

問題などから対応してもらえなかった。そこで、措置入院の指定外病院の医師に診察を依頼し、やはり措置相当であると診断をもらい、再度保健所へ相談し自治体立病院へ緊急措置入院となった。

・難民認定申請者（仮放免）：心気症疑い
不眠、体調の悪さなど心気症的症状、自律神経失調症のような症状を訴えカウンセリングを受けたいとソーシャルワーカーに申請してきた。入管に收容されていたときに、カウンセリングを受けた経験があり、それで楽になったとのこと。同様のことを希望してきたが、公的な措置ではカウンセリングは対応できないため、知人のカウンセラーにボランティアで一度来てもらったが、その後の継続は難しかった。

・難民認定者：統合失調症

現在は医療機関に通院をしているが、入院中はあまりにも精神状態が不安定で日本にいたことが更なる悪化につながるのではないかと、担当者会議で本国へ帰ってもらったほうがいいのかと検討された。しかし、一度難民として日本に定住しており、国に帰ることのできない難民の実情を説明する必要があった。

2) ソーシャルワーカーのジレンマ

公的機関による月に一度の面接では、朝10時～16時まで面接（お金渡し、簡単な状況調査のみ）をするが、ソーシャルワークではなくただの事務屋のよう。難民認定申請中の人は不安や不満を抱えている人が多いが、それを言える環境がない。入管、難民支援のスタッフには、世話になっているなど遠慮してなかなか本音が言えない。公的機関の職員でも話しやすい人がいる場合

は、感情が爆発する人もいる。また、定住者や難民認定申請者の全員の動向を把握できているのではない。

日本全国でも、現業職員は数名程度しかいないためアウトリーチをする余裕はない。予算の問題は大きいと感じる。結局本人の連絡を待つのみ。月に一度の保護費の支払い時だけでも、彼らの話をじっくりと聞きたいけど、そのときの面接は最近の近況調査、「仕事してないですよ」などの事実の確認のみで終わってしまう。でも彼らは様々な場面で不安が強く、不眠などを訴える。例えば、近々入国管理局で面接がある、申請結果が出るとか、本国に置いてきた家族のことなどを思うと泣き出す人がいる。しかし、それに対してじっくり聞けない。それは、保護費の支払いを待っている人が大勢いるから。それがジレンマ。話を聞きたい、少しだけでも聞こうと思いつつも次の人もいると考えてしまう。「大変ね、しんどいね、でも今は頑張るしかないね、だから今は結果が出た時のために体調を整えておこう」と声をかけることが精一杯。また、専門的な資格をもっている相談員が少ないため、専門職でない職員がどんどん疲弊している状態でもある。

3) 今後の課題

難民及び難民認定申請者の一人ひとりの個別性を考えて、それを理解してコミュニケーション能力を持ついわゆるソーシャルワーカーが必要なフィールドである。トレーニングを受けた専門職が担わなければいけないところで、なかなかボランティアでは手が出せない専門的な関わりが求められる。ボランティアは、可能性として難民

申請中で状況的にしんどい人がいた場合に傾聴ボランティアなどの役割などが考えられる。ただ、言語的な問題として関係性を築くためには言語というツールが同調しないと難しいものがある。少し日本語が話せる人もいるけど、内面に入るといふことになると言語の問題は大きい。

精神保健福祉士は、実践の場で一人ひとりのライフサイクルや環境の中ででてくる課題や問題などに目を向ける専門職である。例えば DV や虐待、職場でのメンタルヘルスの問題などソーシャルワーク教育の中で学び実践を積んでおり、自分たちの立ち位置による関係性づくりを学んでいる。その一つの領域が難民支援となることが必要ではないかと考える。精神障害者も社会的に弱い立場と言われてきているが、そこに難民という社会状況が加われば二重の障害を持つに等しい。

在留資格のことは別として、フォーマル・インフォーマルを含めた環境調整であるとか、そのためにはメンタルヘルスの知識や情報を持っていて、ソーシャルワークができて、在留・難民に特化した問題に対する知識があるという人材が必要。ただ、金銭的な面からとても高い壁がある。安心して日本に居住しながら難民申請ができる環境づくりがまずは一歩である。

2) 精神科医師へのインタビュー

(1) 精神科医師から見た難民の状況

難民は基本的に国を追われてきた人たちなので母国には帰れない。

日本にいる難民は苦勞、苦難のある人が多いが、生活状態が悪くても文句が言えない。精神疾患では、うつ、PTSD、もともと

病気を持っていて再発した統合失調症を三大疾患と捉えることができる。

最も問題が大きいのが、難民認定申請中の人たちで認定申請中の生活保障が極めて危ういため、精神状態が悪くなる人が多い。しかし、医療機関にかかろうとすると、金銭面での障壁だけではなく、ストレートな受療行為につながらない。それは、彼ら独自の病の語りがあり、精神疾患については疾患名では語りきれないものなのである。例えば、ベトナム難民の人は、うつ状態などを頭が痛いと表現するなど精神症状を身体疾患として捉えて表現することが多い。また、カンボジアでは精神疾患の呼称を持たず、精神症状が悪化すると“ビバーチャット（大変だ！）”と表現する。これら症状の発現には、彼ら独自の疾病観、治療観が存在する。よって、日本に来て精神的な不調を訴えた場合に、彼らの意味世界と日本人が捉える意味の違いにより、十分に治療者とラポールが取れない。そこに西洋的治療を説明なく与えてもコンプライアンスを保てない。そのため、具合が悪くても難民の人たちは医療にかかろうとしないし、また一方で医療者の態度にもよるが、医療などの専門家は彼らの意味世界を理解しない（知らない）ということで、彼らの訴えに耳を傾ける姿勢を見せない。更には診たがらないことも多い。日本は、とても強い自文化中心主義であるため、日本に来た外国人を自国の文化の規範でしかみない傾向が強い。

茨城県牛久市にある東日本入国管理センターで、月に 1,2 回外国人の精神科診療を行っている。このセンターにいる外国人はいくつかの理由で入国管理局が収容した人

たちである。例えば、入国ビザを持たずに日本に難民として入国しようとしたため成田空港で検挙されるが、母国には帰ることができなく不法滞在という状態で管理センターに收容されることになる。一方で、観光ビザ（3 カ月）で日本に入国した外国人は、期限が切れて不法滞在状態であっても必ずしも收容されるということではない。難民認定申請中の人たちで日本滞在の資格が「仮滞在・仮放免」の場合、定期的な入管での面接に顔を出さないと、違反とされ管理センターに收容されてしまう。日本の中で生活が許されず、また母国へも帰りたくないとい人たちの收容所のようなものになっており、精神的に調子を崩す人たちがとても多くいる。

