

MR の医薬情報提供スキルにおける

医師視点の評価指標の提案

Proposal of Evaluation Criteria of MR Skills for Providing Clinical Information  
with Doctor's Viewpoints

社会文化学研究科 博士前期課程 教授システム学専攻

141g8803

荒木 恵

指導（主）： 都竹茂樹 教授

指導（副）： 鈴木克明 教授、 合田美子 准教授

2016年3月

## 目次

図表目次.....	4
要旨（日本語） .....	6
要旨（英語） .....	7
1 はじめに.....	8
1.1 研究の背景.....	8
1.2 先行研究 .....	10
1.2.1 評価指標の開発に関する先行研究 .....	11
1.2.2 コミュニケーション技術に関する評価者間による視点の違いについて.....	11
1.2.3 「あるべき姿」の行動評価を活用した指導育成事例.....	11
1.3 本研究の目的.....	12
1.4 本論文における用語の定義.....	12
2 従来の評価指標の現状分析 .....	14
2.1 評価データ収集方法と従来の評価指標 .....	14
2.2 医師視点の評価指標の定義.....	15
2.3 コミュニケーションを評価するポイント.....	15
2.4 医師と社内評価者の評価者間の視点の比較 .....	16
2.5 従来の評価指標の課題と改善点.....	22
3 評価指標の改善 .....	24
3.1 目的 .....	24
3.2 方法 .....	24
3.2.1 動画素材の準備 .....	24
3.2.2 インタビューの実施手順.....	26
3.2.3 分析1：一次分析・二次分析による重要カテゴリーの抽出.....	26
3.2.4 分析2：複合分析による対象特性別の共通点と相違点の検証 .....	27
3.3 結果 .....	28

3.3.1	結果 1 : 重要カテゴリーの抽出 .....	29
3.3.2	結果 2 : 対象特性別の共通点と相違点の検証 .....	30
3.4	考察 .....	33
3.4.1	考察 1 : 評価指標の視点の変化 .....	33
3.4.2	考察 2 : 評価指標の主語の変化 .....	34
4	改善した評価指標の検証 .....	37
4.1	評価指標の妥当性と包括性の評価 .....	37
4.1.1	医師による専門家レビュー .....	37
4.1.2	上長による形成的評価 .....	38
4.2	医師視点の評価指標の信頼性の検証 .....	42
5	本研究の結果および考察 .....	45
5.1	改善した評価指標の全体像 .....	45
5.2	本評価指標の使用方法与位置づけ .....	46
6	結論 .....	48
6.1	研究のまとめと成果 .....	48
6.2	今後の課題と展望 .....	48
	謝辞 .....	50
	参考文献 .....	51
	付録 .....	52

## 図表目次

図 1-1	プロフェッショナルセリングスキル .....	9
表 1-1	マネジャー同行指導のポイント .....	10
表 2-1	対象データ数.....	14
表 2-2	従来の評価指標 .....	15
表 2-3	従来の評価指標において医師視点の反映されている比率.....	16
表 2-4	医師と社内評価者の中項目別平均値と標準偏差（6点満点評価） .....	17
表 2-5	医師と社内評価者の中項目別平均値の順位比較（全体） .....	18
表 2-6	医師と社内評価者の中項目別平均値の順位比較（A群） .....	18
表 2-7	医師と社内評価者の中項目別平均値の順位比較（B群） .....	18
表 2-8	医師と社内評価者の中項目別平均値の順位比較（C群） .....	19
表 2-9	医師と社内評価者の中項目別平均値の順位比較（D群） .....	19
図 2-1	医師と社内評価者の中項目別平均値の比較（全体） .....	20
図 2-2	医師と社内評価者の中項目別平均値の比較（A群） .....	20
図 2-3	医師と社内評価者の中項目別平均値の比較（B群） .....	21
図 2-4	医師と社内評価者の中項目別平均値の比較（C群） .....	21
図 2-5	医師と社内評価者の中項目別平均値の比較（D群） .....	22
図 2-6	コミュニケーションを評価するポイント .....	23
図 3-1	動画サンプル画面（Sample1） .....	25
図 3-2	動画サンプル画面（Sample2） .....	25
図 3-3	重要カテゴリー抽出の流れ.....	27
図 3-4	逐語録からの重要カテゴリーの抽出 .....	28
図 3-5	重要アイテムからの重要カテゴリーの抽出.....	28
表 3-1	医師インタビュー対象者属性.....	29
表 3-2	研修担当者インタビュー対象者属性 .....	29
表 3-3	医師と研修担当者の視点の違い .....	33

表 3-4	削除項目と追加項目 .....	35
表 3-5	2つの主語のチェック項目の対応例 .....	36
表 4-1	形成的評価における被験者の属性 .....	40
図 4-1	上長による形成的評価の様子 .....	40
図 4-2	MR の医薬情報提供力の評価を捉えていたか .....	40
図 4-3	医師にとって有益な医薬情報提供であったか .....	41
図 4-4	MR の医薬情報提供力の課題を抽出していたか .....	41
図 4-5	MR の医薬情報提供力の良い点を抽出していたか .....	41
図 4-6	同行時に MR を指導するために役立つか .....	42
図 4-7	2 種類の評価指標における全項目平均値比較 .....	42
表 4-2	信頼性評価における被験者の属性 .....	43
図 4-8	動画素材 10 種類の評価結果（全項目平均値） .....	43
表 4-3	10 種類の動画素材における全項目平均値と各項目の一致率 .....	44
表 5-1	評価指標の全体像 .....	45
表 5-2	具体的なチェック項目 .....	46
図 5-1	「評価指標の主語」と評価対象者のスキルレベルと使用場面の関係 .....	47

## 要旨（日本語）

製薬会社の医薬情報担当者（Medical Representatives、以下MR）は、医師にとって有益な医薬情報提供を行うために、画一的ではなく医師の反応や納得度に応じた情報提供を行う対話力の向上が求められている。これまで医師にとって有益な医薬情報提供活動を行うためにMRのとるべき行動を記述したチェックリストによるOJTや、医師から医薬情報活動の評価をフィードバックとして受けるロールプレイトレーニングが行われているが、日常のOJTの場面において医師以外の第三者が医師の視点でMRの対話力を評価する事ができる評価指標により実効力を上げた報告はまだあまり見られない。

本研究ではMRの医薬情報提供スキルの評価指標を作成するにあたり、MRのあるべき姿の分析方法であるパフォーマンスモデルの作成方法と介護予防アセスメントツールを開発した先行研究（岡本ら2002）を応用し、上長など医師以外の第三者が日常のOJTで活用できる医師視点の評価指標を提案するものである。

医師視点の評価指標を作成するにあたり、筆者が今まで活用していた既存評価指標をベースとしてMRの情報提供場面の動画素材をもとに評価指標原案を作成した。医師と研修担当者（MRのスキルトレーナー）に対してインタビューを通じて意見の抽出を行い、評価指標原案の改善を行った。本研究においては医師の視点を指標に盛り込む事が重要なポイントである事から、医師の「なまの声」を体系的に整理する方法としてフォーカス・グループ・インタビューを採択した。

インタビューの分析結果から抽出した医師と研修担当者の価値観の違いを項目に反映し、チェック項目の主語を「MRは」から「医師は」に変更した評価指標を作成した。

作成した評価指標の形成的評価を行った結果、評価者間における評価結果のバラつきなど課題も見られた一方で、第三者が医師の視点でMRの対話力を評価できる評価指標になった事が確認できた。

今後は評価者トレーニングを開発する事によって評価指標の信頼性を確保すると共に、現在ある様々なチェックリストや評価指標の主語の設定を見直す事により目的とするスキル向上のための指導に結びつく事が期待される。

## 要旨 (英語)

Medical Representatives of pharmaceutical companies (hereinafter referred to as MR) are expected to be capable to have a dialogue to deliver not stereotypical but appropriate information following doctors' reflection and the level of their understanding. Although there has been OJT utilizing a check list with activities for MR to provide beneficial information for doctors, and roll play training to get feedback on daily MR activities from doctors, it is still not common that evaluation criteria, in which a third person except doctors can assess dialogue capability of MR with doctor's point of view, works successfully.

In establishing the evaluation criteria of MR skills for providing clinical information, this study suggests that the criteria should be doctor's viewpoints which can be utilized in daily OJT by a third person except doctors like supervisors, applying a former study to create performance models to assess MR, and to develop assessment tools for care prevention needs of the elderly.

Before establishing evaluation criteria from the viewpoints of doctor, I drafted assessment items from movies of MR delivering clinical information based on an existing list I have utilized. The draft was amended with opinions from clinical doctors and trainers of MR skills which were collected through interviews. Since it is important to include doctor's viewpoints in this study, interviewing focused groups was commenced as sorting out naked voices of clinical doctors systematically.

As a result of formative evaluation for establishing evaluation criteria, it was confirmed to be able to evaluate MR's capability for dialogue with doctor's viewpoints by a third person. However there were some varies between evaluators, therefore it requires further validation and improvement.

It is expected to develop training program for evaluators, which will promote OJT from the viewpoints of doctor and improve MR's ability of dialogue through combining with improved evaluation criteria from the viewpoints of doctor.

# 1 はじめに

## 1.1 研究の背景

製薬会社における医薬品のプロモーションの中心手段は、医薬情報担当者（Medical Representatives、以下 MR）から医師に対する Face to Face の医薬情報の提供である。MR 活動の生産性や成果に関わる重要な要素として「医薬情報の提供回数」「提供する医薬情報の質」「医薬情報提供する医師のターゲティング精度」の3つがあると考えられており、これらは SFE（Sales Force Effectiveness）と呼ばれる営業プロセスの改革手法に基づいて管理されている。しかしながら昨今医療施設における MR の訪問規制により、上述の「医薬情報の提供回数」を維持する事が難しくなっている。そのような環境の変化の中、貴重な医師との面談において提供する医薬情報の質を向上させる事が企業の競争力を高めるうえで重要な課題であり、そのための研修（集合研修、eラーニングを含む）が頻繁に行われている。

MR の継続教育を充実させるために今後取り組みたいものとして、公益財団法人 MR 認定センター（以下 MR 認定センター）から毎年発行されている MR 白書 2015<sup>[1]</sup>によると「医学の高度化・専門化に対応できるような研修を導入する」74 社（36.5%）、「医療現場のニーズに対応できるプログラムを立案する」67 社（33.0%）が上位に挙げられており、医師や医療現場のニーズに対応できる MR の育成が意識されている。

医師や医療現場のニーズに対応できる MR として、従来行われてきた画一的な情報提供ではなく、医師の反応や納得度に合わせた情報提供を行う事ができる対話力の向上が求められており、MR の医薬情報スキルの強化策としてロールプレイ研修や上長による同行 OJT が行われている。上長が同行時の評価指標として活用できる指導のポイントをまとめたものとして MR 認定センターより『MR 教育研修要綱解説書（2011）』<sup>[2]</sup>（表 1-1）において「マネジャー同行指導のポイント」が公表されている。また製薬業界においては、アチーブグローバル社によりグローバルで展開されているプログラムを富士ゼロックス総合教育研究所が日本向けにローカライズしたプロフェッショナルセリングスキル<sup>[3]</sup>（図 1-1）を導入し、MR の医薬情報提供スキルの評価指標として活用している企業も多い。このように OJT の指針として使える汎用的な評価指標は既に存在しており、MR の行動評価を行うものが一般的である。

しかしながら教育の評価法のモデルであるカークパトリックの 4 段階評価法において、コミュニケーションスキルのレベル 3 の評価は「MR が何をしたか」ではなく「相手がどう受け止めたか」が重要であり、MR の行動評価は矛盾を起す事がある。例えば「MR が医師に対して理路整然と話す」という場面において MR の行動評価では「論理的に説明されている」という事で高い評価がつくが想定される。一方で受け手である医師にとってはその話題に興味があれば有益な情報提供どころか、苦痛な時間となる。このように医師の受け止め



方を第三者がMRの行動評価のみから判断する事は難しい。

これらの課題を解決するため、医薬情報を提供した医師から評価を受けるロールプレイ研修を取り入れる企業もある。しかし、医師から直接受けるフィードバックは非常に有用である一方、多くのリソース（研修会場、医師の協力、交通費など）を要するため頻回に実施する事は困難であり、汎用性が低い。

これらの課題を解決するために日常のOJTの場面において医師以外の第三者が医師の視点でMRの対話力を評価し、MRに対してフィードバックを与える事ができる評価指標が必要であると考えられるが、そのような先行研究や実効力を上げた報告はまだあまり見られない。よって本研究においてはMRの対話力を向上させるために、MRの医薬情報提供スキルに対する医師視点の評価指標の作成を試みる。

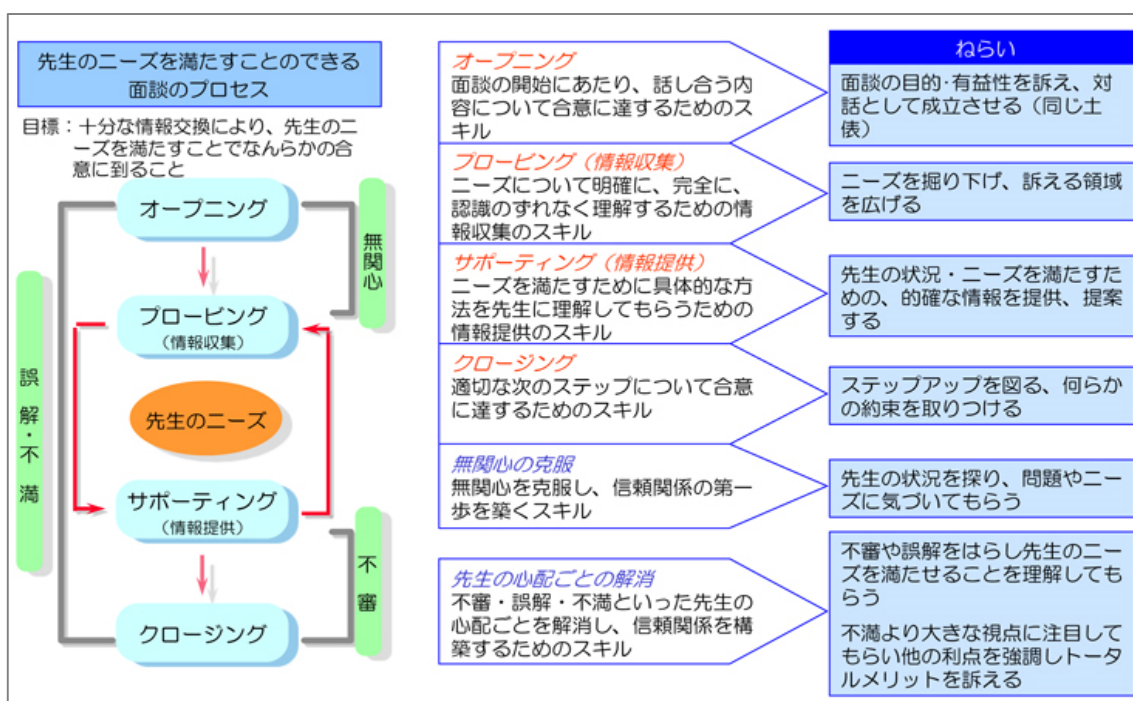


図 1-1 プロフェッショナルセリングスキル

(株式会社富士ゼロックス総合教育研究所ホームページより引用

<http://www.fxli.co.jp/service/sp/2000.html> )

表 1-1 マネジャー同行指導のポイント

	☑技能的にできている場合、チェックを入れる
人間関係の確立	<input type="checkbox"/> 熱意、親しみやすさ <input type="checkbox"/> 医師の名前で話ができたか <input type="checkbox"/> スムーズに製品説明に入れたか
導入部	<input type="checkbox"/> 医師の注意や興味を引く話ができたか <input type="checkbox"/> 対象疾患の概念を用いる事ができたか <input type="checkbox"/> 簡潔に話せたか
製品の特長	<input type="checkbox"/> 製品の特長を述べたか
使用上の注意	<input type="checkbox"/> 医師・患者にとってのメリット
副作用	<input type="checkbox"/> 医師・患者にとってのデメリット
質疑・傾聴	<input type="checkbox"/> 不明点の明確化や情報を得るために質問をしたか <input type="checkbox"/> 拡大質問 <input type="checkbox"/> 適切な受け答えができたか
基本的相違点	<input type="checkbox"/> 医師は競合品のどの点が気に入っているのか <input type="checkbox"/> 自社品との類似点 <input type="checkbox"/> 患者に対する臨床的メリット <input type="checkbox"/> 自社品のユニークな点
販促物の使用	<input type="checkbox"/> 整理されているか <input type="checkbox"/> 図や内容が正確に説明できたか
反論への対処	<input type="checkbox"/> 心配ごとの容認 <input type="checkbox"/> 反論の明確化 <input type="checkbox"/> 反論に対する答の根拠の提示 <input type="checkbox"/> 反論に対する答の立証
クロージング	<input type="checkbox"/> キーとなるメリット・デメリットの要約
約束の取り付け	<input type="checkbox"/> 効果的なクロージング <input type="checkbox"/> 次回訪問の確認

(出典：公益財団法人 MR 認定センター『MR 教育研修要綱解説書(2011)』)

## 1.2 先行研究

本研究に取り組むにあたり行った先行研究の調査内容についてまとめる。

### 1.2.1 評価指標の開発に関する先行研究

評価指標や評価指標の作成においては公衆衛生や看護などの医療分野においては多数の研究が存在しているが、MR の情報提供スキルや営業のコミュニケーションスキルに関する評価指標を作成した事例は見られなかった。

