

職域での肝炎検査と治療への促進
D&I 研究法による実装前研究の実施

研究分担者：立道 昌幸	東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学	教授
研究協力者：深井 航太	東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学	講師
研究協力者：古屋 佑子	東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学	助教
研究協力者：粕谷 加代子	日立健康管理センター	医師
研究協力者：渡辺 祐哉	日立健康管理センター	医師

研究要旨：職域の肝炎検査促進については、行政通達を含め様々なアプローチがされてきた。本研究班では過去6年にわたり、色々な角度から職域での肝炎検査と治療の促進事業が展開され、着実な成果が出てきている。本年度から、新規の手法として Dissemination and Implementation Science（普及と実装科学、通称 D&I）手法を適応して、「職域での肝炎検査促進と治療への促進」に関する科学的な介入方法の開発を目的とした。本研究には、3段階あり、実装前研究により阻害要因、促進要因の特定方法を検証し実装戦略を練る。次に、実際の実装観察研究により具体的に阻害要因、促進要因を特定し、実装戦略を確定させる。そして、最終段階の実装介入研究により、介入の効果を検証するステップを踏む。本年度は、実装前研究を実施し、本研究手法において最も頻用される Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) に基づき研究課題に即して検証し、インタビューガイド、質問項目を選定した。

A. 研究目的

我々の検討では、職域では B 型肝炎陽性者は、30 万人、C 型肝炎患者は 14 万人がまだ、医療へのアクセスができていない（立道ら、Sci Rep, 2020）。肝炎検査については、感染症という範疇にはいることから、職域では偏見等の問題もあり、情報を医療職以外が持つことに抵抗がある。しかしながら、これらの報告等は社会情勢にて年々変化しており、実際にそれが肝炎ウイルス検査や治療促進の主な阻害因子になっているかは明らかではない。

Dissemination and Implementation Science（普及と実装科学、通称 D&I）とは、様々な研究デザイン、方法論を用い、患者、保健医療従事者、組織、地域などのステークホルダーと協働しながら、エビデンスのある介入方法を、効果的、効率的に日常の保健医療活動に取り入れる方法を開発、検証

する学問領域として、AMED を中心として提唱されてきている（AMED、HP より抜粋）。医療、公衆衛生活動に、エビデンス・ベースド・メディスン：EBM の概念が導入され、エビデンスに基づく介入法が、ガイドラインとして示されるようになったものの、有効性が示された介入法が、現実社会の公衆衛生活動に速やかに取り入れられ日常的に実施されているとは必ずしもなっていない、いわゆるエビデンスプラクティスギャップが生じている。そのような背景から、近年、欧米を中心に普及と実装科学についての議論が活発になっている。

本研究は D&I 研究手法を「肝炎検査と治療の普及に関する介入方法」に適応して、実際介入して効果検証することである。これにより科学的介入方法のベースラインができる。本研究手法は、職域のみならず他の分担班（眼科医や歯科）へも同様の手法

が適応できれば非常に重要な知見となる。
本年度のその実装研究前研究を実施した。

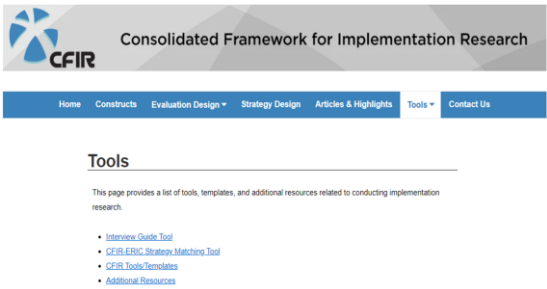


B. 研究方法

1) D&I 研究手法の応用（実装前研究の実施）

社会実装するには、介入する方法のエビデンスレベルと介入する組織のステークホルダーとの関係が重要とされる。それらの関連を科学的に検討する手順・方法論（フレームワーク）については、今回 Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)に基づき研究課題に即して検証した。（参考資料1）

CFIR のHP には、作成ガイドが提供されており（参考資料2 <https://cfirguide.org/tools/>）、これを日本語訳し、「肝炎検査と治療の促進」をキーワードとして挿入して該当する部分について、検討しCFIR に枠組みに基づきインタビューガイドとアンケート作成の元となる項目選定を実施した。



・想定されるインタビュー対象者：協会けんぽ担当者、組合健康保険担当者、産業医、人事労務担当者、従業員
・次ページ以降、質問項目の候補を抜粋して直訳掲載する。対象者に合わせて、質問項目を選定する。

C. 研究結果

D&I 研究（実装前研究）

CFIR の5 領域（介入特性、外的環境、内的環境、個人特性、プロセス）に基づき以下の項目を設定した。

領域	構成	定義	例
介入の特性	8 項目	実装の成功の可否に影響する介入の性格	エビデンスの強さと質、複雑性、費用
外的環境	4 項目	介入を実施する組織が置かれた経済的、政治的、社会的文脈	外的な政策、外部組織とのつながりの程度
内的環境	5 項目	介入を実施する組織内部の構造的、政治的、文化的文脈	組織の構造特性、風土、利用可能な資源
個人特性	5 項目	介入の対象となる人、実装プロセスに関わる人の特性	対象者、実施者の知識、信念、行動変容ステージ
プロセス	4 項目	介入が、個人レベルと組織レベルで計画通りに実施されるようにするための積極的な活動のプロセス	実施計画、効果評価

図4 CFIR（引用：木原ら、健康行動学）¹¹⁾

・・・質問項目の抽出・・・
インタビューガイドの作成
・・・

I. INTERVENTION CHARACTERISTICS 介入の特性 8 項目

A. Intervention Source 介入の出处

「肝炎ウイルス検査と治療へ促進を実施すること」を自らの組織で実施することについて自発的に実施しますか？

B. Evidence Strength & Quality エビデンスの強さと質

肝炎ウイルス検査と治療へ促進を実施することで、自らの組織にとってどのような効果や意義があるかについて、いかなるエビデンスがあるか知っていますか？

C. Relative Advantage 相対的優位性

肝炎ウイルス検査は、自らの組織における他の類似した既存のプログラムと比較してどのような利点・欠点がありますか？

D. Adaptability 適応性

肝炎ウイルス検査が自らの組織で効果的に機能するように、肝炎ウイルス検査が実施可能なように変更することは可能ですか？

E. Trialability 試験可能性

肝炎ウイルス検査を組織の誰でも利用できるようにする前に、試験的に実施することは可能ですか？

F. Complexity 複雑性

職場における肝炎ウイルス検査はどの程度

複雑な問題があり、困難な問題がありますか？

G. Design Quality & Packaging デザインの質と梱包（パッケージ化）

肝炎ウイルス検査を健診と同時にするなど、簡易的に実施することは可能ですか？

H. Cost 費用

肝炎ウイルス検査の実施にはどのような費用がかかりますか？

II. OUTER SETTING 外的環境 4項目

A. Patient Needs & Resources 患者のニーズと資源

肝炎ウイルス検査について、組織員はどのような認識を持っていますか？また、肝炎検査をすることによって組織員にとってどのような問題を認識していますか？

B. Cosmopolitanism コスモポリタニズム

肝炎ウイルス検査に関連して、あなたの組織以外の人とどのような情報交換をしていますか？あるいは、どのような専門職のネットワークに携わっていますか？

C. Peer Pressure 同業者からの圧力

他の組織（企業や組合等）はどの程度まで肝炎ウイルス検査を実施していますか？これは、あなたの組織における肝炎ウイルス検査の実施に対する支援にどのような影響を与えますか？

D. External Policy & Incentives 外的な施策やインセンティブ

肝炎ウイルス検査の実施の決定に影響を与えるのは、労基署通達、政策、規制、ガイドライン、のどれでしょうか？肝炎ウイルス検査の実施は、これらの指標、方針、規制、またはガイドラインを満たすことが組織にどのようなインセンティブをもたらしますか？

III. INNER SETTING 内的環境① 5項目

A. Structural Characteristics 構造特性 組織の構成における年齢、性別構成による

肝炎ウイルス検査の対象者数についての記述。

B. Networks & Communications ネットワークとコミュニケーション

組織において、健康管理担当者会議などは定期的に行われていますか？

C. Culture 文化

該当組織の文化（人々が受け入れる一般的な信念、価値観等）は、肝炎ウイルス検査の実施にどのような影響を与えていると思いますか？

D. Implementation Climate 実装風土

肝炎ウイルス検査の実施に対するあなたの組織の一般的な受容度はどの程度ですか？

1. Tension for Change 変化への切迫感

この肝炎ウイルス検査は、該当組織が実施する組織員のニーズとしてどの程度必要不可欠だと思われますか？

2. Compatibility 適合性

肝炎ウイルス検査は、既存の業務プロセスおよび慣行にどの程度簡易的に実施可能ですか？肝炎ウイルス検査を実施することで、発生する可能性のある問題にはどのようなものがありますか？

