

実装研究のための  
統合フレームワーク

# —更新版CFIR—

Updated  
Consolidated  
Framework  
for Implementation  
Research

【監修】島津太一 【監訳】齋藤順子 / 小田原幸 / 奥山絢子

保健医療福祉における普及と実装科学研究会

**本書籍引用情報** : Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2025). *Updated Consolidated Framework for Implementation Research* (J. Saito, M. Odawara, & A. Okuyama, Trans. & Eds.). Research Association for Dissemination and Implementation Science in Health. (Original work published 2022 in English; Japanese edition)

# 監修者序文

---

新しい制度やサービス、取り組みを導入しようとしても、うまく現場に根付かず、思うような効果が出ない——そんな経験をされた方は少なくないと思います。どんなよい内容であっても、「現場の状況」や「関係者の思い」「組織の文化」など、さまざまな要因が関係して、物事が思うように進まないことがあります。

本書で紹介されている CFIR (シーファー) は、そうした「うまくいかない理由」を整理し、「どうすればうまくいくのか」を考えるための手がかりを与えてくれる枠組みです。CFIR は実装科学のツールであるため、ランダム化比較試験などで有効性が証明された介入の実装にしか使えないと思われる方もいるかもしれません。しかし、CFIR は「何か新しいこと・もの(イノベーション)が、どのように社会に広がっていくのか?」という古くからの理論 (Diffusion of Innovations) をもとに、実装科学という新しい分野で生まれた道具です。このことから、科学的な効果がまだ十分に証明されていない段階の取り組みであっても、現場で広げたい(あるいは広げてもよいと考えられる)活動であれば、CFIR を使って課題や工夫のポイントを整理することができるでしょう。たとえば、地域の新しい取り組み、制度の導入、チームでの改善活動など、さまざまな分野の実践で活用することができます。

この日本語版は、実装に関わる多くの分野で活躍する 3 人の研究者——齋藤順子先生(帝京大学)、小田原幸先生(国立がん研究センター)、奥山絢子先生(聖路加国際大学)——が監訳者としてリーダーシップをとり、多くの研究者の協力のもとで翻訳されました。日本の現場で読みやすく、使いやすい形になるよう、細やかな工夫が凝らされています。

ただし、CFIR はさまざまな分野で活用できるように、あえて抽象的な構成概念でまとめられているため、実際に使う際には、現場の状況に合わせて読み解くことが求められます。たとえば「実装研究のための統合フレームワーク CFIR 産業保健版ー」(TOMH 研究会) のように、今後さまざまなセッティングに合わせて具体例が示されていくことで、CFIR はさらに広く活用しやすいものになっていくでしょう。

この本が、日々の実践の中で「なぜうまくいかないのか」「どうすればうまくいくのか」を考えるヒントになり、よりよい実践を生み出す力となることを願っています。

2025 年 10 月  
島津太一

# 監訳者序文

---

近年、医療、保健、福祉、教育、産業保健など、あらゆる分野で「科学的根拠のある取り組みを社会に実装する」ことの重要性が高まっています。実装科学は、そのための方法や理論を提供し、現場と研究をつなぐ橋渡し役となることが期待されています。特に、実装科学に関する理論・モデル・フレームワークの発展や、文脈に適した実装戦略の選定に関する知見は大きく進歩しています。

中でも CFIR は、実装科学を代表するフレームワークの一つであり、我々がエビデンスに基づく介入を「現場に根付かせる」ために不可欠である文脈を理解することを手助けしてくれます。2009 年の初版公開以来、CFIR は多様な分野で活用されてきました。2022 年に公開された更新版では、主に下記の 3 点が更新され、より幅広い文脈に適用しやすくなりました。

- 公平性や国際保健の視点を反映した新たな構成概念の追加  
(例：Ⅱ B 地域の態度、Ⅱ C 地域の条件、Ⅲ D 文化における下位概念の拡充)
- Ⅳ個人領域の大幅改訂 (COM-B モデルに基づく行動変容要素の導入)
- 受益者に焦点を当てた構成概念の追加  
(例：Ⅴ実装プロセスの VB ニーズの評価および VF エンゲージング)

今回の更新版 CFIR の翻訳では、まず専門業者に全訳を依頼し、その後、研究者が原文と照合しながら一文一文を校正しました。定義や説明文を正確に伝えるために、そして日本の研究や実務現場で違和感なく使える形に整えるこうした作業は、地道ながらも極めて重要な工程であったのではないかと思います。特に、インタビューやフォーカス・グループなどから得た質的データを CFIR の構成概念にコーディングする際には、本翻訳で示された定義を正しく理解し活用していただけるとうれしく思います。

開発者である Damschroder 博士が強調しているように、CFIR は完成されたフレームワークではなく、CFIR を活用した者からのフィードバックによってさらに進化していくものです。本更新版 CFIR の日本語版をきっかけに、日本においてもさまざまな現場で CFIR を活用していただき、エビデンスを現場に根付かせるための文脈理解の一助となることを期待しています。また、実際に CFIR を活用する中での課題やさらなる発展について皆さまと共に考えていけると幸いです。そして、本書を通じて、つかみどころのない「文脈」が CFIR によって徐々に整理されていく面白さを感じていただけたら何よりうれしく思います。

今回の翻訳作業にあたり、初版 CFIR の日本語版を監訳された今村晴彦先生、島津太一先生をはじめ、翻訳に関わった多くの皆さんに心より感謝申し上げます。初版の翻訳は、ゼロから概念や用語を定める大変な作業であったと思います。その礎があったからこそ、今回の更新版の翻訳を円滑に進めることができました。

最後になりますが、本書の翻訳には、さまざまな分野で活躍する研究者の方々に有志でご参画いただきました。丁寧かつ確実な校正作業を進めていただいた校正チームの皆さんに、

心より感謝申し上げます。また、一つ一つの質問に的確に答えてくださった、CFIR リーダーシップチームの Caitlin M. Reardon 氏、貴重な助言や励ましをくださった RADISH および N-EQUITY の研究者の皆さん、その他多くの実践家・研究者の方々にも、合わせて御礼申し上げます。

本更新版 CFIR 日本語版が、皆さまの現場や研究において頼れるパートナーとなり、わが国の実装科学の発展に貢献することを願っております。

2025 年 10 月  
更新版 CFIR 日本語版監訳者  
斎藤順子・小田原幸・奥山絢子

# 目次

監修者序文	1
監訳者序文	2
本書の構成	6
言葉の訳について	8
<b>パート 1 CFIR の全体像と定義</b>	<b>10</b>
CFIR 構成概念定義一覧	13
<b>パート 2 更新版 CFIR の全体的なガイダンス</b>	<b>18</b>
<b>パート 3 構成概念本文</b>	<b>20</b>
<b>I. イノベーション領域</b>	<b>21</b>
A. イノベーションの出處	22
B. イノベーションのエビデンスによる裏付け	23
C. イノベーションの相対的優位性	24
D. イノベーションの適応性	26
E. イノベーションの試験可能性	28
F. イノベーションの複雑性	29
G. イノベーションのデザイン	31
H. イノベーションの費用	33
<b>II. 外的セッティング領域</b>	<b>34</b>
A. 重大なインシデント	35
B. 地域の態度	36
C. 地域の条件	37
D. パートナーシップとつながり	38
E. 施策と法律	40
F. 資金調達	41
G. 外部からの圧力	42
G-1. 社会的圧力	43
G-2. 市場からの圧力	44
G-3. 業績評価による圧力	45
<b>III. 内的セッティング領域</b>	<b>46</b>
A. 構造特性	48
A-1. 物理的インフラ	49
A-2. IT インフラ	50
A-3. 作業インフラ	51
B. 関係性のつながり	53
C. コミュニケーション	56
D. 文化	58
D-1. 人間の平等中心性	60
D-2. 受益者中心性	61

D-3. 提供者中心性 .....	62
D-4. 学習中心性 .....	63
E. 変化への切迫感 .....	65
F. 適合性 .....	67
G. 相対的優先度 .....	69
H. インセンティブシステム .....	70
I. 使命（ミッション）との整合性 .....	72
J. 利用可能な資源 .....	74
J-1. 資金 .....	76
J-2. 物理的空間 .....	77
J-3. 資材と機器 .....	78
K. 知識と情報へのアクセス .....	79
<b>IV. 個人領域 .....</b>	<b>81</b>
役割 .....	83
A. ハイレベルリーダー .....	84
B. 中間レベルリーダー .....	86
C. オピニオンリーダー .....	88
D. 実装ファシリテーター .....	89
E. 実装リーダー .....	90
F. 実装チームメンバー .....	92
G. その他の実装支援 .....	93
H. イノベーションの提供者 .....	94
I. イノベーションの受益者 .....	95
特性 .....	96
A. ニーズ .....	98
B. 能力 .....	99
C. 機会 .....	101
D. モチベーション .....	102
<b>V. 実装プロセス領域 .....</b>	<b>104</b>
A. チーミング .....	106
B. ニーズの評価 .....	107
B-1. イノベーションの提供者 .....	108
B-2. イノベーションの受益者 .....	109
C. 文脈の評価 .....	110
D. 計画 .....	111
E. 戦略の調整 .....	113
F. エンゲージング .....	114
F-1. イノベーションの提供者 .....	115
F-2. イノベーションの受益者 .....	116
G. 実行 .....	117
H. 振り返りと評価 .....	119
H-1. 実装 .....	121
H-2. イノベーション .....	122
I. 適応 .....	123
<b>パート4 CFIR アウトカムに関する付録 .....</b>	<b>124</b>

# 本書の構成

---

本書は 2021 年に RADISH より出版された「実装研究のための統合フレームワーク -CFIR- (初版 CFIR)」(英語原文は 2009 年公開) の第 2 版です (英語原文は 2022 年公開)。下記の 4 つのパートから構成されています。

## ■パート1 CFIR 全体像と定義

はじめに、CFIR の全体像と CFIR を利用するメリットについての説明の後、CFIR を構成する 5 領域 48 の構成概念、19 の下位構成概念の定義を一覧にまとめました。

## ■パート2 更新版 CFIR の全体的なガイダンス

更新版 CFIR を使用する前に一読しておくべきガイダンスを記載しています。

## ■パート3 CFIR 構成概念の詳細

本書のメインパートです。CFIR を構成する 5 領域 48 の構成概念、19 の下位構成概念について、項目ごとに詳細な説明を加えています。各領域について、まず領域全体の「定義」「詳細な説明」、次に領域内の各構成概念について、それぞれ「定義」「詳細な説明」「質的なコードブックのガイドライン」「量的な測定」「文献」の項目についての説明がされています。

### 詳細な説明

構成概念の学術的背景や実装研究における位置付け、主要なエビデンスなどを詳しくまとめたものになります。初版 CFIR の記載を前提にしているため、さらに詳細を知りたい場合は、初版 CFIR および引用文献をご確認ください。

### 質的なコードブックのガイドライン

インタビュー調査などのデータをコーディング（適度なサイズの塊となったデータに、内容を簡潔かつ的確に表現するラベルを付けること<sup>[1]</sup>）する際の選択基準／除外基準を、具体例をあげて説明したものです。「選択基準」は該当する構成概念とみなせる基準を、「除外基準」は該当する構成概念とはみなさない基準を示しています。CFIR の各構成概念は互いに関連しており、また区別のつきにくい構成概念もあるため、この選択基準／除外基準は、各構成概念の境界を理解する一助となります。

### 量的な測定

構成概念に関する量的尺度を説明したものです。現時点では、各構成概念についての確立された尺度は多くはありませんが、該当する構成概念については、いくつかの実装に関する尺度のシステムティックレビューの結果および尺度の質の評価結果が紹介されており、尺度の詳細はレビューを参照する形となっています。

## ■パート4 CFIR アウトカムに関する付録

CFIR の更新作業の一環として、CFIR に関する実装アウトカム・イノベーションアウトカムとその潜在的な決定要因の間の概念的な区別を明確にするため、「CFIR アウトカムに関する付録 (CFIR Outcomes Addendum)」が作成されました<sup>[2]</sup>。本パートでは、CFIR に関する各アウトカムの定義を説明しています。CFIR を使用する際に、対象とするアウトカムはどれかを明確にするために活用いただけます。

▶この「本書の構成」は、初版 CFIR の「本書の構成」の記述をもとに、情報を更新して作成しています。

▶本書は、CFIR の原論文<sup>[3]</sup>に基づく総合 Web サイト (<https://cfirguide.org/>) のうち、“What is the CFIR?”“Benefits of Using the CFIR”（トップページ）、構成概念 (<https://cfirguide.org/constructs/>)、および CFIR アウトカムに関する付録 (<https://cfirguide.org/wp-content/uploads/2024/03/CFIR-Updated-List-of-Constructs-2024-03-26.pdf> の 3-4 ページ) を翻訳したものです。

## 文献

1. 木原雅子、木原正博（訳）：現代の医学的研究方法：質的・量的方法、ミクストメソッド、EBP. 東京：メディカルサイエンスインターナショナル；2012.（原文）Liamputpong P:Research Methods in Health: Foundations for Evidence-Based Practice. Oxford: Oxford University Press; 2010
2. Damschroder LJ, Reardon CM, Opra Widerquist MA, Lowery J. Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): the CFIR Outcomes Addendum. Implement Sci. 2022 Jan 22;17(1):7.
3. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC: Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci 2009, 7:4:50.

# 言葉の訳について

---

翻訳にあたって、なるべく分かりやすい表記を心がけましたが、日本語訳が定着していない用語も多々ありました。そうした用語については、原語を併記しています。以下では、翻訳の過程で特に議論があった用語について、翻訳の方針や意味をまとめます。

## Commitment

Commitment は「献身的な取り組み」を表す用語ですが、適切な訳語がないため、「コミットメント」と表記しました。CFIR では、実装プロセスにおいて、組織のリーダーや構成員が献身的に取り組む、という文脈で用いられています。

## Core components

CFIR では、Core components は実装対象となるイノベーションを成り立たせる「不可欠な中核部分」を指しています。直訳すれば「中心的な構成要素」ですが、単に空間的・構造的な中心を意味するのではなく、そのイノベーションの本質を規定し、他と区別・同定するための核となる要素というニュアンスが込められています。

日本語では「コア・コンポーネント」とカタカナ表記も可能ですが、イノベーション研究や公衆衛生領域における文脈を考慮し、より直感的で理解しやすい訳語を選択しました。「核心」という語は、その重要性と不可欠性を端的に表現できるため、本訳では「核心となる要素」としています。

なお、CFIR ではイノベーションを「core components( 本質的で不可欠な要素 )」と「adaptable periphery( 適応可能な周辺要素 )」という二つの側面から捉える枠組みが示されています。「核心となる要素」という訳語を採用することで、実装において「本質として保持すべき部分」と「文脈に応じて調整可能な部分」の区別をより直感的に理解しやすくなると考えています。

## Engaging / engagement

CFIR の領域V. 実装プロセスの構成概念に engaging があります。engaging は概略において、実装を行う立場からの戦略として、主要な関係者を attract し、involve するという説明がされており、意味としては公衆衛生分野などで使用される「巻き込み」が近いと考えられます。しかしながら、この「巻き込み」という言葉は、関係者にとっては“巻き込まれる”という、受動的な意味も含まれてしまうのではという意見もありました。実装を成功させるには、最終的にこうした関係者の主体的な関与が重要となります。そのため、本訳ではこうした“主体的に実装に関与する”というニュアンスをそがないように、「エンゲージング」と表記しました。また、関連用語として“主体的な関与”を表す engagement も頻出しますが、これについても「エンゲージメント」と表記しました。

## Innovation

日本語では「革新」「新結合」などと説明されることが多いですが、本訳では「イノベーション」と表記しました。CFIR 本文にはイノベーションという訳が頻出しますが、これは CFIR の源流となっているのが Rogers の「イノベーション普及理論」ということも関連しています。Rogers はイノベーションについて「個人あるいは他の採用単位によって新しいと知覚

されたアイデア、習慣、あるいは対象物である」と述べています<sup>[1]</sup>。今回の更新版 CFIR では、CFIR をより幅広いイノベーションやセッティング（状況・環境）に適用しやすくするため、「介入 intervention」という用語がすべて「イノベーション innovation」に変更されました。

## Local

日本語では「現場の」「地元の」「その場の」などと説明されることが多いですが、今回更新版 CFIR で新たな構成概念として追加された、領域Ⅱ. 外的セッティングの構成概念 local attitudes および local conditions については、「地域の」と表記しました。Local を「現場の」と訳す案もありましたが、領域Ⅲ. 内的セッティングの構成概念であるかのような混乱を招きかねないこと、また、local attitude の詳細説明の箇所に、外的セッティングとしての community を意識した構成概念であることの記載があるためです。上記構成概念名以外の local については、原則として「現場の」と訳しています。

## Setting

更新版 CFIR 本文は、setting という用語が頻出します。setting には文脈によって「分野」「場所、組織」など、さまざまな意味になります。本訳では、保健医療分野や教育分野などの領域を指している場合のみ「分野」とし、それ以外はすべて「セッティング」として統一しています。読者および使用者の立場に応じて、適宜読み替えていただければと思います。

## Stakeholder

日本語では「利害関係者」と訳されることが多いですが、本訳では「ステークホルダー」と表記しました。実装研究におけるステークホルダーは、介入の実装に関わりうるあらゆる人、コミュニティ、組織を指します<sup>[2]</sup>。具体的には、研究者だけでなく、患者や住民、関連するコミュニティの構成員、保健医療従事者などのサービス提供者、病院や行政などの関連する組織のリーダー、資金提供者、政策決定者など、内外のさまざまな立場のステークホルダーを考えられます。

## User

CFIR では、user という言葉がよく使われており、本訳では「ユーザー」と表記しました。実装研究においては、医療機関や行政などの組織において、新しいエビデンスに基づく介入（新しい治療方法や健康増進プログラムなど）を導入し実施するというプロセスがあります。そのため、本文の大半の文脈における user は、介入を実際に行う医療従事者などを表しています。

▶この「言葉の訳について」は、初版 CFIR の「言葉の訳について」の記述の再掲となります。ただし、Core components、Local は新たに追記し、Innovation、User は一部内容を更新しています。

## 文献

1. 三藤利雄（訳）：イノベーションの普及. 東京：翔泳社；2007. (原文) Rogers EM: Diffusion of Innovations. 5th ed. New York, NY: Free Press; 2003.
2. U.S. National Cancer Institute: Implementation Science at a Glance: A Guide for Cancer Control Practitioners. NIH Publication 2019 (19-CA-8055).

---

---

# パート 1

# CFIR の全体像と定義

---

---

# CFIR の全体像と定義

## CFIR とは

CFIR は、さまざまな分野で利用可能な 5 つの領域からなる構成概念を提供しています。CFIR は、潜在的な阻害要因と促進要因を体系的に評価するための実践的なフレームワークです。この情報を活用することで、実装戦略や必要な適応策の調整がしやすくなり、またアウトカムを説明しやすくなります。

更新版 CFIR は、Everett Rogers の「イノベーションの拡散理論」や Greenhalgh らの 13 の科学分野にわたる 500 件の公開論文のレビューに基づいてまとめられた編集物など、19 のフレームワークや関連する理論から構成概念を抽出した 2009 年の初版 CFIR を基盤としています。CFIR は、構成概念の用語と定義を検討し、それらを 1 つの統合フレームワークとしてまとめたものです。

2022 年に発表された更新版 CFIR は、より最近の文献とユーザーからのフィードバックを反映しています。更新作業の一環として、実装アウトカム・イノベーションアウトカムとその潜在的な決定要因の間の概念的な区別を明確にするため、CFIR アウトカムに関する付録 (CFIR Outcomes Addendum)<sup>[1]</sup> が公開されました。

CFIR は、退役軍人省 (Veterans Affairs, VA) の質向上研究イニシアチブ (Quality Enhancement Research Initiative, QUERI) に所属する実装研究者によって開発されました。

▶訳者注：本文中も繰り返し出てくる「CFIR アウトカムに関する付録 (CFIR Outcomes Addendum)」は、2022 年に出版された下記論文を指す。

Damschroder LJ, Reardon CM, Opra Widerquist MA, Lowery J. Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): the CFIR Outcomes Addendum. Implement Sci. 2022 Jan 22;17(1):7.

## CFIR を利用するメリット

CFIR は、構成概念のフレームワークを提供することで、構成概念の一貫した使用、体系的な分析、そして実装研究から得られた知見の整理を促進します。しかしながら、ユーザーはフレームワークを批判的に検討し、改善のための推奨事項を発表しなければなりません。この相互関係こそが、妥当かつ有用な理論構築の核心です。詳細は、Kislov らによる、理論的に有益な実装研究に取り組むよう研究者に呼びかけている論文を参照してください<sup>[1]</sup>。

Powell、Proctor、および Glass は、実装戦略の有効性に関する科学的知見を向上させるために CFIR を用いることのメリットを強調しています。<sup>[2]</sup>

「CFIR が実証的な研究をガイドするフレームワークとして有用かどうかはまだ十分に確立されていませんが、多層的な生態学的要因を重視している点は、多くの普及と実装研究のフレームワークや概念モデルと一致しています」「CFIR の視点を通して研究（および現実世界の実装努力）を注意深く調べることで、戦略がいかに包括的に実装の重要な側面に対応しているかを、ある程度知ることができます」

CFIR は主に医療現場で活用されてきましたが、低所得層や農業分野を含む多様なセッティングにおいても活用されています。

## 文献

1. Kislov R, Pope C, Martin GP, Wilson PM. Harnessing the power of theorising in implementation science. *Implement Sci*. 2019 Dec 11;14(1):103.

2. Powell BJ, Proctor EK, Glass JE. A Systematic Review of Strategies for Implementing Empirically Supported Mental Health Interventions. *Res Soc Work Pract*. 2014 Mar 1;24(2):192-212.

CFIRの出版物引用

2025年10月現在、2009年の論文はGoogle Scholarで14,000回以上、PubMedで6300回以上引用されています。

# CFIR 構成概念定義一覧

構成概念の名称	構成概念の定義
<b>I. イノベーション領域 Innovation</b>	
イノベーション Innovation：実装される「もの」。(例：新たな臨床治療、教育プログラム、市のサービス。) [実装されるイノベーション、例えばイノベーションの種類や、イノベーションの核心となる要素か適応可能な要素などを、公表されている報告ガイドラインを用いて文書化すること。イノベーション（実装完了後も継続する「もの」）と、イノベーションを実装するために使用される実装プロセスと実装戦略（実装完了後に終了する活動）とを区別する。]	
A. イノベーションの出処 Innovation Source	イノベーションの開発および／またはその使用を明確に支援したグループを、評価、信用および／または信頼している程度。
B. イノベーションのエビデンスによる裏付け Innovation Evidence-Base	イノベーションの有効性が強固なエビデンスによって裏付けられている程度。
C. イノベーションの相対的優位性 Innovation Relative Advantage	イノベーションが既存のイノベーションや現行の実践と比べて優位性を持っている程度。
D. イノベーションの適応性 Innovation Adaptability	イノベーションが現場の文脈やニーズに合わせて修正、調整、改善することが可能な程度。
E. イノベーションの試験可能性 Innovation Trialability	イノベーションを小規模で試験またはパイロット運用し、元に戻す（実装を取り消す）ことが可能な程度。
F. イノベーションの複雑性 Innovation Complexity	イノベーション（その範囲や性質、つながりや手順の性質および数によって反映される）の複雑さの程度。
G. イノベーションのデザイン Innovation Design	イノベーションのデザインやパッケージ化（組立て、まとめ、提示方法を含む）がされている程度。
H. イノベーションの費用 Innovation Cost	イノベーションの初期費用および運用にかかる費用が、手の届く範囲に収まる程度。
<b>II. 外的セッティング領域 Outer Setting</b>	
外的セッティング Outer Setting：内的セッティングが存在する場所および設定（例：病院システム、学区、州）。 外的セッティングは複数存在する場合があり、また外的セッティング内には複数のレベルが存在する場合もある（例：コミュニティ、システム、州）。	
A. 重大なインシデント Critical Incidents	大規模かつ／または予期せぬ出来事により、イノベーションの実装および／または提供が妨げられる程度。
B. 地域の態度 Local Attitudes	外的セッティングを構成する社会文化的な価値観（例：受益者を支援する共同責任）や信念（例：受益者に支援する価値があるという確信）が、イノベーションの実施や提供を後押ししている程度。
C. 地域の条件 Local Conditions	経済・環境・政治・技術といった外的環境の要素が、イノベーションの実施や提供に向けた支援を後押ししている程度。

構成概念の名称	構成概念の定義
D. パートナーシップとつながり Partnership & Connections	内的セッティングが、紹介ネットワーク、学術提携、専門組織ネットワークなどの外部組織とネットワークで結ばれている程度。
E. 施策と法律 Policies & Laws	法律、規制、専門職団体のガイドラインや推奨事項、または認定基準が、イノベーションの実装および／または提供を支持する程度。
F. 資金調達 Financing	イノベーションの実装および／または提供をするために、外部団体からの資金（例：助成金、払い戻し金）を利用できる程度。
G. 外部からの圧力 External Pressure	外部からの圧力が、イノベーションの実装および／または提供を推進する程度。 注：この構成概念は、「外部からの圧力」に関連するテーマのうち、「外部からの圧力」の下位概念（「社会的圧力」「市場からの圧力」「事業評価による圧力」）に当てはまらないものに使用する。
1. 社会的圧力 Societal Pressure	マスメディアのキャンペーン、アドボカシー団体、社会運動や抗議活動が、イノベーションの実装および／または提供を推進する程度。
2. 市場からの圧力 Market Pressure	同業者との競争や模倣が、イノベーションの実装および／または提供を推進する程度。
3. 業績評価による圧力 Performance-Measurement Pressure	品質やベンチマー킹指標、または確立されたサービス目標があることが、イノベーションの実装および／または提供を推進する程度。

### III. 内的セッティング領域 Inner Setting

内的セッティング：イノベーションが実装される場（例：病院、学校、市町村）。

内的セッティングには複数の場が存在することがあり、また内的セッティングの中にも、複数レベルの場が存在することがある（例：ユニット、教室、チーム）。プロジェクトにおける内的セッティング：[プロジェクトにおける実際の内的セッティングを文書化すること。例：種類、場所、外的セッティングと内的セッティングの境界。]

注：構成概念 A～D は、イノベーションの実装や提供に関わらず内的セッティングに存在する。すなわち、構成概念 A～D は内的セッティングが持続的に有する一般的特性である。

A. 構造特性 Structural Characteristics	インフラストラクチャーに関する構成概念が、内的セッティングの機能的なパフォーマンスを支えている程度。 注：この構成概念は、「構造特性」に関連するテーマのうち、「構造特性」の下位概念（「物理的インフラ」「IT インフラ」「作業インフラ」）に当てはまらないものに使用する。
1. 物理的インフラ Physical Infrastructure	空間のレイアウトや配置、その他の有形の物質的な特性が、内的セッティングの機能的なパフォーマンスを支えている程度。
2. IT インフラ Information Technology Infrastructure	電気通信、電子文書、データ保存、管理、報告、分析のための技術的なシステムが、内的セッティングの機能的なパフォーマンスを支えている程度。
3. 作業インフラ Work Infrastructure	個人やチーム内外のタスクと責任の組織化および一般的なスタッフの配置レベルが、内的セッティングの機能的なパフォーマンスを支えている程度。

構成概念の名称	構成概念の定義
B. 関係性のつながり Relational Connections	内的セッティングの境界（構造的、専門的な境界）の内および境界間で、質の高い公式・非公式な関係性、ネットワーク、チームが存在する程度。 ※訳者注：「境界」は、組織内の部門や役職、職種などの違いを指す。
C. コミュニケーション Communications	内的セッティングの境界内および境界間に、公式・非公式に関わらず質の高い情報共有が実践されている程度。
D. 文化 Culture	内的セッティング全体で価値観、信念、および規範が共有されている程度。 注：この構成概念は、「文化」に関するテーマのうち、「文化」の下位概念（「人間の平等中心性」「受益者中心性」「提供者中心性」）に当てはまらないものに使用する。
1. 人間の平等中心性 Human Equality-Centeredness	すべての人間が本質的に平等な価値を持つということに関する、価値観・信念・規範が共有されている程度。
2. 受益者中心性 Recipient-Centeredness	受益者のニーズや福祉への配慮や支援、対応に関して、価値観、信念、および規範が共有されている程度。
3. 提供者中心性 Deliverer-Centeredness	提供者のニーズや福祉への配慮や支援、対応に関して、価値観、信念、および規範が共有されている程度。
4. 学習中心性 Learning-Centeredness	心理的安全性や継続的な改善、データを活用した実践に関して、価値観、信念、および規範がどの共有されている程度。
注：構成概念 E ~ K は、イノベーションの実装・提供に特有のものである。	
E. 変化への切迫感 Tension for Change	現在の状況は耐え難く、変化が必要であると感じている程度。
F. 適合性 Compatibility	イノベーションがワークフロー、システム、およびプロセスに適合する程度。
G. 相対的優先度 Relative Priority	他の取り組みと比較して、そのイノベーションの実装と提供が重要視されている程度。
H. インセンティブシステム Incentive Systems	目に見える、および／または、目に見えないインセンティブや報酬、または、逆インセンティブや罰則が、イノベーションの実装・提供を支えている程度。
I. 使命（ミッション）との整合性 Mission Alignment	イノベーションの実装および提供が、内的セッティングの全体的なコミットメント、目的、または目標と合致している程度。
J. 利用可能な資源 Available Resources	イノベーションを実装・提供するために利用できる資源が存在する程度。 注：この構成概念は、「利用可能な資源」に関するテーマのうち、「利用可能な資源」の下位概念（「資金」「物理的空間」「資材と機器」）に当てはまらないものに使用する。
1. 資金 Funding	イノベーションの実装・提供のために利用可能な資金が確保されている程度。
2. 物理的空間 Space	イノベーションの実装・提供のために利用可能な物理的空間が確保されている程度。
3. 資材と機器 Materials & Equipment	イノベーションの実装・提供のために利用できる可能な物資が確保されている程度。

構成概念の名称	構成概念の定義
K. 知識と情報へのアクセス Access to Knowledge & Information	イノベーションを実装・提供するためのガイダンスや研修へのアクセスのしやすさの程度。
<b>IV. 個人領域 Individuals</b> <b>個人：個人の役割および特性</b>	
役割 Roles (IV 個人領域の下位領域) プロジェクトの役割：[プロジェクトに適用される役割と、内的または外的セッティングにおけるその位置を文書化すること]	
A. ハイレベルリーダー High-level Leaders	重要な意思決定者、エグゼクティブリーダー、最高責任者など、高い権限を持つ個人。
B. 中間レベルリーダー Mid-level Leaders	ハイレベルリーダーに監督され、他者を監督するリーダーを含む、中程度の権限を持つ個人。
C. オピニオンリーダー Opinion Leaders	他者の態度や行動に非公式な影響力を持つ個人。
D. 実装ファシリテーター Implementation Facilitators	実装を援助、コーチング、または支援する、専門知識を有する個人。
E. 実装リーダー Implementation Leads	イノベーションを実装するための取り組みを主導する個人。
F. 実装チームメンバー Implementation Team Members	イノベーションを実装するために、実装リーダーと協働し、支援する個人(理想的にはイノベーションの提供者と受益者を含む)。
G. その他の実装支援 Other Implementation Support	イノベーションを実装するために、実装リーダーおよび / または実装チームメンバーを支援する個人。
H. イノベーションの提供者 Innovation Deliverers	イノベーションを直接的または間接的に提供する個人。
I. イノベーションの受益者 Innovation Recipients	イノベーションを直接または間接的に受ける個人。
特性 Characteristics (IV 個人領域の下位領域) プロジェクトの特性：[COM-B モデルや役割に特化した理論に基づき、プロジェクトの役割に適用される特性を文書化すること]	
A. ニーズ Need	イノベーションの実施または提供によって、個人の生存、健康・福祉、自己実現に関する不足や課題が解消される程度。
B. 能力 Capability	個人が有する、「役割」を果たすための対人能力、知識、スキルの程度。
C. 機会 Opportunity	個人が、「役割」を果たすための十分な時間と余力、責任範囲、権限を有している程度。
D. モチベーション Motivation	個人が「役割」を果たすためにコミットしている程度。

構成概念の名称	構成概念の定義
<b>V. 実装プロセス領域 Implementation Process</b>	
実装プロセス：イノベーションを実装するための活動および戦略。 プロジェクトにおける実装プロセス [イノベーションを実装するための実装プロセスのフレームワークやイノベーションを実装するための活動と戦略を文書化（記録）すること。その際、イノベーション（実装完了後も継続する「もの」）と、イノベーションを実装するために使用される実装プロセスや戦略（実装完了後に終了する活動）を区別する。]	
A. チーミング Teaming	イノベーションを実装するために、互いに関係し合うタスクに対して関係者が意図的に調整・協働しながら取り組んでいる程度。
B. ニーズの評価 Assessing Needs	人々の優先事項、好み、およびニーズに関する情報を収集している程度。 注：この構成概念は、「ニーズの評価」に関連するテーマのうち、「ニーズの評価」の下位概念（「イノベーションの提供者」「イノベーションの受益者」）に当てはまらないものについて、使用する。
1. イノベーションの提供者 Innovation Deliverers	イノベーションの実装と提供の指針となる、提供者の優先事項、好み、およびニーズに関する情報を収集している程度。
2. イノベーションの受益者 Innovation Recipients	イノベーションの実装と提供の指針にするため、受益者の優先事項、好み、およびニーズに関する情報を収集している程度。
C. 文脈の評価 Assessing Context	イノベーションの実装・提供のために阻害要因および促進要因を特定し評価するための情報を収集している程度。
D. 計画 Planning	役割と責任を特定し、具体的な手順とマイルストーンを概説し、事前に実装の成功のための目標と評価指標を定義している程度。
E. 戦略の調整 Tailoring Strategies	阻害要因に対処し、促進要因を活用し、文脈に適合させるために、実装戦略を（適切に）選択し、運用している程度。
F. エンゲージング Engaging	実装やイノベーションについて関心を持ってもらい、参加を促す取り組みが行われている程度。 注：この構成概念は、「エンゲージング」に関連するテーマのうち、「エンゲージング」の下位概念（「イノベーションの提供者」「イノベーションの受益者」）に当てはまらないものについて、使用する。
1. イノベーションの提供者 Innovation Deliverers	実装チームに貢献し、イノベーションを提供するよう、提供者に（関心を持ってもらい）、参加を促している程度。
2. イノベーションの受益者 Innovation Recipients	実装チームに貢献し、イノベーションを提供するよう、受益者に（関心を持ってもらい）、参加を促している程度。
G. 実行 Doing	スマールステップ、試行、または変化のサイクルで実装し、イノベーションの提供を試行して段階的に積み上げて最適化することが行われている程度。
H. 振り返りと評価 Reflecting & Evaluating	実装の成功に関する定量的・定性的情報を収集し、議論している程度。 注：この構成概念は、「振り返りと評価」に関連するテーマのうち、「振り返りと評価」の下位概念（「実装」「イノベーション」）に当てはまらないものに使用する。
1. 実装 Implementation	実装の成功に関する定量的・定性的情報を収集し議論している程度。
2. イノベーション Innovation	イノベーションの成功に関する定量的・定性的情報を収集し、議論している程度。
I. 適応 Adapting	作業プロセスへの最適な適合と統合のために、イノベーションや内的セッティングを修正している程度。

