

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	第一精神科医長
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

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 30 年度まで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、調査協力者のうち 46.3%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、本研究の調査協力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、精神的問題のスクリーニング尺度である GHQ と痛みに対する対処方略である「破滅思考」、QOL 尺度と「破滅思考」、時間的展望体験尺度の「現在の充実感」との間に有意な関連が見られた。このことから、痛みに対して破滅的に考えることの QOL に対する悪影響や、中年期を迎えたサリドマイド胎芽症者の QOL を考える上で現在の充実感が重要な意味を持つ可能性など考えられた。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、精神的健康度や 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¹⁾。また、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されている²⁾。英国の研究では、サリドマイド胎芽症者の QOL について、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³⁾。スウェーデンで行われた研究においては、サリドマイド胎芽症者の身体的

QOL は国民平均より有意に低かった⁴⁾。しかしながら、精神的 QOL ではサリドマイド胎芽症者と国民平均では有意な差は見られなかった。日本においては、研究に参加したサリドマイド胎芽症者のうち 59%が何らかの精神的な問題を抱えていると報告されている⁵⁾。サリドマイド胎芽症者は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。

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してきた。

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。調査協力者は、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。

調査協力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。調査協力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)⁶⁾ によって開発された精神的 QOL の評価尺度であり、中川、大坊(1985)⁷⁾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。下位尺度は2つのコンポーネント・サマリースコアである身体的 QOL (Physical component summary) と精神的 QOL (Mental component summary) に集約する。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)⁸⁾。

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)⁹⁾。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)¹⁰⁾：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)^{11, 12)}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 31 年 3 月 31 日までとする。

C. 研究結果

調査期間中に、87 名から質問紙を回収し、67 名から有効回答を得た。67 名の内訳は、国立国際医療研究センター病院 28 名(男性 19 名、女性 9 名)、帝京大学医学部附属病院 14 名(男性 4 名、女性 10 名)、京都医療センター 25 名(男性 10 名、女性 15 名)の計 67 名(男性 33 名、女性 34 名、平均年齢 54.3 歳、SD = 1.85)であった。

調査協力者の障害部位については、四肢障害 49 名(男性 23 名、女性 26 名)、聴覚障害 18 名(男性 10 名、女性 8 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 3 名(男性 1 名、女性 2 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。

配偶者のいる者は 34 名(50.7%)であった。最終学歴は、「高校」30 名(44.8%)、「専門学校」12 名(17.9%)、「大学・短期大学」22 名(32.8%)、「大学院」3 名(4.5%)であった。

51 名(76.1%)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 46 名(68.7%)、「失業中・休職中」7 名(10.4%)、「家事(専業)」8 名(11.9%)、「その他」6 名(9.0%)であった。

1. 記述統計

①痛みの程度

身体の痛みがないと回答したサリドマイド胎芽症

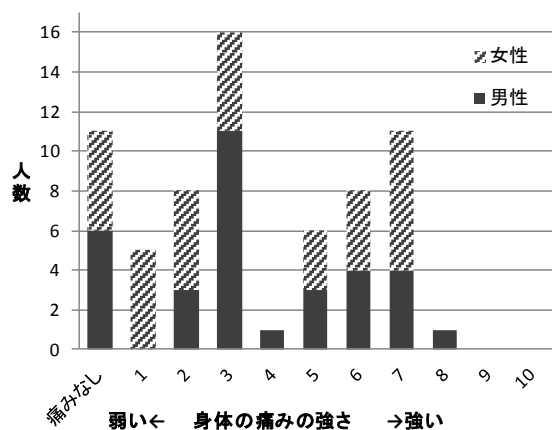


図1. 主観的な痛みの程度 (N=67)

者は 11 名(16.4%)であり、身体の痛みがあると回答したのは 56 名(83.6%)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。

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 32 名(74.4%)で最も多く、次いで「腰」が 32 名(74.4%)、「首」が 19 名(44.2%)であった(表

表1. 痛みを感じる部位 (N=67 複数回答)

身体の部位	人数	%
肩	32	74.4%
腰	32	74.4%
首	19	44.2%
手指	15	34.9%
背中	13	30.2%
腕	12	27.9%
膝	10	23.3%
脚	7	16.3%
股関節	7	16.3%
胃、頭、胸	各2名	各4.7%
横隔膜、腸、目、心、入れ歯	各1名	各2.3%

