

分担研究題名：自殺の実態および自殺予防策の検討に関する研究

分担研究者 岸 泰宏 日本医科大学千葉北総病院
研究協力者 黒澤 尚 日本医科大学千葉北総病院
小泉 幸子 日本医科大学千葉北総病院
小西 俊一郎 日本医科大学千葉北総病院
木村 真人 日本医科大学付属病院
坂本 博子 日本医科大学付属病院
栄 兼作 日本医科大学付属病院
田中 耕司 九州厚生年金病院
内富庸介 国立癌センター東病院

研究要旨

自殺の実態と予防の研究のため、2つの研究を行った。一つは、日本医科大学高度救命救急センターに収容された自殺企図症例に対して精神科診断面接を行った。その結果、すべての症例に精神科診断をつけることが可能であり、なかでもうつ病（大うつ病、小うつ病）が自殺企図に大きく影響を与えていることが示唆された。また、もう一つの研究では、総合病院に勤務する精神科医（あるいは総合病院精神医学）が自殺予防に寄与することが可能であろう方策について検討し、実践的プログラム作成のための調査表（とくにうつ病に焦点をあてて）を作成した。最終的な目標は、うつ病発見ならびに自殺予防のための簡便であり実践的なスクリーニング方法の確立である。次年度には実際に今年度作成した調査票を配布し検討を行う予定である。

研究目的

自殺での死亡率は全世界的にみても高率であり、人口10万に対して10-20とされている。国により異なるが、少ない国では人口10万対10、多い国では人口10万対40にも達する。本邦においては、毎年年間20000人以上の人が自殺にて死亡しており、これは交通事故死亡者の2倍以上に達している。厚生省発表の平成8年人口動態統計によれば自殺死亡者総数は22138人、死因順

位では第6位であり、死亡率は人口10万対17.8である。平成9年人口動態調査によれば、自殺死亡者総数は23494人と若干の増加を認め、平成8年と同様死亡順位は第6位である（死亡率は人口10万対18.8）。

自殺企図は自殺完遂の少なくとも1.5倍以上は認められるとされており、医療現場では頻繁に認められる状態の一つである(Hirshfeld RMA, Russel JM, 1997)。

本邦には、第3次救命救急セ

ンターという世界的にみて特殊な医療施設が存在しており自殺研究に寄与することができる。第三次救命救急センターに搬送される自殺企図症例は重症例が多く、かつて言われていた自殺未遂症例と自殺既遂症例の境界症例を扱っている事が多い。したがって、通常の医療では救命しきれなかった症例が救命される事が多くなり、より自殺完遂に近い症例から精神医学的情報を得ることが出来る。

1990年に行われた多施設研究として全国12の救命救急センターに収容された自殺企図者の実態調査がある(黒澤ら1990)。この調査の目的は、救急医療施設が扱う自殺企図の実態を調査するためと、救急医療における精神科医の関与方法の検討であった。調査内容は、自殺の定義をみたすかどうか、自殺未遂と既遂の区分、自殺企図手段、自殺企図回数、自殺の動機のある・なし、精神科疾患区分、精神科受診歴、精神科医の介入についてであり、精神科診断分類は“うつ病圏”“分裂病圏”“神経症圏”“乱用・依存”“その他”と分類されている。12施設の自殺未遂者の診断分類は、うつ病圏(23.2%)、分裂病圏(24.2%)、神経症圏(38.3%)、乱用・依存(2.7%)、その他(11.7%)とされている。これらの結果から、自殺企図症例ではすべての症例で精神科診断をつけることが可能であり、精神科的介入により自殺企図を防ぎえる可能性が示

