進性を打破し、健康を開発する方策如何といえば、それは本県の場合は当然、すでに基本方針の樹立されている地域開発の諸計画の中に保健計画を組み入れ、実現していくことによるべきであろう。

欧米では地域開発をすすめる場合に、そこに住む人の生活環境を整え、快適な生活環境下で生産活動に従事するようにすることが、前提になっているにかかわらず、今までの日本では、開発の全体も目的を人間であることが徹底せず、人間不在の開発が盲進して、そこに四日市や水島地区などの問題を産んだかのようにみえる。熊本県は前車の轍をふまぬようにしなければならない。

国民生活白書や日赤の民力の調査資料によって都道府県別にみた個人消費支出、資産、生活環境施設、生活近代化の程度などを比較してみると、福岡を除く九州六県は岩手県などとともに近代化の遅れている最低水準地域に入れられている。九州六県はいうまでもなく第一次産業比率五〇%以上の農業県で、商工県と現状においては生活格差が大きいのである。この所得の低さ、社会環境の劣悪さが農家生活の低さの原因となるが、またこの生活の低さが農業生産性の向上、所得増大を阻害しているのであって、所得向上対策、すなわち、経済開発は生活の改善向上、すなわち社会開発と並行しなければならない。ここに熊本県のような農業地域の保健福祉の向上と生活環境改善のための深い省察と実践が要請されるわけである。

□□□□

地域性をもった保健計画を……

□□□□

ところで、周知のように、本県の地域開発計画は、まず、不知火・有明の新産都市地域の開発を主軸とし、これに隣接して波及効果をうけながら変貌発展していくべき振興地域（北部米作地帯と南部果樹地帯）、高冷な山間、温暖な島々をもつ開発地域（阿蘇、天草、球磨）の三つの地域区分によって県全体の調和のとれた発展をはかっていこうとしているわけである。しかし、何れにしても、新産地域の発展が原動力となるわけであるから、まず、新産都市地域の保健計画がいかにあるべきかを考えていく必要がある。

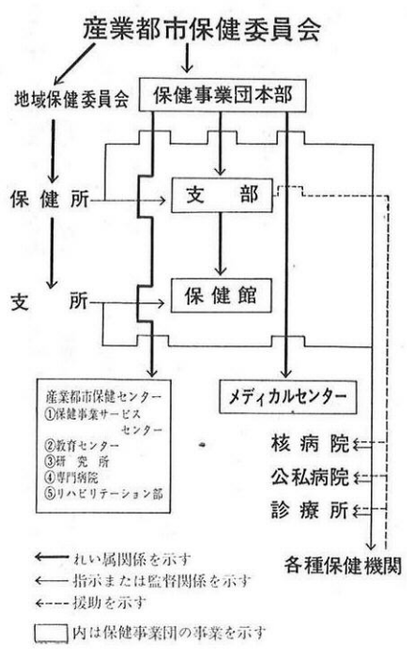
＜表２＞　不知火、有明、大牟田地域の新産都市基本計画（保健衛生施設）

	熊本県	福岡県
昭和55年　地区総人口（千人）	1,261	491
昭55年　給水人口（〃）	998	432
昭55年　地区給水率（%）	79.1	88.0
昭55年下水終末処置人口(千人)	783	354
昭55年　終末処理人口率（%）	62	72
昭24年　し尿処理人口（千人）	719	240
昭50年一般病床整備率(万対)	70	60
昭55年　ごみ処理人口（千人）	1,021	366
昭55年　ごみ処理人口率（%）	81.0	74.5

まず、新産都市の基本計画の中の保健計画で不知火、有明及び有明・大牟田に関するものを摘記し△表二▽に示してみよう。昭和五五年を画いたものだが、これを画餅に終らしめないよう努力が望まれるわけである。ただ、この基本計画は、このように、物的施設計画に重点をおいて、保健計画中で重要な対人保健サービスを取上げてない。そこで公衆衛生の専門家が相寄って、これを別個に新産都市保健計画の構想を練り一応の案を呈示するにいたっている。いま、その大要を述べて本県の新産地域の保健計画の参考に供したい。

保健機構は△図二▽に示す通りであるが、まず県下各界の有識者、行政責任者をもって、保健活動の基礎的問題を審議する最高機関として保健委員会を組織し、これは地域住民への保健サービスの核である保健事業団を指導する。

＜図２＞



また、その下部組織である地域保健委員会は保健所の諮問をうける。保健事業団は地域の最高水準の医学機関であるメディカルセンター（大学病院や基幹国立病院）の活動への資金援助を行ない、必要に応じて産業都市保健センターを直営し、事業団支部は各地区の核病院や保健館を直営する。

図示したような、これら一連の構想は一見極めて新奇なようだが、その萌芽がすでに各地にあるものを検討したもので本県でもその地域の条件に立脚してこのような保健計画と、その運営の体系を考えていく必要があろうと思う。

