

心理学的剖検の機会喪失： コロナ禍の日本における 若者と女性の自殺急増は未解明である

齊尾 武郎*

フジ虎ノ門整形外科病院内科・精神科

Loss of opportunity for psychological autopsy: The surge of suicides of youths and females during the coronavirus pandemic in Japan remains unexplained

Takeo Saio *

Department of Internal Medicine and Psychiatry, Fuji Toranomon Orthopedic Hospital

Abstract

Background : The ongoing pandemic of coronavirus disease 2019 (COVID-19) has a devastating impact on mental health worldwide which results increase of suicide rates of the diverse corner of the world. Psychological autopsy (PA) is a procedure for investigating psychological and social contexts of the deceased which might lead one's suicide as well as one of the research methodologies to clarify something about risk factors of suicides. In Japan, PAs have been stopped from 2016 after the jurisdiction over suicide prevention was changed from the Cabinet Office to the Ministry of Health, Labour and Welfare.

Purpose : To summarize current understanding and terminus ad quem of PA on suicide prevention showing its usefulness on unraveling the mechanism of the increase of suicide rates in coronavirus pandemic.

Methods : Narrative, non-systematic review on PA from the view point of its applicability on suicides during coronavirus pandemic.

Results and Discussion : PA has fundamental limitations in its methodology which could compromise the generalizability of the results of the studies with uncontrollable biases. Though increase of suicides among youths and females (particularly women of their twenties) during the second wave of COVID-19 pandemic is unique to Japan, its mechanism is still a matter of speculation from the circumstances around them at that time.

Conclusion : Because PA investigates rigorously individual case of suicides, it might clarify unknown mechanism of suicides. But it is already inopportune to perform PA for suicides during the second wave of COVID-19 pandemic of Japan.

Key words

psychological autopsy, COVID-19 pandemic, suicide prevention

Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation). 2022 ; 50(1) : 101-22.

* K & S 産業精神保健コンサルティング (K&S Consulting Office for Occupational Mental Health)

1. はじめに

2020年3月に始まった新型コロナウイルス感染症 (coronavirus disease 2019 : COVID-19) のパンデミックは日本の国民・一般市民・滞在者にもさまざまな影響を与えた。COVID-19流行第1波 (2020

年2～6月) には自殺率が低下し、COVID-19流行第2波 (2020年7～10月) には増加したが、その中でも特徴的で深刻なのが、流行第2波期間の若年者や女性の自殺の急増である¹⁾。我が国のコロナ禍における自殺のリスク因子は統計調査データ等からさまざまに推測されているが (Table 1)、個別の自殺既遂者・未遂者が具体的にどのような

Table 1 The surge of completed suicides during the early phase of the COVID-19 pandemic in Japan

COVID-19感染拡大に関連した自殺の危険因子	説明	根拠
COVID-19に対する恐怖	基礎疾患・重症化リスクを持つ人がCOVID-19感染への恐怖から自殺企図を行うことがある。	救急搬送された患者を診察した精神科医の感想 ³⁾ 。
精神医療・介護・福祉等の支援・援助の減少による社会的孤立	すでに精神医療・介護・福祉等で支援・援助を受けている人がCOVID-19の影響により、「保護因子」を失う。	救急搬送された患者を診察した精神科医の感想 ³⁾ 。
経済的な困窮	COVID-19の影響により、収入減少・失業・廃業が生じた。	救急搬送された患者を診察した精神科医の感想 ³⁾ 。
休校等	COVID-19の流行により、休校・学級閉鎖、学校行事の縮小・中止、受験への影響が生じ、家族の問題が増幅した。	救急搬送された患者を診察した精神科医の感想 ³⁾ 。 (注：臨時休校期間に自殺率は上昇しなかったとする日本の生態学的研究があり、休校による自殺リスクの上昇は疫学的に否定されている ⁷⁶⁾ 。
登校	自殺者数が増加したのは休校よりも数か月を経過し学校が再開した後の期間であり、家庭の経済的困窮、行動自粛の継続によるストレス、他者とのコミュニケーションの減少などが要因として考えられるが、検証はされていない。	児童精神医学者の解説 ⁴⁾ 。 (注：臨時休校明けの登校後の自殺率の増加は疫学的には否定できない ⁶⁸⁾ 。)
女性、子ども・青年	COVID-19流行第2波 (2020年7～10月) で、女性 (罹患率比 [incidence rate ratio : IRR]=1.37)、子ども・青年 (IRR=1.49) の自殺率が増加した。その要因として、女性については、女性の多く就業するサービス業・旅行業の雇用に影響があったこと、在宅勤務・学校閉鎖により働く母親の負担が増加したこと、家庭内暴力の増加、女性非正規雇用者の雇止め、ステイホーム対策による対人接触機会の低下、ドメスティック・バイオレンスや虐待の増加などが挙げられている。若年層については、スキルの蓄積が不十分な人たちが不安定な雇用状況に置かれたこと、一斉休校により学事スケジュールが大きく変わったことが指摘されている。	「地域における自殺の基礎資料」(厚生労働省発表) 等からの自殺率推計に国税庁民間給与実態調査・警察庁犯罪情勢統計や先行研究を交えた解釈 ^{1, 5)} 、一般市民を対象としたオンライン調査に関する考察と自殺研究者の個人的見解 ⁶⁾ 。
有名人の自殺報道	2020年7～9月の有名人の自殺がコロナ禍と因果関係のある連鎖自殺のように報じられ、うち2人の有名人についてはセンセーショナルな報道・デマの流布がなされた。2人の有名人の自殺に関する言説がネットメディアで数百倍に拡散され、この両者が連鎖自殺とされたため、2件の自殺が相乗的に作用して模倣自殺を招来し自殺者数の増加につながった。	2人の有名人に関するインターネット上の報道やそれに対するコメントやTwitterの件数の推移と全国月別自殺者数データの推移の比較検討 ⁷⁾ 。

経緯を辿って、どのような心理状態に至り、自殺を企図したのかは詳らかではない。自殺未遂者、自傷行為を行った人々、自殺念慮を抱いた人々の心理状態や救急搬送数についても、正しく実態を反映した報告はない²⁾。そのような状況で、自殺対策を設定することは困難であり、対策の方向性を見誤る可能性がある。

従来、個別の自殺既遂者の自殺に至る心理的背景を探るために行われてきたのが、心理学的剖検 (psychological autopsy) である。これは自殺既遂者の遺族や友人等、自殺既遂者の生活状態や言動・人柄をよく知る人たちに聞き取り調査をして、これを遺書や自殺時の状況等の情報と統合して検討し、自殺既遂者が自殺に至る心理的な経緯を探るものである。日本では2007年に政府の自殺対策の指針として制定された『自殺総合対策大

綱』に基づき、国立精神・神経センター精神保健研究所の「自殺予防総合対策センター」(Center for Suicide Prevention : CSP) が、心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」を開始したが、自殺対策が内閣府から厚生労働省に移管され、2016年4月にCSPが「自殺総合対策推進センター」(Japan Support Center for Suicide Countermeasures : JSSC) に改組されたことを契機にその実施は中断しており、今回のコロナ禍でも心理学的剖検は実施されていない⁸⁾ (Table 2)。

コロナ禍では、感染の蔓延を防止するため、「新しい生活様式」が推奨され、人々の間に社会的距離 (social distance) が置かれるようになったため、心理学的剖検に際し、直接の対面による調査は困難となった。一方でコロナ禍により急激にオンラ

Table 2 Chronology of suicide prevention in Japan

年	自殺関連の統計・著作・組織活動・政策
1873年	太政官政表課『日本政表』警察之部に司法省の上申に基づき東京府下の変死者数およびその未遂者数掲載 (日本初の自殺統計)。
1874年	『日本政表』警察之部に内務省警視庁調査による東京府下の変死者数およびその未遂者数の男女別表象を掲載。
1876年	『日本政表』警察之部に内務省府県開拓使調査による全国府県の自殺者数掲載。
1899年	呉 文聰の著書『統計實話』に「自殺統計」(p. 24-42), 「情死統計に就いて」(p. 58-72) という2つの章。
1902年	内閣統計局『日本帝國人口動態統計』にて、自殺統計の公表開始 (1899年の自殺統計を1902年に公表)。
1930年	大阪市社会部調査課『本市に於ける社會病』に大正14年～昭和3年の年次別自殺既遂者・未遂者数、昭和3年中の自殺決行の手段、自殺決行の時期等の記載 (大阪府警察部調査のデータによる)。
1957年	加藤正明、田頭寿子 (国立精神衛生研究所) が『精神衛生資料』に、我が国の自殺率が1954年から世界第1位となったと報告。
1970年	「自殺予防行政懇話会」発足 (増田陸郎 [東京都杉並保健所], 吉村三郎 [東京都監察医務院], 佐々木雄司 [東京都立精神衛生センター] ら)。その後、「自殺予防研究会」と通称するようになるも、その時期は不明 ⁹⁾ 。
1971年	「いのちの電話」発足 (ドイツ人宣教師ルツ・ヘットカンフ)。
1973年	「第1回日本自殺予防シンポジウム」開催 (「自殺予防研究会」と「いのちの電話」の共催)。
1974年	大原健士郎編『現代のエスプリ・別冊 自殺学1～5』刊行。
1977年	「日本いのちの電話連盟」結成。
1978年	「大阪自殺防止センター」開設 (西原由記子)。
1979年	「三段壁いのちの電話」(江見太郎牧師 [白浜バプテスト基督教会]) 開始。青少年の自殺問題に関する懇話会『子供の自殺防止対策について (提言)』総務長官に提出。
1981年	「日本自殺予防学会」発足。
1983年	「国際ビフレンダーズ大阪自殺防止センター」、国際ビフレンダーズに加盟。
1985年	新潟大学式自己記入型うつ病評価尺度 (NSDS) を用いて自殺ハイリスク者を抽出するなどを行う「松之山方式」の高齢者自殺予防対策開始。「青少年健康センター」発起人会 (代表・平野龍一)。
1991年	『精神保健研究』37巻4号「特集 わが国の自殺」。

Table 2 Chronology of suicide prevention in Japan (cont'd)