1)。

③GHQ-28

GHQ 総合得点の平均値は 6.14(SD=5.50)であった(表 2)。GHQ のカットオフは 6 であり、調査協力者のうち 31 名(46.3%)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。

④SF36

身体的 QOL(PCS)と精神的 QOL(MCS)の norm 平均は 50(SD=9.8)点として設計されているが、本研究の調査協力者の PCS 平均値は 46.29(SD=12.28)、MCS 平均値は 47.81(SD=9.68)であった(表 2)。

⑤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 67 名であった。67 名中 64 名(95.5%)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、3 名(4.4%)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、「2.00がいた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 59 名(88.1%)と最も多かった。一方、「4.00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45名(67.2%)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、ヘルパー、後見人が含まれていた。

⑥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、19名が回答した。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、支えとなるような場所や人について記述されていた。

表2. 各尺度における平均点と標準偏差

		N=67	
		平均	標準偏差
GHQ-28	身体症状	2.00	1.94
	不安 / 不眠	2.28	2.15
	社会的活動障害	1.04	1.61
	うつ傾向	0.82	1.78
	総合得点	6.14	5.49
SF-36	身体機能	46.47	15.30
	日常役割機能(身体)	47.34	10.30
	身体の痛み	45.12	9.65
	全体的健康感	43.28	7.73
	活力	47.39	10.58
	社会生活機能	48.93	11.37
	日常役割機能(精神)	47.68	9.90
	心の健康	49.66	9.66
	身体的QOL(PCS)	46.29	12.28
	精神的QOL(MCS)	47.81	9.68
CSQ 認知的 対処方略	願望思考	3.94	3.70
	破滅思考	1.90	2.59
	自己教示	4.48	4.13
	注意の転換	3.84	3.71
	思考回避	2.39	2.91
CSQ 行動的 対処方略	無視	2.79	2.92
	痛み行動活性化	5.49	3.88
時間的展望 体験尺度	他行動活性化	5.87	3.81
	現在の充実感	17.51	3.59
	目標指向性	15.31	4.26
	過去受容	14.06	3.49
	希望	13.75	3.69

