

新専門医制度における基幹研修施設と連携研修施設について

自治医科大学臨床検査医学 山田俊幸

先の専門医会講演会で、標記につき理解し難いとのこと指摘をいただきました。また、学会 HP と臨床病理誌 10 月号に掲載された、新しい専門医制度についてのご案内でも、「新制度では研修施設を基幹施設と連携施設に分類する」とされており、誤解を招くものと考え、ここで再度説明させていただきます。

新制度では、研修施設の呼称に基幹施設と連携施設という表現を用いています。臨床医を想定すると大学附属病院など専攻医（後期研修医）が入局する施設が基幹に、派遣病院が連携に相当します。基幹施設は作成した研修プログラムとともに施設認定を受けることとなりますが、そのプログラムの中で、研修カリキュラムで定められた研修のうち自施設で行うことができないものは連携施設で行うことを明示することとなります。そのため、基幹施設と連携施設はプログラム策定時に協議し、役割を明らかにしておく必要があります。

これまでの臨床検査専門医制度で、研修施設として認定されている施設はそのまま基幹施設として申請いただきたいところですが、以下のような前提、制約が想定されます。

まず、専攻医を臨床検査部（科）の専属職員として原則、雇用する必要があります。しかし、事情により他科枠で雇用しても、実際は検査部（科）に専属して研修していることが示されれば許容されるかもしれません。施設基準は現在のものと大きな差はありませんが、案では研修カリキュラムに示された検査項目の7割以上を実施していること、年間検査実施数で、一定の実績があることなどを要件に加えています。また、新制度で更新された専門医（指導医）の存在は必須となります。

連携施設については、臨床科の場合は派遣先になり、専攻医はそこで雇用されるわけですが、当領域はそのようなケースは稀と思われます。基幹施設でできない研修を補うため、短期間出張して、研修するなどが考えられます。例えば、基幹施設で免疫電気泳動を施行していない場合は、その原理を基幹施設において座学で学び、外注報告書を利用することで結果の解釈を学ぶことが可能ですが、検査そのものを知る必要があるため、施行している施設で、数日～数週間、研修を提供することをイメージください。連携施設は、現行の案では、基幹施設と同じ地域単位にあること（北海道、東北、などの学会支部区分けの地域を想定）、専門医がいること（非常勤でも可）が条件となります。

基幹、連携の組合せは自由で、プログラムと専攻医を中心とした位置づけとなります。例えば、A 大学病院、B 病院、C（小規模）病院があり、A 大学病院のプログラムに応募して a 専攻医が、B 病院のプログラムに応募して b 専攻医が、それぞれ研修するとします。そこで A 大学病院では、ある検査を実施していないため、プログラムでは B 病院でそれを研修すると明記されていたとすると、このプログラ

ムと a 専攻医にとっては、A 大学病院が基幹施設に、B 病院が連携施設になります。同じようなことで、b 専攻医にとっての基幹施設である B 病院がプログラムで A 大学病院と、必要であれば C 病院を連携施設と位置づけることも可能です。つまり、A 大学病院または B 病院は、ある専攻医にとっては基幹で、別な専攻医にとっては連携となるわけです。

以上は、話を分かりやすくするために不可能な検査がある場合に連携施設で学ぶということでしたが、基幹施設で可能な研修であっても、C 病院に優れた指導医が勤務しており、そこでの研修が望ましいとされる場合は、地域連携の観点からも積極的に大病院以外の施設との連携が推奨されます。

従いまして、まず基幹施設を予定される場合は、どの施設とどのように連携するかをプログラム策定までに検討されたほうがいいでしょう。最初から連携施設としてのみプログラムに参加を希望される施設は、どの検査領域で貢献できるかを明確にして基幹が想定される施設に周知することをご検討ください。