



Title	ヘルスニードの理解のために : その1 公衆衛生行政 の基本テーマの変遷
Author(s)	田波, 幸男; 中山, 信正; 関, 悌四郎
Citation	大阪公衆衛生. 1965, 16, p. 2-15
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/84453
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

ヘルスニードの理解のために

その1 公衆衛生行政の基本テーマの変遷

対 談 田 波 幸 男
中 山 信 正
司 会 関 梯 四 郎



石田 本日は朝早くからお集りいただきまして。このたび、雑誌「大阪公衆衛生」で「公衆衛生行政の基本テーマの変遷」を主題に、厚生省公衆衛生局の保健所課長でいらした田波先生と、大阪市の中山先生の対談を企画いたしました。その司会を関先生をお願いします。

関 公衆衛生協会（大阪）の月例会で、衛生看護部会から発言がありました。それは新しいテーマが「地区診断」とか「共同保健計画」とか出されると、保健婦の人達が日常かかえている多くの問題がそれで解決できると期待して、保健婦さんは非常に熱心に研究する。しかしやってみると期待通りの成果はおさめられなかったというのです。この発言が出席者の関心をよんで、それでは戦後、いろんなテーマが出されたが、ひとつその素性をあらってみようということになりました。

どういう因縁でその基本テーマが出てきたか、それを裏付ける資料がどういうところから集められたものか、端的に言えば、その資料が大都市からは集められなかつ

たのではないかと、また、その時々の基本テーマに対し、実際に第一線で業務についている人がどのように反応したか、それをふりかえてみることによって、今までの基本テーマが我々の公衆衛生活動の上に何をプラスし、何はプラスされなかったか、そして、将来いろいろな基本テーマがまだこれから出るでありますが、そういう場合の取り組み方を考えてみたいと思うのです。

昭和20年の終戦から今まで、時期をおよそ6つ位に分けられるんじゃないかと考えます。それについては別に私案を表のようにしてさしあげてあります。（別掲）

保健所網創設のいきさつ

——オリエンティション・衛生教育——



中山 いろいろ問題はあるでしょうが、まず20年当時は……

田波 20年頃の保健所の再建の気がまえですね。昭和19年に保健所網ができたんですが、これが戦争でクシャクシャになってしまった。当時の考えとしては、県にひとつづつA型のモデルをつくって、これに右へならえて、全部A型をつくっちゃおうという考え方だったんですね。それが構想の根本的な考え方で、楠本さんが一生懸命だった。

ところが実際やってみると、地方財政が極度にまいっておりまして、とてもそんなA型なんていう大きいのを、人口10万にひとつなんてできやしない。それで、C型というのに後退したわけです。それからその間のB型というのをこさえた。ところが、C型にも及ばないのがたくさんあった。なにしろ、戦争でやられちゃって、土蔵の中に保健所が入ったなんていう時代ですからね。それで、全部の保健所をせめてC型までもってこういうので、結局ABCという3種ができてしまったというわけなんです。

それからもうひとつ、人口10万にひとつの保健所という考え方は今でも適用しているわけですが、なぜ、人口10万にひとつとなったかという、理論的には根拠が何もない。当時の人口を10万で割ってみると、800か900くらいの保健所数になる。まあ、そのくらいしかできないだろうということだったんですね。ところがやってみると、それは割に手ごろですね。

中山 大阪には戦前は30くらいあったんですが、やはり10万にひとつくらいもたないと行政区画域が広くなりすぎてうまくいかない。大都会では、10万くらいだと保健所行政としてちょうどよい。

田波 どうもはじめは、腰だめで出発したのが経験的にやってみると、あたっていたという感じがする。

日本の保健所というのはサービス機関であり、同時に行政機関ですからね。行政機関としてのエリアとサービス機関としてのエリアとは同じ大きさではないと思う。そこに10万というものに対する問題が今でも残っている。

