



社会実装のための

73の実装戦略

専門家が推奨する変化実現の戦略 —ERIC—

Expert Recommendations for Implementing Change

〔監訳〕今村晴彦／島津太一

保健医療福祉における普及と実装科学研究会

監訳者序文

Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC^{エリック}) の日本語訳が完成しました。ERIC は、エビデンスに基づく介入やイノベーション (Evidence Based Intervention/Innovation: EBI) を社会実装するための戦略、すなわち実装戦略を体系化したもので、9 カテゴリーに分類された 73 戦略から構成されています。EBI が患者や住民を健康にするための介入手法だとすれば、実装戦略は、EBI を効果的・効率的に提供するために、医療機関や行政等の現場で EBI の導入や実施に携わる方々の行動変容を促すための介入手法といえます。それぞれの戦略をみていただくと、「教材を開発・配布する」「他の現場を訪問する」など、現場でありふれた内容だと感じるものも多いかもしれません。実はこれこそが実装科学の根幹であり、さまざまな現場実践の知恵を言語化し、分類し、体系化することで、はじめてその効果の科学的な検証が可能となります。

この翻訳は、ERIC の原文 (Powell, et al. Implement Sci. 2015,10 (1) : 21) の Additional file 6 にある、73 戦略の戦略名、説明、および戦略の詳細がまとめられた補足説明 (ancillary material) について、開発者らが分類した 9 カテゴリー (Waltz, et al. Implement Sci. 2015,10 (1) : 109) の順番に並べ替えて翻訳したものです。翻訳は 5 名の翻訳者と 2 名の監訳者により行われました。さらに戦略名と説明については、逆翻訳したテキストを開発者である Powell 博士に確認いただき、意見を反映のうえ最終稿としました。わが国では馴染みの薄い用語や、戦略カテゴリー「H. 金銭的な戦略を活用する」をはじめ、米国特有の医療保険などの制度に関する用語も多いため、訳注も加えてなるべく理解しやすくなるように努めました。

なお ERIC は、医療機関など臨床の現場における実装戦略として開発されたため、「患者」や「臨床家」など、臨床現場を想定した用語も多く登場します。しかしながら、ERIC は診療以外の現場 (例えばコミュニティなど) へも概ね適応可能であることが示されつつあり、どのような現場や分野であれ、実装に関わる実践者や研究者にとって有益な資料となるでしょう。例えば「臨床家」は、行政や企業で EBI の導入や実施に携わる方々、学校における「専門職」と読み替えることができると考えられます。わが国では「健康日本 21 (第三次)」をはじめとして、実効性ある保健事業の推進、およびそのためのアクションプランの作成が強く求められるようになってきました。ERIC の実装戦略は、関係者のアクションを後押しする方策としても、大いに活用できるものです。

既に翻訳書を上梓した「実装研究のための統合フレームワーク (CFIR)」(原文 Damschroder, et al. Implement Sci. 2009, 4:50) と同様に、この 73 戦略が実装戦略の「決定版」というわけではありません。カテゴリーや戦略による粒度や濃淡の違いなども指摘されています。わが国の現場ならではの実装戦略もあるかもしれません。そうした議論を喚起することにも、本書の意義はあると考えております。本書が実装の実践や研究に活用され、わが国における実装科学のさらなる進展に貢献できることを心から願っております。

2025 年 6 月 30 日
今村晴彦、島津太一

目次

監訳者序文	1
目次	2
言葉の訳について	4
実装戦略と ERIC の概要	6
ERIC 実装戦略と説明一覧	8
ERIC 73 の実装戦略の詳細	15
A. 評価的・反復的戦略を用いる	16
A-1. 準備状況を評価し阻害・促進要因を特定する	16
A-2. 監査とフィードバックを提供する	16
A-3. 変化を起こすための小規模テストを繰り返し実行する	17
A-4. 実装を行う場のニーズ評価を行う	17
A-5. 正式な実装の青写真を作成する	18
A-6. 品質モニタリングのツールを開発・実装する	18
A-7. 品質モニタリングシステムを開発・整備する	19
A-8. 患者／サービス利用者と家族からのフィードバックを得て活用する	19
A-9. 実装のスケールアップを計画的に実施する	19
A-10. 意図的に実装を再検討する	20
B. 双方向的な支援を提供する	21
B-1. 技術的支援を中央化する	21
B-2. ファシリテーションを行う	21
B-3. 臨床現場での指導を行う	21
B-4. 現場の技術的支援を行う	22
C. 背景に合わせて調整する	23
C-1. 適応性を高める	23
C-2. 戦略を適合させる	23
C-3. データ専門家を活用する	23
C-4. データウェアハウジング技術を使用する	24
D. ステークホルダー間の結びつきを構築する	25
D-1. 連携する	25
D-2. 現場の経験知を収集して共有する	25
D-3. 現場で合意を得るための議論を行う	26
D-4. 学術パートナーシップを開発する	26
D-5. チャンピオンを特定し準備する	27
D-6. 実装用語集を作成する	27
D-7. アーリーアダプターを特定する	27
D-8. 現場のオピニオンリーダーに情報を提供する	28
D-9. 役員会を関与させる	28
D-10. 変化のモデル化とシミュレーションを行う	28
D-11. 公式のコミットメントを得る	29
D-12. 臨床家の実装チーム会議を組織する	29
D-13. ネットワーク構築を促進する	29
D-14. リーダーの採用、任命、トレーニングを行う	30
D-15. 諮問委員会とワークグループを活用する	30
D-16. 実装アドバイザーを活用する	30
D-17. 他の現場に訪問する	31

E. ステークホルダーへの研修と教育を行う	32
E-1. 教育会議を行う	32
E-2. 教育アウトリーチ訪問を行う	32
E-3. 継続的な研修を実施する	33
E-4. 学習協働体を構築する	33
E-5. 教材を開発する	34
E-6. 教材を配布する	34
E-7. 研修を動的にする	34
E-8. 継続的なコンサルテーションを提供する	35
E-9. 他の専門家に学ぶ	35
E-10. トレーナーを養成する戦略を使用する	35
E-11. 教育機関と協働する	36
F. 臨床家を支援する	37
F-1. 新しい臨床チームをつくる	37
F-2. リソース共有協定を結ぶ	37
F-3. サービス提供者への臨床データの配信を促進する	37
F-4. 臨床家へのリマインドを行う	38
F-5. 専門家の役割を改める	38
G. サービス利用者のエンゲージメント	39
G-1. 需要を増やす	39
G-2. 受入れと遵守を強化するために患者／サービス利用者に介入する	39
G-3. 患者／サービス利用者と家族を関与させる	39
G-4. 積極的な参加者となるように患者／サービス利用者を動機づける	40
G-5. マスメディアを利用する	40
H. 金銭的な戦略を活用する	41
H-1. 新しい資金にアクセスする	41
H-2. インセンティブ／手当の仕組みを変更する	41
H-3. 患者／サービス利用者が支払う料金を変更する	42
H-4. 金銭的な阻害要因を開発する	42
H-5. 臨床イノベーションのための資金提供・契約をする	42
H-6. 請求を簡単にする	43
H-7. サービス料金表や処方リストにイノベーションを加える	43
H-8. 人頭払い方式を使用する	43
H-9. 他の支払い方法を使用する	44
I. 制度・基盤を変える	45
I-1. 認定基準または会員資格要件を変更する	45
I-2. 責任に関する法律を変更する	45
I-3. 建物の構造と設備を変更する	45
I-4. 記録システムを変更する	46
I-5. サービス提供場所を変更する	46
I-6. 資格認定や認可基準を作成または変更する	46
I-7. 変化を命じる	47
I-8. 普及組織を発足させる	47
文献一覧	48

言葉の訳について

翻訳にあたり、原語の日本語訳が定着していないと思われる用語については、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。

Change

Change は ERIC の中核となる言葉です。ERIC の正式名称である Expert Recommendations for Implementing Change がまさにそのことを表しております。エビデンスに基づく介入やイノベーションの実装には、医療現場などの現場を変える、いわば組織の行動変容が必要となります。「変革」という訳もありますが、ERIC で使用される Change には、組織が変わるプロセスというニュアンスも含まれることが多いため、原則として一般的に用いられる「変化」としました。ただし、戦略 D-14 の「リーダーの採用、任命、トレーニングを行う」などにおいては、リーダーの明確な役割を表すものとして「変革」を用いています。

Involve / Engage

Involve も Engage も、活動に関わる関係者を増やす言葉です。意味としてはわが国では公衆衛生などで使用される「巻き込む」が近いと考えられますが、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ます。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、本訳ではより積極的な意味を込めて、いずれにも「関与してもらう」という表現を用いました。また、engagement など“主体的な関与”を表す名詞として用いる場合は、「エンゲージメント」と表記しました。

Innovation

ERIC には Innovation が頻出します。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。「イノベーションの普及モデル」を提唱した 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¹⁾。実装研究は、有効性は確認されているものの普及していない介入の実装を扱うものであり、ERIC における「イノベーション」は、「エビデンスに基づく介入」と読み替えて差し支えないと考えられます。また、ERIC には一部「介入 intervention」という表現が使用されていますが、上記のことから、「イノベーション」と区別して解釈する必要はないと考えられます。

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、介入の実装の影響を受けるあらゆる人、コミュニティ、組織を指します²⁾。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が考えられます。

Patient / Consumer

ERIC は医療分野において開発されたものであるため、イノベーションのエンドユーザーとして Patient（患者）が頻出します。また多くの場合、Consumer も併記されています。ERIC の大半の戦略は、臨床現場に限らず、行政や職場、地域等のさまざまな現場にも適応可能であると考えられることから、それらの現場における住民や従業員などのサービス対象者を想定して、Consumer は「サービス利用者」と訳しました。

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).

