

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lico 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)12月21日

第176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

東京都病院協会会報

国民皆保険制度五十年、未来図は

東海大学教授 武見 敬三氏

今年我が国は国民皆保険制度施行五十周年の節目を迎えた。国内では、国民、支払い側、医療提供側、いずれからも批判的となつてきている制度である。しかし日本人の思惑に背反し、諸外国特に先進欧米諸国から称賛を持って迎えられており、誇るに値する制度である。英国を代表する医学雑誌「THE LANCET」はその特集号を発売した。その編集に与り、精力的に活動してきた武見敬三氏のセミナーがさる十一月二十五日に開催された。与野党を問わず幅広い政治家の参加があり、武見氏に寄せる信頼の厚さが窺われた。セミナーではこのすぐれた制度の発展維持のためには安定した政権運営が不可欠であるとの警鐘が鳴らされた。日本特集号は医療に携わる我々にとって必読の書であり、金字塔である。

渉外・広報・会員組織委員会
委員長 中西 泉



武見 敬三氏

はじめに

戦後六十有余年のわが国の歩みは、世界に誇れる多くの分野を生み出している。そのひとつが、今年五十周年を迎えた国民皆保険制度であり、男女ともに世界一の健康寿命を達成した保健医療分野である。世界人口の高齢化が進む中で、アジアにおける高齢化先進国であるわが国の得た経験は、これから高齢化が進む国々において役に立

つ多くの知見をもたらしている。

『ランセット』日本特集号は、わが国の保健医療分野における経験を正確にかつ説得力をもって政策論として対外的に発信するために、長所も短所も共に分析対象とし、可能な限りのデータを収集して科学的根拠を基礎とした分析を試みている。

二十一世紀の今日、わが国は国際社会において自由と平等を尊重する責任ある役割を担う成熟した国家となり始めている。『ランセット』日本特集号の中でも保健医療政策の中核概念として、「人間の安全保障」を採り上げていることは、その成熟する社会を象徴的に表しているように思う。わが国がアジアにおける雁行型経済成長をけん引する役割を担っていることを指摘した一九九三年の世界銀行報告書「東アジ

アの奇跡 経済成長と政府の役割」は、すでに過去のものとなって久しい。これからのわが国の役割は、成熟した責任ある国家として、人間の安全保障に基づき国境を越えて社会的格差を是正し社会の安定と健全なる発展のために先導的役割を果たすことにある。

『ランセット』日本特集号は、この二十一世紀におけるわが国の新しい役割を、高齢化先進国として国際的に比較優位性を持つ保健医療分野において、政策論を通じて初めて実践しようとするものである。

また、わが国の保健医療制度は、継続する急速な高齢化、経済の低迷、財政赤字の深刻化、雇用形態の変化により確実に持続可能性を失い始めている。多大なる人命の犠牲をもたらした東日本大震災は、もっとも高齢化が進んだ社会を直撃した災害であり、わが国の既存の制度疲労を露呈させている。この際、東日本大震災から立ち直らんとする人々を支援し被災地域を復興させるためには、全国的な保健医療制度の構造改革と連動した大きな構想が不可欠であろう。過去の成功体験や確立された既得権益が、これから実行しなければならぬ構造改革の様々な障害となる可能性がある。

『ランセット』日本特集号は、わが国の保健医療制度の過去を総括し、現状の課題を把握した上で未来に向けての構造改革を提言している。同特集号が、わが国が二十一世紀において引き継ぎ、国内のみならず世界でも先進的健康社会を実現するための政策論として重要な一石を投じることを期待している。

成功体験や既得権益が
未来に向けての障害となる時代

「グローバルヘルス」と呼ばれるようになった国際保健の分野は、従来の疾患別のアプローチから保健システム強化のアプローチに向けて、政策の自身が大きく作り変えられる時代にある。過去においては、ポリオ、エイズ、結核、マラリアといった疾患別取り組みが中心のアプローチであった。しかし、このような疾患別アプローチは、いずれもが二十一世紀に入ると限界が明確となった。

たとえば、予防接種の場合、世界予防接種同盟(GAVI)は先進国で大量に安価にワクチンを購入して途上国の港まで送り届けたとしても、その港町の倉庫に山積みされたままとなり、本当に必要としている人たちのところに届けられない。あるいは、保健人材不足により副作用などもケアをしたワクチンの予防接種が実施される状況にない。結果として大量のワクチンが適切に保存されることなく、そのまま放置されることになる。こうした状況にならないように保健システム強化が必要であるとの認識が確実に広がった。

