

201222001B

厚生労働科学研究費補助金
循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

包括的脳卒中センターの整備に向けた
脳卒中の救急医療に関する研究

平成22～24年度 総合研究報告書

研究代表者 飯原弘二
(国立循環器病研究センター)

平成25(2013)年3月

厚生労働科学研究費補助金
循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

包括的脳卒中センターの整備に向けた
脳卒中の救急医療に関する研究

平成 22 ～ 24 年度 総合研究報告書

研究代表者 飯 原 弘 二
(国立循環器病研究センター)

平成25(2013)年3月

目 次

I. 総合研究報告書

包括的脳卒中センターの整備に向けた脳卒中の救急医療に関する研究

国立循環器病研究センター 飯原 弘二…………… 1

(資料)

1. 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究研究成果発表会 …… 21
2. 平成 24 年度第 1 回班会議 …… 33
議事録、発表スライド
3. 平成 24 年度第 2 回班会議 …… 97
議事録、発表スライド
4. 全国調査①「脳卒中診療施設調査」…………… 177
5. 全国調査②「脳卒中診療担当医の勤務状況と疲労度調査」…………… 225
6. 全国調査③「脳卒中診療の退院患者調査」…………… 245
7. 研究ホームページ …… 269
8. 参考資料等 …… 283

II. 研究成果の刊行に関する一覧表

I . 総合研究報告書

包括的脳卒中センターの整備に向けた脳卒中の救急医療に関する研究

研究代表者 飯原 弘二 国立循環器病研究センター脳神経外科部長

研究要旨

高齢社会を迎え、地域医療が崩壊しつつある本邦にあって、年々増加する救急要請への対策は喫緊の課題である。緊急性の高い脳卒中治療については、医療機関の集約化、広域化と医療機関同士の連携強化は避けて通れない。

本研究では、地理情報の異なる脳卒中救急医療の7つのモデル地域（札幌市、岩手県、千葉市、東京北多摩南部地区、名古屋市、大阪豊能地区、長崎県：人口100-200万人）を含む全国の医療圏を対象とし、地域における脳卒中の救急搬送の実態（搬送時間）と各疾患（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）の治療件数、成績、治療を担当する専門医数を hospital-based, population-based で比較する。

Population-based で信頼度の高い脳卒中救急医療のデータベースを構築するため、研究参加医療圏内の脳卒中救急指定施設から集積した DPC データから、体系的に脳卒中救急患者を抽出し、搬送患者の確定診断、重症度、治療内容と1ヶ月後の転帰、在院日数につき悉皆的に調査を行い地域間の比較を可能とする。地理情報システム（GIS）を活用した疫学的な解析を行い、搬送と脳卒中治療の実態（施設集中度など）を地域ごとに解析し、次世代の脳卒中センターの機能（一次センターと包括的センター）に応じた適正な配備を検討する。また疲弊の進む脳卒中治療医のキャリア維持と地域医療の両立の面から、治療件数、専門医数と専門医の「Quality of life」の地域別の実態を調査し、専門医の育成と適正な配備について検討する。

現在のところ、当研究課題について、全国レベルで体系的な検討を行った研究は国際的にもなく、地域の特性に応じた救急医療体制、脳卒中センターの人的、物的資源から見た適正な配置を、国レベルの俯瞰した視点から構築して行く上で貴重な情報を提供する。DPC データを用いた悉皆調査は、今後脳卒中のみならず、広く循環器領域に応用されていくものと考えられ、当研究の試みは画期的で極めて重要である。本研究の分担研究者は、当該医療圏での脳血管障害の救急医療を長年にわたり指導してきたメンバーであり、疫学、統計学の専門家の参加も得た。研究計画は、個人情報保護には万全を期し、臨床研究に関する倫理指針および疫学研究に関する倫理指針に則ることとする。

1) 脳卒中診療施設調査

日本脳神経外科学会、神経学会の教育訓練施設を対象に診療施設調査を行い、751施設から回答を得た（回答率54%）。J-ASPECT Study 診療施設調査の年間症例数の集計結果は、

日本脳神経外科学会の平成 21 年の全数調査の結果と比較すると、人口の約 56%、本邦の脳卒中治療に関する教育訓練施設の 54%、外科治療、血管内治療の約 68%の現状を把握しているものと捉えることができる。

調査項目は、米国のブレインアタック連合から、2005 年に発表された包括的脳卒中センターの推奨要件 (Stroke 36: 1597-1616, 2005) に該当する質問項目を含み、5 つの大分類 (専門的な人員 (Personnel)、診断技術(Diagnostic)、外科・介入治療(Surgical)、インフラストラクチャー(Infrastructure)、教育・研究プログラム(Education)) に分類され、推奨要件の充足率を施設の地理的条件 (都市圏分類) に基づいて検討した。

専門的な人員、診断技術、外科・介入治療、インフラストラクチャー、教育・研究プログラムの 5 つの大分類の中で、診断技術 (P=0.09) を除いた 4 つの大分類の合計スコアに有意差を認め(専門的な人員 (P<0.0001)、外科・介入治療 (P=0.0002)、インフラストラクチャー (P<0.0001)、教育・研究プログラム)、診断技術を除くと、脳卒中医療の地域格差が顕著と存在することが明らかとなった。

2) 脳卒中診療担当医の勤務状況と疲労度調査

震災で被災した 3 県を除く約 10000 人の脳卒中担当専門医に MBI および SF-36 の一部の設問にてアンケートを行った。100 例の予備的解析では 46%が burn out syndrome に該当する可能性があった。やりがいに関しては平均 3.6 (基準 2.2) であった。被調査者の平均睡眠時間 5.74 時間で、6 時間以下の睡眠時間は burn out syndrome になるリスク因子であった。

3) DPC 情報、電子レセプト情報をもちいた脳卒中救急疫学調査

本邦の脳卒中治療の現状を把握するために、本研究班の「脳卒中診療施設調査」に協力した施設の施設長宛に、「レセプト情報をもちいた脳卒中救急疫学調査」への協力を依頼した (<http://www.ncvc.go.jp/topics/002965.html>)。本研究班「脳卒中診療施設調査」に協力していただいた 757 病院を対象に、平成 22 年度の 1 年間の DPC 情報、電子レセプト情報に基づいた、脳卒中患者の退院調査への協力を依頼した。このうち 322 病院 (43%) が研究参加に同意し、2 月 8 日時点で 276 病院がデータを提出した。脳卒中に関連する ICD10 コードを用いて、脳卒中症例を抽出し、65,165 例の脳卒中症例を集積することができた。このうち、死亡退院が 6,846 例 (10.5%) であり、死亡のタイミングは、入院後 24 時間以内が 1313 例 (2%)、7 日以内が 3,673 例 (5.6%)、30 日以内が 5,593 例 (8.6%) であった。

