

南部病院と地域のふれあいマガジン

なんぶメール

n a n b u - m a i l

ご自由に
お持ちください
TAKE FREE

vol.30
2020.9

- 南部病院 脳血管疾患チームのご紹介
(神経内視鏡手術) (脳血管内治療) (血栓溶解療法)



（表紙の写真）白川郷能登

〈南部病院の理念〉

思いやりの心と質の高い医療で、
地域の皆さまから信頼される病院を目指します

〈南部病院の基本方針〉

- ・良質な地域医療、救急医療による地域への貢献
- ・他の医療機関との密接な連携と、患者さん中心の医療の実践
- ・医療・保健・福祉サービスの総合的な提供
- ・地域医療関係者および職員の相互研鑽



社会福祉法人

恩賜財団

済生会横浜市南部病院



力して脳血管疾患の診療にあたっています



身体に負担の少ない
患者さんにやさしい
低侵襲手術を実施しています

脳神経外科では、地域医療機関からの紹介・救急患者さんを積極的に受け入れ、急性疾患に対する手術を中心に診療を行っています。脳腫瘍、脳血管障害、頭部外傷などに対する手術のほか、頭蓋底外科・機能的疾患・痙攣に対するITB療法（バクロフェン脳注療法）などの手術にも対応し、当院で対応できない疾患のないように心がけています。

技術・治療法が日々進化する医療現場では、次々と低侵襲治療が導入され、大きな治療効果が期待されます。脳神経外科領域では、これまで開頭手術を必要とした疾患も、神経内視鏡手術や脳血管内手術などにより、より低侵襲に治療を受けることが出来るようになりました。いずれも脳や神経にダメージの少ない方法で、患者さんの機能回復に大きく貢献でき、期待される手術です。当院もこれらの治療法を導入し、これまで以上に安全・低侵襲に治療を行っています。

緊急疾患が多いことから、外来診療では紹介状のない直接来院の患者さんも診療しております。治療後病状が安定した方は、紹介元の医療機関への通院と当院の定期受診をしていただき、紹介元がない場合、患者さんのご

希望に沿って医療機関をご紹介し、診療の効率化を行っています。

手術実績・低侵襲手術

手術件数は増加傾向で、前述のごとく神經内視鏡手術と脳血管内治療により低侵襲な治療を提供しており、どちらの手術件数も増加しています。全手術件数に対する低侵襲手術の比率は、内視鏡手術を導入した2017年度24%から、2019年度45%と大幅に増加し、今後も増加すると思われます。

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度
脳腫瘍	17	21	21	14
脳動脈瘤	13	10	17	16
脳出血	6	9	7	21
閉塞性血管障害	12	12	18	25
外傷	35	45	47	41
水頭症	18	7	13	14
機能外科	0	0	2	3
その他	22	22	17	12
合計	123	126	142	146
神経内視鏡手術	0	11	17	29
血管内治療	22	20	30	37
低侵襲手術	22 (17%)	31 (24%)	47 (33%)	66 (45%)

南部病院では脳神経外科と神経内科が協



また、当科の疾患は名前のみでは分かりにくものもあるかと思いますが、対象とする症状は一般の方にも分かりやすい症状です。具体的にはぼうっとしている、呼びかけても反応がない、言葉がでてこない、ものの名前がでてこない、字が書けなくなつた、物忘れをするようになった、おかしなことを言うよ

迅速かつ的確な診断を目指して

神経内科は脳、脊髄、神経、筋肉などの病気をみる内科です。一般的な病気から難病まで幅広い疾患を診療の対象としています。

当科は脳卒中すなわち脳血管障害を主体に診療を行っていますが、それ以外にも図1の通り多種多様な疾患の診療を行っています。

神経内科疾患といえども、以前は治療法がなく治らないと考えられていましたが、新しい薬剤や治療法の開発によって状況は大きく変わりました。治らない、改善が見込めないと思わずにはお気軽にご相談ください。

2019 年度疾患別入院患者

脳血管障害	236	筋疾患	14
めまい	71	中毒性疾患	11
神経変性疾患	43	悪性腫瘍	11
誤嚥性肺炎	38	脳血管障害後遺症	9
てんかん	35	中枢脱髄疾患	8
感染症	28	脱水症	8
神経感染症	28	一過性全健忘	7
脊髄疾患	20	失神発作	6
尿路感染症	18	神経筋接合部疾患	5
身体症状症	17	代謝性疾患	4
末梢神経障害	14	その他の神経疾患	3
		その他の内科疾患	34

うになつた、視野がかける、物が二重に見え、まぶたが下がる、顔がまがつた、ろれつが回らない、しゃべりにくい、水分や食事がうまく飲み込めない、むせる、手足の力が入らない、手足がふるえる、手足が勝手に動く、手足がつっぱる、ふらふらする、動きがにぶくなつた、よく転ぶ、歩けない、けいれんする、手足がひどくやせてきた、感覚がにぶい、しびれる、頭痛、めまいなどの症状となります。これらの症状がある場合に診察、検査を行うことで病気の診断をつけて、治療を行います。