### 1.2.2 コミュニケーション技術に関する評価者間による視点の違いについて

昨今、客観的臨床能力試験（OSCE：Objective Structured Clinical Examination）を学生の実践能力の質を評価する方法として取り入れる医療系大学が多いが、その評価の客観性と再現性については以前から議論されている。特にコミュニケーション技術に関する評価項目は評価者間の差異が大きい傾向にあり、客観的に評価できるよう行動レベルで表現できるよう項目を再考するなどの工夫がなされている（近藤 2011）<sup>[5]</sup>（福本 2004）<sup>[6]</sup>。しかしながら一般的に教員の面接評価は診断に必要な情報の取得に重点が置かれ、良好な患者-医師関係を築く上で重要な態度の評価が疎かになっていると指摘されている。一方で模擬患者による評価は面接を通しての態度面やマナーを中心に行われると言われており、コミュニケーション技術の評価は患者の視点に立った評価が重要である事から、模擬患者による評価が現実的であるとの報告もされている（近藤 2011）<sup>[5]</sup>（福本 2004）<sup>[6]</sup>。

MR に求められる医薬情報提供スキルを評価するという事は、すなわち MR と医師のコミュニケーションスキルを評価するという事である。上長が MR の情報提供スキルを評価する際に MR が医師に対して伝えるべき情報に対する評価が中心になり、医師が MR の情報提供をどのように受け止めたかという視点での評価が疎かになりがちである点は、OSCE の事例と同様であると考えられる。OSCE の先行研究においては模擬患者の評価を取り入れる対応策を検討しているが、MR の情報提供スキルを評価する際の情報の受け手である医師の視点を取り入れる方法に関する先行研究はまだ見られない。

### 1.2.3 「あるべき姿」の行動評価を活用した指導育成事例

本研究における MR の医薬情報提供スキルの評価指標は、言いかえると医師の視点から見た MR の医薬情報提供活動の「あるべき姿」を作成し、評価指標化を行うものである。

「あるべき姿」の作成手法として HPI（Human Performance Improvement）における先行研究（Robinson2010）<sup>[7]</sup>において、パフォーマンスモデル作成方法と活用事例が紹介されている。パフォーマンスモデルとは事業目標を達成する上で特定の職務の従業員に必要なパフォーマンス成果を整理したものである。このモデルは高い業績を上げている従業員が事業目標を達成するためにとっての特定の行動や実践している事を整理したものである。先行研究では金融機関においてパフォーマンスモデルに基づいた行動評価を行う診断ツールを活用し、組織に浸透させるためのソリューションを提供した事例が紹介されている。この事例では上司との能力開発を話し合う時の基本材料として活用しているが、本研究においてはパフォーマンスモデルを活用して上長が行動評価を行う事により能力ギャップ

を明確にする事により、解消するための指導・育成につなげる事ができると考える。

### 1.3 本研究の目的

本研究ではMRの医薬情報提供スキルの評価指標を改善するにあたり、MRのあるべき姿の分析方法であるパフォーマンスモデルの作成方法を応用し評価指標を提案するものである。

評価指標の開発においては医師がMRの情報提供をどのように受け止めたかといった医師側の視点から評価指標を作成し、上長やMR自身が医薬情報提供における対話力を評価できるようにすることでOJTが促進され、医師の期待に応える医薬情報提供活動の実現を目指すものである。

### 1.4 本論文における用語の定義

「セリングスキル」「医薬情報提供活動」など医薬品業界において特有の語句や概念について、企業ごとに呼称や指す範囲が異なる事から、本論文における用語と意味合いを再定義する必要があると考える。本節では以降の章において、利用する用語の定義を整理する。

#### (1) 医薬情報提供活動

MRが医療機関を訪問することにより、自社の医療用医薬品を中心とした医薬情報(医薬品およびその関連情報)を医療関係者(医師、歯科医師、薬剤師、看護師など)に提供し、医薬品の適正な使用と普及を図ること、そして使用された医薬品の有効性情報(効き目や効果的な使い方)や安全性情報(副作用など)を医療の現場から収集して企業に報告すること、そして医療現場から得られた情報を正しい形で医療関係者にフィードバック(伝達)することを指す(公益財団法人MR認定センター)<sup>[8]</sup>。

「情報提供活動」という言葉の響きからは、MRの訪問(面談)による「医薬情報の提供・伝達」の側面のみを思い描きがちであるが、「有効性・安全性情報の収集」もMRの医薬情報の提供活動には含まれている。

本論文で評価指標を作成する対象はMRが医師に対して医薬情報の提供するための面談を対象とする。

#### (2) セリングスキル・面談スキル・医薬情報提供スキル

提案型営業の考え方や面談スキルを体系的に示したものであり、医薬品業界ではディテールリングスキルと呼ばれる事もある。セリングスキルは「オープニング」～「クロージング」までの面談のプロセスに沿って考えられる事が一般的であるが、メソッドにより「オープニング」を「導入部」と呼ぶなどプロセスの名称は様々である。本論文ではこの背景を考慮し、以下の面談プロセスで表現を統一する。

- ・ 「オープニング」：面談の開始にあたって、話し合う内容について合意を得るためのスキル
- ・ 「ニーズの把握」：医師のニーズを深く探り、この後の提案につなげるためのスキル
- ・ 「メッセージの伝達」：医師のニーズを満たすための具体的な方策を的確に情報提供するスキル
- ・ 「質問への回答」：医師からの質問や反応に対して的確に回答し、懸念や不安を払拭するスキル
- ・ 「クロージング」：面談を締めくくり、行った提案に対する合意を獲得するスキル

### (3) 医師

医師には患者に接して診察・治療をする「臨床医」、大学や各種研究機関などに属し医学に関するさまざまな研究を行っている「研究医」と呼ばれる医師などが存在しているが、本論文における医師はMRが主に医薬情報提供活動を行う医師は前者の臨床医を指す事とする。

臨床医のうち、大学病院や公立等の大病院、さらには市中の一般病院や診療所（クリニック）などで働く医師のことを勤務医と呼び、市中にある病院や診療所を経営する医師を開業医と呼ぶ。本論文における医師は勤務医、開業医など雇用形態については問わない事とする。

### (4) 上長

言葉の意味としては「年齢・地位が上であること。また、その人。長上。」と辞典等では定義されているが、本論文においては現場におけるMRの直属の上司を指す。製薬会社においては営業所長、ファーストラインマネージャー、エリアマネージャーなどと呼ばれる事が多いがそれらを総称して「上長」と表現する。

## 2 従来の評価指標の現状分析

本章では従来の評価指標で収集した評価データからMRの医薬情報スキルの評価指標としての課題を抽出し、医師視点の評価指標として改善すべき点を明確にするために行った現状分析の結果を報告する。

### 2.1 評価データ収集方法と従来の評価指標

今回収集した評価データは、ロールプレイ研修という仮想空間でMRが医師に対して自社医薬品に関する医薬情報を10分程度で提供し、直後にロールプレイの相手である医師、同席していた社内評価者（主に上長）が同一の評価指標を用いて評価を行ったものである。上記の方法にて異なる集団に対して計4回（A-D群）のデータ収集を行っており、それぞれのn数は（表2-1）に示す通りである。

評価に使用した評価指標はオープニング（4項目）、ニーズの把握（3項目）、メッセージの伝達（4項目）、質問への回答（4項目）、クロージング（2項目）、総合判定（6項目）を合わせた計23項目を6件法で評価を行った（表2-2）。

表 2-1 対象データ数

対象群	収集した評価データ数	
	医師	社内評価者
A群	276	276
B群	262	262
C群	90	90
D群	78	78
全体（合計）	706	706

表 2-2 従来の評価指標

中項目	チェック項目
オープニング	1) インTRODクシヨN/ラポール 2) 訪問目的の伝達/価値の提示 3) 課題抽出のための状況把握 4) 医師の現状を受け止める
ニーズの把握	5) 課題の把握によるニーズの顕在化 6) ベネフィットにつながる問題提起 7) 医師の反応確認
メッセージの伝達	8) ベネフィットに基づく製品メッセージの伝達 9) 製品メッセージに基づくエビデンス提示 10) 治療の提案 11) 治療提案への合意の確認
質問への対応	12) 医師の話を受け止める 13) 質問（反応）の意図の確認 14) 適切なエビデンス提示 15) 医師の納得度の確認
クロージング	16) 面談の要点整理 17) ベネフィットに基づいた処方提案
総合判定	18) 処方意思 19) 質問するために必要な知識 20) 伝達するために必要な知識 21) 課題形成と解決策提案 22) 懸念点・不安の解消 23) MR 訪問頻度/MR への信頼感

## 2.2 医師視点の評価指標の定義

現状分析を行うにあたり、ここでの「医師視点の評価指標」の定義は以下2点とする。

- (1) 上長などの第三者が医師の受け止め方や納得度を評価する評価指標である
- (2) 医師にとって有益な医薬情報の提供であったかを評価する評価指標である

## 2.3 コミュニケーションを評価するポイント

### (1) 方法

従来の評価指標において医師視点が反映されている項目の検証を行った。ここでの「医

「医師視点」とは前節で1つ目に定義した「上長などの第三者が医師の受け止め方や納得度を評価する評価指標である」を指す。従来の評価指標の23項目において「医師視点」が反映されている項目の比率を算出した。

## (2) 結果

面談プロセスを評価する表2-2の1番～17番の17項目において、面談の節目でMRが医師の納得度を確認する「MRの行動」を評価する間接的な表現の項目は3項目含まれていたが、「医師の受け止め方」を直接評価する項目は存在していなかった。一方で総合判定の6項目はすべてMRが提供した医薬情報に対する医師側の印象や受け止め方を問う項目になっており、100%医師視点で反映されていた（表2-3）。

表 2-3 従来の評価指標において医師視点の反映されている比率

大項目	項目数	医師視点で反映されているチェック項目	
		項目数	比率
① 面談プロセス	17	0/17	0.0%
② 総合判定	6	6/6	100.0%
全項目 (①+②)	23	6/23	26.1%

## 2.4 医師と社内評価者の評価者間の視点の比較

### (1) 方法

従来の評価指標で収集した「オープニング」「ニーズの把握」「メッセージの伝達」「質問への回答」「クロージング」の5つの面談プロセスの中項目ごとに先行研究（新井2013）<sup>[9]</sup>を参考に医師と社内評価者それぞれの評価結果の平均値、標準偏差を算出し（表2-4）、Line1-4それぞれの対照群ごとに平均値の順位を表にまとめ（表2-5、2-6、2-7、2-8、2-9）、リーダーチャートを作成した（図2-1、2-2、2-3、2-4、2-5）。

### (2) 結果

評価者間の平均値を比較したところ、社内評価者は医師よりもすべての5つの中項目についていずれの対照群においても低く評価していた。社内評価者はすべて対象群で「クロージング」を最も低く評価していた。一方で医師は対照群によって最も低く評価している中項目は異なっており、社内評価者が最も低く評価していた「クロージング」は「オープニング」に次いで2番目もしくは3番目に高い評価をしており、医師と社内評価者の平均値の乖離が最も大きくなっていた。このことから医師と社内評価者では評価の視点が異なる事が推察された。



表 2-4 医師と社内評価者の中項目別平均値と標準偏差 (6点満点評価)

中項目	対象群	医師評価		社内評価者	
		平均値	SD	平均値	SD
オープニング	全体	3.4	0.8	2.9	0.8
	A群	3.4	0.8	2.9	0.8
	B群	3.3	0.8	2.8	0.9
	C群	3.5	0.9	3.2	0.9
	D群	3.6	0.9	3.0	0.9
ニーズの把握	全体	3.1	0.9	2.6	1.0
	A群	3.2	0.9	2.6	0.9
	B群	2.9	0.9	2.5	1.0
	C群	3.1	0.9	3.1	0.9
	D群	3.3	1.0	2.6	1.0
メッセージの伝達	全体	3.1	0.9	2.7	0.9
	A群	3.2	0.8	2.8	0.9
	B群	2.9	0.9	2.5	1.0
	C群	3.0	1.0	2.9	1.0
	D群	3.4	1.0	2.9	0.9
質問への回答	全体	3.2	0.8	2.8	0.9
	A群	3.2	0.8	2.8	0.9
	B群	3.1	0.9	2.8	0.9
	C群	3.3	0.8	3.1	0.9
	D群	3.2	0.9	2.8	0.9
クロージング	全体	3.2	0.8	2.4	1.0
	A群	3.3	0.8	2.5	0.9
	B群	3.1	0.8	2.4	1.0
	C群	3.2	0.9	2.5	1.1
	D群	3.3	0.9	2.4	1.1

表 2-5 医師と社内評価者の中項目別平均値の順位比較（全体）

中項目	対象群	医師評価		社内評価者	
		順位	平均値	順位	平均値
オープニング	全体	1	3.4	1	2.9
ニーズの把握	全体	5	3.1	4	2.6
メッセージの伝達	全体	4	3.1	3	2.7
質問への回答	全体	3	3.2	2	2.8
クロージング	全体	2	3.2	5	2.4

表 2-6 医師と社内評価者の中項目別平均値の順位比較（A 群）

中項目	対象群	医師評価		社内評価者	
		順位	平均値	順位	平均値
オープニング	A 群	1	3.4	1	2.9
ニーズの把握	A 群	4	3.2	4	2.6
メッセージの伝達	A 群	3	3.2	3	2.8
質問への回答	A 群	5	3.2	2	2.8
クロージング	A 群	2	3.3	5	2.5

表 2-7 医師と社内評価者の中項目別平均値の順位比較（B 群）

中項目	対象群	医師評価		社内評価者	
		順位	平均値	順位	平均値
オープニング	B 群	1	3.3	1	2.8
ニーズの把握	B 群	5	2.9	4	2.5
メッセージの伝達	B 群	4	2.9	3	2.5
質問への回答	B 群	2	3.1	2	2.8
クロージング	B 群	3	3.1	5	2.4

表 2-8 医師と社内評価者の中項目別平均値の順位比較 (C 群)

中項目	対象群	医師評価		社内評価者	
		順位	平均値	順位	平均値
オープニング	C 群	1	3.5	1	3.2
ニーズの把握	C 群	4	3.1	2	3.1
メッセージの伝達	C 群	5	3.0	4	2.9
質問への回答	C 群	2	3.3	3	3.1
クロージング	C 群	3	3.2	5	2.5

表 2-9 医師と社内評価者の中項目別平均値の順位比較 (D 群)

中項目	対象群	医師評価		社内評価者	
		順位	平均値	順位	平均値
オープニング	D 群	1	3.6	1	3.0
ニーズの把握	D 群	4	3.3	4	2.6
メッセージの伝達	D 群	2	3.4	2	2.9
質問への回答	D 群	5	3.2	3	2.8
クロージング	D 群	3	3.3	5	2.4

