

state		events reported	information included in report
Rhode Island continued	RI	<p>1.42. <i>Reportable incidents</i> are those which result in patient injury as defined in a) through j) or which involve matters described in k) through o): a) brain injury, b) mental impairment, c) paraplegia, d) quadriplegia, e) any paralysis, f) loss of use of limb or organ, g) any serious or unforeseen complication that is not expected or probable resulting in an extending hospital stay or death of patient, h) birth injury, i) impairment of sight or hearing, j) surgery on the wrong patient, k) subjecting a patient to a procedure/treatment not ordered or intended by the patient's attending physician, medication errors, and collection of specimen, for laboratory study, obtained by non-invasive means or routine plebotomy, l) suicide of patient during treatment or within 5 days of discharge from inpatient or outpatient units (if known), m) blood transfusion error, n) medication error that necessitates a clinical intervention other than monitoring, o) any other incident reported to the malpractice insurance carrier or self insurance program.</p>	

state	events reported	information included in report
South Carolina	SC incidents resulting in death or in jury, e.g. broken limb	Facility name, client age and sex, date of incident/accident/location, witness names, extent/type of injury and how treated, e.g.hospitalization, identified cause of incident/accident, internal investigation results if cause is unknown, identity of other agencies notified of incident, date of the report

state	events reported	information included in report
South Dakota SD	<p>any death resulting from other than natural causes originating on facility property such as accidents, abuse, negligence, or suicide; any missing patient or resident; any allegation of abuse or neglect of any patient or resident by any person; any fire with structural damage or where injury or death occurs; any partial or complete evacuation of the facility resulting from natural disaster; and any loss of utilities, such as electricity, natural gas, telephone, emergency generator, fire alarm, sprinkler, and other critical equipment necessary for the operation of the facility for more than 24 hours.</p>	<p>facilities design their own form</p>

state		events reported	information included in report
Tennessee	TN	<p>see guidelines for reporting unusual events: 1. medication errors: 1.1 medication errors that result in permanent harm, 1. 2. Medication errors that result in near-death, 1:3. Medication errors that result in death, 2. Aspiration related to conscious sedation, 3. intravascular catheter related: 3.1. Necrosis or infection requiring repair, 3.2 volume overload leading to pulmonary edema, 3.3 pneumothorax, 4. blood transfusion reactions: 4.1 related to wrong blood type, 4.2 related to outdated blood, wrong patient; 5. perioperative/periprocedural related—within 48 hours: 5.1 any new central neurological deficit; 5.2 any new peripheral neurological deficit</p>	<p>see form: facility's contact information, patient's age, sex, race, date of occurrence, time of occurrence, occurrence code, diagnosis, procedure, brief summary of incident, report date, reporter's name.</p>

state	events reported	information included in report
Utah	<p><i>senitel events include:</i> a) all deaths that occur at the facility and that are directly related to any clinical service of process provided to a patient for which the patient at the time of the death: 1. was not subject to a "do not resuscitate" order, 2. was not in a critical care unit, 3. was not in the emergency room or operating room having presented in the last 24 hours with a Glasgow score lower than 9. b) events that occur in the facility and that are directly related to any clinical services or process provided to a patient and which result in: 1. surgery on the wrong patient or wrong body part, 2. suicide of a patient, or 3. major loss of physical and mental function not related to the natural course of the patient's illness or underlying condition. c) events that occur in the facility and that are not directly related to the clinical services provided to a patient and which result in an alleged: 1. patient abduction, 2. discharge of an infant to the wrong family, 3. rape of a patient, 4. intentional injury to a patient, whether by staff or others, or 5. suicide of a patient.</p>	<p>patient's age, gender and admitting diagnoses, all current and discharge diagnoses, name, title and contact information of person submitting report, name, title and contact information of root cause analysis lead staff, name of hospital, date of event, date of detection, date of report, location of event within Hospital, narrative description of senitel event; and upon completion of root cause analysis: findings and action plan steps</p>