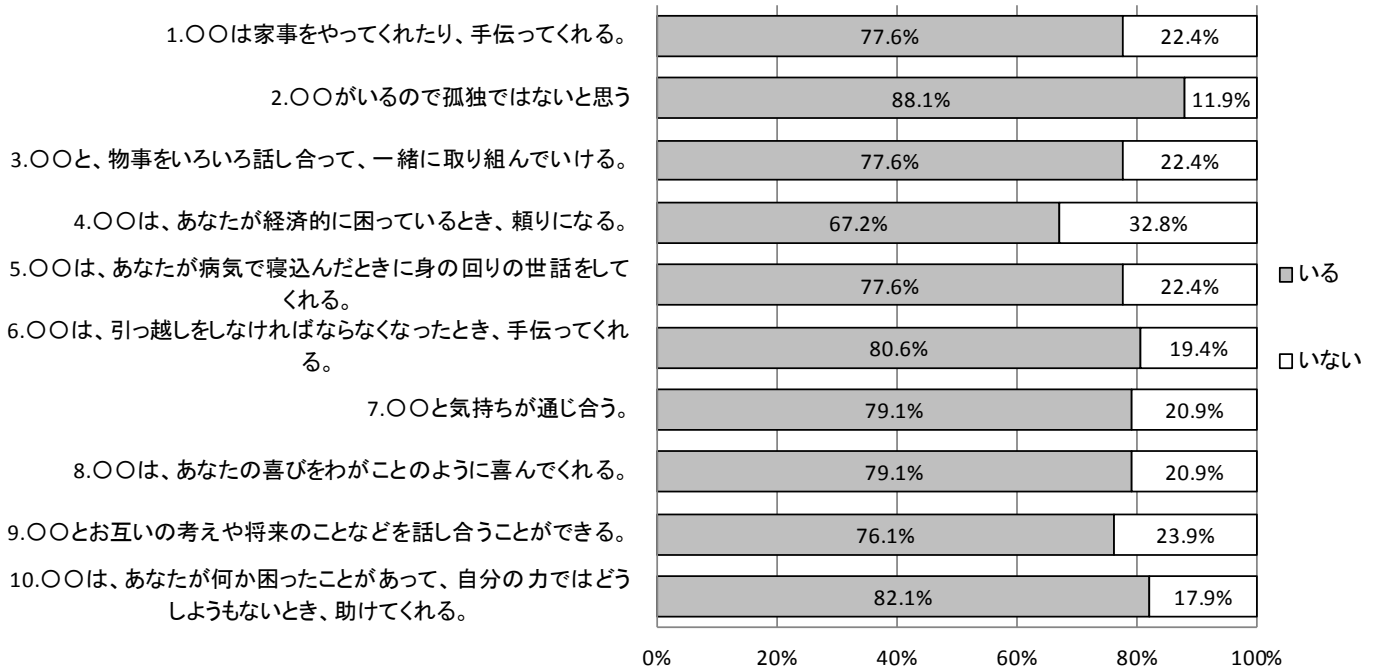


図2. ソーシャルサポートの有無 N=67

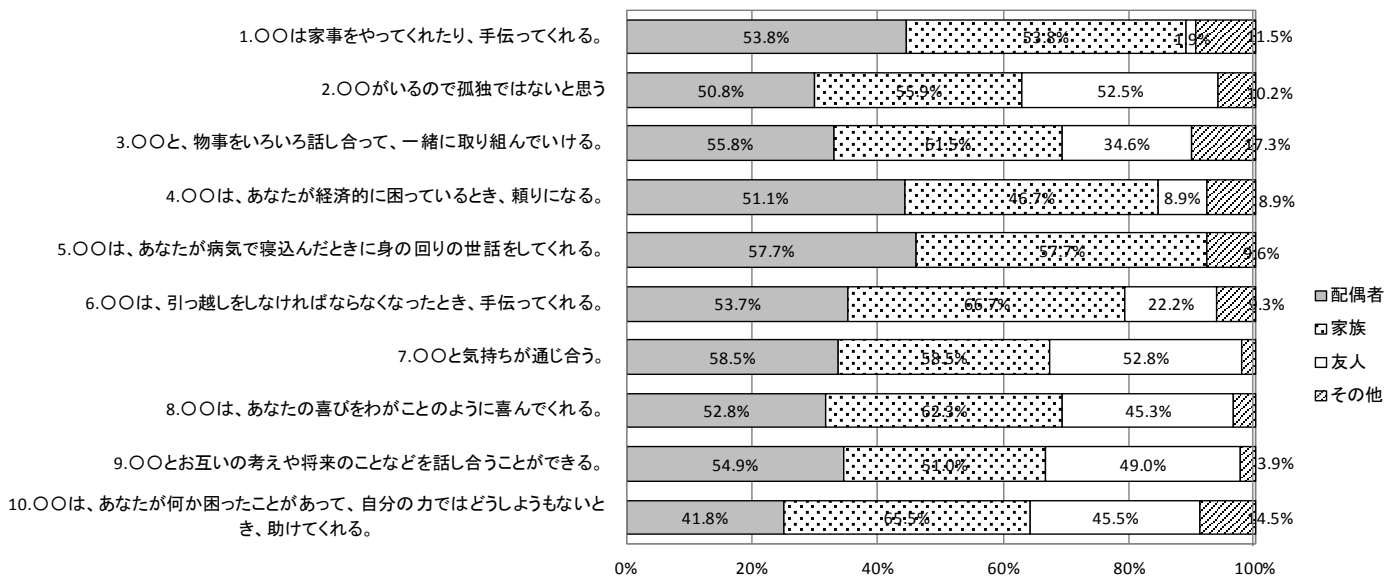


図3. サポートをしてくれる人の属性 (複数回答) N=67

2.フェイスシート項目による差の検定

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、SF36 における「身体的 QOL」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的健康に関する QOL が低い可能性が示唆された (表 3)。

「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」、SF36「身体的QOL」、に有意な差が見られた($p<0.05$) (表 3)。

3.障害分類による差の検定

障害分類による差の検定を行ったところ、CSQの「自己教示」「注意の転換」「思考回避」「無視」の項目においていずれも有意に聴覚障害のある調査協力者のほうが四肢障害のある調査協力者より得点が高く、よりそういった対処法を行いやすい傾向があることが示唆された (表 4)。

