

コロナ危機が日本社会と 医療・社会保障に与える影響と選択

講師

二木 立 先生

日本福祉大学名誉教授

二木 立 (にき りゅう) 先生 ご略歴(2021年2月現在)

日本福祉大学名誉教授。1947年生まれ・73歳。医学博士(東京大学)、博士(社会福祉学)(日本福祉大学)。1972年東京医科歯科大学医学部卒業。東京・代々木病院で脳卒中早期リハビリテーションの診療と臨床研究に従事。1985年日本福祉大学社会福祉学部教授。社会福祉学部長、大学院委員長、副学長・常任理事、学長等を歴任し、2018年3月定年退職。現在、日本医療経営学会理事、日本医師会総合政策研究機構客員研究員、日本ソーシャルワーク教育学校連盟相談役。現在の専門は医療経済・政策学で、医療・地域包括ケア政策の評価・予測、批判・提言と保健・医療・福祉複合体の実証研究を行っている。著書は、『地域包括ケアと地域医療連携』(2015)、『地域包括ケアと福祉改革』(2017)、『医療経済・政策学の探求』(2018)、『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』(2019)、『コロナ危機後の医療・社会保障改革』等、多数。『文化連情報』に「二木教授の医療時評」を、『日本医事新報』に「深層を読む・真相を解く」を長期連載中。2005年以降、毎月1日「二木立の医療経済・政策学ニューズレター」を配信している(<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/>)。

2021年2月19日開催 医療問題研究会

主催 神奈川県保険医協会

コロナ危機が日本社会と医療・社会保障に与える影響と選択

ポール・クルーグマン「私はジャーナリストではない。私が時事問題の論議に貢献できるとすれば、それはより長期的な視野でそのニュースを考えることだろう」
（『グローバル経済を動かす愚かな人々』早川書房,1999,14頁）

エマニュエル・トッド「先進諸国は今、どこももたついています。今持つべき目的は、何か素晴らしいことをしようというのではなく、酷すぎる状態になってしまうのを避けることです」（『大分断』PHP新書,2020,85頁）

二木 立（日本福祉大学名誉教授）

はじめに一講演にあたって

私は、昨年3月に新型コロナウイルス感染症（正式名称はCOVID-19。以下、コロナ）患者が急増して以降、4か月間、コロナの勉強とそれが日本や世界の医療に与える影響の検討・研究に没頭し、昨年5月～9月に集中的に8つの論文・インタビューを発表しました。それらでは以下の2つを強調しました：①**コロナ危機は「中期的」には日本医療への「弱い」追い風になる、②コロナで社会は「大きくは」変わらない**。昨年9月に緊急出版した『コロナ危機後の医療・社会保障改革』（勁草書房）には、主な3論文を収録しました。

本講演では、拙著序章第1・2節とBuzzfeed Japanインタビュー（昨年7月4-5日）をベースにしつつ、その後明らかになったか、新たに得た情報も加えて（2月12日現在）、コロナ危機が今後の日本の社会と医療・社会保障に与える影響についての私の事実認識と「客観的」将来予測を述べます。最後に、国民皆保険制度の意義と財源選択についての私見（価値判断）を述べます。

なお、私は、拙著出版後、安倍晋三首相退陣と菅義偉内閣発足に対応して、以下の論文も発表しているので、併せてお読みいただければ幸いです（すべて、ウェブ上に公開している「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」に転載）。

○「安倍内閣の医療改革（方針）をどう総括するか？」『日本医事新報』2020年9月12日号（5029号）：54-55頁。→加筆し「第二次安倍内閣の医療・社会保障改革の総括」『文化連情報』2021年1月号（514号）：12-22頁（「ニューズレター」198号）。

