

## 第34章 機能性頭痛一元論

専門家は、緊張型頭痛と片頭痛はまったく別の範疇の頭痛とされます。

そして、片頭痛は「頭痛そのものが脳の病気」とされます。これが真実なの  
でしょうか。

機能性頭痛一元論とは、緊張型頭痛も片頭痛も一連の連続した頭痛である  
という考え方です。

### 緊張型頭痛がひどくなると片頭痛になる？

「日常的に肩こりを自覚していて、疲れたり睡眠不足になると肩から後頭部に  
重い感じの痛みが上がってくる。後頭部の鈍痛で終わるときもありますが、我  
慢していると頭全体がガンガン痛んで吐き気も出現し、ひどいと嘔吐する。ガ  
ンガン痛いときには、家族の話し声もうるさく感じて、静かな部屋で暗くして  
横になると少し楽になる」といった患者さんはよく遭遇します。ひどい頭痛は  
おそらく片頭痛と診断して問題はないでしょう。後頭部の鈍痛に関しては、緊  
張型頭痛と診断される場合が多いと思われます。このように緊張型頭痛で始ま  
り、程度が強くなると拍動性の頭痛を伴うものを、オーストリアのランス Lance  
は緊張・血管性頭痛 tension-vascular headache と命名しました。

### 片頭痛が緊張型頭痛に化ける？

「20 歳ころから時々片頭痛発作を起こし結婚後片頭痛発作が頻繁になるが、40  
歳ころから緊張型頭痛が加わってきて、50 歳を過ぎると寝込むようなひどい頭  
痛発作は起こらない代わりに、だらだらと重く締め付ける感じの頭痛が続くよ  
うになった。」このような患者さんは古い分類で混合性頭痛としていた典型例  
です。国祭頭痛学会分類では、以前のものは片頭痛で、中年以降の頭痛は緊張  
型頭痛と診断されるでしょう。このようなパターンを片頭痛が加齢とともに変

化したということで、米国の Mathew は変容性片頭痛という概念を提唱しています。ただ国際頭痛学会分類の範疇としては現在のところ認められていません。

このことは、緊張型頭痛でも片頭痛でも根底に「体の歪み（ストレートネック）」が存在していることを意味しています。

一方、片頭痛の治療に市販の鎮痛薬・トリプタン製剤などを乱用していると頭痛が発作性の型から、連日性になっていくことがあります。いわゆる薬物乱用による「慢性連日性頭痛」ですが、これも変容した片頭痛の一種と考えられています。

このことは、こうした薬剤すべては、人体にとっては害（有害なもの）になるのです。これらを解毒する際に、活性酸素が発生し、このためにミトコンドリアの働きを悪くさせることによって、片頭痛を増強させます。

また、これら薬剤はいずれも”化学的ストレス”となって、脳内セロトニンを低下させ、痛みの閾値を下げるため痛みを感じやすくさせるために、薬剤乱用頭痛を引き起こしてくることになります。このように「体の歪み」、ミトコンドリアと脳内セロトニンの3つが頭痛を増悪・慢性化させる根本的な原因となっています。

