

いと女性でも高く、有意の関連がみられた ($r=0.884$, $p<0.01$)。すべての保健医療圏で男女とも全国と比較して有意に高く、なかでも二戸(男性 1.98、女性 2.28)、久慈(男性 2.24、女性 2.14)、三戸(男性 2.07、女性 2.07)の3保健医療圏は岩手県平均より有意に高かった。岩手中部と十和田が次に高く、低い保健医療圏は盛岡と八戸であった。

20年間の観察期間を前期(1981-1990年)と後期(1991-2000年)に分けてSMRを比較すると、男性では全国の平均は1.01から1.00と変化はなく、岩手県も1.50から1.40とやや減少したが有意ではなかった。女性では全国の状況は前期に比べて後期はSMRで1.13から0.90と有意に減少し、岩手県でも同様に有意の減少を認めた。保健医療圏別の動向をみると、自殺高率保健医療圏である二戸、久慈、三戸の位置付けに変化はなかった。

3) 岩手県9保健医療圏の自殺SMRと社会生活要因の関連

各種社会生活指標および自殺SMRとの関連を表2に示した。医療圏人口は都市部を含む盛岡が一番多く、ついで岩手中部、胆江、両磐の内陸部の医療圏が多い。沿岸部や県北部では人口減少傾向を認め、完全失業率、所得などの経済指標も内陸部に比べ低い傾向を認めた。総病床数や医師数も県北部や沿岸部で内陸部に比べて低い傾向を認めた。酒類消費量は両磐、気仙の県南部の地区で低く、盛岡、久慈がやや高

かった。

社会生活指標と自殺SMRの関連をみると、男性では完全失業率が有意の正の相関を認め、女性では総病床数、医師数、第3次産業就業者比率で有意の負の相関を認めた($p<0.05$)。酒類消費量が高いほど男性SMRが高い関連がみられたが有意ではなかった。人口密度、1人あたり所得は男女とも負の相関を認めたが有意の関連はみられなかった。

D. 考察

1) 死亡要因としての自殺の意義

自殺率は高い国と低い国に10倍以上の大きな差がみられ、我が国は先進7ヶ国の中で最も自殺率が高い国である。自殺者が1人いると少なくとも家族や近親者などの周囲の平均6人に深刻な影響を与えるとされ、地域社会や家族にとっても大きな問題である。

自殺予防の研究は欧米諸国を中心に行われているが、我が国では自殺は要因が明らかでないこと、それをタブー視する風潮があり、これまで自治体による生活習慣病予防のような対策はほとんど行われてこなかった。こうしたなか「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」のなかで自殺の問題は具体的な目標が掲げられ、予防対策が始まっている。

しかし我が国の自殺の要因に関する報告は症例報告や特定施設での個人のリスク検討が主であり、地域や職域などの集団に関する要因の解析については学問的な集積がまだまだ十分ではない。本研究は自殺の地域集積性とその要因について検討したものであり、今後の地域での予防対策を進めるにあたり重要な情報を与えると考える。

2) 社会生活要因との関連

自殺と社会要因の関連を検討するため公表されており、かつ保健医療圏別に集計可能な11の指標について、岩手県の保健医療圏別に求め自殺率との関連を検討した。自殺の危険因子のひとつにアルコール症があり、成人1人あ

表2 岩手県内9保健医療圏における主な社会生活指標と男女の自殺標準化死亡比(SMR,1981-2000年)との相関係数

	岩手県	Spearmanの順位相関係数	
		男性	女性
人口 (人)	1416928		
人口密度 (人/km ²)	92.7	-0.66	-0.53
人口増減率 ¹⁾ (%)	-0.4	-0.25	-0.25
老年人口割合 (%)	14.5	-0.43	0.18
完全失業率 (%)	2.63	0.70	0.30
一人あたり所得 (千円)	837	-0.47	-0.45
総病床数 (/10万人)	1911	-0.53	-0.75 *
医師数 (/10万)	154	-0.55	-0.73 *
第1次産業就業者率 (%)	21.1	0.18	0.42
第2次産業就業者率 (%)	28.8	-0.18	0.53
第3次産業就業者率 (%)	50.2	-0.07	-0.68 *
成人1人あたり酒類年間消費量 (日本酒換算L)	79.6	0.53	-0.10

1) 1980年から2000年における値 2) 1999年の値、その他の指標は1990年の値
*: $p<0.05$

たりの酒類年間消費量も加えて算出したが、保健医療圏の再編成により前半期における算出が困難であった。本研究では失業率、医師数、病床数、第3次産業就業者率において関連が認められ、保健医療圏単位における社会指標との関連を本邦で初めて明らかにした。

男性では失業率において、他の経済指標である所得より強く有意な関連が認められた。失業率は経済状況の変化を示す指標であるが、所得の現状よりも家庭での収入の担い手である男性の自殺状況をよく反映しているためと考えられた。女性では総病床数や医師数といった医療指標と第3次産業就業者率といった都市化に関する指標との関連が認められた。男女の社会生活要因との関連の違いは、男性は経済的な影響を受けやすい中高年男性の自殺者の割合が多く、女性では高齢者の割合が多いことによる可能性がある。成人1人あたり酒類年間消費量は男女とも有意な関連を認めなかった。飲酒に関しては飲酒習慣をもつ者に関する解析が必要であり、自殺との関連の検討には多量飲酒者割合などの指標がより適切と考えられた。自殺高率地区である二戸と久慈は医療圏の規模から各種社会指標まで地域の特性が類似していた。しかし沿岸部の気仙、釜石、宮古も社会生活要因が類似しており、沿岸地域における自殺率の違いを説明できなかった。

岩手県は地理的かつ歴史的な要因から沿岸部、内陸部、県北部、県南部では文化的な差がみられる。自殺率の高率な二戸、久慈と隣接する三戸は歴史的に文化的なつながりが強く、この地区の自殺が高率な要因として死生観や宗教観など地域の文化・風土的な要因が関与している可能性がある。また八戸や盛岡に関しては自殺率が比較的低い要因として都市化の要因の関与が示唆された。

E. 結論

本研究では自殺の地域集積性について検討し、都道府県間とともに保健医療圏間でも地域

差がみられた。保健医療圏単位による地域差の検討では、男性は経済の動向を示す指標である失業率で、女性では総病床数や医師数といった医療に関する指標と第3次産業就業者率といった都市化に関連する因子に関連していた。

岩手県は自殺率が高率でかつ県内の自殺率に大きな地域差を認めることが特徴であり、日本国内の自殺の地域差を解明し、自殺予防対策のモデル地区として適していると考えられる。岩手県北から青森県にかけての地域で自殺率が高く、予防対策は県境を越えた広域で取り組む必要があるであろう。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