○「菅義偉新首相の社会保障・医療改革方針を複眼的に予測・評価する」『文化連情報』2020年11月1日号（512号）：20-27頁（「ニューズレター」196号）。

○「全世代型社会保障検討会議『最終報告』と財政審『建議』を複眼的に読む」『文化連情報』2021年2月号（515号）：8-15頁（「ニューズレター」199号）。

1 コロナが世界と日本社会に与える影響

○コロナは世界・日本経済に重大な影響を与え、それによるGDPの落ち込みは2008年のリーマンショック（世界金融危機）や2011年の東日本大震災を上回る。

○しかし「100年に一度の危機」、「社会が一変（ポストコロナ時代）」は過剰反応。
*この10数年間にも「100年に一度の危機」は3度生じている。
*コロナをペストと比較するのは無理（P・フランコパン「歴史的な大局観を」『毎日新聞』5月26日）。
- 14世紀ペストの致死率は35～40%、人口の1/2～1/3が死亡→社会変革的ショック。
○1918-20年の「スペイン風邪（インフルエンザ）」と比較するのも無理。
- スペイン風邪の日本の死者39～45万人→現在の人口に換算すると89-103万人！
vs コロナによる国内の死者は6,804人（2月11日現在）、最終的にも1万人前後？
*スペイン風邪後も日本の都市化は変わらずに進んだ（中川雅之「人口集積と感染症リスク(下)」『日本経済新聞』7月9日）。
*スペイン風邪は日本でもアメリカでも「忘却された」（速水融『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ』藤原書店,2006,429頁）。

○政府（主として中央政府＝国家）の役割の復権－新自由主義的改革は頓挫、医療・社会保障費の大幅抑制の見直し。

cf. The Economist 3月28日号：The state and covid-19 - Everything's under control.

*イギリス：ジョンソン首相はコロナから回復後、「コロナウイルス危機がすでに証明したと私が考えることは、**社会なるものは現に存在する**ということだ」と声明。

*イタリア：コロナによる「医療崩壊」に対処するため過去30年間の医療費・医師数大幅抑制政策を転換（Mauro M, et al: Health Policy 2020.12.015「ニューズレター」200号に抄訳）。

○私はコロナ危機による都道府県の役割拡大は限定的と判断。

*片山善博『知事の真贋』文春新書,2020年11月：小池知事を酷評、吉村知事も批判。

○コロナ対策を名目とした「監視国家」化の危険－中国ではコロナ以前から実現し、コロナ対策でそれが加速：梶谷懐・高口康太『幸福な監視国家・中国』NHK出版新書,2019

& 浦上早苗『新型コロナ VS 中国 14億人』小学館新書,2020年6月。

※私は個人的には中国とアメリカ国家は大嫌いだ、両国は"Too big to ignore"（大きすぎて無視できない）であり、最新動向はきちんと学ぶ・知る必要があると考えている。

○日本のコロナ対策とその結果は複眼的に見る必要：「日本モデル」の成功は幻想。

*日本の人口当たり死者数：イタリア・英国・米国の30分の1以下だが、アジア13か国・地域中4番目に多い：中国の10倍、台湾の100倍。

*フィリピン>インドネシア>ミャンマー>日本>韓国>…中国>…台湾（1月21日）。

2 コロナ危機は中期的には日本医療への「弱い」追い風になる－私の予測

○私の「客観的」将来予測の方法：プラス面とマイナス面を「複眼的」に指摘。

*コロナ危機については「マイナス面」は周知なので、敢えて「プラス面」に力点。

－コロナ第二波が収束しないうちに第三波が到来：Go Toキャンペーンが誘発？

*私の主張のポイント：「中期」（概ね5年。not短期）& 「弱い」（not）強い）追い風。

○「追い風」という事実認識の出発点：コロナ禍で、国民・ジャーナリズム・政府の医療に対する意識・認識がガラリと変わったこと。

*国民が、非常時にも貧富や年齢の区別なく、必要な医療を受けられることの大切さに気づきコロナと闘う医療機関・医療従事者に対する強い感謝の気持ちを持ったことが決定的。

*ジャーナリズムも、以前は、医師・医療機関批判の報道が中心だったが、コロナ危機後は、コロナと闘う医療機関・医療従事者の奮闘を大きく報道するだけでなく、医療機関が大変な経営危機に陥っていることも、継続的に報じている。

*私は約 50 年間、日本の医療と医療政策を観察してきたが、こんなことは初めて。

*ふだんは医療に対して厳しい態度をとっている財務省・財政制度等審議会が昨年 11 月 25 日の「建議」の「社会保障」の項の「新型コロナへの対応」(34 頁)の冒頭で、「新型コロナの脅威が続いている中、闘いの最前線に立ち続け、献身的な努力を重ねていただいている医療従事者の方々には深い敬意とともに心からの感謝の意を表したい」と書いた。

