

第2章 頭痛医療システム

頭痛外来

要旨

頭痛専門医による正確な診断・説明，適切な治療を求める頭痛患者の数は多く，頭痛外来のニーズは高い。頭痛外来では，専門的知識を持った頭痛専門医による適切な診断と治療を提供することが求められる。すなわち，二次性頭痛の除外に始まり，一次性頭痛の診断・治療，難治例・希少例の診断・治療を担う責任がある。さらには，頭痛専門医育成の場，一般診療医の教育・指導，地域社会に向けた教育活動にも力を注ぐ必要がある。

はじめに

2000年4月にスマトリプタン皮下注射が，2001年8月にスマトリプタン，ゾルミトリプタン内服薬が使用可能となったことを契機に，頭痛診療に積極的に取り組む医療機関・医師が増加した。我々も2001年9月から頭痛専門外来を開設した。トリプタン解禁から4年になろうとするこの時期における頭痛外来の役割と今後解決すべき問題点について考察する。

頭痛専門外来の開設とその結果¹⁾

2001年9月，山口大学病院神経内科に頭痛専門外来を開設した。毎週月曜日の午後1時から4時までの3時間の診療時間で医師2人が頭痛患者の診療にあたることとした。予約制とし患者1人に15分の診療時間を確保できるように予約枠を設定した。地方新聞，地方テレビが頭痛専門外来開始を報道した影響もあり，頭痛専門外来開設直前から神経内科の新患受診数は著明に増加し，そのほとんどが頭痛患者であった(図1, 2)。また，頭痛患者に占める片頭痛患者の割合は，開設前8%であったものが開設後は，35~40%を占めている(図3)。頭痛専門外来開設に伴い増加した頭痛患者の受診はその後減少したも

●キーワード

頭痛外来
頭痛専門医
片頭痛
病診連携
教育活動

図1 山口大学病院神経内科外来新患者数 (2000年9月~2002年10月)

