

1 人の評価者が行った。

2) WAIS-III

患者群と健常群の、全検査 IQ(FIQ)、言語性 IQ(VIQ)、動作性 IQ(PIQ)、各群指数の値、および各下位検査の得点の平均値の差を t 検定により比較した。健常群のデータは、健常者 120 名(45 歳-54 歳)の標準化データ (Wechsler, 2006)を使用した。さらに、脳波の結果 (異常の有無) と WAIS-III の各得点を比較した。

3) AQ

患者群と健常群の、AQ の総得点、および下位尺度項目である“社会的スキル”、“注意の切り替え”、“細部への注意”、“コミュニケーション”、“想像力”の平均値の差を t 検定により比較した。健常群のデータは、健常者 194 名の標準化データ (若林,2004)を使用した。また脳波の結果 (異常の有無) で、AQ の各得点の平均値の差を比較した。

4) GHQ-28

患者群と健常群の、GHQ 総合点、および下位検査尺度である“身体的症状”、“不安と不眠”、“社会的活動障害”、“うつ傾向”の得点の平均値の差を t 検定により比較した。GHQ-28 の総合得点の健常群のデータは、健常者 50 名の標準化データ (中川・大坊,1985)を使用した。下位尺度得点の健常群のデータは、一般成人 50 名、大学生 257 名、307 名の標準化データ (中川・大坊,1985)を使用した。また、障害部位、配偶者の存在、就労の有無ごとに、GHQ-28 の総得点、下位尺度得点の平均値を算出して、その差を比較した。

5) M. I. N. I.

大坪ら(2010)に準拠して面接を実施した。診断モジュールに該当した患者数を疾患別

に分類した。

(倫理面への配慮)

本研究は「臨床研究に関する倫理指針」に則って実施し、国立国際医療研究センター臨床研究倫理審査委員会の審査をうけ承認を得た後、患者群に書面にて同意を取得し、匿名化を行った上で解析を行うなど個人情報保護については十分な配慮を行った。

C. 研究結果

1. 脳波検査

受検者 22 名中で「正常」と判定された者が 18 名、「異常」と判定された者が 4 名であった。「異常」と判定された 4 名の内訳は①徐波の頻発と多発棘波の出現、②徐波の頻発と陽性鋭波の単発、③複数回の徐波群発、④正中～左半球に徐波の出現に引き続く 2 相棘波の単発であった。症例①はてんかんの診断で sodium valproate を内服していた。症例②③④にてんかん発作の既往はなかった。

脳波異常を認めた 4 名はいずれも頭部 MRI において脳実質内の異常を認めていた。その内訳は①陳旧性皮質下出血、②橋を中心とする脳幹・小脳の萎縮ならびに橋 cross sign 陽性 (他院にて脊髄小脳変性症の診断)、③両側淡蒼球の T1 高信号 (肝機能障害の既往ありその影響が考えられる)、④下垂体柄離断であった。これらの頭部 MRI における異常はいずれもサリドマイドの直接的影響によるものとは考えにくい。また脳波異常と頭部 MRI で確認された脳実質内の異常との間に何らかの関連があるかどうかは不明である。脳波は正常と判定されたが、頭部 MRI において脳実質内の異常を

認めた者は1名のみであり、その内訳は軽度の小脳萎縮であった。

Kanno *et al* (1987) によって指摘された聴覚障害を伴う群ならびに知的障害を伴う群において脳波異常の出現頻度が高くなる傾向は、見出されなかった。頭部MRIにおいて耳の構造異常を認めるが他の異常を伴わなかった者で、脳波異常が確認された者はいなかった。またWAIS-IIIやAQの得点の高低と脳波異常の有無との関連は見出されなかった。