精神科医師の役目としては、法務省からの依頼により月に 1、2 回センターに赴き、診察を行う。彼らの生活状況から、また人道的な面からも收容には賛成できないが、それでも管理センターに收容された人への、医療的な支援を行う役目は重要であると思われ活動を行っている。センターの收容者は、うつ状態、拘禁症状（ストレス反応）、イライラ感などが主流であり、また自殺未遂を繰り返す人などもいるが精神科治療の受け入れ先は少ない。

（2）医療への課題

難民及び難民認定申請者が精神疾患に罹患したとしても、以下のような問題が順序だてて大きな障壁となっている。

・医療や福祉などのサービスにまずたどり着けない。情報が得られたとしても、そこに足を伸ばしたいと思えない。また、それぞれの文化を持つ外国人が利用できるサ

ービスが用意されていないなどの問題がある。そして、それ以上に難民認定申請者などのハイリスクの人たちが社会的に医療を使えるシステムを構築していくようにしないと行けない。これらの問題の一つとして、精神科医療におけるアジア系患者の治療において言語の問題を挙げている。なかなか専門の通訳を得ることができず、家族や知人に頼むと私情を交えたりプライバシーに抵触するが多い。また、医療だけでなく社会復帰プログラムへの参加も難しい。

・医療や福祉のサービスにアクセスしたとしても、サービスを提供者は圧倒的にマンパワーが不足している。医療の場合は、外国人の診療を行っている機関は圧倒的に少ない。また、福祉においては外国人の相談窓口はあってもメンタルヘルスの相談を主に行っているソーシャルワーカーはほとんどいない。このことから、医療や福祉のサービスの担い手を増やしていかなければならない。

・医療や福祉サービスの従事者たちが外国人に対し、文化的に配慮のある態度を身につけなければいけない。難民という状況になるまで、通常では想像しきれない壮絶な体験があったとしても、彼らに特異的な精神科疾患があるわけではなく、うつ状態、PTSD、統合失調症など従来の精神疾患を発症する。とはいっても、一方的に薬を出すのではなく彼らの「説明モデル」を理解し、コンプライアンスをとりながら、彼らの「困っている」ことに何とか取り組みたいという姿勢を見せることが重要である。そして、日本の文化規範や常識は、難民としてきた人たちの母国の儀礼や治療方法とは異なることを念頭におき、Cultural competence(文

化的能力)の高いケアを行うことが必要である。

※Cultural competence(文化的能力)の高いケアとは、ヘルスケアにおける不平等を軽減すること、また患者のケアを改善することを目的とする、「精神科にかかる患者のアセスメントと治療における文化を理解し対処する能力は地域や国の民族的多様性の程度にかかわらず、すべての治療者にとって必要な不可欠なものである」。その資質として、文化的感受性を鋭くすること、文化的な知識を得ること、文化的共感性の強化など、7項目が挙げられている。

(3) 今後の課題

日本では、難民認定されるまで生活保障や生活支援サービスがないため、それぞれの母国のコミュニティにおいて日本語を覚えたり、同国人同士で庇護をしあっている。しかし、同国内の部族対立や政治的立場などがあるため、同国出身でもすべてが気をゆるせる関係ではない。やはり安心して生活することはとてもハードルの高いことである。

3つの課題を提示したが、社会保障をまず整備しなければならない。障害者自立支援法の自立支援医療の外国人の適用は、厚生労働省通達によるものなので全国统一で認識をしなければならない。この県は使えてこの県は使えないという状況はあってはならない。難民認定された人たちは健康保険に加入できるので、身体科治療については問題がないが精神科の場合は、やはり敷居が高い。この部分は、3つの課題の2番目、3番目に関わってくる。支援者の増加と彼らを理解する文化的に高い配慮のでき

る支援者が早急に望まれる。

難民認定され定住者としている人たちは法務省で状況を抑えているが、難民認定申請者こそ、おそらくいろんな問題を持っているがその状況把握はほとんどできていない、対処策もとられていないだろう。やはり大きな課題は精神保健福祉から隔絶している人たちにどうサービスを提供していくのか、このまま放置しておいていいのかということである。国の対応についてすぐに改善を求めることは難しいと考えると、彼らのコミュニティに結びつくフォーマル・インフォーマルな部分から関わり続けるしかないのではないだろうか。

少子高齢化という日本のこの先を考えると、外国人労働者の受け入れはもっと必要になってくる。これまでの排外的な施策をとってでは対応しきれないだろう。多文化的な視点をもった施策を考えなければいけないが、現在は日本の覚悟が見られない。年間1000人を超える難民認定申請者が来日し、それ以外にも今後も外国人は増加してくる。これからではなく、今が必要。外国人施策をきちんと作っておかないと、スラム化の可能性すらある。そのためにも外国人と日本人を調整するソーシャルワーカーが必要だと考える。今回のインタビュー調査では、難民認定申請者の日本における在留資格が生活の不安定さ及びそれに伴うメンタルヘルスの問題を引き起こす大きな要因であると示唆された。現状のサービス不足を省みつつ、今後のソーシャルワーク実践として、彼らの文化背景を理解しながらコミュニケーションを行うこと、また代弁者、環境調整など高い専門性を持った関わりが必要であることがわかった。

精神科医師からの聞き取り調査の結果、現状と今後の課題として、①多くの人たちは情報難民化しており、医療や福祉のサービスにたどり着けない、②アクセスできた

としても、難民支援を行えるマンパワーが圧倒的に不足している、③彼らの文化背景に理解を示し、文化的能力の高いケアをする必要があることがわかった。

課題Ⅱ 在日外国人の自殺

図1 日本人と外国人の死亡率比較 (H19年度)

