

軍事環境問題
ワーキングペーパー 2

MILITARY ENVIRONMENTAL PROBLEMS
WORKING PAPER 2

シンポジウム
「沖縄戦〈後〉の社会とトラウマ」

<Post>War Okinawan Society and its Traumatic Experiences

北村 毅 編
KITAMURA Takeshi ed.

公刊の辞
ワーキングペーパー・シリーズ
『軍事環境問題』

『軍事環境問題の研究』（総合地球環境学研究所FSプロジェクト、代表：田中雅一）の成果を広く問うために、ここにワーキングペーパー・シリーズ『軍事環境問題』を公刊します。このワーキングペーパー・シリーズではメンバーの研究成果や関係するワークショップなどの記録を公刊していきます。

軍事環境問題とは、さまざまな軍事活動によって引き起こされる環境破壊、コミュニティ崩壊、健康被害・精神疾患です。本研究は、環境を自然から精神までひろくとらえている点と、当事者らによる反軍事化運動や平和運動、環境保護運動などに注目する点とに特色があります。

20世紀において生じた環境破壊や汚染の主な原因のひとつが、戦争における大量破壊兵器や化学兵器、核兵器の使用です。また、規模は小さいですが平時でも訓練中の事故、兵器開発にともなう実験、貯蔵の不備などで環境汚染が生じています。本研究の目的は、こうした軍事環境問題の実態を明らかにすると同時に、それらの解決に取り組む人々の実践を地域住民の視点から理解するところにあります。「お国のため」という言葉のもとで、軍事環境問題の被害者たちの苦しみは無視され、その抗議の声や実践は抑えられてしまいます。人々の声を丹念に拾い、軍事環境問題を地域住民の視点から考えようとするのもまた、本研究の狙いです。

京都大学人文科学研究所
田中雅一
2013年10月

シンポジウム
「沖縄戦〈後〉の社会とトラウマ」

北村毅 編

<Post>War Okinawan Society and its Traumatic Experiences

KITAMURA Takeshi ed.

目次

I. 司会挨拶(田中雅一)	1
II. 趣旨説明(北村毅)	2
III. 報告①(北村毅):「沖縄の精神衛生実態調査」再考 ——「事例性」とは何か、「事例」とは誰か?	4
IV. 報告②(當山富士子):終戦から67年目にみる沖縄戦体験者の精神保健	24
V. 報告③(蟻塚亮二):沖縄戦トラウマによるストレス症候群	33
VI. コメント①(富山一郎)	45
VII. コメント②(三田牧)	49
VIII. 全体討議	52

I. 司会挨拶(田中雅一)

それでは、今回のシンポジウム「沖縄戦〈後〉の社会とトラウマ」を始めることにいたします。後で、北村先生の方から詳しい趣旨説明があると思いますが、私は、このトラウマに関わる研究会を京都大学人文科学研究所で主宰しております、田中雅一と申します。今日は、司会役を務めさせていただきます。

この研究会は正式には「トラウマ経験と記憶の組織化をめぐる領域横断的プロジェクト」といいます。人文科学研究所では、いくつかの研究会を組織して、その成果を公開・公刊していくということが主要なミッションとなっております。私はこの研究会を約3年半前に始めました。今年で4年目になります。今は、どちらかというと、これまでの発表のテーマを少しずつまとめつつ、また、足りないところなどを補っていくといった段階で、来年には、参加者のみなさんに論文を書いていただくといった段取りになっております。

今日のテーマの沖縄戦とトラウマ経験は非常に重要なテーマです。このテーマに関しては、すでに蟻塚先生や當山先生がその重要性を指摘されていますが、まだまだ、研究者を含めて、十分に理解、あるいは認識されていないのではないかと思います。

ということで、今回は、蟻塚先生と當山先生、それからコーディネーターの早稲田大学琉球・沖縄研究所の北村先生をお招きして、シンポジウムをやることになりました。そしてまた、できるだけ多くの方に、この問題意識を共有してほしいという願いを込めて公開にしております。また、本シンポジウムは、京都にある総合地球環境学研究所のプロジェクト「軍事環境問題の研究」との共催でもあることを一言申し添えたいと思います。軍事環境問題というのは耳慣れない言葉ですが、戦争や平時の軍事訓練、事故、核実験などによって引き起こされるさまざまな影響を意味します。この場合、環境問題は自然だけでなく、社会関係や心身への影響をも意味しますので、当然戦争によるトラウマ経験も含まれてきます。

それでは、これから北村さんの趣旨説明があり、その後、北村先生、當山先生、蟻塚先生の順に報告していただきます。それぞれの発表の後に、10分くらい、個別の質問の時間をとりたいと思います。その後、休憩をはさんで、コメンテーターの富山先生、人見先生、三田先生に、ご自由にコメントしていただきたいと思っております。それでは、北村さん、よろしく申し上げます。

II. 趣旨説明(北村毅)

こんにちは。早稲田大学琉球・沖縄研究所の北村毅と申します。本日のシンポジウムのコーディネーターを務めさせていただき関係上、私の方から若干の趣旨説明をさせていただきます。

今日のシンポジウムのテーマは、「沖縄戦〈後〉の社会とトラウマ」ということで、この問題に取り組まれてきたお二人をお呼びしております。この春まで9年間(2004年～2013年)、沖縄で精神科診療の現場に立ってこられた蟻塚亮二先生、1970年代から沖縄で精神保健の仕事に携わってこられた當山富士子先生です。蟻塚先生は、この4月から福島に移られまして、いま福島で震災後の問題に新たに取り組まれています。當山先生は、保健師として、また、精神保健看護の教授として活躍されてきましたが、この春、定年を迎えられ、沖縄県立看護大学を退官されたばかりです。

2011年春に、お二人が中心となって沖縄で「沖縄戦・精神保健研究会」という研究会が立ち上げられてから、県内で沖縄戦のトラウマやPTSDに関する議論が活発になりました。それまで、沖縄の精神保健関係者の間では、この問題に対して関心が薄かったのですが、徐々に問題意識が共有化されるようになって、研究会での議論の成果が臨床の現場にも還元される状況もみられるようです。

後で當山先生の方から詳細なご報告をいただきますが、2012年度には「終戦から67年目にみる沖縄戦体験者の精神保健」と題する調査が、県内の精神保健関係者によって行われました。これについては、2012年8月、「沖縄戦 心の傷 ～戦後67年 初の大規模調査～」というドキュメンタリーがNHKで放映されましたので、何度か再放送もされているこの番組を通してご存じの方もいらっしゃるかと思います。蟻塚先生と當山先生も、番組の中でコメントされていましたが、番組では中間報告までしかリポートされていなかったもので、後で最終結果を踏まえたお話を伺えるのを楽しみにしています。

ここ数年、蟻塚先生、當山先生、そして私も関わっておりますが、沖縄や東京などで、この問題に関するシンポジウムを何度か行っております。蟻塚先生は、この春、ケンブリッジ大学で開催された「島の戦争と記憶」という国際シンポジウムにも、沖縄戦とトラウマの問題について話されてきたとのことですが、後ほど、海外での反応についてもリポートしていただけたらと思います。

こうしたお二人の取り組みは、けっして専門家の中だけに閉じることなく、一般市民を対象とした公開講座を何度か行ったりと、県民に対して開かれてきました。いまそういう地道な活動が実を結びつつあって、沖縄のお笑い芸人である小波津正光さんが、今年の「お笑い米軍基地」のテーマに沖縄戦のPTSDを取り上げるといったように関心が広がっています。「お笑い米軍基地」というのは、毎年6月に最新作が公開されるコントです。私は今年のものはまだ見ていませんが、沖縄戦のPTSDを笑いに変えてしまったということで話題になっています。

私は慰霊の日の前後は、毎年沖縄にいるようにしていますが、今年の地元紙やテレビは、沖縄戦のトラウマを扱った報道が特に多かったように思います。『沖縄タイムス』は、「癒えないトラウマ」という特集を組んでいましたし、沖縄戦関連の記事のあちこちにトラウマやPTSDという言葉が散見されました。ただ、そういう記事を読んでいて、いままでだと、違う言葉で表現されていたはずなのに、今年は、この二つの言葉に縮減されて戦争体験が表現されているような印象をぬぐえませんでした。

たしかに、トラウマという言葉は、問題状況を整理したり、共有したりする利点もあるのですが、一面、

問題の個別性を逸してしまう危うさも孕んでいます。今日の議論では、そういったことも踏まえた上で、トラウマという言葉の方法や道具として用いることで、どのような可能性が開けるのか、議論できればと思っております。

本日の報告は、だいたい扱う問題の時系列通り、私、當山先生、蟻塚先生の順番となります。私は、當山先生の調査より50年近く前に沖縄で行われた精神衛生実態調査に注目します。もちろん、トラウマという言葉もPTSDという言葉もない時代の調査で、沖縄戦の精神的後遺症を問題にした調査ではありませんが、また違った角度から読み直してみようと思っています。當山先生には、先ほどもお話ししました通り、昨年の調査を踏まえたお話、そして、蟻塚先生には、その調査や臨床事例を踏まえたお話をさせていただきます。だいたい3人の報告とそれぞれ10分程度の質疑応答で3時間ほどお時間をいただき、その後でコメンテーターの先生方にコメントをいただきたいと思っております。

本日は、コメンテーターに、同志社大学の富山一郎先生、甲南大学の人見さちこ先生、神戸学院大学の三田牧先生の三人をお迎えすることができました。お忙しい中、ありがとうございます。後ほど、忌憚のないコメントをいただけましたら幸いです。最後になりますが、このようなシンポジウムの機会をいただきまして、田中先生ならびに二つの研究プロジェクトの関係者のみなさまに心から感謝申し上げます。本日は、みなさま、どうぞよろしくお願いたします。

Ⅲ. 報告①(北村毅):「沖縄の精神衛生実態調査」再考——「事例性」とは何か、「事例」とは誰か?

それでは、最初に私の方からご報告させていただきます。

1 本報告の目的

今日の報告は、タイトルの通り、1966年に沖縄で実施された精神衛生実態調査(以下、沖縄調査)について考え直すことを目的としています。

同調査では、沖縄の精神障害の有病率が本土の二倍と算出されました。この調査結果が発表されたときから、本土より高い有病率が沖縄戦の精神的後遺症を反映しているのではないかという見方が一部であったのですが、精神医学会ではほとんど議論されることはありませんでした。神経精神医学者の立津政順が、「沖縄の精神科の戦前と戦後」と題する論考で、沖縄戦との関連は認められない可能性が高いとの見解を示しているぐらいです¹。

精神医学以外の研究領域では、2000年代に入って、実態調査と沖縄戦の関係について考察する論考がいくつか発表されます。まず、社会学者の保坂廣志の研究ですが、トラウマ理論を参照して沖縄戦と高い有病率の因果関係を捉えようとしていました²。他に、こちらにいらっしゃる富山一郎先生の研究がありますが、富山先生は、戦争と精神疾患を単線的に結びつける因果論では浮かび上がらない「沖縄戦にかかわる何らかの痕跡」を見据えながら、沖縄調査をめぐって、精神医療批判を展開されています³。

今日の報告では、これらの先行研究を参照しつつ、実態調査の方法論と結果を再検討した上で、その調査結果が意味するものとは何なのか、そもそも沖縄戦の影響を読み取ることは可能なのかといった問題について考えてみたいと思っております。

2 1966年沖縄調査の概要と方法

まず、沖縄調査の概要と方法についてお話しします。

2.1 調査の概要

この調査は、1963年に日本本土で実施された全国精神衛生実態調査(以下、本土調査)とほぼ同じ方法で、1966年11月上旬から中旬にかけて行われました。名目上は琉球政府が実施したことになっていますが、日本政府が資金と人材を提供し、調査を指導したことから、実質的には日本政府によって行われたといえます。日本政府は10人の専門調査員を派遣しましたが、その中心となったのが国立精神衛生研究所所属の社会精神医学を専門とする精神科医でした。

調査終了後の11月18日に調査団長が沖縄で記者会見して、結果を報告しています。調査から3年後の1969年8月、『沖縄の精神衛生実態調査報告書』が刊行され、その翌年には、『沖縄における精

1 立津政順「沖縄の精神科の戦前と戦後」(吉川武彦編著)『沖縄における精神衛生の歩み:沖縄県精神衛生協会創立20周年記念』沖縄県精神衛生協会、274-5頁。

2 保坂廣志「沖縄戦と心の傷(トラウマ)とその回復」『人間科学』9、琉球大学法文学部、2002年。

3 富山一郎「言葉の在処と記憶における病の問題」(富山一郎編)『歴史の描き方③:記憶が語りはじめる』東京大学出版会、2006年。

神衛生実態調査(1966年)の結果について』という頒布版の報告書が出ています。

2.2 調査対象と調査地区

調査対象ですが、沖縄全域から無作為に20地区が抽出されて、その全世帯構成員が標本調査の対象になっています。標本数は、1155世帯5127人です。調査の対象となった20地区は、それぞれの特徴から、商業地、農漁業地、住宅地、離島、宮古・八重山の五つに分類されています。

2.3 調査の方法:基礎調査と専門調査

次に調査方法についてお話ししますが、調査は基礎調査と専門調査の二段階に分かれています。それぞれ、1966年の11月上旬と中旬に行われました。基礎調査では、保健所の精神衛生担当者、公衆衛生看護婦(保健婦)、区長などの基礎調査員が、それぞれの担当地区の全世帯の状況について、聞き込み調査を実施しました。誰に聞き込みを行ったかという、「その地区の事情をよく知っている人々」に対してです。

『精神衛生実態調査要綱』(『沖縄の精神衛生実態調査報告書』所収)には、具体的に「役所吏員、福祉事務所、地区担当の公看、警察官、地区と特に密接な関係のある開業医、部落会長、地区を学区内にもつ小中学校の教員、地区有力者、その他地区の事情に精通せる者」と記載されていますが、これら地域の有力者から情報を収集して、「精神障害者と思われる者」をピックアップし、情報カードを作成することが調査の第一段階でした。

第二段階の専門調査では、基礎調査で得られた情報をもとに、専門調査員が、それぞれの担当地区の該当者の自宅を訪問し、可能な限り、本人と家族全員に面接しました。

3 1966年沖縄調査の調査結果と社会的影響

次に、1966年の沖縄調査でどのような結果が得られたのかということと、そのインパクトについて確認しておきたいと思います。

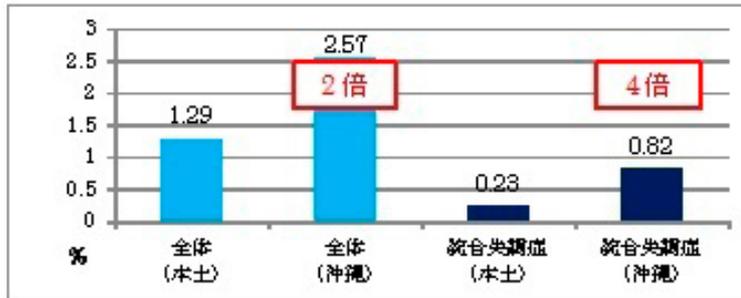
3.1 精神障害の診断別人口千対有病率

まず、表1を見てください。人口1000人あたりの精神障害者の有病率です。精神障害全体で、本土は12.9、沖縄は25.7、だいたい沖縄は本土の2倍という結果が出ています。100人あたりの有病率に換算しますと、沖縄の有病率は25.7、つまり100人中3人近くが精神障害者であるという調査結果となりました。精神分裂病、すなわち統合失調症の有病率においては、本土の4倍という数値が出ています。当時、沖縄の精神障害者は戦後急増したといわれていたのですが、この数値は、その実感を裏づけてくれたわけです。

表 1:精神衛生実態調査における精神障害者の人口千対有病率⁴

人口千対有病率	精神病								その他				
	総数	精神分裂病	躁うつ病	てんかん	脳器質性精神障害	その他の精神病	精神薄弱	総数	中毒性精神障害	精神病質	神経症	その他	
本土(1963)	12.9	5.9	2.3	0.2	1	2.2	0.2	4.2	2.8	0.7	0.5	1.1	0.5
沖縄(1966)	25.7	15.4	8.2	0.4	2.9	3.1	0.8	4.7	5.7	1.4	0.8	2.5	1.2

図 1:本土(1963年)と沖縄(1966年)の精神障害者有病率の比較⁵



3.2 調査結果の報告

11月18日には、調査団長の中川四郎が現地で記者会見を行って、翌日、地元2紙が精神障害者の数が「本土の2倍」などと報じます。記事では、その背景要因として、主に沖縄戦の影響、米軍機の騒音、貧困が挙げられています。

先ほどお話ししましたように、調査から3年近く経って、調査報告書が刊行されています。報告書では、精神科医療の不備と貧困が問題として指摘されていますが、記者会見との温度差も感じられます。あれだけ大きく取り上げられていた戦争や爆音との関連については、ほとんど言及されていないですね。沖縄戦に関する記述は、報告書では一箇所だけです。このことについては、後ほど、また検討します。

3.3 精神障害者の推計値と必要病床数

沖縄調査の結果、算定された有病率に基づいて、沖縄の精神障害者数は約23000人と推計されました。そのうちの17パーセントの約3800人が、精神病院などの施設にすぐに収容しなければいけない精神障害者として見積もられたわけです。3800人は概算値で、統計上の誤差を考慮に入れると、最小2500人、最大5000人という結果が出ています。

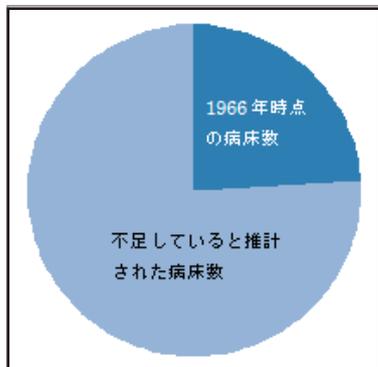
この3800人という数をもとに、必要な精神科病床数は、3800床と算出されます。1966年の沖縄の精

4 厚生局公衆衛生部予防課編『沖縄の精神衛生実態調査報告書』（沖縄精神衛生協会、1969年）を参照して筆者作成。

5 同上。

精神病床数は915床しかありませんでしたので、この調査結果により精神障害者が3000人近くも放置されているといった危機感が煽られたわけです(図2)。

図2:精神衛生実態調査によって必要とされた病床数⁶



3.4 調査結果の社会的影響

次にお話しておきたいのは、調査結果の社会的影響です。いま危機感といましたが、沖縄の精神保健の歴史についてまとめている精神科医の吉川武彦先生は、次のように書かれています。

〔対本土においては〕沖縄の精神障害者は本土の二倍いるのだからという要請の際の説明に使われ、(略)他方、沖縄内においてもこの数値は極めて安易に用いられ、100人のうちの3人弱は精神障害者なのだから、精神衛生対策を今すぐ行わなければ、「何か重大な事件が起き」かの如く伝えられた⁷。

つまり、調査結果は、社会防衛上の警告として受けとめられたわけです。これ以後、沖縄の精神病床数は増加の一途を辿ります。

図3の「病床数の年次推移」のグラフを見ていただきたいのですが、1974年には必要病床数の最少の見積りに達し、1983年には概算値の3800床を超えます。調査から20年ぐらいで、最大見積りの5000床を超えて、それ以後は5500床ぐらいで高止まりしています。沖縄の精神医療は、病床数の観点からすると、いまなお実態調査が提示したパラダイムのもとにあるといってもいいのではないかと思います。

1960年代に、精神保健関係者の間で、沖縄の精神医療の遅れが問題視され、本土並みの精神医療の実現が叫ばれたわけですが、それ以後、1972年の日本復帰を契機として沖縄の精神医療の本土化が急速に進みます。1970年代には、病院収容型の精神医療が浸透して、本土並みが達成されるわけです。

図4は、「実態調査の実施年を100とした病床増加率」ですが、これを見ると、本土と比較してその

6 同上。

7 吉川武彦編著『沖縄における精神衛生の歩み:沖縄県精神衛生協会創立20周年記念』沖縄県精神衛生協会、70頁。

変化がいかに劇的だったかがおわかりいただけるかと思います。本土では1963年に実態調査が行われていますが、その後の病床増加率は1980年の時点で223%です。薄い色の折れ線の方です。それに対して、濃い色の折れ線の方ですが、沖縄では397%の増加率です。ざっと本土の二倍のペースで病床数は一気に増加していきました。

