

—臨床評価指標—

Quality Indicator

令和3年～令和5年度

(2021～2023年度)



神奈川県立こども医療センター

はじめに

この度、令和3年から5年にかけての病院の色々な活動、運営に関する臨床評価指標（Quality Index）をまとめましたので、公表致します。臨床評価指標（Quality Index）とは病院の機能や経営、業績、患者様からのご意見などを項目別に数値化したもので、毎年、集計されています。経年的にこれを比較することにより現状や傾向を客観的に把握することができ、それによって病院の医療の質の向上を図ろうとするものです。昨年度より新たに指標とするべき項目を見直し、今年度は40項目で3年間の数値の推移を集計しました。今回、集計された3年間は新型コロナウイルス感染症の拡大が収束に向かい、社会生活がいわゆるコロナ改善に戻りつつあった時期に当たります。病院の受診や入院、面会などの様々な規制が徐々に緩和されてきたものの、入院中のこどもとの面会は以前の様には出来ず、依然として手術は敬遠され、新たな命の出生数も減少したまま顕著な回復は見られませんでした。それでもやっぱり病氣と黙々と闘ったこども達、お父さん・お母さん方の姿が、今回集計された数字の背後に垣間見えてくるように思われます。数値は大小を容易に比較することができて便利ですが、同時に深く複雑な背景を反映したものと思います。私たちは数字の表面のみを見るのではなく、一つ一つの数値を慎重に検討し、その意味するところを真摯に考え、より良い医療の提供に向けて引き続き途切れることのない努力を続けてゆきたいと思います。

令和6年12月

総長 黒田 達夫



目次

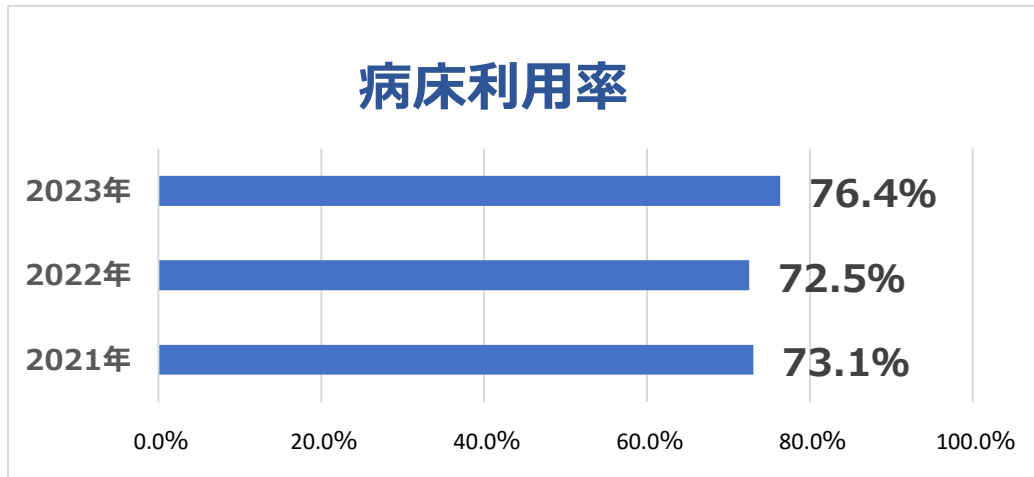
医療の質	病床利用率	……1
	新規入院患者数・平均在院日数	……2
	医業収支比率	……3
	患者満足度（入院患者・外来患者）	……4
	NICUにおける1500g未満患者の入室率	……5
	全身麻酔件数	……6
	退院2週間以内のサマリー完成率	……7
	クリニカルパス使用率・バリエーション発生件率	……8
	ハイリスク妊娠・ハイリスク分娩取扱件数	……9
	精神入院時GAF退院時GAFの改善GAFスコア	……10
	小児がん新規入院患者数	……11
	臨床研究実施施設としての医学研究数、英語論文数、治験実施数、受託研究数	……12
	NST（※）・緩和ケア・褥瘡相談介入数	……13
	虐待症例検討会回数・症例延べ件数	……14
	栄養相談件数（入院・外来）	……15
	血液製剤廃棄率(RBC ※2)	……16
	ソーシャルワーカー（MSW、PSW）関わった事例検討会 回数	……17
	薬剤指導件数	……18
地域医療連携	紹介元医療機関数	……19
	紹介率	……20
医療安全	訪問看護ステーション連携患者数	……21
	ヒヤリハット・アクシデント報告件数	……22
	ヒヤリ・ハット事例及びアクシデント報告全体におけるレベル0及びレベル1の割合	……23
	レベル3b以上の発生件数	……24
	ヒヤリ・ハット事例及びアクシデント報告全体における医師による報告数の割合	……25
	転倒・転落レベル2以上発生率	……26
感染管理	患者誤認件数	……27
	BSI（中心ライン関連血流感染）発生率	……28
	SSI（手術部位感染）発生率	……29
	手指衛生 入院患者1患者1日当たりの消毒薬使用量	……30
看護	入院患者1000人当たりMRSA発生密度率	……31
	患者、家族の意見を反映させた看護計画実施率	……32
	在宅療養指導件数	……33
	1床あたりの看護師数	……34
	専門・認定看護師数（100床あたり）	……35
	保育士1人あたりの病床数	……36
	学会・研究発表件数	……37
	看護師の離職率	……38
	褥瘡発生率	……39
	入退院支援計画実施率	……40



病床利用率



効率的な病院経営の指標を表す指標



※目標値：神奈川県立病院機構第三期中期計画

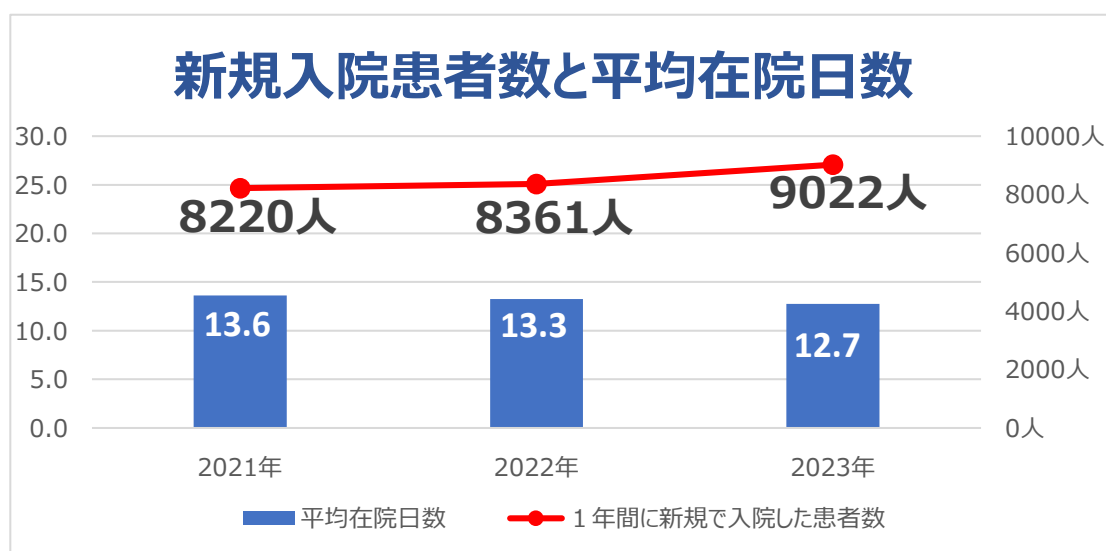
期間：2023年4月～2024年3月
対象病棟：福祉施設（重心、肢体）を除く
分子：在院患者延数(病院)
分母：病床数×年間稼働日数