---

---

# パート2

# 更新版 CFIR の

# 全体的なガイダンス

---

---

## 更新版 CFIR の全体的なガイダンス

---

CFIR は、実装アウトカムに対して権限や影響力を持つ個人からデータを収集することを目的としています。これらの個人を特定し、アウトカムを選択するためのガイダンスについては、CFIR アウトカムに関する付録（CFIR Outcomes Addendum）を参照してください。

プロジェクトで使用する前に、以下の手順で CFIR を十分に運用可能な状態にしてください。

- ①プロジェクトにおける各領域の主題（subject）を定義します（各領域のガイダンスは、各領域の冒頭の説明を参照してください）。
- ②必要に応じて、幅広い構成概念をプロジェクト特有の表現に置き換えます。
- ③更新版 CFIR に含まれていない重要なテーマを捉えるための構成概念を追加します。

---

---

# パート 3

# 構成概念本文

---

---

# I イノベーション領域

「実装される「もの<sup>[1]</sup>」(例:新たな臨床治療、教育プログラム、市のサービス)。」  
[実装されるイノベーション、例えばイノベーションの種類や、イノベーションの核心となる要素か適応可能な要素かなどを、公表されている報告ガイドラインを用いて文書化すること。イノベーション(実装完了後も継続する「もの」)と、イノベーションを実装するために使用される実装プロセスと実装戦略(実装完了後に終了する活動)とを区別する]

初版 CFIR はこの領域について詳細に説明しており、イノベーションは通常セッティングに適合しない状態でもたらされるため、イノベーションを適応させ、実装を達成するために個人を主体的に関与させる積極的なプロセスが必要であると述べています。イノベーションはしばしば複雑で多面的であり、相互に作用する多くの構成要素を持っています<sup>[2]</sup>。イノベーションは、「中核的な要素 core components」(イノベーションの本質的で不可欠な要素)と「適応可能な側面 adaptable periphery」(イノベーションとそれが実装されるセッティングに関連する適応可能な要素、構造、システム)を有するものとして概念化することができます<sup>[3]</sup><sup>[4]</sup>。例えば、肥満をスクリーニングするための臨床的リマインダーには、適切な患者に適切な時にコンピューター画面にポップアップ表示させるアラートがあります。この機能はイノベーションの中核の一部です。一方、個人のクリニックにおける業務プロセスによっては、看護管理者の患者アセスメント中やプライマリケア医の診察中に、このようなリマインダーがポップアップ表示されることがあります。この機能はイノベーションの適応可能な側面の一部です。これらの構成要素は、共進化的 (co-evolving) かつ共適応的 (co-adaptive) な方法で、特定のセッティングに合わせたり、逆に変更したりすることができます<sup>[5]</sup><sup>[6]</sup>。

## References

1. Curran, G. M. (2020). Implementation science made too simple: A teaching tool. *Implementation Science Communications*, 1, 27. <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00001-z>
2. Butler, M., Epstein, R. A., Totten, A., Whitlock, E. P., Ansari, M. T., Damschroder, L. J., Balk, E., Bass, E. B., Berkman, N. D., Hempel, S., Iyer, S., Schoelles, K., & Guise, J.-M. (2017). AHRQ series on complex intervention systematic reviews—paper 3: Adapting frameworks to develop protocols. *Journal of Clinical Epidemiology*, 90, 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.06.013>
3. Fixsen, D. L. (2007). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.
4. Greenhalgh, T., Glenn Robert, Paula Bate, Olympia Kyriakidou, Fraser Macfarlane, & Richard Peacock. (2004). How to Spread Good Ideas (p. 424). National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D.
5. Kirsh, S. R., Lawrence, R. H., & Aron, D. C. (2008). Tailoring an intervention to the context and system redesign related to the intervention: A case study of implementing shared medical appointments for diabetes. *Implement Sci*, 3, 34. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-34>
6. Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *Bmj*, 323(7313), 625–628. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625>

## A

# イノベーションの出処 (情報源)

## Innovation Source

イノベーションの開発および／またはその使用を明確に支援したグループを、評価、信用および／または信頼している程度。

### 詳細な説明

イノベーションは、優れたアイデア、問題の解決策、その他の草の根的な取り組みとして内部で生まれる場合と、外部の組織（業者や研究グループなど）によって開発される場合があります<sup>[1]</sup>。しかし、出処（情報源）が内部か外部かは、それ自体が実装アウトカムを決定づけるものではありません。出処（情報源）の正当性や信頼性が実装の重要な決定要因です<sup>[2]</sup>。この点は Ho らの研究によって指摘されており、彼らは「資源の乏しいセッティング」において、外部の出処（情報源）は「介入の価値を示し、将来的な現場への投資の可能性を高める」可能性があると述べています<sup>[3]</sup>。

初版 CFIR では、本構成概念について詳細に説明しており、外部で開発されたイノベーションは、意思決定プロセスの透明性の欠如と相まって正当性を損ない、実装の失敗につながる可能性があると述べています<sup>[4]</sup> <sup>[5]</sup>。「主要な拡散メカニズムが中央主導で管理される」普及は、実装とは負の関連があります<sup>[1]</sup>。イノベーションを使用するという権威ある決定には、（イノベーションの使用との間に）正の関連があることを示す経験的エビデンスがある一方で、イノベーションの完全な実装またはルーチン化との間には負の関連があります<sup>[1]</sup>。イノベーションの採用と実装の決定が、上層部のリーダーによって行われ、ユーザーからの意見がほとんど反映されないまま変更を指示された場合、実装の効果は低くなります<sup>[6]</sup> <sup>[7]</sup>。つまり、イノベーションの出処（情報源）が、イノベーションを実施し、提供し、享受する個人をどのように主体的に関与させるかが、実装アウトカムに影響を与えます（「実装プロセス：エンゲージング Implementation Process: Engaging」を参照）。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

Lewis ら (2021)<sup>[8]</sup> は、2009年版 CFIR で定義された「イノベーションの特性」のレビューにおいて、「イノベーションの出処（情報源）」に関する尺度を特定していませんでした。

この構成概念に特有の尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 82(4), 581-629.
2. Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science: IS*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
3. Ho, M., Livingston, P., Bould, M. D., Nyandwi, J. D., Nizeyimana, F., Uwineza, J. B., & Urquhart, R. (2019). Barriers and facilitators to implementing a regional anesthesia service in a low-income country: A qualitative study. *Pan African Medical Journal*, 32. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.32.152.17246>
4. Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 7(3), 149-158. <https://doi.org/10.1136/qshc.7.3.149>
5. Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, B., McCormack, K., Seers, A. T., & C. Estabrooks. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. (Viewpoint). *Quality and Safety in Health Care*, 11(2), 174-180.
6. Helfrich, C. D., Weiner, B. J., McKinney, M. M., & Minasian, L. (2007). Determinants of implementation effectiveness: Adapting a framework for complex innovations. *Med Care Res Rev*, 64(3), 279-303.
7. Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S. (2001). Implementing computerized technology: An organizational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 811-824.
8. Lewis, C. C., Mettert, K., & Lyon, A. R. (2021). Determining the influence of intervention characteristics on implementation success requires reliable and valid measures: Results from a systematic review. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952199419. <https://doi.org/10.1177/2633489521994197>

B

# イノベーションのエビデンスによる裏付け Innovation Evidence-Base

イノベーションの有効性が強固なエビデンスによって裏付けられている程度。

## 詳細な説明

エビデンスの出処（情報源）は、内部または外部の場合があり、出版された文献、ガイドライン、同僚からの経験談、同業者からの情報、受益者の過去の経験、現場でのパイロットの結果、その他の出処（情報源）が含まれます<sup>[1]</sup> [2] [3]。

初版 CFIR では、本構成概念についてさらに詳しく説明しており、「強力なエビデンス」に関する合意された測定尺度ではなく、（エビデンスの強さ）普及との正の関連性を示す経験的な裏付けがあるものの、エビデンスはまちまちであると述べています<sup>[4]</sup>。強力なエビデンスは重要ではあるが、それが常に個々の（イノベーションの）採用決定に必ずしも影響力があるわけではなく、それだけで十分とは言えません<sup>[5]</sup>。PARIHS モデルでは、イノベーションの採用の鍵となる 3 つのエビデンスの情報源として、調査研究、臨床経験、および過去の患者経験を挙げています<sup>[2]</sup>。また Stetler は、信頼性があると考えられる他の情報源の可能性も付け加えています<sup>[3]</sup>。パイロット運用（「実装プロセス：実行 Implementation Process: Doing」を参照）での経験を含め、外部や内部で得られたエビデンスは、イノベーションを実装するための事例を構築するために組み合わせることができます<sup>[3]</sup>。用いるエビデンスの情報源が多いほど、イノベーションが受け入れられる可能性が高くなります<sup>[6]</sup> [7]。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Lewis らは、実装に関する尺度を評価したシステムティック・レビューで 1 つの測定尺度を特定しました<sup>[8]</sup>。尺度の質に関する PAPERS (Psychometric And Pragmatic Evidence Rating Scale) の基準を用いて、-9 点から +36 点の範囲で評価したところ<sup>[9]</sup>、その測定尺度のスコアは 2 点であり、質の高い尺度

を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Harvey, G., & Kitson, A. (2015). PARIHS revisited: From heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation Science*, 11(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>
2. Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Kitson, A., McCormack, B., Seers, K., & Titchen, A. (2002). Getting evidence into practice: Ingredients for change. *Nurs Stand*, 16(37), 38-43.
3. Stetler, C. B. (2001). Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice. *Nursing Outlook*, 49(6), 272-279.
4. Dopson, S., Fitzgerald, L., Ferlie, E., Gabbay, J., & Locock, L. (2010). No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Management Review*, 35(1), 2-12. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181c88e79>
5. Fitzgerald, L., & Dopson, S. (2006). Knowledge, credible evidence, and utilization. In *Knowledge to action? Evidence-based health care in context* (p. 223). Oxford University Press.
6. Kitson A, Harvey G, McCormack B: Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Qual Health Care* 1998, 7:149-158.
7. Rycroft-Malone, J., Kitson, G., Harvey, B., McCormack, K., Seers, A. T., & C. Estabrooks. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. (Viewpoint). *Quality and Safety in Health Care*, 11(2), 174-180.
8. Lewis, C. C., Mettert, K., & Lyon, A. R. (2021). Determining the influence of intervention characteristics on implementation success requires reliable and valid measures: Results from a systematic review. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952199419. <https://doi.org/10.1177/2633489521994197>
9. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373.

## C

# イノベーションの相対的優位性

## Innovation Relative Advantage

イノベーションが既存のイノベーションや現行の実践と比べて優位性を持っている程度。

### 詳細な説明

イノベーションの代替案には、現状維持、例えばイノベーションが取つて代わろうとする既存の実践、治療法、プログラムなどが含まれます<sup>[1]</sup>。初版CFIRでは、本構成概念についてさらに詳しく説明しており、効果的な実装のためには、すべての個人が相対的優位性を認識し、承認しなければならないと述べています<sup>[2]</sup>。ユーザーが、イノベーションの有効性や効率性に明確な優位性があると認識していれば、実装が成功する可能性が高いでしょう。実際、相対的優位性は、(イノベーションの)採用や実装のための必須条件です<sup>[2]</sup>。

相対的優位性を評価するためには、イノベーションの利点が明確に可視化される(観察できる)必要があります。イノベーションの利点を明確に示す取り組みが実装を促進するのは明らかです<sup>[2] [3]</sup> [4] [5] [6]<sup>[6]</sup>。Greenhalghらによる実装モデル(訳者注: Greenhalghらによるイノベーションのモデル)、PRISM(The Practical, Robust Implementation and Sustainability Model)、およびGrolらの実装モデルはいずれも、観察可能性 observabilityを独立した構成概念として含めていますが<sup>[2] [5] [7]</sup>、利点の観察可能性(または可視性)は、相対的優位性と密接に関連しており、両者を分けて測定するのは現実には難しいでしょう。従って、私たちは2つの要素を統合しました。

イノベーションがどの程度体系的に明文化できるかどうかも、相対的優位性に影響を与える可能性があります。多くのイノベーションは、重要な暗黙的(言葉で説明できない)構成要素を含んでおり、そのことは大きな利益をもたらすかもしれませんのが、理解や判別を困難にする場合があり<sup>[8] [9]</sup>、その結果相対的優位性を評価することが難しくなる可能性があります。

### 質的なコードブックのガイドライン

#### 選択基準

イノベーションが既存のプログラムより優れている(または劣っている)ことを示す記述を含める。

「私たちは多くのシステムを評価しましたが、私た

ちのクリニックにとって、このシステムは明らかに他より優れています」

#### 除外基準

イノベーションの強い必要性を示す(または示さない)記述、もしくは現状が維持不可能であることを示す記述(例:イノベーションが必要不可欠である、あるいはイノベーションは他のプログラムと重複している、といった記述)を除外し、「変化への切迫感」に分類(コード)します。

イノベーションの必要性を明示する個人の特定のニーズに関する記述を除外し、「個人領域」における「適切な役割の必要性」に分類(コード)します。

### 量的な測定

本構成概念の量的な測定について: Lewisらは、実装に関する尺度を評価したシステムティック・レビューで、9つの尺度を特定しました<sup>[10]</sup>。尺度の質に関するPAPERSの基準を用いて、-9点から+36点の範囲で評価したところ<sup>[11]</sup>、最高スコアは4点であり、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations*: 5th ed. Free Press.
2. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: *Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations*. Milbank Q 2004, 82:581-629.
3. Denis, J.-L., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., & Trottier, L.-H. (2002). Explaining Diffusion Patterns for Complex Health Care Innovations: Health Care Management Review, 27(3), 60-73. <https://doi.org/10.1097/00004010-200207000-00007>
4. Dopson, S., FitzGerald, L., Ferlie, E., Gabbay, J., & Locock, L. (2010). No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. Health Care Management Review, 35(1), 2-12. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181c88e79>
5. Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M.

P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. *Milbank Q.* 85(1), 93-138.

6. Meyer, A. D., & Goes, J. B. (1988). Organizational Assimilation of Innovations: A Multilevel Contextual Analysis. *Academy of Management Journal*, 31(4), 897-923.  
<https://journals.aom.org/doi/abs/10.5465/256344>

7. Feldstein, A. C., & Glasgow, R. E. (2008). A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 34(4), 228-24Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 82(4), 581-629.

8. Berta, W. B., & Baker, R. (2004). Factors that Impact the Transfer and Retention of Best Practices for Reducing Error in Hospitals: *Health Care Management Review*, 29(2), 90-97.  
<https://doi.org/10.1097/00004010-200404000-00002>

9. Tucker, A. L., Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2007). Implementing New Practices: An Empirical Study of Organizational Learning in Hospital Intensive Care Units. *Management Science*, 53(6), 894-907.  
<https://doi.org/10.1287/mnsc.1060.0692>

10. Lewis, C. C., Mettert, K., & Lyon, A. R. (2021). Determining the influence of intervention characteristics on implementation success requires reliable and valid measures: Results from a systematic review. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952199419.  
<https://doi.org/10.1177/2633489521994197>

11. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373.  
<https://doi.org/10.1177/26334895211037391>

## D

# イノベーションの適応性

## Innovation Adaptability

イノベーションが現場の文脈やニーズに合わせて修正、調整、改善することが可能な程度。

### 詳細な説明

適応性は、イノベーション自体の「中核的な構成要素 core components」(変更できない要素) と「適応可能な側面 adaptable periphery」(変更できる要素) の定義によって決まります<sup>[1][2]</sup>。中核的な構成要素と適応可能な側面を識別するために、構成要素の分析を行うことは可能ですが<sup>[3]</sup>、イノベーションがより広く普及し、さまざまな文脈で適応されるようになると、その区別は試行錯誤を通じてしか見分けられないことがよくあります<sup>[4]</sup>。複数の文脈で完全かつ一貫性のある実装を成し遂げる必要性と、必要に応じてイノベーションを適応させるための柔軟性を与えることの間には、実際には緊張関係があり、これらのバランスをとらなければなりませんが、これは相当困難なことです<sup>[5][6]</sup>。

初版 CFIR は、本構成概念についてさらに詳しく説明しており、中核となる要素（訳者注：原文では hard core）と適応可能な側面（訳者注：原文では soft periphery）に関する情報は、実装アウトカムとしての「忠実度 fidelity」を評価するために利用できる、と述べています<sup>[7]</sup>。中核となる要素は研究プロトコルまたは外部から見えないシステムやプロセス（「black-box」packaging）によって定義される場合があり、適応可能な側面はセッティングごとに異なる要素から構成されます。例えば、コンピューター化された報告システムには、ユーザーが変更できない中核となる要素があるかもしれません。一方でこれらの中核となる要素には現場のセッティングのワークフローによっては、異なるアプローチでアクセス可能な場合もあります。Greenhalgh らは、適応性の側面を「あいまいな境界 fuzzy boundaries」および「再構築の可能性 potential for reinvention」と表現しています<sup>[2](P596-597)</sup>。セッティングに適応するために容易に修正できるイノベーションは、実装と正の関連にあります<sup>[8][9][10]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

#### 選択基準

イノベーションをそれぞれの文脈に適応できる（できない）かどうかに関する記述（例：プロトコルの柔軟性のなさに関する不満）を含めてください。改

善に対する提案をこのコードに含めることができます、参加者が変更の必要性を感じている、またはそうでなければプログラムを適応させることができないことが明確な場合を除き、評価プロセスには含めるべきではありません。

#### 除外基準

イノベーションを適応させる必要はなかったという記述は、除外するか「適合性 Compatibility」にダブルコード化してください。

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

- Fixsen, D. L. (2007). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.
- Greenhalgh, T., Glenn Robert, Paula Bate, Olympia Kyriakidou, Fraser Macfarlane, & Richard Peacock. (2004). *How to Spread Good Ideas* (p. 424). National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implement Sci*, 2(1), 40.
- Mendel, P., Meredith, L. S., Schoenbaum, M., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2008). Interventions in organizational and community context: A framework for building evidence on dissemination and implementation in health services research. *Adm Policy Ment Health*, 35(1-2), 21-37.
- Perrin, K. M., Burke, S. G., O'Connor, D., Walby, G., Shippey, C., Pitt, S., McDermott, R. J., & Forthofer, M. S. (2006). Factors contributing to intervention fidelity in a multi-site chronic disease self-management program. *Implement Sci*, 1, 26.
- von Thiele Schwarz, U., Aarons, G. A., & Hasson, H. (2019). The Value Equation: Three complementary propositions for reconciling fidelity and adaptation in evidence-based practice implementation. *BMC Health Services Research*, 19(1), 868. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4668-y>

7. Denis, J.-L., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., & Trottier, L.-H. (2002). Explaining Diffusion Patterns for Complex Health Care Innovations: Health Care Management Review, 27(3), 60-73.  
<https://doi.org/10.1097/00004010-200207000-00007>
8. Gustafson, D. H., Sainfort, F., Eichler, M., Adams, L., Bisognano, M., & Steudel, H. (2003). Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change. Health Serv Res, 38(2), 751-776.
9. Leeman, J., Baernholdt, M., & Sandelowski, M. (2007). Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice. J Adv Nurs, 58(2), 191-200.
10. Rogers, E. (2003). Diffusion of innovations: 5th ed. Free Press.

## E

# イノベーションの試験可能性 Innovation Trialability

イノベーションを小規模で試験またはパイロット運用し、元に戻す（実装を取り消す）ことが可能な程度。

## 詳細な説明

初版 CFIR は本構成概念についてさらに詳しく説明しており、イノベーションを（組織で）小規模に試験する能力<sup>[1]</sup>と、さらに妥当な場合には軌道修正する（実装を元に戻す）ことができる能力<sup>[2]</sup>は、実装アウトカムの重要な潜在的決定要因である、と述べています。試行ができることは、plan-do-study-act (PDSA) という質の改善サイクルの重要な特徴で、これによりユーザーは協調性を高め、相互に助け合う方法を見つけることができます<sup>[3] [4]</sup>。パイロット運用は、個人やグループが経験を積むことを可能にするとともに、そのイノベーションについて振り返り、試す時間を与えます<sup>[5]</sup>。また、（提供者および受益者による）ユーザビリティテストは、イノベーションの適応を成功させるのに役立ちます<sup>[2]</sup>（「実装プロセス：エンゲージングおよび実行 Implementation Process: Engaging and Doing」を参照）。

## 質的なコードブックのガイドライン

### 選択基準

対象とする現場で過去にイノベーションのパイロット運用を行ったかどうか、または将来行う計画があるかどうか、およびパイロット運用を実施することを関係者が可能（または不可能）と考えているかどうかに関する記述を含めてください。大規模な実装の前的小規模なイノベーションの試行に関する記述、または施設や地域におけるパイロット運用の情報の利用についても記述してください。

- 「私たちがそのようなパイロット運用を実施するの は不可能です」
- 「しばらく時間はかかりそうですが、試してみることができるのはわかっています。ある程度の支援があれば、フォローアップケアを受けられると分かっている限り、数名の患者さんに試してみたい と思います」

### 除外基準

現場におけるパイロット運用の結果の使用に関する記述は、除外するか「イノベーションのエビデンスによる裏付け」へダブルコード化してください。

## 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Lewis らは、実装に関する尺度のシステムティック・レビューで、6つの尺度を特定しました<sup>[6]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9 点から +36 点の範囲で評価したところ<sup>[7]</sup>、最高スコアは 3 点であり、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.
2. Feldstein, A. C., & Glasgow, R. E. (2008). A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 34(4), 228-243.
3. Leeman, J., Baernholdt, M., & Sandelowski, M. (2007). Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice. *J Adv Nurs*, 58(2), 191-200.
4. Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *J Public Health Manag Pract*, 14(2), 117-123.
5. Rycroft-Malone, J., Kitson, G., Harvey, B., McCormack, K., Seers, A. T., & C. Estabrooks. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. (Viewpoint). *Quality and Safety in Health Care*, 11(2), 174-180.
6. Lewis, C. C., Mettert, K., & Lyon, A. R. (2021). Determining the influence of intervention characteristics on implementation success requires reliable and valid measures: Results from a systematic review. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952199419. <https://doi.org/10.1177/2633489521994197>
7. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>

## F

# イノベーションの複雑性

## Innovation Complexity

イノベーション（その範囲や性質、つながりや手順の性質および数によって反映されうる）の複雑さの程度。

### 詳細な説明

複雑性は、「長さ」（イノベーションを使用するための連続的なサブプロセスや手順の数）と「幅」（意思決定するポイントの選択肢の数）に関連します<sup>[1]</sup>。複雑性は、内的セッティングにおける潜在的な対象の単位（チーム、クリニック、部署等）の数や人の属性（訳者注：医療従事者、患者、経営者等）の種類が多いほど増加します<sup>[1]</sup>。本更新版（CFIR）の複雑性の定義は、イノベーションの複雑性について他の文献で発表されている概念に沿ったものです<sup>[2] [3] [4]</sup>。

初版 CFIR は本構成概念についてさらに詳しく説明しており、複雑性を適切に見極め評価することは、意図しない結果を回避でき、実装に有益だと考えられる、と述べています<sup>[1]</sup>。単純なイノベーションは、ユーザーの満足度を高め、イノベーションの実装時に求められるスピードを向上させるため<sup>[5]</sup>、効果的である可能性が高くなります<sup>[6] [7]</sup>。

技術的なイノベーション（新しいコンピューターモジュールなど）であれ、管理運用上の変化（行動変容）のイノベーションであれ、イノベーションの種類は複雑性の認識に影響を与えます。技術的なイノベーションには、製品の購入、パッケージ化されたサービス、または自動化された生産プロセス（例：コンピューター化されたオーダーエントリー）などが含まれます。管理運用上のイノベーションは、主に組織内の社会構造やプロセスに影響を与えます。大部分のイノベーションは、両者を組み合わせたものです。技術的なイノベーションは目に見えやすく、管理運用上のイノベーションはより複雑で実装が困難になる傾向があります<sup>[6]</sup>。一方、複雑な行動変容のイノベーションであっても、それを単なる「追加や拡張（plug-in）」とみなすセッティングと比較して、そのイノベーションを歓迎すべき根本的な変化とみなすセッティングの方が、よりコミットメントを高めることができます<sup>[8]</sup>。Edmondson らは、実装の有効性に影響を与える思考の「技術的枠組み（technological frame）」について記述しています。彼らが行った行動変容とチームワークが関与する新しい心臓外科のアプローチについての研究の中で、実装があまり成功しなかった施設では、そのイノベーションを過度に単純化して「プラグイン技術」と捉えていたのに

対し、実装がより効果的であった施設では、このイノベーションが複雑であるにもかかわらず「（手術）チームにとっての根本的な変化である」<sup>[8]</sup>とみなしていました。

### 質的なコードブックのガイドライン

#### 選択基準

イノベーションの複雑性に関する声明をコード化する。

- 「プロセスには非常に多くの要素や部分がありましたが、私たちは段階的に実施したので、うまく進めることができました」
- 「それ（イノベーション）によって、私たちのチームの働き方が一変しました。今では手術中のワークフローと役割は大きく変わりました」

#### 除外基準

実装の複雑性に関する声明を除外し、他の適切な CFIR コードを割り当てる（例えば空間に関する問題は「利用可能な資源」にコード化し、新しいプログラムに受益者を主体的に関与させることに関する困難は「エンゲージング：イノベーションの受益者」にコード化します）。

### 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Lewis らは、実装に関する尺度のシステムティック・レビューで、9つの尺度を特定しました<sup>[9]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9 点から +36 点の範囲で評価したところ<sup>[10]</sup>、最高スコアは 4 であり、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

- Kochevar, L. K., & Yano, E. M. (2006). Understanding health care organization needs and context. Beyond performance gaps. *J Gen Intern Med*, 21 Suppl 2,

S25-9.

2. Butler, M., Epstein, R. A., Totten, A., Whitlock, E. P., Ansari, M. T., Damschroder, L. J., Balk, E., Bass, E. B., Berkman, N. D., Hempel, S., Iyer, S., Schoelles, K., & Guise, J.-M. (2017). AHRQ series on complex intervention systematic reviews—paper 3: Adapting frameworks to develop protocols. *Journal of Clinical Epidemiology*, 90, 19–27.  
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.06.013>
3. Lewin, S., Hendry, M., Chandler, J., Oxman, A. D., Michie, S., Shepperd, S., Reeves, B. C., Tugwell, P., Hannes, K., Rehfuss, E. A., Welch, V., Mckenzie, J. E., Burford, B., Petkovic, J., Anderson, L. M., Harris, J., & Noyes, J. (2017). Assessing the complexity of interventions within systematic reviews: Development, content and use of a new tool (iCAT\_SR). *BMC Medical Research Methodology*, 17(1), 76.  
<https://doi.org/10.1186/s12874-017-0349-x>
4. Moecker, R., Terstegen, T., Haefeli, W. E., & Seidling, H. M. (2021). The influence of intervention complexity on barriers and facilitators in the implementation of professional pharmacy services - A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(10), 1651–1662.  
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.01.013>
5. Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S. (2001). Implementing computerized technology: An organizational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 811–824.
6. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581–629.
7. Gustafson, D. H., Sainfort, F., Eichler, M., Adams, L., Bisognano, M., & Steudel, H. (2003). Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change. *Health Serv Res*, 38(2), 751–776
8. Edmondson, A. C., Bohmer, R. M., & Pisana, G. P. (2001). Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 685–716.
9. Lewis, C. C., Mettert, K., & Lyon, A. R. (2021). Determining the influence of intervention characteristics on implementation success requires reliable and valid measures: Results from a systematic review. *Implementation Research and Practice*, 2, 2633489521994197.  
<https://doi.org/10.1177/2633489521994197>
10. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373.  
<https://doi.org/10.1177/26334895211037391>



# イノベーションのデザイン Innovation Design

イノベーションのデザインやパッケージ化（組立て、まとまり、提示方法を含む）がされている程度。

## 詳細な説明

初版 CFIR は、本構成概念についてさらに詳しく説明しており、組立て、まとまり、提示方法を含め、イノベーションがいかにデザインされているかは、実装アウトカムに重要な影響を及ぼす可能性がある、と述べています<sup>[1]</sup>。イノベーションのデザインには、イノベーションの構成要素がどれだけ明確に定義されているか、プランディングの有効性<sup>[2]</sup>、イノベーションに関する資材（マーケティング資材や研修資材など）の質、が含まれます。本構成概念は、Greenhalgh らのモデル<sup>[3]</sup>には含まれていませんが、Grol と Wensing のイノベーション特性のリスト<sup>[4]</sup>には含まれています。イノベーションの構成要素が、ユーザーにとって利用しやすいようデザインされていれば、これらの新しい方法・手順の使用が促進されます<sup>[5]</sup>。信頼性が欠けていたり、デザインに問題があるイノベーションは、成功しないでしょう<sup>[1]</sup>。ユーザーにイノベーションの質が悪いと認識されると、満足度やイノベーションの使用に悪い結果をもたらします<sup>[1] [6]</sup>。最近の文献では、ユーザー中心のデザインの原則を取り入れたイノベーション、すなわちユーザーの関与を得て開発されたイノベーションは、他のイノベーションよりも効果的である可能性があることが注目されています<sup>[7] [8]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

### 選択基準

資材およびパッケージングの質に関する説明を含めます。

- 「カテーテル挿入時に用いる新しいドレープを使用する承認を得ましたが、実際にドレープを点滴(IV)キットに同梱するのに1年以上かかりました」
- 「データはそこに入っていますが、報告用モジュールが作動しません」
- 「アイデアは良かったのですが、財務部門の人が買いに行って一番安いバージョンのものを購入してしまったため、結局半分を捨てる羽目になりました」

## 除外基準

資材の有無に関する説明を除外し、「利用可能な資源」にコード化します。

エンゲージメント戦略としての資材の受け入れに関する説明を除外し、「エンゲージング」にコード化します。

## 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Lewis らは、実装に関する尺度のシステムティック・レビューで、2つの尺度を特定しました<sup>[9]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9 点から +36 点の範囲で評価したところ<sup>[10]</sup>、最高スコアは 3 点であり、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S. (2001). Implementing computerized technology: An organizational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 811-824.
2. Evans, W. D., & Hastings, G. (Eds.). (2008). *Public health branding: Applying marketing for social change*. Oxford University Press. [https://www.google.com/books/edition/Public\\_Health\\_Branding/Voox6-zMQtSC?hl=en&gbpv=0](https://www.google.com/books/edition/Public_Health_Branding/Voox6-zMQtSC?hl=en&gbpv=0)
3. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.
4. Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. *Milbank Q*, 85(1), 93-138.
5. Graham, I. D., & Logan, J. (2004). Innovations in knowledge transfer and continuity of care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(2), 89-100.
6. Helfrich, C. D., Weiner, B. J., McKinney, M. M., & Minasian, L. (2007). Determinants of implementation effectiveness: Adapting a framework for complex innovations. *Med Care Res Rev*, 64(3), 279-303.
7. Dopp, A. R., Parisi, K. E., Munson, S. A., & Lyon, A. R. (2019). A glossary of user-centered design strategies for implementation experts. *Translational*

Behavioral Medicine, 9(6), 1057-1064.  
<https://doi.org/10.1093/tbm/iby119>

8. Greenhalgh, T., Jackson, C., Shaw, S., & Janamian, T. (2016). Achieving Research Impact Through Co-creation in Community-Based Health Services: Literature Review and Case Study. *The Milbank Quarterly*, 94(2), 392-429.  
<https://doi.org/10.1111/1468-0009.12197>

9. Lewis, C. C., Mettert, K., & Lyon, A. R. (2021). Determining the influence of intervention characteristics on implementation success requires reliable and valid measures: Results from a systematic review. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952199419.  
<https://doi.org/10.1177/2633489521994197>

10. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373.  
<https://doi.org/10.1177/26334895211037391>

## H

# イノベーションの費用 Innovation Cost

イノベーションの初期費用および運用にかかる費用が、手の届く範囲におさまる程度。

## 詳細な説明

取引費用を含むイノベーションの費用<sup>[1]</sup>は、高すぎる、または手が届かないと認識されると、実装の大きな阻害要因となりえます。初版 CFIR は本構成概念についてさらに詳しく説明しており、イノベーションに関連する研修費用を含め、イノベーションの購入、契約、または使用する際にかかる費用は、採用および実装の重要な決定要因である、と述べています<sup>[2]</sup> <sup>[3]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 選択基準

イノベーションの費用に関する言明を含めます。

## 除外基準

金銭的資源、物理的な空間、および時間に関する言明を除外し、「利用可能な資源」へコード化します。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Leeman, J., Baquero, B., Bender, M., Choy-Brown, M., Ko, L. K., Nilsen, P., Wangen, M., & Birken, S. A. (2019). Advancing the use of organization theory in implementation science. *Preventive Medicine*, 129, 105832. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105832>
2. Graham, I. D., & Logan, J. (2004). Innovations in knowledge transfer and continuity of care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(2), 89-103.
3. Teplensky, J. D., Pauly, M. V., Kimberly, J. R., Hillman, A. L., & Schwartz, J. S. (1995). Hospital adoption of medical technology: An empirical test of alternative models. *Health Services Research*, 30(3), 437-465.

## II

# 外的セッティング領域

内的セッティングが存在する場所および設定（例：病院システム、学区、州）。外的セッティングは複数存在する場合があり、また外的セッティング内には複数のレベルが存在する場合もある（例：コミュニティ、システム、州）。[プロジェクトでの実際の外的セッティングを文書化します。例：種類、場所、外的セッティングと内的セッティングの境界]

## 詳細な説明

Lengnick-Hallらは、「外部と内部の文脈の相互依存性を強調し、組織を単純なものから複雑なものまで、硬直的なものから柔軟なものまで、緩やかなものから密接に結びつけられたものまで、より幅広い相互依存システムの一部として捉えるため」に、外的セッティングと内的セッティングの間の境界を概念化する際、「オープンシステム（open-systems）」の観点を取り入れるよう求めています<sup>[1]</sup>。オープンシステムの観点を取り入れることは容易でないかもしれません、組織のパフォーマンスに対する内的および外的影響を概念的に区別することは、組織科学の中心的な信条であり<sup>[2]</sup>、介入の焦点となるレベルを明らかにします。

初版CFIRはこの領域について、「外的セッティング」は「内的セッティング」の外側から生まれるマクロレベルの要因を捉えるために設計されている、と詳述しています。どのような要因を「内」または「外」とみなすかは、実装の取り組みの文脈によって異なります<sup>[3]</sup>。例えば、外部のクリニックは、ある研究では「外的セッティング」の一部であるかもしれません、別の研究では「内的セッティング」の一部となるかもしれません。マクロレベルの要因（例：コミュニティ、経済）、メゾ（中間）レベルの要因（例：医療システム、クリニック）、ミクロシステムレベルの要因（例：ユニット、チーム）と個人との間の複雑な相互作用を認識する社会生態学的視点は、実装において広く適用されています。外的セッティングの変化は、実装にプラスの影響もマイナスの影響も及ぼす可能性があります。これらの構成概念は、内

的セッティングの変化を媒介するため、（訳者注：外的セッティングと内的セッティングの）境界を越える特性を持っています<sup>[4]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを適宜追加する予定です。

## 量的な尺度

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Lengnick-Hall, R., Willging, C., Hurlburt, M., Fenwick, K., & Aarons, G. A. (2020). Contracting as a bridging factor linking outer and inner contexts during EBP implementation and sustainment: A prospective study across multiple U.S. public sector service systems. *Implementation Science*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-00999-9>
2. Katz, D., & Kahn, R. L. (1966). *The social psychology of organizations*. Wiley.
3. Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science: IS*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
4. Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press.