表3. 各項目によるGHQ-28およびSF36の比較

項目	GHQ総合得点		GHQ身体症状		GHQ不安/不眠		GHQ社会的活動障害		GHQうつ傾向		SF36身体的健康		SF36精神的健康	
	平均 (SD)	p / t	平均 (SD)	p / t	平均 (SD)	p / t	平均 (SD)	p / t	平均 (SD)	p / t	平均 (SD)	p / t	平均 (SD)	p / t
性別	男性(N=33)	6.00(5.67) $p=0.83$	1.72(1.94) $p=0.26$	2.21(2.32) $p=0.79$	1.33(1.71) $p=0.15$	0.73(1.42) $p=0.67$	49.88(8.38) $p=0.02^{**}$	46.11(9.18) $p=0.16$						
	女性(N=34)	6.29(5.40) $t=0.22$	2.26(1.93) $t=-1.14$	2.35(2.10) $t=-0.27$	0.76(1.48) $t=1.46$	0.91(2.09) $t=-0.42$	42.83(14.44) $t=2.43$	49.47(10.00) $t=-1.44$						
配偶者の有無	配偶者有(N=34)	5.09(4.68) $p=0.11$	1.97(1.90) $p=0.90$	2.00(2.06) $p=0.28$	0.76(1.39) $p=0.15$	0.35(0.98) $p=0.03^{**}$	49.43(7.77) $p=0.04^{**}$	46.71(9.46) $p=0.35$						
	配偶者無(N=33)	7.24(6.11) $t=1.62$	2.03(2.01) $t=0.13$	2.58(2.24) $t=1.45$	1.33(1.78) $t=1.45$	1.30(2.26) $t=2.22$	43.05(15.08) $t=-2.17$	48.95(9.92) $t=0.94$						
同居家族の有無	同居家族有(N=51)	5.86(5.27) $p=0.50$	2.02(1.88) $p=0.89$	2.14(2.07) $p=0.37$	0.94(1.65) $p=0.32$	0.76(1.74) $p=0.67$	45.41(13.17) $p=0.20$	47.95(10.14) $p=0.82$						
	同居家族無(N=16)	7.63(6.28) $t=0.69$	1.94(2.17) $t=-0.14$	2.75(2.41) $t=0.92$	1.38(1.45) $t=1.01$	1.00(1.97) $t=0.43$	49.09(8.61) $t=1.30$	47.38(8.36) $t=-0.23$						
障害分類	四肢障害(N=49)	5.88 (5.57) $p=0.50$	1.92 (1.82) $p=0.61$	2.04 (2.04) $p=0.14$	1.16 (1.75) $p=0.23$	0.76 (1.82) $p=0.61$	44.95 (13.20) $p=0.08$	48.60 (9.50) $p=0.30$						
	聴覚障害(N=18)	6.89 (5.37) $t=-0.68$	2.22 (2.26) $t=-0.51$	2.94 (2.15) $t=-1.53$	0.72 (1.13) $t=1.21$	1.00 (1.71) $t=-0.51$	49.93 (8.63) $t=-1.80$	45.68 (10.14) $t=1.06$						

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

表4. 障害分類による比較

		四肢 (N=49)		聴覚 (N=18)		p 値
		平均値(SD)	平均値(SD)	平均値(SD)	平均値(SD)	
	痛みの程度	3.47	(2.45)	3.67	(2.63)	0.78
	総合得点	5.88	(5.57)	6.89	(5.37)	0.51
	身体症状	1.92	(1.82)	2.22	(2.26)	0.57
GHQ	不安 / 不眠	2.04	(2.04)	2.94	(2.15)	0.13
	社会的活動障害	1.16	(1.75)	0.72	(1.13)	0.32
	うつ傾向	0.76	(1.82)	1.00	(1.71)	0.62
SF36	身体的QOL	44.95	(13.20)	49.93	(8.63)	0.14
	精神的QOL	48.60	(9.50)	45.68	(10.14)	0.28
CSQ 認知的対 処方略	願望思考	3.49	(3.67)	5.17	(3.62)	0.10
	破滅思考	1.61	(2.34)	2.67	(3.11)	0.20
	自己教示	3.78	(3.95)	6.39	(4.12)	0.02*
	注意の転換	3.10	(3.36)	5.83	(3.96)	0.01*
	思考回避	1.67	(2.28)	4.33	(3.58)	0.01*
	無視	2.24	(2.45)	4.28	(3.58)	0.04*
CSQ 行動的対 処方略	他行動活性化	5.33	(4.14)	5.94	(3.13)	0.57
	痛み行動活性化	5.73	(4.00)	6.22	(3.34)	0.65
時間的 展望体験 尺度	現在の充実感	17.41	(3.84)	17.78	(2.88)	0.71
	目標指向性	14.92	(4.38)	16.39	(3.84)	0.21
	過去受容	14.33	(3.67)	13.33	(2.91)	0.31
	希望	13.47	(4.02)	14.50	(2.57)	0.22

