

## 4. 総括研究報告 2

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)

総括研究報告書 2

がん患者の QOL に繋がる在宅医療推進に向けた、総合的がん専門医療職のがん治療認定医、  
がん専門薬剤師と協働するナース・プラクティショナーに関する研究

NP の役割機能と在宅患者の QOL に関する研究

研究代表者 森 美智子 日本赤十字秋田看護大学学長

### 研究分担者

畑尾 正彦: 日本赤十字秋田看護大学副学長

石田 也寸志: 聖路加国際病院研究所・小児科医長・臨床疫学センター副センター長

白畑 範子: 岩手県立大学教授

### 研究協力者

奥山 朝子: 日本赤十字秋田看護大学准教授

磯崎 富美子: 日本赤十字秋田看護大学准教授

島内 節: 広島文化学園大学大学院看護学研究科長

福島 統: 東京慈恵会医科大学教育センター長

村松 静子: 在宅看護研究センターLLP 所長

### 研究要旨

ナース・プラクティショナー (NP: 診療看護師) とは、医師の包括指示による疾病管理を担う高度専門職業人である。前年度研究、日本と海外の Nurse Practitioner 教育に関する研究結果は、一般的な傷病に対応する基本的能力に必要な知識・技術、治療 (処置、薬物)・面接・管理 (サマリー等)、がん に特化して必要な知識・技術に関して、教育の到達目標のレベルは日本の研修医や、がん専門医の基本的能力に近く、また、患者のための医療行為を行う場合に必要な知識・技術に対する NP の必要性や役割・業務に関する期待は高かった。その能力をもった NP の機能を検証するものである。

本研究は、高度な医学知識・技術と心理学的技法を持った NP のコーディネートを含む在宅看護の役割機能について、医師・看護師の認識から、長期闘病患者・ターミナル患者別に在宅患者の QOL 向上との関連を検討するために、日本の訪問看護ステーション看護師と地域看護専門看護師と訪問看護認定看護師 41 名、開業医と病院がん専門医師 137 名を対象に調査した。

在宅患者の QOL 向上には、専門的知識と技能を持った NP の役割機能は期待できる。病態判断・症状コントロール・ケア効果については、医師の方が看護師より役割と貢献の評価は高い。看護師は入院期間の短縮、在宅ケアの移行効果を患者の QOL に繋げて評価している。

特に再発・転移治療の長期闘病患者の病態判断・症状コントロールやケアに NP は重要な存在といえる。医療の高度化、超高齢化社会に対応するには、的確な病態判断と Cure に責任持つ Care ができる医療に精通した NP が必要であり、患者の免疫力低下と関連するがん医療の知識をもつ NP の能力はがん専門に限らず、在宅患者、外来・入院患者の QOL に寄与するものであるといえた。

## はじめに

「がん患者の QOL に繋がる在宅医療促進に向けた、総合的がん専門医療職のがん治療認定医、がん専門薬剤師と協働するナース・プラクティショナーに関する研究」第1段階の日本と海外の調査研究では Nurse Practitioner (NP) の必要性は高く、教育到達目標は日本の研修医・がん専門医の基礎的能力レベルであった。第2段階研究は、日本での NP の役割機能に関する研究である。

ナース・プラクティショナー (NP: 診療看護師) とは、医師の包括指示による疾病管理を担う高度専門職業人である。高度な医学知識の水準がなくしては、急性増悪の判断、合併症の判断、救命の対応ができず、生命・病状に責任を持ってないケアになる。在宅患者や外来・入院患者に医療に精通した NP は、高度な医学知識を持つ的確な病態判断と合併症の予測判断を伴ったケアができれば、後遺症は少なく、最短の治癒過程をたどることができ、この医療能力と併せて心理的にサポートができ、よいコーディネートが可能である。

日本と海外の Nurse Practitioner 教育に関する研究結果は、一般的な傷病に対応する基本的能力に必要な知識・技術、治療 (処置、薬物)・面接・管理 (サマリー等)、がんの特化して必要な知識・技術に関して、教育の到達目標のレベルは日本の研修医や、がん専門医の基礎的能力に近く、また、患者のための医療行為を行う場合に必要な知識・技術に対する NP の必要性や役割・業務に関する期待は高かった。その能力をもった NP の機能を検証するものである。

## A. 研究目的

日本の研修医や、がん専門医の基礎的能力レベルをもった Nurse Practitioner (NP) が在宅看護を担うと仮定した場合の医師・看護師の認識から、長期闘病患者・ターミナル患者別に、高度な医療知識・技術と心理・社会的支援技法を持った NP の心理的サポートやコーディネートを含む在宅看護の役割機能について、在宅患者の QOL 向上との関連を検討する。

## B. 研究方法

調査研究で、調査日は 2012 年 1～3 月である。

承諾を得た機関や施設における対象者にアンケート調査をした。対象数 178 名の内訳は、日本の訪問看護ステーション看護師と地域看護専門看護師と訪問看護認定看護師 41 名、開業医と病院がん専門医師 137 名であった。回収率は看護師 15.2%、医師 11.9%であった。対象者に対して文書で研究の説明用紙を郵送し、3 週間以内に同封した返信封筒によりアンケート返信を依頼した。返送は無記名で行い、調査用紙返送を持って調査の同意を得たものと考えた。

調査内容 (資料 1, 2) は、長期闘病患者・ターミナル患者別、通院や在宅生活時の病態判断・症状コントロール・ケア面、および生活状況の支援、入院日数関連や医療状況である。現在の看護師 (以下 Ns) と日本の研修医や、がん専門医の基礎的能力レベルをもった仮定の NP (以下 NP) に、長期闘病患者・ターミナル患者別に、どのレベルの事例を受け持てるか 3 または 4 段階で例示 (白血球: >3000, 3000～2000, 2000～1000, <1000)、ケア状況の予測される評価・結果を 3 段階で例示 (変化なし、よくなる、大変よくなる) したものである。

**<倫理面への配慮>** 倫理面への配慮は、調査施行前に、研究代表施設 (日本赤十字秋田看護大学) の IRB で倫理審査を受け承認を得た。アンケート調査に際しては、回答者自身が調査内容の説明書を読み、同意をした場合のみ自記式で回答し、調査票を返信用封筒で送付する。本調査研究は「郵送による無記名自記式調査」で、無記名であること、さらに郵送法であることから拒否権が十分に保証されており、調査へ協力

