

Ⅲ. 分担研究報告 5

厚生労働科学研究費補助金

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

サリドマイド胎芽症患者の健康、生活実態の把握及び支援基盤の構築に関する研究

研究分担者 今井 公文 国立国際医療研究センター病院精神科

1. 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

研究分担者 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 精神科心理療法師
研究協力者 大友 健 国立国際医療研究センター病院 精神科心理療法師
研究協力者 中野 友貴 国立国際医療研究センター病院 精神科心理療法師

研究要旨

本研究では、サリドマイド胎芽症者の痛みに焦点を当て、心理的・精神的問題の実態とニーズの把握に加え、痛みへの対処方略や現在の生活の質(QOL)についての実態を把握することを目的とした調査を実施した。

前研究班に引き続き、本研究班においても、サリドマイド胎芽症者の抱える「痛み」の程度、「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。前研究班で平成 26 年度から回収した回答に、本研究班で平成 29 年度に回収したものを加えた計 67 名の回答を分析対象とした。

分析の結果、調査対象者のうち 37.9%は精神的健康上に何らかの問題を有している可能性があることが示唆されたが、QOL に関しては一般的な平均の範囲内であった。このことから、本研究の調査対象者となったサリドマイド胎芽症者は、障害を抱えながらもある程度の QOL を保ちながら生活していることがうかがわれた。また、痛みの程度と認知的対処方略の「破滅思考」、精神的健康と「破滅思考」、時間的展望体験尺度と精神的健康との間にそれぞれ有意な関連が示された。このことから、痛みに対して破滅思考的に考えること、未来に対して明るい見通しを持てることや現在の充実感、中年期を迎えた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た。加齢とともに、身体面、心理面、経済的問題、生活環境といったものの変化についても留意し、痛みや QOL の変化についても継続的に調査しながら、精神的健康や QOL に関連する他の要因を検討していく必要がある。

A. 研究目的

サリドマイド胎芽症者の多くが中年期に差し掛かり、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の不安を抱えている(木村ら,2012)。Kruse ら(2012)は、サリドマイド胎芽症者の身体的機能の低下や痛みが生活を脅かしていることについて言及しており、加齢に伴って出現するしびれや麻痺といった二次的な後遺症や痛み、それに伴う体の動かしづらさや身体的な労力のため、できることが減っていると報告している。また、サリドマイド胎芽症者の QOL について、英国の研究(Thalidomide Trust, 2012)では、サリドマイド胎芽症者の身体的健康に関する QOL が一般人口よりも有意に低いことが指摘されている。今後

さらに年齢を重ねることで、身体的機能の低下や痛みの増加が予測され、それに伴う QOL の低下がサリドマイド胎芽症者の抱える問題のひとつとなってくると考えられる。

そこで、本研究では、前研究班に引き続き、サリドマイド胎芽症者の痛みに焦点を当て、心理的・精神的問題の実態とニーズに加え、痛みへの対処方略や現在の生活の質(QOL)についての実態を把握することを目的とした調査を実施する。

B. 研究方法

調査対象 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)を利用したサリドマイド胎芽症者を対象とした。

調査方法 健康診断を受診したサリドマイド胎芽症者に対して、質問紙調査を実施した。健康診断を受診する前に、「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。調査対象者は、健康診断当日に記入済みの質問紙と同意書を持参した。そして、調査実施者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、調査対象者の同意を得た場合のみ、書面での同意書とともに質問紙が回収された。なお、健康診断受診当日に、質問紙を持参しなかった場合には、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。

調査対象者がアンケート協力に伴う不利益を被らないよう十分な説明を行った後に同意を得るように配慮する。調査対象者が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。以上をもって倫理的配慮を行った。

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。「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。

②精神的健康度：GHQ 精神健康調査(General Health

Questionnaire (GHQ-28))は 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。

③健康関連 QOL：MOS36-item Short Form Health Survey (SF-36v2 スタンダード版)(以下、SF36)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。SF36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=2279)。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。

④Coping 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。

⑤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。

⑥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)」「特にいない」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(堤ら, 1994; 堤・萱場, 2000)の全 10 項目を参考として設定した。

⑦必要としているサポート: 現在、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。

調査期間 前研究班の研究事業期間(平成 26 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日)及び、平成 29 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日までとする。