4) 包括的脳卒中センターとしての機能のスコアと入院時死亡率との関係の検討

初年度に施行した脳卒中診療施設調査の結果から、米国ブレイン・アタック連合が提唱した、包括的脳卒中センターの推奨要件に該当する 25 項目を満たす項目数を、当該診療施設の包括的脳卒中センタースコア (Comprehensive Stroke Center Score: CSC Score) として、平成 23 年度に施行した「脳卒中救急疫学調査」から得られた入院時死亡率との関係を、施

設要因と患者要因を考慮して (hierarchical logistic regression analysis) 検討した。256 病院から、53,170 症例の脳卒中症例を抽出した。入院時死亡率は、脳梗塞 (n=32,671) 7.8%、脳内出血 (n=15,699) 16.8%、くも膜下出血 (n=4,934) 28.1%であった。全ての病型において、CSC score は、入院時死亡率の減少に有意に関係した。

・研究分担者氏名・所属機関及び所属機関
における職名

中川原 讓二
国立循環器病研究センター
脳卒中統合イメージングセンター 部長

小笠原 邦昭
岩手医科大学医学部脳神経外科学 教授

塩川 芳昭
杏林大学医学部脳神経外科 教授

有賀 徹
昭和大学医学部救急医学講座 教授

小野 純一
千葉県循環器病センター センター長

宮地 茂
名古屋大学大学院医学系研究科
脳神経病態制御学 准教授

永田 泉
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
展開医療科学講座神経病態制御外科学 教授

松田 晋哉
産業医科大学医学部公衆衛生学 教授

豊田 一則
国立循環器病研究センター脳血管内科
部長

嘉田 晃子
国立循環器病研究センター
研究開発基盤センター
先進医療・治験推進部 室員

西村 邦宏
国立循環器病研究センター
予防医学・疫学情報部
EBMリスク情報解析室 室長

A. 研究目的

今回の研究の目的は、人口、面積、地形の異なる7つの医療圏を含む全国の医療圏を対象に、地理情報システム (GIS: Geographic Information System) と DPC データとを統合し、脳卒中の救急医療の実態を体系的に調査、俯瞰することであり、今後の地域の特性に応じた包括的脳卒中医療体制を策定することが目的である。地域の拠点となる包括的脳卒中センターに必要な人的、物的資源の現状についても調査する。

今回の研究では、産業医科大学公衆衛生学教室の協力を得て、医療圏における DPC 参加病院の脳卒中患者について、救急搬送から退院までの一貫したデータベースを悉皆性を持って構築する。GIS は、地理的位置を手がかりに、空間データを総合的に管理・加工し、視覚的に表示し、高度な分析や迅速な判断を可能にする技術 (Perspect Health Inf Manag 2008) である。これまで、脳卒中治療については、断片的なデータ (カナダにおける tPA 静注療法へのアクセス Scott et al. Stroke 29, 1998) は存在するものの、本邦において体系的に調査した報告はない。救急機関へのアクセスは、脳卒中の予後を決定する重要な因子であるが、本研究によって適正な脳卒中センターの配置に

ついて貴重な情報が得られる。またより重症な脳卒中を治療するセンターには、専門治療技術を修得した専門医が必要であるが、DPC データを集積し、解析することによって、地域による脳卒中に対する治療（脳梗塞に対する t-PA 静注療法と脳血管内治療、脳内出血に対する血腫除去術、くも膜下出血に対するクリッピング術とコイル塞栓術）の施設集中度とアウトカムが視覚的に明らかとなる。

また本研究は全国の脳卒中治療医を対象に、Quality of life を定量的に測定した初のプロジェクトである。

B. 研究方法

1) 脳卒中診療施設調査

日本脳神経外科学会教育訓練施設、日本脳卒中学会研修教育施設、合計 1381 施設を対象に、包括的脳卒中センターの推奨要件に関するアンケート調査を行った。アンケートの回答項目は、Alberts MJ et al. (Stroke 2005) らによって報告された、包括的脳卒中センターの推奨要件に基づき、専門的な人員 (Personnel)、診断技術(Diagnostic)、外科・介入治療(Surgical)、インフラストラクチャー(Infrastructure)、教育・研究プログラム(Education)に関する 5 つの大項目とその中の小項目に分けられる。欧米の推奨要件に該当する項目がない場合には、本邦の実情に合わせ項目を規定し、診療施設調査の評価項目から包括的脳卒中センターの推奨要件を充足する要素を合計して、各施設別にスコアを算出した。

脳卒中に関連する外科治療、血管内治療、t-PA 静注療法の平成 21 年 1 年間における診療実績についても調査を施行した。

診療施設の地理的要因に関しては、包括

的な都市圏分類として金本、徳岡らによった提唱された新しい都市圏分類を採用し、日本の脳卒中診療施設の配置を、「大都市中心」、「大都市郊外」、「小都市中心」、「小都市郊外」の 4 つに分類し、包括的脳卒中センターの推奨要件の充足状況について検討を行った。

2) 脳卒中診療担当医の勤務状況と疲労度調査

対象は日本脳神経外科学会、日本神経学会の認定専門医を対象に無記名、横断的アンケート調査を 2011 年 3 月に行った。(配布総数 10,741 人) 今回は震災の影響を考慮して東北 3 県居住医師は対象から除いた。年齢、性別、経験年数、診療内容、労働時間、受け持ち患者数、当直回数、オンコール回数、収入、専門医種別、などを診療従事者側の背景要因として調査した。

仕事に対する満足度、燃え尽き症候群の頻度、QOL の測定を客観的尺度を用いて、行った。燃え尽き症候群は Maslash Burnout Inventory の日本語版(北岡らによる)日本版MB I-G Sを用いた。16 問の質問により疲労感、シニスム、職場効力感を測定した。

QOL の測定には SF-36 中のメンタルヘルスコア (MH5) を尺度として用いた。疲弊感スコア 3.4 以上、シニシズムスコア 2.6 以上または職場効力感スコア 1.7 を満たす場合を燃え尽き症候群として、Wilcoxon Ranksum test, Logistic regression により関連するリスクファクターの検索を行った。多変量モデルではステップワイズ法による変数選択を行った。