の任意性が担保されているため、返信をもって同意が得られたものとした。調査票回収後は研究責任者の元で厳重な管理下で保管する。

**<分析方法>** アンケート回答者の属性別に、各項目に対してNsとNPの役割機能に関するレベルの相違を記入して貰い、集計したものである。3分類にコードを設定(変化なし=1、よくなる=2、大変よくなる=3)、得点を1~3点とし、t検定を行った。質問1の病態判断・症状コントロール・ケア面は、NPとNsの差をもって数量化したので、他の3分類と比較検討する上で、[変化なし=1]に対応するように[差がなし(値0)=1]と換算した。即ち、NPとNsの差の値に+1を加算し、分析した。

## C. 研究結果

### 1. 回答者の属性(表1)

医師137名の内訳は、がん診療医は61名、総合医は63名、その他13名で、年齢は50歳代49名、60歳代26名が主であった。がん診療の認定医・専門医・指導医は116名で、臨床経験年数は20年以上は94名であった。

日本の看護師41名の内訳は、訪問看護認定看護師35名、地域看護専門看護師5名、看護師1名で、年齢は40歳代が多く28名であった。勤務先は訪問看護ステーション27名、病院6名で、臨床経験年数は20年以上が多く16名であった。地域医療・ケア経験9年以内18名、10~14年14名であった。

### 2. 病態判断・症状コントロール・ケア(表2, 3, 7, 10, 13)

病態判断・症状コントロール・ケア効果の平均得点は、医師1.61、看護師1.47( $p < .05$ )であった。医師はすべての症状・ケアの難易度の高い(例・白血球 $< 1000$ )項目について、NPはNsの2倍以上のケア効果得点であった。看護師は項目によりバラツキがあった。

長期闘病患者とターミナル患者間では、長期闘病患者のNPとNs差は1.63で、ターミナル患者のNPとNs差は1.52で、有意差( $p < .01$ )があった。

さらに、医師・看護師間でみると、長期闘病患者の医師は1.65、看護師は1.56で有意差はなく、ターミナル患者では医師1.56、看護師1.38で有意差( $p < .01$ )があった。

なお、医師・看護師の各グループ内で、長期闘病患者とターミナル患者間をみると、医師( $p < .1$ )、看護師( $p < .05$ )ともに、それぞれ有意差がみられた。

次に、長期闘病患者の病態判断・症状コントロールの上位3ヶをみると、医師は白血球1.87、呼吸困難1.83、痙攣1.81で、看護師は痙攣1.90、白血球1.77、呼吸困難1.76であった。

上位の白血球を一例として詳細に分析すると(図1)、医師の長期闘病患者のNsのピークは $> 3000$ 、NPのピークは $< 1000$ である。 $< 1000$ の場合、Nsは2.9%、NPは20.4%であった。 $1000 \sim 2000$ を合算し $> 2000$ をみると、Nsは24.8%、NPは63.5%で、NPには白血球2000以下の患者を2.6倍の医師が、現在のNsより任せられるという結果であった。看護師についても同様であった。

しかし、看護師のターミナル患者をみるとピークはNs46.2%、NP66.7%ともに $< 1000$ である。 $> 2000$ をみると、Nsは64.1%、NPは89.8%で、ターミナル患者の場合、現在のNsも65%程度に重篤患者を引き受けており、NPならば重篤患者を90%近く引き受けられるという結果であった。これが、前述のターミナル患者における医師・看護師間の有意差に繋がっている。白血球外の項目についても傾向は同じであった。なお、表2は大項目の比較検討に用いることができる総括表である。

### 3. 生活行動・精神心理社会状況、介護力(表2, 4, 8, 11, 14)

基本的な生活行動・精神心理社会状況、介護力の向上の平均得点は、医師 1.99、看護師 1.83 であった。長期闘病患者は 1.99(医師 2.03、看護師 1.85  $p<.1$ )、ターミナル患者は 1.93(医師 1.96、看護師 1.82)であった。医師の方が、NP の役割機能をより長期闘病患者に期待していた。精神的問題は 2.13、スピリチュアルな苦痛は 2.11 で、看護師より高かった。

看護師のみに調査した詳細な項目では、患者家族の希望や意見のケアへの反映 2.17(ターミナル患者 2.15)、症状/治療等の情報提供・相談 2.37 は高かった。介護力に関する項目では、高いものは知識・技術に合わせた介護方法 1.88、健康・体力に合わせた介護方法 1.85 で、全体的に低かった。

なお、この項の調査内容は、現在、訪問看護を実施している看護師と病院勤務が多い医師では、知見が異なると考え、看護師には詳細な内容を調査した。従い項目数が異なるので、2グループの比較分析には、平均値をもって検討した。表4については、2グループが完全に対応する項目のみで検定したものである。

#### 4. チームケア体制、在宅への移行効果(表 2, 5, 9, 12, 15)

チームケア体制(医療福祉状況)の改善、病院・施設から在宅への移行効果の平均得点は、医師 2.18、看護師 2.27 で有意差はないが、医師・看護師はケア体制が他項目より「よくなる」と答えた人数が多かった。在宅ケアの移行効果について、医師「よくなる」、看護師「大変よくなる」と答えた人数が多かった。

長期闘病患者は 2.21(医師 2.18、看護師 2.27)、ターミナル患者は 2.19(医師 2.17、看護師 2.27)で、有意差はないがやや長期闘病患者が高かった。

その長期闘病患者の内訳をみると、ケア体制のなかでも、看護師はケアの個別性・具体的な計画は 2.29(ターミナル患者 2.32)、モニタリング・評価は 2.32(ターミナル患者 2.32)、情報共有と協力は 2.39(ターミナル患者 2.44)で医師より長期闘病患者・ターミナル患者いずれも高かった。チームケア体制づくりでは、医師は看護師より長期闘病患者が高く 2.25、ターミナル患者では 2.23 で看護師と同じであった。

在宅への移行効果については、医師 2.04、看護師 2.28 で看護師が有意 $p<0.05$ に高い。中でも在宅による症状の緩和が、医師より看護師は有意 $p<0.01$ に高く、次に在宅による生活の質の向上が有意 $p<0.05$ であった。しかし、一番低い在宅ケアによる生存の延長は 1.81~1.95 の範囲であるが、病態判断・症状コントロール・ケアの効果(表 2)よりは高かった。