C. 研究結果

調査期間中に、健康診断事業は 67 名に実施され、そのうち 67 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 25 名(男性 19 名、女性 6 名)、帝京大学医学部附属病院 19 名(男性 13 名、女性 6 名)、京都医療センター 23 名(男性 8 名、女性 15 名)の計 67 名(男性 40 名、女性 27 名、平均年齢 53.8 歳、 $SD = 1.46$)であった。

調査対象者の障害部位については、四肢障害 49 名(男性 28 名、女性 21 名)、聴覚障害 18 名(男性 12 名、女性 6 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 2 名(男性 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者はいなかった。

配偶者の有無および最終学歴については 59 名から有効回答を得た。配偶者のいる者は 28 名(47.5%)であった。最終学歴は、「義務教育(小学校・中学校)」1 名(1.7%)、「高校」23 名(39.0%)、「専門学校」9 名(15.3%)、「大学・短期大学」22 名(37.3%)、「大学院」4 名(6.8%)であった。

同居家族の有無および就労状況については 58 名から有効回答を得た。41 名(70.7%)が家族と一緒に暮らしていた。就労状況については、何らかの仕事をしているのは 42 名(72.4%)、「失業中・休職中」7 名(12.1%)、「家事(専業)」7 名(12.1%)、「その他」2 名(3.4%)であった。

1. 記述統計

①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、58 名

から有効回答を得た。身体の痛みがないと回答したサリドマイド胎芽症者は 14 名(24.1%)であり、身体の痛みがあると回答したのは 44 名(75.9%)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、統計処理をおこなった。

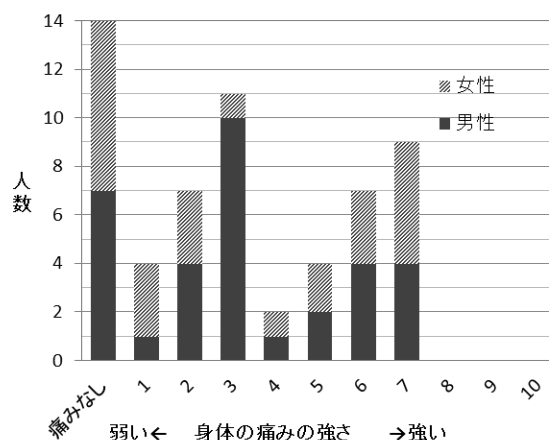


図1. 主観的な痛みの程度

②痛みの部位

痛みを感じている部位についての回答(自由記述)では、「肩」が 24 名(41.4%)で最も多く、次いで「腰」が 22 名(37.9%)、「首」が 16 名(27.6%)であった(表 1)。

表 1. 痛みを感じる部位 (N=58 複数回答)

身体の部位	人数
肩	24名(41.4%)
腰	22名(37.9%)
首	16名(27.6%)
手指	12名(20.7%)
腕	12名(20.7%)
背中	11名(19.0%)
膝	7名(12.1%)
股関節	5名(8.6%)
大腿骨	2名(3.4%)
目、入歯、肘、胃、腸、足首、頭、胸、心	各1名(1.7%)

③GHQ-28

有効回答を得られた 66 名を対象として分析を行った。GHQ 総合得点の平均値は 5.58($SD=5.29$)であった(表 2)。

表2.GHQ28における平均点と標準偏差

N=66		
	平均点	標準偏差
総合得点	5.58	5.29
身体症状	1.92	1.95
不安 / 不眠	1.97	1.98
社会的活動障害	0.94	1.53
うつ傾向	0.74	1.68

GHQ のカットオフは 6 であり、調査対象者のうち 25 名(37.9%)が精神的健康上何らかの問題を有している可能性が示唆された。障害分類別に見ると、カットオフを上回る者は、四肢障害群の中では 17 名(34.7%)、聴覚障害群の中では 8 名(47.1%)であった。

④SF36

有効回答を得られた 64 名を対象に分析を行った。身体的健康(PCS)と精神的健康(MCS)の norm 平均は 50(SD=9.8)点として設計されているが、本研究の調査対象者の PCS 平均値は 48.19(SD=9.26)、MCS 平均値は 47.44(SD=9.33)であった(表 3)。