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

4.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 5)。

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 QOL」、「精神的 QOL」、CSQにおける「願望思考」「破滅思考」であった。

CSQの「願望思考」はGHQの総合得点、および身体的 QOLと有意な相関が見られた。「破滅思考」は、GHQの「総合得点」、SF36の「精神的 QOL」「身体的 QOL」すべてと有意な相関が見られた。

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」およびSF36精神的 QOLと有意な相関が見られ、精神的な指標との関連が見られた。一方「目標指向性」は「身体的 QOL」との間に有意な相関が見られた。

5.重回帰分析

複数の項目の中から「GHQ 総合得点」、SF36の「身体的 QOL」「精神的 QOL」に影響を与えている項目を評価するため、上記 3つの項目をそれぞれ従属変数とし、年齢、性別、障害分類、CSQ、時間的展望尺度を独立変数としてステップワイズ法による重回帰分析を行った(表 6)。

「GHQ28 総合得点」を従属変数とした場合、関連がある項目は、「現在の充実感」($\beta = -0.39$, $p < 0.01$)、「破滅思考」($\beta = 0.34$, $p < 0.01$)、であった ($R^2 = 0.32$, $p < 0.01$)。

SF36「身体的 QOL」を従属変数とした場合、関連の見られた項目は、「目標指向性」($\beta = 0.28$, $p < 0.05$)、「破滅思考」($\beta = -0.33$, $p < 0.01$)、「痛み行動活性化」($\beta = 0.23$, $p < 0.05$)であった ($R^2 = 0.20$, $p < 0.01$)。

SF36「精神的 QOL」を従属変数とした場合、関連の見られた項目は「現在の充実感」($\beta = 0.37$, $p < 0.01$)と「痛み行動活性化」($\beta = 0.28$, $p < 0.05$)であった ($R^2 = 0.20$, $p < 0.01$)。

表5. 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=67)			
		痛みの程度	GHQ28総合得点	SF36身体的QOL	SF36精神的QOL
	痛みの程度	—			
GHQ28	総合得点	0.10	—		
SF36	身体的QOL	-0.29*	-0.023	—	
	精神的QOL	-0.25*	-0.55**	-0.19	—
CSQ 認知的 対処方略	願望思考	0.41**	0.30*	-0.27*	-0.06
	破滅思考	0.45**	0.44**	-0.31*	-0.33**
	自己教示	0.194	0.25*	-0.19	-0.05
	注意の転換	0.21	0.07	-0.11	-0.02
CSQ 行動的 対処方略	思考回避	0.23	0.08	-0.01	-0.17
	無視	0.21	0.28*	-0.03	-0.16
	他の行動の活性化	0.23	0.07	0.15	-0.30*
	痛み行動の活性化	0.28*	0.05	0.16	-0.30*
時間的展望 体験尺度	現在の充実感	0.02	-0.48**	0.19	0.38**
	目標指向性	-0.15	-0.33*	0.35**	0.13
	過去受容	0.09	-0.32**	-0.09	0.19
	希望	-0.13	-0.42**	0.22	0.31**

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

表6. ステップワイズ法による重回帰分析の結果

従属変数	独立変数	SE	β	p value	VIF	R^2	F
GHQ28総合得点	現在の充実感	0.16	-0.39	0.00**	1.07	0.32	16.31**
	破滅思考	0.22	0.34	0.00**	1.07		
身体的健康	目標指向性	0.33	0.28	0.02*	1.05	0.20	6.46**
	破滅思考	0.56	-0.33	0.01**	1.13		
	痛み行動活性化	0.37	0.23	0.05*	1.10		
精神的健康	現在の充実感	0.30	0.37	0.00**	1.00	0.20	9.12**
	痛み行動活性化	0.28	0.28	0.01*	1.00		

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

D. 考察

今回の分析結果より、本研究の調査協力者となったサリドマイド胎芽症者のうち、46.3%は精神的QOL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。イギリス、スウェーデンにおける調査に

