

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
医療共済制度 引受保険会社

メットライフアリコ 全国法人開発部
東京都墨田区錦糸1-2-1
アルカセントラル 4階
TEL: 03-5637-5250

2011年(平成23年)7月26日

第171号

毎月1回 定価 200円(会員購読料は会費含む)

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

表 医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み

| パターン2 | 平成23年度 (2011) | 平成37(2025)年度 | | | |
|---------------------------|---|---|---|--|--|
| | | 現状投影シナリオ | | 改革シナリオ | |
| 高度急性期 | 【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度 | 【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度 | 【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15~16日程度 | 【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15~16日程度 | |
| 一般急性期 | 【その他】 15日程度 19~20日程度 15~14日程度 75日程度 57~58日程度 19日程度 15日程度 | 【一般急性期】 28万床 66万人/月 70%程度 9日程度 | 【一般急性期】 21万床 49万人/月 70%程度 9日程度 | 【地域一般病床】 21万床 79~80% 17~18日 程度 29万人/月 | |
| 軽度急性期および 亜急性期・回復期リハ等 | 152万人/月 | 【その他等】 41万床 58万人/月 90%程度 19~20日程度 (うち亜急性期等(16月 未満)は45日程度) | 【その他等】 30万床 43万人/月 90%程度 19~20日程度 (うち亜急性期等(16月 未満)は45日程度) | | |
| 長期療養(慢性期) | 23万床、91%程度 150日程度 | 34万床、91%程度 150日程度 | 37万床、91%程度 139日程度 | | |
| 精神病床 | 35万床、90%程度 300日程度 | 37万床、90%程度 300日程度 | 27万床、90%程度 270日程度 | | |
| (入院小計) | 166万床、80%程度 30~31日程度 | 202万床、80%程度 30~31日程度 | 155万床、83~84%程度 24日程度 | | |
| 介護施設 特養 老健(老健+介護療養) | 92万人分 48万人分 44万人分 | 161万人分 86万人分 75万人分 | 132万人分 73万人分 59万人分 | | |
| 居住系 特定施設 グループホーム | 31万人分 15万人分 16万人分 | 52万人分 25万人分 27万人分 | 61万人分 24万人分 37万人分 | | |

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
 (注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。ここでは、地域一般病床は、概ね人口5~7万人未満の自治体に暮らす者(今後2000~3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

「表」は、十八万度急性期で示す高急性期は、

内閣府の「社会保障改革に関する集中検討会議」は、二〇二五年を目指した医療・介護サービスの改革シナリオを発表した。その原点は、社会保障国民会議のシナリオB()である。さらに今回は、パターン一、二が考案されている。特に注目すべきはパターン二であり、これを中心に考えてみたい。

まず、「地域一般病床」を創設(二十一万床)と描いている。これは、人口五~七万人の自治体を対象としている。つまり、一部に高度急性期から亜急性期・回復期までを担う必要があると仮定しているのである。実際に大都市を除いて、このような役割を担っている病院は多く存在している。ある意味では、病院単位では機能分化することは困難である、というところを示していると考えられる。

二〇二五年・十四年後の医療・介護提供体制とは？

医療保険・経営管理委員会
委員長 猪口雄二(寿康会病院理事長)

二次医療圏を超えた極めて高度な医療に対応する病床であり、特定機能病院の発展系と考えられる。特殊な癌治療、高度先端医療、まれな難病など、一般的に治療することが困難な疾患を対象としている。

一方、一般急性期(二十二万床)は急性期に特化した病院を指すものである。地域医療支援病院など、急性期病院の多くはここに位置するのではないだろうか。ここで注目するのは、軽度急性期および亜急性期・回復期に対応する病床(三十万床)である。この概念は、全日病が提唱した「地域一般病床」に相当する。

「地域一般病床」は、二〇一一年に全日本病院協会が提唱した、病棟(病院)の概念である。地域に密着した、連携を主体とした病棟(病院)であり、その役割は、高齢者を主とした軽度、中等度の急性期疾患への対応、リハビリテーションを中心とした急性期後の入院医療の提供、三次救急などの救急医療と連携した救急医療への対応、在宅療養支援診療所等とともに在宅療養を支援する、等である。