中山 大都会ではサービス・エリアと行政エリアと一致させるべきで、それでこそ保健所行政がなりたつわけだが……。

田波 農村にいくと人口10万というサービス・エリアでは広すぎる。3万にひとつぐらいに切らなければいけないのではないのか。

それともうひとつ、楠本さんが非常に力を入れたのは衛生教育です。殊に、警察でサーベルをガチャガチャさせていたような仕事保健所にきたわけで、保健所の人の中には^{*}権力_レに魅力を感じて、また、ひとつには不馴れだったせいもあり、サービスを忘れて、権力行政ばかりやった。そこで「頭ごなしの上から命令されてやるのはもうやめて、保健所とは、衛生教育中心に、納得のいく行政が必要なんだ」ということを、楠本さんは非常に強調していた。

関 ところで、衛生教育について、昭和20年頃はどんなふう考えていたのですか。

田波 今とあまり変っていないと思う。ただ、考え方のせまかったことはあらそえない。極端に言えば、紙芝居をやったり、指人形をやったりすることが衛生教育だと考えていたことは事実で、日本では、素人でもできるといわれるゆえんだと思う。それが今でも尾をひいて衛生教育とは専門職種だということがなりたたないのではないか。

関 あの頃、一にも衛生教育、二にも衛生教育という考え方がありましたね。あれは輸入した考え方だったのでしょうか。

田波 そうです。アメリカ流の輸入です。占領前は^{*}衛生思想の普及_レだったんです。それは明治初期、つまり、衛生行政の初期からだったんです。

中山 保健所における衛生行政も、アメリカからの輸入なんでしょうね。

田波 イギリスでしょうね。しかし、それが日本に入ってくると、似ても似つかないものになっている。むしろ、ドイツの *Gesundheitsamt* というのに似ているんじゃないですか。

出席者

田波 幸男（元厚生省公衆衛生局保健所課長）
中山 信正（大阪市立衛生研究所長）
関 梯四郎（大阪大学教授）
八木 明（大阪府衛生部食品衛生課長）
井田 直美（大阪府池田保健所長）
石田 吉子（大阪市衛生局医務課保健婦係長）
川崎 すま子（大阪府岸和田保健所）
橋口 久美子（大阪市東淀川保健所）
井上 義子（大阪府四条畷保健所）

中山 保健所行政というものは、本来、都市行政の形態であり、農村ではやはり、Health Officerが町村を指揮してやっていく形となりたつものだと思う。

サービス行政と権力行政を一致させてできるのは都市において、はじめて可能ではないか。

田波 私は必ずしもそうは思わない。

行政の形態として、地方自治が頭にしみついているようなお国柄のものを、先祖代々、中央集権的なもののしみついている日本にもってきたところにトンチンカンなものがおこった原因があるといえると思う。

また、日本の行政の考え方は農村向きにできている。都市には無関心である。都市に目を向けたのは戦後、昭和30年頃からで、いわゆる格差論がいわれ出してきてからでしょう。

それだけに都市の衛生行政は研究が全然できていない。厚生省自身、考えていないでしょう。これからは、都市の公衆衛生行政は、非常に大きなテーマだと思う。

中山 近代公衆衛生学は、第一次産業革命の結果としておこってきた。都市化による不健康状態から脱却したということが基本だと思う。

田波 ところが日本では産業革命は形が変わっているんじゃないですか。時期もおくれて、日清戦争の頃でしょう。都市が成熟していなかったために、イギリスほどの弊害がなかったともいえるんじゃないか。

また、イギリスの例をみているから、一種の予防方法を講じていたということもある。

結局は、農村問題が中心になってきた。軍勢力として、富国強兵策のために、農村に力を入れたのではないか？日本の衛生行政の背後に、強兵策という考えを除くわけにはいかないと思う。

関 昭和12年頃の保健所は、クリニックが主体だったでしょう？それが戦後、新保健所法で、今のような形になったというわけですが、その転換は誰がやったんですか。

田波 それは、楠本さんが中心になって、厚生省の公衆衛生部門が考え出したものなんです。

しかし、法律の性格は、それほど変わっておらず、項目がふえたくらいです。大きく変わったのは警察行政が保健所にきたということです。

しかし それは、保健所の方は受け身なんです。警察が解体されて、それが保健所に入ってきたのですが、向う

から与えられたような恰好なんです。

保健所が行政的な色彩をおびてきたのは、戦後の食監、環監が入ってきてからでしょう。衛生行政の一体化ということを考えれば、これはいいことではある。

しかし、今でもその分離論はあるんです。「保健所がそんな妙なものをかかえこんだから、保健所本来のサービスがゆきとどかないのだ。あんなものは外へ出してしまえ。保健所は純然たるサービス機関にかえれ」という意見があるんです。前の厚生次官の葛西さんはおそらくそういう意見でしょう。あの人が委員になってつくられた医療保障委員会の答申にはっきり書いてある。

