

- ◆ 精神科医療における
地域移行の推進
- ◆ 医療従事者の賃上げのための
診療報酬の新設
- ◆ 地域包括医療病棟入院料が創設

Vol. 153 2024

5-6月号

ボ ラ ン チ

Volante

医療経営の舵取りを支援する医療経営情報誌。
医療専門コンサルタントが最新の業界動向をお届けします。

精神科医療における 地域移行の推進

～病床数の適正化に向けて長期患者の退院を促進～

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進するために、精神疾患を有する患者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援提供する精神病棟に、新たに精神科地域包括ケア病棟入院料が創設されました。これは、精神版地域包括ケア病棟という位置づけで精神疾患の患者の在宅復帰(地域移行)の促進が期待できる病棟で、医療機関、患者双方から支持される病棟になると思われます。

精神科地域包括ケア病棟入院料

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料(1日につき) 1,535 点

☞精神科においても地域移行(在宅復帰)が促進

厚生労働省は、地域医療構想スタート時に2025年における4つの機能別(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)のあるべき数値目標を掲げました。その際、同時に精神病床においても、2025年に27万床まで病床を削減する目標を掲げていました。

2022年10月現在における精神病床数は321,828床と、目標を大きく上回る数値となっています。病床の削減は思うように進んでいませんが、入院患者数の減少は顕著なものがあります(図表1参照)。

2002年から2020年の18年間で、4.8万人(▲15%)減少しています。特に、5年以上の入院患者の減少が顕著で、5.1万人減っています。

精神科病院の経営スタイルであった患者単価は低いが長期に療養する患者の入院で高い稼働率(100%近く)で運営し、収益・利益を維持する経営が成り立たなくなってきたことを示しています。現に、精神科病院の現場では入院患者の減少に苦慮している状況です。

