

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 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

2013年(平成25年)12月26日

第200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

会報 200号記念特別号

主題 「東京都における 介護・医療の政策提言」

東京都病院協会の設立は、平成9年4月1日。本会報の創刊は、4月30日です。

平成25年12月をもって「会報200号」を迎えました。16年8ヶ月になります。その間、発行を一度も休むことなく東京都病院協会の「存在」と「継続」を示す「証し」として存続して参りました。

現在、介護や医療は超高齢社会の急速な進行を見据えた新たな対応が求められています。特に、東京都の多くの医療機関の周辺では、「高齢者の増加」「価値観の多様化」等に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められています。

東京都は、高齢化率が行き着いた地方と違い、これから本番を迎えることとなります。こうした中で、本会報は200号記念特集として行政、医療界、識者の方々に「東京都における介護・医療の政策提言」を訊ねてみました。

首都圏における医療・介護の政策提言 — 東京都が先進的に

取り組みべき時期が来ている—

国立社会保障・人口問題研究所

所長 西村 周三氏



西村 周三氏

一、はじめに「首都圏を中心に」
多くの人々が、いまから二〇二五年前後に至る約十数年が、日本の医療・介護にとってきわめて重要な時期に当たると述べている。その理由の最も大きな点は、東京をはじめとする日本の大都市が、七十五歳以上の高齢者の急増を迎えるからである。

人口は、二〇一〇年の百二十三・四万人から、二〇二五年には、百九十七・七万人に増加すると見込まれている。なんと七十四・三万人の増加である。このことがもたらす影響は、次の検討会報告書に、様々な角度から検討されている。厚生労働省老健局が事務局となつて、「都市部の高齢化対策に関する検討会」が開かれ、二〇一三年九月にまとめられた報告書である。報告書は <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingij/2t985200000am0d.html#shingij29102> を参照されたい。

(一) この報告書の要点は、次のようである。このこれまでの高齢化は、どちらかというと過疎地域や中山間部地域においていたが、これからは、交通機関がかなり整備され、企業活動も活発であり、住宅も密集している地域でおきる。(二) ところがこれらの地域でさえ、既に多くの空き家が存在している。(三) 大都市には、いわゆる大規模団地が多く、こういった地域で、特に一斉に高齢化が起きる可能性をはらんでいる。(四) 一般的に地価が高く、介護保険施設などの整備率が低い。(五) 今後単身の高齢者が増加することが見込まれるが、多くの住居がこれに対応したものとはいえない。高齢者本人の希望は、在宅での各種のサービスを求めるものが多いにもかかわらず、これを提供する体制が整っていない。(六) 介護人材の確保が難しい地域が多い。介護職種に対する有効求人倍率(平成二十五年六月現在)は、全国平均では一・六四倍であるにもかかわらず、愛知県では三・〇〇倍、東京都では二・七三倍に達している。(七) 多くの都市部の地域において、住民の地域とのつながりが希薄であり、また現役時代に勤務していた地域とのつながりがある。(八) 高齢者平均では、大都市部においては所得の高い層が多いが、他方で多くの低所得者・生活困窮者も存在する。(九) 東京都では、人口あたりの医療施設数や病床数は、全国平均をはるかに上回るが、それは、いわゆる急性期を中心とした病床が大部分を占める。慢性期病床は不足気味であり、次に述べる在宅医療の提供状況も十分でない。

以上のような状況を踏まえて、同検討会の報告書は、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療と地域包括ケアシステムの構築を求めている。以下では、こういった背景について、もう少し詳細に説明を加えながら、具体的な東京都ないし首都圏の医療・介護のあり方について、いくつかの提案をしたい。

二、在宅医療と地域包括ケアシステムの構築

超高齢者数の伸びの大きさは、医療・介護費用という観点から、どのような意味を持つだろうか? 現状のまま推移すると、事態はかなり深刻である。全国規模で見たとした場合、高齢者の年齢別の一人あたりの医療費や介護費用を見てみよう。

まず高齢者の一人あたりの医療費は六十五〜六十九歳をひとした場合、七十五〜七十九歳については一・六五倍、八十五〜八十九歳については、約二倍になる。さらに九十歳代を超えると、一人あたり医療費は、六十歳代後半の実に二・四倍にもなる。

かつては高齢者の医療費は、たとえば六十歳代後半と九十歳代とで、著しく異なることはなかった。ここ数年はその傾向は若干変化が見られるが、特に入院医療費については、超高齢者の医療費増が顕著になりつつある。

また介護費用についても、二〇一一年度現在、六十五〜六十九歳の一人あたりの介護費用が年間四万五千円であるのに対し、八十五〜八十九歳のそれは、なんとその約十倍の四十五万五千円、九十五歳以上については、百九十六万九千円になっている。

もちろん以上の数値結果を見て、単

純な結論を導くことは危険である。費用という観点のみからの考察で、質・量のケアの適切さを推量することは避けた。ただ、たとえば認知症の患者を、ある程度重症化したら、自動的に施設でケアするという発想は、ケアの質という観点からも決して望ましくない。むしろ街全体で、つまり街ぐるみで認知症の人たちをケアする環境を整えるといった努力は、費用面だけでなく、認知症の人たちのためという観点からも望ましい。

費用という観点からではなく、医療や介護の質、すなわち患者や介護受給者本人の幸せという観点から見ても、長期の入所や長期入院が好ましくない事例をあげるとは難しいことではない。もとより、費用面の認識が重要でない訳ではないが、本来の人間らしい生活という観点からしても、できる限り、在宅での生活を可能にする方策が考えられるべきである。

こういった発想から、厚生労働省は「地域包括ケアシステム」の構築を、強く推し進めているが、多くの市町村の担当者からヒアリングをする限り、このシステムについてのイメージが未だにわからないという人が多い。その原因としては、いくつかのことが考えられる。以下、いくつかの点を列挙し、その問題点と解決策を考えてみたい。

(一) 市町村の行政施策として、これを考える場合、市町村行政の縦割り行政が、このシステムの構築を妨げている。ここではこのシステムの教科書的な記述は省略するが、まず住宅関連の施策、保健衛生、医療、介護、福祉関

連の施策を総合的に動員してチームを組み、実行する必要があるにもかかわらず、多くの市町村でその種の人材が育成されていないばかりか、自らの担当の領域を一步も出ようとしない姿勢が強すぎる。

