



公益財団法人
心臓血管研究所附属病院

診療のご案内

The Cardiovascular Institute Hospital

～選ばれる病院であり続けるために～

2023



ご挨拶 greeting



院長 う え し ま と く ひ さ 上嶋 徳久

公益財団 心臓血管研究所は、昭和 34 年に設立された臨床に立脚する研究を行い社会にその成果を発信し循環器医療の発展に寄与することを目的とする研究所と昭和 37 年に設立された循環器疾患に対する質の高い専門医療を提供する付属病院を一体的に運営することで相互に機能を向上させ、同時に医療人の教育・育成を図っていくことで、高度な専門研究・医療機関に発展して参りました。平成 25 年には、内閣府よりこれまでの財団活動の公益性が認められ「公益財団法人 心臓血管研究所」として活動を始めております。また、令和元年には、国立研究開発法人 国立循環器病研究センター（大阪府吹田市）と医療連携に関する包括的連携協定を締結し、診療の連携や情報発信の充実に努めています。

心臓血管研究所付属病院は循環器疾患を対象とした専門病院であり、狭心症・心筋梗塞・不整脈・心不全・心臓弁膜症・大動脈疾患・末梢血管疾患などを中心に、60 年以上にわたってその時代における最新かつ最良の医療を提供して参りました。循環器疾患に特化したことで、一つの疾患に対する取り組みが深くなり、高度な診療技術・治療技術を提供できるようになったことが当院の最大の強みであり、今後も世界に通用する医療技術を維持し、安全で良質な医療サービスを皆様にお届けすることが我々の使命であると考えております。

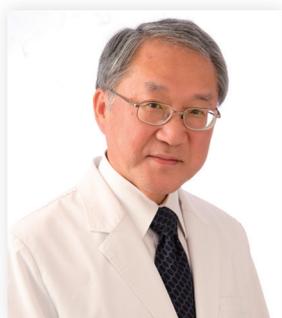
当院では、各部門に熟練したスタッフをそろえ、夜間・休日を問わず皆様の体調の変化に迅速に対応できるよう体制を整えています。また、皆様に対して、常に思いやりや気配りをもって接し、診療を受けていただく際に少しでも不安を軽減できるように努力致します。今後とも、来院されたすべての皆様が安心して医療を受けられ、その後の生活を安らかに過ごせるよう、職員一同一層の努力をして参ります。

公益財団法人心臓血管研究所は、昭和 34 年に循環器系疾患の研究機関として設立されました。循環器疾患に関する「診療」、「教育」、「研究」の 3 本柱を使命とし、その集大成としてこの付属病院を高いレベルで運営・維持することに注力してきました。この付属病院の運営に加えて、研究所設立から 60 年以上にわたり、循環器診療に関わる医療関係者の育成を継続し、高いレベルの循環器診療が全国に広がることに貢献しています。心臓血管研究所は、このように継続的に発展する「診療」と「教育」の基盤が、循環器医療をさらに改善したいという願いから生まれる「研究」にあると考えています。心臓血管研究所は、このビジョンを実現するため、循環器診療に関わる世界レベルの研究成果を継続的に発信し続けています。



所長 お い か わ ゆ う じ 及川 裕二

名誉院長・名誉所長・カテーテルスーパーバイザー



名誉院長 さわだ ひとし
澤田 準



名誉所長 やました たけし
山下 武志



カテーテルスー
パーバイザー やじま じゅんじ
矢嶋 純二

Contents

目次

ご挨拶	1P
循環器内科	
冠動脈疾患・構造的心疾患カテーテル治療	3P
不整脈	5P
心不全	7P
心臓リハビリテーション科	9P
心臓血管外科	11P
低侵襲治療	13P
放射線技術室	14P
CT 検査共同施設利用のご案内	15P
診療連携室	16P
診療予約のご案内	17P
入院のご案内	18P
実績	20P
院内施設のご案内・当院への交通アクセス	23P

循環器内科

(冠動脈疾患・構造的な心疾患カテーテル治療)



冠動脈疾患担当

担当
部長

まつの しゆんすけ
松野 俊介

東京大学 平成 15 年卒



構造的な心疾患カテーテル治療担当

担当
部長

かのう ひろと
嘉納 寛人

千葉大学 平成 15 年卒

冠動脈疾患部門は、主に狭心症・心筋梗塞に対するカテーテル検査・治療を担当しておりますが、冠動脈疾患以外に、末梢血管（下肢動脈や腎動脈）に対するカテーテル治療も積極的に施行しております。カテーテル治療のみでは良い結果を得ることが難しいと考えられる複雑病変や急性動脈閉塞（急性下肢虚血）の場合には、心臓血管外科医とコラボレーションして最良の結果を目指しています。

近年では至適薬物療法の浸透によって、冠動脈疾患に対するカテーテル治療は一般的に減少傾向にあります。当院は紹介患者さんを積極的に受け入れることにより、都心部の病院としてはトップクラスの症例数を維持しております。当院の特徴としては、石灰化病変・分岐部病変・慢性完全閉塞病変などの複雑冠動脈病変に対するカテーテル治療を伝統的に得意としているという点が挙げられます。分岐部病変に対してはDCA（方向性冠動脈粥腫切除術）、石灰化病変に対してはローテーションアルアテレクトミー・オービタルアテレクトミー・血管内リソトリプシーなどの特殊な治療補助デバイスを使用して、良好な治療効果が得られるように心がけています。また、複雑病変の中でも最も治療困難とされている慢性完全閉塞病変についても、さまざまな治療デバイスやテクニックを駆使して、

例年高い成功率を挙げております。他院で治療不成功であった、あるいは治療不可能とされた患者さんを当院にご紹介頂き、良好な結果が得られることも少なくありません。一方で、カテーテル治療技術の普及も当院の重要な使命と考えており、若い術者を当院の経験豊富な術者が指導するプロクタリングや、国内外へ向けた公開手技（ライブデモンストレーション）を数多く実施しています。

また、構造的な心疾患部門を設置し、構造的な心疾患のカテーテル治療にも注力しております。これまで閉塞性肥大型心筋症に対する経皮的中隔心筋焼灼術や僧帽弁狭窄症に対する経皮的交連切開術などを行ってまいりましたが、2021年3月より大動脈弁に対するカテーテル治療も開始しました。この治療は現在急速に普及しており、低侵襲、さらに短期入院で大動脈弁置換術が可能となりました。