目標の85%には達していませんが、利用率は前年度と比較して3.3%アップしております。感染症対策が落ち着いたこともあり利用率は上昇傾向にあります。



新規入院患者数と平均在院日数

効率的な病院経営の指標を表す指標



新規入院患者数
平均在院日数

1年間に新規で入院した患者数
期間：2023年4月～2024年3月
分子：延入院患者数
分母：新入院患者 + 新退院患者 / 2

新規入院患者数は増加しており、平均在院日数は短くなっている傾向にあります。
今後も患者さんが短い入院で安心して退院できる体制づくりに努めます。

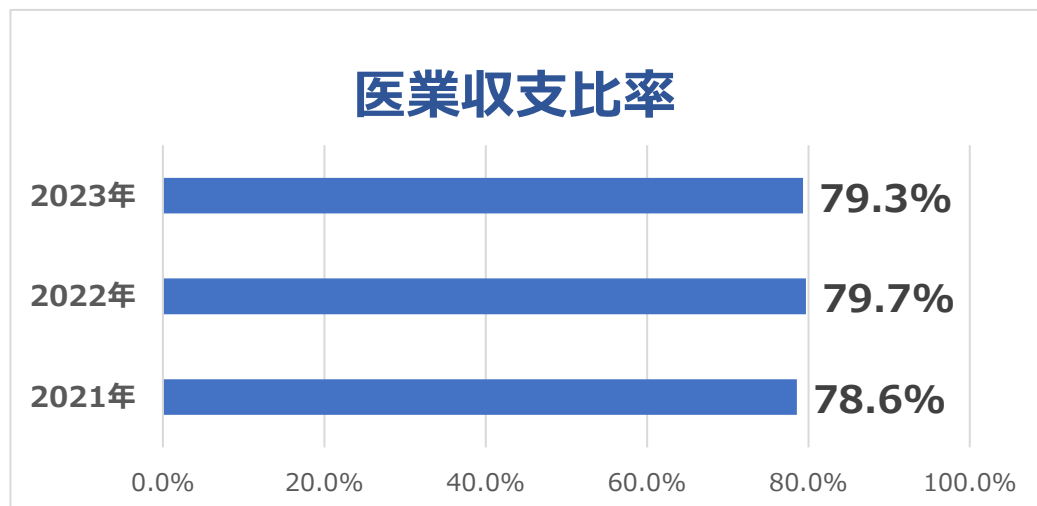


医業収支比率



健全な病院経営をあらわす指標

医業費用（医療を提供するために要した費用）
に対する医業収益（保険診療等による収入）の割合。



期間：2023年4月～2024年3月

分子：医業収益

分母：医業費用

入院収益及び外来収益が上昇しましたが、それ以上に人件費等経費の大幅な上昇により、これまで上昇していた収益比率が減少しています。

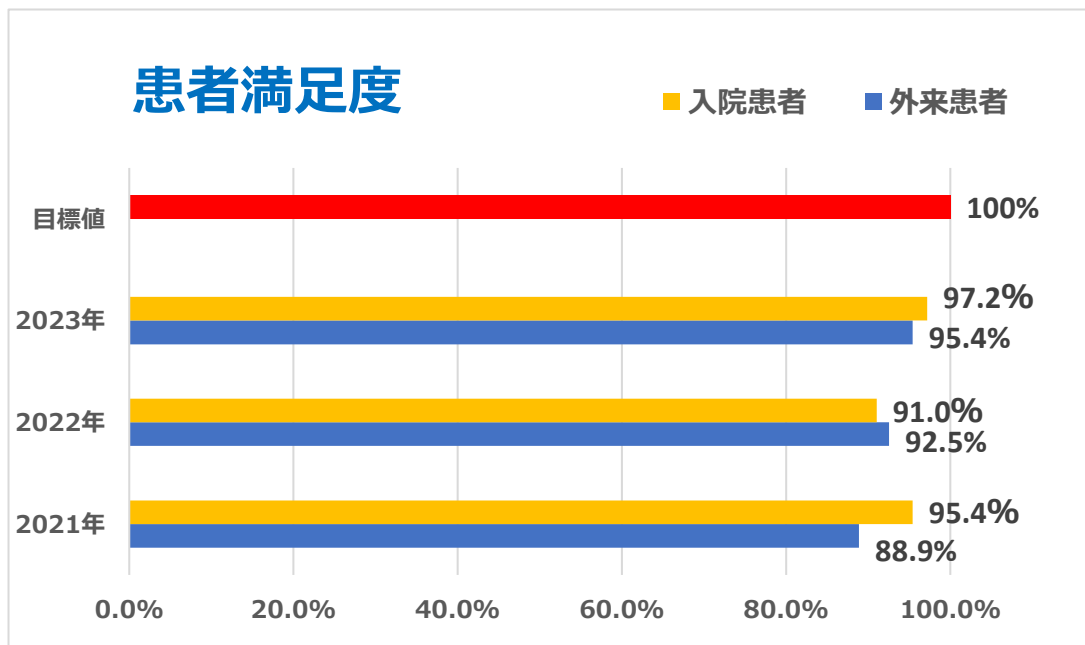


患者満足度



患者さんの目線に立った“良質で安全な医療”を提供するための指標

来院した患者さんにアンケート調査をおこない、患者さんが病院に抱いた印象や病院の対応をその満足度と意見を集め分析する調査。



※目標値：神奈川県立病院機構第三期中期計画

期間：2023年

分子：「総合的な評価項目」に「満足・やや満足」と回答した患者総数

分母：「総合的な評価項目」回答者総数

概ね満足していただいておりますが、外来については、待ち時間の長さや衛生面の不安などが満足度の低下につながっていることが分かりました。

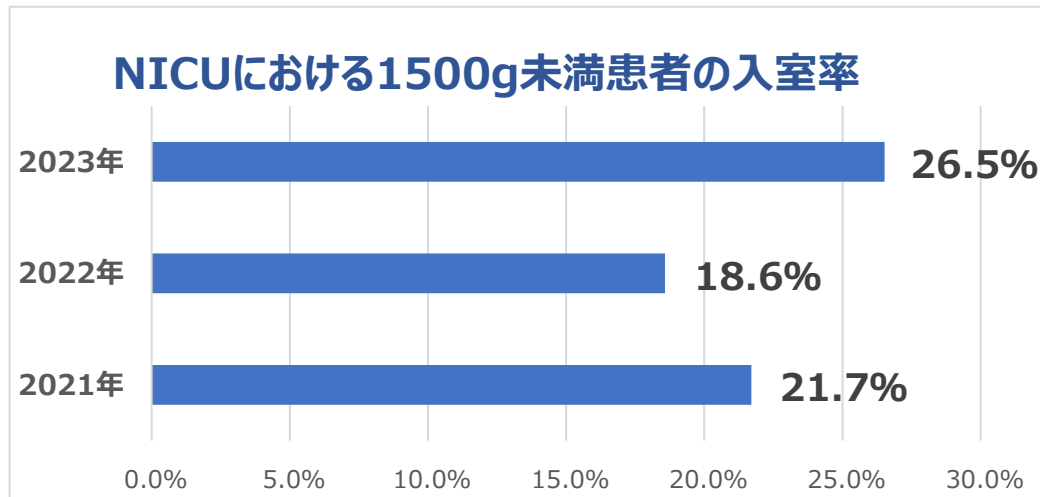
また、入院・外来共通の事項として、一部のスタッフの接遇に不満を感じている患者さんがいるため、接遇教育を強化するとともに、人員体制を充実する必要があると考えます。



NICUにおける1500g未満患者の入室率

小児医療施設としての総合力を表す指標

極小低出生体重児の数は、高度な周産期医療を提供していることを示す。
極小低出生体重児とは出生時体重が1,500 g 未満の新生児のことをいう。



期間：2023年4月～2024年3月
分子：1,500 g 未満の実患者数
分母：NICU入室実患者数
(複数回の転棟でも回数は1とみなす)

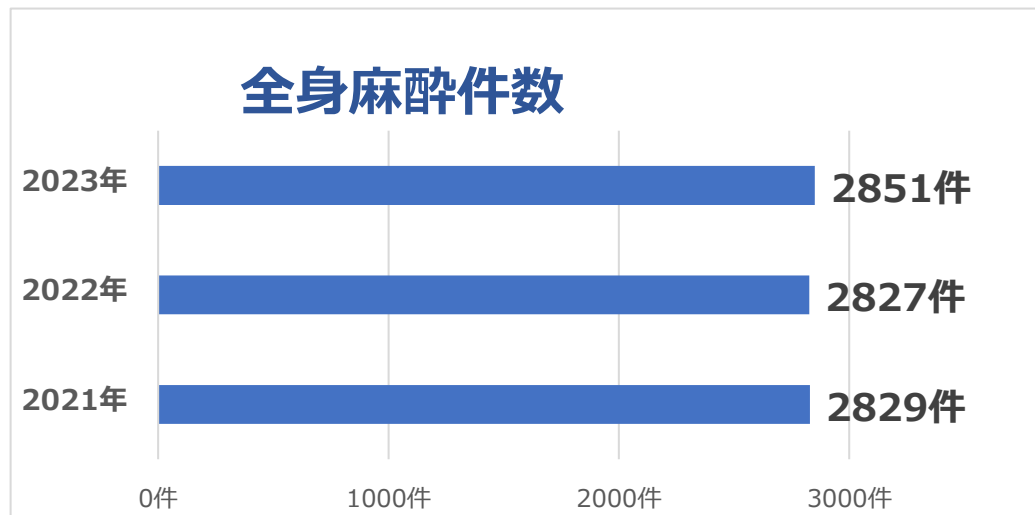
2023年度は入室率が26.5%と大幅に上昇し、低出生体重児を積極的に受け入れ、小児医療機関としての役割を果たしていることがわかります。
今後も高度な周産期医療を提供していきます。



全身麻酔件数



手術部門の業務量を反映する指標



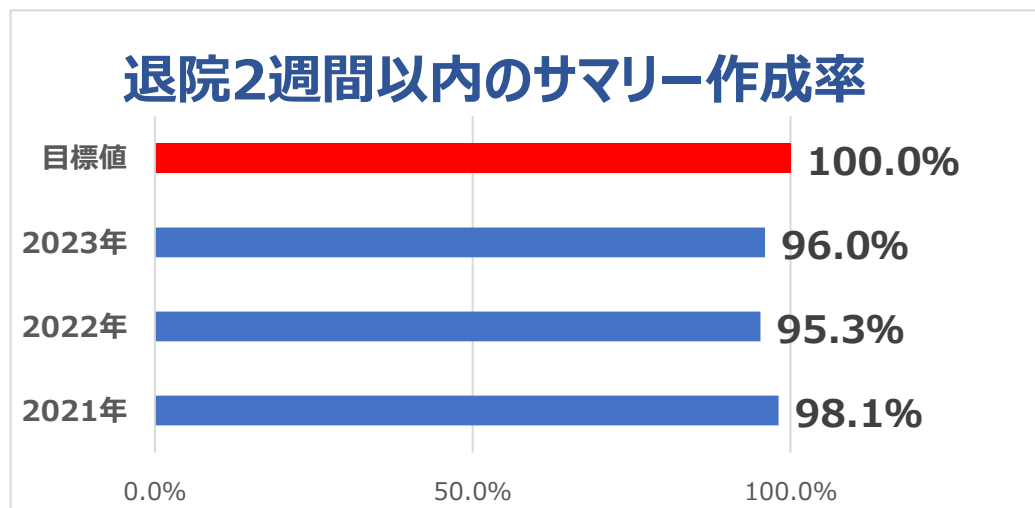
期間：2023年4月～2024年3月
手術室における手術全身麻酔件数

安全を確保し、必要な手術を実施しています。



退院2週間以内のサマリー作成率

入院中の診療経過を退院後の継続診療へすみやかに活用する指標



※目標値：病院目標

期間：2023年4月～2024年3月
分子：退院後2週間以内サマリー完成件数
分母：退院患者数

2023年度は、前年度より若干上昇しましたが、目標値には達していません。
未完成の診療科について積極的に呼びかけていきます。



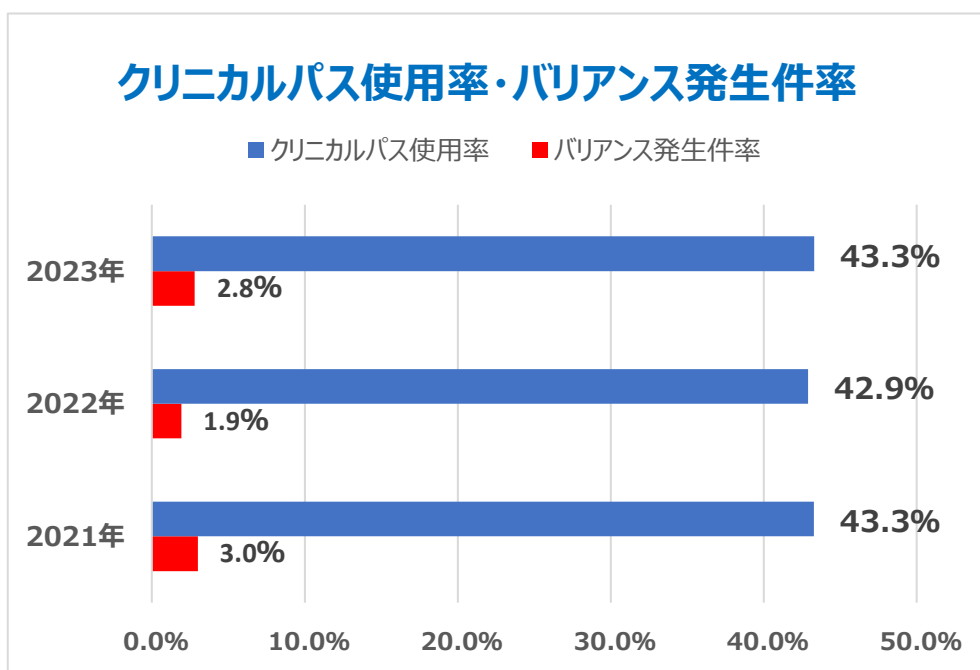
クリニカルパス使用率・バリエーション発生件率

標準的診療を提供している実態の指標

入院患者さんに対し、パスが適用された割合

クリニカルパスが標準的診療として適切に施行されているかの指標

クリニカルパスを使用していてバリエーションの発生が多くなるということは、その疾患に対するパス内容が標準化されていないということ



クリニカルパス使用率

期間：2023年4月～2024年3月

分子：クリニカルパス利用数

分母：実入院患者数

クリニカルパス・バリエーション発生件率

期間：2023年4月～2024年3月

分子：バリエーション発生件数

分母：クリニカルパス利用数

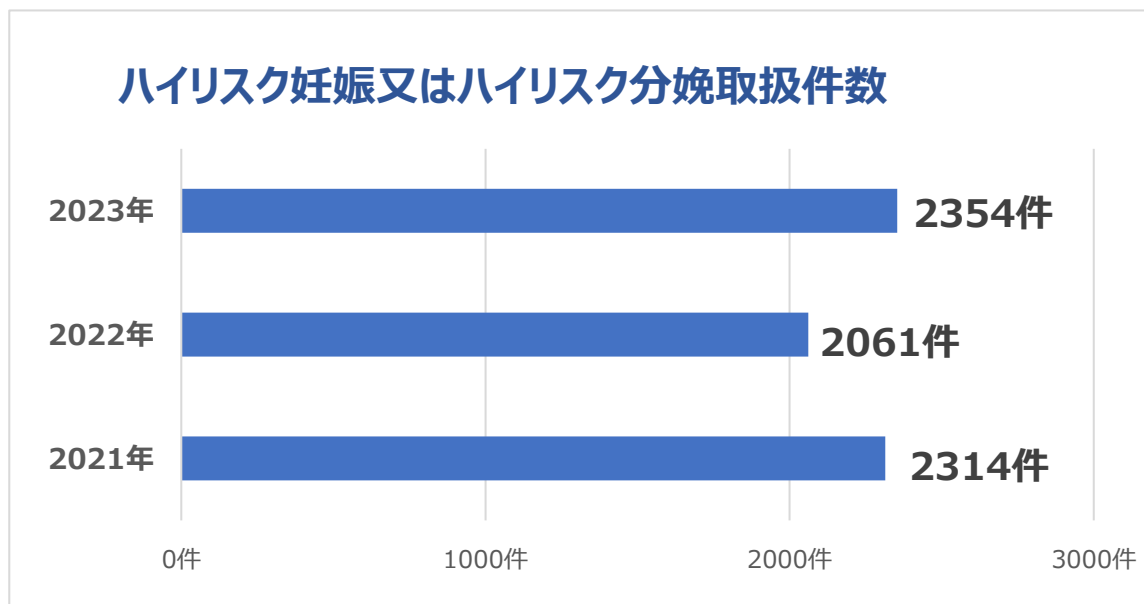
実患者数の増に伴いクリニカルパスの利用件数が増加し、使用率も安定した率となっています。

