

東京都病院協会 会報

Alico アリコジャパン
アメリカン ライフ インシュアランス カンパニー

東京都病院協会
医療共済制度 引受保険会社

東京都墨田区錦糸1-2-4 AIGタワー18F
アリコ ジャパン 全国法人開発部
TEL(03)5619-3827

2010年(平成22年)5月24日

第157号

発行所: 一般社団法人東京都病院協会 / 発行人: 河北博文 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館内306号
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL : http://www.tmha.net / E-mail : tmha@mri.biglobe.ne.jp

毎月1回 定価 200円(会員購読料は会費含む)

もっと評価されるべきでは 慢性期医療の現状と展望

慢性期医療委員会 委員長 桑名 斉

はじめに

慢性期医療のイメージは、急性期医療や亜急性期医療(はつきりした定義はない)の受け皿と考えている医療者はまだ多い。しかし、むしろ真の急性期医療は、慢性期疾患の急性転化を含めたとしても、それほど多くはないはずで、大部分が慢性期医療といっても過言ではない。両者の違いを一言で表すと、急性期医療の場合は、医療機関であり、慢性期医療は、「生活」の場にあるといえよう。例えば、生活習慣病や多くの神経疾患などは、まさに慢性期医療そのものであり、一生の中の長いスパンでマネージしなくてはならない。

制度上の矛盾

慢性期医療提供の場としては、在宅老人保健施設、特別養護老人ホームや療養病床などがある。療養病床は、報酬上二形態あり、診療報酬で賄われる医療療養病床と介護報酬で賄われる介護療養型医療施設(以下、介護療養病床)がある。

十年前に介護保険制度が開始された折、介護が主体であるが医療も必要のため、中間施設である老人保健施設や終生介護の特別養護老人ホームではみ

ることのできない人たちのために介護療養病床がつけられた。この時点で、いわゆる社会的入院(公式な定義づけはされていない)は解消され、慢性期医療、なかでも高齢者の医療と介護の問題と、社会的入院に原因があると非難されていた増大する医療費問題は解決をみるはずであった。しかし、実情を見誤っていたわけで、のちに大きな課題を抱えることになってしまった。

一つは、被保険者を二十歳以上にすることができず、介護保険料は四十歳以上からの徴収となったため、その後の介護保険財政が悪化したこと。(高齢化の進行に伴い、介護サービスが増える速度は予想できていたはず)

二つめは、医療療養病床の類型を作った結果、慢性期医療病院にダブルスタンダードができてしまったこと。

三つ目は、介護保険制度導入時は、確かに医療費の削減はされたが、その後の医療費の抑制にはつながらなかったことなど。

また、医療療養病床と介護療養病床の入院患者の病態には、ほとんど差がないという恣意的なアンケート調査結果が強調されたことで、これら二つの療養病床入院患者の約半数は、またぞろぞろ社会的入院であるかのように喧伝された。一方で在宅医療、在宅介護

の方が経済的であると言いつつ家族の介護力を当てにしすぎたこと、高齢者は在宅生活を望んでいるからと、低い家族介護力しか望めないとかわかってきたにもかかわらず情緒的すぎる理屈により、なぜか「医療療養病床の廃止」ではなく、「介護療養病床の廃止」が決められてしまった。

なぜ「介護療養病床の廃止」が「介護費削減」ではなく「医療費削減」になるのか、あるいは在宅ケア推進に見合うだけの介護力がどこにあるのか、はたまた必要なサービスが本当はどれくらい用意されているのかなどについては、今もって厚生労働省からも政府からも説明がなされていない。

日本慢性期医療協会の活動紹介

しかし、このような制度矛盾の背景はあるとしても、医療・介護現場はつねに動いているわけで、慢性期医療病院の代表でもある日本慢性期医療協会では、これからの慢性期医療について

真摯に議論を重ねている。

一九九二年(平成四年)

に「介護力強化型病院連絡協議会」として発

足した協議会は、一九九八

理事会報告(5月)

第6回東京都病院学会の運営委員長に木村厚常任理事が推薦されました。学会テーマは「医療現場は護られているか - 医療興国のために - 」に決まり、来年2月20日の開催に向け始動しました。

二次医療圏ごとの会員懇談会は、5月に2地区(区西南部、区中央部)を対象に開催され、これで3地区が終了しましたが、各地区の問題点、特に救急現場での職員の意識の変化、病院の耐震化や建替え等の問題など、多くの意見が寄せられ、今後の当協会活動に反映すべき問題点が浮き彫りにされました。

