

日本医師会認定産業医研修会

産業医向け教育講演会:

職場における慢性頭痛にどう対処するか?

2024年8月4日(日)

東京歯科大学水道橋校舎新館8階 第2講堂

本資料の複写・転載を禁じます

主催:東京歯科大学

日本医師会認定産業医研修会

企画 産業医向け教育講演会: 職場における慢性頭痛にどう対処するか?

日時 2024年8月4日(日) 10:00 - 14:20 (9:30受付開始)

会場 東京歯科大学水道橋校舎新館8階 第2講堂(東京都千代田区神田三崎町2-1-14)

プログラム

時間	タイトル	講師	頁
10:00 ~ 10:05	開会の挨拶	柴田 譲	一

第一部 座長: 清水利彦

10:05 ~ 10:45	産業医が知っておくべき慢性頭痛の種類と治療法の進歩	柴田 譲	1
10:45 ~ 11:25	慢性頭痛が引き起こす職域での諸問題	清水 利彦	7
11:25 ~ 11:55	看護師の立場から見た慢性頭痛: 職域での問題も含めて	田畠 かおり	14

昼食休憩(65分)

第二部 座長: 柴田 譲

13:00 ~ 13:40	頭痛に着目した健康経営の実践例: 富士通プロジェクト	坂井 文彦	20
13:40 ~ 13:55	職場でも応用できる頭痛体操	田中 夏美	22
13:55 ~ 14:15	総合討論: 産業医が知っておくべき慢性頭痛のバーデン	坂井 文彦、清水 利彦 田畠かおり、柴田 譲	一
14:15 ~ 14:20	閉会の挨拶	柴田 譲	一

(敬称略)

本講演会は、ファイザー社の「Raising the awareness of migraine as a disabling disease among industrial physicians in Tokyo and Chiba prefectures.」に対するIndependent Medical Education Grantによって助成されています。

産業医向け教育講演会: 職場における慢性頭痛にどう対処するか?

タイトル: 産業医が知っておくべき慢性頭痛の種類と治療法の進歩

東京歯科大学市川総合病院神経内科

柴田 譲

頭痛は非常にありふれた症状であるが、その原因となる疾患も様々である。頭痛性疾患は国際頭痛分類第3版で細かく分類されている。くも膜下出血は雷鳴頭痛とよばれる突発的な頭痛を引き起こす代表的な疾患として知られている。働き盛りの世代に発症することも多く、死亡率の高い疾患である。一方、頭痛性疾患の中には、繰り返す頭痛発作を特徴とする一次性頭痛が存在する。一次性頭痛は頭部CTやMRIでは明らかな異常を認めないことから、医療機関に受診したとしても軽視されて、十分な治療を受けられていないこともまれではない。代表的な疾患は片頭痛である。わが国における片頭痛の有病率は8.4%と報告されており、特に若年者に好発することから、職場にも非常に多くの片頭痛患者が存在する。片頭痛の典型的な発作パターンは、片側の拍動性頭痛である。吐き気を伴うことが多く、同時に光や音に対して普段より過敏になる。体を動かすと頭痛が増強するため、頭痛がひどい時には身体活動性も低下する。1/4~1/3の患者では、前兆と呼ばれる一過性の神経徵候が認められる。閃輝暗点が最も頻度の高い症状であるが、一時的に視覚に障害が出るだけでなく、強い不安が引き起こされる。片頭痛の本態は中枢神経疾患であり、激しい頭痛発作は三叉神経系の異常活動によって生じることが明らかになっている。頭痛発作時には、セロトニン_{1B/1D}受容体作動薬であるトリプタンを使用することが推奨される。トリプタンには血管収縮作用があるが、最近になってセロトニン_{1F}受容体に選択的に作用するラスマジタンが導入された。同薬には血管収縮作用がないため、より安全性の高い片頭痛急性期治療薬と位置付けられている。患者のQOLを保つためには、発作が起きてから治療するのではなく、治療が起きないようにする予防療法が重要である。生活に支障をきたす頭痛が月に3日以上ある患者では予防療法の実施を検討すべきである。予防療法としては、カルシウム拮抗薬であるロメリジンやβ遮断薬であるプロプラノロールが用いられてきた。最近になり、片頭痛の病態で重要な役割を果たす分子としてカルシトニン遺伝子関連ペプチド(CGRP)を標的にした抗体療法がわが国にも導入されて治療が大きく進歩した。近い将来、経口CGRP受容体拮抗薬の導入や非侵襲的ニューロモディレーションの導入も見込まれており、片頭痛治療はさらなる進化を遂げると予想されている。片頭痛と並んで生活支障度が高い一次性頭痛疾患としては群発頭痛が知られている。短時間の激しい頭痛が片側に起こり、流涙や鼻漏などの自律神経障害を随伴する。発作時には、スマトリプタン自己注射が有効である。高濃度酸素も有効であるが、在宅治療を行うには酸素濃縮器が必要である。予防に関しては、ステロイドやベラパミルが用いられるが、十分なコントロールが得られない症例も多く、より有効性の高い治療の開発が課題である。本講演では、片頭痛と群発頭痛の診断と治療について解説する。

産業医向け教育講演会: 職場における慢性頭痛にどう対処するか?

2024年6月4日
東京歯科大学水道橋校舎新館8階 第2講堂

演題1: 産業医が知っておくべき慢性頭痛の種類と治療法の進歩



東京歯科大学市川総合病院神経内科
柴田 譲



1

本日の内容

- 慢性頭痛～オーバービュー
- 片頭痛の病態: CGRPの関与
- 片頭痛治療の新しい考え方
急性期治療
予防治療

2

本日の内容

- 慢性頭痛～オーバービュー
- 片頭痛の病態: CGRPの関与
- 片頭痛治療の新しい考え方
急性期治療
予防治療

国際頭痛分類第3版 (International Classification of Headache Disorders, 3rd edition)

一次性頭痛

1. 片頭痛
2. 緊張型頭痛
3. 三叉神経自律神経性頭痛
4. その他の一次性頭痛

慢性の頭痛であり、繰り返しこる

二次性頭痛 (= 器質性頭痛)

5. 頭部外傷・傷害による頭痛
6. 頭部血管障害による頭痛
7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛
8. 物質またはその離脱による頭痛
9. 感染症による頭痛
10. ハンマースチーラー障害による頭痛
11. 頭蓋骨、頭、眼、耳、副鼻腔、歯、口あるいはその他の顔面・頭部の構成組織の障害による頭痛あるいは顔面痛
12. 精神疾患による頭痛

有痛性脳神経ニューロバチー、その他の顔面痛およびその他の頭痛疾患

13. 脳神経の有痛性病変および顔面痛
14. その他の頭痛疾患

日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会 計

主要な一次性頭痛の鑑別点

	片頭痛	群発頭痛	緊張型頭痛
性状	拍動性で強い	極めて強い	非拍動性で軽度～中等度
片側性か両側性か?	過半数で	必ず	両側性のことが多い
持続時間 (無治療の場合)	4～72時間	15～180分間	様々 (30分～7日間)
頭部自律神経症状	時々あり	あり	なし
動作による増悪	あり	なし	なし
前兆	閃輝暗点、感覚異常など	顎面の違和感など	なし
頭部筋や筋膜の圧痛	時々あり	なし	多くの場合あり
同一日の再発	時々あり	しばしばあり	まれ

柴田 譲, 清水利彦, 片頭痛の診かたへ一步進んだ片頭痛診療をめざして, 日本医事新報社, 2023.

3

片頭痛発作とは?



東京歯科大学市川総合病院神経内科HP

拍動性 悪心・嘔吐

中等度以上 光過敏・音過敏

体動で増悪 25～30%で前兆 (閃輝暗点など)

How Common is Migraine?



American Migraine Foundation

5

国際頭痛分類第3版による1.1「前兆のない片頭痛」診断基準

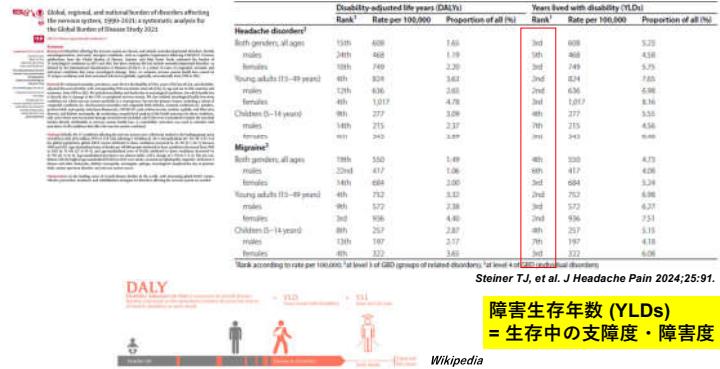
- A. B～Dを満たす発作が5回以上ある
- B. 頭痛発作の持続時間は4～72時間 (未治療もしくは治療が無効の場合)
- C. 頭痛は以下の4つの特徴の少なくとも2項目を満たす
 1. 片側性
 2. 拍動性
 3. 中等度～重度の頭痛
 4. 日常的な動作 (歩行や階段昇降など) により頭痛が増悪する, あるいは頭痛のために日常的な動作を避ける
- D. 頭痛発作中に少なくとも以下の1項目を満たす
 1. 悪心または嘔吐 (あるいはその両方)
 2. 光過敏および音過敏
- E. ほかに最適なICHD-3の診断がない

国際頭痛分類第3版による1.2「前兆のある片頭痛」診断基準

- A. B および C を満たす発作が2回以上ある
- B. 以下の完全可逆性前兆症状が1つ以上ある
 - ① 視覚症状
 - ② 感覚症状
 - ③ 言語症状
 - ④ 運動症状
 - ⑤ 脳幹症状
 - ⑥ 網膜症状
- C. 以下の6つの特徴の少なくとも3項目を満たす
 - ① 少なくとも1つの前兆症状は5分以上かけて徐々に進展する
 - ② 2つ以上の前兆が引き続き生じる
 - ③ それぞれの前兆症状は5～60分持続する (注 ①)
 - ④ 少なくとも1つの前兆症状は片側性である (注 ②)
 - ⑤ 少なくとも1つの前兆症状は陽性症状である (注 ③)
 - ⑥ 前兆に伴って, あるいは前兆出現後60分以内に頭痛が発現する
- D. ほかに最適なICHD-3の診断がない

