

## 「歯科医師の医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

歯科医師の医科麻酔科研修については、平成14年に「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）を発出した後、平成20年に「歯科医師の医科麻酔科研修のガイドラインについて」（医政医発第0609002号・医政歯発第0609001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）のとおり見直しを行ったところである。その後、平成20年の改訂から「歯科医師の医科麻酔科研修実施状況調査分析事業」報告書や「歯科医師の医科麻酔科研修等に関する検討会」報告書において指摘された問題点を改善すべく、令和8年に再度改訂を行うこととした。令和8年の改訂では、(1)患者への説明と同意取得の方法・内容の見直し、(2)研修目的の明確化並びに研修期間及び継続研修の設定、(3)医科麻酔科研修のためのe-learning受講システムの構築及び(4)医科麻酔科研修の登録システムの見直し等を行った。

### 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、歯科医師の医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、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医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。歯科医師の医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) 公益社団法人日本麻酔科学会麻酔科認定病院
- (2) 公益社団法人日本麻酔科学会が認定した麻酔科指導医、麻酔科専門医又は一般社団法人日本専門医機構が認定した機構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、麻酔科の代表となる麻酔科専門医（以下、「麻酔科の代表専門医」という。）が受け入れの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、次の条件のすべてを満たす医師であること。

- (1) 公益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、麻酔科認定医又は一般社団法人日本専門医機構が認定した機構専門医
- (2) 歯科医師の医科麻酔科研修のための「研修指導者向けe-learning」を受講していること。（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。）

### 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等の長（以下「診療科等の長」とする。）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代表専門医に申請して、麻酔科の代表専門医の承認が得られた者。なお、診療科等の長は「診療科等の長向けe-learning」を受講していること。（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。）
- (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) 歯科医師の医科麻酔科研修のための「研修歯科医師向けe-learning」を受講していること。（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。）
- (5) 研修を受ける歯科医師個人を被保険者とする歯科医師賠償責任保険に加入していること。

### 4) 研修方法

- (1) 研修を受ける歯科医師は、当該歯科医師の研修開始時には所定の方式によって必要な事項の登録を行い、研修修了時にはインターネットを通じて研修施設の麻酔科の代表専門医に報告を行うこと。（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) 研修施設の麻酔科の代表専門医は、当該歯科医師の研修開始時の登録内容と、研修修了時の報告を確認すること。
- (3) 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、原則として麻酔記録上の筆頭者となること。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 研修期間は1年以内とする。ただし、通算2年を超えない範囲で延長又は再度研修を行うことができる。その場合には、登録の更新又は再度登録を行うこと。
- (7) 知識及び技術の取得・更新のために通算2年以上の研修期間が必要な場合は、研修目的を明確化し、研修の到達目標を設定した上で、年間60日以内の研修を行うことは差し支えない。その場合であっても、登録の更新又は再度登録を行うこと。

### 5) 患者への説明と同意

研修施設では、以下の手順に従って、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、文書での同意を得ること。

- (1) 医科麻酔科研修の目的や趣旨等に関する説明書を提供した上で、患者にその内容を説明し、研修に同意するか否か熟慮する機会を与え、文書での同意を得る。説明書及び同意書は、別紙3及び4-1、4-2の内容に準じたものであれば、各研修施設が独自で作成したものを使用して差し支えない。
- (2) 原則、患者本人の意思を確認するが、未成年者や意思疎通が困難な者など同意能力が不十分な場合には、親権者や保護者を含めた代諾者に説明をした後に文書で代諾者の同意を得る。
- (3) 医科麻酔科研修の同意は、患者の自発的な意思に基づくものであり、拒否の自由を妨げないように留意する。また、一度同意した場合であっても自由に撤回できることも文書で説明をする。

## 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～年 月 日	歯科医師臨床研修（〇〇病院〇〇プログラム）
年 月 日～年 月 日	△△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・歯科静脈麻酔	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、研修によってさらなる知識・技能の向上が期待できるレベル

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

施 設 名： \_\_\_\_\_

所属診療科等： \_\_\_\_\_

長： \_\_\_\_\_

## 研修項目と評価水準

研修水準			
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)
	(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)		用手人工換気
	(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
	2. 術中管理	(1)	麻酔導入・気管挿管（ラリングマスク挿入を含む）
		(2)	麻酔覚醒・抜管（ラリングマスク抜去を含む）
		(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）
	3. 局所麻酔	(1)	硬膜外麻酔・脊髄くも膜下麻酔
	4. ペインクリニック	(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ものでなければ危険性を伴う専門性の高い技術

