



Ishin-Denshin [職域のメンタルヘルス対策] Number. 020

名古屋大学医学部附属病院精神科・
親と子どもの心療科

おざき のりお
尾崎 紀夫



— 職場でのメンタルヘルスについて、現状を教えてください。

近年、精神科患者は増えており、自殺や生産性低下などの大きな社会的損失を、精神疾患がもたらすとの認識が高まり、平成23年に5大重要疾病の1つと位置づけられました。また、平成24年の自民党選挙公約においても、自殺対策の強化として、「(職場の)健康診断で精神科患者チェックを盛り込む等、うつ病の早期発見に向けた社会としての対策を図ります」といった内容が示されています。厚生労働省が発表したデータによれば、我が国におけるうつ病の経済的損失は1.4兆円と算出されます。一方、米国ではうつ病の損失は5-6兆円とされ、1:2の人口比からして日本での算出額が小さい点は不思議に思われます。この差異の背景に、日本ではプレゼンティーイズム(出勤しているが働けない状態)による損失を考慮しておらず、未だ過小評価されている可能性があります。

— 職場での健康診断項目にメンタルヘルスを加えることについて、どのようにお考えでしょうか。

平成23年、提案された労働安全衛生法の改正案では、「精神健康度の調査だけは健診項目から除く」とされました。この法案が可決されると、前述した“精神疾患チェック”を、産業医は実施出来ず、精神健康度のデータを知ることにも出来ない、といった矛盾が生じます。本改正案は、政権交代に伴い、一旦、廃案となりましたが、この点は今後の大きな検討課題です。

また、精神疾患を対象とする職場健診を実施するにあたっては、精神疾患に関する知識・理解を職場が持ち、偏見の助長にならないよう配慮し、健診データの守秘性を十分に確保することが前提です。さらに、単に質問紙等によるスクリーニングを実施するだけでなく、治療導入を踏まえた支持的・共感的態度を持った診断・評価面接の実行、休務した場合を想定した職場復帰システムの確立など、健診後の体制を作らねばなりません。しかし、厚生労働省は、健診後の体制に関する方針を未だ定めておらず、産業精神保健スタッフの人材育成も不十分なのが現状です。すなわち、制度の見直しとともに、人材の育成(大学の使命ですが)と配備が、健診が有用性のあるものとするためには必須と考えます。

— 職場での精神疾患患者に対しては、どのような対応(治療)が望まれるのでしょうか。

うつ病患者に対する治療導入に関しては、うつ病患者は否定的見方をしていることを念頭に置かなければなりません。ものの見方が否定的になると、負荷を過大評価し、派生する不安により不眠に陥り、さらには、周囲のサポートを過小評価してしまう結果、一人で抱え込むという悪循環がおこります。何より、「自分の問題は、医療で解決出来ない」という否定的見方に陥っている場合も多く、患者が困っている点、例えば不眠への共感を示し「薬が効くかもしれない」という認知の転換を促すことで、精神科の受診を勧めると良いかと思います。その際、心の病と言われることに対する不安に対し共感の姿勢を持つことも大切です。

また、精神疾患によって仕事を退職後、ある程度、症状が改善した時点で、円滑な職場復帰と再発を予防するために、通所によって生活リズムを整え、作業能力を回復・維持するだけでなく、認知機能の改善を目的とする認知リハビリテーションや、医療スタッフや他の参加者との交流の中で対人的ストレス対処行動の習得を図る、リワークプログラムの参加が望まれます。同時に、リワークプログラムの実施可能な施設の数に限られていることを考えると、その普及と同時に、より良いプログラムの開発も重要です。

— それでは最後に、学生へのメッセージをお願いします。

患者さんとご家族、同僚の方々が、治療に期待する事柄は、会社、学校への復帰、家庭での役割を果たす、といった社会復帰・社会参画です。そのために、私たち医師は何を為し、どの様な連携が、患者さんご自身、ご家族、職場、そして医師以外の医療スタッフと取れるのかを考え、実践すると同時に、より良い方向性を見出すために研究する必要があります。今後医師となる学生の皆さんには、医学、病院、医師の枠の中だけで考えるのではなく、患者さん、ご家族、さらには社会全体の視点を大事にして、医学、医療に励んで頂ければと思います。

(インタビュアー：磯谷 善隆)

ホット Hot Science サイエンス

発表者 名古屋大学大学院医学系研究科皮膚病態学分野 秋山 真志

【タイトル】 Whole-exome sequencing identifies ADAM10 mutations as a cause of reticulate acropigmentation of Kitamura, a clinical entity distinct from Dowling-Degos disease.

