

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 法人営業統括部
生命保険株式会社
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

2012年(平成24年)10月29日

第186号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

東京都病院協会 会報

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

東京都の新たな災害医療体制について

東京都福祉保健局医療政策部
災害医療担当課長 竹内 栄一氏



竹内 栄一氏

はじめに

平成二十三年三月十一日に発生した東日本大震災に対して、都は、さまざまな医療救護活動を行ってきた。本稿では、平成二十四年九月四日に東京都へ報告された東京都災害医療協議会報告をもとに、東京都の新たな災害医療体制のあり方について述べる。

一、フェーズ区分の明確化

これまでの東京都地域防災計画では、発災後四十八時間を境界とした二区分であったが、東日本大震災での医療救護活動の教訓を踏まえ、発災後刻々と変化する医療ニーズに応じて、医療救護活動を的確に実施できるよう、発災直後・超急性期・急性期・亜急性期・慢性期・中長期の六区分にフェーズを細分化し、傷病者や医療資源の状況と、それに応じた医療救護活動について明確にした。

二、行政区域に応じた体制の整備

(一) 東京都全域の災害医療体制

都は、大規模な災害が発生または発生の恐れがあると認められた場合には、東京都災害対策本部を設置し、都内全域の被害状況や医療情報等を収集し、医療救護活動を統括・調整する。このため都は、以下の体制について整理した。

ア 東京都災害医療コーディネーター
都内全域の災害医療体制を統括・調整するにあたって、東京都災害医療コーディネーターを設置し、東京DMATや医療救護班の効果的な配分について、また、平時から災害医療対策に対して医学的な助言を行う。

イ 都内全域の人的被害や医療情報の集約・一元化
区市町村災害本部から報告される被害報告とは別に、災害医療に関する情報(患者情報や医療機関の活動状況等)について集約・一元化する。収集にあたっては、防災行政無線、衛星回線、広域災害救急医療情報システム(EMIS)を活用し、二次保健医療圏ごとに報告を受ける。

ウ 他県からの応援DMAT及び医療救護班等の受入れ
都災害医療コーディネーターの助言を受けて、二次保健医療圏ごとに設ける医療対策拠点等に派遣する。

エ 被災が少ない都内地域への傷病者等の搬送
都は、傷病者や入院患者の受入れが可能な医療機関がある場合には、都災

害医療コーディネーターの助言を受けて当該地域の医療機関へ搬送する。

オ 広域搬送拠点臨時医療施設(SCU)の設置運営
傷病者等を広域搬送するための広域搬送拠点を確保し、同拠点内に、傷病者等を長時間搬送するために必要な臨時医療施設を設置する。

(二) 二次保健医療圏の災害医療体制

ア 二次保健医療圏医療対策拠点
基幹災害拠点病院及び地域災害拠点中核病院に、二次保健医療圏医療対策拠点を設置して、東京都地域災害医療コーディネーターを中心に圏域内の統括・調整を行う。

イ 東京都地域災害医療コーディネーター
東京都地域災害医療コーディネーターは、都災害医療コーディネーターや区市町村災害医療コーディネーター等と連携して圏域内の医療情報を集約・一元化し、医療資源の配分や収容先医療機関の確保を行う。

ウ 地域災害医療連携会議
地域災害医療コーディネーターは、中核病院等において地域災害医療連携会議を開催し、医療機関、行政機関と情報を共有し、医療救護活動の連携を図る。また、平時においても地域災害医療連携会議を開催して、地域の特性を踏まえた具体的な方策を検討する。

(三) 区市町村の災害医療体制

ア 区市町村災害医療コーディネーター
区市町村は、区市町村災害対策本部を設置し、区市町村ごとに区市町村災害医療コーディネーターを設置する。

イ 区市町村医療救護活動拠点
区市町村は、急性期以降に、医療救

護班等の活動拠点となる医療救護活動拠点を設置し、朝夕等にミーティング(区市町村連絡調整会議)を開催して、医療救護所や在宅療養支援等の状況に関する情報交換や、必要となる医療救護活動について検討を行う。