脳波異常が確認された4名のうち、発作の既往がありてんかんの診断を受けている者は1名のみであった。Kanno *et al* (1987) はてんかんあるいは脳波異常の有病率が一般の有病率より高率であったことを報告し、サリドマイドにより形態学的異常のみならず機能的発生異常が誘発された可能性も示唆したが、本研究においては検査対象者が少なく、一般の有病率(0.5-1%)と比較することは困難であると考えられた。

2. WAIS-III

1) 全検査IQの記述的分類

患者群の全検査IQの平均は92.3(標準偏差20.4)であった(Table1)。患者群22名の全検査IQの記述的分類の内訳は、「優れている」が1名、「平均の上」5名、「平均」が7名、「平均の下」4名、「境界線」2名、「精神遅滞」3名であった(Table2)。

「精神遅滞」に分類された3名中2名は、脊髄小脳変性症罹患の既往、または、M.I.N.I.上、精神疾患の存在が疑われた。これらの疾患が人間の高次脳機能に影響を及ぼした結果、全検査IQの値が「精神遅滞」となった可能性がある。他の1名は、検査

前から、知的障害の診断を受けているものであり、それを追認する結果となった。

2) 健常者との全検査IQ、言語性IQ、動作性IQの比較

患者群と健常群の全検査IQ(FIQ)、言語性IQ(VIQ)、動作性IQ(PIQ)の値の平均値差を比較した。その結果、FIQ、VIQ、PIQにおいて有意な差は認められなかった(Table3)。この結果は、患者群は健常者のFIQ、VIQ、PIQと比べて有意に低かったというSaito *et al* (1987)らのものと異なっていた。Saito *et al* (1987)によれば聴覚障害群、四肢障害群、総合的障害群、健常群の4群でのFIQ、VIQ、PIQそれぞれの値の差を比較すると、聴覚障害群が他の群と比べて有意に得点が低いとされ、本研究の対象者では聴覚障害を有する患者が少なかったために今回の結果が得られたものと考えられた。

3) 群指数及び下位検査の比較

患者群と健常群の各指標における得点の平均値の差を比較した。その結果、健常群と比べ、患者群では“作動記憶(WM)”、“処理速度(PS)”の値が低かった($p<.01$)。下位検査の値においては、健常者と比べ、1%水準で算数、記号探しにおいて得点が低く、5%水準で、“単語”、“数唱”、“知識”、“絵画完成”との得点が低かった(Table3)。

この結果から得られる所見は、次の3点である。第1に、情報を処理する速度が健常者と比べて遅延していた。この理由としては、四肢障害を有する患者が多いという身体機能のために、健常者と比べ課題の作業達成が困難であったことが考えられる。第2に、視覚や聴覚を用いて、脳に入力された情報を保持しながら、それを効率的に

処理する能力が弱かった。第3に、学習によって得られる経験が健常者と比べて制限される状況であったことが推測され、これは養護学校を卒業しているものが多いという通常とは異なった教育背景が関係しているかもしれない。

4) 脳波の検査結果との比較

患者群の全検査IQ(FIQ)、言語性IQ(VIQ)、動作性IQ(PIQ)の値における、脳波の異常の有無での差を比較したところ、有意な差は認められなかった。

3. AQ

1) 健常者との比較

患者群の平均得点は18.95(標準偏差5.95)点であった。カットオフポイントを32/33点とした場合、患者群のうち、病理的水準の自閉症傾向があると判定された者はいなかった。患者群と健常群のそれぞれのAQの総得点、および下位尺度項目の平均値との差を比較した結果、有意な差は認められなかった(Table4)。

Stromland K, *et al.* (1994) は、スウェーデンにおける100人のサリドマイド被害者の調査から、4%の自閉症者がいたことを報告しているが、本研究の22名の患者群からはそれを支持する所見は得られなかった。

2) 脳波の検査結果との比較

脳波の異常の有無での各得点の差に有意な差は認められなかった。

4. GHQ-28

1) 判定結果

カットオフポイントを5/6点とした場合、精神的健康度に何らかの問題があると判定された者は、22名のうち13名(59.1%)

