

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 護	—

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 護	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	田畑 かおり	14

昼食休憩 (65分)

第二部 座長: 柴田 護

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 田畑かおり、柴田 護	—
14:15 ~ 14:20	閉会の挨拶	柴田 護	—

(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 護

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徴候が認められる。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ミ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8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 護



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

3

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、繰り返し起こる

二次性頭痛 (= 器質性頭痛)

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、眼、耳、副鼻腔、歯、口あるいはその他の顔面・頸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

痛性脳神経ニューロパシー、その他の顔面痛およびその他の頭痛疾患

13. 脳神経の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 訳

4

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)
頭痛自律神経症状	時にあり	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	顔面の違和感など	なし
頭部筋や筋膜の圧痛	時にあり	なし	多くの場合あり
同一日の再発	時にあり	しばしばあり	まれ

柴田 護, 清水利彦, 片頭痛の診かた～一歩進んだ片頭痛診療をめざして, 日本医事新報社, 2023.

5

片頭痛発作とは?



東京歯科大学市川総合病院神経内科P

- 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)



6

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

7

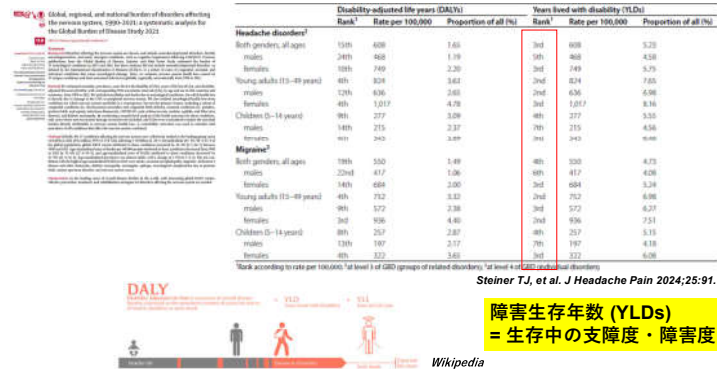
国際頭痛分類第3版による1.2「前兆のある片頭痛」診断基準

- 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分間である。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, 構音障害は片側性の場合もそうでない場合もありうる。
③ 閃輝暗点 (fortification spectrum) やチクタク感は前兆の陽性症状である。

8

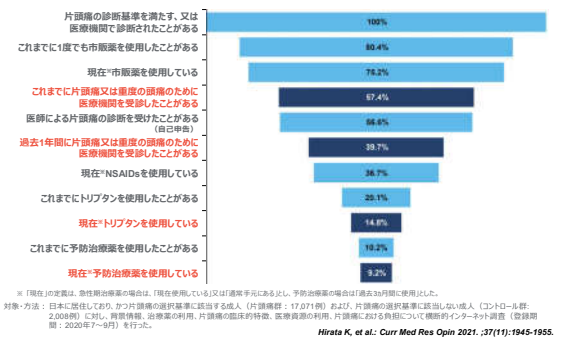
GBD2021における片頭痛の順位



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 Cephalalgias (TACs)

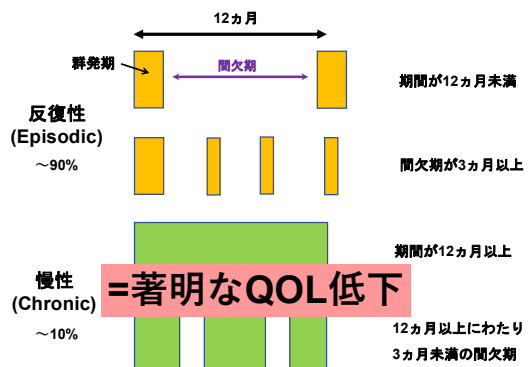


Wikipedia

- 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

11

群発頭痛の病型について



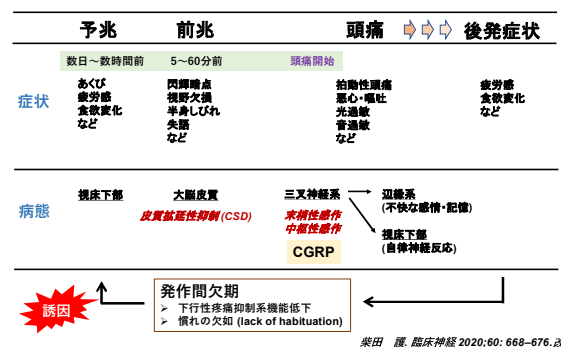
12

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

13

片頭痛の症状と病態



14

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

15

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: リラクゼーション、カフェイン摂取、額を冷やす、マッサージなど

予防治療: 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

16

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 選択的5-HT_{1F}作動薬 (ラスミジタン)
- ⑦ CGRP受容体拮抗薬 (gepant)

本邦未承認薬を含む

17

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
		キット皮下注	3 mg	1時間	6 mg
ゾルミトリプタン	ゾーミグ	錠剤	2.5 (5) mg	2時間	10 mg
		RM錠	2.5 (5) mg	2時間	10 mg
エレクトリプタン	レルバックス	錠剤	20 (40) mg	2時間	40 mg
		OD錠	20 (40) mg	2時間	40 mg
リザトリプタン	マクサル	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

18

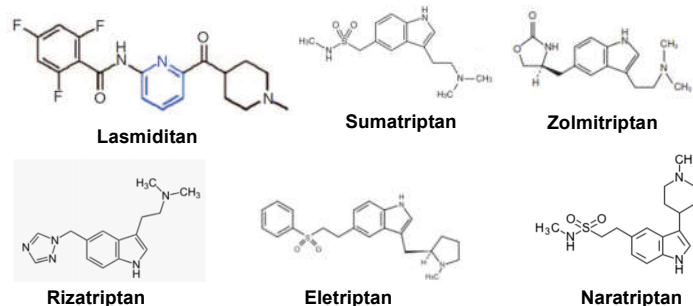
トリプタンの薬理学的性質の比較

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
		点鼻液		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	ゾーミグ	錠剤	CYP1A2/MAO-A	1.9 ± 1.4	2.8 ± 0.9
		RM錠		1.7 ± 1.1	2.8 ± 0.7
エレクトリプタン	レルバックス	錠剤	CYP3A4	1.2 ± 0.7	4.9 ± 0.7
		OD錠		1.4 ± 1.1	4.9 ± 0.9
リザトリプタン	マクサル	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	腎/CYP1A2, 2C9, 2E1, 3A	2.68 ± 1.34	5.05 ± 1.71

発表者作成

19

ラスミジタンとトリプタンの構造



20

軽度 (日常生活に影響なし)

NSAIDs
アセトアミノフェン

有効

継続

Stratified careが基本

中等度 (日常生活に影響あり)
重度 (日常生活ができない・寝込んでしまう)

無効

トリプタン経口薬

- スマトリプタン
- ゾルミトリプタン
- エレクトリプタン
- リザトリプタン

処方可能なトリプタンの中から1種類を選択
*どの薬剤を第1選択とするか十分な根拠はない

有効

継続

無効

発作時2錠内服などの増量
or 他のトリプタンへ変更

トリプタン内服2時間後くらいに片頭痛発作の再発を認める症例
*半減期は長い、最高血漿中濃度到達時間も長く、速効性に欠ける

悪心・嘔吐あり

・スマトリプタン点鼻

併用
・ドンペリドン
・メクロプラミド

ラスミジタン
50~200 mg

トリプタンによる胸部締め付け感のある症例
心血管病などトリプタン投与禁忌の症例
トリプタン内服のタイミングを過ぎてしまった場合:
朝ひどい片頭痛で目が覚めた
*初回投与時、めまい、眠気などの副作用について説明