前年度と比較しバリエーション発生率が増加しました。バリエーション発生について、分析を行い、クリニカルパスの修正によるバリエーション減少の取組みを行っていきます。



ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩取扱件数

安全で高度な周産期医療の提供体制の指標



期間：2023年4月～2024年3月

ハイリスク妊娠管理加算又はハイリスク分娩管理加算の算定件数

昨年と比べて算定件数は増えています。

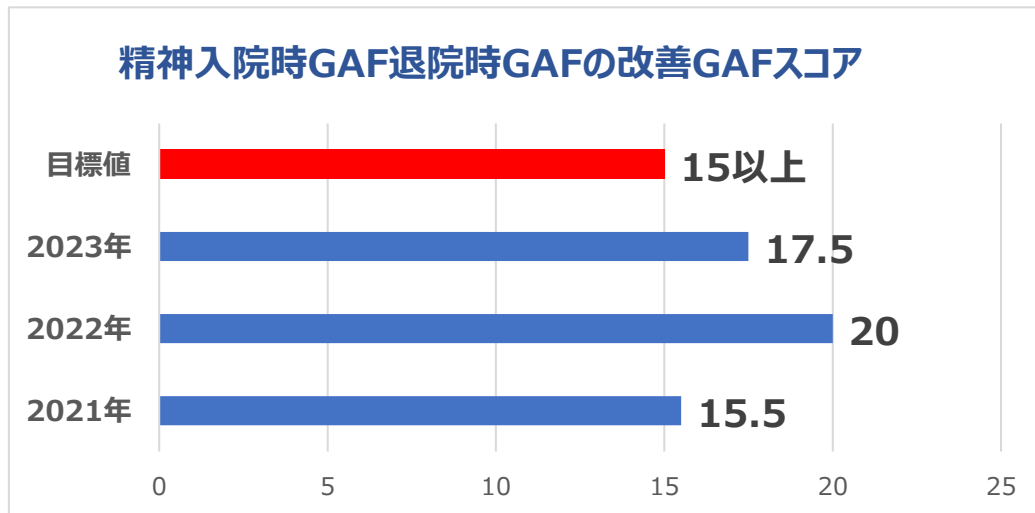
今後も引き続き安定で高度な周産期医療の提供体制を整えていきます。



精神入院時GAF退院時GAFの改善GAFスコア



入院治療により精神症状の改善度合を示す指標
(Global Assessment of Functioning)



期間：2023年4月～2024年3月

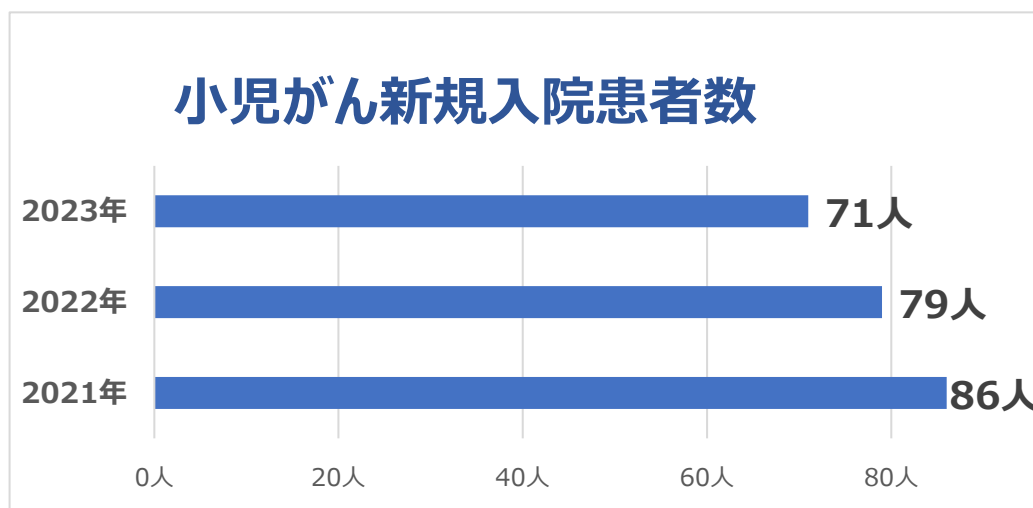
精神入院時GAF退院時GAFの改善GAFスコア

2020年度以降、摂食障害が入院患者全体の4割から6割に増えた中、
症状改善の目標を達成できました。



小児がん新規入院患者数

小児がん拠点病院として、新しく小児がん患者を受入る態勢の指標



期間：2023年4月～2024年3月
新規小児がん入院患者数

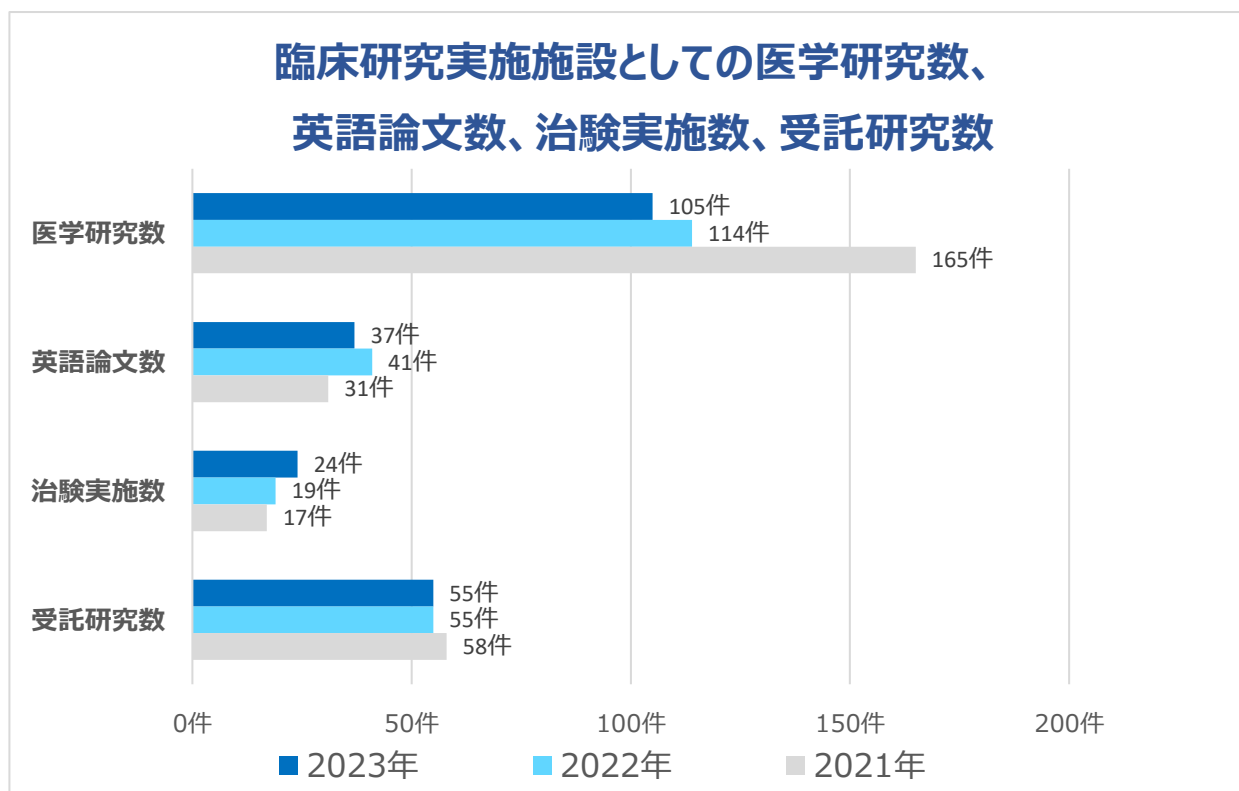
小児がん拠点病院として、2023年度、県内外からの新規の小児がん入院患者 71 人に対して集学的治療を実施しました。



臨床研究実施施設としての医学研究数、英語論文数、 治験実施数、受託研究数



新しい治療への取り組み



期間：2023年4月～2024年3月

倫理委員会で承認された件数

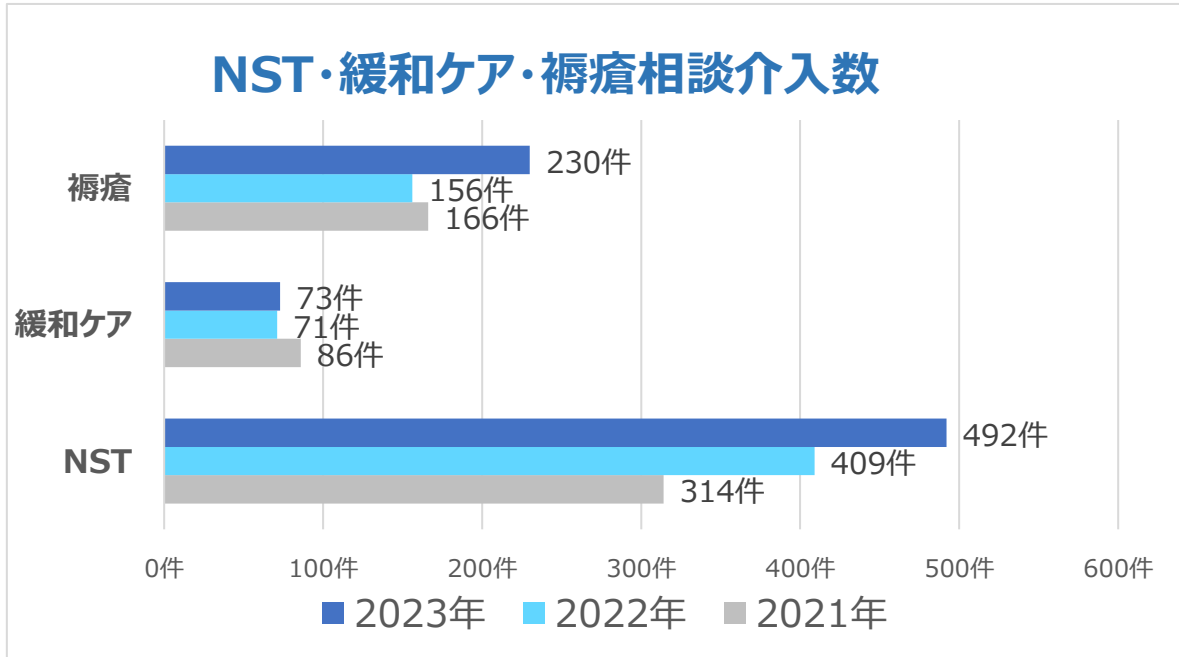
筆頭著者である英語論文件数

治験実施件数については、2023年度後半以降に開始された新規治験があり増加傾向にあります。
受託研究件数については、2023年度中に終了した調査が多かったです。
小児専門病院として、臨床試験や治験に取り組んでいます。



NST・緩和ケア・褥瘡相談介入数

チーム医療体制が行われている指標



期間：2023年4月～2024年3月

NST相談件数（※NST: Nutrition Support Team 栄養サポートチーム）

緩和ケア相談件数

褥瘡相談件数（褥瘡回診件数、褥瘡ラウンド件数、症例検討件数をあわせた延べ数）

NSTは、多職種による本会議と回診、加えて小児の栄養問題の特徴・疾患別に編成したチーム（循環器・重心・がん・摂食嚥下・側弯）により、栄養に問題を抱える患者さんに対応しました。

緩和ケアについては、専従医師1名、専従看護師1名体制から専従医師1名および専任看護師1名へと変更になりましたが、介入件数にほぼ変化はありませんでした。

介入内容についても大きな変化はありませんでした。

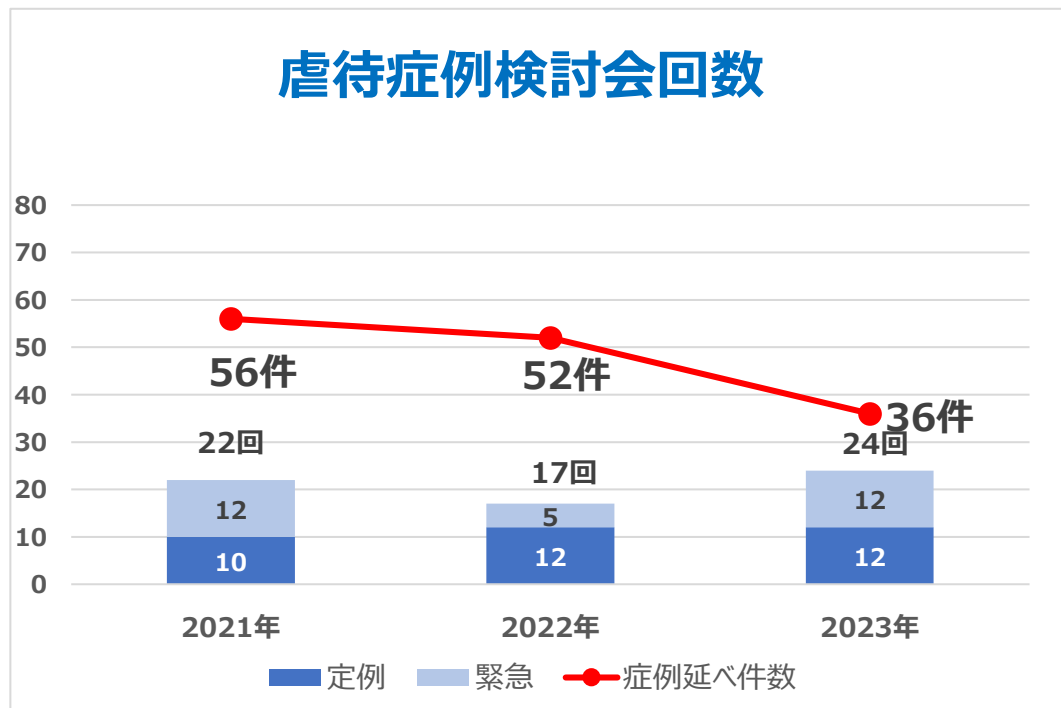
褥瘡については、褥瘡回診や褥瘡ラウンド等を通して、多職種間での情報共有や治療方針の確認を行うことができました。