これに対しては、市町村の首長のリーダーシップに期待したい。首長が熱心な市町村では、このシステムの成熟度は高い。また今後の地方公務員のキャリアを考えると、こういった部署を複数経験する職員のニーズが高まることは間違いがない。

(二) 現状の日本では、医師のリーダーシップが、このシステムの成熟に欠かせない。在宅医療は、多くの関連職種を含む在宅ケアの一部を占めるが、この場合、多くの成功しつつあるシステムでは、在宅医療を推進する医師が多職種共同体制の核となつている。

(三) 開業医を中心とする在宅医療を核とする地域包括ケアシステムが典型ではあるが、地域によつては、病院の関与による地域包括ケアシステムも考えられる。特にいわゆる下町では、伝統的に病院を核にして、システムの構築に成功している例が少なくない。

医療機関、福祉施設を総合的に展開する、いわゆるチェーン展開も、地域包括ケアシステムの核となる場合が多いが、この場合は患者や利用者の囲い込みがないかをチェックする仕組みが必要となる。

(四) 地域包括ケアは、公的機関や大病院だけではできない。特に先進的な試みをする場合、法的な規制を超えるような試みを目指すケースが少なくない。現在多くの地域で先進的であると

話題になる福祉施設や医療機関のほとんどが、創設当初、厳しい規制に悩まされた経験をもつ。したがって、この場合、NPO組織のような、小回りの利く団体が、システムに介在していることが望ましい。

(五) (四)の点は、言い方を代えると、公的機関の柔軟性のなさを物語つているともいえる。残念ながら自治体病院が主導して、地域包括ケアシステムの構築に成功したという事例はほとんど目に見えない。この点は節を改めて後にもう一度議論したい。

三、かかりつけ医・家庭医の普及

超高齢者が増加した場合、同一の医師による、継続的な医療が、有意義となるケースが多い。たとえば終末期の医療のあり方は、患者の家族との信頼関係が、きわめて重要な役割を果たす。週末近くになってから、遠くにいる家族を呼び寄せて、然るべき医療のあり方を自己決定させることは、きわめて難しい。

終末期に限らず、日常的に信頼のできる、かかりつけ医を持つことの重要性は、特に超高齢者にとって不可欠である。このためには、ヨーロッパなどに見られる家庭医の存在に注目すべきであろう。とりわけ高齢期には複数疾病を持つことが常態化するので、一部の専門に偏つた治療をする医師は避けたい。

そして家庭医や家庭医的役割を果たす医師を養成することは、単に医科大学だけの責務ではない。地域の事情に熟知し、地域の人々に信頼される医師を育てるのは、地方自治体や地域のN

PO組織の、重要な仕事である。現に日本全国の多くの地域で、そういったNPO組織が生まれつつある。行政はこれを後押しすることが求められる。

四、認知症早期対応のための街作り

現在、軽度の人々を含むと、認知症の人々は、日本全体で四百八十万人以上と推計されている。そして少なからず多くの人々が、病院や福祉施設に入所している。この実態は、世界的にはまれな現象である。さらにイギリス、北欧をはじめとする多くの国々、骨幹戦略として、地域で、少なくとも軽度の認知症の人々をケアしていく流れが急増している。高齢者に関して、認知症の発症率は、年齢と共に急増することとは、あらゆる国々に共通している。今後の超高齢化が、認知症の人々を急増させることは、ほぼ間違いがない。東京はその代表的な地域になることも確実である。

全国に先駆けて熊本県、大牟田市などで、そういった取り組みが進んでいるが、いまこそ東京都が先進的に取り組むべき時期が来ていると思われる。

五、医療の役割

医療に対するニーズは年々変化している。その要因は、一つは技術の変化であり、もう一つは超高齢化である。疾病構造が変化し、量的比率から見ると、急性疾患から慢性疾患へ疾病構造が変わっている。

ところが医療技術自体も変化しているために、高齢化による医療ニーズの変化が見えにくい。たとえば眼科にお

ける白内障の治療分野では、手術法の変化と超高齢化による患者の年齢層の変化が同時に起きている。治りにくかった病気が治るようになる一方で、家族類型の変化により、同じような治療の状態でも、退院の意思決定のあり方は変わりつつある。こういった複合的な要因の変化があるがゆえに、個々の病院にとつては、適切な退院時期を決めるのが難しい。昔だったらもう少し入院させる患者が、技術の進歩により早期退院が可能になる一方で、家族の支援がないために退院させることが難しいといった患者が増えていく。

さて、こういった難しい状況を、変えたい状況と捉えるか、そうではないと捉えるかは、周辺に充実した在宅医療、在宅ケア体制が整っているかで大きく変わる。しばしばメディアは退院を迫られる、悲惨な実態を映し出すが、同じような疾病で、在宅医療、在宅ケアが充実しているところで、満足度の高いケアがあることが知られないことも多い。

もはや医療は、この医療の現場の、単体としての医療のみを切り離して評価する時代ではなくなっている。システムとして機能する時代が来ている。前述したチェーン展開しているケースでは、一方で、時に囲い込みの批判があるものの、全体として満足度が高い場合もある。もちろんこういったサービスが展開されるからといって、個々の医療現場の質の水準に対する評価をなおざりにすべきではないが、時代の変化に合わせた柔軟な医療供給体制の構築が求められる。

そして、こういった要請にこたえる仕

組みとして、もつとも劣っているのが、いわゆる公立病院ではないだろうか？公立病院は、病院単体としての医療の質の向上には熱心かも知れないが、近隣の各種の医療機関や介護体制との連携に関して、もつとも劣ると判断するのは、筆者だけだろうか。近年増大し続ける社会医療法人などの制度的枠組

「大都市における地域包括ケアシステムの実現」「地域における在宅医療の推進」に向けて

東京都福祉保健局 理事
少子高齢化対策・特命担当 藤田 裕司氏



藤田 裕司氏

この度は、第二〇〇号記念特別号の発刊、誠にありがとうございます。心からお祝い申し上げます。我が国では急速に高齢化が進んでおり、特に都市部における高齢化の進展は著しいものがあります。

国において今年開催された「都市部の高齢化に関する検討会」の報告書によると、今後、都市部における高齢者の増加はさらに勢いを増していき、二〇一〇年から二〇二五年までの十五周年で、要介護認定率が高くなる七十五歳以上高齢者の増加数は上位六都府県（東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県、大阪府、愛知県）で約三百七十三万人と、この間の全国の高齢者約七百六十