3) DPC 情報、電子レセプト情報をもちいた脳卒中救急疫学調査

本邦の脳卒中治療の現状を把握するために、本研究班の「脳卒中診療施設調査」に協力した施設の施設長宛に、「レセプト情報をもちいた脳卒中救急疫学調査」への協力を依頼した (<http://www.ncvc.go.jp/topics/002965.html>)。具体的には、調査期間内（平成22年4月～平成23年3月）に入院し、追跡期間内に退院となったもので、レセプト電算ファイル上、主傷病名、入院の契機となった傷病名、最も医療資源を投入した傷病名のいずれかに脳卒中の病名（ICD10コード）の少なくとも一つを含む症例を抽出したものを、事務局まで送付を依頼した。あらかじめ配布した匿名化ツールにより各施設で暗号化した入院、外来レセプトデータ、もしくはDPC調査形式データより上記基準による対象症例を抽出することにより、本研究用の症例を自動抽出する。

登録項目

検討項目の測定

共通項目

- ・生年月日
- ・性別
- ・自宅郵便番号
- ・発症年月日
- ・入院年月日
- ・入院経路：救急車による搬送、他院より

の紹介

- ・併存症（高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、心房細動）
- ・入院前modified Rankin Scale(mRS)スコア
- ・画像診断、検査の有無〔MRI、MRA、CT、脳血管造影、頸動脈超音波検査、撮影・検査未実施〕
- ・リハビリテーションの有無
- ・退院時mRSスコア

- ・退院年月日
- ・退院先
- ・退院時DPCコード
- ・退院時ICDコード

脳梗塞、非外傷性脳内血腫、くも膜下出血別に、入院中の内科治療、外科治療の内容を登録した。

4) 包括的脳卒中センターとしての機能のスコアと入院時死亡率との関係の検討

初年度に施行した脳卒中診療施設調査の結果から、米国ブレイン・アタック連合が提唱した、包括的脳卒中センターの推奨要件に該当する25項目を満たす項目数を、当該診療施設の包括的脳卒中センタースコア（Comprehensive Stroke Center Score: CSC Score）として、平成23年度に施行した「脳卒中救急疫学調査」から得られた入院時死亡率との関係を検討した。施設要因と患者要因を、hierarchical logistic regression analysis を用いて検討した。

（倫理面への配慮）

疫学研究的倫理指針に従い、公開すべき事項を含むポスターを各施設の外来および病棟の目につくところに掲示し、情報の公開と拒否の機会を設ける。

インフォームドコンセント

本研究は、通常の診療において生成される診療情報を収集、匿名化して解析するものであり、研究目的の達成には悉皆性の担保が重要であることから、登録の際に患者個人から個別の同意は取得しない方針とし、各参加施設では研究の目的を含む研究の実施についての情報を院内掲示と入院時のお

知らせ等により公開・広報し、登録の実施を周知する。併せて、何ら診療上の不利益を受けることなく、研究目的での協力を拒否できることを明示し、協力拒否の申し出があった患者については研究目的の情報登録の対象から除外する。個人情報の保護

DPC データはすでに各施設で連結可能な匿名化となっている。データセットには個人を識別できる情報を含めない。

C. 研究結果

1) 脳卒中診療施設調査

日本脳神経外科学会、神経学会の教育訓練施設を対象に診療施設調査を行い、751施設から回答を得た（回答率 54%）。

都市圏分類は、平成 17 年度の国勢調査の結果をもとに設定した。この都市圏分類では、人口の 45%が大都市中心に、39%が大都市郊外に、7%が小都市中心に、2%が小都市郊外に分布する。アンケートの送付先の施設の分布は、49%が大都市中心に、32%が大都市郊外に、11%が小都市中心に、2%が小都市郊外であり、人口の分布に近い。アンケートの回答率は、大都市中心 56%、大都市郊外 55%に、小都市中心 57%、小都市郊外 39%であり、小都市郊外（人口の 2%）を除き、同様の回答率であり、本施設調査の結果は、本邦全体の診療施設の状況を、都市圏分類別にほぼ均等に反映しているものと考えられる。

本診療施設調査は、本邦の脳卒中治療（外科治療、血管内治療）のどの程度を把握しているかについて、日本脳神経外科学会の平成 21 年の全数調査の結果と比較した。その結果、J-ASPECT Study 診療施設調査に参加した施設において、脳動脈瘤クリッピング術で 64%、コイル塞栓術で 67%、頸動脈

血栓内膜剥離術で 76%、頸動脈ステント留置術で 77%、頭蓋内外バイパス術で 69%、開頭血腫除去で 72%と、外科治療、血管内治療の本邦の約 68%の施行がされている。

したがって、J-ASPECT Study 診療施設調査の結果は、人口の約 56%、本邦の脳卒中治療に関する教育訓練施設の 54%、外科治療、血管内治療の約 68%の現状を把握しているものと捉えることができる。

	送付	回答	回答率	人口
大都市	1,121	622	55.5%	106,681,629
大都市_中心	681	382	56.1%	57,220,598
大都市_郊外	440	240	54.5%	49,461,031
小都市	188	102	54.3%	13,501,354
小都市_中心	157	90	57.3%	9,124,456
小都市_郊外	31	12	38.7%	4,376,898
その他	72	27	37.5%	7,556,267

計) 751

アンケート回答施設の全体病床数の分布を示す。300-499 床 (34%)、100-299 床 (31%)、500 床以上 (28%) の施設が、約 94%を占めた。

推奨要件の充足度について

専門的な人員 (Personnel) を医師数の中央値 (四分位、範囲) で示す。脳卒中診療を主とする常勤医師 (問 4) は 4 (3-7, 0-67) であった。

脳卒中治療を担当する術者数 : t-PA 静注療法 4 (2-6, 0-40)、経動脈的血栓溶解術・経皮的血管形成術 頸動脈血栓内膜剥離術 2 (1-3, 0-12)、頸動脈ステント留置術 1 (0-1, 0-12)、頭蓋内外バイパス術 2 (1-3, 0-12)、脳動脈瘤クリッピング術 3 (2-4, 0-17)、脳動脈瘤コイル塞栓術 1 (1, 0-1, 0-12)、開頭

脳内血腫除去術 3 (2-4.5, 0-20)、定位的脳内血腫除去術 3 (2-4, 0-25)、内視鏡下脳内血腫除去術 0 (0-2, 0-12) であった。

多職種からなる急性期脳卒中チーム (acute stroke team) は、188 施設 (25.8%) にあり、その主な構成人数 (中央値、四分位) は、日本脳神経外科学会専門医 (4, 3-5)、日本脳卒中学会専門医 (3, 2-4)、日本脳神経血管内治療学会専門医 (1, 1-2)、日本神経学会 (神経内科) 専門医 (2, 1-3)、(神経) 放射線科医 (1, 0-1)、日本リハビリテーション医学会専門医 (1, 0-1)、理学療法士 (PT) (6, 3-9)、作業療法士 (OT) (3, 1-5)、言語聴覚士 (ST) (2, 1-3) であった。

