



理 念

働く人と地域のために
患者中心の最善の医療を実施します

Contents

院長のご挨拶……………	1
関東労災病院地域医療連携室の担う役割…	1
脳神経外科……………	2

ご挨拶

病院長 佐藤

譲

日頃は当院の診療活動に多大なご支援、ご配慮を頂き厚く御礼申し上げます。当院は、これまで川崎市中原区、幸区、横浜市港北区等の患者さんを対象に高度専門医療、急性期医療を展開して参りました。今後も地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、災害拠点病院としての活動を強化し、この地域の中核的医療機関としての責務を果たして参りたいと存じます。地域に根づいた病院として、これまで通り「お断りをしない救急医療」を実践していく所存です。

一方、当院は政策医療として、職業関連性疾病の診断、治療、リハビリテーションを通じて、働く人々の為の医療活動を行って参りました。

とりわけ、国より「一億総活躍社会」というスローガンが掲げられている中で癌、脳卒中、糖尿病などの疾病に罹患しながらも治療と就労の両立を目指す患者さんを支援することが、当院の大きな使命と考えております。治療と就労両立支援に関する案件がございましたら是非当院にご相談下さい。

当院は地域のランドマーク病院となることを目標に掲げ、安心・安全な医療を提供できるようチーム医療の実践を目指してまいりました。急速な高齢化社会の到来を迎えた現在、かかりつけ医療機関と急性期医療を担当する当院の役割の明確化が必要とされ、クリニックの先生方と当院との間で、更に強固な連携が求められております。何卒、地域の先生方の一層のご支援を賜りますよう切にお願い申し上げます。

関東労災病院地域医療連携室の担う役割

地域医療連携室長 岡崎 裕司

いつも病診、病病連携では本当にお世話になっております。二人に一人が担癌患者である高齢者社会では「地域がん診療連携拠点病院」としての当院の地域医療連携室の役割は、研修会や講演会を通じて地域の知識の共有、顔の見える連携を更に深める場を提供することと考えております。また、勤労者には働きながらのがん治療などの環境整備の両立支援事業にも参画致しております。さらに、地域のランドマーク的病院の役割として急性期医療と回復期医療あるいは維持期の在宅医療、介護における地域医療連携に力を注ぎ、患者さん中心の医療の実践のために努力を惜しむことなく継続してまいりたいと考えております。9月1日からは日頃の救急患者の対応もよりスムーズな受診体制を再検討いたしました。今後ともこれからも皆様のご協力とご支援の程よろしくお願い申し上げます。患者、地域住民目線でのアプローチが“病氣と闘う医療”から“生活に戻すための医療、予防・共存する医療”への転換に必要不可欠であることが重要と心得て、地域住民の方々との知識の共有は“出前出張講座”を重ねることや11月23日に行う病院祭を通じて更に培っていければと考えております。

最後になりましたが、皆様のご健勝をお祈りしつつ、今後のご指導、ご鞭撻重ねてお願い申し上げます。

脳神経外科

部長 立澤 孝幸

当院の脳神経外科は1963年に開設後、50年を超え地域の脳神経外科の中核病院として歩み続けてきました。1995年には脳神経外科ホットラインをスタート（2007年に脳卒中・神経センターに改組）し、24時間365日の脳神経疾患救急患者受け入れ態勢を現在に至るまで維持し、2017年9月現在脳神経外科は3名体制ですが、神経内科と協力しており、脳神経外科指導医3名、神経内科専門医2名（内 神経内科2名）、脳卒中専門医4名（内 神経内科2名）、脳血管内治療専門医2名（内 神経内科1名）、脳卒中の外科学会技術指導医2名、神経内視鏡技術認定医1名（内 神経内科1名）による神経疾患に対する積極的な治療が行われております。

（1）脳梗塞に対しては2005年にt-PAが認可されたことで、発症後3時間以内（現在は4.5時間）の超急性期治療の門戸が開かれ、さらに2015年2月の国際脳卒中学会で発症後8時間までの血栓回収療法の有効性が確認されました（世に言うナッシュビルホープ）。これにより脳卒中を疑われる患者さんをより早期にt-PAと血管内治療の両者が対応可能な病院に搬送することの重要性が認識されることとなりました。当院はその両者に迅速に対応しうる川崎市内での数少ない医療機関の一つです。通常救急隊からの第一報とともに、緊急MR検査や適応禁忌を除外するために必要な臨床検査や点滴ルート確保の準備をスタートし、到着と同時に診断と治療が開始できるような体制がとられております。これにより、入院時に閉塞していた血管が再開通し、後遺症を残すことなくご帰宅いただける症例が増えてきております。ぜひ脳卒中の疑われた患者さんは当院に緊急搬送していただくようお願いいたします。

