

# 災害・紛争等緊急時メンタルヘルス分野における有効な国際的人道支援の進展

：スマトラ島沖大地震・インド洋津波によるタイの被災とケアの事例

イザンベール まみ

## はじめにーメンタルヘルス人道支援のグローバリズムとローカリズムー

紛争・災害等緊急事態でのメンタルヘルス面での人道支援の国際的基準は、他の分野に遅れて2000年代後半から今日にかけて整備されてきた。予測不能に生じる紛争や災害が人々にトラウマ（心的外傷）を与えることは避けられない。他分野にも言えることかもしれないが、メンタルヘルスの人道的支援の方法論はあらかじめ理論的に作成されたものではなく、実際に災害や紛争によるトラウマに苦しむ人々を支援してきた、当該政府や諸国際機関、NGOなどグローバルな、あるいはローカルな市民社会の実践の蓄積によって形成されてきたものと言える。換言すれば、各事態での実践の成果と反省を盛り込んだうえで整備が目指されているものとも言えよう。

本稿の第一の目的は、2004年スマトラ島沖地震によるインド洋津波を被災したタイ南部におけるメンタルヘルス支援を事例として、実践が人道的国際支援のあり方のグローバル・スタンダード作りにどのような役割を演じたかを考察することである。後述するように、スマトラ沖地震・インド洋津波は国際的人道支援の改革に大きな影響を及ぼした。

第二の目的は、著者が参加したタイ南部の復興調査から、メンタルヘルス支

援のグローバル・スタンダードとは異なった、タイの宗教と伝統文化に根ざした草の根支援の有効性の検討である。国際的なガイドラインは一般論として、各地の文化や価値観の尊重、時には伝統的ヒーラーの役割にも触れてはいるが、その目的上、一律的ないしは近代西洋的な性質を逃れられない。しかし、タイにおける調査や、グアテマラ内戦時のジェノサイドによるPTSD (Post-Traumatic Stress Disorder: 心的外傷後ストレス障害) に対してマヤ医学が西洋医学を超える有効性を持つことを立証した宮西照夫の分析 (宮西, 2005, 等) を参照した結果、広義のメンタルヘルス・ケアにおいて、長い伝統を持つ各民族のケア・メソッドや宗教的救済が大きな意義を持つことが確認された。

人道支援の国際的スタンダードの形成と民族独自のローカルなケアを同時に論ずることは一見、矛盾に見えるかもしれない。しかし、武力紛争 (内戦) は少なくとも20世紀以降、全てが非西洋世界 (途上国、破綻国家) で発生しており (Isambert, 2001)、災害は先進国にも途上国にも起こるが、災害に対してより脆弱なのは貧困国ないし途上国、すなわち非西洋世界である。国連のIASC (機関間常設委員会) が2007年に刊行した、災害・紛争時の精神・心理ケアのガイドラインも低中所得国を対象にしている (IASC, 2007, p.7.)。タイのような移行国は近代化 (西洋化) された部分と、伝統が混在している。

特に2004年の津波に襲われた南西部には、リゾートとして近代化されたプーケット島 (県) とは対照的に、伝統的な漁業民が多数を占めるパンガー県、クラビー県がある。2004年当時にはメンタルヘルスの国際的ガイドラインはできていなかったが、タイ保健省が提供したメンタルヘルス・ケアは、当然、西洋医学によるものであった。他方で、タイ仏教の僧侶やNGOは伝統文化や信念に基づき、多様な形態で心のケアや心理的な支援を実践した。タイの事例では、第3節で触れるように精神保健医療の人材不足の問題もあり、双方が必要だったのである。

## 第1節 人間の安全保障におけるメンタルヘルスへの着目と国際的ケア基準の形成

### 1) 人間の安全保障論によるメンタルヘルスと国際政治学の視座

世界保健機構（WHO: The World Health Organization）がメンタルヘルスを中心課題として取り上げたのが2001年である。しかし、その時の主目的は精神病にまつわるスティグマ（汚名）や差別・偏見の除去であった（世界保健機構, 2004.）。WHOが人道援助におけるメンタルヘルス・ケアの枠組み作りの中心的アクターの一つであることが明確になったのは、後述のようにスマトラ島沖地震・インド洋津波の直後である。国際社会が現在、取り組み、国際政治学の中心的テーマの一つである、「人間の安全保障」において緊急時の人道援助は重視されている活動の一つである<sup>1</sup>。

「人間の安全保障」とは、人間の生にとってかけがえのない中枢部分を守り、すべての人の自由と可能性を実現すること、と定義される。国際社会が国家や国境を超えて守るべき個々人の「生のかけがえのない中枢部分」という表現には幅広い分野が含まれるが、最も重視されているのが「欠乏からの自由（貧困問題の解決と開発）」と「恐怖からの自由（紛争時の暴力からの個々人の保護と紛争後の個人と社会の回復）」である。「自由と可能性」の概念には、人権の擁護・尊重及び、個々人にとっての多くの選択肢の存在が企図されている。そのため、人間の安全保障では、個々人の「保護」のみならず、「能力開発（エンパワメント）」を通じた主体性（オーナーシップ）の実現が重視される（人間の安全保障委員会, 2003, p.11-20）。

災害時におけるメンタルヘルス・ケアをこの概念にあてはめれば、災害発生直後の緊急ケアによって、災害の忌まわしい記憶に繰り返し苛まれるPTSD等トラウマ性疾患の「恐怖」から個々人を「保護」し、また、誰もが持つ権利である保健医療であるメンタルヘルス・ケアを受けることを実現することでもある。直後の心理的ケアによるPTSD等トラウマ性疾患の予防や、早期の適切な治療によって個々人を快復させることは、個々人の「能力開発」を可能に

し、彼らを当該社会の復興における「主体的な人的資源」とすることにつながる。実際、人間の安全保障委員会は、既に2003年に、紛争時や自然災害といった緊急事態における個々人への人道救援活動の一つとして、心的外傷（トラウマ）の治療と精神的健康の確保を挙げている（人間の安全保障委員会2003, p.113, p.118）。

にもかかわらず、今日まで国際政治学で直接メンタルヘルス人道支援を扱ったものはまだない。その理由として、少なくとも2000年代半ばまでは、紛争であれ災害であれ、メンタルヘルスの側面に関する資料は殆ど全てが精神医学者によるものであり、しかも事件毎のPTSD等トラウマ性疾患の発症率のデータ調査が大半を占めていたことが挙げられよう。データに留まらず、深く専門的なトラウマの長期的影響や回復の研究は存在した（災害については例えば、「こころのケアセンター」, 1999.）が、あくまでも精神医学の視座からなされたものであり、トラウマ被爆者への当該政府、国際社会の対応を国際政治学的に知る資料は乏しかった。

もちろん、当該政府の医療管轄省庁をはじめ、精神科医や心理カウンセラーおよび福祉分野の専門家は、PTSDが新たな精神疾患として公認された<sup>2</sup>80年代以後、紛争後社会や災害時に緊急支援活動を行ってきた。しかし、体系的にそれらの活動をまとめた資料は最近まで入手困難であったのである。換言すれば、メンタルヘルス面での「人間の安全保障」概念を導入した支援活動の実践の蓄積が国際機関等で専門文書化された今日になって初めて、紛争、戦争、災害が引き起こすトラウマに国際政治学からの切り口を入れることができるようになったのである。

人間の安全保障論だけが国際政治学によるトラウマ研究の理論ではないと筆者は考えているが、現状で入手可能な資料からはメンタルヘルスの国際的人道支援研究から着手するのが賢明と言えよう。

## 2) 国際連合における人道支援改革とスマトラ島沖大地震・インド洋津波

ここで、人間の安全保障の理論的枠組み・組織作り、そして実践において中心的枠割りをなす国際連合における90年代以降の人道支援の枠組みと、2004年スマトラ島沖大地震・インド洋津波を受けた改革について簡潔にまとめる<sup>3)</sup>。

1991年に採択された国連決議（46/182）によって国連が設置した主な新規緊急・人道支援システムは次のとおりである。

①緊急援助調査官（ERC: Emergency Relief Coordinator）：各事務総長や国連災害援助調査官が担当していた業務の統合。②のUNOCHA発足により、人道問題担当国連事務次官のステータスを与えられた。

②国連人道問題調整事務所（UNOCHA: UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs）：1998年創設。国際社会が、紛争や自然災害による被害に対する人道支援を、迅速かつ効率よく実施するための調整・支援機関。大規模自然災害の人道情報サイト、リリースウェブ（災害速報など）、災害直後の救命ニーズについてのフラッシュ・アピール、発生後の現状とニーズに関するシチュエーション・レポート、全人道活動の拠出状況に関するファイナンス・トラッキング・サービスを提供。

③機関常設委員会（IASC: Inter-Agency Standing Committee）：1992年創設。複合的な災害・紛争等に対する諸機関の意思決定を円滑にする。本稿で取り扱う、メンタルヘルス・ケアおよび社会心理的な人道支援についての国際的ガイドラインを刊行したのは、IASCである。IASCは、UNOCHA、ユニセフ、国連難民高等弁務官事務所等の国連機関及び、世界保健機関、赤十字国際委員会といった九つの専門機関をメンバーとし、赤十字国際委員会、世界銀行、200を越えるNGOの連合であるインターアクション等9団体を会議常設参加団体（Standing invitee）としている。