表3.SF36における平均点と標準偏差

N=64		
	平均点	標準偏差
身体機能	48.68	9.91
日常役割機能(身体)	48.27	9.00
身体の痛み	46.59	9.72
全体的健康感	42.92	7.55
活力	47.57	10.26
社会生活機能	49.85	10.22
日常役割機能(精神)	48.90	8.90
心の健康	49.64	9.61
身体的健康(PCS)	48.19	9.26
精神的健康(MCS)	47.44	9.33

⑤CSQ

有効回答を得られた 52 名を対象に分析を行った。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 3.58(SD=3.80)、「思考回避」の平均値は 2.27(SD=2.91)、「自己教示」の平均値は 4.21(SD=4.10)、「無視」の平均値は 2.69(SD=2.99)、「願望思考」の平均値は 3.90(SD=3.80)、「破滅思考」の平均値は 1.80(SD=2.62)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 5.79(SD=3.82)、「他の行動の活性化」の平均値は 5.48(SD=3.89)であった(表 4)。

表4.CSQにおける平均点と標準偏差

N=52			
		平均点	標準偏差
CSQ 認知的 対処方略	願望思考	3.90	3.80
	破滅思考	1.80	2.62
	自己教示	4.21	4.10
	注意の転換	3.58	3.80
	思考回避	2.27	2.91
	無視	2.69	2.99
CSQ 行動的 対処方略	痛み行動活性化	5.79	3.82
	他行動活性化	5.48	3.89

⑥時間的展望

有効回答を得られた 57 名を対象に分析を行った。平均値と標準偏差を算出した(表 5)。

表5.時間的展望体験尺度における平均値と標準偏差

N=57		
	平均値	標準偏差
現在の充実感	17.28	4.20
目標指向性	15.61	4.87
過去受容	14.05	4.02
希望	13.58	3.80

⑦ソーシャル・サポート

地域住民用ソーシャル・サポート尺度の各設問に対して、「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○をつけている人はその項目についてソーシャル・サポート「あり」、「特にいない」と回答した人はソーシャル・サポート「なし」として集計した。有効回答者数は 58 名であった。58 名中 54 名(93.1%)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(6.9%)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.○○がいるので孤独ではないと思う。」という項目において、ソーシャル・サポート有りという回答が 52 名(89.7%)と最も多かった。一方、「4.○○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 36 名(62.1%)と最も少なかった(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。