6月は区南部、区西部、区西北部、区東部、西多摩地区の5地区を予定しておりますので、該当する地域の会員病院はぜひ参加いただき、忌憚ない意見をお願いしたいと思います。

他に東京都介護保険事業者団体連絡会活動の賛同団体加盟が承認されました。

- 年「介護療養型医療施設連絡協議会」に名称を変更、さらに二〇〇三年「日本療養病床協会」へ、二〇〇八年には「日本慢性期医療協会」として組織替えを行なった。
- 全国の所属医療機関は、八百五十病院、都内では六十二病院である。協会では良質な慢性期医療について議論し、啓蒙することはもちろん、政策上の提言も行い、適正な診療報酬あるいは介護報酬につなげていくことも活動の目的にしている。
- 七つの約束
 - 一、高度急性期病院の治療を引き継ぎ救急難民を防ぎます。
 - 二、医療と介護が一体となった機能を維持します。
 - 三、地域支援型医療拠点として在宅連携を支えます。
 - 四、高度慢性期病床として診療の質を確保します。
 - 五、チーム医療を徹底します。
 - 六、亜急性期病床の機能を担当します。
 - 七、リハビリテーション力を強化します。

三つのお願
 一、まじめに慢性期医療を提供している医療機関の会をお待ちしています。
 二、慢性期急性増悪の治療はお任せください。
 三、良質な慢性期医療が急性期医療を支えていることをご理解下さい。
 協会には多くの委員会があり、それぞれが積極的に活動を行なっていて、その結果は機関紙「JMC」(隔月発行)に掲載している。

また、年次の全国研究会は、今年で十八回を数え、その他、慢性期医療協会セミナー、今年度は慢性期医療認定病院の認定審査を開始したほか、慢性期医療認定講座、医療介護福祉士認定講座、経営対策講座なども開催している。今年からアジア慢性期医療学会も発足した。

昨年からは、慢性期医療の質向上を目的に「慢性期医療のクリニカルインディケーター」を作成し、各病院のベンチマーキングや、国際的に通用するようなものにすべく検討している。

(表一、表二参照)

協会とは別に「老人の専門医療を考える会」がある。こちらは、当時の「介護力強化型病院」のなかにはリハ

(表一) 老人の専門医療を考える会の臨床指標8項目

- ①経口摂取支援率
- ②リハビリテーション実施率
- ③有熱回避率
- ④身体抑制回避率
- ⑤新規褥瘡発生回避率
- ⑥転倒転落防止率
- ⑦退院前カンファレンス開催率
- ⑧安心感のある自宅退院率

(表二) 慢性期医療のクリニカルインディケーターの大項目

- ①医療
- ②薬剤
- ③看護・介護
- ④リハビリテーション
- ⑤検査
- ⑥栄養
- ⑦医療安全・院内感染防止対策
- ⑧終末期医療
- ⑨チーム医療
- ⑩地域連携

ピリもやらず、身体拘束をして寝たきり高齢者を作り、そのうえ薬漬け、検査漬けにして荒稼ぎをするような「悪徳老人病院」という汚名を着せられてもおかしくない病院が少なからずあったことから、良質な老人医療提供のために立ち上がった有志によって作られた。会独自の老人病院機能評価を策定し会員病院の機能を高めあひながら、現在も高邁な理想をかかげて活動をおこなっている。(全国に五十一病院、都内では五病院)

療養病床再編

さて、介護療養病床の廃止を受けて療養病床再編の舵はきられたが、厚生労働省の思惑通りに進まなかったため、新たに介護療養型老人保健施設が制度化された。しかし、配置人員も、介護報酬上も従来の介護老人保健施設と介護療養病床の中間に設定したため、老人保健施設側からは、施設のダブルスタンダードと非難され、介護療養病床側からは、人員と介護報酬が減ること経営が維持できず、基準の人員配置では、それまで保ってきた医療介護の質が確保できないこと、介護療養病床を導入した際の工事資金借入の

返済が残っていること、さらに「病院」から「介護保険施設」の名称になることへの抵抗感が強いことなどの理由から転換の動きは鈍い。人材を得がたい地方においてはまだしも、都市部ではむしろ医療療養病床や回復期リハビリ病棟への転換、さらには一般病床へ戻す意向がほとんどを占め、仮に介護の道を選ぶにしても、居住系サービスへの転換の方がむしろ多い。このことは厚生労働省にとっても想定外の結果であったろう。「介護保険施設」にして病院医療から切り離そうとした目論見が、逆に医療費を押し上げる方向に働く結果になった。

