

痛、嘔吐がひどい場合紹介医に入院し対症的な処置を受けられるように手配した。患者はこれに納得し、翌日からクリアミン®内服を中止した。その後の経過は患者自身の頭痛日記のとおりである(図1)。中止翌日から頭痛、嘔吐が高度となり夕刻入院した。嘔吐のために経口摂取が不能なため点滴を受けながら、ジクロフェナクナトリウム(ボルタレン®坐剤50mg)坐剤、ロキソプロフェンナトリウム(ロキソニン®60mg錠)内服が併用された。中止4日目の夕方から頭痛が消失し、ときおり軽い頭痛が生じるのみとなったため入院10日目に退院した。その後は連日の頭痛は消失し週に1回程度の片頭痛発作が出現する状態に戻った。現在ミグシス®2錠朝夕分2内服、アミトリプチリン(トリプタノール®10mg錠)2錠分1眠前内服に片頭痛時エレクトリプタン(レルパックス®20mg錠)1錠、ナウゼリン®1錠屯用にて

経過を観察している。

本例は、前兆のない片頭痛(migraine without aura, 1.1)がクリアミン®乱用によるエルゴタミン乱用性頭痛(Ergotamine-overuse headache, 8.2.1)に至った例である。クリアミン®中止によって一時頭痛の増悪がみられたが約4日で頭痛は改善しクリアミン®乱用以前の状態に戻ったと考えられる。

エルゴタミン製剤は内服のタイミングが難しくしばしば乱用がみられる。薬剤乱用に至る前に、診断、使用薬剤の検討が必要である。さらに、エルゴタミン以外でも過度なまでに鎮痛剤を求める頭痛患者をみた場合には薬剤乱用性頭痛を考慮し、内服状況の確認が必要である。診断基準に該当する場合には患者の納得が得られれば入院してでも該当薬剤の中止が必要である。

(参考文献)

- 1) Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society : The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. Cephalalgia, 24 (suppl 1) : 8-152, 2004.
- 2) Silberstein SD, Lipton, RB, Sliwinski M : Classification of daily and near-daily headaches : Field trial of revised IHS criteria. Neurology, 47 : 871-875, 1996.
- 3) 高瀬 靖 : 一次性 new daily persistent headache の臨床的検討。—43例の発症様式、誘因、発症年齢、男女比、頭痛の性状、頻度について—。臨床神経, 43 : 533-538, 2003.

頸椎症性神経根症によって起こる頸部痛*

根来 清**

頸椎症に伴って生じる頸部痛

頸部痛はありふれた症状で、生涯において70%の人が経験するとの報告もある³⁾。特に、頸椎症に伴う頸部痛は40歳以降においてしばしば認められる。頸椎は椎体、椎間板、靭帯、脊髄・神経根、椎体関節、傍脊柱筋群から形成されているため、頸椎症に伴う頸部痛は、神経根障害 (radiculopathy) 以外にも、椎間板疾患、椎間関節の炎症・変性、筋・筋膜の障害、脊髄障害などで生じる。神経根障害による頸部痛について述べる前にこれらについて概説する。

① 椎間板から起こる頸部痛

椎間板の周辺部には神経線維、神経終末が分布しており、椎間板の変性が直接、頸部痛の原因になる。椎間板に分布する神経は、神経根からの枝である硬膜枝で洞脊椎神経と呼ばれる。洞脊椎神経は交感神経幹と交通枝を介して連絡している(図1)⁶⁾。椎間板に外傷や炎症などが加わるとこれらの神経を介して頸部痛が生じると考えられる。椎間板造影によって惹起される痛みの分布が椎間

板レベルによって異なることが報告されている(図2)⁵⁾。

② 椎間関節から起こる頸部痛

椎間関節には神経根後枝内側枝が分布しており、椎間関節の変性や炎症が頸部痛の原因となりうる。頸部神経根後枝の知覚支配領域は上位頸椎では後頭部、中位頸椎では肩甲上部、下位頸椎では肩胛下部であり、椎間関節の疾患によってこれらの部位に痛みが生じる。椎間関節への局所注射によって分布に再現性のある痛みが誘発され(図3)⁴⁾、椎間関節への局所麻酔で消失する⁷⁾ことが報告されている。

③ 筋・筋膜から起こる頸部痛

筋・筋膜性の痛みは習慣的な不良姿勢や筋の血行障害などが原因として考えられているが、いまだ不明な点が多い。

④ 脊髄障害から起こる頸部痛

頸椎症によって脊髄圧迫・循環障害をきたし、脊髄後角・後根進入部あるいは脊髄視床路が障害されると頸部痛が生じることが推測される。ただし一般には、頸部脊髄障害に伴う痛みは背部、下肢に多い⁸⁾。

Key words

頸椎症 (cervical spondylosis)
頸椎症性神経根症 (cervical radiculopathy)
神経根痛 (radicular pain)

* Neck Pain caused by Cervical Radiculopathy

** 山口大学医学部脳神経病態学神経内科〔〒755-8505 宇部市南小串1-1-1〕/Kiyoshi NEGORO : Department of Neurology and Clinical Neuroscience, Yamaguchi University School of Medicine

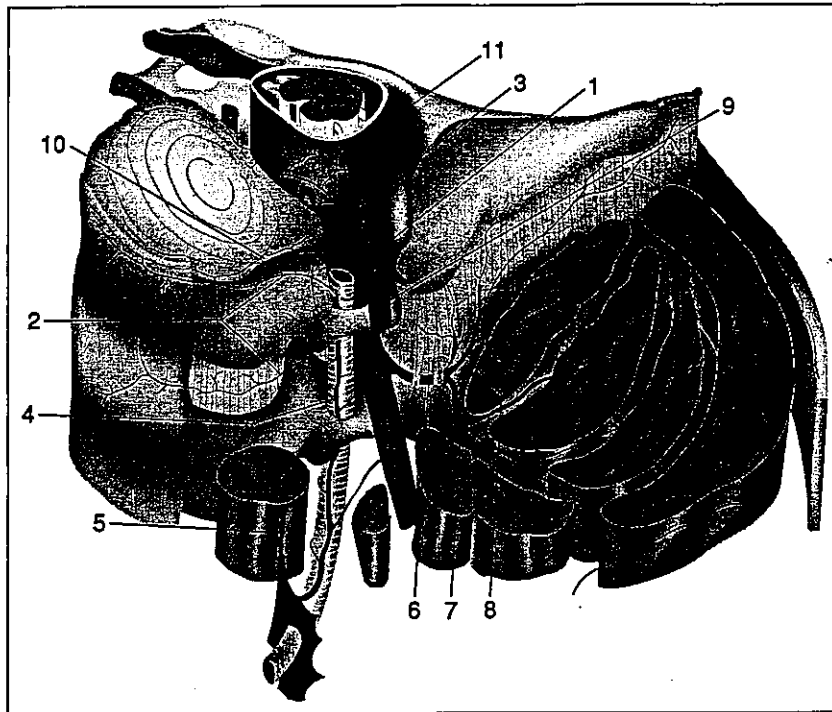


図1 頸椎の局所神経支配

1: 脊髄神経, 2: 交感神経腹側枝, 3: 硬膜枝 (洞脊椎神経), 4: 椎骨神経, 5: 交感神経幹, 6: 脊髄神経後枝, 7: 後枝外側枝, 8: 後枝内側枝, 9: 脊髄神経前枝, 10: 交通枝, 11: 脊髄神経根 (前根, 後根).
 硬膜枝 (洞脊椎神経) は線維輪後方, 後縦靭帯, 硬膜に分布する。交感神経幹からは腹側枝が出て, 線維輪前方や, 前縦靭帯に分布している。硬膜枝 (洞脊椎神経) と交感神経幹は交通枝で交通している。

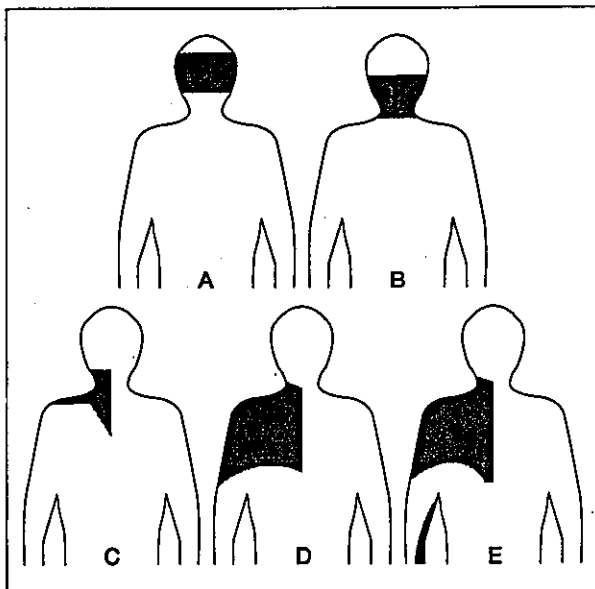


図2 椎間板造影によって惹起される痛みの分布
 A: C2-3 椎間板造影, B: C3-4 椎間板造影, C: C4-5 椎間板造影, D: C5-6 椎間板造影, E: C6-7 椎間板造影。