虐待症例検討会回数・ 症例延べ件数



チーム医療として虐待症例に取り組んでいる指標



期間：2023年4月～2024年3月
虐待症例検討会回数（定例・緊急）
症例延べ件数（定例・緊急）

定例・緊急の各症例に対し、必要時、児童相談所や市区町職員、警察も含めた多機関で検討を行い、地域と連携した支援につなげることができました。脳死下臓器提供者被虐待児除外についての検討は、10年ぶりの事例であったが迅速な対応ができました。

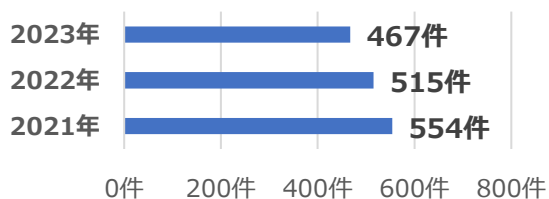


栄養相談件数

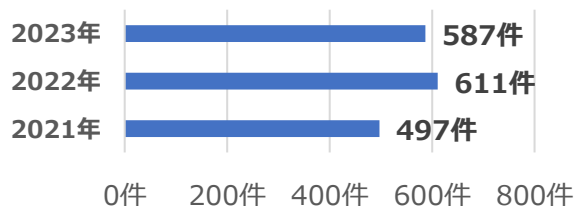


管理栄養士の栄養相談への取り組み状況を評価するための指標
(外来・入院)

個別栄養相談実施延件数
(入院)



個別栄養相談実施延件数
(外来)



期間：2023年4月～2024年3月

個別栄養相談実施延件数（外来・入院）

依頼にはすべて応え、必要時には継続した指導を行いました。

2023年度は相談件数がやや減少しましたが、今後も必要な患者さんには積極的に介入を行います。

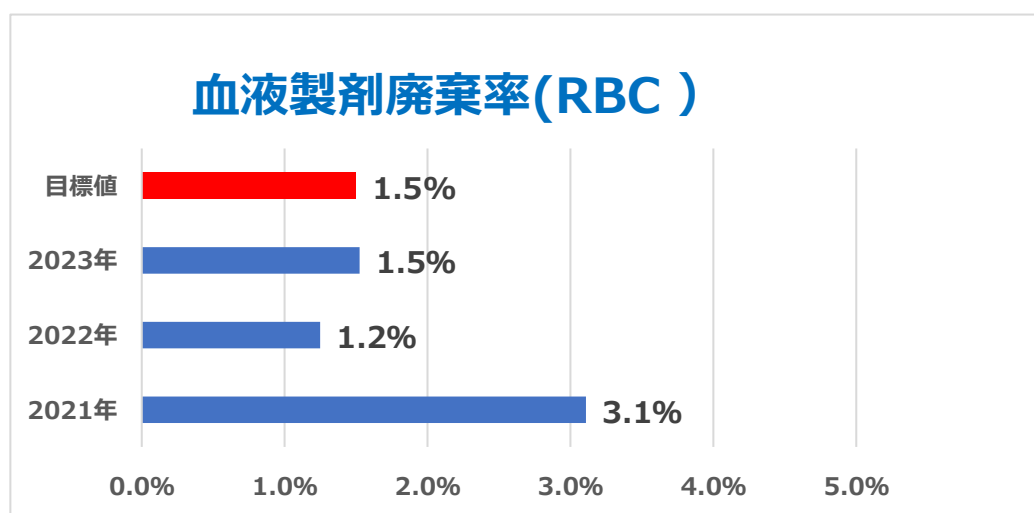


血液製剤廃棄率(RBC)



輸血血液製剤が病院内で適切に管理されているかどうかを示す指標

期限切れなどで、有効に使えなかったことなどより、血液製剤の適正使用の状況がわかる。



期間：2023年4月～2024年3月

分子：廃棄単位数 (RBC)

分母：総単位数 (RBC)

※2 RBC:(Red Cell concentrate 赤血球濃厚液)

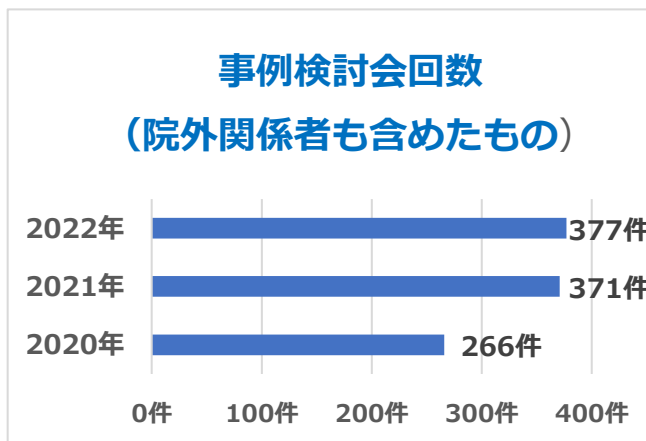
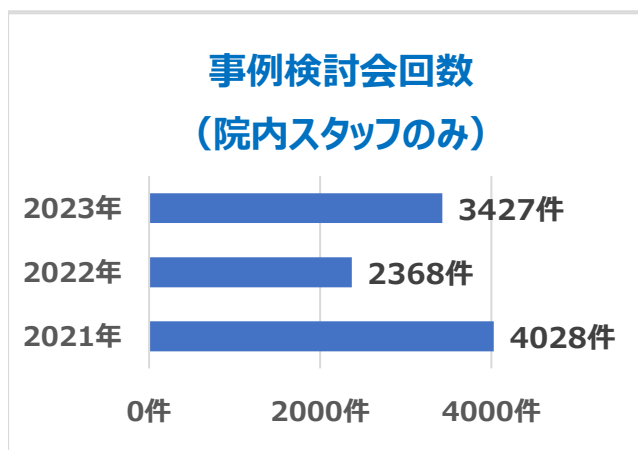
2023年度は前年度と比較し、やや上昇する数値となりました。
関係各所と連携し、廃棄製剤の削減に努めたいと思います。



ソーシャルワーカーが関わった事例検討会 回数



相談機能を含めたチーム医療体制がある指標



期間：2023年4月～2024年3月

ソーシャルワーカー（MSW、PSW）が関わった事例検討会 回数

カンファレンスのメンバー構成

①院内スタッフのみ ②院外関係者も含めたもの

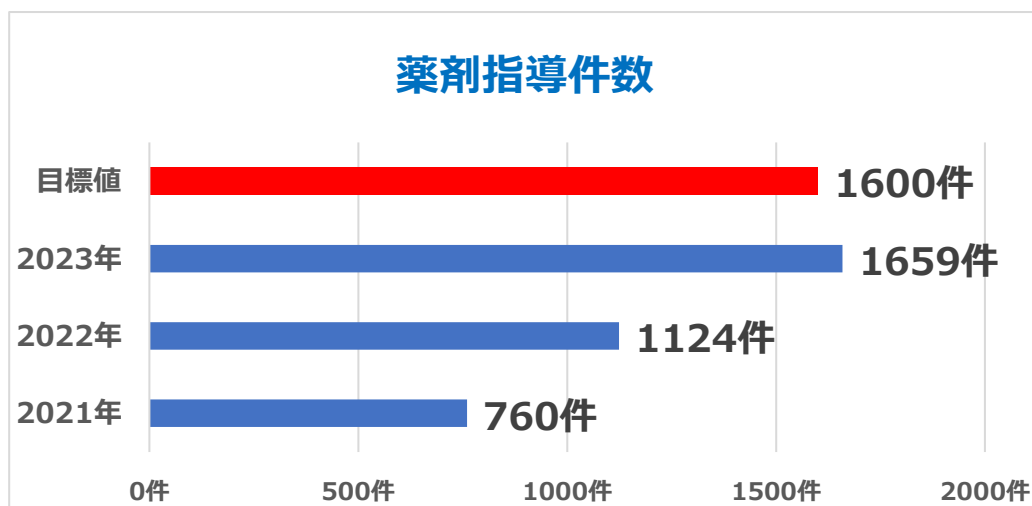
2022年度と比較し、院内が1059件、院外が6件増加しています。
院内におけるカンファレンスへの積極的な参加・病棟への介入が進んでいると考えられます。



