

心血管・不整脈センター



「患者様にとって最も質の高い安全な治療」を重視した 外科治療を目指す



循環器内科 部長
心血管・不整脈センター センター長

遠田 賢治

出身
1993年 浜松医科大学卒
取得認定医・専門医
日本内科学会専門医
日本循環器学会専門医
日本不整脈心電学会認定不整脈専門医
日本心血管インターベンション治療学会認定 CVIT 認定医
「植込型除細動器／ペースングによる心不全治療」認定医

2020年4月より東京から赴任してきました遠田です。1993年浜松医科大学を卒業後、東京女子医大病院循環器内科へ入局し、大学病院、及びその関連病院で循環器内科学について学んできました。関連病院ではその地域の循環器治療の第一線の病院で勤務しており、循環器の急性疾患に対応し、特に20年近く不整脈診療を中心に関わってきました。これまでの経験を活かして、この十勝の地で皆さんへ貢献できるよう参りましたので、宜しくお願いします。循環器内科学を専門とする医師のほとんどは狭心症、心筋梗塞などの虚血性心疾患、カテーテルインターベンションを専門とする事が多く、不整脈に関わる医師は相対的に少ないのが現状です。不整脈専門医であり、インターベンション学会認定医でもありますので、自分の今までの経験と知識がお役に立てるのではないかと考えています。



心臓血管外科 部長
人工透析科 部長
心血管・不整脈センター 副センター長

山本 信行

出身
北里大学卒
取得認定医・専門医
3学会構成 心臓血管外科専門医、
修練指導者
日本外科学会専門医
産業医



心臓血管外科 医長

大友 勇樹

出身
北里大学卒
取得認定医・専門医
3学会構成 心臓血管外科専門医
日本外科学会 外科専門医
腹部ステントグラフト実施医・指導医
下肢静脈瘤血管内レーザー
焼灼術実施医・指導医
「植込型除細動器／ペースングによる心不全治療」認定医
指定航空身体検査医



循環器内科 医長

沼崎 太

出身
札幌医科大学
取得認定医・専門医
日本内科学会認定医
日本循環器学会専門医
日本心血管インターベンション
治療学会認定医
浅大腿動脈ステントグラフト実施医
所属学会
日本下肢救済・足病学会
北海道地方会 評議員



心臓血管外科 医長

大友有理恵

出身
北里大学卒
取得認定医・専門医
日本外科学会 外科専門医
下肢静脈瘤血管内
レーザー焼灼術実施医
腹部ステントグラフト実施医
所属学会
日本胸部外科学会 / 日本心臓血管外科学会
日本血管外科学会 / 日本外科学会
臨床外科学会 / 日本循環器学会
日本腹部救急医学会 / 日本静脈学会
日本脈管学会

虚血性心疾患

狭心症

心筋梗塞

心筋梗塞による合併疾患

不整脈

他の心疾患に合併する心房細動

徐脈性不整脈

致死性不整脈

心臓弁膜症

僧帽弁狭窄症

閉鎖不全症

大動脈弁狭窄症

閉鎖不全症

三尖弁閉鎖不全症

大動脈瘤

胸部大動脈瘤

腹部大動脈瘤

総腸骨動脈瘤

急性大動脈解離

末梢血管疾患

閉塞性動脈硬化症

下肢静脈瘤

急性動脈閉塞

成人先天性心疾患

心房中隔欠損症

心室中隔欠損症

その他

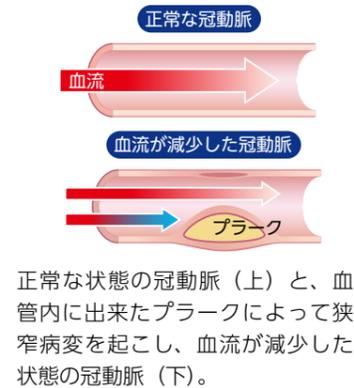
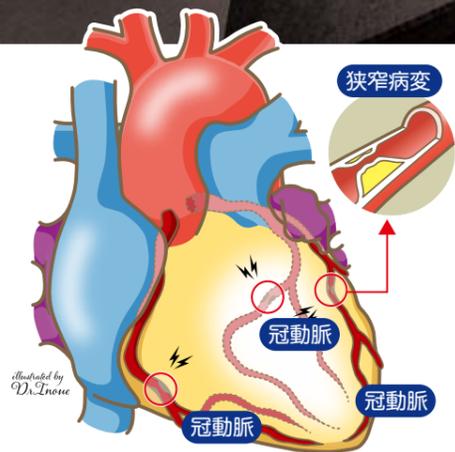
末期腎不全（透析用アクセスルート作成）