野原勝、小野田敏行、岡山明. 自殺の地域集積とその要因に関する研究. 厚生指標 (印刷中)

2. 学会発表

野原勝、岡山明. 岩手県における自殺死亡の地域差に関する研究. 第12回日本疫学会学術総会講演集 2002; 12: 178.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

高度救急救命センターにおける大量服薬患者の症候論的検討

分担研究者 遠藤重厚・岩手医科大学医学部救急医学講座教授

研究要旨

高度救命救急センターに収容された自殺企図者52名について、大量服薬者24名とそれ以外の28名に分けて検討した。大量服薬者は比較的若年齢で女性が多く、死亡の転帰をとった者はなかった。大量服薬者の病像は神経症圏内で、心氣的傾向が重要因子であること、企図手段に致死性が乏しいこと、ストレス関連性障害との親和性あることが明らかとなった。以上より「大量服薬」という行為には、死に対する恐怖と現実からの逃避という2つの意味性が混在していることが示唆された。

A. 研究目的

自殺企図は医療現場では頻繁に認められる状態である。特に、大量服薬患者は精神的に頻度の多い状態である。高度救命救急センターにおいては、救急車により搬入されるケースを全て受け入れており、自殺企図症例は軽症から重症に至るまで対応する。このため、救急救命センターの症例を対象にして、大量服薬患者の実態を検討することは極めて重要な意義があると思われる。今回我々は、高度救命救急センターにおける自殺企図者の実態及び大量服薬患者の症候論的検討を目的として調査を行った。

B. 研究方法

本調査の対象は平成14年4月1日から7月31日まで4ヶ月間に岩手県高度救命救急センターに収容された1201件（内精神科関連115件）を母集団とし、自殺企図者52名中大量服薬を主訴として精神科対応となった患者24名を対象とした。対象の評価は、岩手県高度救命救急センター精神科常勤医1名と岩手医科大学神経精神科医師1名によって行った。精神症状評価は、患者が症状軽快してから、患者自身に関する問診の他に、カルテや患者家族や関係者などからの情報による患者背景を補助資料とした。患者評価は、精神症状評価尺度としてBPRS、GAS、HAM-Dを使用し、診断に際しては、ICD-10を使用した。結果の統計処理については、SPSS for Windows ver. 10を使用した。

C. 研究結果

全自殺企図手段内訳（N=52）の内訳は大量服薬が21件（40.58%）、大量服薬＋排ガ

ス吸引が2件（3.84%）、大量服薬＋縊頸が1件（1.92%）と大量服薬が50%近くを占めた。大量服薬以外の内訳は、縊頸7件（13.46%）、服毒7件（13.46%）、飛び降り4件（7.69%）、排ガス3件（5.77%）、手首自傷3件（5.77%）、腹部切開3件（5.77%）、飛び出し1件（1.92%）であった。

全自殺企図者のICD診断内訳（N=52）であるが、F0が1件（1.92%）、F1が3件（5.77%）、F0が4件（7.69%）、F3が13件（25.00%）、F4が19件（36.54%）、F5が2件（3.85%）、F6が5件（9.62%）、死亡のため不明なものが5件（9.62%）であった。

全自殺企図者の受診時間帯（N=52）は、日勤帯（8:30～17:00）では20件（38.46%）、準夜帯（17:00～0:00）では21件（40.38%）、深夜帯（0:00～8:30）では11件（21.15%）である。

全自殺企図者の受診当日の転帰（N=52）は、27件（51.92%）が救急センター入院、当大学精神科入院6件（11.54%）、他院入院3件（5.77%）、帰宅10件（19.23%）で、死亡が6件（11.54%）であった。

自殺企図手段の内訳では、既遂群（N=10）の内訳は縊頸6件、飛び降り2件、腹部切開1件、服毒1件であった。また、大量服薬関連24件はすべて未遂群であった。大量服薬群の企図手段内訳（N=24）は、医師処方薬のみ；16件（66.67%）、医師処方薬＋市販薬1件（4.17%）、医師処方薬＋排ガス吸引；2件（8.33%）、医師処方薬＋縊頸1件（4.17%）、市販薬のみ；4件（16.67%）であった。

男女比に関する大量服薬群（N=24）と他の自殺企図群（N=28）との比較では、大量服薬群（男性6件、女性18件）とその他の

群 (男性 14 件、女性 14 件) であり、 χ^2 検定で有意差 ($P=0.029$) を認めた。また、平均年齢も大量服薬群 (34.08 ± 16.14 歳) とその他の自殺企図群 (45.54 ± 18.07 歳) で T 検定により有意差を認めた ($P=0.021$)。しかし、BPRS 合計点や GAS に有意差を認めなかった。

大量服薬群 ($N=24$) の年齢の分布では、15~24 歳は 9 件、26~34 歳は 6 件、35~44 歳は 4 件、45~54 歳は 2 件、55~64 歳は 2 件、75 歳以上は 2 件であり、30 歳台以下の分布が多かった。その他の自殺企図群

($N=28$) の年齢の分布では、15~24 歳は 3 件、26~34 歳は 6 件、35~44 歳は 8 件、45~54 歳は 3 件、55~64 歳は 4 件、75 歳以上は 4 件であり、中高年にわたって分布していた。

大量服薬群 ($N=24$) と他の自殺企図群 ($N=28$) の受診時間帯比較では、比率に有意な差を認めなかった。

ICD 診断について、大量服薬群 ($N=24$) は F1; 1 件、F3; 6 件、F4; 12 件、F5; 2 件、F6; 3 件であり、他の自殺企図群 ($N=28$) の診断内訳では、F0; 1 件、F1; 2 件、F2; 4 件、F3; 7 件、F4; 7 件、F6; 2 件、死亡のため不明; 5 件であった。診断の分布に関して両群に有意な差を認めなかった。

アルコールの飲用に関しては、大量服薬群 ($N=24$; アルコール服用 19 件、未服用 2 件) とその他の群 ($N=28$; アルコール服用 14 件、未服用 7 件) で比率に有意差を認めなかった。

大量服薬群の HAM-D 項目間平均値 ($N=24$) では、「自殺」(3.96 ± 0.20)、「精神的不安」(3.00 ± 0.59) が 3 以上で、「抑うつ気分」(2.54 ± 1.53)、「離人症」(2.25 ± 1.07) が 2 以上であった。

BPRS 各項目の平均値に関しては、大量服薬群 ($N=24$) とその他の自殺企図群で精神症状評価可能であった群 ($N=18$) において「不安」、「抑うつ気分」が 2 以上と高く、またその他の群では「情動鈍麻」も 2 以上であった。両群の平均値の比較では、大量服薬群で「心氣的訴え」($P=0.045$)、「罪業感」($P=0.042$) が有意に高い得点であった。