将来の展望

さて、二〇〇八年社会保障国民会議は、二〇二五年の医療・介護需給シミュレーションを発表した。(表三)二〇〇七年に比較してAシナリオは、全体に利用者数の増加をそのまま反映させたものである。しかし、大方の予想では、B2シナリオがもっとも現実的であろうと言われている。急性期から医療療養までの病院病床は、百万から百万に増える予測だが、一方、介護施設は百八十六万から二百五十九万とその増加幅は著しい。さらにB3シナリオでは高度急性期を十八万、一般急性期を三十四万としていて、病院病床はほとんど増やす計画がなく、介護施設でみる意向であることが明確に示されている。こちらのほうは、B2シナリオよりもさらに急性期医療を特化したイメージである。

東京都の事情

二〇〇七年十二月の地域ケア体制整備構想、二〇〇八年三月の医療費適正化計画および二〇〇九年三月の第四期東京都高齢者福祉保健計画などのデータから、二〇〇七年実績および介護療養病床がゼロになる前提と高齢化率の推測値からの二〇一四年見込み数を基に、二〇二五年の推定必要数を割り出してみた。その結果、医療療養病床は一万三千六百三十八床から三万七千四百五十五床、老人保健施設が一万六千三百三十四床から三万五千八百六十六床、特別養護老人ホームが三万四千六百五十一床から四万八千九百四十床、認知症グループホームは四千七百七床から九千九百六十六床へと見込まれる。ただし、二〇二〇年以降には高齢者の五十%以上が後期高齢者が占め、二〇二五年には六十%に達することも留意しておくねばならない。

いずれにしても、在宅介護サービスの要であるホームヘルパーのなり手が少ないことや、高齢者単身世帯、老老介護が増える中、無理に在宅へシフトした場合、結果的に家族の介護疲労による共倒れ、就労困難からの生産力の低下、あるいは状態が悪化してもすぐに対応できる施設数が限られていることなどで、介護難民、医療難民が増えることは十分推測できることであるから、今後はいかに各施設を効率よく利用すべきかが課題となる。

まとめ

一、現状では、医療療養病床が医療区

分二、三の患者にターゲットを絞るから、医療区分一の患者がはじき出される。一方、介護療養病床の入院患者は医療区分一の該当者が八割と多いが、介護度を見ると要介護四あるいは五がほとんどであるにもかかわらず全廃されれば、双方あわせて十万人以上の医療・介護難民が出るのが予想される。現在ある介護療養病床を、かりに名称や機能を見直すにせよ廃止せず、いかにうまく利用していくかが現

(表三) 社会保障国民会議で発表された医療・介護サービスの需要と供給(一日当たり利用者数等)のシミュレーション

	現状 (2007年)	2025年			
		Aシナリオ	B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
急性期	80万人/日	104万人/日	56万人/日	47万人/日	高度18万人/日 一般34万人/日
亜急性期・回復期等		(73万人/日 31万人/日)	47万人/日	40万人/日	36万人/日
(急性期小計)	(80万人/日)	(104万人/日)	(103万人/日)	(87万人/日)	(88万人/日)
長期療養(医療療養)	22万人/日	36万人/日	21万人/日	23万人/日	23万人/日
介護施設	84万人/日	169万人/日	146万人/日	149万人/日	149万人/日
特養	42万人/日	85万人/日	76万人/日	78万人/日	78万人/日
老健	42万人/日 (老健+介護療養)	83万人/日	70万人/日	72万人/日	72万人/日
(入院・介護施設小計)	(186万人/日)	(309万人/日)	(271万人/日)	(259万人/日)	(260万人/日)

実的な解決につながる。

一、急性期医療は、DPC取得や高度医療をおこなう急性期拠点病院に集約され、地域の中小病院は、初期医療や回復期リハビリなどに特化していくだろう。

医療療養病床は、長期慢性期病床として残す意見と、日本慢性期医療協会が主張する質を上げて在宅復帰率四十%以上を目指す方針との調整が必要になる。

そして、機能を上げれば上がるほど、亜急性期や回復期に似通ってくるため、次第に療養病床の概念も変わる。

三、経営面では、今回の診療報酬改定にもみられるように、人員を厚くして機能を上げることが評価されたわけで、医療療養病床も人員配置二十対一で、八十%以上が医療区分二、三が評価され、増収につながった。

