

2018年診療報酬改定の要点

1-医科

2018年診療報酬改定の基本方針

Point

- ☆下の記述のように4つの柱が掲げられていますが、この背景にあるのは近年言われている、「少子高齢化」「人口構造の変化とそれによる医療需要の変化」「伸び続ける社会保障費」などがあります。
- ☆今回の改訂では、この課題に対して国民皆保険を維持しながら、どのように解決をするのかを今まで以上に反映した改定内容になっています。

改定に当たっての基本認識

▶ 人生100年時代を見据えた社会の実現

- ・我が国は世界最高水準の平均寿命を達成。人口の高齢化が急速に進展する中、活力ある社会の実現が必要。
- ・あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにする必要。

▶ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）

- ・地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築する必要。
- ・平成30年度は6年に1度の介護報酬との同時改定。医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と連携を着実に進める必要。

▶ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

- ・制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、国民の制度の理解を深めることが不可欠。無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野のイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要。
- ・今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等を踏まえ、医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要。

平成30年度 診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

医科

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

歯科

1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期等の口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

調剤

1. 地域医療に貢献する薬局の評価

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

医科

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2) 手術等医療技術の適切な評価

歯科

1. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進

調剤

1. 薬局における対人業務の評価の充実

III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善
2. 業務の効率化・合理化

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進
2. 費用対効果の評価
3. 調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価）の見直し

今回の診療報酬改訂のポイント

Point

全体（医科、歯科、調剤）で地域包括ケアシステムの構築&実施にスムーズな移行を！！

- ✓ 医療資源を急性期～長期療養～在宅でスムーズな流れにするための改定
- ✓ 調剤報酬改定は徹底した無駄の削除
※診療報酬本体改定率は0.55%増

薬価制度抜本改革

- ✓ 薬価改定の実施頻度を年1回に
- ✓ 新薬創出加算と長期収載品の薬価見直しによる医療費の削減

2018年度診療報酬改定 ①医科

以降のページでは、2018年度診療報酬改定（医科）を下記の順に解説します

入院医療



- 急性期一般入院基本料
- 地域一般入院基本料
- 入退院支援加算
- 介護医療院

外来医療



- 外来定額負担
- 診療所初診料の加算
- 地域包括診療料加算および
認知症地域包括診療料加算

オンライン診療



- オンライン診療料の新設
- オンライン医学管理料の新設
- オンライン在宅管理料の新設

後発医薬品加算



- 一般名処方加算
- 後発医薬品使用体制加算
- 外来後発医薬品使用体制加算
- DPC制度(DPC/PDPS)における後発
医薬品係数の見直し

一般入院基本料の見直し

- 看護配置7対1、10対1を「急性期一般入院基本料」
13対1、15対1を「地域一般入院基本料」へ変更

Point

急性期病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、長期療養病棟のそれぞれの入院基本料を見直し。現在7対1と10対1の間には非常に大きな報酬差が生じているため、この間に段階を新たに設ける。(7対1と10対1の基本部分については変更無し)