☞精神科地域包括ケア病棟入院料の創設

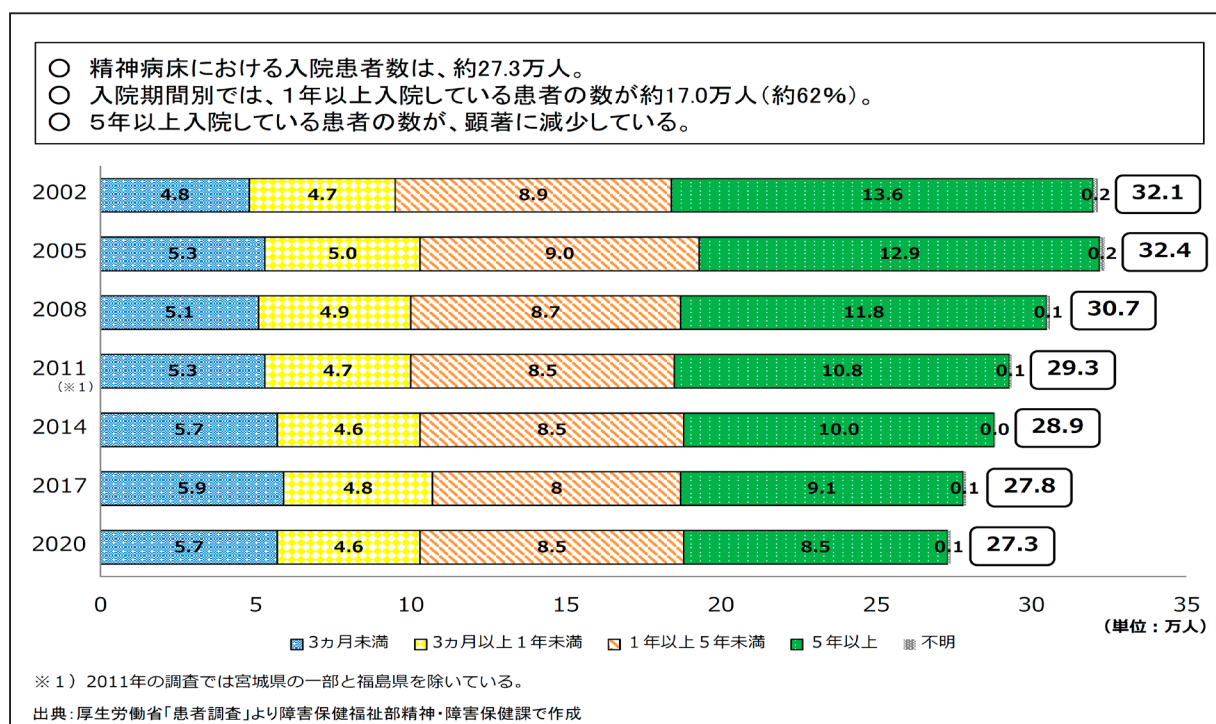
厚生労働省は、この流れをさらに推進しようとしています。

図表2に示すように、2029年にはさらに入院患者数は23.8万人(2020年比▲3.5万人)にまで減少すると予測しています。これは、統合失調症の新薬の開発、外来機能の強化、一般病院における認知症の患者の取り扱いが増加しているなど、いろいろな要因があるかと思われますが、地域移行政策が大きく影響しているものと思われます。

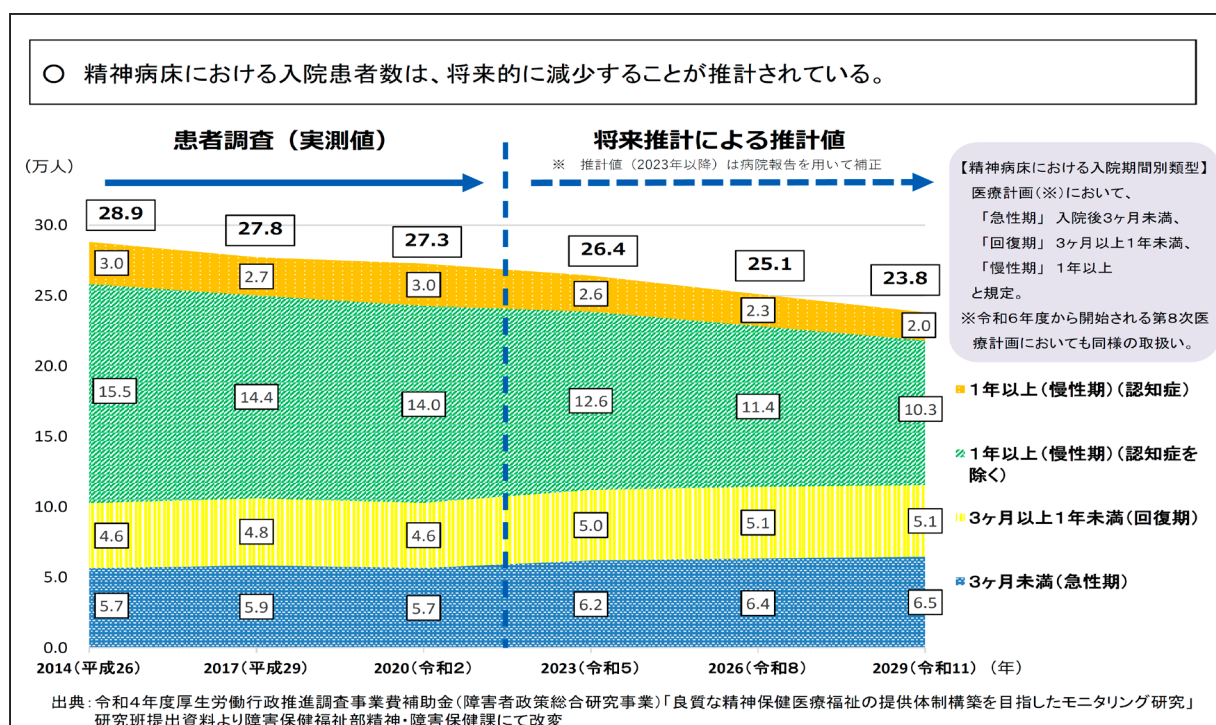
2024年度の診療報酬改定では、精神科病院の経営に資する内容の、精神科地域包括ケア病棟入院料(上記参照)が創設されましたので、医療機関としては適正な稼働率で効率の良い診療報酬を得る経営スタイルへの転換が必要であるといえます。