年	自殺関連の統計・著作・組織活動・政策
1996年	張賢徳『自殺既遂者中の精神障害と受診行動』(我が国の心理学的剖検の嚆矢).
1998年	「東京自殺防止センター」開設(西原由記子).
2000年	『21世紀における国民健康づくり運動』(健康日本21)で、うつ病等に対する適切な治療体制の整備等を図り、自殺者を2010年までに年間自殺者数22,000人以下とすることを目標とされた。 あしなが育英会『自殺って言えないー自死で遺された子ども・妻の文集』刊行.
2001年	中央労働災害防止協会労働者の自殺予防マニュアル作成検討委員会『職場における自殺の予防と対応』刊行。 「グリーンケア・サポートプラザ」(平山正実)開始.
2002年	自殺防止対策有識者懇談会報告『自殺予防に向けての提言』。 社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告書『今後の精神保健福祉施策について』.
2003年	『健やか親子21』にて10代の自殺死亡率の減少が目標の一つとなった.
2004年	「特定非営利活動(NPO)法人心に響く文集・編集局」設立(茂 幸雄)／福井県東尋坊に活動拠点。 「NPO法人自殺対策支援センターライフリンク」設立(清水康之)。 地域におけるうつ対策検討会報告書として、『うつ対策推進方策マニュアルー都道府県・市町村職員のために』と『うつ対応マニュアルー保健医療従事者のために』の2つが公表された.
2005年	「三段壁いのちの電話」より「白浜レスキューネットワーク」に名称変更(藤敷庸一牧師)／2006年にNPO法人となる。 参議院厚生労働委員会『自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議』。 自殺対策関係省庁連絡会議『自殺予防に向けての政府の総合的な対策について』。 総務省『自殺予防に関する調査結果に基づく通知』.
2006年	「自殺防止を考える議員有志の会」結成。 「自殺対策の法制化を求める3万人署名」発起人会『自殺対策の法制化を求める要望書』を「自殺防止を考える議員有志の会」に提出。 『自殺対策基本法』成立。 「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会」設置。 「自殺予防総合対策センター」(CSP)が国立精神・神経センター精神保健研究所に設置.
2007年	「内閣府自殺対策推進室」設置。 『自殺総合対策大綱』閣議決定(CSPにて心理学的剖検開始)。 初の「自殺予防週間」実施。 初の『自殺対策白書』閣議決定.
2008年	自殺実態解析プロジェクトチーム(民間有志)『自殺実態白書2008』を岸田文雄内閣府特命担当大臣(自殺対策担当大臣)に提出。 自殺総合対策会議『自殺対策加速化プラン』決定.
2009年	自殺対策緊急戦略チーム『自殺対策100日プラン～年末・年度末に向けた「生きる支援」の緊急的拡充へ』発表.
2010年	自殺総合対策会議『いのちを守る自殺対策緊急プラン』策定。 初の「自殺対策強化月間」実施。 「自殺防止を考える議員有志の会」が「自殺対策を推進する議員有志の会」に名称変更.
2011年	「一般社団法人社会的包摂サポートセンター」が東日本大震災被災3県で「よりそいホットライン」開始(翌年より全国に展開).
2012年	『自殺総合対策大綱』の見直し(第2次大綱).
2013年	「自殺対策を推進する議員の会」設立.
2015年	自殺予防総合対策センターの業務の在り方等に関する検討チーム報告書『自殺予防総合対策センターの今後の業務の在り方について』。 科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会若年者の自殺対策のあり方に関するワーキンググループ『若年者の自殺対策のあり方に関する報告書』.
2016年	『自殺対策基本法』改正(「自殺対策基本法の一部を改正する法律」)。 自殺対策が内閣府から厚生労働省に移管され、自殺予防総合対策センターから自殺総合対策推進センターに改組された(心理学的剖検研究の中止)。
2017年	『自殺総合対策大綱』改正(第3次大綱).
2018年	第3期がん対策推進基本計画で、がん診療に携わる医師や医療従事者を中心としたチームによりがん患者の自殺に取り組むこと、がん相談支援センターを中心とした自殺防止のためのセーフティーネットが必要であるとされた。

文献9～16を参考に筆者にて作成。

イン会議システム (Zoom, Webex など) が普及し、調査対象者に直接に会わなくとも聞き取り調査は可能となっている。また、近年のソーシャルネットワークワーキングサービス (Social Networking Service: SNS) (Twitter, Facebook, Instagram など) の普及により、自殺既遂者が自殺当日近くまでの自身の近況をテキストデータ、画像 (静止画、動画)、音声等で SNS にアップロードしていることがある (むろん、自殺既遂者とその知人・友人等とのやり取りも SNS 上に残されているであろう)。従来の心理学的剖検の手法をこうした情報通信技術の活用で新たに組み直すことも可能である (むろん、関係者のプライバシー保護と公衆衛生的ニーズとを比較考量した上で調査を実施する必要がある)。

本稿では、以下、2. 心理学的剖検の概要 (定義・分類、方法、問題点、同定した自殺のリスク因子)、3. 海外のコロナ禍における心理学的剖検、4. コロナ禍における自殺リスク、5. まとめ・考察の順にコロナ禍における心理学的剖検の意義を論じる。

2. 心理学的剖検の概要

2.1 心理学的剖検の定義・分類

心理学的剖検は古く、1934～1940年の間の米国ニューヨーク市の警察官の自殺者93名に対し、ウクライナ人精神分析家Gregory Zilboorgが行った精神分析的調査を嚆矢とする¹⁷⁾。その後、アメリカ自殺学会 (American Association of Suicidology: AAS) の創設者であり現代自殺学の父と呼ばれるEdwin S. Shneidmanが心理学的剖検という言葉を作語し、後に「心理学的剖検の主たる機能は、不審死を明らかにし、『正確』もしくは的確な死亡の様式に達着することである。本質的には、心理学的剖検は、故人の行動、振る舞い、性格を報告することができるほど十分に知る人物を面接して得られた情報により、故人の意図—それは故人の自身が死のうとする—to に関連した故人の意図—のだが—を徹底的に後方視的に調査することに

他ならない。」(The main function of the psychological autopsy is to clarify an equivocal death and to arrive at the “correct” or accurate mode of that death. In essence, the psychological autopsy is nothing less than a thorough retrospective investigation of the *intention* of the decedent—that is the decedent’s intention relating to his being dead—where the information is obtained by interviewing individuals who knew the decedent’s actions, behavior, and character well enough to report on them.)¹⁸⁾ と記したことから、心理学的剖検の定義として、「故人の意図を徹底的に後方視的に調査すること」が論文の中で紹介されることが多い。この他、ニューヨーク北部医学校ニューヨーク州立大学北部医学校 (SUNY Upstate Medical University) 司法精神医学准教授James L. Knoll IVの「死亡の様式の決定の確実度をできる限り高くすることを目的とした、死の時点に存在した自殺リスク因子の同定と評価を必要とする死後調査方法」(a postmortem investigative procedure requiring the identification and assessment of suicide risk factors present at the time of death, with the goal of enabling a determination of the manner of death to as high a degree of certainty as possible)^{19, 20)} や、ケベック大学自殺・安楽死研究・介入センターBrian L. Misharaの「ある人物が死に先立って何を考え、感じ、行ったのかを再構成することによって、その人物の死を究明する方法」(The psychological autopsy is a procedure for investigating a person’s death by reconstructing what the person thought, felt, and did preceding his or her death.)²¹⁾ という定義も論文中に引用されることがあるが、政府報告書や学会等による公式の定義はなく、一般に広く知られた定義もない。

心理学的剖検は、1) 自殺心理学的剖検 (suicide psychological autopsy: SPA) [自殺対策に活用するために行う]、2) 不審死心理学的剖検 (equivocal death psychological autopsy: EDPA) [捜査に活用するために行う] の2つに大別される (Table 3)。

Table 3 Classification of psychological autopsy

種類	目的	実施者	同義語
自殺心理学的剖検 (suicide psychological autopsy : SPA)	死亡の様式 (manner of death) (自然死, 事故, 自殺, 他殺, 不明) が紛れもなく自殺である時に実施される。心理社会的な要素を把握するために行われ, 自殺対策に活用される。結果を受けて犯罪調査を行うことはない。	自殺学者	[一般に心理学的剖検といえば, SPA のことを指す]
不審死心理学的剖検 (equivocal death psychological autopsy : EDPA)	死亡を取り巻く状況について新しい情報を提供することにより, 死の様式が見掛けとは異なる可能性について検討する検死の方法の一つで, その結果が当局による後続の調査に活用される。たとえば, 犯人が殺人を自殺のように演出 (staged) している事件などで用いられる。犠牲者の背景についての情報を徹底的に収集し, 犯罪の全容を明らかにすることに役立てる。 不審死 (equivocal death) として取り扱われることのある事項には, 薬物関連死, 自己発情窒息, 自己誘発窒息 (「失神ゲーム」), 溺死, プレーキ痕のない交通事故死, ロシアンルーレット, 「警官による自殺」(警官にわざと打たれるように振る舞う), 偽装殺人の疑い, 幼年者 (10歳未満), 墜落死などがある。	検死や司法病理学の訓練と経験を積んだ心理学者や精神科医	<ul style="list-style-type: none"> ● 死後心理分析 (postmortem psychological analysis) ● 再構築的心理評価 (reconstructive psychological evaluation : RPE) ● 不審死分析 (equivocal death analysis : EDA)

文献26, 27を参考に筆者にて作成。

両者とも手続きはほぼ同じで, 目的と実施者が異なる。通常, 心理学的剖検といえば, 自殺心理学的剖検を指す。だが, 心理学的剖検が技法として開発されたのは, 1950年代にロサンゼルス郡主任検視官局 (Los Angeles County Chief Medical Examiner-Coroner's Office) が過量服薬による不審死の増加に直面し, ロサンゼルス自殺予防センター (Los Angeles Suicide Prevention Center) に協力を要請したことによるEDPAであり, また世間に知られるようになったのは, 1962年のMarilyn Monroeの不審死を巡るEDPAである²²⁾。しかし, EDPAには標準プロトコルがなく, 妥当性や信頼性が乏しいため, 裁判における専門家証人による証言の認容性 (admissibility) に関するDaubert基準を満たさず, 証拠採用されるには難がある²³⁾。とはいえ, 標準プロトコルがなく, 妥当性や信頼性が乏しいことはSPAについても同様である²⁴⁾。

心理学的剖検は, 自殺対策研究や刑事司法捜査のために行われる以外にも, 生命保険, 労働災害, 医療事故, 製造物責任, 交通事故, 遺書に疑義がある時などにも用いられることがある²⁵⁾。

2.2 心理学的剖検の方法

先述のShneidmanは心理学的剖検で収集すべき情報を16項目示したが¹⁸⁾, これを拡充したプロトコルがハーバード医学校精神医学部門のFrank M. Dattilioにより提案されており, 本稿ではこれにその他の文献で提案された心理学的剖検で収集すべき情報を合わせて整理した (Table 4)。心理学的剖検は収集する情報が多ければ多いほど, 正確な結果が得られるとされる¹⁹⁾が, 情報同士が矛盾する場合の取り扱いなど, 課題は多い²⁸⁾。そうした場合, 種類の違う情報を組み合わせる, 自殺の実態に迫るために, 質的研究で用いられるトライアングレーション (triangulation) の手法を用いるのも一案であろう²⁹⁾。

心理学的剖検の研究手法として圧倒的に多いのは, 主に自殺のリスク因子を同定するために行われる量的研究 (特に症例対照研究) である。しかし, 質的心理学的剖検研究も, 自殺者が「なぜ」自殺するのか (自殺に至る力動や社会文化的文脈) について, 理解を深めるのに重要である³⁰⁾。ただし, 質的心理学的剖検研究の多くは症例報告もしくは症例集積研究であり, 個人情報保護や倫

理的な制約が少なくない。また、量的心理学的剖検研究の方が質的心理学的剖検研究よりも優れているというわけではない。それは心理学的剖検には後述するようなさまざまな問題点・バイアスがあるため、心理学的剖検研究で得られた情報を量的に分析しても妥当性・信頼性は必ずしも高くはないからである（この意味で、量的心理学的剖検研究も、質的心理学的剖検研究と同じく、自殺のリスク因子に関する仮説生成型研究に過ぎず、仮説実証型研究たりえないのではない）。むしろ、丁寧な質的心理学的剖検研究の方が自殺対策に関し、より重要な教訓を与えてくれるかもしれない³¹⁾。さらに注目すべきことは、ヴァンダービルト大学心理学部門・ハーバード大学心理学部門の