state	events reported	information included in report
Washington	<p>(a) an unanticipated death or major permanent loss of function, not related to the natural course of patient's illness or underlying condition; (b) a patient suicide while the patient was under care of the hospital; (c) an infant abduction or discharge to the wrong family; (d) sexual assault or rape of a patient or staff member while in the hospital; (e) a hemolytic transfusion reaction involving administration of blood or blood products having major blood group incompatibilities; (f) surgery performed on the wrong patient or wrong body part; (g) a failure or major malfunction of a facility system such as heating, ventilation, fire alarm, fire sprinkler, electrical, electronic information management, or water supply which affects any patient diagnosis, treatment, or care service within the facility; or (h) a fire which affects any patient diagnosis, treatment, or care area of the facility</p>	<p>no form. Hospitals are required to report by phone, fax, e-mail or letter the name of the facility, the date and type of the event, from the above list. A minimalist report would only say "Jones Hospital; May 15, 2002; event category 'b'"</p>

state	events reported	information included in report
Wisconsin	<p>WI</p> <p>All deaths, all hospital discharges and all visits to ambulatory surgeries are reported to the bureau of health information. These events are stored in a database and the bureau of Emergency Medical Services and injury prevention analyses all forms of injury including adverse effects to drugs and adverse effects to medical procedures using ICD 9 (for hospitalization and ambulatory surgery visits) and ICD 10 codes (for deaths).</p>	

state		events reported	information included in report
Wyoming	WY	these are examples only: abuse, neglect, misappropriation of money, injuries of unknown origin, etc	<i>no specific report form used</i>

臨床指標の重症度調整に関する研究

分担研究者 池田俊也 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 専任講師

研究要旨 先進諸国において臨床指標による医療の質評価が進展している領域として心臓バイパス術(CABG)を取り上げ、重症度調整の方法や活用法を調査した。その結果、重症度調整手法が相次いで開発され広く用いられていることが確認されたが、その一方で、重症度調整モデルの使用についてはいくつかの課題が指摘されていることも判明した。臨床指標をわが国に適用する場合には、わが国の臨床実態にあった重症度調整モデルを開発するとともに、臨床指標ならびに重症度調整に必要なデータを病院からルーチンに収集するシステムを整備する必要があると考えられた。

A. 研究目的

臨床指標を医療の質評価ならびに安全管理に活用する場合には、患者の重症度調整を適切に行ったうえで結果を評価することが重要である。重症度調整が行われていないか、あるいは行われたとしてもその手法が不適切にであった場合には、結果の相互比較ができないばかりか、結果の解釈を誤る可能性も考えられる。そこで今回は、先進諸国において臨床指標による医療の質評価が進展している領域として心臓バイパス術(CABG)を取り上げ、重症度調整の方法や活用法を調査するとともに、わが国に導入する場合の課題を検討することを目的とした。

B. 研究方法

まず、文献検索ならびにインターネット検索により、諸外国における CABG の臨床指標と重症度調整モデルに関する情報を収集した。次に、重症度調整に用いた変数や手法、結果の利用方法などを調査した。最

後に、わが国における重症度調整の導入可能性と課題について検討を行った。

（倫理面への配慮）

患者の個人情報収集しておらず、倫理的問題はない。

C. 研究結果

CABG の臨床指標における重症度調整モデルに関する情報検索の結果、北米では、米国ペンシルバニア州医療費適正化委員会の方法(文献 1)、米国ニューヨーク州保健局の方法(文献 2)、米国北部ニューイングランドの方法(文献 3)、米国 Parsonnet らの方法(文献 4)、米国胸部外科学会の方法(文献 5)、米国在郷軍人病院の方法(CICSS)(文献 6)、米国クリーブランドクリニックの方法(文献 7)、カナダオンタリオ州の方法(文献 8)などが収集された。また欧州では、EuroSCORE (文献 9)、スペイン Pons Score (文献 10)、フランス多施設調査の方法(文献 11)などが収集された。

重症度調整に使用している変数には共通のものも多く、患者年齢、性別、急性心筋梗塞の最近の既往、前回心臓手術の有無、冠動脈狭窄部位、駆出率などがほぼ共通して用いられていた。