## A

# 重大なインシデント

## Critical Incidents

大規模かつ／または予期せぬ出来事により、イノベーションの実装および／または提供が妨げられる程度。

### 詳細な説明

大規模かつ／または予期せぬ出来事は、イノベーションの実装および／または提供を妨げる可能性があり<sup>[1]</sup><sup>[2]</sup>、パンデミック、気象災害、政治的混乱などが、こうした出来事に含まれます。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Rosenthal, A., Stover, E., & Haar, R. J. (2021). Health and social impacts of California wildfires and the deficiencies in current recovery resources: An exploratory qualitative study of systems-level issues. *PLOS ONE*, 16(3), e0248617. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248617>
2. Wensing, M., Sales, A., Armstrong, R., & Wilson, P. (2020). Implementation science in times of Covid-19. *Implementation Science*, 15(1), 42, s13012-020-01006-x. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01006-x>

## B

# 地域の態度 Local Attitudes

外的セッティングを構成する社会文化的な価値観（例：受益者を支援する共同責任）や信念（例：受益者に支援する価値があるという確信）が、イノベーションの実施や提供を後押ししている程度。

訳者注：ここでいう「地域の」は外的セッティングにおける“Local”の訳であり、実装をする組織外にある社会文化的要因を指す。

## 詳細な説明

現場のコミュニティの態度は、外的セッティングからのイノベーションの実装および／または提供を支援するよう促すことができます<sup>[1] [2]</sup>。現場の態度は、価値観<sup>[3]</sup>（例：公平性）や信念（例：白人至上主義や人種的偏見）<sup>[4]</sup>に関連していることがあります。例として、臓器提供に関する一般的な見解<sup>[5]</sup>や、住宅支援券（housing choice voucher; 低所得世帯への家賃補助）を利用する入居者への偏見<sup>[4]</sup>などが挙げられます。すべてのイノベーションが外的セッティングからの支援を必要とするわけではありませんが、イノベーションがコミュニティベースであったり、支援や資源をコミュニティに依存したりしている場合、これらのテーマは重要です。このようなイノベーションでは、現場の態度が実装アウトカムや実装における公平性に影響を及ぼす可能性があります。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41–54.
2. Means, A. R., Kemp, C. G., Gwayi-Chore, M.-C., Gimbel, S., Soi, C., Sherr, K., Wagenaar, B. H., Wasserheit, J. N., & Weiner, B. J. (2020). Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in low- and middle-income countries: A systematic review. Implementation Science, 15(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0977-0>
3. Merlo, G., Page, K., Zardo, P., & Graves, N. (2019). Applying an Implementation Framework to the Use of Evidence from Economic Evaluations in Making Healthcare Decisions. Applied Health Economics and Health Policy, 17(4), 533–543. <https://doi.org/10.1007/s40258-019-00477-4>
4. Tiderington, E., Ikeda, J., & Lovell, A. (2020). Stakeholder Perspectives on Implementation Challenges and Strategies for Moving On Initiatives in Permanent Supportive Housing. The Journal of Behavioral Health Services & Research, 47(3), 346–364. <https://doi.org/10.1007/s11414-019-09680-6>
5. Squires, J. E., Aloisio, L. D., Grimshaw, J. M., Bashir, K., Dorrance, K., Coughlin, M., Hutchinson, A. M., Francis, J., Michie, S., Sales, A., Brehaut, J., Curran, J., Ivers, N., Lavis, J., Noseworthy, T., Vine, J., Hillmer, M., & Graham, I. D. (2019). Attributes of context relevant to healthcare professionals' use of research evidence in clinical practice: A multi-study analysis. Implementation Science, 14(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0900-8>

## C

# 地域の条件

## Local Conditions

経済・環境・政治・技術といった外的環境の要素が、イノベーションの実施や提供に向けた支援を後押ししている程度。

訳者注：ここでいう「地域の」は外的セッティングにおける“Local”的の訳であり、実装をする組織外にある経済的、環境的、政治的、技術的要因を指す。

### 詳細な説明

現場コミュニティの条件は、外的セッティングがイノベーションの実装および/または提供を支援することを可能にします<sup>[1] [2]</sup>。こうした条件には、経済的（不況など）<sup>[3]</sup>、環境的（構築環境など）、政治的（不安定さや腐敗など）<sup>[4]</sup>、技術的（ITインフラなど）な要因が含まれます<sup>[1] [2] [5] [6]</sup>。すべてのイノベーションが外的セッティングからの支援を必要とするわけではありませんが、これらのテーマは、特に資源制約が一般的な低～中所得国において、イノベーションがコミュニティベースであったり、支援や資源をコミュニティに依存していたりする場合に重要となります<sup>[2]</sup>。このようなイノベーションでは、現場の条件が実装アウトカムや実装における公平性に影響を及ぼす可能性があります。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。更新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41–54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>
2. Means, A. R., Kemp, C. G., Gwayi-Chore, M.-C., Gimbel, S., Soi, C., Sherr, K., Wagenaar, B. H., Wasserheit, J. N., & Weiner, B. J. (2020). Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in low- and middle-income countries: A systematic review. Implementation Science, 15(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0977-0>
3. Kerins, C., McHugh, S., McSharry, J., Reardon, C. M., Hayes, C., Perry, I. J., Geaney, F., Seery, S., & Kelly, C. (2020). Barriers and facilitators to implementation of menu labelling interventions from a food service industry perspective: A mixed methods systematic review. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 17(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00948-1>
4. Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., Baker, R., & Eccles, M. P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. Implementation Science, 8(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>
5. Ashok, M., Hung, D., Rojas-Smith, L., Halpern, M. T., & Harrison, M. (2018). Framework for Research on Implementation of Process Redesigns: Quality Management in Health Care, 27(1), 17–23. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000158>
6. Yuan, S., Wang, F., Li, X., Jia, M., & Tian, M. (2019). Facilitators and barriers to implement the family doctor contracting services in China: Findings from a qualitative study. BMJ Open, 9(10), e032444. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032444>

## D

# パートナーシップとつながり Partnerships & Connections

内的セッティングが、紹介ネットワーク、学術提携、専門組織ネットワークなどの外部組織とネットワークで結ばれている程度。

## 詳細な説明

この構成概念は、内的セッティングと外的セッティングの組織間のつながりを捉えており、これには、パートナーシップ、共同体、専門職団体<sup>[1] [2]</sup>、医療と福祉サービス間の紹介ネットワーク<sup>[3]</sup>、地域と学術間のパートナーシップ、アドボカシー団体<sup>[2]</sup>、契約、技術支援組織<sup>[1] [4]</sup>、現場のデータウェアハウスへのアクセスやシステム（包括的医療システム、学校区など）への加入などが含まれます<sup>[1] [5]</sup>。

初版 CFIR はさらに詳しく説明しており、外部との境界をまたぐ役割 boundary spanning（訳者注：組織の境界をまたいだネットワークのこと）を支援・促進する内的セッティングは、新たな実践を迅速に実装する可能性が高くなります<sup>[6] [7] [8] [9] [10]</sup>。専門的な知識は、外部研修と同様に、外部との境界を超えた活動や専門職団体への参加の増加から生じる可能性があり<sup>[11]</sup>、実装の成功と関連しています<sup>[12]</sup>。

イノベーションの明確な利点が明らかになるまでは、外部組織とのつながりと実装の間には負の関連があります<sup>[9] [13]</sup>。しかし、ひとたびイノベーションが規範として、公式または非公式ネットワークの他者に受け入れられると、その関連は正の関連に転じます（「外部からの圧力 External Pressure」を参照）<sup>[9]</sup>。

さらに、あるセッティングにおける個人と外部組織との集合的な関係は、そのセッティングのソーシャル・キャピタルを表しています<sup>[9] [14] [15] [16]</sup>。つまり、内的セッティングと外的セッティングの間の橋渡しが強化されると、ソーシャル・キャピタルが構築されます<sup>[5] [9]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 選択基準

組織レベルの組織間のつながりに加えて、個人が所属する外部団体への加入状況、および組織外部のネットワーク作りに関する記述を含めることができます。

- ・「私は米国糖尿病学会 ADA（訳者注：American

Diabetes Association）のメンバーで、年に 1 回程度学会に参加します」

- ・「ネットワーク作りは私にとってとても重要で、多くのアイデアを得ることができます」
- ・「私は地方支部の会長をしています」
- ・「私の部署は、毎年私たち一人一人を学会に参加させるための費用を負担してくれます」

## 除外基準

会議、電子メールグループ、他の連絡・通知方法に関する言明など、組織内の一般的なネットワーク、コミュニケーション、関係性に関する記述を除外します。チームの体制、質および機能に関する言明は、「関係的なつながり Relational Connections」へのコードを割り当ててください。

## 量的な測定

この構成概念の量的な測定について：McHugh らは、実装に関する尺度のシステムатイック・レビューで 7 つの尺度を特定しました<sup>[17]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9 点から +36 点の範囲で評価したところ<sup>[18]</sup>、5 つ (71.43%) の尺度が評価のための情報を十分に有しており、スコアは -2 点から +6 点の範囲でした。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

その他の尺度に関しては、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までお問合せください。

## References

1. Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
2. Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*, 14(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>
3. Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., Baker, R.,

& Eccles, M. P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science*, 8(1), 35.  
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>

4. Raghavan, R., Bright, C. L., & Shadoin, A. L. (2008). Toward a policy ecology of implementation of evidence-based practices in public mental health settings. *Implementation Science*, 3(1), 26.  
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-26>

5. Nilsen, P., & Bernhardsson, S. (2019). Context matters in implementation science: A scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC Health Services Research*, 19(1), 189.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4015-3>

6. Aiken, M., Bacharach, S. B., & French, J. L. (1980). Organizational Structure, Work Process, and Proposal Making in Administrative Bureaucracies. *Academy of Management Journal*, 23(4), 631-652.  
<https://www.jstor.org/stable/255553>

7. Baldridge, J. V., & Burnham, R. A. (1975). Organizational Innovation: Individual, Organizational, and Environmental Impacts. *Administrative Science Quarterly*, 20(2), 165.  
<https://doi.org/10.2307/2391692>

8. Barnsley, J., Lemieux-Charles, L., & McKinney, M. M. (1998). Integrating Learning into Integrated Delivery Systems: *Health Care Management Review*, 23(1), 18-28.  
<https://doi.org/10.1097/00004010-199801000-00003>

9. Gittell, R. J., & Vidal, A. (1998). Community organizing: Building social capital as a development strategy. Sage Publications Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.

10. Kimberly, J. R., & Evanisko, M. J. (1981). Organizational innovation: The influence of individual, organizational, and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations. *Academy of Management Journal*. *Academy of Management*, 24(4), 689-713.

11. Damanpour, F. (1991). Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators. *The Academy of Management Journal*, 34(3), 555-590.

12. Simpson, D. D., & Dansereau, D. F. (2007). Assessing Organizational Functioning as a Step Toward Innovation. *NIDA Science & Practice Perspectives*, 3(2), 20-28.

13. Burns, L. R., & Wholey, D. R. (1993). Adoption and abandonment of matrix management programs: Effects of organizational characteristics and interorganizational networks. *Academy of Management Journal*. *Academy of Management*, 36(1), 106-138.

14. Brehem, J., & Rahn, W. (1997). Individual Level Evidence for the Causes and Consequences of Social Capital. *American Journal of Political Science*, 41(3), 999-1023.

15. Gladwell, M. (2006). The tipping point how little things can make a big difference. Little, Brown : Hachette Book Group.

16. Leana, C. R., & Pil, F. K. (2006). Social Capital and Organizational Performance: Evidence from Urban Public Schools. *Organization Science*, 17(3), 353-366.  
<https://doi.org/10.1287/orsc.1060.0191>

17. McHugh, S., Dorsey, C. N., Mettert, K., Purtle, J., Bruns, E., & Lewis, C. C. (2020). Measures of outer setting constructs for implementation research: A systematic review and analysis of psychometric quality. *Implementation Research and Practice*, 1, 263348952094002.

18. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373.  
<https://doi.org/10.1177/26334895211037391>

## E

# 施策と法律

## Policies & Laws

法律、規制、専門職団体のガイドラインや推奨事項、または認定基準が、イノベーションの実装および／または提供を支持する程度。

### 詳細な説明

この構成概念には、外部（政府やその他の外部団体）が公表した施策、規制、規則、規範、義務、勧告、ガイドライン、指令、または認定要件<sup>[1] [2] [3] [4] [5] [6]</sup>、<sup>[7]</sup>、およびイノベーションの実装とこれらの施策や法律との整合性が含まれます<sup>[8]</sup>。この構成概念には、外部から発生する過誤の責任<sup>[2]</sup>や継続教育の要件<sup>[9]</sup>も含まれます。

初版CFIRは、この構成概念をさらに拡大し、「政策的指令（political directives）」、「政策の圧力（policy push）」、「外部からの命令（external mandates）」を含めています。Greenhalghらは、これらの概念が直接的な影響をもたらすことを示す強いエビデンスを挙げています。また、これらの概念は、セッティングにおいてイノベーションを実装するためのモチベーション（能力ではない）を高めることで、間接的な影響をもたらす可能性もあります<sup>[10]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
2. Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., Baker, R., & Eccles, M. P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science*, 8(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>
3. Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsi, C., Lynch, J., Hughes, G., A'Court, C., Hinder, S., Fahy, N., Procter, R., & Shaw, S. (2017). Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), e367. <https://doi.org/10.2196/jmir.8775>
4. Leeman, J., Baquero, B., Bender, M., Choy-Brown, M., Ko, L. K., Nilsen, P., Wangen, M., & Birken, S. A. (2019). Advancing the use of organization theory in implementation science. *Preventive Medicine*, 129, 105832. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105832>
5. Mendel, P., Meredith, L. S., Schoenbaum, M., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2008). Interventions in organizational and community context: A framework for building evidence on dissemination and implementation in health services research. *Adm Policy Ment Health*, 35(1-2), 21-37
6. Nilsen, P., & Bernhardsson, S. (2019). Context matters in implementation science: A scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC Health Services Research*, 19(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4015-3>
7. Squires, J. E., Aloisio, L. D., Grimshaw, J. M., Bashir, K., Dorrance, K., Coughlin, M., Hutchinson, A. M., Francis, J., Michie, S., Sales, A., Brethaut, J., Curran, J., Ivers, N., Lavis, J., Noseworthy, T., Vine, J., Hillmer, M., & Graham, I. D. (2019). Attributes of context relevant to healthcare professionals' use of research evidence in clinical practice: A multi-study analysis. *Implementation Science*, 14(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0900-8>
8. Means, A. R., Kemp, C. G., Gwayi-Chore, M.-C., Gimbel, S., Soi, C., Sherr, K., Wagenaar, B. H., Wasserher, J. N., & Weiner, B. J. (2020). Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in low- and middle-income countries: A systematic review. *Implementation Science*, 15(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0977-0>
9. Raghavan, R., Bright, C. L., & Shadoin, A. L. (2008). Toward a policy ecology of implementation of evidence-based practices in public mental health settings. *Implementation Science*, 3(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-26>
10. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.

## F

# 資金調達

## Financing

イノベーションの実装および／または提供をするために、外部団体からの資金（例：助成金、払い戻し金）を利用できる程度。

### 詳細な説明

スコーピングレビューでは、資金調達の重要性が強調され、多種多様な財務戦略が明らかにされています<sup>[1]</sup>。この構成概念は、支払いスキーム<sup>[2]</sup><sup>[3]</sup>、償還<sup>[4]</sup><sup>[5]</sup><sup>[6]</sup><sup>[7]</sup>、報酬<sup>[8]</sup><sup>[9]</sup>、助成金、および寄付に関するものです。また、この概念には、地域または国家としての全体的な資金制約<sup>[4]</sup><sup>[10]</sup><sup>[11]</sup>も含まれますが、これは地域の経済条件（「地域の条件 Local Conditions」を参照）とは異なります。初版 CFIR は、内的セッティングの外部で管理される払い戻しシステムやその他の金銭的インセンティブが実装に影響を及ぼす可能性があるとして、さらに詳しく説明しています<sup>[12]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Dopp, A. R., Parisi, K. E., Munson, S. A., & Lyon, A. R. (2019). A glossary of user-centered design strategies for implementation experts. *Translational Behavioral Medicine*, 9(6), 1057-1064. <https://doi.org/10.1093/tbm/iby119>
2. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41-54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>
3. Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The Challenge of Innovation Implementation. *The Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.
4. Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsis, C., Lynch, J., Hughes, G., A'Court, C., Hinder, S., Fahy, N., Procter, R., & Shaw, S. (2017). Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), e367. <https://doi.org/10.2196/jmir.8775>
5. Hohmeier, K. C., Wheeler, J. S., Turner, K., Vick, J. S., Marchetti, M. L., Crain, J., & Brookhart, A. (2019). Targeting adaptability to improve Medication Therapy Management (MTM) implementation in community pharmacy. *Implementation Science*, 14(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0946-7>
6. Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*, 14(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>
7. Raghavan, R., Bright, C. L., & Shadoin, A. L. (2008). Toward a policy ecology of implementation of evidence-based practices in public mental health settings. *Implementation Science*, 3(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-26>
8. Kirsh, S. R., Lawrence, R. H., & Aron, D. C. (2008). Tailoring an intervention to the context and system redesign related to the intervention: A case study of implementing shared medical appointments for diabetes. *Implement Sci*, 3, 34. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-34>
9. Moullin, J. C., Sabater-Hernández, D., & Benrimoj, S. I. (2016). Qualitative study on the implementation of professional pharmacy services in Australian community pharmacies using framework analysis. *BMC Health Services Research*, 16(1), 439. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1689-7>
10. Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
11. Nielsen, P., & Bernhardsson, S. (2019). Context matters in implementation science: A scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC Health Services Research*, 19(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4015-3>
12. Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. *Milbank Q*, 85(1), 93-138.

# G

# 外部からの圧力 External Pressure

## 外部からの圧力が、イノベーションの実装および/または提供を推進する程度。

注：この構成概念は、「外部からの圧力」に関するテーマのうち、「外部からの圧力」の下位概念（「社会的圧力」「市場からの圧力」「事業評価による圧力」）に当てはまらないものに使用してください。

### 詳細な説明

受益者がイノベーションを必要としているかどうかの認識や、認識された課題への対応とは無関係に、イノベーションを採用しなければならないという圧力が、特に外部と強いつながり（「パートナーシップとつながり Partnerships & Connections」を参照）を持つセッティングにおいて、採用と実装に影響を与えるという直接的な強いエビデンスがあります<sup>[1]</sup>。外部からの圧力は、以下の下位構成概念を含み、外的セッティング<sup>[2]</sup>における複数の組織から発せられる可能性があります。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 82(4), 581-629.
2. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: *Journal for Healthcare Quality*, 37(1), 41-54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>

G-1

# 社会的圧力 Societal Pressure

マスメディアのキャンペーン、アドボカシー団体、社会運動や抗議活動が、イノベーションの実装および／または提供を推進する程度。

## 詳細な説明

社会的・マスメディアからの圧力<sup>[1]</sup><sup>[2]</sup><sup>[3]</sup>、さらに専門家のネットワークを通じた規範的圧力は<sup>[4]</sup><sup>[5]</sup>、イノベーションの実装や提供に影響を与える可能性があります。これにはコミュニティのアドボカシー活動や、集団訴訟、消費者団体による圧力も含まれます<sup>[6]</sup><sup>[7]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Kerins, C., McHugh, S., McSharry, J., Reardon, C. M., Hayes, C., Perry, I. J., Geaney, F., Seery, S., & Kelly, C. (2020). Barriers and facilitators to implementation of menu labelling interventions from a food service industry perspective: A mixed methods systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 48.

<https://doi.org/10.1186/s12966-020-00948-1>.

2. Pettigrew, A. M., Woodman, R. W., & Cameron, K. S. (2001). Studying Organizational Change and Development: Challenges for Future Research. *Academy of Management Journal*, 44(4), 697-713. <https://journals.aom.org/doi/abs/10.5465/3069411>
3. Raghavan, R., Bright, C. L., & Shadoin, A. L. (2008). Toward a policy ecology of implementation of evidence-based practices in public mental health settings. *Implementation Science*, 3(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-26>.
4. Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., Baker, R., & Eccles, M. P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science*, 8(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>.
5. Leeman, J., Baquero, B., Bender, M., Choy-Brown, M., Ko, L. K., Nilsen, P., Wangen, M., & Birken, S. A. (2019). Advancing the use of organization theory in implementation science. *Preventive Medicine*, 129, 105832. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105832>.
6. Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>.
7. Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*, 14(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>.

## G-2

# 市場からの圧力

## Market Pressure

同業者との競争や模倣が、イノベーションの実装および／または提供を推進する程度。

### 詳細な説明

初版 CFIR はこの構成概念を詳しく説明しており、外部の同業者と競争したり模倣したりする必要性がイノベーションの実装や提供を促進する可能性があることを認識しています<sup>[1]</sup>。「同業者 (peer entities)」とは、内的セッティングから見て、ある程度の類似性や競争心を感じている外部の自主独立体（市場の競争相手、同じネットワーク内の他のセッティング、高く評価されている機関など）を指します。競争市場では、内的セッティングは新たなイノベーションを実装する可能性が高くなります<sup>[2]</sup>。

実装に対する圧力は、遅れて採用する組織でとりわけ強いかもしれません<sup>[3]</sup>。競争相手や同僚が皆イノベーションを実施していると、個人やセッティングも自分たちも同じようにせざるを得ないと感じることがあります。これは「模倣的な圧力 (mimic pressure)」または「組織間の規範形成 (inter-organizational norm-setting)」と呼ばれます<sup>[1]</sup>。この圧力は採用の決定に直接影響を与えますが、個人が外部組織の動向に同調していれば、実装に徐々に影響を与える可能性もあります。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

#### 選択基準

現場の地域やシステム内の他の自主独立体や組織から、そのイノベーションを実装するような圧力や

モチベーションを受けたと思われる記述も含めます。

- ・「私たちの地域の他のクリニックはみな実施しているので、私たちのクリニックでも実施しているかどうかを確認したい」
- ・「私たちの施設は、システム内の他の施設よりはるかに遅れています」

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.
2. Fframbach, R. T., & Schillewaert, N. (2001). Organizational innovation adoption: A multi-level framework of determinants and opportunities for future research. *Journal of Business Research*, 55(2), 163-176.
3. Walston, S. L., Kimberly, J. R., & Burns, L. R. (2001). Institutional and economic influences on the adoption and extensiveness of managerial innovation in hospitals: The case of reengineering. *Med Care Res Rev*, 58(2), 194-228; discussion 229-33.

## G-3

# 業績評価による圧力 Performance-Measurement Pressure

品質やベンチマー킹指標、または確立されたサービス目標があることが、イノベーションの実装および／または提供を推進する程度。

## 詳細な説明

業績評価は、イノベーションの実装や提供に影響を及ぼす可能性があります<sup>[1]</sup>。この構成概念は、業績についての説明責任、監査とフィードバック、成果目標<sup>[2]</sup>、ベンチマーキング<sup>[3]</sup>、および公開報告(public reporting)<sup>[3]</sup>などの公式な仕組みを含みます。

初版 CFIR はこの構成概念について詳細に説明しており、公に報告することへの恐れや現実は、特に採用が遅れている内的セッティングにおいて、競合と比較して悪い印象を与えないためにイノベーションを実装するモチベーションとなり得る、と述べています（「市場からの圧力 Market Pressure」を参照）。しかし、報告者と内的セッティングが敵対関係にある場合、公に報告することはネガティブな影響を及ぼすこともあります。このような文脈では、人々は取り繕うための（迎合的な）実装<sup>[4]</sup>を行なったり、真にコミットした実施ではなく、「表面的な（box-checking）」関与で済ませたりするかもしれません。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報が

ありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Mendel, P., Meredith, L. S., Schoenbaum, M., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2008). Interventions in organizational and community context: A framework for building evidence on dissemination and implementation in health services research. *Adm Policy Ment Health*, 35(1-2), 21-37.
2. Raghavan, R., Bright, C. L., & Shadoin, A. L. (2008). Toward a policy ecology of implementation of evidence-based practices in public mental health settings. *Implementation Science*, 3(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-26>.
3. Nilsen, P., & Bernhardsson, S. (2019). Context matters in implementation science: A scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC Health Services Research*, 19(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4015-3>.
4. Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The Challenge of Innovation Implementation. *The Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.



# 内的セッティング領域

イノベーションが実装される場（例：病院、学校、市町村）。

内的セッティングには複数の場が存在することがあり、また内的セッティングの中にも、複数レベルの場が存在することがある（例：ユニット、教室、チーム）。

【プロジェクトにおける実際の内的セッティングを文書化します。例：種類、場所、外的セッティングと内的セッティングの境界】

注：構成概念 A～D は、イノベーションの実装や提供に関わらず内的セッティングに存在する。すなわち、構成概念 A～D は内的セッティングが持続的に有する一般的な特性である。構成概念 E～K は、イノベーションの実装・提供に特有のものである。

## 詳細な説明

内的セッティングは、実装研究の分析単位となることが多く、チームやユニットを考慮して複数のレベル<sup>[1]</sup>に分けることもできます<sup>[2] [3]</sup>。例えば Safaeinili らは、CFIR の内的セッティングを①パイロットクリニック、②ピアクリニック、③より大きな保健医療システム、という 3 つのレベルに適応しました<sup>[3]</sup>。以下の構成概念のうち、構成概念 A～D は内的セッティングが継続して有する一般的な特性（「関係性のつながり Relational Connections」など）を表した構成概念であり、構成概念 E～K はイノベーションの実装や提供（「知識や情報へのアクセス Access to Knowledge & Information」など）の構成概念です。

初版 CFIR は内的セッティングの構成概念をさらに詳しく説明しています。内的セッティングは組織と密接に結びついている場合もあれば、緩やかに結びついている場合もあります（医療システム内で密接に統合されたサービスラインや、緩やかに提携している医療センターと外部の契約クリニックなど）。実装における内的セッティングとは、単なる背景ではなく、積極的に相互作用を及ぼす力となります<sup>[4]</sup>。内的セッティングの客観的な特性には規模、年数、成熟度、専門性（組織の製品またはサービスの特定分野や市場の独自性）が含まれる場合があり、それぞれの特性が実装に影響を与える可能性があります<sup>[5]</sup>。規模と年数は代理尺度とされる場合があります。組織が大きくなり年数が経過した結果、構造がより官僚的になるならば、組織の規模と年数は実装と負

の関連を示す可能性があります<sup>[6] [7]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. McEachern, B. M., Jackson, J., Yungblut, S., & Tomasone, J. R. (2019). Barriers and Facilitators to Implementing Exercise in Medicine Canada on Campus Groups.
2. Miake-Lye, I. M., Delevan, D. M., Ganz, D. A., Mittman, B. S., & Finley, E. P. (2020). Unpacking organizational readiness for change: An updated systematic review and content analysis of assessments. *BMC Health Services Research*, 20(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4926-z>.
3. Safaeinili, N., Brown - Johnson, C., Shaw, J. G., Mahoney, M., & Winget, M. (2020). CFIR simplified: Pragmatic application of and adaptations to the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) for evaluation of a patient - centered care transformation within a learning health system. *Learning Health Systems*, 4(1). <https://doi.org/10.1002/lrh2.10201>.
4. Sue Dopson, & Louise Fitzgerald. (2006). The active role of context. In S. Dopson & L. Fitzgerald (Eds.),

Knowledge to action? Evidence-based health care in context (p. 223). Oxford University Press.

5. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.

6. Van de Ven, A. H. (1986). Central Problems in the Management of Innovation. *Management Science*, 32(5), 590-607.  
<https://doi.org/10.1287/mnsc.32.5.590>.

7. Walston, S. L., Kimberly, J. R., & Burns, L. R. (2001). Institutional and economic influences on the adoption and extensiveness of managerial innovation in hospitals: The case of reengineering. *Med Care Res Rev*, 58(2), 194-228; discussion 229-33.

## A

# 構造特性

## Structural Characteristics

インフラストラクチャーに関する構成概念が、内的セッティングの機能的なパフォーマンスを支えている程度。

注：この構成概念は、「構造特性」に関連するテーマのうち、「構造特性」の下位概念（「物理的インフラ」「ITインフラ」「作業インフラ」）に当たるまらないものに使用してください。

### 詳細な説明

初版 CFIR では、構造特性の役割が広範に説明されていました。Damanpour による組織イノベーションに関する研究は大きな影響があり、多くの研究者は、構造特性がもつ役割を支持しています<sup>[1]</sup>。構造特性に属する要素のいくつかは、実装と有意な関連が示されていますが、構造特性の効果についての先行研究の知見は一致していません。その原因として、これら構造特性の多くは内的セッティングの他の特徴と相互に影響しあうためと考えられています<sup>[2]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Dorsey らは、実装に関連する尺度のシステムティック・レビューで、13の尺度を特定しました<sup>[3]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9点から+36点の範囲で評価したところ<sup>[4]</sup>、4つ（30.77%）の尺度は点数化できず、残りの尺度のスコアは-2から+6の範囲を示しました。これらの尺度には、内的セッ

ティング（年数や規模など）、物理的インフラ、作業インフラを客観的に記述する項目が含まれていました。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Damanpour, F. (1991). Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators. *The Academy of Management Journal*, 34(3), 555-590.
2. Frambach, R. T., & Schillewaert, N. (2001). Organizational innovation adoption: A multi-level framework of determinants and opportunities for future research. *Journal of Business Research*, 55(2), 163-176.
3. Dorsey, C. N., Mettert, K. D., Puspitasari, A. J., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). A systematic review of measures of implementation players and processes: Summarizing the dearth of psychometric evidence. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110024.
4. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.

## A-1

# 物理的インフラ Physical Infrastructure

空間のレイアウトや配置、その他の有形の物質的な特性が、内的セッティングの機能的なパフォーマンスを支えている程度。

## 詳細な説明

空間のレイアウトや配置、その他の有形の物質的な特性は、内的セッティングの機能的なパフォーマンスを支えることもあります<sup>[1][2]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

物理的インフラの構成概念の量的な測定について：Dorsey らは、実装に関連する尺度のシステムティック・レビューで 13 の尺度を特定しました<sup>[3]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9 点から +36 点の範囲で評価したところ<sup>[4]</sup>、4 つ (30.77%) の尺度は点数化できず、残りの尺度のスコアは -2 から +6 の範囲を示しました。これらの尺度の項目には、物理的インフラを客観的に記述する項目が含まれていました。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報が

ありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Ashok, M., Hung, D., Rojas-Smith, L., Halpern, M. T., & Harrison, M. (2018). Framework for Research on Implementation of Process Redesigns: Quality Management in Health Care, 27(1), 17–23. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000158>.
2. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41–54.
3. Dorsey, C. N., Mettert, K. D., Puspitasari, A. J., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). A systematic review of measures of implementation players and processes: Summarizing the dearth of psychometric evidence. Implementation Research and Practice, 2, 263348952110024.
4. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. Implementation Research and Practice, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.

## A-2

# IT インフラ

## Information Technology Infrastructure

電気通信、電子文書、データ保存、管理、報告、分析のための技術的なシステムが、内的セッティングの機能的なパフォーマンスを支えている程度。

### 詳細な説明

IT インフラの重要性は、初版 CFIR をもとに公表された複数の改変版や先行研究の提言の中で強調されています<sup>[1]</sup> <sup>[2]</sup> <sup>[3]</sup>。Yuan らは、統一された情報システムを利用して完全な保健医療情報にアクセスする家庭医にとって、IT インフラの技術的なシステムが重要な役割を果たすことを明らかにしました。統一されたシステムの存在は専門医同士の連携を促進し、患者の健康管理の質を高めることにつながるのに対し、統一されたシステムがない場合は作業が重複し、その効率性を低下させる、という結果を示しました<sup>[3]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Ashok, M., Hung, D., Rojas-Smith, L., Halpern, M. T., & Harrison, M. (2018). Framework for Research on Implementation of Process Redesigns: Quality Management in Health Care, 27(1), 17-23.
2. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41-54. <https://doi.org/10.1097/01.jhq.0000460121.06309.f9>
3. Yuan, S., Wang, F., Li, X., Jia, M., & Tian, M. (2019). Facilitators and barriers to implement the family doctor contracting services in China: Findings from a qualitative study. BMJ Open, 9(10), e032444. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032444>.

