飯島構成員 今、その研修を受ける歯科医師が、違いが2つあると申し上げたのですけれども、要するに、目的のところにもありますが、全身管理のできる歯科医師を育てるといものと、麻酔ができる歯科医師を育てるといもの2つがあって、これが1つのガイドラインで今は運用されているわけなのです。特に、そのうちの4割を占める口腔外科の先生方は、20例の症例があればいいのです。ですから、ある意味、週1という方も、私も今まで見たことがあります、そういう方もいます。そういう方は目的がそれですから、それで来ていらっしゃると思います。一方、そうでない方は、もうちょっと長く必要だという方がいると思います。

来る人はいろいろな人がいるのですが、そのところで、以前は、医科麻酔研修というのは最初に20例をやって、経験してから来るみたいな話があったのです。それが途中からなくなっているのですけれども、全く全身管理とかそういったものをしていない方が、

いきなり医科麻酔研修に来ていて、この人は何も知らないのだとあって、医科の先生もびっくりされる方がいて、それがあつ意味、ちょっと問題だというようなことの見聞も聞きます。

一戸先生にお聞きしたいのですけれども、昔はそういうように、ある程度知識を得た者が行くということになつていて、今でもその人の到達レベルに○を付けるようにはなつていますが、前は 20 例の経験というのが入っていましたけれども、あれは何で消えたのでしょうか。何か御存じですか。

○小林座長 一戸先生、お願いいたします。

○一戸構成員 一戸ですけれども、平成 14 年の最初のガイドラインのときには、医科麻酔研修に行く前に、歯科の症例を 20 例経験してから医科に行きましようということてガイドラインが作られました。これは、その当時、そのぐらひはせめて勉強してから行かせようという話だつたのだと思うのです。ただ、実際に口腔外科医が医科研修に行くときに、歯科の症例 20 例というのは意外と大変だという声が出まして、そこの部分が平成 14 年のガイドラインでは、現場で運用するには結構ネックだつたようです。平成 20 年のガイドライン改訂のときに、この数をどうするかという議論になりました。

そのときに、当時、平成 20 年のガイドラインの改訂に日本麻酔科学会から出られたのは、当時の理事長だつた札幌医科大学の並木教授、それから、長崎大学の澄川教授、奈良県立医科大学の古家教授のお三方だつたのですけれども、この先生方の議論の中で、中途半端に 20 例くらい経験するぐらひだつたら、さらのまま来てくれていいということて、その代わり、ちゃんと患者さんに接するコミュニケーション能力があつて、素直に勉強することができる人を送つてほしいという議論がありました。ということて、20 例という条件がなくなつたのです。その代わり、送り出す側がその人物を評価して、技能やら知識が、このぐらひ経験があつて、この人物は推薦するに足る人ですということて歯科側の上司が認めましようということて、例のフォーマットができたのです。

ところが、最近の実態、今回の 2 年間の調査を見ても、上司が推薦すれば誰でもいいということて、余りにも基本的な勉強をしないで、医科の現場に行つている人が多くいるようて、そのために受け入れ側の麻酔科医の先生方から、余りにも基礎知識がなさすぎるというアンケートの自由記載の結果を頂いたりしています。これは送り出す側も、せめて、別に 20 例とか 50 例とかという話ではなく、医科研修に行くに当たつて、最低限の医学的な知識を勉強してから行かなければいけないのではないかということて、具体的にどういふ制限や条件を付けるかというのはなかなか難しいのですが、そういうことは必要かなと思つています。

先ほどのお話の中でもあつたのですが、現行の改訂ガイドラインでは、歯科医師が自薦で行くことができましようのです。自分自身を推薦して、評価して。これは改訂ガイドラインを作るときに、まさかそのような人が出ると思わなかつたので、その部分は想定外の事例が出てしまつたということて、ここは今度、もし、改訂する機会があつたら、やはり

何かしら直さないといけないのではないかと、今、感じています。○小林座長 ありがとうございます。ほかの先生方、今の御意見を踏まえまして、どなたか御意見を頂けたらと思います。