Joseph C. Franklinらの自殺の長期予後研究に関するメタ分析によれば、リスク因子による自殺予測能は偶然よりも多少良い程度で、この50年間、向上していないとされることである（重み付き曲線下面積 [weighted area under the curve : AUC] が0.58)³²⁾。すなわち、自殺のリスク因子の自殺予測能が低い以上、それに介入して自殺を減少させるという自殺対策戦略にも、現状では大きな期待はできないことになる。

2.3 心理学的剖検の問題点： 医学モデルを中心に

心理学的剖検は、自殺や不審死の際に、故人の死亡に関わる諸情報を網羅的に収集・統合し、死

Table 4 Data collection for psychological autopsy

収集すべき情報	説明
身元確認情報 (identifying information)	故人の名前、性別（生物学的、社会文化的）、年齢、住所、婚姻状態、職業、宗教など。情報提供者の身元・故人との関係についても情報を収集する。
死亡の詳細 (details of death)	死亡の手段、死亡現場の写真・ビデオ、死亡時刻、周囲の状況、死亡推定時刻、死体発見時刻、死亡の直前に故人が会っていた人物、故人の死の第一発見者など。
故人の過去歴 (decedent's history)	同胞の精神疾患、故人の結婚歴・性的活動（結婚カウンセリングや家族カウンセリングの記録があれば参照）、病歴（特に精神科）、自殺企図の既往・素振り、故人の家族の死亡歴（自殺者の有無を含む）、ストレスに対する故人の反応パターン、発育歴、教育歴、職歴。場合によっては、犯歴や補導歴も確認する。
最近の緊張関係もしくは将来予想される トラブル (recent tensions or anticipated trouble)	金銭トラブル、法的紛争・逮捕の可能性、不名誉・困惑など、親密な人間関係の終焉・不貞・欠如。
アルコールその他の薬物の使用状況 (role of alcohol and other drugs in overall lifestyle in death of decedent)	不法薬物やアルコールの使用・乱用・依存、それらに対する治療の失敗など、向精神薬や身体疾患治療薬が抑うつ状態や衝動性を惹起・増悪させる可能性も考慮すること。
故人の人間関係 (decedent's interpersonal relationships)	生前、故人と交流のあった人々と面接し、故人との間の力動関係を調べる。
死・事故・自殺に関する故人の幻想・夢 想・思索・予感・恐怖 (fantasies, dreams, thoughts, premoni- tions, or fears of the decedent relating to death, accident, or suicide)	家族や友人から、故人が死についてどう考えていたかを聞く。
故人の癖、趣味、食事のパターン、性的 行為、その他の生活習慣の変化 (changes in the decedent's habits, hobbies, eating patterns, sexual behavior, and other life routines before death)	自殺する前に、習慣的行動が大きく変化することがある。
故人の「明るい側面」についての情報 (information related to the "lighter side" of the decedent)	躁状態を思わせるような気分の変動や突飛な行動はないか。
意図的行為の評価 (assessment of intentional acts)	<ul style="list-style-type: none"> ● 意図的死亡 (intentional death) : 死ぬ意図を持って死んだ場合。 ● 非意図的死亡 (unintentional death) : 死ぬ意図はなかったが、死んだ場合。 ● 亜意図的死亡 (subintentional death) : 死ぬ意図は明確ではないが、自殺と同等の危険な行為をしている場合。

Table 4 Data collection for psychological autopsy (cont'd)

収集すべき情報	説明
致死性の評価 (rating of lethality)	故人が自殺に至った想念を1) 動揺 (perturbation) [故人の混乱・落胆・苦悶・恐怖・怒り・絶望の程度など、自殺の動機となる精神的苦悩 (psychache) が自殺しなければならぬほど耐え難かったのかどうか]、2) 致死性 (lethality) [その苦悩から逃れるための実行可能な選択肢の中でなぜ自殺を選択したのか]、の2つの点から評価する。
故人の死に対する情報提供者の反応 (reaction of informants to decedent's death)	情報提供者が故人の死に関してどういった感想を持っているか、故人の死を予測していたかどうか。
その他	生前の故人の性格・人柄、故人の人生観・将来の計画。
目標	故人の行動パターン (ストレスに対する反応、順応性、生活習慣の変化)、パーソナリティ特性、精神疾患、動機、自殺の意図、自殺のリスク因子 (軽減、増悪)、衝動性・計画性などの同定・判断。
情報源	現場の写真、現場訪問、遺書、故人の日記・著作・メモ・手紙 (電子メール、ブログや SNS を含む [ネットいじめ (cyberbullying) やネットストーキング (cyberstalking) による自殺 (cyber suicide) の可能性を念頭に置く])、故人の愛読書、故人の残した切符・チケット、故人の家族 (配偶者・親密なパートナー・両親・同胞・子ども・孫など)・親戚・恋人・知人・元配偶者・元恋人、同僚・上司、同級生・先輩・後輩、主治医・精神保健職・看護師等の医療介護福祉職、教師、同居者・近隣の住人、その他 (場合によっては目撃者) [故人本人不在の状況下で故人に関する情報を提供することから、これらの情報提供者を包括して代理応答者 (proxy respondent) と呼ぶ] の証言、故人の音声・動画記録、診療録 (特に精神科)、心理検査、臨床検査データ、学校の通信簿、脳画像診断、検視記録、捜査報告書、解剖記録など。
必要なスキル・配慮	<ul style="list-style-type: none"> ● 事前の倫理的検討 (無危害原則等)、職業倫理の遵守 (守秘義務・個人情報保護等)。 ● 悲嘆・死別反応等の精神保健に関する十分な知識・経験 (面接員としての採用基準を明確にすること。臨床家でありかつ、必要な訓練を受けていることが望ましい)。 ● 情報提供者の心理・知的水準を配慮した面接技術。 ● 情報提供者に適切なオリエンテーションを与える (面接の必要性・目的、録音・録画するかどうか、幸ければ途中で面接を中止したり回答する質問を飛ばしたりしても良いこと、面接で気分不快などの害作用が生じる可能性があること、後日質問や伝えたいことがあれば面接者に連絡して良いこと、情報開示によるバイアスや誘引の可能性のあるため調査結果を個別に開示しない旨などを伝える) と同時に、情報の虚偽や誇張・秘匿をしないよう情報提供者に協力を要請すること。 ● 感情労働を伴う業務であるため、面接者の健康状態・過労にも留意すること。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ スーパーバイザーによる指導の機会や休憩・休暇を設けると良い。 ➢ 継続的なスーパービジョンは、面接者のスキルの維持・倫理性的の担保にも役立つ。 ● 情報提供者を1人ずつ面接すること。
面接の実施時期	<ul style="list-style-type: none"> ● 記憶が薄れないうち、あるいは報道の影響を受けないうちに行う必要があるが、死別・悲嘆の状況を勘案すること。 ● 気持ちの整理がつかないうちに面接して情報を引き出しても、正確ではない可能性がある。 ● 実施時期の目安は概ね2～6か月とされるが、遺族等の気持ちに寄り添うという意味で事件の1か月～10週間以内が良いという意見がある。一方で、遺族のショックが強い場合は1年以上経過後が良いとされる。その他、3～12か月後とする意見もある。 ● 時間が経つにつれ、関係者が冷静さを取り戻す一方、いつまでも事件にとらわれたくないという気持ちにもなるので、面接に協力が得られ難くなる可能性もある。 ● 故人の命日や誕生日等には実施することは避けるべきである。
面接手段	<ul style="list-style-type: none"> ● 1対1の対面による面接を基本とする (情報提供者が複数名同時での面談や付き添いが付くことを要求することがあるが、できる限り、1対1の対面が良い)。ただし、記録に専念する者を面接者側に1名加えても良い。 ● 録音・録画が可能であれば行うが、必ず情報提供者の了解を得ること (ただし、情報提供者の警戒心により提供される情報が減る可能性がある。また、これらが機密情報であることに注意すること)。 ● データ網羅性 (欠損値を極力減らす) や記録者間の記録や評価の一致率を高めるため、構造化面接や準構造化面接を用いることが推奨されている (しかし、その詳細については、公開されているものは少ない)。 ● できるだけ1回で済ませるべきだが、面接を数回に分けることもある。補足手段としてメールの交換なども併用する。 ● データの各項目をコーディングするのも良い。

文献18, 19, 24, 28, 33, 34を参考に筆者にて作成。

亡に至った心理的な経緯を推定するのに役立つ。しかしながら、その情報の収集・再構築には種々の問題や大きな制約・限界がある (Table 5)。まず、調査者が故人を自殺する前に診察していないのに、故人が精神疾患に罹患していたと診断して良いのか、という心理学的剖検が伝聞推定であることに伴う根本的な問題がある。次に心理学的剖検が医学モデルに基づいていることにも批判がある (後に詳述する)。また、自殺既遂者の精神疾患の推定有病率や生活上の出来事と自殺との間の相関関係について、報告ごとに大きな差異があるので、得られた結果の一般化可能性には留保が付く。この他、標準プロトコルがないこと、得られる情報にアーチファクトが混入することなど、情報収集にも大きな制約がある。

特に心理学的剖検が医学モデルに基づいて行われていること、ひいては自殺対策が医学モデルで

行われることについては、強い批判がある。さて、自殺者に占める精神疾患の有病率が9割にも上ると心理学的剖検研究によって推定されていることは、精神医学者が自殺対策として精神医療を重視する根拠となっている。そして、やや古い概算ではあるが、世界保健機関 (World Health Organization: WHO) 精神保健・物質依存部門の José M. Bertoloteらによれば、うつ病・アルコール関連障害・統合失調症の治療を行うことにより、理論的には自殺率を20.5%低下させることができ、全世界では人口10万人につき、1年あたり15.1人の自殺者を12人まで低下させることができると推定されている³⁵⁾ (ただし、この推計を算定するために用いた計算式は、該当する論文からは明らかではない)。このように自殺対策を医学モデルで実施することは合理的であるにも関わらず、なぜこの自殺対策方針は批判されるのであろうか。