## A-3

# 作業インフラ Work Infrastructure

個人やチーム内外のタスクと責任の組織化および一般的なスタッフの配置レベルが、内的セッティングの機能的パフォーマンスを支えている程度。

## 詳細な説明

Squires らが行った文脈的要因に関する多国間分析では、作業インフラに特化した構成概念が含まれており<sup>[1]</sup>、これを「(～のセッティングにおけるさまざまなチーム内およびチーム間での作業、責任、資源の調整、および上司と部下の間での作業の委譲」と説明しています。これには「スケジュール、シフト、オンコール業務の調整、作業の順序や手順、および作業負荷の管理」が含まれます<sup>[1]</sup>。さらに、この概念には、通常のスタッフ配置（慢性的な人員不足など）と離職が含まれています。これらが作業の割り当てに大きな影響を与えるためです。通常のスタッフ配置のレベルは、新たな実装に取り組むための利用可能な時間が不足している（比較的限られている）のか、ゆとりがある（比較的豊富である）のかを示します。ゆとりある資源は、失敗を吸収する能力<sup>[2] [3]</sup>や新たな取り組みに着手する能力を高めるため、吸収能力 absorptive capacity（実装準備に関連する先行評価 antecedent assessments（詳細は「CFIR アウトカムに関する付録 CFIR Outcomes Addendum」を参照）<sup>[4]</sup>を促進すると考えられています。しかし、あるメタ分析では、ゆとりある資源による有意な影響は認められませんでした。おそらくこれは、ゆとりある資源の種類を分類していなかったことが原因と思われます<sup>[2]</sup>。なお、これは、イノベーションの実装または提供に人々が参加するために特別に割り当てられた時間（「個人：特性：機会 Individuals: Characteristics: Opportunity」を参照）とは区別されます。

初版 CFIR では、作業インフラについて社会的アーキテクチャ (social architecture) を用いて詳述しており、大勢の人々がどのように小さなグループに分類され、区別されるのか、またそれらの個別のグループの行動が、どのように調整されて機能的なパフォーマンスを発揮するのかを説明しています<sup>[5]</sup>。チームが安定している場合（すなわち、メンバーが十分な期間チームにとどまり、離職率が低い場合）、実装の成功率は高くなります<sup>[6]</sup>。機能的分化とは、組織内の労働の分担を指し、専門家集団が分化したユニットとして形成されることを表します。専門化の度合い（セッティング内の異なる職種または専門分野の

数）は、知識の基盤が増えることで、変化の実装と正の関係を持つ可能性があります<sup>[7]</sup>。社会的アーキテクチャに関連して、意思決定に参加する部門の数は、効果的な実装と正の関連があります<sup>[2] [8] [9] [10]</sup>。

一方で、中央集権化（意思決定の自律性の分散または中央集中）は、研究によって異なる影響を示しています<sup>[2]</sup>。また、その影響はイノベーションの段階（初期段階か実施段階か）によっても異なります<sup>[11]</sup>。最近の米国退役軍人保健局 (Veterans Health Administration) における研究では、中央集権的な意思決定とそれに伴う官僚的な構造が、実装の完了を遅らせることが分かりました<sup>[12]</sup>。垂直統合の度合い（部門やユニット内の階層レベルの数）と実装との関連は研究によって異なります<sup>[2] [8] [13]</sup>。管理職の密度（全従業員に対するマネージャーの比率）は、実装と正の関係があります<sup>[2]</sup>。また、役割の明確な定義（例：医師と医師以外の役割の区別）は実装に良い影響を与えます<sup>[14] [15]</sup>。PARHiS フレームワークでは、物理的、社会的、文化的、構造的、システム的な境界が明確に定義されていることが、イノベーションの採用に寄与すると主張しています<sup>[16] [17]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

この構成概念の量的な測定について：Dorsey らは、実装に関する尺度のシステムティック・レビューで 13 の尺度を特定しました<sup>[18]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9 点から +36 点の範囲で評価したところ<sup>[19]</sup>、4 つ (30.77%) の尺度は点数化できず、残りの尺度のスコアは -2 から +6 の範囲を示しました。これらの尺度の項目には、作業インフラの客観的な記述項目が含まれていました。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Squires, J. E., Aloisio, L. D., Grimshaw, J. M., Bashir, K., Dorrance, K., Coughlin, M., Hutchinson, A. M., Francis, J., Michie, S., Sales, A., Brehaut, J., Curran, J., Ivers, N., Lavis, J., Noseworthy, T., Vine, J., Hillmer, M., & Graham, I. D. (2019). Attributes of context relevant to healthcare professionals' use of research evidence in clinical practice: A multi-study analysis. *Implementation Science*, 14(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0900-8>.
2. Damanpour, F. (1991). Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators. *The Academy of Management Journal*, 34(3), 555-590.
3. Singh, J. V., & Lumsden, C. J. (1990). Theory and Research in Organizational Ecology. *Annual Review of Sociology*, 16, 161-195. JSTOR.
4. Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Opra Widerquist, M. A., & Lowery, J. (2022). Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): The CFIR Outcomes Addendum. *Implementation Science*, 17(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01181-5>.
5. Thompson, J., Scott, W., & Zald, M. (2003). *Organizations in Action: Social Science Bases of Administrative Theory*. Transaction Publishers.
6. Edmondson, A. C., Bohmer, R. M., & Pisano, G. P. (2001). Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 685-716.
7. Kimberly, J. R., & Evanisko, M. J. (1981). Organizational innovation: The influence of individual, organizational, and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations. *Academy of Management Journal*, 24(4), 689-713.
8. Aiken, M., Bacharach, S. B., & French, J. L. (1980). Organizational Structure, Work Process, and Proposal Making in Administrative Bureaucracies. *Academy of Management Journal*, 23(4), 631-652. <https://www.jstor.org/stable/255553>
9. Baldridge, J. V., & Burnham, R. A. (1975). Organizational Innovation: Individual, Organizational, and Environmental Impacts. *Administrative Science Quarterly*, 20(2), 165. <https://doi.org/10.2307/2391692>.
10. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.
11. Dewar, R. D., & Dutton, J. E. (1986). The Adoption of Radical and Incremental Innovations: An Empirical Analysis. *Management Science*, 32(11), 1422-1433.
12. Nevedal, A. L., Reardon, C. M., Jackson, G. L., Cutrona, S. L., White, B., Gifford, A. L., Orvek, E., DeLaughter, K., White, L., King, H. A., Henderson, B., Vega, R., & Damschroder, L. (2020). Implementation and sustainment of diverse practices in a large integrated health system: A mixed methods study. *Implementation Science Communications*, 1(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00053-1>.
13. Hull, L., Goulding, L., Khadjesari, Z., Davis, R., Healey, A., Bakolis, I., & Sevdalis, N. (2019). Designing high-quality implementation research: Development, application, feasibility and preliminary evaluation of the implementation science research development (ImpRes) tool and guide. *Implementation Science : IS*, 14(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0897-z>.
14. Bodenheimer, T. (2002). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA*, 288(14), 1775. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1775>
15. Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2. *JAMA*, 288(15), 1909. <https://doi.org/10.1001/jama.288.15.1909>
16. Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 7(3), 149-158. <https://doi.org/10.1136/qshc.7.3.149>.
17. Rycroft-Malone, J., Kitson, G., Harvey, B., McCormack, K., Seers, A. T., & C. Estabrooks. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. (Viewpoint). *Quality and Safety in Health Care*, 11(2), 174-180.
18. Dorsey, C. N., Mettert, K. D., Puspitasari, A. J., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). A systematic review of measures of implementation players and processes: Summarizing the dearth of psychometric evidence. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110024.
19. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.

## B

# 関係性のつながり

## Relational Connections

内的セッティングの境界（構造的、専門的な境界）の内および境界間で、質の高い公式・非公式な関係性、ネットワーク、チームが存在する程度。

訳者注：「境界」は、組織内の部門や役職、職種などの違いを指します。

### 詳細な説明

初版 CFIR は、この構成概念を詳しく説明する際に、組織変化に関する研究が単純化された内的セッティングの構造の測定にとどまっていること、また、ネットワークがイノベーションの実装に与える複雑な役割が注目されてきていることに言及しています<sup>[1]</sup>。この構成概念は、Greenhalgh らの組織内ネットワークを含みます<sup>[2]</sup>。個人、ユニット、サービス、および階層の間のつながりは、強いか弱いか、公式か非公式か、具体的か抽象的か、可視か不可視かといった形態をとります。公式な構造、非公式のネットワーク、コミュニケーションの間には密接な相互作用があります（「コミュニケーション Communications」を参照）。これらの評価には、ソーシャルネットワーク理論<sup>[3]</sup> や複雑性理論<sup>[11] [4]</sup> などが用いられるほか、より帰納的でデータに根差したアプローチを用いた評価も可能かもしれません。ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）は、関係性の質と範囲を表しており、共通のビジョンや情報共有という次元も含んでいます。ソーシャル・キャピタルの構成要素の 1 つとして、内的セッティングにおける個人同士の結びつき（internal bonding）があります<sup>[2]</sup>。複雑性理論は、個人の特性よりも、個人間の関係性の方が重要であることを前提としており<sup>[5]</sup>、こうした個人間の関係を築くことが実装に正の影響を与える可能性があります<sup>[6]</sup>。

より最近の文献は、チームの重要な役割<sup>[7] [8]</sup> と、関係性がいかに理想的に発展し、「チームとしての一体感（a sense of teamness）」や「共同体意識（a sense of community）」が構築され、それが実装アウトカムに寄与しうるか、という点に言及しています<sup>[9] [10]</sup>。初版 CFIR は、チームワークが品質改善の取り組みを成功裏に実装するために不可欠な「中核的特性 core property」であると強調しています<sup>[11]</sup>。また、チームが安定している（すなわち、メンバーが充分な期間チームにとどまり、離職率が低い）ほど、実装が成功する可能性は高くなるとされています<sup>[10]</sup>。「チームとしての一体感」は、ひとつの状態であり、実装を成功させるために不可欠な中核的特性です<sup>[11]</sup>。さらに最近では、Edmondson は、保健

医療のような複雑なシステムで、ダイナミックさを増しつつあるチームの役割についても説明しています<sup>[9]</sup>（「実装プロセス：チーム構築 Implementation Process: Teaming」を参照）。

Greenhalgh らは、内的セッティング内におけるネットワークの少なくとも部分的な役割と内部の境界を越えた連携（boundary spanning）が、実装に対して強いまたは中程度の影響を与えることを指摘しています<sup>[2]</sup>。強力な水平ネットワークや非公式のネットワークは、実装の採用と正の関係があります（例えば、医師は同僚を通じた情報の拡散に影響を受けやすい）<sup>[2]</sup>。部門や専門性を越えた協調は、効果的な実装に不可欠です。これは、協力するかどうかに関する個人の決定にかかる「複雑に絡みあう権力や潜在的・顕在的に表れる影響力」を弱めることができます<sup>[12]</sup>。複雑性理論の核心となる原則によれば、個人やユニットの行動は、予測可能または予測不可能な形で、実装に正または負の影響を与えます<sup>[13]</sup>。組織内にある伝統的な個々のユニットの境界をつなげて、統合することは、患者ケアの変化を推進するための 5 つの重要な要素のうちの 1 つです<sup>[14]</sup>。医師や看護師は、職種やユニットを越えた協働や情報共有を必要とする日常業務（および役割）の変化に、苦労するかもしれません<sup>[15]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 選択基準

組織内の一般的なネットワークや関係性に関する言明を含めます。これはすなわち、会議、電子メールグループ、その他の連絡・通知方法に関する記述やチームの体制、質、機能に関する記述を含めることを意味します。

例：

- 「私たちは、これを進めるために義肢装具部門や理学療法部門と協力しました」
- 「義肢装具部門の人たちは、私たちが必要とする物

品を注文してくれませんでした・・・。彼らは患者を助けることよりも、ルールを守ることの方が大事なのです」

- ・「私は上司ととても良い関係を築いています・・・。彼女は私の状況を聞き、定期的にミーティングを行うことで、私がこれを進めるのをサポートしてくれています」

注：この発言は、「役割／リーダーシップ」＋「動機づけ（個人領域）」と二重コーディングするかもしれません。

- ・「私たちは、最初はお互いのことをほとんど知りませんでしたが、今では本当のチームです。時々一緒に夕食にも行くんですよ」

### 除外基準

実装のリーダーおよびユーザーのプログラムの使用に関する知識や情報へのアクセス（例：トレーニングやプログラムの仕組みについての研修など）に関する声明は除外し、「知識や情報へのアクセス（Access to Knowledge & Information）」へのコードを割り当てること。

エンゲージメント戦略とそのアウトカムに関する記述（例：提供者がイノベーションに関与し、実装においてどのような役割を果たしたか）に関する声明は除外し、「実装プロセス領域（Implementation Process Domain）」の「エンゲージング：提供者（Engaging: Deliverers）」へのコードを割り当てること。

外部グループへの所属と組織外のネットワーキングに関する声明は除外し、「外的セッティング領域（Outer Setting Domain）」の「パートナーシップとつながり（Partnerships & Connections）」へのコードを割り当てること。

### 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Dorseyらは、実装に関する尺度のシステムティック・レビューで29の尺度を特定しました<sup>[16]</sup>。これらの尺度は、更新版CFIRの「関係性のつながり（Relational Connections）」および「コミュニケーション（Communications）」の両方に関係しています。尺度の質に関するPAPERSの基準を用いて、-9点から+36点の範囲で評価したところ<sup>[17]</sup>、5つ（17.24%）の尺度は点数化できませんでした。「テキサスクリスチヤン大学の変化に対する組織の準備度（Texas Christian University Organizational Readiness for Change）」<sup>[18]</sup>は、最高スコアの10点を記録しました。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Fitzgerald, L. A., & van Eijnatten, F. M. (2002). Reflections: Chaos in organizational change. *Journal of Organizational Change Management*, 15(4), 402-411.
2. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.
3. Scott, J. (2000). *Social Network Analysis: A Handbook* (2nd ed.). Sage Publications.
4. Burnes, B. (2005). Complexity theories and organizational change. *International Journal of Management Reviews*, 7(2), 73-90. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2005.00107.x>
5. Plsek, P. E., & Wilson, T. (2001). Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *Bmj*, 323(7315), 746-749. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7315.746>
6. Safran, D. G., Miller, W., & Beckman, H. (2006). Organizational dimensions of relationship-centered care. Theory, evidence, and practice. *J Gen Intern Med*, 21 Suppl 1, S9-15.
7. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41-54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>
8. Means, A. R., Kemp, C. G., Gwayi-Chore, M.-C., Gimbel, S., Soi, C., Sherr, K., Wagenaar, B. H., Wasserheit, J. N., & Weiner, B. J. (2020). Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in low- and middle-income countries: A systematic review. *Implementation Science*, 15(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0977-0>
9. Edmondson, A. C. (2012). *Teaming: How organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy*. Jossey-Bass.
10. Edmondson, A. C., Bohmer, R. M., & Pisano, G. P. (2001). Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 685-716.
11. Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *Milbank Q*, 79(2), 281-315.
12. Feldstein, A. C., & Glasgow, R. E. (2008). A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 34(4), 228-243.
13. Fitzgerald, L. A. (2002). Chaos: The lens that transcends. *Journal of Organizational Change Management*, 15(4), 339-358. <https://doi.org/10.1108/09534810210433665>
14. VanDeusen Lukas, C., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I. E., Shwartz, M., & Charns, M. P. (2007). Transformational change in health care systems: An organizational model. *Health Care Management Review*, 32(4), 309-320. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000296785.29718.5d>

15. Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S. (2001). Implementing computerized technology: An organizational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 811-824.

16. Dorsey, C. N., Mettert, K. D., Puspitasari, A. J., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). A systematic review of measures of implementation players and processes: Summarizing the dearth of psychometric evidence. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110024.

17. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.

18. Lehman, W. E. K., Greener, J. M., & Simpson, D. D. (2002). Assessing organizational readiness for change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 197-209. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00233-7](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00233-7)

## C

# コミュニケーション Communications

内的セッティングの境界内および境界間に、公式・非公式に関わらず質の高い情報共有が実践されている程度。

## 詳細な説明

初版 CFIR は、内的セッティングの構造にかかわらず、セッティング全体のコミュニケーションの重要性は明確であると述べています。この構成概念には、Greenhalgh らが提唱する組織内コミュニケーションが含まれます<sup>[1]</sup>。Greenhalgh らは、組織内コミュニケーションが実装アウトカムに対して、強いまたは中程度の影響を与えると指摘しています<sup>[1]</sup>。米国の病院における臨床上の重篤で予期せぬイベント（警鐘事象）の大半には、コミュニケーションの失敗が関与しており、特に医師と看護師の間で発生することが多いと言われています<sup>[2]</sup>。質の高いフォーマルな（格式ばつた）コミュニケーションは、効果的な実装に寄与します<sup>[3]</sup>。また、強固な組織内コミュニケーションは、第一線で働くチームや個人の意思決定を後押しできるため、実装と正の関連があります<sup>[1] [4]</sup>。加えて、スタッフが歓迎されていると感じること（コミュニケーションを通じた良好な同化）、同僚との協力、同僚間および上下関係を超えた率直なフィードバックと評価、使命と目標を明確に伝えること、非公式なコミュニケーションの質などは、いずれも効果的な実装に寄与することが分かっています<sup>[3]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 選択基準

内的セッティングにおいて人々に情報を提供する一般的なコミュニケーションに関する言明を含めます。

- 「何かをしてもらいたいなら、非公式なコミュニケーションが一番です。私はもっぱらメールをするか電話します」
- 「私は何かをしてもらうために公式のコミュニケーションは使いません。必要な書類が多過ぎて何も進まないからです。こっそり処理するほうが良いです」

## 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Dorsey らは、実装に関する尺度のシステムティック・レビューで29の尺度を特定しました<sup>[5]</sup>。これらの尺度は、更新版 CFIR の「関係性のつながり（Relational Connections）」および「コミュニケーション（Communication）」の両方に関係しています。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9点から+36点の範囲で評価したところ<sup>[6]</sup>、5つ(17.24%)の尺度は点数化できませんでした。「テキサスクリスチャン大学の変化に対する組織の準備度 Texas Christian University Organizational Readiness for Change」<sup>[7]</sup>は、最高スコアの 10 点を記録しました。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 82(4), 581-629.
2. Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., Goeschel, C. A., Needham, D. M., Sexton, J. B., Thompson, D. A., Lubomski, L. H., Marsteller, J. A., Makary, M. A., & Hunt, E. (2006). Creating high reliability in health care organizations. *Health Serv Res.* 41(4 Pt 2), 1599-1617.
3. Simpson, D. D., & Dansereau, D. F. (2007). Assessing Organizational Functioning as a Step Toward Innovation. *NIDA Science & Practice Perspectives*, 3(2), 20-28.
4. Meyers, P. W., Sivakumar, K., & Nakata, C. (1999). Implementation of Industrial Process Innovations: Factors, Effects, and Marketing Implications. *Journal of Product Innovation Management*, 16(3), 295-311. <https://doi.org/10.1111/1540-5885.1630295>.
5. Dorsey, C. N., Mettert, K. D., Puspitasari, A. J., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). A systematic review of measures of implementation players and processes: Summarizing the dearth of psychometric evidence. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110024.
6. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating

scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373.  
<https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.

7. Lehman W. E. K., Greener J. M., Simpson D. D. (2002).

Assessing organizational readiness for change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 197-209. 10.1016/S0740-5472(02)00233-7 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

D

# 文化

## Culture

### 内的セッティング全体で価値観、信念、および規範が共有されている程度。

注:この構成概念は、「文化」に関連するテーマのうち、「文化」の下位概念（「人間の平等中心性」「受益者中心性」「提供者中心性」）に当たるまらないものに使用してください。

#### 詳細な説明

初版 CFIR では、「文化 (Culture)」について詳細に説明しており、文化の概念に関する一般的な説明に加えて、文化の一つの概念である「競合価値フレームワーク (Competing Values Framework : CVF)」についてもより深く掘り下げています。たいていの場合、文化には、あるセッティングにおける規範、価値観、基本的な前提が含まれます<sup>[1]</sup>。文化はしばしば、比較的安定しており、社会的に構築され、潜在意識に基づくものと見なされます<sup>[2]</sup>。しかし、文化の定義は文献によって一貫しておらず<sup>[1]</sup>、さまざまな定義が存在します<sup>[2]</sup>。研究によっては、文化を比較的狭義に定義することもあれば、内的セッティングに関連するほぼすべての構成概念を含める定義もあります。また、文化 (Culture) と風土 (Climate) は、研究で使用される定義によっては、相互に置き換える可能なものとして扱われる場合があります<sup>[2]</sup>。あるレビュー研究では、組織風土 (Organizational Climate) に関する定義が 54 種類も存在することが確認されました<sup>[1]</sup>。

多くの場合、変化への取り組みは、業務内容、構造、プロセスなどといった、目に見える客観的な組織的側面を対象としています。文化の用法や定義にばらつきがあるものの、文化は実装の効果に重要な影響を及ぼしていることが示されており<sup>[3]</sup> <sup>[4]</sup>、そのような理論化もなされてきました<sup>[5]</sup> <sup>[6]</sup>。多くの実装が失敗に終わる中心的な理由のひとつとして、目に見えにくい組織の前提や思考様式、文化を変えることができないことが挙げられます<sup>[7]</sup>。セッティング内の各個人は、新しいメンバーに対して組織の文化を伝え、文化はそのセッティング内の人々の互いへの関わり方（「関係性のつながり Relational Connections」を参照）や職場環境に影響を及ぼすようになります<sup>[3]</sup>。

CVF は Quinn と Rohrbaugh によって開発されました<sup>[8]</sup>。その後、医療分野<sup>[4]</sup>や米国退役軍人省 (VA)<sup>[3]</sup>でも用いられてきました。CVF は、文化を測定する「変数定義 (variable definition)」のアプローチの一例であり、文化の複雑なダイナミクスの主要な側面を量的的に捉えることを目的としています。文

化の測定は、多くの場合、組織の幹部リーダーを対象に行われ、一般従業員（非管理職）を対象にはしません。

CVF は、組織を次の 2 つの軸で特徴づけます。それぞれの軸は、すべての組織が効果的に機能するために解決すべき基本的な課題を表しています。競合価値観の第 1 の軸は安定性と柔軟性です。この軸は、組織がプロセスの中央集権的な管理をどの程度重視するか、それとも分権化と柔軟性をどの程度重視するかに関わります（「構造特性: 作業インフラ (Structural Characteristics: Work Infrastructure)」を参照）。競合価値観の第 2 の軸は、内部統合と外部適応です。この軸は、組織が自らの内部環境やプロセスに焦点を当てるか、外部環境や外部組織との関係を重視するかというトレードオフを表しています。

この 2 軸の組み合わせから、以下の 4 つの組織文化の原型が導かれます：①チーム文化 (team culture) [内部を重視しながらも柔軟性を重視する文化（いわゆる個人型）]、②階層文化 (hierarchical culture) [内部志向が強く、統制を重視する文化（いわゆる形式的・構造化型）]、③起業家の文化 (entrepreneurial culture) [外部環境を重視しながら柔軟性を重視する文化（いわゆるダイナミック・起業家型）]、④合理的文化 (rational culture) [外部志向が強く、統制を重視する文化（いわゆる生産志向型）]<sup>[3]</sup> <sup>[4]</sup>。

これらの「文化の原型」は、互いに排他的なものではなく、ひとつの組織が複数の原型を併せ持つこともあります。ある研究では、CVF の文化は保健医療機関におけるエビデンスに基づく実践の導入数に影響を与えないことを示しました<sup>[4]</sup>。また、組織における公式化は柔軟性を欠き、新しいアイデアへの受容性が低く<sup>[9]</sup>、現状維持を助長する可能性があるため<sup>[10]</sup>、イノベーションとは負の関連があります。CVF の観点では、「バランスの取れた文化」 (Herfindahl タイプの測定法で、組織の 4 原型の比率がそれぞれ 25% に近い状態) のある組織は、チームの有効性 (team effectiveness) に対する認識が高くなり、実装される変化の数が多くなります（ただし、変化の程度には影響しません）<sup>[11]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

本構成概念の量的な測定について : Powell らは、実装に関する尺度のシステムティック・レビューで 21 の尺度を特定しました<sup>[12]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9 点から +36 点の範囲で評価したところ<sup>[13]</sup>、「組織の社会的文脈・文化尺度 Organizational Social Context - Culture Scale」<sup>[14]</sup> が 11 点と最も高く、次いで「組織の描写に関する質問票 Organizational Description Questionnaire」<sup>[15]</sup> が 9 点でした。組織風土に関する評価尺度を特定されました。採点された 31 の尺度のうち、「テキサスクリスチャン大学プログラムのトレーニングニーズ調査 Texas Christian University Program Training Needs Survey」<sup>[16]</sup> が 13 点と最も高く、それに続いて「組織の社会的文脈・風土 Organizational Social Context-Climate」<sup>[14]</sup> が 12 点、「組織風土尺度 Organizational Climate Measure」<sup>[17]</sup> が 9 点でした。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Gershon, R., Stone, P. W., Bakken, S., & Larson, E. (2004). Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 33-40.
2. Martin, J. (2002). *Organizational culture: Mapping the terrain*. Sage Publications.
3. Helfrich, C. D., Li, Y.-F., Mohr, D. C., Meterko, M., & Sales, A. E. (2007). Assessing an organizational culture instrument based on the Competing Values Framework: Exploratory and confirmatory factor analyses. *Implementation Science: IS*, 2, 13. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-13>.
4. Shortell, S. M., Zazzali, J. L., Burns, L. R., Alexander, J. A., Gillies, R. R., Budetti, P. P., Waters, T. M., & Zuckerman, H. S. (2001). Implementing evidence-based medicine: The role of market pressures, compensation incentives, and culture in physician organizations. *Medical Care*, 39(7 Suppl 1), I62-78.
5. Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 7(3), 149-158. <https://doi.org/10.1136/qshc.7.3.149>.
6. Rycroft-Malone, J., Kitson, G., Harvey, B., McCormack, K., Seers, A. T., & C. Estabrooks. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. (Viewpoint). *Quality and Safety in Health Care*, 11(2), 174-180.

7. van Eijnatten, F. M., & Galen, M. (2002). Chaos, dialogue and the dolphin's strategy. *Journal of Organizational Change Management*, 15(4), 391-401.
8. Quinn, R. E., & Rohrbaugh, J. (1981). A Competing Values Approach to Organizational Effectiveness. *Public Productivity Review*, 5(2), 122. <https://doi.org/10.2307/3380029>.
9. Damanpour, F. (1991). Organizational Innovation: A Meta-Analytic is of Effects of Determinants and Moderators. *The Academy of Management Journal*, 34(3), 555-590.
10. Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S. (2001). Implementing computerized technology: An organizational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 811-824.
11. Shortell, S. M., Marsteller, J. A., Lin, M., Pearson, M. L., Wu, S. Y., Mendel, P., Cretin, S., & Rosen, M. (2004). The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. *Med Care*, 42(11), 1040-1048.
12. Powell BJ, Mettert KD, Dorsey CN, Weiner BJ, Stanick CF, Lengnick-Hall R, Ehrhart MG, Aarons GA, Barwick MA, Damschroder LJ, Lewis CC. Measures of organizational culture, organizational climate, and implementation climate in behavioral health: A systematic review. *Implement Res Pract*. 2021 Jun 21;2:26334895211018862.
13. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.
14. Glisson C., Landsverk J., Schoenwald S., Kelleher K., Hoagwood K. E., Mayberg S., Green P. (2008). Assessing the organizational social context (OSC) of mental health services: Implications for research and practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(1-2), 98-113.
15. Parry K. W., Proctor-Thomson S. B. (2001). Testing the validity and reliability of the Organizational Description Questionnaire (ODQ). *International Journal of Organisational Behaviour*, 4(3), 111-124.
16. Simpson D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 171-182.
17. Patterson M. G., West M. A., Shackleton V. J., Dawson J. F., Lawthom R., Maitlis S., Robinson D. L., Wallace A. M. (2005). Validating the organizational climate measure: Links to managerial practices, productivity and innovation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 379-408. 10.1002/job.312

## D-1

# 人間の平等中心性

## Human Equality-Centeredness

すべての人間が本質的に平等な価値を持つということに関する、価値観・信念・規範が共有されている程度。

### 詳細な説明

実装の取り組みにおいては、公平性（equity）を考慮しなくてはなりません<sup>[1]</sup> [2]。すべての人間が本来平等な価値を持つという共通の価値観、信念、規範は、実装のアウトカムだけでなく、実装における公平性（equity）にも寄与する可能性があります<sup>[3]</sup>。内的セッティングにおける公正性（justice）は、分配の公平性（distributive fairness）と手続きの公平性（procedural fairness）に関する認識に基づいています<sup>[4]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Leeman, J., Baquero, B., Bender, M., Choy-Brown, M., Ko, L. K., Nilsen, P., Wangen, M., & Birken, S. A. (2019). Advancing the use of organization theory in implementation science. *Preventive Medicine*, 129, 105832. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105832>
2. Means, A. R., Kemp, C. G., Gwayi-Chore, M.-C., Gimbel, S., Soi, C., Sherr, K., Wagenaar, B. H., Wasserheit, J. N., & Weiner, B. J. (2020). Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in low- and middle-income countries: A systematic review. *Implementation Science*, 15(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0977-0>
3. Gosepath, S. (2021). Equality. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2021). Metaphysics Research Lab, Stanford University. <https://plato.stanford.edu/archives/sum2021/entries/equality/>
4. Greenberg, J. (1990). Organizational justice: Yesterday, today, and tomorrow. *Journal of Management*, 16(2), 399-432.

D-2

# 受益者中心性 Recipient-Centeredness

受益者のニーズや福祉への配慮や支援、対応に関して、価値観、信念、および規範が共有されている程度。

## 詳細な説明

内的セッティングにおいて、受益者のニーズを優先することは重要です<sup>[1][2]</sup>。初版CFIRは患者中心のケアを強調していましたが、更新版CFIRでは、内的セッティングが生み出す製品やサービスから恩恵を受けるあらゆる受益者を含むべく、患者の役割を拡大しました。また、初版CFIRでは、すべての保健医療機関の基本的な使命として、患者の健康と福祉を向上させるという重要な役割を強調しており、より患者中心のセッティングを求める呼びかけが多数行われてきました<sup>[3][4][5][6]</sup>。患者中心のセッティングでは、効果的な変化への実装につながる可能性が高くなります<sup>[7][8]</sup>。

PRISM (The Practical, Robust Implementation and Sustainability Model) は、患者が組織のプロセスや意思決定の中心にいる度合いを評価するのに役立つ、以下の6つの要素を定義しています。

- ・患者に選択肢が提供されていること、
- ・患者の抱える阻害要因に対処していること、
- ・プログラムの各要素間の移行がスムーズであること、
- ・複雑さとコストが最小限に抑えられていること、
- ・サービスとアクセスに対する患者満足度が高いこと、
- ・患者自身がフィードバックを受け取っていること<sup>[9]</sup>。

患者中心性はまた、患者安全文化の核を成す概念でもあります<sup>[10]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41-54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>
2. Godbee, K., Gunn, J., Lautenschlager, N. T., & Palmer, V. J. (2020). Refined conceptual model for implementing dementia risk reduction: Incorporating perspectives from Australian general practice. Australian Journal of Primary Health, 26(3), 247. <https://doi.org/10.1071/PY19249>.
3. Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academy Press.
4. Kochevar, L. K., & Yano, E. M. (2006). Understanding health care organization needs and context. Beyond performance gaps. J Gen Intern Med, 21 Suppl 2, S25-9.
5. Trumbo, S. P., Iams, W. T., Limper, H. M., Goggins, K., Gibson, J., Oliver, L., Leverenz, D. L., Samuels, L. R., Brady, D. W., & Kripalani, S. (2019). Deimplementation of Routine Chest X-rays in Adult Intensive Care Units. Journal of Hospital Medicine, 14(2), 83-89. <https://doi.org/10.12788/jhm.3129>.
6. Varsi, C., Ekstedt, M., Gammon, D., & Ruland, C. M. (2015). Using the Consolidated Framework for Implementation Research to Identify Barriers and Facilitators for the Implementation of an Internet-Based Patient-Provider Communication Service in Five Settings: A Qualitative Study. Journal of Medical Internet Research, 17(11), e262. <https://doi.org/10.2196/jmir.5091>.
7. Oswald, J. M., Boswell, J. F., Smith, M., Thompson-Brenner, H., & Brooks, G. (2019). Practice-research integration in the residential treatment of patients with severe eating and comorbid disorders. Psychotherapy, 56(1), 134-148. <https://doi.org/10.1037/pst0000180>.
8. Shortell, S. M., Marsteller, J. A., Lin, M., Pearson, M. L., Wu, S. Y., Mendel, P., Cretin, S., & Rosen, M. (2004). The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. Med Care, 42(11), 1040-1048.
9. Feldstein, A. C., & Glasgow, R. E. (2008). A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. Jt Comm J Qual Patient Saf, 34(4), 228-243.
10. Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. Quality & Safety in Health Care, 12 Suppl 2, ii17-23. [https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl\\_2.ii17](https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17).

## D-3

# 提供者中心性 Deliverer-Centeredness

提供者のニーズや福祉への配慮や支援、対応に関して、価値観、信念、および規範が共有されている程度。

## 詳細な説明

提供者中心性とは、提供者のニーズに対応することの重要性を捉える概念であり、患者体験の向上、集団の健康の改善、コストの削減の3つを目標とする「トリプル・エイム (Triple Aim)」の枠組みでした<sup>[1]</sup>。これに、臨床医およびスタッフのワークライフと福祉の改善を加えたのが「クアドラブル (4重) の目標 (Quadruple Aim)」です<sup>[2]</sup>。従業員のウェルビーイングが果たす重要な役割については、広範な文献があります<sup>[3] [4]</sup>。また、医師の燃え尽き症候群と個人のウェルビーイングは、変化をもたらす能力と潜在的に双方向の関係あるいは相互強化的な関係を持つ可能性があります<sup>[5] [6] [7]</sup>。米国政府の医療研究・品質調査機構 (AHRQ) のイノベーション導入ガイドには、実装の阻害要因となり得る職場の潜在的な不平等に関する質問が盛り込まれています<sup>[8]</sup>。Glissonらが開発した組織の社会的文脈尺度には、心理的風土（職場環境の心理的影響の認識）に関する構成概念が含まれており、これは実装アウトカムに影響を及ぼす可能性があります。

▶ 訳者注：4重の目標 (Quadruple Aim)：①患者体験の改善 (Improved patient experience)、②アウトカムの改善 (Improved health outcome)、③費用の削減 (lower cost of care)、④メディカルプロフェッショナルの満足度の向上 (Improved staff satisfaction)

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>.
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *The Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>.
- Bakker, A. B. (2015). Towards a multilevel approach of employee well-being. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(6), 839-843. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2015.1071423>.
- Ilies, R., Aw, S. S. Y., & Pluut, H. (2015). Intraindividual models of employee well-being: What have we learned and where do we go from here? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(6), 827-838. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2015.1071422>.
- Goldberg, D. G., Soylu, T. G., Kitsantas, P., Grady, V. M., Elward, K., & Nichols, L. M. (2021). Burnout among Primary Care Providers and Staff: Evaluating the Association with Practice Adaptive Reserve and Individual Behaviors. *Journal of General Internal Medicine*, 36(5), 1222-1228. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06367-z>.
- Rotenstein, L. S., & Johnson, A. K. (2020). Taking Back Control—Can Quality Improvement Enhance The Physician Experience? *Health Affairs Blog*.
- Williams, N. J., Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., Marcus, S. C., & Beidas, R. S. (2018). Linking molar organizational climate and strategic implementation climate to clinicians' use of evidence-based psychotherapy techniques: Cross-sectional and lagged analyses from a 2-year observational study. *Implementation Science*, 13(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0781-2>.
- Brach, C., N. Lenfestey, A. Roussel, J. Amoozegar, & A. Sorensen. (2008). Will It Work Here? A Decisionmaker's Guide to Adopting Innovations. Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ).