飯島先生、いかがでしょうか。

○飯島構成員 ありがとうございます。よく分かりました。私が見ている限り、私の所は1年間麻酔をやってから、外に出すのですけれども、やはり受け入れた側が、やっていた人とやっていない人の差がこれほど歯科医師は違うのですね、ということを言われます。そのくらい違うので、受け入れ前の段階である程度していないと研修は難しいのではないかと考えています。

ただ、口腔外科の先生に伺いたいのですけれども、例えば口腔外科での全身管理というのは麻酔を必ずしもしなくていいわけなのですけれども、ですから、そういうガイドラインというのは、ちょっと別な形で作るとか、そういうのもいいのではないかという気はするのですけれども、その点について先生方の御意見を伺いたいと思います。

○小林座長 ありがとうございます。受け入れる際に、一定程度の知識や技能がないと、なかなか教えるほうも大変なのではないかというような御指摘もありましたが、医科側の先生方から、その点で何か御意見を頂戴できると有り難いです。

○小林座長 内野先生、よろしく願いいたします。

○内野構成員 私ばかり意見を言っただけとはいえないかもしれませんが、今、言われたようにそのベースのところの知識、教育を底上げするということで、恐らく歯科麻酔学会の皆さんは当然やられていると思いますけれども、麻酔科学会もベースの知識のためのeラーニングシステムですとか、そういうものがありますので、医科のものが全部いいわけではないのですが、そのほうが何か役に立つものがあれば共有させていただいて。知識を共有するというのはいいのかなと個人的には思います。

当然、我々も歯科の世界のことは全部分かっているわけではありませんので、例えば、我々の世界でやっているような内容で必要な教育の提供というのがあれば、そういうセミナーを開いたりとか、そういうことが1つ方策としてはいいのかなと。お互いが底上げになるので、私はいいのかなということで提案させていただければと思います。

○小林座長 ありがとうございます。いかがでしょうか。歯科の中でも先ほどからお話が出ましたように、歯科麻酔のほうを目指している方、私は口腔外科なのですが、口腔外科で全身管理、入院患者さん等いますので、やはり基本的な全身管理ができなくては患者さんを守るということではできないので、当然いろいろな研修、勉強をしていこうという姿勢もあります。

これら、なかなか歯科の中で全部が一緒というのには難しいと思いますが、その上に今度、また歯科と医科との連携というのがありますので、いろいろなお立場の中で、逆に心配なところというか、逆に言えば、そこが改善されていく場所なのだろうなど。そういう内容が少しここで出れば、また新たな議論に続くのかなと思って、今、聞かせていただいております。

りますけれども、追加等で御意見を頂けたら、よろしくお願いたします。

どうでしょうか、今、聞いていただいて、豊田構成員、歯科の現状とか、医科と歯科との連携的などところ、いろいろ問題点も含めて先生方から御意見を頂いたのですが、豊田構成員の立場から何か御意見を頂ければ、また、その部分も議論したいと思いましたが、いかがですか。

○豊田構成員 ちょっと私には難しいお話だなと思って伺っていたのですが、私は、有資格者ではない立場で医療安全と患者相談窓口の役割を担っているのですけれども、どうしても、立場とか職種の違う人たちのつなぎ目と言いますか、そういう部分がこぼれ落ちてしまうというようなところで、医療の中で問題点が日常的に起きて、患者さんの不満や悩みが出てきてしまっていますので、今この場所で、適切なことが申し上げられませんが、もう少し課題や問題点の抽出をしていけば、それぞれに、もともとやってこられた実績がおありだと思いますので、是非、医科と歯科がいい形で連携できるように、具体的にその辺りを調べて、情報収集した上で、この仕組みを作っていくっていただいたほうがいいと、聞いていて思いました。

○小林座長 分かりました。逆に今、頂いた内容を少しでも具現化していく、その問題点の抽出というところ。今日、厚労省のほうでそろえていただいた資料を見ますと、ページの5と9なのですが、この申請書の内容とか研修歯科医の登録内容、こういう書式1つにしても、少しずつ、レベルというか、内容のバージョンアップをすることによって、書式上でも、責任の所在、内容、その評価も含めて、できる部分はあるのだなと、先ほどの説明を聞いていて感じました。