みに、さらに注目して、民間の活力を活かす方向を、目指してもらいたいものである。筆者は、国立社会保障・人口問題研究所に勤務しているが、本稿の見解は、同研究所の見解ではなく個人の見解であることをお断りしておく。

万人の半分程度を占めることが予測されています。なかでも増加数が最も多いのは東京都で、二〇一〇年の約百二十三万人から二〇二五年は約百九十八万人に、約七十五万人増加することが見込まれています。

東京都高齢者保健福祉計画

東京都では、高齢者施策に関する都の基本計画である「東京都高齢者保健福祉計画（平成二十四年度～平成二十六年度）」に基づき、様々な取組みを行っています。その目的・方向性は、高齢者が要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、「住まい、医療、介護、予防、生活支援」が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を実現することにあります。

そして、東京都は「地域包括ケアシステム」を実現するために、この計画で「高齢者の自立と尊厳を支える社会

の実現」、「誰もが住み慣れた地域で暮らし、支え合う社会の実現」、「確かな安心を次世代に継承」の三つの理念を掲げるとともに、六つの施策を「重点的取組み」と位置付け、強力で推進しています。

六つの施策の一つ目は「介護サービス基盤の整備」、二つ目は「在宅療養の推進」、三つ目は「認知症対策の総合的な推進」、四つ目は「高齢者の住まいの確保」、五つ目は「介護人材対策の推進」、六つ目は、「地域社会を支える担い手としての高齢者の支援」です。

このうち、一つ目の「介護サービス基盤の整備」から三つ目の「認知症対策の総合的な推進」までの施策について、具体的な取組みと内容をご紹介します。

まず一つ目の「介護サービス基盤の整備」では、特別養護老人ホームなどの介護保険施設等について整備を促進するため、整備が進んでいない地域に建設する場合の補助金の増額や、都用地の減額貸付などを行っています。

また、比較的所得の低い方も利用できる都市型軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム等については、事業者の方が自ら土地建物を取得して整備する場合のほか、土地の所有者が建物を整備して運営事業者に貸し付ける場合にも補助を行っています。

さらに、施設整備に係る用地を確保するための定期借地権を設定する際に運営事業者から土地の所有者に支払われる一時金についても、補助を行っています。

二つ目の「在宅療養の推進」では、地域で在宅医の方々がチームを組んで

二十四時間の診療体制を確保する取組みや、ケアマネジャーや介護職員に対する医療的知識を付与する研修の実施、高齢者の在宅療養生活を支える訪問看護ステーションの設置や運営の支援などを行っています。

また、今年度からは、東京都作成のOJTMニユアルを活用した事業所による訪問看護師の育成支援や、訪問看護ステーションのIT化に係る支援などを実施しています。

また、来年一月には、訪問看護の魅力等をPRし、在宅療養を支える訪問看護の理解促進と人材の確保を図るため、都庁の大会議場で「訪問看護フェスティバル」を開催する予定です。

三つ目の「認知症対策の総合的な推進」では、二次保健医療圏毎に「一か所計十二か所の認知症疾患医療センターを指定して認知症の専門医療を提供するとともに、地域の医療機関同士や医療と介護の連携の推進役として、地域における認知症の人やその家族への支援体制の構築を進めています。

また、昨年の五月には、全国で初めて、若年性認知症に関する相談を受けるワンストップ窓口の設置を行いました。さらに、今年度からは、認知症の早期発見・診断・対応を行う新たな事業を開始しました。具体的には、地域包括支援センター等に配置する「認知症コーディネーター」（保健師、看護師等）と認知症疾患医療センター等の医療機関に配置するアウトリーチチーム（認知症専門医等で構成）とが連携して認知症の疑いがある方を訪問し、その方の状態に応じた適切な医療・介護サービスに結び付けるといった取組みで、

現在十二の区市と七か所の認知症疾患医療センターが実施しています。このほか、認知症疾患医療センター等の近辺に家族の方が集える場所を確保して相談会や交流会等を行う区市町村の取組を支援することも始めています。また、高齢者やその家族が簡便に認知症の疑いを判別できるチェックシートの開発も進めています。

次期介護保険制度改正に向けて

現在、国では、社会保障制度改革国民会議の報告書を踏まえ、社会保障審議会介護保険部会において、介護保険制度改正の検討が進められております。国民会議では、「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」として、地域支援事業・介護予防給付の見直しや補給給付における資産勘案、一定以上の所得がある利用者の負担上げ、特別養護老人ホームの中重度者への重点化などが検討すべき事項として提示されました。これらについて、国は介護保険部会で議論を重ねて年内に取りまとめ、来年の通常国会に法案を提出するとしています。

東京都では、本年九月に厚生労働省老健局長に対し、「大都市における地域包括ケアシステムの実現に向けた介護保険制度の見直しに関する緊急提言」として六つの提言を提出しました。その内容は、介護基盤の整備促進に関するものが三提言、介護予防給付の効率化・重点化に関するものが一提言、サービスの質の確保に関するものが一提言、サービス付き高齢者向け住宅の住所特例に関するものが一提言となつています。

東京都では、本年九月に厚生労働省老健局長に対し、「大都市における地域包括ケアシステムの実現に向けた介護保険制度の見直しに関する緊急提言」として六つの提言を提出しました。その内容は、介護基盤の整備促進に関するものが三提言、介護予防給付の効率化・重点化に関するものが一提言、サービスの質の確保に関するものが一提言、サービス付き高齢者向け住宅の住所特例に関するものが一提言となつています。

まず一つ目の提言は、特別養護老人ホームを運営する社会福祉法人の資産要件の緩和です。現在、特別養護老人ホームは、その運営法人である社会福祉法人が自ら所有している建物でなければ運営できないことになっていますが、土地所有者の方が整備する建物の貸与を受けて運営することを可能とするよう求めました。

こうした手法は、土地所有者にとっては所有権を維持したまま資産活用、社会貢献が可能であること、運営事業者にとっては整備に係る新たな借入れが不要であること等のメリットがあり、特別養護老人ホームの整備がこれまで以上に進む可能性があります。

二つ目の提言は、複数の区市町村が共同して特別養護老人ホームを設置し、利用する仕組みの構築です。

現在、広域型施設である定員三十人以上の特別養護老人ホームの優先入所の基準は「介護の必要性」となっており、自治体ごとの定員枠を設定できない仕組みとなっています。しかし、今後も土地の確保が難しい状況が見込まれる中、貴重な施設整備用地において、近接する区市町村同士が共同で特別養護老人ホームを設置して施設整備を促進する手法が、交通手段の発達した都市部においては有効です。