最重症/重積

スマトリプタン皮下注射

梶田 隆, 清水利彦「片頭痛の診かた——歩み込んだ片頭痛診療をめざして(日本医事新報)」改定

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、持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

22

CQII-3-3

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

23

SPECIAL ARTICLE

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

The AAN Brain Health Platform and Position Statement

Neelima S. Rost, MD, MPH, Joel Selman, MD, MBA, MS, Justin T. Jordan, MD, MPH, Brenda Barwell, MD, Daniel J. Correa, MD, Rana R. Said, MD, Linda M. Selwa, MD, Sarah Song, MD, MPH, and David A. Evans, MBA, for the American Academy of Neurology's Committee on Public Engagement

Correspondence
Dr. Rost
rost@aan.org

Neurology® 2023;101(5):579-579. doi:10.1212/RYNL.0000000000002779

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.

24

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CGRP抗体 ガルカネズマブ フレマネズマブ eptinezumab ¹	抗てんかん薬 ガバペンチン** レベチラセタム**	抗うつ薬 ゾルトリプタリン** イミプラミン** トラゾドン** ミアンセリン** フルボキサミン** パロキセチン** スルピリド** デュロキセチン**	Ca拮抗薬 フルマシジン ¹ その他 ジヒドロエルゴタミン ¹ methysergide ¹ メラトニン オランザピン**	抗てんかん薬 クロニセバム** ラモトリギン** カルバマゼピン** Ca拮抗薬 ニフェジピン** β遮断薬 デソブトロール** ビンドロール** アルブレノロール** オカルギン/ロニール**
抗CGRP受容体抗体 エレンマブ rimegepant ¹ atogepant ¹	抗うつ薬 fluoxetine ¹	Ca拮抗薬 ジルチアゼム** ニカルジピン**	抗うつ薬 クロミプラミン** その他 タロニジン**	
抗てんかん薬 バルプロ酸 トピラマート**	ARB/ACE阻害薬 カンザサルタン** リシナプリル**	ARB/ACE阻害薬 エナラプリル** オルメサルタン**		
β遮断薬 プロプラノロール チモロール**	その他 ジメトチアジン ナツタロキサ マグネシウム製剤** ピタミニンB ¹ 「慢性片頭痛」に対し て)			
抗うつ薬 アミトリプチリン*				
その他 A型ボツリヌス毒薬** (慢性片頭痛に對し て)				

* 保険診療における片頭痛に対する適応外使用が認められている。

** 保険適用外である。

¹ 外国では販売されていないもの
実薬製剤は、他の剤形、適応も含め、これまでにわが国で承認されたことがないもの

¹ バルプロ酸、プロプラノロール、ロメチジンの類
以外に別力である片頭痛の薬品は存在しない。

¹ ベラニミルとアミトリプチリンは適応外であるが保
険適用が認められています。

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	エレンマブ	フレマネズマブ	Eptinezumab
エビトープ	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)	アイモビグ (Aimovig TM)	アジョビ (Ajovy TM)	Vyepti TM
製薬会社	日本イーライリリー	アムジェン	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ヵ月毎	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: 最速使用推進ガイドラインに従って使用

発表者作成

本邦未承認薬を含む

Headache 2024. DOI: 10.1111/head.14692

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

Andrew C. Charles MD¹ | Kathleen B. Digne MD² | Peter J. Goadsby MD, PhD³ |
Matthew S. Rudez MD⁴ | Andrew Hershey MD, PhD⁵ | on behalf of The American
Headache Society

EM

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

CM

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

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ンや5-HT_{1F}受容体作動薬ラスミ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、随伴症状として悪心や光過敏・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対照者と比較し、「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ーイズムおよびプレゼンティーイズムの 2 つの要素から検討されている。アブセンティー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。プレゼンティーイズムは、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おこ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ーイズムのみならずプレゼンティー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

1

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、頭、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

第3部 痛性脳神経ニューロパシー、他の顔面痛およびその他の頭痛

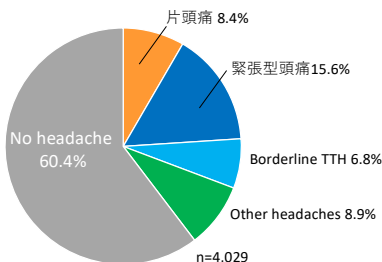
13. 脳神経の痛性病変およびその他の顔面痛
14. その他の頭痛性疾患

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

2

わが国の片頭痛の有病率

日本の人口 1億2452万人
→片頭痛1046万人



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

3

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

4

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。

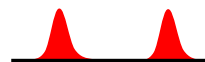
頭痛の診療ガイドライン2021

5

片頭痛と慢性片頭痛

片頭痛

Episodic migraine (EM)



慢性片頭痛

Chronic migraine (CM)



6

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か月を超えておこり、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か月を超えて月に8日以上で以下のいずれかを満たす
- 1.1 「前兆のない片頭痛」の診断基準CとDを満たす
 - 1.2 「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

7 -7 -

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，顎関節症，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

8

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	Episodic migraine	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.

9

PedMIDAS (日本語版)

Ver1.1

過去3ヶ月の間で、頭痛のために学校を完全に休んだ日は何日ありましたか？

過去3ヶ月の間で、頭痛のために学校を遅刻、早退した日は何日ありましたか？
(質問1で答えた日数は入れないでください。)

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った日は何日ありましたか？
(質問1、2で答えた日数は入れないでください。)

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？

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？

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った日は何日ありましたか？
(質問5で答えた日数は入れないで下さい。)

PedMIDAS の合計得点は何日ですか？

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 0~10

II 日常生活に軽度の支障 11~30

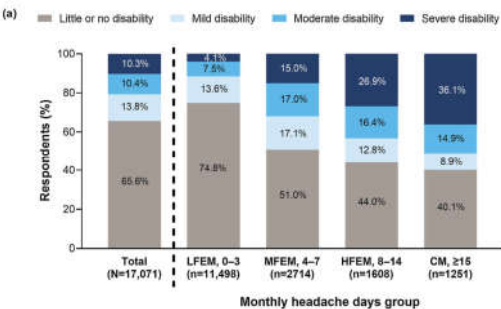
III 日常生活に中等度の支障 31~50

IV 日常生活に重度の支障 51以上

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

10

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.

11

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

	Unadjusted	Adjusted	Adjusted General US Population ^{2,3} (n=729)
Scale			
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

12

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 Funct-inning	Role-Physical	Bodily Pain	General Health	Vitality	Social Funct-inning	Role-Emotional	Mental Health
Migraine (n=546)	83.2 (0.8)	54.0 (1.9)	51.3 (1.0)	70.1 (0.9)	50.9 (0.9)	71.1 (1.0)	66.5 (1.9)	66.4 (0.8)
Hypertension (n=1316)	89.5** (1.2)	79.0** (2.5)	83.8** (1.5)	72.6 (1.5)	62.7** (1.8)	92.1** (1.4)	79.6** (3.0)	77.3** (1.3)
Clinical Depression (n=262)	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)	81.9 (3.3)	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)	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「全体的健康感」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「全体的健康感」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.

