

(倫理面への配慮)

参加者は、何ら不利益を受けることなく自由意思で、研究への参加・不参加を選択できることとした。

無記名調査であり、個人情報の取り扱いはない。本調査は筑波大学医の倫理委員会にて、承認（承認番号 894 号）を得て実施した。

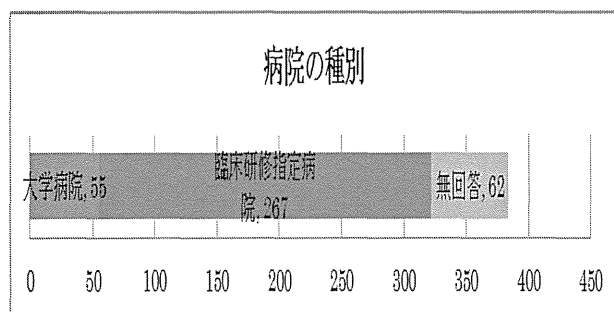
C. 研究結果

(プログラム責任者調査)

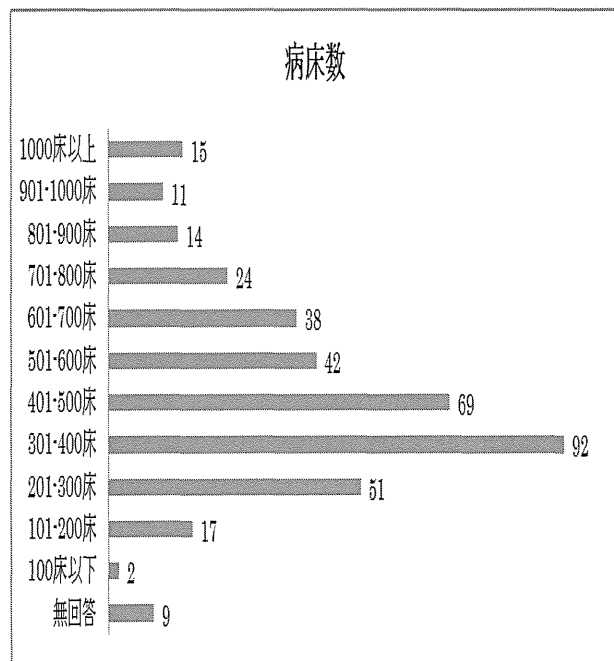
依頼数 855 施設、回答数 384 施設（回答率 44.9%）

Q1、病院の情報について

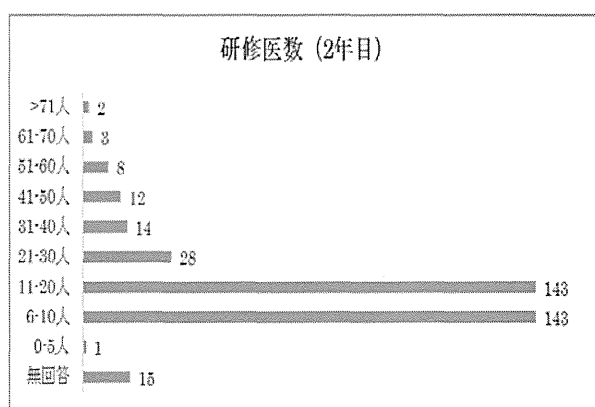
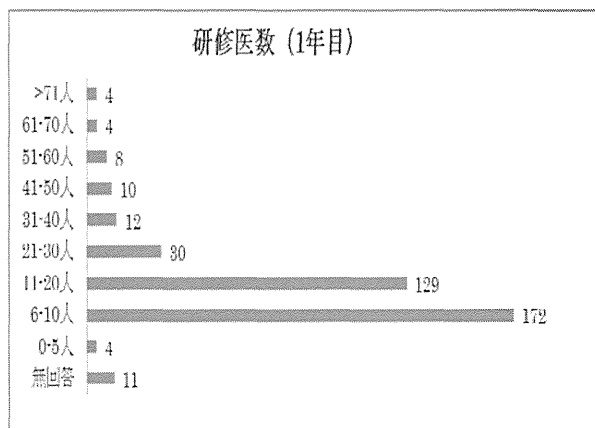
①病院の種別



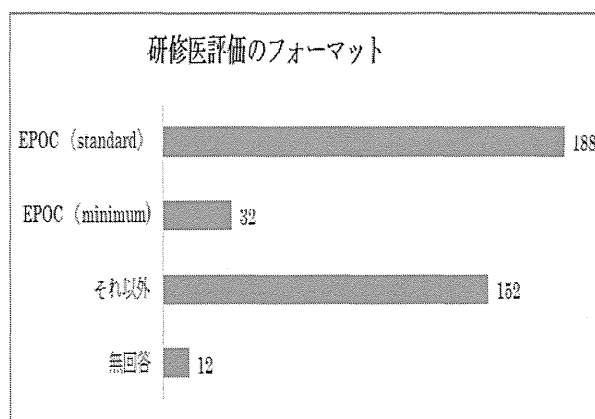
②病床数



③研修医数

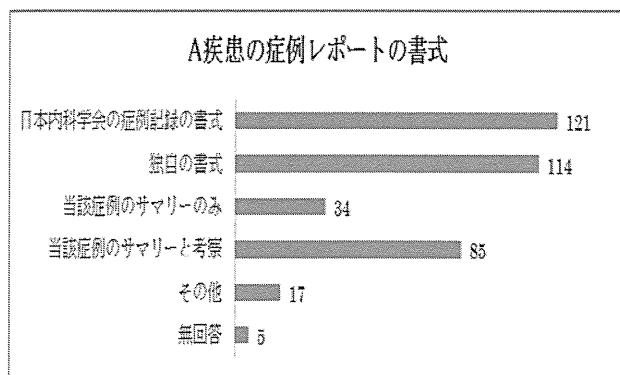


Q2、研修医評価のフォーマットは何を使っているか。



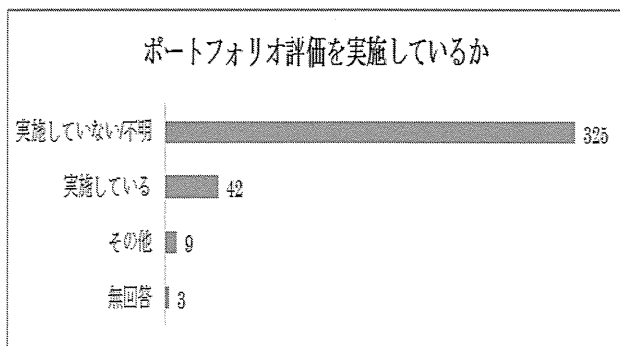
・研修評価のフォーマットは EPOC を使用しているものが 49.0%（188 施設）、EPOC(minimum)が 8.3%（32 施設）、それ以外が 39.6%（152 施設）であった。

Q3、「経験が求められる疾患・病態」の A 疾患で提出が求められる症例レポートの書式は何を使っているか。



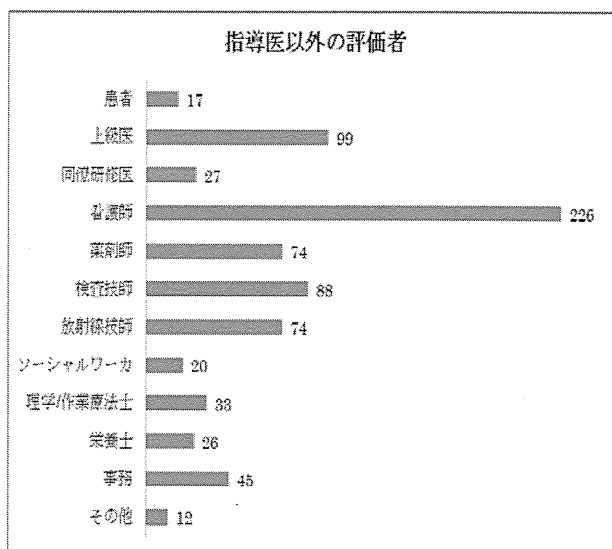
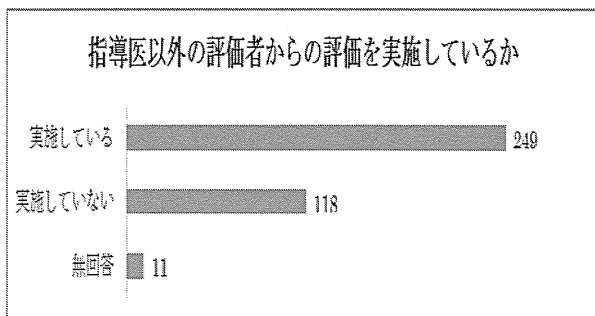
- ・ A 疾患レポートの書式は日本内科学会の様式が 31.5% (121 施設) と最も多かったが、症例サマリーのための施設も 8.9% (34 施設) あった。

Q4、ポートフォリオ評価を実施しているか。



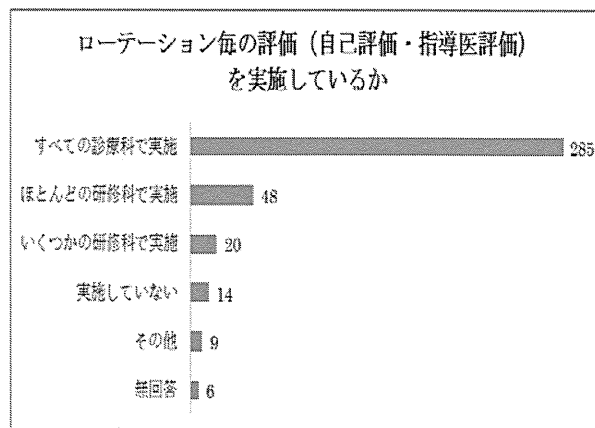
- ・ ポートフォリオを導入している施設は、10.9% (42 施設) のみであった。