④国連統一人道アピール（CAP: Consolidated Appeal Process）：人道危機

に際して資金調達を迅速に行うために、危機が発生した国・地域における、関連人道支援機関の支援要請に加え、関係機関・団体間の調整・支援計画の立案・実施及びモニタリングの統合を通じて、支援の受入国政府・ドナー国・援助機関等の協力を促進し、より効率的・効果的な支援を目指す。毎年、発表される。

この再編は、それまで諸国際機関、国家、NGO等が個別に行ってきた人道支援を統合するシステムを構築し、機関間の調整を通じてより効果的な支援を実施することを目指すものである。

2004年のスマトラ島沖大地震・インド洋津波はその被災の大きさや、大規模に実践された国際的人道支援の経験によって国連における人道支援システム改善の機運を高めた。その結果、翌2005年の国連総会において定められた、主な資金メカニズム、人道支援の能力・予見可能性の向上面での改善は以下の通りである。

①国連中央緊急対応基金（CERF: The Central Emergency Response Fund）：紛争・災害等緊急事態における救命活動、特に時間的限界がある、または資金不足の状況に対応して（国連機関を対象とする）国際的人道的援助を迅速に実行するための基金。

②人道支援機関間のパートナーシップの構築のための「クラスター・アプローチ」：それぞれの緊急事態毎にIASCが保健、キャンプ設営、栄養、保護等のクラスター毎にリード・エージェンシーを定め、現場における支援ギャップを防ぎ、支援活動の効果を上げる。

この改革は、第2節で述べるように、スマトラ沖地震による津波被災において、充分すぎるほど集まった義援金をタイ政府が均衡に配分して利用しきれなかったことや、支援のドナー間のマッチングが必ずしもうまくいかなかった点を受けた改革と言える。

このように国連の中で人道支援のための組織再編や新システム導入が行わ

れたのは、それまでの緊急人道支援活動の実践の結果を受けて欠けていた点を補い、改善したものであると言える。現在のシステムに至る契機となったのが2004年スマトラ島沖大地震・インド洋津波であり、メンタルヘルス人道支援については、2007年にIASCが発刊したガイドラインが総合的なものとしては初めてのものである。その形成にタイ保健省とWHOが津波トラウマへの対応についての文書を公表したことが大きな役割を果たしたと考えられる。この点については第3節で検討する。

### 3) 実践における評価と反省から整備されたメンタルヘルス人道支援の国際基準

紛争や災害などが実際に起こり、そこでの支援・対応の実践や反省が、少なくともメンタルヘルス面での人道支援の国際的基準形成に活かされてきたことは実状を振り返れば明らかである。現在、トラウマティック・ストレスに見舞われた人に対面で緊急のケアを行うための実践的ガイドラインとして、『サイコロジカル・ファーストエイド (NCTSN&NCPTSD, 2005, 2006.)』が国際的基準として最も普及している。

同書の初版は、2005年にアメリカ南東部を襲ったハリケーン・カトリーナ直後に、アメリカ国立PTSDセンターと国立子どもトラウマティックストレス・ネットワークが公刊した。ハリケーン・カトリーナは2005年8月29日にアメリカ南東部を襲った。ミシシッピ州ニューオーリンズを中心に、死者は行方不明者を含めて1900人以上、家を失った人80万人、損失額は2000億ドルに達すると言われる。メンタル的な問題では、PTSD罹患率36%、大うつ病30%、不安障害20%であり、6ヶ月以内に限れば、56%以上がトラウマ性の症状を示した。第2節で示すタイにおける罹患率の約三倍である。

米連邦緊急管理事態管理局 (Federal Emergency Management) の初期対応は完全なる失敗と指摘され、それがトラウマ性障害を拡大させた主な原因の一つだとされている。政府の対応の遅れ及び支援の不均衡によって、被災者の殆どに日常必需品が届くまで一週間かかった。この堪え難い一週間もの苦

痛がトラウマティック・ストレスを悪化させたとされている (Piotrowski, 2007.)。特にアフリカ系等マイノリティが大部分を占める貧困層地区の被害が深刻だったことはよく知られている。

ハリケーン・カトリナ被災時には、市民やNGOが心理的な救いの手も差し伸べていた。しかし、欠けていたのは、物質面だけでなく、トラウマ的事件に遭遇した人々への初期ケアのマニュアルだった。この事態を受けてアメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク (National Child Traumatic Stress Center) とアメリカ国立PTSDセンター (National Center for PTSD) がハリケーン直後に発刊したのが、『サイコロジカル・ファーストエイド：実践の手引き』である。

現在、トラウマ的事件直後の人々のケアに用いられているのは修正を加えて翌年刊行された第二版である。このことから、実際に大規模自然災害等のメンタルヘルス面での非常事態が起これ、それへの対応の実践、言うなれば反省点こそが、人道支援におけるメンタルヘルス・ケアの整備という結果をもたらすと言えよう。

『サイコロジカル・ファーストエイド』はその名のとおり、トラウマ的事件に見舞われた人々の精神的苦痛を和らげることを主眼とし、精神医学や心理療法の専門家ではない一般人でも、このマニュアルに基づく研修を受ければファーストエイドを実施することができる (NCPTSD & NCTSN, 2006, p.1)。通常人なら誰でも示すトラウマティック・ストレスへの反応を越えた場合、すなわち、PTSDその他の精神疾患を発症する可能性のある人々に関しては、専門家・機関への紹介と引き継ぎが指示されている (NCPTSD & NCTSN 2006, Ch.8)。

『サイコロジカル・ファーストエイド』発刊の翌々年、2007年にIASCが発刊した『災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン (IASC, 2007)』は、前述のように2004年のスマトラ島沖大地震・インド洋津波での人道支援の実践と問題点を受け、国連内に人道援助



改善の動きが高まった結果の一つと位置づけることができる。『サイコロジカル・ファーストエイド』が、最初のコンタクトにおける言葉遣いから始まる、一対一のケアの細やかなマニュアルであるのに対して、IASCガイドラインは国際機関やNGOが専門的なメンタルヘルス・ケア、および、広義の心理社会的人道支援を行う上での、組織間の連携・調整、精神保健と人権上のスタンダード、人的資源の問題、コミュニティの動員および支援、精神保健教育等、緊急時の人道支援に関する国際的統一見解を示したものである。

このガイドラインは、災害・紛争等の初期段階における、精神保健・心理社会的ウェルビーイングを守るためにソーシャル・サポートが不可欠であるという概念であるという信念をもとに作成された（IASC, 2007.）。1991年に人道支援を行う諸機関を統合する試みが国連で行われたが、2004年スマトラ島沖大地震の津波被災のメンタルヘルス・ケアにおいては、当該国家、多様な国際機関、援助供与国、NGOによる実践に関して、機関・組織間の連携や、マクロな視点から被災した社会全体にどのようなスタンスでメンタルヘルス・ケアを行うべきか、という点での国際的な了解が欠けているという認識が国際社会にあったのである。

IASCガイドラインは極めて多数の国際機関、政府、研究所、NGOの協力によって成立したものだが、特に大きな貢献をした組織の一つにWHOがある。WHOはスマトラ島沖大地震・インド洋津波時の各国政府を中心とする諸組織のメンタル面での対応を評価し、WHO自身の勧告を公表している（SEO/WHO, 2006.）。それがIASCガイドラインに寄与したことは確実視してもよいだろう。

WHOは2004年東南アジア大災害のメンタルヘルス・ケア総括のため、被災国のメンタルヘルス管轄省庁に各自の応対に関する報告書を求めた。WHOはさらに、津波時の緊急対応に加え、各国の保健医療の実状を当該政府と共にデータとして収集している。その際、使用されたのが、WHOが津波被災直後の2005年に確立した、WHO-AIMS（メンタルヘルス・システム評価方式：

Assessment Instrument for Mental Health Systems) である。WHO-AIMS は、低中所得国を対象とする、メンタルヘルス・データ・システムを収集し、改革のための基本路線とモニタリングをするためのツールとして作成された。

タイを含めて各国がWHOに提出したメンタルヘルス・システムの報告書はWHO-AIMSに従い、WHOと共に作成したものである。メンタル面でも災害や紛争等緊急事態に脆弱と言われる低中所得国の既存のメンタルヘルス・システムの実状をWHO等国際機関が把握し、モニタリングと改善の指導を行うことは、非常時の対応力を向上させる。また、タイ保健省精神衛生局は既存の精神保健システムについてのWHO-AIMS報告書の他に、津波時の緊急メンタルヘルス・ケアについての報告を、必ずしもWHOとの共同作業に限らず、独自にも公表している。

このように、メンタルヘルス人道支援の国際的な基準は、ケアの実践では2005年のハリケーン・カトリナ、マクロな諸組織の行動基準や各国の精神保健サービスのあり方の基準に関しては、次節でとりあげる2004年のスマトラ島沖大地震・インド洋津波といった、実際に大規模災害が発生し、その対応の評価と反省から整備され、今日に至っていると言ってよい。人間の安全保障の実践における、包括的なメンタルヘルス人道支援活動は、グローバル・スタンダード整備のもとで、始動しはじめたばかりである。