13

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
アブセンティーズム
プレゼンティーズム

大久保一広. 日本公衆衛 2007; 54: 723-725.

14

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)

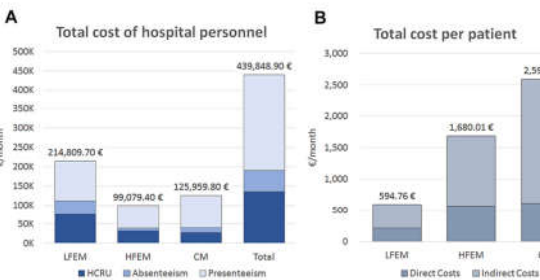
Treatment	Any medications, n (%)	Overall annual cost per migraine patient*							
		Low-frequency EM (n = 76)			High-frequency EM (n = 198)				
		Chronic migraine (n = 198)							
		Mean (SD)	Median (range)†	ATI utilization, n (%)	Mean (SD)	Median (range)†	ATI utilization, n (%)	Mean (SD)	Median (range)†
Direct costs									
Direct healthcare costs									
Total direct healthcare costs†			1,884.18			8,708.88			12,433.31
Direct non-healthcare costs									
Total direct non- healthcare costs†			376.82			1,017.34			580.18
Indirect costs									
Lost productivity	76 (88.0)	65,970.77 (18,782.45)	6,221.81 (1,258.08) 14 (231.68)	8 (10.1)	61,110.87 (12,721.11)	6,794.76 (1,444.12)	81 (39.8)	61,211.27 (12,725.13)	9 (91-20,081.88)
Total indirect costs		6,676.37			13,930.66		12,676.42		
Total direct and indirect costs†		13,657.34			24,684.79		25,689.89		

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/月の反復性片頭痛 \$15,651
頭痛頻度が8-14日/月の反復性片頭痛 \$24,885
慢性片頭痛 \$25,669

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

15

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.

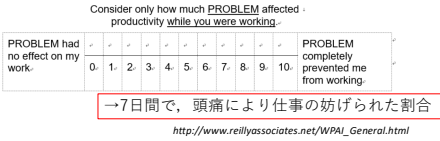
職員全員の直接費用は€136,028.0/月、間接費用(アブセンティーズム + プレゼンティーズム)は€303,820.90/月
頭痛頻度の多い片頭痛と慢性片頭痛を有する職員の間接費用は€165,017.2/月

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

16

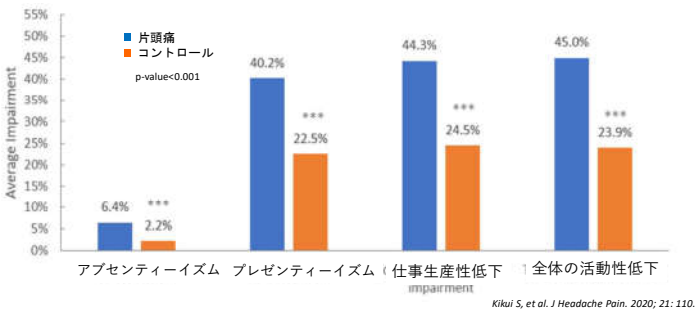
Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire:
Specific Health Problem V2.0 (WPAI:SHP)

- ① During the past seven days, how many hours did you miss from work because of problems associated with your PROBLEM? Include hours you missed on sick days, times you went in late, left early, etc., because of your PROBLEM. Do not include time you missed to participate in this study.
- ____ HOURS → 7日間で、仕事を休んだ時間
- ② During the past seven days, how much did your PROBLEM affect your productivity while you were working?
- Think about days you were limited in the amount or kind of work you could do, days you accomplished less than you would like, or days you could not do your work as carefully as usual. If PROBLEM affected your work only a little, choose a low number. Choose a high number if PROBLEM affected your work a great deal.



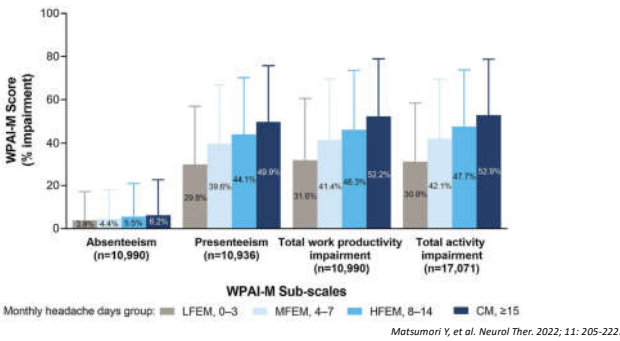
17

片頭痛では、アブゼンティーイズム、プレゼンティーイズム、生産性低下および全体の活動性が低下



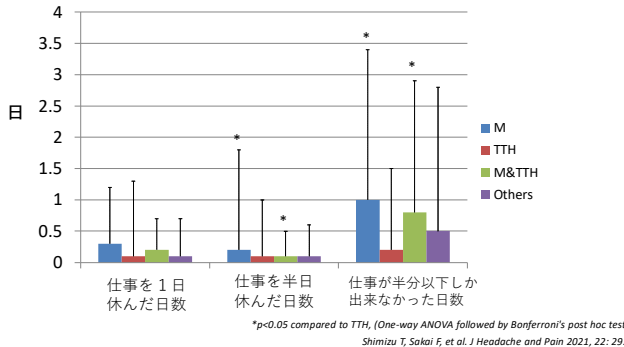
18

アブゼンティーイズム、プレゼンティーイズム、生産性低下および全体の活動性低下は片頭痛の発作日数とともに増加



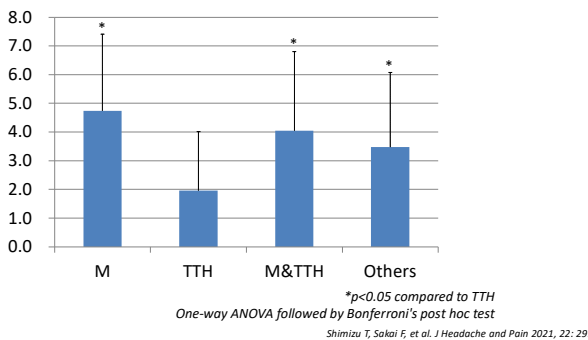
19

3ヶ月間で頭痛により仕事に影響を受けた日数 (MIDAS)



20

頭痛が仕事の生産性におよぼすインパクト (WPAI)



21

Absenteeismによる1人当たりの年間の経済損失額

	1日休業による損失額	半日休業による損失額
片頭痛	26649.6± 82729.0円	10087.4±51739.2 円
緊張型頭痛	3365.3± 48221.4 円	9272.1±127722.8 円
片頭痛& 緊張型頭痛	17210.0± 45754.9 円	4491.5±18300.7 円
その他の頭痛	13754.4± 57130.8 円	5347.4±23401.9 円

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

22

Presenteeism による1人当たりの年間の経済損失額

	頭痛により仕事の生産性が減少した日数から計算(MIDAS)	頭痛により仕事の生産性が低下したインパクトから計算(WPAI)
片頭痛	41970.8±116190.2円**	247831.7±502791.5円**
緊張型頭痛	7927.5±59688.1 円	62847.6± 298302.8 円
片頭痛& 緊張型頭痛	36238.9± 98183.3 円*	293015.1±679445.2 円**
その他の頭痛	21370.8±108130.5 円*	141658.9±487073.2 円*