### 片頭痛と緊張型頭痛の多くは症状は重複

片頭痛と緊張型頭痛の症状の多くは重複していて、個々の症状のみで診断することは困難です。たとえば、軽度～重度の頭痛、両側性および片側性の頭痛は両者に認められます。

また、片頭痛、緊張型頭痛ともに拍動性でないことが多く、さらに、緊張型頭痛の特徴と認識されることの多い「肩こり」も多くの片頭痛で随伴しています。

## 片頭痛因子（血管症状）

拍動痛  
片側性  
高度頭痛  
悪心・嘔吐



## 緊張型頭痛因子（筋症状）

締め付け感  
圧迫感・頭重  
後頭部の頭痛  
肩こり



## 片頭痛の本質は「エスカレーション」(Cady)

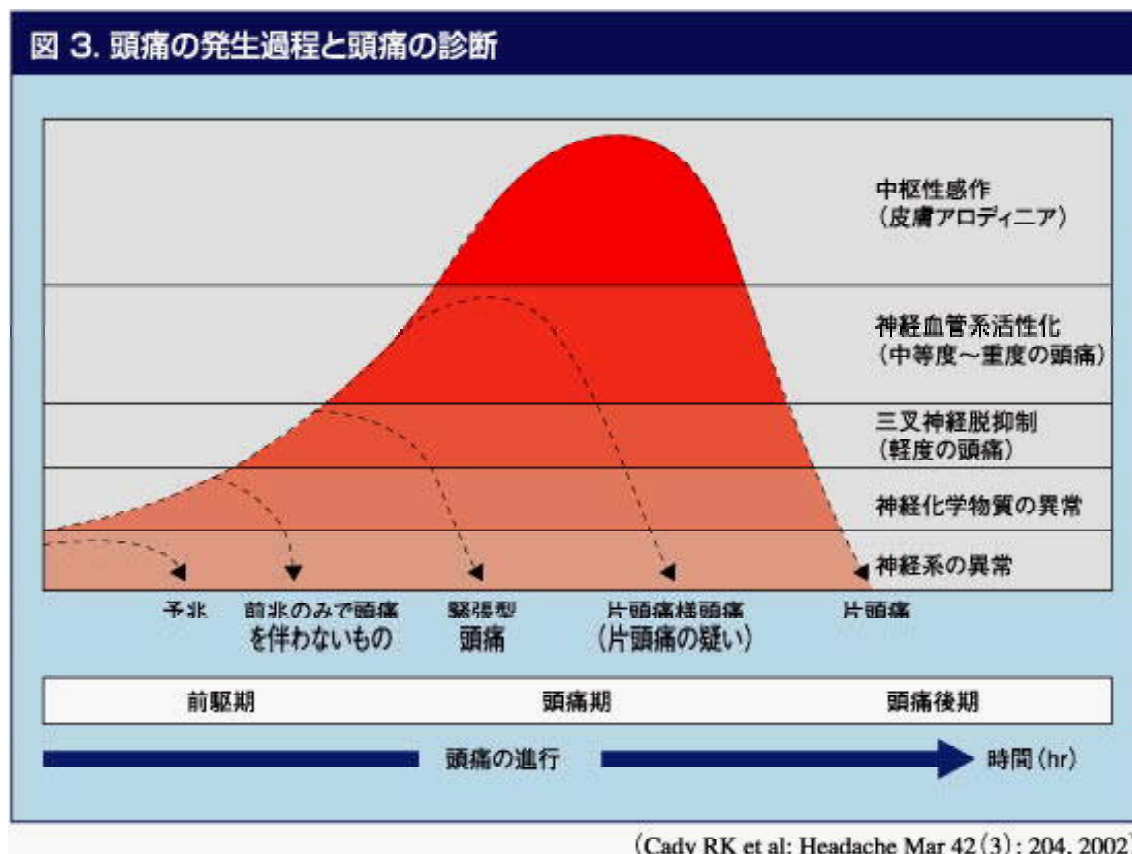
Cady は片頭痛と緊張型頭痛は”共通の病態生理”を持つと考えられるとして、一次性頭痛一元説について述べています。私は、この”共通の病態生理”として、「体の歪み（ストレートネック）」を考えています。

片頭痛の発生過程は、まず患者の”遺伝素因”（ミトコンドリアの活性低下）にホルモン状況の変化や睡眠時間の変化，アルコール摂取などの”環境因子”が加わることで、片頭痛が起こりやすくなること，すなわち脳の感受性が高まることから始まります。

次いで、気分や食欲の変調，肩こり，感覚や意識の変化，疲労などの前駆症状があり，症例によっては眼がチカチカするなどの前兆を伴って頭痛が出現します。ここまでが前駆期で，次の頭痛期は一般的に軽度の頭痛で始まり，病状が進行すると中等度～重度となり，光過敏や音過敏が増強，悪心・嘔吐などを伴って国際頭痛学会分類診断基準を満たすこととなります。そして頭痛が頂点