3. Relative Priority 相対的優先度

肝炎ウイルス検査の実施は、他の優先事項と比較してどの程度重要だと思われますか？

4. Organizational Incentives & Rewards 組織のインセンティブや報酬

肝炎ウイルス検査の実施に関連した個人や組織への特別なインセンティブは予定されていますか？（非該当）

5. Goals and Feedback 目標とフィードバック

肝炎ウイルス検査と治療の促進の実施の目的と結果のフィードバックがスタッフにどのように伝えられますか？

6. Learning Climate 学習風土

最近の健康プログラムに対する質の改善への取り組みまたは新しいプログラムの実施

について説明できますか？

E. Readiness for Implementation 実装の準備性

1. Leadership Engagement リーダーシップの関与

該当組織の指導者は、肝炎ウイルス検査決定にどの程度関与しますか？

2. Available Resources 利用可能な資源 肝炎ウイルス検査を実施および管理するのに十分な資源（人・モノ・金）があると予想されますか？

3. Access to Knowledge & Information 知識や情報へのアクセス

肝炎ウイルス検査またはその実施について質問がある場合、相手先はありますか？

IV. CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS 個人特性 5 項目

A. Knowledge & Beliefs about the Intervention 介入についての知識や信念 あなたは、肝炎ウイルス検査が実施されることについて、どのように思われますか？

B. Self-efficacy 自己効力感 あなたは、肝炎ウイルス検査を成功できると、どの程度自信を持っていますか？その自信のレベル（または自信の欠如）を与えているのは何ですか？

C. Individual Stage of Change 個人の行動変容のステージ 肝炎ウイルス検査を実施するための準備はどの程度できていますか？

D. Individual Identification with Organization 組織との一体感 該当項目なし

E. Other Personal Attributes その他の個人的特性 該当項目なし

V. PROCESS プロセス 4 項目

A. Planning 計画

肝炎ウイルス検査や結果説明・受診勧奨を

実施するための計画を実際に説明できますか？

B. Engaging 巻き込み

1. Opinion Leaders オピニオンリーダー 肝炎ウイルス検査について影響力のある個人は何を言っていますか？また、その影響力のある人物は誰ですか？

2. Formally Appointed Internal Implementation Leaders 公式に任命された内部の実装リーダー

肝炎ウイルス検査の実施を主導するのは誰ですか？この人物は（実施の効果的な指導者となるような）属性や資質を持っていますか？この人物に欠けている属性や資質は何だと思えますか？

3. Champions チャンピオン

リーダー（組織の長、実施者）以外に、肝炎ウイルス検査を支持してくれる可能性の高い人が組織内にいますか？

4. External Change Agents 外部のチェンジ エージェント

組織外の誰か（またはチーム）が、肝炎ウイルス検査の実施を支援してくれますか？

C. Executing 実行

実行されている場合、肝炎ウイルス検査は実施計画に従って実施されていますか？

D. Reflecting & Evaluating 振り返りと評価

あなたの組織は、肝炎ウイルス検査を実施するための目標をどの程度設定していますか？目標は組織内でどのように伝達され、誰に伝達されますか？

：：：：：：：：：：：：：：：：：：：

以上のインタビューガイドに則り質問を実施する。

D. 考察

D&I 研究法の適応

今回、職域・協会健保、組合健保・企業

への肝炎検査と治療促進の介入に関して、D&I手法を適応した。D&I研究において、理論（theory）、概念的フレームワーク（conceptual framework）、モデル（model）は、起こったことを説明し、概念を整理し、直接見ることができない関係性を可視化するものである。モデルにより、何を測定し解析すべきか、どのような Evidence based intervention（EBI）を開発・選択すべきか、どのような実装のための戦略（実装戦略）を開発・選択すべきかがわかる。特にCFIRは、多くのモデルから重要な構成概念を抽出して系統的に統合されたモデルで、用語も一貫したものが用いられている。CFIRは、5つの主領域と39の構成概念からなり、CFIRでは、定量的な測定がその基本となっているが、すべての構成概念について測定法が開発されている段階ではなく、その測定方法の開発が続けられている。CFIRのウェブサイト（<https://cfirguide.org>）には、現存する測定方法だけでなく、インタビューガイドの例や質的コーディングの方法など、このモデルに関する資源が掲載されている（参考文献、深井）ので、今回は、CFIRをモデルとして用いた。

CFIRの枠組みの中で、職域の肝炎検査実施に適合する内容を抽出し、文脈を検討した。協会健保、組合健保・企業毎、組織毎に適応するためには、内容の若干の修正は必要であるが、インタビューガイドの骨格ができたので、次年度に実際、インタビューを行い実装戦略の検討を実施する。

実装戦略とは、EBI（Evidence based intervention）の採用、実施を助け、持続可能にし、スケールアップさせるための方法である。今回は、The Expert Recommendations for Implementing Change（ERIC）プロジェクトを用いて実装戦略の分類を行うこととした。ERICプロジェクトでは、9つのクラスターに実装戦略

（参考資料3）を分類し、さらに各クラスターに具体的な項目が示されている。

本研究で想定されるインタビュー対象者（協会けんぽ担当者、組合健康保険担当者、産業医、人事労務担当者、従業員）これらから、CFIR—ERIC ツール（参考資料、4）を用いて実装戦略を探索する。（ツールはエクセルで提供されており、それにインタビューでの結果を入力することによって実装戦略が検討できる仕組みになっている。）

次年度にて実際のインタビューを行い、ERIC ツールに基づき実装戦略を作成することができる。

E. 結論

肝炎ウイルス検査並びに治療促進に関する介入手法にD&I研究手法を適応し、その実装前研究を実施した。今回の実装戦略策定にはCFIRを用いることが適当であると考え、準備を行い、具体的実装戦略の道筋を明らかにできた。

F. 政策提言および実務活動

なし

G. 研究発表

1. 発表論文

* Tatemichi M, Furuya H, Nagahama S, Takaya N, Shida Y, Fukai K, Owada S, Endo H, Kinoue T, Korenaga M. A nationwide cross-sectional survey on hepatitis B and C screening among workers in Japan Sci Rep 2020 Jul 10;10(1):11435.

* 深井航太 産業保健分野におけるD & I（普及と実装）研究の可能性
健康管理：2020.9：23-29

2. 学会発表

なし

3. その他

神奈川県産業保健総合支援センター；産業医講習会にて、仕事と治療の両立支援

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

参考資料 1

実装研究のための統合フレームワーク

出典：保健医療福祉における普及と実装

科学研究会（RADISH）訳

Ver. 2021/3/31

Consolidated Framework for Implementation Research Constructs		
実装研究のための統合フレームワーク 構成概念		
Construct	Short Description	
構成概念	概略	
I. INTERVENTION CHARACTERISTICS		
介入の特性		
A	Intervention Source 介入の出处	Perception of key stakeholders about whether the intervention is externally or internally developed. 介入の開発が外発的なものか自発的なものかについての、主要なステークホルダーの認識。
B	Evidence Strength & Quality エビデンスの強さと質	Stakeholders' perceptions of the quality and validity of evidence supporting the belief that the intervention will have desired outcomes. 介入が望ましいアウトカムをもたらすという信念を裏付ける、エビデンスの質および妥当性に関するステークホルダーの認識。
C	Relative Advantage 相対的優位性	Stakeholders' perception of the advantage of implementing the intervention versus an alternative solution. 代替りの解決策と比較した、介入を実装することの強みについてのステークホルダーの認識。
D	Adaptability 適応性	The degree to which an intervention can be adapted, tailored, refined, or reinvented to meet local needs. 現場のニーズを満たすために、介入の適応やカスタマイズ、洗練化、見直しが可能である程度。
E	Trialability 試験可能性	The ability to test the intervention on a small scale in the organization, and to be able to reverse course (undo implementation) if warranted. 介入を組織で小規模に試験し、さらに、妥当な場合には、その逆行（実装を取り消すこと）ができること。
F	Complexity 複雑性	Perceived difficulty of implementation, reflected by duration, scope, radicalness, disruptiveness, centrality, and intricacy and number of steps required to implement. 実装の困難さについての認識（期間、適用範囲、急進性、破壊性、中心性、実装に必要な複雑さと手順数を反映）。
G	Design Quality & Packaging デザインの質とパッケージング	Perceived excellence in how the intervention is bundled, presented, and assembled. 介入がうまくまとめられており、提示、組立てが優れていることに関する認識。

H	Cost 費用	Costs of the intervention and costs associated with implementing the intervention including investment, supply, and opportunity costs. 介入に要する費用、および投資、供給、機会費用を含む介入の実装に関連する費用。
II. OUTER SETTING 外的セッティング		
A	Patient Needs & Resources 患者のニーズと資源	The extent to which patient needs, as well as barriers and facilitators to meet those needs, are accurately known and prioritized by the organization. 患者のニーズ、およびそれらのニーズを満たすための阻害要因と促進要因が、組織によって正確に把握され、優先順位付けがなされている程度。
B	Cosmopolitanism コスモポリタニズム	The degree to which an organization is networked with other external organizations. 組織が他の外部組織とネットワークで結ばれている程度。
C	Peer Pressure 同業者からの圧力	Mimetic or competitive pressure to implement an intervention; typically because most or other key peer or competing organizations have already implemented or are in a bid for a competitive edge. 介入を実装するための模倣的または競争的な圧力。典型的には、大部分の、または他の主要な仲間組織あるいは競合組織がすでに実装を行っているか、競争優位に立とうとしていることによるものである。
D	External Policy & Incentives 外的な施策やインセンティブ	A broad construct that includes external strategies to spread interventions, including policy and regulations (governmental or other central entity), external mandates, recommendations and guidelines, pay-for-performance, collaboratives, and public or benchmark reporting. 介入を広めるための、外的な戦略を含む幅広い構成概念（〔政府またはその他の中央機関の〕施策や規制、外部からの命令、勧告とガイドライン、成果払い、外部組織との協働、公的またはベンチマーク報告を含む）。
III. INNER SETTING 内的セッティング		
A	Structural Characteristics 構造特性	The social architecture, age, maturity, and size of an organization.