対象疾患



狭心症

心臓は体中に血液を送り出すポンプの役目をしている臓器です。心臓は筋肉でできていますが、心臓の筋肉も血液から酸素をもらって活動しています。心臓の中には血液が常にあるのですが、残念ながら、心臓の中の血液から心臓の筋肉へ酸素を供給することはできません。心臓の出口のところに心臓の筋肉へ向かって血管が分岐しており、この血管からの血流で心臓は酸素が供給されます。この心臓の筋肉を栄養する血管を冠動脈と呼びます。狭心症は心臓の筋肉が必要なだけの酸素が供給されないため、酸欠状態になり、胸が苦しくなったりする病気のことをいいます。



正常な状態の冠動脈(上)と、血管内に出来たプラークによって狭窄病変を起こし、血流が減少した状態の冠動脈(下)。

心臓の筋肉へ酸素等の栄養を供給している冠動脈。その血管内のいずれかに狭窄病変が発生した場合、心筋への栄養の供給が絶たれ、狭心症等の症状が起こります。

狭心症二つの原因

①動脈硬化

動脈硬化で冠動脈内にプラークというゴミが沈着して、内腔が狭くなると、血流が少なくなります。一般的に狭心症と言われるのは、この動脈硬化による労作性狭心症を指すことが多く、主に運動したときに症状を認めるため、労作性狭心症と呼ばれます。

②血管の痙攣

労作性狭心症とは違い、動脈硬化が全くなくても、冠動脈が痙攣することによって一時的に血流が悪くなり、心臓の筋肉へ酸素が行かなくなり、狭心症発作を起こすものがあります。これを、労作性狭心症とは違う狭心症として、異型狭心症、冠攣縮性狭心症と呼ばれます。



こんな症状ありませんか？

- 階段や雪かきで胸が痛くなったり苦しくなる
- 胸に圧迫、締め付け、冷や汗が出る痛みがある
- 痛みは休むと短時間で落ち着く
- 早朝に胸が痛むことがある



動脈硬化や血管痙攣の促進因子

- 高血圧 ●たばこ ●糖尿病 ●高脂血症
- 極端な温度差 など

狭心症の診断方法

症状が無いときには全く異常所見が無い

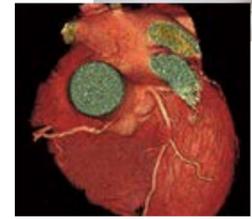
冠動脈に狭窄があっても、安静時で症状が無い場合には、心臓の筋肉へ十分酸素が供給されており、ひどい発作が起こった後で、心臓の筋肉にダメージが残っている場合で無ければ、検査データに異常は検出されません。そこで問診等で普段の生活の中で感じる「自覚症状」をできるだけ詳しく医師に伝えることが重要となります。

狭心症に対する検査

- 心電図検査 ●胸部レントゲン検査
- 心エコー検査 ●採血検査
- CT検査

CTを使用した検査

CTを使用した検査は、臓器を立体的に撮影することができるので、狭窄部分の評価に適しています。また、CT検査で造影剤を血管内に入れ、冠動脈の撮影を行い、冠動脈内の動脈硬化病変の評価も可能です。



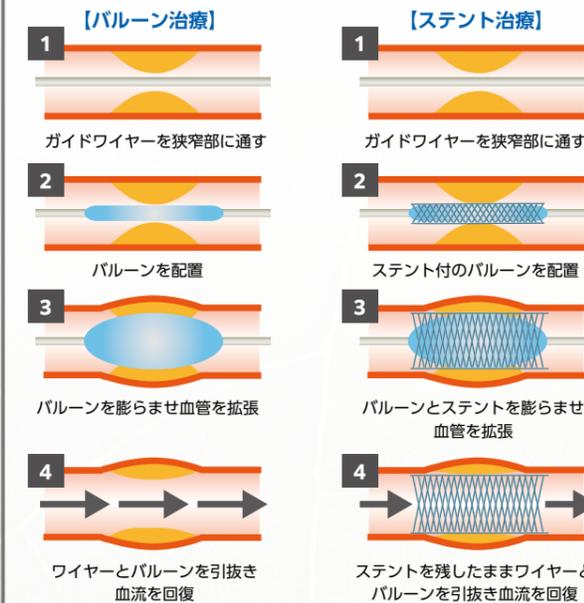
検査に使用するCT(上)と検査画像(左)。常に動いている心臓と冠動脈も、心拍変動などの影響を受けにくく、クリアな画像を得ることが可能。