紛らわしい表現になっているが、厚労省から出てきた「地域一般病床」は、郡部における基幹的病院の存在を示したものであり、全日病の「地域一般病床」の概念は、「軽度急性期および亜急性期・回復期に対応する病床」に近いものである。ここまでは一般病床であり、合計は九十万床である。高齢者が増加する中、一般病床は現在とほぼ同数で運用することとなる。

平均在院日数は、高度急性期は扱う疾患の相違から、一般急性期より長く

なっている。一般急性期の九日はかなり厳しい数値であるが、人員配置はそれなりに増加させているようだ。

それに対し、長期療養は三十七万床と増加している。これは、一般病床の一部が長期療養に変更となることを想定しているであろう。ここには、九十日超除外規定適応者、障害者病棟、特殊疾患病棟などが該当するものと思われる。さらに精神病床は十萬床減となっている。長期間、病床削減が言われてきた精神病床であるが、現状はそれほど減少していない。今後、十余年で達成可能な数字とは思えないが、。そして、病床全体は百五十五万床と帳尻が合わせられている。この数値は、現在よりも減少しているのである。

以上が、今回の改革シナリオのパターン二についての感想である。どこまで現実性があるのかという問題もあるが、これが厚労省の描く医療・介護の将来像と捉えられる。

この改革シナリオは、実に膨大な資料から構成されており、必要人員、必要財源なども計算されている。ここに示せるのは、わずかページである。興味のある方は、是非全文をダウンロードして見ていただきたい。

さらに、介護施設は百三十二万人、居住系は六十一万人に増加している。ここに在宅療養も増加するのである。果して、必要な介護職員は日本に存在するであろうか。また、今後の医師・看護師の不足は補えるのであろうか。もしかすると、海外からの人的援助を想定しているのではないだろうか。

介護保険法の一部改正について ―地域における―

最適な連携のあり方を問う―

大久野病院 理事長 進藤 晃



進藤 晃

介護療養病床の廃止は六年延期へ

六月十五日の参議院本会議で「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が可決され介護保険法の改正が成立しました。介護療養病床を開設している病院においては、大変な活動をしてきた結果、六年間の廃止延長が決まりました。これは、大変大きな出来事と思います。

しかし、今更の話ではありませんが、平成十二年に介護保険が始まり、その僅か六年後に突然介護療養病床の廃止が決定されました。介護保険が開始される時の雰囲気では、療養病床は、全て介護保険でという程の考えをみせていたように記憶しています。その雰囲気と、各地域での病床の制限が設けられていた為、早い者勝ちと言うような心理的な要因も働いて、介護保険へ移

ろうと考えた病院が多いと思われる。介護療養病床は、長期入院が可能で、医療・看護・介護が一体となって提供され、認知症と脳血管障害を併発されている等の状態で特養・老健では診る事が難しい方を受け入れる施設として制度化されたと思います。理由は、明らかにされていませんが、財政の問題だけで廃止を決定したとするならば、民主主義では無いと思います。

日本においては、議会制民主主義なので代議員による採決によって物事は決まってしまうのですが、その過程で政治家は国民に説明をして納得を得るという作業が必要ならばと私は思います。全権を委任しなければならぬ制度自体も問題だと思えますが、政治的に全権を委任されたからといって、手続きまで省いて良いということにはなりません。ここを勘違いされては困るのです。

この介護療養病床廃止の問題は、制度を作った議会で自ら六年後に廃止を決めたにもかかわらず、だれも責任を負わず、説明すらしない。そこに国民である利用者がいて、その開設主体となっている人が国民である事を忘れていくかのような出来事だと思えます。

財政的に無理だからどうにもならないといわれる。しかし、政治家が介護療養病床を残すのか、国民の負担を上げるのか、皆さんはどちらにしますか、と聞いて回った事は無いと思います。国民の負担を上げる場合には、税金と

