

## IV. 分担研究年度終了報告 (2)

### サリドマイド胎芽症者のこころの健康と QOL (生活の質) に関する研究

分担研究者	今井 公文	国立国際医療研究センター病院 精神科診療科長
研究協力者	曾根 英恵	国立国際医療研究センター病院 精神科心理療法士
研究協力者	大友 健	国立国際医療研究センター病院 精神科心理療法士
研究協力者	中野 友貴	国立国際医療研究センター病院 精神科心理療法士

#### 研究要旨

サリドマイド胎芽症者の多くが中年期に差し掛かり、将来への不安を抱えていることが報告されている。そこで本研究では、サリドマイド胎芽症者の心理的・精神的問題の実態とニーズを把握し、生活実態に即した保健医療サービスについて検討することを目的とする。

本年度は引き続き、サリドマイド胎芽症者の抱える「痛み」の程度や「痛み」への対処、ソーシャル・サポート、時間的展望、精神的健康度および QOL との関連について検討するために、質問紙調査を実施した。平成 28 年 3 月 31 日現在までに国立国際医療研究センター病院 17 名 (男性 12 名、女性 5 名)、帝京大学医学部附属病院 8 名 (男性 4 名、女性 4 名)、京都医療センター 15 名 (男性 6 名、女性 9 名) の計 40 名の調査協力者から質問紙による回答を得た。

得られたデータを解析した結果、サリドマイド胎芽症者は一般群よりも精神的健康度が低かった。また、聴覚障害のあるサリドマイド胎芽症者では、四肢障害群よりも不安や不眠傾向が強かった。「痛みの程度」と精神的健康において有意な関連は確認されなかった一方で、認知的対処方略の「破滅思考」、時間的展望体験尺度、経済的なサポートは、精神的健康と有意な関連が示された。現時点では、サリドマイド胎芽症者は一般群と比べ身体的健康度は低くなかった。しかし、「痛みの程度」と身体的健康においては有意な関連が認められており、年齢を重ねることで身体的な痛みが強くなることが予想されるため、今後は精神的健康だけではなく、身体的健康も悪くなる可能性が考えられる。

#### A. 研究の目的

中年期とはライフサイクルにおいて重要な発達の危機期であり、人生後半期を豊かに過ごしていけるかどうか、人格の深さが得られるかどうかが決まる時期と言われている (鏑ら, 1990)。サリドマイド胎芽症者 (以下、サ症者) の多くが中年期に差し掛かり、将来への不安を抱えていることが報告されている (木村ら, 2012)。不安の内容は、自身や家族の健康問題、介護の必要性の増加、退職等による経済的問題などが主であった。

本研究では、サ症者の心理的・精神的問題の実態とニーズを把握し、生活実態に即した保健医療サービスについて検討することを目的とした調査を実施する。本年度は、実施した質問紙の結果を分析し、サ症者における精神的健康と QOL に関わる規定要因について探索的に検討する。

#### B. 研究方法

**対象** 健康診断事業を実施している医療機関 (国立国際医療研究センター病院、帝京大学医学部附属病院、京都医療センター) を利用したサ症者を対象とした。

**調査方法** サ症者に対して、質問紙調査を実施した。健康診断 (健診) を受診する前に、「公益財団法人いしずえ (サリドマイド福祉センター)」を通じて、調査実施の主旨に関する説明文と、質問紙と同意書を送付した。調査協力者は、健診当日に記入済みの質問紙と同意書を持参した。そして、調査員が口頭にて改めて研究主旨およびその内容についての説明を行い、調査協力者の同意を得た場合にのみ、書面での同意書とともに質問紙が回収された。なお、健診受診当日に、質問紙持参が無い場合には、当日に質問紙を渡した上で任意での記入を求めた。また、回収された質問紙に記入漏れがあった場合には、その確認・記入を求

めた。帝京大学医学部附属病院および京都医療センターで回収された質問紙と同意書は、研究分担者の所属施設に郵便にて送付され、回収された。

#### 調査内容

①フェイスシート：氏名、年齢、性別、配偶者の有無、同居家族の有無、最終学歴（選択式）、就労状況（選択式）を尋ねた。さらに、「痛みの程度」を測定するために、Numerical Rating Scale (NRS) を用いた。対象者に、「現在あなたはどのくらいの身体の痛みを感じていますか？当てはまる番号に○をつけてください」という教示を与え、「0. 痛みなし」から「10. これ以上ないくらいの痛み」の11段階のあてはまる番号に○をつけてもらった。さらに、「痛みを感じる部位」として、「痛みを感じる部位はどこですか？下の枠内にご記入ください。部位はいくつ書いていただいても構いません」という教示を与え、自由記述式での回答を求めた。