神経内科疾患といえば、以前は治療法がなく治らないと考えられていましたが、新しい薬剤や治療法の開発によって状況は大きく変わりました。治らない、改善が見込めないと思わずにはお気軽にご相談ください。



神 経 内 視 鏡 手 術

脳神経外科主任部長 青木 美憲

神経内視鏡手術とは？

内視鏡というとまず思いつくのは胃カメラや気管支鏡ではないでしょうか。

「頭の手術で胃カメラを使えるの？」

と疑問に思う方が多いと思います。光学系の進歩により、より細径で高解像度の内視鏡が開発され、脳神経外科でも内視鏡手術が可能となりました。神経内視鏡には胃カメラと同じ構造でくねくね曲がる軟性鏡と直線状で曲がらない硬性鏡があります。（図1）

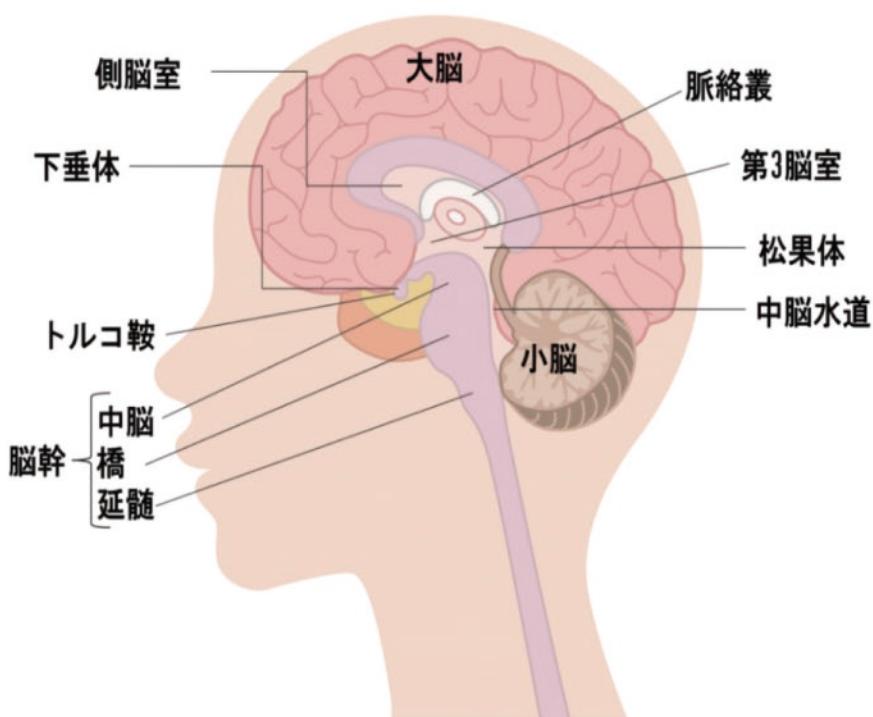
2種類の内視鏡を疾患ごとに使い分け、もしくは併用して手術を行います。

「神経内視鏡手術」は頭蓋骨に大きな穴を開ける「開頭術」とは違い「穿頭術」で行うため、頭蓋骨に開ける穴もワンコイン程度で済みます。

神経内視鏡手術の対象は？

脳内血腫・脳腫瘍・水頭症・頭蓋内囊胞性疾患・トルコ鞍部周辺病変（下垂体腺腫・髄膜腫・頭蓋咽

(図1)神経内視鏡



脳内血腫

脳内血腫は、高血圧などが原因となり脳実質や脳室に出血する病気です。

出血部位や血腫の大きさにもよりますが、麻痺や感覚障害、言語障害などが出発し、死亡率は75%とも言われます。

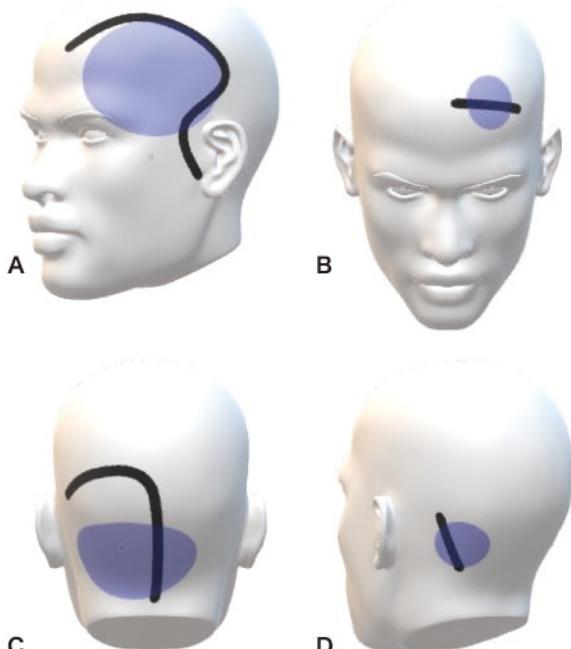
血腫が小さいときは内科的に治療しますが、大きい血腫になると頭蓋内圧が亢進し命に関わるため手術が必要です。これまで開頭術で、頭蓋骨を大きく開けて、顕微鏡で手術を行いましたが、当院では2017年度から内視鏡手術を行っています。内視鏡手術は脳にシース（細い鞘状の管）を留置して、血腫を取り除く手術です。手術のイメージを図2に示します。