薬剤指導件数



薬剤師が入院患者の薬物療法に介入できているかを示す指標



※目標値：病院目標

期間：2023年4月～2024年3月

薬剤管理指導料1+薬剤管理指導料2

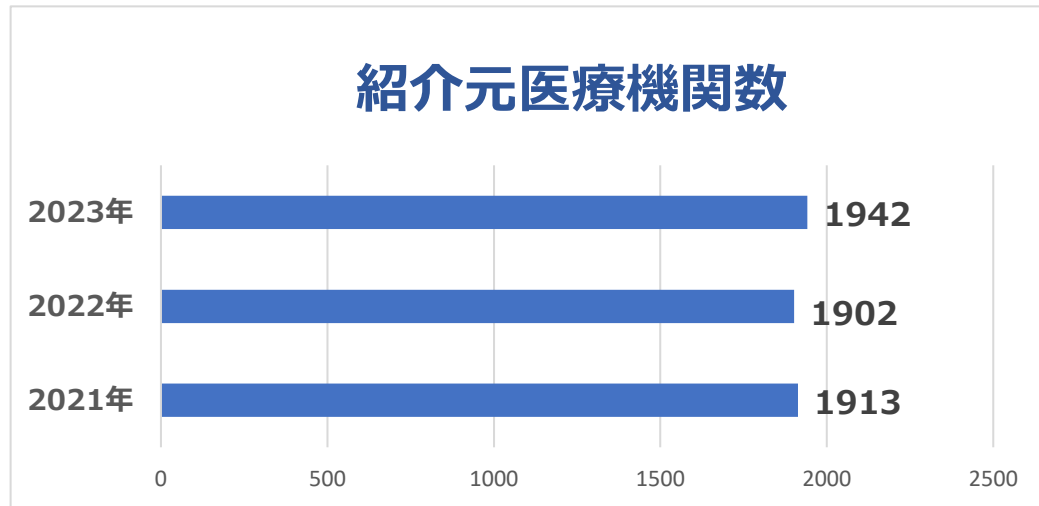
センター業務を調整し、指導時間の確保を行い件数を増加させることができました。



紹介元医療機関数



幅広い地域から患者を受け入れる体制がある指標



期間：2023年4月～2024年3月
紹介元医療機関数

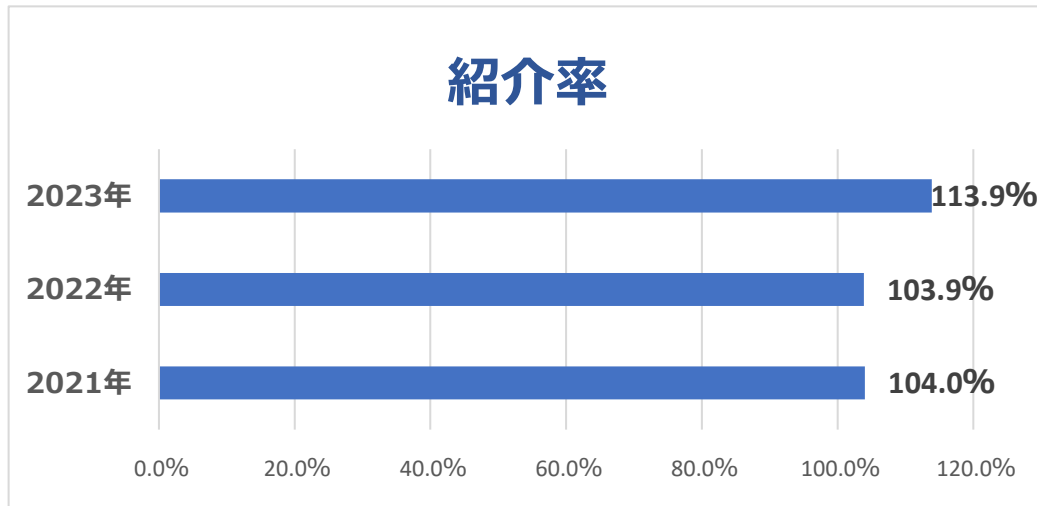
緊密な病病・病診連携を進めるための取り組みを今後も継続します。



紹介率



専門医療・救急医療を必要とする患者を地域医療機関と役割分担し、適切に受入れているかの指標



期間：2023年4月～2024年3月

分子：紹介患者数

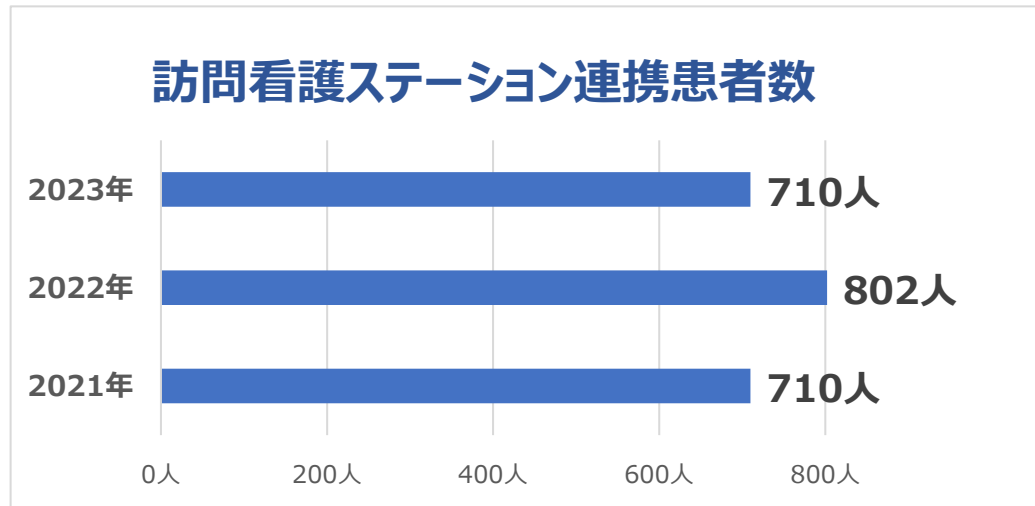
分母：新規カルテ作成数

一人の患者さんについて、複数の診療科で診療カルテを作成する場合があります。



訪問看護ステーション連携患者数

在宅移行に対する連携状況の評価



期間：2023年4月～2024年3月

訪問看護ステーション連携患者数

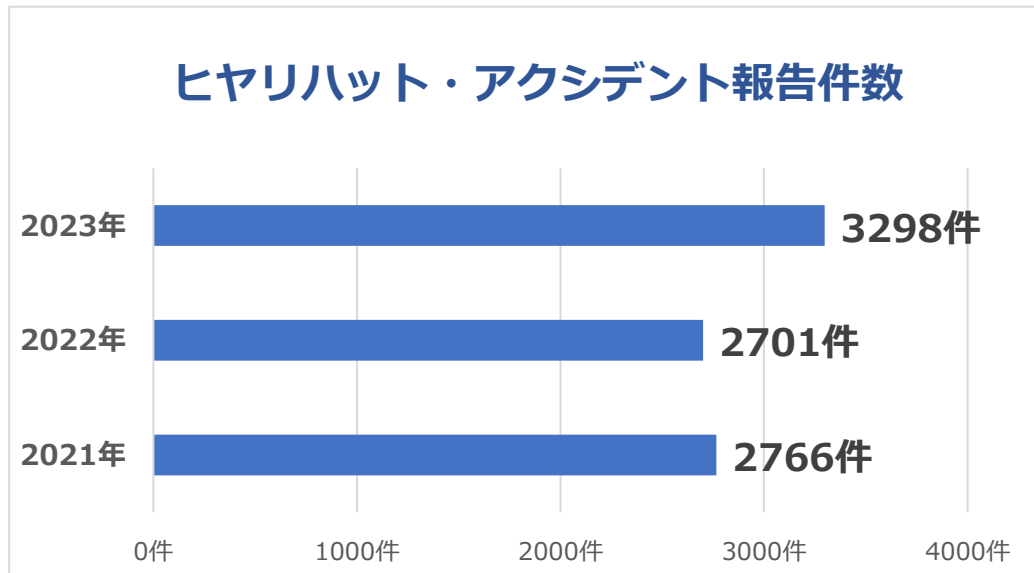
訪問看護利用者数は、訪問看護指示書の作成数より算出しているため、在宅医等へ管理料を移管後も当院で診ている患者数は含まれません。そのため数値に変動はあるが実際の利用者数はこれ以上です。利用者数は増えており、今後も地域との連携強化を図って行く必要があります。



ヒヤリハット・アクシデント報告件数



重大事象ではないが報告するという安全文化の構築と定着を示す



期間：2023年4月～2024年3月
ヒヤリハット・アクシデント報告件数

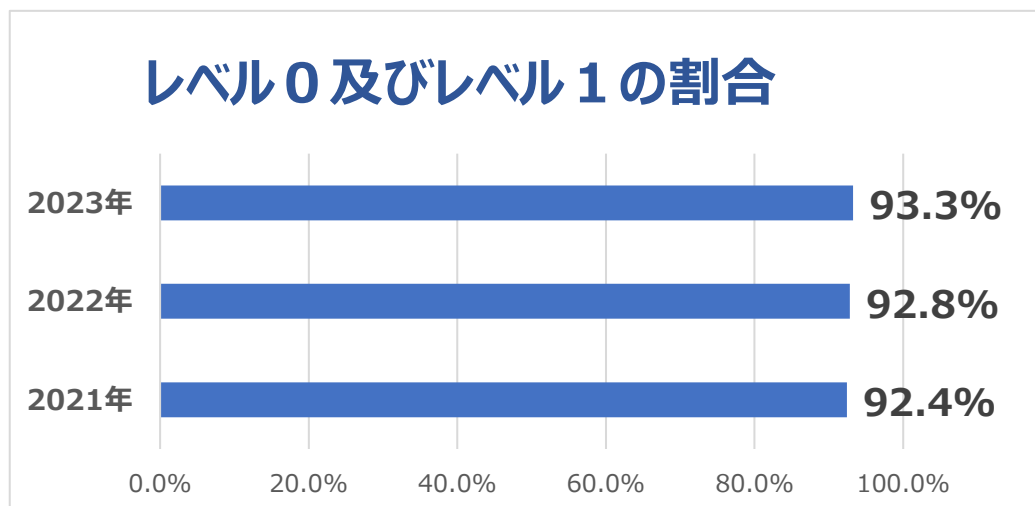
総報告件数3298件と、昨年度より597件増加しました。
一般的に病床数の5倍が透明性の目安と言われており、
 $430\text{床} \times 5 = 2150\text{件}$ を超えていることから、
十分報告されていると判断できます。



ヒヤリ・ハット事例及びアクシデント報告全体における レベル0及びレベル1の割合



レベル0やレベル1は重大事象ではないが“報告する”という
安全文化の構築と定着を示す。
また、警鐘事例としての意識改革となる。



※目標値：神奈川県立病院機構第三期中期計画

期間：2023年4月～2024年3月
分子：レベル0とレベル1の報告件数
分母：全報告件数

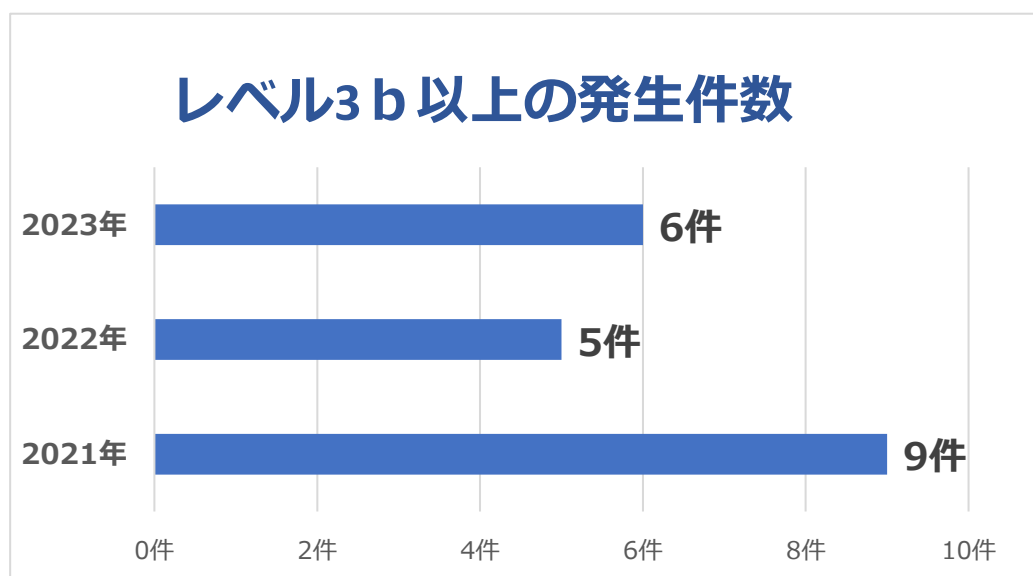
インシデント報告のうちレベル0、1の割合は93.3%であり、昨年度より0.5%増加しました。
要因として、レベル0報告が昨年度より増加したことが考えられます。
今後もレベル0報告を推進し、
インシデントを未然に防ぐ仕組みづくりをしていきたいと思います。



レベル3 b 以上の発生件数



医療安全の取り組み結果として重大事故が減少しているかを示す



期間：2023年4月～2024年3月

レベル3 b 以上の発生件数

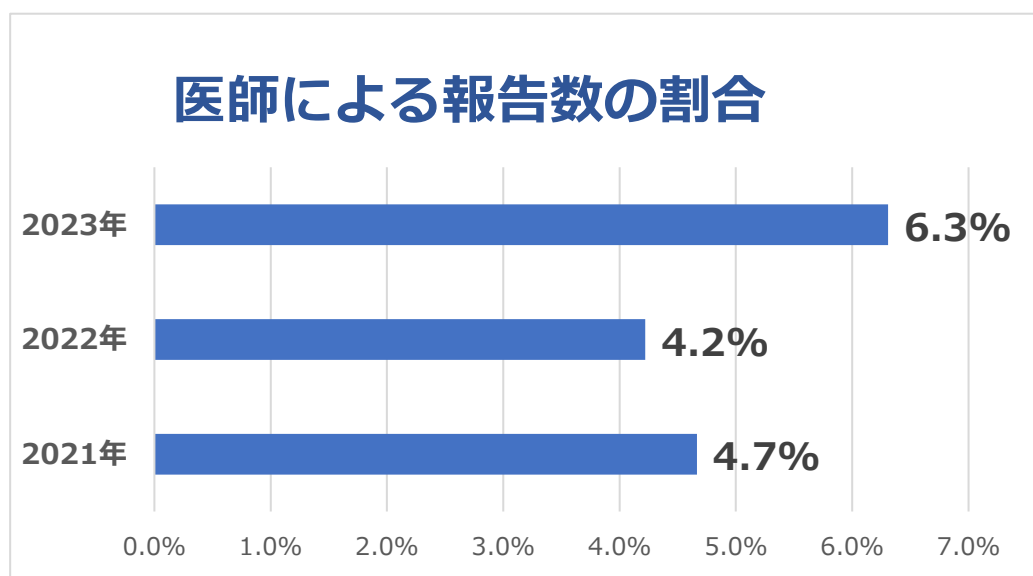
アクシデントは6件ありました。事象別内訳としては、
薬剤に関するものが2件、治療・処置・診察に関するものが2件、
ドレーン・チューブ類の使用・管理に関するものが1件、
その他が1件でした。