Stroke Care Unit / Stroke Unit (SCU / SU) は、131 施設 (17.7%) にあり、SCU がいない場合、急性期脳卒中患者の対応病床は、ICU が 312 施設 (50.3%)、HCU が 199 施設 (32.1%)、一般病床が 284 施設 (45.8%) であった。しかしながら、SCU がある施設の内、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準を取得している施設は、53 施設 (37.1%) に過ぎない。

脳卒中救急搬送の受け入れ体制は、「原則として常時、受け入れ可能」として施設は、日勤時間内では 94.3% であったが、時間外では 81.8% に低下し、「病院群輪番制にて担当日のみ受け入れ可能」とした施設が、日勤時間内では 0.9% であったが、時間外では 7.5% に増加した。

脳卒中診療の担当医の当直体制では、「脳卒中診療の担当医が毎日当直していない」施設が 68% であり、このような施設のうち、「脳卒中診療の担当医への連絡が常時可能

である」と回答した施設は、約 66% であった。

脳卒中診療の担当医の 1 ヶ月間の一人当たりの平均当直回数 (中央値、四分位) は、3, 2-4 回、脳卒中診療の担当医の 1 週間の一人当たりの時間外呼び出し回数 (中央値、四分位) は、2, 1-3 回であった。

脳卒中リハビリテーションについては、急性期脳卒中リハビリテーションは、95.2% の施設で実施されており、理学療法士が 98.7%、作業療法士が 92.7%、言語聴覚士が 85.9% の施設で勤務していたが、リハビリテーション専門医師、脳卒中リハビリテーション看護師については、41.1%、13.7% の施設で勤務しているに過ぎない。

診断技術については、「24 時間施行可能」な施設の割合は、CT はほぼ全施設で、MRI、CT 血管撮影は、86.2%、83.6% であったが、頸動脈エコーは 34.4%、経頭蓋ドップラーは 16.1% の施設でのみ対応可能であった。血液検査では、「24 時間施行可能」な施設の割合は、血液ガス検査、血糖についてはほぼ全施設であったが、血液凝固検査が 88.9% で対応可能であった。

診療体制では、NIHSS を日常的に使用している施設が 70.6%、t-PA 使用時のプロトコール、脳卒中データベースの整備が 84.8%、31.3% であった。

脳卒中急性期症例で、高度な外科治療を要する場合、「すべて自施設で対応」と回答した施設が 60.1%、脳卒中急性期症例で、血管内治療を要する場合、「すべて自施設で対応」と回答した施設が 37.2% にとどまった。

脳卒中の教育体制については、「脳卒中診

療に携わる職種全ての人を対象とした、院内講習会」を開催している施設が 48.1%、「救急救命士などの救急隊を対象とした、脳卒中講習会」を開催している施設が 35.7%、「地域一般住民を対象とした、脳卒中講習会」を開催している施設が 49.1%で、すべて半数以下であった。

2009年1年間の治療件数(中央値、四分位)は、発症7日間以内の急性期脳卒中患者数は、50 例未満：6.8%、50 例以上100 例未満：10.4%、100 例以上200 例未満：26.5%、200 例以上300 例未満：20.8%、300 例以上：30.4%であった。

治療法別では、t-PA 静注療法が5, 2-10、脳動脈瘤クリッピング術が15, 6-27、脳動脈瘤コイル塞栓術が3, 0-11であった。

*包括的脳卒中センターの推奨要件の充足に関する都市圏別解析

包括的脳卒中センターの要件は、5つの大分類：専門的な人員(Personnel)、診断技術(Diagnostic)、外科・介入治療(Surgical)、インフラストラクチャー(Infrastructure)、教育・研究プログラム(Education)から成り、各大分類はさらに小分類から構成される。小分類に本診療実態調査における該当調査項目を対応させた。上記の「脳卒中診療施設調査」の結果を前述の都市圏別に検討した。推奨要件別に4つの都市圏およびその他の間での充足施設の割合を示す。診断技術については、80%以上の施設が満たしている項目が多かったが、インフラストラクチャー、教育・研究プログラムではいずれの項目も満たしている施設の割合は80%未満であった。

専門的な人員、診断技術、外科・介入治療、インフラストラクチャー、教育・研究プログラムの5つの大分類の中で、診断機器(P=0.09)を除いた4つの大分類の合計スコアに有意差を認めた(人的資源(P<0.0001)、治療担当医(P=0.0002)、インフラストラクチャー(P<0.0001)、教育・研究プログラム)。

2) 脳卒中診療担当医の勤務状況と疲労度調査

対象となる脳神経外科医、神経内科医のうち 2724(25.3%) の回答を得た。疲労度に関しての有効回答率は 90.1%であった。回答者は平均経験年数で 21.9 年、週 65.9 時間労働、月 2.95 回の当直と週 2.02 回のオンコール勤務を行っていた。

燃えつき症候群の頻度

疲労感またシニシズムのどちらかを満たすことを基準とした場合、48.1%の回答者が燃え尽き症候群の可能性があった。疲労感スコア 3.4 以上かつシニシズムスコア 2.6 以上または職場効力感スコア 1.7 を満たす場合と定義した場合でも 23.4%がバーンアウトと診断された。睡眠時間、収入によるバーンアウトの割合は大きく異なることが示された。

SF-36 のメンタルスコアを用いた場合、58%が軽度のうつ症状を示し、27.1%は重度のうつ症状を示した。

燃えつき症候群に関連する要因

経験年数とともに燃え尽き症候群は減少した。(p for trend <0.01) 特に経験 10 年未満では 59.0%が燃え尽きていた。経験年数は労働時間の減少、睡眠時間の増加と有意に相関していた。(both P <0.001) 標榜科による層別解析を行っても同様の傾向を示

した。

単変量回帰で燃え尽き症候群の増加と有意に相関したのは、下記の要因であった。

労働時間,時間外コール数

睡眠時間 6 時間以下

t-PA 治療数

当直日数

経験年数 10 年以下

患者数

脳卒中治療に携わる時間が 25%以上であること

燃え尽き症候群の低下と有意に相関したのは、既婚、収入であった。

ステップワイズ法では、最終的に睡眠時間、労働時間、当直数、高収入が予測因子として選択された。

脳外科医に関しては、緊急手術、t-PA 静注療法件数が有意なリスク要因であった。施設調査による施設側の要因の予備的な解析では、総病床数、血腫除去術、救急指定などとの関連が示唆された。