②Coping Strategy Questionnaire (CSQ)：痛みへの対処方略を測定する尺度であり、全16項目からなる。この質問紙は、認知的対処方略(12項目)と行動的対処方略(4項目)の2つの概念から構成されている(大竹・島井, 2002)。認知的対処方略は、「願望思考」(2項目)、「破滅思考」(2項目)「自己教示」(2項目)、「注意の転換」(2項目)、「思考回避」(2項目)、「無視」(2項目)の6つの下位因子があり、行動的対処方略は、「痛み行動の活性化」(2項目)、「他の行動の活性化」(2項目)の2つの下位因子からなる。教示文として「現在、感じている痛みに対して、どのように対処していますか？」と与え、全16項目に対して「0. まったくしない」から「6. いつもする」の7件法での回答を求めた。

③ソーシャル・サポート：ソーシャル・サポートの有無と傾向を明らかにするため、現在の日常生活の各場面でサポートを与えてくれる対象について、「配偶者・パートナー」「配偶者以外の家族」「友人」「その他(自由記述)」「特になし」の中から該当するものについて回答を求めた(複数回答可)。サポートの内容としては、地域住民用ソーシャル・サポート尺度(堤・堤ら, 1994; 堤・萱場, 2000)の全10項目を参考として設定した。

④時間的展望体験尺度(白井, 1994)：時間的展望とは、「個人の現在の事態や行動を過去や未来の事象と関係づけたり、意味づけたりする意識的な働きで、特に人生にかかわるような長期的な時間的広がり(白井, 1994)」である。本尺度は、「希望」

(5項目)、「目標指向性」(5項目)、「充実感」(4項目)、「過去受容」(4項目)の4因子、全18項目からなる。各項目に対して、「1. あてはまらない」～「5. あてはまる」の5件法での回答を求めた。

⑤必要としているサポート：現在、調査協力者が必要としているサポートを把握するため、自由記述にて回答を求めた。

⑥精神的健康度：日本版General Health Questionnaire (GHQ-28)：Goldberg and Hillier (1979)によって開発された精神的健康の評価尺度であり、中川, 大坊(1985)によって日本版に改訂された。「身体的症状」「不安と不眠」「社会的活動障害」「うつ傾向」の4要素スケール、全28項目からなる。

⑦健康関連QOL：健康関連QOLを測定するためにMOS36-item Short Form Health Survey (SF-36v2スタンダード版)の日本語版36項目を、ライセンスの使用登録申請をした上で使用した。SF-36は、8つの健康概念(身体機能、日常役割機能【身体】、体の痛み、全体的健康感、活力、社会生活機能、日常生活機能【精神】、心の健康)を測定するための35項目と、健康変化を測定する1個の項目(健康推移)から成り立っている。スタンダード版は、過去1カ月のQOLを測定する。分析には、「身体的健康(PCS)」と「精神的健康(MCS)」の得点を使用した。

なお、この質問紙は、日本において、20代から70代の男女を対象として標準化されている(N=2,279)。本調査報告では、iHope International株式会社のScoring Algorithm(福原ら, 2004)に基づいて、PCSとMCSの得点を算出した。

調査期間 国立国際医療研究センター倫理委員会での承認から平成29年3月までとする。

## C. 研究結果

平成28年3月31日現在で、健診事業は56名に実施され、そのうち40名から質問紙が回収された。内訳は国立国際医療研究センター病院17名(男性12名、女性5名)、帝京大学医学部附属病院8名(男性4名、女性4名)、京都医療センター15名(男性6名、女性9名)の計40名(男性22名、女性18名、平均年齢53.2歳、SD = 1.25)であった。