であった。四肢障害を有する者は16名中9名(56.3%)、聴覚障害で2名中1名(50.0%)、四肢と聴覚に障害を持つ総合的障害では4名中3名(75.0%)が精神的健康度に何らかの問題があると判定された(Table5)。

また22名のうち下位因子尺度において軽度以上の症状があるとされた者は、“身体的症状”14名、“不安と不眠”13名、“社会的活動障害”13名、“うつ傾向”は6名であった(Table6)。

2) 健常者との比較

中川・大坊(1985)によれば、健常者の86%は、GHQ総得点が5点以下であり、神経症者の90%以上は6点以上である。患者群のGHQ総合点の平均得点は7.36(標準偏差5.48点)であった。患者群と健常群のGHQ総得点の平均値の差を比較したところ、患者群は健常群と比べて、有意に得点が高かった($p<.01$)。また、患者群と健常群の下位検査尺度の平均値の差を比較した結果、患者群の“身体的症状”、“不安と不眠”、“社会的活動障害”の得点は、健常群より有意に高かった($p<.01$) (Table7)。

3) 障害部位、配偶者の有無、職業の有無における各得点の差

患者群の属性毎(障害部位別、配偶者の有無別、職業の有無別)に、GHQ-28の総得点、下位尺度得点の平均値の差を検討した。斉藤(1997)は、配偶者無群よりも配偶者有群の方が抑うつ傾向は弱いこと、さらに、無職者は有職者よりも精神的健康の悪化がみられたことを報告している。本研究では、配偶者無群が配偶者有群よりも“社会的活動障害”の得点が有意に高かった(Table8)が、斉藤(1997)の結果は追認できなかった。

5. M. I. N. I

1) 診断結果

診断モジュールの該当数は 19 件(重複含む)であった(Table9)。該当した診断モジュールは、大うつ病エピソード、気分変調症、自殺の危険、軽躁病エピソード、パニック障害、広場恐怖、外傷後ストレス障害、アルコール乱用、精神病性障害であった。該当者 9 名中 5 名が複数の診断モジュールに該当した。1 名は自殺の危険(中等度)、軽躁病エピソード(過去)、精神病性障害(生涯)。1 名は軽躁病エピソード(過去)、アルコール乱用(現在)、精神病性障害(生涯)。1 名は、大うつ病エピソード(過去)(現在)、自殺の危険(中等度)、外傷後ストレス障害。1 名は、気分変調症(現在)、自殺の危険(高度)、広場恐怖(現在)。1 名は自殺の危険(低度)、パニック障害(生涯)であった。

2) 障害別での判定結果

M.I.N.I.において、精神疾患の診断モジュールに該当したものは 22 名中 9 名(40.9%)であり(Table10)、この割合は明らかに高いと考えられる。四肢障害を有するものでは、16 名中 8 名(50.0%)、総合的障害を有するものは 4 名中 1 名(25.0%)、聴覚障害では該当者はいなかった。

6. まとめ

各種検査、面接から以下の 4 点の結果が得られた。

1) 脳波検査

サリドマイドの直接的影響によって脳波異常が引き起こされている可能性は低いことが示唆された。

2) WAIS-III

健常者と比べて作動記憶および処理速度

が低い。

3) GHQ-28

健常者と比べて精神的な健康が悪化している可能性が示唆された。

4) M. I. N. I.

