

当院の移行期ケアにおける診療看護師の役割開発 ～PEPPA (Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced Practice Nurse)フレームワークを用いて～

木村千尋、本田香

要 旨：背景：慢性疾患を持つ高齢者は治療や療養のため様々な場でケアを受けることが多く、ケアの移行が安全に行われることが重要である。ナースプラクティショナー（NP）など高度実践看護師が移行期ケアに介入することで、ケアの質が改善されることが示されている。

目的・方法：Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced Practice Nurse（協働とエビデンスに基づく、患者中心ケアのための高度実践看護）フレームワークを用いて、当院での診療看護師による移行期ケアプログラム立ち上げまでの段階を概観し、今後の課題を考察する。

結果：慢性疾患を有する高齢者では、合併症等により在院日数延長や再入院のリスクが高く、退院後生活での介護の難しさや不安が強いことが当院の移行期ケアの課題として挙げられた。そこで、退院後も安全に、また安心して在宅での生活をおくることを目的として、診療看護師による退院後訪問指導を中心とした移行期ケアプログラムの構築を行った。

考察：患者や在宅ケア関係者からは肯定的なフィードバックがあった。一方、活動の評価指標が不十分なこと、移行期ケアの課題や目標が関係者で共通認識できていないことが役割発展の障壁となっていた。今後は当院の地域特性と診療看護師の特性から活動の評価指標を設定し、院内外の関係者と当院の移行期ケアの課題や目標の共通理解を図る必要があると考えられた。今後も、移行期ケアにおける診療看護師の役割の理解と発展に努めたい。

キーワード：移行期ケア；高度実践看護；診療看護師(NP)；計画評価

(雲南市立病院医学雑誌 2023；19(1)：印刷中)

はじめに

今日、高齢化社会が進む世界各国で高齢者が健康に生活できる地域づくりの取り組みがおこなわれている¹⁾。本邦でも、市民が「住み慣れた地域で最期まで自分らしい生活」を送れるよう地域包括ケアシステムの構築が進められ、病院から退院後の在宅生活へ安全に移行できるよう様々な支援策が行われてきた。そのような施策の一つである退院後訪問指導は、退院後も医療的ケアが必要な場合に、入院機関の看護師が退院後1か月間に患者を訪問し、療養生

活を支援するものである²⁾。

病院からの退院や施設への入所など、ケアを提供する人や場所が変わることを「ケアの移行」という³⁾。慢性疾患や認知症を持つ高齢者では、ケアの移行時に合併症や再入院のリスクが高く⁴⁾⁵⁾、その理由として多剤内服や内服管理の困難⁶⁾、医療機器や住環境の不備による事故⁷⁾⁸⁾、また情報提供の不足⁹⁾¹⁰⁾などがあげられている。このような問題に対し様々な移行期ケアの方法が開発され¹¹⁾、入院中から退院後までの多職種による複層的な介入が有効といわれている¹²⁾¹³⁾。当院でも地域連携室の相談員を中心とした

雲南市立病院看護部看護機能推進室

著者連絡先：木村千尋 雲南市立病院看護部看護機能推進室

E-Mail：hospital-soumu@city.unnan.shimane.jp

電話：0854-47-7500/ FAX：0854-47-7501

(受付日：2022年5月14日、受理日：2023年4月28日)