二年後の診療報酬・介護報酬同時改定に向けては、どちらもその質や機能に対して報酬配分されると思われ、自身の改善や向上などの明確な方針があれば、経営上の不安は少なくなるのではないかと思われる。

すなわち、医療に特化するか、介護に特化するのか、病院という名称にこだわるのか否かなどについて、経営方針の中で明確にする必要がある。

四、一方、患者側の視点では、どちらにせよ医療機関の報酬が上がることは負担増になるため、手放して喜べないところでもある。よりよい医療や介護を望めば望むほど、自己負担ややがては税の負担にも連動するわけであるから、結局は「足るを知る」人生を再考することや、個々の人生の中で無駄が少なく効率性をもって、かしく医療や介護を受けていくことが肝腎である。

【投稿】

「医療崩壊」とは 「医療提供体制の機能不全症候群」という考え方について

平成立石病院 理事長 猪口 正孝

はじめに

今年の二月十四日、東京都病院協会は「再生へのパラダイムシフト」をメインテーマに東京都病院学会を主催しました。私が座長であったシンポジウム「崩壊から再生へのパラダイムシフト」でいくつかのヒントを得ましたが、それを是非残しておきたいと思ひます。ここに記しているのは、記録ではなく、未だまとまりきっていない以下のヒントであることを御容赦ください。

ヒント

- 一 医療崩壊よりも医療機能（提供）不全症候群と表現すべき
- 二 根治療法あるべき未来の体制に向かう（と同時に）(応急的)対症療法を行う
- 三 対症療法が根本に繋がることがある以上ですが、後は各ヒントの説明です。

「医療崩壊」の発生

二〇〇六年、小泉政権は、社会保障費を二千二百億円ずつ毎年削減する骨太の方針を閣議決定し、医療費抑制に舵を切りました。それは、低く中負担・低く中福祉時代の幕開けでありましたが、国民の意識は、骨太に方向転換してはくれませんでした。バブルとともに膨れ上がった権利意識。一時的でも欧米諸国を経済的に超えてしまっ

た日本国民は、サービスや医療においても欧米以上を求めようになりまし

た。実際の欧米諸国の医療情報を知らないまま、米国の保険制度の問題点が指摘され、英国の医療制度の不便さが伝えられて根拠のない優越感に浸っていたと思ひます。質・量共に、十分な医師がいるとの錯覚の上に国民皆保険に守られて日本国民は、最高の医療を享受していると実感していました。パブルが崩壊した後でも、国民は、日本の医療は世界最高であると信じていました。一九九七年、二〇〇二年にWHOが日本に与えた、健康における世界一の評価は、状況をさらに悪くしたかもしれません。

以来、国民からの圧力を感じ、常に最高の医療を提供しなければならぬとの脅迫観念が医療提供者に広がっていました。この時期、本来なら先進諸外国との比較の上に将来の医療を策定しなければならなかった国は、逆の方向へ「医療費亡国論」の元に社会保障費を削って行ったのです。低負担・高福祉という打

ち出の小槌を振るがごとくの理不尽な要求が医療界を襲い続け、そのタイミングで医師不足による救急医療の受け入れ拒否・たらい回しがマスコミで頻りに報道されるようになりました。小松秀樹氏の予言「サボターージュ型医療崩壊」が現実となったことを強く思わせる事態に至ったのです。医療界当事者達はもちろん、世論も「医療崩壊」の到来を確信させられたのでした。

「医療崩壊」という言葉の力

「医療崩壊」の言葉の持つ印象は強烈です。多くの人は、折しも九一一テロで世界貿易センター・ツインタワービルの崩壊を思い浮かべたのではないのでしょうか。精巧に組み上げられたビルの骨組みが崩れ落ちていく様は、我が国の医療制度のあらゆることが根幹から崩れ落ちていく様を連想させ、医療界は底の知れない絶望感に覆われたのです。「医療崩壊」が世間に認知された後は「バベルの塔」が崩壊した後の世界のように、世間はさまざまな言語で医療界に起きている歪みを語り始めました。例えば、救急医療におけ

5月11日 日本医師連盟推薦決定 安藤先生精力的に活動中

病院界初の参議院選挙への立候補予定者と注目されている当協会安藤たかお副会長は、民主党の公認、各病院団体の推薦に加え、5月11日には日本医師連盟の推薦も得て日々全国を飛び回っています。