今回受診したサリドマイド胎芽病患者のうち 40.9%が精神疾患に罹患している可能性があることが示唆された。

7. 学術的・国際的・社会的意義

胎芽病患者の心理的・精神的問題に関する報告は、国内外を問わず極めて少ない(例えば、Kanno *et al*, 1987; Saito *et al*, 1987; Stromland *et al*, 1994; 齊藤ら, 1995; 齊藤, 1997; 齊藤ら, 2004)。本研究が胎芽病患者の心理的・精神的問題の実態を追調査したことは、学術的・国際的・社会的有意義を有すると考えられる。

8. 本研究の限界

本研究では、患者群が 22 名と少数であり、対象者に偏りがある可能性は否めない。それゆえ、今後も患者数を増加して心理的・精神的問題の精査を行っていく必要がある。

9. 今後の展望

1) 脳波異常について

過去の研究で示唆されたサリドマイドが機能的発生異常を誘発した可能性について改めて検討することが望ましい。

2) 知的・認知機能について

胎芽病患者は作動記憶能力が低下している可能性が示唆されるため、今後検査を実施していくにあたっては、認知機能、記憶能力に関する心理検査のバッテリーを検討することが望ましい。

3) 患者への支援体制について

多くの患者が、器質的、精神的な問題を抱えて日常生活を送っていることが示唆された。今後、こうした結果をもとに、胎芽病患者に対する心理的・精神的な問題に対する支援を見直していくことが望ましい。

D. 健康危険情報

(総括研究報告書に記載)

E. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

Table1 WAIS- III平均点と標準偏差

	平均点	標準偏差
言語性IQ	91.8	20.6
動作性IQ	94.4	21.4
全検査IQ	92.3	20.4
群指数		
言語理解	94	19.1
知覚統合	96.1	21
作動記憶	90.2	18
処理速度	88.1	18.5

Table 2 全検査IQの水準による記述的分類

分類	(範囲)	人数
非常に優れている	(130以上)	0
優れている	(120-129)	1
平均の上	(110-119)	5
平均	(90-109)	7
平均の下	(80-89)	4
境界線	(70-79)	2
精神遅滞	(69以下)	3

Table3 WAISⅢにおける各検査の平均値と標準偏差の比較

	患者群(N=22)		健常群(N=120)		t検定		
	平均点	標準偏差	平均	標準偏差	t値	自由度	p値
言語性課題							
単語	8.68	3.60	9.80	3.40	<u>2.26</u>	<u>52.79</u>	<u>0.03</u>
類似	9.68	4.11	9.90	2.90	0.24	24.97	0.81
算数	7.59	3.70	10.00	3.00	<u>3.36</u>	<u>140.00</u>	<u>0.00</u>
数唱	8.45	3.10	10.10	2.90	<u>2.42</u>	<u>140.00</u>	<u>0.02</u>
知識	8.45	3.42	10.00	3.10	<u>2.12</u>	<u>140.00</u>	<u>0.04</u>
理解	9.64	4.69	9.90	3.10	0.25	24.48	0.80
語音整列	9.64	3.43	10.20	2.90	0.81	140.00	0.42
動作性課題							
絵画完成	8.68	3.43	10.10	2.80	<u>2.11</u>	<u>140.00</u>	<u>0.04</u>
符号	8.27	3.68	10.00	3.00	<u>2.39</u>	<u>140.00</u>	<u>0.02</u>
積木模様	9.41	4.20	9.90	3.20	0.52	25.65	0.61
行列推理	9.68	4.64	9.90	3.10	0.21	24.54	0.83
絵画配列	9.41	4.18	10.10	3.10	0.74	25.40	0.47
記号探し	7.55	3.32	10.00	3.00	<u>3.47</u>	<u>140.00</u>	<u>0.00</u>
言語性	52.50	19.15	59.70	14.20	1.68	25.40	0.11
動作性	45.45	16.30	50.00	10.40	1.26	24.23	0.22
全検査	97.95	32.31	109.70	22.90	1.63	25.01	0.12
言語理解(VC)	26.82	10.05	29.70	8.40	1.43	140.00	0.15
知覚統合(PO)	28.50	11.34	29.90	7.00	0.56	24.01	0.58
作動記憶(WM)	25.68	8.71	30.30	7.00	<u>2.74</u>	<u>140.00</u>	<u>0.01</u>
処理速度(PS)	15.82	6.51	20.00	5.40	<u>3.23</u>	<u>140.00</u>	<u>0.00</u>