WHOは、保健システムを強化するための基本的な考え方を確認するために、二〇〇五年のWHO総会でユニバーサル・カバレッジ(universal coverage)を達成する」という決議を採択した。これは、「すべての人々が、受け入れ可能なコストで、適切な医療サービスに、アクセスできる」と定義された。しかし、この定義から思いあたることとは、日本において一九六一年に国民

皆保険を導入した時に既にユニバーサル・カバレッジを達成していたということである。ランセット誌のリチャード・ホートン編集長は、日本の制度の先見性とともに、確実に健康社会が構築されたことに注目した。平均寿命においては、この二十六年間、我が国の女性は世界一の平均寿命を維持し、男性も常にトップグループの平均寿命を維持している。しかも、自立した生活がどの程度できるかを基準とする健康寿命では、我が国は二〇〇七年に男性七十三歳、女性七十八歳と、世界で一位を占めている。

なぜ、日本はこのような健康社会を築くことができたのか、それこそが「ランセット日本特集」の企画を進めていくときの最初の問いであった。

そして、過去の成功体験、山積する課題を抱える現状、未来における健康社会の維持を概観して、「ランセット日本特集」の序文にホートン編集長が次のような事を書いている。

「この日本の成功は、他の途上国においても役に立つ内容がたくさんある。しかし、この成功体験は日本の現状を概観すると、今後、それがどこまで将来に役立つものであるかは不明確である。むしろ成功体験というものが逆に将来の大きな改革をする時の妨げになる可能性もある。」

この問題意識こそが、ランセット日本特集を編集する時の基本にあった。

保健医療における成功体験

ここではまず、グローバルヘルスにおけるわが国の比較優位性を確認した

い。二〇〇〇年の世界の人口マップを見ると、六十五歳以上の人口が十三%以上占める地域は、ほとんど北半球に限られている。しかし、二〇三〇年の予想では、アフリカ大陸を除いてほとんど世界各地が高齢化社会に入る。特に、アジア地域はインドを除き飛躍的かつ、急速な高齢化社会に直面する。

このことは、明らかに慢性疾患の患者が増えることを意味している。三大疾患などと呼ばれるガンや虚血性心疾患、脳卒中といった疾患によって亡くなる人の数が急速に増え、また、それぞれの国の疾病構造が確実に三大疾患中心に変わること示している。そうなると、より長期的で安定した慢性疾患にかかわる治療を継続して行う能力がそれぞれの国の医療サービスの中で求められる。それには、保健システムを強化する以外に方法はない。それを見事にやってきた国は日本だったのでないか、という理解につながる。

その一つの象徴事例は、平均寿命の伸び方である。男女ともに一九四五年から一九七〇年の間に急速に平均寿命が延びた。戦後の占領下においても、平均寿命は十一歳も延びている。そして、平均寿命が一九七〇年代以降も確実に伸びていることが、わが国の健康長寿社会への歩みであった。

戦後十年間の急速な平均寿命の伸びを可能としたのは、五歳未満の乳幼児死亡率を抑えたことである。これは衛生環境の改善のみではなく、たとえば安全なお産、乳幼児に対する予防接種等の保健医療サービスの充実、さらに重要なことは、この時期に、結核のような感染症に効くストレプトマイシン

が活用可能となった。わが国は、それを徹底して無料で配布することによって、結核の死亡者数を抑え込むことに成功した。

わが国の場合は、男女ともに成人死亡率率は一九七〇年代以降も確実に下がった。さらに高齢者の死亡率も下がった。たとえば六十歳になった方が七十五歳まで生きる確率が確実に上昇した。そして、成人の死亡率が男女ともに減少し続けたことで、我が国の平均寿命を今日にいたるまで大きく押し上げることに貢献した。

その中で、一つの疾病対応事例を取り上げたいと思う。それは、脳卒中のケースである。終戦直後の状況というのは、わが国は、他の先進国と比べて脳卒中による死亡者数が圧倒的に多かった。一つの原因は、塩分の取りすぎであり、公衆衛生的なアプローチとして、政府は減塩運動を全国的に展開した。地域医療の中でも、多くの医師がそれに貢献した。この運動を通じて脳卒中の患者が減っていくが、さらに引き続き減っていく大きな原因については、ランセット日本特集の研究チームが医療統計的に解析をしている。