図 3:沖縄における病床数の年次推移⁸

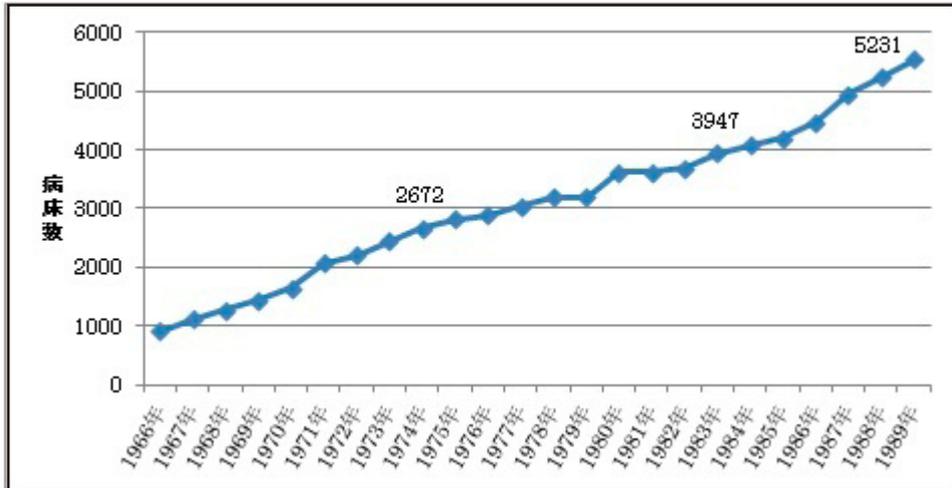
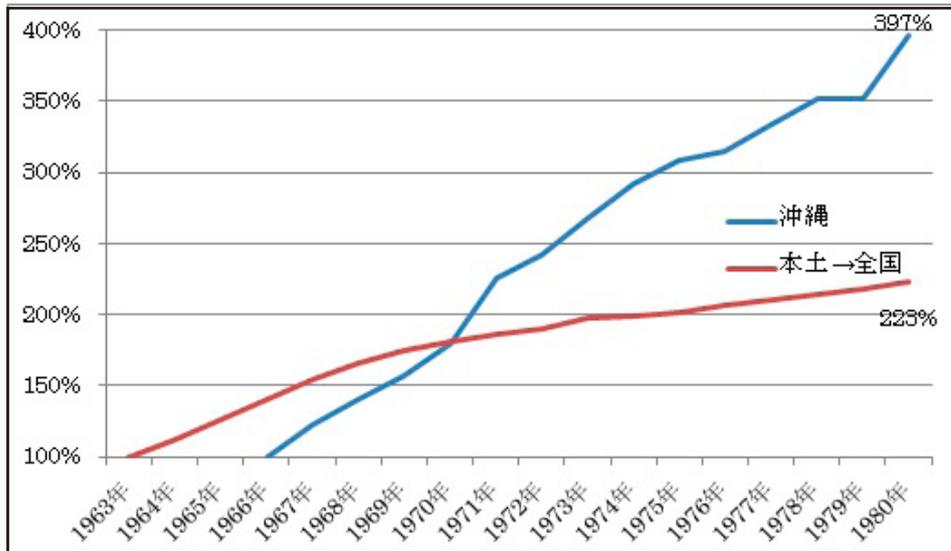


図 4:実態調査の実施年を100とした病床増加率⁹



4 沖縄調査の結果をめぐる議論

次に、沖縄と本土の二倍近い有病率の差をめぐるどのような議論があったのか、レビューしておきたいと思います。

8 『沖縄県における精神衛生の現状』などを参照して筆者作成。

9 『沖縄県における精神衛生の現状』、精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編『精神保健福祉行政の歩み』(中央法規、2000年、693頁)などを参照して筆者作成。

4.1 事例発見の可能性の問題

第一に、何人かの精神科医が指摘していますが、事例発見の可能性の問題が挙げられます。私の言葉で説明する前に、加藤正明という精神医学者が、この問題について言及している文章を読み上げたいと思います。加藤は、軍医として従軍体験があったり、復員後、国立国府台病院で戦争神経症の研究をしていたりと、興味深い経歴の持ち主ですが、社会精神医学のパイオニアとして有名です。

[精神医学的疫学調査において]最も重要な課題は、事例発見の可能性の問題である。一般に一斉調査に当って聞き込み情報の蒐集が行われるが、この情報提供による発見の可能性は、都会では困難であり農漁村では容易な傾向がある。その理由は前者の人口移動が激しく、相互に知合う機会もすくないのに比し、後者では人口が安定し、相互に立ちいって知合っていることである¹⁰。

この文章は、1963年に行われた全国調査の報告書の概論部分に掲載されています。噛み砕いていいますと、都会では隣りに誰が住んでいるかも分かりませんが、農村社会では隣近所がお互いの事情について精通しているということです。それゆえに、農漁村では、精神障害者の把握率が高くなり、数が多く出るということです。

ここで確認しておきたいのは、加藤が1963年の全国精神衛生実態調査の指南役であったということです。その加藤が沖縄調査の前年に刊行された全国調査の報告書で、都市よりも農漁村の方が、精神障害者の発見される可能性が高いと述べていることは見逃せないことだと思います。

つまり、農漁村の精神障害者数が都市部より多く出るのは、実際の存在数の多寡ではなく、発見の可能性の多寡を反映しているに過ぎないと、自分で考案した疫学調査の問題点を指摘しているわけです。そのような方法論上の問題点を十分に自覚しつつ、加藤は沖縄調査に挑んでいるということを感じておいていただきたいと思います。

沖縄調査団の団長だった中川四郎が、この事例発見の可能性の問題について言及しています。彼は、頒布版の報告書の中で、有病率が高く出た原因として、「基礎調査に当たった公衆衛生看護婦や区長の地区把握の良好さ」を挙げています¹¹。

他に、最も若い専門調査員だった岡田靖雄先生は、「調査の精度の問題」を指摘しています。一方で、「[有病率を]たかくさせているなにかが沖縄にある」とも述べていますが、しかし、その「なにか」については不明としています¹²。

それと、もう一人、この問題について指摘しているのが精神科医の佐々木雄司先生です。琉大や東大などで精神衛生学の教授を歴任された方ですが、その佐々木先生もまた、1980年に書かれた文章で、基礎調査における「ききこみ情報」の収集の精粗を問題視して、「事例性」の点で沖縄の「風

10 加藤正明「第3章 精神医学的疫学」(厚生省公衆衛生局編)『わが国における精神障害の現状:昭和38年精神衛生実態調査』大蔵省印刷局、24-25頁。

11 中川四郎『沖縄における精神衛生実態調査(1966年)の結果について』沖縄県精神衛生協会、1970年、33頁。

12 岡田靖雄『沖縄行(1966年)』青柿舎、2012年、28頁。

土”を考慮に入れると、この数字そのままに沖縄は本土の2倍とうのみにすることははなはだ危険」と書かれています¹³。

4.2 事例性(ケースネス)と疾病性(イルネス)

ここで、「事例性」という言葉が出てきましたので、簡単に説明しておきたいと思います。事例性、ケースネスとは、実態調査の立て役者である加藤正明が提唱した概念です。『精神医学大事典』から、加藤の定義を引用すると、「ある患者またはクライアントが、なぜ、いつ、どこで、だれによって事例とみなされたかという諸要因の総合」を意味する概念で、医学的・疾病概念に基づく疾病性、イルネスと対比されます¹⁴。

分かりやすくいうと、事例性とは、誰かが周囲とトラブルを起こすことによって具体化する問題状況のことです。「ヤバイ人」とか、「困ったちゃん」とか、「キチガイ」とか、誰かがそういう言葉で問題化されたとき、事例が立ち上がります。周囲とうまくやれない人は頭がおかしいやつだという世間一般の常識を判断基準として事例性が決定されるわけです。とはいえ、そのすべてが精神疾患であるとは限りません。

事例性の評価基準は、医学的な診断基準ではなく、世間一般の常識です。加藤によれば、「事例性は主として社会的・心理的次元、とくに人間関係から評価されることが多く、事例であっても疾病ではないばあいもあり、また疾病をもつものがすべて事例になるとはかぎらない」のであって、事例性と疾病性は完全に一致しないということです¹⁵。

4.3 異常行動と疾病行動

加藤は、事例性と疾病性の関係を、異常行動と疾病行動の対比としても捉えています。事例性は異常行動と言い換え可能です¹⁶。すなわち、事例性とは、所属集団の社会的・文化的規範からの逸脱や異常を意味します。

この事例性と疾病性という概念、異常行動と疾病行動という捉え方は、精神衛生実態調査における事例発見の可能性の問題について考えるための重要な手がかりとなります。加藤は、精神医学的疫学調査について、「疫学調査によって把握されるものは「事例」であって、疾病のすべてをつかむことは、決して容易ではない」¹⁷と述べていますが、少なくとも加藤が考案した実態調査では、事例性を經由しなければ疾病性にアプローチできない仕組みになっていました。加藤が「〔事例性は〕「疾病性」とは別の次元で先行する」¹⁸と言っている通り、先立つものは事例性というわけです。実態調査では、まず、事例性、すなわち異常行動をピックアップすることで、それが疾病に基づくか否かを専門医が

13 佐々木雄司「精神衛生」(西川滇八・小泉明編)『公衆衛生学』朝倉書店、1980年、209頁。

14 加藤正明「事例性」『精神医学大事典』講談社、1984年。

15 同上。

16 加藤正明「社会精神医学概論」(懸田克躬他責任編集)『現代精神医学大系23A』中山書店、33頁。

17 加藤正明「事例性と疾病性:いかにして人は患者となるか」『病める心の深層』1986年、有斐閣、314頁。

18 同上。

判断するという手順がとられました。

こういう調査の方法では、異常行動が疾病と解釈されるケースは過剰に引っかかっても、その逆の事例化しにくいケース、つまり疾病ではあっても異常とはみなされないケースはほとんど引っかかってきません。少なくとも加藤は、こうした方法論的限界を十分に認識していました。沖縄調査の数字は、その上で出てきた数字であることを確認しておきたいと思います。

4.4 調査団内部での議論

調査団内部の議論でも、事例性の問題は話題になっていたようです。次に、沖縄調査団の事務局を担った精神科医の目黒克己先生に、2013年1月31日にインタビューする機会がありましたので、その証言をご紹介します。

目黒先生は、沖縄調査への参加を機に、厚生省に技官として入り、その後、厚生官僚としてのキャリアを積み上げられた方です。加藤正明同様、目黒先生も、若いころに戦争神経症に関する研究に取り組まれています。

目黒先生によれば、調査団内部では、事例発見の可能性の問題や沖縄の医療の後進性が沖縄の有病率の高さにつながっているのではないかという議論があったようです。その一方で、「この調査方法では事例性のある者即ち社会的に目立つ者を把握し易いが目立たない精神障害者を把握し難い」¹⁹という根本的な問いかけもあったといいます。

5 実態調査における「事例」とは誰か?

ここで、目黒先生がいう「事例性のある者」「社会的に目立つ者」とは、具体的にどういう人だったのか確認しておきたいと思います。沖縄調査が、どのような人をいかなる基準のもとで事例化したのかという問題です。

5.1 「精神障害者と思われる者」の抽出方法

どんな基準で、「精神障害者と思われる者」が抽出されたのか。これについては、沖縄調査の調査員に配られた要綱にはっきりと書かれています。該当部分を読み上げますが、本土調査の要綱にも、これと同じ文章が記載されています。

ここでいう精神障害者と思われる者とは、(略)毎日毎日の生活において、他の人々のようにうまく自己の社会生活を遂行してゆくことが困難で、そのために、或いは周囲の人々に迷惑支障を与えたり、或いは自ら精神的に苦しんでおり、周囲の人々が見て「どうもあの人は変だ」「脳が足りない」「低能者」などと思われる人々をいう。

このような指示を念頭に置いて、基礎調査員は、あなたが住んでいる地域に迷惑な人、おかしい人はいませんか、地域の有力者や事情通への聞き込みを行いました。つまり、地域社会の「トラブルメーカー=逸脱事例」とみなされた人びとが、「精神障害者と思われる者」として抽出されたんですね。本

19 目黒克己「沖縄の精神保健福祉の思い出」『沖縄の精神保健福祉の歩み:沖縄県精神保健福祉協会55周年記念誌』2014年3月刊行予定。

人にとっての生きにくさや辛さが直接の問題として拾い上げられているわけではない。あくまでも、誰かの存在が社会にとって障害になっている状況が第一義的に問題化されていたわけです。

5.2 「事例性」は「事件性」と同義

「事例性」を事件性と言い換えてみると、「事例性」という言葉で仮置きされている問題状況が明確になるのではないかと思います。つまり、この調査によってピックアップされた「精神障害者と思われる者」とは、何らかの事件を起こしたことがある、起こしている、または起こす可能性がある人であるということです。

実態調査には、「周囲の者が注意を要する程度」という質問項目があります²⁰。そこでは、「暴行、反抗、易怒、喧嘩、扇動、弄火、盗癖、自殺企図、不眠、自傷、猜疑的曲解、意地悪、破衣、不潔、拒食」などの「有無、頻度、軽重」が判断基準となって、地域社会における誰かの存在の不快指数が算定されるわけです。つまり、「注意がいる程度」が高くなれば高くなる程、より事件性を帯びているということになります。

表 2を見ていただきたいのですが、沖縄では、その程度が全般的に本土より高かったので、精神障害者の症状もまた重いと判断されました。地域社会の不快指数にもとづいて、医者が症状の軽重を診断したという点が、この調査の特質を端的に示していると思います。不快指数というよりも、社会防衛上の危険指数と言い換えた方がいいかもしれません。

ここで重要なことは、実態調査が上書きした地域社会の危険指数を追認することではなく、誰かが事例化されていった社会的・文化的文脈の方です。問われるべきは、暴行や反抗などを理由に事例性が決定されていった人間関係・社会関係の内実の方ではないかと思います。

表 2:周囲の者が注意を要する程度²¹

	沖縄調査	本土調査
たえず注意がいる	24%	14%
ときどき注意がいる	63%	56%
ほとんど注意がいらぬ	13%	30%

5.3 基礎調査における疾患別把握率

実際に実態調査では、事例性が高い疾患ほど、基礎調査での把握率が高くなっています。事例性が高い精神疾患では、地域に密着した基礎調査員の聞き込み調査で、その多くが把握されているということです。

表 3を見ていただきたいのですが、右側の数字は基礎調査の把握率を示しています。このように精神分裂病やアルコール性精神障害のような事例性の高い疾患の把握率は非常に高いです。一方で、事例性の低い疾患、脳器質性精神障害や神経症の把握率の低さが目立ちます。つまり、事例性の低い精神疾患については、基礎調査では引っかけからず、専門調査の段階の診療相談などで専門

20 厚生局公衆衛生部予防課編『沖縄の精神衛生実態調査報告書』沖縄精神衛生協会、1969年、27-28頁。

21 前掲『沖縄の精神衛生実態調査報告書』を参照して筆者作成。

医の診察によって初めて把握されたケースも多かったということです。

このデータから、事例性の高低と把握率の高低が連動していることがお分かりいただけるかと思えます。さらに付け加えておきますと、事例性の低い精神疾患の多くが、基礎調査でも専門調査でも把握されていない可能性が高いと考えられるわけです。

表 3:基礎調査における疾患別把握率²²

診断分類(当時)	基礎調査で把握された数	専門調査で把握された数	基礎調査の把握率(括弧内本土)
精神分裂病	38	4	90.5%
精神薄弱	24	6	80.0%
てんかん	10	3	77.0%
脳器質性精神障害	8	12	40.0%
アルコール性精神障害	6	1	85.7%
神経症	7	6	53.7%
躁うつ病	1	1	50.0%
全体	127	34	78.3%(69.8%)

5.4 疾病ではないと診断された四つの事例

基礎調査の段階で135人の「精神障害者またはその疑いのある者」が把握されましたが、そのうちの4人は専門調査を経て精神障害者ではないと診断されました。つまり、事例性は確認されたが疾病性は確認されなかったということです。ここでは、その4例の詳細についてお話しします。

調査団長の中川四郎が、1969年に『精神医学』に沖縄調査に関する論文を寄稿していますが、それによれば、1例は「自室にひきこもり近隣ともつきあわない内気な弱々しい性格」の青年でした。他の3例は「多弁、でしゃばり、おせっかいやきなどの傾向があり、近隣で異常者ではないかと噂されていた」という中年女性でした。中川によれば、いずれも、「精神医学的問題というよりは、地域内のつきあいからくる問題と判定」され、最終的な統計結果にはカウントされませんでした²³。

この中年女性と思われるケースについて、先ほど話に出ました専門調査員の岡田靖雄先生は、次のように書いています。「情報カードでは、話しがまとまらない、エロ話しがすき、という中年の女がそれぞれ1名あがっていたが、比較的まとまった部落なので、いろいろうるさい所とおもわれた」²⁴。

驚かされるのは、「話しがまとまらない」とか「エロ話しがすき」ということで、「精神障害者と思われる者」に含まれそうになった人がいるということです。実態調査の要綱に書かれていた「「どうもあの人は変だ」「脳が足りない」「低能者」などと思われる人々」を探し出せという指示は、このような人も拾い出しました。こういうエピソードから、岡田先生がいみじくも「いろいろうるさい所」と書いているような、地域内の人間関係が透けてみえてくるわけです。すなわち、こうした女性を、地域の中で「異常者」扱いし、事例化していく人間関係があったということです。

そもそも精神衛生実態調査が拾い出したのは、こういう「地域内のつきあいからくる問題」でした。中川のいう「精神医学的問題」は二の次で、いってしまえば、「地域内のつきあいからくる問題」を数

22 中川四郎「精神障害者の発見活動における公衆衛生関係者の認識と態度:沖縄における疫学的調査の経験から」(『精神医学』11(2)、1969年、150頁)を参照して筆者作成。

23 同上。

24 前掲『沖縄行』25頁。

値化した調査であったわけです。事例性とは、それが疾病と診断されるにしてもされないにしても、そもそも「地域内のつきあいからくる問題」であるということを確認しておきたいと思います。

6 「地域内のつきあいからくる問題」と実態調査

この「地域内のつきあいからくる問題」という言葉をとっかかりとして、もう少し実態調査の問題について考察を深めていきたいと思います。

6.1 精神医療と「地域内のつきあいからくる問題」

その「地域内のつきあいからくる問題」を精神医学的問題として扱い、沖縄で「保健婦」と一緒に「地域精神医療活動」を行ったのが、精神科医の島成郎でした。

島は、1968年に厚生省派遣医として沖縄を訪れたことをきっかけとして、長年、沖縄で「地域精神医療活動」に取り組まれた方で、1960年安保におけるブントの指導者としても有名です。2000年に亡くなられて久しいのですが、沖縄の精神保健関係者の間では、今も「島先生、島先生」と慕う人がたくさんおられます。

その島が、1978年に書かれた論考で、「精神障害者とよばれる人々が精神科医の前にあらわれ精神疾患の診断をうける過程は、いみじくも実態調査報告書が明らかにしているように、医学的過程ではなく社会的過程である」と指摘し、実態調査批判を展開しています²⁵。

6.2 島成郎による実態調査批判

その「社会的過程」とはどういう意味か、もう少し島の文章を引用しながら考えていきたいと思います。読み上げますと、「一つには“自己の社会生活を遂行できない”という点で社会構造と深く関わっており、二つには“他人に迷惑支障を与えたり……どうも変だと思われる”という基準にみられるようにその地域社会の文化、道徳、習慣、規範と密接に関連し、さらにはその発見率は調査員と地域社会に“精通している部落有力者”などとの関係、地域共同性の度合いと地域管理体制の強さによって大きく左右される」とつづき、その上で、「沖縄の有病率の高さはただ自然科学的な疾病の高率を意味するものというより、当時の沖縄のおかれていた歴史的な社会状況の困難さを表わすものとして理解されるのがより妥当」との見解を示しています²⁶。

事例性という言葉こそ使っていませんが、沖縄調査がはじき出した有病率は、疾病性ではなく事例性の反映に過ぎないといっているわけです。さらに、島は、実態調査の方法論の問題を指摘するだけでなく、中川が精神医学的問題ではないといって切り捨てた「地域内のつきあいからくる問題」を高い有病率の裏側に読み取っています。つまり、中川がいう「地域内のつきあいからくる問題」の背景に、「当時の沖縄のおかれていた歴史的な社会状況の困難さ」を読み取る必要があると、島は主張しました。

ここで重要なことは、島の実態調査批判は、安直な「地域精神医療」への自己批判として内省的に展開されているという点です。どういうことか次にお話しします。

25 島成郎『精神医療のひとつの試み』批評社、1982年、209頁。

26 同上。

6.3 包摂と排除の強度

当時、島は、精神科医の前に現れる患者が地域からはじかれた人であるという現実と直面していたと、別の論考で書いています。つまり、沖縄をめぐっては、「ユイマール」という地域共同体の相互扶助の精神が称賛されるわけですが、その作用だけではなく反作用に苦しんでいる人たちがいたということです。そのことに気付いた島は、「地域精神医療批判」と題した論考で、こんなことを書いています。

このような〔沖縄の〕共同性は患者にとっては「このような経歴をもつケースを知らないものはない」ような密接な関係であり、心理的に大きな負担になる以上、堪え難いような環境なのである。(略)一度この共同性を乱す異質なものとして感じられたときには、これを排除する激しい力を生む²⁷。

彼は、「地域精神医療」の取り組みの中でユイマールの反作用の問題に直面していたわけです。沖縄の地域共同体の包摂の強度は、容易に排除の強度に反転します。島には、その現実がそのまま沖縄の有病率の高さに反映されたのではないかという問題意識があった。さらに考えなければいけないことは、後で詳しくお話ししますが、その地域共同体が近代化、沖縄戦、米軍統治、復帰、本土化などを経て崩壊の感覚に晒されていたということです。