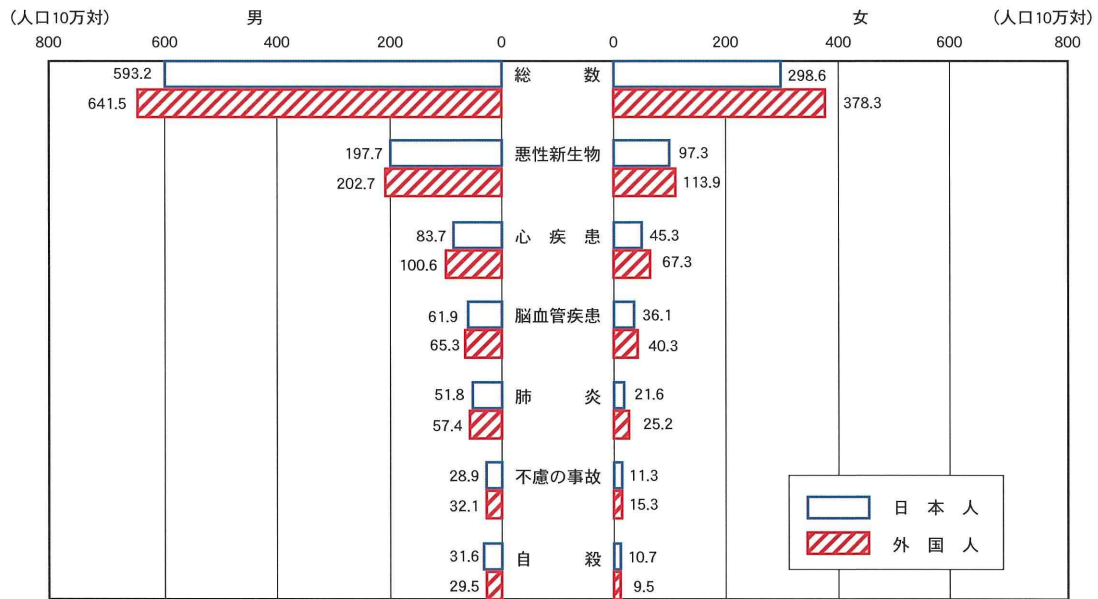
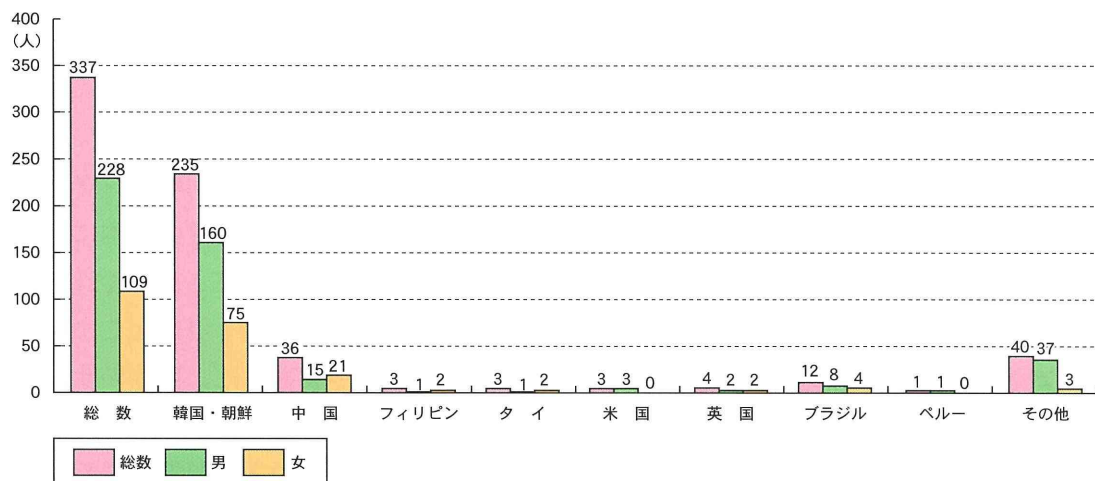


図2 日本における外国人の自殺 (平成19年度)



資料：厚生労働省「人口動態統計」

1. 統計資料

1) 平成19年度の人口動態統計で、日本人と外国人の年齢調整死亡率をみたデータによれば、外国人の方がやや低い、大きな差は認められなかった(図1)。

2) 内閣府の自殺白書によれば、平成21年度における国内の外国人の自殺者数について人口動態統計からみたところ、自殺者の総数は337人で、国籍の内訳は韓国・朝鮮が235人で69.7%を占めていた(図2)。ちなみに、韓国では、日本と同様非常に高い自殺率が続いている。

2. 日本で自殺する外国人の状況

難民支援で聞き取り調査を行った精神科医に対し、日本国内で自殺する外国人の状況について聞き取りを行った結果を以下に示す。

自殺未遂となった事例(プライバシーに配慮して改変)

①中東より来日。もともと情緒的に不安定なところはあったが、日本での在留資格が不安定なため就労も含めた生活の苦悩が強く、日を追うごとに不安定さが増していった。生きるか死ぬか...というところまで考えつめ、自らガラスに飛び込んでしまった。

②中東より来日。高等教育を受けた後、反政府デモに加わり母国で刑務所へ収監。釈放後出国し、東南アジアの国々を経由して来日したが、本来は別の国に移住を希望していた。本人としては、国を追われるような活動をしたため、日本にいざるを得ない状況であるというあきらめ感。母国では、家族が逮捕されている。彼は、自分が死んで亡骸を母国に戻せば家族が釈放されるはず

だと罪業観から来る盲信的な状態であった。完全なるうつ状態であった。

③北米より来日。北米有数の大学を卒業後來日。もともと躁うつ病の既往歴があった人である。うつ状態になったときに、母国ではエリートであったはずなのになぜ日本で就職をして、こんな状態(母国でエリートとして活躍していない)になってしまったのかという思考に捉われ多量服薬をした。日本人と結婚してはいるが、自分のポジションの低下だけでなく、母国から追い出されてしまったという思いが強い。

④中東より来日。うつ状態がつよく、話のはしばしに死を感じさせるメッセージがあるが、実際に「自殺したくなるのか?」と問うと、絶対に認めない。イスラム教の教えが強く影響している。

外国人の自殺に関しては、あまりデータはないが、もともと日本に来る前から病的なエピソードを持っていて、さらに日本での社会的ステイタスの低下や先の見えない状態などにより、病状が再燃し、自殺や自殺未遂に発展するケースが多いのではないかと。また、外国人の自殺の恐れを含めた精神科医療を考える際には、彼らの宗教や文化を理解する必要がある。

キリスト教圏の文化では、自ら死ぬことは神に対して裏切りの行為となる。自殺念慮を持つだけで罪なことなのである。また、日本と違って社会全体でも自殺をさせてはいけないという雰囲気があり、少しでも自殺をほのめかすだけで深刻な状態となる。

とはいっても、自殺がないわけではない。キリスト教圏の中で自殺をすることは、それだけ周囲の影響も含め覚悟のいるものである。

イスラム教圏では、コーランで自殺が經典に反すると規定されている。イスラム教徒は、コーランの教えに忠実であるため自殺自体が論外であり、例えば精神科医が患者に自殺の可能性などを聞くことは無礼にあたり、そもそもその話を出すこと自体がありえない。コーランでは、「私たちの身体は個人の所有物ではなく、アッラーからの預かりものである。自分自身を殺すことは預かっている者に対する裏切りを意味する…」と伝えられている。

日本では、仏教の中に「涅槃」という考え方があり、煩惱から解脱し究極の悟りを得る境地であり、死を意味する概念である。その昔は切腹を含めて自死を潔いと評価する時代もあった。日本は、恥の文化であり、生きて恥をさらすよりは潔く死ぬという考え方があり、その昔は切腹を含めて自死を潔いと評価する時代もあった。

キリスト教、イスラム教では神への忠誠が重要であり、自らの命は神からの授かりものであり、自分の所有物ではないため自殺をしてはならないという教えを強く背負っている。

日本に暮らす外国人は、その社会的な状況によって苦悩の状態が違って来るように思う。例えば、難民として日本に来てても在留資格などにより、収容センターに入れられてしまう場合もある。このような状態ではとてつもない絶望感が襲いかかり、どのような宗教観があろうとも自殺念慮に捉わ