唆されている。今回の厚生科学研究では、救命救急センターにおいて精神科診断面接を実施し、自殺企図症例の背景等を明らかにすることを一つの目的とした。

さらに、自殺の予防の立場から、どのような介入法が有効であるのか、総合病院が何らかの自殺予防に寄与できないかの検討を行った。本邦における研究において(高橋ら1998)65歳以上の老人を対象に自殺予防活動を行った報告がある。自己評価うつ病尺度を利用し、うつ病が疑われる老人について診断面接を行い、うつ病と診断された症例については適宜介入を試みている。これらの活動の結果、その地域の(対象者平均1032人/年)老人自殺率は434.6対10万から123.1人対10万に減少している。つまり、うつ病の早期発見、早期治療により自殺を予防することが可能な点が示されている。欧米での研究でも同様な点が指摘されている。SwedenのGotland島(人口56000人)で、島内すべてのgeneral practitionerに対して(18人)感情病の診断と治療の教育プログラムを実施したところ、一年後には自殺率が減少したと報告している(Rutz et.al 1989)。このように比較的小規模な地域では、うつ病の早期発見ならびに早期治療のプログラムを地元診療所医師、保健婦、行政機関が連携し実施することにより自殺率を減少させることが可能である。しかしながら、こういった地

域に密着したうつ病の早期発見・治療プログラムを本邦において全国規模で（とくに都会において）行っていくのは現実的には困難である。そこでわれわれ総合病院精神科医（あるいは総合病院精神医学）が自殺予防に寄与することが可能であろう方策について議論を行い、実践的プログラム作成を研究目的とした。

研究方法ならびに研究結果

I. 救命救急センターに収容された自殺企図症例

1998年4月1日～1998年12月31日まで日本医科大学付属病院高度救命救急センターに収容された自殺企図症例の検討を行った。このうち、精神科診断面接の行えた60症例について検討を行った。いままでの報告同様にすべての自殺企図症例に対して精神科診断をつけることが可能であった。その内訳は、精神病性障害（精神分裂病など）が15症例、大うつ病が18症例、適応障害が25症例、その他2症例であった。適応障害の中には、閾値下うつ病（小うつ病）も含まれており（11症例が自殺企図を除いた症状においても小うつ病の診断基準を満たす）、うつ病性障害による自殺企図が最も多かった。うつ病は治療可能な疾患であるため、うつ病に対する啓蒙を行うことで自殺企図を防ぐことが可能である点があった

めて示唆された。また、精神病性障害の症例においても、2症例は病的異常体験（幻聴や妄想）に左右されたわけではなく、うつの心性が自殺企図に強く関与していた。

今後の課題としては、自殺企図前行動（精神科・身体科受診など）等を明らかにし、自殺予防に役立てていきたい。

II. 総合病院における自殺予防策の検討

自殺の危険性は老人や慢性的な身体疾患に罹患している症例で高くなる。多くの研究者たちが、身体疾患と自殺の関連性を指摘している。たとえば、Robinsらは(1959)、134症例の自殺既遂を対象に調査をおこなっている。自殺既遂者の友人・親類・知人を対象としたインタビュー、病院・警察・社会福祉事務所の記録を調査したところ、自殺企図時点で、46%の症例に何らかの身体疾患が存在しており、21%の症例では身体疾患が自殺に強く関わっていたとしている。Seagar & Flood(1965)は、324自殺既遂症例の調査で、65症例(20%)が日常生活に障害をきたす身体疾患を自殺企図時点に抱えていたと報告している。そのうち、78%は慢性疾患であり、既遂者の11.4%(47症例)で身体疾患が積極的に自殺と関連していたことを指摘している。Mackenzie & Popkin(1987)による総説