### 1. 記述統計

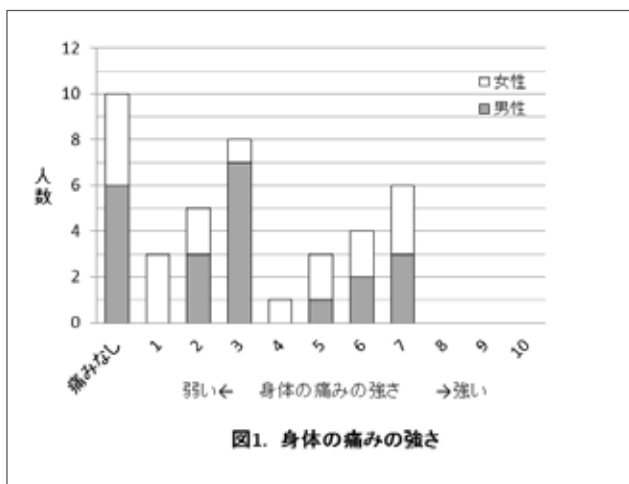
#### ①障害分類

「いしずえ」を通じ、調査対象者の障害が生じ

ている部位について集計を行った。障害が生じている部位の分類別の人数は、四肢障害 32 名(男性 17 名、女性 15 名)、聴覚障害 8 名(男性 5 名、女性 3 名)であった。四肢障害は、全てが上肢障害を持ち、上肢障害と下肢障害の重複 1 名(女性 1 名)を含んでいる。また、四肢障害と聴覚障害を重複している調査対象者はいなかった。

## ②痛みの程度

現在感じている身体の痛みの程度については、身体の痛みがないと回答したサ症者は 10 名(25.0%)であり、身体の痛みがあると回答したのは 30 名(75.0%)であった(図 1)。本研究においてはレーティングされた数字を痛みの強さとし、統計処理した。



## ③痛みの部位

痛みを感じている部位について自由記述で記入を求めると、『肩』という回答が最も多く 18 名(45.0%)が痛みを感じていた。次に多かった箇所は『腰』で 13 名(32.5%)、『首』が 10 名(25.0%)であった(表 1)。

表 1. 痛みを感じる部位 (N=40 複数回答)

身体の部位	人数
肩	18名(45.0%)
腰	13名(32.5%)
首	10名(25.0%)
手指	8名(20.0%)
背中	6名(15.0%)
股関節	5名(12.5%)
腕、膝	各4名(10.0%)
目、入歯、肘、胃、腸、大腿骨	各1名(2.5%)

## ④ GHQ-28

GHQ 総合得点の平均値は 6.23(SD = 5.24)であり、「身体的症状」の平均値は 1.93(SD = 1.82)、「不安と不眠」の平均値は 2.18(SD = 1.96)、「社会的活動障害」の平均値は 1.08(SD = 1.67)、「うつ傾向」の平均値は 1.05(SD = 1.95)であった。GHQ のカットオフは 6 であり、本調査協力者のうち 19 名(47.5%)が精神的健康上何らかの問題を有していた。

## ⑤健康関連 QOL

PCS と MCS の norm 平均は 50(SD=9.8)点として設計されているが、SF36 の PCS の平均値は 48.22(SD = 9.92)であり、MCS の平均値は 47.50(SD = 8.86)であった(表 2)。

表 2. SF36における平均点と標準偏差

N=40		
	平均点	標準偏差
身体機能	48.73	10.50
日常役割機能(身体)	48.24	9.39
身体の痛み	47.46	9.27
全体的健康感	43.31	7.98
活力	47.91	11.08
社会生活機能	49.42	11.33
日常役割機能(精神)	48.06	9.33
心の健康	49.14	9.36
身体的健康(PCS)	48.22	9.92
精神的健康(MCS)	47.50	8.86

## ⑥痛みへの対処方略

CSQ の回答データを下位因子ごとに整理すると認知的対処方略では、「注意の転換」の平均値は 3.63(SD = 3.97)、「自動思考」の平均値は 2.23(SD = 3.01)、「自己教示」の平均値は 4.10(SD = 4.17)、「無視」の平均値は 2.68(SD = 3.19)、「願望思考」の平均値は 3.75(SD = 3.60)、「破滅思考」の平均値は 1.63(SD = 2.33)であった。行動的対処方略では、「痛み行動の活性化」の平均値は 5.88(SD = 4.29)、「他の行動の活性化」の平均値は 5.45(SD = 4.04)であった。

## ⑦時間的展望

時間的展望体験尺度の下位因子4項目は因子構成数が異なるため、1項目あたりの平均の値を算出した。「希望」の平均値は3.34( $SD = 0.92$ )、「目標指向性」の平均値は3.45( $SD = 0.90$ )、「充実感」の平均値は3.47( $SD = 0.74$ )、「過去受容」の平均値は3.39( $SD = 0.90$ )であった。

