

基礎講座 21. 学会専門医

”現在の頭痛診療”に至る概略を示す歴史

- 1973年 頭痛懇談会発足
- 1985年 頭痛研究会となる
- 1988年 国際頭痛分類が初めて公開されました
- 1991年 スマトリプタンが初めて販売された 英国で
- 1996年 ホームページ「頭痛大学」開設
- 1996年 片頭痛の克服をめざす国際的組織 ADITUS が設立されました
- 1996年 日本頭痛学会設立
- 1998年 全国慢性頭痛友の会発足
『国際頭痛分類初版』が国際痛学会から発刊されました
- 1999年 ADITUS Japan 発足
- 2000年 日本で初めて、トリプタン製剤が発売されました
- 2004年 『国際頭痛分類 第2版』刊行されました
- 2005年 慢性頭痛診療ガイドライン 日本頭痛学会編
頭痛専門医制度発足
- 2012年 頭痛協会設立
- 2013年 国際頭痛学会主催で Headache Master School 2013 in Asia
- 2014年 Headache Master School Japan (HMSJ) 大阪と東京で開催

頭痛に関する医学分類は 1962 年にはじめて行われました。この分類は、「アドホック委員会による分類」としてよく知られており、いくつかの病名だけが羅列されただけのものですが、はじめて世界的に頭痛を医学分類したことで画期的なものでした。

これに続いて、世界初の頭痛分類であり診断基準である『国際頭痛分類 初版』が国際痛学会から発刊されたのは 1988 年のことでした。

『国際頭痛分類 初版』が画期的な存在として注目を浴びたのは、各頭痛のタイプごとに詳細な診断基準を提示したことでした。初版はその後 15 年間にわたって頭痛に関する疫学的研究や臨床研究に広く利用され、1980 年代に開発された片頭痛治療薬トリプタン系製剤の開発に極めて大きな貢献を果たしたと一部の専門医は賞賛されます。

しかし、この分類は、診断技術の向上を図ることを目的としたものですが、実際には、**1980 年代はじめにイギリスで合成されたトリプタンを意識的に評価する目的で作成されたものである**ということをお忘れではありません。

トリプタンが医学的に薬剤として評価されるためには、一定の基準に基づいて診断された患者のなかでの治療成績を調べなくてはならないからです。

この分類では、片頭痛の患者であっても、さまざまな条件のためにトリプタンの処方に向かない症状を示す場合には、その患者を片頭痛とは診断できないような基準をつくってしまったのです。たとえば、ほぼ毎日のように頭痛が起きる変容性片頭痛などは、この基準に従って診断しますと、緊張型頭痛になるように仕組まれています。

結局「**国際頭痛分類**」とは、**欧米のトリプタン製薬会社とトリプタン御用学者が作成していたものである**ということをお忘れではないということです。

1991 年に、現在汎用されている片頭痛治療薬としてのトリプタン製剤が全世界で初めて販売されました。

そして、1996 年に、片頭痛の克服をめざす国際的組織 ADITUS が設立されました。

ADITUS とは「アクセス」を意味するラテン語で、片頭痛に関する情報の公開、患者と医師の開かれた関係をめざしたタイトルです。

ADITUS は、指導的専門医とともに片頭痛に関する最先端の研究を行う ADITUS Faculty（組織）および実地診療で片頭痛治療にあたるプライマリケア医の代表が毎年 2 回、世界各地で集う ADITUS Society（学会もしくは団体）

から構成されており、その他片頭痛診療に関する最新情報を医師、一般市民に提供していました。この情報提供は各地で開かれる講演会、シンポジウム、年4～5回発行される刊行物 ADITUS レポートなどによって続けられています。

ADITUS はゼネカ薬品のグラント（基金援助）により運営されており、片頭痛の治療法および診断法の確立、向上を目指して、情報発信を行ってまいりました。

（ゼネカ薬品は、現在のトリプタン製薬メーカーのアストラ・ゼネカ社です。）

このような背景をもとに、1996年 日本頭痛学会が設立されました。

さらに、この ADITUS の研究会が日本でも 1999年に設立されました。このようにして研究会が 1999年を機に ADITUS Japan として発足しました。

（このように当初から、トリプタン製薬メーカーの頭痛診療・研究への介入がありました）

医師および一般市民への情報提供を目的とした種々の活動を主としますが、片頭痛については欧米の研究が日本に比べて進んでいることから、とくに最新の海外情報を日本の医師たちにすばやく伝達することに重点を置いてまいりました。

ADITUS Japan の活動方針は、神経内科専門医を主体とする世話人によって決定され、東京に設置された事務局がその業務遂行にあたっていました。世話人は東京女子医科大学附属脳神経センター所長の I 教授と北里大学医学部内科の S 教授でした。これ以外に世話人 3名がおられました。

このような先生方が、現在の学会を主導されておられます。

これが、”現在の片頭痛研究および診療”のスタートでした。

ADITUS Japan では、1962年に発表された米国神経学会の頭痛分類特別委員会の分類、さらにその後、1988年に発表された国際頭痛分類、2003年に、「国際頭痛学会による診断基準を伴う分類」の改訂分類が発表され、こうした「国際頭痛分類」を基本としました。