今後も最新のカテーテル治療技術の習得に励み、患者さんにとってより良い治療を心がけて参りますので引き続きよろしくお願ひ申し上げます。

なお、夜間・休日の緊急患者さんに対しても、平日日勤帯と同じ専従スタッフがカテーテル治療を提供しておりますので、安心してご紹介下さい。

STAFF

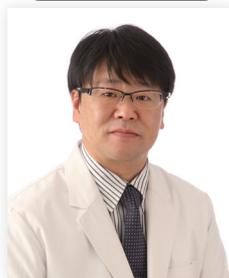
所長



おいかわ ゆうじ
及川 裕二

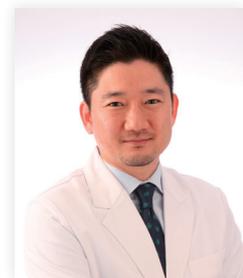
福島県立医科大学 平成 7 年卒

カテーテル
スーパーバイザー



やじま じゆんじ
矢嶋 純二

日本大学 平成 3 年卒



きし みきお
岸 幹夫

千葉大学 平成 19 年卒

冠動脈インターベンション

冠動脈インターベンションは、狭心症や心筋梗塞の原因である冠動脈の狭窄もしくは閉塞をバルーンやステントなどを用いて拡張する方法であり、冠動脈疾患部門の核となる治療方法です。バルーンやステント以外にも上記のようにローテーションアテレクトミー（石灰化などの硬い組織を削るデバイス）などの治療補助デバイスを駆使することにより、複雑な冠動脈病変にも対応できるようにしております。また、通常の順行性アプローチでは治療困難な慢性完全閉塞病変に対しては、積極的に逆行性アプローチ（閉塞していない血管の側から、側副血行路を介して閉塞血管末梢に治療デバイスを進める治療テクニック）を適用することで高い成功率を実現しています。薬剤耐性の狭心症、最近の発作回数や発作の持続時間が長くなってきた狭心症は不安定狭心症に分類され、心筋梗塞に移行する可能性があります。また、持続する胸痛の場合は心筋梗塞の可能性があるので、症状からこれらの病態が考えられる場合はすぐにご相談ください。

経皮的末梢血管形成術

経皮的血管形成術は冠動脈インターベンションと同様に、狭窄もしくは閉塞のある血管を拡張する技術です。異なるのはそれが冠動脈ではなく、主に腸骨動脈、大腿動脈、腎動脈など末梢血管であることです。臨床症状は腸骨動脈、大腿動脈であれば間歇性跛行、腎動脈であれば薬剤耐性の高血圧や腎障害です。「歩くときふくらはぎが痛くて休むと楽になる」というような症状を訴える方は、閉塞性動脈硬化症の可能性がります。また、3剤併用しても血圧のコントロールができない症例などで、腹部血管雑音のある方は腎血管性高血圧の可能性もあります。冠動脈と同様に大腿動脈などが完全閉塞している症例に関しても積極的な治療を行っております。ただし、

残念ながら脳外科のスタッフが在籍していませんので頸動脈狭窄に対するカテーテル治療は行っておりません。

経皮的中隔心筋焼灼術

肥大型心筋症の流出路狭窄を伴う症例で、薬剤抵抗性の自覚症状がある症例に行う治療です。流出路を形成する心筋を栄養する冠動脈の中隔枝に経カテーテル的にアルコールを注入して人工的に心筋梗塞を生じさせ、同部位の心筋肥厚および収縮を軽減させ流出路狭窄を改善させる方法です。

経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）

経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）は通常手術が困難な大動脈弁狭窄症（AS）に対する画期的な治療法として開発され、2013年に日本でも認可されました。TAVIの導入により、開胸することも、心臓を止めることもなく、太ももの付け根などの血管からカテーテルを使って人工弁（生体弁）を心臓まで運び、留置することが可能となりました。これにより傷口が小さく、人工心肺を使用しなくて済むようになったことから体への負担が少なく、入院期間も短くなることが特長です。当院でもTAVIの導入により患者さんへ提供する治療の選択肢を増やしていくため、ハイブリッド手術室を始めとした院内の環境整備とともに循環器内科医、心臓血管外科医、麻酔医、看護師、ME、放射線技師を含むハートチームを組織し、TAVI導入に向けた万全の準備をして参りました。「経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会」から実施施設として認定を頂き、既に多くの患者様にTAVIを実施しております。

このほか僧帽弁狭窄症に対する経皮的僧帽弁交連切開術、静脈血栓塞栓症に対する下大静脈フィルター留置や経カテーテル的血栓除去・溶解術、血管内異物の除去など血管内におけるカテーテル治療を全般的に行っております。



カテーテル治療



ハイブリッド手術室

循環器内科

(不整脈)

不整脈担当



担当
部長

おおつか たかゆき
大塚 崇之

東邦大学 平成 10 年卒

不整脈部門は日本の不整脈治療のトップリーダーである山下名誉所長以下 6 名の医師で検査、治療に従事しています。

月曜日、水曜日、木曜日、金曜日が頻脈性不整脈に対するカテーテルアブレーション治療日になっており、大塚医師が責任者として従事しています。2022 年度は 467 例のカテーテルアブレーション治療を施行して良好な成績を収めており、特に心房細動疾患の治療実績は増加傾向にあります。

火曜日、金曜日の午前がペースメーカー植込み手術日で八木医師と有田医師、廣田医師が担当しております。また植込み型除細動器および心不全治療のペースメーカー植込み認定施設になっており

毎年安定した成績を収めています。

カテーテルアブレーション治療は発作性上室性頻拍症等に対しては 2 泊 3 日、心房細動に対するものは 4 泊 5 日ないし 5 泊 6 日、ペースメーカー治療は約 1 週間の入院でクリニカルパスを使用して安全な治療の提供に努めています。外来診療には不整脈部門の全常勤医師が従事しており、患者さんのニーズにお答えするべく日々努力しています。今後もますます安全で高度な治療提供に努める所存です。

STAFF

名誉
所長



やました たけし
山下 武志

東京大学 昭和 61 年卒



すずき しんや
鈴木 信也

東京大学 平成 12 年卒



やぎ なおはる
八木 直治

大阪大学 平成 20 年卒



ありた たくと
有田 卓人

東京大学 平成 22 年卒



ひろた なおみ
廣田 尚美

富山大学 平成 22 年卒

心房細動に対するカテーテルアブレーションが開始されてから約20年が経過し、現在では日本のガイドラインでも自覚症状を有する薬剤抵抗性心房細動に対する適応がClass Iとして推奨されるようになりました。当院でも2006年より心房細動に対するカテーテルアブレーションを開始し現在まで約3,000例を施行しております。心房細動に対するカテーテルアブレーションは個々の患者さんに応じて適応を決定しておりますので、適応に悩むような患者さんでも外来で相談しながら治療方針を検討します。

■ 心房細動に対するカテーテルアブレーションの適応

当院における心房細動のカテーテルアブレーションの基本的な適応基準としては以下のとおりです。

- ・自覚症状を有する心房細動例・抗不整脈薬が効きにくい心房細動例（心房細動を根治できる可能性がある治療方法であるため、ご高齢の患者さんや、自覚症状が無くとも患者さんのご希望があれば、カテーテルアブレーションを検討しております。）ただし、以下の場合には施術できないことがあります。
- ・数年以上持続する慢性心房細動例・左房拡大が著明な例（カテーテルアブレーションを施行したとしても洞調律の維持が困難なこともあります。）
- ・心房内に血栓を有する症例・抗凝固薬が内服不可能な症例（基本的にカテーテルアブレーションは施行できません。）