Q5、指導医以外の評価者からの評価を実施しているか。



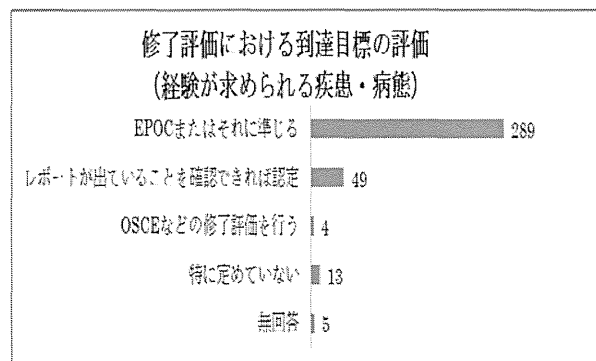
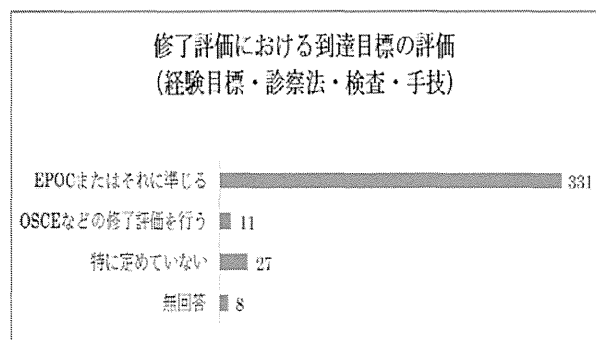
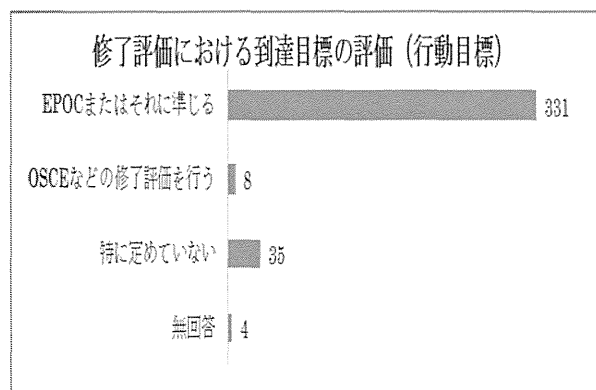
- ・ 指導医以外の評価を取り入れている施設は 64.8% (249 施設) で、その職種では看護師 58.9% (226 施設)、上級医 25.8% (99 施設)、検査技師 22.9% (88 施設)、放射線科技師 19.3% (74 施設)、薬剤師 19.3% (74 施設) などの医療職が多かった。

Q6、ローテーション毎の評価（自己評価・指導医評価）は実施しているか。



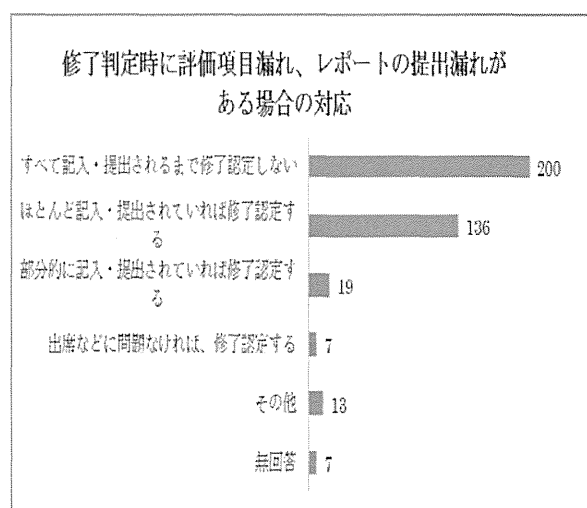
- ・ ローテーション毎の評価は、「ほぼすべての科で実施する」と「ほとんどの科で実施する」が併せて 87.1% (333 施設) と多かったが、そうでない施設も 8.9% (34 施設) に認められた。

Q7、修了評価において、到達目標の評価をどのように行っているか。



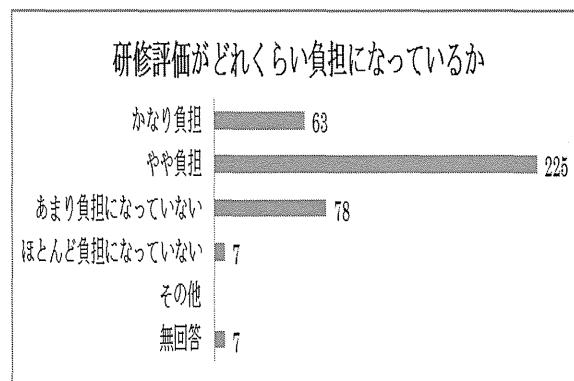
行動目標、経験目標ともに 86.2%（331 施設）とほとんどの施設が EPOC に準じると答えたが、特に定めていない施設がそれぞれ 0.9%、0.7%（35 施設、27 施設）あった。

Q8、修了判定時に評価項目の記入漏れ、レポート提出漏れがあった場合の対応はどうしているか。



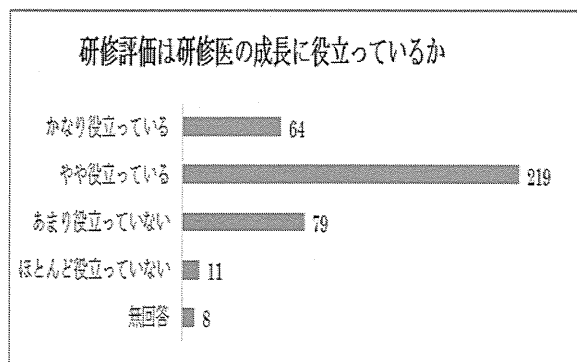
・修了判定時に評価項目の漏れやレポートの漏れがあった場合の対応については、52.1%（200 施設）が出席日数に問題がなくても、すべて記入、提出されるまで修了判定はしないと答えたが、出席日数が足りていれば記入、提出状況に関わらず修了認定すると答えた施設も 1.8%（7 施設）あった。

Q9、現在の研修評価はどれくらい負担になっているか。



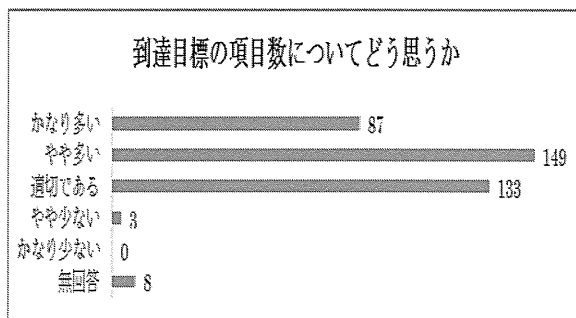
・現在の研修評価がかなり負担になっていると答えたものは 16.4%（63 名）、やや負担になっていると答えたものは 58.6%（225 名）で、併せて 75.0% のプログラム責任者が負担であると答えた。

Q10、研修評価は研修医の成長にどのくらい役立っているか。

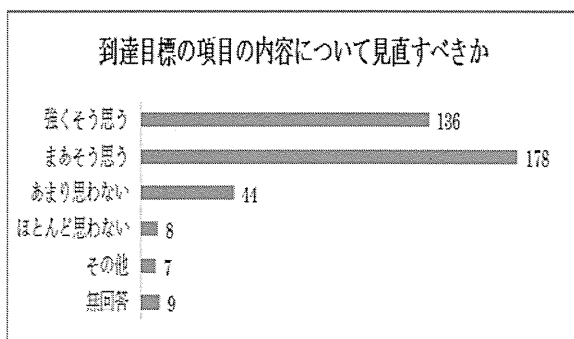


・研修評価が研修医の成長にかなり役立っている、やや役立っていると考える施設が73.4%（64+219施設）と多かった。

Q11、到達目標の項目数についてどう思うか。



Q12、到達目標の項目を見直すべきか。



・到達目標の項目については、かなり多いが22.7%（87施設）、やや多いが38.8%（149施設）であり、見直しの必要性については、強くそう思う35.4%（136施設）、まあそう思うが46.4%（178施設）であった。