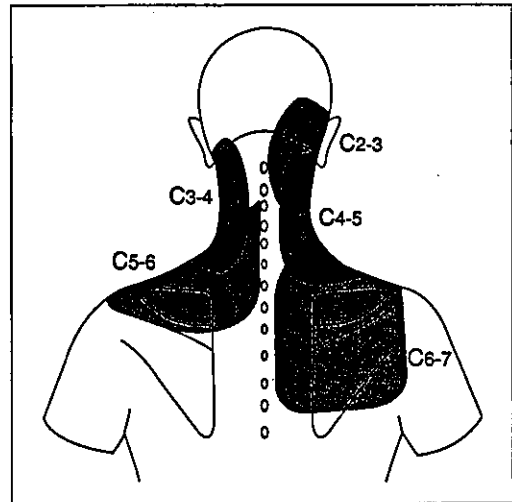


図3 椎間関節への局所注射によって惹起される痛みの分布

表 1 頸部神経根症において各神経根が障害される頻度

報告者	Yossら (1957)	Murphyら (1973)	Radhakrishnanら (1994)	田中ら (1997)
C5	2	4	7	6
C6	19	26	18	28
C7	69	61	46	43
C8	10	8	6	13

数字は障害される%

神経根障害によって起こる頸部痛

① 発現機序

神経根そのものが椎間孔部あるいはその周辺で関節周囲の骨棘やヘルニアなどによって圧迫されることにより生じる痛みが神経根痛 (radicular pain) である。特に知覚神経からなる神経根後根の刺激で生じる神経根支配領域の刺すような強い痛みが特徴的とされる。

8対の頸部神経根は前内側部が椎間板、後外側部が椎間関節からなる椎間孔を脊髄根動脈、椎間静脈とともに通り抜ける。椎間孔はC2-3で最大であり、C6-7まで順に小さくなる。神経根は椎間孔断面積の約1/4から1/3を占める。神経根は椎間孔内で前枝と後枝に分岐する。前枝由来の痛みは各神経根の知覚支配領域に生じるのが特徴で、後枝由来の痛みは前述したように、後頸部、肩甲部などに生じる。そのため、後枝由来の痛みは椎間関節から生じる痛みと明確に区別することが困難である。まれに、体幹前面の痛み、胸部痛 (cervical angina)²⁾、乳房痛³⁾が生じることもある。

神経根障害の原因は椎間板ヘルニアがもっとも多く、頸椎症がそれに続く。関節周囲骨棘による圧排、椎間板の破裂・石灰化、先天性の脊柱管狭窄が相互に関連して神経根障害の発現に影響を与える。先に述べた椎間板や椎間関節などから起こる痛みと厳密に区別することは困難であり、ヘルニアや頸椎症によって神経根痛が生じる頻度は明らかではない。また、神経根の直接圧迫がいつも必ず痛みを起こすわけではなく、時には運動障害のみを起こすことさえある。

神経根痛の発現機序の詳細はいまだ明らかでな

いが、軸索断裂が進行したために起こる後根神経節からの過剰発射、神経根自体の機械的過敏性・化学的過敏性、慢性的に障害された軸索の圧迫、あるいは正常の後根神経節に対する圧迫などが推定されている。

② 発生頻度

神経根障害によって起こる症候は、痛み、感覚障害、運動障害、あるいはこれらの混在したものである。このうち、痛みはもっとも頻度の高い症候で、神経根障害を持つ患者のほとんどは、感覚障害、運動障害の有無にかかわらず、頸部痛、肩甲部痛、または腕の痛みで発症する⁴⁾。ただし、痛みは通常一過性で自然軽快あるいは保存的治療によって軽減する。

報告者によって差があるものの、もっともしばしば障害される神経根はC6、C7神経根である (表1)⁵⁾。前述したように、前枝由来の痛みは各神経根の知覚支配領域に、後枝由来の痛みは後頸部、肩甲部などに生じること、神経根症の発症頻度を考え合わせると、神経根症によって起こる頸部痛は後頸部下部から肩甲部にかけて生じることが多いと推測される。

頸髄の神経根障害によって生じる頭痛

頸部神経根の障害、特に後枝障害で後頭部から耳介後部にかけての痛みが生じる可能性があるが、その頻度については不明である。また、C2、C3神経根の分枝に生じる後頭神経痛 (大後頭神経痛、小後頭神経痛、第3後頭神経痛) が頸椎症に起因すると考えられる症例をまれならず経験する。しかしながら、これらが神経根障害によって生じたものかあるいは椎間関節などの障害で生じ

たものかを鑑別することは容易ではない。頸椎病変に伴う頭痛については、次稿において詳しく述べられる。

まとめ

頸椎症によって起こる頸部痛，特にその中で神経根症としての頸の痛みについて概説した。神経根障害では，頸部から肩甲部にかけての痛みは高頻度に経験される症候である。ただし，感覚障害，運動障害が同時に認められるとは限らない（しばしば痛みが遅れて出現してくる）ことに留意が必要である。

文 献

- 1) April C, Dwyer A, Bogduk N : Cervical zygapophyseal joint pain patterns. II : A clinical evaluation. *Spine* 15 : 458-461, 1990
- 2) Booth RE Jr, Rothman RH : Cervical angina. *Spine* 1 : 28-32, 1976
- 3) Cote P, Cassidy JD, Carroll L : The Saskatchewan Health and Back Pain Survey. The prevalence of neck pain and related disability in saskatchewan adults. *Spine* 23 : 1689-1698, 1998
- 4) Dwyer A, April C, Bogduk N : Cervical zygapophyseal joint pain patterns. I : A study in normal volunteers. *Spine* 15 : 453-457, 1990
- 5) Grubb SA, Kelly CK : Cervical discography : clinical implications from 12 years of experience. *Spine* 25 : 1382-1389, 2000
- 6) 近藤泰児 : 痛みを伴う頸部疾患とその診断. 痛みと臨床 2 : 114-122, 2003
- 7) LaBan MM, Meerschaert JR, Taylor RS, et al : Breast pain. *Arch Phys Med Rehabil* 60 : 315-317, 1979
- 8) Langfitt TW, Elliott FA : Pain in the back and legs caused by cervical spinal cord compression. *JAMA* 200 : 112-115, 1967
- 9) 田中靖久, 国分正一 : 頸部神経根症と頸部脊髄症の症候による診断. 越智隆広, 菊地臣一 (編) : NEW MOOK 整形外科 No 6 頸椎症. 金原出版, 2002, pp 30-38

次 | 号 | 予 | 告

脊椎脊髄ジャーナル Vol. 17 No. 9

特集 筋および神経・筋疾患とその鑑別診断

特集にあたって	千葉大学大学院医学研究院神経病態学<神経内科>	服部 孝道
多発筋炎, 皮膚筋炎	慶應義塾大学医学部内科/リウマチ研究室	平形道人, 他
進行性筋ジストロフィー	国立療養所宮崎東病院神経内科	斉田和子, 他
筋強直性ジストロフィー	国立精神・神経センター武蔵病院神経内科	川井 充
先天性ミオパチー	国立精神・神経センター武蔵病院小児神経科	小牧 宏文
ミトコンドリア脳筋症	新潟県厚生連上越総合病院神経内科	福原 信義
周期性四肢麻痺	東邦大学医学部附属大橋病院神経内科, 内科	栗原 照幸
重症筋無力症	千葉大学大学院医学研究院神経病態学<神経内科>	川口 直樹
Lambert-Eaton 症候群	金沢大学保健管理センター	吉川 弘明

Nomade

整形外科医の専門志向と脊椎外科	大阪厚生年金病院整形外科	富士 武史
実例から学ぶ! この画像をどう読むか [8]		
.....	東京医科歯科大学医学部付属病院神経内科	服部 亮, 他
用語解説 医療経済編		
.....	川口市立医療センター整形外科	浅井 亨