に達すると、中枢性のアロディニア（異痛症）を呈することになります。

つまり、一次性頭痛一元説では、頭痛が軽度の段階でおさまる場合は緊張型頭痛とみなしています。ひどくなれば片頭痛へ移行するということです。



まず神経系の変調があると予兆を、神経活性物質変化で前兆を、さらに、三叉神経が刺激・感作されると（軽度の頭痛）緊張型頭痛が引き起こされます。

血管が活発化・賦活されると神経血管系感作を引き起こし（中等度～重度の頭痛）片頭痛へ、中枢感作（再刺激に感じやすい状態）が起きると、ひどい片頭痛（重度の頭痛）が起きてきます。

すなわち、片頭痛は三叉神経の脱抑制（抑制が効かなくなった状態）により緊張型頭痛が起こり、さらに神経血管系が活性化されて初めて片頭痛が起ってきます。

エスカレーションの程度によって、緊張型頭痛～強弱さまざまな片頭痛が出現することが理解されることと思います。このように一連したものということ

です。

慢性頭痛患者の症候・因子を調査した複数の研究では、片頭痛と診断された患者と緊張型頭痛と診断された患者の頭痛は、性状・質的の差ではなく、頻度・程度の差であり、その病態は連続した「境界不明瞭な」「連続体」であると考えられています。

片頭痛患者さんは、頭痛発作が始まったが、それほどひどくならず済んだという経験をすることがあります。ひどくならない発作は、片頭痛の診断基準を満たさないことが多く、緊張型頭痛と診断せざるを得ませんが、これを上手に説明したものが一次性頭痛(機能性頭痛)一元論です。1回1回の片頭痛発作に注目し、スタートは同じでも、軽く済めば緊張型頭痛、エスカレートしてひどくなれば片頭痛発作になるという考え方です。

片頭痛患者の多くは、10～20代という人生の早い時期に頭痛発作が起こるようになり、その後数年から数十年にわたり頭痛発作が繰り返されますが、この「頭痛持ち人生」の間に頭痛発作の頻度や程度は変化します。

片頭痛患者では、若い時期は発作頻度が少ないが重篤な発作が起こり、年齢が上がるとともに頭痛発作の頻度は増えるが程度は軽くなるというパターンをとることが多いようです。加齢とともに片頭痛らしさが減り、緊張型頭痛のような頭痛発作が多くなって来る、いわば「頭痛持ち人生」の間に片頭痛と緊張型頭痛が連続しているような状態です。このような片頭痛は変容性片頭痛と呼ばれ、国際頭痛分類とは別の概念ですが、日常臨床では広く受け入れられています。

天気に喩えますと、片頭痛は「雨」、緊張型頭痛は「曇り」に相当し、両者には明瞭な差があります。雨は曇り空から降り出します。つまり、緊張型頭痛が先行します。雨の降り方もさまざまであり、片頭痛の臨床症状の”多彩さ”と一致します。

次のような興味あるデータがあります。

片頭痛の”緊張型頭痛”は small migraine

### 片頭痛

big (true) migraine

### 連続体

### 緊張型頭痛

small migraine

### 緊張型頭痛

(脳内セロトニンの関与)

ということは、片頭痛での緊張型頭痛は small migraine で、本格的な片頭痛は big true migraine で、これが連続しているということです。

緊張型頭痛はこれとは別に、独立して、存在するということです。

この差異は、片頭痛素因の有無で決まるとされています。

- ・片頭痛患者は片頭痛、片頭痛様、緊張型頭痛を経験します。
- ・各頭痛に対するスマトリプタンの効果を二重盲検法で検討しました。
- ・249 患者/ 1576 回の中等度～高度頭痛について分析しました。
- ・投与後4時間目に、すべてのタイプの頭痛においてトリプタンはプラセボに勝りました。

- ・片頭痛 66 % : 48 %  $P < .001$
- ・片頭痛様 71 % : 39 %  $P < .01$
- ・緊張型頭痛 78 % : 50 %  $P < .001$   
(早期服用のために有効率が高い?)