内科的治療法

労作性狭心症の治療法

比較的大きな血管に、2~3カ所程度の狭窄の場合【カテーテル治療】

手首、肘、足の付け根などから細い管を心臓の血管まで持って行き、カテーテルを用いて、風船を膨らませたり、ステントという金属を入れ血管を広げる治療法。



非常に細い血管だけに狭窄病変がある場合

【投薬治療】

バイパス手術やカテーテルによる風船でも膨らませられない場合は薬による治療を行います。

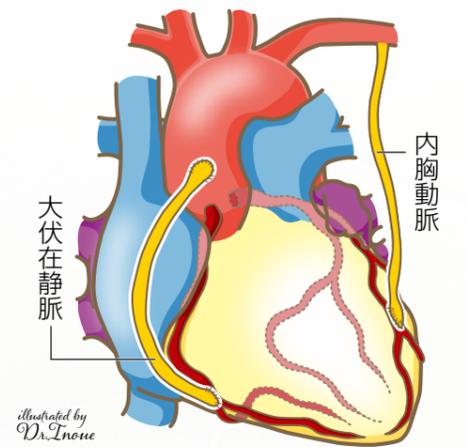
冠攣縮性狭心症の治療法

血管の痙攣が起きないようにするための、内服治療が主になります。たばこを吸っている方は禁煙と、発作が起きないように投薬の調整を行います。

外科的治療法

冠動脈バイパス手術

自身の血管を採取し、全身麻酔で行います。狭くなった冠動脈の先に、髪の毛ほどの細い糸で血管を縫い付け、新しい迂回路(バイパス)を確保し血流を回復させます。糖尿病患者さんの複数の冠動脈病変に対してはバイパス手術が選択されます。



不整脈

不整脈の主な種類

不整脈にも様々な種類があり、感じ方や症状も人それぞれ異なります。

脈が速くなる 頻脈

心房細動
発作性頻脈
心室頻拍
心室細動など

脈が遅くなる 徐脈

洞不全症候群
房室ブロック

脈が飛ぶ 期外収縮

上室性期外収縮
心室性期外収縮

心臓の異常なリズムを不整脈といいます。不整脈といっても、治療が必要な方、治療の必要がない方もいます。症状が強くなる方もいれば、症状のない方もいます。治療も投薬で良くなるものもあれば、ペースメーカーやカテーテルアブレーション治療が必要な方など、患者さんによって実に様々で、患者さんの年齢や背景によっていろいろな選択が出来るようになっていきます。ここでは、カテーテルアブレーションで根治可能な不整脈（発作性上室性頻拍症、通常型心房粗動）について、説明したいと思います。

カテーテルアブレーション治療が可能な疾患 01 発作性上室性頻拍症

先天性の心臓伝導系の異常により、時々頻脈発作を生じる病気です。先天性の異常が原因なので、若い人にも認めることがあります。原因としては、①WPW症候群によるもの、②房室結節二重伝導路によるものがあります。

WPW 症候群

心房と心室の間に電気刺激を伝える余分な伝導路（副伝導路）が生まれつきあることで発生する病気です。心拍数が異常に速くなる頻脈がみられます。

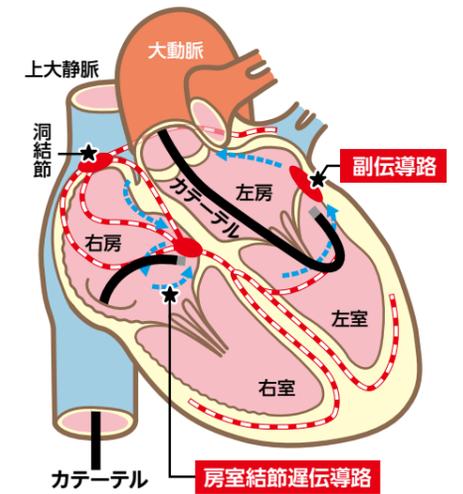
房室結節二重伝導路

心房と心室を伝導する房室結節に性質の違う2種類の電線が存在することがあり、通常は電気を早く通す経路を通過して、電気刺激は心室へと伝えられるのですが、ストレスや疲れがたまってくると不整脈が出るようになります。



発作性上室性頻拍症の治療方法

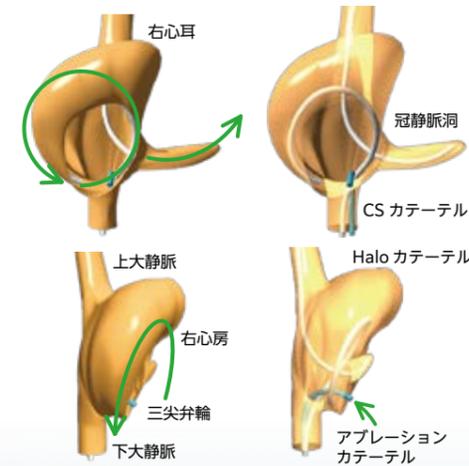
心臓電気生理検査により診断を行い、原因となる先天性異常の部位へ高周波で通電することにより、根治が可能です。WPW症候群の場合は副伝導路への通電にて、副伝導路を切断、房室結節二重伝導路の場合には、遅伝導路への通電を行います。成功率は90%で、再発率は10%程度です。治療が成功すれば、頻脈発作は起きなくなりますので、通院の必要もありません。