今、豊田構成員が言われた、そういう問題点の抽出というのは、現物のこういう書式、内容に関しては、これは本当に専門の先生方の現場の御意見を今後、また次の機会に移行してでも、継続的にお話いただくというのは宿題的にもあるのかなとっております。ですので、具体的に言うと、5と9ページの部分、こういう内容も、また御意見を頂きまして、先ほども何人かの構成員の先生からも、このことに関してはあったと思いますので、少し改善の余地があるのかなということを感じました。豊田構成員、御意見ありがとうございました。

○豊田構成員 今、医療安全の分野では、特に患者の意見を取り入れたりしながら、こういった書式などについても意見を言わせていただく場が増えてきたり、監査委員会などを設置して、今、インフォームドコンセント委員会なども、規模の大きい病院では作られてきていますので、そういった所との連携があったほうが、ある程度似たような考え方で書式をそろえたりということも検討していかないと、ばらばらで書式を作って、後でもめてしまうというのはありがちなことなので、是非、そういう具体的などところを詰めていただくとよいかと思いました。以上です。

○小林座長 ありがとうございます。豊田構成員の意見と、書式のところが今つながりましたので、この辺も課題かなということで、今後、検討していく題材にしていただければ

と思われました。

1 つ、これは具体的に現場の先生方にお聞きしたいのですが、5 ページの申請書の内容を、9 ページの研修歯科医の登録内容の中に入れ込むような書式というのは、具体的に、しようと思えばできるのでしょうか。私からの質問になってしまうのですが、現場の先生方の御意見を頂ければ有り難いと思います。いかがでしょうか。飯島先生、お願いいたします。

○飯島構成員 これは事務上のことで言うと、歯科麻酔学会の事務局は1人だけなのですが、それでも、その方が全部やっているのです。一応、登録があれば自動的にそれを管理しているだけなのですが、ある意味では、労力的にかなり大変だとは思いますが。ですから、いろいろな情報があったときに、それをチェックするというのを歯科麻酔学会の事務局でやるというのは結構大変なので、ある意味、ちょっと公的な所からのお助けが頂ければ思っております。

○小林座長 逆に先生、そういう御意見が出ることによって、また一步進んだ議論になったりとか、科研とか何かを使って、またそういう構築とかも進めていけるとか、前に向かって進むという意味では、そういういろいろな現状の問題点も含めてどう解決していったらいいのかなど。

今日、先生方から出していただいている意見は、後でまとめさせていただきますので、その中から、今後やっていかなければいけないという点も様々出てくると思われました。先ほど Web の件も出ましたが、今の豊田構成員のお話も、患者さんのほうの理解をいかにするかという、今回のこの話も歯科麻酔の医療としての質の向上ということが絶対あると思われましたので、ちょっと第三者的な意見になって申し訳ないのですけれども、いろいろな場面で、コロナでこの2、3年経験した中で、患者さんとのやり取りも聞いて、1つ、昨日、私も具体的に進めようと思って病院でやっていたのですが、同意、説明も動画とかでやられている病院のものを見ましたら、患者さんが本当に皆さん理解して、辛いとき、病院に行って紙ベースで説明を受ける。その悲しい時間を、動画等で説明を受けて、とてもいい病院がありましたと言われて、本当に時代はこの2、3年ですごく変わったのだなというのを感じました。

新しい時代がコロナによって少し、より具体的にというか、患者さんのためになるグッズ、いろいろなものが出てきているのだなという気がしたので、また先生方の御意見、新しい同意、説明とかを含めて、今の研修の内容のところもそうなのですが、受ける研修医にとっても、少しデジタル化で、この辺の内容もクリアできていったらいいのかなど。この2、3年、特に肌で感じた私の印象でした。多分、豊田構成員、そういうのは患者さんも望まれますよね、いかがでしょうか。

○豊田構成員 そう思います。先生方からすると、これは別になくてもいいのではないかなと思うようなことが、患者や家族からしてみたら一番大切にしたい部分だと感じている場合があることを、患者会にも属して日々相談を受けている中で感じております。病院の医

療安全担当の立場からすると、外部の先生や、別の職種の方々が入って、何かトラブルや問題が起きたときに、同じ仕組みの中でやっていないということになると、当然トラブルにつながりますので、そういった意味では、やはり一緒にやっていく人たちが共有して、同じ共通の内容でやっていくということが非常に大事で、それが医療の質と安全につながって、安全な医療を患者に提供できるということになるとと思いますので、是非その辺りの観点を重要視していただけたらと思います。

