

第二 社会保障に関する報告

一、人口・賃金・労働時間・生活水準・社会保障

本土でも賃金は一般に低く、物価は高く、一般大衆の生活は決して楽ではないが、沖縄の場合は、それに際をかけている。この問題は、これまで瀬長亀次郎氏の「沖縄からの報告」(岩波新書)や溝上泰子氏の「受難島の人々―日本の縮図・沖縄」(未来社)などに報告されているので、ここでは先ず指標的なことを簡単に記した上で社会保障欠如の問題に入ろう。

沖縄の総人口は一九五九年末で八九万八千人。全沖縄の陸地総面積は二三八八平方キロだから一平方キロ当り三七五人となり、オランダの三二四人(一九五三年)をこえ、世界一の人口稠密国だといわれる。

ところが全沖縄の陸地面積の二・七%という広大な部分を米軍のため軍事基地として使用されているのだから、陸地総面積からこの部分を引いた残りの二〇七八平方キロに八九万八千人がひしめいていることになり、人口密度は一平方キロ当り四三二人と超稠密過住の状態となる。

一方、沖縄の総人口という場合、米軍人・軍属・その家族は含まれていない。これがすくなくとも五万人はいるだろうといわれている。この五万人が沖縄人から半ば強制的に取り上げた基地に一平方キロ当り僅か一六一人の割で悠々と居すわっているのである。

しかも基地のうち四四%は耕地だったところであるから、いかにこれが沖縄の経済に大きな影響を与える問題であるかが判る。

労働力人口は、一九六〇年六月で四〇万三千人(労働局、労働経済の分析)、そのうち三九万六千人が就

業している。就業人口の四八%一九万人が農・林・水産業等の第一次産業に従事している。一九五六年末で農家戸数は八九五〇五戸、うち全くの小作が一二・八%の一五二七戸、目小作が三一・一%の二七九四八戸、経営面積では五反未満農家が七一・四%と圧倒的に多く、一町以上の農家は僅か八九八九戸にすぎず、全農家一戸当り平均耕地面積四・九八反という零細経営である。

建設、製造業等の第二次産業就業者は六〇年六月、就業人口の一〇・七%の四万人、その他の第三次産業就業者は同じく四一・六%の一六万人で、ここにも沖縄の基地経済依存度が異常に高いことが見られる（前掲労働経済図説）。

自営業者は五九年で一三万人で、うち一一万八千人までは有給従業員をもっていない。一一万八千人のうち八万人は農業である。これは農村では零細な農業を、都市では零細企業を営む商店が多いことを示している（労働局一九五九年度、琉球労働経済の分析）。

雇用労働者（職員を含む）は六〇年六月で就業人口の三七・八%の一五万人であり、その三分の一強の五二三五九人が軍雇用者となつてゐる。

賃金を日本との比較において見ると、琉球政府労働局作成の「琉球の労働事情経過」によれば、一九六〇年平均の月当り名目賃金において琉球の四五ドル四二セントに対し、日本は六七ドル七〇セントで、日本の六七・〇九%となるが、物価は日本より二割高いと推定されているので、実質賃金で見ると日本の五五・九%になるとしている。

これに対し生活水準で見ると、都市勤労者世帯一カ月平均消費支出は名目支出で琉球の場合、五九年五五ドル三一セント、六〇年五八ドル四七セントであるが、実質支出額では五九年が日本の五六%、六〇年が同じく五四%と格差が更に開いている。

生活費の内容でも、エンゲル係数は五九年日本三九・八%に対して沖縄四九・九%と沖縄の生活のみじめさが知られる（前掲、琉球労働経済図説、一九六一年三月）。その上、低い賃金で物価高の生活費をまかな

わねばならぬから労働時間は長くならざるをえない。同じく労働経済図説によれば日本は週当り労働時間が五一・五時間で世界で一番長い（アメリカは四〇・一時間で一番短かい）といわれるが、沖縄は五八時間まで長い。