## 第2節 スマトラ島沖大地震・インド洋津波の被害と人道支援の概要

### 1) スマトラ島沖大地震・インド洋津波の被災概要と支援状況

スマトラ島沖に巨大地震が発生したのは2004年12月26日午前7時58分である。地震による大津波は、遠くアフリカ東沿岸にも到達する規模であり、インドネシアのアチェやスリランカ、インド、そしてタイでは、南西部沿岸のプーケット（島）県、パンガー県、クラビー県が主な被災地となった。地震発生2時間30分後にタイ・アンダマン海沿岸に大津波が到達した。プーケットで観測

された津波は5～20mと、震源地付近のバンダ・アチェ（15～30m）に次ぐ高さである。タイにおける死者・行方不明者は9000人規模で被災国のなかで多い方ではないが、この国にとっては前代未聞の被害であった。なかでもパンガー県では、平坦で多少の椰子以外の障害物がない沿岸部に人口が密集していたため、津波による死者・行方不明者数は、全体の9000人のうち5800人強を占め、最も深刻な被害を受けた。女性や子どもの死者が比較的多かったこと、そして、両親いずれかを失った子どもが1,100人規模にのぼったことが指摘されている（佐藤, 2005, p.1-2.）。

津波の到来まで2時間30分の時間的余裕があったにもかかわらず、タイ政府が避難勧告・命令を出さなかったのは、後述するようにタイでは津波が知られておらず、地震と津波を結びつける発想もシステムも整備されていなかったことが挙げられる。しかし、津波発生直後のタイ政府の初期対応は迅速であり、保健省による200名の医療スタッフ派遣（メンタルヘルス・ケアについては次節で詳細にふれる）にはじまり、人命救助と遺体収容、外国人の退避に資源が集中された。タクシン首相（当時）は当日、現地入りし、政府の迅速な対応を内外にアピールした。首相命令によって各県知事には、緊急の食糧や水、輸送のためのガソリン代として一時金（500万バーツ）が配分されたが、最大の被害を受けたパンガー県タクワバー郡では予算が全く足りていなかったと言う。初期段階で寄付金や食糧の配分を受け持ったのは主にタイ赤十字社である（佐藤, 2005, p.2-3.）。

「第二の津波」とすら揶揄されるタイ全土及び海外からの義援金は10億バーツ以上と言われているが、十分な配分がなされたとは言えず、翌2005年には使いきれなかった義援金6億バーツが管理を担当する首相府に残っていた。タクシン首相は2005年早々に日本（20億円を予定していた）を含む海外からの資金援助を断り、外国からの「財政援助はいらない。技術支援のみが必要である」と明言した。彼が求めていた技術支援は具体的には、施設や機材の供与、研修やノウハウの伝授、DNA鑑定、学校や病院の建造など一定の技術と専門

性を伴う協力のことである(佐藤, 2005, p.2-5)。例えば、我々の調査に同行し、2004年の津波直後に被災地を取材した白石昇は、日本の医師団による検死チームが他国チームと共に人差し指の皮膚を切り取り、指紋採取を行っている現場を取材している。指紋以外に歯形も遺体の身元確認に使われていた(白石, 2009, p.170-183)。

次に外国の援助供与国及び国際機関の対応の調整を簡潔にまとめる。これらの政府・地域連合や国際機関は、三回にわたる会合によって2005年1月23日に、役割分担のリスト(Who does What Matrix)を作成した。しかし、実際、どの程度実行され、どの程度連携がうまくいって効率的な支援が可能だったのかは明らかになってはいない。前述したように、津波被災時には国連や国際社会における人道援助の役割分担と連携のグローバル・スタンダード(クラスター・アプローチ)はまだ形成されていなかった。

このマトリックスの担当を羅列すれば、世界銀行が参加型ニーズ調査と小規模NGO支援、UNDP(国連開発計画)がマイクロファイナンスと仮設住宅設営支援、FAO(国連食糧農業機関)が漁具の無償提供、ニーズ調査、技術協力、研修、UNESCOが海ジプシー(本稿でとりあげるモーケンの人々)を対象とする能力開発、デンマークのDANIDA(デンマーク国際開発局)が、タイのコミュニティ組織化・開発研究所と協働で地域住民主導型復興計画の策定と実施、EUが農業協働組合銀行との協力によるコミュニティ再興と多目的贈与、融資の実施、フランス大使館がタイ赤十字社とフランス赤十字社の連携強化、ドイツ大使館が漁船の寄贈、養殖施設の整備支援、JICA(わが国の国際協力機構)がニーズ調査、日本の経験共有フォーラム開催、USAID(アメリカ政府の対外支援組織)が各種ボランティアの派遣、企業及び天然資源の再生、GTZ(ドイツ政府管轄の技術支援機関)が企業活動の再生支援、となっている(佐藤, 2005, P.6.)。

メンタルヘルスに関しては、マトリックスではILO(国際労働機関)が担当することになっている。また、会合に参加していたJICAとは別に、日本大使

館が草の根無償援助の枠組みを利用して、災害被災・紛争被害のあった子ども達を対象とするNGO、ワールドヴィジョンを通じて、2月2日にパンガー県において心のケアを担当するカウンセリング・センターを開設している。これはタイ保健省のメンタルヘルス・リカバリー・センター設置や、医師による家庭訪問といった政策的措置とは別のものであるし、そこに連携は見られない。

このようにタイ政府はドナーの申し出を受けてはいるが、第3節でとりあげるWHOの総括では、日本大使館のカウンセリング・センターやILOの活動については叙述が見当たらなかった。これは、佐藤仁が指摘するように、支援と現地のニーズとのマッチングに問題があったことに由来するところが大きい。メンタルヘルスと直接関係はないが、漁船を失った人々の雇用対策や仮設住宅の衛生面の問題等、被災民の主張を取り入れたアクション・プログラムは即座に実行されなかった。国際機関のなかで緊急事態の危機管理の経験が豊富なユニセフの担当者が会議に全く参加していなかったことも、佐藤仁は印象的であったと述べている（佐藤, 2005, p.6.）。

次にNGOの活動にふれる。筆者が調査したタイの仏教僧や小規模NGOの心理的ケアの詳細については第4節で検討するので、ここでは人道支援一般の概観を簡略にまとめる。2004年津波は、タイ史上でボランティアが最も大規模に活動する契機となった。バンコクの赤十字社が1万人を越えるボランティア希望者への対応にかなりの時間をとられ、本来の業務である現地でのサポートが制約されたほどであると言われている（佐藤, 2005, p.6.）。NGOネットワークとして、Collaborative Network for Rehabilitation of the Andaman Community and Natural Disaster と The Network for Rehabilitation of the Andaman Coastal Resourcesが結成され、女性、労働問題、漁民、子ども等のテーマに分かれたグループ編成が行われ、両ネットワークは歩調をそろえて被災者の中でも社会的弱者に焦点を絞った救援・支援活動を行った。（短期滞在が多いとはいえ）多数の西洋人を中心とした海外ボランティアも活躍したが、ここではタイのボランティア精神の源である価値観に少し言及してみ

る。

タイでは「ナムチャイ」という言葉がよく使われる。直訳すれば「心の水」であるが、「人情」や「情け」と和訳されることが多い。この表現の意味するところは、人の心には水があり（必要不可欠な物資や心理的安定によって心も満たされているべきであり）、その「水」が乾きそうな人には、潤っている人が水を汲んで与える、のが当然であるというタイ特有の考え方にいきつく。津波発生直後に、タイの国民的スターと言われるミュージシャン、エート・カラバオがリリースした「アングマンの涙」は被災者支援をタイ全土に呼びかけるための曲であり、「心の水を流してアングマンの涙を拭おう」という一節がある（白石, 2009, p.87-p.103.）。タイの人々を訪れる時に最初に水がサーヴされるのは、「心の水」のシンボリックな表現としての歓迎の意である。

津波後に WHO やタイ保健省が公表した緊急救援活動の総括では、主に政府の活動に焦点があてられ、NGO の心のケアについては 触れられてはいない。2011年夏の調査で確認した、タイ仏教の僧侶、小規模 NGO や市民が行った人道活動が広い意味での心のケアに重要な役割を果たしたことを WHO やタイ政府は認識していないようであるが、それらの小規模でありながら有効な支援活動については、第4節で詳細に検討する。

## 2) タイにおける津波トラウマ被災の特徴

ここでは、2004年の大津波被災時点における、メンタルヘルス上でのタイ特有の背景を挙げる。

メンタルヘルス面における、タイの被災の特徴は二つ挙げられる。第一に津波に関する認識の希薄さとそれによる被害の拡大である。第二に子どもたちへの被害の深刻さである。

第一の特徴は特に重視すべきものである。被災者含め、タイの一般の人々は津波の存在を知らなかった。津波については、国際的に tsunami という用語が用いられているが、タイ語にこのボキャブラリーが加わったのは、2004年の