注 ① 例えば, 1回の前兆の間に3つの症状が出現する場合には, 前兆の許容最長持続時間は3×60分である。運動症状は最長72時間持続する場合もある。
② 失語は常に片側性症状とみなされるが, 損音障害は片側性の場合もそうでない場合もある。
③ 閃輝暗点 (fortification spectrum) やチクチク感は前兆の陽性症状である。

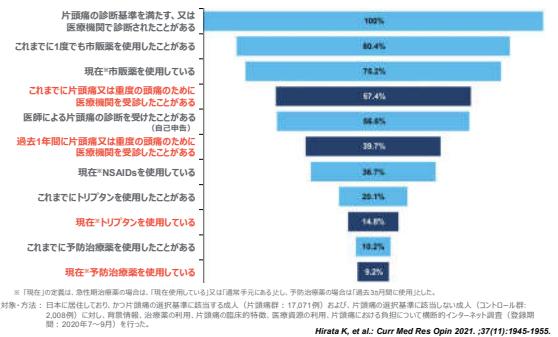
GBD2021における片頭痛の順位



9

日本における片頭痛に関する大規模横断的疫学調査 (インターネット調査)

● 日本における片頭痛の診断・受診・治療状況は下図の通りであった。



10

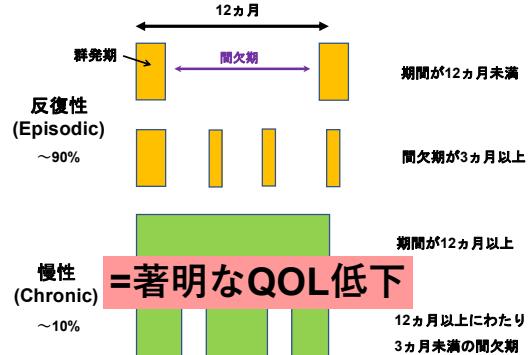
Trigeminal Autonomic Cephalgias (TACs)



- 片側性の激しい頭痛
- 短時間 (15~180分)
- 頭部自律神経症状
- 頻回に繰り返す

Wikimedia

群発頭痛の病型について

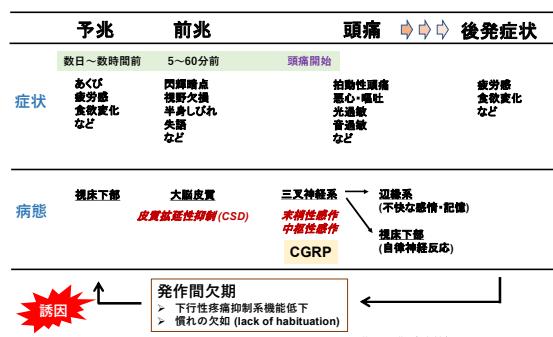


11

本日の内容

- 慢性頭痛～オーバービュー
- 片頭痛の病態: CGRPの関与
- 片頭痛治療の新しい考え方
急性期治療
予防治療

片頭痛の症状と病態



柴田 譲. 臨床神経 2020;60: 668-676. 改変

12

本日の内容

- 慢性頭痛～オーバービュー
- 片頭痛の病態: CGRPの関与
- 片頭痛治療の新しい考え方
急性期治療
予防治療

片頭痛の治療法

急性期治療: 今起きている頭痛をできるだけ早く止める。

- 薬物療法 (後述)
- 非薬物療法: リラクセーション、カフェイン摂取、額を冷やす、マッサージなど

予防治療法: 頭痛の発作が起きないように予防する。

- 薬物療法 (後述)
- 非薬物療法: 生活習慣の改善、誘因の回避、頭痛体操、ヨガなど

急性期治療薬のオプション

- ① アセトアミノフェン
- ② NSAIDs
- ③ トリプタン (5-HT_{1B/1D/1F}作動薬)
- ④ エルゴタミン
- ⑤ 制吐薬
- ⑥ 選択性5-HT_{1F}作動薬 (ラスマジタン)
- ⑦ CGRP受容体拮抗薬 (gepril)

本邦未承認薬を含む

わが国で使用可能なトリプタンの投与量

一般名	商品名	剤型	1回投与量 (最大投与量)	最低投与間隔	1日最大投与量
スマトリプタン	イミグラン	錠剤	50 (100) mg	2時間	200 mg
		内服液	50 (100) mg	2時間	200 mg
		点鼻液	20 mg	2時間	40 mg
ゾルミトリプタン	ゾーミック	錠剤	2.5 (5) mg	2時間	10 mg
		RM錠	2.5 (5) mg	2時間	10 mg
エレトリプタン	レルバックス	錠剤	20 (40) mg	2時間	40 mg
		エレトリプタン	OD錠	20 (40) mg	2時間
リザトリプタン	マクサルト	錠剤	10 mg	2時間	20 mg
		RPD錠	10 mg	2時間	20 mg
ナラトリプタン	アマージ	錠剤	2.5 mg	4時間	5 mg

発表者作成

17

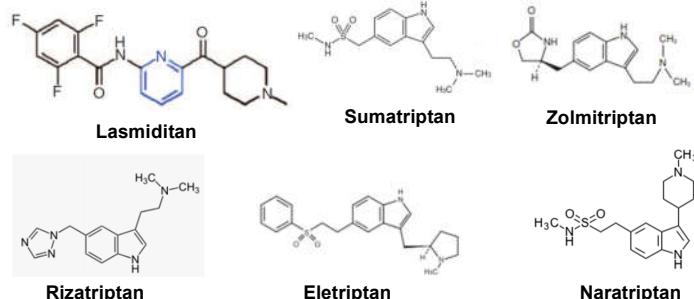
18

トリプタンの薬理学的性質の比較

一般名	商品名	剤型	代謝経路	T _{max} (時間)	T _{1/2} (時間)
スマトリプタン	イミグラン	錠剤	MAO-A	1.8 ± 0.9	2.2 ± 0.3
		内服液		1.30 ± 0.73	1.87 ± 0.53
		キット皮下注		0.18 ± 0.04	1.71 ± 0.26
ゾルミトリプタン	ゾーミック	錠剤	CYP1A2/MAO-A	1.9 ± 1.4	2.8 ± 0.9
		RM錠		1.7 ± 1.1	2.8 ± 0.7
エレトリプタン	レルバックス	錠剤	CYP3A4	1.2 ± 0.7	4.9 ± 0.7
		エレトリプタン		1.4 ± 1.1	4.9 ± 0.9
リザトリプタン	マクサルト	錠剤	MAO-A	1.0 ± 0.6	1.6 ± 0.3
		RPD錠		1.3 ± 0.7	1.7 ± 0.3
ナラトリプタン	アマージ	錠剤	脳/CYP1A2, 2C9, 2E1, 3A	2.68 ± 1.34	5.05 ± 1.71

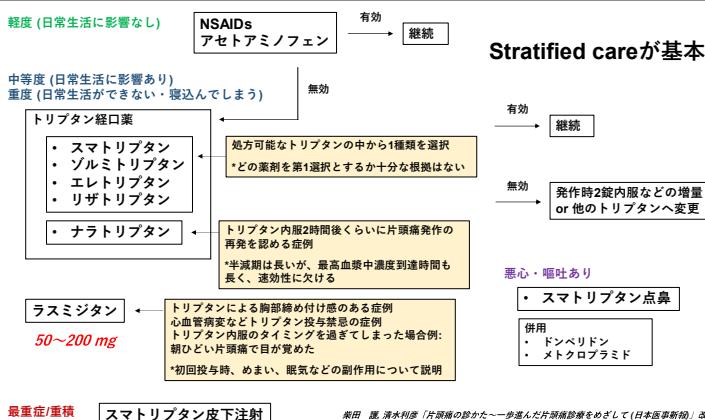
発表者作成

ラスマジタンとトリプタンの構造



19

20



21

CQ-II-3-1 どのような患者に予防療法が必要か

片頭痛発作が月に2回以上、あるいは生活に支障をきたす頭痛が月に3日以上ある患者では予防療法の実施について検討してみることが勧められる。急性期治療のみでは片頭痛発作による日常生活の支障がある場合、急性期治療薬が使用できない場合、永続的な神経障害をきたすおそれのある特殊な片頭痛には予防療法を行うよう勧められる。

弱い推奨/エビデンスの確実性B

頭痛の診療ガイドライン2021

CQII-3 片頭痛予防療法のゴールはどのように設定し、実施するか

片頭痛予防療法のゴールは、

- ① 片頭痛の発作頻度の減少、重症度の軽減と頭痛持続時間の短縮、
- ② 急性期治療への反応性の改善、
- ③ 生活機能の向上と生活への支障の軽減

である。

弱い推奨/エビデンスの確実性B

頭痛の診療ガイドライン2021

The Brain Health Imperative in the 21st Century—A Call to Action

The AAN Brain Health Platform and Position Statement

Natalia S. Rost, MD, MPH, Joel Salinas, MD, MBA, MSc, Justin T. Jordan, MD, MPH, Brenda Bernewell, MD, Daniel J. Correa, MD, MBA, Ravi R. Salsl, MD, Linda M. Sisodia, MD, Sarah Song, MD, MPH, and David A. Evans, MBA, for the American Academy of Neurology's Committee on Public Engagement

Correspondence
Dr. Rost
nrost@mgm.org

Brain healthの定義

Brain health is a continuous state of attaining and maintaining the optimal neurologic function that best supports one's physical, mental, and social well-being through every stage of life.