では、自殺既遂者の 20-70%に何らかの身体疾患が存在しており、11-51%では身体疾患が自殺企図に強い影響を与えているとしている。

さて、身体疾患と自殺企図の関係をどのように考えたらよいだろうか。現在までの研究によると、精神科疾患の合併がない症例、つまり身体疾患のみに罹患している症例の自殺企図は、ごくまれであることがわかっている。たとえば、Robinsらは、先に挙げた研究において、少なくとも70%の症例が精神障害、とくにうつ病あるいはアルコール乱用・依存を自殺企図時に合併していたと報告している。多くの研究者が指摘しているように、身体疾患の合併は大うつ病の危険因子である。およそ12-36%の身体疾患をもった患者が大うつ病を発症する(Depression Guideline Panel:1993)。これは、一般人の大うつ病発症率(約4%)と比較してはるかに危険率が高い。なお、診断に関して議論となるのが、身体疾患をもつ患者の大うつ病の診断基準である。大うつ病の診断に必要な項目(たとえば疲労感、食欲低下、体重減少)が身体疾患によるものであり、うつ病の症状でない可能性がある。もし身体疾患によるかもしれない症状を大うつ病の診断に使用してしまうと擬陽性率が高まるのではないかとの疑問が生じる。しかし、大うつ病という症候群において、診断に必要な5つの症状が身体疾患のみにより同時に生じることは少な

い。Federoffら(1991)、Katholら(1990)による研究では、擬陽性率は1.5%-8.0%に過ぎない。したがって、身体症状か精神症状か判断が出来ない場合でも、症状が存在したなら大うつ病の診断に必要とされる症状として評価を行っても問題はない。

いわゆる“terminally ill”患者の自殺念慮・企図についての研究がある。Brownら(1986)は、44症例の terminally ill 患者のうち、10症例のみが自殺念慮を呈したことを報告している。しかも、この10症例は全てDSM-IIIによる大うつ病の診断基準を満たしていたことを指摘している。Leibenluft & Goldberg(1988)は、自殺念慮のある6症例の terminally ill 患者について報告している。すべての症例はうつ病を発症しており、うつ病の治療に反応した。したがって、terminally ill の患者といえども、身体的に正常な患者と同様の精神医学的評価を行い、決して自殺念慮が重度の身体疾患から生じる避けることの出来ない思考と考えるはいけない。

まとめると、現在までの身体疾患と自殺に関する研究では、うつ病あるいはアルコール乱用・依存との関連の深さが指摘されている。

さて、一般的に自殺症例の約50%は大うつ病エピソード中の企図であるといわれている(Barraclough B et al: 1974, Doepat & Ripley: 1960)。これらの点は以前より指摘されつづけているものの、一向に自殺率の低

下は認められない。大うつ病は治療可能な疾患であるにもかかわらずである。これは、大うつ病で自殺した症例は、大うつ病と的確な診断がされていないか、あるいは適切な治療がなされていないことによる可能性が高い(Isometsa ET, et al: 1994, Modestin J & Schwarzenbach F: 1992, Isacsson G, et al: 1992, Isacsson G, et al: 1994, Rihmer Z, et al: 1990)。いわゆる”psychological autopsy”の研究において、大うつ病症例の 9-33%の症例しか抗うつ剤の処方を受けておらず、その中でも少数しか至適量の抗うつ剤が投与されていない(Isometsa ET, et al: 1994, Isacsson G, et al: 1992)。

身体疾患の現場での精神疾患発症率は、プライマリーケアの現場において 21-26%、入院症例においては 30-60%とされている(Task Force on Healthcare Value Enhancement, Academy of Psychosomatic Medicine ,1997)。大うつ病の発症率はプライマリーケアにおいて5-14%、入院症例において 15%以上といわれている(Task Force on Healthcare Value Enhancement, Academy of Psychosomatic Medicine ,1997)。しかしながら、精神疾患全体でみて約 11%の症例、うつ病では約 14-50%の症例のみしか正しく診断されていない(Task Force on Healthcare Value Enhancement, Academy of Psychosomatic Medicine ,1997)。

このように身体疾患・自殺・

うつ病の関係の深さが示唆されてはいるものの、現実問題として介入方法が見つからないのが現状である。とくに、身体疾患の治療現場において精神疾患に対応するための確立されたプログラムは存在していない。そこで本研究班では、総合病院における実践的な自殺予防方法の検討(とくにうつ病の早期発見)を行った。

