The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	災害精神医学小史のこころみ : 阪神・淡路大震災における〈心のケア〉を問いなおすために
Author(s)	高原, 耕平
Citation	未来共生学. 2015, 2, p. 163-203
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/51811
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

災害精神医学小史のこころみ

阪神・淡路大震災における〈心のケア〉を問いなおすために

高原 耕平
大阪大学大学院文学研究科博士前期課程

要旨

我が国では 1995 年の阪神・淡路大震災を契機にPTSD（心的外傷後ストレス障害）が着目されるようになり、災害精神医学が本格化した。本稿の目的は第二次大戦時の戦争神経症対策から阪神・淡路大震災に至るまで、災害が人間の心に与える影響が国内でどのように扱われてきたかを調べることである。この課題を考えることは、阪神・淡路大震災から一般化した〈心のケア〉という言葉をどう意味づけるべきかという問題に行き着く。

本稿ではまず日本と比較するためにアメリカにおけるPTSD 成立の事情を確認する。その成立は大戦時の戦争神経症研究を基盤としているが、当時のアメリカ社会の状況と密接に関連している（1 節）。次に、旧日本陸軍における戦争神経症対策を取り上げる。国内では戦争神経症患者が訴える症状は補償要求によるものと解釈され、前線では軍医は充分な知識を持っていなかった（2 節）。戦後の災害研究では、戦中と同様の補償神経症的な解釈、災害心理学における避難者の精神的ストレスへの着目、避難生活の中へ入り込んでゆく精神医療活動という流れがあった（3 節）。〈心のケア〉という言葉の持つ曖昧さを乗り越えることは、震間期を生きた私たちの課題ではないだろうか。

目次

はじめに
1. アメリカにおける PTSD 成立のコンテキスト
1.1 PTSD の成立と3つの戦争
1.2 PTSD 成立の社会的コンテキスト
2. 日本における戦争神経症
2.1 早尾乕雄「震災ニヨル精神病」
2.2 旧陸軍の戦争神経症対策
2.3 前線における対応と戦後の沈黙
3. 戦後の災害精神医学
3.1 阪神・淡路大震災以前の国内への PTSD 受容
3.2 三池炭鉱 CO 中毒者への対応
3.3 災害心理学の視点
3.4 長崎水害から「阪神」前夜まで
3.5 阪神・淡路大震災当時の代表的な精神保健活動
おわりに

キーワード

阪神・淡路大震災
災害精神医学史
PTSD
心のケア
戦争神経症

はじめに

児童精神医学者の清水將之は、1995年10月のシンポジウムでこう述べている。

> 残念ながら日本ではまだ災害精神医学というものはゼロに近い状態にあり、子どもに関しても、援助や心傷の治療技術・理論ができあがっておりません。（柳田 1997: 123）

この年の1月17日に阪神・淡路大震災が、3月20日に地下鉄サリン事件が発生し、心的外傷（trauma トラウマ、精神的外傷、心傷）という現象が国内でにわかに注目されるようになった。清水の発言もその状況を受けてのものである。

災害精神医学とは、災害（地震や水害といった自然災害と、旅客機事故やホロコーストといった人為災害を含む）に関する精神医学である。災害精神医学には、災害時の緊急的な精神科医療活動と、深刻な後遺症に対する治療やカウンセリングの技法・指針の研究、及び災害が短期的・長期的に人間の精神に及ぼす影響についての調査・報告が含まれる[1]。ここでは災害精神医学を精神医学の一分野として仮に定義したが、実際には災害学、防災学、社会学、心理学、臨床心理学などの諸分野が重なりあう領域である。より平易に言えば、災害が人間の心にどのようなダメージを負わせるのか、という観点に立つ学問であり、日本では95年の震災を経て「心的外傷」へのまなざしを基軸に据えることになった学問である。

清水の言うように、95年当時、日本に災害精神医学はほとんど無かった。1886年の帝国大学令によって帝国大学医科大学に精神医学講座が設置されて以来（小俣 2005: 149）、日本の近代精神医学には百年余りの歴史があった。また、日本は毎年のように大地震や台風被害に見舞われる。いわゆる災害国家であるとみなされている。それにもかかわらず当時の精神科医が災害時の被災者・救援者の精神的問題に関して「ゼロに近い状態」であると言わざるをえなかったのはなぜなのだろうか。

災害精神医学の遅れが指摘された一方で、阪神・淡路大震災をきっかけに〈心のケア〉という言葉が日本社会に定着した。朝日新聞記事データベース「聞蔵II」によると、1985年から現在（2014年9月30日）までの全記事のうち、「心のケア」を見出しもしくは本文に含む記事は総計6,065件に上る（なお、ほぼ同期間において、読売新聞は6,077件、毎日新聞は5,601件）。

朝日新聞の内訳をもうすこし細かく見てみると、阪神・淡路大震災直前まで（85/1/1 ～ 95/1/16）は22件だったのが、阪神・淡路大震災から東日本大震災までの間（95/1/17 ～ 2011/3/10）には4,595件と急増し、東日本大震災以降（2011/3/11 ～ 2014/9/30）が1,448件となっている（ただし、「犯罪被害者の心のケア」など、震災以外の記事も含む数字）。

年ごとのデータを見ると、96 ～ 97年を除いて、阪神・淡路大震災から東日本大震災に至るまで毎年200件から400件台を推移している。記事総数がおおよそ等しい読売、毎日においても推移はほぼ同様であろう。これらの全国紙に限っても、読者はこの20年近く、ほぼ毎日〈心のケア〉という言葉を目にする可能性があったということになる。

医療分野ではこの傾向はさらに強まる。医療系論文データベース「医中誌Web」によると、「心のケア」を本文もしくは論文題目に含む医療系論文の総数は6,697件である（2014年9月掲載分まで）。時期ごとの内訳では、阪神・淡路大震災以前は5件、阪神・淡路大震災から東日本大震災まで（2011年3月掲載分まで）の期間は4,348件、東日本大震災から現在まで（2011年4月から2014年9月掲載分まで）は2,344件である。これらの論文の多くは「看護における心のケア」や「終末期医療における心のケア」といったテーマによるものであり、必ずしも災害や震災に直接関連するものばかりではないが、2つの大震災を経て急増したことは確かである。

災害精神医学の伝統がそれまでほとんど無かったのに、95年を境として突然〈心のケア〉という言葉が流行・定着し、また「心的外傷」やPTSD（Post-traumatic Stress Disorder心的外傷後ストレス障害）の存在が精神医学や臨床心理学の専門家に注目されるようになった。

それは、なぜなのか。このコントラストをどう意味付ければ良いのか。

心的外傷への着目は専門家の業界内部だけのできごとなのではなく、震災を通じて社会全体が自他の心の傷つきに気づき始めたのだと解釈することはできないだろうか。〈心のケア〉という言葉の流行・定着は、その気付きの一つの現

れだと考えることはできないだろうか。

だとすると、95年以前は、どうであったのか。

ここいう「心の傷つき（心的外傷）」とは、それに直面した人が普段の日常的なことばの使い方ではそれを受け止め、対処することができず、その瞬間の情動がその人の生き方に深く残り続けるような体験を指す。

阪神・淡路大震災以降、PTSDに関しては国内で活発な研究が進められてきた（小西 2004）。また、〈心のケア〉に関しては、被災者や犯罪被害者の置かれた現状を理解するための入り口として役立ってきたという面もある一方で、たとえばこの言葉を用いることで本来は社会全体の課題であるものが個人の心の問題に還元・矮小化され自己責任化されてしまうという問題が指摘されている（小沢 2002; 井上 2003）。〈心のケア〉という言葉の定着には功罪両面あったというべきだろうし、現実として今後しばらく私たちはこの言葉とつきあってゆかざるをえないだろう。

しかし本当の問題は、精神医学分野においてPTSD研究が精緻に進められる一方で、〈心のケア〉という言葉が定着したことの意味が問われていないことである。この言葉は専門家による治療や電話相談にも、一般のボランティアによる被災者のための取り組みにも使われ、また病院や学校の現場でも用いられているが、それが何を意味するのか明確ではない。多くの人がそのとき〈心のケア〉という言葉を必要としたはずなのだけれど、当時のその瞬間の切実さや感受性は20年の間に再び埋もれてしまい、言葉の曖昧さだけが残っている。だとすれば、その曖昧さを克服し、言葉の核心にあったものをいまいちど取り出すことが必要なのではないだろうか。

本稿の目標は以下の3点である。(1)曖昧なままの〈心のケア〉ということばの中から、より望ましい社会あるいは倫理の在り方を考えるための出発点を探ること。(2)〈心のケア〉という言葉の流行と定着を偶発的な現象として理解するのではなく、より広い枠組みの中で意味づけること。(3)日本の精神医学において心的外傷、特に災害が及ぼすそれについて着目されてこなかったのはなぜかという問題を検討すること。

これらの目標のもと、本稿の記述はある程度歴史学的なものとなる。というのも、心的外傷への感受性が〈心のケア〉という言葉の曖昧さによって隠されつつあるのだとすれば、95年以前の隠蔽を問い返すべきであるからだ。そのために、第二次世界大戦から阪神・淡路大震災に至るまで、この国で災害と〈こころ〉の関係がどのように扱われてきたかという歴史を述べ、被災者／兵士の苦しみに向けられるまなざしが少しずつ変化してきたことを浮かび上がらせてみたい。

本稿の論題を「こころみ」としたのは、わが国ではいまだ戦争から（あるいは関東大震災から）阪神・淡路大震災まで、またそれ以降の自然災害・人為災害を一貫して記述する災害精神医学史が編まれておらず、またそのための方法論も不明瞭であるからである。

1. アメリカにおけるPTSD成立のコンテキスト

日本の災害精神医学は「阪神」以前以後で大きく姿を変えた。その転換点となるのがPTSDの導入である。この疾患単位は1980年にアメリカの精神医学の診断基準であるDSM-IIIに記載されたが、日本でその存在が社会的に認知されたきっかけは1995年の阪神・淡路大震災と地下鉄サリン事件である。

本節では、アメリカにおけるPTSD成立史を確認しておきたい。PTSDはその成立の事情そのものに意味があると考えるからである。

1.1 PTSDの成立と3つの戦争

PTSDとは、強烈な出来事の「記憶」によって健康な日常生活が送れなくなる病である。強烈な出来事とは、災害、戦闘、殺人、レイプなど、その人の生存を脅かすような危機に直面することの他に、そうした場面を目撃することも含まれる。こうした出来事によって「心の傷（心的外傷、トラウマ）」が引き起こされ、強い不安感・恐怖心や身体的な異常がその後の生活の中でくりかえし生じるという考え方である。阪神・淡路大震災当時、被災地の精神科医療にあたった安克昌は「人が心的外傷を忘れようとしても忘れられず、その脅威にふりまわされ、現実から遠ざかってしまっている状態である」（安 2011: 210）と表現する。

DSMにはPTSDの診断基準となる症状が示されており、それらの基準はDSMの改訂にともなって微妙な変更が加えられている。「兵庫県こころのケア

センター」副所長の加藤寛はPTSDの典型的症状を次の3つに大別する（加藤・最相 2011: 63）。意図していないのに思い出してしまう（再体験）、恐怖感を思い出したくないためにいろいろなことを避けてしまう（回避）、不眠や不安（過覚醒）。こうした症状が長期間持続し、生活を送る上で顕著な支障を来たしている場合にPTSDと診断される。