『内視鏡手術の利点』は、左記の3つが挙げられます。

- ①頭蓋骨に500円玉程度の穴を開ければ手術が可能。
- ②開頭が小さく皮膚切開が短くなる。（図3）
- ③血腫到達までの時間が短く、手術時間が短縮される。

当院での治療成績の検討では内視鏡手術は開頭術と比べると、左記のことがわかっています。

- ①手術時間が短縮（270分→130分）
- ②術後、ベッドから離れてリハビリテーションを開始するまでの期間が短縮（15日→6日）
- ③在院日数が短縮（62日→32日）
- ④退院時の生活自立度を示すmRSが改善する

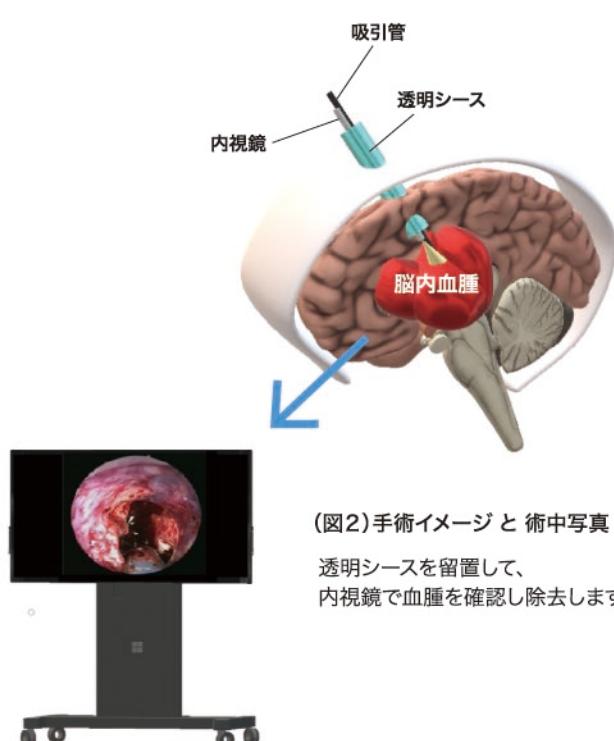


(図3)皮膚切開線

- | | |
|-------------|---------------|
| A…開頭術(被殻出血) | B…内視鏡手術(被殻出血) |
| C…開頭術(小脳出血) | D…内視鏡手術(小脳出血) |

皮膚切開（黒線）は開頭術(A,C)では15~25cm程度ですが、神経内視鏡手術(B,D)は5~8cm程度になります。また、骨切除範囲（青丸）においても、開頭術と比べ内視鏡手術は小さな範囲となります。

mRSとは…脳卒中患者の日常生活機能自立度を評価するための指標



(図2)手術イメージと術中写真

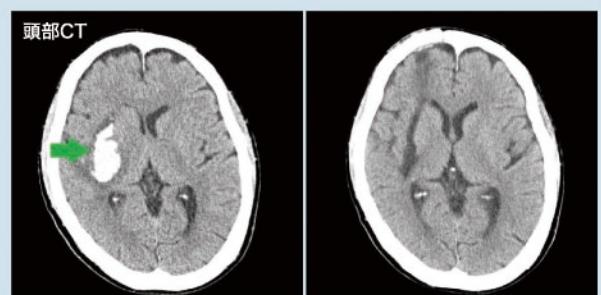
透明シースを留置して、内視鏡で血腫を確認し除去します。

実際の手術例

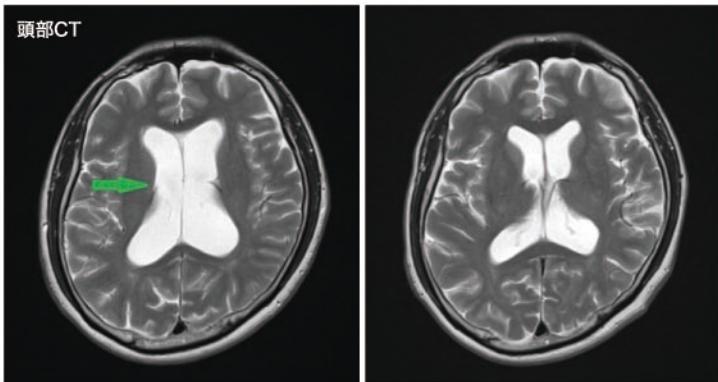
こちらの患者さんは術前意識障害と重度の左麻痺を示していましたが、内視鏡手術後、意識清明で麻痺も完全に消失し、職場に復帰されました。