それともうひとつ、これは沖縄に限ったことではありませんが、地域共同体の包摂と排除の強度は、国家総動員体制の下地ともなっていたのではないかという問題提起です。島はそこまではいいませんが、この連続性について考えることも課題として挙げておきたいと思います。

6.4 社会政策調査としての実態調査

先ほどお話ししました通り、実態調査が行われて後、沖縄の精神病床数は増加の一途を辿りました。1978年に、島は実態調査後の10年をこう振り返っています。

有病率の高さはこの十年間の入院者急増の医学的根拠とはなりえず、せいぜいの所、社会政策の資料を示すもの²⁸。

では、その社会政策が目指すところ、つまりお金が流れていく方向とは、どのような場所だったのか。端的にいうと、精神障害者を監置・収容するシステムへと流れていきました。

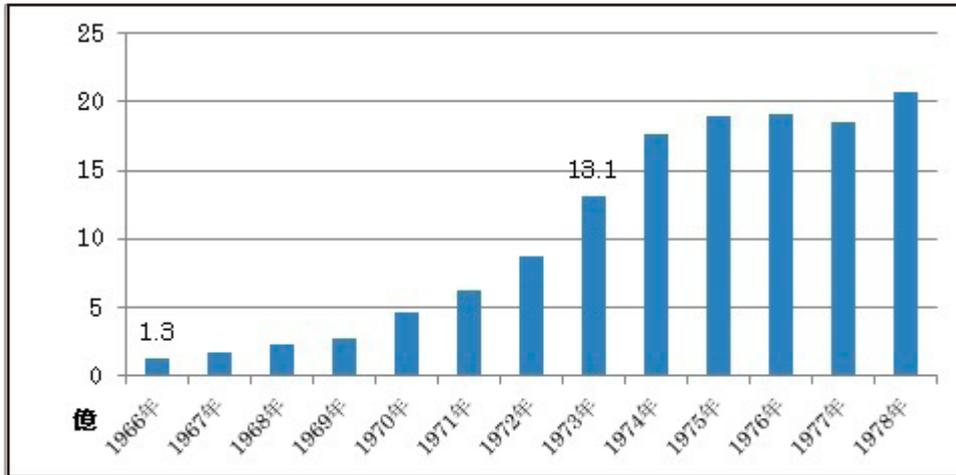
図 5を見ていただければ一目瞭然ですが、沖縄調査は、政策的な調査としては大成功でした。沖縄に莫大な精神衛生関連の予算を投下する根拠として、これ以上ない説得力を発揮したわけです。1966年の時点で1.3億円だった予算は、復帰の翌年には10倍に達します。この予算投下の倍々ゲームの結果、沖縄の精神病床数は激増し、本土並みの病院収容型の精神医療システムが構築されました。

27 同上、156頁。

28 同上、210頁。

それは、社会防衛優先の近代日本の精神医療対策を上書きしたものでした。逆にいうと、実態調査が示した数字は、精神障害者の治安管理体制を強固にする政策資料として用いられたわけです。

図 5: 沖縄における精神衛生関連医療費の年次推移²⁹



7 社会調査として報告書を読み解く

沖縄調査は、たしかに、疫学調査としてはいささか強引といえますが、疫学調査としての問題を抱えているといわざるをえません。この調査を社会調査として読み解くと、また違ったことがみえてきます。

7.1 急激な社会変動・生活変化の影響

疫学調査ではなく、社会調査として読み解くと、何がみえてくるのか。まずは、精神障害者として事例化された人びとの生活状況や社会的孤立です。そして、そこから、彼らが、戦後の急激な社会構造・家族構造の変化に晒されていたということが見えてきます。

その前提として、戦後の沖縄の産業構造の変化をざっと振り返っておきたいと思います。戦後、沖縄では、基地経済に組み込まれていく過程で、産業構造が一変しました。

表 4を見てください。1950年には、1940年にはなかった「軍作業」という新たなカテゴリーが出現していることに注目していただきたいと思います。それと、農漁業就業者の急激な減少です。1940年に76%だった第一次産業就業者の割合ですが、1950年には61%、さらに先をいうと、1960年には43%、1965年には33%まで激減しています。

表 4: 産業別人口の割合の変化³⁰

	農・林・漁業	鉱工業	公務員・自由業	土建業	軍作業	その他
1940年	76.3%	8.4%	3.8%	1.3%	—	10.1%
1950年	60.7%	3.4%	9.0%	2.3%	15.1%	8.0%

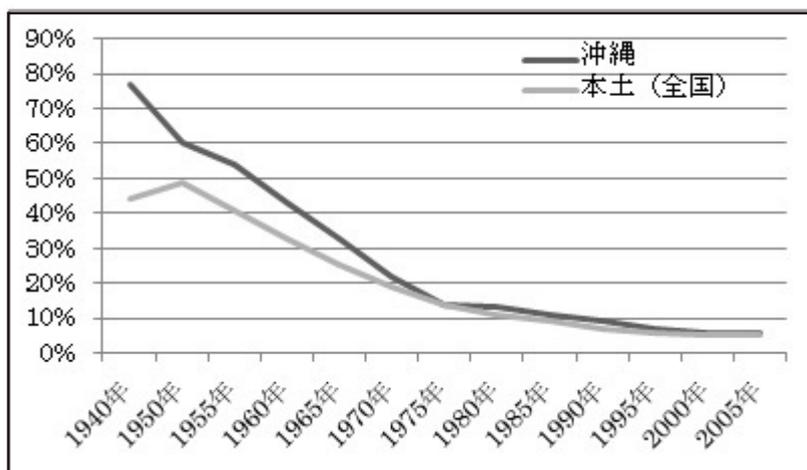
29 前掲『沖縄における精神衛生の歩み』(407頁)などを参照して筆者作成。

30 沖縄朝日新聞社編『沖縄大観』(日本通信社、1953年)を参照して筆者作成。

7.2 第一次産業就業者の割合の推移

これは「第一次産業就業者の割合の推移」のグラフですが、濃い色の線が沖縄、薄い色の線が本土の推移です。本土でも、1940年代から1960年代にかけて、第一次産業の衰退が一気に進んでいるのですが、その変化は沖縄に比べるとまだなだらかです。沖縄の場合は、暴力的といえるほどの急下降を示しています。これは、広範囲にわたって基地化されたことと無縁ではありません。農業主体の産業構造だった沖縄は、わずか10年、20年程の間に、基地経済に組み込まれた産業構造へと変化し、農村から都市または基地周辺へと人口が大量に流出していきます。

図 6: 第一次産業就業者の割合の推移³¹



7.3 産業構造の変化により分解する地域共同体

戦後の農村から都市への人の移動というのは、いうまでもなく本土でもみられた現象ですが、沖縄では本土とは違って、米軍に農地や生活基盤を奪われた人びとが、基地建設や軍作業の労働力として動員されていくという動きに付随していました。その結果、農村経済は疲弊し、基地経済へと依存を深めていくしかない状況に陥ります。それに伴い、農村・離島の過疎化が進み、ユイマールで支えられていた地域共同体や大家族がどんどん分解していくわけです。

沖縄の人びとは、収容所内で初めて軍作業を経験したわけですが、1950年の時点で、三世帯に一人の割合で軍作業に従事していたといえます。それは、あっという間に、農業と同程度かそれ以上に当たり前の生業となっていました。軍作業員の約7割が15歳から30歳の若者、約3割が女性だったようです³²。

多くの若者や女性が、そのような新たな軍事動員の最前線に立たせられていたことは忘れられがちです。彼らは、作業員、住み込みの使用人、ハウスポイやメイドなどとして働くために、家族から離れて都市や基地周辺でひとり暮らしをする人も多かったようです。そういう単身世帯が急増したのが、1950年代から1960年代でした。それは、それまで沖縄社会が経験したことのない出来事だったといえ

31 『国勢調査』などを参照して筆者作成。

32 前掲『沖縄大観』180頁。

ます。

私は、沖縄で戦争体験の聞き取りをしてきましたが、沖縄戦体験者の多くが若いころに軍作業を経験していて、それがいたってポピュラーな仕事だったことを実感しています。ただ、戦争体験以上にタブーであるようなところもあって、ある男性に、話の流れで戦後の軍作業の話聞いたことがあるのですが、急に涙ぐんで黙り込んでしまい驚いたことがあります。

2012年から翌年にかけて、『沖縄タイムス』で、「基地で働く—軍作業員の戦後」という長期連載をやっていましたが、それを読んでみると、基地が、いかに身体的な危険、恐怖、屈辱を呑み込みながらも働かざるをえない職場であったのかが分かります。この連載を担当した記者によると、取材対象者を見つけることさえ困難な取材であったといいます。戦争のように非日常ではなく、日常の中で当たり前のようにふりかかってくる精神的ストレスも無視できないのではないかと思うわけです。実際、これまでの聞き取りの中で、軍作業に従事するため移動した先で、精神疾患を患って出身地に帰ってくるという話を耳にしています。

7.4 世帯人数別の精神障害の人口千対有病率

表 5は、世帯人数別の精神障害の有病率ですが、上段は沖縄調査の結果、下段は本土調査の結果です。沖縄調査では、1人から3人という少人数世帯の有病率が際立っていることがお分かりいただけるかと思います。本土調査では、世帯人数別ではあまり有病率に差はありません。これらの単身世帯、少人数世帯が、どのような状況にあったのか、もう少し考えていきたいと思います。

1960年代に入ると、沖縄内の都市や基地周辺へと向かう人の流れだけではなく、本土への移住や集団就職なども増えていって、さらに人の移動が活発化します。そういう中で、1970年ごろから島成郎の地域精神医療の取り組みが始められたのですが、島は、復帰を挟んだ時期の沖縄の精神保健状況について、次のように書いています。

大都市や本土の非人間化された集団の中でも疎外された生活を強いられる彼らは、これにたえられず多くは〔精神症状が〕悪化し再び「ふるさと」にもどってくるが、ここで待ちうけているのは地域からの排除と「病院」への収容なのである。患者にとって「病院」も「地域」も、離島も、農村も、都市も、いずれの場も地獄の針の筵なのだ³³。

表 5:世帯人数別の精神障害の人口千対有病率³⁴

	総数	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人~
沖縄	25.7	68.8	66.2	37.3	26.1	22.4	23.3	13.3	17.8
本土	12.9	15.2	18.4	10.2	11.3	11.3	13.6	13.1	15.9

7.5 故郷喪失者としての精神障害者

こうした状況は、1950年代ごろから始まっていたと考えられます。都会や基地周辺などに出て行っ

33 前掲『精神医療のひとつの試み』156-157頁。

34 前掲『沖縄の精神衛生実態調査報告書』（23頁）を参照して筆者作成。

た人が孤立した生活の中で心を病んで、原家族に戻ってきても、居場所がない。家族も生活に精一杯で、心を病んだ家族の世話をする余裕も人手もないわけです。なぜかといえば、やはり戦後の社会構造・生活環境の変化の影響が大きいと思います。

しかも、多くの家庭で、家計の担い手となる男性が戦死しているので、女性もまた外に出て働かざるをえない。そうなると、戦前の大家族のころのように、家族の誰かが障害者や高齢者の面倒をみるといったことも難しくなります。

おまけに、農村経済から基地経済への移行を経て、戦前まで農村社会で精神障害者や知的障害者に割り当てられていた労働や役割もなくなっていきました。障害者や高齢者だけではなく、子どもの面倒をみることもできなくて、1950年代・60年代の沖縄では、青少年の非行や犯罪が大きな社会問題になっています。実態調査が行われた当時の沖縄社会は、子ども、障害者、高齢者に対して慢性的なネグレクト状態に陥っていたといえるのではないかと思います。

ここでは問題を大きく論じるつもりはありませんので、精神障害者の話に戻しますが、そのような中で、1950年代から精神障害者の私宅監置が増えていきます。面倒をみる人もいないので、精神症状がどんどん悪化していった家族の手に余ると、納屋やコンクリートの小屋の中に閉じこめるしかなくなる。または、放置された精神障害者がいたところを徘徊し、1960年ごろには那覇の国際通り近辺は「キチガイ天国」と呼ばれるまでになります。そのような精神障害者を取り巻く状況の中で、1950年代後半から1960年代にかけて、精神障害者による殺傷事件が続発して、精神障害者対策が求められるようになります。

こうした流れの中で、1966年の沖縄調査が行われたわけです。調査の結果、大きな数字が出て大きな予算が投下されて、精神病院がどんどん建てられていって、先ほどの島の発言へとつながっていきます。地域精神医療なんていったって、とくに地域共同体は戦争と占領下で破壊されていて、精神障害者が帰る場所なんてどこにもないじゃないかと、島は問いかけたわけです。

「地域精神医療」の取り組みは、精神障害者にとって帰るべき地域(故郷)がすでに喪われている現実を突きつけました。島のいう「地獄の針の筵」とは、そのような八方塞がりの状況を意味しているのではないかと思います。

7.6 軍事占領下の精神的危機

ここまで、事例性と疾病性という概念をキーワードに、その調査結果が意味するところについて考えてきました。分かったことは、実態調査が把握しようとした疾病性が、事例性を經由してアプローチされていたということです。疫学調査という科学的な手続きを踏んでいながら、実際はかなり誘導的な調査であることが明らかになってきました。一方で、社会調査として調査結果を読み直していくと、数字の断片から、当時の沖縄の人びとが直面していた精神的危機が浮かび上がってきます。かつて農村社会の中で営まれていた生活が基地経済への依存を深めていく中で、ユイマールで結ばれていたコミュニティがちりぢりばらばらになっていく。その急激な社会変動に適応できない人がたくさんいて、そのような人びとが実態調査によって事例として捕捉され、精神障害者として同定されたわけです。

8 地域共同体と沖縄戦の記憶

一方で、多くの人びとが戦後社会に着地できなかった要因として沖縄戦の記憶も大きかったのではないかと思います。最後に沖縄調査の結果から、沖縄戦と直接的に関わってくる問題の糸口をたくり寄せたいと思います。

8.1 戦争と神経症

『沖縄の精神衛生実態調査報告書』には、戦争の影響に関する記述は一切ありません。以下の通り、頒布版の報告書の方に一箇所記述があるのみです。

戦争中夫と子を失って発症した中年寡婦の神経症で戦後もひきつづき症状を持っているものが1名(那覇市高良)³⁵。

おそらく、当時の沖縄には、このような問題を抱えた人がたくさんいたと思われるのですが、5000人以上を対象にしたこの調査で、神経症は15人しか把握されていません。神経症は、中川調査団長が書かれていますが、「症状が顕著で日常生活に支障があるような場合に限定」されていたようです³⁶。つまり、先ほどもお話ししましたように、神経症のような事例性の低い精神疾患は調査の網にほとんどかかってこなかったということです。

8.2 専門調査員・立津政順の見解

最初にお話ししましたように、精神医学の領域で、沖縄調査の結果と沖縄戦との関連についてある程度まとまった見解を残しているのは、立津政順という沖縄出身の神経精神医学者ぐらいいです。立津は、熊本大学の教授として、2012年に亡くなられた原田正純らと一緒に、水俣病に関する調査研究を行ったことでも知られていますが、沖縄調査には、立津の弟子が数多く参加しています。

立津は、1980年に発表した論文で「戦争の影響として、精神障害の発生の率が高くなったのではなかろうかという可能性は極めて小さい」との見解を示しています³⁷。その根拠となったのが立津の指導のもとで行われた平安座島での精神障害者実態調査の結果でした。この平安座島調査ですが、1965年に沖縄調査のパイロット調査のような位置づけで行われています。この調査には、原田正純さんも参加されています。調査手法も診断基準も異なるので、沖縄全体の調査とは単純に比較できませんが、広義精神疾患の千対有病率が107.6という結果が出ています。およそ10人に1人が精神障害者という数値です。沖縄調査では、25.7だったので、その4倍以上ということになります。

この調査結果に基づいて、平安座島における戦争や占領による被害は小さかったのに、平安座島の有病率は激戦地となった沖縄本島の有病率より高く出ているんだから、戦争の影響ではなく別の影響が想定されると、立津は考えたわけです。

35 前掲『沖縄における精神衛生実態調査(1966年)の結果について』4頁。

36 同上「精神障害者の発見活動における公衆衛生関係者の認識と態度」148頁。

37 前掲「沖縄の精神科の戦前と戦後」275頁。

表 6:平安座島における精神障害者実態調査の結果³⁸

	広義精神疾患	統合失調症
平安座島調査(1965年)	107.6	8.8
沖縄調査(1966年)	25.7	8.2

8.3 立津説への疑問

私は、立津のこの考え方には、問題があると考えています。第一に、極めて狭い意味で平安座島住民の戦争体験とその影響を捉えているからです。

平安座島の人たちにとっての戦争は、平安座島の中だけで展開されたわけではありません。平和の礎の刻銘者名簿を参照しますが、アジア太平洋戦争において、平安座島で戦死した同島出身者は18人ですが、平安座島以外では403人を数えます。1940年時点での島の人口が約2800人ですので、7人に1人が県内外の動員先や移民先で戦死しています。

平安座島は、戦前、フィリピン、サイパン、南洋などへと多くの移民を出して、各地で沖縄戦同様の地上戦を体験した人も多かったわけですが、そういう戦争体験を経て、生き残った人びとが敗戦後、一気に平安座島に引き揚げてきたわけです。

戦争の影響を、平安座島という地理的範囲や沖縄戦という時間的範囲に限定せず、同島出身者の多様な戦争体験の集積として捉え直すと、その環境変化やストレスは決して無視できないのではないかと思います。

第二の問題として、先ほどお話ししたような産業構造や生活環境の変化が全く考慮に入られていないことです。立津は、占領の影響も平安座島は小さかったと捉えています。たしかに島には大きな基地が恒常的に存在していたわけではありませんが、米軍の沖縄統治が島の人びとの暮らしを一変させたことは考慮に入れていません。平安座島調査では、精神障害者がなぜこんなに多いのかという問題に対して、「島外で罹病したものが島に帰ってくる」ことが要因のひとつとして挙げられていますが³⁹、社会構造的な問題までは突き詰められていません。

平安座島では、1950年代に入ると、海外や沖縄本島へと急激な人口の移動が始まります。1965年の調査時点で、被調査人口の2割程度が島にいなかったようですが、その中には軍作業に従事する人も多かったようです。島外で罹病した人がどういう状況で精神疾患を発病したかは分かりませんが、米軍統治下での急激な生活環境の変化に伴うストレスも無視できないのではないかと思います。

8.4 A集落における事例性の突出

1966年の沖縄調査では、座間味島という離島にあるA集落の一部が、調査地区のひとつになっています。座間味島は、沖縄戦で島民の多くが「集団自決」で亡くなっていて、住民被害が大きかった地域です。それは、手榴弾やカマなどで、男性が女性を、年長者が年少者を殺すという凄惨な出来事でしたが、それによりA集落の三分の一の命が奪われました。座間味島といくつかの島からなる座間味

38 平安常敏「沖縄の一離島における精神神経疾患者の疫学的ならびに社会精神医学的研究」(『精神神経学雑誌』71(5)、1969年)を参照して筆者作成。

39 同上、485頁。

村全体では、678人が村内外で戦死していますが、戦前の村の総人口は1500人程度でしたので、島の半数近くが戦争で死んだという大変な被害を受けた村です。

表 7を見ていただきたいのですが、A集落内の調査地区では、他の地区と比べても、有病率が突出して高くなっています。精神障害全体では40.4、これは沖縄平均の2倍近いのですが、それ以上に際立っているのが統合失調症の有病率です。人口千人当たり26.9という有病率は、沖縄全体の3.3倍、本土の11.7倍という値です。なお、調査時に、A集落の調査地区に隣接する地区の診療も頼まれて行った結果、そこでは33人の精神障害者が発見されたとのことで、その数値から有病率を算定すると、63.5ということになります。

それともうひとつ確認しておきたいのは、A集落の精神障害者の事例性の高さです。「精神病院その他の施設に収容治療を要する者」の割合は、沖縄全体では17%ですが、A集落では33%と2倍の数値が出ています⁴⁰。

報告書には、有病率の高さについて特に説明はありません。先日、目黒先生に調査団内部でどういふ議論があったのか伺ってみました、「血族結婚が多い」ことが原因として挙げられたとのことでした。実際、報告書にも、「血族結婚が多い」と特記されていて、平安座島調査もそうでしたが、結局内因説で片づけられています。戦争の影響については可能性すら検討されなかったようです。

表 7:沖縄調査による精神障害者有病率の調査地区ごとの比較⁴¹

	精神障害全体	統合失調症
座間味村調査地区	40.4(9人)	26.9(6人)
その隣接地区	63.5(33人)	不明
糸満町糸満	40.1(14人)	11.5(4人)
沖縄全体	25.7(132人)	8.2(42人)

8.5 「集団自決」の精神的後遺症

宮城晴美さんという、座間味島出身で、ジェンダーの視点から「集団自決」の問題に取り組まれてきた方がいます。宮城さんが、「集団自決」を生き残った人びとの戦後について書かれていますので、引用させていただきます。