⑧現在必要としているサポート

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、14名が回答した(表6)。身体的

な問題(腰痛、視力等)、将来の生活への不安(日常生活、孤独等)、経済的な不安が記述された。

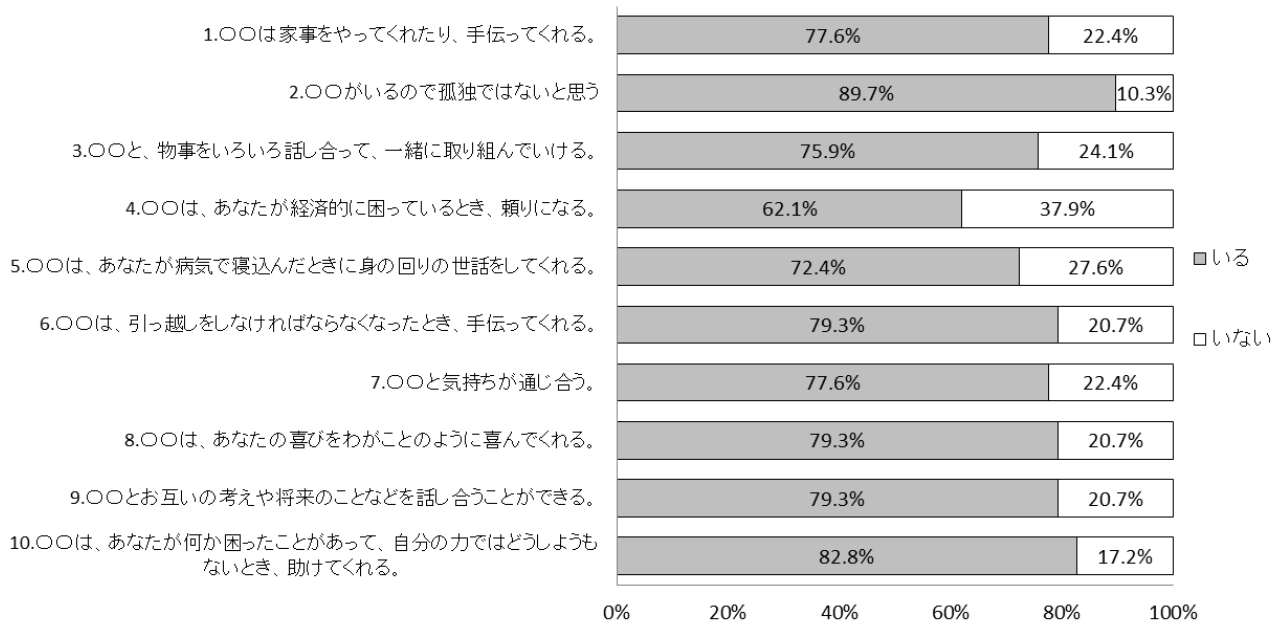


図2. ソーシャルサポートの有無 N=58

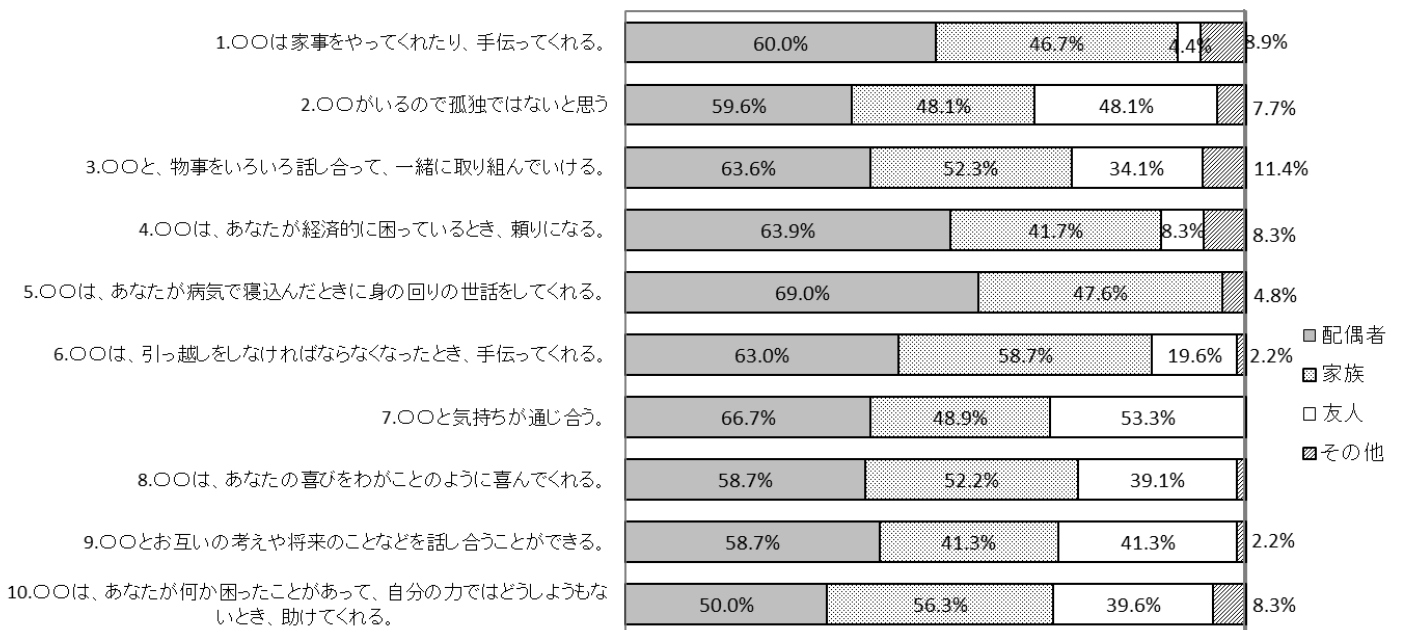


図3. サポートをしてくれる人の属性 (複数回答) N=58

表6. 必要としているサポート

自由記述 (N=14)
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なりません。
筋力をつける為に必要な施設が近所があれば嬉しい
聴こえが良くないので何が起きているか分からないことが良くある(鉄道とかの事故)
心の支え(いしずえ), 金銭
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。
視力が落ちているがまだ見えるので大丈夫。
プライベートの知人等の葬儀の際、介助者がいないため困っています。
精神病の強迫性障害があり、特に病気の事や(例えば、調子が悪い時ガンではないかとか、エイズに感染したのではないかとか、不安が強い。又、車の運転中に人を引いたか心配になり確認に戻ったりする。現在薬物治療中です)

