

琉球大学学術リポジトリ

沖縄戦参戦米兵と戦争神経症 - Moses R. Kaufman Report 及び Oscar B. Markey Report
の抄訳を通してー

| | |
|-------|--|
| メタデータ | 言語: 出版者: 琉球大学法文学部 公開日: 2008-11-27 キーワード (Ja): 沖縄戦, 米兵, 戦争神経症, 神経精神病 キーワード (En): 作成者: 保坂, 廣志, Hosaka, Hiroshi, 保坂, 広志 メールアドレス: 所属: |
| URL | http://hdl.handle.net/20.500.12000/8293 |

研究ノート

沖縄戦参戦米兵と戦争神経症

—Moses R. Kaufman Report 及び Oscar B. Markey Report の抄訳を通して—

保 坂 廣 志

Hiroshi Hosaka

U.S. Officers and Soldiers who entried into the Battle of Okinawa and their Combat Fatigue

キーワード：沖縄戦、米兵、戦争神経症、神経精神病

目 次

- I はじめに
- II 精神科医療コンサルタント報告書
 - ① Moses R. Kaufman Report 抄訳
 - ② Oscar B. Markey Report 抄訳
- III 考察

I はじめに

今次世界大戦下、日米最後の地上戦が行われた沖縄戦は、「地獄の戦場」とも称され、両軍とも絶望的な戦場であって、敵の死を求め熾烈な戦闘を行った。彼我の戦闘は、近代戦の全ての武器を駆使し、死を賭して戦われたわけだが、戦闘が激烈を極めれば極めるほど、戦場は凄惨な様相を呈し、残酷さを増していった。とりわけ日本側にとり死が戦場の光景に張り付いた時、生は感情を放棄してしまい、戦場からの生還者たちの多くは、死者ともども耳

目を閉ざしてしまった。

それは、沖縄戦にて勝利をおさめた米軍にも同じ事がいえる。米軍は、戦後になり公式の戦時記録^(註1)を上梓したが、そこには沖縄戦参加将兵が如何に戦い、如何に勝利したかについての記述はあっても、彼らが如何に精神的に傷つき戦場を離脱したかについてほとんど記述がない。とりわけ、戦場で勝利者として「地獄の戦場」を見聞した兵士らの胸中の吐露は、沖縄戦正史には皆無である。

ただ、米陸軍が編纂した沖縄戦記録には統計的数値ではあるが、沖縄地上戦参加全将兵約18万人中、「戦闘によらない負傷者」が14,077人を数えたことが記されている^(註2)。沖縄戦での米兵の戦死傷者は、約4万人を数えたが、戦闘参加米兵のうち約22%もの者が、何らかの肉体的・精神的ダメージを受けたことが判明する。中でも戦闘を通じて心に傷を負った将兵は、全体の7.8%に及ぶ結果となっている。ここから、沖縄戦では肉体の損傷ほどではないが、多くの将兵が、「戦闘神経症」に罹患していることが判明する^(註3)。それだけ沖縄戦は、勝者にとっても無慈悲で残酷な戦闘であったといえよう。

さて、今回「研究ノート」で紹介する二本の「精神神経症報告書」は、いずれも精神科オブザーバーとして沖縄戦に参加した精神科医の沖縄現地報告書である。特に Moses Ralph Kaufman レポートは、米軍の沖縄作戦にて発生した戦闘神経症について、その全体像を記した初の報告書である。同報告書は、Kaufman 中佐（当時）が沖縄を出発しフィリピンの南西太平洋司令部に帰還する直前の45年5月1日にまとめられたものである。未だ沖縄戦の渦中にあり、当時の米兵たちの生々しい精神状況が、患者の事例を通して赤裸々に記述されている。

二本目は、米第10軍の神経精神病コンサルタントとして沖縄戦に参加した Oscar B. Markey 中佐（軍医）の報告書である。Markey 中佐は、沖縄戦参加全米軍兵士の神経精神病についての実質的な担当者であり、責任者としての任を担った。

Markey 報告書は、沖縄戦が終了した直後の45年7月1日に書き上げられているが、後にその他の情報を加え、同年10月に公式報告書として完成している。報告書は、米太平洋地区での神経精神病コンサルタントであった Kaufman 大佐と共同で完成させる予定であったが、Kaufman 大佐が5月早々、沖縄現地から転出したため、本人だけでまとめたものである。

II 精神科医療コンサルタント報告書

① Moses Ralph Kaufman Report 抄訳^(註4)

米陸軍太平洋地区司令部（POA）

主 題：沖縄作戦における神経精神病オブザーバー報告書

宛 先：太平洋地区軍医部（The Surgeon, POA）

月 日：1945年5月16日

はじめに

本報告書の目的は、精神療法に関わる作戦前計画と戦闘期間中に実施に移された療法について、専門的な立場から重要と思われることがらにつき梗概することである。報告書のある部分は、技術的な諸状況から緊急を要するものがあり、それ故、これまで利用できた通常の方法は、戦闘下では以前と異なる解釈が出てくる。本官は、米太平洋地区司令部書簡により、1944年2月16日付けで任務命令をうけ、その後第10陸軍およびその後第24師団に派遣されるべき命令を受領、1945年2月25日にレイテ島に着任した。

今現在、本官は沖縄（4月1日～5月1日）にてほとんどの専門的業務に

従事している。そのため、他の総合的医療問題について多くの注意を払うことは出来ない。

1 当初計画

精神病治療に関わる当初計画は、第10軍軍医部による同意と米太平洋地区総司令官による認証のもと、米太平洋地区軍医部（The Surgeon POA）において公式に考察された。それはいわゆる「移動精神科医チーム」形式と呼ばれるものである。この目的の達成のため、訓練を受けた4人の精神科医が、米太平洋地区司令部の配下でその任に就き、後に第24師団に配属された。

移動精神科医チームの構成は、

Howard Gilbert 中佐（当時は少佐） 第29総合病院

Charles Smith 少佐 第9基幹病院

Lindsay Beaton 少佐 第48基幹病院

A.Jackman 大尉 第27基幹病院

これら4人の師団付き精神科医に加えるに、Charles Furniss 大尉（第69野戦病院）が、計画に参加した。

1人の精神科医が、師団に創設される3つの野戦病院のいずれかに出向することになった。そこには、移動精神科医チームとは別に、各1人の精神科医が配属された。米太平洋地域コンサルタント（Kaufman 中佐）と第10軍精神科コンサルタントのOscar B.Markey 中佐とが、監督官としての任務と直接担当者としての責務を担った。

レイテ島での戦闘作戦の継続中、（精神科）医療計画の変更を可能とさせる事態が出てきた。それは、確かな理由があれば、可能な限り鎮静剤（sedation）を、野戦病院レベルで使用してもよいという許可が下されたことだ。

（精神科の）全計画は、著名な太平洋地区での戦闘とその他の地区から届いた報告書等の観察と経験から、最も効果的な精神病治療は、「戦闘地区内での治療」であることが判明した。特にそれは、本症を発した前線地区において治療を施すことが有効なことが判明した。ある種のケースの場合、大隊か中隊の救助所（Aid Station＝包帯所）で治療を行うことが効果的でもある。また他の場合、師団付き精神科医がいる後送支隊（Clearing Comany）に送り込むことが必要となってくる。

実際の所、後送支隊では、2～3日の滞在が許可される。この段階での治療としては、患者の安息、熱いシャワー、着衣の交換、温かい飲食物、鎮静剤による睡眠が付与されることとなる。限られた時間と人力の範囲で、個人もしくは集団精神療法が試みられる。さらなる治療が必要な患者や後送が必要な者は、野戦病院へ転送される。

2 精神科医療組織の詳細

第31野戦病院と第69野戦病院には、移動精神科医チームから1人を派遣する。第36野戦病院は、第77師団に所属し、精神科治療を行う。

各精神科医療施設には、6人の専門的知識をもつ衛生兵と最小限50床を持つ病棟を完備すること。しかし、この計画は、沖縄戦での多数の精神病患者（psychiatric patient）の発生により、不十分なものだった。その当時、各病院には、200人以上の患者が収容されていたからである。病院内には、レクリエーション施設が設けられ、赤十字職員が配置され、集団療法が行われた。また催眠剤使用よりは、精神療法、集団療法が準備されていた。ここで使用された諸技術については、本報告書の関連箇所述べることにする。

さて、沖縄戦での大量の精神病患者の発生により、精神的患者だけを収容する単独の野戦病院の設置が勧告された。第24師団の軍医である Lawrence A.Potter 大佐がそれを提案し、第82野戦病院の設立が決まった。John

W.Middleton 中佐の指揮に入った第82野戦病院には、2人の将校が配属され、そのうちの1人は、精神科の専門教育を受けた者であった。この病院には移動精神科医チームから3人の精神科医が派遣された。付け加えるに、精神科医に対する第10軍監督官でありコンサルタントである本官（Kaufman 中佐）も、そこで任務を遂行することになった。さらに高度な訓練を受けた1人のソーシャルワーカーと第10軍軍医部から1人の将校が、ここに派遣され、各人が専門的な職能を果たすことになった。第82野戦病院の開設は、1945年4月24日のことであった。

第69野戦病院の部隊は、45年4月2日に沖縄本島に上陸した。小隊幕舎には、精神病患者専用の施設が準備された。ここには、4月5日、さらにもう1つの設営小隊が配置され、患者収容の準備がなされた。精神科病棟で必要とされる施設は、ごく簡単なもので、テント、簡易ベッド、毛布、それに食堂ぐらいなものである。

第96歩兵師団第321医療大隊の後送支隊は、45年4月2日に沖縄本島に上陸、師団付き精神科医は同月3日に上陸し、後送支隊の中で精神科患者への治療を開始した。

第7師団の後送支隊は、4月8日からシャワー施設、散髪、レクリエーション施設を完備した。

第31野戦病院は、45年4月2日に当初の計画地で準備を完了し、4月4日に前線へと移動していった。各野戦病院は、前線から4～6千ヤード離れた場所に設置されたが、それは自軍の火砲の射撃範囲内にあり、敵の砲撃の範囲内でもあった。精神病に関連する何人かの兵士が、4月6日に運ばれて来た。野戦病院の施設は、小さいが、それでも十分機能した。一方、後送支隊の方は、患者が増え始めてきた。あふれ出した患者やさらに内観的な治療が必要な患者は、第31野戦病院へと移送した。

第394後送支隊の1つの設営地は、一時的基地（Holding Station）や救助センター（Evacuation Center）として使用されることになった。

3 治療計画

治療計画は、確実な精神医学的原理を元に実施された。いわゆる「戦闘神経症 (combat neuroses)」は、戦場でのストレスや緊張から発生するものである。兵士らは、彼ら自身の「破綻点 (breaking point)」を持っており、プレッシャーとなったものが、内面に備わることになる。その病識となる要因は多様なものがある。例えば、爆発、戦闘状況、地勢、火砲による拘束 (Pinned-down)、戦友の死、殺されたり不具になるという恐れ、臆病という隠された刻印が、やがておそろしい光景を見て湧出する、等である。