## 2. 一般群との比較

本調査でのGHQおよび健康関連QOLの結果と一般群におけるデータとの比較を行うために、それらのデータの平均値と標準偏差を用い、 $t$ 検定にて分析した。

その結果、GHQでは、「総合得点」、「身体症状」、「不安と不眠」、「社会的活動障害」、「うつ傾向」において一般群より有意に得点が高く、一般群より調査対象者群のほうが精神的健康が損なわれていた(表3)。これは先行研究(Imaiら, 2012)と矛盾しない結果であった。

SF36では、MCSのみ一般群(50 - 59歳)よりも有意に得点が低く、調査対象者群のほうが精神的健康に関するQOLが低下していた(表4)。

## 3. 障害分類による比較

GHQおよび健康関連QOLについて、障害分類による差の検討をおこなった。その結果、GHQの「不安と不眠」において、聴覚障害群が四肢障害群よりも有意に得点が高く、不安や不眠傾向が強いことが明らかとなった(表5)。

また、CSQの認知的対処方略において、聴覚障害群では、「自己教示」「注意の転換」「思考回避」が有意に得点が高かった。一方で、CSQの行動的対処方略では有意な得点の差は見られなかった。

時間的展望体験尺度については、どの項目についても両群において有意な得点の差は見られなかった。

表3. 調査対象者群と一般群におけるGHQ-28の比較

	調査対象者群 (N=40)		一般群 <sup>(1,2)</sup>		$t$ 値	$t$ 検定	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		自由度	$p$ 値
GHQ-28 総合得点	6.23	5.24	2.76	2.31	<b>3.90</b>	<b>51.12</b>	<b>0.00**</b>
身体症状	1.93	1.82	1.02	1.09	<b>3.10</b>	<b>42.74</b>	<b>0.00**</b>
不安 / 不眠	2.18	1.96	1.24	1.40	<b>2.94</b>	<b>44.33</b>	<b>0.01**</b>
社会的活動障害	1.08	1.67	0.28	0.53	<b>3.01</b>	<b>40.03</b>	<b>0.00**</b>
うつ傾向	1.05	1.95	0.28	0.79	<b>2.48</b>	<b>40.68</b>	<b>0.02*</b>

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ 

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)

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名口えたデータ(N=307)を使用した。

表4. 調査対象者群と一般群におけるSF36の比較

	調査対象者群 平均53.2歳 (N=40)		一般群 50-59歳 (N=472)		$t$ 値	$t$ 検定	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		自由度	$p$ 値
SF36 身体的健康(PCS)	48.22	9.92	49.7	8.4	1.05	510	0.29
SF36 精神的健康(MCS)	47.50	8.86	51.6	8.4	<b>2.95</b>	<b>510</b>	<b>0.00**</b>

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

#### 4. 各変数の相関関係

痛みの程度、GHQ-28、SF36についてIBM SPSS Statistics 19を用いて相関分析をおこなった。その結果、「痛みの程度」とSF36のPCSにおいて、負の相関がみられ、GHQ-28とSF36のMCSにおいても、負の相関がみられた(表6)。「痛みの程度」とGHQ-28において、また、「痛みの程度」とMCSにおいては、有意な相関は見られなかった。

さらに、CSQおよび時間的展望体験尺度について、「痛みの程度」、GHQ-28、SF36との相関分析を行った(表7)。その結果、CSQの「破滅思考」「他の行動の活性化」と「痛みの程度」において、正の相関が見られた。CSQの「願望的思考」「破滅思考」「無視」とGHQ-28においても、正の相

関がみられた。CSQの「破滅思考」とSF36のMCSにおいては、負の相関が見られた。

時間的展望体験尺度の全ての下位尺度とGHQ-28において、負の相関がみられた。また、時間的展望体験尺度の全ての下位尺度とSF36のMCSにおいては、正の相関が見られた。

#### 5. ソーシャル・サポートについての検討

調査対象者の属性として、配偶者については、有りが16名(40%)で無しが24名(60%)であった。同居家族については、有りが26名(65%)、無しが13名(32.5%)、無回答が1名(2.5%)であった。ソーシャル・サポートについての各設問に対して、「配偶者・パートナー」「配偶者以外の家族」「友人」「その他」のいずれかの項目に○をつけて