Table 5 Issues and limitations of psychological autopsy

根本的問題	<ul style="list-style-type: none"> • そもそも自殺時の故人を直接診ていないのに、他人や関係資料から故人の精神疾患を診断できるのか。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 故人の精神疾患の可能性についての情報を収集するために生存している患者用に作成されている構造化／半構造化面接を情報提供者 (家族や友人等、故人の代理者 [proxy]) に対して行ったり、生存している患者用に作成されている精神疾患の操作的診断基準を、故人を直接診察せずに故人の診断に用いたりすることの妥当性が担保されていない。 ➢ たとえば、境界性パーソナリティ障害では自殺企図が少なくないが、これと気分循環性障害や双極Ⅱ型障害との鑑別あるいはこれらとの併存の判断を故人の代理者への面接で行うことは可能なのだろうか。
精神疾患の有病率が報告により一定しない	<ul style="list-style-type: none"> • 自殺者で精神疾患の無い人の割合が、心理学的剖検によって幅がある (7～30%)。[下記「心理学的剖検の実施されるパラダイムに問題がある」項の記載とは一致しないが、このような批判がある。] <ul style="list-style-type: none"> ➢ 気分障害の有病率にも幅がある (35～76%)。 ➢ 男性自殺者での適応障害の有病率にも幅がある (12～25%)。 • うつ病の有病率にも大きな幅がある (7～54%)。
生活上の出来事と自殺との間に相関が報告により一定しない	<ul style="list-style-type: none"> • 生活上の出来事と自殺との間の相関が報告によってまちまちである。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ オッズ比が有意差なし～28.5という報告。 ➢ オッズ比が13.8～15.6という報告。
心理学的剖検の実施されるパラダイムに問題がある	<ul style="list-style-type: none"> • 現在、主に医学モデルに基づいて心理学的剖検を行っているが、精神疾患がある人の大半は自殺せず、精神疾患のない人でも自殺する人は少なくない (精神疾患のみが自殺の要因ではないのに、心理学的剖検では精神疾患の分析に重きが置かれすぎている)。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 自殺者に占める精神疾患の有病率は88～95%。 ➢ 思春期のうつ病患者やアルコール依存症患者、うつ病患者を10～20年間追跡したところ、自殺リスクはそれぞれ7.7%、3.4%、3.8%だった。 • 自殺は社会文化的要因 (社会階級、居住地、信念、価値観、宗教、慣習、社会規範、法律、労働環境、民族性など) の影響が大きい。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 自殺率は国ごと、地域ごと、社会的グループや民族ごとにさまざまであり、精神疾患の有病率は自殺率と全く相関しない。 ➢ 自殺率の男女比は、プエルトリコが8対1、中国田園部で0.8対1、全世界では3対1である。 ➢ コーカサス系アメリカ人の方がアフリカ系アメリカ人よりも自殺率が高い。 ➢ サンフランシスコの1987～1996年の自殺率では、ヒスパニック系アメリカ人では15～24歳が、アフリカ系アメリカ人では25～34歳が、コーカサス系アメリカ人では35～44歳が、アジア系アメリカ人では75歳以上の自殺リスクがそれぞれ最も高かった。

Table 5 Issues and limitations of psychological autopsy (cont'd)

標準プロトコルの欠如	<p>精神科診断用面接ツールの問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 研究の多くで、自己開発あるいは標準的ではない精神科診断用面接ツールを使っている。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 標準的精神科診断用半構造化面接ツール (SCID-IやSADS) を用いている場合でも、一つの研究中でもバージョンの異なる面接ツールが一緒に使われていたり、各ツールのバージョンが不明であったりするので、データの統合・比較が困難である。 ➢ 半構造化面接は完全な構造化面接 (CIDIなど) よりも面接者の主観・誤謬が入りやすい。 <p>症例対照研究の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ● マッチ症例対照研究 (matched case-control study) による心理学的剖検研究では、マッチさせる社会人口学的変数の数・種類が研究によりさまざまである。また、交絡因子も排除できない。 ● 症例対照研究による心理学的剖検研究の多くで、対照群に自殺以外の原因による死者を用いず、生存者を用いている。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 特に対照群に自殺した故人の知人を用いている場合、それらの人々は自殺した故人と社会人口学的特性が似ており、マッチングしやすい。また、そうした人々は自殺のハイリスク群であったりする。 ➢ 対照群に精神科入院患者や自殺企図者が自発的に参加していることもある。このような場合、自殺した故人に精神科的既往歴がないケースでは、直接的な比較対象とすることは適切ではない。 ➢ 自発的に対照群に参加している人たちは、非自発的参加者とは違ったパーソナリティ特性 (社会的承認に対する欲求が強い、社会的、非権威主義的、自己開示的など) を持つ傾向がある (選択バイアス)。 ● 対照群に自殺以外の原因による死者を用いれば良いというものでもない。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 自然死ではない (ただし、自殺でもない) 死亡者を生存者と比較すると、身体疾患、薬物使用、大量喫煙、精神疾患の割合が高かった。 ➢ 自殺以外の原因による死者は、死亡に対して自殺者のリスク要因とは異なるリスク要因の影響が強いのので、自殺以外の原因による死者では、自殺のリスク要因が相対的に低くなり目立たなくなってしまうことがある (床効果: floor effect)。 ● 自殺以外の原因による死者や自殺者では、情報提供者に死別反応や悲嘆の影響があるが、対照群が生存者の場合はそれらの影響がない。
方法論的アーチファクトが混入する	<p>生活上の出来事の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 用いられる生活上の出来事の測定尺度が自己開発したものであったり、既存のものであったり、まちまちであるため、生活上の出来事が自殺のリスクをどの程度高めるのかについての見解が一致しない。 ● 自殺前のどのくらいの期間にストレスの強い生活上の出来事が存在したのかについて、調査期間が一定しない (自殺前1～24か月)。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 調査期間が長いときは、古い生活上の出来事については申告が少なくなる。 ➢ 回答者の気分によって、ネガティブな生活上の出来事についての申告が大きく影響を受ける。 <p>情報提供者の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 情報提供者の数や種類が統制できない。 ● 複数の情報提供者の提供した情報が矛盾する場合、どれを重視するか、どのように調整するかについて基準がない。 ● 症例対照研究型の心理学的剖検研究で、症例群の情報提供者を対照群から選択しているものがあるが、これは適切な方法ではない。 ● 情報提供者の気分・精神状態が提供される情報を左右する可能性がある。 ● 情報提供者の年齢・性別・親密さの度合い、故人との接触の頻度で、提供される情報が変わってくる。 ● 第一発見者は精神的に強い衝撃を受けるため、事件を想起しやすい。 ● 自殺から情報提供者の面接までの期間に大きな幅があり、あまり長時間経過していると、記憶の減退により情報の信頼性が低下する (情報バイアス)。 ● しばしば、両親よりも友人の方が故人の薬物乱用、対人関係上の問題、自殺念慮をよく知っていることがある。あるいは家族よりも友人の間の方が親密で、故人が家族より友人を信頼しているケースも多い。 ● 情報提供者が故人の自殺状況や生前の精神医学的診断を知っている場合、情報提供者から提供される情報にバイアスがかかる (選択バイアス)。 ● 自殺者の家族は、自らの精神状態・精神疾患を故人に投影することがある (故人も自分と同じ病気に苦しんでいたのだろうと考えてしまう)。 ● 情報提供者と故人との間でさまざまな利益相反があり、提供される情報にバイアスがかかることがある。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 故人は精神疾患だったから自殺したのであって、自分には故人の自殺に責任はない、と考えるなど (故人の精神疾患の過剰診断につながる)。 ➢ 自殺の背景に家庭内暴力 (性的暴行含む) が潜在していることがある。
面接者の要件が整備されていない	<ul style="list-style-type: none"> ● 面接者の心理・社会的特性 (パーソナリティ、性別、年齢、気分、口調、教育水準など) が統制されていない。 ● 心理学的剖検の研究報告に、面接者の受けた訓練・熟練度についての記載が乏しい。 ● 熟練した臨床家が面接者の場合、面接者の主観・誤謬が評価を歪めてしまうことがある (非専門家を面接者として訓練して面接させた方が良いのかもしれない)。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ だが、熟練した臨床家が面接を行うと、情報提供者の悲嘆が強すぎて治療が必要なレベルかどうかにかい付きやすいであろう。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● しばしば故人に関する面接調査を行うこと自身が、遺族等に対し大きな心理的ストレスとなる。

文献31, 41を参考に筆者にて作成。

まず、医学モデルによる自殺対策を推進するには、精神医療全体の水準を大きく向上させる必要がある。たとえば、自殺に関連して精神科ユーザーが精神医療で直面する問題³⁶⁾(精神科スタッフの自殺企図者・ハイリスク者に対するコミュニケーションが拙劣であったり、自殺に関するスタッフの経験・知識が乏しかったりするため、ユーザーが精神医療に頼らなくなる)は、医学モデルによる自殺対策の大きな障壁となる。すなわち、自殺リスクの高い人を単に精神医療に結び付ければ良いというものではなく、自殺に関する豊富な経験・知識を持ち、ラポール形成に長けたスタッフを自殺リスクの高い人たちに接することの多い精神科救急の現場に配置しなければならない(それだけではなく、日常的な精神医療の底上げが重要である)。

また、医学モデルが根拠とする自殺対策のための介入法の有効性に関するエビデンスは観察研究が多く、そのエビデンスレベルは高いものではなく、短期的に自殺リスクを低減する可能性があるという程度である(それにも関わらず、そうした介入のネガティブな側面[スティグマ化や治療・介入を受けた人が精神医療に悪い印象を持つなど]はほとんど考慮されていない)³⁷⁾。うつ病患者に限れば、抗うつ薬に自殺予防効果があるかどうかは、いまだに決着がついていない(特に、抗うつ薬の臨床試験では、自殺念慮や自殺企図の既往のある人は研究対象者としての除外基準に該当するものとされることが多いので、抗うつ薬の自殺予防効果を判断することは困難であることに留意すべきである³⁸⁾)。

ただし、医学モデルによる自殺対策は、自殺が本人に責任のある非難されるべき行為ではなく、自殺は「病気のなせるわざ」であり、自殺ハイリスク者は責められるべきではないと考えることに寄与している(これに対し、自己決定権の立場から、父権主義的であるという批判もあるだろう)。また、自殺は社会文化的・経済的・政治的な影響が強い現象であり、医学モデルには自殺を自殺者個人の問題に矮小化してしまうという可能性があ

ることは認識しておく必要がある。

以上より、医学モデルによる自殺対策は、①社会全体に対する質の高い精神医療の提供、②自殺ハイリスク者に対する全人的医療の推進、という2つの課題を克服することで実現が可能である。このうち、後者は自殺ハイリスク者との最初の臨床的出会い (clinical encounter) の際に、良い治療同盟・ラポール形成を最大の目標とし(心理療法モデル³⁹⁾)、その後ハイリスク者の社会的困難の改善や精神疾患の治療へと向かうという、心理面への働きかけを中心とした漸進的アプローチが望ましいのではなかろうか。ただ、その実現可能性を考えると、自殺対策が医学モデルで行われることに批判があることは当然であろう。では、社会支援による自殺対策はどれほど有効かといえ、中南大学湘雅医院公衆衛生部門のXiaofei Houらによるメタ分析によれば、自殺既遂についてはリスク比 (risk ratio : RR) が0.48 (95%信頼区間 [confidence interval : CI] 0.27 ~ 0.85) と著効を示すものの、自殺企図に関してはRRは0.88 (95%CI 0.73 ~ 1.07) で効果がなかった⁴⁰⁾。

2.4 心理学的剖検で同定した自殺のリスク因子

さて、これまでに心理学的剖検で自殺リスクについて、どのような成果が得られたのであろうか。PubMedにて、心理学的剖検の文献レビューを検索して抽出した研究報告を自殺リスクの点からまとめたものを示す (Table 6)。主な研究テーマとして精神疾患・年齢・性的指向・地域・逆境の5つが浮上した。これは複数の研究を要約し得られた自殺のリスク因子がこの表に提示した程度しか存在しないことを示唆する。また、それぞれで得られた自殺のリスク因子の概要は、いずれも一般常識で認識されているリスク因子を裏付けるものと考えられる。これは裏を返せば、一般に予測しがたい意外なリスク因子は心理学的剖検では判明していないことを意味する。