心に傷を抱えた人は、何も「集団自決」の直接体験者だけに限ったことではなかった。祖父によって父方の家族を亡くした戦後生まれの女性は、「殺人者」の血を引く自分を汚らわしくさえ思った。母は戦争で亡くなった親族の供養のため毎日拝所をめぐり、親子のコミュニケーションは完全に喪失した。20歳を過ぎた頃から統合失調症を患うようになった兄は、会ったこともないオジーに「頭をかきむしられる」と苦しみ、祖父一家が「集団自決」をした防空壕跡に連日のように通い続け、数年後自ら命を絶った⁴²。

40 前掲『沖縄の精神衛生実態調査報告書』82頁。

41 同上『沖縄の精神衛生実態調査報告書』「附表2」、前掲『沖縄における精神衛生実態調査(1966年)の結果について』(5-6頁)を参照して筆者作成。

42 宮城晴美「「集団自決」の傷あと」『復帰 40年沖縄国際シンポジウム 報告書』復帰40年沖縄国際シンポジウム実行委員会、2012年、111頁。

こうした沖縄戦後の現実があったということを踏まえて、先ほどの座間味島の調査結果を考え直す必要があるように思います。A集落の調査では、223人のうち、6人もの人が統合失調症と診断されていますが、現在の「トラウマ臨床」の知見では、統合失調症と診断されるケースの中に、PTSDなどのストレス反応性の精神疾患が紛れ込んでいる可能性が指摘されているようです⁴³。

8.6 沖縄調査からみえること・みえないこと

まとめに入りますが、今日の報告では、まず、沖縄調査において、沖縄戦の精神的後遺症の把握は企図されていなかったことを明確にしました。そもそも沖縄の事例性の高さを確認することを目的として設計された調査において、沖縄戦や米軍占領との関連を見出そうという発想自体がなかった。しかし、事例性というフィルターを通していたからといって、この調査結果を無意味な数値と切り捨てるのは即断です。私は、事例性というフィルターに引っかかることで数値化された有病率に社会的文脈を補うことで、沖縄戦や米軍占領の痕跡が看取できるのではないかと考え、今日は、世帯人数別の有病率の差や調査地区間の有病率の差を例に、これについて論じてみました。

宮地尚子先生の著書『トラウマ』によれば、PTSDを「回復の障害」と捉える見方もあるようですが⁴⁴、占領下の沖縄はこれでもかとはばかりに人びとの精神的な回復を妨げる要因に満ちていました。食べていくのがやっとの孤立無援の状況の中で、適切な医療や福祉の援助もなく事例化していった人びとも多かったと思います。一方で、この調査では、事例性が低い神経症やPTSDなどは把握されなかったことも事実です。「回復の障害」を抱えた人の多くが、事例性というフィルターでは引っかからない状態で、精神的困難を抱えていたことが推測されるわけです。こうした沖縄調査では見落とされた精神的後遺症の様態を浮かび上がらせることも重要で、今後の研究課題として挙げておきたいと思います。

以上、私は、だいたい沖縄戦から1970年代ぐらいの精神保健状況について、沖縄の精神衛生実態調査をテキストとして読み解いてきたこととなりますが、1980年代以降、そして現状につきましては、実際に臨床の現場に立ってこられた當山先生と蟻塚先生のご報告に引き継ぎをお願いいたします。

43 宮地尚子『トラウマ』岩波書店、2013年、95-96頁。

44 同上、22頁。

IV. 報告②(當山富士子):終戦から67年目にみる沖縄戦体験者の精神保健

こんにちは。この春まで沖縄県立看護大学の教員をしておりました當山富士子と申します。今日は、「沖縄戦による心の傷あと」に関して、大きく3つに分けてお話しさせていただきます。

今日の発表の構成ですが、まず、沖縄戦とはどのような戦争であったのか簡単にご説明します。次に、1990年に沖縄本島南部で40例を対象にして実施した調査についてお話しします。最後に、2012年から13年にかけて75歳以上の沖縄戦体験者を対象に実施した調査についてご報告したいと思います。

1 沖縄戦とは

本題に入る前に、簡単に沖縄戦についてお話しします。

沖縄戦は、太平洋戦争の末期に、南西諸島、特に沖縄本島およびその周辺の島々で一般住民を巻き込み展開された地上戦です。沖縄戦研究者の大城将保さんは、沖縄戦の特徴として、①長く激しい国内における地上戦であったこと、②現地自給の総動員作戦であったこと、③軍と一般住民が混在となった戦場であったこと、④正規軍人を上回る住民犠牲があったこと、⑤米軍占領の長期化の五つを挙げています。

スライド 1の写真は、現地自給の総動員作戦を端的に示す例ですが、足腰の立つ者は子どもから老人まで根こそぎ動員されたことが分かります。沖縄県の援護課によりますと、沖縄戦の戦没者総数は推定20,656人、そのうち沖縄出身者は12万人以上で、県民の4人に一人が戦没していることとなります。一般住民の戦没者は9万4000人に上り、県民に大きな被害をもたらしました。



スライド 1

2 本島南部A村における沖縄戦の傷あと

私は、元保健所保健師として、沖縄本島南部のA村に駐在していたことがあります。次に、A村で行った調査についてお話ししますが、調査対象者は、当時私が家庭訪問や相談などで支援し、記録が残っていた精神障害者40例のうち、沖縄戦の影響が把握できた34例とその家族です。検討に使用した資料は、保健師の記録と1990年に訪問したときの面接調査データです。調査時の村の人口は約

七千人で、沖縄戦による推定戦没者は約40%であり県平均の25%をはるかに超えていました。

スライド 2は、34例にみられた沖縄戦の影響(重複)の内訳ですが、(1)負傷、身内の死亡等の直接の影響が30例、(2)精神疾患の発病や症状等への直接的・間接的影響が10例、(3)PTSD疑や不快な感情などが19例、(4)家庭問題等への直接的・間接的影響が21例、(5)不明が3例となっています。

これらの影響の中で、PTSD疑や不快な感情、および家庭問題等について事例をご紹介します。なお、ここでいうところの「不快な感情とは、悲しみ、憎しみ、淋しさを意味します。

スライド 3を見てください。⑪のPTSDが疑われたS子の母親は、戦時中子ども2人と舅・姑それに弟妹を連れて本島南部をさまよい、ガマ(自然洞窟)へと避難しました。雨期のため、ガマの中は川のように水が流れ、そこに死んだ人たちが流されていくのを目撃しています。面接をしながら「戦争は怖いよう、怖いよう……」といい、震えてきたため、面接途中でインタビューを中止しました。雷や花火の音も怖いとのことでした。戦時中、兵役で南方へ行っていた父親も同席していたため、二人に「これまでの人生で最も大変だったのは何ですか?」と質問しました。父親は、「子育てです」と答え、母親は「戦争よ!」と語句を強くして答えていました。

⑫の60代の女性は、頭部外傷で終戦後間もないころからてんかん発作に悩まされてきた方です。「兵隊が追いかけて来るようだ」「日本兵との関係を噂されてしまうのでは?」「あそこには死んだ人がゴロゴロしていて、その上を跨いで逃げ回った」など、不安や怯えが強いため一人では受診にも行けず、家族がいつも付き添っているとのことでした。

⑬の男性は、戦後の新所帯で不快な感情を抱いていました。戦争で両親および同胞2人をマラリアと栄養失調で失っていました。若いころは働くのに精一杯であったといいます。年をとり息子が病気になって、その上、長兄も離婚したりと悩みも多く、話ができる同胞もみな戦争で亡くなってしまいました。「戦争で何もかも失ってしまった……」と、車で1時間もかかる街まで出かけ、一人でブラブラ過ごしたりするとのことでした。

スライド 4の通り、家庭問題等への影響では、非嫡出子の出産、離婚、長兄の死による継承問題と家庭崩壊、遺族年金に絡む家族のイザコザなどが見られました。

以上、簡単に紹介しましたが、スライド 5に調査結果をまとめました。第一に、対象34例中、疎開や戦後の新所帯の3例を除く30例(88.2%)に身内の死亡がみられました。第二に、精神疾患の発病や症状・PTSD疑・家庭問題が、戦後においてもさまざまに影響し合っていたことが分かりました。第三に、広島・長崎が核災害の実験場と位置付けられるならば、ゼロからのスタートを余儀なくされた沖縄も、一般住民を巻き込んだ地上戦の実験場として位置づけられるということです。第四に、本土の2倍とされる沖縄の高い精神障害者の有病率(全国12.9%、沖縄25.7%)の一要因として沖縄戦が影響しているのではないかということです。

沖縄戦の影響(重複)		n=34
1. 負傷、身内の死亡等の直接的影響	30例	
2. 発病や症状等への直接的間接的影響	10例	
3. PTSD様反応や不快な感情など	19例	
4. 家庭問題等への直接的・間接的影響	21例	
5. 不明	3例	

スライド 2

PTSD疑や不快な感情(19例)	
※不快な感情とは、悲しみ、憎しみ、淋しさとした	
①女(5子の母親 PTSD疑)	: 夫は戦地へ、子ども2人と弟妹を連れ皇民を彷徨、雷、花火の音が怖い。(途中で面接を中止)
②女(PTSD疑 60代)	: 頭部外傷→てんかん→不安、怯えが強く一人では受診にも行けない。
③男(PTSD疑 70代)	: 新婚早々長い軍隊生活。兵役を終え初めて目にした長男(7才)に愛情がわからない、気づすかしく、夫婦間のイザコザが絶えず離婚。
④男(不快な感情、戦後の新所帯)	: 収容所で母親と母親2人をマリアと崇拝失脚で失う。若い頃は働くのに精一杯で何も考えなかった。年をとり病気の息子のことで悩みも多いが話ができる同胞も昔戦争で亡くなってしまった。「戦争で何もかも失ってしまった…」。街の中を一人ブラブラする。

スライド 3

家庭問題等への直接・間接的影響(21例)	
戦争は、戦時中だけでなく戦後においても精神保健上好ましくない家庭問題などを惹起している。	
1) 非嫡出子の出産(4例)	
2) 離婚など(6例)	
①配属者の死亡 3	
②収容所で知り合い結婚、間もなく離婚 2	
③長い軍隊生活の後イザコザが絶えず離婚 1	
3) 長兄の死による継承問題と家族崩壊(10例)	
4) その他、遺族年金に絡む問題(1例)	

スライド 4

まとめ	
1. 身内の死亡	: 対象34例中、疎開や戦後の新所帯の3例を除く30例(88.2%)に身内の死亡があった。
2. 発病や症状・PTSD疑・家庭問題	: 戦時中は勿論、戦後においても身内の死亡や家族問題が様々な影響し、精神疾患の発病や症状の引き金となっている。
3. 沖縄戦とは一体何だったんだろうか?	: 広島・長崎が被爆後の実験場と位置づけられるならば、ゼロからのスタートを余儀なくされた沖縄も一般住民を捲込んだ地上戦の実験場として位置づけられるであろう。
4. 沖縄の精神障害者が全国の2倍(全国12.9%、沖縄26.7%)という高い有病率の一要因として沖縄戦が影響しているのではないかと考える。	

スライド 5

3 終戦から67年目にみる沖縄戦体験者の精神保健

3.1 調査の概要

私は、2012年4月から2013年2月にかけて「終戦から67年目にみる沖縄戦体験者の精神保健」と題する調査を実施しました。共同研究者は、研究室のスタッフや大学院生および精神科の医師の7名です。調査に参加した調査員は、共同研究者を含めると30人になります。元保健師や看護師、心理士、教員、医師、大学院生、看護学生などが参加しました。

テーマが重いだけに、多くの住民犠牲があった沖縄本島南部では、依頼の段階で断られることもありました。会場では、10人近くの方に、「忘れた」といわれて、あるいは、黙ったまま手を横に振られて、調査への協力を断られました。このような戦争の聞き取りに初めて参加した調査員やデータ入力を担当したメンバーの中には、寝つきが悪くなったり、気分が悪くなり、入力の手を休めたりする人もいました。

最初は話をするのを躊躇していた高齢者の方々も話し始めると、目を潤ませながらも苦しい体験を話してくださいました。面接が終わったときには、「話を聞いてくれてありがとうね」「このような話をしたのは初めて」「いっぱい話したので胸が軽くなった」「頑張っってね」などと感謝や励ましの言葉を貰いま

した。私たちが面接で気をつけたことは、高齢者の話をしっかり聞いた後で、こちらの調査を実施するようにしたことです。

スライド 6の通り、この調査の目的は、沖縄戦体験者の精神保健、特にトラウマとの関連について把握することです。対象は、戦闘があった沖縄本島6市町村と2離島村の介護予防事業のひとつであるミニデイケアに参加していた75歳以上の沖縄戦体験者です。なお、先島の宮古・八重山は、地上戦がなかった地域であり、時間的・予算的理由もあって、今回の対象から除外しました。

スライド 7に挙げましたが、調査で使用したスケールについてご説明します。第一に、精神的健康状態を把握するWHO-5という質問票を用いました。得点範囲は0点～25点で得点が高いほど精神的健康が良好で、13点未満は精神的健康状態が低いことを示します。第二にIES-Rで、これはトラウマの程度を測定する質問票ということになります。最高得点は88点となり、得点が高くなるほどトラウマの程度が重いことを示し、PTSDをスクリーニングする場合は24点／25点のカットオフポイントが推奨されます。第三に、自記式アンケートですが、これを用いて沖縄戦の体験について聞き取りを行いました。

スライド 8は、調査地域を赤丸で示したものです。白抜きの丸は基地がない地域で、赤で塗りつぶした地域は基地があるところ。対象地域は、沖縄本島の北部、中部、南部、そして、本島周辺の離島にまたがっています。

スライド 9の写真は、米軍が初めて上陸した座間味村の写真です。沖縄戦のとき、この島では、「集団死」が起こりました。青い海に囲まれた島は、夏になると観光客で賑わいます。

スライド 10の左の写真は、伊江島のタッチュウ(城山)ですが、この山を中心に日米両軍の激しい戦闘が行われました。島が米軍に占領された後、住民は沖縄本島や慶良間に集団移住させられました。右下は、公益質屋跡で弾丸の跡が多く見られます。

スライド 11は、本島北部地域で調査を実施したときの様子ですが、こんなふうのにのんびりとした雰囲気で行われました。5、6人集まった高齢者と甲子園の野球観戦をした後、面接を行いました。

スライド 12の上の写真は、普天間飛行場ですが、下は、対象者への調査の依頼と説明をしている様子を写した写真です。

スライド 13の左の写真は、本島南部の糸満市の荒崎海岸の写真です。沖縄戦末期、本島南端に追いつめられた住民は、このような場所で逃げ隠れました。右の写真は旧具志頭村(現八重瀬町)にあるギーザバンタです。荒崎海岸、ギーザバンタの海岸線は陸と海から猛攻撃を受け、阿鼻叫喚の惨状を呈した場所です。

調査目的
 終戦から67年目における沖縄戦体験者の精神保健、特にトラウマとの関連について把握する。

方法
 対象：沖縄本島6市町村および2離島村（B村・C村）の介護予防事業（ミニデイサービス）に参加していた75歳以上の沖縄戦体験者

データの収集期間：平成24年4月～平成25年2月

分析方法：SPSSを使用

倫理的配慮：研究の目的、内容、方法、自由参加、プライバシーの保護、データの管理等について文書および口頭にて説明し同意を得た。沖縄県立看護大学倫理審査委員会にて承認を得て実施した。

スライド 6

調査内容

(1)WHO-5：精神的健康状態を把握する質問票
 得点範囲は、0～25点で得点が高い程精神的健康が良好で、13点未満は精神的健康状態が低いことを示す。

(2)IES-R：PTSD（心的外傷後ストレス障害）の関連症状を評価する質問表
 得点は最大88点で、得点が高いほど症状が強いことを示す。PTSDの高得点者をスクリーニングする目的では、24/25点のカットオフポイントが推奨される。

(3)自記式アンケート
 人生で最もつらかった出来事、身内の死亡・病気、沖縄戦を思い出す頻度、沖縄戦を思い出すきっかけ等

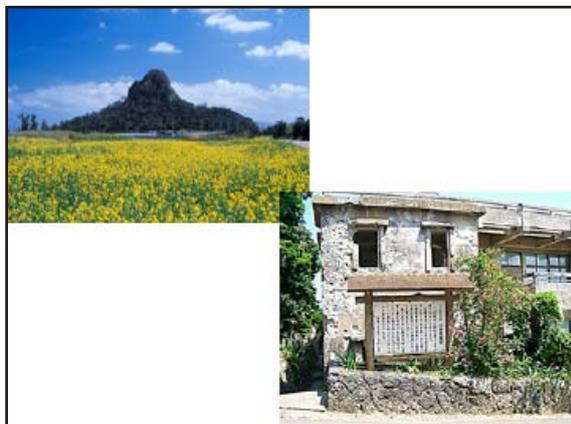
スライド 7



スライド 8



スライド 9



スライド 10



スライド 11



スライド 12



スライド 13

3.2 調査の結果

スライド 14は、対象者の基本属性です。401人のうち女性が348人で86%を占め、平均年齢は82.3歳。ちなみに、当時14歳以上の者は約4割でした。

スライド 15の「これまでの人生で最も辛かった出来事は何ですか?」(複数回答)という質問に対しては、5割弱が「戦争」を挙げられて、次いで「家族の死」や「病気や生活苦」といった回答が多く見られました。

スライド 16は、「召集・動員、避難場所」に関する質問ですが、26%の人が「召集・動員」されています。主な避難場所は自然壕(ガマ)が半数で、次いで「山の中(46.1%)」、「人工の壕(23.9%)」となっています。これを南部・中部・北部・離島の4つの地区別にみますと、南部および中部では自然壕、北部では山の中、離島では人工の壕が目立っています。

スライド 17の「危険な目にあうのを目撃したか否か」という質問ですが、4割の人が目撃したことが分かりました。地域別では、南部が6割強で最も多く、次いで離島は5割、最も少ないのが北部の3割弱です。

「身内の死亡の有無」では、7割が身内を亡くしていて、その原因は「弾丸」3割強、次いで「栄養失調」によるのが2割、「不明」が2割となっています。「不明」は亡くなった身内がどこで、どのようにして亡くなったのか分からないということです。また、8割の方が「土地や家屋および家畜など財産の被害あり」と答えられました。

スライド 18の「戦争の記憶と戦争を思い出す頻度」に関する質問では、「非常に覚えている」が各地区とも7割以上に上ります。「思い出す頻度」については、「常に思い出す」と答えた人が、全対象および中部や離島で25%前後でしたが、南部では31.5%と高く、逆に北部では16%と低くなっていました。

スライド 19の「戦争を思い出すきっかけ」に関する質問では、「テレビや新聞」などのマスコミが8割、「慰霊の日や法事」が7割、「基地や軍用機」が5割、「雷や花火」が2割となっています。「思い出した時の気持ち」については、「大変つらい」と「辛い」が、全体および各地域ともに6割前後となっていますが、「大変つらい」が離島で45%、北部では逆に27%と低くなっています。

次にスライド 20に移りますが、「戦争を思い出すきっかけ」で最も多かったマスコミについて、もう少し見ていきたいと思えます。

今年はおスプレイの影響があるかと思われましたので、2011年度8月の新聞記事を「基地」をキーワードに検索してみました。沖縄のA新聞では226件で、その内容は、辺野古問題、普天間問題、F15燃料流出、枯葉剤、石綿疾患、米兵の脱走、おスプレイ、沖国大へり墜落7周年写真展など、生活に密着した内容となっていました。同様に、全国紙では33件で、そのうち26件は海外のニュースで、沖縄に関する記事が3件ありました。県外の地方紙(広島)では、1年間でわずか3件だけで、基地移転、騒音、基地見学拒否などの内容でした。

おスプレイ関連では、2012年6月末に県民大会の報道がなされ、7月以降の調査から、高齢者の口から「おスプレイ」という言葉が聞こえてきました。

このようにみますと、基地があるゆえの日常的に派生する事件や事故が、戦争を思い出させるのに大きく影響しているのが分かります。

対象者の基本属性(地区別)					
	n=401 (%)				
	全対象	南部	中部	北部	離島
対象者数	401(100)	108(100)	154(100)	95(100)	44(100)
女	348(86.8)	99(91.7)	131(67.5)	88(92.6)	30(68.2)
男	53(13.2)	9(8.3)	23(14.9)	7(7.4)	14(31.8)
平均年齢(±SD)	82.3(±5.1)	80.5±4.5	83.1±5.4	83.0±4.8	82.8±5.1
当時14歳以上	238(59.4)	50(46.3)	98(63.6)	62(65.3)	28(63.6)
14歳未満	163(40.6)	58(53.7)	56(36.4)	33(34.7)	16(36.4)