		組織の社会構造、年数、成熟度、および規模。
B	Networks & Communications ネットワークとコミュニケーション	The nature and quality of webs of social networks and the nature and quality of formal and informal communications within an organization. 社会的ネットワーク網の性質と品質、および組織内の公式・非公式なコミュニケーションの性質と品質。
C	Culture 文化	Norms, values, and basic assumptions of a given organization. 組織の規範、価値観、および基本的な前提。
D	Implementation Climate 実装風土	The absorptive capacity for change, shared receptivity of involved individuals to an intervention, and the extent to which use of that intervention will be rewarded, supported, and expected within their organization. 変化を吸収する能力、介入に対して関係者間で共有している受容性、およびそのような介入の実施に対する組織内での報奨、支援、期待の程度。
1	Tension for Change 変化への切迫感	The degree to which stakeholders perceive the current situation as intolerable or needing change. ステークホルダーが現在の状況を耐え難い、あるいは変化が必要だと認識している度合い。
2	Compatibility 適合性	The degree of tangible fit between meaning and values attached to the intervention by involved individuals, how those align with individuals' own norms, values, and perceived risks and needs, and how the intervention fits with existing workflows and systems. 関係者が介入に付与する意義と価値観との間の明確な適合の程度、それらが個人の規範、価値観、および認識されたリスクとニーズに合致する程度、および介入が既存のワークフローおよびシステムに合致する程度。
3	Relative Priority 相対的優先度	Individuals' shared perception of the importance of the implementation within the organization. 実装の重要性について、組織内の個々人で共有された認識。
4	Organizational Incentives & Rewards 組織のインセンティブや報奨	Extrinsic incentives such as goal-sharing awards, performance reviews, promotions, and raises in salary, and less tangible incentives such as increased stature or respect. 目標共有のための褒賞、業績評価、昇進、昇給などの外的なインセンティブ、および評価が上がる、敬意が増すなどの目に見えないインセンティブ。

5	Goals and Feedback 目標とフィードバック	The degree to which goals are clearly communicated, acted upon, and fed back to staff, and alignment of that feedback with goals. 目標が明確に伝えられ、それに基づく行動が行われ、スタッフにフィードバックが行われる程度、およびフィードバックと目標が一致していること。
6	Learning Climate 学習風土	A climate in which: a) leaders express their own fallibility and need for team members' assistance and input; b) team members feel that they are essential, valued, and knowledgeable partners in the change process; c) individuals feel psychologically safe to try new methods; and d) there is sufficient time and space for reflective thinking and evaluation. 次のような風土：a) リーダーが自らの誤りを犯す可能性を認めチームメンバーによる支援と助言の必要性を表明する。b) 変化のプロセスにおいて、チームメンバーが、自分は不可欠で価値があり、知識あるパートナーだと感じる。c) 個人が新しい方法を試みる際に心理的に安心感をもつ。d) 振り返りと評価のための十分な時間と場所がある。
E	Readiness for Implementation 実装の準備性	Tangible and immediate indicators of organizational commitment to its decision to implement an intervention. 介入実装の決定に対する組織コミットメントについての、明確かつ直接的な指標。
1	Leadership Engagement リーダーシップ・エンゲージメント	Commitment, involvement, and accountability of leaders and managers with the implementation. リーダーとマネージャーの実装へのコミットメント、関与、および責任。
2	Available Resources 利用可能な資源	The level of resources dedicated for implementation and on-going operations, including money, training, education, physical space, and time. 資金、研修、教育、物理的空間、時間を含む、実装とその継続的な運用に割り当てられた資源の程度。
3	Access to Knowledge & Information 知識や情報へのアクセス	Ease of access to digestible information and knowledge about the intervention and how to incorporate it into work tasks. 介入、およびそれを業務に組み込む方法についての、理解しやすい情報や知識へのアクセスの容易さ。
IV. CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS 個人特性		

A	Knowledge & Beliefs about the Intervention 介入についての知識や信念	Individuals' attitudes toward and value placed on the intervention as well as familiarity with facts, truths, and principles related to the intervention. 介入に対する個人の態度や価値づけ、および介入に関連する事実、真実、原理の熟知。
B	Self-efficacy 自己効力感	Individual belief in their own capabilities to execute courses of action to achieve implementation goals. 実装の目標達成に向けて一連の行動を成し遂げるための、自らの能力に対する個人の信念。
C	Individual Stage of Change 個人の行動変容のステージ	Characterization of the phase an individual is in, as he or she progresses toward skilled, enthusiastic, and sustained use of the intervention. 個人が、熟練した、熱心な、持続的な介入の実施に至るまでの各ステージのどこに位置するかの特徴。
D	Individual Identification with Organization 組織との一体感	A broad construct related to how individuals perceive the organization, and their relationship and degree of commitment with that organization. 個々人の組織に対する認識、およびその組織との関係性と組織へのコミットメントの程度についての認識に関連する幅広い構成概念。
E	Other Personal Attributes その他の個人的特性	A broad construct to include other personal traits such as tolerance of ambiguity, intellectual ability, motivation, values, competence, capacity, and learning style. 曖昧さへの寛容、知的能力、モチベーション、価値観、力量、能力、学習スタイルなど、その他の個人的特性を含む幅広い構成概念。
V. PROCESS プロセス		
A	Planning 計画	The degree to which a scheme or method of behavior and tasks for implementing an intervention are developed in advance, and the quality of those schemes or methods. 介入を実装するための行動とタスクの計画や方法が事前に準備されている程度、およびその計画や方法の質。
B	Engaging エンゲージング	Attracting and involving appropriate individuals in the implementation and use of the intervention through a combined strategy of social marketing, education, role modeling, training, and other similar activities. 介入を実装し行う際に、ソーシャルマーケティング、教育、ロールモデル化、研修、およびその他の同様の活動を

		組み合わせた戦略を通じて、適切な人を見つけ、関与させること。
1	Opinion Leaders オピニオンリーダー	Individuals in an organization who have formal or informal influence on the attitudes and beliefs of their colleagues with respect to implementing the intervention. 介入の実装に関して、同僚の態度や信念に、公式または非公式な影響を及ぼす組織内の個人。
2	Formally Appointed Internal Implementation Leaders 公式に任命された内部の実装リーダー	Individuals from within the organization who have been formally appointed with responsibility for implementing an intervention as coordinator, project manager, team leader, or other similar role. 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、または他の同様の役割として、介入を実装する責務を公式に任命された、組織内の個人。
3	Champions チャンピオン	"Individuals who dedicate themselves to supporting, marketing, and 'driving through' an [implementation]" [101] (p. 182), overcoming indifference or resistance that the intervention may provoke in an organization. 介入によって組織内に生じうる無関心または抵抗を克服し、“〔実装〕の支援、マーケティング、および‘完遂’に全力を傾ける個人”（Greenhalgh, 2004. p.182）（訳者注：引用情報補足）。
4	External Change Agents 外部のチェンジ・エージェンツ	Individuals who are affiliated with an outside entity who formally influence or facilitate intervention decisions in a desirable direction. 望ましい方向で介入決定に公式に影響を及ぼすまたは促進する、外部機関に属する個人。
C	Executing 実行	Carrying out or accomplishing the implementation according to plan. 計画に従って、実装を実行または成し遂げること。
D	Reflecting & Evaluating 振り返りと評価	Quantitative and qualitative feedback about the progress and quality of implementation accompanied with regular personal and team debriefing about progress and experience. 個人およびチームによる進捗および経験に関する定期的報告と、それに伴う、実装の進捗と質についての定量的・定性的フィードバック。

CFIR ガイドによる肝炎検査導入の基礎的検討

<https://cfirguide.org/tools/>

肝炎ウイルス検査実施に関して、該当箇所を赤字で示す

HBV&HCV スクリーニングの特徴

HBV&HCV スクリーニング

1. HBV&HCV スクリーニングはどのような検査ですか？

- このグループ/個人についてどのようにお考えですか？

2. この質問は *Process* にも関連しています。関心を持つこと。ここでは、HBV および HCV スクリーニングの実施元に関する回答をコード化してください。早期の（またはそうでない）エンゲージメントの指標として、「エンゲージメント」の下で意思決定プロセスに誰が参加したかに関する回答をコード化してください。意思決定への参加は、人々が HBV&HCV スクリーニングの所有権を感じられるようにするための効果的なエンゲージメント戦略である。

HBV&HCV スクリーニングがあなたの組織で実施されているのはなぜですか？

- HBV&HCV スクリーニングの実施を決めたのは誰ですか？
- HBV&HCV スクリーニングの実施はどのように決定されましたか？

エビデンスの強さと品質

1. HBV&HCV スクリーニングがご自身の組織で効果があるかどうかを示す、どのようなエビデンスを知っていますか？

- エビデンスはとして、ガイドライン、出版された文献等
- この知識は、HBV&HCV スクリーニングの認識にどのように影響するかの確認

2. ヘルスケアの組織では、影響力のあるステークホルダーには、影響力のある尊敬される臨床医が含まれるかもしれませんが、教育の組織では、影響力のある尊敬される教師や教育者が含まれるかもしれません。

ステークホルダーは、HBV&HCV スクリーニングについてどのように考えていますか？

- 行政は、HBV&HCV のスクリーニングについてどのように考えているのでしょうか？→ 労基署通達

3. HBV&HCV スクリーニングの有効性について、スタッフを納得させるには、どのような裏付けや証拠が必要なのか？

相対的な優位性

「変更のための重要性」、「相対的な優位性」、「組織がサービスを提供する人々のニーズとリソース」の間のコーディングは微妙なものになりますが、ここでは一般的なガイドラインをいくつか紹介します。