また、入院医療だけに頼ることなく外来、訪問、デイケアなどへの進出も不可欠といえます。

図表 1 精神病床における入院患者数の推移(在院期間別内訳)



図表 2 精神病床における入院患者数の将来推計結果



出典：中央社会保険医療協議会 総会 資料 個別事項(その6)(2023年11月22日)より抜粋 (図表1、2とも)

医療従事者の賃上げのための 診療報酬の新設

2024年度の診療報酬改定では、医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組への評価としてベースアップ評価料が新設されました。

「医療機関等の過去の実績」「今般の報酬改定による上乘せの活用」「賃上げ促進税制の活用」の3つを組み合わせることで、2024年度にベア＋2.5%、2025年度にベア＋2.0%の賃上げが目標とされています。

👉 2024年改定の医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組が重点課題

近年の物価高騰や30年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢を鑑み、2024年度診療報酬改定では、「現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進」を重点課題として位置づけられました。具体的には医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組への評価として、「病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーションに勤務する看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種の賃上げ」のための特例的な対応として＋0.61%、「40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げ」に資する措置として＋0.28%程度の改定が行われます。

👉 賃金改善のための診療報酬、ベースアップ評価料の新設

今回の改定では賃金の改善を実施している場合の評価として、ベースアップ評価料が新設されました。

具体的には、
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)、
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(無床診