血圧を上げる要因は、肥満、飲酒、喫煙である。他方、当然に血圧を下げる効果を持つ要因もある。減塩運動を通じて血圧が下がっていく効果よりも、実は地域医療の整備を通じて降圧剤の服用指導による血圧の管理が適切に行われたことの効果の方が大きかったという結果が見られた。

この事例を見ると、これは「人間の安全保障」のアプローチであったということがわかる。すなわち、トップダ

ウンで政府が上からの保護政策として減塩運動を全国的に行う。そしてまた、一九六一年に皆保険制度を達成した上で降圧剤などについて保険適用し、地域医療の中で徹底して服用指導を行う。そして、各地域レベルでは、単に医療関係者だけではなく、学校あるいは保健所とか、様々な民間のコミュニティの中においても、こうした減塩運動に参加する人々がひろがる。また、地域社会における医師は学校の保健医として、そうした活動に参加してサポートする。まさに、地域医療におけるボトムアップの官民の連携体制というものが整えられたことを通じて、公衆衛生的なアプローチというものが効果をもち始める。それは、まさに、上からの保護する政策と、下からの地域における活動の連携によって作り出されるものが極めて効果的に組み合わせられたことによって、こうした一つの疾患による死亡者数を抑え込むことにわが国は成功した。

法律論的アプローチと平等主義
わが国がどうしてこのような制度を、マクロでトップダウンから実施することができたかは、まず法律論から考えていく必要がある。

法律論からいえば、一九二二年に健康保険法が制定され、被用者保険が発足した。当時は、富国強兵を目指すビスマルクの社会保障論をモデルとしていた。加えてわが国の場合は、一九三八年に国民健康保険法が制定され、市町村を単位とする地域保険が組み合わされるようになった。わが国は、一九

四三年という戦争中の段階で国民の七割が既に公的な医療保険でカバーされるようになっていた。

この戦前、戦中の実績により、戦後極めて短期間にわが国は皆保険制度の体制づくりを進め、一九六一年の時点で成就することが出来たのである。そのうえで、わが国は、戦後改めて国民福祉を基本理念として、こうした法律の再構築を行い、一九五八年に国民健康保険法を修正して、これをわが国の医療保険制度の基本に置くことにした。すなわち、それぞれの区域内に住む人は、必ず、国民健康保険に加入しなければならないと義務付けたのである。国民健康保険法の第五条でその義務付けを行った上で、第六条として従来の健康保険法という被用者保険の被保険者になった場合には適用除外を認めるとした。しかし、基本はあくまでも地域保険である国民健康保険であるというのが、わが国の皆保険制度の法律の基本構造となった。

従って、二十一世紀の今日、経済が低迷し財政赤字が深刻化し雇用形態が不安定化するなどの状況の変化の下で、わが国が持続可能な皆保険制度を維持しようとするならば、三千五百もあるわが国の保険者の統合は不可欠である。その際に土台となる法律の条件を備えているのは、国民健康保険法となる。

この様に、戦後わが国は、国民福祉と平等主義の下で、一九六一年の段階で総ての国民に医療へのアクセスを保障した。しかし、保障されたのは、あくまでただではない。一九六五年に国民健康保険法を改正した時、健康保険

法に基づく被用者保険で活用されていた診療報酬体系を、国民健康保険も踏襲することとした。これによって、国民健康保険も組合健康保険と同じ診療報酬の体系の中で運用されることになった。すなわち、どの保険者にも加入しても、給付の平等性が確保されることとなったのである。

さらには、平等主義という観点から進めたのが、患者自己負担の扱いであった。当初は、国保は三割、被用者保険の家族などは五割を自己負担していた。また、一時は、老人医療で無料化なども実施したが、今日、我が国では、おおよそ三割負担で統一された。この様に、わが国では、金持ちも貧乏人も、人の命については同じ価値だという平等主義に基づいて、医療保険制度の改革が進められてきた。しかし、平等主義が実行されてきた分野は、四つのうちの三つであった。第一は、「アケセスの平等」、第二は「給付の平等」、第三は「患者負担の平等」である。しかし、「保険料に関わる平等」が残されてしまった。