大量服薬群 ($N=24$) とその他の群で精神症状評価可能であった群 ($N=18$) に対して、BPRS 各項目の因子分析を行った。大量服薬群 ($N=24$) において、BPRS で 2 ケース以下しか得点がなかった項目「誇大性」、「幻覚」、「衝動的な行動や姿勢」、「高揚気分」、「精神運動興奮」を除外して主成分分析 (バリマックス回転) を行った。因子負荷量 0.60 以上のものについて検討した。第 6 因子ま

で累積寄与率は 85.04% であり、ひきこもり因子 (寄与率 21.85%) (「感情的引きこもり」、「運動減退」、「非協調性」)、被害的因子 (寄与率 17.44%) (「敵意」、「思考内容の異常」、「緊張」、「不安」)、心氣的因子 (寄与率 12.64%) (「心氣的訴え」)、罪業因子 (寄与率 11.70%) (「罪業感」)、解体因子 (寄与率 10.91%) (「思考解体」)、情動鈍麻因子 (寄与率 10.50%) (「情動鈍麻」) が抽出された。

その他の群で精神症状評価可能であった群 ($N=18$) に関して、主成分分析 (バリマックス回転) を行い、因子負荷量 0.60 以上のものについて検討した。第 4 因子まで累積寄与率は 88.17% であり、重症うつ因子 (寄与率 24.83%) (「情動鈍麻」、「感情的引きこもり」、「思考解体」、「非協調性」、「疑惑」、「不安」、「思考内容の異常」)、罪業・制止因子 (寄与率 22.57%) (「罪業感」、「運動減退」)、現実性因子 (寄与率 20.13%) (「思考内容の異常」の負数)、罪業感因子 (寄与率 10.64%) (「罪業感」) が抽出された。

D. 考察

大量服薬群は、全自殺企図患者 52 名中 24 名 (46.2%) であり、その中では女性が 19 名 (79.2%) と大半を占めた。大量服薬群の内訳では医師処方薬が 16 名 (66%) で最多であるが、3 名 (12%) は縊頸や排気ガスの手段を同時に行っていた。

また、自殺企図者の受診日の転帰は入院が 36 件 (69%)、死亡が 6 件 (12%) を占め、身体的、精神的重症度が示唆された。大量服薬群では、救急センター入院が 67% (16 名) で、他の自殺企図群に占める割合 39% (11 名) より、有意に大きかった ($p < 0.05$)。

大量服薬患者の死亡は 0 件であり、一方、他の自殺企図群は縊頸、服毒、飛び降りなど致死性の高い企図手段を選んでいて、自殺未遂と既遂を区分する因子として企図手段が重要な因子であることもこれまでの報告と一致している。アルコール飲用は大量服薬群 (2 名, 8%) より、他の自殺企図群 (7 名, 25%) が多いが、有意な差は認めなかった。

大量服薬群の特徴として、他の自殺企図群に比較して平均年齢が低く、平均年齢 34.08 ± 16.14 歳と年齢分布に占める 20 歳台以下の割合が高い。診断の内訳は、診断の内訳は、大量服薬群では F4 神経症圏 (50%) が最多で、次いで F3 気分障害 (25%) であり、神経症圏が多かった。それ以外の患者では F2 は 11%、F3 は 25%、

F4は21%であり、神経症圏に加えて精神病圏も含まれている。

精神症状自体を検討すると、大量服薬患者ではBPRS合計点：24.37±6.39点、GAS：31.08±11.30点、HAM-D：26.38±7.92点であり、精神症状の重症さが示唆されるものの、BPRS、GAS合計点では大量服薬以外の自殺企図患者と重症度において大きな差異はなかった。BPRSでは「心氣的訴え」、「罪業感」が大量服薬以外の自殺企図患者と比べ、大量服薬患者で有為に高値を示した。大量服薬患者のHAM-Dでは「抑うつ気分」、「自殺」、「精神的不安」、「離人症」が高値を示した。

BPRSの因子分析では大量服薬群は、「引きこもり」因子、「被害的」因子、「心氣的」因子の重要度が高く、他の自殺企図群では「重症うつ」因子、「罪業・制止」因子、「現実性」因子の重要度が高かった。大量服薬群の臨床像としては、とくに、大量服薬群には若年女性が多く、引きこもり、被害的傾向などが著明であったことは、「大量服薬」には動揺しやすい心性が反映されていることが示唆された。一方、大量服薬以外の手段をとる場合の臨床像として、重症のうつで、制止傾向や罪業感が強く、内省傾向の強い患者が想定され、内因性のうつ病でかつ中高年によく見られる典型的特徴といえる。

E. 結論

自殺予防にとって自殺企図者の症候学的検討が必要である。一般的に、自殺既遂者は重篤な自殺企図手段をとる場合が多い。大量服薬者とそれ以外の自殺企図者の企図手段別比較は、自殺企図手段の重篤度が反映している。大量服薬群は、青年期に多く、神経症圏内の病像を呈し、大量服薬群において、1)心氣的傾向が重要因子であること、2)企図手段の致死性の乏しさ、3)ストレス関連性障害との親和性、などを考慮すれば、「大量服薬」という行為には、死に対する恐怖と現実からの逃避という二つの意味性の混在が想定される。

服薬以外の自殺企図手段を選択する一群は、既遂率も高く、中高年の典型的うつ病症状を呈していることがわかった。中高年の自殺企図は重篤な手段によって自殺既遂に至る場合が多く、中高年の典型的うつ症状が自殺既遂と関連性があることがわかった。以上のことから、結果的に自殺予防の観点では、中高年の典型的うつ症状の早期発見・早期介入が第一に重要であることが示唆された。加えて、青年期と中高年期の

自殺企図の背景が異なる可能性があり、相違を踏まえて介入を行う必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

学会発表

1) 中山秀紀、酒井明夫、大塚 耕太郎、武内克也、智田文徳、及川暁、遠藤知方、井上義博、遠藤重厚：高度救急救命センターにおける大量服薬患者の症候論的検討、第15回日本総合病院精神医学会、ホテルエドモント、2002年11月28日