○小林座長 ありがとうございます。論点2は、研修受講者の登録・収集も含めた習熟度等の内容をいかにしっかりしたものにするかということになるので、最終的に収集されたものが全て患者に還元されていくベースになるものだと思います。

今、意見させていただいたのは、先ほど何度か出ましたが、チェックリストも含めて、デジタルでいつでも見られるという内容は、やはり、今の時代に必要かということで少しつなげさせていただいて、意見が止まってしまうと残念だと思い、出させていただきました。

先生方、いかがでしょうか。論点2にもう一度戻りますが、研修受講者のための研修内容を分析・検討するために、情報の登録・収集という中で、具体案、より質の高い内容を構築するための御意見や問題点等があれば出していただいて、今後につながると思うので、問題点でも全然構わないと思います。萬先生、よろしく願いいたします。

○萬構成員 研修前の情報登録もそうなのですが、研修の一番の目的は歯科患者に還元することです。研修を終えた方が、その後、どういう進路を取られているのか、いつも気になっているところです。例えば、先ほど飯島先生が、目的がいろいろ違うとおっしゃっていましたが、認定医を取るだけなのか、それとも、障害者歯科治療に関わる専門家になるのか。やはり、そういうことが分かると指導する側もやりがいがあるかと思います。

私もレベルの差をものすごく感じています。一昔前に先生を受けていたときは、医科歯科からしか受けていなかったのですが、1年間やってこられた人しか見ていなかったもので、そういう方が来ると思っていたら、最近では1年研修した後の方が来て、最初はそういう方に対して同じように考えていたら、少しびっくりして、しかも、認定医を取ることができればいいというような話になってしまって、そうすると、見学でいいのかということになってしまいます。その後、その方々はどうなったのかをざっくりとでも知りたいと思いましたので、後追いできるような工夫があるといいかと思いました。

○小林座長 萬先生、ありがとうございました。確かに、受ける側の麻酔医にとっては、相手の目的によって当然モチベーションも変わるということで、先ほど飯島先生から御意見を頂いたように、口腔外科医のコース、全身麻酔をするためのコースという御意見もありましたので、今後、必要に応じてそういうところの議論が出てきてもよろしいのかと。逆に、そうではないこともあると思いますが。飯島先生、お願いいたします。

○飯島構成員 先ほど来、コースが違うというお話をして、目的が違うのでというお話をさせていただいております。口腔外科の先生たちはモチベーションが低いという意味では

ありません。ここで誤解を招くといけないと思いましたが、少し言い訳をさせていただきたいと思います。

○小林座長 飯島先生、すみません。私の言い方が違う。モチベーションとは、医科の先生の情熱を私たちの目的意識で下げてはいけないという意味です。言葉足らずで、申し訳ございません。

○飯島構成員 発言を少し反省していたものですから、どうもすみません。

○小林座長 ありがとうございます。

○飯島構成員 口腔外科の先生にとって必要な研修、それから、麻酔をやる人をどれだけ育成できるかという研修をいろいろ考えていったらいいかと思います。口腔外科の先生も意識の高い方がたくさんいらっしゃいますので、よろしくお願ひします。

○小林座長 ありがとうございます。研修の受け側は、今回の医科麻酔の件だけでなく、むしろ、私たち口腔外科がいろいろな人が研修で来たときに、ただの見学を目的にしている人も経験という意味ではありますし、マイスターコース的に技術を身に付けたいと。

目的がたくさんあるとすると、それを聞いておくと、教える側はやりやすいということもあるのですが、逆の意見として、まず、基本的なものを全員に教えるということもあるので、なかなか研修の中身は難しいと思いますけれども、今後、この辺りも議論していかなくてはいけないのかと思っております。先ほどの萬先生のお話の中で、教えていただく先生の情熱やモチベーションを下げてしまうと失礼だという意味で、少し意見させていただきました。

論点2に関して、先生方の御意見を少し収集するために追加で御意見を頂きたいのですが、いかがでしょうか。水田先生、よろしくお願ひいたします。

○水田構成員 実際に歯科麻酔の医局を運営している立場からすると、初学者向けの内容はもちろんなのですが、やはり、歯科医療の安全性を担保する上では、継続的な研修も一定程度必要なのかと考えております。