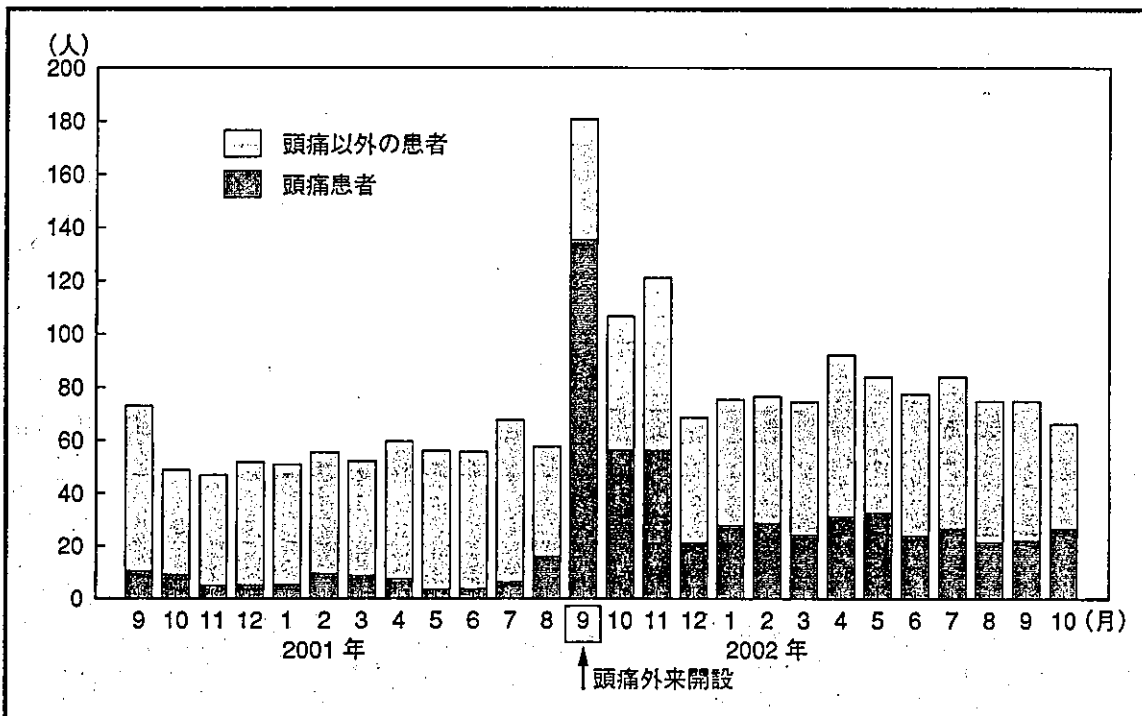
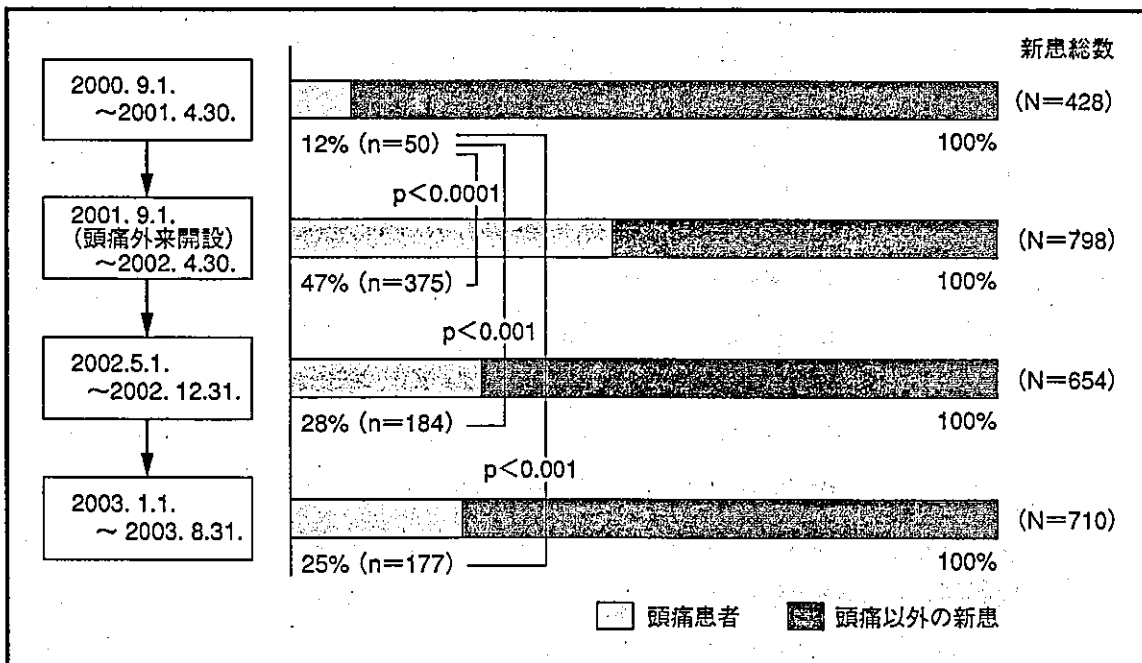
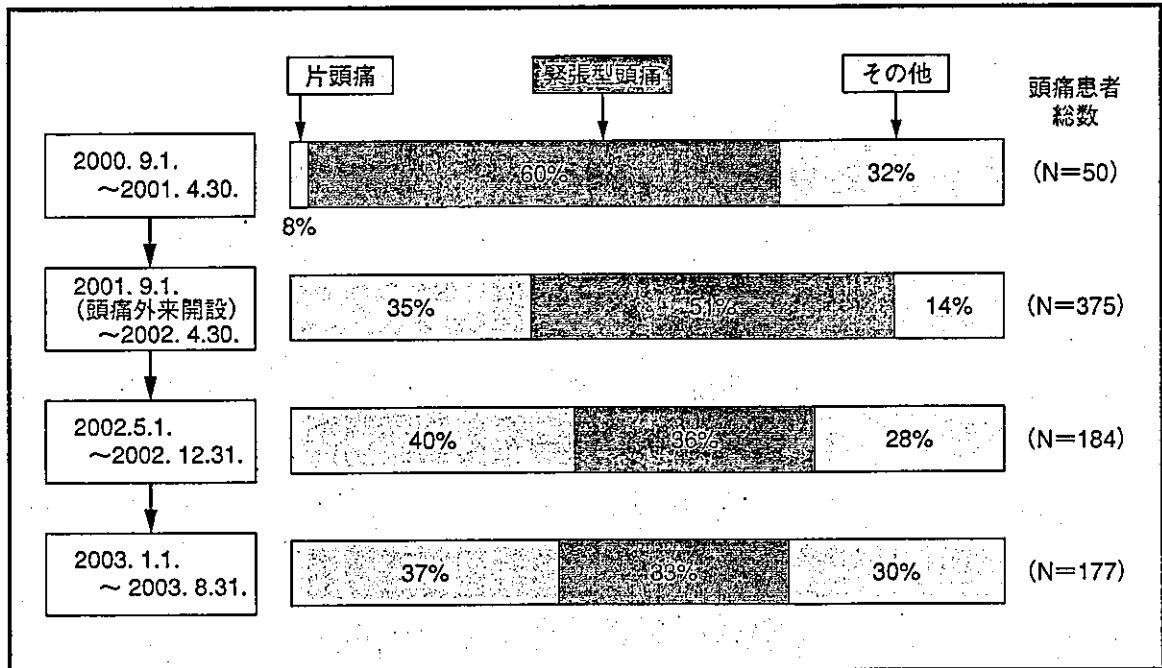


