



片頭痛対策に関する政策提言

～生活者のためのイノベーション普及に向けて～

2026年7月

日本医療政策機構

Health and Global Policy Institute

背景と課題

片頭痛は日本で 15 歳以上の約 840 万人（小児を含めると約 1,000 万人規模）が罹患する国民的疾患でありながら、「誰にでもある頭痛」として社会的に軽視され続けてきた。国際的にも、新薬承認は欧米に引けを取らない一方で、日本の診断率は米国と比較して有意に低く、頭痛診療の推進は遅れたままである。また片頭痛は、女性患者は男性の約 3.6 倍にのぼり、就労・育児・介護を担う 30～40 代に集中するため、女性活躍推進・労働生産性・少子化対策といった国家的課題と密接に結びついている。しかし、多くの患者が専門的な診断・治療を受けないまま市販薬による自己対処を繰り返すクリニカル・イナーシャ（臨床的惰性）に陥っている。この状態は、「たかが頭痛」と諦める患者・専門外での積極的介入を避ける医療者・短時間診療が経営的に合理的になる医療制度という三つの要素が重なりあい、患者と医療者の「合理的選択」が噛み合うことで生じる、根の深い構造的な問題である。本提言は、専門医 3 名への有識者ヒアリング、医師・患者計 4 名へのエスノグラフィー調査、国際文献レビューを統合し、この構造を打破するための横断的な政策パッケージとして、以下 8 つの提言を示す。

I 社会全体への普及啓発の推進と疾患認知度の向上

片頭痛が治療可能な疾患であり、適切な受診と継続的な管理で生活の質が大きく改善しうることを社会の共通理解として広げる必要がある。学校・企業への働きかけに加え、市民公開講座・報道機関との連携・信頼できるオンライン情報源の整備を通じた継続的な発信が不可欠であり、国による推進主体の明確化・継続的な普及啓発の事業化が求められる。

II 学校教育における片頭痛・頭痛教育の制度化

思春期の頭痛外来患者の約 90% が受診時点で既に重症であり、その 2 割超が不登校状態にある。生徒・教員・保護者を同時に対象とする三者一体型の教育を進め、文部科学省の学習指導要領への明記、養護教諭向け受診勧奨マニュアルの整備、小児頭痛診療ガイドラインの策定を通じて、学校を早期発見・介入の最前線として位置づけるべきである。

III プライマリケアから専門医への体系的紹介体制の整備

片頭痛患者の多くはかかりつけ医での管理にとどまり、専門医へ移行するのは一部にすぎない。脳神経外科での「異常なし」通知の場面や、婦人科・薬局での市販薬頻回購入者への声かけを、片頭痛スクリーニングと専門医紹介の標準的な機会として制度に組み込むべきである。頭痛専門看護師（頭痛ナース）の育成やオンライン診療の活用も、地域間格差の解消にあたって求められる。

Ⅳ 診療報酬体系の見直しによる専門的頭痛診療の適切な評価

片頭痛の適切な診療には 15～30 分の問診・生活指導・頭痛ダイアリー評価が必要だが、現行の報酬体系にはこれに見合った評価の仕組みが存在しない。「短時間で痛み止めを処方するほうが経営的に合理的」という状態を是正するため、頭痛専門外来における時間加算の新設や継続的管理への評価整備を進めるべきである。あわせて CGRP 関連抗体薬の適応基準（ステップアップ要件）の合理化を中医協審議の議題に位置づけるべきである。