編集上の都合により内容が若干異なる場合がありますのでご了承下さい。

頭痛発作をすべて短時間に消失させ、望ましい健康状態を取り戻し、健康な1年間を過ごすことのできる可能性が、既存治療に比べて10倍以上高くなることが判明している。

従来、片頭痛発作のために日常生活および社会生活に多大なる支障をきたしていた人々が、復帰を果たすことによりもたらすであろう社会的利益を考慮すれば、将来的にはこの約700円の追加医療費の幅は減少していくものと予想される。海外でも同様の報告が散見される。すなわちスマトリブタンは高い治療効果を有し、頭痛医療全体の医療費の節減を果たし、結果として患者のヘルスアウトカムを著明に改善する。しかし、患者の立場からみれば高価な薬剤費は、スマトリブタンを使用しないために生ずる頻回の再診料や夜間救急外来受診時に施行されるCTもしくはMRIなどの画像診断料をすべてカバーすることは不可能である。やはり患者の社会復帰がもたらす社会的利益を含めたQOLを考慮しなければ評価は困難であるとされており、今後本邦でも、医療経済学的な追跡調査が必要となるであろう。

参考文献

- 1) 清水俊彦, 岩田誠, 西村周三: 片頭痛治療におけるスマトリブタン錠の医療経済学的検討. 診療と新薬 38(9): 787-799, 2001
- 2) 清水俊彦: 片頭痛マネジメントの将来. 脳21 6(1): 79-86, 2003

頭痛に対する心身医療的アプローチ

東邦大学医学部付属大森病院心療内科 端詰勝敬

心身医療とは患者の抱えている問題を心とからだに分けてとらえる従来の心身二元論的な立場ではなく、心とからだはお互いに密接に関連し合っており、分けて考えることはできないとする心身一如的なアプローチを中心とする医療的態度のことである。心身医療における患者評価には、Engelが提唱した身体面、心理面、社会面、倫理面など各側面への理解が重要となる。したがって、治療においては患者の心理状態、性格傾向、認知面、対人関係、環境面などもアプローチの対象となりうる。

頭痛患者の診療に際してこのような心身医療的アプローチが効果を発揮するのは、頭痛の発症や経過に心理社会的要因が深く関与していることが疑われるケースであり、その代表的疾患が片頭痛と緊張型頭痛である。以前から心理社会的ストレスは緊張型頭痛の誘発因子として知られていたが、欧米を中心とした最近の研究によって、片頭痛においてもストレスは強力な発症要因と考えられるようになっている^{1), 2)}。感情障害や不安障害などの精神疾患との関連も注目されており、①精神疾患の部分症状として頭痛が存在する場合、②慢性頭痛の二次的な心理的变化として精神疾患に至る場合、③comorbidityとしてうつ病やパニック障害が存在する場合などがある。いずれの場合も心理的側面への適切な配慮が欠ければ患者の頭痛が遷延するばかりか、医療経済的にも大きな損失につながる事が報告されている。

心身医療的アプローチは薬物療法と非薬物療法に大別される。薬物療法としては、身体面からみた一般的な薬物療法の他に抗うつ薬や抗不安薬などが適宜用いられる。非薬物療法としては、一般心理療法の他に心療内科における専門的な治療法として自律訓練法やバイオフィードバック法などがあり、頭痛患者にも多く用いられている。

参考文献

- 1) Rasmussen BK: Migraine and tension-type headache in a general population: Precipitating factors, female hormones, sleep pattern

プライマリ・ケアの頭痛医療と 病診連携

橋本洋一郎*¹・井 重博*²・田島和周*³・内野 誠*⁴

abstract

数多くの一次性頭痛（片頭痛，緊張型頭痛，群発頭痛など）患者とともにくも膜下出血などの二次性頭痛患者も日常診療で診る機会があり，プライマリ・ケアにおいて頭痛はきわめて重要な疾患である。二次性頭痛では，脳卒中の病診連携の一環としてかかりつけ医と専門医との病診連携は構築されている。しかし一次性頭痛の病診連携の構築は遅れている。頭痛の病診連携により一次性頭痛患者，かかりつけ医，専門医の三者それぞれに多くのメリットが生まれる。すなわち一次性頭痛患者にとっては，かかりつけ医と専門医の二者から診てもらえるので満足度と安心感の向上，利便性の向上などのメリットがある。かかりつけ医にとっては必要時に専門医の指示が仰げる，患者増，専門医にとってはかかりつけ医の患者は患者予備軍（新患増，紹介率の向上），外来患者抑制といったメリットがある。病診連携による地域の医療資源を活用した地域完結型の頭痛診療態勢を構築し，慢性頭痛患者のQOL向上を目指すgoal-orientedの診療を行う。

I はじめに

頭痛は，数多くの一次性頭痛（慢性頭痛）患者の存在，初期診断・治療が迅速かつ適切に行われなければ重篤な状態に陥る二次性頭痛（症候性頭痛）患者が存在することなどから，プライマリ・ケアにおいてきわめて重要な疾患ととらえるべきである。臨床の現場では，一次性頭痛と二次性頭痛の鑑別，さらに一次性頭痛では片頭痛・緊張型頭痛・群発頭痛の鑑別が必要である。急性期病院（専門病院）ではくも膜下出血や髄膜炎などの二次性頭痛の鑑別に重きが置かれている^{1), 2)}。

二次性頭痛に関しては，かかりつけ医と専門医（脳神経外科や神経内科）との病診連携が，脳卒中

診療の一環としてほぼ確立されていると考えられるが，頭痛の程度が軽い場合には専門医への紹介が遅れることもある。一方，外来で最も多い緊張型頭痛や片頭痛などの一次性頭痛に関する病診連携の構築は遅れている。

わが国でも片頭痛治療薬であるトリプタン系薬剤が2000年以降に数種類発売され，また日本神経学会より「慢性頭痛治療ガイドライン2002」³⁾が示され，頭痛の治療が大きく変わってきている。

II 二次性頭痛（症候性頭痛）

二次性頭痛のなかでは，くも膜下出血の鑑別が一番重要である。現在，脳卒中は心筋梗塞と同様に，発症後直ちに救急対応すべき疾患として，その重要性

*1 熊本市立熊本市市民病院神経内科 部長

*2 井内科クリニック 院長

*3 田島医院 院長

*4 熊本大学大学院脳神経科学講座神経内科 教授

が再認識されている。米国では、心筋梗塞の「Heart Attack」に対して、脳卒中を「Brain Attack」とよび、「Stroke Is an Emergency (脳卒中は緊急疾患である)」という一大キャンペーン(ブレイン・アタックキャンペーン)(図1)を行い、一般市民向けに「Brain Attack」のパンフレットを作成し、五つの脳卒中の症状を示している(表1)。五つの症状のなかの一つである「原因不明の突然の激しい頭痛」は、くも膜下出血を念頭に置いたものと考えられる。

American Heart Association (AHA:米国心臓協会)・American Stroke Association (ASA:米国脳卒中協会)・National Stroke Association (NSA:全米脳卒中協会)では、脳卒中と考えられる症状が出現した場合には、医師探しをせずに救急車をよび、すぐに脳卒中専門病院に搬送し早期治療を受けるよう、早期受診・早期治療の必要性(Time is brain:時は脳なり)を啓発している。

しかし実際は、脳卒中専門病院への受診の遅れがあり、患者側の問題(patient's delay)と医療者側の問題(doctor's delay)が存在する。このようななかで、普段の健康管理を行っているかかりつけ医の役割は大きい。

二次性頭痛を疑うポイントとしては、①突然起こる激しい頭痛、②いつもの頭痛とは違う頭痛(頻度、重症度)と重篤感のある頭痛、③発熱・嘔吐を伴う頭痛、④意識障害を伴う頭痛、⑤言語障害・運動麻痺などの神経局所症候を伴う頭痛、⑥複視・視力障害を伴う頭痛、⑦悪性腫瘍・膠原病などの基礎疾患をもっている頭痛などが挙げられる。二次性頭痛を疑った場合、X線CT、MRI・MRA、脳血管造影、髄液検査を至急行わなければならない。頭痛のブラ

イマリ・ケアの最前線にいるかかりつけ医と専門医とで24時間対応できる病診連携が必要となる。

III 神経内科診療と病診連携

1) 急性期病院神経内科

現在、急性期病院では、急性期入院加算取得のために、①紹介率の向上(紹介+救急車:30%以上)、②在院日数の短縮(17日未満)を、さらに急性期入院特定加算取得のためには、③外来患者の抑制(病床数の1.5倍未満)を行わねばならない^{4)~7)}。さらに①病診連携の推進、②救急医療の推進(救急部・救急病棟・ICU・救急疾患診療科の充実)、③高度先進医療(攻撃陣の存在)が必要である。これらは、在院日数短縮による病床稼働率低下への対応策ともなる。