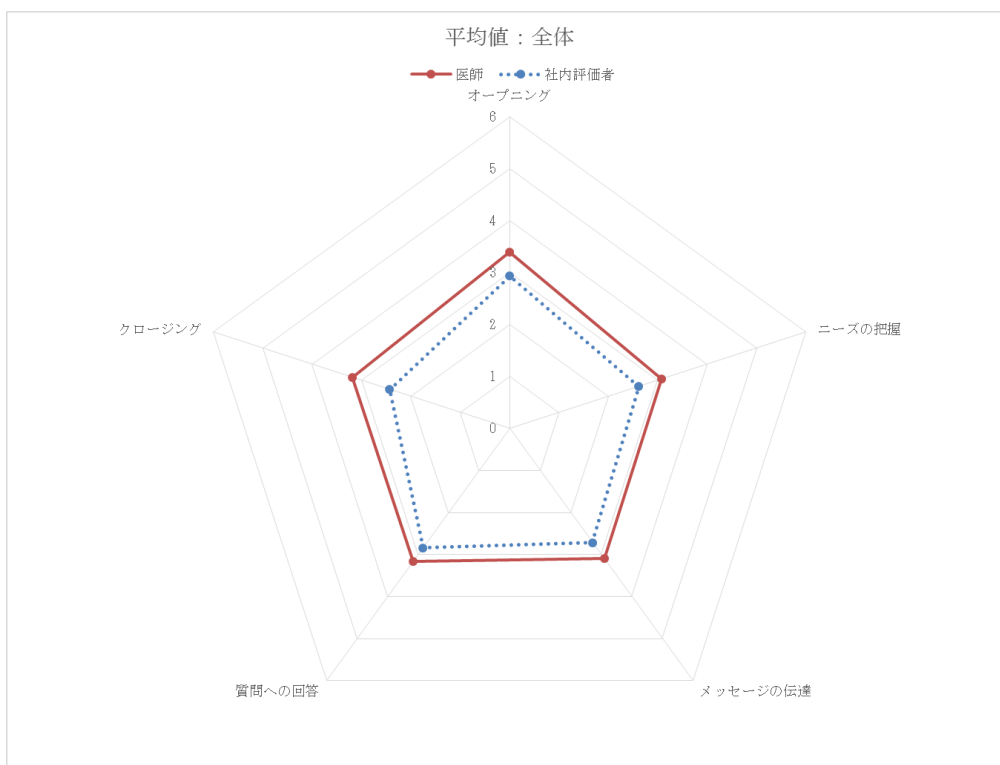


図 2-1 医師と社内評価者の中項目別平均値の比較（全体）

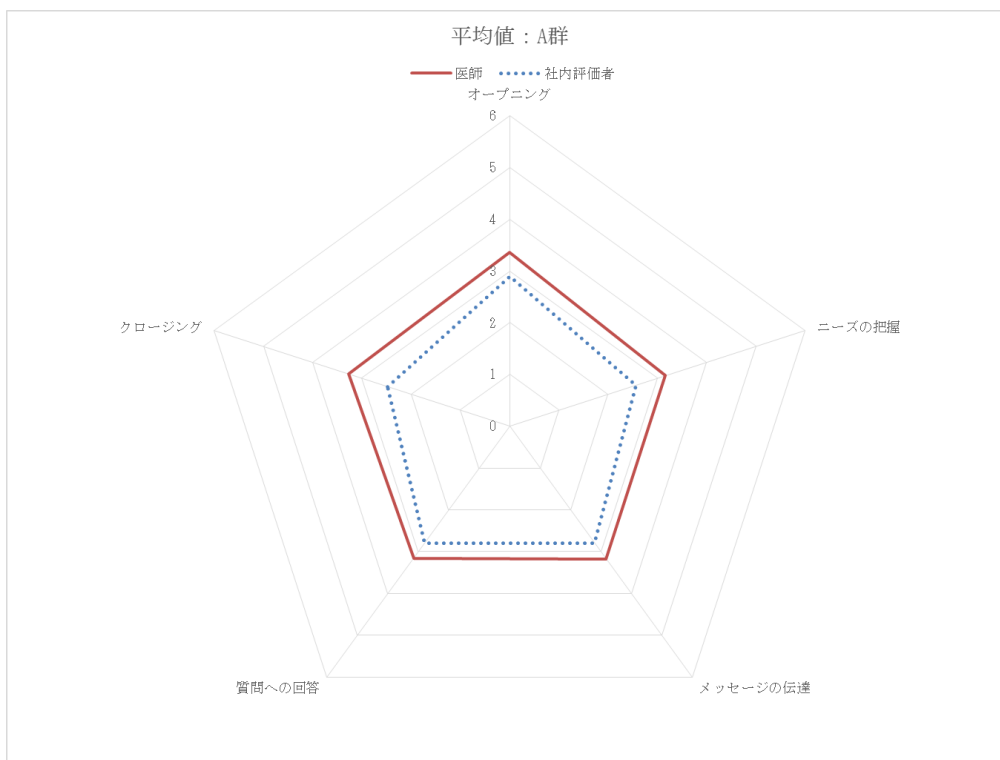


図 2-2 医師と社内評価者の中項目別平均値の比較（A 群）

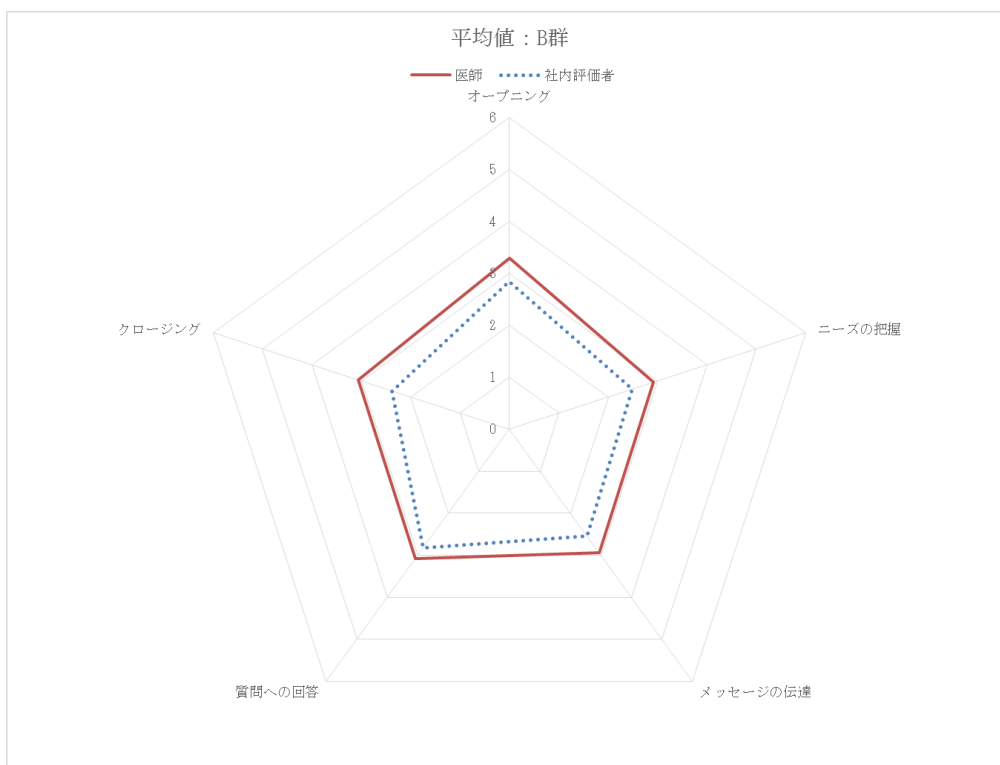


図 2-3 医師と社内評価者の中項目別平均値の比較 (B 群)

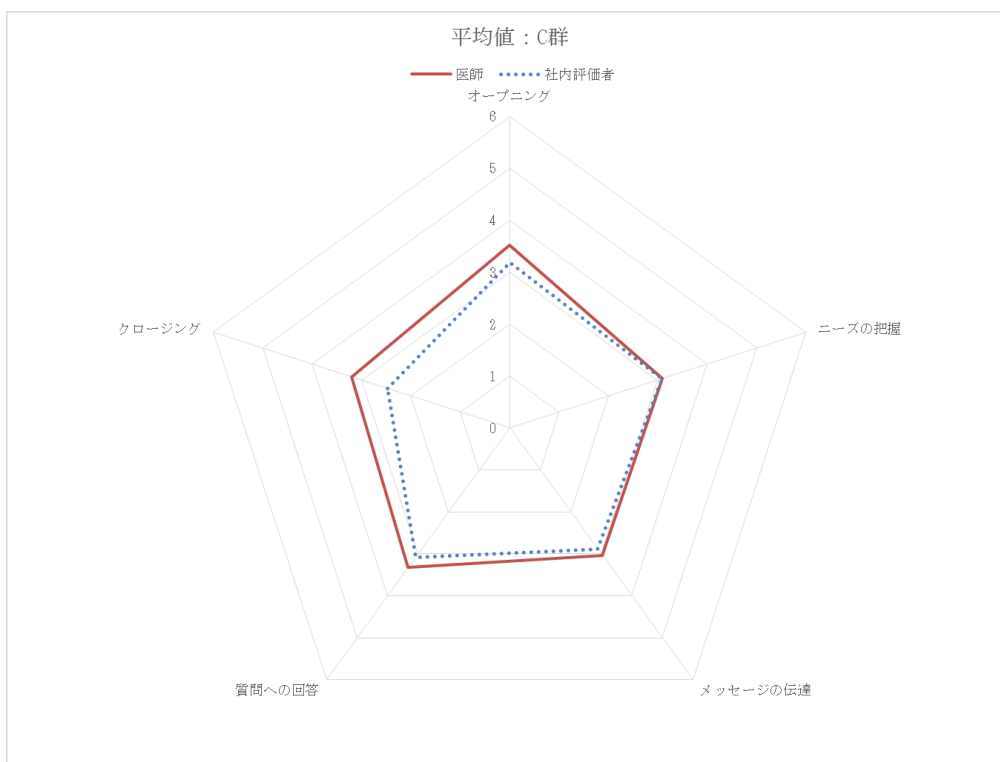


図 2-4 医師と社内評価者の中項目別平均値の比較 (C 群)

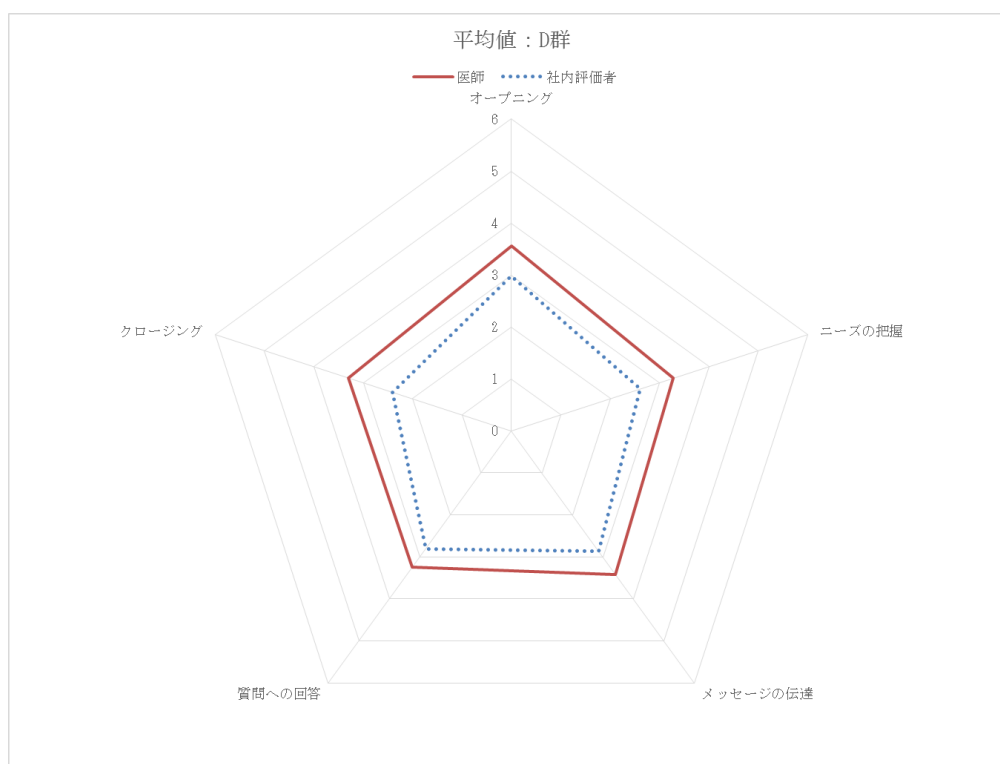


図 2-5 医師と社内評価者の中項目別平均値の比較 (D 群)

## 2.5 従来の評価指標の課題と改善点

従来の評価指標の現状を分析した結果、MR の医薬情報提供スキルにおける「医師視点の評価指標」として以下 2 点の課題が抽出された。

- (1) MR の行動評価が中心の評価指標であり、「医師が受け止めたか」については評価していない

MR の医薬情報提供スキルは、一方的な医薬情報の提供ではなく医師のニーズに合わせた対話力が求められており、医師がどのように受け止めたかが重要である。

しかしながら、従来の評価指標は総合判定の 6 項目以外の 17 項目すべてにおいて MR の行動そのものを評価しており、その先にある「医師が受け止めたか」については評価していなかった。従ってカークパトリック 4 段階評価法のレベル 3 の評価として「MR の行動評価」から「MR による行動の結果、医師が受け止めたか」に評価する視点を改善する必要があると考える (図 2-6)。

- (2) 医師と社内評価者の間で評価結果に乖離が生じており、社内評価者が医師の判断を適切に示す事ができていない

従来の評価指標で収集した評価データを分析した結果、医師と社内評価者の評価者の立

場の違いによって、OSCE の事例（近藤 2011）<sup>[5]</sup>（福本 2004）<sup>[6]</sup>と同様に評価結果に乖離が生じていた。評価結果に乖離が生じた要因として、医師と社内評価者の間では「MR による医薬情報提供」に求める価値が異なっている事が推察される。従って「医師にとって有益な医薬情報の提供」に必要な要素を抽出し、従来の評価指標との照合の必要性が示唆された。

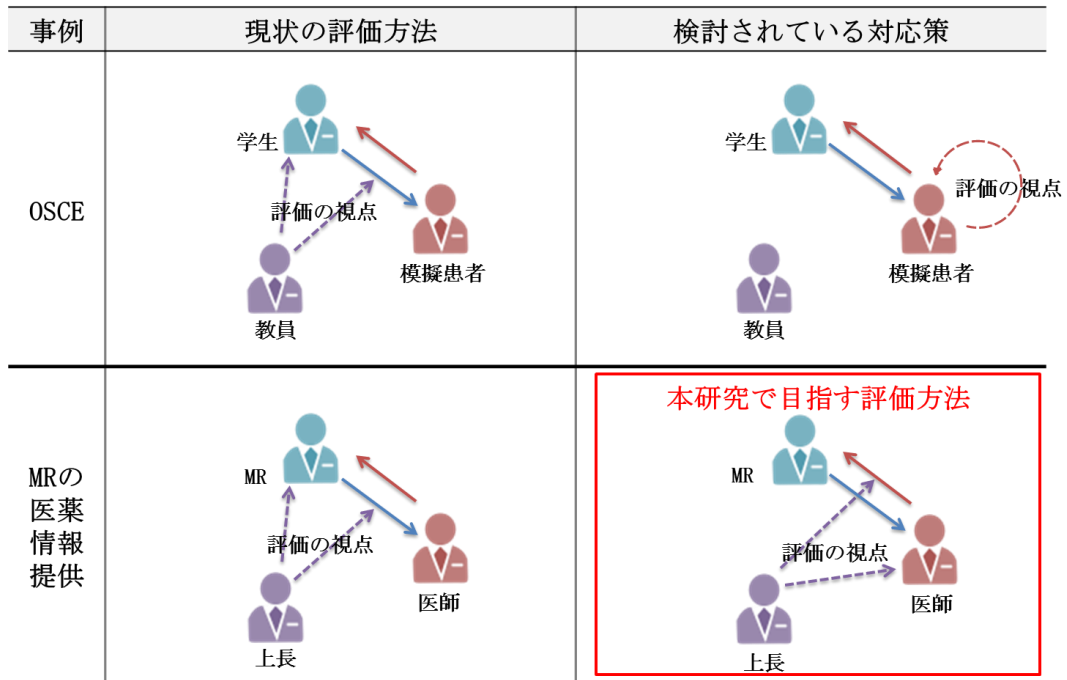


図 2-6 コミュニケーションを評価するポイント

## 3 評価指標の改善

本章では従来の評価指標の現状分析で明確になった課題に対して改善を行い、医師視点の評価指標を作成した。

### 3.1 目的

本章の目的は、MR のあるべき姿の作成方法であるパフォーマンスモデルの作成方法と介護予防アセスメントツールを開発した先行研究（岡本ら 2002）<sup>[4]</sup>を応用し、前章で明確になった以下 2 点の改善を行う事によって、医師の視点を取り入れた指標とする事である。

- (1) カークパトリック 4 段階評価法のレベル 3 の評価として、「MR の行動評価」から「MR による行動の結果、医師が受け止めたか」に評価するポイントを改善する
- (2) 「医師にとって有益な医薬情報の提供」に必要な要素を抽出し、従来の評価指標との照合し、修正する

### 3.2 方法

調査対象は内科系・外科系を含む医師（3 名）と MR のスキルトレーニングに関わる研修担当者（5 名）である。本研究において「医師の視点」を盛り込む事が非常に重要なポイントである事から、医師の「なまの声」を体系的に整理する方法としてフォーカス・グループ・インタビュー（以下 FGI）を採択し、グループという形態を取る事により、インタビュー対象者同士の相互刺激（グループダイナミクス）やブレイクスルーを活用し、自身の固定概念にとらわれない項目作成を目指した。医師の意見は重要である一方、職務の性質上 MR の医薬情報提供そのものに対して関心が低く、具体的な意見を抽出し辛い事が想定された。そこで医師と製薬会社側の視点の違いを検証する事で、より精度の高い医師視点の評価指標への改善につなげる目的で、製薬会社の研修担当者も医師と合わせて調査対象とした。

#### 3.2.1 動画素材の準備

改善した評価指標の妥当性と包括性の検証を行うため、前章の従来の評価指標での評価データ収集時に録画した動画素材から計 10 本の動画を抽出した。動画の選定基準を以下の通りである。

##### (1) 医師の評価が高い面談の選定基準

従来の評価指標による評価結果において、同一の医師が評価した約 8 回の面談のうち、



全項目の平均値が最も高い面談を抽出した。また医薬情報の提供直後に行われた医師からMRに対する口頭のフィードバックにおいて、他のMRと比較して明確に有益な情報提供であったと判断できるコメントが実施されているものを副次的な要件として抽出を行った。

## (2) 医師の評価が平均的な面談の選定基準

「医師の評価が高い面談」として選定した面談を評価した同一の医師が評価した約8回の面談において中程度の順位であり、全項目の平均値が3.0前後の面談を抽出した。

抽出した動画をもとに、架空の製薬会社、製品に置き換えた2種類の動画サンプル「Sample1：医師の評価が高い面談」「Sample2：医師の評価が平均的な面談」を作成した(図3-1, 3-2)。作成した動画サンプルは医師、研修担当者インタビュー、及び形成的評価で使用した。



図 3-1 動画サンプル画面 (Sample1)



図 3-2 動画サンプル画面 (Sample2)

### 3.2.2 インタビューの実施手順

医師3名に対してファシリテーター1名、記録者1名でインタビューを実施した。インタビュー時間は90分から120分とし、外部会議室において実施した。インタビューの目的は「医師にとって有益な医薬情報提供に必要な要素」について医師の意見を抽出する事である。インタビュー内容はビデオカメラとICレコーダーで撮影・録音を行い、逐語録を作成した。研修担当者に関しては、自社製品の事例についてインタビューを行った方が具体的な意見を抽出しやすいことから、守秘義務を考慮し個別でインタビューを実施した。

倫理的配慮として、対象者には事前にFGIの目的、方法、日時、場所、個人情報の保護の約束、問い合わせ先を記載した文書を配布し、参加協力の承諾を得た。インタビュー当日に改めて研究の趣旨、目的と方法を説明し、書面で同意を得た上でインタビューを行った。

インタビューの質問内容については、優秀な従業員と平均的な従業員を比較しながら聞き出すパフォーマンスモデルの作成方法<sup>[7]</sup>を参考に、インタビューガイド（付録：p53）を作成した。ただし質問内容は、インタビューの状況に応じて適宜変更した。またディスカッションを活性化させるため、インタビューの冒頭に作成した2種類の動画サンプルに対して、評価指標原案を活用して評価を行った。評価指標原案に対するアンケート（付録：p56-57）を実施し、その後インタビューを行った。

### 3.2.3 分析1：一次分析・二次分析による重要カテゴリーの抽出

インタビュー内容の分析は、安梅ら<sup>[10][11][12]</sup>によるFGIの分析方法を参考に行った。作成した逐語録からインタビューのテーマと照合して意味のあるまとまりを抽出して要約し、共通の意味内容を持つ要約を集約して重要アイテムを形成した。形成した重要アイテム間の意味や関係性、インタビュー全体における文脈を考慮しながら抽象化してカテゴリーを作成した。本文中では大カテゴリーを《 》、重要カテゴリーを< >、サブカテゴリーを[ ]、重要アイテムを( )で示す。具体的な分析の手順を以下に示す。