*p<0.05 緊張型頭痛,**p<0.05 緊張型頭痛およびその他の頭痛 (One-way ANOVA followed by Bonferroni's post hoc test)

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

23

Table 3 Mean health-related productivity loss instrument outcomes for presenteeism across the four yearly periods

Medical condition	Affected, No. (%)	Estimated daily productivity loss per person, euro*	Estimated annual cost per person, €	Estimated annual company cost, €
Chronic back pain	631 (4.3)	16.7 (5.0)	1 520 586	1 210 000 (62 000)
Neck pain	44 (0.3)	16.6 (3.2)	2 100 440	94 000 (21 000)
General anxiety	243 (5.1)	16.2 (5.7)	1 620 816	1 430 000 (69 000)
Migraine or tension headaches	1 162 (8.2)	14.7 (5.6)	1 686 178	2 520 000 (88 000)
Neck pain	477 (3.3)	11.2 (3.6)	1 290 800	610 000 (38 000)
Depression	262 (5.8)	10.8 (5.3)	1 150 666	980 000 (57 000)
Autoimmune disease	283 (1.8)	8.3 (1.3)	1 080 (183)	310 000 (17 000)
Any chronic condition	4 005 (27.6)	6.2 (3.1)	7 115 (216)	2 380 000 (82 000)
Respiratory chronic bronchitis, emphysema or asthma	186 (1.3)	5.4 (0.8)	630 (106)	117 000 (20 000)
Diagnosed disorder	543 (3.7)	5.3 (0.4)	600 (54)	327 000 (30 000)
Pulmonary disease	21 (0.1)	4.1 (3.7)	450 (170)	10 000 (3 000)
Any cancer	346 (2.6)	3.4 (1.4)	415 (75)	114 000 (21 000)
Asthma	1 017 (7.0)	3.1 (0.2)	350 (38)	350 000 (31 000)
Type 1 diabetes	267 (0.1)	2.4 (0.2)	270 (33)	244 000 (29 000)
Seizure disorders	59 (0.4)	2.0 (0.5)	240 (100)	14 000 (6 000)
Heart disease	323 (2.2)	2.0 (0.3)	230 (42)	75 000 (14 000)
Other metabolic disease (thyroid, kidney/renal, liver)	548 (3.3)	1.8 (0.2)	179 (25)	169 000 (32 000)
Hypertension (high blood pressure)	3 258 (22.3)	1.1 (0.0)	126 (17)	400 000 (33 000)
Peripheral vascular disease	38 (0.3)	0.9 (0.4)	50 (46)	3 600 (1 000)
Concomitant disorders/conditions	34 (0.2)	0.8 (0.3)	90 (28)	2 900 (1 300)

Data are presented in descending order of mean minutes of estimated daily productivity loss per person

*Data are reported with associated standard error

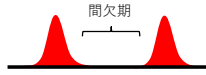
Allen D et al. F Hum Resour Health 2018; 16: 59.

24

片頭痛と慢性片頭痛

片頭痛

Episodic migraine (EM)



慢性片頭痛

Chronic migraine (CM)



25

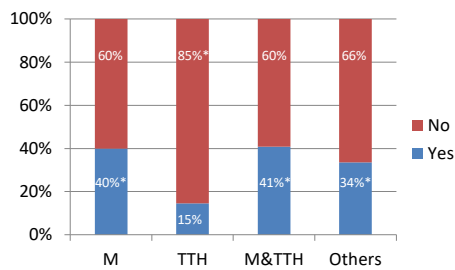
片頭痛発作間欠期の疾病負担－頭痛の程度・頻度の多い人は間欠期も不安

Total burden measure		Probability of reporting interictal burden		
		Odds ratio [95 % CI]	Interictal anxiety	Interictal avoidance
Headache intensity (reference: "not bad")	"bad"	2.8 [1.5-5.4]	1.6 [1.1-2.4]	1.1 [0.8-1.4]
	"very bad"	7.6 [4.0-14.7]	3.0 [2.0-4.6]	1.3 [1.0-1.6]
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 [1.8-3.4]
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 [2.8-6.9]	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 [1.1-3.0]
	>33	5.3 [2.6-10.7]	3.8 [1.9-7.6]	1.7 [0.9-3.5]
Lost work + household time + social leisure (days/3 months) (reference: ≤23)	23-44	4.1 [2.9-5.7]	2.9 [2.1-4.0]	1.5 [1.1-2.0]
	45-66	4.0 [2.7-6.2]	2.8 [1.9-3.9]	2.2 [1.3-3.9]
	>66	4.4 [2.3-8.3]	2.8 [1.3-4.5]	1.7 [1.0-3.1]

Lampert 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.

27

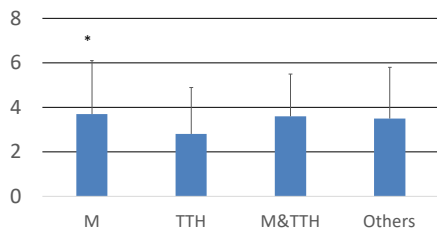
頭痛がない日に頭痛に合併しておこる症状

	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	24%	16%	53%	5%	6%	42%	50%
Others	(45/190)	(31/190)	(101/190)	(10/190)	(11/190)	(80/190)	(96/190)
	22%	25%	56%	0%	30%	36%	64%
	(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.

28

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

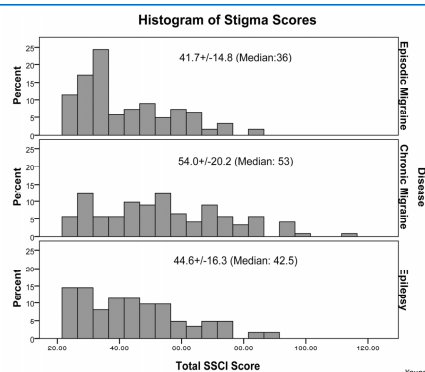
頭痛であることを他人にいわない、家族、職場での理解がない

Headache type	Gender	N	Avoid telling others n (%) [95 % CI]	Family, friends don't understand n (%) [95 % CI]	N	Employer, colleagues don't understand 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]
Tension-type headache	All	2959	973 (32.9) [31.2-34.6]	303 (10.2) [9.1-11.3]	2476	292 (11.8) [10.5-13.1]
	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]

Lampert et al. J Headache Pain. 2016; 17: 9.

30

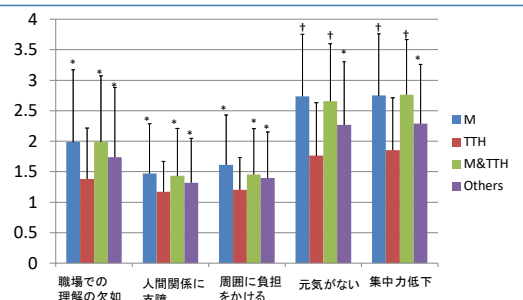
慢性片頭痛はstigma scoreが高い



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

31 -10 -

頭痛患者の職場への考え、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.