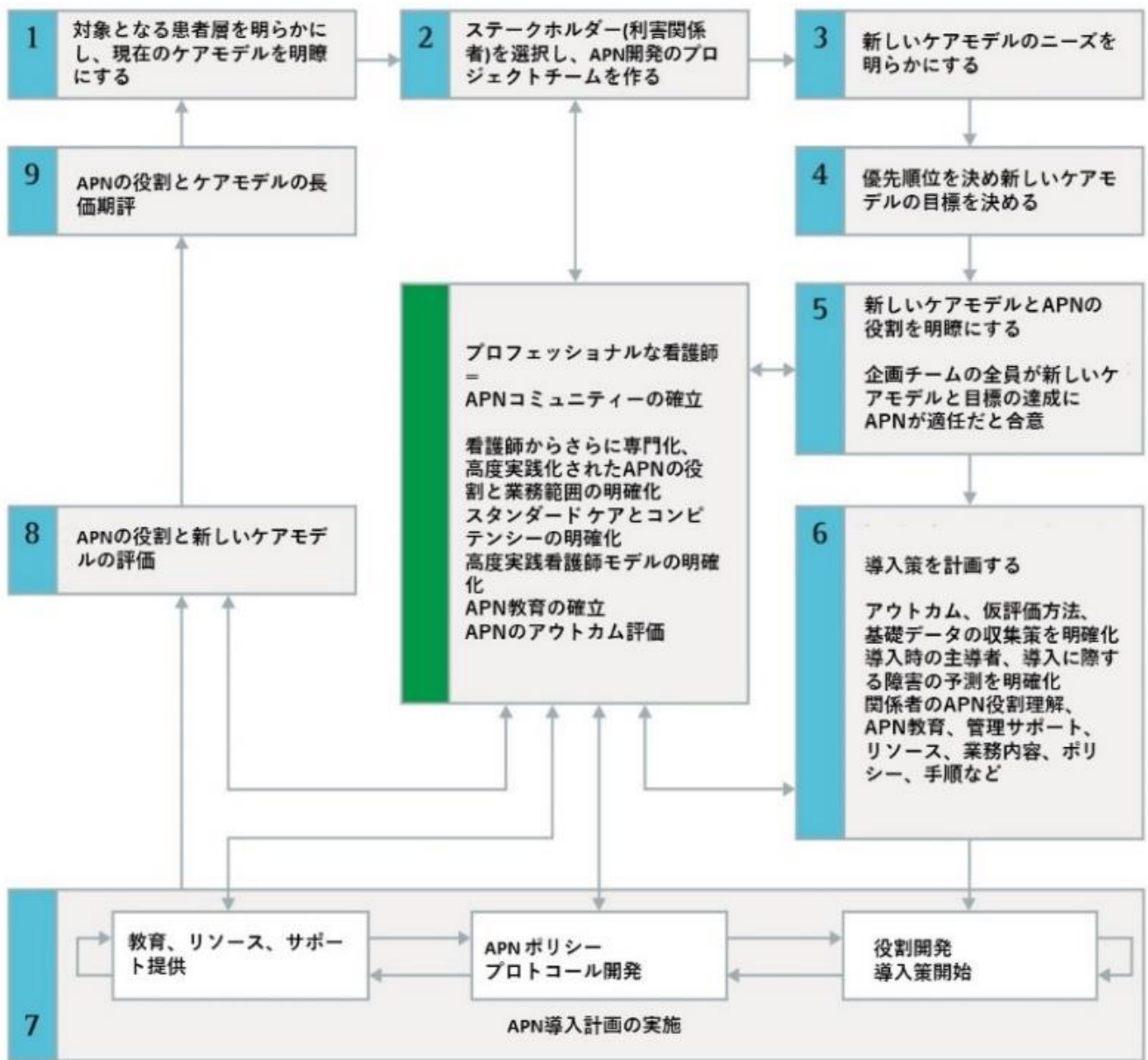


図1:PEPPA フレームワーク(文献 21 より作者の承諾を得て使用)

退院支援に加え、2020年より診療看護師による退院後訪問指導を開始した。

診療看護師 (NP) について

診療看護師 (Nurse Practitioner, NP) は大学院修士課程を修了し日本 NP 教育大学院協議会の資格認定試験に合格した看護師である¹⁴⁾。診療看護師を含む高度実践看護師は、臨床に限らず幅広い分野において医療の質向上に貢献しており¹⁵⁾¹⁶⁾、移行期ケアにおいても大きな役割をはたしてきた¹⁷⁾¹⁸⁾。国によって資格制度や裁量権は異なり、北米や欧州を中心に診断・処方権を持ち診療を行う高度実践看護師も多いが、本邦では各団体の認定名称を用いて看護師としての裁量権の範囲内で実践を行っている¹⁴⁾。当院では現在2名の診療看護師が活動している。

本邦の診療看護師の数は年々増加しているが、新たな役割を担う際には、職種としての認知度の低さや裁量権の不明確さ、関係者からの役割期待や同意形成等の

様々な障壁があることが知られている。高度実践看護が所属組織やその地域の医療に貢献する為には、このような障壁への対応が必要となる¹⁹⁾²⁰⁾。

目 的

本研究の目的は、当院の移行期ケアにおける診療看護師の役割開発を Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced Practice Nurse (協働とエビデンスに基づく、患者中心ケアのための高度実践看護、以下 PEPPA) フレームワーク (図1) をもとに概観し、今後の活動への課題を明らかにすることである。PEPPA フレームワークはケアをシステムとして捉え、指標に基づき役割開発を行うツールとして広く使われている²¹⁾²²⁾。9つのステップから成り、1~6は患者ニーズと目標の明確化、関係者との協働形成を経て、高度実践看護師の特性に適した役割を構築する。ステップ7で役割の導入、そして8、9のステップで短期・