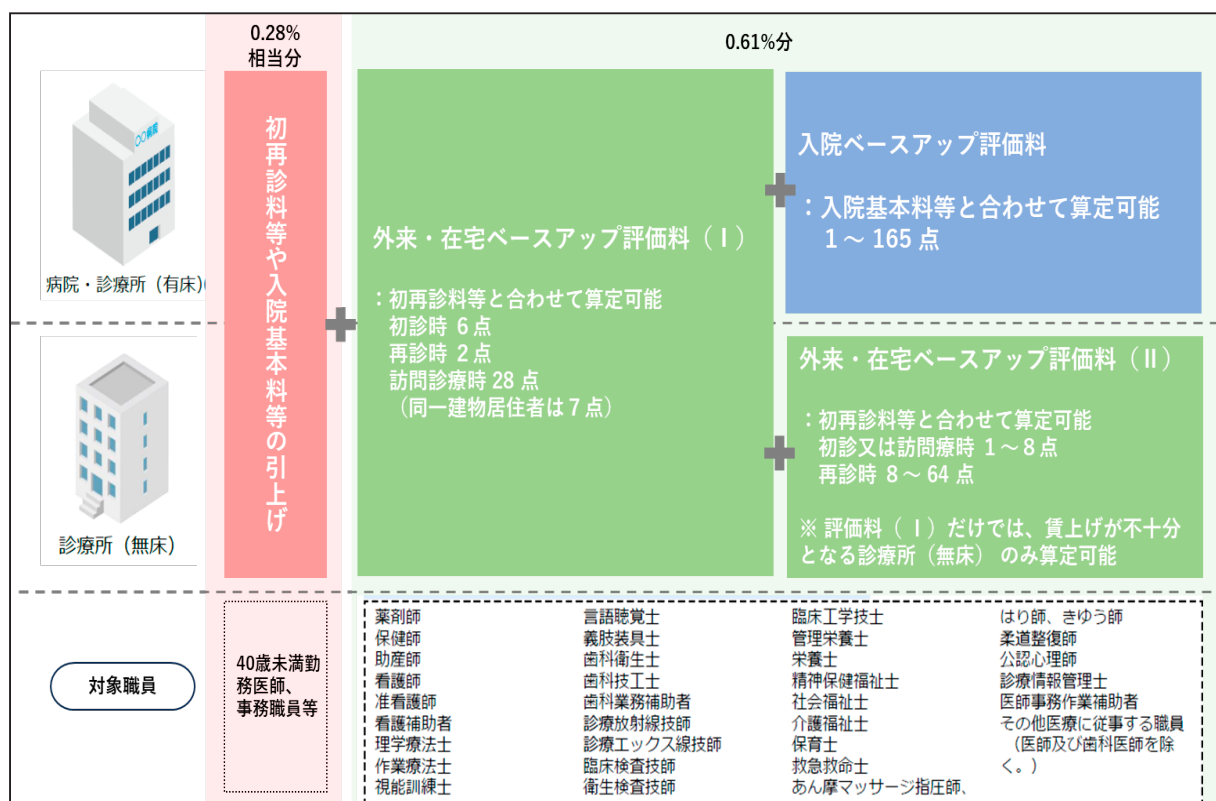
療所のみ)、

入院ベースアップ評価料(病院・有床診療所のみ)の3つになります。

なお、これら評価料は「2024・2025年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く)の改善(定期昇給によるものを除く)を実施しなければならない」や「当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること」など、用途が通知に明記されており、評価料で得た診療報酬は賃金の改善に充てなければならいことになっています。またベースアップ評価料の対象となる職種は、主として医療に従事する職員として限定されており、専ら事務作業(医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く)を行うものは含まないとしています(図表1)。

続いて、実際の算定に向けたステップです。例えば、病院で算定する場合は、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)と入院ベースアップ評価料1～165区分のうちのいずれかの区分を届出し、算定することになります。仮に2024年6月から算定するとした場合のステップは、つぎのとおりです。

図表 1 医療従事者の賃上げのための診療報酬の全体像(イメージ)



出典： 厚生労働省保険医療課「令和 6 年度診療報酬改定と賃上げについて～今考えていただきたいこと（病院・医科診療所の場合）～」資料(2024年2月15日)より抜粋

○ステップ 1：

対象職員の給与総額を計算

2023年3月から2024年2月に実際に支払った給与総額を基に計算します。

○ステップ 2：

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の算定見込みを計算

2023年12月から2024年2月に算定した初診料等、再診料等、訪問診療料の算定回数を基に、算定見込みを算出します。

○ステップ 3：

入院ベースアップ評価料の算定見込みを計算

2023年12月から2024年2月における

延べ入院患者数を基に、入院ベースアップ評価料の算定区分(1~165種類)を算出します。ベースアップ評価料は対象職種の給与総額の2.3%相当となるように設定されており、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)だけでは不足している部分を入院ベースアップ評価料で充当する設計となっています。(次ページの算定式を参照)

○ステップ 4：

医療従事者の賃上げ見込みの計算

※ 詳細については、厚生労働省「ベースアップ評価料計算支援ツール(医科)」をご参照ください。

ベースアップ評価料を算定する場合は、施設基準の届出書と合わせて、賃金改善計画書と賃金改善実績報告書を作成し、地方厚生(支)局へ提出することが求められます。この中で、ベースアップ評価料が原則ベア等に充てられていること等について確認されることになります。

さらに計画書及び報告書では、ベースアップ評価料による賃金引上げの状況だけでなく、自主財源等も含めた全体的な引き上げ状況及びベースアップ評価料の対象とならない40歳未満の勤務医師等や事務職員(改定率+0.28%分)の職種の状況に関しても記載する項目が設けられており、賃金改善の状況が確認されることになります。

また入院ベースアップ評価料(外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ))も同様)については、毎年3、6、9、12月に前述の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行う必要があります。

ただし、前回届け出た時点と比較して、「対象職員の給与総額」「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」「延べ入院患者数」【B】のいずれの変化も、1割以内である場合においては、区分変更の届出は不要となっています。

<算定式>

$$\text{【B】} = \frac{\left[\text{対象職員の給与総額} \times 2.3\% - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び} \right. \\ \left. \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \right]}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