片頭痛予防治療薬

Group 1 (有効)	Group 2 (ある程度有効)	Group 3 (経験的に有効)	Group 4 (有効 副作用に注意)	Group 5 (無効)
抗体 CGRP 抗体 カルシウムチャネルアゴニスト フレマネズマブ eptinezumab ¹	抗てんかん薬 カルバペンチム ^{**} レバチラセタム ^{**}	抗うつ薬 カルボキサミン ^{**} トリプチニン ^{**} アンセリシン ^{**} ジドコルゴタミン ^{**} フルボキサミン ^{**} パロセチニン ^{**} フルボキサミン ^{**} ジドコルゴタミン ^{**} フルボキサミン ^{**} オクシペリロール ^{**}	Ca 抗抗体 カルボキサミン ^{**} トリプチニン ^{**} ジドコルゴタミン ^{**} フルボキサミン ^{**} パロセチニン ^{**} フルボキサミン ^{**} ジドコルゴタミン ^{**} フルボキサミン ^{**} オクシペリロール ^{**}	抗てんかん薬 カルボキサミン ^{**} ジドコルゴタミン ^{**} フルボキサミン ^{**} オクシペリロール ^{**}
抗体 CGRP 受容体抗体 エレマブ ¹	ARB/ACE 阻害薬 カルデナルタン ^{**} リシナブリル ^{**}	ARB/ACE 阻害薬 エラブリル ^{**} オルメサルタント ^{**}		
抗体 CGRP 受容体抗体 リメペガント atogepant ¹	抗うつ薬 フルオロマート ^{**} チモロール ^{**}			
抗てんかん薬 カルバペンチム ^{**} レバチラセタム ^{**}	Ca 抗抗体 ロメリジン ^{**} ペラバミル ^{**}			
β遮断薬 プロブロノロール チモロール ^{**}	ARB/ACE 阻害薬 カルデナルタント ^{**} リシナブリル ^{**}			
抗うつ薬 アミトリptyリン ^{**}	その他の ジメトチアゼン アグロセタム ^{**}			
その他 A 型ボツリヌス毒素 ^{**} (通常片頭痛に対し て)	アミトリptyリン ^{**} ビタミン B ₆ ^{**} チザニジン ^{**}			

¹保険適用における片頭痛に対する選択外処置が認められている。

^{**}保険適用外である。

「トリプタニン」ではないもの

「β遮断薬」は選択外であるが保険適用記載は、他の剤型、適応を含め、これまでにわが国で承認されたことがないもの。

頭痛の診療ガイドライン2021

CGRP関連抗体薬一覧表

一般名	ガルカネズマブ	エレスマブ	フレマネズマブ	Eptinezumab
エビトーブ	CGRP	CGRP受容体	CGRP	CGRP
以前の名称	LY2951742	AMG 334	LBR-101, TEV-48125	ALD403
商品名	エムガルティ (Emgality TM)	アイモビーグ (Almoxig TM)	アジョビ (Ajovy TM)	Vycent TM
製薬会社	日本イーライリー	アムジエン	大塚製薬 (TEVA)	Lundbeck
抗体の種類	ヒト化抗体 (IgG4)	完全ヒト抗体 (IgG2)	ヒト化抗体 (IgG2a)	ヒト化抗体 (IgG1)
1回投与量	120 mg (初回のみ240 mg)	70 mg (海外では140 mgも可)	225, 675 mg	100, 300 mg
投与頻度	1ヶ月毎	4週間毎	4, 12週間毎	12週間毎
投与ルート	皮下注	皮下注	皮下注	静注
FDA承認時期	2018年9月	2018年5月	2019年9月	2020年2月
日本での承認時期	2021年1月	2021年6月	2021年6月	-
薬価	42675円 (120 mg) オートインジェクター	38980円 (70 mg)	39090円 (225 mg)	-

注: 最適使用推進ガイドラインに従って使用

発表者作成

邦本未承認薬を含む

25

26

Calcitonin gene-related peptide-targeting therapies are a first-line option for the prevention of migraine: An American Headache Society position statement update

Headache 2024. DOI: 10.1111/head.14692

Andrew C. Charles MD¹ | Kathleen B. Digre MD² | Peter J. Goadzby MD, PhD^{3,4} | on behalf of The American Headache Society

EM

- Diagnosis of episodic migraine with or without aura (4-14MHDs) based upon ICHD-3 with at least moderate disability (MIDAS score ≥ 11 or HIT-6 score ≥ 50). Treatments to consider include:
 - Topiramate
 - Divalproex sodium/valproate sodium
 - Beta-blocker: metoprolol, propranolol, timolol, atenolol, nadolol
 - Candesartan
 - Tricyclic antidepressant: amitriptyline, nortriptyline
 - Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor: venlafaxine, duloxetine
 - Other Level A or B treatments (established efficacy or probably effective) according to AAN scheme for classification of evidence
 - Monoclonal antibodies targeting CGRP or its receptor including erenumab, fremanezumab, galcanezumab, or eptinezumab
 - Small-molecules targeting the CGRP receptor ("gepants") including atogepant and rimegepant

CM

- Diagnosis of chronic migraine with or without aura (≥ 15 MHDs) based upon ICHD-3. Treatments to consider include:
 - Topiramate
 - Divalproex sodium/valproate sodium
 - Beta-blocker: metoprolol, propranolol, timolol, atenolol, nadolol
 - Candesartan
 - Tricyclic antidepressant: amitriptyline, nortriptyline
 - Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor: venlafaxine, duloxetine
 - Other Level A or B treatments (established efficacy or probably effective) according to AAN scheme for classification of evidence
 - OnabotulinumtoxinA
 - Monoclonal antibodies targeting CGRP or its receptor including erenumab, fremanezumab, galcanezumab, or eptinezumab
 - Small-molecules targeting the CGRP receptor ("gepants") including atogepant

27

28

結語

片頭痛は生活支障度の高い疾患であり、社会に大きな経済的損失をもたらしている。

片頭痛は中枢神経系と三叉神経系の異常からなる複雑な病態を有する疾患である。

片頭痛発生にはCGRPが重要な役割を果たしている (硬膜三叉神経終末と三叉神経節)。

片頭痛の急性期治療には、主として5-HT_{1B/1D/1F}受容体作動薬であるトリプタニンや5-HT_{1F}受容体作動薬ラスマジタンが用いられる。

片頭痛予防療法にはカルシウム拮抗薬などの既存の発症抑制薬に加えてCGRPの作用を阻害するモノクローナル抗体が導入されて治療効果が向上した結果、患者さんのQOLも改善されている。

CGRP受容体拮抗薬や非侵襲的ニューロデュレーションの導入が見込まれている。

慢性頭痛が引き起こす職域での諸問題

荏原製作所 産業医 清水 利彦

頭痛には、くも膜下出血や脳炎など頭部の器質的疾患が原因で生じるものがある。このような頭痛は二次性頭痛と呼ばれている。一方、一次性頭痛は明らかな器質的異常が認められないにもかかわらず生じる頭痛で、慢性頭痛とも呼ばれている。この慢性頭痛には、片頭痛、緊張型頭痛および群発頭痛などが含まれている。

慢性頭痛のひとつである片頭痛は、片側性、拍動性の頭痛で、4~72時間持続し、随伴症状として恶心や光過敏・音過敏を伴う。有病率は10%前後で、発作により寝込んでしまうような高い支障度を呈することから、世界保健機関による疾病負担に関する研究では片頭痛は幅広い年代で日常生活への疾病負担が大きい神経疾患であることが報告されている。また、片頭痛の影響によるquality of life (QOL)の障害を調べた調査では、慢性疾患を有しない健康对照者と比較し、「日常役割機能(身体)」、「体の痛み」、「社会生活機能」、「身体機能」および「心の健康」などのQOLの尺度が片頭痛患者で有意に低下していたことが示されている。

片頭痛は、患者の日常生活のみならず社会生活にも大きな影響を及ぼすことから、仕事の能率や労働生産性の低下などによる経済的損失についての調査も行われている。労働生産性に関する経済的損失は主にアブセンティイズムおよびプレゼンティイズムの2つの要素から検討されている。アブセンティイズムは健康問題による仕事の欠勤を示しており、片頭痛により仕事を休むことで生じる経済的損失を示す。プレゼンティイズムは、健康の問題を抱えつつも仕事を行っている状態を表す言葉で、片頭痛発作がおきている状態でも仕事を休まず続けているため通常よりも仕事の能率が低下しある経済的損失を示すものである。最近の研究では片頭痛による経済的損失はアブセンティイズムのみならずプレゼンティイズムも影響していることが明らかにされている。

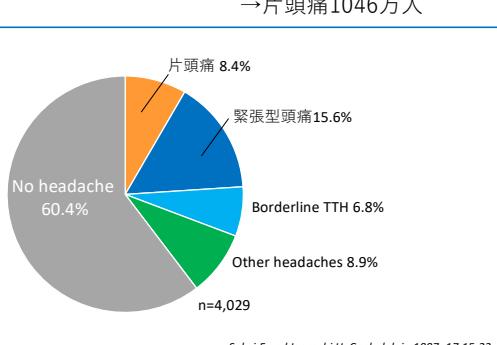
また、片頭痛を有する就労者は、職域における頭痛に対する理解が著しく不足していること、頭痛による人間関係の悪化、頭痛で上司や同僚に負担をかけることへの罪悪感などを認識していることが報告されている。これらより、片頭痛を持つ就労者がスティグマ(stigma)に直面し、片頭痛による疾病負担や経済的損失の一因となっている可能性が示されている。本講演では、片頭痛を中心に慢性頭痛の職域における影響について概説する。

慢性頭痛が引き起こす職域での諸問題

荏原製作所
清水 利彦

2024年8月4日(日)
東京歯科大学水道橋校舎新館8階 第2講堂
10:05~11:55

わが国の片頭痛の有病率



片頭痛患者の健康寿命の阻害, QOLの阻害はどの程度か?