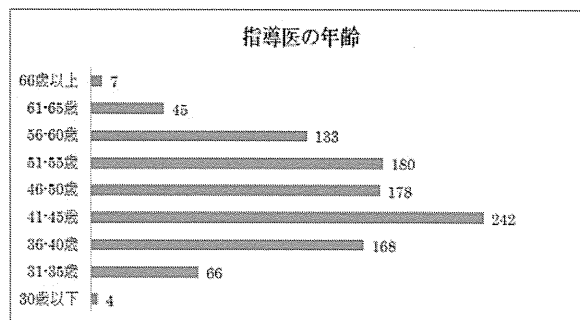
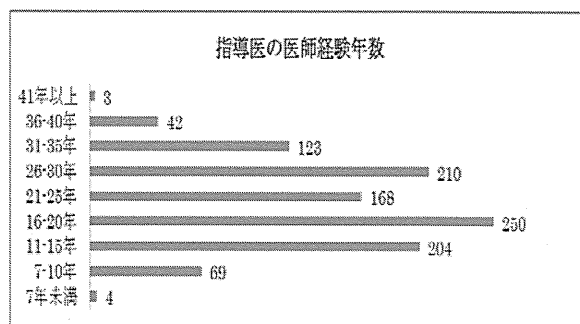
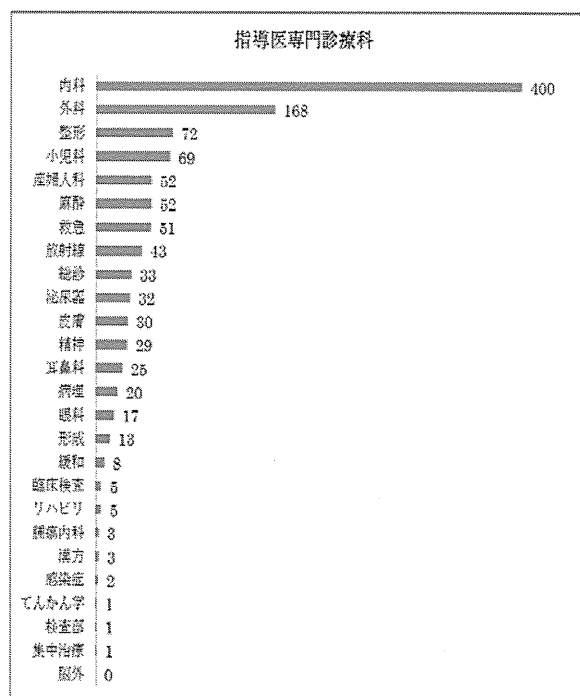
（指導医調査）

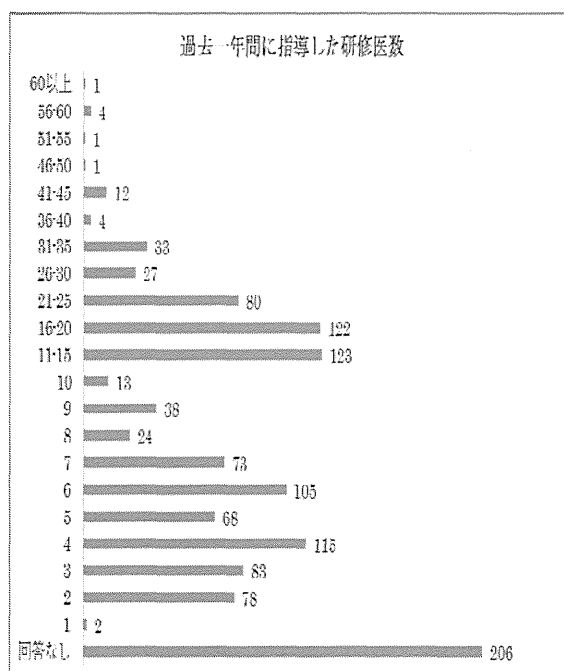
配布施設数 280、回答施設数 174

配布数 5130 名、最終回答数 1,213 名（回答率 23.6%）

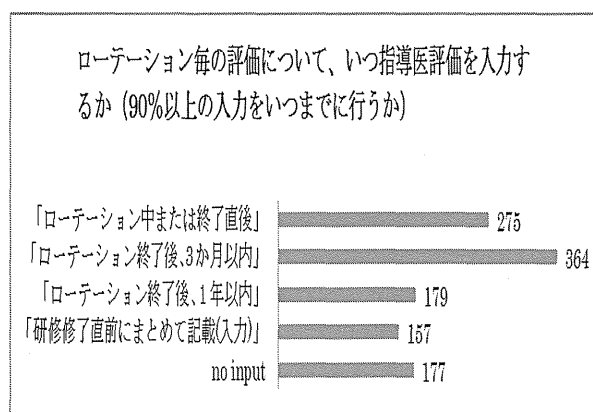
Q1 指導医の属性

①専門診療科、②医師経験年数、③年齢、性別、④研修医の指導人数（過去1年間）



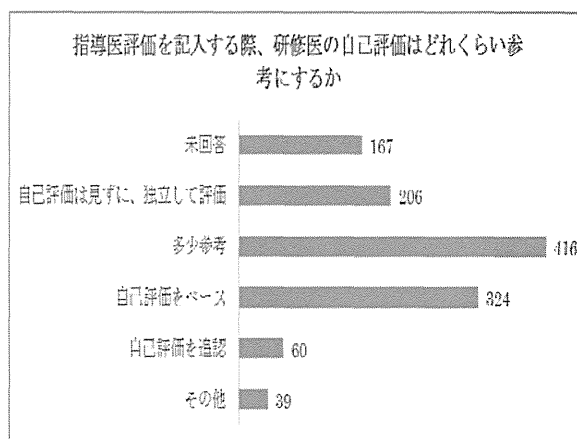


Q2,ローテーション毎の評価について、いつ指導医評価を入力するか。(90%以上の入力をいつまでに行うか。)



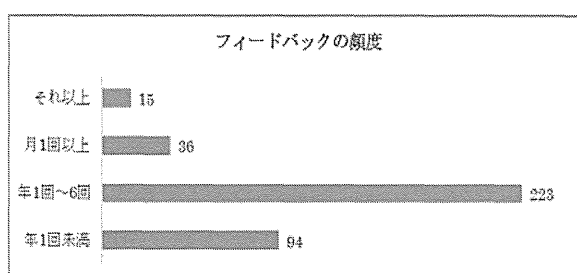
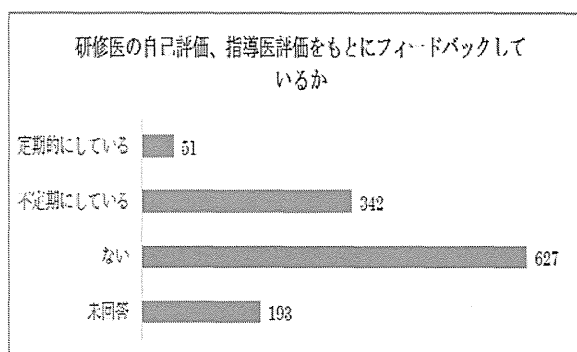
・ローテーション修了3か月以内に入力する指導医が55.5% (639名)であった。一方、1年以上たってから入力する指導医も13.6% (157名)存在していた。

Q3,指導医評価を記入(入力)する際、研修医の自己評価はどれくらい参考にするか。



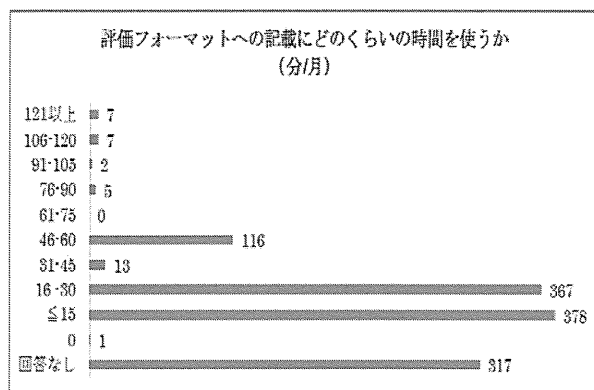
・「自己評価は見ずに、独立して評価」「多少参考」は併せて51.5% (622名)、「自己評価をベース」「自己評価を追認」は併せて31.7% (384名)であり、研修医の自己評価を参考にしない指導医が多かった。