## D-4

# 学習中心性 Learning-Centeredness

心理的安全性や継続的な改善、データを活用した実践に関して、価値観、信念、および規範がどの共有されている程度。

## 詳細な説明

保健医療システムは「学習するシステム」へと進化することが求められており、学習文化は重要な理論です<sup>[1] [2] [3] [4]</sup>。理想的には、内的セッティング全体で継続的な学習が行われ、プロセス改善の積極的な取り組みが目に見える証拠〔過去に実施された変化への取り組みの履歴があること<sup>[5]</sup>、データを活用して変化が推進され、必要な関係環境 relational environment<sup>[6] [7] [8]</sup> が整備されていることが含まれます。心理的安全性、継続的改善、データを活用した実践の推進<sup>[3] [4] [7] [9]</sup> に関連する、共通の価値観、信念、規範は、スタッフがイノベーションの実装経験を積むことで従業員のスキルを向上させるのを支援し、またそれを可能にします<sup>[5]</sup>。このような文化は、集団的学習のマインドセット<sup>[6]</sup> を創り出し、新たな知識や手法を取り入れる吸収能力を高めます<sup>[10]</sup>。

初版 CFIR における学習風土 (learning climate) の構成概念は、更新版 CFIR では「文化」の章に移動されました。これは、文化 (culture) と風土 (climate) の概念の明確な区別に関する合意が得られていないためです。他の文化 (culture) の下位構成概念と同様に、学習中心性は広範な内的セッティングの文化 (culture) として評価することも、特定のミクロシステムの風土 (climate) として評価することもできます。

初版 CFIR はこの構成概念をさらに詳述し、学習中心性は、以下の行動や認識を通じて現れる、としています。①リーダーが、自分自身が誤りを起こし得ることと、チームメンバーの支援および意見が必要であることを表明する、②チームメンバーが自分たちは実装に必要不可欠で、価値があり、知識豊富なパートナーであると感じている、③各個人が新しい方法を試すことに心理的安全性を感じている、④内省的思考と評価のための十分な時間と空間がある<sup>[11] [12] [13]</sup>。

組織が「学習していること」を示す度合いは組織内のサブグループによって異なります。これら学習していることを示す属性の現れ方は、より広範なセッティングで一般的な学習度を測るよりも、実装や成果に対して強い影響力を持つ可能性があります<sup>[14]</sup>。チーム学習に関する文献では、学習を可能にする風土 (climate) を創り出し、分野横断的なチーム内

およびチーム間の協力を促進する上で、セッティングが果たす役割が強調されています<sup>[15]</sup> (「関係性のつながり Relational Connections」および「実装プロセス：チーム構築 Implementation Process: Teaming」を参照)。

しかし、この構成概念を正確にどう運用可能とするかについては合意がありませんが、何通りかの一般化は可能です。肯定的な学習風土では、個人は失敗に制約されず、心理的安全性が促進されます。心理的安全性は、品質改善の取組みへの関与 (エンゲージメント) につながると考えられます<sup>[13]</sup>。内省的思考と評価 (「実装プロセス：振り返りと評価 Implementation Process: Reflecting & Evaluating」を参照) のための時間と空間があることは、少なくとも部分的には、過去の成功と失敗から学び、将来の実装に役立てるための、もう一つの重要な特性です<sup>[15] [16]</sup>。学習を促進する文化の発展は、保健医療機関が継続的な質の向上を図るために必要な「中核的特性 core property」です<sup>[17]</sup>。学習文化は、新たな知識に対する吸収力、すなわちイノベーションを完全に消化する組織の能力を高める重要な要因です<sup>[10]</sup>。Greenhalgh らは、組織の学習文化を、既存の知識やスキル (暗黙的および明示的) と新たな知識の吸収能力の概念に含め、積極的なリーダーシップの中にも含めています<sup>[10]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 選択基準

内的セッティングの主要な構成概念が集団的学習をどの程度示しているかを支持または否定する発言を含めること。

- ・「昨年、私たちは患者受付の手順を変更しようとしましたが、大失敗しました。私たちはその件について話し合いを持ち、失敗の原因について意見が一致したので、また同じようなことに挑戦しようと思っています」
- ・「私はチームに対して、どんな問題でもすべて率直に話題にしてほしいと強調しています」

## 量的な測定

組織の「学習」能力を測定するための量的尺度が利用可能です<sup>[18]</sup> <sup>[19]</sup>。また、Powellらは、実装に関する尺度のシステムティック・レビューで2つの学習風土尺度を特定しました<sup>[20]</sup>。尺度の質に関するPAPERSの基準を用いて、-9点から+36点の範囲で評価したところ<sup>[21]</sup>、「Ramsey学習風土尺度 Learning Climate Measure」<sup>[22]</sup>が最高の6点を獲得しました。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

- Ashok, M., Hung, D., Rojas-Smith, L., Halpern, M. T., & Harrison, M. (2018). Framework for Research on Implementation of Process Redesigns: Quality Management in Health Care, 27(1), 17-23. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000158>.
- Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41-54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>
- Harrison, M. I., & Shortell, S. M. (2021). Multi - level analysis of the learning health system: Integrating contributions from research on organizations and implementation. Learning Health Systems, 5(2). <https://doi.org/10.1002/lrh2.10226>.
- Institute of Medicine (IOM). (2013). Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America (p. 13444). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13444>.
- Breimaier, H. E., Heckemann, B., Halfens, R. J. G., & Lohrmann, C. (2015). The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): A useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. BMC Nursing, 14(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0088-4>.
- Edmondson, A. C. (2012). Teaming: How organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy. Jossey-Bass.
- Lapré, M. A., & Nembhard, I. M. (2011). Inside the Organizational Learning Curve: Understanding the Organizational Learning Process. Foundations and Trends® in Technology, Information and Operations Management, 4(1), 1-103. <https://doi.org/10.1561/0200000023>.
- Miake-Lye, I. M., Delevan, D. M., Ganz, D. A., Mittman, B. S., & Finley, E. P. (2020). Unpacking organizational readiness for change: An updated systematic review and content analysis of assessments. BMC Health Services Research, 20(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4926-z>.
- Guise, J.-M., Savitz, L. A., & Friedman, C. P. (2018). Mind the Gap: Putting Evidence into Practice in the Era of Learning Health Systems. Journal of General Internal Medicine, 33(12), 2237-2239. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4633-1>.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. Milbank Q, 82(4), 581-629.
- Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S. (2001). Implementing computerized technology: An organizational analysis. Journal of Applied Psychology, 86(5), 811-824.
- Leeman, J., Baernholdt, M., & Sandelowski, M. (2007). Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice. J Adv Nurs, 58(2), 191-200.
- Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. Journal of Organizational Behavior, 27, 941-966.
- Edmondson, A. C. (2002). The Local and Variegated Nature of Learning in Organizations: A Group-Level Perspective. Organization Science, 13(2), 128-146. <https://doi.org/10.1287/orsc.13.2.128.530>.
- Edmondson, A. C., Bohmer, R. M., & Pisano, G. P. (2001). Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals. Administrative Science Quarterly, 46(4), 685-716.
- Helfrich, C. D., Weiner, B. J., McKinney, M. M., & Minasian, L. (2007). Determinants of implementation effectiveness: Adapting a framework for complex innovations. Med Care Res Rev, 64(3), 279-303.
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. Milbank Q, 79(2), 281-315.
- Goh, S., & Richards, G. (1997). Benchmarking the learning capability of organizations. European Management Journal, 15(5), 575-583. [https://doi.org/10.1016/S0263-2373\(97\)00036-4](https://doi.org/10.1016/S0263-2373(97)00036-4)
- Templeton, G. F., Lewis, B. R., & Snyder, C. A. (2002). Development of a measure for the organizational learning construct. Journal of Management Information Systems, 19(2), 175-218.
- Powell, B. J., Mettert, K. D., Dorsey, C. N., Weiner, B. J., Stanick, C. F., Lengnick-Hall, R., Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., Barwick, M. A., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). Measures of organizational culture, organizational climate, and implementation climate in behavioral health: A systematic review. Implementation Research and Practice, 2, 263348952110188. <https://doi.org/10.1177/26334895211018862>.
- Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. Implementation Research and Practice, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.
- Ramsey, A. T., van den Berk-Clark, C., & Patterson Silver Wolf (Adelv unegv Waya), D. A. (2015). Provider-agency fit in substance abuse treatment organizations: Implications for learning climate, morale, and evidence-based practice implementation. BMC Research Notes, 8(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1110-3>.

E

# 変化への切迫感 Tension for Change

現在の状況は耐え難く、変化が必要であると感じている程度。

## 詳細な説明

初版 CFIR では、変化の必要性を痛感する耐え難い状況が、実装アウトカムの重要な決定要因となり得ることが強調されていました<sup>[1] [2] [3] [4]</sup>。変化の必要性に関する切実な感覚は、イノベーションを自発的に計画するきっかけとなる可能性があります（「イノベーション：イノベーションの出處 Innovation: Innovation Source」を参照）。

効果的なコミュニケーションは、現状に対する不満を高め、変化を告知し、コミットメント（関与）を促進し、そして抵抗感を軽減することで、変化への切迫感を高めることができます<sup>[1]</sup>。個人が問題をじかに経験している場合、実装が成功する可能性は格段に高くなります<sup>[5]</sup>。変化への切迫感が存在しない状況では、人々の中に切迫感を生み出すことは困難です。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 選択基準

イノベーションに対する強い必要性がある（またはない）ことや、現状が維持不可能または耐えられないことを示す言明（そのイノベーションは必要不可欠である、そのイノベーションは他のプログラムと重複している、など）を含めること。注：参加者が、イノベーションは既存の好ましいプログラムと重複すると言う場合は、「イノベーションの相対的優位性 Innovation Relative Advantage」の欠如として（二重に）コード化すること。

- 「以前は体重管理クリニックをやっていましたが、患者さんのフォローアップが全くできず、稼働できずの状況でした」
- 「患者さんに服薬してもらうよう、何か手を打つ必要があります」
- 「現在のシステムはいつも故障していて必要なことができず、まったく使い物になりません」

## 除外基準

イノベーションの必要性を示しているものの、現状が容認できないことを示さない、個人の特定のニーズに関する言明は除外し、「個人領域 Individuals Domain」における「適切な役割の必要性 Need for the appropriate Role(s)」へのコードを割り当てること。

イノベーションが既存のプログラムより良い（または悪い）ことを明示する言明は除外し、「イノベーションの相対的優位性 Innovation Relative Advantage」へのコードを割り当てること。

## 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Powell らは、実装に関する尺度のシステムティック・レビューで 2 つの尺度を特定しました<sup>[6]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9 点から +36 点の範囲で評価したところ<sup>[7]</sup>、両者ともに 2 点でした。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 82(4), 581-629.
- Meyer, A. D., & Goes, J. B. (1988). Organizational Assimilation of Innovations: A Multilevel Contextual Analysis. *Academy of Management Journal*, 31(4), 897-923.  
<https://journals.aom.org/doi/abs/10.5465/256344>
- Simpson, D. D., & Dansereau, D. F. (2007). Assessing Organizational Functioning as a Step Toward Innovation. *NIDA Science & Practice Perspectives*, 3(2), 20-28.
- VanDeusen Lukas, C., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I. E., Shwartz, M., & Charns, M. P. (2007). Transformational change in health care systems: An organizational model. *Health Care Management Review*, 32(4), 309-320.  
<https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000296785.29718.5d>
- Gustafson, D. H., Sainfort, F., Eichler, M., Adams,

L., Bisognano, M., & Steudel, H. (2003). Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change. *Health Serv Res*, 38(2), 751-776.

6. Powell, B. J., Mettert, K. D., Dorsey, C. N., Weiner, B. J., Stanick, C. F., Lengnick-Hall, R., Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., Barwick, M. A., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). Measures of organizational culture, organizational climate, and implementation climate in behavioral health: A systematic review. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110188. <https://doi.org/10.1177/26334895211018862>.

7. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.

F

# 適合性 Compatibility

イノベーションがワークフロー、システム、およびプロセスに適合する程度。

## 詳細な説明

初版 CFIR では、この構成概念はイノベーションと既存のワークフローやシステムとの具体的な適合性を含むと説明しています<sup>[1] [2]</sup>。イノベーションとそれを提供する文脈との適合性は実装と正の関連があり<sup>[1] [2] [3]</sup>、これはアウトカムを持続的に維持する主要な推進力となります<sup>[4] [5] [6]</sup>。

Helfrich らは（訳者注：イノベーションが）コア・コンピタンスや経験と合致しているという認識が、実装の成功を予測する上で重要な因子であることを発見しました<sup>[7]</sup>。対照的に、現状と両立できないとみなされる変化は、抵抗が生じるでしょう<sup>[8]</sup>。イノベーションと現状との差異の急進性や大きさ、すなわちイノベーションの破壊性は、実装に影響を及ぼす可能性があります<sup>[1] [9]</sup>。急進的なイノベーションや、核心的な作業プロセスに影響を及ぼすイノベーションは、内的セッティングの再構築を必要とし、根本的な変化をもたらす可能性があります<sup>[1] [9]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 選択基準

イノベーションと内的セッティングの作業プロセス間の適合度を表す声明を含めること。イノベーションの適合性を高めるために特に調整を要しなかったという声明もを含めること。

・「すでに減量クリニックはあったので、MOVE!（訳者注：米国退役軍人省が支援する体重管理プログラムのこと）が義務化された時、やっと他の人たちの協力を得る方法ができたうれしかったです」

## 除外基準

適合性に基づいてイノベーションの優先順位に言及している声明は「相対的優先度 Relative Priority」として除外するか、二重にコード化すること（例：作業プロセスに適合しないためにイノベーションが優先されない場合など）。

## 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Powell らは実装に関する尺度のシステムティック・レビューで 6 つの尺度を特定しました<sup>[10]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9 点から +36 点の範囲で評価したところ<sup>[11]</sup>、これらの尺度のスコアは -1 から 5 の範囲内でした。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 82(4), 581-629.
2. Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The Challenge of Innovation Implementation. *The Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.
3. Aubert, B. A., & Hamel, G. (2001). Adoption of smart cards in the medical sector: Social Science & Medicine, 53(7), 879-894. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00388-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00388-9)
4. Chambers, D. A., Glasgow, R. E., & Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework: Addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*, 8(1), 117.
5. Lennox, L., Maher, L., & Reed, J. (2018). Navigating the sustainability landscape: A systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implementation Science*, 13(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0707-4>.
6. von Thiele Schwarz, U., Aarons, G. A., & Hasson, H. (2019). The Value Equation: Three complementary propositions for reconciling fidelity and adaptation in evidence-based practice implementation. *BMC Health Services Research*, 19(1), 868. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4668-y>.
7. Helfrich, C. D., Weiner, B. J., McKinney, M. M., & Minasian, L. (2007). Determinants of implementation effectiveness: Adapting a framework for complex innovations. *Med Care Res Rev*, 64(3), 279-303.
8. Gustafson, D. H., Sainfort, F., Eichler, M., Adams, L., Bisognano, M., & Steudel, H. (2003). Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change. *Health Serv Res*, 38(2), 751-776.
9. Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying

improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. *Milbank Q.* 85(1), 93-138.

10. Powell, B. J., Mettert, K. D., Dorsey, C. N., Weiner, B. J., Stanick, C. F., Lengnick-Hall, R., Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., Barwick, M. A., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). Measures of organizational culture, organizational climate, and implementation climate in behavioral health: A systematic review. *Implementation Research and Practice*, 2, 26334895211018862.

11. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373.

<https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.

## G

# 相対的優先度

## Relative Priority

他の取り組みと比較して、そのイノベーションの実装と提供が重要視されている程度。

### 詳細な説明

初版 CFIR はこの構成概念について、他の取り組みと比べてイノベーションの実装と提供がどれほど重要と認識されているかが実装アウトカムに影響を与える可能性がある、と説明しています<sup>[1] [2] [3]</sup>。従業員が、その実装が組織にとって重要な優先事項であると認識しているならば（行動の促進、支援、協力が報われる）、実装風土は強固なものになるでしょう<sup>[2]</sup>。相対的優先度が高ければ、従業員はそのイノベーションを「本来の業務」の妨げではなく、重要な優先事項として受け止めます<sup>[2]</sup>。イノベーションの実装に対する相対的優先度が高いほど、実装はより効果的に行われる可能性が高くなります<sup>[3] [4]</sup>。組織が実装を完遂する能力は、ここ最近でどれだけ多くの取り組みや変更が展開されてきたかに左右される可能性があり、さらなる実装に圧倒され<sup>[5] [6]</sup>、結果的に実装の優先度が下がる場合も考えられます。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 選択基準

イノベーションの相対的優先度を反映する言明（多数のプログラムを実装したことによる影響など）を含めること。

- 「非常に多くの研究が進行しているため、この研究は必要なだけの注目を集められていないような気がします。私たちみんな、（進行中の研究が多すぎて）手に負えなくなっています」
- 「これは私たちの業績評価に影響するので、これを成し遂げることは本当に重要です」

### 除外基準

適合性に基づくイノベーションの優先度に関する言明は除外するか、「適合性 Compatibility」へ二重にコード化すること（作業プロセスに適合しないためにイノベーションが優先されない場合など）。

### 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Powell らは実装に関する尺度のシステムティック・レビューで 2 つの尺度を特定しました<sup>[7]</sup>。測定の質に関する尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9 点から +36 点の範囲で評価したところ<sup>[8]</sup>、2 つの尺度のスコアは -1 から 3 の範囲内でした。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

- Feldstein, A. C., & Glasgow, R. E. (2008). A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 34(4), 228-243.
- Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S. (2001). Implementing computerized technology: An organizational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 811-824.
- Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The Challenge of Innovation Implementation. *The Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.
- Helfrich, C. D., Weiner, B. J., McKinney, M. M., & Minasian, L. (2007). Determinants of implementation effectiveness: Adapting a framework for complex innovations. *Med Care Res Rev*, 64(3), 279-303.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.
- Gustafson, D. H., Sainfort, F., Eichler, M., Adams, L., Bisognano, M., & Steudel, H. (2003). Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change. *Health Serv Res*, 38(2), 751-776.
- Powell, B. J., Mettert, K. D., Dorsey, C. N., Weiner, B. J., Stanick, C. F., Lengnick-Hall, R., Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., Barwick, M. A., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). Measures of organizational culture, organizational climate, and implementation climate in behavioral health: A systematic review. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110188. <https://doi.org/10.1177/26334895211018862>.
- Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.

## H

# インセンティブシステム

## Incentive Systems

目に見える、および／または、目に見えないインセンティブや報酬、または、逆インセンティブや罰則が、イノベーションの実装・提供を支えている程度。

### 詳細な説明

初版 CFIR は「インセンティブと報酬 (incentives and rewards)」には、目標達成報奨、業績評価、昇進、昇給などの外的なインセンティブだけでなく、地位が上がり、尊敬が増すといった目に見えないインセンティブも含まれると述べています<sup>[1] [2]</sup>。有形・無形のインセンティブと報酬、逆インセンティブと罰則、あるいは業績に関するフィードバックは、イノベーションの実装と提供を支援するのに役立ちます<sup>[1] [2] [3] [4]</sup>。これは、より最近の文献でも確認されています<sup>[5]</sup>。

金銭的なインセンティブや業績評価は、行動が望ましい結果をもたらすという信念を強化する上で重要です<sup>[6] [7]</sup>。強力なインセンティブは、実装の有効性と正の関連があることが示されています<sup>[1] [2]</sup>。適切に設計されたインセンティブは、新しい行動が肯定的または否定的に評価される度合いを強めることができ、実際の変化に先駆けて、変化への意図を向上させます<sup>[8]</sup>。競合価値フレームワーク (CVF) には文化の測定項目の一部として、4項目からなる「報奨制度」の下位尺度が含まれており、使用されるインセンティブの種類が多いほど、保健医療組織がベストプラクティスを包括的に活用することと正の関連があることが判明しています<sup>[9]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 選択基準

実装を促進（または妨害）するためのインセンティブ制度が存在するかどうかに関する声明を含めること（例：スタッフがイノベーションに関与することへの報奨または罰則）。

- 「チームで目標を共有して実装を取り組んでいます。成功すれば、メンバーは 1人当たり 500 ドルを手にします」
- 「このプロジェクトが成功することを本当に願っています。成功すれば、次の評価ですぐにでも昇進にふさわしいことを示せるでしょうから」

### 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Powell らは、実装に関する尺度のシステムатイック・レビューで 3つの尺度を特定しました<sup>[10]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9 点から +36 点の範囲で評価したところ<sup>[11]</sup>、5 点を獲得した尺度は 1つのみでした。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Helfrich, C. D., Weiner, B. J., McKinney, M. M., & Minasian, L. (2007). Determinants of implementation effectiveness: Adapting a framework for complex innovations. *Med Care Res Rev*, 64(3), 279-303.
2. Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S. (2001). Implementing computerized technology: An organizational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 811-824.
3. Balliet, D., Mulder, L. B., & Van Lange, P. A. M. (2011). Reward, punishment, and cooperation: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 137(4), 594-615. <https://doi.org/10.1037/a0023489>.
4. Clark, P. B., & Wilson, J. Q. (1961). Incentive Systems: A Theory of Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 6(2), 129. <https://doi.org/10.2307/2390752>.
5. Tagliabue, M., Sigurjonsdottir, S. S., & Sandaker, I. (2020). The effects of performance feedback on organizational citizenship behaviour: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(6), 841-861. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2020.1796647>
6. Gustafson, D. H., Sainfort, F., Eichler, M., Adams, L., Bisognano, M., & Steudel, H. (2003). Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change. *Health Serv Res*, 38(2), 751-776.
7. Leeman, J., Baernholdt, M., & Sandelowski, M. (2007). Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice. *J Adv Nurs*, 58(2), 191-200.
8. Gershon, R., Stone, P. W., Bakken, S., & Larson, E. (2004). Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 33-40.
9. Shortell, S. M., Zazzali, J. L., Burns, L. R., Alexander, J. A., Gillies, R. R., Budetti, P. P., Waters, T. M., & Zuckerman, H. S. (2001). Implementing evidence-

based medicine: The role of market pressures, compensation incentives, and culture in physician organizations. *Medical Care*, 39(7 Suppl 1), I62-78.

10. Powell, B. J., Mettert, K. D., Dorsey, C. N., Weiner, B. J., Stanick, C. F., Lengnick-Hall, R., Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., Barwick, M. A., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). Measures of organizational culture, organizational climate, and implementation climate in behavioral health: A systematic review. *Implementation Research and Practice*, 2,

263348952110188. <https://doi.org/10.1177/26334895211018862>.

11. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.

## I

# 使命（ミッション）との整合性 Mission Alignment

イノベーションの実装および提供が、内的セッティングの全体的なコミットメント、目的、または目標と合致している程度。

## 詳細な説明

初版 CFIR では、イノベーションを内的セッティングの使命<sup>[1]</sup> <sup>[2]</sup> <sup>[3]</sup> および同時に実施している他の取り組み<sup>[4]</sup> と一致させることの重要性を指摘しています。

Helfrich らは、イノベーションが使命と一致していると認識されることが、実装の成功を予測する重要な因子であることを明らかにしました<sup>[5]</sup>。このような一致には、イノベーションに関連する目標について十分な情報を得て、理解していることが必要です<sup>[5]</sup>。組織の観点からは、（使命に沿った）目標が明確に伝達され、実行され、測定・監視、報告される程度が、実装の成功にとって重要です（「実装プロセス：エンゲージング Implementation Process: Engaging」と「内的セッティング：コミュニケーション Inner Setting: Communications」を参照）<sup>[3]</sup>。また、重要な個人（例：リーダー）を巻き込むための最も効果的な方法のひとつは、組織の目標と一致し、その達成に貢献するような変化の取り組みを行うことです<sup>[3]</sup>。さらに、責任の共有意識、組織目標の理解、そして業務上の意志決定がその目標に基づいてなされているという信念は、実装の成功に貢献するかもしれません<sup>[2]</sup>。「慢性疾患ケアモデル Chronic Care Model」では、使命の達成に向けて、臨床評価、業績評価、経済的評価、体験に基づく評価など複数の評価とフィードバックの手法を用いることの重要性が強調されています<sup>[6]</sup> <sup>[7]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 選択基準

イノベーションが、より大きな内的セッティングの目標と整合する（あるいは整合していない）ことに関する声明を含めること。この整合性は、実装活動が終了した後も維持される必要があります。

## 除外基準

実装に用いられたプロセスや戦略に関する発言は

除外すること。特に、実装チームが進捗やアウトカムを継続的にレビューしている（あるいはしていない）ことに関する発言は除外し、それらは「振り返りと評価 Reflecting & Evaluating」のコードを割り当てること。これらの活動は通常、積極的な実装の取り組みが終了すると同時に終了します。

## 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Powell らは、実装に関する尺度のシステムティック・レビューで、初版 CFIR の目標とフィードバック Goals and Feedback の 3 つの尺度を特定しました<sup>[8]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9 点から +36 点の範囲で評価したところ<sup>[9]</sup>、そのうちの 2 つのスコアが 1 から 4 の範囲内でした。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Kochevar, L. K., & Yano, E. M. (2006). Understanding health care organization needs and context. *Beyond performance gaps*. *J Gen Intern Med*, 21 Suppl 2, S25-9.
2. VanDeusen Lukas, C., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I. E., Shwartz, M., & Charns, M. P. (2007). Transformational change in health care systems: An organizational model. *Health Care Management Review*, 32(4), 309-320. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000296785.29718.5d>
3. Wagner, D. J., Durbin, J., Barnsley, J., & Ivers, N. M. (2017). Beyond quality improvement: Exploring why primary care teams engage in a voluntary audit and feedback program. *BMC Health Services Research*, 17(1), 803. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2765-3>
4. Helfrich, C. D., Weiner, B. J., McKinney, M. M., & Minasian, L. (2007). Determinants of implementation effectiveness: Adapting a framework for complex innovations. *Med Care Res Rev*, 64(3), 279-303.
5. Simpson, D. D., & Dansereau, D. F. (2007). Assessing Organizational Functioning as a Step Toward Innovation. *NIDA Science & Practice Perspectives*, 3(2), 20-28.

6. Bodenheimer, T. (2002). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA*, 288(14), 1775. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1775>.
7. Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2. *JAMA*, 288(15), 1909. <https://doi.org/10.1001/jama.288.15.1909>.
8. Powell, B. J., Mettert, K. D., Dorsey, C. N., Weiner, B. J., Stanick, C. F., Lengnick-Hall, R., Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., Barwick, M. A., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). Measures of organizational culture, organizational climate, and implementation climate in behavioral health: A systematic review. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110188. <https://doi.org/10.1177/26334895211018862>.
9. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.

# 利用可能な資源 Available Resources

## イノベーションを実装・提供するために利用できる資源が存在する程度。

注：この構成概念は、「利用可能な資源」に関連するテーマのうち、「利用可能な資源」の下位概念（「資金」「物理的空間」「資材と機器」）に当たるまらないものに使用してください。

### 詳細な説明

資金、物理的空間、資材および機器の準備は、イノベーションの実装と提供にとって重要です<sup>[1][2][3]</sup>。さらに、Flottorpらによる実装チェックリストでは、金銭的資源、施設、設備、備品などの資源の利用可能性が挙げられています<sup>[4]</sup>。「イノベーションの実装または提供に特化したスタッフ配置の機会」に関しては、「個人領域 Individuals Domain」の「特性 Characteristics」を参照すること。

初版CFIRは、利用可能な資源を詳しく説明しており、実装のために割り当てられた資源の程度は実装と正の関連があるが<sup>[5][6][7][8][9][10]</sup>、資源があることは、実装の成功を必ずしも保証するものではない、と説明しています<sup>[11]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 除外基準

研修に関する発言は除外し、「知識や情報へのアクセス Access to Knowledge and Information」へコードを割り当てる。

資材の品質に関する発言は除外し、「デザインの質とパッケージング Design Quality & Packaging」へコードを割り当てる。

### 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Weinerらは、実装に関する尺度のシステムティック・レビューで19の尺度を特定しました<sup>[12]</sup>。尺度の質に関するPAPERSの基準を用いて、-9点から+36点の範囲で評価したところ<sup>[13]</sup>、14(73.68%)の尺度は評価のための情報を十分に有しており、スコアは-2~+8の範囲内でした。「テキサスクリスチャン大学プログラムトレーニングニーズ調査 Texas Christian University Program Training Needs Survey」<sup>[14]</sup>が最高得点を獲得しました。結果として、

質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Ashok, M., Hung, D., Rojas-Smith, L., Halpern, M. T., & Harrison, M. (2018). Framework for Research on Implementation of Process Redesigns: Quality Management in Health Care, 27(1), 17-23. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000158>.
2. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41-54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>
3. Leeman, J., Baquero, B., Bender, M., Choy-Brown, M., Ko, L. K., Nilsen, P., Wangen, M., & Birken, S. A. (2019). Advancing the use of organization theory in implementation science. Preventive Medicine, 129, 105832. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105832>.
4. Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., Baker, R., & Eccles, M. P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. Implementation Science, 8(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>.
5. Denis, J.-L., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., & Trottier, L.-H. (2002). Explaining Diffusion Patterns for Complex Health Care Innovations: Health Care Management Review, 27(3), 60-73. <https://doi.org/10.1097/00004010-200207000-00007>.
6. Leeman, J., Baernholdt, M., & Sandelowski, M. (2007). Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice. J Adv Nurs, 58(2), 191-200.
7. Meyers, P. W., Sivakumar, K., & Nakata, C. (1999). Implementation of Industrial Process Innovations: Factors, Effects, and Marketing Implications. Journal of Product Innovation Management, 16(3), 295-311. <https://doi.org/10.1111/1540-5885.1630295>.
8. Perrin, K. M., Burke, S. G., O'Connor, D., Walby, G., Shippey, C., Pitt, S., McDermott, R. J., & Forthofer, M. S. (2006). Factors contributing to intervention fidelity in a multi-site chronic disease self-management program. Implement Sci, 1, 26.
9. Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., Goeschel, C. A., Needham, D. M., Sexton, J. B., Thompson, D. A.,

Lubomski, L. H., Marsteller, J. A., Makary, M. A., & Hunt, E. (2006). Creating high reliability in health care organizations. *Health Serv Res*, 41(4 Pt 2), 1599-1617.

10. Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *J Public Health Manag Pract*, 14(2), 117-123.

11. Stetler, C. B. (2001). Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice. *Nursing Outlook*, 49(6), 272-279.

12. Weiner, B. J., Mettert, K. D., Dorsey, C. N., Nolen, E. A., Stanick, C., Powell, B. J., & Lewis, C. C. (2020). Measuring readiness for implementation: A systematic review of measures' psychometric and pragmatic properties. *Implementation Research and Practice*, 1, 263348952093389. <https://doi.org/10.1177/2633489520933896>.

13. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.

14. Simpson, D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 171-182.

J-1

# 資金 Funding

イノベーションの実装・提供のために利用可能な資金が確保されている程度。

## 詳細な説明

初版 CFIR は、金銭的資源は、管理層による支援と実装の方針と手順との間を部分的につなげる役割を果たす、と述べています<sup>[1]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S. (2001). Implementing computerized technology: An organizational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 811-824.

J-2

# 物理的空間 Space

イノベーションの実装・提供のために利用可能な物理的空間が程度確保されている程度。

## 詳細な説明

Squires らは、資源としての物理的空間を「医療を提供する施設において、適切な設備が整えられ、清潔で、十分な広さと数をもつエリアの有無、その設計、維持管理、および配置」と定義しています（「構造特性：物理的インフラ Structural Characteristics: Physical Infrastructure」も参照）<sup>[1]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Squires, J. E., Aloisio, L. D., Grimshaw, J. M., Bashir, K., Dorrance, K., Coughlin, M., Hutchinson, A. M., Francis, J., Michie, S., Sales, A., Brehaut, J., Curran, J., Ivers, N., Lavis, J., Noseworthy, T., Vine, J., Hillmer, M., & Graham, I. D. (2019). Attributes of context relevant to healthcare professionals' use of research evidence in clinical practice: A multi-study analysis. *Implementation Science*, 14(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0900-8>.

J-3

## 資材と機器 Materials & Equipment

イノベーションの実装・提供のために利用できる可能な物資が確保されている程度。

### 詳細な説明

イノベーションを実装し、提供するための物資が利用可能である程度を表します。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

なし

## K

# 知識と情報へのアクセス Access to Knowledge & Information

イノベーションを実装・提供するためのガイダンスや研修へのアクセスのしやすさの程度。

## 詳細な説明

イノベーションとその実装に関連したガイダンス、研修、教育へのアクセスのしやすさは、イノベーションの実装と提供の成功に不可欠です<sup>[1] [2]</sup>。

初版 CFIR には、イノベーションとそれを業務に組み込む方法についてのわかりやすい情報へのアクセスの容易さの重要性について、さらに詳しく述べています<sup>[2] [3] [4] [5]</sup>。また、実装する上で関係してくる知識豊富なさまざまな職種や専門分野の数は、効果的な実装と正の関連があります<sup>[5]</sup>。特にチームレベルで、時宜を得た実地研修ができる場合、実装が成功する可能性は高くなります<sup>[2]</sup>。イノベーションに関する教育、研修、情報へのアクセスはいずれも、そのイノベーションの提供者を、熱心に取り組まないユーザーから全力でイノベーションに取り組むユーザーへとを変えるための重要な戦略です<sup>[2]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 除外基準

イノベーションの使用に関する知識や情報へのアクセスに関する、実装のリーダーやチーム、イノベーションのユーザーからの発言を含めること（イノベーションの使用方法やその仕組みについての研修など）。

- 「実施の約9か月も前に研修を受けたので、ようやく準備が整った頃にはするべきことを忘れていました」
- 「彼女は素晴らしい。質問がある度にメールを送るだけで、彼女は私を助けてくれます」
- 「どの患者を対象とするか判断するのに必要な報告書を入手できません」
- 「看護師、研修医、および医師を対象に、介入に関する小さなセッションを計画していますが、各グループに合わせて情報を調整することが重要です。さもなければ、彼らは了承してくれません」
- 「私は必要な情報をすべて入手することができませ

んでした。ここのは誰もそれについて知らないので、私はとてもフラストレーションが溜まり、あきらめて従来のやり方に戻りました」

## 除外基準

エンゲージメントの戦略およびアウトカムに関連する言明、例えば主要なステークホルダーがイノベーションに関与することになった経緯、および実装における彼らの役割など、を除外し、「エンゲージング：イノベーション・ユーザー Engaging: Innovation Users」へのコードに割り当てること。

組織内の一般的なネットワーク、コミュニケーション、関係性に関する言明、例えば、会議、電子メールグループ、他の連絡・通知方法に関する言明など、組織内の一般的なネットワーク、コミュニケーション、人間関係に関する記述、およびチームの構成、質、機能に関する発言は除外し、「関係的なつながり Relational Connections」または「コミュニケーション Communications」へのコードに割り当てること。

## 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Weinerらは、実装に関連する尺度のシステムティック・レビューで6つの尺度を特定しました<sup>[6]</sup>。尺度の質に関するPAPERSの基準を用いて、-19点から+36点の範囲で評価したところ<sup>[7]</sup>、5つ（83.33%）の尺度は評価のための情報を十分に有しており、スコアは-1～+6の範囲内でした。「エビデンス使用の構造化インタビュー Structured Interview of Evidence Use」<sup>[8]</sup>が最高得点を獲得しました。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41-54.

<https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>

2. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 82(4), 581-629.
3. Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. *Milbank Q.* 85(1), 93-138.
4. Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S. (2001). Implementing computerized technology: An organizational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 811-824.
5. Wallin, L., Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., & Cummings, G. G. (2006). Development and Validation of a Derived Measure of Research Utilization by Nurses: *Nursing Research*, 55(3), 149-160. <https://doi.org/10.1097/00006199-200605000-00001>.
6. Weiner, B. J., Mettert, K. D., Dorsey, C. N., Nolen, E. A., Stanick, C., Powell, B. J., & Lewis, C. C. (2020). Measuring readiness for implementation: A systematic review of measures' psychometric and pragmatic properties. *Implementation Research and Practice*, 1, 263348952093389. <https://doi.org/10.1177/2633489520933896>.
7. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.
8. Palinkas, L. A., Garcia, A. R., Aarons, G. A., Finn-Velasquez, M., Holloway, I. W., Mackie, T. I., Leslie, L. K., & Chamberlain, P. (2016). Measuring Use of Research Evidence: The Structured Interview for Evidence Use. *Research on Social Work Practice*, 26(5), 550-564. <https://doi.org/10.1177/1049731514560413>.

# IV 個人領域

## 個人の役割および特性。

### 詳細な説明

本領域は、イノベーションの実装や提供、受領に関与する個人の役割および特性の重要性を明らかにします<sup>[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7]</sup>。

役割とその特性のマトリックスを検討することは、ユーザーにとって有益となるでしょう。各役割に対する関連特性をコード化することで、ユーザーは役割の種類による特性の違いを調べることができます。これは、実装戦略とイノベーションを適応させる上で重要です（「実装プロセス：適応 Implementation Process: Adapting」を参照）。

役割：	特性：			
	ニーズ	能力	機会	モチベーション
A. ハイレベルリーダー				
B. 中間レベルリーダー				
C. オビニオンリーダー				
D. 実装ファシリテーター				
E. 実装リーダー				
F. 実装チームメンバー				
G. その他の実装支援				
H. イノベーションの提供者				
I. イノベーションの受益者				

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Ashok, M., Hung, D., Rojas-Smith, L., Halpern, M. T., & Harrison, M. (2018). Framework for Research on Implementation of Process Redesigns: Quality Management in Health Care, 27(1), 17-23. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000158>.
2. Barwick, M., Barac, R., Kimber, M., Akrong, L., Johnson, S. N., Cunningham, C. E., Bennett, K., Ashbourne, G., & Godden, T. (2020). Advancing implementation frameworks with a mixed methods case study in child behavioral health. Translational Behavioral Medicine, 10(3), 685-704. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz005>.
3. Breimaier, H. E., Heckemann, B., Halfens, R. J. G., & Lohrmann, C. (2015). The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): A useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. BMC Nursing, 14(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0088-4>.
4. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41-54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>
5. Kerins, C., McHugh, S., McSharry, J., Reardon, C. M., Hayes, C., Perry, I. J., Geaney, F., Seery, S., & Kelly, C. (2020). Barriers and facilitators to implementation of menu labelling interventions from a food service industry perspective: A mixed methods systematic review. International Journal of Behavioral Nutrition

and Physical Activity, 17(1), 48.  
<https://doi.org/10.1186/s12966-020-00948-1>.

