

## 社会医学系専門医制度の諸文書案へのパブリックコメント(2016/3/30~5/6受付)と回答 2016年6月6日

項目	ご意見・ご提案	回答
1	<p>いわゆる一階部分に社会医学の専門医コースを作ることに反対します。</p> <p>社会医学の専門医コースは、作るとするならば、2階部分に作ることを提案します。その場合、1階部分は、内科もしくは総合医とすることを提案します。産婦人科や小児科や精神科も含めてもいいのかもしれませんが。</p> <p>以下理由です。</p>	<p>臨床現場の医師としての経験を重視すること、様々な臨床経験を持った医師が、社会医学系の専門医制度に円滑に入れるようにしていくことが、すでに既定の方針となっています。</p> <p>社会医学系領域で、大いなる社会貢献をされて輝いておられる医師が、大変数多くおられます。社会医学系の仕事は外から見えにくいものですので、当制度が発展し関連事業が展開されていくことを通じて、社会において魅力ある専門医像が行き渡り強化されていくことを目指しています。</p> <p>また、診療科を特定することは、現在、想定されていません。</p> <p>さまざまな経験レベルの医師が入ってくるしくみを目指しているため、単なる臨床の専門医制度における“一階”部分とは、既にかなり異なるものとなっています。</p> <p>当然、海外の状況も参考にしております。その上で、日本の状況を最大限に活用し、かつ世界に誇れる専門医制度にしていく必要があると考えております。</p> <p>今後、上記の点を、文書面でも、よりわかりやすく表現し発信するようになっていきます。</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ジェネラルな臨床医としての感覚が必要であると考える。</li> <li>・臨床経験なきペーパー医師を社会医学専門医とすることは、社会医学専門医のスティグマ化(例:どうせ臨床できない人でしょ)に拍車がかかる。</li> <li>・社会医学においても、現場の理解は実際重要。他職種と比較しての医師の強みは、臨床医であることではないでしょうか？</li> </ul>	<p>ささまざまな経験レベルの医師が入ってくるしくみを目指しているため、単なる臨床の専門医制度における“一階”部分とは、既にかなり異なるものとなっています。</p> <p>当然、海外の状況も参考にしております。その上で、日本の状況を最大限に活用し、かつ世界に誇れる専門医制度にしていく必要があると考えております。</p> <p>今後、上記の点を、文書面でも、よりわかりやすく表現し発信するようになっていきます。</p>
3	<p>・今後は、1階建て部分は1つしか取れないことになるかと思っています。そうすると臨床専門医からの流入が減ることが予想される。さらなる社会医学系の医師の不足となる。上述のごとく臨床医経験のある人を社会医学に積極的に引き込むべきと私は考えるので、その意味でも2階建てにすべきと考える。</p>	<p>ささまざまな経験レベルの医師が入ってくるしくみを目指しているため、単なる臨床の専門医制度における“一階”部分とは、既にかなり異なるものとなっています。</p> <p>当然、海外の状況も参考にしております。その上で、日本の状況を最大限に活用し、かつ世界に誇れる専門医制度にしていく必要があると考えております。</p> <p>今後、上記の点を、文書面でも、よりわかりやすく表現し発信するようになっていきます。</p>
4	<p>・諸外国の類似の資格は、内科や家庭医の専門コースを終えて、からなるものであると理解している。こちら辺の知見は、○氏(4月1日より○大精神保健の助教)が詳しい。</p>	
5	<p>今回「19領域」に比肩する「20領域目」としようという志は大いに多とするものの、他の19領域(この19領域間も温度差が大きいですが)に比べると、あまりにも「周回遅れ」感が強く、はたしてこれで大丈夫なのか、心配なところではあります。</p>	<p>関連学会の専門家制度・専門医制度とは、これを機会に、相互に、より発展的な展開ができるように進めていく予定です。</p>
6	<p>特に、既存の「公衆衛生学会認定専門家」制度との整合性や、現在国内でも複数のプログラムが走り出しているMPHコースとの整合性など、公開されているプログラム内容では見えない部分が多く、また実際の行政の現場は「公衆衛生」だけをやっているのではないことにも留意する必要があると考えます。(むしろ「公衆衛生」以外のエフォートが高い場合もあります)</p>	<p>社会医学系のキャリアパスが多彩であることも、そこに共通基盤があることも、世界に普遍的なものです。当制度は、その共通基盤の強化を行い、そして、その上立つサブスペシャリティの強化につなげようというものです。</p> <p>当制度ではMPHや関連大学院での習得内容は最大限にカウントしますので、整合の点で問題が生じることはありません。また、MPHで受け入れている医師の院生と、当制度の専攻医とは、数的規模や地理的分布がかなり異なります。</p>
7	<p>また、いま公衆衛生の現場にいる医師のキャリアパスは非常に多彩で、それを最大公約数的な「プログラム」に収斂させるのは相当なエネルギーを要すると思われ、かえすがえすも「スタートの遅れ」が悔やまれます。せめて3年前(このころはすでに制度設計のアウトラインはわかっていたはず)に時間を戻せば、とは思います。</p>	<p>臨床活動との兼担や臨床の専門医制度との相互作用も重要と考えられており、その方向で検討が進んでいます。</p>