ウ 医療救護所・避難所の設置・運営
区市町村は、各区市町村地域防災計画に基づいて、緊急医療救護所、医療救護所、避難所、医薬品ストックセンターを設置する。

三、医療機関・医療救護所の役割分担

これまで都は、被災を免れた医療機関を後方医療施設と位置づけていたが、今後は、医療機関が果たすべき機能に応じて、すべての病院を「災害拠点病院」、「災害拠点連携病院」、「災害医療支援病院」に分類する。

(一) 災害拠点病院
主に重症者の収容・治療を行う。必要に応じて、病院前トリアージを行い、重症者の受入機能を確保する。

(二) 災害拠点連携病院
災害拠点病院を除く救急告示を受けた病院、その他が認める病院を災害拠点連携病院として位置づけて、主に中等症者や容態の安定した重症者の治療・収容を行う。

(三) 災害医療支援病院
災害拠点病院及び災害拠点連携病院以外のすべての病院を、災害医療支援病院と位置づける。災害医療支援病院の具体的な役割は、次のア及びイに分類される。

ア 専門医療を担う病院
小児医療、産科医療、精神医療及

害医療コーディネーターの助言を受けて当該地域の医療機関へ搬送する。

オ 広域搬送拠点臨時医療施設(SCU)の設置運営
傷病者等を広域搬送するための広域搬送拠点を確保し、同拠点内に、傷病者等を長時間搬送するために必要な臨時医療施設を設置する。

(二) 二次保健医療圏の災害医療体制

ア 二次保健医療圏医療対策拠点
基幹災害拠点病院及び地域災害拠点中核病院に、二次保健医療圏医療対策拠点を設置して、東京都地域災害医療コーディネーターを中心に圏域内の統括・調整を行う。

イ 東京都地域災害医療コーディネーター
東京都地域災害医療コーディネーターは、都災害医療コーディネーターや区市町村災害医療コーディネーター等と連携して圏域内の医療情報を集約・一元化し、医療資源の配分や収容先医療機関の確保を行う。

ウ 地域災害医療連携会議
地域災害医療コーディネーターは、中核病院等において地域災害医療連携会議を開催し、医療機関、行政機関と情報を共有し、医療救護活動の連携を図る。また、平時においても地域災害医療連携会議を開催して、地域の特性を踏まえた具体的な方策を検討する。

(三) 区市町村の災害医療体制

ア 区市町村災害医療コーディネーター
区市町村は、区市町村災害対策本部を設置し、区市町村ごとに区市町村災害医療コーディネーターを設置する。

イ 区市町村医療救護活動拠点
区市町村は、急性期以降に、医療救

び透析医療その他専門医療への対応を行う病院は、既存のネットワーク等の連携体制を活用して、災害時に不足する医療機能の確保に努める。

イ 主に慢性疾患を担う病院
前ア「専門医療を担う病院」以外の全ての病院は、慢性疾患への対応や区市町村地域防災計画に定める医療救護活動に努める。

(四) 診療所等
ア 専門的医療を行う診療所
救急告示医療機関、透析医療機関、産婦人科及び有床診療所は、原則として診療を継続する。

イ 一般診療所等
前ア「専門的医療を行う診療所」以外の診療所、歯科診療所及び薬局については、区市町村地域防災計画に定める医療救護活動や、診療継続に努める。

(五) 医療救護所
区市町村は、各地域防災計画に基づき、次の医療救護所を設置する。
ア 緊急医療救護所の設置
被災を免れた医療機関には、発災直後から傷病者が殺到することが想定されるが、発災直後から超急性期においては重症者等の治療・収容が優先されるため、区市町村は、災害拠点病院等の近接地等に緊急医療救護所を設置して、トリアージを行うとともに、軽症者に対して応急処置を行う。

イ 避難所における医療救護所の設置
避難所等では、慢性疾患治療、被災者の健康管理や公衆衛生的ニーズが高まるので、区市町村は、地域防災計画に基づき、原則として五百人以上の避難所、二次避難所に医療救護所を設置して、避難者に対する健康相談、診察、

歯科診療、服薬指導等を行う。

四、情報連絡体制

医療救護活動に必要な情報について、都災害医療コーディネーター、地域災害医療コーディネーター及び区市町村災害医療コーディネーターが、十分な情報収集を行えるよう情報集約の仕組みや複数の連絡手段を確保するなどの情報連絡体制を構築する。