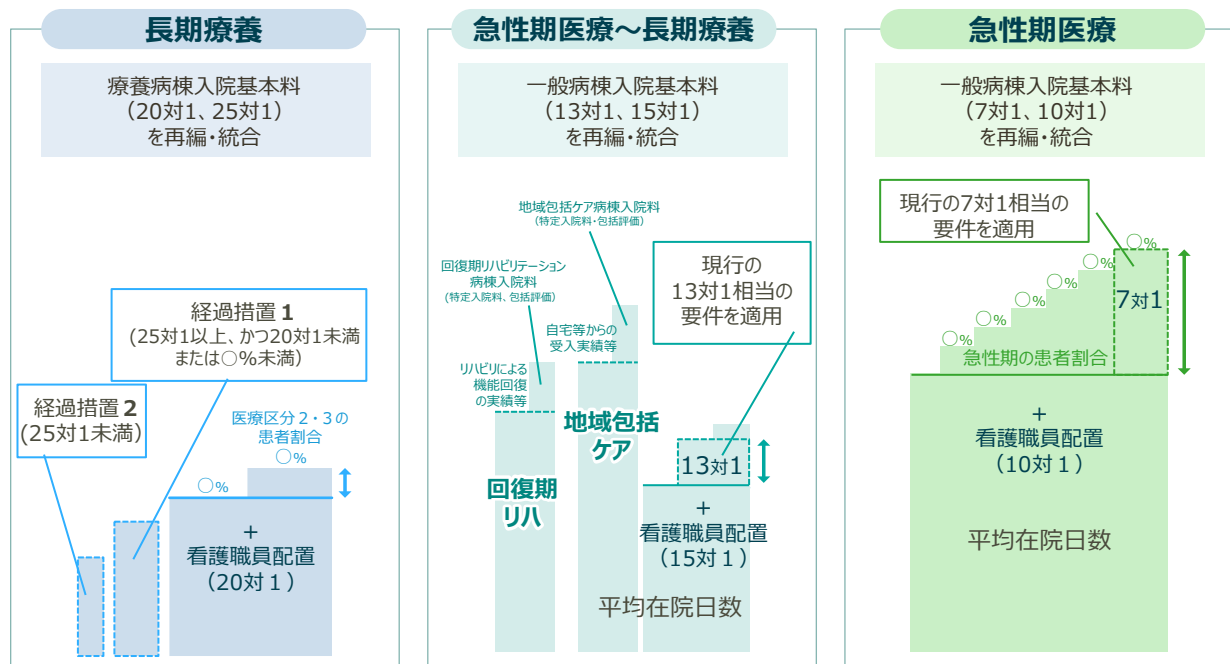
この他、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟の看護配置13対1、15対1と長期療養病棟20対1においても報酬差を解消。入院料において弾力的な算定を可能にしている。

なお一般病棟入院基本料は、7対1、10対1の「急性期一般入院基本料」と13対1、15対1の「地域一般入院基本料」に名称が変更される。→今まで各病院は基本料1を算定するために施設要件を満たそうとしていたが、今後はそれだけでなくアウトカムも重要な算定要件になる。

新たな入院医療の評価体系と主な機能（イメージ）

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。

なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



※特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記イメージに含めていない。

2025年を見据えると人口構成が変化するため、現在38万床あるとされている急性期病棟のベッドが過剰になり、足りないとされている慢性期病棟（地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟）へ移行させるため、今回の改定で診療報酬の段階をいくつか設けることで、病棟の再編と入院患者のスムーズなパスの構築を促すことが目的と考えられる。

地域によっては2次医療圏内で病床機能の再編が加速していくことが予想され、2018年4月以降施行される各都道府県の7次医療計画とともに地域包括ケアの構築を進められるため、まずは各2次医療圏内の病床と医療資源の状況を把握し変化を捉えていくなどの方策の検討が求められる。