項目	ご意見・ご提案	回答
8	<p>多分野協働としての「社会医学」            専門医制度そのものには、医師の「社会医学」の専門性とその誇りの確立という観点から賛成です。            ただ、その理念として位置づけられる「社会医学領域の専門医制度の確立について」の中に「社会医学的活動の推進には、医学の専門性に基づく医師のリーダーシップは必須である」と記載されている点(<a href="http://shakai-senmon-i.umin.jp/">http://shakai-senmon-i.umin.jp/</a>)が気になっております。すなわち、これは「社会医学」分野に医師を頂点とするヒエラルキーを新しく設定するもの、あるいは助長するものにならないかという点です。            言うまでもなく医師の医学に関する知識、技能の専門性には高いものがあります。しかし、社会医学の対象とする領域には、たとえば脳卒中で治療を受けた患者が退院したあとの在宅での生活、薬物常習者の更生、あるいは小学校、中学校、高校など若い世代における性感染症などの知識、行動変容などのいわゆる予防教育、あるいは地域で高齢者が元気に生活していく上での医療とのかかわり(自助・互助・共助・公助)の中での医療)など、医学的知識・技能だけで解決できないものも多く、社会医学は、医療・看護・介護・福祉、その他多くの分野との協働で成り立っているいわばマルチディシプリナリー(multidisciplinary: 多学問分野)の領域と考えられます。</p>	<p>リーダーシップには、イメージされやすい指示型の他、関係者間の連携がうまくいくように調整する関係重視型や、主として聞き役として動く支援型などいろいろな形があります。現代社会の諸問題は、ご指摘の通り、多分野協働が必須となっており、医師以外の方がリーダーシップを発揮する場面も多いと考えられます。一方で、医学の専門性に基づく医師のリーダーシップが発揮されることが問題解決に有効である場面も必ず存在するため、社会医学系専門医としてリーダーシップを発揮できる能力の獲得を目指すことは重要であると考えられます。</p>
9	<p>このような領域においては、たとえば「多くの病気を抱えた余命いくばくのご老人(要介護度4)が、病院を退院させられたあと、在宅で幸せに暮らすにはどうしたらよいか」というような場面では、医療の考え方を優先しては、物事を決められないのではないかと？ すなわち「医学の専門性に基づく医師のリーダーシップ」というよりも、「医療・看護・介護・福祉、その他多くの分野との協働の中で、最善を模索するというような相互理解と協力体制」という意識をもつことが大切ではないかと考えます。            真の意味で「社会医学」を発展させることを考えるのであれば、このように社会医学がマルチディシプリナリーであり、だから医学のみがその専門性の頂点にあるというような意識ではなく、社会医学を発展させるための多くの専門性の中のひとつであるというような認識、すなわち、医師だけではなく、看護師、保健師、あるいは教師やその他多くの人がリーダーシップをとって構わない。多くの人が協力してこそ「社会医学」が発展するという考え方こそが重要なのだと思います。            このような「臨床医学」とは異なる「社会医学」の独自性(多分野協働としての「社会医学」)の考え方を、理念のどこかに明確にご記載いただければ幸いです。「専門医制度」が、豊かな「明日の日本」を構築するための礎となること期待しております。</p>	<p>多分野協働は、ご指摘の通り、社会医学において、非常に重要なものとなっています。そこで、専門研修整備基準の専門研修後の成果の大項目のひとつとして、「パートナーシップの構築能力」を掲げており、また、専門研修の評価として「多職種評価」を行うこととしています。さらに、基本プログラムにおいても、組織経営・管理において、「多職種連携のあり方」や「リーダーシップの種類」などを学習することとしています。</p>

項目	ご意見・ご提案	回答
10	<p>基本プログラム(案)として</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各科目は7コマ(1コマ1時間相当)の講義、演習からなる。</li> <li>・専攻医は3年間のうちに全7科目を履修することが求められる。</li> </ul> <p>とあり、7×7=49時間の講義・演習を受けなければならないのですが、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会医学系専門医協議会所属の学会は総会時に合わせて、これら7科目のうち、1～数科目の研修を開催する。</li> </ul> <p>となっており、全国様々な場所で年に一回程度しか開催されない研修に参加して、3年間で49時間の講義・演習を受けるのは大変な作業であろうと想像されます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国立保健医療科学院や公衆衛生大学院の課程修了を以て7科目の全部または一部の履修修了とみなすことを検討する。</li> </ul> <p>となっているので、結果的に、この社会医学系専門医の制度は「国立保健医療科学院や公衆衛生大学院」へ誘導するための仕組みになるだろうと考えられる。そのこと自体は悪いことではないとも思われる一方で、公衆衛生大学院は基本的には都市部にしかないため、実質的にこの制度を利用できる者が都市に偏りそうです。また、国立保健医療科学院で行われる短期的な研修を受けるだけのようプログラムとなってしまうことも懸念されます。</p> <p>3年という制限は緩和したり、短期集中だけで終わってしまうことがないような仕組みにしていきたいと要望いたします。</p>	<p>基本プログラムについては、1科目(7コマ)を1日の研修会で行う予定です。7科目が少なくとも年1回実施されるよう体制を整備したいと考えています。</p> <p>また地方在住の方の履修ですが、現在、国立保健医療科学院や公衆衛生大学院の課程だけでなく、各地の医学系大学院の公衆衛生学、衛生学講座等が提供する科目や講義も、協議会が認めた上で、基本プログラムの一部履修の対象とすることを検討しています。さらに、科目によっては、e-learning化を進め、全国どこにいても、いつでも履修できるような体制を整備していきたいと考えています。</p>
11	<p>1. それぞれの学会、機関が「社会医学系専門学会・機関」ではないことの明記が必要</p> <p>今回、「日本衛生学会、日本産業衛生学会、日本公衆衛生学会、日本疫学会、日本医療・病院管理学会、日本医療情報学会、全国保健所長会、地方衛生研究所全国協議会、全国衛生部長会、全国機関衛生学公衆衛生学教育協議会」が合同で検討されていることは素晴らしいと思います。一方で、各学会間で十分な交流と議論がないため、この学会がレベルが上だといった誤解や偏見が存在することは否定できません。改めて今回、貴協議会が目指しておられる制度が、これらの学会や機関の英知を統合した、各学会の専門性をさらに統合したものであることを明記する必要はないでしょうか。また、ここに名前を連ねているすべての分野について専門性を身に着けることは至難の業です。専門医の育成と同時並行で、ぜひとも学会の垣根を超えた連携体制の構築(2. で記述)をお願いしたいと思います。</p>	<p>社会医学系専門医協議会要綱の第2条にありますように、社会医学系専門医制度にあつては、社会医学系の関係学会・団体が共働して制度を設立、運営する旨明記されております。ご指摘のように、学会や機関の英知を統合した専門医制度になるよう、関係各位のご協力が欠かせないと考えております。</p>