津波被災時においてである。津波をタイ語に音訳し、「スナミ」という。もちろん、タイ沿岸部に津波が発生したことは歴史上いくどもあり、2004年大津波以前の直近の大津波は1850年に起きている（産業技術総合研究所活断層研究センター，2008.）。しかし、1850年時点では、今日まで続くチャクリー朝（ラーマ三世時代）の支配圏はバンコクとその周辺に限定されており、地方は豪族の支配、ないしはアナーキーな状態にあった。それゆえ、2004年に至るまで、タイでは津波についての公式な歴史的記録が残っていなかったのである。自然災害において、その自然現象に関する知識の有無はトラウマティック・ストレスの深刻度に大きく影響する（Fisher et.al., 2011, p.57.）。

津波を知らぬタイ人のなかには、津波直前に波が引いた時、喜々として逃げ遅れた魚をつかまえようとした人々がかなりいたと言う。このような津波に関する無知は、避難すれば助かったはずの人々の命を奪っただけでなく、メンタルヘルスの側面でも、未知の現象ゆえのさらます恐怖や衝撃といった、トラウマティック・ストレスを高める原因となったとも考えられる。

被災地の少数民族であるモーケンは、時に「海ジブシー」、「漂海民」と呼ばれる、文字を持たず、伝統的には船で暮らす漁業民族であるが、長い歴史的伝統に裏付けられた口頭の伝承を持つ。はるか昔からアンダマンの海に暮らしてきた彼らには、「潮が急に異常に引いたらラブーン（全世界が埋まってしまうほどの大洪水）」が来るという伝承が伝えられてきた。すなわち、津波とその発生の前兆を知っていたのである。それゆえ、モーケンの人々に犠牲者は殆どなかった。船で暮らす「海モーケン」は沖に船を移動させ、難を逃れた。1980年代以降、陸地（スリン島）に定着したモーケン（陸モーケン）にも、津波の前兆時にはマンゴーの木にのぼること、しかも定員は三名以内という細やかな指示が伝承によって知られていた（筆者調査、2011年9月2日、鈴木，2010, P.167-168.）。

津波の存在や避難の仕方を知っていた彼らのトラウマティック・ストレスは、当該現象に関する知識を持つ点で軽かったのではないかと考えられる<sup>4</sup>。

それに対して、津波に関する知識どころか、その存在すら知らなかった一般タイ人の受けた衝撃と恐怖、つまりトラウマ性の精神的ストレスはより大きなものだったと考えられる。

第二の特徴である子ども達の被害の深刻さは、人的・物的被害が最も大きかったパンガー県を中心に、前述のように両親いずれかを亡くした子どもは1,100名、家を失って仮設住宅で暮らす子どもは2005年3月時点で2000名に上るといった数字からもわかる。フィッシャーは、トラウマに脆弱な年代として、親に保護されている幼い子どもを除いて、少年期の子ども（10-19歳）を挙げ、この年齢に受けたトラウマティック・ストレスがその後の発達過程に影響を及ぼすと論じている（Fisher et. al., 2011, p.57.）。子どもにとって、未知の現象である津波の恐怖だけでなく、親を失った衝撃や悲嘆、不安、あるいは両親健在であっても避難キャンプや仮設住宅での暮らし自体が、大きなストレスとなり、被災時のトラウマ性疾患のみならず、その後、成長期においてメンタルヘルスの安定を崩す恐れがある。

以上の二つの被災特徴からは、タイはメンタルヘルス面でのリスクが高い事例だったと考えることができる。しかも第3節で指摘する、既存のメンタルヘルス・システムの人的資源不足を中心とする欠陥という問題もあった。にもかかわらず、タイの津波被災におけるメンタルヘルス被害は、前述したように、自然災害におけるトラウマ性疾患罹患率の平均程度（PTSD罹患率12-3%代）に留まり、その後の回復率も良好であった。

この結果については、タイ政府（保健省精神衛生局）の初動体制の迅速さと高い効率性が評価されるべきであり、同時に、タイ仏教の僧侶、タイ全国と海外からのNGOやボランティアが行った、彼らの伝統や信念に基づいた奉仕活動が、メンタルヘルス面でのハイリスクと公式な精神保健部門の不足分を補ったと言える。政府の対応については続く第3節で、タイ仏教僧侶やNGOなど市民社会の活動については第4節で検討する。



### 第3節 津波時、タイの精神医療の実状と緊急メンタルヘルス・ケアへの政府の対応

#### 1) 2004年時点におけるタイの精神医療の問題

第1節で言及した、WHO-AIMS（メンタルヘルス・システム評価方式）による、タイのメンタルヘルス・システムの報告書は、タイ保健省及びWHOの地域事務所によって2006年に刊行された（Ministry of Public Health, Thailand, et. al., 2006.）。文書の作成は2005年に行われたが、データは2004年のものであり、ちょうどインド洋津波を被災した時点での、タイの既存のメンタルヘルス・システムを知ることができる。

タイにおける医療サービス全般は保健省常任事務官局が担当し、県及び郡の保健部および、県立病院と一般病院、コミュニティの病院、保健所がその管轄下にある。なかでもメンタルヘルス・サービスシステムは二元化している。保健省の直轄下におかれているメンタルヘルス・サービスは、保健省が直接管轄する「第三期（段階）ケア」、すなわち17の精神病院と、保健省常任事務官局が管轄する、コミュニティの病院と保健所からなる「プライマリー・ケア」及び、一般病院における「セカンダリー・ケア」の三段階に区分されている。直接、保健省の管轄ではないサービスとして、大学病院、防衛省の病院、内務省の病院、バンコク都の病院、そして私立の病院やクリニックがある。精神病患者やメンタルな問題を抱える人々は、セカンダリー・ケアに関してはもっぱら保健省管轄の一般病院を利用するが、プライマリー・ケアで私立病院やクリニックを、第三段階のケアにおいては、大学病院やバンコク都の病院、他省庁の病院を利用することができる（Pengjuntr, 2005.）。

2004年当時のタイの（公式な）メンタルヘルス・システムの実状は非常に貧弱と言える。医療分野での国家支出においてメンタルヘルス・ケアに費やされたのは3.5%に過ぎない。施設面でも、精神科単科の専門病院は首都バンコクと大都市に集中し、地方の住民にはアクセスが困難になっている。病床数については、それぞれ10万人つき、全国で25設置されているコミュニティ・ベース

の病床数が0.4、17設置されている精神科単科の病院でも、13.8の病床数である。タイの精神科入院患者で最多数を占めるのが統合失調症患者であり、ほとんど全員が強制入院である。最も深刻な問題は精神科医を中心とする専門スタッフの人的資源不足である。病床一床につき、精神科医数は0.01人、看護師数は0.15人、心理療法士、ソーシャルワーカー、OT（作業療法）スタッフはそれぞれ0.02人である（Ministry of Public Health, Thailand, et. al., 2006, p.5.）。

2004年にタイの大学の医学部を卒業した者のうち、精神科医になったものはわずか32名しかいない。しかも、プライマリー・ケアの医師で最低2日のメンタルヘルス研修を受けた者は14%に留まる。以上のようなメンタルヘルス・ケアの深刻な人的資源の不足の原因として、タイでは今日なお、医学生が精神科を回避するほど精神病のスティグマ（汚名）が拭いきれておらず、プライマリー・ケアの医師達の多数派は、精神科スタッフとコンタクトを持つことすら、汚名と考え、メンタルヘルス・ケアの研修を受けたがらない点が指摘されている（Ministry of Public Health, Thailand, et. al., 2006, p.13-p.17.）。患者や家族にとっても精神病のスティグマがあるせいか、精神障害を患う患者のうち、精神病院の利用率は13%であり、78%がプライマリーまたはセカンダリー・ケア（一般病院）を利用している（Pengjuntr, 2005.）。

唯一、発展しているのは学校における心理ケアシステムであるが、これは教育省が実施した政策によるものである。51-80%の学校でメンタルヘルス教育やメンタル障害の予防教育が行われているが、フルタイムないしハーフタイムでメンタルヘルスの専門家が常駐している学校はない（Ministry of Public Health, Thailand, et. al., 2006, p.19.）。

この報告書作成のうえで、様々な側面でのデータ不足があったとされている（例えば精神障害ゆえに生活保護・医療扶助を受給している人の数等）。そして、今後の計画として、精神科医が日進月歩の精神医学（特に薬の処方）の訓練を受けている形跡がない事実の改善、プライマリー・ケアと専門のメンタルヘル

ス・ケアの連携強化等が挙げられている。しかし、計画の筆頭とされているのは、コミュニティのヘルス・ボランティアと僧侶がローカル・レベルでメンタルヘルスに有益な支援を行えることに光をあて、補足的サービスとすることである（Ministry of Public Health, Thailand, et. al., 2006, p.21.）。

精神科医不足やタイの人々にとって精神科（病）がいまだスティグマであるのならば、コミュニティのボランティアや寺院の僧侶の代替的支援に頼るしか方法がないのかもしれないが、政府の保健省の報告としては、現状も今後の方針も、先進国国民の視点からは、はなはだ頼りないように見える。しかしながら、津波被災時には、実際、タイ保健省は人材不足を乗り越えて工夫を凝らし、かなりの有効性を持つ初期ケアを行い、保健省が重視するタイ仏教僧侶や地元ボランティア、NGOが草の根レベルで心のケアに果たした役割は大きかったのである。