2000年にわが国にトリプタン製剤が導入されたことを契機に、日本神経学会が 2002年に日本神経学会による治療ガイドラインの 1つとして作成された「慢

性頭痛治療ガイドライン 2002」に始まり、その後 2006 年には日本頭痛学会が作成した「慢性頭痛の診療ガイドライン」が発表されました。

このガイドラインである「慢性頭痛診療ガイドライン」は、トリプタン製薬メーカーによって、日本全国、津々浦々までの医療機関に配布されるほど徹底しており、トリプタン製剤の宣伝が大々的に行われました。当時は、頭痛専門医と称される先生方がテレビ・新聞などのマスコミを通じて、トリプタン製剤が”片頭痛の特効薬”として宣伝されていたことをご記憶の方々も多いのではないのでしょうか？

このように、トリプタン製剤が日本で販売される以前の 10 年間は、このようにしてトリプタン製薬会社の介入のもとに、神経内科医・脳神経外科医に対して啓蒙活動が進められると同時に、日本頭痛学会が結成され、トリプタン製剤が導入されるや、間もなく「慢性頭痛診療ガイドライン」が作成され、さらに頭痛専門医制度が発足するに至りました。

まさに、”電光石火の迅速な早さ”であったことを銘記しなくてはなりません。

このようにして、トリプタン製剤の売り込みが行われていました。

こうした段階で次々と「片頭痛治療」の啓蒙書が出版されるようになりました。

こうした書籍の代表的なものは、寺本純、間中信也先生の書籍ではないでしょうか。

これらに引き継いで、清水俊彦先生、立岡良久先生、永関慶重先生、北見公一先生、竹島多賀夫先生、長島正先生、松井孝嘉先生などの書籍が一般書として多数出版されました。

こうした書籍の大半は松井先生のもの除いて、すべてトリプタン製剤の宣伝目的でした。しかし、こうした書籍の中には「トリプタン製剤による”適切な片頭痛治療””という”殺し文句”が必ずありました。

2000年のトリプタン製剤販売に向けて、諸々の団体が片頭痛啓蒙のために活動が行われていたことが理解されると思います。この背景には製薬会社が必ず存在しました。この当時の活動の詳細は「頭痛外来へようこそ」（保健同人社）で述べられており、とくに患者団体とある医師との関係が詳しく書かれており興味深いため、一度ご覧下さい。

とくに患者団体は、自分の会員を一部の「頭痛外来」へ送り込み、こうした頭痛外来を片頭痛患者で溢れかえさせ、こうした頭痛外来を担当する医師は、トリプタン製薬メーカーから「片頭痛医療界の”カリスマ医師”」と煽てられ、誰もがこれを信じ切っています。

そして毎年、頭痛学会総会が開催されます。この総会では、他の学会と異なる点は、シンポジウム、教育講演、ランチョンセミナー、イブニングセミナー、招待講演等々、多数行われますが、これら全てが「トリプタン製薬」の製薬メーカーを中心に、製薬メーカーがスポンサーとなって名を連ねており、まさに奇異な思いにさせられます。

あたかも、「トリプタン製薬」の製薬メーカー協賛の発表のような印象を感じさせられます。これが、学問を論じる場なのかと疑いたくなります。

そして毎年、全国各地で、頭痛研究会や勉強会が開催されますが、必ずといってよいくらいトリプタン製薬会社がスポンサーになっています。

当地域では「関西頭痛懇話会」が存在しますが、これも某トリプタン製剤の製薬メーカーがスポンサーになり、年2回、高級ホテルで開催され多額の金額を拠出されています。

最近では、あるトリプタン製薬メーカーは、市場拡大をめざして、片頭痛が女性に多いことから、生理痛は片頭痛であり、月経時片頭痛には、ある種類のトリプタン製剤が極めて有効だと、学会専門医を入れ替わり・立ち替わり役者を変えて宣伝しまくっています。

こうした月経時片頭痛の辛さは、本人にしか分からず、このような薬剤が効くと思っておられる方はどなたもおられないはずです。そして、専門医たるものは、月経時片頭痛がなぜいつもの片頭痛より頭痛の程度が激しく持続時間が

長いのかという考察もなく、ただ単に作用時間が他のトリプタン製剤より長いということだけに終始されます。

こうしたことから、このような月経時片頭痛の改善策を患者さん自ら工夫され克服されています。

学会専門医は製薬メーカーに言われるがまま宣伝し、いわばピエロのようです。

どこに、学者としての”矜持”があるのでしょうか???