ヒヤリ・ハット事例及びアクシデント報告全体における 医師による報告数の割合



インシデント・アクシデント等の全報告数のうち医師による報告数の割合



期間：2023年4月～2024年3月

分子：医師による報告数

分母：全報告件数

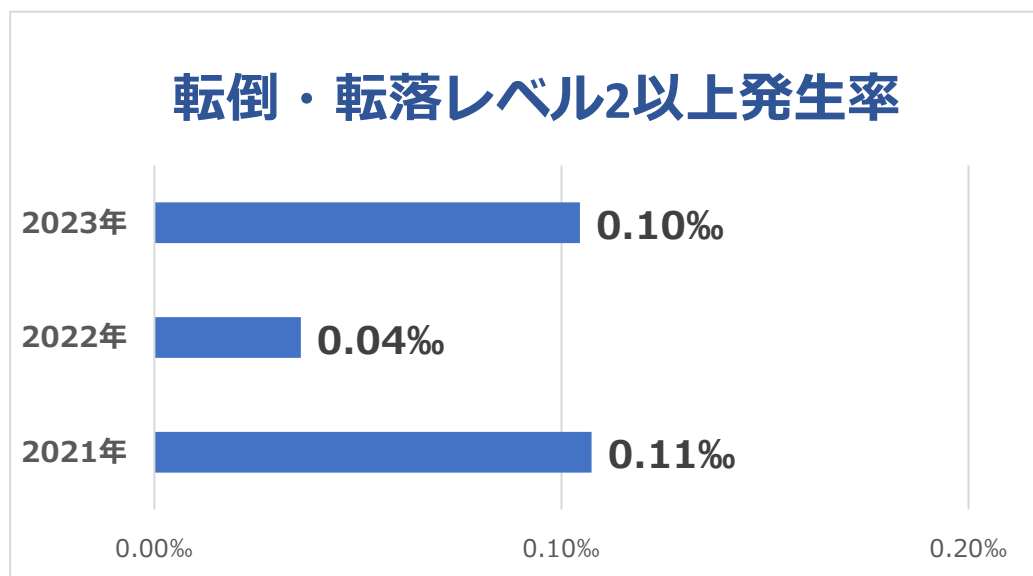
医師の報告件数は昨年度より94件増え、全報告の6.3%と増加しました。
看護師以外の職種からの報告件数も増えています。



転倒・転落レベル2以上発生率



延入院患者数のうちレベル2以上の転倒・転落が発生した割合



期間：2023年4月～2024年3月

分子：レベル2以上の転倒・転落発生件数

分母：延べ入院患者数×1000

※単位は‰(千分率)としています

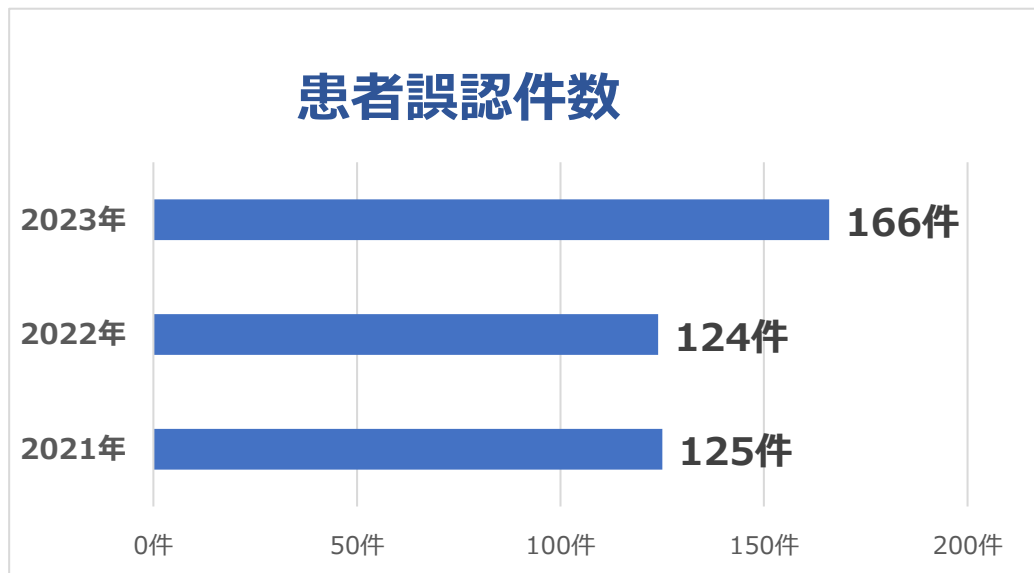
昨年度より増えているが、一昨年度とは同程度でした。運動機能を獲得していく発達段階の患者も多く入院しているため、今後も安全な療養環境を提供しながら、成長・発達を支援していきます。



患者誤認件数



患者確認は安全な医療を提供するための基本であり、
患者誤認はその質を示す



期間：2023年4月～2024年3月
患者誤認件数

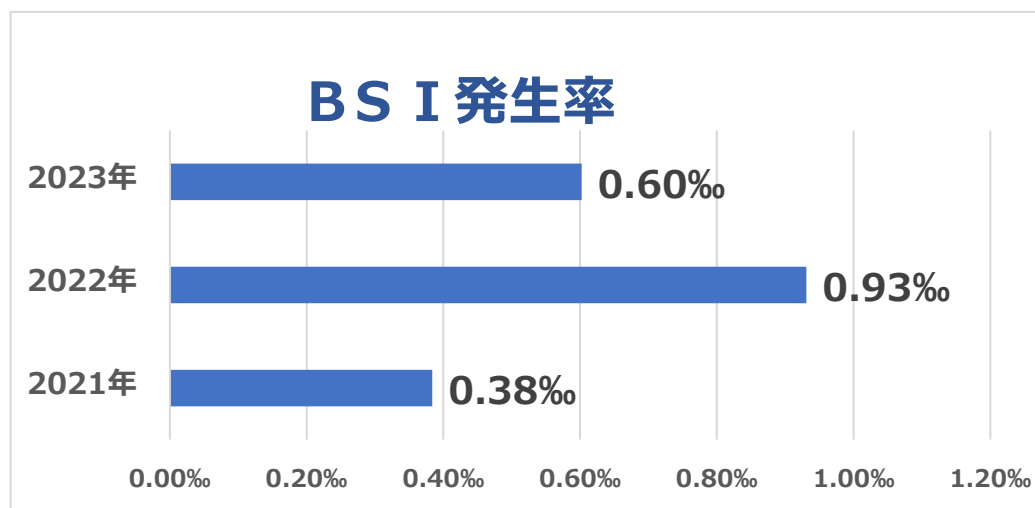
患者誤認件数は昨年度より42件増えました。
半数以上はレベル0報告であり、診療録や看護記録の入力間違いが多かったです。実施直前の確認や、作業中断後再開時の確認作業が抜けてしまうことが要因として考えられます。



BSI（中心ライン関連血流感染）発生率



感染対策を評価改善し、中心ラインの適切な管理を行うことにより院内感染を減少させる取り組み



期間：2023年4月～2024年3月

分子：中心ライン関連血流感染件数

分母：中心静脈ライン延べ使用日数×1000

※単位は‰(千分率)とする

22年度の感染件数増加に対して、23年度は感染件数が他セクションと多かった病棟の感染対策を感染制御室と病棟スタッフで協力し実施しました。

その結果23年度は22年度と比べ感染件数は約10件減少しました。

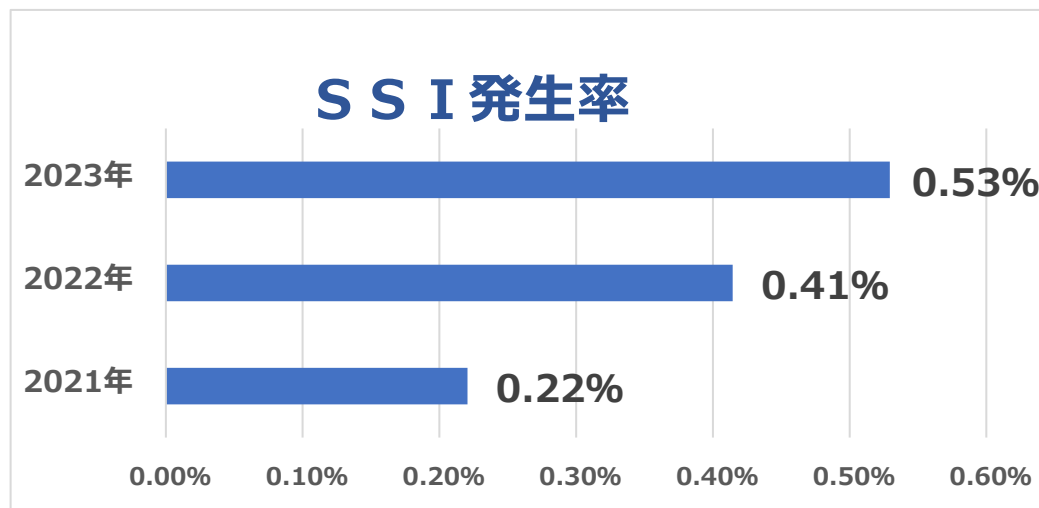
今後も感染発生時には、病棟スタッフと共に原因追及・対策検討を行い、感染防止に努めていきます。



SSI（手術部位感染）発生率



周術期感染対策ができているかの指標



期間：2023年4月～2024年3月

分子：手術部位感染件数

分母：全手術数

※4 SSI:Surgical site infection 手術部位感染

手術巣（表層切開創・深部切開創・臓器／体腔）の感染で入院期間の延長や再入院となったケースをカウントする。

外来での治療で改善した場合や起因菌が特定されない場合はSSI疑いとする。

昨年度と比べ手術件数は変わらないが、感染率が上昇しています。

診療科による感染件数の偏りは見られません。

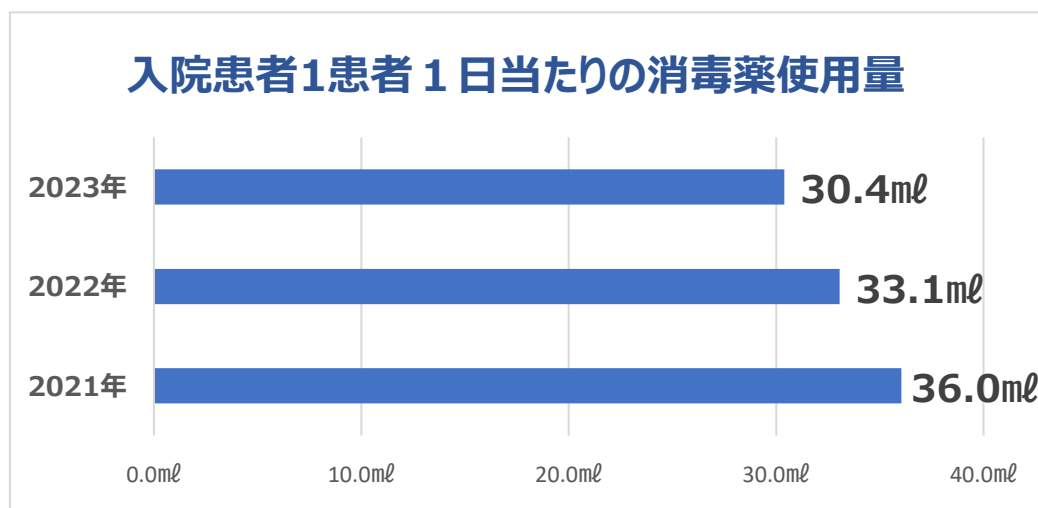
手術室の手指衛生の直接観察数を増やし、手指衛生の向上に努めました。

職員の手指による感染以外の原因追及に向け、次年度も各診療科長だけでなく、手術室にも引き続き情報を提供し、協力して感染防止に努めていきます。



手指衛生 入院患者1患者1日当たりの消毒薬使用量

手指衛生は、感染症の水平伝播防止に重要な対策の一つであり、その実践の度合いをあらわす



期間：2023年4月～2024年3月

分子：消毒薬使用量(ml)

分母：延べ入院患者数

21.22.23年度と使用量は低下しました。消毒剤の使用量＝手指衛生の実施率ではありません。しかし、手指衛生の実施率も20年度のコロナ流行初期よりは低下しています。