#### 5. 入院期間の短縮(表 2, 6)

入院期間が短縮されると想定する平均日数について、医師は 9.05 日、週単位 41.9%、月単位 10.1%であった。看護師は 18.51 日、週単位 38.5%、月単位 20.5%であった。

### D. 考察

#### 1. 病態判断・症状コントロール・ケア効果と生活状況に与える影響

病態判断・症状コントロール・ケアの効果について、医師はすべての症状・ケアの難易度の高い(例・白血球では 1000 以下、PO2 60Toor 以下)項目について、NP の役割機能から Ns の2倍以上の効果を見ている。患者別では長期闘病患者に多く、医師は長期闘病時の転移・医療ニーズが強い人で、その上白血球数 1000 以下の合併症を防がないといけない重篤患者の症状コントロールを NP に任せられると NP の存在機能を高く評価している医師は看護師より、悪い症状の患者を持たせることが可能としている。白血球数 2000 以下の患者については、現在の 2.5 倍の医師が可能とっている。これを医師一人当たりの患者数に置き換えると、研修医レベルの能力をもった NP が存在すれば、現在の在宅患者数の 2.5 倍の患者を在宅療養へ移行できるということになる。2025 年には高齢化率 30.5%の超高齢化社会となり、施設や居宅における在宅看護

が重要となるが、NP が存在すれば現在の 2.5 倍の在宅患者数を可能とする医療福祉体制を計画できる。今からその体制強化を図る必要がある。近年、がん化学療法は外来治療にシフトし、対応する看護師も専門性が要求され、CNS や認定看護師が誕生してきた。今後、ますます在宅看護、外来看護が主流になり、NP が必要となる。

なお、ターミナル患者については、看護師は現在も白血球数 1000 以下というかなり重篤な患者を引き受けて在宅看護にあたっており、NP になればもっと自信をもって引き受けられるという結果である。

医師・看護師ともに、ターミナル患者よりも、転移・合併症の可能性をもつ長期療養患者のほうに NP の役割機能の効果をあげ、NP の存在に期待がもてるといえる。医師に病状判断を依存しないで、患者の生命の質に責任が持て、安全が図れ、キュアに責任が持てるケアが可能である。

基本的な生活行動・精神心理社会状況、介護力については、ターミナル患者より長期闘病患者の生活状況に与える影響がよい。医師は看護師より、長期闘病患者の精神的問題、スピリチュアルな苦痛に対して、NP の役割機能をより期待している。NP は、長期闘病患者の基本的な生活行動・精神心理社会状況、介護力の向上に必要といえる。しかし、介護力が全体的に低いのは、Ns と NP の差が少ないことであり、現在の在宅看護が NP のケアに近く実施されているともいえる。

## 2. 医療福祉状況に与える影響と在宅への移行効果

チームケア体制の改善については、医師・看護師ともにケア体制がよくなると思っている。なかでもケアの個別性・具体的な計画、モニタリング・評価、情報共有と協力、チームケア体制づくりに、長期闘病患者にはより効果的な影響がある。

病院・施設から在宅への移行効果は、看護師「大変よくなる」と答えた人数は多い。特に在宅による症状の緩和、生活の質の向上については、医師よりも評価している。データでは一番低い在宅ケアによる生存の延長であっても、症状・ケアの難易度の高い患者を NP にまかせられるとしている「病態判断・症状コントロール・ケア」の結果よりも、高く評価している。

さらに、入院期間の短縮もみられ患者の QOL に繋がる。入院期間の日数の開きは対象の特性から、医師は急性期病院、看護師は老健施設等の在宅の視点からの相違と考えられる。NP の存在による子どもや老人、慢性疾患の入院期間の短縮効果は予測され、期間は平均 9 日間くらい短縮されると想定できる。

## E. 結論

在宅患者の QOL 向上には、専門的知識と技能を持った NP の役割機能は期待できる。病態判断・症状コントロール・ケア効果については、医師の方が看護師より役割と貢献の評価は高い。看護師は在宅ケアの移行効果を評価している。入院期間の短縮も患者の QOL に繋がり、効果は予想できる。さらに NP の存在は、現在より 2.5 倍の医療ニーズの高い在宅患者数の移行を可能にする。

また、がんの再発・転移治療の可能性をもつ長期闘病患者やターミナル患者を含む在宅患者の QOL 向上には、専門的知識と技能を持った NP の役割機能は不可欠である。特に長期闘病患者の病態判断・症状コントロールやケアに NP は重要な存在といえる。一方、現在の看護師は、ターミナル患者に関しては、NP と Ns との差はなく、NP に近い水準のケアをしている。しかし、NP ならばさらによいという結果である。医療の高度化、超高齢化社会に対応するには、的確な病態判断と Cure に責任持つ Care ができる医療に精通した NP が必要であり、患者の免疫力低下に関連するがん医療の知識をもつ NP の能力はがん専門に限らず、在宅患者、外来・入院患者の QOL に寄与するものである。

表 1 - 1. 回答者の属性：看護師

		n:41	
		人数	%
性別	男性	0	0.0
	女性	40	97.6
	未回答	1	2.4
年齢	～39歳	9	22.0
	40～44歳	14	34.1
	45～49歳	14	34.1
	50歳～	3	7.3
	未回答	1	2.4
看護分野	訪問看護認定看護師	35	85.4
	地域看護専門看護師	5	12.2
	訪問看護ステーション管理者	6	14.6
	その他	1	2.4
	未回答	1	2.4
現在の所属	訪問看護ステーション	27	65.9
	地域包括支援センター	0	0.0
	市町村役場	1	2.4
	大学病院	1	2.4
	病院	6	14.6
	大学	2	4.9
	その他	3	7.3
	未回答	1	2.4
臨床 経験年数	～9年	6	14.6
	10～14年	5	12.2
	15～19年	12	29.3
	20年～	16	39.0
	未回答	2	4.9
地域医療 経験年数	～9年	18	43.9
	10～14年	14	34.1
	15年～	7	17.1
	未回答	2	4.9