このように、現在に至るまで、徹底して、トリプタン製薬メーカーは、学会はじめ研究会に至るまで頭痛研究・診療に介入・浸透し尽くされているといっても過言ではありません。このように一般の医学会からみれば特殊な世界（学会）というしかないようです。

以上のように、現在の頭痛学会を主導される方々は、当初からトリプタン製薬会社と二人三脚で、頭痛診療と研究を行ってきました。

現在の学会を主導される方々は、片頭痛治療の世界に”トリプタン製剤”を導入したことを「片頭痛治療の進歩」と自画自賛され、片頭痛の病態はすべて”トリプタン”で説明が可能とされ、片頭痛の適切な治療とは”トリプタンを服用すること”であり、これで片頭痛治療方法が完成されたかのように主張され、それ以降何も考えず、治療がうまくいかなければ「一般開業医が”トリプタン製剤”を処方しない」といって責任転嫁される現実が存在します。これまで、トリプタン製剤の売り上げが伸びなかったこともあり、学会は、Headache Master School Japan (HMSJ) という日本の頭痛教育プログラムを作成し、頭痛専門医の量産を目論んで、トリプタン製剤市場・販路拡大を計画されています。

頭痛専門医であれば、必然的に片頭痛にトリプタン製剤を処方するからです。

このように学会主導者と、トリプタン製薬メーカーとの連携は現在でも継続しています。

こうしたことから、片頭痛が、単一遺伝子から生じるものがあることから、すべて単一遺伝子による”遺伝的疾患”であるかのごとく考え、原因不明の”不思議な・神秘的な頭痛”とされ、一生、お付き合いすべきとされ、高価なト

リプタン製剤と予防薬の併用を行う「薬物療法」に終始する現実が存在しているわけです。

これまでも述べましたように、このような単一遺伝子から生じるものがあるものの、片頭痛の大半は本来”多因子遺伝”によるものであるはずで

そして”環境因子”が加わって起きてくる頭痛でありながら、こうした事実を覆い隠して、”環境因子”の探索をされることは全くないわけです。

こうしたことから、”良心的な頭痛専門医”から「セルフケア」の重要性を指摘されていることはまさに茶番劇そのものようです。

私は、こうした”良心的な頭痛専門医”提唱される「セルフケア」のなかに、この”環境因子”が存在するものと考えております。

こうした”環境因子”を是正（「セルフケア」を実践すること）するだけで、片頭痛は改善されてしまうということは、こうした”良心的な頭痛専門医”が指摘されることです。

しかし、こうした”良心的な頭痛専門医”から「セルフケア」の重要性を指摘されてながら、ガイドラインには明記されることはありません。

[Headache Master School 2013 in Asia](#)

2013年3月、国際頭痛学会主催で Headache Master School 2013 in Asia が東京で行われました。世界のトップエキスパート 14 名が来日し、頭痛医学の最新の進歩を参加者一人一人に伝授されました。学会を主導される先生方は、これが日本の頭痛診療・教育のあるべき姿を示すものとの盲信され、学会独自の Headache Master School Japan (HMSJ) が日本の頭痛教育プログラムの中心として、昨年7月に、まずは竹島多賀夫先生をリーダーとして大阪で開催されました (HMSJ-Osaka)。さらに同年9月には東京で寺山靖夫先生を会長のもとに行われました。

HMSJ-Osaka では、学会専門医とは、これまでの「国際頭痛分類」の改訂の

変遷を把握した上で、現在の「国際頭痛分類」がどうなっているのかを、的確に認識される先生方ということでした。ということは、「国際頭痛分類」という世界的な基準は絶対的なものであり、これから逸脱するものはすべてエビデンスなし、ということになります。頭痛診療・研究を行う際に「国際頭痛分類 第3版 β版」を世界の”共通言語”とすべきとされます。

そして一昨年にはこれまでの「国際頭痛分類」が改訂されました。「HMSJ-Osaka」では、一昨年「国際頭痛分類 第3版 β版」へと改訂され、この改訂内容を徹底させることが目的でした。結局、「国際頭痛分類」が絶対的な基準であることが徹底して教え込まれ、**片頭痛については欧米の研究が日本に比べて進んでいるということから** Headache Master School 2013 in Asia の”トップエキスパートの先生方の考え”に従って、講義されました。

旧来の日本独自の考え方は全く紹介されることはありませんでした。

私も、この「HMSJ-Osaka」に参加させて頂きました。学会主導者の本来の目的は「頭痛専門医」の養成でしたが、私の目的は、頭痛専門医と一般開業医の考え方の相違がどこにあるのかを確認するのが目的でした。

結局、この「HMSJ-Osaka」も最初の「国際的組織 ADITUS」の流れを汲むものでした。

こうしたことから、これまでの日本の研究業績は全く問題にされることはありませんでした。ここが最も問題視されなくてはならないところです。

ここでは、片頭痛がミトコンドリアの機能が低下することによって起きる頭痛であるといった考え方は教えられることは全くありません。

学会の理事長は「頭痛専門医」をさらに増やすことによって「頭痛をサイエンス」としてブランド化する」ことが最終的な目的とされますが、研修プログラムの目的は、頭痛専門医をさらに増やすことが目的のようでした。

この研修プログラムを受講することによって、専門医試験に合格するための最短距離が何かを教わりました。

最新の学会誌「日本頭痛学会誌」41巻1号2014年に、「頭痛専門医認定試験抜粋」が掲載されていたことには、信じられない思いがしました。このようにし

てまで、学会専門医を量産しなくてはならないのでしょうか。「HMSJ-Osaka」の講義を担当された先生方は、全員4つか5つの専門医の資格をお持ちのようです（それも、極めて若い先生方で、果たして臨床経験がどうなのかを疑わせるほどでした）。こうした事実は、”代々受け継がれる問題集”さえ入手できれば、簡単に合格できるようなシステムになっており、4つも5つも専門医の資格を持っていても何ら不思議はない世界のようなようです。臨床経験は問題ではないようです。これが学会専門医の実態です。

こうしたことを考える限りは、学会専門医とは何なののでしょうか???