ただし、西洋医学以外の伝統医療、すなわち、アーユルヴェーダに源泉を持ち、タイ仏教寺院（バンコクのワット・ポー等）においても資格を取得できる学校が創設されているタイ式マッサージや、仏教僧を中心として研究・開発されているハーブを使ったタイ式伝統医療、止観瞑想法などは（西川・野田, 2001, p.vii, p.278-279.）、タイ保健省のタイ式医療・代替医療開発局が管轄し、一部は正式な医療として認められているが、2004年の津波被災のメンタルヘルス・ケアにおいては、政府の医療サービスないし、政府とコミュニティの僧侶やボランティアの協働ケアとしては、全く用いられていない。

## 2）2004年インド洋津波におけるタイのメンタルヘルス被害データ

前項で検討したような、既存の精神保健サービスが不十分にしか提供され得ない状況下において、2004年の大津波はタイの南西部沿岸を襲った。PTSD等トラウマ性精神障害のデータ調査は、津波被災から8ヶ月後にタイ保健省精神衛生局と「タイ・アメリカ・ヘルス共同研究」が行っている。この調査では、成人と子ども、及び、PTSDを重度のものと中程度のものに分けている。

PTSDの深刻度を重度と中度に分ける調査は珍しい。区分基準は明らかにされていないが、おそらく、DSM（精神疾患の診断基準）で多数提示されている症状リストを多く発症しているか否か、等が客観性を持つ基準になり得る。この項では、津波被災から約2ヶ月後すなわち、直後の2005年2月中旬及び、9ヶ月後の9月に実施された「タイ・津波後メンタルヘルス研究グループ」及びタイの精神医学者によるトラウマ性障害発症率の調査結果も検討する。「タイ・津波後メンタルヘルス研究グループ」の調査は、聴取による方法を採用し、バンガー県、クラビー県、プーケット県の被災者を対象に、成人と子ども（7-14歳）を区別して行われている）。ここで挙げる全ての調査では、津波によって家を失って避難キャンプ・仮設住宅で暮らす人と家を失わなかった人の区分がなされている。

A タイ保健省精神衛生局と「タイ・アメリカヘルス共同研究」の調査結果  
(Pengjuntr, 2005a, Part 4.)

1. 成人のメンタル障害発症率

重度PTSD：

家を失い、避難キャンプや仮設住宅への移住を強いられた成人：12.1%

移住を強いられなかった成人：

バンガー県：6.8%

クラビー及びプーケット県：3.0%

中程度PTSD：

移住を強いられた成人：15.4%、

移住を強いられなかった成人：

バンガー県：11.2%

クラビー県・プーケット県：6.2%

## 2. 子ども（年齢層不明）のメンタル障害発症率

重度PTSD：

移住を強いられた子ども：13.3%

バンガー、クラビー、プーケット三県で移住を強いられなかった子ども：8.1%

中程度PTSD：

移住を強いられた子ども：31.6%

バンガー、クラビー、プーケット三県で移住を強いられなかった子ども：  
28.3%

B「タイ・津波後メンタルヘルス研究グループ」の調査結果  
(van Griensven et. al., 2006.)

## 1. 成人のメンタル障害発症率

第一回調査（2005年2月）

### ①PTSD

バンガー県：

移住を強いられた成人：12%

移住を強いられなかった成人：7%。

クラビー県とプーケット県において移住を強いられなかった成人：3%。

### ②不安障害

パンガー県：

移住を強いられた成人：37%、

移住を強いられなかった成人：30%。

クラビー県とプーケット県において移住を強いられなかった成人：22%

③うつ

パンガー県

移住を強いられた成人：30%

移住を強いられなかった成人：21%

クラビー県とプーケット県における移住を強いられなかった成人：10%

第二回フォローアップ調査（2005年9月）は、パンガー県においてのみ、実施された。

①PTSD

移住を強いられた成人：12%から7%に減少。

移住を強いられなかった成人：3%から2.3%に減少。

②不安障害

移住を強いられた成人：37%から24.8%に減少

移住を強いられなかった成人：30%から25.9%に減少

③うつ

移住を強いられた成人：30%から16.7%に減少

移住を強いられなかった成人：21%から14.3%に減少。

## 2. 子ども（7歳から14歳）のメンタル障害発症率

(Thienkrua, et. al., 2006.)

第一回調査（2005年2月）

### ①PTSD

避難キャンプで暮らす子ども：13%

被災した村に住む子ども：11%、

被災しなかった村に住む子ども：6%。

### ②うつ

避難キャンプで暮らす子ども：11%

被災した村に住む子ども：5%

被災しなかった村に住む子ども：8%。

「タイ・津波後メンタルヘルス研究グループ」が成人同様に2005年9月に子どもを対象に行った第二回調査では、有意な減少は見られなかった。

災害トラウマ性障害の平均発症率は直後で10-20%と言われているので、タイの成人における発症率は、前述したメンタルヘルス上の条件の悪さに比べると、平均的レベルを保っていると言える。タイ保健省精神衛生局と「タイ・アメリカ・ヘルス共同研究」が8週間後というかなり直後に行った調査では、成人に関しては他の調査とあまり変わらない。「タイ・津波後メンタルヘルス研究グループ」は、成人にとって、家屋・家財喪失によって生計が立たなくなる不安がメンタルヘルス上の大きな要因となっているとしている。

しかし、子どもについては、「中程度の」PTSDというカテゴリーを設けた、「タイ・アメリカヘルス共同研究」のデータでは、家を流され、キャンプや仮

設住宅で暮らす子どもと、家を失わずに自宅で暮らしている子ども双方に、中程度のPTSD発症については、31.6%、28.3%という非常に高い数値が出ている。「タイ・津波後メンタルヘルス研究グループ」及びフィッシャーは、子どもにとっての主なトラウマとして、両親など家族を失ったことと、避難キャンプや仮設住宅に移った環境変化、学校の閉鎖、津波に襲われた時の極度のパニックと恐怖を指摘している。

「タイ・津波後メンタルヘルス研究グループ」の調査では、被災9ヶ月後に子どもの回復が殆ど見られていない。この事実は、親の保護下にある乳幼児は別として、子どもと少年期がトラウマに対して脆弱な傾向があるという、フィッシャーの指摘と合致している (Fisher et. al., 2011., p.57.)。しかし、タイの研究者が行った9歳から14歳までの子どもを対象とする調査によると、津波発生6週間後時点では、57.3%にPTSDの症状が見られたが、その後のフォローアップの結果、2年後までにPTSD罹患率は7.6%に減少している (Piyasil et. al., 2007.)。

特に子どものPTSDが被災直後に高率を示している状況下で、そして精神科医をはじめとする人的資源の極度の不足のなか、タイ政府や国際社会はどのようなメンタルヘルス・ケアを行ったのだろうか。次項では、タイ政府の対応とそれに対するWHOの評価を検討する。

### 3) タイ政府 (保健省) によるメンタルヘルス・ケア実践と国際的評価

WHO東南アジア地域事務局 (SEAO) が津波被災各国に送ったミッションは、タイ政府のメンタルヘルス・心理社会的支援を「傑出したもの (outstanding)」と評価している。ただ、タイの医療及びメンタルヘルス・ケア・サービスがもともと発達していたことによって、災害時にメンタルヘルス・ケア能力を高めることができた、という一節には疑問を感じる (WHO, 2006, p.34.)。1) で概観したように、同じく2006年に刊行された、WHO-AIMS (世界保健機関メンタルヘルス・システム評価方式) によるタイのメン



タルヘルス・システムの報告書では、2004年時点で、大幅な人的資源不足等、問題を多く抱えていることが明瞭に指摘されている。

筆者が読んだところ、WHO/SEAOの簡略なレポートより、タイ保健省が自己評価を行ったWHO-AIMSによる評価・報告書のほうが具体的データを用いた詳細な調査なので、既存の精神医療システムには欠陥があったと考えるべきであろう。にもかかわらず、WHOから非常に高い評価を受けるほどの緊急事態メンタルヘルス対応ができたのは、タイ保健省の限られた資源の中での工夫によるものと言える。以下、具体的にどのような実践が行われたのかを検討する。

タイ保健省精神衛生局による津波被災者へのメンタルヘルス・ケア実践についての総括として、2005年5月4日から6日にかけてWHOが主催した「津波健康会議（Tsunami Health Conference）」に提出されたものが、公式かつ代表的なものである。ここでは、同会議向けの「津波災害生存者支援におけるタイ保健省精神衛生局の経験」と題したプレゼンテーションと、同タイトルのペーパーを参照する（Pengjuntr, 2005a, Pengjuntr, 2005b.）。

まず、津波直後の緊急体制について概略を示す。タイ保健省は津波発生と殆ど同時に、精神衛生局内に「タイ津波災害メンタルヘルス・センター」を設置し、そこに指令系統を統一させた。組織的にはシンプルであるが、非常時には単純なほうが適している。「タイ津波災害メンタルヘルス・センター」の指揮下には二種類の組織がある。一つは被災六県に派遣された「メンタルヘルス移動チーム」であり、もう一つはスラートターニー県にあるスアン・サランロン（Suan Saranrom）病院である。つまり、移動チームが入院治療の必要性があると判断した人々をスアン・サランロン病院が受け入れるシステムである。

「メンタルヘルス移動チーム」は総勢10名で構成され、精神科医1名、2-3名の心理療法士、ソーシャルワーカー1名、精神科担当看護師2名、薬剤師1名、看護助手1名、運転手1名から成っている。彼らは主として避難キャンプや避難所を回り、個別カウンセリングや子ども達へのグループ・セラピー（ゲーム

