

Metro Heart

Vol.6

大阪公立大学医学部
Osaka Metropolitan University School of Medicine

緊急診療・緊急入院のご依頼は【06-6645-2573】までご連絡ください。
循環器内科医が迅速に対応いたします（24時間365日）※医療機関専用ダイヤルです

Topics

青葉の候、皆様におかれましては益々
ご健勝のこととお慶び申し上げます。
この度、地域連携広報誌 Metro Heart
Vol.6を刊行します。
ぜひお手に取っていただき、ご一読賜れ
ますと幸甚に存じます。

- はじめに
- 新任医師の紹介
- 心不全の診断と治療
- 心不全グループの紹介
- 研究紹介・学会報告
- 外来・入院のご案内

はじめに



平素より大阪公立大学循環器内科の診療および教育・研究活動にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

2025年度も5月を迎え、年度初めの慌ただしさも一段落された頃かと存じます。当教室にも本年度、新たに多くの医師が加わり、活気あるスタートを切っております。毎年のことではありますが、新たなメンバーのひたむきな姿に触れるたび、我々も初心を思い起こすと同時に、身の引き締まる思いでおります。

さて、地域の先生方のご支援のおかげをもちまして、昨年度は外来・入院ともに患者数が一昨年度を上回り、また「サポートコール」へのご相談件数も順調に増加いたしました。地域の循環器診療を担う一員として、責任の重さを改めて実感するとともに、より一層の貢献を目指して参る所存です。

少し私的な話となりますが、昨年11月には米国心臓病協会(AHA)の年次学術集会に参加してまいりました。コロナ禍前の参加以来、6年ぶりの参加でした。直前の米国大統領選によって、人や街の雰囲気になどどのような影響があるのか少し心配ではありましたが、実際に行ってみると、接する人たちはこれまで通りで、大変楽しく、良いリフレッシュができました。留学時代の

友人とも再会することができ、非常に有意義な時間を過ごすことができました。やはり国際学会の現場でしか得られない熱気や刺激があり、多くの若手医師にもぜひこのような経験をしてもらいたいと感じております。ただ、優れた日本人研究者が、帰国後に研究を継続できていない状況もあるようです。若手が幅広く活躍できる環境作りと共に、気概のある若手の育成にも注力したいとあらためて思いました。

さて、当教室では、顔の見える緊密な病診連携をめざし、「Metro Heart Conference」を年に2回開催しております(開催概要は医局HPとFacebookにてご案内いたします)。前回2024年10月の第4回Metro Heart Conferenceでは、急性冠症候群に関する情報提供の場として、小倉記念病院循環器内科 部長 曾我芳光先生に御講演を賜りました。日本のトップレベルの病院における急性冠症候群の管理について学ぶことができた非常に内容の濃いご講演でした。また、一般演題では、当科での海外渡航者の循環器救急に対する対応と、脂質管理療法の実際と取り組みについてもご紹介させていただき、活発な議論がなされました。お忙しい中、多数の先生方にご参加いただきましたことに、この場をお借りし厚く御礼申し上げます。第5回Metro Heart Conferenceは、「心不全」をテーマに開催を予定しております。超高齢社会の日本では、今や心不全は“国民病”であり、治療薬や診断方法の熟知に加え、地域全体での協力体制が不可欠です。今回の内容は、地域ぐるみの心不全診療にお役立ていただけるものと考えています。また、開催に合わせて、広報誌Metro Heart vol. 6を発刊いたします。Metro Heart Conferenceにご参加いただけなかった先生方にも、内容をお伝えできるよう構成にしています。加えて、当科に関する様々な情報も、ご提供しております。今後の病診・病病連携の一助になれば幸いです。

結びに、今後も地域の先生方との連携をより一層深め、大阪における循環器診療がさらに発展するよう、教室員一同頑張っていく所存です。引き続き、ご指導・ご鞭撻を賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

大阪公立大学大学院医学研究科 循環器内科学 教授 福田大受



2025年度循環器内科スタッフ一同

新任医師の紹介



講師 林雄介
(2007年卒)

不整脈診療のチーフとして赴任しました。
一人でも多くの患者さんが安心して生活を
送れるように尽力します。



後期研究医 梶尾剛
(2015年卒)