2) 中山秀紀：岩手県高度救急救急センター(3次救急)における精神科救急、岩手県精神保健指定医懇話会、メトロポリタン盛岡、2003年1月31日

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

人口動態統計と警察庁統計における自殺死亡者数の差に関する研究

分担研究者 青木 康博 岩手医科大学医学部法医学講座教授

研究要旨

わが国の人口動態統計と警察統計において自殺者数に差が生じている原因を検討するため、岩手県盛岡医療圏および久慈医療圏の自殺者について人口動態調査死亡票および岩手県警察本部資料を対比・照合した。人口動態統計の数値は自殺者数を過小に評価していると推定され、それは死亡診断書で「不慮の外因死」を選択している場合が半数近くを占めるためと考えられた。今後この2つの統計の数値を評価する際には、それぞれの統計の特質・限界等について理解しておくことが必要である。

A. 研究目的

わが国の自殺者数に関する統計には人口動態統計と警察庁の統計とがあるが、両者の数値には5%位の差があり、警察統計の数値の方が大きい傾向がある[1, 2]。このような差が生じるのは集計の際利用される資料の性質の違いによるものと考えられるが、その具体的原因について個別に検討した報告はほとんどない。そこで岩手県久慈保健所および盛岡保健所と共同し、両医療圏の人口動態調査死亡票および岩手県警察本部の資料を個別に比較、照合し、このような差が生ずる原因について検討を行った。

B. 研究方法

盛岡医療圏および久慈医療圏における自殺死亡について、両保健所に保管されている人口動態調査死亡票の写しおよび岩手県警察本部生活安全部生活安全企画課より提供を受けた自殺統計資料（以下県警資料）を比較照合した。調査対象年は盛岡医療圏が1997～1999の3年間、久慈医療圏は1996～1999年の4年間とした。県警資料には自殺者の氏名は記載されていないので、照合作業は性別、年齢、死因、死亡日、死亡場所（市町村名）をもとに行った。照合できなかった事例については死因の種類が自殺とされているもの以外の人口動態調査死亡票も参照し、一方県警資料において該当症例が見いだせない場合には、岩手県警察捜査第一課に対し検視記録の照会を行った。各事例を個々に調査・集計することにより、人口動態統計と警察統計との間に差異が生じた原因について検討した。

なお人口動態統計の数値は基本的に管内

に居住する日本人の死亡者数であり、警察統計のそれは管内で死亡した者の数であるため、管内在住者で管外で死亡した者は警察署取扱死体としてカウントされず、一方、医療圏外居住者で圏内で死亡した者は人口動態統計上管内の死亡者数に計上されない。そこで検討対象をそれぞれの医療圏内に居住し、岩手県内で死亡した者とした。

（倫理面への配慮）

人口動態調査死亡票の扱いについては法の定めるところに従った。

C. 研究結果

盛岡医療圏に居住し岩手県内で死亡した自殺者は県警資料では382名、人口動態調査死亡票では360名となり、久慈医療圏に居住し岩手県内で死亡した自殺者数それぞれ124名、117名であった。人口動態調査死亡票の記載と、県警資料の記載が一致した事例は盛岡医療圏では356例、久慈医療圏では113例であった。したがって人口動態調査死亡票で自殺とされるが、県警資料には見いだせない（人口動態統計では自殺として計上されているが、警察統計では自殺に含まれない）例は両医療圏で各4例、人口動態調査死亡票で自殺とされていないが県警資料では見いだされる（人口動態統計では自殺として計上されていないが警察統計で自殺に含まれている）例は盛岡医療圏では26例、久慈医療圏で11例となる（表1）。

県警資料に自殺者として見いだすことのできなかった計8名のうち、3例（盛岡2、久慈1、以下同）は検視により自殺と判断されたことを確認（照会）しているので、県

警資料作成時の集計漏れと考えられる。また4例(各2例)はいずれも自殺企図後病院に収容され数日～数週間後に死亡した例であり、警察への届け出がなされなかった可能性が高い。残りの1例については該当する人口動態調査死亡票を見いだせなかったので詳細を明らかにできなかった(表2)。

県警資料で自殺とされた盛岡医療圏の26例のうち、人口動態調査死亡票の「死因の種類」の記載が自殺以外であったものが19例あり、内訳は病死および自然死1例、不慮の外因死12例、その他および不詳の外因死6例であった。6例については該当する人口動態調査死亡票を特定できず詳細は不明である。なお残りの1例は2000年に死体が発見され、1999年の自殺死亡として追加されたものである。

久慈医療圏の11例の内訳は、2例が人口動態調査死亡票では病死と判断されており、以下不慮の事故死4例、他殺1例、その他および不詳の外因死1例、不詳の死1例であった。また該当する人口動態調査死亡票が見いだせなかった例が2例あった。人口動態調査死亡票その他および不詳の外因死、あるいは不詳の死とされている例の多くは、医師が検案等を行った際に詳細な情報がなく、その後の捜査等の結果から警察が自殺と判断したものと推定される。盛岡医療圏の病死1例、不慮の外因死12例のうち、人口動態調査死亡票の「外因死の追加事項」の記載等から、死因の種類を選択に明らかな錯誤があると考えられたものが11例あり、自殺目的で縊頸したものを「6 窒息」としたり、服毒自殺を図ったものに対し「7 中毒」を選択している例などがあった。残りの2例については医師と警察とが別個の判断をしたのか、あるいはどちらかに錯誤などがあったのかを判断できなかった。久慈医療圏の病死2例、他殺1例、および不慮の事故死2例は明らかな錯誤であり、他の不慮の事故死2例については錯誤によると断定することはできなかった(表3)。

D. 考察

わが国の自殺者数に関する2つの統計すなわち人口動態統計および警察統計の間に数値の間に開きがあることは以前から知られており、そのため数値の信憑性には留保が必要との指摘もある。両者は算出根拠となる資料が異なるため、ある程度の差が生ずるのは当然ではあるが、警察統計の数値が人口動態統計のそれより5%以上多いという現象は、単に対象が若干異なるとか集計上の誤差というには大きすぎると考

えられる。このため自殺に関する研究を行う際にどちらの統計あるいはその数値をもとに行うかで結果が異なる可能性が生じたり、今後重視されるであろう自殺予防対策の評価等にも影響を及ぼしかねないと危惧される。したがってどちらの統計がより現状を正しく反映したものであるかを推定する、あるいは少なくともその差が生ずる原因に関して正確に理解する必要があると考えられる。

本研究は岩手県内の2医療圏の自殺者について個別に検討したものであるが、両統計でもとに計上され、しかも追跡可能な、各医療圏内に居住し岩手県内で死亡した自殺者数を対象として検討した。いわゆる居住地主義をとる人口動態統計と、現場主義をとる警察統計では一地区の自殺者数を見る場合、自殺者の移動によって格差が生ずるので、全国統計における自殺者数差の原因を推定する場合には、この移動分を除外して検討を行う必要があるからである。この処理により自殺者数は警察統計で計506名、人口動態統計で計477名となり、その差は近年の全国統計に比較的近い比率となった。わが国の検死・検案体制には監察医制度の有無を始めとする地域差が存在するため、1県のしかも一部地域のデータから全国の傾向を推定することは、この場合必ずしも適当とは言えないが、数値の差が同程度であることから、全国的にもある程度類似した傾向があると推測して差し支えないものと考えられる。

