

法促進決議に対する行政府の次の回答に明らかである。

(精神衛生法の立法促進決議に対する行政府の回答)

伝染病予防法を優先して立法勸告をするために本法案の審議並に軍公衆衛生部との調整がおくれ遺憾ながら今立法院議会への立法勸告は困難と考える。

そういう訳で、やつと一九六〇年精神衛生法が成立したものの、同法により入院の措置の対象となつて入院した者は一九六一年五月三十一日現在で僅か九二人(うち五人はすでに退院)にすぎない(厚生白書二〇〇頁)、これに対して措置申請は三〇〇件位に上つていゝが、全員措置すれば、措置入院費は八万ドル位に上る見込であるのに一九六一年度予算では一万ドルしかなく、到底その要求に答える見込はない。一九六一年七月にはじまる六二年度予算でも、強制措置患者の入院料、保護費及び治療費としては五〇人分四六〇八〇ドルしか計上してゐない。その上、従来は措置入院患者の医療費は全額政府負担であつたのが六一年八月の精神衛生法一部改正で本人又は扶養義務者に負担能力がある時は組稅滞納処分例によつても費用の全部又は一部を徴収できるとし、六二年度予算には、この改正による自己負担収入が約五千ドルも政府歳入として見込ませている状況で、こうなつては益々入院は困難になるとも考えられる。

精神病者に対するベット数も一九六一年六月で三八〇床のうち政府立一〇〇床、民間三病院一七五床、日本政府からのお年玉年賀葉書配合金による精和病院一〇〇床となつてゐる。いづれにしても、これでは推定八千人の精神障害者中三千人は要治療といわれるのに対しては余りにも貧弱である。また措置入院用のベットは更に少なく、前記精和病院でも、半数の五〇床だけがそのために充てられることになつてゐるにすぎない。

そこで公安上の保護のため入院措置をとるべき患者でも入院させることのできない者が圧倒的に多いことになるので、前記精神衛生法の改正に際して、この種の患者に対する保護義務者による保護拘束を更新できるものとして、住民に負担を転嫁するみちをこの面からも用いた。

「精神病者のいる家は結核患者の家庭よりも暗く、おまけに貧しい家庭が多い。入院させてくれといつて泣き出す家族が多いが保健所ではどうすることもできません。最近特にこういうケースがふえてきました。生活の不安定と精神的緊張のせいでしょうか」とある保健所では話してくれただが、この悩みは一向に解消しそわないのが精神障害者対策の現状である。

#### 四 結核対策

政府立結核病院金武保養院の若い院長は開口一番「結核入院患者の治療は本土より恵まれてますよ」と語った。「しかし、入院できない患者が圧倒的に多いのですよ」とすかさず横にいた年配の医師がつけ加えた。ここに沖繩の結核問題が端的に示されている。

一九五六年制定の結核予防法第一一条及び第一四条の規定により、医師の診察や保健所の集団検診等で発見された患者は保健所に登録されるが、この登録患者の数は一九六〇年末全琉で二三四九四人で全住民八六万三千人の二・六%となつているが、保健所による集団検診が充分でない（一九六〇年で受診率三〇・九%、本土は前年で三七・四%）ことと、さきに沖繩の結核事情を視察した京都大学の内藤益一博士は、本土で住民の三%（正確には一九五九年で三・三%）が要治療患者であることから、実数は三万人に上るものと推定している（一九六一・九・三〇沖繩タイムス）。登録患者を年齢階級別で見れば二〇才台がピークをなしている。

ところで、この二万人をこえる登録患者に対して結核病床数は一九六〇年で全琉を通して僅かに六四九床（政府立六一四床、あとは私立）にすぎない。これは人口一万人について七・五床、登録患者数に対して二・七%に当たり、本土が一九五九年で二六万床で人口一万人につき二八床、要治療患者三〇四万人に対して八・五%に比して、全く劣っている。しかも本土で二六万床のベットの他になお要院患者が八六万人もいる