- 変更のための重要性: HBV&HCV スクリーニングの強い必要性を示す声明
- 相対的優位性: HBV&HCV スクリーニングが既存のプログラムよりも優れている(または劣っている)ことを示すステートメント。

ニーズおよびリソース: HBV および HCV スクリーニングの必要性を示す個人の具体的なニーズに関する記述であるが、必ずしも強い必要性や耐えられない現状を表すものではない。

1. HBV&HCV スクリーニングは、あなたの組織における他の類似した既存のプログラムと比較してどうか？
 - HBV&HCV スクリーニングは、既存のプログラムと比較してどのようなメリットがあるか？
2. HBV&HCV スクリーニングは、これまでに検討されたことのある他の選択肢や、あなたが考えている他の選択肢と比較してどうか？
3. メリットとデメリット
 - HBV&HCV スクリーニングは、他のプログラムと比較してどのようなメリットがあるか？
 - HBV&HCV 検診は、他のプログラムと比較してどのようなデメリットがあるか？

適応性

1. HBV&HCV スクリーニングがあなたの組織で効果的に機能するように、どのような変更を加える必要があるか？
2. HBV&HCV スクリーニングがあなたの組織で実施可能性については誰が決定できるか？(または決定するためのプロセスは何か？)
 - 実施することが適切かどうかは、どのようにしてわかるか？
3. 改変してはいけないものはどれか？

試行性

1. HBV&HCV スクリーニングは、本格実施に先立って試験的に実施できるか？

複雑さ

- この構成は、実施の複雑さではなく、HBV&HCV スクリーニングの複雑さに対応している。実施に関連する課題は適切な CFIR コードにコード化されるべきであり、例えば、スタッフの関与に関する課題は「関与」にコード化されるべきである。主要な利害関係者、または HBV&HCV スクリーニングを指導者の優先事項とすることに関連する課題は、「リーダーシップのエンゲージメントおよび相対的優先事項」に(二重に)コード化すべきである。

1. HBV&HCV を導入することはどれほど複雑、困難なのか？

- HBV&HCV スクリーニングの以下の側面、すなわち、期間、範囲、関与するステップの複雑さおよび数、および HBV&HCV スクリーニングがこれまでの慣行からの明確な課題があるかどうかを検討する。

○

デザイン品質とパッケージ

現在実施の健診あるいは、検診と同時実施することはできないか？
その時の課題はなにか？

コスト

1. HBV&HCV スクリーニングの実施にはどのような費用がかかるのか？

外部設定

患者のニーズとリソース

「変更のための緊張」、「相対的な優位性」、「組織がサービスを提供する人々のニーズとリソース」の間のコーディングは微妙なものになりますが、ここでは一般的なガイドラインをいくつか紹介します。

- 変更のための緊張: HBV&HCV スクリーニングの強い必要性を示す声明
 - 相対的優位性: HBV&HCV スクリーニングが既存のプログラムよりも優れている(または劣っている)ことを示すステートメント。
 - ニーズおよびリソース: HBV および HCV スクリーニングの必要性を示す個人の具体的なニーズに関する記述であるが、必ずしも強い必要性や耐えられない現状を表すものではない。
1. 組織がサービスを提供している個人のニーズや好みをどの程度認識しているか？
 - 組織が提供する個人に対して、スタッフやリーダーシップはどのように「接触」しているか？
 2. HBV および HCV スクリーニングの実施を決定する際に、組織がサービスを提供する人のニーズはどの程度考慮されたか？
 3. HBV&HCV スクリーニングは、あなたの組織が提供する個人のニーズをどの程度満たしていると思うか？
 - HBV および HCV スクリーニングは、どのような点で彼らのニーズを満たすのか？
例えば、サービスへのアクセスの改善？待ち時間の短縮？自己管理の助けになるか？移動時間と費用の削減
 4. あなたの組織がサービスを提供している個人は、HBV&HCV スクリーニングにどのように対応すると思うか？

5. あなたの組織がサービスを提供する個人は、HBV および HCV スクリーニングに参加する際にどのような障壁に直面するか？
6. HBV&HCV スクリーニングの経験に関する情報を参加者から得ているか？
 - HBV&HCV 検診について、彼らはどのように認識しているか？
 - 具体的にどのような情報を聞いたのか記載してもらう
7. HBV&HCV 検診に参加された方の体験談はあるか？
 - 具体的な話の記述
 -

コスモポリタニズム

これらは個人レベルの質問ですが、回答は集約して、組織がどの程度の範囲で個人に外部からアイデアを持ち込むことを奨励しているかをより一般的に示すべきです。

- これらは個人レベルの質問ですが、回答は集約して、組織がどの程度の範囲で個人に外部からアイデアを持ち込むことを奨励しているかをより一般的に示すべきです。
1. あなたは自分の職場以外の同僚や同じような職業・職種の人たちとどの程度ネットワークを構築しているか？
 2. HBV&HCV スクリーニングに関連して、あるいはより一般的には自分の職業について、自分の職場以外の人とどのような情報交換をしているか？
 - あなたはどのようなプロのネットワーキングに参加しているか？
 3. あなたの組織では、自分の職場以外の同僚とのネットワーク作りをどの程度奨励しているか？
 - 地方・全国の学会に参加できるか？

ピアプレッシャー

1. HBV&HCV 検診を実施している団体や、他にも同様のプログラムを実施している団体があれば教えてもらう。
 - この情報は、HBV&HCV スクリーニングの実施決定にどのような影響を与えるのか？
2. HBV&HCV スクリーニングは、他の団体ではどの程度実施されているのか？
 - 競合他社の情報は、あなたの職場での HBV&HCV スクリーニングの実施に対する支援にどのような影響を与えるか？
3. 組織内の他のユニットは、どの程度まで HBV および HCV スクリーニングをサポートするか？
 - それは、あなた自身の組織での HBV&HCV スクリーニングの実施に対する支援にどのような影響を与えるか？
4. HBV&HCV スクリーニングを実施することは、あなたの組織にとって、あなたの地域の他の組織と比較してどの程度の利点があるか？
 - 競争優位性はあるのか？
 -

外部施策とインセンティブ

- ヘルスケアの組織では、外部の方針やインセンティブには、教育の組織では、標準化されたテストのパフォーマンス指標や資金配分が含まれる場合がありますが、臨床パフォーマンス指標やパフォーマンスに対する報酬が含まれる場合があります。
- HBV&HCV スクリーニングの実施決定に影響を与えたのは、どのような地域、または国の補助、政策、規制、またはガイドラインがあったか。
 - HBV&HCV スクリーニングは、これらの措置、方針、規制、またはガイドラインを満たすためにどのような影響を与えるか？
 - HBV および HCV スクリーニングの実施の決定に影響を与えたのは、どのような金銭的またはその他のインセンティブがあるか。
 - HBV および HCV スクリーニングは、組織がこれらのインセンティブを受け取ることにどのような影響を与えるか？(非該当)
 - 新しい HBV および HCV スクリーニングは、あなたの組織の支払いまたは収益にどのような影響を与えるか？(非該当)

内部設定

構造特性

- この構成は、組織の社会的構造、年齢、成熟度、規模、または物理的レイアウトに関するあらゆる関連情報を捕捉するために使用することができる。不十分なスペースはここで言及されるかもしれないが、利用可能なリソースの下でコード化されるべきである。
- 組織のインフラ(社会的アーキテクチャ、年齢、成熟度、規模、物理的レイアウト)は、HBV&HCV スクリーニングの実施にどのような影響を与えるか？
 - インフラは、HBV&HCV スクリーニングの実施をどのように促進／妨げますか？
 - 構造的な課題にどのように取り組んでいくのか。
 - HBV&HCV 検診に対応するためには、どのようなインフラの変更が必要になるのでしょうか？(非該当)
 - 実務範囲の変更？正式な方針の変更？情報システムまたは電子記録システムの変更？その他の変更？
 - どのような承認が必要になるのか？誰が関与する必要がありますか？
 - これらの変更を行うために必要となるプロセスを説明できますか？
 - 組織の年齢構成、肝炎検査対象者数、

ネットワークと通信

知識と情報へのアクセス、エンゲージメント、ネットワークとコミュニケーションの間のコーディングは、微妙なニュアンスになりますが、ここでは一般的なガイドラインをいくつか紹介します。

- **知識と情報へのアクセス:**
プログラムの使用に関する知識と情報への実装リーダーとユーザーのアクセス、すなわちプログラムの仕組みに関連した記述。
- **Engaging:**
利害関係者をプログラムに「売り込む」ことに関連したステートメント、すなわち、彼らがプログラムの使用方法を知っているかどうかにかかわらず、彼らに関与させること。
- **ネットワークおよびコミュニケーション:**
チームの形成、質および機能に関連した声明; 構成の一般的なコミュニケーションおよび関係についての声明。

例)

1. 同僚との仕事上の人間関係について？
 - 部署の同僚との関係は
 - 他のユニットの同僚との関係は
 - 問題を解決するために他の人と協力する必要があった時の話を教えてください。
2. 仕事以外の同僚とは、どの程度まで付き合っているのでしょうか？
 - 仕事の話をするだけ？
 - 一緒に楽しむためだけ？
3. チームで(形式的にも非公式にも)お会いしていますか？
 - チームのメンバーは？
 - 会う頻度は？形式的に？非公式に？
4. リーダーとの仕事の関係性について教えてください。
 - あなたの上司？他の同僚の上司？
5. 影響力のあるステークホルダーとの関係について教えてください。
6. 職員会議などの会議は定期的に行われていますか？
 - 普通に出席していますか？
 - 一般的にはどのような人が参加しているのでしょうか？
 - 通常、どのくらいの割合のスタッフが参加していますか？
 - 会議はどのくらいの頻度で行われていますか？
 - 典型的なアジェンダとは？このような会議はどのように役立つのか？
7. 新しい取り組み、成果、課題、新しいスタッフ、スタッフの離職など、新しい情報はどのように調べるのが一般的ですか？
8. 何かを成し遂げる必要があるとき、または問題を解決する必要があるとき、あなたの「行きつけの」人は誰ですか？
 - 最近の例を教えてください。