※年齢は、75歳～96歳で平均82.3歳(±5.1)。当時の年齢14歳以上・14歳未満は、調査時の1歳以上あるいは未満の者である。

スライド 14

招集・動員、避難場所(地区別)						
	(%)					
	全対象	南部	中部	北部	離島	
対象者数	401(100)	108(100)	154(100)	95(100)	44(100)	
招集・動員など	105(26.2)	32(29.6)	35(22.7)	23(24.2)	15(34.1)	
主な避難場所(複数回答)	自然壕(ガマ)	206(51.4)	69(63.9)	75(48.7)	43(45.3)	19(43.2)
	山の中	185(46.1)	32(29.6)	67(43.5)	72(75.8)	14(31.8)
	人工の壕	96(23.9)	30(27.8)	30(19.5)	11(11.6)	25(56.8)
	藪	38(9.5)	15(13.9)	16(10.4)	2(2.1)	5(11.4)
	地上の建物	26(6.5)	8(7.4)	12(7.8)	3(3.2)	3(6.8)
	その他	33(8.2)	16(14.8)	7(4.5)	6(6.3)	4(9.1)

スライド 16

戦争の記憶と戦争を思い出す頻度(地区別)						
	(%)					
	全対象	南部	中部	北部	離島	
対象者数	401(100)	108(100)	154(100)	95(100)	44(100)	
戦争の記憶	非常に覚えている	295(73.6)	82(75.9)	108(70.1)	70(73.7)	35(79.5)
	多少覚えている	74(18.5)	23(21.3)	28(18.2)	18(18.9)	5(11.4)
	あまり覚えていない	22(5.5)	3(2.8)	9(5.8)	6(6.3)	4(9.1)
	全く覚えていない	2(0.5)	0(0.0)	2(1.3)	0(0.0)	0(0.0)
	その他	1(0.2)	0(0.0)	1(0.6)	0(0.0)	0(0.0)
思い出す頻度	頻繁に	7(1.7)	0(0.0)	6(3.9)	1(1.1)	0(0.0)
	常に思い出す	103(25.7)	34(31.5)	41(26.6)	16(16.8)	12(27.3)
	時々思い出す	209(52.1)	54(50.0)	72(46.8)	63(66.3)	20(45.5)
	思い出すことが稀ではない	36(9.0)	10(9.3)	12(7.8)	7(7.4)	7(15.9)
	思い出すことが稀	45(11.2)	8(7.4)	24(15.6)	9(9.5)	4(9.1)
回答なし	8(2.0)	2(1.9)	5(3.2)	0(0.0)	1(2.3)	

スライド 18

マスコミによるきっかけが、8割

H23年8月・沖縄のA新聞における「基地」に関する記事: 226件
 ①辺野古問題 ②格別差別 ③石神兵隊 ④菅天間問題
 ⑤F15燃料流出 ⑥F15沖縄訓練開始 ⑦脱走米兵
 ⑧オスプレイ ⑨沖縄大へ15年迎え写真展

H23年8月・全国紙における「基地」に関する記事: 33件
 うち26件は海外ニュース(①世界遺産に弾痕 ②無人貨物船の打ち上げ失敗 ③金日成指示で工作活動など)、沖縄関係3件

H23年(1年間): 広島の日新聞における「基地」に関する記事: 3件
 (①基地移転 ②騒音 ③基地見学拒否)

H24年6月末・オスプレイに関する県民大会の報道
 H24年7月以降: 対象者から「オスプレイ」に関する不夜の声

→ 基地関連から派生する事件・事故など
 慰霊の日や法事・基地や軍関係の存在が大きく影響

スライド 20

これまでの人生で最もつらかった出来事(複数回答)	
n=401 (%)	
戦争	189 (47.1)
家族の死	82 (20.4)
病氣や生活苦	97 (24.2)
思い出したくない	6 (1.5)
何もない	31 (7.7)

戦争、家族の死、病氣や生活苦の合計: 91.7%

スライド 15

危険な目にあうのを目撃・身内の死と原因・財産被害(地区別)						
	(%)					
	全対象	南部	中部	北部	離島	
対象者数	401(100)	108(100)	154(100)	95(100)	44(100)	
危険な目にあうのを目撃	174(43.4)	67(62.0)	59(38.3)	26(27.4)	23(52.3)	
身内の死亡あり	弾丸	277(69.1)	82(75.9)	104(67.5)	62(65.3)	30(68.2)
	内戦(複数回答)	95(23.7)	34(31.5)	30(19.5)	23(24.2)	8(18.2)
	空襲	63(15.7)	21(19.4)	28(18.2)	8(8.4)	6(13.6)
	マラリア等	36(9.0)	7(6.5)	17(11.0)	10(10.5)	2(4.5)
	自衛	19(4.7)	8(7.4)	7(4.5)	2(2.1)	2(4.5)
	不詳	64(15.9)	12(11.1)	22(14.3)	19(20.0)	12(27.3)
財産の被害あり	315(78.6)	97(89.8)	117(76.0)	60(63.2)	42(95.5)	

※ 財産の被害: 土地・家屋・家畜等である。

スライド 17

戦争を思い出すきっかけ・思い出した時の気持ち(地区別)						
	(%)					
	全対象	南部	中部	北部	離島	
対象者数	401(100)	108(100)	154(100)	95(100)	44(100)	
思い出すきっかけ	テレビ、新聞	317(79.1)	85(78.7)	113(73.4)	84(88.4)	35(79.5)
	慰霊の日や法事	292(72.8)	91(84.3)	106(68.8)	67(70.5)	28(63.6)
	墓地や軍関係	206(51.4)	62(57.4)	74(48.1)	54(56.8)	16(36.4)
	雷や花火	81(20.2)	20(18.5)	29(18.8)	22(23.2)	10(22.7)
思い出した時の気持ち	大変つらい	138(34.4)	35(32.4)	57(37.0)	26(27.4)	20(45.5)
	つらい	101(25.2)	25(23.1)	40(26.0)	25(26.3)	11(25.0)
	多少つらい	57(14.2)	16(14.8)	23(14.9)	12(12.6)	6(13.6)
	辛い気持ちと懐かしい	25(6.2)	4(3.7)	11(7.1)	5(5.3)	5(11.4)
	その他	68(17.0)	24(22.2)	17(11.0)	26(27.4)	1(2.3)
	回答なし	12(3.0)	4(3.7)	6(3.9)	1(1.1)	1(2.3)

スライド 19

WHO-5得点(地区別)					
	(%)				
	全対象	南部	中部	北部	離島
対象者数	401(100)	108(100)	154(100)	95(100)	44(100)
平均得点(±SD)	21.5±4.2	21.1±4.4	21.8±4.4	22.3±3.2	19.9±4.9
最高得点	25	25	25	25	24
最低得点	0	5	0	1	1
13点未満	19(4.7)	6	6	3	4
0点ありは1点がある	24(6.0)	5	7	3	9

スライド 21

スライド 21は、精神的健康度をみるWHO-5の結果です。全対象の平均得点は 21.5 ± 4.2 で精神的健康度は良好です。

一般的に、WHO-5の得点は、加齢とともに低くなるといわれています。スライド 22の通り、先行研究によりますと、伊藤等の大都市在住高齢者(対象1,954人、65歳以上)では15.6、櫻井等の平均年齢70.4歳で運動充足感が高い対象では19.6となっています。

それでは、なぜ、今回の調査対象者は、平均年齢が高いにも関わらず精神的健康が良好なのでしょう。第一に、沖縄戦を生き抜いてきた高齢者は、「生残率」が高い(石原)こと、第二に、島嶼県で厳しい自然環境、歴史的背景などからレジリエンス(心の回復力、強さ)があること、第三に、「ゼロ」からのスタートを余儀なくされた住民は、「ゆい」「相互扶助」「共同体とのつながりが強い」ことが要因ではないかと考えられます。それゆえ、凄惨な戦争・戦後の逆境にもめげず環境に適応してきたのではと考えられます。

次に、スライド 23を見てください。トラウマの程度をみるIES-Rの結果ですが、全体の平均得点は22.4、PTSDのハイリスク者とされる25点以上の者は141人で対象の4割を占めていました。さらに、得点30点以上が104人(29.0%)、得点35以上が95人(26.5%)となっていました。

スライド 24ですが、先行研究をみますと、阪神・淡路大震災の5年後追跡調査でのハイリスク者は22.0%、2010年度に実施された広島市原子爆弾被爆者実態調査でのハイリスク者は37.2%となっており、沖縄戦体験者のハイリスク者は、いずれの報告よりも多くなっています。WHO-5でみる精神的健康は良好であるにも関わらず、沖縄戦体験者の心の底には戦争のトラウマが居座っているのです。

このように、沖縄戦体験高齢者の4割がPTSDハイリスク者であったことから、沖縄戦体験高齢者の心身のケアや治療を行う際は、沖縄戦によるトラウマやPTSDを意識して関わる必要だと考えます。

なお、IES-R得点と関連が高い項目は、①沖縄戦を思い出す頻度、②思い出した時の気持ち、③思い出すきっかけ(雷や花火、基地や軍用機)、④身内の死亡、⑤危険な目に遭うのを目撃したか否か、⑥当時の年齢などでした。

3.3 まとめ

最後になりますが、スライド 25に、本調査の結果をまとめましたので、ご覧ください。

- ①沖縄本島6市町村及び2離島村の介護予防事業(ミニデイサービス)に参加した沖縄戦体験者のWHO-5による精神的健康は良好でした。
- ②PTSDハイリスク者が約4割という高い値が出ました。その理由として、凄惨な沖縄戦体験に加え、基地などから派生する事件や事故などがマスコミにより報道されることが大きく影響しているものと推察されます。
- ③PTSDハイリスク者が4割あったにも関わらず、精神的健康は良好でした。その理由として、沖縄戦体験した高齢者は精神的な強さ(力)があり、「ゆい」という相互扶助の精神や地域の共同体との繋がりがあからだと考えます。
- ④沖縄戦体験者のケアや治療において、沖縄戦によるトラウマやPTSDを意識して関わる必要だと考えます。

なお、この研究は、沖縄県対米請求権事業協会の研究助成により実施しましたことを、一言申し添えさせていただきます。私の報告は、以上となります。

今回の対象は、年齢が高いくとも関わらずWHO-5は21.1で精神的健康度は良好である。

1) 井浜等: 65才以上の大都市在住高齢者(対象1,954人): WHO-5の平均は15.6
 2) 樺井等: 平均年齢70.4才、運動充足感が高い対象のWHO-5の平均は19.6

なぜ、良好か?

1. 沖縄戦を生き抜いてきた高齢者は、「生残率」が高い
2. 島嶼県で厳しい環境、歴史的背景等から高いレジリエンス(心の回復力、強さ)がある
3. 「ゼロ」からのスタートを余蘊なくされた住民: 「ゆい」相互扶助、共同体との繋がりが

➡ 凄惨な戦争・戦後の環境にもめげない、環境への適応

スライド 22

IES-R得点 (地区別)					n=359(%)
	全対象	南部	中部	北部	豊后
対象者数	359(100)	102(100)	131(100)	87(100)	39(100)
最高得点	78	57	78	73	62
平均得点±SD	22.4±15.4	20.8±11.9	25.7±17.3	18.9±14.7	21.9±16.4
総得点25以上	141(39.3)	44(43.1)	62(47.3)	21(24.1)	14(35.9)
総得点30以上	104(29.0)	29(28.4)	51(38.9)	14(16.1)	10(25.6)
総得点35以上	95(26.5)	22(21.6)	50(38.2)	13(14.9)	10(25.6)

※全対象401人中、IES-Rの22項目に欠損がない359人を分析対象とした。

スライド 23

1) IES-R 25点以上の本対象のPTSDハイリスク者: 141(39.3%)

- ・阪神・淡路大震災5年後の追跡調査: 22.0%
- ・広島市原子爆弾被害者実態調査(H22): 37.2%

2) IES-Rが高得点と関連する項目

- ① 沖縄戦を思い出す頻度・身内の死亡あり
- ② 危険な目に遭ったのを目撃したかどうか
- ③ 当時の年齢
- ④ 身内の死亡の有無
- ⑤ 思い出した時の気持
- ⑥ 思い出すきっかけ: 雷や花火
- ⑦ " " " " : 基地や軍用機

沖縄戦体験高齢者の約4割がPTSDハイリスク者

↓

沖縄戦体験高齢者に対する心身のケアや治療を行う際は、沖縄戦によるトラウマやPTSDを意識し、問わることが必要

スライド 24

まとめ

1. 沖縄本島の市町村及び2離島村の介護予防事業(ミニデイサービス)に参加した沖縄戦体験者のWHO-5による精神的健康度は良好であった。
2. PTSDハイリスク者が約4割あった。その理由として、凄惨な沖縄戦体験に加え、基地などから派生する事件や事故などの問題がマスコミにより報道されることが大きく影響しているものと推察される。
3. PTSDハイリスク者が4割あったにも関わらず、精神的健康度は良好であった。その理由として、沖縄戦体験した高齢者は精神的な強さ(力)があり、「ゆい」という相互扶助の精神や地域の共同体との繋がりがあからだと考えられる。
4. 沖縄戦体験者のケアや治療において、沖縄戦によるトラウマやPTSDを意識し問わることが必要だと考える。

＜この研究は、沖縄県対米請求権事業協会の研究助成により実施した。＞

スライド 25

V. 報告③(蟻塚亮二):沖縄戦トラウマによるストレス症候群

1 はじめに

こんにちは。蟻塚です。私は、この春まで沖縄協同病院というところで医者をやっていたのですが、そこでたまたま奇妙な現象を見たことから、沖縄戦のトラウマの問題に取り組むことになりました。

それは、當山先生のご研究や1966年の精神衛生実態調査とはまったく独立したところで、主として医学的な問題とか、災害精神医学的な問題とか、そういう観点から入っていった経緯があります。その辺を含めて、北村先生が最初にいわれたような、沖縄の地域崩壊、地域混乱状況とトラウマの問題が関連したんじゃないかといわれれば、そうとも思うし、反面、トラウマを見ようとしなければ見えないような気もしています。

福島の診療所に4月から移ったんですけれども、以前に全国から支援に来て診ていた医者たちのカルテを読むと、これは明らかにトラウマだって思うんだけど、全然、トラウマだって気がついていない。うつ病だって診断して、抗うつ剤を一生懸命与えている。でも、それじゃ、治るわけがない。トラウマという観点から、震災の前と後で変わってしまったことについて聞かなければ、見えないような気がします。今日は、沖縄戦のトラウマの話をしてから、いま福島で起こっていることについてもお話しようと思います。

2 いまなぜ沖縄戦のトラウマなのか?

まず、指摘しておきたいのは、戦後、国は、全都道府県で行った戦争被害調査を沖縄県だけ行っていないということ(2011年10月20日沖縄県議会)。沖縄では、住民の精神的被害について、調査もケアも公式にはまったく行われていないんですね。傷口が開いたままになっている。

そもそも、本土では、沖縄戦についてちゃんと理解されていませんで、その辺りの話から始めたいと思います。ここは、もっと研究すべきところだと思うんですが、家屋の90パーセントが焼失して、住民の75パーセントが5ヶ月間、水、食、住居、飲料水もなく、さまよった。そのような中で、日本兵に殺される人も多かったんですね(川平成雄『沖縄 空白の一年』吉川弘文館、2011年)。

沖縄戦で起こったことと本土空襲との違いについて、もっと認識されるべきだと思います。何よりも地上戦の戦場になったことの悲劇です。生活の場が戦場となって、「生きて虜囚の辱めを受けず」(戦陣訓)という軍隊のおきてが非戦闘員である住民にも強要された。その結果、日本兵による住民虐殺が多発しました。スパイ容疑、食料強奪、壕からの追い出し、乳幼児虐殺など、住民がこうむった被害は米軍による「鉄の暴風」だけではありませんでした。日本軍による虐殺って、これ、本土ではなかったわけですね。

「根こそぎ動員」という言葉もありますが、15歳以下の少年や60歳以上の老人まで動員されたんですね。戦闘協力者として師範学校や中学校の生徒にも鉄血勤皇隊として銃を持たせ、また、女子師範学校や高等女学校の生徒もひめゆり部隊などの通称で従軍看護婦として戦場に引っ張られた。

その結果、県民のおよそ4人に1人が亡くなるほどの大きな人的被害がもたらされました。市町村によっては、半分ぐらいの住民が亡くなっているところもあります。大変な被害ですけど、しかも、それは、

後でお話しするように、普通の死別体験ではなくて、暴力的な死別体験だった。大量の精神疾患、複雑性悲嘆、うつ病、自殺、身体疾患などを生んだであろうことが予測されるわけです。

灰谷健次郎の小説に、『太陽の子』という沖縄戦のトラウマについて扱った作品があります。1970年代の神戸が舞台で、ふーちゃんっていう女の子が主人公なんですけど、ふーちゃんのお父さんが、ときどきフラッシュバックの症状を呈して、叫ぶんですね。お父さんは、14、5歳のときに沖縄戦を体験して、沖縄にいるのが辛いもんだから、神戸に逃げてきた。そういう登場人物が、灰谷健次郎の本の中に出てきます。神戸や大阪には、沖縄出身者が多いので、もしかしたら、精神病だっていわれて入院していた人の中にはそういう人がいたかもしれません。

3 精神科医が見た沖縄戦の特徴

最初に沖縄戦の特徴について簡単にお話ししましたが、以上のことを踏まえて、精神科医の立場から、こういうことがいえるかなと思います。

ひとつは、暴力的な死別が非常に多かったことです。暴力的死別というのは、普通の病死ではなくて、家族を目の前で殺されたとか、目の前で爆弾にあたって吹っ飛んで死んだとか、こういう場合に、複雑性悲嘆って呼ばれる反応、通常のグリーフ・アクションではなくて、もっと複雑な悲嘆反応が後で起こるんですね。

二つ目に、生活の場を失うことによる「根こそぎうつ病」的な状況。これは、ドイツで、ユダヤ人が、まさにカバンひとつでアウシュビッツに連れていかれたわけですけど、その結果、「根こそぎうつ病」と呼ばれるような状態になった。これと同じようなことが、沖縄戦でもあったんだろうと思います。根こそぎすべてを喪失するっていうことが、一人人間にとって、どういうことをもたらすのかっていうことですね。

三つ目は、戦後になって、統合失調症などのいろんな精神疾患が増加したのではないかということです。

四つ目は、命を奪われるだけではなくて、生き残った人びとにおいて、人格の破壊といえるような問題があったらろうということです。

五つ目には、養育の貧困などを通じて、世代間にトラウマが伝達されていったことが考えられます。これは、現在進行中の問題かもしれません。

六つ目には、これまで戦争による精神的被害がほとんどケアされてこなくて、今なお傷口が放置されていることです。

七つ目は、米軍基地とか毎日の爆音が、傷口に塩をすり込むようにして、心の傷が癒えない状況があるといったことです。

4 災害後の精神症状

ここで、世界精神医学界(WPA)が、災害の後の精神症状として挙げているものを確認しておきます。災害精神医学の文脈では、一般的にこんなことが起こるとされています。

ひとつは、心的外傷後ストレス障害(PTSD)。他に、急性ストレス障害、うつ病、薬物乱用、不安障害、適応障害、身体化障害などが挙げられます。そして、外傷・感染・被曝・脱水等による脳損傷、これは、てんかんとかですね。それから、過労や病気を起こす精神的な不調。つまり、免疫力が低下して、

風邪をひいて治らないとか、血圧が上がるとか、胃潰瘍になるとか、そういうことですね。

あと、心理行動面の反応としては、悲嘆反応、引きこもり、攻撃、防衛、家族の不和、家庭内暴力、就労能力の低下や喪失、不潔、大量飲酒、過喫などが挙げられます。

過喫については気になることがあります。いま、仙台、福島に行くと、タバコを吸う人が本当に多いですね。路上でタバコを吸う人をよく見る。沖縄では、こんなにタバコを吸う人はいなかった。

沖縄でも、同じような反応が見られたと思いますけど、戦争と災害は違うので、そこはよく比べなくちゃいけない。それから、阪神・淡路大震災の場合では、どんなことがあったのかっていうと、兵庫県こちらのケアセンターによれば、急性ストレス障害、反応性の精神病、うつ病、アルコール依存症、PTSDなどが挙げられます。

他に、遷延性の悲嘆反応。これは、いつまでたっても悲しみがとれない状態のことです。例えば、亡くなった友だちの名前をアドレス帳から消せない。携帯のアドレス帳から一年たっても、二年たっても消せないって人が、福島にもいます。

他に、身体表現性障害、または、身体性障害の問題も深刻です。今年のお笑い米軍基地では、膝が痛いってようなことをいうオーバーをみんなで励まして身体化障害を克服する話がありましたが、こういうことは、阪神大震災でもありました。

ここに、PTSDの症状をいくつか挙げておきます。まず、恐怖を伴うトラウマ体験があって、それを想起したり、何度も悪夢を見たりしてフラッシュバックする。それから、自己保身のために忘れようとして、語り口を常套的にしたりする人もいる。あえて筋道が決まった語りにしたりして、用心深く逸脱した語りにならないようにするわけですね。そして、感情の鈍磨ですが、これは、感情反応をあえて狭くすることです。過覚醒というのは、不眠、驚愕、怒りなどがありますが、これは、ふつう夜になると、我々は、「寝よう、寝よう」ってリズムが下がってくるんですけど、「起きろ、起きろ」って覚醒しようとする刺激が入ってくるわけです。それで、眠れなくなる。そういうようなことがPTSDの症状として見られます。