表5. 障害分類によるGHQ-28、SF36、CSQの比較

	四肢障害群 (N=32)		聴覚障害群 (N=8)		t検定		
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	t 値	自由度	p 値
総合得点	5.6	5.29	8.63	4.53	1.47	38	0.15
身体症状	1.84	1.74	2.25	1.84	0.56	38	0.58
GHQ-28							
不安 / 不眠	1.75	1.88	3.88	1.25	<b>3.01</b>	<b>38</b>	<b>0.01**</b>
社会的活動障害	1.09	1.75	1.00	1.41	0.14	38	0.89
うつ傾向	0.93	1.98	1.5	1.85	0.73	38	0.47
SF36							
身体的健康(PCS)	47.58	10.32	50.78	8.23	0.81	31	0.42
精神的健康(MCS)	47.94	9.16	45.75	7.86	0.62	31	0.54
CSQ							
認知的							
対処方略							
願望思考	3.50	3.63	4.75	3.54	0.88	38	0.39
破滅思考	1.34	2.07	2.75	3.05	1.23	8.67	0.25
自己教示	3.31	3.88	7.25	3.99	<b>2.55</b>	<b>38</b>	<b>0.02*</b>
注意の転換	3.00	3.81	6.13	3.83	<b>2.07</b>	<b>38</b>	<b>0.05*</b>
思考回避	1.50	2.3	5.13	3.87	<b>2.54</b>	<b>8.28</b>	<b>0.03*</b>
無視	2.00	2.53	5.83	4.24	-2.16	8.28	0.62
CSQ							
行動的							
対処方略							
痛み行動の活性化	5.5	4.21	5.25	3.45	0.16	38	0.88
他の行動の活性化	6.03	4.51	5.25	3.41	0.46	38	0.65

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

表6. 痛みの程度、GHQ-28、SF36の相関分析

	Pearsonの相関係数 (N=40)			
	痛みの程度	GHQ-28	SF36身体的健康	SF36精神的健康
痛みの程度	—			
GHQ-28 総合得点	0.12	—		
SF36 身体的健康(PCS)	<b>-0.39*</b>	-0.21	—	
SF36 精神的健康(MCS)	-0.13	<b>-0.6**</b>	0.09	—

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

いる人はその項目についてソーシャル・サポート有り、「特にいない」と回答した人はソーシャル・サポート無しとして集計した。40名中36名(90%)がいずれかの項目について当てはまる人がいると回答し、4名(10%)は、全ての項目についてソーシャル・サポート無しと回答した。各項目のソーシャル・サポートの有無については、「2.〇〇がいるので孤独ではないと思う。」という項目において、ソーシャ・サポート有りという回答が35名(87.5%)であり最も多かった。一方、「4.〇〇は、あなたが経済的に困っているとき、頼りになる。」という項目において、ソーシャル・サポート有りという回答は22名(55%)で、最も少なかった(図

2)。各設問についてサポートをしてくれる人の属性は、図3の通りであった(複数回答)。「その他」には、親戚、同僚、子どもが含まれていた。

ソーシャル・サポートの有無におけるGHQと健康関連QOLを比較するため、各設問におけるサポートの有無によって被検者を2群に分けt検定を行った。その結果、「あなたの〇〇は、あなたが経済的に困っているとき、頼りになる。」という質問に対し、ソーシャル・サポート有りと回答した人は、無しと回答した人と比べて、SF36のMSCが有意に高かった(表8)。その他の設問については、有意な得点の差は見られなかった。

表7. CSQ、時間的展望体験尺度と痛みの程度、GHQ-28、SF36との相関分析

		Pearsonの相関係数 (N=40)			
		痛みの程度	GHQ-28	SF36身体的健康	SF36精神的健康
	願望思考	0.28	<b>0.36*</b>	-0.31	-0.19
	破滅思考	<b>0.35*</b>	<b>0.52**</b>	-0.30	<b>-0.46**</b>
CSQ 認知的 対処方略	自己教示	0.08	0.30	-0.23	-0.14
	注意の転換	0.03	0.18	-0.15	-0.12
	思考回避	-0.01	0.22	-0.09	-0.23
	無視	0.10	<b>0.36*</b>	-0.09	-0.25
CSQ 行動的 対処方略	痛み行動の活性化	0.29	0.06	0.15	-0.28
	他の行動の活性化	<b>0.39*</b>	0.20	0.06	-0.31
時間的展望 体験尺度	希望	-0.08	<b>-0.53**</b>	0.30	<b>0.56**</b>
	目標志向性	-0.06	<b>-0.47**</b>	0.32	<b>0.43**</b>
	充実感	-0.01	<b>-0.56**</b>	0.26	<b>0.58**</b>
	過去受容	0.02	<b>-0.39*</b>	-0.04	<b>0.50**</b>