三つ目の提言は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの設置促進策を講じること、併せて訪問看護師の確保に向けた取組みについて支援策を講じることについてです。

地域包括ケアシステムを実現するためには、定期巡回・随時対応型訪問

介護看護をはじめとする二十四時間在宅で安心して暮らし続けるためのサービス基盤の整備が必要です。また、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ中重度高齢者が、施設や病院ではなく、在宅において多様なサービスを受けながら地域での生活を継続するためには、「医療」と「介護」の連携に際して重要な役割を担う訪問看護師の確保を早急に進める必要があります。

そこで、地域包括ケアシステムを支えるサービスの設置促進に取り組み区市町村を財政的に支援するとともに、今後の高齢社会において必要な訪問看護師の確保に向け、都道府県が独自に行う取組みについて支援策を充実するよう求めました。

四つ目の提言は、軽度者への給付の見直しに当たって、早期に見直しの具体的な内容を明らかにするとともに、介護予防給付に代わる「介護予防・生活支援サービス事業」におけるサービスの確保やマネジメントを実施する保険者への財政支援を行うよう求めたものです。

今回の制度改正は、サービスを利用される方、御家族、そして事業者の方に対する影響が非常に大きいものとなることから、新たなサービスのマネジメントを担う区市町村への財政支援を求めました。

五つ目の提言は、通所介護事業所等が実施する法令に基づかない宿泊サービスについて、早期に法令上のサービスとして位置付けることを求めたものです。都内では、こうしたサービスが

増え続けており、平成二十五年九月現在、指定通所介護事業所の一割を超えている状況となっていますが、このサービスは法令に基づかないサービスであるため、行政の指導権限がありません。このため、サービスの質、利用者のプライバシーや安全を確保するために、強制力を伴う指導権限の付与を求めました。

六つ目の提言は、サービス付き高齢者向け住宅への住所地利特例の導入に当たっては、当該住宅に居住する高齢者がその住宅所在地の区市町村が運営する地域支援事業を利用できるようにするとともに、医療保険制度における住所地利特例の適用との均衡にも配慮するよう求めたものです。

まず、サービス付き高齢者向け住宅に住所地利特例が導入された場合、他の区市町村から入居した高齢者が、住宅所在地の区市町村が運営する地域支援事業を利用できないという事態が懸念されます。また、高齢者が入居後数年を経て、後期高齢者医療制度の被保険者となって医療サービスを利用する場合に、当該住宅が所在する区市町村に想定外の負担が集中する可能性があります。このため、区市町村間の財政調整の仕組みを設けるよう求めました。

都は引き続き、次期制度改正に向けて時機を捉えて国に提言を行うとともに、中長期的な視点に立ち、様々な施策を推進してまいります。

貴会が、大都市における地域包括ケアシステムの実現、地域における在宅療養の推進に向けて、リーダーシップを発揮していただくことを心から期待し、お願いいたします。

東京都医師会から 東京における医療と

介護に係る政策提言

地域包括ケアを成功させるためには、地域内医療・介護の多職種連携が不可欠で、多職種が乗らざるを得ないプラットフォームを作ることが必要。そのためには現状を打破するブレイクスルーとなるべき事業を展開することが一案と考える。

東京都医師会副会長 猪口 正孝氏
(平成立石病院理事長)



猪口 正孝氏

はじめに

東京都医師会(以下、都医)の事業内容は、年度末に建てられる事業計画に示されている。また都医と東京都病院協会(以下都病協)が合同で東京都(以下、都)への予算要望を行うが、その要望書にも都医としての方向性が示されていて、むしろこちらの方が政策提言に近いものとなっている。

都医における事業計画の決定は、年度計画に従ってまず各担当理事がこれまでの都医の行った事業と日本医師会の動向や各地区医師会の要望などを踏まえて事業計画の素案を理事会に提出し、そこで会長や他の役員の見解を取り入れ採られたうえで理事会決定となり、都医代議員会にかけられ決定される。製作時間が短いうえに定款などの制約を受けて政策提言とまでいか

ないのが実情である。予算要望も同様の制作過程であるが、担当理事や都病協の意見を反映させやすくかなり先進的な内容も含まれている。

東京都医師会の動き

二期目に入った野中会長体制においてプロジェクト推進委員会が開始された。これは「地域における医療連携と地域包括ケアの確立」や「災害医療の確立」などの野中会長が重点項目として掲げた目標に対する施策(プロジェクト)を具体的な形にしたうえで都に提言し、実現をはかろうとするものである。

都医には内部委員会として五疾病五事業や東京都保健医療計画など医療政策本体に対して都医として方向性を検討する地域医療推進委員会があり、在宅医療を管轄している地域福祉委員会、さらに病院の問題を検討する病院委員会が設置されている。この三委員会が共通のテーマを議論し、最終的には意見をまとめて都医としての政策提言につなげていこうとするものである。具体的にはその担当役員と正副会

長らがプロジェクト委員会を構成して、月に一度理事会終了後に委員会を開催し、事務局も参加したうえで三委員会の議論の進捗状況が報告され、都医役員の見解を付与して各委員会へフィードバックし、委員会でさらなる検討を重ねていただく。最終的には都医としての政策提言に仕立て上げ、地域保健医療計画や都予算に反映させたり、都医の事業計画に組み込むことを目指している。

私と共に都病協の推薦を受け都医執行部に入った都病協内藤常任理事と伊藤常任理事はそれぞれ地域福祉委員会と病院委員会を担当しており、こうした都医の動きのキーパーソンになっている。両氏との連携を図りながら、病院からの視点をしっかりと盛り込んだ提言に仕上げていきたいと考えている。こうした動きの中で私見ではあるが本稿において都医の方向性についてまとめてみた。

地域包括ケアシステム

確立への課題

野中執行部の最大テーマである「地域における医療連携と地域包括ケアの確立」にあたって何が課題なのか。去年の六月に老健局が提示した地域包括ケアシステムでは、患者・高齢者を中心に提供されるサービスは医療の他、住まい、介護、予防、生活支援と五種類が表されている。この五種類のサービス提供者がうまく連携すればそれだけで出来上がり。頭で考えれば簡単で、ここに程よく報酬がついてくれば自然にうまくいくように思える。あまり在宅医療に関心の無い方にとっては何が問

