

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

MetLifeSM
メットライフ生命

2016年(平成28年)9月27日

第233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404号室
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL: http://www.tmha.net / E-mail: tmha@mri.biglobe.ne.jp

新任のご挨拶

さらなる貢献をめざして

東京都病院経営本部長 内藤 淳氏



内藤 淳氏

東京都病院協会の皆様におかれましては、日頃より都立病院の運営につきまして、御理解ならびにご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

私は、去る7月1日付で、病院経営本部長に就任いたしました。どうぞよろしくお願いたします。

日本は類を見ないスピードで高齢化が進み、団塊の世代がすべて後期高齢者となる2025年に向けて、持続可能な社会保障制度の確立をめざした効果的かつ質の高い医療提供体制を構築していかなければなりません。医療を取り巻く環境が大きく変革する時期に都立病院の運営に携わることとなり、身の引き締まる思いです。

病院経営本部では現在、平成25年(2013年)3月に策定した「都立病院改革推進プラン」(計画期間…平成25年度(2013年度)～29年度(2017年度))に基づき、「医療の質と患者サービス」、「都立病院を支える人材」、「迅速で的確な危機管理体制

制」、「経営力」を、強化する4つのクオリティとしてさまざまな取り組みを実施しております。

ここで、最近の主な取り組みについてご紹介させていただきます。

次世代の医療環境に対応した「東京ER」の機能強化を図っていくため、墨東病院では新棟建設を機に各種機能を拡充し、平成28年2月には高度救命救急センターの指定を受けました。本年は、ハイブリッド手術室の整備を進めております。

患者サービスの充実では、患者さんの療養生活を総合的に支援するため、全ての都立病院及び公社病院に「患者サービスセンター」を設置し、患者さんやご家族の相談にワンストップで対応する運用を開始しました。今後は、都立病院間や都立・公社病院間での連携はもとより、住み慣れた地域で医療や介護サービスを受けることができる「地域包括システム」を支援し、地域包括システムの担い手となる医療機関等に貢献していくための取り組みについて検討してまいります。

外国人が安心して日本の医療機関を受診できる環境整備についても取り組んでおります。ここ数年、外国人旅行者が急増するなか、病院現場でも日本語以外の言語でコミュニケーションをとる場面が多くなっております。都立

病院では、英語でのコミュニケーション力を向上させるため語学研修を行うとともに、言語のみならず患者さんに関する理解を深めるため「異文化理解」をテーマとした研修を実施しております。また、広尾病院では必要な体制整備を行い、厚生労働省の「医療機関における外国人受入れ環境整備事業」における医療通訳拠点病院の1つに選定されました。

本年はリオデジャネイロでオリンピック・パラリンピック競技大会が開催され、世界中に興奮と感動がもたらされました。次は、東京です。東京オリンピック・パラリンピック競技大会開催期間中は、非常に多くの外国人が日本を訪れることが予想されます。また、現在東京都が取り組んでいる「国際都市東京」では、多くの外国人が東京で生活することになります。予期せぬ傷病で医療機関を受診せざるを得ない外国人も増加すると思われまます。これらを踏まえ、外国人にも一層安心して受診していただくため外国人対応力を強化するとともに、2020年までに外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP)を全都立病院及び公社病院が受審することとしました。

最後に、都立病院の今後の課題について触れさせていただきます。本年7月に東京都地域医療構想が策定されました。東京都地域医療構想には、構想区域ごとに、「病床の機能区分ごとの将来必要な病床数の必要量」や「将来の居宅等における医療の必要量」などが記載されるとともに、「地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項」が記載されております。この東京都地

域医療構想は、都民の皆様と、行政、医療機関、保険者など、医療、介護、福祉などに関わる全ての人が協力し、将来にわたって東京の医療提供体制を維持・発展させていくための方針とされており、東京都地域医療構想の実現に向けては、「地域医療構想調整会議」を設置し、地域において不足する医療について、現状と課題を共有しながら具体的な対応策を話し合うことになっております。また、東京都地域医療構想では将来(2025年)の東京の医療の姿としてグランドデザインを提示し、その実現に向けて次の4つの基本目標が設定されております。

- ① 高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展
- ② 東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築
- ③ 地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実
- ④ 安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成