大学病院で勤務するのは初めて
ですが、誠心誠意、診療にあ
たらせていただきます。



前期研究医 松本真依
(2021年卒)

患者さんと真摯に向き合い、
より良い医療を提供できるよう
に日々精進してまいります。



前期研究医 河吉則
(2021年卒)

まだまだ未熟な身ですが、患者さん
の健康を守るよう日々精進して参
ります。



前期研究医 八尾駿平
(2022年卒)

患者さんのことを第一に考え、
より良い治療ができるよう精一
杯頑張ります。



前期研究医 大倉裕矢
(2023年卒)

患者さん1人1人に最善の医療
を提供できるよう日々精進して
参ります。



前期研究医 松尾秀平
(2023年卒)

患者さんの想いを大切にし、
知識と技術を兼ね備えた
医師を目指します！



大学院生 松本浩太郎
(2018年卒)

大学院生として大学に戻ってま
いりました。精一杯頑張ります
のでよろしくお願いいたします。



大学院生 伊藤信治
(2018年卒)

5年ぶりに大学に戻ってまいりました。
心エコーについての研究も行いつつ、
患者さんに寄り添った医療を提供でき
ればと考えております。



大学院生 齊藤亘
(2018年卒)

より良い健康を、患者さんと
共に目指します。

地域医療の要として、緊急時を始め、
困ったときに頼りになる循環器内科でありたい
と思います。
新年度より新しい先生たちと共に、今まで以
上に地域を支えていきたいと思ひます。
2025年度も宜しくお願い致します。



医局長
伊藤朝広 講師

心不全の診断と治療

➤ 心不全の病態とその重要性

心不全とは、『構造的あるいは機能的な心臓の異常を原因とする症状や徴候を呈し、心原性のナトリウム利尿ペプチド(BNPまたはNT-proBNP)高値あるいは肺または全身性のうっ血の客観的証拠を伴っている(もしくは伴っていた)臨床症候群』と定義されています(右図)。この定義は心不全の病態の把握と治療戦略の立案において有用な指針となります。

また心不全は、急性および慢性の経過をとり得る進行性疾患であり、その病期を適切に把握し、早期介入する事は、予後改善のために極めて重要な課題です。病期分類として広く用いられる心不全ステージ分類(ステージA~D)は、心不全発症リスクから末期の治療抵抗

性状態までの連続的なスペクトラムを示します。ステージAは慢性腎臓病を含め心血管疾患の危険因子を有するも構造的な心疾患を伴わない段階、ステージBは無症候性であるものの構造的な心疾患や心内圧の上昇、心原性のナトリウム利尿ペプチドの持続的高値を有する前心不全、ステージCは症候性心不全で、前述の心不全の定義を満たす状態、ステージDは薬物療法やデバイス治療に対して反応しない治療抵抗性末期心不全を指します。特にステージCは新規発症、症状改善後の維持期、症状の持続、増悪期といった経過に応じてさらに4つに細分化されます。このように、心不全の病期は臨床的重症度や介入の必要性に応じて段階的に分類されます。

また、心不全の表現型分類としては左室駆出率(LVEF)に基づく指標が重要視されており、これは治療反応性や予後予測に關与するため、臨床的判断の要となっています。初回評価によるLVEF値によって、LVEFが40%以下に低下した心不全(HFrEF)、41~49%と軽度低下した心不全(HFmrEF)、50%以上に保たれた心不全(HFpEF)に分類されます。また、初回評価のLVEFが40%以下で、経時的評価によってLVEFが10%以上増加し、かつLVEF>40%である心不全(HFimpEF)の4つに分類することが提唱されています。

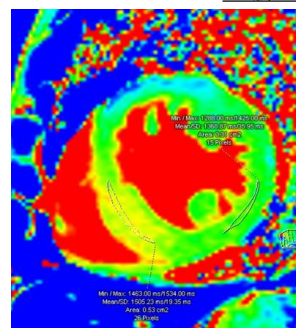
心不全で入院後1年以内の死亡率は約20%、退院患者のうち1年以内の再入院率は約30%にのぼると報告されており、予後が極めて悪い症候群です。主要な死因は心血管死ですが、85歳以上のHFpEF患者においては非心血管死の割合が増加しており、高齢化の進行に伴ってその病態はより多様化しています。このような現状を踏まえると、多様な表現型および病期に対応可能な個別化治療戦略の構築が喫緊の課題となっています。