他の原因では、次のようなものがある。士気、リーダーシップ、訓練期間、武器の知識、自己統制力、師団精神、チームワークの保持もしくは欠落、戦争に対する態度、戦闘参加回数、一時休息と回復のための時間等である。これらのストレスと緊張状態は、個々人が「破綻点」に到達するまで続くことになる。

上記のことに付け加えるに、治療の基本方法を考えるに際し、以下のことが事実であると信じるのが大切である。すなわち、終わりの見えない戦争の危惧と恐怖が、兵士に広く伝わり、とりとめもない幻想を思いつき、それを回避できないのが人間の精神であり、それらは現実の危機ともなって十分認識されているものであることだ。

人間には、面白くもない体験を向こうに押しやり、恐れを回避する傾向が見られる。時として自分を圧倒してしまう危険や、自分の任務を最大限やりきろうとすることから逃げようとしたりと、人間の要求に対する継続的な緊張状態は、次なる大きな葛藤を準備するはめになる。仲間や将校、部隊への忠誠心は、兵士としての精神や闘争心を作る上で全ての力の源であるが、一方、恐怖心や喪失感、差し迫った死や不具により、こうしたものは危機にさらされるものである。昨今のしかも多数が認める概念では、戦闘神経症 (combat neuroses) は、精神的なものが決定的となるもので、それゆえ精

神医学の治療を受け入れることは、基本の基本であり、そのためにも治療に際しては、良く知られた精神医学的な原理を活用することになるのである。

必ずしもそうとは限らず、臆病というわけでもないが、精神が破綻した兵士は、通常とはまるきり正反対になってしまう。それは、時として圧倒されてしまう状況下で、兵士は、生物的存在としての自分を維持しようと努めるからである。自己生存への自然な本性が、人間の中に置かれているに違いない。この葛藤、付け加えるに上に述べたような症状が、遂には「戦闘神経症」(combat fatigue) と呼ばれる臨床上の顕示(病識) となって起こってくるのである。それは、兵士の戦闘心とそこから逃げ出せない精神から引き起こされるものである。

多くの患者に特有な症状が見られるが、記憶を遮断するような瞬時のトラウマ的体験 (traumatic experience) や、さらに個々人の戦闘での立場などにより、記憶喪失 (amnesia) を呈する者が多い。兵士は、自分の名前、家、部隊等を忘れるかもしれない。彼は、自分自身を見失い、混乱しているように見える。彼の恐怖体験を脇に追いやる試みがなされるが、そこでの治療としては、(恐怖) 体験を解決するため、さらに彼がそこで体験したり支配されたりした体験と関連づけるような様々な技術が採用される。経験と関連する患者の援助技術としては、多種多様なものがある。選択の1つとしてあるのが、「催眠剤」(hypnosis) 治療である。この(催眠剤使用の) 状況下において、患者はあたかも戦場体験が今現実起こっているかのように再演し始める。彼の感情、思考、防衛手段、彼の恐怖心は、様々な状況下を観察している医師により放出されるのである。治療道具の中には、何らかの瞬間に影響を与えたその時の感情の放出を行うものがある。常に治療は、これら記憶喪失症を追い出す目的で行われるのである。

4 催眠剤の効能

我々が選んだ方法は、催眠剤（hypnosis）治療である。戦場下、兵士は、あたかもその現場にいたかのような戦場体験を再演（reenact）しはじめる。兵士の感情、思考、防御手段、恐怖等は、医師の観察のもとでそこに持ち込まれる。この手段は、与えられたその場で耐性できる夥しい数の感情を評価できるものである。ある部分で常に治療は、これら記憶喪失状態を追い散らすことを目的に行われる。その他多くの病状がある。例えば、体の強ばり、震せん、揺れ、頻脈、胃痛等々である。

特徴的な症状としては、突発的な音に対し反応してしまう態様である。失意と安らぎ、安心と安全の要求等、ほとんど子どものような振る舞いを示し、これら反応は患者の医者に対する関係となって示される。患者らは、ひどく暗示を受けやすく、保護を求めるが、それは暗闇を恐れる子どもと同じである。そのため（治療に）重要なことは、始めにある種の親子（医者と患者、下士官と兵）関係を確立しておくことである。威圧的な接触ではなく、保護的であり親切なものとしてあり、催眠剤治療は、こうした関係を築くものである。

催眠剤は、非常に多くの効果を上げ、患者たちは可能な限りテント内で治療を受けた。激高する患者であればあるほど、催眠剤により患者を安心させることが容易である。ほとんどの場合、これがすぐに効き出し、患者は安らぎを覚え、薬剤など使わずとも眠りにおちていった。さらにまた、砲撃の音などの外的な刺激の遮断が図られることでもあった。もしくは、患者たちが、病棟へと移送されたあとすぐにこの治療が施された。催眠剤を使用すれば、恐怖や恐怖症状を直ちに鎮静化できる。これがため治療は、多くの戦時の刺激がある戦場地において施すべきことを覚えておかねばならない。

さらにまた、大抵の場合がそうだが、治療の段階で患者のトラウマ体験を心象風景として巻き戻すのに有効である。精神のカタルシス（精神浄化作用）

と追体験は、催眠剤か睡眠剤（sodium pentothal）の使用により獲得できるものである。

5 集団療法の効能

病棟の全体的な雰囲気は、病氣回復を励ますものの一つである。患者たちは、病氣が当然治り、原隊復帰できると考える。患者全てを取り囲むありとあらゆる努力が、まるでパニックか何かのように他の者に感染していく。

集団療法の目的は、兵士が自分の体験を話せるように仕向けることである。それは、兵士の体験は通常のものであり、決して特異なものではないことを理解させることにもつながる。人は、今までになかった自分の気持ちについて恐れを抱くのであって、臆病だからそうなったのではないことに気がつくだろう。全ての戦場体験を語り合うことは、兵士の心を明け広げにさせ、勇気づけるもので、そこから兵士は、互いに心の中を打ち明け、その違いを心に留めるものである。ここで達成されるべき目的は、兵士が危機的状況から運び出された境遇を真実なものだと認識させ、幻想により打ち負かされた夥しいものを削ぐことにある。

通常、患者たちは24時間以内に立ち上がることができ、彼らは病床で共に励ましあい、集団活動を行う。患者たちは、自分たちの病棟の警備を行い、看護兵としても活動する。また雑用や幕舎の設営やタコ壺堀り、溝さらいやその他山ほどの仕事をこなしていく。これらの仕事は、全て自発的な意志によってなされるものである。さらに余暇活動、幕舎内での映画鑑賞、赤十字、ショー、歌を歌うことなどが、患者たちを勇気付け、奮い立たせていく。

患者達は、これらに関連づけられ、やがて原隊復帰や仲間、部隊、国家を救う要求が、首をもたげてくることになる。しばらくして患者たちは、復帰について尋ねてくる。兵士達は、数日間待つようにと言われ、気もそぞろになってくる。ここでは原隊復帰を拒否するよりも、原隊復帰の希望が、最も

重要なものとなってくる。

精神病棟での生活では、精神科医たちは、怒鳴りちらす患者や病気の患者とともに、病棟で起居をともしする。彼らの任務は、治療価値について患者を勇気づけることである。

6 神経症患者救助の問題

患者の救護そのものは、治療的な意味を持っている。些細な病気やけが、戦闘神経症でもって行き当たりばったりや早まった救助は、病気そのものの負荷を高める精神医学的問題を含んでいる。救助者が増えれば増えるほど、救助を求めるものがますます増えていくものである。実際は、患者は回復し原隊復帰するのが前もって受けいれられており、戦闘神経症は、それ自体沖縄島から患者を外へと転送させる理由にはならない。多数の兵士の早期の救出に当たり、全ての治療計画は、精神医学的な意味から十分な関心が払われるべきだ。さらに患者達が、自分の健康の回復のため、米国内に準備されている医療施設をここにも準備すべきだと考えることは重要なことである。

7 (一時的) 休息所 Rest camps ^(註5)

患者の殺到は、空きベッドの問題を惹起した。また、これら患者が原隊復帰するには、(退院から) 数日かかり、そのため彼らを非病院的な環境下におくための施設が必要となった。この状況に鑑み、戦闘神経症患者用の大隊休息所 (Rest camp) が、第7師団により準備されることになった (添付資料参照1945年4月13日付け第7師団宛て文書。発信は、軍医部中佐 軍医 Byron B. Cochrane)。これら戦闘神経症患者たちは、まさに原隊復帰の寸前であった。これは、高度に計算された回復計画であり、収容人員は75人。後になりさらに増員が計画された。第7師団の軍医部の Byron B. Cochrane

中佐が計画の概要を作成し、第7師団司令官によって認証された。

第27歩兵師団も、制限された数の兵士を収容する同じ休息所を作っている。これら施設は、4月後半から運用を開始している。第24師団の軍医部のLawrence Potter大佐も、戦闘神経症から回復した75人の兵士を収容する同じような休息所の設置を指示している。この施設には、十分な訓練を受けた精神科医が毎日派遣された。

ベッドが準備され、優れた効果が兵士に見られ、これら休息所は精神医学的にもかなりな効果を見せた。今後の作戦に際して、複数の施設を兼ね備えることを勧告するものである。大隊の休息所の価値として、兵士たちはこの休息所で自分の存在を確信できることであり、さらに原隊復帰へ準備を整えることである。

8 治療から見られる兵士の再配置問題

最も困難な問題の1つは、兵士が原隊復帰への準備が出来ないもの、及びその兵士が、師団内で別な価値ある任務についた方がよい場合である。こうした事例には、2つのタイプがあるようだ。

1つは、多くの兵士は、完全に原隊復帰できる以前に、数週間前線後方に待機しなければならない問題である（注 長期間前線から後退した兵士の原隊復帰は、困難であること）。もう1つは、個人の問題であるが、彼らを前線に再配置するよりかは他の任務に就かせた方がよい場合である。こうした勧告は、最小限であるべきだが、士気、被救出者の重要性、兵士の自己意識の維持等から判断し、可能ならばこうした勧告が考慮されてもよいだろう。あるとき、1人の精神科医が、この兵士は前線での作戦任務には不向きだと注意書きをつけて原隊復帰させる文書を出したが、彼は直ちに戦闘地域に入れられた。彼は、その数時間後に前と同じ症状に陥り、病院に転送されてしまった。そこで、再配置の責務を負う師団に対しなされた精神科医の勧告に