## 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。

## 医科麻酔科研修についての説明文書（例示）

### 歯科医師の医科麻酔科研修へのご協力をお願い

#### 1. 歯科医師の医科麻酔科研修の目的とご協力をお願い

当院では、患者さまが同意された場合に限り、全身麻酔手術の際に歯科医師の医科麻酔科研修を実施しています。この研修は、歯科医師の全身管理（手術・麻酔中に体全体の状態を安定させる）技術向上を目的とし、歯科医師は麻酔科医師の指導のもと、全身麻酔管理を経験し、歯科医療や手術中に必要な全身管理能力を習得します。またこの研修は、歯科医師が質の高い医療を提供し、患者さまが安心して歯科医療を受けていただけるようにするための大切な取り組みの一環です。何卒、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

#### 2. なぜ歯科医師による医科麻酔科研修が必要なのか？

歯科医師の仕事は、1) むし歯や歯周病の一般的な歯科医療、2) 歯科・口腔外科手術、3) 地域の障がい者等への歯科医療、4) 手術前後における口腔の管理（手術を受ける患者さまの術前から術後までの口腔内のケア）、5) 安全な歯科医療のための活動及び教育、6) 口腔顔面領域のペインクリニックなど、多岐にわたります。口腔外科手術等で歯科医師が行う全身麻酔技術を維持・向上させるためにも医科麻酔科研修は大切です。また、我が国には、歯科医療に対して不安や恐怖心を持っておられる方が多いと言われており、こうした患者さまの治療には鎮静薬を使用することが多くあります。鎮静薬の多くは全身麻酔で使用される薬剤であり、安全に使用するために全身管理および麻酔の経験が重要です。さらに、超高齢社会において重症な全身合併症を有する患者さまに対して、より安全な歯科医療をするのにも役立つ研修です。

そこで、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の育成、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の育成を目的として、ガイドライン<sup>\*1</sup>に則して歯科医師が麻酔科医師の指導のもとで実施する医科麻酔科研修が行われています。

#### 3. 歯科医師の医科麻酔科研修は、どのように行うのか？

歯科医師が行う研修における医療行為は、必ず一定の条件を満たした研修指導者<sup>\*2</sup>の指導・監督のもと実施されます。研修における麻酔の責任者は研修指導者であり、歯科医師はガイドラインに従い、侵襲度や難易度を考慮した範囲内で研修を行います（研修項目等はガイドライン<sup>\*1</sup>でご確認いただけます）。歯科・口腔外科手術における全身麻酔管理に関する知識・技術を十分に習得した歯科医師が、麻酔科医師の指導のもと研修を行います。

#### 4. 歯科医師の医科麻酔科研修の同意書について

本説明書をお読みいただいた上で、医科麻酔科研修にご協力いただける場合は、別途、同意書にご署名いただきますようお願い申し上げます。患者さまご本人またはご家族などの代諾者が自由にご判断いただけます。お断りいただいた場合でも、患者さまに不利益が生じることはありません。また、一度同意された後でも、いつでも同意を撤回することが可能です。

ご不明な点や疑問がありましたら、どうぞご遠慮なく麻酔科医師や歯科医師にお尋ね下さい。

\*1 「歯科医師の医科麻酔科研修のガイドライン」（厚生労働省通知 医政医発第 0609002 号、医政歯発第 0609001 号）

\*2 公益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、または一般社団法人日本専門医機構が認定した麻酔科専門医

**麻酔説明同意書（例示1）**  
**（医科麻酔科研修同意書を別用紙で取得する場合の例示）**

\*この例示にかかわらず、各施設でできる限り分かりやすく、易しい言葉で文章を作成すること。

**麻酔に関する説明・同意書**

**1. 麻酔の必要性および危険性**

今回受けていただく手術や検査、処置は、麻酔を使わないと行うことが難しいため、麻酔が必要になります。近年、麻酔は以前よりも安全になっていますが、まったく危険がないわけではありません。麻酔科の医師は、麻酔や手術中に患者さんの体の状態が悪くならないよう注意深く見守り、何か異常があった場合にはすぐに対応できるよう努めています。