実装戦略と ERIC の概要

実装戦略は、「イノベーションの採用、実施、維持、スケールアップを強化するために用いられる手法」と定義されます¹⁾。すなわち、実装のプロセス全般において用いられる方法「HOW」そのものです。実装科学の目的は、あらゆる実装戦略を体系化し、その実装に与える効果についてのエビデンスを一般化させることである、と言っても過言ではありません。

ERIC は Powell らによって 2015 年に発表された、実装研究において広く使用されている実装戦略の分類体系 taxonomy です²⁾。その源流として、コ克蘭のレビューチームが 2002 年に発表した、実装戦略に関するチェックリスト³⁾ などがありました。そうした既存の成果を洗練し、より明確な戦略として体系化する目的で開発されたのが ERIC です。文献レビューおよび 71 人の実装科学の専門家が参加した修正デルファイ法の結果、73 の実装戦略が特定されました（ERIC の正式名称に Expert Recommendations とあるのはそのためです）。さらに Walts らは、これらの 73 戦略を概念マッピングにより 9 カテゴリーに分類し、現在の ERIC の体系が示されました⁴⁾。

各カテゴリーをみると（カッコ内は本訳のカテゴリー番号）、実装の評価やモニタリング (A)、双方向的支援 (B)、戦略調整 (C)、連携構築 (D)、教育・研修 (E)、臨床家支援 (F)、サービス利用者のエンゲージメント (G)、金銭的戦略 (H)、制度・基盤変更 (I) と、さまざまなレベルや視点からの戦略が網羅されていることがわかります。こうした体系化によって、①意識されていない潜在的な戦略の特定、②今後の発展が必要な戦略領域の明確化、③多角的・多層的な戦略の構築、④戦略の記録、⑤戦略の適切な記述と中心的要素に対する忠実度 fidelity の評価、などが可能となります⁵⁾。

実装戦略は、単一の戦略として用いる個別的戦略 discrete strategies、および複数の個別的戦略を織り交ぜる、あるいはパッケージして用いる多角的戦略 multifaceted strategies に分けられます¹⁾。ERIC の 73 戦略はそれぞれ個別的戦略として開発されており、それらを単一で、もしくは組み合わせて活用することができます。また ERIC の 73 戦略はあくまでも分類体系であり、実装においてすべての戦略の実施を求めるものではありません。どの実装戦略が有効かであるかは、実装する EBI や現場の文脈、さらには実装の段階によって異なります。そのため、実装における現場の阻害・促進要因を的確に把握し、それらに対応した適切な実装戦略を構築することが必要です。そのためのフレームワークや手法として、「実装研究のための統合フレームワーク (CFIR)」⁶⁾ や「実装マッピング」⁷⁾ などが提唱されています。

ERIC は医療機関など臨床の現場における実装戦略として開発されましたが、低所得国やコミュニティなどの臨床以外の現場においても適応可能であることが示されています（ただし軽微な読み替えや修正は必要です）¹⁾。

実装戦略や ERIC の詳細は、実装科学のテキスト（文献 1 や 5）などをご参照ください。

文献

1. Kirchner JE, Waltz TJ, Powell BJ, et al.: Implementation Strategies. In: Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK, eds. *Dissemination and Implementation Research in Health. 3rd ed.* New York, NY: Oxford University Press; 2023:119-146.
2. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, et al.: A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci* 2015,10(1):21.
3. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group: Data collection checklist. 2002.
4. Waltz TJ, Powell BJ, Matthieu MM, et al.: Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. *Implement Sci* 2015,10(1):109.
5. Powell BJ, Gracia KG, and Fernandez ME: Implementation Strategies. In: Chambers DA, Vinson CA, and WE, eds. *Advancing the Science of Implementation across the Cancer Continuum.* New York, NY: Oxford University Press; 2018:98-120.
6. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, et al.: Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009,4:50.
7. Fernandez ME, Ten Hoor GA, van Lieshout S, et al.: Implementation Mapping: Using Intervention Mapping to Develop Implementation Strategies. *Front Public Health* 2019,18(7):158.

ERIC 実装戦略と説明一覧

戦略		説明
A. 評価的・反復的戦略を用いる		
1	準備状況を評価し阻害・促進要因を特定する	組織のさまざまな側面を評価し、実装に向けた準備の程度や、実装を妨げる可能性のある阻害要因、および実装に活用できる強みを評価する。
2	監査とフィードバックを提供する	特定期間の臨床成績データを収集して要約し、臨床家と管理者に提供して、サービス提供者の行動をモニタリング、評価、修正する。
3	変化を起こすための小規模テストを繰り返し実行する	システム全体に変化を加える前に、小規模なテストを繰り返し行うなかで変化を実装する。テストには体系的な測定方法を用いることが必要で、その結果を検討することにより、方法改善への洞察が得られます。このプロセスは時間をかけて連続的に継続され、サイクルごとに改良が加えられます。
4	実装を行う場のニーズ評価を行う	イノベーションへのニーズに関連するデータを収集して分析する。
5	正式な実装の青写真を作成する	実装の目標と戦略をすべて含んだ正式な実装計画を策定する。青写真には、(1) 実装の目的、(2) 変化の範囲（例えば、どの組織単位が影響を受けるか）、(3) 時間枠とマイルストーン、(4) パフォーマンスと進捗についての適切な指標、が含まれます。この計画を継続的に活用、更新しながら実装を図ります。
6	品質モニタリングのツールを開発・実装する	品質モニタリングシステムを開発、検証し、さらに適切なインプットを行う。多くの場合、実装しようとするイノベーションには特有の言語、プロトコル、アルゴリズム、基準、指標（プロセス、患者／サービス利用者アウトカム、および実装アウトカム）があり、それらを適切にインプットできなければいけません。
7	品質モニタリングシステムを開発・整備する	品質保証と改善を目的として、臨床プロセスやアウトカムをモニタリングするシステムと手順を開発し、整備する。
8	患者／サービス利用者と家族からのフィードバックを得て活用する	実装について患者／サービス利用者および家族からのフィードバックを増やす戦略を開発する。
9	実装のスケールアップを計画的に実施する	小規模なパイロットやデモンストレーションから開始し、徐々に全体的な展開にしていけるように、段階的に実装の取組みを行う。
10	意図的に実装を再検討する	進捗状況をモニタリングし、臨床実践と実装戦略を調整して、継続的にケアの質を改善する。

戦略		説明
B. 双方向的な支援を提供する		
1	技術的支援を中央化する	実装上の課題に対応した技術的支援を提供するための、中央化システムを開発して活用する。
2	ファシリテーションを行う	現場改善の必要性が認識されているなかで、協力的な対人関係のもとに行われる、双方向的な問題解決と支援のプロセスのこと。
3	臨床現場での指導を行う	臨床家に対し、イノベーションに焦点を当てた継続的な指導を行うこと。
4	現場の技術的支援を行う	現場の人材を活用して、実装上の課題に対応した技術的支援を提供するためのシステムを開発して活用する。
C. 背景に合わせて調整する		
1	適応性を高める	実装を行う現場のニーズに臨床イノベーションを適合させる方法を特定し、また忠実度を保つために維持すべきイノベーションの要素を明確にする。
2	戦略を適合させる	初期段階のデータ収集を通じて特定された阻害要因に対処し、促進要因を活用できるよう実装戦略を状況に合わせたものにする。
3	データ専門家を活用する	データ専門家に関与してもらう、雇用する、助言を求めるなどして、実装の取組みによって生み出されたデータの活用について管理者に情報提供する。
4	データウェアハウジング技術を使用する	施設間や組織間で臨床記録を統合し、システム全体での実装がしやすいようにする。
D. ステークホルダー間の結びつきを構築する		
1	連携する	実装に取組むパートナーを募り、関係性を築く。
2	現場の経験知を収集して共有する	実装に取組む者と臨床家がどのように実装を進めたかという、それぞれの現場の経験知を収集し、他の現場に共有する。
3	現場で合意を得るための議論を行う	選択された課題が重要かどうか、またそれに対処するための臨床イノベーションが適切かどうかを検討する議論に、現場でのサービス提供者やその他のステークホルダーを含める。
4	学術パートナーシップを開発する	合同研修の実施や実装プロジェクトへの研究スキルの導入を目的として、大学または学術機関と提携する。
5	チャンピオンを特定し準備する	介入によって組織内に生じうる無関心や抵抗を克服し、実装の支援、マーケティング、完遂に身を捧げる個人（チャンピオン）を特定し準備する。

戦略		説明
6	実装用語集を作成する	組織変化におけるイノベーション、実装、およびステークホルダーを説明する用語のリストを作成し、配布する。
7	アーリーアダプターを特定する	実装の現場でアーリーアダプター（初期採用者）を特定し、イノベーションを実行した経験から学ぶ。
8	現場のオピニオンリーダーに情報を提供する	同僚からオピニオンリーダーである、あるいは「教育的影響力を持つ」とみなされているサービス提供者に臨床イノベーションについて知らせる。これにより、彼らの影響を受けた他の同僚が臨床イノベーションを採用することを期待する。
9	役員会を関与させる	既存の管理体制（例えば、取締役会、医療職のガバナンス委員会）を実装の取組みに関与させる。ここでいう実装の取組みには、実装のプロセスデータの評価も含まれます。
10	変化のモデル化とシミュレーションを行う	実装前に実装後の変化をモデル化またはシミュレートする。
11	公式のコミットメントを得る	主要なパートナーから、イノベーションを実装するために何を行うかを書いた書面による確約を得る。
12	臨床家の実装チーム会議を組織する	イノベーションを実装する臨床家のチームを作って支援し、実装の取組みを振り返り、教訓を共有し、相互学習を支援するための時間を確保する。
13	ネットワーク構築を促進する	組織、部署、チームなどの内外にある、良質な職務上の関係性やネットワークの特定と構築を行い、イノベーションの実装に関連する情報共有、協働での問題解決、ビジョン／目標の共有を推進する。
14	リーダーの採用、任命、トレーニングを行う	変革の取組みのために、リーダーを採用し、任命し、トレーニングする。
15	諮問委員会とワークグループを活用する	さまざまなステークホルダーから構成される公式なグループを作り、実装の取組みについての意見と助言の提供や、改善提言の導出に関与してもらう。
16	実装アドバイザーを活用する	実装に長けた人からの指導を求める。
17	他の現場に訪問する	同様の実装の取組みが成功したと考えられる現場を訪問する。