PTSDという考え方の直接の源流は戦争神経症である。第一次大戦において、兵士たちは塹壕の中に潜み、敵の砲撃に長期間耐え続けなくてはならなかった。こうした兵士たちに、不眠や手足の震え、繰り返す悪夢といった症状が頻発した。後述するカーディナーは次のような症状を抱えて戦後も苦しむ兵士の例を紹介している。

> 1918年11月の休戦後、頭痛、食欲不振、不眠、めまい、失神、易刺激性、取り乱し（特に雑音と異論に対して）、喉のつかえ感と嚥下困難、全身の大量発汗、震え、呼吸困難、速脈、動悸という症状が突然一度に現れた。（カーディナー 2004: 98）

これらの症状はシェルショック（shell砲弾によるショック）と呼ばれた。当初、シェルショックは砲撃の衝撃による神経の器質的ダメージが原因だと考えられていた。しかし爆発を至近距離で受けていない兵士にもこうした症状が見られることがわかり、次第に原因は心理的なものだと考えられるようになった。「戦争神経症」の対策は各国陸軍の課題となった。戦争神経症を発症した兵士を前線へ戻すためにはどのような治療が有効か。諸症状は戦闘を忌避しようとする詐病にすぎないのではないか。真正の戦争神経症と詐病とを見分ける方法はあるか。戦争神経症を未然に防ぐにはどうすればよいか。第一次大戦の戦中から戦後にかけて、多くの精神科医がこの問題に取り組んだ。

一歩を進めたと現代において評価されているのが、エイブラム・カーディナーの『戦争ストレスと神経症』である。アメリカの精神科医であるカーディナーは、第一次大戦の戦争神経症患者を長期間に渡り治療・観察していた。本書はその知見をまとめたものであり、アメリカが第二次大戦に参戦する直前の1941年に初版が、第二次大戦の臨床例を追加した改訂版が1947年に出版された。

カーディナーは何が優れているのか。第一に、両大戦の豊富な臨床例を紹介し、第一次大戦後の患者についてはその慢性例を観察していることである。そこで挙げられた症例はPTSD概念の原型となった。

第二に、かれが戦争神経症を「外的世界と折り合う生理心理的システム」（カーディナー 2004: 8）の問題として捉えた点である。すなわち、環境とかかわり合う心の仕組みは健康な日常生活をかたちづくるものであるが、この仕組みが、戦争による非日常的で生存を脅かす体験によって正常に機能しなくなったという考え方である。

> 結論はどうしても、戦争神経症の症状は特有の機能群にどこかで関連しているということにならざるを得ない。関与している機能は、社会的・人間的環境でなくリアルな外界を手なづける機能であるという結論がもっとも明快なのではなかろうか。（カーディナー 2004: 7）

戦争神経症で損なわれているのは患者の人格の「リアルな外界を手なづける機能」であるとカーディナーは言う。健康人の生活では何事もなく知覚され対処されるような物音や状況に対して、戦争神経症の患者は過敏に反応してしまう。外界からの刺激を受容し処理する生理的な仕組みが、戦場でのストレスによって破綻を来したということである。

「外傷神経症の核心は生理神経症である」（カーディナー 2004: 18）と言うことで、カーディナーは補償神経症という考え方から完全に脱却している。すなわち、神経症の原因は、無意識のうちに隠されている補償金や恩給への欲求であるという考え方である。政府による兵士への補償金の存在が戦争神経症の治療を難しくしていることは事実であるとカーディナーは認めているが、それはあくまで生理神経症の上に成り立つ二次的なものであるとかれは言う。

イギリスではミラー Millerが災害神経症の原因は賠償金への欲求であるとする論文を1961年に発表し、これが長く影響を保った（森山 1990a）。ドイツでは、アウシュビッツなどの収容所生存者が戦後も長くうつ症状などを呈していることが見出されたが（「強制収容所症候群」）、戦後補償のための鑑定を求める多くのユダヤ人に対し、ドイツ人精神科医たちはこれを賠償要求による神経症とし

て退けた（小俣 1997; 2002a; 2002b）。これらと比較すると、環境と心身の相関という次元に焦点を当て豊富な症例を積み重ねたカーディナーのシンプルな方針が際立つ。

しかし、カーディナーの仕事はまもなく忘れられてしまう。アメリカが朝鮮戦争（1950 ～ 53年）後、しばらく戦争を経験しなかったためである。

PTSDが成立する直接的なきっかけはベトナム戦争（1964 ～ 73年）だった。「ベトナム帰り」の復員兵たちの多くが心身の苦しみを抱え、社会へ戻れないという障害を体験していた。

> ベトナムでの残虐行為に対する罪悪感、伝来の道徳の限界を越えたベトナムでの非行（特に性、薬物、暴力に関して）、仲間を見捨てたという罪悪感、生き残ったという罪悪感、激怒、兵士を戦場へ送った国家に裏切られたという感情、自分自身や社会に対する不和、無関心、抑うつ感情、不安、脅迫的におそってくるいまわしい記憶、悪夢、不眠、知覚過敏、拒否と抑制という自我防衛機構の広汎な応用、錯乱、虚無、イデオロギーの幻滅、コントロール不可能な敵意、気まぐれな乱暴、フラッシュバック体験、薬物中毒、失業（…）。（フィグレー 1984: 109-110）

これらの障害はカーディナーが紹介した第一次、第二次大戦の戦争神経症の慢性例と類似しているが、ベトナム戦争はアメリカが初めて敗北を経験した戦争だったという点が異なっていた。かれら復員兵たちは、政府の退役軍人管理局の世話に従うことを良しとしなかった。復員兵たちは「ベトナム後症候群」に苦しめられていたと同時に、大義なき戦争のために自分の人生を空費させたアメリカ政府と社会に対する怒りを持っていたからである。「なぜ、われわれは、ベトナムに来なけりゃならないんだ」（フィグレー 1984: 46）。

ベトナム復員兵たちは各地で独自にラップ・グループ（おしゃべりグループ）を組織し、自らの体験や現状を語り合った。この運動にR. J. リフトンら、復員兵に同調する精神科医が参加した。1971年冬のことである。リフトンらは、復員兵たちの症状がカーディナーが集めた症例と同様のものであることを理解した。

ベトナム復員兵たちのグループは、自分たちの症状を正式な障害の一つとして認めるよう、DSMの改訂作業を進めるワーキング・グループに訴えた。1977年、ベトナム復員兵研究グループ（VVWG）はDSMの「ストレス障害」の章に「急性破局ストレス障害」「慢性破局ストレス障害」の項目を記載するよう正式に提案した。最終的に、これらの破局ストレス障害はPTSDと名前を変えられた上で1980年に公表されたDSM-IIIに記載された。

ところで、PTSDは戦争に従軍した兵士だけでなく、自然災害の被災者や、犯罪・虐待の被害者、また消防士などの救援者からも見出されている。犯罪被害者の場合は加害者が別に存在するのに対し、兵士は自身も敵国の兵士や民間人に対する加害者となりうる。また、自然災害の被災者には基本的に加害者が存在しない（もちろん、福島の原発災害のように自然災害に人為災害的な側面が重なりあう場合も多い）。PTSDという概念に立脚すれば、被害と加害を区別する必要は無いのだろうか。

DSM-IIIには、心的外傷を引き起こす出来事の例として、レイプや暴行、軍事的戦闘、洪水や地震、爆撃、拷問、「死のキャンプ」、自動車事故が挙げられている。当然、これらの「災害」を同一視し、被害と加害の違いを無視することはできない。

しかしPTSDの要点は、「再体験、回避、過覚醒」を普遍的な症状とした上で、外傷的体験の具体的な種別差は捨象し、人間の日常的な対処能力を越えた体験がその人の生活を後々まで長く蝕むという構造を本質的なものとして取り出したところにある。それによって、それまである程度関連しつつ独立して研究されていた災害や暴力といった主題が総合的に理解されるようになった（森 2005: 168）。自然災害、暴力、戦争による心的外傷の差異と共通点が相互に比較可能なものとなり、加害と被害の意識、また生存者の罪意識といったことが別個独立したものではなく人間の心理構造において複雑に絡み合うものであることが知られるようになった。

したがって、PTSDは被害と加害の区別を無くしてしまうのではなく、むしろ心的外傷という視座からそれらの実態をより深く理解させうる概念だと考えることができるだろう。

1.2 PTSD成立の社会的コンテキスト

ここで改めて留意しておきたいのは、PTSDの成立においてDSMの改訂が社会運動の舞台となったことと、治療を受ける側の復員兵たち自身が声を上げたことである。DSMは本来アメリカの精神科医たちが統一的な診断を下せるようにするためのマニュアルにすぎなかったはずである。しかし、復員兵たちはDSMに自分たちの症状を公式の障害として記載させることで、自らの存在と苦しみを社会的に認知させようとした。

DSMの改訂作業が政治的運動の場所となったのはベトナム復員兵が初めてではなかった。それに先立って、アメリカのゲイ解放運動グループが同性愛を精神疾患とみなさないよう求める運動を起こし、DSM-IIでは「性的倒錯」に含まれていた同性愛をDSM-IIIから削除させることに成功していた。また、DMS-IIIにマゾヒスティック・パーソナリティ障害という診断名の導入が試みられた。これは夫に殴打される女性の側に虐待を求める病があるとみなすものであり、フェミニストたちの猛反発を受けて撤回された（カチンス、カーク 2002; ハーマン 1999: 182）。

第一次・第二次大戦における戦争神経症の研究を基盤として、ベトナム戦争を経てPTSDが成立したが、それはアメリカの精神医学界内部における一概念の洗練過程にすぎなかったのではなかった。それは、同性愛解放運動や、第2波フェミニズムの意識向上運動（コンシャスネス・レイジング）の流れとも絡み合う、アメリカ社会全体の動きの結節点の一つとなる出来事であった。

PTSD概念がベトナム復員兵の問題を契機として生まれたのは上述のとおりであるが、この疾病概念は、その後、災害研究とフェミニズム運動によって活用されてゆく。もともとPTSDのワーキング・グループには災害研究の研究者も参加しその知見も盛り込まれたのであるが、その後の災害精神医学の研究において被災者と救援者のPTSDの有無・実態を調査することは一つの標準的な手続きになった。長期間の虐待、暴力を被った女性たちの心的外傷の研究がフェミニストらによって先導されたが、ここでもPTSDは社会的に隠されていた心的外傷を明らかにするための重要な概念となっている。

PTSDがベトナム後症候群という当初の問題を越えてさまざまな文脈で用いられるようになったのは、それが1960年台からのアメリカ社会の矛盾とその表面化の上に生じたからである。PTSDという言葉は、社会の中で見過ごされ隠蔽されてきた心的外傷（復員兵の、性的暴力被害者の、虐待サバイバーの、被災者の）に光を当てるためのレンズの役割を果たしてきたといえる。このことと、日本において〈心のケア〉という言葉が流行・一般化した事情を、後の節で改めて比較して考えてみたい。