項目	ご意見・ご提案	回答
12	<p>2. 領域専門医のリーダーシップによる連携体制の構築の必要性</p> <p>今回の専門医制度が確立された時に、その専門医と例えば一大学の一講座(例:公衆衛生学)の教授との関係性に関する記述が必要です。すなわち、地域全体を俯瞰できる、かなり高度な専門性を持った専門医であっても、データ解析等ではより高度な技術を持った専門家の支援を求める必要があります。その際に、大学教授が専門医ではない場合、領域専門医への協力が十分得られないことが考えられます。1.にコメントしたように、今回の専門医制度は、より広範囲の諸課題を俯瞰するだけでなく、調整し得るのが社会医学系専門医であることを各学会が認め、積極的に協力、協働をする必要性を会員に周知徹底していただきたいと思えます。</p>	<p>守備範囲が広大な社会医学系専門医の育成にあたっては、複数の研修連携施設の協力体制が基盤となり、その中心にある研修基幹施設が研修全体をコーディネートする設計となっております。すなわち、一人の担当指導医による指導だけでなく、必要に応じて要素指導医の指導を受けながら、社会医学系の幅広い内容を研修することになっています。ご指摘のように、関係する各学会・団体の協力、協働については、継続した呼びかけが必要と考えております。</p>
13	<p>3. アウトカムについて</p> <p>ソーシャル・キャピタルが醸成された地域で自殺が少ないといった事実があり、健康日本21等でもその重要性が指摘されています。しかし、実際にどのように取り組めばいいかに関して、総論的な方向性は示されるものの、実践となると遅々として進まない状況があります。この状況がなぜ起こり、それをどう改善することがこの専門制度の重要な柱になります。そこをもう少し具体的に記述できないでしょうか。</p>	<p>ご指摘の内容は大変重要な点と認識しております。これらについては、今後詳細な教材や教育プログラムを作成する中で反映させていきたいと考えておりますので、ご理解のほどよろしくお願い致します。</p>
14	<p>4. 基本プログラムについて</p> <p>率直なところ、どの分野のプログラムも現状の中でできる範囲にとどまっている印象です。もしこのプログラムを推し進めるのであれば、逆にプログラムはあくまでも「専門医」と称する「社会医学系基礎履修医」と位置づけ、その上位に、「指導医」ではなく、「上級専門医(仮称)」のようなものを目指すことを明記する必要がないでしょうか。</p>	<p>基本プログラムは、専攻医が社会医学系専門医となるために必要な最低限の知識を身につけることを目的とした必須プログラムを指します。</p> <p>ご指摘の「プログラム」は、専攻医の研修プログラム全体を指しておられると思われまます。ご意見は、今回提示の専門医資格を1階に位置づけ、2階部分として上級者向けの専門医資格を設けるべきであるとのご指摘かと思えます。この点については、協議会でも議論を進めているところであり、今回提示の社会医学系専門医を共通のベースとして、社会医学系の各学会がそれぞれの2階建て部分を構築することも選択肢の一つと認識しています。</p>
15	<p>5. 狭い専門性を持った人材の活用について</p> <p>今回の制度の一番の問題点が「指導医」の位置づけではないでしょうか。「指導医」はあくまでも「専門医」を取得するための基礎プログラムを実施する機関にいる者と位置づけ、狭い領域で専門性を持った人材を含めた、将来的な社会医学系医師の理想的な連携の構図を図式化していただけるとありがたいです。</p>	<p>指導医の資格やあり方については、移行期も含めて現在、協議会で議論しているところです。</p> <p>基本的に、指導医はそれぞれの専門性の範囲内で専攻医を指導するものと認識しています。また、少なくとも同じ研修プログラムの指導医同士が連携し合う体制づくりが、効果的・効率的な指導のために重要だと考えています。</p>
16	<p>6. 専門医の活躍の場について</p> <p>素晴らしい制度ですが、現実問題、大学の教員はこのように幅広い資質を求められていません(実際には必要だという理解はあったても、論文執筆ではより狭い専門性が必要)。ぜひこのような専門医が国、都道府県(保健所等)、市町村などの地域保健の現場で活躍できるシステムづくりも同時に提案してください。</p>	<p>根拠に基づく施策推進が必要とされている現在、深い専門性を持つ大学教員も社会医学系専門医を養成する上で、たいへん重要な役割を果たすものと考えています。</p> <p>ご提案の専門医が地域保健の現場で活躍できるシステムづくりは専門医養成の目的とも関わる本質的な課題であると認識しています。専門医制度の整備と並行して検討を進めるつもりです。</p>

項目	ご意見・ご提案	回答
17	ご提案のプログラムは日本国内の社会医学に取り非常に有意義だと思われませんが、さらにその活用の先を国外にも向けて頂けるとより良いかと考えます。公衆衛生には国境はなく、例えば感染症は容易に国境を超えますし、また日本の経験を活用出来る他国や他国の経験が日本に役立つこともあると考えます。	コメントありがとうございます。ご指摘の通り今日の公衆衛生の課題は感染症をはじめ、環境保健、食品衛生等、一つの国の中のみで対応できないものが多くあります。またご指摘の通り、日本の公衆衛生分野の諸制度や現場の経験がUHCの実現に大いに貢献するものであり、より多くの専門医の貢献が期待されます。
18	したがって、方法論は同じにしながらも、活用先もしくは情報源として国内に限定せず国内外を含めることができるより有意義で実践的であると考えます。構成員に日本国際保健医療学会や日本熱帯医学会などが加わると良いのではないかと思います。	そこで基本プログラムの中で限られた時間ではありますが、国際保健についても学習していただくことにしています。また協議会の構成として日本国際保健医療学会も加わることが検討されています。
19	1. 医師以外で社会医学系専門家が数多く活躍していますが、このような方々のモチベーションが下がるような制度になってしまうかもしれません。	コメントありがとうございます。確かに医師以外の専門家が多数活躍しているのも社会医学系の特徴です。医師に限らず「専門家」を認定する制度がすでにある学会や現在検討中のもありますので、これらと専門医制度との連携や共通プログラムの開発も行いながら、このような方々のモチベーションが下がらないようにも配慮してまいりたいと思います。
20	2. 関係学会(公衆衛生学会など)はすでに専門医制度を導入しており、複数の学会が今後専門医制度導入を予定しているとうかがいました。今後、多くの社会医学系若手医師が複数の社会医学系専門医や専門家を取得することが想定されます。しかし、そのために、若手医師や指導者の負担が大きくなってしまいう可能性も考えられます。関係学会との共通プログラムを導入したり、手続きを簡便化するなど、調整をしていただけると良いのではないのでしょうか。	コメントありがとうございます。今回の制度は、複数の社会医学系学会が共通プログラムを導入し、手続等も簡便化することも重要な目的の一つです。ご期待に沿えるように、今後も作業を進めてまいりたく存じます。
21	3. 専門医を取得することのメリットがもう少し明らかにならないと、制度を導入してもあまり浸透しないのではなかと感じました。研究者であれば、論文執筆や学位取得の方が大事だと思うかもしれません。	コメントありがとうございます。確かに専門医取得のメリットは、短期的に見れば、研究者よりも、行政や産業保健領域をはじめとする社会医学の「現場」にとってより大きく感じると感じます。これはおそらく一般の臨床系専門医と同様だと思います。しかしながら、研究者や教育者としての道を目指す場合であっても、最終的には社会医学系の広範な領域に関わる一定の知識や実践経験が強く求められる可能性が高いと思います。専門医取得のメリットに関しては今後も検討させていただきたいと思います。
22	第一に、この専門医制度は必要がないと考えます。社会医学領域は、多様な社会ニーズに合わせて、それぞれが構築されている中、医師だけが特権になるような専門医制度を構築しリーダーシップを渡英という体制はあまりにも今の時代には、適応していかない。いまや、医学は社会そのものと結びつき、具体的には、経営学、経済学、情報学をはじめとした多くの学問と融合して構成されているにもかかわらず、医師だけがその領域を資格制度のするのは、不相当と考える。	社会医学系の活動は、多職種の協働によって成り立っています。医師も、多職種と同様に固有の役割・機能を持っていますので、固有性の強い部分も含めた全体をとらえて、当制度によってその専門性の強化を図ろうとしております。その中で、当然ながら、多職種で共同していく力は、必須の重要領域です。
23	第二に、この教育カリキュラムで教育を受ける領域が、医師の資格がなくてはできない領域ではないこと特に、行政、教育・研究機関ですが、この領域内で医師の教育だけを専門医性にするのは、非現実的と言わざるえない。	また、プロフェッションとも呼ばれる各職種は、個人として、そして集団としても、自ら専門性を向上させる努力をし続けなければなりません。そして、当制度の発展を通じて、学会や団体や職種を超えて社会医学系全体の活動の専門性の強化・向上に貢献することをも目指しております。