注1) 言語性、動作性、全検査の値の比較では、記号探し、語音整列、組み合わせは含めていない。

注2) 作動記憶(WM)の下位検査は、算数、数唱、語音配列課題である。処理速度(PS)の下位検査は、符号、記号探し課題である。

Table4 AQにおける各検査の平均値と標準偏差の比較

	患者群(N=22)		健常群(N=194)		t検定		
	平均点	標準偏差	平均	標準偏差	t値	自由度	p値
AQ全体	18.95	5.95	18.5	6.21	0.32	214.00	0.75
社会的スキル	3.00	2.37	3.4	2.38	0.77	23.06	0.45
注意の切り替え	4.18	2.38	4.3	2.06	0.37	214.00	0.71
細部への注意	4.64	2.01	4.9	1.96	0.58	214.00	0.56
コミュニケーション	3.32	1.99	2.8	2.07	1.12	214.00	0.26
想像力	3.82	1.68	3.2	1.67	1.35	214.00	0.10

Table5 GHQにおいて精神的健康に問題を有すると判定された人数

	問題あり(人数)	(%)
四肢障害(16人)	9	56.3
聴覚障害(2人)	1	50.0
総合的障害(4人)	3	75.0
全体(22人)	13	59.1

注1) カットオフポイントを5/6点とした場合

Table6 下位因子尺度において軽度以上の症状を有す人数

	身体的症状	不安と不眠	社会的活動障害	うつ傾向
四肢障害(16人)	9	9	8	4
聴覚障害(2人)	2	1	1	1
総合的障害(4人)	3	3	4	1
全体(22人)	14	13	13	6

Table7 GHQ-28における各検査の平均値と標準偏差の比較

	患者群(N=22)		健常群 ^(注1,2)		t検定		
	平均点	標準偏差	平均	標準偏差	t値	自由度	p値
GHQ総合	7.36	5.48	2.76	2.31	<u>3.79</u>	<u>24.35</u>	<u>0.00</u>
身体的症状	2.86	2.24	1.02	1.09	<u>3.82</u>	<u>21.72</u>	<u>0.00</u>
不安と不眠	2.41	1.87	1.24	1.4	<u>2.87</u>	<u>22.71</u>	<u>0.01</u>
社会的活動障害	1.18	1.15	0.28	0.53	<u>3.64</u>	<u>21.64</u>	<u>0.00</u>
うつ傾向	0.91	1.90	0.28	0.79	1.54	21.52	0.14

1) GHQ総合得点の健常群の平均値と標準偏差は、中川・大坊(1985)の標準化データにおける健常群(N=50)

2) 身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向については、中川・大坊(1985)の、標準化データにおける健常群(N=50)に大学生257名を加えたデータ(N=307)を使用した。

Table8 配偶者の有無、職業の有無、障害の部位ごとのGHQ各得点の比較

	配偶者				職業				障害別(上肢、聴覚、混合障害)	
	有	無	Mann-WhitneyのU	p値	有	無	Mann-WhitneyのU	p値	Kruskal-Wallis	p値
GHQ	10.09	12.91	76	0.307	9.82	14.44	75.5	0.107	0.47	0.791
身体的症状	12.18	10.82	53	0.616	10.64	13	68	0.405	1.389	0.499
不安と不眠	10.82	12.18	68	0.616	9.82	14.44	79.35	0.102	0.339	0.844
社会的活動障害	7.55	15.45	104	<u>0.003</u>	10.68	12.94	67.5	0.413	0.953	0.621
うつ傾向	9	14	88	0.014	10.54	13.19	69.5	0.209	1.63	0.443