\*p<0.05, \*\*p<0.01

表8. 各ソーシャルサポートの有無におけるSF36 MCSの比較

	ソーシャルサポート有り		ソーシャルサポート無し		t検定		
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	t 値	自由度	p 値
1.〇〇は家事をやってくれたり、手伝ってくれたりする。	46.84	8.87	49.22	9.04	0.75	38	0.46
2.〇〇がいるので孤独ではないと思う。	48.52	8.69	40.29	7.03	0.54	38	0.05
3.〇〇と、物事をいろいろ話し合っ、一緒に取り組んで行ける。	47.81	8.62	46.42	10.11	0.41	38	0.68
4.〇〇は、あなたが経済的に困っているとき、頼りになる。	50.83	8.20	43.43	8.08	2.86	38	<b>0.01**</b>
5.〇〇は、あなたが病気で寝込んだときに身の回りの世話してくれる。	48.08	9.41	46.29	7.81	0.60	38	0.56
6.〇〇は、引っ越しをしなければならなくなったとき、手伝ってくれる。	47.49	9.57	47.55	5.64	0.02	38	0.99
7.〇〇と気持ちが通じ合う。	48.99	9.07	43.03	6.78	1.90	38	0.07
8.〇〇は、あなたの喜びをわがことのように喜んでくれる。	47.99	8.71	45.81	9.70	0.64	38	0.52
9.〇〇とお互いの考えや将来のことなどを話し合うことができる。	48.52	9.17	44.00	7.05	1.36	38	0.18
10.〇〇は、あなたが何か困ったことがあって、自分の力ではどうしようもないとき、助けてくれる。	48.23	8.94	44.97	8.60	0.97	38	0.34