項目	ご意見・ご提案	回答
24	第三に、医師の専門医制度は、医師の最低スキルを認定するもので、社会医学領域は医師の領域とするものではないため、この認定は必要性がない。	
25	第四に、協議している団体の中に、経営、経済系の学会が含まれていない。これでは議論の余地もない。	経済や経営も、当協議会に参加している多くの学会で扱っており、主な領域として扱っている学会もあります。
26	<p>この社会医学系専門医制度は、専攻医・専門医・指導医として歯科医師の参入を予定した制度なのかそうでないのかが良く分かりません。</p> <p>医師法・歯科医師法の第1条を持ち出すまでもなく、両者の使命は「公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保する」事にあります。社会医学系専門医協議会を構成している各学会にも少数ながら歯科医師の会員が在籍し、これまた極めて少数ながら保健所長に就任している歯科医師もおります。厚生労働省並びに都道府県・市町村の衛生主管部局では(診療行為が伴わないため)その職位に応じた職務に従事しており、防衛省・自衛隊内でも診療行為以外の職務はその階級に応じた者となっております。</p> <p>この様な状況から「社会医学系」の専門医制度で歯科医師を排除しなければならない理由は見当たりません。</p> <p>専門研修プログラム整備基準(案)、特に、①専門研修後の成果(Outcom)、②到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)などは、医学教育モデルコアカリキュラムや医師国家試験出題基準、現行の医学部卒前教育等と良く整合がとれていると見受けられますが、歯学のコアカリ、出題基準、卒前教育等とも整合しています。</p>	<p>制度の発足が日本専門医機構が運用する制度との合流を目指しており、同機構の制度は医師のみを対象としていることから、今回はあくまでも医師のみを対象としたものです。社会医学における歯科医の専門性に対する重要性については疑う余地のないことですが、臨床歯科医の制度に併せて検討されるべきものと考えられます。</p>
27	<p>さらに、「専門研修プログラム整備基準(案)」の③ 経験目標(種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価等)において、また、「専攻医研修マニュアル」の表5 専門研修において経験すべき課題、情報収集・分析解決の方法において、</p> <p>i. 経験すべき課題</p> <p>2. 各論的な課題(分類に関わらず全22項目中3の経験が必須)</p> <p>1-5) 歯科保健(項目5)</p> <p>として歯科関係の項目が挙げられておりますが、制度として歯科医師参入不可と制度設計を行えば、理論的には、「歯科保健」の領域の指導医は将来的にも確保できなくなります。</p>	
28	<p>一方で、「社会医学系専門医制度に向けて一概要説明(2016年3月)」に示されているとおり、臨床系の専門医制度と並列の形を意識すれば、歯科系各学会の専門医制度は今のところ学会認定の形を取り続けておりますので、整合性をとることが難しくなってきます。</p>	
29	<p>前述の通り、行政職に就いている歯科医師がおり、本制度が施行された場合に応募してくる可能性がありますので、歯科医師に対してどのように制度設計するか、ご検討されるべきと考えます。</p>	

項目	ご意見・ご提案	回答
30	<p>1ページ「県庁」→「県本庁」(理由 保健所も県庁の一部であるから)</p> <p>5ページ「本プログラムの主分野である「産業・環境」以外の、「行政・地域」 →「本プログラムの主分野である「行政・地域」以外の、「産業・環境」 「職域機関以外に以下の3つがあります」→ 「行政機関以外に以下の3つがあります」</p> <p>13ページ「保健所勤務の場合は以下を追加」への追加記載項目「感染症・食中毒のアウトブレイクへの対応に必要な知識と技術の習得」</p>	<p>・行政機関モデルプログラムP1「県庁」 本モデルプログラムについては、各都道府県が独自のプログラムを作成するためのモデル・例示という位置づけです。そのため、ご指摘の部分については各自治体でプログラムを作成する際に「〇〇県〇〇部」といった形で独自の記載をしていただければと考えています。</p> <p>・同P5 「本プログラムの主分野である「産業・環境」以外の、「行政・地域」→「本プログラムの主分野である「行政・地域」以外の、「産業・環境」 「職域機関以外に以下の3つがあります」→「行政機関以外に以下の3つがあります」 ご指摘の通りですので修正させていただきます。</p> <p>・同P13 「保健所勤務の場合は以下を追加」へ「感染症・食中毒のアウトブレイクへの対応に必要な知識と技術の習得」を追加 ご指摘の通りですので追加させていただきます。</p>
31	<p>1. 社会医学系専門医制度を構築してゆくことは、精神保健福祉活動において重要な役割を担う保健所や行政機関に勤務する公衆衛生医師の確保および育成に役立つものとして、好ましいと考えます。</p>	<p>本制度についてご理解いただき誠にありがとうございます。</p>
32	<p>2. 今回示された「専門研修プログラム整備(案)」については次のような修正を望みます。</p> <p>a.「専門研修プログラム整備基準(案)」における、「理念と使命」および「医師としての倫理性、社会性など」の項において、「人権の保護」ないし「人権への配慮」を加えるべきです。</p> <p>地域保健活動においては、精神保健福祉法に基づく本人の意思によらない移送や入院のほか、感染症法に基づく予防や治療ための強制隔離に関与せざるをえない場合もあり、それぞれの法に明記されているように、人権の尊重は欠かせません。</p> <p>b.「専門研修プログラム整備基準(案)」における、専門技能(診察、検査、診断、処置、手術など)の例示において、「精神障害者の措置診察の判断」は削除し、「精神保健福祉法に基づく申請・通報等への適切な判断、対応」とすべきです。</p> <p>精神保健福祉法においては、精神障害者又はその疑いのある者に関し、保健所は一般人からの申請や警察官からの通報、病院管理者からの届出に関し、都道府県知事への経由事務を行うこととされています。しかし、措置入院にかかる診察については、都道府県知事(政令指定都市市長を含む)が調査の上必要があると認める場合に行わせるとされ、その必要性の判断を保健所等の公衆衛生医師が行うとの規定はなく、保健所の医師の関与も地域差が大きいのが実情です。なお、今回示された各モデルプログラムにおいてはこの例示はありません。</p>	<p>・専門研修プログラム整備基準のP1「理念と使命」、およびP4「医師としての倫理性、社会性など」 精神障害者対策だけではなく、感染症対策等においても患者等の人権への配慮は非常に重要な事項ですので、該当箇所に「人権尊重の意識」等の記載を追加する方向で検討させていただきます。</p> <p>・同P4「精神障害者の措置診察の判断」→「精神保健福祉法に基づく申請・通報等への適切な判断・対応」 「精神障害者の措置診察の判断」は削除し、他の部分と整合性と取った表現に変更する方向で検討させていただきます。</p>