文化

1. あなたの組織の文化をどのように説明しますか？あなた自身の設定やユニットについてですか？

- 自分の所属するユニットの文化は、組織全体とは異なると感じますか？どのような点で？
- 2. あなたの組織の文化（人々が受け入れる一般的な信念、価値観、思い込み）は、**HBV&HCV スクリーニングの実施にどのような影響を与えますか？**
 - それを際立たせる例を説明できますか？
- 3. 新しいアイデアはどの程度まで受け入れられ、組織の改善に利用されていますか？
 - 最近の例を教えてください。
- 4. この質問は自由形式にすることもできますし、100%になるようにパーセンテージを導き出すこともできます。例えば、私の文化はチーム制 50%、起業家精神 40%、階層制 10%です。

文化を4つの一般的なタイプに分類する人もいます。あなたはどの程度まで自分の文化を特徴づけるでしょうか？

- チーム(クラン)文化(柔軟性があり、社内重視)。リーダーがメンター、ファシリテーター、チームビルディングのように行動するフレンドリーな職場です。長期的な開発と一緒に物事を行うことに価値が置かれています。
- 階層的(ヒエラルキー)な文化(コントロール、内部重視)。構造化され、形式化された職場で、リーダーはコーディネーター、モニター、組織者のように行動します。漸進的な変化と物事を正しく行うことに価値が置かれています。
- 起業家的(アドクラシー)な社風(柔軟性、外部重視)。HBV&HCV 検診を刺激するリーダーがいるダイナミックな職場。ブレイクスルーや物事を先に行うことに価値が置かれています。
- 合理的(市場)な文化(コントロール、外部重視)。ハードドライバー、生産者、または競合他社のようなリーダーがいる競争の激しい職場。短期的なパフォーマンスや、物事を迅速に行うことに価値が置かれています。

実施 気候

1. この質問は、他のサブコンストラクトの中でより探求すべきテーマを明らかにする可能性が高いですが、評価に含まれていない可能性のある他のテーマにも注意を払ってください。

HBV&HCV スクリーニングの実施に対するあなたの組織の一般的な受容性はどの程度ですか？

変化のための緊張感

変更のための緊張、「相対的な優位性」、「組織がサービスを提供する人々のニーズとリソース」の間のコーディングは微妙なものになりますが、ここでは一般的なガイドラインをいくつか紹介します。

- 変更のための緊張: HBV&HCV スクリーニングの強い必要性を示す声明

- 相対的優位性: HBV&HCV スクリーニングが既存のプログラムよりも優れている (または劣っている)ことを示すステートメント。
 - ニーズおよびリソース: HBV および HCV スクリーニングの必要性を示す個人の具体的なニーズに関する記述であるが、必ずしも強い必要性や耐えられない現状を表すものではない。
1. この HBV&HCV スクリーニングのニーズは強いのでしょうか？
 - 他の人は HBV&HCV スクリーニングの必要性を感じているのでしょうか？
 2. この HBV&HCV スクリーニングは、あなたの組織がサービスを提供する個人のニーズ、または他の組織の目標および目的を満たすために、どの程度必要不可欠であるか。
 3. HBV&HCV スクリーニングに関連して利用できる現在のプログラム／業務／プロセスについて、人々はどのように感じていますか？
 - 現在のプログラムは、どの程度まで既存のニーズを満たしていないのか。HBV&HCV スクリーニングはこれらのニーズを満たすことができるか？
 - HBV&HCV スクリーニングは、現在のギャップをどのように埋めていくのでしょうか？

互換性

- ヘルスケアの組織では、患者との対話に関連した価値観には、患者中心のケアが含まれるかもしれませんが、教育の組織では、価値観には、特別教育の生徒をインクルージョンの教室に配置することが含まれるかもしれません。
1. HBV&HCV スクリーニングは、あなたの価値観や規範、および組織内の価値観や規範にどの程度適合していますか？
 - あなたの組織が提供する個人との対話に関連した価値観、例えば、共有された意思決定をするのか、より指示的であるのか？
 - 外部のベンダーベースのプログラムを参照することと、社内スタッフによるサービスの提供に関連する価値観？
 2. HBV および HCV スクリーニングは、あなたの組織における既存の作業プロセスにどの程度適合していますか？
 - どのような問題や困難事例が発生する可能性があるのでしょうか？
 3. HBV&HCV スクリーニングが現在のプロセスにどのように統合されるかを説明してください。
 - それは、現在のプログラムやプロセスとどのように相互作用するのか、あるいは衝突するのか？
 4. HBV および HCV スクリーニングは、現在のプログラムまたはプロセスに取って代わるものか、あるいは補完するものか。
 - どのような形で？
 -

相対的な優先順位

1. あなたの組織では、どのような優先度の高い取り組みや活動がすでに行われていますか？
 - 現在行われている他の取り組みと比較して、HBV&HCV スクリーニングを実施してもらうことの優先順位は？
 - 実施することで、これらの優先順位に抵触することはないのでしょうか。
 - 実施することで、これらの優先事項を達成する(またはそれに関連する圧力を取り除く)ことができるのでしょうか？
2. あなたにとって(組織にとって)最も優先順位の高い(ように見える)活動や取り組みを記述してください。
 - 達成するためにどんなプレッシャーを感じているのか？それはどこから来ているのか？なぜなのか？
3. 現在行われている他の優先度の高い取り組みに比べて、どこまで実施が後回しになるのでしょうか？
 - HBV&HCV スクリーニングの実施は、他の優先順位と比較してどの程度重要だと思いますか？
 - HBV&HCV スクリーニングを実施することは、他の優先事項と比較して、同僚やリーダーなど他の人にとってどの程度重要なのでしょうか？
4. 自分の仕事の中で、競合する優先順位をどうやって両立させるのか？同僚はどのようにしてこれらの優先順位を調整するのでしょうか？
 - その他の優先順位は？
 - HBV&HCV スクリーニングの実施の優先順位は、あなたの組織における他の優先順位と比べてどうですか？あなた自身の仕事のために？

組織的インセンティブと報酬(非該当)

1. HBV&HCV スクリーニングの実施を成功させるためには、どのようなインセンティブがあるのでしょうか？
 - 導入を成功させるための手伝いたいと思う動機は何ですか？
2. 上司は、(次回の)評価で、この実施におけるあなたの役割をどの程度考慮すると思いますか？上司は、あなたの仕事や役割について、どの程度考慮していると思いますか？
3. HBV&HCV スクリーニングの実施に関連した特別な表彰や謝礼は予定されていますか？
 - これらは、グループ/チーム/ユニットまたは個人を対象としていますか？

目標とフィードバック

1. あなた／あなたのユニット／あなたの組織は、HBV&HCV スクリーニングの実施に関連した目標を設定しましたか？
 - ある場合の目標は何ですか？
2. あなたの組織／ユニットは、現在のプログラム／イニシアティブの目標をどの程度設定していますか？

- 目標は組織内でどのように伝達されるのでしょうか？誰に伝達されるのか？
 - 目標の例を挙げてください。それはどのように、誰に伝えられていますか？
 - 状況に応じて変更しているのでしょうか？例を挙げていただけますか？
3. 組織の目標の進捗状況をどの程度モニタリングしているか？
- モニタリングの例を、情報の種類、誰がどのように情報を得ているのか、という点で挙げていただけますか？
4. 仕事のフィードバック報告はありますか？
- どんな形をしているのか？内容、形？
 - それらのレポートはどれくらい役に立つのでしょうか？
 - どのようにしたら改善できるのでしょうか？
 - どのくらいの頻度で手に入る？
5. この質問は、HBV&HCVスクリーニングの観点で枠を付けることができる。例えば、保健医療の場では、HBV&HCVスクリーニングの実施は、以下の予防に関する組織目標とどのように整合しているか。
- HBV&HCVスクリーニングの実施は、他の組織目標とどのように整合していますか？(非該当)

学習組織

- 過去のHBVおよびHCVスクリーニングの実施に関する質問は、例えば、関心のある新たな実施において、同じ促進要因／障壁がどの程度存在するかを探るなど、後から追跡調査すべき多くの可能性のある構成要素についての洞察を提供することになるかもしれない。
1. 最近の品質改善の取り組みや新しいプログラムの実施について説明してください。
- 新しい取り組み/プログラムと、それを改善/実施するための動機を説明できますか？
 - その道のりの中での主なマイルストーンや重要な成果を教えてください。
 - どのような要因で成功/失敗したのか？
 - キーとなる"プレイヤー"は誰だったのか？
 - どのような関わり方をされていたのですか？
 - 人々は、その結果/イニシアチブに満足していましたか？
 - リーダーがどのように関わっていたのか教えてください。誰が？役割は？どのように助けたり、妨げたりしたか？
2. もし自分の設定で問題があったとしたら、あなたならどうしますか？
- 最近解決した問題や、参加した取り組みについてお話しいただけますか？
3. 仕事のプロセスを改善するために、新しいことにどこまで挑戦できるか？