題なのか全く分からないことであろう。

まず、地域包括支援センター(以下、支援センター)は被保健者の数によって規定されており、保健師・社会福祉士と主任介護専門員が必須の構成員で、区市町村が設置するが、区市町村が直接運営するだけではなく委託も許されており、開設者にさまざまな事業主体がある。地域包括ケアは支援センターが中心となって多業種をコーディネートする設計になっているが、システムの企画立案推進といった人員構成を持つておらず限界がある。東京の場合ほとんど区市直営ではなく制度面につながることはほとんどない。

また福祉事務所など行政は民間サービス提供者たちの事業に介入することは及び腰であるし、強制的な権限もない。したがって行政の指導など強くコントロールされてはおらず、運営上自然発生的で比較的小規模に可能となる異業種間の連携は進んでいるが、それぞれに多くの事業者が存在しライバル関係にある同業者間の連携は難易度が高い。

一方医療においても連携がうまくいっているとは言えない。従来、在宅医療はかかりつけ医こそ適任との立場を医師会はとっているが、医師会に所属しない在宅医療専門医たちの台頭もあり、地域に係る在宅医同士の情報共有が図れているとは言いがたい状況にある。さらに在宅医と通院中心の診療所は特に関係を持つ必要はなく、連携は当然育たない。地域に密着した病院は診療所と協力関係にあるはずだが、もともと診療所と中小病院はライバル関係にあり情報共有する場は一部には

進んでいるが確立はされてはいない。要するに異業種連携のみならず、医療においても介護においても同業種間の連携、言いかえると意識の共有、合意形成こそが本場の課題であつて多業種連携は次の次元なのである。

課題解決の方向性

このように地域包括ケアにおける多職種連携は、まず同業者間の情報共有をはじめとした連携がうまくいっていない。こんな状態で例えばある在宅療養支援病院(以下、在宅病)が、介護事業者とICTを使って連携がうまくいった場合、他の在宅病はそのスキームに乗るであろうか。ライバル関係であるからおそらく個別の交渉を重ねて、独自の多業者との連携を模索するであろう。うまくいった場合、また別の独自のシステムやルールが誕生してしまう。自然発生的な個別の連携では地域全体のシステムにはつながりにくいのである。地域全体で地域包括ケアがうまくいくためにはまず同業種が集まり方向性を確認し合意を形成したうえで、業種対業種の多業種との交渉を行い、業種間連携のための共通ルールを作っていく必要がある。

ではどうするのか。事業主たちを集めて業界代表を決め、代表同士が話し合い地域のルールを作り上げ、その地域で在宅医療、介護ケアなどを行いたいならばこのルールに従わなければならない。そんな地域包括ケアのプラットフォームを形成して、関係する事業所たちがその上に乗らざるを得ない状況を作り出すことが大事である。株の売買を行う証券取引所であり、

青果市場であり、プロ野球連盟であり、この地域の包括ケアに参加して事業を行うためには、とにかくこのプラットフォームに乗らなければ参加できないというものを作り上げていけばいいのではないかと思う。

地域包括ケアプラットフォーム形成のために

事業主を集められるのは行政しかない。区市町村行政がプラットフォーム形成のために介護と医療の事業主たちを集めたシステムで有名な千葉県柏モデルがある。

行政は介護に強い。地域福祉課や福祉事務所が地域包括支援センターを介したり、または直接的に介護系事業所と日ごろから接触したりするからである。しかし医療についてもまとめ役になれるかというと、それは無理である。区市町村の行政は医療に直接かわつてきたことがほとんどない。病院は都道府県で、診療所は保健所であつて福祉課ではない。医療をまとめられるのは病院と診療所が所属する医師会しかない。柏モデルでは行政と医師会が共催しており、大学や病院も参加し、研修会で研修を受けなければならないなど、地域で展開するためのプラットフォーム形成がうまくいった。

この柏のようなスキームは誰もが考えるが、柏はUR住宅があり、新しく住民の増える地域で始めたものであり、新しいスキームを起こしやすかつたことが成功のカギの一つである。通常の地域においては簡単な話ではない。あまりの参加者の多さから連携に対する意識のずれが壁となつて、多く

が挫折してきている。そこでその壁を突き破るなにかブレイクスルーが必要になつて来る。

八王子高齢者救急医療体制広域連絡会は東京消防庁の救急隊が高齢患者の搬送医療機関選定に際し、長時間を要することから、情報提供を行うかかりつけ医側と受け入れ側の病院が「救急」と「情報共有」というキーワードで連携を開始したものである。最終的にかかりつけ医から始まり、救急病院、療養型病院、高齢者住宅などが参加し、現在では十五団体百四十七機関が所属している。

医療側の課題は医師会に所属していない在宅医たちをどのようにしてプラットフォームに乗せるかであるが、八王子では高齢者施設が参加することにより、そこをフォロワーしている在宅医たちが医師会の枠を超えて参加せざるを得なくなった。このように高齢者のケアサイクルを構築するサービス提供者が全て参加してくることが大事で、そうして初めて医療と介護の多職種が連携した地域包括ケアシステムの構築ということになる。

このようにプラットフォーム形成には何かブレイクスルーとなるテーマを掲げることがいいと考える。ポイントはずべてのステークホルダーたちが何とかしなければならぬと思えるキーワードを見つけること。

そこで提案である。病院救急車を用いた「地域高齢者救急搬送支援システム」をブレイクスルーにできないものかと考えている。今般厚労省の地域再生基金に伴う補助金が新設され、この中に区市行政と区市医師会が協働で在

宅医療を支援する項目が対象となつて
いる。そこでこの補助金を利用して病
院救急車を利用した右記システムを構
築するのである。このシステムを運用
するためには在宅医と地域密着病院等
の運営協議会が必要となる。この運用
がブレイクスルーとなれば「医療と介
護の多職種が連携した地域包括ケアシ
ステムの構築」に近付くのではないかと
期待している。

去年十一月末の締め切りに対して葛
飾区、町田市、八王子市で東京都医師
会の提案に対して各地区医師会が行政
と話し合い、病院救急車を利用した搬
送システムの申請を東京都に上げてい
ただいた。今年度は協議体の発足程度
であるが、来年度から事業がうまくい
けば継続も可能となるかもしれない。
しかし大事なことは医療と介護が同時
に乗るプラットフォームを作り上げる
ことで、ここを土台として地域包括ケ
アをうまく生かせることである。