□□□□

保健計画の実際と問題点

□□□□

青森県八戸新産地域では、一〇年後に

みあった保健福祉を充実するために、昭和四五年までには産業ヘルスセンターを建設するという。同地の報道によれば、八戸市の工業の近代化と並行し、住民の福祉を向上するために県が施設を作り、法人を別につくる県有民営方式で、労働者の医療、休養、生活相談、産業医学研究の四部門から成り、産業開発に伴う低所得者の増大、企業体の格差の増大に伴う厚生福利の問題、都市化に伴う近隣農業地帯の生活環境の変化、婦人や乳幼児の生活などの相談、指導施設をも含むという。岡山県などにも同様な計画があるが、土地造成、工場誘致の努力などと並行して健康開発の基盤づくりに踏み出したこの東北の一小県である青森県の姿勢には、各新産都市地域も学ぶべきものがある。

□□□□

望まれる保健婦養成機関

□□□□

熊本県では古い伝統をもつ大学病院が最近飛躍的に整備されて近代的装備を誇っているし、国立病院も基幹病院としての偉容を整えつつあり、メディカルセンターの充分な機能をもっている。また、荒尾、八代、水俣、人吉、阿蘇、本渡などの公立病院は核病院として充分期待できる。

ただ、これらの病院が一般診療の外に地域社会の保健活動にどのように参加してゆくか具体的方策がたてられること、そして保健活動を病院の本来業務として円滑に実施していくことが切望される。と同時に、これら既存の大病院に比較的欠けている長期療養を主とする成人病、がん、肢体不自由者などのための病院、それに共用するメディカルリハビリテーション部と、社会復帰に関するソシアルリハビリテーション部を産業都市保健センターのような施設に附設し総合的な保健サービス機関とすることが望ましいと思う。

いずれにしても、今日の医療は医療チームワークによって行なわれるものであり、従って上述のメディカルセンターや核病院も、医師、看護婦、薬剤師、X線技師、検査技師などの外に、医療社会事業員や保健婦をスタッフとして置き、その活動の場となる必要がある。

また県下市町村も保健婦がくまなく配置せられ、保健所との連絡下に活動を展開し、一方、各小、中学校にも養護教諭の欠くるところがなく、相互の協力活動が円滑に行なわれるようになれば、地域社会の共同保健活動によって振興地域や開発地域の一層の保健の向上が期待できる。

幸いにして、本県においては医師、薬剤師をはじめ、すべての医療従事者の教育養成が行なわれているが、保健婦養成のみが欠けている。これは、現在のみならず一〇年後の衛生行政を考えて、早急にその実現をはかるべき問題で、熊本県の健康開発の第一線の人材の確保のために保健婦養成機関の開設が切望される。

□□□□

県民の間に育つ保健共同活動

□□□□

このように私は新産都市の保健計画にそった健康開発の一つのビジョンを述べてきたが、その実現について誰もが思い到るのは「人材と財源」の問題である。本県も含めて九州からの人口流出、若年労働力の移動は地スベリ的とまで表現されるが、このような量的流出とともに、質的な流出、すなはち、技術者や医師のような頭脳流出も少くない。そして、これを阻止するものは、必ずしも高い所得ではない。たとえばへき地、離島に医師を確保するのは高い俸給だけではないことを知らなければならない。

自由な活動慾望と生活における文化と福祉の充足のないところからは医療従事者でも、技師でも、また行政官でも、有能な人材は動いていくのである。

開発のための有能な人材が根をはやして活動するためには、まず文化的な環境づくりが先行し、あるいは少なくも期待されなければならないのである。

西欧の社会福祉の発展の歴史にみるように、農村地域では生産力の増大や所得の増加は都会のようには生活環境の改善に直結してはいない。住民の福利を目的とする社会施策が並行してはじめて生活環境の向上が達成される。このような点から、熊本県のような農業県の公衆衛生と社会福祉の向上のための施策の方向は考えられなければならない。

スェーデンの農村地域には、わが国の県レベルに相当する地方自治体（カランティ・カンスル）と町村自治体があり、前者で保健活動が行なわれるが、才出予算の大半が、健康水準や生活環境向上のための訓練や実地指導、環境つくりに重点がおかれて投入されているという。今日のわが国の乏しい地方自治体の予算に規制された社会計画では動きがとれぬ事ではあるが考えさせられることも多い。

ここにみてきたように、熊本県の健康開発は、県民の保健のためには勿論であるが、経済や社会文化の開発のためにも積極的にすすめられなくてはならないのである。これを阻害している後進的な社会意識を改革することがまず重要であり、県民の自覚が必要だが、また、自らの県の動向を必ず九州の中の動きとしてつかみ、九州をまた日本の中に客観的に把握する、あくまで広い視野をもち、反面、地域の特性を微視的に把握していくキメの細かい保健活動が県をはじめとして市町村自体、そして県民の間から育つことがここに要請されるのである。

（熊本大学教授）