入退院の支援加算の新設

➤ 「退院支援加算」から「入退院支援加算」へ変更

入院前から支援をすることにより退院時に加算が算定されるように変更になる。〈退院時に200点〉対象患者の要件が絞られていることに注意。

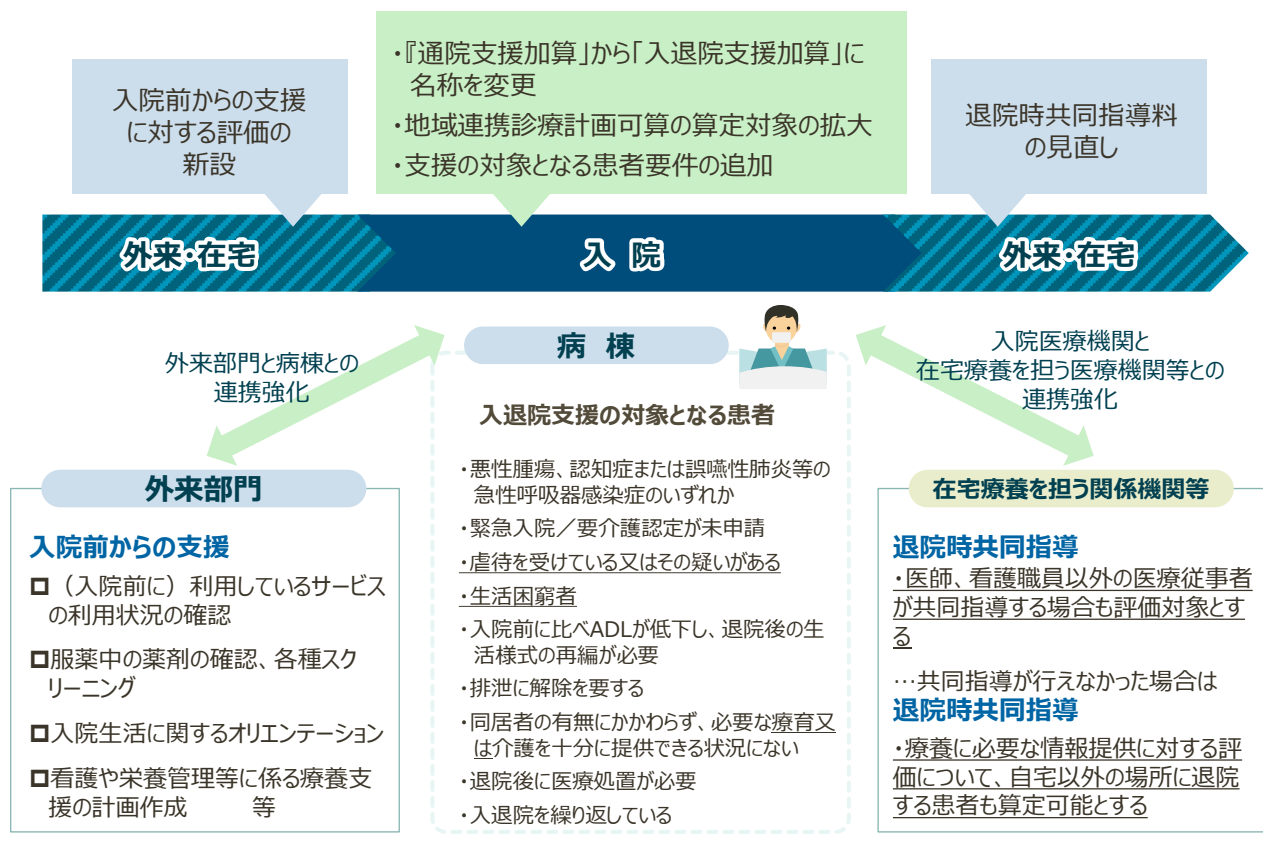
対象者要件

- (1) 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- (2) 入退院支援加算を算定する患者であること。

これにより「地域連携診療計画加算」や「小児加算」なども算定要件が変更になる

入退院支援の評価（イメージ）

病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す



Point

患者像を限定した上で入院前から支援をした患者は退院時に加算をつけることができるが、実際にどれだけの方が対象になるのかは疑問が残る。おそらくは今後の医療資源を想定し、重症患者でなければ病院の治療ではなく診療所に外来で治療を受ける、もしくは在宅での治療をうけるという流れを一般的にしていきたいという方針がうかがえる。

ただ、入退院支援をするための労力＝関連する医療従事者の負荷がどれだけかかるか考慮が不足しているのではないかと、この加算がどのように医療環境を変化させるかは次回の改定時までの様子を見ることになる。

介護医療院の設置

- 長期療養病棟後の介護医療への受け皿とする施設の創設
- 2つの類型を設ける

医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設をめざす。介護医療院は介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービスを提供するⅠ型と老人保健施設相当以上のサービスを提供するⅡ型の2つの類型が創設され、介護療養型施設等から介護医療院への転換について各種の転換支援・促進策が設けられた。（なお、長期療養病棟は平成35年に廃止される。）

→医療介護院の施設基準がそれほど厳しくなく経過措置も設定されているのが特徴。早めに医療介護院へ転換する病院が多く出てくる可能性もある

- 現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設ける
- 床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策を設ける

介護医療院

介護医療院については、介護療養病床（療養機能強化型）相当のサービス（Ⅰ型）と、老人保健施設相当以上のサービス（Ⅱ型）の2つのサービスが提供されるよう、人員・設備・運営基準等については以下のとおりとする。

ア) サービス提供単位	介護医療院のⅠ型とⅡ型のサービスについては、療養棟単位とする。ただし、規模が小さい場合には療養室単位でのサービス提供を可能とする
イ) 人員配置	解説に伴う人員基準については、 i 医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、Ⅰ型とⅡ型に求められる医療・介護ニーズを勘案して設定し、 ii リハビリテーションを専門職、栄養士、放射線技師、その他の従業者は施設全体として配置することを念頭に設定する。
ウ) 設備	療養室については、定員4名以下、床面積を8.0㎡/人以上とし、プライバシーに配慮した環境になるよう努めることとする。 療養室以外の設備基準については、診察室、処置室、機能訓練室臨床検査設備、エックス線装置等を求めることとする。
エ) 運営	運営基準については、介護療養型医療施設の基準と同様としつつ、他の介護保険施設との整合性や長期療養を支えるサービスという観点も鑑みて設定する。医師の宿直については求めるが、一定の条件を満たす場合に一定の配慮を行う。