重症度調整後の臨床指標の活用法としては、病院間や医師間での成績の比較、病院（医師）ランキング、平均的水準よりも有意に優れているか劣っているかの判断等に用いられていた。これらは、研究ベースでの活用のほか、規制当局の利用や、一般住民への情報提供にも用いられていた。例えば、ペンシルバニア州 Health Care Cost Containment Council では、院内死亡率、術後30日以内死亡率、7日以内再入院率、30日以内再入院率、術後在院日数の5つの臨床指標について、重症度調整モデルを用いて補正を行い、病院ごとならびに医師ごとの比較を行い、インターネットで公表している。

重症度補正モデルの作成手順ならびに用いられた統計手法は様々であった。ペンシルバニア州では、第一に、既存文献より、アウトカムに影響する臨床的要因ならびに人口学的要因を把握するとともに、州のデータベースにおいて利用可能な変数を考慮に入れ、候補となる変数を特定した。例えば院内死亡率予測のための変数としては、急性心筋梗塞の有無、CABGの重症度、年齢、年齢の二乗、癌、心原性ショック、心筋症、複雑な高血圧、慢性閉塞性肺疾患の有無、糖尿病、透析、性別、心不全、肥満の程度、末梢血管疾患、CABGや弁疾患手術の既往、CABG同日のPTCA・ステント、人種、腎不全の18変数が挙げられた。次に、binary logistic regression法により、統計学的有意となる変数が選択された。最

終的な変数としては、年齢、年齢の二乗、CABG重症度、心原性ショック、透析、心不全が選択された。

ペンシルバニア州における各病院毎の死亡率（2000年）について、重症度調整前の死亡率を横軸に、重症度調整後の死亡率を縦軸にプロットして示した。重症度調整を行うことにより、実死亡率では平均を下回っていた病院が重症度調整後には平均を上回る水準になったり、あるいはその逆になったりと、重症度調整の有無により病院の評価が逆転する場合も観察された。

重症度調整モデルの活用における課題としては、1. 商用プログラムの場合にはロジックが公開されていないこと、2. 「全ての患者は異なる」「平均値で評価することは無意味」という医師の反論、3. 治療成績に関係するあらゆる変数をリスク補正式に組み入れることはできない、4. 医療技術を単一スコアで評価することの妥当性、5. 患者データ収集のコスト（たとえばペンシルバニア州における心臓バイパス手術のデータ収集には、病院総支出の0.27～0.36%のコストを要したと報告されている）などが挙げられていた。

D. 考察

先進諸国では、医療安全ならびに質評価を目的として臨床指標の活用が進んでいる。今回は、心臓バイパス手術について調査を行った結果、重症度調整手法が相次いで開発され広く用いられていることが確認された。たとえば、米国ペンシルバニア州やニューヨーク州では、心臓バイパス手術等の治療成績を一般に公表しているが、施設間・術者間の臨床指標の比較を行うために重症度補正モデルが用いられていた。しか

し、重症度調整モデルの使用についてはいくつかの課題が指摘されていることも判明した。図では、実死亡率が0%であるにもかかわらず重症度調整後には約2%になっている病院もあり、違和感を感じざるを得ない。

諸外国の状況を踏まえ、臨床指標をわが国に適用し活用するためには、次の2点が重要と考えられる。まず第一に、わが国の臨床実態にあった重症度調整モデルを開発する必要がある。このためには、属性・臨床所見など患者予後に影響を与えると考えられる多彩な情報を収集するとともに、患者の治療成績に関する情報もあわせて蓄積し、科学的に妥当な手順を踏んで重症度調整モデルを開発する必要がある。

第二に、臨床指標ならびに重症度調整に必要なデータをルーチンに病院から収集する必要がある。わが国におけるレセプトデータからは患者の院内死亡や再入院などのアウトカム情報は概ね得ることができるが、患者の臨床所見のデータについてはいわゆる「保険病名」に頼ることとなり、正確性に欠けるものとなることから、追加的なデータ収集システムを整備する必要があると考えられる。

E. 結論

先進諸国において臨床指標による医療の質評価が進展している領域として心臓バイパス術(CABG)を取り上げ、重症度調整の方法や活用法を調査したところ、重症度調整手法が相次いで開発され広く用いられていることが確認された。一方で、重症度調整モデルの使用についてはいくつかの課題が指摘されていることも判明した。臨床指標をわが国に適用する場合には、わが国の臨