学会専門医とは

頭痛専門医制度は2005年から発足し2013年現在の専門医数は778名です。これは会員数2,197名の35.4%に相当します。

この数は日本医師会の支部数890（2011年11月現在）にも満たず、まだ十分な数に達しているとはいえ、専門医の数の全国分布については、地域的に偏在し、同じ九州でも、福岡・熊本・鹿児島は頭痛専門医が比較的多いのですが、佐賀・長崎・熊本・宮崎などは少なく、一般的に都市部に集中している傾向があります。全国平均では6.1名/100万人ですが、人口当たりの分布はかなりの地域格差が見られます。頭痛専門医の診療科は神経内科379、脳神経外科265であり、これと頭痛外来や頭痛センターを併記しているケースが多いようです。

こうしたことから、学会は、一つの医師会に1名の頭痛専門医を、というスローガンのもとに先程の「HMSJ-Osaka、Tokyo」を開催することによって、学会専門医の量産を考えておられるようです。

「日本頭痛学会専門医制度」の規定では、以下のように定められています。

日本頭痛学会専門医委員会細則で定めるところの頭痛関連学会の専門医であ

ること。

下記の基本診療領域におけるいずれかの頭痛関連学会の専門医であること。

日本内科学会（認定内科医）、日本小児科学会、日本産科婦人科学会、日本眼科学会、日本耳鼻咽喉科学会、日本脳神経外科学会、日本麻酔科学会、日本救急医学会、日本リハビリテーション医学会および日本精神神経学会、日本神経学会

頭痛関連学会での専門医認定研修期間中に 2 年以上の頭痛診療の研修を受けており、さらに、日本頭痛学会認定施設基準で定めるところの教育・研修施設または教育・研修関連施設で 3 年以上の研修歴があり、この 2 種類の研修で通算 5 年以上の研修を必要とする。また、申請時に頭痛診療に従事している必要がある。

それでは、現状はどのようになっているのでしょうか？

わが和歌山県には、現在、和歌山市に頭痛専門医はたったの 1 名しかおられません。これ以外の地域には専門医はまったく存在しません。

その理由は、受験資格を得るための「日本頭痛学会認定施設基準で定めるところの教育・研修施設」にあります。この教育・研修施設として、近畿地区には以下しかありません。

大阪府豊中市 たかせ内科医院 教育関連施設

京都府京都市 医療法人立岡神経内科 教育関連施設

大阪府大阪市 医療法人寿会 富永病院 教育施設

大阪府堺市 馬場記念病院 准教育施設

大阪府大阪狭山市 近畿大学 神経内科 教育施設

兵庫県神戸市 一般財団 甲南会 甲南病院 准教育施設

兵庫県西宮市 兵庫医科大学病院

こういった限られた地域にしかなく、それも和歌山県下には、全く存在しないわけでは

ないわけでは。こういったことから、今後とも、もともと和歌山在住の医師が、受験資格を得ること自体不可能ということの意味しており、学会を主導される方々の思惑通りにはいきません。

こうしたことは頭痛を専門とする大学の教室は限られており、こうした大学の周囲には教育施設がありますが、頭痛を専門とする大学の教室のない地域には教育施設もなく、専門医もいないということの意味しているだけのことです。全国均等ではありません。

日本頭痛学会の考える”頭痛専門医医師像”として掲げられていることは・・・

- ①国民の健康増進と福祉の向上に寄与する、
- ②総合的かつ専門的知識と診療技術を持つ、
- ③適切な診断と治療および予防を行う
- ④他の専門医と連携を行える能力もつ、
- ⑤論文や書籍から最先端の知識を習得している
- ⑥学術集会やセミナーに出席して研鑽を積んでいる
- ⑦得られた知識を頭痛診療と地域の医療レベル向上に役立てる、
- ⑧頭痛の啓発活動を行なう、

などです。

しかし、こうしたことを学会専門医は果たして行っておられるのでしょうか？

学会専門医に対する疑問

私は一般開業医として学会専門医に対する疑問があります。

学会を主導される先生方は先程述べましたような8項目を「頭痛専門医医師像」として挙げられます。

しかし、こうしたことを”学会専門医を主導される先生方自身”が果たして行っておられるのでしょうか？ 私には甚だ疑問に思えてなりません。

例えば、順序不同ですが・・・

⑨得られた知識を頭痛診療と地域の医療レベル向上に役立てる、

⑩頭痛の啓発活動を行なう、

私の診療する近畿地区では、関西頭痛懇話会という”頭痛の研究会・勉強会”があります。頭痛専門医の先生が会長をされておられますが、あくまでも”頭痛専門医の先生”の方々のクローズドの会合であり、一般開業医はまったくツンボ状態に置かれ、参加は、ほとんど無理・不可能のようです。