※医療機関と併設する場合、宿直医師の兼任を可能とする等の人員基準の緩和や設備共用を可能とする。
※介護医療院でもユニット型を設定する。

介護医療院の人員配置

	指定基準		報酬上の基準	
	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)
医師	48:1 (施設で3以上)	100:1 (施設で1以上)	—	—
薬剤師	150:1	300:1	—	—
看護職員	6:1	6:1	6:1 (うち看護師2割以上)	6:1
介護職員	5:1	6:1	5:1~4:1	6:1~4:1
リハビリ専門職	PT/OT/ST:適当数	—	—	—
栄養士	定員100以上で1以上	—	—	—
介護支援専門員	100:1（1名以上）	—	—	—
放射線技師	適当数	—	—	—
他の従業者	適当数	—	—	—

介護医療院の施設設備

	指定基準
診療室	医師が診察を行うのに適切なもの
療養室	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで6.4㎡/人以上で可
機能訓練室	40㎡以上
談話室	談話を楽しめる広さ
食堂	入所定員1人あたり1㎡以上
浴室	身体の不自由なものが入浴するのに適したものである
レクリエーションルーム	十分な広さ
その他 医療設備	処置室、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室または洗濯場、汚物処理室

外語療養型医療施設等から介護医療院への転換については、以下のとおりとする

ア) 基準の緩和等	介護療養型医療施設又は、医療療養病床から介護医療院に転換する場合について、療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和等、原稿の介護療養型医療施設又は医療療養病床が転換するにあたり配慮が必要な事項については、基準の緩和等を行う
イ) 転換後の加算	介護療養型医療施設又は医療療養病床から介護医療院への転換後、転換前後におけるサービスの変更内容を利用者およびその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取り組みについて、最初に転換した時期を起算日として、1年間に限り算定可能な加算を創設する。ただし、当該加算については平成33年3月末までの期限を設ける。

Point

もともと介護療養病床があるが、これが平成35年に廃止になるためにその代わりとなるもの。なぜ療養病床が廃止になるのかは高額医療と看護スタッフ不足の問題が主な理由。

100床あたり医師3人の設置は療養施設と変わらないため、療養病床がそのまま転換することを狙っていると思われる。

地域によってその必要度が違うが、介護施設で医療が行えるという介護医療院が新たにできることにより、地域包括システムの中で重要な役割を担うと考えられる。

外来医療の見直し

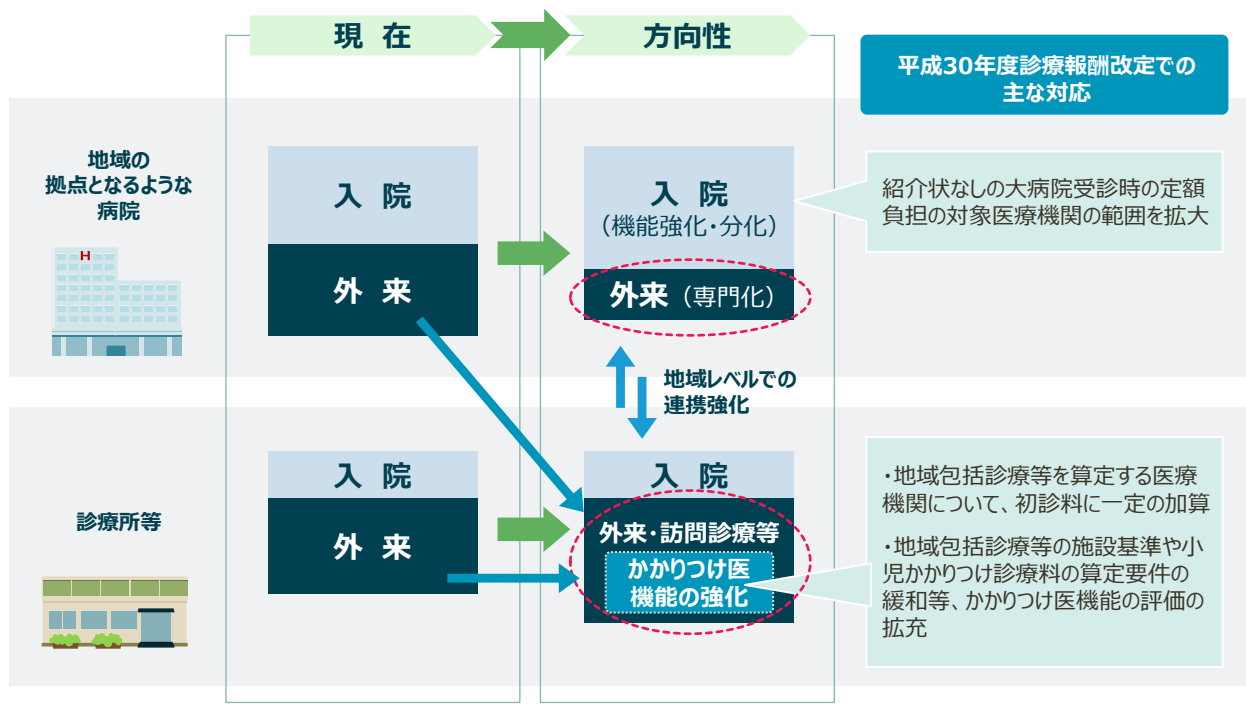
- 外来定額負担の見直し
- 診療所初診料の加算を新設
- 地域包括診療料加算および認知症地域包括診療料加算の見直し