Table 6 Risk factors of suicide identified by psychological autopsy studies

対象	自殺のリスク因子	説明
精神疾患		
自殺既遂者における精神疾患の地域差 ⁴²⁾	心理学的剖検による自殺既遂者の精神疾患の有病率は東アジアが69.6%、北米88.2%、南アジア90.4%であった。	自殺既遂者の精神疾患の有病率を（東アジア、オーストラリア、ヨーロッパ、北米、南アジア、南西アジア）を心理学的剖検と比較したもの。
自殺既遂者における精神疾患の有病率と地域差 ⁴³⁾	I軸診断のみを検討した心理学的剖検（14報）では、5.5～66.7%が精神疾患なしであった。パーソナリティ障害およびI軸を評価した心理学的剖検（9報）では、1.7～37.1%が精神疾患なしであった。中国、インドは精神疾患なしの自殺既遂者がヨーロッパや北米よりも多かった。	自殺既遂者の精神疾患の有病率と地域差を心理学的剖検で比較したもの。
自殺既遂者の精神疾患の有病率と自殺リスクの性差 ⁴⁴⁾	自殺既遂者の87.3%が精神疾患ありであった。自殺リスクは物質関連問題がOR=3.58、パーソナリティ障害がOR=2.01、児童期の精神障害がOR=4.95で男性が高く、気分障害がOR=0.66、うつ病がOR=0.53で男性に低かった。	自殺既遂者の精神疾患の有病率を心理学的剖検で検討したもの。
うつ病 ⁴⁵⁾	男性（OR=1.76）、精神疾患の家族歴（OR=1.41）、自殺企図の既往（OR=4.84）、重いうつ病（OR=2.20）、希望のなさ（OR=2.20）、不安（OR=1.59）、アルコール・薬物の乱用（OR=2.17）。	うつ病患者の自殺に関するコホート研究と症例対照研究を抽出したメタ分析。
うつ病および物質使用障害 ⁴⁶⁾	35報の心理学的剖検が存在し、自殺リスクはうつ病がOR=9.14、物質使用障害がOR=7.18であった。	うつ病および物質使用障害の心理学的剖検に関する文献レビュー。
双極性障害 ⁴⁷⁾	心理学的剖検で双極性障害の自殺リスクをみたものは2報あり、うち1報でOR=14.83であった。	双極性障害の自殺リスクに関する疫学研究のレビューで、前向き追跡研究、後向き研究、心理学的剖検をまとめたもの。一般人口に比し、双極性障害の患者では、自殺リスクが20～30倍高いと結論付けられている。
物質使用障害 ⁴⁸⁾	自殺既遂者の19～63%が物質使用障害（その多くがアルコール使用障害）であった。アルコール使用障害およびそのうつ病との合併が自殺のハイリスクであった。	物質使用障害の心理学的剖検に関する文献レビュー。
B群パーソナリティ障害 ⁴⁹⁾	フィンランドで行われた心理学的剖検で、13～19歳の自殺既遂者の17%が行為障害もしくは反社会性パーソナリティ障害と推定されていた。イスラエルの心理学的剖検で、18～23歳の兵役中の人での自殺者43名のうち、自己愛性パーソナリティ障害が10名であった。	B群パーソナリティ障害の自殺リスクに関する文献レビュー。
年齢		
高齢者 ⁵⁰⁾	入院中うつ病の治療を受けた患者が退院直後に自殺既遂となることが多い。現在うつ状態であること、自殺企図の既往が死の意図の高いことと相関がある。認知症診断直後には自殺リスクが高い。独居・配偶者の喪失・孤独・人間関係の不和・社会的支援が少ないことが自殺リスクとなる。悪性腫瘍等、種々の身体疾患や慢性疼痛も自殺リスクとなる。長命を寿ぐ文化があると自殺リスクは低減する。	高齢者の自殺リスクを精神疾患、社会的断絶、身体疾患・疼痛、機能的障害、認知・神経生物学的過程、パーソナリティ・文化的因子という6つの観点でレビューしたもの。
子ども ⁵¹⁾	自殺企図の既往（12～35.5%）、虐待の既往（OR=42.1）、親との衝突が自殺の促進因子、16歳以上は16歳未満よりも自殺者のアルコール使用が多い（37.8%対3.1%）。精神疾患・精神保健問題（33～60%）。	子どもの自殺に関する症例集積研究7報、心理学的剖検研究8報を抽出し、自殺リスクや自殺者の社会的特性をみたもの。

Table 6 Risk factors of suicide identified by psychological autopsy studies (cont'd)

対象	自殺のリスク因子	説明
性的指向		
性的マイノリティー ⁵²⁾	性的マイノリティーの自殺リスクは、心理学的剖検研究の結果を再検討すると、自殺既遂についても高かった。	従来、性的マイノリティーは自殺企図のリスクが高い一方、心理学的剖検の結果から、自殺既遂については高くないとされていたが、これは自殺企図が自殺既遂の最大のリスク因子であることと矛盾していることから、行われた文献レビュー。
地域		
イスラム教諸国 ⁵³⁾	精神疾患、自殺企図の既往、失業、自殺の引き金となる生活上の出来事、対人的トラブルが自殺のリスク因子として多かった（西欧諸国と種類は同じ）。	イスラム教諸国で実施された心理学的剖検についてのレビュー。5か国（バングラデシュ、インドネシア、イラン、パキスタン、トルコ）で計8報の心理学的剖検が見つかった。
インド ⁵⁴⁾	精神疾患のある者の割合が4.8～94%と研究によって大きな差がある。金銭問題（持参金ストレス含む）、対人関係の問題、失業などが自殺リスクとして挙げられている。	インドの心理学的剖検に関する文献レビュー。
逆境		
生活上の負の出来事 ⁵⁵⁾	自殺前の1年間に1つ以上の生活上の負の出来事があった人が多かった。	ヨーロッパ、アジア、北米、オーストラリア・ニュージーランド、南米という5つの地域ごとに生活上の負の出来事と自殺の関係をまとめたレビュー。
借金 ⁵⁶⁾	香港で借金と自殺に関する4つの心理学的剖検が行われており、うち1つでは借金はOR=7.9～9.5と概算され、また1つでは自殺既遂者の23%が借金を負っていたと報告していた。	無担保債務の心身への影響を検討した系統的レビュー。学生対象の調査、パネル調査、心理学的剖検研究、全国的代表調査などに分類してまとめている。
視覚障害 ⁵⁷⁾	視覚障害は12名中11名が、聴覚喪失は7名中2名が自殺の主要因と考えられた。	視覚障害のある人（12名—うち1名は聴覚障害もあるが、失明直後に自殺しているので視覚障害と分類）の自殺既遂者と聴覚障害のある人（7名）の自殺既遂者との症例対照研究。

注：①上記表中では、OR=オッズ比を表す。

②PubMed検索式：("psychological autopsy"[All Fields]) AND (meta-analysis[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter])=hit 47 (検索日：2022年4月10日)

③47報のうち、精神疾患・年齢・性的指向・地域・逆境で自殺リスクをまとめたものが16報、心理学的剖検の方法論に関するレビューが12報、その他が19報であった。

3. 海外のコロナ禍における心理学的剖検

では、コロナ禍において、心理学的剖検は海外ではどの程度実施されているのだろうか (Table 7)。心理学的剖検を表題とした研究でCOVID-19パンデミックの自殺への影響を検討したものは、わずかに3報（症例報告や症例集積研究で合計の症例数は5例）である。これら3報では、COVID-19パンデミックに特異的な予想外の自殺リスクは抽出できていない。また、COVID-19パンデミック

下で心理学的剖検を実施することが重要であることを主張した論文（ただし、心理学的剖検は未実施）は2報である。すなわち、心理学的剖検研究で自殺のリスク因子を明らかにするための基本的研究デザインとして用いられる症例対照研究は、コロナ禍では未だ実施されていない。これはTable 4に示したように心理学的剖検の推奨される実施時期が概ね自殺から2～6か月後とされること、そしてコロナ禍の心理的影響はCOVID-19が新興感染症として社会的脅威となったパンデミック初期であることを考慮すると、WHOがCOVID-19パンデミックを宣言した2020

Table 7 Psychological autopsies after COVID pandemic

著者	概要
心理学的剖検の報告	
Aquila ら ⁵⁸⁾	COVID-19パンデミック下のイタリア Magna Graecia 地域からの症例報告で、心理学的剖検によって、故人がCOVID-19罹患への恐怖を抱いており、それがイタリア政府のパンデミック封じ込め策による行動制限で増悪したものと推定された。
Crisan ら ⁵⁹⁾	ルーマニア Sibiu 市で行われた心理学的剖検3例の症例集積研究である。いずれも高齢者で抑うつ状態をきたしており（うつ病の既往がある人が2人、ない人が1人）、SARS-CoV-2感染により2例が入院中に、1例が自宅療養中に自殺した。
Toker Uğurlu ら ⁶⁰⁾	トルコ Denizli 市で行われた心理学的剖検の症例報告で、COVID-19罹患への恐怖から「不安と抑うつ」の状態をきたし、自主隔離の後に自殺したものと推定された。
その他	
McKee ら ⁶¹⁾	COVID-19の自殺的インパクト (suicidogenic impact) を明らかにするために、北部アイルランドで北部の症例対照心理学的剖検研究を実施することが必要であると主張するレター。
Kar ら ⁶²⁾	COVID-19パンデミック下のインドで有名人の自殺が相次いだことを受けて、自殺のリスク因子を明らかにするため、心理学的剖検が必要であると主張するレター。

注：PubMed 検索式：“psychological autopsy”[TI] COVID Sort by: Publication Date= hit 200（うち2020年3月以降=26、うちCOVID-19の自殺への影響を検討したもの=1）／Google scholar 検索式：“psychological autopsy” COVID=hit 347（2020年以降）（うちCOVID-19の自殺への影響を検討したもの=3）（検索日：2022年4月10日）

*文献58はPubMedとGoogle scholarの両方でヒットした。

年3月から本稿執筆の時点までにすでに2年が経過しており、もはやこれからコロナ禍における自殺の心理学的剖検を実施するには時機を逸したと考えられる。

4. コロナ禍における自殺リスク

では、系統的レビューやメタ分析では、コロナ禍における自殺リスクはどのように要約・統合されているのであろうか (Table 8)。系統的レビューやメタ分析として抽出された8本の報告のうち、系統的レビューやメタ分析の標準報告様式である Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement guidelines に沿って報告したものが6本、International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) に登録した上で系統的レビューを開始したものが5本あった (PROSPERO に系統的レビューを開始前に登録するのは、系統的レビューの重複実施を避けたり、報告バイアスを減らしたりするためである⁶³⁾)。2021年4月までに報告された3本では、研究の主な関心は新興感染