表1-2. 回答者の属性：医師

		n:137	
		人数	%
性別	男性	121	88.3
	女性	10	7.3
	未回答	6	4.4
年齢	～39歳	15	10.9
	40～44歳	19	13.9
	45～49歳	22	16.1
	50～54歳	24	17.5
	55～59歳	25	18.2
	60歳～	26	19.0
	未回答	6	4.4
専門診療分野	がん診療系	61	44.5
	総合診療系	13	9.5
	内科系	18	13.1
	外科系	63	46.0
	小児系	1	0.7
	地域医療系	4	2.9
	家庭医実習指導医	6	4.4
	その他	0	0.0
	未回答	6	4.4
現在の所属	臨床研修病院	57	41.6
	大学病院	57	41.6
	がん専門病院	7	5.1
	医院・診療所	9	6.6
	未回答	8	5.8
がん診療に関して	認定医	30	21.9
	専門医	41	29.9
	指導医	45	32.8
	非認定医・その他	44	32.1
	未回答	7	5.1
臨床経験年数	～14年	13	9.5
	15～19年	23	16.8
	20～24歳	20	14.6
	25～29年	27	19.7
	30～34年	28	20.4
	35年～	19	13.9
	未回答	7	5.1
がん診療経験年数	～14年	13	9.5
	15～19年	20	14.6
	20～24歳	19	13.9
	25～29年	21	15.3
	30～34年	24	17.5
	35年～	16	11.7
	未回答	24	17.5



表2. 医師・看護師別、長期闘病・ターミナル別、在宅看護におけるNPの役割機能

		N	平均値	p値	検定結果
病態判断・症状コントロール・ケア	医師_長期	135	1.65	.218	
	看護師_長期	41	1.56		
生活行動・精神心理社会状況・介護力	医師_長期	133	2.03	.045	*
	看護師_長期	41	1.85		
医療福祉状況の改善	医師_長期	134	2.18	.293	
	看護師_長期	41	2.28		
病態判断・症状コントロール・ケア	医師_ターミナル	135	1.56	.010	*
	看護師_ターミナル	41	1.38		
生活行動・精神心理社会状況・介護力	医師_ターミナル	133	1.96	.133	
	看護師_ターミナル	41	1.82		
医療福祉状況の改善	医師_ターミナル	134	2.17	.258	
	看護師_ターミナル	41	2.27		
病態判断・症状コントロール・ケア	医師_長期	135	1.65	.069	-
	医師_ターミナル	135	1.56		
生活行動・精神心理社会状況・介護力	医師_長期	133	2.03	.259	
	医師_ターミナル	133	1.96		
医療福祉状況の改善	医師_長期	134	2.18	.807	
	医師_ターミナル	134	2.17		
病態判断・症状コントロール・ケア	看護師_長期	41	1.56	.012	*
	看護師_ターミナル	41	1.38		
生活行動・精神心理社会状況・介護力	看護師_長期	41	1.85	.819	
	看護師_ターミナル	41	1.82		
医療福祉状況の改善	看護師_長期	41	2.28	.971	
	看護師_ターミナル	41	2.27		
病態判断・症状コントロール・ケア	医師	135	1.61	.026	*
	看護師	41	1.47		
生活行動・精神心理社会状況・介護力平均	医師	133	1.99	.097	-
	看護師	41	1.83		
医療福祉状況の改善	医師	134	2.18	.622	
	看護師	41	2.27		
病態判断・症状コントロール・ケア	長期	176	1.63	.008	**
	ターミナル	176	1.52		
生活行動・精神心理社会状況・介護力平均	長期	174	1.99	.284	
	ターミナル	174	1.93		
医療福祉状況の改善	長期	175	2.21	.819	
	ターミナル	175	2.19		
入院期間の短縮	医師	129	9.05	.197	
	看護師	39	18.51		
在宅への移行効果	医師	137	2.04	.015	*
	看護師	41	2.28		

-P<0.1 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

表3. 病態判断・症状コントロール・ケア (医師 VS 看護師 長期)

			N	平均値	p値	検定結果
検査値	白血球	医師 長期	134	1.87	.486	
		看護師 長期	39	1.77		
	好中球	医師 長期	132	1.79	.991	
		看護師 長期	38	1.79		
	ヘモグロビン	医師 長期	134	1.68	.348	
看護師 長期		40	1.58			
血小板	医師 長期	133	1.71	.533		
	看護師 長期	38	1.63			
身体症状 全身	発熱	医師 長期	134	1.75	.174	
		看護師 長期	41	1.59		
	倦怠感	医師 長期	134	1.54	.304	
		看護師 長期	41	1.44		
	浮腫	医師 長期	134	1.74	.326	
看護師 長期		41	1.63			
疼痛	医師 長期	134	1.70	.953		
	看護師 長期	41	1.71			
精神・神経	睡眠不良	医師 長期	132	1.57	.063	—
		看護師 長期	40	1.40		
	意識レベル	医師 長期	132	1.82	.002	**
		看護師 長期	40	1.43		
	せん妄	医師 長期	132	1.68	.274	
		看護師 長期	41	1.56		
痙攣	医師 長期	132	1.81	.480		
	看護師 長期	41	1.90			
神経障害	医師 長期	133	1.55	.015	*	
	看護師 長期	41	1.32			
呼吸	呼吸困難	医師 長期	133	1.83	.472	
		看護師 長期	41	1.76		
	喀痰	医師 長期	134	1.58	.010	**
看護師 長期		41	1.34			
咳そう	医師 長期	134	1.67	.724		
	看護師 長期	41	1.63			
消化	経口摂取	医師 長期	134	1.51	.111	
		看護師 長期	41	1.37		
	嚥下障害	医師 長期	134	1.57	.110	
		看護師 長期	41	1.41		
	食欲不振	医師 長期	134	1.52	.384	
		看護師 長期	41	1.44		
	口内炎	医師 長期	133	1.54	.958	
		看護師 長期	41	1.54		
	悪心・嘔気	医師 長期	133	1.59	.561	
看護師 長期		41	1.54			
嘔吐	医師 長期	133	1.71	.331		
	看護師 長期	41	1.61			
下痢	医師 長期	133	1.70	.882		
	看護師 長期	41	1.68			
腹部膨満	医師 長期	133	1.73	.814		
	看護師 長期	41	1.76			
腎泌尿器	尿混濁	医師 長期	133	1.57	.052	—
		看護師 長期	41	1.39		
	尿量減少	医師 長期	133	1.57	.258	
看護師 長期		41	1.46			
排尿困難	医師 長期	132	1.57	.400		
	看護師 長期	41	1.49			
皮膚	皮膚トラブル	医師 長期	133	1.63	.635	
		看護師 長期	41	1.59		
ケア	薬剤副作用	医師 長期	114	1.66	.291	
		看護師 長期	33	1.55		
	症状の変動対応	医師 長期	115	1.61	.797	
		看護師 長期	33	1.64		
	服薬・薬剤使用法	医師 長期	114	1.66	.759	
		看護師 長期	32	1.63		
通院	医師 長期	114	1.54	.175		
	看護師 長期	30	1.40			
ルート類の挿入・装着	医師 長期	116	1.60	.425		
	看護師 長期	33	1.52			
平均		医師 長期	135	1.65	.218	
		看護師 長期	41	1.56		