左：手術前／右：手術後

脳内血腫（緑の矢印）は摘出されています。



(図6)水頭症

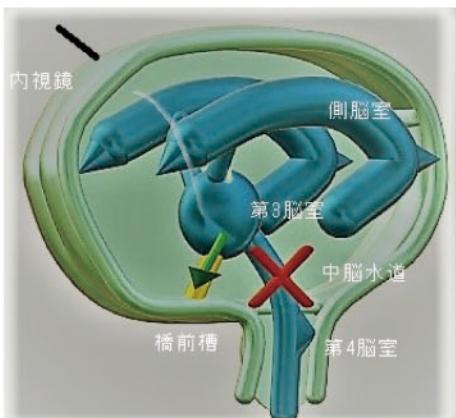


左:手術前／右:手術後

拡大した脳室(緑の矢印)が縮小しています。

水頭症は、髄液の循環吸収障害により発症し、脳室などに異常に大量の髄液が貯留する病気です。水頭症には先天性水頭症、脳腫瘍やくも膜下出血により引き起こされる水頭症、さらによく最近注目を集めている、認知症に近い症状がある特発性正常圧水頭症など多くの種類があります。治療は従来シャント手術が主体でしたが、近年神経内視鏡による第3脳室底開窓術が広く行われています。

(図5)第3脳室底開窓術



中脳水道狭窄(×)などで髄液循環が阻害されて、脳室内にたまつた髄液を第3脳室底に開窓することで、橋前槽に循環させて(↓)水頭症を解除します。

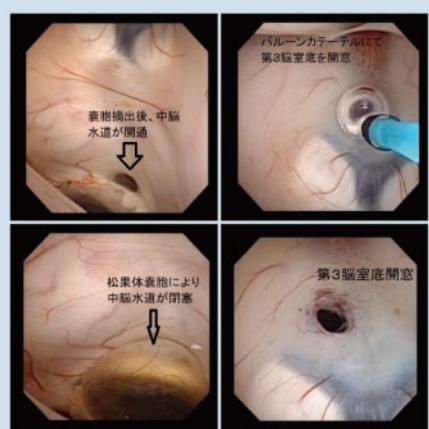
第3脳室底開窓術とは、第3脳室と脳底槽(橋前槽)に交通をつけて、障害された髄液循環路を再建する治療です。当院でも、中脳水道狭窄症などによる閉塞性水頭症に対し、内視鏡手術を積極的に行い良好な成績を得ています。

閉塞性水頭症とは、脳室からくも膜下腔に至る髄液の循環経路に狭窄や閉塞が生じ、髄液が貯留して脳室が拡大するもので、中脳水道狭窄症や脳腫瘍などが原因となります。脳深部の第3脳室の底面にバルーンカテーテルを使って小孔を開けることで髄液の通り道を新たに設ける内視鏡手術です。従来の脳室腹腔シャント術に比べ、シャントチューブの体内留置や開腹することなく水頭症治療が可能で、患者さんの負担が少ない治療です。

● 第3脳室底開窓術(図5)

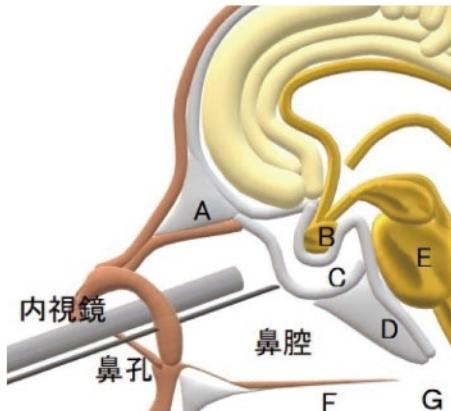
実際の手術例

↑図6は腫瘍による閉塞性水頭症の患者さんです。松果体は脳の深部にあり、この部位に発生した腫瘍を開頭手術で治療することは大変難しくなります。この患者さんは松果体部腫瘍が、中脳水道を塞いで閉塞性水頭症となり意識消失し救急搬送されました。ただちに神経内視鏡を用いて第3脳室底開窓を行い水頭症は解除されました。また、腫瘍も同時に摘出することで松果体嚢胞と診断できました。その後、患者さんは意識消失することもなくなり、社会復帰されております。