戦略		説明
E. ステークホルダーへの研修と教育を行う		
1	教育会議を行う	さまざまなステークホルダーのグループ（サービス提供者、管理者、その他の組織のステークホルダー、コミュニティ、患者／サービス利用者、家族など）を対象としたミーティングを開催し、臨床イノベーションについて教育する。
2	教育アウトリーチ訪問を行う	臨床イノベーションについて教育し実践を変えることを目的として、研修を受けた人をサービス提供者と実践の場で会わせる。
3	継続的な研修を実施する	臨床イノベーションの研修を継続的な方法で計画し、実施する。
4	学習協働体を構築する	サービス提供者またはその組織のグループ形成を促進し、臨床イノベーションの実装を改善するための協働的な学習環境づくりを促進する。
5	教材を開発する	ステークホルダーがイノベーションについて学んだり、臨床家が臨床イノベーションをどのように提供するかを学んだりすることができるよう、マニュアル、ツールキット、およびその他の補助資料を開発、作成する。
6	教材を配布する	対面、郵送、あるいは電子的に教材（ガイドライン、マニュアル、およびツールキットなど）を配布する。
7	研修を動的にする	情報の配信方法を変えて、さまざまな学習スタイルや作業環境に対応するようにし、イノベーションの研修を双方向型にする。
8	継続的なコンサルテーションを提供する	イノベーション実装に用いられる戦略の専門家（1人もしくは複数名）との継続的なコンサルテーションを提供する。
9	他の専門家に学ぶ	実装の対象となっている臨床行為の変革／イノベーションに経験豊富な人が取組んでいるところを、実装のキーパーソンが直接観察できるようにする。
10	トレーナーを養成する戦略を使用する	臨床イノベーションに従事する人に研修を行えるように、特定の臨床家または組織に対してトレーナーとしての研修を実施する。
11	教育機関と協働する	教育機関がイノベーションに従事する臨床家に研修を行うように奨励する。
F. 臨床家を支援する		
1	新しい臨床チームをつくる	さまざまな分野やスキルを加えて、臨床イノベーションが提供される可能性を高めるため（またはより成功したものにするため）、臨床チームに参加する人を変更する。

戦略		説明
2	リソース共有協定を結ぶ	イノベーションを実装するために必要なリソースを持つ組織とのパートナーシップを構築する。
3	サービス提供者への臨床データの配信を促進する	対象となるイノベーションの利用を促すために、複数の通信手段やチャネルを統合して、プロセス指標やアウトカムの主要な指標についてできるだけリアルタイムのデータを提供する。
4	臨床家へのリマインドを行う	臨床家が情報を思い出したり、臨床イノベーションの使用を促したりするように設計されたリマインダーシステムを開発する。
5	専門家の役割を改める	ケアを提供する専門家の中で役割を変更し、仕事の内容を見直す。
G. サービス利用者のエンゲージメント		
1	需要を増やす	臨床イノベーションの市場に影響を与えて、競争性を高め、市場の成熟度を高める。
2	受入れと遵守を強化するために患者／サービス利用者に介入する	患者のサービス利用の遵守を高め、それに関する問題を解決するための戦略を患者とともに開発する。
3	患者／サービス利用者と家族を関与させる	実装の取組みのなかで患者／サービス利用者および家族を関与・参加させる。
4	積極的な参加者となるように患者／サービス利用者を動機づける	患者／サービス利用者が以下のことができるよう動機づける。自らのケアを積極的に行い、質問をすること。そして特に、ケアのガイドライン、臨床上の意思決定の根拠、あるいはエビデンスに基づく治療のうち現状で利用可能なものについて問い合わせること。
5	マスメディアを利用する	臨床イノベーションについての用語を多くの人に知ってもらうために、メディアを利用する。
H. 金銭的な戦略を活用する		
1	新しい資金にアクセスする	新規または既存の資金にアクセスして実装を促進する。
2	インセンティブ／手当での仕組みを変更する	臨床イノベーションの導入と実装にインセンティブを与えるように働きかける。
3	患者／サービス利用者が支払う料金を変更する	患者／サービス利用者が、好ましい治療（臨床イノベーション）にはより少なく、好ましくない治療にはより多く支払うような料金体系を作成する。
4	金銭的な阻害要因を開発する	臨床イノベーションの導入または使用の失敗に対する金銭的な阻害要因を提供する。

戦略		説明
5	臨床イノベーションのための資金提供・契約をする	政府機関やその他のサービスの支払い者が、イノベーションの提供のための公募を出し、サービス提供者に臨床イノベーションの提供を促すような契約プロセスを用い、サービス提供者がイノベーションをより実施しやすくする新しい資金調達手法を開発する。
6	請求を簡単にする	臨床イノベーションのための請求を簡単にする。
7	サービス料金表や処方リストにイノベーションを加える	医療提供者が払い戻しをうけることができる行為のリストに臨床イノベーションを入れるように働きかける（例えば、ある薬が処方リストに載せられ、処置が払い戻し〔診療報酬〕の対象となるなど）。
8	人頭払い方式を使用する	ケアのための患者／サービス利用者ごとの定額料を、サービス提供者またはケアシステムに支払う。
9	他の支払い方法を使用する	支払い方法を導入する（例：包括的な支払い方式）。
I. 制度・基盤を変える		
1	認定基準または会員資格要件を変更する	認定基準を変更することで、臨床イノベーションの使用を求められたり、奨励されたりするように努める。会員組織の要件を変更することで、加入したい人が臨床イノベーションを奨励または要求されたりするように働きかける。
2	責任に関する法律を変更する	臨床家が臨床イノベーションをより進んで提供するように、責任に関する法律の改革の取組みに参加する。
3	建物の構造と設備を変更する	建築の構造や設備の現状を評価し、必要に応じて、目標とするイノベーションに最も適したものにする（例えば、部屋のレイアウトを変更し、設備を追加する）。
4	記録システムを変更する	実装アウトカムや臨床アウトカムがより良く評価できるように記録システムを変更する。
5	サービス提供場所を変更する	臨床サービスの提供場所を変更してアクセスを向上させる。
6	資格認定や認可基準を作成または変更する	イノベーションに従事する臨床家を認証する、あるいは、既存の組織に臨床家の認証を促す組織を立ち上げる。政府の専門家認定または免許要件を、イノベーションの提供を含むように変更する。イノベーションに向けた専門的な診療を進めるため、継続教育の必要要件の変更を働きかける。
7	変化を命じる	リーダーに、イノベーション実装を優先させることと、それを実現させるための決意を宣言させる。
8	普及組織を発足させる	臨床イノベーションの普及を担う独立した組織を特定または発足させる。この組織は営利組織の場合もあれば非営利組織の場合もあります。

ERIC

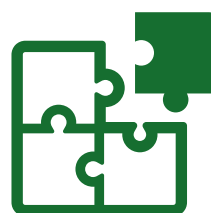
73 の実装戦略の詳細



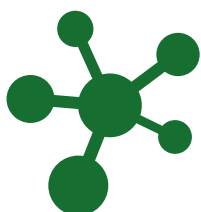
A. 評価的・反復的
戦略を用いる



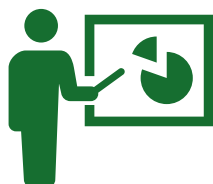
B. 双方向的な支援
を提供する



C. 背景に合わせて
調整する



D. ステークホルダー
間の結びつきを
構築する



E. ステークホルダー
への研修と教育を
行う



F. 臨床家を支援する



G. サービス利用者の
エンゲージメント



H. 金銭的な戦略を
活用する



I. 制度・基盤を変える



評価的・反復的戦略を用いる Use evaluative and iterative strategies

A-1 準備状況を評価し阻害・促進要因を特定する

組織のさまざまな側面を評価し、実装に向けた準備の程度や、実装を妨げる可能性のある阻害要因、および実装に活用できる強みを評価する。

補足説明

準備状況の評価は、実装の取組みに必要なまたは利用可能な、組織の財政、スタッフのレベル、その他の資材・資源に焦点を当てます。さらに、リーダーシップのサポート、変化に対する組織の優先順位、品質改善技術やチェンジマネジメントの成功経験の有無にも着目します。加えて、他の提供サービス、コミュニティの支援、ステークホルダーの態度、およびイノベーションや変化のエビデンスに対する信念や認識などの側面も評価対象となります。現行の取組みの合理性、組織の風土や文化、構造、意思決定のスタイル、変化やイノベーションを実装するために現場のステークホルダーが認識しているニーズ（イノベーション自体の適応【修正】のニーズと、適応可能な範囲を考慮しましょう）も、考慮すべき重要な側面です。準備状況の評価は、実装を進める現場を精査したり、除外したり、優先順位をつけたりするために用いることができます。さらに、実装を前に進めるか否かについての内部の意思決定にも役立ちます。阻害要因のなかには、実装前に観察することが難しいものもあります。変化への準備状況を評価するための具体的な尺度が作成されており、これが役立つ可能性があります（例えば文献 [1-3]）。

A-2 監査とフィードバックを提供する

特定期間の臨床成績データを収集して要約し、臨床家と管理者に提供して、サービス提供者の行動をモニタリング、評価、修正する。

補足説明

これらの情報は、診療記録、コンピュータ・データベース、観察、患者からのフィードバックなど、さまざまな情報源から得ることができます。また、パフォーマンス評価に臨床成績に関する具体的な情報が含まれている場合には、監査とフィードバックのデータとみなすことができます。フィードバックの要約には推奨事項が含まれる場合があります。またフィードバックは公開されることもあり、多くの場合、同僚や地域、州（訳注：日本の場合は県など）、国、または国際的な基準との比較を伴います。さらにフィードバックは、臨床家が忠実度 fidelity を向上させるための指針となるように設計されることもあります。監査とフィードバックのデータは、意図する行動の継続促進に役立つということも注目すべき点です。パフォーマンスデータには、プロセス変数、アウトカム、忠実度の指標が含まれます。フィードバックには、文献からのベンチマークや組織および業界内の基準データに関連したパフォーマンス指標を含めることができます。

A-3 変化を起こすための小規模テストを繰り返し実行する

システム全体に変化を加える前に、小規模なテストを繰り返し行うなかで変化を実装する。テストには体系的な測定方法を用いることが必要で、その結果を検討することにより、方法改善への洞察が得られます。このプロセスは時間をかけて連続的に継続され、サイクルごとに改良が加えられます。

補足説明

変化の繰り返し戦略において、よく知られた小規模テストの方法が2つあります。デミングの品質管理における「Plan-Do-Study-Act」^[4]と、シックス・シグマの「Define-Measure-Analyze-Improve-Control」^[5]です。