最後に

東京都医師会の地域医療推進委員
会・地域福祉委員会・病院委員会の平
成二十三年度、二十四年度答申から地
域包括ケア推進の課題を抽出してみ
ると、一、医師会員の意識の変革、二、リ
ハビリテーション医療の推進、三、多
職種間での患者健康情報の共有、四、
医師の研修体制、五、医師の連携体制
六、在宅医療調整窓口、七、後方支
援入院体制、八、後方支援救急入院体
制、九、都民の意識の変革、十、人材
の確保、十一、認知症対策、十二、地
域密着型病院の活用等があげられてい
る。もし右記に論じているプラット

フォームが形成出来ればその土台上で
解決が図れると考える。

都医の野中博会長は「『生活者の視
点に沿った、住み慣れた地域での安心
安全な医療提供体制と地域包括ケアの
構築』は、地域医療を構成する診療所・
病院がともに参加する地区医師会が中
心となつて、地域の多職種団体の皆さ
んと協働して、はじめて実現できる」
と以前から提言している。

河北都病協会長は全日本病院学会東
京大会で「民主主義と医療」をテーマ
としサブテーマを「public mind」と
された。小生は「権利を主張するなら
義務も果たせ」と翻訳している。義務
とは診療報酬に見合った労働ではな
く、社会の医療を守るprofessionとし
て行動せよということ、ある意味
voluntary精神にも通じるものだと考
えている。病院救急車による搬送事業
では、救急車を運行する病院にとつて
は運用経費の持ち出しとなつたうえ
で、リスクを払い、何の得にもならな
いことであるかもしれない。本来総務
省や厚労省のmatterを病院がやる必
要はないのかもしれない。そうしたこ
とに医療業界からも批判があるかもし
れない。しかし要求や要望だけで時代
は変わらないのではないかとと思う。や
れるものが他にないかればやる。行動
で示すことも必要だ。

厚労省で審議されているように、時
代は待ったなしで高齢者対策を求めて
いる。課題で上げた項目を解決するた
めの「地域包括ケア運営のためのプ
ラットフォーム形成」を展開してい
かねばならない。いつやるのか。克己殉
公。いましかないと思うのである。

**成さねばならない、
変えていかねばならない領域である。
このまま放置はできない。**

医療法人財団天翁会 理事長 天本 宏氏



天本 宏氏

**脱・病院完結型、
脱・専門医療特化型への道筋**

一、医療提供体制におけるアクセス・
受療行動・受療の流れをサポートして
いくシステム(二十四時間対応)を日
常生活圏域に設定する

二、身近で、いつでも、まずは「ゲー
トオープナー」として総合・包括的に
「人を診る」一次医療体制を構築して
いく

三、いつでも(二十四時間三六五日)
何でも相談・一次救急にも対応一に
応じ、チーム・多職種で対応していく

四、二次救急・臓器別・専門医療機関、
高次医療機関への「ゲートキーパー」
としてトリアージ機能を一次医療が
担っていく

五、地域にも多職種と共に訪問活動を
行っていく
六、健康・生活をもサポートしていく
七、継続的・包括的にヘルスケア・メ
ンタルヘルスケアしつつ「生涯」を看
取っていく

一人の医師、一つの診療所による自

己完結型から脱皮し地域内完結型とし
た組織医療(グループ診療、多職種と
チームを組む)において「相互補充」、
「相乗効果」を生み出していく。また
地域に基盤を置くコールセンター、在
宅生活をサポートする企業等とも協業
して包括的ケアシステムの一環を担っ
ていく。このような新たな組織対応型
一次医療・プライマリケア体制(地域
内完結型)を日常生活圏域に構築して
いく。そして三次医療圏域を設定し多
くの公的セクターである大病院群を再
編成し、各病院による自己完結型から
圏域単位・各病院群で機能分担をし、
高次医療器具等の重装備は圏域内完結
型に効率化していく。また機能特化
専門特化した中小病院は二次医療圏域
ごとに適正に配置、整理し、これから
はプライマリケアホスピタル(亜急性
期病棟、在宅診療支援病院の機能を併
せ持つ)を日常生活圏域に適正配置し
ていく。このような抜本的改革、効率
化への改革は避けられない時代に來
た。そして「かかりつけ医」は「PMO
を基調としてハートワーク、ヘッド
ワーク、フットワークをモットー」に
行動を変えていく。

一、改革の背景

日本は社会保障国民会議報告書が指
摘しているように壮年期を対象とした

病院完結型の医療提供体制として進展
(?)してきた。この現象は特に大都
市東京において顕著で、公的セクター
の国立、都立(公社に変更)、自治体立、
大学付属、保険者立(鉄道病院、東芝
病院など)の大病院が乱立し、重装備
化を競いつつ共存してきた。その背景
には医療のフリーアクセス(いつでも、
誰でも、好きなところで)が各病院の
自由競争化を招き、医療器具、重装備
化も各病院が自由に競って配置し、医
療は非営利と称しながら市場原理に
沿った普及ともいえる現象が続いてい
る。その影響をもちに受け民間中小病
院(地域に基盤を置くも外部環境に合
わせた内部環境の改革はできておら
ず)は存立・継続困難となり減少しつ
つある。

また診療所も急速に増え続けている
が、ほとんどが専門科外来診療を標榜
し、都民は各科ごとに診療所を渡り歩
き、一人のケースをトータルに管轄
視野に入れて総合的に診ている医師は
ほとんどいない。これから増えていく
対象群・高齢者には決してふさわしく
はない

二、東京都の人口推計

東京都の総人口数は二〇一五年を
ピークに減少していく。既に生産人口
は二〇一〇年をピークに減少してい
る。六十四歳以下は二〇一〇年千八
万人から次第に減少していき、二〇二
五年には九百八十五万人に、二〇四〇
年には八百九十九万人と急速に減少し
ていく。逆に七十五歳から八十四歳まで
の階級層は二〇一五年百六万人、二〇

四〇年に百二十四万人と増え、超高齢者である八十五歳以上は二〇一五年四十二万人から増えていき、二〇二五年六十六万人、二〇四〇年九十万人と急速に増え続けていく。九十歳以上の人口推移は全国での資料しか発表されていないが東京都を全国の数値の10%として予測すると二〇一〇年十三・七万人、二〇二五年三十三万人、二〇四〇年五十五・五万人と増え続け、その後二十歳間は減らない。認知症疾患は九十歳以上の発症率が六十%、九十五歳だと八十%の発症率といわれている。認知症患者が地域に共存していく街づくりにも取り組まねばならない。