■ カテーテルアブレーションの成功率と合併症

当院では4本すべての肺静脈に対する個別拡大隔離術を行っていますが、ほぼ全例において4本の肺静脈の隔離に成功しています。持続性心房細動症例では左房後壁隔離術を追加することも多くなっています。また術中に肺静脈以外の原因検索を行い、個々の患者さんに応じた治療を行う様に心がけています。慢性期の再発に関しては20～30%程度であり、2回目の治療が必要となる患者さんもいます。合併症に関しては心タンポナーデ・塞栓症（脳梗塞等）などがあります。

■ 心房細動に対するカテーテルアブレーション入院の流れ

～治療前の準備～

予約の都合上、治療まで1～2ヶ月お待ちいただくこともあります。カテーテルアブレーションの適応があれば術前に2～3週間以上の抗凝固薬投与を行う必要があります。入院に関してはクリニカルパスを使用しており、4～6日の入院期間で退院可能となります。入院後には心臓CTにて肺静脈および左房の形態を確認します。

～治療当日～

カテーテルアブレーションに要する時間はおよそ2～3時間です。通常は静脈麻酔による鎮静を行いながら治療をするため、術中の疼痛等の負担は軽減されています。カテーテルアブレーションの具体的な方法としては、右内頸静脈、右大腿静脈に局所麻酔を行った後、右房内にカテーテルを進めます。心房中隔に卵円孔の開存がなければ、ブロッケンフロー法による心房中隔穿刺を行い左房にカテーテルを進めます。上下の肺静脈にリング上カテーテルを留置し、このカテーテルの情報をもとに肺静脈周囲の焼灼を行っていきます。近年は3Dマッピングシステムを利用して透視時間が減少し、効率よく正確にカテーテルアブレーションが施行可能となってきました。最終的に4本の肺静脈と左房との電気的な交通が途絶えたことを確認して治療は終了となります。治療終了後は止血のためベッド上で6時間の安静を要します。

～カテーテルアブレーション後の経過～

カテーテルアブレーション後の急性期（翌日から2ヶ月くらいの間）は、一過性に期外収縮が増加したり、心房細動が再発したりすることがありますが、多くの場合は焼灼後の心房の炎症が原因であり時間とともに改善してきます。当院では術後1～2ヶ月程度は抗不整脈薬を投与し、3ヶ月後に再発の有無をチェックしています。抗凝固薬の投与は術後3ヶ月間継続し、再発がなければ中止しています。

心房細動に対するカテーテルアブレーションはすべての心房細動症例に対して確立された治療法とはいえないのが現状ですが、自覚症状が強い薬剤抵抗性心房細動の患者さんには非常によい適応があります。

目的	入院日数	疾患	内容
カテーテルアブレーション (ABL PVI)	2泊3日～5泊6日	WPW 症候群 房室結節回帰性頻拍 心房粗動 心房細動 心房頻拍 心室頻拍	不整脈の起源を見つけて焼灼することで不整脈を治療します。※(治療の説明は別途専門外来を設けています)
除細動 (DC)	日帰りもしくは1泊2日	心房粗動 心房細動 心房頻拍	施行前に必要に応じて経食道エコーを実施します。血栓がある場合には血栓溶解治療を行ったうえで実施します。
ペースメーカー植え込み術 (PMI)	7日～10日	徐脈 重症不整脈 心不全	終了後1時間の安静が必要ですがその後は歩行可能です。
ペースメーカー電池交換	2泊3日		

循環器内科

(心不全)



心不全担当

担当
部長

かとう ゆうこ
加藤 祐子

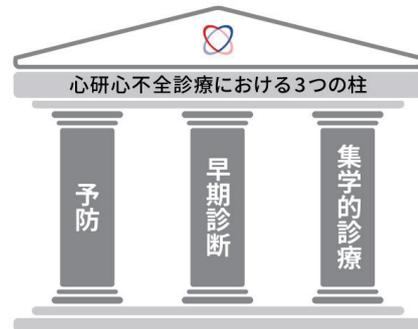
日本医科大学
平成 10 年卒

社会の高齢化に伴い、心不全の患者さんは増加の一途です。アメリカでは、4人に1人が生涯で心不全を発症すると試算されています。日本においても、心不全の入院患者数は心筋梗塞の患者さんの約3倍です。一旦心不全を発症すると再入院を繰り返しやすく、そのたびに心臓のポンプ機能が弱っていくため、“元気で長生き”が難しくなり、医療だけでなく介護負担も増大させます。

一方で心不全の治療はこの数十年の間に、大きく変化を遂げています。左室収縮率の低下した心不全 HFrEF ではβブロッカー、ACE 阻害薬 / ARB / ARNI、MRA、SGLT2 阻害薬が標準治療薬となり、そのほかにもイブプラジン、ベルシグアトが保険償還されました。左室収縮率の保たれた心不全 HFpEF についても、SGLT2 阻害薬の効果が示され、治療の幅が広がっています。このような治療薬の進歩により HFrEF を対象とした薬物臨床試験 (RCT) では、心不全患者の2年以内死亡率は、30年前は35%でしたが、最新の臨床試験では9%に大きく減少しています。内服薬だけでなく、両心室ペースメーカーや植え込み型除細動器、不整脈に対するカテーテルアブレーション、カテーテルによる弁置換術などの治療法も開発され、広く行われるようになりました。しかし、Real World Data では心不全の2年死亡率ははまだ2割と報告されています。

この RCT と Real World Data での死亡率の違いとして、心不全のリスクとなる高血圧、糖尿病などの診断の遅れや不十分な疾患コントロール、慢性的な身体活動量の低下、心不全の早期発見が難しいこと (見逃されやすいこと)、心不全の内服治療の最適化におけるクリニカルイナーシャ；臨床的惰性、心不全の疾患管理がおろそかになりやすいこと、などが考えられます。

当院では、このように増加の一途にある心不全患者さんを減らすための“予防”、心不全を早期に診断する“早期発見”、および心不全患者さんに対する“集学的な関わり”の3本柱による増悪予防を心がけています。



STAFF

院長



うえじま とくひさ
上嶋 徳久

東北大学 平成 7 年卒

名誉
院長



さわだ ひとし
澤田 準

東京大学 昭和 52 年卒

予防

すでに心臓弁膜症や心房細動を有する方の心エコーの定期フォローアップ、高血圧、糖尿病 / 前糖尿病の方で血清BNPが異常値を示す方の心不全精査と心不全予防指導を積極的に行っています。また、心筋梗塞や狭心症、閉塞性動脈硬化症と診断された方には、心臓リハビリテーション（次項参照）による疾患再発予防と並んで心不全予防を行っています。