病院機能を維持し、病院崩壊・医療崩壊を食い止めるためには、病院の声の代弁者が必要です。安藤先生の政策は、(1)医療提供体制の機能不全・医療崩壊の阻止(2)質の高い医療・介護の提供(3)医療・介護従事者が安心して働ける環境づくり(4)医療・介護経営の安定化です。会員各位のより一層のご支援ご協力をお願い申し上げます。

FranceBed 透析・採血用インクライングチェアFB-IC

貧血等の緊急時にも対応 = 素早く緊急体位ポジションがとれます。

-23°

座面もゆったり 肘掛けワイドのチェアベッド

※商品デモのご要望など お気軽にお問い合わせ下さい。

フランスベッド株式会社

病院営業部：東京都西東京市南町6-7-13 Tel: 042-462-6116

るたらい回しは、「低賃金」「過重労働による医師不足が原因」と勤務医の立場から、「新臨床研修医制度」には大学医局運営や地域医療の立場から、勤務医・開業医・病院経営者・大学・看護師など、そして多くの研究者や評論家・マスコミにより、ありとあらゆる立場から崩壊している現場がレポートされるようになったのです。「医療崩壊」という言葉には、世間に周知されるパワーがあったと言えます。

「医療崩壊」とは

しかし、「医療崩壊」と言われて何がどうなっているのかピンと来る人はいるでしょうか。多分に直感的であり、非具体的ではなかったでしょうか。

例えば、膠原病という病名は、間質の病名までを表現していますが、それ以上は病名からは解りません。病名がついた頃の医学レベルでは仕方ないことです。自己免疫性疾患とした方が病態を伝えやすくなります。診断のために炎症反応や免疫系を調べ、治療のために抗炎症剤と免疫抑制剤を使用すればよいことが直感できます。医療の様々な問題事を社会的病名と考えたとき、「医療崩壊」という病名では原因が不明で治療を想定できません。

「医療崩壊」の実像

最近、危機をおおる報道は一段落し、問題事象の分析が進んできたような印象を持ちます。実際に「崩壊」が起きているのは、一般・小児・産科などの救急医療が中心です。その他では産科や外科などで、どうやら病院の急性期医療が中心のようです。原因も既に多

く唱えられています。「医師不足」「偏在」「新臨床研修医制度」「過重労働」「女性医師問題」「訴訟リスク」「診療報酬削減による病院倒産」「官民格差」「地域格差の顕在化」などの他に、「診療圏」「高齢者や精神科疾患などをはじめとする社会的問題」も多く含まれていることがわかってきました。要するに医療崩壊は、病院を中心とした部分的不都合事象で、原因は多岐にわたっているということです。

医療提供における機能不全症候群

原因と複雑な絡み合いから、唐突ですが「医療崩壊」よりも「医療提供不全症候群」か「医療機能不全症候群」と表現したほうがよいのではないかと考えます。人体で言えば、多臓器不全症候群のイメージです。いくつかの原因が重なり一つの臓器不全が発生する。その臓器不全が他の臓器不全を惹起してしまい、ドミノ倒し式に状態が悪くなる状態が今の医療事情に似ている印象を持ちます。

- (一) 医療が高度に進歩しており、質を維持するために医師・看護師らの仕事量が極端に増加している。
- (二) 医療の主体が医療側から患者側に移っている。
- (三) 医療人側の意識も変化し、自分の work-life balance を重視している。
- (四) 高齢社会となり疾病構造が変化し医療需要も変化している。
- (五) 社会保障費・医療費が削減され続けている。

…などの社会事情・医療事情の変化が根本的に存在します。こうした事情が次の具体的事象を発生させ、その事

象が他の事象と組み合わせられて、またさらなる二次的事象を発生させています。そして三次、四次、五次と連鎖反応を繰り返して、もう既に不具合事象の matrix と言える状態になっているのです。例えば(一)の医師不足から過重労働を引き起こし、(三)の意識の変化が重なる、職場放棄に繋がります。その他には(一)と(二)で「患者クレーム」「医療訴訟」という具合です。こうした事情の集中しやすいう救急医療に複雑な連鎖反応を生じ、問題が発生するのは当然のことと言えます。

根治療法と対症療法

根治療法は、人の MOF (多臓器不全) の場合、応急的生命維持療法と根本的治療法の二者を同時に開始します。例えば、糖尿病が基礎疾患にあり、肺炎から敗血症となって腎不全と呼吸器不全が合併する症例の場合、透析と人工呼吸器で生命を支えながら原因となる糖尿病をコントロールし、感染症をたたく治療を行います。「医療機能不全症候群」においても、不具合事象が起きた項目をなにかの可及的対症療法でささえながら、原因事象に対する制度的根本治療を行うのが治療の原則と考