今回の調査において、差が生ずる原因として最も数が多かったのは人口動態調査死亡票すなわち死亡診断書における「死因の種類」の選択の錯誤であり、人口動態統計上自殺と計上されなかった例の43%(16/37)を占めた。この中でも特に目立つのは不慮の外因死を選択している場合であったが、病死や他殺を選択するといった例も少数ながら認められた。このような錯誤は死亡診断書から人口動態調査死亡票に転記する際、および集計作業等の際に訂正可能とは考えられるが、今回検討した結果を見る限り大がかりな修正がなされた形跡は認められなかった。

死亡診断書の「死因の種類」の欄にある、「2 交通事故、3 転倒・転落、4 溺水、5 煙、火災及び火焰による傷害、6 窒息、7 中毒、8 その他」は、いずれも不慮の外因死の細分類であり、自殺すなわち「死亡者自身の故意の行為による死亡で自殺の手段・方法を問わないもの」を含まないこと

は明確ではあるが、このような誤りが少なからず生ずる以上、さらなる広報および教育の必要があろう。なお、この外因死の細分類は1995年1月以降に用いられている死亡診断書の新書式において導入されたものである。新書式では外因死統計の充実を図る観点から外因死の選択肢を増やしたわけであるが[3]、この改訂によって統計上の自殺者数が不正確になってしまったとしたら皮肉な結果といえる。ただし両統計間の自殺者数には1995年以前にも5%前後の差異があり[1,2]、その原因は明らかでないので、書式の改訂が統計の数値に与えた影響をにわかに判断することはできない。

次に多いのが県警資料で自殺とされている、人口動態調査死亡票で「11 その他および不詳の外因」、または「12 不詳の死」となっているものであった(8例, 22%)。医師としては死亡診断書発行時に詳細な情報がない、あるいは死後変化が進んでいる等の理由で確定的な判断を下すのを躊躇せざるを得ない場合があるので、このような選択をすることは理解できる。人口動態調査の観点からは、後日自殺と判明すれば死亡診断書の誤記訂正手続をするのが望ましいが、この手続はやや繁雑である上一般にはあまり知られておらず、それほど行われていないのが実態であると推定される。したがってこのような事例により両統計の数値に乖離が生ずることは、ある程度避けられないであろう。

4例については人口動態調査死亡票の「死因の種類」として不慮の外因死のいずれかが選択されており、しかも「外因死の追加事項」等の記載との間に明白な矛盾がないため、医師がある程度の確信をもって不慮の外因死とした可能性が否定できなかった。ただし、一般に外因死の場合死体所見のみから死因の種類を判定することは困難な場合が多く、捜査に基づく警察の判断が常に正しいとは必ずしもいえないとしても、捜査情報を無視して死因の種類を決定することには無理があるといわざるを得ない。したがってこの4例も上記同様の錯誤によるものである可能性が残っている。

ところで、県警資料上自殺とされている8例について、該当すると考えられる人口動態調査死亡票を見いだせなかった。県警資料には事例の重複等は認められず、これらがいずれも架空の事例であるとはやや考えにくいので、

1. 人口動態統計上は他地区の自殺例あるいは自殺以外の死亡にカウントされている、

2. 何らかの原因で人口動態統計の集計から漏れている。

3. 死亡者が外国人である。

等の可能性が挙げられようが、詳細は不明である。

人口動態調査死亡票に自殺とあり、県警資料に自殺者として見いだすことのできなかった例は計8例で、うち4例は警察への届け出がなされていない可能性が高く、3例が県警によるカウント漏れないし自殺と判断していない例、1例は原因不明であった。入院中の患者が死亡した場合に異状死体届け出が必要である法的根拠は明確でない、すなわち外因により入院治療中の患者が死亡した場合、医師法第21条の「死体を検案し、異状を認めた」に該当するとは必ずしもいえないが、実際には外傷等で入院し死亡した例においては多くの場合警察に届け出がなされており、社会通念上も届け出るのが妥当と考えられている。今回の検討した事例のうち自殺企図後比較的長期にわたり入院した例は、届け出るのを失念してしまっただけではないかと推察される。

本研究は一地域を対象としたもので、また特に該当する事例の人口動態調査死亡票を特定できない例があったため、結論を下すことができない部分があるが、少なくとも人口動態統計が実際の自殺者数を過小に見積もっていることは明らかと考えられた。人口動態統計は統計法を根拠法とするわが国の公式統計であるので、より正確であるべきなのは当然であり、過小評価の主たる原因の1つに死亡診断書の錯誤がある点については制度改革や教育を含めた改善が望まれる。ただし、外因死の場合元来医師が「死因の種類」を判断することには時に困難があることも今回の調査で改めて明らかになった。実際諸外国の死亡診断書には死亡の種類(manner of death)の記入欄がない(これは文化的背景も影響していると考えられる)ものや、簡略化されたものもあり、ましてやわが国のような外因死の細分類を採用しているものは少ない。警察統計は必ずしも医学的な死因分類がなされておらず、また警察が取り扱った死体のみを対象とするという点に問題が残るが、わが国の死体取扱いに関する法制度の面から見ても、外因死の少なくとも死亡の種類に関する統計については、死亡診断書よりも警察資料をもとに作成した方が実態をより正確に反映したものになると推測される。いずれにしても自殺者数の数値の評価などは、それぞれの統計の特質に対する十分な理解をもとに行うことが肝要であると考え

られた。

際には、それぞれの統計の特質・限界等についての理解が必要と考えられた。

E. 結論

岩手県盛岡医療圏および久慈医療圏の自殺者について人口動態調査死亡票および岩手県警察本部資料を対比・照合することにより、わが国の人口動態統計と警察統計において自殺者数に差が生じている原因を検討した。人口動態統計の数値は自殺者数を過小に評価していると推定され、この点については改善の余地があるものと考えられた。またこの2つの統計の数値を評価する

文 献

1. 厚生労働省. 人口動態統計.
2. 警察庁生活安全局地域課. 平成13年中における自殺の概要資料. pp. 4 2002.
3. 厚生省大臣官房統計情報部編. 疾病, 傷害及び死因統計分類提要. 第1巻. pp. 184, 東京: 厚生統計協会 1995.

