



宮地尚子
Naoko Miyaji
トラウマ

岩波新書
1404

トラウマは何を意味するのでしょうか。PTSDの診断基準を詳しくお話しするのではなく、PTSDの診断基準に照らして、トラウマとは何なのか、トラウマとは何なのか、この点についてお話しします。

この章では、精神医学や心理学において、トラウマを現在どのように捉えているのかを紹介し、これらの問題に答えを求めたいと思います。トラウマ体験や、トラウマ反応はどのようなものなのか、その中核部分として、PTSDの診断基準はどのようなものか、そもそもPTSDその診断基準は何を意味するのかを説明していきます。最後に、なぜトラウマについて考える必要があるのか、その意義についても書きます。

1 ト라우マという概念

心の傷と三要素

トラウマとは何のことでしょうか。

トラウマを定義するのは簡単ではありませんが、精神医学や心理学の分野では、過去の出来事によって心が耐えられないほどの衝撃を受け、それが同じような恐怖や不快感をもたらし続け、現在まで影響を及ぼし続ける状態と捉えられています。

なかは不可逆であって、言葉にならないようなものです。たんに気がかりするとか、グライトが優つとかのレベルではありません。流行語のように「あのことがトラウマになっちゃって」とか「小さい頃トラウマになる出来事があったんです」と軽く言えるくらいなら、トラウマではないが、以前はトラウマであったとしても、すでにある程度整理がついて、回復しつつあるといえます。トラウマとは、話題が少しでもそのことに近づく、その場からすくも離れたり、「その話はしないでくれ」と激しく拒絶してしまうようなもののことです。

トラウマという言葉の中には、(1)過去のトラウマ体験(外傷体験、外傷的イベント、トラウマティックな出来事などという呼び方もあります)、(2)トラウマ反応(外傷反応)、(3)トラウ

第1章 ト라우マとは何か

マ体験とトラウマ反応の間の因果関係、という二つの要素が含まれています。トラウマという
とき、(1)と(3)の全体を意味しますが、(1)トラウマ体験だけや、(2)トラウマ反応だけを
指して用いられていることもあります。

一般的には、過去の出来事が現在にもなんらかの精神的影响をもたらしている状態に、広く
トラウマという言葉が使われています。ただ、それでは範囲が広がりすぎるので、(1)と(3)
それぞれに限定が加えられています。(1)(2)については、以下に述べます。

因果関係については、時間的な近さや、内容の近さ、(1)の出来事の前には(2)は見られな
かったことなどから推測されます。ただ、実際には複雑なところもあり、生活歴をたどって
いくと、以前にも類似の体験があつて、(1)の出来事が原因なのか、きっかけなのか区別が困難
だったりもします。時間経過も、ときには数年から数十年してなんらかのきっかけで反応や症
状が出ることもあります。

トラウマ体験

トラウマ体験とは、衝撃的で、通常の適応行動では対処できない、つまり心が耐えられな
いほどの出来事です。命が危険にさらされたり、性的な侵害を受けるなど、圧倒的で、強度や切
迫性があるものです。

トラウマ体験の具体的なものとしては、戦争・紛争体験、自然災害、暴力犯罪、事故、拷問、
人質、監禁、強制収容所体験、児童虐待、性暴力、DV(ドメスティック・バイオレンス)、過
酷ないじめなどの被害があげられます。日常では見られない出来事が多いのですが、日常生活
の中に潜んでいて、実はけっこう多くの人が経験しているものもあります(第2章や第4章の疫
学調査結果参照)。

これらは自分におきた場合だけでなく、身近な人におきた場合や、間近で目撃した場合でも、
トラウマ体験になります。たくさんの損傷した遺体を直接扱うといった経験も同様で、「惨
事ストレス」と呼びます。

ストレスという言葉は、さまざまな心理的な負担の総称として使われています。したがって、
ストレスにもトラウマとなるものは含まれています。ストレスは、もともと動物実験で生体化
学反応を見たり、脳の萎化を明らかにするなど、生理学的な側面から研究されてきました。そ
のため、医学的・生理学的にトラウマを研究する人は、「トラウマティック・ストレス」とい
う言葉をよく使います。(海外や日本でトラウマを精神医学的・心理学的に研究する学会も、
「トラウマティック・ストレス学会」という名称になっています)

トラウマ体験は、強い恐怖や、無力感、戦慄を被害者にもたらします。強い恐怖とは「ああ
怖い」というレベルではなく、すさまじい恐怖(テラー、テロリズムの語源)です。「無力感」

また、過覚醒や再体験(侵入)のような過敏な反応と、回避や否定的認知・気分という一見鈍くなったような反応は正反対で、矛盾してみえます。これら両極を揺れ動く不安定さが特徴なのですが、ある程度覚醒しないとその揺れにとまどうかもしれません。

周囲が適切に対応する上でも実感を伴った理解が役立つので、たとえば例を用いて四つの症状群について説明をしていきます。

(1) 過覚醒(覚醒亢進)症状

過覚醒は、過度の緊張や警戒が続く状態です。交感神経が亢進して、安心感やくつろぎをもてなくなり、ゆっくり食べたり眠ったりできなくなります。常に神経がはりつめている状態で、不眠のほか、集中困難、驚愕反応などもおきます。

言葉の通じない外国に出かけ、友人とはぐれて迷っているうちにスラムに入り込んでしまったときを想像してみてください。自分の心臓の音や呼吸の音がだんだん大きく聞こえてきて、無ければ無なるほどパニックになり、誰かに肩でも叩かれると、自分でも呆れるほど驚き、飛び上がってしまうような状態です。空腹や口渇、寒さにも気づかないかもしれません。日本語で優しく声をかけてくる人がいれば、ついすがりついてしまって、簡単に荷物を預けてしまったりするかもしれません。

危機的状況におかれれば誰でもそうなりえますが、過覚醒症状の場合、平常時や安全な場所でも、本人の身体は危機に準備しようとしています。たとえば、学校に不審者が入ってきて同級生が殺された経験を持つ人にとって、授業中や教室はとても危険に感じるかもしれません。どれほど授業が退屈であつても居眠りするなどとてもない話で、いつでも逃げ出せるように常に身構えているかもしれません。

ずっと緊張が続けていることは、身体への負担も大きく、頭痛などにもつながります。警戒しているのに、逆に事故に遭いやすくなったり、おどおどして、犯罪者やいじめの加害者に目をつけられやすくなったりもします。じっとしてられず、いらいらして、無謀な行為や自己破壊的な行動に走ることもあります。

まとわりついてくる子どもを怒鳴りつけたり、物を投げるなど、他者への暴力につながることもあります。周りを巻き込んでしまうと犯罪行為にもなりかねません。

子どもの場合、落ち着かず、集中できず、暴れたりして、周りの子どもとトラブルを起こすため、「注意欠陥多動性障害」(Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD)といつて診断をされてしまうこともあります。

(2) 再体験(侵入)症状

再体験(侵入)症状は事件のときの記憶や、感覚、そのとき見たものや聞こえた言葉や音、においや味、触覚や身体感覚(たとえば地震後の振動感など)が甦ってくることです。悪夢や、子どもの場合は夜驚(睡眠中に叫ぶこと)、遊びの中で事件の内容を繰り返すこと(ホスト・トラウマティック・プレイ: 津波ごっこなど)も含まれます。

単に嫌なことを思い出すのではなく、いつ思いつくか、いつ思いつかないように「朝上行」にしておくかのコントロールがうまくできず、甦る記憶の衝撃が薄まっていくこともないのが特徴です。大きな発現ではなく、本人にとっては、今まさに事件に巻き込まれているのであり、あまりに生々しすぎて、それが過去のことが現在のことがわからなくなることもあります(フラッシュバックといいます)。強い心理的苦痛と、動悸や冷や汗など身体的な反応が伴います。「終わったことだから忘れなさい」とよく言われますが、本人にとっては全然終わっていない、今起きていることなのです。事件のときの記憶が断片化されていて、甦ってくるイメージや音、身体感覚などが何なのか、本人にとってわからないこともあります。

亡くなった人が見えるという筋書きの映画は少なくありませんが、「シックス・センス」(M・ナイト・シヤマラン監督、一九九九年)という映画の主人公の少年は、死者がまともに見えてしまう能力を持っていました。彼はその光景におののくもの、周囲からは落ち着きのない

「情緒障害児」にしかみてもらえません。再体験(侵入)とはちょうどそんな感じで、事件を知らない人には、理解してもらえないところが、「誰かがそこにいる」などと言え、頭がおかしいと思われてしまうでしょう。東日本大震災後、被災地で「幽霊を見た」といった噂が日常会話で交されたり、沖縄でも激しい戦地になったところでは「幽霊話」が多いそうですが、再体験(侵入)の反応もそこには一部含まれていそうです。

(3) 回避症状

回避症状は、トラウマ体験と関連するものやトラウマ体験を思い起こさせるもの(トリガー、きっかけ)を持続的に避ける行動です。本人は自分が何をなぜ避けているのか、意識できていないことも少なくありません。避ける対象が事件とどうつながりがあるか、明確でないこともあります(たとえば被害を受けた部屋のカーテンの色など)。回避する対象が、加害者から、似たような年齢好の男性、男性全般、人間全般、というふうには広がっていくこともあります(汎化)といいます。回避したいという思いの強弱さも、なかなか周囲には理解されにくいようです。

症状が重いと、受診の妨げにもなります。病院に下見に来て、電話で対応の仕方を確かめ、予約をとりながら来ない人もいます。暴力被害などを受けると他者への不信感や恐怖が著しく、

回避がおきやすくなります。キャンセルも多く、「事件に触れることがとてもつらくて休んでしまった」「行こうと思うとお腹が痛くなった」と正直に言ってくれる人もいます。(不登校の子どもも似ています。その背景にはいじめがあるのかもしれませんが)「今は事件については話さなくてもいいから、まず気持ちや身体を落ち着かせていこうね」と言うようにしています。事件の話をするということは、本人にとっては生の傷口をさらし、そこをかきまわされるようなものなのです。

20

ただ、警察や司法、行政などの手続きでは、被害や被災状況を話すしかありません。関係者は、本人がどれほどの恐怖をもってその場に臨んでいるか、どれほど苦痛を感じているか、安心できる環境で対応されなければどれほど症状を悪化させてしまうか、を考えて敬意をもって対応することが重要になってきます。

(4) 否定的認知や気分

DSM-IV-TRでは、PTSDの症状群は三つに分けられていたのが、DSM-5では四つに分類し直されました。これまで回避・麻痺としてまとめられていたものから回避が独立し、麻痺に、否定的認知などが加わってできたのが、この項目です。

麻痺とは、強い情動に耐えられなくなつて感情を感じなくなり、心が萎縮してしまう現象で

す。トラウマ体験の重要な部分が思い出せなかつたり(健忘)、重要な活動への関心や参加が著しく減つてしまつたり、他の人から孤立して疎遠になってしまった感じ、「愛しい」といったプラスの感情をほとんど感じなくなること、未来が短縮した感覚などです。電気を使いまぎてアノーカーが落ちてしまったような感じ、外の光がまぶしすぎてカーテンをかけた部屋にどこもついている感じ、などを思い出かへてもらつとわかりやすいかもしれません。

否定的認知とは、「自分は悪い人間だ」とか「誰も信用できない」とか「世界は危険ではない」といった、自己や他者や世界へのネガティブで強固な思い込みで、事件の前にはなかつたものです。否定的気分とは、事件に関して、ずつと過剰に自分を責めたり、他者を恨み続けること、恐怖や、戦慄(おぞましさ)、強い怒り、罪悪感、恥辱感といったマイナスの感情・気分を強く持ち続けることなどです。

否定的認知や気分は、トラウマを受けた人に多くあらわれやすく、かつ主観的な苦痛や、周囲との疎遠をもたらしやすいので重要です。

否定的認知や気分には、世界観や人間観、関係性や自己アイデンティティの変容、存在論的な苦痛といったものが含まれています。シングル・トラウマの場合でも、その体験に否定的な意味づけ(認知)が深く刻印され、こういった症状が長く続くことがあります。ただ、より深刻なのは、支配関係におかれ、長期に被害に遭い続けたような場合です。そういった場合、おか

21

また、身体の場合、後遺症も、「バリアフリー」の社会では障害は障害とならない、障害は社会によってつくられる」という捉え方が、障害学(ディスアビリティ・スタディーズ)などではされるようになってきました。それになぞらえれば、心のけがが傷跡として残りにくい社会にしていくとともに、PTSDなどのトラウマ症状をもついても暮らしやすいような「心のバリアフリー」が社会に求められるといえるでしょう。

24

PTSD以外の反応や症状

PTSD以外にはどのようなトラウマ反応があるのでしょうか。

トラウマ体験の後の、抑うつ症状はとても多く、PTSD症状と抑うつ症状が両方おきることもよくあります。不安障害、パニック障害、恐怖障害などはPTSDの症状とも置なりやすい症状です。強迫症状、幻覚、妄想などの精神病様症状がおきることもあります。身体表現性障害(器質的には説明のつかない身体症状を訴えること)や、摂食障害(拒食や過食、嘔吐などをくりかえすこと)、アルコールや薬物への依存、自傷行為や自殺企図も多いことが明らかになっています。肩こりや頭痛、下痢や胃痛などの身体的不調は非常に多く、免疫・内分泌系へも影響をもたらし、身体疾患への罹患も増えます。

慢性的にトラウマティックな状況に置かれていると、価値観や行動パターンなどにも変化を

及ぼします。とくに、小児期からの虐待の場合、肯定的な自己イメージをもつたり、自己の感情を調整したり、安定した対人関係を築いていったりするための能力の発達が妨げられ、パーソナリティ形成に大きな影響を与えることが知られています。

こういったことから逆に、うつ病、不安障害、パニック障害、恐怖障害、摂食障害、薬物やアルコール依存症、境界性パーソナリティ障害、解離性障害など、これまで多様な診断名を下されてきた人々を、トラウマとの関連から見直し、トラウマ反応の一種として症状を捉え直す見方もはまってきています(第2、3章参照)。

解離

トラウマ反応の中でも複雑でわかりにくい、けれども重要なものとして解離症状というものがあります。解離とは、自我の統合性が薄れ、切り離されることです。主なものとして離人感や非現実感があります。離人感とは、自分が夢の中にいるように感じたり、外から自分を眺めているように感じたり、自分の身体が自分のものではないように感じる症状です。非現実感とは、周囲の出来事が遠く夢のように感じられて、現実のことは思えないような感覚です。健忘(想起困難)も解離の一種で、より深刻になると逃走(フラグ、気がつくところか別の場所に行ってしまう)や、経過を覚えていない症状、記憶喪失(全生活中健忘)などの症状を示しま

25

表2-1 語られにくいもの(内傷)にとどまる

- ・内容が重すぎるもの
- ・私的・探密的な領域のことから
- ・セクシュアリティ(性)に関わること
- ・「あたりまえ」として日常化されていること
- ・養育者やケア提供者、「お世話になった人」からの被害
- ・所属集団内での被害
- ・マイノリティ集団内での被害
- ・共犯性や加害者性、犯罪性を帯びるもの
- ・共感を得られない、叱責・非難されると思うもの
- ・偏見やステレオタイプがもたらされるようなもの

しやすいものです。DVやセクシュアル・ハラスメントは、「よくあること」として長い間認知されてきました。痴漢なども、最近でこそ犯罪だと認識されるようになりましたが、以前はそうではありませんでした。バウハラやモラハラといった言葉が注目されるようになったのは、「あたりまえ」のこととして日常化されてきた、上司などの威圧的な言動に、少しずつ人々が異議の声をあげ始めるようになった証ともいえます。

養育者や「お世話になった人」からの被害も言いつらいものです。暴力や虐待でも、家庭や親族、児童養護施設や病院や介護施設などにおける、養育者やケア提供者からのものはなかなか表に出てきません。

所属集団内での被害やトラブルもなかなか公にしづらいためです。自分の所属する集団内での被害は、自分が集団から排除されたり、集団にいつらくなってしまう怖れや、自分が大切にしている集団への社会的な評判が落ちるのを避けたい

イスをしなくなることもあります。養護施設はたくさんの子をしゃべらしてききました。けれども、病つた弁当を何度も食べさせられたといった被害もあって、「ただ食事を摂る」ということにはまだ、さまざまな制限が残っているのです。

当事者が語りにくいトラウマの内容にはいくつか特徴があります(表2-1)。内容的には重なるものも多いのですが、表にしてみました。順に説明していきます。

まず、内容が重すぎるものです。語るうとしても、聞いた相手がききことして引いてしまったり、あまりに陰惨で言葉にしづらなもの、生理的な嫌悪感や拒否感もたらされるようなものです。

つぎに、私的・探密的な領域のことからです。DVや虐待など家庭の中での出来事、職場の勤務後や放課後に起きた、同僚や友人とのトラブル、恋人や友人からの暴力や裏切りなどです。

つぎに、性的な内容のものです。性暴力はもちろんですが、それ以外でも、性的なことというのは公的な場所では語らないことが社会のルールとなっていることもあり、潜在化しがちです。たとえば、ハンセン病を患った人たちは、強制隔離政策の過ちを裁判によって国に認めさせたものの、強制隔離や不妊手術といった経緯はなかなか語られずじまりました。

「あたりまえ」のこととして日常化されていることも語られにくい、また聞き流されてしま

という思いなどもあって、訴えることが難しいものの一つです。学校内での暴力事件や、セクシアル・ハラスメント事件などは、いったん公になると、被害そのものより、その後の二次被害の方が大きくなりがちです。

54

震災などのトラウマ体験も被災地内での複雑な人間関係が終っていると、語りにくくなります。震災以前の隠れた対立がそこに潜んでいることもあります。津波などの圧倒的な自然の威力は、時に人から言葉を奪いますが、沈黙を長引かせるのはむしろ人間関係における傷つきなのです。

また、所属集団がマイノリティ集団で、すでに社会から偏見や蔑視を受けている場合、なおさら、「あの集団だから」という見方をされるのを避けようとして、声をあげたときの集団内での反発も大きくなりがちです。民族マイノリティの中での暴力事件や、ゲイ・レスビアンカップルの間でのDVなどが例に挙げられます。

このほか、共犯性や加害者性、犯罪性を掲げていたり、非難を得られにくく、叱責、非難される怖れのある出来事、語るにより偏見やステイグマを受ける怖れがある出来事も、非常に語りにくくなります。いじめられつ子が万引きをさせられたり、家から金品をこっそりもってこさせられて、いじめの被害を言えなくなってしまう、といったことです。友だちとついに無免許運転をして事故にあい、友だちだけ亡くなってしまふような体験も、語りづら

のです。

戦争体験は、自分の生命が危険に曝されるだけでなく、自分も人を殺したり、傷つけたり、時には残虐行為をしていたりすることもあるので、語りにくいものの一つです。残虐行為をしていなくても、周囲の兵士がしているのを見たり、自分がしたと疑われるのを避けるために、口をつぐんできた元兵士も多いことでしょう。

従軍慰安婦問題が日本で議論されるようになったときのバッシングには感情的なもの、拒否反応のようなものが大きかったと感ずります。そこには元兵士の人たちの後ろめたさとともに、「自分たちだって、自身の傷つきや痛みを語ってこなかったのに」という隠れた思いがあったのではないのでしょうか。「男は自分の傷つきを口にしてはいけない」というシエンター規範(第4章参照)や、「それなのに女は簡単に傷ついたと言い、自分たちを責めてくる」という恐怖、怒りなどがなくないまぜになっていたように思います。

秘密にするということ

語りにくい種類のトラウマではなくても、秘密にせざるを得ない状況というのは多々あります。

特にメディアで大きく報道された事件の被害者や遺族は、ただ自分らしさを維持するためだ

55

遺族がやってきていることです。トラウマの専門家であっても、相手の方が話をしてくれるまでは、どのような被害に遭ったのかは、わからないことがほとんどです。

秘密にすることによって、外部からの不必要な詮索の目を排除することは重要ですが、ただそれによって支払われる代償も少なくありません。

英国に住む友人で、小さい頃に性的虐待を受けた男性がいます。彼は五年に一回は引越すことに決めていると言います。それは、五年くらい経つとだんだん仲のよい友だちや仲間ができてきて、これ以上親しくなると、つい自分の秘密を打ち明けたくなるからだと言います。秘密をもったまま、誰かと親しくなるのは難しい、特にその秘密が自分にとって今もとても重くて、苦しんでいるものだからと、彼は言います。語らないまま、秘密を抱え続けることは、生きる世界をひどく縮小させてしまうのです。

語られないトラウマはどうなるか

語られないと、トラウマはどうなるのでしょうか。

まず、周囲からの理解や正しい診断を得られなくなります。第1章で説明したように、トラウマ体験とトラウマ反応(症状)の間には因果関係が想定されています。したがって、たとえトラウマ反応が出ていて受診をしたとしても、トラウマ体験の内容が語られなければ、反応(症

状)のみで解釈されることとなります。トラウマ反応である身体感(侵入)症状も、幻覚や妄想と捉えられるかもしれません。過覚醒症状による音立ちや、感情の爆発、回避症状などは、本人のパーソナリティの問題だとみなされるかもしれません。

もし、より軽い体験が語られると、それが因果の説明に用いられることとなります。そうすると、体験のわりに症状が重すぎるので、本人のもともとの精神力の弱さとされたり、大げさに疑うと批判的にみられがちです。

第二に、秘密にしておくこと自体が、さまざまな症状をもたらします。

精神科医で精神医学史や犯罪学、トラウマにも詳しくつたアンリ・エランベルジエは、「病原性秘密」という言葉を用いて、いろいろな症例を紹介しています。彼は、秘密の中で多い内容として、性的な被害や逸脱、恥じている身体病、身体障害、詳細な盗みから殺人に至るさまざまな違法行為、抑圧された感情、トラウマ事件の記憶などをあげています。そして「病原性秘密」は、メラニコリーや神経衰弱やヒステリー、理性から外れた行動や常軌を逸した行動、精神病などをもたらしうるといいます。一方、秘密の告白が時には症状からの劇的な回復をもたらすことがあることも指摘しています。ただ、実際には、精神療法を受けている患者が驚くほど長期間秘密を隠したままにしていることや、ようやく語られた危険な秘密が専門家によって第三者に漏れてしまった事例も、エランベルジエは紹介しています。語るのも危険、語らな

いのも危険なわけですが、いずれにせよ、本人への精神的負荷はとても強いものです。トラウマ反応の上に、秘密にしておくことの症状が加わるのは、本人にとってはとても苦痛ですが、秘密であるがゆえに、周りからはもちろん理解してもらえません。

60

第三に、否認や回避、抑圧や解離などによって語られない場合、その癖が固定化し強化されてしまうことがあります。これらの反応は、一時的にできごとの衝撃を弱め、日々の生活をなんとかやりすごすためには、役立つ「能力」となることも多いのですが、使い続けているうちに、現実検討能力を低くしてしまいます。何が事実だったのか、空想だったのか、自分が何を实际にして、何をしていないのか、誰に何を隠し、どんなごまかしを言ったのか、だんだん本人にもわからなくなつてきます。もちろん、周囲からの信用も失つていきます。

第四に、語らないことにより被害が続いたり、さらなる被害者が生まれることもあります。うちあけられないために被害が長期化すると、加害者との「外傷的絆」が強化されてしまい、支配関係からさらに抜け出しにくくなります。逃げられなければ、順応や迎合という反応がおきてきます。それらは、共犯関係や加害行為への加担、犯罪行為への関与にもつながりやすくなります。そうするとますます、語りにくく、周囲からの理解や共感を待てにくくトラウマになっていきます。いじめや拷問、虐待やDV、職場や学校でのハラスメントも、被害が長期化したり、さらなる被害者が生まれることが少なくありません。

2 子どものトラウマ

子どもへの虐待

子どもへの虐待が、しばしば報道されます。日本では、二〇〇〇年に児童虐待防止法ができ、さまざまな取り組みがなされるようになってきました。児童精神医学は日本ではあまり発達しておらず、専門家の数もまだまだ限られています。虐待についての実態把握や対応についての研究が進みつつあります。

虐待は、子どもにとってトラウマとなるだけでなく、子どもの成長や発達を大きく阻害し、時には不可逆的な障害をもたらします。子どもの脳は可塑性が高く、適切な刺激を受ければ回復も大人より早いのですが、発達すべき能力の種類によっては年齢的な制限があることも多いのです。

虐待への対応が始まった初期の頃は、虐待家庭に介入し、子どもを虐待者から離して保護し、安全な環境に移せば問題は解決するだろうと思われていました。けれども、保護された被虐待児の精神症状の重さに、専門家も驚かされました。また、安全な環境になっても子どもたちの症状がなかなかよくなるということが明らかになってきました。

わないで」と言われたり、自分でもそう思つて、感情を抑え、助けを求められないまま、がまんを強いられます。

もちろん、親も強いショックを受けています。これまで大切に育ててきた子どもが被害を受け、これからどうなるのかわからない不安を抱え、また十分守つてあげられなかった自分を責めたりします。けれども、周囲からは「しっかりしろ」と励まされ、警察や学校、病院との連絡や手続きなどには殺されがらです。

震災などの場合、被災した多くの人が、震災直後も、そしてその後も、救援や支援をする側にまわっています。たとえ津波の中で九死に一生を得、家を流され、仕事を失つても、「家族を助けたわけではないから」と、自分が被災者だと認めることをためらう人も多くいます。遺体の捜索など、凄惨な状況の中で任務を果たし続けてきた人も少なくありません。支援活動は、人に役立つことで自己価値感を取り戻したり、喪失感を埋めることに役立ちますが、だんだん疲れがたまって、身がもたなくなることもあります。

代理外傷や燃え尽き

直接傷ついていないとしても、傷ついた人のそばにいることは、想像以上に体力を消耗します。周囲の無理解により、当事者がさらなる外傷(再外傷・二次被害)を受けることも少なくあ

りませんが、一方で周囲の人たちもしばしば傷つきます。当事者から被害の話や聞き、恐怖や絶望感、社会への不信感などが強くなったり、話の内容が夢の中に出てきたり、似たようなトラウマ反応を起こすこともあります。そういった傷つきは「代理外傷」や「二次的外傷」と呼ばれます。「二次的外傷」という言い方は、当事者が事件後に遭う「再外傷」や「二次被害」と混乱しやすいので、私は「代理外傷」という言葉を用いています。

また、回避反応も起きます。私はテレビのニュースをあまり見ません。特に誘拐や監禁、虐待などの事件、女性被害者や女性加害者への興味本位の報道や中傷は苦手です。これまで診てきた患者さんたちとなるべく重ねてみないように、感情移入しないように努力はするのですが、どうしても後に残つて、ぐったりしてしまうのです。

長期的に被害者と関わったり、多くの被害者と接したりする仕事の場合、精神的に消耗し、「共感疲労」や「燃え尽き」をおこすこともあります。これは、被害者に同情できなくなる、仕事に意欲がなくなる、といったものです。頭痛、肩こりといった身体症状から始まることも少なくありません。「燃え尽き」は、どれだけ支援をしてもなかなかその成果が見られない場合や、支援の意義が周囲から理解してもらえない場合、使える資源が限られている場合などに、とくによく見られます。児童虐待やDVへの対応は、現在重要な社会的課題となつていますが、児童相談所や養護施設、保護施設、福祉施設などの仕事は、業務の内容がハードなだけでな

第3章 傷ついた人のそばにただたずむ

く、予算や人員配置、職務権限も限られていて、スタッフの離職率が高くなっています。虐待や暴力被害者の支援をする場合、支援者にも暴力やその脅しが及ぶことがあり、そういったことも心理的負担を増やします。

82

当事者との関係の変化や葛藤

支援をしているのに、被害当事者とトラブルが起きてしまうこともあります。何気なく話した一言が、加害者の言葉を思いおこさせて当事者を傷つけてしまったり、ちよと大きい声を出しただけで怯えられたりすることがあります。どこで、地雷を踏んでしまう。かわからず、腫れ物にさわらうようになってしまうこともあります。長時間接している家族などの場合は、第1線で説明したような当事者のトラウマ反応をたとえ頭ではわかっていたとしても、過敏さやひきこもり、体調の波の激しさなどに振り回され、つい「早く忘れろ」とか「甘えるな」と言ってしまうかもしれません。

多くの被害者は他者に対して不信感や疎外感を感じるとともに、つながりを取り戻したい、頼りたい、信じたいという気持ちももっています。揺れ動く気持ちの中で、急にしがみついたり、逆に裏切られることを怖れて離れようとしたり、「あなたに私の気持ちなんかかわらない」と悪態をついて試してみたり、時によって矛盾した行動がみられることもあります。そう

いった行動に支援者がいちいち諍く反応してしまうと、悪循環をもたらしかねません。

一方、支援者の側も、なんとかしてあげたいという使命感や、救ってあげたいという「救済者願望」、**「支援してあげている」「感謝されて当然」といった無意識の優越感**などもっていることがあります。それらが被害者との、対等な安定した関係を築く妨げになることがあります。

また、被害者と関わる中で、支援者の過去の似たような経験が甦って来たり、未解決の人間関係の問題がそこにあらわれて来たりすることもあります。

ただそばに在ることの難しさ

「サイコロジカル・ファーストエイド(PFA)」という、急性期対応のマニュアルがあります。災害など大勢の人が一度にまきこまれるような危機的状況時の、「心の応急手当」のガイドラインです。

いきなり介入するのではなく、まずは様子を見守る、現実的な支援(食料、水、毛布)によって関係をつくっていく、穏やかにゆとりと話す、といった基本姿勢と、八つの活動内容①被災者に近づき、活動を始める、②安全と安心感、③安定化、④情報を集める、⑤現実的な問題の解決を助ける、⑥周囲の人々との関わりを促進する、⑦対処に役立つ情報、⑧紹介と引き

83

宮地尚子

兵庫県生まれ、1985年京都府立医科大学卒業、1993年同大学院修了、1989-92年、米国ハーバード大学に客員研究員として留学、近畿大学医学部衛生学教室勤務を経て、2001年より現職。現在、一橋大学大学院社会学研究科地球社会研究専攻・教授、精神科医師、医学博士、専攻は文化精神医学、医療人類学、トラウマとジェンダー、著書に『異文化を生きる』(堤和雄、2002年)、『トラウマの医療人類学』(2005年)、『察状島＝トラウマの地政学』(以上みすず書房、2007年)、『性的支配と歴史—植民地主義から民族浄化まで』(六月書房、編著、2008年)、『医療現場におけるDV被害者への対応ハンドブック—医師および医療関係者のために』(朝石書店、重訂、2008年)、『傷を癒せるか』(六月書房、2010年)、『震災トラウマと復興ストレス』(雄飛ブックス、2011年)など。

トラウマ 岩波新書(新赤版)1404

2013年1月22日 第1刷発行

著者 宮地尚子

発行者 山口昭男

発行所 株式会社 岩波書店

〒100-8002 東京都千代田区一ツ橋2-5-5

案内 03-5210-0000 販売部 03-5210-4111

<http://www.iwanami.co.jp/>

新書編集部 03-5210-4054

<http://www.iwanamishinsho.com/>

印刷・三秀舎 カバー・半七印刷 製本・敬製本

© Naoko Miyaji 2013

ISBN 978-4-00-431404-2 Printed in Japan

主要引用・参考文献

はじめに
安亮昌 『増補改訂版 心の傷を癒すということ——大災害精神医療の臨床報告』 作品社、2011年
桑山紀彦 『地球のステージ・ブログ』 <http://blog.stageonline.org/>
第1章
ジュディス・L・ハーマン 『心的外傷と回復 増補版』 中井久夫訳、みすず書房、1999年
金言晴彌 『心的トラウマの理解とケア 第2版』 じほう、2006年
米留精神医学会 『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 新訂版』 高橋三郎、大野裕、染矢俊孝訳、医学書院、2003年
DSM-5への改訂については <http://www.dsm5.org/> 参照
ICD-11への改訂については <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/index.html> 参照
レノア・デア 『記憶を消す子供たち』 吉田利子訳、草思社、1995年
栉井和馬 『美と暁期の十日間』 集英社新書、2010年
栉井和馬 『かけがいのないひとりの死』 『風の旅人』 第28号、2007年 (<http://www.kazetabi.jp/>)
中井久夫 『いじめの政治学』、栗原彬編 『講座差別の社会学4 共生の方へ』 弘文堂、1997年所収
Scaury E. *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*, Oxford University Press, 1987
トーマス・クーン 『科学革命の構造』 中山茂訳、みすず書房、1971年
フランク・W・パトナム 『解離——若年期における病理と治療』 中井久夫訳、みすず書房、2001年
オノ・ヴァンデアハート、エラート・R・S・ナイエンフユイス、キヤシー・ステイール 『構造的解離——慢性外傷の理解と治療 上巻 (基本概念編)』 野間俊一、岡野憲一訳監訳、星和書店、2011年

コンバット・ストレスと軍隊

—トランスナショナルな視点とローカルな視点からみた自衛隊—

福浦厚子

-
- I. はじめに
 - II. コンバット・ストレスのマネジメントに対する認識
 - II-1 研究史
 - II-2 コンバット・ストレスへの対処方法について
 - II-3 旧日本軍や自衛隊の戦闘や業務に附随するストレス・社会問題に関する研究
 - II-4 コンバット・ストレスのマネジメントに対する認識
 - III. トランスナショナルな経験と自衛隊
 - III-1 海外派遣とコンバット・ストレスの認知
 - III-2 コンバット・ストレスのケア
 - III-3 イラクで想定されたコンバット・ストレス
 - IV. 地域社会とコンバット・ストレス
 - IV-1 地域社会からみた自衛隊
 - IV-2 自衛隊からみた地域社会
 - V. まとめ—トランスナショナルな視点とローカルな視点からみた自衛隊
 - VI. おわりに
-

I. はじめに

軍隊は一つの確立された、人員も施設も確固とした組織として存立しているが、その一方で社会から切り離されて存在しているわけではない。かつてゴフマンは、多数の類似した境遇にある個々人が一緒に相当期間にわたって包括社会から遮断されて、閉鎖された日常生活を送る居住と仕事の場所を指して、「全制的施設 (total institution)」[ゴフマン 1984] と呼び、その例

の一つとして軍隊を挙げたが、実際にはもう少し詳細に見ていく必要があるだろう。軍隊を構成する隊員は組織の一員としてあるだけでなく、一個人として家族、親族、友人という広い人間関係の中で生きているのであり、つねに軍隊を取り巻く社会との相互作用のなかにある。有事においては、軍人の国民化が明確に行われるため、その関係は見えやすいものとなるが、平時においては一見わかりにくい。とはいえ、日常生活の様々な局面においても軍隊と社会との関係は築かれているのであり、また、同時に社会の軍事化も日々行われているのである。

そこで本論では社会と軍隊との相互規定的な関係について着目し、とりわけ軍隊と軍隊を設置している社会との関係、とくに「民軍関係」に焦点を絞り検討する。軍隊と軍隊をつくる社会、そして社会がつくる軍隊について、ここでは日本の自衛隊を一つの例に取り上げて検討する。

自衛隊が国際協力業務に携わる機会は、PKO(国連平和維持活動)のための派遣やイラク復興支援に見るように、近年増えつつあり、これまでのところ陸上自衛隊の場合、約20%が従事した経験をもつに至っている。こういったトランスナショナルな経験のなかで、コンバット・ストレスの一種と考えられるストレスを抱える隊員も増えてきている。このようなストレスを組織のなかでどのように位置づけるのか、「強さ」に力点が置かれる組織において「脆弱性」[宮地 2007]を抱えることのもつ意味、組織としての捉え方に焦点を絞って明らかにする。そのことによって、ストレスをマネジメントするとはどういうことなのか、なぜマネジメ

ントする必要があるのかを検討する。こういった側面に注目することで、自衛隊の独自の面そしてその独自の自衛隊を作って来た日本社会について考える手立てとしたい。

II. コンバット・ストレスのマネジメント に対する認識

II-1 研究史

コンバット・ストレスについての定義としては米軍によるものが共有されているので、アメリカ国防省がまとめた軍事用語辞書からの定義を紹介する。

戦闘・作戦によるストレスとは、戦争だけでなく、軍事作戦や演習でストレスに晒された軍人に見られる感情的、知的、身体的そして/また行動上の反応である。コンバット・ストレスの反応は作戦状況における機能上の質や重要性によって変わってくる。例えば、強度、期間、契約状況、リーダーシップ、効果的なコミュニケーション、部隊の士気や結束力、派遣されている部隊の重要度などにより変化する。[Department of Defense 2010]

このように、戦闘・作戦によるストレスはもちろんのこと、演習など戦闘以外の状況下でのストレスもコンバット・ストレスに含まれる点について留意したい。コンバット・ストレスについてのこれまでの研究は、古いものでは南北戦争期(1861-1865年)にまで遡る。戦闘状況における強いプレッシャーから 'crazy' [Howe 1946] と呼ばれる精神医学上の問題を生じさせた兵士を前線から下げることにしたという。前線へ送りこむことのできない人員を少しでも減らす目的から、コンバット・ストレスについての研究が行われるようになった。また当時、アメリカ陸軍軍医として従軍していたダ・コスタは戦闘状況下での兵士の脈拍上昇、呼吸困難、心臓発作に似た症状を指して Soldier's Heart やダ・コスタ症候群などと名付けた [Da Costa

1871]。

第二次ボア戦争(1899-1902年)の際には、多くの英国軍兵士が強い動悸や不安、意欲喪失、筋肉の震え、めまい、血圧や脈拍の変化といった症状を現すようになり、心臓障害 (disordered action for the heart; DAH) と診断され、除隊するものが続くようになった。はじめはきつい帯ひもと装備が原因と考えられていたが、のちにこの症状は戦闘経験に起因する戦闘後障害 (post-combat disorder) ではないかと考えられるようになった [Murray 1918]。

第一次世界大戦では塹壕への砲撃による神経の疲労症状がシェル・ショック (shell shock) と名づけられた。英国軍人の8万人が発症したとされるこの症状も、当初は塹壕の爆発による衝撃や毒物が脳へ影響を与えたと考えられていたが、軍医による研究の結果、ストレス反応の一種であるとわかった [Myers 1915]。その後も、戦闘経験による身体の麻痺、震え、悪夢の頻発、性欲減退といった症状が見出され、戦争神経症 (war neurosis) [Ferenczi 1921] と名付けられたりした。

第二次世界大戦においては、音や振動、光に過敏に反応する、暴力行為に対して過剰な反応をする、睡眠障害を引き起こすといった症状を発症させる兵士に対し、内科医が伝染性胃腸障害を疑ったが、のちに戦闘疲労 (combat fatigue, battle fatigue) と総称されることになった。このように兵士のストレスに関する研究は、砲撃による脳への損傷が原因とする見方から次第に神経的、精神的な原因とする見方へと変化していった [Anderson 2008]。

ベトナム戦争が始まると、アメリカへ帰還した兵士に精神的な障害が見られ、社会に復帰できなくなる事態が多数生じるようになった。このような従来の診断では把握しきれない症状全般に対して、アメリカ精神医学会は1987年、心的外傷後ストレス障害 (post traumatic stress disorder; PTSD) と名付けた。

その後、1991年から始まった湾岸戦争時には

油井や化学兵器など多様な有毒物質にさらされることによる免疫系統や中枢神経の障害と考えられる症状が多発し、湾岸戦争症候群(Gulf War Syndrome)と名付けられたが、因果関係は明らかにされないままになっている。

2004年にアメリカ軍がイラクおよびアフガニスタンから帰還後3、4ヶ月経過した陸軍と海兵隊の兵士に対してメンタル・ヘルスの調査をしたところ、アフガニスタン帰還兵士の12%がPTSDであり、14%が鬱状態や機能不全、イラク帰還陸軍兵士のうちの18%がPTSD、15%が抑鬱状態、イラク帰還海兵隊員の20%がPTSD、15%が抑鬱状態であることがわかった [Hoge et al. 2004]。

このように帰還した兵士が非常に高い比率で精神的な不調を抱えていることがわかった。その結果、兵士として再び戦地へ赴くことが困難になっているだけでなく、除隊後の社会復帰を阻む要因ともなっている。とくに米軍の場合、海外派兵の規模が他国より比較的大きいことと長期化しているために、派遣できる兵士をいかに確保するかが課題の一つになっており、対処法についての研究に力が注がれることになった¹⁾。

II-2 コンバット・ストレスへの対処方法について

ここではコンバット・ストレスの対処方法ならびにその対象者をどの範囲までに限定するのかについて、米軍、英国軍、自衛隊を比較し特徴を検討する。

米軍の場合、1919年に米軍医であったサーモンが開発したPIE対処法 [DoD 1996] が1979年代まで採用されていた。PIEのPとはProximity(近接性)、前線に近いことを意味し、IとはImmediacy(即時性)、精神的な不調がひ

どくなる前にすぐに対処することを意味し、EはExpectancy(期待)、休みや補給ののちすぐに前線へ戻れるという期待を本人にもたせておくといったことを主眼に据えた対処法が取られることを意味する。

しかし、PIE対処法はベトナム戦争の終盤には使われなくなり、それに代わって朝鮮戦争の頃から採用されていた精神科医の移動派遣部隊によるBICEPS治療が本格化していった。BICEPSのBとはBrevity(短さ)を指し、治療を手短に行い、3日以上かかる治療であれば、後方へ送った。IはImmediacy(即時性)を指し、治療に必要なものを即座に見分けることを意味した。CはCentrality(求心性)のことであり、負傷兵に自ら病人と思わせないために、病院へは送らず一カ所に集めて、軍に留まっているという意識を本人に維持させる。EはExpectancy(期待)を指し、周りの隊員らと言語的メッセージを交流させることで、数日内に任務に戻れそうだという気持ちにさせる。そうすることによって負傷兵は自分の不調は重い病気や身分の喪失を伴うものではなく、通常のストレス反応であると理解するようになる。PはProximity(近接性)を意味し、負傷兵の属する部隊の近くで治療を行うことで、部隊とのつながりや友人による支えを継続させる。SはSimplicity(単純さ)を意味し、ただ負傷兵を前線へ戻すことに主眼を置き、精神医学的治療は実施しない。

これらのことから、米軍では精神医学的な負傷兵士に対して、本格的な拠点施設における治療環境を作るのではなく、前線へ戻すことを第一の目的として、暫定的な環境に置くことにより、身体的にも精神的にも前線から離れない状況を作った。つまり、たとえ精神的な不調があっても、その兵士は依然として病人ではなく、戦

1) ト라우マを経験した人のすべてがPTSDを発症させるわけではない。アメリカの研究結果によれば、コンバットや性的暴行といったトラウマ的経験をした人が全男性被験者のなかに61%、そのうちの8%がPTSDを発症し、全女性被験者のうちトラウマ的経験を持っている人が51%、そのうちの20%がPTSDを発症させている [National Center for PTSD 2010]。

闘に参加する要員として位置づけられていることになる。米軍ではあくまで前線に立つことのできる要員、つまり兵士を対象を限定した治療方法が確立してきた。もちろん、近年は軍人の家族へのメンタル・ケア等が検討されているように、米軍は配偶者や子どもの境遇全般にも気を配ることで、兵士の除隊という人材の喪失を防ぐ手立てを講じている。

英国軍の場合、the Army Welfare Serviceやその他多数の外郭団体が、軍人やその家族らを支援している。たとえば1919年に設立された慈善団体であるコンバット・ストレス (Combat Stress) という団体の場合、1920年には治療を目的とした収容施設を設立し、PTSDや鬱病、不安障害と診断された退役軍人の支援を行っている。

自衛隊の場合、コンバット・ストレスと明確に定義できるような精神的不調を発症させる戦闘経験を持たないものの、それに類することは部隊での演習の際やイラク復興支援に関わる海外派遣のなかで経験してきている。こういった、コンバット・ストレスに類するストレスが原因となる様々な症状に対する精神医学的なケアについては、部隊内でのカウンセリングや外部から招いた一般カウンセラーによるもの、自衛隊病院や外部の一般病院での治療などがある。実際に、イラク復興支援に関わる海外派遣の経験によってメンタル・ケアが必要になった隊員への聞き取りによると、部隊内カウンセリングや外部から招いた一般カウンセラーによる相談事業を利用することに抵抗を感じる場合が往々にしてみられ、相談内容の軽重によっては外部の専門家を訪ねる場合もあった [福浦 2007]。なんらかのケアを専門家から受けること自体に対する心理的抵抗をいかに減らすのかも課題とし

てあろう。

イラク復興支援活動より以前の自衛隊では、そういったケアはどうだったのだろうか。1991年に海上自衛隊がペルシャ湾へ掃海艇を派遣して以来、自衛隊のトランスナショナルな活動は続いているが、その頃から自衛隊においてメンタル・ケアに該当するものとしてカウンセリングがあった。しかし、それよりもよく機能していたといわれているのは、部隊を束ねる長により主催されるインフォーマルな交流活動であった。部署ごとの個別の小さな親睦会や、駐屯地内で行われる春の花見や夏の盆踊り、部隊見学などの行事に隊員の家族が訪れ交流が持たれる。こういった家族を含めたインフォーマルな付き合いを通して、諸々の問題を所属の長が調整し、解決してきた。隊員一人一人の個人的事情を把握すること自体が部署毎の長の職務であり、そのことで組織を統率しようとしてきた。

しかし、海外派遣を経験した自衛隊員が抱える問題はコンバット・ストレスに類するようなものに質的な変化を遂げており、従来から行われてきた、所属の長との個別的な交流だけでは十分ではない²⁾。

II-3 旧日本軍や自衛隊の戦闘や業務に附随するストレス・社会問題に関する研究

軍隊における戦闘その他の業務に附随するストレスと負傷に関わる社会問題を取り扱った先行研究では、旧日本軍についての研究も行われている。清水らは、日本帝国陸軍の野戦病院および陸軍病院から送られた還送戦傷病患者について詳細な研究を行っている [清水編2006]。後方の兵站基地や内地勤務中にも神経症が発症していた。そのため、戦時神経症や戦闘神経症