32

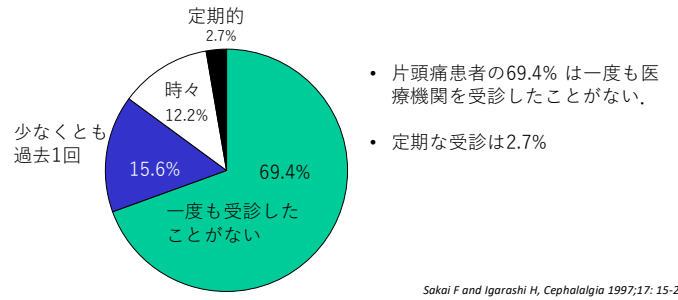
片頭痛のない人の片頭痛患者に対する印象

How often have you felt that people with migraine...	Never (%)	Rarely (%)	Sometimes (%)	Often (%)	Very Often (%)	Don't Know (%)	Sometimes, Often, or Very Often (%)
仕事、学校行事、家族サービスをさぼる口実	37.4%	23.4%	23.2%	5.9%	2.1%	8.2%	31.1%
注目されるための口実	36.5%	22.3%	25.1%	6.3%	1.6%	8.3%	33.0%
本当は必要ない痛み止めをもらう口実	41.7%	22.8%	19.8%	5.8%	1.8%	8.2%	27.4%
自身の不摂生の結果	42.3%	18.7%	19.8%	6.4%	3.0%	10.0%	29.1%
片頭痛を簡単に治すことができる	37.1%	17.3%	23.6%	8.0%	3.9%	10.2%	35.5%
片頭痛の症状を強調しすぎている	46.1%	18.3%	16.7%	4.1%	2.8%	12.1%	23.5%
片頭痛による負担を強調しすぎている	27.3%	15.3%	26.4%	11.7%	7.3%	12.1%	45.4%
	35.0%	22.0%	23.7%	6.5%	2.3%	10.7%	32.4%
	36.6%	23.2%	22.1%	6.0%	2.0%	10.3%	30.0%

Headache. 2015; 59 Suppl 1: 14-6.

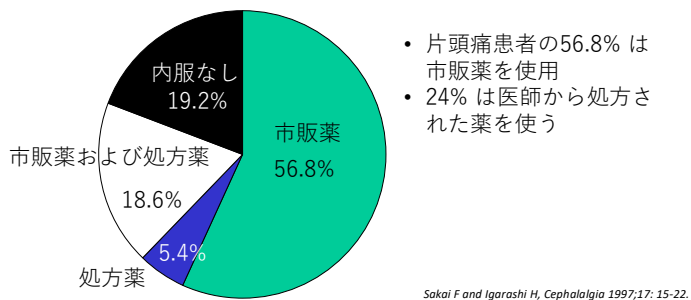
33

片頭痛患者の医療機関への受診状況



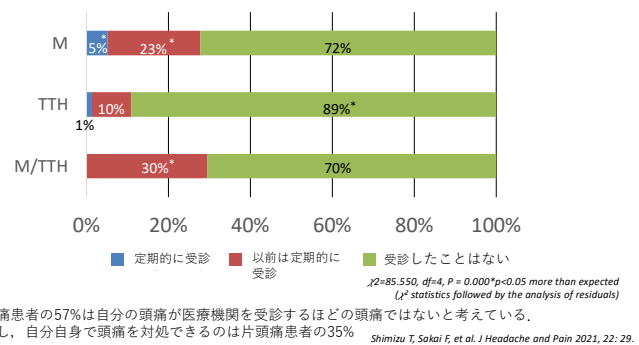
34

片頭痛患者の薬剤の内服状況



35

医療機関への受診について



36

医師からの治療薬以外による頭痛の対処法

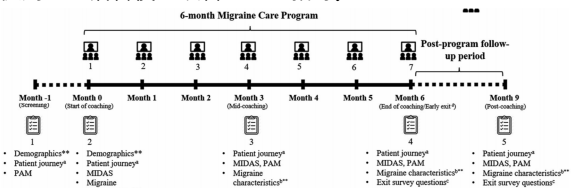
	横になる・寝る	市販薬	冷やす	代替療法	何もしない
M	66% (216/328)	67% (220/328)	10% (34/328)	3% (9/328)	12% (39/328)
TTH	41% (532/1300)	36% (473/1300)	3% (41/1300)	1% (10/1300)	42% (550/1300)
M&TTH	59% (52/88)	69% (61/88)	6% (5/88)	1% (1/88)	14% (12/88)

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

37

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。

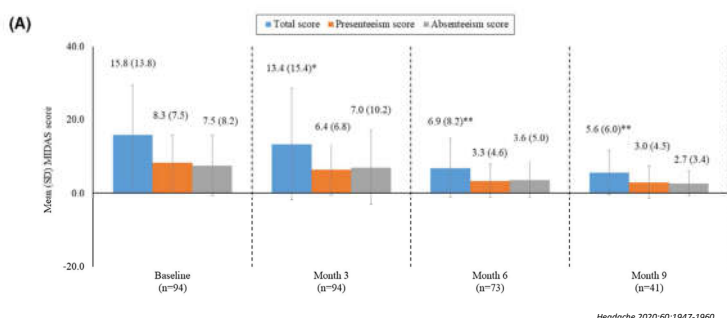


参加者は、平均年間10.8日、就業可能日数が増加、プライベートの時間は平均年間13.6日頭痛のない日を獲得

Headache 2020;60:1947-1960

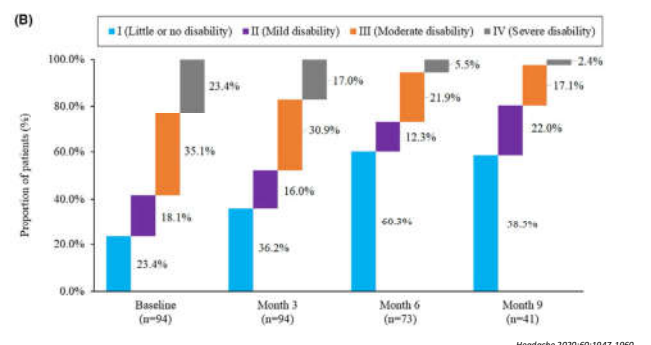
38

Migraine Care Programでabsenteeismおよびpresenteeismが改善



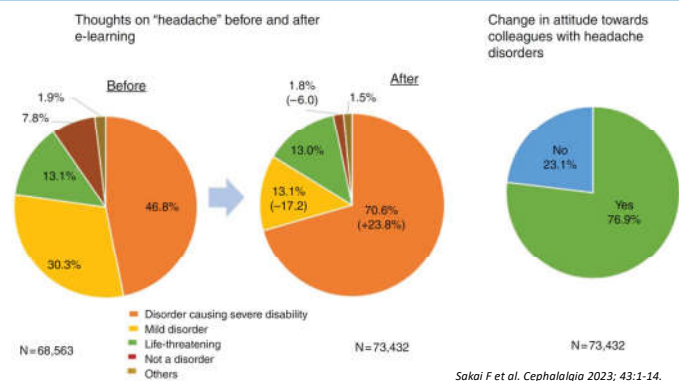
39

Migraine Care ProgramでMIDASスコアが改善



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. Cephalalgia 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 田畑 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、いつもの頭痛と思込いても、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も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。その辺りを一緒に考え、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。