と推定されているように本土の病床数自体が非常に不十分なものであることからすれば、沖縄のそれがいかにミゼラブルなものであるかが判る。

このことは、一九六〇年末現在の在宅患者（登録患者のうち保健所長が必要を認めて訪問指導の対象とするもの）一〇三三九人の殆んどが本当は入院を必要とすると考えられる（結核予防会総務部長談）というし、またコザ保健所管内の一九六一年九月頃の在宅患者三三〇〇人程のうち、その三分の一は緊急に入院させねばならないのにベットの關係で入院できないでいる人々だ（コザ保健所）ともいい、またこの在宅患者のうち隔離を要する排菌者が三〇〇人はいるのでそれができない（同）ともいわれることから明らかである。

在宅患者には公費で化学薬品（アイナーとパス）が支給されるが、生活保障のみちがないから、栄養をとることができず、時々レバーミルクの配給をしても米と交換して家族にまわしてしまふ者も少なくない。以前は薬を売って生活費にかえるものもあつたが、今は薬が出まわつてきたので、それもできなくなつた。安静にしていなければならぬのに生活のために働らかざるをえない人もすくなくない（コザ保健所）。収入階層別の結核有病率の調査が行われていないが、一九六〇年末で在宅患者中の一一・一五%が生活保護適用世帯に属していること（厚生白書一九六頁）、那覇福祉事務所管内の生活保護世帯については概ね八世帯に一人の割合で結核患者が発生していること（一九六一年八月、那覇福祉事務所、生活保護関係業務取扱い状況、所収の統計表から推定）などからして、低所得者に結核患者が多いこと、また結核が貧困を促進していることがうかがえる。従つて薬だけ無料給付されても余り効果をあげることができない。

その上、前述の内藤博士の指摘するところではアイナー、パスの効かなくなつた結核菌がばらまかれ、それらの菌で感染した患者ははじめからアイナーとパスも効かない。こういつた悲惨な患者が既に相当数発生して今後急スピードでふえることが予想されるという（前掲、沖縄タイムス）。

従つて一刻も早く一人でも多く隔離して治療せねばならぬが、何しろベットが前述のようにおそろしく少ない。保健所では毎週木曜日に入院決定審議会を開いて入院の適否をさめるが、保健所の担当公看（公衆衛

生看護婦)を通じて入院を申請するが、この審議会で決定するまでに早くて一年位、平均一―二年位はかかる(沖縄緑友会)審議会では、重症一に対して中等症二の割で入院できるようにということで、要するに早くベツト回転のできるもの即ち早く退院して社会復帰できるものを入院適として承認する方針をとっている。従つて重症の者は却つて入院できないことが多い。その上入院適となつても実際に入院できるまで二カ月位かかる。これでも昔より早くなつたという(コザ保健所)が、とにかく愈々入院という時は更に悪化していつて手おくれのこともある(政府立結核療養所金武保養院談)。

ようやく結核療養所に入院できた患者については医療費、食費、パジャマ、寝具等は公費で給付されるから医療費の患者負担はないが、全治するまで療養所にいる訳に行かない。なおらなくても六カ月で退院させるのが一応原則となつているが実際は平均八カ月位で退院させられる。なおり切らないで退院するから排菌源を完全に排除できず、新患をふやす機会をつくることにもなる。一応なおつて出てもアフター・ケアの施設がないから社会復帰に支障を来たすし、再発の可能性もある。そのため再入院の要があつても審議会では入院を認めてくれない。病院としても、こういうことを考へて一番頭を悩ますのは生活保護の医療扶助で入院している福祉患者(金武保養院では全ベツトの二割を福祉ベツトとしている)や保護は受けていないが所得が低いという階層の人々で、しかも、こういう貧しい人々が圧倒的に多い(金武保養院)。また医師の不足も療養上の障害である。たとえば金武保養院では院長以下五人が定員だが、めつたに充足されることはなく、三人の時が多く、六一年三月には僅か二人にへつてしまつたこともあつた。

なお沖縄の結核予防法では集団検診については規定しているが、本土の結核予防法とちがつて、予防のためのBCGの接種については何ら規定するところがない。米國琉球民政府公衆衛生課と琉球政府社会局公衆衛生課が作成し琉球結核予防会が結核予防シールの売上金で発行した「結核と斗い結核と勝つには」というパンフレットにも、検診を受けよと強調する一方、発見されれば早期治療を受けよと簡単に記す程度で、BCG接種には一言もふれていない。事実一九五八年一月から五九年一二月までの一七二五四人に対する