2) コンバット・ストレスとは別に、自衛隊では職場のストレスが原因でパチンコなどのギャンブルへ頻繁に通い、その結果借財を抱え、自殺するといった問題があるといわれている。国家公務員のなかで自衛官・防衛省関係者の自殺者数が突出しているため、その問題の解決を求める国会質問が当時鈴木議員から鳩山首相に対して行われた [鈴木 2010]。しかし原因を借財だけに関連づけるのではなく、飲酒などといった別の側面からの検討も必要であろう。

と呼ばれた症状は、戦闘行動のみに起因するものではなく、軍隊生活全般において心理的問題に起因するものと当時でも理解されていたという。兵士の大量動員が必要となった戦争末期になると、満州でも「弱兵」や精神的疾患を抱えた「異常兵士」からなる特別教育隊が編成された。しかしまもなく終戦を迎え、軍上層部から、兵士らを殺し玉砕するようにとの命令が出たという。このように、戦局が厳しくなると、精神的疾患を抱えた兵士らも動員対象となる一方で、終戦に際しては玉砕を求められるなど、彼らの命運は翻弄された。

同じく、第二次世界大戦での戦闘経験によるストレスについて、米軍との比較によって論じたのは河野である〔河野 2001〕。米兵と同じく日本兵にも戦場での恐怖心は生じたが、そのコントロールの仕方が日本の場合特徴的であったとしている。つまり、米軍では戦闘での恐怖心は人間として当然と捉えられ、その有効なコントロールの仕方が検討されていた。その一方で、日本軍では恐怖心は臆病者の烙印を押される根拠と考えられ、恐怖心の否認が一般的に行われた。そのため、武器の量的差を超えてやみくもに敵陣へ突進していくバンザイ突撃にみるように、敵に降伏するよりも玉砕を選ぶことに価値が置かれた。このように戦闘状況における恐怖心という最大のストレスを抑圧することにより、問題を一見克服したかのように見せながら、その実解決を先送りしていたことがわかる。

兵士だけでなく、日本軍の軍人家族が抱えた問題について寡婦の視点から考察したのは上杉である〔上杉 2007〕。戦闘に直接関わるストレスではないが、戦時中だけでなく戦後に至っても戦闘に附随した諸々の問題に寡婦としてつきあわされざるを得なかった現実を明らかにしている。

清水〔清水編2006〕の場合、第二次世界大戦中の日本軍兵士が抱えた戦闘神経症を、軍隊生活全般に関わる心理的問題として多面的に捉えていたが、同じようにより広い社会的文脈のな

かにおいて捉えていたのはフリーシュトゥック〔Frühstück 2004〕である。彼女は、現在の日本社会における自衛隊の抱える多様な困難さについて検討し、自衛隊が歴史的にも制度的にも特異な制約をもつ組織であり、他に類をみない非常に前衛的な軍隊として他国に一つのモデルとして提示できると指摘する一方で、そういった制約があるがゆえに自衛官が抱える問題もまた特異であると述べた。

河野は自衛隊員が歴史的・制度的制約のなかで、国際貢献活動によって海外へ出かける自衛隊の経験する派遣ストレスや自己認識像についてどんな問題や特徴があるのか論じている〔河野 2004〕。さらに、現在自衛隊が旧日本軍との関連性を払拭し、現代日本との関係のなかで微細なレベルにまで「ノーマライゼーション(normalization)」を行き渡らせようとしている点についてベン＝アリが論じている〔ベン＝アリ 2007〕。「ノーマライゼーション」とは、自衛隊が憲法上の制約等諸般の事情から、暴力との関係を曖昧にする努力を指し、実際に暴力が軍の根幹にあるにも関わらず、表現をほかすことで、暴力とは対極にあるノーマルな組織として一般の人々に提示することである。ベン＝アリはその例として、自衛隊が軍隊とは異なる組織であると見せかけるために、組織内の名称を民間企業になぞらえたり、軍隊で歩兵科に相当する職種を普通科と呼んだり、大佐に相当する位階を一等陸佐や一等海佐と呼ぶといったことを挙げている。しかしそれらが些末なレベルにまで至るほどに、日本社会における自衛隊の位置について思い致さざるを得なくなる。

ベン＝アリとフリーシュトゥックが指摘するように、自衛隊は陸・海・空の組織を完備しているだけでなく、諸外国との外交関係において軍事的駆け引きの要になっており、隊員のプロフェッショナリズムとは暴力のマネジメントと運用にほかならない〔Ben=Ari & Frühstück 2003:546〕。しかし、それとは裏腹に、国民に対してはソフトなイメージを提示する姿

勢を貫いてきたことも、先行研究がすでに指摘したとおりである。隊員のコンバット・ストレスの問題は、これまでは表沙汰にならなかった暴力の存在を予感させるものであるがゆえに、このような状況ではオープンには語りにくくなってしまっている。

II-4 コンバット・ストレスのマネジメントに対する認識

ここでは米軍においてコンバット・ストレスをどう受け止め、どうマネジメントしようとしているのかについて見ていく。ジョーンズによれば、20世紀のいずれの戦争でも、西洋諸国の兵士に一種のコンバット・ストレスと診断されるものが出ていたとされる。それは極度の疲労やPTSDといった心理的の症状として出るものもあれば、シェル・ショックや湾岸戦争症候群のように医学的に説明できない症状となって出るものもいるなど多岐に渡り、しかも一般の人々のもつ不安や恐怖と医学的進歩のギャップが症状となって現れたと指摘している [Jones 2006]。このように、直接戦争に関わる兵士だけでなく、間接的に関係する一般の人々の意識さえもが、戦闘後の兵士の心身に影響を与えてきたことが指摘されている。このことは、コンバット・ストレスが兵士本人に直接的に影響を及ぼすだけでなく、非常に広い範囲の人々に影響を及ぼしていることを示している。

さらに、兵士の不安が配偶者らに与える影響についての研究もある。派遣の際に戦闘で兵士が殺されたり、訓練事故で死亡したりする恐れがあるといったことが、派遣期間の長短にかかわらず兵士の配偶者に影響を与え、そのことが長期的な眼でみれば兵士が軍務を続けようとするかどうかにも影響すると、ライト [Wright 2006] は指摘している。米軍の場合、常に世界各地に部隊を展開しているうえに志願制であるため、いかに人員を安定的に確保するかが課題となっており、時間を掛けて育ててきた人材が

流出することを懸念してきた。

米軍は、イラク戦争とアフガニスタン紛争以降はとくに、兵士の精神的不調への対応を重視し、4項目にわたる対策を実施した [DoD 2007]。それは、1) 診療所を軍が国内に配置し、2) イラク、アフガニスタンの部隊のなかに、ストレス障害の初期治療のための施設と人員を最初から組み込み、3) 必要な場合には、治療を受けたこと自体に伴うスティグマを取り除くためのメンタル・ヘルス・ケアを追加で受けさせ、4) メンタル・ヘルス・ケアを行うスタッフに適切な情報を伝えるため、対象となる軍人に事前に調査を実施する、といったものであった。これらの対策を実施した結果、つぎの4つの問題点が出てきた。

- 1) メンタル・ヘルスを損ないケアを受けているということ自体がスティグマであると広く認識されるようになり、ケアの大きな妨げになった。つまり、兵士は一般社会からのスティグマと闘うだけでなく、自己のなかにあるスティグマとも闘わねばならない。
- 2) 軍人とその家族にとって、メンタル・ヘルスの専門家は近づきやすい存在ではなかった。部隊に心理学的な対処に詳しい専門家を配置するだけでなく、初期治療にあたる医師にも専門家を加え、兵士のリーダー格をメンタル・ヘルスに関して訓練するだけでなく、家族にも訓練をする。
- 3) 心理学的なケアの総体には、さまざまな段階でギャップがあることがわかった。つまり実際のケアについて、絶えず最新の知識をもとに、国防総省の施策に反映させていく必要がある。例えばアルコール問題を抱えている兵士には自主申告してもらい、かつ指揮するものはそのことを部隊運用上の情報として常に更新させていくことによって適切な時期に、それにふさわしいケアを逃さないようにする。また、戦闘に関

わる兵士が退職する際には、軍は行政管理上、全員に対して行動上の症状を判定し、必要な場合その段階で適切なケアが可能となるようにする。

4) 軍人とその家族について適切な支援をするための資源や人員が不十分であった。

コンバット・ストレスを抱えた兵士を治療し、再び前線へ戻れるよう支援することを目標とした場合、最悪の結果であるといえるのが自殺である。2007年に米陸軍が把握している自殺に関連した事故件数は全部で1,666件であった。うち、自殺は109件、自殺未遂は935件、自殺の意図に留まった事例が622件であった。この事例を対象として、コンバット・ストレスと自殺リスクとの関連について調査した結果、次のことが明らかになった [Suicide Risk and Management and Surveillance Office 2008]。まず、若年層や階級の比較的低い兵士が多かった。自殺者の45%は25歳以下で、自殺未遂の70%が25歳以下であった。また下士官が自殺者の90%を占めていたことも特徴的であった。若年下士官は、その立場上直接戦闘に関わることが多いため、コンバット・ストレスの影響を一番受けやすい立場にある。そして、アルコールや薬物の過剰摂取が関与する事案が自殺者の30%を占めていた。また、PTSD、パニック障害、抑鬱状態など精神障害の発症経験を有するものに自殺リスクが高かった。さらに、海外派遣の経験と自殺リスクとの関係が疑われた。そして、直接戦闘に関わったり、死体を見たり、戦闘に伴って人を殺害したりした経験を有する兵士は、自殺したものの24%、自殺未遂者の16%を占め、コンバット・ストレスと自殺との相関性があることが明らかとなった。

米軍は重要な人材を失う要因の1つとして自殺について研究してきたが、従来は退役軍人と現職軍人との区別を付けなかった。しかし、退役軍人は退役軍人省の管轄下にある一方で、現職軍人は国防省の管轄下にあり、両者は異なる

ケア・システムのなかに置かれている。そのため、一旦退役してしまうと、現職当時の任務や自殺理由との関連性を精査することが難しくなる。そこでサンダララマンは、今後の自殺予防ではこの断絶を回避する方法を検討する必要があると指摘している [Sundararaman 2008]。実際、米軍は2003年に国家暴力死報告システム (the National Violent Death Reporting System) を一度作り、自殺を含む外因死の状況について、検死官、医学調査官、警察の連携を図り調査を実施した。しかし、まだ一部の州に限られて全国での実施ではないため万全ではなく、今後範囲を広げて継続的に調査することで、コンバット・ストレスと自殺との関連性が詳細に検討されることが期待される。

2009年になると米陸軍は自殺を減らすために、兵士の抱える問題に積極的に介入し、予防し、解決した後も追跡調査を行う自殺予防プログラムを作成した。自殺につながる行動やリスクを減らす施策や訓練を作り、かつ現役兵士だけでなく予備役、さらに家族が自殺するリスクを軽減することを目指してデータを集めている。また、予防チームや事例検討委員会、不慮の死検討委員会等を設置した [Department of the Army 2009]。第一線で従事する若い下士官などのメンタル・ヘルスをケアすることは、結果として組織の補強につながっていく。ストレス・マネジメントは人材確保のために必須の施策であり、重要な課題である。

III. トランスナショナルな経験と自衛隊

III-1 海外派遣とコンバット・ストレスの認知

自衛隊が部隊として初めて海外任務を担当したのは1991年6月の海上自衛隊掃海部隊バルシャ湾派遣であった。その翌年1992年9月にはカンボジアでの平和維持活動 (PKO) を目的とした派遣が行われ国連カンボジア暫定統治機構

(UNTAC)に参加した。停戦監視委員のほかに、陸上自衛隊からは初めて施設大隊が参加し、海上自衛隊、航空自衛隊も参加した。

以来、2011年6月のジブチでの海外活動拠点開設に至るまで、繰り返し海外への部隊派遣は行われてきた。この過程で自衛隊ではコンバット・ストレスを認知し、対応を検討するようになる。

さらに、1999年11月には「さわぎり」事件も起きた。「さわぎり」事件とは1999年11月に海上自衛隊佐世保基地所属の護衛艦「さわぎり」のなかで機関科所属の3曹が、上官からの侮辱的言動を受けて訓練航海中に自殺した事件のことである。2001年6月に遺族が長崎地方裁判所佐世保支部に国家賠償請求訴訟を起し、2005年1月の第一審で上司の言動が「不適切」とされたものの原告の請求は棄却され、2008年8月に福岡地裁で行われた控訴審において逆転有罪が認められた。

海外派遣や「さわぎり」事件の結果、従来行われてきた陸幕服務室による服務指導や上官が主催するインフォーマルな交流の限界も明らかとなった。その結果、部隊内での暴力事件や自殺予防に対処できる専門家として、心理幹部の養成が検討され、1999年に正式に心理幹部というポストが創設された。その後、心理幹部養成のために惨事ストレス・セミナー(2004～)年や協力関係にある大学での心理学等学問的基礎の習得、病院精神科での研修といったプログラムが実施されるようになった³⁾。

III-2 コンバット・ストレスのケア

自衛隊では、自衛隊員のストレスとケアについてどのように認識しているのだろうか。自衛隊員のストレスは、自殺や国内演習時に起因する惨事ストレスと海外派遣時におけるコンバット・ストレスに類似したものに大きく分けられるが、自衛隊ではとくにそれらを区別しては

いない。ちなみに、ストレス・ケアの対象となるのは、負傷した隊員本人と惨事に遭遇したが負傷しなかった隊員の双方である。さらに、自衛隊では、業務に起因するストレスに対するケアで想定する戦闘での医療と、通常の事故で受けるストレスに対処するケアは決定的に違うと考えている。心理幹部は「隊員が戦闘モードを忘れないために、いつも身体を鍛える。命令に従う訓練をしている」と説明していた。つまり、通常の演習事故や自殺等に遭遇して受けたストレスに対してケアは行う。しかしさらにそれを包括する理解として常に戦闘に備えていなければならない自衛隊の隊員であるということを隊員に意識させつづけるということである。具体的にはどのようなケアを行っているのであろうか。イラク復興支援派遣の際に行ったコンバット・ストレスに対するケアについて見ていく。

イラク復興支援には陸上自衛隊からは1次群から10次群までの部隊が派遣され、その一つの群ごとにストレス用プログラムが実施された。このストレス用プログラムは、大きくは四つの段階に分けられる。第1段階は、派遣前に日本で実施される。ここでは、悲惨な状況に遭遇した場合の対処法に関わるメンタル・ヘルス教育が部隊全体に対して、そして隊員個人に対して行われる。そして第2段階では、部隊がイラクへ派遣されている期間中に1回、自衛隊員である精神科医2名と心理カウンセラー1名が1組となってイラクを1週間程度訪問し、部隊の隊員を診る。まず集団を対象とした説明会ののち、個人面接を行い精神医学的なケアを実施する。

第3段階は、部隊の派遣終了直前の時期に、隊員がクールダウンのため滞在するクウェートで行われる。イラクから直接日本へ戻るのではなく、イラク近辺のクウェートに滞在するのは、隊員の精神的安定のために、少し緊張を維持する必要があるからである。そこで心理カウンセラーによるグループ・カウンセリングが行われ

3) 本稿における自衛隊にかかわる事柄や発言は筆者の実施したインタビューによる。

る。まず滞在1日目は隊員が所持する武器を返納するためにクウェートの米軍キャンプを訪れる。2日目には米軍キャンプ内あるいは外へバスに乗って買い物に出かける。夜は駐クウェート日本大使館でのレセプションに出席し、前日に滞在したキャンプとは別の米軍キャンプにおいて宿泊する。3日目はクウェートの一般のホテルへ移動する。そこでの過ごし方について心理カウンセラーから隊員に対して指導が行われたのち、個々に休息を取る。部屋で休む人やプールへ行く人、あるいはカウンセラーと個別に相談する人もいる。4日目は前日にカウンセラーが配布した個人の状況を尋ねる質問紙が回収され、5日目には群として帰国する。

最後の第4段階は、部隊が帰国して1ヶ月後に実施され、各地に散らばった隊員を心理カウンセラーが訪ねてグループ・カウンセリングを行う。比較的まとまって派遣された駐屯地の場合、80名程度が一堂に会する場合もあり、テーマを与えて小グループに分かれて討論してもらい、そののち意見を発表する形式のカウンセリングを行う。ただし、帰国後1ヶ月間に休暇がなく業務を担当し続けている人や別の部署へ異動した人にはこのケアが行われないため、この第4段階のケアが十分に機能していない場合が出てくる可能性も残されていた。

イラク派遣の後、コンバット・ストレス・チームが作られ、心理幹部を5つある方面隊のそれぞれに1名、首都圏にある中央即応集団に1名、そして各師団(1~10師団)にもそれぞれ1名配置することになった⁴⁾。このようにイラク派遣の経験からコンバット・ストレスに対応する方法が具体的に検討されていることがわかる。

ストレス・ケアにおいて目的としているものはなにかについて心理幹部に尋ねたところ、「兵士が強い心をもっているかどうか。それだけで抑止力になる。メンタルに問題を抱えた場合、

アメリカでは(さまざまな)対処法を出して、それを根拠に予算を得る挺子にしている。」という返答があった。つまり精神医学的な問題への対処が自衛隊のなかで課題とされているものの、必ずしも重要度が一番高いわけではないこと、それとは対照的に米軍では国家予算と直結する政治的な関心となっていることを指している。

別の上級幹部に同じく自衛隊におけるメンタル・ケアの目的について尋ねたところ、「理想に近い組織を目指す。自殺の出ない、惨事に遭ってもそのストレスに負けないという」組織を作るためであるという返答を得た。ストレスに負けた時、除隊するのか、辞めずに治療を受けて再び隊員として復帰するのか、この分岐点にコンバット・ストレスのマネジメントが制度として完備されるべきだと思われる。

III-3 イラクで想定されたコンバット・ストレス

それでは実際、自衛隊はイラク派遣に際してどのようなコンバット・ストレスを想定していたのか。上級幹部の意見を聞いた(カッコ内は筆者が補足した)。

「実は(イラクの状況は)想定していました。…同じサマワにいたオランダ軍に戦死者が出たりして。比較的安全といわれたサマワでも、やはりよそから来た軍人に死に至るようなことがあったわけなので、うちにないということは。あってもおかしくないという気持ちで準備していました。」

「それが、でも、緊張を呼ぶわけです。もしかしたら、自分は何かがするかもしれない、死んでしまうかもしれないと。…私どもの仕事は、平時は訓練をしているのですが、でも有事を想定している訓練ですから…予定通りいかないとか、状況がわからないとか、寝ること休むことができないとか。本当の戦場には行きませんが、

4) この編成は流動的で作戦に応じて対応を決めるので、構成人員が変わることもある。

戦場を作為的に用意して準備しているわけです。…上意下達で上から命令されたことを、あるいは命令を実行することを求められるので…それによってストレスになりますから。それは我々の組織に必要な状況ではあるんですね。それに慣れさせることが必要になります。平時もそういうスタンス下で、ストレスがかかるような訓練も当然しているわけです。」

「イラクのような場合は、…敵の弾は飛んできたりはしませんけれども、仕事としてはとても過重な。自分はあまり休むこともできませんし。本当に敵の弾は飛んできませんが、結果として飛ばなかったのですが、飛んできて来かねないような状況が。実際、今、PKOで起こっているような状況が。UNDOF(国連兵力引き離し監視隊：United Nations Disengagement Observer Force)のゴラン高原でも、ヒズボラが撃ったロケット弾が近くに落ちるのです。実際に隊員がけがをしてはいませんが。今のところ。でもけががしてもおかしくないという危険を感じながら勤務するのです。…それがジブチでも起こっているし、ハイチでも。」

実際湾岸戦争以来、自衛隊の訓練内容もコンバット・ストレスに対応するよう内容を増加して実施しているという。もちろん、従来からもストレス耐性を高める訓練は行われてきている。例えば、3ヶ月に及ぶレンジャー課程では有事を想定したオペレーションで、睡眠、食事時間を削って任務を遂行する。また年に5回、それぞれ10日間程度、演習場へ赴いて行う訓練があり、その都度付与された状況でオペレーションを実施する訓練が行われる。いずれにおいても負荷を掛けた訓練は従来から行われているが、それに加えて精神的なケアが近年取り入れられている。

ストレス耐性が高まることを目指した訓練を行っていてもなお自殺者が出てしまうことについて上級幹部によると、「組織としてはまだ十分な訓練を行っているわけではない」と述べていた。つまり、十全な訓練内容が完成した場

合、こういった事態は回避可能だと考えられているといえる。しかし完成された訓練とは、どのような状況を想定したうえでの、どのような状態を目指すものになるのだろうか。この点については、緻密な議論が必要になってくるが、別に稿を改めることにしたい。

テロ対策特別措置法により、インド洋に派遣された海上自衛隊員のべ人数は10,900人であり、イラクへ派遣された自衛隊員のべ人数は陸上自衛隊が5,600人、海上自衛隊が330人、航空自衛隊が2,870人であった(2007年11月7日まで)。そしてインド洋補給派遣、およびイラク派遣された自衛隊員のうち、在職中に死亡した隊員の数は陸上自衛隊が14人、海上自衛隊が20人、航空自衛隊が2人の計36人であった〔照屋2007〕。

これ以外にもゴラン高原やハイチ、東ティモール、南スーダン共和国での陸自のPKO派遣のほかに、ソマリア沖の海賊対策のためにジブチに哨戒機の施設や駐機場、隊舎等の長期的な使用に耐える拠点を作るなど、自衛隊の海外での活動は今後も広く展開していくことが見込まれている。

つぎの表を見ると、少なからぬ隊員が自殺をしていることがわかる。インド洋派遣とイラク派遣を合わせたのべ人数19,700人のうち、16人が自殺で亡くなっており、約4年間の統計なのでそれぞれ4分の1とし、10万人あたりに換算すると81.2人となる。警察の統計にある自殺率は、人口比との関係で算出しているので母数が異なるため単純な比較には無理があるが、そ

表 インド洋補給及びイラクに派遣された自衛隊員のうち、在職中に死亡した隊員の数

(2007年10月現在)

	陸上自衛隊	海上自衛隊	航空自衛隊	計	人
自殺	7	8	1	16	
病死	1	6	0	7	
事故または不明	6	6	1	13	
計	14	20	2	36	人

(照屋議員の国会質問主意書(照屋2007)に基づく。作成：福浦)

れにしても2007年の日本における自殺率である25.9人【警察庁 2008年】と比較して高い比率であることがわかる。

このように見てくると、イラクだけでなくPKOでも戦闘状況が常に想定されて任務が遂行されていたことがわかる。そして実際に自殺者も出ていることがわかった。ただ詳細な追跡調査が公表されていないためにどういった事情でこういう事態となったのかは不明であるし、また除隊後にコンバット・ストレスが原因となって体調を崩すなどの事態となった隊員もいたであろうことが考えられるが、それも不明なままである。

IV. 地域社会とコンバット・ストレス

IV-1 地域社会からみた自衛隊

これまではトランスナショナルな展開をする自衛隊の活動を通してコンバット・ストレスがどのような作用を及ぼしているのかについて考えたが、この章ではローカルな側面からコンバット・ストレスがどのように影響しているのか検討する。

大都市近郊にある人口約20万人程度の小規模都市にある陸上自衛隊のA駐屯地には約1,100人の隊員が所属している。駐屯地周辺は工業地帯と住宅地が混在している。この都市の産業別被雇用者数は卸売・小売業や製造業に従事する人口が合わせて約25,000人、医療・福祉やその他のサービス業が約14,000人となっている。市内にはもう一カ所陸上自衛隊の駐屯地があり、そちらにも約500人の隊員が所属している。A駐屯地は第二次世界大戦前に防衛拠点として開発されたが、整備される前に終戦を迎え、GHQに接収されたのち1957年から駐屯地として使われるようになった。

1992年9月に自衛隊がカンボジアへ派遣される際、陸上自衛隊から初めて海外へ出かけることになったため、国会でも武器の所持等につい

て議論が行われていた。そしてA駐屯地からもカンボジアへ隊員が派遣されることになったため、批判が多く寄せられ、海外派遣に反対する団体がA駐屯地全体を人間の鎖で囲んだり、派遣の直前にはA駐屯地の外から駐屯地内へ向けて金属弾が発射されるという事件も起こった。この一件は2～3年で転勤を繰り返す上級幹部自衛官にとっても長く記憶されることになった。

また、地元には他の駐屯地と同じく自衛隊を支援する組織も存在している。隊員の保護者からなる全国自衛隊父兄会や退職者からなる全国組織である隊友会の地元支部、地元の民間人からなる除隊者雇用協議会や地方協力本部友の会、支援する会などがあり、年間を通じて意見交換や交流活動が行われている。なかでも比較的活動に交流を図っているのは、市町村毎にあるF自衛隊協力会支部連合会、企業経営主によって構成されるライオンズクラブの一部から派生したG会、A駐屯地を退職した自衛官、事務官からなるOB組織であるA駐屯地H会、そして1994(平成6)年まであった連隊のOB組織であるI会の4つである。イラク派遣の際には激励会、また帰国後には報告会という形でこれらの団体との交流活動が駐屯地内で行われた。

IV-2 自衛隊からみた地域社会

ここでは自衛隊にとって周辺の地域がどのように映っているのか、二つの観点から見ていく。一つは地域へのA駐屯地からのアプローチであり、二つ目は地域からのアプローチつまりA駐屯地で隊員が経験したことについての語りである。

A駐屯地は先にあげた団体と協力関係を維持しているほかに、広報活動の一環として一般市民を対象とした交流活動をいくつか実施している。春や夏の季節行事で駐屯地を開放して地元の人々を呼び込むだけでなく、土日には地元のスポーツ少年団に駐屯地グラウンドを開放することも行っている。駐屯地司令杯の少年スポーツ

行事も行うなど、幅広い年齢層を対象とした交流活動を実施している。

こういった友好的な交流の場のほかに、自衛隊員にとって地域から好意的には受け止められていないと感じた経験についても隊員から聞くことができた。例えば、他の駐屯地では地元の祭礼の際に、自衛隊員に対する行事支援要請があったがA駐屯地ではないということや、駐屯地内で成人を迎える隊員に対して、地元から成人式参加の案内が来ない点などである。他にも地元との関係について、A駐屯地の自衛官がどのような受け止め方をしているのかについて、意見を聞くことができた。

B自衛官は幹部であり、この駐屯地には30年以上勤務している。自衛隊のイラク派遣当時を回想してつぎのように語っている。

「(イラクへ)行くことについては市役所を通じて、何人の隊員が(派遣される)という通知を行っている。協力団体以外にはそういう情報は出していない。…地元の広報誌に出ている。」

「海外、なかでもイラクは危険を伴う場所であったので、大変だった。」

「(しかし)カンボジアへ行く時のほうが大変だった。反対派が多かった。表門、西門、裏門いずれにも反対団体が来た。駐屯地全体を人間の鎖で囲んだこともある。また迫撃砲を撃ち込まれたこともある。…カンボジア派遣が決まった当時は、制服で外に出るなどいわれた。」

このように地元の人たちとの関係作りが長年に渡って決して容易ではなかったことを述べている。

C自衛官は幹部であり、30年以上A駐屯地に勤務している。

「カンボジアの話が決まった頃、自宅で迷彩を洗っても、表におおっぴらに干すことはできなかった。自分が自衛官であることを周りの人にも知らせなかったし、知らせないほうが(いい)とも思っていた。当時は(近隣周辺の)市内のマ

ンションに住んでいた。ある朝起きたらマンションのドアに「自衛隊は出ていけ」と書いた白い紙が貼ってあった。そういうことが2回あった。自分で朝早く起きてそれを見てはがしたので、家族にはいっていない。A駐屯地へ来る前は(ある地方で)3年勤務していたが、その当時は制服で駐屯地の外にも出ていて、とくに何もなかった。転勤が決まった際に先輩から「(こちらと)同じ考えではいけないから気をつける」といわれ、気をつけるようにしていた。」

「カンボジアへ行く際には、イラク以上に反対が多かった。デモが毎日あった。A駐屯地周辺で車を出しても、すれ違う車から罵声を浴びせられたり、信号待ちで停まっていると、運転席の前の両側に人がやってきて罵られたりした。カンボジアへ行くという新聞報道が出て、(派遣参加の)隊員がA駐屯地へ集まり出してからはそうだった。出発の式典は(遠方にある)D駐屯地で行われたので、ここからDへ向かうバスが7、8台運なってきたのだけれども、交差点という交差点にはすべて警官が立っていて、どの信号もみんな青に変わって、ノンストップでDまで高速を使って行った。毎日反対運動が行われていて、信号待ちすると大変なことになると予測されていたからだと思う。バスが出る際の門にも、両脇に警察が張り付いていて、反対運動の人たちを押しつけるようにしていた。連日、デモがやってきていた。それが1、2ヶ月は続いていたと思う。最後に日本を出る際には(Dからも離れた)E空港から出たのだが、そこでもデモが行われていて、空港の裏手の通用門から直接Eの滑走路へバスが入り、そこから飛行機に乗り込んだ。なんで裏から入らないといけなかったらという気になった。」

このように地域の人々を含めた駐屯地の周りの人々からの批判的なまなざしを経験してきている。しかし、阪神大震災で自衛隊が災害救助活動を行ってからは、地元の人々からも肯定的な声かけがなされるようになってきたという。ある別の幹部は「(自衛隊は)以前はただ存在していればよいという存在だったが、今は行動して、評価される時代になってきた」と述べて

いた。

地域の人だけでなく、当初批判的であった親族の言動も帰国後変化したことをC自衛官は経験している。

〔カンボジアへ行く際、家族は納得していた。しかし、親兄弟、親戚からは大いに反対された。そういった人たちのなかには古い人もいたので、太平洋戦争の時のことを出してきて、カンボジアも戦争をしに行くのも同じだといって、猛反対された。それで実家に一時的に戻って話しをしたりした。それでも明らかに戦争という話をする人もいた。妻も罵倒されたいしい。復興のために行くと言説した。…出国前には「おまえらは戦争というものを知らない」と怒っていた親戚もいたが、帰ってきたら英雄となっていた。〕

〔カンボジアには6ヶ月滞在した。向こうの間には、いきなりAK(1947年式カラシニコフ自動小銃)を突きつけられて、何も武器を持っていなかったのに、ただ手を挙げるだけだった。…幸い武器を持っていなかったのに、命を狙われることはなかった。無事解放された。武装したゲリラ団というよりも、個々に行動している窃盗とかそういう感じだった。〕

このようにカンボジア出国の前には地域社会からだけでなく、身内からも否定的な意見が出て本人だけでなく、家族もまた罵倒されたと述べているように、戦闘に関わる立場になりうる自衛官を否定的に捉えるまなざしは家族にも向けられていたことがわかる。しかし、多くの自衛官が語っていたのは、それが阪神大震災での災害援助活動を経てからは、変化したことである。また、その後も震災や豪雨などの災害に際して救援活動が続くようになり、ある意味図らずも自衛隊への見方は変化したということになる。

駐屯地周辺の地域住民や自衛隊員の親族が、自衛隊の海外派遣に対して否定的な態度をとるのは、なぜか。一つにはそれが旧軍のイメージと重なることが挙げられる。しかし実際はそれだけではない。むしろ、これからトランスナシ

ナルに展開する自衛隊の活動それ自体に対する人々の想像のなかにも、戦闘の情景が含まれているということが重要である。日本から遠く離れた地で、起きるかもしれない戦闘が想起させる暴力や被害といったものが、日本にいる人々にストレスを生じさせてもいるといえよう。彼の地での起こるかもしれない戦闘をどう考えるのか。第Ⅲ章第3節において上級幹部がイラクの事例を挙げて、近くに駐留している他の軍で死者がでたことを指して、それがいつ自衛隊のなかで起きてもおかしくないという状況が隊員に緊張を招くと指摘したように、戦闘が呼び覚ます死を想像すること自体、地元の人にとっても、親族にとっても、戦闘が繰り広げられる前線にいたなくても太いなるストレスとなつてのしかかってくる事態となっているのである。

V. まとめ—トランスナショナルな視点とローカルな視点からみた自衛隊

このように見てくると、自衛隊がトランスナショナルな活動とローカルな活動を展開する際、それぞれにコンバット・ストレスに類似したストレスを経験することがわかる。まず一つ目に、海外派遣では常にコンバット・ストレスとなりうる経験をする可能性があり、またそれが遠国となりローカルな活動でも、遠く離れた海外での活動で起こりうる戦闘を想像し、それを受けて地域の人びとや身内もコンバット・ストレスに類似したストレスを抱えることがある。

また、二つ目には、第Ⅲ章第2節のストレス・ケアについて見たように、ストレスを抱えこみやすい業務に従事するにもかかわらず、強壮であることに強い価値を見出す軍事組織においては、精神医学的な問題を抱えていることそれ自体が、対外的にも隊内的にも組織の脆弱性につながるため、本人も組織も簡単には認めることができないというジレンマにおかれている。

そのため、米軍の場合、常に世界展開するための人員を確保する必要性から、メンタル・ケア対策が制度化され、治療方法の研究が深めら

れている。しかし、国防総省によれば、それでもメンタル・ヘルス・ケアを受けること自体がスティグマであるにとらえる軍人は多く、それがケアの実施にとって最大のバリアになっている [DoD 2007:15]。

翻って日本ではどうだろうか。本研究により以下のことが明らかになった。

第一に自衛隊内部のメンタル・ヘルス・ケア制度を利用することに抵抗を感じる隊員が少なからずいることである。心理幹部によると、部内研修を受けた心理カウンセラー自衛官に対してだけでなく、外部から招いた一般の心理カウンセラーに対しても、相談はそれほど増えていないという。しかし、実際にイラクでの派遣の後、精神面に支障をきたしたある自衛官の家族から聞いた話では、自衛隊関連の相談機関を利用することに抵抗感があり、外の民間医院をあえて選んだと述べていた。このように、メンタル・ヘルスが重要であるという認識は持っているが、治療を受けるという段階になると、さまざまな課題が残されている。

第二に、自衛隊が精神的な問題を抱えた隊員をどうしたいのかは明確に見えてこない。専守防衛の組織であるから、精神的なケアが必要になった隊員をいち早く治療して前線へ戻す必要性がないという理由もあるかもしれないが、そうであったとしても、一度隊員となった人員をいかに有用な人材として育成していくのか、任期制を利用して次々と人員を入れ替え、必要な隊員だけを組織に残すという制度だけでいいのかという問いは残される。そこに組織の人員に向き合うスタンスが見えてくるのではないかと考えられる。

第三に旧軍との関係性や連続性を疑う否定的なまなざしが外から自衛隊に向けられ、隊員がそのまなざしを内面化し、ストレスとして抱え込むこともわかった。カンボジアへの派遣が決まった際に自衛官が親戚から旧日本軍の行状と結びつけて強く反対されたように、地域や親族などさまざまな社会的関係のなかにおいては、

自衛官であるために、このようなまなざしを引き受けることと常に向き合うことになる。もちろん阪神大震災以降、自衛隊に対する認識は飛躍的に変化し肯定的な意見が多数みられるようになったというのは事実であろう。しかし、上級幹部自衛官が語っていた話に、「それは災害援助活動をする自衛隊に対してのものであり、決してすべての活動に対する賛辞ではない」というものがあり、この点は留意しなければならない。評価が高くなり、自衛隊の活動全般に対する一般の関心が高まれば、議論も沸くであろうが、国内の災害活動にだけ関心が向けられているのであれば、それは自衛隊にとっても社会にとっても不十分な議論でしかない。一般社会から期待されている役割、つまり災害救助活動という限定的かつ非軍事的な役割と、自衛隊員が自ら認識している役割との間にずれが生じているのであり、そのことが議論されることがない点が問題である。

海外でのメディアを通してみれば、日本の自衛隊の活動は他の国の軍隊と並び称されている。そこで、軍隊ではないという憲法上の制限について説明すると、たいていの外国人は関心を持つ。しかし、自衛隊自身が旧日本軍との関係性または断絶や憲法上の特殊性について自ら発信しているのかと問えば、そこはあいまいなまま課題として残されていると指摘しなければならない。この点について例えば旧陸軍将校の集まりである偕行社が出している雑誌『偕行』には、旧海軍将校の集まりである水交会が、2001年に海上自衛隊の幹部OB組織である海上桜美会と合併したことを引いて、旧陸軍の伝統を伝承、継続するために偕行社を陸上自衛官OB親睦組織として継承してもらいたい旨の意見が掲載されている [戸塚 2003]。偕行社は2001年から幹部自衛官を正会員として受け入れ、2001年11月末で250余名が新会員として所属し、今後も新会員の加入を積極的に検討するという [戸塚2003]。OB組織の結びつきとはいえ決して両者の関係性が分離しているわけではないこと

が窺える。

VI. おわりに

コンバット・ストレスのマネジメントについて明らかにするということは、隊員一人一人が経験するコンバットあるいはそれに類する事態から生じるストレスを組織としてどうマネジメントするのかを知ることであり、そのことがわかれば組織として成員をどのように理解しているのかがわかる。そして見えてきたのは、ストレスへの対処は事後的でありかつ、ストレスに関する専門的な調査もそれほど大規模なものではないことである。自衛隊が抱えるストレスは本来業務の一つである海外派遣で経験するコンバットに関連するストレスと、それとは別の自衛隊に社会から向けられるまなざしを内面化することから生じるストレスに大別されるが、しかしそれらを分ける必要があるとは考えられない。むしろそれらは一続きのものであり、その曖昧模糊とした様子は、自衛隊という組織が日本で置かれている特殊性を表している。旧軍との関係性があるともないとも公的には明らかにしていないが、軍事的な行動、たとえば海外での平和維持活動などで見られる武器を携帯した状態でのさまざまな活動が、自衛官個人に強いコンバット・ストレスを生じさせると同時に、日本においては一般の人々にも交戦し暴力と死を想像させストレスを引き起こしている。この特殊な文脈において自衛隊と社会との関係をさらに詳細に見ていく必要がある。

【付記】

この論文は日本学術振興会科学研究費補助金研究「アジアの軍隊にみるトランスナショナルな性格に関する歴史・人類学的研究」(研究課題番号: 20320134) 2008年度～2011年度基盤研究(B)による調査に基づきます。本稿の一部は、2011年6月11日に開催された日本文化人類学会第45回研究大会の分科会「軍隊がつくる社

会、社会がつくる軍隊: トランスナショナルとナショナル、ローカルの接合と再定義」(座長: 上杉妙子)において「コンバット・ストレスのマネジメント: トランスナショナルな視点とローカルな視点からみた自衛隊」として発表し、当日の会場での質疑応答を踏まえてその後全編を改め、科研報告書『軍隊がつくる社会/社会がつくる軍隊』田中雅一・上杉妙子編(2012年)に執筆したものです。当日フロアからご意見を頂いた方々、またコメンテーターを務めてくださった河野仁、田中雅一両氏にここに記して感謝の意を表します。最後になりましたが調査に際してご協力いただいた防衛省・自衛隊関係の方々に深く感謝の意を表します。

引用文献

- Anderson, Rebecca J. 2008. "Shell Shock: An Old Injury with New Weapons," *Molecular Interventions*, 8 (5): 204-218.
- Ben-Ari, Eyal & Sabine Frühstück 2003. "The Celebration of Violence: A Live-fire Demonstration Carried out by Japan's Contemporary Military", *American Ethnologist*, 30 (4): 540-555.
- Da Costa, Mendes Jacob 1871. "On irritable heart; a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences," *American Journal of the Medical Sciences*, vol.121, issue 1, 2-52.
- Department of Defense 1996. *Evaluation Report of the Management of Combat Stress Control in the Department of Defense Report No.96-079*.
- Department of Defense 2007. *An Achievable Vision: Report of the Department of Defense Task Force on Mental Health*.
- Department of Defense 2010. *Dictionary of Military and Associated Terms*.
- Ferenczi, Karl Abraham 1921. *ES. Psycho-analysis and the War Neuroses*. New York: The International Psychoanalytical Press.
- Frühstück, Sabine 2004. "The Self-Defense Forces as Avant-garde: Militarized Masculinity in the Army of the Future." *The Zinbun Gakuho* [The Institute for Research in Humanities, Kyoto University.] 90: 137-151.
- Hoge, C. W., C. A. Castro, S. C. Messer, D. McGurk, D. I. Cotting, & R. L. Koffman 2004. "Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care," *New England Journal of Medicine*, 351 (1): 13-22.

- Howe de Wolfe Mark 1946. "Touched with Fire: Civil War Letters of Oliver Wendell Holmes, Jr. 1861-1864," Cambridge, Mass. Harvard University press.
- Murray, L.M. 1918. "The Common Factor in Disordered Action of the Heart." *British Medical Journal*, Vol.2, No.3024. 650-652
- Myers, Charles 1915. "A Contribution to the Study of Shell Shock." *The Lancet*, Vol.185, No.4772, 316-320.
- National Center for PTSD 2010. *Understanding PTSD*. (2012年2月24日アクセス)
- 上杉妙子2007「戦争未亡人の物語と社会の軍事化・脱軍事化」, 椎野若菜編「やもめぐらし—寡婦の文化人類学—」明石書店, 233-260ページ。
- 河野仁2001「<玉砕>の軍隊, <生還>の軍隊—日米兵士が見た太平洋戦争—」講談社
- 河野仁2004「自衛隊 PKOの社会学—国際貢献任務拡大のゆくえとクウェート派遣ストレス—」, 中久郎編「戦後日本のなかの戦争」世界思想社, 213-257ページ。
- 警察庁生活安全局地域課 2008「平成19年中における自殺の概要資料」。
- ゴフマン, アービン1984「アサイラム—施設被收容者の日常生活」石黒校訳, 誠信書房。
- 清水寛編2006「日本帝国陸軍と精神隊老兵士」不二出版
- 鈴木宗男2010「自衛官自殺問題に対する鳩山由紀夫内閣の取り組みに関する質問主意書」(平成22年3月4日提出国会答弁)
http://www.shugiin.go.jp/itdb_shitsumon.nsf/html/shitsumon/a174198.htm (2012年2月27日アクセス)
- 田中雅一 2004「軍隊の文化人類学的研究への視覚—米軍の人種政策とトランスナショナルな性格をめぐって—」『人文学報』90: 1-22.
- 照屋寛徳2007「イラク掃蕩自衛隊員の自殺に関する質問主意書」(2007年11月2日提出国会答弁)
http://www.shugiin.go.jp/itdb_shitsumon.nsf/html/shitsumon/a168182.htm (2012年2月23日アクセス)
- 戸塚新2003「借行社将来問題についての意見」『借行』2003年1月号。
- 植浦厚子2007「配偶者の語り—暴力をめぐる想像と記憶—」『国際安全保障』35 (3): 49-72。
- ベン・アリ, エヤル2007「日本の自衛隊—普通化, 社会, 政治—」『国際安全保障』35 (3): 73-94。
- 宮地尚子2007「環状島=トラウマの地政学」みすず書房。

Combat Stress and Armed Forces: Trance National and Local Dimension on the Japan Self-Defense Forces

Atsuko Fukuura

The armed forces is one of the institutional organizations, but on the other side it is not hedged off from the outer world and local society. Goffman pointed out that the armed force is an example of a "total institution", a place for work and life where a large number of individuals with a similar status, live together for an extended period of time, isolated from wider society and forced to live a common, formal and guided life. This paper examines the relationship between the armed force and the society.