しかし分離してどこへもっていくかとなると、警察にはもっていけないじゃないかというのが、消極的理由であり、積極的にはサービス行政と権力行政とは一体であるべきだという理由で、分離論に抵抗している。

しかし、そういう問題はもう消えた感じがする。

関 ちょっとこだわりますが、20年から24年頃までの占領時代に出た覚書や勧告書の中には、現在の保健所の性格について、何か書いてなかったんですか。

田波 保健所に関するメモランダムが出たが、あれは日本側がこしらえたものを、両方で相談してつくったようなもので、日本の考え方が大分入っているんです。

いちばん重要なことは、政令市についてでして、楠本さんが苦勞なされた。アメリカでは、地方自治ということが骨のズイまで入ってますから、保健所は全部、市立にせよ、というのがアメリカ側の意見だったんです。占領軍は福祉事務所の形態をとれと強調していた。楠本さんはそれに対して非常に強く抵抗して、全部、県立にするといった。そして妥協案として、政令市というのができた。人口15万以上の市は政令市として、市立の保健所をつくった。

関 そうすると、初期の頃は、占領軍の考えもあったが、主として日本人の考えで、クリニックサービスを主体としたものから、現在の形に転換した。その時の基本テーマは「衛生教育。だと考えてよろしいですか。

田波 それでよいと思いますね。

石垣さんが「衛生教育。」ということをや、よくいってました。私がはじめて東京に出てきた時、彼と並んだんですが、彼がしきりに「衛生教育。」ということをや、うんだが、私には衛生教育なんてどういうことなのか、わけが

わからなかった。(笑)

衛生教育のあるひとつの形というのは、石垣さんがつくったんだと思う。

関 しかし、未だに、衛生教育というのはよくわかりませんね。身につかない感じがしないでもない。

中山 衛生教育部会長の八木先生、いかがですか。

八木 アイマイモコとしている。(笑)

関 “衛生教育。”というけれど、実際には評価する方法であったり、あるいは実態をながめて記述するという生態学であったりする面があり、またそういうことをいう人もいる。

田波 範囲が非常に広がっている。私は、それがまたいいんじゃないかと思うんですが。いわば、公衆衛生の中の批判者であると思う。評価というのは、ひとつの批判ですからね。そういう立場の人が必要だし、それを衛生教育がやるのもよいだろう。

結核予防活動の発足

—その功罪論—



関 では次にいきましょう。次に出てきたのは結核予防の新発足だと思うんですが。

田波 これもGHQの考え方が非常に入っている。それは基本的には保険財政が崩壊しそうなものだから、あわててやったというのがほんとうの動機でしょう。

関 社会保障制度審議会が勧告を出したりしたが、あれは明らかにエコノミーを考えていたんですね。しかし、非常にヒューマンイズムの基礎の上に立って考えた。

田波 ここで保健所に対して、外部から批判がおこってきた。保健所というよりむしろ、結核撲滅所みたいな所になってしまったんですね。保健所長は、結核については世界的権威者になってしまった。

中山 その頃、保健所の人みんなが、結核のことに打ちこんでいたということはなつかしいと思いますね。

田波 そのために、むしろ、他の事業がストップした

感じもありますね。私はその頃、母子衛生をやっていましたが、結核の圧力のために、母子衛生をやってくれないには往生しましたよ。(笑)