【補足】本年 1 月に突然生じた(民間)病院バッシングをどう読み、どう対応すべきか？

○「日経」「読売」「朝日」が同時多発で(民間)病院批判の記事・社説&経済学者も同調。

*「日経」1月8日朝刊：論説委員長「経済崩壊せずに感染抑制を」、社説「緊急事態に合わせコロナ即応体勢を」(以下、「朝刊」は略)。

*「読売」1月9日「コロナ病床逼迫日本の弱点 民間病院受入慎重」。

*「朝日」1月16日「病床 民間に確保迫る 患者受け入れ偏り 公的病院では 75% 民間は 17%」

*大竹文雄氏(新型コロナウイルス対策分科会メンバー)の BuzzFeed Japan インタビュー 1 月 14 日(取材は 1 月 7 日)等。

○私は、コロナ対策が後手後手と批判され続けた菅首相・官邸が、医療逼迫の責任を(民間)病院に転嫁するために意図的に始めたと推察。

∴) 記事・報道が同時多発&政権に近い「日経」・「読売」が先導。

*これは、1月15日に発表された感染症法改正案の布石だった：患者の受け入れを拒否した医療機関名の公表 &これには「官邸の意向が働いた」との報道(「朝日」1月16日)。

○ほぼ同時期に、**大阪では民間病院バッシングを吉村知事が先導**し、当地の新聞・テレビがそれに追随した：患者受け入れに協力しない民間病院は病院名の公表も辞さない！

→「民間病院には追い風どころか、向かい風」(加納繁照日本医療法人協会会長。m3.com 1月24日)

○「日経」はその後も同種記事を連発している：1月25日「コロナ治療を阻むのは誰」(大林尚上級論説委員)、2月4日朝刊「病床確保 進まぬ民間協力」、2月8日「民間は受け入れが悪い」(図)等。

vs 他紙は、「読売」を含め、その後、冷静な「調査報道」・論説。

*「朝日 DIGITAL」1月26日「揺れる『ベッド大国』日本 医療逼迫は民間病院のせいかな」、1月31日「コロナ病床なぜ逼迫 民間病院受け入れると減収 後手後手に回った政府」。

*「毎日」1月26日「『受け入れたいのに受け入れられない』民間病院、コロナ患者対応

に苦悩」。

* 「中日」1月27日社説「病院間の連携進めねば 医療体制の逼迫」。

* 「読売」2月11日「重症者回復 8都県 転院調整せず 病床不足の一因」。

* ウェブ上でも見識ある論説：「医療が逼迫しているのは民間病院のせいなのか？」（忽那賢志医師 Yahoo!japan 1月17日）、「新型コロナ患者、民間病院のさらなる受け入れは可能か」（安田雅之氏。MEDIFAX Web 2月8日）。

○現時点での私の判断：（民間）病院バッシングは「日経」と大阪府を除いて収束。

○（民間）病院バッシングには2種類のデータが使われているが、共に「統計でウソをつく法」：異質な数字を単純比較（オレンジとリンゴの比較）、実数を示さず%のみ示す等。

A 日本の人口当たり病床数は世界一多いのに医療崩壊が起こっている。これに2型。

A1:総病床数が世界一多い。

vs 日本の病床の4割は精神科・療養病床で、これらは欧米では病院病床に含まれない。

A2:急性期病床数も世界一多い（アキよしかわ他『医療崩壊の真実』エムディエヌコーポレーション,2021,68頁。森田洋之「日本だけがなぜ医療崩壊が起きる」『文藝春秋』2月号：114頁＋『平成28年版厚生労働白書』92頁「日本は総病床数・急性期病床数ともに多い」。

vs 日本の元データ（約89万床）は「一般病床」で、回復期病床を相当数含む。

一般病床のうちDPC対象病院病床約48万床、旧7対1看護病床約35万床。

→人口千対病床数はそれぞれ3.8床、2.8床で大半のヨーロッパ諸国と同水準。

cf. 尾形裕也氏：高度急性期及び急性期病床は「せいぜい30万床程度」と推計。

(MEDIFAX-WEB 「この国の医療のかたち(82)」2月17日)

A1、A2とも、日本の病院の病床当たり職員数が欧米に比べはるかに少ないことには触れず。

vs 『平成28年版厚生労働白書』93頁「日本の病床100当たり臨床医師数は17.1人（2012年）であり、アメリカ85.2人、英国100.5人、ドイツ49.0人、フランス48.7人と比べて大幅に少ない状況にある」。

B 民間病院バッシングの根拠とされたデータ：民間病院の新型コロナ患者受入可能割合は18%にすぎず、公立69%、公的等79%と比べ、極端に低い（昨年10月21日第27回地域医療構想ワーキンググループ資料）。

vs 病床規模別に見ると、200床未満の受入可能病院の68.5%が民間（379/553。1月10日）。

新型コロナ入院患者数の割合：公立32.1%、公的等40.0%、民間27.9%（1月6日）。

（厚労省「地域医療構想」HP中の参考資料「医療機関の新型コロナウイルス感染症の受け入れ状況等について」1月25日にコッソリ(?)アップされた)。

※「公的等」には「民間の地域医療支援病院を含む」!?