片頭痛患者の健康寿命およびQOLは非頭痛健康対照と比較して、
身体面、心理面、社会的機能などにおいて有意に阻害されている。

他の慢性疾患患者と比較した場合、領域によっては
片頭痛患者のほうがより高度にQOLが阻害されている。

頭痛の診療ガイドライン2021

5

1.3 「慢性片頭痛」の診断基準

- A. 緊張型頭痛様または片頭痛様の頭痛（あるいはその両方）が
月に15日以上の頻度で3ヶ月を超えておこり、BとCを満たす
- B. 1.1 「前兆のない片頭痛」の診断基準B-Dを満たすか、
1.2 「前兆のある片頭痛」の診断基準BおよびCを満たす発作が、
併せて5回以上あった患者に起こる
- C. 3ヶ月を超えて月に8日以上で以下のいずれかを満たす
1.1.1 「前兆のない片頭痛」の診断基準CとDを満たす
1.2.2 「前兆のある片頭痛」の診断基準BとCを満たす
- 3. 発症時には片頭痛であったと患者が考えており、
トリプタンあるいは麦角誘導体で改善する
- D. ほかに最適なICHD-3の診断がない

日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会 訳:国際頭痛分類第3版、医学書院、2018

頭痛の分類と慢性頭痛

第1部 一次性頭痛 = 慢性頭痛

1. 片頭痛
2. 緊張型頭痛
3. 三叉神経・自律神経性頭痛
4. その他の一次性頭痛疾患



第2部 二次性頭痛

5. 頭頸部外傷・傷害による頭痛
6. 頭頸部血管障害による頭痛
7. 非血管性頭蓋内疾患による頭痛
8. 物質またはその離脱による頭痛
9. 感染症による頭痛
10. ホメオスタシス障害による頭痛
11. 頭蓋骨、頸、眼、耳、鼻、副鼻腔、歯、口あるいは
その他の顔面・頭部の構成組織の障害による頭痛または顔面痛
12. 精神疾患による頭痛

13. 有痛性脳神経ニューロバチー、他の顔面痛およびその他の頭痛
14. その他の頭痛性疾患

日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会 訳:国際頭痛分類第3版、医学書院、2018



1

2

1.1 「前兆のない片頭痛」の診断基準

- A. B-Dを満たす頭痛発作が5回以上ある
- B. 頭痛の持続時間は4-72時間
- C. 頭痛は以下の4つの特徴の少なくとも2項目を満たす
 1. 片側性
 2. 拍動性
 3. 中等度～重度の頭痛
 4. 日常的な動作により頭痛が増悪する、
あるいは頭痛のために日常的な動作を避ける。
- D. 頭痛発作中に少なくとも以下の1項目を満たす
 1. 悪心または嘔吐（あるいはその両方）
 2. 光過敏および音過敏
- E. ほかに最適なICHD-3の診断がない

日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会 訳:国際頭痛分類第3版、医学書院、2018

3

4

片頭痛と慢性片頭痛

片頭痛
Episodic migraine (EM)



慢性片頭痛
Chronic migraine (CM)



5

6

片頭痛の慢性化

年間約3%の症例で慢性化

1. 先天的要因
2. 頭痛日数の増加
3. 共存症
肥満、頸関節症、いびき、睡眠時無呼吸、精神疾患など
4. 外的要因
鎮痛薬使用過多、カフェイン、外傷

頭痛の診療ガイドライン2021より

MIDAS スコアは片頭痛発作日数の増加に伴い増加

Patient-reported outcomes	Cohort				Total (N=634)	p-value		
	Episodic migraine		Chronic migraine					
	0-3 HDM (n=331)	4-7 HDM (n=183)	8-14 HDM (n=86)	≥15 HDM (n=34)				
MIDAS total score, mean (SD)	4.8 (12.6)	11.0 (26.2)	15.7 (18.3)	21.3 (22.0)	8.9 (19.4)	<0.001 ^a		
MIDAS disability category, n (%)						<0.001 ^b		
Little/no disability	191 (74.9)	86 (57.7)	29 (39.7)	6 (30.0)	312 (62.8)			
Mild disability	32 (12.5)	25 (16.8)	14 (19.2)	2 (10.0)	73 (14.7)			
Moderate disability	20 (7.8)	17 (11.4)	7 (9.6)	5 (25.0)	49 (9.9)			
Severe disability	12 (4.7)	21 (14.1)	23 (31.5)	7 (35.0)	63 (12.7)			

Ueda K, et al. J Headache Pain. 2019; 20: 68.

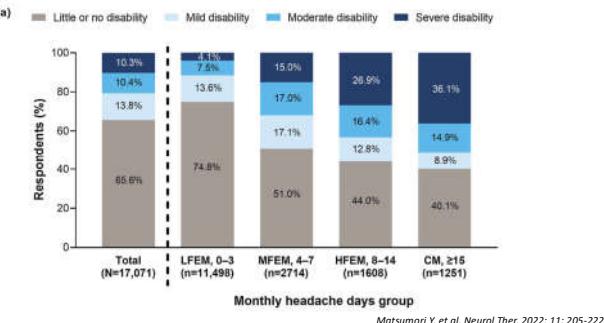
PedMIDAS(日本語版)

Ver.1.1

1. 過去3ヶ月の間で、頭痛のために学校を完全に休んだ日が何日ありましたか？	<input type="checkbox"/>	日
2. 過去3ヶ月の間で、頭痛のために遅刻、早退した日は何日ありましたか？	<input type="checkbox"/>	日
3. 過去3ヶ月の間で、頭痛のために学校での勉強がいつもの半分以下しかできなかつた日は何日ありましたか？	<input type="checkbox"/>	日
4. 過去3ヶ月の間で、頭痛のために家庭での物事(例えば 雑用、宿題など)を行えない日は何日ありましたか？	<input type="checkbox"/>	日
5. 過去3ヶ月の間で、頭痛のために他の活動(例えば 遊ぶ、外出する、スポーツをするなど)を行えない日は何日ありましたか？	<input type="checkbox"/>	日
6. 過去3ヶ月の間で、活動に参加する事は出来たものの、あなたの能力の半分も力を発揮出来なかつた日は何日ありましたか？	<input type="checkbox"/>	日
PedMIDAS の合計得点は何日ですか？	<input type="checkbox"/>	日
評価段階	定義	スコア(合計日数)
I	日常生活に支障まったくなし、またはほとんどなし	0~10
II	日常生活に軽度の支障	11~30
III	日常生活に中等度の支障	31~50
IV	日常生活に重度の支障	51以上

https://www.jhsnet.net/pdf/PedMIDAS_ver1_1.pdf

MIDAS 重症度は片頭痛の発作日数と関係がある



Matsumori Y, et al. Neural Ther. 2022; 11: 205-222.

9

Mean SF-36 Health Survey Scores for Migraine Sample and General US Population (Standard Error)

Migraine Sample¹ (n=546) Adjusted General US Population^{2,3} (n=29)

Scale	Unadjusted	Adjusted	
Physical Functioning	80.4 (0.8)	83.2 (0.8)	92.1 (0.7)
Role-Physical 日常役割機能 (身体)	44.7 (1.8)	54.0 (1.9)	92.2 (1.2)
Bodily Pain 体の痛み	49.4 (1.0)	51.3 (1.0)	84.7 (0.9)
General Health	65.3 (0.9)	70.1 (0.9)	81.4 (0.8)
Vitality	47.1 (0.9)	50.9 (0.9)	66.5 (0.9)
Social Functioning	69.2 (1.0)	71.1 (1.0)	90.5 (1.0)
Role-Emotional	57.5 (1.8)	66.5 (1.9)	92.1 (1.2)
Mental Health	63.7 (0.8)	66.4 (0.8)	81.0 (0.6)

Osterhaus JT, et al. Headache 1994; 34: 337-343.

「日常役割機能 (身体)」および「体の痛み」が片頭痛患者では著しく障害

10

片頭痛では他の疾患よりもQOLの障害が大きい下位尺度がある

Comparison of Adjusted* SF-36 Health Survey Scores for Migraine and other Conditions (Standard Error)

Physical Functioning	Role-Physical	Bodily Pain	General Health	Social Functioning	Role-Emotional	Mental Health		
Migraine (n=546) (0.8)	83.2 (1.9)	54.0 (1.0)	70.1 (0.9)	50.9 (0.9)	71.1 (1.0)	86.5 (0.8)	68.4	
Hypertension (n=1316) (1.2)	89.5** (2.5)	79.0** (1.5)	83.8** (1.5)	72.6 (1.5)	62.7** (1.8)	92.1** (3.0)	79.6** (1.3)	77.3** (1.3)
Clinical								
Depression (n=262) (2.2)	81.8 (2.2)	62.8+ (2.2)	73.6** (2.3)	63.6** (1.8)	49.0 (2.0)	68.5 (2.4)	47.8** (3.8)	53.8** (2.0)
Osteoarthritis (n=194) (3.3)	81.9 (3.1)	66.5++ (5.1)	69.7** (3.3)	70.4 (2.4)	57.0 (3.0)	90.1** (2.9)	85.5** (5.1)	76.5** (2.3)
Type II Diabetes (n=445) (2.1)	86.6 (2.1)	76.8** (2.1)	82.8** (2.1)	66.9 (1.8)	61.4** (1.8)	89.4** (2.3)	80.7** (3.7)	76.5** (1.8)

高血圧では「全体の健康感」以外の下位尺度が片頭痛患者で有意に低下
2型糖尿病では「全体の健康感」および「身体機能」以外の下位尺度が有意に低下

ほかの慢性疾患よりも片頭痛はQOLの障害が大きいことが示されている

Osterhaus JT, et al. Headache 1994; 34: 337-343.

11

臨床的経済評価に用いる費用の分類

• Direct costs 直接費用
医療費
非医療費(通院費用など)

• Indirect costs 間接費用
傷病による損失
アブセンティーアイズム
プレゼンティーアイズム

久保一郎 日本公衆誌 2007; 54: 723-725.

12

カナダにおける274名の片頭痛を対象とした医療費に関する研究

Table 9: Summary of total costs associated with migraine by migraine type (n = 274; low-frequency EM was defined as 4-7 MMDs, high-frequency EM was defined as 8-14 MMDs, and chronic migraine was defined as 15+ MMDs)

Treatment	Overall annual cost per migraine patient ¹			Chronic migraine (n = 103)
	Age (years), n	Mean (SD)	Median (IQR) ²	
Total	1,084.18			8,938.89
Acute	87 (86)	11,319.9 (16,392.4)	12,221.0 (12,526.0)	12,294.50 (15,441.1)
Nonacute	276.82			1,017.24
Indirect	96.00 (9)	10,359.9 (16,392.4)	12,221.0 (12,526.0)	982.38
Total direct costs	1,084.18			8,938.89
Total indirect costs	96.00 (9)			1,017.24
Total costs	1,180.18			9,951.13

年間1人当たり平均医療費用(直接および間接医療費)

頭痛頻度が4-7日の反復性片頭痛 \$15,651

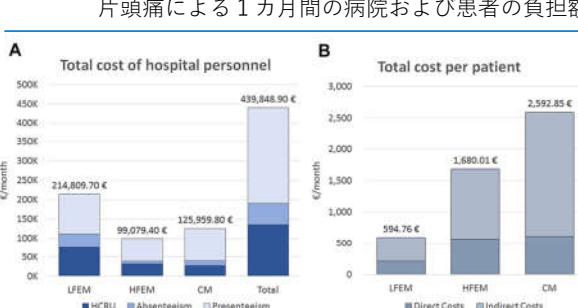
頭痛頻度が8-14日の反復性片頭痛 \$24,885

慢性片頭痛 \$25,669

Amoogzari F, et al. Can J Neurol Sci. 2022;49:249-262.