<http://ameblo.jp/yoyamono/entry-11972182156.html>

こうしたことから、私達、一般開業医はどこから頭痛に関する最新の情報を仕入れればよいのでしょうか？ 一般開業医はすべて日本頭痛学会に入会して、学会専門医になれとでも申されるのでしょうか。しかし、先程も述べましたが、近畿地区のなかの和歌山県下では制度上、学会専門医の受験資格そのものが得られない状況・条件が存在します。ここをどのように解決されるのでしょうか？

にも関わらず、学会専門医を主導される先生方は、片頭痛が”慢性化”する要因として、一般開業医が片頭痛患者さんに”トリプタン製剤を処方しない”ためと嘆かれます。

こうしたことから、「HMSJ-Osaka, Tokyo」を開催することによって、学会

専門医を量産することによって、トリプタン製剤を処方させようともされるのでしょうか？

さらに、市販の鎮痛薬の頻回の服用がよくないと指摘されながら、こういったことを一般市民に対して何ら啓蒙活動をされません（マスコミでは、日常的に”頭痛にハイ〇〇〇”といった宣伝が行われます）。このため市販の鎮痛薬の頻回の服用による薬剤乱用頭痛の患者さんが後を絶たない現実があります。

こうした現状をどのように考えているのでしょうか。

さらに、これに対してトリプタン製剤を処方を推奨されるにも関わらず、トリプタン製剤が薬剤乱用頭痛を来しやすい薬剤であることを覆い隠して、トリプタン製剤を勧めます。

この顕著なものは、片頭痛発作時にトリプタン製剤をその都度服用していないと、発作時に起きた血管の炎症がいつまでも治まらず、このため将来「脳過敏症候群」に至るとか脳梗塞になるといってトリプタン製剤の服用を強要される現実があります。

こうした事実は、こうしたことを提唱される学会専門医を主導される先生方がトリプタン製薬メーカーの回し者と批判されても仕方ないことと思われま

す。

こういったことから、⑦得られた知識を頭痛診療と地域の医療レベル向上に役立てる、といった役割を全うされておられないように思われます。

次に、④他の専門医と連携を行える能力もつ、に関して、です。

現在の研究では、活性酸素は”全疾患の90%以上に”何らかの形で関わっているとされています。この活性酸素はミトコンドリアと切っても切れない関係にあります。

活性酸素とはミトコンドリアがエネルギーを作り出す際に生み出されるものです。

そして、現代社会は、活性酸素を過剰に生み出す生活環境にあります。(有害物質も含め)

とくに、片頭痛は”ミトコンドリアの機能障害による頭痛”とされています。

こうしたことから、片頭痛を考える際には、ミトコンドリア・活性酸素に関する知識は必須のものであり、これ抜きには語れないはずです。

こうしたことから、学会専門医には、「ミトコンドリアを中心とした”細胞学に関する基礎的な知識”」を導入されるような気配が一向に見受けられることはないようです。

さらに、片頭痛発作の時はセロトニンと呼ばれる脳内物質が減少あるいは機能が低下することが知られています。片頭痛発作の時に、セロトニン様作用をもつトリプタン製剤がよく効くのは、機能低下状態に陥っているセロトニンをバックアップするためとされます。

また、片頭痛の共存症としてうつ病、パニック障害、不眠症、冷え性、睡眠時無呼吸症候群、肥満、等々が挙げられますが、これらはいずれもセロトニンに関連したものです。

「脳内セロトニンの低下」により脳が過敏になり、本来は痛くない刺激を痛みと感じる「アロディニア（異痛症）」が、片頭痛発症後5年くらい経過して出現することがあります。

このように片頭痛は「セロトニン神経系」との関与は明白なはずです。

こうしたことから「セロトニン神経系」に関する神経生理学的な知識が当然必要とされ、以前には学会でも東邦大学生理学教室の有田秀穂教授が招待講演をされましたが、これが「臨床頭痛学」に生かされているのか甚だ疑問と思われれます。

片頭痛の発生機序を論ずる際の神経解剖学的所見は、まさしく「セロトニン神経系」の神経解剖学的所見そのもののはずです。

ミトコンドリア働きの悪いと、脳の神経細胞の場合、「セロトニン神経」が

選択的に「ミトコンドリアの働き」の影響を受けやすく、セロトニンを産生しにくく、セロトニンの合成やその合成のための酵素も十分な量を生成できなくなってしまう。その結果、「脳内セロトニン不足」が引き起こされてきます。

このような事実は、分子化学の分野のエキスパートの知恵をお借りするしかないものと思われ、従来からこのような観点から解析される先生もおられました。

しかし、こうした考え方が学会を主導される専門医にあるのかも疑問です。

そして、このような「ミトコンドリアの働きの悪さ」に、「脳内セロトニンの低下」が加われば、当然、「体の歪み（ストレートネック）」を併発してくることは容易に推測されるはず。こうしたことは、馬鹿でも容易に理解される基本的な事項です。