急性期病院の神経内科の診療範囲としては、①頭痛・めまい・しびれなどの外来診療、②脳卒中・脳

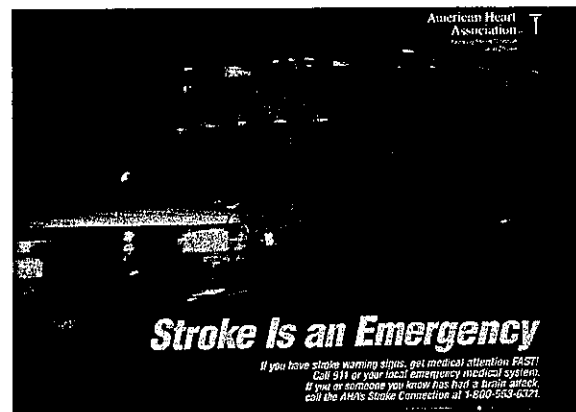


図1 ブレイン・アタックキャンペーンのポスター (AHA)

Know the symptoms of stroke!	
①Sudden numbness or weakness of the face, arm or leg, especially on one side of the body (急に顔の半分、片方の手足がしびれる、動かない)	
②Sudden confusion, trouble speaking or understanding (突然意識がおかしくなる、言葉が出ない、他人の言うことが理解できない)	
③Sudden trouble seeing in one or both eyes (急に片方あるいは両方の目が見えにくくなる、視野が狭くなる)	
④Sudden trouble walking, dizziness, loss of balance or coordination (突然のめまい、力はあるのにバランスがとれず立てない、歩けない、手足がうまく動かせない)	
⑤Sudden, severe headache with no known cause (原因不明の突然の激しい頭痛)	

表1 脳卒中の五つの症状 (AHA・ASA・NSA)

炎・髄膜炎・痙攣・意識障害などの救急神経疾患の診療，③神経難病の診療，④痴呆の診療，⑤神経疾患のリハビリテーションなどと非常に幅広い。

脳神経外科と神経内科がチーム医療を行って紹介患者や救急車を24時間断らずに受け入れ，急性期病院の専門医としての高度先進医療を行うためには，かかりつけ医やリハビリテーション専門病院との病診連携に基づく地域完結型の診療態勢構築が必要である。

2) かかりつけ医と専門医

医療の高度・専門化あるいは機能分化が進むなかで，①良質かつ適切な医療の提供，②患者・家族と医療者の満足度向上，③地域の医療資源の有効活用，④診療報酬などの面から，かかりつけ医と急性期病院との病診連携がますます必要となっている。

主治医権・責任の移動を伴う紹介を「refer（転医）」，伴わないで特定の課題につき解決・対応してもらう紹介を「consultation（紹介）」とよぶなどして紹介目的を明確化して医師間・医師患者間の信頼関係づくりに適切に配慮すべきである⁹⁾。一次性頭痛は「consultation」となる場合がほとんどである。

元来，主治医はかかりつけ医であり，専門医は主治医を介して，自らの専門的知識・技能・見識を患者のために使い，したがって，患者の生活・人生に責任を負う必要性はなく，主治医から指定のあった課題に対してのみ責任を負えばよい⁹⁾。

日本医師会は，患者が「かかりつけ医」を選ぶときに医師に求める役割と機能として，①近くにいること，②十分に説明してくれること，③どんな病気にも対応してくれること，④いつでも診てくれること，⑤必要なときにふさわしい医師を紹介してくれること（振り分け機能）の5点を挙げている⁹⁾。

住民の望むかかりつけ医とは「病気や治療についてよく説明し，どんな病気でも診てくれて，自分の手におえない時はふさわしい専門医を紹介してくれる近くの医者」であり，また「病状が悪化した場合に適切な病院を紹介してくれる。気軽に専門医を紹介してくれる。24時間対応してくれる」ということも求められている¹⁰⁾。「24時間の対応」とは「24時間の安心」を提供してくれることであり，必ずしも24時間診察をしてくれることをさしているのではな

い。診察や電話相談ができない場合に備え，連携している医師，病院，訪問看護師などが明示されていなければならないのである。

IV 一次性頭痛の診療

1) 一次性頭痛診療の問題点

わが国では，15歳以上の成人で片頭痛840万人，緊張型頭痛2,200万人，群発頭痛10万人の約3,000万人が一次性頭痛をもっているといわれ，高血圧の有病率に匹敵する。

多くの頭痛患者が，どこを受診してよいかかわらず市販薬で済ませており，一方で鎮痛薬の服用量あるいは服用回数が増える，効かなくなってきたといった不安感をもっている。また適切な治療がなされておらず，多くの病院・医院を何度も受診する患者が多い。専門医のいる大病院に行けば待ち時間が長いため，働き盛りの若年者では時間的ロスも大きく継続的通院は困難である。

かかりつけ医は，①大病院志向や受診抑制で患者減，②二次性頭痛が心配，③一次性頭痛の的確な診断が困難な場合がある，④新薬は使いにくいといった問題を抱えている。

地域の頭痛診療の核になっているのは，脳卒中などの救急神経疾患を診療している急性期病院の神経内科医や脳神経外科医である。このような専門医のいる急性期病院は，救急患者や紹介患者を24時間断らずに受け入れ診療している。さらに外来では患者が集中し，待ち時間が長く外来機能が麻痺している。さらに2004年度から研修医のスーパーローテーションが開始され，専門領域では人手不足とならざるをえない状況である。

頭痛診療における専門医の役割として，①二次性頭痛の鑑別，②一次性頭痛（片頭痛，緊張型頭痛，群発頭痛など）の正確な診断と治療方針決定を行わなければならない。しかし頭痛の治療においては十分な効果を上げられず，苦慮する場合も多い。表2に頭痛治療失敗の理由を示す¹¹⁾。

診療報酬面からも外来患者抑制を行い，外来診療から病棟診療へシフトしなければならないようにな

っている。しかし紹介患者や新患患者の増加は必要である。

2) 当院の外来での現況¹²⁾

2003年6月(1カ月間)の神経内科外来における計11回(2回休診:脳卒中診療科が代診)の外来診療について検討した。なお対象症例は、通常の外来を受診した者で、救急外来受診者・入院患者の紹介は除いた。

外来における頭痛患者の新患数をトータルオーダリングのコンピュータ端末で、病名記入欄に記載してある主病名として拾い上げた。緊張型頭痛と片頭痛の両者をもっている症例も多いが、今回は受診の契機となった頭痛(主病名)を診断名とした。

11日間の外来総数は445例で、1日当たり平均40例であった。予約による再診患者は216例(20例/日)で、再来の外来患者抑制にある程度成功している。これは急性期病院の診療の中心は病棟診療であり、外来診療は新患患者、特に紹介患者に比重を移さなければならず、聖域なき逆紹介で外来患者を減らす努力を続けているためである。予約外での再診は56

例(5例/日)であった。新患は173例(16例/日)で、うち紹介患者は58例(5例/日)であった(紹介率34%)。神経内科・脳卒中診療科の定床は22床であり、外来総数を病床数の1.5倍未満内に抑えることはできていない。これは他の地域と同様に熊本地区でも神経内科医が少なく、神経内科医に対するニーズが高く新患患者が多いためである。

頭痛患者は、70例(6例/日)で、新患の40%を占めており、非常に重要な疾患であることがわかる。そのなかで紹介は15例(21%)で頭痛患者の紹介率は低く、専門医を直接受診しており、病診連携が進んでいないことがわかる。頭痛の母集団が多いこともその一因であろう。

頭痛の新患の内訳としては、緊張型頭痛61例、片頭痛4例、群発頭痛1例、その他4例で、片頭痛の新患が少ない。この70名の頭痛患者の転帰としては、紹介患者15例中14例は問題点を解決して紹介医へ逆紹介となり、1例は二次性頭痛で脳外科において手術となった。非紹介患者55例中10例は他院へ紹介(逆紹介)し、他院受診中の3例は紹介状なしでかかりつけ医へ戻ってもらった(診療情報提供書を希望せず)。13例は当院の他の科に定期的に受診中であり、その科でフォローアップすることになった。残りの29例は、1回~数回の受診で終診となった。頭痛の逆紹介率は24例/15例(160%)であった。

3) 頭痛治療推進ネットワーク熊本

熊本では脳卒中を中心とする救急神経疾患の病診連携は、ほぼ確立されている。しかし一次性頭痛は患者数が多く、市販薬のみの治療など十分な診断・治療がなされていない。

2001年より脳神経外科、神経内科、精神科、救急部、麻酔科、総合診療部、発達小児科の世話人のもとに熊本頭痛研究会が年1回開催されている。また2001年から年1回、頭痛の市民公開講座も開催されている。さらに各地域の医師会講演会や薬局薬剤師向け講演会などで頭痛に関する講演を行ってきた。