に基づき、再配置がなされることを勧告する。

9 戦闘神経症の発生率

現在準備できる統計では、4月1日から25日の間、精神病的な症状を持った患者は、1,406人である。下記の統計は、3つの師団の患者数である。

| | |
|---------|--------|
| 第7歩兵師団 | 598人 |
| 第27歩兵師団 | 309人 |
| 第96歩兵師団 | 499人 |
| 合計 | 1,406人 |

これら数値から判明することは、熾烈な戦闘地の拡大と前線の長さ（距離）と時間との関係である。この期間中、戦闘で負傷した全てを合計すると、負傷者と病者の合計は9,309人である。全患者数の15.01％は、神経精神病的な理由による患者である。しかし、平均した割合は、これよりも低く、おそらく13.2％であろう。戦闘中に負傷した神経精神病患者の割合は、1：4.16である。これら負傷者を輩出した、多くの重要な原因があると思われる。第一義的でしかも最大の理由は、最大の責務を担い、太平洋地域でほとんどの兵士が最初に遭遇した、敵による火砲の大きな集中が原因である。中隊や大隊が、敵の火砲にさらされると、戦闘地域では神経精神病患者の数が大きくなると監督官の立場から言える。兵士らは、火砲を最も恐れ、いつもそれについて話している。治療期間中、トラウマ的な出来事の多くは、ここに集中している。中でも突出しているのは、多くの負傷者を出したり、殺され、戦友が負傷したり、あるいは部隊の壊滅、さらには一度かそれ以上にわたりタコ壺が使えなくなったりしたりと、火砲に集中した物語が多い。

一方、仲間の援護砲火により派生する問題としては、自軍の攻撃への反作用として患者を発生するようにも思われる。これについては、多くの心理的な説明がある。この320mmの自動砲は、かなり大量の患者を発生させること

にもなっている。

部隊の生存者は、孤独になり、縮じかんでしまう。また、負傷者になってしまうと、多くの兵士は、広範囲な戦闘神経症の症状を来たしてしまう。もう1つの原因は、支援がないままに戦場に留まらざるを得ず、戦闘の長さも影響している。多くの兵士が、このいまましい状況について不満を述べている。彼らは、戦況の現状から判断して、ともかくも支援がやってくるべきだと感じている。

兵士の多くは、自分たちはあまりにも多くの戦闘に従事し、そのため、肉体的・精神的耐性が限界に達していると感じている。これと関連して、補充兵と熟練の多くの兵士が精神的にまいってしまった割合を明らかにする試みがなされた。正確な数字を出すことが出来ないが、明らかになったのは、これら補充兵と兵士らは、幾多の作戦を経て、病院行きが必要になったということである。中でも著しい事例としては、士官の地位にある将校の場合である。興味ある観察として、自分が殺されたりひどく傷つくのではないかと突然思い込み、この考え方が罪責感を生み出す原因となってしまったことである。これが、結果的に将校をその病気に駆り立ててしまった。さらにまた、仮に自分が、「優れた兵士」であるとか「優れた指導者」になれば、彼らは、自分の部隊から多くの負傷者を出してはならないと感じ初め、その結果、自己への自信や確信を喪失していくことがしばしば報告されている。兵士を指導する立場にあるこれら兵士たちは、強い責任感に駆られていることが判明する。戦闘作戦と次の作戦のあいだの時間的短さが、戦闘神経症の原因ともなっている。

一方、肉体的な消耗も、この病気の原因となっているが、他の作戦報告書の中に記述されているので、ここでは詳細は述べないことにする。但し、行き過ぎた士気の問題については、指摘したいと思う。自信や信頼が不足しているような将校や、未熟だと思われる新司令官への反発など、将校に対する態度が、やがて軽率な事態へと転落することになる。司令官に対する態度は、

多くの立場からして重要となるべきことを示している。師団からやって来た全神経精神病の患者の70%は、新兵（Rct=Recruit）だという数字があるが、多分これは的を射ているだろう。もちろん、この師団にとり、全ての新兵が戦闘の厳しい状況から転送されて来たわけではないが、その割合は、妥当ともいえる。

患者の中で、症状が最も悪く、救助が必要な兵士のみが、野戦病院へと転送される。一方、患者は、症状の程度によって選別され、症状の軽度の者は、1時間ほど救助所に留め置かれることになる。

神経精神病の場合、病院に転送される割合は、12.8%程度である。数日間、病院に入院しなくてはならない割合は、25%から30%である。

10 治療効果

治療効果は、今の時期では十分に評価するのは困難である。今日現在（4月25日）も含め、病院から報告された精神病患者の合計は、661人である。4月12日には、空きベッドがなくなり、毛布、簡易ベッド、テント等の不足から、精神病患者は他に移送しなければならなかった。この期間中にはまた、第31野戦病院は、水没のため移動を余儀なくされた。ある日には、一日に193人の者が、戦闘神経症として救助が必要になったこともあった。患者は、上陸用舟艇に乗せられ、後方に送られた。彼らは、治療を要する患者の数には入れられなかった。

神経症的な患者が増えすぎ、戦闘での夥しい突発的出来事のため患者転送が出来なかったことは事実である。この状況に鑑み、米太平洋地区軍医部の将校は、野戦病院に対して、他の医療スタッフを支援するため5人の精神科医の追加を認めたものである。病院は、サイパン島にも建設されたが、そこは急病患者治療の治療センターとして、また戦闘のみでなくマリアナ諸島で治療困難な患者の治療施設としても使用された。このため、沖縄から転送さ

れた患者で、サイパン島の野戦病院は満杯となってしまった。ここでは、陸・海・海兵隊の3軍の治療を行った。

野戦病院は、戦闘神経症にて苦しむ兵士への援助やその救助など、大きな価値を約束するところである。これに付け加えるに、サイパン島では基幹病院も建設されており、重篤な患者、たとえば精神病等の患者の受入を拡大している。

45年4月25日の第82野戦病院の開始により、他の野戦病院に175人の神経症患者がいることが判明した。これら患者は、第82野戦病院に転送され、治療の結果は、本野戦病院の活動報告書に示されるだろう。本病院の開設時期と本官の沖縄からの出発時期が重なるため、これ以上の情報を添えることが出来ない。ただし、戦闘神経症や神経精神病の症状を持つ252人の患者の中で、野戦病院で治療を受けた者の90%は、師団の任務へと復帰し、56.8%の兵士は、直接に完璧な原隊復帰を果たしている。

ここで強調すべきことは、統計的な証拠は特別な意味をなさないことである。しかし、真剣に努めねばならぬことは、治療の効果が約束できる兵士のみを原隊復帰させるべきだということである。

再度病院に戻ってきた兵士の調査を試みたことがあった。リストの上からは、わずか8人しかそのような患者はいなかった。しかし、再入院の割合が高いのは間違いなく、この数は少なすぎることは肯けることである。

多数の精神病、精神分裂症、躁鬱病患者がおり、少数の脳震盪患者もいる。また器質精神症 (Organic neurological) 患者もおり、彼らは後方の基地に転送された。厳しい戦闘神経症で野戦病院に転送された兵士がいるが、本官の希望としては、彼らは戦線後方の地域で任務に就かせた方がよい。

11 神経精神病患者の事例

事例 1

最初の事例は、一等軍曹であり、彼は軍務と作戦を立派に遂行していた。戦友にたいする大きな責任感、すなわち戦友たちの死への贖罪意識が、(病識の) 特徴である。

29歳、白人男性、第184歩兵部隊 E 中隊。4 カ年の軍歴と 3 度の海外派遣、4 度にわたる会戦。

彼は、完全なパニック障害、精神錯乱 (Confuse)、(憐) 泣、失見当識 (Disoriented)、混乱した展転反側 (Thrashing around litter=歩けない状態のこと) 状態でやってきた。出来事としては、彼は、迫撃砲の猛攻を受けたという。彼は、直ちに催眠剤を打たれ、抑圧された感情除去が認められた。彼は、臆病なことを思いつき、自分が死んでしまうことへの恐怖とその拒絶、45人の戦友が負傷し、仲間に対する自責感、上司に対する見かけだけの忠誠心等、全ての出来事を白状した。しかし話の後半部分の重圧から、多くの敵愾心は、上官に対するものだことが判明した。彼は、上官らを非難するとともに、自分をも非難していたのである。そこには上官らに対する自分の奇異で混同した自己認識がはかられ、その結果、彼は、上官らを非難した時、自分をも非難することになってしまったのである。

催眠剤での除去反応とそれに引き続く心地よい睡眠の後、著しく病識が改善された。彼が示した震顫 (しんせん=震え、Tremor) は消滅し、彼は自分は完全に回復したと強く主張した。彼の道義心は、二度以上にわたり (仲間の前で) 自分を語り、ある集団療法での討議で中心的な責任を果たしている。彼の自責感は、まだ残っているが、その自責感そのものが、彼を原隊復帰させる原動力となっているのである。彼は、自分が45人の仲間の死を贖わなければならず、しかも彼は、自分自身の犠牲により罪を償わねばならないと感じている。

彼は、原隊復帰した。彼は、確かにかなり優れた兵士だった。ただ彼の自尊心 (Ego) の要因が、あまりにも強すぎて、(周囲の) 好機が逆に悪く作用したと考えられる。事実、次なる人格の調査をしなくても、(彼の) 厳しい自責の念を考慮すれば、その危険性は必然的なものと思われる。

診断名：戦闘不安症 (激症)

措置：完全な戦闘地域復帰

事例2

次の事例は、将校としてふるまう時に、しばしば彼が直面する問題を明確に物語るものである。自信の欠如が、自己崩壊 (Break-down) を生み出し、その結果、反転した自己崩壊は、機能不全感の重石となり降りかかってくるようである。こうなった将校が、自隊に復帰する問題としては上手く復帰できるような多くの事例があるが、個々の (心の) 基層に対して答えねばならないものである。

この患者は、戦闘消耗神経症 (Battle exhaustion) で本病院に運ばれてきた。彼は、近場で砲弾が炸裂した後、手に負えないほどの泣き叫びと震顫 (しんせん=Tremulousness) に罹ってしまったことが出来事 (催眠剤使用) から再発見できた。さらに以前の出来事から、彼は、感情障害 (Emotional difficulties) の痕跡を持った著しい症状があったことが指摘された。また彼は、精神的な原因から頭痛と胃痛をおこし、第118総合病院で精神科医の治療を受けていたことも判明した。彼はまた、身の毛もよだつ恐ろしい戦闘を経験しており、(将校としての) 自分自身の期待にそった能力を発揮できたか否かについて疑問を持っていた。これらの要因に鑑み、この男の自己崩壊は、彼が被った精神的トラウマの態様にあると指摘できる。

この将校は、逸早く自分の性格を取り戻し、この時点では過剰な不安を呈さなかった。彼は、自分の症状について優れた観察力を持っていた。彼は、自分は機銃部隊に戻れないと考えていた。というのも、彼は、仲間の信頼を