保健婦はむしろ、母子衛生をやりがついていたんです。結核は、やっても喜ばれないから。

中山 私は当時、保健所長だったんですが、母子衛生にすぎる保健婦に、何とかして結核をやってほしいと思った。

井田 結核は、医師会も住民も、誰も喜んでいないようですが——。

田波 その通りですよ。石垣さんもそういつていた。しかし、喜ばれた喜ばれないは別として、今の若い人にとっては、実に幸福なことだと思う。私の若い頃は、優秀なのが結核でたくさん死んだ。

関 結核は喜ばれなかったかも知れないけれども、評価すべきですね。

中山 偉大な成果だと思う。

田波 結核が喜ばれなかったというのは、衛生教育が足りなくて、頭ごなしにやったからでしょう。

明治10年から15年の頃、コレラが流行した時、予防対策は実に頭ごなしにやったらしいですね。だから、国民が納得しないんですよ。コレラのために農民一揆がおこり、コレラは御用病といわれた。結核対策を強引にやらざるを得なかったこともあるが、しかし、ああいうやり方は反省する必要があります。

関 もういっぺんもとにもどって、結核予防活動の功罪について……。

功はよくわかっているんだが……。

田波 罪は一般にないですよ。

関 しかし、保健婦さんが非常にシンドイ思いをしたというのも、罪の中に入るとすれば、こりゃどうだろう。

中山 それはね。一般市民の方では、迷惑したという考え方も相当にもっています。

結核予防関係で一ばん手を着けられたのが、企業体の結核ですがね。企業体から結核を追いつ出そうという考え方が入って、採用時検査が非常に厳重になった。とにかくわれわれも困りましたね。保健所で身体検査をしてあげる。そしてこれは入れないとなると、結核で死ぬよりも

私は失職するために飢え死する、いったいどうしてくれるんだという要求が非常にあった。これは国民に恨みがあった理由になります。

関 まあ、日本の結核予防は、戦前から生活状況をよくしようということは考えずに、技術的におさえつけようと、それだけのものだ。集団検診だって……。

田波 非常に技術面が強いからね。またそういうような技術の発展があったから早くやれたということもいえる。かえて日本は結核が、外国の結核に比べれば被害が少ない。いちばん多い時だって死亡率が人口10万対256というものでしょう。そんなになかったかね。ところが英国では400くらいですね。技術が進んだために、自然に技術的に何とかできた。しかし、やり方とすればオーソドックスじゃないですね。ヨーロッパなどでは療養所をいっぱい建て、生活状態を向上させている。これがオーソドックスな行き方だろうと思う。

関 功罪論ですがね。さっきちょっと、保健婦さんがどうこうということをいったんだけど、結核予防を保健所で強行している間に、保健所というのは年がら年中働かなくちゃいけないという強迫観念みたいなものができてきて、それが今も尾を引いて保健所活動に余裕をなくしているようなことがありますか。

田波 それはあるでしょう。何か尻から追いかけて、何かやっていなければならぬというようなアセリかね。

石田 やっぱりございますね。以前に比べ結核患者の管理方式もずいぶん変わりましたので、対象がどれだけかということもはっきりつかめる。それだけに、これだけ行かなければならないという……。ですけど前に比べまして、極るという点ではたしかに私たちが20年前に大気、安静、栄養のあの三原則でもって、ぐるぐるまわっておりましたときより気が軽いのでございますけれども。それから成人病など結核以外の要望に対して、どういうふうに展開していくかということが非常に保健婦として悩みがあります。

川崎 技術的にみても、成人病よりも結核の方が診断の技術が進んでいますから、ずっとやり易いという感じがいたします。

田波 日本じゃまだ結核がおしまいという時期じゃな

い。ただやり方は変えないといかんね。これは結核予防課あたりへもいうんだけど、なかなか方向転換というのはむづかしいものだから……。

関 そうすると、いいにしろ、悪いにしろ、結核予防を非常に強行したということが、今日の保健所の性格に相当影響を残している。そういう点はもっとふりかえってみる必要がありますね。

保健婦さんの立場から、現在の保健所の性格にどう影響しているかということは、面白いテーマではないですかね。

田波 さっき、ちょっと触れたように結核に正面から取り組んだというところに保健所に対する批判がいろいろ起ってきた。喜ばれなかったということは相当批判のもとになっていると思う。もう一つの問題は、ぼう大な結核という問題に非常に少人数の人間で取り組んだということだ。