においても同様に、サリドマイド胎芽症者の精神的QOLは一般群と比較して差がないことを報告している^{3,4)}。

障害分類別に比較すると、齋藤の報告¹³⁾によれば、四肢障害群と聴力障害群との間で、1994年では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総合得点が有意に高かった。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。

重回帰分析の結果、痛みへの認知的対処方略の1つである「破滅思考」は、「GHQ総合得点」、「身体的QOL」において有意な関連が示された。このような「破滅思考」の傾向は痛みをより激しくし、精神的な苦痛も増加させると報告されている¹⁴⁾。痛みに対する行動的な対処方略である「痛み行動活性化」は「身体的QOL」、「精神的QOL」と有意な関連が見られた。「破滅思考」の回帰係数が負の値をとるのに対し、「痛み行動活性化」はこれらQOL尺度に正の値をとることから、QOL増加に関わる対処方略である可能性が示唆された。また、時間的展望体験尺度の「現在の充実感」は、「毎日の生活が充実している」や「今の生活に満足している」といった項目を含む下位因子であり、「GHQ総合得点」およびSF36の「精神的QOL」との間に有意な関連が示された。「現在の充実感」の回帰係数が、「GHQ総合得点」に対しては負の値、「精神的QOL」に対しては正の値をとることから、毎日の生活の充実感や満足感が、中年期を迎えたサリドマイド胎芽症者の精神的健康や精神的QOLの向上に寄与する可能性が示唆された。

本研究において調査協力者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、ドイツの報告²⁾と英国の報告³⁾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。先行研究と異なった結果が得られた理由として、本研究の調査協力者は、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行い、今後は、加齢にともなう身体的変化、心理面的変化、経済的問題、移動できる範囲やモビリティを含む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と思われた。

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QOL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、精神的健康度やQOLの低下には、身体的な痛みに対する対処方略の在り方や、時間的展望などが関わっている可能性も示唆された。本研究の調査協力者は、健康診断を受診した方に限られていた。健康診断に来られないサリドマイド胎芽症者がどのように過ごし、どのような困難があるのかといったところを検討していくことも、実態に沿ったサポートを考えていく上で重要であると考えられる。そこで、今後は調査方法や調査内容を再度検討し、調査協力者の拡大を目指すことも視野にいれて、研究を継続していきたい。また今後は、加齢にともなう身体的変化、心理面的変化、経済的問題、生活環境についても留意しながら、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) 木村壯介, 森吉百合子, 吉澤篤人. 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, 2012.
- 2) 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.
- 3) Newbronner, L., Chamberlain, R., Borthwick, R., & Baxter, M. Looking to the future: Evaluation of the Health Grant to Thalidomide-Impaired People. Year 2 Final report. Cambridgeshire: The Thalidomide Trust, 2012.
- 4) Ghassemi Jahani, S.A., Karlsson, J., Brisby, H., & Danielsson A.J. Health-related quality of life and function in middle-aged individuals with

thalidomide embryopathy. *Journal of Children's Orthopaedics*, 10 (6) : 691-703, 2016.

5) Imai, K., Iida, T., Yamamoto, M., Komatsu, K., Nukui, Y., & Yoshizawa A. Psychological and mental health problems in patients with thalidomide embryopathy in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 68 (6) : 479-486, 2014.

6) Goldberg DP, Hillie VF : A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 9 (1) : 139-145, 1979.

7) 中川泰彬, 大坊郁夫. 精神健康調査票手引 : 日本語版 GHQ 日本文化科学社, 1985.

8) 福原俊一・鈴木よしみ SF-36v2 日本語版マニュアル : iHope International 株式会社, 2004, 2015. 京都.

9) 大竹恵子, 島井哲志. 痛み経験とその対処方略 女性学評論 16, 143-157, 2002.

10) 白井利明. 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, 1994.

11) 堤明純, 堤要, 折口秀樹, 高木陽一, 詫摩衆三, 萱場一則, 五十嵐正紘. 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* 41(10), 965-974, 1994.

12) 堤明純, 萱場一則. 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, 2000.

13) 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.

14) Sullivan, M.J.L., Thorn, B., Haythornthwaite, J.A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, & L.A., Lefebvre, J.C. Theoretical Perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*. 17, 52-64, 2001.

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