失っていると感じたからだ。彼はまた、自分が崩れてしまったという罪の意識も感じていた。遂に彼には、自分はまた砲撃にさらされるのではないかという不安が出てきた。そこは、戦闘の中で自分を喪失したところでもあったからだ。さらに彼は、この戦場で引き続き軍務につくことに不安をもっている反面、出来たら補給係りか兵器係り（Ordinance）にはなれるのではないかと考えていた。

上記の内容に鑑み、また過去にあった出来事から、この将校は、戦闘での自己崩壊により不安症状を呈しており、彼が自分の部隊に復帰しても上手くことが選ばないことがわかった。そこでこの将校は、師団内で、彼が戦闘状態に遭遇しない範囲での任務を与えるよう勧告した。こうした再派遣任務は、有能な将校をそのまま維持させることになるが、神経精神病の観点から見れば、彼を軍から除隊させるべきであった。

事例3

第3の事例は、頻繁に Farily が見られる患者である。治療の方針からいえば、むしろ驚異的な回復というべきかも知れないが、これに加えて、この兵士は、戦闘神経症のほとんどの共通な反応を示している。彼は、任務復帰に対しては不安を抱いてはいるが、完全に原隊復帰できるほど（回復しており）、症状になんらの問題も現出していない。むしろそれよりも、彼は違った種類の仕事に大いなる価値を見出せるかもしれない。

この患者は、激症不安ヒステリー（Severe anxiety hysrerria）の症状のため、4月13日に病院に搬送されてきた。彼は、3日間（正常か否かを分ける）選別支隊（Clearing company）で留め置かれたが、そこでは、急性の驚愕（Startle）反応を示し、半ば人事不省でおし黙っていた。その後、泣き続け、自分の戦友の名前を呼び続けた。そこに収容されている間、彼はひどく叫び続け、催眠剤により静かにさせねばならなかった。翌朝になっても彼の症状は同じで、それは午後まで続いた。その時になり、彼は、自分を抑

庄するものをあえて解放しようとした。その結果、かなりの数の敵愾心が、現出してきた。

治療の終わりごろ、彼はひどく叫び出し、敵愾心を持ちはじめた。そのため彼は、再度催眠剤を投与され、その後しばらく眠り、通常の静かな自分を取り戻した。その日の午後、彼の態度にいい意味での虚勢が起こった。翌日彼は、再度戦友の死を聞いてひどく叫ぶようになった。その後彼は、静かになり、自分の感情について話すようになった。

彼の基本的な葛藤の源は、権威に関連づけられたもので、彼が非常に気に入っていた将校が殺された後、最初の泣き叫びがはじまったことがわかった。

この患者は、自分の内面を発見するため、また精神改良の維持をはかるため、かなりな集中的精神治療 (Intensive therapy) が施された。彼は、精神科医に非常に近接した感情転移を表し、戦闘神経症の状態に大きな関心を抱くようになった。彼は、泣き叫ぶ患者病棟の治療には、なくてはならない存在となった。

少なくともこの時期、この患者は、自分の戦闘神経症からは完全に回復していた。彼は、第7師団の兵士として、全ての戦闘に従軍してきた。そのため彼は、いくらかはこうした長期にわたる従軍に希望を失っていたのかもしれない。しかし彼は、原隊復帰を願い、そう出来るだろう。しかし私の印象だが、彼の戦闘神経症に対する仕事ぶりの優れて明確な素質は、得がたいもので、仮に彼がそうした仕事に従事することにならば、軍隊にとってかなりなプラスになるだろう。それで私は、今度彼がここに戻ってきたら、彼は、神経精神病患者とともに働くように「選別支隊」にいる Charles Smith 少佐の元へ送るように提案する予定である。

仮にこれが実行できなかつたり、認められないのなら、彼は、自分の部隊に復帰することができる。ここでは、彼について全て述べてきたが、この長い手紙 (報告書) は、本患者の特殊な特徴につき説明を加えるために記してきたのである。

事例 4

4 番目の事例であるが、この兵士の場合、決して戦闘部隊の仲間に入るのが許されない問題をはらんでいたことが判明した。公平に見て彼は、事前に集団の一員の中で自己崩壊が完全に予測できる最も代表的な者である。彼はまた、戦闘神経症のみならず、劣った人格の欠点を持つものであり、除隊の代表的な事例を示すものでもある。

37歳になる患者は、45年4月15日ここに（病院）入ってきた。彼が、病院にやって来たとき、彼は、急激に怒鳴りあげ、ひどく恐れ、泣き続け、体を揺らし、恐ろしいまでのパニック状態になっていた。病棟での最初の夜は、催眠剤で静かになり、空襲にもかかわらず彼はぐっすり眠ることができた。休息で、急激な不安は除去され、そこで彼は、急性の不安が襲う前の感情に立ち戻った。彼が言うには、この症状は、大量の砲撃が起こった時、発生したとのことだった。彼は、パニックを引き起こし、方々を駆け回った。これは、非常に興味あることだが、彼は、弾薬がつるべ落として落ちてくる間、その問題のある部分は、自分の家で経験したかのように見なしていたことである。

病院に入ってから彼は、自分の多くの過去を語った。どんな問題でトラウマとなったかについては記憶がないが、18歳の時に問題が起こったという。21歳の時、9ヶ月間病院に入院したことがあった。彼の説明では、腰部の痙攣、腰部の側湾、さらに右足が先天的に短いとのことであった。彼の膝部分の運動は、しっかりしているが、くるぶし部分は、かなり劣っているのが特徴的である。医学上からは、両足の感覚減退か感覚麻痺が見受けられる。神経学的な観察では、脊椎間板ヘルニアの可能性を示す症状は見られず、彼は、両足のしびれと痛みとともに、反復性の背骨の痛みを訴えている。

彼には、完璧な整形外科的な治療が必要となろう。機能面についての要因だが、彼がここにいる状況では、全くの露营地のようなもので、彼は、指示通りいとも簡単に背筋を伸ばして歩行することができる。

この男は、肉体的に劣るだけでなく、生まれつき完全ではなかったのである。彼の過去の全経歴は、未熟な人格を示している。彼は、短軀で、きゃしゃである。彼の精神レベルは、かなり劣っている。例えば、彼は、軍隊でどのような訓練を受けたかについて覚えていない。彼は学校ではわずか6年間しか学んでおらず、しかも同じ学年をくり返している。彼の学習歴も低い。一連の7つのテストを行い、その回答は95-85-76-65-55-48-39-32-25-18-12-6であった。12の回答中、7つを間違え、精神レベルはおよそ6歳であった。知能テストは、ここでは行わなかった。彼は、自分は軍隊内での命令を理解できなく、基礎訓練の学習でもトラブルが起こったと言っている。上記のように、彼は、今までに容易に驚愕し、興奮した経験を重ねてきており、精神的に何かを付け足すことについては明らかに未熟だったのである。彼の戦闘精神は、37歳という年齢、既婚、4人の子持ち、そのうちの1人は海軍にしていること等々を考えると、かなり無理があったことがわかる。彼は、なぜ自分が徴兵されたかについて理解していない。彼は、1944年に外痔に罹り、ちょうど沖縄作戦が始まる今年3月にも同じ症状が出ていた。こうしたこともあり、自分がかつてのように（精神的に）悪化させたと、彼は述べている。彼は、現在、搔痒症も持っている。

この男は、神経症、未熟、精神的欠陥、整形外科的な欠陥があるようである。彼は、如何なる師団においても軍務を遂行することはできない。彼は、今では回復しているが、急性の戦闘反応により戦場から転送されたのであり、現在、別な欠陥も持っている。少なくとも精神科医の観点から判断すれば、彼は、前線基地においてわずかばかりの任務を遂行させるべきであろう。彼は、自分は引き続き軍務につきたいと言っている。彼は、歩兵隊員になるべきでないことは確信できる。

神経症的な行動様式を見せた患者は、除隊となった。ごく手短かに言えば、これら患者は、事実上軍務から解放され、米本国へと帰還となるべきである。

12 戦闘神経症の「訓練記録映画」の制作

米太平洋地区軍医部は、沖縄作戦の期間中「戦闘神経症」の訓練記録映画を制作させることを強く望んだ。これに対し、第10陸軍が同意し、米太平洋地区総司令官が承認したものである。

計画では、音響チームを活用し、第10軍に配属することになった。しかし実際のところ、音響チームは、沖縄作戦の初期段階に間に合わなかった。

映写チームは、「第5博物館及び医療芸術分遣隊」から Ted Bloodhart 中尉が指揮して本プロジェクトに協力することになっていた。およそ1,000フィートのコダック社のフィルムが、太平洋地区精神科コンサルタントの管理下に置かれた。

本映画は、治療に相応したコメントをつけて編集され、訓練を目的に利用するはずであった。音出して使う台本は、沖縄作戦が開始される前から準備がなされていた。そのため、音響設備が、沖縄に到着した後に、さらに完璧な音響入り記録映画を作製することになっていた。

まとめ（要旨）

1. これは、戦闘地区での精神病患者に対し、事前に治療計画の役割を示す専門的報告書である。
2. 治療を施す部隊の編成については、本報告書にあるとおり。
3. 治療計画に沿った基本的考えは、指示したとおり。
4. 各部隊での精神病患者の治療の種類の詳細は、報告書にあるとおり。野戦病院レベルで強調されるべき事は、まずは休息、安心を与える個人に対する精神分析、感情浄化（精神反応の除去）、催眠剤の使用、集団療法、余暇活動、病棟組織、および作業計画である。
5. 一時的な退避休息所（Rest Camp）は、戦闘神経症の事例にそって師

団および軍団が準備すべし。

6. ある種の緊急事態について論議をなし、神経精神病の発生があるならば、それを十分に論議せよ。
7. 治療結果は、上記したとおり。
8. 収容患者が増えすぎたために治療センターとしてあるサイパン島での野戦病院の活用法は、前述したとおりである。
9. 訓練用のおよそ1,200フィートの長さの無声コダック社製フィルムは、依然として（手元にある）状態である。

勸告

1. あらゆる全ての戦闘で、（神経精神病患者）の増加が見込まれるので、当初計画を上回るテント、簡易ベッド、毛布の準備をなすべし。
2. 戦闘地域では、高度に訓練されたものから成る移動精神科医チームと最も有能な精神科医が形成されるべきである。このチームは、大量の精神病患者が集中する戦闘地域内の医療施設に派遣されるべきである。
3. 訓練を受けた精神科医により支援され、各師団内に形成される野戦病院は、全精神病患者の治療センターとして運用されねばならない。
4. これら病院は、上陸時に優先権を与えられるべきだ。それは、精神的な患者が、通常よりも多く発生するため、上陸日から5日以内に病院機能を開始せねばならないからである。
5. （精神病治療の）全計画に関わる基本は、戦闘地域で戦闘神経症患者の治療経験を持ち、訓練を受けた精神科医の指示の下で実施されるべきである。