歯科だけの症例では経験できないもの、例えば、もともと歯科麻酔では中心静脈カテーテルの挿入の症例数が少ないので、それを医科で学んでいただかないと歯科でできる人がどんどん減っていくという問題があります。また、ICU 収容患者の管理の水準がCになっておりますが、そういう経験を持たない方でも歯科でICUに入れる症例は多々ありまして、実際の経験がなかなかできない現状があります。

実際の歯科の医療安全を考えると、歯科麻酔を継続的に担っていく方に対しては、そういう研修もできるシステムが一定程度必要なのかと肌身で感じております。御検討いただければと思います。

○小林座長 水田先生の御意見も含めて、研修の内容がいろいろ出てきたと思います。ベシクなところ、アドバンス、先生が言われるように継続的なこと、目的が少しずつ違ふと思います。そういう御意見をいろいろ出した上で、今後、現実的なコース作りなどにつながればいいのかと、今、聞いておりました。水田先生、ありがとうございます。

宮脇先生、お願いいたします。

○宮脇構成員 先ほど、水田先生が継続的な研修ということで、私としては高度な研修というよりも、先ほど少し話題がありました。我々も週に1日だけの研修という派遣もしています。麻酔は日進月歩なので、それを学んでほしいということもあり、週1日でも研修に出したりしています。そういうケースも受け入れていただいて、安全な基本的な麻酔をそこで勉強していくのも大事ではないかと思っていますので、御理解いただければと思います。

あと、問題提起したいことがあります。我々がすごく心配しているのは、研修して、そのまま居着いてしまい、医科麻酔を生業としている人がいるのではないかということです。こういう制度を悪用することがないように網を掛けたいと思っています。

やはり、医業と歯科医業は違いますので、麻酔ができるからといって医科麻酔を生業にすることがないように網掛けできればと思っています。これは問題提起になると思いますが、うわさでしか聞いていませんが、我々はそういう方が出てこないことを願っています。歯科の立場としてはそう思っておりますので、今後、我々もこの制度を悪用するものがないように注意していきたいと思っています。以上です。

○小林座長 宮脇先生、ありがとうございます。確かに、質の高い医療の。内野先生、よろしくお願いいたします。

○内野構成員 先ほどの、研修を継続してやるのは賛成です。ただ、中心静脈の研修に関しては非常に慎重であるべき。それは、東京医大が中心静脈で非常に大きな事故を起こして、特定機能病院を剥奪される事態になったという過去のいきさつがあります。中心静脈に入れるところではなく、その後、安全に中心静脈にカテーテルを挿入して管理できることが一番重要です。

ですから、患者に重篤な合併症を与えない方法論をするためには、まず、患者に挿すのではなく、今の時代ですから、シミュレーターを使って事前にしっかりトレーニングをして熟知していただく。そして、超音波ガイド下にしっかり挿せるだけの技術を確立した上で患者に応用してあげないと、いきなり患者に行くのは難しいと思います。

今の時代ですから、ほとんどの技術に関してシミュレーターを使うことが可能なので、飯島先生は理事長先生ですので、歯科麻酔学会でシミュレーター教育も入れていただいた上で、安全面に配慮した医療が成り立つようお願いしたいということです。

○小林座長 ありがとうございます。今、宮脇先生から大きな問題点を出していただきました。今後、この研修が健全に運用されるという意味では大切な問題点だと思いますので、今日の議論の中ではきちんと残させていただきたいと思いました。

それから、今、内野先生が言われたように、いきなり患者ではなく、研修の内容を充実させ安全性を確保するという意味でも、今、御意見がありましたので、これも今日の論点の中にしっかり意見として残させていただければ、今後につながる内容だと感じました。

森崎先生、よろしくお願いいたします。

○森崎座長代理　まとめに入ろうとしている段階で、すみません。今回、論点2のところだと思います。まず、宮脇先生から指摘があった事項です。実は、このアンケート調査の結果で、5年など常勤で勤められている方も正直に回答されています。ですから、その御懸念は現実的に国内で起きていると理解しています。それに対しては、今回は40数%の方が週4日以上勤務されているという回答だったので、週4日以上勤務されている方については、例えば、連続で最長期間を半年にしてインターバルを置く。つまり、歯科医療の質の向上に資する期間を置いていただかないと困るので、本来の目的はそこなので、そういうタガをはめていく必要があると考えています。