戦争の心理学

人間における戦時の心理

テジクワマン エム・ワグネル

安藤和夫

調査からわかるように、多大なストレスのかかる生きるか死ぬかの状況に直面したとき、下腹部に荷物が入っているならば、それは放り出される。これは、「勝戦がどうしたって？ 括約筋？ 括約筋なんか知ったことか！」と身体が言っているのだ。そういうときはどうしたらよいかと言えば、もちろん、そのまま戦いつづけるしかない。

救急救命士や警察官や消防士として負傷者の救出に当たっている人は、負傷者の大小失禁が少しもめずらしくないことを知っている。これは犯罪者ですら同じである。ローレン・クリステンセンは、大物麻薬ブローカーの倉庫にFBIとともに突入したことがあるそうだ。その倉庫には、大量の麻薬のほか、何度も窃盗をくりかえして集めた盗品が保管されていた。麻薬ブローカーは気の荒い大男で、仲間や法執行官に暴行した前科があった。倉庫に突入したとたん、その男から銃弾を浴びせられる危険はきわめて大きかったわけだ。

大がかりな作戦で、戦闘服を着た二〇人の捜査官が参加し、集音機器やハイテク兵器を用い、倉庫の四方のドアを同時に爆破して押し入ることになっていた。さて、爆音とともにドアが吹っ飛び、武器を構えた捜査官たちが喊声とともに突入してきたとき、その凶悪な大男はどうしたか。彼は身動きもならず、両手を頬に当て、幼女のように悲鳴をあげていた。そしてスポンの前には、たちまち大きなしみが広がっていつたそうだった。これは正常なストレス反応であり、資源の配分変更と呼ぶのが適当だろう。

同じことが戦闘中の人間にも起きる。しかし、先のテクニシスの話のように、教師たちなら公然とそれを認め、ショックにすることもできるのに、ほとんどの戦士にはそれができない。面子にこだわるかれらは、そんなことが自分に起きるとは信じられないのだ。だから実際にそうなると思辱を感じ、自分はどこかおかしいのではないかと思う。しかし、それは間違っている。「アメリカの兵士」という、第二次大戦時のアメリカ軍の戦いぶりに関する公式報告があるが、それに収録されたある調査によれば、第二次大戦で戦った米兵の四分の一が

尿失禁の経験があると認め、八分の一は大失禁を経験したと認めている。先鋒に当たる兵士だけに着目し、激しい戦闘を経験しなかった兵士を除外すれば、激戦を体験した兵士のおよそ半数が尿を漏らしたと認め、四分の一近くが大便を漏らしたと認めているのである。

これは自分でそう認めた兵士の数だから、実数はおそらくもっと大きくなるだろう。その差がどれくらいかわからないが、ある帰還兵は「なほ中佐、これでなにがわかるって、四人のうち三人は大嘘つきだつてことだぜ！」と言っている。それはおそらく言い過ぎだろうが、「クソをちびる」のは恥ずかしい不名誉なことだという意識から、多くの兵士が真実を認めたくないというのは事実だろうと思う。

あるベトナム帰還兵はこう言っている。「戦闘シーンで主役がクソ漏らしている戦争映画があつたら、観に行ってもいいけどな」。戦闘中にパンツを大便で汚す兵士の出ている映画が、かつて作られたためしがあつただろうか。海外戦争復員兵協会で語られる戦争の体験談に、そんなエピソードが出てくることがあつただろうか。若帰還兵が「ああどりー・ボブ、思い出すなあ。あの晩、おれはパンツ汚しちゃつてさ」と言っている場面を想像できるだろうか。あるいは戦争から三〇年後、膝に幼い孫をのせてあやしていたら、その孫に尊敬のまなざしで見あげられ、「おじいちゃん、戦争行つてどんなことした？」と訊かれたらしよう。そんなとき、「おじいちゃん、ウンコちびつちまっただよ」などと答える男がどこにいるだろうか。VFWでこんな話が聞けない理由、幼い孫にそんな話をしない理由、それをよく表しているのがこの格言だ——恋と戦は手段を選ばず。これはつまり、このふたつについては人はかならず嘘をつくということである。また、人が戦争について知っていると思つていることはすべて、五千年の嘘の歴史に基づいているということでもある。

無理もない。戦闘のさいにわが身に起きた、不名誉で屈辱的で面目丸潰れな恥ずかしい話を、わざわざ孫に話つて聞かせる人はいない。威勢のいい話、輝かしい話で孫の頭をいっぱいにしてやるだろう。問題は、二〇

今世紀（二〇世紀）に入ってからアメリカ兵が戦ってきた戦争では、精神的戦闘犠牲者になる確率、つまり軍隊生活のストレスが原因で一定期間心身の衰弱を経験する確率は、敵の銃火によって殺される確率よりつねに高かった。唯一の例外はベトナム戦争で、このときは両者の確率はほぼ等しくなっている。

リチャード・ゲイアリエル『もう英雄はいらない』

今日の戦士たちは、第一次大戦の野壕で戦っていた戦士たちより優秀だろうか。今日の戦士たちは、第二次大戦のさいにノルマンディの海岸や硫黄島に上陸した戦士たちより強健だろうか。朝鮮戦争のさい、長津湖や釜山橋頭堡を戦い抜いた戦士たちよりすぐれているだろうか。そんなことはない。今日の私たちが、かつての英雄たちよりまさっているということはないし、また劣っているということもない。いずれもみな同じ戦士たちだ。装備や訓練などの備えは向上しているかもしれないが、一度むけば、以前の戦士たちと少しも変わらなただの生物なのだ。

リチャード・ゲイアリエルの名著『もう英雄はいらない』によれば、第一次大戦、第二次大戦、朝鮮戦争という大戦争においては、戦闘のさいに命を落とした兵士より、精神的外傷のために前線を脱落した兵士のほうが多かった。第二次大戦時のこの現象に関する論文『Lost Division』（失われた師団）では、精神的衰弱によってアメリカ軍は五〇万四千の兵を失ったと結論している。これはなんと、五〇個師団に匹敵する数である。

第二次大戦中はつねに、前線近くのキャンプに精神的戦闘犠牲者が何千何万と留め置かれていた。「臨場性、期待、近接性」と呼ばれる方針が適用されたためだ。これは、前線の近く（近接性）にとどめることで、戦闘

を他人ごとと感ぜさせず（臨場性、いつかは戻るのだと予想を持たせる（期待）という方針である。またこのほかにも、適当な期間をおいて戦闘から外すという通常のローテーション制も採用されていた。それにもかかわらず、あらゆる身体的な障害をすべて合計したよりも、精神的な原因で失われる兵員の数のほうが多かったのである。

しかし、この事実はほとんど知られていない。名著の戦死のことはみんなよく知っているのに、精神を病んで前線から密かに外れる兵士のほうがそれより多いということについては、職業軍人も含めてほとんどの人が知らないのである。これは表面に出てこない戦闘のもうひとつの顔であり、これまたいま理解しなくてはならないことのひとつだ。

最悪なのは、戦闘が六〇日から九〇日ものあいだ持続し、そこから抜けられないという状況である。めつたにない状況だが、このような場合には九八パーセントの兵士が精神的戦闘犠牲者になる。厚も夜も戦闘の続く状況が数か月におよぶというのは、二〇世紀特有の現象である。一八六三年のゲティズバーグの戦い（南北戦争最後の激戦）は三日続いただけだし、しかも夜になると中断された。これは歴史を通じてずっとそうだった。日が沈めば戦闘はいったん中断され、兵士たちはたき火のまわりに集まってその日の戦闘の反省会をしていたのだ。

戦闘が厚も夜も続き、何週間も何か月もぶつ通しでおこなわれるようになったのは、二〇世紀になつて第一次大戦が始まつて以降のことだ。この結果、精神的戦闘犠牲者が大幅に増加することになった。交替制によって定期的に休める場合はまだよいが、そうでないとこの数字ははるかに深刻化する。たとえば第二次大戦のノルマンディ上陸作戦のさいには、後方というものが存在しなかつたため、まる二か月間、たえまない戦闘とたえまない死という恐怖から逃れるすべがなかつた。継続的な戦闘状態が六〇昼夜続くと、全兵士の九八パーセ

第五章 目と耳——選択的聴覚抑制、音の強化、トンネル視野

みずから耳をふさぎ、目をつぶる者は
聴者より聞こえず、盲人より見えず

ジョン・ハイウッド（一五六五年ころ）『格言集』

戦闘中には一連の奇怪な知覚の歪みが生じ、周囲の見えかた、現実の認識のしかたが変化する。真の意味で意識変容状態に陥るのだ。これは薬物摂取時や睡眠中に起きることに似ている。信じられないことだが、この現象はつい最近まで知られていなかった。戦士たちによって発見されたことなのだ。近年になってようやく、戦闘経験者に対して正しい質問が投げかけられるようになり、過去五千年にわからなかったことがこの数十年で十分に明らかになってきた。そしていまでも、日々新たな発見が続いている。

警察の心理学者ドクター・アレクシス・アトウオールの研究は、知覚の歪みに関する屈指の研究だと私は思う。ドクター・アトウオールとローレン・クリステンセンが集めたデータは、ふたりの共著『致命的武力対決』にまとめられている。軍や法執行機関関係者であれば、ぜひ一読をお勧めしたい。

ここで注意したいのは、本章で取りあげる聴覚や視覚の歪みは、人が日常的に体験する正常な歪みとは大きく異なるということだ。ぼんやりしていてもなにかを見落とす、聞き落とす、といった経験とはちがうのである。ほかのことに気をとられて見落としたり聞き落としたりするのは、あくまで心理的な現象である。これに対し

て、「トンネル視野」や「選択的聴覚抑制」には、「気づかれない」という心理的な影響だけでなく、目や耳の生物機械学的変化による強力な生理現象が関わっているようだ。この問題についてはまだ研究がじゅうぶんでないが、現在主流の学説では、このような生物機械学的変化が感覚器官に生じるのは、先に述べた血管収縮その他のストレス反応の副作用であると考えられている。

選択的聴覚抑制 「銃が『ぼん』としか言わない！」

怒りのあまり荒海のように聞く耳をもたず、烈火のようににはやるだろう。

シェイクスピア『リチャード二世』第一幕第一場

ドクター・アトウオールは、一般に言うところの銃撃戦（法執行機関では「致命的武力対決」と呼ぶことがある）を経験した警察官一四一人を対象に調査をおこなった。その結果、八割以上の警官が、音の抑制を経験していることがわかった。つまり、銃声が「小さくなる」のである。

ハンターなら知っていることだが、耳栓をせずに鹿撃ち銃の照準合わせをすると、発射の瞬間で一時的に耳が聞こえなくなり、その後は一日じゅう耳鳴りがするものだ。ところが実際に鹿を撃つときには、耳栓をしていなくても、つまり音を遮蔽していなくても、その後に耳鳴りがすることはない。これが鹿撃ちに対する一般的なストレス反応だとすれば、もし撃ち返してくる鹿が相手だったら、そのストレス反応はどれくらい大きくなるだろうか。

『致命的武力対決』に取りあげられた、典型的な選択的聴覚抑制の例について考えてみよう。

戦闘中の知覚の歪み

※ドクタース・アレクシス・アークウォール、ローレン・クリステンセン共著
[致命的武力対決] (警察官 141 人への調査に基づく) による

- 音が小さく聞こえる(選択的聴覚抑制)——85%
- 音が大きく聞こえる——16%
- トンネル視野——80%
- 自動操縦(「こわくて口がきけない」)——74%
- ふだんよりはつきり目が見える——72%
- 時間延長(スロースモーション)——65%
- 一時的麻痺——7%
- なにがあったか一部思い出せない——51%
- 自分がなにをしたか一部思い出せない——47%
(いわゆる「固執」)
- 解離(無関心)——40%
- 無関係なことが思い浮かんで気が散る——26%
- 記憶の歪み(「知覚の偏向?」)——22%
(恐怖および過去の連想の影響)
(ビデオ録画(ファーストモーション)——16%

戦闘中の知覚の歪みについてさらに詳しくは、ドクター・デーヴィッド・A・クリンガー著「殺人ゾーンへ踏み込む」を参照。この本は必読の良書である。

www.killology.com

私はパートナーとふたりで盗難車を追っていました。容疑者は滅茶苦茶に飛ばしていて、コントロールを失ってスピニング、溝に突っ込んでふつと停まりました。パートナーはショットガンを、私は自動拳銃を取り出し、用心しながら近づいていきました。車の窓から撃ってきたので、私も発砲を始めたんです。

一発目を撃つときはかすかに音が聞こえましたが、その後はまったく聞こえませんでした。反応は感じるから自分が発砲してるのはわかってましたが、ショットガンの音が聞こえないので、パートナーが撃たれたんじゃないかと気が気じゃなかった。ことが片づいたとき、私は全部で九発撃っていました。パートナーは三メートルほど離れたところで、ショットガンを四発撃っていました。容疑者のほうも、こつちの銃弾を食らって絶命する前にさらに二発撃っていたんです。もともと、パートナーも私も何がありませんでした。

あとで問かされるまで、自分たちが何発撃ったかまったくわかりませんでした。何度思い返してみても、最初の一発よりあとの銃声はまったく聞いた覚えがないんです。

発砲のさいに音が小さく聞こえたという警察官の大多数は、自分の銃の音がくもって聞こえた、あるいはせいぜいおもちゃの「コルク鉄砲」のような音しかしなかったと言っている。また、もつと大きな音がするはずなのにおかしいと思つた、と言う警官もいる。また数は少ないながら、まったく銃声が聞こえなかったと言う者もいる。あるSWATの狙撃手は、仲間とふたりで狭い室内で同時に発砲したとき、暫開空間だつたにもかかわらず、どちらの銃声も聞こえなかったと報告している。

マサド・アニアは、競技射撃の全国優勝者であり、法執行官のトレーナー、屈指の研究者、そして今日で最も精力的な警察分野のライターだ。このテーマについて個人的なやりとりをしたさい、彼はこんなふうに書いてきてくれた。

これまで見てきたことから考えて、選択的聴覚抑制は（トンネル視野も）だいたいにおいて大脳皮質の知覚の問題だと思います。耳は聞こえ、目は見えていても、生き残るという最大の目標に集中しているため、その目標に無関係と思われる情報を大脳皮質が意識からはじめているのです。

聴覚刺激の遮断というこの現象はしょっちゅう起こっている。この本を読んでいるいま、あなたはたぶん、自分の靴の感覚とかスポンのウエストバンドの感覚を意識していないはずだ。また、冷蔵庫のうなりとか遠くの車の音といった背景雑音も、すべて聞こえていないだろう。人の脳は感覚データをたえず無視している。そうでないと処理しきれなくてパンクしてしまふからだ。

過大なストレスのかかる状況では、この選択的遮断という現象がさらにエスカレートし、生き残るために必要な感覚以外はすべて遮断される。通常、その必要な感覚とは視覚だが、光量不足の場合は聴覚の「スイッチ」が入って視覚の「スイッチ」が切られることがある。この場合、銃声は聞こえるが、銃口から火が噴くのは見えにくくなる。

マサド・アユエアの言うとおり、これにはまがいがなく心理的、認知的な要素が関わっている。脳は、目標に無関係と判断したデータを意識からはじめている。そしてその目標とは生き残ることだ。しかし、発砲したあとで耳鳴りがしないということは、内耳において物理的に音が遮断されている可能性も考えられる。聴覚科学分野の研究によれば、まぶたでまぶしい光を遮断できるように、耳にも大きな音を物理的、機械的に遮断する機能があるらしい。この生物機械的な音の遮断は、突然の大音響に反応して一ミリ秒以内で起こるようである。

これにはふたつの現象が関わっている。ひとつは、いわば「トンネル視野」の聴覚版である。高ストレス環境下では、たとえばサイレンのような特定の音だけが聞こえなくなる。人はつねに、無関係な雑音は遮断して、ひとつの音だけに意識を集中している。私が若い一兵卒で兵舎で寝ていたころ、仲間のものすごいひびきを気にせず眠れるように、暖房機から温風の吹き出す単調な音に一心に耳を傾けるという方法を編み出したものだ。それと非常によく似た、しかしはるかに強烈な現象が戦闘中には起きている。人は不要な感覚刺激を心理的に遮断し、絶対必要なことだけに意識を集中しているのだ。

さらにもうひとつ、いわば「まばたき」の聴覚版がある。つまり、ごく短いあいだ、大きな音が物理的、機械的に抑制または消去されるのだ。そのため、事後に起きるはずの耳鳴りすら起きない。この聴覚的な「まばたき」は、大きく二種類に分けられる。

- ・第一に、これは興奮のレベルが低いとき（おそらく「黄の状態」で）起きるようだが、自分の銃声が小さく聞こえる、あるいは聞こえなくなる（これはあるていど予想できることだ）という現象だ。ただし、となりで発砲している人の銃声は耳を離すほどに聞こえる。これはハンターがふたりに獲物を撃っているときなどによく起きる現象で、私自身も何人かの警察官から体験を聞いている。つまり、自分の撃った音はうるさくないのに、とりに立っている別の警官が発砲したときは鼓膜が破れそうだったというのだ。私の知っている例で見ると、このような現象はストレスが中程度のときに起きている。
- ・第二に、これは高ストレス状況（おそらく「黒の状態」）で起きるようだが、すべての音が遮断され、事後にふりかえつてもなんの音も聞いた覚えがない、という現象がある。どうやらストレスが大きいほど、この現象は強烈になるようだ。まばたきの聴覚版というより、こわい相手がなくなるまで目をぎゅつと

つぶさるの聴覚版と言ったほうがよい。これは過大なストレスによつて心拍数が極端に上昇し、激しい生理的興奮が生じたさいに起きるようだ。

・第三に、おそらくこれが最も一般的だろうが、銃声はまったく聞こえなくなるが、ほかの音はすべて聞こえる。たとえば周囲の人々の叫び声や空襲警報が床に当たる音などという現象がある。これは典型的な「赤の状態」の反応らしく、銃声の衝撃波の立ちあがり端に反応して、一ミリ秒以内で生物機械的に聴覚が遮断されるのである。この遮断はその後たんに解除されるため、ほかの音はすべて聞こえるわけだ。ドクター・デーヴ・クリンガーのすぐれた著作『殺人ゾーンに踏み込む』には、こんな例が紹介されている。

あるSWAT隊員が、フルオートでサブマシンガンを撃つていたとき……発砲音は聞こえなかったのに、スライドが前後に動いて空薬莖が排出され、新しい弾薬がアーマーに送り込まれるときの、「カタカタ」という音ははっきり聞こえていたという。

人間の身体にこんな機能が備わっているのはまったく驚くべきことだが、それ以上に驚くのは、つい最近までだれもそのことを知らなかったということだ。オハイオ州でこのテーマで話をしたところ、ある州警務官がこう言った。

それでやつとわかりましたよ！ 恥ずかしくてだれにも言つたことがなかったんですが、バートナールといつしよバトカー一台で道路封鎖をしてたことがありましてね。そこへ時速一六〇キロで車が突っ込んできたんで、私たちは逃げ飛びのきながら一発ずつ発砲したんです。巡査部長に電話して、「道路封鎖が吹っ

飛はされました」と言つたら、退却しろと言われました。「できません！ なんか、銃が「ほん」としか言わないんです！。私たちはふたりとも、弾薬がどうもおかしいんだと本気で思つたんですよ。鉛筆を銃身に突っ込んで調べたくらいです。弾丸が引つかかつてるんじゃないかと思つてね。

銃声聞こえず、銃が故障していると思ひ込んだために、いったん発砲したあと戦いつづけられなくなった戦士が、この戦世代に何人ぐらいたことだろうか。この場合、弾薬にも銃にもまったく問題はなかったわけだが、かれらの受けた訓練に問題があつたのは明らかだ。火薬の時代になってから何世紀もたつてようやく戦闘中には銃声聞こえないことがあると戦士たちに教えることができるようになったのである。

文字どおり何千人という戦士から戦闘経験に関するデータを収集してきたが、この選択的聴覚抑制は最も一般的に見られる現象だ。たとえば、警察の狙撃手が武装犯を撃つたという次の例を見てみよう。

ライフルが火を噴いたが、音は聞こえなかった。いや、そう言つては正確ではない。聞こえはするのだが、とても遠くに聞こえる。リコイルはまったくない。スコープの像はちゃんと見える。ガラスに小さな白い穴が見え、その向こうで女の頭が吹っ飛ばのが見える……スコープの像が曇つていた。なにが見えかたがおかしい。そのとき、像が曇っている理由に気がついた。女の頭骨と脳みそが車内じゅうに飛び散つて、それが天井からしたたり、窓を伝つて落ちてきたりしているのだ。

ラス・クラケット『反響のあと』

この生物機械的な選択的聴覚抑制は、危険を直感するとわずか一ミリ秒以内で起きると信じる理由がある。

著述家のキャウイン・デイリベッカーが、ボダイカード派遣管理を始めて間もないころ、拳銃を誤って発射したことがあるそうだ。勤務時間の終わりに、セミオートマチック・ピストルを人のいない方向に向け、清掃のために撃鉄をゆつくりおろそうとしたが、なにかの拍子で誤って銃が発射されてしまった。だれにも当たらなかつたものの、狭い室内に発射音が響きわたり、その場にいた人はみなあとで耳鳴りに悩まされた。ただ、キャウインだけは例外だつた。キャウイン・デイリベッカーは、直感と危険察知の分野では世界屈指の専門家であり、ベストセラーになつた著書の『暴力から逃れるための15章』は、この分野における真の古典である。何年ものち、この銃の誤射のことを私と話していたとき、撃鉄がちんとおりなかつたのを一瞬の直感で察知したのかもしれない、と彼は言った。そのわずか一ミリセカンドで、彼の身体は即座に音を遮断したわけである。

聞こえなくなるのは銃声だけではない。致命的武力対峙のさいに、バトカーのサイレンやその他緊急車両のサイレンがまったく聞こえなかつた、という警察官を私は何人も知っている。また、カリフォルニアのある公園警察官によれば、銃撃戦の最中、頭上でホバリングしているヘリコプターの音が聞こえなかつたそうだ。これはおそらく脳内の現象で、耳の機械的な遮断機能ではないだろう。聴覚的まぼろしではなく、聴覚版トンネル視野のほうだと思われる。

戦闘中には、大声で話しかけられても聞こえないというのはよくあることだ。これは小部隊の指揮官たちには以前から理解されていたが、部下に命令を聞かせたり、こちらに目を向けさせたりするためには、指揮官は部下の正面に立つていなくてはならない。歩兵の射撃部隊の指揮官は部下の正面に立っているが、あれは立ちたくて立っているわけではない。あそこは戦場で最も危険な場所なのだ。それでもそこに立つのは、部下にこちらを向けさせ、こちらの命令を聞かせるには、そうするしかないからなのである。

正面に立っていてさえも、戦闘中は命令がちんと伝わるとはかぎらない。次にあげるのは警察の訓練担当

官の体験だが、これは非常によくある話なのである。

トレーニングのさいに、選択的聴覚抑制を起こす生徒を何度も見ている。トレーニングの筋書には、銃を持った非番の警察官とか、銃を持った市民とかが登場します。それを演じる人間は、登場したときに「自分はこの人間だ」と名乗るんですが、生徒たちには拳銃しか目に入らなくて、すぐに「黙つて」しまふんですよ。だから、善意であろうとなかろうと、すでにびりびりしている環境に足を踏み入れてしまつたら、まず物陰に隠れてなるべく身体をさらさないようにしてから、自分の身分を名乗るようにと私たちは勧めています。最近も誤射事件が現実何件かあつて、その必要性を痛感しているところですよ。

さほどストレスの低いトレーニングの場面で起きることなら、実際の戦闘でもまずまちがひなく起きてははずだ。

二型選択的聴覚抑制 「当たつたときは聞こえない」

昔から、「当たつたときは聞こえない」とよく言われる（早くも第一次大戦時には言われていたようで、当時は飛んでくる砲弾のことを指していたらしい）。おおせいの戦闘経験者に面接調査をしてきた結果から言うと、この言葉はだいたいの場合文字とおりの真実のようだ。例をあげよう。

- ・アフガニスタンで、誤つて米空軍の機隊を受けたカナダ人。
- ・対戦車ロケット弾(RPG)を被弾した海軍特殊部隊員。

- ・イラクで教団徒軍したさいに、何度も即席爆弾攻撃を受けた陸軍将校。
- ・アフガニスタンでアナコンダ作戦、実施中、敵の迫撃砲の砲弾を受けた陸軍特殊部隊の将校。
- ・バトカーの運転席側のドアをあけたとき、目と鼻の先で仕掛け爆弾が爆発するという経験をした警察官。

これらの人々はみな同じことを言う。つまりすべてで爆発があつて、身体が吹っ飛ばほどの衝撃を受けたのに、その爆発音は聞こえなかつたし、あとで耳鳴りがすることもなかつたというのだ。たとえば、バトカーに仕掛けられたアールトラップにやられた警察官は、爆発で両足を吹っ飛ばされたにもかかわらず、直後に携帯電話で通信指令係に電話をかけたとき、耳鳴りがすることもなく問題なく話ができたと語っている。離れた場所で爆発が起きると、その音は途方もなく大きく聞こえ、あとで耳鳴りがして耳が聞こえにくくなるものだ。しかし、身体にじかに衝撃を受けるほど近くで爆発が起きたときは、多くの人が爆発音は聞こえなかつたと言う。つまり、「当たったときは聞こえない」という古参兵の言葉はどうやら真実だったらしいのだ。これもまた、一種の選択的聴覚抑制だろう。先に見たように、戦闘あるいは狩りの最中にライフルを撃つたとき、多くの人が同じようなことを経験している。このような事例（「一型選択的聴覚抑制」と名づけよう）では、銃を発射した人はその音が聞こえなかつた、あるいはくもつて聞こえたと言ひ、その後耳鳴りがすることはなかつたと言う。あとで耳鳴りがしないということは、聴覚器官がいわば「まばたき」をして、生物機械的に音を遮断して耳を保護しているのだろう。しかし、本書でここまで見てきたように、この一型選択的聴覚抑制は競技射撃というストレスの下では起こらない。趣味でやる狩り、そして現実の戦闘という、実際に相手を殺そうとする場面でのみ起きるのである。

一型選択的聴覚抑制は、人が完全に緊張を解いているとき（つまり興奮状態にならぬとき）、強烈な感覚刺激

を同時によつた受け付けた結果として起きるようだ。キヤウイン・テイリベリカーと話していて指摘されたのだが、自然界で敵が雄叫びをあげながら音中に飛びかかってくるような場合、生き残りを左右する重大な情報は、音中になにかがぶつかつたという感覚だろう。重大なストレスを受けたとき、感覚の過負荷による混乱を避けるために、身体はただひとつの感覚以外はすべて遮断しようとする。この例で言えば、なにかがぶつかつてきたときの衝撃こそが、生き残りに関わる重大な情報として解釈されるわけだ。

米国陸軍の退役大佐でベトナム徴験者のトム・テイグイスが、この現象の典型的な事例を紹介してくれた。

ベトナムで、対戦車ロケット弾に狙われたことがある。せいぜい三メートルか五メートルしか離れていないところに落ちたんだが、火の玉は見えたのに、震動は感じなかつたし、音も聞こえなかつた。耳が自動的によさがつたんだ。でも、すぐにまた聞こえるようになったよ。というのは、一発めの飛来する音がしたと思つてジープの前部の陰にふせたんだが、それはジープのタイヤが四輪ともパンクして、空気が噴き出す音だつたんだ。震動で鼓膜が破れても不思議はなかつたのに、そうはならなかつた。こんな自動遮断機構が生まれつき備わつてるなんて、まったくよくしたもんだね。

同じ年、私のいる囲い地が攻撃を受けたことがあつた。「砲弾の」飛来音がものすごく、部下の大尉は大声で「いま攻撃を受けてる」と無線に向かつてわめいてるし、私は私で、掩蔽の陰に下がれと大尉に向かつて怒鳴つた。でも私には自分の怒鳴り音が聞こえなかつたし、大尉のほうも自分自身の音が聞こえてなかつた。飛んでくる砲弾の音があんまりまやかましくてね。

囲い地で攻撃を受けたとき、耳がちゃんと聞こえていた——つまり選択的聴覚抑制が起きなかつた——の

は、弾が飛んでくるといつても彼自身は掩蔽壕のなかにいたし、ある程度は震動から保護されていたからだろう、というのがデヴィス大佐の考えだ。誤つて自分で自分を撃つた人が、銃声は聞こえなかつたし、あとで耳鳴りがすることもなかつた、と言うことがよくあるが、これもやはりこの現象のせいかもしれない。この状況でもやはり、身体は同時にふたつ強烈な刺激を受けている。銃声と、銃弾の当たる感覚だ。最初は痛みを感じない場合もあるとはいえ、身体はすぐに自分が傷を受けたことに気づいていて、すぐさま音を遮断してしまうのではないだろうか。

つまり、私たちはいまようやく、「当たったときは聞こえない」という古参兵の言葉の意味を理解できるようになつたわけだ。この言葉は文字どおりの真実であり、以下にあげるような「金言」の仲間入りをする資格がある。

- ・こわくてものが考えられない (前脳の情報処理が停止する)
- ・こわくてものがまともに見られない (近視野の喪失、距離感の喪失、周辺視野の喪失)
- ・ちびりそうにこわい (大木朱彦)

これらはみな誇張でも比喩でもなく、すべて戦場中にほんとうに起きることだつたのである。

言の強化 目は見えず、おびえて、うすくまって死ぬ

目は見えず、恐怖に押しひしがれ……

フランス・ローリー作詞 野歌「奇跡を歌おう」

ドクター・アトウオールの研究によれば、面接調査を受けた警察官の八五パーセントは、音が小さく聞こえる経験をしている。しかし、銃声が逆に大きく聞こえたと答えている人も一六パーセントいる。脳が視覚を遮断して、聴覚を研ぎ澄ますほうを選ぶのはどんなときかと言えば、それは光が足りないときである。これもやはり、最も重要な刺激に脳が意識を集中するために起きる現象だ。暗い場所では、最も重要な刺激といえは音である。

現代の警察や軍隊では、人型の標的やリアルな人間の写真を使って射撃訓練をおこなっている。これはけっこうなことだが、問題は、暗がりでは脅威の対象を見ることがむずかしい (不可能ではないとしても) ということだ。光量の乏しい場所の銃撃戦では、銃口から噴き出す火のほかにはなにも見えないことが多い。目のスイッチが切れて耳のスイッチが入り、ある法執行機関の訓練員が言うように、「目は見えず、おびえて、うすくまって死ぬ」ことになる。

ジョン・ピーターソンは陸軍グリーンベレー隊員であり、小火器の訓練担当官として新しい訓練法を考案している。彼は、ニューハンプシャー州のヘンリクス・アカデミー (民間向けの実践的な警察訓練校) で教官を務めていたとき、暗がりでの戦うときの問題についてくわしい調査をおこなつた。このアカデミーでは、火薬発射式のペイント弾を用いて、暗い室内での武器対武器の戦闘訓練をおこなつていた。生徒が部屋に足を踏み入れたとたんに、防弾チョッキめがけて一発か二発ペイント弾が飛んでくるわけだ。ほとんど例外なく、生徒は撃ち返す——音のしたほうに向かつて。

コウモリなら別だが、音だけで敵の居場所を正確に判断できるものではない。光量の乏しい環境で正確に狙いをつけるには、銃口にひらめく光を狙うのが一番よい。ピーターソンは生徒を暗い部屋に連れていき、ペイ

ストルは物理的にも心理的にもまったく歯が立たない、ということになりかねない。

一九九九年に起きた、コロラド州リトルトンのコロンバイン高校銃撃事件のことを考えてみよう。ふたりの少年が長いトレンチコートを着て、何挺もの小火器（一〇連発のハイポイント九九五型カービン銃二挺、サグエイジの二二番番のショットガン二挺など）で武装して学校に現れ、クラスメイトたちを殺してまわった。事件が終わったとき、犯人ふたりを含め生徒一四人と教師ひとりが死亡し、生徒教師合わせて二三人が重傷を負っていた。

犯人ふたりは学校の玄関前でこの大層さに着手したが、このときやって来た学校担当警察官「学校に駆込まれて、校内の暴力班が事態を取り締まる警察官」はそこで車を止め、ふたりと銃撃戦を始めている。最初は警戦していたのだが（ある報告書によれば、犯人のカービン銃のマガジンに銃弾を命中させたという）、たちまち弾薬が尽きてその場を離れざるをえなくなった。かくして、未成年の犯罪としてはかつて例のない、身の毛もよだつ大層騒ぎは起きてしまった。もし警察官が車にライフルを積んでおり、ライフル射撃の訓練を受けていたら、あの事件はまたちがった展開を見せたのではないだろうか。

トンネル視野 「トイレットペーパーの筒をのぞいているよう」

わたしたちは、いまは、鏡に映して見るようにおぼろげに見ている。

新約聖書「コリント人への第一の手紙」第二三章第二二節

ドクター・アートウオールの調査によれば、警察官の一〇人に八人は、銃撃戦のさいはトンネル視野を経験している。これは知覚喪失とも言われるが、その名称の示すとおり、銃撃戦などで過大なストレスにさらされ

ると、目が焦点を結ぶ範囲が狭くなって、まるで筒をのぞいているかのように感じる現象だ。クリステンセンとアートウオールが例にあげている巡査部長は、容疑者がこちらに向かつて銃撃を撃ってきたとき、その銃撃を握る男の手の、指に嵌まった指輪しか見えなかったと言っている。

次にあげるのは、法執行機関の訓練員にして、南フロリダのSWAT隊員でもある人物の体験談だ。短銃身のショットガンで武装した容疑者と格闘したとき、トンネル視野と選択的聴覚抑制の両方を一度に経験したという。

私たちはふたりとも片手で同じショットガンの銃口をつかみ、片手で同じ引金をつかんでました。トンネル視野を経験した人はみんな、トイレットペーパーの筒をのぞいてるみたいだったと言ってくけど、私の場合はソーダのストローをのぞいてるみたいでしたよ。

心拍数が上昇するにつれて、トンネル視野のトンネルはいよいよ狭まり、選択的聴覚抑制の強度も高まることを示す事例は少なくない。この事例もそのひとつである。

そうやってショットガンを撃ち合っていたとき——ブーン！ その二番目が、私たちの顔のあいだで火を噴いたんです。目の前で二番目が火を噴いたんですから、ふつうならこんなにやかましいことはありませんよ。それが心底仰天したんですがね、私にはその音が聞こえなかったんです。あとで耳鳴りがすることもありませんでした。

トンネル視野は射撃精度にどのような影響を及ぼすのだろうか。この問題についてヒントを与えてくれそうな、興味深い実例を紹介しよう。オレゴン州ポートランドのSWATチームが、麻薬取引に使われている住者のドアを破って突入し、その場にいた三人の男に動くなと叫んだ。男のふたりはソファに、ひとり椅子に腰かけていたが、椅子の男がすかさず立ちあがり、ポケットから小型ピストルを出して手近の警官に向けた。しかし警官のほうが進んで、サブマシンガンMP5を連射して男を即死させた。

その後はこれといった事件もなく、すべての部屋の安全が確認された。その後、男の遺体を運び出して凶器を捜索したのだが、なぜか見当たらなかった。

発砲したSWAT隊員は、男はまちがいなくピストルを構えていたと主張したが、室内をくまなく捜索しても見つからない。捜索を打ち切ろうとしたとき、鑑識カメラマンがテーブルの下の紙袋に気がついた（ある警官があとで言うところによると、捜索のさいに邪魔になったためそこへ蹴り込んだらしい）。その袋に入っていたのはナットとボルト、そして問題のピストルだった。

その後の調査で明らかになったのだが、発砲した警官はまちがいなく、男がズボンからピストルを出し、さつとこちらに向けるのを見ていた。そのときはそのピストルだけが重要だったから、それを持つ容疑者の手に向かって熱い鉛の奔流を浴びせたとき、彼の目にはそのピストルしか見えていなかった。文字どおりの集中砲火を浴びてピストルは男の手から吹飛び、ボルトの入った紙袋にすぼんと収まったというわけだ。

当然のことながら、ピストルはあとから袋に仕込まれたのではないかとマスコミは騒ぎ立てたが、マスコミに知らされていなかった事実があった。大陸番で警察が提出した証拠物件がそれである。

ピストルのトリガーガードには、ちぎれた人さし指が引っかかっていたのだ。

トンネル視野は、選択的聴覚抑制などその他さまざまな知覚の歪みと並んで、一般に高レベルの不安にとど

なって見られる現象だ。そして生きるか死ぬかという状況に巻き込まれた人は、ふつう高レベルの不安を経験する。

たいていの場合、相手にも同じことが起きている。相手もやはり、トイレットペーパーの筒をのぞくようにして（「ドーナツの穴をのぞくように」と表現した人もいる）こちらを見ているのだ。この視覚の歪みを利用するには、すばやく右か左に一歩よけるとよい。すると事実上、あなたは相手の目の前から消える。言い換えれば、「相手のレーダー画面から外れる」のだ。あなたを視野にとらえるには、相手はまばたきをし、後ろにさがり、こちらの方向に顔を向けなくてはならない。それに要する一秒間が一瞬のすきを作り、貴重な優位性をこちらに与えてくれる。この横移動法はいまでは広く教えられるようになっており、ペイント弾のトレーニングでその高い有効性が証明されている。トンネル視野の影響を理解することによって、このような手法を考案することができ、またその手法がなぜ役立つのかも理解することができるわけである。

このトンネル視野を打破する方法は、訓練によつて身につけられると思われる。発砲したあとに、周囲を見まわしながら呼吸をするよう教えるのだ。銃撃のあとで物理的に首を左右によつて戦場を眺めると、トンネル視野が緩和されるらしい。たとえ緩和されなくても、懐中電灯を左右にふるのと同じで、首を左右によればほかに敵がいなか確認することができる。戦術的呼吸法（これについてはあとで詳しく取りあげる）もまた、興奮を鎮めて落ち着きを取り戻すのに役立つ。銃を撃つたびに、息をしながら射撃場全体を眺めるように教えば、これはすぐに条件反射として自動化され、のちのちに役立つことだろう。

戦闘のときにどんな現象が起きるか、前もって教えておくことには非常に大きな意味がある。アトウオーとクリステンセンの著書に、典型的な実例が紹介されているので引用しよう。この警察官の体験談を読めば、こういうことを前もって知られることがいかに重要かよくわかる。

私はこれまで銃撃戦を三度経験しています。最初の二回までは、なんの心構えもできてませんでした。ちやんと務めは果たしたけど、ショックだったし、頭が混乱して、どうしていいか迷うにくれたりもしました。銃撃の最中にもそのあとにも、いろいろ変なことを経験しましたからね。なにしろどういふことかきつぱりだったので、だからその最中にもあとにもすいぶん悩まされましたよ。二度めの銃撃のあと、私はカウンセリングを受けて、あの変なできごとはなんだったのか勉強したんです。それから、ストレスの予防養護訓練の原理も医者から教えてもらって、将来のためにそれをつてたんです。次の機会が来たときには、そのトレーニングのおかげですごく助かりましたよ。なにが起きるか前もつてわかつてるし、トンネル視野とか、首の歪みとか、頭や心が経験するおかしな現象を、多少はコントロールしたり補ったりもできましたからね。それに、あとの立ち直りも早かったですよ。頭がおかしくなつたんじゃないつてわかつてるし、どうすれば回復できるかもわかつてましたからね。

本書の目標は、できれば初回の戦闘を経験する前に、戰士たちにこのような心構えをさせることだ。「転ばぬ先の杖」と言うとおりに、戰士を戦闘に送り出すときには、できうるかぎり最高の装備をさせ、最大限の情報を与えなくてはならない。

第六章 自動操縦——「正直な話、自分がなにをしてるか気づいてなかった」

此事において果敢であれ、雄々しくあれ
つねに筋肉を鍛えておくために。運命の女神に
いつ人物を豎られるか、あるいはいつ
「おまえは見どころがある。これをなす逃げておくれ」
と言われるかわからないから。

ジエームズ・ラッセル・ローウエル（一九世紀米軍の将軍、外交官「エビグラム」）

ドクター・アイトウールの調査によれば、致命的武力対決に巻き込まれた警官の七四パーセントは、自動操縦で行動していたと答えている。つまり、警官四人のうち三人は、戦闘中に意識的な思考をともなわずに行動していたということだ。

共著者のロレン・クリステンセンは生え抜きの警察官であり、世界一流の武闘家であり、戦闘術に関するベストセラーの著書早ヒテオも多数出している。彼によると、経験を積んだ多くの武闘家——三〇年四〇年もかけて何十万回と練習をくりかえし、武術を身体に叩き込んだ熱心な人々——は、自己防衛のために突発的に戦う敵目になったとき、自分がなにをしたか憶えていないことが多いそうだ。襲ってきた暴漢は血まみれになつてうめいているのだが、当の武闘家は自分がなにをしたか思い出せない。これはかれらの反応が完全

に自動化されているからだ。

ある警察官が、強力な自動操縦の体験を話してくれた。

言わせてもらえば、この自動操縦ってやつは強力ですよ。その男のウエンをまわっていったとき、私はただ、ここに詰めちやいかんと言っただけのつもりでした。まさか、そいつがすでに人をひとり殺してるとは思いませんでしたよ。正直な話、自分がなにをしているか気がついてませんでしたね。男はいつのまにか拳銃を握ってる。と思つたら、胸に穴があいて倒れたんです。最初は「助かった、だれかが撃ってくれた！」と思いましたが、だれが撃ってくれたのかと、本気でふり向いたぐらいいです。しばらくして自分が銃を握ってるのにやつと気がついて、自分が撃つたんだとわかつたんです。

自分に銃が向けられていると知つたとき、まったく無意識に銃を抜いて相手を撃つ。そんなことが可能なかと思つてもいいが、これは可能というだけでなく、この場合にはきわめて望ましいことである。ただもちろん、それには最高水準の訓練を受けていることが必要だ。そうでないと、こちらに向けられているのがたしかに銃であり、礼入れや携帯電話でないと瞬時に判断することはできないから。

逆に、いまだにただのシルエットだけの人型の標的を使つていたら、目の前に飛び出してきた人間を無差別に撃つよう条件づけられることになる。あるいは、現実には武装した敵——服を着て、顔があつて銃を持つた——が飛び出してきたらむしろかもしれない。訓練に使つている標的には、そんなものはくつついていないからだ。リアルな写真を使った標的のほうが、したがつて訓練に使うにははるかにすぐれている。この種の標的を使う場合、写真の男が財布を持っているときは撃つてはいけない。続いて別の標的が飛び出して

きて、今度の男は銃を持っていたら、危険な敵に反応してただちに発砲しなくてはならない。射撃場ではこんなふうに訓練はおこなわれる——拳銃！—撃て、拳銃！—撃て、携帯電話！撃つな、拳銃！—撃て、拳銃！—撃て、礼入れ！撃つな。

戦士が撃つのは丸い標的ではない。人型のシルエットでもない。こちらに危害を加えようとする武装した敵を、法にのっとり正しく撃つのだ。この方法が望ましいのは、条件に基づいて反射を身につけられるからだ。変化に富んだりリアルな訓練により、適切な反応を身体に叩き込むことができるのである。

訓練のさいに憶えたことは、戦闘の結末のちがひとなって現れる それ以上でも以下でもない

習慣にしたいと思うことは続けよ。習慣にしたくないことはおこなわず、ほかのことを習慣づけよ。

エドクネトス（後一世紀）『語録』「いかに形象と戦うか」

二〇〇三年一月、私はノースカロライナ州のルジエオン駐屯地に行き、海兵隊第二師団の訓練を担当することになった。駐屯地の講堂に二度に分けて兵士たちを集め、イラクへの展開について四時間の講義をおこなった。いつものことだが、このときも教えると同時に私は教えられていた。ある海兵隊員がこう話してくれたのだ。「中佐、うちの一等軍曹が教えてくれたんですけど、戦闘じゃ本番になつて急に腕があがるなんてことはない。訓練のときのレベルまで落ちこちるんだつて」

戦士たちに教えることができるのは、生き残るために具体的にどのような行動をとつたらよいか、そしてそれを無意識のうちに実行できるようになるにはどうすればよいか、ということだ。しかし、用心しないと適切な行動を教え込む恐れがある。これを「まちがった筋肉の記憶」とか「訓練の痕跡」と呼ぶ指導者もいる

る。この麻痺（「固まる」とも言う）が実際に起きているとすると、これはどう考えても、生き残りに役立つ現象ではないと言うしかないだろう。戦闘中に麻痺が起きることはたしかにあるが、じつは本人がそう思っていただけで、実際に経験していたのは時間の延長現象だったという場合もある。

ウィスコンシン州のSWAT隊員で、法執行機関の指導員でもある人物が、新人だったころの自宅襲撃の経験を語ってくれた。閃光音響手榴弾を家のなかに放り込み、突入して捜索を開始したのだが、かどを曲がったから数人の武装した男と鉢合わせするかつこうになった。「いきなり足が動かなくなつてね。足が動かなくなつて、いったいおれはどうしたんだ、なんで動かないんだろうと思つたよ」。だがしばらくすると、足が動かせることに気がついた。「ただ、ものすごくゆつくりなんだ。それで、みんなが言つてた時間の延長つてのはこれだったかと気がついた。世界中の時間を独り占めしてる気分だったね。これは生き残りのためのメカニズムだろうが。一般的には、答えはイエスだろう。

問題は、そういうこともあると兵士や警官に前もって知らされていない場合がある、ということだ。生きるか死ぬかの状況で一時的麻痺や時間の延長が起き、急に足が動かなくなればパニックが起きるのは当然だ。身体が麻痺してしまつたかと思うだろう。ドクター・アトウォールが面談したある警察官は、銃撃戦に巻き込まれたときのことをこう語つたという。「容疑者が撃つてきたとき、私は固まつてしまいました。なんとか撃ち返しはしたんだが、ものすごく時間がかかつて」。ところがそれは、本人がそう思い込んでいただけだった。銃撃戦の様子はテープに録音されていたのだが、警察官は撃たれた直後、一秒とたたずに撃ち返している。それが、彼にとっては途方もなく長い時間に感じられたのだ。

解離と思考の割り込み

思考と情熱の混沌、なにもかも混乱している……

アレクサンダー・ポープ『人間論』

解離現象のよい例として、ここで『致命的武力対決』から体験談をふたつ引用しよう。

危険きわまる状況に直面すると、奇妙な解離感が生じる。夢を見ているような気がしたり、自分自身を外側から眺めているような気がしたりする。「くそ、まずい」と激しい恐怖を意識したとたん、生き残ることに全神経が集中するため、なにも感じられなくなるのかもしれない。あとではつとわれに返つたときには、夢うつつの出来事のように感じる。何時間もたつてからも、やはりほんとうに起きたこととはなかなか信じられない。自分の身にあんなことが降りかかるはずはないと、自分の一部がいまだに否認しているかのようだ。

検問で車を停まらせたなら、運転手がコカインに酔つてることがわかつたんです。三発撃つたとき（私自身は二発しか撃っていないんですが）、なにもかもスローモーションで動いていました。私はどう考えても「体外離脱」状態で、本来いる場所の前方斜め上から、自分が発砲するのを見ていたんです。四五口径をおつ放していたのに、銃聲は聞こえなかつたし、反動も感じませんでした。

これらの現象についてはようやく研究が始まつたばかりだし、それが正確になにを意味しているのか、あ

るいはどんな人がどんな知覚の歪みを経験しやすいのか、確実なことはまったくわかっていない。しかし、二〇〇一年にモーガンとバスレットがグリーンベレー部隊を対象におこなった調査によると、まだ初期段階の結論ではあるが、解離は戦闘能力の低さと関連があるらしいということがわかってきた。また、解離現象を体験すると戦闘後にPTSDを起こしやすくなるらしい。私自身は、解離現象は「黒の状態」のもたらす極端な反応ではないかと考えている。つまり極度の興奮状態にあるということであり、外傷後反応を起こしやすいのもそのためではないだろうか。また戦闘状況では、解離と時間の延長はしばしば同時に起こるというデータもある。時間の延長もまた「黒の状態」のひとつの表れなのかもしれない。とすれば、時間の延長を経験した人も、やはり外傷後反応を起こしやすくなると思われる（「黒の状態」とPTSDの関連性については、本書のあとこのほうでくわしく見ていく）。

本章で最後にとりあげる知覚の歪みは、思考の切り込みという現象だ。ドクター・アトウォールが調査した警官の二六パーセント、つまりだいたい四人にひとり、銃撃のまなかに無関係なことが思い浮かんで気が散る、という経験をしている。だいたいにおいて、思い浮かぶのは空拍子もないことだ。たとえばある警官は、目の前に銃を突きつけられたとき、とっさに「へえ、おれのパートナーの銃にそっくりじゃないか。どこで手に入れたんだろう」と思っただけだ。