表1. 災害精神医学史年表

西暦	災害精神医学および心的外傷に関連する研究、災害や戦争
1866年	エリクセン（英）『神経系の鉄道事故および他の原因による障害について』。
1872年	ミッチェル（米）『神経の外傷とその帰結 *Injures of Nerves and Their Consequences*』。
1882年	シャルコー（仏）、サルペトリエール病院に神経学教室を開設。
1883年	クレペリン（独）『精神医学提要』。
1889年	オッペンハイム（独）『トラウマ神経症』。
1895年	ブロイアー、フロイト（墺）『ヒステリー研究』。
1907年	メッシナ地震（伊）。スティーラン（スイス）、被災者の広汎な外傷性神経症について報告（1909年、1911年）。
1914年～1919年	第一次世界大戦。「シェルショック」の発見。
1923年	関東大震災。早尾「震災ニヨル精神病」。
1932年	フェレンツィ（ハンガリー）「大人と子供の間の言葉の混乱」。
1937年	蘆溝橋事件。日中戦争開戦。小泉親彦による日本陸軍戦傷者治療・研究体制の刷新（37～38年）。早尾「戦場神経症並ニ犯罪ニ就テ」（38年）。
1939年	ドイツ軍ポーランド侵攻。第二次世界大戦開戦。桜井（日）「戦時神経症ノ精神病学的考察」（41～42年）。カーディナー（米）『戦争ストレスと神経症』（41年。邦訳は2004年）。
1945年	広島、長崎への原爆投下、第二次世界大戦終結。
1953年	西ドイツでナチス時代の被迫害者に対する保障措置を定めた「連邦補償法」制定。
1956年	水俣病確認される。
1961年	ミラー（英）、災害神経症の原因は補償金への欲求とする論文を公表。
1963年	三井三池炭鉱炭塵爆発事故。
1964年	トンキン湾事件。アメリカによるベトナム戦争への介入本格化。
1967年	リフトン（米）『死の内の生命 *Death in Life*』（邦訳は1971年）。
1968年	DSM-II公表。
1969年	西ドイツで連邦補償法による申請の打ち切り。
1972年	バッファロー・クリークのダム決壊事故（米）。米ワシントンD.Cに「レイプ・クライシス・センター」設立される。
1973年	パリ和平協定。アメリカ軍、ベトナムから撤退。リフトン（米）『戦争からの帰還―ベトナム復員兵、犠牲者でも処刑者でもなく *Home from the War: Vietnam Veterans—Neither Victims nor Executioners*』
1974年	「連邦児童虐待法 The Federal Child Abuse Act」制定（米）。
1978年	フィグレー（米）『ベトナム復員兵におけるストレス障害 *Stress Disorders among Vietnam Veterans*』（邦訳は1984年）。

1980年	DSM-Ⅲ公表。PTSDの登場。厚生省「原爆被爆者対策基本問題懇談会意見報告」(日)。国民の戦争被害に対する「受忍論」が主張される。
1982年	浦河沖地震、東京大学による調査。長崎大水害、長崎大の荒木らによる調査(1985年)。安倍『災害心理学序説』。日本臨床心理学会で臨床心理士国家資格化をめぐる論争。日本心理臨床学会設立。
1983年	三宅島噴火、三宅による調査(1991年)。
1984年	広瀬『生存のための災害学』。
1985年	日航機123便墜落事故。野田正彰『喪の途上にて』(1992年)。河合隼雄、毎日新聞で「心の専門家」の必要性を主張。
1986年	ラファエル(豪)『災害の襲うとき』(邦訳は1989年)。
1987年	水俣病第3次訴訟(熊本地裁)で原告勝利判決。国と県の責任を認める。プリーモ・レーヴィ(伊)自殺。
1991年	雲仙普賢岳噴火、長崎大の太田らによる調査・救援活動。日本臨床心理学会が再分裂。日本社会臨床学会設立。
1992年	東京医科歯科大学に犯罪被害者相談室が設置される。ハーマン(米)『心的外傷と回復』(邦訳は1996年)。
1993年	北海道南西沖地震。藤森らによる調査・救援活動。
1994年	DSM-Ⅳ公表。
1995年	阪神・淡路大震災。「兵庫県精神保健協会こころのケアセンター」発足。地下鉄オウム事件。村上春樹『アンダーグラウンド』(1997年)。スミソニアン論争。リフトン『アメリカの中のヒロシマ』(邦訳は同年)。ヤング(米)『PTSDの医療人類学 *The Harmony of Illusions*』(邦訳は2001年)。岡野憲一郎『外傷性精神障害』。
2001年	アメリカ同時多発テロ事件。
2002年	日本トラウマティック・ストレス学会発足。
2004年	新潟県中越地震。
2007年	新潟県中越沖地震。
2011年	東日本大震災。
2013年	DSM-Ⅴ公表。神戸市三宮駅東地区の戦災復興区画整理事業完了。

2. 日本における戦争神経症

アメリカにおけるPTSD成立の土台には大戦時の戦争神経症の研究があった。では、そのアメリカと戦争をしていた日本では戦争神経症の対策に関してどういった状況にあったのだろうか。本節と次節では、アメリカの状況と比較しつつ、日本における戦争神経症と災害精神医学の関係を考察してみたい。

結論から言えば、旧日本軍による戦争神経症の研究と対策は遅れていた。また、戦後はほとんど研究が行われなかった。阪神・淡路大震災において心的外傷やPTSDが注目されるようになったが、視線を過去に向けて兵士の心的外傷について知ろうとしても、ほとんど何も見いだすことができない。このことは災害精神医学の発達が遅れた大きな原因である。

2.1 早尾乕雄「震災ニヨル精神病」

旧日本軍による戦争神経症対策について論じる前に、関東大震災の直後に書かれた「震災ニヨル精神病」という論文を紹介しておきたい。災害と精神医学と戦争神経症をひとつに結びつけて論じているこの論文が、後年のPTSDと共通する視座を持っているように思われるからである。

本論文の主著者早尾乕雄（はやお とらお）は、当時金沢医科大学精神科教授である。早尾は本論文で、震災直後、被災地から金沢に避難してきた5名の急性精神病患者がおり、いずれも譫妄状態であったため入院させたところ短期間で回復したと紹介している。早尾の目的は、当時未開拓の分野であった「急性精神病」についてカテゴリーを定めることであった。

興味深いのは、早尾が災害時の精神病と戦争神経症を同様のものと見ていることである。

> 余等ガ震災当時及震災後ノ状況ヲ実見スルトコロニヨリ又救護班ノ報告ヲ聞キテ総括シテ考フル時ハ震災ノ起コリシ時ヨリ其ノ終局マデ震災地方ノ人々ハ恰モ戦乱ノ巷ニ立チシ場合ト同ジ境遇ニヲカレシモノト言フモ過言ニアラズト信ズ。（早尾 1923: 775）

すなわち、震災直後の被災地にいた人は、あたかも戦場に立っているのと同様の環境に置かれていたと考えるべきだと早尾は言う。「震災ノ起コリシ時ヨリ其ノ終局マデ」というように期間を局限していることから、激震の直後から大規模な火災の発生および鎮火に至るまでのカタストロフィ的状況を著者が主眼においていることが推察される。早尾が被災体験の持つ苛烈さという点において自然災害と戦争の共通点を見出していることを指摘しておきたい。

災害体験と戦場体験の共通性を前提した上で、早尾は震災後の急性精神病についても戦争神経症の知見が応用できるはずだと言う。早尾は1915年から18年にかけて発表された英独仏米の戦争神経症研究を10本以上紹介した上で、

自身が診た5名の患者には「虚脱性譫妄」というカテゴリーを用いることができるはずだと結論付ける。早尾の研究は、戦争神経症の先行研究と災害後の「急性精神病」を体験とストレスという点で結びつけて論じており、その後の日本の戦争神経症研究を支配した補償神経症の枠組みを用いることなく災害時の精神疾患が診断できることを示している。しかしその先駆的なこころみは、戦中の戦争神経症研究にも戦後の災害研究にも生かされることはなかった。

2.2 旧陸軍の戦争神経症対策

1937年の盧溝橋事件から日本は中国との全面戦争に突入し、軍は大量の兵士を中国大陸に送り込んでゆく。日中戦争はすでに日本にとっての総力戦であり、そこでは一般市民が総動員制度に組み込まれ、国家が提示するイデオロギーを受け容れつつ長期間従軍し、射程・威力が飛躍的に増加した兵器の殺傷能力に直面することとなった（敵の砲火に曝されるという意味でも、自らがそれを操作し「敵」を殺傷するという意味でも）。機械化・長期化・イデオロギー化という性質を持つ近代総力戦のもとで兵士たちが戦争神経症を発症するのは自然の帰結であったと言えるが、それは戦場の精神力の優越を誇る「皇軍」にあっても例外ではなかった。

戦争中の日本軍の戦争神経症対策はどのようなものであったのだろうか。近年、戦争神経症の治療・研究の中心地であった国府台陸軍病院の実態が、その残存した病床日誌（カルテ）[2]を綿密に分析した細渕らの一連の研究[3]や、陸軍側史料を駆使した中村（2013）の論文などによって明らかにされつつある。本項ではそれらの成果に依拠しつつ、戦中の日本の戦争神経症に対する態度を見てゆきたい。

1937年から38年にかけて、陸軍医務局長の小泉親彦は、従来の陸軍病院の体制では戦争の拡大に対して不十分であるとして、戦傷病の研究・診療体制を刷新した。戦争神経症については国府台陸軍病院（千葉県、現在は独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院）が基幹病院として指定された。外地から還送された精神疾患患者は広島、大阪、小倉の各陸軍病院から最終病院である国府台陸軍病院へ転送されるようになった。また、頭部戦傷者の専門施設として設立された下総療養所も、戦争末期には精神疾患患者を収容した（清水1985: 16）。

ただし戦争神経症その他の精神疾患とみなされた全ての兵士が国府台陸軍病院に収容されたのではない。42年から45年の間だけでも70万人近くの兵士が「精神病」「その他の神経病」として診断されているが、そのうち内地へ還送された精神・神経疾患患者数の合計は15,719名にすぎない（中村 2013: 56）。また、後述するように前線の軍医が戦争神経症についての知識を与えられていなかったため、別の病名を与えられていた例が相当数あっただろうと想定される。

では、国府台陸軍病院の内部では[4]戦争神経症をどのように見ていたのだろうか。当時の戦争神経症研究を代表するものとして、桜井図南男「戦時神経症ノ精神病学的考察」（1941-42）が挙げられる。桜井は当時国府台陸軍病院の軍医であり、戦後は九州大学の精神科教授を務めている。

桜井は戦争神経症の仕組みを次のように説明する。戦時神経症[5]は平時の神経症と変わらない。神経症とは、何らかの願望や目的が患者に生じ、これが各種の症状となって現れるものである。戦時神経症の場合の願望や目的とは、前線から離れたい、恩給をより多く得たいといったことである。こうした願望が神経症の原因であり、この心因を取り除くことが治療の根本である。

桜井によれば、神経症の患者には、その発症に先立つ「準備状態」が存在する。たとえば上官に軽く叱責されただけで激しい症状を現した兵士がいた。この場合、叱責が症状の直接の原因なのではない。あらかじめ患者の精神に「過価観念Überwertige Vorstellung」が何らかの理由で生じていたと考えるべきである。この過価観念から直接症状が現れる場合もあるが、神経症の場合にはまれである。多くの場合、過価観念から願望や目的などの二次的な観念が生じる。こうした二次的観念は通常は意識の視野の外にあるが、前景に現れる機を常に伺っている。優秀な者はこうした願望を抑えていられるが、子どもや「低能者」の場合、願望は容易に支配的なものとなる。ここまでが神経症の「準備状態」であり、この状態において何らかの「感動」が患者に加わると症状を呈する。

