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
MetLife℠
メットライフ生命

2018年(平成30年)2月23日
第250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

解説

平成30年度 診療報酬改定

株式会社ASK梓診療報酬研究所所長　中林　梓氏

平成30(2018)年度診療報酬改定は、改定率が全体でマイナス1・19%、本体でプラス0・55%となったが、特に注目されているのが、入院基本料の評価体系の再編・統合である。そこで、診療報酬改定に精通する中林梓・株式会社ASK梓診療報酬研究所所長に、特に注視すべきポイントなどについて解説していただいた。

中林　梓氏

入院医療評価についての考え方

従来は7対1、10対1、13対1の看護配置に代表されるような、いわゆるストラクチャーで評価し、値決めしていたが、今回からその考え方を改め、「重症患者が多い」「実績のあるものに対して高くする」などのプロセス、アウトカムを重視する評価体系に改められている。さらに2つ、注目すべき点がある。

1つは「地域医療構想を意識している」ということ。病床機能を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」という病床機能報告制度の区分けに合わせている点も目を引く。地域医療構想を念頭に、それぞれの病院が「自院はどの機能に当てはまるか」を明確に意識してもらうことをねらっていることをうかがわせる。

もう1つは「過渡期の改定」ということ。今回の改定は「完成版」ではなく、次の2020年度改定で完成させるという厚生労働省の考えがうかがえる。今回は「7対1」という文言こそ残しているものの、「『看護配置』という言葉も将来的になくしたい」という意向さえ感じさせる。また急性期病棟は7つの入院料があるが、次回改定では5つにすると厚労省は明言しており、すでに2年後に向けた構想がすでにできあがっているとも考えられる。また回復期リハビリテーション入院料は将来的に包括化する意図があると思われる。このように次の改定で新たな入院料評価を確立するための改定と捉えると、今回の内容についての理解が容易になる。

急性期医療

【急性期一般入院基本料】

急性期は「急性期一般入院基本料」で一本化される。点数は、7対1入院基本料に相当する「入院料1」の点数は変わっていない。10対1入院基本料に相当する「入院料7」の点数も同様である。

7対1入院基本料と10対1入院基本料の間に、下げ幅の小さい「中間」の入院料として「入院料2」「同3」が設けられたことに着目していただきたい。従来、7対1から10対1に移行すると、大変な収入減になった。200床の病院で約1・2億円減収になる計算で、病院にとっては7対1体制の維持はまさに死活問題だったのだ。それに対する考慮が見られる。「入院料2」は1561点で入院料1に比べて30点の減額に収まっている。看護配置が10対1で看護職員の人件費を考え合せると、「入院料2」「同3」の算定も検討の余地が生まれるのではないか。

また「入院料2」「同3」には「入院料1の届け出実績が必要」との要件が盛り込まれ、7対1入院基本料からしか移行できず、10対1入院基本料から上がることはできなくなっている。

「入院料2」「同3」は経過措置的に設けられているとは考えにくい。「入院料4～7」を整理し、より急性期の指標を引き上げてくると思われる。7対1という文言はいずれ消えると見込まれるが、重症度の高い患者が多く入院している病棟には高い点数がつくので、高い看護配置も可能になると思われる。

重症度、医療・看護必要度の見直し

【評価項目の見直し】

開腹手術の対象日数が「5日」から「4日」に短縮された。開腹手術を多く実施している病院は影響が大きいだろう。5日間は「重症患者」としてカウントできたが、4日間しかカウントできないことになるので、1日分、「重症患者」が減ることになる。中央社会保険医療協議会（中医協）では1%程度減るとの見込みも示されたが、病院によって当然異なる。自院のシミュレーションも行っておく必要がある。