**2. 麻酔方法について**

全身麻酔      脊髄くも膜下麻酔      硬膜外麻酔      末梢神経ブロック

全身状態があまり良くないときや、体に負担のかかる長時間の手術を行うときには、必要に応じて以下のような管（カテーテル）を体に入れることがあります。

動脈カテーテル    中心静脈カテーテル

上記麻酔方法は、状況に応じて変更することがあります。

**3. 麻酔状態からの回復**

局所麻酔を行った場合、手術のあともしばらくの間、しびれや力が入りにくいといった麻酔の効果が残ることがありますが、時間がたつにつれて少しずつ回復していきます。回復が遅れる場合には、必要に応じて専門の医師と連携して、適切な対応を行います。また、全身麻酔を使ったときの目覚めの時間や目覚めたあとの状態は、人によって異なり、はっきりと予測することが難しいです。ときには数時間以上かかることもあります。手術のあとに特に注意深い管理が必要だと判断された場合には、集中治療室に入ってもらったり、より設備の整った病院へ移って治療を受けていただくことがあります。

**4. 麻酔に伴って発生し得る合併症（病気）（括弧内におよその発生頻度を示します）**

①点滴に伴うもの

1. 神経損傷(0.003%) 穿刺部から先のしびれや痛みが出現、難治性となることがあります。
2. 皮膚の潰瘍/腫脹(0.24%) 点滴漏れに伴い出現、難治性となり手術が必要になることがあります。

②中心静脈カテーテル挿入に伴うもの

1. 動脈穿刺などによる血腫(0.5-10%) / 空気塞栓(0.1-2%)
2. 気胸/血胸(0.1-3.1%) 胸腔内にたまった空気・血液を抜く処置が必要になることがあります。
3. カテーテル関連血流感染(極めて稀な頻度) カテーテルを留置する（とくに長期間）ことによって、全身性の感染症になることがあります。

③局所麻酔法によるもの

1. 局所麻酔中毒による痙攣や不整脈
2. 硬膜穿刺(2.5%)
3. 脊髄くも膜下麻酔/硬膜外麻酔後の頭痛(0.7-25%)
4. 硬膜外血腫(0.01-1%)、硬膜外膿瘍(0.1%)
5. その他の原因による神経麻痺(0.03-0.1%)

④全身麻酔によるもの

1. 低血圧、不整脈
2. 気道確保困難(5%)、低酸素状態
3. 誤嚥性肺炎(0.03-4%) 胃の内容物が逆流して肺に入ることによって肺炎が起こることがあります。
4. 術中覚醒(1%)
5. 体温低下(5%)、悪性高熱(1/7-10万人)

⑤気管挿管(呼吸を助けるためにチューブを気管に留置すること)に伴うもの

1. 歯の損傷(0.1%)など口の周囲の損傷
2. 嗄声(14.4-50%) 声のかすれ 反回神経麻痺(声帯を動かす神経が麻痺すること)や披裂軟骨脱臼(声帯を動かし、発声に関与する軟骨がずれること)などが生じた場合は難治性となり手術が必要になることがあります。

⑥手術中の体位や無動が原因となり得るもの

1. 神経障害(0.5%) しびれ、痛み、麻痺が出現、難治性になることがあります。
2. 褥瘡/コンパートメント症候群 持続的圧迫を受けていた領域に出現、難治性となり手術が必要になることがあります。
3. 腹臥位、頭低位手術後の視力・視野障害

⑦麻酔覚醒時、覚醒後にみられるもの

1. 覚醒遅延
2. 悪心、嘔吐(20-30%)
3. 高齢者のせん妄(50%)
4. 呼吸状態悪化 気管挿管を再度施行する場合があります。
5. 治療を要する血圧上昇や心拍数増加
6. 寒冷反応(寒気、ふるえなど)(40-60%)

⑧麻酔を受けるにあたって、お知らせいただきたい持病や体の状態について

以下の項目に当てはまる患者さんは、手術が決まってから手術後の回復までの間に、これらの病気や症状が悪化する可能性があります。安全に麻酔を行うために、麻酔科の医師から説明を受ける際には、持病や体の状態について必ずお知らせください。また、ふだん飲んでいるお薬の中には、麻酔の方法や薬の量を定めるうえでとても重要なものがあります。内服しているお薬があれば、すべて麻酔科の医師にお伝えください。