Q4,研修医の自己評価、指導医評価をもとにフィードバックをしているか。



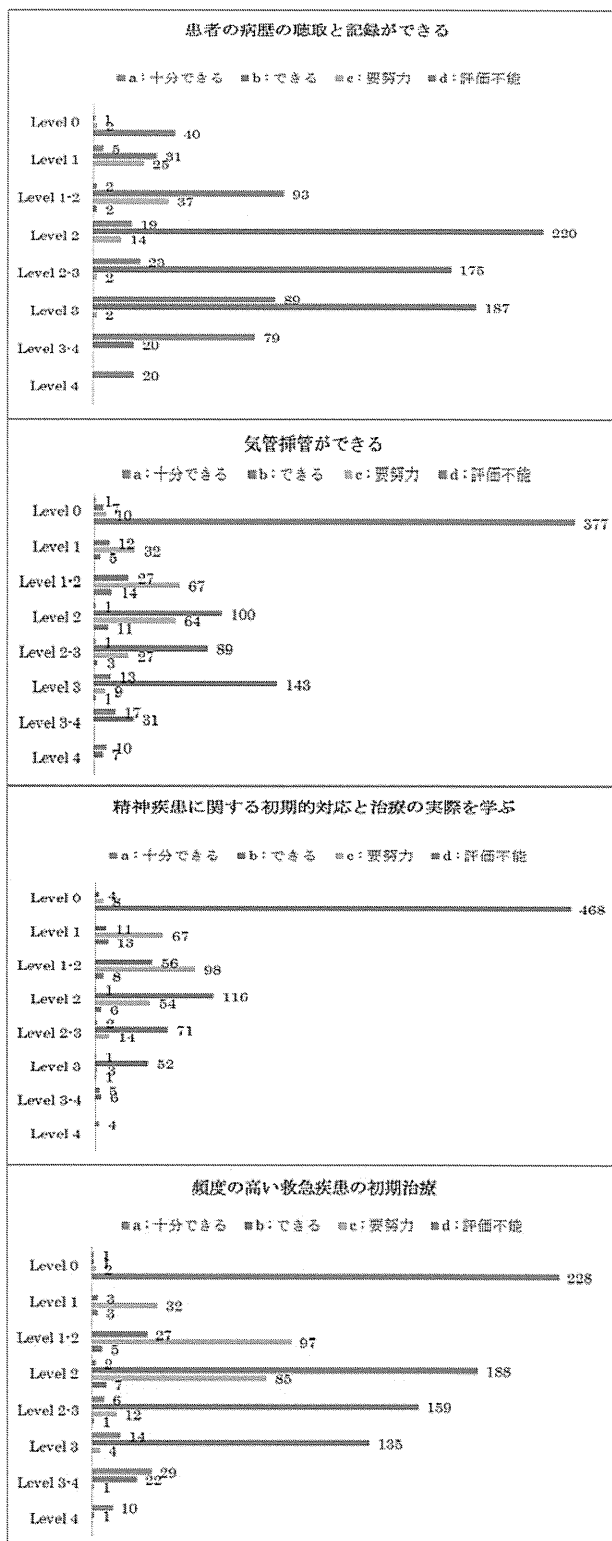
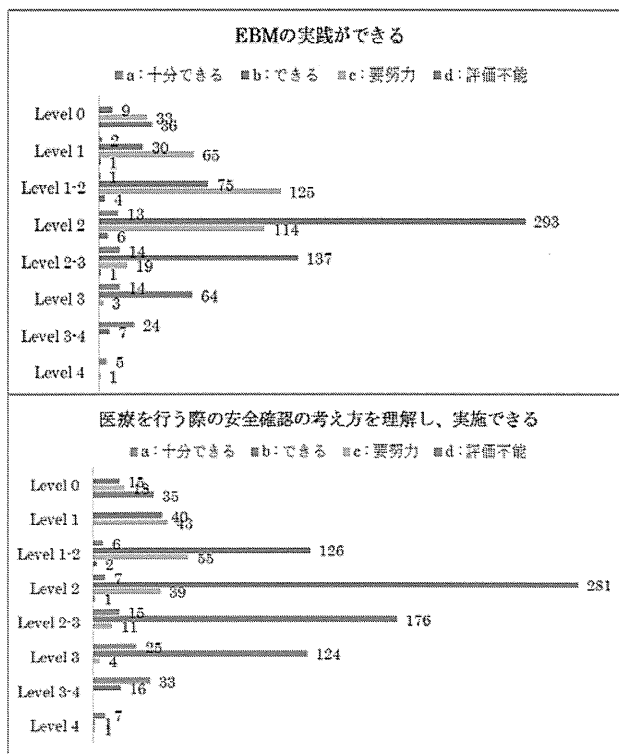
・研修医の自己評価、指導医評価について、フィードバックをしていると回答した指導医は32.4% (393名)であった。

Q5、評価フォーマット（EPOC など）への記載（入力）にどれくらい時間を使っているか。



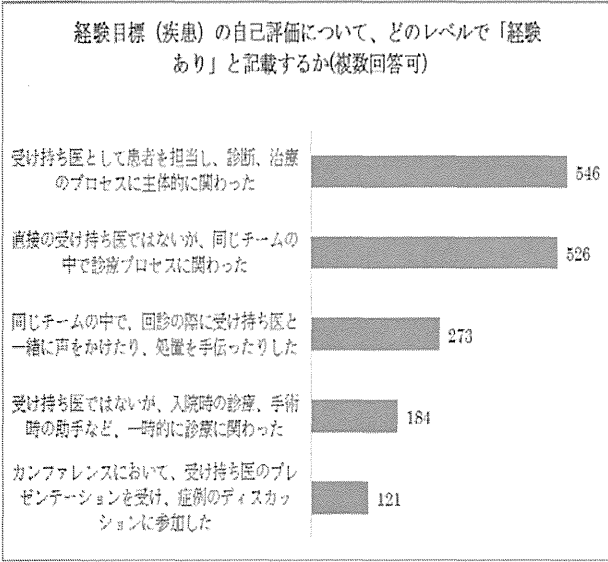
- ・評価フォーマット（EPOC など）への記載にかかる時間について、「30 分未満」と回答した指導医は 61.5%（746 名）、「30 分以上」は 12.4%（150 名）であった。

Q6、研修評価の実際について、現在指導している研修医について同じ項目を 2 通りの選択肢（EPOC、マイルストーン法）でそれぞれ回答を求めた。



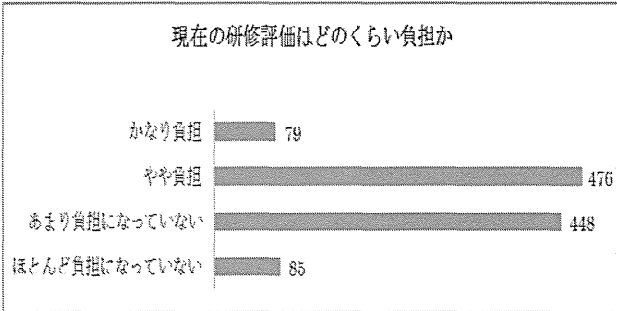
・両者の評価には大きなばらつきを認めた。例えば EPOC で「十分できる」答えた場合でも、マイルストーン法では Level1-2～Level4 まではらついており、EPOC 上では同じ評価でも、実際には差があることが分かった。

Q7、経験目標（疾患）について、どのレベルで「経験あり」と評価しているか。（複数回答可）



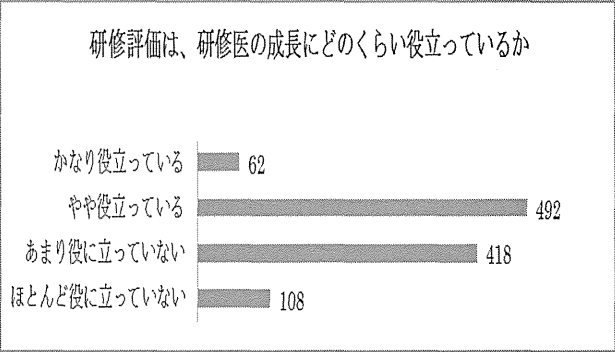
・経験目標（疾患）を「経験あり」と評価している程度について、「受け持ち医として患者を担当し、診断、治療のプロセスに主体的に関わった」と回答した指導医は 45.0%（546 名）、「直接の受け持ち医ではないが、同じチームの中で診療プロセスに関わった」は 43.4%（526 名）であった。その一方で「同じチームの中で、回診の際に受け持ち医と一緒に声をかけたり、処置を手伝ったりした」でも経験ありと判断するのは 22.5%（273 名）、「カンファレンスにおいて、受け持ち医のプレゼンテーションを受け、症例のディスカッションに参加した」でも 10.0%（121 名）が経験ありと判断していた。

Q8、現在の研修評価は、どれくらい負担か。



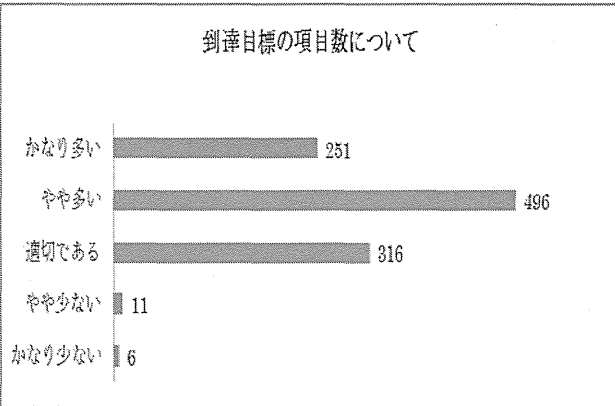
・研修評価が負担かどうかの質問では、「かなり負担」と「やや負担」が 45.8%（555 名）、「あまり負担でない」、「ほとんど負担でない」が 43.9%（533 名）であった。

Q9、研修評価は、研修医の成長にどのくらい役立っているか。



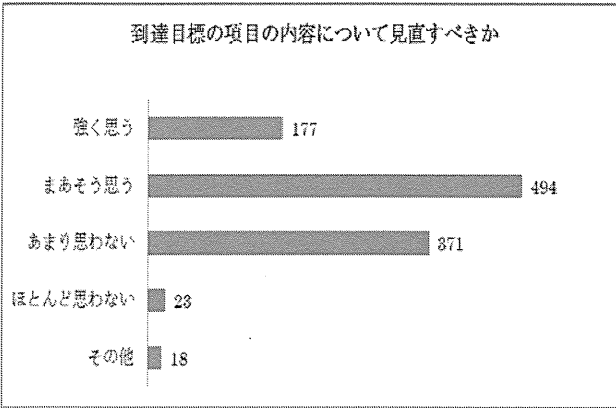
・研修評価が研修医の成長に役立っている程度について、「かなり役立っている」「やや役立っている」と回答した指導医は 45.7%（554 名）、「あまり役に立っていない」「ほとんど役に立っていない」は 43.4%（526 名）であった。

Q10、到達目標の項目数についてどう思うか。



・到達目標の項目数について、「かなり多い」「やや多い」と回答した指導医は 61.6%（747 名）、「適切である」は 26.1%（316 名）、「やや少ない」「かなり少ない」は 1.4%（17 名）であった。