13

片頭痛による1カ月間の病院および患者の負担額



LFEM: Low-frequency Episodic Migraine; HFEM: High-Frequency Episodic Migraine; CM: Chronic Migraine. HCRU: Healthcare Resource Utilization. Direct costs in (B) take into account treatment (acute and preventive) and healthcare resource utilization.

職員全員の直接費用は6136,028.0/月、間接費用(アブセンティーアイズム+プレゼンティーアイズム)は€ 1603,820.90/月

Caronna E, et al. J Neurol. 2022;269:1456-1462.

15

-8 -

16

片頭痛と慢性片頭痛

片頭痛

Episodic migraine (EM)



慢性片頭痛

Chronic migraine (CM)



25

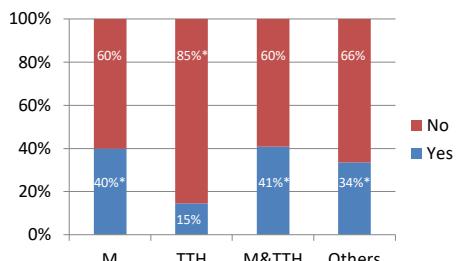
片頭痛発作間欠期の疾病負担 - 片頭痛の程度・頻度の多い人は間欠期も不安

Initial burden measure	Probability of reporting interictal burden			
	Odd ratio [95% CI]	Interictal anxiety	Interictal avoidance	Not free of all symptoms
Headache intensity (reference: "not bad")				
"bad"	2.8 [1.5-5.4]	1.8 [1.1-2.4]	1.1 [0.8-1.4]	
"very bad"	7.0 [4.0-14.7]	3.0 [2.0-4.6]	1.3 [1.0-1.8]	
Headache frequency (days/year) (reference: ≤12)				
13-24	2.4 [1.5-3.7]	1.6 [1.1-2.2]	1.1 [0.8-1.4]	
25-48	2.5 [1.7-3.8]	2.0 [1.5-2.8]	1.3 [1.0-1.6]	
49-90	3.7 [2.5-5.6]	2.7 [1.9-3.6]	1.3 [1.0-1.6]	
≥90	6.4 [4.3-9.6]	2.5 [1.8-3.6]	1.8 [1.3-2.3]	
In control of headaches (reference: "always")				
"often"	1.1 [0.7-1.9]	1.5 [1.0-2.2]	1.1 [1.1-1.9]	
"sometimes"	3.5 [2.1-5.6]	2.8 [1.9-4.1]	1.9 [1.4-2.5]	
"rarely" or "never"	4.1 [2.5-6.9]	2.6 [1.7-3.9]	2.5 [1.9-3.4]	
Lost productive time (HALT index): lost work time (days/3 months) (reference: ≤11)				
12-22	5.3 [3.6-7.9]	2.9 [1.9-4.3]	1.8 [1.2-2.6]	
23-33	4.2 [2.0-8.9]	2.3 [1.1-5.0]	1.8 [0.9-3.7]	
≥33	4.2 [1.7-10.2]	2.7 [1.1-6.6]	1.9 [0.8-4.4]	
lost household time (days/3 months) (reference: ≤11)				
12-22	2.4 [1.7-3.6]	2.4 [1.7-3.4]	1.3 [0.9-1.8]	
23-33	3.6 [2.1-6.3]	2.3 [1.3-4.0]	1.8 [1.1-1.0]	
≥33	5.3 [2.6-10.7]	3.8 [1.9-7.6]	1.7 [0.9-3.5]	
lost work + household time + social absence (day/4 months) (reference: ≤7.7)				
43-66	4.0 [2.2-7.4]	2.8 [1.0-5.0]	2.2 [1.3-3.0]	
≥66	4.4 [2.3-8.3]	2.6 [1.3-4.5]	1.7 [1.0-3.1]	

Lampl C, et al. J Headache Pain, 2016; 17: 9.

26

頭痛がない日に頭痛に合併しておこる症状の有無



$\chi^2=143.007$, df=3, P = 0.000 *p<0.05 more than expected

Shimizu T, Sakai F, et al. J Headache and Pain 2021, 22: 29.

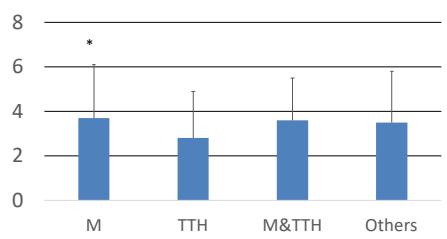
頭痛がない日に頭痛に合併しておこる症状

	不安感	落ち込み感	集中力低下	吐き気	まぶしさ	だるさ	肩こり
M	20%	15%	47%	34%	21%	45%	61%
TTH	(26/131)	(19/131)	(62/131)	(44/131)	(28/131)	(60/131)	(80/131)
M&TTH	(45/190)	(31/190)	(101/190)	(10/190)	(11/190)	(80/190)	(96/190)
Others	(8/36)	(9/36)	(20/36)	(0/36)	(11/36)	(13/36)	(23/36)
	22%	14%	40%	38%	13%	41%	51%
(27/121)	(17/121)	(49/121)	(46/121)	(16/121)	(50/121)	(62/121)	

Shimizu T, Sakai F, et al. J Headache and Pain 2021, 22: 29.

27

頭痛がないにもかかわらず、頭痛出現時と同様な症状が出現し、その症状が仕事の生産性におよぼすインパクト (WPAI)



*p<0.05 compared to TTH

Shimizu T, Sakai F, et al. J Headache and Pain 2021, 22: 29.

29

頭痛患者の孤立感

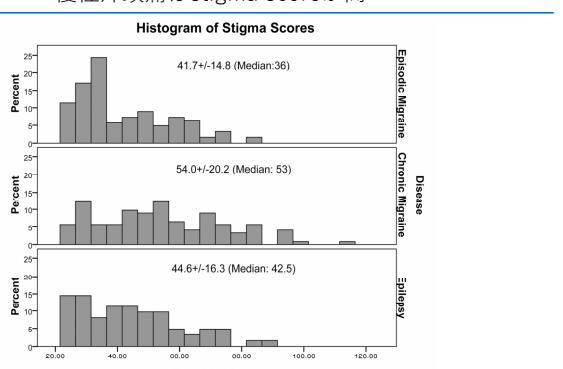
頭痛であることを他人にいわない、家族、職場での理解がない

Headache type	Gender	N	Avoid telling others	Family, friends don't understand	N	Employer, colleagues don't understand
			n (%) [95% CI]	n (%) [95% CI]		
Migraine	Female	2042	691 (33.8) [31.8-35.9]	227 (11.1) [9.7-12.5]	1723	201 (11.7) [10.2-13.2]
	Male	917	282 (30.8) [27.8-33.8]	76 (8.3) [6.5-10.1]	753	85 (11.3) [9.0-13.6]
	All	2959	973 (32.9) [31.2-34.6]	303 (10.2) [9.3-11.3]	2476	292 (11.8) [10.5-13.1]
Tension-type headache	Female	1657	429 (25.9) [23.8-28.0]	146 (8.8) [7.4-10.2]	1298	74 (5.7) [4.4-7.0]
	Male	1376	382 (27.8) [25.4-30.2]	142 (10.3) [8.7-11.9]	1086	84 (7.7) [6.1-9.3]
	All	3033	811 (26.7) [25.1-28.3]	288 (9.5) [8.5-10.5]	2384	158 (6.6) [5.6-7.6]

Lampl C, et al. J Headache Pain, 2016; 17: 9.

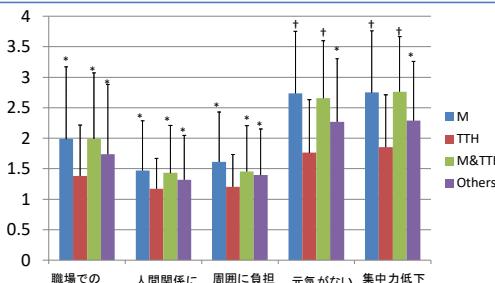
30

慢性片頭痛はstigma scoreが高い



Young WB, et al. PLoS One. 2013;8:e54074.

頭痛患者の職場への考え方、仕事におよぼす影響



*p<0.05 compared to TTH, †p<0.05 compared to TTH and HA other than M/TTH
(One-way ANOVA followed by Bonferroni's post hoc test).

Shimizu T, Sakai F, et al. J Headache and Pain 2021, 22: 29.

31 - 10 -

32

片頭痛のない人の片頭痛患者に対する印象

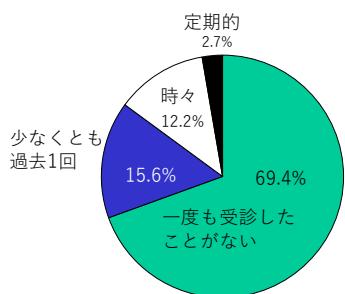
仕事、学校行事、家族サービスをさぼる口実
注目されるための口実
本当に必要な飲み止めをもらう口実
自身の不拘束の結果
片頭痛を簡単に治すことができる
片頭痛の症状を強調しきている
片頭痛による負担を強調しきっている

How often have you felt that people with migraine...	Never (%)	Rarely (%)	Sometimes (%)	Often (%)	Very Often (%)	Don't Know (%)	Sometimes, Often, or Very Often (%)
...use their migraine as a way to get out of work or school commitments?	37.4%	23.4%	23.2%	5.9%	2.1%	8.2%	31.1%
...use their migraine as a way to get out of family or social commitments?	36.5%	22.3%	25.1%	6.3%	1.0%	8.3%	33.0%
...use their migraine as a way to get attention?	41.7%	22.8%	19.8%	5.8%	1.8%	8.2%	27.4%
...use their migraine as a way to get pain medications they do not really need?	42.3%	18.7%	19.8%	6.4%	3.0%	10.0%	29.1%
...have migraine as a result of their own unhealthy behavior(s)?	37.1%	17.3%	23.6%	8.0%	3.9%	10.2%	35.5%
...should not bother seeing a doctor about migraine?	46.1%	18.3%	16.7%	4.1%	2.8%	12.1%	23.5%
...should be able to easily treat their migraine?	27.3%	15.3%	26.4%	11.7%	7.3%	12.1%	45.4%
...exaggerate the symptoms associated with migraine?	35.0%	22.0%	23.7%	6.5%	2.3%	10.7%	32.4%
...exaggerate the burden of the migraine?	36.6%	23.2%	22.1%	6.0%	2.0%	10.3%	30.0%

Headache. 2019; 59 Suppl 1: 14-16.