戦闘の真つ最中に、家族のことを思い出す戦士は少なくない。ある警官は、銃撃戦のまなかに三歳になる息子のまぼろしを見たそう。バンヤマ姿で目の前をよちよち歩いていったという。無関係なことが思い浮かぶと言っても、必ずしもそれで気が散るとはかぎらない。それがきっかけで元気づけられたり、闘志がきき立てられたりすることもある。たとえばアーカンソー州のある警官の場合、顔を撃たれたときふいに幼い息子の顔が目に見え、おかげで立ちあがる気力がわき起こり、反撃して敵を撃つことができたという。

また、超越的存在のことを思い出すのもよくあることだ。たとえば、アリス・シトルも著書『戦士の直感』を薦めて書いているが、これははるかな昔から多くの戦士が思ってきたことだろう——「神さま、どうか力を貸してください。なんとか切り抜けられたら、これから毎週日曜日にはかならず教会に行きます。約束します」

チャールズ・レムズバークのすぐれた著作『最前線で戦う』には、戦士たちは「前向きな独り言」を身につけるよう訓練するべきだと書かれている。なかでも重要な言葉は、「なにがなんでも生き延びる、絶対あきらめない」である。負傷した警官の多くが、撃たれたあとでこのせりふだけが頭のなかに響いていたと言い、助かったのはそのおかげだと言っている。戦闘を生き延びなければ、こういう言葉が頭に割り込んでくるように、自分の心をプログラムしなくてはならない。

第八 記憶の欠落、記憶の歪み、ビデオ録画の影響——実際にあつたと思ひ込む

……自分自身について、そしてまたわれわれがしがみついているこの回転する地球について、あくまでも自分を見失うことなく進歩し、ついに真実に到達できる人間はほとんどいない。戦争中の人間はとくにそうである。偉大なる軍神マルスは、その領域に足を踏み入れた者の目をくらませようとする。そして出ていこうとする者には、寛容にも忘却の川の水を手渡してくれるのだ。

グレン・グレイ『戦士たち』

記憶の欠落 「電話をした覚えがまったくない」

戦闘中の人間が軍神マルスによって盲目にされるという現象はすでに見たが、ここでは「忘却の川の水」の影響を見ていくことにしよう。ドクター・アートウォールのファイルから、記憶の欠落の例をふたつあげる。

ある女性警察官が銃撃戦に巻き込まれた。銃撃戦では二〇発以上の弾丸が発射されたが、それが終わった直後、彼女はどちらも自分が発砲したような気がしなかった。やつと納得が行ったのは一時間後、警部補とともに銃を調べて、残った弾薬数を数えてからだった。

人質をとるために住宅に侵入しようとする容疑者に向けて、ある警察官がショットガンを二発撃った。正

当な発砲だったが、彼は二発のうち一発しか撃つたことを憶えていなかった。発砲評価委員会では、一発は「規範に適合」とされたが、もう一発は「規範に不適合」とされた。一発とも正当な発砲ではあるが、「警察官が」撃つたことを憶えていないのだから、規範に従っているとは言えないというのだ。

致命的な武力対決に関わった法執行官の半数近くが、「コマ飛び」を経験している。これはつまり、記憶のかなりの部分がすばんと抜け落ちるという意味だ。アートウォールによれば、銃撃戦を経験した警察官の四七パーセントが、少なくとも自分の行動の一部について記憶を失っているという。興味深いことに、ドクター・デーヴ・クリンガーの画期的な研究（これについてはこの第二部のあとの方で見ていく）によると、一発か二発しか撃たなかったときは撃つた数を憶えているが、それ以上になると何発撃つたか忘れる、あるいは実際よりかなり少なめに憶えていることが多くなってくるという。

容疑者に向かってほんの二、三発しか撃っていないと思っていたら、実際には大量の弾倉がからっぽになるまで撃っていた、というのはよく聞く話だ。ドクター・アートウォールによれば、大きな危険にさらされたときの記憶は、連発的なスナップ写真のようなものだ。一部は鮮明に憶えているが、一部はぼやけていたり、完全に抜け落ちていたりするという。

また、生きるか死ぬかの対決のさいに、ある程度の記憶の欠落が生じるのもよくあることだ。心拍数が「黒の状態」に達している場合はとくにそうである。ブルース・シドルと私は、二〇〇一年八月に「法執行機関小火器指導教官国際協会会報」に掲載された論文において、このような現象に「重大事象健忘症」と名前をつけた（この論文は私のウェブサイト www.kinology.com にアップしてあるので、くわしく知りたいかたはこ一読ください）。

殴りつけているときは、自分が狼か、どちらかの力が抜けるまで、何度も力いっぱい殴りつけることが最善の選択だろう。狼の牙に負けて意識が遠のいたとしても、最後の意識的な行動はもう一度狼の頭を殴ることだ。たにちがいない。なぜなら、その一撃で命が助かるかもしれないからだ。このような状況では、簡単に反復行動に陥り、何度殴ったかわからなくなるのも当然だ。

問題は、今日ではもう、戦う相手は狼ではないということだ。今日の人間は、精密な武具を使って命がけの戦いに臨んでいる。至近距離でも、銃身がほんの数ミリずれただけで当たり外れの差が生じる。細かいコントロールが必要なのだ。弾丸が標的に届くより速く次弾を撃つてはいけないのである。そんなに次から次に撃ちまくる聲音がいるのかと驚くかもしれないが、それがいるのだ。生きるか死ぬかの戦いの最中には、警察官でも兵士でも民間人でも、標的が目の前から消えるまで、やみくもに撃ちつづけるのは珍しいことではない。これを「数撃ちや当たる」反応と呼ぶこともある。

先にあげたあの悲劇的なアマドラ・ディアロ射撃事件では、四人のNYPDの刑事が、丸腰の男ひとりに至近距離で四発の弾丸を浴びせている。この事件があつてから、ひとりの警察官が九ミリ弾の一五発入り弾倉をからにするのに、平均して四秒しかかからないことが明らかになった。つまりそういう弾倉があれば、戦場でもっと多くの弾丸が撃てるということなのだろうか。場合によってはそのとおりであり、しかも人はその弾倉を四秒でからにできるのである。問題は、至近距離で撃っているなら別だが、どんなに標的が大きかろうと、そんな速度で撃つていたらふつうはなかなか命中しないということだ。また、たとえ四秒間で一五発すべてを悪人に叩き込むことができたとしても、人間はそれほどすぐに死ぬものではない。「もうすぐ死ぬから、ちよつと待っていてくれ」というわけである。人はいま過剰な力を手に入れている。「数撃ちや当たる」方式で次から次に撃つていると、とんでもなく「殺しすぎ」してしまう。したがって当然のことながら、翌日には「養育者、

警察に蜂の巣にされる」とでかかど響き立てられることになる。法執行機関では、これが全国的な問題になっているのだ。

国立司法研究所のドクター・デーヴ・クリンガーは、一二三件の警察による発砲事例についてすぐれた研究をおこなっている。これについてはこの第二部のあとのほうで一章まるごと使つて紹介するが、ここでは固執現象を説明するのに大きく役立つ部分を抜粋しよう。下の表はドクター・クリンガーのNIJ報告からの引用だが、発砲回数が増えるほど、何発撃ったか記憶があいまいになっていくことがわかる。

見てのとおり、撃つた弾数が増えるほど思い出すのがむずかしくなるという傾向がはっきり表れている。この表では、多く憶えているか少なく憶えているかは考慮されていないが、ドクター・クリンガーはまた、発砲数を実際より少なく憶えていたのは二件、何発撃ったかまっ

発砲回数とその記憶件数

実際の発砲数	その件数	うち発砲数が正確に記憶されていた件数
1	33	32
2	16	14
3	14	12
4	18	11
5	7	2
6	8	3
7	3	1
8	3	0
9	3	1
13	1	0
14	1	0
15	1	0
16	1	0
18	1	0
28	2	0
41	1	0

たくわらないと答えたのは九件であるとも書いている。発砲回数が増えるほどこの傾向は強まる。実際より多く憶えていた警察官はわずか四人だった。

西部の大都市のある訓練担当巡査部長から聞いた話だが、その市の警察署では、消費される弾薬数はむやみに多いのに、命中率が極端に低いのが大きな問題になっていた。警察官たちは、射撃場では九〇パーセント程度という高い命中率をあげているにもかかわらず、現場では撃った弾の二〇パーセントが当たれば運がよいほうだった。巡査部長は上からの命令で、よそでも同じ問題を抱えているか調べることになった。そこで、全国の主要な警察署に電話をかけて尋ねたところ、大多数は同じ状況だとわかった。これを「街のスプリングラー」と呼んでいる警察署もあつたそうだ。

もうひとつわかつたのは、ごく少数ながら、この問題を解決している警察署もあるということだ。現実の生きるか死ぬかの銃撃戦で、九〇パーセントを超す命中率をあげているところもあつたのだ。カリフォルニア州ハイウェイパトロール、ソルトレイクシティ警察署、トレド警察署など、各地の先駆的な警察署では、少ない発砲数で驚異的な命中率をあげている。これらの警察署がほかと決定的にちがう点はいくつかあるが、そのひとつが訓練法だった。具体的に言えば、勤務中の訓練においてストレスの予防接種をおこなっている——つまり、マーキングカプセルによる武器対武器訓練で、ペイント弾などを用いていたのだ。これには確実な証拠があるのだが、発砲弾数は多いのに命中率は低いという問題は、ひとつには恐怖によるストレス反応のためだと考えられる。したがって解決策としては、恐怖を予防あるいは低減するためにストレスの予防接種をするのがよい。ペイント弾やペイントボールを用いた武器対武器の訓練は、まさにそのためにある。

オハイオ州警察官訓練アカデミーのサム・フォークナーは、模擬銃撃戦を用いた広範な訓練プログラムを実施しているが、ペイント弾の類と「ウォーターボール」のカプセルを使うこの模擬戦を、彼は「発砲回避」コー

スと呼んでいる。オハイオ州のある大きな警察署では、ここで訓練を受けた警官の命中率が劇的に上がり、撃てばかならず当たるというほどになったという。フォークナーはこう語っている。

そしたら、その「警察署の」訓練担当巡査部長が署長の呼び出しを受けたんだ。警部たちから苦情が来てるっていうんだな。以前は銃撃戦があつても犯人を撃ちそこなうか、せいぜい負傷させるぐらいだった。それで、今年になってから六件銃撃戦があつたっていうんだよ。どれも警察署の規範から外れてるわけじゃないし、テネシー州対ガーナーの判例「合法的な発砲の基準となる判例」に照らしても問題はなかった。

じゃあなにがいけないんだって話なんだが、その六件の銃撃戦のうち六件とも、容疑者が警察官に射殺されてるんだよ。だもんで、訓練担当が警官を「熟練の殺人者」に仕立てあげてるんじゃないかって、警部たちが心配してるっていうんだ。

それで巡査部長はびびって私に電話をかけてきたわけだ。私は自分の考えかたをこんなふうに説明した。警官の射撃の腕があがりすぎてると？ そんなはかな。応急処置の訓練をしたら、手当たした人がみんな助かるようになったとして、それは応急処置がうまくなりすぎなのか。運転の訓練をしたらまったく事故を起さなくなったとして、それは運転がうまくなりすぎなのか。武力対決で死ななくちゃならない者がいるとしたら、それは最初に対行動をとつた相手のほうで、警察官のほうじゃないだろう。

ペイント弾訓練とストレスの予防接種 消防士に炎上家屋が必要なのと同じ

危険に気づくのはいいことだが、技術と能力がともなわなければ恐怖しか生まれない。

トニー・ブラウアー (超近接戦闘術のトレーナー)

ナム戦争」というすぐれた著作がある)の文章に、みごとに述べてあるとおぼた。次に、『致命的武力対決』からこの高揚感の段階の実例をあげよう。

犯人はしばらくのどをこころ言わせていたが、やがて顔が灰色になってこと切れた。……私はすさまじい高揚感を覚えていた。まるで怒濤のようで、あんな感情を味わったのは初めてだった。あいつはおれを殺そうとしたが、こっちが先に殺してやった。さまあ見やがれ。救急隊員が仕事にかかったとき、あんなやつ助けなくていいのにと思つたのを憶えている。

次に、罪悪感と嘔吐という掃り戻しが来る。初めて敵を殺したあと、嘔吐する兵士は少なくない。「なんてことだ。人を殺してどうれしかつたなんて。おれはどこかおかしいんじゃないか」と思うこともある。最後に、生涯にわたる合理化と受容の段階が来る。この段階で失敗すると、PTSDにつながりやすい。

私は長いこと、この行為——人間が人間になしうる最も重大な行為のひとつ——に対する人間の反応を研究してきた。ただ問題は、私の集めたデータが、おもに一八歳から二〇歳の兵士の経験に基づくものだということだ。かれらは戦場で人を殺したとき、このように反応するのである。『戦争における「人殺し」の心理学』が出版され、おおせいの戦士のかたがたに読まれてから、自分も人を殺したが反応が少しちがっていたというご連絡をいただくようになった。満足感はあるが罪悪感や嘔吐といった掃り戻しは経験しなかつたというのだ。凶悪な犯罪者を射殺したとき「私が感じたのは嫌悪感だけ」だったというベテラン警察官もおられたし、なにも感じなかつたので自分はどこかおかしいのではないかと心配した。

というかたもおられた。たとえば、陸軍で何十年と勤務したのち、ソマリアで初めて人を殺したというグリーンベレーの特務曹長、一七年の軍隊生活のうちベトナムで初めて敵兵を殺した米陸軍一等曹長、この職に就いて九年目に初めて人を殺したという州警察官、警察官になって二二年めに初めて人を殺したという女性刑事などだ。この人々はみな、殺人に対する反応が私の書いたそれとはちがっていたという。

二〇代、三〇代、四〇代でも、人を殺したあと罪悪感と吐き気を覚えたという人も多いが、そうでなかつたという人も多い。この人々が殺人をより肯定的にとらえている主たる理由は、こう言つてよければ、戦士としてすでに成熟していたからだと思う。実際に人の愚の根を止めるより先に、前もつて合理化と受容の段階を終えていたのだ。基本的に、かれらは自分にこう言い聞かせている。

人を殺す敵目になりたいわけではないが、私の銃の前にだれかが現れて、私やほかの人間を殺そうとしたら、社会がそのために私を雇い、装備と権利と能力を与え、そうせよと命じたことを私は遂行するだろう。

前もつてこの問題を頭のなかで解決しておくことによつて、より健全に対応することができ、通常の生活にすんなり戻ることができたわけだ。私が前著で話を聞いた若い兵士たちとちがつて、後遺症に悩まされずになつたのである。

二〇〇三年のイラク侵攻のさい、〈ウォールストリート・ジャーナル〉に記事を書いたマイクル・M・フィリップスは、殺人に対する兵士のさまざまな反応について、私の知るかぎり最もすぐれた文章を書いている。そこに出てくる若い海兵隊員の反応は典型的だ。

とも半分はしぼっていました。男は笑って、手をまた真横に伸ばしました。それからまた鋭い文句を吐き、手をおろそうとするんです。男がポケットから手を出したとき、その手に銃が見えたら噂とうと思いました。いつでも撃つ覚悟でした。

男は片手をポケットに突っ込み、大声で狂ったように笑いました。その手がさっと抜かれたとき、銃が見えたので引金をいっぱい引こうとしましたが、そのときパートナーが叫びました。「銃じゃない。ありやあ……紙マッチの束かなんだ」

そのあとはずっとひどい気分でした。いても立つてもいられなくて、滅茶苦茶に走るか、なにかをぶんどらずにはいられないみたい。もうきりきりに神経が張りつめてたんですね。自己流の心理分析をすれば、緊張が弛散されてなかったわけです。もう完全にその気だったんです。頭も心も身体も殺す態勢になつたのに、そうはならなかった。そうならなくてよかったと思う反面、やる気満々闘志満々だったのに、その持つて行き場がなくなって、ほんとにひどい気分だったんです。

ある警官の話

不確実性の罠

もしアップがはつきりした首を出さないなら、だれが戦闘の準備をするだろうか。

新約聖書「コリント人への第一の手紙」第一四章第八節

戦士はさまざまな負担に耐えなくてはならないが、なかでも最大の負担が不確実さだ。くりかえすが、普通の恐怖症が起きるのは対人的な攻撃の場面である。そして戦闘中の戦士の場合、その有害な場面がいつ起こつ

てもおかしくないのである。まるで狂ったジェットコースターに乗っているようなものだ。死と破壊の間際までせりあがってはくんだり、あがってはくんだり、それが何度でもくりかえされる。しかもその一線を乗り越えたら、じかに死と破壊を引き受けなくてはならないということがはつきりわかっているのだ。

いつ攻撃されるかわからない状態が続くと、恐ろしく有害な影響が出ることもある。そのストレスが何か月も何年も続けばなおさらだ。警官や兵士は、つねにそんな状態に置かれている。次のかどを曲がつたときに出会う人物は、不偏職天の敵にも劣らぬとす黒い奸計と悪意をもって、こちらの生命を奪おう、権権に突っ込んで家族のもとへ送りつけてやろうと待ち構えているかもしれないのだ。

ここで、私の恩師である心理学の教授から聞いた話を紹介しよう。ネズミを三つのグループに分けておこなった実験の話である。

第一のグループは、尻尾につけた電極から不定期に電気ショックを与えられる。これが七日間ぶつ通して続く。ネズミたちがぼーつとして身体をなめたりしていると、ビリッといきなりショックが襲ってくる。

第二グループには最初に警告が与えられる。ネズミがあれこれやっているとベルが鳴って一〇秒後にビリッと来る。しばらくするとまたベルが鳴り、「またか」とネズミは思い、また電気ショックが来る。三度めにベルが鳴ったときは、ネズミたちは声をそろえて「断弁してよ！」と叫び、また電気ショックを食らう。これが一週間続く。不規則な間隔を置いて、ベルが鳴って電気ショック、ベルが鳴って電気ショック。

第三グループは対照群だ。ベルは鳴るが、電気ショックを与えられることはない。

一週間が過ぎ、つらいお勤めが終わってネズミたちが有真天になっていると、科学者たちに殺されて解剖さ

参考文献一覽

※本文中にタイトルの利便をおけるものについては、四角クワイール体の範囲にそれを付した。単語があるものはその類題をおぼ。訳者：山崎社などのデータも付した。

◎書籍

Acosta, J., and J. Prager. 2002. *The worm is over: what to say when every moment counts*. San Diego: Jodere. (ジュディス・アコスタ、ジュディス・サイモン・ブラガー『時は越えな——後されわたかな時間にかける言葉』)

American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Ed., Text Rev. Washington, D.C. (アメリカ精神医学会『精神障害の診断と統計の手引き 第四版』)

Allen, I. 1995. *Offerings at the well: artifacts from the Vietnam Veterans Memorial collection*. Turner Publishing.

Ardant du Picq, C. 1946. *Battle studies*. Harrisburg, PA: Telegraph Press. (アール・デュピック『戦陣の研究』)

Arrvohl, A., and L. Christensen. 1997. *Deadly force encounters: what cops need to know to mentally and physically prepare for and survive a gunfight*. Boulder: Paladin Press. (アール・アール・クリステンセン『致命的武力対決』)

de Becker, G. (2002). *Fear less: real truth about risk, safety and security in a time of terrorism*. Boston: Little, Brown. (ギヤヴィン・デイーニムベッカー『過度に恐れるな——テロの時代の危険と安全と安全対策の真相』)

de Becker, G. (1997). *The gift of fear: and other survival signals that protect us from violence*. New York: Dell. (ギヤヴィン・デイーニムベッカー『暴力から逃れるための15巻』武者圭子訳、1999年、新潮社)

Buckets, B.G. 1998. *Soldiers who: how the Vietnam generation was robbed of its heroes and its history*. Vercy Press. (B・G・バケット『盗まれた英雄——ベトナム世代の英雄と歴史はいつかにして消し去られたか』)

Christensen, L. 2002. *Crazy creek*. Adventure Book Publishers (ローレン・クリステンセン『おかれた悪党ども』)

Christensen, L. 1998. *Far beyond defensive tactics: advanced concepts, technical, skills and tricks for cops on the street*. Boulder: Paladin Press. (ローレン・クリステンセン『警務術を超えて』)

Christensen, L. 1999. *The mental edge*. Revised. Desert Publications. (ローレン・クリステンセン『精神の切っ先』)

Clagett, R. 2003. *After the echo*. Varro Press. (ラス・クラゲット『反響のあと』)

Clausewitz, C.M. von. 1976. *On war*. Ed. 2nd trans. M. Howard and P. Pater. Princeton, NJ: Princeton University Press. (カール・フォン・クラウゼヴィッツ『戦争論』上下、清水多吉訳、2001年、中公文庫)

Dolan, J.P. 1964. *The essential Elements: intellectual titan of the resistance*. Dutton/Plume.

Dyer, G. 1985. *War*. Crown Publishers. (グイン・ダイズ『戦争』)

Gabriel, R.A. 1988. *More heroes: madness and psychiatry in war*. New York: Hill and Wang. (リチャード・ゲイブリエル『もう英雄はいらぬ』)

Gilmartin, K. 2002. *Emotional survival for law enforcement: A guide for officers and their families*. E-S Press. (K・ギルマーティン『心のサバイバル』)

「戦争」の心理学
 人間における範囲のメカニズム

著者 デーヴ・グロスマン
 ローレン・W・クリステンセン
 訳者 安原和寛

発行所 株式会社 二見書房
 〒101-8405
 東京都千代田区神田保町1-5-10
 電話 03(3219)2311 [営業]
 03(3219)2316 [編集]
 振替 00176-4-2639

印刷 株式会社 堀内印刷所
 製本 ナンコナル製本協同組合

※訂正 扉口本は送料が送料指にてお取替えます。定価はカバーに表記しております。

©Kazumi Yasuhara 2008, Printed in Japan.
 ISBN978-4-576-08007-9
<http://www.fuunmi.co.jp/>

メンタル・ヘルスをめぐる米軍の現状と課題

一 「戦闘ストレス障害」の問題を中心に一

鈴木 滋

- ① イラク戦争後、海外に派遣された米兵や退役軍人の間で、「外傷後ストレス障害」(PTSD)など「心の病」を発症する者が続出し、自殺者も増えているといわれる。こういった症状は、戦地での苛烈な体験とストレスに起因する「戦闘ストレス障害」と見られるもので、第1次世界大戦後、各国の軍関係者が対応を迫られてきた課題である。
- ② 米軍の「戦闘ストレス障害」対策にとって、ベトナム戦争は、大きな転機となった。帰還兵や退役軍人の間に精神的な障害がまん延し、戦闘の精神的外傷(トラウマ)によってもたらされる後遺症が、患者個人に止まらず、社会全体に広く影響を及ぼすことが、明確に認識されるようになったのである。
- ③ 米陸軍の関係者は、イラク帰還兵から、戦地での体験や、帰国後の精神状態について聞き取り調査を行い、いくつかの調査報告としてまとめている。それらの報告書では、派遣後、精神的変調やアルコール・薬物の乱用に陥る者が多いなど、海外派遣とストレス障害との因果関係を窺わせる調査結果が示されている。
- ④ 自殺者の急増は、「戦闘ストレス障害」と同様、米軍のメンタル・ヘルス対策における重要なテーマであるが、その統計的な実態は、必ずしも明らかになっていない。特に、退役軍人の自殺については、政府も詳細な形では把握しておらず、テレビ局の調査報道では、年間6,000件を超える自殺者が出ているともいわれる。
- ⑤ 米政府は、「戦闘ストレス障害」の問題を深刻にとらえている。国防総省・軍は、戦地でのストレス管理を行う一方、帰還兵に対して、派遣後のストレス・チェック義務を課すなど、障害の予防・早期発見に努めている。また、議会も、メンタル・ヘルス関連の予算や法令の整備を促進するなど、この問題に重大な関心を示している。
- ⑥ 米兵や退役軍人に対するメンタル・ヘルス対策は、医療システムの問題でもある。国防総省と退役軍人省は、ある程度体系的な医療サービスの仕組みを構築しているが、PTSDなどを発症した退役軍人への補償やサービスについては、様々な問題点も指摘されており、退役軍人団体が、この件で集団訴訟を起こしている。
- ⑦ 我が国の場合も、自衛隊員が、海外活動に伴い、強度のストレスに直面する可能性は高いと見なければならぬ。海外派遣が恒常化していくなか、メンタル・ヘルスは、自衛隊でも今後、極めて重要な課題になるであろう。

メンタル・ヘルスをめぐる米軍の現状と課題 —「戦闘ストレス障害」の問題を中心に—

外交防衛課 鈴木 滋

目 次

はじめに

I 「戦闘ストレス障害」とは何か—PTSDの「発見」に至る経緯

- 1 「戦闘ストレス障害」の概念
- 2 第1次世界大戦と「戦争神経症」のまん延
- 3 ベトナム戦争とPTSDの「発見」

II 米軍が直面する「戦闘ストレス障害」の現状

- 1 イラク帰還兵をめぐる事件から
- 2 米陸軍の調査報告から

III 米兵・退役軍人の自殺問題

- 1 自殺問題の現状
- 2 退役軍人の自殺問題

IV メンタル・ヘルス対策と医療システム—仕組みと課題

- 1 戦地におけるメンタル・ヘルス対策
- 2 帰還後のメンタル・ヘルス対策
- 3 医療システムの仕組みと周辺の課題
- 4 メンタル・ヘルス対策関連の予算と法整備
- 5 退役軍人による訴訟の動き

おわりに

はじめに

本年(2009年)5月11日、イラク駐留米陸軍の基地「キャンプ・リバティ」(Camp Liberty)で、米兵による発砲事件が発生し、5人の同僚兵士が殺害された。発砲事件を引き起こした陸軍軍曹は、同基地内に設営された「戦闘ストレス診療所」(Combat Stress Clinic)で、軍務に伴うストレス症状について、カウンセリングを受けていたが、犠牲となった5人のうち2人は診療所のスタッフであり、ほかの3人は軍曹と同様、そこで診療を受けていた兵士達であった⁽¹⁾。事件発生の当日、オバマ大統領は、犠牲者の家族や友人に対して哀惜の念を表明するとともに、ゲーツ国防長官から、事件の概要に関する説明を受けた、とのステートメントを発表した⁽²⁾。この異例ともいえる、オバマ大統領の迅速な対応は、事件が米政府に与えた衝撃の大きさを物語っている。ちなみに、報道機関によるインタビューの中で、軍曹の父親は、「息子は、診療所の関係者を恐れ、不信感を抱いていた」などと語っており⁽³⁾、軍曹の行動が何に起因していたのか、事件の背景は未だ明らかになっていない。

軍曹のイラク派遣は、これが3回目であり、任務を終了し帰国するまで、6週間ほどを残すばかりであったが、軍曹のように、イラクに派遣された米兵の中から、精神的な変調を訴える者が続出し、大きな社会問題となっている。米

陸軍の調査を紹介した2005年7月の報道によれば、イラク戦争から帰国後3、4か月経過した帰還兵の約30%が、ストレスに伴う何らかの精神的な問題を抱えていたという⁽⁴⁾。また、イラク等に派遣された陸軍兵士の昨年の自殺率は、イラク戦争前に比べて倍増しているとも報じられており⁽⁵⁾、イラクでの任務や体験が、米兵や退役軍人(Veteran)の心に深刻な影響を及ぼしていることが窺われる。国防総省や退役軍人省、米軍は、こういったメンタル・ヘルスに関わる問題を重視し、様々な角度から対策を実施しているが、課題も指摘されている。

本稿は、海外に派遣された米兵や退役軍人の中で、最近増えているといわれる、「戦闘ストレス障害」の問題に焦点を当てながら、メンタル・ヘルスをめぐる米軍の現状と課題を紹介するものである。最初にIで、これまでの歴史的経過を踏まえつつ、「戦闘ストレス障害」の定義や症例を概観する。次にIIとIIIでは、近年米軍が直面している、「戦闘ストレス障害」や自殺の問題について、実態や概要を紹介する。そしてIVでは、米軍のメンタル・ヘルス対策について、その実施体制や予算・法整備の進捗状況、問題点などを述べる。そして最後に、我が国の問題として、自衛隊のメンタル・ヘルス対策について、米軍の事例による示唆という視点から、簡単に触れる。なお、関係者の肩書は、参考文献が発表・発刊された時点のものである。

(1) Fred W. Baker III, "Officials Identify Victims of Camp Liberty Shooting," U.S. Department of Defense News Article, May 13, 2009. (<http://www.defenselink.mil/news/newsarticle.aspx?id=54322>)

(2) Office of the Press Secretary, "Statement by the President on the shootings at Camp Victory," May 11, 2009. (http://www.whitehouse.gov/the_press_office/Statement-by-the-President-on-the-shootings-at-Camp-Victory/)

(3) "GI's dad: Counselors 'broke' son," *Pacific Stars & Stripes*, May 14, 2009.

(4) "Iraq Affects Troops' Mental Health," *Associated Press*, July 29, 2005. (http://www.military.com/NewsContent/0,13319,FL_mental_072905,00.html)

(5) 「米兵自殺率倍増：イラク開戦後、長期従軍で疲弊」【毎日新聞】2009.5.21.

I 「戦闘ストレス障害」とは何か— PTSDの「発見」に至る経緯

1 「戦闘ストレス障害」の概念

米軍が現在直面する、海外任務に従事した兵士の精神的変調という問題は、第1次世界大戦の頃から、各国の軍隊で明確に認識されるようになった。その原因や対処法については、大規模な戦争が起きるたび、精神医学や心理学など複数の学問領域にわたって、繰り返して議論されてきた経緯がある。こうした症状は、「戦争神経症」(War Neurosis)、「戦闘疲労」(Combat Fatigue)など、様々な名称で呼ばれてきたが、特に定まった用語があるわけではない。本稿では、米軍の公式文書で記述されている「戦闘ストレス管理」(Combat Stress Control)という概念に準拠し、「戦闘ストレス障害」(Combat Stress Disorder)という用語を用いる⁽⁶⁾。

(1) 「戦闘ストレス障害」の定義と症例

米陸軍の野外教範 (Field Manual) 『戦闘及び作戦活動に伴うストレスの管理』(野外教範第4-02.51号)は、軍務に伴い発症するストレスの概念、具体的な症状、対応法などについてまとめている。同教範は、「戦闘ストレスには、戦闘に伴う危険と、任務に係る要求の直接的な結果として、(兵士が)体験するすべての生理的・精神的なストレスが含まれる」と解説した上で、「陸軍における、戦闘及び作戦活動に伴うストレスの管理は、部隊に及ぼすストレス反応の否定的な影響を予防、認識、管理するため、指揮官によって策定される計画や、実施される諸活動と定義することができる」と述べている⁽⁷⁾。

なお、同教範は、このようなストレス管理に対する評価は、戦闘活動のほか、紛争地における復興支援・安定化のための活動などについても行われる、と記しており⁽⁸⁾、兵士に与えるストレスの影響は、陸軍が実施する作戦の全局面において重要視されているものと思われる。

一方、戦闘ストレスがもたらす具体的な症状について、同教範は、「戦闘及び作戦活動に伴うストレス反応」として、次のような例をあげている⁽⁹⁾。

- ・(周囲に対して) 過度の警戒心を抱く
- ・恐怖や不安
- ・怒りっぽくなる
- ・パニックを引き起こす
- ・記憶障害

同教範は、これらのストレス反応が、時間の経過とともに、痛ましい体験が脳裏に蘇える「フラッシュバック」と呼ばれる症状や、不眠、悪夢、アルコールや薬物の乱用、抑うつといったストレス障害へ発展していく可能性も示している⁽¹⁰⁾。これらの記述を踏まえ、本稿では、「戦闘ストレス障害」について、「戦闘活動等、軍務に伴う過度の緊張や過酷な体験によって、兵士が発症するストレス性障害」と定義しておく。

(2) 戦闘任務に伴う外傷後ストレス障害 (PTSD)

「戦闘ストレス障害」については、多様な症例が確認されているが、中でも、マスコミ報道や各種の調査研究などにより、一般にも広く知られている問題が、「外傷後ストレス障害」(Post Traumatic Stress Disorder、以下、PTSDと略)である。我が国でも、PTSDは、すでに一般化した名称となっているが、症例に対する理解が深

(6) 米軍の公式文書では、単に「Combat Stress」と記述されることが多いが、本稿では、ストレスによる、精神的な変調を示す諸々の症状に着目して、「戦闘ストレス障害」と記述する。

(7) Headquarters, Department of the Army, *Combat and Operational Stress Control* (FM4-02.51), 6 July 2006, p.Chap.1-1. (<http://www.fas.org/irp/doddir/army/fm4-02-51.pdf>)

(8) *ibid.*, p.Chap.1-2.

(9) *ibid.*, p.Chap.1-6. "Figure1-3. Stress behaviors in combat and other operations"

(10) *ibid.*

まるきっかけとなったのは、平成7年に発生した阪神淡路大震災やオウムサリン事件であったといわれている⁽¹¹⁾。精神疾患の診断において権威を持つとされる、米国精神医学会が編さんした診断マニュアル『DSM』は、PTSDについて、次のような特徴をあげている⁽¹²⁾。

- ・自分や家族、親しい仲間が、死や大怪我の危険にさらされるような出来事を直接体験、目撃・伝聞するといった、極度に外傷的なストレスを受けた後、現れる特徴的な症状をいう。
- ・特徴的な症状には、その外傷的な出来事の持続的な再体験、外傷と関連した刺激の回避、外界への反応の麻痺、強度の覚醒状態の持続などが含まれる。
- ・症状は1か月以上続き、臨床的に著しい苦痛や、社会的、職業的な領域における機能障害などを引き起こす。
- ・外傷的な出来事には、戦闘、性的暴行や略奪など個人的な暴行、誘拐・人質、拷問、強制収容所への監禁、自然災害、激しい自動車事故などがある。

暴力、天災、事故、戦争といった衝撃的な出来事が、精神や心に及ぼす影響をトラウマ (Trauma) と呼んでいるが⁽¹³⁾、「外傷後ストレス障害」(Post Traumatic Stress Disorder) という正式名称にも表れているとおり、PTSDとは、こうしたトラウマによってもたらされる、持続的な精神疾患を意味する概念といえる。米軍は、

イラクに駐留する米兵のメンタル・ヘルスに係る現地視察のため、陸軍の調査チームを派遣しているが、その調査結果によれば、最も多く報告されたストレスの原因として、死体を目撃したこと、攻撃や待ち伏せを受けたこと、同僚兵士の重傷や死亡を知らされたことなどがあげられている⁽¹⁴⁾。これらの「衝撃的な体験」は、イラクに派遣された米兵にとって、まさにトラウマと呼ぶべき出来事であったといえよう。

PTSDは、米軍のメンタル・ヘルス対策において最も重視され、象徴的な課題とされている。2004年7月、米陸軍は、イラクやアフガニスタンから帰還した陸軍と海兵隊の兵士を対象として実施した、メンタル・ヘルスに関する調査結果を公表したが、帰国後の検査で、イラクに派遣されていた兵士のうち、6人に1人がPTSDの症状を示したという⁽¹⁵⁾。また、米国を代表する有力なシンクタンクのひとつであるランド研究所 (Rand Corporation) が、2008年にまとめた報告書『戦争の見えない傷』でも、これらの地域に派遣された米兵で、サンプル調査に応じた1,965人のうち、約14%がPTSD、約14%が深刻な抑うつ状態の症状を示したと記されている。同研究所は、この割合を、両地域に派遣されていた米兵の全体数 (164万人) に当てはめ、およそ30万人の帰還兵が、これらの精神疾患を発症している可能性がある、と分析している⁽¹⁶⁾。図1は、同研究所の調査結果をグラフで示したものである。

(11) 森茂起『トラウマの発見』(選書メチエ) 講談社, 2005, p.7.

(12) 米国精神医学会編 (高橋三郎ほか訳)『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル』医学書院, 2002, pp.446-447.

なお、参照文献は専門的な医学用語で記述されているため、引用文の中には、筆者の判断で、若干表現を一般的にした箇所がある。

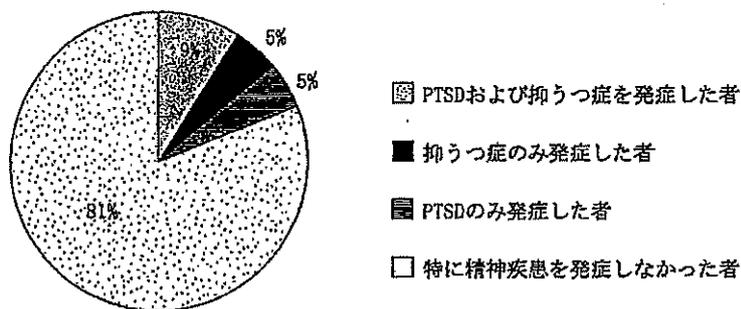
(13) 森 前掲注(1), p.4.

(14) *Operation Iraqi Freedom (OIF) Mental Health Advisory Team (MHAT) Report*, 16 December 2003, p.12. (http://www.armymedicine.army.mil/reports/mhat/mhat/mhat_report.pdf)

(15) Stephanie Nano, "Survey: Troops returning with severe stress," *Pacific Stars & Stripes*, July 3, 2004.

(16) Terri Tanielian et al., *Invisible Wounds of War: Summary and Recommendations for Addressing Psychological and Cognitive Injuries*, 2008, pp.11-12. (http://www.rand.org/pubs/monographs/2008/RAND_MG720.1.pdf)

図1 イラクとアフガニスタンに派遣された米兵の精神疾患発症率



(出典) Terri Tanielian et al., *Invisible Wounds of War: Summary and Recommendations for Addressing Psychological and Cognitive Injuries*, 2008, p.13. "Figure 2.2 Rates of Probable PTSD, Depression, and TBI" (http://www.rand.org/pubs/monographs/2008/RAND_MG720.1.pdf) から筆者が作成。なお、発症者の比率は、それぞれ四捨五入した数値である。

2 第1次世界大戦と「戦争神経症」のまん延

このように、PTSDなどの「戦闘ストレス障害」は、メンタル・ヘルスをめぐる、極めて深刻な課題を米軍に投げかけているが、こうした、軍務に従事する兵士の精神疾患という現象については、時代の変遷に伴い、様々な解釈が行われてきた。そのため、これまでの歴史的な経緯を概観しておくことは、問題の理解を助ける上で有益と思われる。

(1) 第1次世界大戦と「シェル・ショック」の登場

この問題が、本格的に議論されるようになったのは、第1次世界大戦以降のことである。森茂起甲南大学教授によれば、第1次世界大戦では、戦闘のショックから、兵士に心身の障害が続出したが、その背景には、技術革新による兵器の発達と戦闘様相の変化があったという。この戦争で、機関銃の使用が本格化したことは、膨大な戦死者を生み、戦闘の過酷さを決定づけた。戦力の欠乏を補うべく、新兵が大量に戦線に投入されたが、これらの兵士達は、事前に十

分な訓練を受けていなかったため、戦場の現実に対応できず、精神的に病んでいったとされる⁽¹⁷⁾。

兵士が発症した精神的変調の原因を分析していく過程で、当初は「シェル(砲弾)・ショック」(Shell Shock)という言葉が使われた。これは、砲弾の爆発によって起こる脳震とうや、脊髄の震とうを意味しており、戦闘が兵士の精神に及ぼす影響については、もっぱら、砲弾という特殊な衝撃にさらされたための症状と考えられていた⁽¹⁸⁾。兵士が発症した障害は、これまで説明されてきたことのない症状であり、軍医達は、それらの症状を理解することに困難を来たし、定まった定義を下すことができなかった。そのため、兵士の精神的変調は、「シェル・ショック」に起因するという考え方に従って診断し、治療を施すしか無かったのである⁽¹⁹⁾。

(2) 「シェル・ショック」の新たな解釈と「戦争神経症」

「シェル・ショック」は、元々は、外形的な衝撃に着目した概念であるが、発症要因として、心理面に影響する「情動性ショック」の作用が

(17) 森 前掲注(1), pp.87-90.

(18) 同上, p.90.

(19) Edgar Jones and Simon Wessely, *Shell Shock to PTSD—Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, Psychology Press, 2005, p.23.

働いていると、次第に考えられるようになった。大戦半ばの1916年頃から、「シェル・ショック」という言葉は、戦闘の中で起こる兵士の神経症的症状を全般的に指すようになり、後に、こういった症状は、「戦争神経症」と呼ばれることとなる⁽²⁰⁾。こうして、戦闘が兵士に及ぼす心理的な影響に対する認識は深まったかに見えた。しかし、その後も、「戦争神経症」は、患者が元々有している性格などに影響されて発症することの方が多く、といった理解が依然として有力であったことから、戦闘に伴う精神的外傷については、軽視する傾向が続いたとされる⁽²¹⁾。「戦争神経症」は、第2次世界大戦でも兵士の間でまん延し、米軍に限れば、第1次世界大戦と比して、こうした精神疾患の発生は3倍にも及んだ。しかし、その原因は、患者個人の素質と関連している、と解されることが一般的であり⁽²²⁾、精神的な外傷をめぐる問題については、ベトナム戦争以降の議論に委ねられることとなる。

3 ベトナム戦争とPTSDの「発見」

ベトナム戦争は、戦争と兵士のトラウマという問題に対して、社会一般の関心を喚起する、重要な契機となった。戦闘の精神的な外傷がもたらす後遺症は、患者個人に止まらず、社会全体に広く影響を及ぼすことが、明確に認識されるようになったのである。ここでは、戦闘ストレスの観点から、ベトナム戦争の特徴や、従軍兵士に与えた影響を紹介しつつ、PTSDという症例が学術的に認知されるまでの経緯について概観する。

(1) ベトナム戦争の特殊な性格

ベトナム戦争は、それまで米軍が体験することの無かった、「特殊な戦い」であった。「明確な戦線というものが無いこと、その結果安全な後方地域が無いこと、国内での反戦運動、ジャングル戦、とらえどころのない敵の奇襲戦法⁽²³⁾」など、過去の主要な戦争とは全く違う特徴を有している点において、ベトナム戦争は、極めてユニークな性格を宿していたといえよう。それでは、これらの特徴は、従軍した兵士にどのような心理的影響を及ぼしたであろうか。

当初、ベトナムでは兵士の精神疾患が多発するであろうと予測されたが、戦争の初期においては、軍関係者を楽観させる数値が統計上現れた⁽²⁴⁾。元米陸軍中佐で、米陸軍士官学校（ウエスト・ポイント）において、心理学や軍事社会学の教授を務めたデーヴ・グロスマンによれば、「ベトナムの精神的戦闘犠牲者の少なさはまさに空前の記録となった⁽²⁵⁾」という。その理由としては、従軍期間を12か月程度に押さえるローテーション方式を適用した結果、兵士が、戦闘任務から解放される道筋を、明確に予測できたことなどがあげられている⁽²⁶⁾。

しかし、戦争の長期化に伴い、米兵に深刻な戦闘ストレスの負荷が及ぶようになる。ベトナムでの戦闘は、正規軍同士の大規模な通常戦争ではなく、多分にゲリラ戦的なものであった。そのため、米兵は、敵を特定できない状況のなか、常続的な脅威と向かい合う、強度のストレスに直面せざるを得なかった。米兵にとって、「この事実上、見えない敵によって撃たれ、友を殺されたり不具にされたりする恐ろしさは、

(20) 森 前掲注(1), pp.90-91.

(21) C. R. フィグラー編（辰沼利彦監訳）『ベトナム戦争神経症—復員米兵のストレスの研究』岩崎学術出版社、1984, p.10.

(22) 同上, p.11.

(23) 同上, p.43.

(24) 同上

(25) デーヴ・グロスマン（安原和見訳）『戦争における「人殺し」の心理学』（ちくま学芸文庫）筑摩書房、2004, p.415.

(26) 同上, pp.414-415.

非常な怒りを生み、それはあらゆる人間、あらゆる物の上に転化された⁽²⁷⁾』という。

このように、ベトナムでは徐々に米兵の戦闘ストレスが激化した。ところが、皮肉なことに、この問題は、戦闘から解放された帰還兵の間で、より深刻さを帯びることとなる。ベトナムへの派遣は、ローテーション方式であったため、従軍した兵士は、所定の期間が過ぎると、所属していた隊や戦友と離れ、1人ずつばらばらに、しかも歓迎パレードなどが催されることもなく、帰国したといわれている⁽²⁸⁾。また、ベトナム戦争では、そのゲリラ戦的性格から、ベトナムの民間人に犠牲が及ぶことも多く、米軍の残虐行為が報道されることもあった。そのため、米国では反戦感情が高まり、多くの国民が、「戦争の大義」が失われたことに幻滅するなか、帰還兵は冷ややかに迎えられた。こうして、祖国や社会から心理的・社会的に孤立する状況に陥った結果、ベトナム帰還兵の間では「精神的戦闘犠牲者」が急増したとされる⁽²⁹⁾。

(2) 帰還兵のストレス障害と PTSD の「発見」

ベトナムで体験した戦闘ストレスと、帰国後に味わった孤立感から、帰還兵には精神的変調を訴える者が続出する。ベトナムの戦地では、(逆説的なことに) 戦闘任務そのものが、兵士の緊張を和らげる役割を果たしていたが、帰還した故郷では、兵士の内部に巣くう、この「煮えたぎった緊張」は、抑制、自制されねばならな

かったという⁽³⁰⁾。このように、帰還兵が、本来の感情を防衛的に抑圧、否認せざるを得なかったことは、そのストレス障害を深刻化させた、大きな原因のひとつと見られている⁽³¹⁾。帰還兵は、帰国当初、戦地での緊張から解放された安堵感に浸ったものの、一定期間を経過すると、フラッシュバックや、極度の緊張状態の持続など、PTSD 固有の症状を発症していった。

ベトナム帰還兵で PTSD を発症した者の数については、様々な統計・研究結果が残されているが、最も影響力を有するとされているのは、「ベトナム帰還兵の再適応に関する全米調査」(National Vietnam Veteran's Readjustment Study) である⁽³²⁾。この調査は、帰還兵の精神的な問題を調査すべし、とする議会の要請に応じて、1988年に実施されたものであるが、この調査では、帰還兵の多くは、帰国後の生活に上手く適応できているものの、男性帰還兵のうち 30.9%が PTSD の全般的な症状を、22.5%が一部の症状を発症したことがあり、男性帰還兵の 15.2%と女性帰還兵の 8.5%は、調査の時点でも、現に PTSD の全般的な症状を発症している、との結果が示された⁽³³⁾。一方、グロスマンは、少なくとも 50 万人、最大では 150 万人という推計結果を紹介しつつ、ベトナムに従軍した兵士全体 (280 万人) に換算すれば、最小でも 18%、最大で 54%の兵士が、PTSD を発症したことになる⁽³⁴⁾。

このように、ベトナム帰還兵の間で、PTSD

(27) フィグラー 前掲注(21), p.55.