2003年に専門医(脳神経外科医・神経内科医)とかかりつけ医の病診連携で頭痛診療の充実を図るために、熊本県全体をエリアとする「頭痛治療推進ネットワーク熊本」を設立した。その目的は、①頭痛の診療について最新の知識を習得すること、②各地

表2 頭痛治療失敗の理由

1. 診断が不完全ないしは不正確
 - ・二次性頭痛の見落とし
 - ・一次性頭痛の誤診
 - ・頭痛の種類、頻度が不明瞭
2. 重大な増悪因子の見落とし
 - ・急性頭痛治療薬やカフェインの過剰服用
 - ・ホルモン
 - ・食事やライフスタイル
 - ・心理社会的要因
 - ・その他の薬物
3. 薬物治療が不適切
 - ・無効な薬剤の選択
 - ・初回投与量が過剰
 - ・最終投与量が不適切
 - ・治療期間の不足
 - ・他の治療法の併用が必要
 - ・吸収不良
 - ・コンプライアンス不良
4. 非薬物治療が不適切
 - ・理学療法
 - ・認知行動療法
5. その他の要因
 - ・非現実的な期待
 - ・共存症
 - ・入院治療が必要

[参考文献11)より引用改変]

域で脳神経外科医と神経内科医が中心となり頭痛治療の推進，地域スペシャリストの研鑽，③地域スペシャリストを中心とした地域勉強会等の開催，かかりつけ医の頭痛診療の充実を図ること，特に一次性頭痛（片頭痛，緊張型頭痛，群発頭痛など）診療の標準化，④熊本県での病診連携による頭痛治療の確立，⑤慢性頭痛治療ガイドラインの普及などである。

熊本県の10の二次医療圏ごとに病診連携の核となる脳神経外科医15名，神経内科医18名が選定された。しかし専門医の偏在があり，核となる神経内科医がいない地域が3カ所，脳神経外科医がいない地域が1カ所あり，その地域には他の地域からサポートドクターを配置した。

二次医療圏ごとに講演会（主に医師会講演会）を行っている。また数単位位のスモールグループ向けの勉強会もいくつか実施された。このスモールグループ向けの勉強会には，かかりつけ医でもある神経内科医や脳神経外科医を派遣し，頭痛専門医の立場からと，同じかかりつけ医としての立場からの両面によるディスカッションを行うなど，柔軟な意見交換の場となっている。実際，一次性頭痛に関しては，診療所と診療所の診診連携が可能である。

地域の核となる専門医のレベルアップも必要であり，そのために年1回，専門医向けの勉強会（coach to coach）を開催することにした。さらに各メンバーが各地の講演会で使用可能なスライドの提供，外來說明用の患者向けパンフレットの案文の提供も行

った。

4) 頭痛に関する病診連携の必要性

頭痛に関する病診連携ネットワーク（図2）を構築することで，頭痛診療の問題点を解決し，一次性頭痛患者，かかりつけ医，専門医（専門病院）の三者の満足度を高めることができる（図3，病診連携によるtriple-win）。

すなわち一次性頭痛患者にとっては，かかりつけ医と専門医の二人から診てもらえるので満足度と安心感が向上する。さらに自宅や勤務先の近くのかかりつけ医での診療が受けられるので継続受診が可能で大変便利である。かかりつけ医にとっては，必要時に専門医の指示が仰げるとともに，患者増にもつながる。専門医にとっては外来患者を抑制できるとともに，かかりつけ医の患者は患者予備軍となり，紹介率の向上，新患増につながる。

かかりつけ医から専門医へ紹介し，専門医による診断・治療方針の決定がなされれば，それはかかりつけ医にとって「錦の御旗」となる。専門医がかかりつけ医へ「聖域なき逆紹介」を行えば，膨大な患者をかかりつけ医にフォローしてもらうことができ，外来患者の抑制が可能となる。すなわちかかりつけ医は神経内科と脳神経外科の強力なサポーターであると考えられる。

頭痛に関する病診連携は，かかりつけ医と専門医の二者で成り立ち，比較的構築しやすい。地域全体で一次性頭痛を診断・治療できる「地域完結型の頭

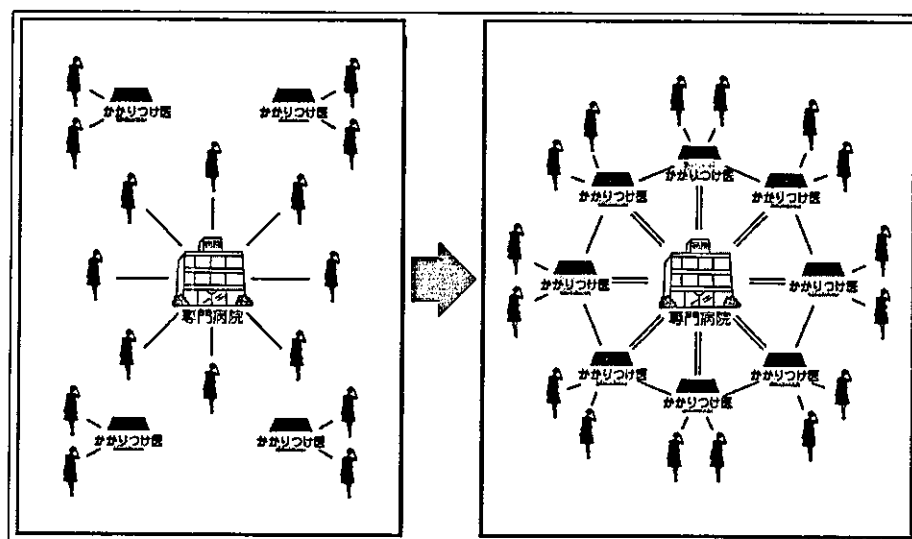


図2
頭痛診療のネットワーク化（ネットワークの完成図）

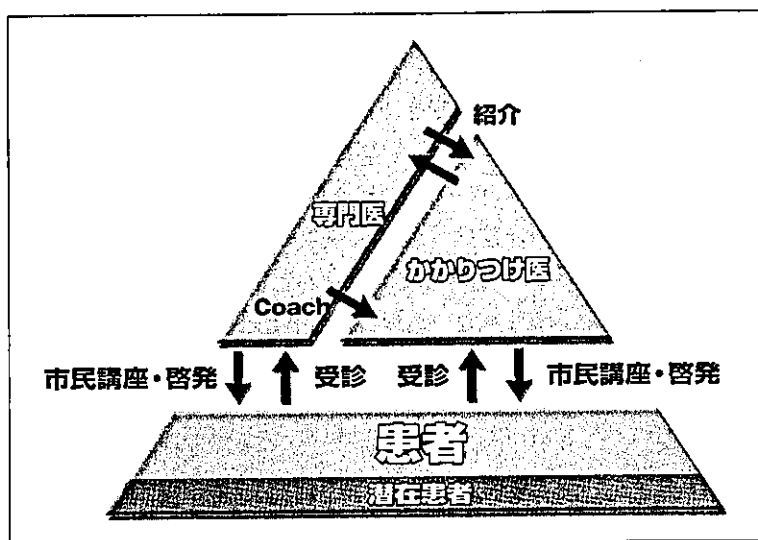


図3 頭痛に関する病診連携(病診連携によるtriple-win)

痛診療態勢」を構築しなければならない。

V 一次性頭痛の治療

1) 生活習慣の修正

医療者は一次性頭痛に関しては、正確な診断と的確な治療(方針の決定)を行い、頭痛治療のお手伝いをしている者である。一次性頭痛の治療で一番重要なことは、頭痛をきたさないように患者自身が生活習慣を修正することである。

忙しい急性期病院の外来において時間をかけて何度も説明することは困難であり、かかりつけ医で行われることが望ましい。医療者は慢性頭痛がなぜ起こるか、どうしたら軽減できるか、頭痛は自分で治すもの(軽くするもの)であることを十分患者に説明しなければならない。すなわち一次性頭痛では、頭痛の誘因となる①心理的ストレス(緊張, 不安, いらいら, うつ), ②身体的ストレス(姿勢, 頸椎病変, 運動不足, 肩凝り), ③物理的ストレス(季節, 天気, 温度, 湿度), ④その他の誘因(食事など)を軽減しなければならない。

かかりつけ医は、脳卒中や心臓病対策として、①高血圧, ②糖尿病, ③心疾患(心房細動など), ④高脂血症, ⑤肥満, ⑥喫煙, ⑦多量飲酒, ⑧身体不活動(運動不足), ⑨栄養(果物・野菜不足), ⑩薬物乱用(覚醒剤, 麻薬)に関する指導治療を行って