- 1) 筆記記録、ICレコーダーの録音をもとにインタビュー内容を文字に書き起こし、逐語録を作成した。
- 2) 書き起こした逐語録から、医師の視点から見たMRの情報提供活動のあるべき姿や平均的なMRの情報提供活動の活動要因に関連する「重要な内容」「意味の深い内容」をマーキングして拾い出した。
- 3) 拾い出したデータを、単純な主語と述語による一文章で一つの意味の（重要アイテム）として抽出し、これの関連しあうものを同一のグループに整理した。
- 4) 関連内容からでき上がってきたグループを、因果関係、階層性、相関性などから、下位のカテゴリー[サブカテゴリー]、上位のカテゴリー<重要カテゴリー>《大カテゴリー》へとまとめ、目的を達するために「意味のある体系的なまとまり」として抽象度を上げて見出しをつけた（図3-3, 3-4, 3-5）。

- 5) 2名の分析担当者で上記の作業を行い、その共通点と相違点について議論し、もっとも客観的な説明が容易にでき、全員が納得いく形で<重要カテゴリー>を決定した。

### 3.2.4 分析2：複合分析による対象特性別の共通点と相違点の検証

医師と製薬会社の研修担当者の視点の違いを抽出するため以下の手順にて複合分析を行い、医師・研修担当者の対象特性別に「共通点」と「相違点」をまとめ、その背景要因について検討した。

- 1) 医師・研修担当者それぞれの対象グループごとにインタビューに関する一次・二次分析を行い、<重要カテゴリー>を決定した。
- 2) 抽出した<重要カテゴリー>を対象グループ別に共通点と相違点を星取表で整理し、マトリックスを作成した。
- 3) 作成したマトリックスからそれぞれの対象グループのインタビューから得られた具体的な内容を書き込み、対象グループの相違点についての背景要因を検討した。

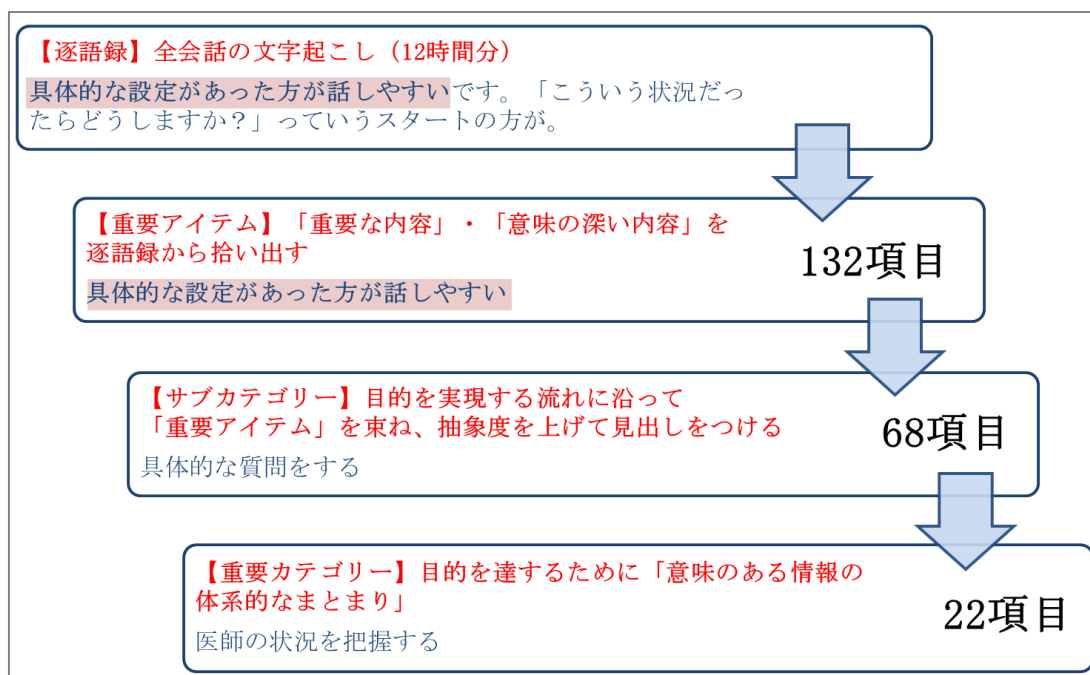


図 3-3 重要カテゴリー抽出の流れ

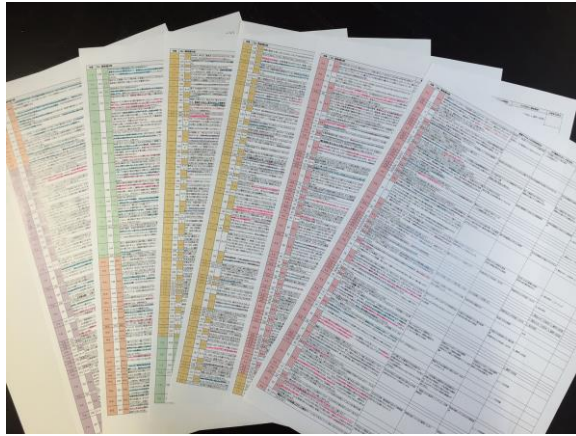


図 3-4 逐語録からの重要カテゴリーの抽出

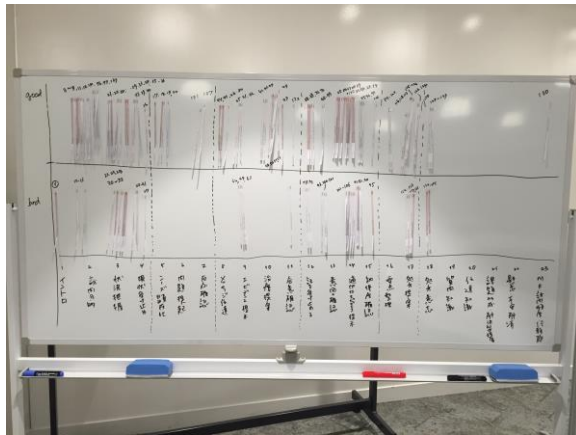


図 3-5 重要アイテムからの重要カテゴリーの抽出

### 3.3 結果

インタビューに協力を得た医師 3 名、研修担当者 5 名の基本属性は表 3-1、3-2 の通りである。

医師 3 名の性別は男性が 2 名、女性が 1 名であり、年齢は 3 名とも 30 歳代であった。所属している診療科は消化器内科 1 名、循環器内科 1 名、心臓血管外科 1 名であり、1 週間の平均 MR 面会人数はいずれも約 2-3 名であった。

研修担当者 5 名の性別は男性が 4 名、女性が 1 名であり、年齢は 50 歳代が 3 名と一番多く、30 歳代と 40 歳代はいずれも 1 名であった。

表 3-1 医師インタビュー対象者属性

被験者 No.	年代	性別	所属	平均 MR 面会人数 (/週)
1	30 代	男性	消化器内科	2-3 名
2	30 代	女性	循環器内科	2 名
3	30 代	男性	心臓血管外科	3 名

表 3-2 研修担当者インタビュー対象者属性

被験者 No.	年代	性別	所属
4	30 代	女性	教育研修部
5	50 代	男性	教育研修部
6	50 代	男性	教育研修部
7	40 代	男性	教育研修部
8	50 代	男性	教育研修部

### 3.3.1 結果 1：重要カテゴリーの抽出

医師と研修担当者へのインタビューの結果、「医師にとって有益な医薬情報提供に必要な要素」として 132 重要アイテム、68 サブカテゴリー、22 重要カテゴリー、6 大カテゴリーが抽出された（付録：p60）。抽出された大カテゴリーは「オープニング」「ニーズの把握」「製品メッセージの伝達」「質問への回答」「クロージング」と「総合判定」に紐づけられる事から、5つの面談プロセスと総合判定に沿って《大カテゴリー》ごとに〈重要カテゴリー〉を以下に示す。

#### (1) オープニング

「オープニング」は 2 重要カテゴリー、10 サブカテゴリーが抽出された。

「オープニング」は《MR が医師に面談する目的を伝え、面談する意義を感じさせる》ためのプロセスであり、そのために〈MR が医師に面談の目的を伝える〉が行われる。一方で面談の冒頭なので挨拶も行われるが〈挨拶で情報提供の価値は左右されない〉とされた。

#### (2) ニーズの把握

「ニーズの把握」は 5 重要カテゴリー、16 サブカテゴリーが抽出された。

「ニーズの把握」は《MR は質問を通じて医師の状況や困り事を探り、解決できる範囲で医師のニーズを引き出す》ためのプロセスであり、そのために〈MR が医師の状況を把握する〉〈会話を深堀する事によって医師の本音を引き出す〉〈MR が医師の困り事・関心事を見つけ出す〉〈医師の困り事や関心事が解決する意義を MR が感じさせる〉〈医師の反応を見ながら面談を進める〉事が行われる。

### (3) メッセージの伝達

「メッセージの伝達」は4重要カテゴリー、11サブカテゴリーが抽出された。

「メッセージの伝達」は《MRは医師のニーズに合致した情報に付加価値をつけて提供する》ためのプロセスであり、そのために<MRが困り事・関心事の解決策を示す><MRが根拠・エビデンスを示す><MRが具体的な治療提案を行う><治療提案に対する医師の納得度をMRが確認する>事が行われる。

### (4) 質問への回答

「質問への回答」は4重要カテゴリー、12サブカテゴリーが抽出された。

「質問への回答」は《MRが医師からの質問に対して回答する事により、医師の真意に到達する》ためのプロセスであり、そのために<MRが医師からの質問の意図を理解する><MRが医師からの質問に回答する><MRが医師の真意に到達する>事が行われる。一方で「MRによる質問の受け止め」に関しては<医師はMRが受け止める相槌ではなく、やり取りから共感する>とされた。

### (5) クロージング

「クロージング」は3重要カテゴリー、10サブカテゴリーが抽出された。

「クロージング」は《MRは医師の行動変容を期待し、面談を終了する》ためのプロセスであり、そのために<MRが面談の要点整理をする><MRがNEXT STEPを明確にする>もしくは<処方提案をする>事によって面談を締めくくるとされた。

### (6) 総合判定

「総合判定」は4重要カテゴリー、9サブカテゴリーが抽出された。

「総合判定」は面談終了後、《医師が行動もしくは判断をする》プロセスであり、面談の総合判定がなされる場面である。<提供された情報の価値を判断する><提供された情報の信頼性を判断する>事によって、<有益な情報提供をするMRに医師は積極的に面談する>事につながるとされた。一方で面談における「MRの評価」とその薬剤に対する「医師の処方意思」の関係については<MRの面談と処方意思は関係がない>とされた。

## 3.3.2 結果2：対象特性別の共通点と相違点の検証

《大カテゴリー》<重要カテゴリー>の複合分析によって抽出された医師と研修担当者の視点の「共通点」と「相違点」を5つの面談プロセスに沿って以下に示す(表3-3)。

### (1) オープニング

《オープニング》では「面談の目的を具体的に伝達する」という共通の視点が見られたが、「貴重な時間」という概念は医師にのみ見られた視点である。

《オープニング》はMRにとっては『MRが医師に面談の目的を伝え、面談する意義を感じさせる』プロセスであり、一方で医師にとっては『医師がMRの話に興味を持つ』プロセスである。

### (2) ニーズの把握

《ニーズの把握》では「困っている事・関心事を共有する」という共通の視点が見られたが、「無駄な質問はせずに困り事・関心事を端的に聞いて欲しい、もしくは言い当てて欲しい」という視点が医師からは抽出されたが研修担当者は「困っている事・関心事をMRは探り当ててべきである」という視点が抽出された。

《ニーズの把握》はMRにとっては『質問を通じて医師の状況や困り事を探り、自らが解決できる範囲で医師のニーズを引き出す』プロセスであり、医師にとっては『これから解決される困り事や関心事に意識を向ける』プロセスである。このプロセスではく医師の関心事に答える>ためにMRは[疾患・薬剤の知識]などによる[質問するための知識]をもとに[効率的に医師の状況を把握する]事によって[医師の困り事を推察する]事により[顕在化している課題][潜在的な課題]について医師との間に課題形成を行う事が重要である。

### (3) メッセージの伝達

《メッセージの伝達》では医師・研修担当者ともに「困り事や関心事に対する解決策を提示する」「有効性と安全性をバランス良く提供する（公平な情報提供）」という共通の視点であった。

《メッセージの伝達》はMRにとっては『医師のニーズに合致した情報に付加価値を加えて提供する』プロセスであり、医師にとっては『MRから情報を聞いて、疑問や意見を持つ』プロセスである。このプロセスではMRはくここまでの流れに対応した情報提供>となるよう、[新しい情報]によって[根拠を示し]、[公平な情報提供]を行う。加えて一般的な情報だけではなく[他の医師から収集した情報]によって[付加価値を提供する]事が重要なポイントとなる。

### (4) 質問への回答

《質問への回答》では「医師の立場に立って質問を受け止め、回答をして欲しい」「曖昧な回答をせず、明確に回答する」という共通の視点が見られたが、「共感」に関して医師は「MRに誠実な姿勢があれば共感が生まれる」と考えているが、研修担当者は「医師に対して共感をするには知識や経験が必須であり、難易度が高い」と感じている点において相違が見られた。

《質問への回答》はMRにとっては『MRが医師からの質問に対して回答する事により、医師の真意に到達する』プロセスであり、医師にとっては『情報のレベルを判断し、共感する』場面である。＜医師が共感する＞ためにはMRは医師からの[質問の意図を理解]した上で[医師の立場に立って]＜医師からの質問に回答する＞必要がある。そのためには[医師に確認する恐怖心を克服]し、＜MRが自信を持って回答する＞事が重要である。

#### (5) クロージング

《クロージング》では研修担当者は「医師に対して明確に処方依頼すべきである」「処方提案に対する納得度は必ず確認すべきである」と考えているが、医師は「処方を依頼する行為に対して無意味である」「処方提案に対する納得感は確認されても本音が言い辛い」と感じており大きな相違が見られた。

《クロージング》はMRにとっては『医師の行動変容を期待し、面談を終了する』プロセスであり、医師にとっては『情報を総合的に評価する』プロセスである。＜MRのNEXT STEPを明確にする＞ためにMRは＜面談の要点整理＞を行い、薬剤のベネフィットを改めて伝える必要がある。

#### (6) 総合判定

《総合判定》としてMRは『医師が行動もしくは判断をする』事を求めており、一方で医師は『情報に対する評価の結果、行動もしくは判断をする』事になる。その結果、＜有益な情報提供を行うMRと医師は積極的に面談する＞事を希望する。



表 3-3 医師と研修担当者の視点の違い

面談プロセス	医師側のプロセス	MR側のプロセス	医師 ※赤字が相違点	研修担当者 ※赤字が相違点
オープニング	医師がMRの話に興味を持つ	MRが医師に面談の目的を伝え、面談する意義を感じさせる	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 面談の目的を具体的に、端的に伝達する</li> <li>■ 無駄な時間を使いたくないので端的に伝えて欲しい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 面談の目的を具体的に伝達する</li> <li>■ 貴重な時間という概念は含まれていない</li> </ul>
ニーズの把握	医師はこれから解決される困り事や関心事に意識を向ける	MRは質問を通じて医師の状況や困り事を探り、解決できる範囲で医師のニーズを引き出す	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 困っている事・関心事を共有する</li> <li>■ 上記を端的に聞いて欲しい、もしくは言い当てて欲しい（無駄な質問は辞めて欲しい）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 困っている事・関心事を共有する</li> <li>■ 上記を探り当てるべきである</li> </ul>
メッセージの伝達	医師はMRから情報を聞いて、疑問や意見を持つ	MRは医師のニーズに合致した情報に付加価値を加えて提供する	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 困り事や関心事に対する解決策を提示する</li> <li>■ 有効性と安全性をバランス良く伝達する（公平な情報提供）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 困り事や関心事に対する解決策を提示する</li> <li>■ 有効性と安全性をバランス良く伝達する（公平な情報提供）</li> </ul>
質問への回答	医師が情報のレベルを判断し、共感する	MRが医師からの質問に対して回答する事により、医師の真意に到達する	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医師の立場に立って質問を受け止め、回答をして欲しい</li> <li>■ 曖昧な回答をせず、明確に回答する</li> <li>■ MRに「売らんかな」ではなく誠実な姿勢があれば共感が生まれると感じている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医師の立場に立って質問を受け止め、回答をして欲しい</li> <li>■ 曖昧な回答をせず、明確に回答する</li> <li>■ 医師に対して共感をするには知識や経験が必須であり、難易度が高いと感じている</li> </ul>
クロージング	医師が情報をMRに伝える	MRは医師の行動変容を期待し、面談を終了する	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 処方依頼する行為に対して無意味であると感じている</li> <li>■ 処方提案に対する納得感の本音が言い辛い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医師に対して明確に処方依頼すべきである</li> <li>■ 処方提案に対する納得度は必ず確認すべきである</li> </ul>

### 3.4 考察

#### 3.4.1 考察1：評価指標の視点の変化

分析結果から得られた 22 重要カテゴリーと評価指標原案の 23 項目を照合する事によって、医師視点の評価指標としての包括性と妥当性が保たれるように配慮し、項目の追加・削除を検討した。

照合の結果、分析結果で得られた重要カテゴリーが直接紐づけられない評価指標原案の項目は「総合判定」における【質問するために必要な知識】【伝達するために必要な知識】【課題形成と解決策提案】【懸念点・不安の解消】の 4 項目である。一方で次の 2 重要カテゴリー<提供された情報の価値を判断する><提示された情報の信頼性を判断する>は評価指標原案の「総合判定」に該当する要素であるが、従来の評価指標原案の項目には直接合致しなかった。