※「東京都では、新型コロナに対応した病院数は民間の方が多い」（猪口正孝東京都医師会

副会長。『病院』2021年2月号）：コロナ患者受入病院のうち「民間」64.9%、入院中患者のうち「民間」38.4% vs 「民間」のうちコロナ患者受入21.9%（2月9日東京都医師会定例記者会見：猪口正孝副会長資料）。

○病床逼迫への対応策（私見）

- * 財政力のある都府県・市は、長期的視点からも、公立のコロナ専門病院・病棟を開設。
 - * 設備・スタッフの余裕のある中核的民間病院の中等症患者の受け入れ。
 - －大前提は国・自治体による万全な減収補填（風評被害の補償も含む）。
 - * 中川日医会長「**中小病院が直接新型コロナに対応するのは、公立・公的・民間を問わず難しく、退院基準を満たした患者の受け入れ先となることが突破口になる**」（1月20日「新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議」総括。「日医ニュース」2月5日）。
 - * **日本在宅ケアアライアンス「新型コロナウイルス感染症の自宅療養者等への対応」。**
-

（本題に戻る）

○上述した変化を追い風にして、「中期的」には保健医療に以下のことが生じると**予測**
（拙新著 3-7 頁 + α ）

- * 厳しい医療費抑制政策には歯止めがかかる。
- * 保健所の機能強化が図られる。
 - － 1月21日厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会：保健所で感染症対応業務に従事する保健師数を2年間で約900人増員（現行の1.5倍）『週刊社会保障』2月11日号：22頁）。
- * 地域医療構想の3つの**見直し**（not 停止）がなされる。
- ①「医療機能別必要病床数」に感染症病床が含まれる。
 - ※訂正**：「新興感染症等の感染拡大時における医療」が地域医療構想の上位の「医療計画」の記載事項に追加：次の第8次医療計画（2024～2029年度）から。2月2日、医療法改正案を閣議決定：5疾病5事業から5疾病6事業へ。「地域医療計画」で感染症患者を受け入れる医療機関を都道府県知事が事前に選定。
- ②高度急性期・急性期病床の大幅削減方針の見直しが図られる。
 - －公立病院の再編統合計画は無期限延期：公立病院がコロナ診療で積極的役割。
 - コロナにより、強引な病床削減は政治的に不可能になった－患者が人質になる。
 - 例：菅首相、自宅療養中のコロナ患者の死亡多発に「責任者として大変申し訳ない」（1月26日衆議院予算委員会、1月27日参議院予算委員会）。
- ③「効率」一辺倒で余裕のない地域医療構想のスタンスが見直される。
 - * 武田元医政局長「コロナ感染症が起きてみると、医療提供体制はある程度余裕をもった形でないと有事に備えられないということが分かりました」（『コミュニティ』（第一生命財団）165号：26頁,2020年11月。←50頁の大座談会で一読に値）。
 - * 橋下徹：「僕が今更言うのもおかしいところですが、大阪府知事時代、大阪市長時代に、**徹底的な改革を断行し、有事の今、現場を疲弊させているところがあると思います**。保健所、府市立病院など。そこはお手数をおかけしますが見直しをよろしくお願いします」（昨年4月3日ツイート）！？

○今後は、病院経営に「余裕」を持たせるための診療報酬改革が不可欠（**私の価値判断**。not 予測）：入院医療では、「地域医療構想」が想定する病床利用率（高度急性期75%、一般急性期78%）でも十分に経営が成り立ち、適正利益が確保できる水準（拙新著18-19頁）。

*武田元局長：「厚労省を辞めたから言うわけではないんですけど、私の理想は、病床利用率7割で採算がとれる病院なんです」（上掲誌：37頁）。

*コロナ危機が収束後も、患者の入院・外来受診がコロナ危機前に完全に戻らない可能性は十分にあり、その場合、病床利用率7割が常態化する。

ー人口当たりの入院・外来患者数減少は1990年代後半から徐々に進行しており、コロナ危機でそれが加速した：「コロナ禍の『医療崩壊』は『10年後の日本社会』（相沢孝夫日本病院会会長、『医療崩壊の真実』161頁）。