今後は、東京都地域医療構想で示された内容やグランドデザインで示された基本目標達成に向けた取り組みが各医療機関等に求められることとなります。当然、都立病院にも求められます。都立病院は、高水準で専門性の高い総合診療基盤に支えられた「行政的医療」をより一層効率的・効果的に提供し、他の医療機関等との緊密な連携を通じて東京都における良質な医療サービスの確保を図ることを基本的役割としております。この基本的役割を踏まえつつ、東京都地域医療構想やグランドデザインの実現に向けて、今後の都立病院が担うべき医療機能について、外部有識者の方々も含めての検討を開始し

ました。その検討結果を踏まえて総合的な中期計画の策定準備を進め、公立病院としての責務を果たし、都民はもちろん、医療サービスを提供する皆様にも一層貢献する都立病院づくりに、全職員とともに、一意専心、取り組む所存です。

「都民の命と健康を守る」という普遍的な使命のもと、東京都病院協会の皆

療養病床のあり方について

医療法人社団厚生会理事長
医療法人社団明生会理事長
東京都病院協会副会長
安藤 高朗



安藤 高朗

◆「医療区分1の7割が在宅へ」は可能か

東京都病院協会副会長で東京都医師会副会長の猪口正孝先生が部会長をされていた地域医療構想策定部会で東京都の地域医療構想はうまくまとまったが、そもそも2014年度の慢性期病床は35・2万床であるのに対し、地域医療構想における25年の必要病床数は27・5万床と推計されている。これは医療区分1の患者様の7割が在宅等へ移行することを見込んでいるためである。その方向性が現状と照らし合わせ

様をはじめとした、地域の医療機関等との「信頼と協働」を、これまで以上に深化できればと考えております。

今後とも都立病院及び公社病院の運営に、何卒、御理解と御協力を賜りますようお願い申し上げます。

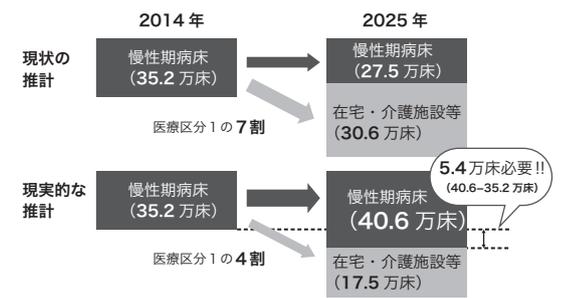
末筆ながら、貴会の益々の御発展を心からお祈り申し上げます。

て本当に妥当かどうか、データに基づいて検討する必要があるのではないだろうか。

興味深いデータが2つある。一つは厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会(3月30日)で提示された「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業」である。この調査によると、介護療養型医療施設は医療区分1の患者様について「入院または入所による医療が必要」との回答が60・5%に達しており、最も適切な生活・療養の場所についても自宅・特養は28・6%、医療療養病床でも39・6%となっている。この調査結果にしたがって医療区分1の4割しか移行しないと考えると、25年に必要な慢性期病床は40・6万床で、現状より5・4万床増やす必要がある(表1)。

もう一つは、厚生労働省がこの7月に発表した「平成27年国民生活基礎調

表1 現実的に必要な慢性期病床数
慢性期病床は削減するのではなく、むしろ増やすべき



査」である。これによると、65歳以上の者のみで構成される、いわゆる「高齢者のみ世帯」は過去最高の1269万世帯、実に全世帯の25・2%となった。しかも、その半分近く(49・2%)を「独居高齢者」が占めている。

昨年の「療養病床のあり方等に関する検討会」で介護療養病床と25対1医療療養病床に代わる新類型が提示された。マンパワーの確保が難しい地方では新類型の活用は重要であるが、今後高齢者の急増が見込まれる大都市圏では25対1医療療養病床と介護療養病床の必要性はむしろ高まっているのではないかと。両病床の役割は、①医療必要度が高い患者様への医療行為の提供、②認知症BPSDなど重度の介護ニーズへの対応、③在宅療養や在宅見取りにおける、いざという時のバックアップ病床、といった点にある。高齢者のみの世帯が増え、看取り場所の確保が最重要課題となるなかで、何より必要とされる機能と言える。

表2 医療区分1の70%を在宅とした場合の訪看・在宅医の増加

1. 訪問看護師1人当たり患者数の算出 (単位:人)

	訪問看護利用者数		計	訪問看護師(常勤換算)	訪問看護師1人当たり
	介護保険(H28.4)	医療保険(H27)			
全国	369,600	56,941	426,541	33,085.7	12.9
東京都	50,000	7,091	57,091	3,592.0	15.9

2. 医療区分1の70%を在宅とした場合の訪看・在宅医の増加 (単位:人)