33

片頭痛患者の医療機関への受診状況

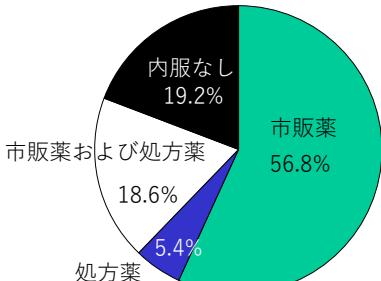


- 片頭痛患者の69.4%は一度も医療機関を受診したことがない。
- 定期な受診は2.7%

Sakai F and Igarashi H, Cephalgia 1997;17: 15-22.

34

片頭痛患者の薬剤の内服状況

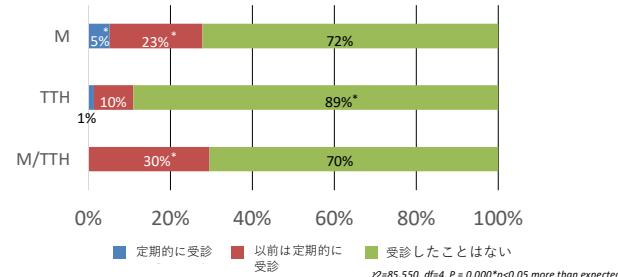


- 片頭痛患者の56.8%は市販薬を使用
- 24%は医師から処方された薬を使う

Sakai F and Igarashi H, Cephalgia 1997;17: 15-22.

35

医療機関への受診について



片頭痛患者の57%は自分の頭痛が医療機関を受診するほどの頭痛ではないと考えている。しかし、自分自身で頭痛を対処できるのは片頭痛患者の35% Shimizu T, Sakai F, et al. J Headache and Pain 2021, 22: 29.

36

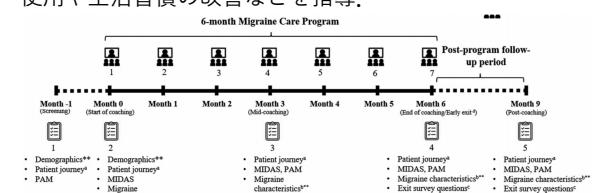
医師からの治療薬以外による頭痛の対処法

	横になる・寝る	市販薬	冷やす	代替療法	何もしない
M	66% (216/328)	67% (220/328)	10% (34/328)	3% (9/328)	12% (39/328)
TTH	41% (532/1300)	36% (473/1300)	3% (41/1300)	1% (10/1300)	42% (550/1300)
M&TTH	59% (52/88)	69% (61/88)	6% (5/88)	1% (1/88)	14% (12/88)

Shimizu T, Sakai F, et al. J Headache and Pain 2021, 22: 29.

Migraine Care Program

- 社員に片頭痛啓発の教育キャンペーン。
- 希望者はmigraine care programに参加。治療薬の適切な使用や生活習慣の改善などを指導。



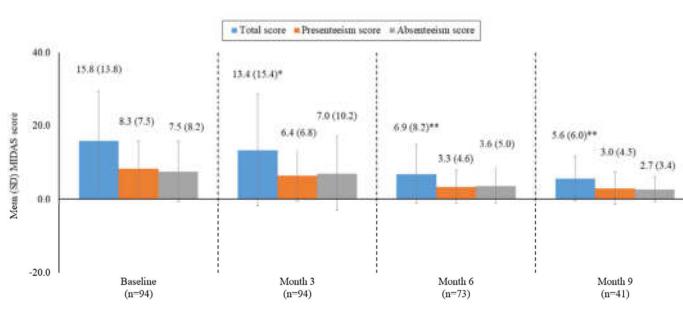
参加者は、平均年間10.8日、就業可能日数が増加、プライベートの時間は平均年間13.6日頭痛のない日を獲得

Headache 2020;60:1947-1960

37

Migraine Care Programでabsenteeismおよびpresenteeismが改善

(A)

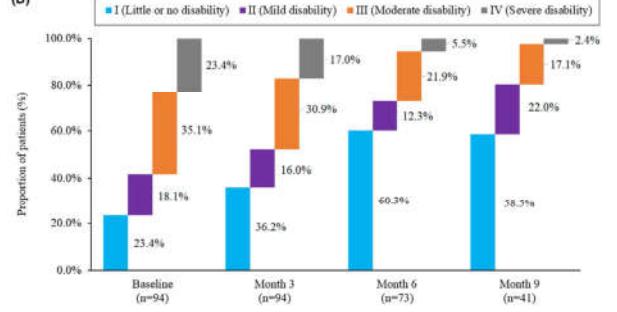


Headache 2020;60:1947-1960

37

Migraine Care ProgramでMIDASスコアが改善

(B)

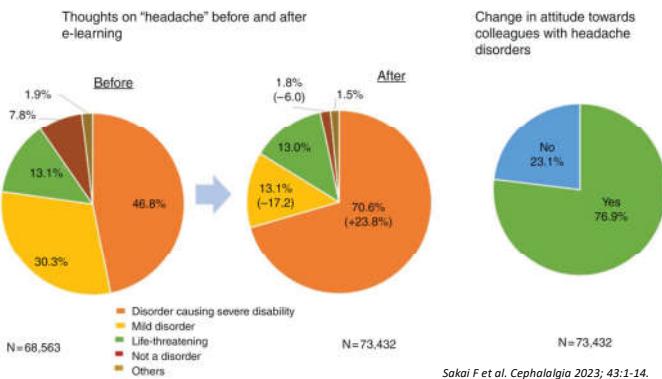


Headache 2020;60:1947-1960

38

40

「頭痛」についての考えがe-Learningにより変化



41

希望者への専門医によるオンライン診療の影響

6か月の経過観察を終了した244人の社員

- Absenteeismの日数が1人あたり1.17日/年改善
- Presenteeismの日数が1人あたり14.0日/年改善
- 年間1人当たり469,164円の経済損失の改善

Sakai F et al. Cephalgia 2023; 43:1-14.

42

看護師の立場から見た慢性頭痛について～職域の問題も含めて～

社会医療法人 寿会 富永病院 田畠 かおり

頭痛については、学生時代に二次性頭痛を中心に学習した記憶はありますが、一次性頭痛についての知識は、頭痛診療に携わるまで殆どありませんでした。頭痛診療に携わっておりますと一次性頭痛、特に片頭痛は疾病負担が大きい疾患であるにもかかわらず、頭痛ぐらいで病院に行ってはいけないと思い込んでいる患者が多いこと、患者が折角受診しても痛み止めを処方され、適切な治療に結び付いていない現状を目の当たりにする現状があります。片頭痛は我慢するのが当たり前の疾患ではなく、適切な治療や日常生活の工夫により軽減できる疾患です。また、いつもの頭痛と思っていても、他の原因により起こる二次性頭痛の可能性もあります。頭痛についての理解が進み、かけがえのない日常生活を頭痛があることで諦めることの無い様に、また片頭痛患者を取り巻く周囲の人々（社会全体）が頭痛を軽視することなく、頭痛にやさしい社会になることを心より願っております。

忘れてはいけないもう一つのテーマとして、一般の有病率より医療従事者の片頭痛有病率は高いとの報告があります。多くの医療従事者が頭痛に悩んでいるにも関わらず、前述の私のように、一次性頭痛の理解が乏しく、手近な鎮痛薬で我慢しているケースが多いことや、薬剤使用過多による頭痛についてあまり知られていない現状があります。片頭痛には誘発しやすい因子があるといわれています。誘発因子が多い医療の現場ではありますが、周囲の理解や工夫により軽減できることもあります。その辺りと一緒に考え、頭痛があってもイキイキと働き続けられることを、身近な医療従事者から理解していただきたいと思っております。

一次性頭痛に対しての国内外の取り組みに対してもご紹介させていただきます。

他の疾患同様、頭痛診療においても多職種連携は欠かせません。患者を中心に多職種が連携することにより、効果的な質の高い頭痛医療が提供できることについてもお伝えしたいです。

看護師の立場から、現在展開されている頭痛診療の中で、自分たちの役割を中心に、看護実践や今後の課題について、また昨年から世界の頭痛看護師さんのご活躍を伺う機会をいただきましたので、ご紹介させていただきます。

日進月歩、頭痛診療は進化しています。

長きに渡り慢性頭痛で苦しんでこられた患者さんが、笑顔で「初めて頭痛が良くなった」と来られた瞬間は、本当に医療者として嬉しく感じ、モチベーションが向上します。是非とも頭痛診療に興味を持っていただき、これからもご一緒に、頭痛に関する知識をブラッシュアップして参りましょう。

2020年より看護師養成講座開催



参考者：会場のみ50名程度
PM:頭痛教室開催（130名参加）
富永病院主催

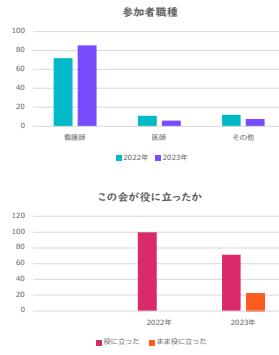


参考者：ハイブリッド現地合わせ
200名以上参加
富永病院、大塚製薬主催



参考者：ハイブリッド現地合わせ
501名参加
大塚製薬主催
演者作成

頭痛診療に対する看護師の意識の高まり



頭痛ナース養成講座受講者アンケートより抜粋



確認テスト実施

受講終了証



17

看護師の頭痛への関心が高まっている？

2022年看護師養成講座参加者意見

- 当院の課題が明確になり、ナースが行動を起こすべき必要性を感じました。
- 私も頭痛がありとても悩まされています。もっと医療体制が整って、患者さんが病院にかかりやすい体制が整らいいと思いました。
- 自分自身頭痛があるため、頭痛外来があり、ナースとして活躍の場があるのなら是非学びを深め仕事に携わりたいと思いました。
- 講義を聞いて私の事だなと思うことがありました。