そして、「体の歪み（ストレートネック）」は、カイロプラクター・整体師・鍼灸師の方々の施術を行う際の理論的根拠となるものです。

学会専門医は、上記に述べたような「体の歪み（ストレートネック）」はミトコンドリア、脳内セロトニンとの関与から必然的に生じてくるものでありながら、頭痛と「体の歪み（ストレートネック）」はエビデンスなし、とされるため、慢性頭痛の起点である緊張型頭痛の発生機序が不明確となり、挙げ句の果ては、慢性頭痛（緊張型頭痛・片頭痛も含めて）原因不明とされている現実が存在します。ここに最大の問題点が存在します。

本来、緊張型頭痛と片頭痛は連続したものであるはずでありながら、このように「体の歪み（ストレートネック）」はエビデンスなし、とされることから”煙幕”が張られます。

そして、「慢性頭痛診療のガイドライン」では、これらのカイロプラクター・整体師・鍼灸師の方々がされる施術のエビデンスは推奨ランクC（意味がない）とされる現状があり、こうした方々の専門的な知識を取り入れようとされない姿勢に疑問があります。

さらに、付け加えるなら、何時まで、頭痛とストレートネックはエビデンスなし、と安閑とされるのでしょうか？ そして、「体の歪み（ストレートネック）」の”真の”意味合いをカイロプラクター・整体師・鍼灸師の方々から教えを請い、どのように改善させていくのかという”術（すべ）”を学ぶべきであるはずで

このような”専門家の考え方”を無視される理由が理解されません。

いずれにしても、いまだに”頭痛と体の歪み（ストレートネック）のエビデンスの有無を検討される気配はまったくないようです。

片頭痛は、あたかも「遺伝」しているような「印象」はあります。しかし、その遺伝の様式は、メンデル型の遺伝様式でなく、”多因子遺伝”の様式で、親や祖父母から受け継がれます。ということは、”遺伝的素因”が存在しても、これに”環境因子”が加わらないことには、片頭痛は発症しないということです。

このことは、”遺伝素因”が同一であるはずの一卵性双生児の場合、必ずしも2人とも片頭痛を発症することはなく、また、同一の母親から生まれた兄弟姉妹がすべて片頭痛を発症するわけではないことから容易に理解されます。

片頭痛では、単一遺伝子性疾患として片頭痛を生じるタイプとして、家族性片麻痺性片頭痛 I 型、家族性片麻痺性片頭痛 II 型、CADASIL、MELAS、Osler-Rendu-Weber 症候群がこれまで確認されていますが、これらは極めて稀なものです。

これに対して、大部分の片頭痛は”多因子遺伝”形式をとると考えられています。

しかし、現在の頭痛研究者は、上記のように一部の方々が”多因子遺伝”と指摘されているにも関わらず、相変わらず関連遺伝子の探索ばかりに眼を向け、片頭痛が”多因子遺伝”であるとして、その環境因子が何かといった臨床研究がなされることはありません。

このような”多因子遺伝”をする病気としては、身近なものとして、生活習

慣病である糖尿病があります。

I型糖尿病は、膵臓のランゲルハンス島のインスリンをつくっているB細胞が、特殊なウイルスの感染などをきっかけとして壊れ始めて、さらに自己免疫という過程が加わって破壊され、最終的にはインスリンが作られなくなって起きてくるタイプです。これは極めて少数です。

II型糖尿病は、糖尿病になりやすい素質（遺伝素因）をもっている人に、”環境因子”として、食べ過ぎや運動不足による肥満、アルコール、精神的ストレス、年をとること、その他多種多様の要因が加わって発症します。我が国の糖尿病患者の95～97%がこの糖尿病です。”糖尿病になりやすい素質”は”多因子遺伝”の形式で、受け継がれて、これに”環境因子”が加わり発症します。

こうしたことから、糖尿病の治療方針として、この環境因子の是正に努めるべく「食事療法」と「運動療法」がまず行われ、これに「薬物療法」が追加されます。

そして、現在、糖尿病学会では活性酸素の観点から糖尿病の病態解明に邁進・精進されておられます。

そして、厚生労働省は平成20年から、特定健診という制度を設けて、糖尿病の前段階であるメタボリック・シンδροームを拾い上げ、糖尿病に至る前に生活指導を徹底させることによって糖尿病の撲滅を目指しています。

このような卑近な例として糖尿病学会がありながら、こうした考え方を全く取り入れることはないのは、なぜなのでしょう？ここがまさに信じられない点です。

糖尿病も片頭痛の大半は”多因子遺伝”であるとされながら、糖尿病学会と頭痛学会の対応のしかたに、なぜこのような差異がみられるのでしょうか？

一体どうなっているのでしょうか。この点は、片頭痛でお悩みの方々は真剣に考える必要があります。

そして、「遺伝学的知識」を改めて考え直すことが重要と思われれます。

また、痛みの発生機序を考える際に「プロスタグランジン」があります。

このような生理活性物質のアンバランスを来す最大の要因として、脂肪酸の問題（オメガ3とオメガ6の摂取バランス）があります。ここには、栄養学的知識が要求されます。

現在、学会専門医は、ただ単に” バランスのよい栄養ととり、マグネシウム・ビタミンB2をとりましょう” に止まってしまっています。脂肪酸に関して何ら触れられることはありません。さらに、ミトコンドリアのエネルギー産生機構、セロトニン代謝を考えれば、栄養学的知識の重要性が認識されるはずでありながら、このような” 中心となる考え方” が欠如しています。また、生理活性物質についての観点が欠けているようです。