症の大流行が自殺に与える影響であり、その後2021年12月までCOVID-19流行の自殺への影響を論じた系統的レビューやメタ分析が5本存在した。最新の系統的レビューである Farooq らの報告⁷¹⁾ が最も量的に統合され網羅的な研究だが、それでも12本（研究対象者数計118,544名）の観察研究を統合したのみであり、報告バイアスの評価は行われていない。本稿で系統的レビューやメタ分析として抽出した8本の報告を総合して要約すれば、コロナ禍は新興感染症の急激な拡大により人々（特に社会的弱者）の健康不安・孤立感の悪化を招来し、感染制御政策が人々の経済的負担・雇用不安を増加させたり社会的連帯を断絶させたりしたため、自殺リスクが増加した、ということになる。COVID-19罹患・隔離、COVID-19対応の最前線に立つ医療従事者や初期対応者、若年者、女性、慢性身体疾患を有する者、精神疾患を有する者などが自殺のハイリスク集団であった。だが、こうしたリスク因子を裏付ける疫学研究は多くはなく、また、疫学研究の結果を待つまでもなく、コロナ禍におけるこれら集団の自殺リスクが高いことは容易に想像がつく⁶⁴⁻⁶⁶⁾（ただし、

コロナ禍の初期の段階では、香港のSARS時の経験やそもそもが高齢者は自殺のハイリスク集団であることから高齢者の自殺の増加が予測されていたが⁶⁷⁾、その後、高齢者の自殺が増加したという報告はない。つまり、系統的レビューやメタ分析を見る限り、疫学研究ではCOVID-19パンデミックに特異的な予想外の自殺リスクは抽出できなかったのである。

さて、我が国のコロナ禍における自殺のリスク因子をまとめたTable 1と系統的レビューやメタ分析からコロナ禍における自殺のリスク因子をまとめたTable 8とを比較すると、我が国の自殺リスク因子には、休校・登校（識者の感想・見解）、有名人の自殺報道（疫学研究）があることが特徴的である。その他のリスク因子については、類似の問題を扱っている因子では、エビデンスレベルがTable 1とTable 8とで違いはあるものの、リスク因子の種類は両者とも同様に抽出されている。いわば、休校・登校と有名人の自殺報道が我が国独自の自殺リスクとして抽出されたことになる。

このうち、休校については、我が国のCOVID-19パンデミック第1波の臨時休校期間（2020年3～5月）とその前の2年間の自殺率を比較した研究で、自殺率の上昇は見られなかった⁷⁸⁾。すなわち、臨時休校による学生の自殺率の上昇は証明されて

いない。いっぽう臨時休校明けの登校による自殺率の増加は2020年6月から見られ、2020年8月をピーク（コロナ禍前の2年間の相応する月の平均と比較してIRR 1.915, 95%CI 1.678～2.186）と約2倍にも上っている⁶⁸⁾。ただし、この期間は2020年7～10月のCOVID-19流行第2波ともかなりの部分が重複しており、またこの期間内に我が国で有名人の自殺報道が相次いだことを考慮する必要がある。

次に有名人の自殺報道についてだが、インドではコロナ禍における有名人の自殺が相次いでおり、模倣自殺対策を含む対策を行うべきであるという意見がある^{62, 69)}。この他には英文でコロナ禍における有名人の自殺報道を論じた文献は見つからなかったが、推奨される基準を遵守していない自殺報道が英国では多かったとしている研究があった（支援窓口の案内をしていないものが41.1%、センセーショナルな言葉を使っているものが24.2%、自殺行為について過度に単純な説明であるものが32.6%であった）⁷⁰⁾。したがって、コロナ禍における有名人の自殺報道は系統的レビューやメタ分析では自殺のリスク因子には挙げられていなかったが、重要なリスク因子と考えるべきであろう。特に我が国のコロナ禍における有名人の自殺報道に関する調査⁷⁾は、ネットメディアの影響も加味した他に類を見ない独創的な研究

Table 8 Systematic reviews and meta-analyses on risk factors of suicide in the COVID pandemic

著者／報告年・月	概要	PRISMA	PROSPERO
Farooqら ⁷¹⁾ (2021年10月)	COVID-19パンデミック下の自殺・自傷・自殺念慮を検討した12本の研究（横断研究10, 縦断研究1, 症例対照研究1）をメタ分析したところ、自殺念慮の統合有病率は全参加者で12.1% (95%CI 9.3～15.2), 一般人口で11.5% (95%CI 7.4～16.5), 学生で12.3% (95%CI 6.5～41.7), 医療従事者・初期対応者が9.5% (95%CI 6.9～12.3)であった。自殺念慮と自殺企図についての記載のある研究は19本あり、自殺念慮のリスク因子は、COVID-19に対する恐怖・COVID-19に関する知識の欠如, COVID-19の診断, 社会的支援が乏しいこと, COVID-19に特異的な支援, 最前線の医療従事者では心身の消耗が激しいこと, 学問的・職業的圧力による睡眠障害, 病院従事者では健康状態の自己評価が低いこと, COVID-19の間の隔離, パンデミックの間の孤独, 挫折した帰属感, 経済的負担, 親しい友人や家族の生命を脅かす病気・外傷, 被用者・エッセンシャルワーカーであること, 慢性的身体疾患, 精神医学的診断, COVID-19感染のハイリスク群であることなどであった。	○	PROSPERO 2020 CRD42020187255

Table 8 Systematic reviews and meta-analyses on risk factors of suicide in the COVID pandemic (cont'd)

著者／報告年・月	概要	PRISMA	PROSPERO
Brennaら ⁷²⁾ (2021年9月)	著者らの実施したパンデミック・エンデミックの自殺に対する影響に関する系統的レビュー ⁷³⁾ (8本の一次研究を叙述的統合[narrative synthesis]したもの)についての説明を中心に、今後の自殺対策の展望を短くまとめたもの。パンデミックに関する報道による不安・恐怖が自殺リスクを増加させる因子として大きいこと、パンデミックを制御するための公衆衛生対策による社会的隔離・孤独・絶縁が脆弱な人たちの自殺リスクを増加させることなどが分かった。	○	PROSPERO 2020 CRD42020187013
Johnら ⁷⁴⁾ (2021年6月)	COVID-19に関連する自殺・自殺企図・自傷・自殺念慮の有病率・発生率とそれらを減少させる戦略に関する研究を78本抽出した(症例集積研究25本, 横断研究・コホート研究13本, ソーシャルメディアプラットフォーム投稿調査2本, モデリングアプローチ6本, サービス利用評価研究20本, 自殺率評価研究9本, 症例対照研究1本, 混合方法論2本で, すべて観察研究であった)。自殺の増加に関して結果は一定していなかったが, 経済状態の悪化が自殺に寄与している可能性に言及しているものが多かった。また, 地域での困窮, 自殺行為による病院受診の低下, 感染者の自殺念慮の増加などがみられた。	○	PROSPERO 2020 CRD42020183326
Dubéら ⁷⁵⁾ (2021年5月)	54本の研究(308,596名)をメタ分析した。COVID-19パンデミック中では, 自殺念慮(10.81%), 自殺企図(4.68%), 自傷(9.63%)であり, 先行研究との比較でパンデミック前よりもいずれも増加していた。調整分析により, 若者, 女性, 民主国家の住民がCOVID-19パンデミック中に自殺念慮を抱きやすかったことが示唆された。	×	×
Minozziら ⁷⁶⁾ (2021年5月)	[イタリア語文献] コロナ禍初期に実施された学校閉鎖・社会的距離政策が若者の心理的な福利に与えた影響を検討した研究で, 青年における不安の有病率は19~64%で, 5~12歳の子どもにおける不安の有病率は19~78%, 抑うつが6.3~22.6%であった。	○	×
Rogersら ⁷⁷⁾ (2021年4月)	感染症の流行が自殺既遂・自傷・自殺念慮の発生率・有病率に与える影響を2020年9月までに公表された論文57本を検討した研究で, 自殺念慮・自傷の統合有病率は1週間~6か月の期間で8.0%(95%CI 5.2~12)であった。コロナ禍における自殺率に関する研究は, 臨時休校期間に自殺率は上昇しなかったとする日本の生態学的研究1本 ⁷⁸⁾ のみであった。	○	PROSPERO 2020 CRD42020193926
Kahilら ⁷⁹⁾ (2020年12月)	過去20年間国際的に大流行した呼吸器感染症(COVID-19, SARS, MERS, influenza A [H1N1, H2N2, H3N2])の流行時における自殺関連アウトカム(自殺念慮, 自殺企図・未遂, 自殺既遂[<i>suicidal ideation, intent, attempt, or completion</i>])を系統的にレビューした。9本の研究(記述的研究3[症例報告2, 症例集積研究1], 分析的研究5[いずれも横断研究], 混合方法論1[症例集積研究+横断研究])が抽出されたが, 研究の異質性が高く, 研究デザインも多様であり, エビデンスレベルも低かった。	×	PROSPERO 2020 CRD42020180997
Leauneら ⁸⁰⁾ (2020年10月)	コロナ禍における自殺対策に活用すべく, 新興ウイルス性疾患のアウトブレイク(emerging viral disease outbreak: EVDO)が自殺行動・自殺念慮の有病率・発生率を増加させるかどうかを検討したもので, 2020年4月までに公表された論文を対象としているため, 抽出された全9本の研究はいずれもコロナ禍における自殺リスクを評価するものではなく, コロナ禍以前のEVDOが自殺既遂をわずかに増加させたという弱いエビデンスを提示するものであった。	○	×

注: PubMed検索式: ("COVID-19"[MeSH Terms] AND "Suicide"[MeSH Terms]) AND (meta-analysis[Filter] OR systematicreview[Filter])=hit 8 (検索日: 2022年4月10日)

である。これは裏を返せば、日本やインドでは有名人の自殺報道対策が進んでいないことを示唆するものであり、自殺に関し推奨される報道基準（有名人の自殺報道に限らず）がコロナ禍の英国でどの程度遵守されたかを実証した研究以外、その他の国々ではコロナ禍における有名人の自殺報道をテーマにした論文がない（少なくとも英文では）ことを考えると、我が国の有名人の自殺報道は世界的にも対策が遅れていると考えざるを得ず、深刻な問題である。

5. まとめ・考察

コロナ禍は世界中の人びとの生活を脅かし、経済的・心理的に大きな影響を与えたため、自殺率の急増が危惧された。本稿の冒頭で述べたように、我が国ではCOVID-19流行第1波（2020年2～6月）には自殺率が低下し、COVID-19流行第2波（2020年7～10月）には増加したが、その中でも特徴的で深刻なのが、流行第2波期間の若年者や女性の自殺の急増である（特に20歳代女性の自殺率の増加が顕著である⁸¹⁾。COVID-19パンデミック初期の自殺率の低下は日本だけの現象ではなく、オーストラリア（New South Wales州）、カナダ（Alberta州・British Columbia州）、チリ、ドイツ（Leipzig市）、ニュージーランド、韓国、米国（California州、Illinois州、Texas州）、エクアドルを含む計9か国の高所得国・中高所得国で見られており⁸²⁾、こうした災害初期の自殺率の一時的低下は社会的支援の増加と団結による協力効果（pulling together effect）として知られており⁸³⁾、蜜月期（honeymoon phase）であると考えられている⁸⁴⁾。コロナ禍でこの現象が見られた理由として、コロナ禍に直面して、地域の団結が高まり、リスクの高い人々への支援が増えたこと、家族と過ごす時間が増え、日常的なストレスが減少したことなどが考えられている。