例：【B】が0以上1.5未満であれば評価料1、164.5以上であれば評価料165 など

高齢者の救急搬送の受け入れを担う 新入院料、地域包括医療病棟入院料が創設

2024年度の改定では、増加傾向にある高齢者の救急搬送患者の受け皿として、「地域包括医療病棟入院料」が新設されました。

この病棟では、救急患者の受入れだけでなく、早期退院に向けたリハビリ、栄養管理、意思決定支援、在宅復帰支援などの機能を包括的に提供することが求められています。

👉これから急増する高齢者の救急搬送患者への対応が急務

少子高齢化に伴い、急増する高齢者の救急搬送患者への対応が急務となっています。その中でも特に軽症・中等症の高齢者の救急搬送患者が増加しており、現在そのような患者は、7対1病棟などの急性期病院に救急搬送などで入院する割合が高くなっています。

この状況に関して、医療資源に限りがある中で重症患者の診療に支障を来す可能性や、一般的に急性期病棟ではリハビリテーション専門職の配置数が少ないことなどから、一部の入院した高齢患者は離床が進まずADLが低下し、急性期から回復期に転院することになり、在宅復帰が遅くなるケースがあることが報告されています。

そこで今回の改定では、増加傾向にある高齢者の救急搬送患者の受け皿として、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟として、「地域包括医療病棟入院料」が新設されました(図表2)。

👉基本は包括評価、一部の薬剤・手術・リハビリなどは出来高算定可

地域包括医療病棟入院料は、1日あたり3050点と比較的高い点数が設定されていますが、地域包括ケア病棟入院料や回復期リハビリテーション病棟入院料と同様に、包括評価となっています。

ただし、抗悪性腫瘍薬等の除外薬剤・注射薬、手術・麻酔、リハビリテーションなどは出来高で算定することができます(図表3)。

また平均在院日数は21日以内、重症度、医療・看護必要度も「15%以上(Ⅱの場合)」かつ「入院初日にB項目3点以上が50%以上」などの施設基準が設定されており、急性期一般入院料4相当の機能が求められています。

さらに在宅復帰率は80%以上が施設基準となっており、在宅復帰の対象となる施設も回復期リハビリ病棟や介護老人保健施設(一部を除く)などに限定されて、地域包括ケア病棟は対象外とされています。

👉セラピストや管理栄養士の配置が施設基準に

施設基準における人員配置について、看護職員は急性期一般病棟入院料(2～6)と同じ10対1の配置となっています。その一方で、地域包括医療病棟には「常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上」「専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置」が求められます。

高齢者の救急搬送などによる入院患者は、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染症といった疾患が多い傾向にあることが報告されています。誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながるとされています。

また入院時における高齢患者の一部は、低栄養リスク状態又は低栄養であり、高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられるとされています。高齢者の救急搬送患者の受け皿としての機能を果たすためには、リハビリテーションや栄養管理などが効果的であり、その内容が施設基準にも盛り込まれた形といえます。



図表2 地域包括医療病棟が提供する機能のイメージ



図表3 地域包括医療病棟入院料に含まれる費用（概要）

○ 入院基本料
○ 入院基本料等加算
臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算（1に限る。）、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、医療のケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算及び協力対象施設入所者入院加算を除く。
○ 医学管理のうち、手術前医学管理料、手術後医学管理料
○ 検査
心臓カテーテル検査、内視鏡検査、血液採取以外の診断穿刺・検体採取料並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料を除く。
○ 画像診断
画像診断管理加算1～4、造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合）並びに造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合）に伴う薬剤及び特定保険医療材料を除く。
○ 投薬、注射
抗悪性腫瘍薬等の除外薬剤・注射薬、無菌製剤処理料を除く。
○ リハビリテーション及び精神療法で使用される薬剤。 （※1）
○ 処置
人工腎臓等、局所陰圧閉鎖処置等の1,000点以上の処置並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料を除く。
○ 病理標本作製料
術中迅速病理組織標本作成を除く。
※1 リハビリテーション及び精神療法は地域包括医療病棟入院料に含まれない。（包括範囲外）
※ 他、手術、麻酔等の費用は地域包括医療病棟入院料に含まれない。（包括範囲外）