そういうことを、この検討会でも是非御検討いただいて、週1回、例えば近代的な麻酔診療についてキャッチアップする、あるいはキープする、自分のノレッジだったりテクノロジーの吸収は一方で必要だと思います。そういう方については、例えば、半年ではなくもう少し長い期間です。逆に言うと、週4日は歯科医療の質の向上に資することになると思うので、そういう切り分けも必要なのではないかと考えています。

今後、どういう情報を登録・収集することが考えられるかというのは第2の論点のテーマなので、そういうところをよく仕分けして、飯島先生からもあった目的でしょうか、医科麻酔研修の方のゴールを申請書の中に書いていただいて、自薦も可というのは、自薦だと評価するのはよくないので、他薦でなければ受けられない。要するに、リファレンス、保証人が必要だというような仕組みの申請書、あるいは情報をやる。

加えて、受ける側にも覚悟が必要なのではないかと。今まで漫然と。登録うんぬんは、あくまでJSAの認定施設で認定医以上であれば受けられるような仕組みになっています。JSAの認定施設は1,300ぐらいあると思うのですが、その全部が歯科医師による医科麻酔研修を受けられるだけの指導体制にあるかということをよく見極めないと。そういう点では、日本麻酔科学会も何らかのフィードバックをしっかりと加えた上で、この研修制度が本来の目的にかなう、よりよいものにしていかなければいけないのではないかと。

今、山蔭理事長が出席されているので、その辺りもJSAに持ち帰っていただいて検討していただくことになると思います。ここで決めることではないので、JSAとしての受皿をどうするかということを検討していただくことになると思うので、そういう方向もありではないかと感じました。

もう1つは、飯島先生から御指摘があった5、9ページです。例えば、新たな情報を入れ込むと、9ページの登録の事務的処理をする方が1人ではオーバーフローしてしまうのではないかと。それはある面でJSAも協力して、はっきり言うと、何らかの形で一致団結してこの仕組みをよくするような協調体制が必要ではないかと。

今までの議論を伺っていて、研修を受ける研修者だけ、あるいは研修を受ける歯科麻酔学会だけに、その責務、あるいは登録、仕組みをやっておくのは片手落ちなのではないかと感じました。JSAとして、その辺りも前向きに検討したほうがいいのではないかと感じました。以上です。

○小林座長 森崎先生、ありがとうございます。飯島先生、よろしくお願ひいたします。

○飯島構成員 長くなり、すみません。森崎先生、非常に良い御指摘をありがとうございます。

やはり、登録内容と研修している人のモニタリングが必要だと思います。モニタリングまでするととなると、事務員は1人では駄目です。この研修は、登録した後の中断や終了が自己申告なのです。5年、6年やっているという人がいるのですが、これは必ずしも麻酔をやっているわけでもない人も含まれているのです。私は、10年登録している人でやっている人はどのくらいいるのか調べました。登録だけしていて実際は余りやっていない人もいます。あと、歯科口腔外科のある医科病院で、主にその麻酔をやっている、一応登録しておかないといけないと考えて登録しているのだけれども、歯科口腔外科の麻酔をやっている人もいます。

ですから、この5年登録や6年登録だけでは何をやっているのか分からないのです。そういう意味で、麻酔学会と協力してモニタリングというか、今後、どういう研修内容なのかを調べていけるといいかと思います。ありがとうございます。

○小林座長 ありがとうございます。森崎先生、飯島先生のお話で、具体的にいろいろな内容が出てきたと思います。それから、森崎先生から、受ける側にもいろいろな覚悟が必要だということがございました。飯島先生がおっしゃった組織の事務処理の問題点も含めて、新しい運営、運用システムができればよりいいのかということ。今、飯島先生がお話された登録者のモニタリングは、先ほど水田先生が言われた継続的な研修にも、逆に、長く登録しているのは継続していたいということもあるのかと、今、いろいろなケースを想像させていただきました。