項目	ご意見・ご提案	回答
33	<p>3. 今回示された各文書については次のような修正を望みます。</p> <p>a.「モデルプログラム(行政機関)(案)」および「モデルプログラム(職域機関)(案)」において精神保健センターとあるものは、精神保健福祉法第6条に基づき、精神保健福祉センターとすべきです。</p> <p>b.明らかな表記の誤りを訂正してください。</p> <p>今回の資料では、誤字脱字が散見されます。例えば、「モデルプログラム(行政機関)(案)」の「副分野における現場での学習」の節における、「本プログラムの主分野である「産業・環境」の文については、「行政・地域」の誤記と考えます。</p>	<p>行政機関モデルプログラムについては、各都道府県が独自のプログラムを作成するためのモデル・例示という位置づけです。そのため、各自治体においてプログラムを作成する際に「〇〇県立こころの健康センター」等、独自の記載をしていただければと考えています。</p> <p>ただし、誤解を避けるため、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・同P2「精神保健センター」→「精神保健福祉センター」</li> <li>のとおりに修正させていただきます。</li> <li>・同P5「本プログラムの主分野である「産業・環境」以外の、「行政・地域」→「本プログラムの主分野である「行政・地域」以外の、「産業・環境」</li> <li>・同P5「職域機関以外に以下の3つがあります」→「行政機関以外に以下の3つがあります」</li> </ul> <p>ご指摘のとおりに誤記ですので修正させていただきます。</p>
34	<p>4. 地方自治体におけるプログラムの作成に当たっては、制度の趣旨および自治体の実情に応じて、研修協力施設として、狭義の保健医療以外の関係機関も含めて設定できることを明らかにすべきです。</p> <p>保健所や地方衛生研究所、精神保健福祉センター、医療機関だけでなく、児童や高齢者を含め地域住民の福祉に関係する機関も、地域保健の実践のため日常的に連携が必要であり、社会医学系専門医の関与が期待されます。</p>	<p>・今回の専門医制度においては、研修基幹施設(行政機関の場合都道府県)が各協力施設と施設群をつくって研修の充実を図ることが想定されています。ご指摘の通り、児童・高齢者福祉等の関係機関についても、協力・連携施設として設定されることは想定していますが、最終的には各基幹施設(都道府県)のプログラムが協議会の承認を受けることにより、協力・連携施設として認められることとなります。</p>
35	<p>5. 本専門医制度の運用に開始に際しては、パブリックコメントに留まらず、日本専門医機構の基本診療領域を構成する臨床各科を中心とする関連学会や関係機関、関係団体と十分な調整をはかり、現場での混乱を避け、実効性あるものにしてゆくことを強く望みます。</p>	<p>・今回、社会医学系専門医協議会では、制度設計の段階から日本専門医機構と連携を図りながら、他の基本領域との整合性も見据えて作業を進めております。今後も関係機関・関係団体との十分な調整に努めてまいりますので、関係者の皆様方にはご理解・ご協力のほどよろしくお願い致します。</p>
36	<p>本専門医制度の理念として、「人々の健康の保持・増進、傷病の予防」とありますが、本専門医制度案の活躍する領域として、本理念の中心である当使命が欠落していると考えられます。「多世代・生涯にわたる健康面での安全、安心の確保と向上に寄与する」には、健康の保持と疾病予防が原点となります。しかし、健康o医療などの現体制は、予防ではなく、治療、リハビリに大きく偏り、医療費の増大を齎し、窮地に陥っています。現状では、「元気で長生き」を指導する体制o人材がありません。</p> <p>本制度が実あるものであるために、予防医学、特に、日常の食を含む生活指導が必須と考えます。</p> <p>他方、管理栄養士の国家資格制度が平成13年9月5日に公布され、平成14年4月1日から施行されることとなり、以来10数年を経過した。</p>	<p>ご指摘の内容は大変重要な点と認識しております。これらについては、今後詳細な教材や教育プログラムを作成する中で反映させていきたいと考えておりますので、ご理解のほどよろしくお願い致します。</p>



項目	ご意見・ご提案	回答
37	<p>*管理栄養士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、管理栄養士の名称を用いて、</p> <p>①傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導 ②個人の身体の状況、栄養状態等に応じた高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導③特定多数人に対して継続的に食事を供給する施設における利用者の身体の状況、栄養状態、利用の状況等に応じた特別の配慮を必要とする給食管理及びこれらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行うことを業とする者をいう(栄養士法1条2項)。</p> <p>しかし、本資格保持者、即ち、管理栄養士の意識活動は、①の病態栄養のみに重点がおかれ、特に、今、最も必要とされている②への寄与が殆どないのが現状である。栄養指導の現場では、やはり医師の指導下での活動が原点となり、臨床現場の医師の指導下で傷病者健康管理のみに大きく偏っている。</p> <p>この現状に鑑み、超高齢社会に突入し、「病気で長生き」による医療費が破綻に陥り、社会経済の大きな課題となっていることは、言うまでもない。「元気で長生き」を目指し、本新専門医制度においては、②の個人の健康の保持・増進に寄与して、疾病を予防する大きな目標を達成できるような、制度の運用と実践が必須である。即ち、疾病治療・リハビリテーションの現場では、医師を中心にチーム医療として、発展している。予防医学においても、健康保持・増進、予防医学指導の中心となる専門医の養成が急務であることを提言したい。</p> <p>従って、本専門医制度の主たる領域として現場で予防医学(特に、生活習慣、食生活など)の指導領域を包含することの再考を。</p>	<p>ご指摘の内容は大変重要な点と認識しております。これらについては、今後詳細な教材や教育プログラムを作成する中で反映させていきたいと考えておりますので、ご理解のほどよろしくお願い致します。</p>
38	<p>下記本専門医制度による人材育成目標は具体性に欠けていると思われる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域や国の保健・医療・福祉・環境行政に携わる人材</li> <li>○ 環境衛生、衛生研究所・環境研究所等の研究に携わる人材?</li> <li>○ 感染症対策等に携わる人材?</li> <li>○ 産業衛生など?、職域集団の健康維持・増進を担う人材、産業医?</li> <li>○ 大学等で?、研究・教育を担い、地域や国の保健・医療・福祉・環境保全の活動、制度やシステムに携わる人材?</li> <li>○ 国際保健(コミュニティヘルス、国のシステム)に携わる人材(国際機関、NGO、コンサルタントなど)??</li> <li>○ 保健・医療・福祉など?の組織管理、質・安全の管理、情報管理を担う人材、それらの評価・向上を担う人材、それらに関わる政策つくりに関わる人材?</li> <li>○ 保健・医療・福祉・環境分野における関連研究開発(臨床研究含む)と開発物の社会実装、およびその過程の制度的側面・倫理的側面の評価・支援・指導に携わる人材</li> <li>○ 医療・健康の関連産業・企業等に関わる人材など?</li> </ul>	<p>「社会医学系」という言葉だけでは、人材の活躍する範囲が伝わらないので、このセクションで、社会医学系専門医が活躍する領域の例として挙げています。具体的な人材育成目標は、ここではなく、専攻のプログラムやサブスペシャリティ養成関係のドキュメントに記載されます。</p>