心雑音が聴取される方やBNP異常値の方がいらっしゃいましたら、お気軽にご紹介ください。

早期発見 息切れ外来

心不全とは、心臓が悪いために、息切れやむくが起こり、だん

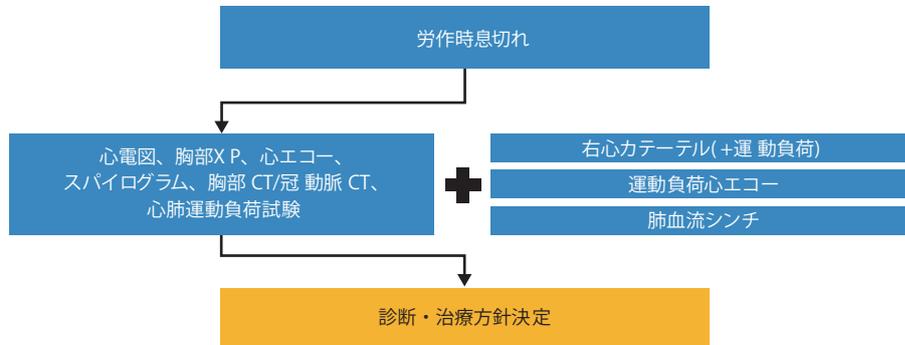
だん悪くなり、生命を縮める病気です。心臓が悪くなる原因として高血圧、糖尿病のある状態や、不整脈、心臓弁膜症、心筋梗塞や心筋症が挙げられます。これらの病気に該当する方で、いつも使っている階段や坂道で息切れするようになってきた、といった症状があれば心不全を疑います。また最近増えてきているのが、加齢にともない起こる心不全です。この場合も動いたときの息切れや足のむくみで自覚されます。最近新たに気づいた息切れがある場合、それが心不全によるものかどうかをいろいろな検査を行い診断します（下図）。

当院では、心不全の早期診断を目的とした「息切れ外来」を行っています。息切れ外来で行う検査は図に示す通りです。最近気になる「説明できない息切れ」があるようでしたら、ぜひご相談ください。

息切れ外来

鑑別対象疾患

- 心不全
- COPD
- 喘息
- 肺高血圧
(慢性肺血栓塞栓性 (CTEPH) 含む)
- 冠動脈疾患
- 運動不足
- 運動時MR増悪
- 運動誘発性肺高血圧
- 左室流出路狭窄



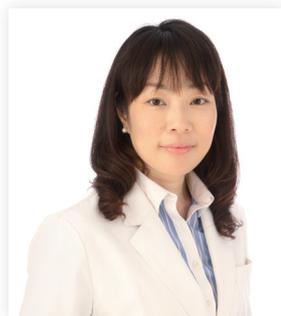
集学的な関わり

集学的診療とは各分野の専門家が集まり、患者さんにとって最適な治療や支援を行っていくものです。心不全を起こした方は、内服治療のほか、状態に応じてカテーテルによる血管や心臓弁の治療やペースメーカや除細動器といった植え込み型のデバイス治療、あるいは外科的な手術をタイミングよく行うことが必要です。このよう

な治療以外にも、減塩や適切なカロリー摂取といった食事療法、歩行や自転車などを使用した有酸素運動、筋トレといった運動療法を適切に行っていくことは、体調良く過ごし、入院や予期せぬ死亡を防ぐために非常に大切です。また、ご高齢の心不全患者さんが自宅で生活を継続するためには、社会資源を上手に活用する必要があります。そのため各分野の専門医だけでなく、管理栄養士、理学療法士、ソーシャルワーカーを含めた専門家が皆さまに関わっています。



心臓リハビリテーション科



心臓リハビリテーション担当

担当
部長

かとう ゆうこ
加藤 祐子

日本医科大学 平成10年卒

私たちは、心臓血管病を患ってもなお「人生に挑戦できる」を目標に心臓リハビリテーションを提供しています。心疾患を患うと、病気の悪化や再発への不安、療養による身体機能の低下などから、それまでの生活への復帰が難しくなることがあります。私たちの部門では、そのような患者さんの希望や意思に寄り添いながら、より良い身体機能のレベルの獲得と生命予後の改善を目指します。

心臓リハビリテーションは、心筋梗塞、狭心症といった虚血性

心疾患ならびに、心臓・大血管の術後、慢性心不全の方が対象となります。運動療法を中心とした包括的リハビリテーションを行うことで、心疾患患者さんの生活の質だけでなく生命予後をも改善することが明らかになっています。「包括的」とは運動療法、栄養指導、生活改善指導、疾患教育を含めた多角的介入のことです。当院では、事前の検査により患者さん個別に適切な運動処方の上、各種専門スタッフと連携しながら運動療法を行います

STAFF

理学療法士	2名
看護師	1名
臨床検査技師	4名



■ 心臓リハビリテーション（運動療法）

心臓リハビリテーションとは、開心術後や狭心症・急性心筋梗塞発症後あるいは慢性心不全の患者さんに対し運動療法を主体として、心臓や身体の機能の回復と生命予後の改善を目的として行う保険で認められた治療です。日本での歴史は30年ほどと比較的浅いものですが、当院ではその黎明期よりリハビリテーションに積極的に取り組んでおり、適応となる患者さんを多くの医療機関からご紹介頂いております。

当院では、医師、看護師、理学療法士、臨床検査技師から構成される心臓リハビリテーション専門のスタッフが対応します。心臓病の患者さんが、自分の判断で強い運動を行うことは時に危険を伴います。心臓リハビリテーションを開始する際には心肺運動負荷検査（CPX）を行っていただき、その結果をもとに専門医が個々の患者さんに適切な運動の処方箋を作成します。ストレッチを含む歩行（トレッドミル）や自転車こぎ（エアロバイク）、必要に応じて筋力トレーニングを通常1回30分程度行います。当院では、心臓リハビリテーション指導士の資格を保有する専門のスタッフが心電図や血圧の状態を確認しながら適切な運動を指導しますので、安心して有効な運動を行うことができます。

■ 心肺運動負荷検査（CPX）

通常の運動負荷検査では、運動中の心電図と血圧のみの測定が一般的ですが、当院においては顔に装着したマスクを通じて運動中に呼気ガス分析も行う心肺運動負荷検査（CPX）を行っております。本検査により、運動中の呼吸・循環機能に異常がないかどうかを非侵襲的に調べることが可能です。また心不全の患者さんにおいては、本検査から心不全の重症度や治療の効果を評価することが可能です。心臓リハビリテーションを行う際には本検査結果をもとに、個々の患者さんの状態に応じた適切な運動強度の設定を行っております。

■ 当院での運動療法を希望される患者さんがいらっしゃる場合

保険で認められた運動療法の適応疾患〔安定狭心症、急性心筋梗塞後、心臓手術後、慢性心不全、閉塞性動脈硬化症、大血管疾患（大血管術後等）〕の患者さんは、当院の運動療法をお受けいただけます。主治医による診療情報提供書をご用意いただき、診療連携室（03-3408-2315）にご連絡のうえ外来受診の予約をお取りいただくようお願いいたします。