V 企業（事業主・保険者）における片頭痛対策の健康経営施策への組み込み強化

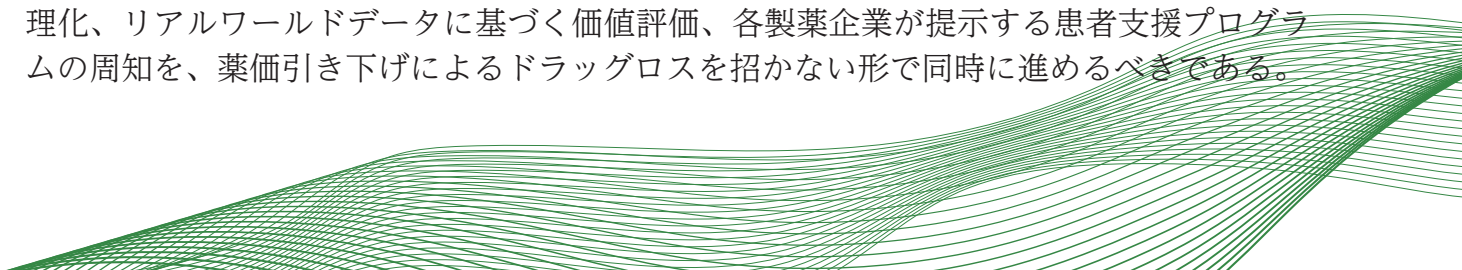
片頭痛による損失の大部分は欠勤ではなく、出勤しながら生産性が低下する「プレゼンティズム」に起因する。富士通の頭痛 e ラーニングのような先進事例を健康経営優良法人認定の評価項目としてより明確に位置づけ、片頭痛を女性特有の課題に限定せず全従業員の健康課題として扱うべきである。保険者との連携（コラボヘルス）やデータヘルス計画も活用し、片頭痛の重点テーマ化と先進事例の横展開を、保険者の生産性維持・医療費適正化にも資する形で進めるべきである。

Ⅵ 患者・市民参画を基盤とした片頭痛政策への転換

片頭痛は患者本人にしか分からない自覚症状が中心であり、患者を「受療者」ではなく政策形成を共に担う主体として位置づけることが不可欠である。頭痛ダイアリーやデジタル頭痛日誌を活用した患者参加型医療を標準化するとともに、厚生労働省の研究班・政策検討会や中医協、診療ガイドライン策定への患者参画を制度化すべきである。

Ⅶ 新規治療薬へのアクセス改善と経済的障壁の軽減

CGRP 関連抗体薬は難治性患者の生活を一変させうる革新的治療薬だが、月額 2 万円前後の自己負担が長期継続の障壁となり、付加給付の有無による所得・雇用形態間のアクセス格差も生じている。自己負担軽減策の明示的な位置づけ、承認済み薬剤の適応基準の合理化、リアルワールドデータに基づく価値評価、各製薬企業が提示する患者支援プログラムの周知を、薬価引き下げによるドラッグロスを招かない形で同時に進めるべきである。



Ⅷ 行政における片頭痛対策推進体制の整備と法的根拠の確立

厚生労働省には片頭痛を専門に所管する部署がなく、「痛み」の大括りに埋もれて政策推進の主体が定まっていない。慢性頭痛・慢性疼痛を横断的に所管する担当部署の設置、国の健康増進計画への明示的な位置づけ、超党派の議員勉強会の立ち上げを進めるべきである。その際、片頭痛固有の課題が広義の「疼痛」に埋没しないよう、独立した論点として位置づけることが重要である。

終わりに

「コントロール不能な痛み」として抱え込まれていた頭痛は、専門医との出会い、頭痛ダイアリーを通じた自己理解、信頼関係のもとでの試行錯誤を経て、「予測・管理・対処可能な不便」へと変わりうる。その転換を可能にするのは、優れた薬の存在だけではない。患者が適切な医療と出会える道筋を制度として整えることである。これら8つの提言は相互に補完しあう一体的なパッケージであり、学校・職場・医療機関・行政が連携して取り組むことで最大の効果を発揮する。本提言の全文は当機構ウェブサイト (<https://www.hgpi.org/>) をご覧ください

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒106-0032 東京都港区六本木 5-11-16 国際文化会館内

Tel: 03-4241-5020 Fax: 03-6859-9291 E-mail: info@hgpi.org