看護師の立場から見た慢性頭痛：職域での問題も含めて



社会医療法人寿会 富永病院 外来看護師長
田畑 かおり

主催：東京医科歯科大学

1

COI開示

演題名：看護師の立場から見た慢性頭痛：職域での問題も含めて

所属：社会医療法人寿会、富永病院、看護師

発表者：田畑 かおり

2

頭痛の分類

1, 求められる役割

一次性頭痛とは	二次性頭痛とは
頭痛自体が病気ですが、命に関わるものではありません。	他の病気が原因で起こる頭痛です。命に関わる場合があります。
<ul style="list-style-type: none">●片頭痛●緊張型頭痛●群発頭痛 など	<ul style="list-style-type: none">●くも膜下出血 ●脳出血●脳腫瘍 ●髄膜炎●脳炎 など
「頭痛」のトリアージ	
命に関わらない	命に関わる場合がある

監修：静岡赤十字病院 脳神経内科部長 今井 昇 先生

演者変換

3

命にかかわらないけど…

つらい慢性頭痛（**一次性頭痛**）



片頭痛

こめかみが
ずきずきする頭痛



緊張型頭痛

重苦しく、しめつけら
れるような頭痛



群発頭痛

針で刺されるような片
側眼周囲の激痛

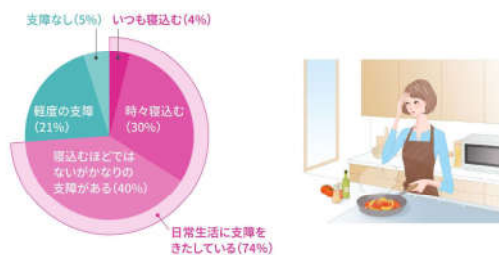
演者作成

4

片頭痛の日常生活に及ぼす影響

頭痛の悩み.jp

◆ 片頭痛患者さんの74%の方が、仕事、家事、勉強などの日常生活に支障をきたしている



方法・対象：日本全国から無作為に抽出した15歳以上の日本人4,028人のうち片頭痛の診断基準を満たした337人への電話・質問票による調査

Sakai, F. et al. : Cephalgia. 1997; 17(1):15-22 より作成

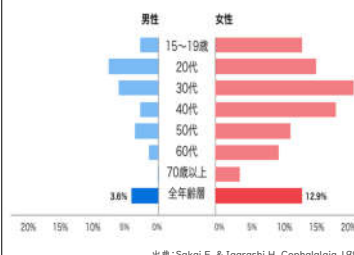
監修：静岡赤十字病院 脳神経内科部長 今井 昇 先生

5

日常生活支障度が高い片頭痛

頭痛による経済的損失

男女比と年齢分布



出典：Sakai F, & Igarashi H. Cephalgia 1997

co II-1-9

片頭痛による経済的損失はどのように評価するか

片頭痛は個人の生活に支障を及ぼすだけでなく、社会にも与える影響も多大である。片頭痛有病率のピークは男女とも若年層にあり、労働損失の原因として重要である。片頭痛によるアブセンティーズム、医療や休業、以上にプレゼンティーズム（労働者の出勤後、より業務に集中できなくなる。おまわりには健康であるがパフォーマンスが低下している状態）を伴い、年間1000億円の経済的損失を発生していると推定されている。

頭痛：痛なし

頭痛診療の診療ガイドライン2021

患者個人、社会的
経済的損失が大きい疾患!!

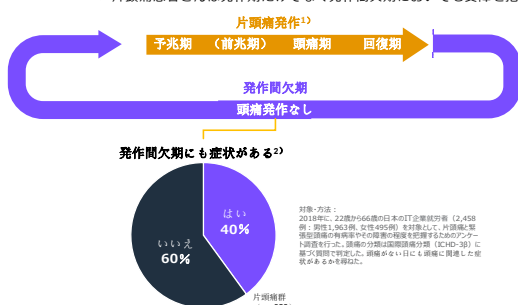
高者作成

6

片頭痛発作 / 発作間欠期の支障

〈アンケート調査〉

● 片頭痛患者さんは発作期だけでなく発作間欠期においても支障を抱えている。



対象・方法：2018年に、22歳から66歳の日本のIT企業職員の12,458名（男性1,963名、女性4,995名）を対象として、片頭痛・緊張型頭痛の有無と発作頻度に関するアンケート調査を実施した。片頭痛の有無は、国際頭痛分類（ICHD-3）に基づいて診断された。片頭痛の有無は、片頭痛の有無に基づいて診断された。

1) 日本神経学会・日本頭痛学会・日本神経学会学術大会「頭痛診療ガイドライン（片頭痛委員会編、頭痛診療ガイドライン2021）第2版、2021、p.36,47の作成
2) Sakai, F. et al. : Cephalgia. 1997; 17(1):15-22より作成。頭痛の悩み.jpのホームページに掲載されている。

EMG0893

「たかが頭痛」「ただの頭痛」⇒されど「頭痛」

頭痛は、脳神経系に起因する疾患であり、脳に影響を及ぼす

*日本だけでも840万人におよぶ有病率
*片頭痛発作により毎日60万人の日本人が、苦痛を感じ、人間らしい生活を妨げられている
2005年京都宣言、頭痛からの解放世界キャンペーン「苦しみの解放」

片頭痛は治療できる病気、
正しく診断・治療に辿り着いていない現状
頭痛認知に少しずつ変化…

快癒しては、頭には異常は
無かったですよ、ただの頭痛です
良かったですね、痛み止めで様子みてください

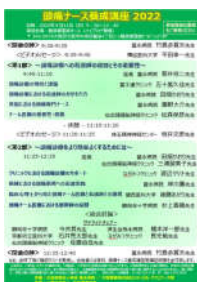
演者作成

16

2020年より看護師養成講座開催



参加者：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



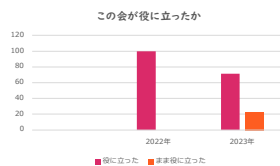
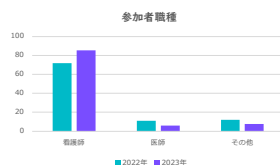
参加者：ハイブリッド現地合わせ
200名以上参加
富永病院、大塚製薬共催



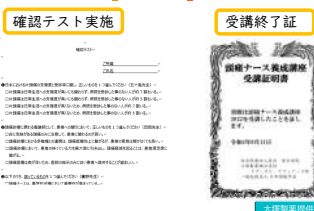
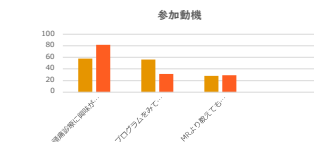
参加者：ハイブリッド現地合わせ
501名参加
大塚製薬主催

17

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



18

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強く感じました。
- ✓ 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った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関わりたと思いました。
- ✓ 講義を聞いて私の事だと思ふことがありました。

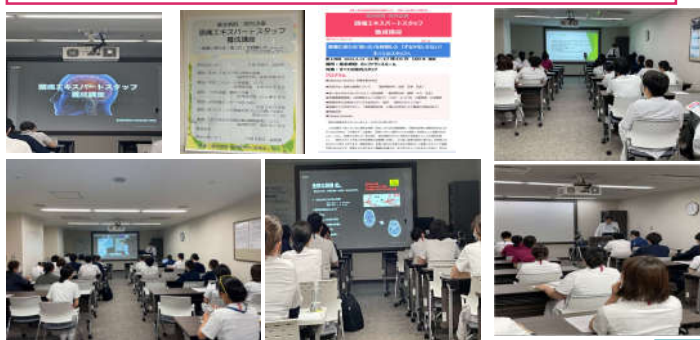
2023年看護師養成講座参加者意見

- ✓ 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っ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ると思います。