5 沖縄戦による精神被害の概観

沖縄戦による精神被害として、以下のような項目が挙げられます。

- ①晩発性PTSD
- ②命日反応型うつ状態
- ③においの記憶のフラッシュバック
- ④パニック発作
- ⑤身体表現性障害、または、慢性疼痛
- ⑥戦争記憶の世代間伝達
- ⑦破局体験後の持続的人格変化、または／および、精神病エピソード
- ⑧認知症に現れる戦争記憶
- ⑨非精神病性幻聴、色覚異常、幻視、幽霊(再体験記憶)
- ⑩その他、うつ病、統合失調症、てんかん、ドメスティックバイオレンス、アルコール依存、自殺、幼児虐待、離婚

これらについて一通り説明しますが、まず、こういうことを考えるようになったきっかけからお話したいと思います。

それは、2010年の12月ごろに奇妙な不眠を見つけたことにさかのぼります。そのころ、たまたま、奇妙な不眠を訴える男性が立て続けにあらわれた。高齢になったから不眠になったわけですが、その不眠の中身がですね、うつ病型の不眠なんです。中途覚醒。夜中の2時3時になると目が覚めて眠れない。ところが、うつ病ではないんですよ。ある方は、那覇マラソンにも出たことがあるほど元気だったのに、年を取ってから眠れなくなった。眠れなくて心臓が悪くなるんじゃないかって、もっと強調すると、死ぬんじゃないかって訴えるわけです。不安発作みたいなものですね。そういう不安を伴う不眠を訴えるケースが立て続けにあったもんだから、「おかしいな、おかしいな、これはなんだろう、うつ病じゃないし、こんな不眠はみたことない」と思った。

私は、精神科医を40何年やっていますけれども、初めてでした。同じころ、たまたま、アウシュビッツのホロコーストのサバイバーの人の不眠症状に関する本を読んだんですよ。そしたら、そこにあった不眠のタイプとこの症状がまったく同じだった。つまり、抑うつはないんだけど過覚醒型の夜中に目が覚めるタイプの不眠症。それが、沖縄戦を体験した目の前のおじいさんたちと同じだったんですね。もしかしたらと思って、戦争のときにどこにいましたかって聞いたんです。そうしたら、戦争のときに、母親が機関銃で射殺されて、死んだ母親の背中にくられたまま、一晩中、泥水の中で泣いていたとか、そんな話がいっぱい出てきた。

それで、以下のような、70代以上の高齢者にみられる「晩発性PTSD」の簡単な診断資料をつくりました。

- ①70-75才以上のもの
- ②戦時体験、晩年に想起、回避、不眠など
- ③うつ病型の不眠(中途覚醒)であるのに抑うつ気分が少ない
- ④近親死によりしばしば誘発・増悪される
- ⑤発作性不安、解離性もうろうなどを伴う
- ⑥気難しさ、不機嫌、孤独など回避症状
- ⑦ときに身体化障害、うつ病なども(複雑PTSD)

こういう資料をつくりまして、奇妙な不眠があらわれたらこの資料にあてがってみるということにしたんです。それでやってみたら、100例ぐらい集まりまして、それを10ぐらいのカテゴリーに分けたんですね。

以上が、先ほど挙げた10項目の一つ目、晩発性PTSDのケースとなりますが、それをきっかけとして、以下のような精神被害も見えてきました。

二つ目は、命日反応型のうつ状態です。毎年6月23日の慰霊の日や8月のお盆のころになるとうつ状態になる人がいる。記念日反応(アニバーサリー・リアクション)といわれるものです。

三つ目は、おおいの記憶を伴って、幼児のころの記憶がフラッシュバックしてくるっていうタイプです。

四つ目は、パニック発作です。

五つ目は、身体表現性障害、つまり身体のどこかが痛くなったりする。

六つ目は、戦争記憶の世代間の伝達の問題。戦争の記憶が世代間に伝わっていくケースがあるようなんですね。

七つ目は、破局体験後の持続的人格変化などといわれるもの。例えば、戦争を体験した後に人格が変わって、とつてもきつい人格になってしまって、一生懸命家族のために働いたあげく、晩年に精神的なエピソードを呈するようなケースです。

八つ目は、認知症になってから戦争の記憶が復活してきた人です。

九つ目は、精神病じゃなくて、まったく普通の生活をしているんだけど、幻聴とか幻視、色覚の異常を訴えるケースです。幽霊が見えるといったことも、再体験記憶の問題として考えたらいんじゃないかなと思います。

ざっと、こんなふうにして分けてみました。

6 晩発性PTSDの事例

ここに、晩発性PTSDの事例をいくつかご紹介します。

まず、70代男性のケースです。先ほど少しお話した事例ですが、彼は、気分の落ち込みはないのに、60歳前後から不眠の傾向が出はじめた。やがて心臓が悪くなるんじゃないかっていう不安で眠れなくなった。彼は、5歳のときに母親に背負われて逃げたんですが、機関銃でお母さんを殺されて泥の中で泣いていたといいます。その悪夢はないんだけど、そのときの記憶だけが、切り取ったように思い出されてくる。「これだけ頭がよければ、俺は大学にも行ける」と彼はいていましたが、それほど明確な記憶であるわけです。

つづけて、70代後半の男性のケースです。最近、息子さんに仕事をゆずってから、中途覚醒するようになって眠れなくなった。昼間は、頭痛があると同時に頭がぼーとなり、自分が何をしていたのか分からなくなって、ある種の乖離性の状態になる。さらに、熱感があって汗をかいて不安になる。不安発作もあり、人の中で倒れたら怖いからって人ごみに出ていけなくなった。この方は、11歳のときに戦火の中でお母さんと妹さんを亡くして、目の前で、住民が日本兵に殺されるのを見たようです。若いときには、戦争のことは何も考えなかったけれど、年をとってから思い出すようになって眠れなくなったといいます。

次の事例は、70代前半の男性ですが、晩発性不眠と生理的戦慄がみられました。この事例では、5年前の家族の不幸、家族の死をきっかけに不眠になって、発作的に「死にたい」というようになった。このポストラウマティックな疾患の特徴っていうのは、発作的に出るっていうのが特徴ですね。だから、発作的に死にたいとか、不安が出てくるとか、死ぬんじゃないかといった気持ちを訴えます。発作的に死にたいっていうようなこというようになって相談に来られた人です。この方も、戦争体験者で、7歳のときに壕の中で肉親5人を亡くしています。アメリカやクリスマスという言葉を聞くと、ザワザワって体が生理的に嫌悪するっていういます。

7 おいの記憶とフラッシュバック

命日やおいが引き金となって、記憶がフラッシュバックするケースは、多く見られます。命日反応については先ほどお話ししましたので、ここではにおいについてお話しします。例えば、息子が2年前に亡くなってから戦争のときのことを思い出すようになった80代の女性がいます。息子の死後、不眠や抑うつに悩まされるようになって、死体の蛆虫と人間の生肉のにおいがフラッシュバックするようになった。この方は、14歳のころに、家族と戦火の中を逃げて、姉と祖母たちを亡くしています。この方も、若いころはこういうことは考えなかったといっていました。

ここで、においの話を付け加えておきますが、においの記憶のフラッシュバックは、何も沖縄戦に限ったことじゃありません。独ソ戦に巻き込まれて住民の4人に1人が亡くなった旧ソ連のベラルーシでも、沖縄戦による精神的被害と同じように死体のにおいなどに苦しむ人があるようです。ウクライナ出身の作家、スヴェトラナ・アレクシエーヴィチという人が、『戦争は女の顔をしていない』という戦争体験の聞き取りの本で書いています。群像社という出版社から翻訳出版されていますが、この本の中に、夜中になると死体のにおいがしてくるという人の証言が載っています。

もうひとつ紹介したいのは、『週刊金曜日』の2011年8月5日号に掲載されていた『はだしのゲン』の作者の中沢啓治へのインタビュー記事です。この記事の中で、彼が、原爆投下後の様子を描いていると、死体のにおいがしてきたと話しています。

8 死体の上を歩いた記憶

次に、パニック発作型の晩発性PTSDについてお話しします。これは、突然動悸がして、呼吸が苦しくなり、不安と恐怖感が発作的に襲ってくるタイプです。70代女性の事例を取り上げますが、この方は30代から睡眠障害と不安を伴う発作性の動悸に悩まされていました。9歳のときに家族とともに戦火の中を逃げたのですが、その途中で祖父が亡くなっています。その方は、たくさんの死体の上を歩いたといっていました。こういう戦争体験の記憶を抱えている方が、沖縄にはたくさんいます。

Iさんも、その一人ですが、長い間、原因不明の身体の痛みに悩まされてきました。50歳のころに原因不明の足裏の痛みがあって医者をつらつらとしたのですが、あんたは生来神経難病だから治らないといわれて、30年間引きこもり、足の痛みで苦しんできた方です。たまたま、うつ病ということで、私のところに紹介されて、うつ病の治療をやった結果、とても快活になったんですね。そしたら、実は戦争のときに云々って話し出して、戦争中に死体の上を踏んで歩いたことを彼女はずっと責めてきて、そのせいで自分の足が悼むようになったと思っていたっていうんです。私は、いや、それは身体化障害というもので、トラウマのせいだっていう話をしました。この前、Iさんの家に行く機会があったのですが、若いおばさんが出てきたので「Iさんはいますか」って聞いたら、「いますよ、私です」ってビックリしたことがありました。以前より、10歳ぐらい若く見えたんですね。もう杖もついていませんでした。

9 戦争記憶の世代間伝達をめぐる問題

ヨーロッパで一生懸命研究されてきた、戦争記憶の世代間伝達 (intergenerational transmission) の問題についてもお話しておきたいと思います。

こういう話がありました。母親である第一世代が、子どものころに戦争を体験して、大人になって、う

うつ病になったり、リストカットや自殺未遂を繰り返したりした。その第二世代にあたる人が、患者として私のところに来られたわけですが、うつ病やリストカットに苦しんでいた。第二世代のうつ病は治ったんだけれども、その方の長女、つまり第三世代が18歳で結婚して子どもが生まれたら、この子どもをおばあちゃんに預けていなくなってしまった。養育ネグレクトですね。こういうかたちで、戦争トラウマっていうのは、養育の貧困を通じて、つまり、アタッチメント障害を通して、世代間伝達するのでないだろうかと思っています。

10 晩年の一過性精神病

次に取り上げたいのは、晩年の一過性精神病の事例です。

70代の女性ですが、この女性は、肺炎で入院していたんですけども、急に興奮したり怒ったりするようになった。不眠、独語、幻聴なども伴っていて、家族を叩いたりすることもあった。話を聞いていて、なぜ、この人は、年をとってから今頃になって幻覚を呈するのかと不思議に思ったんです。生い立ちを聞いたら、やはり戦争の話が出てきたんで、戦争のときは、どこにいましたかって尋ねたら、壕の中に逃げて、米軍に「出てこい、出てこい」っていわれて、出て行ったって話をはじめました。

この方は、若いころに両親が亡くなって、弟や妹を育てるために一生懸命に働いたといえます。10年前に息子が亡くなってから、毎日引きこもって、「死んだほうがいい、死んだほうがいい」って泣きながら暮らすようになった。その人が、たまたま肺炎で入院して精神病を呈した。このケースは、すぐに治りました。この手の精神病は、すぐ治ります。

11 認知症にあらわれる戦争の記憶

認知症になると、戦争のトラウマがあらわれることがあります。

90代後半の認知症の方の事例を紹介します。この女性は、年齢や生年月日もいえない状態でしたが、夜中に毎晩、「弾が飛んでくるから防空壕に逃げなきゃいけない、荷物をまとめなさい」といって暴れて泣き叫ぶんですね。このおばあさんは、沖繩戦のときに、7歳の息子さんを目の前で銃撃されて亡くしたらしい。戦後、慰霊祭に毎年通い続けたのですが、この年を境に急に行かなくなった。つまり、高齢化とともに戦時記憶が増大したため、慰霊祭に行けなくなったようなんですね。

このケースとは別に、外来に赤ん坊のぬいぐるみのおもちゃを背負ってきて、この子におっぱいをやらないといけないからといって、老人施設から出ようとする90代のおばあさんがいました。後で話を聞いたら、子どもさんが5人いたんだけれども、娘さん一人を残して、あとの4人は全員死んでしまったらしいんです。その背中に背負っている赤ん坊っていうのは、どうも死んだ息子たちらしいと、勝手に想像しましたが、戦争トラウマが、晩年に出てきたんだらうと思います。

12 言語化されない記憶とPTSD

図1は、今日お話したようなことがなぜ起きるのか、簡単な図にしたものですが、若いころは、真ん中の「言葉で表せる記憶」が中心になっています。だから、トラウマは脇に寄せられてあまり出てこない。これが、年をとって小さくなってくると、生活能力の思考が縮小するもんだから、今まで、寝ていた記憶が表面化してきて、図2のように「言葉で表せない外傷性記憶」がのさばってきて、晩発性のPTSDが

出るのではないかと考えています。

沖縄戦を体験した人たちは高齢化していますが、彼らの脳の中の記憶はまだ痛々しいほどに保たれていて、まったく風化していない。彼らの多くが、子どもころに修羅場の中を逃げて、死んだ人を目の当たりにしたときの記憶を、今もじっと心に閉じ込めています。年をとると忘れるというのは表面的なことで、むしろ「言葉で表せない外傷性記憶」が表面化してくる側面にも目を向けなければいけないのではないかと思います。

図 1:言語化されない記憶とPTSD



図 2:晩発性PTSD



13 震災後の福島との比較

最後に、最近福島で診ることの多い、沖縄と似たようなケースについてお話します。どうも、フラッシュバックを体験する人の話を聞いていると、フラッシュバックというのは、だてに起きてくるものじゃなくって、その人の心理状況が寂しくなると起きてくるようなんですね。街に出て一人きりで店に入ると起きてくるとか、夜になって寂しくなったら出てくるとか、その人の主観的な心理状況とフラッシュバックというのは関連しているみたいです。

それから、福島型の不眠は、沖縄型の不眠とは異なる特徴がみられます。福島型がまだ新しいせいもあるんでしょうけど、福島型のストレス不眠では、月曜日にほとんど一睡もできなかったのに、火曜日にはそれを埋め合わせるみたいに4時間寝られたといったように規則性がありません。これは、おかしい。うつ病型の不眠だったら、毎晩3時にならないと眠れないとか、3時になれば目が覚めるとか、一貫しています。規則性があるわけです。福島型の不眠をみていると、まったく規則性がないんですね。

こういう不眠を診たら、福島では、ポストトラウマティックだなんて思うようにしています。それから、眠れない人の話をよく聞くと、8時、9時ごろになると、一生懸命ものを考えはじめ、頭がいっぱいになって苦しくなって眠れないっていう人がいます。そういう、8時、9時ごろになると辛い記憶が増大するっていうのは、福島型の不眠の特徴でもありますけれども、私が沖縄でこういうケースを診たのが、児童虐待を受けた人でした。9時ごろになると、頭をとってちぎって捨てたいほど、頭がいっぱいになって辛いという人がいました。どうも、そういうポストトラウマティックな不眠の人というのは、8時、9時、10時になると深慮思考が増えるみたいです。

それから、福島でも命日反応型の不調っていうのがあって、毎年4月、5月になると、抑うつ、震災の後の不眠が出てくるといって高齢者や高校生がいました。それから、福島型のうつ病というのは、ほとんど非定形型のうつ病で夕方に寂しくなる。夕方に寂しくなるのは、福島では二通りあって、非定形うつ病の特徴としての夕方の寂しさ、いわゆる夕暮れうつ病というのと、夜の8時、9時ごろに物思いが侵入してきて辛くなるっていう寂しさの二つがあるみたいです。症状は、概ね回復しやすい。

それから、複雑悲嘆についてですが、震災という生活破綻があってから、意欲の低下がずっと続いている。どこが悪いというわけではなくて、うつ病というほどうつ病じゃないんだけど、意欲が低下して元気が出ない、興味が湧かないという状態が続いている。こういう外傷性悲嘆があります。

それから、携帯から故人の名前が消せないっていう人がいます。二年経っても、死んだ人の名前が消せない。そして、毎日どうしてるかっていうと、何ていうことなく疲れやすい。うつまではいかないんだけど、疲れやすい。それで、新しい活動に楽しめない。表に出られるんだけど、抑うつ気分が続いている。そういうことがあります。

おそらく沖縄戦の後にもこういうことがあったんだろうと思います。それから、曖昧な喪失っていうのが福島の特徴で、自分の三代続いた思い出の家はあるんだけど、放射能があるから入れない、いつになったら入れるのかわからないっていう、こういう宙ぶらりんの状態がある。仕事も収入も宙ぶらりん、将来も宙ぶらりん、家族関係も宙ぶらりん。こういう先が見えない状況下で、みんなボーッと生きているもんだから、スーパーに行っても、みんな口をきかないし、何だか、あそこは、地域ぐるみでトラウマに包まれていますね。

それから、健常者の中に希死念慮が広がっているなって感じるんですが、うつでも何でもないので、うつでも何でもないので、うつの人に話を聞いていると、ちょっとした落胆の背後にもう死んだほうがいいのかっていうような気持ちがひょっと出てくる。普通に生きているように見える人たちの中に、広範に希死念慮が広がっているなっていう気がしています。うつ病っていうのは、むしろ、死にたくないから、死なないための自己防衛的な発熱状態であるわけですから、健常者の希死念慮っていうのは発熱してないから、つまり、うつではないから、ちょっと背中を押されるとすぐ自殺しちゃうだろうっていう気がして、とっても怖いんですね。

14 遅発性PTSD

私は、いま福島でみられるようなPTSDを「遅発性PTSD」という言葉で捉えています。沖縄では、60年以上が経ってからPTSDになるケースを、晩発性PTSDという言葉で捉えたんですけど、福島では、まだ二年ぐらいですので、遅発性PTSDという言葉で捉えています。

例えば、ある人は、震災で家族は死ななかつたのですが、避難生活でとっても辛い思いをしたおばさんが3ヶ月前に亡くなって、その葬式に取り組んでいるうちに眠れなくなって、記憶がフラッシュバックしてきた。遅くなってPTSDが出てきた人ですね。他に、震災後、ずっと元気だったけれども、死んだ人が見えるという人もいた。それと、あるおばあさんは、震災で自分の日本舞踊のお師匠さんが亡くなったりしながらも、健気に生きてきたんだけど、最近、脳梗塞と医者から診断されたのをきっかけにショックでご飯が食べられなくなって、過覚醒型の不眠になってフラッシュバックするという人がいました。今週外来に来られた人の中にも、糖尿病のグリコヘモグロビンが上がっているって医者にいわれたのをきっかけにして、あっという間に、過覚醒型の不眠を呈して、フラッシュバックがきてしまったっていう方もいました。真面目な方です。

いま、そんなこんないろんなケースが福島であって、こういうことが沖縄戦でもあったんじゃないだろうかと、いま考えています。

15 沖縄戦のトラウマに関する今後の研究課題

最後に、沖縄戦のトラウマに関する今後の研究課題をいくつか挙げておきました。

まず、沖縄戦によって統合失調症の発病が増えたことを立証説明する必要があるように思います。そして、先ほど世代間連鎖についてお話しましたように、現代の沖縄社会におけるアルコール依存症、ドメスティックバイオレンスや幼児虐待などの暴力、離婚、自殺などと戦争ストレスとの関連の解明です。そして、沖縄戦だけに話を閉じるのではなく、いまお話した福島のケースもそうですが、国内では、東京大空襲やサイパン戦などの事例、海外では、ホロコースト生還者の研究などとも比較検討していく必要があるように思います。

以上で、私の報告を終わります。

<補遺>

◆PTSDの診断と政治

DSM-IV-TRの診断の中で、PTSD制定の経緯は極めて政治的だ。医学ではなくて、政治の都合が闖入している。

加藤忠史はいう。

「ベトナム戦争当時のDSM-IIには戦争による精神障害を定義した診断はなく、在郷軍人病院にあふれる精神障害の患者に対して、アメリカ政府は戦争の結果であるとは認めていなかった。

帰還兵の団体により、戦闘後ストレスを病気として認めるよう要求する政治運動が行われた。結果、アメリカ精神医学会は委員会を設置し、委員長は戦争以外の破局的事件の犠牲者が同様の精神医学的問題に直面していることにも着目し、戦争に限らず、破局的なストレスに伴う精神障害として新たな診断基準が作成されたという。

戦争体験といっても、敵を殺す、あるいは敵に殺されそうになる。そしてこうした状況を目撃するなど、さまざまな状況がある。

帰還兵団体が、実際先頭に加わったものだけでなく、惨劇を目撃したことによって精神障害となっているものも救済すべきだと主張したことにより、この診断基準のA項目に書かれている通り、人の命に係わる事態を目撃したことによる精神障害も、この診断基準に含まれることとなった。

このようにPTSDという診断は、うつ病などのように病気としての長い歴史をもつ概念とは異なり、当初から政治的色彩を強く帯びていたといえよう(加藤忠史、「脳と精神疾患」朝倉書店、p163-164、2009)。