【基準の見直し】

「モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が1点以上、患者の状況等に係る得点（B得点）が3点以上で、かつ『B14医療・療養上の指示が通じる』又は『B15危険行動』のいずれかに該当」という要件が加わった。これは、B得点が入って3点以上になれば、A得点が1点でも重症患者としてカウントできるということだ。現行は「A得点2点かつB得点3点」だが、4月以降は、A得点は1点でも良いことになる。特に「B15危険行動」は2点であることを踏まえると、認知症とせん妄の患者を多く受け入れている病院はかなり対象患者の割合が上がると見ていいだろう。中医協では全国平均では4～5%分上がると見込んでいるが、仮に開腹手術で1%分下がったとしても、こちらで5%分上がれば、全体としては4%分上がる計算になる。

【施設基準】

これらを踏まえて該当患者割合を見ておきたい。従来は7対1入院基本料で該当患者割合25%を求められたが、せん妄と危険行動の点数で5%分上がり、開腹手術の目減りがなければそれで30%に届くことになる。

10対1病棟も同様だ。従来は24%だったが、27%には届くのではないか。特に10対1病院は認知症患者を多く診ている印象がある。むしろ、認知症患者などが多ければ、必要度は1ランク上げられる可能性もある。

【診療実績データを用いた場合の評価】

今回改定で「重症度、医療・看護必

要度Ⅰ」「同Ⅱ」の2つが設けられることになった。「Ⅰ」は今までどおり、病棟に看護師が上がって重症度、医療・看護必要度を評価するというもの。「Ⅱ」はDPCデータから採ることになる。A項目、C項目のそれぞれの紐づけは厚労省のホームページをご参照いただきたいが、手術はC項目とつながり、A項目は処置や検査、薬が出来高で入力されるので、それによって判断することになる。

そこで各病院でご確認いただきたいのが、EFファイルの入力状況である。包括点数の場合、出来高部分は厳密に入力せずとも請求にはあまり支障がない。しかし、これと同じ姿勢で臨むと、重症度、医療・看護必要度が下がってしまいかねないのだ。逆に出来高請求のようにEFファイルを入力している病院のほうが、当然、該当患者の割合は高くなるだろう。

7対1体制の病院は30％をめざすだろうが、まずは「Ⅰ」「Ⅱ」のどちらを選択するか検討していただきたい。出来高部分を大雑把に入力している病院は数字が伸びないので、看護師が病棟で測定したほうが良いといった判断もありうる。

また、急性期一般入院基本料の「入院料2」「同3」だけは「Ⅱ」のみでの評価が求められている。経過措置で200床未満で7対1から移行する場合、看護師による測定を認めているが、200床以上の病院で7対1から移行する場合はすべてDPCデータから採ることになる。

新たな入院医療の評価体系と主な機能（イメージ）

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。

療養病棟入院基本料（20対1、25対1）を再編・統合

一般病棟入院基本料（13対1、15対1）等を再編・統合

一般病棟入院基本料（7対1、10対1）を再編・統合

※特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

急性期医療～長期療養

【地域一般入院基本料】

新設された「地域一般入院基本料」は、看護職員配置15対1を基本評価部分とし、診療実績に応じて段階的に上乗せしていく形になっている。13対1体制にすると点数が若干高くなり、重症度、医療・看護必要度に関連する要件を満たすことによってさらに評価を得ることになる。

13対1入院基本料、15対1入院基本料を再編・統合したものだが、要件面では特に大きな変更は見られなかった。15対1入院基本料相当が「地域一般入院料3」（960点）、13対1入院基本料に相当するのが「地域一般入院料2」（1121点）で、現行と同じ点数である。「地域一般入院料1」は実績部分として重症度、医療・看護必要度を測定することで、現行の13対1入院基本料と同じ1126点になる。

【地域包括ケア病棟入院料】

地域包括ケア病棟入院料は現行の2段階から、4段階に分かれることになった。上乗せについては、「自宅等からの受け入れ実績」が評価される。急性期を脱した患者の受け入れ、いわゆる「ポスト・アキュート」の役割でなく、「サブ・アキュート」、つまり介護施設や自宅から直接、地域包括ケア病棟に入院する患者が多い病棟について点数を上乗せしたのだ。