19

院内企画;頭痛エキスパートスタッフ養成講座

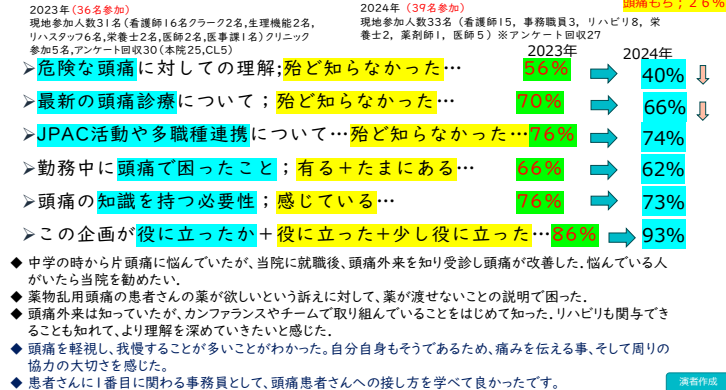
2023年3月29日, 2024年3月13日



高橋作成

20

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



21

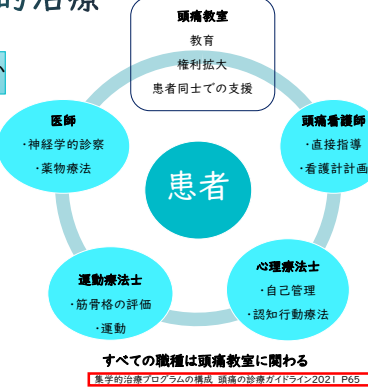
多職種連携による集学的治療

cq 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

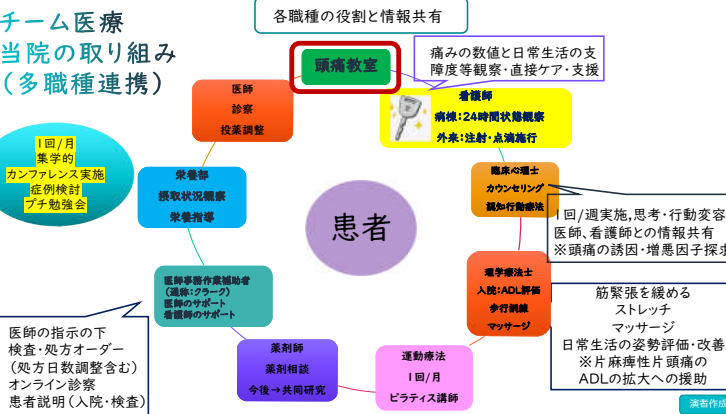
弱い推薦/エビデンスの確実性B



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築、頭痛の診療ガイドライン2021 P65

22

チーム医療 当院の取り組み (多職種連携)



23

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



高橋作成

24

運動療法 1回 / 月

季節に合った運動を取り入れながら...



演者作成

25

頭痛患者さんを効果的に診断→治療へ繋ぐ!!

求められる役割

二次性頭痛、一次性頭痛の鑑別

①頭痛患者さんのトリアージ

②一次性頭痛に対するトリアージ

- ✓いつもと違う頭痛
- ✓急に発症した頭痛
- ✓脱力や呂律困難を伴う



救急外来 脳神経外科 脳神経内科 (頭痛外来)

③電話による受診相談対応



演者作成

26

片頭痛患者さんのあたりまえ...

日常生活の支障が、
困りごととして出てこない

効果的な問診

例) 両側ですか? 動くとき
どくなりますか?
今まで頭痛であきらめていた
ことで、何かチャレンジした
ことはありますか?

今度の治療は、
効果があるといいな...

患者さんの自己決定を支援!

寄り添う気持ち

「片頭痛の方か、悩んでおられます」

頭痛について、
理解してもらえない

気持ち
を
理解

その当たり前! 頭痛を理解し一緒に疑うことからスタート

治療へ繋ぐ

あたりまえが変わる!

演者作成

27

複数診療科の中、外来看護師の頭痛診療へ関わり

効果的な関わり



高度な医療処置から、認知症患者さんの対応まで数多くの看護実践能力が求められる!!



演者作成

28

片頭痛の対策 (治療とセルフケア)

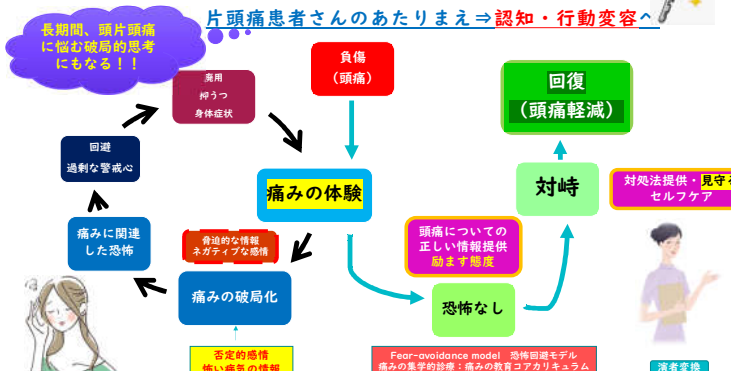
	薬による治療	セルフケア
頭痛時の対策	【急性期治療】 ●トリプタン ●NSAIDs ^{※1} (アスピリンなど) ●アセトアミノフェン	●暗い静かな部屋で横になる ●痛むところを冷やす ●睡眠をとる ●コーヒーや紅茶を飲む
予防の対策	【予防療法】 ●抗CGRP ^{※2} 拮抗薬 ●抗てんかん薬 ●β遮断薬 ●カルシウム拮抗薬	●寝すぎ・寝不足を避ける ●空腹・脱水を避ける ●強い光、大きな音を避ける ●急激な温度変化を避ける ●頭痛体操 ●頭痛ダイアリー

※1 NSAIDs (エスエイズ) : 非ステロイド系消炎鎮痛薬
 ※2 CGRP (シージーアールピー) : カルシトニン遺伝子関連ペプチド

監修: 静岡南十字病院 脳神経内科部長 今井 昇 先生

29

頭痛診療サポート、ここがカギ



30

多職種連携と看護師の役割 (リーダーシップ)

人々の「健康で幸福に生活したい」という意思に応えるべく、誰もが健康に生活ができるよう力添えをしたり、心のケアをしたりすることが「看護」である

<https://www.supernurse.co.jp/useful/10867/>

頭痛・患者さんの気持ちを理解した上での関わりが大切

寄り添い、支え、頭痛改善の糸口を、患者や他の専門職と一緒に探索する

演者作成

31

頭痛診療のパラダイムシフト



演者作成

32

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

33

国際頭痛学会 (IHC) In Seoul 2023年9月15日～16日



演者作成

34

GPACセッション

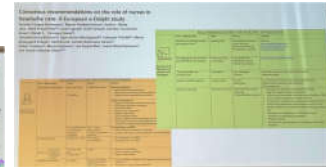


演者作成

35

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

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://images.app.goo.gl/RgRtYC7Ppjd0T56>

演者作成

37

ご清聴ありがとうございました



38

「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、それぞれの疾病の致命率、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