➤ 心不全における、画像診断

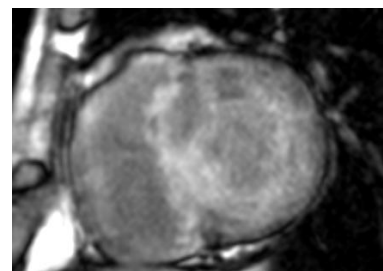
心不全の原因疾患は多岐に渡り、その正確な診断を元に、疾患に合わせた治療を行うことが重要です。

CT検査やMRI検査といった画像診断の技術は飛躍的に進歩しており、循環器領域でも診断や病態の把握・治療効果判定に必須となっています。心エコー検査で心機能の低下がみられた症例においては、まず虚血性心疾患の除外を念頭に置きますが、冠動脈CT検査は非侵襲的に冠動脈の評価を行うことができる有用な検査です。当院では最新の320列CTを導入しており、従来のCTと比較して鮮明かつ被ばく量も抑えた撮像が可能です。

心臓MRI検査は形態と機能を動画として観察することができ、再現性が高く、心エコー検査で描出が不良な症例の心機能の解析も可能です。T2強調画像では心筋浮腫や炎症性変化を高信号域としてとらえることができ、心筋炎やサルコイドーシスでの活動性の評価に有用です。ガドリニウム遅延造影(late gadolinium enhancement:LGE)はガドリニウム造影剤投与後10~15分後に撮像を行い、梗塞部位や線維化など、細胞外液が増加している部位が高信号となり、そのパターンによる心筋症の診断や心筋梗塞のバイアビリティ評価に有用です。例えば、心肥大の患者に多く認められる心アミロイドーシスと肥大型心筋症では、それぞれ特徴的なLGEのパターンを示すため、鑑別に有用です。また最近ではT1マッピングの解析も追加で行っております。T1マッピングは心筋組織性状評価に有用であり、こちらはLGEよりも病変の検出感度が高く、高値では心筋ダメージが強いとされており心不全の重症度評価・リスク評価に用いられます。またアミロイドーシスでは高度に上昇し、ファブリー病では減少することが知られており、これらの診断にも有用です。当院では最新の3T MRI装置を用いた撮像を行っています。



T1マッピング



遅延造影(LGE)

また核医学部門では、心サルコイドーシス疑いの方に対するFDG-PET検査に加え、アミロイドーシス疑いの方に対する^{99m}Tcピロリン酸シンチグラフィの実施も積極的に行っています。

当院の初診外来(月曜から金曜午前)では、ご紹介いただいた患者様の診断のため、心電図、心エコー検査などは勿論の事、これらのマルチモダリティを用いた適切な診断を心がけています。心機能が低下した症例や、何らかの心筋症を疑う患者様がいらっしゃいましたら、是非当院にご紹介いただければ幸いです。

心不全のUniversal Definitionの概略図

構造的または機能的な心臓の異常
によって引き起こされる
心不全の症状や徴候

+

ナトリウム利尿ペプチドの高値
or
心臓由来の肺うっ血または体うっ血の
客観的所見

J Card Fail. 2021;S1071-9164(21)00050-6.

➤ 心不全における、投薬の進歩

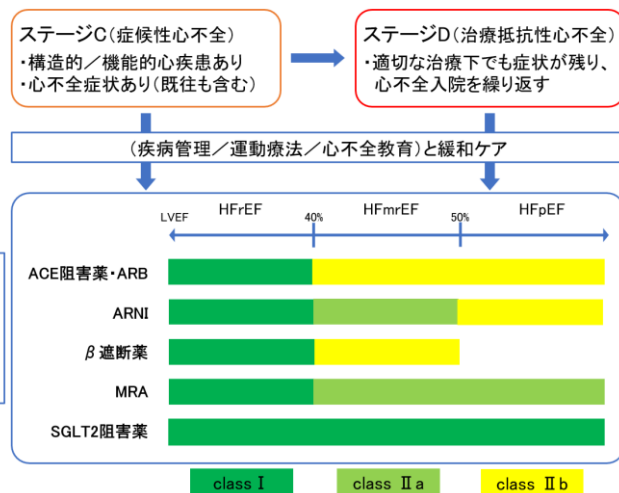
心不全診療ガイドラインに記載されております心不全治療のアルゴリズムによると、いずれの心不全ステージにおいても、多職種による疾病管理・運動療法・心不全教育や緩和ケアを行うことが求められています。その上で、予後の改善・QOLの改善を目標とした、心不全ステージの進行を抑制しイベントを予防する薬物治療・非薬物治療の導入が重要となります。(右下図: 心不全治療のアルゴリズム参照)