- 物事を改善する方法を考える時間と気力があると感じていませんか？
- あなたが演じた役割について、上司から評価された/尊敬されたと感じましたか？
- 上司(または他のリーダー)はどのような役割を果たしましたか？彼らはどのような行動をとりましたか？
-

実施に向けての準備

リーダーシップ・エンゲージメント

1. 指導者の方からどの程度のお墨付きや支持を得ているのでしょうか？
 - これらのリーダーは誰なのか、そしてそれがこれまでの状況にどのような影響を与えているのか。今後は？
2. あなたの組織の指導者は、これまでに HBV&HCV スクリーニングにどの程度関与してきましたか？
 - HBV&HCV スクリーニングの実施意向を知っているのでしょうか？
 - リーダーは誰なのか？異なるリーダーの態度はどのように変化するのか？
 - どのようなサポートを受けてきましたか？具体的な例を挙げていただけますか？
3. 実施を成功させるために、組織内のリーダーにはどのような支援や行動を期待できますか？
 - リーダーは誰なのか？リーダーの態度はどのように変化するのか？
 - HBV&HCV スクリーニングの実施意向を知っているか？
 - 今後、どのようなサポートが期待できますか？具体的な例を教えてください。
 - どのような種類の障壁があるのでしょうか？
 -

利用可能なリソース

- リソースには、運営資金や資本資金、専任の職員の時間(例:新しいスタッフを雇ったか、実施は副次的な任務か)、スペース、設備、および/または情報技術などが含まれる。すべての必要なリソースが探索され、完全に説明されていることを確認するために、それぞれを介してステップ。
1. HBV&HCV スクリーニングを実施・管理するための十分な資源が必要か？
 - どのようなリソースを頼りにしていますか？あなたが受け取った、または受け取って見たかった他のリソースはありますか？
 - 調達しやすい資源は？
 - ない場合】利用できなくなる資源は？
 2. 必要な資源を調達するにはどうすればいいのでしょうか？
 - 必要なものを手に入れるために、誰が関わってくれるのでしょうか？
 - どのような課題があると思いますか？

知識・情報へのアクセス

知識と情報へのアクセス、エンゲージメント、ネットワークとコミュニケーションの間のコーディングは、微妙なニュアンスになりますが、ここでは一般的なガイドラインをいくつか紹介します。

- 知識と情報へのアクセス:
プログラムの使用に関する知識と情報への実装リーダーとユーザーのアクセス、すなわちプログラムの仕組みに関連した記述。
 - Engaging:
利害関係者をプログラムに「売り込む」ことに関連したステートメント、すなわち、彼らがプログラムの使用方法を知っているかどうかにかかわらず、彼らに関与させること。
 - ネットワークおよびコミュニケーション:
チームの形成、質および機能に関連した声明; 構成の一般的なコミュニケーションおよび関係についての声明。
1. どんな研修を予定していますか？同僚のため？
 - この研修は、あなたに期待される役割と責任を果たすための準備になると思いますか？説明できますか？
 - 計画的な研修の良い点は何ですか？
 - 何が欠けているのか？
 - どのような継続研修を予定していますか？
 2. HBV&HCV スクリーニングについては、すでにどのような情報や資料が公開されているのでしょうか？
 - 肝炎に関する資料
 - 個人的な保健指導
 - 社内での情報共有;例えば、スタッフ会議？
 - 時宜を得ているか？関連性は十分か？
 3. HBV&HCV スクリーニングやその実施について質問がある場合、誰に質問しますか？
 - これらの個人はどのくらい利用可能なのでしょうか？
 4. この質問は、Engaging. 主要な利害関係者。
あなたの職場の個人を対象に、HBV&HCV スクリーニングに関するどのような情報や資料が計画されていますか？
 - 資料の配布
 - 個人的な相談？
 - 社内での情報共有;例えば、スタッフ会議？
 - 時宜を得ているか？関連性は？十分か？

個人の特徴

HBV&HCV スクリーニングに関する知識と信念

- これらの質問に対する回答の多くは、他の構成要素に(二重に)コード化されている場合がある。例えば、参加者がHBVおよびHCVスクリーニングが既存のプログラムよりも優れていると考えている場合は「相対的優位性」に、参加者が既存のエビデンスに基づいてプログラムが効果的であると考えている場合は「エビデンスの強さと質」にコード化されている場合がある。
1. HBV&HCV のスクリーニング方法について知っていますか？
 2. HBV&HCV スクリーニングは、あなたの設定で効果があると思いますか？
 3. あなたの職場で HBV&HCV スクリーニングが利用されていることについて、どのように感じていますか？
 - あなたの職場でHBV&HCVスクリーニングを実施する計画について、どのように感じていますか？
 - 期待感がありますか？ストレスは？なぜですか？
 4. あなたの組織では、HBV&HCV スクリーニングの実施はどの段階にありますか？
 - 番組はどうなっていると思いますか？
 - なぜそんなことを言うの？

自己効力感

1. HBV&HCV スクリーニングを成功させる自信はありますか？
 - 何がその程度の自信(自信のなさ)を与えるのでしょうか？
2. HBV&HCV スクリーニングを利用する自信はありますか？
 - 何がその程度の自信(自信のなさ)を与えるのでしょうか？
3. あなたの同僚は、HBV&HCV スクリーニングの実施についてどの程度自信を持っていると思いますか？
 - 何が彼らにそのレベルの自信(自信のなさ)を与えるのでしょうか？
4. HBV&HCV スクリーニングの利用について、同僚はどの程度自信を持っていると思いますか？
 - 何が彼らにそのレベルの自信(自信のなさ)を与えているのでしょうか？

個人の変化のステージ

1. ロジャース(またはポルチャスカの変化の段階)をガイドにして、その人がどのレベルにいるのかを探る。

HBV&HCV のスクリーニングを利用するための心構えは？

- 知識の段階(事前構想) - HBV&HCV スクリーニングの主要な側面に関する知識
- 説得段階(熟考) - HBV&HCV 検診に好感を持つ、他の人と話し合う、賛同する、肯定的な見解を持つ
- 意思決定段階(準備段階) - 追加情報を求め、試してみようと思っている
- 実施段階(行動) - 追加情報の取得、HBV&HCV スクリーニングを定期的に利用している、継続的に利用している

- 確認段階(維持)-利点を認識し、HBV&HCV スクリーニングをルーチンに統合し、他の人に利用を促進する。

組織との個人識別

- 他の質問に対する回答は、ここで(二重に)コード化されていてもよい。例えば、組織または HBV および HCV スクリーニングに関連した目標へのバイインは、「目標とフィードバック」の項目で引き出すことができるが、ここでも関連性があるかもしれない。

その他の個人属性

- ここでコード化されたステートメントの種類は、例えば、制御の軌跡、および特定の実施に関連することが判明した健康心理学または組織心理学からの他の概念など、研究の目的に依存する。

プロセス

プランニング

1. HBV&HCV スクリーニングを実施するための計画を立ててもらうために、どのようなことをしてきましたか(または、どのような計画を立ててきましたか)？
2. HBV&HCV スクリーニングの実施計画について教えてください。
 - 計画の詳細は？誰が知っているのか？計画は複雑になりすぎていないか？理解可能か？現実的で実現可能か？
 - 企画の中での役割は何ですか？
 - 計画プロセスには誰が関わっているのか？彼らの役割は何か？
 - 適切な人々が計画プロセスに関与しているか？どのように関与しているか？
 - 計画に基づいて実施の進捗状況を把握する予定はありますか？
 - バリアやエラー、ミスなどでプランの修正や修正をしなければならない場合はどうすればいいのでしょうか？
3. 実施計画は実施中にどのような役割を果たしましたか？
 - HBV&HCV スクリーニングの実施の指針として利用されたのでしょうか？
 - 計画と実際の進捗を比較するために使われていたのでしょうか？
 - 計画の修正や改良はありましたか？
 - 計画は他の利害関係者と共有／レビューされたか？どのくらい定期的に？
 -

エンゲージメント

エンゲージング・コンストラクトは、ほとんどの場合、個人をエンゲージするために使用された戦略と、その戦略の結果に焦点を当てている。しかし、これらの個人が最終的に存在しない場合や、その「質」、つまり能力、モチベーション、スキル、つまり仕事でどれだけ得意かをコード化することもできます。知識と情報へのアクセス、「関与」、「ネットワークとコミュニケーション」の間のコーディングは微妙なニュアンスになりますが、ここでは一般的なガイドラインをいくつか紹介します。

- **知識と情報へのアクセス:**
プログラムの使用に関する知識と情報への実装リーダーとユーザーのアクセス、すなわちプログラムの仕組みに関連した記述。
- **Engaging:**
利害関係者をプログラムに「売り込む」ことに関連したステートメント、すなわち、彼らがプログラムの使用方法を知っているかどうかにかかわらず、彼らを関与させること。
- **ネットワークおよびコミュニケーション:**
チームの形成、質および機能に関連した声明; 構成の一般的なコミュニケーションおよび関係についての声明。

オピニオンリーダー

1. この実装に乗り出すための重要な影響力を持つ人物は誰ですか？
2. HBV&HCV 検診について、影響力のある人はどんなことを言っているのでしょうか？
 - これらの影響力のある人物は誰なののでしょうか？
 - 他の人の HBV&HCV スクリーニングの利用にどの程度影響を与えるか？実施の成功に影響を与えるか？