組合健保では、健康保険組合連合会事業年報平成十九年版に記載される「健保組合間の格差」で見たとときに最低と最高で月当たり保険料率が三倍異なる。国民健康保険中央会の資料から平成二十一年度「保険料負担の格差」を見ると、同じ所得で固定資産税も同じで三人世帯の場合、ある町では七万七千円、ところが別の町では二十万五千円となっている。これだけの違いが国民健康保険には存在し、市町村によって保険料額を算定する計算式も異なるのが現状である。

このような現状を解決し、公平な保険料率を設定しない限り、わが国は基本的な平等主義としての重要な政策課題を解決したことはない。但し、保険料の場合は、保険者の一本化をはからなければ一定の平等性を確保できない。わが国の場合、各都道府県ごとに、まずは国民健康保険を、次に組合健康保険を統合し一本化することを進める必要がある。

ランセット日本特集の研究チームが行ったシミュレーションによると、国民健康保険だけを統合しても、安定的なリスクプールを得られる都道府県は限られる。やはり、被用者保険との全体的な統合が必要となる。しかし、それでも自立可能な地域保険はかなり限られる。鳥取県や島根県のように人口が少ない高齢化の進んだ県では、統合しても自立可能性を確保できない。そのような県は、国が責任をもって補てんをする形になければならない。最終的には、全国を七つくらいの地域に再編成すると、おおよそ全国を一本化したのと同じ程度のリスクプールが確保できて、保険制度の持続可能性が高まる。したがって、将来、道州制を導入するときには、このことを視野に入れて、医療保険制度についての再構築を行う必要がある。

高齢化と医療技術の革新のもたらす医療費の増加に対処するためには、この保険料の平等性を確保することなくして、保険料による安定した保健・医療財源の確保も困難であろう。消費税財源にも限りがあり、所得保障である年金制度改革に優先的に財源が配分されることは明白であるからである。

既得権益という障害物

わが国の医療制度改革の基本原則を考えた場合、改めて平等主義の原則というものを確認すべきであろう。「アケセスの平等」、「給付の平等」、「患者負担の平等」に加えて、いよいよ「保険料負担の平等」を実現しなければならぬ。しかし、被用者保険の被保険者は、所得が高くて元氣な人が多く保険者としても豊かである。したがって、保険者として有利な立場は既得権益となり、保険者を合併統合することにより明らかに不利益をこうむることになることから巨大な抵抗勢力となる。その巨大な抵抗勢力が経団連であり、連合といった官公労を含む労働組合であり、今日の自民党と民主党を其々支えている巨大組織である。従って、自民党も、民主党も既成政党はいずれも保険者統合には消極的である。

しかし、わが国の国民皆保険制度を持続可能なものとするためには、保険者統合といった大きな将来の政策ビジョンを設定し、既得権益に縛られない超党派で健全な意思と能力を持った議員を結集し、改めて、こつした未来志向の新しい政策を実現し得る安定した政治的基盤を再構築することが求められる。

現状のままでは、今後将来にわたり何度政権交代を繰り返しても、政策的には前進せずに同じ争いを繰り返すように思われる。知的構想力に裏付けられた政治的リーダーシップが今日ほど求められている時代はないであろう。

医療安全管理水準のモニタリング方法とリスクパス分析のプロジェクト

プロジェクト代表 関田 康慶氏(東北大学大学院経済学研究科 医療福祉講座教授 医療安全管理研究支援室長)

昨年十月に東北大学大学院経済学研究科医療福祉講座教授・医療安全管理研究支援室長関田康慶先生及び星城大学大学院健康支援学研究所医療安全管理学講座教授北野達也先生より、医療安全モニタリング共同実験についてご紹介があり、当協会でも医療安全推進委員会の協力を得て複数の病院が参加しております。

このたび、関田先生より「医療安全管理水準のモニタリング方法とリスクパス分析のプロジェクト」として、広く参加を募りたいとの連絡があり、渉外・広報・会員組織委員会はそのプロジェクトを紹介し、会員病院にも参加協力を呼びかけることいたしました。

一、医療安全管理水準のモニタリング方法とリスクパス分析の必要性

病院の安全管理状況について全国調査したところ、多くの病院で安全管理水準の把握やインシデント・アクシデントを減らす方法について、「難しい」、「時間がない」などの状況がみられました。医療安全管理水準の簡単な把握やインシデント・アクシデントを効果的に減らす方法が求められています。