\*p<0.05, \*\*p<0.01

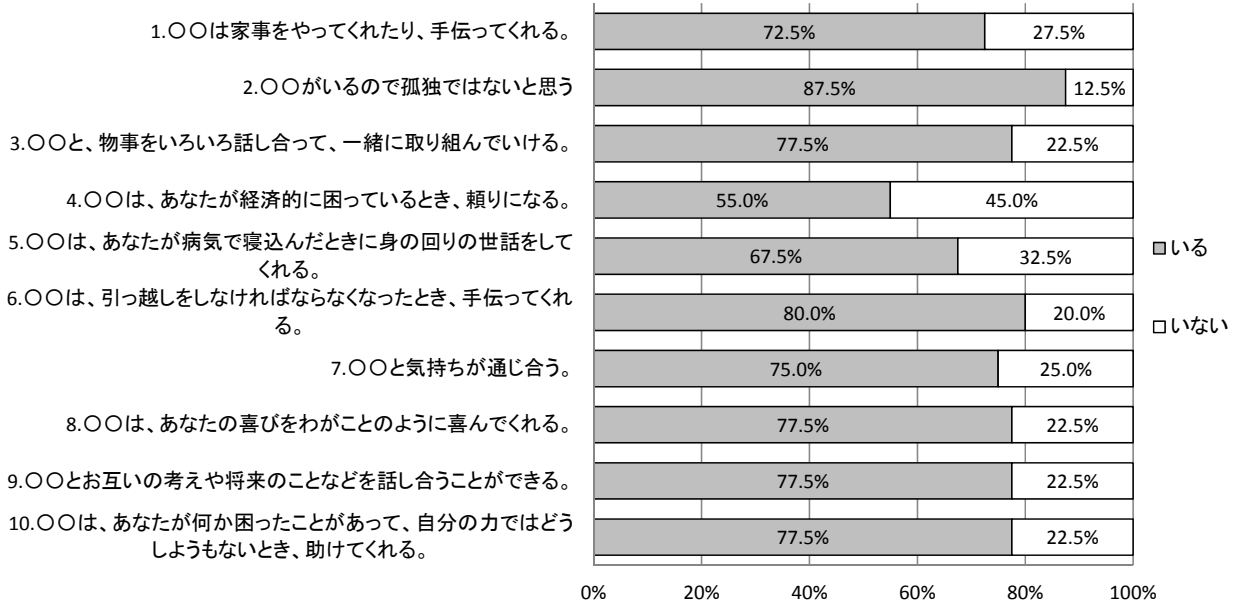


図2. ソーシャルサポートの有無 N=40

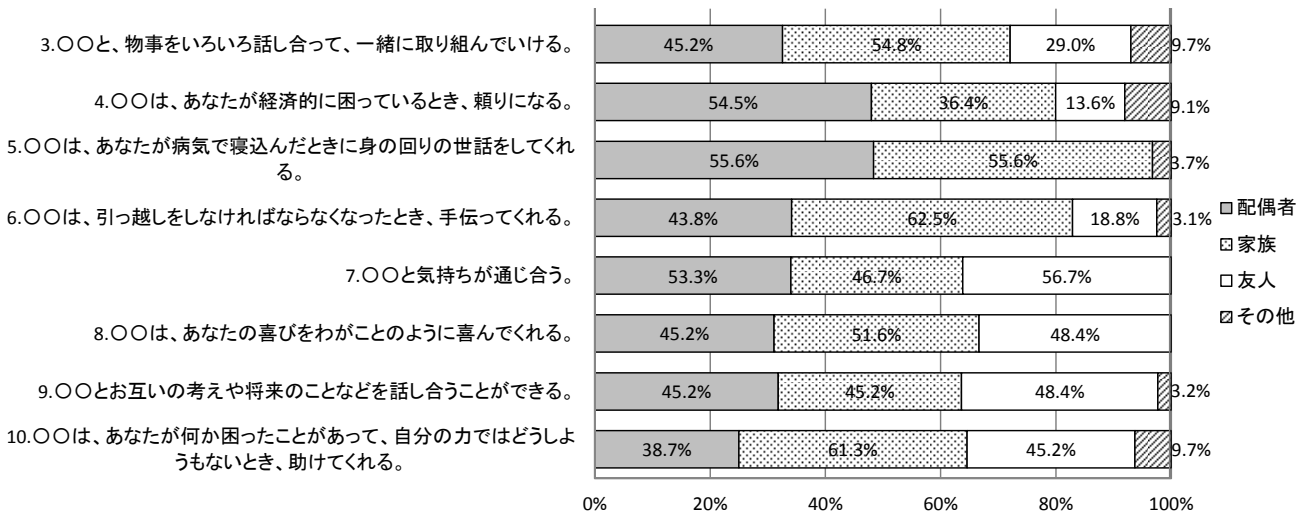


図3. サポートをしてくれる人の属性（複数回答） N=36

### 6. 現在必要としているサポートについて

現在必要としているサポートについて、自由記述での回答を求めたところ、11名が回答した（表9）。身体の問題（腰痛、視力等）、将来の生活の不安（日常生活、孤独等）、経済的な不安が記述された。

表9. 必要としているサポート

自由記述 N=11
・心の支え(いしずえ)、金銭
・高齢化を迎えていくなか健康生活面でのサポートが必要となる。配偶者がいる場合は、健常者の場合よりも多くの負担が配偶者にかかるが、配偶者がいない場合、あるいは先立たれた場合独居老人となるとより一層ケアとサポートが必要となる。独居老人の孤独死は決して他人事ではない。
・現在睡眠障害を患っているがこれがちょっと苦しい。精神病院に通っているが眠剤は飲みたくない(習慣になるので)後、腰痛を長い間患っている。これも湿布で対処しているがちょっと苦しい。
・常にサポートしてくれるパートナーが欲しい。
・サリドマイド者の血圧測定について。上肢障害の人は足首での測定が有効とのことですが、私は下肢障害もあるのでこの方法も困難です。私のようなケースが国内で他にないのであれば、海外のケースもぜひ探してご提示いただきたいと思います。病院にかかることが今後増えると思いますが、血圧が分からなくてはどうにもなりません。
・視力が落ちていますがまだ見えるので大丈夫。
・今は主人がすべてサポートしてくれてますが、将来一人になった時には誰かのサポートが必要になると思います
・ボトル等のふたを外す時 ・Yシャツの上部ボタンを閉める ・重い荷物の持ち運び ・網棚への荷物持ち上げ等これから将来、助けてくれる人がほしい。
・内臓に奇形があるとしたら、それによってどのような影響があるのかを知りたい。
・筋力をつける為に必要な施設が近所にあれば嬉しい

## D. 考察

今回の GHQ28 および SF36 の分析では、サリドマイド胎芽症者は一般群よりも精神的健康度が低かった。障害分類によって比較すると、聴覚障害のあるサリドマイド胎芽症者では、四肢障害群よりも不安や不眠傾向が強かった。

各変数の相関を調べたところ、「痛みの程度」と精神的健康においては有意な関連は確認されなかった。一方で、「痛みの程度」と認知的対処方略の「破滅思考」との間、また、「破滅思考」と精神的健康においては有意な関連が認められた。さらに、時間的展望体験尺度と精神的健康との間にも有意な関連が示された。このことから、「どうすることもできないと悲劇的に思う」「もうだめだと思う」と考えるような「破滅思考」をすることや、自身の過去を受け入れ未来に対して明るい見通しを持てるかどうかということや現在の充実感、サリドマイド胎芽症者の精神的健康を考える上で重要であると考えられる。