Moses R.Kaufman

中佐、軍医

神経精神病コンサルタント
米太平洋地区陸軍

② Oscar B.Markey Report 抄訳^(註6)

米第10軍司令部

軍医部

主題：沖縄作戦期間中の精神医療支援に関する報告書

宛先：第10軍軍医部

月日：1945年7月1日（初稿）

1945年10月3日（最終報告書）

目次

- I 作戦実施前活動
- II 目標（沖縄）での精神医療施設の準備
 - 1 移動精神科医チームの編成と派遣先
 - 2 第24師団に配属された移動精神科医チーム
 - 3 第3海兵軍団
- III スタッフ、水準と実際
 - 1 精神療法
 - 2 催眠剤治療の提案
 - 3 睡眠剤治療
 - 4 意志の回復
 - 5 集団療法
 - 6 （牧師、看護婦等の連携による）統合的治療援助
 - 7 医療従事者と看護婦
 - 8 移動精神科医チームの支援

IV 前線将校との関係

V 統計的分析

1 症状 (病名)

2 治療結果

VI 追跡調査

VII 結論

VIII 勸告

1 作戦実施前活動

米太平洋地区 (POA) および第10陸軍神経精神病コンサルタント (専門家) は、1944年秋期に神経精神病援助の準備に着手した。第10軍軍医部は、計画の立案に際し、コンサルタントに十分に自由な仕事をするよう指示した。

第七航空隊 (Seventh Air Force) 回状第176の条文 (1943年10月20日) が、実施に移されるべきだとする二つの主要な勸告がなされた。第一の勸告は、神経精神病院の設立、第二の勸告は、神経精神病医チームの派遣に際しては、彼らを移動精神科医チームとして編成するのが最適だというものであった。第一の勸告は、承認されなかった。それは、兵站上の制約のためであったが、実際には沖縄作戦開始から3週間以上経過して、準備が整ってから実行に移された。

移動精神科医チームは、4人の専門医から構成されており、彼らは、1945年2月1日にハワイオアフ島に到着した。これら4人の将校は、第10陸軍に派遣されている各病院付きの医療将校に対して軍事上から発生する神経精神病教程科目の指導を受け持ち、その任務を果たしている。教程 (コース) は、四回にわたる3日間コース (一教程は、約25時間) で行われ、20人の医療将校に対して行われた。そこでは特に、ストレスが戦場での戦闘行為や通常の

精神病患者の発動力（dynamics）となっており、最新の医療技術がここでは紹介された。また、講義と討議との間に変化をつけるため、患者の症状やストレスの措置についても指導がなされた。

2 海兵隊と神経精神病治療

沖縄作戦以前に、第3海兵軍団軍医部の Morrison 大佐とオアフ島で作戦をめぐる話し合いを持ったが、そこでは海兵師団と神経精神病コンサルタントとの任務上の特別な調整はなされなかった。（沖縄戦が開始され）海兵隊軍医部は、本島北部の作戦に当たったが、そのときも何ら接触はなかった。

まもなくして第1海兵師団は、南部戦線で作戦に従事するようになり、多数の「戦闘神経症」患者が、第82野戦病院（陸軍が建設）に入ってくるようになった。5月5日、（第82野戦病院の）病院長は、Morrison 大佐（第3海兵軍団軍医部）、Kimbrough 大佐（第1海兵師団軍医部）、さらに数人の副官と協議することになり、神経精神病コンサルタントを同行させた。この会議の後、第1及び第6海兵師団軍医部との継続的な協力関係が図られることになった。これは、海兵隊の後送及び「回復期用キャンプ」事務所を通じ、第3海兵軍団軍医大隊と連携することを意味し、この勧告は、実施されることになった。

海兵師団内の海兵隊梯団（Echolon）は、（陸軍と）違った命名をされているが、その支援部隊は、陸軍師団のそれと基本的に一致している。第6海兵師団精神科医の Solomon 中佐、第1海兵師団 Leyvine 中佐は、師団の病院大隊内に（神経精神病患者の）治療センターを設置することにした。全体的な印象では、すべての海兵隊将校が、この考え方を認めているわけではなく、（海兵隊は）大隊レベルでの精神病治療は実現不可能と考えている。海兵隊医療サービスの基本政策は、負傷者は直ちに組織だった師団病院隊（Division Hospital Companies）に後送することだった。

3 スタッフ、水準と実際

精神療法：基本的治療方法は、患者の信頼をもとに医師が行うものである。そこで用いられる各種の医療技術は、治療に対する効果的な手助けと見なされているだけでなく、正しい精神療法の代用でもある。催眠剤使用とその指示は、精神療法士が熟練しており、またそう確信出来る場合にのみ有効である。催眠剤使用とその指示は、患者に対し緊急の良好な（症状）転換を起こさせるに効果的である。

激しい戦闘反応の中で、「幼児がえり」が最も代表的な症状である。突然泣いたり笑ったりする行動、食べ物を噛むのではなく啜ること、無関心、ばかげた作り顔等々がそれである。肉体的に十分満足できる食事を与えながら、やさしく励まし賞賛する「mothering」（マザーリング＝母性的行動）が役立ってくる。これは、病院の開設から1週間ほどしてやって来た（赤十字）看護婦によりなされているが、これが一番よい方法である。（中略）

病気回復の保証は、手順化されているが、ただしこれだけでは十分だとはいえない。兵士らのほとんどの症状は、患者にごく普通に見られることであり、大なり小なり治癒するのは間違いないと兵士らに理解させるよう手助けすることも重要である。時には、催眠剤使用を提案する必要性もあった。それは、急激に緊張緩和をもたらす上で有効であり、暴れる患者を眠りに誘うにも効果があったからである。

ところで、（沖縄戦では）激しい戦闘神経症が兵士らの間に広がっていった。心理学的支援と良い環境だけでは、急性の症状を訴える兵士らの苦痛除去には十分とはいえない。病院の優れた環境にあっても、患者らは孤独感に苛まれ自らの防衛機制が重く、鎮痛になっていく。精神療法がないと、身体マヒは完全に消滅できないわけではないが、激越な症状はそのまま持続し、記憶喪失やヒステリックな身体転換症状が残りがちである。さらに、部隊内で取り上げられ「犯罪者、殺人者の軍隊だ」といった叫びは、言っ

ならない言葉である。

多くの（神経精神病）患者の場合、精神科医の治療目的は、手際よく患者の苦痛を除去してやることである。激越な反動形成は、ゆるやかに崩壊を示す症候よりも容易に除去できるものである。ある種の患者は、通常催眠治療といった強い指導を受けることになる。すなおな精神的な反動形成にあっては、特別に試みられるものとして催眠剤治療が有効である。セラピストは、睡眠剤（Sodium amytal）か催眠剤（Sodium pentothal）かのいずれかを使って患者の戦場光景の劇的な再演を刺激する。この真実の抑圧感情の解放は、今までに抑圧されていた作用の急激な変転を惹起させるものである。そしてそれは、早晚、慢性の心の滓を除去するものとなる。真性の精神病患者を除いて、患者は通常見られる顕著な回復力を示し、やがて日常の任務に復帰できるものである。

4 意志の回復

第82野戦病院では、（医療）将校たちは、病棟で寝泊りし、恐怖のために壕を探そうとする兵士を励ます。病院に入った1日目、兵士らの心の中には、（戦場地と同じように）敵の砲弾が、あたかもこの地域に落ちてくるのではないか、また大音声が我々の砲兵隊のすぐ近くでしているという恐れが残っている。戦場にいた危険のせいで、ささいなことが非常に大きな精神的な作用となって出てくる。ある兵士は、ベッドの足元をもっと深く掘ろうとしたり、近くのやぶの中に身を隠すため駆け出そうとする。

しかし翌日には、兵士は普通にベッドに横になり、砲撃に備えてヘルメットを自分の脇に置くようになる。大量の後送者がいるため、粗末なタコ壺しか準備されておらず、こうしたことが回復よりは集団不安を招いているのかもしれない。

患者病棟に来て間もないにもかかわらず、患者らは自分たちを回復させる

精神科医の自信について気が付いている。患者らが、おしゃべりを隠す必要は何もない。時々彼らは、ジョーの震えとトミーのそれとを比較し、軽口をたたく。症状に関心が払われるが、それは決して行き過ぎたストレスではない。病気に対して何気ない態度がとれるようになれば成功である。兵士らは、どこにいても急速に精神の回復がはかられることを見ており、事実あるものはすでに回復しており、共鳴法を使い、自分の責任においてセラピストになるべき努力を行っている者もいる。

病棟に入院して24時間内に、歩行可能な患者たちは精神科医に案内され、集団討議に参加する。この計画の目的は、議論の中で患者の通常の症状が現れているだけだと説明を受けることにある。患者達は、つねに質問を受け、勇気付けられる。精神科医の力量はもちろんだが、楽天的な雰囲気醸し出すため、患者の中から才能あるリーダーが選ばれる。各病棟将校は、病棟での集団討議を通して、この技術を習得していくのである。

5 統計的分析

回状第179号（1945年6月16日）は、未だ戦闘中の理由でもって、診断結果について供覧されていない。

① 症状（病名）

「戦闘恐怖症 combat fatigue」とか「戦闘作用症 combat reaction」という言葉は、精神的な理由から単純化されたものである。神経精神病という専門用語を避けることが要因となり、2つに分かれてしまったのである。しかし診断名とは別に、2つは重複している。脳震盪という言葉は、診断名としてはほとんど使用されてないが、時に前線部隊の医療将校が用いる場合がある。精神病という言葉は、個々人の症状によく当てはまるような精神的

な反応がある場合に使われる。違った医師によって、不安状態というように、違った命名がなされる場合もある。1つの例として、あやふやな症状と緊急のはっきりした症状とがある。

最も（症状名が）ハンディなことは、入院患者を登録した病院登録簿があるが、その名簿には精神科医が手短に最終診断名として「神経精神病」と記載していることである。

② 治療結果

敵の第一波攻撃に際して、神経症的な症状を呈した場合、その治療は戦闘地域のすぐ近くで行うのが効果的だ。しかし、第二波攻撃では、ストレス（ストレス）はさらに厳しくなってくる。ストレスの要因は、戦闘地域に留まる時間の長さや戦術状態、司令官の資質等によって異なり、したがって治療方法も違ってくる。

病院から前線に復帰した多くの兵士の場合、（当初は）敵の砲撃が最も集中する場所に布陣し、やがて戦闘は最終局面に入り、ついには掃討戦に入ると前線任務が減ってくるものである。沖繩作戦の最後の三週間のあいだ、戦闘レベルが低下し、そこまで副次的症状を持っていた者たちに、明白な（戦闘神経症の）症状が惹起してきた。