れやすくなることが予測される。一方で、地域の中で生活する外国人は、精神症状が現れる余裕のある地位と今日食べられなければ死ぬという必死の状態の人たちとでは、死に対する考え方も違うだろう。難民認定申請者などは、最低限の生活状態の中で地を這うような生活をしているような状態である。そのような死と隣合わせの状態では、人は自殺しようという気持ちより、日本に根付くまでは死ねないという思いが強いだろう。

2012年1月10日号の毎日新聞：記者の目：「人間の尊厳」を保てない難民たち＝高橋弘司 では、日本で暮らす難民たちのこのころのケアの重要性と、これまでに3名の難民がここを病んで自殺している現状を伝えている。

※聞き取り調査に協力してくれた在日韓国人の保健師から在日難民たちの証言「私の人生、これなに」（雨宮剛、エルダール＝ドーガン編著、CMY基金）を紹介された。

3. 韓国・朝鮮籍の人の自殺

以上の調査結果を踏まえ、日本で生活する人口が多く、自殺者も多くなっている韓国・朝鮮籍の人の自殺予防に焦点を当てて調査を進めることとした。

1) 韓国国内における自殺問題

韓国国内でも自殺は深刻な社会問題となっている。以下、韓国国内の状況について要約する。2009年の経済協力開発機構（OECD）の統計発表によると、人口10万人を基準にした自殺死亡率の1位は韓国（28.4人）、2位はハンガリー（19.6人）、そして3位は日本（19.4人）となっていて、

日本と韓国は OECD 加盟国の中で最高水準を占めており、現在深刻な自殺問題に直面している状況である。

同じ東アジア国家の日本と韓国の自殺問題には共通点と相違点がある。まず、共通点は、両国とも1997年に起こった深刻な経済状況下で1998年に自殺死亡率が急増したことである。日本の自殺者数を見てみると、1997年までは2万人前後から2万2、3千人で推移していたのが、急に1998年から3万人を超えた状態が続いている。韓国の場合、自殺死亡率は低い水準であったが、1990年代に徐々に上昇しはじめた。特にアジア通貨危機後の1998年に急増し、その後、落ち着いたが、最近、再度、上昇が続き、ついに日本を抜き、そして2009年にはOECD諸国最高値を示すことになった。

一方、日本と韓国の自殺に関する大きな相違点は、日本の場合、1998年に自殺死亡率が急増した後大体そのままの数値が続いているが、韓国の場合、1998年に自殺死亡率が急増した後も自殺死亡率はどんどん上がっていることである。そして、日本の場合、45-64歳の中高年男性による自殺が多く占めているのに対して、韓国の場合、年齢層別の自殺死亡率を見ると、75歳以上の高齢者の自殺死亡率が最も高い数値を占めている。

日本と韓国の自殺問題の中で特に高齢者の自殺問題に焦点を当てて見ると、日本の場合、2009年10月の総人口は1億2,751万人と前年に比べて約18万人減少している一方、65歳以上の高齢者人口は過去最高の2,901

万人（前年2,822万人）とされている。総人口に占める65歳以上人口の割合（高齢化率）は22.7%（前年22.1%）で、5人に1人が高齢者という結果であった。また2009年の厚生労働省の人口動態統計によると、65歳以上の高齢者のうち、自殺者数は男性5,209人、女性3,079人であった。1998年以後、中年男性の自殺者の増加により、65歳以上の高齢者における自殺者の占める割合は相対的に減少したが、高齢者の自殺者数は横ばいのまま推移しており、高齢者の自殺対策は依然として重要な問題のままである。

高齢化が急増している韓国では、最近高齢者に関する様々な社会問題が現れており、高齢者の自殺問題はその一つである。2010年の韓国の統計庁の発表による年齢別自殺増加率の比較を見てみると、65歳以上の高齢者の自殺死亡率は、15-64歳の人口の自殺死亡率より約2.6倍高く、毎年増加が続いている現状である。さらに、OECDの国家別高齢者の自殺死亡率の統計発表によると、韓国の高齢者の自殺死亡率はOECDの加盟国の中で高齢化率が最も高い数値を占めている日本に比べて、65-74歳の前期高齢者の自殺死亡率は約2倍以上、75歳以上の後期高齢者の自殺死亡率は約3倍以上高く、現在深刻な高齢者の自殺問題に直面している状況である。特に、韓国の場合、高齢者の年齢が高いほど、自殺死亡率も高くなる特徴が見られる。このように韓国社会で高齢者人口の増加とともに高齢者の自殺者数とその自殺死亡率が持続的に増えて、現在OECD加盟国の中で1位にあり、また他の年齢に比べて相対的に非常に高い水準を見せている。

<表1> 日本と韓国の自殺者数・自殺死亡率

	日 本 (厚生労働省、2009)		韓 国 (統計庁、2010)	
	自殺者数 (人)	30,707	男性 22,189 女性 8,518	15,566
自殺死亡率 (10万人対)	24.7	男性 36.2 女性 13.2	31.2	男性 41.4 女性 21.0

資料：日本厚生労働省「人口動態統計」、韓国統計庁「人口世帯調査」

<表2> 日本と韓国の高齢者（65歳以上）の自殺者数・自殺死亡率

	日 本 (厚生労働省、2009)		韓 国 (統計庁、2010)	
	自殺者数 (人)	8,288	男性 5,209 女性 3,079	4,378
自殺死亡率 (10万人対)	28.5	男性 42.0 女性 18.5	81.9	男性 128.5 女性 50.1

資料：日本厚生労働省「人口動態統計」、韓国統計庁「人口世帯調査」

自殺は「苦悩を持った人がみずから命を絶つこと」のように単純で明快な事象のように思えるが、実際にはさまざまな次元を含む。また、自殺は、本来さまざまな要因が複雑に絡み合った結果として生じるものであり、実際高齢者の自殺動機については、統計上、健康問題が半数以上を占めるが、背景には家族間葛藤や孤独感が見られる実例が大変多く、人生観・価値観や家庭・地域のありかたなど、さまざまな社会的要因が絡んでいる。このように、自殺動機は複雑で重層的なことから、自殺の真の理由を特定することは難しい。しかし、高齢者自殺の原因として、うつが単一要因として最も重大な決定的要因であることが指摘されており（Conwell and Olson, 1990）、高齢期の特性上、退職と退職後の新しい生

活に適応ができない場合に変化への適応能力が不足な高齢者に自殺要因が発見される傾向がある（McIntosh, 1995）。韓国の研究では、自殺既遂ではなく、自殺意図又は自殺念慮に直接的に影響を及ぼす要因にうつが最も大きい危険要因として指摘されていて、その次には、経済状態、家族間の関係、健康状態、地域社会ネットワークの順番である（Kim, 2002）。このように、高齢自殺例の半数から80%には自殺直前にうつが存在していたことが明らかにされている外国の先行研究と同じく、日本・韓国の多くの先行研究から高齢者の自殺とうつは密接な関係があることが推定される。