図2 新規受診患者における頭痛患者の割合



の開設前に比して多数のままその後2年間推移している (図2)²⁾.

図3 頭痛患者の内訳の変化



頭痛専門外来を受診した片頭痛患者に対するアンケート調査²⁾

2001年9月から2002年4月末までに当科頭痛専門外来を受診した片頭痛患者131人から無作為に選択した72人にアンケート調査を行った。年齢、性別、罹病期間、当科頭痛専門外来受診前の頭痛の頻度・程度・医療機関への受診状況、頭痛に対する対処法、頭痛専門外来受診のきっかけと目的を調査した。50例(男性7例, 女性43例)から回答を得た(回収率: 69.4%)。平均罹病期間は15.3年で、片頭痛の発現頻度は月平均7.3日であった。

1. 頭痛専門外来受診前の頭痛の程度

「日常生活ができない」16%、「日常生活に支障あり」66%、「日常生活に支障はないが気になる」18%、「症状はあるがあまり気にならない」0%であった。

2. 頭痛専門外来受診前のほかの医療機関への受診状況

「定期的に通院」12%、「頭痛がひどいときなどに不定期に受診」32%、「検査を受けたことはあるが病院・診療所で治療は受けていない」30%、「医療機関を受診したことがない」26%であった。医療機

関を受診したことがない理由は「どこに受診したら良いか分からなかった」、「頭痛で病院にかかるのはおおげさと思っていた」などであった。

3. 頭痛専門外来を受診したきっかけ

「新聞やニュースで知った」66%、「人から聞いて知った」20%、「医師からの紹介」12%であった。

4. 頭痛専門外来受診前の頭痛に対する対処法

「市販鎮痛薬」66%、「処方された鎮痛薬」44%、「寝ていた」48%、「服薬なしに我慢」16%であった（一部重複回答）。

5. 頭痛専門外来を受診した目的

「治療を希望」74%、「原因を知りたかった」20%、「検査希望」6%であった。

日本国内における頭痛外来の現状

本邦における頭痛外来の現状を調査する目的で、2004年1月「頭痛外来」、「頭痛クリニック」をキーワードにインターネット上で検索した。Yahoo Japanで、約11,000件、Googleで約2,300件のヒットがあった。直接これらのホームページを閲覧しその内容について検討した。