など、作業療法)、必要に応じて診察と薬の処方を行った (Pengjuntr, 2006, Part 1-3.)。この初動体制における、メンタルヘルス移動チームが果たした役割は大きく、高く評価するに値すると考えられる。トラウマ性障害の予防は迅速な早期介入・治療であることは古くから知られている (イザンベール, 2011, p.91.)。精神科医を含むチームが車による移動によって、迅速に多くの被災者のもとを訪れられるシステムは非常に賢明な戦略であると言えよう。このシステムならば、既存の精神科病院に最低限のスタッフを残し、限りある人的資源をフルに活用してメンタルヘルス初動体制を始動することが可能である。

保健省精神衛生局は、第二段階「インパクト (衝撃) 後段階」において、初動体制では指令権を一括していた精神保健局から、地方行政、コミュニティ・レベルに権限を移した。また、ケアの対象も個々人でなく、家族全体を対象にしている。この段階では、多様なメディアを利用したメンタルヘルスに関する公衆教育、ボランティアに対する訓練を行っている。訓練内容は災害を含むストレス反応一般から、サイコロジカル・ファーストエイド、そして、しばしば問題視されている救助者のトラウマ (二次的トラウマ) とセルフケア等である。この時期 (2005年前半) に津波被災によるメンタルヘルス・ケアの国際会議が、WHO等の主催で行われている (Pengjuntr, 2006, Part 4.)。

第三段階は「回復段階」とされ、被災2ヶ月後から2年後までのフォローアップとリハビリテーションの時期にあたる。この時期には持続的回復のために特にコミュニティのネットワーク強化が目指されている。トラウマに見舞われた人の重症度と平行して時系列的にも組織化されたガイドラインは次のとおりである。①コミュニティの活動の促進: 具体的には保健所とコミュニティの活動を示す。②保健省精神衛生局による「家庭訪問」とコミュニティの保健事情の評価: 特に家庭訪問で精神障害のリスクがないとされた人には基本的なカウンセリングが提供され、リスクがある人には県立あるいはコミュニティの病院または一般病院に引き継ぎが行われる。③その後、1年間のフォローアップ期間があり、病院に引き継がれた人々のうち、問題がなければ同じ治療を続行し、

問題がある（回復が見られないか悪化している）人は、精神科の専門家に引き継がれる（Pengjuntr, 2006, Part 5.）。

「家庭訪問」は高い有効性を持っていると思われる。筆者が行った調査では、僻地とも言える、イスラム教徒の村、タレノーク村においても政府派遣の医師が全家庭を訪問したことが確認できた。幸い、重篤なPTSD等を病んで入院治療を受けた人はおらず、村人の中に1名、2－3年間、薬を服用していた人がいたということだった（筆者調査、2011年9月2日。病名は不明。）。一軒、一軒に医師を派遣し、（精神科）治療の必要性の有無を判断させることは、決して容易ではない。タイ政府は津波後の国民のメンタルヘルスに緻密な努力をしてきたと評価できる。ただ、前段落のガイドラインを見る限り、専門の精神科病院への引き継ぎが、患者にリスクを見いだしてから一年間の経過観察後であることから、前述したように精神科医の人的資源の不足を感じさせる。

タイのみならず、インド、インドネシア、スリランカ政府の津波後メンタルヘルス・ケアの対応については、前述のWHO東南アジア地域事務局（SEAO）が総括した文書を公表した。スマトラ島沖大地震・インド洋津波が、国連における人道支援改革の契機となり、その結果の一つとして、「災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン（IASC, 2007.）」が諸機関・国家、人道支援に携わる団体や人々のために公刊された。IASCガイドラインは、災害だけでなく、紛争時における人道支援の経験も組み入れている。しかし、2004年津波被災時のタイ政府はじめ、被災諸国の実践とその国際的な評価公表は、このガイドライン作成に有益であったのみならず、人間の安全保障における、メンタルヘルス人道支援の重要性に光をあてたものと言えよう。

#### 第4節 NGOとタイ仏教僧の草の根人道支援による「こころのケア」

タイ保健省精神衛生局が実践したメンタルヘルス・ケアは、ある意味、狭

義の「こころのケア」、すなわち、国際的な精神疾患分類とされているDSM (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM-IV*: APA, 1980.) にリストアップされている、PTSD、不安障害、うつ(感情障害)の予防と治療を意図したものである。これに対してタイ仏教僧やNGOは、広義の「こころのケア」を津波被災者に行った。それは必ずしも単なる励ましや慰めには留まらない。彼らは具体的な「孤児の保護とこころのケア」や仏教の説法による「こころのケア」、「こころのケアから能力開発=自立につながる活動」を企画・実行することによって、トラウマ性疾患に罹患したかもしれない可能性のある子ども達や成人、特に女性を支援してきた。

この最終章では、2011年8月末から9月初めに筆者が参加した調査による、市民のNGOやタイ仏教僧によるメンタルヘルス人道支援を論じる。拙稿で今まで論じてきたように、タイ政府のメンタルヘルス・ケアのような公式に行われた実践は、最近、作成された人道支援の国際的基準作りに寄与したと言えるが、IASCのガイドラインのように、ローカルな伝統や宗教に基づく人道支援実践はまだ国際的人道支援のあり方に本格的に取り込まれていない。メンタルヘルスに限らず、国際的人道支援を行う主体は国家や国際機関だけでなく、グローバルまたはローカルな市民社会(NGO)も大きな役割を果たしている。特に紛争多発地域と災害に脆弱な地域が非西洋世界であることを考慮すれば、人道支援の国際的認識・枠組み作りの次の段階は、当該地域の伝統、文化、宗教、価値観の位置付けと活用であろう。

### 1) 孤児の保護と「こころのケア」

紛争及び自然災害によって親を失い孤児となった子どもの被るトラウマは大きなものであるが、孤児院で集団生活をして育てられる子どものほうが、養子として「家庭」のなかで育てられる子どもよりも、PTSD発症率が高いという研究結果もある(Ahmad and Mohamad, 1996.)。しかし、家族という設定なしでも、コミュニティや社会の一員として扱い、個々の子どもの尊重という

原則を守れば、集団型の居住施設においても、彼らを精神的に支援する社会環境を作ることができるという論もある（Wolf and Fesseha, 2005.）。

筆者が参加したタイにおける調査では、74人の子ども達が暮らすバーン・タンナムチャイ児童保護施設と、孤児院と名乗っているものの、フォスター・ファミリー的なあり方をとる、10人規模のバーン・サンファン孤児院を訪問した。両孤児院とも、両親を失った子どもだけでなく、子育てができない事情にある家庭の子どもも養育している。また、こころのケアに関しては、いずれの孤児院も、サイコロジカル・ファーストエイド的なマニュアルに従ってではなく、普段から彼らが抱えている「子どもへの愛」を出発点とするケアを行っている。

バーン・タンナムチャイ児童保護施設では、津波当時、受け入れた子ども達は衛生状態・精神状態が悪い子が多かったという。また、職員達も当時の精神状態は良くなかった。彼らは、もとより経験の豊富だった、物語を子ども達に聞かせ、また、日本で人形劇を学んだ経験から、「大きなかぶ」や日本の「さるかに合戦」を上演した。子どもの心のケアを中心的課題として取り組んできたが、100パーセントの解決ができたとはこの施設では考えていない。

医学的治療を要するほどの子どもはいないが、18歳になっても警報サイレンを聞くだけで失禁する、驚愕反応を示す子もいる。ただ、この施設の職員は、仏教の教えに基づき、母の日が来ると、「亡くなったお母さんが恋しいでしょう？天国にいるお母さんのためにお寺のトイレ掃除（人の嫌がること）をなささい」と教育し、祈りを重視している。つらい経験をした子ども達は他者への奉仕と支援の精神を持つように育った。昨年3月の東日本大震災のニュースを聞いたときに、「何かしてあげたい」という希望が子ども達からあがり、ダンスを踊って数万パーツの義援金を集めた。職員達が心配しているのは卒業生達の今後であり、それがNGOとしての限界だと述べていた（筆者調査、2011年8月31日）。

他方、バーン・サンファン（夢を叶える、という意味）孤児院は、津波被災

時に現地に駆けつけたキリスト教徒のタイ人夫妻が、自分たちにできることは何だろうかと考えた結果、開設したフォスター・ファミリー的孤児院である。施設の運営費は夫妻と長男が携わるバイク修理工場と、スイス人医師の支援によって入手した土地で行っている農園である。運営者夫妻と彼ら自身の子ども、そして養育している子ども達で共に暮らしている。孤児だけでなく、津波によるトラウマが激しく、家庭ではケアしきれない子どもを受け入れ、ケアした経験を持つ。例えば、津波直後に、家にいると不眠症状が出る子どもを預かった。自宅が海の近くであったことが原因だと思われたからである。その子は3年後に回復し、自宅に戻したとのことだった。今までケアをした子どものなかには、弟の手をひいて逃げる途中に弟が津波に飲み込まれた、極めてトラウマティックな経験を持つ子もいる。津波被災経験の恐怖そのものに加えて、愛する人を亡くして生き残った「罪悪感」は、PTSD発症の可能性が非常に高いトラウマティック・ストレスである。その子はわずかのことで大きな驚愕反応を起こし、失神することもありあったと言う。