カテーテルアブレーション治療が可能な疾患 02 通常型心房粗動

心電図上は基線がのこぎりの歯のような波形になる不整脈です。心房粗動の8割は三尖弁の周囲を電気が旋回するといわれており、のこぎりの歯のような波形は電気が弁輪をぐるぐる旋回していることで形成されます。

心房粗動回路とカテーテル配置



【通常型心房粗動に対するカテーテルアブレーションの治療成績】

三尖弁周囲が回路になるので、弁輪の一部を高周波で通電し、心筋を変性させることにより伝導ができなくなることで根治が可能です。成功率は90%、再発率は10%程度です。しかし心房粗動の2割は三尖弁周囲では無く、痛んだ心筋の周囲を旋回したりするものもあります。この場合、右心房や左心房でも回路を形成する可能性があるため、詳細な心臓電気生理検査で治療可能な場合もありますが、通常型心房粗動と比較すると成績は悪くなります。また通常型心房粗動が根治できたとしても、ほとんどの症例では発作性心房細動が認められることが多いので、引き続き心房細動の管理が必要になることがあります。

アブレーションカテーテル



マッピングカテーテル



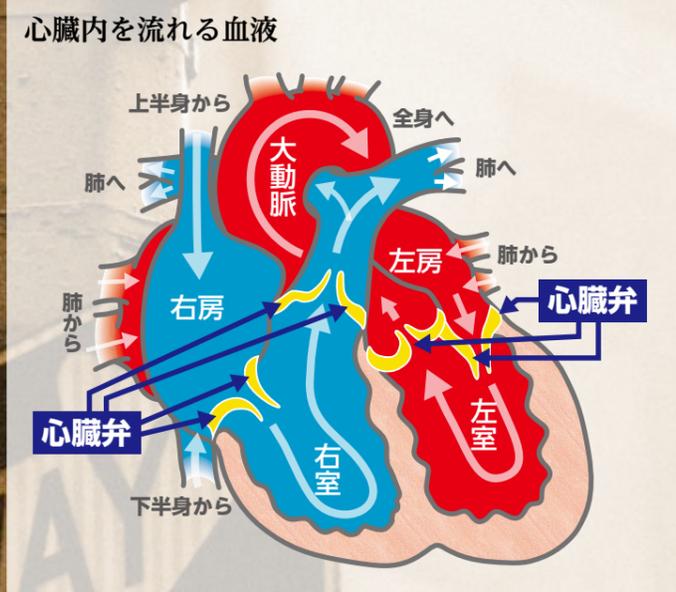
カテーテルアブレーション治療について

カテーテルという約2mmの細い電極を心臓の中に挿入して、不整脈の原因となる心臓の筋肉を、カテーテルの先端に高周波のエネルギーをかけることによって変性させ、治療を行う方法です。アメリカでは1982年に臨床応用され、日本では1994年から保険適応となった比較的新しい治療方法です。医療機器の技術革新に伴い、心臓の中にカテーテル電極を多数挿入し、心臓の中の電気現象を解析できるようになり、今まで治療ができなかったと思われていた不整脈についても研究が進んでいます。



心臓弁膜症

心臓は筋肉が収縮することで、酸素と栄養を含む血液を全身に送り出します。送られた血液は全身の臓器を巡り、静脈を通過して心臓に集まってきます。この血液を肺に送り、きれいになった血液が心臓に戻り、再び動脈を通してまた全身に送られます。心臓には4つの部屋がありそれぞれ弁が付いていて、血液の逆流を防いでいます。これが心臓の「弁」です。「心臓弁膜症」という病気は2種類あり、ひとつは出口が狭くなる「狭窄症」。もうひとつは、弁がしっかりと閉じずに隙間ができ、そこから血液が逆流する「閉鎖不全症」です。これらの弁の病気をまとめて心臓弁膜症といいます。



大動脈弁狭窄症

血管の動脈硬化と同じようにカルシウムが沈着し弁の動きが妨げられ、本来は心臓の収縮で開いていた弁が開かず、心臓に負担をかけないと血液を送れない状態。

閉鎖不全症

弁がしっかりと閉じずに隙間ができ、そこから血液が逆流する状態。この状態が続くと心臓の中に血液が常に多く入っている状態となり、心臓は徐々に大きくなります。

心臓弁膜症の治療方法

軽度の場合～内科的治療

薬で症状を和らげます。例えばむくみには利尿剤、不整脈の方は不整脈を抑える薬による治療となります。

症状が進行した場合～外科的治療

- 自分の弁を修復して治す…………… 弁形成術
- 弁自体を取り換える…………… 弁置換術

置換術で使用される人工弁について

置換術で使用する人工弁には「機械弁」と「生体弁」があり、機械弁は耐久性に優れ特にトラブルがなければ一生使用できます。カーボン製で血の塊ができにくい素材ですが、ワーファリンという血栓予防薬を飲み続ける必要があります。生体弁は、牛の心臓を包んでいる膜や、豚の弁自体を加工した、やわらかい素材の弁。機械弁に比べて血栓予防薬をそれほど必要としないので、飲み忘れの心配や他の手術時に薬を休薬できるメリットがあります。しかし機械弁に比べると耐久性が弱く、10～15年で故障する可能性があります。