21の大学病院（神経内科、脳神経外科、小児科）、52の官公立等病院（神経内科、脳神経外科）、101の私立病院・診療所（脳神経外科、神経内科、内科、心療内科、精神科など）がインターネットホームページ上で頭痛外来を掲示していた。その内容はただ単に頭痛外来を行っていることを広報しているだけのものから、頭痛外来の詳細について紹介しているもの、頭痛についての一般的知識、対処法まで丁寧に解説しているものまで千差万別であった。一部施設のホームページは単なる広告としか判断できないものであった。

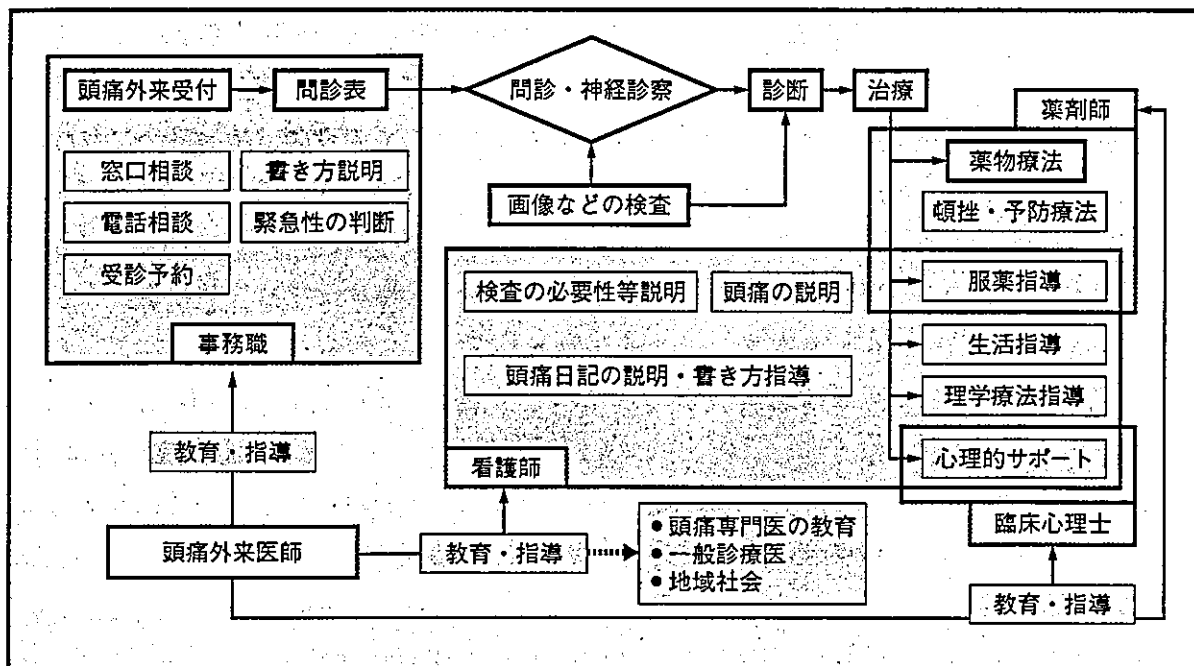
考察

頭痛専門外来開設以前には、頭痛は当科外来受診者で最も多い疾患の一つではあったが、せいぜい全体の12%（図2）、さらに片頭痛はそのうちの8%にすぎなかった（図3）。以前から、一般住民に占める頭痛患者数に比し頭痛患者の医療機関受診数が少ないことが指摘さ