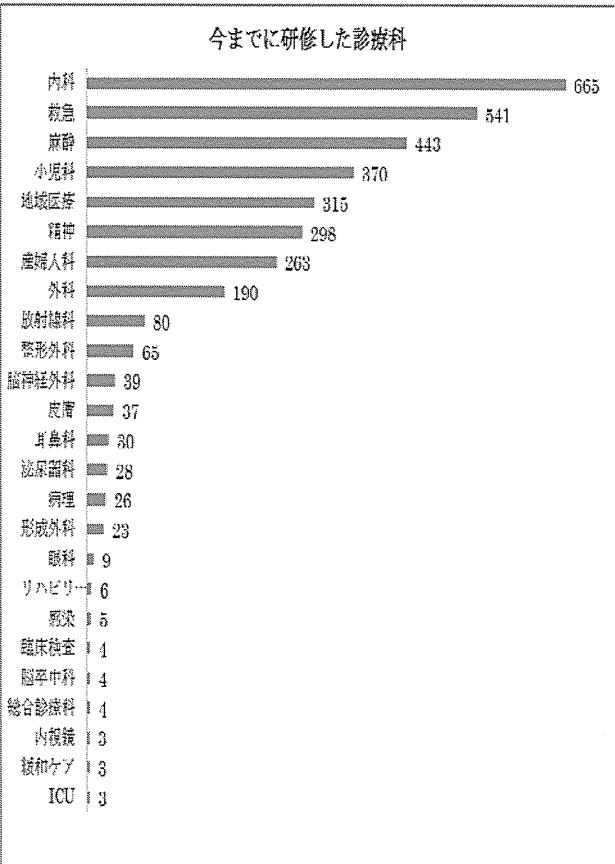
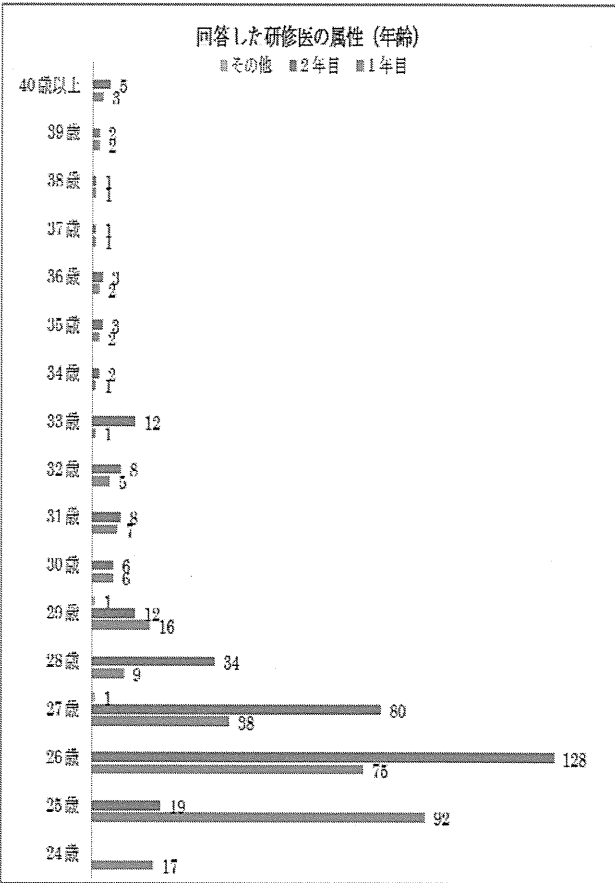
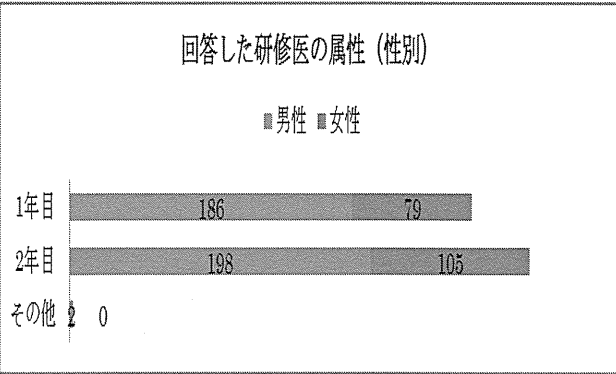
Q11, 到達目標の項目の内容について見直すべき
 だと思うか。



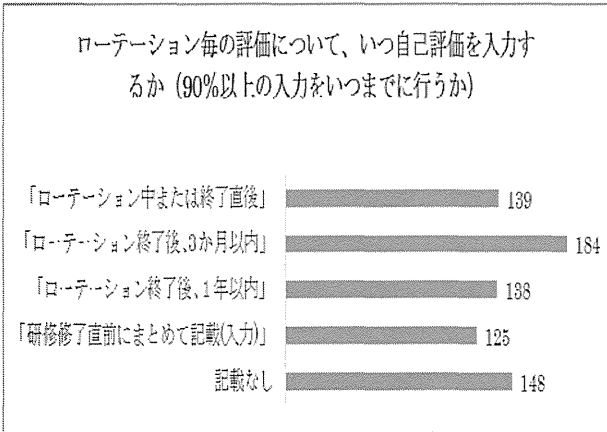
・到達目標の見直しについては、強く思うとまあそう思うが62.1%（671名）であった。

(研修医調査)
 配布施設数 280、回答施設数 156
 配布数 3315名、最終回答数 757名(回答率22.8%)
 Q1 研修医の属性。

①研修何年目、性別 ②年齢、③これまで研修した科

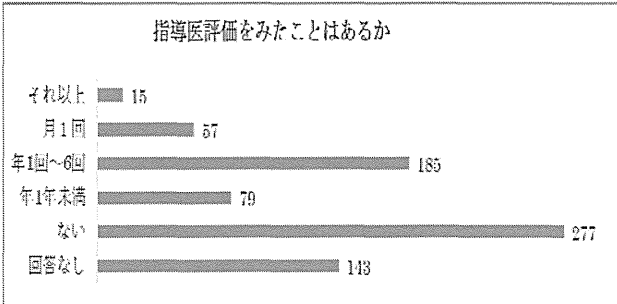


Q2,ローテーション毎の評価について、いつ自己評価を入力するか（90%以上の入力をいつまでに行うか）



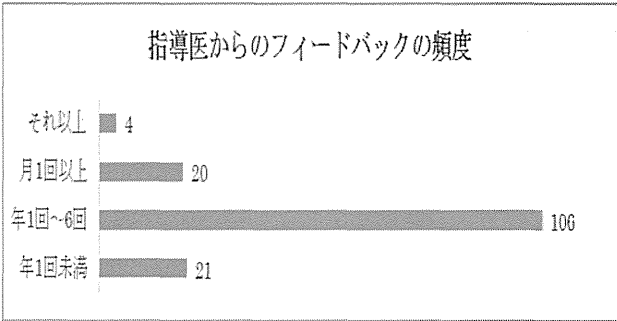
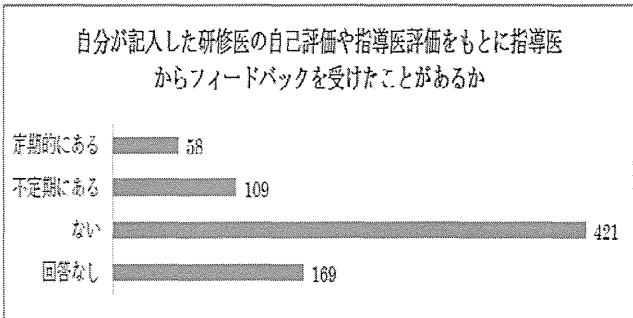
ローテーション終了後3か月以上たってからの入力が35.8%（263名）あり、1年以上たってから入力するものも、17.0%（125名）いた。

Q3. 指導医評価からの評価を見たことはあるか。



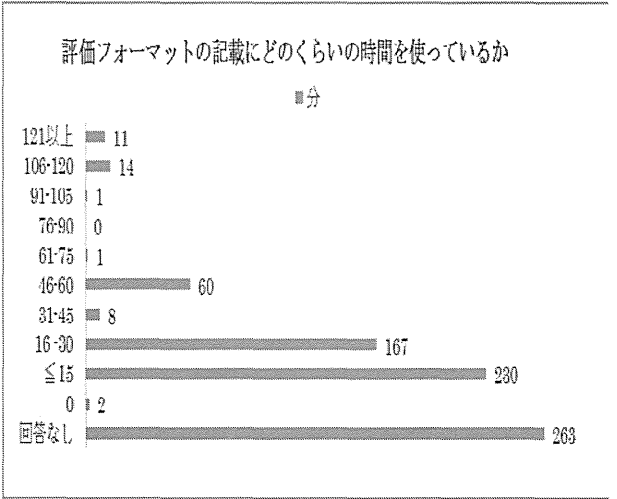
・36.6%（277名）もの研修医が、指導医からの評価を全く見たことがなかった。

Q4, 自己評価や指導医評価をもとに、指導医からフィードバックを受けたことはあるか。



・自分が記入（入力）した研修医の自己評価や指導医評価をもとに、指導医からフィードバックを受けたことがあると回答した研修医は47.1%（167名）と、半数以下にとどまっていた。