機械弁



生体弁



弁置換術の流れ

心臓弁膜症の手術は胸の真ん中を切るのが一般的ですが、当院では低侵襲手術を積極的に行っています。僧帽弁の形成手術では、乳房の右下を7cm程度切り、内視鏡で視野を取りながら、心臓にアプローチする小切開低侵襲手術をスタンダードに行っています。



1 病変した大動脈弁



2 ハサミにより弁を切除



3 大部分が切り取られた弁



4 弁の縁に糸をかける



5 人工弁のカフに糸をかける



6 糸をむすび固定する

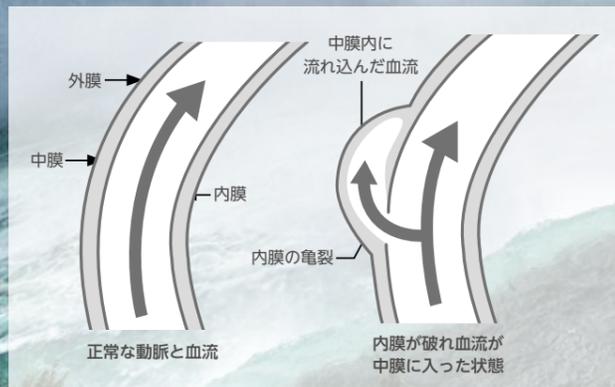
術後の入院期間



70～80歳代の方でも手術後2週間以内に退院が可能です。低侵襲手術を受けられた方は術後の回復が早く、1週間程度で退院できます。

急性大動脈解離

急性大動脈解離は、大動脈壁が中膜レベルで2層に剥離し、動脈走行に沿ってある長さを持ち2腔になった状態と定義されています。動脈壁は、内膜、中膜、外膜の3層構造となっています。内膜に亀裂が生じ、そこから血流が内膜と中膜に入り、血管が2つ以上に裂けていきます。高血圧に伴う動脈硬化や生まれつき動脈壁の構造異常にある人が起きやすいとされます。



急性大動脈解離の自覚症状は？

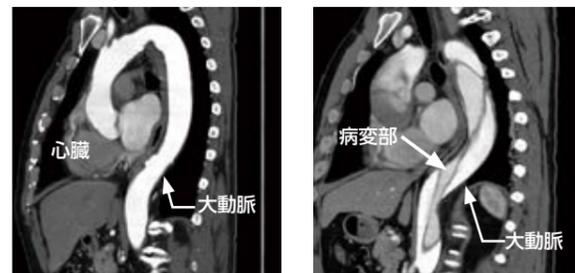
初発の症状として多いのは、突然の背部痛・腰痛、血圧の左右差です。血管が裂けることによって、痛みが移動する、今までに経験したことのない激しい痛みであり、発症した方の約80～90%の人に起こります。また、血圧の左右差は通常ありませんが、血管が裂けることによって血流が低下し、約50%の人に血圧の左右差が起こります。そのため、これら2つの症状が突然出現すると、大動脈解離を疑い検査を進めていくことになります。また、大動脈の根元から心臓にかけて破けて、心臓の周りに血液が溜まることや、血管が裂けたことで脳への血流が低下すると、意識消失を起こす人もいます。このような場合には、脳梗塞や脳出血との鑑別が重要になります。



急性大動脈解離の検査方法

基本的に確定診断できる検査は、造影剤を用いた全身CT検査になります。それ以外の、全身状態や手術前評価としては、頭部CTや心臓エコー検査がありますが、今後の治療方針を決定するのは前述の造影CT検査です。腎機能が低下している場合でも、造影剤使用後の一時透析を視野に入れて検査を行います。

CT検査で撮影された実際の大動脈



正常な状態の大動脈

大動脈が解離を起こした状態の病変部

急性大動脈解離の分類

造影剤を用いた全身CT検査を行うことで、急性大動脈解離の裂け目の場所や解離している範囲から分類をして方針を決めていきます。分類にはStanford分類とDeBakey分類があります。また、血管が裂けたことにより、もともとの血管の内腔である真腔と裂けて新しくできた偽腔があり、この偽腔への血流がすぐになくなり、血栓化した場合を早期血栓閉塞と言います。