り、これに加えて頭痛における生活習慣の修正に関する指導も日頃から行ってもらえれば専門医としては大変助かることになる。

2) 受診促進

一次性頭痛患者は、①どこを受診したらよいかわからない、②薬局で薬を買ったほうが病院受診より便利で楽、③受診するメリットがない(十分な説明, 診断・治療がなされていない)などの理由から病院を受診しないことが多い。

一次性頭痛患者の専門医への受診を推進する方策として、①病診連携の推進(かかりつけ医からの紹介), ②頭痛に関する市民公開講座, マスコミによる啓発活動, ③薬局薬剤師向けの頭痛に関する講義などがある。

特に薬局薬剤師向け講義で、市販薬の飲みすぎによる「薬剤乱用頭痛」について知ってもらう意義は大きい。薬局や薬店で市販の鎮痛薬を買う際に、服用量が増えたり、効かなくなったりした場合に患者が相談する相手が薬剤師であり、今後の一次性頭痛診療で重要な役割を担うものと考えられる。熊本では薬剤師向けの講演会を積極的に企画して行っている。

3) Goal-orientedの頭痛診療

急性疾患は治癒を目指すためにproblem-orientedの診療となる。一方、慢性疾患では治癒は望めないため、在宅、職場復帰などといったgoal-orientedの診療となる。一次性頭痛は、慢性疾患的特性をもち、quality of life (QOL) の向上を目指す

goal-orientedの診療が必要である。

片頭痛や群発頭痛は急性疾患の側面も併せもっている。したがって、一次性頭痛診療では、①生活習慣の修正について十分説明すること、②頓挫療法と予防療法を頭痛患者に十分理解してもらい医療者は適切な治療を提供すること、③難治の頭痛の場合、二次性頭痛の鑑別、心療内科や精神科との連携（重度の心身症、うつ病や統合失調症などの存在）、薬剤乱用頭痛の入院加療など、多面的な戦術が必要である。

障害をもつ人々や高齢者が、住み慣れた所で、そこに住む人々とともに、一生安全にいきいきとした生活が送れるよう、医療・保健・福祉および生活にかかわるあらゆる人々が、リハビリテーションの立場から行う活動のすべてを「地域リハビリテーション」といっている。頭痛診療にも脳卒中における地域リハビリテーションと同じように地域全体での取り組みが必要である。すなわち病診連携により地域の医療資源を活用して、一次性頭痛患者が住み慣れたところで安心して暮らせるように医療者がお手伝いできる態勢構築が必要である。

VI おわりに

片頭痛・緊張型頭痛・群発頭痛の治療には多くの選択肢があり、それを適切に選択すれば一次性頭痛で長年困っている患者を救うことができる。一次性頭痛が患者の日常生活を阻害していることを考えると、治療がうまくいけば社会的損失を大きく減らすことができる。

従来の鎮痛薬のみによる治療では「鎮痛薬→再発→鎮痛薬依存→頭痛増悪→慢性化（薬剤乱用頭痛、慢性連日性頭痛）」という悪循環をきたすので鎮痛薬に依存しない治療戦略を立てることが肝要である。そのためには、病診連携により多くの一次性頭痛患者の診療に専門医がかかわることができる診療態勢の構築が必要である。

専門病院では、通常外来を専門外来化して、毎日

「頭痛専門外来」を行えるようにし、かかりつけ医からの紹介を毎日受け入れて病診連携を推進しなければならない。当然のことながら二次性頭痛は24時間対応が必要である。また患者の利便性、リスク管理からX線CTは受診当日すぐ行える院内システムの構築が必須である。

地域の医療資源を活用して、一次性頭痛患者が住み慣れたところで安心して暮らせるような病診連携による地域完結型の頭痛診療態勢を構築し、QOLを向上させることを目指すgoal-orientedの診療を行う。最前線のかかりつけ医によるセーフティネットと、24時間急患に対応する専門医のセーフティネットの二つが存在し、それが病診連携でつながれば地域完結型の頭痛診療態勢が構築可能である。

参考文献

- 1) 粕谷潤二・他：激しい頭痛. *medicina* (増刊号) 35:148~150, 1998
- 2) 橋本洋一郎・他：頭部X線CTをキャンセルした頭痛患者. *治療* 78:1809~1812, 1996
- 3) 慢性頭痛治療ガイドライン作成小委員会：慢性頭痛治療ガイドライン2002. *臨床神経* 42:330~362, 2002
- 4) 橋本洋一郎・他：脳卒中の診療体制—地域完結型—. *脳卒中* 23:364~369, 2001
- 5) 橋本洋一郎・他：脳卒中における地域完結型リハビリテーション. *リハビリテーション医学* 39:416~427, 2002
- 6) 平野照之・他：地域完結型脳卒中診療態勢—熊本市神経内科関連3施設の虚血性脳血管障害診療状況—. *脳卒中* 24:201~207, 2002
- 7) 橋本洋一郎・他：急性期病院から回復期リハビリ棟への期待と注文. *回復期リハビリテーション病棟 新しいシステムと運営のしかた* (日本リハビリテーション病院・施設協会, 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会・編), p.114~123, 三輪書店, 東京, 2003
- 8) 信友浩一：医療経済の視点. *内科臨床研修指導マニュアル* (社団法人日本内科学会認定内科専門医会・編), p.239~243, 日本内科学会, 東京, 2001
- 9) 日本医師会：あなたの健康を守るために. *国民健康読本*. 日医師会誌 127(3)付録:28~31, 2002
- 10) 田坂佳子：地域医療・在宅医療. *内科臨床研修指導マニュアル* (社団法人日本内科学会認定内科専門医会・編), p.128~138, 日本内科学会, 東京, 2001
- 11) Lipton RB, et al: Why headache treatment fails. *Neurology* 60:1064~1070, 2003
- 12) 橋本洋一郎・他：プライマリー・ケアと頭痛医療と病診連携. *慢性頭痛の診療ガイドライン作成に関する研究班 平成15年度報告書*, p.82~87, 2004

慢性頭痛の治療と病診連携

橋本洋一郎¹⁾ 井重博²⁾ 内野誠³⁾

1) 熊本市立熊本市民病院神経内科 部長 2) 井内科クリニック (熊本県) 3) 熊本大学大学院脳神経科学講座神経内科 教授

はじめに

頭痛の診療ではくも膜下出血や髄膜炎などの症候性頭痛の鑑別に重きが置かれており^{1,2)}、症候性頭痛に関しては初期対応が悪いと転帰不良となる疾患も多いため、かかりつけ医と専門医（脳神経外科や神経内科）との病診連携は確立されている。一方、外来で最も多い緊張型頭痛や片頭痛などの慢性頭痛に関する病診連携の構築は遅れている。

わが国でも片頭痛治療薬であるトリプタン系薬剤が2000年以降に数種類発売され、また日本神経学会より「慢性頭痛治療ガイドライン2002」³⁾が示され、頭痛の治療が大きく変わってきている。慢性頭痛の治療と病診連携について脳卒中⁴⁻⁷⁾と対比して述べる。

神経内科診療と病診連携

1. 急性期病院神経内科

現在、急性期病院では、急性期入院加算取得のために、①紹介率の向上（紹介+救急車：30%以上）、②在院日数の短縮（17日未満）、さらに急性期入院特定加算取得のためには、③外来患者の抑制（病床数の1.5倍未満）を行わねばならない⁴⁻⁷⁾。さらに、①病診連携の推進、②救急医療の推進（救急部・救急病棟・ICU・救急疾患診療科の充実）、③高度先進医療（攻撃陣の存在）が必要である。これらは、在院日数短縮による病床稼働率低下への対応策ともなる。

急性期病院の神経内科の診療範囲としては、①頭痛・めまい・しびれなどの外来診療、②脳卒中・脳炎・髄膜炎・痙攣・意識障害などの救急神経疾患の診療、③神経難病の診療、④痴呆の診

療、⑤神経疾患のリハビリテーション（以下、リハ）、などと非常に幅広い。脳神経外科と神経内科がチーム医療を行って紹介患者や救急車を24時間断らずに受け入れ、急性期病院の専門医としての高度先進医療を行うためには、かかりつけ医やリハ専門病院との病診連携に基づく地域完結型の診療態勢構築が必要である。

2. かかりつけ医と専門医

医療の高度・専門化あるいは機能分化が進む中で、①良質かつ適切な医療の提供、②患者・家族と医療者の満足度向上、③地域の医療資源の有効活用、④診療報酬、などの面から、かかりつけ医と急性期病院（あるいは専門病院）との病診連携が益々必要となっている。主治医権・責