左室収縮力の低下した心不全(HFrEF)においては、長く神経体液性因子を標的としたACE阻害薬・ARB、β遮断薬、MRAの3剤が薬物療法の中心を担ってきました。しかし近年病態の理解が進むとともに多くの予後改善効果を示すエビデンスが構築されたことにより、HFrEF患者に対する薬物療法はARNI(ACE阻害薬・ARB)、β遮断薬、MRA、SGLT2阻害薬の4種類が「4本柱」となっております。これら4種の薬剤をできるだけ早く導入し、忍容性があるかぎり目標量まで増量することが重要とされています。更に、個々の病態に応じて、HCNチャネル遮断薬であるイバブラジンや可溶性グアニル酸シクラーゼ(sGC)刺激薬の1つであるベルイシングアトなどの薬剤を組み合わせることも考慮されます。

一方で、左室収縮力の保持された心不全(HFpEF)においては、ACE阻害薬・ARBやβ遮断薬は効果が乏しく、長らく予後を改善する薬剤が明らかではありませんでした。これはHFpEFがHFrEFの前段階ではなく、異なる病態であることが要因と考えられております。しかし、2021年にEMPEROR-Preserved試験(N Engl J Med 2021; 385: 1451-1461.)、2022年にDELIVER試験(N Engl J Med 2022; 387: 1089-1098.)で、SGLT2阻害薬がHFpEF患者の予後を改善する薬剤として報告され、HFpEFに対する標準的治療薬として位置づけられるようになりました。

更に、非ステロイド型MRAであるフィネレノンや肥満合併例に対するGLP-1受容体作動薬であるセマグルチドなど、新たな予後改善効果を示した大規模臨床試験の結果が報告されており、今後HFpEF患者に対する薬物療法の柱となることが期待されております。

また、注意しなければならないのが、左室収縮能の改善した心不全(HFimpEF)です。左室収縮能の改善後でも左室の構造的異常が完全に正常化せず、経過中に収縮能の再低下や心不全再発を認めることも少なくないとされています。HFimpEFにおける心機能の「改善」は「治癒」でないため、薬物療法は中止、減量しないことが推奨されています。特に、拡張型心筋症では左室収縮能が改善した後に、薬物療法を中止したことで心不全指標が悪化がみられた非盲検無作為化試験(TRED-HF(Lancet 2019; 393: 61-73.))の結果も報告されております。異なる病態のHFimpEFについては明確な答えはありませんが、薬物療法中止は安易に行わないことが望ましいと言えます。



心不全治療のアルゴリズム
(2025年改訂版心不全診療ガイドラインより)

➤ 心不全における、地域連携

「脳卒中・心臓病その他の循環器病に係わる対策に関する基本法」が制定され、地域における心不全診療体制の充実が進められています。なかでも、心不全増悪により入院した患者さんの退院後の移行期ケアにおいては、地域での包括的な疾病管理が求められます。また、複雑な問題を抱える高齢心不全患者の治療は、身体的、精神的、社会的な側面から包括的な評価と支援が必要であると考えられています。こうした背景から、循環器専門医とプライマリーケアを担う地域のかかりつけ医の先生方や医療・福祉・介護従事者との連携が不可欠であり、地域で継続的なケアを行うために標準化された情報共有を行うことも求められています。