れていた³⁾。当科でもそのとおりであったが、2001年9月頭痛専門外来の開設、広報とともにその数が激増し、開設直後の8ヵ月は新患の47%、最近でも25%を占めるに至っている。この理由の一端を明らかにすべく頭痛専門外来を受診した片頭痛患者にアンケートを行った。その結果、「日常生活に支障がある」あるいは「日常生活ができない」患者が82%を占め、74%の患者は何らかの形で「頭痛を主訴に医療機関を受診」ないしは「治療を受けたことがあった」。にもかかわらず、頭痛専門外来を受診した理由としては、74%が「頭痛の治療をして欲しかった」と答え、20%は「頭痛の原因を知りたかった」と答えている。この結果は、これまでの頭痛診療のレベルが患者のニーズを満たしていないことを端的に示している。頭痛患者は、器質性疾患の除外だけではなく、頭痛の原因・診断・どこから頭痛がやって来るのかを知るために頭痛外来を受診する。そして最も強い希望は頭痛の治療である²⁾。最近までの頭痛診療は、二次性頭痛の除外ばかりが強調され一次性頭痛の診断と治療に対する認識が不十分であったと言わざるをえない³⁾⁴⁾。一方、頭痛専門外来を受診したきっかけとして、66%が「テレビや新聞で知った」、20%が「ニュースを見たり聞いた人から間接的に聞いて知った」と答えた。この結果から、日常生活の支障度が高いにもかかわらず十分な診療を受けていない多くの片頭痛患者が、絶えず頭痛診療に強い関心を持って情報を求めている、そのような片頭痛患者が頭痛専門外来開設のニュースを知り当科を受診したものと推測できる。「頭痛外来」の標榜・広報は、積極的に頭痛を診療する医師、頭痛の専門家による正確な診断・説明、適切な治療・アドバイスを求める頭痛患者の受診数を増加させると考えられる。

逆に、頭痛外来がどうあるべきか、どのような役割を担うかという議論が必要であろう³⁻⁵⁾。もちろん、一般診療のレベルにおける頭痛外来と我々のような大学病院における頭痛専門外来の間には果たすべき役割に差があるのは当然である。しかし、すべての頭痛外来に共通して求められるのは、専門的知識を持った頭痛専門医による適切な診断と治療を提供することである³⁻⁵⁾。二次性頭痛の除外に始まり、一次性頭痛の診断・治療、難治例・希少例の診断・治療を担う責任がある。さらには、頭痛診療体制整備の基点として、頭痛専門医育成の場、

図4 頭痛外来とコメディカル



一般診療医の教育・指導，地域社会に向けた教育活動にも力を注ぐ必要がある。

本邦における頭痛外来の現状をインターネット上で検索したところ，多数のホームページにおいて頭痛外来の広報が認められた。「しっかりとした頭痛専門医が行っている確かな頭痛外来」がある一方，「患者を集めるための安易な宣伝としか思えない頭痛外来」が散見された。今後の頭痛診療向上のために，優良な「頭痛外来」を提供していく必要がある。そのためには，頭痛外来を運営する頭痛専門医の教育・育成，そのための頭痛専門医制度，頭痛診療機関認定といった点まで検討していく必要がある。

さて，頭痛外来の運営はコメディカルの協力なしに行えるものではない。コメディカルの役割分担が機能的な頭痛外来運営に不可欠である（図4）。窓口業務の事務職は受診患者の窓口・電話相談，受診予約，頭痛問診表の手渡し・書き方説明を行わねばならないし，ときには頭痛発作中の来院者には緊急性・重症度の判断も必要となろう。医師の診断・治療についての説明の補助，頭痛日記の書き方説明，服薬・生活指導などは看護師の助けが必要である。また，薬物療法にかかわる部分では薬剤師，心理的サポートにおいては臨床心理士の協力

が理想的である。頭痛外来を主宰する頭痛専門医はこれらのコメディカルの教育・指導を行いながら質の高い頭痛診療を提供していく責任がある。さらには、地域医療において、一般診療医との病診連携を通じて地域における頭痛診療の中心としての役割、地域社会における頭痛教育の担い手としての役割を負うものと考える。