具体的にDSM-IV-TRのA項目に何と書いてあるか。

A.その人は、以下の2つがともに認められる心的外傷的な出来事に暴露されたことがある。

(1)実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、あるいは自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した。

(2)その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。

このA項目の(2)は、トラウマを引き起こすストレスフルな因子は強い恐怖を伴うと思われるからよしとしよう。

しかし、(1)の「実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、あるいは自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した」は、PTSDの基準としては狭すぎる。PTSDと診断される帰還兵をなるべく少なくしようとしたのだろう。

私が意見書を書いたパワハラ裁判で、相手側による卑劣なパワハラ行為が繰り返され、そのためのフラッシュバックに患者が苦しめられても、「死ぬ目に合わなければPTSDは起きるはずがない」と、相手側弁護士は裁判所で反論した。

これはおかしい。これはDSM診断によるPTSDが、暴力的な事象にのみ焦点を当てているから言えることである。

だから、DV(ドメスティック・バイオレンス)の精神的暴力(「大声で怒鳴る、にらむ、友人を制限する」など)や、経済的暴力(「お金を無理やり要求する」「お金を返さない」など)等によって、フラッシュバックをきたす人はいるにも限らず、DSM診断では暴力的な事象がないから、そこにPTSDは存在しないことになる。

このように、DSM診断ではPTSDに関して、医学的事実を無視して、政治的決断が持ち込まれた。ちゃんちゃらおかしい。DSM-IV-TRによるPTSD診断のA項目の(1)は、間違っている。

◆さらに、DSM-IV-TRのなかでは、「PTSDの発症遅延」という断りがあり、「症状の発言がストレス因子から少なくとも6ヶ月以内の場合」としている。つまり、2年ではPTSDと認めない、沖縄戦によるPTSDのように戦後60年以上たったものはPTSDと診断しないという。これは退役軍人のPTSD認定をいかに狭くするかの目的のために認定基準を政治的に狭めたものだとは私考える。

今後福島その他の震災によるPTSDに関して、「2年過ぎて発症しているから」「5年過ぎて発症しているから」という口実に使われ、補償問題がかかった場合のPTSD認定が打ち切られる可能性がある。それは不当だ。

VI. コメント①(富山一郎)

富山一郎です。よろしくお願ひします。今日の会は、田中さんからお話をいただいたときから、ずっと楽しみにしておりました。このテーマは、私の中では20年くらい、もやもやしながら考えていて、まだ何の結論もないまま引きずっているような話です。

沖縄戦のことを考え出したときに、証言を読んでまとめたりしたのですが、どうもそこで、分かりやすいところだけをきりとっているような気がずっとしていたんですね。明らかに、背後に「病」と名づけられている領域があるというのは、気が付いていたのですけれど、そのときは歴史的な記述に関わる証言という形をとって括り上げられることをあえて選んでいくようなやり方をしていたと思います。そういう歴史記述への違和感みたいなものが、かなり前から膨らんでいきました。つまり私にとっては、すぐさまよく分からない混乱した話を歴史や社会の記述としてどう考えるのか、そういう問いとして「病」はありました。それと同時に、近親者で精神疾患を患っている人がいたので、精神疾患の問題と沖縄戦について考えているテーマと実際に疾患に対して自分がどう対応するのかということがクロスするかたちで、考えてきました。

沖縄県立精和病院に友人の宮川治さんというのがいるんですが、二十年前に、彼のところに行って今述べたような話をしたら、彼はすぐさま富山さんの論文をひっぱってきて、これを読みなさいといわれたことを思い出しております。そういう意味では、ずっと考えていたことが今日実現したような気持ちです。変な話ですが、富山さんに会えるのも、ちょっとドキドキしていました。

そんなことをずっと考えていたんですけど、北村さんが最初におっしゃったように、いろんな形で「沖縄戦トラウマ」ということが動き出したのが2011年ですよね。ちょうど同じ時期、それと重なるような形で、日本病院・地域精神医学会というのが沖縄の宜野湾市であったんですね。そこで、「沖縄戦トラウマ」という問題が出されて、私もその場所に行っておりました。それは、「沖縄戦トラウマ」という言葉がデビューしたっていうのも変ですけど、ある意味、明確にアカデミアの中で承認されていくような場面でした。

今日の話聞きながら、やっぱり、すごく複雑な気持ちになります。それは、トラウマという言葉に関わっています。またそれは、ひょっとしたら、先ほど、北村さんがトラウマという言葉が縮減しているとおっしゃったこととも関わるかもしれませんが、富山さんや蟻塚さんの話を聞きながら、臨床の場面における、悲しみや苦しみや痛みに関わる表現の、誤解を恐れずにいえば、こんな形で表現されていたんだというある種の多様さや豊かさの広がり、他方でトラウマからPTSDへという非常にシンプルな医学用語とのギャップです。

蟻塚さんがトラウマという言葉においてこそやれることがあるんだとおっしゃったことについて、すごくよく分かります。他方で、私は、今述べたギャップみたいなものをどう受け止めればいいのかは依然としてあります。やはりそこには、臨床の場におけるある種の軋轢や豊かさが、トラウマ、PTSDという言い方において秩序づけられるということがあるのではないか。そこが議論されないと、しっくりこないということがあります。

そういうことを考えながら、さきほど述べた日本病院・地域精神医学会でのディスカッションで野田正彰さんが議論されたことを思い出していました。野田さんは、私にとっては非常に腑に落ちる質問をさ

れたと記憶しています。

ひとつは、トラウマという言葉を持ち出すことによって、戦争、対立や紛争、あるいは植民地戦争なども含めて、加害・被害に関わる問題が見えなくなるのではないかという質問があったと思います。それは病が社会的歴史的にどのような意味をもつのかという問いが、病状と治療という工程に置き換えられていくような問題です。

それとも関わるんですけど、もうひとつこのディスカッションで他の人から出てきた質問は、それこそ、北村さんがとりあげられた精神衛生実態調査に関わる話です。今日はその話が出るというので、ものすごく期待をして、いろんなことを考えさせられましたので、少しその話をさせていただきます。

そのときの質問というのは、たしか大阪かどこかのお医者さんだったと思いますが、この実態調査は、沖縄だけでされたわけではなくて、1954年、1963年、1973年、1983年に全国で実施されたわけですね。その方はこういう言い方はされなかったと思いますが、かなり問題になった調査だったというお話でした。そのときの問題のされ方というのは、ダイレクトに言えば、いわゆる保安処分に関わる問題としてこの調査が取り上げられた。その調査という問題、あるいは調査をするということと、ある種、秩序がつくられるということとどう考えるのか。それは私にとっては、臨床で語られる痛みから社会を考える可能性みたいなものをちゃんと確保するために必要だろうと思っています。

関連して、北村さんが出された事例性、そして疾病性という問題ですか、その整理は分かるんですけど、もうひとつ、しっくりこない。というのは、事例性というのは、ある種、医学的な疾病性という根拠を伴うがゆえに生み出される、ある強力な力みたいなものがやっぱりある。つまり両者はわけることができないわけで、科学的疾患という根拠において事実が力をもつのではないか。科学を装っているという話もあるかもしれないけれども、そうであるなら、本当に疾病性を伴った事例性が問題ないのかという問題が置き去りにされてしまう。つまり医学的領域自体への問いが外に出されているような印象を受けるんですね。もちろん、事例性というものが、社会通念やそういうものに基づいているとしても、それがいわゆるラベリングのようなもの、あるいは逸脱のようなものに関わるとしても、やはり単なるラベリングや逸脱の問題ではない。ラベリングで理解してしまうと、どこかで正しい病の認識というものが無批判に確保されてしまうのではないのでしょうか。

事実はむしろ、医学的な根拠をもって語られるがゆえに、いろんな制度や暴力的装置が伴ってしまうと考えます。たぶん、こちら辺あたりの問題が、精神衛生実態調査に反対するという話には関わっていったと思うんですね。

だから、そういう意味では、単なる社会防衛の問題ではない。精神医学においてこそ構築される社会防衛の問題があると思います。やっぱり、私はどこかで、この66年の実態調査の問題と、その後のある種の医学による治安管理的な話が本当に無関係なのかという疑問があります。

周知のように、1975年、当時の皇太子が沖縄に来たときに有名な話があります。これは、島成郎さんが書いておられることですが、警察がリストをつくって、天皇が来る前に疾患をもっていると思われる人たちを収容しろということを県の予防課に申し入れるわけですね。それは、結果的にいろんな反対で阻止されたわけですが、沖縄の文脈においては、天皇が来るときには、大抵そういうことが起きているわけで、この文脈でも、実態調査、あるいは精神疾患に関わる話がとりあげられるということと、何かしらの保安処分的な問題が生じるっていうことは、あり得る話ですね。

このあたりを含めて、この実態調査の話というのは、すごく気になるところです。そう考えたとき、これは沖縄戦の話だけに限定することではないと思うんですけれども、それこそ、當山さん、蟻塚さんのお話に出てきたような、その沖縄戦後のいろんなことと関わってくるわけですね。沖縄戦以降にも、宮森小学校の米軍機墜落事故の話、沖縄国際大学の米軍ヘリ墜落事件の話、そしてオスプレイの話、一貫していろんなことが起きている。

そういうことがもたらす、トラウマと呼ばれるようなもの、トラウマと名づけられたもの、つまりそのときに思い起こされる戦争の話みたいなことを考えたときに、それに対してトラウマと名づけられることが、何かしらの保安処分的なものにつながりはしないかということは、どこかで議論しないといけないのではないかと、私は思っていました。

より具体的には、2004年に沖縄国際大にヘリが落ちたときの、周知のように——周知のようにって言うのはおかしいかな——ここで、心のケアをめぐって、やっぱり調査がされたわけですね。それはいろんな報道でもなされているし、日米両政府の補償問題にも発展しながら、そこで、周辺住民の誰に対して要観察かどうか、そういう話がされていくわけですね。この事件の際にPTSDに関わる調査がされたとき、私は、何かいやな感じがしておりました。

心のケアっていう話は、そんなに昔からあったわけではないですよ。阪神大震災の後のことですが、このあたりは、専門の方がもっとよく知っておられると思います。少なくとも、私がみた限りでは、2003年ぐらいに国立精神神経センターが、地下鉄サリン事件、阪神淡路大震災を念頭において、ガイドラインをつくっているわけですね。それともうひとつ、東海村臨界事故を念頭において、何かが起こったときに、PTSD調査、PTSDが発症する危険の可能性みたいなものを調査するというガイドラインをつくっている。さらに、その要注意者リストというものを、防災訓練のときに、各機関において確認すべきだということがガイドラインに書かれております。

たしかにケアが必要であるというのは分かるんだけど、ずばりいえば、ある種のリスク管理であるということはある程度は確かだろうと思っています。沖縄国際大の事件が起こったときに、いろんな症状がみられたかもしれない。一方で、そのとき、この場所はいかに危険だったのかということを確認したという認知の問題があるのではないかと。つまり、今まで危険じゃないと思っていたけどやっぱり危険だった、あるいは、忘れていた宮森小学校のことを、忘れていた戦争のことを思い出した。その中で、たしかに、いろんなトラウマ的な症状を呈する人がいるかもしれない。ですが、それは、治療の問題ではないように思っています。

ある意味、あたり前のような基地のある日常があって、危険を分かっているんだけど、それでも、毎日毎日、生きていかざるをえない。そして今述べた認知問題は、その日常が、批判的に考えられるような契機のようにも思えるし、その中で、ずっと戦争状態だったんじゃないかっていう現実批判がなされる。これ、別に妄想でも病でも何でもないのでいいわけですね。あるリアリティが獲得されていくような、そういう事態ではないのかと。

戦争体験者ではないけれども、沖縄国際大の学生たちが、この事件に関わる自分たちへのインタビューをしています。それを読んだら、ますますそういう気持ちにさせられます。例えば、まだ怖い、飛行機の音がするたびに墜落という言葉が浮かんで眠れない。そして、同時に米軍に対する怒りも登場する。それは、戦争、あるいは、ある種の傷を想起することによって始まる、日常の批判であり、何らかの行

動に結びつけていくような、きっかけのようにも思うわけですね。あるいは、怒りのようなもの。

そうすると、やっぱりトラウマ治療ということではいろんな人をハイリスク集団として抱え込んでいく作業が、何か落ち着かないというか、事実と反しているということではなく、それ自体が問題ではないかと思う訳です。そういうことを考えたときに、病からこういう秩序みたいなものが作られるということと、もう一方で、臨床の場に出てくるような、さまざまに表現をしっかりと痛みの問題として聞き届け、そこからどのような社会を生み出していくのかということ、どう切り分けていくのか。もちろん、治療をしなくちゃいけないってことは当然なのですが、痛みを聞き取ったすべての人が治療者になるわけではないわけですね。

何かそこで、例えば、病から社会を考えたり、歴史を考えるということを営みにしている人たちがいるならばですね、治療との関係をどう切り分けていけばいいんだろうかと思うわけです。今まで、何かしら社会的意味や歴史を語る上で大事にしてこなかった言葉を、ちゃんと聞き取っていくという非常に当たり前のようなこと、あるいは、感情的なことだからどうでもいいみたいなかたちで語られる戦争や歴史ではなくって、むしろ、そういうものにおいて作られていく歴史というのは、どういうようなことなんだろうかという問いが出されたように思います。またこの問いを確保する上で、トラウマというかたちで問いが縮減されていくことによって、何が引き起こされるのかという問題が、今日、提起されたように思います。

たちが急には踏み込めないんだけど、たしかにそこにある戦の記憶、戦の体験というものを常に感じていて、それは封印されているからこそ絶対に出てこないんですね。

今日、當山先生がWHO-5では元気だっていう数値が出るんだけどIES-Rでは、そうではない、そのギャップがあるっておっしゃっていたんですが、その記憶が封印されているからこそ、WHO-5みたいな質問では出てこない。なので、そこでは元気だと思われてしまう。だけれども、IES-Rみたいな設問は、その封印に迫ってくるという印象を受けて、その封印を解こう解こうとするから、そこでとんでもない数値が出てきてしまうっていうことかな、と思いました。

その語れない記憶を封印しているのは人間だけじゃなくって、沖縄の土地自体も記憶を封印していると、私は感じています。

私がいたのは糸満市の糸満というところですが、そこからちょっと南にいくと、真栄里という集落があって、そこに綱引きを見に行ったんですね。そこに行って、私、ゾクツとしたんですね。すごく不安になって、その集落に、とても異様なものを感じてしまった。何かなと思ったら、主がいなくなった家で、戦でみんなが死んでしまったために、家だけが残っているけど、誰も人がいない状態が50年以上も続いた家がたくさんある。よく気をつけてみると、弾の跡らしきものもあって、何となく戦の痕跡みたいなものが残っていて、その集落全体を、戦の記憶がそのまま覆っている。だけど、それは封印されていて、決して景色は語らないし、感じるしかないような、そういう領域なのかなと思いました。

今日の話でトラウマが、晩年になって出てきてしまうっていう話を聞いていて、その体験や記憶が封印を許さずに、飛び出して来ているんだろうかといった印象を受けると同時に、人生の最期を迎えて、最後にそこへ向き合えと体験が迫ってきているのかなと、勝手な印象ですが、思いました。

それに引き付けて、二番目の話なんですけど、「あえて語られる記憶」、戦争の記憶があります。私は、糸満で漁民研究をした後、旧南洋群島のパラオというところで、沖縄出身でパラオに行かれた方の話を聞いていたんですが、ライフヒストリーですので、そうとう戦の話が出てくるんですよ。それで、そのときに、何度も、何度も、何度も、何度も語られた記憶があるんです。私は、1997年くらいからその方と友だちでしたので、15年か16年くらいお世話になりました。その方が、何度も語ることは、彼女が南洋で暮らした素晴らしい時間と、その家族が、彼女はパラオにいたんだけど、彼女のお母さんやお兄さんたちのお嫁さんやその子どもたちが、沖縄に先に逃げていって、だけどフィリピンで船を下ろされて、そこで日本軍(友軍)に殺されたっていう話なんですね。

本当に何度も聞いたんです。その方のお母さんが、片腕に3名、もう片腕に2名、自分の孫たちを抱いて、「薬を飲ませるなら、私を最後にして」といった。「子どもたちが死ぬのを見守ってから、私は死ぬ」と。その場にいた沖縄の人が軍を説得してくれて、そのような形で、子どもたちが先に死に、最後におばあちゃんが死んだ(少し年長の孫2名は銃殺されたそうです)。その話を私に聞かせてくれた人は、ずっと後になって、その場にいた人からこのことを聞いたらしいんですね。それが本当に辛くて、彼女にとっては、突然の喪失、目に見えない場所での喪失だから、自分のものに多分なっていないくて、だんだん話を始める。もう私に会ったときは、このことを話すのに少し馴れてきたころだったと思うんです。初めに語り出していたころは、泣いてしまって話が続けられない状態だったようです。私がお話を何度も聞かせてくださいといったわけではないのですが、レコードが回っているように、二人の間で、何度も話す、聞くってということが起こる。だけれども、レコードと違うのは、そのたびごとに、感情がこもって

るっていうことだったんです。

最後にお会いしたのが、去年の10月だったんですが、そのとき、その話は、少ししか出なくて、その代わりに出てきたのが、お母さんの最後の言葉、お母さんが船に乗る前にパラオの港で自分に会ったときに、「よっちゃん、お茶の葉っぱないかな」って、「お茶が飲みたいねえ」って。彼女は、「じゃあ、今度会いにくるときは、お茶の葉を持ってくるね」って言って、それっきり、その船は出ていったので、二度と会えないまま、お母さんは死んでしまった。それで、「よっちゃん、お茶の葉を持って来てね」って、お母さんがいっていたから、いつもお参りするときは、温かいお茶を持って行くんだよって聞かせてくれた。

実は、その方は、一ヶ月くらい前に亡くなったんですね。何度も何度も、同じ話を聞かせてくださって、一番最後に違う話を聞かせてくださった。そのお母さんの最後の言葉ってというのは、初めて聞くエピソードだったんですけど、彼女は、何度も何度も語ることで、自分が見なかった喪失を確認しているかのように感じられて、最後の向き合う作業を終えられて、旅立たれたのかなと思っています。私にだけ、語っていたわけじゃないから、その解釈は単純すぎるんですが、亡くなる前に最後にお茶の話をしてくださったことが印象的でした。

最後の三番目ですが、「思い出せない記憶」ってというのがあってと思います。南洋群島パラオの話ですが、そのとき、たぶん6歳くらいだった女の子が避難船に乗っていて、船が出た直後に撃沈されて、海を漂った。それで、彼女とお兄さんだけが流されてしまって、一晩海を漂って、翌朝、救出されたって話なんですけど、その語りが、めちゃくちゃ怖かったですね。何が怖かったかという、その話が恐ろしく鮮明だったんです。油の匂いがするくらい鮮明なんです。それが、突然、ピタって切れるんです。思い出せないところがツーツとあって、また途中からいきなり始まるんです、それで、またパンと切れるんです。切れ切れなんですけど、強烈に鮮明なんです。

映画を見ていて、プチッとフィルムが切れて、また始まってまた切れたみたいな印象を私は受けたんですが、じゃあ、その切れてしまった部分は、いったい何なんだろうと思うわけです。その空白の存在ゆえに、私は、めちゃくちゃ恐怖を感じたんですね。少なくとも彼女は、意識的に封印しているわけではないんです。「語らないよ」という人とは違う。ただ、記憶が想起することを許さない領域、切ってしまう領域というものが、どんな意味をもつのかな、それは何なのかなって。

全然まとまらないんですけども、私が、今日の記憶とトラウマの話をめぐって考えたのが、その辺りのことになります。発表者の方々、貴重なお話をありがとうございました。

VIII. 全体討議

田中:それではまず、北村先生の方からご自由をお願いします。

北村:はい。今日は、全国精神衛生実態調査について、時間があればもう少しお話ししたいと思っていましたので、スライドを準備しておりました。直接、富山先生のコメントに対する応答というわけではないんですが、事実確認も兼ねて、何点かお話しさせていただきます。

まず、1954年に最初の実態調査が行われます。つづいて、先ほどお話ししましたように、1963年の実態調査が実施されるわけですが、このときの時代背景について補足しておきます。1960年代は、精神医療における重要なトピックがいろいろと起こった時代なんですけど、その中でもひとつのエポックになった事件についてお話しします。

中でも、1964年3月24日に起こったライシャワー事件ですが、ライシャワー駐日アメリカ大使が精神障害者といわれる人に刺されて負傷した事件です。その事件が起こる前に、63年の実態調査の結果をもとに精神衛生法改正に向けた準備が進められていたんですね。そこに、事件が起こる。そして、この調査を根拠に、精神障害者の三分の二が「野放し」であるといった問題が立ち上げられて、社会防衛的な色合いの濃い精神衛生法改正へとつながっていく。結果的に、この調査は、その後の沖縄調査にも流れて行くんですが、精神病床数を急増させて、病院収容型の精神医療施策を方向づけていくわけです。その数字的な根拠を与えたのが、63年の実態調査でした。