筆者は専門家ではないが、様子を聞く限り、明らかなPTSDの症状がいくつか見受けられ、かなりリスクな状況だったのではないかという印象がある。しかし、夫妻はその子を精神科医に見せることはなかった。回復まで時間がかかったが、夫妻は週に4回、その子に「神がいかに人を愛しているか」を言い聞かせた。具体的には、「人間の優しさには限界があるが、神の優しさは無限である。神の愛を受けていれば、社会で生活できるようになる」と教えていた。今はその子は回復し、以前住んでいた村に帰ったそうである(筆者調査、2011年9月1日)。

以上のように、筆者が調査した孤児院の「子どものこころのケア」は、当事者がそれまでの人生で信じてきた信念や信教といった、日常の生き方や考え方の延長によるケアと言える。そしてそれが、近代医学と比較してどの程度の治癒力があるかはあまり大きな問題ではないように思われる。病院は薬の処方や心理療法を行うことができるが、医師や看護師が患者に持つ厚意には限界があ

る。心の傷を持つ子どもを「親」として保護し、深い愛情を注ぐケアは、子どもに必要な安心感に満たされた環境のもとでの回復を可能にしたと考えられる。

## 2) タイ仏教の「こころのケア」

筆者が参加した調査団が訪問したバーンムアン寺院は、被災時に津波犠牲者の遺体が庭に無数に安置されていた寺院である（白石, 2009, 冒頭の写真.）。7年後、我々はこの寺の住職に被災当時の話をきくことができた。師は、自分で自分をコントロールできない状態になっている状態は、西洋近代医学では治すことができないと断言した。また、津波の発生も各人の状態も全てはカルマに源があり、住んでいた家や家族の喪失を新たな人生のスタートと考えられるまで信者のこころをケアしなければならないと言う。当初、各人は現実を受け入れられない状態にあるが、この寺の僧侶は一人一人の言い分を聞くことから始めた。話を僧侶が聞いてあげるだけでも、ヒーリングの効果があるという。

これは、西洋近代精神医学の治療法でも、トラウマ被爆者の安全確保という第一段階の次の「想起と服喪追悼」と呼ばれる第二段階に似ている。違いは、PTSDを通常の記憶と異なる、本人のライフヒストリーに組み込まれていない（過去のものとなっていない）ものとする近代西洋医学は、トラウマのストーリーを完全に深く具体的に語らせ、事実の記憶として再構成することを治療とみなすが（ハーマン, 1992, Ch.9.）、タイ仏教は本人の語りたいように自由に語らせることをケアと見なしている点であろう。

被災者の語りに続いて、師は一人一人に合わせた説法を行った。精神医学の30年の歴史に比べれば、仏教の歴史の長さは比べようもないと自信ある言葉を述べたこの住職によれば、この寺院では仏法によって合計1万人のこころを癒したとのことだった。津波後であっても、特別な説法を行ったわけではない。普段から人々に説いている仏法に従い、「ものを失ったかもしれないが、あな

たの心は残っている」と通常時にも頻繁に言い聞かせている説法が殆どであったと言う（筆者調査、2011年8月31日。）。

PTSDの実存性に疑いを呈示する著書を書いた医療人類学者、ヤングは、「太古から人類は悲哀と悔恨の感情、とりかえしのつかない喪失感、戦慄と恐怖の感覚などの記憶に悩まされてきた」とし、それが19世紀以来、外傷（トラウマ）性記憶と医学的・心理学的に特別視されることになったのは「誤謬」だとしている（ヤング, 2001, p.vii-xi）。タイ調査の後、ヤングの著書を読み返すと、確かに西洋近代医学のメンタルヘルス・ケアを受診しているのは、地球の人口の少数であり、大部分の人々、特に紛争地帯や災害に脆弱とされる低所得国、すなわち非西洋世界では、津波被災時のような悲哀や喪失感、戦慄・恐怖の記憶を、近代医学の治療を特に受けずに、伝統的な宗教的救済やヒーラーによるケアで癒していることを実感した。

### 3) 日本人タイ仏教僧による「さをり織り」の導入：「こころのケア」から「能力開発・女性の自立」へ

タイ仏教の日本人住職、アーチャン光男ガヴェサコー師は、1990年にNGO、マーヤゴータミ財団を創設し、戒律の厳しさで知られる森林派の考えのもと、仏教伝播と子ども達のエデュケーション活動を行ってきた。2004年津波時、アーチャン光男ガヴェサコー師は直ちに現地に赴き、2月3日という早い時期に、バンムアン避難キャンプにて、NGOが緊急支援で使ったテントを使用して「さをり織り」プロジェクトを開始した。「さをり織り」とは、1968年に大阪在住の日本人女性、城みさき氏が主に障害者向けに考案したアートワークであり、型がなく、織り手の自由な感性で織り上げていくものである。師は、復興支援の一環であっても、まずは「こころの復興」のためにプロジェクトを立ち上げた。本来、アーチャン光男ガヴェサコー師は心の健康のために、呼吸に集中する、「アーナーパサティ」という瞑想法を推奨しているが（アーチャン光男・カウエーサコー, 2010.）、集中して瞑想することは、修行（トレーニング）を重ね



ないと困難である。しかし、津波トラウマに見舞われた人々は、何かに集中して心を落ち着かせ、雑念、すなわち、津波のトラウマ的記憶から離れる必要があった。そこで師は、織物に集中することを人々に勧めたのである<sup>5</sup>。

「さをり織り」の実践を望む希望者は多く、現在では7カ所の村、100人近くが「さをり織りのプロジェクト」に参加している。また、このプロジェクトは、2007年には日本の外務省「草の根・人間の安全保障無償資金協力」を受け、「さをり織り研修センター」がバンムアンに設置されている。現在では、「さをり織り」は、「こころの復興」から、「個々人（主に女性）の自立能力復興」に発展し、日本ではフェアトレードのツナミクラフトが輸入するほど、商品的価値が向上し、携わる女性達の収入源になっている<sup>6</sup>。

前述のように、近代西洋医学は患者にトラウマ的記憶を思い出させ、その時の感情も含めた詳細を語らせ、事実の記憶（過去の出来事）として再構成させる。アーチャン光男・カヴェサコー師による「さをり織り」への集中によって雑念（トラウマ的記憶）を忘れさせるケアは、西洋医学と正反対と言ってよい。しかし、こころのケアとしての効果があることを知り、多くの女性達がプロジェクトに参加したことは事実である。これは仏教における感情への「執着」からの解放という考えに基づいたものであると考えられる。あまりにも大きな恐怖、喪失や悲嘆である津波被災体験であっても、仏教の教えでは、喜び、楽しさ、悲しみ、恐怖、苦悩といった感情は、環境や条件によって様々に形を変える、本体の無い「無常」「無我」のものである。人間がその無常・無我なる感情に「執着」することこそが、苦しみであると、アーチャン光男・カヴェサコー師は説いている（アーチャン光男・カウエーサコー, 2010, p.5-p.6.）。

「医学」ではなく「宗教」であるが、「人間の心・精神」が問題になる時、師の教えのような仏教的考えは、西洋精神医学への重大なアンチテーゼになると言えよう。師がそこまで考えていたのかは定かではないが、人間の安全保障論的に言えば、当初は「こころのケア」という緊急人道援助による「保護」のプロジェクトがそのまま、「能力開発」による自立支援に転換していったことは、

高く評価できよう。

#### 4) 草の根「こころのケア」に見いだせる、伝統の日常的実践

タイの草の根支援では、近代西洋医学とは異なる、伝統的な、あるいは信教に基づいた「こころのケア」が有効性を示している。バーン・サンファン孤児院はキリスト教徒の夫妻が運営しているが、残りの団体はタイ仏教に依っている。PTSDに関してマヤ医学が近代西洋医学の有効性をはるかに越えることを実証した宮西照夫に2010年に教示を受けたところ、「ただし、マヤの神を信じていない者には全く効果がない。」という指摘をいただいた。マヤ医学の治療は宗教儀式と殆ど同じである。

今回、調査した津波被災地には、イスラム教徒やアミニズムを信仰するモーケンも居住しているものの、多数派は仏教徒である。タイの上座部仏教は、基本となる瞑想もさほど容易いものではないが、伝統的にこの地方の人々には、都市化・近代化が進んでいない村落ほど、コミュニティの寺院の僧侶を尊敬し、説法によって心を時には癒し、時には強化する、真に仏教を信ずる人々が多い。また、子どものこころのケアに関しては、仏教徒が運営する孤児院、キリスト教の孤児院であっても、相手が先入観を持たない子どもゆえに、職員が宗教の教えに従った「愛」と「語り」によって、少なくともASD（急性ストレス障害）は発症している子どものケアも可能であったのではないかと思われる。成人についても、バーンムアン寺院で説法を求めた人の驚くべき多さや、「さをり織り」プロジェクトの「こころのケア」力と自立支援など、短い調査期間であっても、タイ仏教やタイ市民社会の底力を感じた。