次年度は手指衛生の実施率向上のため、引き続き手指衛生の直接観察法を実施し、全職員が正しい知識と技術の習得できるよう努めていきます。

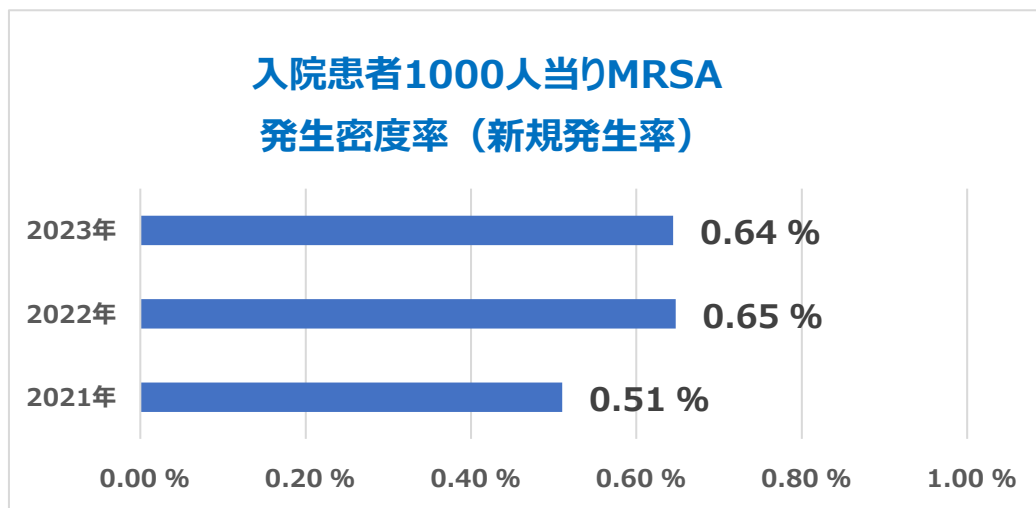
また各セクションで行われるケアや処置の場面が、WHOが推奨する手指衛生の5つのタイミングのどの場面と同じであり、手指衛生が必要かを職員が理解できるような対策を検討したいです。



入院患者1000人当たりMRSA発生密度率（新規発生率）

MRSA発生率は感染対策のアウトカムとして重要な指標

MRSA新規発生を抑制する事は、感染しやすい環境にありながらも、感染対策を適切に実施している事を表す。



期間：2023年4月～2024年3月

分子：新規発生件数（入院後48時間以降に検出された）×1,000人

分母：延べ入院患者数

※ 3 MRSA: Methicillin-resistant Staphylococcus aureus

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌

発生密度率は昨年度と変わりませんでした。MRSAをはじめとする薬剤耐性菌の感染経路は接触感染であり、適切な手指衛生と防護具の着脱で防ぐことができます。そのため全職員対象の職員研修や委託業者への研修会に取り込み、病院職員の正しい知識と技術の習得に努めていきます。

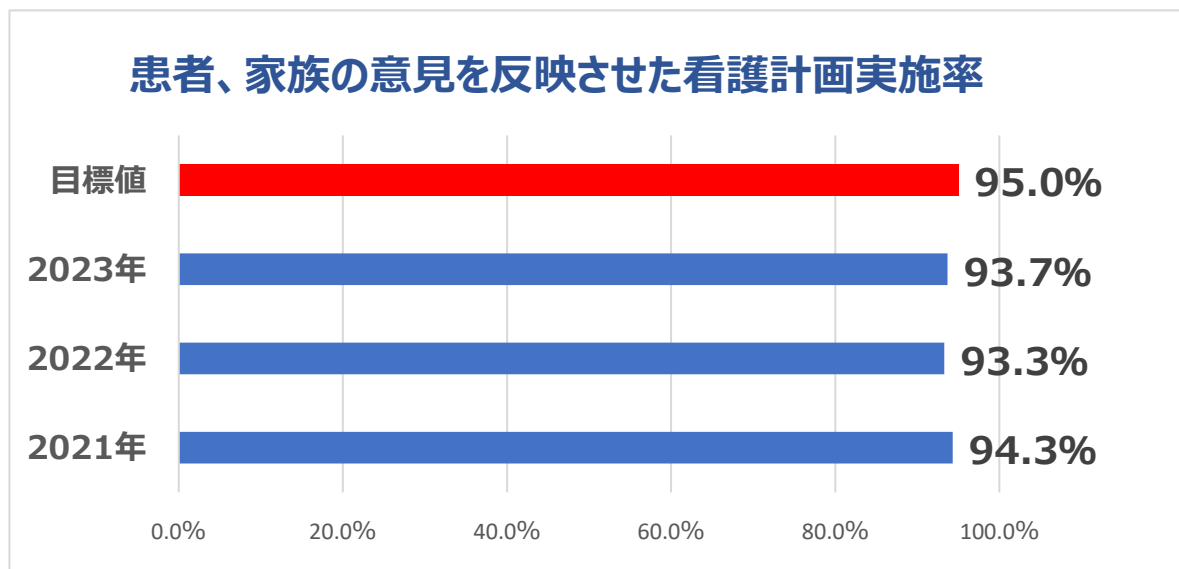


患者、家族の意見を反映させた看護計画実施率



患者個人を尊重した看護を展開するための指標

(病状により必ずしも反映されない事もある)



※目標値：病院目標

期間：2023年4月～2024年3月

分子：患者、家族の意見を反映させた看護計画の実施患者数

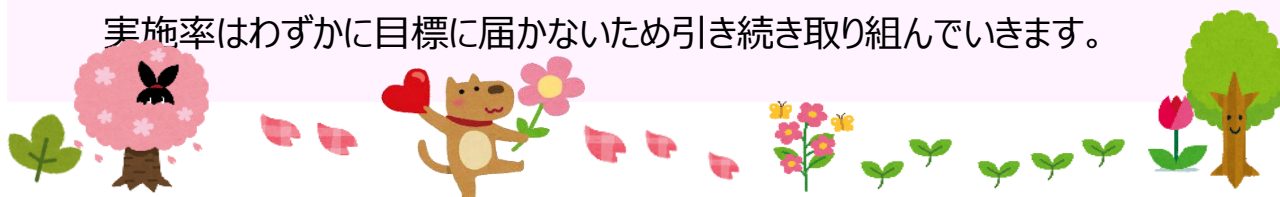
分母：入院実患者数

※クリニカルパス適用及び一日入院患者を除く

安全な医療・看護の提供のために患者家族の医療への参加が重要と考え、患者家族の意見を反映させた看護計画推進に取り組んでいます。

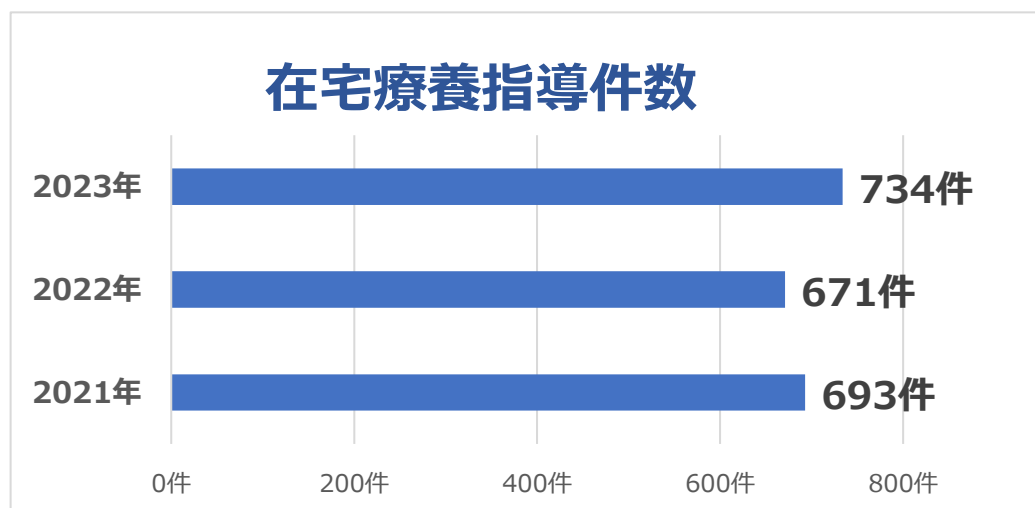
取り組みの結果、看護の質がどう変化したかの評価が今後の課題です。

実施率はわずかに目標に届かないため引き続き取り組んでいきます。



在宅療養指導件数

在宅医療支援への取り組みを表す指標



期間：2023年4月～2024年3月

外来で看護師が在宅療養指導を実施した件数

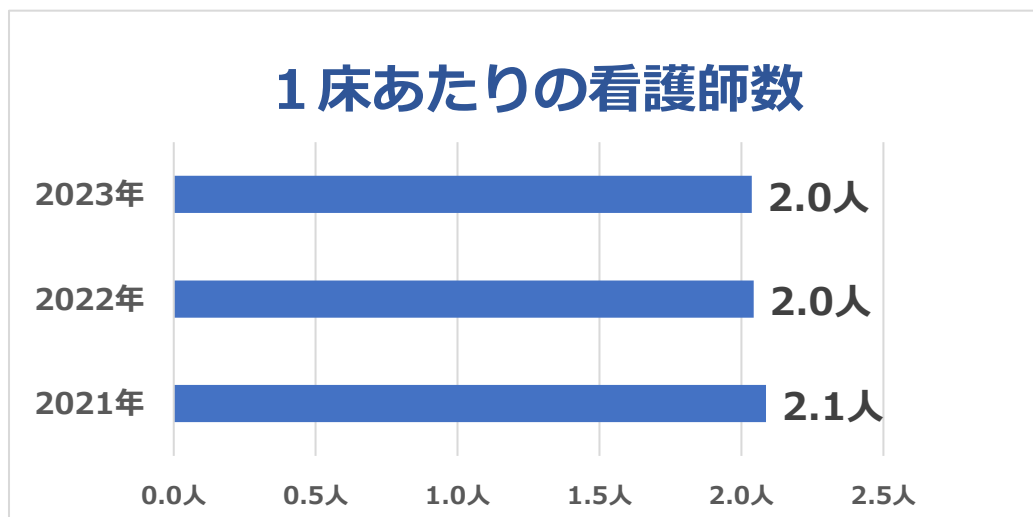
2022年度の数値より、目標値より上回っていることから
在宅医療の取り組みを行っているといえます。



1床あたりの看護師数



安全で安心な看護を提供する取り組み



期間：2023年4月～2024年3月

対象病棟：精神病棟・施設（重心・肢体）除く

分子：全看護師数（毎年4月1日時点の人数）

分母：病床数

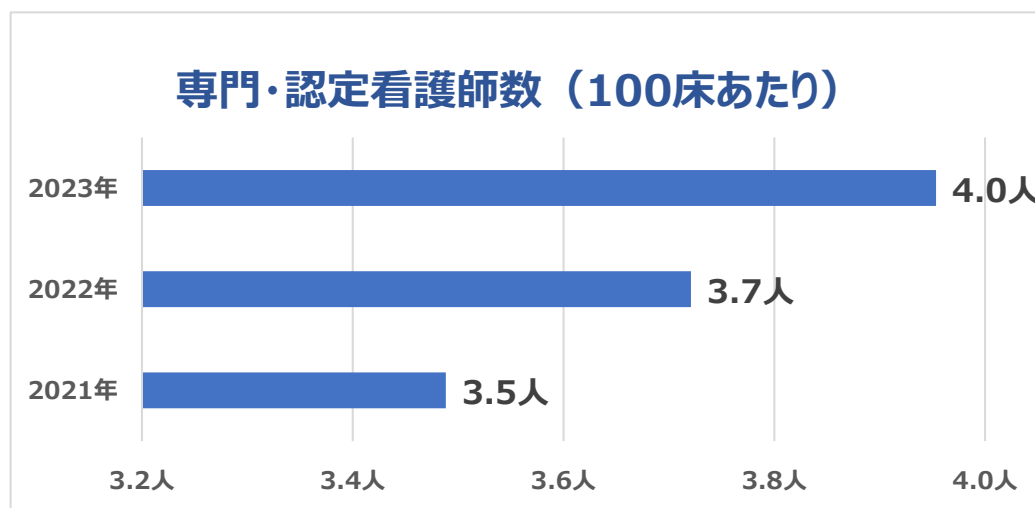
小児は成長発達の途中にあり日常生活全てに介助や見守り、指導が必要となり、入院基本料の要件以上に人員配置が必要となるケースも多いです。患者家族だけではなく職員にとっても安全で安心な職場を確保するため看護師の定着を目指していきます。また配置の結果、医療安全や人材育成の点でどのような効果があったか評価が必要です。