表1. 照合結果

	盛岡医療圏	久慈医療圏	計
両者とも自殺で合致した例(A)	356	113	469
人口動態調査死亡票の「死因の種類」が			
・病死および自然死(1)である例(錯誤)	1	2	3
・不慮の外因死(2~8)である例	12	4	16
・他殺である例(錯誤)	0	1	1
・その他および不詳の外因(11)である例	6	1	7
・不詳の死(12)である例	0	1	1
詳細不明のもの*	6	2	8
翌年発見され後に追加された例	1	0	1
計(B)	26	11	37
県警資料に含まれていない例(C)	4	4	8
県警資料による自殺者数(A+B)	382	124	506
人口動態統計死亡票による自殺者数(A+C)	360	117	477

*: 該当する人口動態統計死亡票が発見できなかった例

表2. 県警資料に含まれていない例の内訳

	盛岡医療圏	久慈医療圏	計
集計漏れと考えられる例	2	2	4
警察への届け出がなされていないと 考えられる例	2	1	3
不詳	0	1	1

表3. 人口動態調査死亡票が不慮の外因死となっている理由

	盛岡医療圏	久慈医療圏	計
死亡診断書の錯誤と考えられる例	10	2	12
その他	2	2	4

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

住民を対象としたこころの健康に関する意識調査結果の地域比較

分担研究者 野原 勝 岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座助手

研究要旨

自殺多発地域である岩手県久慈地域と、比較的自殺死亡率が低率で隣接する宮古地域の住民を対象に実施した喫煙とこころの健康に関する意識調査について、それぞれ 2,888 人(77.3%)、2,955 人(83.1%)の回答(回答率)をもとに分析を行った。気分が落ち込んだときの相談相手の有無については、久慈地域、宮古地域とも 85%以上の者が「いる」と回答した。地域の活動への参加については、「よく参加している」と回答した者の割合が久慈地域の男(15.6%)は宮古地域の男(22.7%)に比し低かった。また、かかりつけ医に心の問題を相談できる、精神病院がどこにあるか知っているとは回答した者は、男女とも久慈地域で宮古地域よりその割合が低かった。

A. 研究目的

岩手県は自殺死亡率が高率であるが、保健医療圏ごとにみた県内の地域格差が大きい。特に北部の久慈地域、二戸地域の自殺死亡率は過去 20 年間を通じて著しく高く、全国を基準とした標準化死亡比 (SMR) は、久慈地域の男性が 2.24、女性が 2.14、二戸地域の男性が 1.98、女性が 2.28 となっている。

我々は久慈地域の 6 市町村を介入地域、久慈地域に隣接し比較的自殺死亡率が低率な宮古地域 (SMR: 男 1.60、女 1.23) の 3 町村を対照地域として地域介入研究を行うこととした。本研究は、その開始にあたり住民を対象に意識調査を行った結果をもとに、両地域で住民のこころの健康に関する意識に差がみられるかどうかを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

岩手県の久慈地域 6 市町村 (人口 71,000 人)、宮古地域 3 町村 (人口 24,000 人) の住民のうち 20 歳以上の者を無作為に抽出し、喫煙および心の健康に関する意識調査を行った。

(倫理面への配慮)

本意識調査において個人への不利益および危険性は発生しないことを調査依頼文に記した。また記入漏れの確認のため記名式としたが、

回答内容は研究目的以外には使用しないこと、集計結果のみを公表し個人を特定あるいは推定できるものは開示しないことを調査票に明示した。さらに調査票および入力後のデータは岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座内のデータ管理室で保管し、情報が漏洩しないよう最善の注意を払った。これらデータ管理状況の適格性については、岩手医科大学倫理委員会において承認を受けている。

C. 研究結果

1) 回答者数・平均年齢

調査対象者数は、久慈地域が 3,738 人、宮古地域が 3,555 人で、回収数 (回収率) はそれぞれ 2,888 人 (77.3%)、2,955 人 (83.1%) であった。性別地域別にみた回答者数・平均年齢を表 1 に示す。久慈地域、宮古地域とも男より女の回答者数が多く、平均年齢が高かった。両地域で平均年齢を比較すると、久慈地域が宮古地域より 3.1 歳若かった。

表 1 性別地域別にみた回答者数・平均年齢

	久慈地域		宮古地域	
	人数	年齢	人数	年齢
男	1352	52.2	1387	54.7
女	1536	52.5	1568	55.9
総数	2888	52.3	2955	55.4

2) 気分が落ち込んだときの相談相手の有無
「気分が落ち込んだ時に相談できる家族や友人がいますか」という問い(2者択一)に「いる」と回答した者の割合は、久慈地域の男が86.0%、女が92.7%、宮古地域の男が85.1%、女が90.0%であり、両地域に大きな差を認めなかった。

3) 地域の活動への参加

「あなたは地域の活動に参加していますか」という問い(4者択一)に「よく参加している」と回答した者の割合は、久慈地域の男が15.6%、女が15.6%であり、宮古地域の男が22.7%、女が13.7%であった。一方「全く参加していない」と回答した者の割合は、久慈地域の男が19.3%、女が17.0%であり、宮古地域の男が12.8%、女が15.9%であった。久慈地域の男は宮古地域の男に比し、地域の活動への参加の程度が低い傾向が認められた。

4) かかりつけ医への心の問題の相談

「かかりつけの医師に心の問題を相談できますか」という問いに「できる」、「できない」、「わからない」、「かかりつけの医師がいない」のいずれかを選択してもらったところ、「できる」と回答した者の割合は久慈地域の男が20.6%、女が22.3%、宮古地域の男が23.8%、女が25.4%であり、男女とも久慈地域では宮古地域よりかかりつけの医師に心の問題を相談できると回答した者の割合が低かった。

5) 精神病院の場所の知識

「あなたの住んでいる地域で精神病院がどこにあるか知っていますか」という問いに「知っている」、「知らない」のいずれかを選択してもらったところ、「知っている」と回答した者の割合は、久慈地域の男が76.7%、女が79.2%、宮古地域の男が86.8%、女が86.2%であり、男女とも久慈地域では宮古地域より精神病院の場所を知っている者の割合が低かった。

D. 考察

自殺死亡率の高い久慈地域では、比較的自殺死亡率が低い宮古地域より地域の活動への参加の程度が低いことから、地域のサポート不足

と自殺率とに関連がある可能性が示唆された。またかかりつけ医への心の問題の相談や精神病院の場所の知識から精神科医療資源が不足していることもうかがわれた。

我々が岩手県の9保健医療圏と隣接する青森県の4保健医療圏を対象に、社会生活指標と自殺標準化死亡比(SMR)との関連をみた研究では、女の自殺SMRと総病床数、医師数との間に負の関連を認めた。久慈地域では精神科のみならず、全般的に医療資源が不足しており、これが高い自殺率につながっていることが考えられる。今後は、医療資源の充実を図り、自殺予防のための医療機関のネットワークづくりが必要であると考えられる。