項目	ご意見・ご提案	回答
39	<p>勿論、研究分野においても、同様ですが、</p> <p>専門医制度の理念</p> <p>専門医の使命</p> <p>本専門医制度は、個人へのアプローチにとどまらず、多様な集団、環境、社会システムへのアプローチを中心として、人々の健康の保持・増進、傷病の予防、リスク管理や社会制度に関してリーディングシップを発揮する専門医を養成する。もって、多世代・生涯にわたる健康面での安全、安心の確保と向上に寄与する。</p>	<p>さらに具体的な人材育成目標は、ここではなく、専攻のプログラムやサブスペシャリティ養成関係のドキュメントに記載されます。</p>
40	<p>専攻医研修マニュアルと基本プログラム案について、以下にコメントします。 (専攻医研修マニュアル) 5頁</p> <p>○1. 専門医制度の理念 2-3行「…疾病予防、リスク管理や社会制度に関して」 たとえば「…疾病予防、リスク管理や社会制度運用に関して」とすると、より適切になると思います。</p> <p>○3. 専門医の目標 1-2行「国、地域、職域、医療現場等の社会に存在または発生する健康課題」 この箇所に関りませんが、マニュアルを通して学校を場とする活動への言及がないこと(17頁 表5 の「1-2)学校保健」という項目が記載されている程度です)は、本専門医の養成目標として不十分ではないでしょうか。</p>	<p>ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。</p>
41	<p>6頁</p> <p>○2. 分析評価能力 4番目の項目「定量的データ、定性的データを的確に活用し、データベースを構築することができる。」 たとえば「特定の課題分析に用いるデータベース」のように、何についてのデータベースかを明記する必要があると思います。</p>	<p>ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。</p>
42	<p>7頁</p> <p>○上から2番目の項目「健康危機管理の一般原則と、専門職…の役割を理解し、活用できる。」 この項目は、コミュニケーション能力ではなく、「3. 課題解決能力」の項目とする方がよいと思います。</p> <p>○5. パートナーシップの構築能力 4番目の項目「関係者の勢力関係や利害関係をふまえて…」 単に「関係者の利害関係をふまえて…」とする方がよいと思います。</p> <p>○6. 教育・指導能力 3番目の項目「職員の指導と支援を行い」 どの組織の職員を指すのかを明示する必要があると思います。</p> <p>○7. 研究推進と成果の還元能力 下から2番目の項目「患者や地域住民のニーズに即した調査研究」 職域などその他の集団を含める記述にするべきだと思います。</p>	<p>ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。</p>

項目	ご意見・ご提案	回答
43	<p>8頁 表2</p> <p>○1. 公衆衛生総論 冒頭文の2行目「行政・地域、環境・産業、医療」 他の箇所と統一が取れるよう、「行政・地域、環境・産業、医療・保健」とするべきだと思います。</p> <p>○2. 保健医療制度 冒頭文3行の1-2行「個別の保健医療制度を関連法規、国および自治体での保健医療関連計画の内容を自分の業務と結びつけて理解する。」 意味がよくわかりません。文章の推敲が必要です。</p>	<p>ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。</p>
44	<p>9頁</p> <p>○4. 行動科学 3番目の項目「行動理論・モデルを用いた健診問診票」 たとえば糖尿病患者の生活習慣指導に用いる質問票も含まれるべき項目ですから、「健診」に限定せず、単に「問診票」あるいは「保健指導のための質問票」とする方がよいと思います。</p>	<p>ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。</p>
45	<p>10頁</p> <p>○6. 健康危機管理・冒頭文の2行目「医師としての実務的な能力を身につける」 「5. 専門知識」に属する項目として、「能力を身につける」という文末で終わる項目を含めることは適切でないと思います。</p> <p>・ 1番目、2番目と4番目の項目「地域の健康危機発生時対応」 「地域」に限定した記述になっていますが、学校や職域での健康危機発生が漏れないよう、3番目の項目で用いている「所属する組織や地域」という用語へ替える方がよいと思います。</p> <p>・4番目と5番目の項目 5番目(人権に配慮した感染症危機対策)を4番目「地域における感染症危機管理に必要な事項」に含め、4番目の項目だけにしてもよいと思います。</p>	<p>ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。</p>
46	<p>11頁</p> <p>○表3 「1. 社会的疾病管理能力」 「社会的」が「疾病」にかかるのか、「(疾病)管理能力」にかかるのかがわかりにくい用語になっていると思います。用語を遂行するか、たとえば「健康課題を社会的に管理する能力」のような補足説明をつける必要があると思います。</p> <p>○8. 医師としての倫理性、社会性 4行「本領域専門医としての倫理性や社会性」 論旨からは、「本領域専門医に求められる」とする方が適切だと思います。</p>	<p>ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。</p>

項目	ご意見・ご提案	回答
47	<p>13頁            ○1. 研修施設群 2段落2行「学術面での研修要素の全部または一部」            論旨からは、「専門研修要素の全部または一部」とする方が適切だと思います。            ○2. 研修基幹施設の機能および要件 「研修基幹施設は、地域において本専門領域の中核を担う都道府県や大学等」            ・「都道府県」と「大学」という用語では、指す内容が広くなりすぎ、かえってわかりにくいと思います。具体的に記述する(たとえば「都道府県の保健衛生担当部署、大学医学部の社会医学領域の教育研究担当部署」)方がよくないでしょうか。            ・職域にも研修基幹施設を設けられることを明記すべきではないでしょうか。</p>	<p>ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。</p>
48	<p>17頁            ○2. 実践現場における学習 4行「情報収集・分析」他の箇所の用語に揃えて「情報収集・分析」とする方がよいと思います。            ○表5・標題にある「情報収集・分析」に対応する項目が、表中にありません。            ・表中の「-----分類」という記載が、何を意味するかがわかりません。            ・i 経験すべき課題 の 2. 各論的な課題 に、産業保健活動にかかわる項目を明記する必要はないでしょうか。項目13「職場環境管理」は、作業環境管理だけを指しているように思われます。            ・i 経験すべき課題 の 2. 各論的な課題 の項目10「介護・障害者対策」という用語は、たとえば「要援護高齢者・障害者対策」とする方がよくないでしょうか。</p>	<p>ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。</p>
49	<p>18頁            ○表5 ii 経験すべき課題解決のためのプロセス            ・表5の標題にある「課題解決の方法」と、用語を揃えるべきだと思います。            ・この節の記述は、文末が「である体」になっています(他にも、文末が「である体」の箇所があります。)。マニュアル全体を通して、文末を「丁寧語」か「である体」か、どちらかに統一するべきだと思います。            ○3. 学術活動 1-2行「本領域専門医は、…情報の発信が求められるそのため専攻医には、」文章の推敲が必要です。意味がわかりません。</p>	<p>ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。</p>
50	<p>19頁 C 研修の進め方            ○1. 実践現場における学習この章には基本プログラムと学術活動に対応する節がありません。「B 研修内容 2. 実践現場における学習」と「C 研修の進め方 1. 実践現場における学習」を統合し、「C 研修の進め方 1. 実践現場における学習」の内容を「B 研修内容 2. 実践現場における学習」で記述し、「C 研修の進め方」の章から「1. 実践現場における学習」を除く方がよいと思います。</p>	<p>ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。</p>
51	<p>20頁            ○④教育・研究機関 最終2行「専門研修は、基本プログラム、…自己学習から構成されています。」この2行は不要です。</p>	<p>ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。</p>