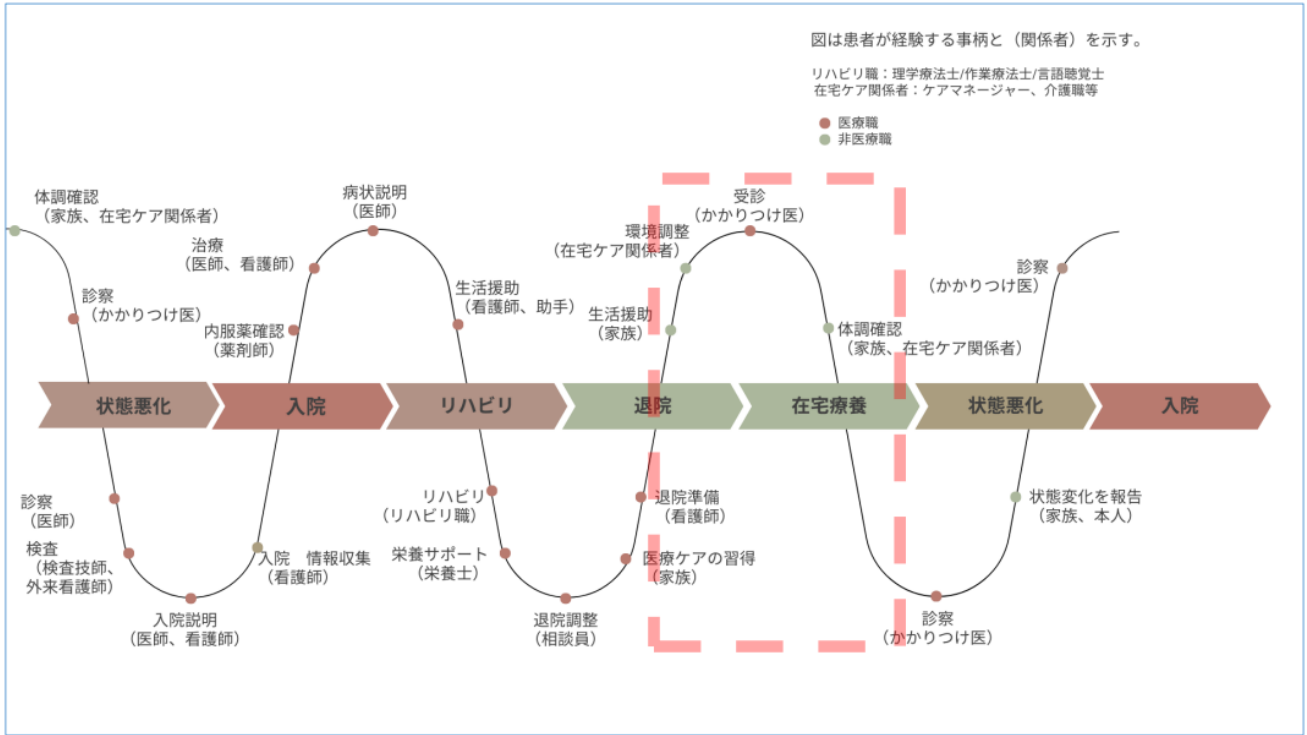


図 2：入退院における患者マップ：赤い点線枠は医療的関わりが少ない時期

長期の評価を行う。この役割開発のプロセスは一方向でなく、必要に応じた立ち戻り―再実践を繰り返すことで、組織に対し高度実践看護師の新たな役割を効果的に定着させることができる²³⁾。以下、当院の移行期ケアにおける診療看護師の役割の準備段階（1～6ステップ）までを概観する。

方法と結果

ステップ 1；対象集団と現行モデルの明確化（2020年7月～10月）

初めに対象とする患者層彼が現行の医療システムで医療とどのように関わっているか（現行のケアモデル）を明らかにし、そこで重点的に移行期ケアを必要とする患者層を地域や当院のデータから特定する。