3) DPC 情報、電子レセプト情報をもちいた脳卒中救急疫学調査

本研究班「脳卒中診療施設調査」に協力していただいた 757 病院を対象に、平成 22 年度の 1 年間の DPC 情報、電子レセプト情報に基づいた、脳卒中患者の退院調査への協力を依頼した。このうち 322 病院 (43%) が研究参加に同意し、2 月 8 日時点で 276 病院がデータを提出した。脳卒中に関連する ICD10 コードを用いて、脳卒中症例を抽出し、65,165 例の脳卒中症例を集積することができた。このうち、死亡退院が 6,846 例 (10.5%) であり、死亡のタイミングは、

入院後 24 時間以内が 1313 例 (2%)、7 日以内が 3,673 例 (5.6%)、30 日以内が 5,593 例 (8.6%) であった。

救急車による緊急入院は 46.7%であり、外科治療を施行した症例は 7,350 例であった。主な内訳は、脳動脈瘤クリッピング術が 2,504 例、頭蓋内血腫除去術が 1,559 例、脳血管内手術が 983 例、頸動脈ステント留置術が 285 例であった。

4) 包括的脳卒中センターとしての機能のスコアと入院時死亡率との関係

「脳卒中救急疫学調査」に DPC データを提出した 256 病院のデータから、平成 22 年度に入院した脳卒中症例 (予定入院を除く) を、53,170 例抽出した。入院時死亡率は、脳梗塞 (n=32,671) 7.8%、脳内出血 (n=15,699) 16.8%、くも膜下出血 (n=4,934) 28.1%であった。脳梗塞の死亡率は、男性 (OR=1.23)、年齢 (OR=1.4)、意識レベル (意識清明を対象として、JCS: 1 桁 OR=2.4、JCS: 2 桁 OR=7.46、JCS: 3 桁 OR=21.62) と有意に相関し、CSC スコアも死亡率の低減と有意に関係した (OR=0.97)。脳内出血の死亡率は、男性 (OR=1.72)、年齢 (OR=1.36)、意識レベル (意識清明を対象として、JCS: 1 桁 OR=1.45、JCS: 2 桁 OR=4.22、JCS: 3 桁 OR=49.59) と有意に相関し、CSC スコアも死亡率の低減と有意に関係した (OR=0.97)。くも膜下出血の死亡率は、男性 (OR=1.39)、年齢 (OR=1.37)、意識レベル (意識清明を対象として、JCS: 2 桁 OR=2.01、JCS: 3 桁 OR=17.12) と有意に相関し、CSC スコアも死亡率の低減と有意に関係した (OR=0.95)。

D. 考察

欧米では、t-PA 静注療法を行う専門施設としての一次脳卒中センターの整備の必要性が認識され、米国においては病院機能評価機構である Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization(JCAHO)による認定が 2003 年より行われており、2011 年 1 月 49 州において 800 施設以上が認証されている。一方、より高次の脳卒中治療を行う施設としての包括的脳卒中センターの推奨要件が 2005 年に公表され (Albers et al. Stroke 2005)、現在その施設認定に向けて JCAHO により推奨要件の策定が行われている。

本邦においては、t-PA 静注療法が 2005 年に認可された。岡田らの報告 (脳卒中 32 : 365-372、2010) によると、t-PA 静注療法認可承認後 4 年間に、65 歳以上人口 10 万人当たりの t-PA 静注療法使用症例数は経年的に増加し、t-PA 静注療法が全く実施されなかった二次医療圏数は 2 年目の 18% から 4 年目には 13% へと減少したものの、t-PA 静注療法実施率は、都道府県、二次医療圏間で著しい地域格差を認めた。本研究においても、都市圏分類間において、t-PA 静注療法の施設別施行数も都市圏別に有意の差を認めた。

包括的脳卒中センターは、t-PA 静注療法を行う一次脳卒中センターの機能を果たし、なおかつ高次の脳卒中治療を行う施設であることから、診療体制では、NIHSS を日常的に使用し、t-PA 使用時のプロトコールが存在することは必要であり、さらに 脳卒中急性期症例で、高度な外科治療、血管内治療を要する場合、「すべて自施設で対応」可能である必要がある。またインフラストラクチャーとしては、Stroke Care Unit/Stroke

Unit または ICU の存在、外科治療、血管内治療を常時施行可能であることが条件となる。また地域や脳卒中診療に携わる専門的人員に対する教育/啓発活動などを行っていることも推奨されている。

平成 24 年 1 月に JCAHO から、包括的脳卒中センターの推奨要件が公表された。

(http://www.jointcommission.org/certification/advanced_certification_comprehensive_stroke_centers.aspx)。症例数による認証基準として、1) 年間 20 例以上のくも膜下出血、2) 年間 10 例以上の脳動脈瘤クリッピング術、3) 年間 15 例以上の脳動脈瘤コイル塞栓術、4) 年間 25 例以上の t-PA 静注療法 (遠隔医療によって、包括的脳卒中センターによりモニターされた症例も含める) が列挙されている。この他、高度画像診断技術、入院後のケア、複雑な脳卒中患者を対象とした、神経集中治療病床 (neuro-intensive care unit)、脳卒中患者のケアをモニターする peer review process、脳卒中に関する研究参加、performance measures などが要件として公表され、平成 24 年に認証が始まったところである。

本研究では、より高次の脳卒中治療を行う包括的脳卒中センターの推奨要件を満たす施設の存在、地理的な分布について、初めての全国調査を施行した。本研究の診療施設調査は、将来本邦において認定される可能性がある包括的脳卒中センターの整備に向けて、貴重な資料を提供する。

包括的脳卒中センターの要件は、5 つの大分類：専門的な人員 (Personnel)、診断技術 (Diagnostic)、外科・介入治療 (Surgical)、インフラストラクチャー (Infrastructure)、教育・研究プログラム (Education) から成り、各

大分類はさらに小分類から構成される。小分類に本診療実態調査における該当調査項目を対応させた。本研究では、日本脳神経外科学会教育訓練施設、日本脳卒中学会研修教育施設、合計 1381 施設を対象に、包括的脳卒中センターの推奨要件に関するアンケート調査を行った。回答率は 54%であった。