片頭痛患者さんは片頭痛、片頭痛様、緊張型頭痛を経験します。各頭痛に対するスマトリプタンの効果を 249 患者に対して 1,576 回の中～高度頭痛について分析した結果、投与後 4 時間目に、すべてのタイプの頭痛においてトリプタンはプラセボに勝りました。つまり、片頭痛の前の緊張型頭痛（仮面片頭痛）にもトリプタンが有効ということになります。症候的には緊張型頭痛でも、本態的には片頭痛 small migraine ということです。

このような結果からは、起こり始めの緊張型頭痛の段階でもトリプタン製剤が有効ということのようです。

このことは、本来、「緊張型頭痛も片頭痛も一連のものである」ということを明らかにしているものと思われます。

**東京脳神経センターの松井孝嘉先生は、以下のように指摘されます。**

緊張型頭痛では、デスクワーク、特にパソコンを使って仕事をするにより、うつむき姿勢を長時間とると、首の後ろ側の頭半棘筋が緊張し、その筋肉を貫くように走っている「大後頭神経」が圧迫され頭痛が起こり、緊張型頭痛は明らかに首疲労からもたらされる病気で、“首疲労”を治療することによって、痛みがきれいに消えてしまいます。

ところが、明らかに片頭痛と考えられる予兆や前兆を持っていて、片頭痛に有効なイミグランなどのトリプタン製剤を飲んだら、頭痛がぴたりと止まることから、典型的な片頭痛と他院で診断された患者さんに対して、“頸筋の異常を治療”したら、片頭痛が起きなくなるものが、片頭痛の一部に存在します。こうなると、片頭痛と緊張型頭痛という分類自体が怪しくなってきます。

頭半棘筋にこりが出ると、それが大後頭神経を刺激し、その刺激が三叉神経に伝わります。大後頭神経は、頭痛をもたらす神経です。大後頭神経と三叉神経は脳のなかで繋がっていますので、大後頭神経の刺激は、三叉神経にも伝わ



ります。

大後頭神経と三叉神経が同時に痛くなる現象は、よく知られています。

ストレートネックが長期間、放置されて引き起こされる病態が東京脳神経センターの松井孝嘉先生の提唱される「頸性神経筋症候群」です。

”頭痛の専門家”の重鎮とされる神経内科学の先生は、さらに以下のように指摘されます。

”頸性神経筋症候群”（ストレートネックが長期間持続したために生じる病態です）という病態が片頭痛患者に生じると、片頭痛発作の頻度の増加や程度の悪化、トリプタンの効果減弱につながると考えております。従って、明らかに片頭痛患者であると思われる方で、”頸性神経筋症候群”がある場合には、片頭痛への治療と同時に”頸性神経筋症候群”に対する積極的な治療を行うようにしています。これにより発作頻度の減少、発作時の症状の軽減、トリプタンの効果の改善が認められる患者が少なくありません。

この説明では、片頭痛に”頸性神経筋症候群”を合併した場合とされていますが、果たして、これをどのように考えるべきでしょうか？

逆に、”頸性神経筋症候群”の延長線上に片頭痛が存在するとは考えられないでしょうか。

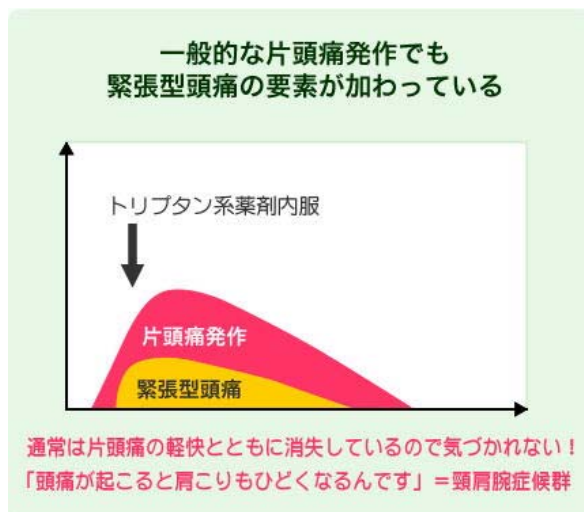
これまでの当医院の調査では、ストレートネックの確認率は、男性で52%、女性では68%と圧倒的に多く、緊張型頭痛では84%、片頭痛では95%に、群発頭痛では全例に、ストレートネックが確認されています。