(28) 同上, p.74.

(29) グロスマン 前掲注(25), pp.427-428.

(30) フィグラー 前掲注(21), p.81.

(31) グロスマン 前掲注(25), p.431.

(32) Jones and Wessely, *op.cit.* (19), p.133.

(33) Jennifer L. Price, "Findings from the National Vietnam Veterans' Readjustment Study," National Center for PTSD, Fact Sheet. (http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/fact_shts/nvvr.html?opm=1&rr=rr45&sr=t=d&echorr=true)

なお、男性帰還兵のうち 30.9%が、PTSD の全般的な症状を示したことがあるという調査結果については、ベトナムで実際に戦闘任務に従事した者の割合が、従軍兵全体の 15%であった点をとらえて、推計の正確さを疑問視する見方もある。Bruce P. Dohrenwend et al., "The Psychological Risks of Vietnam for U.S. Veterans: A Revisit with New Data and Methods," *Science*, Vol.313, Iss.5789, 18 August 2006, p.979.

などのストレス障害が多発したことは、米国社会に深刻な影響を及ぼした。帰還兵は、一般と比較して、離婚率や別居率が高く、ホームレス人口に大きな割合を占め、薬物の乱用率や自殺率も高いことが、統計の上で明らかになっているといわれる⁽³⁵⁾。こうした社会的な影響の大きさから、帰還兵が発症した一連の症状については、「ベトナム症候群」などと呼ばれた。その後、ストレス障害に関する研究が、ベトナム戦争という特定の問題から離れて拡張されたことで、事故、災害、犯罪なども包括した、「PTSD」という概念が生みだされることとなる⁽³⁶⁾。1980年には、前記診断マニュアル「DSM」に、診断名としての「PTSD」が初めて登場するに至り、トラウマ現象への認識を広めるのに決定的な役割を果たしたとされる⁽³⁷⁾。PTSDが学術的に認知され、「発見」される過程で、ベトナム戦争が、その「触媒」となったことは明らかであろう。

II 米軍が直面する「戦闘ストレス障害」の現状

1 イラク帰還兵をめぐる事件から

米国では、イラクから帰還した米兵や、退役軍人などによる犯罪や自殺が、しきりに報じられている。『ニューヨーク・タイムス』の調査によれば、イラクやアフガニスタンから帰還した米兵が、帰国後起こした殺人事件は121件にのぼるが、多くの場合、事件の背景には、アルコールの乱用や家族間の不和といった問題に加えて、海外派遣に伴うトラウマや、ストレスの影響があるのではないかとみられている⁽³⁸⁾。ここでは、イラク帰還兵をめぐる事件の中から、

「戦闘ストレス障害」との関係が濃厚と見られるケースを、いくつか紹介する。

(1) ケース1：ラヤ海兵隊上等兵の場合

2005年1月9日、カリフォルニア州セレス(Ceres)で、ライフル銃を携帯したイラク帰還兵が、通報で急行した警官隊と撃ち合いになり、警官1人を射殺した後、自らも射殺されるという事件が起こった。死亡した帰還兵は、アンドレス・ラヤ(Andres Raya)という、19歳の海兵隊上等兵で、2004年9月に帰国するまで、激戦地となったファルージャ(Fallujah)などに、7か月ほど駐留していたとされる。家族によれば、ラヤは、「イラクに戻りたくない」との意向を漏らしていた(海兵隊の関係者によれば、ラヤの所属する部隊は、すでに2回イラクに派遣されており、当面イラクに戻る予定は無かったのであるが)。友人のひとりには、「彼は、戦争前とは全く別人ようになっており、誰とも会話しようとしなかった」と証言しており、メンタル・ヘルスの専門家は、ラヤが、事件を引き起こす前に、PTSDを発症していた可能性を指摘している。一方、イラクでラヤと同僚であった海兵隊員は、「ラヤは、イラクにいる間、(ストレス障害の原因となるような)戦闘活動には殆ど従事していなかった」と述べ、事件とストレス障害を結びつける見方に疑問を呈している。事件の動機や真相は明らかになっていない⁽³⁹⁾。

(2) ケース2：ピッツ陸軍軍曹の場合

2004年4月22日、ワシントン州レイクウッド(Lakewood)で、イラクから帰国した陸軍兵が、妻を浴室で殺害する事件が起こった。犯人のジェームス・ケビン・ピッツ(James Kevin

(34) グロスマン 前掲注(25), p.435.

(35) 同上, pp.446-447.

(36) 森 前掲注(11), p.155.

(37) 同上, pp.150-151.

(38) Deborah Sontag et al., "Across America, Deadly Echoes of Foreign Battles," *New York Times*, January 13, 2008.

Pitts) 軍曹は、2003年3月、イラクに派遣され、第555戦闘工兵群に所属し、2004年2月に帰国していた。ピッツは、帰国後、元同僚と男女関係を生じたことから、妻と離婚協議を進めている最中で、裁判所からは、妻と会うことを禁止されていたという。逮捕後の取り調べで、ピッツは、「自分は、PTSDには罹っていない」と述べており、犯行の背景には、主として男女関係のもつれがあったと想像されるが、兄弟や父は、「イラクでの体験が、彼を全く変えてしまった」と口をそろえており、帰国後、精神に変調を来していたことが窺われる⁽⁴⁰⁾。

(3) ケース3：ホワイトサイド予備役陸軍中尉の場合

2008年1月28日、ウォルター・リード(Walter Reed) 陸軍医療センターで、イラクから帰還した女性軍人が、薬物で自殺を図り、未遂に終わる事件があった。この女性軍人は、エリザベス・ホワイトサイド(Elizabeth Whiteside) 予備役陸軍中尉で、同医療センターの精神科外来で診療を受けていた。ホワイトサイドは、イラクでの勤務に伴い、かねてから精神的問題を抱えていたが、2007年1月1日、上官に銃を向け、天井に向かって発砲した後、自分自身に銃を向けるという事件を起こし、本国に送還されていた。ホワイトサイドは、イラクでの行為について、軍法会議での審理を受けるか否かの判断を待っている状況にあり、(そのことが影響して) 不眠

状態に陥っている、と父親には話していたという⁽⁴¹⁾。

(4) ケース4：グレッグ退役陸軍兵の場合

2004年7月3日、イラク帰還兵が、ささいなことから諍いを起こした相手を銃殺する事件が起こった。ジェームス・グレッグ(James Gregg) 退役陸軍兵(階級は不明)は、その日の夕方、故郷の保留地で友人と共に、独立記念日の前夜祭を祝っていたが、一緒にいた女性をめぐる諍いから、相手方の男性にひどく殴られたため、その晩、男性の近所まで車を乗り付け、携行していた銃で相手を威嚇した後、射殺するに及んだ。グレッグは、取り調べの席で、相手の動きから、武器を取りにいくと確信した上で、これを阻止するため、発砲したと証言した上で、「(その時の状況は) まるでイラクに戻ったようだった。こんなことをやるつもりは無かった。彼を撃ちたいと思ったわけではなく、傷つけることを願ったわけでもない」と述べている。2004年3月に派遣期間が終了した後、グレッグは、戦地で体験したストレスを癒すため、アルコールを多量に摂取するようになり、イラクで死ねばよかった、との感懐を漏らすこともあったという。専門家は、グレッグが犯行前に示した反応は、PTSD固有の症状であり、犯行の大きな要因として、PTSDの影響があったのではないかと見ている⁽⁴²⁾。

(39) 以下の記事を参照した。

「イラクに戻りたくない・・・銃撃戦：帰還米兵、警官隊と」【朝日新聞】2005.1.14;

Stacy Finz et al., "Police shoot Marine dead after local sergeant is slain/ Liquor store's video surveillance camera recorded shootout," *San Francisco Chronicle*, January 11, 2005;

Meredith May et al., "No clear motive in Marine's killing of police officer/ Shooter's friends believe he suffered from combat stress," *San Francisco Chronicle*, January 12, 2005.

(40) 以下の記事を参照した。

「イラク帰還兵が妻殺害」【東京新聞】2004.4.23, 夕刊;

"Soldier charged in wife's death," *Army Times*, April 23, 2004. (<http://www.armytimes.com/story.php?f=1-292925-2853316.php>)

(41) 以下の記事を参照した。

Dana Priest, "Soldier Suicides at Record Level ; Increase Linked to Long Wars, Lack of Army Resources," *Washington Post*, January 31, 2008.

(5) ケース5：セビ退役陸軍兵の場合

2005年の夏（時期不明）、イラクから帰還したマシュー・セビ（Matthew Sepi）退役陸軍兵（階級不明）が、ラスベガス近郊の町で、地元のギャング2名を銃撃により死傷させる事件が起こった。セビは、イラク民間人の殺害を目撃したことなどから、帰国後、悪夢を見るようになり、不眠のため、アルコールをしばしば求めていたという。犯行時には戦闘用の迷彩服を着用しており、自分を守るためには銃が必要だ、との意識を抱いていたとされている⁽⁴³⁾。

2 米陸軍の調査報告から

本稿で紹介した、イラク帰還兵をめぐる事件は、その一部に過ぎないが、ほぼ共通して現れている特徴として、帰還兵の親族や、友人・知人など周囲の人間が、「彼（彼女）は、イラク派遣前後で人が変わってしまったようだ」といった感想を漏らしている点は、トラウマ的体験の影響を示すものとして注目される。なお、事件を起こした帰還兵は、必ずしも直接、戦闘任務に従事していた者ばかりではなく、車両運転や後方支援業務などを担当していたケースも少なくない。イラクに駐留していた米兵の「戦闘ストレス障害」は、様々な要因によって発症していると推定され、そのため、米軍が過去に関わった戦争に比べて、発症率も高い水準で推移しているものと思われる。ここでは、米陸軍の精神医学者による2つの調査報告に基づき、統計的な側面から、「戦闘ストレス障害」の概要に触れる。

(1) 2004年7月の調査報告

本稿冒頭でも紹介したが、2004年7月、米

陸軍は、イラクとアフガニスタンに派遣された米兵のメンタル・ヘルスに関する詳細な調査結果を、『ニュー・イングランド・ジャーナル・オブ・メディスン』という医学専門誌に発表した⁽⁴⁴⁾。この調査結果は、ウォルター・リード陸軍調査研究所（Walter Reed Army Institute of Research）の精神医学及び行動科学部門で、責任者を務めているチャールス・ホッジ（Charles W. Hoge）など、陸軍の精神医学者らがまとめたものであるが、国立PTSDセンター（National Center for PTSD）のホームページや、各種の報道でも紹介されており、イラク帰還兵のストレス障害に関する代表的な報告のひとつと思われる。以下、『ニュー・イングランド・ジャーナル・オブ・メディスン』の記述に従い、調査報告の内容を分析する（個々の引用は略す）。

ホッジらは、イラクとアフガニスタンに派遣された、4つの歩兵部隊（陸軍3個、海兵隊1個）に所属する兵士を対象として、派遣前と、帰国後3か月から4か経過した時期に、メンタル・ヘルスに関する調査を実施した（実施時期は2003年1月から12月）。具体的には、イラクに派遣された陸軍部隊2,530人が、派遣1週間前の時期に、アフガニスタンに派遣された陸軍部隊1,962人と、イラクに派遣された陸軍部隊894人、海兵隊部隊815人が、それぞれ帰国後、精神状態や派遣先での体験などについて、質問を受けている。

調査結果によれば、イラクに派遣された兵士は、アフガニスタンに派遣された兵士と比べて、戦闘活動に携わることが多く、敵としばしば遭遇するという体験を持っていた。攻撃もしくは待ち伏せを受けた、砲弾やロケット弾が着弾した、小火器による銃撃もしくはは

(42) 以下の記事を参照した。

Deborah Sontag et al., "Combat Trauma Takes the Witness Stand," *New York Times*, January 27, 2008.

(43) Sontag et al., *op.cit.* (42)

(44) Charles W. Hoge et al., "Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care," *New England Journal of Medicine*, Vol.351 No.1, July 1, 2004. (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/351/1/13.pdf>)

表1 イラク及びアフガニスタンへの派遣部隊に対するメンタル・ヘルス調査の実施結果

質問項目 (以下の症状について該当するか)	イラクに派遣される前の陸軍部隊 (調査対象者: 2,530 人)	アフガニスタンに派遣され、帰還した陸軍部隊 (調査対象者: 1,962 人)	イラクに派遣され、帰還した陸軍部隊 (調査対象者: 894 人)	イラクに派遣され、帰還した海兵隊部隊 (調査対象者: 894 人)
抑うつ	回答者 2,418 人 該当者 128 人	回答者 1,885 人 該当者 130 人	回答者 840 人 該当者 66 人	回答者 775 人 該当者 55 人
	比率 5.3%	比率 6.9%	比率 7.9%	比率 7.1%
不安	回答者 2,419 人 該当者 155 人	回答者 1,886 人 該当者 140 人	回答者 839 人 該当者 66 人	回答者 776 人 該当者 51 人
	比率 6.4%	比率 7.4%	比率 7.9%	比率 6.6%
PTSD	回答者 2,414 人 該当者 120 人	回答者 1,956 人 該当者 121 人	回答者 881 人 該当者 114 人	回答者 811 人 該当者 99 人
	比率 5.0%	比率 6.2%	比率 12.9%	比率 12.2%
アルコールの乱用	回答者 2,358 人 該当者 405 人	回答者 1,844 人 該当者 452 人	回答者 819 人 該当者 198 人	回答者 756 人 該当者 268 人
	比率 17.2%	比率 24.5%	比率 24.2%	比率 35.4%

(出典) Charles W. Hoge et al., "Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care," *New England Journal of Medicine*, Vol.351 No.1, July 1, 2004, p.19. "Table 3: Perceived Mental Health Problems and Percentage of Subjects Who Met the Screening Criteria for Major Depression, Generalized Anxiety, Post-Traumatic Stress Disorder, and Alcohol Misuse" (<http://content.nejm.org/cgi/reprint/351/1/13.pdf>) から筆者が作成。参照資料では、症状の判断基準について「広義の基準」(Broad definition) と「厳格な基準」(Strict definition) に区分しており、それぞれの基準に従った統計値が掲載されている。本稿では、「厳格な基準」に従った。

着弾があった、といった体験を有する兵士は、陸軍・海兵隊を問わず、それぞれの質問項目で、回答者全体の 90% 前後にのぼっている。また、陸軍、海兵隊双方で、回答者全体の 70% 前後が、米兵の死体や負傷を目撃したことがある、と答えており、イラクでの軍務が、兵士に苛烈な体験をもたらしていたことが窺われる。同様に、アフガニスタンと比べて、イラクに派遣された兵士は、調査の時点で実際に、メンタル・ヘルスに関わる問題を抱えており、それについて何らかの助けを求めること、メンタル・ヘルスに関する医療サービスを受けることに、より関心を抱いていることも明らかになった。

そのほか、調査結果によれば、PTSD やアルコール乱用の症状を示す兵士の率は、派遣前と比べて派遣後の方が、極めて高いという事実が確認されている。イラク派遣前に調査を実施した部隊の場合、PTSD の症状が現れていた兵

士は、回答者全体の 5% であったのに対し、派遣後に調査した陸軍部隊では 12.9%、海兵隊部隊では 12.2% と、それぞれ 2 倍以上に達している。一方、アルコールの乱用についても、派遣前の部隊に対する調査では 17.2% であったのに対し、派遣後の部隊に対する調査では、陸軍が 24.2%、海兵隊に至っては 35.4% もの高い比率へと上昇している (表 1 を参照)。これらのことから、イラクでの戦闘ストレスやトラウマ的体験は、帰還兵の精神的変調と、一定の因果関係を有していると推察される。ちなみに、アフガニスタンから帰還した陸軍部隊で、PTSD の症状を示した者の比率は、回答者全体の 6.2% である。

(2) 2006 年 3 月の調査報告

もうひとつの調査報告は、2006 年 3 月、アメリカ医学協会 (American Medical Association)

の機関誌『JAMA』に掲載されたもので、前出のホッジなど、ウォルター・リード陸軍調査研究所の関係者に加えて、陸軍健康増進及び予防医学センター(US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine)に所属する精神医学者らがまとめている⁽⁴⁵⁾。以下、『JAMA』の記述に従い、調査報告の内容を分析する(個々の引用は略す)。

2003年4月、国防総省は、海外での勤務から帰国した兵士に対して、帰国後直ちに、所定の様式に記載された、精神状態や派遣先での体験に関する質問に回答することで、メンタル・ヘルスに関する自己評価を実施するよう、義務付ける決定を下した。この調査報告は、こういった自己評価の仕組みに基づいて得られた集計結果を活用したものである(自己評価の仕組みについては、Ⅳの2で改めて触れる)。ホッジらの調査は、2003年3月1日以降、2004年4月30日までの期間に、イラク、アフガニスタン、その他の地域(コソヴォ、ボスニアなど)から帰国後、自己評価を終えた陸軍と海兵隊の兵士30万3905人を対象として行われた。ここでも、イラク派遣と精神的変調との強い因果性が窺われる結果が示されている。

アフガニスタンから帰還した兵士の場合、複数の項目でPTSDの症状を示した者は全体の4.7%であったのに対して、イラク帰還兵の発症率は9.8%と、ほぼ2倍になっている(「その他の地域」では2.1%)。また、帰国後、自殺願望を抱く、他人との諍いを起こす、他人に対して凶暴な衝動を抱く、といったメンタル・ヘルスに係る、いずれかの問題症状を発症した者は、アフガニスタンから帰還した兵士の場合、11.3%に止まっているのに対し、イラク帰還兵

では19.1%であり、全体のほぼ2割を占める結果となった。なお、問題症状を示したイラク帰還兵の18.3%は、(精密検査が必要と判定され)、専門医に回付されている。

一方、イラク帰還兵でPTSDの症状を示した者2万1822人のうち、79.6%にあたる1万7364人が、同僚の負傷や死を目撃するか、直接戦闘活動に携わった体験がある、と回答している。これらのことから、イラクでの戦闘ストレスは、帰国後、PTSDなどの障害を発症させる大きなリスクになっていると推察される。

Ⅲ 米兵・退役軍人の自殺問題

1 自殺問題の現状

PTSDや薬物・アルコールの乱用といった、ストレス障害をめぐる諸問題に加えて、米軍のメンタル・ヘルス対策において、大きな課題となっているのが、米兵や退役軍人の自殺問題である。ここでは、各種の報道や米陸軍の調査報告などから、現状の一端を紹介する。

(1) 自殺者数の急増

報道によれば、米陸軍の自殺者数は、2003年のイラク戦争開始以降、急激に増大しており、2007年には115人を数えるに至った。これは、10万人あたりに直すと18.1人の割合であるが、2003年には10万人あたり12.4人であり、顕著な伸びといわねばならないだろう⁽⁴⁶⁾。ちなみに、国の機関として、自殺の統計的な調査を行う「疾病管理及び予防センター」(Center for Disease Control and Prevention)の推計によれば、2005年における一般国民の自殺率は、10万人あたりおよそ11人とされている⁽⁴⁷⁾。

(45) Charles W. Hoge et al., "Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition From Military Service After Returning From Deployment to Iraq or Afghanistan" *JAMA*, Vol.295 No.9, March 1, 2006. (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/295/9/1023>)

(46) Ann Scott Tyson, "Soldiers' Suicide Rate on Pace to Set Record," *Washington Post*, September 5, 2008.

(47) Center for Disease Control and Prevention, "Suicide; Facts at a Glance," Summer, 2008. (<http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide-DataSheet-a.pdf>)

自殺者の急増を踏まえる形で、健康問題担当国防次官補のウォード・カッセルズ (Ward Cassells) は、「自殺の最も良く知られた要因には、夫婦間の問題や、人間関係、金銭問題、アルコールや薬物の乱用などがあるが、(最近の) 自殺の半数は、その原因を確定できず、(調査について) 外部からの助けを求めざるを得ない状況にある」と述べている⁽⁴⁸⁾。2008年(9月時点)には、「陸軍の自殺者は、これまでの最高記録であった2007年を上回るペースを記録し、ベトナム戦争以降初めて、一般国民の自殺率を凌ぐ勢い」と報じられており、米兵の自殺者急増には歯止めがかからない状況である⁽⁴⁹⁾。

なお、本稿執筆時点で、筆者が確認できた最新の情報としては、2009年1月29日時点の報道がある。これは、複数の国防総省高官が、AP通信に語ったとされるもので、公式に発表された数値ではないが、2008年には、陸軍で少なくとも128人の自殺者が出ており、10万人あたりでは20.2人の割合に達するという。これらの国防総省高官は、兵士は、長引くイラクやアフガニスタンへの派遣によるストレスの影響下にある、とも述べており、戦闘ストレスが、自殺の大きな要因のひとつとなっていることが窺われる⁽⁵⁰⁾。

(2) 自殺問題に関する陸軍の調査報告から

米陸軍には「自殺リスク管理及び監視室」(Suicide Risk Management and Surveillance Office) という部署が置かれており、陸軍で起こった自殺や自殺未遂について、年間の統計

報告をまとめている。ここでは、2007年度の報告(以下、「2007年報告」と略)から、米軍の自殺問題について、統計上現れている、いくつかの特徴を分析する⁽⁵¹⁾(個々の引用は略す)。

「2007年報告」によれば、この期間、陸軍では、自殺をめぐる事案が1,666件起きており、その内訳は、自殺が109件、自殺未遂が935件、自殺の意図に止まった例が622件となっている。統計上現れている第1の特徴は、自殺事案を起こした兵士には、若年層や階級の低い者が多いことである。25歳以下の兵士は、自殺者では全体の45%、自殺未遂のケースでは全体の70%を占めている。また、下士官兵(Enlisted)が自殺者全体に占める割合は90%、自殺未遂では98%と、圧倒的な比率を示している。若年の下士官兵は、直接、戦闘活動に携わることが多いと見られ、戦闘ストレスの影響により、特にこれらの年齢・階級で、自殺事案が多発しているとも考えられる。第2の特徴は、自殺事案とアルコールや薬物の摂取が、密接に結びついていることである。自殺者の30%、自殺未遂の67%で、事案の発生時にアルコールや薬物が用いられており、これらの過剰摂取が、自殺衝動を引き起こす危険性を示している。

第3の特徴は、自殺事案を起こした兵士には、精神障害の発症経験を有する者が少なくなかったことである。自殺者の44%、自殺未遂のケースでは55%が、少なくとも1種類の精神障害を発症した経験があり、その中には、PTSDやパニック障害、抑うつ症などが含まれている。「2007年報告」は、要約の中で、自殺の「過半のケース(56%)」では、精神障害の発症が確

⁽⁴⁸⁾ Lizette Alvarez, "Army and Agency Will Study Rising Suicide Rate Among Soldiers," *New York Times*, October 30, 2008.

⁽⁴⁹⁾ Tyson, *op.cit.* (46)

⁽⁵⁰⁾ Ray Locker, "Officials: Army suicides at three-decade high," *USA Today*, January 29, 2009. (http://www.usatoday.com/news/washington/2009-01-29-army-suicides_N.htm)

なお、この記事では、最近の変動を踏まえると、一般国民の自殺率は、10万人あたりおよそ19.5人になる、との陸軍関係者の見方も紹介されている。

⁽⁵¹⁾ Suicide Risk Management and Surveillance Office, *Army Suicide Event Report (ASER) Calendar Year 2007*. (http://media.mclatchydc.com/smedia/2008/05/29/19/Army-Suicide.source.prod_affiliate.91.pdf)

表2 陸軍の自殺事案と海外での戦闘体験との関係をめぐる調査結果

事案当事者による、海外派遣先での体験	自殺のケース (108件)		自殺未遂のケース (870件)		意図に止まったケース (571件)		
	件数	比率 (%)	件数	比率 (%)	件数	比率 (%)	
直接戦闘に携わる体験をした	該当する	26	24	138	16	87	15
	該当しない	40	37	623	72	400	70
	不明	42	39	109	13	84	15

(出典) Suicide Risk Management and Surveillance Office, *Army Suicide Event Report (ASER) Calendar Year 2007*, p.25.
 "Table 15: CY 2007 ASER Combat History" (http://media.mclatchydc.com/smedia/2008/05/29/19/Army-Suicide.source.prod_affiliate.91.pdf) より筆者が作成。

認されており、原因の多くは、対人関係の失敗や法律上・仕事上の問題、個人的負債などにあることが統計上示されている、と記しているが、自殺と精神障害との因果関係は、一概に否定できないように思われる。

第4の特徴は、自殺事案と海外派遣との間に、何らかの関係性が窺われることである。自殺者の61%、自殺未遂のケースでは33%が、少なくとも1回、イラクやアフガニスタンに派遣された経験を持っており、「2007年報告」は、一定期間の海外派遣と自殺未遂には、「顕著な関係性」が認められる、としている。第5の特徴は、自殺事案と戦闘ストレスとの関係が推察されることである。自殺者で、直接戦闘活動に携わり、死体を見た、戦闘に伴い人を殺害した、といった体験を有する兵士は全体の24%、自殺未遂のケースでは16%を占めており(表2を参照)、こういった戦闘ストレスは、帰国後の精神障害発症や、自殺衝動につながっている可能性が、多分にあると見なければならぬだろう。

2 退役軍人の自殺問題

米軍の自殺問題で、特に深刻な状況となっているのが、退役軍人の自殺である。この問題は、軍人が軍籍を離れて一般社会へ適応していく過程が、それによって頓挫してしまうことを意味する。そのため、断続的に海外での戦争に関わり、多くの退役軍人を抱える米国のような国では、社会に及ぼす影響が、特に大きなもの

とならざるを得ない。一方、退役軍人の自殺は、退役後の事件であるため、統計上の調査が困難とされており、その実態は必ずしも明らかになっていない。ここでは、退役軍人の自殺問題をめぐる現状を紹介する。

(1) 米議会調査局の報告から

2008年5月、米議会調査局(Congressional Research Service)は、退役軍人の自殺問題をテーマとする調査報告「退役軍人の自殺予防」(以下、「CRS報告」と略)を発表した⁽⁵²⁾。ここでは、「CRS報告」に依拠して、現状の一端を紹介する(個々の引用は略す)。

米国では年間3万件以上の自殺が起きているが、退役軍人の自殺については、国ではなく、州や地域の衛生当局によって、データが収集されており、全国規模で調査を行うシステムが、現状では存在しないため、退役軍人の自殺が全体に占める正確な比率は、明らかになっていない。しかし、前記「疾病管理及び予防センター」では、未だ17の州でしか運用されていないものの、全米的な調査システムの構築を進めており、退役軍人の自殺についても、可能な範囲で把握に努めている。この調査システムで集計した結果によれば、2005年に16の州で確認された自殺のうち、20%に当たる1,821件は、現役もしくは退役軍人によるものであったとされる。このうち、退役軍人の占める比率は明らかでない。

⁽⁵²⁾ Ramya Sundararaman et al., *Suicide Prevention Among Veterans* (CRS Report for Congress), May 5, 2008. (<http://www.fas.org/sgp/crs/misc/RL34471.pdf>)

また、同じ年を対象として、自殺の背景等についても、この調査システムで同様に集計したところ、現役もしくは退役軍人で自殺した者の47.2%が抑うつ症状、17.2%がアルコール乱用、7.7%が薬物乱用等、精神的変調を疑わせる症状を示していた。ただし、「CRS 報告」は、退役軍人の自殺には、固有・単一の要因といったものが存在するわけではない、としている。いずれにしても、現段階では、統計的な情報が不足しており、退役軍人の自殺と精神障害の関係をめぐる議論については、今後の調査の進展を待たなければならないであろう。

(2) テレビ報道が投げかけた波紋

このように、退役軍人の自殺については、詳細が明らかになっておらず、年間どれだけの事案が発生しているのか、これまで公的機関等による、信頼性のある統計が示されたことは無いと思われる。ただし、断片的な情報が取りざたされた事例として、2007年から2008年にかけて、マスコミの報道がきっかけとなって、退役軍人省による部内情報の隠ぺい疑惑が問題化し、この件をめぐる議会公聴会が開かれる事態に発展したことがある。

2007年11月、CBS テレビは、5か月間にわたる独自の調査結果として、退役軍人の自殺について実態をまとめた。調査は、45の州当局から送付された、1995年以降の自殺者に関する記録をチェックする形で進められた。その結果、2005年を例に取ると、45の州で、少なくとも6,256件の退役軍人による自殺があり、年間を通して、毎週120件の自殺が発生していたことが確認されたという。また、CBSは、調

査結果について有識者にも照会し、退役軍人の自殺率は、一般と比べて高く、特に20歳から24歳の年代層では、2倍から4倍の高率に達している、と結論づけた⁽⁵³⁾。

退役軍人省メンタル・ヘルス担当副部長のアイラ・カツ (Ira Katz) は、当初、「退役軍人の間で自殺が流行しているわけではなく、CBSの調査結果は正確でない。」と述べていたが、2008年4月、部内連絡に用いたEメールで、退役軍人の治療施設において、1か月あたり1,000件の割合で自殺未遂が起きている、と述べていたことが暴露され、真実を隠しているのではないかと、この批判を浴びた⁽⁵⁴⁾。カツは、そのほかの部内連絡でも、退役軍人の1日あたりの自殺が、18件にのぼることなどを明らかにしていたとされるが、同省は、情報隠ぺいの疑惑を否定した⁽⁵⁵⁾。その後、議会から、この問題で説明責任を果たすよう求める声が強まったことを受け、同省長官のジェームス・ピーク (James Peake) は、同年5月6日に開かれた下院退役軍人問題委員会の公聴会で証言した。ピークは、CBSが報道した部内情報について、一部存在を認めたものの、情報自体に正確さや信頼性が欠けていたことを述べながら、「退役軍人による自殺の氾濫」という、CBS報道の基本的な構図については、これを否定した⁽⁵⁶⁾。その後、同省ではこの問題について報道機関への説明会を開いている。説明を行った、同省の健康問題担当であるマイケル・クスマン (Michael Kussman) 次官によれば、新たに得られた統計により、退役軍人の自殺が記録的な件数に達していること、CBSが報道したように、20歳代の退役軍人が、最も多く、自殺のリス

53 Armen Keteyian, "Suicide Epidemic Among Veterans," *CBS News*, November 13, 2007. <http://www.cbsnews.com/stories/2007/11/13/cbsnews_investigates/main3496471.shtml>

54 Armen Keteyian, "VA Hid Suicide Risk, Internal E-Mails Show," *CBS News*, April 21, 2008. <http://www.cbsnews.com/stories/2008/04/22/cbsnews_investigates/main4033788.shtml>

55 Pia Malbran, "Despite E-Mails, VA Boss Denies Cover Up," *CBS News*, April 25, 2008. <http://www.cbsnews.com/stories/2008/04/25/cbsnews_investigates/main4044399.shtml>

56 "Statement of the Honorable James B. Peake, M.D.," House Committee on Veterans' Affairs, May 6, 2008. <<http://www.va.gov/OCA/testimony/hvac/08050600.asp>>

クを抱えていることなどが明らかになったという⁽⁵⁷⁾。

IV メンタル・ヘルス対策と医療システム—仕組みと課題

1 戦地におけるメンタル・ヘルス対策

長期化する海外派遣の影響などによって、「戦闘ストレス障害」や自殺など、米兵の「心の病」をめぐる問題への対策は、米政府にとって重要な課題となっているが、米軍が重視している問題のひとつに、戦地でのメンタル・ヘルス対策がある。米軍の準機関紙『星条旗』は、次のように伝えている。「メンタル・ヘルスに対する、軍の今日的な取り組みは、過去の戦争におけるそれとは異なる。今日の（兵士のメンタル・ヘルスに関する）原則は、（非戦闘地域へ）後送する必要が無い限り、兵士が所属部隊から離れなくてもすむよう、（戦闘地域の）前線において治療を行うことである。この方法を取ることによって、兵士は、部隊や、戦友とその援助から切り離されることなく、早期に軍務に復帰することができる⁽⁵⁸⁾。

兵士のメンタル・ヘルスに関する、こういった考え方は、第1次世界大戦の経験に基づいて導入されたものである。第1次世界大戦で「シェル・ショック」に罹り、本国の病院へ後送されたイギリス軍兵士のうち、その後、軍務に復帰した者は全体の21%、戦闘前線に戻れた者は、ごくわずかであったといわれる⁽⁵⁹⁾。このような現象は、安全地域への後送が、結果的には、

軍事組織の機能を阻害するという認識を、各国の軍関係者にもたらした。米軍が戦地でのメンタル・ヘルス対策を重視している背景には、この「歴史的教訓」があるものと思われる。

米陸軍は、戦地でのメンタル・ヘルス対策を実施するため、「戦闘ストレス管理部隊」(Combat Stress Control Unit) という、専任の部隊を編成している。前記陸軍野外教範『戦闘及び作戦活動に伴うストレスの管理』によれば、こうした部隊には、「戦闘ストレス管理医療分遣隊」(Medical Detachment, Combat Stress Control) と「戦闘ストレス管理医療中隊」(Medical Company, Combat Stress Control) がある。これらの部隊は、作戦地域において機動的に展開し、メンタル・ヘルスに係るサービスを提供する。「医療分遣隊」には、ストレス障害に対する予防的な活動を行う部門(Preventive Section)と、発症した兵士の回復支援を行う部門(Fitness Section)があり、それぞれの部門には、精神医学者、臨床心理学者、ソーシャル・ワーカー、作業療法士、メンタル・ヘルスもしくは作業療法を担当する下士官、看護師などの要員が配置されている。予防活動部門は4個、回復支援部門は2個のチームを編成しており、1つのチームには、4人から10人の要員が配置されている。一方、「医療中隊」にも、同じように、予防的な活動を行う部門と、回復支援を行う部門が置かれている。中隊は、分遣隊より規模が大きく、予防活動部門は8個、回復支援部門は4個のチームを編成しており、1つのチームには、同様の要員が配置されている⁽⁶⁰⁾。

57) Pia Malbran, "VA Admits Vet Suicides Are High," *CBS News*, September 10, 2008. (http://www.cbsnews.com/stories/2008/09/10/cbsnews_investigates/main4434822.shtml)

58) Sandra Jontz, "Special team in Iraq combats stress, not insurgents," *Stars and Stripes* (Mideast edition), April 30, 2005. (<http://www.stripes.com/article.asp?section=104&article=27969&archive=true>)
こういった「戦地治療」の原則については、グロスマンもその考え方を述べている。グロスマン 前掲注58, pp.108-109.

59) Jones and Wessely, *op.cit.* (19), p.25.

60) Headquarters, Department of the Army, *op.cit.* (7), pp.Chap.2-3 - Chap.2-7.

なお、我が国でも、こういった専任部隊を設置すべきだ、とする陸上自衛隊関係者の提言がある。壇雅昭「戦闘ストレスによる人的損耗の克服について」『陸戦研究』46巻542号, 1998.11, pp.58-59.

なお、こうした前線での予防と治療が効果を上げなかった場合に備えて、イラク駐留米軍では、暫定的な治療施設（治療期間は通常72時間前後）をバグダッドに設けたほか、長期間にわたる治療の必要があれば、ドイツや米本土の医療施設へ後送するという、複数段階のシステムを運用していたようである⁽⁶¹⁾。

2 帰還後のメンタル・ヘルス対策

先にⅡの2で紹介したとおり、米軍では、海外派遣から帰国した兵士に対し、メンタル・ヘルスに関する自己評価を行わせている。評価の目的は、兵士の精神的な変調を早期に発見し、ストレス障害の恐れがあると判断された者に対しては、その後の診断に回付、必要な場合は適切な治療を施すことにある。こういった評価には、「強化型派遣後健康評価」(Enhanced Post-Deployment Health Assessment、以下、PDHA と略)と「派遣後健康再評価」(Post-Deployment Health Reassessment、以下、PDHRA と略)と呼ばれる、2つの枠組みがあり、現役兵のほか、予備役や州兵などもその対象とされている。PDHA は2003年4月、PDHRA は2005年3月にそれぞれ導入された評価制度である⁽⁶²⁾。

国防長官は、連邦法の規定（合衆国法典第10編第1074条f）に基づいて、これらの評価制度と、その実施状況を評価するための計画を策定しなければならない⁽⁶³⁾。PDHA では「国防総省様式2796」(DD Form 2796)、PDHRA では「国防総省様式2900」(DD Form 2900)という、定まった書式が回答に用いられ、現在の健康状態や、派遣先での体験等に関する質問項目に、回

答者がチェックするようになっている。PDHA については、帰還後30日以内、PDHRA については、帰還後3か月から6か月の間に、専門家の立ち会いの下で実施することが、帰還兵に対し義務づけられている（帰還後退役した者については、強制されない）。なお、PDHA の実施後、さらにPDHRA を実施する理由については、2008年1月、会計検査院(Government Accountability Office)によって発表された報告書『退役軍人省と国防総省の健康対策』(以下、『2008年GAO報告』と略)が言及している。それによると、国防総省は、兵士の健康に関わる懸念事項は、帰還後数か月経過した時点で顕在化する傾向がある、という調査結果に対応するため、PDHRA の実施を決定したとされている⁽⁶⁴⁾。

PDHA やPDHRA を実施した結果、精神的な変調を示す、いくつかの症状が確認された者は、専門医やカウンセラーの診断に回付される。『2008年GAO報告』によれば、2005年6月から2008年1月までにPDHRA を実施した、予備役・州兵15万6,000人のうち、およそ46%にあたる回答者に該当症状が見られ、その後の器質的・精神的な診断に回付されたという⁽⁶⁵⁾。また、やはり会計検査院が2006年5月にまとめた報告書『外傷後ストレス障害』(以下、『2006年GAO報告』と略)でも、PDHA の実施結果を分析したところ、イラクやアフガニスタンへ派遣された米兵の約5%が、PTSDの発症リスクを抱えていた可能性があり、20%以上は、精神的な問題に関連して、専門医の診断に回付されていることが明らかになったとされている⁽⁶⁶⁾。

(61) Jontz, *op.cit.* 69

(62) ここでの記述は、主として、国防総省の「海外派遣健康診療センター」(Deployment Health Clinical Center)が開設する、次のサイトに掲載された情報に依拠した。

(http://www.pdhealth.mil/dcs/DD_form_2796.asp) ; (<http://www.pdhealth.mil/dcs/pdhra.asp>)

(63) U.S.C. Title 10 Sec.1074f

(64) Government Accountability Office, *VA and DOD Health Care: Administration of DOD's Post-Deployment Health Reassessment to National Guard and Reserve Servicemembers and VA's Interaction with DOD*, January 25, 2008, p.1. (<http://www.gao.gov/new.items/d08181r.pdf>)

(65) *ibid.*, p.3.

これらのことから、PDHA や PDHRA は、帰還兵による精神的変調を早期に把握し、適切な治療を開始する上で、一定の役割を果たしているものと見られる。

3 医療システムの仕組みと周辺の課題

米兵や退役軍人へのメンタル・ヘルスについては、海外派遣前後の期間に限らず、恒常的な医療サービスの一環として行われている点にも留意する必要がある。ここでは、主として現役軍人を対象とする医療サービスである「TRICARE」と、退役軍人に対する医療サービスに分けて、それぞれの仕組みを概観し、周辺の課題についても述べる。

(1) 国防総省の医療システム「TRICARE」

国防総省が所管する医療システムとして、「TRICARE」と呼ばれる枠組みがある。『2006年 GAO 報告』によれば、TRICARE は、軍が所管する医療施設（軍の病院や軍が運営する診療所など）のほか、民間の医療機関によるサービスも利用対象とした、米軍関係者のための広範な医療システムである。サービスの利用者は900万人以上といわれ、利用できる医療サービスには、当然のことながら、メンタル・ヘルスに関するものも含まれている⁽⁶⁷⁾。

サービス対象は、現役軍人と家族のほか、予備役、州兵、退役軍人とそれらの家族で、利用者は、所定の年間利用経費を支払い、政府がその一部を負担する仕組みとなっている。

TRICARE は、利用できるサービスの範囲と経費負担の程度によって、3つのサービスに分かれており、利用者は、それぞれの得失を考慮した上で、利用するサービスを随意に選択することができる。なお、現役軍人は、3つのうち特定のサービスに対し、自動的に加入することになっているが、その場合の利用経費は無料とされている⁽⁶⁸⁾。

(2) 退役軍人のための医療システム

退役軍人とその家族や遺族を対象とする医療システムは、非常に裾野が広く、退役軍人省のファクト・シートによると、潜在的には、米国における全人口のおよそ4分の1が、このシステムに基づくサービスの適用対象になっているという⁽⁶⁹⁾。退役軍人としてのサービスを受けるには、所定の書式により、加入申し込みを提出しなければならない。加入手続きを終えた者は、国内で運営されている、退役軍人省所管のあらゆる医療施設を利用することができる。こういった施設は国内に1,400以上あり、その中には、病院や地域診療所、退役軍人センター、カウンセリング施設などが含まれている⁽⁷⁰⁾。

これまで述べてきたとおり、帰還兵や退役軍人のストレス障害という問題は、社会全体に広く影響を及ぼすことが明らかになっているため、退役軍人省は、所管する医療サービスの中でも、特にメンタル・ヘルス関連の分野を重視している。この点に関連して特筆されるのは、同省が、PTSDに関する、いくつかの専門的な

⁽⁶⁶⁾ Government Accountability Office, *Post-Traumatic Stress Disorder: DOD Needs to Identify the Factors Its Providers Use to Make Mental Health Evaluation Referrals for Servicemembers*, May 11, 2006, p.5. (<http://www.gao.gov/new.items/d06397.pdf>)

⁽⁶⁷⁾ *ibid.*, p.10.

⁽⁶⁸⁾ 次の文献資料に依拠した。なお、この文献資料は、米海軍の準機関誌「All Hands」1997年8月号に掲載された記事を転載したものである。

“Tricare Information” (<http://usmilitary.about.com/library/milinfo/allhands/bltricare.htm>)

⁽⁶⁹⁾ Department of Veterans Affairs, “Fact Sheet: Facts about the Department of Veterans Affairs,” January, 2009. (<http://www1.va.gov/opa/fact/docs/vafacts.pdf>)

⁽⁷⁰⁾ Department of Veterans Affairs, *Federal Benefits for Veterans, Dependents and Survivors* (2009 Edition), p.1. (<http://www1.va.gov/opa/vadocs/fedben.pdf>)

治療プログラムを運用している点である。同省は、PTSDについて、グループもしくは個人単位で行われる、カウンセリングやセラピーを利用できる医療施設、日帰り入院ができる施設など、外来診療を行う施設のほか、一定期間の入院治療を受けられる施設も設置しており⁽⁷¹⁾、退役軍人でPTSDを発症した者は、これらの施設において、自分の症状に合った治療を受けることができる。また、全米で200以上設置されている退役軍人センターにおいても、イラクやアフガニスタンで戦闘を体験した退役軍人に対して、期間無制限、無料でカウンセリング・サービスが行われている⁽⁷²⁾。

(3) 医療システムの周延的な課題

このように、米兵や退役軍人を対象とする、メンタル・ヘルスに関する医療システムは、ある程度体系的に整備されているといえるが、現状について問題点や課題を指摘する声もある。一例としては、国防総省に設けられた、メンタル・ヘルスに関する特別調査委員会 (Task Force on Mental Health) が、2007年6月に発表した報告書『達成可能なビジョン』(以下、『タスク・フォース報告』と略)をあげることができよう。

『タスク・フォース報告』は、具体的な課題として、医療施設に対するアクセスの不備や、関連の予算が十分でないこと、スタッフの数と経験が、将来不足する可能性などを指摘しているが、その一方で、医療システムそのものというよりは、その周辺に所在している課題についても言及している。これは、メンタル・ヘルスを利用する側の意識という問題であるが、『タ

スク・フォース報告』が言及している課題のうち、実は、この点が最も重要なテーマではないかと思われる。兵士は、一般的に、メンタル・ヘルスを受診・利用することが、上官や同僚から「精神的に弱い人間」と見なされ、結果的に、昇進や軍内での人間関係などに対して、悪影響を招くという観念を抱く傾向がある。これは、「スティグマ」(stigma)と呼ばれる心理的メカニズムであり、『タスク・フォース報告』は、「スティグマは、しばしば、兵士が、メンタル・ヘルスに関わる問題について、助けを求めることを妨害する」と指摘している⁽⁷³⁾。スティグマは、米軍のメンタル・ヘルス対策において、深刻な問題となっており、筆者が参照した、米軍やシンクタンク等の調査報告・統計類は、多くの場合、この問題に触れている。

米軍は、「スティグマに捉われず、問題があれば、積極的にメンタル・ヘルスを受診せよ」と呼びかけているが、兵士の固定化した意識を変えることは難しいようである。戦闘により負傷した米兵に授与される勲章として、「紫心勲章」(Purple Heart)と呼ばれるものがあるが、かねて、一部の軍関係者から、PTSDを発症した者に対しても授与すべきだ、とする考え方が提案されていた。これについて、ゲーツ国防長官は、「興味深いアイデアで、検討される必要がある」と、一時、肯定的な反応を示した⁽⁷⁴⁾。しかし、その後、退役軍人の中から、これに対する猛反発が起こったため、国防総省は、2009年1月、「紫心勲章は、戦闘活動により傷を負った兵士に授与されるが、PTSDは、戦闘活動に直接起因するとは限らない」との認識を示し、PTSDを発症した者には授与しない、と

(71) Government Accountability Office, *op.cit.* 66, p.15. "Table 2: VA Specialized Outpatient and Inpatient PTSD Treatment Programs"

(72) *ibid.*, p.15.