現行の入院料1は13対1体制をベースに、在宅復帰率7割と、室面積6・4㎡をベースにしているが、これが2つずつ分かれたことになる。すなわち、現行の入院料1が「入院料1」「同2」に分かれるイメージだ。

現行の入院料1で求められる在宅復帰率と室面積の要件をクリアしていれば、新体系で「入院料2」以上を算定でき、「地域包括ケアに関する実績」を持っているところは「入院料1」を算定できるという考え方だ。

「地域包括ケアに関する実績」は▽自宅等からの入院割合、▽自宅等からの緊急患者の受け入れ、▽在宅医療の提供、▽地域医療機関との連携、▽介護サービスの提供、▽看取りに対する支援――などがある。これらをクリアできると2738点を算定できる。ただし200床未満の病院のみを対象にしており、200床以上の病院は算定できないことになるので注意が必要だ。同じ要件は「入院料3」にも設けられており、つまり200床以上の病院は「入院料2」か「同4」しか算定できないことになる。

こうした点数配分の意義にも留意しておきたい。地域包括ケア病棟入院料は本来、地域包括ケアシステムのための病棟であり、同システムは「重度な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」ことを目的としている。そうであるならば、ポスト・アキュートだけでなく、サブ・アキュートと在宅復帰、生活復帰が、地域包括ケア病棟に本来求められている役割なのだ。それにもかかわらず、7対1病院が地域包括ケア病棟を持っている場合に特に見られる傾向として、大半の患者が自院の7対1病棟からの転棟患者で占められている状況が指摘されている。むしろ「7対1救済病棟」になっているという認識が厚労省にあったと考えるべきである。

施設基準を見ると、▽重症患者割合が「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」で10％、「同Ⅱ」で8％、▽退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が70％、▽自宅等から入棟した患者の占める割合が10％、▽自宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上――となっている。高齢者の脱水や熱発などへの対応を想定したものと考えることができるが、一人暮らしの後期高齢者で認知症も患っている場合、外来で対応して自宅に帰すというのは難しそうだが、そうかといって7対1病棟に入院させる必要があるだろうか。地域包括ケア病棟でも十分、対応できるはずだというのが厚労省の認識と考えられる。

地域包括ケアシステムには在宅医療と介護サービスは不可欠である。そのため在宅医療と介護サービスを担っている病院を積極的に評価する姿勢も明らかになっている。具体的には（a）在宅医療を担っていること、（b）病院による訪問看護、（c）開放型病院共同指導、（d）介護保険における訪問介護・訪問看護、訪問リハビリテーションなどの提供――で、これらを担うのも、地域包括ケア病棟の重要な役割というメッセージと捉えるべきだろう。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

現在は3通りだが、今後は6通りになる。一番の特徴は「リハビリテーション充実加算」の廃止だが、新たな「入院料」に設けられた「リハビリの実績」

を満たすと現行点数を上回ることになる。新たな「入院料1」でリハビリの実績を満たした場合は2085点、「入院料3」は1861点になる。

回復期リハビリテーション入院料の上乗せは「リハビリによる機能回復の実績」となっており、「9単位リハビリを提供したから上乗せ」ではなく、アウトカムの良い回復期リハビリ病棟は点数を上乗せするということだ。

「入院料1」では実績として▽重症患者が30％以上、▽重症患者の4点以上回復が30％以上、▽自宅等復帰の割合が7割以上――をベースに、リハビリテーション充実加算の要件である「実績指数」が加わる。ここではリハビリをただ実施するだけでなく、その内容が問われる。具体的には、「経口摂取」「排泄」など、より充実した生活リハビリを提供すると、この指数が上昇する。現在の実績指数を明確に把握し、FIMを引き上げることを意識したリハビリを実施していただきたい。「入院料1」では37％。若干、高めのハードルであろう。「入院料3」「同5」でも実績指数が問われることになるが、それぞれ30％であり、こちらはさほど高いハードルではないだろう。

回復期リハビリテーション病棟入院料1で求められていた「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものが5％以上」という条件は削除されている。