<麻酔管理上問題となる主な病態>

発熱、喘息、高血圧、狭心症、心筋梗塞、不整脈、弁膜症、糖尿病、肝機能障害、腎機能障害、脳梗塞、肺疾患、神経疾患(麻痺や神経炎など)、アレルギー 他

その他補足事項

## 5. 緊急時の事

手術、麻酔中に緊急処置を要する状況が発生した場合には、生命や身体的機能を守るために説明と異なる処置を実行することもあります。

## 6. その他（自由記載欄）

以上、説明を行いました。

年 月 日

説明医 診療科

氏名（署名）

同席者（署名）

私は、麻酔を受けるにあたり、上記医師から手術のために麻酔が必要であること、その麻酔の方法、合併症の可能性、麻酔時に緊急処置を要する状況が発生した場合には上記内容と異なる処置を行う事があることについて説明を受け、その内容を理解しました。

### 麻酔に関する同意

麻酔の内容について十分な説明を受け、理解しました。これに同意し、麻酔を受けることを承諾します。

同意します

同意しません

年 月 日

本人氏名（署名）

患者さまが未成年、判断能力がない場合は、代理の方が自筆署名してください。

代諾者氏名

続柄（署名）

##### 病院長殿

(別用紙)

### 歯科医師による医科麻酔科研修説明同意書

\*麻酔実施の同意とは区別して、熟慮する機会を与えて同意を取得すること。

#### ● 歯科医師の医科麻酔科研修について

当院では、歯科医師の医科麻酔科研修を行っています。別紙説明書をお読みいただいたうえで、ご協力をお願い申し上げます。

同意書の説明をいたしました。すぐに同意書を提出いただく必要はありません。説明内容についてご考慮いただき、同意の有無についてご回答をお願いいたします。なお、本日同意書をご提出いただいた場合も、同意はいつでも撤回することができます。

以上、説明を行いました。

年 月 日

説明医 診療科

氏名 (署名)

同席者 (署名)

私は、医科麻酔科研修に協力するにあたり、上記医師から研修の必要性、麻酔の方法、合併症の可能性、麻酔時に緊急処置を要する状況が発生した場合には上記内容と異なる処置を行う事があることについて説明を受け、その内容を理解しました。

#### 歯科医師の医科麻酔科研修に関する同意

別紙の説明書を読み、歯科医師が医科麻酔科研修の一環として麻酔に携わることに同意します。

- 同意します  
 同意しません

年 月 日

本人氏名 (署名)

患者さまが未成年、判断能力がない場合は、代理の方が自筆署名してください。

代諾者氏名

続柄 (署名)

### 病院長殿

## 麻酔説明同意書（例示2）

### （歯科医師による医科麻酔科研修の同意を麻酔実施の同意と一緒に取得する場合の例示）

\*医科麻酔科研修の同意は、麻酔実施の同意とは区別して、熟慮する機会を与えて同意を取得すること。

\*この例示にかかわらず、各施設でできる限り分かりやすく、易しい言葉で文章を作成すること。

## 麻酔に関する説明・同意書

### 1. 麻酔の必要性および危険性

今回受けていただく手術や検査、処置は、麻酔を使わないと行うことが難しいため、麻酔が必要になります。近年、麻酔は以前よりも安全になってはいますが、まったく危険がないわけではありません。麻酔科の医師は、麻酔や手術中に患者さんの体の状態が悪くならないよう注意深く見守り、何か異常があった場合にはすぐに対応できるよう努めています。

### 2. 麻酔方法について

全身麻酔      脊髄くも膜下麻酔      硬膜外麻酔      末梢神経ブロック

全身状態があまり良くないときや、体に負担のかかる長時間の手術を行うときには、必要に応じて以下のような管（カテーテル）を体に入れることがあります。

動脈カテーテル    中心静脈カテーテル

上記麻酔方法は、状況に応じて変更することがあります。

### 3. 麻酔状態からの回復

局所麻酔を行った場合、手術のあともしばらくの間、しびれや力が入りにくいといった麻酔の効果が残ることがありますが、時間がたつにつれて少しずつ回復していきます。回復が遅れる場合には、必要に応じて専門の医師と連携して、適切な対応を行います。また、全身麻酔を使ったときの目覚めの時間や目覚めたあとの状態は、人によって異なり、はっきりと予測することが難しいです。ときには数時間以上かかることもあります。手術のあとに特に注意深い管理が必要だと判断された場合には、集中治療室に入ってもらったり、より設備の整った病院へ移って治療を受けていただくことがあります。