今回の米国で提唱された包括的脳卒中センターの推奨要件に関する診療施設調査の結果、本邦の脳卒中診療施設においては診断技術を除く、専門的な人員、外科・介入治療、インフラストラクチャー、教育・研究プログラムのすべてにおいて、地域格差が厳然と存在することが明らかとなった。特に脳卒中急性期症例で、高度な外科治療、血管内治療を要する場合、「すべて自施設で対応」可能である施設は、外科治療で 60.1%、血管内治療で 37.2%）であり、また t-PA 静注療法を含めた脳卒中急性期治療の整備にもっとも重要なインフラストラクチャーとしての Stroke Care Unit/Stroke Unit の整備が 17.7%に留まっていることが課題であると考えられる。また脳卒中内科医、脳神経血管内治療医の充足率の改善が課題であると思われる。

今回の診療施設調査の結果を、医療圏別に公表すると、医療圏内の施設数が少ない場合、施設が特定される可能性があり、今後の研究協力に問題を生じる可能性がある。一方、本邦には公式の都市圏分類が存在しない。今回の調査では、包括的な都市圏分類として、金本、徳岡らによった提唱された新しい都市圏分類を採用し、日本の脳卒中診療施設を、「大都市中心」、「大都市郊外」、「小都市中心」、「小都市郊外」の 4 つに分

類し、包括的脳卒中センターの推奨要件について検討を行った。本研究の結果、診断機器を除き、都市圏分類の間で推奨要件の充足率に有意差を認め、現在の脳卒中医療の均てん化の問題点が明らかとなった。

「脳卒中診療医の勤務状況と疲労度調査」では、燃え尽き症候群、うつ症状及び QOL 低下は脳卒中診療に携わる医師でしばしば認められた。この頻度は米国における医師に関する調査とほぼ同様の傾向を示した。睡眠時間の増加、収入の増加が燃え尽き症候群の予防に有効であることが示唆された。しかし収入については経験年数の増加に伴う職位の上昇と実労働時間の減少と関連している可能性がある。さらに、t-PA 静注療法の件数は緊急度の高い処置であり、疲弊につながっている可能性がある。

脳卒中の診療時間が長いことが燃えつき症候群リスクとなっており、今後当直回数の減少、一人当たり受け持ち患者数の減少などを通じた脳卒中診療医の負担の軽減が必要と思われる。また、1 施設あたりの疲弊させない人員配置の閾値の検討が必要であろう。

今後は地域性、地理的条件（過疎地域）、所属施設の性格（特定機能病院等）、包括的脳卒中センターの要件などの要因による詳細な検討が必要である。

特に地方において過酷な勤務状況から疲弊しつつある脳卒中治療医を解放するために、脳卒中医療機関の集約化、広域化と医療機関同士の連携強化をするために、人的資源（専門医の数、配置）の有効な活用について今後検討することが必要である。

わが国の脳卒中のデータベースとしては、膨大な症例を蓄積した脳卒中データバンク

があるが、悉皆性がない。今回の研究では、診療施設調査の協力病院を対象に、平成 22 年度の DPC データ、電子レセプトデータから、脳卒中に関連する患者を ICD10 コードを用いて抽出し、悉皆性をもたせたデータベースを構築した。この手法は、今後の大規模な疾病登録や臨床研究の可能性を示すものであり、脳卒中患者の医療の質の評価を行う上で重要なアプローチである。

今回の研究で、包括的脳卒中センターのスコアが、脳卒中の入院時死亡率の軽減に有意に関連することが初めて明らかとなった。今後、本研究の成果を広く広報することにより、脳卒中センターの機能の自発的な改善を促し、脳卒中死亡率の低減を図ることで国民福祉の向上に寄与することが期待される。

E. 結論

高度の脳卒中医療を行う「包括的脳卒中センター」の整備にむけて、「脳卒中診療施設調査」、「脳卒中診療医の勤務状況と疲労度調査」、「DPC 情報、電子レセプト情報をもちいた脳卒中救急疫学調査」を施行し、現在の脳卒中診療施設の地域格差が厳然と存在することが明らかとなった。脳卒中診療に関わる専門医に関しての疲弊度に関する調査からは、我が国においても約半数の医師が燃えつき症候群の疑いがあり、医師の負担軽減のためには、睡眠時間の増加、労働時間の軽減が必要と考えられた。「DPC 情報、電子レセプト情報をもちいた脳卒中救急疫学調査」では、平成 22 年度の急性期脳卒中症例約 65,000 件を集め、現在死亡率について、施設要因を説明変数として解析中であり、今後の脳卒中救急医療の質の向上に向けて、系統的なアプローチが可能と

なる基礎資料を提供したいと考えている。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Miyamoto S, Funaki T, Iihara K, Takahashi JC. Successful obliteration and shrinkage of giant partially thrombosed basilar artery aneurysms through a tailored flow reduction strategy with bypass surgery. *J Neurosurg.* 114(4):1028-36,2010
2. Hao H, Iihara K, Ishibashi-Ueda H, Saito F, Hirota S. Correlation of thin fibrous cap possessing adipophilin-positive macrophages and intraplaque hemorrhage with high clinical risk for carotid endarterectomy. *J Neurosurg.* 114(4) : 1080-7,2010
3. Masuoka J, Murao K, Nagata I, Iihara K. Multiple cerebral aneurysms in a patient with CREST syndrome. *J Clin Neurosci.* 17(8):1049-51. 2010
4. Hishikawa T, Iihara K, Yamada N, Ishibashi-Ueda H, Miyamoto S. Assessment of necrotic core with intraplaque hemorrhage in atherosclerotic carotid artery plaque by MR imaging with 3D gradient-echo sequence in patients with high-grade stenosis. *Clinical article. J Neurosurg.* 113(4):890-6.2010
5. Iihara K, Okawa M, Hishikawa T, Yamada N, Fukushima K, Iida H, Miyamoto S. Slowly progressive