	医療区分1の70% ※1	訪問看護		訪問診療	
		訪問看護師1人当たり	要増員数	1人当たり ※2	要増員数
2025年	306,100	12.9	23,729	60	5,102
全国	20,200	15.9	1,270	60	337
東京都	21,852	12.9	24,213	60	5,206
全国	21,852	15.9	1,374	60	364

※1 「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告」から
 ※2 医療従事者の需給に関する検討会では概ね60人となっているが、医療の関与が引き続き必要と思われるため、60人とした。(医療法では、療養病床は48人。)

※3 ※1に、2025年から2040年への75歳以上人口の伸び率を乗じた

◆在宅療養体制のために必要な増員数

国の政策をみても、地域包括ケアでめざすのは「居宅介護の限界点を高める」ことであり、「看取り難民」を出さないために、15年度介護報酬改定では介護療養病床の看取り機能を重視した療養機能強化型が新設されている。

それでも医療区分1の7割を在宅へ(強硬に)移行させた場合の、訪問看護師・在宅医の必要数を試算してみた(表2)。

現在の訪問看護師(常勤換算)1人当たりの患者数は12・9人、東京都では15・9人である。ところが仮に7割が在宅へ移行し、かつ「訪問看護師1人当たりの患者数12・9人」を維持しようとするれば、25年の時点で要増員数は2万3729人、東京だけでも1270人も増やさなければいけないことになった。在宅医については在宅医1人当たり60人で推計すると、要増

表3 【安藤案】新類型の機能と基準(100床当たり)

機能	内包型案1			併設型案2
	1-1	1-2	併設型案2	
医療	○	△	外付	
介護	○	○	外付	
住まい	×	×	○	
基準	医師 48:1 3人	医師1人+特定看護師1人	-	
看護師	30:1 17人	40:1 13人	-	
介護職	20:1 25人	30:1 17人	-	
面積	6.4m ² ×4床	6.4m ² ×4床	6.4m ² ×4床~18m ² 超個室	
収支	単価 13,930円/日	12,000円/日	居住費(自費) 5~20万円/月	
収入	4,180万円/月	3,600万円/月	居住費(自費)は基本的に自由、訪問診療(同一建物10人以上施設経営、頻回訪問診療)対象4回、45,300円/月、訪問看護(8,000円×8回)算対象3の月間限度額267,500円	
人件費	1,875万円/月	1,275万円/月	-	
差引	2,305万円/月	2,325万円/月	-	
備考	単価は介護療養機能強化型A・要介護度4・多床室と同等水準(白費協働)	単価は介護療養その他(12,460円:日費協働)と看護在宅療養型(11,790円:日費協働)の間に設定	-	
人件費	月間給与:医師120万円、特定看護師60万円、看護師45万円、介護職30万円	-	-	

◆新類型に移行しても医療費はほぼ同額

現在、訪問看護ステーションで従事する看護師数は常勤換算で3万3085人(14年度、厚生労働省「衛生行政報告例」)なので、今後毎年2千人超のペースで純増しなければならぬことになる。04・14年の10年間で実人員でも1万4230人しか増えておらず、労働人口の減少が今後さらに加速することを考えると、要増員数を満たすのはかなりハードルが高いと言える。

一方、「新類型」への移行を(強硬に)進めた場合はどうか。昨年の「療養病床の在り方等に関する検討会」では、「医療内包型」として「案1-1」「案1-2」、「医療外付け型」として「案2」が示された。

東京都病院協会慢性期医療委員会と東京都慢性期医療協会とでこれらの医

表4 新類型移行による医療費のラフな試算

現状			新類型移行後		
種別	病床数	年間医療費	種別	病床数	年間医療費
25:1	76,000床	584万円 (16,000円)	20:1	38,000床	730万円 (20,000円)
		4,438億円	案2	38,000床	452万円 (376,800円/月)
介護療養	強化型	25,620床 508万円 (13,930円)	案1-1	25,620床	508万円 (13,930円)
	その他	35,380床 458万円 (12,460円)	案1-2	35,380床	438万円 (12,000円)
年間の医療費合計: 7,359億円			年間の医療費合計: 7,343億円		

ほとんど不変なのであれば廃止期限延長しないしは存続を検討してほしい

注1 現状の強化型とその他の比率は介護給付費分科会「介護保険施設等における利用者等の医療ニーズ調査」による
2 25:1からの新類型移行は半分が20:1、残り半分が案2とした