また、これから高齢化を迎える団塊の世代の多くは九十歳から九十五歳までの人生設計が必要となり、寿命と健康寿命とは一致しておらず、健康寿命を限りなく伸ばしていく前始末がこれからの課題となる。日本の、東京都のこのような巨大な逆ピラミッド型の人口構成である人口オナナス現象は世界、人類に例を見ない現象であり、社会保障政策においても東京独自の「モデル無き挑戦」が必要となる。

東京都の年齢階級別死者数の推計からみる二〇〇七年の死者数は九万六千三百五十四人、二〇一一年は十万五千七百二十三人に増加し、「八十五歳以上」三十六・〇%、七十五歳以上が全体の六十六・七%を占める。高齢者、超高齢者の死者数が増えていく多死化時代を迎えていく。

東京都の死亡場所別に見た死者数及び構成割合をみると、二〇一一年でみると「病院」七十七・三%、「自宅」十六・一%、「老人ホーム」四・二%。

二〇〇七年と比較すると僅かながらも病院が減り、自宅、老人ホームが増えている。

医療法人財団天翁会における二〇一二度の看取り実績では在宅も増えているが有料老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、小規模多機能施設など看取りの場が多様化しつつある。なによりも「これだけ長寿で人生終末の場・死亡場所が病院である」ことは超高齢者にとって決してふさわしい場ではない。高齢者への看取り、人生の幕引きにおいて「病院での治療」に該当しないケースがほとんどである。「病院に入院すれば安心」といった幻想を早く払拭していくべきである。九十歳前後の高齢者に現状の救命、延命、治療優先医療、病院医療といった「生存目的の医療」が主流となっている現状は改革していくべきである。国民も、サービス提供者も戸惑いながらも、Quality of Death、尊厳を重視した医療・対人サービスへと変革されるべきである。別の見方をすると国民は九十歳前後の長寿を想定し「お任せ医療、お任せ介護からいかに脱皮していくか」といった国民的議論がなされるべきである。

さらに二〇一二年十月の介護保険受給者の年齢階級別構成割合をみると「八十五歳以上」四十五・九%、「七十五歳以上」三十八・四%の順であった。二〇〇七年に比べ「八十五歳以上」の割合は三・九%増になっている。介護保険受給率の推移をみると男女ともに八十五歳以上が増加傾向にあり、寿命は延びても健康寿命は延びていないことが読み取れる。

三、政策転換が必要

行政の取り組みは二〇二五年時点の需要と供給の見込みでシナリオを描き対策を練っているが、二〇二五年は通過点でありむしろ高齢化現象はその後急速に拡大していくので、現状の政策はその後の問題解決に繋がっていない。老夫婦、単身老人、九十歳以上の高齢者を地域から排除せず、年若いでも生涯地域で生活し続けていける社会を構築していくには何を、どうした方がいいのか、また高齢者自身に何を求めた方がいいのかといった人類初めての社会構造を迎える日本人としての覚悟が、哲学が必要と国民会議の報告書にも記されている。

しかし今後の施策として第一歩の東京都高齢者保健福祉計画(平成二十四年、二十五年、二十六年)においては六十五歳以上といった漠然とした高齢者像からのニーズ予測となり、病院完結型は崩していない。また医療提供体制のフリーアクセスにおける問題解決にも踏み込んではいない。これまでの提供体制を基盤に置いた高次機能病院中心の病院完結型のままである。

四、なぜ「地域包括ケアシステム」なのか

ケア受容者は「なんらかにおいて日常生活に支障がある高齢者」であり、しかも同居家族のいない高齢者世帯、単身高齢者が増えていく。家族と同居していても生産人口の減るこれからは多くの家族は仕事を持ち高齢者の日中独居が増えていく。したがって「高齢

者への見守り、生活支援」といった「在宅生活サポートサービス」は普遍性の高いニーズとなる。在宅生活サポートサービスを活用してこそ在宅医療・介護が地域で成り立つのである。「家族がするもの」といった固定観念、これまでの常識は取り払わねばならない。

これから未曾有の超高齢社会を迎える東京では「超高齢者の在宅生活サポートは地域社会が担っていく」覚悟をすべきである。もしこの在宅生活サポート体制が間に合わねば「施設入所者が増えていく」ことは明らかである。結果としてソーシャルコストも掛かるであろう。決して高齢者を他府県に排除してはならない。歴史に類のない超高齢社会を迎え、モデルがない。東京都は独自の施策に挑戦すべきである。

国のナショナルミニマム社会保障に東京都独自のシヴィルミニマムを上乘させた「高齢者在宅生活サポート無料化」といった思い切った施策に挑もうではないか。日常生活への支障をいかに早期に補完し「安心・安全な自立した生活」を保つていけるかが施設入所を防ぎ、あるいは施設入所を先に延ばすことができるのである。生活の場で「できないことを補完し残存能力を活用」しつつ「地域で生活を続けていく」ことそのものが「ヘルスケア」ともなり、しいては混乱予防、日常生活機能低下予防、認知機能低下予防となり、「Aging in Place」の具現化につながる。すなわち在宅医療・在宅介護と在宅サポートサービスとは不可分な関係である。そして安心して生活していく居場所・住まいも不可欠であり、これら諸サービスを包括していく重要性から

「地域包括ケア」といった概念にいきついたのである。そして個々のサービスを統合し、運用していく仕組みとして「地域包括ケアシステム」の構築がこれからの重要課題となる。

このような地域包括ケアシステムにおける医療の係わり、役割、使命は過去の疾病医療では有用性が低い。このような地域包括ケアシステムを担う医師、看護師、リハビリスタッフ、薬剤師、栄養士、介護士との協働化も推進されねばならない。協働作業には権限移譲により専門職で重ねあう業務を増やし、より効率的にトータルケアの質の担保をしていく制度設計も急務である。そして多様なサービス構造、多様な職種から一人の利用者への統合システムには水平的、垂直的、時系列的な統括を組織化し、指示する人、必要なサービスの決定者を明確にする必要がある。医療と介護等とを、地域と病院・施設とを切れ目なく互換性を高めていくにはケアマネジメント機能を果たせる職種を明確に位置づけなければならぬ。医療、介護ともに精通した「看護師(オランダ・フランスにおける地域看護師)」が適任であろう。早急に法的整備をし、そして地域看護師を養成していくといった手順を早急に踏んでいくべきである。