桜井はここで、神経症を発症しやすい者とそうでない者との間に何らかの素因の差があるという素質論を採用している。その素質論はかれ自身の（そして軍全体で共有されるべき）価値体系にもとづいている。桜井によれば兵役から逃れたい、恩給を得たいという目的は誰しも持ちうるものであるが、この目的

や願望をうまく抑圧する者が優れた者であり、そうでない者が劣った者である。しかしこの優劣は軍が求める兵士としての優劣にすぎず、桜井はなぜそもそも抑圧すべき願望が生じたのかを説明する代わりに、かれ自身の軍医としての目的と価値を導入している。

桜井とカーディナーは形式的には同じモデルを採用していることになる。両者とも恩給などの補償願望は二次的なものであると認めており、それに先立つものとしての体験を記述しているからである。両者の違いは、二次的なものと一次的なもののいずれに着目するかである。カーディナーは、外界に適応するための人格の諸機能を一次的な心的外傷が失わせていると考えた。これに対し桜井は補償願望という二次的観念への患者の固着が神経症を固定しているのだと言う。しかし、なぜ二次的観念の原因となった過価観念が生じたのかについては語らない。当然のことであるが、それはそもそも兵士が戦争に連れてゆかれたからである。だが軍医としては心的外傷を生じさせるような戦争がそもそもの根本悪だと認めることはできない。したがってかれは二次的な「目的」に焦点をずらし、「医官カ勝ツカ患者カ勝ツカ」(桜井 1965: 33)という恩給をめぐる駆け引きに患者を引きずり込む。

2.3 前線における対応と戦後の沈黙

以上は陸軍中央における戦争神経症の対策と研究であるが、前線の軍医に対する教育は充分なものではなかった。

軍医に頒布された『出動地ニ於ケル診療方針』には戦傷の傷名判定方法や治療方法が詳細に記されているが、戦病についての記述は簡素であり、神経症に関しては「その治療法としては、要するに還送せずに戦地で様子をみて、時に電気痙攣療法が効果があると言っているのみであった」[6]。桜井は前掲の論文冒頭で一般の医官が神経症に関心を持つべきことを繰り返し主張しているが、これは前線の軍医たちに神経症についての知識と治療原則を徹底できなかった(そもそも徹底すべき効果的な治療原則が無かった)ことを裏書きしていると言えよう。

野田(1998)が北支戦線に従軍した元軍医から行った以下の聴き取りは、その具体的な一例である。元軍医の小川武満氏は、兵士が十分な補給を受けられる状態にありながら衰弱し栄養補給を拒んで死亡する事例に多く接した。

> 「日本に帰りたい」/痩せ衰えた兵士はいう。だが、体重三〇キロを割り、衰弱しきった兵士は移送できない。動かせば死ぬだけだ。点滴をしても、何を食べさせようとしても、拒否反応で死んでいく。〔…〕小川さんたちは「戦争神経症」という概念すら知らなかったが、多数の心因反応を診た。ヒステリー症のけいれん発作を頻発する者、歩行障害、半身不随、失語、自傷。すべて心因性の症状であり、身体に病変はない。夜中にうなされ、突然起き上がって叫ぶ(夜驚症)者も少なくなかった。(野田 1998: 76-77)

こうした症状は、第一次大戦の塹壕で診られたならば「シェルショック」「戦争神経症」として、ベトナム復員兵が呈したのならば「PTSD」として診断されたと思われる。しかし旧日本軍の前線の軍医はその概念自体を知らなかった。

戦後、戦争神経症の研究そのものが散発的になってゆく。国府台陸軍病院の院長だった諏訪敬三郎が戦後早い時期に陸軍の精神疾患兵士について短く報告しているほか(諏訪 1948)、目黒(1966; 1967)は終戦後20年の時点での戦争神経症患者の追跡調査を試みている。また、井村(1965)は、戦後のアメリカなどの研究を取り入れた総括的な論考である。これらを最後に、1960年台以後、国内における戦争神経症の研究は途絶えてしまう。

しかしそれは兵士たち、復員兵たちから心的外傷が消滅したことを意味するのではない。陸軍病院を退院した人たち、そもそも入院しなかったが戦争で強烈な体験をした人たちは、どうなったのだろうか。この問題に心的外傷という言葉を用いて正面から切り込んだのはおそらく野田(1998)だけである。阪神・淡路大震災以降、災害や惨事が起きるたびに〈心のケア〉やPTSD対策の重要性が叫ばれる。その一方で「戦争で死んだ者、あるいはあの戦争を生き延びた者の戦争体験を取り巻く沈黙」(ヴァン・デア・コルク 2001: vi)は守られている。

3. 戦後の災害精神医学

アメリカではPTSD成立の源流に戦争神経症の研究があったが、日本では

戦争神経症患者の訴えに対して補償神経症的な解釈が取られていた。では、戦争が終わってからの半世紀間、我が国において災害が人間の心理・精神に及ぼす影響はどのように理解され解釈されてきたのだろうか。本節では、(1)まず1980年から95年の間にPTSDが日本に紹介・導入された状況について概観した後、(2) 1963年の三池炭鉱炭塵爆発事故におけるCO中毒患者への対応に戦争神経症対策との連続性が見られること、(3)災害心理学において、災害時の行動科学から被災者の心理的負担へと関心が拡大していたこと、(4) 80年代末から90年代初頭にかけて、阪神・淡路大震災以前に災害精神医学の基礎がかたちづくられはじめていたことを確認し、最後に (5)阪神・淡路大震災当時の精神科医と臨床心理士の活動をまとめ、災害精神医学とより広い社会現象としての〈心のケア〉の接点を検討したい。

3.1 阪神・淡路大震災以前の国内へのPTSD受容

PTSDは1980年公表のDSM-IIIに記載されたが、日本で本格的に注目されるようになったのは1995年の阪神・淡路大震災および地下鉄サリン事件からである。では、1980年から1995年までの間、日本へのPTSDの受容はどのような状況だったのだろうか。時系列が前後するが、PTSDの日本への受容という点に限定して、この期間の諸状況をあらかじめ確認しておきたい。総じて言えば、PTSDに関しては1980年から約10年間の空白期間があった。

日本人の研究者によるもっとも早い紹介は森山 (1990)である。森山は英独仏語圏の戦前戦後の戦争神経症・災害神経症の研究を総攬した上で、PTSD研究の今後の展望をまとめている。欧米では1980年以降PTSDに関する論文が続々と公表されているのに対し、日本の精神医学界においては「一顧だにされていない」ことを森山は嘆いている。

森山の報告と同時期(1989 ～ 93年)に、精神科医の岡野憲一郎が研修のため渡米し、心的外傷の臨床に携わっていた。岡野は米オクラホマ州の軍人病院でベトナム復員兵のPTSD治療にあたった後、メニンガー・クリニック精神科レジデントとして勤務している。岡野は震災後の1995年11月、それまでの研究成果をまとめ『外傷性精神障害 心の病の病理と治療』と題して公刊した。PTSDを含んだ心的外傷の本格的な研究書としては日本で最初のものであると思われる。

森山と岡野以外のPTSDに関連した邦語の研究論文としては、学校でのいじめ被害におけるPTSDを論ずるもの (久留 1993)などがある。「医中誌Web」の検索結果を見ると、検索語に「PTSD」を用いた場合の検索結果総数は4,898件(2015年1月まで)であるが、94年以前のものに限ると23件である (そのうち森山と岡野が5件を占める)。

外国語文献の邦訳というところにまで範囲を拡大すると、ラファエル『災害の襲うとき』(原著1986年、邦訳1989年)にPTSDへの言及があり、邦訳書では「心的負傷後のストレス障害」という訳語が充てられている。

さらに、フィグレー『ベトナム復員兵におけるストレス障害 *Stress Disorders among Vietnam Veterans*』の邦訳 (辰沼利彦監訳『ベトナム戦争神経症』)が1984年に出版されている。原著はDSM-III編纂中の1978年に公刊されたものであり、DSM-IIIで検討中の疾患単位としてPTSDではなく「急性破局ストレス障害 Acute Catastrophic Stress Disorder」「慢性破局ストレス障害 Chronic Catastrophic Stress Disorder」が紹介されている (Figley 1978: xviii)。この破局ストレス障害が最終的にPTSDとしてまとめられる。DMS-IIIそれ自体の翻訳[7]を除けば、PTSDという語そのままではないものの、この疾病概念が日本語で紹介されたもっとも早い例であると考えてよいだろう。

次に国内の臨床に関しては、1992年東京医科歯科大学に犯罪被害者相談室が設置されたのを嚆矢の一つとする。相談室は当初からPTSDの存在を前提にして活動を開始した(小西1996b; 2004)。自然災害に関しては1982年の長崎水害、1991年の雲仙普賢岳噴火災害、1993年の北海道南西沖地震での調査・救援活動の報告にPTSDやストレス反応についての言及が現れ始める。これについては後述する。

なお、本稿では詳しく触れる余裕が無いが、PTSDと「ヒロシマ」の関係について付言しておく必要があると思われる。ベトナム復員兵のラップ・グループに参加し、かれらの運動をDSM-IIIへのPTSD記載につなげたアメリカの精神科医R. J.リフトンは、1962年に広島に滞在し、70名以上の被爆者から原爆体験についての聴き取り調査を行っている。その調査に基いて書かれた *Death in Life : Survivors of Hiroshima* (1968年)には当然「PTSD」の語は登場しないが、

生存者の罪意識や「精神的麻痺」など、のちのPTSD概念に結実する中核的な諸概念が検討されている。本書は1971年に邦訳されたが、「hibakusha」(Lifton 1968：6-7)の声から聴きとられたことがらが日本の精神医学研究の内部に溶け込むことはなかった[8]。戦後50年目に「PTSD」がアメリカから輸入されることになったが、その源流の一つはすでに国内に存在したのである。

3.2 三池炭鉱CO中毒者への対応

1963年11月9日、福岡県大牟田市の三井三池炭鉱で大規模な炭塵爆発が発生した。死者は458名、そのうち爆発による直接の死者は20名であり、残りは全てCO（一酸化炭素）中毒によるものである。さらに、800名以上の生存者がCO中毒の後遺症を抱えることとなった。

患者の治療には九州大学・熊本大学・久留米大学が当たることとなった。CO中毒患者は記憶・思考力の減退、計算障害、うつ状態などの後遺症を訴えた。熊本大による長期調査では事故後15年目でもCO中毒の後遺症はほとんど改善していなかった。熊本大の医師たちは後遺症の原因はCO中毒による脳への器質的ダメージであると主張したが、九州大サイドは三井三池鉱山と対立する労働組合の運動の影響によって、補償金を目的とした神経症が患者に固定されていると主張した。

その後、MRI検査の導入によりCO中毒患者に高次脳機能障害が認められることがわかった。熊本大から見た三池炭鉱事故については原田ほか（1999; 2010）などいくつかの文献がある。本項では九州大からの視点として、安河内（1966; 1969）の報告を取り上げたい。安河内は当時、三池炭鉱事故CO中毒患者の精神機能回復のために設立された大牟田療養所の所長である。