2. フェイスシート項目による比較

フェイスシートによって得られた情報を基に、痛みの程度、GHQ28、SF36、CSQ、時間的展望尺度について、IBM SPSS Statistics 25 を用いて差の検定を行った。有意差が見られたフェイスシート項目は「性別」と「配偶者の有無」であった。

「性別」を独立変数として t 検定を行った結果、GHQ における「身体症状」、SF36 における「身体的健康」において有意差が認められた ($p < 0.05$)。女性のほうが男性よりも身体症状をもつ者が多く、身体的健康が低いことが示唆された。(表 7)

表7. 性別によるGHQ28、SF36の比較

	男性 (N=40)		女性 (N=26)		p 値
	平均値(SD)		平均値(SD)		
総合得点	5.08	(5.46)	6.35	(5.04)	0.34
身体症状	1.53	(1.83)	2.54	(2.00)	0.04*
不安 / 不眠	1.90	(2.02)	2.08	(1.94)	0.73
社会的活動障害	1.05	(1.62)	0.77	(1.39)	0.47
うつ傾向	0.60	(1.32)	0.96	(2.13)	0.40
SF36 精神的健康	46.94	(8.99)	48.22	(10.15)	0.60
SF36 身体的健康	50.38	(7.74)	44.78	(10.69)	0.02*

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

「配偶者の有無」を独立変数として t 検定を行ったところ、GHQ における「うつ傾向」に有意な差が見られた ($p < 0.05$)。配偶者のいる者はいない者と比較してうつ傾向が低いことが示唆された。(表 8)

表8. 配偶者の有無によるGHQ28の比較

	なし (N=27)		あり (N=30)		p 値
	平均値(SD)		平均値(SD)		
総合得点	7.15	(5.98)	5.00	(4.88)	0.14
身体症状	2.19	(2.08)	1.97	(1.99)	0.69
不安 / 不眠	2.30	(1.98)	1.87	(2.11)	0.43
社会的活動障害	1.30	(1.77)	0.77	(1.43)	0.22
うつ傾向	1.37	(2.26)	0.40	(1.04)	0.05*

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

痛みの程度および CSQ、時間的展望体験尺度において有意な差は見られなかった。

3. 障害分類による比較

得られた尺度得点を IBM SPSS Statistics 25 を用いて障害分類による差の検定をおこなった。その結果、CSQ の「自己教示」「注意の転換」「思考回避」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かった ($p < 0.05$) (表 9)。

表9. 障害分類によるCSQの比較

	四肢障害 (N=38)	聴覚障害 (N=14)	t検定
	平均値(SD)	平均値(SD)	p 値
願望思考	3.42 (3.64)	5.21 (4.04)	0.132
破滅思考	1.55 (2.42)	2.50 (3.08)	0.251
自己教示	3.52 (3.78)	6.07 (4.48)	0.05*
注意の転換	2.89 (3.38)	5.42 (4.36)	0.03*
思考回避	1.63 (2.24)	4.00 (3.82)	0.04*
無視	2.18(2.37)	4.07 (4.03)	0.12
痛み行動活性化	5.89(3.99)	5.50 (3.39)	0.74
他行動活性化	5.55(4.16)	5.29 (3.17)	0.83

*p<0.05, **p<0.01

このような結果から、障害された部位によって身体的な痛みを感じた時の対処方略が異なる可能性が示唆された。その一方、両者の間で痛みの程度に有意差はなく(表 10)、障害部位の違いは痛みの強弱の要因とはなっていないことが示唆された。

その他の尺度において、四肢障害群と聴覚障害群において有意な差は見られなかった(表 11~表 13)。

表10. 障害分類による痛みの程度の比較

	四肢障害 (N=42)	聴覚障害 (N=15)	t検定
	平均値(SD)	平均値(SD)	p 値
痛みの程度	3.07 (2.43)	3.67 (2.87)	0.44