根来 清・多田由紀子

文 献

- 1) 柿沼 進, 他: 頭痛専門外来開設に伴う外来受診状況の変化. 神経治療 20: 63-69, 2003.
- 2) 多田由紀子, 他: 頭痛外来開設により受診率が急増した片頭痛患者についての検討. 山口医 52: 169-173, 2003.
- 3) 根来 清, 他: 疫学からみた頭痛の社会的意義. Brain Medical 12: 11-19, 2000.
- 4) 寺本 純: わが国における片頭痛診療の現状. Medicament News 1713: 1-3, 2001.
- 5) 寺本 純: 頭痛外来のすすめ. 診断と治療 90: 844-848, 2002.

第2章 頭痛医療システム

プライマリーケアと病診連携

要旨

かかりつけ医や専門医に数多くの頭痛患者が受診するとともに、その中に症候性頭痛も隠れている場合もあるため、プライマリーケアにおいて頭痛は重要な疾患である。頭痛の病診連携により慢性頭痛患者、かかりつけ医、専門医の3者それぞれに多くのメリットが生まれる。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、慢性頭痛患者の日常生活のQOLを上げることを目指すgoal-orientedの診療を行うことが重要である。

はじめに

プライマリーケアにおいて頭痛は極めて重要な疾患であり、症候性頭痛（二次性頭痛）と慢性頭痛（一次性頭痛）の鑑別、さらに慢性頭痛では片頭痛・緊張型頭痛・群発頭痛の鑑別が必要である。頭痛診療では初期対応が悪いと転帰不良となることもあるため、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いる¹⁾²⁾。症候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）との病診連携は、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。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。我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。頭痛のプライマリーケアと病診連携について脳卒中⁴⁾⁷⁾と対比して述べる。

●キーワード

頭痛
病診連携
プライマリーケア
かかりつけ医
専門医

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⁴⁷⁾。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⁴⁸⁾。慢性頭痛は“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⁴⁹⁾。