床実態にあった重症度調整モデルを開発するとともに、臨床指標ならびに重症度調整に必要なデータをルーチンに病院から収集するシステムを整備する必要があると考えられる。

参考文献

- (1) The Pennsylvania Health Care Cost Containment Council (<http://www.phc4.org/>)
- (2) Hannan EL, Kilburn H Jr, O'Donnell JF, Lukacik G, Shields EP. Adult open heart surgery in New York State. An analysis of risk factors and hospital mortality rates. *JAMA*. 1990 Dec 5;264(21):2768-74.
- (3) O'Connor GT, Plume SK, Olmstead EM, Coffin LH, Morton JR, Maloney CT, Nowicki ER, Levy DG, Tryzelaar JF, Hernandez F, et al. Multivariate prediction of in-hospital mortality associated with coronary artery bypass graft surgery. Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. *Circulation*. 1992 Jun;85(6):2110-8.
- (4) Parsonnet V, Dean D, Bernstein AD. A method of uniform stratification of risk for evaluating the results of surgery in acquired adult heart disease. *Circulation*. 1989 Jun;79(6 Pt 2):13-12.
- (5) Edwards FH, Albus RA, Zajtcuk R, Graeber GM, Barry MJ, Rumisek JD, Arishita G. Use of a Bayesian statistical model for risk assessment in coronary artery surgery. *Ann Thorac Surg*. 1988 Apr;45(4):437-40.
- (6) Grover FL, Johnson RR, Shroyer AL, Marshall G, Hammermeister KE. The Veterans Affairs Continuous Improvement in Cardiac Surgery Study. *Ann Thorac Surg*. 1994 Dec;58(6):1845-51.
- (8) Tu JV, Jaglal SB, Naylor CD. Multicenter validation of a risk index for

mortality, intensive care unit stay, and overall hospital length of stay after cardiac surgery. Steering Committee of the Provincial Adult Cardiac Care Network of Ontario. *Circulation*. 1995 Feb 1;91(3):677-84.

(9) Nashef SA, Roques F, Michel P, Gauducheau E, Lemeshow S, Salamon R. European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE). *Eur J Cardiothorac Surg*. 1999 Jul;16(1):9-13.

(10) Pons JM, Granados A, Espinas JA, Borrás JM, Martín I, Moreno V. Assessing open heart surgery mortality in Catalonia (Spain) through a predictive risk model. *Eur J Cardiothorac Surg*. 1997 Mar;11(3):415-23.

(11) Roques F, Gabrielle F, Michel P, De Vincentiis C, David M, Baudet E. Quality of care in adult heart surgery: proposal for a self-assessment approach based on a French multicenter study. *Eur J Cardiothorac Surg*. 1995;9(8):433-9

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

池田俊也: 医療の情報公開と患者の選択.
国立社会保障・人口問題研究所編: 選択の時代の社会保障、265-280、2002

2. 学会発表

なし

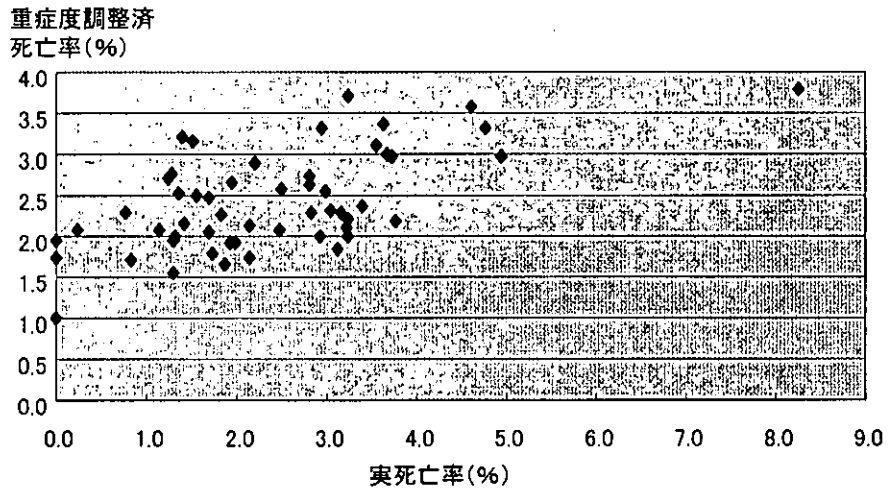


図1 実死亡率と重傷度調整済死亡率の関係

厚生労働科学研究費補助金(医療技術総合研究事業)