Table9 M.I.N.I.における診断モジュールの該当数

診断モジュール		四肢障害	聴覚障害	総合的障害	計
大うつ病エピソード	現在(最近2週間)	1(1)	0	0	1(1)
	過去	1(1)	0	0	1(1)
メランコリー型の特徴を伴う大うつ病エピソード	現在(最近2週間)	0	0	0	0
気分変調症	現在(最近2年間)	2(1)	0	0	2(1)
	低	2(1)	0	0	2(1)
自殺の危険	現在(最近1ヶ月)	中等	2(2)	0	2(2)
		高	1(1)	0	1(1)
躁病エピソード	現在	0	0	0	0
	過去	0	0	0	0
軽躁病エピソード	現在	0	0	0	0
	過去	2(2)	0	0	2(2)
パニック障害	現在(最近1ヶ月)	0	0	0	0
	生涯	1(1)	0	0	1(1)
広場恐怖	現在	1(1)	0	0	1(1)
社会恐怖(社会不安障害)	現在(最近1ヶ月)	0	0	0	0
強迫性障害	現在(最近1ヶ月)	0	0	0	0
外傷後ストレス障害(選択)	現在(最近1ヶ月)	1(1)	0	0	1(1)
アルコール依存	最近12ヶ月	0	0	0	0
アルコール乱用	最近12ヶ月	1(1)	0	0	1(1)
薬物依存(非アルコール)	最近12ヶ月	0	0	0	0
薬物乱用(非アルコール)	最近12ヶ月	0	0	0	0
精神病性障害	生涯	2(2)	0	1(0)	3(2)
	現在	0	0	0	0
精神病像を伴う気分障害	現在	0	0	0	0
神経性無食欲症	現在(最近3ヶ月)	0	0	0	0
神経性大食症	現在(最近3ヶ月)	0	0	0	0
神経性無食欲症, むちゃ食い/排出型	現在	0	0	0	0
全般性不安障害	現在(最近6ヶ月)	1(0)	0	0	0
反社会性人格障害(選択)	生涯	0	0	0	0
計		18	0	1	19

注: 数値は該当人数。()は該当人数の内、他の診断モジュールと重複があった人数。

Table10 M.I.N.I.による疾患の該当人数

	人数	(%)
四肢障害(16人)	8	50.0
聴覚障害(2人)	0	0.0
総合的障害(4人)	1	25.0
全体(22人)	9	40.9

厚生労働省科学研究費補助金
(平成 23 年度医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)
分担研究 年度終了報告書

全国サリドマイド胎芽病患者の健康，生活実態に関する研究

サリドマイド被害者の生活実態調査票の作成
研究分担者 小林 毅 千葉県立保健医療大学

【研究要旨】

研究分担者：小林毅

所属機関名：千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科作業療法学専攻

職名：准教授

A. 研究目的

本分担研究では，特にサリドマイド胎芽病患者の生活実態を把握し，平成 24 年度の実施する「生活実態調査票」を作成し，個別聞き取り調査のため予備調査をすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 「生活実態調査票」の作成

調査内容の検討に当たっては，一般国民との比較を容易にするために，国民動向調査を基本とした。

また，調査票の作成に際しては，三菱総研が最終とりまとめを行った。

2. 「個別聞き取り調査」予備調査

24 年度に実施する「個別聞き取り調査」の内容を検討することを目的に、「いしずえ」が毎年各地で開催する「地域交流会」に参加し，協力を得た。内容は，通常生活や仕事上などの状況，心身の健康などを中心として本人に自由に発言してもらった Open Question とした。この際，「健康相談」の一環として実施するため，可能な限り作業療

法的な立場からのアドバイスを行った。

なお，予備調査に当たっては，「いしずえ」の協力の下，相談会の参加者全員に本研究全体の趣旨や年度計画などを説明し，希望する対象者のみに個別相談の形式で調査を行った。調査の際の記録は，「いしずえ主催の地域交流会」の内容として，「いしずえ」で保管するものとした。