正式に任命された内部実装リーダー

1. この質問は、HBV&HCV スクリーニングのソースにも関連しています。HBV&HCV スクリーニングのソースの下での HBV&HCV スクリーニングのソースに関連したコード回答。早期の(またはそうでない)エンゲージメントの指標として、ここでは誰が意思決定プロセスに参加したかに関連した回答をコード化してください。意思決定への参加は、HBV&HCV スクリーニングに対する所有権を感じてもらうための効果的なエンゲージメント戦略である。
HBV&HCV スクリーニングの実施には、どのような経緯で組織が関わってきたのでしょうか？
 - HBV&HCV スクリーニングへの参加はどのように決定されたのでしょうか？
 - 意思決定プロセスに参加したのは誰ですか？
 - このプロセスに参加されていたのですか？
2. HBV&HCV スクリーニングの実施を主導するのは誰ですか？
 - この人はどのようにしてこの役割を担うようになったのですか？任命されたのか？ボランティア？
 - この人は、この実施の効果的なリーダーになるために、どのような属性や資質を持っているのか？この人に欠けている属性や資質は何か？

- この人物は、HBV&HCV スクリーニングの実施に必要なことを行うのに十分な権限を持っているか。
- 3. 実装をリードするのは他に誰が関わっているのか？

チャンピオンズ

1. 正式な実施リーダー以外に、組織内に HBV&HCV スクリーニングを支持する(期待される以上のことをする)可能性の高い人がいますか？
 - 彼らは正式にこの役職に任命されたのか、それとも非公式な役割だったのか。
 - あなたの組織では、これらのチャンピオンはどのようなポジションにいるのでしょうか？
 - 実施に向けてどのように支援してくれると思いますか？人々に HBV&HCV スクリーニングを利用してもらうには？
2. このチャンピオン/個人に対する人々の認識を説明できますか？
 - チャンピオンの意見や行動をどこまで尊重していますか？
3. この個人/チャンピオンは、どのような行動や行動をしたいと思いますか？
 - 例えば、シニアリーダーの登用を手伝ったり、問題解決を手伝ったり。それとも小さな役割？

外部変更エージェント

1. HBV&HCV スクリーニングの実施には、組織外の誰か(またはチーム)が協力してくれるのでしょうか？
 - この人物・グループについて説明できますか？
 - 彼らはどうやって関わったのか？
 - 彼らの役割とは？
 - どんな活動をするのでしょうか？
 - その人/彼らはどのくらい役に立つと思いますか？どのように？

主要なステークホルダー

1. HBV&HCV スクリーニングの利用を個人に勧めるために、どのような措置がとられましたか？
 - どの個人を対象にしますか？
 - どのように検査実施をアプローチしていくのか？
 - どのような情報を提供するのでしょうか？
 - どのくらいの頻度で、どのようにコミュニケーションをとっていくのか？
2. HBV&HCV スクリーニングに関する情報を広めるためのコミュニケーションまたは教育戦略(研修は含まれません)。
 - どのような材料/方法/手段を使用する予定ですか？例えば、電子掲示板、電子メール、パンフレット？
 - どのようなプロセスでコミュニケーションをとる予定ですか？例えば、スタッフミーティングに行ったり、非公式に人と話したりすることですか？

3. HBV&HCV スクリーニングに参加するために重要な人物は誰ですか？

- 個人に HBV&HCV スクリーニングの利用を奨励するために？実施を支援するため？

○

HBV&HCV スクリーニング 参加者

- ヘルスケアの組織では、HBV&HCV スクリーニングの参加者には患者が含まれるかもしれないが、教育の組織では、これには学生が含まれるかもしれない。これらの質問は、HBV&HCV スクリーニングが個人が利用するプログラムであることを前提としている。

1. HBV&HCV スクリーニングについて、あなたまたはあなたの同僚は、あなたの組織がサービスを提供している個人にどのように伝えますか？

- HBV&HCV 検診にはどのように参加してくれるのでしょうか？
- HBV&HCV の検診をどうやって受けるのか？

○

実行中

- 実行は、実装計画をどれだけうまく実行したかによって決まるので、実装中または実装後にのみ評価されます。実行が計画通りにいかなかった場合は、計画がうまくいかなかった理由を説明する適切な CFIR コンストラクトに (ダブル) コードを記述してください。

1. HBV&HCV スクリーニングは実施計画に沿って実施されているか。

- 「はいの場合」これについて説明してください。
- 「実施されていない」なら、なぜされていないのか？

○

反映と評価

- 反映および評価とは、実施プロセスで使用されたプロセス、例えば HBV&HCV スクリーニングに関して行った評価の取り組みや、より多くの人々に実施する予定があるかどうかなどを指す。この構成は、例えば実施の成功に関連して、面接中に参加者が行う可能性のある反省や評価を取り込むことを意図したものではない。このようなタイプのコメントは、HBV&HCV スクリーニングに関する知識と信念にコード化されるべきである。

1. HBV&HCV スクリーニングを実施するにあたり、どのような情報を収集する予定ですか？

- どのような手段を追跡しますか？どのように追跡しますか？
- この情報はどのように使用されますか？

2. 実施や HBV&HCV スクリーニング自体についてのフィードバック報告はありますか？

- どんな形になるのか？コンテンツ、モード、フォーム？
- どれだけ参考になると思いますか？

- どうすれば改善できるのか？
 - どのくらいの頻度で手に入るのか？どこから来るのか？
 - 誰が設計しているのか？
3. 実施または HBV&HCV スクリーニングの目標に向けた進捗状況をどのように評価しますか？
- 評価結果はどのようにステークホルダーに配布されるのか？
4. スタッフからのフィードバックは得られますか？あなたの組織が提供する個人からですか？
- ある場合】どのようなフィードバックがありますか？
5. あなたの組織／ユニットは、HBV&HCV スクリーニングを実施するための目標をどの程度設定していますか？
- 目標は組織内でどのように伝達されるのでしょうか？誰に伝達されるのでしょうか？
 - 目標は何ですか？どのように、誰に伝えるのか？

参考資料3 The Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC)

クラスター	具体例
①評価的・反復的戦略を用いる	・準備のための評価と阻害要因、促進要因の特定 ・実装を行う場のニーズ評価を行う ・変化を起こすための小テストを繰り返し実行する
②対話型の支援を提供する	・技術的支援を中央化する ・対話型の問題解決と支援を行う ・実装を行う場への技術援助
③文脈に合わせて調整する	・適応性を高める ・状況に合わせた戦略 ・データ専門家の活用
④ステークホルダー間の結びつきを構築する	・実装活動のパートナーを募り連携する ・実装を行う場の情報を収集して共有する ・役員会を関与させる ・リーダーを募集、指名、訓練する
⑤ステークホルダーの訓練と教育を行う	・教育会議を行う ・継続的なトレーニングを実施する ・教材の開発、配布 ・訓練を動的にする（情報発信の方法を適宜変える）
⑥臨床家を支援する	・サービス提供者への臨床データの配信を容易にする ・臨床家へのリマインドを行う ・専門家の役割を改める
⑦消費者に働きかける	・マスメディアを利用する ・イノベーションの需要を増やす ・介入対象者への動機づけ
⑧金銭的な戦略を活用する	・新しい資金へのアクセス ・インセンティブや手当の仕組みを変更する ・請求を簡単にする
⑨制度、基盤を変える	・妨げとなる法律の変更 ・記録システムの変更 ・リーダーが変化を命じる

図5 実装戦略(ERICプロジェクトより) (引用：Waltz, et al. 2015)¹⁸⁾

参考資料 4

CFIR-ERIC ツール

[Strategy Design – The Consolidated Framework for Implementation Research \(cfirguide.org\)](#)

Welcome to the CFIR-ERIC Barrier Buster Tool V0.53
● A full description of CFIR constructs can be found at https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50 and www.cfirguide.org ● A full description of the ERIC implementation strategy compilation can be found at https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1 ● Please see below for important Disclaimer. ● CFIR constructs were framed as barriers for the purpose of this work. This Tool is provided based on endorsements from n=169 respondents who selected and ranked “up to 7 strategies that would best address” each CFIR barrier.
How to use this workbook:
1) The “Summary” worksheet provides the results of the rank task where ERIC strategies are considered endorsed if they were ranked by a panelist for a specific CFIR-related barrier. Percentages reflect the proportion of panelists endorsing a strategy as being a “top seven” strategy for that barrier. 2) The “CFIR” worksheet allows a user to indicate specific barriers of interest, and then initiate a query by clicking the “Query” button at the bottom of the worksheet. The output of the query is posted to the “Output” worksheet. If multiple barriers were selected, then a cumulative percentage column will appear next to the strategies and the strategies will be sorted by the cumulative percentage value. The CFIR barriers comprising the query and their individual endorsement percentages will be presented to the right of the cumulative percentage column. 3) The “Query” tool operates by “macros” (programs that run in the background of Excel). The security settings of your computer may block you from using this aspect of the tool. Typically you will receive a warning near the top of the Excel toolbar that will say “Security Warning: Macros have been disabled” with an “Enable Content” button next to the warning. Click the Enable Content button to be able to use the tool.
If your security settings are set higher, please refer to Microsoft assistance to change your macro settings: https://support.office.com/en-us/article/Always-enable-macros-in-a-workbook-81a126e8-e01d-4878-9fea-33420ec91fb5
Please contact the corresponding author, Tom Waltz, at twaltz1@emich.edu if you need any assistance using this Tool.
Disclaimer
Version 0.5x of this Tool is based on results for the top seven ERIC strategies experts selected to address specific CFIR barriers. There was substantial heterogeneity in the participant's rankings resulting in limited areas of high consensus. Majority endorsement was obtained for 22 ERIC strategies across 21 CFIR barriers (Level 1 strategies) with a total of 36 instances of majority endorsement out of a possible 2,847 opportunities (i.e., 73 ERIC strategies X 39 CFIR barriers). Level 2 strategies are those where 20% to 49.9% of respondents endorsed. Level 2 strategies fall within the top quartile of the recommendations obtained from this study.
We offer this Tool as a distribution mechanism for researchers and practitioners to test these results. A publication is in process. The citation will be added to this Tool in a subsequent version.
The extent to which results apply to your unique setting is an open question. The results from this study may help inform implementation planning efforts, but cannot be a substitute for context- and content-specific analysis of needs for a specific initiative. We encourage being cautious in applying the recommendations encapsulated in this Tool and testing whether they lead to successful implementation. Collective contribution to building the knowledge-base to improve this Tool is essential.
Please feel free to contact any of the authors of this work for broader questions about the content encapsulated within this tool:
Laura Damschroder: Laura.Damschroder@va.gov Byron Powell: bjpowell@email.unc.edu Tom Waltz: twaltz1@emich.edu
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.