安河内は次のように言う。CO中毒患者が頭痛、肩こり、倦怠感、四肢関節痛、腰痛、記銘力低下などの自覚症状を訴えているものの、器質的な病変に基づくものか心因的なものか判別しにくい。また、一般的に信じられ成書に記載されているCO中毒回復過程ではより短期間で回復するはずであるが、症状の訴えは長期間（約2年）続いており、患者の社会復帰が遅れている。このような問題が生じている背景として、患者たちが法定の休業補償のほか付加的給付を受け取っていること、また患者の所属する労働組合が「意識的計画的に療養を長期化させようとしているのではなかろうかと疑われるような」（安河内 1966: 78）指導を行っているという事実が挙げられる。そこで患者が所属する労働組合別に患者の回復状況を調査すると、会社に対立的である組合に所属する患者ほど回復が遅れていることがわかった。また、療養所からの退院を通告すると患者の愁訴が増え、退院通告を取り下げると愁訴が減少した。これらの事実から、患者の自覚症状の大部分は「真の器質的病変に基くものではなく、主として社会的心理的要素に起因する」（安河内 1966: 81）と結論付けられる。

安河内はここで明確にCO中毒患者の症状を補償神経症として解釈しており、企業対労働者・組合の対立構造の中に自らを置いている。この対立構造の内部で安河内は患者の入院継続をめぐって患者・組合と綱引きをしている。前述（2.2節）の中村は「『戦時神経症』の治療の場は、自らの生存・生活をかけた兵士の訴えと、それに見合うだけの客観的・器質的根拠（つまるところ国家のための犠牲）のなさを立証しようとする軍医の主張がせめぎ合うアリーナであった」（中村 2013: 57）と表現しているが、三池炭鉱事故の治療においても同様の構図が再現されている。戦争神経症を治療する軍医の目的が兵士の前線復帰もしくは恩給の等級付けをより低く認定することであったのと同じく、安河内の目的も「被災者の早期の職場復帰」（安河内 1969: 96）だった。治療する側の目的（前線復帰）とされる側の目的（自身の健康な生活を取り戻し、国・企業に責任を認めさせること）のズレが、補償神経症としての災害神経症（戦争神経症）の根底にあった[9]。戦前・戦中の国内の外傷性神経症研究の変遷を緻密に検討した菊池（2013）は、国内の研究が「賠償欲求因に収束していった」と結論付けている。三池炭鉱炭塵爆発事故は、その収束の最終端に位置する災害の一つである。

3.3 災害心理学の視点

PTSDを基軸とした災害精神医学が成立するためには、軍医－兵士の対立構造を内包した補償神経症という見方がいったんリセットされる必要があったように思われる。このリセットを手助けしたものは、第一に時代の経過と経済発展であり、これに加えて被災者の心理を価値中立的に観察分析する災害心理学の発展という要因が挙げられる。

90年代以前の被災者の心理状況の調査・研究は行動科学的なアプローチが主

流だった。災害発生直後あるいは災害がまさに発生している現場（火災が生じているビル内など）において、人間がどのように判断・行動したかを研究するものである。また、被災地におけるパニック・デマの発生メカニズムが取りあげられた。安倍『災害心理学序説』（1982年）はそのまとまった最初のものである。こうした研究は防災・減災を目的としていた。災害時にいかにして効率的・安全に人間を避難させ、死傷者を減らすかという視点である。たとえば安倍の前掲書では、キャバレー・プレイタウン火災（1972年）、ホテルニュージャパン火災（1982年）に関して、建物の中にいた人々の避難経路や避難誘導の状況が綿密に検証されている。同様に、宮城県沖地震（1978年）の際、家屋の中にいた人びとがコンロの火などの初期消火を行い得たかが調査されている。

しかし災害の「体験」がその後の被災者の生活にいかなる影響を及ぼしてゆくかという問題については注目されていなかった。たしかに安倍の前掲書においても被災者の精神状況に関する言及は皆無ではない。たとえば宮城県沖地震では余震が急激に衰えたにもかかわらず、不安を訴える人びとが多かったことが触れられている。

> 「地震不安」といった精神的なものが生活を強く脅かしたということは、災害後の援助、救助、あるいは災害の復興にあたって充分留意すべきことであろう。（安倍 1982: 131）

だが、著者の力点は「こんな激動の中で、人間はどう反応し、またそれをふまえた上で人間は何をなしうるかこそ地震対策の基本でなければならない」（安倍 1982: 112）という主張にあり、激動の後で人間にどんな反応が現れ、それに対して人びとが何をなしうるかということについては検討されない。

これに対して、災害発生後の長期的な避難生活における被災者のストレスに着目した調査が現れ始める。1982年の浦河沖地震の後、被災者の大規模な面接調査が行われた（東京大学新聞研究所 1982）。災害心理学が災害発生の瞬間だけでなく、災害後の避難生活にまで観察範囲を広げていったことが指摘できる。しかしながら、これらの調査では精神的ストレスを訴える被災者はいずれも10％前後であり、自然災害の被災者に精神面で永続的な後遺症が残ることは少ないという結論が引き出されている。

この項では仮に災害心理学を災害精神医学史の流れの中に位置づけようとするのであるが、これら二つの学問の違いと接点はどこにあるだろうか。また、災害心理学がこの流れの中で果たした役割は何だろうか。

精神医学が病者の主観に現れるものごとを了解し、治療につなげてゆくのに対し、心理学は客観的に観察された人間の行動を数値化・規格化し、その行動の基底に隠されている共通の心理構造を把握しようとする。たとえば前掲の安倍の研究は、火に追われた犠牲者が倒れていた場所や建物の間取りを調べることで犠牲者の避難行動を割り出し、火災という異常事態下において生き延びようとする人間の行動にいかなる共通のパターンや傾向が見いだせるかを考察し、これを逆算して火災時の効果的な避難原則や避難経路の設定方法を考究しようとするものだった。つまり災害心理学にとって災害とは人間の行動を規定する特殊環境を意味するのであり、観察の初めに与えられる拘束条件なのである。そして、その所与のもとで人間の心はある一定の圧迫状態に置かれることが予期されている。

これに対し、精神医学はまず病者が何らかの不健康な、治療を必要とする状態にあるというところから出発するが、その状態は病者個々人によって千差万別であり、その病的状態／症状を規定している要因もまた多種多様で複合的であると想定する。そうした要因の中から特に有力なものを仮定し、その要因と症状との関連を一定の理論のもとで割り出し、要因と症状の関係を断つ、もしくはやわらげることによって病者を回復にみちびこうとする。したがって災害精神医学といっても災害は病者の状態を規定している諸要因の一つにすぎず、仮に最も有力な要因であったとしても常に他の諸要因との複合的な関数関係において現在の症状が現れていると解する。災害心理学は災害から出発して心を知るが、災害精神医学は心から出発して災害を知るのである。

このように災害心理学と災害精神医学には人間の精神／心理構造の把握の仕方に原理的な違いがあるが、一方で80年代後半には避難住民のストレスという点で隣接することになった。ただし浦河沖地震での調査項目を見るかぎり、避難所での調査における「ストレス」の捉え方はおおざっぱなものである。

また、この時期の災害心理学がPTSDの背景にある力動精神医学の観点を直

接取り入れることは実質的に困難だっただろう。たとえば広瀬（1984）はバッファロー・クリークのダム決壊事故を扱ったErikson（1976）を引き「このように深く刻み込まれた精神的外傷体験をもつ個人は日常生活に容易には復帰することができない」（広瀬 1984: 97）と言いつつも、一般に人為災害では責任を帰属させ怒りをぶつける相手がいるため被害者はかえって被害をあきらめることができないが、自然災害の場合は不運や因果応報といった立場から遺族は被害をあきらめることができると主張している。ここでは一種の死生観と心的外傷後のストレス障害が混同されているように思われる。

しかし次のように考えることはできるかもしれない。精神医学が戦争神経症／災害神経症の解釈に関して戦中からの補償神経症の枠組みを脱しきれなかったことは既に前項で見たとおりだが、自然科学的な方法論に則った災害心理学はそうした立場からもともと自由だった。災害心理学が自明のものとして前提していた、災害という出来事が人間の心理に直接影響を与えるという一見単純な構図に日本の戦争神経症研究は到達しなかった。精神医学は災害と人間心理の間に賠償金や恩給、労働組合といった第三項を挿入せざるをえなかったのだが、この第三項を要求したのは患者と精神科医の関係というよりもむしろ精神医学と国家の関係だった。こうした状況に対して、災害心理学が用いていた災害と人間心理の直接的な影響関係という考え方が新しく持ち込まれた、と推測することはできないだろうか。

3.4 長崎水害から「阪神」前夜まで

その後、80年代後半から90年代にかけて、被災者の「心の健康」への視線がよりこまやかなものとなってゆく。この時期に国内の研究者に強い影響を与えたものとして、B.ラファエル『災害の襲うとき』の邦訳出版（1989年）を挙げておかなければならない。ラファエルのこの著作は米豪の災害研究を網羅し、災害が被災者・救援者の精神に及ぼす影響を具体的なケアの方法論をも含めて広汎に論じている。本書が国内の研究者に与えたインパクトは大きかった[10]。

しかしラファエルの邦訳以前から、我が国の災害精神医学は実質的に始まっていた。本項では、80年代から阪神・淡路大震災直前までの4つの災害をとりあげ[11]、災害精神医学を構成する諸要素が次第に見出されてきた背景を論じたい。

1982年、長崎県南部を記録的集中豪雨が襲った。死者262名、全半階家屋1,528棟、床上・床下浸水23,346棟という大水害であった。長崎大学精神神経科の荒木らは、水害後3ヶ月間の精神科入院カルテを調べることで、水害の影響とみられる精神疾患の発症と精神障害者の症状変動の実態を把握することを試みた（荒木ほか 1985）。調査対象は精神科の入院患者に限られたが、住民の間にも「外傷後ストレス障害と診断される例」（荒木 1985: 299）が存在するであろうことを著者は指摘している。

1983年、三宅島が噴火し、流出した溶岩によって多くの家屋が埋没した。三宅らは噴火後の住民の生活再建と健康について、悉皆世帯調査を2度実施し、噴火後6年の時点でも住民の健康不安が減少していないことを示した（三宅 1991）。荒木と三宅らの調査報告に共通している点は、①海外の災害精神医学研究を参照し、日本でもそれを試みようとしていること、②ただし基礎的調査にとどまり、住民に対する積極的な治療・精神保健活動の段階には進んでいないこと、③調査項目・質問用紙が独自のものであることである。

ここから具体的な「ケア」の段階へ入ったのが、雲仙普賢岳噴火災害での長崎大の取り組みである。

1991年、長崎県雲仙普賢岳で大規模な火砕流が発生した。噴火活動が持続し、「住民の避難生活が将来の展望のないままに長期化した」（太田ほか 1996: 71）。長崎大学の太田保之らは仮設住宅で生活する被災者の心の健康について調査を行い、農地や店舗を失い、それらへの立ち入りを禁止された人などに精神的障害を訴える人が多いことを見出した。

現在ではこうした調査は当然のように行われるが、当時はこの調査の実施に至るまでに多くの障害があったことを報告書は伝えている。著者らは住民の避難生活が始まった当初から被災者健康対策会議で精神保健の重要性を指摘してきたが充分には理解されず、県当局も災害時の精神保健の経験が無いため前向きな動きを示せなかった。保健関係者を対象として災害精神保健に関する講演を行ったが、「おかしなことを言うひとはいない。みんな元気にしている。避難所で眠れないのは当たり前だ。仮設住宅ができたら大丈夫。とにかく今の仕事で精いっぱい」といった声が多かったという。「実態を知ってもらうためには（…）数字で示すしかないと考え、そのためにきちんとした健康調査を被災地域