現時点では、サリドマイド胎芽症者は一般群と比べ身体的健康度は低くなかった。しかし、「痛みの程度」と身体的健康においては有意な関連が認められており、年齢を重ねることで身体的な痛みが強くなることが予想されるため、今後は精神的健康だけではなく、身体的健康も悪くなる可能性が考えられる。

本研究においては、経済的なサポートの有無が精神的健康に関わっていた。現在必要としているサポートの記述では、中年期というよりも老後の悩みがあげられていたように思われた。

## E. 今後の展望と課題

今回の研究により精神的健康や QOL の低下には、時間的展望など他の変数に関わっている可能性が示唆された。しかし、ソーシャル・サポートといった周囲のサポートがどのように精神的健康や QOL に寄与しているのか、さらなる解析が必要である。さらに、本研究のデータは健康診断受診者のみからの回答であることから、本邦におけるサリドマイド胎芽症者の全体像を捉えきれているとはいえない。今後は、調査協力者を増やし、よりサリドマイド胎芽症者の実態に即した身体的・心理的な支援やサービスについて検討していく必要がある。

## 引用文献

- 1) 福原俊一・鈴鴨よしみ 2004, 2015 SF-36v2 日本語版マニュアル：iHope International 株式会社、京都。
- 2) Goldberg DP, Hillie VF : A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med 9 (1) : 139-145, 1979
- 3) 木村壮介, 森吉百合子, 吉澤篤人 2012 全国のサリドマイド胎芽症患者の健康、生活実態に関する研究 吉澤篤人:平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器レギュラーサイエンス総合研究事業)「全国のサリドマイド胎芽病者の健康、生活実態に関する研究(H23 - 医薬 - 指定 - 023)」平成 24 年度総括・分担研究年度終了報告書.2013 年 5 月. 資料 1 p158-175



- 4) Koubun Imai, Toshiharu Iida, Maki Yamamoto, Kensuke Komatsu, Yuko Nukui, Atsuto Yoshizawa. Psychological and mental health problems in patients with thalidomide embryopathy in Japan.2012
- 5) 中川泰彬・大坊郁夫 1985 精神健康調査票手引：日本語版 GHQ 日本文化科学社
- 6) 大竹恵子・島井哲志 2002 痛み経験とその対処方略 女性学評論 16, 143-157.
- 7) 齋藤高雅：平成14年度 - 平成16年度科学研究費補助金（基盤研究(C)(2)）中期におけるサリドマイド胎芽症者の臨床心理学的研究，2005
- 8) 白井利明 1994 時間的展望体験尺度の作成に関する研究 心理学研究 65(1), 54-60.
- 9) 堤 明純他 1994 地域住民を対象とした認知的社会的支援尺度の開発 日本公衆衛生雑誌 日本公衆衛生学会 p965-974
- 10) 堤 明純・萱場 一則 2000 Jichi Medical school ソーシャルサポートスケール (JMS-SSS)：改訂と妥当性・信頼性の検討
- 11) 鑪幹八郎他 1990 臨床心理学大系第3巻 ライフサイクル p200-203 金子書房

Kensuke Komatsu, Yuko Nukui, Atsuto Yoshizawa. Psychological and mental health problems in patients with thalidomide embryopathy in Japan. Psychiatry and Clinical Neurosciences 68(6), 479-486.2014.

## 2. 学会発表

曾根英恵・中野友貴・大友健・飯田敏晴・今井公文・サリドマイド胎芽症者のこころの健康とQOLに関する研究．第35回日本心理臨床学会秋季大会．横浜，9月，2016年

## I. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許の取得

該当なし

### 2. 実用新案登録

該当なし

### 3. その他

該当なし

## F. 倫理的配慮

調査協力者が研究施行に伴う不利益を被らないように十分な説明を行った後に同意を得るように配慮する。いつでも同意を撤回できること、同意撤回後も不利益を被らないこと、資料保管について厳重に行うことを書面にて説明し、書面によるインフォームド・コンセントを得る。さらに、記入用紙の上部に今回申請の質問事項については任意であることを表示することにより、本研究に関しての記入についての自由意思・同意における任意性に留意する。

## G. 健康危険情報

特になし

## H. 研究発表

### 1. 論文発表

Koubun Imai, Toshiharu Iida, Maki Yamamoto,