評価指標原案のみに存在していた【質問するために必要な知識】【伝達するために必要な知識】は『MR の所有する知識』に対して焦点が当たっている項目だが、分析結果から得られた<提供された情報の価値を判断する><提示された情報の信頼性を判断する>は提供された『情報』に焦点が当たっている。評価指標原案は『MR』に価値を置く製薬会社側の視点で作成されたものであるのに対し、分析結果から新たに抽出された<面談で提示された

情報の価値><情報の公平性>は『情報』に価値を置く医師の視点が反映されていると考える。評価指標原案のみに存在していた残りの2項目【課題形成と解決策提案】【懸念点・不安の解消】はMRによる情報提供が医師にもたらす特定の効果に絞った項目であるが、分析結果で得られた<提供された情報の価値を判断する><提示された情報の信頼性を判断する>は総合的に『情報』を判断する医師の視点が反映されていると考える。

一方で照合の結果、否定的な内容の重要カテゴリーが紐づいた評価指標原案の項目は以下の3項目<3重要カテゴリー>である。

- ・ 【イントロダクション/ラポール】：<挨拶で情報提供の価値は左右されない>
- ・ 【医師の話を受け止める】：<医師はMRが受け止める相槌ではなく、やり取りから共感する>
- ・ 【処方意思】：<MRの面談と処方意思は関係がない>

これらについても『MR』の振る舞いではなく、MRが提供する『情報』に価値を置く医師の視点が抽出された結果と考える。特に医師にとって【処方意思】はMRによって左右されるものではなく、診ている患者さんにとって有用であると総合的に判断すれば処方するものであるとしている。

評価指標原案と分析結果から得られた重要カテゴリーを照合して検討した結果、評価指標原案のみに含まれていた総合判定の4項目、紐づいた<重要カテゴリー>が否定的な要素として抽出された3項目の計7項目を削除し、分析結果から新たに抽出された2重要カテゴリーを新規項目として以下の項目として追加した(表3-4)。

- ・ <提供された情報の価値を判断する>：【面談で提示された情報の価値】
- ・ <提示された情報の信頼性を判断する>：【情報の公平性】

### 3.4.2 考察2：評価指標の主語の変化

複合分析の結果より「医師に対して医薬情報を提供する」というMRの行動に沿ったMR側の視点から見た面談プロセスに対応する形で「MRから提供された医薬情報を受け止める」医師側の視点から見た面談プロセスが存在している。評価指標原案はMR側の面談プロセスに沿った「MRの行動」を評価する「MRが主語」のチェック項目である。この評価指標原案の項目と対応する形で医師側の面談プロセスに沿って「医師の受け止め方」を評価する「医師が主語」のチェック項目を作成した。「MRが主語」と「医師が主語」のチェック項目の対応例は以下の通りである(表3-5)。

表 3-4 削除項目と追加項目

中項目	評価指標原案	改善した評価指標
オープニング	1) イントロダクション/ラポール 2) 訪問目的の伝達/価値の提示 3) 課題抽出のための状況把握 4) 医師の現状を受け止める	イントロダクション/ラポール 1) 訪問目的の伝達/価値の提示
ニーズの把握	5) 課題の把握によるニーズの顕在化 6) ベネフィットにつながる問題提起 7) 医師の反応確認	2) 課題抽出のための状況把握 3) 医師の現状を受け止める 4) 課題の把握によるニーズの顕在化 5) ベネフィットにつながる問題提起 6) 医師の反応確認
メッセージの伝達	8) ベネフィットに基づく製品メッセージの伝達 9) 製品メッセージに基づくエビデンス提示 10) 治療の提案 11) 治療提案への合意の確認	7) ベネフィットに基づく製品メッセージの伝達 8) 製品メッセージに基づくエビデンス提示 9) 治療の提案 10) 治療提案への合意の確認
質問への対応	12) 医師の話を受け止める 13) 質問（反応）の意図の確認 14) 適切なエビデンス提示 15) 医師の納得度の確認	医師の話を受け止める 11) 質問（反応）の意図の確認 12) 適切なエビデンス提示 13) 医師の納得度の確認
クロージング	16) 面談の要点整理 17) ベネフィットに基づいた処方提案	14) 面談の要点整理 15) ベネフィットに基づいた処方提案
総合判定	18) 処方意思 19) 質問するために必要な知識 20) 伝達するために必要な知識 21) 課題形成と解決策提案 22) 懸念点・不安の解消 23) MR 訪問頻度/MR への信頼感	処方意思 質問するために必要な知識 伝達するために必要な知識 課題形成と解決策提案 懸念点・不安の解消 16) （新規追加）面談で提示された情報の価値 17) （新規追加）情報の公平性 18) MR 訪問頻度/MR への信頼感

表 3-5 2つの主語のチェック項目の対応例

項目	MRが主語のチェック項目	医師が主語のチェック項目
1 訪問目的の 伝達/価値 の提示	MRは自ら面談のゴールを設定し、本日の訪問の目的を明確に伝えて面談する意義を感じさせていた	先生はMRの訪問目的を理解し、面談に臨んでいましたか？
2 課題抽出の ための状況 把握	MRは薬物療法に絞った具体的な質問によって、対象疾患における診断基準や先生の治療方針、薬剤評価などを短時間で聞き出していた	MRから薬物療法に絞った具体的な質問があり、対象疾患における診断基準や先生の治療方針、薬剤評価などを伝える機会がありましたか？
3 医師の現状 を受け止め る	MRは先生からの回答に対して質問によって更に掘り下げ、先生の現状や考えを受け止めていた	上記までの会話から、先生からの回答や話をMRはしっかり受け止めていると感じていましたか？

## 4 改善した評価指標の検証

本章では改善した評価指標の妥当性および信頼性の評価結果について述べる。

### 4.1 評価指標の妥当性と包括性の評価

前章にて改善した評価指標の優位性、項目の妥当性と包括性の検証を行うため、医師の立場から「医師にとって有益な情報提供であるか」という観点の評価指標として適切な項目であるか専門家レビューを行った。また本評価指標の使用を想定している上長に対して、形成的評価を行った。本評価指標の2つ目の改善点である「評価指標の主語の変化」についてはこれまでの一般的な評価指標から大きな変化であることから、対応する「MR が主語」の評価指標を用いて比較する事により評価を行った。

#### 4.1.1 医師による専門家レビュー

臨床経験 10 年以上の医師 1 名に対して、以下の手順で専門家レビューを行った。前章で作成した2種類の動画サンプル (Sample1 と Sample2) 閲覧後、主語の異なる2種類の評価指標 (シート A : MR が主語) と (シート B : 医師が主語) を用いて評価を行ってもらい、アンケート (付録 : p58) を実施後、インタビューを行った。インタビューではアンケートの内容をもとに「医師にとって有益な情報提供であるか」を判断するための評価指標として以下の2点について評価指標を使った感想を質問した。

- ・ チェック項目の表記について違和感はないか
- ・ 主語の違う2種類の評価指標どちらが適切か

##### (1) チェック項目の表記について

2種類のそれぞれのチェック項目を読み上げ、表記について確認した結果、項目として以下の3点について違和感があるとの意見が得られた。

- ・ MR 視点の評価指標 : 15) 医師の納得度の確認  
医師から本項目の「医師の真意を探る」という表現に対して、「MR から駆け引きをされている印象があり、抵抗がある」との指摘があった。よって「医師の真意を探る」から「医師の真意を引き出していた」に表現の修正を行った。
- ・ 医師視点の評価指標 : 10) 治療提案への合意の確認  
医師から本項目に対して、「実際に医師が患者さんに対してどのような処方をするか」という事に関しては個別の様々な要因も含めて判断するため、この項目に対する医師の回答と乖離がある事が想定される」との指摘があった。本項目は実臨床の個別の症例に対す

る処方判断の確認のためだけでなく、「MR から提供された医薬情報」に対する医師の納得度や真意を確認するための項目である。その主旨を医師に説明したところ、「その必要性は感じる」という意見であったことから本項目は残す事とした。

- MR 視点・医師視点の評価指標：17) MR 訪問頻度/MR への信頼感

医師から本項目に対して、「この項目は MR から提供された医薬情報の内容だけではなく、MR 個人に対する好感度の影響を受けやすいと自分は感じる。しかし医師によって意見が分かれると思う。」との指摘があった。前章で行った医師へのインタビューにおいて、医師が「この MR がわかってくれている」と MR に対して[医師が共感する]ためには“師の関心を共有できると信頼できる”という意見があがっており、「共感」と「信頼」の関係性に関する意見が抽出されていることから本項目は残す事とした。

## (2) 主語の違う 2 種類の評価指標の優位性について

「医師にとって有益な情報提供であるか」の評価指標として、主語が違う 2 種類の評価指標のどちらが適切かという質問に対して以下の意見を得られた。

- 主語が「医師」である評価指標（シート B）が適切ではないと感じる
- 特に MR の医薬情報の提供における課題を抽出するために有効であると感じる

上記の理由として MR の行動評価で項目を作成したシート A は「MR がエビデンスを駆使して、医師に対して説明したか、否か」という点に評価の焦点があてられており、受け手である医師の気持ちとは相反した評価がつけられる可能性が想定されるが、シート B では医師の受け止め方に焦点を当てて評価しているためそのような事が起こりにくいという意見が得られた。

### 4.1.2 上長による形成的評価

MR の同行 OJT を日常的に行っている現役の MR の上長 4 名を対象に形成的評価を行った。今回形成的評価の協力を得た上長 4 名の基本属性は表 4-1 の通りである。上長 4 名の性別は全員男性であり、年齢は 40～50 代であった。1 週間の延べ MR 同行人数の平均は 3.3 名であった。

形成的評価では 2 種類の動画サンプル（Sample1 と Sample2）閲覧後、主語の違う 2 種類の評価指標（シート A：MR が主語）と（シート B：医師が主語）を用いて評価を行ってもらい、アンケート（付録：p59）を取得後、インタビューを個別で行った（図 4-1）。インタビューではアンケートの内容をもとに「医師にとって有益な情報提供であるか」を判断するための評価指標として以下の 2 点について評価指標を使った感想を質問した。

- チェック項目の表記について違和感はないか
- 同行 OJT で使用するには主語の違う 2 種類の評価指標どちらが適切か

また4名の評価結果の全項目の平均値を算出し、医師の評価が高い面談（Sample1）と医師の評価が低い面談（Sample2）が適切に振り分けられているか検証を行った。

### (1) 2種類の評価指標の優位性について

アンケート結果から2種類の評価指標に対しては概ね医師が主語で作成したシートBが優位な結果であった（図4-2、4-3、4-4、4-5、4-6）。アンケート取得後、2つの視点で作成した評価指標に関してインタビューを行った結果、医師を主語にして作成したシートBに対して以下のような肯定的な意見が得られた。

- ・ シートBでチェックした方がシートAで評価するよりも厳しくなる
- ・ シートAは取り取り繕う事ができてしまうが、シートBは取り繕えない
- ・ シートBの方が良い面談と悪い面談の差が明確に感じられ、指導しやすい
- ・ シートBがMRの細かい行動に捉われず、「どう受け止めたか」で判断できるので評価しやすい
- ・ シートBに関しては抽象的になりがちで、MRが自覚していない「できているポイント」を具体的に抽出してフィードバックしやすい
- ・ シートBで上長が評価した方がMR本人と上長の評価結果はズレそうである（だから意義がある）

一方で評価指標の使用場面や評価対象者によって主語が違う2種類の評価指標の使い分けを推奨する以下のような意見も一部得られた。

- ・ 社内ロールプレイなど研修ではシートAの方が使いやすく、現場での同行ではシートBが使いやすいそうである
- ・ 基本スキルが身につけていないMRは面談のプロセスに対して意図を持たせる必要があるためシートAの方が使いやすい。一方で基本スキルがある程度以上身につけているMRは医師の反応に執着させて指導したいのでシートBの方が使いやすい。

2つの評価指標に共通して「細かくチェック項目が設定されている事によって、同行時にMRと一緒に面談を振り返りポイントを絞った指導につなげる事ができそうである。」という意見が得られた。

### (2) 医師の評価が高い面談と平均的な面談の振り分けについて

Sample1（医師の評価が高い面談）、Sample2（医師の評価が平均的な面談）の2つの動画サンプルに対する4名の被験者の全項目の平均値は、いずれの被験者においてもSample1の平均値がSample2の平均値を上回った（図4-7）。この結果から改善した評価指標によって医師から評価の高い面談と平均的な面談が適切に振り分けて評価する事ができると考える。

表 4-1 形成的評価における被験者の属性

被験者 No.	年代	性別	平均 MR 同行人数 (/週)
9	40 代	男性	3 名
10	50 代	男性	5 名
11	40 代	男性	3 名
12	40 代	男性	2 名