いう考えだけでは無く、保険料の増額や自己負担の増額も含めて検討すべきだと思えます。復興担当大臣に見られたいように、日本における政治家は、自分の意見または、ごく少数の意見を基に判断しているように見えます。国民の意見を丁寧に調べて判断して、丁寧に説明して少数意見をもつ人にも納得を得るといのが民主主義における政治家ではないかと思えます。多数意見に従うのは正しいと思えますが、少数意見は無視するという方法は、正しいのでしょうか。少数意見の人には、正しい情報を提供して徹底的に議論もして出来る限り納得してもらえようという説明をし、その意見を多数者に伝える事ができるのは政治家以外に存在しないと思えます。

一方の医療療養病床は、医療区分が導入され医療依存度の高い人が入院する制度になってしまいい、今後さらにもその性格を強くする方向と思えます。介護保険が導入される時に考えられていた介護療養病床へ入院すべき人たちの行き場が再び無くなり、介護保険導入以前の状態に戻ってしまう懸念があります。介護療養病床と言う制度を今後どうするべきか、この結果は、大げさにとらえれば民主主義を勝ち取れるかどうかであろうと考えています。少数であっても、必要であるかどうかを徹底的に議論して考えて頂きたいと思

います。三、四年後に実態調査し、その結果に基づいて必要な見直しを検討する、という付帯決議を実行して欲しいと思います。

介護職の疲吸引・経管栄養

今回の改正では、介護福祉士と一定の研修を修了した介護士による疲の吸引と経管栄養への注人が認められました。今後、療養型病院・特養・老健・在宅で行われる事になると思われます。これらの業務が介護士に移行すると、各施設ともに気管切開・経管栄養の受け入れ数が増える可能性があります。依って、急性期病棟の平均在院日数が短縮される可能性があります。施設を有効に地域で利用するという考えから見れば、人的資源も有効に利用できて良いと思えますが、この改正は、

看護と介護の役割分担の変更に踏み込む判断と私はとらえています。看護は、医学的知識に基づいて、その人を評価し最も治療を促進しやすい療養環境または最も安楽な環境を整える事が専門的業務であって、医師の指示の下で提供する技術は、業務の一部と考えられます。疲の吸引や経管栄養の注入という医師の指示の下で行う業務を看護師が行う場合、その人の状況を判断して行っているはずなので、どんなに教育されたとしても、介護士が行う場合と看護師では結果に差が有ると思えます。この役割分担の変更に踏み込んだならば、今後、医師と看護師の役割分担にも踏み込んだ判断が行われる可能性が有ると思えます。特に、療養型における医師の役割は、看護とどのような関わりが有るのか考える必要は無いでしょうか。

理事会報告(7月)

平成23年度東京都予算要望は、各委員会の要望を中心に、東日本大震災を踏まえた災害対策を盛り込んで、本年度も東京都医師会を通し、要望書を提出することとしました。

昨年度まで東京都、東京都医師会、東京都病院協会の三者で実施してきた「東京都医療安全管理体制支援事業・東京都医療安全自主管理促進事業」は、本年度より「東京都院内感染対策強化事業」として、都内病院の感染管理担当者を対象に感染管理に関するグループワークを中心に、計3日間の研修を実施することになりました。医療圏ごとに参加者を募集して、3年間継続されます。積極的な参加をお願いします。

平成23年度東京都医師会調査研究委託は、平成23年3月11日の東日本大震災の医療救護支援活動を記録した映像をDVDにまとめて、都内全病院に配布しました。

機能評価受審推進委員会は、都内病院の受審を促進するために、未受審病院への働きかけや支援のための受審相談などのほか、事務管理部による病院機能評価体系や評価項目の見直し、Ver.7についての研修会などを実施していく予定です。未受審または更新を見合わせている会員病院には、ぜひ参加いただき、病院のより一層の質向上と医療に対する信頼の確保のために受審に向けた検討を進めて下さい。

二十四時間対応の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」

その他に、二十四時間対応で行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が行えるようになります。今までのように三十分等の時間単位で報酬が支払われるのでは無く、二十四時間のうちで、利用者にとって必要な時に必要な時間だけ訪問するサービスと聞いています。夜中のオムツ交換や痰の吸引にも訪問し、昼間も同様に訪問するサービスに対する報酬は、施設内サービスよりも圧倒的に時間、物品が非効率となるので高額な報酬でなければ成り立たないであろうと予想されます。在宅へ在宅へと誘導されて来ましたが、それは財政的な考えから在宅へという事であったと思います。しかし、この制度は、逆に高額になると思われます。制度だけ作って報酬は支払わないのかもしれませんが、コストを度外視すれば、在宅でできる限り過ごしたい人に対する支援としては、とても理想的な制度であろうと思います。