ツベルクリン反応実施で三一・六%の陽性率である（琉球政府社会局公衆衛生課、結核の現状、一九五九年一—一九六〇年）から、七割近い陰性者がいることになるのだが、この人々に対しては何の予防対策も講じられていないのである。

## 五 ハンセン氏病対策

ハンセン氏患者については、屋我地の愛楽園と宮古の南静園とこの二つの政府立療養所があり、前者に九一三人、後者に二三人計一一四五人の患者が収容されている（琉球におけるハンセン氏病白書、愛楽二〇号、一九六一年七月）が、この他に全琉で八〇〇人前後の在宅患者がいると推定されており（同上）、私局、全部で二千人前後の患者がいることになるが、本土の患者総数は六〇年三月末で一一八一八人（うち入居者一〇八六八人）であり、沖縄のハンセン氏病罹患率は人口一万に対して二二人で本土の人口一万人に対して一・一と比して約二〇倍という高率を示しており（厚生白書二〇一頁）、「結核と共に琉球における最も重要な伝染病である」（同上）と政府目から認めているが、結核の場合同様、ここでも患者と家族の生存権は充分保障されているとはいえない。

すなわち八〇〇人前後の未入所患者があり、しかもなお検診の結果、いまだに児童の罹患率が高い（前記ハンセン氏病白書）として警告されているのに、受入能力が充分でない。

施設に入所しても医師特に専門医が不足している。屋我地の愛楽園では一九六一年三月に親泊康順園長が七三才の高令でなくなつてからは、この九月に至つてもなお後任園長の発令がない。現在、医師は定員四名に対して三名しかおらず、歯科医定員一名も欠員であつたのが、やつと二カ月前に後任者が着任したような状態であり、しかも医師・歯科医師いずれも、この十年來、契約された国費医学生（卒業して最初の任地）による交替制であるため勤務年限も義務の一年、のびても二年位で他に転じてしまうのが普通となつている。

多少の手当はついているが、腰を落ちつけてハンセン氏病と取組もうという医師がない。しかし、これはあながちハンセン氏病そのものに興味がないと非難する訳にも行かないようで、学卒の若い医師を指導する専門医がいけないこと、「研究設備が必要とするところの三〇%程度しか整備されておらず、研究室も職員住宅も吹けば飛ぶような粗末なもの」という設備の不備にも原因はあろう。とまれ患者にとつてはハンセン氏病の専門医も各科別の専門医もないという位ミゼラブルなことではない。専門医の常置を患者は終戦以来要求しており、日本政府厚生省にもその旨の請願をしているが、いまだにその要求はみたされていない。本土から短期間来島して愛楽園入園者の病状を診察したある専門医のデータでは、いまなお五〇%以上の増患者がおおり、かつては本土より軽症者が多いといわれ、風土的条件もよいといわれた沖繩で本土の療養所に見られない増悪現象が起つていますが、その原因を解明するためにも専門医が欲しいと痛切な叫びを前記請願書に患者は記している。

看護婦も愛楽園では現在の患者数に対して「本当は五〇名必要」（事務長談）だのに二九名の定員しかなく、しかもうち八名はナハ病院やコザ病院への応援にとられて六一年九月現在二一名しかおらず、不自由者の完全看護ができないので軽症患者がつきそいに当つている。

入所患者の住居も愛楽園の場合、新しい堅牢な住居が建造されつつあるが、戦災を受けて終戦直後にたてた全く粗末なかやぶきやトタンぶきの住居がまだ六〇戸ほども残つており、この解消にはあと三、四年を要する状態である。

入園患者が現在、生活上で一番望んでいるのは本土の国民年金法による身体障害者福祉年金を本土の療友と同じように支給してほしいということである（患者自治会）。というのは、入園中の医療費と食費は公費負担で、他に小づかいとして月一ドル（日円三六〇円）の慰安金が支給されるが、これではたばこ代にもならないので家族から仕送りしてもらうのもあるが貧困者が多いので仕送りのあるのは極く少ない。本土の場合には慰安金も沖繩より多い（月五百円）だけでなく、月一五〇〇円の障害福祉年金が一級の廃疾状態にあれ