A-4 実装を行う場のニーズ評価を行う

イノベーションへのニーズに関連するデータを収集して分析する。

補足説明

この評価では、以下のような項目に焦点を当てます。

- 通常ケアのアウトカム
- ケアのプロセス
- 通常ケアと、エビデンスに基づくケアとの距離（ケアのギャップなど）の記述
- ステークホルダー（患者を含む）からの次のような意見：(a) 望ましい結果（例：精神疾患からの回復）に向けた阻害・促進要因、(b) あらゆるイノベーションへのニーズ（例：変化への切迫感）、(c) 特定のイノベーションへのニーズ、(d) 現場特有の文脈でイノベーションを実現するための特別な考慮事項

一般的なニーズ評価の方法としては、アンケート調査、フォーカスグループ、キー・インフォマント・インタビュー（訳注：重要な情報保持者へのインタビュー）、直接観察、管理記録のデータマイニングなどがあり、それによって対象となる人々を特定するとともに、ベースラインとなるケアのプロセスやアウトカムとなる臨床ケアデータを特定します。変化が複数の現場や施設に及ぶ場合には、現場をまたいだ標準化アプローチができるように、施設間の診療の違いを調べ、ニーズ評価の戦略を描く必要があります。データ収集にあたっては、回答の偏りを減らし、ニーズレベルが過大／過小評価されないよう、ステークホルダーを無作為に抽出することも必要です。

A-5 正式な実装の青写真を作成する

実装の目標と戦略をすべて含んだ正式な実装計画を策定する。青写真には、(1) 実装の目的、(2) 変化の範囲（例えば、どの組織単位が影響を受けるか）、(3) 時間枠とマイルストーン、(4) パフォーマンスと進捗についての適切な指標、が含まれます。この計画を継続的に活用、更新しながら実装を図ります。

補足説明

実装の青写真やマニュアルは、単一または複数の理論や概念的フレームワーク、および実装前のニーズ評価から得られたデータに基づいて作成されます。この青写真は、実装プロセスの有用な記録となるだけでなく、変化を経時的に追跡する仕組みにもなります。実装の青写真は、実装に先立って青写真を使用する見込みのある第一線のユーザーからのフィードバックを確実に得るためにも有用です。

この戦略と、忠実度をモニタリングするツールの開発を連携させることも検討に値します。

個々に検討すべき課題（特に研究目的の場合）：

- 実装戦略の数と種類。
- 関与する組織のレベル—これは介入の種類によって異なります。組織の最も末端のレベルで実施できる介入もあれば、トップマネジメントが必要な介入もあります。
- 実装前の評価は別のステップとして行います。

その他、実装の青写真を作成する方法としては、CDC の Replicating Effective Programs (REP) ^[6, 7] などがあります。

青写真を使ったプロジェクトの例としては、以下のようなものがあります。

- HI-TIDES ^[8]
- 薬物乱用者におけるうつ病 ^[9]
- 連邦認定の保健センターにおけるメンタルヘルスサービス ^[10]

A-6 品質モニタリングのツールを開発・実装する

品質モニタリングシステムを開発、検証し、さらに適切なインプットを行う。多くの場合、実装しようとするイノベーションには特有の言語、プロトコル、アルゴリズム、基準、指標（プロセス、患者／サービス利用者アウトカム、および実装アウトカム）があり、それらを適切にインプットできなければいけません。

補足説明

これらのツールは、環境や、サービス提供者、患者／サービス利用者に合わせて調整した後でも、十分に忠実度を反映できるような柔軟性を備えておく必要があります。このようなツールが現場で利用可能であれば、特に臨床家が変化のプロセスに対する当事者意識を持つことができるため、実装を行う施設にとって有益です。品質モニタリングのツールは、臨床イノベーションに合致した取組みを奨励・報奨する目的をもつ他の戦略と連携させることができます。このプロセスの例については、Krein ら ^[11] を参照してください。

A-7 品質モニタリングシステムを開発・整備する

品質保証と改善を目的として、臨床プロセスやアウトカムをモニタリングするシステムと手順を開発し、整備する。

補足説明

この戦略には、ピアレビューによるモニタリングシステムの開発、患者／サービス利用者、臨床医、指導者からのデータ収集、管理記録や電子記録データの利用などが含まれます。さらに、臨床情報やツール（グラフ表示、リアルタイムのレポートカード、ベンチマークとの比較など）をケアチームのメンバーが利用できる、疾患別のレジストリ設計も含まれます。これらのシステムは、監査とフィードバックの戦略（訳注：関連項目「**A-2. 監査とフィードバックを提供する**」）に役立つでしょう。集中的な実施が必要な、忠実度をモニタリングする活動（例えば心理療法の記録）については、低すぎない頻度でランダムな間隔で行うのがより現実的です。

A-8 患者／サービス利用者と家族からのフィードバックを得て活用する

実装について患者／サービス利用者および家族からのフィードバックを増やす戦略を開発する。

補足説明

この戦略は、実装の取組み期間を通して継続できます。戦略としては、苦情フォームの設置や、実装担当のマネージャーや諮問委員会にフィードバックを送る方法などが考えられます。フィードバックにあたり、匿名形式が適切かどうかの検討が必要です。

A-9 実装のスケールアップを計画的に実施する

小規模なパイロットやデモンストレーションから開始し、徐々に全体的な展開にしていくように、段階的に実装の取組みを行う。

補足説明

この戦略には反復的なプロセスが必要となりますが、それは多くの場合、実装の適応 adaptation に結びつきます。パイロットのフィードバックをスケールアップや展開のプロセスに統合する戦略は、事前に確立しておく必要があります。イノベーションの内容によっては、パイロットで実践上の変化の要素や構成要素を段階的に取り入れていくこともあります。多くのイノベーションは、複数のサービス（例えば入院と外来、プライマリケアと専門医療など）を含んでおり、スケールアップや展開のプロセスでは、そうしたサービス間の相互作用に対処するために、相反するニーズを扱わなければいけないことがあります（例えば、ケアの継続性を確保しながら複数のサービスにアクセスすることに関するニーズなど）。詳細については、展開のためのフレームワークを説明した Institute for Healthcare Improvement の白書を参照してください^[12]。

A-10 意図的に実装を再検討する

進捗状況をモニタリングし、臨床実践と実装戦略を調整して、継続的にケアの質を改善する。

補足説明

モニタリングは「必要に応じて」ではなく、具体的なスケジュールを立てることが有益です。また、調整が必要な時期を判断するために、時間を考慮したベンチマークが有効であることもわかっています。



双方向的な支援を提供する

Provide interactive assistance

B-1 技術的支援を中央化する

実装上の課題に対応した技術的支援を提供するための、中央化システムを開発して活用する。

補足説明

この戦略は、先導的な技術支援機関が担う場合があります（そしてその機関は研修を担当する可能性もあります）。こうした技術支援機関はこれ以外にも、臨床イノベーションを実装する最良の方法について情報を共有するための仕組み（電話窓口やウェブサイトなど）を開発することができます。

B-2 ファシリテーションを行う

現場改善の必要性が認識されているなかで、協力的な対人関係のもとに行われる、双方向的な問題解決と支援のプロセスのこと。

補足説明

ファシリテーションは、（訳注：実装が行われる）システムの内外どちらでも行われます。この双方向的な支援プロセスは、あらゆる実装戦略に組み合わせることができ、またその場合に、複数の戦略を束ねる役割をもつことが一般的です。

B-3 臨床現場での指導を行う

臨床家に対し、イノベーションに焦点を当てた継続的な指導を行うこと。

補足説明

指導 supervision を行うことの役割を明確に定義すること、および指導を確実に実行するために継続的に資源を提供することは重要です。現場の指導者の研修には、イノベーションを指導する方法についての具体的な研修が必要な場合が多いです。

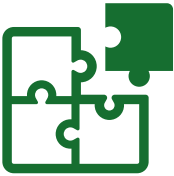
コンサルテーションと指導の違いについては、Nadeem ら^[13]を参照してください（訳注：関連項目「E-8. 継続的なコンサルテーションを提供する」）。

B-4 現場の技術的支援を行う

現場の人材を活用して、実装上の課題に対応した技術的支援を提供するためのシステムを開発して活用する。

補足説明

現場の技術支援者が、より広範な、あるいは集中的な技術支援者のネットワークに接続できるようにします。現場では、臨床イノベーションと実装プロセスの両方に対する技術的支援が重要です。例えば米国退役軍人省では、メンタルヘルスのエビデンスに基づく心理療法に関するコーディネーター、軍人の性的トラウマのコーディネーター、OEF/OIF/OND（訳注：Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom/Operation New Dawn）コーディネーターを各施設に配置することを目指しており、関連する取組みについて現場の他の臨床家に技術的支援を行うことができるようにしています。



背景に合わせて調整する

Adapt and tailor to context

C-1 適応性を高める

実装を行う現場のニーズに臨床イノベーションを適合させる方法を特定し、また忠実度を保つために維持すべきイノベーションの要素を明確にする。

補足説明

イノベーションの中核となる要素が経験的に定義されない場合、イノベーションの忠実度を保つことは不確実になります。

C-2 戦略を適合させる

初期段階のデータ収集を通じて特定された阻害要因に対処し、促進要因を活用できるように実装戦略を状況に合わせたものにする。

補足説明

戦略を適合するプロセスは、複数の要因に左右され特異的なものになりがちです。忠実度と有効性の維持に必要な、介入の中核的要素と実装戦略を特定し、修正／適応が可能な要素を区別することが重要です。Flottorp ら^[14]と Langley ら^[15]は、考慮すべき多くの要因についての指針を示しています。また Wensing ら^[16, 17]は、戦略を適合させるための構造的アプローチの例を示しています。

C-3 データ専門家を活用する

データ専門家に関与してもらう、雇用する、助言を求めるなどして、実装の取組みによって生み出されたデータの活用について管理者に情報提供する。

補足説明

実装計画の初期段階で、データ専門家を関与させることを検討してください。

C-4

データウェアハウジング技術を使用する

施設間や組織間で臨床記録を統合し、システム全体での実装がしやすいようにする。

補足説明

特に、アウトカム指標となりうる変数を含む記録を（訳注：データウェアハウジング技術で）管理することは有用です。目的のアウトカムが得られない場合は、代替りとなる指標を検討してください。