- neuronal death associated with postischemic hyperperfusion in cortical laminar necrosis after high-flow bypass for a carotid intracavernous aneurysm. *J Neurosurg.* 112(6):1254-9, 2010
6. Zhang ZW, Yanamoto H, Nagata I, Miyamoto S, Nakajo Y, Xue JH, Iihara K, Kikuchi H. Platelet-derived growth factor-induced severe and chronic vasoconstriction of cerebral arteries: proposed growth factor explanation of cerebral vasospasm. *Neurosurgery.* 66(4):728-35, 2010
 7. 飯原弘二, 菱川朋人, 佐藤公俊, 山田直明, 植田初江 【内頸動脈狭窄症】 プラーク診断最前線 今後の治療を変えるか 脳神経外科ジャーナル 19 (8) : 594-601, 2010
 8. 山尾幸広, 飯原弘二 【この 1 冊でパーフェクトマスター! 脳神経疾患の画像の見かた】 実践! 画像の見かた 疾患編 脳血管障害 脳動静脈奇形 *Brain Nursing (0910-8459)* 2010 夏季増刊 103-105, 2010
 9. 大野貴之, 西川祐介, 青山公紀, 山田和雄, 飯原弘二 POSTOPERATIVE CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA FOLLOWING CLIPPING SURGERY *Nagoya Medical Journal* 51 (1) : 13-19, 2010
 10. 飯原弘二 基本をマスター 脳神経外科手術のスタンダード 頸動脈内膜剥離術(CEA)脳神経外科速報 20 (1) : 16-22, 2010
 11. Egashira Y, Satow T, Masuda K, Okawa M, Ohnishi H, Okazaki T, Takahashi JC, Murao K, Iihara K, Miyamoto S. Carotid artery stenting for radiation-induced carotid stenosis. *No Shinkei Geka.* 38(10):913-20, 2010
 12. Anei R, Sakai H, Iihara K, Nagata I. Effectiveness of brain hypothermia treatment in patients with *Neurol Med Chir (Tokyo).* 50(10):879-83, 2010
 13. Mori M, Yamamoto H, Koga M, Okatsu H, Shono Y, Toyoda K, Fukuda K, Iihara K, Yamada N, Minematsu K. Hyoid bone compression-induced repetitive occlusion and recanalization of the internal carotid artery in a patient with ipsilateral brain and retinal ischemia. *Arch Neurol.* 2011 Feb;68(2):258-9.
 14. 高崎盛生, 斎藤こずえ, 福島和人, 山田直明, 植田初江, 飯原弘二 【脳卒中の最新画像診断】 プラーク診断の最前線(解説/特集) *BRAIN and NERVE: 神経研究の進歩* 63 (9) 2011,9 : 963-968
 15. 福田健治, 飯原弘二 【治療の最前線 脳脊髄血管の治療】 頸動脈狭窄症のプラーク診断に基づく内膜剥離術とステント留置術の治療適応(解説/特集) *Brain Medical* 23 (1) 2011.3 : 57-62
 16. 福田健治, 飯原弘二 【内科 疾患インストラクションガイド 何をどう説明するか】 神経・筋疾患 脳梗塞(解説/特集) *Medicina* 48 (11) 2011.11 : 374-378
 17. 磯崎誠, 飯原弘二 【内科 疾患インストラクションガイド 何をどう説明するか】 神経・筋疾患 脳内出血・くも膜下出血(解説/特集) *Medicina* 48 (11)

- 2011.11 : 379-381
18. 福田健治, 佐藤徹, 中畷教夫, 大勝秀樹, 松岡秀樹, 峰松一夫, 村尾健一, 飯原弘二 【動脈解離と脳卒中】 内頸動脈解離(虚血発症) 外科治療を要した虚血発症頭蓋内脳動脈解離の検討 The Mt. Fuji Workshop on CVD 29:199-203. 2011
 19. 中畷教夫, 佐藤徹, 村尾健一, 飯原弘二 【動脈解離と脳卒中】 椎骨脳底動脈解離(内科治療・外科治療) 破裂椎骨解離性動脈瘤に対する治療戦略 The Mt. Fuji Workshop on CVD 29:58-62.2011
 20. 鈴木理恵子, 豊田一則, 宮城哲哉, 飯原弘二, 峰松一夫 脳循環障害の画像診断 片側上下肢の舞踏運動を呈した内頸動脈狭窄症の一例 脳と循環 16(2):143-148. 2011
 21. 宮本享, 位田隆一, 峰松一夫, 鈴木倫保, 塩川芳昭, 飯原弘二, 橋本洋一郎, 中島弘, 森久恵, 「重症脳卒中における生命倫理に関する研究」研究班 急性期脳卒中 無輸血治療希望事例対応マニュアル(解説) 脳卒中 33 (5) : 532-535(2011.09)
 22. 羽尾裕之, 飯原弘二, 塚本吉胤, 廣田誠一, 植田初江 【循環器病理】 血管病理 頸動脈狭窄、CEA の標本から(解説/特集) 病理と臨床 29(3) : 237-241(2011.03)
 23. 田中弘二, 古賀政利, 宮下史生, 梶本勝文, 松重俊憲, 佐藤徹, 植田初江, 飯原弘二, 豊田一則 Merci Retrieval System をもちいた血栓回収術により良好な転帰がえられた脳底動脈閉塞症の1例(原著論文/症例報告) 臨床神経学 51(9):706-709(2011.09)
 24. Committee for Guidelines for Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage, Japanese Society on Surgery for Cerebral Stroke. Collaborators (Iihara K). Evidence-based guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2012. 52(6): 355-429
 25. Nishikawa Y, Satow T, Takagi T, Murao K, Miyamoto S, Iihara K. Efficacy and Safety of Single versus Dual Antiplatelet Therapy for Coiling of Unruptured Aneurysms. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2012 Mar 20 [Epub ahead of print]
 26. UCAS Japan Investigators (Iihara K), Morita A, Kirino T, Hashi K, Aoki N, Fukuhara S, Hashimoto N, Nakayama T, Sakai M, Teramoto A, Tominari S, Yoshimoto T. The natural course of unruptured cerebral aneurysms in a Japanese cohort. *N Engl J Med* 2012. 366(26) : 2474-2482
 27. Kaku Y, Iihara K, Nakajima N, Kataoka H, Fukuda K, Masuoka J, Fukushima K, Iida H, Hashimoto N. Cerebral blood flow and metabolism of hyperperfusion after cerebral revascularization in patients with moyamoya disease. *J Cereb Blood Flow Metab.* 2012. 32 (11): 2066-2075
 28. Yanamoto H, Kataoka H, Nakajo Y, Iihara K. The Role of the Host Defense System in the Development of Cerebral Vasospasm: Analogies between Atherosclerosis and Subarachnoid Hemorrhage. *Eur Neurol.* 2012 . 68(6): 329-343