当院では、地域連携の中心となる人材として、心不全療養指導士の育成に注力しており、これまでに看護師6名、薬剤師2名、理学療法士2名、管理栄養士1名の計11名が資格を取得しております。循環器専門医と心不全療養指導士が中心となり、地域連携心不全管理ツールである「ハートノート(右図)」を積極的に活用しながら、病病連携・病診連携の強化に取り組んでおります。今後も、地域の医療ニーズに応え、地域医療を支えていけるよう努めております。



➤ 心不全グループのご紹介

当グループでは、心不全診療において、心臓リハビリテーション、患者教育、多職種連携、地域連携に力を入れております。さらに、心不全の中でも特に心筋症診療にも注力しており、拡張型心筋症や肥大型心筋症などの特発性心筋症に加え、アミロイドーシスやサルコイドーシス、ファブリー病といった二次性心筋症の診療および研究を行っております。かつては有効な治療法の乏しかった心筋症においても、近年では新たな疾患修飾薬の登場も多く、日々治療の進歩を感じるとともに、我々のグループからも世界に情報を発信していくよう努力を続けていく所存です。

当教室からの研究紹介

▶ トランスサイレチン型心アミロイドーシスに対するタファミジス投与が運動耐容能に及ぼす影響の検討

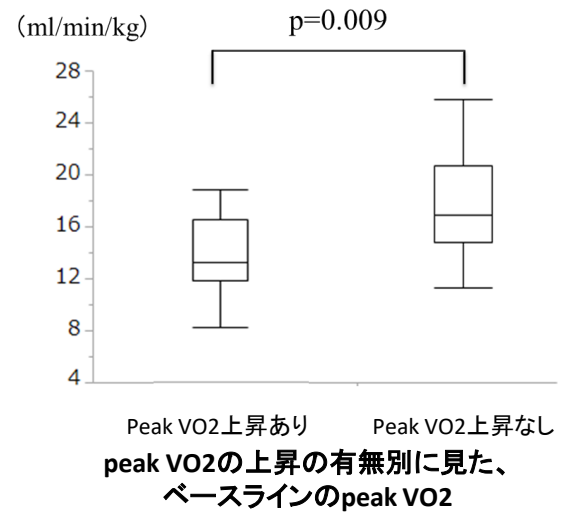
2019年にタファミジスが野生型トランスサイレチン型心アミロイドーシス (ATTRwt-CA) の疾患修飾薬として使用可能となりました。今回我々は当院での心肺運動負荷試験 (CPX) の結果をもとにタファミジスが運動耐容能に及ぼす影響を検討し、Jornal of Cardiology誌へ報告しました。

2019年から2023年に当院でATTRwt-CAと診断されタファミジスが投与された36名を登録しました。最終6か月後のCPXまで施行できた28名での解析となりましたが、タファミジス開始前後で運動耐容能の指標である最大酸素摂取量 (peakVO2) は有意な変化がなく、タファミジス投与により運動耐容能を維持することが出来ることが分かりました。更に、一部運動耐容能の改善を認める症例がありましたが、タファミジス開始前のpeakVO2が低いことが運動耐容能改善の独立した予測因子であることも分かりました。

以上の結果から、運動耐容能が低い患者ではタファミジスの恩恵が大きい可能性も示唆されるため、NYHA心機能分類だけではなく適切に病態の進行度を評価しタファミジスを使用していくことが求められると考えています。

(柴田敦 講師)

J Cardiol. 2024;S0914-5087(24)00217-X.