6. Moretto, N., Comans, T. A., Chang, A. T., O'Leary, S. P., Osborne, S., Carter, H. E., Smith, D., Cavanagh, T., Blond, D., & Raymer, M. (2019). Implementation of simulation modelling to improve service planning in specialist orthopaedic and neurosurgical outpatient services. *Implementation Science*, 14(1), 78.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-019-0923-1>.

7. Varsi, C., Ekstedt, M., Gammon, D., & Ruland, C. M. (2015). Using the Consolidated Framework for Implementation Research to Identify Barriers and Facilitators for the Implementation of an Internet-Based Patient-Provider Communication Service in Five Settings: A Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research*, 17(11), e262.  
<https://doi.org/10.2196/jmir.5091>.

## 役割 (IV 個人領域の下位領域)

プロジェクトに適用される役割と、内的または外的セッティングにおけるその位置を文書化すること。

### 詳細な説明

この下位領域には、イノベーションの実装や提供、受領に関与する個人の役割が含まれます。実装とイノベーションの役割に関する用語は、文献の中で一貫性して使用されておらず、時には同義語として使用されています<sup>[1]</sup>。そのため、各ユーザーがプロジェクトごとに役割を明確に定義することが重要です。以下に挙げる各役割は、内的または外的セッティングのどちらにも属する可能性があります。例えば、混合型実装ファシリテーションアプローチでは、実装ファシリテーターが外的セッティングの中央集権的な組織に所属し、内的セッティングの実装リーダーとパートナーを組むことがあります<sup>[2]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 82(4), 581–629.
2. Smith, S. N., Liebrecht, C. M., Bauer, M. S., & Kilbourne, A. M. (2020). Comparative effectiveness of external vs blended facilitation on collaborative care model implementation in slow - implementer community practices. *Health Services Research*, 55(6), 954–965.  
<https://doi.org/10.1111/1475-6773.13583>.

## A

# ハイレベルリーダー High-level Leaders

重要な意思決定者、エグゼクティブリーダー、最高責任者など、高い権限を持つ個人。

## 詳細な説明

更新版 CFIR では、公式なリーダーシップの役割を2つのレベルに分けています(下記参照)。複数のレベルで公式なリーダーシップの役割を担う個人のコミットメント(「特性: モチベーション Characteristics: Motivation」を参照)は、実装アウトカムの重要な決定要因であり、頻繁に評価されています<sup>[1]</sup>。リーダーや管理職のコミットメント、関与、説明責任(「特性: モチベーションと機会 Characteristics: Motivation and Opportunity」を参照)は、実装の成功に大きな影響を及ぼします<sup>[2] [3] [4]</sup>。リーダーの全面的な支援がなければ、実装は失敗に終わります<sup>[5]</sup>。コミットメントと積極的な関心という形でのリーダーによる支援は、実装風土の強化につながり、さらには実装の有効性に関連します。この関連は、実装のためにユーザーが協働する必要があるほど強くなります<sup>[2] [6]</sup>。コミットメントのあるリーダーは、イノベーションが定着するまでの間、しばしば避けられない生産性の低下に対して時間を割くための経営的忍耐力(短期的な視点ではなく長期的な視点)を持ち<sup>[2]</sup>、対人関係のチャネルを通じて、またイノベーションの実装に関連する規範(「内的セッティング: 文化: 学習中心性 Inner Setting: Culture: Learning-Centeredness」を参照)をモデル化することによって、他の個人を説得するのに役立つ重要なパイプ役になります<sup>[7]</sup>。リーダーは、ネットワークの構築(「内的セッティング: 関係性のつながり Inner Setting: Relational Connections」を参照)、資源を確保するための交渉(「内的セッティング: 利用可能な資源 Inner Setting: Available Resources」を参照)、時間配分(「特性: 機会 Characteristics: Opportunity」を参照)と優先順位の設定(「内的セッティング: 相対的優先度 Inner Setting: Relative Priority」を参照)において重要です。

ハイレベルリーダーには、資源の配分や、イノベーションの採用、実装、または持続させるかどうかの意思決定を行う権限を持つリーダーが含まれます(「特性: 機会 Characteristics: Opportunity」を参照)<sup>[8]</sup>。

リーダーや管理職の関与<sup>[2] [4] [9]</sup>は、多くの場

合、実装の成功に不可欠です(「特性: モチベーションと機会 Characteristics: Motivation and Opportunity」を参照)。リーダーシップのレベルが異なれば、実装の成功への影響も異なる可能性があるため、更新版 CFIR ではリーダーシップのレベルを区別しています(次の「中間レベルリーダー」を参照)<sup>[10]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

ハイレベルリーダーの量的な測定について(「特性: モチベーション Characteristics: Motivation」を参照): Weiner らは、2009年版の CFIR で述べられた実装におけるリーダーシップ・エンゲージメントの役割に関する尺度のシステムティック・レビューで、24の尺度を特定しました<sup>[11]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9点から+36点の範囲で評価したところ<sup>[12]</sup>、17(70.83%)の尺度が評価に十分な情報があり、スコアは-1から+14点の範囲でした。「実装のリーダーシップ尺度 The Implementation Leadership Scale」<sup>[13]</sup>のスコアが最も高く14点でした。結果として、質の高い尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Kirk, M. A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S. A., Abadie, B., & Damschroder, L. (2015). A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*, 11(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z>.
2. Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S. (2001). Implementing computerized technology: An organizational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 811-824.
3. Meyers, P. W., Sivakumar, K., & Nakata, C. (1999). Implementation of Industrial Process Innovations: Factors, Effects, and Marketing Implications. *Journal*

of Product Innovation Management, 16(3), 295–311.  
<https://doi.org/10.1111/1540-5885.1630295>.

- VanDeusen Lukas, C., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I. E., Schwartz, M., & Charns, M. P. (2007). Transformational change in health care systems: An organizational model. *Health Care Management Review*, 32(4), 309–320.  
<https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000296785.29718.5d>
- Reprenning, N. P. (2002). A Simulation-Based Approach to Understanding the Dynamics of Innovation Implementation. *Organization Science*, 13(2), 109–127.  
<https://doi.org/10.1287/orsc.13.2.109.535>.
- Helfrich, C. D., Weiner, B. J., McKinney, M. M., & Minasian, L. (2007). Determinants of implementation effectiveness: Adapting a framework for complex innovations. *Med Care Res Rev*, 64(3), 279–303.
- Leeman, J., Baernholdt, M., & Sandelowski, M. (2007). Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice. *J Adv Nurs*, 58(2), 191–200.
- Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: *Journal for Healthcare Quality*, 37(1), 41–54.  
<https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>
- Moretto, N., Comans, T. A., Chang, A. T., O'Leary, S. P., Osborne, S., Carter, H. E., Smith, D., Cavanagh, T., Blond, D., & Raymer, M. (2019). Implementation of simulation modelling to improve service planning in specialist orthopaedic and neurosurgical outpatient services. *Implementation Science*, 14(1), 78.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-019-0923-1>.
- Ilott, I., Gerrish, K., Booth, A., & Field, B. (2012). Testing the Consolidated Framework for Implementation Research on health care innovations from South Yorkshire: Testing the CFIR on health care innovations. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, n/a-n/a.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01876.x>
- Weiner, B. J., Mettert, K. D., Dorsey, C. N., Nolen, E. A., Stanick, C., Powell, B. J., & Lewis, C. C. (2020). Measuring readiness for implementation: A systematic review of measures' psychometric and pragmatic properties. *Implementation Research and Practice*, 1, 263348952093389.  
<https://doi.org/10.1177/2633489520933896>.
- Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373.  
<https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., & Farahnak, L. R. (2014). The implementation leadership scale (ILS): Development of a brief measure of unit level implementation leadership. *Implementation Science*, 9(1), 45.  
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-45>.

## B

# 中間レベルリーダー Mid-level Leaders

ハイレベルリーダーに監督され、他者を監督するリーダーを含む、中程度の権限を持つ個人。

## 詳細な説明

更新版 CFIR では、公式なリーダーシップの役割を二つのレベルに分けています（下記参照）。複数のレベルで公式なリーダーシップの役割を担う個人のコミットメント（「特性：モチベーション Characteristics: Motivation」を参照）は、実装アウトカムの重要な決定要因であり、頻繁に評価されています<sup>[1]</sup>。リーダーと管理職のコミットメント、関与、説明責任（「特性：モチベーションと機会 Characteristics: Motivation and Opportunity」を参照）は、実装の成功に大きな影響を及ぼします<sup>[2]</sup> <sup>[3]</sup> <sup>[4]</sup>。リーダーの全面的な支援がなければ、実装は失敗に終わります<sup>[5]</sup>。コミットメントと積極的な関心という形でのリーダーによる支援は、実装風土の強化につながり、さらには実装の有効性に関連します。この関連は、実装のためにユーザーが協働する必要があるほど強くなります<sup>[2]</sup> <sup>[6]</sup>。コミットメントのあるリーダーは、イノベーションが定着するまでの間、しばしば避けられない生産性の低下に対して時間を割くための経営的忍耐力（短期的な視点ではなく長期的な視点）を持ち<sup>[2]</sup>、対人関係のチャネルを通じて、またイノベーションの実装に関連する規範（「内的セッティング：文化：学習中心性 Inner Setting: Culture: Learning-Centeredness」を参照）をモデル化することによって、他の個人を説得するのに役立つ重要なパイプ役になります<sup>[7]</sup>。リーダーは、ネットワークの構築（「内的セッティング：関係性のつながり Inner Setting: Relational Connections」を参照）、資源を確保するための交渉（「内的セッティング：利用可能な資源 Inner Setting: Available Resources」を参照）、時間配分（「特性：機会 Characteristics: Opportunity」を参照）と優先順位の設定（「内的セッティング：相対的優先度 Inner Setting: Relative Priority」を参照）において重要です。

中間管理職レベルのマネージャーは、ハイレベルリーダーの戦略的決定と、実装を実行しイノベーションの提供を達成しなければならない人々との間をつなぐ重要な役割を担う存在です<sup>[8]</sup> <sup>[9]</sup>。中間レベルリーダーには、多くの場合、実装の取り組みを率いる臨床リーダー<sup>[10]</sup>、および / または実装リーダーや実装に携わる他の関係者の直属の上司が含まれます。中間レベルリーダーは、内的セッティングにおけるハイレベルな戦略と日々の活動を調整するスキルや、イノベーションとその実装に関連する情報を拡散し、売り込み、統合するスキル（「特性：能力 Characteristics: Capability」を参照）を持つことで、その役割が支持されます<sup>[8]</sup>。このようなリーダーは、実装を支援することが自分自身の内的セッティングの目標の達成に役立つと考え（「内的セッティング：使命との一致 Inner Setting: Mission Alignment」を参照）、また自分が実装に関する議論に参加していると感じれば、実装を支援する可能性が高くなります<sup>[3]</sup>。

ダーや実装に携わる他の関係者の直属の上司が含まれます。中間レベルリーダーは、内的セッティングにおけるハイレベルな戦略と日々の活動を調整するスキルや、イノベーションとその実装に関連する情報を拡散し、売り込み、統合するスキル（「特性：能力 Characteristics: Capability」を参照）を持つことで、その役割が支持されます<sup>[8]</sup>。このようなリーダーは、実装を支援することが自分自身の内的セッティングの目標の達成に役立つと考え（「内的セッティング：使命との一致 Inner Setting: Mission Alignment」を参照）、また自分が実装に関する議論に参加していると感じれば、実装を支援する可能性が高くなります<sup>[3]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

関連する可能性のある量的尺度に関する情報は、「ハイレベルリーダー High-level Leaders」を参照。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Kirk, M. A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S. A., Abadie, B., & Damschroder, L. (2015). A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*, 11(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z>.
2. Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S. (2001). Implementing computerized technology: An organizational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 811-824.
3. Meyers, P. W., Sivakumar, K., & Nakata, C. (1999). Implementation of Industrial Process Innovations: Factors, Effects, and Marketing Implications. *Journal of Product Innovation Management*, 16(3), 295-311. <https://doi.org/10.1111/1540-5885.1630295>.
4. VanDeusen Lukas, C., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I. E., Shwartz, M., & Charns, M. P. (2007). Transformational change in health care systems: An organizational model. *Health Care*

Management Review, 32(4), 309-320.  
<https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000296785.29718.5d>

5. Repenning, N. P. (2002). A Simulation-Based Approach to Understanding the Dynamics of Innovation Implementation. *Organization Science*, 13(2), 109-127.  
<https://doi.org/10.1287/orsc.13.2.109.535>

6. Helfrich, C. D., Weiner, B. J., McKinney, M. M., & Minasian, L. (2007). Determinants of implementation effectiveness: Adapting a framework for complex innovations. *Med Care Res Rev*, 64(3), 279-303.

7. Leeman, J., Baernholdt, M., & Sandelowski, M. (2007). Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice. *J Adv Nurs*, 58(2), 191-200.

8. Birken, S., Clary, A., Tabriz, A. A., Turner, K., Meza, R., Zizzi, A., Larson, M., Walker, J., & Charns, M. (2018). Middle managers' role in implementing evidence-based practices in healthcare: A systematic review. *Implementation Science*, 13(1), 149.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-018-0843-5>

9. Birken, S. A., & Currie, G. (2021). Using organization theory to position middle-level managers as agents of evidence-based practice implementation. *Implementation Science*, 16(1), 37.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-021-01106-2>

10. Ilott, I., Gerrish, K., Booth, A., & Field, B. (2012). Testing the Consolidated Framework for Implementation Research on health care innovations from South Yorkshire: Testing the CFIR on health care innovations. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, n/a-n/a.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01876.x>

## C

# オピニオンリーダー Opinion Leaders

他者の態度や行動に非公式な影響力を持つ個人。

## 詳細な説明

オピニオンリーダーは、イノベーションの実装や提供に関与する人々の態度や行動に、非公式な影響力を持ちます<sup>[1][2][3]</sup>。Waltzらは、オピニオンリーダーへの情報提供が、参加した実装専門家によって5番目に多く推奨された実装戦略であったという研究について報告しています<sup>[4]</sup>。

初版CFIRは、オピニオンリーダーが強い悪影響または好影響を与えることを認め、この役割をさらに詳しく説明しています<sup>[5]</sup>。オピニオンリーダーの役割と定義はさまざま複雑です。Locockらは、オピニオンリーダーには専門家(experts)とピア(peers)(訳者注: ピアとは、立場や専門性、経験などが同等である人々を指します。この場合、同じ専門職グループや組織内で対等な立場にある同僚・仲間を意味します)という二つのタイプがあることを強調しています<sup>[5]</sup>。専門家のオピニオンリーダーは、権威や地位を通じて影響力を行使します(「特性: 機会 Characteristics: Opportunity」を参照)<sup>[2]</sup>。一方、ピアのオピニオンリーダーは、その代表性と信頼性によって影響力を行使します<sup>[2]</sup>。実装ファシリテーターやリーダーは、社会システムの中で、オピニオンリーダーを普及(diffusion)活動の「補佐官(lieutenants)」として利用することがあります<sup>[3]</sup>。オピニオンリーダーは、専門のチェンジ・エージェントとみなされるようになると、仲間からの尊敬を失う可能性があります<sup>[3][6]</sup>。保健医療専門職の行動改善に関するランダム化比較試験のレビューによると、オピニオンリーダーがイノベーションの実施を促進する効果は-6%から+25%とばらつきがあります<sup>[7]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

本構成概念の量的な測定について: Dorseyらは、実装に関する尺度のシステムティック・レビューで5つの尺度を特定しました<sup>[8]</sup>。尺度の質に関するPAPERSの基準を用いて、-9点から+36点の範囲で評価したところ<sup>[9]</sup>、3つ(60%)の尺度は採点

できず、1つは0点、もう1つは2点でした。結果として、質の高い尺度を継続的に開発する必要性が示されています。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

- Flodgren, G., Parmelli, E., Doumit, G., Gattellari, M., O'Brien, M. A., Grimshaw, J., & Eccles, M. P. (2011). Local opinion leaders: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000125.pub4>.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 82(4), 581-629.
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations*: 5th ed. Free Press.
- Waltz, T. J., Powell, B. J., Fernández, M. E., Abadie, B., & Damschroder, L. J. (2019). Choosing implementation strategies to address contextual barriers: Diversity in recommendations and future directions. *Implementation Science*, 14(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0892-4>.
- Locock, L., Dopson, S., Chambers, D., & Gabbay, J. (2001). Understanding the role of opinion leaders in improving clinical effectiveness. *Social Science & Medicine*, 53(6), 745-757. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00387-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00387-7).
- Rogers, L., De Brún, A., & McAuliffe, E. (2020). Defining and assessing context in healthcare implementation studies: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 591. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05212-7>.
- Doumit, G., Gattellari, M., Grimshaw, J., & O'Brien, M. A. (2007). Local opinion leaders: Effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000125. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000125.pub3>
- Dorsey, C. N., Mettert, K. D., Puspitasari, A. J., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). A systematic review of measures of implementation players and processes: Summarizing the dearth of psychometric evidence. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110024. <https://doi.org/10.1177/26334895211002474>.
- Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.

## D

# 実装ファシリテーター Implementation Facilitators

実装を援助、コーチング、または支援する、専門知識を有する個人。

## 詳細な説明

実装ファシリテーターは、専門的な知識を持ち、実装を援助、指導、コーチング、または支援する人のことです<sup>[1]</sup>。初版 CFIR は、PARiHS フレームワークではファシリテーターはタスク指向型と総合型があり、後者のアプローチが前者よりも高く評価されている、と詳述しています<sup>[2]</sup>。理想的には、「適切に準備されたファシリテーターの役割は、一緒に働くチームと共に、個人とチームの学習ニーズを満たす変革のプログラムを構築することです」<sup>[3]</sup>。実装ファシリテーターには、実装リーダーやチームにガイダンスを提供するあらゆる個人が含まれます<sup>[4] [5]</sup>。実装ファシリテーターは、実装全体を通じて重要な役割を果たすことができ、イノベーションの意思決定に公式な影響を与えたり、望ましい方向へ導くよう促したりします。外部のファシリテーターは、通常、組織変革の科学に関する技術分野、または組織に導入されようとしている技術に関する専門的な研修を受けています<sup>[4]</sup>。この役割には、多地点イノベーション研究を実施する外部の研究者や、外的セッティングから正式に任命された他の個人、例えば企業や地域事務所のファシリテーターや雇われたコンサルタントなどが含まれます。強力な実装ファシリテーターは、共感性、好奇心、コミットメント、批判的思考、公平性の推進といった特性を持ち<sup>[6]</sup>、関係構築、プロセスの変更、継続的学習のための知識とスキルの伝達、計画と指導、人／プロセス／アウトカムの評価（「特性 Characteristics」を参照）という 5 つの包括的な分野におけるスキルを有しています<sup>[4]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

- Smith, S. N., Liebrecht, C. M., Bauer, M. S., & Kilbourne, A. M. (2020). Comparative effectiveness of external vs blended facilitation on collaborative care model implementation in slow - implementer community practices. *Health Services Research*, 55(6), 954-965. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13583>.
- Rycroft-Malone, J., Kitson, G., Harvey, B., McCormack, K., Seers, A. T., & C. Estabrooks. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. (Viewpoint). *Quality and Safety in Health Care*, 11(2), 174-180.
- Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., & Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARiHS framework: Theoretical and practical challenges. *Implement Sci*, 3(1), 1.
- Ritchie, M. J., Parker, L. E., & Kirchner, J. E. (2020). From novice to expert: A qualitative study of implementation facilitation skills. *Implementation Science Communications*, 1(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00006-8>.
- Solberg, L. I., Kuzel, A., Parchman, M. L., Shelley, D. R., Dickinson, W. P., Walunas, T. L., Nguyen, A. M., Fagnan, L. J., Cykert, S., Cohen, D. J., Balasubramanian, B. A., Fernald, D., Gordon, L., Kho, A., Krist, A., Miller, W., Berry, C., Duffy, D., & Nagykaldi, Z. (2021). A Taxonomy for External Support for Practice Transformation. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 34(1), 32-39. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.01.200225>
- Metz, A., Louison, L., Burke, K., & Ward, C. (2020). Implementation Support Practitioner Profile: Guiding principles and core competencies for implementation practice (p. 18). National Implementation Research Network. <https://nirm.fpg.unc.edu/resources/implementation-support-practitioner-profile>.

E

# 実装リーダー

## Implementation Leads

イノベーションを実装するための取り組みを主導する個人。

### 詳細な説明

実装リーダーは、例えばイノベーションの実施を改善するなどの草の根（ボトムアップ）の取り組みから、自然に生まれることもあります<sup>[1] [2]</sup>。あるいは、トップダウンの割り当てによって実装リーダーを特定することもあります。Ilottらは、そのクロスケース比較研究において、実装の「推進者は誰も」公式に任命されなかったが、最終的にはその役割を引き受けた人がいたことを発見しました<sup>[3]</sup>。自発的にリーダーを務める人の方が、その役割を割り当てられた人よりも効果的である可能性があります<sup>[1]</sup>。

「実装リーダー」という用語は、実装の取り組みを主導する個人に焦点を当てるために使用されます。このような個人は、コーディネーター、プロジェクトマネージャー、チームリーダー、またはその他の同様の責任を担います。これらのリーダーは、その役割に専念するための時間を割り当てる場合もあれば、そうでない場合もあります。（「特性：機会 Characteristics: Opportunity」を参照）。「チャンピオン」という用語は、実装を主導する人を表すために使用されることがあります<sup>[4]</sup>。この場合、チャンピオンの役割と、リストアップされた実装の役割の多くで示すことができるチャンピオンの行動（championing）とを区別することが重要です（「特性：モチベーション Characteristics: Motivation」を参照）。実装リーダーは、批判的思考、影響力、モチベーション、粘り強さ、誠実性、交渉力、参加型リーダーシップスタイル、問題解決能力といったプロジェクト管理スキルがあることが有益です（「特性 Characteristics」を参照）<sup>[5] [6]</sup>。

初版CFIRは、この役割についてさらに詳しく述べ、理想的には、実装リーダーは、イノベーションによって組織内に生じる可能性のある無関心や抵抗を克服し、「実装を」支援し、マーケティングし、「[実装]の推進」に専念する<sup>[7]</sup>、と指摘しています。理想的には、実装リーダーは、実装の目標を達成するために、高い情熱、創造性、リスクをとる意欲をもたらします（「特性 Characteristics」を参照）<sup>[8]</sup>。実装リーダーが実装アウトカムに果たす役割については、強い支持から中程度の支持まであります<sup>[4] [7] [9] [10]</sup>が、より最近のレビューではその影響はまちまちであることが判明しています<sup>[11]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

本構成概念の量的測定について：実装に関する尺度のシステムティック・レビューにおいて、Dorseyらは尺度を特定できませんでした（検索用語には、実装リーダー implementation leader、コーディネーター coordinator、プロジェクトマネージャー project manager、チームリーダー team leader が含まれる）が、チャンピオンに関する5つの尺度を特定しました（検索用語には、チャンピオン champion、変革リーダー transformational leader、運動家 campaigner、プロモーター promoter、推進者 proponent、支援者 supporter が含まれる）<sup>[12]</sup>。尺度の質に関するPAPERSの基準を用いて、-9点から+36点の範囲で評価したところ<sup>[13]</sup>、3つのチャンピオン尺度が評価可能で、スコアは-1点から+5点でした。結果として、質の高い尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Bonawitz, K., Wetmore, M., Heisler, M., Dalton, V. K., Damschroder, L. J., Forman, J., Allan, K. R., & Moniz, M. H. (2020). Champions in context: Which attributes matter for change efforts in healthcare? *Implementation Science*, 15(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01024-9>.
2. Damschroder, L. J., Banaszak-Holl, J., Kowalski, C. P., Forman, J., Saint, S., & Krein, S. L. (2009). The role of the champion in infection prevention: Results from a multisite qualitative study. *Quality & Safety in Health Care*, 18(6), 434-440. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.034199>.
3. Ilott, I., Gerrish, K., Booth, A., & Field, B. (2012). Testing the Consolidated Framework for Implementation Research on health care innovations from South Yorkshire: Testing the CFIR on health care innovations. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01876.x>

4. Miech, E. J., Ratray, N. A., Flanagan, M. E., Damschroder, L., Schmid, A. A., & Damush, T. M. (2018). Inside help: An integrative review of champions in healthcare-related implementation. *SAGE Open Medicine*, 6, 205031211877326. <https://doi.org/10.1177/2050312118773261>.
5. Barron, M., & Barron, A. (n.d.-a). Project Management Areas of Expertise. In Project Management. sue. Retrieved March 23, 2022, from <https://cnx.org/contents/XpF315mY@11.6:nDfs3nk@2/Project-Management-Areas-of-Expertise>.
6. Müller, R., & Turner, R. (2010). Leadership competency profiles of successful project managers. *International Journal of Project Management*, 28(5), 437-448. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2009.09.003>.
7. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.
8. Maidique, M. A. (1980). Entrepreneurs, champions and technological innovation. *Sloan Management Review*, 21, 59-76.
9. Helfrich, C. D., Weiner, B. J., McKinney, M. M., & Minasian, L. (2007). Determinants of implementation effectiveness: Adapting a framework for complex innovations. *Med Care Res Rev*, 64(3), 279-303.
10. Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations*: 5th ed. Free Press.
11. Santos, W. J., Graham, I. D., Lalonde, M., Demery Varin, M., & Squires, J. E. (2022). The effectiveness of champions in implementing innovations in health care: A systematic review. *Implementation Science Communications*, 3(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00315-0>.
12. Dorsey, C. N., Mettert, K. D., Puspitasari, A. J., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). A systematic review of measures of implementation players and processes: Summarizing the dearth of psychometric evidence. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110024.
13. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.

F

# 実装チームメンバー Implementation Team Members

イノベーションを実装するために、実装リーダーと協働し、支援する個人  
(理想的にはイノベーションの提供者と受益者を含みます)。

## 詳細な説明

実装チームメンバーには、実装に直接または間接的に参加し、実装リーダーを支援する個人が含まれます。実装チームは、実装において重要な役割を果たすことができる<sup>[1] [2] [3] [4]</sup>と考えられますが、これは実装リーダー単独では効果的でないためです<sup>[5]</sup>。初版CFIRは、イノベーションを実装する（または「最初のユーザー」になる）チームメンバーの主体的関与は、実装においてしばしば見落とされがちな部分であり、実装チームには理想的には提供者と受益者が含まれると述べています。実装チームメンバーは、慎重かつ思慮深く選ばれるか、あるいはボランティアとして参加することを丁重に奨励されることが重要です<sup>[6] [7] [8]</sup>（「実装プロセス：チーム構築 Implementation Process: Teamming」および「エンゲージング Engaging」を参照）。「適材適所」<sup>[9]</sup>の好影響は強く、不適切な人材を配置したり、チーム内の重要な人物を主体的に関与させる重要な機会を逃したりすると、実装の成功に悪影響を及ぼす可能性があります。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせまでご連絡ください。

## References

1. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41–54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>
2. Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The Challenge of Innovation Implementation. The Academy of Management Review, 21(4), 1055–1080.
3. Means, A. R., Kemp, C. G., Gwayi-Chore, M.-C., Gimbel, S., Soi, C., Sherr, K., Wagenaar, B. H., Wasserheit, J. N., & Weiner, B. J. (2020). Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in low- and middle-income countries: A systematic review. Implementation Science, 15(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0977-0>
4. Sue Dopson, & Louise Fitzgerald. (2006). The active role of context. In S. Dopson & L. Fitzgerald (Eds.), Knowledge to action? Evidence-based health care in context (p. 223). Oxford University Press.
5. Miech, E. J., Rattray, N. A., Flanagan, M. E., Damschroder, L., Schmid, A. A., & Damush, T. M. (2018). Inside help: An integrative review of champions in healthcare-related implementation. SAGE Open Medicine, 6, 205031211877326. <https://doi.org/10.1177/2050312118773261>.
6. Edmondson, A. C., Bohmer, R. M., & Pisano, G. P. (2001). Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals. Administrative Science Quarterly, 46(4), 685–716.
7. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. Milbank Q. 82(4), 581–629.
8. Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., & Needham, D. M. (2008). Translating evidence into practice: A model for large scale knowledge translation. 337(oct06\_1), a1714. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1714>.
9. Collins, J. (2009). Good to Great—(Why Some Companies Make the Leap and others Don't). NHRD Network Journal, 2(7), 102–105. <https://doi.org/10.1177/0974173920090719>.



# その他の実装支援 Other Implementation Support

イノベーションを実装するために、実装リーダーおよび／または実装チームメンバーを支援する個人。

## 詳細な説明

実装における他の重要な役割には、実装リーダーやチームメンバーの実装を支援する個人が含まれます。これらの個人は、情報技術 IT、人的資源、契約などの技術的支援を提供するなど、さまざまな機能を果たすことができます。また、内的セッティング間の関係構築を支援するインテグレーターも含まれます<sup>[1]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41–54.  
<https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>

# H

# イノベーションの提供者 Innovation Deliverers

イノベーションを直接的または間接的に提供する個人。

## 詳細な説明

Dy ら<sup>[1]</sup>は、管理者、臨床家、その他（内的セッティングの内外で）イノベーションを提供する、またはその提供を支援する者を（これらの個人に）含めています。提供者は、イノベーションの提供に加えて、実装チームメンバー、オピニオンリーダー、実装リーダーなど、複数の役割を果たすことができるため<sup>[2]</sup>、この役割の概念化の指針として、公表されている「CFIR アウトカムに関する付録 CFIR Outcomes Addendum」を使用することが強く推奨されます。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41–54.  
<https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>
2. Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Opra Widerquist, M. A., & Lowery, J. (2022). Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): The CFIR Outcomes Addendum. Implementation Science, 17(1), 7.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-021-01181-5>

## I

# イノベーションの受益者 Innovation Recipients

イノベーションを直接または間接的に受ける個人。

## 詳細な説明

イノベーションの受益者には、イノベーションの実装によって恩恵を受けると予想されるすべての人々が含まれます。受益者のニーズ（「実装プロセス：ニーズの評価 Implementation Process: Assessing Needs」を参照）を優先させるために、受益者を中心に据えることが大切です（「内的セッティング：文化：受益者中心性 Inner Setting: Culture-Recipient-centeredness」を参照）<sup>[1] [2]</sup>。受益者の種類には、地域の医療従事者、アウトリーチ・チーム、看護師、コミュニティ内の地域住民<sup>[3]</sup>、学校の教師、保護者、生徒、給食スタッフ<sup>[4] [5] [6]</sup>、あるいは農業従事者や農業における普及サービス従事者<sup>[7]</sup>が含まれますが、これらに限定されません。「イノベーションの受益者（Innovation Recipients）」に使われる他の用語には、「消費者（consumer）」や「顧客（clients）」などがあります。イノベーションの受益者は、イノベーションを実装するための目標と焦点によって決定されます。

初版 CFIR は、保健医療において、研究成果の採用や実装に関する多くの理論が患者（受益者）の特性を考慮することの重要性を認めている、と述べています<sup>[8] [9] [10]</sup>。受益者は、イノベーションの受領に加えて実装チームメンバーなどの複数の役割を果たすことがあるため<sup>[11]</sup>、ユーザーはこの役割の概念化の指針として、公表されている「CFIR アウトカムに関する付録 CFIR Outcomes Addendum」を使用することが強く推奨されます。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

- Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation

Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41-54.  
<https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>

- Godbee, K., Gunn, J., Lautenschlager, N. T., & Palmer, V. J. (2020). Refined conceptual model for implementing dementia risk reduction: Incorporating perspectives from Australian general practice. Australian Journal of Primary Health, 26(3), 247. <https://doi.org/10.1071/PY19249>.
- Naidoo, N., Zuma, N., Khosa, N. S., Marincowitz, G., Railton, J., Matlakala, N., Jobson, G. A., Igumbor, J. O., McIntyre, J. A., Struthers, H. E., & Peters, R. P. H. (2018). Qualitative assessment of facilitators and barriers to HIV programme implementation by community health workers in Mopani district, South Africa. PLOS ONE, 13(8), e0203081. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203081>.
- Norman, Å., Nyberg, G., Elinder, L. S., & Berlin, A. (2015). One size does not fit all—qualitative process evaluation of the Healthy School Start parental support programme to prevent overweight and obesity among children in disadvantaged areas in Sweden. BMC Public Health, 16(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2701-1>.
- Okamoto, S. K., Helm, S., Chin, S. K., Hata, J., Hata, E., & Okamura, K. H. (2020). The implementation of a culturally grounded, school - based, drug prevention curriculum in rural Hawai'i. Journal of Community Psychology, 48(4), 1085-1099. <https://doi.org/10.1002/jcop.22222>
- Tabak, R. G., & Moreland-Russell, S. (2015). Food Service Perspectives on National School Lunch Program Implementation. Health Behavior and Policy Review, 2(5), 362-371. <https://doi.org/10.14485/HBPR.2.5.4>
- Tinc, P. J., Gadomski, A., Sorensen, J. A., Weinehall, L., Jenkins, P., & Lindvall, K. (2018). Applying the Consolidated Framework for implementation research to agricultural safety and health: Barriers, facilitators, and evaluation opportunities. Safety Science, 107, 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2018.04.008>.
- Feldstein, A. C., & Glasgow, R. E. (2008). A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. Jt Comm J Qual Patient Saf, 34(4), 228-243.
- Graham, I. D., & Logan, J. (2004). Innovations in knowledge transfer and continuity of care. Canadian Journal of Nursing Research, 36(2), 89-103.
- Rycroft-Malone, J., Kitson, G., Harvey, B., McCormack, K., Seers, A. T., & C. Estabrooks. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. (Viewpoint). Quality and Safety in Health Care, 11(2), 174-180.
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Opra Widerquist, M. A., & Lowery, J. (2022). Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): The CFIR Outcomes Addendum. Implementation Science, 17(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01181-5>.