おわりに

今後は、この結果をもとに、「東京都地域防災計画」や「東京都保健医療

計画」に反映させるとともに、二次保健医療圏を単位として地域ごとに行われる「地域災害医療連携会議」により具現化を図っていく必要がある。

そのためには、協議会の検討結果をさらに具体的な内容にすべくマニュアルの作成や研修・訓練を実施し、地域ごとに実効性ある災害医療体制を構築していく必要がある。

本稿では、受援体制、患者の搬送体制、医薬品確保等々については割愛したが、都のホームページに報告書が掲載されているので、ぜひご参照いただきたい。

在宅医療一筋十四年 在宅医療の現状と留意点

医療法人社団三育会 理事長 英 裕雄氏

去る九月二十七日、医療安全推進委員会と慢性期医療委員会は、医師英裕雄氏(新宿ヒロクリニク)と看護師高橋由利子氏(祐ホームクリニク在宅医療連携室)をお迎えして「在宅医療のあり方」を主題に研修会を行いました。特に英先生には、当日のお話を以下の通りまとめていただきました。



英 裕雄氏
一九八五年慶応義塾大学商学部卒業。一九九三年千葉大学医学部卒業。勤務医を経て東京都新宿区にて曙橋内科クリニックを開業。その後、「全人支援型医療」を実践するために新宿に「ヒロクリニク」を開業。以来、地域の在宅療養を専門に取り組んでいます。

一、はじめに

高齢化社会の進展で在宅医療の必要性が高まっています。従来ならば病院

【プロフィール】
一九八五年慶応義塾大学商学部卒業。一九九三年千葉大学医学部卒業。勤務医を経て東京都新宿区にて曙橋内科クリニックを開業。その後、「全人支援型医療」を実践するために新宿に「ヒロクリニク」を開業。以来、地域の在宅療養を専門に取り組んでいます。

ずつ高度化しています。今後安全に在宅医療を行うことは、単に医療者や医療機関にとつて大事なことであるばかりではなく、地域の在宅療養を支える様々な社会サービスにとつても重要なことであり、さらに在宅療養の基盤を考えると非常に大切なことであり、大きくは地域での様々な療養機会を広げる意味でも大変重要であると考えられます。

そこで本稿では、安心して在宅医療を行うための留意点をまとめていきます。

二、在宅医療の特殊性を理解し、きちんと患者家族へ伝えよう。

在宅医療を受けている患者さん・ご家族の中には、家でも病院と同じような医療をしてもらえるのではないかと勘違いしている方もいらっしゃると思います。たしかに在宅でも、酸素や人工呼吸器を使用したり、点滴なども行うので、そのように勘違いされてもいたしかたありません。しかし、在宅医療と病院医療(特に入院医療)とは大きく異なった特徴があります。在宅医療では、検査や治療機器は非常に限られており、医療者も不在がちな医療です。で、病院に比べて(一)病状検索性が非常に低いこと。(二)重傷者の症状改善性も非常に低いこと。と言う大きな特徴を有していることを理解していただく必要があります。つまり在宅医療で隠れた疾患を見つかったり、重傷者の状態を改善することは非常に困難であり、むしろ在宅医療は対症的対応や緩和的対応を中心としながら、各々の

患者さんがより安定して在宅療養していただくための医療であり、病院の医療とはできることも目的も異なるものであることを伝えておく必要があります。そうでないと、病院では簡単に見つけてくれた病気を在宅では見逃されたとか、病院では治療的な対応をきちんとしてくれたのに、在宅ではきちんと治療してくれなかったと患者さん・ご家族から厳しい指摘を受けることもあります。在宅では隠れた病気を発見することや症状改善を病院ほど図ることとはできませんが、まずは対症的に対応して、なるべく今の療養生活を継続していただくための医療的対応をしていくようにしましょうと、きちんとお断りしてから在宅での医療的対応をしていくように心がけると良いと思います。つまりすべての病状に対して、治療的厳密性や隠れた病気を発見することにはのみ終始することが好ましいわけではなく、むしろ生活改善性を重視したほうが良い場合も多く、在宅医療を適切に利用することがよりよい在宅療養につながることも患者さんご家族にご理解いただくようにすると思います。

三、在宅のコンセンサスは入院を契機にして大きく揺らぐことを理解しよう。

定期的な訪問診療を行い、さらに必要時に往診を行い、在宅療養が安定して過ごしている間は、患者さん・ご家族は在宅医療や在宅療養の意義や価値についてある程度実感できていると思えます。しかし何らかの病状変化で入