2023年看護師養成講座参加者意見

- 頭痛に関する知識がなかったことを実感した。患者さんに辛い目に合わせていることを反省、今回の学びを活かしていきたい
- 看護師でありながら、頭痛に対する大きな偏見を持つていたことに気付かされました。患者さんに対するお声掛けや態度を改めたいと思います。
- 一次性頭痛に対する考え方方が変わりました。
- 他の職種に対しての具体的な関わりももっと知りたいです。
- 私も頭痛がありますが、頻度は少ない事から軽視していましたが、もっと早く受診する必要があったなと思います。

大塚製薬さんより認取専用情報提供

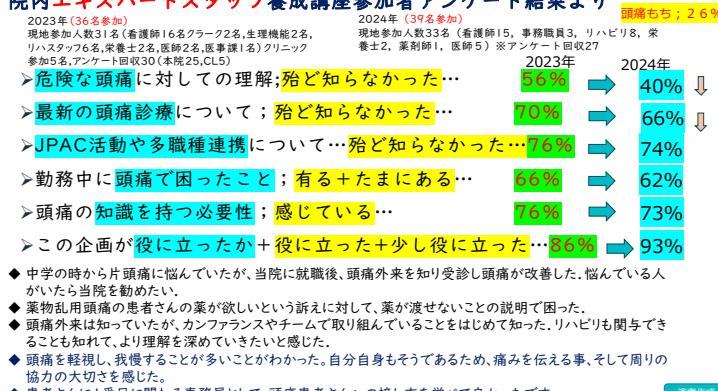
院内企画；頭痛エキスパートスタッフ養成講座

2023年3月29日, 2024年3月13日



19

院内エキスパートスタッフ養成講座参加者アンケート結果より



演者作成

多職種連携による集学的治療

co I - 22

頭痛診療においてチーム医療は有用か

難治性頭痛には、頭痛専門医を中心とした、臨床心理士、理学療法士、作業療法士、看護師、薬剤師、鍼灸師等多種のコメディカルを含めた集学的治療プログラム(MTP)を行うチーム医療が有用であり、行なうことが推奨される

弱い推奨/エビデンスの確実性B

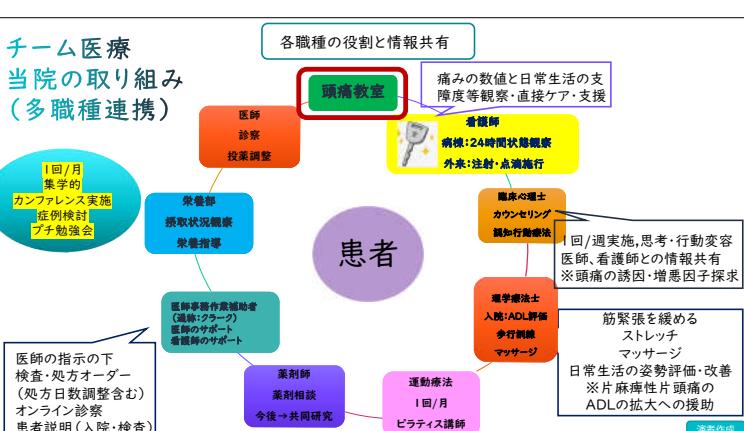


すべての職種は頭痛教室に関わる

集学的治療プログラムの構成、頭痛の診療ガイドライン2021 P65

20

チーム医療 当院の取り組み (多職種連携)



演者作成

集学的カンファレンス 1回/月



2014年より頭痛教室開催, 通算27回実施

21

23 -16 -

24

CGRP関連抗体薬の誕生



2021年4月発売



2021年6月発売

演者作成

国際頭痛学会(IHC) In Seoul 2023年9月15日～16日



演者作成

33

34

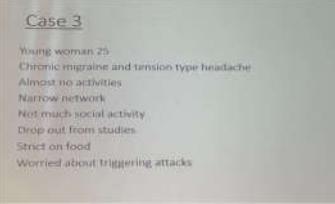
GPACセッション



演者作成

海外で活躍の nurse

- ✓ カウンセリング全般 (時間を確保)
- ✓ 投薬効果判定
- ✓ A型ボツリヌス毒素 (ボトックス) 施注や
デバイス調節 (ニューロモデレーションetc)
- ✓ 教育 (患者, スタッフ)



演者作成

35

36

まとめ take home message

- ✓ 頭痛診療は、多職種連携による集学的治療が効果的である
- ✓ 頭痛教室開催は、多職種連携参加の動機付けに効果がある
- ✓ 頭痛診療多職種連携の意義は、各々専門職の職責を果たす中、頭痛（頭痛患者さん）を理解でき、モチベーションアップに繋がる
- ✓ 多職種連携による集学的治療には、積極的に看護師がリーダーシップを図ることで、より効果が高まる
- ✓ 日進月歩の頭痛診療、今後も一緒に研鑽し、日本の頭痛診療のすばらしさを世界へ発信！！



<https://image.apa goo.g/8gptY2C7Pjg97T6>

演者作成

ご清聴ありがとうございました



38

37

「頭痛に着目した健康経営の実践例: 富士通プロジェクト」

埼玉国際頭痛センター 坂井文彦

企業が職員の健康を重視する活動が広がりつつあり、「健康経営」として注目されている。すべての疾病の予防が対象となるが、それぞれの疾病的致命率、仕事への支障度の大きさ、頻度などが重要な要因となり、これ迄、がん、脳卒中、うつ病の早期発見、予防対策に重点がおかれてきた。

富士通が頭痛対策の健康プロジェクトに取り組むきっかけは、2018年にWHO（西太平洋地域事務局）、国際頭痛学会（IHS）、日本頭痛学会（JHS）と共同で実施した「労働者における慢性頭痛による支障度調査」¹⁾である。本調査の結果、頭痛による仕事や生活への支障度（アブセンティーズム、プレゼンティーズムとも）は、予想をはるかに超える深刻さであることが分かった。そこで富士通は国際頭痛学会、日本頭痛学会と共同で「富士通頭痛プロジェクト」の開発・実施を行った。世界で初めての規模での取り組みであった²⁾。

プロジェクトは全従業員を対象とし、①頭痛の正しい知識のための e-Learning、より詳細なビデセミナー、専門医との個別頭痛相談などをおこなった。2020年10月から2021年6月に、富士通グループ国内従業員 81,159 名を対象とし、受講数 73,432 名、終了率 90.5% であった。e-Learning は頭痛のタイプの特徴と発生メカニズムなどの基礎知識、頭痛の生活・仕事への影響などを伝えた。頭痛のある人、ない人のいずれにも頭痛を病気としてとらえ、頭痛への理解を深め、適切な治療の必要性を伝えた。受講後のアンケートでは、「大変有益」と答えた人が 30.3%、「有益」が 60.5% と 90% 以上の人から肯定的な評価を得た

「日常生活への支障が多い病気」と答えた人は、受講前 46.8%、受講後 70.6% と、e-Learning 受講により、頭痛への正しい知識が進んだ。受講後の「頭痛のある人への接し方が変わりそうですか」という質問には 76.9% が「はい」と回答しており、頭痛のある人への職場の対応改善が期待できた。

文献

1. Shimizu T, Sakai F, Miyake H, et al. Disability, quality of life, productivity impairment and employer costs of migraine in the workplace. *J Headache Pain* 2021; 22: 29.
2. Diagnosis, knowledge, perception, and productivity impact of headache education and clinical evaluation program in the workplace at an information technology company of more than 70,000 employees. Sakai F, Igarashi H, et al. *Cephalalgia*. 2023 Apr;43(4):3331024231165682.

FUJITSU頭痛プロジェクト

FUJITSU

富士通グループでは、eラーニングに引き続き、頭痛セミナー、頭痛相談、専門医への紹介、頭痛教室、グループワーク、体操教室などのプログラムを実施



1

e-Learning結果

FUJITSU

■ 実施期間 本体2020年10月～12月 / グループ2021年4月～6月

■ 受講者数

	対象者数	修了者数	修了率
本体	34,161名	30,466名	89.2%
グループ	46,998名	42,966名	91.4%
全体	81,159名	73,432名	90.5%

■ 有益性
(受講後アンケート)



■ コメント

- 頭痛持ちの方の苦労や対処方法について理解できたことは有意義だった
- チーミング(絶え間なくチームワークを実践し続ける)のために、そして個人のパフォーマンス発揮のために、非常に有用だと感じた。
- 頭痛の辛さは周囲に理解しがたいので、ありがとうございました。

(FUJITSU RESTRICTED)

Sakai F 2023

© 2022 Fujitsu Limited

3

2020年度全社健康教育

FUJITSU

頭痛の正しい知識と対処法



2020年10月 富士通健康経営事務局

監修 坂井文彦 (埼玉国際頭痛センター長)
五十嵐久佳 (富士通クリニック)
David Dodick (Mayo Clinic, USA)



Sakai F 2023

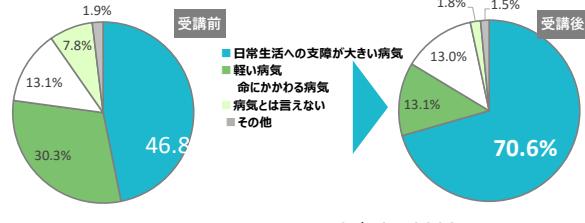
図 2

e-Learningによるマインドチェンジ

FUJITSU

富士通グループ全体73,432名の回答全体の72.5%が本研修により、頭痛の考え方や印象が変化したと回答。「日常生活への支障が大きい病気」が70.6%で最も大きい比重を占めた。「頭痛のある同僚への接し方が変わりそう」と回答した人は全体の76.9%に及んだ。