心臓血管外科

心臓血管外科担当



部長

い い だ み つ る
飯田 充

日本大学
平成 4 年卒



担当
部長

ま つ は ま ゐ の る
松濱 稔

大分医科大学
平成 15 年卒

心臓血管外科部門は、虚血性心疾患・弁膜症・大動脈疾患・末梢血管疾患等の成人心臓血管外科全領域に対し高度な診療を行っております。

治療方針に関しては、術前の適応決定・手術内容・方法・術後の治療に至るまで循環器内科と心臓血管外科により綿密に吟味し、さらに内科外科合同カンファレンスにより患者さん一人ひとりに合わせた安全で確実な治療方法を選択しております。

また、手術は安全を考慮し最適手術方針と考えた際でも、患者さんご家族のご希望をお伺いし最終的な手術方針を決定いたします。またセカンドオピニオンも随時受け付けておりますのでなにかご不明な点ご相談がありましたらお気軽にご連絡下さい。

患者さんへの私たちの使命は ①研究に証明された適切な治療法にもとづき ②適切なタイミングに ③豊富な経験と高い技術をもつ心臓血管専門スタッフが一丸となって ④患者さんにご納得いただいた上で手術をお受けいただき ⑤出来る限り早期の自宅退院・社会復帰を目指すことです。このため通常の心臓大血管手術に加え、低侵襲(体のダメージが少ない)心臓大血管手術として高精細な 3D カメラを用いた完全 3D 胸腔鏡(内視鏡)下心臓弁膜症手術・3D 胸腔鏡補助下冠動脈バイパス術・経カテーテル大動脈弁置換術・ステントグラフト挿入術など多岐にわたる選択肢をご用意しています。

患者さんの今後の生活スタイルに合わせ、最良の治療をご提案させていただきます。

STAFF



ほ り た か ゆ き
堀 貴行

信州大学
平成 18 年卒



い と う と し あ き
伊藤 敏明 (非常勤)

名古屋大学 昭和 61 年卒
日本赤十字社愛知医療センター
名古屋第一病院 心臓血管外科部長



く に は ら た か し
國原 孝 (非常勤)

北海道大学 平成 3 年卒
東京慈恵会医科大学 心臓外科教授



しもかわ と も き
下川 智樹 (アドバイザー)

佐賀医科大学 平成 4 年卒
榊原記念病院 心臓血管外科主任部長
帝京大学病院 心臓血管外科主任教授

冠動脈バイパス術

内科外科合同カンファレンスにより冠動脈バイパス手術が最適な治療方針となった場合には、安全に出来る方法、さらに長持ちする吻合を心掛け、人工心肺を使用せず心臓拍動下で吻合を行うオフポンプバイパス術や人工心肺を用いるオンポンプバイパス術を、症例に応じて柔軟に使い分けています。またカテーテル治療との組み合わせによるハイブリッド手術や低侵襲で胸骨を温存出来る MICS CABG（左前胸部小切開による冠動脈バイパス術）も行っております。

弁膜症手術

弁膜症手術には大きく分けて弁置換術・弁形成術があります。変化の強い弁には弁置換術の適応となります。弁形成術はご自身の弁を温存出来るため多数のメリットがあります。僧帽弁閉鎖不全症に対しては、弁尖に石灰化を伴わない症例や大動脈弁閉鎖不全症においては、特に若年者症例では自己弁を温存する弁形成術も取り入れています。術式も近年大きく変化しており、症例の適応や安全・成績を保つことを前提に心臓手術専用の3D内視鏡カメラを用い、胸骨を温存する MICS 手術（右肋間開胸による弁膜症手術）を行っており、手術創は4cm程度まで小さくなり良好な経過が得られています。大動脈弁、僧帽弁はもちろんのこと、その他の手術にも可能な限り対応しています。



心臓血管外科手術

大動脈手術

大動脈瘤は無症状であり検査で偶然発見される事が多い疾患です。大動脈瘤と診断されてからは大動脈解離や大動脈瘤破裂が発症しないために外来での予防治療や定期的な検査が重要となります。当院では手術が必要と判断された場合は、胸部腹部共に通常手術による大動脈の人工血管置換術や低侵襲であるステントグラフト内挿術に加え、その両方を用いるハイブリッド手術も施行しております。これらにはそれぞれ利点・欠点があるため、患者さんの状態やご希望を出来るだけ考慮し安全第一に最適な方法を選択しています。

末梢血管手術

成人病や透析を必要とされている患者さんは、閉塞性動脈硬化症による動脈狭窄や閉塞病変に対する治療が必要な場合があります。冠動脈疾患同様にカテーテル治療と外科手術の利点・欠点を常に内科外科チームで話し合い、最適な時期に最適な方法で治療を行っております。カテーテル治療と外科手術のハイブリッド治療を選択することもあります。

その他の心臓血管手術

心臓腫瘍、心筋症、心房中隔欠損症、収縮性心膜炎等においても必要とされる手術を行っておりますのでお気軽にご相談ください。



安心・安全・確実な低侵襲治療

心臓血管研究所 附属病院では、低侵襲で QOL を向上させる心臓手術を行っています。

何よりも大切なのは「より安全に、高い効果が得られる治療を、

確実に行うこと」だと考えています。一人ひとりの患者さんに対して、経験豊富な心臓血管外科医と循環器内科医がチームを組んでオーダーメイドの治療をご提案いたします。

当院の特徴



患者さんにやさしい 低侵襲な心臓血管手術

心臓血管手術には様々な手法がありますが、医療の進歩により低侵襲化が進んでいます。当院でも、できるだけ小さな切開で行う MICS や TAVI などの低侵襲治療を積極的に行っており、良好な手術成績が得られています。



3D 胸腔鏡（内視鏡） を用いた MICS

MICS の中でも、胸を広げる際に開胸器を使わず、胸腔鏡を挿入して胸腔鏡が写したモニターを見ながら手術を行う「3D 胸腔鏡下 MICS」を施行しています。



経カテーテル的大動脈弁置換術 (TAVI)

TAVI は、重症大動脈弁狭窄症の根本治療の 1 つで、太ももの付け根などの血管から挿入されたカテーテルを通して、大動脈弁に人工弁を留置する治療法です。



循環器内科と心臓血管外科の 緊密な連携

手術前の適応決定から治療方針、術後の治療方針に至るまで、ベストな選択をチームで考え抜き、最良の治療を追求します。



国内有数のスペシャリスト との連携

当院は心臓血管外科手術を牽引する国内有数のスペシャリストをお呼びして手術を行うことがあります。



心臓・血管に精通した 質の高い検査

循環器専門病院に相応しい高い専門性をもったスタッフと最新の検査設備を保有し、質の高い検査を提供しています。

放射線技術室

現在、放射線技術室では7名(男性5名、女性2名)の放射線技師が日々の診療を行っています。循環器領域においては豊富な経験と知識を活かし、質の高い検査と診断画像の提供を目指しています。また非常勤の放射線専門医3名によって画像診断を行っていますので、循環器以外の領域においても正確な画像診断が可能となっています。