29. Kudomi N, Hirano Y, Koshino K, Hayashi T, Watabe H, Fukushima K, Moriwaki H, Teramoto N, Iihara K, Iida H. Rapid quantitative CBF and CMRO(2) measurements from a single PET scan with sequential administration of dual (15)O-labeled tracers. J Cereb Blood Flow Metab 2012. Dec 12 [Epub ahead of print].
30. Satow T, Murao K, Matsushige T, Fukuda K, Miyamoto S, Iihara K. Superselective Shunt Occlusion for the Treatment of Cavernous Sinus Dural Arteriovenous Fistulas. Neurosurgery. 2012. in press
31. Iihara K, Nishimura K, Kada A, Nakagawara J, Ogasawara K, Ono J, Shiokawa Y, Aruga T, Miyachi S, Nagata I, Toyoda K, Matsuda S, Suzuki A, Ishikawa BK, Kataoka H, Nakamura F, Kamitani S, J-ASPECT Study Collaborators. Effects of organized stroke care capacities on in-hospital mortality of patients with ischemic and hemorrhagic stroke. J-ASPECT Study. Stroke. 2013
32. Koji Iihara, Hiroharu Kataoka, Norio Nakajima, Tetsu Satow, Kenichi Morita. Review of the technical aspects of the maximum flow reduction strategy for partially thrombosed giant aneurysms in the posterior circulation. 11th Japanese & Korean Friendship Conference on Surgery for Cerebral Stroke. 2013. 64
2. 学会発表
 1. 飯原弘二：CEAを安全に施行するための工夫 学術講演会(講演) 1.9, 2010. 京都
 2. 飯原弘二：虚血性脳血管障害の外科治療 学術講演会 脳梗塞の治療戦略 (講演) 1.14, 2010.
3. 飯原弘二：頸動脈病変の外科治療～より効果的な血行再建の為に～ Stroke-News 「Winter」(講演) 1.16, 2010. 大阪
4. K Iihara : Early Carotid Endarterectomy For Symptomatic Carotid AANS/CNS Cerebrovascular Section 2.22-23, 2010. SanAntonio, U.S.A
5. 飯原弘二：バイパス術治療の最前線 第9回Brain & Heart Attack Forum 4.3, 2010. 大阪
6. 飯原弘二：TIA で発症した脳血管障害に対する外科治療 Stroke2010 4.15-17, 2010. 盛岡
7. 飯原弘二：頭蓋内・外動脈硬化の画像診断と治療方針 第30回日本脳神経外科コンgres総会 5.7-9, 2010. 横浜
8. 飯原弘二：脳血管外科領域における脳血流量検査の臨床的意義 第15回信州脳循環代謝カンファレンス (講演) 6.5, 2010. 長野
9. 飯原弘二：虚血性脳血管障害の病態と外科的治療戦略 第13回千里浜脳循環代謝カンファレンス (講演) 6.12, 2010. 金沢
10. 飯原弘二：プラーク診断に基づいた頸動脈疾患に対する外科治療 早期動脈硬化研究会 第10回学術集会 9.9, 2010. 大阪
11. 飯原弘二. CEA の現状と展望. 第41回日本心臓血管外科学会学術総会シンポジウム(講演) 2.25, 2011. 千葉
12. 飯原弘二. 頭蓋内狭窄による虚血性脳卒中～ハイリスク群とは何か? Neurosurgeon Expert Meeting2011(講演) 3.5, 2011. 東京
13. 飯原弘二. 脳血管外科の外科治療の現状と伝承. 脳神経外科講演会 2011 3.30, 2011.

- 広島
14. 飯原弘二. 虚血性脳血管障害の外科治療-全身脈管病としての観点から- 第2回横浜脳血管治療講演会 4.21, 2011. 横浜
 15. 飯原弘二. 脳血管障害の複合治療 第15回脳血管外科治療セミナー ランチョンセミナー(講演) 7.2, 2011. 大阪
 16. 飯原弘二.モヤモヤ病の最新治療と療養上の留意点 平成23年度難病講演会 モヤモヤ病(講演) 7.4, 2011. 神奈川
 17. 飯原弘二. 無症候性内頸動脈狭窄症に対するCEA 第20回日本脳ドック学会総会 ランチョンセミナー(講演) 7.9, 2011. 東京
 18. 飯原弘二. 頸動脈狭窄症に対する外科的治療のEBMと今後の展望 第16回東播磨脳神経外科懇話会 7.14, 2011. 明石
 19. 飯原弘二. 脳血管外科治療のトピックス-脳循環代謝評価の意義- 第21回東北脳SPECT研究会 9.17, 2011. 盛岡
 20. 飯原弘二、中畷教夫、片岡大治、佐藤徹、永田 泉、坂井信幸、宮本 享、村尾健一. 頸部頸動脈狭窄症 600例の治療選択の変遷と成績 社団法人日本脳神経外科学会第70回学術総会(シンポジウム) 10.14, 2011. 横浜
 21. 飯原弘二、佐藤 徹、片岡大治、松重俊憲、福田健治、森田健一、中畷教夫、丸山大輔、磯崎 誠、小林紀方. 複雑な頭頸部、脳血管病変に対する Hybrid approach と Hybrid OR の導入効果. STROKE2012 (シンポジウム) 4.26-28, 2012. 福岡
 22. 飯原弘二、西村邦宏、中川原譲二、小笠原邦昭、小野純一、塩川芳昭、嘉田晃子、森 久恵、片岡大治、J-ASPECT 研究班. 包括的脳卒中センターの整備に関する脳卒中診療施設全国調査?42,323 治療の解析 (J-ASPECT Study Part 1) STROKE2012 4.26-28, 2012. 福岡
 23. 飯原弘二、J-ASPECT Study 研究班. 脳卒中急性期治療の課題—包括的脳卒中センターの整備に向けて— 第32回日本脳神経外科コンgres総会 5.11-13, 2012. 横浜
 24. 飯原弘二. 血行力学的脳虚血のバイパス術-COSS Studyの結果を踏まえて-. BRAIN IMAGING 2012 5.19, 2012. 広島
 25. 飯原弘二. 本邦の脳卒中の救急医療の現状-DPC、電子レセプト情報の活用-. 第28回山形県対脳卒中治療研究会 5.26, 2012. 山形
 26. 飯原弘二. これからの日本の頸動脈治療を考える～CEA or/and CAS～. 第11回日本頸部脳血管治療学会 (JASTNEC) イブニングセミナー(講演) 6.1, 2012. 名古屋
 27. 飯原弘二、佐藤 徹、松重俊憲、片岡大治、福田健治. Hybrid operating room for the treatment of complex neurovascular and brachiocephalic lesions. AAFITN2012 in Nagoya 6.14-16, 2012. 名古屋
 28. Koji Iihara, Kunihiro Nishimura, Akiko Kada, Jyoji Nakagawara, Kuniaki