こうしたことから「④他の専門医と連携を行える能力もつ」といったことが言えるのでしょうか？ 全く、信じられない思いがします。

また、「⑤論文や書籍から最先端の知識を習得している」といえるのでしょうか？

まさに、学会専門医は、医学界の離れ小島にいるとしか表現されません。

③適切な診断と治療および予防を行う

そして、診断と治療に関しては問題ないかもしれませんが、問題は予防です。

学会専門医は、片頭痛の場合、” 予防薬の投与” だけにすぎません。これにしても、作用機序そのものが明確でなく、すべての患者の頭痛を抑制させる程の効果はなく、発作回数を減らし、頭痛の程度を軽減させるだけのことです。

先程も述べましたが慢性頭痛の起点は緊張型頭痛にあります。学会専門医は頭痛とストレートネックはエビデンスなしとされ、このため起点とされるべき緊張型頭痛すら予防・根治させることができず、市販の鎮痛薬の弊害も説くこともなく野放しにされ、結局薬剤乱用頭痛を起こさせている現状があります。こうしたことが緊張型頭痛から片頭痛へと移行させる根源ともなっています。

これでは片頭痛を熟成させているとしか言えません。

これでは、何ら予防策にはなり得ないはずですが。どこに予防的観点が存在するのでしょうか？

先程も述べましたが、片頭痛が”多因子遺伝”であるとの観点から見直せば、その環境因子さえ是正すれば予防できるはずですが。現実には、糖尿病の世界では、現実にはメタボリック症候群を拾い上げるべく「特定健診」という制度を厚生労働省が設けておられ、すでに糖尿病撲滅のキャンペーンが実施されています。

遙かに遅れているとしか言わざるを得ません。なぜなのでしょう
か?????

ここまで述べれば、見識ある読者なら、どうしても理解されるはずですが、肝心の当事者はこの点の認識ができていないようです。知っていてされないのでしょうか？

そうであれば、まさに悪質としか言えないようです。

このようにみますと「学会を主導される先生方の考える”頭痛専門医医師像”」とは絵に描いた餅でしかないようです。とすれば、学会専門医とは一体、何なのでしょう？

学会専門医とは

以上のようにさまざまな疑問点が存在するにも関わらず、学会専門医は、ただ単に、「国際頭痛分類第3版 β版」およびこれに付属して掲載される文献のみしか念頭になく、”極めて限られた知識”しか駆使できない集団としか思えません。

欧米のトリプタン製薬メーカーおよびトリプタン御用学者の作成した「国際頭痛分類第3版 β版」だけに拘って、頭痛患者を単に症候論だけで診断を下し、片頭痛と診断した場合は、「慢性頭痛診療ガイドライン」に従って、エビデンスのある第一選択薬とされるトリプタン製剤を処方するといったあり方そ

のものは、まさにトリプタン製薬会社の”軍門に下った哀れな姿”としか言えないはずで、このことがまったく認識されていません。

ここには、科学者としての誠の姿の片鱗すらないと判断をせざるを得ないところでは、

現在のように、片頭痛にはトリプタン製剤を中心とした薬物療法だけというのでは、前回でお示し致しました、DR.RATH HEALTH FOUNDATION の「製薬業界は一般大衆を欺いている」をまさに、”あからさまに地でいっている”いるとしか言えません。

片頭痛を誰が治らなくしたのか

<http://taku1902.jp/sub468.pdf>

以上は、これまでも提示させて頂きました。

終わりに

このように考えてきますと、学会専門医の”頭痛診療・研究上で果たす役割”とは一体何なのでしょう？

そして、頭痛専門医という称号は、頭痛診療における”客寄せパンダ”なのでしょう？

こういったことから、片頭痛でお悩みの方々からは、頭痛専門医とは”トリプタン製剤と予防薬”を中心とした「薬物療法」しかされない集団との烙印を押され、こうした薬のみに依存するあり方は、当然のこととして”薬嫌い”の患者さんからは敬遠され、おのずとカイロプラクター・整体師・鍼灸師の方々に頼らざるを得ないという現実を知るべきと思われ、ここに医療機関への受診率の低さがあると反省すべきです。

学会を主導される方々のなかには、いまだにトリプタン製剤の恩恵を受けて

いない片頭痛患者が存在するといった時代遅れの考え方をされておられる事実は何を意味しているのでしょうか??? こういった感覚で頭痛協会は設立されたようです。

そして、全国の頭痛外来で採用される「問診表」にも問題があり、問診表という”ふるい”を通して患者さんを診ることによって、患者さんをありのままに把握できないことも疑問があります。多忙な外来であるが故に、このような現実を作ってしまうています。