松果体嚢胞にて中脳水道が閉塞していたので、嚢胞を摘出したのち第3脳室底開窓を行いました。

(図7) 経鼻的内視鏡手術



A:前頭蓋底 B:下垂体、トルコ鞍 C:蝶形骨洞
D:斜台 E:脳幹 F:硬口蓋 G:上咽頭

頭蓋底を形成するトルコ鞍周辺には下垂体腺腫・鞍膜腫・頭蓋咽頭腫・脊索腫などさまざまなもののが発生します。(図7)トルコ鞍の中に下垂体があり、下方には蝶形骨洞が存在します。鼻腔に大きく接するエリアになるため外科的治療の多くは鼻腔を経由する経鼻手術が行われます。

顕微鏡手術に比べ、内視鏡手術では観察できる範囲が格段に拡がり、画像も鮮明で、腫瘍摘出率は向上します。また、開頭術でしか手術できなかつた鞍上部病変も内視鏡による経鼻手術が可能となりました。さらに、拡大法を用いると前頭蓋底から斜台までの病変に対応できます。

胎生期頭蓋咽頭管遺残から発生する先天性腫瘍です。全摘出にて治癒が可能ですが、実際には周囲との癒着により摘出困難なことも多く、再発を繰り返すこともあります。また、発生母地(最初にがんが発生する場所「細胞」)が下垂体茎なので開頭手術では視神経によつて直接視ることができず処理できないことが多くあります。内視鏡を用いた経鼻手術ではこの部分が観察しやすくなつておりますが、腫瘍の取り残しが減りました。

● 頭蓋咽頭腫

内分泌器官の中核である下垂体に発生する良性腫瘍です。視神經・視交叉に近接して腫瘍が発生するため、腫瘍が大きくなると視力・視野障害が出現します。そのほかにも、無月経、乳汁分泌、末端肥大症などの内分泌症状で発症することもあります。

当科では下垂体腫瘍を中心にトルコ鞍部周辺病変に対し、内視鏡による経鼻的手術法を導入しており、安全に低侵襲手術を受けていただくことが可能です。また、糖尿病・内分泌内科が介入し、内分泌症状の同時治療が可能です。

● 下垂体腺腫

頭蓋底を形成するトルコ鞍周辺には下垂体腺腫・鞍膜腫・頭蓋咽頭腫・脊索腫などさまざまなもののが発生します。(図7)トルコ鞍の中に下垂体があり、下方には蝶形骨洞が存在します。鼻腔に大きく接するエリアになるため外科的治療の多くは鼻腔を経由する経鼻手術が行われます。

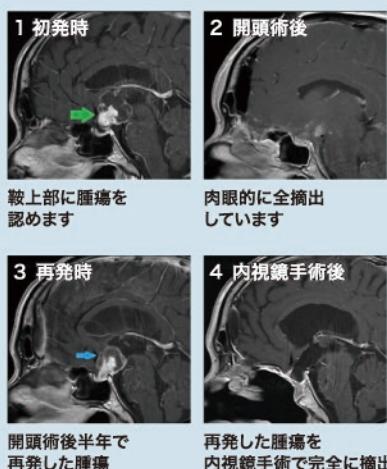
最後に

脳神経外科では救急患者さんを中心とした診療を行っており、地域の脳神経医療を支えていきたいと思っております。また、神経内視鏡手術・脳血管内治療を中心としたより低侵襲な治療を行い、完全に摘出できなくとも機能回復にも力を入れていきたいと思つております。

皆さんが安心・信頼して受診していただける脳神経外科を目指していきますので、今後ともよろしくお願いいたします。

実際の手術例

以前開頭術を受けた頭蓋咽頭腫の患者さんです。ほぼ摘出されましたが、発生母地の処理が出来なかつたために術後半年で再発してしまいました。内視鏡を用いて経鼻的手術を行い、完全に摘出できました。術後2年経過しましたが、現在再発を疑う所見はありません。





脳血管内治療

脳神経外科副部長

野口 悅孝

脳血管内治療とは？

脳血管の病気に対してカテーテルを使って治療をする治療法で、皮膚を切開せずに治療ができます。治療方法は、足の付け根や肘の内側などからカテーテル(直徑2mm程度)を挿入して病気を治療します。

代表的な治療として、くも膜下出血の原因となる脳動脈瘤へのコイル塞栓術や頸動脈狭窄症に対する頸動脈ステント留置術などがあります。

脳動脈瘤の治疗方法は、従来開頭してクリッピングを脳動脈瘤の根本にかけるクリッピングといわれる手術が一般的に行われていました。脳血管内治療は、カテーテルを挿入して柔軟なコイルを脳動脈瘤の中に留置し、病变部を閉塞します。深部の動脈瘤や合併症などのためにクリッピング術が困難である場合にも治療可能です。

頸動脈ステント留置術は、アテローム血栓性脳梗塞の代表的な病変と言える頸部内頸動脈狭窄に対してカテーテルを使って治療する方法です。カテーテルの先についたバルーン(風船)を拡げた後に、金属のメッシュ(ステント)を入れます。