えます。

一般救急における選定困難症例(いわゆるたらい回し)の増加に関して、東京都は、東京ルールを策定し地域救急センターと救急トリアージの運用を始めました。これに対し医療現場から「ただの対症療法ではないか」「かえって医療機関の疲弊を増長しかねない」と反発する意見が噴出してきます。選定困難症例には、社会的事情を含む患

者が多いことが知られているからです。社会的事情は、一つではなく多くの事情が組み合わさったものです。さらに、救急医療は医療圏やキャピタルコストや多くの医療制度の歪が集中している場所でもあります。これらを根本的に解消する方法は、すぐにはとれませんが、よって、対症療法しか方法がなかったと思われれます。愚策となるのか秀策となるかは対症療法がなんとか有効なうちに根本治療を行えるかどうかにあります。東京都には、東京ルールの検証だけではなく大胆な施策を望みます。

一方、対症療法である救急トリアージに根本の意味合いが存在することに気がつきました。それは、トリアージの名のもとに自由受診を制限していることです。需要の増加は、根本的原因の一つです。已む無く行った対症療法が根本治療につながることもありうる貴重な示唆と言えます。


これからは

仕事量 = 能力 × 数 × 時間 × 環境係数 (効率) と考えます。

医師の仕事量を増加させようと考えると、東京都のレベルで出来ることは、環境係数の引き上げが容易だと思います。「設備の充実」「パラメディカル」といわれる職種の充実、「労働条件の改善」これらは、診療報酬の引き上げで可能になります。相対的に患者を減らす施策も有効でしょう。

いずれにしても、「医療崩壊」という漠然とした魔物に振り回されず、地道な対応と英知を注いだ、傾けた将来像への取り組みが必要だと感じております。

いずれにしても、「医療崩壊」という漠然とした魔物に振り回されず、地道な対応と英知を注いだ、傾けた将来像への取り組みが必要だと感じております。



西武池袋線急行停車「石神井公園」駅徒歩3分。池袋へ直通1駅10分。外観完成予想CG ※完成予想CGは、計画段階の図面を基に描いたもので実際とは異なります。なお、植栽は特定の季節の状況を示すものではありません。また、竣工時には完成予想図程度には成長していません。

■「プラウドタワー石神井公園」予告物件概要 ●所在地/東京都練馬区石神井町3丁目1301番1他(地番) ●交通/西武池袋線「石神井公園」駅徒歩3分 ●用途地域/商業地域 ●総戸数/117戸(他に店舗一画) ●販売戸数/未定 ●予定販売価格/未定 ●管理費等/未定 ●構造・規模/鉄筋コンクリート造一部鉄骨造地上25階地下2階建 ●敷地面積/2,070.51㎡ ●間取り/1LDK~4LDK ●専有面積/41.23㎡~111.54㎡(トラックルーム面積含む) ●バルコニー面積/10.10㎡~25.93㎡ ●建築確認番号/第BCJ09本建確123変1号(平成22年2月12日付) ●管理形態/区分所有者全員に管理組合を結成していただき、運営・管理業務は管理会社に委託(予定) ●駐車場/36台 ●売主・販売代理/野村不動産株式会社 国土交通大臣(11)第1370号、(社)不動産協会会員、(社)首都圏不動産公正取引協議会加盟、本社:東京都新宿区西新宿1-26-2新宿野村ビル ●売主/大栄不動産株式会社 国土交通大臣(13)第461号、(社)不動産協会会員、(社)不動産流通経営協会加盟、本社:東京都中央区日本橋室町1-1-8大栄本社ビル ●施工/前田建設工業株式会社 ●入居予定時期/平成24年2月下旬 ●販売予定時期/平成22年8月上旬 ※本物件は一括して販売するか、分割するか未定です。販売戸数等は本広告時点で表示させていただきます。なお、記載の専有面積等は全戸に対してのものです。

予告広告

本広告を行うまでは、契約又は予約の申し込みは一切応じられません。また申込みの順位の確保に関する措置は講じられません。あらかじめご了承ください。(販売予定時期/平成22年8月上旬)

お問い合わせは「プラウドタワー石神井公園」販売準備室 0120-609-117 営業時間/10:00~18:00 [水曜定休]

インターネットで 野村不動産 大栄不動産

会員登録