長期療養

【療養病棟入院料】

「療養病棟入院基本料」は基本が20対1看護体制で、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階評価に見直している。「入院料1」A～I、「入院料2」A～Iがあるが、それらの点数は現行通りとなっている。

医療区分2・3の患者が80％を占めている場合に上乗せ加点があるが、基本は50％である。これは重要である。従来であれば25対1病棟で、医療区分2・3が80％届かない病院でも、看護職員を増やして20対1体制を敷ければ、区分2・3の患者割合が50～79％ならば、医療療養病床として継続できる。介護療養病棟が2棟ある場合、1棟に区分2・3の患者が50％に達するよう集め、かつ20対1看護配置を満たせば、1棟を医療療養病棟とし、もう1棟は介護医療院にすることも検討できる。ただし20対1病棟に移行する場合、人件費がそれだけかかることになる点も踏まえておく必要がある。

また、25対1で区分2・3の患者割合が50％に届かず、25対1体制を満たさない場合は10％減算になる。そのような病院の場合、減算後の病棟での収入と、介護医療院に移行した場合の収入を比較し、検討する必要もある。

医療区分の適正化にも注目しておきたい。医療区分3の項目のうち「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」について、「当該項目は、当該項目を除く医療区分3又は医療区分2の項目に、1つ以上の該当項目がある場合に限り医療区分3として取り扱うものとし、それ以外の場合は医療区分2として取り扱うものとする」という要件が加わった。1項目のみで「区分3」となっている患者は、「区分2」に下げられてしまう。該当項目を探して2項目が当てはまるようにし、「区分3」で請求できるように準備しておいていただきたい。

インタビュー

東京都の医療での民間の役割に言及 政策論議にも積極参加を促す

東京都病院協会常任理事　竹川　勝治

2018年4月から始まる「東京都保健医療計画（第六次改定）」がまとまる運びだ。17年11月号（第247号）で、東京都保健医療計画推進協議会改定部会に委員として出席している竹川勝治・当協会常任理事に同計画の内容や課題を解説していただいた。あわせて民間病院の役割などについて明確化する作業が進んでいることなどをお話いただいたが、この後、12月1日に示された「東京都保健医療計画　第六次改定　計画素案」（以下、素案）では、そうした内容が盛り込まれている。そこで今回は、新たに付け加えられた内容を中心に、「素案」での言及内容について語っていただいた。

――竹川常任理事は計画全般についてだけでなく、民間医療機関の位置づけについても明記するよう主張されたそうですね。

今回の計画立案にあたっては、11月号でも述べたように、計画立案の段階から民間医療機関の意見もとり入れていただき、計画の進捗についてもPDCAで評価するなど、実効性を重視した内容をめざすものとなっており、医療現場を預かる者としても歓迎できるものでしたが、一方で民間病院の位置づけや役割についての言及が十分ではない点が課題として残っていました。

東京都の医療は、病院施設数、病床数、救急搬送受入件数のいずれにおいても、大半を民間医療機関が担っています。ところが、従来の東京都保健医療計画はこうした現状を顧みることなく、計画の多くを「はじめに公立・公的病院ありき」で進めてきました。それによって医療政策に向けた予算の大半も公立・公的病院に回り、民間病院は地域医療を支えているにもかかわらず自前での運営を余儀なくされて来たと感じています。

そうした認識もあって、今回「民間病院、診療所、薬局など」の項目において、現状や役割などについて記載していただきました。主な追加項目は**別表**のとおりです。現段階（2018年2月15日）では最終決定ではないので、若干の修正はあるかもしれませんが、骨子は変わらないでしょう。これによって即座に民間医療機関に補助金・基金等が分配されるとは考えにくいですが、貴重な第一歩を踏み出せたと思います。