*p<0.05, **p<0.01

表11. 障害分類によるGHQ28の比較

	四肢障害 (N=49)	聴覚障害 (N=17)	t検定
	平均値(SD)	平均値(SD)	p 値
総合得点	5.31 (5.22)	6.35 (5.60)	0.49
身体症状	1.86 (1.80)	2.12 (2.37)	0.64
不安 / 不眠	1.78 (1.88)	2.53 (2.18)	0.18
社会的活動障害	1.02 (1.65)	0.71 (1.10)	0.47
うつ傾向	0.65 (1.65)	1.00 (1.77)	0.47

*p<0.05, **p<0.01

表12. 障害分類によるSF36の比較

	四肢障害 (N=48)	聴覚障害 (N=16)	t検定
	平均値(SD)	平均値(SD)	p 値
身体的健康(PCS)	47.55 (9.67)	50.10 (8.24)	0.35
精神的健康(MCS)	47.59 (8.60)	46.98 (11.8)	0.82

*p<0.05, **p<0.01

表13. 障害分類による時間的展望の比較

	四肢障害 (N=42)	聴覚障害 (N=15)	t検定
	平均値(SD)	平均値(SD)	p 値
現在の充実感	16.93 (4.58)	18.27 (2.76)	0.29
目標指向性	15.05 (5.08)	17.20 (3.95)	0.14
過去受容	14.07 (4.32)	14.00 (3.12)	0.95
希望	13.07 (4.05)	15.00 (2.62)	0.09

*p<0.05, **p<0.01

5.各変数の相関関係

痛みの程度、GHQ-28、SF36、CSQ、および時間的展望体験尺度について、IBM SPSS Statistics 25 を用いて相関分析をおこなった(表 14)。

その結果、「痛みの程度」との間に有意な相関が見られたのは、GHQ における「身体症状」、SF36 における「身体的健康」、CSQ における「願望思考」「破滅思考」「無視」であった。その一方で、精神的健康度を測る GHQ や精神的 QOL とは有意な関連は示されなかった。

CSQ の「破滅思考」は、GHQ の「総合得点」と有意な相関があり、また SF36 の「精神的健康」とも負の相関が見られた。CSQ の「思考回避」は、時間的展望の「過去受容」と負の相関が見られた。

CSQ において QOL 尺度である SF36 と相関が見られたのは「破滅思考」のみであり、「破滅思考」は GHQ の全ての下位尺度と相関が見られたことから、精神的な健康と重要なかわりがあると考えられる。

時間的展望体験尺度において、「現在の充実感」と「希望」は、GHQ の「総合得点」と有意な負の相関が見られた。また、「目標指向性」を除く「現在の充実感」「過去受容」「希望」は、SF36 の「精神的健康」との間に正の相関が見られた。

表14. 痛みの程度、GHQ28、SF36とCSQ、時間的展望体験尺度との相関

		Pearsonの相関係数 (N=52)							
		痛みの程度	GHQ総合得点	身体症状	不安 / 不眠	社会的活動障害	うつ傾向	SF36身体的健康	SF36精神的健康
	痛みの程度	-	0.20	0.30*	0.15	0.09	0.03	-0.29*	-0.23
	総合得点	0.20	-	0.80**	0.83**	0.65**	0.66**	-0.156	-0.69**
	身体症状	0.30*	0.80**	-	0.65**	0.35**	0.30*	-0.02	-0.63**
	不安 / 不眠	0.15	0.83**	0.65**	-	0.36**	0.36**	-0.02	-0.53**
	社会的活動障害	0.09	0.65**	0.35**	0.36**	-	0.32**	-0.21	-0.44**
	うつ傾向	0.03	0.66**	0.30*	0.36**	0.32**	-	-0.25*	-0.42**
SF36	身体的健康	-0.29*	-0.16	-0.02	-0.02	-0.21	-0.25*	-	0.04
	精神的健康	-0.23	-0.69**	-0.63**	-0.53**	-0.44**	-0.42**	0.04	-
	願望思考	0.49**	0.25	0.31*	0.11	0.23	0.09	-0.26	-0.08
	破滅思考	0.50**	0.50**	0.45**	0.32*	0.36**	0.36**	-0.33	-0.41**
	自己教示	0.25	0.25	0.24	0.26	0.12	0.10	-0.26	-0.05
	注意の転換	0.23	0.10	0.09	0.08	0.08	0.03	-0.12	-0.02
	思考回避	0.27	0.16	0.16	0.24	-0.04	0.08	-0.04	-0.16
	無視	0.29*	0.33*	0.25	0.36**	0.20	0.14	-0.07	-0.20
CSQ	他の行動の活性化	0.15	0.16	0.22	0.12	0.09	0.03	0.19	-0.21
行動的 対処方略	痛み行動の活性化	0.24	0.07	0.21	0.05	-0.07	-0.01	0.21	-0.21
	現在の充実感	0.02	-0.32*	-0.07	-0.13	-0.35**	-0.44**	0.26	0.41**
	目標指向性	-0.10	-0.21	-0.08	0.03	-0.26	-0.35**	0.34*	0.23
時間的展望	過去受容	-0.01	-0.15	-0.09	-0.16	-0.23	-0.12	-0.06	0.30*
	希望	-0.08	-0.27*	-0.04	-0.06	-0.29*	-0.46**	0.30*	0.36**