<http://taku1902.jp/sub474.pdf>



このように、緊張型頭痛でも片頭痛にも共通して「体の歪み（ストレートネック）」を認め、片頭痛では緊張型頭痛以上の頻度で見られるということは、緊張型頭痛と片頭痛は連続したものと考えてるのが妥当のように思われます。

すなわち、緊張型頭痛に片頭痛が重なってきていると考えるべきです。このために片頭痛での頻度が高いと考えるべきです。



### 「体の歪み（ストレートネック）」→首や肩の筋肉からの侵害刺激情報



↓  
↓  
↓  
↓  
↓  
↓  
↓

脊髄を介して三叉神経脊髄路核

↓  
↓  
↓  
↓  
↓  
↓  
↓

中枢性痛覚過敏 (central sensitization, CS)

↓  
↓  
↓  
↓  
↓  
↓  
↓

脳の過敏性、頭痛の慢性化

自律神経失調症状 → 交感神経機能低下→頸性神経筋症候群

(慢性頭痛)

片頭痛も緊張型頭痛も共通して「頸部筋肉群の疲労」を基盤として発症すると考えられます。この根拠として、両頭痛に共通してストレートネックが認められる点です。

片頭痛の遺伝素因（ミトコンドリアの活性低下）のない場合は、首の筋肉の

こりは、大後頭神経に痛みのみ起きることによって、純然たる「緊張型頭痛」を発症します。

片頭痛の遺伝素因（ミトコンドリアの活性低下）があれば、片頭痛の場合は、「セロトニン神経が働きが同時に悪くなって「痛みの感じやすさ」が存在するところに、首の筋肉のこりの刺激が、大後頭神経から三叉神経に絶えず刺激が送られ続けます。このため、「痛みの感じやすさ」がさらに増強され、常時、脳の過敏性が高まった状態が継続していきます。

片頭痛の基本的な病態は「脳過敏」（脳がちょっとしたことで反応しやすくなること）にあるとされます。このように少なくともこうした3つの「脳過敏」を引き起こす要因が次々に追加されることによって、“緊張型頭痛”から”片頭痛”にまで進展していくことになります。

そして、「体の歪み（ストレートネック）」は、これら慢性頭痛の起点となり、慢性頭痛の骨格ともなるもので、慢性頭痛の基本的な病態となるものです。

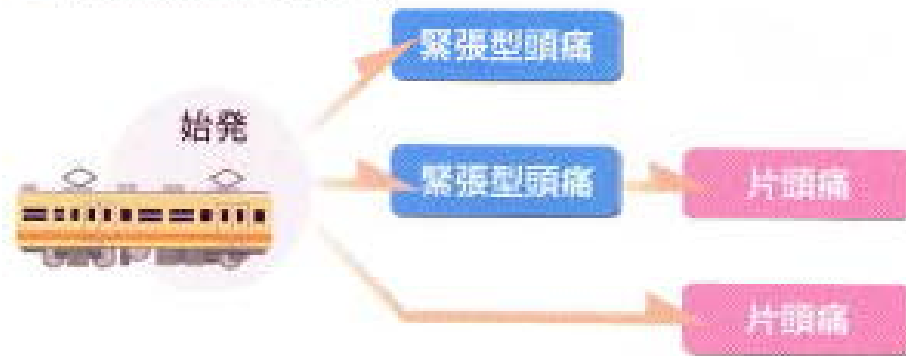
こうしたことから、緊張型頭痛も片頭痛も連続したものであるということです。

頭痛が起こり始めた時、この頭痛がどこへ行くかはミステリーなのです。緊張型で終わるのか、緊張型頭痛經由片頭痛なのか、片頭痛直行なのか。これは患者さんにも分かりませんし、医者にはもっと分かりません。（引き金がどの程度重なるかで左右されます。）

頭痛体操やストレッチ、階段の上り下りをして見ても見極めがつかない場合は、飲み慣れた使いやすい鎮痛剤を飲んで戴いて、30分後に頭痛が悪化してくるようならトリプタン系薬剤を飲んで下さい。また、朝から痛い場合は片頭痛と考えられますし、ご自分の経験上片頭痛だとわかる場合には、最初からトリプタン系薬剤を服用して下さい。