出典：厚生労働省 令和6年度診療報酬改定説明資料等について「08 令和6年度診療報酬改定の概要 入院（地域包括医療病棟）」より抜粋（図表2、図表3とも）

在宅医療の診療報酬例①

往診(緊急的な訪問)

弊社で執筆いたしました「医療費の仕組みと基本がよ～くわかる本」(第5版)(2024年度診療報酬改定に対応した最新版)を、4月に秀和システムから発行しました。全国の書店などで好評発売中です。ここでは、その内容の一部を抜粋してお届けいたします。

今号からは、在宅医療の診療報酬について、事例を交えて解説していきます。在宅医療は、医師が患者の自宅を緊急で訪問する「往診」と、定期的な診療のために訪問する「訪問診療」の2種類があります。

👉 在宅医療は基本的に出来高算定

在宅医療の診療報酬は、基本的には外来医療と同様の仕組みです。基本診療料(初診料・再診料)に加えて、実施した医療行為に即した特掲診療料(注射料・処置料など)がかかります。

ただし、外来医療と異なる点として、「往診料」や「訪問診療料」など在宅医療に関する診療報酬がかかります。以下では、事例をもとに在宅医療の診療報酬を解説していきます。

👉 在宅医療は「往診」と「訪問診療」の二種類

まず、在宅医療には大きく分けて「往診」と「訪問診療」の2種類があります。往診とは、「突発的な病状変化の診療のため、患者の自宅などに緊急的に訪問すること」をいいます。一方、訪問診療は、「通院が困難な方に対して、診療のために定期的に訪問を行うこと」をいいます。緊急的な訪問(往診)か、それとも定期的な訪問(訪問診療)か

によって、診療報酬が大きく異なるため、この2つの区分をおさえておくことが重要です。

👉 往診を受けた場合、「往診料」がかかる

事例として、在宅で療養中の患者が急に発熱し、主治医である在宅療養支援診療所(機能強化型ではない)の医師が、外来の診察時間中に緊急で往診を行ったケースを考えます。

まず、外来医療と同様、基本診療料として「再診料(75点)」が算定されます。また、薬(処方箋)を交付してもらうと、投薬料として「処方箋料(60点)」が算定されます。

加えて、在宅医療の診療報酬として「往診料(720点)」がかかります。今回のケースでは、外来の診察時間中に緊急で対応したため「緊急往診加算(650点)」が加算されます。

なお、緊急往診加算は今回(2024年度)の改定で見直されました。これまでは在宅療養支援診療所などの「医療機関の機能」により点数差が設けられていましたが、今回はさ

らに、「その他の場合」の区分が設けられました。「その他の場合」とは、「往診を行う医療機関が訪問診療を行っている患者」など4つの対象患者*に該当しない場合をいいます。該当しない患者の場合は、325点と他の区分と比べると低い点数に設定されています。またこれは、休日や深夜に往診した場合に算定できる夜間・休日往診加算や深夜往診加算

も同様です。

👉 看護師や薬剤師による訪問も行われる

医師による訪問以外に、必要に応じて看護師や薬剤師が訪問した場合には、「在宅患者訪問看護・指導料」などの費用が別途かかります。

在宅医療（往診）の診療報酬算定例

＜往診＞
突発的な病状変化の診療のため緊急的に訪問

- 再診料 75点
(再診料 75点)
- 在宅医療料 1,370点
(往診料 720点)
(緊急往診加算 650点)
- 投薬料 60点
(処方箋料 60点)

計1,505点
+

(注射料、検査料、処置料などの費用)

* 4つの対象患者:

①往診を行う医療機関において訪問診療を行っている患者、②往診を行う医療機関と事前に往診に関する連携体制を構築している他の医療機関において訪問診療を行っている患者、③往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者、④往診を行う医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所している患者



「医療費の仕組みと基本がよ〜くわかる本」

は、社会保障費の中心的な要素である医療費にスポットをあてて、図表を使ってわかりやすく医療費・診療報酬を解説した入門書です。

患者になったときの診療代はどのようになっているのか、患者さんに対し医療機関窓口で職員としてどのように対応するのがわかります！

2024年度診療報酬改定に対応した最新【第5版】を秀和システムから発行しました。

好評発売中!