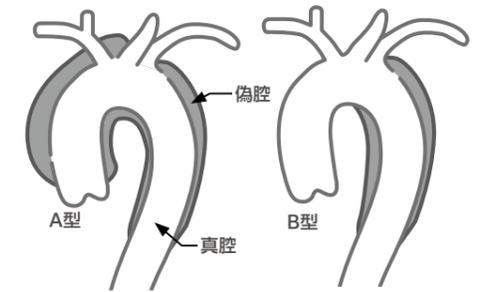
急性大動脈解離の治療法

降圧治療を開始して血圧コントロールを行い、痛みが強いときは、モルヒネなどの麻薬を使用します。痛みが強いことで血圧が高くなるのが、破裂などの危険性を高めるからです。先ほどの分類を考慮して、上行から弓部大動脈に解離がある場合は、基本的に緊急手術になることが多いです。裂け目が下行大動脈にあり逆行性に裂けた場合や偽腔が血栓化している場合には、降圧治療を先行し、その後状況によって手術を考慮することもあります。

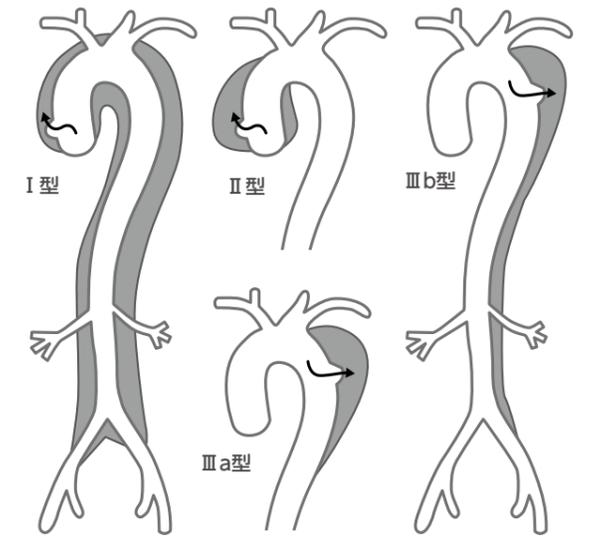
手術は人工心肺を用いて心停止、全身の循環停止にします。脳には選択的順行性灌流を行います。裂け目の始まりの部分に人工血管に置換する手術となり、裂け目の部分によって術式が変わります。



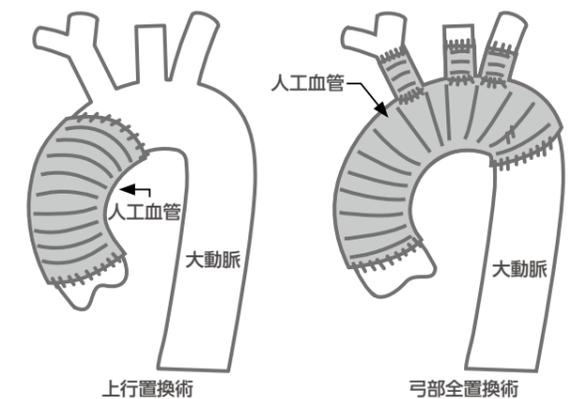
Stanford 分類



DeBakey 分類



人工血管置換術(1例)



早急な治療が生存のカギ

急性大動脈解離は発症すると様々な病態を引き起こし、突然死に繋がる病気の一つです。この病気を100%予防できる方法はありませんが、高血圧などの既往がある人は、注意することでその発症リスクを減らすことが可能とされます。高血圧自体は、サイレントキラーと呼ばれる通り、血圧が高くなったからすぐに病気を引き起こすわけではなく、時間が経ってから時限爆弾のように爆発して、様々な病気を引き起こします。心筋梗塞、脳梗塞や心不全の原因にもなり、血圧をコントロールすることは、急性大動脈解離以外にも様々な病気の予防に繋がっていきます。もし、経験したことのない我慢のできない背部痛を自覚した場合には、無理をせずに病院を受診したり、救急車を呼ぶことが肝要です。当院は24時間365日救急外来を行っており、心臓血管外科にいつでも連絡が取れる体制を構築しています。



下肢静脈瘤

下肢下静脈瘤の初期症状としては、まず足の血管（静脈）が膨らんで目立つようになり、次第に足のむくみ、だるさ、かゆみ、こむら返り（足攣り）、色素沈着等多彩な症状を引き起こします。その程度は人によって様々です。放置してしまうと…膨らんだ血管の中に血の塊が詰まって炎症を起こして強い痛みを伴ったり（血栓性静脈炎）、皮膚炎を起こして潰瘍のようになってしまうこともあります。



比較的大い静脈がポコポコと拡張する伏在型静脈瘤、伏在型よりやや末梢寄りの細い静脈による側枝型静脈瘤の他、非常に細い血管が網の目状やクモの巣状に拡張する網目状静脈瘤、クモの巣状静脈瘤があります。