――まず民間医療機関の、東京の医療における位置づけが記述されています。

全体の約9割を民間病院が占めている

竹川　勝治

［別表］2017年12月1日に示された「東京都保健医療計画（第六次改定）素案」で、民間病院に関する記述で新たに加えられた主な項目

○都内には、特定機能病院等の高度医療を提供する大規模な病院が多い一方、全体の約9割を民間病院が占めており、全国と比較して高い割合になっています。
○高齢者人口の増加に伴い、認知症患者の数や、肺炎による高齢者の救急搬送件数が増えることなどによる医療需要の増加や、複数の疾患を抱えながら身近な地域で生活する患者の増加が予測されています。
○これまで培ってきた医師と患者、家族の信頼関係の下、このように多様化する医療ニーズに柔軟かつ繊細に対応することが、地域に密着した民間病院に期待される役割です。
○例えば急性期医療を中心に担う病院では、救急患者を迅速に受け入れ、治療後は地域への円滑な移行に取り組んでいます。
○急性期と回復期を担う病院は、在宅療養中に入院が必要になった患者さんを受け入れるなど、地域包括ケアシステムを下支えする重要な役割を担っています。
○こうした中、都民がどこに住んでいてもその人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へと変革し、誰もが質の高い医療を受けられ安心して暮らせる東京の実現を目指すのが東京都地域医療構想です。
○東京都地域医療構想において病院は、その実現を目指す医療提供施設として、地域医療構想調整会議への積極的な参画などが求められています。
○調整会議の参加者は、地域医療構想の趣旨や地域医療構想調整会議の意義を十分理解し、構想区域における病床の配置状況や住民の疾病構造、人口、患者数の将来推計などのデータを基に、現状と課題を共有しながら具体系な対応策について話し合っています。
○調整会議での議論を通じ、円滑な医療連携体制の下、病院相互が協力し合って地域の医療体制を整備し、民間病院が適切な医療を提供できる仕組みを維持することが重要です。
○また、精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があり、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診しないという場合が少なくないことから、精神科病院には、精神疾患を早期に発見し適切な治療に結びつけるため、一般診療科医療機関等との連携が求められます。
○地域医療構想を実現し、身近な住民の医療を支えていくためには、地域に密着した民間病院が、地域における役割や必要な機能を自ら考え、実践していくことが必要です。

出典：平成29年度第3回東京都保健医療計画推進協議会（2017年12月1日開催）
「資料3　東京都保健医療計画　第六次改定　計画素案」

る点を挙げ、さらに高度急性期と急性期、回復期、慢性期、精神科など、民間医療機関が果たしている役割が多岐にわたること、特に急性期でも重要な位置づけにあることに触れています。従来の計画では、高度急性期や急性期は公立・公的病院のみ多く担っているかのような印象を与えていましたが、それと比べると大きな変化だと思います。

ここまで民間の位置づけを重視した行政文書は画期的で、東京都福祉保健局担当者の皆様のご尽力の賜物です。また日頃から医療現場で従事している医療者の皆様の働きが前提であることは言うまでもありません。

――高齢者救急を果たしている点、さらに患者さんの地域への円滑な移行についても言及しています。

現在、救急搬送の大半が高齢者によって占められていますが、問題はその内容です。今回、「素案」で言及しているように、肺炎をはじめとするいわゆる「軽症～中等症」が多く、また現場では認知症やせん妄などへの対応を迫られています。救急がすべて高度急性期・急性期ではありません。また急性期を脱した後の回復期、慢性期、あるいは在宅や介護との連携も視野に入れて患者さんを支えていくことも考えなければなりません。「素案」で「これまで培ってきた医師と患者、家族の信頼関係の下、このように多様化する医療ニーズに柔軟かつ繊細に対応することが、地域に密着した民間病院に期待される役割」と述べているのは、まさに正鵠を得ていると思います。

「急性期を脱して在宅へ」という「ポスト・アキュート」だけでなく、「サブ・アキュート」での役割にも触れ、「急性期と回復期を担う病院は、地域のかかりつけ医と連携し、在宅療養中に入院が必要になった患者さんを受け入れています」と述べています。