項目	ご意見・ご提案	回答
52	22頁 ○2. 総括的評価 3番目の項目「多職種による評価」論旨からは「他職種による評価」と記載する方が適切だと思います。	ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。
53	23頁 ○7. プログラム外学習 3行「本制度の専攻医としての望ましい」 「本制度の専攻医として望ましい」とする方がよいと思います。	ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。
54	24頁 ○修了要件 4番目の項目「関連学会の学術大会等での発表…または論文発表」 学会発表に地方会での発表を含めるのか、論文に大学の紀要も含めるのかを明記する必要があると思います。	ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。
55	(基本プログラム案) ○2頁「保健医療政策」2コマ目「社会保障制度I」の主な内容のうち「医療制度」医療制度の項目として、「医療提供制度」も含めるべきだと思います。 (以上)	医療提供制度も当然、広い意味での医療制度の説明に含まれると考えています。ご指摘ありがとうございます。なお、医療の需給については、同じ「保健医療政策」の6番目「医療改革の動向」に入れてあります。
56	「専門研修プログラム整備基準(案)」について、理念と使命における記載に、太字を加えていただければ幸いです。…および社会システムに関する広範囲の専門的知識・技術・能力を駆使し、 <b>社会の信頼を得た上で</b> 、人々の命と健康を守ることを使命とする。  つまり、当然ですが、独りよがりではなく、使命感のみで能力を駆使すれば良いわけではなく、「社会医学」の専門家ゆえに、社会や人々の支えになるべく存在であるべきと思います。広い視野と人間性をもって、他者からの「信頼」を託されて、理念である「多世代・生涯にわたる健康面での安全、安心の確保と向上に寄与する。」ことができると思います。どうぞご配慮くださいますように。	社会医学系専門医であるからこそなおさら社会の信頼を得る必要があるというお考えには全く同感であります。医療法の1条にも医師に限らず、医療とは医療の受け手である者との信頼関係の構築の重要性について述べられております。国民や社会に対する信頼性につきましては、制度の質を向上させることによって応えてまいりたいと存じます。
57	① 専門研修後の成果についてOutcomeを8つのコンピテンシーで分類されています。この中の2、3、4、5に関連あると思いますが、交渉力が求められると思います。	臨床専門医と違って、社会医学系専門医にはそれが特に必要とされ、特に行政分野で働く医師には不可欠なものであると認識しております
58	技術力のみならず、特に自治体行政においては、事務職との協力が欠かせないですし、事務職に信頼され評価を得る立場でないと、「お医者さん」で便利使用されることが多々あります。それでもいいよりまし、という状況を改善するための、キャリアアップとモチベーションの維持がこの、社会医学系専門医の創設に託されていると思います。「信頼」と「交渉力」は政策提言していく際のキーワードだと思います。	ご指摘の「信頼」と「交渉力」と文言は使用されておりましたが、アウトカム4のコミュニケーション能力の中に読み込ませていただければと存じます。

項目	ご意見・ご提案	回答
59	5のパートナーシップのところに、「5. 交渉力およびパートナーシップの構築能力」と日本語を併記したほうが意図が通じると思います。パートナーシップの用語解説によれば、共同企業形態の一種で、2人以上の人間が金銭、労務、技術などを出資してなされる共同の営利行為関係またはその契約。というような限定された本来意味とこの場合のパートナーシップの意味は異なりますので、誤解を生む場合があると思いますし、むしろ、このカタカナにこだわらなければ、分類項目の見出しを「交渉力および友好的な協力関係を構築する能力」という意図で、表現されてはいかがでしょうか？	ビジネスの世界ではパートナーシップという用語は契約のありかたを示す意味でつかわれますが、国連の災害についての会議などではpublic-private partnershipsのように必ずしも厳密な意味での契約行為に限定しない、もう少し広い意味で使用されているような気がいたします。このような広義な意味で使っておりますことをご理解いただければと思います。
60	4のコミュニケーション能力について、ヘルスリテラシーについても言及してはいかがでしょうか。・ヘルスコミュニケーション、リスクコミュニケーション、ヘルスリテラシーについて理解し、適切にメディアに対応できる。また、以下の文章のように、 <b>意思決定するのは国民であることを明記し、エンパワーメントを促すのが社会医学系専門医</b> ということを示していただきたいです。・国民の健康に係わる情報を社会に向けて適切に公表し、わかりやすく伝え、サービスやシステムを適切に評価し、様々な場面で <b>国民自らの意思決定</b> に役立てることができる。	確かに臨床分野においても、治療において最終的に治療の選択を行うのは治療を受ける人の権利であり、そのために医師は患者へのわかりやすい説明などを通して患者が適切な判断を行えるようにする責務があると思います。つまりこの受け手の意思決定能力を高めることは社会学医学分野だけではなく臨床分野についても同じであると考えております。コミュニケーション能力の中に全般として含まれているとご理解いただけたらと思います。
61	② 到達目標について1、公衆衛生総論や、2、保健医療政策において、わが国の体系を知るには国際的な情勢やWHOなどの取り組みの理解も含めて、バランスよく国の政策立案に関わっていかないと、諸外国から取り残された独自の政策に甘んじる危惧を感じます。	社会医学系専門医は、米国の予防医学専門医や英国の公衆衛生医学専門医制度に触発されており、国際的な視点は欠かせないと考えております。ただし、国際保健の取り扱いにつきましては、海外大学などでの経歴に対する専門医取得の評価の在り方の中で検討課題とさせていただきたいと思っております。
62	6、健康危機管理の項目において、感染症対策は感染症法上、事前対応型の対応が重要であるので、発生時対応だけでなく、「 <b>発生前からより実践的な健康危機管理体制を準備するために</b> 」と、いう表現を加えていただきたいです。また、感染症対策においては国際的な見地が重要であることから「 <b>国際状況を踏まえて</b> 、地域における感染症危機管理に必要な基本的事項を説明できる。」という表現もご検討いただきたいです。	ご指摘の通り、健康危機管理の全般に通じることとして、発生前のいわゆる、日頃からの「preparedness」が重要であることは論を待たないと思っております。記載の仕方を災害時に限局したものと受け取られないように工夫させていただきたいと思っております。
63	「基本プログラム(案)」について、グローバルヘルスの項目が挙げられていることから、国際保健の理解は必須であると思っております。「専門研修プログラム整備基準(案)」の専門カリキュラムの中にも国際保健の明記があるのではないかとお見せしました。	全ての学習項目が、ご指摘の通り国際的な視点から眺めなくてはならないことは、今や当然であると思っております。特に感染症において必須と考えるべきであると思っております。その意味で国際保健という文言を入れるかどうかは今後の検討課題とさせていただきたいと思っております。
64	必要性、プログラム概要など異論はありません。議論が一番必要なのは位置づけだと思います。「概要」をみると、2年間の初期研修終了直後につながる19の臨床系の専門医にプラスされるように 見えますので、20番目の専門医のようですが、これでは選択する人が極めてすくない気がします。20番目として認めてもらい、研修医に20番目の選択肢として提示するのは間に合うのでしょうか？	様々な臨床経験を持った医師が、社会医学系の専門医制度に円滑に入れるようにしていくことが、すでに既定の方針となっています。社会医学系に固有な要件設定も必要ですし、社会医学系の領域に閉じた系でもございませんので、臨床系の基本領域と単純に横並びの設定となるものではないと考えています。今までのご質問ご意見を踏まえ、図表などの表現も含め、説明文書は、誤解が生じにくい、わかりやすい表現型に改善していきます。