表1 米軍兵士の神経精神病発生数と入院患者のその後

| | 任務復帰 | 非戦闘任務 に復帰 | 後送 | 病院転送 | 合計 |
|--------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|----------------|
| 第1期 ～5.8 | 486 (43.4) | 114 (10.2) | 117 (10.4) | 403 (36.0) | 1,120人 100% |
| 第2期 ～5.29 | 566 (39.0) | 81 (5.6) | 483 (33.3) | 320 (22.1) | 1,450人 100% |
| 第3期 ～6.28 | 210 (38.3) | | 338 (61.7) | 0 | 548人 100% |
| 小計 | 1,262 (40.5) | 195 (6.2) | 938 (30.1) | 723 (23.2) | 3,118人 100% |
| 中計 | 1,457 (46.7) | | 1,661 (53.3) | | |
| 総合計 | 3,118 | | | | |

注) Oscar B. Markey Report (1945年10月3日版) をもとに作成

表2 米軍兵士の神経精神病発生数
(病院転送を除く入院患者のその後)

| | 任務復帰 | 非戦闘任務 復帰 | 後送 | 合計 |
|--------------|-----------------|---------------|---------------|----------------|
| 第1期 ～5.8 | 486 (68.2) | 114 (16.0) | 117 (16.4) | 713人 100% |
| 第2期 ～5.28 | 566 (50.1) | 81 (7.2) | 483 (42.7) | 1,130人 100% |
| 第3期 ～6.28 | 210 (38.3) | | 338 (61.7) | 548人 100% |
| 小計 | 1,262 (52.7) | 195 (8.1) | 938 (39.1) | 2,395人 100% |
| 中計 | 1,457 (61.9) | | 938 (39.1) | 2,395人 100% |
| 総合計 | 2,395 | | | |

注) Oscar B. Markey Report (1945年10月3日) をもとに作成

（表1から第1期の）1945年5月8日までに入院していた患者のうち、3分の1以上が任務に復帰し、（表2から）治療を受けた患者の83.68%がこの時期に任務に復帰したのが指摘できる。第2期（5月8日～5月28日）の戦闘は、熾烈だった。治療を受けた57.17%が、任務に復帰している（表2）。師団の（医療）施設は、大きな意味を持っており、良性の患者の多くは、野戦病院に来る前にそこで処置を施される。戦闘の最終段階の第3期（5月28日～6月28日）では、野戦病院は、十分な収容能力を持っており、患者で溢れることはなく、そのため「病院転送」はなかった。この時期治療を受けた者のうち、38.23%が任務に復帰している（表2）。これらの数値は、治療の結果を反映したものではなく、むしろ患者が、自分の精神的な問題の状態を改善しようとしたかどうかを反映したものである。

精神科医は、患者の治療に対して最も重大な責務を負っているが、（反面）患者個々人の軍務に対する残余の能力によっても（病氣回復が）なされるのだという考えを、本官は強調しておきたい。

6月16日までに（任務に復帰し、）2回目の攻撃に参加した兵士のうち、3%より少ない者が再度病院に送られてきた。兵士の軍歴から、この数字は5%に達するだろうことが、十分肯ずけるものである。再入院の問題は、本作戦期間中、兵士達に与えられた効果的な軍務に依拠している。おそらくここで治療を受け、再入院した兵士の割合は、沖縄戦に参加する以前に神経精神病として治療を受けた人々の割合と差はないであろう。

6 追跡調査

（患者収容先の）関連地域の病院を訪ねることは不可能である。しかし、第204総合病院（場所はグアム島在－保坂）神経精神病主任の Samuel A. Weiss 中佐から受領した報告書は、（当方の）（後送・病院転送）計画を効果あらしめる判断基準となるべきものかもしれない。「転送に関する患者選

扱は優れたものだ」というのが、彼の回答である。神経精神センター（第82野戦病院）から患者と共に添付された病床記録は、「完璧なもの」だったとも報告されている。海上輸送や航空機輸送による「後送」であろうが、精神病患者の様態は、到着時非常に良い。患者のほとんどが、到着後、上手く適応しているように感じられ、治療を受けてきたものと、病院管理上転送された者との差はない。ここでは、催眠剤と睡眠剤治療を行っている。それは症状となる記憶の復元にあるが、その効果は十分ではない。結局これは、（薬剤使用に際し）上手くバランスのとれた患者が少ないことが考えられる。

7 結論

1. 任務に復帰した兵士の割合は、師団施設の陰に隠れ急激に減少してしまった。完全に師団内の施設が運用を開始する前は、良性の精神症状者の割合が高く、治療を受けた患者の約6分の5ほどが任務に復帰（完全復帰と一部復帰を含む）できることが可能であった。この傾向は、作戦の山場を向かえるまで続いたことは真実である。（この研究では、独断的であるが5月7日）。主として師団の一時的待機所を通して、前線で優れた治療が準備された。この第2期では、神経精神病患者の発生は、平均して高く、さらに悪性の爆発タイプが残されてしまった。それでも任務復帰の割合は、約57%と依然として高い数値を示している（表2）。

海兵隊の完全任務への復帰は低く、病気と関係した海兵隊患者が、陸軍患者よりも多く「後送」されてしまった。そのため、最大数の海兵隊補充兵が派遣されてきた。第3期が開始されたが一本官の独断的な判断だが5月28日に始まるが一、敵の集中砲撃が終了するまで、熾烈な戦闘が続いた。第1期から第2期まで、圧倒的な不安神経症状が、仮借なき敵の集中砲火の中にどっぷりと浸かってしまった。これは、催眠剤による（反復）体験により、驚くべき様子が覗かれた。危険とショックは、戦場からの搬出によってそのとき

には減少していたが、緊張そのものは、潜在的な精神病的な性格特性として引き続き起こっていた。全般的な危険性は、仲間に寄り添うことによって減少していった。危機を生み出したり、それを強化させたりする性格的な弱点（罪や劣等感に対する無意識的な防衛反応）が、さらに注目を集めるようになった。作戦が最終段階を向かえ、沖縄島の占領が宣言されたあとのことだが、これは本当のことである。すなわち、真の意味での神経精神病と典型的な「戦闘シンドローム（戦闘神経症群）」が、患者の中で支配的となり、任務へ復帰できた割合は38.32%と急激に減少してしまった（表2）。

2. 専門的に拡大した野戦病院（ここでは第82野戦病院のこと）は、前線の初期段階でのすばやい援助と近場であるため、優れた効果を発揮した。1つの野戦病院への施設の集中化は、幾つかの利点を教えることになった。それは、医療技術と利用との統一と集中、現状の治療問題に関する論議と実践への継続的な機会、さらに高度な多くの専門的知識を持つコンサルタントの存在等であった。

その他の野戦病院では、外科患者や内科患者をそこに移送したり、指導のため第82野戦病院の専門家呼びつけたり、精神科患者を相互に入れ替えるなど、自由な環境下にあった。第82野戦病院以外の病院長は、内部でのこうしたやりとりについて感謝の意を表した。

3. 師団内での精神科（医療）は、戦闘以前に最も重要な施設となるが、特に一時的待機所が準備された時、顕著になった。神経精神病患者は、部隊医療部がしっかり支えており、機微に富み、兵士達に任務復帰への考えを徹底させた場合、その発生数を低減することができる。神経衰弱の予防では、感情破綻の予防のため、精神科医が司令官と親交をもち、連携して行うことが重要である。

4. 移動精神科医チーム；4人の経験豊かな精神科医が、大なり小なり師団レベルでの医療責任者として配置されている。彼らは、教師の位置にあり、また病院内に普及させるような患者の意志の回復の開発・維持について信頼される者でなくてはならない。彼らの患者に対する対応の丁寧さは、長年にわたる医療の実践から来ているものである。彼らの実際の治療とその計画は、バランスがとれており、これから先、陸軍が兵士の有用性を判断できることに基本を置いている。彼らは、若い精神科医にとり優れた教師であり、もう1人の病棟将校でもある。

8 勸告

コンサルタントの目的

神経精神科医コンサルタントは、個人用及び集団用ロールシャハテストを用い、作戦に向かう戦闘部隊の客観的な研究を試みようとした。その目的とは、いかにすれば、「(精神的に問題のない)普通の兵士」を見つけることができるか否かであった。この記録類は、どんな兵士が精神的に破綻するのか、何が破綻点に影響しているかについて、ロールシャハテストのパターンを通して戦闘に参加する兵士を前もって決めておくことを意図したものであった。「破綻」せず戦闘を成し遂げた兵士らは、研究上「統制群」として扱われた。研究上、「(破綻)作用」は、兵士の激しい行動様式には認められず、潜在下に潜む影響が作用を持つてるのではないかというのが研究上言えるかもしれない。

III 考察

Moses R. Kaufman 報告書は、1945年4月1日から同5月1日までの沖

繩作戦における米軍精神治療をまとめたものである。その主な内容としては、①移動精神科医チームの作戦全般にわたる指導、②戦闘地区にての早期治療と前線復帰率の高さ、③野戦病院に精神科の専門病院を設立する意義、④催眠剤（自白強要剤）の大量使用等である。

Kaufman（精神科医・大学教授1900-1977年）大佐は、カナダ出身の軍医であり、ハーバード大学医学部出向の一人として、日米開戦後直ちに陸軍に派遣された軍人である。彼は、ユダヤ教徒として知られ、灰色の髪をしたがっちりした体格の精力的な軍医であり、大学から軍隊を通して経験豊かな精神科医でもあった。彼には、長期にわたる精神医学の実践があり、それまで米軍内で行われていた神経精神病治療について、随所で異議申し立てを行っていた。それは、従来の方法では、神経精神病患者の治療が有効的ではないと考えたからである。

そこで彼は、南西太平洋司令部にて神経精神科コンサルトの任についている時、太平洋地区にいる米軍高官たちに新しい試みを売りつけようとした。彼のアイディアは、バックナー中将の元で第10軍の医療将校をしていた Robert C. Richardson 中将と Fred.C Westervelt 大佐を通して、John Mitchell Willis 准将（太平洋地区軍医部）の目にとまることとなった。その結果、彼のアシスタント役で共に仕事をした Lindsay E. Beaton 大尉とともに、Kaufman 大佐が南西太平洋陸軍付き神経精神病コンサルタントとして召還されることになったのである^(註7)。

ちなみに、Kaufman 大佐は、戦闘神経症を以下のように説明している。

「戦闘恐怖症（War fatigue）とは、激しい砲弾の下にさらされたり、来る日も来る日も単調な作業が続いたり、戦闘し退避したりと、市民生活とは異なる緊張が浮上し、兵士の神経が崩壊する場合に発生するものである。砲撃の決定的な瞬間で、50ヤード先の地面をたたきつける砲撃のため、熟練の兵士や鍛えられた兵士らは、砲弾の破片が自分に突き刺さっておらず、敵の攻撃の状況が判明しないにもかかわらず、自分の体にぴったりと寄り添う機