2) 日本国内における韓国人の自殺事例：新聞記事の検索

韓国籍の人の自殺に関する新聞報道を朝日新聞のデータベースにより検索した。

(以下、下線は報告者)

(1) 2010年04月10日 朝日夕刊 入管センターで韓国人が自殺／東京

東日本入国管理センター（茨城県牛久市）は10日、不法残留で収容中だった韓国人男性（47）が死亡したと発表した。県警牛久署によると、状況から自殺とみられるという。同センターでの収容者自殺は2月に続き今年2件目。

(2) 2008年03月26日 朝刊 東京朝日
アパートで出火、男性1人が死亡 足立／東京

24日午後9時45分ごろ、足立区神明2丁目のアパート1階から出火、パート従業員相原恵美子さん（45）方の約15平方メートルが全焼した。室内から男性が救助され病院に運ばれたが、間もなく死亡した。綾瀬署は、死亡したのは、当時部屋にいた相原さんの友人の韓国人男性とみて身元を確認している。相原さんは外出していた。室内に灯油をまいたような跡があり、男性の自殺の可能性があるとみて調べている。

(3) 2005年04月29日 朝刊 大阪朝日
容疑の韓国人を自殺後書類送検 連続強盗事件／大阪

98～99年に大阪、兵庫両府県の資産家宅が襲われた連続強盗事件で、府警は28日、主犯格として強盗致死容疑で国際手配していた韓国人の李龍熙容疑者（52）について、被疑者死亡のまま同容疑などで書類送検したと発表した。李容疑者は韓国に帰国後、

別の事件で服役し、今年3月に刑務所内で自殺したという。

(4) 2004年11月29日 朝日朝刊
警官に追跡され韓国人男性自殺 大阪市・自転車無灯火で／大阪

28日午前5時15分ごろ、大阪市生野区桃谷3丁目の路上で、パトロール中の生野署員2人が無灯火で走る自転車の男性を発見。停止させようと声をかけたが逃げた。署員2人が自転車で追跡すると、男性は北東へ約600メートル走って転倒し、持っていた果物ナイフで自ら首を数回刺した。病院に運ばれたが約1時間半後に死亡が確認された。

同署によると、所持していた外国人登録証から、近くに住む韓国人男性（45）で、在留資格がなかった。同署は自殺とみている。

(5) 2004年01月28日 朝日朝刊
強盗殺人罪など容疑者2人起訴 宝塚市の事件／兵庫

宝塚市で02年6月、マンション経営林丈治さん（当時54）が殺された事件で、神戸地検は27日、ともに強盗殺人容疑で逮捕された土木作業員A容疑者（50）＝東京都台東区日本堤1丁目＝を強盗殺人罪で、同B容疑者（55）＝千葉市緑区古市場町＝を強盗致死罪でそれぞれ起訴した。

起訴状によると、両容疑者は知人の韓国人男性（55）＝4日に自殺、被疑者死亡で不起訴処分＝と共謀。02年6月30日午後11時ごろ、A容疑者と韓国人男性が林さん宅に押し入って両手足を粘着テープで緊縛。ネクタイで首を絞めるなどして窒息死させ

たうえ、キャッシュカードなどを奪ったとされる。

(5) 2003年10月24日 朝日朝刊

韓国人殺害の男、懲役10年の判決 札幌地裁 /北海道

札幌市のマンションで昨年12月、韓国人男性が刺殺された事件で、殺人と出入国管理及び難民認定法違反（不法残留）の罪に問われた韓国人で住所不定、無職A被告（38）に対し、札幌地裁は23日、懲役10年（求刑懲役15年）の実刑を言い渡した。

小池勝雅裁判長は「(生活をともにしていた)年下の被害者から暴行を受けて激高し、殺害した。飲酒の上での偶発的な犯行で、自責の念から自殺を図るなど、真摯（しんし）に反省している」と述べた。

判決は「飲酒で酩酊（めいてい）状態だったが、是非を判断する能力が著しく減退していなかった」と、弁護側の主張を退けた。

判決によると、A被告は02年12月5日午前3時すぎ、同市中央区南9西6のマンションのエレベーターで、住所不定、無職李京武さん（当時32）の首を包丁で刺して死亡させた。

以上検索された新聞記事は、いわば事件性のある自殺であって、在日韓国・朝鮮籍の人々が日本で自殺するにいたる状況を反映しているとは考えがたい。

3) 聞き取り調査

以上の結果を得て、在日の韓国・朝鮮籍の人々のための活動を行っている方々に自殺に関連する行動などの実態と予防策の現

状等を中心として聞き取り調査を行った。

(1) 聞き取り調査（1）

日時：2012年2月15日

場所：文化センターアリラン(東京都新宿区)

聞き取り対象者：事務局職員

聞き取り要旨：

韓国・朝鮮籍の人の自殺や自殺予防活動を行っている団体などについて教えていただきたい。

今具体的にご紹介できる団体としては、私自身が関わっている在日の女たちが作っているチャメ（韓国語では자매,意味は姉妹）がある。これは不定期でゆるく活動している団体である。ドメスティックバイオレンス問題から始まって、性暴力とか、あらゆるその暴力で苦しんでいる女たちを当事者同士でサポートしていこうという趣旨で活動している。

参加者は、在日2世の女性が多い。内閣府からパープルダイヤルのうち、韓国語、朝鮮語に関してはチャメが担当してくれるとありがたいという話しが来た。特に精神問題に特化した活動ではないが関連する話題が出ることもある。

在日韓国人のメンタルヘルスと精神科医療

在日韓国・朝鮮人の精神医療については、黒川洋二氏が「在日朝鮮・韓国人と日本の精神医療」(批評社)という本を出している。福岡の在日の精神科医が論文を書き、その中で「在日症候群」という言葉を使ったということも聞いている。しかし、そのくらいしかこの問題を扱った資料を知らない。

私自身も精神科医は在日がいいという考えを持っていたが、いくら探しても見つか

らなかった。日本名で業務に就いている方は探せば大勢いると思うが。ある人は、「自分自身は韓国語もできないし、韓国の状況と比較することも難しいけれども、あなたみたいに来てくれる方がいるのであれば、在日の問題を考えていくのも大切だ」ということを言ってくれた。日本の中の差別構造の問題が解決しない限り、当事者同士が結びつくということは難しく、孤独感にさいなまれた結果、うつ病に罹患して自殺したケースは非常に多いと今までに自分が接したケースから感じている。活動を開始して、もうすぐ3年目になるが、皆さん口々に、「ここは本音で話せるからいい」と私に直接に話される。逆に言うと、普段いかに自分の気持ちを話しにくい状況の中で生きているかということだと思う。