分担研究報告書

患者の視点からの医療安全に関する研究

分担研究者 和田 ちひろ いいなステーション

研究要旨

これまでの医療安全についての研究報告は、その大部分が医療従事者の視点から検討を行ったものであり、患者の視点とは必ずしも一致しない可能性がある。しかし、医療安全が最終的には患者満足度を決定する重要な因子であることを考えると、患者の視点から、患者がどのような事象を「非安全」と見做すのかを明らかにし、その解消方法を開発・普及させることが、患者参加型の質の高い医療の実現のためには不可欠である。

本研究では、郵送及びインターネットにより、患者が「非安全」と考えた 73 事例について、統計的な解析、専門家パネルによる検討を行った。患者は医療従事者が「非安全」と考える事象以外にも、十分な説明がなされないなどの状況では不安を有し、「非安全」と認識することがしばしばあること、そのような場合にも自分の気持ちを医療従事者に告げることを躊躇する傾向があることが示唆された。

本研究の結果を基に、今後は、①いかにして患者の非安全事象の認識能力を高めるか(危険予知トレーニングなど)、②患者が非安全事象を認識した場合に、医療従事者との円滑なコミュニケーション、情報の共有をいかにして促進するか、③医療従事者からは非安全とは見做されないが、患者に不安を生じる事象について明らかにし、医療現場からはこれらの事象を取り除くための方策、について更に検討を加え、患者参加型の医療のあり方について明らかにする必要があると思われる。

背景

平成 11 年 1 月に横浜市立大学医学部附属病院で手術患者取り違い事故が発生した。高度医療を担う大学病院で起きた事故として、患者・市民をはじめ、医療界に与えた影響は極めて大きいものであった。その後、特定機能病院や大学病院でも医療事故や医療過誤が続発し、連日のようにマス・メディアで報道がなされ、大きな社会問題となっている。「医療における安全」に対する国民の信頼は、明らかに揺らぎ始めている。

このような中で医療事故に対する社会的な関心が高まり、国の施策として医療安全に取り組む必要性が認識されることとなった。まず平成 13 年 4 月には医政局総務課内に医療安全推進室が設置された。次に医政局長および医薬局長の私的諮問機関である「医療安全対策検討会議」が設置され、医療安全対策のあり方についての検討が開始された。その中の医療安全対策ネットワーク事業では、特定機能病院、国立病院・療養所の医療機関を対象に、インシデント事例（患者に傷害を及ぼすことはなかったが及ぼしそうな事例、日常診療の場で“ヒヤリ”“ハッ”とした事例）が収集され、集計・分析が行われている。

その中で現場の医療提供者のみのチェック機能に頼るのではなくサービスを受ける側の患者の視点から医療安全を捉えるという考え方も出てくる。米国の AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) は、2000 年 2 月に「患者の視点からの医療安全 20 か条」を提唱し、「患者が自身の治療や薬に関心を持つこと」、「処方箋の字が読めない場合にはたずねること」、「症例数の多い病院を選ぶこと」など患者が具体的に取り組めることをまとめている。わが国でも平成 15 年 9 月 29 日に発表された第 7 回集計結果によると、10,504 事例のうち患者本人や家族、他患者が発見しているケースは 826 件（内訳は患者本人 402 件、家族・付き添い 200 件、他患者 224 件）で全事例の 7.8%を占めている。

このように考えると、患者・家族も医療現場での事故を未然に防ぐ重要な役割を担うことができるのではないかと推測される。そこで本研究では患者・家族から治療や安全管理に“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした事例を収集し、患者の視点から医療安全に参加する可能性を探る。患者・家族が参加することによって、「安全確認の目」が増えるなどより安全な医療が受けられるようになるための一助となるような研究としたい。