銃が正確に撃てなくなってしまう。

兵士らの精神において、頭は真っ白になり、手は振るえてしまう。またしばしば彼らは、言葉を失ってしまう。さらに彼らは叫び、凶暴にもなってしまう。ある兵士が、自分に何が起こったのかといった鋭利な記憶をもたず、空白のまま戦場から後送されると、時としてその事態はさらに悪化してしまう。兵士は、腕や足の数を数え、みんなそこに付いていることがわかる。彼の肉体は、全てそろっている。彼は、自分に何が起こり、わけがわからなくなったことが理解できても、前線ですっと一緒だった仲間を気遣い、自分が仲間から見放されてしまったと感じてしまう。

潜在意識下であって、兵士は前線を脱出する正当化を図る。兵士は、無意識に自分の精神を修復するのを拒絶し、その結果彼は、実際の負傷兵になってしまうものだ^(註8)。

Kaufman 大佐は、戦闘神経症の来歴とその特色、病識等を詳述した上で、危機的状況下にさらされた兵士の治療に当たっては、肉体的に安全な地区にて治療を施すのではなく、戦闘地域、それも直近で行うことが最も効果的だと提案した。それは、「仮に兵士らが、頭の上をうなりをあげながら飛ぶ砲撃音を聞き、日本機が頭上を飛びかうさなか、タコツポに身を隠したり、雨の中食器を手にとり並ぶといったことは、兵士自身に寝床を作らせ、自分の食器を洗わせることになり、依然として軍隊内にあることを彼らに信じさせ、前線復帰の準備ともなろう」ということだった^(註9)。

Kaufman 大佐の提案を受け、沖縄戦では、実際に戦闘神経症者は前線の近辺にて治療を施すことになり、各医療部隊では一時的待機所 (rest camp) を野戦病院のある後方よりも近い場所に配置した。

Kaufman 報告書では、軍の検閲事由のため、正確な患者数や戦場から搬送された兵士の数は不明であり、さらに戦線復帰者や本国への送還者についても不明である。ただし、本報告書では、4つの事例が紹介されており、そのおのおのが当時の治療方法や処遇を物語るもので、資料的価値の高いもの

となっている。

ちなみに Kaufman 大佐は、沖繩戦のさなかの45年5月早々、南西太平洋司令部のあるフィリピンに帰還し、その後沖繩には戻らなかった。翌1946年には軍隊を退き、同年にニューヨーク州ニューヨーク市にあるマウント・サイナイ（Mt.Sinai Hospital=ユダヤ人系列）病院立医学部教授を勤め、1961年、そこを退職するまで精神科教授として活躍した。その間、1950年から52年にかけて米国精神医学会長をつとめ、1961年マウント・サイナイ病院立大学の名誉教授の称号を受けている。

一方、戦闘神経症患者の治療実態については、Oscar B.Markey 報告書が詳しい。同報告書によれば、沖繩戦では、通常負傷した米兵は、收容中隊の手を通してジープ、救急車、水陸両用車、4分の3 屯トラック等にて前線から200～400ヤード後方にある大隊救護所（Battalion Aid Station）に後送される。大隊内には、一時的待機所（Rest area）が置かれているが、そこには病気の程度や判別を行う識別隊（Clearing Station）と呼ばれる緊急医療救助所が置かれていた。神経精神病の疑いある患者の場合、常勤の精神科医が48時間治療を施し、約6割の者が「意志の回復」を行い、原隊復帰していったといわれている。

一方、病気の重い者や神経精神病そのものに罹患している兵士は、さらに戦列から6,000～7,000ヤード後方の野戦病院へと收容される。沖繩戦当初、神経精神病患者を受け入れる野戦病院は、3つ用意されていたが、4月6日に最初の患者が後送され、その後急速に患者が増え出し、收容能力50床の野戦病院に200人以上の患者を收容することになったという。そのため、米第24軍団では、急速神経精神病患者のみを治療する第82野戦病院を北谷地区に設立している。

さて、野戦病院で治療を受け、回復がなった者は、Rest Camp と呼ばれる「回復期用キャンプ」に後送されることになる。ここは、病院独特の雰囲気はなく、任務復帰（原隊復帰=Duty と呼ぶ。また非軍事的任務への復帰＝

Duty Reassignment と呼ぶ) までの精神的・肉体的回復をはかるキャンプであった。

一方、神経精神病患者の中で、治療困難な者は、グアム、ハワイ等に後送 (Evacuation) され、戦線復帰はならなかった。ここで治療を受けた者の中で、さらに米本国へと後送されるものがあり、医師の判断によって「除隊」となる者もいた。

さらに、神経精神病患者の中で、「Administration Evacuation」と呼ばれる患者がいるが、詳細についてはよくわからない。直訳すれば、病院転送と訳されるが、その原因として内科・外科的疾患者が精神科病棟に搬入された場合が考えられる。さらにまた、沖縄戦に先立ち米軍では、沖縄で2週間以上の治療が必要な患者は、マリアナ諸島地区に転送する取り決めがなされており、患者の収容能力や医療政策及び管理上の取り決めから「転送」がなされたのかもしれない。

ところで、Markey 報告書で示された沖縄戦にて発生した神経精神病の基本データは、その他の記録類とも照合し、十分な分析が必要となってくる。それは、戦時データの特殊性という問題があるからである。

Markey 報告書によれば、1945年6月末現在までに、野戦病院に収容された神経精神病患者の数は、3,118人となっている (表1参照)。この数字の中には、患者数は不明だが陸軍野戦病院 (第82野戦病院) に搬送された海兵隊患者も含まれている。

さらに Markey 報告書では、陸軍4個師団 (第24軍団傘下) と海兵隊2個師団を合わせた戦闘負傷者で入院患者数は、30,917人を数え、そのうち陸軍のみの神経精神病患者は3,227人と記述している (表3)。

さらにまた、全入院患者数30,917人のうち、海兵隊員の神経精神病患者を加えた数字は、4,318人となっている (表4)。単純に引き算すると、1,091人が海兵隊神経精神病患者として算出される。この海兵隊の患者数の少なさの理由として、海兵隊は伝統的に負傷者を師団病院にて治療を施し、めった

に陸軍の野戦病院に移送しなかったことが上げられよう。

表3 神経精神症患者の割合
(陸軍師団のみ)

| | |
|---------|---------|
| 全負傷者 | 30,917人 |
| 精神神経症患者 | 3,227人 |
| 割合 | 10.4% |

(1945年6月30日現在)

注) Oscar B. Markey Report (1945年10月3日)、p.14から作成

表4 神経精神症患者の割合
(陸軍・海軍を含む)

| | |
|---------|---------|
| 全負傷者 | 30,917人 |
| 精神神経症患者 | 4,318人 |
| 割合 | 14.0% |

(1945年6月30日現在)

注) Oscar B. Markey Report (1945年10月3日)、p.14から作成

ちなみに、米第10軍の正史では、1945年6月現在、戦闘によらない負傷者は陸軍・海兵隊およびその他の支援部隊を含め26,211人と記録している^(註10)。この中で特に、45年5月終了時点で、陸軍4個師団で7,762人、海兵2個師団で6,315人の合計14,077人が「戦闘神経症」とであると記されている^(註11)。また、戦闘神経症3~4千人の「患者が流れ込んで野戦病院は一杯となり、そのため沖縄島から患者転送をこれ以上させない試みがなされた。それは、野戦病院への流れを食い止めるのはもちろん、さらなる治療の効果をねらって可能な限り前線で治療を施すためだった。」^(註12)と述べている。

Markey 報告書と第10軍報告書 (Last Battle) の神経精神病患者の数に

異同があるが、Markey 報告書に記された神経精神病患者の数字は、各部隊に配属された精神科医からの情報⁽¹³⁾であり、医療実践からの生のデータとして、信憑性が高い数字と判断できる。

そこで2つの記録から、新たに数字を読み直して見ると、以下のことがいえそうだ。

| | | |
|---------------------|---------------------|---------------|
| 上陸米兵 | 約180,000人 | Last Battle |
| 戦闘によらない負傷者 | 26,211人 | Last Battle |
| 戦闘神経症者 | 14,077人 (1945年5月現在) | Last Battle |
| 野戦病院入院患者 (神経精神病) | 4,318人 (1945年6月現在) | Markey Report |

ここから、次のような数字がでてくる。

| | |
|-------------------------------|-------|
| 戦闘による負傷者の割合 (对上陸米兵数) | 14.5% |
| 戦闘神経症の発生率 (対負傷者数) | 7.8% |
| 戦闘神経症のうち入院した患者の割合 (対戦闘神経症患者数) | 30.7% |

通称「Mild Case」といわれ、師団や大隊本部にて戦闘神経症として治療を受けたものは、そのまま任務復帰か一時的待機所に入ることになるが、数字の上からは約7割の兵士がそれに該当したことになる。

ところで、米軍の沖縄作戦では、上陸将兵18万人中、39,420人が死傷を被っているが、その割合は21.9%である。さらに戦闘中何らかの原因で心に傷を負った兵士の割合は前述したように7.85%であり、肉体の損傷ほどではないが、それでも沖縄戦がいかに残酷で無慈悲な戦闘であったかが数字上判明する。

さて、Markey 報告書についてさらに考察を進めると、数字上のレトリック(巧言)が浮かび上がってくる。報告書は、2つのパターンから成っており、1つは野戦病院に入院した兵士のその後の経過を表したものである(表

1)。また表2は、その中で病院転送された者を除いた者である。表1を採用すれば、治療を受けた兵士のうち、「任務復帰」「他任務に復帰」した者、すなわち何らかの形で、配下部隊に帰任できた者は、全体の53.6%となる。これに対して、「後送」「病院転送」など部隊に帰任できなかった者は、46.4%となり、相拮抗した結果となっている。

ところが、病院管理上の理由でもって、「病院転送」者を排除すると、その数値は、大きな変化を見せる。すなわち、任務復帰者の数値が、84.2%となり、ほとんどの患者が引き続き任務を遂行できたことになる。前述した米軍正史の中で、戦闘神経症患者の「80%は、10日以内に任務に復帰した」⁽⁸¹⁾とあるのは、この数値と照応しているといえる。

Markey 報告書は、この種の報告書の常として、自己に都合の悪いデータや分析をしないことを伺わせる内容となっているが、沖縄戦の展開とともに「任務への復帰」者が、確実に低下してくるのが判明する。すなわち作戦第2期では、57%程度が任務復帰出来たのに対して、「後送」者は43%へと著しく上昇している。さらに、第3期では「任務復帰」者は、38%に激減し、反対に「後送」者は62%に達している。戦闘の長期化につれ、確実に戦闘神経症患者が増加し、さらに病識が発見されたはものの、治療を受けても再度の戦闘任務に復帰できないものが増えているのがわかる。