▶ エサキセレノン は 圧 負 荷 モ デ ル マ ウ ス の 心 肥 大 を 改 善 す る

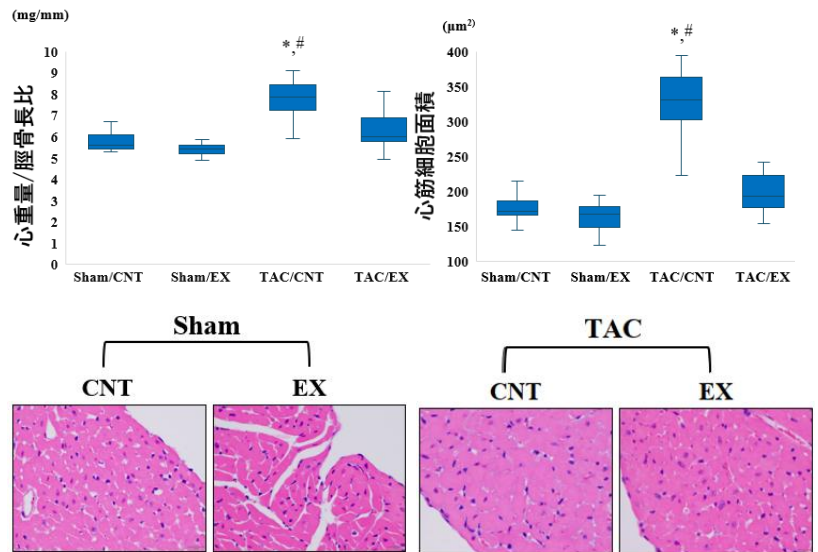
本研究では、降圧薬として使用されている選択的ミネラルコルチコイド受容体 (MR) 拮抗薬であるエサキセレノンの心保護効果を、圧負荷モデルマウス (大動脈縮窄モデルTAC) を用いて検討しました。

8週齢のC57BL/6マウスにTAC (大動脈縮窄術) またはSham手術を施行し、0.003% (3.0 mg/kg) のエサキセレノンを経口投与した結果、対照群 (TAC/CNT) では手術後2週間で心重量/脛骨長比 (HW/TL) が有意に増加しましたが、投与群 (TAC/EX) ではこれが23.4%低下し (p=0.041)、心肥大の抑制が認められました。また、心筋細胞断面積の低下や線維化面積の減少傾向も確認されました。遺伝子発現解析では、TACにより上昇していたANPおよびCollagen 3a1の発現が、エサキセレノンの投与により有意に抑制されました。加えて、TAC手術後24時間以降の生存率は対照群で69.2%に対し、投与群では100%と有意に改善していました。

これらの結果から、エサキセレノンは心リモデリング抑制および生存率改善に寄与する可能性が示されました。

(林央 大学院生、泉家康宏 元准教授)

Int Heart J. 2025;66:137-143.



▶ 薬剤塗布バルーン (DCB) 治療後のプラーク形態変化の解析

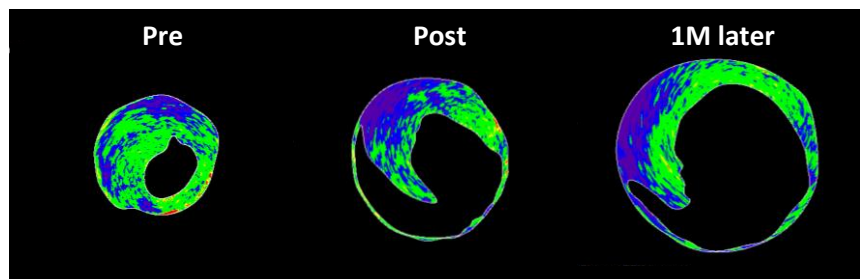
浅大腿動脈の慢性完全閉塞病変に対してDCBを用いた治療を実施した症例に、Integrated Backscatter Intravascular Ultrasound (IB-IVUS) とよばれる血管内超音波検査の手法を用いて、治療前後および1か月後に、プラークに起こる形態変化を詳細に解析しました。

その結果、線維性プラークは治療直後に有意に圧縮され、1か月後にもさらにプラーク量が減少していた一方、脂質プラークには変化が認められませんでした。これは、DCB治療の効果がプラークの組織性状により異なる可能性を示しており、線維性プラークでは慢性期のさらなる内腔拡大が期待できることを示唆しています。

IB-IVUSによる定量・定性解析により、これまで明らかにされていなかったプラーク形態ごとの反応を把握することが可能となりました。今後は、より多くの症例を対象に解析を行い、DCB治療の適応判断や予後予測に関する知見の構築を目指していきます。

(藤澤直輝 大学院生、島田健晋 病院講師)

J Vasc Surg Cases Innov Tech. 2024;11:101651.