ば支給される。愛樂園でも患者の三分の一の三百人位は同様の状態にあるので、同じハンセン氏病患者として是非支給してほしいということであり、これまた厚生省に患者代表から請願書が提出されている。戦傷病患者救済者遺族等保護法による年金は沖繩にも適用されているのであるから、国民年金法による無拠出の福祉年金も同様適用されて然るべきであろう。

なお、本土では一九五三年以来、明治四〇年の旧法にかわつて新しい癩予防法が制定施行されているが、沖繩では今年八月新しくハンセン氏病予防法が作られて旧法にとつてかわることになつた。本法は名稱だけは患者の要望にこたえて「らい」という呼称にかえて「ハンセン氏病」としたが、内容はほぼ本土の新法と同じである。しかし制定後一カ月なつても施行規則ができないので、法に定める入所者の親族保護や学校教育費条項などが行われていない。

また、入所者中には社会復帰ができる程度に軽快している者も多いにもかかわらず、受入態勢が十分でないために社会復帰できないという悩みも強い（愛樂園患者自治会）。

## 六 軍事基地と療養

九月二七日午后、金武村にある政府立結核療養所と精神病院を訪問したが、至近距離での巨大な爆発音に驚ろかされた。

新聞によれば、第三海軍師団が金武ビーチ（海岸）での上陸演習にそなえて障害物除去のための爆破作業を二五日以来、朝八時から夕刻にかけて行なっているもので、連日窓ガラスを数枚わられたが、特に二七日夕刻の爆発（これは高施設を除去した直後におこつたものようである）、精神病院の窓ガラス五二枚、保養院では三二枚がわれ、壁に亀裂が入つたが、特に患者のベットにもガラスの破片が飛び散つてくる等、患者の精神的ショックも大きいものであつたという（沖繩タイムス、一九六一・九・二九）。

## 七 生活保護

このように殆んど何の社会保障制度もないから、いきおい生活保護の対象におろこまざるをえない者が多いと考えられ、事実、前述のように保護率も人口千人比三一・二で本土のそれが一七・五であるのを遙かに上まわっている。生活保護法は本土とはほぼ同じ内容のもので、健康で文化的な生活水準を維持することができざる最低生活を政府が生活に困窮するすべての琉球住民に保障するとしており、生活保護行政だけは社会局一六一年八月から厚生局と改称しの中でも一番予算がとり易く、そのため児童福祉などが圧迫されているともいわれている。しかし、そのことは生活保護行政の内容が充実していることを必ずしも意味しない。こゝでも社会保障抑圧政策の筋はつらぬかれている。第一に保護基準が低い。いわゆる標準五人世帯で生活、住宅、教育三扶助基準額合計二六ドル七七セントには水道料もちり紙代も福祉事務所への交通費も入つておらず（一九六二年一月からはこの三つの費目も入れて二七ドル二八セントへと一割の引上が行われる）、エネルギー係数は六四・八％というおそろしい高さであり、これでも食費算出のもととなる必要栄養摂取量についても一九四九年当時の本土の栄養審議会の答申を採用し、同審議会が一九五九年に改めて答申したものである。これは、これを採用すると一人当たり四二％アップしなければならぬことになり財政上尅大な額になるおそれがあるとして採用していない。

そのため本土の第一七次改訂額一級地ないし四級地平均額に比べて九％、沖繩の物価高を考えるとそれ以上も低いものとなっている。沖繩における標準生計費（一九六〇年六月の企画統計局調べを標準五人世帯に調整したもの）四二ドル九八セントと比べると保護基準はその六二％に当ることになるし、一般勤労者の生活費と比べればその四七％に当ることとなり、いずれにしても本土の保護基準が一般勤労者の生活水準に對する比よりはやや上まわっているようであるが、沖繩の生活保護行政では要保護者の収入認定に當つて勤