本プロジェクトは、東京都病院協会 会員病院、東京都病院協会事務局、医療安全分析チームが連携して、病院医療安全管理のレベル向上を目指す試みです。インシデント・アクシデントに対して、個別にまたは類型ごとに原因分析をする方法では大変な労力と時間がかかります。後で紹介する「医療安全管理水準モニタリング」と「リスクパス分析」によって、インシデント・アクシデントの件数を把握し、発生確率が高いインシデント・アクシデントに労力と時間を

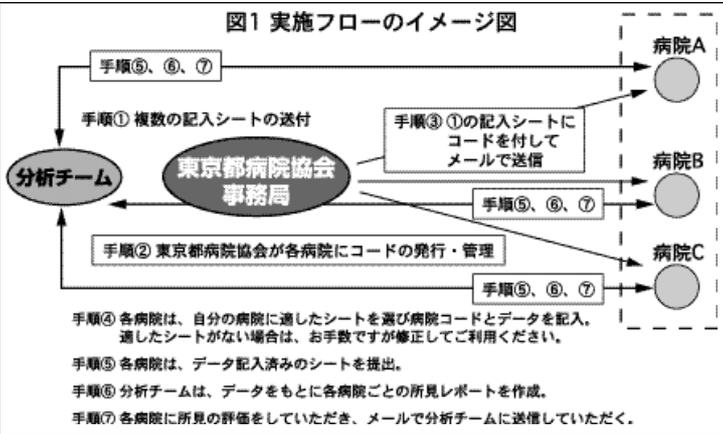
集中させることにより、効果的・効率的な対策を施すことができます。

プロジェクト参加病院は、レベル別インシデント・アクシデント件数を三ヶ月分、分析チームに提供し、分析チームが分析所見レポートをそれぞれの病院にお返しするものです。分析には、累積関数分析、分布関数分析、リスクパス分析等、新しい分析方法が適用されます。

二、医療安全管理水準のモニタリング方法とは

病院の医療安全管理水準を、インシデント・アクシデントのレベル別件数をアウトカム指標としてモニタリングし、参加病院が自院の医療安全水準を把握するのが医療安全管理水準のモニタリング方法です。モニタリングは、レベル別累積件数をモニタリングする累積関数で表現し、インシデント・アクシデント・レベルの構成割合をモニ

図1 実施フローのイメージ図



タリリングする分布関数を用いて表現します。モニタリングは、病院全体、診療科別、部門別、疾患別等で可能であり、一定期間、例えば月別の累積関数や分布関数をインシデント・アクシデント報告データから導くことができます。

通常、関数にはゆらぎがあるので、ゆらぎ測定もおこない、ゆらぎ特性を把握します。報告漏れの検証や、ベータラインとなる累積関数や分布関数の決定、課題解決のための介入策の効果測定も可能です。この方法の特色は、視覚的に医療安全管理水準が把握され、時系列でその変化が簡単に見られる点です。

示されるように、インシデント・アクシデントは、複数の条件が関与するパスの連鎖に関連して起こることが多いので、発生確率が高いパスの連鎖(リスクパス)の発見が重要です。このリスクパスを発見する方法がリスクパス分析です。リスクパスが分かれば対応策が提案可能になり、介入効果を累積関数で確認することができます。リスクの高いパスであるほど、介入策が適正であれば、介入効果が期待できます。リスクパス分析は、インシデント・アクシデントを効率的に減らすための方法であるともいえます。

レベル別インシデント・アクシデント件数を記入する複数のシートが送られます(病院によりレベルが異なるので、複数のシートが用意されています)。参加病院は、複数の記入シートの中から自院に合った記入シートを選択します。

参加病院は記入シートに、病院協会から付与された番号を記入し、直近の過去三ヶ月分のレベル別インシデント・アクシデント件数をシートに記入して提出していただきます。参加病院の事務的な負担は、上記の通り「直近の三ヶ月分のレベル別インシデント・アクシデント件数」のカウントとシートへの記入、送付だけです。

病院名は番号化され、分析チームには、どの病院かわからないようになっています。

分析チームは、それらのデータを分析し、分析結果を所見レポートとして作成します。所見レポートは、参加病院にフィードバックされます。

参加病院では、分析チームから送付された所見レポートを(参照いただき、病院の安全管理に役立てていただきたい)と思えます。また所見レポートと同時に評価票(アンケート)をお送りします。所見レポートや分析方法の説明について、改善点があれば評価票にてご連絡いただきたいと思います。評価票は所見レポートチェック後に病院協会宛メールでお送りいただき、病院協会から分析チームにメール転送されます。