結局、農村では零細農家が、都市では零細商人が、また雇用者は低い賃金で、そして何れも物価高に悩まされながら、過労におち入りながら辛うじて生活していることを示している。完全失業者は五九年六千人で完全失業率一・六%、六〇年六月で七千人、完全失業率一・七%で前年より増加したが、それにしても案外低い。しかし、これは完全失業などしているゆとりもない位に生活が苦しいからとみるべきで、政府の前記労働経済分析でも潜在失業者が五九年には四万人もいると指摘している。

生活がみじめな者が多いことは、生活保護法による被保護者の率が高いこと、保護は受けてないが保護基準（生活・住宅・教育三扶助、標準五人世帯、月二六ドル七七セント）で算定した生活費の一三〇%未満程度の低い生活しか営んでいない者（政府はこれを低所得者と呼んでいる）が多いことによつても知られる。すなわち琉球政府厚生局の説明では一九六〇年七月一日現在で被保護者二八〇七〇人、保護率は人口千人比三一・二で日本本土の同時期の一七・五の約二倍となる。これに対し低所得者は一〇万五千人で兩者合わせ一三三〇七〇人、沖縄住民の一五%（人口千人比一五〇人）がこれに属する。保護基準は平均生活費（平均消費支出）の四七%にしか当らぬ低いものであるから、これは全くの極貧層ということになる。それがこんなにも多いのである。

こういう状態であるから、一たび病気、けが、出産、老令、死亡、あるいは失業といった生活事故に遭遇した場合に、それに対する適切な社会保障施策がないならばどんなに生活を脅かされざるをえないか、一層貧困の度を加えざるをえないかは想像にかたくない。しかも低い生活水準、長い労働時間は過労・栄養不足からする傷病、死亡、早老等を招き易いことは見易いところである。従つて一層このような事故に対する社会保障の必要性は大きいものといわねばならない。

このような場合、本土ではいろいろ問題はあつて、一応各種の社会保障ないし公的扶助制度が、さらにまた社会保障の関連制度あるいは広義の社会保障制度といわれる各種の社会福祉制度や公衆衛生制度が戦後十六年の間にもかくも作られてきている。そして、これらのいわゆる社会保障制度が主として法的には憲法第二五条の生存権規定にもとづいて展開されてきたことは周知の通りである。

しかるに米國統治下に、日本國憲法の及ばぬ沖繩の場合、戦後一六年の今日にいたつてなお、このような社会保障制度は皆無に近い。社会保険としては失業保険法がようやく一九五八年に制定されて一九六〇年から政府事業として実施を見ているにすぎず、日本本土のような健康保険法や国民健康保険法などに相当する医療保障制度は何一つなく、僅かに公衆衛生的立法として結核予防法、精神衛生法、ハンセン氏病予防法が近年制定されたのみであるが、これすら予算不備で後述のように殆んど実効性を期しがたく、しかも公衆衛生の分野でも本土のような性病予防法、伝染病予防法、優生保護法はその立法が要請されているにかかわらず米軍との調整がつかず未だに成立していない。病氣に対する保障すら不備であるから、いわんや老令・廢疾・遺族に対する長期給付としての年金立法に至つては皆無で、公務員恩給すらない。労働災害に対しては労働基準法にもとづく雇用主支払義務の労災補償はあるが労災保険はない。自動車損害賠償保障法もない。これは、社会保障といふべきかは問題があるが、沖繩のように自動車交通のひんばんで、従つてまた自動車による生命身体の侵害の多いところでは必要不可欠とも考えられるものであり、一九五六年以来、立法院では四次にわたつて議決してゐるに拘らず、その都度米民政府書簡によつて拒否され、今日に至るまで成立しないのである。

そこで、この他にいわゆる社会保障制度に属するものとしては公的扶助に属する生活保護法と、社会福祉制度としての社会福祉事業法、児童福祉法や身体障害者福祉法等があるだけである。

二、医師・医療費・傷病と治療・医療保険法案

このような状態の中で、とりわけて沖繩の人々にとつて当面一番切実な問題は、病気になるつた時どうするかということである。病気になるつても医師がすくない。医師にかかろうにも診療費が高いということである。