院治療を余儀なくされると、これまでの在宅療養に何か落ち度があったのではないかと、適切な在宅医療的対応を受けなかつたためにこのような事態になったのではないかと疑念をもたれることが少なからずあります。特に在宅医療を行っている医療機関に一報もなく入院された場合などは在宅医療への信頼を失っているケースが多いように思います。そこで入院を余儀なくされる場合にもなるべく往診して、入院先の手配を行ったり、紹介状を用意して入院先の主治医との連携を作った上で入院に結びつけると、非常に患者さん、ご家族の満足度は向上します。またそれでも患者さんやご家族が十分納得できていないように感じられる場合や何らかの対応不足などを感じられる場合には、入院先の病棟に訪問して、在宅中に構築されていたコンセンサスや医師・患者関係が保持できているのか否かを見定めながら、病院主治医との連携を密にすることも重要なこととなります。また病院主治医側にも、これまで述べたような在宅医療の特徴を理解していただき、患者・家族指導の際もお互いの齟齬が大きくならないような対応をお願いしたいと思います。

四、在宅医療の実際

では、実際に往診を例に、在宅医療の様々な局面における留意点を検討したいと思います。

(一) 在宅医療開始前の準備

・器材準備
尿閉の主訴の往診にカテーテルを

持つていかないと、気管支炎を疑う往診に点滴などを持つていかないと、往診は無謀です。まず普段から往診で使用する治療用具・検査器具などを準備しておくことが何より大切です。この備えなく往診や在宅医療は始まりません。

・往診・在宅医療でできること、できないことを整理しておこう！

まず、検査や治療手段が限られている往診でできる医療対応はほとんど症状緩和もしくは対症的対応と理解してください。原因検査や内視鏡などによる治療対応などが必要な場合は、往診対応では荷が重過ぎます。しかし往診でも多くの対症的対応は可能ですので、速やかに初期治療は開始する意識込みで行くと思います。しかし治療を開始しても症状改善の見込みがはじめから見えないときや治療開始手段がないときには速やかに病院へ搬送することも念頭においておく必要があります。苦痛さえ取り除ければ在宅継続できるのか？介護者の不安や病状認識がうまくいけば在宅継続できるのか？など往診前にいろいろな可能性を思い描いておくことが大切です。

・介護者、特に決定権を持つ家族になるべく同席してもらう

これは意外と重要なことです。往診時に医療方針を速やかに決定し、対処方法を構築する為には、本人だけでは無理です。本人・医療者・介護者三者がいて初めて新たな医療方針・ケア方針が立てられるのです。通常、介護者は急変している患者をほっておいて外

出しませんから、同席するのが通常ですが、ヘルパーや看護師からの連絡での往診時は、家族が不在のことが多く、なるべく介護者に帰ってきてもらうように伝えることが大切です。初回往診の場合や緊急往診の場合はなるべく主たる介護者に同席してもらうようにしてください。

・患者・家族の療養希望を頭に描きながら往診に行く

患者さんの急変にも落ち着いているというどつり肝が据わった家族はいません。以前は、おだやかに家で最後までなんて考えていた患者や家族も、実際は思わぬ急変に今はそれどころではないという場合が多いです。だからこそ医療者が冷静でいる必要があるのです。もともと家族・患者が以前どういう希望を持っていたのか？そしてまだその希望に戻すことができる可能性があるかどうかなどの見込みをもつてから往診すれば、急変の程度にもよりますが、大抵はその線で話を進められます。

(二) 訪問時の対応

定期訪問診療では、在宅療養がうまくいっているかどうかなどの医療者としてのチェックと、今後療養上留意すべき点についての指導などが中心となりますが、往診は患者家族の切なる依頼によって行われるものです。したがって定期訪問診療とは若干異なった対応が必要となります。定期訪問診療では、患者さんの生活や介護者の状況を優先した対応が必要ですが、往診では、きちんとした診療態度や病状説明、