### 4. 麻酔に伴って発生し得る合併症（病気）（括弧内におよその発生頻度を示します）

#### ①点滴に伴うもの

1. 神経損傷(0.003%) 穿刺部から先のしびれや痛みが出現、難治性となることがあります。
2. 皮膚の潰瘍/腫脹(0.24%) 点滴漏れに伴い出現、難治性となり手術が必要になることがあります。

#### ②中心静脈カテーテル挿入に伴うもの

1. 動脈穿刺などによる血腫(0.5-10%)/空気塞栓(0.1-2%)
2. 気胸/血胸(0.1-3.1%) 胸腔内にたまった空気・血液を抜く処置が必要になることがあります。
3. カテーテル関連血流感染(極めて稀な頻度) カテーテルを留置する（とくに長期間）ことによって、全身性の感染症になることがあります。

③局所麻酔法によるもの

1. 局所麻酔中毒による痙攣や不整脈
2. 硬膜穿刺(2.5%)
3. 脊髄くも膜下麻酔/硬膜外麻酔後の頭痛(0.7-25%)
4. 硬膜外血腫(0.01-1%)、硬膜外膿瘍(0.1%)
5. その他の原因による神経麻痺(0.03-0.1%)

④全身麻酔によるもの

1. 低血圧、不整脈
2. 気道確保困難(5%)、低酸素状態
3. 誤嚥性肺炎(0.03-4%) 胃の内容物が逆流して肺に入ることによって肺炎が起こることがあります。
4. 術中覚醒(1%)
5. 体温低下(5%)、悪性高熱(1/7-10万人)

⑤気管挿管(呼吸を助けるためにチューブを気管に留置すること)に伴うもの

1. 歯の損傷(0.1%)など口の周囲の損傷
2. 嗄声(14.4-50%) 声のかすれ 反回神経麻痺(声帯を動かす神経が麻痺すること)や披裂軟骨脱臼(声帯を動かし、発声に関与する軟骨がずれること)などが生じた場合は難治性となり手術が必要になることがあります。

⑥手術中の体位や無動が原因となり得るもの

1. 神経障害(0.5%) しびれ、痛み、麻痺が出現、難治性になることがあります。
2. 褥瘡/コンパートメント症候群 持続的圧迫を受けていた領域に出現、難治性となり手術が必要になることがあります。
3. 腹臥位、頭低位手術後の視力・視野障害

⑦麻酔覚醒時、覚醒後にみられるもの

1. 覚醒遅延
2. 悪心、嘔吐(20-30%)
3. 高齢者のせん妄(50%)
4. 呼吸状態悪化 気管挿管を再度施行する場合があります。
5. 治療を要する血圧上昇や心拍数増加
6. 寒冷反応(寒気、ふるえなど)(40-60%)

⑧麻酔を受けるにあたって、お知らせいただきたい持病や体の状態について

以下の項目に当てはまる患者さんは、手術が決まってから手術後の回復までの間に、これらの病気や症状が悪化する可能性があります。安全に麻酔を行うために、麻酔科の医師から説明を受ける際には、持病や体の状態について必ずお知らせください。また、ふだん飲んでいるお薬の中には、麻酔の方法や薬の量を定めるうえでとても重要なものがあります。内服しているお薬があれば、すべて麻酔科の医師にお伝えください。

<麻酔管理上問題となる主な病態>

発熱、喘息、高血圧、狭心症、心筋梗塞、不整脈、弁膜症、糖尿病、肝機能障害、腎機能障害、脳梗塞、肺疾患、神経疾患(麻痺や神経炎など)、アレルギー 他

その他補足事項

### 5. 緊急時の事

手術、麻酔中に緊急処置を要する状況が発生した場合には、生命や身体的機能を守るために説明と異なる処置を実行することもあります。

### 6. その他（自由記載欄）

以上、説明を行いました。

年 月 日

説明医 診療科

氏名（署名）

同席者（署名）

私は、麻酔を受けるにあたり、上記医師から手術のために麻酔が必要であること、その麻酔の方法、合併症の可能性、麻酔時に緊急処置を要する状況が発生した場合には上記内容と異なる処置を行う事があることについて説明を受け、その内容を理解しました。