—P<0.1 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

表 4. 生活行動・精神心理社会状況・看護力 (医師 VS 看護師 長期)

			N	平均値	p値	検定結果
の 行 基 本 的 活 動 ・ 生 活 日 常 性	食事	医師 長期	133	2.06	.433	
		看護師 長期	41	1.98		
	趣味・仕事	医師 長期	133	1.88	.226	
		看護師 長期	41	1.73		
体動・ADL	医師 長期	133	2.11	.056	-	
	看護師 長期	41	1.88			
精 神 ・ 心 理 状 態	精神的問題 (不安、いらいら、うつ状態等)	医師 長期	132	2.13	.446	
		看護師 長期	41	2.05		
	スピリチュアルな苦痛 (死の恐怖、自責の念等)	医師 長期	133	2.11	.729	
		看護師 長期	41	2.07		
	心の相談、生き甲斐、希望の確認	医師 長期	133	2.07	.962	
		看護師 長期	41	2.07		
	気分転換、リフレッシュ	医師 長期	132	2.05	.067	-
		看護師 長期	41	1.83		
平均	医師 長期	133	2.03	.045	*	
	看護師 長期	41	1.85			

-P<0.1 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

表 5. 医療・福祉状況 (医師 VS 看護師 長期)

			N	平均値	p値	検定結果
ケ ア 体 制	ケアの個別的・具体的な計画	医師 長期	134	2.25	.720	
		看護師 長期	41	2.29		
	ケアのモニタリング・評価	医師 長期	133	2.25	.539	
		看護師 長期	41	2.32		
	本人・家族のサポート体制づくり	医師 長期	133	2.18	.586	
		看護師 長期	41	2.12		
	社会資源の知識と具体的活用方法	医師 長期	133	2.11	.358	
		看護師 長期	40	2.00		
	医師との情報共有と協力	医師 長期	134	2.25	.241	
		看護師 長期	41	2.39		
看護師間との情報共有と協力	医師 長期	134	2.19	.347		
	看護師 長期	41	2.29			
他のコメディカルや福祉職との情報共有と協力	医師 長期	134	2.17	.665		
	看護師 長期	41	2.12			
チームケア体制づくり	医師 長期	134	2.25	.893		
	看護師 長期	39	2.23			
平均	医師 長期	134	2.18	.293		
	看護師 長期	41	2.28			

-P<0.1 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

表 6. 入院期間の短縮と在宅への移行効果

			N	平均値	p値	検定結果		
移 在 行 宅 効 果 の	在宅による症状の緩和	医師	137	2.16	.002	**		
		看護師	41	2.46				
	在宅による生活の質の向上	医師	137	2.17	.037	*		
		看護師	41	2.39				
在宅ケアによる生存の延長	医師	137	1.81	.239				
	看護師	41	1.95					
入院期間の短縮日数	医師	129	9.05	.197				
	看護師	39	18.51					
			変化なし	日単位	週単位	月単位	年単位	
			医師	20.2	27.1	41.9	10.1	0.8
			看護師	7.7	30.8	38.5	20.5	2.6

-P<0.1 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

表7. 病態判断・症状コントロール・ケア (医師 VS 看護師 ターミナル)

			N	平均値	p値	検定結果
検査値	白血球	医師 ターミナル	134	1.72	.280	
		看護師 ターミナル	39	1.56		
	好中球	医師 ターミナル	132	1.66	.706	
		看護師 ターミナル	38	1.61		
	ヘモグロビン	医師 ターミナル	134	1.65	.000	***
看護師 ターミナル		40	1.23			
血小板	医師 ターミナル	133	1.61	.098	—	
	看護師 ターミナル	38	1.39			
身体症状 全身	発熱	医師 ターミナル	134	1.58	.098	—
		看護師 ターミナル	41	1.39		
	倦怠感	医師 ターミナル	134	1.51	.024	*
		看護師 ターミナル	41	1.29		
浮腫	医師 ターミナル	133	1.71	.000	***	
	看護師 ターミナル	41	1.27			
疼痛	医師 ターミナル	134	1.66	.090	—	
	看護師 ターミナル	41	1.49			
精神・神経	睡眠不良	医師 ターミナル	131	1.53	.014	*
		看護師 ターミナル	40	1.30		
	意識レベル	医師 ターミナル	132	1.71	.000	***
		看護師 ターミナル	40	1.13		
	せん妄	医師 ターミナル	132	1.61	.398	
看護師 ターミナル		41	1.51			
痙攣	医師 ターミナル	132	1.73	.381		
	看護師 ターミナル	41	1.61			
神経障害	医師 ターミナル	132	1.48	.002	**	
	看護師 ターミナル	41	1.20			
呼吸	呼吸困難	医師 ターミナル	133	1.75	.126	
		看護師 ターミナル	41	1.56		
	喀痰	医師 ターミナル	134	1.53	.000	***
		看護師 ターミナル	41	1.20		
咳そう	医師 ターミナル	134	1.60	.533		
	看護師 ターミナル	41	1.54			
消化	経口摂取	医師 ターミナル	134	1.37	.001	***
		看護師 ターミナル	41	1.10		
	嚥下障害	医師 ターミナル	134	1.43	.004	**
		看護師 ターミナル	41	1.17		
	食欲不振	医師 ターミナル	134	1.40	.006	**
		看護師 ターミナル	41	1.17		
	口内炎	医師 ターミナル	133	1.44	.177	
		看護師 ターミナル	41	1.32		
悪心・嘔気	医師 ターミナル	133	1.48	.946		
	看護師 ターミナル	41	1.49			
嘔吐	医師 ターミナル	133	1.63	.043	*	
	看護師 ターミナル	41	1.41			
下痢	医師 ターミナル	133	1.59	.026	*	
	看護師 ターミナル	41	1.37			
腹部膨満	医師 ターミナル	133	1.67	.271		
	看護師 ターミナル	41	1.54			
腎泌尿器	尿混濁	医師 ターミナル	133	1.43	.008	**
		看護師 ターミナル	41	1.20		
	尿量減少	医師 ターミナル	133	1.43	.008	**
		看護師 ターミナル	41	1.20		
排尿困難	医師 ターミナル	132	1.41	.624		
	看護師 ターミナル	41	1.37			
皮膚	皮膚トラブル	医師 ターミナル	133	1.47	.116	
ケア	薬剤副作用	医師 ターミナル	113	1.60	.437	
		看護師 ターミナル	33	1.52		
	症状の変動対応	医師 ターミナル	114	1.54	.925	
		看護師 ターミナル	33	1.55		
	服薬・薬剤使用法	医師 ターミナル	113	1.60	.522	
		看護師 ターミナル	32	1.53		
	通院	医師 ターミナル	113	1.52	.286	
		看護師 ターミナル	30	1.40		
ルート類の挿入・装着	医師 ターミナル	115	1.50	.664		
	看護師 ターミナル	33	1.45			
平均		医師 ターミナル	135	1.56	.010	*
		看護師 ターミナル	41	1.38		