医師数は終戦時の六〇余人から一九六〇年末で三〇二人と約五倍に増加した（厚生白書一九六〇年版）といふものの、医師一人当り人口では本土の九〇八・四九人に比べて二九二〇・二九人と三倍以上の負担となっている。歯科医師も沖繩全体で八一人で一人当り人口一〇八八七・九八八人。本土は一人当り二七九二・三九人だから、本土の歯科医師のざつと四倍の負担となっている。

無医村問題は本土でもなお解消していないが、全体として医師数の少ない沖繩では一層深刻のようである。この医師の絶対数不足を補なうため、介補、歯科介補という沖繩独特の制度が戦後設けられている。これは一九五一年五月の米民政府布令第四二号歯科医師助手廃止、同第四三号医師助手廃止により創設されたもので、正規の医師又は保健所長の監督の下にのみ医療行為を行なうものとされている。一九六〇年一月末現在で介補七九人、歯介補三〇人、主に僻地診療所に配置されている。僻地の人々の場合は、正規の医師でなくとも良いだろうということであろうか。

医者にかかった場合の医療費がまた問題である。診療報酬に公的基準がなく医師によつて違うが、金のありそうな患者だと見ると高きうものがあるともいわれ、概して高いようで、一寸腰がいたいといつて医者にいつたら二ドル五〇セントかかったとか、盲腸手術でも三〇ドル位かかるとか、手術してもらおうと思つと何百ドル用意してこいといわれるとか、バリウムのんでレントゲン撮影して七ドルとられたとか、神経痛で電気療法したら一日一ドルづつかかるとか、安くて親切な良心的医師は却つて腕がないから安いのだらうと患者が怪しむといわれる程に、とにかく一般に開業医の診療は金がかかるので、貧しければ医者にかか

るのをひかえざるをえないことになる。沖縄では公務員は、勤労者として一番安定した生活保証のみちであるといわれ、給与も比較的いいとされるようであるが、その公務員にも医療保障はなく、従って琉球政府の課長でさえ「病気になるのが一番こわい。ともかせぎしていても家族が一人病気になるとなんか赤字になります」といわざるをえない程である。いわんや一般大衆にとつて傷病による医療費支出と他方、それが生計中心者である場合は何よりそれによる所得の減少、喪失が大きな脅威であることは、生活保護受給者の「約六〇%が疾病をその最大原因としている」（厚生白書、一九六〇年度版一三七頁）ことから明らかである。

このような罹病及び医療の状況を、琉球政府社会局が企画統計局に依頼しておこなつた一九六〇年五月の医療保障調査の結果についてみると（資料は沖縄社会福祉協議会、医療保障制度に関する意識調査報告書に要約されたものによる）、全琉で一〇〇人につき年間六三・六件の傷病に罹患しており（これを罹患率という）一九五四年における本土の六六・九よりやや低いが一人当りの年間平均罹病日数は一七・四〇日で本土の一四・二一日より三日ばかり長く、一傷病当りの継続日数では二七・三日でこれもまた本土の二一・四日より長くかかっている。また調査日現在で傷病であつた者は一〇〇人につき全琉では三・九人（これを有病率という）で、これもまた本土の三・二人よりは有病率が高いのである。これを所得階級別にみると、罹患率、平均罹病日数、一傷病当り継続日数は所得の多くなるに従つて高率となるが、一〇ドル以下の最低の階級では罹患率は六四・〇と高いのに平均罹病日数と一傷病当りの継続日数はそれぞれ一七・〇及び二六・一と短かいのが目立つており、これは、これらの世帯では安心して療養することができないので、ある程度無理しても病床をはなれざるをえないためであると説明されている。傷病件数について、その治療状況を見ると、治療したもののは九四・三%、しないものは五・七%で、本土の九七・一%と二・九%という数字と対比すると治療しないものの率が本土の約二倍に及び、その「主たる原因としては経済力の点にあると思われ」（前掲、沖縄社会福祉協議会の要約説明）。治療の種類では医師二四・六%、歯科医師二・八%、医介補二・二%、