任の移動を伴う紹介を「Refer (転医)」, 伴わないで特定の課題につき解決・対応してもらう紹介を「Consultation (紹介)」と呼ぶなどして紹介目的を明確化して医師間・医師患者間の信頼関係づくりに適切に配慮すべきである⁹⁾。

元来, 主治医はかかりつけ医であり, 専門医は主治医を介して, 自らの専門的知識・技能・見識を患者のために使い, したがって, 患者の生活・人生に責任を負う必要性はなく, 主治医から指定のあった課題に対してのみ責任を負えばよい⁹⁾。

日本医師会は, 患者が「かかりつけ医」を選ぶときに医師に求める役割と機能として, ①近くにいること, ②十分に説明してくれること, ③どんな病気にでも対応してくれること, ④いつでも診てくれること, ⑤必要な時にふさわしい医師を紹介してくれること (振り分け機能) の5点をあげている⁹⁾。住民の望むかかりつけ医とは「病気や治療について良く説明し, どんな病気でも診てくれて, 自分の手におえない時はふさわしい専門医を紹介してくれる近くの医者」であり, また「病状が悪化した場合に適切な病院に紹介してくれる, 気軽に専門医を紹介してくれる, 24時間対応してくれる」ということも求められている¹⁰⁾。「24時間の対応」とは「24時間の安心」を提供してくれることであり, 必ずしも24時間診察をしてくれることを指しているのではない。診察や電話相談ができない場合に備え, 連携している医師, 病院, 訪問看護師などが明示されていればよいのである。

3. 脳卒中の病診連携

脳卒中診療は, 脳神経外科と神経内科がチームを組み, 迅速で的確な診断と治療方針を決定しなければならず, 専門医の実力が発揮できる疾患である。しかし昨今の医療情勢の中では, 専門医が24時間自己犠牲のもとに献身的に診療を行っても診療報酬の面で十分満足できうる状況ではなくなっ

ており, 診療報酬を考慮した診療態勢構築を行わなければならない。脳卒中診療はリハの観点から, ①急性期, ②回復期, ③維持期 の3つの病期に分けられ, ①普段の健康管理 (一次予防) と再発予防 (二次予防) を行うかかりつけ医 (主治医), ②超急性期や急性期の迅速な診断 (症候, CT・MRI・超音波検査・血管造影など) と適切な治療 (早期離床・早期リハ, 感染対策・栄養管理, 薬物・外科・血管内治療など) を行う急性期病院, ③回復期リハを行うリハ専門病院, ④維持期のリハ・ケアを行う療養型病院や老人保健施設など, の4つのチームが必要である⁴⁻⁷⁾ (図1)。病期に応じて患者は病棟あるいは施設を移動し, 治療/ケア担当者が変わっていく。この際, いかに関ぎ目のない医療 (シームレスケア) を実現できるかが重要な課題である。そのためには, 急性期チーム, 回復期チーム, 維持期チームの間の連携が必要である。施設内あるいは地域における各チーム間の交流を行い, 評価スケールを共通化し, 互いの診療指針の理解を図らなければならない。治療の効率化のためには施設間の機能分化は必要であると思われるが, 患者の全体像を見失わないようにするために, 今後施設間の診療情報の共有と診療指針の共通化が必要である。

熊本市内で脳神経外科と神経内科が協力して脳卒中急性期医療を行っているのは熊本大学医学部附属病院を除くと済生会熊本病院, 国立熊本病院, 熊本赤十字病院, 当院の4病院で, 年間1,300例以上の虚血性脳血管障害を診療している (出血性脳血管障害は脳神経外科が担当)。熊本市 (人口66万人) とその周辺を含む人口100万人が診療圏となっている。なお, 4施設で熊本市内の全救急車の62% (2002年) を受け入れている。少ない神経内科で数多くの救急神経疾患の診療ができるのは, リハ専門病院との連携による地域完結型の脳卒中診療態勢構築のお陰である。多くの脳梗塞

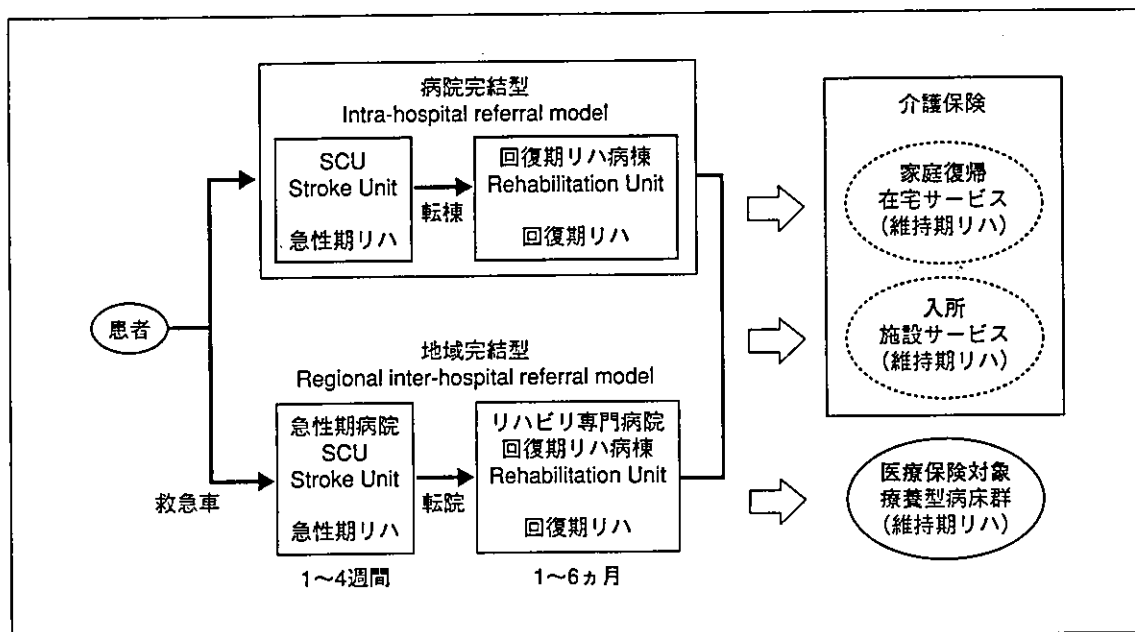


図1 脳卒中患者の流れ
 上段は病院完結型、下段は地域完結型。脳卒中診療は、急性期、回復期、維持期に分けられ、それぞれに必要な治療、リハ、ケアは異なっている。急性期治療から回復期リハまでを1つの施設で行う方式が「病院完結型」、病診連携により急性期と回復期を別の施設で連携して行う方式が「地域完結型」である。

症例は、発症から2～3週で自宅退院か、リハ専門病院へと転院している。その場合、電話予約から1週間以内に多くの症例は転院となっている。

熊本では2000年から熊本市を除く老人福祉二次医療圏に1箇所、2001年に熊本市に2箇所、計

12箇所の地域リハ広域支援センターが設置され、地域リハの充実に努めている。また1998年より難病患者地域支援対策推進事業（神経難病）として2箇所の拠点病院、13箇所の協力病院、2001年に56の後方支援病院が決まった。

慢性頭痛の診療

1. 慢性頭痛診療の問題点

わが国では、15歳以上の成人で片頭痛840万人、緊張型頭痛2,200万人、群発頭痛10万人の約3,000万人が慢性頭痛を持っているといわれ、高血圧の有病率に匹敵する。多くの頭痛患者が、どこを受診してよいか分からず市販薬で済ませており、一方で鎮痛薬の服用量あるいは服用回数が増える、効かなくなってきたといった不安感を持っている。また適切な治療がなされておらず、多くの病院・医院を何度も受診する患者も多い。専門医のいる大病院に行けば待ち時間が長い、働き盛りの若年者では時間的ロスも大きく継続的通院

は困難である。

かかりつけ医は、①大病院志向や受診抑制で患者減、②症候性頭痛（二次性頭痛）が心配、③慢性頭痛（一次性頭痛）の的確な診断が困難な場合がある、④新薬は使いにくい、といった問題を抱えている。

専門医（神経内科や脳神経外科）のいる急性期病院（専門病院）は、救急患者や紹介患者を24時間断らずに受け入れ診療している。さらに外来では患者が集中し、外来の待ち時間が長く外来機能が麻痺している。さらに今年から研修医のスーパーローテーションが開始され、専門領域では人手不