-P<0.1 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

表 8. 生活行動・精神心理社会状況・看護力 (医師 VS 看護師 ターミナル)

			N	平均値	p値	検定結果
基本 的 生 活 の 活 動 性	食事	医師 ターミナル	133	1.92	.605	
		看護師 ターミナル	41	1.85		
	趣味・仕事	医師 ターミナル	133	1.75	.717	
		看護師 ターミナル	41	1.71		
	体動・ADL	医師 ターミナル	133	1.99	.124	
		看護師 ターミナル	41	1.80		
精神 ・ 心 理 状 態	精神的問題 (不安、いらいら、うつ状態等)	医師 ターミナル	132	2.08	.323	
		看護師 ターミナル	41	1.98		
	スピリチュアルな苦痛 (死の恐怖、自責の念等)	医師 ターミナル	133	2.08	.657	
		看護師 ターミナル	41	2.02		
	心の相談、生き甲斐、希望の確認	医師 ターミナル	131	2.03	.879	
		看護師 ターミナル	41	2.05		
	気分転換、リフレッシュ	医師 ターミナル	132	2.02	.061	
		看護師 ターミナル	41	1.80		
平均	医師 ターミナル	133	1.96	.133		
	看護師 ターミナル	41	1.82			

-P<0.1 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

表 9. 医療・福祉状況 (医師 VS 看護師 ターミナル)

			N	平均値	p値	検定結果
ケ ア 体 制	ケアの個別的・具体的な計画	医師 ターミナル	133	2.24	.507	
		看護師 ターミナル	41	2.32		
	ケアのモニタリング・評価	医師 ターミナル	134	2.19	.299	
		看護師 ターミナル	41	2.32		
	本人・家族のサポート体制づくり	医師 ターミナル	133	2.18	.466	
		看護師 ターミナル	41	2.10		
	社会資源の知識と具体的活用方法	医師 ターミナル	133	2.05	.283	
		看護師 ターミナル	41	1.93		
	医師との情報共有と協力	医師 ターミナル	134	2.24	.089	
		看護師 ターミナル	41	2.44		
	看護師間との情報共有と協力	医師 ターミナル	134	2.17	.399	
		看護師 ターミナル	41	2.27		
	他のコメディカルや福祉職との情報共有と協力	医師 ターミナル	134	2.16	.766	
		看護師 ターミナル	41	2.12		
チームケア体制づくり	医師 ターミナル	134	2.23	.996		
	看護師 ターミナル	39	2.23			
平均	医師 ターミナル	134	2.17	.258		
	看護師 ターミナル	41	2.27			

-P<0.1 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

表10. 病態判断・症状コントロール・ケア（医師：長期 VS ターミナル）

			N	平均値	p値	検定結果
検査値	白血球	長期	134	1.87	.131	
		ターミナル	134	1.72		
	好中球	長期	132	1.79	.147	
		ターミナル	132	1.66		
	ヘモグロビン	長期	134	1.68	.711	
ターミナル		134	1.65			
血小板	長期	133	1.71	.237		
	ターミナル	133	1.61			
身体症状 全身	発熱	長期	134	1.75	.038	*
		ターミナル	134	1.58		
	倦怠感	長期	134	1.54	.733	
		ターミナル	134	1.51		
	浮腫	長期	134	1.74	.743	
ターミナル		133	1.71			
疼痛	長期	134	1.70	.596		
	ターミナル	134	1.66			
精神・神経	睡眠不良	長期	132	1.57	.508	
		ターミナル	131	1.53		
	意識レベル	長期	132	1.82	.231	
		ターミナル	132	1.71		
	せん妄	長期	132	1.68	.311	
ターミナル		132	1.61			
痙攣	長期	132	1.81	.356		
	ターミナル	132	1.73			
神経障害	長期	133	1.55	.266		
	ターミナル	132	1.48			
呼吸	呼吸困難	長期	133	1.83	.304	
		ターミナル	133	1.75		
	喀痰	長期	134	1.58	.418	
		ターミナル	134	1.53		
咳そう	長期	134	1.67	.355		
	ターミナル	134	1.60			
消化	経口摂取	長期	134	1.51	.015	*
		ターミナル	134	1.37		
	嚥下障害	長期	134	1.57	.043	*
		ターミナル	134	1.43		
	食欲不振	長期	134	1.52	.061	-
		ターミナル	134	1.40		
	口内炎	長期	133	1.54	.087	-
		ターミナル	133	1.44		
悪心・嘔気	長期	133	1.59	.094	-	
	ターミナル	133	1.48			
嘔吐	長期	133	1.71	.296		
	ターミナル	133	1.63			
下痢	長期	133	1.70	.152		
	ターミナル	133	1.59			
腹部膨満	長期	133	1.73	.459		
	ターミナル	133	1.67			
腎泌尿器	尿混濁	長期	133	1.57	.026	*
		ターミナル	133	1.43		
	尿量減少	長期	133	1.57	.026	*
		ターミナル	133	1.43		
排尿困難	長期	132	1.57	.012	*	
	ターミナル	132	1.41			
皮膚	皮膚トラブル	長期	133	1.63	.013	*
		ターミナル	133	1.47		
ケア	薬剤副作用	長期	114	1.66	.445	
		ターミナル	113	1.60		
	症状の変動対応	長期	115	1.61	.302	
		ターミナル	114	1.54		
	服薬・薬剤使用法	長期	114	1.66	.424	
		ターミナル	113	1.60		
通院	長期	114	1.54	.760		
	ターミナル	113	1.52			
ルート類の挿入・装着	長期	116	1.60	.176		
	ターミナル	115	1.50			
平均	長期	135	1.65	.069	-	
	ターミナル	135	1.56			