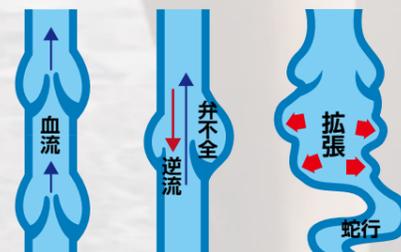
原因と発症リスク

足から心臓まで上っていく静脈内の血液が重力に従って逆流を起こして古い血液が足にたまってしまふことが原因です。本来は逆流をしないように弁というフタが付いていますが、この弁が壊れてしまうことで静脈瘤が引き起こされます。また、発症リスクの高い人としては、立ち仕事の方や妊娠を経験された女性の方、ご両親のどちらか、あるいは両方が静脈瘤に罹患されている方もハイリスクとされています。気づくためのコツ（自己診断）としては、立っている状態が最も足の静脈が膨らんでいますのでふくらはぎや膝の裏あたりを触ってみましょう。通常起床後は最も症状が軽く、夕方になるにつれて症状が強くなります。



静脈の瘤化

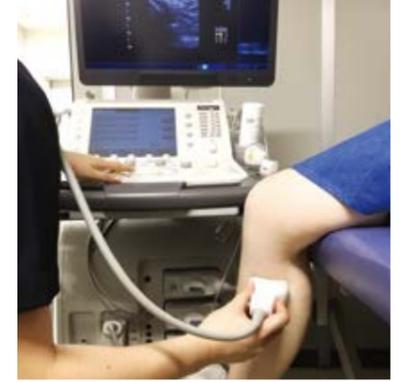
下肢静脈瘤の原因は静脈の中にある逆流防止弁が壊れることです。逆流防止弁が壊れると、血液が逆流を起こして滞り、血管が拡張・蛇行してきます。



正常な静脈 弁が閉じなくなり血液が逆流 逆流した血液の影響で拡張し蛇行した静脈

検査方法

問診や診察で下肢静脈瘤の存在がわかります。診断をつけるために静脈エコー検査を行います。エコー検査では静脈血流の逆流の有無を確認します。また静脈内に血液の塊（血栓）ができていないかを調べます。



治療法

治療法 01

弾性ストッキングの着用

静脈瘤に行う基本的な治療法。履くのは少し大変ですが症状は改善し、病気の進行も抑えることが出来ます。ただし根治を目的とした治療ではありません。



北斗YouTubeチャンネル
【下肢静脈瘤】弾性ストッキングの履き方の解説動画をご覧ください。



治療法 02

高位結紮術（こういけっさつじゅつ）

逆流している静脈の根元を糸で縛るだけの手術です。再発が多く今ではあまり行われていません。

治療法 03

硬化療法

手術を行うほどでもないような細い小さな静脈瘤に行います。接着剤のようなものを静脈瘤の中に注射します。日帰りで行う治療です。

治療法 04

ストリッピング手術

以前は最もスタンダードな治療でした。2cm程の傷から逆流の原因となっている静脈を切り離して抜去します。



治療法 05

レーザー治療

逆流の原因となっている静脈をレーザーの熱で焼灼します。ストリッピングと同じく、焼いても他に正常な静脈がたくさんあるため問題はありません。北斗病院では適応があればレーザー治療を第一選択として行っています。