1 調査の概要

郵送調査とウェブ調査の2種類を実施した。初年度は100事例の収集を目指した。

1. 調査方法

① 郵送調査

3つの医療機関の協力を得、記載能力のある入院患者を対象に調査票を院内にて配布してもらった。病院内もしくは自宅などで調査票に記入後、院内で回収する形をとらず分担研究者のもとへ郵送してもらい回収した。

実施期間は平成16年2月1日（日）から2月29日（日）までの29日間とした。

② ウェブ調査

外来・入院・在宅療養を経験した本人及び、家族、見舞い客を対象とし、調査協力を広く呼びかけた。ウェブ上に設けたアンケートページ

(http://www.e7station.com/html/korosho_safety.htm) より直接入力してもらう形で回答を得た。

実施期間は平成16年1月16日（金）から2月29日（日）までの44日間とした。

2. 回答方法

医療者のインシデント事例は、「ヒヤリハット事例」と呼ばれるが、患者・家族に「ヒヤリハット」という言葉は一般的でないため、具体的にどのような事例を記載すればいいのか戸惑うのではないかと考えた。そこで今回は、「治療を受けたとき不安に感じたこと、安全管理に疑問を感じたこと」という聞き方で自由記載による事例の記載を求めた。また「そのようなことが起こった理由、防止対策として考えられること」についても自由記載での回答を求めた。なお、体験の期間は特に限定せず、記憶に残っているものを記載するように依頼した。領域については、医療者のヒヤリハットを参考にし事前に選択肢を設けることも検討したが、初年度の研究であり先入観なく事例を幅広く収集したいと考え、あえて設定しない方法を採用した。

自由記載以外に、医療安全に関する意識（3項目）と、事例に付随する情報（4項目：①事例発生場所、②発生時間、③起こった結果、④医療者に伝えたかどうか）、フェイスシート（3項目：①記載者、②当事者のその当時の年齢、③当事者の性別）を聞き、それらにはそれぞれ選択肢を設け、選択してもらう形で回答を求めた。

質問項目は郵送調査もウェブ調査も同じであるが、ウェブ調査においては、独立した2事例までを記載できるように設定し、事例に関する情報とフェイスシートもそれぞれの事

例毎に回答できるようにした。

3. 回収状況

回収数は114通（郵送84、ウェブ30）であった。が、そのうち事例記載のなかったものが47通（郵送調査47、ウェブ0）であった。また今回の調査の趣旨とは異なる記述6通を除くと有効回答数は61通（郵送31、ウェブ30）であった。また一つの調査票に2事例を記載しているケースもあったため、総事例数は73件（郵送32、ウェブ41）であった。下記に示している有効回収率とは、有効回答数を回収数で割ったものである。なおそれぞれの病院のベッド数はA病院470床、B病院382床、C病院420床である。

	配布数	回収数	事例記載有	事例記載無	無効回答	有効回答数	有効回収率	総事例数
郵送調査	—	84	37	47	6	31	36.9%	32
A病院	82	21	4	17	0	4	19.0%	4
B病院	196	18	6	12	1	5	27.8%	5
C病院	—	23	11	12	1	10	43.5%	10
その他	—	22	16	6	4	12	54.5%	13
ウェブ調査	—	30	30	0	0	30	100%	41
合計		114	67	47	6	61	53.5%	73

4. 事例記載状況

郵送調査によって回収された調査票は、84通であった。が、事例が記載されていた調査票は37通で、回収された調査票の44%に過ぎない。またそのうち6通は、今回の調査とは趣旨の異なる事例が記載されていたため分析対象から外した。

なおC病院の配布数が不明（—）と示されているのは、院内で調査に対する反対が職員より挙げられたため、途中で中止となったためである。また「その他」に関しては、患者会に協力を依頼し、「出来る限り配布する」との回答を得たため、配布数の実数は明らかではない。

一方、ウェブ調査は回収数は30通と郵送調査と比較すると少ないものの、サイトにアクセスした回答者全員が事例を提供してくれた。また2事例まで一度に記載できるように設定したため、2事例記載した回答者が6人、7事例記載してくれた回答者が1名いた。なお7事例提供してくれた回答者は、2事例以上記載したい旨の連絡がメールであったため郵送調査で用いた調査票に10事例記載できるようワードで作成し、メールに添付する形で送付した。そしてそれに記入してもらった後、メールに添付し返信してもらった。