療費等を試算した(表3)。

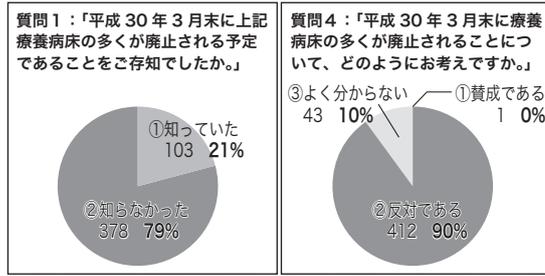
案1-1は現在の介護療養型医療施設とほぼ同様の機能が求められることから、人員配置と報酬もこれを踏襲した。案1-2は100人あたり医師1人、特定看護師並みの看護師1人、他は看護師が40対1、介護職30対1としている。報酬体系は介護療養型医療施設の「その他」と、在宅強化型介護老人保健施設の中間とした。案2については、居住費が月額5〜20万円、外付けとなる医療、訪問看護に関しては平均値とした。

これらの前提で移行後の医療費をおおまかに試算すると、現行体制とほとんど変わらないとの結果が出た(表4)。

それどころか、仮に25対1医療療養病床と介護療養病床のすべてが20対1医療療養病床に移行した場合、2600億円も増えてしまい、1兆円規模に膨れ上がることが分かった。全床が移行するという仮定は現実味に乏しいが、6割移行しただけでも医療費は増加すると考えられる。

表5 患者様・ご家族の8割が廃止を知らず、9割が廃止に反対

東京都慢性期医療協会では、療養病床の在り方等の議論に入院中の患者様やご家族の声を反映させるべく、会員病院に緊急アンケート調査を実施しました。



資料: 2016.09.07 東京都慢性期医療協会「介護療養病床に関するアンケート調査報告書」から

東京都慢性期医療協会が患者様やご家族に実施したアンケートの中間集計では、介護療養病床等の廃止については8割の方が「知らない」と回答し、また実に9割に及ぶ方が「廃止に反対」であった。制度との整合性よりも患者様の必要性に対応するのが医療機関の意向であることは、これまでの医療制度への対応の歴史を振り返れば明らかである。

在宅医療の推進も重要な施策であることは間違いないが、それと介護療養病床・25対1医療療養病床の廃止とは全く別の問題であるし、徒に経費をかけて結果的に医療費が膨らんでしまうというのはあまりに無駄と言わざるを得ない。上記はいずれも荒い試算ではあるが、このような視点で東京都病院協会慢性期医療委員会でも介護療養病床等の廃止の合理性・妥当性を議論していきたい。

地域包括ケアを考えたときに、日常生活を営むことができる住まいと、同

「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」第2条では、「この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となること)の予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。」「住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」と定義されています。要約すれば「高齢者が可能な限り住み慣れた地域で日常生活を営むことができるように、医療・介護・予防・住まいその他の生活支援が提供される体制」と言えるでしょう。

◆生活を営める
住まいと収入が前提

「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」第2条では、「この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となること)の予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。」「住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」と定義されています。要約すれば「高齢者が可能な限り住み慣れた地域で日常生活を営むことができるように、医療・介護・予防・住まいその他の生活支援が提供される体制」と言えるでしょう。