◆ 「頭痛」に対するあなたの考え方・印象に最も近いものを選んでください

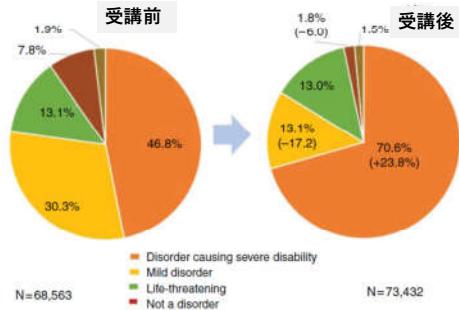


Sakai F 2023

4

「頭痛」に対するあなたの考え方・印象は？

同僚の頭痛への理解 変わりましたか



5

職場でも応用できる頭痛体操

埼玉精神神経センター/埼玉国際頭痛センター鍼灸師

田中 夏美

「頭痛の診療ガイドライン 2021」で「頭痛体操」は一次性頭痛に対する非薬物療法で、セルフケアとしての有用性が期待されている。副作用が少なく、頭痛体操を薬物療法に併用することも可能である。

頭痛体操の目的は、緊張型頭痛の緩和、片頭痛発作の早期自己確認、慢性片頭痛の改善である。後頸部筋群の触診による筋硬結と圧痛点の有無を緊張型頭痛の指標とする。また、C2領域圧痛点の有無を触診し、片頭痛圧痛慢性化の指標とする。頭痛体操は、(1) 頭部を動かさず脊柱を中心に両肩・肘を交互に水平回旋し板状筋およびC2領域をストレッチする、(2) 上肢の前まわし(リュックを背負う)、後ろまわし(上着を脱ぐ)の2種類。(1)は2分間、(2)は各方向に5回ずつまわす。実施直後、頭痛体操による筋硬結の緩和、圧痛点の改善を自己評価する。毎日2分の体操を行い、1か月間の頭痛ダイアリーに基づき頭痛の改善度を評価する。緊張型頭痛の緩和は、頭部前傾などうつむき姿勢による板状筋硬結・痛み物質蓄積が原因で体操により緩和されると考えられた。また片頭痛予防体操は、三叉神経・頸髄神経複合体を介し片頭痛圧痛点からの脳への信号が片頭痛慢性化の予防につながると考えられた。

頭痛体操の今後の課題として1つ目は、頭痛体操によるセルフケアの効果を検証中。2つ目は、抗CGRP関連抗体療法に頭痛体操の併用の意義を検討中である。

産業医向け教育講演会

職場でも応用できる頭痛体操

実技

田中夏美

埼玉精神神経センター

埼玉医科大学

日 時： 2024年8月4日(日)13:00～

会場： 東京歯科大学水道橋校舎新館8階第2講堂

利益相反（COI）開示

本会合に関して、発表者の開示すべき利益相反（COI）はなし

1

2

「頭痛体操インストラクターの役割」

1. 慢性頭痛のチーム医療に参加
 2. セルフケアを支援
 3. 非薬物療法の効果の検証
- 今回の報告は、
4. 慢性片頭痛治療への参加の試み

「慢性片頭痛」 患者さんへの説明と、受ける質問

説明→

月に15日以上が頭痛で、そのうち半分が片頭痛

→患者さんの質問

片頭痛か、緊張型頭痛か、混合型かが識別できない。

3

4

片頭痛+緊張型頭痛の「混在」が多い (混在・重複する頭痛の自己診断を支援)



緊張型頭痛で生ずる 筋硬結・圧痛点部位



5

6

緊張型頭痛(板状筋)のストレッチ



頭痛予防 体操

脊柱を軸とし、
肩を回旋
↓
板状筋、
周囲筋群の
ストレッチ

頭痛体操の実際 触診と体操

- 緊張型頭痛の圧痛点 → 板状筋
- 片頭痛の圧痛点 → C2出口領域
(検討中)
- 頭痛体操

体操 ①緊張型頭痛緩和、②片頭痛発見、③片頭痛予防



9

頭痛体操、今後の課題

1. 体操の効果の検証(進行中)
2. 薬物療法に頭痛体操の併用(試行中)

10

「産業医向け教育講演会: 職場における慢性頭痛にどう対処するか?」を振り返って

東京歯科大学市川総合病院神経内科 柴田 譲

今回の講演会は、「Raising the awareness of migraine as a disabling disease among industrial physicians in Tokyo and Chiba prefectures」 というタイトルでファイザー社の競争的教育グラント (educational grant)を獲得して実現した。今回の講演会は受付直後から参加希望が殺到し、全国から 100 名の定員を大きく超える応募があったことから、産業医の慢性頭痛への関心の高さがうかがえた。多くの関係者の協力を得て、2024 年 8 月 4 日の酷暑の中、東京歯科大学水道橋校舎新館第 2 講義室で講演会を無事催行することができた。

今回の講演会では 5 名の講師による発表があった。開会の挨拶を行った後に、トップバッターとして筆者が慢性頭痛の分類や鑑別のポイントと共に片頭痛の病態と最新治療について概説した。多くの研究によって病態解明が進み、カルシトニン遺伝子関連ペプチド (CGRP)に対する分子標的治療の導入などによって片頭痛治療にパラダイムシフトが生まれたことから、頭痛専門医への受診がこれまで以上に重要な意味を持つようになったことを強調した。続いて清水利彦先生が、現役産業医の経験を踏まえて、慢性頭痛（特に片頭痛）が引き起こす職域での問題点について解説した。片頭痛は慢性化すると、頭痛日数に応じて生活支障度が増していくことが客観的データによって示された。それと同時に職域での生産性低下を招来し、absenteeism と presenteeism によって大きな経済的損失が引き起こされると説明があった。また、富士通で行われた調査では、片頭痛患者の約 70% がこれまで受診したことがなかったというデータが紹介された。一方、患者周囲にいる頭痛を経験しない人は、慢性頭痛が引き起こす苦痛を理解できないため、患者としてはスティグマに苛まれている問題も指摘された。次の講演では、田畠かおり先生が看護師の立場から、慢性頭痛の診療現場の実情について解説した。看護教育において、慢性頭痛の扱いが軽く、臨床現場に出てから慢性頭痛が引き起こす臨床的問題を目の当たりにしたことが述べられた。さらに、JPAC や看護学会での活動や頭痛を診ることのできる看護師を養成する取り組みについて紹介があった。頭痛医療の多職種連携における看護師の役割の重要性についても説明があったが、医師の診察が終わった後の、看護師によるいわゆる「後診」によって重要な情報が得られることが多いとのことであった。昼休みを挟んで、午後のセッションは坂井文彦先生の富士通プロジェクトについての発表で始まった。7 万人を超える社員を対象に、e-learning を通じた頭痛教育を行った結果、社員の頭痛に対する理解が向上し、職場の頭痛患者の支障度が改善され、1 名あたり約 4500 ドル/年の損失が回避

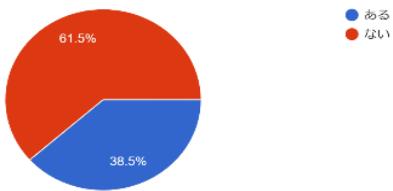
された。このような全社的な取り組みは、会社幹部に慢性頭痛によって莫大な経済的損失が起きていることを粘り強く説明して理解を得たことと WHO の協力によって可能になったとのことであった。続いて、坂井先生は片頭痛に合併する緊張型頭痛の存在に気付くことの重要性についても指摘し、頭痛体操の効用について言及された。それを引き継いで、田中夏美先生の頭痛体操の講演があった。スライドを用いた説明にとどまらず、デモンストレーションを交えて頭痛体操が板状筋、僧帽筋、大胸筋に与える好影響を強調した。参加者も実際に頭痛体操を行った。こま回し運動が板状筋を刺激するためには視線を動かさないことがポイントであることなど新たな気づきがあった。続いて総合討論が行われたが、リモートワークが頭痛患者に与えた影響、会社診療所での看護師と保健師の役割、頭痛体操を継続的に行うことの重要性など様々な話題が取り上げられた。最後に、産業医は片頭痛を始めとする慢性頭痛に対する認知度を上げるべきであると坂井先生がコメントして終了となった。まさに、本講演会のテーマに合致したコメントであった。

今回の講演会によって、片頭痛が職域において蔓延しており、少なからぬ生産性低下と経済的損失を引き起こしていることを参加者は十分理解できたと確信している。今後、富士通プロジェクトのような取り組みが多くの会社で行われていくことを期待したい。また、頭痛医療に携わる者は、覚知されにくいステigmaを含めた慢性頭痛患者の苦痛や慢性頭痛が引き起こす burden の大きさを訴え続けるべきであろう。

最後に、多くの事務手続きを快くお引き受けいただいた東京歯科大学の関係者の方々に深謝いたします。

アンケート結果

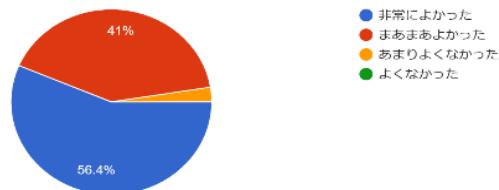
先生のこれまでの産業医活動の中で、頭痛患者の診...ンサルテーションに関与した経験はありますか?
39 件の回答



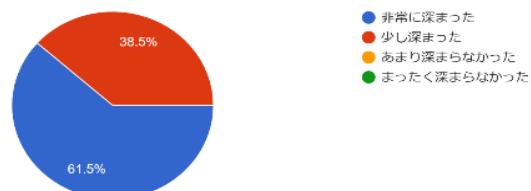
本講演会の全体的な印象はどうでしたか?
39 件の回答



各講演のテーマの選択と講演会全体の構成はどうでしたか?
39 件の回答



本講演会に参加して慢性頭痛についての理解が深まりましたか?
39 件の回答

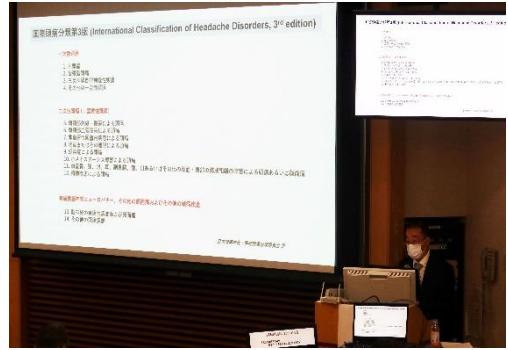


今回の講演会をきっかけに、職域の頭痛に対して何らかの対策に取り組んでみようと思いましたか?
39 件の回答





開会の挨拶 柴田先生



講演中 柴田先生



講演中 清水先生



講演中 田畠先生



講演中 坂井先生



講演中 田中先生



総合討論



集合写真