(73) Department of Defense, Task Force on Mental Health, *Achievable Vision*, June 2007, p.15. (<http://www.health.mil/dhb/mhtf/MHTF-Report-Final.pdf>)

(74) ゲーツ国防長官の発言が行われたのは、2008年5月と見られる。以下の記事を参照した。

Jeff Schogol, "Purple Heart urged for veterans with PTSD," *Stars and Stripes* (Mideast edition), May 4, 2008. (<http://www.stripes.com/article.asp?section=104&article=54536>)

いう従来の方針を確認するに至った⁽⁷⁵⁾。「紫心勲章」をめぐる一連の動きは、精神的な問題を忌避する兵士の意識と、これに支配されたステイグマの打開が、極めて困難であることを暗示している。

4 メンタル・ヘルス対策関連の予算と法整備
米政府と議会が、米兵や退役軍人へのメンタル・ヘルス対策を重視していることは、予算や法整備の面からも窺われる。ここでは、退役軍人省における関連予算と、メンタル・ヘルス対策をめぐる最近行われた法整備の概要を紹介する。

(1) 退役軍人省のメンタル・ヘルス対策関連予算

ここでは、退役軍人省の予算説明資料に従って、2009会計年度と2010会計年度の関連予算について、概要を紹介するが、各会計年度の数値として引用するデータは、それぞれの年度における説明資料に掲載されたものである。退役軍人省が、2009会計年度に計上した、医療関連予算 (Medical Care Budget) の総額は412億ドルである。医療サービスの拡充策として特記されている予算費目としては、イラクやアフガニスタンから帰還した退役軍人への医療対策 (およそ13億ドル) などがあげられている⁽⁷⁶⁾。

メンタル・ヘルス対策として、医療関連の個別費目 (Selected Programs) に計上されている予算は、総額38億6100万ドルである。前年

(2008会計年度) に比べると、およそ3億2000万ドル増加し、9%ほどの伸び率を示している。このうち、イラクやアフガニスタンから帰還した退役軍人のPTSDについて、およそ5500万ドルの対策経費を充てているが、対前年度比の実績は、およそ1000万ドル増加、23%もの伸び率となっており、退役軍人のPTSD対策が、喫緊の課題となっていることがわかる⁽⁷⁷⁾。

一方、2010会計年度については、医療関連予算として、総額474億ドルが計上されており、退役軍人省は、「前年のレベルから46億ドル、比率にして10.8%という、劇的な増大を実現した」としている⁽⁷⁸⁾。この背景には、新たに発足したオバマ政権が、退役軍人に対する生活支援や医療対策を重要視していることがあげられる。オバマ大統領は、2009年3月16日、退役軍人省発足20周年を記念した演説を行い、今後5年間で、同省の予算を250億ドル増やすと言明した。注目されるのは、演説の中で、特にメンタル・ヘルス対策の重要性に言及していることである。大統領は、こういった予算増によって、PTSDなどのストレス障害に対する医療サービスを「劇的に改善する」と述べている⁽⁷⁹⁾。なお、2010会計年度予算に計上されているメンタル・ヘルス対策関連経費は、およそ45億6000万ドルとなっており、そのうち、PTSDの全般的な対策経費として、3億6600万ドルほどが計上されている⁽⁸⁰⁾。

(2) メンタル・ヘルスに関する最近の法整備

(75) Michael J. Carden, "Purple Heart Criteria Exclude PTSD, Defense Officials Say," *U.S. Department of Defense News Article*, January 6, 2009. (<http://www.defenselink.mil/news/newsarticle.aspx?id=52566>)

(76) Department of Veterans Affairs, *Fiscal Year 2009 Budget Submission, Volume I: Summary Volume*, p.2A-1. (http://www.va.gov/budget/summary/2009/Volume_1-Summary_Volume.pdf)

(77) Department of Veterans Affairs, *Fiscal Year 2009 Budget Submission, Volume II: Medical Programs & Information Technology Programs*, p.1H-13. (http://www.va.gov/budget/summary/2009/Volume_2-Medical_Programs_and_Information_Technology.pdf)

(78) Department of Veterans Affairs, *Fiscal Year 2010 Budget Submission, Volume I: Summary Volume*, p.2A-1. (http://www.va.gov/budget/summary/2010/Volume_1-Summary_Volume.pdf)

(79) Office of the Press Secretary, "A 21st Century Department of Veterans Affairs," (Blog Post), March 16, 2009. (http://www.whitehouse.gov/the_press_office/Remarks-of-the-President-at-Department-of-Veterans-Affairs/)

米議会には、米軍のメンタル・ヘルス対策に関連して、随時、各種の法案が提出されているが、最近行われた法整備の代表的な例としては、2007年11月5日に成立した、「ジョシュア・オムヴィッグ退役軍人自殺防止法」(公法第110議会第110号)をあげることができる。この法律は、PTSDなどの精神的な障害に起因する退役軍人の自殺が、深刻な問題となっていることを踏まえて、退役軍人省長官が、自殺を減らすための包括的計画を策定するとともに、計画の執行に当たっては、退役軍人の治療を行う同省のスタッフ等に対して、必要な訓練を受ける義務を課すこと、同省が所管する各医療施設に、自殺防止を専門とするカウンセラーを配置すること、退役軍人が、24時間、メンタル・ヘルス関連のサービスを利用できる体制を整備することなどを規定している⁽⁸¹⁾。

もうひとつの代表的な法整備としては、2008年10月10日に成立した、「退役軍人のメンタル・ヘルスと他の医療対策の改善に関する2008年法」(公法第110議会第387号)がある。この法律は、PTSDの治療中に死亡した、ジャスティン・ベイリー(Justin Bailey)というイラク帰還兵に捧げられたものである。同法は、メンタル・ヘルス対策の実績が十分とはいえないことを指摘しながら、退役軍人が、居住地の如何にかかわらず、必要とする医療サービスを継続的に利用できる体制を構築するよう、退役軍人省長官に求めている。同法は、そのほか、ステイグマがメンタル・ヘルスの障害となることを踏まえ、治療に対する兵士の心理的抵抗を軽減するための措置として、インターネットを介した自己診

断方式が、今後実行可能であるか、評価するための計画について、同長官が策定することなどを規定している⁽⁸²⁾。

5 退役軍人による訴訟の動き

前記のとおり、米政府は、米兵や退役軍人へのメンタル・ヘルス対策を重視しており、議会でも、これに関連した予算・立法措置を進めているが、現状に不満を抱く退役軍人の間で、政府の取り組み強化を求める訴訟の動きが出ている。2007年7月23日、2つの退役軍人関連団体が、ジェームス・ニコルソン(James Nicholson)退役軍人省長官などを被告とする集団訴訟を、カリフォルニア北部連邦地方裁判所に提起した。原告となったのは、「常識を求める退役軍人」(Veterans for Common Sense)と、「真実を求める退役軍人連合」(Veterans United for Truth INC.)で、訴状によれば、主な主張は次のとおりである⁽⁸³⁾。

- ・退役軍人省は、退役軍人に対する医療対策に失敗しており、その結果、イラクやアフガニスタンから帰還した退役軍人は、適切な治療が受けられないまま、放置されている。
- ・退役軍人による傷害(障害)認定の申請に対する審理は、著しく遅延している。現在、60万件もの未決事案があり、その多くは、数年間先送りにされたままである。
- ・政府が、退役軍人のPTSDについて、認定申請の審理を滞らせ、発症者に対する財政及び健康上の支援を怠っていることは、破局的な結果を招く可能性がある。

⁽⁸⁰⁾ Department of Veterans Affairs, *Fiscal Year 2010 Budget Submission, Volume II: Medical Programs & Information Technology Programs*, p.11-16. (http://www.va.gov/budget/summary/2010/Volume_2-Medical_Programs_and_Information_Technology.pdf)

⁽⁸¹⁾ Public Law 110-110, Joshua Omvig Veterans Suicide Prevention Act (http://frwebgate.access.gpo.gov/cgi-bin/getdoc.cgi?dbname=110_cong_public_laws&docid=f:publ110.110.pdf)

⁽⁸²⁾ Public Law 110-387, Veterans' Mental Health and Other Care Improvements Act of 2008 (http://frwebgate.access.gpo.gov/cgi-bin/getdoc.cgi?dbname=110_cong_public_laws&docid=f:publ387.110.pdf)

⁽⁸³⁾ *Complaint for Declaratory and Injunctive Relief under United States Constitution and Rehabilitation Act*, July 23, 2007, pp.3, 5, 8. (<http://www.veteransptsdclassaction.org/pdf/courtfiled/veteranscomplaint.pdf>)

- ・ 退役軍人省が所管する病院や診療所 1,400 か所のうち、PTSD の入院治療態勢を整えているのは 27 か所に過ぎない。入院を断られた直後、患者が自殺未遂を起こした例もある。
- ・ 政府は、PTSD の多くを、職務ではなく個人的気質に起因すると判断している。このため、多くの退役軍人が、必要な補償や医療サービスを受けていない。

原告である退役軍人団体は、これらの主張に基づいて、メンタル・ヘルスに係る適切な対策の実行が、退役軍人省と政府の責務であることを認定し、原告に加えられた権利侵害を救済するよう、裁判所に求めた。これに対し、地方裁判所は、2008 年 6 月 25 日、「原告の主張に係る事実認定は、裁判所の権限外である」として、原告側の主張を退ける判断を下した⁽⁸⁴⁾。このため、2つの退役軍人団体は、同年 7 月 25 日、サンフランシスコに所在する第 9 巡回区連邦控訴裁判所に提訴し、現在、審理が続いている。

おわりに

これまで見てきたように、米軍のメンタル・ヘルス対策は、帰還兵と退役軍人の「戦闘ストレス傷害」や自殺への対処という課題を主軸として展開している。現在、イラク帰還兵・退役軍人の「戦闘ストレス傷害」が大きな問題となっている背景には、現地での苛烈な体験の影響があると考えられる。フセイン政権の瓦解後、イラク戦争は、武装勢力との都市型戦闘へ急傾斜したため、ベトナム戦争のように、敵と味方の区分が曖昧なゲリラ戦的性格も呈するようになった。遠隔操作爆弾 (IEDs) の脅威⁽⁸⁵⁾や、突発的な攻撃の恐怖に加えて、民間人誤射の不

安などに直面しながら、イラクに駐留する米兵の多くは、常続的な緊張とストレスにさらされていたと思われる。戦闘活動により、直接的に相手を殺傷した者や、同僚又はイラク民間人の死体を目撃した者に限らず、そういった事実を間接的に見聞した者も、帰還後、精神的な変調に陥った例が少なくないと見られ、広い意味での戦闘体験に起因する強度のストレスが、PTSD などのストレス障害につながっているものと思われる。

米政府は、問題の重要性を認識しており、「戦闘ストレス傷害」について、予防と治療の両側面から適切な対応を実施できるよう、ある程度体系的な医療制度を構築し、サービスの向上にも努めているようである。その一方、退役軍人へのメンタル・ヘルス対策において、自殺事案の全体像が把握されていないことや、障害の認定が遅れ、迅速な医療サービスが提供されない事例が多い、といった問題が存在することも確認されている。多くの退役軍人を抱える米国では、これらの問題は、今後とも引き続き、一般社会から大きく注視されることとなる。

翻って、自衛隊のメンタル・ヘルス対策が抱える課題を展望していく上で、本稿で紹介してきた米国の事例は、どのような示唆を与えてくれるであろうか。PKO 協立法成立以降、インド洋やイラクへの派遣を経て、自衛隊の海外活動は、着実にその範囲を拡大してきたが、憲法解釈によって、自衛隊の活動と権限には制約が課されている。最近の例でいえば、イラクに派遣された自衛隊は、戦闘活動が生起しない「非戦闘地域」で活動を行ったとされており、当面、海外で活動する自衛隊員が、米兵のように、苛烈な戦闘局面に遭遇することは、一般的には考えにくい。しかし、自衛隊員の場合も、緊張状態にさらされやすい海外活動に伴い、強度のス

(84) *Memorandum of Decision, Findings of Fact and Conclusions of Law*, June 25, 2008, p.82. (<http://www.veteransptsdclassaction.org/pdf/courtfiled/2008-06-25-Memorandum%20of%20Decision.pdf>)

(85) イラクの武装勢力が、米軍攻撃に使用した簡易製法の爆弾で、「Improvised Explosive Devices」の略語。巡回・移動中の米軍車両を攻撃するため、路上に設置するといった手法が多く用いられ、米兵に多大な犠牲者を出した。

トレスに直面する可能性は高いと見なければならぬだろう⁽⁸⁶⁾。陸上自衛隊の関係者は、「戦争神経症と同様の症状は、今後陸上自衛隊が各種事態に対応する場面でも間違いなく発生する」と述べている⁽⁸⁷⁾。海外派遣との因果関係は不明ながら、イラクに派遣された自衛隊員8名が、帰国後自殺しているという事実が明らかになったことにも留意する必要がある⁽⁸⁸⁾。

平成18年12月に行われた自衛隊法改正によって、海外活動は自衛隊の新たな本務となった。将来的に海外派遣が恒常化していく事態も十分に予想されることから、派遣後の退職者を含め、帰国した隊員に対するメンタル・ヘルス対策は、今後、極めて重要な課題になるであろう。

(すずき しげる)

(86) イラクに派遣された陸上自衛隊は、実際は相当苛烈な作戦環境で活動していた、という分析がある。半田滋「戦地」派遣 変わる自衛隊」(岩波新書) 岩波書店, 2009, pp.72-80.

(87) 池川和哉「陸上自衛隊のとりべき戦争神経症対策」『陸戦研究』50巻581号, 2002.2, p.4.

(88) 「衆議院議員照屋寛徳君提出「テロ対策法」「イラク特措法」に基づき派遣された自衛隊員の自殺に関する質問に対する答弁書」(平成19年11月30日受領 答弁第251号) p.1.

甲第 98 号証

戦争と トラウマ

中村江里
NAKAMURA Eri

不可視化された日本兵の戦争神経症

吉川弘文館

第二章 戦争の拡大と軍事精神医学

軍隊あるいは戦争と精神疾患の関係は、本書が主に対象とするアジア・太平洋戦争期以前から日本の軍事医学の中で問題化されていた。日露戦争（一九〇四—〇五年）のデータを集めた陸軍省編『近代日本歴史統計資料六 日露戦争統計集 第七巻 衛生、経費、教育』（東洋館林、一九九四年〔陸軍省編『明治三十七八年戦役統計』一九一一年の復刻版〕）や、日露戦争前後の陸軍省編『陸軍省統計年報』の患者統計には、「神経系病」という病類の中に「精神病」という項目が存在する^①。また、日露戦争終結後約二〇年を経て刊行された、陸軍省編『明治三十七八年戦役陸軍衛生史』（一九二四年）の第五巻（伝染病及主要疾患）では、「精神病」は一つの独立した項目として立てられている。さらに、陸軍軍医学校では、一九〇六年以降軍陣内科学の一部として精神病学が講義された。

軍隊における精神病はなぜ問題化されるのか。それは、一九一二年陸軍軍医学校卒業式における「御前」講演^②「軍隊に於ける精神病の原因及影響」に明確に表れているように、たとえ少数であっても軍隊の士気や統率を乱す存在だからである。この講演によれば、確かに軍隊は「生活の激変」を伴うものであり、「精神病の好境地」であるが、実際には、普通の生活ならば何も問題のなかった「精神衰弱」や「精神萎頓」のような「原因ある兵卒」がそのような状況下に置かれて発症してしまうのである。さらに、精神病が軍隊に及ぼす影響を考える上で問題となるのは、敵というよりもむしろ「兵卒の精神病に罹るも未だ覚知せられざるや命令の実行は確實を欠き

或は遁走・離脱・抗命、逃亡等の犯行を取てするの徒を出す」ような事態が「伝染病」の如く軍全体に広まることの脅威であった^③。

このような「平時においては何ら問題なく生活しているが、戦場で精神病になる兵士」は、しばしば「精神中間状態」あるいは「変質者」と呼ばれた。陸軍軍医三等正・田山広俊によれば、「精神中間状態」とは、「普通人でもなく又精神病患者でもなく、普通人と精神病患者の中間のもの」であり、精神を智（智力）・情（感情・感情・情緒等）・意（意思・行意）の三つに分けた場合、そのうち一部が欠けている状態である。さらに田山は、「精神中間状態」の者は心神を喪失していないため監禁もできず、軍隊にも混入してくるので、軍隊においては逃亡・自殺・詐病・窃盗などの問題を起し、社会にも「害毒」を垂れ流しているのだ、と危険視している^④。

この「精神中間状態」という概念に端的に表れているように、厳格な徴兵検査を通過したはずの兵士の中に紛れ込んでしまった「精神疾患予備軍」が、入隊後に精神疾患を発症すると考えられていたのである。日中戦争以降は、これまでにない大規模な兵力動員が行われた時代であり、そうした「予備軍」の存在が問題化したと考えられる。以下では、そのような精神疾患患者に対して軍事医学の側がどのような対応をとったのかを明らかにしていこう。

1 日中戦争以降の治療方針と治療体系

一九三七年、中国全土に戦争を拡大した日本軍にとって、傷病兵の治療体系を整えることは必要不可欠であり、その中には、精神・神経疾患の治療も含まれていた。当時陸軍省医務局課員（のち医務局医事課長）であった金

原節三⁽⁶⁾の日記によれば、一九三七年八月二〇日の患者後援計画で、治療一ヶ月以上に亘るものは内地運送とする方針が立てられた。また、一九三八年五月三十一日の「運送患者及朝鮮又は台湾よりの内地運送患者等取扱規則の件」第二條では、運送・転送すべき患者は「治療上必要ある者及除役見込の者とす」と定められている。すなわち、内地へ運送された患者は、治療の長期化や除役が見込まれる者であったということをご指摘しておきたい。

このような中で、一九三七年秋、小泉親彦⁽⁷⁾陸軍省医務局長は、第一次大戦時のドイツ視察の経験から従来の医療態勢では不十分であると考へ、戦傷病の研究や診療体系の総合対策を立てたが、その一環として、精神神経疾患に罹患した患者のための特殊病院設立を計画した。こうして、以下の陸文密第七〇号によって、一九三八年一月二日以降、千葉県市川市の國府台陸軍病院が、戦争神経症の治療のための特殊病院となった。

陸文密

副官より陸軍一般へ運送案

内地陸軍病院入院中の戦争神経症其他一般精神病患者を当分の間國府台陸軍病院に於て収療することに定められたるに付依命運送す

陸文密第七〇号 昭和拾叁年拾月拾貳日

理由

- 一、十一月二十五日現在内地陸軍病院入院中の戦争神経症患者八十名其他一般精神病患者六十九名計一四九名を算す
- 二、之等患者を一病院に集め斯手に造詣深き専門軍医をして最善の診療を施すの要あるに由る

三、國府台陸軍病院は全国の中央に在り周囲閑静にして好適なり⁽⁸⁾

この決定に先立つ一九三七年二月二八日より、國府台部隊の演習場であった西練兵場に本院を建築する工事が着工され、この工事と同時に旧病院は第一次精神科病室(里見病室)に改造されることとなった。本院の落成は翌年三月一九日、里見病室の改造が終わったのは四月二〇日であったが、最初の精神病患者を里見病室に迎えたのは、まだ改造工事が行われていた二月四日のことであった。國府台陸軍病院が発足した当時、患者定員は本院が八五〇名、里見病室が一五〇名で計一〇〇〇名であった。

また、國府台陸軍病院には精神科の他にも内科・外科・眼科・耳鼻科・皮膚泌尿器科・歯科の各科の軍医があり、戦時中の在職者名簿に掲載された軍医の総数は一八一名(うち精神科五二名)であった。國府台陸軍病院の軍医であった斎藤英太の回想によれば、国内有数の精神科医が揃えられ、毎月のように研究会や症例報告会が行われていた國府台陸軍病院は、「國府台医科大学」と呼ばれるような独特のアカデミックな雰囲気を持っていた。筆者は、戦後國立國府台病院で戦争神経症の患者を診察し、國府台陸軍病院に入院していた患者の追跡調査を行った目黒克己にインタビューを行ったが、目黒によれば、國府台陸軍病院に集められた軍医たちは「この人だけは戦死させてはいけない」と集められたエリート中のエリートであり、戦後の精神医学界を牽引した人々であった。また、軍医の間にも公式には階級関係があるが、國府台の軍医たちの関係は学閥や上下関係から比較的自由だったようであり、斎藤は「なんと軍隊らしからざるところか」と驚いたという。もっとも、後で見えていくように、軍医と患者の上下関係は、治療上むしろ重視されていた。

認定当初の國府台陸軍病院は、主として狭義の精神病(精神分裂病・躁鬱病など)のみを収容していたが、戦争の長期化に伴う患者の増加、中でも頭部戦傷及び神経症の増加という新たな問題に迫られた。このため、一九三

まず、陸軍省編『満州事変陸軍衛生史』における「戦時神経症」認識を確認しておこう。『満州事変陸軍衛生史』は、一九三五年八月に刊行が始まり、一九三九年二月までに全一〇巻が完成した。この中では、『明治三十七八年戦後陸軍衛生史』では存在しなかった「戦時神経症」という項目が、「其他の神経系病」の中に立てられ、戦時において危険に対する不安、恐怖から脱出したいという願望が潜在的に自己保存の本能を喚起し、戦時神経症を発症するという考えがジークムント・フロイト(Sigmund Freud 1856-1939)の説として紹介されている。しかし、以下のように心因性の神経症は軍隊の士気頹落・国民精神の墜落としてみなされるものであった。

それと思ふに、戦時に於ては将校、下士官、兵員たるを問はず、各自の感情思想は部隊としての団結的精神に融合せられ、意識的個性の如きは全然没却せらるるなり。故に戦場に於ける一員の行動は、畢竟軍隊精神の発露なり。而して軍隊精神の毒く所、實に国民精神に胚胎す。されは若し如上の心因に発病するものあらんか、そは軍隊の士気頹落と国民精神の墜落とこそ言ふべけれ。夫れ一旦發覺あらは義勇公に奪し、身命を顧みざるは我が國民性なり。義兵克く者に対し而も疾風神速向ふ所無敵、之本満州事変に於ける戦績なり。如斯く軍隊何を恐怖、不安に萎縮するものあらんや。

こうして、満州事変以降の皇軍意識の高唱と「日本精神」の強調の流れの中で、日本軍には恐怖・不安が原因で戦争神経症になる将兵はいるはずもないとされたのである。

さらに、とりわけ日中戦争の初期において、陸軍省医務局や国府台陸軍病院関係者による戦争神経症の隠蔽の動きが見られる。一九三八年一〇月二六日陸軍省医務局医事課長・鎌田調は、貴族院における口演で「世界戦争に於て欧米軍に多発致しましたる戦争神経症なる精神病は幸にして一名も発生致しませぬことは、皇國民の特質士気の旺盛なることを如実に示すものでありまして、皇軍の誇と致す所であります」と述べた。

ガ島の米兵殆ど神経衰弱
軍務遠征は不可能 陸軍省報告

ガ島に於ける米兵の殆どは神経衰弱を患ふに至り、軍務遠征は不可能と報告せられた。此は米軍の士気と戦力に重大なる影響を及ぼすものと見做され、我が軍の戦況に有利なる結果を齎すものと期待せられた。

図4 『読売新聞』1943年7月1日付夕刊

大戦名物の砲弾病 皇軍には皆無
皇軍博士 頼母しい 發表

皇軍博士 頼母しい 發表
砲弾病は米軍のみに見られるもので、皇軍には皆無である。これは皇軍の士気と戦力に重大なる影響を及ぼすものと見做され、我が軍の戦況に有利なる結果を齎すものと期待せられた。

図3 『読売新聞』1939年4月5日付

また、一九三九年四月五日付『読売新聞』は、国府台陸軍病院に務めていた軍医・早尾庸雄の言葉を引いて「皇軍に砲弾病なし」と報道した。一方で、日米開戦後は、米軍における精神的損耗がプロパガンダとして利用された(図3・4参照)。その結果として、日米の戦争神経症に対する日本兵の認識は非対称なものであった。一九四四年二〜三月に米軍の捕虜となった日本兵のうち二五%は米軍の精神的損耗について知っており、日本のニュース速報やラジオ放送などでは常に「日本人の強い闘争心」と「アメリカ人の弱い闘争心」の違いが強調され、そのために米軍で高い確率で精神的損耗が起きているとみなされていることが指摘された。これに対して、同時期に別の日本人捕虜に対して行われた尋問に基づくとレポートでは、日本人捕虜はほとんど日本人の精神的損耗について知らなかったと報告されている。

その後、本人の希望もあって診療を週に一度に増やし、時間も長めにとるようになった。この間薬物は増量せず、TPTT(思考操縦法)のタッピングや呼吸法を使った治療を続けた結果、Bさんは一通り話し終えて安堵したのか、外来は二週間に一度になった。減薬も続けたが、副作用もなく十分な睡眠をとれるようになった。

五十嵐によれば、Bさんの幻聴は深刻味のなくなった慢性の統合失調症のものとは異なり、「生々しくリアルな響き」を持っていたという。さらに話を聞いていく中で、Bさんの幻聴は、死んでいく人々の声や表情がフラッシュバックしていたことが明らかになった。以上の観察をふまえて、五十嵐は、Bさんは長年統合失調症として薬物治療を受けていたが、PTSDであった可能性があると指摘している。

五十嵐への聞き取りからは、前項で述べてきたような家族会との交流をしていた当時は「PTSDなんて知らなかった」が、患者の妄想に残された戦争の爪跡を感じ取っていたことが窺える。五十嵐によれば、彼らの妄想は「ちよっと毒々しいっていうかむごたらしいっていうか、恐怖を秘めているような感じ」であった。そのため、「もしかしたらこの人たちは、そういう体験をしてきた人たちなんじゃないかなって。あるいは見てきた人たちなんじゃないか」と考えていたという。

このように長年疑問を抱いていた五十嵐にとって、阪神・淡路大震災の後、精神科医の中井久夫が翻訳したシニティス・I・ハイマン『心的外傷と回復』(みすず書房、一九九六年)との出会いは、トラウマやPTSDについての理解を深める上で大きな転機となった。その当時のこと、五十嵐は以下のように回想する。

あれを読んで腑に落ちた。もうしまったと思ったね。統合失調症にしてしまったんじゃないかって思われる人が何人かいました。それからね、戦争が背景にあるのではないが、そういう疑いのある人たちが結構な量の薬を飲んでた人たちがいたので、薬を少しずつ減らした。ハイマンの本で、アルコール中毒とか、女性

のレイプ体験の背景にある解離のことを、初めて知って、考えるようになってね。そういうことを考えておかないと、その人の扱っている酒理性が把握できないことを考えさせられた。解離していることを把握できていれば、統合失調症と鑑別診断できていたのではないかな。衝撃的だったんですよ、ハイマンの本は。

上述のBさんに対する治療は、五十嵐が長年信奉としてきた「患者の話にじっくり耳を傾ける」という姿勢と、ハイマンとの衝撃的な出会いによって獲得されたトラウマという視点が折り重なった上で行われたものと言えるだろう。

五十嵐は、Bさん以外にも、戦時中の中国での市民に対する加害行為によってトラウマを抱えていた慢性の統合失調症患者数名に出会ってきたという。以下の元兵士の事例は、たとえ加害行為を行わなかったとしても、「人を殺す」ことが日常となっていた日本軍の状況が、いかに戦後も個々の人間に大きな精神的負担を強いることになったかを示す例である。

戦争でね、中国人を刺せって言われて、できなかった人が、上官に殴られて。顔が変形するまでね。で、まあ統合失調症になっていた人なんだけども。その人はやっぱりなんか、「中国人を殺すこと」できなかったことね、自分の良心に忠実だったんだけども。それで上官から与えられた暴力も、それに耐えられなかった自分も受け入れられなかった。そういう人がいましたよ。

これまでの章でも見てきた通り、当時の軍事精神医学では、戦争神経症は個人の脆弱性や選別性に矮小化した解釈がなされてきた。しかし五十嵐は、PTSDを認めるかどうかは「その人の価値観とか、周りの状況とか、社会的な価値観によって左右される」と言い、「周りから見れば『こんなちっちゃなこと』って思っても、その人にとっては抱えきれないくらい大きな問題だったりすることがあると思うんです」と指摘する。PTSDはよ

索引

事項索引

アゾブ・太平洋戦争…2, 4, 7-9, 13, 15, 43, 52, 61, 106, 145, 178, 187, 194, 202, 262, 277, 301, 304, 307	アフリカ戦争…4-6, 277	アフリカ戦争…276, 278
安全保障法制…3, 5	ウイークネス・フォビア…181, 182	軍医…5, 10-12, 15, 17, 38, 53-55, 59, 61, 63, 66, 91, 96, 98, 106, 112, 115, 116, 118, 120, 124, 129, 130, 131, 134, 138, 144, 156, 160, 162, 163, 167, 168, 171, 172, 183, 191, 193-196, 207, 209, 213-215, 217-223, 229, 231-234, 238, 240, 241, 252, 265, 268, 276, 280, 300, 304-306, 308, 309
ヴェトナム戦争/ヴェトナム捕虜兵…2, 10, 281, 282, 284	沖縄戦…9, 10, 283, 293	軍事学…16, 30, 39, 45, 266, 289, 300
男らしさ…172, 178-182, 186, 192, 196	恩給…15-17, 60, 61, 66, 81, 83, 91, 96-98, 106, 107, 122, 124, 129, 130, 156, 192, 202-214, 217-222, 227, 228, 230, 231, 233-236, 238, 243-253, 277, 280, 299, 300, 302, 306, 308	軍事精神医学/軍事精神医務…10, 16, 17, 134, 291, 299, 300, 303, 304, 306
恩給法…80, 81, 203, 219, 235-238, 243-245, 248, 251, 252, 302	か行	軍事扶助法…78, 79, 84, 85, 90, 92, 235
	海外派遣自衛官と家族の健康を考える会…5	軍事医学…61-63, 65, 95-97, 117, 191, 241, 308
	海軍技術研究所…26, 27	島軍…2, 10-16, 54-56, 60-66, 69, 70
	回遊…283, 284 → PTSD も参照	国防台陸軍病院…2, 10-16, 54-56, 60-66, 69, 70, 77, 83-86, 91-93, 96, 106, 107, 109, 113, 115, 121, 122, 124, 125, 127, 129, 130, 131, 134, 138, 139, 143, 153, 154-157, 159, 160, 161, 169, 171-173, 183, 191-194, 196, 197, 202, 209, 213, 215, 218, 219, 221-223, 226-232, 234, 238, 252, 263, 265, 268-271, 273, 276, 278-280, 292, 299, 300-305, 308 → 国立府台病院も参照
	外国人花嫁…286, 288, 289	公海起回…81, 97, 122, 156, 203, 207, 209, 212-214, 219, 222, 227, 229, 230, 232, 233, 236, 251-253, 302, 306
	外傷性神経症…210, 216, 229, 250	国立府台病院…55, 234, 266, 268, 283 → 国防台陸軍病院も参照
	解離…120, 281	国立新発田病院…143, 247 → 新発田陸軍病院も参照
	追光理…168, 283, 284 → PTSD も参照	国立下総療養所…159, 262 → 高城軍人下総療養所も参照
	鎌倉病院…273, 276, 277	国立高田病院…249-251 → 高田陸軍病院も参照
	観望…60-62, 65, 68, 96, 98, 119, 120, 122-124, 128, 130, 131, 134, 216, 219, 220, 252, 299, 300, 306, 308	
	北原中佐事件…56	
	教育総監部…34, 41-45	
	恐怖…1, 3, 4, 11, 17, 36-38, 40, 44-46, 62, 95, 96, 98, 119, 121, 123, 167-171, 182, 186, 220, 253, 277, 290, 307, 309	

著者略歴

一九八二年 山梨県生まれ
 二〇一五年 一橋大学大学院社会学研究科博士課程修了(博士(社会学))
 現在 一橋大学大学院社会学研究科特任講師
 (主要著書、論文)
 「戦時戦後村医務体制における傷病軍人救済療養所と戦後病院精神医学―診療録に見る患者の疾病と生活歴法に与えた影響―」(共著)『社会科学研究』第五〇号(二〇一六年)
 「戦時戦後村医務体制―戦後日記―」(共著)『新発田陸軍病院』(編集・解説)六花出版(二〇一七年)
 「精神科診療録を用いた歴史研究の可能性と課題―戦時下の陸軍病院・傷病軍人療養所における日記の分析を中心に―」(田中祐介編)『日記文化から近代日本を問う』笠間書院(二〇一七年)

戦争とトラウマ

不可視化された日本兵の戦争神経症

二〇一八年元月一日 第一刷発行

著者 中村 江里

発行者 吉川 道郎

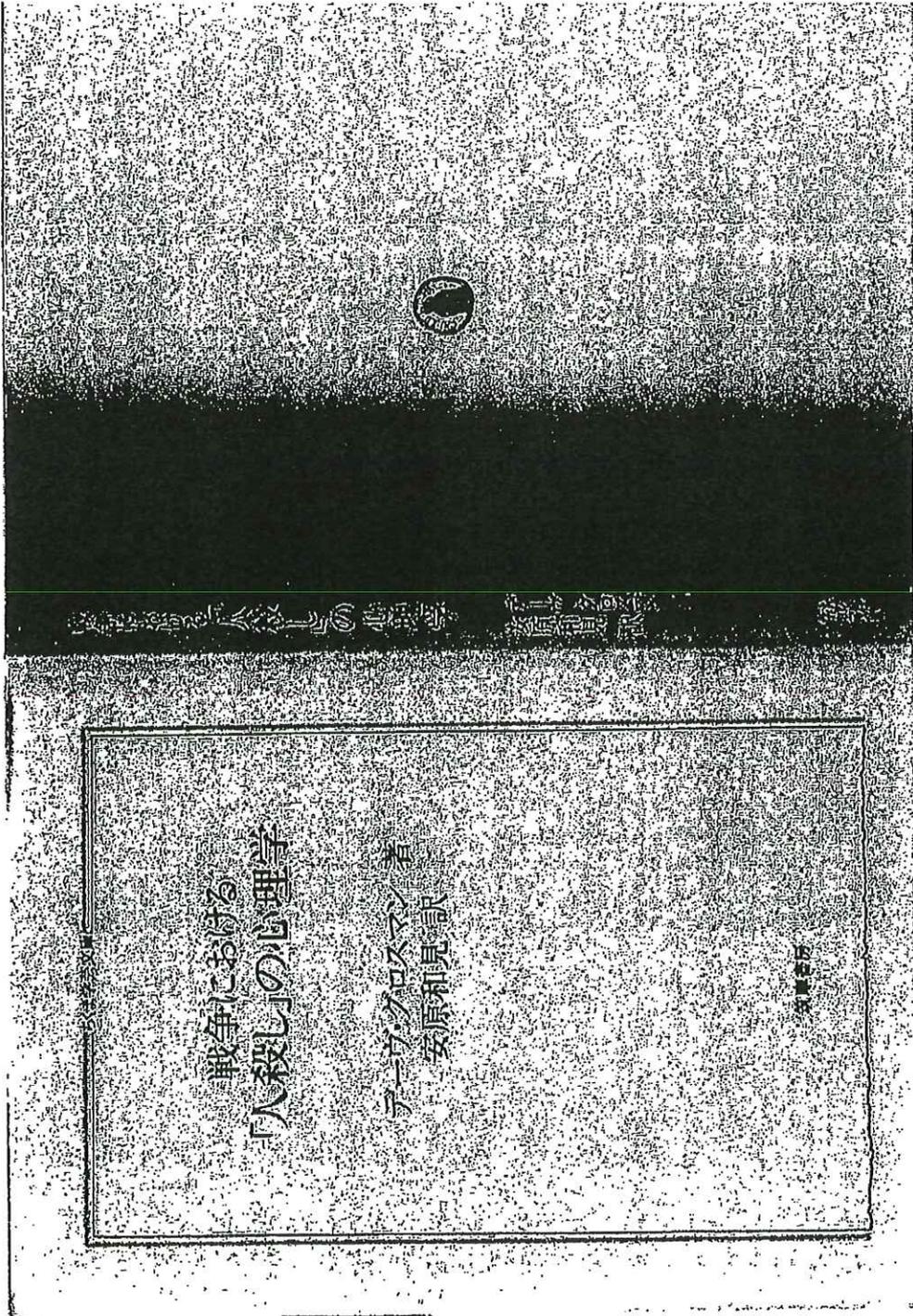
発行所 株式会社 吉川弘文館

〒100-0001 東京都千代田区本町七丁目二番八号
 電話 〇三三六八三二二(代)
 発信日 〇三三六八三二二(代)
 http://www.yoshikawa.co.jp/

印刷 株式会社 指原社
 製本 株式会社 誠製本
 装幀 伊藤美穂

© Eri Nakamura 2018. Printed in Japan
 ISBN978-4-642-03869-0

複製 (他出版者著作複製権取得 委託出版物)
 本書の無断複写は著作権法上での罰金を課せられます。複写される場合は、そのつと事前に、印刷複製権者(複製権)の許諾を得てください。
 FAX 03-3513-6979, e-mail: info@copy.or.jp



戦争における「人殺し」の心理学

二〇〇四年五月十日 第一刷発行
二〇〇四年四月十日 既刊回数誌

著者 アーサー・グロスマン

訳者 斎藤和良

発行所 菊池明郎

編集所 中央法規出版

〒550-0011 大阪府大阪市東淀川区西中島2-1-11

電話 〇三〇-一八二一三三

編集者 田中重雄

印刷所 中央法規出版株式会社

発行所 中央法規出版株式会社

訳者・著者との関係は、著者に確認済みである。

訳者・著者との関係は、著者に確認済みである。

訳者・著者との関係は、著者に確認済みである。

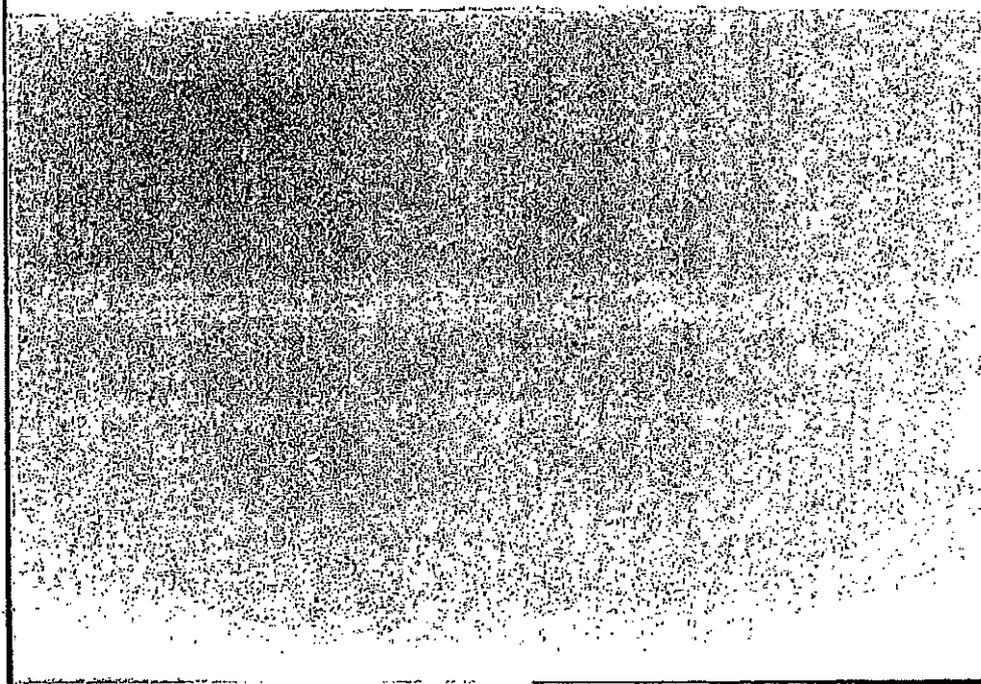
訳者・著者との関係は、著者に確認済みである。

発行所 中央法規出版株式会社

電話 〇三〇-一八二一三三

© KAZUMI YASUHARA 2004 Printed in Japan

ISBN 4-82-98859-8 C0111



PTSDとベトナム—社会への観察の開展

前章で例にとつたベトナムの歩兵の集合、帰還の際に非難されたために戦闘体験のおそ
まじさが増幅され、圧倒的なまでに落ちる経験になった。このような事態は歴史的にきわ
めてまれである。したがっていわば異常のことだが、こんな状況に置かれた個人が多数存
在するというのは、西欧文明の歴史にかつて例のない現象である。

この尺璧モデルは、実際に起きていることを大雑把に反映したものでしかないが、それ
でも影響の程度を表現できるよなうなっている。ベトナム帰還兵に属する恐るべき自
殺の頻発、痛ましいほどのホームレス化、薬物の乱用率など、これらの統計がはつきり物
語っているのは、信じられないほど深刻な現象が起きているということだ。第二次大戦を
はじめとして、わが国が経験してきたような戦争のあとにも、このような現象はかつて起
きたためしなかった。

敵兵の死と反戦論者が吐きかけた唾。そして自殺、ホームレス化、精神病、離婚という
パターン。この両者をつなぐ原因と結果の結びめがここにある。これらのパターンは、き
なる数世代にわたつてアメリカじゆうに波及のようには広がつてゆくだろう。

大統領顧問の精神衛生委員会による一九七八年の発表によれば、東南アジアで従軍した
アメリカ兵はおよそ二八〇万、うち激しい戦闘を経験したが、敵対的で生命の危険のある
状況にさらされた者は一〇〇万近くは居るといふ。復讐軍人庁によれば、ベトナム帰還兵
のPTSDの発症率は一五パーセントであるが、このひかえめな数字を信じるとしても、
アメリカには四〇万人を超すPTSD患者がいるということになる。また、ベトナム戦争
の結果としてPTSDに苦しむ帰還兵は一五〇万人もいるという説もある。正確な数字は
どうあれ、何十万という患者がいることはまちがいない。かれらは一般人とくらべて四倍
も離婚率や別居率が高く（離婚していない者は、離婚生活に問題の生じる割合がまわつて居
る）、アメリカのホームレス人口にも大きな割合を占め、年月が過ぎるにつれて自殺率も
高まる傾向にある。

このように、ベトナム戦争はアメリカ社会に長期にわたる負の遺産を残した。問題を抱
えた何十万という帰還兵だけではない。かれらは何十万という不幸な家庭を生み出し、そ
れが女性や子供や将来の世代に影響を及ぼしているのだ。崩壊家庭の子供は精神的にも性
的にも虐待を受けやすく、両親が離婚した子供は賢くして自分も離婚する傾向が強く、児童
虐待の犠牲者は児童を虐待するおとなになる傾向が強い。ベトナムのシヤンクルで起きた
対人的殺人にたいしてわが国が支払う代償の、これはほんの一部にすぎないのである。

戦争は必要なことかもしれないが、戦争という言葉がもたらす長期的な代償についても、
私たちはそろそろ理解しなければならぬ。

主要記事の要旨

防衛省・自衛隊のメンタルヘルス対策
—米軍の事例紹介を交えつつ—

鈴木 滋

- ① 自衛隊のメンタルヘルス対策は、防衛力整備や自衛隊の運用と密接に関連しており、防衛省・自衛隊にとって、重要な組織的課題となっている。冷戦終結後、防衛省・自衛隊は、メンタルヘルス対策に注力し、一定の成果を上げてきたが、自殺や隊内での「いじめ」問題など、残された課題も少なくない。
- ② 自衛隊におけるメンタルヘルスは、組織の規律維持や任務の実効性確保に資することを目的として行われている。その一方、隊員の間では、「心の問題」を抱えることが、一種の「弱さ」と見なされるのではないかと、懸念があり、結果的にカウンセリングなどの利用を妨げている可能性も考えられる。こうした心理的メカニズムは、米軍でも、メンタルヘルス対策上、深刻な問題となっている。
- ③ 防衛省は、メンタルヘルス問題に関する有識者会議を設置し、その提言（平成12年10月）を受けて、継続的に対策を進めてきた。提言内容に沿った形で実施された施策には、指揮官・隊員に対する啓発教育の強化、部外カウンセラーの活用拡大、自殺後の部隊に対するアフターケアなどがある。
- ④ 近年、自衛隊が国際平和協力活動（PKO）や大規模災害救援に携わる機会は増大している。これらの活動は、国内での一般的な活動に比べ、過酷な環境の下で行われることから、隊員の心理的な負荷を招く傾向がある。防衛省・自衛隊は、問題の重要性を認識しており、集団的カウンセリングのほか、家族支援などを含む、様々なメンタルヘルス対策を実施している。
- ⑤ 自衛隊のメンタルヘルス対策を困難な課題としている要因として、自殺や「いじめ」がある。これらの問題については、メンタルヘルス対策全般を推進していくことで対処が図られているが、因果関係が明確になっていないとはいえ、海外派遣後、一定数の隊員が自殺し、最近になっても「いじめ」問題は発生している。
- ⑥ 自衛隊のメンタルヘルス対策を考える上で、米国における国防総省と軍の取組事例は、自殺事案の調査体制や、対策の統合・調整に向けた組織整備など、参考とすべき内実を備えている。日米間で、この方面での情報交換・共有を拡大し、適宜、我が国の施策に反映させていくことは、防衛協力の新たな課題となるであろう。

防衛省・自衛隊のメンタルヘルス対策 —米軍の事例紹介を交えつつ—

国立国会図書館 調査及び立法考査局
国会分館長 鈴木 滋

目 次

はじめに

- I 軍事組織におけるメンタルヘルス問題の認識
 - 1 防衛省・自衛隊によるメンタルヘルス問題の認識
 - 2 米国の場合—軍のメンタルヘルスをめぐる位置づけと定義—
 - 3 メンタルヘルスに対する自衛隊員と米兵の意識
 - II 防衛省・自衛隊のメンタルヘルス対策—実施経緯と概要—
 - 1 「自衛隊員のメンタルヘルスに関する検討会」の設置と検討報告
 - 2 海外派遣の拡大とメンタルヘルス対策の強化
 - 3 大規模災害派遣に伴うメンタルヘルスへの影響と対策
 - III 自衛隊員の自殺と「いじめ」問題をめぐる状況
 - 1 深刻化する自殺問題と防衛省・自衛隊の対策
 - 2 自衛隊における「いじめ」問題の概要
 - 3 補論—米軍の自殺問題と調査及び防止対策—
- おわりに

はじめに

我が国の防衛政策をめぐる状況が、大きく動き出している。安倍晋三政権は、平成26(2014)年7月1日、集団的自衛権の行使容認を含む、安全保障法制の整備に向けた閣議決定を行った⁽¹⁾。同閣議決定には、「武力攻撃に至らない侵害」への対処や、国際平和協力活動へのさらなる積極的な参加などが謳われており、自衛隊に求められる役割や活動範囲が、今後一層拡大していく可能性も指摘されている⁽²⁾。同年8月5日には、刊行40回目となる『平成26年版防衛白書』が公表された(以下『26年防衛白書』)。

『26年防衛白書』は、第2部「わが国の安全保障・防衛政策」で、上記閣議決定や国家安全保障会議の創設など、安全保障政策における主要なトピックを取り上げているが、本稿のテーマである、自衛隊のメンタルヘルス対策との関係では、平成25(2013)年12月17日に閣議決定された、新たな防衛大綱(以下「26防衛大綱」)⁽³⁾と、その中心的な概念と見られる「統合機動防衛力」に関する記述が注目される。

『26年防衛白書』は、「26防衛大綱」と「統合機動防衛力」に関する説明の中で、自衛隊の各種活動を支える、防衛力の「質」と「量」の必要かつ十分な確保、幅広い後方支援基盤の確立という課題に触れている⁽⁴⁾。これらの課題に応え、実効性を備えた防衛力として構想されて

いるのが、「統合機動防衛力」である。後方支援基盤の例としては、隊員の家族支援施策などが挙げられており、『26年防衛白書』は、隊員の「士気」といった要素も勘案しつつ、自衛隊が行動する際の即応性や精強性を確保していく必要がある、としている⁽⁵⁾。第I章で後述するが、メンタルヘルスは、軍事組織の規律や士気を維持する上で不可欠と見なされており、自衛隊のメンタルヘルス対策には、防衛力整備や自衛隊の運用という、より大きな政策課題との接点が潜んでいると言えよう。防衛力のあり方をめぐる議論が活性化ようになった冷戦終結後、防衛省・自衛隊は、メンタルヘルス対策に注力し、一定の成果を上げてきたが、隊内での自殺や「いじめ」問題など、課題も残されている。

本稿では、第I章で、防衛省・自衛隊によるメンタルヘルス問題への認識を、次いで第II章では、メンタルヘルス対策の実施経緯と内容をそれぞれ概観し、第III章では、深刻化している、隊員の自殺・「いじめ」問題などに言及する。一方、軍のメンタルヘルス対策については、主要国でも取組が行われており、特に、米国の事例については、我が国でもいくつかの研究がある⁽⁶⁾。本稿では、米軍のメンタルヘルス対策についても、適宜取り上げる。なお、関係者の肩書及び関係機関の名称は、参照文献発表時点のものである⁽⁷⁾。

(1) 「国の存立を全うし、国民を守るための切れ目のない安全保障法制の整備について」(平成26年7月1日国家安全保障会議決定閣議決定) <<http://www.cas.go.jp/jp/gaiyou/jimu/pdf/anhohosei.pdf>> 以下、本稿で引用するインターネット資料の最終アクセス日は平成26(2014)年11月11日である。

(2) 「憲法解釈変更 変わる安保 閣議決定文どう読む?」『日本経済新聞』2014.7.5.