これ以外にも、カテーテルを脳血管まで進めて血栓(血の固まり)を溶かしたり取り除いたりする治療や、動脈と静脈がつながつてしまふ動靜脈瘻に対しても異常なつながりをふさぐ方法も行っています。

③頸動脈狭窄症

頭蓋外内頸動脈狭窄症の症候例に対しては狭窄率50%(NASCET)以上、無症候例に対しては狭窄率60%(NASCET)以上のものに対して局所麻酔下に経皮的頸動脈ステント留置術を施行しております。クリニックパスを用いて入院中の治療の標準化・円滑化を図っており、およそ8日間の入院期間で退院が可能です。退院後は近隣のかかりつけ医にて処方を継続していただき、脳神経外科外来にて6か月ごとに頸動脈エコー・MRI検査などで経過観察をしております。

頭蓋内内頸動脈狭窄症に対しても症例に応じて経皮的脳血管形成術を施行しておりますが、治療困難例や閉塞例に対しては頭蓋内外動脈吻合術(浅側頭動脈-中大脳動脈吻合術)を施行することで血管内治療にとらわれず、最適な治療方法を検討し、提供しております。

頸動脈…大脳に血液を送る大切な血管です。脳に血液を送る内頸動脈と、顔面に流れる外頸動脈に分かれます。
クリニックパス…入院中の治療や検査などの予定をスケジュール表にまとめた入院診療計画書です。

④脳腫瘍

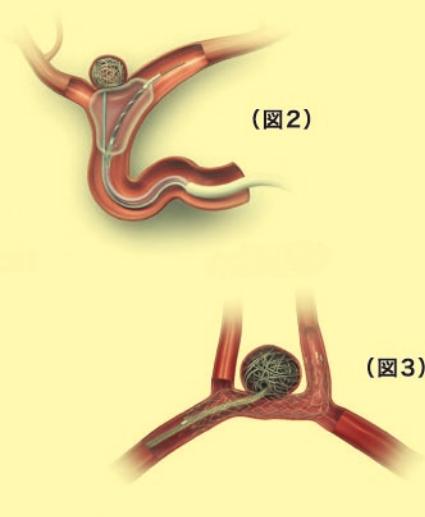
髄膜腫などの外頸動脈など頭蓋外動脈より栄養血管が存在する腫瘍に関しては術前にデタッチャブルコイルや固体塞栓物質などを用いて動脈塞栓術を施行します。それにより、術中の出血量を減じ、輸血の回避や手術時間の短縮を果たし、患者さんの負担の軽減に寄与することが可能となっております。

⑤その他

硬膜動脈瘻や脊髄硬膜動脈瘻・大量の鼻出血に対する塞栓術など対応しております。

(図2)

(図3)



私が南部病院に赴任して以来、およそ300例の患者さんに脳血管内治療を施行いたしました。できる限り患者さんにとって最適な治療を提供できるように、日々診療をしております。例年約30例程度の血管内治療件数で推移おります。

最後に

出血をきたしうる 頭蓋内疾患

デタッチャブルコイルを用いた
塞栓術や液体・固体塞栓物質
を用いた塞栓術

脳梗塞をきたしうる 閉塞性疾患

経皮的頸動脈ステント留置術
や経皮的脳血管形成術

脳梗塞急性期

経皮的脳血栓回収術

頸部より頭側の動脈の血管病変に対する疾患が対象となります。くも膜下出血をきたした破裂脳動脈瘤や未破裂脳動脈瘤・脳動静脈奇形・硬膜動脈瘤・脊髄硬膜動脈瘤・頸動脈狭窄症・頭蓋内脳動脈狭窄症・心原性脳塞栓症(超急性期)・髓膜腫などの脳腫瘍などが対象となります。また頭蓋内ではありませんが、鎖骨下動脈狭窄症などに対して血管形成術を行うこともあります。

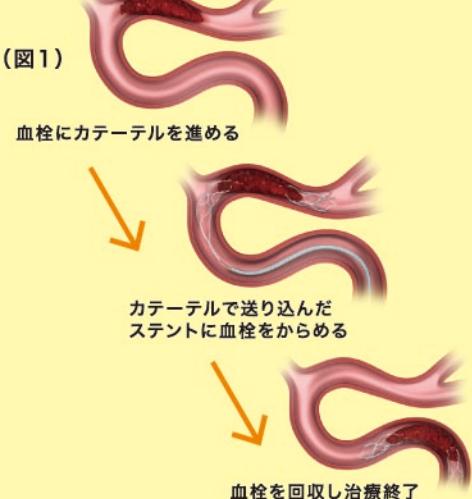
脳血管内治療の対象は?