—厚生行政ダイジェスト—

紹介受診重点医療機関が1千施設を超える

厚生労働省によりますと、医療資源を重点的に活用する「重点外来」の拠点となる「紹介受診重点医療機関」は4月1日現在、全国で計1,018施設となりました。17都道県の計53施設を追加する一方、6県の計8施設の公表が同日付で取り下げられました。

紹介受診重点医療機関は、高額な医療機器・設備が必要な放射線治療や、手術・処置、化学療法などを外来で行ないます。外来機能報告で集めた各医療機関の外来データを根拠に、地域毎に協議し紹介受診重点医療機関を決め、都道府県が公表することになっています。

厚生労働省によりますと、東京都(11施設)、千葉県(7施設)、神奈川県(7施設)、福岡県(6施設)など17都道県の計53施設が新たに公表されるとともに、福岡県、千葉県が2施設ずつ、新潟県、鳥取県、香川県、宮崎県が各々1施設の公表を取り下げたことから、全国の紹介受診重点医療機関の数は、現在1,018施設になっています。

電子処方箋未導入でも猶予期間内は算定可

厚生労働省は、2024年度診療報酬改定の「疑義解釈資料」(その2)を12日付で公表し、「医療DX推進体制整備加算」の届け出時点で電子処方箋を導入していなくても、経過措置が設定されている2025年3月31日までは、加算の算定を認める取り扱いを示しました。電子処方箋を導入していない医療機関が医療DX推進体制整備加算を届け出る場合には、導入予定時期を届出書に記載することとされているが、厚生労働省は今回の疑義解釈で、未定または空欄で「差し支えない」としています。

医療DX推進体制整備加算は、電子処方箋のほか、「マイナ保険証」や、国が新たに運用を始める「電子カルテ情報共有サービス」に対応可能な体制を整備する医療機関・薬局への初診時の評価です。電子処方箋の導入は2025年3月31日まで、電子カルテ情報共有サービスは同年9月30日まで、経過措置として適用を猶予しています。

厚労省は今回の疑義解釈資料で、経過措置の期間が終了した後も電子処方箋を未導入だった場合、届け出後に算定した加算の取り扱いに関する質問に、経過措置の期間が終了した後は加算の算定要件を満たさないものとして取り扱うと回答しました。

また、電子カルテ情報共有サービスの具体的な導入時期が加算の届け出時点で不明な場合も、25年9月30日までは加算を認めるとしている。電子カルテ情報共有サービスが実装可能になった時期に改めて疑義解釈を出すとのことです。

特定行為研修修了者活用の医師向けガイド作成へ

厚生労働省は、医師の働き方改革の推進策として、特定行為研修修了者の活用ガイドを医師向けに作成します。医学系学会の医師らによるワーキンググループ(WG)を設置して内容や活用策を検討します。厚生労働省は、一連の事業の実施団体として、医学系学会を想定していて、4月12日に公募を始めました。応募は4月26日まで受け付けます。

外科・救急・麻酔科などで週の労働時間が一定水準を超える医師の割合が特に多いため、活用ガイドは「外科系基本」「救急」「術中麻酔管理」を中心に特定行為研修の領域別に作る予定です。それにより医師から特定行為研修修了者へのタスクシフト・シェアの推進を図る考えです。

WGは、特定行為研修の領域に関連する医学系学会の医師らを中心に構成し、看護系学会の代表者など看護の立場から助言できる構成員を複数参加させます。WGではシンポジウムを企画・運営して活用ガイドを周知するなど、看護師の特定行為研修制度を推進するための活動も行う予定です。