収集された総事例数のうち、ウェブ調査により収集されたものが56.2%を占め、郵送調査を上回った。

2 選択肢回答における集計結果

1. 医療安全に関する意識

回収した114通のうち事例記載のなかったもの、及び無効事例を除く有効回答61通を分析対象とした。

医療安全に関する意識調査では、「治療を受けた際、不安を感じたこと、安全管理に疑問を感じたことがあるか」、「患者・家族の参加によって医療事故を防ぐことができると思うか」、「自分の病気や障害のことを患者自身が学習し、治療への理解を深めることは医療安全に役立つと思うか」という3項目を聞いた。

その結果、今回事例を寄せてくれた9割強の回答者が「不安を感じたことがある」と回答している。

また「患者参加によって事故を防ぐことができるか」という問に対しては、6割強が「そう思う」と回答している。また、「患者の自己学習や理解促進が医療安全に役立つ」と考えている回答者は9割を超えた。

問1 不安を感じたこと、疑問を感じたことはありますか。

	実数	(%)
ある	57	93.4%
ない	3	4.9%
無回答	1	1.6%
総計	61	100.0%

問2 参加によって医療事故を防ぐことができると思うか。

	実数	(%)
そう思う	39	63.9%
どちらともいえない	20	32.8%
そうは思わない	2	3.3%
総計	61	100.0%

問3 患者自身が学習し、理解を深めることは医療安全に役立つと思うか。

	実数	(%)
そう思う	55	90.2%
どちらともいえない	6	9.8%
そうは思わない	0	0.0%
総計	61	100.0%

2. 事例に付随する情報

収集された事例 79 例のうち、今回の調査とは趣旨の異なる事例が記載されているもの 6 例を除く 73 事例を分析対象とした。なお対象から除外したものは、同一の回答者から特定の医師に対する意見 4 例、明らかに今回の調査とは趣旨の異なるもの 2 例（「トイレに行く前に排便してしまった」、「シャワーのお湯の出が悪かった」）である。

【場所】

「診察室・処置室」で不安や疑問を感じた事例が 27.4%、「ベッドの上」が 26%であり、この 2 箇所ですべての半数以上を占めている。その他には、「駐車場から病院に入るまで」という記載もあった。

	実数	(%)
診察室・処置室	20	27.4%
ベッドの上	19	26.0%
トイレ	4	5.5%
ベッドの上以外の病室	4	5.5%
検査室	4	5.5%
廊下	3	4.1%
浴室	2	2.7%
その他	12	16.4%
無回答	5	6.8%
総計	73	100.0%

その他の回答

薬処方時(2件)

手術室(2件)

駐車場から病院内

【時間帯】

患者が不安や疑問を感じる体験をしたのは、昼食後から 17 時までが 4 割を占めており、それに次いで多いのが午前中（7時から12時まで）であった。

	実数	(%)
起床時間前(5時～7時)	5	6.8%
午前中(7時～12時)	16	21.9%
午後(12時～17時)	31	42.5%
夜(17時～22時)	4	5.5%
消灯時間後(22時～翌朝5時)	3	4.1%
覚えてない	8	11.0%
無回答	6	8.2%
総計	73	100.0%

【影響】

自分が経験したことに対して、「不安を感じた」と回答する人が半数を超える。一方で、生命に重大な影響を及ぼしたと患者が感じた事例も 5 件報告されている。それらは呼吸器取り付け不備【事例 27】、呼吸困難【事例 38】、気道確保【事例 40】、他患児からの感染【事例 47】、がんの見落とし【事例 50】である。

	実数	(%)
生命に重大な影響を及ぼした	5	6.8%
軽い怪我をした	3	4.1%
不愉快な思いをした	13	17.8%
不安を感じた	41	56.2%
その他	7	9.6%
無回答	4	5.5%
総計	73	100.0%

その他	5 件
-----	-----

私(患者)が事前に気づいたので問題を回避

体が冷えて痛くて寒かった

入院中は高熱で危険な状況もあった

歩行機能を失った

本人は、私におかずを取り上げられて、立腹していた。