当技術室では320列ADCT装置、バイプレーン式血管撮影装置2台、吸収補正用CT搭載SPECT装置、FPD搭載デジタル撮影装置、回診用X線撮影装置を保有しており、新たに増設したハイブリッド手術室ではペースメーカー植込術、EVAR(ステントグラフト内挿術)やTAVI(経カテーテル的大動脈弁置換術)などの様々な低侵襲治療を積極的に行っています。これらの治療に不可欠なCT計測画像の提供や治療目的に合わせ撮影パラメータを変更するなど、患者さんの被ばく低減と高画質の両立を目指し、患者さんが安心して治療

を受けられる環境づくりのため医師のサポートを行っています。

吸収補正CT搭載SPECT装置(RI装置)は、心筋シンチ検査の撮像に使用し心筋虚血の有無、心不全の評価等の診断に使用されます。従来のSPECT装置による撮像に低線量でのCT撮像を追加することで心筋虚血の診断精度が向上します。

CT検査では320列ADCTの導入により、従来のCT装置に比べ大幅な被ばくの低減、造影剤の減量、息止め時間の短縮が可能となりました。当院では月100件以上の冠動脈CT検査を行っています。専門知識を有する放射線技師が検査から読影サポートまで迅速に行い、質の高い診断画像を医師に提供することにより、通常1週間程度かかる検査結果も最短で当日中に患者さんにお伝えすることも可能です。万が一、検査で早急に治療が必要な病変が見つかった場合でも循環器専門病院である当院なら、すみやかに入院～治療まで行う体制が整っていますのでご安心ください

STAFF

放射線技師 7名(男性5名女性2名)
放射線専門医 3名(非常勤)



CT検査



RI検査



循環器内科(冠動脈)

循環器内科(不整脈)

循環器内科(心不全)

心臓リハビリ

心臓血管外科

低侵襲治療

放射線技術室

CT検査共同施設

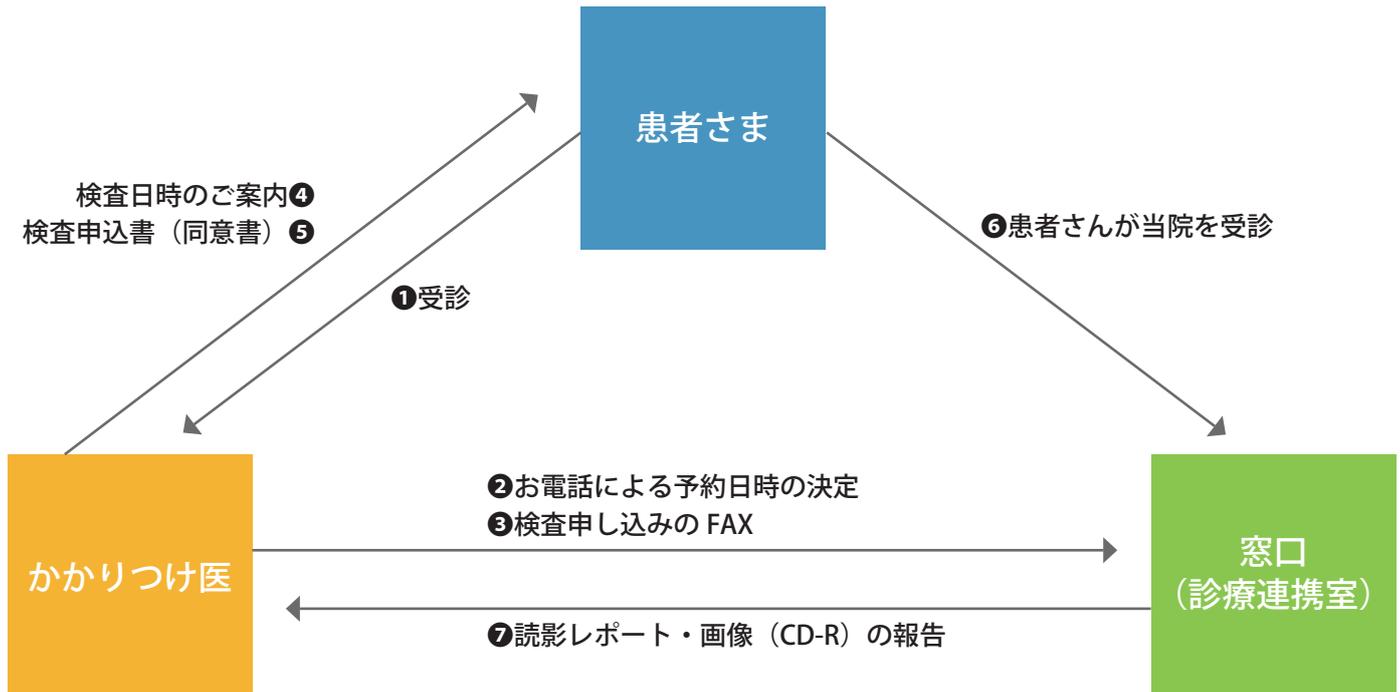
診療連携部

CT検査共同施設利用のご案内

地域の医療機関の先生方に『検査のみ』を必要とする患者さんをご紹介いただき、検査が終了した時点で患者さんをお返りするシステムです。当院の保有する320列ADCT検査装置を有効に活用していただき、日々の診療にお役に立てればと考えております。心

臓領域はもちろん、その他部位についても造影・非造影問わず検査可能となっております。ご連絡を頂いた時点で予約に空きがあれば、当日中の検査など速やかな対応が可能です。まずは、お気軽に診療連携室までご連絡ください

■ 受診の流れ



- ① 患者さんが貴院を受診
- ② 検査予約日時決定のため、当院 診療連携室までご連絡ください。
- ③ 検査予約日が決定しましたら、【CT 検査申込書】を記入のうえ FAX をお願いします。
(造影剤を使用した撮影の場合は別途【造影剤使用に関する同意書】が必要です。)
- ④ ⑤ 患者さんへ検査日時のご案内をしていただき、【CT 検査申込書 (心研控)】のお渡しをお願いします。
- ⑥ 患者さんが当院へお越しいただき検査を受けていただきます。
(所要時間は撮影部位によって異なりますが 30 分~1 時間程度、費用は 5,000 円~15,000 円前後です。)
- ⑦ 約 1 週間程度で検査結果 (読影レポート・画像の CD-R) を郵送にてご報告致します。

※ CT 検査申込書、同意書などが必要な場合は診療連携室までご連絡ください。
また、CT 検査申込書、同意書、検査予約表は下記 QR コードよりダウンロード可能です。