# 特性（IV個人領域の下位領域）

COM-Bモデルや役割に特化した理論に基づき、プロジェクトの役割に適用される特性を文書化すること。

## 詳細な説明

この下位領域は、イノベーションの実装、提供、および／または受領に関する個人の特性が含まれます。これには、専門的なスキルや能力、自律性、関与のレベルに関する特性が含まれます<sup>[1] [2] [3]</sup>。一部のユーザーは、CFIRを「理論的領域フレームワーク Theoretical Domains Framework (TDF)」<sup>[4]</sup>と組み合わせて使用しています。このフレームワークは、「(前略) 膨大な数の行動変容理論を簡素化し統合することで、理論をより利用しやすくし、他の学問分野でも利用できるようにすること」を意図して開発されたものです<sup>[5]</sup>。TDFには、行動変容に関する84の構成概念が含まれており、14の領域に整理されています。TDFの領域は、COM-Bモデルと呼ばれるさらに高度に統合された表現にマッピングされています<sup>[6] [7]</sup>。COM-Bモデルは、行動理論家のコンセンサスと、意思的な行動のための特定の前提条件を定義する刑法の原則に基づいて、行動変容に関する主要な領域を認識するための簡略化されたシステムとして開発されました。更新された「特性」のうち3つは、このCOM-Bモデルに基づいています。COM-Bモデルは、能力 Capability (スキルなど)、機会 Opportunity (自律性など)、モチベーション Motivation (コミットメントなど) の広義の分類が行動を形成すると仮定しています<sup>[7]</sup>。より詳細な理論が必要な場合は、この広範な研究や他の個人レベルの行動変容科学者の研究（計画的行動理論 Theory of Planned Behavior<sup>[8]</sup>）や、社会生態学的理論 Social Ecological Theory<sup>[9]</sup>などを活用することをお勧めします。あるいは、ユーザーは、例えば、実装ファシリテーターや実装リーダーに関するファシリテーション理論<sup>[10] [11]</sup>やプロジェクト管理理論<sup>[12] [13]</sup>、ハイレベルや中間レベルリーダーに関するリーダーシップ理論<sup>[10] [11]</sup>など、役割に特化した理論を活用することもできます。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Ashok, M., Hung, D., Rojas-Smith, L., Halpern, M. T., & Harrison, M. (2018). Framework for Research on Implementation of Process Redesigns: Quality Management in Health Care, 27(1), 17–23. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000158>.
2. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41–54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>
3. Moretto, N., Comans, T. A., Chang, A. T., O'Leary, S. P., Osborne, S., Carter, H. E., Smith, D., Cavanagh, T., Blond, D., & Raymer, M. (2019). Implementation of simulation modelling to improve service planning in specialist orthopaedic and neurosurgical outpatient services. Implementation Science, 14(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0923-1>.
4. Birken, S. A., Powell, B. J., Presseau, J., Kirk, M. A., Lorencatto, F., Gould, N. J., Shea, C. M., Weiner, B. J., Francis, J. J., Yu, Y., Haines, E., & Damschroder, L. J. (2017). Combined use of the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) and the Theoretical Domains Framework (TDF): A systematic review. Implementation Science : IS, 12(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0534-z>.
5. Cane, J., O'Connor, D., & Michie, S. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. Implementation Science, 7(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>
6. Michie, S., Atkins, L., & West, R. (2014). The behaviour change wheel: A guide to designing interventions. Silverback.
7. Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Science : IS, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>.
8. Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. Psychology & Health, 26(9), 1113–1127. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>.
9. Stokols, D. (1996). Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community Health Promotion. American Journal of Health Promotion, 10(4), 282–298. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-10.4.282>.

10. Albers, B., Metz, A., & Burke, K. (2020). Implementation support practitioners – a proposal for consolidating a diverse evidence base. *BMC Health Services Research*, 20(1), 368. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05145-1>.

11. Metz, A., Louison, L., Burke, K., & Ward, C. (2020). Implementation Support Practitioner Profile: Guiding principles and core competencies for implementation practice (p. 18). National Implementation Research Network. <https://nirn.fpg.unc.edu/resources/implementation-support-practitioner-profile>.

12. Barron, M., & Barron, A. (n.d.-a). Project Management Areas of Expertise. In *Project Management*. sue. Retrieved March 23, 2022, from <https://cnx.org/contents/XpF315mY@11.6:nDfs3nk@2/Project-Management-Areas-of-Expertise>.

13. Müller, R., & Turner, R. (2010). Leadership competency profiles of successful project managers. *International Journal of Project Management*, 28(5), 437–448. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2009.09.003>.

# A

# ニーズ Need

イノベーションの実施または提供によって、個人の生存、健康・福祉、自己実現に関する不足や課題が解消される程度。

## 詳細な説明

目的、希望、およびニーズは、すべての構成概念について評価することが重要であり<sup>[1]</sup>（「実装プロセス：ニーズの評価 Implementation Process: Assessing Needs」を参照）、受益者および提供者のニーズに対する認識レベルは、実装の重要な決定要因です<sup>[2] [3]</sup>。保健医療の場において、患者のニーズを考慮することは、患者アウトカムを改善しようとする実装に不可欠です<sup>[4]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Breimaier, H. E., Heckemann, B., Halfens, R. J. G., & Lohrmann, C. (2015). The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): A useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. *BMC Nursing*, 14(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0088-4>.
2. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41-54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>
3. Godbee, K., Gunn, J., Lautenschlager, N. T., & Palmer, V. J. (2020). Refined conceptual model for implementing dementia risk reduction: Incorporating perspectives from Australian general practice. *Australian Journal of Primary Health*, 26(3), 247. <https://doi.org/10.1071/PY19249>.
4. Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press.

B

# 能力 Capability

個人が有する、「役割」を果たすための対人能力、知識、スキルの程度。

## 詳細な説明

Michie らは、心理的能力と身体的能力を能力 Capability に含めています<sup>[1]</sup>。役割を果たすための対人能力、知識、スキルは、実装を成功させるために重要です<sup>[2] [3]</sup>。実装やイノベーションに関する過去の経験は、能力の構築に役立ちます<sup>[4]</sup>。能力や学習スタイルなどの個人的な特性を含む能力は、研修戦略を調整する上で重要です<sup>[5] [6]</sup>。

初版 CFIR では、イノベーションの有効性を判断する個人の能力は、そのイノベーションの実施を正当化する基本原則を理解することによって高まる、と詳しく説明しています<sup>[7]</sup>。イノベーションを熟練して実施・提供できることは、効果的な実装のための重要なアウトカム指標です<sup>[8]</sup>が、熟練度の評価もまた、実装の重要な決定要因となり得ます。決定要因とアウトカムの微妙ながら重要な違いについて、詳細は「CFIR アウトカムに関する付録」をご参照ください<sup>[9]</sup>。能力は、実装の質と持続可能性の見込みを評価するために、個人およびサブグループのレベルで評価することが重要です。個人にとってイノベーションの実施が必要となる前に、例えば研修（「内的セッティング：知識や情報へのアクセス Inner Setting: Access to Knowledge and Information」を参照）を通じて、知識を得ることができなければ、拒絶や中止の可能性が高くなります<sup>[10]</sup>。知識を体系化し、文脈を超えて伝達することができれば、実装はより成功しやすくなります<sup>[6]</sup>。

自己効力感、つまり変化を起こすことができるという自らの能力に対する自信は、広く研究されており、個人の行動変容理論において最も一般的な尺度の一つです<sup>[11] [12] [13]</sup>。自分の能力に高い自信を持つ個人は、イノベーションを受け入れやすく、障害に直面しても積極的にイノベーションを実施する可能性が高くなります。イノベーションを実施する能力に自信がなかったり、初期段階で失敗を経験したりすると、困難に直面したときに継続する意欲がなくなってしまう可能性があります<sup>[12]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガ

イドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Stanick らは、実装に関する尺度のシステムティック・レビューで、イノベーションに関する知識と信念の 104 の尺度と 28 の下位尺度、および自己効力感の 24 の尺度と 16 の下位尺度を特定しました<sup>[14]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9 点から +36 点の範囲で評価したところ<sup>[15]</sup>、「テキサスクリスチャン大学プログラムトレーニングニーズ調査 Texas Christian University Program Training Needs Survey」<sup>[16]</sup>は、知識と信念に関して、最高スコア 36 点中 13 点という最高得点を獲得しました。「カウンセラー活動自己効力感尺度 The Counselor Activity Self-Efficacy Scales (CASES)」<sup>[17]</sup>は、自己効力感について PAPERS の最高スコアである 15 点を獲得しました。結果として、質の高い尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science : IS*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>.
2. Ashok, M., Hung, D., Rojas-Smith, L., Halpern, M. T., & Harrison, M. (2018). Framework for Research on Implementation of Process Redesigns: Quality Management in Health Care, 27(1), 17-23. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000158>.
3. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41-54. [https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121\\_06309.f9](https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121_06309.f9)
4. King, E. S., Moore, C. J., Wilson, H. K., Harden, S. M., Davis, M., & Berg, A. C. (2019). Mixed methods evaluation of implementation and outcomes in a community-based cancer prevention intervention. *BMC Public Health*, 19(1), 1051. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7315-y>.
5. Barwick, M., Barac, R., Kimber, M., Akrong, L., Johnson, S. N., Cunningham, C. E., Bennett, K.,

Ashbourne, G., & Godden, T. (2020). Advancing implementation frameworks with a mixed methods case study in child behavioral health. *Translational Behavioral Medicine*, 10(3), 685-704.  
<https://doi.org/10.1093/tbm/ibz005>.

6. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.

7. Rogers, E. (2003). Diffusion of innovations: 5th ed. Free Press.

8. Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The Challenge of Innovation Implementation. *The Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.

9. Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Opra Widerquist, M. A., & Lowery, J. (2022). Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): The CFIR Outcomes Addendum. *Implementation Science*, 17(1), 7.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-021-01181-5>.

10. Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S. (2001). Implementing computerized technology: An organizational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 811-824.

11. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.

12. US DHHS-National Cancer Institute. (2005). Theory at a Glance: A guide for health promotion practice 2nd Edition.  
<https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/theory.pdf>

13. Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. *Milbank Q*, 85(1), 93-138.

14. Stanick, C. F., Halko, H., Mettert, K., Dorsey, C., Moullin, J., Weiner, B., Powell, B., & Lewis, C. C. (2021). Measuring characteristics of individuals: An updated systematic review of instruments' psychometric properties. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110004.  
<https://doi.org/10.1177/26334895211000458>.

15. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373.  
<https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.

16. Simpson, D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 171-182.

17. Lent, R. W., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (2003). Development and validation of the Counselor Activity Self-Efficacy Scales. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 97-108.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.1.97>.

## C

# 機会 Opportunity

個人が、「役割」を果たすための十分な時間と余力、責任範囲、権限を有している程度。

## 詳細な説明

Michie らは、機会を「その行動を可能にしたり促したりする個人の外部にあるすべての要因」と広義に定義しています<sup>[1]</sup>。更新版 CFIR におけるこの構成概念に関するテーマは、内的セッティングでのイノベーションの実装と提供に特化したものであり、スタッフが利用可能であること、役割を果たすための十分な時間配分、自律性、管理などが含まれます<sup>[2]</sup> <sup>[3]</sup> <sup>[4]</sup> <sup>[5]</sup>。内的セッティングから個人へ提供される支援の質は、実装と正の関連にあります<sup>[6]</sup>。

初版 CFIR では、この構成概念についてさらに詳しく説明しています。組織による時間配分は、「機会」の重要な構成要素です。実装に主体的に関与する個人は、他の職務の合間に時間を割くよりも、専念できる時間を確保した方が効果的です<sup>[7]</sup>。キーパーソンが時間とエネルギーを捧げ、イノベーションを実装し、提供するための取り組みにおいて、組織から権限を与えられ、支援されている場合、実装はより効果的となります<sup>[7]</sup> <sup>[8]</sup> <sup>[9]</sup>。しかし、内的セッティングには、意図しない影響を与えることなくイノベーションを実装するために、通常の業務に加えて時間を「捻出する」ことを可能にする「ゆとりのある資源」（「内的セッティング：作業インフラ Inner Setting: Work Infrastructure」を参照）があるかもしれません。理想的には、リーダーは、組織のルール、手順、およびシステムから自律して活動できるように、イノベーションの提供者、実装リーダー、およびチームに権限を与え、彼らが既存の問題に独創的な解決策を構築し、組織の他のメンバーからの支援を得られるようにします。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science : IS*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>.
2. Ashok, M., Hung, D., Rojas-Smith, L., Halpern, M. T., & Harrison, M. (2018). Framework for Research on Implementation of Process Redesigns: Quality Management in Health Care, 27(1), 17-23. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000158>.
3. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41-54. [https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121\\_06309.f9](https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121_06309.f9)
4. Means, A. R., Kemp, C. G., Gwayi-Chore, M.-C., Gimbel, S., Soi, C., Sherr, K., Wagenaar, B. H., Wasserheit, J. N., & Weiner, B. J. (2020). Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in low- and middle-income countries: A systematic review. *Implementation Science*, 15(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0977-0>
5. Moretto, N., Comans, T. A., Chang, A. T., O'Leary, S. P., Osborne, S., Carter, H. E., Smith, D., Cavanagh, T., Blond, D., & Raymer, M. (2019). Implementation of simulation modelling to improve service planning in specialist orthopaedic and neurosurgical outpatient services. *Implementation Science*, 14(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0923-1>.
6. Ovreteit, J. (2002). Quality collaboratives: Lessons from research. *Quality and Safety in Health Care*, 11(4), 345-351. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.4.345>.
7. Feldstein, A. C., & Glasgow, R. E. (2008). A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 34(4), 228-243.
8. Brach, C., N. Lenfestey, A. Roussel, J. Amoozegar, & A. Sorensen. (2008). Will It Work Here? A Decisionmaker's Guide to Adopting Innovations. Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ).
9. Fixsen, D. L. (2007). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.

## D

# モチベーション

## Motivation

個人が「役割」を果たすためにコミットしている程度。

### 詳細な説明

モチベーションには、行動を活性化し、方向づける脳のプロセス<sup>[1]</sup>と、知的および／または感情的に行動方針に自らを結びつける行為であるコミットメントが含まれます<sup>[2]</sup>。この構成概念は、役割を果たすための個人のコミットメントが含まれます<sup>[3]</sup><sup>[4]</sup>。リーダーのコミットメントに関する認識は、初版CFIRでは内的セッティングの一部として捉えられていましたが、更新版CFIRでは、すべての個人の役割についてこのテーマを捉えることの重要性が認識されました。イノベーションの熱心な実施は、イノベーションに対する肯定的な感情的反応に反映されます<sup>[5]</sup>。Kleinらは、熱心な実施と迎合的な実施の評価に基づき、実装アウトカムを定義しています<sup>[5]</sup>。したがって、これらの概念を実装の決定要因、あるいは実装アウトカムとして明確に捉えるよう注意が必要があります。詳細は「CFIR アウトカムに関する付録 CFIR Outcomes Addendum」をご参照ください<sup>[6]</sup>。多くの場合、個人的な経験に基づく仲間から得た主観的な意見は説得力があり、熱意を生み出すのに役立ちます<sup>[7]</sup>。逆もまた真であり、能動的または受動的な抵抗という否定的な要因となることもあります<sup>[8]</sup><sup>[9]</sup>。新たに行動したことが肯定的に評価されるか否定的に評価されるかの程度によって、変化への意識が高まり、それが実際の変化の前触れとなります<sup>[10]</sup>。

以下の段落では、初版CFIRの個人レベルの構成概念が、新たな構成概念である「モチベーション」のテーマとして含まれていることについて、さらに詳しく説明します。

チャンピオン的行動(championing)は、モチベーションの重要な指標となり得ます<sup>[11]</sup><sup>[12]</sup>。このレベルのコミットメントを示す個人は、実装に積極的に関与し、イノベーションを強く信じているため、非公式な立場や評判を危険にさらすことといません<sup>[13]</sup>。このような高いコミットメントを示し、支持する行動は、役割の違いを超えて起こることがあります。例えば、提供者は、イノベーションを強く信じている人々からなる部門横断的な連携を擁護し育てることができる場合、そして自らそのイノベーションの利点を他の人々が完全に受け入れるように伝えることができる場合に、最も効果的に機能します。

変化の個々のステージは、個人が技術を習得し、熱心に、そして継続的にイノベーションを実施するに至るまでの段階を示します<sup>[14]</sup><sup>[15]</sup>。Prochaskaのトランスセオレティカル・モデルでは、変化のステージを、無関心期 pre-contemplation、関心期 contemplation、準備期 preparation、実行期 action、維持期 maintenance として特徴づけています<sup>[16]</sup>。Rogersのイノベーションの普及理論では、5つのステージが提示されています<sup>[17]</sup>。Grolらは、先行文献を統合し、10のサブステージを持つ5つのステージのモデルを記述しています<sup>[14]</sup>。

個人が自分の組織（内的セッティング）をどのように認識しているか、および内的セッティングとの関係やコミットメントは、実装の取り組みやイノベーションの実施に対する意欲に影響を及ぼす可能性があります<sup>[18]</sup><sup>[19]</sup><sup>[20]</sup><sup>[21]</sup>。組織のアイデンティティが個人にどの程度強く意識されるか（個人が組織とどの程度一体感を抱いているか）によって、イノベーションの実装や提供がさらに促進される可能性があります<sup>[22]</sup><sup>[23]</sup>。内的セッティングの中では、個人がイノベーションに対して抱く意義と上層部が伝える意義との間の整合性が、キーパーソンがイノベーションにコミットするかどうかに強く影響します<sup>[24]</sup>。例えば、リーダーシップが業績を向上させると信じているイノベーションが、医師の治療決定における自律性を脅かすものとして受け止められます。このような文脈における意味は、組織のネットワークを超えて議論することによって、修正され、調整される可能性があります<sup>[24]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加することによって、修正され、調整される可能性があります<sup>[24]</sup>。

### 量的な測定

モチベーションに関するテーマの量的な測定について：実装における個人の特性を評価するための尺度のシステムティック・レビューにおいて、Stanickらは、行動変容ステージに関する2つの尺度と、組織に対する個人の一体感の認識に関する7つの尺度

と3つの下位尺度を特定しました<sup>[25]</sup>。尺度の質に関するPAPERSの基準を用いて、-9点から+36点の範囲で評価したところ<sup>[26]</sup>、行動変容ステージについて採点できた尺度は1つだけであり、その尺度は36点中4点でした。「職場環境尺度 The Work Environment Scale」<sup>[27]</sup>は、組織との一体感に関してPAPERSの最高のスコアである7点を獲得しました。結果として、質の高い尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science* : IS, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>.
2. Cane, J., O'Connor, D., & Michie, S. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science*, 7(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>.
3. Ashok, M., Hung, D., Rojas-Smith, L., Halpern, M. T., & Harrison, M. (2018). Framework for Research on Implementation of Process Redesigns: Quality Management in Health Care, 27(1), 17-23. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000158>.
4. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41-54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>
5. Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The Challenge of Innovation Implementation. *The Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.
6. Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Opra Widerquist, M. A., & Lowery, J. (2022). Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): The CFIR Outcomes Addendum. *Implementation Science*, 17(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01181-5>.
7. Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., Goeschel, C. A., Needham, D. M., Sexton, J. B., Thompson, D. A., Lubomski, L. H., Marsteller, J. A., Makary, M. A., & Hunt, E. (2006). Creating high reliability in health care organizations. *Health Serv Res*, 41(4 Pt 2), 1599-1617.
8. Meyers, P. W., Sivakumar, K., & Nakata, C. (1999). Implementation of Industrial Process Innovations: Factors, Effects, and Marketing Implications. *Journal of Product Innovation Management*, 16(3), 295-311. <https://doi.org/10.1111/1540-5885.1630295>.
9. Saint, S., Christine P. Kowalski, Jane Banaszak-Holl, Jane Forman, Laura Damschroder, & Sarah L. Krein. (2009). How Active Resistors and Organizational Constipators Affect Health Care-Acquired Infection Prevention Efforts. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35(5), 239-246.
10. Gershon, R., Stone, P. W., Bakken, S., & Larson, E. (2004). Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 33-40.
11. Bonawitz, K., Wetmore, M., Heisler, M., Dalton, V., K., Damschroder, L. J., Forman, J., Allan, K. R., & Moniz, M. H. (2020). Champions in context: Which attributes matter for change efforts in healthcare? *Implementation Science*, 15(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01024-9>.
12. Miech, E. J., Rattray, N. A., Flanagan, M. E., Damschroder, L., Schmid, A. A., & Damush, T. M. (2018). Inside help: An integrative review of champions in healthcare-related implementation. *SAGE Open Medicine*, 6, 205031211877326. <https://doi.org/10.1177/2050312118773261>.
13. Schon, D. A. (1963). Champions for radical new inventions. *Harvard Business Review*, 41, 77-86.
14. Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. *Milbank Q*, 85(1), 93-138.
15. Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S. (2001). Implementing computerized technology: An organizational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 811-824.
16. Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*, 12(1), 38-48.
17. Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations*: 5th ed. Free Press.
18. Abraham, R. (2000). Organizational cynicism: Bases and consequences. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*, 126(3), 269-292.
19. Cummings, G. G., Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Wallin, L., & Hayduk, L. (2007). Influence of Organizational Characteristics and Context on Research Utilization. *Nursing Research*, 56(4), S24-S39. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000280629.63654.95>
20. Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., & Wallin, L. (2007). Predicting research use in nursing organizations: A multilevel analysis. *Nurs Res*, 56(4 Suppl), S7-23.
21. Greenberg, J. (1990). Organizational justice: Yesterday, today, and tomorrow. *Journal of Management*, 16(2), 399-432.
22. Pearce, C. L., & Ensley, M. D. (2004). A reciprocal and longitudinal investigation of the innovation process: The central role of shared vision in product and process innovation teams (PPITs). *Journal of Organizational Behavior*, 25(2), 259-278.
23. Smith, A. C., DW Organ, & JP Near. (1983). Organizational Citizenship Behavior: Its Nature and Antecedents. *Journal of Applied Psychology*, 68(4), 653-663.
24. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.
25. Stanick, C. F., Halko, H., Mettert, K., Dorsey, C., Moullin, J., Weiner, B., Powell, B., & Lewis, C. C. (2021). Measuring characteristics of individuals: An updated systematic review of instruments' psychometric properties. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110004. <https://doi.org/10.1177/26334895211000458>
26. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.
27. Insel, P. M., & Moos, R. H. (1974). *Work environment scale*. Consulting Psychologists Press.



# 実装プロセス領域

イノベーションを実装するための活動および戦略。

[イノベーションを実装するための実装プロセスのフレームワークやイノベーションを実装するための活動と戦略を文書化(記録)すること。その際、イノベーション(実装完了後も継続する「もの」)と、イノベーションを実装するために使用される実装プロセスや戦略(実装完了後に終了する活動)を区別する。]

## 詳細な説明

持続的な実装を目指すためのアプローチは多岐に渡ります<sup>[1]</sup>。活動はどのような順序でも達成できますが、「ダイナミック・サステナビリティ・フレームワーク Dynamic Sustainability Framework (訳者注:持続可能性のための動的なフレームワーク)」は、プロトコルに従って構造とプロセスを整えることに重点が置かれる実装の初期段階(問題解決やスタッフ配置など、イノベーションを最初に日々運用するための戦略やタスクなどの1次的な変更を含む)があり、そして、イノベーションが文脈により適合するよう、段階的に最適化を進める長期的な段階(新しいルーチンを確立すべく、より深く組み込んでいくプロセスに焦点を当ててチームが継続的に改善していく、2次的な変更を含む)がこれに続くのが理想とされています<sup>[2]</sup>。このアプローチにより、持続的な変化が確実なものとなります<sup>[3]</sup>。

初版 CFIR は、総合的品質管理 total quality management、統合ケア integrated care、複雑性理論 complexity theory、組織学習 organizational learning などの理論に基づいて、実装(または変化)の実践方法に関する理論をどう構築するかについて、詳しく説明しています<sup>[4]</sup>。本領域には、組織変革モデル全体に共通し、実装科学の進歩に沿った実装プロセスにおける重要な活動が含まれます。これらの活動は、ボトムアップの草の根的な取り組みからトップダウンの強制的な変革の取り組みに至るまで、公式または非公式に、幅広い形で達成されることがあります。多くの場合、変革は実装に向けてらせん状に、進んだり止まったりしながら、または段階的なアプローチで行われます<sup>[5]</sup>。これらの構成概念は、

段階的な試行と実装に対する「計画 - 実行 - 分析 - 行動(適応または中止) (PDSA : Plan-Do-Study-Act) アプローチ」を概ね反映しています<sup>[6] [7]</sup>。すなわち、計画 Planning、実行 Doing、振り返りと評価 Reflecting & Evaluating、そしてその評価に基づく適応 Adapting がこれに相当します。最初の実施から継続的な実施に至るまで、各活動を必要に応じて再検討、拡張、改良、再評価するのが理想です。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

本領域の量的な測定について: Dorsey らは、実装に関連する尺度のシステムティック・レビューで4つの尺度を特定しました<sup>[8]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9点から+36点の範囲で評価したところ<sup>[9]</sup>、「実装段階尺度 Implementation Phases Inventory」<sup>[10]</sup> のスコアが10点と最も高く、「退役軍人省の継続的品質改善実施度調査 Veterans Health Administration Continuous Quality Improvement Degree of Implementation Survey」<sup>[11]</sup> が9点と僅差で続きました。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Lennox, L., Maher, L., & Reed, J. (2018). Navigating the sustainability landscape: A systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implementation Science*, 13(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0707-4>.
2. Chambers, D. A., Glasgow, R. E., & Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework: Addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*, 8(1), 117.
3. Reed, J. E., Howe, C., Doyle, C., & Bell, D. (2018). Simple rules for evidence translation in complex systems: A qualitative study. *BMC Medicine*, 16(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1076-9>.
4. Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. *Milbank Q*, 85(1), 93-138.
5. Van de Ven, A. H., Polley, D. E., Garud, R., & Vandataraman, S. (1999). *The Innovation Journey*. Oxford University Press.
6. Institute for Healthcare Improvement. (2003). *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement* (Innovation Series 2003, p. 20). Institute for Healthcare Improvement.
7. Perla, R. J., Provost, L. P., & Parry, G. J. (2013). Seven Propositions of the Science of Improvement: Exploring Foundations. *Quality Management in Health Care*, 22(3), 170-186.
8. Dorsey, C. N., Mettert, K. D., Puspitasari, A. J., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). A systematic review of measures of implementation players and processes: Summarizing the dearth of psychometric evidence. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110024.
9. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.
10. Bradshaw, C. P., Debnam, K., Koth, C. W., & Leaf, P. (2009). Preliminary Validation of the Implementation Phases Inventory for Assessing Fidelity of Schoolwide Positive Behavior Supports. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 11(3), 145-160. <https://doi.org/10.1177/1098300708319126>.
11. Parker, V. A., Wubbenhorst, W. H., Young, G. J., Desai, K. R., & Charns, M. P. (1999). Implementing Quality Improvement in Hospitals: The Role of Leadership and Culture. *American Journal of Medical Quality*, 14(1), 64-69. <https://doi.org/10.1177/106286069901400109>

## A

チーミング  
Teaming

イノベーションを実装するために、互いに関係し合うタスクに対して関係者が意図的に調整・協働しながら取り組んでいる程度。

## 詳細な説明

研究者らは、チームの能力、社会的関係、チームワーク、および士気が、目標達成に重大な影響を及ぼすことを指摘しています（「個人：役割：実装チームメンバー Individuals: Role: Implementation Team Members」および「特性 Characteristics」を参照）<sup>[1] [2] [3] [4] [5]</sup>。これらは、Edmondsonのチーミングの概念に包含されています<sup>[2]</sup>。やる気のある個人が仕事の全部または大部分を行う「ヒーローモデル」に頼るのではなく、チームとして協働することが、持続的な変化のための重要な要素です<sup>[6] [7] [8]</sup>。Edmondsonは、チーミングの成熟度について、①チーミングの必要性が認識される、②個人がコミュニケーションをとる、③手順と引継ぎが調整される、④互いに影響し合う行動が展開される、⑤チームが振り返りのための時間と場を確保する、⑥心理的安全性が確保された空間でチーミングの考えが採用される、と説明しています<sup>[7]</sup>。

連携を築き、現場での合意形成のための議論（チーム構築における重要な活動）を行う戦略は、実装上の阻害要因に対処するために最もよく推奨される戦略です<sup>[9]</sup>。初版CFIRでは、どの役割も単独では機能せず、個人間の関係性が個人の役割や特性よりも重要となる可能性がある、との見解を示していました<sup>[10]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Chan, K. S., Hsu, Y.-J., Lubomski, L. H., & Marsteller, J. A. (2011). Validity and usefulness of members reports of implementation progress in a quality improvement initiative: Findings from the Team Check-up Tool (TCT). *Implementation Science*, 6(1), 115. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-115>.
2. Parker, A. L., Forsythe, L. L., & Kohlmorgen, I. K. (2019). TeamSTEPPS®: An evidence - based approach to reduce clinical errors threatening safety in outpatient settings: An integrative review. *Journal of Healthcare Risk Management*, 38(4), 19-31. <https://doi.org/10.1002/jhrm.21352>.
3. Rogers, L., De Brún, A., & McAuliffe, E. (2020). Defining and assessing context in healthcare implementation studies: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 591. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05212-7>.
4. Sarkies, M., Long, J. C., Pomare, C., Wu, W., Clay-Williams, R., Nguyen, H. M., Francis-Auton, E., Westbrook, J., Levesque, J.-F., Watson, D. E., & Braithwaite, J. (2020). Avoiding unnecessary hospitalisation for patients with chronic conditions: A systematic review of implementation determinants for hospital avoidance programmes. *Implementation Science*, 15(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01049-0>.
5. Spitzer-Shohat, S., Shadmi, E., Goldfracht, M., Key, C., Hoshen, M., & Balicer, R. D. (2018). Evaluating an organization-wide disparity reduction program: Understanding what works for whom and why. *PLOS ONE*, 13(3), e0193179. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193179>.
6. Doyle, C., Howe, C., Woodcock, T., Myron, R., Phekoo, K., McNicholas, C., Saffer, J., & Bell, D. (2013). Making change last: Applying the NHS institute for innovation and improvement sustainability model to
7. Edmondson, A. C. (2012). *Teaming: How organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy*. Jossey-Bass.
8. Miake-Lye, I. M., Delevan, D. M., Ganz, D. A., Mittman, B. S., & Finley, E. P. (2020). Unpacking organizational readiness for change: An updated systematic review and content analysis of assessments. *BMC Health Services Research*, 20(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4926-z>
9. Waltz, T. J., Powell, B. J., Fernández, M. E., Abadie, B., & Damschroder, L. J. (2019). Choosing implementation strategies to address contextual barriers: Diversity in recommendations and future directions. *Implementation Science*, 14(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0892-4>.
10. Plsek, P. E., & Wilson, T. (2001). Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *Bmj*, 323(7315), 746-749.

B

# ニーズの評価 Assessing Needs

人々の優先事項、好み、およびニーズに関する情報を収集している程度。

注：この構成概念は、「ニーズの評価」に関連するテーマのうち、「ニーズの評価」の下位概念（「イノベーションの提供者」「イノベーションの受益者」）に当てはまらないものについて、使用してください。

## 詳細な説明

実装プロセスを導くためにサービス受益者と提供者両方のニーズを評価することは、実装の成功<sup>[1]</sup><sup>[2]</sup>と、実装の公平性の重要な決定要因です。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Ashok, M., Hung, D., Rojas-Smith, L., Halpern, M. T., & Harrison, M. (2018). Framework for Research on Implementation of Process Redesigns: Quality Management in Health Care, 27(1), 17–23. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000158>.
2. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41–54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>

B-1

## イノベーションの提供者 Innovation Deliverers

イノベーションの実装と提供の指針となる、提供者の優先事項、好み、およびニーズに関する情報を収集している程度。

### 詳細な説明

提供者のニーズを評価することは、臨床医とスタッフの仕事と生活のウェルビーイングの向上を含む「クアドラブル（4重）の目標 Quadruple Aim」を促進します<sup>[1]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報があれば、こちらまでご連絡ください。

### References

1. Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *The Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576.  
<https://doi.org/10.1370/afm.1713>.

## B-2

# イノベーションの受益者

## Innovation Recipients

イノベーションの実装と提供の指針にするため、受益者の優先事項、好み、およびニーズに関する情報を収集している程度。

### 詳細な説明

受益者のニーズを評価することは、保健医療提供における患者中心のケアと患者の医療安全文化 (patient safety culture) を促進します<sup>[1]</sup>。このような評価は、例えば、Getting To OutcomesTM (GTO)<sup>[2]</sup> などの実装プロセスのフレームワークに含まれています。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & Safety in Health Care*, 12 Suppl 2, ii17-23.  
[https://doi.org/10.1136/ghc.12.suppl\\_2.ii17](https://doi.org/10.1136/ghc.12.suppl_2.ii17).
2. Wandersman, A., Imm, P., Chinman, M., & Kaftarian, S. (2000). Getting to outcomes: A results-based approach to accountability. *Evaluation and Program Planning*, 23(3), 389-395.  
[https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(00\)00028-8](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(00)00028-8)

## C

# 文脈の評価

## Assessing Context

イノベーションの実装・提供のために阻害要因および促進要因を特定し評価するための情報を収集している程度。

### 詳細な説明

文脈の評価は、実装科学の基本的なことであり<sup>[1]</sup> <sup>[2]</sup> <sup>[3]</sup> <sup>[4]</sup>、評価の手引きとして決定要因のフレームワークを活用することが理想とされます<sup>[2]</sup> <sup>[5]</sup> <sup>[6]</sup>。評価では、修正可能なものも変更不可能なものも含め、すべての重要な文脈的要因を考慮する必要があります。修正不可能な要因に対しては回避策を策定し、戦略は修正可能な要素に焦点を当てる事ができます（例：提供者のイノベーションに関する知識を高める）。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science: IS*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>.
2. Nilsen, P., & Bernhardsson, S. (2019). Context matters in implementation science: A scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC Health Services Research*, 19(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4015-3>.
3. Smith, J. D., Li, D. H., & Rafferty, M. R. (2020). The Implementation Research Logic Model: A method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implementation Science*, 15(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01041-8>.
4. Wierenga, D., Engbers, L. H., Van Empelen, P., Duijts, S., Hildebrandt, V. H., & Van Mechelen, W. (2013). What is actually measured in process evaluations for worksite health promotion programs: A systematic review. *BMC Public Health*, 13(1), 1190. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1190>.
5. Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Opra Widerquist, M. A., & Lowery, J. (2022). Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): The CFIR Outcomes Addendum. *Implementation Science*, 17(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01181-5>.
6. Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 53.