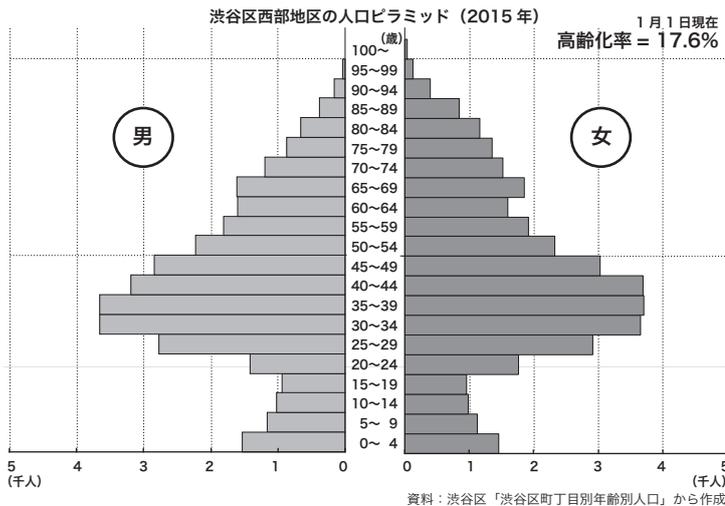


土屋 敬三氏

地域包括ケアシステムで 考慮すべき地域格差

医療と介護の経営情報室室長 土屋 敬三氏

図 渋谷区西部の人口ピラミッドはスベード型



資料: 渋谷区「渋谷区町丁目別年齢別人口」から作成

地域包括ケアシステムの範囲は一般的に中学校区と言われています。中学校区であれば徒歩で通学できる範囲であり、「おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域」と考えられるからでしょう。そこで初台地区の中学校区である代々木中学校の学校区を調べたところ、一応決まっています。他の中学校への通学や他の学校区への通学も可能となっています。つまり他の学校区も十分に徒歩通学可能な日常生活圏域と考えることができます。渋谷区の面積は15・11km²で、北部、西部、東部、南部の4地区に分けて考えることが多いことから、そのうちの西部地区をモデル地区としました。この地区は、地価も高く、昔から暮

◆「全体的に若かった」
渋谷区西部地区

東京青年医会(竹川勝治代表)が2015年、「地域包括ケアを加味した東京都における街づくり」をテーマとして研修会を開催し、筆者もコーディネーターとして参加させていただきました。

ました。

モデル地区を選定して、その地域において医療介護の需給がどのようになるかのシミュレーションを行うというところになりました。モデル地区の選定に当たり「最も東京らしいところ」を皆で相談をした結果、「高層ビル街が近くに迫り、人口が密集して住んでいる場所。初台周辺が良いのではないかと」となりました。早朝勉強会の会場(新宿の京王プラザホテル)からも近く、皆さんがイメージを持ちやすいということもありました。

地域包括ケアシステムの範囲は一般的に中学校区と言われています。中学校区であれば徒歩で通学できる範囲であり、「おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域」と考えられるからでしょう。そこで初台地区の中学校区である代々木中学校の学校区を調べたところ、一応決まっています。他の中学校への通学や他の学校区への通学も可能となっています。つまり他の学校区も十分に徒歩通学可能な日常生活圏域と考えることができます。渋谷区の面積は15・11km²で、北部、西部、東部、南部の4地区に分けて考えることが多いことから、そのうちの西部地区をモデル地区としました。この地区は、地価も高く、昔から暮

らしている方々も多いでしょうから、かなり高齢化が進んでいるのではないかと想像しました。

まず当該地域の人口構成を見るために、町丁別・年齢別人口から渋谷区西部地区の人口ピラミッドを作成しましたが、ここで大きな驚きがありました。わが国の人口ピラミッドは60歳代後半(団塊の世代)と40歳代前半(第二次ベビーブーマー)をボリュームゾーンとした壺(かめ)形で、高齢化率も26.2%(2015年1月1日現在)ですが、渋谷区西部地区は30歳代だけが張り出したスピード型(図参照)をしており、高齢化率も17.6%(同日現在)と、全体的にはとても若い地域

私の医道

唐澤祥人
元日本医師会会長

私は1969年に墨田区立川にある唐澤医院を引き継ぐかたちで医療の世界に飛び込み、74年に医師会活動に従事するようになった。医師

会活動は2010年まで続け、診療は今も週4日、行っている。

まさに医療に浸かりきりの人生を送ってきたが、今回の連載を始めるにあたって、「いったい自分ほどのような医療をめぐってきたのだろうか」と自問したところ、それほど煩悶することなく答えは導き出された。「この地域で育った医師として、地域の役に立ちたい」。この一念に尽きる。

「医療とは医学の社会的適用」と故・武見太郎先生はおっしゃったそうだが、医療は決して机上の学びで完結することはないと、私もつくづく思う。医学部で学び、そしてその後もさまざまな学会や勉強会に顔を出して研鑽を

だということがわかりました。また高齢者に限っても、渋谷区は全国と比較して高齢者の就業率が高く、その中でも西部地区は高齢者の活動能力が高く自分が健康だと思っている割合も高いなど、裕福で健康状態も良いという姿が見えてきました。

それらのデータや将来推計を見ながら議論を行いました。出てくる意見としては「介護保険に頼らないサービスへのニーズがあるのではないか。介護保険による従来のようなデイサービスなどは成立が困難。むしろデリバリースタイルの保険外の介護ビジネスはあるだろう。高級食のデリバリー等もあり得る」「高級スポーツジム、健診