また、近年脳梗塞の病態も徐々に変化してきており、高血圧が主原因である穿通枝梗塞が減少し、糖尿病や高脂血症に伴うことの多いアテローム血栓性脳梗塞や心房細動に伴う心原生脳塞栓症の頻度が増加しております。内頸動脈狭窄に対しては軽度のものには原則的には抗血小板薬やスタチンによる保存的治療が適応となりますが、高度狭窄例に対しては頸動脈内膜剥離術あるいは頸動脈ステント留置術が必要となります。当施設ではこれらに対しても積極的に行っております。また、クモ膜下出血に対しては従来より行われていた開頭クリッピング術に加えて血管内治療（コイル塞栓術）にも対応しており、患者さんの状態や動脈瘤の部位により開頭手術では対応が困難な症例に対してもより良好な治療成績が得られております。

（2）脳脊髄腫瘍には、良性・悪性があり、原発性脳腫瘍のうち神経膠腫が約25%であり、神経膠腫のうち最も悪性度の高い膠芽腫が10%を占めます。そのほかの腫瘍は髄膜腫や下垂体腺腫、神経鞘腫といった良性のものがほとんどを占めます。しかし良性といえども頭蓋内に生じるため成長し脳を圧迫するようになると判断される場合には手術が必要になります。現在当院においては最先端の術中ナビゲーションシステムや術中蛍光色素を用いて腫瘍と正常組織の境界を見極め、術中生理機能モニタリングを用いた安全な治療に専念しております。また下垂体腫瘍に対しては神経内視鏡下摘出術を行っております。また、悪性神経膠腫では、抗がん剤と放射線治療が後療法として必要になりますが、最新の知見に基づく最良の治療を選択するように心がけております。また、京都大学原子炉実験所の共同利用研究として先端医療であるホウ素中性子捕捉療法（BNCT）の治験にも参加しております。

(3) 外傷においても重症頭部外傷のみならず、スポーツ外傷の一つとして最近さらに注目されている脳震盪などの軽症頭部外傷にも積極的に対応させていただいております。

診療実績

	分 類	件数		分 類	件数
	脳神経外科的手術の総数	236			
1	脳腫瘍：(1)摘出術	11	27	脊椎・脊髄：(2)動静脈奇形	0
2	脳腫瘍：(2)生検術（開頭術）	1	28	脊椎・脊髄：(3)変性疾患（変形性脊椎症）	0
3	脳腫瘍：(2)生検術（定位手術）	3	29	脊椎・脊髄：(3)変性疾患（椎間板ヘルニア）	
4	脳腫瘍：(3)経蝶形骨洞手術	1	30	脊椎・脊髄：(3)変性疾患（後縦靱帯骨化症）	
5	脳腫瘍：(4)広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	0			
6	脳腫瘍：その他	0			
7	脳血管障害：(1)破裂動脈瘤	23	31	脊椎・脊髄：(4)脊髄空洞症	0
8	脳血管障害：(2)未破裂動脈瘤	7	32	脊椎・脊髄：その他	0
9	脳血管障害：(3)脳動静脈奇形	3	33	機能的手術：(1)てんかん	0
10	脳血管障害：(4)頸動脈内膜剥離術	10	34	機能的手術：(2)不随意運動・頑痛症（刺激術）	0
11	脳血管障害：(5)バイパス手術	3	35	機能的手術：(2)不随意運動・頑痛症（破壊術）	0
12	脳血管障害：(6)高血圧性脳内出血（開頭血腫除去術）	15	36	機能的手術：(3)脳神経減圧術	0
13	脳血管障害：(6)高血圧性脳内出血（定位手術）	0	37	機能的手術：その他	0
14	脳血管障害：その他	4	38	血管内手術：(1)動脈瘤塞栓術（破裂動脈瘤）	8
15	外傷：(1)急性硬膜外血腫	3	39	血管内手術：(1)動脈瘤塞栓術（未破裂動脈瘤）	3
16	外傷：(2)急性硬膜下血腫	6	40	血管内手術：(2)動静脈奇形（脳）	2
17	外傷：(3)減圧開頭術	1	41	血管内手術：(2)動静脈奇形（脊髄）	0
18	外傷：(4)慢性硬膜下血腫	43	42	血管内手術：(3)閉塞性脳血管障害の総数	28
19	外傷：その他	6	43	血管内手術：(3)（上記のうちステント使用例）	7
20	奇形：(1)頭蓋・脳	0	44	血管内手術：その他	5
21	奇形：(2)脊髄・脊椎	0	45	脳定位的放射線治療：(1)総数	0
22	奇形：その他	0	46	脳定位的放射線治療：(2)腫瘍	0
23	水頭症：(1)脳室シャント術	22	47	脳定位的放射線治療：(3)脳動静脈奇形	0
24	水頭症：(2)内視鏡手術	1	48	脳定位的放射線治療：(4)機能的疾患	0
25	水頭症：その他	10	49	脳定位的放射線治療：その他	0
26	脊椎・脊髄：(1)腫瘍	0	50	その他：上記の分類すべてに当てはまらない	17