まず、さまざまなデータが示しているとおりに、臨床現場において精神科的問題がルーチンで評価されることは少ない。とくに、大うつ病(うつ病性障害)は身体疾患に伴って存在しているとしても適切な介入により治療可能であるが、見逃されていることが多い。現状としては精神科評価が必要な点はわかっているが、実際評価を受けている症例は少ない。卒前・卒後の医学教育が重要なものはいくつもないが、教育に効果が現れるには時間がかかる。そこで、現状に沿った精神科評価を行うためのシステム作りが必要になる。

現実問題として、すべての症例の精神科的评价は不可能である。そこで、入院時あるいは外来受診時に簡単な自記式質問表を配布し、それを第一段階のスクリーニングとし、必要な症例のみを Standard な精神科評価に進ませるのが合理的と考える。そこで、簡便なスクリーニング方法(いわゆる first-step screening)を確立することを第一の目的とした。さらに、併行してうつ病評価尺度、不

安評価尺度、自殺念慮評価等を行い、それぞれの関係について検討を行うことを目的とした。次年度はこの調査を実際実施し、検討を加えていく予定である。

実際の調査計画

目的

- うつ病に罹患している可能性のある症例を、ベッド・サイドあるいは外来で簡便に施行できるスクリーニング方法を確立する
- 外来あるいは入院中の症例の自殺念慮ならびにうつ病、不安との関連性について調査し、スクリーニング方法を検討する

対象症例に対して、スクリーニング用紙 (First step screening 用) を施行してもらう。それと併行して、自記式うつ病評価尺度 (CES-D) ならびに自記式不安評価尺度 (STAI-I ならびに STAI-II) を施行してもらい、スクリーニング用紙の有用性を検討する。また、背景調査表も施行し、自殺念慮評価、アルコール依存・乱用スクリーニング、社会的背景等の調査も行う。

調査項目

スクリーニング用紙 (First Step Screening 用紙)

これは、PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) の概念を参考に作成した (Spitzer RL, et al; 1994)。PRIME-MD は 2 つのテ

ストに分かれており、第一項目は患者への質問表で医師が問診する前に患者が自分で記入する。2 つめのテストが医師が患者を評価するための構造化面接である。この構造化面接では、最初の患者への質問で「ある」と答えた症状項目について質問する形式となっている。本研究では、この第一項目の概念を用い、うつ病の評価が必要な症例をピック・アップすることを一つの目標としている。スクリーニング用紙の質問項目には、身体症状に加えて“抑うつ気分”、“興味の喪失”の項目を設けた。これは、DSM-IV の大うつ病の診断をつけるために必須の項目であり、さらに、“痛み”に関しても Visual Analog Scale を使用し評価を行う。

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977)

アメリカの National Institute of Mental Health の疫学研究センターがうつ病の疫学研究用に開発したものである。20 項目からなり、0 点から 3 点の 4 段階で回答する。その他の自己記入式尺度 (Beck Depression Inventory; BDI, Zung Self-Rating Depression Scale; SDS) との尺度間の相関は高い。BDI は認知的な症状、SDS は身体症状、CES-D は感情症状を重視している点に多少の差異が認められる。日本語版の妥当性・信頼性については島ら (1985) によって検討されている。

State-Trate Anxiety Inventory (STAI) (Spielberg CD, et al;1970)

STAI は Spielberg ら(1970)によって開発された不安に対する質問表である。状態不安と特性不安をそれぞれ分けて評価できるようになっている。質問項目はそれぞれ 20 項目で合計 40 項目からなる。

背景ならびに症例への展望ならびに 自殺念慮に関する調査表

- (1) 婚姻状況
- (2) 家族構成
- (3) 職業
- (4) 喫煙状況
- (5) 飲酒状況 (CAGE: Ewing JA, 1984 を使用)
- (6) 罹病期間
- (7) 現在の悩み
- (8) 将来についての展望
- (9) 自殺念慮評価