歯科医介補〇、売薬六五・九%、その他四・五%となつており、本土の医師五七・八%、歯科医師四・五%、売薬三一・〇%、その他六・七%と比べると、医師にかかる率が低くて売薬に依存する率の高いのにおどろかされる。以上が一九六〇年の調査報告であるが、多分薬も買えないものはどんな治療も受けられないことになる。治療を受けない者の比率が本土より高いこともこのことを示しておろう。こんなところが新興宗教のつけ目であろうか、特に創価学会と生長の家の勢力拡張は大変なものである。

こういった情勢であるから、政府としても既に一九五五年頃から医療保険制度創設の準備に着手し、かなりの曲折を経て一九五八年一二月には医療保険法成案の運びになり、一九六〇年には立法院に法案を送付して立法勧告をしたが、「米軍が医療保険援助の意思のないことを言明したため立法院では審議未了とした」。しかし一九六二年二月からの立法院会期に再び提出し、今度は通る見込みといわれている。

それでは、これは歓迎すべきものかということが問題となるが、政府の医療保険法案は、先づ日本本土の医療保険の現物給付主義とちがつて、いわゆる療養費方式をとっている。これは本土でも医師会などがこの方式を主張し、厚生省でもその方針であるといわれるが無産者にとつては受診制度に従つて保険者にとつては保険財政節約の効果をもちものとして国民の側では反対の声が強いものである。それを沖繩でやろうというのでこれには「厚生省の強い指導があつた」といい、厚生省と医師会としては沖繩での成績をテストケースとした上で本土に持ちこもうとしているのではないかと考えられているものである。今一つの特色は一九六五年度（一九六四年七月一）先づ五人以上の事業所の被用者を対象とし、六七年度に五人未満と日雇労働者を対象とし、六八年度にその他の住民に及ぼすという段階的方式をとる点である。ところが一番医療保障の必要度の高い低所得者階層が多いのは第三のグループで、これが一番最後にまわされるというのは、「財政的理由」によるという。しかし、社会保障という観点からは、これは大いに問題とせねばならぬであらう。

このように現在のところ社会保障の名に値いするものがないので、職員共済会とか政府各屏の共済会がで

さて、冠婚葬祭とか本人長期傷病の場合にいくらか給付している。そのための会費として毎月一ドル位徴収する他に、会員に貸付事業をやつて、その利子を給付財源としているので、その利子が三分七厘で銀行より高く、そして給付財源をうみ出すために借金申込も奨励している状態であるという。

三、精神障害者対策

那覇の市内を歩くと、一見して精神障害者と思われる浮浪者が多いのに驚ろかされる。精神障害者対策は最もおくられている部門の一つといわれている。

精神衛生協会の一九五九年六月一日現在調査では何らかの医療を受けている者又は受けるのをやめたがまだ精神病者である者或いは全然受けたことがないが素人目にも精神病者と判る者が全琉で一六一三名を数えるが、実際は五千名あるいは八千名の多きに上ると推定されている。本土では、精神障害者の医療と保護のための入院措置などを定めた精神衛生法が既に一九五〇年に制定されているが、沖縄の場合は本土におくれること一〇年の去る一九六〇年漸く精神衛生法が作られたのであつて、それまでは明治三三年の精神病者監護法があるのみで、公費による医療のみではなく、治療保護のベットも一九五七年で僅かに政府立病院に七〇ベットを有するにすぎなかつた。精神衛生協会が前記一六一三名中の六四二名について調査したところでも全然治療を受けずに放置されているものがその過半数の三九〇名に達している。こうして放置された精神病者が浮浪して那覇市に集まるものも多く、警察では監置室に收容し、一杯になるとシープで近隣の村落へつれて行つてはおきつばなしにしていくというようなこともやつていたという。

こういう状態に対して精神衛生法の立法に対する要望が強く、社会福祉事業大会でもしばしば立法促進方を決議し、行政主席や立法院議長に要請したが、米軍が結核、ハンセン氏病、性病等の伝染性疾病には関心を示しても、精神病者の人権保障には関心を示さぬため立法は容易でなかつたことは、一九五七年五月の立