学会紀行

➤ AHA Scientific Sessions 2024(米国心臓病協会学術集会)

2024年11月16日～18日にアメリカのシカゴで開催されたAHA(米国心臓協会)の年次学術集会に、指導医の大塚先生とともに現地参加し、2演題のポスター発表をさせていただきました。

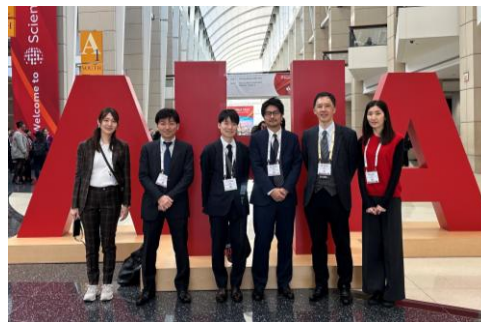
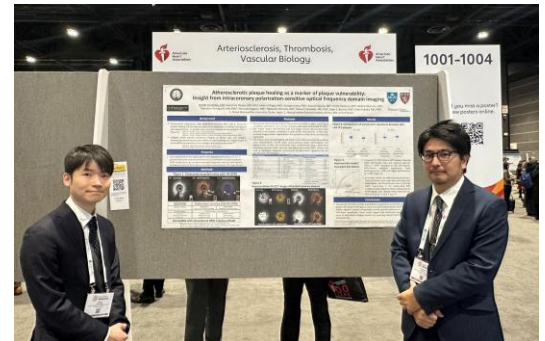
1演題目は、偏光感受性OCTを用いた冠動脈プラーク性状の検討について発表いたしました。偏光感受性OCTは、プラークの微細構造の観察に加え、複屈折などの偏光特性を観察する新規イメージング技術です。複屈折はコラーゲンや血管平滑筋細胞が豊富な組織で上昇します。今回の研究で慢性冠症候群患者と比較し、急性冠症候群患者の層状プラークは、低い複屈折を有することを報告しました。複屈折が、プラークの治癒不全や脆弱性を示唆する指標となる可能性が示唆されました。

2演題目は、CKM(心血管・腎・代謝)リスクおよびインスリン抵抗性と冠動脈疾患の重症度との関連を検討しました。CKMリスク因子の蓄積とともに冠動脈多枝病変の頻度が増加し、さらに、HOMA-IRやTyG-indexといったインスリン抵抗性の指標が、多枝病変の独立したリスク因子であることを明らかにしました。

今回が初めての国際学会参加であり、大きな刺激と学びをうる機会となりました。海外の研究者から多くの質問をいただき、国際的な視点からのフィードバックは非常に貴重でした。また、メインホールでの講演や企業展示の規模の大きさにも圧倒され、国際学会ならではの雰囲気を感じました。中でも、近年注目されている脂質低下療法に関するセッションでは、日本ではまだ未承認の第3のPCSK9阻害薬や今後の経口製剤の可能性に関する最新の知見が紹介され、非常に印象的でした。

このたび、AHAという国際的な学会で発表の機会をいただき、多くの貴重な経験を得ることができました。ご指導・ご助言に加え、渡航に際しての経済的なご配慮を賜りました福田教授、大塚先生をはじめ、日頃よりご支援くださっている医局の先生方に心より御礼申し上げます。(藤澤直輝 大学院生)

ポスター前にて指導医の大塚准教授と



AHAの看板の前で



発表後は、医局のメンバーで楽しいひと時

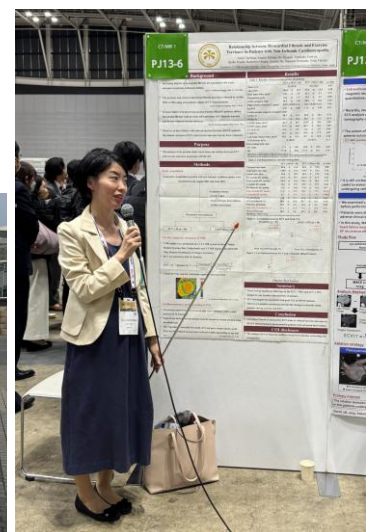
➤ 第89回日本循環器学会学術総会 (JCS2025)

2025年3月28日～30日に横浜で開催された、第89回日本循環器学会学術総会(JCS2025)に参加・発表してまいりました。当教室からは21演題の発表があり、私自身も左室収縮率の低下した非虚血性心筋症患者における心筋線維化と運動耐容能との関連を検討し、発表しました。心臓MRIで計測した心筋線維化の指標であるECV(Extracellular Volume)に基づいて2群に群分けしたところ、ECV高値群で運動耐容能が有意に低下しているという結果であったと発表させていただきました。