診療連携室では、地域の医療機関・開業医の先生方との窓口となりご紹介いただいた患者さんが円滑に診療を受けることができるようにご支援させていただいております。

また、ご紹介元の先生方に患者さんの診療情報を的確かつ迅速にお届けできるよう努めております。

STAFF

看護師	2名
社会福祉士	1名
事務	4名

業務内容

■ 予約受付

- ・医療機関および紹介状をお持ちの患者さんからの診療予約
- ・CT 共同施設利用の予約

■ 診療情報の管理・提供

- ・ご紹介患者さんに関する問い合わせ
- ・ご紹介医療機関への診療情報の提供 (報告書の送付・管理)
- ・情報提供依頼 (照会) に関する問い合わせ受付

■ 社会福祉士・看護師業務

- ・療養中の心理的・社会的問題の解決、調整支援
- ・退院支援、社会復帰支援、受診・受療支援
- ・経済的問題の解決、調整支援
- ・手術や治療を受けられる患者さんが安心して入院生活を送るためのご支援

■ 他医療機関との連携推進

- ・当院医師による循環器疾患に関するセミナーの企画・運営など

お問い合わせ

TEL 03-3408-2315(直通)

FAX 03-3408-2168(直通)

診療予約のご案内

当院は原則予約制となっております。ご来院後の診察等がスムーズに行えるよう、お電話にて診療日時のご予約をお取りいただきますようお願いいたします。予約のご連絡は患者様からでもお受けしております。

診療時間

営業日	診療時間
平日	午前 8:45 ~ 12:00 午後 13:00 ~ 16:30
土日 / 祝日 / 年末年始 (12/29 ~ 1/3)	休診日 / 但し、急患は随時診療いたします

※救急搬送前でも診療連携室へご連絡いただければ、ホットラインの医師へ取り次し、症状や受け入れの可否についてお話しを伺います。

予約電話 (受付時間 8:30 ~ 17:00)

	電話番号
紹介状をお持ちの方	03-3408-2315 (診療連携室)
紹介状をお持ちでない方 / 再診・予約変更等	03-3408-4007 (予約係)
セカンドオピニオン外来 / その他外来 / 休日・夜間等	03-3408-2151 (代表)
病状の変化 / 急を要する場合 (診療時間内)	03-3408-2187 (外来看護室)

※体調、症状などが悪化した時などは時間外に関わらず 03-3408-2151(代表) にご連絡ください。

※心臓病や循環器疾患で、他院通院中の方には紹介状の取り付けをお願いしています。

※当院は高校生以上の方を対象に診察を行っています。

■ ご来院時お持物

1. 紹介状 (お持ちの方のみ)
2. 各種保険者証又はマイナンバーカード、公費負担医療制度をご利用の方は各種証書
3. 他院で処方されたお薬を服用中の方は、そのお薬もしくはお薬名が記載されているもの
4. 検査結果等

セカンドオピニオン外来表

	担当医	日時
心臓血管外科	飯田 充	毎週月曜日・金曜日 14:00 ~ 17:00
冠動脈疾患 / カテーテル治療	矢嶋 純二	第 2・4 火曜日 15:00 ~ 16:00
	及川 裕二	第 2・4 火曜日 15:00 ~ 16:00
不整脈	山下 武志	毎週水曜日 14:00 ~ 15:00
不整脈 (ハ°-スメーカー / アブレーション)	大塚 崇之	毎週火曜日 15:00 ~ 16:30
心不全	上嶋 徳久	毎週木曜日 16:00 ~ 17:00

※料金 (自費) … 2 万円 / 30 分、4 万円 / 30 ~ 60 分

※持参品 … 紹介状、検査資料 (データ) 等

入院のご案内

緊急入院・緊急手術につきましても 24 時間受入れ可能な体制を整えております。

病室のご案内（差額ベッド料金）

	床 数	1 日 あ た り の 室 料	洗 面	冷 蔵 庫	テ レ ビ	電 話	ト イ レ	シャ ワ ー	バ ス
特別室	1	100,000 円	●	●	●	●	●	●	●
個室 A	2	45,000 円	●	●	●	●	●	●	
個室 B	21	35,000 円	●	●	●	●	●	●	
4 床 室 (窓際)	12	3,500 円	●	※	※				
4 床 室	28	0 円	●	※	※				

※ 4 床 室の冷蔵庫、テレビは有料となります。

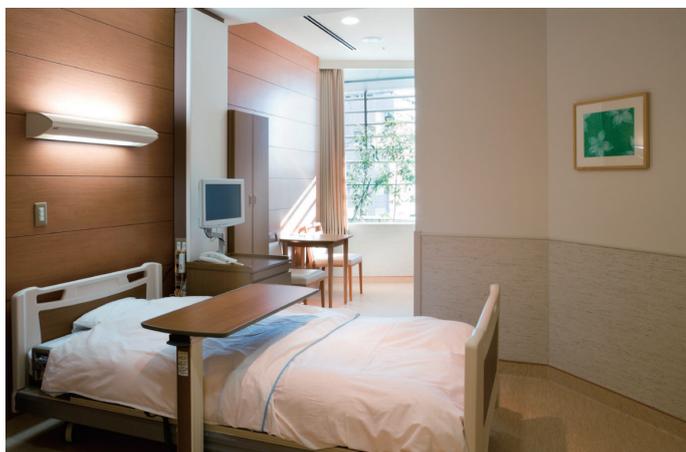
【日額定額制】 1日 880 円（税抜） お申込みが必要となります。



特別室



個室 A



個室 B



大部屋（4病床）

入院費用のご案内

- 下記の表は概算ですので、診療内容や入院日数により金額が増減することがございます。ご了承ください。
- 個室を希望される場合は別途、差額ベッド料金がかかります。
- 入院食事負担金は、一食につき460円となります。(下表は含む金額表示)

入院目的		70歳未満の方				70歳以上		
		(3割) 限度額適用認定証 利用しない場合	限度額適用認定証 利用する場合				限度額適用認定証 利用する場合	
			区分 ア・イ	区分 ウ	区分 エ	区分 オ	3割	1割・2割
冠動脈・ 下肢動脈	冠動脈造影検査 (CAG)	約10万	約10万	約9万			約9万	
	経皮的冠動脈形成術 (PCI) ※治療箇所・使用材料で値段は異なります。	約30万～ 75万	約18万	約10万			約10万	
	四肢の血管拡張術 (PTA・PPI)	約50万	～27万	～12万			～12万	
不整脈	心臓電気生理検査 (EPS)	約16万	約16万					
	カテーテルアブレーション (ABL)	約35万		約9万			約9万	
	カテーテルアブレーション (PVI)	約80万		～12万			～12万	
	ペースメーカー植込み術 (PMI)	約60万	約18万					
	植込型除細動器 (ICD)	約170万	～33万					
	両心室ペースメーカー移植術 (CRT-P)	約95万		約11万	上限 57,600円	上限 35,400円	約11万	
	両室ペースメーカー機能付 埋込型除細動器移植術 (CRT-D)	約190万		～16万	+ 食事代	+ 食事代	～16万	
心臓血管外科系	冠動脈・大動脈バイパス術	約95万						
	弁形成術	約170万						
	弁置換術 (1弁)	約155万	約22万	約14万			約14万	
	経カテーテル的大動脈弁置換術 (TAVI)	約170万	～34万	～18万			～18万	
	大動脈瘤 (胸部)	約185万						