五、「人を診る医療」に原点回帰

現在六十五歳前後の多くの市民は複数の疾病・慢性疾患を抱え、疾患ごとに異なる医療機関にかかっている。部分最適追求型の疾病医療であり、「その人の全体最適を診る、生活を診る」

といった本来の医療の目的・使命が果たされておらず、医原病たる弊害も生じており、薬物管理、ポジティブデーターの活用への指導など「人として診る、総合的に診る」ことの重要性に欠けている。

そしてこれからは健康寿命を延ばしサクセスフルエイジングを目指すべく健康学(運動・栄養・自己実現等)の知識、技術の啓蒙も重要となる。また生活指導といった「人生前始末(後始末ではなく)へのアドヴァイザーとしての「かかりつけ医」への使命が加わる。

また利用者である市民はお任せ医療・お任せ介護から脱皮をしなければならぬ。なにしろ健康寿命を決定する因子は生活習慣が五十%なのである。自己改革、自己投資あってこそその健康寿命なのである。すなわちこれからは全人的・総合的・包括的視点重視のプライマリケアを医療提供の川上、主流に位置付けていくべきである。

六、高齢者の救急医療改革

高齢者が増えるとともに救急搬送患者数は増え、しかも軽症者が急増している。現状の救急搬送病院完結型から脱皮し、訪問診療も取り入れた地域内完結型救急医療体制にいかねばならない。そして「訪問看護により治療が行える」といった権限移譲への法的整備なども必要となる。

また現状救急搬送者のうち重症高齢患者においては数か月、半年後の死亡例が多く、多くが植物状態であり、高齢者の救急医療現場においての「トリ

アージの手法」導入といった改革も迫られている。

社会保険旬報「二次医療圏をもとに日本の医療提供体制を考える」において高橋泰国際医療福祉大学教授他が「七十五歳以上別医療需要推移予測」の論文で重要な指摘をしている。「高齢者の救急機能」、「在宅復帰機能」を担う需要が伸びるのであって「今後高機能型病床の増床の必要性は低く、むしろ過剰ともいえる」と指摘。

さらに「特に首都圏では高度医療の整備よりも地域密着型医療機能の整備を重点課題とすべき」と指摘している。全く同感である。また危惧していることは「高機能病院が後期高齢者の救急医療を受け入れているが、高齢者に相応しい医療提供がなされておらず費用対効果は低い」とも指摘している。

七、「高齢者在宅ホスピス」の普及

九十歳以上になると痛患者は増えず、虚弱・認知症患者が急増していく。癌患者の生命予後の推定はある程度可能であるも、虚弱・認知症患者は生命予後が想定しにくく、いつから看取りの時期としていくかの見極めが難しい。明確な標的の症状、治療領域が決まらず次第に衰弱の経過をたどる。覚醒時間は少しずつ減り、経口摂取も次第に減っていく。病的、自然現象との見境の付きにくい「いわゆる老衰」の経過を経ていく。「病院に入院すれば」といった幻想がほとんどで、現在では在宅医療・訪問診療の治療領域はほぼ病院と違はない。高齢者の医療においては「病院において何を治療(治す)

するかを入院前に標的治療域を明確にし、治療予測を建ててから入院をする」といった一次医療体制を構築したいものである。

また最近訪問診療のみの診療所への批判、議論がなされているが、逆に「かかりつけ医が看取りの際、あるいは一次救急の際訪問診療をしていない、できていない」ことが問題であろう。そして今高齢者の在宅での看取りにおいて単身高齢者、認知症高齢者などにおける本人の意思確認といった大きな課題がある。かといって「確認が取れないから病院で」といった対応にも大きな問題がある。エンディングノート・尊厳死協会などの普及など検討を進めていくべきである。生前に使っている介護保険給付の老人保健施設、小規模多機能施設における身近な、馴染みの場における看取りも選択肢となっていくことであろう。

八、おわりに

未曾有の超高齢社会を迎えるにあたって様々な挑戦がこれから必要となる。モデル無きは原点、理念に回帰すべきである。今回大局の見地から述べることができずあまりにも一方的、断定的な見解を述べてきた。

しかし「成さねばならない、変えていかねばならない領域がある。このまま放置はできない」と私は確信している。高齢者医療実践四十年からの、現場からの、一医療人からの「想い」を語らせていただいた。最後にこのような機会を与えていただいた河北会長に心から感謝いたします。

■「ブラウド浦和高砂」予告物件概要●所在地/埼玉県さいたま市浦和高砂三丁目5番1他(地番)●交通/JR京浜東北線・東北本線(宇都宮線)・高崎線・湘南新宿ライン「浦和」駅徒歩6分●総戸数/80戸●販売戸数/未定●構造・規模/鉄筋コンクリート造地上14階建●敷地面積/1,517.75㎡(建築確認対象面積)●間取り/3LDK~4LDK●専有面積/68.04㎡~85.84㎡●バルコニー面積/10.80㎡~31.23㎡●引渡予定時期/平成27年5月中旬●建築確認番号/第UHEC建確25207号(平成25年8月5日付)●販売価格/未定●管理費等/未定●売主/野村不動産株式会社●販売予定時期/平成26年2月上旬●本物件は一括して販売するか分割して販売するかは未定です。販売戸数等は本広告発表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販売対象住戸に対してのものです。●掲載の内容は平成25年12月16日時点の情報となります。

※掲載の完成予想図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・配管類及び電柱・架線・道路標識・周辺建物等は一部省略または簡略化しております。掲載につきましても特定の季節の状況を表現した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。タイルや各種部材につきましては、実物と質感・色等の見え方が異なる場合があります。

予告広告 ※本広告を行い取引を開始するまでの間は、契約または予約の申込みは一切応じられません。また、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26年2月上旬

資料請求受付中
2014年新春〈予約制〉
モデルルーム先行案内会開催

PROUD
ブラウド浦和高砂
新発表
浦和高砂
深奥の地に住む。
JR「浦和」6分
駅徒歩(西口)

お問い合わせは「ブラウド浦和高砂」マンションギャラリー
営業時間/平日11:00~18:00
0120-808-666 (水・木曜定休)
※年末年始は12月24日(火)~1月8日(水)まで休業いたします。

資料ご請求は提携法人様専用サイトから
ブラウド法人 検索 野村不動産