当院は面積約1千㎡、人口約5万人（高齢化率41%）の雲南医療圏域²⁴⁾の中核病院で、2022年度の入院患者の約4割が85歳以上、約2割で高度の認知障害（自覚度Ⅲ以上）を有する。一般病棟の平均在院日数は19日（2023年4月）と全国の16日と比べてやや長い、その理由として、幅広い病状に対応するという当院の機能特性の他に、慢性併存疾患を有する患者では、入院中に合併症をおこすリスクが高いことが考えられる。

また、国勢調査データからは、当地域の在宅における介護資源の不足がうかがえた。慢性疾患を有する場合には退院後も医療や介護ケアが必要となることが多いが、島根県では高齢者のみの世帯が多く、また一般世帯の共働き率が6割を占めている²⁵⁾ことから、子世代との同居世帯においても自宅での介護が必要となった場合の家族による介護が難しい状況

が多いと考えられる。加えて、雲南医療圏の介護施設数は総じて全国平均を下回っており²⁴⁾、退院後の医療・介護資源が十分でない状況が推測された。

このような当院をめぐる状況から、慢性疾患（認知症を含む）を有し、医療ケアを必要とする入院患者を新たな移行期ケアの対象とした。当該患者層が入院から在宅療養生活、そして再度入院するにあたって医療とどのように関わるかを、関係する職種とともに整理した(図2)。

ステップ 2；ステークホルダー（関係者）の特定と協働関係の形成（2020年10月～12月）

図2に示すように、患者やその家族が入院中に関わる職種は、治療に携わる医師や看護師の他、高齢者では体力や食事や保清など生活のための機能が低下することが多いため、リハビリテーション職や栄養士など多職種にわたる。退院に際しては、退院支援員やケアマネージャーらと、退院後の生活を予測し必要な在宅サービスを準備することとなる。

今回は、その中でも退院支援に直接かかわる看護部、地域連携室、経営課の代表者、診療看護師でワーキンググループを立ち上げた。そして退院後訪問指導の計画し試行を行った。