フランス人とフランス人の親から生まれたフランス人よりも、ポーランド系とかロシア系とか混ざっている中で生まれた人たち、いわゆるマイノリティーといわれるような人たちの精神疾患の発症率のパーセンテージが高いというデータがあると聞いたことがある。現状では、在日の精神疾患率は日本人よりも5倍も高いとか、1.5倍とか、人によって思い込みも含まれた数字で話をするので、説得力が弱いと感じている。そういうことをきちんと数字にしていきたいというのが今後の自分自身の希望である。

DV被害者のうつ病や自殺などの事例は？

DVでも精神的な暴力も含まれるので、そういうことから精神疾患を患うということは当然ありえるし、身近な例だと、統合失調症の方なども何人かいる。中には、障

害者枠で雇用されたりして毎日元気にお仕事をしていたらっしゃる方もいる一方で、家にただただひきこもっているという状況の若い方もいる。

自殺念慮のある人に対し、誰がどのように対応しているのか、私も詳しいことはよくわかっていない。病院につながらない方もたくさんいると思う。救うことができず、亡くなった後にはじめて苦しんでいたと理解することもある。

(2) 聞き取り調査 (2)

日時：2012年2月24日

場所：一般社団法人日本駆け込み寺（東京都新宿区）

聞き取り対象者：同代表

聞き取り要旨：

在日韓国人・朝鮮人のメンタルヘルスについて

在日と言っても、みんな日本語ぺらぺらで死んだ後に国籍がわかることも多い。自殺しても事件性がないと判断されたら韓国人であることが表に出ない。就職相談やうつなどの相談の中で、たまたま俺が在日だから、「実は自分も在日なんです」と打ち明ける人もいる。やはりまだ差別があって、就職するのも不利がある。社会的差別がないと言ったって、最初から公務員になんかなれるわけないと本人もわかっている。いくら開かれたといってもそれが現実。根絶はまず無理だろうと思う。自殺の場合にも差別偏見が背景にあることははっきり言っている。

日本駆け込み寺に相談に来る在日の人などの状況

ここでは約10年やってる。各相談件数は通算2万件くらいになると思う。テレビ、新聞、雑誌、いろんなどころへ出てるし、去年ドラマにもなったから、なお増えた。1日10本電話かかってきても、1年では3,650本になる。ここは年中無休でやっている。実は、2万人じゃなく、2万組。人数でいったらもっと増えるかも。ここでは加害者はカウントしてない。ここでは被害者が来たら100%加害者もくるように仕向けている。例えばDVとかストーカーとかの加害者もそれももっと多くなるかもしれない。でも、そういうのはカウントしなくてもいい。その中で自殺関連の相談は2割前後くらい。でもDVやストーカーが深刻化していて死にたい、というような関連性も含めたら3割—4割いくかもしれない。それと同時に表面的には、自殺が問題になっていないが風俗に沈められて人格的に死んでいる人間も結構いる。相談にのるといっちは匿名が多い。在日は普通の日本語しゃべれるから本人が言わないとわからない。片言しかしゃべれない人は(風俗店などの)お客さんが連れてくる場合もある。うちは韓国人女性がいるから通訳して、話を聞いてあげたりする。せつかくきた人間は支援しようと思う。

在日っていうのは何言ったって差別が根底にある。大学は出たがなかなか就職できなかったとか、日本人化していてあまり意識していなかったが、社会に出たら意外と厳しかった。東京にいたら意識しないけど、地方に行ったらやはりそういう部分で白い目でみられるというのはまあある。すごくバイタリティーがある人間だったら飛び越えられるけど、今の20代、30代にはそのハングリーがない。家の中でも通称名で、日本人教育も受けてきているから、ちゅうぶらりんになる。働こうと思ったときにはじめて国籍を意識させられる。民族的な教育を受けてこないで、疎外されて日本名の通称名でやってきて、ある日から韓国を意識させられても抵抗がある。そんなバカなどいうのは簡単だけでも、どこから変えて行けばいいか、教育のレベルじゃなく本人自身が力づけていかないといけないと思う。

駆け込み寺以外に同様の相談ができる場所があるか。

他にこういう相談機関があるかといってもほとんどオープンされてないからわからない。インターネットで調べたらあるかもしれない。新宿区だったら目の前に多重文化協議会というところがあって、韓国・中国、その他の国の分も相談ルームがある。ただ、こういう相談は絶対匿名じゃないといけない。事件が起こったら警察、弁護士の出番だがそれ以前の問題がいっぱいある。正義

だけじゃさばかれない。何でもまず、聞いてあげる。聞いてあげることによって、糸口が見えることが少なくない。

今まで精神科への紹介について

日本語をしゃべれることと医療保険をもっていることが大事。医療保険ないと言われてたら先に行かれない。在日だったら外国登録証があるから居住地にいて、医療保険がなくても福祉や保健所が相談に乗ってくれる。できない人のために、このへんには潜りの韓国人や中国人の医者がある。韓国系新聞の内容をみればわかる人にはわかるし、あとは口コミでやって来る。医療保険なくても実費で売っているところもあるんだろうな。

軽いうちに対応できれば自殺にまで行かないのではないか

そうそう。人権優先にやってくれる医療機関がせめてどこか一箇所でもあればいい。死にたくなるのも問題だが、人に危害を加えたら終わっちゃうもの。

(3) 聞き取り調査 (3)

日時：2012年2月27日

場所：コリア文化センター（新宿区）

聞き取り対象者：同センター東京事務局長
聞き取り要旨：

日本で自殺する韓国・朝鮮籍の方の実態と予防のための取り組み、国とか行政への要望について

在日韓国人の精神疾患の問題や自殺問題について、客観的に調査された報告をほとんど見たことがない。プライバシーにも大きくかかわる部分で難しいのだろうが。一般的な自殺研究もそうだと思うが。在日の人のおかれた環境・状況を考えると、精神的病を持っている人は比較的が多いだろうと感覚的に感じている。

でも、オールドカマーの在日コリアンについて、直接聞いたことはない。私が知っているケースは、私自身がオールドカマーの在日コリアンの組織にかかわっているの中で、何人かいたってというくらいのレベルの話なんですね。伝え聞いたのをいれての何人かで、実際私が会った一人は実は国籍は日本だった。おそらく、オールドカマーの在日コリアンは、国籍ベースだけで把握することが適切かどうかという問題があると思う。結構、今の20代・30代人ってというのは、自分の意思によって日本国籍とるケースもありますけど、両親が日本で生活していこうと考えているので、学校に通うような世代に一家でまとめてボン国籍かえるケースってというのは結構多い。法的権利から見ると、確かに日本国籍があることによって基本的には保障されるが、社会的認知の問題とか自分のアイデンティティの部分については、国籍を変えるだけでは大きく変わらないし、より葛藤するケースっていうのもかなり多い。