項目	ご意見・ご提案	回答
65	研修内容は、総合診療専門医とつながる部分が多く、これらの専門医からの流入の可能性を考え サブスペシャリティの1分野にするという考えもありますので、臨床系専門医を取った後の人のサブスペシャリティ コースとして選択できる余地があると良いと思います。総合診療専門医関係者との連携が重要だと思います。	関係のより深い専門領域とのインタラクションは重要視しております。日本専門医機構との連携もすでに重視しております。
66	また医系技官になる人は必ず取得してほしいものです。	ご提案、真に、ありがとうございます。厚生労働省医系技官の人事担当課にご提案をお伝えします。
67	モデルプログラム(教育・研究機関用)について、以下にコメントします。 1頁 ○6行「人々の命と健康を守るために」→「人々の命と健康を守るために」	ご意見の内容を検討して、必要な修正を行います。
68	4頁 ○「5)その他(大学院進学)」と「6)その他(サブスペシャリティ研修)」 1)から4)の記載から続けて読むと、「大学院進学」、「サブスペシャリティ研修」という用語には違和感があります。たとえば、5)を「その他(大学院に進学して行う学習)」、6)を「その他(サブスペシャリティと連携する専門研修)」とするとよいと思います。	ご指摘内容を考慮して修正を検討致します。
69	4頁○下から3行「実務に必要な技能を学習します。」 「実務に必要な技能を習得します。」とする方がよいと思います。	修正いたします。
70	5頁 ○2)副分野における現場での学習 正しい項目番号は3)です。	修正いたします。
71	6頁 ○①医療機関での学習 5-6行「…、医療関連データあるいは(個別、施設レベル、地域レベルのデータ)で解析の実践関連テーマに関する調査・まとめ」 推敲が不十分だと思います。	以下の如く、修正します。 「医療関連データあるいは…に関する調査・まとめ、」 → 「医療関連データ(個別、施設レベル、地域レベルのデータ)の解析、実践関連テーマに関する調査・まとめ、」
72	6頁 ○「③職域機関での学習」の記載内容 「②行政機関での学習」の記載内容を貼り付けただけになっており、職域機関で学習する場合の記載へ修正されていません。	修正いたします。

項目	ご意見・ご提案	回答
73	11頁 ○4)学問的姿勢 8行「労働に関連する情報を収集し、吸収し、実務に反映できる。」 労働に関連するという部分が漠然としていると思います。たとえば、「労働者の健康に関連する情報を収集し、吸収し、実務に反映できる。」のように記載する方がよいと思います。	ご指摘内容を考慮して修正を検討致します。
74	12頁 ○6)経験すべき課題 表 総括的な課題 の5番目「医療・保健サービスの評価」 整備基準の記載に揃え、「医療・保健・福祉サービスの評価」とする方がよいと思います。	ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。
75	14頁 ○5 3年間の研修計画 9行「職域における健康診断、健康づくり、…」→「職域における健康診断、健康づくり、…」	修正いたします。
76	14頁 ○最下段のテキストボックスの2行上「整備基準に示す各論的課題」 ここでは、「4専攻医の到達目標の6)経験すべき課題に示す各論的課題」と記載する方がわかりやすいと思います。	修正いたします。
77	15頁 ○1)指導医による形成的評価 3番目の項目「年1回、専攻医の実務を観察し、記録・評価して研修医にフィードバックします。」 →「年1回、専攻医の実務を観察し、記録・評価して専攻医にフィードバックします。」	修正いたします。
78	15頁 ○2)専攻医による自己評価 4番目の項目「定期的に…年1回以上、登録漏れなどの確認し、自己評価を行います。」 →「定期的に…年1回以上、登録漏れなどを確認し、自己評価を行います。」	修正いたします。
79	16頁 ○2行、7行、9行「多職種」 論旨からは「他職種」の方が適切だと思います。	ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。
80	20頁 ○1行「…研修統括責任者の承認を必要となります。」 →「…研修統括責任者の承認を必要とします。」	修正いたします。
81	○④プログラム外研修 2-3行「担当指導医および研修プログラム管理委員会が本制度の専攻医としての望ましいと確認した場合には、」 →「担当指導医および研修プログラム管理委員会が本制度の専攻医として望ましいと確認した場合には、」	ご意見の内容を検討して、必要な修正を行いたいと思います。



項目	ご意見・ご提案	回答
82	<p>22頁 11 サブスペシャリティ領域との連続性            ○3-4行「社会医学系の各領域を対象とする専門医にはサブスペシャリティ領域として位置づけられ」            →「社会医学系の各領域を対象とする専門医はサブスペシャリティ領域として位置づけられ」            ○4-5行「同専門医制度で求める専攻医試験の免除、本研修プログラムの経験を基礎研修および実地研修として認められているものがあります。」            →推敲が不十分だと思います。たとえば、「同専門医制度で求められる専攻医試験が免除されるもの、あるいは本研修プログラムの経験が基礎研修および実地研修として認められるものがあります。」とするとよいと思います。(以上)</p>	<p>ご指摘を受けて、サブスペシャリティ領域と社会医学系、それぞれの専門医がわかりやすくなるように、修正いたします。</p>