ステークホルダー間の結びつきを構築する

Develop stakeholder interrelationships

D-1 連携する

実装に取り組むパートナーを募り、関係性を築く。

補足説明

パートナーシップは、パートナー間での費用の分担、資料の共有、合同研修、責任の分担などを中心に強めることができます。パートナーシップの強化は、現場における、合意を得るための議論から自然に進むかもしれませんが（訳注：関連項目「D-3. 現場で合意を得るための議論を行う」）。連携するメンバーは、通常、実装の取組みにおいて明確な役割を担います。

D-2 現場の経験知を収集して共有する

実装に取り組む者と臨床家がどのように実装を進めたかという、それぞれの現場の経験知を収集し、他の現場に共有する。

補足説明

この戦略は、しばしば中央化された技術的支援や学習協働体 learning collaborative とともに実施されます（訳注：関連項目「B-1. 技術的支援を中央化する」、「E-4. 学習協働体を構築する」）。現場の経験知 local knowledge を収集する方法やその表現形式はさまざまです。例えば、あるイノベーションを成功させた臨床家の声を記録した、短編のYouTubeを作成することができるでしょう。また、Google Docs や Microsoft Share Point などのプラットフォームを利用して、特定の実装の阻害要因に対するチームの対応を継続的に記録していくこともできるでしょう。その他の手法については、www.liberatingstructures.com をご覧ください。

D-3 現場で合意を得るための議論を行う

選択された課題が重要かどうか、またそれに対処するための臨床イノベーションが適切かどうかを検討する議論に、現場でのサービス提供者やその他のステークホルダーを含める。

補足説明

各プロジェクトに関連するステークホルダーを特定します。加えて、プロジェクトごとに、合意を得るための議論の目的が、合意の内容を明らかにすることなのか、合意の形成なのかを確認する必要があります。多くのイノベーションにおいて、コミュニティ参加型研究 community based participatory research の原則を活用することがふさわしいかもしれません。特に、選択された課題は、それに取組むために関心を引き付け、資源を投じられるように、他の課題と比較してより優先度を高くしていく必要があります。

D-4 学術パートナーシップを開発する

合同研修の実施や実装プロジェクトへの研究スキルの導入を目的として、大学または学術機関と提携する。

補足説明

学術的なパートナーシップにおいて、HIPAA（訳注：Health Insurance Portability and Accountability Act の略で、米国の医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律のこと）やその他の法令上の制約事項は共通しています。場合によっては、公式な関係（例：契約書や MOU [訳注：Memorandum of Understanding の略で、基本合意書のこと]）を築くことが必要なこともあります。すべての学術関係者がステークホルダーの実務レベルのニーズを十分に理解しているわけではないので、パートナーシップを開発する際にはこの点を考慮する必要があります。「研究」が一般的でないような場では、こうしたパートナーシップの活動を特徴づける方法として、評価や発展的評価 developmental evaluation を行うことがより有用かもしれません^[18]。

D-5 チャンピオンを特定し準備する

介入によって組織内に生じうる無関心や抵抗を克服し、実装の支援、マーケティング、完遂に身を捧げる個人（チャンピオン）を特定し準備する。

補足説明

この戦略には、個人がチャンピオンとしての役割を果たすための準備も含まれます。チャンピオンは主に組織の内部にいます。さらに、以下のような必要性が指摘されています。

- a) チャンピオンの選択と特定についての方法および考慮事項。これには社会的ネットワークの理論や手法が役に立つかもしれません。
- b) チャンピオンの研修や支援教材の提供。
- c) チャンピオンの役割に対するインセンティブやディスインセンティブの対応。
- d) さまざまなレベルの組織（例：診療所レベル、地域レベル、国レベル）におけるチャンピオンの必要性の有無。

多くの場合、チャンピオンとオピニオンリーダーは区別されます。オピニオンリーダーは、関連する専門知識を持った客観的な立場の第三者と考えられます。

D-6 実装用語集を作成する

組織変化におけるイノベーション、実装、およびステークホルダーを説明する用語のリストを作成し、配布する。

補足説明

用語集を作成する際には、掲載された用語が必要不可欠なものであるかどうか、熟考してください。

D-7 アーリーアダプターを特定する

実装の現場でアーリーアダプター（初期採用者）を特定し、イノベーションを実行した経験から学ぶ。

補足説明

アーリーアダプター early adopter（訳注：初期採用者。Rogers のイノベーションの普及モデルにおいて、急進的なイノベーターに続いてイノベーションを早期に採用する層を指す）は、チャンピオンの宝庫です（訳注：関連項目「D-5. チャンピオンを特定し準備する」）。ステークホルダーがいるミーティングにアーリーアダプターを参加させ、経験を発表してもらいましょう。アーリーアダプターとアーリーマジョリティ early majority（訳注：前期追従者。アーリーアダプターに影響を受けてイノベーションを採用する層）の間にある採用 adoption の隔たりを調査することは有用であると分かっています。この2つのグループには、通常、異なるエンゲージメント手法が必要です。詳しくは Moore^[19] を参照してください。

D-8 現場のオピニオンリーダーに情報を提供する

同僚からオピニオンリーダーである、あるいは「教育的影響力を持つ」とみなされているサービス提供者に臨床イノベーションについて知らせる。これにより、彼らの影響を受けた他の同僚が臨床イノベーションを採用することを期待する。

補足説明

人々にサービスを紹介したり、サービスへのつなぎ役となったりする人の意見 opinion も、重要な意見として機能します。臨床イノベーションの実装前から維持に至るまで、オピニオンリーダーに情報を提供し続けることが重要です。また、オピニオンリーダーが積極的にイノベーションを推進していない場合には、実装の障壁とならないようにすることも重要です。

D-9 役員会を関与させる

既存の管理体制（例えば、取締役会、医療職のガバナンス委員会）を実装の取組みに関与させる。ここでいう実装の取組みには、実装のプロセスデータの評価も含まれます。

補足説明

統治機関を持たない環境では、「トップダウン」の権限を持つ別のタイプのリーダーが関与する場合があります。例えば、行政指導者、臨床指導者、政策立案者、保険や支払システムの事業者などです。

D-10 変化のモデル化とシミュレーションを行う

実装前に実装後の変化をモデル化またはシミュレートする。

補足説明

コンピュータシミュレーション、ウォークスルーシミュレーション（訳注：複数人が集まり、机上でシミュレーションをしながら問題をみつけていく手法）の実施、またはステークホルダーの行動変容による全体的な影響の可能性をモデル化する手法などが用いられます。システムダイナミクスモデリング（訳注：システムの複雑なフィードバックメカニズムを描くシミュレーション技法）は具体的な手法の一例です^[20]。このアプローチは、複雑な複数の構成要素からなるイノベーションに適していることが多いとされています。

D-11 公式のコミットメントを得る

主要なパートナーから、イノベーションを実装するために何を行うかを書いた書面による確約を得る。

補足説明

公式のコミットメントを得る際には、役割と責任を明確にし、有形・無形の利益（例：コミュニティとのパートナーシップ）を詳述することが必要です。主要な役割が組織内で支持されていることを確認しましょう（例えば、新しい臨床実践において指導 supervision を提供、または受ける場合の仕事量の調整）。公式のコミットメントは、変化の取組みにおける非公式なコミットメントの重要性を決して減じるものではありません。

D-12 臨床家の実装チーム会議を組織する

イノベーションを実装する臨床家のチームを作って支援し、実装の取組みを振り返り、教訓を共有し、相互学習を支援するための時間を確保する。

補足説明

なし

D-13 ネットワーク構築を促進する

組織、部署、チームなどの内外にある、良質な職務上の関係性やネットワークの特定と構築を行い、イノベーションの実装に関連する情報共有、協働での問題解決、ビジョン／目標の共有を推進する。

補足説明

ネットワークの紡ぎ手 network weavers として機能している人は、一般的に、情報やアイデアを得られるコミュニティ外部とのつながりを持っています。例えば、病院と介護施設の両方に勤務する看護師や医師、そしてこれらの施設を転々とする患者などです。ネットワークは協働に比べてより有機的であり、しばしば永続的で耐久性があります。参照：<http://www.networkweaver.com/>

D-14 リーダーの採用、任命、トレーニングを行う

変革の取り組みのために、リーダーを採用し、任命し、トレーニングする。

補足説明

変革には特定のタイプのリーダーが必要です。組織は、既存の人員で変革を実装できると想定するのではなく、変革に応じたリーダーの採用が必要かもしれません。変革リーダーの任命には、エグゼクティブスポンサーや、取り組みの日常的なマネージャーを含めることができるでしょう。臨床家が実施する臨床実践のイノベーションについて、変革リーダーが臨床家と同様の臨床的な責任を負っていない場合は、効果的な指導システムを確立する方法を検討する必要があります。

D-15 諮問委員会とワークグループを活用する

さまざまなステークホルダーから構成される公式なグループを作り、実装の取組みについての意見と助言の提供や、改善提言の導出に関与してもらう。

補足説明

作ろうとしているグループの構成（構成員の異質性など）が各ステークホルダーの参加にどのような影響を与えるかを考慮し、偏りを減らすために積極的な手段を講じましょう。例えば、指導者 supervisor と指導を受ける人 supervisee をグループに含めることは、関係性に力の差があるため問題となる可能性があり、そうした状況を確実に回避することが望ましい戦略かもしれません。例えば、指導を受ける人は、指導者に良い顔をするために肯定的に報告しなければならないというプレッシャーを、そして指導者は、面子を保つために実装上の課題があることを否定しなければならないというプレッシャーを感じるかもしれません。内部のステークホルダーや代表者（参加型のアプローチにおいて、賛同と関連性を維持するため）と、外部の専門家やアドバイザーを区別することが有効です。同様に、ワークグループの構成には、求めたい意見や監督の必要性に応じて、複数のレベルまたは複数の分野のステークホルダーを含めることができます。