この事務所の周囲（新宿区新大久保）には韓国人の人が今非常に多く、お店がたくさんあるだけではなくて、住んでいる外国人も相対的に多い。確か、人口が3、40万人くらいのうち外国籍者は7人か8人に一人という比率になり、その中でも韓国・朝

鮮籍の人間が一番多い。この地域で長年地域活動されている方から間接的に聞いたことによると、この辺に住んでいる韓国の人たちの中で、大人も子どもも含めて、自殺のケースっていうのが何件かあるという。ただ統計もなく、警察などが本当はちゃんと責任もって、調査すべきところなのに、外国人だからということでの特別なケアがまったくないままで処理されている状況があるという。でも、そういうことは全部間接的に聞く形でしか情報がない。

昔からいらっしゃる方と新しく来日される方いずれかで、韓国・朝鮮籍を意識した精神保健の相談があるものか？

少なくとも病院でそこまで踏み込んで対応してくれるところは、ほぼないのではないか。そもそも、医療機関への相談が必要とされたケースはほぼない。多分もし紹介するとしても、特定の医療機関ではなく、在日の精神科の先生がいるところという形で紹介することはありえると思う。当事者と同じ属性っていうか、同じ立場での人の方が、多分安心感もあるし。

私の感覚的なものなので、客観的な話ではないが、オールドカマーの在日コリアンの場合、自分が追い込まれる状況になる理由のどの程度がその自分の国籍と関連するものであるのか分からない。在日であることによる部分が影響しているのか、そうでないのか切り分けが非常に難しい。日本社会で長く生きていの中で、日本の格差社会化や非正規職の増加といったことの影響を在日も同じように受けているので、切り分けが難しくなる。日本人の同世代の人間が受けている影響と当然同じ部分があって、

それにその在日であることから来る生きづらさが加わってくる。しかし、そのどちらが心理的負担としてより大きいかは、人によってかなり違うと思う。私の周囲には精神疾患、たとえばうつになっている人が非常に増えている。ただ、その理由が在日コリアンにあると断言できる人は、実は非常に少ない。やはり複合的な要素が絡み合っていると思う。仕事の不安や家族関係が多いように思う。家庭環境が複雑なところも多いように思うので。

たとえばうつになった後輩の例で言うと、その人は、外国人登録証はもっているけれど、在留資格がないので、皆のように韓国に遊びに行くっていうことができない。法的には不法滞在になるので。それは物心ついたときから認識しているけれど、やはり精神的にすごくまいってしまった。母親からの虐待を受けたケースもある。それこそ、日本人と変わらない部分がたくさんあると思う。

うつ病が増え周りで自殺される人が最近増えている印象があるか？

うつが増えているということに関しては、私の周りで一挙に増えている印象はある。偶然かも知れないが、この1年の間に急激に増えた。その中に、自殺してしまった人は一人だけ。伝え聞くところによると、何人かいるようではある。ただ、そういう人たちが、どういう理由、状況で自殺したかまでは分からない。

国とか行政への要望について

自分のことをわかってくれるだろう、というふうに思える同じような属性を持って

いる人間が紹介できるといいなというのはある。ただ、在日の医師ばかりが働いている病院というのは、なかなか作りにくいと思う。

(4) 聞き取り調査 (4)

日時：2012年2月29日

場所：対象者の自宅（東京都稲城市）

聞き取り：東京都保健師

聞き取り要旨：

在日韓国朝鮮人の問題は歴史の問題。でも、まったく歴史の問題は解消されていない。裁判をして何年にもなるが、40代の頃は、小さいときよりもずっと今日本は住みやすくなってきていて、名前も皆名乗れるようになってきていると思った。でも、今の若い人たちも名前すらまだ名乗れてないのが現実。これにはびっくりする。自分は何者であるかっていうのを打ち出せないわけだから、誰とも親密な会話できない。だから在日として頑張っている人たちの中にも入れないし、隠している人たちの集まりなんてものはないわけだし、かといって、日本人の中に入っても違和感を持つわけだし、日本社会で解放されて生きていけない状況がまだあることを強く思う。

私が保健師として在日と分かる名前を名乗っている間に、「実はね」という人たちに何人も出会った。看護学校で教えている時も、朝鮮人だけでなく、いわゆるレズビアン、男性になりたいといった相談やカウンセリングアウトがすごく多かった。そういう人たちも含めて、この日本社会の中での生きにくさから来ると思うが、本当の自分を打ち出せない、対話が出来ない人たちがこん

なに圧倒的に多いのかと思ってびっくりした。

在日韓国人の自殺者について

私の知っている範囲でも自殺した人はたくさんいる。日本人より、在日韓国・朝鮮人の自殺率の方が高いと思う。印象に残っているのは、10代の若者の自殺が双方とも同じ理由だった。二人とも親が、いわゆる活動家で在日であっても日本の中で在日としての権利を獲得し、植民地支配を謝罪させて、この日本社会で暮らして行こうとしている両親のもとで生まれ育ち、韓国名を名乗って生きてきたが、おそらくそれが重荷になったのではないか。「日本人になりたかった」って遺書を残して死んでいる。でも、それは生前親には言えなかったようだ。親の言っていること正しいと思うから。でも、自分の生き方としてそんな強く生きられないと思ったのかもしれない。本当のところはわからないけれど二人とも日本人になりたかったんだな、日本名名乗りたいんだな、ってということが遺書を読んで分かった。子どもにも良かれと思って活動をしていたことが実は子どもにすごい負担を与えていたことを知り、すごいショックだった。

自殺される人の背景の特徴は何かあるか？

やはり貧しさ。それと、アルコールの問題が大きいかなと思う。韓国人は遺伝子的にアルコール飲めるから。アルコール依存症が圧倒的に多い。自殺数だけでなく、一緒にアルコール依存症の数を調べた方がいい。日本にいる朝鮮人も、遺伝子的には受け継いでいるので、アルコールを飲める

人がとても多く、依存症になりやすい人が多い。

最近貧困者が増えているが、韓国・朝鮮籍の人も同様か？

在日はもともと高いのがそのまま続いている。日本人が貧困化してきたことと韓国・朝鮮籍の人の自殺が連動しているとはあまり感じない。

言葉などの問題

位に関する条約（難民条約）を批准しており、この条約では条約上の難民に与えるべき待遇として、生活や初等教育、就労の保障、公的扶助などは、内国民待遇（自国民に与える待遇と同一の待遇）である。もちろん、日本では難民認定された人々に対してはこの定義が適用されるだろうが、難民認定申請中の人たちは対象外とされている。しかし、これまでの研究結果からも、特に難民認定申請中の人たちの生活、福祉、メンタルヘルスの問題はとても大きいものであることが明らかにされている。逆にこの部分が保障されないと、生活苦からの犯罪、精神疾患は最悪な状態で発見され、また貧困の連鎖によるスラム化など先行きは明るくない。石川は「新たな在留管理」の末端に難民申請者を加えるということではなく、すべての人の人権と尊厳が尊重される社会を望むとした。マクロの転換として国の施策、制度の拡充という視点だけでなく、ミクロの視点としてメンタルヘルスのハイリスクを持った難民たちが多く日本に存在することを認識し、多文化共生の視点でソーシャルワーカーの実践が行われること、またソーシャルワーカーの役目として広く身