C. 研究結果

1. 「生活実態調査票」の作成

我が国におけるサリドマイド胎芽病患者は，1960 年を中心した年に出生しているために，現在はそのほとんどが 50 歳前後である。このため，調査の質問項目の検討に当たっては，国民の一般的な生活実態と対比するために「国民動向調査」を基本とした。これに，健康状態の中で，回答者が「気になる症状」を回答する項目や健康維持のための受診についての詳細を問う内容を追記した。特に，本人が受診する頻度や利用する交通機関，頻度や費用は，健康の維持に不可欠なため，詳細な項目とした。また，生活を保障するための収入については訴訟の和解金の受け取りの項目を新設した。本人とその両親の高齢化などの課題を抱えていることもあり，福祉・介護サービスの利用状況の項目を設定した。最後に，調査の質問項目の大項目に沿って，自由記載を設

表 1 地域交流会の参加者内訳（人）

会場	上肢障害	聴力障害	合計
札幌	7	1	8
東京	13	2	15
名古屋	5	2	7
神戸	12	3	15
福岡	5	0	5
合計	42	8	50

表 2 予備調査から相談や訴えの内容の例

<p>①本人の身体的内容</p> <p>●手根管症候群，手のしびれ，●関節痛，リウマチと診断された，●しびれ（上肢全体，頸部），時として頭痛を伴う，●眼球運動障害，斜視，●耳鳴り・難聴，耳管が細いと言われた，●めまい（頭痛を伴う），●歯ぎしり，噛み合わせが悪い，●血管が細い，採血できない，●狭心症，動悸</p> <p>②本人の精神的內容</p> <p>●職場でのストレス，うつ，●人間関係，●不眠</p> <p>③本人の仕事関連の内容</p> <p>●マウス操作が困難，●いじめ</p> <p>④本人・家族の生活関連の内容</p> <p>●40歳以降に体調変化が大きい，●両親の介護</p> <p>⑤その他</p> <p>●自分の通院医療費が増えている</p>

けた（添付資料 1）^{注 1}。

2. 「個別聞き取り調査」予備調査

予備調査は，札幌（北海道地域）8名，東京（東北・関東・甲信越・北陸地域）15名，名古屋（東海地域）7名，神戸（近畿・中国・四国地域）15名，福岡（九州地域）5名の5か所，延べ50名に行った（表 1）。

被害者の相談・訴えの内容は，「①本人の身体的内容」「②本人の精神的內容」「③本人の仕事関連の内容」「④本人・家族の生活関連の内容（介護を含む）」「⑤その他」に大別される傾向にあった（表 2）。

以上，今回の内容は，「生活実態調査票」作成時の質問項目や回答選択肢に反映させた。また，平成 24 年度実施予定の「個別

聞き取り調査」の際，重点的な聞き取り項目として整理を進めることとした。なお，今回の予備調査に当たり，作業療法士的な立場から行ったアドバイスについては，最終的な研究成果としてまとめることを想定し，相談の多かった内容を Q&A としての整理を試みた（表 3）。

また，「個別聞き取り調査」に当たっては，協力いただける対象者に対して説明と同意を得る必要があるため，説明書（添付資料 2）と協力同意書（添付資料 3）の検討・作成を行った。

E. 研究発表

平成 23 年度は、研究成果の発表はなかった。

F. 知的財産権の出願・登録状況

平成 23 年度は、出願・登録はなかった。

注 1：調査の実施日、締め切りなどの日程については、24 年度に決定後に記入し、送付する。

表 3 相談内容とアドバイス (Q&A 形式の試行)