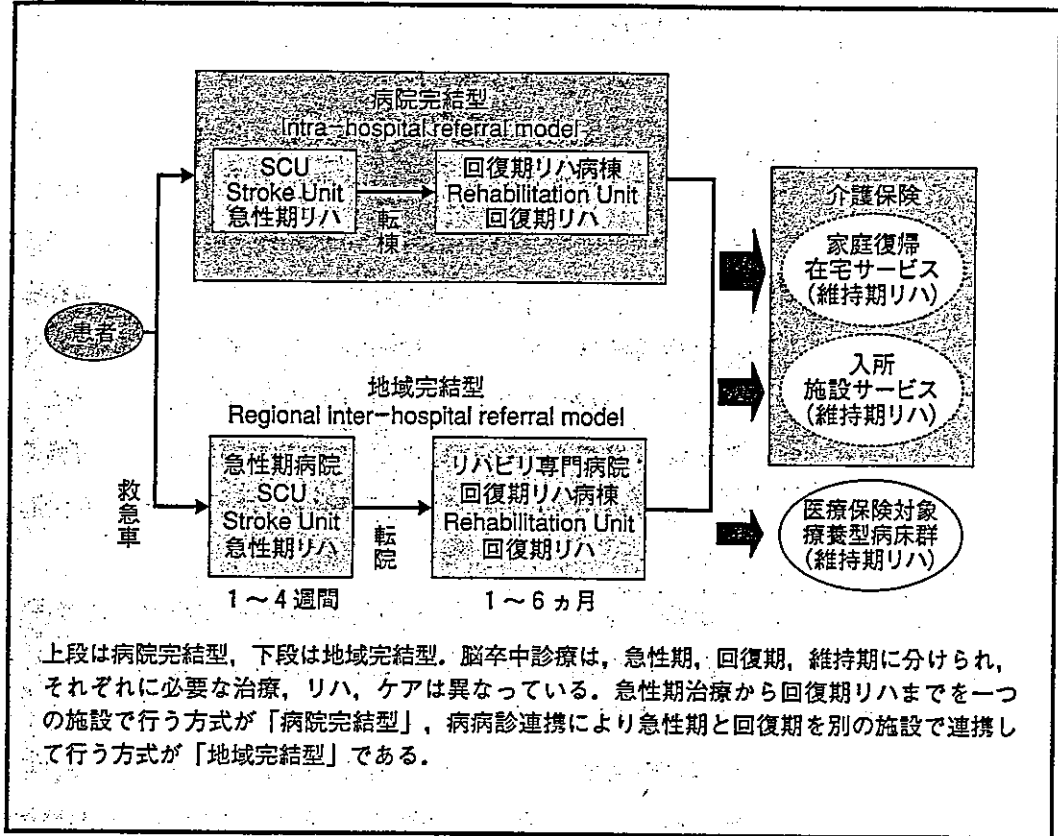
日本医師会は、患者が「かかりつけ医」を選ぶときに医師に求める

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とき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

症候性頭痛の多くは、脳卒中などの救急神経疾患を診療している急性期病院で診療されることが多い。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ない。しかし、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 維持期の三つの病期に分けられ、① 普段の健康管理（1次予防）と再発予防（2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、いかに継ぎ目のない医療（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。

図1 脳卒中患者の流れ



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、熊本市立熊本市民病院の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。

慢性頭痛の診療

1. 慢性頭痛診療の問題点

我が国では、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言われ、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症候性頭痛が心配、③慢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。このように専門医のいる急性期病院（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。また、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、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. 熊本市立熊本市民病院の外来での現況¹²⁾

2003年6月の1ヵ月間の神経内科外来の計11回（2回休診：脳卒中診療科が代診）における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もので、救急外来受診者・入院患者の紹介

表1 頭痛治療失敗の理由（文献¹³⁾より引用）

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

を除いた。外来における頭痛患者の新患数をトータルオーダー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持っている症例も多いが、今回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日あたり平均41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、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倍未満内に押さ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、神経内科医の役割が高いため新患が多いからである。

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分かる。その中で紹介は15例（21%）で頭痛患者の紹介率は低く、専門医を直接受信しており、病診連携が進んでいないことが分かる。頭痛の母集団が多いこともその一因であろう。

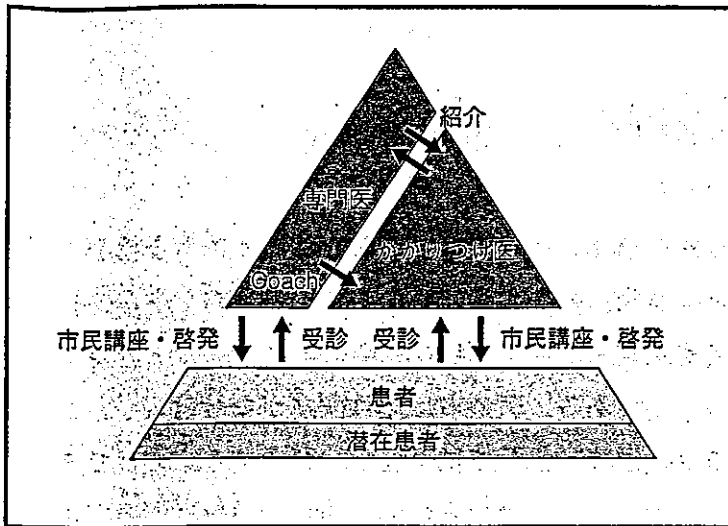
頭痛の新患の内訳としては、緊張型頭痛 61 例、片頭痛 4 例、群発頭痛 1 例、その他 4 例で、片頭痛の新患が少ない。この 70 名の頭痛患者の転帰としては、紹介患者 15 例中 14 例は問題点を解決して紹介医へ逆紹介となり、1 例は症候性頭痛で脳外科において手術となった。非紹介患者 55 例中 10 例は他院へ紹介（逆紹介）し、他院受診中の 3 例は紹介状なしでかかりつけ医へ戻ってもらった（診療情報提供書を希望せず）。13 例は当院のほかの科に定期的に受診中であり、その科でフォローアップすることになった。残りの 29 例は、1～数回の受診で終診となった。頭痛の逆紹介率は 24 例 / 15 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、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、特に慢性頭痛（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 2 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 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。2 次医療圏ごとに講演会（主に医師会講演会）を行っている。また数人単位のスモールグループ向けの勉強会も幾つか実施された。