いっぽうCOVID-19流行第2波期間の若年者や女性の自殺（特に20歳代女性）の自殺率の増加は我が国特有の現象と考えられ、その要因もさまざ

まに推測されている（Table 1）。だが、こうした統計的な実態把握では、個別の自殺症例が真にこれらの要因の影響で自殺に至ったのかどうかは不明である。たとえ心理学的剖検には方法論的に種々の問題や大きな制約・限界があり（Table 5）、得られた結果の一般化可能性は高くないにせよ、個別の自殺症例の自殺に至った経過・要因といった心理・社会的文脈を明らかにするには、心理学的剖検を行う必要がある（ただし、過去に我が国で実施された心理学的剖検に対し、精神医療的な側面に重心を置かれ、社会問題との関連性に注意を払っていないという指摘があったことに留意すべきであろう⁸⁵⁾）。しかしながら、日本では「自殺予防総合対策センター」（CSP）が「自殺総合対策推進センター」（JSSC）に改組されたことを契機に心理学的剖検の実施は中断しており、今回のコロナ禍でも心理学的剖検は実施されていない。そして、WHOがCOVID-19パンデミックを宣言した2020年3月からすでに2年が経過しており、これからコロナ禍における自殺の心理学的剖検を実施するには時機を逸している。

COVID-19流行第2波に若年者や女性の自殺（特に20歳代女性）の自殺率の増加という我が国特有の現象が見られたにも関わらず、その個別の症例の詳細について、心理学的剖検による精査が適切な時機に行われなかったことは誠に遺憾である（ただし、Table 7に示したようにコロナ禍における心理学的剖検は世界的にもほとんど行われておらず、有意義な研究成果が上がっているとは言い難い）。また、これまで心理学的剖検研究により抽出された自殺のリスク要因（Table 6）は、心理学的剖検研究でなければ抽出できなかったものではなく、心理学的剖検研究によって既知の自殺のリスク要因が再認識され、その意義が裏付けられたにすぎない。しかしながら、COVID-19流行第2波の我が国の自殺は我が国特有の問題であり、この時期の自殺（特に若年者や女性）に関し適切なタイミングで心理学的剖検が実施されていれば、我が国特有の自殺リスク要因や未知の自殺リスク要因が抽出できた可能性はある。裏を返せ

ば、コロナ禍のような社会的危機にあってこそ、心理学的剖検研究により未知の自殺リスク要因を抽出する可能性があるものであり、平時に於いて心理学的剖検を自殺リスクの抽出のために継続的に実施することには大きなメリットはないのではなからうか。ただ、平時に心理学的剖検を実施していなければ心理学的剖検のスキルが修得・維持できず、有事の際に急に心理学的剖検を行おうとしても戸惑うばかりだろう。有事・緊急事態に備えて心理学的剖検のスキルを涵養するための方法の開発や心理学的剖検を開始する基準や実施のためのプロトコルが必要であろう。

心理学的剖検研究は、主に自殺のリスク因子を同定するために量的研究（特に症例対照研究）が実施されているが、この方法により未知の新たな自殺リスク要因を抽出することは難しい。だが、個別の自殺症例を自殺に至る力動や社会文化的文脈の点から検討し、自殺者がなぜ自殺するのかを質的に理解することは重要である。こうした質的心理学的剖検研究は必然的に症例報告もしくは症例集積研究とならざるを得ず、結果の公表に際し個人情報保護や倫理的な制約が少なくない。したがって、研究成果を公表すること自身が困難もしくは公表した場合の社会的影響の大きさの点から公表を差し控える必要も出てくる。心理学的剖検研究により、研究結果を公表することが躊躇われるほどの社会的問題が抽出される可能性が少なくないことは、実地臨床で自殺念慮を有する患者や自殺企図のある患者の診察を行い、あるいはこうした人々の親族等の相談を受けた経験のある臨床家であれば、容易に想像が付くであろう。自殺はその人の生きる社会の生きづらさ・歪み（あるいは社会の闇）を反映しており、我々臨床家は日夜こうした問題に直面している。そこで出会う人々の抱える問題は、時に想像を絶するほどの複雑さと強度を持ち、安易な理解を拒絶する。たしかに心理学的剖検を行わずとも、日常臨床から心理学的剖検から得られる情報に近似的に接近することはできるだろう。しかし、そうした接近法には診療現場で得られた情報であるという制約やバイア

スがあるため、やはり、自殺の実相を明らかにするには、心理学的剖検が必須なのである（少なくとも、有事・緊急事態下に自殺の急増が見られたときは）。だが、自殺の実相が明らかになったとしても、それが広く公表できず、自殺対策に取り組む一部の関係者だけが知るのであれば、心理学的剖検を自殺対策に活用することは困難であろう。

我が国で心理学的剖検が中止されてから6年にもなる。本稿で示したように心理学的剖検には様々な限界や問題点がある。それでも自殺の実相を明らかにするには、統計データの綿密な検討だけではなく、個別の症例・事例を丁寧に辿る必要がある。自殺をした人の姿の見えない客観的かつ冷徹な量的研究よりも、臨床家である筆者はひとりひとりの故人の足跡や人柄、各人の置かれた困難な状況の分かる質的な研究をこそ重視したい。その基礎となるのが故人に関するさまざまな情報を集積・統合する心理学的剖検である。より適正な形で心理学的剖検の再開を期待したい。

利益相反

本稿に関し、筆者には日本精神神経学会利益相反(COI)指針に鑑み、開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 八木淳子. COVID-19感染拡大状況下における女性の自殺の増加について. 精神科治療学. 2021; 36(8): 881-5.
- 2) 河西千秋, 成田賢治. 自殺リスクと精神保健—最近の自殺問題と自殺予防医療. 精神医学. 2021; 63(7): 1041-9.
- 3) 衛藤暢明. コロナ禍の自殺未遂者対応. 精神科治療学. 2021; 36(9): 1047-52.
- 4) 山田敦朗. 子どもの自殺. 精神医学. 2021; 63(7): 1051-61.
- 5) 岡本翔平, 田中孝直. 新型コロナウイルス感染症拡大下における自殺者数の推移. 精神科治療学. 2021; 36(8): 869-74.
- 6) 上田路子. コロナ下における自殺—現状と対策の方

- 法. 臨床心理学. 2021 ; 21 (5) : 569-75.
- 7) 太刀川弘和, 池田雄太郎. 有名人の模倣自殺とメディア. 精神科治療学. 2021 ; 36 (8) : 875-9.
- 8) 竹島 正. 自殺対策のこの10年の経験から学ぶことー精神保健と公衆衛生の狭間で. 精神科治療学. 2021 ; 36 (8) : 863-8.
- 9) 張 賢徳. 日本自殺予防学会の歴史と今後の展望. 自殺予防と危機介入. 2021 ; 41 (1) : 4-7.
- 10) 竹島 正. 日本における自殺対策. In : 日本精神衛生会, 編. 図説・日本の精神保健運動の歩み 改訂増補版. 東京 : 日本精神衛生会 ; 2018. p. 141-5 [Cited 2022 Apr 10]. Available from: http://www.renraku-k.jp/pdf/jisatsu_nenpyo_p141-145.pdf
- 11) 呉 文聰. 統計学実話. 東京市日本橋区 : 丸善株式会社書店 ; 1899 [Cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/805729>
- 12) 大阪市社会部調査課. 本市に於ける社会病. 社会部報告第121号. 1930 [Cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/1118981>
- 13) 森山花鈴. 緒言 自殺対策の現状ー「自殺対策基本法」の成立から10年. 社会と倫理. 2016 ; 31 : 101-6.
- 14) 岡崎文規. 自殺の実証的研究 (1). 人口問題研究. 1958 ; 74 : 1-36.
- 15) 牧 忠勝. 日本自殺考. 大阪市東区 : 関西出版クラブ ; 1937 [Cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/1441735>
- 16) 加藤正明, 田頭寿子. 12. 自殺. In : 国立精神衛生研究所. 精神衛生資料 第5号. 1957. p. 68-76 [Cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://www.ncnp.go.jp/nimh/pdf/material05.pdf>
- 17) Saxena G, Saini V. Psychological autopsy- a way to revealing the enigma of equivocal death. *International Journal of Forensic Sciences*. 2017; 2(2): 000123.
- 18) Schneidman E. The psychological autopsy. In: Gottschalk LA, McGuire FL, Dinovo EC, Birch H, Heiser JF, eds. *Guide to the investigation and reporting of drug abuse deaths: problems and methods*. Rockville, MD: US Dept of Health, Education, and Welfare; 1977. p. 42-56 [Cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/psychological-autopsy-guide-investigation-and-reporting-drug-abuse>
- 19) Knoll JL 4th. The psychological autopsy, part I: applications and methods. *J Psychiatr Pract*. 2008; 14(6): 393-7.
- 20) Ramsland K. *The psychology of death investigations: behavioral analysis for psychological autopsy and criminal profiling*. Boca Raton, FL: CRC press; 2018.
- 21) Mishara BL. Autopsy, psychological. In: Kastenbaum R, Crissman JK, Kears MC, Mishara BL, eds. *Macmillan encyclopedia of death and dying, vol.1*. NY: Macmillan Reference USA; 2003. p. 51-2.
- 22) Botello T, Noguchi T, Sathyavagiswaran L, Weinberger LE, Gross BH. Evolution of the psychological autopsy: fifty years of experience at the Los Angeles County Chief Medical Examiner-Coroner's Office. *J Forensic Sci*. 2013; 58(4): 924-6.
- 23) Snider JE, Hane S, Berman AL. Standardizing the psychological autopsy: addressing the Daubert standard. *Suicide Life Threat Behav*. 2006; 36(5): 511-8.
- 24) Dattilio FM, Sadoff RL. Psychological Autopsy. In: Drogin EY, Dattilio FM, Sadoff RL, Gutheil TG, eds. *Handbook of forensic assessment: psychological and psychiatric perspectives*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2011. p. 593-611.
- 25) Scott CL, Swartz E, Warburton K. The psychological autopsy: solving the mysteries of death. *Psychiatr Clin North Am*. 2006; 29(3): 805-22.
- 26) Petherick WA, Turvey BE. Forensic criminological assessments. In: Petherick WA, Turvey BE, Ferguson CE, eds. *Forensic criminology*. Burlington, MA: Elsevier academic press; 2010. p. 133-75.
- 27) Curt R, Bartol CR, Bartol AM. *Introduction to forensic psychology: research and application, 5th ed*. SAGE: Thousand Oaks, CA; 2019.
- 28) Conner KR, Beautrais AL, Brent DA, Conwell Y, Phillips MR, Schneider B. The next generation of psychological autopsy studies: part 2. Interview procedures. *Suicide Life Threat Behav*. 2012; 42(1): 86-103.
- 29) Kizza D, Loa Knizek B, Kinyanda E, Hjelmeland H. An escape from agony: a qualitative psychological autopsy study of women's suicide in a post-conflict northern Uganda. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2012; 7: 1-13.
- 30) Hjelmeland H, Knizek BL. Qualitative evidence in suicide: findings from qualitative psychological