### 麻酔に関する同意

麻酔の内容について十分な説明を受け、理解しました。これに同意し、麻酔を受けることを承諾します。

同意します

同意しません

年 月 日

本人氏名（署名）

患者さまが未成年、判断能力がない場合は、代理の方が自筆署名してください。

代諾者氏名

続柄（署名）

### 病院長殿

歯科医師の医科麻酔科研修について

当院では、歯科医師の医科麻酔科研修を行っています。別紙説明書をお読みいただいたうえで、ご協力をお願い申し上げます。

本日同意書の説明をいたしますが、当該研修への協力は任意であり、また、同意後でもいつでも撤回することができます。

説明医 診療科

氏名（署名）

同席者（署名）

歯科医師の医科麻酔科研修に関する同意

別紙の説明書を読み、歯科医師が医科麻酔科研修の一環として麻酔に携わることに同意します。

- 同意します
- 同意しません

年 月 日

本人氏名（署名）

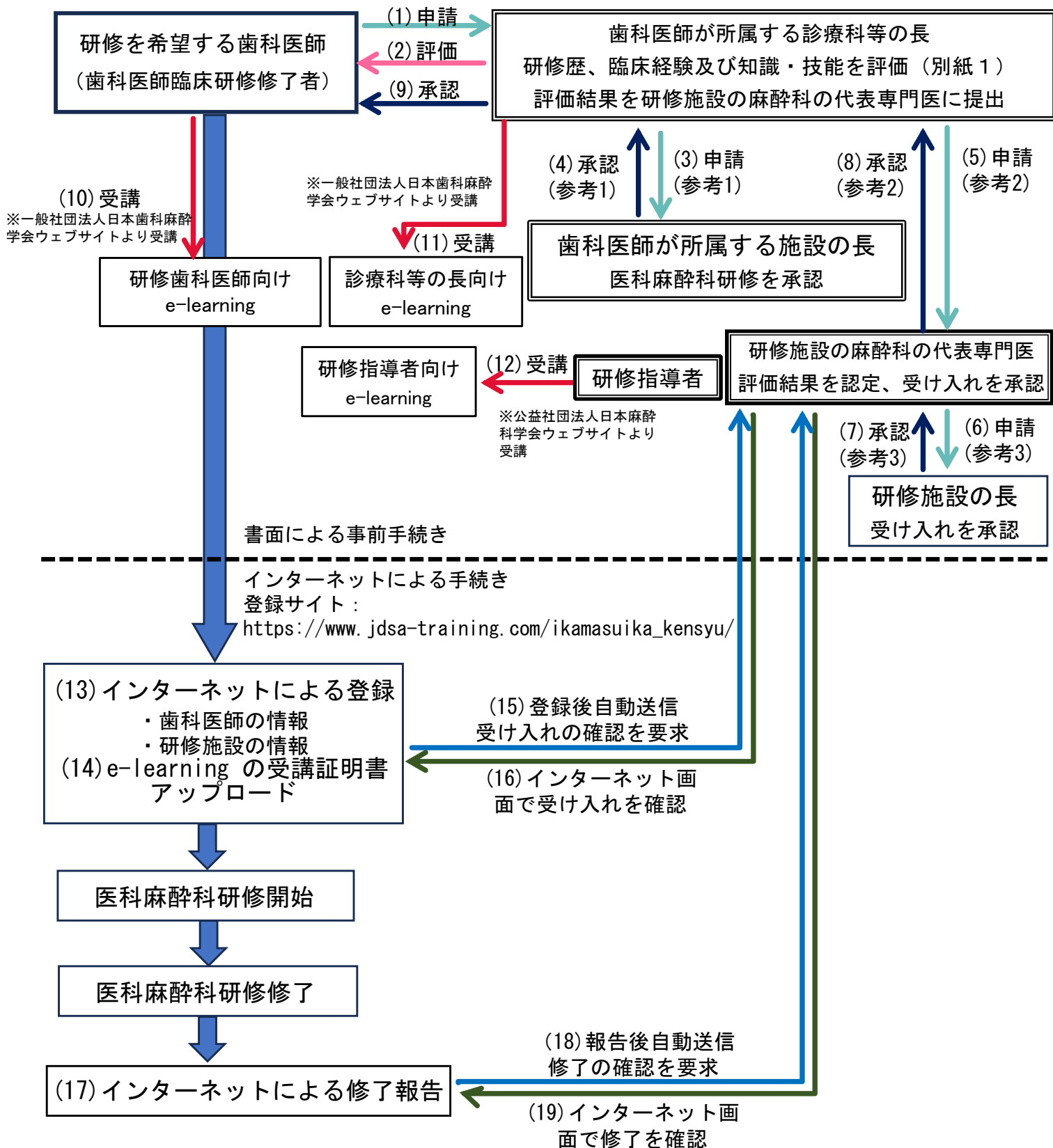
患者さまが未成年、判断能力がない場合は、代理の方が自筆署名してください。

代諾者氏名

続柄（署名）

#####病院長殿

## 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、所属する診療科等の長に研修希望を申請
- 2) 歯科医師の所属する診療科等の長が、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等の長が、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、診療科等の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等の長が、研修施設の麻酔科の代表専門医に研修実施を申請（参考2）
- 6) 研修施設の麻酔科の代表専門医が、歯科医師の評価結果を認定  
研修施設の麻酔科の代表専門医が、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、麻酔科の代表専門医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代表専門医が、歯科医師の所属する診療科等の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等の長が、歯科医師に研修実施を承認

### 2. e-learning の受講

- 1 0) 歯科医師は「研修歯科医師向け e-learning」を受講し、受講証明書を授受
- 1 1) 歯科医師の所属する診療科等の長は「診療科等の長向け e-learning」を受講し、受講証明書を保管
- 1 2) 研修指導者は「研修指導者向け e-learning」を受講し、受講証明書を保管

### 3. インターネットによる手続き

- 1 3) 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を登録
- 1 4) 歯科医師はインターネット上で、研修歯科医師向け e-learning の受講証明書をアップロードする。
- 1 5) インターネットサーバーから研修施設の麻酔科の代表専門医宛にメールを自動送信し、歯科医師の受け入れの確認を要求