ステップ 3；新たなケアモデルへのニーズの明確化（2021年1月～3月）

ここでは、関係者の意見や文献等から現行の移行期ケアでどのような課題やニーズがあるかについて検討する。

今回は、移行期ケアの課題について関係者へのヒアリングを行なった。その結果、入院中には、医師から「合併症や併存症の悪化のリスクが高いので早

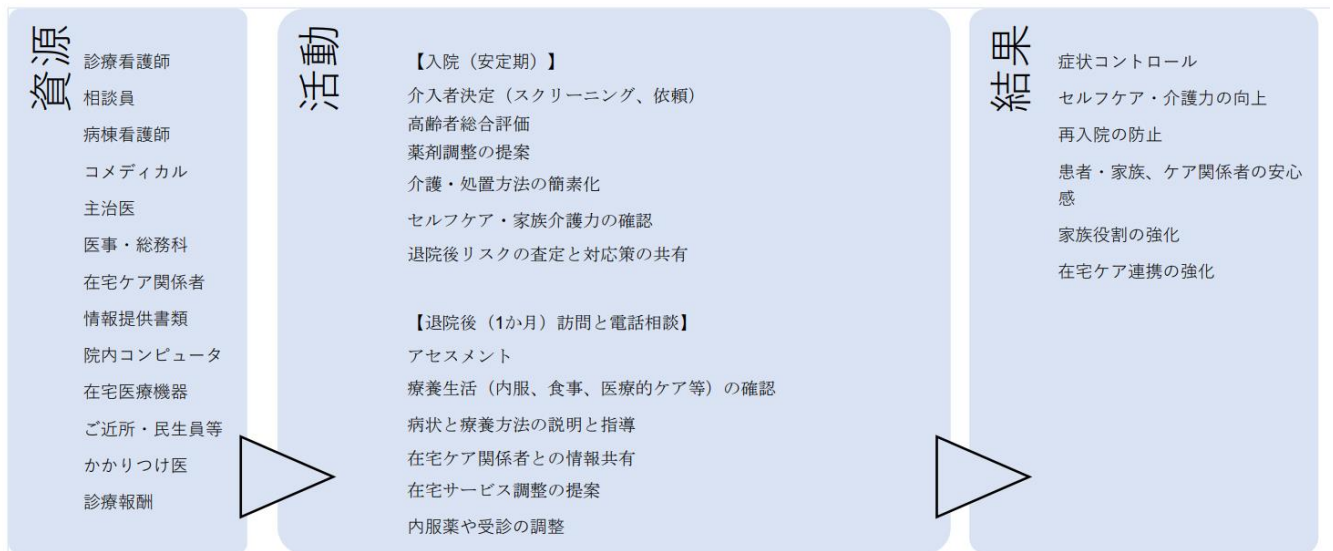


図3：移行期ケアロジックモデル

期介入で防ぎたい」、看護師から「医師とのコミュニケーションが難しい」等の声がきかれた。回復期に入ると、複数の職種から「職種間のタイムリーな情報共有や共通理解すること」や「家族へ状態を丁寧に説明して理解をしてもらうこと」が必要、との意見が出された。退院に際しては、相談員から「在宅ケアの関係者に理解しやすく説明する必要性」、ケアマネージャーからは「入院中の情報が少なく準備が大変なことがある、また在宅では難しいケアや介護状況で退院となる」等の問題が提示された。また、退院後訪問指導を試行した際に、患者や家族から「わかりやすく病状や生活方法の説明をしてほしい」「退院後も症状があったらすぐに見てもらえると安心だ」との声が聞かれた。

上記のヒアリングと文献から以下のようなニーズや課題があると考えた。

- ① 入院中の合併症や併存症の悪化の防止。
- ② 多職種間の情報共有、共通理解の障害¹⁸⁾²⁶⁾。
- ③ 在宅ケア関係者へのタイムリーでわかりやすい情報共有²⁷⁾。
- ④ 患者・家族への十分な病状説明²⁸⁾²⁹⁾。
- ⑤ 患者・家族が抱く退院後の生活や医療的ケアへの不安の軽減²⁹⁾。

ステップ4；優先課題と目標の設定（2021年6月～7月）

新たなケアモデル（介入）を開始する際には、複数あるニーズのうち、健康への影響の大きさ、患者・家族自身が必要と考えているか、所属組織や国や市のニーズとの統合性、資源（人的・物的）があるか等を考慮して優先順位を決める。当院の移行期ケアでは、患者の健康に直接影響し、また現状で医療的介入が比較的少ない退院直後時期（図2の赤い点線枠内）の安全性を優先課題とした。今後も退院後に医療的ケアを必要とする高齢者が増えることが予想され、また、DPC制度を導入する当院にとっても退院後の安全性は重要課題となることも、この時

期への介入を優先した理由であった。

新たな移行期ケアの目標として、①退院後の適切な医療ケアの継続、②療養生活の安全性を高めることで、患者本人が健康状態を保ち、家族や介護者も安心して過ごせること、③病院と在宅関係者の連携を進めること、をあげた。

ステップ5；新たなケアモデルと高度実践看護師の役割の明確化（2021年7月～12月）

ここでは、前のステップで設定された目標を達成するための新たなケアモデル（介入方法）を考え、その介入に高度実践看護師がどのような役割を担うと効果的かを検討する。

2020年10月より元々の退院支援の枠組みに加わる形で退院訪問指導の流れをワーキンググループで検討し、平行して試行を開始した。大まかな流れを以下に示す。

- ① 入院中急性期治療が終わった時点で対象となる患者のスクリーニングと依頼から介入（退院後の生活をみこした治療やりハビリ・生活方法の提案、日々の関わりを通じた患者や家族との信頼関係形成、など）を行う。
- ② 退院前に会議等で家族や在宅関係者と情報共有を行い、退院後訪問指導の同意を得る。
- ③ 退院後1か月間は訪問と電話相談で症状管理を行い、病状や医療的ケアの丁寧な説明・指導を通して、療養生活が安全に継続できるよう支援する。
- ④ ケアマネージャーを中心に情報を共有し、多職種で在宅療養生活への移行を支援する。

試行開始時には他の看護師も退院後訪問指導を行うことを想定していたが、この役割には総合的アセスメントや症状管理、また、ケアマネジメントや倫理的意思決定といった高度実践看護能力¹⁴⁾が必要であり、組織横断的に活動できる診療看護師を中心に行うことで関係者の同意を得た。また、当初考案した入院中の介入に関しては、研修医と介入内容が