初日の朝の発表だったため、前日の夜から家族(夫と子供2人)で横浜に行きました。学会会場の近くにはコスモワールドやアンパンマンミュージアムなど子供が遊べる場所が多くあり、学会中は夫と子供はそちらで過ごしてもらっていました。おかげで日中は学会に集中でき、夕方以降は家族で観光をしたり、食事を楽しんだりすることができました。子連れでの学会となり、準備はいつも以上に大変でしたが、会場では多くの質問やコメントをいただき、新たな視点や気付きを得る貴重な機会となりました。今後も臨床・研究・子育ての両立に努めてまいります。(谷畑慧子 病院講師)



JCS2025看板前にて



ポスター発表



JCS2025に参加した教室員の集合写真

外来・入院のご案内

大阪市内唯一の大学病院循環器センターとしての役割を果たすべく、24時間体制で虚血性心疾患、不整脈、弁膜症、心不全、肺高血圧症、成人先天性心疾患、血管疾患など各領域の高度専門的医療を行なっています。重症心血管疾患患者の治療は、循環器内科専門医、心臓血管外科専門医が常駐する集中治療センター(CCU/ICU)にて急性期集中治療を行います。また毎日の朝・夕のカンファレンスにて、病状の把握、共有を行い、最適な検査・治療を提供できるように、診療科全体として取り組んでいます。

外来においても、総合内科専門医、循環器内科専門医、心血管インターベンション専門医、不整脈専門医、超音波専門医、心臓リハビリテーション認定医などの専門的見地から、各患者様に最適化した治療方法を選択・提供しております。また、各領域別の専門医によるフォロー外来も開設しており、個々の患者様に最適な経過観察、外来通院が出来るように取り組んでいます。

軽症～重症にかかわらず、是非お気軽にご紹介頂ければ幸いです。各領域、各部門の専門医が責任を持って、診断、治療、経過フォローにあたります。

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
午前	石川 世良 初診 (循環器全般、弁膜症)	吉田 俊文 初診 (循環器全般、心不全)	山本 崇之 初診 (循環器全般)	小川 真奈 初診 (循環器全般、弁膜症)	野村 菜々香 初診 (循環器全般、弁膜症)
	柴田 敦 (心不全、心筋症、 循環器全般)	北田 諒子 (心不全、心筋症、 循環器全般)	林 雄介 (不整脈 初診・再診)	福田 大受 (狭心症、動脈硬化、 循環器全般)	加川 俊介 (狭心症、低侵襲治療、 弁膜症、先天性心疾患)
	柳下 知哉 (不整脈 初診・再診)	山口 智大 (狭心症、低侵襲治療、 肺高血圧症)	藤澤 直輝 (狭心症、動脈硬化)	伊藤 朝広 (弁膜症、低侵襲治療)	大塚 憲一郎 (狭心症、動脈硬化)
午後	平山 駿 (不整脈 再診)	加川 俊介 (狭心症、低侵襲治療、 弁膜症)	担当医 (ペースメーカー /ICD/CRTD)	柴田 敦 (心不全フォロー、心筋症、 循環器全般)	伊藤 朝広 (弁膜症、腫瘍循環器)
	大塚 憲一郎 (冠動脈疾患、 急性冠症候群フォロー)			福田 浩平 (不整脈 再診)	山口 智大 (狭心症、低侵襲治療、 肺高血圧症)

地域医療連携室

※医療機関専用ダイヤルです

TEL: 06-6645-2877, FAX: 06-6646-6215

平日9時～19時(休診日を除く)

初診受付時間: 8時45分～10時30分



大阪公立大学医学部附属病院 循環器内科

所在地: 〒545-8586 大阪市阿倍野区旭町1-5-7

サポートコール: 06-6645-2573 ※医療機関専用ダイヤルです

地域医療連携室: 06-6645-2877 ※医療機関専用ダイヤルです

HP: <http://omu-heart.jp>



Facebook: <https://www.facebook.com/omu.cardiology/>



X(旧Twitter): @OMU_heart