- 1 6) 研修施設の麻酔科の代表専門医は、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 7) 歯科医師が、インターネット上で研修修了を報告
- 1 8) インターネットサーバーから研修施設の麻酔科の代表専門医宛にメールを自動送信  
歯科医師の研修修了の確認を要求
- 1 9) 研修施設の麻酔科の代表専門医が、歯科医師の研修修了を確認

(参考1)

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

〇〇病院〇〇科等の長  
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（1年を越えないこと）

通算研修期間（他機関の研修及び本申請の研修期間を含む）が通算2年を超えるか否か

通算2年を超えない（次項は不要です）

通算2年を超える（研修日数を記載してください）

研修日数：〇〇日（他機関を含めすでに通算2年を超えている場合は年間60日以内）

研修目的及び到達目標：

当歯科医師は、本人を被保険者とした歯科医師賠償責任保険に加入しています。

〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇病院〇〇科等の長  
〇〇〇〇殿

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  
代表専門医〇〇〇〇殿

〇〇病院〇〇科等の長  
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（1年を越えないこと）

通算研修期間（他機関の研修及び本申請の研修期間を含む）が通算2年を超えるか否か

通算2年を超えない（次項は不要です）

通算2年を超える（研修日数を記載してください）

研修日数：〇〇日（他機関を含めすでに通算2年を超えている場合は年間60日以内）

研修目的及び到達目標：

当歯科医師は、本人を被保険者とした歯科医師賠償責任保険に加入しています。

〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇病院〇〇科等の長  
〇〇〇〇殿

〇〇病院麻酔科  
代表専門医〇〇〇〇

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  
代表専門医〇〇〇〇

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（1年を越えないこと）

通算研修期間（他機関の研修及び本申請の研修期間を含む）が通算2年を超えるか否か

通算2年を超えない（次項は不要です）

通算2年を超える（研修日数を記載してください）

研修日数：〇〇日（他機関を含めすでに通算2年を超えている場合は年間60日以内）

研修目的及び到達目標：

-----

〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇病院麻酔科  
代表専門医〇〇〇〇殿

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