それは、言葉のわかる人がいた方がいい。たとえば、電話の相談でも、在日の人が受ける電話相談があれば、少し違うという話はある。もっと以前から、そういう部署があれば、私が全国からたくさんの電話を受けなくても済んだと思う。

D. 考察

課題Ⅰ：難民のメンタルヘルスの実態と課題

日本は1981（昭和56）年に国連の難民地近な地域住民が彼らを「知る」という活動も喫緊の課題であろう。異文化の中で暮らすということ自体が、精神的負荷とメンタルヘルスの問題を引き起こしやすい。さらに生活保障がない状態ではなお更である。医療や福祉だけの問題ではなく、国の施策や制度の問題など重層的に取り組む課題であり、また身近な人権問題としても捉えられる。さらに、個人と地域社会を結ぶ連続性をもったソーシャルワークの実践の重要性が明らかになった。

課題Ⅱ：在日外国人の自殺

日本における在日外国人の自殺者の中で数が多かったのは韓国人・朝鮮人であった。在日韓国人・朝鮮人は数の多く、また日本に強制連行され、戦後も日本国籍を得られぬまま経過して来た点など、特別の生きづらさを有していることが想定される。新聞検索によると、犯罪に絡んで自殺した事例が報道されることが多かったが、これは全体の実態を反映していないと考えられた。そのため、在日韓国・朝鮮籍であり、同胞支援に関わって来た方や、実情を知る方から聞き取り調査を行った。その結果、韓国・

朝鮮籍であった人が既に日本に帰化したあと自殺した場合、日本の通称名を名乗ってきた人が自殺した場合等、日本人として処理されている可能性があり、実際の韓国人・朝鮮人の自殺者はより多くなることが推定された。しかし、そうしたことを含め統計的な調査は行われておらず、今後支援のあり方を考えるためにも、警察等の行政データを整備していくことが望ましいと考える。

支援の際に、在日韓国人・朝鮮人の場合特にオールドカマーと呼ばれる人々は言葉の問題はあまりなく、日本人と同様の医療や福祉のサービスを利用できる人が多い反面、日本国籍に対する考え方が聞き取り調査に協力していただいた方々の間でも異なっていたように、機関利用に当たっては、それぞれの立場が尊重されるように配慮することがまず求められると実感した。在日韓国人・朝鮮人に対して、専用の自殺予防のための体制は整備されておらず、DV被害者支援など個別化された支援活動の中で扱われるか、あるいは「駆け込み寺」などの総合相談の中で扱われているにとどまっていた。日本の医療機関や福祉行政は、こうした機関からの支援要請に応じられるような柔軟な体制をとることが求められていた。ここで柔軟という意味は、都道府県ごとに要領を定めた支援事業を展開すると前に、身近な医療機関が発生した問題から目をそらさずに対応するということであり、そこで生じたニーズの大きさ如何によっては、事業化、施策化に結びつけていくということである。いずれにしても、在日韓国・朝鮮人に対する支援は、自殺予防に限らず、関わる日本人がこれまでの日本の施策に向

き合うことを要請する。絆や連帯をいう際には、日本の国土に住んでいるのは、日本人だけではないということが出発点にならなければならない。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1)白石弘巳、三木良子.滞日外国人の精神保健・医療・福祉の実態と課題. ライフデザイン学研究、6 ; 129-142,2010.

2. 学会発表

1)三木良子、白石弘巳. 難民支援における精神保健福祉の課題. 第 54 回日本病院・地域精神医学会、沖縄コンベンションセンター、平成 23 年 11 月 19 日

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

Ⅲ. 資 料

WHO 精神保健部と長崎大学医学部精神神経科学教室の連携

研究分担者 中根 允文

長崎大学名誉教授、Member of WHO Expert Advisory Panel on Mental Health

はじめに

約 40 年前、世界保健機関 (WHO) の精神衛生部 (Division of Mental Health) は、国際的に幅広い精神衛生活動を促進するべく中期精神衛生計画 (Global Medium-Term Programme) を立て、世界各国における関連分野のエキスパートに参加協力を求めていた。その中の一つとして、代表的な特定の精神疾患における各種評価や疾患分類法の改善、さらには異なる心理社会的背景のもとでの評価・診断法の標準化などに関する国際的な共同比較研究があった。

昭和 44 (1969) 年に長崎大学に赴任された高橋良教授は、精神疾患 (うつ病など) の生物学的研究、特に神経化学研究の先駆者として知られていたのだが、加藤正明先生 (当時、国立精神衛生研究所長) のご紹介で、東京医科歯科大学におられる頃に、WHO 精神衛生部長であった林宗義 (Tsung-Yi Lin) 先生 (台湾出身) と出会われ、上記の計画に関心をいだいて、1972 年にスタートしたうつ病の国際比較共同研究に参加されることになった。

一方、著者は、長崎大学の医学生時代に「社会医学研究会」(社医研) のサークル活動に参加しており、公衆衛生学分野の中で精神衛生に関心を持っていた。卒業して医系大学院に進学し、内科系精神神経医学を専攻することになり、学生時代の更なる発展として疫学精神医学研究をすすめていた。当時の潮流は遺伝疫学的な研究が盛んであったが、研究成果が博士論文としてまとまるうち、次第に社会 (精神) 医学的視点に立つ疫学研究に向かい始め、その先進的研究を展開している北欧への留学を目指していた。1974 年、幸いにデンマーク政府奨学生となることができ、念願の Erik Strömngren 教授 (Aarhus University, Denmark) のもと、Institute of Psychiatric Demography (精神医学的疫学研究所) に留学がかなった。滞在期間中に、全国民に係る各種の登録 (Registry) システムの存在と役割を知り、それを活用した地域調査の実際を経験することができた。1975 年夏に帰国して自らの研究 (統合失調症や児童・青年期精神疾患など) を再開した頃、高橋教授を中心にうつ病の WHO 研究が盛んに進行中であった。統合失調症 (当時は精神分裂病) についても、1965 年にスタートしていたパイロット研究 (International Pilot Study of Schizophrenia, IPSS) の成果を踏まえて、次のステップの国際比較研究の必要性が現実的課題になっていた。それに参加してきた全ての研究センターは、更なる継続の意思を明らかにした。ただ、同じく IPSS に参加していた台湾は、国際的な政治情勢を反映して国連を脱退し、次ステップへの継続参加が難しくなっており、IPSS のキーパーソンであった Strömngren 教授のアドバイスもあって、長崎が代わって第 2 段階の統合失調症研究、すなわち「重