結論ならびに今後の課題

救命救急センターにおける調査研究では、先における研究と同様にすべての症例において精神科疾患の診断が可能であった。なかでも大うつ病ならびに適応障害（小うつ病を含む）など“気分”の問題が自殺企図に寄与していることが多い点が示唆された。したがって、適切な精神医学的介入により自殺企図を抑止することが可能である点があ

ためて示唆された。今後の救命救急センターにおける研究においては、自殺企図前行動、身体疾患合併率、社会サポートの問題等を調査継続していく予定である。

総合病院における自殺予防においては、本年度作成した質問紙を総合病院入院症例ならびに外来症例に実際に使用し、次年度検討を加えていく予定である。

参考文献

- Barraclough B, Bunch J, Nelson B, et al: One hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974;125:355-373
- Brown JH, Henteleff P, Barakat S, et al. Is it normal for terminally ill patients to desire death?. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 208-211.
- Depression Guideline Panel. Depression in primary care: volume 1. detection and diagnosis, AHCPR Publication, Rockville, MD, 1993
- Dorpat TL, Ripley HS: A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psychiatry* 1960;1:349-359
- Ewing JA: Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. *JAMA* 1984;252:1905-1907
- Federoff JP, Starkstein SE, Parikh RM, et al. Are depressive symptoms non-specific in patients with acute stroke? *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1172-1176.
- Hirshfeld RMA, Russel JM: Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337:910-915
- Isacson G, Bergman U, Rich CL: Antidepressants, depression and suicide: an analysis of the San Diego study. *J Affect Disord.* 1994; 32: 277-286
- Isacson G, Boethius G, Bergman U: Low level of antidepressant prescription for people who later comitt suicide: 15years of experience from a population-based drug database in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:444-448
- Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, et al: Suicide in major depression. *Am J Psychiatry* 1994;151:530-536
- Kathol RG, Mutgi A, William SJ, et al. Major depression diagnosed by DSM-III, DSM-III-R, RDC, and Endicott criteriain patients with cancer. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1021-1024.
- Leinbenluft E, Goldberg R. The suicidal, terminally ill patient with depression. *Psychosomatics* 1988; 29: 379-386.
- Mackenzie TB, Popkin MK. Suicide in the medical patient. *Int J Psychiatry Med* 1987; 17: 3-22.
- Modestin J, Schwarzenbach F: Effect of psychopharmacotherapy on suicide risk in discharged psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scan* 1992;85:173-175
- Radloff LS: The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1:385-401
- Rihmer Z, Baris J, Veg K, et al: Suicide rates in Hungary correlate negatively with reported rates of depression. *J Affect Disord* 1990;20:87-91

- ④ Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, et al. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 1959; 49: 888-899
- ④ Rutz W, von Knorring L, Wailder J: Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80: 151-4
- ④ Seager CP, Flood RA. Suicide in Bristol. *Br J Psychiatry* 1965; 111: 919-932
- ④ Spielberger CD, Grousuch RL, Lushene RE: Manual for the state trait anxiety inventory. Consulting Psychologist Press, Palo Alto Calif, 1970
- ④ Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1994;272:1749-1756
- ④ Task Force on Healthcare Value Enhancement, Academy of Psychosomatic Medicine: Mental disorder in general medical setting. Kendall/Hunt Publication Company, Dubuque, Iowa, 1997
- ④ 高橋邦明、内藤明彦、森田昌宏、他：新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動-老年期うつ病を中心に- *精神神経学雑誌* 1998, 100: 469-485
- ④ 黒澤尚、岩崎康孝：救命救急センターに収容された自殺企図者の実態：12施設のまとめ *救急医学* 1991;15 651-653

質問表

質問表の最初の説明文をよくお読みになってから、あまり深く考えず、第一印象を大切にしてお答え下さい。

なまえ： _____ 性別 男性 女性

年齢： _____

記入日： _____

この一ヶ月のことについてお聞きします。

当てはまる項目がありましたら□に をつけて下さい。

- 腹痛
- 腰痛
- 腕，足，関節痛（膝，足の付け根など）
- 生理痛
- 頭痛
- 胸痛
- めまい
- 意識がなくなる発作
- 気分の落ち込み，希望がない
- 動悸
- 息切れ
- 疲れやすい，活力低下
- 食欲がない
- 便秘，下痢
- 嘔気，嘔吐
- 眠りにくい，ぐっすり眠れない
- 何をするにも興味，喜びがない
- 死ねるものなら死んでしまいたい
- 小便がちかい
- 手足が震える