E. 結論

住民を対象とした意識調査の結果、地域の活動への参加、精神病院の場所の知識において、自殺多発地域と比較的低率の隣接地域との間で差を認めた。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1) 黒澤美枝、他。自殺多発地区における自殺の要因の解析と予防に関する研究:基礎調査アンケート結果報告。岩手公衛誌 2003; 14(2): 18-19

2) 智田文徳、他。自殺多発地区における自殺の要因の解析と予防に関する研究:地域住民対象に行った自己記入式抑うつ尺度(SDS)の解析結果。岩手公衛誌 2003; 14(2): 20-21

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

健康づくり基礎調査票

アンケートのご記入に際して

- 出きるだけボールペンや万年筆で、明確にご回答下さい。
- ご回答は研究目的以外には使用しません。
- アンケートへのお答えによって何らかの働きかけをすることはございません。
- 集計したものだけを公表し、個人を特定あるいは推定できるものは開示しません。

記入日：平成 14 年 _____ 月 _____ 日

御氏名： _____ (男・女)

生 年： 大正 _____ 年 _____ 月生まれ (満 _____ 歳)
昭和

御住所：〒 _____

電話番号 _____ (_____)

ご回答に不明な点がありました場合には電話で問い合わせすることも
ございますので、何卒ご協力下さい。

全問回答頂いた方には粗品をお送りします。ご希望のものを1つお選びください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 蛍光ペン・セット | <input type="checkbox"/> JCB商品券 (500円) |
| <input type="checkbox"/> シート・ルーペ (下敷き状の拡大鏡) | <input type="checkbox"/> 全国共通図書券 (500円) |
| <input type="checkbox"/> Aコープ商品券 (500円) | |

1. 現在定期的に従事している仕事はありますか

- ある
 ない

その仕事はどれに当りますか

1つだけ選んで下さい

- 農業
 漁業
 サービス業
 事務職
 公務員
 製造加工・土木建築
 その他

2. 一緒に暮らしている家族はあなたを含めて何人ですか

- 1人暮らし
 人
(そのうち未就学児 人)

3. あなたは結婚していますか

- 独身 (離婚と死別を含みます)
 既婚 (内縁を含みます)

4. 現在定期的 (月に1回以上) に医療機関を受診していますか

- している
 していない

5. 小学校を含めて何年間学校に通いましたか (各種学校を含みます)

年間

6. ご自身の現在の経済状態に満足していますか

- 満足している
 おおむね満足
 やや不満
 非常に不満

7. あなたは地域の活動に参加していますか

- よく参加している
 ときどき参加している
 あまり参加していない
 全く参加していない

8. 気分が落ち込んだ時に相談できる家族や友人がいますか

- いる
 いない

9. あなたと友人や親戚が、互いの家を訪れることはどのくらいありますか

- ほとんど毎日
 週に2~3回
 月に2~3回くらい
 ほとんどない

10. あなたはお酒を飲みますか

- 週に1回以上飲む
 飲むことはあるが週に1回未満
 以前は飲んだが今は飲まない
 もともと飲まない

週に1回以上お酒を飲む方にお尋ねします

1週間に何日ぐらいお酒を飲みますか

日

(次のページに続きます)

飲むときはどれくらい飲みますか

日本酒にして . 合ぐらい

換算の目安

日本酒1合は

ビール 中ビン1本 (500ml)

焼酎 コップ半分 (100ml)

ワイン ワイングラス2杯 (200ml)

ウイスキー ダブル1杯

11. 落ち込んだ時、お酒で気分をまぎらすことがありますか

- よくある
 しばしばある
 たまにある
 まったくない

ここからの質問は皆さんお答え下さい

12. 寝る時間はいつも同じですか

- 同じ時間
 ときどき不規則になる
 不規則

13. 朝食を取りますか

- 必ずとる
 大体とる
 あまり取らない
 取らない

14. バランスを考えて食べていますか

- よく考えている
 大体考えている
 あまり考えていない
 まったく考えていない

15. 今の生活習慣（たとえば食事内容や量、運動）を変えれば、より健康になれると思いますか

- そう思う
 ややそう思う
 あまり思わない
 まったく思わない

16. 体を動かす様に心がけていますか

- 心がけている
 大体心がけている
 あまり心がけていない
 心がけていない

17. 1日に歩く時間はどのくらいですか

(仕事で歩く時間も含めます)

- 30分未満
 30分～1時間
 1～2時間
 2時間以上

18. 定期的な運動をしていますか

(仕事での運動とのんびり歩く散歩は含めませんが、意識的に早足で歩く散歩は含めます)

- していない
 季節によってする
 週に合計30～60分程度
 週に合計1～2時間
 週に合計2時間以上

19. あなたはたばこを吸いますか

- もともと吸わない
 やめた
 吸っている

20. 次の内、たばこで起こりやすくなると思
うものをすべて選んで下さい

- 肥満
- 歯そうのうろう
- 脳卒中
- 肺がん
- 盲腸炎
- 胃がん
- 低出生体重児
- 慢性気管支炎

21. 喫煙には習慣性があると思いますか

1つだけ選んでください

- ある
- ない
- わからない

22. まわりの人のたばこが健康に影響すると思
いますか (受動喫煙)