- autopsy studies. In: Olson K, Young RA, Schultz IZ, eds. *Handbook of qualitative health research for evidence-based practice*. NY: Springer; 2016. p. 355-71.
- 31) Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K, Knizek BL, Leenaars AA. Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? *Death Stud.* 2012; 36(7): 605-26.
 - 32) Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Musacchio KM, Jaroszewski AC, Chang BP, Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017; 143(2): 187-232.
 - 33) Vasudevan AK, Hanumantha, Eccleston L. Psychological autopsy: the psychological assessment of the dead individual's role in the death. *Medico-Legal Update.* 2020; 20(3): 13-8.
 - 34) Cooper J. Ethical issues and their practical application in a psychological autopsy study of suicide. *J Clin Nurs.* 1999; 8(4): 467-75.
 - 35) Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry.* 2003; 183: 382-3.
 - 36) Taylor TL, Hawton K, Fortune S, Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2009; 194(2): 104-10.
 - 37) Fitzpatrick SJ, River J. Beyond the medical model: future directions for suicide intervention services. *Int J Health Serv.* 2018; 48(1): 189-203.
 - 38) Fazel S, Runeson B. Suicide. *NEJM.* 2020; 382(3): 266-74.
 - 39) Michel K. Suicide Models and Treatment Models Are Separate Entities. What Does It Mean for Clinical Suicide Prevention? *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(10): 5301.
 - 40) Hou X, Wang J, Guo J, Zhang X, Liu J, Qi L, Zhou L. Methods and efficacy of social support interventions in preventing suicide: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Ment Health.* 2022; 25(1): 29-35.
 - 41) Pouliot L, De Leo D. Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide Life Threat Behav.* 2006; 36(5): 491-510.
 - 42) Cho SE, Na KS, Cho SJ, Im JS, Kang SG. Geographical and temporal variations in the prevalence of mental disorders in suicide: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016; 190: 704-713.
 - 43) Milner A, Svetlicic J, De Leo D. Suicide in the absence of mental disorder? A review of psychological autopsy studies across countries. *Int J Soc Psychiatry.* 2013; 59(6): 545-54.
 - 44) Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2004; 4:37.
 - 45) Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 2013; 147(1-3): 17-28.
 - 46) Conner KR, Bridge JA, Davidson DJ, Pilcher C, Brent DA. Metaanalysis of Mood and Substance Use Disorders in Proximal Risk for Suicide Deaths. *Suicide Life Threat Behav.* 2019; 49(1): 278-292.
 - 47) Pompili M, Gonda X, Serafini G, Innamorati M, Sher L, Amore M, Rihmer Z, Girardi P. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disord.* 2013; 15(5): 457-90.
 - 48) Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res.* 2009; 13(4): 303-16.
 - 49) Pompili M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Suicidality in DSM IV cluster B personality disorders. An overview. *Ann Ist Super Sanita.* 2004; 40(4): 475-83.
 - 50) Van Orden K, Conwell Y. Suicides in late life. *Curr Psychiatry Rep.* 2011; 13(3): 234-41.
 - 51) Soole R, Kölves K, De Leo D. Suicide in Children: A Systematic Review. *Arch Suicide Res.* 2015 ;19(3): 285-304.
 - 52) Plöderl M, Wagenmakers EJ, Tremblay P, Ramsay R, Kralovec K, Fartacek C, Fartacek R. Suicide risk and sexual orientation: a critical review. *Arch Sex Behav.* 2013; 42(5): 715-27.
 - 53) Arafat SMY, Khan MM, Menon V, Ali SA, Rezaeian M, Shoib S. Psychological autopsy study and risk factors for suicide in Muslim countries. *Health Sci Rep.* 2021; 4(4): e414.
 - 54) Menon V, Varadharajan N, Bascarane S, Subramanian K, Mukherjee MP, Kattimani S. Psychological autopsy: overview of Indian evidence, best practice elements,

- and a semi-structured interview guide. *Indian J Psychiatry*. 2020; 62(6): 631-43.
- 55) Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res*. 2011; 15(1):1-15.
- 56) Richardson T, Elliott P, Roberts R. The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2013; 33(8): 1148-62.
- 57) De Leo D, Hickey PA, Meneghel G, Cantor CH. Blindness, fear of sight loss, and suicide. *Psychosomatics*. 1999; 40(4): 339-44.
- 58) Aquila I, Sacco MA, Ricci C, Gratteri S, Ricci P. Quarantine of the Covid-19 pandemic in suicide: A psychological autopsy. *Med Leg J*. 2020; 88(4): 182-4.
- 59) Crisan RM, Bacila CI, Neamtu B, Cristian AN, Topîrcean E, Popescu A, Morar S. Psychological autopsy and forensic considerations in completed suicide of the SARS-CoV-2 infected patients. a case series and literature review. *Appl. Sci*. 2021; 11: 11547.
- 60) Toker Uğurlu T, Seydaoğulları Baltacı A, Akça A, Acar K. A case of suicide related with COVID-19. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2020 ;31(4): 290-3.
- 61) Foster T. Revisiting psychological autopsy research of suicide in Northern Ireland. *Ulster Med J*. 2021; 90(3): 198.
- 62) Kar SK, Arafat SMY, Ransing R, Menon V, Padhy SK, Sharma P, Marthoenis M. Repeated celebrity suicide in India during COVID-19 crisis: an urgent call for attention. *Asian J Psychiatr*. 2020; 53: 102382.
- 63) About PROSPERO [Cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/#aboutpage>
- 64) Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(11): 1093-4.
- 65) Bellizzi S, Lorettu L, Nivoli A, Molek K. Suicide of women and girls during the COVID-19 pandemic. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022 Feb 19. doi: 10.1002/ijgo.14146.
- 66) Longobardi C, Morese R, Fabris MA. COVID-19 emergency: social distancing and social exclusion as risks for suicide ideation and attempts in adolescents. *Front Psychol*. 2020 Nov 19; 11: 551113.
- 67) Devitt P. Can we expect an increased suicide rate due to Covid-19? *Ir J Psychol Med*. 2020; 37(4): 264-8.
- 68) Ueda M, Nordström R, Matsubayashi T. Suicide and mental health during the COVID-19 pandemic in Japan. *J Public Health (Oxf)*. 2021: fdab113. doi: 10.1093/pubmed/fdab113.
- 69) Mamun MA, Syed NK, Griffiths MD. Indian celebrity suicides before and during the COVID-19 pandemic and their associated risk factors: evidence from media reports. *J Psychiatr Res*. 2020; 131: 177-9.
- 70) Marzano L, Hawley M, Fraser L, Harris-Skillman E, Lainez Y, Hawton K. Have News Reports on Suicide and Attempted Suicide During the COVID-19 Pandemic Adhered to Guidance on Safer Reporting? *Crisis*. 2022 Apr 6. doi: 10.1027/0227-5910/a000856.
- 71) Farooq S, Tunmore J, Wajid Ali M, Ayub M. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: a systematic review. *Psychiatry Res*. 2021; 306: 114228.
- 72) Brenna CT, Links PS, Tran MM, Sinyor M, Heisel MJ, Hatcher S. Innovations in suicide assessment and prevention during pandemics. *Public Health Res Pract*. 2021; 31(3): 3132111.
- 73) Zortea TC, Brenna CTA, Joyce M, McClelland H, Tippet M, Tran MM, Arensman E, Corcoran P, Hatcher S, Heise MJ, Links P, O'Connor RC, Edgar NE, Cha Y, Guaiana G, Williamson E, Sinyor M, Platt S. The impact of infectious disease-related public health emergencies on suicide, suicidal behavior, and suicidal thoughts. *Crisis*. 2021; 42(6): 474-87.
- 74) John A, Eyles E, Webb RT, Okolie C, Schmidt L, Arensman E, Hawton K, O'Connor RC, Kapur N, Moran P, O'Neill S, McGuinness LA, Olorisade BK, Dekel D, Macleod-Hall C, Cheng HY, Higgins JPT, Gunnell D. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review. *F1000Res*. 2020; 9: 1097.
- 75) Dubé JP, Smith MM, Sherry SB, Hewitt PL, Stewart SH. Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Res*. 2021; 301: 113998.
- 76) Minozzi S, Saulle R, Amato L, Davoli M. Impatto

- del distanziamento sociale per covid-19 sul benessere psicologico dei giovani: una revisione sistematica della letteratura. *Recenti Prog Med.* 2021; 112(5): 360-70.
- 77) Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Begum N, Saini A, Wang S, McGuire P, Fusar-Poli P, Lewis G, David AS. Suicide, self-harm and thoughts of suicide or self-harm in infectious disease epidemics: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021; 30: e32.
- 78) Isumi A, Doi S, Yamaoka Y, Takahashi K, Fujiwara T. Do suicide rates in children and adolescents change during school closure in Japan? The acute effect of the first wave of COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *Child Abuse Negl.* 2020; 110(Pt 2): 104680.
- 79) Kahil K, Cheaito MA, El Hayek R, Nofal M, El Halabi S, Kudva KG, Pereira-Sanchez V, El Hayek S. Suicide during COVID-19 and other major international respiratory outbreaks: A systematic review. *Asian J Psychiatr.* 2021; 56: 102509.
- 80) Leaune E, Samuel M, Oh H, Poulet E, Brunelin J. Suicidal behaviors and ideation during emerging viral disease outbreaks before the COVID-19 pandemic: A systematic rapid review. *Prev Med.* 2020; 141: 106264.
- 81) Horita N, Moriguchi S. Trends in Suicide in Japan Following the 2019 Coronavirus Pandemic. *JAMA Netw Open.* 2022; 5(3): e224739.
- 82) Pirkis J, John A, Shin S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, Appleby L, Arensman E, Bantjes J, Baran A, Bertolote JM, Borges G, Brečić P, Caine E, Castelpietra G, Chang SS, Colchester D, Crompton D, Curkovic M, Deisenhammer EA, Du C, Dwyer J, Erlangsen A, Faust JS, Fortune S, Garrett A, George D, Gerstner R, Gilissen R, Gould M, Hawton K, Kanter J, Kapur N, Khan M, Kirtley OJ, Knipe D, Kolves K, Leske S, Marahatta K, Mittendorfer-Rutz E, Neznanov N, Niederkrotenthaler T, Nielsen E, Nordentoft M, Oberlerchner H, O'Connor RC, Pearson M, Phillips MR, Platt S, Plener PL, Psota G, Qin P, Radeloff D, Rados C, Reif A, Reif-Leonhard C, Rozanov V, Schlang C, Schneider B, Semenova N, Sinyor M, Townsend E, Ueda M, Vijayakumar L, Webb RT, Weerasinghe M, Zalsman G, Gunnell D, Spittal MJ. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry.* 2021; 8(7): 579-88.
- 83) Joiner TE Jr, Hollar D, Orden Van K. On Buckeyes, Gators, Super Bowl Sunday, and the Miracle on Ice: "Pulling together" is associated with lower suicide rates. *J Soc Clin Psychol.* 2006; 25: 179-95.
- 84) Kolves K, Kolves KE, De Leo D. Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review. *J Affect Disord.* 2013; 146(1): 1-14.
- 85) 小牧奈津子. 自殺対策基本法制定後の政策過程—NPOによる政策提言が与えた影響とその源泉. *The Nonprofit Review.* 2017 ; 17(1) : 11-22.

(投稿日 : 2022年4月17日)

(受理日 : 2022年4月27日)

* * *