## 図1 頭痛の行き先はミステリー

- 緊張型頭痛行き (鎮痛薬)
- 緊張型頭痛 経由片頭痛行き (鎮痛薬 → トリプタン)
- 片頭痛行き (トリプタン)



以上のように、緊張型頭痛も片頭痛は明確には、現実には区別できないということがお分かり頂けたかと思えます。その理由は、緊張型頭痛も片頭痛も共通して、頸椎レントゲン検査で、ストレートネックを高頻度に認めます。このため、このように臨床症状には、重複するものが多いということです。

片頭痛は緊張型頭痛と連続したものです。緊張型頭痛から、片頭痛へと移行して発症してくるということです。

ただ、なかには、ミトコンドリアの働きが極端に悪いような場合は、いきなり片頭痛のタイプから発症してくる場合も当然あります。この点も重要な点です。

このように、片頭痛にしても緊張型頭痛の場合も、どのような”症状”があるかということで「国際頭痛分類 第3版β版」という国際頭痛学会が定めた基準に従って診断されていますが、これまでも述べてきましたように、クリアカットには区別できません。この理由は緊張型頭痛と片頭痛が連続したものであるからに他ならないからです。

## 典型的な片頭痛発作の経過



([Blau JN, Lancet 1992] より)

単純な表現をすれば、日常生活を送る際に、支障を来す程の激しい頭痛の場合は、片頭痛であり、支障を来す程でない軽い場合は緊張型頭痛ということになります。ということは、この中間に位置するものが当然存在するという事に他なりません。

こうしたことから、実際に頭痛が起きた場合、今回はどちらの頭痛なのかを、

その都度、自分で判断する必要があります。ここが実際の対処の仕方の難しい点です。

多くの片頭痛の方々は、「典型的な片頭痛」の経過を示し、「予兆期」に”生あくび”が出たり肩が異常に凝ってきたりというように”頭痛信号”を自覚されておられるようです。こうしたことから、自分の「片頭痛の経過」を、あらかじめ把握しておくことが大切になってきます。そして、間違いなく「片頭痛の発作」であると判断できれば、即座に「トリプタン製剤」を服用することです。こうして、たちまちの発作に対処しましょう。こうしておいてから、予防・改善のための工夫をしていくべきです。

### これに対して専門家は・・・

1980年代はじめに、片頭痛の治療領域にトリプタン製剤が開発されました。

トリプタン製薬メーカーおよびトリプタン御用学者は、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この「国際頭痛分類」を作成しました。

トリプタン製剤は、片頭痛を持つ”多くの”（すべてではありません）患者さんに対して、非常に効果があります。すなわち、片頭痛の発作期間の3日間の寝込む程の辛い頭痛が劇的に緩和させることができるようになりました。

こうしたことから、国際頭痛学会は、「国際頭痛分類」を作成して、慢性頭痛、とくに片頭痛の診断基準を作成し、片頭痛を厳格に定義することにより、片頭痛を見逃さないようにして、片頭痛を正確に診断して、トリプタン製剤を処方させるようにしました。

このように、本来の「国際頭痛分類 第3版β版」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”が専門家の中で作られることになり、専門家は、片頭痛と緊張型頭痛それぞれの特徴的な症状を対比して挙げ、製薬メーカーはこれを基にしてパンフレットを作成し、広く一般の方々および医師に配布され、啓蒙されてきました。