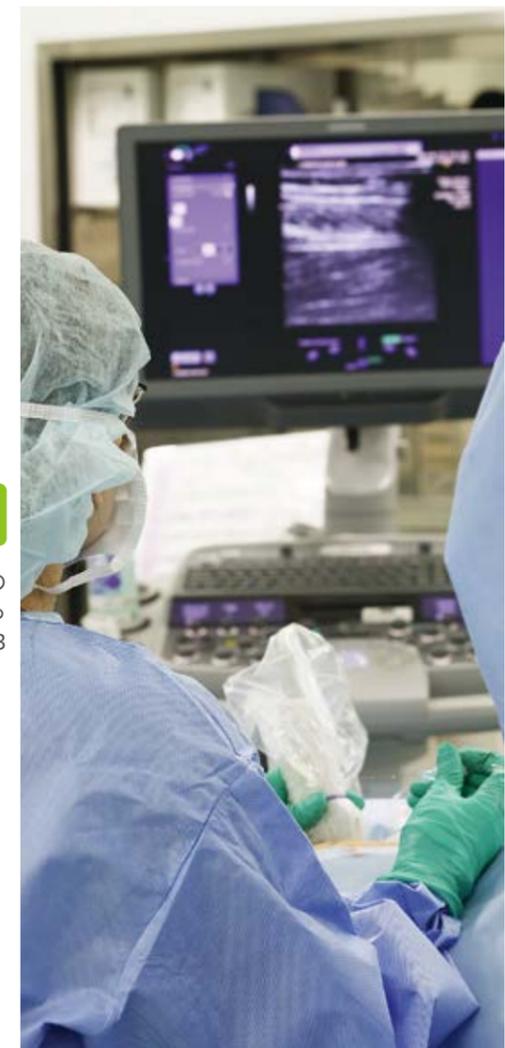


レーザー治療は血管内の逆流の原因となっている静脈を焼いて潰してしまいます。焼いた静脈の中には血液は通らなくなりますので逆流は消失し、通れなくなった血液は他の正常な静脈を通して心臓まで戻ります。ただし、静脈が膨らんでいる所はそのままでは残ってしまうため、2~3mm程のごくごく小さな傷口から摘出（静脈瘤切除術）します。



静脈瘤切除術

この治療法は侵襲が少なく安全性が高い治療であり、2cm程皮膚を切らないといけなストリッピング手術と同等の治療効果が得られます。治療中に痛みを感じることなく精神的負担の少ない全身麻酔を第一選択とし、入院期間は2泊3日で行っています。また入院期間を短くされたい方には1泊2日など可能な範囲で相談に応じています。





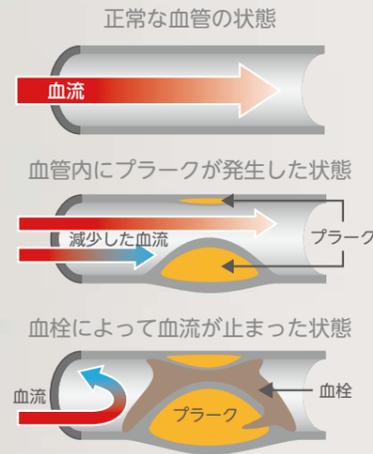
増えつつある虚血性心疾患の
リスク評価・発症予防・診断に

心臓ドック

心疾患の早期発見

動脈硬化とは？

動脈の血管が硬くなって弾力性が失われた状態。内腔にプラークがついたり、血栓が生じたりして血管が詰まりやすくなります。



検査をおすすめする方

メタボリックシンドローム、高血圧、脂質異常症、糖尿病など生活習慣病をお持ちの方、心筋梗塞など心疾患の病歴を持つ血縁者がいる方などにおすすめいたします。



心臓ドック検査メニュー

- 身体測定 ●血液検査 ●尿検査 ●心電図検査 ●心臓エコー検査
- 動脈硬化検査(ABI/PWV) ●CT検査(胸腹部撮影・カルシウムスコア検査)

カルシウムスコア検査

心臓を栄養する動脈である冠動脈の石灰化を測定するCT検査です。石灰化とは動脈硬化が起こった血管の内壁にカルシウムが沈着した状態のことで、この石灰化をスコア化し、スコアが高い人ほど冠動脈の動脈硬化の可能性が高く、虚血性心疾患のリスクが高くなります。

石灰化スコア



256列 Revolution CT

256列 Revolution Apex は、常に動いている心臓と冠動脈も心拍変動などの影響を受けにくく、かつクリアな画像を得ることが可能です。



動脈硬化検査(ABI/PWV)



ABI検査とPWV検査では、手と足の血圧の比較や脈の伝わり方を測ることで、動脈硬化の程度を数値として表します。動脈硬化(血管の老化など)の度合を知ることができます。

検査のながれ～開始から終了まで約3時間30分～

一部順序が変更となる場合があります

受付

検査着に着替え

身体測定・血圧測定

血液検査

検査説明

心電図検査

心臓エコー検査

動脈硬化検査

CT撮影

結果説明

お会計

帰宅

総合所見

約1ヶ月前後で
検査結果を郵送します



受付時間

毎週木曜日 12:15 ~ 12:30

検査料金

29,700円(税込)

各種クレジットカードまたは電子マネーでの決済もご利用いただけます。詳しくはお問合せください。

検査に関するご予約・お問合せ

北斗検診センター

〒080-0833 北海道帯広市稲田町基線7番地5

TEL 0155-47-7777

【予約対応時間】平日 9:00~17:00

【直通FAX】0155-47-7610

電話が繋がりにくい時は

北斗コールセンターTEL0155-48-8000へ

心臓ドック受診時の注意事項

- 心臓ドックは完全予約制です。必ず事前のご予約をお願いいたします。
- 検診の詳しい内容、注意事項はご予約の際に説明させていただきます。
- ご予約後、検診に必要な書類を郵送いたします。
- 心臓カテーテル、心疾患の既往がある方、心臓に症状のある方は受診できません。
- 妊娠中、もしくは妊娠の可能性のある方は受診できません。

<https://www.hokuto7.or.jp/>



〒080-0833 北海道帯広市稲田町基線7番地5
TEL 0155-48-8000

2025.1.Ver.1