さらにこれもまた数字のレトリックであるが、「病院転送」者データを含む全入院患者のその後の措置では、任務復帰者が46.7%であるのに対して、復帰できなかった者は53.3%となり、治療の困難性が見て取れる（表1参照）。しかし、この数値から「病院転送」者を排除すると、こんどは一転して「任務復帰」が62%、復帰できなかった者が39%という結果になり、良好な治療結果が出てくることになる（表2参照）。

どちらの数値を採用するかについて、確証はないが、少なくとも一度は野戦病院に収容され、病院の規則に該当しないからからといって、患者数を排除するのは、統計学的に、すなわち母数の恣意的な操作と見なされても仕方

ないだろう。

それにしても、沖縄戦は彼我を賭した一大決戦であったと言われているが、こと神経精神病患者の治療に関しては日米に雲泥の差があったといえる。極端に言えば、沖縄戦に敗れた日本側には軍医や民間人医者を含め、精神科医、専門家が一人もいなかったことである。これに対して米軍側では、沖縄作戦前に用意周到な精神医療対策を行い、戦場にあつては専門医を中心に、専門的病棟看護士、看護婦、ソーシャルワーカー、訓練士、心理専門員、教師、牧師等を配置し、治療に当たっている。さらに沖縄戦では、患者の急増と専門的治療の観点から作戦開始後3週間にして精神科専門の野戦病院を開設し、治療に当たったことは特筆してよいだろう。

ただ、専門家を配置したからといって、「戦闘神経症」患者が減少したわけではもちろんなかった。むしろ日米両軍の近接戦闘により、米軍にはそれまでのアジア地域での戦闘の最大の「戦闘神経症」患者を発生させている。さらに、沖縄戦で神経症的な症状を呈しなかったものの、戦後米国に帰還し後に、本症状を発症する者も多数に及んだ。沖縄戦は、兵士の肉体を破壊したに留まらず、多くの兵士の精神を蝕んだことが米軍報告書を通して明らかになったといえる。

なお、沖縄戦における米軍の戦闘神経症の詳細については、稿を改め書き下す予定である。研究ノートは、その予備的なものである。

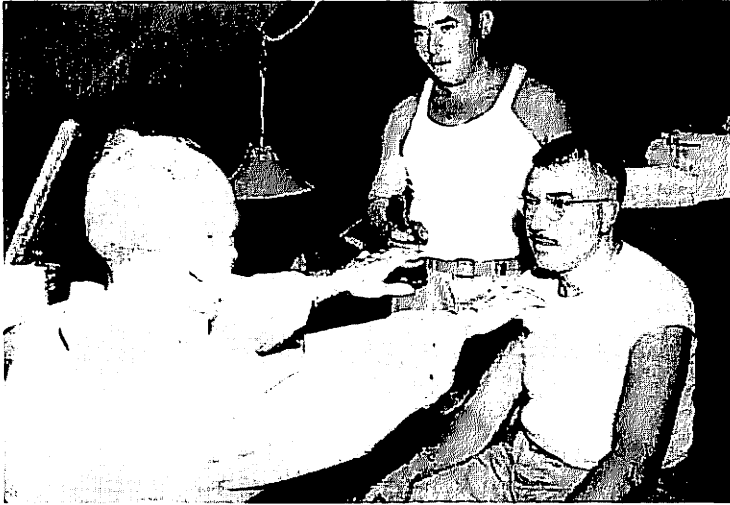
脚 注

- (1) 米軍正史としては、陸軍省では *The War in the Pacific Okinawa: The Last Battle* by Roy E. Appleman, James M Burns, Russell A. Gugeler and John Stevens, Center of Millitary History, United States Army, 1991 がある。また、海兵隊では、*Okinawa: Victory in the Pacific*, by Chas S. Nichols, Jr, Henry I. Shaw, Jr, Historical

- Branch G-3 Division Headquarters U.S. Marine Corps, 1955 および History of the Sixth Marine Division Edited by Bevan G. Cass, Infantry Journal Press, 1948 等がある。
- (2) The War in the Pacific Okinawa: The Last Battle by Roy E. Appleman, James M Burns, Russell A. Gugeler and John Stevens, Center of Military History, United States Army, 1991, pp. 384-385.
- (3) 戦闘神経症に関する研究で、特異な戦闘部隊としてあげられたのが太平洋地区を防御した南西太平洋地区米陸軍である。同司令部は、配下の精神科軍医に指示して世界各地の米兵の戦闘神経症患者の発生率を比較させ、その原因解明に取り組んでいる。その結果、1944年段階で、ヨーロッパ戦線では戦闘参加者対千人比52人の戦闘神経症患者を発生させたが、南西太平洋地区では米兵千人に対して48人であり、ヨーロッパ戦線参加者の割合が高いことが判明した。米国立公文書館（略称はNARA）RG112 ENTRY31ZI Box1349 The Neuropsychiatric Problem in the Pacific p.2. 一方、第二次世界大戦に関わる米軍兵士の戦争ノイローゼ（War Neuroses）について米国立調査委員会追跡委員会が報告書をまとめている。それによれば、第二次世界大戦に、米軍将兵2,500万人が参加し、そのうち陸軍将兵63万人、海軍（海兵隊を含む）7万3千人の合計70万3千人に精神病およびノイローゼ患者が発生したという。全負傷者に対する神経精神病者の発生割合は、陸軍が3.6%、海軍が1.4%、平均すると3.1%がこの病気に罹患したという。A Follow-up Study of War Neuroses by Norman Q.Brill & Gilbert W.Beebe, VA Medical Monograph, 1955, p.26.

仮に、南西太平洋米陸軍の数式を沖縄戦での米軍戦闘神経症者と比較すると、沖縄戦参加者の戦闘神経症罹患率は、対千人比78人となり、今次世界大戦の地域別割合と比較すると最大の数字となる。

- (4) NARA RG112 Box1346, Report of Neuropsychiatric Observer in the Okinawa Operation, 16 May 1945, 全29頁
なお精神医学用語については、加藤正明編集代表『縮刷版 精神医学事典』弘文堂 2001年に準拠した。また、抄訳との関係上、原著の章立てを改め、訳者が便宜上連番をふった。
- (5) 戦闘神経症から回復し、原隊復帰する兵士が、一時的に休息・慰安を目的に待機する場所。病院としての雰囲気はなく、任務復帰直前の精神的・肉体的な調整機能を果たす場所のこと。
- (6) NARA RG112 Box1348, Neuropsychiatric History of the Okinawa Campaign, 3 October 1945, 全15頁
- (7) Medical Department, United States Army, Neuropsychiatry in World War II, Volume II Overseas Theaters, Office of the Surgeon General Department of the Army, Editor in Chief William S. Mullins, Editor of Neuropsychiatry Albert J. Glass, 1973, p.671.
- (8) ditto., pp.671-672.
- (9) ditto., p.672.
- (10) The War in the Pacific Okinawa: The Last Battle by Roy E. Appleman, James M Burns, Russell A. Gugeler and John Stevens, p.490.
- (11) ditto., p.384.
- (12) ditto., p.414.
- (13) Neuropsychiatric History of the Okinawa Campaign, p.9
- (14) The War in the Pacific Okinawa: The Last Battle, p.415



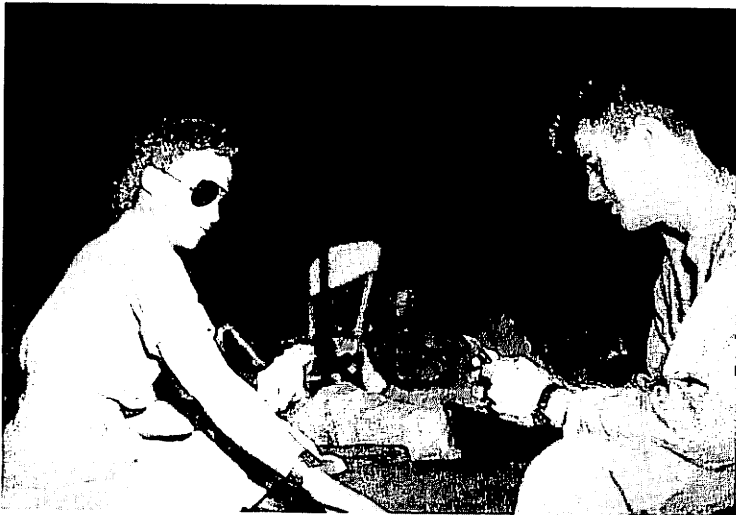
① 陸軍・海兵隊の戦闘神経症患者は、第82野戦病院に到着後直ちに精神科医の問診を受ける。1945年6月9日 沖縄



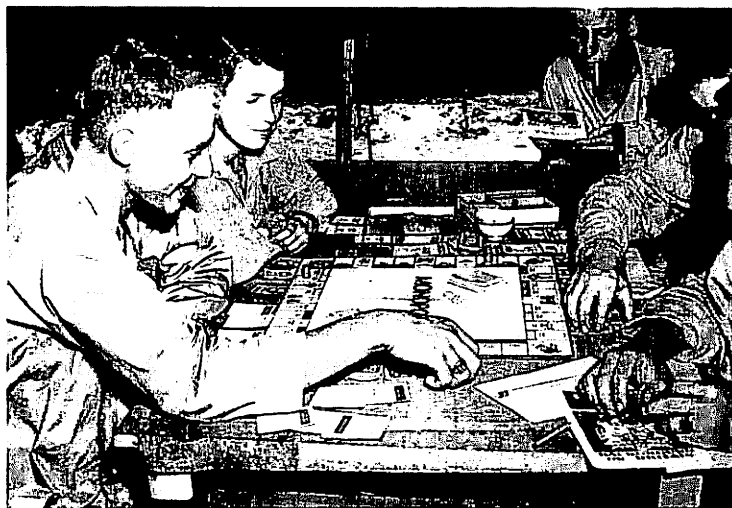
② 第82野戦病院（神経精神病患者専用施設）に収容された戦闘神経症患者たち。1945年6月9日 沖縄



③ 新しく収容された戦闘神経症患者たちが、ジャックマン大尉から説明を受ける。第82野戦病院は、太平洋地区において唯一の神経精神病治療施設である。1945年5月19日 沖縄



④ ハーディ看護中尉とカード遊びをする神経症患者。患者は、砲撃で右足を負傷、そのショックで戦闘神経症に罹患した。1945年5月19日 沖縄



⑤ ブラウン看護中尉とゲームに興ずる戦闘神経症患者たち。
1945年5月19日 沖縄



⑥ 赤十字読書室にて読書にいそむ戦闘神経症患者たち。
1945年5月19日 沖縄