と非被災地域において実現するという方針を決めた」(太田ほか 1996: 80)。当時、すでにいくつかの研究機関やマスコミが種々の調査を行っていたが、結果は現地の行政にも個人にも還元されておらず、現地では調査に対して反感があった。そのため著者らは住民個人に結果を還元するなどの方針を徹底した上で調査を行い、ようやく被災地である島原市・深江町の住民に精神医学的問題をはらむ状況が続いていることを数字で示すことができた。

島原市と深江町で災害精神保健の実際の活動を担ったのは、精神科医ではなく地元の保健婦[12]の個別訪問や健康相談だった。精神科医と違い住民に受け容れられやすい保健婦に精神医学の知識を備えさせ、既存の地域保健の仕組みに精神医学の知識を組み入れてゆくことが効果的な方法だった。

1993年、北海道南西沖地震が発生。北海道奥尻島を津波が襲い、死者・行方不明者230人という犠牲が出た。藤森和美らは被災者の心理状態を調べるため調査を行った。災害から約一年後でも、過半数を超える多くの被災者が頭痛や疲労、不安や不眠などの症状を訴えていることがわかった。さらに10%を越える被災者が深刻なうつ状態に陥っていた(藤森 1995: 29)。

藤森らの研究は1995年の阪神・淡路大震災で直接役立つこととなった。藤森らが奥尻での経験を元にまとめたリーフレットはファックスで北海道から奈良へ、奈良から神戸児童相談所と西宮児童相談所へ伝送され、被災地内の子どもに対する「心のケア」の指針を与えた。また、野田が奥尻島での取材をまとめた『災害救援の文化を創る』(94年11月)も被災地に赴くジャーナリストや救援者に広く読まれたという(野田 1995: 213)。藤森と野田の研究は95年の震災に偶然「間に合った」かたちとなった。この2冊がなければ、清水は「ゼロに近い状態」ではなく「皆無の状態」と言うことになったかもしれない。

3.5 阪神・淡路大震災当時の代表的な精神保健活動

長崎水害、三宅島噴火、雲仙普賢岳噴火、奥尻島津波被害を通じて、90年代前半に災害精神医学の基本的な要素が急速にかたち作られてきた。すなわち、被災住民の広範囲にわたる心的外傷の存在への注目、統一的な基準による調査、精神医学や心理学の専門家が住民の避難生活の中へ積極的に出向いてゆくこと(アウトリーチ)である。阪神・淡路大震災では、これらに以下の要素が付け加わった。災害前からの患者の投薬治療を切らさないこと、被災地の外から来援する専門家ボランティアの必要性、精神面へのケアの重要性が行政・専門家の共通認識となり、住民の避難生活へのサポート全体の中に精神面のケアが位置づけられたこと、消防士など救援にあたる人々のPTSDへの着目といった点である。また、被災者のための電話相談が大きな比重を占めたことも特徴である。

本項では1995年当時の精神科医と臨床心理士による活動のうち特に代表的と思われるものを取りあげ、その内容と志向を整理してみたい[13]。

被災地の精神科医療の中心拠点となった神戸大学医学部精神神経科の医師たちが第一に注力したことは、震災以前からの外来通院患者の薬を切らさないことだった。「精神科医たちは、精神科薬物の中絶が数年の治療を空無に帰しうることを知っていた」(中井 1995: 29)。

市内の多くの精神科診療所が倒壊・焼失しており、診療体制の維持復旧が緊急の課題だった。神戸市では市内各区の保健所に臨時の精神科救護所が設置され、焼け出された地元の精神科医はそこで診療を再開した。

被災地外から来援するボランティア精神科医たちも各区の精神科救護所で支援活動に入った。こうしたボランティア精神科医の受け容れと調整には神戸大学医学部精神神経科と兵庫県精神保健センターがあたった。

初期の混乱を切り抜けると、避難所で生活する精神障害者の不適応や一般の避難住民のストレスという問題が浮上した。地震そのものの強烈な体験、家族や住まいや職を失ったことの悲嘆、不便でプライバシーの無い避難所生活の苦痛などが、多重的に避難住民に覆いかぶさっていた。精神科医が直接避難所へ出向くこころみも始められた。「カウンセリングの“訪問販売”を、私ははじめて経験した」(安 2011: 39)。

しかし避難所で「精神科」「神経科」といった名札を示すと住民の表情が硬化することが多かった。「神経科という名札に気づいて、いらん、向こう行って、といわれたこともありました」(加藤・最相 2011: 107)。我が国における精神科救急医療の第一人者である計見一雄が、被災地に部下の精神科医を派遣する際「決して精神、精神と言うなよ。まずは風邪を診てやれ、他科の医者の手伝いをして点滴をやれ。年寄りの脱水を厳戒せよ」と命じたというエピソード(計見 2012: 24-5)は、このあたりの機微を示している。

〈心のケア〉という言葉をより積極的に用いた臨床心理士たちの活動はどのようなものだったのだろうか。時期と場所により多様な活動が試みられていたが、特に代表的なものに電話相談と避難所の巡回活動が挙げられる。

地震発生から一週間後、大阪・京都・奈良の臨床心理士会が24時間体制での電話相談を始めた。大阪は3月末まで、京都と奈良は2月末まで電話相談室を維持し、この間3府県合計で1,148件の相談を受けた。少し遅れて兵庫県臨床心理士会が2月21日から5月末まで武庫川女子大学内に電話相談室「心のホットライン」を設置し、82日間で260件の相談を受けた。電話をかけてくるのは30 ～ 40代の女性が多く、自身の身体的精神的訴えのほか、子供の症状についての訴えが相談内容の上位を占めた。一回の相談はおおむね30分から40分だった（杉村 1995）。

電話相談の件数がきわめて多いことを受け、臨床心理士たちは避難所への巡回活動を始めた。しかし精神科医による避難所へのアウトリーチと同様、スムーズに活動に入れなかったことを伝える報告が多い。

> 被災者は同じ体験をもったものとして連帯意識をもちながら、体育館、公民館等で生活していた。（…）被災地にはいった初期にはこの特有の連帯社会では、我々は、はじきだされ、無視されてしまっている印象をもつことになった。（…）話をうかがおうとしてもまずは、被災者であるかどうかを尋ねられ、そうでないとわかると心の中の問題ではない、現実にある、この状況に目を向け現実的な対応をせまられることが多くあった。（森田 1996: 141-2）

避難所の巡回活動は平時のカウンセリングとは様相を大きく異にするものだった。臨床心理士による当時の手記・報告の多くが、巡回活動の手応えや反省を率直に綴っている。

以上のように震災直後からさまざまな精神保健活動が行われたが、こうした活動はどのように区分できるだろうか。計見（1996）は、災害時の精神医学的援助の対象を、①災害以前から受療中の在宅精神障害者と、②災害を原因として発生した精神障害に大別する。後者はさらに、「災害後比較的急性に始まり、適切な医療によって急性に回復することが期待されるもの」「避難生活のストレスに起因する精神障害」「急性反応の時期を過ぎて発生する精神障害」「特別のケアを要するグループ。児童および高齢者」に分けて考えられ、後の2つには専門家による対処の必要が生じるとする。

高塚（1995）は、災害後の〈心のケア〉を以下のように3段階に分けて整理している。（第1段階）急性のパニック状態に陥っている人々に対し、心の状態を正確に認識させ、対応策を講じること。（第2段階）専門家ではない一般のボランティアによる活動が結果的に〈心のケア〉となっているもの。（第3段階）直接精神的なダメージを負った人々に対する精神科医や臨床心理士によるケア。

小西（1996a）は、心理学的な幅広い概念である外傷後のストレス反応（PTSR：Posttraumatic Stress Reaction）と精神医学的な診断基準であるPTSDを混同しないよう注意を促し、被災地で行われた〈心のケア〉と呼ばれる取り組みの実態はPTSRへの援助であると指摘した。

以上の分類はいずれも、災害直後のストレス反応に対する危機介入的な取り組み（電話相談や避難所巡回活動もここに含まれる）と、より重度のストレス障害に対する専門的な治療とを区分けするものであり、狭義の災害精神医学について考える際には基本的な理念であろう。

しかし問題は、高塚が第2段階として挙げている、一般のボランティアの活動が結果的に〈心のケア〉でもあることが多かったという事実をこの区分にどう接合するかということである。〈心のケア〉を前面に押し出して避難所に入った専門家が被災者から反発される傾向が高く、その一方で、〈心のケア〉や危機介入ということを意識していなかったボランティアが被災者の生活の再建・再出発を支える上で大きな役割を果たしていた。ここに、災害精神医学の歴史と95年の〈心のケア〉の流行の関係を考える上での核心があるのではないか。

おわりに

本稿はここまで、我が国の災害精神医学の歴史を記述してきた。第1節では、アメリカにおけるPTSD成立の土台には戦争神経症研究があったこと、また成立の背景には1960年代から80年代にかけてのアメリカの具体的な社会状況が

あったことを論じた。

第2節では、旧日本陸軍の戦争神経症対策を取りあげ、特に桜井図南男の戦時神経症理論が心的外傷ではなく補償神経症の考え方に基づくものであることについて論じた。

第3節では、戦後の精神医学及び心理学と災害の関係を論じ、1963年の三池炭鉱爆発事故によるCO中毒患者に対し補償神経症の枠組みのもとで治療とリハビリが行われており、戦中の戦争神経症治療との連続性が見られること、また1980年台から国内の一部ではあるものの災害精神医学を構成する諸要素の実践と理論が急速に整えられていたことを示した。

第1節で確認したアメリカの状況と比較しつつ、第2節と第3節において国内の災害精神医学および戦争神経症の歴史をたどりなおすことで、戦中から阪神・淡路大震災までの半世紀余りのあいだに、傷ついた者へのまなざしが兵役・産業のために役立ちうるかという見方から当人の心的外傷と体験そのものを重視する見方へと変化してきたことを具体的に跡付けた。

本稿で論じ残した課題について以下にまとめておく。まず、〈心のケア〉に類する言葉がいつごろから使われ始めたかについては、稿を改めて検討したい。災害という場面を離れてみると、ひとつには80年代の国内のターミナル・ケア草創期においてスピリチュアル・ケアといった言葉が使われ始めており、またすでに1982年には「プライマリー・ケアとは、必ずしも身体のケアのみを意味するのではない。心のケアも意味するものである」という表現が見られる（森 1982）。同時期、学校へのカウンセラー配置をめぐる運動では「心の専門家」という表現が用いられている。東京医科歯科大学に犯罪被害者相談室が開設されたのが92年である。これら80年台以降の〈こころ〉への注目の流れと、災害における〈心のケア〉の流行との関係を整理する必要がある。

PTSD概念そのものへの批判に関しては本論は言及を避けた。90年代前半の我が国の災害精神医学がPTSD概念を中核として形成されてゆく過程を記述することに重点を置いたためである。このような記述の仕方は“PTSD勝利史観”に基づいた単線的な発展史に収斂してしまう恐れがある。PTSDという疾患単位そのものがどの程度まで妥当性を持っているかという議論も、1995年以降の災害精神医学史には含まれてくるはずである。