-P<0.1 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

表 1 1. 生活行動・精神心理社会状況・看護力（医師：長期 VS ターミナル）

		N	平均値	p値	検定結果	
基本的 生活行動・ 日常の活動性	食事	長期	133	2.06	.074	-
		ターミナル	133	1.92		
	家事・育児	長期	132	1.88	.208	
		ターミナル	133	1.77		
	趣味・仕事	長期	133	1.88	.128	
		ターミナル	133	1.75		
	睡眠	長期	133	2.02	.352	
		ターミナル	133	1.95		
	休息	長期	132	1.98	.630	
		ターミナル	132	1.95		
	排泄	長期	133	2.08	.578	
		ターミナル	133	2.03		
体動・ADL	長期	133	2.11	.169		
	ターミナル	133	1.99			
口腔ケア	長期	133	2.23	.487		
	ターミナル	133	2.17			
保清	長期	133	2.06	.792		
	ターミナル	131	2.04			
精神・ 心理状態	精神的問題	長期	132	2.13	.531	
		ターミナル	132	2.08		
	スピリチュアルな苦痛	長期	133	2.11	.605	
		ターミナル	133	2.08		
	心の相談、生き甲斐、希望の確認	長期	133	2.07	.619	
ターミナル	131	2.03				
気分転換、リフレッシュ	長期	132	2.05	.773		
ターミナル	132	2.02				
社会生 活状況	家人との生活調和	長期	133	2.11	.374	
		ターミナル	133	2.04		
	仕事・学校上の問題の相談・支援	長期	133	1.86	.372	
		ターミナル	133	1.79		
	経済問題の相談・支援	長期	133	1.75	.257	
ターミナル		133	1.66			
症状／治療等の情報提供・教育・相談	長期	133	2.14	.217		
ターミナル	133	2.05				
平均	医師_長期	133	2.03	.259		
	医師_ターミナル	133	1.96			

-P<0.1 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

表 1 2. 医療・福祉状況（医師：長期 VS ターミナル）

		N	平均値	p値	検定結果	
ケア 体制	ケアの個別的・具体的な計画	長期	134	2.25	.860	
		ターミナル	133	2.24		
	ケアのモニタリング・評価	長期	133	2.25	.485	
		ターミナル	134	2.19		
	本人・家族のサポート体制づくり	長期	133	2.18	1.000	
		ターミナル	133	2.18		
	社会資源の知識と具体的活用方法	長期	133	2.11	.480	
		ターミナル	133	2.05		
	医師との情報共有と協力	長期	134	2.25	.853	
		ターミナル	134	2.24		
看護師間との情報共有と協力	長期	134	2.19	.846		
	ターミナル	134	2.17			
他のコメディカルや福祉職との情報共有と協力	長期	134	2.17	.843		
	ターミナル	134	2.16			
チームケア体制づくり	長期	134	2.25	.843		
	ターミナル	134	2.23			
平均	長期	134	2.18	.807		
	ターミナル	134	2.17			

-P<0.1 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

表13. 病態判断・症状コントロール・ケア（看護師：長期 VS ターミナル）

			N	平均値	p値	検定結果
検査値	白血球	長期	39	1.77	.288	
		ターミナル	39	1.56		
	好中球	長期	38	1.79	.356	
		ターミナル	38	1.61		
	ヘモグロビン	長期	40	1.58	.007	**
血小板	ターミナル	40	1.23			
身体症状 全身	発熱	長期	38	1.63	.143	
		ターミナル	38	1.39		
	倦怠感	長期	41	1.59	.202	
		ターミナル	41	1.39		
	浮腫	長期	41	1.44	.236	
疼痛	ターミナル	41	1.29			
精神・神経	睡眠不良	長期	41	1.63	.006	**
		ターミナル	41	1.27		
	意識レベル	長期	41	1.71	.066	-
		ターミナル	41	1.49		
	せん妄	長期	40	1.40	.355	
	痙攣	ターミナル	40	1.30		
神経障害	長期	40	1.43	.010	*	
ターミナル	40	1.13				
呼吸	呼吸困難	長期	41	1.56	.737	
		ターミナル	41	1.51		
	喀痰	長期	41	1.90	.082	-
		ターミナル	41	1.61		
咳そう	長期	41	1.32	.239		
	ターミナル	41	1.20			
消化	経口摂取	長期	41	1.76	.177	
		ターミナル	41	1.56		
	嚥下障害	長期	41	1.34	.138	
		ターミナル	41	1.20		
	食欲不振	長期	41	1.63	.485	
		ターミナル	41	1.54		
	口内炎	長期	41	1.37	.007	**
		ターミナル	41	1.10		
	悪心・嘔気	長期	41	1.41	.015	*
ターミナル		41	1.17			
嘔吐	長期	41	1.44	.008	**	
	ターミナル	41	1.17			
下痢	長期	41	1.54	.045	*	
	ターミナル	41	1.32			
腹部膨満	長期	41	1.54	.691		
	ターミナル	41	1.49			
腎泌尿器	尿混濁	長期	41	1.61	.109	
		ターミナル	41	1.41		
	尿量減少	長期	41	1.68	.014	*
		ターミナル	41	1.37		
排尿困難	長期	41	1.76	.119		
	ターミナル	41	1.54			
皮膚	皮膚トラブル	長期	41	1.39	.053	-
		ターミナル	41	1.20		
ケア	薬剤副作用	長期	41	1.46	.014	*
		ターミナル	41	1.20		
	症状の変動対応	長期	41	1.49	.293	
		ターミナル	41	1.37		
	服薬・薬剤使用法	長期	33	1.55	.819	
		ターミナル	33	1.52		
通院	長期	33	1.64	.529		
	ターミナル	33	1.55			
ルート類の挿入・装着	長期	32	1.63	.526		
	ターミナル	32	1.53			
平均		長期	30	1.40	1.000	
		ターミナル	30	1.40		
		長期	33	1.52	.692	
		ターミナル	33	1.45		
		長期	41	1.56	.012	*
		ターミナル	41	1.38		