ここで強調すべきことは、近代西洋医学を採用するタイ保健省精神衛生局が、津波被災の時に通常のメンタルヘルス・ケア・サービスと全く異なった体制を採ったことに対し、草の根の「こころのケア」を行った市民社会やタイ仏教は、バンコクから被災地に赴いて新規事業を始めた例があっても、根本的には「普段から行っている日常の実践」をそのまま続行した点である。近代的な

精神衛生局のケアも国際社会では高い評価を受けているが、タイの人々に根付いている「伝統の日常的実践」をそのまま人道支援に活かした、草の根支援もまた、高く評価されるべきである。

### むすびにかえて―伝統に根差した草の根支援との組み合わせが課題―

数値的データから、タイのPTSD罹患率は2年間でかなりの程度、低下した。西洋医学的見地から見ると、津波という自然現象への無知や精神科の人的資源不足から、タイはメンタルヘルス的に非常にリスクであったにもかかわらず、深刻な状況を免れることができた。タイ政府とNGOのどちらがより有効だったかは筆者に評価することはできないし、おそらく双方が有効だったと考えたほうがよいだろう。拙稿で何度か言及したように、スマトラ沖大地震・インド洋津波は国際社会における人道支援の改革の契機となり、メンタルヘルス面でも国際的基準を整備する契機となった。ただ、国際社会で評価され、参考にされているのは一方的にタイ保健省精神衛生局の対応である。筆者が調査した草の根NGOやタイ仏教寺院の活動は、国際社会で大々的にその活動を公表する機会をあまり持ち得ない。今後の国際政治学の新たな課題は、人間の安全保障におけるメンタルヘルスの研究を強化することである。その際には、紛争や自然災害における、非西洋世界の伝統や宗教に根ざした草の根NGOや宗教団体の貢献や有効性を検討・評価し、国際的人道支援の枠組みの中に位置づけていくことが必要である。今までの人道支援の国際的基準や国際的人道支援に関する文書の中で、一言だけ、「現地の伝統と価値観の重視」とあるだけでは、本当に有効性のある支援はできない。被害・被災を受けた人々にとって、最も有効性を持つのは、しばしば、ローカルな伝統に則した支援であると言える。国連機関、国際機関、当該国家、大規模NGOやその連合による人道支援に加えて、ローカルな伝統、文化、宗教による小規模支援をどのような形で組み合わせるかを検討することが重要になるだろう。

[謝辞]: なお本研究でのタイの事例分析は、ひとえに2011年8月28日より9月4日まで実施された、財団法人地球環境財団の「スマトラ地震の災害復興支援のタイ南部実態調査団」に著者が参加できたおかげである。なお、本稿は、2011年11月13日に日本国際政治学会研究大会にて同調査団の東郷育子が調査結果に基づいて報告した「『人間の安全保障』の実践—スマトラ島沖地震被災民向け人道支援活動を事例に」に一部重なる部分がある。

引用文献:

- アーチャン光男・カウエーサコー, 2010. 『心の健康のための7つのトレーニング』 マーヤーゴータミー財団。
- Afmad, A. and Mohamad, K., 1996. 'The Socio-Emotional Development of Orphans in Orphanages and Traditional Foster Care in Iraqi Kurdistan', *Child Abuse and Neglect* 20,p.1161-1173.
- APA: American Psychiatric Association, 1980. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. APA.
- ハーマン、ジュディス, 1992. 『心的外傷と回復』 (中井久夫訳) みすず書房。
- Fisher et. al., 2011. 'Mental health and psychosocial consequences of armed conflict and natural disasters', *International Journal of Social Psychology* 57 (S1), pp.57-78.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee / 機関間常設委員会), 2007. 『災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン』
- Isambert, Mami, 2001. 'Rebellions in the Modern World- System, 1816-1989: Theoretical Reflection and Empirical Analysis', paper for the International Studies Association Hong-Kong Convention, 2001.
- イザンバール真美, 2011. 「ヴェトナム帰還兵のPTSD (心的外傷後ストレス障害) の形成: トラウマと兵役をめぐる言説」九州国際大学法学会『法学論集』第17号第3号、pp.77-122.
- 「こころのケアセンター」編, 1999. 『災害とトラウマ』 みすず書房。
- Ministry of Public Health, Thailand, WHO, Country Office of Thailand, WHO, Regional Officer for South-East Asia (SEARO), and WHO Department of Mental Health and Substance Abuse (MSD), 2006. *WHO-AIMS Report on Mental Health System in Thailand*.
- 宮西照夫, 2005. 『スストからPTSDへ: グアテマラ共和国における内戦被害者の精神保健調査報告書』和歌山大学。
- NCTSN & NCPTSD (アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク&アメ

- リカ国立PTSDセンター), 2006.『サイコロジカル・ファーストエイド:実践の手引き 第2版』(兵庫県こころのケアセンター訳)。
- 人間の安全保障委員会, 2003.『安全保障の今日的課題』朝日新聞社。
- 西川潤・野田真里編, 2001.「仏教・開発・NGO:タイ開発僧に学ぶ共生の智慧」新評論。
- Pengjuntr, Wachira, 2005a. 'The Experiences of the Department of Mental Health, Thailand in helping the survivors from the Tsunami Disaster', Presentation for Tsunami Health Conference, WHO. 以下の同タイトル論考bより詳細である。
- Pengjuntr, Wachira, 2005b. 'The Experiences of the Department of Mental Health, Thailand in helping the survivors from the Tsunami Disaster'. Department of Meental Health, Thailand.
- Piotrowski, C., 2007.「ハリケーン・カトリーナ災害のストレス影響」(金原さとこ訳)  
<http://mzpubdata.maruzen.co.jp/www09/mzpubdata/stress/Stress263.pdf>
- Piyasil, Vinada, et. al., 2007. 'Post Traumatic Disorder in Children after Tsunami Disaster in Thailand: 2 Years Follow-up', *J Med Assoc Thai* Vol.90, No.11, p.2370-p.2376.
- 産業技術総合研究所 活断層研究センター, 2008. プレスリリース「タイ南部沿岸の堆積物に記録された過去の巨大津波」。
- 佐藤仁, 2005.「スマトラ沖地震による津波被害の教訓と生活復興への方策—タイの事例—」『地域安全学論集』第7号、p.1-p.10.
- 世界保健機関 (WHO), 2001.『世界の精神保健: 精神障害、行動障害への新しい理解』(中野善達監訳) 明石書店。(The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope, The World Health Organization, 2001.)
- 白石昇, 2009.『津波: アンダマンの涙』めこん。
- 鈴木佑記, 2010.「『悪い家屋』に住む—タイ・スリン諸島モーケン村落の動態」林育勲男編『自然災害と復興支援』明石書店、第7章。
- Thienkrua, Warunee et. al., 2006. 'Symtoms of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Children in Tsunami-Affected Areas in Southern Thailand', *JAMA* Vol.296, No.5, p.549-559.
- 東郷育子, 2011. 国際政治学会研究大会報告「『人間の安全保障』の実践—スマトラ島沖地震被災民向け人道支援活動を事例に」(2011年11月13日)。
- van Griensven, Frits et. al., 2006. 'Mental Health Problems Among Adults in Tsunami -Affected Area in Southern Thailand', *JAMA*, Vol.296, No.5, p.537-p.548.
- WHO/ SEAO (World Health Organization Regional Office for South-East Asia, New Delhi,). 2006. 'The Mental Health and Psychosocial Aspects of Disaster Preparedness: Report of an Intercountry meeting, Khao Lak, 20-23 June 2006.'
- Wolf, P.H. and Fesseha G., 2005. 'The Orphans of Eritria: What are the Choices ?', *American Journal of Orthopsychiatry* 75, p.475-478.

World Health Organization, 2006. *Mental Health and Psychosocial Relief Efforts after the Tsunami in South-East Asia*.

ヤング, アラン, 2001. 『PTSDの医療人類学』(中井久夫訳) みすず書房。

注：

- 1 ただし、その後の開発活動と平行して行い、人々の能力開発と共に徐々に後退すべきものとされている(人間の安全保障委員会, 2003, p.120.)。
- 2 ヴェトナム戦争の帰還兵の要請によってアメリカでPTSDが疾病として公認された経過については、イザンベール, 2011.
- 3 [http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jindo/jindoushien2\\_2.html#erc](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jindo/jindoushien2_2.html#erc)
- 4 筆者は、王室プロジェクトによって新設された住宅地区に、タイ人と一緒に暮らすモーケンの夫妻取材した。彼らは、子ども達がタイ語の学校に通うことなどから、モーケンの伝統や言語が失われることは残念であるが仕方がないと遠慮がちに語っていた。しかし、鈴木佑記によれば、アニミズムであるモーケンの宗教には、家屋の建て方や方角にまつわる吉凶についての厳格な定めがあり、政府が与えた住居は彼らの宗教上の規律を無視したものである。彼らは新しい暮らしに違和感や不安感によるストレスを感じているかもしれない(鈴木, 2010.)。
- 5 「さをり織り」のこころのケア効果については、ツナミクラフト代表者で調査団参加者の東山高志の解説を受けた。
- 6 特に「さをり織りプロジェクト」については、調査団参加者の東郷育子の2011年11月の国際政治学会研究大会における報告が詳細を提示している(東郷育子, 2011.)。