これらの改正では、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続ける事が出来るように、二十四時間対応「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」・介護福祉士や研修を受けた介護士による痰の吸引・介護療養型病床廃止の延期を行うと共に、財政面では財政安定化基金の取り崩しを行えるようにした事を「地域包括支援システム」と定義しているようです。

このシステムが機能する事によって、平均在院日数が短縮され、在宅へ重症

者が早期に退院してくる事が予想されます。西多摩地域において西多摩保健所から依頼を受けて脳卒中による地域連携の会議を開催しています。この会議において毎年一回実態調査アンケートを実施しています。その結果から介護療養病床を含めた地域連携について、現状と今後について申し上げます。

西多摩地区における脳卒中による地域連携の課題と問題点

西多摩地域は、東京都の西部で新宿から電車で一時間、人口は約四十万人、東京都の三割、面積は東京都の二割五割を占め、山間部での人口減少地域と都市部が一緒に存在する所です。全国に存在する二次医療圏の平均的な姿です。

アンケート調査は、西多摩地域に存在する全ての急性期、慢性期の病院・クリニック・歯科医院・老人保健施設・特別養護老人ホーム・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所を対象に行いました。脳血管障害による急性期病院への入院患者数は、平成二十一年度七百八十六例、平成二十一年度千四十三例でした。平成二十一年度のみのデータですが、平均在院日数は二十三日でした。西多摩地域の特徴として、急性期病院が少なく人口十万対四百五十床に対して、療養型病院と特別養護老人ホームが非常に多く存在し、人口十万対療養型が六百五十床・特別養護老人ホームが千五百床と日本一多い地域です。

転院先を比較してみると、急性期からの在宅復帰率は、五十四・七%から

三十七・八%へ低下し、回復期リハビリ病院への転院は、四十四・四%から五十六・一%へ増加しました。死亡は十六・三%から七・一%に低下しています。つまり、在宅よりも回復期リハビリ病棟へ転院するようになったと見えます。その結果、早期に退院できるため死亡率も減った可能性が有りです。回復期リハビリ病院では、在宅復帰率が五十五・〇%から七十三・六%へ増加、急性期病院への転院が十・〇%から十八・〇%へ増加し、老健への転入も十・〇%から三十・六%へ増加しています。早期に急性期から転院を受け入れている為に、在宅への復帰率は増えていますが、急性期病院への再入院も増えていきます。死亡率に変化は有りませんでした。医療依存度が高いためなのか理由ははっきりしませんが老健への転入が増えていきます。

医療療養型からの転院先に変化は見られませんが、死亡が四十三・四%から五十四・二%へ増加しています。やはり、重症者が増えていると考えられます。老健では、在宅復帰率が八・五%から十三・七%へ増加しました。一方、急性期病院への転院は、二十六・四%から四十五・五%へ増加、医療療養型への転院も六・六%から十一・五%へ増加しました。老健へ重症者が転入し十分な医療が提供できない為に、急性期へ再入院した可能性が有ります。

以上を総合的に考えてみると、脳卒中に関して急性期病院は、回復期リハビリ病院へ転院させる率が高くなり、地域でのリハビリが浸透しているように見えます。その反面、直接、家に帰す事がなくなり在宅復帰率が低下して

いるようです。回復期リハビリ病院では、患者数は増加しても入院・退院時のADL比較で評価すると退院時に自立が増加していました。リハビリの機能が強化され、在宅への復帰率も増加しています。しかし、一方で老健施設への転入が十・〇%から三十・六%へ著しく増加しています。慢性期では、死亡率が上昇し、老健では、急性期への転院が二十六・五%から四十五・五%へ増加しています。