図2 頭痛の病診連携



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、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の案文の提供も行った。

4. 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2, 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。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。

慢性頭痛の治療

1. 生活習慣の修正

医療従事者は慢性頭痛に関しては、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ものである。慢性頭痛の治療で一番重要なことは、頭痛を来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。医療者は慢性頭痛がなぜ起るか、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。すなわち慢性頭痛では、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。一方、脳卒中では、危険因子となる 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、⑨ 栄養（果物・野菜不足）、⑩ 薬物乱用（覚醒剤、麻薬）に対する対策が必要である。このような生活習慣の修正に対する指導はかかりつけ医が日頃から行うのが望ましい。

2. 受診促進

慢性頭痛患者は、① どこを受診したら良いか分からない、② 薬局で薬を買った方が病院受診より便利で楽、③ 病院を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。

慢性頭痛患者が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 頭痛の市民公開講座、マスコミによる啓発活動、③ 薬局薬剤師向けの頭痛の講義などがある。特に薬局薬剤師向け講義で、市販薬の飲み過ぎによる「薬剤誘発性頭痛」について知ってもらう意義は大きい。薬局で市販の鎮痛薬を買う際に、鎮痛薬の量が増えたり、効かなくなったりした場合に患者が相談する重要な相手が薬剤師であり、今後の慢性頭痛診療で大きな役割の担うものと考えられる。

3. Goal-orientedの頭痛診療

急性期疾患は、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。慢性頭痛は、慢性疾患的特性を持っており、日常生活の 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持っている。慢性頭痛診療では、生活習慣の修正について十分説明すること、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、難治の頭痛の場合、症候性頭痛の鑑別、心療内科や精神科との連携、薬剤誘発性頭痛の入院加療など、多面的な戦術が必要である。

障害を持つ人々や高齢者が、住みなれた所で、そこに住む人々と共に、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の立場から行う活動のすべてを地域リハと言われている。頭痛診療も脳卒中における地域リハ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慢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。

4. 症候性頭痛

数多くの頭痛患者の中に症候性頭痛（二次性頭痛）が隠れている場合がある。症候性頭痛を疑うポイントとしては、① 突然起る激しい頭痛、② いつもの頭痛とは違う頭痛（頻度、重症度）・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持っている頭痛などが挙げられる。症候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。頭痛のプライマリケアの最前線にいるかかりつけ医と専門医との 24 時間対応できる病診連携が必要となる。

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慢性頭痛で長年困っている患者を救うことができる。日常生活が阻害されるため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（薬剤誘発性頭痛，慢性連日性頭痛）」という悪循環を来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り，かかりつけ医と専門医の病診連携のさらなる推進が望まれる。地域の医療資源を活用して慢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，日常生活の QOL を上げることを目指す goal-oriented の診療を行うことが重要である。

橋本洋一郎・井 重 博・内野 誠

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) 日本神経学会: 慢性頭痛治療ガイドライン 2002. *臨床神経* 42: 323-362, 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. *リハ医* 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病棟への期待と注文. 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 編集), p114-123. 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 編集), p239-243. 日本内科学会, 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): 28-31 (付録), 2002.
- 10) 田坂佳千: 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 編集), p128-138. 日本内科学会, 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 (印刷中)