さらに療養方針策定が必要とされます。以下では往診つまり緊急対応時の留意点を中心にお話します。

・診察時の配慮

いつからどういう症状が起こったのか詳細に聴いた上で、通常通りバイタルチェックや聴診・触診など速やかに全身の診察をします。診察をしながらも、実は最も注意を払わなければならぬのは、患者本人がどれだけ療養希望を保持しているのか？ということと家族の不安や介護疲れがどの程度あるのか？などに留意することです。もしうまく不安の評価ができなければ、もう一度詳しく症状変化など聞きながら、不安感がどの程度あるのかを察すると同時に、介護者にもう一度これまでの経過を話させることで、冷静になり、物事の重要性を整理させる時間を作ることも大切です。

・病状説明の際の留意点

一通りの問診や診察が終わったら、家族は息を吞んで先生の話を待っています。ここは一呼吸入れて、ゆっくりと現状と今後の見込み、対応方法をお話することになります。そのときに一呼吸入れたら、介護者の気持ちを整理しやすくするために、別室でお話することを勧めます。

・病状説明、在宅治療の可否の説明

もともと本人・介護者の意向、現在の病状と苦痛の度合い・予後見込み、介護負担や疲労度合い、近隣医療機関の状況などを全て加味して、総合方針を立てます。通常癌など重症の患者で

あつても、療養希望が明確であれば、増大した苦痛を取り除くことで在宅療養が継続できることが多いですが、非痛疾患の在宅患者ではいくら要介護度が高くても、予後の受け入れができていない場合や療養方針が明確ではない場合には注意となります。きちんと在宅医療の特徴をお話しした上で、十分納得していただいているから、在宅医療を行うようにしてください。一歩間違えると「なぜあのときに入院させたくなかつたのだ」などといわれかねません。

通常内服・外用・吸引・吸入・点滴・酸素導入など在宅処置で対応可能な急変ならまず在宅治療を開始することができず、一旦で入院処置が必要なら入院治療を前提に考えます。予後的に退院の可能性がない、もしくは非常に少ない場合、入院を安易に勧め

ることは在宅医療者の基本的資質として慎む必要があります。また在宅治療を開始しても不安なときには、後ほど述べる補足説明を必ずしておいてください。また病院に搬送するときには、なるべくこちらから病院に連絡をとり、受け入れ可能かどうか、病院主治医にどこまでの治療を期待しているのか、なぜ入院治療に結び付けようとするのかなどの理由をしつかりと伝える必要があります。またあまりの急変で条件がそろわない往診をしたとき、例えば独居高齢者の往診で家族の意向などが全く不明なときなどは救急車に同乗することなども大切となります。また本来ならば入院より、自宅で診たほうがいいのに、家族に自信がなかつたり、介護負担が強いときなど家族要素が強

い入院希望に対しては、一度患者本人に「病院に行きたいですか?」と再度意思確認することなども重要です。本人が病院に行きたいというならば、すぐに入院治療に切り替えるべきだし、病院に行きたくないというならば、まずは在宅治療を家族に打診することも検討してよいでしょう。

・在宅で行える治療開始

点滴や注射は速やかに開始することができず、日中であれば血液検査なども速やかに行えますので、まずこのような処置を開始し、その後内服薬や吸入薬・外用薬などの薬を処方します。その際に注意するのは、さまざまな可能性を想定し、考えうる症状変化に対する頓用薬もある程度用意しておくことです。後で症状変化したときに夜の電話があつても、それだけで大抵は対応可能になるのです。(例えば、発熱時の座薬や不安発作時の安定剤などを予め処方しておく。ただし使用は電話で指示すると伝えながら・・・)

・ケア体制の変更やケア上の留意点の教授

患者の病状変化は必ず介護負担を増やしております。症状変化は患者のADL変化に繋がっていますので、ケアサポートを入れることは何より重要です。介護機器(ベッド、マット、ポータブルトイレなど)や病状に合った医療機器(酸素や吸引機など)も速やかに導入されるようにアドバイスをしましょう。ただしこれらはケアマネに連絡を取る必要があるため、アドバイス程度でいい場合もありますし、独居の

方などでは実際に医師が直接ケアマネに連絡する必要がある場合もあります。

・補足説明

「今日決めたことは、明日また状態が変化すれば変更すればよいです。もし迷ったり困ったりする場合にはいつでも連絡してください。」

「初期治療を開始しても、残念ながら症状が改善せず、どうしようもないときに病院に受診する為の診療情報提供書を用意しておきます。」(といつて紹介状を予め書いて渡しておく)