- 紹介状無しでの大病院の受診時の定額負担の対象範囲を拡大させる(500床以上→400床以上)
- かかりつけ医機能を有する医療機関が専門医療機関への受信の要否の判断を含めた初診時における診療機能を評価することから新設
- かかりつけ医機能を推進する観点から医師の配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価する(施設基準の緩和)

外来医療の今後の方向性 (イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書 (H25年8月6日) 抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「穏やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐ行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい



Point

現在、大病院へ集中する患者の傾向をへらし、なおも診療所のかかりつけ医機能の推進をすることにより、医療機関のそれぞれの機能を区別するとともに、外来→入院→療養→退院→在宅(介護)へのスムーズな移行を推進する狙いがある。

オンライン診療の加算

- オンライン診療料の新設
- オンライン医学管理料の新設
- オンライン在宅管理料の新設

Point

今回の改訂で遠隔診療の加算が複数新設された。
 オンライン診療においては、
 いずれも情報通信機器を活用した診療について**体面診療の原則**の上で一定の条件を満たすことが前提（オンライン診療料＝70点それ以外は100点/月）
 算定患者の基準として、緊急時に概ね30分以内に当該保健医療機関が対面による診察が可能な体制を有していることが条件になる。

対面診療をしている患者に限定しているため、飛躍的にオンライン診療を推進する改定にはなっていないが、今後、外来患者の年齢が高齢化していくため、通院することが面倒、もしくは困難な患者は増えていくことを想定した改定内容。
 今後の改訂でどのように変化していくが今から注目される。

診療報酬における遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）への対応

	診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い、特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの	【遠隔画像診断】 ・画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 【遠隔病理診断】 ・術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合（その後、顕微鏡による観察を行う。） ・（新）生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
医師対患者 (D to P)	情報通信機器を用いた診察 医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの	【オンライン診療】 ・（新）オンライン診療料 ・（新）オンライン医学管理料 ・（新）オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合 ※電話等による再診 （新）患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し（定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。）
	情報通信機器を用いた遠隔モニタリング 情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの	【遠隔モニタリング】 ・心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算）体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 ・（新）在宅患者酸素療法指導料（遠隔モニタリング加算） ・（新）在宅患者持続陽圧呼吸療法（遠隔モニタリング加算） 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

平成30年度診療報酬改定Ⅱ-2-1）遠隔診療の評価①より再構成

後発医薬品使用体制加算見直し

- 一般名処方加算の見直し
- 後発医薬品使用体制加算の見直し
- 外来後発医薬品使用体制加算の見直し
- DPC制度(DPC/PDPS)における後発医薬品係数の見直し

Point

DPCの見直し内容・・・後発医薬品使用体制加算の対象にDPC対象病棟入院患者を追加評価対象患者を拡大する

→それぞれの加算が加点されているように見えるが、使用体制加算や外来後発医薬品使用体制加算はハードルが上がっているため同じ使用量では加点が下がってしまう。いっそうの後発医薬品使用が予想される。