脳血管内治療が行われる代表疾患

①脳梗塞

当院は脳神経当直体制が2019年9月より開始され、脳梗塞を含めた脳卒中の診療体制が強化されました。それに伴い脳梗塞超急性期の患者さんが増えております。脳卒中ガイドライン2017でも急性期血栓回収療法がグレードAとなった現在、rt-PAの静脈内投与のみならず血栓回収療法を実行することが脳梗塞急性期において望まれております。当院では以前からステントリトリーバーを用いた血栓回収を実行しておりましたが、血栓吸引カテーテルを採用し、現在では両デバイスを用いたCAPTIVE techniqueを用いて血栓を回収し、再灌流を試みる治療を実行しております。(図1)血栓回収後は神経内科により内科的治療・リハビリーションを提供し、シームレスな医療体制の下速やかな患者様の回復を心がけております。

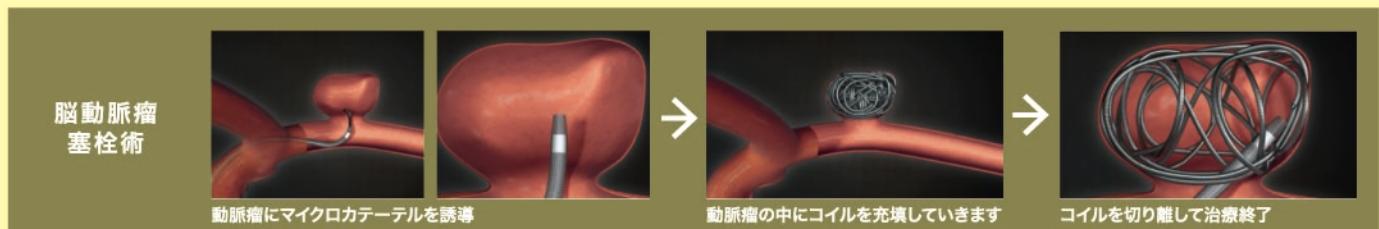
(図1)



②脳動脈瘤

2010年より脳神経血管内治療学会専門医が常勤として勤務しており、くも膜下出血急性期・未破裂脳動脈瘤に対して脳血管内手術を昼夜問わず施行できる体制をとっています。また脳神経外科専門医も3名勤務しており、脳動脈瘤頸部クリッピング術も施行可能であり、各症例に合わせた最適な治療法を検討し、施行しております。脳血管内手術に関しては毎年新たな治療デバイスが開発されており、その都度手技・知識の向上を

図っております。脳動脈瘤に対しては通常全身麻酔下に血管撮影室で手術を実行しており、ダブルカテーテルテクニックやバルーンネックリモデリングテクニック(図2)などを用いた手術手技が一般的となっておりますが、近年では広頸の脳動脈瘤に対して脳血管内ステントを留置し、ステント併用下にコイルを留置する治療(図3)も行っております。





血栓溶解療法

神経内科 主任部長代行 中江 啓晴

脳卒中は時間との戦い

脳梗塞とは

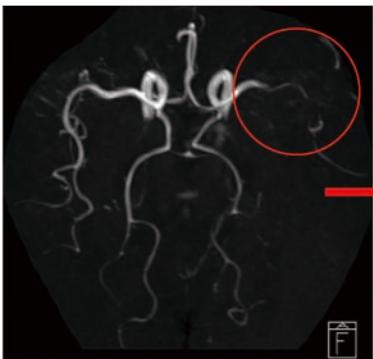
脳梗塞は脳の血管が閉塞し、脳が虚血状態になる疾患です。脳は虚血に非常に弱い組織であり、脳梗塞の治療は時間との勝負になります。本邦では発症から4時間半以内の患者さんに対する血栓溶解療法(rt-PA静注療法)が認可されています。

脳卒中の原因・発生因子

脳卒中発症の危険因子としては高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈(心房細動)、喫煙、加齢などがあります。これらの治療を普段から適切に行つておくことで、脳卒中を予防できる可能性が高くなります。日頃からの健康管理が重要です。

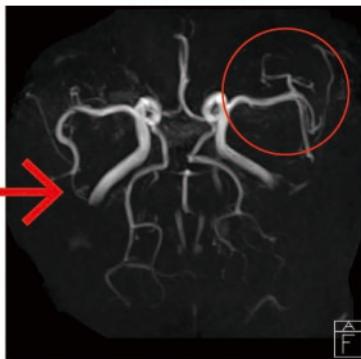
脳梗塞に対する血栓溶解療法 (rt-PA静注療法)

投与前



左中大脳動脈が閉塞しています

投与後



左中大脳動脈が再開通しました

血栓溶解療法※の効果

血栓溶解療法を行わない通常の治療のみの場合、脳梗塞患者さんが発症3か月後にはほぼ無症状まで改善する割合は26%ですが、血栓溶解療法を行った場合には39%にまで上昇すると言われています。顔の片側が動かない、手の動きが悪くなったり、ろれつが回らず言葉がでにくいなどの脳卒中を疑う症状が急に出現した場合は、救急車を要請しただちに受診するようにしてください。