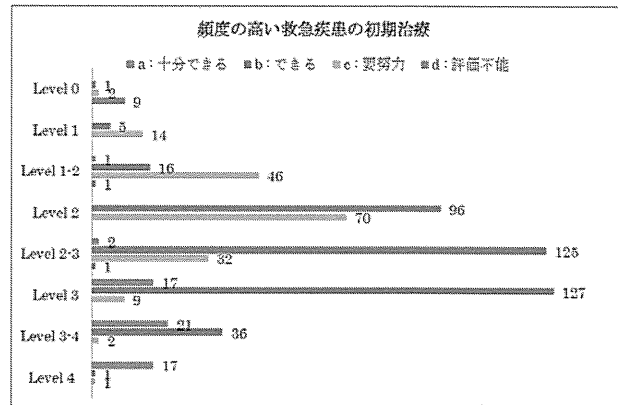
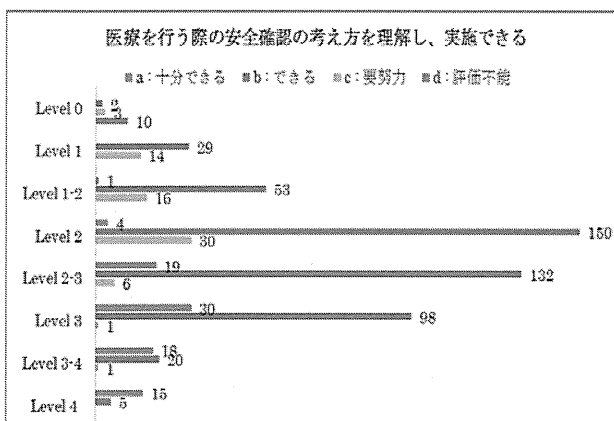
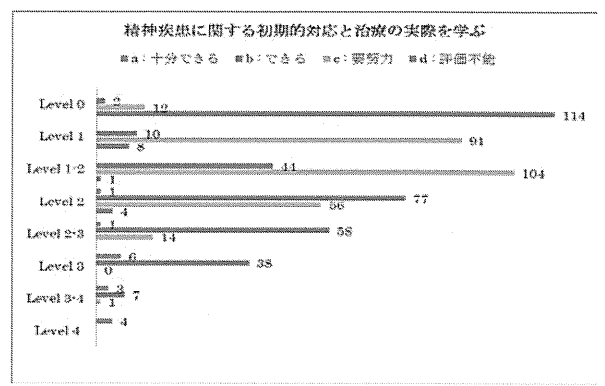
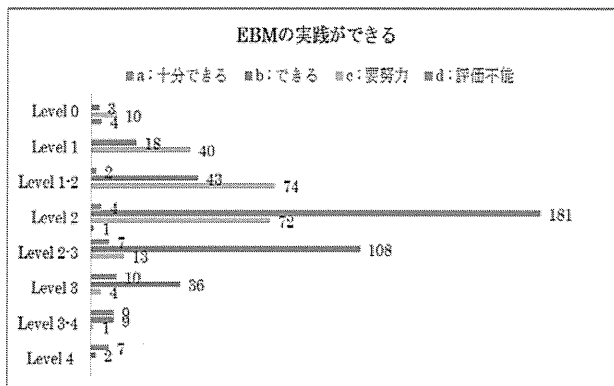
Q5, 評価フォーマット（EPOC など）への記載（入力）にどれくらいの時間を使うか。1か月あたりの平均的な時間(分単位)。



・評価フォーマット（EPOC など）への記載にかかる時間について、「30分未満」と回答した研修医は52.4%（397名）、「30分以上」は12.5%（95名）であった。

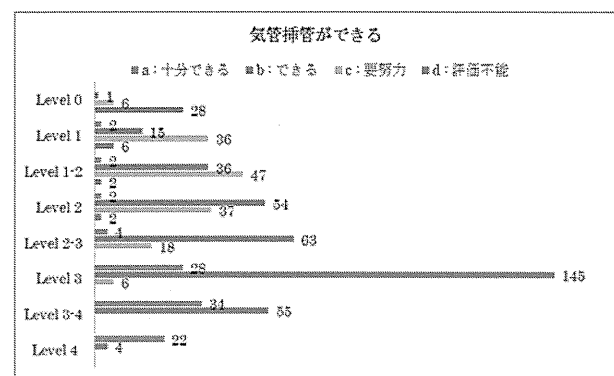
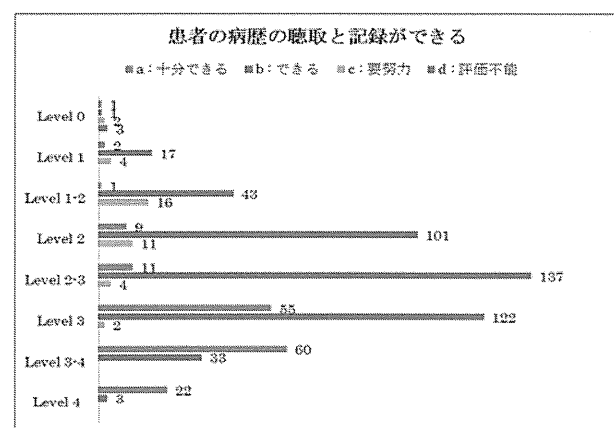
Q6, 研修評価の実際について。

現在の自分について、同じ項目を2通りの選択肢（EPOC、マイルストーン法）でそれぞれ回答を求めた。

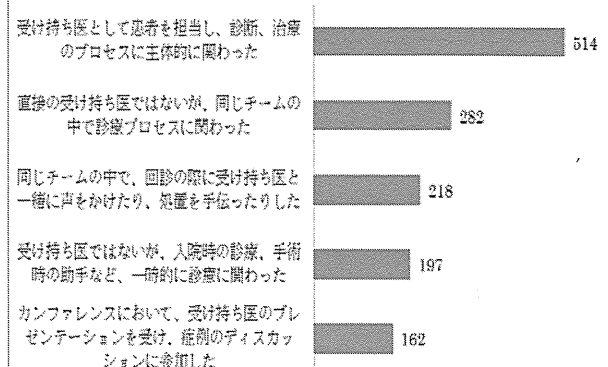


・指導医と同様、両者の評価には大きなばらつきを認めた。例えばEPOCで「十分できる」答えた場合でも、マイルストーンに準じた評価表ではLevel1-2～Level4までばらついており、EPOC上では同じ評価でも、実際には差があることが分かった。

Q7, 経験目標（疾患）の自己評価について、どのレベルで「経験あり」と記載するか。

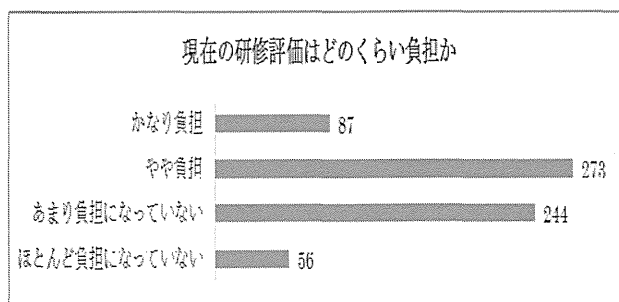


経験目標（疾患）の自己評価について、どのレベルで「経験あり」と記載するか(複数回答可)



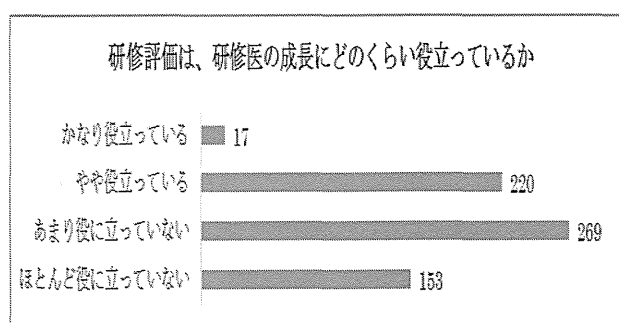
・経験目標（疾患）を「経験あり」と評価している程度について、「受け持ち医として患者を担当し、診断、治療のプロセスに主体的に関わった」と回答した研修医は 67.9%（514 名）、「直接の受け持ち医ではないが、同じチームの中で診療プロセスに関わった」は 37.3%（282 名）であった。一方「カンファレンスにおいて、受け持ち医のプレゼンテーションを受け、症例のディスカッションに参加した」も、21.4%（162 名）が経験ありと判断していた。

Q8, 現在の研修評価は、あなたにとってどれくらい負担になっているか。



・研修評価が負担かどうかの質問では、「かなり負担」と「やや負担」が 47.6%（360 名）、「あまり負担でない」、「ほとんど負担でない」が 39.6%（300 名）であった。

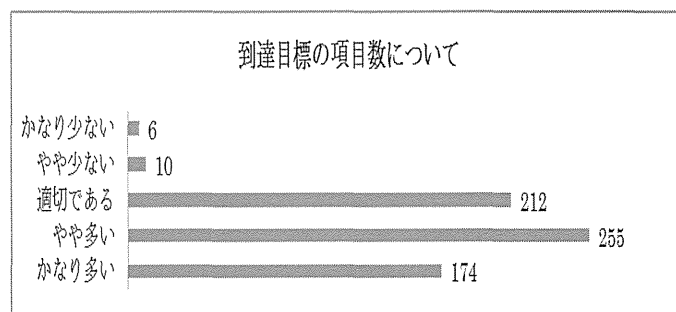
Q9, 研修評価は、研修医の成長にどのくらい役立っていると思うか。



・研修評価が研修医の成長に役立っている程度について、「かなり役立っている」「やや

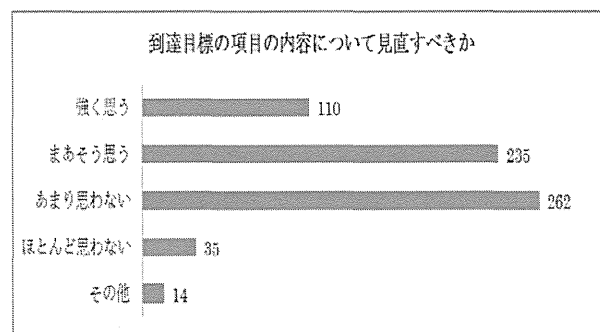
役立っている」と回答した研修医は 31.3%（237 名）、「あまり役に立っていない」「ほとんど役に立っていない」は 55.7%（422 名）であった。