第一期、第二期とも、データの送信はメールでの対応をお願いいたします。

五、参加の方法

プロジェクトの開始は、平成二十四年二月上旬を予定しています。

プロジェクトに参加を希望される病院は、東京都病院協会事務局までメールでご連絡ください。ご連絡いただければ申込書を送付します。必要事項をご記載いただいた申込書を病院協会までお送りいただいた時点で申込受付になります。参加希望病院が多い場合は先着順に、最大十五病院まで受け付け可能です。分析や所見レポート作成は、文部科学省基盤研究(B)「病院の医療安全管理手法の開発と安全管理情報システムの開発に関する研究」(代表者 関田康慶)の助成を受けて行われますので、プロジェクトに参加するための費用はかかりません。

分析は関田・北野研究室を中心に行われます。

六、問合せ先

プロジェクト参加について
東京都病院協会事務局
メール: tmha@mri.biglobe.ne.jp
電話: 〇三 五二一七 〇八九六
FAX: 〇三 五二一七 〇八九八

分析に関する問い合わせ
東北大学 医療安全管理研究支援室
(井上、柿沼)
メール: sayur@econ.tohoku.ac.jp
sekita@econ.tohoku.ac.jp
電話: 〇二二 七九五 六二八一
FAX: 〇二二 七九五 六三二二

四、プロジェクトの概要

プロジェクトは、二期に分けて行われます。第一期では、医療安全管理水準のモニタリング分析所見を参加病院にお送りします。第二期終了後、第一期で、リスクパス分析所見を参加病院にお送りします。プロジェクトに参加される担当者は、東京都病院協会会員病院の医療安全室・リスクマネジャー、東京都病院協会(以下病院協会と略称)事務局、医療安全分析チーム(代表 関田康慶、慶応北大学大学院教授)を想定しています。プロジェクトでは、十五病院の参加を求めています。

なお、参加病院の情報を秘匿するため、分析はブラインドで行なわれます。以下、具体的な手順を説明いたします。

【第一期】病院がプロジェクトに参加いただくと、病院協会は参加病院に番号を付与し、その番号を添付して病院属性シートと、

PROUD 東京都東横線 神楽坂駅徒歩2分 プラウド神楽坂 (竣工)

予告広告 ※本広告を行うまでの間は、予約・契約の受付、申込順位の確保に係る行為は一切できません。予めご了承ください。[販売予定時期/平成24年1月下旬]

●所在地/東京都新宿区矢来町43番5(地番) ●交通/東京メトロ東西線「神楽坂」駅徒歩2分都営大江戸線「牛込神楽坂」駅徒歩9分 ●総戸数/66戸(他に管理事務室1戸) ●構造・規模/鉄筋コンクリート造13階建(建築基準法上は地上12階・地下1階建) ●間取り/2LDK・3LDK ●販売予定価格/未定 ●敷地面積/1021.93㎡(建築確認対象面積) ●専有面積/55.68㎡~75.28㎡ ●建築確認番号/第UHEC建確23260号(平成23年9月14日付) ●引渡予定時期/平成25年5月下旬 ●販売予定時期/平成24年1月下旬 ●売主/野村不動産株式会社 国土交通大臣(11)1370号(更新手続中)、(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、本社:東京都新宿区西新宿1-26-2新宿野村ビル ※引渡予定時期につきましては電力需給・資材調達等の状況により、変更となる場合があります。※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、

お問い合わせは「プラウド神楽坂」マンションギャラリー
事前案内会開催中(予約制) ☎0120-855-900 野村不動産
営業時間/10:00~18:00(火・水曜定休)

※徒歩分は1分~80mとして算出(端数切り上げ)したものです。※交通所要時間は日中平常時のもので乗り換え、待ち時間は含まれません。また時間帯により異なります。※掲載の完成予想図は計画段階の図面を基に描き起こしたもので実際とは異なり、今後一部が変更となります。尚、建物の色目については色紙に加工したもので、実際とは異なります。植栽は特定の季節の状況を示すものではありません。竣工時には完成予想図程度には成長していません。樹種および位置は一部変更となる場合があります。また、各種機器・配管・素材等および周辺建物・電柱・家屋・都電等は一部省略および略略化しております。