事件が起こった当日の参議院予算委員会における警察庁長官の答弁が興味深いんですが、当時の精神障害者に対するまなざしが露骨に出ています。63年実態調査では、「要入院精神障害者」が28万人と推計されたんですが、その数字に依拠して、その全員が潜在的な犯罪者であるという治安当局の見解が示されたわけです。

63年の実態調査をめぐっては、いろんなことがあったわけですが、73年の実態調査では、それまでの実態調査ではなかったことが起こります。さきほど富山先生もお話しされていましたが、「人権侵害」といった批判が高まって反対運動が展開された結果、大都市圏を中心として半数近い調査予定地区が協力を拒否するといった事態になります。83年の実態調査は、これは、もうぼやけたといってもいいぐらいです。73年同様、大規模な反対運動があって、いろいろと批判を受けたあげく、やはり、うまくいかなかった。

実態調査は、こういう問題が起こったこともあって、それ以後、実施されていません。それで、全国では63年、沖縄では66年の調査が、最後の統計的な有病率の根拠となっているので、いまだに参照されるという背景があります。

田中:ありがとうございます。それでは、富山先生、お願いします。

富山:実は、私、1966年の精神衛生実態調査の後に、座間味村に保健師として赴任したんですね。そのときは、全然分かりませんでした。その後、実態調査の詳細について知ったんですけど、実態調査によって診断名がついた名簿を前任の保健師からもらったんですね。ちょうど、そのころは、結核から精

精神衛生とか母子保健などに疾病の中心が移り変わる過渡期だったんですね。本土復帰の直前で、島成郎先生が保健所に嘱託医師としていらしていました。私も前任者から渡された名簿に困っていますね、これは、治療しないといけないものかどうか分からなくて、島先生に相談しました。そのころは、まだ、精神衛生に関する研修を受けてなかったんですよ。もちろん講義では聞いていましたけど。それで、島先生に話したら、「すぐ僕が飛んで行くよ」ということで、再度、診てもらいました。結果は、「特に治療の必要はない」ということで、経過観察ということになりました。実態調査で把握された方には、そのリストを通して関わることになっただけです。

今日、蟻塚先生から晩発性のPTSDについてのお話がありましたが、私の母も今はそうじゃないかと思っています。母は、一番上の姉が沖縄戦で亡くなっているの、毎年慰霊祭に行っていたんですけど、ある年から行かなくなったんです。私が結婚して実家で食事を作っていると、牛肉を焼いたら、母が、自分の分は「焼かなくていい」というんです。「どうして」と聞いて、「自分の娘が食べないで死んだのに、食べるわけいかにしょう」と。それまでは食べていたのに急に食べないってどうしてって不思議に思ったんですけど、それから牛肉は食べなくなりました。それから慰霊祭に行かなくなったんですけど、そんなことを蟻塚先生にお話ししたら、「PTSDだ、においの記憶だ」とおっしゃいました。最初は受け入れられなかったんですけど、今回の調査をする中で、いろんな事例を見たり聞いたりし、やっぱりそうだったのかなと思うようになりました。

先ほど、蟻塚先生がタバコの話がされましたが、この前、ある方にインタビューしたとき、タバコの話が出たんです。私の母もタバコを吸っていて、幼な心にあんまりいい感じではなかったんですね。あるとき、母は心臓を悪くしてやめたんですけど、近所のおばあちゃんたちとの話で、「実はね、長女が亡くなってから吸いはじめたのよ」と。「だけど、やめられなくて、今まで吸っていたのよ」と。タバコを安定剤みたいに吸っているという話でした。それと、先日インタビューした方のお母さんは、子どもを圧迫死で亡くされた方で、この人のお母さんも肺が真っ黒になるまでタバコを吸って亡くなったらしいんですね。その方は、子どもを亡くした後で胃がいれんがひどくなって、タバコを吸ったらよくなったらしいんですよ。やめようとしたら、胃がいれんになるので、ずっと吸いつづけて、病気になって亡くなったらしいんですけど。タバコを安定剤代わりに使ったというようなことは、沖縄のお年寄りによくある話だったように思います。

田中:ありがとうございました。それでは、蟻塚先生、お願いします。

蟻塚:まず、富山先生のコメントについてですが、私は、医学というのは、たかだか狭い枠の中の現象で、医学が社会を説明しちゃうかんと思うんですね。だけど、医学的な枠の中では、やっぱり事実は事実だから、その辺りのことは明瞭にするべきだという思いもあります。痛みにしろ、ストレス症候群にしろ、個人の問題ではなくって、環境との関わりの問題といたら全くその通りですよ。

最近、心のケアなんてことがよくいわれますけれど、私はとても反発していて、いろんな学会が心のケアの講習会なんかやって、心のケアをやるっていうのは間違いだと思っているんですよ。本当の心のケアって何だっていったら、生活の再建ですよ。心の問題じゃないんですよ。いつまでも宙ぶらりんの私の生活どうなるの、私の未来どうなるのっていうところを再建し、生活が回って確実に生きられる確

信を持てるようになるということが、本当の意味でのケアじゃないでしょうか。小手先で、肩こりをほぐすとか、何とか体操やるとか、心のケアってそんな問題じゃないんだろと思って反発しているところで、富山先生と近いかなって感じがします。

だから、トラウマやPTSDの問題について、富山先生がおっしゃっていたように、社会的な問題まで医学の問題で包摂しちゃいけないって、私も思います。アメリカのベトナム戦争の帰還兵のストレス後遺症の中からPTSDという言葉が出てきたわけだけれども、本来的にいえば、国家賠償するべきところをPTSDという医学概念で片付けられたってところがあるんですよね。私も、こういうふうにして症例がどうのこうのっていうんだけれども、いったはしから、現実を離れるわけですよね。そういうことも考えながら、医学概念の中に社会問題をごまかして抱え込むようなことはしちゃいけない、PTSDという言葉を使うときに気をつけなくちゃいけないと思います。

新潟の中越地震にしても、4年経ってもまだ仮設住宅にいて、まだ自殺者が出る状況があります。4年も仮設住宅にいてということ自体が間違いですよ。私はそう思うので、そこを何とかしようと思わない精神科医ってというのは、精神科医じゃないと思っています。仮設に何年もいる人に心のケアを何年もつづけるってこと自体が馬鹿げたことで、これは政治の問題であって医学の問題じゃないと思うんです。そこは、私も気をつけたいと思っています。

それと、戦争体験がその後の人生に与える影響ってというのは、たしかに、これからもっと考えていかなきゃいけないことです。私の母親もそうですけど、こういう経験をもっている方がたくさんいて、私の母親もそうでしたけど、30代のころからとっても心气的で、心臓がどきどきして、「ああ、苦しい、苦しい。胸が苦しい。心臓、心臓」っていつもいって、救心を飲んでいましたよ。そういう女性がたくさんいましたが、そういうふうには戦争の影響で若いころから心气的になる人のことをちゃんと研究しなくちゃいけないと思うわけです。

これまで、沖縄の精神科医は、どうして、「あなたは、戦争のとき、どこにいたんですか」って聞かなかったのかって思いますね。沖縄県の平均寿命がドンと落ちたときに、沖縄県の医師会がファーストフードの食い過ぎだっていったんだけど、そんなのははなはだ分かっている話で、何でそこにアメリカ軍の統治の問題を入れないのか。そういうことをきちんと問わなければいけないと思うんですよ。そういうことを抜きにして、沖縄の人の平均寿命問題ってというのはどうこういえない。戦争とかアメリカ統治ってのを抜きにして論ずることができないわけです。

それと、三田先生のコメントの「語られない記憶」についてですが、フィリピンの話でしたか、日本軍による住民殺害の話がされましたよね。私は、これは、韓国語でいうところの、恨(ハン)だと思うんですよ。ハンの思想ってありますよね。ハンってトラウマのことじゃないかって思うんです。だから、沖縄戦でもあったわけですけど、単に殺されたんじゃないかって、侮辱されて殺されたっていうこと、この恨みは深いと思うんですよ。質の問題であって、単純に数量化できないんです。

私の報告でお話したIさん、足の裏が痛いっていった身体化障害の人ですが、沖縄戦のとき、艦砲が飛んでくる中で、刀を真上に掲げた日本兵に「防空壕から出ろ」っていわれたんですって。それで、お父さんが、土下座して「何とか入れてください」ってお願いしたって。Iさんも、14、5歳のときにお父さんと一緒になって土下座したっていうんですね。Iさんって、学校の先生になって、沖縄返還運動や平和運動もやって、とっても真面目な人なんですよ。その人が、土に頭をこすりつけて拜んで許してくだ

さいっていわされたことの侮辱。三田先生の話聞きながら、これは、人格に対する侮辱っていうか、尊厳の破壊っていうか、ハンの思想に含まれた痛みや記憶の問題と関わって、無視できないことではないかという気がしました。

田中:どうもありがとうございます。精神医療の問題や記憶の問題など、いくつかテーマが出てきましたけれども、それにあまりこだわらないで、あと30分ほどありますので、みなさんからコメントや質問をうかがえればと思います。いかがでしょうか。

北村:さきほど、三田先生は、沖縄で糸満漁民の話聞かれてきた中で、戦争体験の聞き取りに行ったわけではなくても、ふと気づくといつの間にか戦争の話になっているといったことを話されたかと思います。これまで、たくさんの文化人類学や民俗学を専門とする人が沖縄に行って、民俗や生活誌の聞き取りをする中で、同様の体験をされていると思うんですね。

それは、沖縄に限らず、本土でもよくあったことで、幅広く戦争体験世代が民俗調査の対象だったところは、むしろ調査者の愚痴のように話されることもあったようです。その地域固有の民俗や民話について聞きに行ったのに、ひたすら聞かされるのは戦争の話だと。地域のお年寄りから、そんなことばかり聞かされて、なかなか本題にいかない。いわば、戦争の話というのは、民俗調査の担い手にとって、本題からの寄り道、ある意味ではノイズだったわけです。

それはそれで目的が違うからといってしまえばそれまでなんですけど、私がいいたいことは、三田先生のように、戦争の話をもう少し自分の研究に引きつけて考えることもできたのではないかということだと思います。それと、私が疑問に思うのは、戦争の話は、そもそも文化や民俗の問題なんじゃないのか、文化や民俗から切り離されて聞き取られていいのかということ。戦争をきっかけとして文化や民俗が変わっていったり、戦争が新たな文化や民俗を立ち上げるきっかけとなったりすることはよくあるわけで、超歴史的に文化や民俗を記述するだけでいいのかという気もするわけです。別の角度からいうと、文化や民俗を政治から隔離したトピックとして扱っていいのかということでもあります。このことは、先ほどの蟻塚先生のお話とも関連して、精神医学という領域にもいえる問題かもしれません。

田中:どうもありがとうございます。他に、ありますでしょうか。

蟻塚:幽霊の問題について一言。去年ヨーロッパで開催されたストレトラウマ学会に参加したときに、高齢者で連れ合いを亡くした人の35パーセントくらいの方が、死後1年半から2年くらいの間におばけを見るという話がありました。それと、沖縄戦の集団自決の生き残りの方の話を聞いていたときのことですが、「先生、答えなきゃいけないよね」というから、何だろうと思ったら、幻聴のことだったんです。幻聴なんてザラにあるんですよ。よくあるんだけど、日本の精神医学っていうのは、幻聴とか幻覚っていうのを、ぜんぶ精神病と結びつけてきたもんだから、あまり非精神病性の幻聴とか妄想とかっていうのは、語られてこなかったみたいですね。私は、月1回、沖縄市の中部協同病院っていうところで診療やっていますけれども、そこに、連れ合いを亡くして、「49日もやって、あれもやって、これもやったんだけど、まだ出てくる。何で出てくるのよ」とって来たおばあさんがいました。おばけっていうか、夢っていうか。夢との区

別がつかないんでしょうね。そんなこともありました。

田中:それでは、質問の方に移りましょうか。

フロアコメント:越智郁乃と申します。沖縄でお墓の研究をしています。今日いくつか疑問に思ったことがあるんですけど、語りえなかったとして、こういう体験が何かに表現されてこなかったのかということですね。さきほど、おばけの話もありましたが、もれ出るような形で、何かに仮託されて出てこなかったのかなというようなことを思いました。

私が研究してきたお墓の話でいいますと、やはりその、継承すべき人たちが亡くなってしまった結果、その位牌を継ぐべき人がいなくなり、それを誰かにたらい回しにせざるをえない。位牌自体が、他の人にとって何か危険を孕むものとして認識されるような存在になっていくようなこともありまして、そういうことを踏まえたときに、分かりやすく語られなかったとしても、もう少し分かりやすく何かに表現されるようなこともあるんじゃないかと。

例えば、目取真俊の作品のように、もう少し明らかなかたちで、戦争体験を昇華したり表現したり、実際に自分の中から辛いものを手放していけるような機会がなかったのかなと思うわけです。あるいは、踊りみたいに、何かわっと自分から手放すようなことがなかったのか、本当にずっと地下に埋まっていた状態だったのかという疑問を少し感じました。

蟻塚:いまのお話にあった踊りの問題ですが、これは、レジリエンス(精神的な回復力)というレベルで捉えないといけない問題だろうと思うんですね。たしかに、沖縄のユイマールには、その濃密な関係性をもつ負担という面もあるんだけれども、地域とのつながりに支えられている感覚っていうのは日本で最高ですね。だから、何かあったら、エイサーや三線や琉球民謡といった芸能が、チムワサワサというか、胸が躍る感じで息づいていますよね。ああいう感覚が、沖縄戦を体験した高齢者のWHO-5の数値を高くしたと思うんです。當山先生は残命率が高いとおっしゃっています。

いま、いろいろと調べている最中ですけど、世界にもつながる事例がいろいろとあるはずですね。例えば、有名な話ですが、レニングラードがドイツ軍に包囲されて100万人の市民が餓死した事件があったときに、レニングラード・フィルが演奏して市民を励ました。楽団の人も、餓死寸前のぶっ倒れる寸前で、バイオリンを弾いたんですね。沖縄だと、エイサーとか、お笑いとか、大衆芸能とか、そういう芸能の力が人びとを生き延びさせてきたような気がします。アウシュビッツなんかで生き延びた人が、いったい何があったから生き延びたのか、いったい何がレジリエンスを強くしたのか。そういうことを知ることで、沖縄戦とつながるような気がします。

田中:どうもありがとうございます、そろそろ時間になっているんですけども、どうしてもという方がいらっしゃったら。

フロアコメント:森亜紀子と申します。三田先生と同じように、戦前に沖縄から南洋群島に渡航して、そこで移民として戦争を体験して引揚げてきた方々のお話を伺っています。お聞きしたいのは、當山先生と北村先生の沖縄の共同性の評価の違いについてです。先ほど蟻塚先生が指摘されたこととも関

連するんですけども、當山先生の場合は、ユイマールが人を生かす面を強調されていて、北村先生の場合は、人を排除する側面を強調されていましたが、私はいずれも真実だと思うし、いずれもリアリティがあると思うんですね。それで、お二人にお聞きしたいことがあります。當山先生にお聞きしたいのは、逆に調査の中で、もしかすると、ユイが人を排除していた場面があったかもしれないと思われることがあったかどうかということです。それと、北村先生には、沖縄の共同性について排除という点からだけ評価するのはちょっとどうかと思うところもあって、もう一側面についてどう思われているのかお聞きしたいです。

當山:今回の調査においては、ミニデイサービスに来た方を対象にしましたので、特に感じることはありませんでした。ただ、私が育ったところでは、やっぱり、地域の中の活動とか、そこに入れないう方は大変だったと思うんです。いろんな地域の行事などに参加しない家族がいたんですけど、村八分まではいかないかもしれませんが、すごく距離がある方もいましたね。それと、私は、宮古に、三年ほど、いろんな仕事で行っていたことがあるんですけど、すごく固くて、もっと大変でした。ユイマールに乗っかれないう、入れない方がいらっしやる。一長一短というか、多くの方は一緒にチームを組んでやるんだと思うんですけど、北村先生がおっしゃったように、中には入れない方もいます。それは、いろいろと大変なことがあるからです。

北村:私が今日扱った1950年代から70年代ぐらいは、非常に過剰な時代だったと思うんですね。そういう時代の中で、とても敏感な精神状態にあった人びとが、ある種の共同体が崩壊していくような感覚を抱えながらどうふるまい、そして彼らが、どういう形で実態調査に捕縛されていったのかということの問題にしました。その時代を切り取った話ですのでこういう話になりましたが、もちろん、私自身もユイマールの作用の方を否定しているわけではありません。ユイマールの反作用の話ばかりになりましたが、その作用についても沖縄でまぶしいぐらいに感じる場合があります。沖縄のおばあさんにお話を聞いていて、なんて地域や家族のつながりが強いんだろうと思わされるときもあります。

ただ、それは現時点でのユイマールに過ぎなくて、当時のユイマールと同じものかどうかといえば、違うような気がします。ユイマールも歴史的なものであって、戦前のユイマールと戦後のユイマール、復帰前のユイマールと今のユイマールの共同性の質は違うと思うんですね。ユイマールという言い方ですべてが括れるか、つながるかどうかわからないけど、少なくとも、それぞれの社会状況の中で、ユイマールの関係性があったとはいえるのではないかと思います。それに、当たり前のことかもしれませんが、仮に同時代のユイマールを比較するにしても、ユイマールの中で生きられる人と生きられない人ではその言葉が意味するところはまったく違う。見えてくる風景も違う。

當山先生の場合は、調査の対象となった人びとのレジリエンスが高かったということでしたが、ミニデイサービスに参加する女性ということからも、調査の対象になった方々は、地域の共同性に比較的柔軟に対応できてきた人びとだったのかもしれない。そういうサバイバーがいる一方で、復帰前、復帰前後の沖縄の大変な時代状況の中で、戦争の記憶を抱えながら傷ついていった人びとが、地域共同体から排除されて、私宅監置をされたり、精神病院の中で亡くなったりしていった現実もまたあったと思うんです。どの時代を切り取ったのか、誰を対象に考えたのかという違いが、ユイマールの評価の

違いとしてあらわれたのではないかと思います。

富山:最後に、一言だけ、よろしいでしょうか。やっぱり、ずっと話を聞いていて、トラウマ、PTSDという言葉で、歴史や社会をすぐに語っちゃいけないなということを、私は、逆に思いました。さきほどからの話とも関わるんですけど、どこか、そこに個人と経験みたいなのが、ものすごくシンプルに設定されてしまっている。臨床の話では、全然違うことが出ているのに、どこかでそれを前提にしてしまっているような気がします。

おばけの話が出てきたときからずっと思っていたんですけど、おばけは、別に経験していなくたって見える。ちょっと極端ですけども、だから、おばけだって言い方もできる。つまり、辛い記憶を思い起こしたときに、本当にそれが、自分の記憶なのか分からなくなる、あるいは、ひょっとしたら自分の記憶じゃないかもしれないっていうのは、ちょっと考えれば分かることじゃないですか。

おばけは、いろんな人間関係の中で、その場所において、みんながそう思っていることです。幽霊って、その場所に、いる。でも、今日の話では、経験や記憶みたいなものが、どこかではじめから個人の話になってしまっている。個人の傷、トラウマがあって、PTSDを発症するっていう話ではなくって、もっと過去の記憶を思い起こす豊かさみたいなものがあると思うんですね。

例えば、とんでもない話かもしれないけれども、1975年に、当時の皇太子が沖縄に来たときに火炎瓶を放った知念功は、ひめゆり学徒から復讐依頼を受けたっていった。彼は、沖縄戦は体験していない。だけど、おばけからそれを聞いたって。嘘っていうのは、簡単だけど、本当かもしれない。あるいは、そういう形でおいてこそ、何かの行動が始まったのかもしれないと、そんなことも考えるんですね。そういうふうに考えると、トラウマやPTSDっていうのは、私には、やっぱりしっくりこない。そこにある豊かさを振り回さずに議論するにはどうしたらいいのかを考えなければいけないと、今日は思いました。

田中:ありがとうございます。今の富山先生の話に付け加えると、ある意味で、PTSDそれ自体がマスターナラティブであるといえますよね。ひとつは、やはり、その言葉があることで語れないものに形を与えるような可能性もあるんですね。一方で、富山さんがおっしゃっているように、多様性を消すかもしれない。その両方の側面からトラウマというものを論じていく必要があるのかなと、私は思いました。それはPTSDだけじゃなくって、まさに歴史を語るときの、マスターナラティブみたいなものに対して、どう対処していくのかということに結びついていく問題じゃないのかと思います。

それでは、今日はちょうど5時間もの長い間、非常に長丁場でお疲れかと思いますが、どうもありがとうございました。

司会	田中雅一	京都大学人文科学研究所 教授
報告	北村毅	早稲田大学琉球・沖縄研究所 客員主任研究員
	當山富士子	沖縄県立看護大学 元教員
	蟻塚亮二	精神科医
コメント	富山一郎	同志社大学グローバル・スタディズ研究科 教授
	三田牧	神戸学院大学人文学部 准教授

2013年10月15日発行

編者 北村毅

発行 京都大学 人文科学研究所
京都市左京区吉田本町