※平均 MR 同行人数は接点同行、終日同行を含む延べ人数

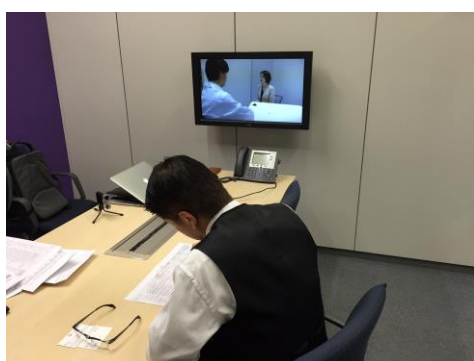


図 4-1 上長による形成的評価の様子

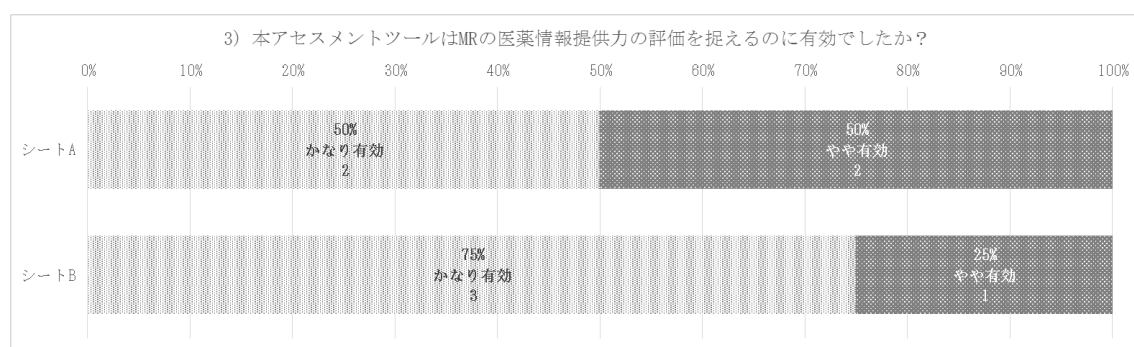


図 4-2 MR の医薬情報提供力の評価を捉えていたか



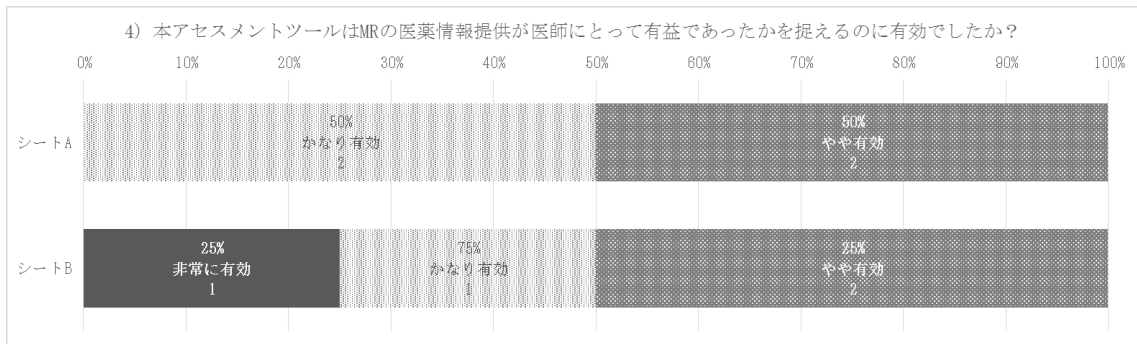


図 4-3 医師にとって有益な医薬情報提供であったか

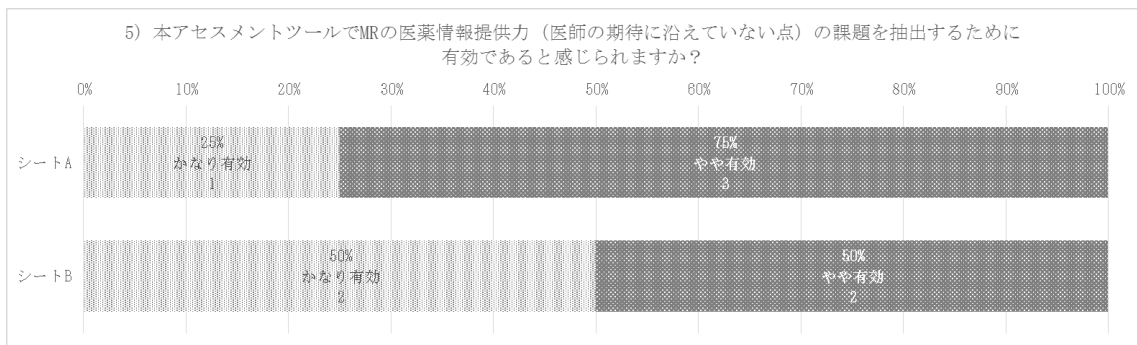


図 4-4 MRの医薬情報提供力の課題を抽出していたか

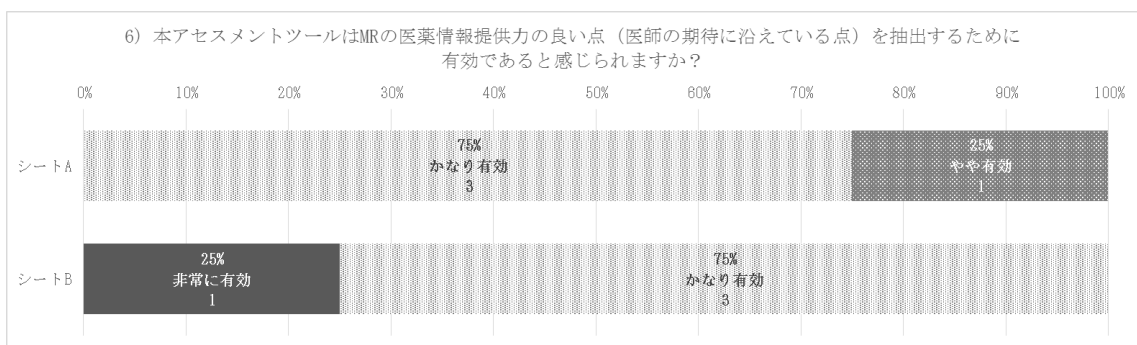


図 4-5 MRの医薬情報提供力の良い点を抽出していたか

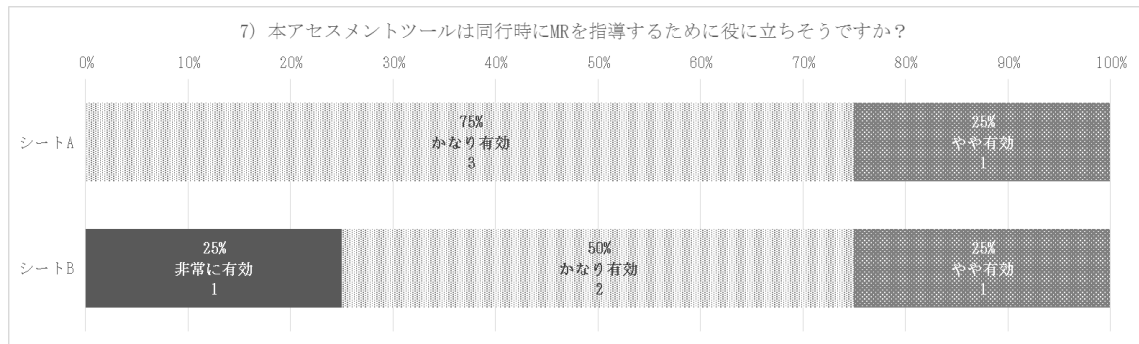


図 4-6 同行時に MR を指導するために役立つか

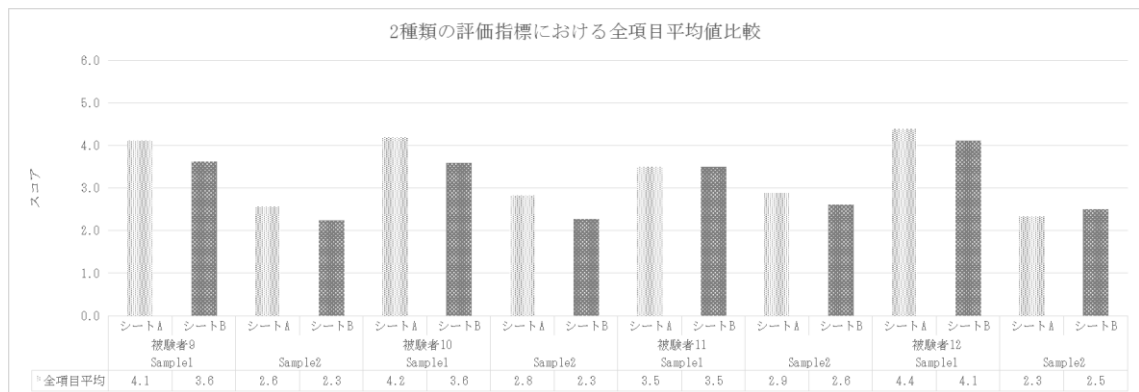


図 4-7 2種類の評価指標における全項目平均値比較

#### 4.2 医師視点の評価指標の信頼性の検証

「医師が主語」の評価指標の信頼性と再現性の検証を行うため、MRの上長2名を対象に動画素材の数を増やして検証を行った。協力を得た被験者である上長2名の基本属性は表4-2の通りである。上長2名の性別は全員男性であり、年齢は40代であった。1週間の延べMR同行人数の平均は3.3名であった。被験者2名で「医師が主語」の評価指標を使い、予め抽出した動画素材10種類の評価を行った。評価結果から各項目の評価結果の一致率、医師の評価が高い面談(High)と平均的な面談(Middle)の適切な振り分けが行えるか検証した。

##### (1) 各項目の評価結果の一致率について

評価指標の18項目において、被験者2名の評価結果の一致率の検証を行った結果は以下の通りである(表4-3)。10種類の動画素材の一致率の平均は60.0%であった。一致しなかった72か所においても2か所のみ2点乖離しており、残り70か所は1点の乖

離であった。

## (2) 医師の評価が高い面談 (High) と平均的な面談 (Middle) の振り分け

被験者 2 名の評価結果において、医師の評価が高い面談の全項目の平均値は 3.4~4.7 点の間に分布しており、医師の評価が平均的な面談の平均値は 2.3~2.8 点の間に分布しており、医師の評価が平均的な面談 (動画素材 No. 1, 5, 8) は医師の評価が高い動画素材 No. 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10) すべての平均値を下回っていた (図 4-8)。この結果から、新たに作成した医師を主語とする評価指標は、医師から評価の高い面談と平均的な面談を適切に振り分けられることが示唆された。

表 4-2 信頼性評価における被験者の属性

被験者 No.	年代	性別	平均 MR 同行人数 (/週)
13	40 代	男性	3 名
14	40 代	男性	2 名

※平均 MR 同行人数は接点同行、終日同行を含む延べ人数

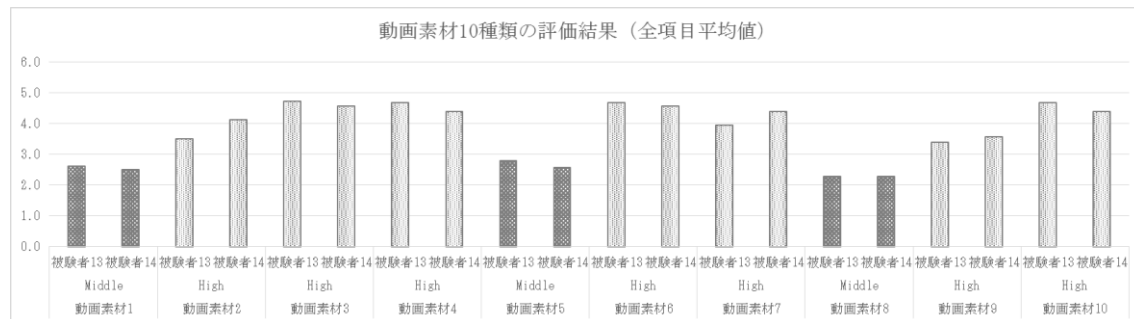


図 4-8 動画素材 10 種類の評価結果 (全項目平均値)

表 4-3 10 種類の動画素材における全項目平均値と各項目の一致率

動画素材 No.	医師の 面談評価	評価者	全項目 平均値	一致した 項目数	一致しなかった 項目数	一致率 (一致した項目 数/全項目数)
1	Middle	13	2.6	7	11	38.9%
	Middle	14	2.5			
2	High	13	3.5	5	13	27.8%
	High	14	4.1			
3	High	13	4.7	13	5	72.2%
	High	14	4.6			
4	High	13	4.7	11	7	61.1%
	High	14	4.4			
5	Middle	13	2.8	14	4	77.8%
	Middle	14	2.6			
6	High	13	4.7	12	6	66.7%
	High	14	4.6			
7	High	13	3.9	10	8	55.6%
	High	14	4.4			
8	Middle	13	2.3	10	8	55.6%
	Middle	14	2.3			
9	High	13	3.4	13	5	72.2%
	High	14	3.6			
10	High	13	4.7	13	5	72.2%
	High	14	4.4			
			計	108	72	60.0%

## 5 本研究の結果および考察

本章では本研究の結果および考察として、改善した評価指標と位置づけについて述べる。

### 5.1 改善した評価指標の全体像

改善した評価指標は、オープニング（1項目）、ニーズの把握（5項目）、メッセージの伝達（4項目）、質問への回答（3項目）、クロージング（2項目）、総合判定（3項目）を合わせた計18項目であり、6件法で評価を行うものである（表5-1）。

本評価指標は「医師にとって有益な医薬情報の提供」を評価するための指標として、医師の視点を次の2つの観点から取り入れたものである。1つめは医師にとって有益な医薬情報の提供に必要な要素の項目化、2つ目はMRによって提供された医薬情報を医師が納得して受け止めたかどうかを評価する評価指標である。この2つの観点から医師視点を取り入れた結果、チェック項目の主語は「医師」となっている（表5-2）。

表 5-1 評価指標の全体像

中項目	評価項目
オープニング	1) 訪問目的の伝達/価値の提示
ニーズの把握	2) 課題抽出のための状況把握 3) 医師の現状を受け止める 4) 課題の把握によるニーズの顕在化 5) ベネフィットにつながる問題提起 6) 医師の反応確認
メッセージの伝達	7) ベネフィットに基づく製品メッセージの伝達 8) 製品メッセージに基づくエビデンス提示 9) 治療の提案 10) 治療提案への合意の確認
質問への対応	11) 質問（反応）の意図の確認 12) 適切なエビデンス提示 13) 医師の納得度の確認
クロージング	14) 面談の要点整理 15) ベネフィットに基づいた処方提案
総合判定	16) 面談で提示された情報の価値 17) 情報の公平性 18) MR 訪問頻度/MR への信頼感

表 5-2 具体的なチェック項目

No.	評価項目	チェック項目
1	訪問目的の伝達/価値の提示	先生は MR の訪問目的を理解し、面談に臨んでいましたか？
2	課題抽出のための状況把握	MR から薬物療法に絞った具体的な質問があり、対象疾患における診断基準や先生の治療方針、薬剤評価などを伝える機会がありましたか？
3	医師の現状を受け止める	上記までの会話から、先生からの回答や話を MR はしっかり受け止めていると感じていましたか？

## 5.2 本評価指標の使用方法と位置づけ

本評価指標は「医師にとって有益な医薬情報の提供が行われているかどうか」を評価するための汎用的な評価指標である。製薬会社が自社の MR に求める「あるべき姿」は、会社によって異なることから本評価指標では取り入れていない。従って本評価指標を使用する際に製薬会社が MR に求める「あるべき姿」を取り入れる際には、必要に応じて改変する必要がある。

本評価指標は上長が同行 OJT において医師の視点で MR の医薬情報提供スキルを評価し、フィードバックを行うために作成したものである。

上長による形成的評価において主語が異なる 2 種類の評価指標に対して「評価対象とする MR の医薬情報提供スキルのレベル」「評価指標の使用場面」の 2 つの観点で意見が得られた。

- 基本的な面談プロセスを理解している MR は、受け手である医師との対話に着目して指導したいため、「医師が主語」の評価指標は使いやすい一方、基本的なスキルが身につけていない MR にとっては面談プロセスを意識させる必要があるため「MR が主語」の評価指標が使いやすい。
- 現場で医師に対する MR の医薬情報提供スキルを評価する同行 OJT 時には「主語が医師」の評価指標が使いやすいが、上長など社内の人間が医師役を演じるロールプレイ研修時には医師役が実際の医師のように演じきれないため「MR が主語」の評価指標が使いやすい。

上述の意見をまとめると評価対象者のスキルレベルと評価指標の使用場面から使いやすい「評価指標の主語」を図 5-1 のマトリックスに整理する事ができる。本評価指標は上長が同行 OJT において使用し、一方的な医薬情報の提供ではなく医師との対話ができる MR を育成するために活用する事を目的としているため「医師が主語」の評価指標が適していると考ええる。一方で新入社員や基本的なスキルが身につけていない MR を指導する際には「MR が主語」の評価指標を使うなど、評価対象者のスキルレベルや使用場面によって 2 種類の主語の評価指標を使分ける事が効果的である事が示唆された。

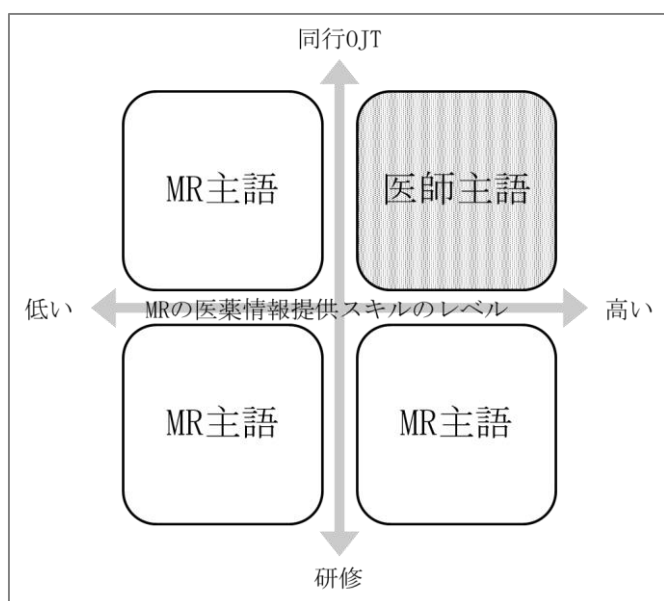


図 5-1 「評価指標の主語」と評価対象者のスキルレベルと使用場面の関係

## 6 結論

本章では本研究のまとめと今後の課題と展望について述べる。

### 6.1 研究のまとめと成果

MR が医師にとって有益な医薬情報の提供活動が実践できるようになるため、評価指標の改善と評価を行った。この評価指標の改善は、上長が OJT において MR の医薬情報提供スキルを医師の視点から適切に評価し、日常的な指導に活用する事を目的とするものである。

改善に向けて従来の評価指標の分析を行った結果、チェック項目は MR の行動評価を行っており、対話においてもっとも重要である「受け手である医師がどう受け止めたか」という受け手の視点からの評価ができていない事が分かった。

この分析結果をもとに、

- (1) 「医師にとって有益な情報提供」に必要な要素を抽出する
- (2) レベル 3 として「受け手である医師がどう受け止めたか」を評価できる

2つの観点から評価指標の改善を行った。

評価指標の改善に際しては医師、研修担当者に対してインタビューを行い、医師にとって有益な医薬情報の提供において必要な要素の抽出と医師と研修担当者の共通点、相違点の抽出を行った結果、主語の異なる 2 種類の評価指標を作成した。

主語の異なる 2 種類の評価指標の形成的評価を行った結果、上長が同行 OJT において使用し、一方的な医薬情報の提供ではなく医師との対話ができる MR を育成するために活用する評価指標としては「医師が主語」が適しており、一方で新入社員や基本的なスキルが身につけていない MR を指導する際には「MR が主語」の評価指標が使いやすいという意見が得られた。このことから対象者のスキルレベルや使用場面によって 2 種類の主語の評価指標を使い分ける事が効果的である事が示唆された。

### 6.2 今後の課題と展望

本評価指標を実用に向けた課題と展望として以下の 2 項目が挙げられる。

#### (1) 評価者トレーニングの開発

本研究にて改善した評価指標は、医師から評価の高い面談と平均的な面談を適切に振り分けて評価する事ができた。一方で形成的評価において 6 件法で評価するにあたり「4 点と 5 点の判断が難しい」という意見が得られており、各評価項目の評価結果の一致率に関して評価者間のバラつきが見られた。本評価指標が対象とするスキルの性質上、評価者間のバラつきを完全に無くす事は困難であると考え、



評価指標の信頼性を確保し、評価者が自信を持って評価できるようになるための評価者トレーニングの開発の必要性があると考ええる。

## (2) 評価指標の「主語」見直しによる視点変化の効果

本研究で行った評価指標の主語を見直す事による評価者の視点変化の効果は、コミュニケーションスキルだけではなく、現在ある様々なチェックリストや評価指標対しても適用できると考える。例えば学習者を中心に考えるインストラクショナルデザインに関する教材改善のためのチェックリスト（鈴木 2002）<sup>[16]</sup>についても、主語を「教材は」から「学習者は」に変化させる事によって、より学習者視点で教材や研修の設計を見直す効果を高める事が可能になると考える。

今回、形成的評価を行った上長数名から「主語の異なる2種類の評価指標を使って評価した事によって、自分の中で新たな気づきがあり、勉強になった」とのコメントがあった。今後は評価指標の主語を見直す事によって、「評価のためのツール」だけではない評価指標の効果や可能性を広げる事に貢献する事を目指していく。

## 謝辞

本研究を進めるにあたりまして、多大なるご指導いただきました教授システム学専攻の都竹茂樹教授、鈴木克明教授、合田美子准教授に深謝いたします。また本研究の実施にあたり、インタビュー調査、専門家レビュー、形成的評価にご協力いただいた医師の皆様、製薬会社の研修担当者・上長の皆様には業務でご多忙な中で協力をいただき、この場を借りてお礼を申し上げます。本当にありがとうございました。