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

D. 考察

今回の分析結果より、本研究の調査対象者となったサリドマイド胎芽症者のうち、37.9%は精神的健康上に何らかの問題を有している可能性があることが示唆されたが、SF36における結果は一般的なQOLの平均の範囲内であり、障害を抱えながらもある程度のQOLを保ちながら生活していることがうかがわれた。

障害分類別に比較すると、齋藤(2002)の報告によれば、1994年では四肢障害群と聴力障害群との間で、GHQについて有意差は見られなかったが、2000年では、聴覚障害群においてGHQ総合得点が高かった。しかしながら、本調査では両群における有意差は見られなかった。

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の「現在の充実感」「希望」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、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は、中年期を迎えた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た。

加えて、「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、身体の痛みは身体的健康のQOLに関わる重要な要素であることが示唆された。加齢とともに身体的健康は悪化する可能性が予測されるため、痛みの変化についても継続的に調査していく必要がある。

また、現在必要としているサポートの記述では、将来の心配やサポートしてくれる人についての記述と、生活場面や医療機関受診における困りごとが書かれており、現在の悩みに加え、老後の悩みについてもあげられていたのが特徴的であった。

本研究において調査対象となったサリドマイド胎芽症者のQOLは、平均の範囲内であったが、ドイツ(Kruseら,2012)と英国(Thalidomide Trust, 2012)の報告では、一般人口と比べてサリドマイド胎芽症者のQOLが低いことが示されている。異なった結果が得られた理由として、本研究の調査対象者は、自ら医療機関に来院できる健康診断受診者のみであり、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ない

ことが考えられる。医療機関に来院できない者からの回答を含めることで、よりサリドマイド胎芽症者の実態に即した調査内容となると考えられる。そのためには、アンケートの配布方法、調査項目や解析方法の検討をおこなっていく必要がある。

E. 結論

今回の研究により、サリドマイド胎芽症者の中には、精神的健康に何らかの問題を抱えている人がいるものの、障害を抱えながらもある程度のQOLを維持しながら生活していることが明らかとなった。また、精神的健康やQOLの低下には、時間的展望など他の変数が関わっている可能性が示唆された。今後は、加齢にともなう身体的変化、心理面の変化、経済的問題、生活環境についても留意し、サリドマイド胎芽症者のサポートについて考えていく必要がある。

引用文献

- 1) 福原俊一, 鈴嶋よしみ: 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) 木村壯介, 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) Kruse A, Baiker D, Becker G, et al: THALIDOMIDE Inquires to be carried out repeatedly with regard to problems, specific needs and support deficits of thalidomide victims. pp52-59, Institute of Gerontology of the University of Heidelberg, Heidelberg, 2012.
- 5) Thalidomide Trust: Looking to the future Evaluation of the Health Grant to Thalidomide-Impaired People. Year 2 Final report – Firefly research & evaluation ltd. July 2012.
- 6) 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

- 7) 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.
- 8) 齋藤高雅 : 平成 11 年度 - 平成 13 年度科学研究費補助金(基盤研究(C) (2))研究成果報告書 サリドマイド胎芽病者の精神健康に関する追跡研究, 2002.
- 9) 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.
- 10) 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
- 11) 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

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

曾根英恵, 大友健, 中野友貴, 今井公文, 日ノ下文彦.
サリドマイド胎芽症者の痛みと QOL(生活の質)に関する研究. 第 30 回日本総合病院精神医学会総会. 富山, 11 月, 2017 年.

H. 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