産業、健康を守る・増進させるようなサービスに将来性あり」「世代間理解を進める必要。高齢者や子供のカルチャーセンター」「キーワードは互助。若年層に互助意識を根付かせる。(地元イベント参入など学生への働きかけ、シングルマザーへの援助)」「アクセスを改善するために、交通の環境整備が重要」の活発な意見が出ました。最終的には、「この地域は思いのほか高齢化は進行しない。他地域に遅れる」「将来を見据えても、病院医療、介護需要共に供給は足りるのではないか」「富裕層が多いという前提で考えよさそう。ただし、二極化のおそれもある。2040年までの25年で医

地域で育った医師として

第1回

積んでも、それを医療として患者さんに提供することはまた別のものなのだ。患者さんと向き合い、訴えを聞き、生活背景などにも思いを巡らし、即座にその人にふさわしい医療を提示する。これは、知識を頭に入れただけで行えるものではない。

若い頃は当然、幾つもの壁にぶつかると、そこを乗り越えてこそ、はじめて「社会のなかの医師」として一人前

になるのだと思う。そして、乗り越えるにはやはり経験を積むことが求められる。一般的には一人前の医師として認められるのに10年を要するといわれるが、あなたが否定できない考え方である。

医師は、ややもすると患者さんの主訴を臓器別にとらえ、個々の疾患にばかり目を向けがちだが、先入観に固執することなく、患者さんの生活からじみ出てくるものにも気を配らなければ

ば、適切な診断は下せない。医師自身の専門領域はもちろん追求するとしても、地域の人たちはいろいろな心配を抱えて医療機関の門を叩くのであり、そういう方々の悩みにも聞く耳を持つ姿勢を常に持つておく必要がある。

今日、ストレスによる心身の安定性の低下がさまざまな疾患の遠因であるとの研究が見られるようになっていくが、これは日々の診療のなかでも感じることが出来る。患者さん自身

の生活基盤やふだんの身の処し方を聞いていくうちに、主訴の背景と思われる生活習慣に患者さん自身が気づき、それを改めただけで症状が改善した例はいくつもある。このように、「地域で育った」は決して建前で言っているのではない。医療では、医師自身の人生経験はもちろんだが、患者さんから学ぶこともとても多いのだ。

そんな、地域に育ててもらった一人の町医者の半生を、これから振り返ってみよう。

6つの視点に基づき地域の特色を分析

この研修会の検討を通じて、

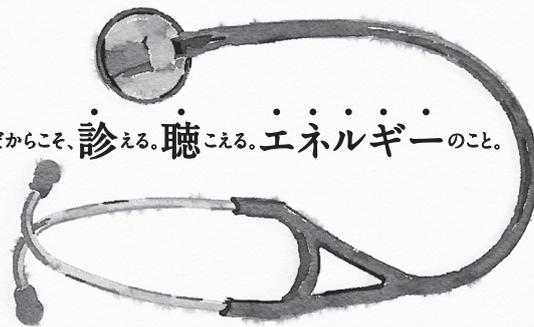
- ① 地域包括ケアは一般的に1中学校区単位と言われるが、個々の地域に当てはめるときどのような地域を単位とするのが妥当か。
- ② その地域の人口構成はどのようなになっているか。
- ③ 地域の方々の健康状態はどうか
- ④ 地域包括ケアシステムは住まいを中心として考えるのだから、地域の方々がどのような住まい方をしているか。
- ⑤ 地域住民が裕福か。具体的には、有料サービスを受けられるだけの収入があるか。
- ⑥ 医療・介護施設、在宅医療・介護事業所等がどれだけあるか。

これら6項目について、東京都内でのくらの違いがあるかに興味を持ち、公表されているデータを収集・整理、分析してみました。本来であれば中学校区単位でまとめるのがよいのですが、そもそも東京都における地域包括ケアを考える場合に中学校区が妥当なのかという疑問と、中学校区という単位ではデータが公表されていないことから、区市町村単位で分析してみました。今回はその詳細を報告したいと思います。

エネルギーの悩み、お聴かせください

東京ガスは約900件の医療施設へのエネルギー供給を通じて、医療業界に深く関わってきました。医療施設を取り巻く環境が変化している中で、災害対策・経営効率化・地域への貢献などの課題に対して、東京ガスは培ったノウハウを活かし、お客さまとともに解決策を探していきます。

東京ガスだからこそ、診える。聴こえる。エネルギーのこと。



東京ガスの電気
2016年4月から東京ガスは低圧のお客さま向けに電気の販売を開始しました。下記までお問い合わせください。

東京ガス株式会社
都市エネルギー事業部 公益営業部
東京都港区海岸1-5-20 TEL.03-5400-7735