重複すること、退院先によって介入できない場合があることも多かったため、退院直前から退院後1か月間に行う訪問指導に活動の重点を置くこととした。

ステップ6；導入策の計画（2020年10月～2021年12月）

この段階には、アウトカムと評価方法を決め、また導入に際して予想される課題への対策を行う。当院では退院後訪問指導の試行時（2020年10月）から導入策を並行して行ってきた。具体的には、退院後訪問指導に関する診療報酬面の整備、院外活動時の災害補償等の安全管理など、各部署の協力を得て準備した。

新たな活動を始める際には院内外の関係者の理解を得ることが欠かせない。そのため、活動内容を文章化し、病院管理部門の援助のもと地域医師会、また症例ごとにかかりつけ医や介護施設へ順次出向いて説明を行った。地域のケアマネージャーへの説明が遅れ混乱が生じたこともあったが、当院の地域連携室を通してケアマネージャー部会で説明の機会を得ることができた。院内に向けては、師長会で介入方法の説明を行い、各病棟に診療看護師コンサルテーションの内容を掲示した。

2021年より診療看護師が2名となり協議しながらさらなる導入策を検討した。ロジックモデルを用いて、症状コントロールや患者・家族の安心感、セルフケア・介護力の向上等をアウトカム（結果）とし、そのための具体的な活動を考案、整理した（図3）。指標には、訪問件数、介入症例の特徴、退院後の活動内容（ケアコーディネート、受診調整など）をあげた。

業務を効率化する為に、認知症ラウンド情報をスクリーニングに活用し、退院後訪問指導指示書の定式化等を行った。

退院後訪問指導を中心とした移行期ケアの準備開始から約3年が経ち、訪問数は350件を超えた。患者、家族、在宅ケア関係者等からは「退院後に訪問してもらい心強い」「早めに対応してくれて助かった」等多くの肯定的な意見があった。

考 察

以下、活動を通して、また、今回のPEPPAフレームワークを用いた振り返りから得た課題2点について考察する。

まず、活動の評価指標設定が不十分なため、活動の評価が難しい状況にあった。移行期ケアの質指標としてよく利用される再入院率はそれのみでは不十分で³⁰⁾、セルフケアや介護力、退院後の困難感等の患者視点の指標³¹⁾、また、ケアや支援のやりがいや多職種協働といった医療者視点の評価も重要と言われている³²⁾。今後、これらの指標を参考に症例検討を行い、ケアコーディネート¹⁸⁾²⁹⁾や高齢者に適した薬剤調整³²⁾など、当院に適した移行期ケアの指

標を定める必要がある。また、診療看護師が介入することにより合併症の防や症状コントロール等の指標にどのような効果があるか、効果を上げるために現行法の範囲内で可能な実践（特定行為や包括的指示、オンライン診療活用など）等についても今後検証してゆきたい。

もう一つの課題は、移行期ケアにおける診療看護師の役割と機能への理解、周知を進めることである。入院患者の状態は日々変化するため、介入には定点的なスクリーニングに加えて担当看護師や主治医からの依頼が適宜必要だが、そのような依頼システムが不十分なため、十分な準備ができない状態で退院となるケースが散見されていた。今回の省察から、看護職やリハビリテーション職等との退院支援を含めた移行期ケアの課題と目標の共有が不十分であったこと、また院外の介護関連職種へ退院後訪問指導の目的や機能に関する説明が不十分だったことが、役割発展の障壁になっていると考えられた。現在当院が取り組んでいる在院日数の適正化は、退院後の生活を見越した治療ケアや院内外の有機的な連携といった、移行期ケアの充実と並行して行う必要がある。病院から在宅へのケア移行における課題と目標を院内外の関係者が共通理解することは、移行期ケアプログラムの発展だけでなく、当院にとっても極めて重要なプロセスであると考ええる。

まとめ

当院では診療看護師が行う退院後訪問指導を中心とした、自宅へ退院する高齢者への移行期ケアを開始した。高度実践看護師の役割開発ツール、PEPPAフレームワークを用いてこの新たな役割の準備段階までを概観した。今後はエビデンスに基づく活動の評価指標を設定すること、院内外の関係者と当院の移行期ケアの課題と目標の共通理解を図り、役割の理解と周知をすすめることが必要と考えられた。

本研究の要旨は日本医療マネジメント学会第20回島根県支部学術集会(2022、雲南)で発表した。

本報告に開示すべき利益相反はない。

謝 辞

本論文作成にあたり、当院入院患者統計にご協力いただいた経営課岡淳美氏、PEPPAフレームワークの日本語版の図を提供頂いた野々内美加氏、そして移行期ケアプログラムの立ち上げにご協力いただいたワーキンググループの皆様へ深謝いたします。

文 献

1) National Academy of Medicine. Global Roadmap for Healthy Longevity. The National Academies Press. Washington, DC. 2022.