(3) 「平成26年以降に係る防衛計画の大綱について」(平成25年12月17日国家安全保障会議決定閣議決定) <<http://www.mod.go.jp/jf/approach/agenda/guideline/2014/pdf/20131217.pdf>>

(4) 防衛省編『日本の防衛—防衛白書—平成26年版』2014, pp.144-145.

(5) 同上, p.144.

(6) 以下の文献を参照。鈴木滋「メンタル・ヘルスをめぐる米軍の現状と課題—「戦闘ストレス障害」の問題を中心に—」『レファレンス』703号, 2009.8, pp.31-53. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_999594_po_070302.pdf?contentNo=1&alternativeNo=>>; 福浦厚子「コンバット・ストレスと軍隊—トランスナショナルな視点とローカルな視点からみた自衛隊—」『滋賀大学経済学部研究年報』19号, 2012, pp.77-78, 80-81. 福浦論文は、米国の事例を若干紹介しているが、主題は自衛隊のメンタルヘルス対策である。

I 軍事組織におけるメンタルヘルス問題の認識

軍事組織が抱えるメンタルヘルス問題には、様々な形態がある。米軍などでは、海外派遣に伴い、苛烈な戦闘行動に従事した記憶から、帰国後一定期間を経た後発症する「外傷後ストレス障害」(Post Traumatic Stress Disorder, 以下「PTSD」)など、「戦闘ストレス障害」(Combat Stress Disorder)と呼ばれる、一連の精神的な疾患から派生する問題が、その代表例とされる⁽⁷⁾。しかし、部隊行動に直接関わらない、個人的な事情から、精神的変調が引き起こされる事例もあると見られ、問題の所在と対応をめぐる課題は、複雑な状況に置かれている。ここでは、メンタルヘルスに係る、防衛省・自衛隊の認識や、隊員から見たメンタルヘルスという問題について、米軍の事例も紹介しながら概観する。

1 防衛省・自衛隊によるメンタルヘルス問題の認識

筆者が参照した範囲であるが、「自衛隊法」(昭和29年法律第165号)や「防衛省設置法」(昭和29年法律第164号)、防衛省の内規など、関連法令には、特段、隊員のメンタルヘルスに関わる規定は見られない。それでは、防衛省の基本的な政策文書である『防衛白書』には、何らかの定義なり説明が記されているだろうか。

『防衛白書』にメンタルヘルス関連の記述が登場するのは、平成13(2001)年以降である。平成13(2001)年版『防衛白書』には、メンタ

ルヘルスについて、以下のような記述がある(平成14(2002)年版も同様)。「自衛隊におけるメンタルヘルスは、①隊員が自分の心に関心を持つこと、②部隊が無用のストレスを軽減するとともに、隊員の変調に気づき適切な対処をすること、③精神疾患や強いストレスで変調を来した隊員に適切に対処し、職場に復帰させること、などの要素から構成される」⁽⁸⁾。平成15(2003)年版以降の書きぶりには若干の差異が見られるものの、防衛省・自衛隊による、メンタルヘルスの定義は、こういった説明に尽きていると見られる。

なお、平成19(2007)年版以降の『防衛白書』については、自殺防止策など、具体的な対策の現況が紹介されているが、メンタルヘルスそれ自体の意義や定義などをめぐり、防衛省の直接的な認識を窺わせる記述は、特に見られない。他方、『防衛白書』における、メンタルヘルス関連の記述は、各年とも、概ね「防衛力を支える人的・組織的基盤」という節に含まれており、そのこと自体は、メンタルヘルスに関する、防衛省の基本的かつ継続的な問題意識を示している、と考えることができるだろう。

この問題をめぐる防衛省の認識は、同省の政策評価資料などにも見られる。防衛省が平成23(2011)年度に行った政策評価について、中間段階の事業評価としてまとめた資料には、メンタルヘルスに関する認識が記述されている。この資料によると、防衛省は、平成23年度事業のひとつに、メンタルヘルス・ケア対策の強化を掲げているが、事業の内容について、「今後発生し得る有事、大規模災害等に備え、隊員の

(7) 以下、合わせて、本稿における用語について述べる。本稿には「自衛隊員」という用語が頻出する。この用語については、本来、法律上の定義があり、「自衛隊法」(昭和29年法律第165号)第2条第5項によれば、同法でいう「隊員」とは、防衛省の職員で、防衛大臣、防衛副大臣、防衛大臣政務官、防衛大臣補佐官などを除くものをいう、とされている。したがって、「自衛隊員」には、本来、制服自衛官のほか、防衛省内部部局の事務官も含まれるのであるが、本稿では、もっぱら制服自衛官を指すものとして用いる。また、本稿が扱う時期には、防衛庁の省昇格(平成19(2007)年)以前も含まれているが、関係者の肩書を除き、便宜上通時的な用語として、「防衛庁」は「防衛省」に置き換えて記述する。

(8) 「PTSD」を含む「戦闘ストレス障害」の概念については、鈴木 前掲注(6), pp.33-38を参照。

(9) 防衛省編『日本の防衛—防衛白書—平成13年版』2001, p.254.

精強性を維持するために、防衛省・自衛隊として総合的かつ計画的に、以下の事業を行うもの。」と述べた上で、具体的な事業として、「PTSD」等の予防対策、「PTSD」等の発症のおそれのある隊員の早期発見、「PTSD」等の発症者の長期的フォローアップなどを挙げている⁽¹⁰⁾。

以上、『防衛白書』や、その他政府資料などから、防衛省・自衛隊のメンタルヘルスに関する認識を見てきた。防衛省・自衛隊は、基本的には、防衛力を支える基盤的要素である、組織の規律や部隊の精強性維持という観点から、メンタルヘルスの意義を認識していると言えよう。従来、この分野での対策は、もっぱら、上官による部下への服務指導という形で行われてきたが、最近では、技術的・専門的な知見に裏打ちされた、隊員のストレス軽減策という、新たな側面を強調する方向へと変わりつつあると見られる。

2 米国の場合—軍のメンタルヘルスをめぐる位置づけと定義—

メンタルヘルスに係る防衛省・自衛隊の認識を見ていく上で、有益な視点と考えられるため、簡単ではあるが、米国の事例についても紹介する。米国では、軍のメンタルヘルス対策は、政権が直面する重要な政策課題のひとつと認識されている。2012年8月31日、バラク・オバマ (Barack H. Obama) 米大統領は、米兵に対するメンタルヘルス・サービスの拡充や、自殺防止策の強化を命ずる行政命令 (Executive Order) 第13625号を発したが、その冒頭で、オバマ大統

領は、以下のように述べている。「長期にわたる海外展開と苛烈な戦闘行動への従事を踏まえ、わが軍の兵員と家族によるメンタルヘルスへの要求に対しては、最適な支援を提供する必要がある。…すべての退役軍人と現役兵・予備役兵・州兵及びその家族が、それに値する〔メンタルヘルス面での〕支援を受けるよう確保することは、わが政権の最優先事項 (top priority) である」⁽¹¹⁾。

一方、連邦議会調査局 (Congressional Research Service) が、2013年8月に発表した報告書『軍におけるPTSD及び、その他のメンタルヘルスに係る諸問題—議会が監視すべき事項—』によれば、米軍現役兵の精神的な健康問題は、議会にとって重要な関心事となっており、特に「PTSD」など、精神的な健康に係る懸念と、海外派遣との関係に注意が払われている⁽¹²⁾。このような状況から、米国では、軍のメンタルヘルス対策について、関連法制の整備が進んでいる。最近の制定法から一例を挙げれば、「2008会計年度国防権限法」(公法第110議会第181号)には、米兵やその家族に対する健康医療サービスに係る定義の中に、メンタルヘルスを明示的に加える、という趣旨の条項が盛り込まれている⁽¹³⁾。

なお、自衛隊と同様、メンタルヘルスを、部隊の規律や精強さとの関連で定義することは、米軍でも一般的に取られている考え方である。兵員の自殺防止は、米軍のメンタルヘルス対策における重要なテーマであるが、海軍の自殺防止対策マニュアルに当たる、海軍作戦部長指令

(10) 「平成23年度政策評価書 (中間段階の事業評価)」防衛省ホームページ <<http://www.mod.go.jp/j/approach/hyouka/seisaku/results/23/tyukan/honbun/01.pdf>>

(11) *Executive Order 13625- Improving Access to Mental Health Services for Veterans, Service Members, and Military Families*, August 31, 2012. 以下、本稿において括弧 [] で括った部分は、参照文献から引用・翻訳する際、理解を助けるため、筆者が適宜補ったものである。

(12) Katherine Blakeley and Don J. Jansen, "Post-Traumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems in the Military: Oversight Issues for Congress," *CRS Report for Congress*, R43175, August 8, 2013, p.1. <<http://fas.org/sgp/crs/natsec/R43175.pdf>>

(13) Pub. L. 110-181, National Defense Authorization Act for Fiscal Year 2008, § 708; 10 U.S.C. § 1072(10) なお、「国防権限法」(National Defense Authorization Act) は、各会計年度における国防総省所管の予算に係る歳出権限を定めるため、制定される法律であるが、合わせて、広く政策的な事項も規定されるのが一般的である。

第 1720.4A「自殺防止計画」は、以下のように規定している。「自殺は、部隊の即応性、士気及び任務〔遂行〕の実効性に〔悪〕影響を及ぼす、予防可能な人的損失である。人間関係の崩壊、薬物濫用、金銭的な問題、法律上の問題、そしてメンタルヘルスに関わる問題（うつ病など）は、個人の作業能率や部隊〔活動〕の実効性を損ない、兵員の自殺リスクを増幅するおそれがある」⁽¹⁴⁾。このように、米海軍の内規では、任務遂行や部隊活動の実効性確保という観点から、メンタルヘルスの意義がとらえられている。軍事組織におけるメンタルヘルス対策は、一義的には、作戦活動に支障となり得る、心理的な要素への対処活動と定義し得るが、米軍と自衛隊の認識は、この点で符合していると言えるだろう。

3 メンタルヘルスに対する自衛隊員と米兵の意識

メンタルヘルスに対する認識という問題については、防衛省・自衛隊の組織的な位置づけもさることながら、現場の隊員が、どのような意識を抱いているのかという点も重要と考えられる。ここでは、米軍の事例紹介も交えながら、「心の問題」をめぐる隊員の意識について、その一端を見ていく。

(1) 治療・カウンセリングに対する隊員の意識

これまで述べてきたように、自衛隊におけるメンタルヘルス対策は、最終的には、組織の規律維持や任務の実効性確保に資することを目的として行われており、自衛隊は、精強であるべき軍事組織としての役割を求められている。そのような組織命題は、メンタルヘルスに対する隊員の意識にも、一定の影響を及ぼしていると考えられるが、問題を考察する上で参考となるのは、「心の問題」に関する治療・カウンセリングの利用実態であろう。これらサービスの利用実態は、メンタルヘルスの必要性や重要性に対する、隊員の認知度を示していると思われるためである。

利用統計については、詳細かつ最新の情報ではないが、平成 15（2003）年、部外有識者と自衛隊 OB をメンバーとして設置された「人事関係施策等検討会議」⁽¹⁵⁾（以下「人事施策検討会議」）の議事録によると、部内・部外カウンセラーについては、平成 15（2003）年時点で、年間約 2 万件の利用実績があるとされている⁽¹⁶⁾。ただし、利用件数だけでは測れない、隊員の意識についても考察される必要がある。「人事施策検討会議」議事録によると、部内カウンセラーの利用については、人事上不利益を被るのではないかという危惧から、隊員が相談を躊躇する傾向があるという⁽¹⁷⁾。階級や、問題に対する個人のとらえ方にもよるが、隊員の間では、「心

(14) Department of the Navy, Office of the Chief of Naval Operations, *Suicide Prevention Program*, OPNAV Instruction 1720.4A (OPNAVINST 1720.4A), August 4, 2009, Sec.4. a. <<http://doni.daps.dla.mil/Directives/01000%20Military%20Personnel%20Support/01-700%20Morale,%20Community%20and%20Religious%20Services/1720.4A.pdf>>

(15) この会議は、自衛隊の不祥事続発を受け、外部有識者が、防衛省による不祥事防止対策のフォローアップ作業を点検・評価するとともに、今後の施策のあり方に関する意見を取りまとめることを目的として、平成 15（2003）年 10 月から平成 19（2007）年 3 月まで、曹クラスの自衛官に対するヒアリングや、地方での部隊ヒアリングをはさみつつ、12 回開かれた。メンバーは、栗林忠男座長（慶応義塾大学名誉教授）、福田忠典座長代理（元陸将・元陸上自衛隊富士学校長）、仮野忠男（政治ジャーナリスト）、桐村晋次（古河物流株式会社相談役）、杉山陸男（作家）、田辺邦子（弁護士）、津久井建美（元空将補・元航空自衛隊第 11 飛行教育団司令）、富田稔（元 1 等海佐・元海上自衛隊艦船補給処副処長）各氏である。以下の資料を参照。「人事関係施策等検討会議の意見の取りまとめ」及び「別紙 1」、「別紙 2」防衛省ホームページ <<http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/jinji-ken/houkoku/houkoku.pdf>> なお、「人事施策検討会議」関連資料（議事録など）には、いずれもページの記載が無い。

(16) 「人事施策検討会議」における防衛庁人事第 1 課長の説明。「第 1 回人事関係施策等検討会議・フォローアップ会議合同会議議事録」（平成 15 年 10 月 8 日）<<http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/jinji-ken/gijiroku/01.html>>

の問題」を抱えることが、一種の「弱さ」と見なされ、隊員たる資格を問題視されるおそれや、昇進等に影響を及ぼす可能性への懸念が存在することも考えられる。この件に関連するが、陸上自衛隊の関係者は、自衛隊では「精神的マッチョ思想」というものが根強く、早期メンタルヘルス対策の阻害要因となっている、といった趣旨のコメントをしている⁽¹⁴⁾。治療やカウンセリングの利用を妨げかねない、このような心理的メカニズムについては、米軍でも、メンタルヘルス対策上、深刻な問題となっており、重要な論点と考えられるので、次項で紹介する。

(2) 米軍における「スティグマ」克服という問題

2014年6月、『ニューヨーク・タイムズ』紙に、アフガニスタンから帰還した米兵の消息に関する大きな記事が掲載された。記事は、米兵が抱える「心の問題」の深刻さを伝えている。同紙が取り上げた米兵とは、マイケル・ルーベ (Michael B. Lube) 陸軍1等軍曹 (Sergeant, First Class) である。1等軍曹は、陸軍ではエリート部隊として知られる特殊部隊 (Army Special Forces) に所属し、アフガニスタンには4度派遣されていたが、4回目の派遣から帰国後、一連の精神的な変調を示すようになった (人を遠ざける、怒る、黙り込む、酒に手を出す、妻を殴るなど)。妻は、精神的な助けを求めるよう、夫に懇願したが、1等軍曹は、そのようなことをしたらセキュリ

ティ・クリアランスを失って、軍から放逐されてしまう、との理由から、拒否した。結局、1等軍曹は、36歳の誕生日を迎えた直後、銃で自殺した。現場には「[精神的に] 持ちこたえていくことに、ひどく疲れてしまった。」とのメモが残されていたという⁽¹⁵⁾。

軍事組織の構成員として強靱な精神を求められることが、結果的にカウンセリングを利用することへのおそれや警戒感に直結してしまう、こういった心理的メカニズムを、米国では「スティグマ」(Stigma)と呼んでいる。「スティグマ」は、兵員が抱える「心の問題」を深刻化させかねない要素である。そのため、米軍は、「スティグマ」対策を重視しており、米兵あるいはその家族に対し、「心の問題で助けを求めることは、弱さの証ではない。」といったメッセージを発信することに努めている⁽²⁰⁾。また、国防総省は、軍における「スティグマ」克服のため、法律や内規の整備も進めている。例えば、「2012会計年度国防権限法」(公法第112議会第81号)には、国防長官の責務として、「スティグマ」を排除していく姿勢を、最大限、国防総省の内規に規定すべきことが盛り込まれている⁽²¹⁾。このような政策対応は、一定の効果を収めていると見られるが、前記『ニューヨーク・タイムズ』紙の報道が示すように、「スティグマ」に陥る心理が、米兵の間で完全に払拭されたとは考えにくい。「スティグマ」の克服をめぐる、米軍の「内

(14) 「人事施策検討会議」における陸上幕僚監部人事計画課長の説明。「第2回人事関係施策等検討会議・フォローアップ会議合同会議議事録」(平成15年11月6日) <<http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/jinji-ken/gijiroku/02.html>> 一方、部外カウンセラーについては、自衛隊に関する十分な専門的知識を有していないので、隊員にとって、どこまでの内容を相談できるかという問題があるとも指摘されている。陸上幕僚監部人事計画課長の説明。同上

(15) 下園社太2等陸佐(陸上自衛隊)の発言。上野玲「期待高まり自殺増 自衛隊の「うつ掃討作戦」」『Yomiuri Weekly』63巻49号, 2004.11.21, p.90.

(16) Thom Shanker and Richard A. O'Connell Jr., "War's Elite Tough Guys, Hesitant to Seek Healing," *New York Times*, June 6, 2014, A1, A16. なお、ここで紹介された、ルーベ1等軍曹の発言にある「セキュリティ・クリアランスを失う」云々の個所については、若干の説明が必要であろう。1等軍曹が所属していた特殊部隊は、現地での情報収集活動も重要な任務としており、1等軍曹は、機微な作戦情報などに接する機会も多かったと考えられる。筆者の推測であるが、1等軍曹は、カウンセリングを利用することが、精神的な弱さと思われ、機密情報を取り扱う資格として付与されるセキュリティ・クリアランスを失い、軍におけるキャリアが損なわれる、といった可能性を危惧したのではないと思われる。

なる戦い」は、今後も続くと予測される⁽²²⁾。

II 防衛省・自衛隊のメンタルヘルス対策—実施経緯と概要—

1 「自衛隊員のメンタルヘルスに関する検討会」の設置と検討報告

(1) 「検討会」の設置経緯

前述のとおり、『防衛白書』において、メンタルヘルスに関する記述が初めて登場したのは、平成13(2001)年版であるが、以降、平成17(2005)年版まで、『防衛白書』は、メンタルヘルス対策の契機として、「自衛隊員のメンタルヘルスに関する検討会」(以下「検討会」という)専門家会議を設置し、その提言を受けたことに、繰り返し言及している。

防衛省の関係資料は、「検討会」の設置経緯を詳らかにしていないが、平成19年(2007)年版『防衛白書』によれば、平成12(2000)年3月から5月にかけて、部隊ヒアリングを実施した

際、隊員が利用しやすいメンタルヘルスの相談体制を整備することの重要性が指摘され、その後、「検討会」の設置に至ったという⁽²³⁾。この時期、防衛省・自衛隊でメンタルヘルスへの関心が高まったこと背景は、必ずしも明らかではないものの、前年(平成11(1999)年)11月、護衛艦「さわぎり」で、海上自衛隊員による自殺が発生していたことに留意する必要がある。この事件は、その後続発する、「いじめ」や自殺問題の端緒として、広く社会的な関心を集めた経緯があり、防衛省・自衛隊が、「検討会」を設置し、本格的なメンタルヘルス対策に着手するきっかけになったとも考えられる⁽²⁴⁾。

(2) 「検討会」による議論

平成12(2000)年7月14日、「検討会」の第1回会合が開かれた。会議の構成メンバーは、自衛隊関係者のほか、精神医学や心理学、カウンセリングなどを専門分野とする外部有識者である⁽²⁵⁾。以降、同年10月6日の最終会合まで、

(20) 例えば、復員軍人省(Department of Veterans Affairs)のホームページに掲載された、次の資料を参照。"Returning from the War Zone: A Guide for Military Personnel," 2010.9, p.9. <<http://www.ptsd.va.gov/public/reintegration/guide-pdf/SMGuide.pdf>> この資料は、イラクやアフガニスタンから帰国した退役軍人に対し、帰国後の精神面でのケアについて留意すべき事項を周知するため、まとめられたものである。「スティグマ」については、「メンタルヘルスに係る問題【を抱えること】は、弱さの証ではない。…しかし、メンタルヘルスの問題をめぐる「スティグマ」は、【精神面で】支援を必要としている人には、【それを求める上で】大きな壁となり得る。あなたが抱えている問題に対する解決法を【カウンセリングの利用によって】見出すことは、強さと成熟の証である」と述べている。なお、この資料とはほぼ同じ内容の留意事項を記した、退役軍人家族向けの案内が、やはり、復員軍人省のホームページに掲載されている。次の資料を参照。"Returning from the War Zone: A Guide for Families of Military Members," 2010.9. <<http://www.ptsd.va.gov/public/reintegration/guide-pdf/FamilyGuide.pdf>>

(21) Pub. L. 112-81, National Defense Authorization Act for Fiscal Year 2012, § 711 (a); 10 U.S.C. § 1090a

(22) ハワード・ブロンバーグ(Howard B. Bromberg)陸軍中将は、選邦議会下院軍事委員会兵員小委員会公聴会の証言で、次のように述べている。「陸軍は、伝統的に【精神面で】助けを求めることを弱さと見なす文化を続けてきた。こういった文化は、現在変わりつつあり、また、【今後とも】変え続けていかなければならない」。Statement by LTG Howard B. Bromberg, Deputy Chief of Staff, G1, United States Army, *Update on Military Suicide Prevention Programs*, Hearing before the Subcommittee on Military Personnel of the Committee on Armed Services, House of Representatives, 113 Congress, 1st Session, March 21, 2013, p.58. <<http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CHRG-113hrg80193/pdf/CHRG-113hrg80193.pdf>> なお、米軍の「スティグマ」に関する解説として、鈴木 前掲注(6), pp.49-50; 福浦 前掲注(6), pp.87-88.

(23) 防衛省編『日本の防衛—防衛白書—平成19年版』2007, p.346.

(24) 平成11(1999)年11月、海上自衛隊護衛艦「さわぎり」の乗組員であった3等海曹による自殺事件が発生したが、自殺原因には上官の侮辱的な言動があったとされ、遺族による損害賠償請求訴訟へ発展した。2審の福岡高等裁判所判決(平成20(2008)年8月)では、3等海曹の自殺について国の責任を認める判断が下された。次の記事を参照。「自衛官の自殺「国に責任」上官の侮辱発言批判 福岡高裁判決」『朝日新聞』(西部本社版)2008.8.26.

「検討会」は、5回にわたって開かれた。第2回会合（同年7月21日）では、防衛省・自衛隊のメンタルヘルス対策をめぐる現状と問題点について、意見が交わされた。委員からは、「改善を要する点」として、隊内でメンタルヘルスに関する啓発が大きく立ち遅れていること、この問題に関する教育が散発的で、計画的に行われていないこと、部内カウンセラーの実力不足等により、カウンセリング体制が不十分であること、メンタルヘルスに関する研究が不十分であることなどが指摘され、その上で、「長期的な施策の方向性に関する意見」として、メンタルヘルス対策の担当組織を作り、トップダウンで隊内への啓発を行っていくこと、実効性を備えたカウンセリング組織を確立し、合わせて、部外カウンセラーの充実を図ることなどが挙げられた⁽²⁶⁾。

(3) 「検討会」による提言

平成12(2000)年8月29日、「検討会」は、議論の経過を中間報告としてまとめたが、その後の議論も踏まえ、同年10月6日には、最終提言がまとめられた。提言は、防衛省・自衛隊によるメンタルヘルス対策の問題点として、活

動の各機能に相互連携が乏しいこと、隊内で、活動の重要性に関する認識に隔たりが見られること、精神的疾患が発生した後の医療活動に重点が置かれており、啓発教育やストレス対策など、前段階の予防的措置や、隊員の社会復帰・リハビリテーションなど、治療後のケアに立ち遅れがある、といった点に言及している⁽²⁷⁾。

提言は、このような問題意識に立って、継続的かつ包括的なメンタルヘルス対策の必要性を強調し、いくつかの対応策を挙げた。提言に盛り込まれた対応策には、指揮官を含む全隊員への啓発教育、服務指導とカウンセリング体制の充実、「デブリーフィング」の導入、自殺後の部隊や隊員へのアフターケア、いじめ・セクハラ問題に係る相談体制の充実などがある⁽²⁸⁾。また、服務指導と医療活動、カウンセリングの相互連携を図るため、各駐屯地に「駐屯地等メンタルヘルス委員会」を設置すること、自衛隊地区病院に「メンタルヘルスセンター」としての機能を付与すること、地域ごとに「メンタルリハビリテーション機能」を持った施設を設置することなども提言された⁽²⁹⁾。

(25) メンバーは次の各氏である。高橋祥友会長（東京都精神医学総合研究所副参事研究員）、村井健祐（日本大学教授）、渡邊忠（文教大学助教授）、渡辺三枝子（筑波大学教授）、福岡祥（自衛隊中央病院精神科医）、下園壮太（陸上自衛隊心理研究員）。「自衛隊員のメンタルヘルスに関する検討会」防衛省ホームページ <<http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/mental/gaiyo.html>> 以下、本稿で紹介する「検討会」での議論や提言などは、防衛省ホームページの標記によれば、いずれも「要旨」とされるものからの引用である。なお、これらの資料（議事録その他）には、いずれもページの記載が無い。

(26) 「自衛隊員のメンタルヘルスに関する検討会議事要旨（第2回会議）」（平成12年7月21日）防衛省ホームページ <<http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/mental/gjjiroku/02.html>>

(27) 「自衛隊員のメンタルヘルスに関する提言の要旨」（平成12年10月6日）防衛省ホームページ <<http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/mental/houkoku/hokoku01.html>>

(28) 同上。なお、「検討会」がまとめた「中間報告」によれば、「デブリーフィング」（Debriefing）とは、「[部隊の任務に伴う] 経験をグループで話し、感情を表現し、[その経験にまつわる] 認識を統一することでストレスを軽減し、[PTSD] 等を予防する手段」とされている。「自衛隊員のメンタルヘルスに関する検討会」中間報告（平成12年8月29日）防衛省ホームページ <<http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/mental/houkoku/hokoku02.html>>

(29) 「メンタルヘルスセンター」の機能としては、精神科で行う診療に加えて、部隊への啓発教育や、カウンセラーへの臨床研修、メンタルヘルスに関する指揮官等への助言、精神疾患患者の復職支援などが挙げられており、地区病院に対して、診療・治療前後の諸活動を含む、幅広い役割を想定していることが窺われる。一方、「メンタルリハビリテーション機能」については、患者の入院対応から部隊復帰までの中間施設業務とされており、当該施設で、ストレス性障害者の一時的復職調整や、有事・大規模災害等に起因した「PTSD」等、特殊ストレスによる障害者の受け入れなどを行うとしている。「自衛隊員のメンタルヘルスに関する提言の要旨」同上

(4) 「検討会」による提言の実施状況

以下、「検討会」による提言が、防衛省・自衛隊による、その後のメンタルヘルス対策にどの程度反映されているか、断片的にはあるが、まとめてみた。

(i) 指揮官を含む隊員への啓発教育

教育用ビデオの作成・普及、自殺予防参考資料の各駐屯地への配布、メンタルヘルスに関する講演を実施した（「防衛白書」各年版による。引用は略す）。

(ii) カウンセリング体制の充実

平成 15（2003）年 7 月から、民間事業者との契約により、隊員及び家族を対象とした、無料の電話相談を開始した。相談内容については、仕事に限らず、健康上の悩みや家庭の悩みなど、特段、限定されていない。この電話相談は、平成 15（2003）年 10 月時点で、月 100 件ほど利用されている⁽³⁰⁾。海上自衛隊と航空自衛隊では、平成 14（2002）年度から 15（2003）年度にかけて部外カウンセラーを導入した⁽³¹⁾。増員・関連予算措置も適宜実施されており、平成 19（2007）年時点の国会答弁によると、部外カウンセラーに要する予算は、平成 17（2005）年度までは、陸海空 3 自衛隊合わせて、総額 700 万円程度であったが、平成 18（2006）年度は、1000 万円以上を計上したという⁽³²⁾。

一方、部内カウンセラーの能力向上についても取り組まれており、平成 15（2003）年度からは、戦闘ストレスへの対処を目的とした課程として、正式に自殺防止へ向けた人材育成が行わ

れており、年間 10 人から 15 人の心理カウンセラーが養成されているという⁽³³⁾。なお、新たな試みとして、防衛省は、平成 27（2015）年度から、女性自衛官を対象とした「外部カウンセラー相談制度」を新設する予定である⁽³⁴⁾。

(iii) 「デブリーフィング」の導入

イラク復興支援活動に従事した隊員に対し、帰国前後、グループ・カウンセリングを行った例がある。帰国後に行われたものは、グループ単位で討論してもらい、その後意見を発表する形式のものであったとされており⁽³⁵⁾、「デブリーフィング」に相当する精神医学的な療法が導入されたことを示している。

(iv) 自殺後の部隊・隊員に対するアフターケア

陸上自衛隊では、平成 13（2001）年度以降、精神医学や心理学の専門家から成るアフターケアチームを、自殺が発生した部隊に派遣し、自殺原因の分析、連鎖的な自殺の防止、家族に対するケアなどを行っている⁽³⁶⁾。

(v) メンタルヘルス活動に係る組織・機能の新設

筆者が参照した情報の範囲で、「駐屯地メンタルヘルス委員会」や「メンタルリハビリテーション機能」を持つ施設の設置については、顕著な進展があったと判断するに足る事実を見出すことはできなかった⁽³⁷⁾。総じて、各駐屯地や自衛隊地区病院におけるメンタルヘルス機能の拡充は、今なお、その途上にあると言えるだろう。

そのほか、「検討会」の中間報告や最終提言

30 「人事施策検討会議」における防衛庁人事第 1 課長の説明。「第 1 回人事関係施策等検討会議・フォローアップ会議合同会議議事録」前掲注 06

31 陸上自衛隊は昭和 61（1986）年度から導入していた。同上

32 増田好平防衛省人事教育局長の答弁。第 166 回国会衆議院国際テロリズムの防止及び我が国の協力支援活動並びにイラク人道復興支援活動等に関する特別委員会議録第 5 号 平成 19 年 4 月 27 日 p.18.

33 下園社太 2 等陸佐（陸上自衛隊）の発言。上野 前掲注 08

34 これは、陸上自衛隊の主要駐屯地 21 か所に、女性自衛官特有の悩みに対応するカウンセラーとして、心療内科医や臨床心理士を配属するもので、カウンセラーには、極力、女性を採用する方向と報じられている。「女性自衛官に「駐屯地相談室」外部カウンセラー、来年度 21 か所で」『読売新聞』2014.9.17, 夕刊。

35 福浦 前掲注 6, p.83.

36 「人事施策検討会議」における陸上幕僚監部人事計画課長の説明。「第 2 回人事関係施策等検討会議・フォローアップ会議合同会議議事録」前掲注 07

には盛り込まれなかったが、議論の過程で、メンタルヘルス活動全般を統括する組織の新設が論点となったことは、すでに触れたとおりである。こういった組織は設置されていないものの、防衛省は、平成 24 (2012) 年度の予算要求で、東日本大震災に伴う災害派遣隊員等のケア推進体制強化を目的とした「メンタルヘルス企画官」の新設を掲げ⁽³⁸⁾、機構関連要求として認められた。防衛省の内規「防衛省内部部局の内部組織に関する訓令」第 23 条によると、「メンタルヘルス企画官」は、人事教育局衛生官の下に置かれるポストで、その任務は、メンタルヘルスに関する重要な専門的事項についての調査、企画及び立案に参画することとされている⁽³⁹⁾。

2 海外派遣の拡大とメンタルヘルス対策の強化
冷戦終結後、自衛隊の新たな任務として、海外での国際協力活動や、国内外の大規模災害に対する救援活動に携わる機会が増大している。これらの活動は、国内での一般的な活動に比べ、過酷な環境の下で行われることから、隊員の心理的な負荷を招くことも少なくないと見られ、

防衛省・自衛隊がメンタルヘルス対策を強化する上で、重要な動機を提供しているものと考えられる。ここでは、海外派遣に係る、メンタルヘルス対策の実例として、インド洋でのテロ対策支援活動やイラク復興支援活動に参加した隊員に対して行われた措置の概要を紹介する。

(1) インド洋におけるテロ対策支援活動の場合
テロ対策支援活動は、主に、海上自衛隊による米軍等多国籍軍艦船への補給支援という形で行われ、航空自衛隊も含めると、延べ人数にして、およそ 1 万 6000 人の隊員が参加する、長期的かつ大規模な国際活動となった(活動期間は、短い休止をはさんで、平成 13 (2001) 年 11 月から平成 22 (2010) 年 1 月まで)⁽⁴⁰⁾。その間、長期に及ぶ海上での任務が、隊員の意識に影響を及ぼしていた可能性も考えられる。例えば、平成 14 (2002) 年から平成 15 (2003) 年にかけて、活動に従事していた護衛艦で、内部規則に違反した無許可飲酒が発覚し、関係者の大量処分に至る事例が数回発生した⁽⁴¹⁾。この問題について、有識者は、国会で次のように述べている。

(37) 自衛隊には、医療機関として、自衛隊中央病院(東京都世田谷区)のほか、15 の地区病院が設置されている。これら病院の組織等を定めた防衛省の内規「自衛隊中央病院及び自衛隊地区病院の組織等に関する訓令」(昭和 63 年 4 月 8 日防衛庁訓令第 16 号、最終改正は平成 25 年 5 月 16 日)の別表第 1 から第 4 は、各病院で開設する診療科を規定しているが、地区病院で精神科が置かれているのは、15 施設のうち 7 施設であり、半数に満たない。航空自衛隊所管の岐阜病院(岐阜県各務原市)には、精神保健科、精神科、メンタルリハビリテーション科から成る精神保健部が置かれており、精神疾患患者の復職支援なども行っていると見られるが、地区病院全体の中では、例外的な施設と考えられる。以下、本稿で引用する防衛省の内規(訓令や通達など)は、次の防衛省ホームページ・アドレスから検索・入手できる。<http://www.clearing.mod.go.jp/kunrei_web/>

(38) 防衛省「我が国の防衛と予算—平成 24 年度予算の概要—」2012, p.17. <<http://www.mod.go.jp/j/yosan/2012/yosan.pdf>>

(39) 「防衛省内部部局の内部組織に関する訓令」(平成 19 年 8 月 25 日防衛省訓令第 53 号、最終改正は平成 26 年 3 月 31 日)なお、活動の統括という点に関連して、米国の事例を付言すると、国防総省において、軍の医療・衛生問題に関わる政策は、衛生問題担当国防次官補(Assistant Secretary of Defense for Health Affairs)が統括している。国防総省命令第 5136.01 号「衛生問題担当国防次官補」が規定する、同次官補の任務には、メンタルヘルス活動の評価や治療、職関連ストレスの管理、包括的な健康問題の監視等について、国防総省の政策や政策実施上の基準、手続きなどを策定することが含まれている。Department of Defense, "Assistant Secretary of Defense for Health Affairs (ASD (HA)), " Directive, Number 5136.01, September 30, 2013, Sec.3.a. (7) (b). <<http://www.dtic.mil/whs/directives/corres/pdf/513601p.pdf>>

(40) 「各種特別措置法に基づく活動の実績—旧テロ対策特措法に基づく協力支援活動等の実績一覧/補給支援特措法に基づく補給支援活動の実績一覧」防衛省ホームページ <http://www.mod.go.jp/j/approach/kokusai_heiwa/list.html>

(41) 「艦内飲酒、1 等海佐ら 23 人処分 海上自衛隊」『読売新聞』2002.12.21; 「護衛艦内の無許可飲酒で 86 人処分 海上自衛隊」『読売新聞』2003.7.5.

「先日、許可された時間外での飲酒というような事件が発覚いたしましたけれども、これも私は、規律が緩んでいるとか、そういうことではなくて、かなり規律の高い自衛隊であるにもかかわらずそれを踏み外す、そういうほどの強いストレスを自衛官に与えているということだろうというふうに思います」⁽⁴²⁾。

このように、テロ対策支援活動では、隊員の間で、海上勤務に特徴的なストレスもあったと見られ、防衛省・自衛隊は、派遣前のメンタルヘルス講習実施、出航直後から派遣中、帰投中の全期間における、メンタルヘルス・シートを用いたストレスチェック（自己診断）、医官による、ストレス蓄積が懸念される隊員との面談、帰国した隊員への休暇取得配慮といった対策を実施した⁽⁴³⁾。また、防衛省・自衛隊は、メンタルヘルスと密接な関係を持つテーマとして、留守家族とのコミュニケーション確保という課題にも着目し、衛星携帯電話や電子メールによる家族との近況交換、艦内臨時郵便局の設置、家族説明会による各種情報の提供、家族相談室の設置などを行った⁽⁴⁴⁾。

(2) イラク復興支援活動の場合

イラク復興支援活動では、陸上自衛隊復興支援群による医療、給水、公共施設復旧・整備のほか、航空自衛隊復興支援派遣輸送航空隊による物資輸送が行われた。活動期間は、各自衛隊により異なるが、全体としては、平成 15 (2003) 年 12 月から平成 21 (2009) 年 2 月まで、長期に及び（活動最終局面での航空自衛隊撤収業務隊

派遣時期を含む）、部隊の派遣回数、復興支援群が 10 回、復興支援派遣輸送航空隊は 16 回を数えた。輸送活動のため派遣された海上自衛隊を合わせると、3 自衛隊の延べ参加人数は、およそ 9,500 人に達した⁽⁴⁵⁾。

イラクでの活動は、概ね、陸上自衛隊と航空自衛隊によって担われ、インド洋の場合とは異なる状況にあったが、派遣中にとどまらず、帰国後の期間も含め、メンタルヘルスに関わる複雑な課題を抱えていた点に変わりはない。自衛隊の派遣目的は、人道的な復興支援にあり、活動地域は、いわゆる「非戦闘地域」に限られた。とはいえ、派遣期間中、イラクにおける治安情勢は不安定であり、自衛隊は、相当背烈な環境の下で任務を行っていた、という分析がある⁽⁴⁶⁾。実際、政府関係者も、その間の事情をある程度認めているように見られ、石破茂防衛庁長官は、陸上自衛隊の活動開始時期（平成 16 (2004) 年 1 月）直前に行われた国会質疑において「実際にイラクに行って戦闘行為をするわけではございませんけれども、相当に極限的な精神状態ということも想像されないわけではありません。」と述べていた⁽⁴⁷⁾。また、ある自衛隊幹部は、活動を振り返った証言の中で、「イラクのような場合は…本当に敵の弾は飛んできませんが、結果として飛ばなかったのですが、飛んで来かねないような状況が [存在していた]」と述べている⁽⁴⁸⁾。一方、そのような命の危険というレベルのストレスよりも、むしろ、勤務目的が見えにくいと感じられることや、緊張度の高い生活を強いられること、職務や生活における些

(42) 植村秀樹流通経済大学教授（参考人）の発言。第 156 回国会参議院憲法調査会会議録第 8 号 平成 15 年 7 月 9 日 p.10.

(43) 小林誠一防衛庁人事教育局長の答弁。第 157 回国会衆議院国際テロリズムの防止及び我が国の協力支援活動並びにイラク人道復興支援活動等に関する特別委員会議録第 4 号 平成 15 年 10 月 2 日 p.19.

(44) 防衛省編『日本の防衛—防衛白書— 平成 18 年版』2006, p.237.

(45) 「各種特別措置法に基づく活動の実績—イラク人道復興支援特措法に基づく活動の実績一覧」防衛省ホームページ <http://www.mod.go.jp/j/approach/kokusai_heiwa/list.html>

(46) 半田滋『「戦地」派遣 変わる自衛隊』（岩波新書）岩波書店, 2009, pp.72-80.

(47) 第 158 回国会参議院外交防衛委員会会議録第 1 号 平成 15 年 12 月 16 日 p.29.