2020年度全社健康教育

FUJITSU



頭痛の正しい知識と対処法

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)

2020年10月 富士通健康経営事務局



Sakai F 2023

図 2

2

e-Learning結果

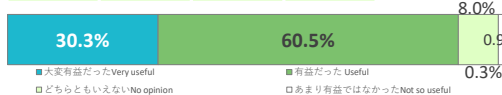
FUJITSU

■ 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
- テーミング(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、ありがたいと思いました。

© FUJITSU RESTRICTED

Sakai F 2023

図 3

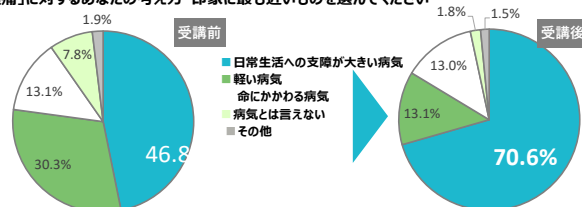
3

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



© FUJITSU RESTRICTED

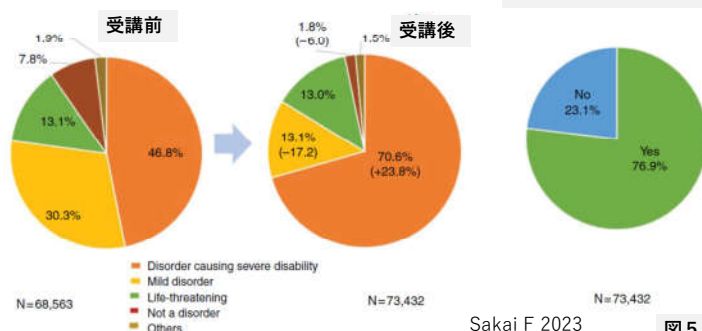
Sakai F 2023

図 4

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



Sakai F 2023

図 5

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

1

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

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

3

「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、そのうち半分以上が片頭痛

➡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。

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)



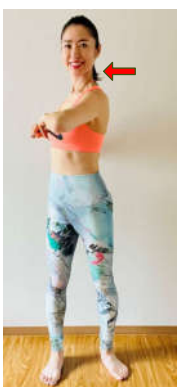
5

緊張型頭痛で生ずる 筋硬結・圧痛部位



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

7 -22 -

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

8

体操 ①緊張型頭痛緩和、②片頭痛発見、③片頭痛予防

Relief of headache

頭痛体操を始めるにあたって

頭のまわりの筋肉は硬くなると、血が流れにくくなります。毎日おこなう体操で、硬くなった筋肉を柔らかくし、血を流すことで、頭痛の予防につながります。頭痛発症後には、首の後ろ（インナーマッスル）をストレッチします。首の後ろのストレッチは、頭痛予防に効果的です。

Relief of stiff shoulders

肩こり体操を始めるにあたって

肩の筋肉は硬くなると、首の後ろに血が流れにくくなります。毎日おこなう体操で、硬くなった筋肉を柔らかくし、血を流すことで、頭痛の予防につながります。頭痛発症後には、首の後ろ（インナーマッスル）をストレッチします。首の後ろのストレッチは、頭痛予防に効果的です。

1. 首のストレッチ

首の後ろの筋肉を柔らかくし、血を流すことで、頭痛の予防につながります。頭痛発症後には、首の後ろ（インナーマッスル）をストレッチします。首の後ろのストレッチは、頭痛予防に効果的です。

2. 肩のストレッチ

肩の筋肉を柔らかくし、血を流すことで、頭痛の予防につながります。頭痛発症後には、首の後ろ（インナーマッスル）をストレッチします。首の後ろのストレッチは、頭痛予防に効果的です。

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 護

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、田畑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、臨床現場に出た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々あるとのことであった。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

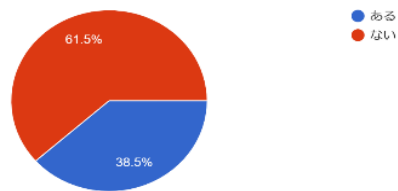
された。このような全社的な取り組みは、会社幹部に慢性頭痛によって莫大な経済的損失が起きていることを粘り強く説明して理解を得たことと WHO の協力によって可能になったとのことであった。続いて、坂井先生は片頭痛に合併する緊張型頭痛の存在に気付くことの重要性についても指摘し、頭痛体操の効用について言及された。それを引き継いで、田中夏美先生の頭痛体操の講演があった。スライドを用いた説明にとどまらず、デモンストレーションを交えて頭痛体操が板状筋、僧帽筋、大胸筋に与える好影響を強調した。参加者も実際に頭痛体操を行った。こま回し運動が板状筋を刺激するためには視線を動かさないことがポイントであることなど新たな気づきがあった。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ィグマ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。

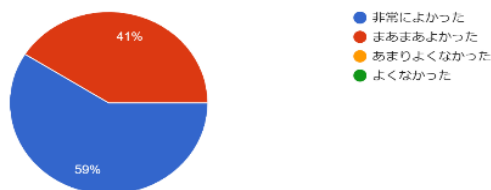
最後に、多くの事務手続きを快くお引き受けいただいた東京歯科大学の関係者の方々に深謝いたします。

アンケート結果

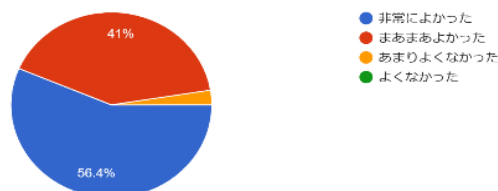
先生のこれまでの産業医活動の中で、頭痛患者の診...ンサルテーションに関与した経験はありますか？
39 件の回答



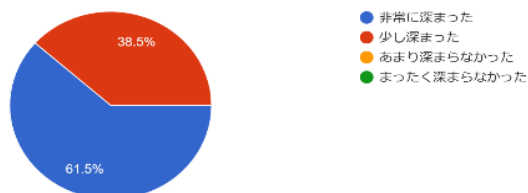
本講演会の全体的な印象はどうでしたか？
39 件の回答



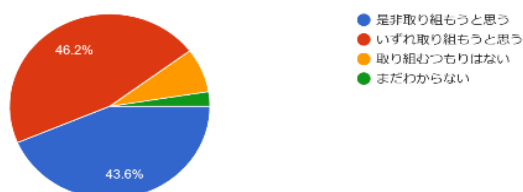
各講演のテーマの選択と講演会全体の構成はどうでしたか？
39 件の回答



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

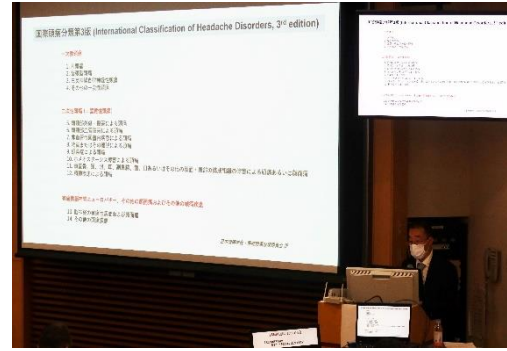


今回の講演会をきっかけに、職域の頭痛に対して何らかの対策に取り組んでみようと思いませんか？
39 件の回答





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 田畑先生



講演中 坂井先生



講演中 田中先生



総合討論



集合写真