今日、先生方から頂いた内容は箇条書き的というか、後でまとめになると思いますが、そこから重要度の高いもの、それから、このガイドラインにとって絶対に必要な項目は、今日お話を聞いていて、全て重要だったので全てかとは思いますが、まず、具現化という意味ではその中から抽出されていく。1つずつしっかりやらないといけないのではないかと。

初めに小椋課長からお話がありましたように、前回のガイドラインの改訂から10年以上たっているということで、世の中の状況を含めて患者の環境も変わってきていると思います。あと世の中のいろいろなシステム、先ほどのWebという今までにないシステムを含めて、研修の内容が、今日の目的である、より質の高いものに向かっていくという意味では、皆様方の御意見が全ていかされればすばらしいと思ひ聞いておりました。

そういう意味で、ここで少しずつまとめに入りたいと思ひますが、先生方から、最後にまとめたいという御意見はあるでしょうか。では、私から申し上げます。今日、オブザーバーとして参加していただいている山蔭理事長、今までずっと聞いていただいて、御意見を頂いておりません。今日、全体を聞いていただいて、日本麻酔科学会理事長という立場も含めて御意見を頂けましたら有り難いと思ひます。よろしくお願ひいたします。

○山蔭理事長　たくさん御議論いただき、ありがとうございます。受ける側の学会でも対応しなければならない論点が見えてきましたので、非常に勉強させていただきました。

先ほどもコメントがありましたが、研修という名の下に医科麻酔をされている歯科医がいる現状で、ガイドラインの改訂があったと認識しておりましたけれども、今の調査においても遵守されていない方、あるいは医科麻酔を生業としている方々がいらっしゃるという残念なアンケート結果だったと思います。

御議論いただいたように、ガイドラインを遵守するにはどうしたらいいか、研修という枠の中で研修するにはどうしたらいいのか、研修の登録方法やモニタリング。それから、御議論にもありました研修歯科医の質の担保をどうしていくか。全くやっていない方の研修なのか、もう一度ブラッシュアップしたい方の研修なのか、何を指すための研修なのかというところで、アドバンストを考えるかどうかは別としても、受ける側にも対応が必要かと思いました。

あと、2点目の議論です。研修をもって、例えば、その先生方が開業医を目指しているのだけでも、何か事故があったときに対応できるように少し勉強したいのか、あるいは口腔外科や歯科大学等に勤めて術後の上気道閉塞などに対応するところまでいくのか、あるいは大きな歯科病院に勤務されて、障害者のための全身麻酔を生業とされていくのかという、研修に何を求めているかについてもアンケート調査を行いフィードバックして、より良いガイドラインを作っていきたいと思っております。また、歯科麻酔学会、飯島先生のところとも協力しながら、より良い歯科麻酔治療を国民に提供できるよう努力したいと思えました。以上です。ありがとうございます。

○小林座長　山蔭理事長、まとめていただき、本当にありがとうございました。今日、話した各項目をメモしていたのですが、それをまとめていただいたような形で、私も今一度整理ができました。

今日、私は口腔外科の立場で出させていただきました。日本歯科麻酔学会と日本麻酔科学会、今までこういうジョイントがあるのかも分かりませんが、逆に、今回の厚労省の検討の委員会を通じて、よりその辺りの密接な関係を作ってください、研修の内容も含めた患者のための医療の質の向上というところで、全ての先生の目的は一緒だと思いますので、今日の御議論、御意見を少しまとめさせていただき次の方向性を出して、より良いものにしていただけたらと思えました。

突然御指名を頂き、一番分かっていない素人みたいな私が座長をさせていただきました。ただ、ニュートラルな立場から先生方の御意見を率直に聞くことができ、勉強させていただきました。厚労省のまとめを見させていただきながら、私のまとめも入れて、もう一度、その内容を先生方にフィードバックして、次の展開に進みたいと考えております。先生方、今日は本当に拙い進行で申し訳ありませんでした。ありがとうございました。事務局から、お願いいたします。

○事務局　先生方、本日は御議論いただき、ありがとうございました。今後の日程等につ

いては、事務局より追って御連絡させていただきます。今後とも引き続き、どうぞよろしくお願いいたします。以上です。

○小林座長 少し時間が出てしまいましたが、長時間にわたり本当にありがとうございました。歯科医師の医科麻酔研修に関する検討会を終了いたします。