アメリカのベトナム復員兵にとって、DSM改訂作業に加わったことは自身の主体性の回復に関わることだった。戦争神経症に関して日本では同様の運動は無かった。しかし、被害者が自らの健康被害の社会的認知と尊厳の回復、責任の所在の確認を求めて声を上げたという意味では、水俣病など1960年代後半から始まる国内の一連の公害訴訟がアメリカにおけるベトナム復員兵の運動と相似形を成すと考えることはできないだろうか。もちろん、基本的には心因性のストレス反応であるPTSD／戦争神経症と、有機水銀が脳の中枢を冒す水俣病を同一視することはできない。しかし社会と医療、被害者と企業／国家の関係という視点で問題を捉えるとき、日本の災害精神医学史における公害訴訟の位置づけは検討されてよいはずである。

最後に、災害精神医学と〈心のケア〉の関係、および〈心のケア〉の課題と限界について指摘して本稿を閉じたい。

本稿は基本的に、精神医学や心理学など学問諸分野における理論・実践の発展に限定して「災害精神医学小史」の記述をこころみてきた。しかし〈心のケア〉は、そうした専門分野・専門職の活動にとどまらない、一般の人々の取り組みをも包摂した広い現象を指す言葉である。

たとえば「足湯ボランティア」や、仮設住宅の高齢者や障害者を見守るNPO活動など、行政や専門家が機敏に入り込めない領域で被災者の生活を支援し、再建を後押しする取り組みも〈心のケア〉とみなされた。こうした意味で、〈心のケア〉は何より〈生活のケア〉だった。PTSDを基軸とした災害精神医学の治療も、こうした広い意味での〈生活のケア〉の中に位置づけられるべきだろう。

また、生活の再建の段階に入ると災害以前から存在していた経済格差があぶり出される。仮設住宅に最後まで取り残されたのは、高齢者、障害者、失業者、アルコール中毒者などの社会的弱者である（額田 2013）。この点で、生活のケアとしての〈心のケア〉は格差や貧困の問題に社会全体でどのように立ち向かうかという問題に接続せざるをえない（いわゆる「格差社会」という言葉が広く用いられるようになったのは1998年ごろから（たとえば橘木 1998; 2006）であると思われるが、すでに95年時点で中井（2011: 81, 111）は「復興」の過程で災害以前からの貧富の格差がハサミ状に拡大することを指摘している）。この点で、〈心のケア〉は「社会の「品格」にかかわる問題」（安 2011: 69）である。

では、生活や社会の在り方に関わる問題がなぜ「心の」ケアと呼ばれたのだろうか。

どれだけモノやカネの支援があっても（あるいはそれらが不十分だからこそ）、それだけでは取り戻せない何かがあること、それを共に取り戻すためには他人まかせではなく自らが被災地に入らなければならないこと、こうした感覚に被災地の内外の人々は気付いていた。そうした気付きが可能であったのは、激震を直接経験しなかった人々も、多かれ少なかれ何らかの〈傷つき〉を経験していたからである。この経験を共有する限りにおいて、被災者である人もない人も被災地という世界を分け持つことができた。傷つきの経験を飛び越えて〈心のケア〉を持ち込もうとする人は拒まれた。

言い換えれば、〈心のケア〉という言葉の流行や、また100万人とも言われたボランティアを後押ししたのは自他の心の傷つきの自覚だったのではないだろうか。

しかし5時46分から時間が経つほど〈心のケア〉を突き動かした感情は薄まり、言葉は曖昧になり内実を失い、〈心のケア〉は専門家に任せるべきものであるという風潮が残ったように思われる。

〈心のケア〉という言葉は、いつのまにか生み出され受け容れられていた。「PTSD」や「トラウマ」とは違って、奇妙にしっくりと来る語感さえ持っている。ただし、PTSDはベトナム復員兵たちが自らの心的外傷に向きあい、アメリカ社会へと訴え出ることで生み出されたが、〈心のケア〉はそうではない。それは被災者の苦しみへのまなざしを可能にしたものの中から生まれたけれども、明確な意志や主張から鍛えあげられたことばではない。

誰がそれを行うのかが明らかにされないまま〈心のケア〉の必要性だけが主張される。専門家にまかせておけばよいという前提が見え隠れする（宮地 2013: vii）。ケアを行う健康な治療者と、ケアを受けるべき病んだ人・傷ついた人が別々に存在することが前提されている。この言葉を使うとき、いつのまにかそれを施す側に視点が置かれている。しかし私のことをケアしてくださいと言う人はいない。病んだ人・傷ついた人がいるかもしれないと耳を澄ませることと、あなたは傷ついているだろうからケアを受けなさいと言うことは違う。このような形骸化、言葉の曖昧さ、専門化を克服することが〈心のケア〉の今後を考えてゆく上での課題の一つであるだろう。

しかしこうした曖昧さが克服されたとしても、〈傷つき〉の共有を前提とした共同的な生の在り方には限界があるかもしれない。というのも、自他の心的外傷に気付くことは、人と人とを近づけうる一方で、よりいっそう遠ざけもするからである。

たとえば震災で子供を亡くした母親の次のようなことばを読むとき、同じ体験を持たない者には近づきえない場所があることに気付く。

> 今年2月乳ガンの手術を受け、その傷の痛みで息子と同じ苦しみを味わうことがうれしかった。（高木 2007: 92）

傷の痛みがうれしいとは、どういうことなのだろう。

彼女たちの記述を一行ずつ追いかけていると、「理解」や「共感」や「苦しみ」といった単語の意味が剝ぎ取られてゆくような感覚に襲われる。高木が紹介するのは33人の母親の、それぞれの33人の子供の死をめぐることばだが、震災ではこうした「一人の死」が五千人において同時に別個に生じたのだった。

〈傷つき〉の共有が不可能であるような状況において、何が可能なこととして残っているだろうか。それはある種の慎み深さ（decency）の問題であるかもしれない。確かに、震災は広大な範囲に心的外傷を残したかもしれない。しかしその一方で、被災地の内部でもさまざまなグラデーションが生じる。線路を挟んで南に住んでいたか北に住んでいたか、火災がどの路地を越えどの街路で止まったかという、わずかな違い（それは偶然でもあるし、震災以前の経済格差によるものでもある）によって被害の程度が大きく変わった。家を失った人、職を失った人、家族を喪った人、それぞれの立場にそれぞれの〈わかってもらえないかんじ〉がつきまとう。わかってほしいんだけど、わかってほしくない。わかりたいのだけれど、聞くに聞けない。聞いてくれてもいいのに、過剰に気遣われる。無関心とはまた別のすれちがいがつみかさなってゆく[14]。さらに突き詰めてゆくと、死んだのはあなたの家族であって私の家族ではなかった、死んだのはあなたであって私ではなかった、という単純な現実認識に行き詰まる。この錯綜した場面に〈ケア〉という言葉を単純にはめこんで何かをしようとする

ことは、あまりに乱暴である。本当の慎み深さとは、こうした行き詰まりや近づけなさの実感に追い込まれたとき、いたずらに沈黙したり話題をそらしたりしないことの内にあるのではないだろうか。これを聞いても／言ってもよいものだろうかという場面で、その場しのぎでないことばを探すことが、慎み深さの条件の一つである。

すれちがいでもなく、沈黙でもなく、過剰な共感やはげましでもない、微妙で不安定で揺れ動く中間地点を保ちつつ相手へのことばを探すとき、私たちは敬意や節度、慎み深さといった態度を選ぶことができる。その中間地点に踏みとどまるために必要なのは、日常生活の中で凝固してしまった自分自身のことばを再び解体してくれる経験に立ち戻ること、つまりその日その瞬間に何度でも立ち戻り、くりかえし傷つきなおすことではないだろうか。

注

1　災害精神医学の辞書的な定義はまだ見られない。太田ほか（1995）は、災害の心理学的・精神医学的影響に関する国外の研究を（1）「被災者に認められる症状構造を臨床記述的に分類し、被災体験と精神医学的障害の関係を理論的に理解しようとする研究」（2）「身体的・物理的被災がある特定の個人に心理学的衝撃をもたらすことを説明しようとする研究」（3）「被災者の精神医学的障害の発生頻度を求める疫学的研究」の3つに大別している。

2　病床日誌など旧国府台陸軍病院の戦中資料が下総療養所で保管・整理された経緯については、清水（1985: 146-150）。

3　細渕・清水・飯塚「日本帝国陸軍と精神障害兵士［1 ～ 9］」。詳細な書誌情報は参照文献表に記した。

4　以下では軍医から見た戦争神経症について論じるが、兵士の視点から見た（当事者として実体験された）戦争神経症については資料がほとんどない。塚崎（1983: 175-179）には国府台陸軍病院に入院していた元兵士の手記が1件収録されているが、診療の実態についてはほとんど知ることができない。

5　戦争によって引き起こされた病という印象を避けるため、旧陸軍ではKriegsneuroseを戦争神経症ではなく戦時神経症と呼んでいた。

6　細渕・清水・飯塚「日本帝国陸軍と精神障害兵士［II］　－国府台陸軍病院『病床日誌（昭和20年度）』の戦争神経症患者の症例－」『埼玉大学紀要　教育科学』50巻2号（2000年）、56頁。

7　米国精神医学会『DSM-III精神障害の分類と診断の手引』高橋三郎訳、医学書院（1982年）。ただし本書はDSM-IIIの簡約版である。

8　リフトンの「生存者」概念を継承し、被爆者の調査・研究を行ったのはむしろ石田忠、濱谷正晴ら社会学者だった。またリフトン以前には、1950年代に被爆者の精神医学的調査・研究が広島大や長崎大などの医師たちによって行われているが、1961年を最後に途絶えてしまう。あたかもそれと入れ替わるかのように日本国内に原子力発電所が建設され始めた（日本初の商用原発である東海発電所の起工が1960年）ことは、半世紀後の福島第一原発の惨事を知る者にとって印象的である。

9　同じころ、東大紛争／闘争の中心にいた最首悟が次のような批判を行っている。「医者は患者を待ちかまえているだけでよいのか。患者は公害とか労災でむしばまれてくるかもしれない。その患者を治療して、再び労働力を搾取しようとする元の社会に帰さざるを得ないのであれば、医者という存在は、全く資本主義の矛盾を隠蔽し、ゆがみの部分をになって本質をかくす役割をになっているだけではないか」（最首 1969）。補償神経症の克服が遅れたことは、医師・学会の戦争協力について戦後の医学界が批判を徹底できなかったこととの一部分として捉えるべきである。

10　中井（1995）、野田（1995）、藤森（1995）、安（2011）など、震災直後に公刊された研究はいずれもラファエルを参照しているほか、たとえば柳田邦男は「眼から鱗が落ちた思いをした」（柳田 1997: 15）と言っており、加藤寛は東京から神戸に入る際に「ラファエルの本をむさぼり読んだ」（加藤・最相 2011: 107）と述懐している。

11　その他、聖心女子大学の松井豊らによる、日本海中部沖地震の遺族の悲嘆についての研究や、1985年の日航機123便墜落事故の遺族を追った野田正彰『喪の途上にて』（1992年）なども我が国の災害精神医学の草創期においてきわめて重要な存在であるが、本稿では紙幅の都合上とりあげることができない。