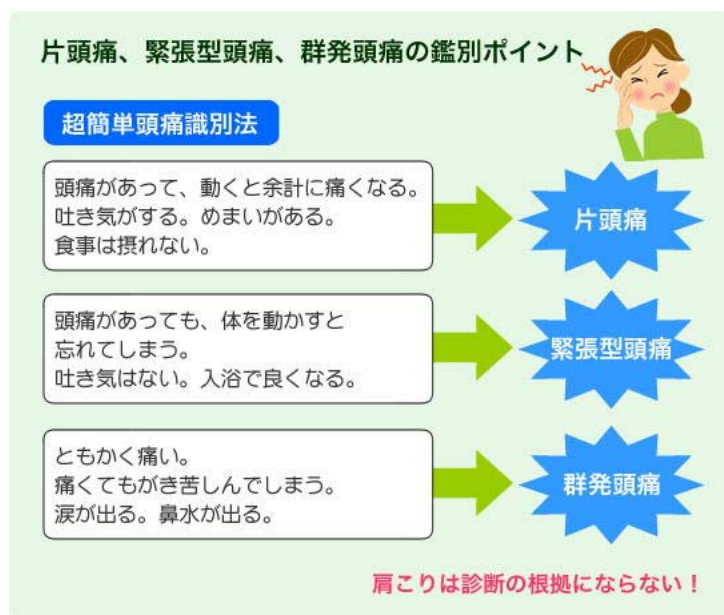
現在でも、このような考え方は、ネット上に当然のように広く流布しています。

このようにして「国際頭痛分類」が作成されてからは、片頭痛と緊張型頭痛は厳格に区別されるとの考え方が徹底して啓蒙されることになりました。

それは、医師に対しては、片頭痛にトリプタン製剤を処方させるためであり、一般の方々には、片頭痛にはトリプタン製剤という”特効薬”があることを知ってもらうためです。

このため、専門家の間ですら、片頭痛と緊張型頭痛はまったく別の頭痛と思いついでおられる方が多数見受けられます。

ところが、日常的に感じる極く軽度の頭痛から緊張型頭痛へ、さらに片頭痛へと移行していくことは、詳細に綿密に病歴聴取すれば明らかでありながら、専門家は日常診療において「国際頭痛分類第3版」を巧妙に組み込んだ「問診表」を使われ、受診時の最も困っている頭痛しか問題にされないことから、慢性頭痛発症の起点ともなるはずの「日常的に感じる極く軽度の頭痛」・緊張型



頭痛をまったく無視されることになっています。

このように、臨床神経学の「問診に始まり、問診に終わる」という基本原則をまったく無視した病歴聴取（問診表による手抜き診断・診療）が現実に罷り通り、病気のオンセット（起始）が全く無視されています。

このようにして、最も大切とされる”片頭痛を見落とすことなく”診断することしか念頭にありません。このように徹底して指導されてきました。

専門家の行う「頭痛外来」では、多忙を極めるため診療効率を上げるため大半の施設では「問診表」が利用されています。この問診表では、受診時の”最も困っている頭痛”に関する質問が中心となり、「国際頭痛分類 第3版β版」の診断基準に基づいて片頭痛の診断を下すため、過去の些細な極く軽度の緊張型頭痛は無視されることになります。

こういった理由から、多忙を極める頭痛外来を担当される先生方は、緊張型頭痛と片頭痛は別物であるといった錯覚を”日常的に植え付けられる”ことになっています。

しかし、世間一般で頭痛の”名医”とされる先生方は、問診表を使わずに、時間をかけて腰を据えて、過去の極く些細な緊張型頭痛を含めて聴取され、これが「現在の受診のきっかけとなった頭痛」に至るまでの間の「生活習慣・環境の変化」を詳細に把握されます。

緊張型頭痛から、生活習慣・環境の変化が加わることによって片頭痛へと進展していくものと考えておられ、緊張型頭痛も片頭痛も一連のものと考えておられる先生が多いようです。

このように、専門家の間でも、意見が2分されていることを忘れてはなりません。

以上のように、緊張型頭痛と片頭痛が別の頭痛であるといった考え方は、2000年に、日本にトリプタン製剤が導入された時点で、トリプタン製薬メーカーが、洗脳した”愚かな”専門医を介して、大々的にあたかも片頭痛と緊張型頭痛が



”全く別の頭痛”と啓蒙活動を行ってきたことにその由来があります。

現在では、ネット上では、片頭痛と緊張型頭痛が全く別の頭痛とされるのが一般常識とされます。こうしたことは、専門医にまで波及させるほど徹底しています。こうしたことから、片頭痛が緊張型頭痛と連続したものでありながら、片頭痛と緊張型頭痛は全く別の頭痛であるとの考え方が専門家のなかまで浸透し、片頭痛と緊張型頭痛は全く別の頭痛であるとの”神話”を作り上げてしまったことを忘れてはなりません。