Q10, 到達目標の項目数についてどう思うか。



・到達目標の項目数について、「かなり多い」「やや多い」と回答した指導医は 58.0%（439 名）、「適切である」は 28.0%（212 名）、「やや少ない」「かなり少ない」は 2.1%（16 名）であった。

Q11, 到達目標の項目の内容について見直すべきだと思うか。



・強く思う、まあそう思うと答えた割合は、併せて 52.6%（345 名）であった。

D. 考察

今回のアンケート調査にて、我が国では初期臨床研修の到達目標の評価方法として、広く EPOC が使用されていることが分かった。また、医師以外の多くの医療関係者が研修評価者として加わるようになっており、医師の育成に病院全体でチ

ームとして取り組んでいる様子が伺えた。

EPOC は簡便な評価ツールであるが、経験目標にて同じ「十分できる」と評価した場合でも、マイルストーン法で評価すると Level1～2 から Level 4 までとかなりのばらつきが出たことより、研修の評価ツールとして、十分に妥当性を担保できていないと考えられる。ただし多くのプログラム責任者、指導医、研修医が、現在の研修評価について負担になっていると答えていることから、妥当性のみではなく、実施可能性も考慮した評価方法を検討していく必要があると考えられた。

今回の調査では、経験が求められる疾患・病態の「経験あり」とする判断にも、大きくばらつきがあることも示唆された。厚生労働省の指針では、経験が求められる疾患病態のうち、A 疾患は「入院患者を受け持ち、診断、検査、治療方針について症例レポートを提出すること」、B 疾患は「外来診療または受け持ち入院患者で自ら経験すること」とされているが、実際の評価ではこの条件に達していないものが少なからず存在する。本調査において、「カンファレンスにおいて、受け持ち医のプレゼンテーションを受け、症例のディスカッションに参加した」という程度であっても「経験あり」と判断する割合は、指導医で約 1 割、研修医で約 2 割であった。今後、経験目標に関する認識の統一とそれを担保する仕組みが必要になるだろう。

また、数は少ないものの、研修の修了判定時に評価項目漏れ、レポートの提出漏れがあっても修了認定すると回答した施設が存在した。回収率を考慮すると、今回のアンケートに回答した施設は、一般より研修に熱心な施設が多いと考えられることより、実際には全体で少なくない施設で同様の判断を行っていることが想像される。この原因として、プログラム責任者のみに判断が任せられていることが考えられ、改善するためには外部評価やサイトビジットな

どの導入の検討が必要であろう。

到達目標の項目数については、プログラム責任者、指導医、研修医の全てで、多い、やや多いという意見が過半数を占めており、項目内容および数についても見直しが必要と思われる。

E. 結論

初期臨床研修における到達目標の評価に関する実態調査を行い、現在の日本の医師臨床研修における研修評価の問題点が抽出された。

今後の研修評価の見直しにおいて、研修の質の担保のために、より妥当性・実施可能性に優れた評価方法の導入と、到達目標の項目を絞る検討が必要ではないかと考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

分担研究課題：人口動態や疾病構造、医療提供体制の変化等を踏まえた到達目標の在り方に関する研究

研究分担者 高橋 理 聖ルカ・ライフサイエンス研究所臨床疫学センター センター長
研究協力者 大出 幸子 聖ルカ・ライフサイエンス研究所臨床疫学センター 上級研究員

研究要旨： 平成16年に新医師臨床研修制度が導入されてから10年が経過し、人口動態や疾病構造の変化により到達目標を見直すべきと考えられている。そこで、既存の資料（人口動態調査や患者調査など）や研修医を対象としたアンケートを参考に数年間の推移を検討した。死因、総患者数は、10年前と比べ上位の変化はなかったが、増加率には違いが認められ、既存の資料が今後の検討に参考になると思われた。しかし、症状の推移においては更なる調査が必要と考える。また、研修医を対象とした到達度アンケートでは継続プログラムのほうが弾力性プログラムより習得項目がさらに上回る結果となり、今後検討する場合の参考になると思われた。

A. 研究目的

新医師臨床研修制度が導入されてから10年がたち、医師臨床研修部会報告書において『急速な高齢化等による人口動態や疾病構造の変化等に配慮すべきである』等の指摘を踏まえ、すでに調査されている受療状況や入院・外来等についての疫学・保健統計等や基本的な診療能力の修得の観点から、入院・外来・在宅等において、押さえるべき頻度の高い疾患等や、頻度は高くないが見逃してはならない疾患等について見直すとされた。また、全国の研修医を対象にした研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について質問票を用いた平成17～19年度厚生労働科学研究と同様の調査を行い、同研究結果との比較により、大学と臨床研修病院の比較や、平成21年度に見直された弾力化プログラムと従来の継続プログラムの研修医の基本的診療能力を比較検討した。

B. 研究方法

1. 人口動態や疾病構造の変化と習得すべき疾患と症状について

平成16年に新医師臨床研修制度が導入された時期から現在までに疾病構造の変化を調査する

ために、平成26年我が国の人口動態（厚生労働省大臣官房統計情報部）を参考に、死因別にみた死亡数の年次推移参考に、頻度の高い順に上位10の疾患を平成14年と平成24年を比較検討した。また、患者数の年次推移を評価するために、平成14年と平成23年患者調査を基に上位20位の疾患を検討した。経験すべき症状をここ10年の年次推移を評価するために、平成15年と平成25年10月に1か月間健康日記を用いて1か月間の自覚した症状数を調査し比較検討した。

2. 研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について

前回調査と同様に2年次研修医を対象に質問票を用いて自記式アンケート調査を行った。調査内容として、基本的臨床能力（知識、技術、態度に関する項目）習得度と症例経験数（症状、病態、医療記録など）について評価を行った。

【対象】平成26年3月末に臨床研修を修了した全研修医

【調査期間】平成26年3月～4月

【調査手法・対象】研修医に対し、到達目標に定められた98項目の臨床知識等の習得状況及び85項目の経験症例数について、自記質問票を送付、回収した。基本的臨床能力の習得状況につ

いては、「確実にできる、自信がある」、「だいたいできる、たぶんできる」、「あまり自信がない、一人では不安である」、「できない」の4段階評価で、経験症例数と医療記録については、0例、1-5例、6-10例、11例—または、0例、1・2例、3・4例、5例—のいずれも4段階評価とした。大学病院と臨床研修病院、継続プログラム*¹と弾力プログラム*²、それぞれの比較を記述統計・ χ^2 乗検定で比較検討した。

*¹：継続プログラム：内科6か月以上、外科3か月以上、麻酔、救急、産婦、小児、精神、地域医療はそれぞれ1か月以上のローテーション

*²：弾力プログラム：上記以外のローテーション

(倫理面への配慮)

本研究は、分類としては疫学調査研究であり、疫学研究に関する倫理指針に則り実施する。調査の個票データについては、法的に必要な手続きに基づき適正に処理を行う。

C. 研究結果

1. 人口動態や疾病構造の変化と習得すべき疾患と症状について

死因別にみた死亡数の年次推移¹⁾によると(表1)、10年前と比べ上位死因の変化はないが、増加率が異なっていた。例えば、悪性腫瘍(増加率18.5%)、心臓疾患(増加率30.4%)が一貫して上昇、肺炎が大幅に増加し(増加率41.8%)、脳卒中(増加数:-6.6%)の死亡数を上回った。自殺数は減少を示した(-11.7%)。

患者調査(表2_1)によると2)、総患者数の上位は、悪性腫瘍、生活習慣病(高血圧、糖尿病、高脂血症)、心疾患、脳血管障害が占め変化はないが、精神疾患(気分障害、うつ病、神経症性疾患)が上位20位内に上昇し、特にうつ病は10年前に比べ総患者数が約60%増加した。患者数は上位ではないが、比較的患者数が多く、増加率の高い疾患は、アルツハイマー病(増加率311%)、急

性副鼻腔炎(増加率100%)などであった(表2_2)。

症状では、平成15年と平成25年の頻度の順位はほとんど変わらなかった(表3_1)が、到達目標の症状が頻度の高い疾患とすべて一致しているわけではなかった。たとえば、到達目標の症状の一つであるリンパ節腫脹は平成25年の症状順位は198位であった。一方、到達目標の症状にはないが、平成25年症状頻度の高かったものは、くしゃみ(順位2位)、かゆみ(順位11位)などであった(表3_2)

2. 研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数について(図1)

回答者：5905名(大学病院：2299名、臨床研修病院：2948名)、全プログラムにおける継続プログラムの割合：20.2%(大学病院：11.9%、研修病院：26.7%)

1) 基本的臨床知識・技術・態度の習得状況
98項目のうち、「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合

① 大学病院と研修病院の比較

23項目が研修病院のほうが大学病院よりも自信をもってできる割合が多かった。13項目が大学病院のほうが研修病院より自信をもってできると回答した割合が多かった。

② 継続プログラムと弾力プログラムの比較

18項目が継続プログラムのほうが弾力プログラムより自信をもってできる割合が多く、弾力プログラムが自信をもってできる項目はなかった。(表4_1)

2) 経験症例数

85項目について、研修医が回答した経験症例数6例以上と答えた研修医の割合

① 大学病院と研修病院の比較

73項目で臨床研修病院が大学病院より経験症例数が多かった。1項目で大学病院が研修病院より多かった、

② 継続プログラムと弾力プログラムの比較
(表2)

51 項目で継続プログラムのほうが弾力プログラムより経験症例数が多かった。弾力プログラムが継続プログラムより多く症例数を経験した項目はなかった。(表 4_2)