1日300人も診察するような「頭痛外来」もあるようです。こうした診察で慢性頭痛のような多様性を秘めたものの真実が見えてくることはないはずでありながら、こうした医師の考え方に盲従される学会専門医がいることも問題にすべきです。

学会専門医のなすべきことは、プライマリー・ケアを行っている一般開業医の啓蒙活動を最優先すべきのはずです。全国各地で研究会・勉強会が行われているようですが、これらはすべて頭痛専門医の仲間の研究会・勉強会が大半であり、もっと一般の開業医にも開かれた研究会・勉強会にすべきです。これが学会専門医の責務ではないでしょうか。

このようにすることで、まず多忙な「頭痛外来」を解消させるべきです。

そして落ち着いた診察環境をつくって問診表など使うことなく、患者さんをありのままに把握さえすれば、見方も変わってくるのではないのでしょうか？

こうした基本的なことが全く欠如しているとしか言えないようです。

頭痛研究の基本は、国際頭痛分類がすべてではなく、”神経科学”にあると考えるべきと思われ、そうなれば、ミトコンドリア、セロトニン神経系、体の歪み（ストレートネック）といった基本的な観点から頭痛研究の見直しが必要となるものと思われ、ここに根本的な誤りが存在するように思われます。

さらに付け加えるならば、これに細胞学、神経生理学、遺伝学、神経解剖、分子化学、栄養学、スポーツ医学などの幅広い知識・エビデンスに基づいて「臨床頭痛学」は構築されるべきです。

以上、頭痛研究・診療の世界的な”共通の言語”とされる「国際頭痛分類第3版β版」だけから「臨床頭痛学」を論じること自体片手落ちであり、到底不可能であることが理解されたと思います。こうした観点から学会専門医の本質を考えるべきです。

もう一度繰り返しておきますが、学会専門医は、この「国際頭痛分類第3版β版」を頭痛診療および頭痛研究の絶対的な教義・教典とされます。この「国際頭痛分類 第3版β版」の本来の目的とするところは、片頭痛を明確に定義することによって、間違いなく、片頭痛に対してトリプタン製剤を処方させるためのものです。

このため、”片頭痛と明確に定義された”「国際頭痛分類 第3版β版」の基準に合致しないものが緊張型頭痛とされ、いわば緊張型頭痛は”ゴミダメ”的な性格の強い頭痛とされ、専門家の間では、極めて”取るに足らない頭痛”とされています。このように全く無視されています。

このように、片頭痛と緊張型頭痛はまったく別の範疇の頭痛であるといった”教義”が専門家の間で作られることになっています。

こういったことから、緊張型頭痛は筋弛緩薬・抗不安薬・血流改善薬といった薬物療法で簡単に治ってしまうといった安易な考え方しかされず、最も大切なものは片頭痛だけであるとの考え方しかないのが学会専門医です。こういったことから、単純に、頭痛と「体の歪み（ストレートネック）」はエビデンスなし、とされます。このため、「体の歪み（ストレートネック）」そのものの診断基準を持ち合わせていません。さらに、これを改善させるスベをまったく持ち合わせていません。

こうした方々は、日常的に感じる極く軽度の頭痛・緊張型頭痛の原因となっているはずですが、そして、ここに片頭痛の遺伝素因を持っておれば、必然的に片頭痛へと移行してきます。こういった事実がありながら、専門医は、緊張型

頭痛を無視されます。

これで、日常的に感じる極く軽度の頭痛・緊張型頭痛から片頭痛がいくらかでも片頭痛が量産され、片頭痛そのものが醸成・熟成されることになります。

そうなれば、学会専門医が「国際頭痛分類 第3版β版」を頭痛診療および頭痛研究の絶対的な教義・教典とする以上は、**「③適切な診断と治療および予防を行う」といったことは、まさに”まやかし”すぎないものであり、トリプタン製薬メーカーの利益・利潤追求にモロに荷担していることになります。**

そして、慢性頭痛のなかで最も多いとされる緊張型頭痛を”見殺し”にすることになり、こういった方々を苦悩のどん底に陥れていることを忘れてはなりません。

このように、学会専門医の頭のなかには「片頭痛」だけしかないことになっています。

その結果がどのようになっているのかを、私達は冷静に見つめ直す必要があります。

お断り

学会専門医すべてを批判したような印象を持たせるような論説になってしまいましたが、これは学会を主導されるごく一部の方々のことであり、大半の専門医の方々はこのような考え方ではないことをお断り申し上げます。誤解されませんように・・

大半の頭痛専門医の方々が片頭痛治療に真剣に取り組まれておられることは忘れてはならない点です。いずれにしても、「片頭痛を誰が治らなくしたのか」をご覧頂ければ納得されると思っております。

ただ、限られた一方通行の情報しか（学会が容認することだけしか）一般の方々には得られないところが最大の問題とすべきことです。

こういったことから御批判は覚悟の上で提言する次第です。