(全エクソーム・シーケンスにより、Dowling-Degos 病とは別の疾患概念である 網状肢端色素沈着症(北村)の原因が ADAM10 遺伝子変異であることを明らかにした)

【執筆者名】 Kono M, Sugiura K, Suganuma M, Hayashi M, Takama H, Suzuki T, Matsunaga K, Tomita Y, Akiyama M

【掲載雑誌名、掲載号】 Hum Mol Genet 2013; 22: 3524-3533

〈論文要約 (論文解説)〉

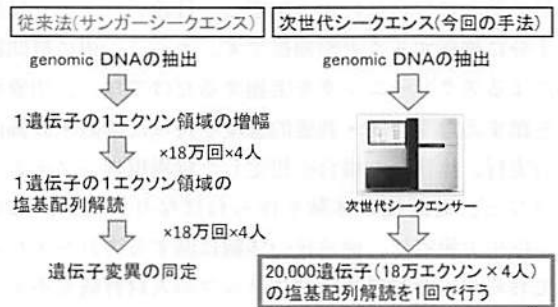
網状肢端色素沈着症は、幼少時から思春期までに発症し、手足を中心として、腕、首等、四肢体幹にも点状や網目状の皮膚のシミ、黒ずみができ、少しずつ広がってくる病気です。70年前に、日本人皮膚科医、北村包彦(きたむらかねひこ)長崎大学教授(当時)らにより初めて報告され、その後、日本以外の国にも、この病気の患者さんがいることが解り、欧米では、この病気は、報告者の名を冠して reticulate acropigmentation of Kitamura と呼ばれています。しかし、初めての報告以来、70年が経過しても、この病気の原因は全く分かっていませんでした。

網状肢端色素沈着症は、常染色体優性遺伝形式の遺伝性色素異常症です。今回の研究では、この原因遺伝子を明らかにするために、最近実用化された次世代シーケンサーを用いて、ヒトの体を構成するタンパク質についての全遺伝情報を短時間で解読しました。具体的には、網状肢端色素沈着症の日本人のある大きな家系で次世代シーケンサーによって、患者さんとそのご家族、計4人のゲノムDNAの全エクソーム解析を行いました。その結果、種々の異なる遺伝子に53個の変異が病因の候補変異として挙げられました。次に、同じ家系の別の4人の家族において、候補として見つかった変異の有無と病気の症状の有無を比較検討することにより病因を絞り込み、ADAM10が原因遺伝子であると特定しました。さらに別の4家系の患者のADAM10遺伝子を調べたところ、別々の変異ですが、全員の患者でADAM10遺伝子変異を認めました。欧米人で主に報告されていた類似の遺伝性色素沈着症にDowling-Degos病がありますが、これまでこの2つの疾患が同じ病気かどうか問題になっていました。今回の5家系の患者には、Dowling-Degos病の原因遺伝子であるKRT5遺伝子に

は変異は認めませんでした。私達の研究の結果から、網状肢端色素沈着症の病因遺伝子がADAM10であり、網状肢端色素沈着症はDowling-Degos病とは別の独立した疾患であることが明らかになりました。

ADAM10は、アルツハイマー病や自閉症の発症に関連するタンパク質としても注目されていますが、今回の研究成果によって、ADAM10は、神経だけでなく、皮膚でも重要な働きをしていることが証明されました。これまで網状肢端色素沈着症の原因は全く分かっておらず、治療法もありませんでした。今回の研究成果により、この病気の起こる仕組みや治療法の開発のための研究が加速することが期待されます。ADAM10は皮膚で様々な基質タンパク質の一部を切断することが分かっていますが、本疾患の発症に関連する基質タンパク質は明らかではありません。私達は、今後、基質タンパク質を同定することを今後の目標の1つとして病態の詳細な解明を行い、その結果から、効果的な治療法の開発を目指します。

本研究成果は、英国の科学雑誌「Human Molecular Genetics」(2013年9月1日号)に掲載され、掲載号の表紙写真も飾っています。



新しい遺伝病の原因遺伝子の解明方法

本研究では、患者さんご家族のうち4人の全遺伝子のエクソン領域(約18万領域)の塩基配列を次世代シーケンスによって解読しました。従来法では費用も時間も膨大で、実際は不可能でしたが、この方法によって可能になったために今回の研究が実現できました。