- 2) 厚生労働省保険局医療課. 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑩. 2016,p46. 厚生労働省ホーム>政策について>分野別の政策一覧>健康・医療>医療保険>平成28年度診療報酬改定について>平成28年度診療報酬改定説明会(平成28年3月4日開催)資料等について>○平成28年度診療報酬改定説明(医科) 平成28年度診療報酬改定 平成28年度診療報酬改定の概要.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf>, 2016年3月4日版
- 3) Coleman EA, Min SJ, Chomiak A, et al. Posthospital care transitions: patterns, complications, and risk identification. *Health Serv Res.* 2004;39:1449-65.
- 4) Kapoor A, Field T, Handler S, et al. Adverse events in long-term care residents transitioning from hospital back to nursing home. *JAMA Intern Med.* 2019;179:1254-1261.
- 5) Mitsutake S, Ishizaki T, Tsuchiya-Ito R, et al. Association of cognitive impairment severity with potentially avoidable readmissions: a retrospective cohort study of 8897 older patients. *Alzheimers Dement (Amst).* 2021; 13:e12147.
- 6) El Morabet N, Uitvlugt EB, van den Bemt BJB, et al. Prevalence and preventability of drug-related hospital readmissions: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66:602-608.
- 7) 佐々木馨子、飯田苗恵、鈴木美雪、ほか. 群馬県訪問看護事業所における医療処置及び人工呼吸療法の事故発生状況、安全対策への取組の実態調査, 群馬県立県民健康科学大学紀要. 2020;15:97-110.
- 8) 成瀬友美、富士井睦、金子恵、ほか. 回リハ病棟患者が早期再入院を回避するための介入についての退院支援看護師による検討. リハビリナース. 2018;11:495-499.
- 9) Markiewicz O, Lavelle M, Lorencatto F, et al. Threats to safe transitions from hospital to home: a consensus study in North West London primary care. *Br J Gen Pract.* 2019;26:70:e9-e19.
- 10) 藤田茂、瀬戸加奈子、畠山洋輔、ほか. 事業所間の利用者・患者情報の交換・提供の不足や不備に起因する事故やヒヤリハットの様態. 日本医療マネジメント学会雑誌. 2022;22:177-182.
- 11) 光武誠吾、石崎達郎. 要介護高齢者をとりまく環境と経済 要介護高齢者の移行期ケアプログラムの現状について. 日本老年医学会雑誌. 2017;54:41-49.
- 12) Tsuboi H, Fujimori K. Effectiveness of hospital discharge support by medical and nursing care workers in reducing readmission rates of patients in long-term care wards: an observational study in Japan. *Tohoku J Exp Med.* 2020;251:225-230.
- 13) Leithaus M, Beaulen A, de Vries E, et al. Integrated care components in transitional Care models from hospital to home for frail older adults: a systematic review. *Int J Integr Care.* 2022;22:28.
- 14) 一般社団法人日本 NP 教育大学院協議会. 診療看護師(NP). <https://www.jonpf.jp/document/np.pdf>, 2020年11月20日
- 15) International Council of Nurses. Guidelines on advanced practice nursing. 2020. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN_APN%20Report_EN.pdf, 2020年4月
- 16) Schober M. Development of advanced practice nursing: the international context. *Enferm Clin (Engl Ed).* 2019;29:63-66.
- 17) Mora K, Dorrejo XM, Carreon KM, et al. Nurse practitioner-led transitional care interventions: An integrative review. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2017;29:773-790.
- 18) 本田香、太田龍一. 診療看護師の介入は入院高齢患者の再入院率を減少させる: 後方起点型コホート研究. 日本 NP 学会誌. 2018;2:8-25.
- 19) Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;4:CD010412.
- 20) Torrens C, Campbell P, Hoskins G, et al. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *Int J Nurs Stud.* 2020;104:103443.
- 21) 野々内美加. 高度実践看護師の役割開発と活動領域の拡大を目指して「PEPPA フレームワーク」活用のすすめ. 看護管理. 2019;29:134-140.
- 22) Doetzel CM, Rankin JA, Then KL. Nurse practitioners in the emergency department: barriers and facilitators for role implementation. *Adv Emerg Nurs J.* 2016;38:43-55.
- 23) Bryant-Lukosius D, Dicenso A, Browne G, et al. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *J Adv Nurs.* 2004;48:519-29.
- 24) 日本医師会: 地域医療情報システム. トップページ>地域別統計>島根県雲南医療圏.
https://jmap.jp/cities/detail/medical_area/3202, 2022年1月
- 25) 島根県政策企画局統計調査課. 表11 夫婦の就業・非就業別夫婦のいる一般世帯数、共働き率—島根県(平成27年~令和2年). 島根県. 島根統計情報データベース 分野別一覧>人口・世帯>国勢調査>令和2年(2020)>就業状態等基本集計, p13,
<https://pref.shimane-toukei.jp/upload/user/00023173-KqKLqF.pdf>, 2021年6月
- 26) Mizuma K, Amitani M, Mizuma M, et al. Clarifying differences in viewpoints between multiple healthcare professionals during discharge planning assessments when discharging patients from a long-term care hospital to home. *Eval Program Plann.* 2020;82: 101848.
- 27) 水原美地、石井美紀代、鹿毛美香. 慢性疾患をもつ高齢者の退院調整にかかわる職種が感じる困難感. 西南女学院大学紀要 2020;24:35-45.
- 28) 加藤由香里. 患者と家族の思いに沿った退院支援(その2) 先駆的に退院支援を実践している退院調整看護師及び地域資源担当者の退院支援における関わりから. 岐阜県立看護大学紀要 2021;21:151-163.
- 29) Takahashi PY, Finnie DM, Quigg S, et al. Understanding experiences of patients and family caregivers in the Mayo Clinic Care Transitions program: a qualitative study. *Clinical interventions in aging.* 2018;14:17-25.
- 30) Psotka MA, Fonarow GC, Allen LA, et al. The hospital readmissions reduction program: nationwide perspectives and recommendations: A JACC: heart failure position