D-16 実装アドバイザーを活用する

実装に長けた人からの指導を求める。

補足説明

この実装戦略には、大学教員など外部の専門家への相談や、質改善の専門家、実装の専門家の雇用も含まれます。

D-17 他の現場に訪問する

同様の実装の取組みが成功したと考えられる現場を訪問する。

補足説明

事前に現場訪問の目的を明確にしておくことは、特に有効です。訪問の準備として、所属する現場と比較対象となる現場の特徴を比較検討することで、訪問目的をより明確にすることができます。目的の明確化には、訪問から戻った後に情報を活用するための計画策定も含まれます。訪問では、イノベーション実装で行われた適応や、イノベーション／実践の変化が有効性に与えた影響についての認識を明らかにしましょう。促進要因と学んだ教訓を記録することが重要です。さまざまなイノベーション／実践の変化に成功した、優れた実績のある現場を訪問することで、多くのことを学ぶことができます。また、実装が停滞している、あるいは失敗している現場と意見交換をすることも有益な情報をもたらします。加えて、実装の計画や実行上の留意点をバーチャル上で共有することも、現場にとって有益です（つまり、情報交換は実際に訪問するだけには限りません）。



ステークホルダーへの研修と教育を行う

Train and educate stakeholders

E-1 教育会議を行う

さまざまなステークホルダーのグループ（サービス提供者、管理者、その他の組織のステークホルダー、コミュニティ、患者／サービス利用者、家族など）を対象としたミーティングを開催し、臨床イノベーションについて教育する。

補足説明

教育の内容には、実装が進むにつれて期待されることを含めることができます。ステークホルダー・グループのニーズに合わせて教育を行うためには、会議の参加者が比較的同質であることを確認しておくことが有用です。例えば、教育会議のなかには、需要を高めることを意図した方法でステークホルダー・グループに臨床イノベーションを伝えるものもあれば、医療従事者や管理者向けに臨床イノベーションを紹介するものもあります。教育会議に出席できない人（会議時に患者のケアを担当中の人、会議後の新規採用者など）が、教育会議の録音やその他の資料を利用できるようにしておくことが有用です。

E-2 教育アウトリーチ訪問を行う

臨床イノベーションについて教育し実践を変えることを目的として、研修を受けた人をサービス提供者と実践の場で会わせる。

補足説明

現場への訪問は、対面の場合もあれば、インターネットを通じてバーチャルに行う場合もあります。取組みによっては、イノベーション／実践の変化を維持するために、定期的な教育活動が必要になる場合もあります。アカデミック・ディテリング academic detailing（訳注：コマーシャルベースではない、基礎科学と臨床のエビデンスを基に医薬品比較情報を能動的に発信する新たな医薬品情報提供アプローチ［一般社団法人日本アカデミック・ディテリング研究会］）もよく使われる用語ですが、アカデミック・ディテリングには通常、さらに多くの個別の実装戦略（例えば、継続的な研修の実施、モデル化、教材の開発と配布など^[21, 22]）が含まれます（訳注：関連項目「E-3. 継続的な研修を実施する」、「D-10. 変化のモデル化とシミュレーションを行う」、「E-5. 教材を開発する」、「E-6. 教材を配布する」）。

E-3 継続的な研修を実施する

臨床イノベーションの研修を継続的な方法で計画し、実施する。

補足説明

これには、フォローアップ研修、上級研修、ブースター研修、意図的に間隔を空けた研修、能力向上のための研修、オフザジョブトレーニングとオンザジョブトレーニングの統合、構造化された指導、習得を確実にするための特定の順序での概念の導入、臨床家の知識レベルに応じた研修などがあります。継続的な研修の取組みは、勤務のシフトを超えて行われ、スタッフの入れ替わりや、交代制のスタッフ（例：レジデント）にも対応する必要があります。研修は、対面式、ウェブ、技術支援（シミュレーションラボでの研修など）のいずれかで、個人を対象とする場合もあればグループを対象とする場合もあります。継続的な研修を計画する際には、研修の時期や頻度など、研修の構成要素を説明することが重要です。研修のダイナミクスに関連する問題は、戦略「E-7. 研修を動的にする」に記載されています。

E-4 学習協働体を構築する

サービス提供者またはその組織のグループ形成を促進し、臨床イノベーションの実装を改善するための協働的な学習環境づくりを促進する。

補足説明

ピア・コンサルテーション・ネットワーク、オンラインでの実践コミュニティ、品質サークル quality circles、学習協働体 learning collaborative など、文献ではこれに対するいくつかのアプローチがあります。グループは、直接会うこともできれば、さまざまなメディアを使って交流することもできます。学習協働体に品質管理者を入れることも有効です。ポジティブ・デビアンس・アプローチ positive deviance approaches（訳注：コミュニティや組織における「良い」例外に着目する方法）では、協働学習 collaborative learning を促進するために、同僚間の「発見と行動の対話」を用います^[23-25]。

学習協働体に特化したリソースは以下の通りです。

The Health Resources and Services Administration (HRSA)^[26]。

The Institute for Healthcare Improvement (IHI)^[27, 28]。

協働学習に特化した文献を検索する際のキーワードは以下の通りです。

ラーニング・コミュニティ learning community、ラーニング・ネットワーク learning network、プラクティス・コミュニティ community of practice。

（訳注：学習協働体は学習のための組織・仕組み、協働学習は学習の方法を指します。）

E-5 教材を開発する

ステークホルダーがイノベーションについて学んだり、臨床家が臨床イノベーションをどのように提供するかを学んだりすることができるよう、マニュアル、ツールキット、およびその他の補助資料を開発、作成する。

補足説明

目を引く、使いやすい教育用ドキュメントを作成しましょう。複雑な情報を学習しやすいように重要な点を整理しましょう。スキルをモジュール化して教えることを検討しましょう。複数の形式のメディアを使用し、異なる対象者に向けてメッセージを発信しましょう。教材には、成人学習理論の原則を反映させるべきです。教育メディア（例：ファイアウォール、古いハードウェア、古いソフトウェア）に対応するためには、現在利用可能な技術インフラについて知ることが重要です。教材がどのような時点で使用されるかを考慮しましょう。例えば、教材の主な用途は、新入社員や交代するスタッフの研修、スタッフの知識の更新、あるいは既存の指導、資格、業績評価の仕組みに組み込むことなどです。教材は、形成的評価（訳注：実装の過程で評価を実施し、軌道修正を図る評価手法）によるフィードバックで改良することができます。

関連する提案は、REP フレームワークの「パッケージング」ドメインで提供されます^[7]。教材の開発に関するさらなるサポートは、Training Within Industry Service のウェブサイトに掲載されています^[29]。

E-6 教材を配布する

対面、郵送、あるいは電子的に教材（ガイドライン、マニュアル、およびツールキットなど）を配布する。

補足説明

なし

E-7 研修を動的にする

情報の配信方法を変えて、さまざまな学習スタイルや作業環境に対応するようにし、イノベーションの研修を双方向型にする。

補足説明

研修を動的なものにするには、教材を短時間に分割する工夫、小グループでのセッションの利用、聴衆応答システムの利用、研修期間の合間に学習者に新しいスキルを試してもらうなどの方法があります。研修の双方向的な要素は、参加者が研修内容に積極的に参加し、問題解決に取組み、試行可能な解決策を見出すことで、非常に動的なものとなります。

E-8 継続的なコンサルテーションを提供する

イノベーション実装に用いられる戦略の専門家（1人もしくは複数名）との継続的なコンサルテーションを提供する。

補足説明

継続的なコンサルテーションには、対面式または遠隔式のコンサルテーションや、録音された臨床現場についてのフィードバックが含まれます。コンサルテーションは、臨床家の実際の診療に合わせて行われるため、継続的な研修とは区別されます。また、組織の外部にいるコンサルタントからフィードバックを受けることもあり、これによりコンサルテーションと臨床上の指導が区別されます。実践内容の変更には再認定 recertification のプロセスが含まれる場合があるため、コンサルテーションを行うことで十分な忠実度を確保することができます。コンサルテーションは、管理者、請求書作成担当者、フィードバックシステム構築担当者などの非臨床スタッフや、実装プロセスに影響を与える業務を担当するその他のスタッフに対しても必要となる場合があります。

E-9 他の専門家に学ぶ

実装の対象となっている臨床行為の変革／イノベーションに経験豊富な人が取組んでいるところを、実装のキーパーソンが直接観察できるようにする。

補足説明

シャドーイングは従来、対面で観察するものでした。しかし、テクノロジーを創造的に活用することで、イノベーションの経験者を観察し、そこから学ぶ機会が増えるかもしれません。

E-10 トレーナーを養成する戦略を使用する

臨床イノベーションに従事する人に研修を行えるように、特定の臨床家または組織に対してトレーナーとしての研修を実施する。

補足説明

誰がトレーナーになれるかという決まりは、イノベーションや実践の変化に特有のものです。例えば、イノベーションのなかには、指導者が特定のレベルの教育、研修、または経験を持っていることを必要とするものがあり、そのような決まりは、計画段階で検討されるべきです。「トレーナーを養成する」戦略は、管理手続きの責任者や、イノベーションの実装に携わる人にも適用されます。

E-11 教育機関と協働する

教育機関がイノベーションに従事する臨床家に研修を行うように奨励する。

補足説明

この戦略は、臨床研修およびその他のスキルを必要とするイノベーションに適しており、そうした研修の専門性が教育機関に備わっている可能性が高い場合に適しています。



臨床家を支援する

Support clinicians

F-1 新しい臨床チームをつくる

さまざまな分野やスキルを加えて、臨床イノベーションが提供される可能性を高めるため（またはより成功したものにするため）、臨床チームに参加する人を変更する。

補足説明

なし

F-2 リソース共有協定を結ぶ

イノベーションを実装するために必要なリソースを持つ組織とのパートナーシップを構築する。

補足説明

例えば、データを共有する契約、必要な機器（遠隔医療機器など）を共有する契約、研修やコンサルティングを行う専門家を招聘するための費用を分担する契約などが考えられます。リソース共有契約には、正式な基本合意書（MOU）が必要な場合もあれば、もっと非公式に行えるものもあります。

F-3 サービス提供者への臨床データの配信を促進する

対象となるイノベーションの利用を促すために、複数の通信手段やチャネルを統合して、プロセス指標やアウトカムの主要な指標についてできるだけリアルタイムのデータを提供する。