専門・認定看護師数（100床あたり）



高度で専門的な看護提供の取り組み

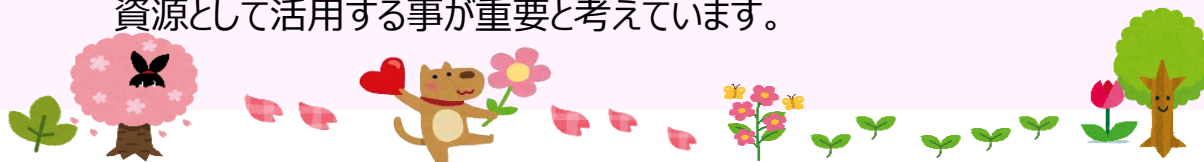


期間：2023年4月～2024年3月

分子：専門・認定看護師数×100

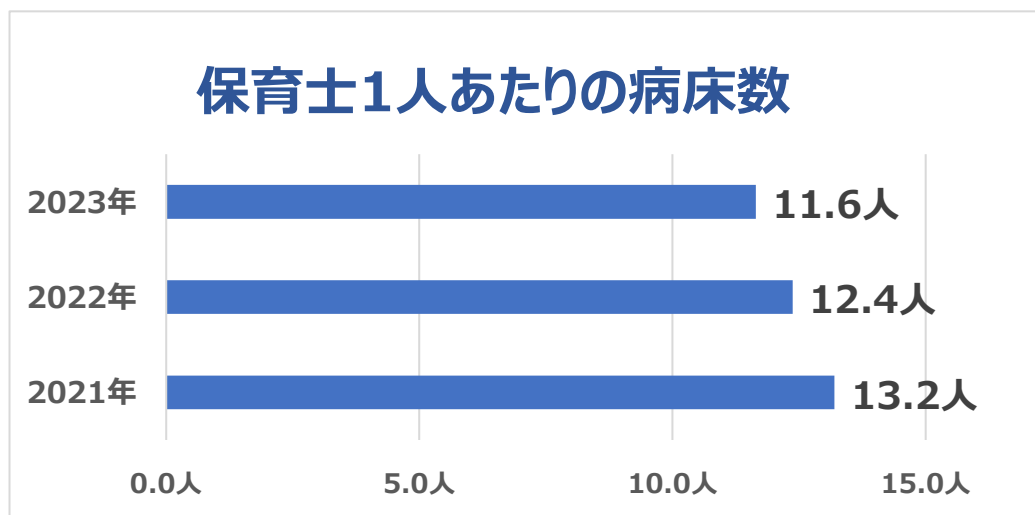
分母：病床数

専門・認定看護師の育成は、看護の質向上や人材の定着につながるため、看護局全体で取り組んでいます。専門・認定看護師の活動内容を周知し、資源として活用する事が重要と考えています。



保育士1人あたりの病床数

入院患者への保育の提供に対する取り組み



期間：2022年4月～2023年3月

対象病棟：施設（重心、肢体）、母性、ICU、HCU1、精神、NICU、新生児を除く

分子：病床数

分母：病棟保育士数

令和6年診療報酬改定において、保育士の複数配置を評価する加算が追加になりました。

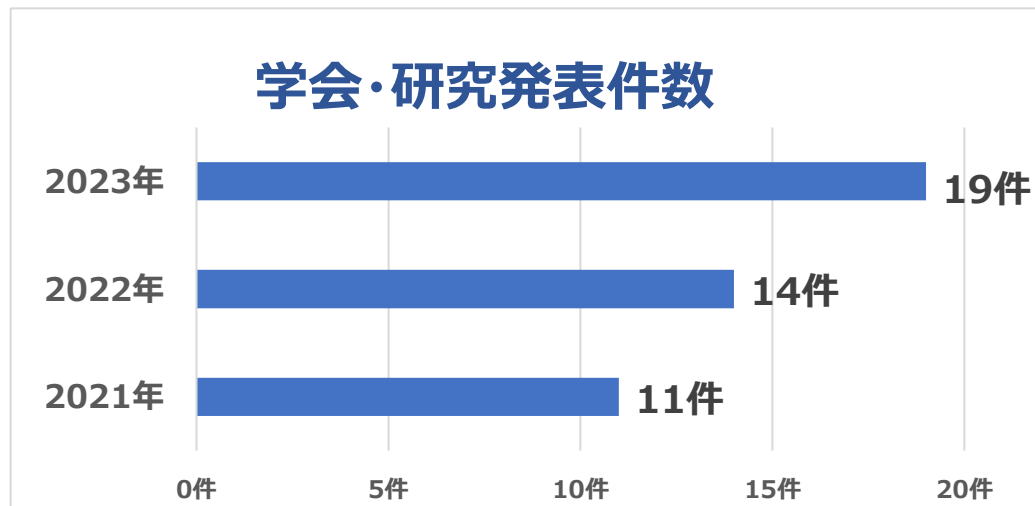
当院の病棟保育士は、自ら教育体制を整備、研修を企画運営するなど、保育の質向上に向け取り組んでいます。

このような活動を評価し保育士増員や適性配置に向け取り組んでいきます。



学会・研究発表件数

看護研究への取り組み



期間：2023年4月～2024年3月
学会・研究発表件数

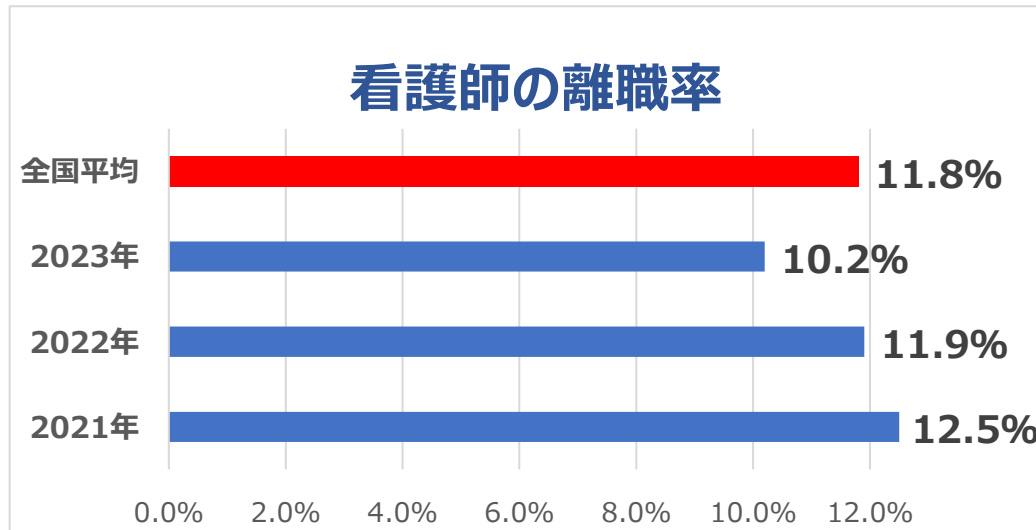
看護研究への取り組みは、看護の質向上、職員育成につながります。院内の研究発表会等を活用し成果を共有し、活用できるよう取り組みを継続します。



看護師の離職率



働きづらさのない、魅力のある職場環境の提供



※全国平均：日本看護協会「2023年度 病院看護実態調査」

期間：2023年4月～2024年3月

分子：総退職者数

分母：平均看護師数 × 100

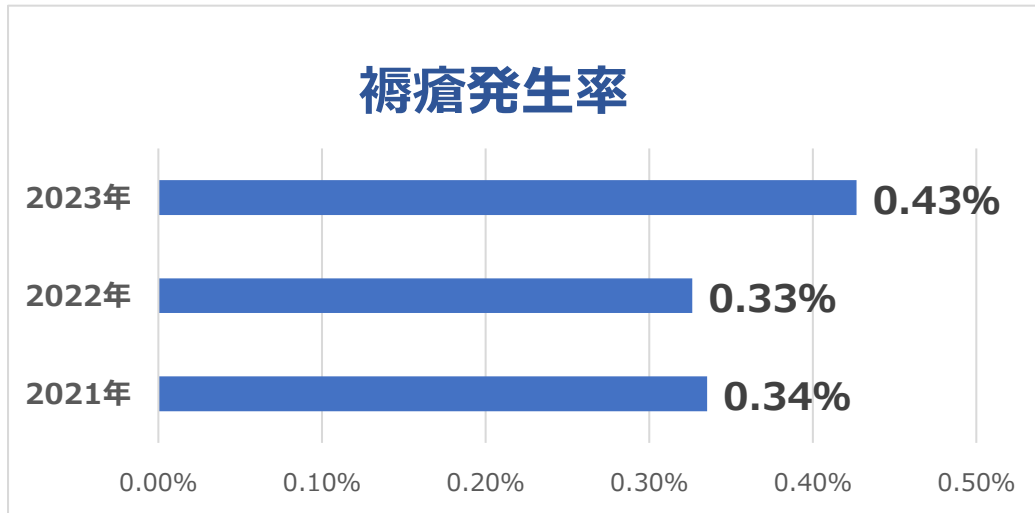
2023年度の退職率10.2%、うち新卒新採用者は3.7%（2名）と低値でしたが、既卒採用者の退職率が16.7%（3名）と高値でした。
この結果を受け、既卒採用者の定着支援を見直し、
定着が図れるよう取り組みを開始しています。



褥瘡発生率



褥瘡に関する危険因子の評価から看護計画を立案した看護の結果の指標



期間：2023年4月～2024年3月

分子：褥瘡発生件数

分母：延べ入院患者数

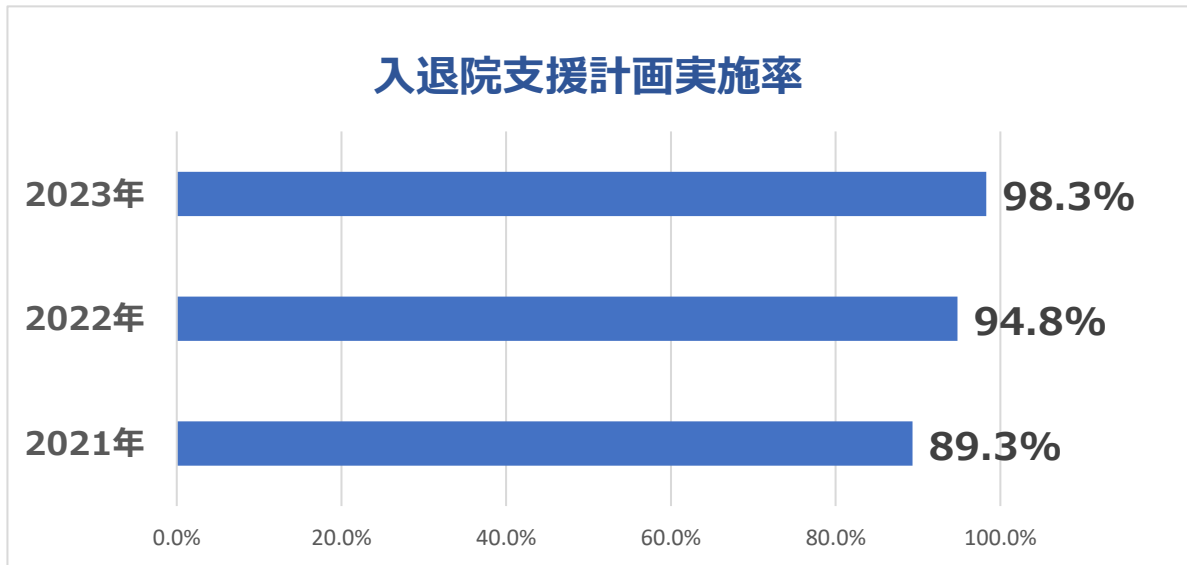
過去5年間で最も高い褥瘡発生率で、特に医療関連機器褥瘡が増加しました。病床利用率の上昇や、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の算定対象となる患者の増加が影響していると考えます。また、医療機器の種類が多く、それぞれの特徴を捉えた予防策が必要でした。看護局で採用しているパートナーシップ・ナーシング・システム®をいかし、観察と褥瘡予防ケアの実施が強化できるよう働きかける必要があります。重症褥瘡発生数は1件と、昨年より減少しており、褥瘡の早期発見と早期対応、褥瘡対策チームやWOCNとの連携ができていると評価できます。



入退院支援計画実施率



早期退院に向けた支援計画策定数の割合と 入退院支援加算算定数の把握



期間：2023年4月～2024年3月

分子：入退院支援加算算定数

分母：入退院支援カンファレンス実施件数

※クリニカルパス適用及び一日入院患者を除く

入院時支援対象者の拡大などもあり、実施件数増加の一因になったと考えられます。また、入退院支援加算算定不可件数は減ってきており、支援が定着してきていると考えられます。





編集：QI委員会



令和6年12月 発行



地方独立行政法人 神奈川県立
神奈川病院機構

こども医療センター
Kanagawa Children's Medical Center

〒232-8555

神奈川県横浜市南区六ツ川 2-138-4

TEL : 045-711-2351