- 影響する
- 影響しない
- わからない

23. たばこの煙の中には一酸化炭素が含まれ
ていると思いますか

- 含まれている
- 含まれていない
- わからない

24. たばこは仕事の能率を上げると思いますか

- 上がる
- 上がらない
- わからない

25. 親が喫煙者だと子供も吸いやすくなると思
いますか

- そう思う

- 思わない
- わからない

26. 乳児の誤飲はたばこが最も多いと思いま
すか

- そう思う
- 思わない
- わからない

27. 禁煙指導をしているところを知ってい
ますか

- 知っている
- 知らない

それはどこですか。知っているところをすべて選んで下さい。

- 保健センター
- 病院・診療所
- その他

28. ポスターで禁煙を呼びかけることは必要
だと思いますか

- 必要である
- 必要でない
- わからない

29. 未成年者の喫煙についてどのようにお考
えですか

- 仕方ない
- 止めさせるべきだ
- どちらともいえない

30. 喫煙者を減らす運動を推進すべきだと思
いますか

- すべきだ
- すべきでない
- どちらともいえない

31. 公共の場所での喫煙場所の制限（分煙対策）を進めるべきだと思いますか

- すべきだ
 すべきでない
 どちらともいえない

32. 子供の頃、あなたのご両親のどちらかがたばこを吸っていましたか

- 吸っていた
 吸っていなかった

次の箱の中は、たばこを吸っている方だけお答えください

歳頃から吸い始め、
 今は1日 本吸っている

33. 外を歩きながら吸いますか

- 吸う
 吸わない

34. たばこを吸うときに、まわりの人に気を使いますか

- はい
 ときどき
 いいえ

35. あなたは禁煙する自信がありますか

- ある
 ない
 分からない

36. この1年ぐらいの間に、たばこの銘柄を軽いものに変えましたか

- 変えた
 変えていない

37. この1年ぐらいの間に、たばこの本数は増えましたか

- 増えた
 減った
 変わらない

38. 病院や診療所で禁煙をすすめられたことがありますか

- ある
 ない

39. たばこを止めれば、もっと健康になれると思いますか

- 思う
 思わない
 分からない

40. 1ヶ月以上の禁煙の経験がありますか

- ない
 ある

過去 回
 最長期間は 年 ヶ月

41. あなたの禁煙への関心についておたずねします

- 関心がない
 関心はあるが、この6ヶ月以内に禁煙しようとは思わない
 6ヶ月以内に禁煙しようと思うが、この1ヶ月以内に禁煙しようとは思っていない
 この1ヶ月以内に禁煙したい

次の箱の中は、たばこを止めた方だけお答えください

歳頃から 歳頃まで、
止める前には1日 本吸っていた

42. たばこを止めたきっかけを次から
1つだけ選んで下さい

- 医師のすすめ
- 看護婦や栄養士のすすめ
- 保健センターのすすめ
- 家族のすすめ
- 友人や知人のすすめ
- テレビ・ラジオ・雑誌を見て
- その他

ここからの質問は皆さんお答え下さい

43. 行政機関が行なっている「心の健康に関する活動」を聞いたことがありますか

- 聞いたことがある
- 聞いたことがない

44. かかりつけの医師に心の問題を相談できますか

- できる
- できない
- わからない
- かかりつけの医師がない

45. あなたの住んでいる地域で精神病院がどこにあるか知っていますか

- 知っている
- 知らない

46. あなたは気分が落ち込んだら精神科を受診してみようと思いますか

- 思う
- 思わない
- わからない

47. 薬でなおすことができると思うものを
すべて選んで下さい

- がん
- 糖尿病
- 高血圧
- うつ状態
- いずれでもない

48. あなたのまわりの方で、次の原因で亡く
なられた方はいますか。当てはまるものを
すべて選んで下さい

- 心臓病
- 自殺
- 脳卒中
- 交通事故
- いずれでもない

49. あなたの住んでいる地方が、他の地方より
死亡が多いと思うものをすべて選んでく
ださい

- 心臓病
- 自殺
- 脳卒中
- 交通事故
- いずれでもない

50. 地域の取り組みで予防できると思うものを
すべて選んでください

- 心臓病
- 自殺
- 脳卒中
- 交通事故
- いずれでもない

51. 県や市町村が自殺の予防に取り組むこと
についてどう思いますか

- 良いことだ
- 取り組むべきでない
- どちらともいえない

52. 自殺をどのように思いますか

- 仕方ない
 時には仕方ない
 そのような手段を取るべきでない
 分からない

以下の質問はうつ状態を調べるための質問表（SDSスコア）です。あなたの最近の状態について、最も適切と思われるものを1つだけ選んでください。

53. 気分が沈んだりゆううつになることがありますか

- まったくない
 たまにある
 しばしばある
 いつもある

54. 朝起きたとき気分がいいですか

- 気分が良くない
 たまに良い
 しばしば良い
 いつも気分が良い

55. 泣きたい気分になることがありますか

- まったくない
 たまにある
 しばしばある
 いつもある

56. 夜、よく眠れないことがありますか

- まったくない
 たまにある
 しばしばある
 いつも眠れない

57. 食欲はありますか

- まったくない
 少し食欲がある
 食欲はある
 じゅうぶん食欲はある

58. 異性に関心がありますか

- まったくない
 少しある
 ある
 かなりある

59. 以前よりやせてきましたか

- やせていない
 少しやせた
 やせてきた
 かなりやせてきた

60. 便秘をしていますか

- まったくない
 たまにある
 しばしばある
 いつも便秘している

61. 動悸がする（胸がドキドキする）ことがありますか

- まったくない
 たまにある
 しばしばある
 いつもある

62. 何となく疲れやすいですか

- まったくない
 たまに疲れやすい
 しばしば疲れやすい
 いつも疲れやすい

63. 気持ちはいつもすっきりしていますか

- いつもすっきりしている
- たまにすっきりしない
- しばしばすっきりしない
- いつもすっきりしない

64. 最近いつもと変わりなく仕事（身の回り

の事）ができますか

- いつもできる
- たまにできないことがある
- しばしばできないことがある
- いつもできない

65. 落ち着かず、不安でじっとしていられな

いことがありますか

- まったくない
- たまにある
- しばしばある
- いつもある

66. 将来に希望（楽しみ）がありますか

- まったくない
- すこしある
- かなりある
- とてもある

67. 最近イライラすることがありますか

- まったくない
- たまにある
- しばしばある
- いつもイライラしている

68. 迷わず物事を決めることができますか

- まったくできない
- しばしばできない
- たまにできない
- いつも決められる

69. 自分は家族や社会にとって役に立っていると思いますか

- まったく思わない
- たまにおもう
- しばしば思う
- とても思う

70. 今の生活は充実していると思いますか

- まったく思わない
- たまに思う
- しばしば思う
- とても思う

71. 自分がいない方が、他の人は楽に暮らせ

ると思いますか

- まったく思わない
- たまに思う
- しばしば思う
- とても思う

72. 今の生活に満足していますか

- 満足していない
- 少し満足している
- かなり満足している
- 十分満足している

質問はこれで終わりです。ご協力頂き、
ありがとうございました。記入漏れがな
いかもう一度ご確認ください。

喫煙と心の健康に関する意識調査

医療機関 ID

2	0	7	1	3
---	---	---	---	---

アンケートのご協力をお願いします。なお、該当する にチェックか数字をご記入ください。調査表記入日 20

--	--

 年

--	--

 月

--	--

 日職種： 医師 看護職年齢：

--	--

 歳 性別： 男 女

- 勤め先の診療科 -

当てはまるものすべてにチェックをとご記入ください。

 内科 外科 小児科 産婦人科 脳神経外科・内科 精神科 その他 _____

- 部署 -

当てはまるものすべてにチェックをご記入ください。

 外来 病棟 その他

- 経験年数 -

当てはまるものすべてにチェックをご記入ください。

 4年以内 5年～9年 10年～14年 15年以上