Q1: 腕全体がしびれる

A1-1: 早目に整形外科を受診して、検査などの診断を受けてください。

A1-2: 筋の過緊張や「凝り」などは、ゆっくりとしたストレッチで効果があることがあります。お風呂なども効果的です。

A1-3: あんま・マッサージなどを受けるときには、よく相談してください。

Q2: 耳鳴りや難聴がひどくなっている

A2-1: 早目に、耳鼻科を受診してください。

A2-2: 「耳鳴り」のするときには、「どんなときに」「どんなように聞こえるのか」をメモしておく役立ちます。

A2-3: 「難聴」が気になったら、「どんな音（例えば、子どもの高い声とか）が聞き取りにくいのか」をメモしておく役に立ちます。

Q3: めまいがひどくなっている

A3-1: 早目に、耳鼻科を受診してください。

A3-2: 「めまい」がひどいようであれば、無理に動かずに、座るなど安全な姿勢を取ってください。

A3-3: できれば、「めまい」が「どんな時に起こる」「どのようなめまい（例えば、ぐるぐる目が回る、身体が立ってられないなど）なのか」をメモしておく役立ちます。

Q4: 職場でのストレスで、「うつ」的になる

A4-1: 年齢的にも職場でストレスを感じる年代ですから、職場と自宅生活をバランスよく保ちましょう。そのためには、普段から息抜きのために休暇を取ることや趣味を持つなどが効果的です。

A4-2: 「ストレスを感じて、うつかな」と思ったら、職場の健康相談などを利用することも大切です。

A4-3: ストレスを感じると、憂うつになったりする精神症状と疲れやすいなどの身体症状がみられます。こんな時は、早目に医師に相談しましょう。このような症状は、誰にでもあることなので、心療内科や精神科に受診することが大切です。

Q5: 両親も歳を取って心配です

A5-1: 普段から、連絡を取り合いながら、どのような援助が必要なのか話しておく役に立ちます。

A5-2: 介助や介護が必要になったら、自分だけで抱え込まずに、家族や兄弟で分担するほかにも介護保険などを利用して負担のないように心がけましょう。

A5-3: いしずえの事務局に相談すると、近くの地域で相談できる方を紹介してくれます。

サリドマイド被害者生活実態調査

◆◆◆ 調査の目的 ◆◆◆

現在、国立国際医療研究センターでは、厚生労働科学研究補助金を受け、サリドマイド被害者の方々の健康状態と生活実態を把握し、今後の支援方策を検討することを目的とした研究を進めています。この一環として、サリドマイド被害者の皆様が、現在、生活上どのようなことに困っておられるかをお聞きするアンケート調査を実施することになりました。

この調査票は、財団法人「いしずえ」を通じてサリドマイド被害者の方全員に送らせていただいています。

ご回答いただいた内容は全て統計的に処理し、個々の回答が公表されることはありません。また、この回答を本調査の目的以外に使用することはありません。

つきましてはお忙しいところ恐縮でございますが、本調査趣旨をご理解いただきご協力賜りますようお願い申し上げます。

◆◆◆ 記入上の注意 ◆◆◆

- 黒のペン又はボールペンでご記入ください。
- 番号を選ぶところでは当てはまる番号に○をつけてください。特に指定のない場合、○は1つだけつけてください。
- 記述式のところでは、楷書で明確にご記入ください。
- 特に指定のない限り、平成24年★月1日現在の状況をご記入ください。
- お忙しいところ誠に恐縮ですが、記入済みの調査票は同封の返信用封筒（切手不要）にて、平成24年★月★日（金）までにご投函ください。

【調査実施主体・調査票の返送先】

独立行政法人 国立国際医療研究センター 救急・総合診療部 総合診療科 吉澤篤人
（平成24年度厚生労働科学研究「全国のサリドマイド胎芽病患者の健康、生活実態に関する研究」主任研究者）
〒162-8655 新宿区戸山 1-21-1

【記入に関する問合せ先】 ※国立国際医療研究センター病院から調査の実施、入力、集計業務を委託しております。

（株）三菱総合研究所 人間・生活研究本部「サリドマイド被害者生活実態調査」事務局
（担当：根津、後藤、高森）

TEL：03-6705-6025（平日9時30分～17時00分。12時～13時を除く）

FAX：03-3157-2143