-P<0.1 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001



表14. 生活行動・精神心理社会状況・看護力（看護師：長期 VS ターミナル）

		N	平均値	p値	検定結果	
基本的 生活行動・ 日常の活動性	日課スケジュール	長期 ターミナル	41 41	1.80 1.80	1.000	
	会話・コミュニケーション	長期 ターミナル	41 41	1.80 1.80	1.000	
	食事	長期 ターミナル	41 41	1.98 1.85	.386	
	水分摂取	長期 ターミナル	41 41	1.95 1.85	.465	
	栄養	長期 ターミナル	41 41	2.07 1.88	.161	
	排尿	長期 ターミナル	41 41	1.85 1.76	.492	
	排便	長期 ターミナル	41 41	2.15 2.12	.884	
	歩行・移動	長期 ターミナル	41 41	1.73 1.59	.339	
	保清	長期 ターミナル	41 41	1.61 1.63	.875	
	口腔ケア	長期 ターミナル	41 41	1.98 1.90	.651	
	睡眠	長期 ターミナル	41 41	2.00 1.98	.850	
	休息	長期 ターミナル	41 41	1.76 1.68	.615	
	家事	長期 ターミナル	41 41	1.68 1.59	.517	
	育児	長期 ターミナル	41 40	1.66 1.55	.466	
	趣味・楽しみ	長期 ターミナル	41 41	1.73 1.71	.874	
	体動・ADL・IADL	長期 ターミナル	41 41	1.88 1.80	.627	
	外出	長期 ターミナル	41 41	1.76 1.68	.634	
	精神・ 心理状態	意欲	長期 ターミナル	41 41	1.95 1.93	.877
		不安、いらいら	長期 ターミナル	41 41	2.05 1.98	.595
		抑うつ、自己否定	長期 ターミナル	41 40	1.95 1.95	.994
自己存在価値、生き甲斐		長期 ターミナル	41 41	1.85 1.83	.883	
希望の確認		長期 ターミナル	41 41	1.93 1.93	1.000	
患者家族の希望や意見のケアへの反映		長期 ターミナル	41 41	2.17 2.15	.886	
スピリッチャルな苦痛		長期 ターミナル	41 41	2.07 2.02	.776	
心の相談		長期 ターミナル	41 41	2.07 2.05	.892	
気分転換、リフレッシュ		長期 ターミナル	41 41	1.83 1.80	.874	

			N	平均値	p値	検定結果
家族や 社会生活 状況	家族や社会の役割	長期	41	1.85	.771	
		ターミナル	41	1.80		
	家族との関係	長期	41	1.80	1.000	
		ターミナル	41	1.80		
	本人・家族の意志統一	長期	41	1.90	.885	
		ターミナル	41	1.93		
	本人の安心	長期	41	2.10	.885	
		ターミナル	41	2.07		
	家族の安心	長期	41	2.10	.885	
		ターミナル	41	2.07		
	本人の生活の安定	長期	41	1.88	.881	
		ターミナル	41	1.85		
	家族の生活の安定	長期	41	1.83	.980	
		ターミナル	40	1.83		
症状／治療等の情報提供・相談	長期	41	2.37	1.000		
	ターミナル	41	2.37			
家屋環境・安全性・快適性	長期	41	1.71	1.000		
	ターミナル	41	1.71			
経済問題の相談・支援	長期	41	1.49	.932		
	ターミナル	40	1.50			
仕事問題の相談・支援	長期	41	1.51	.457		
	ターミナル	41	1.61			
就学上の問題の相談・支援	長期	40	1.50	.601		
	ターミナル	40	1.58			
介護力	介護保険・医療保険制度の相談・支援	長期	41	1.59	1.000	
		ターミナル	41	1.59		
	社会資源利用	長期	41	1.76	1.000	
		ターミナル	41	1.76		
	知識・技術に合わせた介護方法	長期	41	1.88	1.000	
		ターミナル	41	1.88		
	健康・体力に合わせた介護方法	長期	41	1.85	1.000	
		ターミナル	41	1.85		
	家族の健康・体力の維持・改善	長期	40	1.73	.869	
		ターミナル	40	1.75		
家族、介護者の睡眠確保	長期	41	1.73	1.000		
	ターミナル	41	1.73			
家族、介護者の休息確保	長期	41	1.61	1.000		
	ターミナル	41	1.61			
介護者の日常生活時間確保	長期	41	1.54	.743		
	ターミナル	41	1.59			
平均	長期	41	1.85	.819		
	ターミナル	41	1.82			

・P<0.1 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

表15. 医療・福祉状況（看護師：長期 VS ターミナル）

			N	平均値	p値	検定結果
ケア体制	ケアの個別的・具体的な計画	長期	41	2.29	.872	
		ターミナル	41	2.32		
	ケアのモニタリング・評価	長期	41	2.32	1.000	
		ターミナル	41	2.32		
	本人・家族のサポート体制づくり	長期	41	2.12	.876	
		ターミナル	41	2.10		
	社会資源の知識と具体的活用方法	長期	40	2.00	.663	
		ターミナル	41	1.93		
	医師との情報共有と協力	長期	41	2.39	.727	
		ターミナル	41	2.44		
看護師間との情報共有と協力	長期	41	2.29	.867		
	ターミナル	41	2.27			
他のコメディカルや福祉職との情報共有と協力	長期	41	2.12	1.000		
	ターミナル	41	2.12			
チームケア体制づくり	長期	39	2.23	1.000		
	ターミナル	39	2.23			
平均	長期	41	2.28	.971		
	ターミナル	41	2.27			

・P<0.1 \*P<0.05 \*\*P<0.01 \*\*\*P<0.001

図1-1 医師の病態判断・症状コントロール・ケア「NP・Nsにまかせられる患者のレベル」に対する割合（長期 VS ターミナル）

n=135