3) 経時的推移：平成 14 年から平成 26 年 (図 1)

1) と 2) と同様に、全体と大学病院、一般病院別、また、弾力プログラムと継続プログラム別の平成 16 年度の新医師研修制度必修化前(平成 14 年)から平成 26 年度までの研修医の臨床知識・技術・態度の習得状況と経験症例数の推移を示した。前年度とはおおむね変わらなかった。

D. 考察

平成 16 年に新医師臨床研修制度が導入されてから 10 年が経過し、人口動態や疾病構造の変化により到達目標を見直すべきと考えられている 3)。本研究で利用した資料から、我が国の人口動態による死因別にみた死亡数と患者調査による総患者数の年次推移によると、10 年前と比べ上位の疾患の変化はないが、増加率、減少率は異なっていた。このことより、経験すべき疾病内容については変化ないと思われるが、より増加している疾病などを重視することにより、因子分析などの手法と合わせて項目内容の簡素化 3) に利用できる可能性がある。死亡数は悪性腫瘍、心臓疾患が一貫して上昇、肺炎が大幅に増加し、患者数では精神疾患(気分障害、うつ病、神経症性疾患)の特にうつ病が約 60%増加し、アルツハイマー病(増加率 311%)などが上昇した。

また、全国調査による症状の頻度では、10 年前比べほとんど変化が見られず、到達目標の各症は上位を占めており内容は妥当と考えられるが一部の症状は頻度が高いが到達目標のなかに含まれないものもあり、臨床研修の基本理念より、一般的診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう 3) とあり、頻出する症状の鑑別診断を学ぶ診断推論を学ぶ上で重要

な資料になると考えられる。

平成 25 年度の基本的臨床知識・技術・態度、経験症例数は、大学病院と研修指定病院との比較では差は減少しているが、なおも研修病院のほうが多く、プログラム別では、継続プログラムのほうが弾力性プログラムより習得項目がさらに上回る結果となり、今後検討する場合の参考になると思われる。

E. 結論

疾病構造は死因、総患者数からは、10 年前と比べ大きく変化はないが、増加率には違いが認められ、到達目標を検討するうえで有用な資料となる。しかし、症状においては更なる調査が必要である。また、基本的臨床知識・技術・態度、経験症例数については今後も経時的にフォローすべきである。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

参考資料/URL

1) 厚生労働省 統計・白書 人口動態調査
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html>

2) 厚生労働省 統計・白書 患者調査
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>

3) 医道審議会医師分科会医師臨床研修部会 報告書 平成 25 年 12 月 19 日
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000032870.pdf>

表 1 死因順位別死亡数の推移

	平成 14 年 順位	平成 14 年 死亡数	平成 24 年 順位	平成 24 年 死亡数	増加率 (%)
悪性新生物	1	304568	1	360963	18.5
心疾患	2	152518	2	198836	30.4
肺炎	4	87421	3	123925	41.8
脳血管疾患	3	130257	4	121602	-6.6
老衰	7	22682	5	60719	167.7
不慮の事故	5	38643	6	41031	6.2
自殺	6	29949	7	26433	-11.7
腎不全	8	18185	8	25107	38.1
慢性閉塞性肺疾患	10	13021	9	16402	26
肝疾患	9	15490	10	15980	3.2

表 2_1 疾病の総患者数の推移（単位：千人）

疾病	平成 14 年順位	平成 14 年患者数	平成 23 年順位	平成 23 年患者数	増加率 (%)
高血圧性疾患	1	6985	1	9067	29.
糖尿病	2	2284	2	2700	18.2
歯の補てつ	5	1420	3	2024	42.5
う蝕（虫歯）	4	1480	4	1945	31.4
高脂血症	6	1391	5	1886	35.6
心疾患（高血圧性のものを除く）	3	1667	6	1612	-3.3
悪性新生物（がん）	9	1280	7	1526	19.2
関節症	13	864	8	1310	51.6
脳血管疾患（脳卒中）	7	1374	9	1235	-10.1
喘息	10	1069	10	1045	-2.2
白内障	8	1292	11	962	-25.5
気分[感情]障害（躁うつ病を含む）	16	711	12	958	34.7
脳梗塞	11	1064	13	924	-13.2
急性上気道感染症	14	812	14	842	3.7
虚血性心疾患	12	911	15	756	-17.0
緑内障	20	558	16	723	29.6
うつ病	ランク外	441	17	704	59.6
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	ランク外	500	18	571	14.2
胃炎及び十二指腸炎	17	704	19	571	-18.9
狭心症	18	691	20	558	-19.2

表 2_2 増加率の高い疾病と低い疾病

増加率の高い疾病	平成 14 年患者数	平成 23 年患者数	増加率
敗血症	1	5	400.0%
アルツハイマー病	89	366	311.2%
結節性多発（性）動脈炎	2	7	250.0%
離断性骨軟骨炎	2	6	200.0%
老衰	1	3	200.0%
中枢神経系の悪性新生物（脳悪性新生物） （悪性脳腫瘍）	3	7	133.3%
胆管炎	3	7	133.3%
低身長，他に分類されないもの	7	16	128.6%
発疹を伴うエンテロウイルス性小水疱性 口内炎（手足口病）	2	4	100.0%
急性副鼻腔炎	73	146	100.0%
増加率の低い疾病			
十二指腸潰瘍	110	42	-61.8%
部位不明の消化性潰瘍	24	9	-62.5%
遺伝性第Ⅷ因子欠乏症	3	1	-66.7%
老人性難聴	3	1	-66.7%
扁桃周囲膿瘍	3	1	-66.7%
卵管炎及び卵巣炎	7	1	-85.7%

表 3_1 到達目標にある頻度の高い症状と調査による症状頻度の比較

	到達目標 頻度の高い症状	健康日記の症状分類	平成 15 年 症状頻度ラ ンキング	平成 25 年 症状頻度ラ ンキング
1	全身の倦怠感	全身脱力	8	7
2	不眠	睡眠障害	64	43
3	食欲不振	食欲不振	78	81
4	体重減少、体重増加	-	-	-
5	浮腫	-	-	-
6	リンパ節腫脹	リンパ節腫脹	124	198
7	発疹	発疹（全体）	75	71
8	黄疸	-	-	-
9	発熱	発熱	11	13
10	頭痛	頭が痛い	5	3
11	めまい	めまい	36	26
12	失神	-	-	-
13	痙攣発作	痙攣	81	86
14	視力障害、視野狭窄	-	-	-
15	結膜の充血	眼の充血	69	60
16	聴覚障害	耳の聞こえが悪い	151	110
17	鼻出血	鼻血	73	98
18	嗄声	発声障害	52	94
19	胸痛	胸部の痛み	66	69
20	動悸	動悸	80	105
21	呼吸困難	呼吸困難	82	67
22	咳・痰	咳	2	4
23	嘔気・嘔吐	嘔気	33	47
24	胸やけ	胸やけ	91	55
25	嚥下困難	嚥下異常	ランク外	165
26	腹痛	腹部全体の疼痛/激痛	13	12
27	便通異常（下痢、便秘）	下痢	23	24
28	腰痛	腰が痛い	3	1
29	関節痛	関節が痛い	46	25
30	歩行障害	足が痛い/足の指が痛い	9	10
31	四肢しびれ	しびれる／異常感覚／無 感覚	19	15
32	血尿	血尿	ランク外	204
33	排尿障害	排尿障害	90	59
34	尿量異常	頻尿	114	76
35	不安・抑うつ	抑うつ感	62	95

表 3_2 到達目標にない平成 25 年症状頻度

到達目標にない平成 25 年症状頻度トップ 20	ランキング
くしゃみ	2
首が痛い/肩こり	5
膝が痛い	6
喉が痛い	8
肩が痛い	9
かゆみ	11
手が痛い/手指が痛い	14
筋肉が痛い／筋肉痛	16
その他の目の症状	17
ふくらはぎが痛い/ふとももが痛い	18
背中が痛い	19
腕が痛い	20

表 4 1 基本的臨床知識・技術・態度の習得状況（プログラム別）

	継続プログラム (%)	弾力プログラム (%)	差 (%)
腹痛を鑑別し、最善の管理を決定できる	69.4	66.9	6.1
ラ音を聴取し、記載できる	96.8	98.7	2.6
直腸診で前立腺の異常を判断できる	72.8	66.8	5.5
妊娠の初期兆候を把握できる	63.9	57.5	6.4
骨折、脱臼、捻挫の鑑別診断ができる	69.8	62.2	7.1
血液凝固検査に関する検査を指示し結果を判定できる	95.4	98.7	1.7
創傷処置の適中が判断でき、結果の解釈ができる	88	83.6	4.4
腹部単純X線でイレウスを判定できる	96.2	94.1	2.1
尿性導尿を実施できる	91.1	87.1	4
局所浸潤麻酔とその副作用に対する処置を行える	92.1	89.4	2.7
気管挿管ができる	97.2	91.6	5.6
レスピレータを装着し調整できる	82.4	77.9	4.5
救急患者の重症度および緊急度を判断できる	92.9	88.9	4
ショックの診断と治療ができる	90.1	86.8	3.3
小児の採血、点滴ができる	80.9	71.1	9.8
患児の年齢や理解度に応じた説明ができる	88.6	84.8	3.8
精神科領域の薬物治療に伴うことの多い障害について理解し、適切な検査・処置ができる	70.9	66.3	4.6
基本的な臨床知識・技術について後援を指導することができる	89.8	84.9	4.9

表 4 2 経験症例数 (プログラム別)

[illegible]