2016年度の改定で新しい数量割合の定義のもと50%以上、60%以上、70%以上の3段階で設定されたが、今回の見直しで同様の点数を取るためには60%以上を算定している機関で10%以上、70%以上を算定している機関は15%以上増加させないと同様の点数もしくはそれ以上の点数を取れなくなるため、GE使用率の高い医療機関ほどいっそうのGE処方が多くなると考えられる。

製薬メーカーでは、今後届け出される各施設の施設基準のデータをしっかり把握し、ターゲット施設の選定に役立てることができる。

後発医薬品使用体制加算

一般名処方加算

現行			改定後	
一般名処方加算 1	3点	➔	一般名処方加算 1	6点
一般名処方加算 2	2点		一般名処方加算 2	4点

後発医薬品使用体制加算

現行			改定後	
後発医薬品使用体制加算 1 (70%以上)	42点	➔	後発医薬品使用体制加算 1 (85%以上)	45点
後発医薬品使用体制加算 2 (60%以上)	35点		後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上)	40点
後発医薬品使用体制加算 3 (50%以上)	28点		後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上)	35点
			後発医薬品使用体制加算 4 (60%以上)	22点

	2014年	2016年	2018年	
評価方法	旧指標	新数量割合		
85%以上			45点	▶ +3点
80%以上		42点	40点	▶ ▲2点
70%以上			35点	▶ ▲7点
65%以上				
60%以上		35点	22点	
50%以上		28点		
30%以上	35点			
20%以上	28点			

外来後発医薬品使用体制加算

現行			改定後	
外来後発医薬品使用体制加算 1 (70%以上)	4点	➔	外来後発医薬品使用体制加算 1 (85%以上)	5点
外来後発医薬品使用体制加算 2 (60%以上)	3点		外来後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上)	4点
			外来後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上)	2点

まとめ

今回の医科の改定で取り上げた内容がごく一部であるが、全ての改定はリンクしており**地域包括ケアシステムの構築にむけた内容**であることが伺える。

地域支援機能を有する訪問看護ステーションに対する評価の新設や、主治医の依頼を受けて他の医療機関が訪問診療をした場合の加算など、**在宅に対して病診連携や診診連携だけでなく病院と介護施設の連携も強化されやすい環境**が整ってきており、その地域(2次医療圏など)で基幹病院もしくは自治体などがリーダーシップを発揮して地域連携を強化していく枠組みができてくるのではないかと想定される。

2018年4月から各都道府県で第7次医療計画が施行されそれぞれの地域の2次医療圏毎に地域医療構想会議が開かれています。**今回の改定とこの医療計画で一機に変化をしていく医療圏**が出る可能性も。

Perspective

診療報酬改訂を機とした情報把握とその活用

シミック・アッシュフィールド株式会社
事業開発本部 岡田 茂

今回の診療報酬改定では前回と共通して「地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進」が全般的な優先事項として掲げられた。この改定の方針を受け、各地域での再編の動きが加速的に進行していく可能性がある。

一方、多くの各製薬企業においては、変化する医療市場に対応しつつ売上最大化をはかるべくプロモーション強化が求められる。

この環境下において、効果的なプロモーション戦略を検討するにあたり、各2次医療圏の医療機関の静的な状況把握や、各社が持っている既存医薬品の動的な2次医療圏での立ち位置や役割を把握することは重要なファクターの一つとなる。これは新薬上市時のみならず、長期収載品や数年後にGEが発売される自社医薬品についても同様で、こうした情報の把握がチャネルの選択を含めたリソース配分の糸口となるだろう。

例えば、今回の診療報酬改定を受け、各施設から届出される施設基準を収集することで、医療機関の静的な状況把握が可能である。さらにDPC病院についてはその評価係数を含めた情報を収集できる。これらのデータと、各2次医療圏での自社製品との相関を分析することで、各地域、エリアでの施設の状況を見える化することができるだろう。さらに長期的にこれらの変化を追うことで、既存医薬品の2次医療圏での動的な状況把握につながる。

さらに、見える化したデータから、自社製品の立ち位置と地域医療の状況のGAPを探索し、課題の掘り起しを行うことも欠かせない作業となる。このような作業はここで言うまでもない基本的なアプローチではあるが、高度な分析ツールなどが豊富に存在する現在においてなお、基礎となる分析である。