補足説明

既存のワークフローにどのようにイノベーションを導入し、変化させていくのかに関する推奨事項については、May^[30]を参照してください。

F-4 臨床家へのリマインドを行う

臨床家が情報を思い出したり、臨床イノベーションの使用を促したりするように設計されたリマインダーシステムを開発する。

補足説明

リマインダーは、患者ごと、もしくは外来などの接触の機会ごとに、口頭、紙、または電子的に提供することができます。コンピュータによる意思決定支援や薬剤の投与量の決定などもこの戦略に含まれます。リマインダーは、さまざまな時点（診療前、診療中、診療後）で提供することができます。

F-5 専門家の役割を改める

ケアを提供する専門家間で役割を変更し、仕事の内容を見直す。

補足説明

専門家の役割の見直すことで、臨床イノベーションを提供するための役割を拡大し、提供する上での阻害要因を解消することができます。これには、人事方針に関する見直しも含まれます。



サービス利用者のエンゲージメント

Engage consumers

G-1 需要を増やす

臨床イノベーションの市場に影響を与えて、競争性を高め、市場の成熟度を高める。

補足説明

需要を高める方法の一つは、臨床イノベーションについて患者を教育し、患者が医療機関にそれを求めるようにすることです（それは例えば、製薬会社が行っていることです）。

G-2 受入れと遵守を強化するために患者／サービス利用者に介入する

患者のサービス利用の遵守を高め、それに関する問題を解決するための戦略を患者とともに開発する。

補足説明

これには、患者／サービス利用者へのリマインダーや、予約した時間に受診することに対する金銭的なインセンティブが含まれます。また、患者／サービス利用者が治療法を理解し、使用しているかどうかのフィードバックを収集することも重要です。

G-3 患者／サービス利用者と家族を関与させる

実装の取組みのなかで患者／サービス利用者および家族を関与・参加させる。

補足説明

ステークホルダーからのフィードバックは、プロジェクトのニーズと目標に応じて、実装プロセスのどの段階でも得ることができます。多くのイノベーションでは、実装の前段階でステークホルダーを関与させることが有利に働きます。また、イノベーションに関する研修や、関連するアドボカシー活動も、ステークホルダーの関与 involvement に含まれる場合があります。近隣住民や友人、その他の重要な支援者などの非公式な介護者を含めることも大切です。

G-4 積極的な参加者となるように患者／サービス利用者を動機づける

患者／サービス利用者が以下のことができるよう動機づける。自らのケアを積極的に行い、質問をすること。そして特に、ケアのガイドライン、臨床上的意思決定の根拠、あるいはエビデンスに基づく治療のうち現状で利用可能なものについて問い合わせること。

補足説明

患者／サービス利用者が特定の治療法について問い合わせるためには、患者／サービス利用者に対して臨床家が質問をしたり、エビデンスに裏付けられた治療法が存在を教育したり、治療法の決定プロセスに明示的に参加させたりすることが必要です。

G-5 マスメディアを利用する

臨床イノベーションについての用語を多くの人に知ってもらうために、メディアを利用する。

補足説明

マスメディアには、テレビ、新聞、雑誌、ラジオ、ソーシャル・メディア、メーリングリスト、大量の電子メールを送付するキャンペーン、大量の郵送、ロボコール（訳注：録音されたメッセージを使用して自動的に行われる電話）などがあります。これらのメディアキャンペーンのターゲットは、臨床医や、イノベーションの潜在的なサービス利用者、またはその関係者です。これらは「マーケティング」もしくは「ソーシャル・マーケティング」とも言われます。



金銭的な戦略を活用する

Utilize financial strategies

H-1 新しい資金にアクセスする

新規または既存の資金にアクセスして実装を促進する。

補足説明

新たな資金源へのアクセスには、既存の資金の新たな利用、ブロックグラント block grant（訳注：総額のみ決まっており、細かい用途は裁量に任せる補助金）へのアクセス、あるプログラムから別のプログラムへの資金の移動、コストシェアリング、新たな税金の導入、民間資金の調達、補助金の申請などが考えられます。これらの資金は、臨床イノベーションの提供のための資金として使用することもできますし、資材の購入や後方支援、研修、コンサルティングなど、初期の実装に必要な期間限定の活動を支援するために使用することもできます。

H-2 インセンティブ／手当ての仕組みを変更する

臨床イノベーションの導入と実装にインセンティブを与えるように働きかける。

補足説明

インセンティブは、個々の臨床家の業績に基づいて付与する場合と、組織レベルでのより大きな業績単位に基づいて付与場合があります。インセンティブは、臨床イノベーションの実装に伴うコスト増をカバーするために、給与の増額という形で付与することもあります。また、臨床家がイノベーションを習得するために必要なローンの削減や免除なども考えられます。この金銭的な戦略には、適切なケアを受ける上で障害となる逆インセンティブを排除することも含まれます。インセンティブは、支払いが臨床行為の実施やアウトカムの改善に連動していることを意味します。一方、手当ては、臨床家や組織がその臨床行為を行ったり、業績基準を満たしたりすることとは関係なく支払われることを意味します。

H-3 患者／サービス利用者が支払う料金を変更する

患者／サービス利用者が、好ましい治療（臨床イノベーション）にはより少なく、好ましくない治療にはより多く支払うような料金体系を作成する。

補足説明

なし

H-4 金銭的な阻害要因を開発する

臨床イノベーションの導入または使用の失敗に対する金銭的な阻害要因を提供する。

補足説明

この戦略では、直接的な金銭的阻害要因に加えて、特定のイノベーションの使用を昇進の決定に結びつけることも可能です。

H-5 臨床イノベーションのための資金提供・契約をする

政府機関やその他のサービスの支払い者が、イノベーションの提供のための公募を出し、サービス提供者に臨床イノベーションの提供を促すような契約プロセスを用い、サービス提供者がイノベーションをより実施しやすくする新しい資金調達手法を開発する。

補足説明

なし

H-6 請求を簡単にする

臨床イノベーションのための請求を簡単にする。

補足説明

請求手続きを簡単にするためには、必要な書類を少なくする、イノベーション実行のための包括的な資金提供、イノベーションのための新しい請求コードの作成などが考えられます。また、臨床イノベーションの文書化を容易にする経過記録のテンプレートを開発することで、支払いを受ける際の負担を軽減することができます。

H-7 サービス料金表や処方リストにイノベーションを加える

医療提供者が払い戻しをうけることができる行為のリストに臨床イノベーションを入れるように働きかける（例えば、ある薬が処方リストに載せられ、処置が払い戻し [診療報酬] の対象となるなど）。

補足説明

なし

H-8 人頭払い方式を使用する

ケアのための患者／サービス利用者ごとの定額料を、サービス提供者またはケアシステムに支払う。

補足説明

これは、出来高払い制の下では提供する意欲を失ってしまうようなサービスを、臨床家がある程度自由に提供できるようにする実装戦略です。この戦略は、臨床家がある種の臨床イノベーションを行う動機付けに役立つかもしれませんが、このような変化は、料金体系の変更、保険の適用範囲の変更、診療報酬リストへ項目を追加するなどの政策変更の一環として行われることが多いです。

H-9 他の支払い方法を使用する

支払い方法を導入する（例：包括的な支払い方式）。

補足説明

支払い方式には、サービスに対する前払いや見込み払い、プロバイダーの給与支払い、患者／サービス利用者のアウトカムの達成度に応じた支払い率の調整、診療報酬の上限（例：保険が適用される受診回数）の撤廃または変更などが含まれます。また、治療の忠実度に基づいて支払いが行われる場合もあります。支払い方式は、臨床家が臨床イノベーションを提供するための時間をある程度確保するための実装戦略です。その他の戦略は、臨床家がより良いサービスを提供するよう動機付けるものです。



制度・基盤を変える

Change infrastructure

I-1 認定基準または会員資格要件を変更する

認定基準を変更することで、臨床イノベーションの使用を求められたり、奨励されたりするように努める。会員組織の要件を変更することで、加入したい人が臨床イノベーションを奨励または要求されたりするように働きかける。

補足説明

なし

I-2 責任に関する法律を変更する

臨床家が臨床イノベーションをより進んで提供するように、責任に関する法律の改革の取り組みに参加する。

補足説明

法改正によって、臨床家が臨床イノベーションの代替案を提供することに消極になる可能性もあります。

注：オリジナル版の戦略に関連する追加の文献については、Powell ら^[31]を参照してください。

I-3 建物の構造と設備を変更する

建築の構造や設備の現状を評価し、必要に応じて、目標とするイノベーションに最も適したものにする（例えば、部屋のレイアウトを変更し、設備を追加する）。

補足説明

なし

I-4 記録システムを変更する

実装アウトカムや臨床アウトカムがより良く評価できるように記録システムを変更する。

補足説明

こうした変更には、実装されるイノベーション（エビデンスに基づく実践）に反映するような、経過観察表や治療計画の形式変更も含まれます。

I-5 サービス提供場所を変更する

臨床サービスの提供場所を変更してアクセスを向上させる。

補足説明

サービス拠点の変更には、複数の専門分野やサービス、遠隔医療を必要とする複雑な臨床イノベーションをより効果的に実装するために異なるサービスを共同配置すること、あるいは、クライアントの自宅や地域、その他臨床に関連性のあるセッティング（PTSD のクライアントの場合、人通りの多い公共スペースなど）でのサービスの提供が含まれます。

I-6 資格認定や認可基準を作成または変更する

イノベーションに従事する臨床家を認証する、あるいは、既存の組織に臨床家の認証を促す組織を立ち上げる。政府の専門家認定または免許要件を、イノベーションの提供を含むように変更する。イノベーションに向けた専門的な診療を進めるため、継続教育の必要要件の変更を働きかける。

補足説明

なし



I-7 変化を命じる

リーダーに、イノベーション実装を優先させることと、それを実現させるための決意を宣言させる。

補足説明

変化を命じる人物が実際にその権限を持っていることが重要です。実装を担う人々にはそのような権限がないことが多いため、組織のリーダーと協力して賛同を得て、公式に命令を出してもらう必要があります。また、他のステークホルダー（監査担当者、請求審査を行う団体など）にも命令について周知し、認識を一致させることも重要です。