このようにして、慢性頭痛の起点ともなる緊張型頭痛を取るに足らない頭痛と考えさせることによって、片頭痛の病態解明を”闇へと葬むる”ことにしてしまいました。

片頭痛と緊張型頭痛が全く別の頭痛といった論点は、あくまでもトリプタン製薬メーカーの論理であり、慢性頭痛とくに片頭痛の本態解明を阻害してきた最大の原因があると考えなくてはなりません。このような事実を専門家ですら認識できていないことが、まさに憂うべきこととしか言えないはずです。

### 現実の臨床現場では・・・

1962年のAd Hoc Committeeの分類では片頭痛と緊張型頭痛の混合した「混合性頭痛(Combined headache)」というタイプの頭痛が認知されていました。

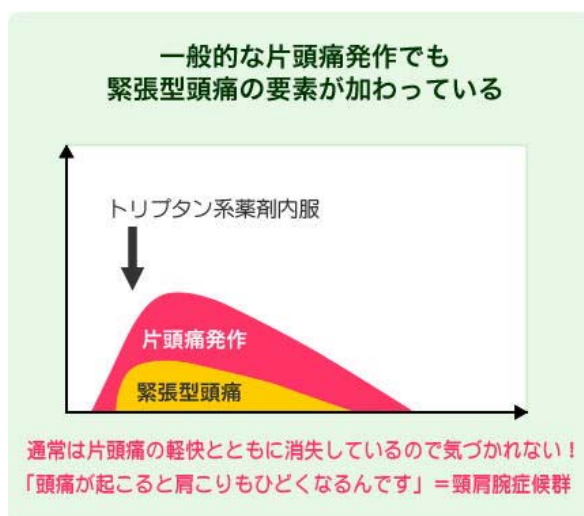
1988年の国際分類では、このあいまいなタイプの頭痛は廃され「片頭痛または緊張型頭痛のどちらかに分類すべし」というポリシーです。

二つがある場合は、頭痛診断としては、両者を併記することになっています。

しかし臨床の現場では、この両者が混在一体しているケースも少なくありません。

間中信也先生は混合型頭痛のあだ名として「二階建て頭痛」double-decker headacheを提案しています。

このことは、片頭痛発作時にトリプタン製剤を服用する際に念頭におく必要があります。どのようなことかと申しますと、頭痛が、トリプタン製剤で完全になくせないということです。多くの片頭痛では、緊張型頭痛に重なった形にあるため、トリプタン製剤では、上層にある片頭痛は改善されても、下層にある緊張型頭痛の軽い頭痛までは完全に無くすことはできません。ひたすら頭痛が”完全に”消失することまで期待する人も多くみられます。このため、就業などに支障がない程度まで改善されれば、それで、「よし」、とすべきです。最下層の緊張型頭痛まではなくせないということです。



”完全に”痛みをとろうと考えれば、服用回数が増えてくることになり、薬剤乱用頭痛を作ることになります。

また、分子化学療法研究所の後藤 日出夫先生の提唱される「3つの約束」を行っても、同様に、上層の片頭痛は改善されても、下層にある緊張型頭痛の軽い頭痛までは完全に無くすことはできません。このことを認識しておく必要があります。

こうした場合、必ず、「体の歪み（ストレートネック）」の有無を点検しておく必要があります。

### 緊張型頭痛と片頭痛は連続したもの

<https://ameblo.jp/yoyamono/entry-12166217169.html>

### 緊張型頭痛と片頭痛は連続したもの???

<https://ameblo.jp/yoyamono/entry-12053914546.html>

緊張型頭痛と片頭痛はまったく別の頭痛である・・・ウソ、ホント

<https://ameblo.jp/yoyamono/entry-12029947025.html>

子供と慢性頭痛

<http://ameblo.jp/yoyamono/entry-12282125961.html>