足とならざるを得ない状況である。頭痛診療における専門医の役割として、①症候性頭痛の鑑別、②慢性頭痛（片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛）の正確な診断と治療方針決定を行わなければならない。しかし頭痛の治療においては十分な治療効果を上げられず、苦慮する場合も多い。表1に頭痛治療失敗の理由を示す¹⁾。診療報酬面からも外来患者抑制を行い、外来診療から病棟診療へシフトしなければならないようになってきている。しかし紹介患者や新患患者の増加は必要である。

2. 頭痛治療推進ネットワーク熊本

熊本では脳卒中を中心とする救急神経疾患の病診連携は、ほぼ確立されている。しかし慢性頭痛は患者数が多く、市販薬のみの治療など十分な診断・治療がなされていない。2001年より脳神経外科、神経内科、精神科、救急部、麻酔科、総合診療部、発達小児科の世話人のもとに熊本頭痛研究会が年1回開催されている。また2001年から年1回、頭痛の市民公開講座も開催してきた。さらに各地域の医師会講演会や薬局薬剤師向け講演会などで頭痛の講演を行ってきた。2003年に専門医（脳神経外科医・神経内科医）とかかりつけ医の病診連携で頭痛診療の充実を図るために熊本県全体をエリアとする「頭痛治療推進ネットワーク熊本」を設立した。その設立目的は、①頭痛の診療について最新の知識を習得する、②各地域で脳神経外科医と神経内科医が中心となり頭痛治療の推進、地域のスペシャリストの研鑽、③地域スペシャリストを中心とした地域勉強会などの開催、かかりつけ医の頭痛診療の充実を図る、とくに慢性頭痛（片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛）診療の標準化、④熊本県での病診連携による頭痛治療の確立、⑤慢性頭痛治療ガイドラインの普及などである。

熊本県の10の二次医療圏ごとに病診連携の核となる脳神経外科医15名、神経内科医18名が選定

表1 頭痛治療失敗の理由¹⁾

- | |
|---------------------|
| 1. 診断が不完全ないしは不正確 |
| ・症候性頭痛の見落とし |
| ・機能性頭痛の誤診 |
| ・頭痛の種類、数が不明瞭 |
| 2. 重大な増悪因子の見落とし |
| ・急性頭痛治療薬やカフェインの過剰服用 |
| ・ホルモン |
| ・食事やライフスタイル |
| ・心理社会的要因 |
| ・そのほかの薬剤 |
| 3. 薬物治療が不適切 |
| ・薬剤が無効 |
| ・初期投与量が過剰 |
| ・最終投与量が不適切 |
| ・治療期間が不適切 |
| ・他の治療法の併用が必要 |
| ・吸収不良 |
| ・コンプライアンス不良 |
| 4. 非薬物治療が不適切 |
| ・物理的医療 |
| ・認知行動療法 |
| 5. その他の要因 |
| ・非現実的な期待 |
| ・共存症 |
| ・入院治療が必要 |

された。しかし専門医の偏在があり、核となる神経内科医がいない地域が3箇所、脳神経外科医がいない地域が1箇所あり、その地域には他の地域からサポートドクターを配置した（図2）。二次医療圏ごとに講演会（主に医師会講演会）を行っている。また数単位のスモールグループ向けの勉強会もいくつか実施された。このスモールグループの勉強会には、かかりつけ医である神経内科医や脳神経外科医に行ってもらい、頭痛専門医の立場からと、同じかかりつけ医としての立場からの両面によるディスカッションなど、柔軟な意見交換の場となっている。慢性頭痛は、診療所と診療所の診診連携が可能である。

地域の核となる専門医のレベルアップも必要であり、そのために年1回、専門医向けの勉強会（coach to coach）を開催することにした。さらに各メンバーが各地の講演会で使用可能なスライドの提供、外來說明用の患者さん向けパンフレットも案文の提供も行った。

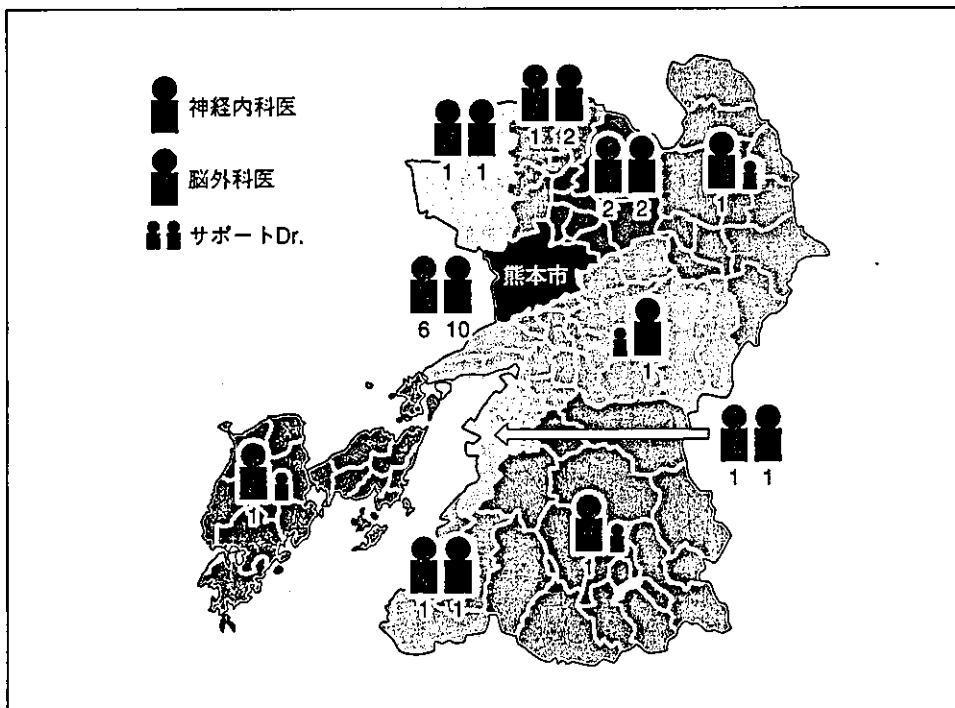


図2 「頭痛治療推進ネットワーク熊本」のメンバー配置（二次医療圏ごと）

3. 頭痛の病診連携の必要性

頭痛の病診連携ネットワークを構築することで、頭痛診療の問題点を解決し、慢性頭痛患者、かかりつけ医、専門医の3者の満足度を高めることができる（図3：病診連携によるtriple-win）。すなわち慢性頭痛患者にとっては、かかりつけ医と専門医の2人から診て貰えるので満足度と安心感が向上する。さらに自宅や勤務先の近くのかかりつけ医での診療が受けられるので継続受診が可能で大変便利である。かかりつけ医にとっては、必要時に専門医の指示が仰げるとともに、患者増にもつながる。専門医にとっては外来患者を抑制できるとともに、かかりつけ医の患者は患者予備軍となり、紹介率の向上、新患増につながる。かかりつけ医から専門医へ紹介し、専門医による診断・治療方針の決定がなされれば、それはかかりつけ医にとって『錦の御旗』となる。専門医がかかりつけ医へ『聖域なき逆紹介』を行えば、膨大な患者をかかりつけ医にフォローしてもらうことができ、外来患者の抑制が可能となる。すなわち、かかりつけ医は神経内科と脳

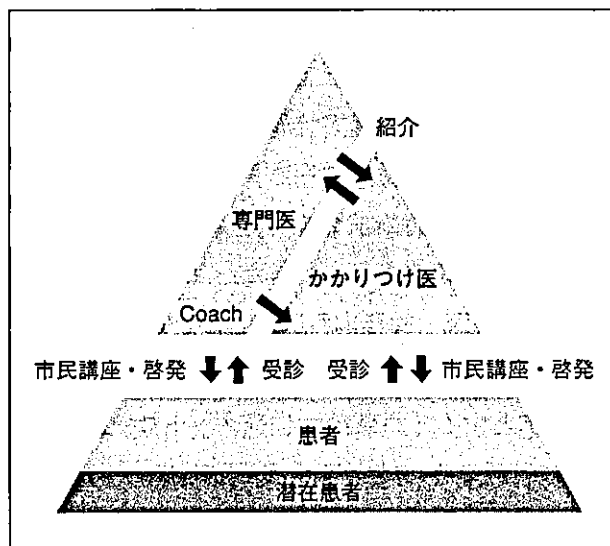


図3 頭痛の病診連携

神経外科の強力なサポーターであると考えられる。脳卒中の病診連携は、4つのチームが必要だが、頭痛の病診連携は、かかりつけ医と専門医の2者で成り立ち、比較的構築しやすい。地域全体で慢性頭痛を診断・治療できる『地域完結型の頭痛診療態勢』を構築しなければならない。