慢性期や精神科医療については従前から民間病院の役割を重視した内容になっており、「素案」でも引き続きその認識が示されています。行政とも連携しつつ、充実を図っていただきたいと思います。特に慢性期病床は1床当たりの面積を急性期より広く確保しなくてはなりません。地価の高い東京で単価の低い慢性期病床の維持は難しく病床は増えません。

――そうした現状認識を示したうえで、地域医療構想の実現に向けた民間病院の積極的な参加を呼びかけています。

地域医療構想のめざすテーマは別表に書かれているとおりですが、「その実現を目指す医療提供施設として、地域医療構想調整会議への積極的な参画などが求められています」としている点に留意していただきたいと思います。それによって「病院相互が協力し合って地域の医療体制を整備し、民間病院が適切な医療を提供できる仕組みを維持することが重要」とも述べています。つまり民間病院もこうした医療政策を他人事と考えず、積極的に議論に加わることを求めているのです。

「地域医療構想を実現し、身近な住民の医療を支えていくためには、地域に密着した民間病院が、地域における役割や必要な機能を自ら考え、実践していくことが必要です」という一文が盛り込まれていますが、民間病院へのメッセージとして、ご認識いただきたいと思います。

私の医道

野中　博
前東京都医師会会長

第1回

寄り添う医療を「普通」に続けた

今日の医療政策論議の場で、「在宅医療」「地域包括ケア」が語られない日はないと言っても過言ではない状況になっている。長年にわたってこの分野で仕事をしてきた身としては、隔世の感がある。

1985年、13年間勤務した出身大学である東京医科大学病院から、父が開業した野中医院の2代目院長として浅草に帰った。子供の頃に見ていた父親の姿、午前中に外来患者を診て、午後は往診に出かけるという、昔ながらの開業医の役割を自分も果たそうとした。それが地域の「普通の医者」の姿だと思っていたし、その後の活動から、とりわけ「地域の患者さんに寄り添う医療」が大切と確信した。

それが医療界全体、特に医療政策分野では「普通」ではないらしいと考えるようになったのは、自分自身が医療政策論議に加わるようになってからである。89年に浅草医師会の会長に就任し、その後、東京都医師会や日本医師会の理事を務めるようになると本格的に医療政策に関わるようになった。さらに厚生労働省の社会保障審議会などにも顔を出したが、そこで交わされる議論と自分の普段の診療のあり方のあいだに大きな差があった。

中でも「『他の職種』は黙って医師の言うことを聞いていればいいのだ」という意識が、政策論議の場に出ている多くの医師たちの間に横たわっているのには驚いた。

特に在宅医療では、訪問看護師やヘルパー、薬剤師などさまざまな職種の意見に耳を傾け、患者さん自身の「本音」を聞き出すことがとても重要である。とはいえ、それらは医師にとって当然の仕事で、むしろ本分とさえ思っていたのだが、そうした話が、当時の医師会や政策論議の場ではなかなか通じなかった。

2000年の介護保険制度の立ち上げに先だって、東京都医師会の介護保険部会担当理事を拝命し、取り組みを進めた時も同様だった。ケアプランを作成する際に提示する主治医意見書についての説明会を東京都医師会で開いた際も、医師が介護サービスに関わることの重要性を訴えたのだが、参加した医師にはあまり理解されずに反論が多かったのには苦労した。高齢化が医療や介護、社会全体に与える影響の大きさが十分認識されていなかった時代のことなので致し方ない気もするが、正直、残念であった。

それが今ではどうだろう。高齢者の急増で必要に迫られている事情はあるにせよ、患者さんが地域で暮らし続けることは当然とされ、それに寄り添うことも医療者として当たり前という認識も浸透してきた。多職種連携も同様である。もちろん、寄り添い方や連携のあり方は地域や従事者によって変わるだろうが、何より頼もしいのは、地域の患者を支えるための創意工夫が現場レベルで自然発生的に見られるようになっていることだ。

この連載では、そうした取り組みの一助となればと思い、私がどのように「寄り添う医療」を提供してきたかを振り返ってみたい。

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