## 参考文献

- 1) 公益財団法人MR認定センター (2015) 「2015MR 白書」
- 2) 公益財団法人MR認定センター (2011) 「MR 教育研修要綱解説書」
- 3) 株式会社富士ゼロックス総合教育研究所 プロフェッショナルセリングスキル  
<http://www.fxli.co.jp/service/sp/2000.html> (参照日 2016.01.12)
- 4) 岡本玲子(2002)「介護予防評価指標の開発：項目収集と試案作成」日本地域看護学会誌 5(1), 56-64, 2002-05-15
- 5) 近藤智恵 (2011) 「OSCE における教員間の評価の差異と課題」茨城県立医療大学紀要 16, 1-11, 2011-03
- 6) 福本陽平 (2004) 「医療面接における教員と模擬患者による学生評価について：山口大学医学部における3年間の検討」医学教育 35(4), 229-234, 2004-08-25
- 7) ディナ・ゲイン・ロビゾンソン&ジェームス・C・ロビンソン著 鹿野尚登訳 「パフォーマンス・コンサルティングⅡ-人事・人材開発担当のテキスト-」株式会社ヒューマンバリュー (2010)
- 8) 公益財団法人MR認定センター MR とは [https://www.mre.or.jp/about\\_mr.html](https://www.mre.or.jp/about_mr.html) (参照日 2016.01.12)
- 9) 新井祐恵 (2013) 「日本語版 ECTB を用いた成人看護学実習指導の検討：実習指導者と看護学教員の評価から」千里金蘭大学紀要 10, 95-103, 2013-12-26
- 10) 安梅勅江著 「ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法-科学的根拠に基づく質的研究法の展開-」医歯薬出版株式会社 (2001)
- 11) 安梅勅江著 「ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法Ⅱ-科学的根拠に基づく質的研究法の展開/活用事例編-」医歯薬出版株式会社 (2003)
- 12) 安梅勅江著 「ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法Ⅲ-科学的根拠に基づく質的研究法の展開/論文作成編-」医歯薬出版株式会社 (2010)
- 13) 上羽累理 (2006) 「高齢者虐待予防のためのリスクアセスメント表の作成」日本地域看護学会誌 8(2), 43-50, 2006-03-24
- 14) 小山歌子 (2011) 「健康推進員のエンパワメント評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討」日本公衆衛生雑誌 58(8), 617-627, 2011-08-15
- 15) 佐藤美由紀 (2014) 「地域社会における高齢者に対する役割期待と遂行のための促進要因：フォーカス・グループ・インタビュー法を用いて」日本保健福祉学会誌 21(1), 25-34, 2014-09-20
- 16) 鈴木克明 (2002) 「教材設計マニュアル」北大路書房

## 付録

資料 1：医師・研修担当者インタビューガイド-----	p53
資料 2：インタビュー時の医師用アンケート-----	p56
資料 3：インタビュー時の研修担当者用アンケート-----	p57
資料 4：専門家レビュー用アンケート-----	p58
資料 5：形成的評価用アンケート-----	p59
資料 6：一次・二次分析結果-----	p60

## インタビューガイド（医師用）

### 1. 倫理的配慮

倫理的配慮として、対象者には事前に FGI の目的、方法、日時、場所、個人情報の保護の約束、問い合わせ先を記載した文書を配布し、インタビューへの協力の意思を確認する事とする。インタビュー当日に再度、口頭により研究の趣旨、目的と方法を説明し、参加協力の承諾を書面で得た上で進める事とする。

### 2. インタビューの流れ

- ◆ インタビューの場所と機会：2015 年 12 月 5 日で実施する予定である
- ◆ インタビュー時間：90-120 分
- ◆ インタビューの形態：5 名程度のグループインタビューにて実施する
- ◆ 記録方法：IC レコーダー（可能であればビデオカメラを併用）にて記録を行う事とする。記録係として 1 名を配置予定である
- ◆ 取り組む課題：ディスカッションを活性化させるためにインタビュー開始前に MR から医師への医薬情報提供の動画を閲覧し、予め作成した MR の情報提供スキルの評価項目のドラフトを用いて医薬情報スキルの評価を行っていただき、アセスメントツールの使用感についてアンケートも合わせて取得する。
- ◆ 質問内容（質問する順番で記載）  
インタビューの状況に応じて必要に応じて質問は変更するが、以下の冒頭の切り出し方に続いてインタビューにおいて行う質問事項は以下の通りである。  
（冒頭の切り出し方）本日のインタビューでは先生が今までに「MR から受けた有益な医薬情報提供活動」についてお話を伺いたと思います。

順番	質問の柱（質問の意図）	具体的聞き方
1	臨床医の視点から見た MR の医薬情報提供に求める「あるべき姿」（求める成果）の抽出 最低限クリアしておくべき及第点の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医薬品の適正使用に関して先生がこれまでご経験された「有益な医薬情報提供活動をした MR」は<u>どのような MR</u>ですか？</li> <li>■ 先生にとっての「有益な情報提供活動」とは<u>どのような情報提供活動</u>でしょうか？</li> <li>■ MR による情報提供活動が<u>先生にとって有益であったかどうかの判断基準</u>はどのような点ですか？</li> <li>■ その MR が他の平均的な MR と比べてどんな行動が違ふと感じられますか？</li> <li>■ MR として<u>最低限クリアしておくべきポイント</u>はどのような点でしょうか？</li> </ul>
2	上記「あるべき姿」を実現している MR の医薬情報における「オープニング」の要素抽出	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 今ご教示いただいたような情報提供活動を行うために MR が先生との面談において具体的にしている事を面談のプロセス（オープニング～クロージング）の順番にお聞かせいただきたいと思ひます。</li> <li>■ 先程伺った「有益な情報提供活動を実施していた MR」は<u>限られた時間で先生に情報提供を行うために面談の冒頭</u>ではどのような事を実施していましたか？</li> <li>■ それは平均的な MR とは何が異なると感じられますか？</li> </ul>
3	上記「あるべき姿」を実現している MR の医薬情報における「ニーズ把握」の要素抽出	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 「有益な情報提供活動を実施していた MR」は<u>先生のニーズに合致した情報提供を行うために</u>どのような事を実施していましたか？</li> <li>■ なぜその MR の情報提供は先生の<u>ニーズに合致している</u>と感じられたのですか？</li> <li>■ 先生の<u>ニーズを把握できない MR</u>が行っている事とは何が異なると感じられますか？</li> </ul>
4	上記「あるべき姿」を実現している MR の医薬情報における「製品メッセージの伝達」の要素抽出	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 「有益な情報提供活動を実施していた MR」は<u>先生に自社医薬品について具体的に紹介する際</u>にどのような事を実施していましたか？</li> <li>■ どのような点が<u>先生にとって心地よい</u>と感じられましたか？</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 先生にとって<u>自社医薬品を的確に紹介できない、意味が伝わらない MR</u>とは何が異なると感じられますか？</li> </ul>
5	上記「あるべき姿」を実現している MR の医薬情報における「反応処理」の要素抽出	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 先程伺った「有益な情報提供をしていた MR」は<u>先生からの質問に回答する</u>際にどのような事を実施していましたか？</li> <li>■ なぜその MR は<u>先生の質問に的確に回答した</u>と感じたのですか？</li> <li>■ 先生からの<u>質問に対して的確に回答できない MR</u>とは何が異なると感じられますか？</li> </ul>
6	上記「あるべき姿」を実現している MR の医薬情報における「クロージング」の要素抽出	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 「有益な情報提供をしていた MR」は先生に<u>面談を締めくくる</u>際にどのような事を実施していましたか？</li> <li>■ それは平均的な MR とは何が異なると感じられますか？</li> </ul>

以上

## アンケート

リープ株式会社

この度はインタビューにご協力いただきましてありがとうございます。これからアセスメントツールを使って MR の医薬情報提供力（先生との対話力）をサンプル動画に対してアセスメントしていただきます。アセスメント終了後、以下の設問へのご回答をお願い申し上げます。

1) 先生の該当する年代をお答えください。 (20代・30代・40代・50代・60代)

2) 1週間におおよそ何名の MR と（医薬情報提供を受ける）面会されますか？ ( ) 名 / 週

3) 本アセスメントツールは MR の医薬情報提供力（先生との対話力）の全体的な評価を捉えるのに有効ですか？

(非常に有効・かなり有効・やや有効・どちらでもない・やや無効・かなり無効・非常に無効)

[ ]  
4) 先程のサンプル動画のアセスメント結果において低い点数がついている項目をご確認いただき、本アセスメントツールは MR の医薬情報提供力の課題（先生の期待に沿えていない点）を抽出するために有効であると感じられますか？

(非常に有効・かなり有効・やや有効・どちらでもない・やや無効・かなり無効・非常に無効)

[ ]  
5) 先程のサンプル動画のアセスメント結果において高い点数がついている項目をご確認いただき、本アセスメントツールは MR の医薬情報提供力の良い点（先生の期待に沿えている点）を抽出するために有効であると感じられますか？

(非常に有効・かなり有効・やや有効・どちらでもない・やや無効・かなり無効・非常に無効)

[ ]  
6) 本アセスメントツールを使ってサンプル動画をアセスメントした際につけ辛かった項目（場面）はどんな時でしたか？つけ辛かった項目を○で囲んでください。（※複数選択可です）

項目番号 (1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23)

補足説明 [ ]

お名前 ( ) ご協力ありがとうございました。



## アンケート

この度はインタビューにご協力いただきましてありがとうございます。これから2種類のアセスメントツール（シートA、シートB）を使ってMRの医薬情報提供力（医師との対話力）をサンプル動画2種類に対してアセスメントしていただきます。アセスメント終了後、以下の設問に対して回答してください。

- 該当する年代をお答えください。 (30代・40代・50代・60代)
- 1週間におおよそ何名のMRと（医薬情報提供を受ける）面会されますか？ ( ) 名 / 週
- 本アセスメントツールはMRの医薬情報提供力の評価を捉えるのに有効でしたか？

タイプ	1	2	3	4	5	6	7
シートA	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効
シートB	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効

補足説明 [ ]

- 本アセスメントツールはMRの医薬情報提供が医師にとって有益であったかを捉えるのに有効でしたか？

タイプ	1	2	3	4	5	6	7
シートA	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効
シートB	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効

補足説明 [ ]

- 先程のサンプル動画のアセスメント結果において低い点数がついている項目をご確認いただき、本アセスメントツールでMRの医薬情報提供力（医師の期待に沿っていない点）の課題を抽出するために有効であるかと感じられますか？

タイプ	1	2	3	4	5	6	7
シートA	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効
シートB	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効

補足説明 [ ]

- 先程のサンプル動画のアセスメント結果において高い点数がついている項目をご確認いただき、本アセスメントツールはMRの医薬情報提供力の良い点（医師の期待に沿っている点）を抽出するために有効であると感じられますか？

タイプ	1	2	3	4	5	6	7
シートA	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効
シートB	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効

補足説明 [ ]

- 本アセスメントツールを使ってサンプル動画をアセスメントした際につけ辛かった項目（場面）はどんな時でしたか？つけ辛かった項目番号を○で囲んでください。（※複数選択可です）

シート	面談プロセス														総合判定			
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
B	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

補足説明 [ ]

お名前 ( ) ) ご協力ありがとうございました。

## アンケート

この度はインタビューにご協力いただきましてありがとうございます。これからアセスメントツールを使って MR の医薬情報提供力（医師との対話力）をサンプル動画に対してアセスメントしていただきます。アセスメント終了後、以下の設問に対して回答してください。

1) 該当する年代をお答えください。 (20代・30代・40代・50代・60代・70代)

2) 本アセスメントツールは MR の医薬情報提供力（医師との対話力）の全体的な評価を捉えるのに有効でしたか？

(非常に有効・かなり有効・やや有効・どちらでもない・やや無効・かなり無効・非常に無効)

[ ]

3) 先程のサンプル動画のアセスメント結果において低い点数がついている項目をご確認いただき、本アセスメントツールで MR の医薬情報提供力（医師の期待に沿っていない点）の課題を抽出するために利用できましたか？

(非常に有効・かなり有効・やや有効・どちらでもない・やや無効・かなり無効・非常に無効)

[ ]

4) 先程のサンプル動画のアセスメント結果において高い点数がついている項目をご確認いただき、本アセスメントツールは MR の医薬情報提供力の良い点（医師の期待に沿っている点）を抽出するために有効であると感じられますか？

(非常に有効・かなり有効・やや有効・どちらでもない・やや無効・かなり無効・非常に無効)

[ ]

5) 本アセスメントツールは同行時に MR の医薬情報提供力（医師との対話力）を指導するために役に立ちそうですか？

(非常に役立つ・かなり役立つ・やや役立つ・どちらでもない・やや役立つ・かなり役立つ・非常に役立つ)

[ ]

6) 本アセスメントツールを使ってサンプル動画をアセスメントした際につけ辛かった項目（場面）はどんな時でしたか？つけ辛かった項目を○で囲んでください。（※複数選択可です）

項目番号 (1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23)

[ ]

補足説明

お名前 ( ) ご協力ありがとうございました。

## アンケート

この度はインタビューにご協力いただきましてありがとうございます。これから2種類のアセスメントツール（シートA、シートB）を使ってMRの医薬情報提供力（医師との対話力）をサンプル動画2種類に対してアセスメントしていただきます。アセスメント終了後、以下の設問に対して回答してください。

- 該当する年代をお答えください。（30代・40代・50代・60代）
- 平均的に1週間に何名のMRと同行OUTされていますか？（終日同行、接点同行含む）（名/週）
- 本アセスメントツールはMRの医薬情報提供力の評価を捉えるのに有効でしたか？

タイプ	1	2	3	4	5	6	7
シートA	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効
シートB	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効

補足説明 [ ]

- 本アセスメントツールはMRの医薬情報提供が医師にとって有益であったかを捉えるのに有効でしたか？

タイプ	1	2	3	4	5	6	7
シートA	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効
シートB	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効

補足説明 [ ]

- 先程のサンプル動画のアセスメント結果において低い点数がついている項目をご確認いただき、本アセスメントツールでMRの医薬情報提供力（医師の期待に沿えない点）の課題を抽出するために有効であるとかんじられますか？

タイプ	1	2	3	4	5	6	7
シートA	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効
シートB	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効

補足説明 [ ]

- 先程のサンプル動画のアセスメント結果において高い点数がついている項目をご確認いただき、本アセスメントツールはMRの医薬情報提供力の良い点（医師の期待に沿えている点）を抽出するために有効であると感じられますか？

タイプ	1	2	3	4	5	6	7
シートA	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効
シートB	非常に無効	かなり無効	やや無効	どちらでもない	やや有効	かなり有効	非常に有効

補足説明 [ ]

- 本アセスメントツールは同行時にMRを指導するために役に立ちそうですか？

タイプ	1	2	3	4	5	6	7
シートA	非常に役に立たない	かなり役に立たない	やや役に立たない	どちらでもない	やや役に立つ	かなり役に立つ	非常に役に立つ
シートB	非常に役に立たない	かなり役に立たない	やや役に立たない	どちらでもない	やや役に立つ	かなり役に立つ	非常に役に立つ

補足説明 [ ]

- 本アセスメントツールを使ってサンプル動画をアセスメントした際につけなかった項目（場面）はどんな時でしたか？つけなかった項目番号を○で囲んでください。（※複数選択可です）

シート	面談プロセス																	総合判定			
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
B	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			

補足説明 [ ]