12　当時の呼称。2001年の保健師助産師看護師法改正から、保健婦（女性）と保健士（男性）はいずれも保健師と呼ばれる。

13　阪神・淡路大震災以降の災害精神医学の実態については加藤（2006）。

14　樽川（2002）は、震災遺児がステレオタイプな同情と配慮を受ける経験を繰り返すことで人間関係を自ら閉ざしてゆくことを指摘している。

参照文献

安倍北夫
1982 『災害心理学序説――生と死をわけるもの』サイエンス社。

荒木憲一ほか
1985 「自然災害と精神疾患――長崎水害（1982）の精神医学的研究」『精神神経学雑誌』87(4): 285-302。

安克昌
2011 『心の傷を癒すということ――大災害精神医療の臨床報告　増補改訂版』作品社。

井上芳保編

2003 『「心のケア」を再考する』現代書館。

井村恒郎
1965 「戦争下の異常心理――戦争神経症を中心にして」『異常心理学講座　第五巻』pp.349-397、みすず書房。

ヴァン・デア・コルク, ベセル A. ほか編
2001 『トラウマティック・ストレス――PTSDおよびトラウマ反応の臨床と研究のすべて』西澤哲監訳、誠信書房。

太田保之ほか
1995 「雲仙・普賢岳噴火災害による避難住民の精神医学的問題に関する研究――General Health Questionnaire (GHQ-30) の因子分析より」『日本社会精神医学会』3: 109-129。

太田保之編
1996 『災害ストレスと心のケア――雲仙・普賢岳噴火災害を起点に』医歯薬出版株式会社。

岡野憲一郎
1995 『外傷性精神障害――心の傷の病理と治療』岩崎学術出版社。

小沢牧子
2002 『「心の専門家」はいらない』洋泉社。

小俣和一郎
1997 『精神医学とナチズム――裁かれるユング、ハイデガー』講談社現代新書。

2002 『近代精神医学の成立――「鎖解放」からナチズムへ』人文書院。

2002 『ドイツ精神病理学の戦後史――強制収容所体験と戦後補償』現代書館。

2005 『精神医学の歴史』第三文明社。

カーディナー, エイブラム
2004 『戦争ストレスと神経症』中井久夫・加藤寛訳、みすず書房。

加藤寛
2006 「日本における災害精神医学の進展――阪神・淡路大震災後の10年間をふり返って」『精神医学』48(3): 231-239。

加藤寛・最相葉月
2011 『心のケア――阪神・淡路大震災から東北へ』講談社現代新書。

カチンス, H., スチュワート A. カーク
2002 『精神疾患はつくられる――DSM診断の罠』高木俊介・塚本千秋監訳、日本評論社。

菊池浩光
2013 「わが国における心的外傷概念の受けとめ方の歴史」『北海道大学大学院教育学研究院紀要』119: 105-138。

計見一雄
1996 「阪神・淡路大震災の救援と精神科救急」『社会精神医学会雑誌』4(2): 190-192。

2012 『現代精神医学批判――からだに触ってください』平凡社。

小西聖子
1996 「阪神大震災における被害者援助とボランティア活動における危機介入の試み」『日本社会精神医学会雑誌』4(2): 204-206。

1996 『犯罪被害者の心の傷』白水社。

2004 「PTSDの現況と課題――近年の取組をふり返って」『トラウマティック・ストレス』2(2): 156-164。

最首悟
1969 「玉砕する狂人といわれようと――自己を見つめるノンセクト・ラジカルの立場」『朝日ジャーナル』1969年1月19日号: 99-103。

桜井図南男
1941 「戦時神経症ノ精神病学的考察　第一篇　戦時神経症ノ概説」『軍醫團雑誌』343: 1653-1667。

1942 「戦時神経症ノ精神病学的考察　第二篇　戦時神経症ノ発生機転ト分類」『軍醫團雑誌』344: 35-52。

1942 「戦時神経症ノ精神病学的考察　第二篇　戦時神経症ノ発病機転ト分類（其ノ二）」『軍醫團雑誌』345: 215-227。

1942 「戦時神経症ノ精神病学的考察　第三篇　戦時神経症ノ処理（其ノ一）」『軍醫團雑誌』349: 861-867。

1942 「戦時神経症ノ精神病学的考察　第三篇　戦時神経症ノ処理（其ノ二）」『軍醫團雑誌』350:975-985。

1942 「戦時神経症ノ精神病学的考察　第三篇　戦時神経症ノ処理（其ノ三）」『軍醫團雑誌』351:1097-1109。

1965 「戦争神経症治療の記録」『九州神経精神医学』11(1): 28-34。

清水光雄
1985 『最後の皇軍兵士　空白の時、戦傷病棟から』現代評論社。

杉村省吾
1995 「心の相談ホットラインに見る被災者の心と身体」河合隼雄編『心を蘇らせる』pp.29-43、講談社。

諏訪敬三郎
1948 「今次戦争における精神疾患の概況」『医療』1(4): 17-20。

高木慶子
2007 『喪失体験と悲嘆――阪神淡路大震災で子どもと死別した34人の母親の言葉』医学書院。

高塚雄介
1995 「災害時における心のケアについて――阪神・淡路大震災『心の相談緊急電話』の体験から」『こころの健康』10(2): 84-89。

橘木俊詔
1998 『日本の経済格差 所得と資産から考える』岩波新書。

2006 『格差社会――何が問題なのか』岩波新書。

樽川典子
2002 「震災遺児たちの寡黙」神戸大学〈震災研究会〉編『阪神大震災研究5 大震災を語り継ぐ』pp.31-45、神戸新聞総合出版センター。

塚崎直樹編
1983 『声なき虐殺』BOC出版部。

東京大学新聞研究所「災害と情報」研究班
1982 『1982年浦河沖地震と住民の対応』東京大学新聞研究所。

中井久夫編
1995 『1995年1月・神戸「阪神大震災」下の精神科医たち』みすず書房。

中井久夫
2011 『復興の道なかばで――阪神大震災一年の記録』みすず書房。

中村江里
2013 「日本帝国陸軍と『戦争神経症』:戦傷病者をめぐる社会空間における『心の傷』の位置」『戦争責任研究』81: 52-61。

額田勲
2013 『孤独死　被災地で考える人間の復興』岩波現代文庫。

野田正彰
1992 『喪の途上にて』岩波書店。

1995 『災害救援』岩波新書。

1998 『戦争と罪責』岩波書店。

ハーマン, J. L.
1999 『心的外傷と回復〈増補版〉』中井久夫訳、みすず書房。

早尾乗雄・赤申吉・天海次郎
1923 「震災ニヨル精神病」『十全會雑誌』28: 774-793。

原田正純ほか
2010 「三池三川炭じん爆発から40年　一酸化炭素中毒の長期予後」『社会関係研究』15(2): 1-42。

広瀬弘忠
1984 『生存のための災害学』新曜社。

久留一郎
1993 「PTSD（心的外傷後ストレス障害）に関する臨床心理学的研究（IV）」『日本応用心理学会大会発表論文集』60: 220-221。

フィグレー, C. R. 編
1984 『ベトナム戦争神経症――復員米兵のストレスの研究』辰沼利彦監訳、岩崎学術出版社。

藤森和美・藤森立男
1995 『心のケアと災害心理学　悲しみを癒すために』芸文社。

米国精神医学会
1982 『DSM-III 精神障害の分類と診断の手引』高橋三郎訳、医学書院。

細渕富夫・清水寛・飯塚希世
2000 「日本帝国陸軍と精神障害兵士［I］――国府台陸軍病院『病床日誌（昭和16～19年度）』の「精神薄弱」患者の症例」『埼玉大学紀要　教育学部（教育科学）』49(2): 27-50。

2000 「日本帝国陸軍と精神障害兵士［II］――国府台陸軍病院『病床日誌（昭和20年度）』の戦争神経症患者の症例」『埼玉大学紀要　教育学部（教育科学）』49(2): 51-62。

2001 「日本帝国陸軍と精神障害兵士〔III〕――国府台陸軍病院『病床日誌（昭和13～15年度）』の「精神薄弱」患者の症例を中心に」『埼玉大学紀要　教育学部（教育科学）』50(1): 1-10。

2001 「日本帝国陸軍と精神障害兵士［IV］――国府台陸軍病院『病床日誌（昭和13～20年度）』にみる「戦争神経症」患者の類型とその症例分析」『埼玉大学紀要　教育学部（教育科学）』50(1): 27-40。

2001 「日本帝国陸軍と精神障害兵士〔V〕――国府台陸軍病院『病床日誌（昭和13～16年度）』にみる「精神薄弱」患者の生育歴・生活環境の検討」『埼玉大学紀要　教育学部（教育科学）』50(2): 1-18。

2001 「日本帝国陸軍と精神障害兵士（VI）――国府台陸軍病院『病床日誌』（昭和13～20年度）にみる「戦争神経症」患者の生育歴・生活環境の検討」『埼玉大学紀要　教育学部（教育科学）』50(2): 29-39。

2001 「日本帝国陸軍と精神障害兵士〔VII〕――国府台陸軍病院『病床日誌（昭和13～昭和20年度）』にみる知的障害患者の症例の検討」『発達障害研究』23(4): 276-285。

2002 「日本帝国陸軍と精神障害兵士（VIII）――国府台陸軍病院『病床日誌〔1938（昭和13）

～ 1945（20）年度〕』にみる戦争神経症患者の生活史的検討」『精神医学』44(8): 877-883。

2002 「日本帝国陸軍と精神障害兵士〔IX〕――国府台陸軍病院などにおける敗戦前後の精神障害患者の状況」『埼玉大学紀要　教育学部（教育科学I）』51(1): 1-28。

三宅由子ほか
1991 「三宅島噴火災害被災住民の追跡調査――災害後の健康感の推移について」『社会精神医学』15(4): 254-261。

宮地尚子
2013 『トラウマ』岩波新書。

森温理
1982 「病気を診ずして病人を診よ」『Modern Physician』2(1): 1。

森弘太・原田正純
1999 『三池炭鉱 1963年炭じん爆発を追う』NHK出版。

森田喜治
1996 「大震災と心の震災、そのケアの体験から――非体験者としてのケア」岡堂哲雄編『現代のエスプリ別冊 被災者の心のケア』pp.138-146、至文堂。

目黒克己
1966 「20年後の予後調査からみた戦争神経症-1-」『精神医学』8(12): 999-1007。

1967 「20年後の予後調査からみた戦争神経症-2-」『精神医学』9(1): 39-42。

森山成秋
1990 「心的外傷後ストレス障害の歴史と展望（一）」『日本医事新報』3444：59-62。

1990 「心的外傷後ストレス障害の歴史と展望（二）」『日本医事新報』3445：62-64。

1990 「心的外傷後ストレス障害の歴史と展望（三）」『日本医事新報』3446：62-66。

1990 「心的外傷後ストレス障害の歴史と展望（四－完）」『日本医事新報』3447：62-66。

安河内五郎・本岡庸三郎
1966 「三池炭鉱爆発によるCO中毒者の回復過程における社会心理的要因の影響」『九州神経精神医学』12(1): 77-82。

安河内五郎・雪竹朗
1969 「三池炭鉱のCO中毒患者の職場復帰について」『九州神経精神医学』15（1）：93-97。

柳田邦男編
1997 『人間が生きる条件』岩波書店。

ラファエル, ビバリー
1989 『災害の襲うとき――カタストロフィの精神医学』石丸正訳、みすず書房。

Erikson, K. T.
1976 *Everything in Its Path: Destruction of Community in the Buffalo Creek Flood.* New York: Simon & Schuster Paperbacks.

Figley, R. C. (ed.)
1978 *Stress Disorders among Vietnam Veterans.* New York: Brunner/ Mazel.

Lifton, R. J.
1991 *Death in Life: Survivors of HIROSHIMA.* Chapel Hill & London: The University of North Carolina Press.

Raphael, B.
1986 *When Disaster Strikes.* New York: Basic Books.