※rt-PA静注療法

日本人の死因第4位 寝たきりの原因第1位

脳卒中は1960年代までは我が国の死因の第1位でした。現在はがん、心疾患、老衰について第4位となっていますが、寝たきりとなる最大の原因であり、その40%を占めています。脳卒中には脳梗塞、一過性脳虚血発作、脳出血、くも膜下出血があり、そのうち脳梗塞が全体の7割を占めるとされています。

一過性脳虚血発作

一過性脳虚血発作は顔の片側が動かない、手の動きが悪くなつた、それつが回らず言葉がでにくいなどの脳卒中を疑う症状が出現したもの、1時間以内程度に回復するものをさします。症状が改善してしまつので問題ないと考えてしまう方もいますが、一過性脳虚血発作を起こした方の12%が発症1週間以内に脳梗塞を発症すると言われています。脳卒中を疑う症状が出現した場合、短時間で症状が回復したとしても一度は病院を受診する必要があります。

最後に

米国では、以前より脳卒中を疑う人に対しても3つのテストをすることを推奨しており、そのうち1つでもあれば脳卒中を疑うとのことで、その頭文字を取ってFASTと読みます。いつもと様子がおかしいなと感じたら、顔・腕・言葉を確認してすぐに救急車を呼ぶまたは専門病院へ行ってください。時間が早ければ早いほど、脳卒中になつても、寝たきりにならなくても済む可能性が高まります。

ACT F.A.S.T 急いで行動しよう！

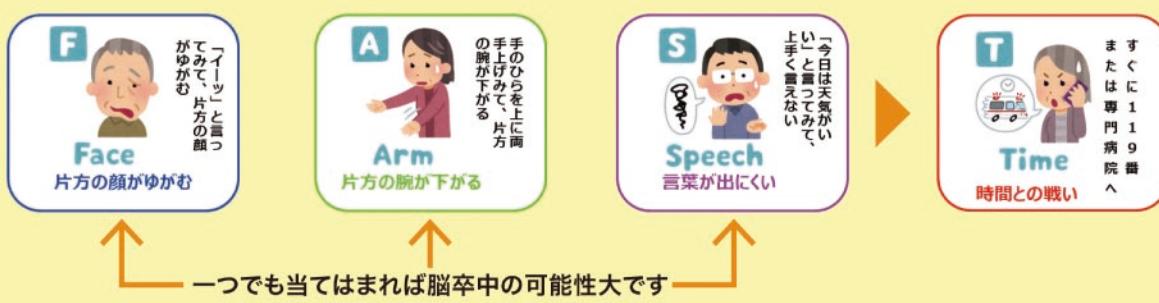
脳卒中は迅速な診断と治療が重要です。脳卒中が疑われた場合は直ちに救急車を呼ぶか近くの病院を受診してください。
また、脳卒中のように見えても実際は脳卒中ではない他の疾患が隠れている場合もあります（専門的にはstroke mimicsと言います）。そのような疾患の診断、治療の場合でも当院では多数の診療科があるため、他の診療科と連携をして診療を行っております。
当院は24時間365日脳卒中患者さんを受け入れておりますので、お困りのことがあればお気軽にご相談ください。

ACT F.A.S.T

« 急いで行動しよう！ »

F = FACE A = ARM S = SPEECH T = TIME

いつもと様子がおかしいなと感じたら、顔・腕・言葉を確認しましょう



新型コロナウイルス感染症に対する 済生会横浜市南部病院の取り組み

患者さん・ご家族の安心・安全を最優先にして、職員一同、感染予防対策に努めてまいりますので、ご理解、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

除菌清掃・換気の実施

イス、手すり、ドアノブ、カウンターなど多くの方が触れる箇所につきましては、適宜清掃・換気を行っております。



面会の制限

日々の感染状況を確認しながら、都度面会の制限を行っております。当院ホームページをご確認ください。



マスク着用・手指消毒の実施

全職員にマスク着用・手指消毒の徹底をしております。また、患者さんにもマスク着用・入口での手指消毒をお願いしております。



職員の体調管理の把握

『職員健康チェック表』を使用して、日々の体調管理の把握を実施しております。



ソーシャルディスタンス

ご来院の際にはソーシャルディスタンス（社会的距離）を取って待合室等をご利用いただくようご協力をお願いしております。



検査体制の強化

院内でのPCR検査を可能とし、迅速に検査ができる体制を整えております。



今回のなんぶメールは
いかがでしたか？

よろしければアンケートへ
ご協力ください。

(登録不要・所要時間3分)



南部病院広報誌

なんぶメール vol.30

2020年9月発行

【発行人】院長 竹林 茂生
【編集】南部病院広報委員会
【制作】株式会社アルファクリエイト



済生会横浜市南部病院

〒234-0054 横浜市港南区港南台3-2-10
TEL:045-832-1111(代表) FAX:045-832-8335
ホームページ www.nanbu.saiseikai.or.jp