2次医療圏ごとの医療機関のデータ収集については、これらの情報を収集し、公表している企業がいくつかあるため、作業は自社製品との相関分析に集中できる。それぞれの地域で、何が起きているのか、影響を与えている医療機関の状況は何なのか、自社製品の立ち位置はどこにあるのか…、例えば「外後発使」の届出がなかった施設に今回の改定で「外後発使3」の届出がついたクリニックが出てきた場合近隣の調剤薬局も含めて状況確認を行うなど各地域で細かい変更の発生もとらえておく戦略策定のプロセスに役立つものとなるだろう。

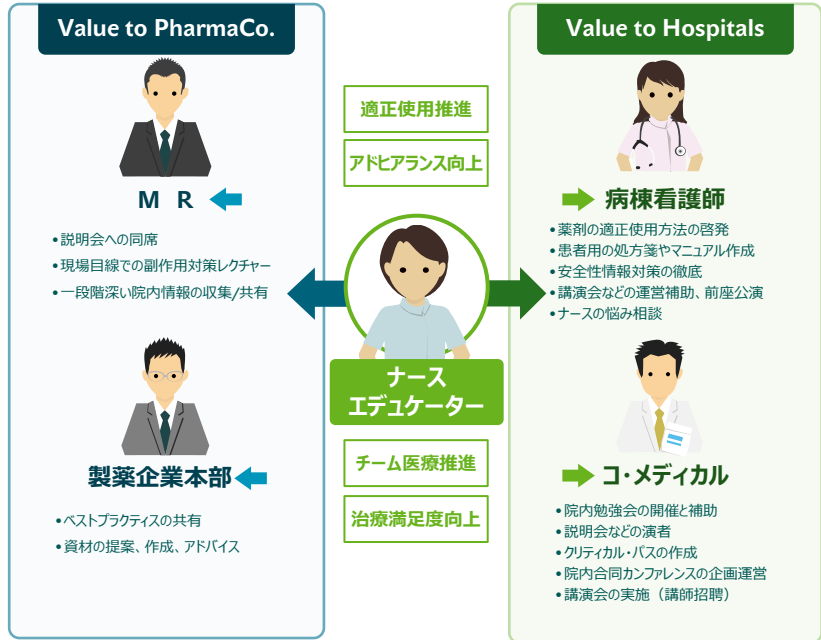
また情報把握とその活用においては、“仮説-検証”を繰り返す仕組みを社内に定着させ、またそれが有効に活用する意識を醸成することが重要である。場合によっては人員配置や組織体制など大きな枠組みからの取り組みが必要になることも考えられるが、それほどに仕組みの定着、意識の醸成は重要なポイントといえる。

ナースエドゥケーター

Non-commercial service

Nurse Educators

ナースエドゥケーターは、医療機関の看護師に投薬・服薬、デバイス使用に関する指導や副作用マネジメント等、患者さんに対するケアを中心とした教育などを行うことで医薬品の適正使用を推進し、患者さんの治療をサポートします。



プロジェクト設計と運用のポイント

適正な人材の採用と育成



- ✓これまでのナースエドゥケータープロジェクトの運営経験を活かし、当該プロジェクトに最適な人材をアサインし、成果創出に努めます
- ✓プロジェクト始動前には、活用目的に合わせた製品研修だけでなく必要に応じ各種専門研修も実施可能です。

ニーズに沿ったプロジェクト設計



- ✓活用方法の策定や施設選定、社内エスカレーション、KPI含めたGoal設定を両社で細部まで打ち合わせ、導入後の効果高め、Win-Winの関係構築を目指します
- ✓稼働後も定期的な効果検証を実施し最適化をはかります

プロジェクト運営の情報共有



- ✓定期的なレビュー会議開催に加え、PMの活動可視化など情報共有を行い円滑な運営をいたします
- ✓ナースに対するフォロー・育成を当社も担当します

ナースプロジェクト運用実績（一部）

インストラクター：ガイドライン啓発・デバイス使用方法啓発
インストラクター：感染症対策推進
本社学術支援：自己注射方法の啓発
本社学術支援：販促資材作成 DPCに関する学術研修
医薬情報活動
PMS業務全般
副作用マネジメント・安全性対策（オンコロジー領域）

お問合せ先

シミック・アッシュフィールド株式会社 事業開発本部
東京都港区芝浦1-1-1
TEL：03-6779-8141 Mail：info-cmicashfieldcmic.co.jp
<https://www.cmic-ashfield.com>