「また明日(あるいは今晚)往診します。それまでに他の家族も来て貰ってください。」(さらに意見調整が必要そうなら、家族会議を招集することが大切。決定権がない人が介護者だったりするし、日本人の性格として家族の大事を一人では決められないという人も多いので・・・)

これら補足説明は介護者に不安が残る場合に有用です。

(三) 訪問後の対応

しかし一回の往診で全て解決する場合は少ないです。むしろ往診は新たな訪問シリーズの開始と考える必要があります。

・訪問頻度の変更

往診(方向付けおよび症状改善)の次の訪問はとも重要です。その後の病状の変化もさることながら、ケア体制や介護負担がどのように変化しているのか?不安は高じていないか?介護者間での意見調整はうまくいったの

か?などさまざまな要素を評価しなおし、場合によっては訪問頻度の変更を検討する必要があります。

・電話対応

軽い症状変化の時には次の往診は必要ありません。そのときには電話での病状確認が有効です。

五、最後に

入院医療が治療厳密性を指すものとするならば、在宅医療は生活改善性を指す医療といえます。在宅医療では、医学的厳密性が少ない分だけ、患者家族が持っている様々な問題にきちんと寄り添っていくことが不可欠になります。医療的問題のみならず、生活・介護・さらにはその方の経済状況や療養希望などを複合的にサポートしていくという姿勢が何よりです。このような趣旨で在宅訪問を行っている医療者が増えることは大変うれしいことです。一方で昨今は、在宅医療の現場でも、患者さんやご家族との意見相違やトラブル、ひいては医事紛争にまで発展しかねないケースも増えてきております。一度コンセンサスが崩れると、在宅医療に対する不信感につながりかねないのです。ですから今後の在宅医療者としては、親身性も重要ですが、きちんとした説明責任を果たしたかどうかや医療対応としての適切性が問われる時代となったといえます。本稿をきっかけに、在宅医療現場における説明責任や適切な医療対応が進むことを祈念しています。

資料請求受付中

11月下旬モデルハウス公開予定

■「ブラウドシーズン吉祥寺北町」予告物件概要 ●所在地/東京都武蔵野市吉祥寺北町5丁目1481番10他(地番) ●交通/JR中央総武線「三鷹」駅よりバス6分、「吉祥寺」駅よりバス14分(バス所要時間は時間帯により異なります)、「市営プール」バス停徒歩3分 ●総区画数/36区画 ●販売区画数/未定 ●敷地面積/120.09㎡~134.08㎡ ●建物面積/94.01㎡~103.80㎡ ●用途地域/第一種低層住居専用地域 ●構造・規模/木造2階建(2×4工法) ●道路/公道(5m、6m)、インターロッキング舗装 ●私道負担/なし ●予定販売価格/未定 ●建築確認番号/第HPA-12-01673-1号(平成24年5月10日付)他 ●建物竣工予定時期/平成24年11月中旬、平成25年8月上旬 ●入居予定時期/平成25年3月上旬、9月下旬 ●工事の概要/東京ガス、東京電力、公共上下水道 ●売主/野村不動産株式会社 国土交通大臣(12)第1370号(一社)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 ●設計・施工/東急建設株式会社、西武建設株式会社 ●販売予定時期/平成24年11月中旬 ※一括で販売するか、分割して販売するかは未定です。戸数・面積等は計画段階のもので、今後変更となる場合があります。未定部分については本広告発表時点でお知らせします。

予告
広告

本広告を行い取引を開始するまでは、契約又は予約の申込みに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。販売予定時期は平成24年11月中旬です。



新発表

吉祥寺北町。
武蔵野本流の地。

PROUD SEASON
ブラウドシーズン
吉祥寺北町

吉祥寺・三鷹を日常にする、プラウドの一戸建て・全36邸。

※掲載の完成予想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。また、今後変更になる場合があります。なお、外観の細部、設備機器・配管類等は一部省略又は簡略化しております。掲載につきましては特定の季節の状況を表現した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。なお、敷地周辺の電柱・標識・架線・ガードレール等は再現していません。

お問い合わせは「ブラウドシーズン吉祥寺北町」インフォメーションサロン

0120-036-634

◎営業時間/10:00~18:00(水・木曜定休)

公式ホームページはこちら

吉祥寺北町

検索

【売主】

野村不動産