この事から推察すると、急性期での平均在院日数を短くした事によって、重症者が次の施設、次の施設へと送られた結果、重症者を診るだけの十分な医療機能を持たない老健では、急性期への転院が増加し、慢性期では、死亡が増加したのではないかと考えられます。急性期での死亡率の低下は、それを裏付けているのかも知れません。平均在院日数を短くした結果、十分な治

療が行えず次々後の施設へ送られ、状態を悪化させて急性期病院へ戻っているのかもしれない。この事が急性期病院を忙しくしている可能性が有ります。地域における連携は、施設間連携ではなく地域全体で施設の役割やその機能を十分考えて利用していく必要があるのではないかと思います。

急性期での平均在院日数を減らす事が至上命題なのでしょうか。今回の介護保険法の一部改正は、重症者を早めに急性期病院から退院させる為に機能しそうです。しかし、一方で西多摩地域の連携状況に見られるように早期に退院する事が、逆に急性期病院に再入院する人を増やし、結果として急性期病院を忙しくしている原因になっていく可能性が有ります。今一度、地域における医療・介護・福祉の最も良い連携状態とは、いかなるものなのかを考える必要は無いでしょうか。

病院の防災対策講習会のご案内

開催日 平成23年8月25日(木)
午後1時30分~午後5時

会場 東京都医師会館4階講堂
(JR・地下鉄各線 御茶ノ水駅 徒歩5分)

テーマと講師

- 13:35~15:05 「病院における防災対策」
危機管理勉強会 齋藤塾 塾長 齋藤 貴氏
- 15:15~15:55 「災害に強い病院づくり」
河北総合病院 POM部長 丸 行弘氏
- 15:55~16:25 「病院の緊急連絡網の構築について」
東京消防庁 担当者
- 16:25~17:00 「災害時優先電話の登録と利用について」
総務省 総合通信基盤局 電気通信事業部
電気通信技術システム課 担当官
NTTコミュニケーションズ
ネットビジネス事業本部担当者

会費 会員 3,000円 非会員 6,000円

定員 先着100名(定員になり次第締め切らせていただきます)

【連絡先】 東京都病院協会 事務局
TEL 03-5217-0896 FAX 03-5217-0898

日程

| | 二次医療圏 | 日程 | | | 会場 |
|-----|-----------------------------------|---------|----------|----------|----------------------------|
| | | 1日目 | 2日目 | 3日目 | |
| 第1回 | 区西部 (新宿区、中野区、杉並区) | 8/26(金) | 9/2(金) | 9/12(月) | 東京都医師会館 (御茶ノ水駅 徒歩5分) |
| 第2回 | 区南部 (品川区、大田区) | 9/6(火) | 9/14(水) | 9/27(火) | |
| 第3回 | 区中央部 (千代田区、中央区、 港区、文京区、台東区) | 10/5(水) | 10/12(水) | 10/25(火) | |

※ 時間は各回とも13:00~17:00です。

本事業は二次医療圏ごとの開催となりますので、各病院の所在地によって日程が決まります。日程の変更はお受けできませんので、あらかじめご了承下さい。例：区西部(新宿区・中野区・杉並区)の病院については、第1回以外の日程でご参加いただけません。

プログラム

| | 内容 | 講師等 |
|------|---|--|
| 第1日目 | 講演 ・感染制御担当者・ICTの役割について ・病棟における院内感染対策の視点について ・アウトブレイク時の対応について | 各回の医療圏内病院のICDやICN等 |
| 第2日目 | グループワーク ・モデル事例を用いた事例検討 | 都内病院のICN等 (4~5名がアドバイザーとして グループワークに参加します) |
| 第3日目 | グループワーク ・共通テーマに関する情報交換 (委員会の運営、研修、手洗い等の従事者指導、 院内ラウンド等に関する情報交換) | |

平成二十三年
東京都院内感染対策強化事業

参加のご案内
第一次募集 八月十五日(月) 締切延長しました

東京都医師会および東京都病院協会では、今年度より東京都からの委託を受け、都内病院の院内感染対策の強化事業を展開することとなりました。院内感染対策については、第五次医療法改正により、病院としての総合的な取り組みが義務化されているところであり、また、新型インフルエンザのまん延期にはすべての医療機関で診療が必要となることのほか、先般の国の院内感染対策中央会議提言において