痛みのあるかたに質問です。 あなたの痛みの強さは，下のものさしで表すとどこに相当しますか？ 0は「痛みがない」で100が「想像できる最も激しい痛み」を示しています。 現在の痛みの強さに相当するところに印（○）をつけて下さい。



以下の質問にお答え下さい。 □に✓ ならびに____に御記入下さい。

1. 婚姻状況を教えてください

未婚 結婚 離婚 別居 死別

2. お子さんはいいますか

はい ____人 いいえ

3. 家族構成を教えてください

自分を含めて ____人で住んでいる

4. どんなお仕事をしていますか（いましたか）？

今も仕事を続けていますか？

はい いいえ

おやめになったのは今の病気が原因ですか？

はい いいえ

5. 喫煙はしますか？

はい ____本 いいえ

6. 家でお酒は飲みますか

はい いいえ

「はい」とお答えの方に質問です。

これまでに酒量を減らさすべきだと思ったことがありますか？

飲酒を注意されていらだったことがありますか？

飲酒することに罪の意識を持ったことがありますか？

気分を落ち着かせるためや二日酔いのために、朝、迎え酒をしたことがありますか？

7. いつから今回入院あるいは通院中となった病気にお罹りですか？

____年 ____ヶ月前から

病名（症状） _____

8. 現在、いちばん気になっていることは、なんですか？

- 病気のこと
- お金のこと
- 仕事のこと
- 家庭や家族のこと
- 恋人のこと
- 法的なこと

そのことが気になって、何も手につかないことがありますか？

- ある
- ない

その悩みの苦しきから逃れるために、いっそ死んでしまおうか
と思うことが、ありますか？

- ある
- ない

9. 将来についての展望についてお聞かせ下さい

- 将来について特別悲観も失望もしていない
- 将来に対して失望的である
- 症例に対する希望が何もない
- 悩みから解放される時はこないと思う
- 将来に対する希望はまったくなく、よくなることはないように思う

10. 現在のあなたの気持ちをお聞かせ下さい

- 自分から死のうという気は全くない
- 自分自身の死や他人の死、あるいは死全般についてよく考える
- 事故で死んだらいいというような漠然とした死への期待感がある
- 自分から死ぬことを考えることはあるが実行はしようとは思わない
- 私が死んだ方が家族にとってはむしろよいだろうと思う
- できさえすれば私は自殺してしまいたい
- どうやって自分から死ぬかという計画がある
- 自殺を最近試みた

CES-D

この 1 週間のあなたのからだや心の状態についてお聞きいたします。まず、下の 20 の文章を読んで下さい。

それぞれのことがらについて、

この 1 週間で全くないか、あったとしても 1 日も続かない場合は A、
週のうち 1～2 日なら B、
週のうち 3～4 日なら C、
週のうち 5 日以上なら D、 のところを○でかこんでください。

- | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|---|
| 1 普段は何でもないことが煩わしい。 …………… | A | B | C | D |
| 2 食べたくない。食欲が落ちた。 …………… | A | B | C | D |
| 3 家族や友人から励ましてもらっても、気分が晴れない。 …………… | A | B | C | D |
| 4 他の人と同じ程度には、能力があると思う。 …… | A | B | C | D |
| 5 物事に集中できない。 …………… | A | B | C | D |
| 6 憂うつだ。 …………… | A | B | C | D |
| 7 何をするのも面倒だ。 …………… | A | B | C | D |
| 8 これから先のことについて積極的に考えることができる。 …………… | A | B | C | D |
| 9 過去のことについてくよくよする。 …………… | A | B | C | D |
| 10 何か恐ろしい気持ちがある。 …………… | A | B | C | D |
| 11 なかなか眠れない。 …………… | A | B | C | D |
| 12 生活について不満なくすごせる。 …………… | A | B | C | D |
| 13 普段より口数が少ない。口が重い。 …………… | A | B | C | D |
| 14 一人ぼっちで寂しい。 …………… | A | B | C | D |
| 15 皆がよそよそしいと思う。 …………… | A | B | C | D |
| 16 毎日が楽しい。 …………… | A | B | C | D |
| 17 急に泣きだすことがある。 …………… | A | B | C | D |
| 18 悲しいと感じる。 …………… | A | B | C | D |
| 19 皆が自分を嫌っていると感じる。 …………… | A | B | C | D |
| 20 仕事が手につかない。 …………… | A | B | C | D |

STAI-I

下に文章がならんでいますから、読んで、この質問紙を記入している今現在のあなたの気持ちをよく表すように、それぞれの文の右の数字に○をつけて下さい。考え込まないで、今の自分の気持ちをよくあうと思う所に○をつけて下さい。

	全 く ち が う	い く ら か	ま あ そ う だ	そ の 通 り だ
1 気が落ち着いている	1	2	3	4
2 安心している	1	2	3	4
3 緊張している	1	2	3	4
4 くよくよしている	1	2	3	4
5 気楽だ	1	2	3	4
6 気が転倒している	1	2	3	4
7 何か悪いことが起こりはしないかと心配だ	1	2	3	4
8 心が休まっている	1	2	3	4
9 何か気がかりだ	1	2	3	4
10 気持ちがよい	1	2	3	4
11 自信がある	1	2	3	4
12 神経質になっている	1	2	3	4
13 気がおちつかず、じっとしてられない	1	2	3	4
14 気がピンと張りつめている	1	2	3	4
15 くつろいだ気持ちだ	1	2	3	4
16 満ち足りた気分だ	1	2	3	4
17 心配がある	1	2	3	4
18 非常に興奮して、体が震えるような感じがする	1	2	3	4
19 何かうれしい気分だ	1	2	3	4
20 気分がよい	1	2	3	4

STAI-II

下に文章がならんでいますから、読んで、今度はあなたのふだんの気持ちをよく表すように、右の数字に○をつけて下さい。あまり考え込まないで、ふだん感じている通りにつけてください。

	ほ と ん ど な い	と き た ま	し ば し ば	し よ っ ち ゅ う
21 気分がよい.....	1	2	3	4
22 疲れやすい.....	1	2	3	4
23 泣きたい気持ちになる.....	1	2	3	4
24 他の人のように幸せだったらと思う.....	1	2	3	4
25 すぐに心が決まらずチャンスを使いやすい.....	1	2	3	4
26 心が休まっている.....	1	2	3	4
27 落ち着いて、冷静で、あわてない.....	1	2	3	4
28 問題が後から後から出てきて、どうしようもないと感じる.....	1	2	3	4
29 つまらないことを心配しすぎる.....	1	2	3	4
30 幸せな気持ちになる.....	1	2	3	4
31 物事を難しく考えてしまう.....	1	2	3	4
32 自信がないと感じる.....	1	2	3	4
33 安心している.....	1	2	3	4
34 危険や困難を避けて通ろうとする.....	1	2	3	4
35 憂うつになる.....	1	2	3	4
36 満ち足りた気分になる.....	1	2	3	4
37 つまらないことで頭がいっぱいになり、悩まされる.....	1	2	3	4
38 何かで失敗するとひどくがっかりしてそのことが頭を離れない.....	1	2	3	4
39 あせらず、着実に運ぶ.....	1	2	3	4
40 その時気になっていること考えだすと、緊張したり、 動揺したりする.....	1	2	3	4

たいへんお疲れさまでした。 つけ忘れがないかももう一度確認下さい。
ご協力いただきまことにありがとうございました。