I-8 普及組織を発足させる

臨床イノベーションの普及を担う独立した組織を特定または発足させる。この組織は営利組織の場合もあれば非営利組織の場合もあります。

補足説明

この戦略は、ケアの現場から独立して忠実度の監視を置くことが望ましいような場合（利益相反など）に対応できるものです。普及組織は、営利団体でも非営利団体でも構いません。イノベーションが学術的なセッティングの中で生まれたものであれば、その組織は大学から「認可」されるかもしれません。既存の実践の上に実装を進めるために、普及組織は、組織がさまざまな介入を実装する場合にどのようなアプローチをとっているか認識しておくことが重要です。

文献一覽

1. Helfrich CD, Li Y-F. F, Sharp ND, Sales AE: Organizational readiness to change assessment (ORCA): Development of an instrument based on the promoting action on research in health services (PARIHS) framework. *Implement Sci* 2009, 4.
2. Lehman WEK, Greener JM, Simpson DD: Assessing organizational readiness for change. *J Subst Abuse Treat* 2002, 22:197-209.
3. Weiner BJ, Amick H, Lee S-YD-. YD: Conceptualization and measurement of organizational readiness for change: A review of the literature in health services research and other fields. *Med Care Res Rev* 2008, 65:379-436.
4. Deming WE: *Out of the Crisis*. Cambridge, MA: MIT Press; 1986.
5. Linderman K, Schroeder RG, Zaheer S, Choo AS: Six sigma: A goal-theoretic perspective. *J Oper Manag* 2003, 21:193-203.
6. Neumann MS, Sogolow ED: Replicating effective programs: HIV/AIDS prevention technology transfer. *AIDS Educ Prev* 2000, 12(5 Suppl):35-48.
7. Kilbourne AM, Neumann MS, Pincus HA, Bauer MS, Stall R: Implementing evidence-based interventions in health care: Application of the replicating effective programs framework. *Implement Sci* 2007, 2:1-10.
8. Pyne JM, Fortney JC, Curran GM, Tripathi S, Atkinson JH, Kilbourne AM, Hagedorn HJ, Rimland D, Rodriguez-Barradas MC, Monson T, Bottonari KA, Asch SM, Gifford AL: Effectiveness of collaborative care for depression in human immunodeficiency virus clinics. *Arch Intern Med* 2010, 171:23-31.
9. Curran GM, Mukherjee S, Allee E, Owen RR: A process for developing an implementation intervention: QUERI series. *Implement Sci* 2008, 3:1-11.
10. Hunt JB, Curran G, Kramer T, Mouden S, Ward-Jones S, Owen R, Fortney J: Partnership for implementation of evidence-based mental health practices in rural federally qualified health centers: Theory and methods. *Prog Community Health Partnersh* 2012, 6:389-398.
11. Krein SL, Bernstein SJ, Fletcher CE, Makki F, Godzweig CL, Watts B, Vijan S, Hayward RA: Improving eye care for veterans with diabetes: An example of using the QUERI steps to move from evidence to implementation: QUERI series. *Implement Sci* 2014, 3:1-11.
12. Massoud MR, Nielsen GA, Nolan K, Nolan T, Schall MW, Sevin CA: *A Framework for Spread: From Local Improvements to System-Wide Change*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2006.
13. Nadeem E, Gleacher A, Beidas RS: Consultation as an implementation strategy for evidence-based practices across multiple contexts: Unpacking the black box. *Adm Policy Ment Health* 2013, 40:439-450.

14. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M, Baker R, Eccles MP: 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. *Implement Sci* 2013, 8:1–11.
15. Langley GJ, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP: *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. 2nd edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc.; 2009.
16. Wensing M, Huntink E, van Lieshout J, Godycki-Cwirko M, Kowalczyk A, Jäger C, Steinhäuser J, Aakhus E, Flottorp S, Eccles M, Baker R: Tailoring implementation of evidence-based practice for patients with chronic diseases. *PLOS One* 2014, 9:1–8.
17. Wensing M, Oxman A, Baker R, Godycki-Cwirko M, Flottorp S, Szecsenyi J, Grimshaw J, Eccles M: Tailored implementation for chronic diseases (TICD): A project protocol. *Implement Sci* 2011, 6:1–8.
18. Patton MQ: *Essentials of Utilization-Focused Evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.; 2012.
19. Moore GA: *Crossing the Chasm: Marketing and Selling Disruptive Products to Mainstream Customers*. 3rd edition. New York: Harper Business; 2014.
20. Homer JB, Hirsch GB: System dynamics modeling for public health: Background and opportunities. *Am J Public Health* 2006, 96:452–458.
21. Fischer MA, Avorn J: Academic detailing can play a key role in assessing and implementing comparative effectiveness research findings. *Health Aff (Millwood)* 2012, 31:2206–2212.
22. Soumerai SB, Avorn J: Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. *JAMA* 1990, 4:549–556.
23. Positive deviance initiative: Discovery and action dialogue (DAD) cheat sheet [<http://www.positivedeviance.org/pdf/DAD%20cheat%20sheet%202.pdf>]
24. Pascale R, Sternin J, Sternin M: *The Power of Positive Deviance: How Unlikely Innovators Solve the World's Toughest Problems*. Boston, MA: Harvard Business Press; 2010.
25. Bradley EH, Curry LA, Ramanadhan S, Rowe L, Nembhard IM, Krumholz HM: Research in action: Using positive deviance to improve quality of health care. *Implement Sci* 2009, 4:1–11.
26. Health Resources and Services Administration: Learning collaboratives [<http://www.mchb.hrsa.gov/programs/learningcollaboratives/index.html>]
27. Institute for Healthcare Improvement: Collaboratives [<http://www.ihl.org/Engage/collaboratives/Pages/default.aspx>]
28. Institute for Healthcare Improvement: *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2003.
29. Training Within Industry Service [<http://www.trainingwithinindustry.net>]

30. May C: Towards a general theory of implementation. *Implement Sci* 2013, 8:1–14.
31. Powell BJ, McMillen JC, Proctor EK, Carpenter CR, Griffey RT, Bunger AC, Glass JE, York JL: A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. *Med Care Res Rev* 2012, 69:123–157.
32. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, Proctor EK, Kirchner JE: A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci* 2015,10:21.
33. Waltz TJ, Powell BJ, Matthieu MM, Damschroder LJ, Chinman MJ, Smith JL, Proctor EK, Kirchner JE: Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. *Implement Sci* 2015,10:109.

監訳者

- 今村晴彦 長野県立大学大学院 健康栄養科学研究科
東邦大学医学部 社会医学講座衛生学分野／社会実装精神医学講座
- 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 実装科学研究室

翻訳者

- 長澤知魅 国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究部 実装科学研究室
[担当：戦略カテゴリー A]
- 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
[担当：戦略カテゴリー B、C、F、G、開発者への確認、全体確認]
- 高階光梨 株式会社 Awarefy
[担当：戦略カテゴリー D]
- 藤原雅樹 岡山大学学術研究院医療開発領域 精神科神経科
[担当：戦略カテゴリー E、H、I]
- 山田裕士 積善病院 精神科
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 精神神経病態学教室
[担当：戦略カテゴリー E、H、I]

翻訳助言

- 稲垣正俊 島根大学医学部 精神医学講座
- 今村幸太郎 東京大学 大学院医学系研究科 社会連携講座 デジタルメンタルヘルス講座
- 内富庸介 東京慈恵会医科大学 がんサバイバーシップ・デジタル医療学講座
- 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 実装科学研究室
- 久我弘典 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター
- 齋藤順子 帝京大学大学院 公衆衛生学研究科
- 中島俊 筑波大学 高等研究院 (TIAR) 国際統合睡眠医科学研究機構 (WPI-IIS)

※翻訳にあたり、戦略名および説明について、開発者である Byron J Powell 博士（セントルイス・ワシントン大学 公衆衛生研究所 普及と実装センター 共同センター長）に確認やコメントを頂きました。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

(Research Association for Dissemination and Implementation Science in Health, RADISH)

<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 実装科学研究室

<世話人>

明石秀親 国立健康危機管理研究機構 国際医療協力局

荒井秀典 国立長寿医療研究センター

稲垣正俊 島根大学医学部 精神医学講座

今村晴彦 長野県立大学大学院 健康栄養科学研究科
東邦大学医学部 社会医学講座衛生学分野／社会実装精神医学講座

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 和歌山県立医科大学 薬学部

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

金吉晴 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

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

玉腰暁子 北海道大学大学院 医学研究院 社会医学分野 公衆衛生学教室

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 健康情報学分野

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 実装科学研究室

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 実装科学研究室

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 実装科学研究室

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 (National Center Consortium in Implementation Science for Health Equity, N-EQUITY)

<代表>

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

<執行委員>

伊藤正哉 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 研究開発部
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
土井剛彦 国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 予防老年学研究部
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

<科学諮問委員>

伊藤正哉 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 研究開発部
稲垣正俊 島根大学医学部 精神医学講座
岡田浩 和歌山県立医科大学 薬学部
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
黒田佑次郎 国立長寿医療研究センター 認知症先進医療開発センター 予防科学研究部
齋藤順子 帝京大学大学院公衆衛生学研究科
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
竹川弘毅 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 情報利用促進部
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
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
村井真介 国立健康危機管理研究機構 国際医療協力局

<サポーター>

福井亮 東京慈恵会医科大学医学部

<運営事務局>

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
金子響介 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 研究開発部
白石陽子 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
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、ERICの原文（Powell, et al. Implement Sci. 2015,10（1）：21）のAdditional file 6にある、73戦略の戦略名、説明、補足説明について、開発者らが分類した9カテゴリー（Waltz, et al. Implement Sci. 2015,10（1）：109）の順番に並べ替えて翻訳したものです。日本語訳の責任はすべて監訳者にあります。

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～]、内富庸介 [2022～2023年度]）、横断的研究推進費「実装科学推進のための基盤構築事業」（2019-(1)-4）（主任研究者 内富庸介 [2019～2021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。また翻訳および編集にあたりJSPS科研費19K11258（研究代表者：今村晴彦）の助成を受けました。

社会実装のための73の実装戦略

専門家が推奨する変化実現の戦略—ERIC—

Expert Recommendations for Implementing Change

監訳 今村晴彦、島津太一
発行日 2025年6月30日
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

ISBN978-4-9911886-3-3

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。