お名前（ ） 協力ありがとうございました。

面接プロセス	【大カテゴリー】	旧項目 No.	旧評価指標項目	No.	<重要カテゴリー> 22項目	No.	【サブカテゴリー】 68項目	No.	（重要アイテム）132項目 ※見逃し例の代表例	発着者	
オープニング	【MRが医師に面談する目的を伝え、面談する意義を感じさせる】	1	イントロダクション/ノルマール	1	<挨拶で情報提供の価値は左右されない>	1	【挨拶で情報提供の価値は左右されない】	1	【社会人である以上、挨拶には差はない】	臨床医	
							2	【面談のゴールを設定する】	2	【自分でゴール設定をすることができる】	研修担当者
							3	【面談のストーリーの準備をする】	3	【自らゴール設定をすることができないMRはNG】	研修担当者
							4	【端的に目的を伝える】	4	【目的を明確に言う事によってゴールが決まり、何を話すかストーリーが決まる】	研修担当者
							5	【前回の面談を引き継いだ目的を伝える】	5	【面会の目的をはじめ端的に伝えて欲しい】	臨床医
							6	【前回の面談後の行動の確認をする】	6	【継続性のある面会目的が良い】	臨床医
							7	【具体的な目的を伝える】	7	【前回の面談を引き継いだ面談の目的が良い】	研修担当者
							8	【ポイントを抑えて目的を伝える】	8	【継続性のある訪問をする事により、医師とのキャッチを埋めるために自分が行うべき面談のプロセスを実施することができる】	研修担当者
							9	【MRが医師に面談の目的を伝える】	9	【ディテールの全体像を整理しない面談をしている】	研修担当者
							10	【MRが医師に面談の目的を伝える】	10	【MRの処方依頼に対して納得していない医師の真意を引き出すためには訪問の継続性が重要である。】	研修担当者
ニーズの把握	【MRは質問を通じて医師の状況や困り事を探り、解決できる範囲で医師のニーズを引き出す】	2	訪問目的の伝達/価値の提示	2	<MRが医師に面談の目的を伝える>	6	【前回の面談後の行動の確認をする】	11	【医師が本当に納得したどうか（適当に流したわけではないか）を確認するためには継続性のある訪問で相手の行動を確認する必要がある】	研修担当者	
							7	【具体的な目的を伝える】	12	【具体的な面会目的が良い】	臨床医
							8	【ポイントを抑えて目的を伝える】	13	【適当一適当な話ではなく簡潔に具体的な問題提示をされると良い】	臨床医
							9	【MRが面談する意義を伝える】	14	【ポイントを抑えた具体的なオープンニングが良い】	研修担当者
							10	【MRが面談する意義を伝える】	15	【ポイントを抑えたオープンニングをする事によって医師が興味がないこと、興味がある事を教えてくれる】	研修担当者
							11	【MRが面談する意義を伝える】	16	【オープンニングがざっくりする面談全体がざっくりする】	研修担当者
							12	【MRが面談する意義を伝える】	17	【オープンニングにおいては医師に対して面談する意義をきちんと伝えるべきである】	研修担当者
							13	【MRが面談する意義を伝える】	18	【LOW-MRは医師に対して「処方を出して欲しい」という面談の意図がダイレクトに伝わってしまい不快感を持たれる】	研修担当者
							14	【MRが面談する意義を伝える】	19	【複数の仮説を優先順位をつけて、検証しながら面談する事ができる】	研修担当者
							15	【MRが面談する意義を伝える】	20	【話し込みが不十分なので医師の課題を予測できない】	研修担当者
課題抽出のための状況把握	【MRが医師の状況を把握する】	3	課題抽出のための状況把握	3	<MRが医師の状況を把握する>	11	【仮説に基づいて面談する】	21	【医師治療方針やニーズを確認するための質問から提示するデータのパターン化ができていない】	研修担当者	
							12	【仮説に基づいて面談する】	22	【医師のパターンを分類して、自分の医師がどのパターンにあてはまるかポイントを抑えた質問で確認することができる】	研修担当者
							13	【仮説に基づいて面談する】	23	【知識があっても医師にニーズを把握する質問をディテールの流れに組み込みが難しい】	研修担当者
							14	【仮説に基づいて面談する】	24	【ニーズを把握する質問ができる知識がない】	研修担当者
							15	【仮説に基づいて面談する】	25	【仮説を立てる事により短時間で医師の状況を把握することができる】	研修担当者
							16	【仮説に基づいて面談する】	26	【疾患全般について広く質問してしまったり自分が聞くべき以外の余計な質問をしてしまったり医師の状況を把握するために時間をかけてしまう】	研修担当者
							17	【仮説に基づいて面談する】	27	【治療方針を聞き出す時は薬物療法に絞って聞くのが良い】	研修担当者
							18	【仮説に基づいて面談する】	28	【具体的な質問（例：自社の使用について）で聞かれた方が回答しやすい】	臨床医
							19	【仮説に基づいて面談する】	29	【MR自身が目的の定まっていなくて、漠然とした質問はやめて欲しい】	臨床医
							20	【仮説に基づいて面談する】	30	【次の展開を考えているので継続性のある良い質問ができる】	研修担当者
医師の現状を受け止める	<会話を深堀する事によって医師の本音を引き出す>	4	医師の現状を受け止める	4	<会話を深堀する事によって医師の本音を引き出す>	21	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	31	【意図のない質問を羅列し、継続性のある質問にならないから尋問のように感じる】	研修担当者	
							22	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	32	【治療方針について広く聞かれたり試されているように感じる】	臨床医
							23	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	33	【患者数を聞かれてもいらいち見えないので困る】	臨床医
							24	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	34	【患者数を医師に対して質問する時は回答しやすい単位（日、週）を工夫して聞く】	研修担当者
							25	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	35	【患者数の確認、薬剤の使用状況も広く確認すると医師が回答しやすくなる】	研修担当者
							26	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	36	【深堀りする「会話」になるので医師は会話を終わらせようとはしないが、会話になっていない場合は早く終わらせようとする】	研修担当者
							27	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	37	【医師の回答に対して反応できない事が多いMRは会話を深堀する質問ができない】	研修担当者
							28	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	38	【医師の困り事がないかダイレクトに聞いて欲しい】	臨床医
							29	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	39	【医師の困り事を聞かれたら本音が話しやすい】	臨床医
							30	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	40	【他の医師との面談から医師が抱えている問題を推察して情報提供をしてほしい】	臨床医
課題の把握によるニーズの顕在化	<MRが医師の困り事・関心事を見出す>	5	課題の把握によるニーズの顕在化	5	<MRが医師の困り事・関心事を見出す>	21	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	41	【医師が気づいていないポイントや注意喚起してくれると有益である（副作用・禁忌など）】	臨床医	
							22	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	42	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	研修担当者
							23	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	43	【一般論ではなく医師にとってタイムリーな情報提供に変化させることができる】	研修担当者
							24	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	44	【顕在化させた医師のニーズからメッセージの伝達にアクションプランを立てる時はプロセス質問をする事により先生の考え方、こちらの主張に切り替える瞬間であるから確認が重要である】	研修担当者
							25	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	45	【医師のやる量が減るといえる事は医師の核心に近い事なのでその点に気づく事が重要である】	研修担当者
							26	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	46	【医師がまだ知らない新しい情報提供は有益である（同じ情報は割愛して欲しい）】	臨床医
							27	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	47	【医師にとって一番うれしいのは自分が知らない事を教えてくれる人】	研修担当者
							28	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	48	【エビデンスの説明がしっかり最後まで言い切る事ができる】	研修担当者
							29	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	49	【紹介するデータが正確である】	研修担当者
							30	【医師の困り事や困り事に関する質問をする】	50	【データの背景を踏まえて主要評価項目の情報提供を行うため患者ベネフィットを言い切ることができる】	研修担当者
ベネフィットにつながる問題提起	<MRが困り事・関心事の解決策を示す>	6	ベネフィットにつながる問題提起	6	<MRが困り事・関心事の解決策を示す>	27	【新しい情報を提供する】	51	【データを見せるだけではなくその治療の背景や、具体的な患者さんについて話す事が出来る事が重要】	研修担当者	
							28	【新しい情報を提供する】	52	【臨床試験の患者さんの選択基準やその意義を理解していないMRはNG】	研修担当者
							29	【新しい情報を提供する】	53	【製品メッセージを訴求する事だけでなく終わらしてMRはNG】	研修担当者
							30	【新しい情報を提供する】	54	【使い慣れない薬剤の具体的な使い方の情報提供は有益である】	臨床医
							31	【新しい情報を提供する】	55	【薬剤のベネフィットを伝え、そのベネフィットを医師の患者さんにつなげる事ができる】	研修担当者
							32	【新しい情報を提供する】	56	【相手の期待レベルに応じて+αを提供することができる】	研修担当者
							33	【新しい情報を提供する】	57	【研修で学んだ内容を実践の中で知識を磨きながら+α自分で足して使いこなす事ができる】	研修担当者
							34	【新しい情報を提供する】	58	【医師との面談経験から面会する医師の反応を推察し、追加して話す事ができる】	研修担当者
							35	【新しい情報を提供する】	59	【他の医師の処方動向からの情報提供は有益である】	臨床医
							36	【新しい情報を提供する】	60	【他のDr.の情報の機軸もMRの重要な役割である】	研修担当者
治療の提案	<MRが具体的な治療提案を行う>	7	医師の反応確認	7	<MRが具体的な治療提案を行う>	27	【新しい情報を提供する】	61	【Dr. to Dr.の他の先生の症例についての情報提供に価値がある】	研修担当者	
							28	【新しい情報を提供する】	62	【論文文化でない内容をMRが提供できるかが重要である】	研修担当者
							29	【新しい情報を提供する】	63	【他のDr.の症例等の情報提供においては出席を明らかにすると、権威のあるDr.の情報である事が情報の信頼性を高める】	研修担当者
							30	【新しい情報を提供する】	64	【相手の顔を見ながらクロージングすれば何回も話せることはない】	研修担当者
							31	【新しい情報を提供する】	65	【処方依頼に対する医師の反応が対応できない事が多く確認できる】	研修担当者
							32	【新しい情報を提供する】			
							33	【新しい情報を提供する】			
							34	【新しい情報を提供する】			
							35	【新しい情報を提供する】			
							36	【新しい情報を提供する】			
メッセージの伝達	【MRは医師のニーズに合致した情報に付加価値をつけて提供する】	8	ベネフィットに基づく製品メッセージの伝達	8	<MRが困り事・関心事の解決策を示す>	27	【新しい情報を提供する】	46	【医師がまだ知らない新しい情報提供は有益である（同じ情報は割愛して欲しい）】	臨床医	
							28	【新しい情報を提供する】	47	【医師にとって一番うれしいのは自分が知らない事を教えてくれる人】	研修担当者
							29	【新しい情報を提供する】	48	【エビデンスの説明がしっかり最後まで言い切る事ができる】	研修担当者
							30	【新しい情報を提供する】	49	【紹介するデータが正確である】	研修担当者
							31	【新しい情報を提供する】	50	【データの背景を踏まえて主要評価項目の情報提供を行うため患者ベネフィットを言い切ることができる】	研修担当者
							32	【新しい情報を提供する】	51	【データを見せるだけではなくその治療の背景や、具体的な患者さんについて話す事が出来る事が重要】	研修担当者
							33	【新しい情報を提供する】	52	【臨床試験の患者さんの選択基準やその意義を理解していないMRはNG】	研修担当者
							34	【新しい情報を提供する】	53	【製品メッセージを訴求する事だけでなく終わらしてMRはNG】	研修担当者
							35	【新しい情報を提供する】	54	【使い慣れない薬剤の具体的な使い方の情報提供は有益である】	臨床医
							36	【新しい情報を提供する】	55	【薬剤のベネフィットを伝え、そのベネフィットを医師の患者さんにつなげる事ができる】	研修担当者

面談プロセス	【大カテゴリ】	旧項目 No.	旧評価指標項目	No.	＜重要カテゴリ＞ 22項目	No.	【サブカテゴリ】 68項目	No.	（重要アイテム） 132項目 ※意見約の代表例	発着者
質問への回答	【MRが医師からの質問に対して回答する事により、医師の真意に到達する】	12	医師の話を受け止める	12	＜医師はMRが受け止める態度は良く、やり取りが共感する＞	38	【医師が共感する】	66	医師の関心を共有できると信頼できる	臨床医
								67	わざと冗し・相違ではなくやり取りから医師への共感を示して欲しい	臨床医
								68	医師の質問を受け止めていると医師に感じさせる事が出来る人は医師が言った重要性に応じて返信レベルを変化させたり、医師のペースやトーンに合わせている	研修担当者
		69	MRは医師の考え方を「受け入れて」いるが同じ価値観を持っていないため共感が生まれず、医師の認識にギャップが生じる	研修担当者						
		70	医師はMRとのやり取りなどの応対全般で共感を判断している	研修担当者						
		71	医師は患者の事を考えているがMRは患者の事を考えていないと医師は共感しない	研修担当者						
		72	知識がない質問の意図を確認する事ができない	研修担当者						
		73	知識に自信がないと医師に確認する事ができない	研修担当者						
		74	質問に対して意図を確認する行為は医師に対して失礼（怒られる）と思っている	研修担当者						
		75	課題形式のためには医師がMRに聞いたことの内容にある課題を深掘りする事によって真意を探ることができる	研修担当者						
		76	医師の質問はその背後に懸念があるという事なので、その懸念を瞬時に推察する必要がある	研修担当者						
		13	質問（反応）の意図の確認	13	＜MRが医師からの質問の意図を理解する＞	39	【質問の意図を理解するための知識】	77	医師の立場に立った情報提供をして欲しい	臨床医
						40	【自信を持って踏み込んで確認する】	78	個別の患者さんについて後日フォローされると嬉しい	臨床医
						41	【医師からの質問の背景を理解する】	79	医師がどんな風に患者さんを見ていか理解した上で話して欲しい	臨床医
						42	【具体的な臨床の文脈に沿って回答する】	80	医師が困っている事に対しては具体的な回答が有益である	臨床医
81	臨床の文脈に沿った的確な回答は有益である							臨床医		
82	手持ちの一般的なエビデンスで間に合わせられると臨床の感覚と異なり参考にならない							臨床医		
43	【正しく回答する】					83	医師の質問に正しく回答する、もしくはその姿勢を見せる事ができれば良い	研修担当者		
44	【明確に回答する】					84	医師の質問が理解できない時は明確に「わからない」と言っておいて確認して欲しいと意図を伝える事ができて信頼できる	臨床医		
						85	医師の質問に対してわかる事、わからない事を明確にして回答をする	臨床医		
						86	医師から受けた質問に対して自分が回答できる、できない事を判断できる	研修担当者		
14	適切なエビデンス提示					14	＜MRが医師からの質問に回答する＞	87	回答できない理由は回答できない理由を明確に伝えることができる	研修担当者
								45	【MRが自信を持って回答する】	88
		89	質問に対しておどおどし落ち着かないと信頼できない	臨床医						
		90	聞かれた事に対して小さい声の曖昧な回答、全然違う回答はNG	研修担当者						
		91	【MRが製品やデータに対して自信をもって医師に紹介する事ができる】	91	MRが製品やデータに対して自信をもって医師に紹介する事ができる			研修担当者		
		92	医師と話し込む事によりMRは自信を持つ	92	医師と話し込む事によりMRは自信を持つ			研修担当者		
		93	データの数値だけでなくデータが言いたいことわりと正しい事ができる	93	データの数値だけでなくデータが言いたいことわりと正しい事ができる			研修担当者		
		94	【質問の意図を確認せずにおどおどし条件反射で回答してしまう】	94	質問の意図を確認せずにおどおどし条件反射で回答してしまう			研修担当者		
		95	自分の言いたい事に誘導する回答は会話がかみ合わないから信用できない	95	自分の言いたい事に誘導する回答は会話がかみ合わないから信用できない			臨床医		
		96	医師の質問がわからないとMRが回答できる質問に誘導する	96	医師の質問がわからないとMRが回答できる質問に誘導する			研修担当者		
97	仮説のロジックが足りない場合、MRが言う結論はみんな同じになる	97	仮説のロジックが足りない場合、MRが言う結論はみんな同じになる	研修担当者						
98	MRは医師の話を自分の都合のいいように解釈して、納得感を確認していない	98	MRは医師の話を自分の都合のいいように解釈して、納得感を確認していない	研修担当者						
99	ロジック手前まで今日のロジックをどうもでるべきか医師の反応を見て見極める事ができる	99	ロジック手前まで今日のロジックをどうもでるべきか医師の反応を見て見極める事ができる	研修担当者						
クロージング	【MRは医師の行動変容を期待し、面談を終了する】	16	面談の要点整理	16	＜MRが面談の要点整理をする＞	50	【面談の要点整理をする】	100	医師との面談での着地点と次の着地点をまとめる事ができる	研修担当者
								101	面談の最後で医師のニーズ、課題、解決策、わからなかった点を整理して明確にする事ができる	研修担当者
								102	ロジックは訪問目的と結びついていなければならない	研修担当者
		17	MRがNEXT STEPを明確にする	17	＜MRがNEXT STEPを明確にする＞	51	【面談の目的とロジックの整合性】	103	ロジックはNEXT STEPが明確になっていない場合は処方依頼でなくても良い	研修担当者
						52	【MRがNEXT STEPを明確にする】	104	良い面談の終わりは医師の納得感、次回への蓄積、互いに行き先を確認し、特別なポイントの取り方や方についても確認する事ができる	研修担当者
						53	【医師の今日の納得感を確認する】	105	ロジックは医師が納得していない事を明確にする事もロジック	研修担当者
		18	ベネフィットに基づいた処方提案	18	＜処方提案をする＞	54	【ビジネスの本質を理解するべきである】	106	言い過ぎない、伝え過ぎない、情報提供を受けた医師がどう思ったか確認する習慣がある	研修担当者
						55	【対価として処方依頼を行う】	107	製薬会社のビジネスの本質を理解して行動できる	研修担当者
						56	【医師のタイプに合わせて処方依頼のお願いをする】	108	相手に何かをお断りする時は相手に対価を支払っていないため、対価に見合う情報提供ができていないとMRは処方依頼をする事ができない	研修担当者
						57	【断れない処方依頼はNG】	109	診ている患者から適切な症例数を設定する事は前提で、相手の性格に合わせて依頼する症例数を変化させる事ができる	研修担当者
						58	【医師は本音を言わない】	110	「（処方）をお願いします！お願いします！」と言われると嫌悪感を覚える	臨床医
						59	【医師が行動を起こす事への期待】	111	医師が納得してなくても納得した上で断れない処方依頼をする	研修担当者
						112	面談の要点とは断れない処方依頼をする	研修担当者		
						113	医師は処方提案に対して納得していてもダイレクトに否定はしない	臨床医		
						114	医師はMRの面談が有益であったかどうか医師の行動が変わる、もしくは何かの判断（使わない）がポイントで評価している	研修担当者		
115	MRは医師に処方する時に「行動」をしてもらわないといけないが、医師が相当その情報に納得していない限り、行動してもらえない	研修担当者								
116	医師がアクションを起こさない時は納得していないという事なのでもう一度問題解決に戻す必要がある	研修担当者								
総合判定	【医師が行動もしくは判断をする】	18	処方意思	19	＜MRの面談と処方意思は関係がない＞	60	【処方とMRとの面談の関係性】	117	MRと面談したからといって処方する事にはならない	臨床医
								61	【自社品を使って欲しい気持ちへの医師の嫌悪感】	118
		23	MR訪問頻度/MRへの信頼感	20	＜有益な情報提供をするMRに医師は積極的に面談する＞	62	【医師から選ばれるMR】	119	有益な情報を提供を行うMRには医師は積極的に面談する	研修担当者
						63	【医師の困り事を解決する】	120	医師が困っている事に対して助けになる情報提供は有益である	臨床医
		New1	面談で提示された情報の価値	21	＜提供された情報の価値を判断する＞	64	【具体的な臨床像を示す】	121	医師の困りごとを解決する	研修担当者
						65	【疾患全般的知識がある】	122	具体的な臨床像の情報提供が良い	臨床医
						66	【対象疾患の王道の治療の把握している】	123	自社品だけでなく疾患治療全般に対して医師の困り事の相談に乗る事が出来る	研修担当者
						67	【中立的な姿勢】	124	海外のガイドラインに関して情報提供を受けたときはよいと思った	臨床医
		New2	情報の公平性	22	＜提供された情報の信頼性を判断する＞	68	【有効性と安全性の情報提供のバランス】	125	コンフルテングMRは対象疾患の王道の治療薬の話と周辺薬剤の話ができる	研修担当者
						126	メーカーが都合のいいように加工された資料は信用できない	臨床医		
						127	中立的な姿勢での薬剤の使い分けに関する情報提供は有益である	臨床医		
						128	自社品を使って欲しいという気持ちが見え見えアプローチは嫌悪感を覚える	臨床医		
68	【有効性と安全性の情報提供のバランス】	68	＜提供された情報の信頼性を判断する＞	129	良い事ばかりでデメリットもちゃんと伝えたい	臨床医				
				130	副作用・禁忌にもしっかり情報提供して欲しいと有益である	臨床医				
				131	効果だけでなく安全性などの懸念点を丁寧に伝える事は重要	研修担当者				
				132	伝えたいいけない副作用情報を適切な比率で伝える事を守る	研修担当者				