ツール２：ヒアリング結果のまとめから実装戦略の選定へ（ツール）

Select All	INTERVENTION CHARACTERISTICS	
0	Intervention Source	Stakeholders have a negative perception of the innovation because of the entity that developed it and/or where it was developed.
0	Evidence Strength & Quality	Stakeholders have a negative perception of the quality and validity of evidence supporting the intervention.
0	Relative advantage	Stakeholders do not see the advantage of implementing the innovation compared to an alternative solution or keeping things the same.
1	Adaptability	Stakeholders do not believe that the innovation can be sufficiently adapted, tailored, or invented to meet local needs.
0	Trialability	Stakeholders believe they cannot test the innovation on a smaller scale within the organization or undo implementation if needed.
0	Complexity	Stakeholders believe that the innovation is complex based on their perception of duration, scope, radicalness, disruptiveness, centrality, and/or intricacy and number of steps needed to implement.
0	Design Quality and Packaging	Stakeholders believe the innovation is poor quality based on the way it is bundled, presented, and/or assembled.
0	Cost	Stakeholders believe the innovation costs and/or the costs to implement (including investment, supply, and opportunity costs) are too high.
OUTER SETTING		
0	Patient Needs & Resources	Patient needs, including barriers and facilitators to meet those needs, are not accurately known and/or this information is not a high priority for the organization.
0	Cosmopolitanism	The organization is not well networked with external organizations.
1	Peer Pressure	There is little pressure to implement the innovation because other key peer or competing organizations have not already implemented the innovation nor is the organization doing this in a bid for a competitive edge.
0	External Policy & Incentives	External policies, regulations (governmental or other central entity), mandates, recommendations or guidelines, pay-for-performance, collaborative, or public or benchmark reporting do not exist or they undermine efforts to implement the innovation.
INNER SETTING		
0	Structural Characteristics	The social architecture, age, maturity, and size of an organization hinders implementation.
0	Networks & Communications	The organization has poor quality or non-productive social networks and/or ineffective formal and informal communications.
1	Culture	Cultural norms, values, and basic assumptions of the organization hinder implementation.
0	Implementation Climate	There is little capacity for change, low receptivity, and no expectation that use of the innovation will be rewarded, supported, or expected.
1	Tension for Change	Stakeholders do not see the current situation as intolerable or do not believe they need to implement the innovation.
0	Compatibility	The innovation does not fit well with existing workflows nor with the meaning and values attached to the innovation, nor does it align well with stakeholders' own needs and/or it heightens risk for stakeholders.
0	Relative Priority	Stakeholders perceive that implementation of the innovation takes a backseat to other initiatives or activities.
0	Organizational Incentives & Rewards	There are no tangible (e.g., goal-sharing awards, performance reviews, promotions, salary raises) or less tangible (e.g., increased stature or respect) incentives in place for implementing the innovation.
0	Goals and Feedback	Goals are not clearly communicated or acted upon, nor do stakeholders receive feedback that is aligned with goals.
0	Learning Climate	The organization has a climate where: a) leaders do not express their own fallibility or need for stakeholders' assistance or input; b) stakeholders do not feel that they are essential, valued, and knowledgeable partners in the implementation process; c) stakeholders do not feel psychologically safe to try new methods; and d) there is not sufficient time and space for reflective thinking or evaluation.
0	Readiness for Implementation	There are few tangible and immediate indicators of organizational readiness and commitment to implement the innovation.
0	Leadership Engagement	Key organizational leaders or managers do not exhibit commitment and are not involved, nor are they held accountable for implementation of the innovation.
0	Available Resources	Resources (e.g., money, physical space, dedicated time) are insufficient to support implementation of the innovation.
0	Access to knowledge and information	Stakeholders do not have adequate access to digestible information and knowledge about the innovation nor how to incorporate it into work tasks.
CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS		
0	Knowledge & Beliefs about the Intervention	Stakeholders have negative attitudes toward the innovation, they place low value on implementing the innovation, and/or they are not familiar with facts, truths, and principles about the innovation.
0	Self-efficacy	Stakeholders do not have confidence in their capabilities to execute courses of action to achieve implementation goals.
0	Individual Stage of Change	Stakeholders are not skilled or enthusiastic about using the innovation in a sustained way.
0	Individual Identification with Organization	Stakeholders are not satisfied with and have a low level of commitment to their organization.
PROCESS		
0	Planning	A scheme or sequence of tasks necessary to implement the intervention has not been developed or the quality is poor.
0	Opinion Leaders	Opinion leaders (individuals who have formal or informal influence on the attitudes and beliefs of their colleagues with respect to implementing the intervention) are not involved or supportive.
0	Formally appointed internal implementation leaders	A skilled implementation leader (coordinator, project manager or team leader), with responsibility to lead implementation of the innovation, has not been formally appointed or recognized within the organization.
0	Champions	Individuals acting as champions who support, market, or 'drive through' implementation in a way that helps to overcome indifference or resistance by key stakeholders are not involved or supportive.
0	External Change Agents	Individuals from an outside entity formally facilitating decisions to help move implementation forward are not involved or supportive.
0	Key Stakeholders	Multi-faceted strategies to attract and involve key stakeholders in implementing or using the innovation (e.g., through social marketing, education, role modeling, training) are ineffective or non-existent.
0	Patients/Customers	Multi-faceted strategies to attract and involve patients/customers in implementing or using the innovation (e.g., through social marketing, education, role modeling, training) are ineffective or non-existent.
0	Executing	Implementation activities are not being done according to plan.
0	Reflecting & Evaluating	There is little or no quantitative and qualitative feedback about the progress and quality of implementation nor regular personal and team debriefing about progress and experience.
Query		

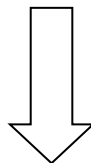
介入の特性 5 項目

外的環境 4 項目

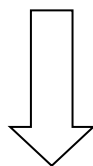
内的環境 5 項目

個人特性 5 項目

個人特性 4 項目



実装戦略の優先順位



RISOME_Query_Tool_Certificate - Excel											
ファイル ホーム 挿入 ページレイアウト 数式 データ 校閲 表示 開発 Acrobat 実行したい作業を入力してください...											
M12											
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	ERIC Strategies	Cumulative Percent	Intervention Source	Evidence Strength & Quality	Relative advantage	Adaptability	Trialability	Patient Needs & Resources	Cosmopolitanism	Individual Stage of Change	Opinion Leaders
1											
2	Identify and prepare champions	279%	31%	41%	45%	23%	12%	5%	15%	44%	64%
3	Inform local opinion leaders	231%	27%	38%	28%	15%	23%	0%	15%	28%	57%
4	Conduct local consensus discussions	219%	19%	41%	24%	31%	8%	29%	15%	20%	32%
5	Build a coalition	206%	31%	6%	14%	15%	15%	14%	62%	16%	32%
6	Promote adaptability	204%	31%	3%	24%	73%	27%	14%	0%	28%	4%
7	Assess for readiness and identify barriers and facilitators	189%	12%	13%	24%	31%	35%	33%	15%	12%	14%
8	Conduct educational meetings	187%	27%	47%	24%	12%	8%	10%	12%	20%	29%
9	Conduct local needs assessment	186%	12%	3%	34%	35%	19%	57%	12%	0%	14%
10	Capture and share local knowledge	182%	23%	25%	17%	35%	23%	10%	23%	12%	14%
11	Identify early adopters	171%	19%	22%	17%	27%	15%	0%	4%	24%	43%
12	Involve patients/consumers and family members	155%	15%	13%	3%	8%	0%	71%	4%	12%	29%
13	Conduct educational outreach visits	149%	19%	34%	10%	12%	8%	5%	23%	24%	14%
14	Obtain and use patients/consumers and family feedback	146%	27%	6%	7%	4%	4%	76%	0%	8%	14%
15	Visit other sites	141%	23%	13%	21%	19%	12%	0%	38%	8%	7%
16	Create a learning collaborative	138%	12%	16%	7%	23%	12%	0%	31%	28%	11%
17	Use advisory boards and workgroups	132%	23%	9%	10%	4%	8%	29%	35%	4%	11%
18	Tailor strategies	126%	15%	6%	17%	35%	23%	14%	0%	8%	7%
19	Conduct cyclical small tests of change	121%	8%	3%	31%	23%	38%	10%	0%	8%	0%
20	Develop academic partnerships	118%	15%	25%	0%	0%	4%	5%	50%	12%	7%
21	Develop educational materials	113%	12%	28%	14%	12%	0%	10%	4%	20%	14%
22	Facilitation	102%	12%	0%	10%	27%	23%	0%	12%	8%	11%
23	Distribute educational materials	96%	12%	31%	10%	12%	12%	5%	0%	8%	7%