(48) 福浦 前掲注(5), p.84. この発言は、著者である福浦氏のインタビューに答えたものである。

細な不満などが、ストレス対策の上で大きな問題だった、というような見方もあり⁽⁴⁹⁾、隊員を取り巻くメンタルヘルスの課題は、多様なものであったと推察される。

防衛省・自衛隊は、イラク派遣部隊に対するメンタルヘルス対策を重視し、派遣前の隊員に対し、ストレス軽減に必要な知識の講習を行うとともに、派遣後の措置としては、派遣部隊への医官の配置、状況に応じて本国から専門的知識を有する医官などの派遣や帰国治療の態勢などを整えた⁽⁵⁰⁾。

イラク復興支援活動では、派遣当初から、隊員の「PTSD」発症リスクが懸念されていた。それを示す情報がある。第1次イラク復興業務支援隊が現地に向けて出発したのは、平成16(2004)年2月3日であるが、それから間もない2月9日に行われた国会質疑で、石破防衛庁長官は、「PTSD」発症の可能性を問われ、次のように述べている。「[自衛隊は]実際に生きている人を撃ったこともありません。そういうことがないようにしてまいりますけれども、でもおっしゃるようなPTSDというようなことは私は起こり得ないという断言はできません⁽⁵¹⁾」。また、この日の質疑では、石破長官の答弁を受けて、事務担当者からPTSD対策として、発症した場合は、現地に派遣された医官による診察・治療と、状況次第で日本への患者移送、専門的な治療を実施する一方、予防策としては、全隊員に対し、集中的に精神的なケアを図るという説明があった⁽⁵²⁾。「PTSD」を始め、隊員の深刻な精神疾患については、派遣期間を通して、こういった対策が実施されていたものと思われる

る。

なお、現地に派遣されたメンタルヘルスケアチームが隊員との面接により行った調査によれば、現地でのストレス要因として、「生活の質」の低さという問題が明らかになったという⁽⁵³⁾。駐屯地での住環境や食事などの改善は無論であるが、テロ対策支援活動と同様、イラク復興支援活動の場合でも、防衛省・自衛隊は、隊員に対する「福利厚生」として、留守家族とのコミュニケーション確保に関連した施策を推進した(隊員及び家族の近況を伝えるビデオレターの提供や、家族支援センターの開設など)⁽⁵⁴⁾。

3 大規模災害派遣に伴うメンタルヘルスへの影響と対策

海外派遣と並んで、内外大規模災害への派遣も、冷戦終結後、自衛隊の主要任務として定着したと言えるが、災害時の活動に従事する隊員に与える、精神的な影響について、最近、関心が高まっている。ここでは、東日本大震災における自衛隊の活動が与えた、メンタルヘルスへの影響と、防衛省・自衛隊のメンタルヘルス対策を概観する。

(1) 東日本大震災における自衛隊の活動とメンタルヘルスへの影響

まず、平成23(2011)年12月26日時点で防衛省がまとめた資料から、東日本大震災における自衛隊の支援活動経過・概要を紹介する⁽⁵⁵⁾。東日本大震災で、自衛隊は、2つの任務を担った。大規模災害対処と原子力災害対処である。大規模災害対処は、平成23(2011)年3月11

(49) 井原圭子「イラク・サマワで精神科医が見た 自衛隊員の超ストレス」『AERA』18巻14号、2005.3.14、p.30。

(50) 防衛省編『日本の防衛—防衛白書—平成17年版』2005、pp.229-230。

(51) 第159回国会参議院イラク人道復興支援活動等及び武力攻撃事態への対処に関する特別委員会会議録第5号 平成16年2月9日 p.35。

(52) 松谷有希雄防衛庁防衛参事官の答弁。同上

(53) 井原 前掲注(49)

(54) 防衛省編 前掲注(50)、p.229。

(55) 以下、次の資料による。「東日本大震災(平成23年3月11日)における災害派遣活動」(平成23年12月26日現在)防衛省ホームページ <<http://www.mod.go.jp/j/press/news/2011/12/26b.pdf>>

日の発災から8月31日まで、174日間にわたった。派遣された人員は延べ1058万人、1日の派遣規模は最大で10万7000人であった。

その間、自衛隊は、およそ1万9000人の人命を救助し、約9,500体の遺体を収容した。そのほか、給水・給食・入浴支援なども大規模に行われた。一方、原子力災害対処については、3月11日から12月26日まで、291日間続き、派遣人員は延べ約8万人を数えた。自衛隊が行った活動は、原発への空中及び地上からの放水や、原発から30キロメートル圏内での遺体収容である。

この防衛省資料によれば、阪神・淡路大震災（平成7（1995）年）の際、派遣された自衛隊の延べ人員は約225万人であり、東日本大震災における自衛隊の活動規模が、災害派遣としては、文字通り未曾有の事例であったことを示している。このように、自衛隊の派遣が極めて大規模なものになったことで、活動当初から、隊員の疲労や精神面への影響が懸念されていた。北海道から派遣された部隊の例であるが、部隊の地元紙は、大量動員のため、待機要員が十分に確保されておらず、派遣期間が最長1か月にも及び、隊員の心の負担が大きくなっている、と平成23（2011）年4月時点で報じていた⁵⁶⁾。また、派遣隊員へのアンケートでも「[活動に] 終わりが見えず、精神的につらい」といった声が寄せられたという⁵⁷⁾。隊員の疲労蓄積については、自衛隊上層部も認識しており、折木良一統合幕僚長は、記者会見で「隊員の活動は極限に近い。」と述べ、隊員の疲労がピークに達して

いることを訴えていた⁵⁸⁾。

震災翌年の平成24（2012）年3月、防衛省は、被災地に派遣された陸上自衛隊員の3.3%に「PTSD」リスクが高まっている、という調査結果を発表した。国会質疑における防衛省の説明によれば、派遣された陸上自衛隊員5万8050人に対し、帰隊1か月後、メンタルヘルスチェックを実施したところ、「PTSD」等の原因となる高リスクを抱える者の比率は、およそ3.3%、うつ病等の高リスク者が占める比率は、およそ2.2%であったという。また、海上自衛隊と航空自衛隊についても、同様のメンタルヘルスチェックが行われており、海上自衛隊では、「PTSD」等の高リスク者が4.3%（チェック対象者は6,112人）、航空自衛隊では、「PTSD」等の高リスク者が7.5%（チェック対象者は3,319人）、うつ病等の高リスク者が6.5%（チェック対象者は2,829人）の比率を示したとされる。なお、海上自衛隊では、この時点で、5名の隊員が「PTSD」を発症したと確認された⁵⁹⁾。

このように、東日本大震災に派遣された自衛隊員の間で、精神的な負荷が高まった原因として、活動の長期化に伴う疲労という問題を挙げたが、そのほか、遺体収容作業で直面した、独特の心理的な圧迫感や動揺についても触れておく必要がある。遺体は、正視できない状態のものや、異臭を発しているものもあり、特に損傷が激しくなった遺体収容の折は、生理的・心理的ショックを受ける隊員が多かった⁶⁰⁾。前述のとおり、自衛隊は、活動期間を通して1万5千体近くの遺体を収容しており、特に若年層では、

56) 「自衛隊員、疲れピーク 道内から1万人 交代めど立たず」『北海道新聞』2011.4.7, 夕刊。

57) 「自衛隊深まる疲労 長期化、任務に影響も」『東京新聞』2011.4.14。

58) 「自衛隊員の活動は極限」統合幕僚長が訴え 交代要員も乏しく」『日本経済新聞』2011.3.25。

59) 渡辺周防衛副大臣の答弁。第180回国会衆議院内閣委員会議録第2号 平成24年3月7日 p.9。なお、新聞報道によれば、航空自衛隊のメンタルヘルスチェックは、津波で被災した松島基地（宮城県東松島市）の隊員に限定したため、リスク数値が高く出た可能性があるという。次の記事を参照。「震災派遣自衛隊員 ト라우マ 初の大規模調査」『読売新聞』2012.3.7, 夕刊。

60) 防衛システム研究所編纂『自衛隊のPTSD対策—東日本大震災から学ぶストレスの克服—』内外出版, 2012, p.14。なお、この文献は、松島悠佐元陸上自衛隊中部方面総監など、自衛隊関係者が、東日本大震災時の自衛隊におけるメンタルヘルス対策などについて、まとめたものである。

「人の死」という事実初めて向かい合う隊員も少なくなかったと見られる。

以下、遺体収容に従事する隊員の心理を描写した新聞報道を紹介しておく。「今回、東日本大震災の被災地でも、遺体にほとんど接したことのない若い隊員たちが活動していた。…死が、最も不幸な形で目の前にあった。そばでは遺族たちが声を上げて泣いている。自分たちが責められているような感覚が隊員たちの心を責め立てた」⁽⁶¹⁾。隊員の心理状態については、「[死者を助けてあげられなかった]重苦しい自責の念」と表現する向きもあるが⁽⁶²⁾、いずれにしても、被災者との関係をめぐり、ある種、痛切な欠落感にも似た感情が隊員を襲い、強度のストレスを招いたことは、十分に想像されるところである。

(2) 防衛省・自衛隊によるメンタルヘルス対策と評価

過酷な任務環境を踏まえ、東日本大震災においても、防衛省・自衛隊は、隊員のストレス軽減を目的とした対策を実施した。一例を挙げれば、陸上自衛隊では、派遣当初から1か月半にわたって、メンタルヘルスの巡回指導チームを各宿営地へ派遣した⁽⁶³⁾。また、被災地から離れた場所に「戦力回復センター」という、隊員

の休息用施設を設け、食事を供したほか、中隊単位で、まとまった数の隊員を所属部隊（原隊）に一定期間戻し、家族との面会や栄養補給の機会を与えるといったシステムが運用された⁽⁶⁴⁾。心理的負荷を強める遺体の捜索・収容作業については、初めて従事する隊員に対し、事前に遺体安置所を見せる、あるいは、これらの作業を個人で負担させず、班単位で行うといった、ショックを和らげるための手立てが取られた⁽⁶⁵⁾。一方、派遣後のケアとして、海上自衛隊では、帰還した隊員に対し、「夜眠れるか」などを確認するストレス問診票を配布し、遺体収容に関わった隊員には、精神衛生担当の隊員による面談なども実施した⁽⁶⁶⁾。

これらの対策については、平成23年度の防衛省政策評価書（総合評価）で、概要が紹介されており、任務中の隊員に対する応急的なストレス障害予防措置として、毎日の活動終了後、「解除ミーティング」を実施したことも触れられている⁽⁶⁷⁾。報道は、「災害派遣における隊員指導の手引」という陸上自衛隊内部文書の存在を紹介しているが、その文書によると、「解除ミーティング」とは、「悲惨な状況の体験や感情を同じ現場で活動したグループで話し合い、共有する」こととされている⁽⁶⁸⁾。先に、イラク派遣隊員に対するメンタルヘルス対策として

(61) 「ストーリー：自衛隊、目の前の「死」 東日本大震災、10万人の苦悩（その2止） 家族に会わせたい」『毎日新聞』2012.4.22.

(62) 「北部方面隊の今 創隊60年(2) 心のケア 対話重ねて思い共有」『北海道新聞』2012.7.16.

(63) 原徳壽防衛大臣官房衛生監の答弁。第177回国会参議院厚生労働委員会会議録第8号 平成23年5月10日 p.11. この巡回指導チームについては、陸上自衛隊東北方面総監部の須藤彰政策補佐官が、震災支援活動について記した日記でも触れられている。須藤補佐官は、巡回指導チームは、専門教育を受けた「心理幹部」（3佐クラス）を中心として構成されているが、「心理幹部」は、陸上自衛隊に5つある方面総監部に各1名しか配属されておらず、隊員の多様な症状に対応するには手薄な状況である、と述べている。次の記事を参照。「東日本大震災 陸自日誌(12) 手薄な隊員の心理ケア」『読売新聞』2011.6.9.

(64) 松本大輔防衛大臣政務官の答弁。第177回国会衆議院安全保障委員会会議録第4号 平成23年4月21日 pp.15-16.

(65) 防衛システム研究所編纂 前掲注(60), pp.28-29.

(66) 「帰還隊員の心をケア 海自、面談やストレス問診」『読売新聞』（長崎版）2011.5.26.

(67) 「平成23年度政策評価書（総合評価）」p.8. 防衛省ホームページ <<http://www.mod.go.jp/j/approach/hyouka/seisaku/results/23/sougou/nonbun/01.pdf>>

(68) 『毎日新聞』前掲注(61)「解除ミーティング」は、派遣部隊の多くで、宿営地に戻った直後、中隊長の命令により強制的に実施された。20分程度の時間をかけ、車座になり、リラックスした状態で、その日の体験や苦勞を隊員に語らせるものだったという。防衛システム研究所編纂 前掲注(60), p.30.

「デブリーフィング」的なケアが実施されたことを述べたが、「解除ミーティング」は、これと類似した精神医学的療法と解することもできよう。

また、防衛省は、被災地に派遣された隊員のメンタルヘルス・ケアを強化する総合対策の策定を目的とした内部機関として、「東日本大震災派遣隊員ケア推進チーム」を設置した。防衛省ホームページ掲載情報や報道記事を参照すると、同チームは、広田一防衛大臣政務官をチーム長とし、西元徹也防衛大臣補佐官⁽⁶⁹⁾のほか、防衛事務次官、陸海空3自衛隊の各幕僚長、防衛省各局長等によって構成され、平成23(2011)年5月から8月にかけて、2回ほど会合を開いたことが確認される⁽⁷⁰⁾。防衛省が政策評価のため開催している有識者会議の議事録によれば、チームの検討結果は、報告書として対外的に発表される見通しであったようだが⁽⁷¹⁾、最終的に検討結果がまとめられたかは不明である。

なお、防衛省は、平成24(2012)年11月にまとめた「東日本大震災への対応に関する教訓事項(最終取りまとめ)」と題する文書で、メンタルヘルス対策を含む、活動経過から得られた「教訓事項」及び「改善事項」をまとめているが、その中には、現職隊員及び予備自衛官等に対する、任務終了後も視野に入れたメンタルヘルス・ケア態勢の充実・強化に触れた個所がある⁽⁷²⁾。これは、防衛省が、中長期的なケアの重要性に留意していることを示すものであり、今後の政策展開が注目される。

Ⅲ 自衛隊員の自殺と「いじめ」問題をめぐる状況

防衛省・自衛隊のメンタルヘルス対策を、困難な課題としている要因として、深刻化する隊員の自殺や「いじめ」をめぐる問題がある。そのうち、「いじめ」は、自衛隊に限らず、階級社会である軍事組織において、組織的な慣行としては、従来から存在することが知られている。一方、自衛隊員による自殺の中には、「いじめ」との因果関係が議論されたケースも少なくない。「いじめ」は、報道や国会質疑で度々取り上げられ、問題への社会的関心も高まりつつある。上級者からの体罰や、圧迫的な言動などは、隊員の精神的負荷に直結し、場合によっては、自殺のリスクを招くおそれもあることから、「いじめ」問題とメンタルヘルス対策には、一定の接点があるものと考えられる。ここでは、自衛隊員による自殺問題の概要、防衛省・自衛隊による、自殺と「いじめ」問題への対応などを紹介する。なお、前述のとおり、自殺問題への対処は、米軍でも極めて重視されており、自殺の態様や原因に関する詳細な年次報告が公表されている。米軍の事例は、自衛隊の自殺対処策を考えるに当たって参考になると思われるので、一部ではあるが補論として、合わせて取り上げることとする。

1 深刻化する自殺問題と防衛省・自衛隊の対策

(1) 自衛隊員による自殺問題の概要

ここでは、防衛省の国会提出資料から、自衛

(69) 西元徹也氏は自衛隊OBで、元統合幕僚長である。

(70) 「東日本大震災派遣隊員ケア推進チーム」第1回会合の開催について(平成23年5月24日)防衛省ホームページ<<http://www.mod.go.jp/j/press/news/2011/05/24a.html>>; 「東日本大震災派遣隊員ケア推進チーム」第2回会合の開催について(平成23年8月23日)防衛省ホームページ<<http://www.mod.go.jp/j/press/news/2011/08/23b.html>>

(71) 鎌田昭良防衛大臣官房審議官の説明。「第13回 防衛省政策評価に関する有識者会議」(平成23年9月15日) p.21. 防衛省ホームページ<<http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/seisaku/gijiroku/gijiroku13.pdf>>

(72) 「東日本大震災への対応に関する教訓事項(最終取りまとめ)」(平成24年11月)防衛省ホームページ<<http://www.mod.go.jp/j/approach/defense/saigai/pdf/kyoukun.pdf>> この資料にはページの表記が無い。なお、この資料は、「解除ミーティング」の実施や、巡回指導チームの派遣について、一定の成果を収めたと評価している。

隊員による自殺の概要を紹介する。平成24(2012)年度までの最近5年間、自殺者数は、概ね年間80人台で推移している。原因とされるものには、職務に伴う悩み、借財、家庭問題などがあるが、「精神疾患等」は、概ね、各年度で最大の理由となっており、メンタルヘルスに関わる問題と自殺には、密接な関係性があると推測される(表1を参照)。ちなみに、自衛隊員の年間原因別死亡者数に占める自殺の割合は、平成23(2011)年までの最近10年間、毎年平均でおよそ43.8%となっており、他の原因に比べ、突出した状況である⁽⁷³⁾。

かねて、各報道機関では、このような状況に着目し、問題の深刻さを伝え続けてきた。報道は、隊員10万人あたりの自殺者数が、一般職国家公務員と比較して多いとされることや、自殺動機の多くを占めるのが「原因不明」であるため、防衛省として対策に苦慮していること、自殺の背景に、海外派遣に伴うストレスや、「いじめ」問題が存在する可能性などを指摘している(「いじめ」と自殺の関係については第三章第2節で後

述)⁽⁷⁴⁾。

自殺の背景に関連して、特に注目されているテーマが、海外派遣との因果関係である。報道機関による防衛省への取材結果によれば、平成24(2012)年8月時点で、イラクに派遣された隊員のうち25人が、帰国後、自殺していたことが判明している(陸上自衛隊19人、航空自衛隊6人)⁽⁷⁵⁾。当該報道記事によると、例えば平成11年(1999)年度の自殺者は78人で、隊員10万人あたり換算で34.2人になるのに対し、イラク派遣後の自殺者(陸上自衛隊の場合)は隊員10万人あたり345.5人で、一般隊員の自殺率の10倍ほどになるという⁽⁷⁶⁾。なお、政府は、自殺を含む、海外派遣隊員の死亡件数について答弁書をまとめている。当該政府答弁書によれば、テロ対策支援活動やイラク復興支援活動に従事した隊員で、在職中に死亡した者は35人(陸上自衛隊14人、海上自衛隊20人、航空自衛隊1人)を数えるが、そのうち、自殺した者は16人(陸上自衛隊7人、海上自衛隊8人、航空自衛隊1人)となっており、死亡原因の半数

表1 原因別自衛隊員の年間自殺者数(人)

年 度	病苦	借財	家庭	職務	精神疾患等	その他	不明	合計
平成20(2008)年度	2	15	6	22	25 (30.1%)	4	9	83
平成21(2009)年度	0	16	12	18	16 (18.6%)	13	11	86
平成22(2010)年度	9	6	12	9	14 (16.9%)	8	25	83
平成23(2011)年度	2	3	17	17	16 (18.6%)	12	19	86
平成24(2012)年度	4	8	14	5	32 (38.6%)	8	12	83

(注) 自殺原因のうち、「精神疾患」についてのみ、全体比をパーセントで示した。網掛けをした部分は、「不明」を除いた自殺原因のうち、その年、最大数を記録したものである。なお、下記出典によれば、「その他」とは、将来への不安、厭世等を指すとされている。

(出典) 次の資料を基に筆者作成。防衛省「自衛隊員の自殺者数(原因別)」【衆議院予算委員会要求資料(日本維新の会)】2014.3, p.98。ここでいう「自衛隊員」には、制服自衛官のほか、内局の事務官も含まれている可能性がある。

(73) 次の資料から筆者が算出した。防衛省「自衛官の死亡者数及び死因、事故者数(過去10年間)」【衆議院予算委員会要求資料(日本共産党)(第二次)】2013.4, p.669。ここでいう「自衛官」に、内部部局の事務官が含まれているかは不明。

(74) 以下の記事を参照。「自衛官自殺、対策なく 他省庁の倍 動機「不明」半数」【朝日新聞】2008.9.26, 夕刊; 「自衛官自殺 後絶たぬ 08年度、一般職国家公務員の1.5倍 背景に「いじめ」など」【毎日新聞】2010.9.15, 夕刊。これらの記事は、一般職国家公務員10万人あたりの自殺者数と比較して、自衛隊員10万人あたりの自殺者数は2倍ないし1.5倍と報じている。

(75) 「イラク帰還隊員25人自殺 自衛隊 期間中の数突出」【東京新聞】2012.9.27。

(76) 同上。なお、この報道記事は、イラク派遣後の航空自衛隊の自殺率にも言及している。記事によれば、航空自衛隊の場合は、隊員10万人あたり166.7人で、一般隊員による自殺率の5倍になるという。

近くを占めている（平成19（2007）年10月末現在の情報）⁽⁷⁷⁾。

海外派遣後の自殺として、報道された事例のひとつに、車に持ち込んだ練炭による一酸化炭素中毒で死亡した、陸上自衛隊元警備中隊長のケースがある。元中隊長は、イラク派遣の間、宿営地に対するロケット攻撃や、市街地を車両で移動中、部下が米兵から誤射されそうになる、といった経験をしており、帰国後参加した日米共同訓練では、「彼ら（米兵）と一緒にいると殺されてしまう」と騒ぎ出したこともあったという⁽⁷⁸⁾。なお、元中隊長は、帰国後、部署を異動していた。帰国後、精神的に異常をきたした隊員を診療した医官は、「[それら隊員の発症については]イラクでのストレスだけではなく、帰国後の異動や転勤など急激な環境変化も要因として考えられる」と述べている⁽⁷⁹⁾。

自殺問題は、国会の質疑でも頻繁に取り上げられている。報道が指摘する、自殺率の高さや海外派遣との因果関係なども論点となっているが、政府の見解は一貫しており、自衛隊員の自殺率は、一般職国家公務員や一般国民と比較して特に高いとは言えず、海外派遣と自殺の因果関係についても一概には断定できない、としている⁽⁸⁰⁾。ちなみに、国民一般の自殺率については、警察庁がまとめた自殺者統計がある。最新の統計によると、人口10万人あたりの自殺者は、平成15（2003）年の27.0人をピークと

して、平成23（2011）年までは25人前後の水準が続いていたが、最近では、平成24（2012）年は21.8人、平成25（2013）年は21.4人と低下している⁽⁸¹⁾。

(2) 防衛省・自衛隊の自殺防止対策

隊員自殺をめぐる、報道側と防衛省の認識には、食い違いもあるように見受けられるが、防衛省としても、問題の深刻化を懸念していることに変わりはない。最近の『防衛白書』では、メンタルヘルスに係る重要課題として、自殺防止に向けた取組に言及することが通例化している。『防衛白書』が挙げている対策としては、第Ⅱ章で述べた事柄と概ね重複するが、カウンセリング態勢の拡充（部内外カウンセラーの活用、24時間受付の電話相談窓口設置）、指揮官・隊員への啓発教育強化、異動時期に合わせた「メンタルヘルス強化期間」の設定などがある⁽⁸²⁾。また、組織面での対応として、防衛省は、平成15（2003）年7月、防衛庁長官政務官（当時）を長とする「防衛省自殺事故防止対策本部」（以下「対策本部」）を設置している⁽⁸³⁾。防衛省は、「対策本部」について、『防衛白書』や国会の質疑で、繰り返し設置の事実を述べており、政府答弁書によると、平成19（2007）年10月時点で、設置以降12回開催されたことになっている⁽⁸⁴⁾。自殺防止に向けた諸対策については、「対策本部」で継続的に議論され、施策に反映

(77) 「衆議院議員照屋寛徳君提出イラク帰還自衛隊員の自殺に関する質問に対する答弁書」（平成19年11月13日 内閣衆質168第182号）p.2.

(78) 「イラク派遣 隊員3人、帰国後自殺 防衛庁「原因特定できぬ」」『朝日新聞』2006.3.10.

(79) 同上

(80) 額賀福志郎防衛庁長官の答弁。第164回国会衆議院国際テロリズムの防止及び我が国の協力支援活動並びにイラク人道復興支援活動等に関する特別委員会議録第6号 平成18年6月22日 p.4.

(81) 内閣府「自殺対策白書 平成26年版」2014, p.5. <<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2014/pdf/honbun/pdf/1-1-1.pdf>>

(82) 防衛省編『日本の防衛—防衛白書— 平成23年版』2011, p.410.

(83) 「対策本部」設置の際、発令された防衛省事務次官通達の別紙によれば、「対策本部」の構成員は、大臣政務官（本部長）のほか、事務次官（副本部長）、人事教育局長、大臣官房衛生監、統合幕僚長、陸上・海上・航空各幕僚長（以上、本部員）、その他、本部長の指名する者とされている。「防衛省自殺事故防止対策本部設置運営要綱について」（平成15年7月15日通達防人1第6143号、最終改正は平成19年1月9日）

(84) 「衆議院議員鈴木宗男君提出自衛隊員の自殺防止に向けた防衛省の取り組み並びに組織のあり方に対する同省の認識に関する質問に対する答弁書」（平成20年2月19日内閣衆質169第59号）pp.1-2.

されているものと思われるが、防衛省は、具体的な活動経過や、会合における議論の内容などについては、詳細を明らかにしていない。

自衛隊員の自殺者数が、これまでで最悪レベルに達したのは平成16(2004)年で、年間94人に達した。翌平成17(2005)年と平成18(2006)年は、ともに93人である⁽⁸⁵⁾。その後は、既述のとおり、毎年80人台まで減少しているが、それでも、年間80人余りの隊員が自ら命を絶っているという事実は重い。本稿では、自衛隊員による自殺の契機として、海外派遣に伴うストレス、「PTSD」発症との関連性が議論されていることを紹介してきたが、自殺のリスクは、日常的な隊務の中にも潜んでいる、との見方がある。陸上自衛隊の関係者は、訓練中の事故で仲間が死んだといったきっかけで、「PTSD」を発症した隊員は少なくない、と述べているが⁽⁸⁶⁾、借財や家庭問題など、純然たる個人的な事情も含めて、隊員が自殺に至る要因は多様と見られる。原因の詳細な分析や、カウンセリングなど、早期対処に向けた取組を強めていくことは、防止対策の上で、引き続き重要な課題となるであろう。

2 自衛隊における「いじめ」問題の概要

(1) 防衛省・自衛隊による「いじめ」問題への認識

自衛隊における「いじめ」問題は、多くの場合、上官や先輩隊員と、若年層の下級隊員との力関係を背景として発生していることは確かと

思われる。防衛省・自衛隊は、隊内の「いじめ」について、基本的にどのような認識を示しているであろうか。国会質疑や質問主意書では、度々、「いじめ」という行為の概念が問われているが、防衛省は、特段、定義のようなものがあるわけではない、としながら、「上位の階級等にある者が部下等に不法または不当に精神的また肉体的苦痛を与えるような行為を行った場合には、事実関係を把握した上で、私的制裁、傷害、また暴行、脅迫として厳正に処分を行う等の対応をしている。」と述べている⁽⁸⁷⁾。一方、防衛省は、「いじめ」に起因する自殺者統計については「病苦」や「借財」など、自殺原因とされている区分のいずれに「いじめ」を当てはめるか、一概に答えることが困難である、と説明しており⁽⁸⁸⁾、「いじめ」と自殺の因果関係に言及することには、基本的に慎重な姿勢を示している。

(2) 防衛省・自衛隊による「いじめ」問題への対策

防衛省は、自殺問題と同様、メンタルヘルス対策全般を推進していくことにより、「いじめ」問題への対処を図っているものと思われる。例えば、平成26(2014)年5月に発出された、防衛省事務次官通達は、「このような事案の再発を防止するため」として、「不適切な部下の指導及び自殺事故の防止」を掲げ、監督者及び各職員に対し、私的制裁の禁止や、メンタルヘルスの啓発教育、カウンセリングの活用などを求

⁽⁸⁵⁾ 防衛省編「日本の防衛—防衛白書—平成20年版」2008, p.279; 防衛省「過去10年間の自衛官の死亡者の数、死因、事故者の数」〔衆議院予算委員会要求資料(社会民主党・市民連合)(第二次)〕2012.3, p.18.

⁽⁸⁶⁾ 丹羽浩之陸上自衛隊2佐(陸上幕僚監部衛生部企画室研究管理担当)の発言。長谷川学「自衛隊がイラクで直面するPTSDとうつ病」『エコノミスト』82巻13号, 2004.3.2, p.40.

⁽⁸⁷⁾ 浜田靖一防衛大臣の答弁。第171回国会衆議院予算委員会第1分科会議録第2号 平成21年2月20日 p.11. なお、ここでいう「厳正な処分」に当たるものとして、防衛省は、平成15(2003)年から平成18(2006)年の間に、「私的制裁」として92人、「傷害又は暴行脅迫」として、291人に対し懲戒処分を行ったという。ただし、防衛省は、「この処分は「いじめ」と「認定」して行ったものではない」とも述べている。「衆議院議員鈴木宗男君提出自衛隊員の自殺防止に向けた防衛省の取り組み並びに組織のあり方に対する同省の認識に関する第3回質問に対する答弁書」(平成20年5月13日内閣衆質169第345号) pp.2-3.

⁽⁸⁸⁾ 「衆議院議員鈴木宗男君提出自衛官自殺問題に対する防衛省の取り組みに関する第3回質問に対する答弁書」(平成19年12月28日内閣衆質168第343号) p.1.

めている⁸⁹⁾。

しかしながら、最近も「いじめ」問題が報じられることは少なくない。平成26(2014)年9月、海上自衛隊護衛艦の乗組員(3等海曹)による自殺が発覚した。3等海曹は、上官の1等海曹から、「指導」名目のいじめや、パワー・ハラスメントを受けており、3回にわたって、護衛艦の幹部に相談もしていたが、艦長には報告されていなかったという⁹⁰⁾。この問題で記者会見した、海上自衛隊の関係者は、「1曹の行為は、指導から大きく逸脱し、明らかにいじめ」と説明し、幹部らの処分と再発防止に向けた隊員教育に言及した⁹¹⁾。一方、事件報道には、「海自では、これまでに何度も、艦艇という閉鎖的空間でいじめが横行することが問題になっているが、抜本的な解決策は打ち出されていない。」との指摘もある⁹²⁾。

この事件を受けて、防衛省は、「いじめ」問題への対処策を検討する内部組織として、「防衛省におけるいじめ等の防止に関する検討委員会」(委員長は防衛副大臣)を設置し、平成26(2014)年9月17日、第1回会合を開いた。この日行われた議論の詳細は明らかでないが、防衛省が発表した「議事概要等」によると、「いじめ」を排除しつつ、部隊の精強化を図るための方策として、職住一体化による家族関係の強化や、カウンセラー・心理療法士による問題への早期介入及び、職場の状況に関する部隊アンケートの実施などが挙げられたようである⁹³⁾。同委員会は、早期に、再発防止のためのガイドラインをまとめる方針と報じられているが⁹⁴⁾、

自衛隊における「いじめ」の排除・防止には、依然、多くの課題が残されていると言えるだろう。

3 補論—米軍の自殺問題と調査及び防止対策—

先に述べたとおり、米軍でも、自殺防止は、メンタルヘルス対策の上で、大きな焦点となっている。紙数の関係もあるので、ここでは、その一部に過ぎないが、米兵による自殺問題について、その概要と、国防総省による防止対策などを紹介する。

(1) 米兵による自殺問題の概要

国防総省は、毎会計年度、予備役兵を含む米兵の自殺について調査し、件数・自殺率を始め、自殺者の年齢、性別、学歴、階級といった人口統計的な情報のほか、自殺時の場所と手段、自殺時の状況(アルコールや薬物摂取の有無)、症状別精神疾患の有無、家庭問題や借財のような自殺原因となり得る諸要素の有無等、自殺者に関わる、極めて詳細な統計データをまとめた「国防総省自殺事案報告書」(Department of Defense Suicide Event Report, 以下「DoD 年次自殺報告」)を公表している。

本稿では、その一部を紹介するにとどめるが、現時点で最新版となる、2012会計年度「DoD 年次自殺報告」の「追録B」(Appendix B)に掲載された、年別自殺件数・自殺率等の一覧表によれば、2012会計年度における、米軍現役兵の自殺者は319人である。2011会計年度は301人、2010会計年度では295人で、最近3年間、

89) 「コンプライアンスに関する意識の徹底、不適切な部下の指導及び自殺事故の防止並びに情報公開関係業務及び行政文書の管理の適正な実施のための措置の徹底について」(平成26年5月8日通達防官文第6443号)

90) 「自殺前日 パワハラ黙認 海自艦幹部、隊員の相談も放置」『朝日新聞』2014.9.2.

91) 「海自いじめ「幹部を処分」隊員自殺「1曹行為、指導から逸脱」」『読売新聞』(横浜版)2014.9.2.

92) 同上

93) 「第1回 防衛省におけるいじめ等の防止に関する検討委員会議事概要等」2014.9.17. 防衛省ホームページ <<http://www.mod.go.jp/j/approach/agenda/meeting/board/ijime-boushi/pdf/01/gijigaiyou.pdf>> なお、ここで紹介した議論については、参照資料の記述だけでは、多少、意味が通じにくいと思われることから、理解を助けるため、筆者が、適宜、加筆ないし一部表現などについても変更した。

94) 「防衛省、いじめ防止検討委」『朝日新聞』2014.9.18.

継続的に増加傾向を示している。このような傾向は、自殺率からも裏付けられており、米兵10万人あたりの自殺者は、22.7人(2012年)、18.0人(2011年)、17.5人(2010年)と、年々増大している⁹⁵⁾。年齢では、29歳以下が全自殺者の68%、階級では、兵(2等兵、1等兵など)が50.8%、曹クラス(軍曹、曹長など)が38.9%と、全体として、自殺者の過半は、若年・青年層の兵や下士官で占められている⁹⁶⁾。

このほか、「追録C」(Appendix C)には、自殺者に何らかの精神疾患や、海外派遣の経験があったか、といった、自殺に結びつく可能性のある諸要因に関連した、いくつかの統計が掲載されている。それらの統計によると、自殺者の中で、気分性障害(Mood Disorders)や不安障害(Anxiety Disorders)などの精神疾患歴を有していた者の割合は42.1%であり⁹⁷⁾、精神疾患と自殺との間には、一定の因果関係があるように思われる。また、海外派遣についても、経験を有する者(1回以上3回以内)の割合は自殺者の57.2%で、特に、「対テロ戦争」のため、イラクやアフガニスタンなどに派遣された経験を有している者は、自殺者全体の47.5%にのぼっており⁹⁸⁾、海外での過酷な勤務環境は、米兵の精神面に大きな影響を及ぼしているものと考

えられる。

イラクやインド洋に派遣された自衛隊員で、帰国後自殺した例が確認され、因果関係等について、国会でも議論されたことは、先に述べたとおりであるが、米軍の場合、「対テロ戦争」として行われた、イラクやアフガニスタンにおける戦闘は、極めて苛烈なものであった。米軍は、派遣米兵の「戦闘ストレス障害」について、2004年と2006年に実態調査なども行っており⁹⁹⁾、海外派遣と精神疾患や自殺との関係は、より尖鋭な形で問題化していると思われる。ただし、海外派遣と自殺については、最近、因果関係を疑問視する調査結果も発表されており¹⁰⁰⁾、必ずしも確定的な見方があるわけではない。

(2) 国防総省の自殺防止対策と自殺問題をめぐる最近の動向

国防総省は、米兵の自殺問題に関し、防止対策を継続的に進めているが、一例として、原因調査のほか、施策の統合化に向けた組織面での対応を紹介し、合わせて、この問題をめぐる、最近の動向について取り上げる。対策の立案には、自殺問題をめぐる状況の把握と、原因の調査が不可欠であることから、国防総省は、前項

95) Department of Defense, "Table B1. Demographic characteristics and rates of suicide among Service members in the Active component in the four Services, CY 2010-CY2012," *DoDSER: Department of Defense Suicide Event Report Calendar Year 2012 Annual Report*, p.54. <http://l2health.dcoe.mil/sites/default/files/dodser_ar2012_20140306_0.pdf>

96) *ibid.* 比率については、参照資料から筆者が算出した。

97) "Table C.3 Behavioral health history, accession of medical and social services, and prescription medication usage for all CY 2012 suicide DoDSERs submitted from all Services combined," *ibid.*, p.92. なお、「追録B」の統計資料では、自殺者の総数は319人であるが、この資料では318人となっている。

98) "Table C.5 Deployment and direct combat history for all CY 2012 suicide DoDSERs submitted from all Services combined," *ibid.*, p.97. この統計資料でも、自殺者の総数は318人とされている。

99) 鈴木 前掲注(6), pp.40-42.

100) Cynthia A. LeardMann et al., "Risk Factors Associated With Suicide in Current and Former US Military Personnel," *JAMA*, 310(5), August 7, 2013, pp.496-506. ここで紹介されている調査結果は「ミレニアム・コーホート・スタディ」(Millennium Cohort Study)と呼ばれる、米兵の健康調査結果から抽出されたものである。当該調査の期間は、2001年から2008年までで、対象者はおよそ15万人に及んだ。調査対象者のうち、調査期間内に自殺していた者は83人とされているが、そのうち、海外派遣歴を有さない者は48人で、その比率は57.8%となっている。"Table 1. Military Characteristics of Millennium Cohort Participants by Suicide Death," *ibid.*, p.500. このような調査結果を踏まえて、論文は、海外派遣に関わる、いかなる要素(戦闘に従事した経験や累積派遣日数・派遣回数など)も、自殺リスクの増加とは無関係であることが示された、と結論づけている。*ibid.*, p.502.

で紹介した「DoD 年次自殺報告」のほか、4 半期ごとの自殺件数等調査報告として、『国防総省 4 半期自殺報告書』（以下「DoD4 半期自殺報告」）を取りまとめて公表している。国防総省で報告の取りまとめを行っている部署は、「国防総省自殺防止室」（Defense Suicide Prevention Office 以下「DSPO」）である。「DSPO」は、国防総省による自殺防止対策の立案及び、実施面の監視などを行う機関である。以下、その設置経緯や役割等について、DSPO の 2012 会計年度年次報告や国防総省の内規から、概要を紹介する。

「DSPO」が活動を開始したのは、2011 年 11 月であるが⁽¹⁰¹⁾、従来から、国防総省において、自殺防止対策を統括する組織の必要性は議論されていた。例えば、自殺防止対策に関して同省内に設置された検討チームが、2010 年 8 月に発表した『[自殺問題に係る] 課題と [対策の] 誓約一戦力を強化し、自殺を防ぎ、生命を救う』と題する報告書は、自殺問題への対処として、76 の施策を提言したが、最初の提言には、各機関に分散する、自殺防止対策の立案と実施、評価等、関連する諸機能・役割を統合するため、国防総省長官官房に、十分なスタッフを有する担当組織を設置すべきことが謳われていた⁽¹⁰²⁾。「DSPO」の設立は、この提言を受けたものである⁽¹⁰³⁾。

「DSPO」の役割と機能については、国防総省の内規で定められている。国防総省命令第

6490.14 号「国防総省自殺防止計画」は、国防総省における自殺防止対策について、人員及び即応力担当国防次官（Under Secretary of Defense for Personnel and Readiness）が統括し、その権限は、即応力及び戦力管理担当国防次官補（Assistant Secretary of Defense for Readiness and Force Management）、さらには、即応力担当国防副次官補（Deputy Assistant Secretary of Defense for Readiness）へ委任されることを規定している⁽¹⁰⁴⁾。メンタルヘルスをめぐる米軍の認識を紹介する中で触れたが、国防総省の組織官制においても、自殺防止と部隊の即応性維持という命題が、明確に結びつけられていることに留意されたい。

このような規定を受け、同命令の「追録」（Enclosure）第 4 条は、「DSPO」室長の権限として、国防総省人的資源局（Department of Defense Human Resource Agency）の指揮と統制及び、即応力担当国防副次官補による政策監督の下、自殺防止対策の立案と実施監視、自殺防止情報データの整備などに関する、各部署との調整・協力を行うことなどを定めている⁽¹⁰⁵⁾。また、「DSPO」は、組織上、人員及び即応力担当国防次官の下に置かれているが⁽¹⁰⁶⁾、これは、前記検討チームの報告に盛り込まれていた提言⁽¹⁰⁷⁾を反映させた形となっている。

2014 年 7 月、軍事情報専門紙『ミリタリー・タイムズ』は、国防総省が、米兵の自殺者数激減を発表した旨、報じた。記事の情報源は、

⁽¹⁰¹⁾ Defense Suicide Prevention Office, *Annual Report-FY2012*, p.5. <http://www.suicideoutreach.org/Docs/Reports/DSPO_2012_Annual_Report_MARCH_2013_FINAL.pdf>

⁽¹⁰²⁾ Department of Defense, *The Challenge and the Promise: Strengthening the Force, Preventing Suicide and Saving Lives, Final Report of the Department of Defense Task Force on the Prevention of Suicide by Members of the Armed Forces*, August 2010, pp.49-51. <http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/2010-08_Prevention-of-Suicide-Armed-Forces.pdf#search=%27The+Challenge+and+the+Promise%3A%27> なお、この検討チームは、「2009 会計年度国防権限法」第 733 条が、自殺防止対策に係る検討組織を国防総省に置く旨、規定したことを受け、2009 年 8 月、常設の連邦政府諮問委員会（Federal Advisory Committee）である、国防衛生委員会（Defense Health Board）の小委員会として設置されている。 *ibid.*, p.1.

⁽¹⁰³⁾ Defense Suicide Prevention Office, *op.cit.*⁽¹⁰¹⁾, p.8.

⁽¹⁰⁴⁾ Department of Defense, "Defense Suicide Prevention Program," *Directive*, Number 6490.14, June 18, 2013, Enclosure 2, Sec.2. <<http://www.dtic.mil/whs/directives/corres/pdf/649014p.pdf>>

⁽¹⁰⁵⁾ *ibid.*, Enclosure 2, Sec.4.

⁽¹⁰⁶⁾ Defense Suicide Prevention Office, *op.cit.*⁽¹⁰¹⁾, p.7.

⁽¹⁰⁷⁾ Department of Defense, *op.cit.*⁽¹⁰²⁾, p.51.

「DoD4 半期自殺報告」の2013会計年度第4期版である。この報告によると、2013会計年度の現役兵自殺者総数は259人で、年間の米兵10万人あたり自殺者は18.7人とされており、2012会計年度の自殺者総数319人、米兵10万人あたり自殺者22.7人をかなり下回っている⁽¹⁰⁸⁾。ただし、『ミリタリー・タイムズ』紙は、国防総省による自殺者の集計・統計法が変わったことも指摘している⁽¹⁰⁹⁾。「DoD4 半期自殺報告」において、これまで、自殺米兵のうち、「現役兵」には、動員された予備役兵や州兵で、自殺時は現役に編入されていた者が含まれていたが、2013会計年度第4期版では、これらの者が「現役兵」の範囲から除外されたのである⁽¹¹⁰⁾。したがって、従来どおりの集計法が取られていれば、現役米兵の自殺者総数は、さらに増加していた可能性が高い⁽¹¹¹⁾。

米軍の場合、国防総省と復員軍人省が連携しながら、退役後も見据えた、中長期的な時間軸で自殺防止対策が進められているが、依然、年間300人規模で米兵の自殺は続いている。自殺防止対策は、着実な進捗を示しているが、他方、国防総省と米軍は、未だ抜本的な解決策を見出せない状況にあり、問題の複雑さが浮き彫りになっている。

おわりに

最後になるが、防衛省・自衛隊によるメンタルヘルス対策の現状と課題について、米軍の事例も参照しつつ、まとめてみたい。自衛隊のメンタルヘルス対策が抱える課題には、基本的に、

他の行政組織、ひいては、一般社会における組織全般とも共通する部分が少なくないと思われるが、米軍と同様、軍事組織としての特徴的な側面も窺われる。それは、メンタルヘルス対策において、最も重視される命題が、組織の精強さや即応力に貢献することを目的としている点である。この特徴的な要素は、「弱音を吐けない」、「弱さと受け止められるような振る舞いができない」といった、自衛隊員が抱きがちな心理的メカニズム（米軍においては「スティグマ」）と相まって、カウンセリングなどの利用を妨げてしまうおそれもある。自衛隊におけるメンタルヘルス対策は、今後とも、この複雑な課題に直面していくこととなろう。このような点を踏まえつつ、部内・部外を問わず、カウンセラーの利用率を上げていくといった、メンタルヘルス対策の改善を進めるに当たっては、「心の問題」への対処は、自衛隊という組織全体で求められている課題であること、支援を求めるのは弱さではないことなど、メンタルヘルスに関わる原則について、指揮官から一般隊員に至るまで、隊内の啓発教育をさらに強化していく必要があるだろう。これは、「いじめ」問題への対処策としても有効ではないかと思われる。

防衛省・自衛隊のメンタルヘルス対策を複雑な課題としている、もうひとつの要素は、海外派遣や大規模災害など、メンタルヘルスの必要性や重要性を喚起する、過酷な環境での活動が増大していることである。防衛省・自衛隊は、問題の重要性を認識しており、家族支援策など、福利厚生面での配慮も含め、こういった活動に従事する隊員の精神的負荷が蓄積しないよう、

[108] Jacqueline Garrick, *Department of Defense Quarterly Suicide Report Calendar Year 2013 4th Quarter*, July, 2014, p.2. <<http://www.suicideoutreach.org/Docs/Reports/DoD%20Quarterly%20Suicide%20Report%20CY2013%20Q4.pdf>>

[109] Patricia Kime, "Military suicides declined slightly in 2013, Pentagon says," *Military Times*, July 22, 2014. <<http://www.militarytimes.com/article/20140722/NEWS05/307220072/Military-suicides-declined-slightly-2013-Pentagon-says>>

[110] Garrick, *op.cit.* [108]

[111] 国防総省の発表については、批判的な見方がある。退役米兵（イラク・アフガニスタン派遣）の団体を主宰する、ポール・リークホフ（Paul Rieckhoff）氏は、「[[国防総省が主張する] 現役兵の自殺者減少は、予備役兵や州兵の自殺者増加 [という要因] によって、相殺されている。」と述べ、むしろ、米兵の自殺者は、全体的に増えていることを示唆しつつ、集計法の変更が孕む問題点を警鐘を鳴らしている。Kime, *op.cit.* [10]

様々な施策を実施した。その一例として、イラクから帰還する隊員に対して行われた「クールダウン」という精神医学的療法がある。これは、隊員が帰国する直前、隣国のクウェートにおいて、心理カウンセラーによるグループ・カウンセリングを実施したものである⁽¹¹²⁾。

「クールダウン」については、米軍の部内文書である、陸軍野外教範6-22.5「指揮官及び兵員のための戦闘及び作戦上のストレス管理マニュアル」でも、その定義などが記されている⁽¹¹³⁾。文書の策定年次は2009年であり、自衛隊のイラク派遣に先だって作成されたものではないが、実地の戦闘・作戦経験が豊富な米軍では、「戦闘ストレス」の管理という問題について、早くから取組実績があったと考えられる。イラクでのストレス対策を始め、防衛省・自衛隊は、米軍のメンタルヘルス対策を研究し、適宜、施策に反映させているものと見られるが、今後、日米間で、この方面での情報交換・共有を拡大

させていくことは、防衛協力の新たな課題となるであろう⁽¹¹⁴⁾。

一方、特に海外派遣と精神疾患や自殺リスクとの関係について、因果関係は明らかになっていないものの、イラクなどから帰国した後、一定数の自殺者が出ていることは事実である。海外派遣後に起きたケースを含め、隊員の自殺については、メンタルヘルス対策の重点的なテーマとして、防衛省による事実関係の調査・検証が、より細部にわたって行われ、その結果についても、プライバシーとの関係上可能な範囲で、公表されることが望ましいと考えられる。この点で、原因調査のほか、対策を統合、調整するための組織整備など、自殺防止に係る国防総省と米軍の取組は、参照するに足る内実を備えており、我が国としても参考とすべき取組事例と言えるのではないだろうか。

(すずき しげる)

112) 福浦 前掲注(6), pp.82-83.

113) Headquarters, Department of the Army, *Combat and Operational Stress Control Manual for Leaders and Soldiers*, FM6-22.5, March 2009, Sec.2-113, 2-114. <http://armypubs.army.mil/doctrine/DR_pubs/dr_a/pdf/fm6_22x5.pdf>

114) 東日本大震災の折、自衛隊は、来援した米軍と連携し、「日米メンタルヘルス専門家会合」という会合を開いて、相互理解とメンタルヘルス対策に資するよう、努めたという。防衛システム研究所編纂 前掲注(6), p.36.