循環器内科 (冠動脈疾患)

冠動脈形成術について、合計は患者数、内訳はデバイス毎の手技をカウントしているため、合計は一致しません。

		2020年	2021年	2022年	
冠動脈造影 (CAG)	Coronary angiography	653	810	879	
冠動脈形成術 (PCI)	Coronary angioplasty	395	512	560	
	バルーン形成術 (POBA)	Plain old balloon angioplasty (POBA)	3	4	6
	薬剤コーテッドバルーン (DCB)	Drug-Coated Balloon (DCB)	96	123	160
	方向性冠動脈粥腫切除術 (DCA)	Directional coronary atherectomy (DCA)	25	21	16
	冠動脈ステント留置	Stent	330	431	463
	(内、薬剤溶出性ステント留置)	(Drug-eluting stent)	329	431	463
	ロータブレード・ダイヤモンドバック	Rotational Atherectomy	18	32	26
経皮的僧帽弁交連切開術 (PTMC)	Percutaneous transluminal mitral commissurotomy	0	1	0	
経皮的動脈弁形成術 (PTAV)	Percutaneous aortic valvuloplasty	0	0	1	
経皮的 (末梢動脈) 血管形成術 (PPI)	Percutaneous peripheral intervention (PPI)	40	39	32	
経皮的中隔心筋焼灼術 (PTSMA)	Percutaneous transluminal septal myocardial ablation (PTSMA)	2	0	1	
下大静脈フィルター留置	Inferior vena cava filter placement	1	0	1	
患者合計	Total number of patients	1,091	1,362	1,474	

電気生理検査・心筋焼灼術・ペースメーカー件数

		2020年	2021年	2022年
心筋焼灼術	Catheter ablation	349	381	450
	心房細動 Atrial fibrillation	272	307	346
	その他 Other(PSVT etc)	77	74	104
デバイス植え込み術	Implantable cardiac device	85	117	105
	Implantable			
	植え込み型除細動器 (ICD) cardiac defibrillator	10	14	12
	心不全用両心室 Biventricular	8	9	9
	ペースメーカー (CRT) pacemaker			
	徐脈に対するペースメーカー (PMI) Pacemaker	67	94	84

循環器内科 (心不全)

超音波検査件数

		2020年	2021年	2022年
	(UCG)	7,084	9,012	9,694
超音波検査	(経食道)	581	426	424
	(血管断層)	895	859	598

心臓リハビリテーション科

		2020年	2021年	2022年
	(CPX)Cardiopulmonary exercise test	1,142	1,494	1,630
心肺運動負荷検査	(トレッドミル)	764	911	1,073
	(エルゴメーター)	378	583	557
心臓リハビリテーション患者数		511	668	742

手術件数 (ペースメーカー・植え込み型除細動器を除く)

		2020年	2021年	2022年
手術総数 (患者数)	Number of surgery(number of patients)	73	85	118
開心術 (患者数)	Open-heart surgery(number of patients)	54	65	77
死亡症例 (手術死亡・病院死亡)	Mortality(operative death・in hospital death)	0	0	1
死亡率 (開心術)	Mortality rate(open-heart surgery)	0.00%	0.00%	1.30%
予測死亡率*	Euro SCOREII	4.01%	4.20%	4.26%

* 予測死亡率 (Euro SCOREII) について ある施設のある年度の心臓手術後の死亡率を他の施設や他の年度と比較する場合、手術を受けた患者さんの背景やリスクに大きな違いがあれば、その比較は公平ということができません。リスクの高い患者さんに難しい手術を施せば当然死亡する確率は高くなりますし、その逆もしかりです。そこで、膨大なデータベースより、ある患者さんの術前データから、死亡率を予測する計算式がヨーロッパで開発されました。その 2011 年の改訂版が Euro SCOREII です。表示してある数字はその一年間に手術を受けた患者さんの予測死亡率の平均です。

手術内訳

		2020年	2021年	2022年
冠動脈大動脈バイパス移植術	(CABG)Coronary artery bypass grafting	12	15	15
	心臓拍動下冠動脈バイパス術 (OPCAB) Isolated off-pump CABG	2	4	3
	合併手術あり CABG with concomittant procedure	4	5	6
弁置換術・弁形成術	Valve replacement・repair	39	49	53
	大動脈弁 Aortic valve	25	27	27
	僧帽弁 Mitral valve	18	28	34
	三尖弁 Tricuspid valve	11	18	16
	再手術 (2 回目 ~3 回目) ReDo(2nd~3rd)	7	4	7
大動脈瘤手術	Aneurysm of aorta	26	23	42
	基部置換・自己弁温存基部置換 Aortic root replacement・Valve sparing root replacement	4	2	6
	弓部置換 Aortic arch replacement	3	2	2
	腹部置換 Abdominal aortic replacement	0	0	0
	ステントグラフト内挿術 (胸部・腹部・他) Stent graft (EVAR・TEVAR・Other)	15	11	28
メイズ手術	MAZE procedure	2	11	10
その他	Other	26	38	68

院内施設のご案内・当院への交通アクセス

INFORMATION

病床 74 床 (うち HCU 6 床)

4F	◆病室 (個室 B、4 床室)
3F	◆病室 (特別室、個室 A、個室 B、4 床室) 心臓リハビリテーション室
2F	◆高度治療室 (HCU) 心臓カテーテル検査室、手術室、家族待合室
1F	総合案内、患者サービスセンター、医事課 (予約・受付・会計)、診療連携室、 診察室、処置室、初診案内室 放射線科 (X 線、CT 室、RI 室)、臨床検査室 (採血採尿室、生理検査室)
地下 1F	薬局、相談室、中央監視室 駐車場

ACCESS



🚆 電車でお越しの方

大江戸線「六本木」3番出口より
徒歩9分

日比谷線「六本木」1番a出口より
徒歩7分

🚗 車でお越しの方

専用駐車場あり (当院地下1階)

400円/30分 (最初の1時間無料)

駐車場へは左折入庫をお願いいたします。

六本木ヒルズ方面から来た場合は約200m先でUターンしてください。

詳しくは当院ホームページをご覧ください。



◆駐車場について

駐車スペースが限られておりますので、公共交通機関のご利用にご協力ください。
なお、駐車場は有料となります。(30分/400円 外来診療および入院患者面会の方は最初の1時間無料)



公益財団法人
心臓血管研究所附属病院

〒106-0031
東京都港区西麻布 3-2-19
代表電話 03-3408-2151