○ただし、現在の政策の延長では、医療分野に継続的に大幅な税財源が投入される可能性は大きくはない。

*菅義偉首相は、安倍晋三前首相の、「消費税は今後10年間あげる必要がない」との方針を踏襲→医療分野には「強い」追い風ではなく、「弱い」追い風が吹く。

*安倍・菅発言の真意：「消費税」だけでなく、すべての「国民負担」の引上げ凍結。

○コロナ危機で「医療モデル」批判（cure から care へ）は破綻→「治し、支える医療」（cure & care）へ。

*この表現の初出は、社会保障制度改革国民会議報告書（2013年8月）。

*地域医療構想も「治し、支える医療」を想定：医療機能別病床数 & 在宅医療等。

3 2020年度第二次補正予算の「医療・福祉提供体制の確保」策の評価と経営困難な医療機関への財政支援のあり方ー短期的対策の評価

○その前に：補正予算中の10兆円の「予備費」は財政民主主義を形骸化。

○「医療・福祉の提供体制の確保」2.7兆円は、画期的。

*これに加えて、予備費のうち2兆円が医療に充てられる予定（内容は未定）。

*「緊急包括支援交付金」の対象に医療機関だけでなく、介護・障害・子どもの3分野も加わった：医療1兆6279億円、介護等6091億円ーこのことは日本医師会も（が）要望。

*ただし、予算の執行は遅れている：昨年11月16日時点で、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金のうち実際に交付された額は5263億円（予算の2割）。本年1月15日でも、1兆1003億円にとどまる。

○医療機関への財政支援の最大の論点：支援の対象をコロナ患者を受け入れた医療機関に限定すべきか否か

*私は、医療機関は、公私の区別を問わず、国民の健康を守るために公的役割を果たしている「社会的共通資本」（故宇沢弘文氏）であり、「医療安全保障」の視点からも、医療機関の倒産や機能低下を防ぐために、経営困難に陥っている医療機関全体に対する公的支援が必要と思っている（拙新著14頁）。

*迫井正深医政局長：「新型コロナ患者の有無にかかわらず、医療機関をつぶさない対応は必要であり、支援策を財政当局と協議しているところだ。／8月28日の新型コロナ対策のパッケージにおいても、医療機関の経営支援は明記されており、予備費の活用を含め対応を講じる」（「医政局長就任会見」『社会保険旬報』2020年9月21日号：9-11頁）。

vs

- * 「日本経済新聞」の特異な論調：「コロナ治療を阻むのは誰」（上述）。
－医療を一般の「商売」と同列に扱い、4月からの診療報酬の特例的引上げを批判。

○医療機関への短期的な財政支援の方法と財源の選択

*今年度は租税による緊急支援：第二次補正予算の「医療提供体制の確保」約3兆円＋予備費のうち2兆円＋使途が決まっていない予備費5兆円の活用。

*コロナ危機が来年度以降も継続する可能性が強いので、その場合は診療報酬による支援が必要：神奈川県保険医協会の診療報酬の「単価補正」支払い提案は**アイデアとしては非常に優れている**と思う：迅速な支払いが可能＋患者負担を増やさない。

*「建議」の注目すべき提案：「新型コロナへの対応」で、「仮に措置が必要とすれば」という条件付きだが、「執行の迅速性や措置の継続性を含めた予見可能性、さらには診療科別のばらつきへの対応可能性からは、緊急包括交付金のような交付金措置よりも診療報酬による対応の方が優れており、新型コロナの流行の収束までの臨時の時限措置としての診療報酬による対応に軸足を移すべき」（35頁）。

→2021年度前半の「特例措置」として、初再診料1回5点、入院料1日10点等の加算。

***注目すべき2021年度介護報酬改定**：通所介護に利用者が減った実績を基準にした加算を時限的に導入。今までの「実際に提供した報酬より2区分上位の区分を算定できる」（ただし、利用者の同意が条件）との奇妙な「コロナ特例」に代え、大規模型と大規模以外別に実績対応に切り替え。大規模以外は、延べ利用者が減少した月の実績が、前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、基本報酬に加算として3%算定（「シルバー新報」1月29日号）。「通所介護等の報酬について、**感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点**」（介護給付費分科会1月18日資料1「令和3年度介護報酬改定の主な事項について」2頁）。