# D 計画 Planning

役割と責任を特定し、具体的な手順とマイルストーンを概説し、事前に実装の成功のための目標と評価指標を定義している程度。

## 詳細な説明

計画を立案することの基本的な目的は、集団および個人でもイノベーションを活用するための現場の能力を構築することによって、効果的な実装を促進するための行動の方向性をデザインすることです<sup>[1]</sup>。本構成概念には、緊急時対応の計画 contingency planning<sup>[2]</sup>、目標設定（設定した目標に向けた進捗状況のモニタリングについては「振り返りと評価 Reflecting and Evaluation」を参照）、および戦略の選択が含まれ、段階的な実装アプローチや試行を繰り返す文脈の中で行われます。

初版 CFIR では本構成概念について、イノベーションの複雑性の程度にかかわらず、単純で明確かつ詳細な実施計画、スケジュール、およびタスクの割り当てが、実装の成功に寄与する、と詳しく説明しています<sup>[3]</sup>。計画の具体的な手順は、組織および個人レベルでの変化を促進するために基盤として用いられる理論またはモデルに基づきます<sup>[4]</sup>。例えば、米国にある医療の質改善研究所 (IHI : Institute for Healthcare Improvement<sup>[5] [6]</sup>、Grol ら<sup>[7]</sup>、Glisson と Schoenwald<sup>[8]</sup> はいずれも、実装計画の基盤となる包括的なアプローチについて記述しています。しかしながら、これらの理論は、異なる文脈で開発されたため、(共通点もありますが) 異なる一連の活動を規定しています。Grol らは、社会的または組織的文脈のなかで行動を変えるための 14 の異なる理論体系をリスト化し<sup>[4]</sup>、Estabrooks らは、組織のイノベーションに関する 18 の異なるモデルをリスト化しています<sup>[9]</sup>。このように、計画の内容は、実装の導入に用いられる理論やモデル、および実装が行われる文脈によって異なります。

目標を設定し、進捗状況を追跡するための指標や尺度を特定することは、計画に不可欠な側面です<sup>[10] [11]</sup>。計画された尺度には、少なくとも各リーダー、提供者、受益者を含む主要な関係者<sup>[12]</sup> にとって重要な実装とイノベーションのアウトカムを含める必要があります<sup>[13]</sup>。達成目標は、具体的 (specific)、測定可能 (measurable)、達成可能で (attainable)、望ましい結果と関連性があり (relevant)、タイムリーである (timely) 必要があります (SMART ルーブリック)<sup>[14]</sup>。すなわち目標計画には、実現可能性と適切

性を考慮した上で、目的、ベンチマーク、およびタイムラインを文書化することが含まれます<sup>[3]</sup>。なお、モニタリングと評価の実施状況については、「振り返りと評価 Reflecting and Evaluating」で取り上げます。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 選択基準

計画の改良点を含め実装前の計画のエビデンスを記載してください。

- 「私たちは終日かけて作業会議を行い、全員でプロセスマップを作成し、その後、新たなプロセスを始動するためにどのようなステップが必要かを検討しました」

## 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Dorsey らは、実装に関連する尺度のシステムティック・レビューで 5 つの尺度を特定しました<sup>[15]</sup>。尺度の質に関する PAPERS の基準を用いて、-9 点から +36 点の範囲で評価したところ<sup>[16]</sup>、「コミュニティリーダー調査（計画） The Community Leader Survey (Planning)」<sup>[17]</sup> が 7 点で、最高スコアを獲得しました。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Mendel, P., Meredith, L. S., Schoenbaum, M., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2008). Interventions in organizational and community context: A framework for building evidence on dissemination and implementation in health services research. *Adm Policy Ment Health*, 35(1-2), 21-37.
2. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith,

L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41-54.  
<https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>

3. Gustafson, D. H., Sainfort, F., Eichler, M., Adams, L., Bisognano, M., & Steudel, H. (2003). Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change. *Health Serv Res*, 38(2), 751-776.

4. Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. *Milbank Q*, 85(1), 93-138.

5. Institute for Healthcare Improvement. (2003). The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement (Innovation Series 2003, p. 20). Institute for Healthcare Improvement.

6. Institute for Healthcare Improvement. (2005). Going Lean in Health Care (IHI Innovation Series White Paper).

7. Grol, R., Wensing, M., & Eccles, M. (2005). *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Clinical Practice*. Elsevier.

8. Glisson, C., & Schoenwald, S. K. (2005). The ARC organizational and community intervention strategy for implementing evidence-based children's mental health treatments. *Ment Health Serv Res*, 7(4), 243-259.

9. Estabrooks, C. A., Thompson, D. S., Lovely, J. J., & Hofmeyer, A. (2006). A guide to knowledge translation theory. *J Contin Educ Health Prof*, 26(1), 25-36.

10. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.

11. Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations*: 5th ed. Free Press.

12. von Thiele Schwarz, U., Aarons, G. A., & Hasson, H. (2019). The Value Equation: Three complementary propositions for reconciling fidelity and adaptation in evidence-based practice implementation. *BMC Health Services Research*, 19(1), 868.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4668-y>

13. Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Opra Widerquist, M. A., & Lowery, J. (2022). Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): The CFIR Outcomes Addendum. *Implementation Science*, 17(1), 7.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-021-01181-5>

14. Brach, C., N. Lenfestey, A. Roussel, J. Amoozegar, & A. Sorensen. (2008). *Will It Work Here? A Decisionmaker's Guide to Adopting Innovations*. Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ).

15. Dorsey, C. N., Mettert, K. D., Puspitasari, A. J., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). A systematic review of measures of implementation players and processes: Summarizing the dearth of psychometric evidence. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110024.

16. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373.  
<https://doi.org/10.1177/26334895211037391>

17. Valente, T. W., Chou, C. P., & Pentz, M. A. (2007). Community Coalitions as a System: Effects of Network Change on Adoption of Evidence-Based Substance Abuse Prevention. *American Journal of Public Health*, 97(5), 880-886.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.063644>.

E

# 戦略の調整

## Tailoring Strategies

阻害要因に対処し、促進要因を活用し、文脈に適合させるために、実装戦略を（適切に）選択し、運用している程度。

### 詳細な説明

実装戦略は、「ニーズの評価 Assessing Needs」および「文脈の評価 Assessing Context」から得られた結果に基づいて選択され、調整されます<sup>[1]</sup>。 「変化を実装するための専門家の提言 Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC)」では、戦略をリスト化して提供しています<sup>[2]</sup>。 Waltz らは、CFIR の各阻害要因に最も効果的に対処できる戦略について、実装の専門家からの提言を報告しています<sup>[3]</sup>。 これは、戦略を選択する上での出発点となります。 戦略を調整するためのアプローチは数多くあり<sup>[1]</sup>、その中には実装マッピング<sup>[4]</sup>があります。 実装マッピングを用いることで、選択された戦略を運用可能にし、公表されたガイドラインに従って報告することができます<sup>[5]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。 最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

- Powell, B. J., Beidas, R. S., Lewis, C. C., Aarons, G. A., McMillen, J. C., Proctor, E. K., & Mandell, D. S. (2017). Methods to Improve the Selection and Tailoring of Implementation Strategies. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 44(2), 177-194.  
<https://doi.org/10.1007/s11414-015-9475-6>
- Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., Proctor, E. K., & Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, 10(1), 21.
- Waltz, T. J., Powell, B. J., Fernández, M. E., Abadie, B., & Damschroder, L. J. (2019). Choosing implementation strategies to address contextual barriers: Diversity in recommendations and future directions. *Implementation Science*, 14(1), 42.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-019-0892-4>
- Fernandez, M. E., ten Hoor, G. A., van Lieshout, S., Rodriguez, S. A., Beidas, R. S., Parcel, G., Ruiter, R. A. C., Markham, C. M., & Kok, G. (2019). Implementation Mapping: Using Intervention Mapping to Develop Implementation Strategies. *Frontiers in Public Health*, 7, 158.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00158>
- Proctor, E. K., Powell, B. J., & McMillen, J. C. (2013). Implementation strategies: Recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science*, 8(1), 139.  
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-139>

## F

# エンゲージング Engaging

実装やイノベーションについて関心を持ってもらい、参加を促す取り組みが行われている程度。

注：この構成概念は、「エンゲージング」に関連するテーマのうち、「エンゲージング」の下位概念（「イノベーションの提供者」「イノベーションの受益者」）に当たるまらないものについて、使用してください。

## 詳細な説明

本構成概念は、ソーシャルマーケティング、教育、ロールモデリング<sup>[1]</sup>、研修、およびその他類似の活動を組み合わせた戦略に、適任である個人（具体的には提供者と受益者）をイノベーションの実装と使用に関心を持ってもらい、関与してもらうことを含んでいます（「ニーズの評価 Assessing Needs」を参照）。イノベーションの提供者とサービス受益者の主体的な関与は、実装において見過ごされがちな部分ですが<sup>[2]</sup>、そうすることで変化を持続させることができます<sup>[3]</sup> <sup>[4]</sup> <sup>[5]</sup>。そのため、早い段階に複数回にわたり提供者と受益者を特定し、主体的に関与させることが重要です<sup>[6]</sup>。初版CFIRでは、イノベーションの反対者よりも支援者の数が多く、戦略的に有意な立場にある場合は、実装が成功する可能性が高くなると主張していました<sup>[7]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Dorseyらは、実装に関連する量的測定法のシステムティック・レビューで1つの尺度を特定しました<sup>[8]</sup>。尺度の質に関するPAPERSの基準を用いて、-9点から+36点の範囲で評価したところ<sup>[9]</sup>、その唯一の尺度は予測妥当性で2点を獲得しましたが、他の妥当性に関する情報は得られませんでした。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Cruess, S. R., Cruess, R. L., & Steinert, Y. (2008). Role modelling—Making the most of a powerful teaching strategy. *Bmj*, 336(7646), 718-721.
2. Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., & Needham, D. M. (2008). Translating evidence into practice: A model for large scale knowledge translation. 337(oct06\_1), a1714. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1714>.
3. Doyle, C., Howe, C., Woodcock, T., Myron, R., Phekoo, K., McNicholas, C., Saffer, J., & Bell, D. (2013). Making change last: Applying the NHS institute for innovation and improvement sustainability model to healthcare improvement. *Implementation Science*, 8(1), 127. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-127>.
4. Lennox, L., Linwood-Amor, A., Maher, L., & Reed, J. (2020). Making change last? Exploring the value of sustainability approaches in healthcare: a scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00601-0>.
5. Lennox, L., Maher, L., & Reed, J. (2018). Navigating the sustainability landscape: A systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implementation Science*, 13(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0707-4>.
6. Breimaier, H. E., Heckemann, B., Halfens, R. J. G., & Lohrmann, C. (2015). The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): A useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. *BMC Nursing*, 14(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0088-4>.
7. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.
8. Dorsey, C. N., Mettert, K. D., Puspitasari, A. J., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). A systematic review of measures of implementation players and processes: Summarizing the dearth of psychometric evidence. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110024.
9. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 26334895211037391. <https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.

F-1

# イノベーションの提供者

## Innovation Deliverers

実装チームに貢献し、イノベーションを提供するよう、提供者に（関心を持つてもらい）、参加を促している程度。

### 詳細な説明

提供者になる可能性のある者を重要な問題解決に主体的に関与させることは、患者ケアを変革するために不可欠な 5 つの相互作用的要素※の 1 つです<sup>[1]</sup>。

▶訳者注：患者ケアの変革を成功させるための 5 つの要素：(1) 変革への推進力 (Impetus to transform)、(2) 質に対するリーダーのコミットメント (Leadership commitment to quality)、(3) スタッフが意義ある問題解決に積極的に関与する改善活動 (Improvement initiatives that actively engage staff in meaningful problem solving)、(4) 組織の目標と、資源配分やあらゆるレベルでの行動との整合性の確保 (Alignment to achieve consistency of organization goals with resource allocation and actions at all levels of the organization)、(5) 組織内の従来の部門間の境界を超えて統合を図ること (Integration to bridge traditional intra-organizational boundaries among individual components) <sup>[1]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. VanDeusen Lukas, C., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I. E., Shwartz, M., & Charns, M. P. (2007). Transformational change in health care systems: An organizational model. *Health Care Management Review*, 32(4), 309–320. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000296785.29718.5d>

F-2

## イノベーションの受益者 Innovation Recipients

イノベーションの実装と提供の指針にするため、受益者の優先事項、好み、およびニーズに関する情報を収集している程度。

### 詳細な説明

対象とする受益者と同様の社会経済的、専門的、教育的、文化的背景を持つ個人を、実装の初期段階で主体的に関与させることで、イノベーションへの参加の程度が高まる可能性があります<sup>[1]</sup> <sup>[2]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Dopp, A. R., Parisi, K. E., Munson, S. A., & Lyon, A. R. (2019). A glossary of user-centered design strategies for implementation experts. *Translational Behavioral Medicine*, 9(6), 1057–1064.  
<https://doi.org/10.1093/tbm/iby119>.
2. Ilott, I., Gerrish, K., Booth, A., & Field, B. (2012). Testing the Consolidated Framework for Implementation Research on health care innovations from South Yorkshire: Testing the CFIR on health care innovations. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, n/a-n/a.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01876.x>

G

# 実行

## Doing

スモールステップ、試行、または変化のサイクルで実装し、イノベーションの提供を試行して段階的に積み上げて最適化することが行われている程度。

### 詳細な説明

実行とは、決められた期間内において、あらかじめ計画されたすべての領域ですべての内容を実装するのではなく、PDSAサイクルや、段階的実施といった反復的なアプローチを使用することを指します<sup>[1][2]</sup>。初版 CFIR では、段階的なアプローチを採用することで、イノベーションを段階的に実装できる管理可能な部分に分割することができます、とより詳しく説明しています<sup>[3]</sup>。イノベーションを段階的に実装できること（分割可能性 divisibility と呼ばれることがあります）<sup>[4]</sup> は、そのイノベーションが複雑だという認識や、そこから生じる実装の困難感を軽減します。従って、より複雑なイノベーションほど、段階的に実装することの恩恵を受けます<sup>[3][5][6]</sup>。さらに、段階的なアプローチは、提供者が十分な時間をかけて業務に取り組み、新たなイノベーションに関連する新しいスキルを学ぶことを可能にします<sup>[7]</sup>。実装の早い段階での成功は、自信を高め、イノベーションや実装を調整する機会を与え（「適応 Adapting」を参照）、新たな「賛同者」を獲得するのに役立ちます<sup>[8]</sup>。（提供者およびサービス受益者による）ユーザビリティテストを行うことで、イノベーションの適応を成功に導きます<sup>[8]</sup>。本格的に実施する前に、チームメンバーがイノベーションについて学べるようにするための予行演習（シミュレーションや練習）を実施することも有益です<sup>[9]</sup>。

▶ 訳者注：PDSA サイクル：「計画」－予測、タスク、データ収集の方法を含む計画を策定する、「実行」－計画を実施し、観察結果を記録する、「分析」－データを分析し、予測と比較する、「行動」－データに基づいて次のステップを決定する。

実行には試行も含まれます。これにより、経験と専門知識を蓄積し、イノベーションを振り返り・検証する時間を与えてくれます<sup>[10]</sup>、また自信を高め、心理的安全性のある環境を構築することができます<sup>[9]</sup>。試行を実施する能力は、PDSA アプローチの主要な特徴の 1 つであり、これによりユーザーは互いに影響を与え合う関係を構築するための調整を進めることができます（「イノベーション：試行可

能性 Innovation: Trialability」を参照）<sup>[11][12]</sup>。実装者または提供者は、問題が生じた場合や効果がない場合にイノベーションを中止し、実装の試行による影響を元に戻す必要があります<sup>[8]</sup>。試行の結果からは、ワークフローの中断を最小限に抑えるために、他の部署にどのように実装するのが最適かについて必要な情報が得られます。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Ashok, M., Hung, D., Rojas-Smith, L., Halpern, M. T., & Harrison, M. (2018). Framework for Research on Implementation of Process Redesigns: Quality Management in Health Care, 27(1), 17–23. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000158>.
2. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: Journal for Healthcare Quality, 37(1), 41–54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>
3. Damanpour, F. (1991). Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators. The Academy of Management Journal, 34(3), 555–590.
4. Grol, R. P., Bosch, M. C., Hulscher, M. E., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives. Milbank Q, 85(1), 93–138.
5. Grossman, J. B. (1970). The Supreme Court and Social Change: A Preliminary Inquiry. American Behavioral Scientist, 13(4), 535–551. <https://doi.org/10.1177/000276427001300405>.
6. Normann, R. (1971). Organizational Innovativeness: Product Variation and Reorientation. Administrative Science Quarterly, 16(2), 203. <https://doi.org/10.2307/2391830>.
7. Helfrich, C. D., Weiner, B. J., McKinney, M. M., & Minasian, L. (2007). Determinants of implementation

effectiveness: Adapting a framework for complex innovations. *Med Care Res Rev*, 64(3), 279-303.

8. Feldstein, A. C., & Glasgow, R. E. (2008). A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 34(4), 228-243.

9. Edmondson, A. C., Bohmer, R. M., & Pisano, G. P. (2001). Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 685-716.

10. Rycroft-Malone, J., Kitson, G., Harvey, B., McCormack, K., Seers, A. T., & C. Estabrooks. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. (Viewpoint). *Quality and Safety in Health Care*, 11(2), 174-180.

11. Leeman, J., Baernholdt, M., & Sandelowski, M. (2007). Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice. *J Adv Nurs*, 58(2), 191-200.

12. Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *J Public Health Manag Pract*, 14(2), 117-123.

## H

# 振り返りと評価

## Reflecting & Evaluating

実装の成功に関する定量的・定性的情報を収集し、議論している程度。

注：この構成概念は、「振り返りと評価」に関するテーマのうち、「振り返りと評価」の下位概念（「実装」「イノベーション」）に当たるまらないものに使用してください。

### 詳細な説明

グループおよび個人での振り返りの必要性は、従来の先行文献ではそれほど注目されていませんでしたが、最近の文献では、これらが強力なチーミングとチーム・ビルディングにおいて重要な役割を果たすことが認識されつつあります<sup>[1]</sup>。実施前・実施中・実施後に振り返りや報告のための時間を確保することは、学び合うことと諸課題の改善を促す1つの方法です<sup>[2]</sup>。初版CFIRでは、このような振り返りの時間は学習風土、すなわち実装の成功が組織の経験として記憶に刻まれ、将来の実装の成功の確率を向上させる助けとなるような風土を醸成するのに役立つ、と強調しています<sup>[2] [3]</sup>。たとえ失敗であっても、効果的な方法で振り返りを行い、心理的安全性を持って根本原因が明らかにされた場合、将来の成功につながる可能性があります<sup>[4]</sup>。従って、失敗は組織における学習を強化する鍵となります<sup>[5]</sup>。

モニタリング、評価、プロセス改善のためのデータをタイムリーに入手することは重要です<sup>[6]</sup>。初版CFIRでは、振り返りと評価を支持するデータには、実装活動に関する経験、進捗の状況、および質に関する定量的・定性的フィードバックが含まれると強調しています。評価には、報告書、グラフといった従来型のフィードバックに加えて、質的なフィードバックや、成功事例の語りも含まれます<sup>[7]</sup>。これらの目標や目的に対する進捗の状況に関するフィードバックは、多くの個人の行動変容理論やモデルの重要な行動変容の手法であり<sup>[7] [8]</sup>、組織レベルでの実装を支持する強～中程度のエビデンスがあります<sup>[9]</sup>。ある文献調査では、監査やフィードバックの仕組みを利用して実践を改善した場合の効果は、小から中程度の効果が得られる可能性があることがわかつております<sup>[10]</sup>、この知見はより最近の文献レビューでも確認されています<sup>[11]</sup>。重要な目標に密接に結びついた十分なフィードバックがなければ、人々が作業を続けることは困難です<sup>[12]</sup>。目標に対する進捗状況を確認することで、人々はイノベーションが価値を生み出しているかどうかを評価することができます<sup>[10]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

本構成概念の量的な測定について：Dorseyらは、実装に関する尺度のシステムティック・レビューで5つの尺度を特定しました<sup>[13]</sup>。尺度の質に関するPAPERSの基準を用いて、-9点から+36点の範囲で評価したところ<sup>[14]</sup>、3つの尺度が2～8点でした。「コミュニティリーダー調査（Prevention Activity Progressの下位尺度）The Community Leader Survey (Prevention Activity Progress Subscale)」<sup>[15]</sup>が最高スコアの8点を獲得しました。結果として、質の高い評価尺度を継続的に開発する必要性が示されました。

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Edmondson, A. C. (2012). *Teaming: How organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy*. Jossey-Bass.
2. Edmondson, A. C., Bohmer, R. M., & Pisano, G. P. (2001). Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 685-716.
3. Simpson, D. D., & Dansereau, D. F. (2007). Assessing Organizational Functioning as a Step Toward Innovation. *NIDA Science & Practice Perspectives*, 3(2), 20-28.
4. Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The Challenge of Innovation Implementation. *The Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.
5. Lapré, M. A., & Nemphard, I. M. (2011). Inside the Organizational Learning Curve: Understanding the Organizational Learning Process. *Foundations and Trends® in Technology, Information and Operations Management*, 4(1), 1-103. <https://doi.org/10.1561/0200000023>.
6. Dy, S. M., Ashok, M., Wines, R. C., & Rojas Smith, L. (2015). A Framework to Guide Implementation Research for Care Transitions Interventions: *Journal for Healthcare Quality*, 37(1), 41-54. <https://doi.org/10.1097/01.JHQ.0000460121.06309.f9>

7. US DHHS-National Cancer Institute. (2005). Theory at a Glance: A guide for health promotion practice 2nd Edition.  
<https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/theory.pdf>
8. Carey, R. N., Connell, L. E., Johnston, M., Rothman, A. J., de Bruin, M., Kelly, M. P., & Michie, S. (2018). Behavior Change Techniques and Their Mechanisms of Action: A Synthesis of Links Described in Published Intervention Literature. *Annals of Behavioral Medicine*.  
<https://doi.org/10.1093/abm/kay078>.
9. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.
10. Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A., & Oxman, A. D. (2006). Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Quality and Safety in Health Care*, 15(6), 433-436.  
<https://doi.org/10.1136/qshc.2006.018549>.
11. Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., O'Brien, M. A., Johansen, M., Grimshaw, J., & Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>.
12. Hysong, S. J., Best, R. G., & Pugh, J. A. (2006). Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: Making feedback actionable. *Implementation Science*, 1(1), 9.  
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-9>.
13. Dorsey, C. N., Mettert, K. D., Puspitasari, A. J., Damschroder, L. J., & Lewis, C. C. (2021). A systematic review of measures of implementation players and processes: Summarizing the dearth of psychometric evidence. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110024.
14. Lewis, C. C., Mettert, K. D., Stanick, C. F., Halko, H. M., Nolen, E. A., Powell, B. J., & Weiner, B. J. (2021). The psychometric and pragmatic evidence rating scale (PAPERS) for measure development and evaluation. *Implementation Research and Practice*, 2, 263348952110373.  
<https://doi.org/10.1177/26334895211037391>.
15. Valente, T. W., Chou, C. P., & Pentz, M. A. (2007). Community Coalitions as a System: Effects of Network Change on Adoption of Evidence-Based Substance Abuse Prevention. *American Journal of Public Health*, 97(5), 880-886.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.063644>.

H-1

# 実装 Implementation

実装の成功に関する定量的・定性的情報を収集し議論している程度。

## 詳細な説明

本下位構成概念は、厳密かつ実用的なモニタリングと評価を行い、実装の目標およびマイルストーンの達成に向けた進捗状況を把握することを含みます<sup>[1]</sup> <sup>[2]</sup>。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

1. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 82(4), 581-629.
2. Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations*: 5th ed. Free Press.

## H-2

# イノベーション Innovation

イノベーションの成功に関する定量的・定性的情報を収集し、議論している程度。

### 詳細な説明

本構成概念には、厳密かつ実用的なモニタリングと評価を行い、実装に関連する主要な関係者※のためのアウトカムのモニタリングと最適化することが含まれます<sup>[1]</sup> <sup>[2]</sup>。

▶訳者注：関係者とは受益者、提供者、管理者等が含まれる<sup>[1]</sup>。

### 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版CFIRに沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

### 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIRウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

### References

1. Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Opra Widerquist, M. A., & Lowery, J. (2022). Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): The CFIR Outcomes Addendum. *Implementation Science*, 17(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01181-5>.
2. von Thiele Schwarz, U., Aarons, G. A., & Hasson, H. (2019). The Value Equation: Three complementary propositions for reconciling fidelity and adaptation in evidence-based practice implementation. *BMC Health Services Research*, 19(1), 868. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4668-y>.

# I 適応 Adapting

作業プロセスへの最適な適合と統合のために、イノベーションや内的セッティングを修正している程度。

## 詳細な説明

イノベーションと、それが実装、提供されるセッティングとの間の適合を最適なものとするために、適応が重要な役割を担うと強調している文献が多数存在します<sup>[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]</sup>。文献の多くはイノベーションの適応に焦点を当てていますが、適合を最適化し<sup>[1] [4] [5] [10]</sup>、最適な成果の持続を達成するためには<sup>[9]</sup>、セッティング（例: ワークフロー）の適応もしばしば必要となります。適応には、理想的には適応フレームワーク<sup>[8]</sup>に従って、行われた適応の種類を特定し、文書化することが含まれます。適応のベストプラクティスに関する詳細なガイドラインについては、上記の引用論文を参照してください。

## 質的なコードブックのガイドライン

今後、更新版 CFIR に沿った質的コーディングのガイドラインを追加する予定です。

## 量的な測定

尺度を特定次第、ここに掲載します。最新情報がありましたら、CFIR ウェブサイトの問い合わせ先までご連絡ください。

## References

- Chambers, D. A., Glasgow, R. E., & Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework: Addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science*, 8(1), 117.
- Chambers, D. A., & Norton, W. E. (2016). The Adaptome: Advancing the Science of Intervention Adaptation. *Am J Prev Med*, 51(4 Suppl 2), S124-31.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.
- Hill, J. N., Locatelli, S. M., Bokhour, B. G., Fix, G. M., Solomon, J., Mueller, N., & LaVela, S. L. (2018). Evaluating broad-scale system change using the Consolidated Framework for Implementation Research: Challenges and strategies to overcome them. *BMC Research Notes*, 11(1), 560. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3650-9>.
- Kerins, C., McHugh, S., McSharry, J., Reardon, C. M., Hayes, C., Perry, I. J., Geaney, F., Seery, S., & Kelly, C. (2020). Barriers and facilitators to implementation of menu labelling interventions from a food service industry perspective: A mixed methods systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00948-1>.
- Lennox, L., Maher, L., & Reed, J. (2018). Navigating the sustainability landscape: A systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implementation Science*, 13(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0707-4>.
- Moore, G., Campbell, M., Copeland, L., Craig, P., Movsisyan, A., Hoddinott, P., Littlecott, H., O'Cathain, A., Pfadenhauer, L., Rehfuss, E., Segrott, J., Hawe, P., Kee, F., Couturiaux, D., Hallberg, B., & Evans, R. (2021). Adapting interventions to new contexts—The ADAPT guidance. *BMJ*, n1679. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1679>.
- Stirman, S. W., Baumann, A. A., & Miller, C. J. (2019). The FRAME: an expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions. *Implementation Science*, 14(1), 1-10.
- von Thiele Schwarz, U., Aarons, G. A., & Hasson, H. (2019). The Value Equation: Three complementary propositions for reconciling fidelity and adaptation in evidence-based practice implementation. *BMC Health Services Research*, 19(1), 868. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4668-y>.
- Wells, R., Breckenridge, E. D., & Linder, S. H. (2020). Wellness project implementation within Houston's Faith and Diabetes initiative: A mixed methods study. *BMC Public Health*, 20(1), 1050. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09167-6>.

---

---

# パート4

# CFIRアウトカムに

# 関する付録

---

---

# CFIR アウトカムに関する付録

項目	定義
<b>I. 先行評価</b>	
A. 受容性	イノベーションが「受け容れられる、好ましい、または満足できる」と認識される程度。 <sup>[1]</sup>
B. 適切性	「特定の実践の場、実施提供者または消費者に対するイノベーション〔…〕の適切性、妥当性または適合性に関する認識、および／または特定の事柄や問題に対処するためのイノベーションの適切性に関する認識」 <sup>[1]</sup>
C. 実施可能性	イノベーションを「特定の機関または環境でどの程度うまく使用できるか、または実行できるか」の程度 <sup>[1]</sup>
D. 実装風土	内的セッティングにおける実装風土の程度
E. 実装の準備性	内的セッティングにおける実装の準備の程度
<b>II. 実装アウトカム</b>	
A. 予想される 実装アウトカム	将来の実装が成功または失敗する可能性についての認識または評価基準に基づくアウトカム。すなわち、これから発生する実装アウトカムである。これは前向きなアウトカムであり、領域横断的な CFIR 決定要因の組み合わせがこれらのアウトカムを予測する。
1. 採用可能性	重要な意思決定者がそのイノベーションの実践を決断する可能性、イノベーションの提供者がそのイノベーションを提供することを決断する可能性
2. 実装可能性	イノベーションが実施される、または提供される可能性
3. 持続可能性	イノベーションが長期的に実施される、または提供される可能性
B. 実際の 実装アウトカム	現在（または過去）の実装の成功や失敗に関する認識または評価基準に基づくアウトカム。すなわち、実際に発生した実装アウトカムである。これは後ろ向きなアウトカムであり、領域横断的な CFIR 決定要因の組み合わせがこれらのアウトカムを説明する。
1. 採用	重要な意思決定者がイノベーションの導入を決定し、イノベーションの提供者がそれを提供すると判断した程度
2. 実装	イノベーションが現場で実践されている、または提供されている程度
3. 持続	イノベーションが長期的に実践されている、または提供されている程度

項目	定義
<b>III. イノベーションアウトカム</b>	イノベーションの成功または失敗を判断するアウトカム。イノベーションが、実装の重要な3つの関係者である「イノベーションの受益者」、「イノベーションの提供者」、「重要な意思決定者」に対してもたらす影響に基づいて、判断する。影響は、到達度（Reach）×イノベーションの有効性（Innovation Effectiveness）によって決定される。到達度とは、「あるイニシアチブ、介入またはプログラムへの参加を希望する個人の絶対数、割合、代表性」であり、イノベーションの有効性とは、「重要なアウトカムに対する介入の影響であり、潜在的なマイナスの影響、QOL および経済的アウトカムを含むもの」である <sup>[2]</sup> 。
<b>A. イノベーションの受益者への影響</b>	受益者への到達度 × イノベーションの有効性
<b>B. イノベーションの提供者への影響</b>	提供者への到達度 × イノベーションの有効性
<b>C. 重要な意思決定者（または意思決定システム）への影響</b>	重要な意思決定者への到達度 × イノベーションの有効性

訳者注：A. 予想される実装アウトカムの「持続可能性」は sustainability の訳、B. 実際の実装アウトカムの「持続」は sustainment の訳。CFIR チームは、この二つは明確に区別すべきと考えています。「持続可能性」は「何かが維持・制度化される可能性」（将来の実装の成功の可能性に基づく予期的・予測的なアウトカム）であり、「持続」は、「ある介入が、時間を経て実践の中で継続的に使用されること」（実際に行われた実装の成功を評価する実績的なアウトカム）としています。

## 文献

1. Proctor E, Silmire H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38:65-76.
2. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, Rabin B, Smith ML, Porter GC, et al. RE-AIM planning and evaluation framework: adapting to new science and practice with a 20-year review. *Front Public Health*. 2019;7:64.

## 監修者

島津 太一 国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究所

## 監訳者

齋藤 順子 帝京大学大学院 公衆衛生学研究科

小田原 幸 国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究所

奥山 紗子 聖路加国際大学大学院看護学研究科・公衆衛生大学院

## 翻訳校正者

### I. INNOVATION DOMAIN

梶 有貴 國際医療福祉大学、国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究所

寺田万莉奈 Department of Health, Behavior and Society,

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

長尾日香里 国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究所

宗川 一慶 聖路加国際大学 大学院 看護学研究科 看護とデータサイエンス分野

山口 麻衣 国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究所

山下 恵 国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究所、

京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 健康情報学分野

### II. OUTER SETTING DOMAIN

佐々木那津 東京大学大学院 医学系研究科 精神保健学分野

浅岡 紘季 東京大学大学院 医学系研究科 精神保健学分野

木村 祐己 東京大学大学院 医学系研究科 精神保健学分野

中村 学 慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科

安福 祐一 大阪大学大学院 医学系研究科 医療データ科学共同研究講座

### III. INNER SETTING DOMAIN

村井 真介 国立健康危機管理研究機構 國際医療協力局

大川 純代 国立健康危機管理研究機構 國際医療協力局

虎頭 恭子 国立健康危機管理研究機構 國際医療協力局

西岡 智子 国立健康危機管理研究機構 國際医療協力局

松岡 貞利 国立健康危機管理研究機構 國際医療協力局

### IV. INDIVIDUALS DOMAIN

高橋 由光 京都大学 大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 パブリックヘルス実装学講座

雨宮 優理 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 環境衛生学分野

上田 佳世 長崎大学 生命医科学域 保健学系 リプロダクティブヘルス分野

塙住 忠春 京都府立医科大学 大学院医学研究科 救急・災害医療システム学、  
京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 予防医療学分野  
染小 英弘 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 医療疫学分野  
竹下 舞 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 パブリックヘルス実装学講座  
多和 実月 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 社会疫学分野  
山本 智之 京都大学大学院 医学研究科附属 ヘルスセキュリティセンター  
健康危機管理実装学分野

## V. IMPLEMENTATION PROCESS DOMAIN

飯野 京子 国立健康危機管理研究機構 国立看護大学校  
清水 陽一 国立健康危機管理研究機構 国立看護大学校  
長岡 波子 国立健康危機管理研究機構 国立看護大学校  
綿貫 成明 国立健康危機管理研究機構 国立看護大学校

## 校正補助

長尾日香里 国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究部

※翻訳および校正にあたり、CFIR リーダーシップチームの Caitlin M. Reardon 氏に、説明文のレビューおよび貴重なコメントをいただきました。ここに謝意を表します。

## 保健医療福祉における普及と実装科学研究会

### <代表世話人>

島津 太一 国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究部

### <世話人>

荒井 秀典 国立長寿医療研究センター  
稻垣 正俊 島根大学医学部 精神医学講座  
石見 拓 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 予防医療学分野  
岡田 浩 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 予防医療学分野  
小熊 祐子 慶應義塾大学 スポーツ医学研究センター・大学院健康マネジメント研究科  
齋藤 順子 帝京大学大学院 公衆衛生学研究科  
鈴木 美穂 慶應義塾大学 看護医療学部・大学院健康マネジメント研究科  
竹原 健二 国立成育医療研究センター 研究所 政策科学研究部  
中山 健夫 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 健康管理学講座健康情報学  
西 大輔 東京大学大学院 医学系研究科 精神保健学分野  
藤森麻衣子 国立がん研究センター がん対策研究所 サバイバーシップ研究部  
宮本 恵宏 国立循環器病研究センター オープンイノベーションセンター  
村井 真介 国立健康危機管理研究機構 国際医療協力局

**<事務局>**

小田原 幸 国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究部  
長尾日香里 国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究部  
若林和香奈 国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究部

本書は、更新版 CFIR の原論文 (Damschroder, et al. Implementation science 2022, 17:75) に基づく総合 Web サイト (<https://cfirguide.org/>) のうち、“What is the CFIR?” (トップページ)、構成概念 (<https://cfirguide.org/constructs/>)、およびエクセルのリストに追加された CFIR OUTCOMES ADDENDUM の箇所 (2025 年 8 月時点) を翻訳したものです。日本語訳の責任はすべて監訳者・監修者にあります。

本書の翻訳および編集は、国立高度専門医療研究センター 医療研究連携推進本部 横断的事業推進費「実装科学推進基盤構築支援事業」(JH-事業 02)（総括責任者 島津太一 [2024 年度～]）による、健康格差是正のための実装科学ナショナルセンター・コンソーシアム (N-EQUITY, National Center Consortium in Implementation Science for Health Equity) の依頼を受けて、RADISH により行われました。

---

## 実装研究のための統合フレームワーク —更新版 CFIR—

### Updated Consolidated Framework for Implementation Research

監修 島津太一

監訳 斎藤順子、小田原幸、奥山絢子

発行日 2025 年 11 月

発行 保健医療福祉における普及と実装科学研究会 (RADISH)

〒 104-0045 東京都中央区築地 5-1-1

国立研究開発法人 国立がん研究センター がん対策研究所内

---

ISBN978-4-9911886-4-0

デザイン：ネットスクウェア株式会社



本書はクリエイティブ・コモンズ 表示 4.0 国際ライセンス (CC BY 4.0) の下に提供されています。