ても院内感染対策の強化の必要性が以前にもまして重要となっております。しかしその一方で、感染対策に関する専門性の高さや職員配置の困難性などから、各病院にとってもハードルの高い問題となっているのが実情です。このような状況を踏まえ、本事業では、専門家のバックアップのもと、院内感染対策担当者を対象とした講演とグループワークを組み合わせた研修を行い、各病院の院内感染対策担当者の

も、通常時から感染予防やアウトブレイク時の早期対応の重要性が示されていることなど、中小病院におい

育成を支援するとともに、二次保健医療圏(以下「二次医療圏」という)を単位とした病院相互の支援体制の構築を目指して参ります。多くの病院のご参加をお願い申し上げます。

本事業では、平成二十三年から平成二十四年度にかけ、二次医療圏ごとに全十二回にわたって募集を行います。今回の募集は左記の地区に所在する病院を対象とした三回分です。その他の地区につきましては、別途ご案内申し上げます。
第一回 新宿区・中野区・杉並区
第二回 品川区・大田区
第三回 千代田区・中央区・港区・文京区・台東区

第一次募集
平成二十三年八月十五日(月) 締切り
参加資格 都内病院の感染対策担当者(職種は問いません)
ICD・ICNのある必要はありません。
募集人員 各回三十名程度(三日間の継続研修)
参加費 無料
第四回以降の日程につきましては、決まり次第別途ご案内いたします。
本事業には、グループワーク研修の他に全体研修会があります。(平成二十四年二月ごろを予定)
【事業に関してのお問合せ先】
東京都病院協会 事務局
TEL 〇三 五二一七 〇八九六
担当：木村、末岡



予告広告

「プラウド本郷一丁目」予告物件概要 ●所在地/東京都文京区本郷一丁目125番31他(地番) ●交通/東京外丸ノ内線・都営大江戸線「本郷三丁目」駅徒歩6分、都営三田線「水道橋」駅徒歩5分、都営大江戸線・都営三田線「春日」駅徒歩5分、東京外丸ノ内線・東京外南北線「後楽園」駅徒歩7分、JR中央・総武線「水道橋」駅徒歩9分 ●敷地面積/975.73㎡(建築確認対象面積865.66㎡・私道部分110.07㎡) ●用途地域/近隣商業地域 ●建築確認番号/第UHEC建確22322変1号(平成23年3月3日付) ●今後計画変更を申請する予定 ●構造・規模/RC造地上13階建 ●総戸数/47戸(他に管理事務室1戸) ●販売戸数/未定 ●間取り/2LDK・3LDK ●専有面積/57.66㎡~76.93㎡ ●バルコニー面積/5.22㎡~13.60㎡ ●予定販売価格/未定 ●駐車場/10台(使用料未定) ●自転車置場/47台(使用料未定) ●バイク置場/5台(使用料未定) ●管理費等/未定 ●分譲後の敷地の権利形態/専有面積割合に基づく所有権の共有 ●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・管理業務は野村リビングサポート(株)に委託(予定) ●入居予定時期/平成24年7月下旬 ※入居時期につきましては、今後の電力需給・資材調達等の状況により、変更となる場合があります。 ●売主/野村不動産(株) 国土交通大臣(11)1370号、(社)不動産協会会員、(公社)首都圏不動産公正取引協議会加盟、〒163-0566東京都新宿区西新宿1-26-2新野村ビル ●施工/(株)浅沼組東京本店 ●販売予定時期/平成23年8月下旬 ※販売戸数が未定の為、専有面積等は全戸に対しての数字を記載しています。未定部分については本広告時までに確定いたします。予めご了承ください。

〈プラウド本郷一丁目〉モデルルーム案内会ご予約受付中

お問い合わせは「プラウド本郷一丁目」マンションギャラリー [売主] 野村不動産
営業時間/[平日]13:00~18:00、[土・日・祝]10:00~18:00(水・水曜定休)
※締切のため、平日の営業時間は13:00~18:00とさせていただきます。
※8/9(火)・10(水)・11(木)は夏季休業となります。
0120-047-226 本郷1 検索