おわりに－国民皆保険制度の意義と財源選択についての私見（価値判断・持論）

○私は、医療保障制度に関して、コロナ以前から、以下の3点を強調。

*国民皆保険制度は現在では、医療（保障）制度の枠を超えて、日本社会の「安定性・統合性」を維持するための最後の砦となっている。

*国会に議席を有する全政党が国民皆保険制度の維持・堅持を主張している。

*小泉内閣時代の2003年閣議決定が「必要かつ十分な」「最適の医療」の給付を決定。

○国民皆保険制度＝社会保険方式である以上、その主財源は保険料で、補助的財源は消費税を含めた各種の租税。ただし、国民健康保険では低所得者への配慮は不可欠。

*租税財源の多様化も必要：所得税の累進制の強化、固定資産税や相続税の強化、法人税率の引き下げの停止、内部留保への課税等－「財源は全員野球」（権丈善一氏）。

（以上、拙著『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,序章：1-9頁）

○コロナ危機後は、「それに加えて、東日本大震災後の「復興特別税」と同様の『コロナ復興特別税』（仮称）が導入され、保健・医療の充実に加えて、コロナにより医療

同様に大きな被害を受けた介護・福祉事業や従業員の救済、および失業者・経営困難に陥った企業の救済（額としてはこれが一番多い）等が総合的に進められることを期待」している（拙新著 8 頁）。

*菅首相・自民党は、民主党政権が導入した「復興増税」に強硬に反対（『政治家の覚悟』文藝春秋企画出版部←自費出版,2012,211-212 頁）。

○財源を国債発行のみに依存することは不可能－ MMT(現代金融理論) は幻想（拙新著 9 頁）。

*私にはこの種の国債発行論は *deja vu* (既視感) : 2009 年の民主党政権成立前、一部の善意の (*warm heart & warm head*) 医療関係者は、高橋洋一氏の「霞が関埋蔵金 50 兆円」説に幻惑され、それを取り崩せば国民負担増なしに社会保障費を増やせると期待した（『医療改革と財源選択』勁草書房,2009,37 頁）。

(2020.2.4 作成 + 2.12,2.15 補足)

◆二木立先生新刊ご案内◆

コロナ危機後の医療・ 社会保障改革

二木 立 著

2020年9月刊行・A5判 240頁・本体 2300円



新型コロナ感染症で日本の医療・社会保障はどう変わるか？

経産省主導の「全世代型社会保障改革」の予防医療への焦点化の狙いと危険性とは？

「地域共生社会」と地域包括ケアの関係とは？

医療・福祉・社会保障制度改革の動向を、最新の資料を用いて包括的・複眼的・実証的・歴史的に分析。

【目次】

はしがき／序章 新型コロナウイルス感染症と医療改革／第1章 経済産業省主導の予防医療推進政策の複眼的検討／第2章 日本の病院の未来と地域医療構想／【コラム】 『地域医療構想のデータをどう活用するか』書評／第3章 地域包括ケアと地域共生社会／第4章 「全世代型社会保障改革」関連文書を複眼的に読む／第5章 医療経済・政策学の基礎知識と論点／【コラム】 『ちょっと気になる政策思想』書評／終章 私の「医療者の自己改革論」の軌跡

★本申込書は書店では使用できません。弊社まで Fax にてお送りください。

〔申込書〕

【お申込方法】 お名前、ご送付先、お電話番号、お申込冊数を明記のうえ、**下記へ fax** でお願致します。

【お支払方法】 ご送付の際に請求書を同封致します。その指定銀行か振替用紙でお願致します。

【申込先】 (株) 勁草書房 編集部 橋本 行き

fax : 03-3814-6968

『コロナ危機後の医療・社会保障改革』		お申込み冊数
二木 立 著		冊
特価 2300円 (税・送料込み)		
フリガナ お名前		ご住所 〒
お電話番号		

(株) 勁草書房 112-0005 東京都文京区水道 2-1-1

【ご注文締切日】 2021年2月末日

お買上有難うございました。今回頂いた個人情報、厳重に取扱い、お買上頂いた書籍の送付にのみ利用させていただきます。弊社のプライバシーポリシーの詳細につきましては、勁草書房ホームページ (www.keisoshobo.co.jp) を御覧下さい。