paper. *JACC Heart Fail.* 2020;8:1-11.

31) Yoshimura M, Sumi N. Measurement tools that assess the quality of transitional care from patients' perspective: A literature review. *Jpn J Nurs Sci.* 2022;19:e12472.

32) Arnetz BB, Goetz CM, Arnetz JE, et al. Enhancing healthcare efficiency to achieve the Quadruple Aim: an

exploratory study. *BMC Res Notes.* 2020;13:362.

33) Chavez KS, Dwyer AA, Ramelet AS. International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review. *International J Nurs Studies* 2018;78:61-75.

Development of the Nurse Practitioner role in transitional care within a Japanese community hospital; Utilization of the Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced Practice Nurse (PEPPA) framework to improve quality of care.

Chihiro Kimura¹, Kaori Honda¹

Abstract : Background: Well-coordinated transitional care is imperative for elderly individuals with multi-comorbidities who frequently experience multiple transitions among various healthcare settings. There is mounting empirical support for the substantial influence of advanced practice nurses on the safety and quality of transitional care. Purpose and methods: Employing the PEPPA framework, we systematically evaluate the role development process of nurse practitioners in transitional care at Unnan City Hospital. Result: Through the analysis of demographic data and stakeholder interviews, we have identified issues crucial for transitional care of elders with multi-comorbidities. These include a heightened risk of prolonged hospitalization and readmission, as well as challenges related to resuming daily activities and continuing medical care following discharge to their home. A working group developed the transitional care program tailored to address the needs of this high-risk group of patients. Discussion and Conclusion: Our transitional care program received favorable feedback from patients and their families, along other stakeholders. The evaluation of the program with PEPPA Framework has highlighted the necessity of quality metrics and a shared understanding of issues and objectives among stakeholders are necessary for the program's continued advancement.

Key words: transitional care; advanced practice nursing; program evaluation

¹⁾ Miho Yamada, Unnan City Hospital

First author: Chihiro Kimura, Headquarters for functional improvement of nursing care, Department of nursing care, Unnan City Hospital [96-1 Daito-cho Iida, Unnan, Shimane 699-1221, JAPAN]

Telephone: 0854-47-7500 / Fax: 0854-47-7501

E-Mail : hospital-soumu@city.unnan.shimane.jp