新「LIFE」、個人情報の引継ぎは手動で

新たな「科学的介護情報システム」(LIFE)の一部の稼働が4月22日に開始されました。厚生労働省は新システムのマニュアルのほか、登録情報の引き継ぎ方法などを含めた移行ガイドをホームページ上で掲載し、円滑な移行を促しています。新システムの本稼働開始は8月1日を予定しています。

旧システムから新システムへの移行時は、様式情報や事業所情報、端末情報は引き継がれますが、職員情報や利用者情報、暗号化キーなどの個人情報は手動登録となるため注意が必要です。旧LIFEでバックアップファイルを作成し、新LIFEにログイン後に取り込む作業が求められます。また、旧LIFEで設定したパスワードも引き継がれないため、事業所の管理者が管理ユーザーのパスワードを初期化するなどの対応が発生します。

新LIFEシステムでは、画面表示を分かりやすくし、一部機能も改善しています。ケアに関する計画やその評価・実績などの様式情報については、これまでの「操作職員」アカウントに加え、「管理ユーザー」アカウントからも登録できます。利用者情報の閲覧権限も拡大されており、「操作職員」「管理ユーザー」とともに確認可能となりました。さらに、事業所内の問い合わせ状況や履歴の紹介にも対応しています。

医療経営にも役立つ！ 今月のドラッカーの名言

マネジメントの父と称されるピーター・F・ドラッカーの言葉から、医療経営を担う経営者や管理者、医療現場の職員の皆さまの日々の活動に役に立つものを取り上げて発信していきます。

今月の名言

“リーダーは 正当性をもたなければならない”

(P.F.ドラッカー著「産業人の未来」(ダイヤモンド社)より)

解説



『いかなる権力も、正当でないかぎり永続しない。いかなる社会といえども、一人ひとりの成員を組み入れない限り機能しない。われわれには二つの道しかない。社会として機能する産業社会を構築するか、自由が無秩序や圧政のうちに消失するのを座視するかのどちらかである。』

とドラッカーは説きます。

ドラッカーの思想の根底にあるのは、人間として何が正しいかという正当性です。リーダーとは正しいことを為すものなのです。人の強みを活かし、高い成果を上げて社会に貢献するという正当性、個人の強みを社会にとって有益な

ものに転換するという組織の正当性をもたなければ、その組織には存在意義がないということになります。

医師の働き方改革が進められています。ドラッカーの考え方に基づいて、人間として、リーダーとして何が正しいのかという観点から考えていくと、新たな改革も進めていきやすくなるのではないのでしょうか。

医療機関の“後継者問題”でお困りの方へ 最適な候補者とのマッチングを支援します

診療所など医療機関の事業承継・M&Aなら

the 医療承継



クリニックに特化

当社は他のM&A会社とは違い、クリニックに特化した事業承継（M&A）を支援していますので、クリニックの事業承継に関する情報を豊富に取り扱っています。



医療機関専門の コンサルタントが対応

当社は医療経営に精通したコンサルタントが、アドバイザーとして担当します。事業承継だけでなく、クリニック経営に関することも含めてワンストップで相談していただけます。



25年超のコンサルティング実績

当社では、医療機関に特化したコンサルティングだけで25年以上やっています。これまで培ってきたノウハウや知見が、事業承継、その後のクリニック経営にもお役に立てると考えています。

クリニックの事業承継支援

クリニックに特化した事業承継の支援をしています。一般企業や病院、介護施設、調剤薬局などを一緒に扱っている会社もありますが、当社はクリニック専門です。これまで25年超のコンサルティング業務で培ってきたネットワークを通じて、最適な候補者とのマッチングを支援します。



◆お問い合わせ・ご相談：医療総研株式会社 森田 morita@iryso-soken.co.jp

医療総研株式会社

記事へのご質問や経営に関する
ご相談などお気軽にご連絡ください。

発行責任者：伊藤 哲雄

東京都渋谷区渋谷1-7-5
青山セブンハイツ804

TEL : 03 - 6451 - 1606

FAX : 03 - 6451 - 1607

e-mail : otoiawase@iryo-soken.co.jp

