

2015年12月4日

日本臨床検査医学会
臨床検査専門医 各位

一般社団法人 日本臨床検査医学会
理事長 村田 満
総務理事（専門医機構領域委員代表）山田 俊幸

新専門医制度においてプログラム作成を検討されている方へ（その4）
連携施設での研修と専攻医の処遇について

11月27日に、「新専門医制度においてプログラム作成を検討されている方へ（その3）. 臨床検査領域専門研修プログラム申請のお願い」を案内しました。その中で連携施設における専攻医の処遇について簡単に説明しましたが、臨床検査領域ではローテーション研修は一般的ではなく、戸惑いを感じている施設も多いと拝察します。基本的には、各施設間の協議で決定されることですが、その際の参考にしていただく目的で今回説明を加えます。

1. 連携施設の定義

整備基準に示された施設規模で、指導医（専門医）が原則いること。いない場合は、専門医が非常勤やアドバイザーのよな形で関わっている必要があります。専攻医が一定期間（長さの規定はない）研修する施設で、例えば遺伝子検査を数日間見学に行く程度の研修は連携に含めず、プログラム内で、「当施設で行っていない遺伝子検査は、●○大学に見学に行く」などと言及してください。

2. 連携施設で研修中の専攻医の処遇

常勤（有給）で基幹施設に雇用されている専攻医について述べます。大学院生や研究生として研修している専攻医は出向先で雇用される必要がありませんのでここでは対象としません。原則として、専攻医が無給にならないような配慮が必要になります。確認いただきたいのは、基幹施設でプログラムに入ってきた専攻生を基幹施設の身分のまま（手当を継続）、他施設で研修することが可能か、可能ならばどれくらいの期間か、です。同時に、連携施設では短期の有給の受け入れが可能かどうか、確認してもらってください。どちらからも手当がでない時期があるとすると、その連携は不成立ということになります。また、連携施設への出向の仕方も工夫が可能です。例えば、毎週月曜日は連携施設で研修する、という方式もあります。これですと基幹施設側のハードルは低くなるかもしれません。

おそらくは、この連携施設の組み方と専攻医の処遇についてが最も大きな問題と拝察します。雇用がネックとなり、どうしても連携群を組むことが難しい場合はそれも理由書で述べて、単独施設となることも許可されますので、あまりに非現実的な方策をとる必要がないことに留意ください。また、一旦承認されたプログラムでも訂正が可能ですので、今回の連携協議がうまくいかなくても、次年度で追加することは可能です（その場合、プログラム開始前年の6月までの申請が必要です）。最後に繰り返しますが、当領域は、窮屈なプログラムで研修を困難にするよりは、専攻医を可能な限り多く獲得するほうが優先されることは機構も承認しております。どうぞ柔軟に考えていただき、プログラム作成作業を進めていただけたら幸いです。