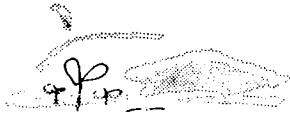
予防法をみると、いろんなことが書いてある。あれ、到底全部やれたものじゃない。だものだから、いったい保健所は何をやっているんだということになる。訪問にしたらって何程もやっていないじゃないかという。では訪問保健婦は幾人いるかというと、5人か6人しかいない。いちばん大切な訪問をやっていないわけだ。住民検診にしたらって、平均してみれば30%か40%なのに100%と書いてあるじゃないか。

それは行政管理庁の勧告などに明らかに書いてある。こういうような問題で保健所の弱体論が起ってきた。おかしいんでね、保健所課は弱体論をふりまわしたんだ。そのとおりでございます。弱体でしょうがないから強くしてくれと開き直ったわけだ。(笑)だから行政管理庁のあの勧告なんていうのは保健所課との合作なんだな。みな資料を提供して何をいわれようとかまわない、何とか料理してくださいという態度にでたんだ。よいところだけを見てもらおうというのが普通ですがね。

それで、さっきのような分離論が出たんですよ。結局なにもできていない。それをさらに共同保健計画だ何だかんだと余分なことをやっているから、なおさらできない。いっそのことサービス機関にしまえ、というのはそこから出ているんです。

公衆衛生「たそがれ」論のころ

——財政の貧困、HC活動の検討——



中山 27年から30年までの間、これは別表ではいわゆる保健所の凋落時代といわれる……。まあ、それを盛り返す意味もあって、地域組織論であるとか、あるいは業務測定とか、そういう方法論の自覚のようなものはじまったんですね。

田波 これは、占領軍のつかい棒がとれたこと、もう一つは地方財政が非常に窮乏した。この間、衛生部などボロボロ潰れました。保健所も潰しちゃえというわけで若干潰れましたよ。福井県など五つも減らしました。まあ、いっぺんにできすぎたのかも知れないけど……。府県の財政整備などというのがはじまったのは、この後だと思いますね。群馬県などは、職員の給与が払えないというようなこともあった。そのような時代ですからね。

私はたそがれ論というのはそれがいちばん大きいと思う。大蔵省は大蔵省で、やっぱり国家財政が苦しいものだから、例の保健所の補助金整備という問題が毎日のようにあった。それで保健所長さんあたりが、ハチマキをして国会へ陳情したりしてね。(笑)(そういうことがありましたね)

これによって、反面、保健所に対する認識が非常にできた。僕はそれこそ、功罪の功の方だと思うけど……。

八木 あの頃は、国会議員なんて、保健所なんか知らなかったですからね。このことがあって、保健所の健を保険の険と書かなくなったって。そういう話を代議士から聞いたですよ。

田波 この頃は、保健所を知らないのは余程のモグリだよ。そんなのはいません。そういう効果は確かにあったね。(笑)

補助金のことは、保健所管理という木にも、ちょっと

書いておいたのですが、要するに、法律には「負担」すると書いてあるんですね。½を負担すると書かれている。補助とは書いてない。負担という以上は、義務的なものだというのが、こっちのいい分だ。当然、要っただけの金は負担するのが立て前なんだ。大蔵省は、そりゃそうだ、それは補助と負担と書き分けてあるのだから、意味はその通りだ。しかし、実状はそんなには厳格に考えてないんだといひましてね、補助のつもりでいるんですよ。つまり省令補助だというわけですね。衛生業務というのは、未だ弱体だから、国ができるだけ補助をしていくというような立場をとりましてね。省令補助なら、何も事務職員まで要らないじゃないか。事務職員まで補助しているというのは、実は保健所だけなんですね。他の補助金をみたって、そんなのはありませんよ。それで切っちゃえ、切っちゃえという。

最後は保健所長さんあたりの陳情が大いに効を奏して、最近ああいうふうにし少し伸びたですよ。だんだん保健所の予算は伸びている。しかしくたびれたすな。ああいう……。 (笑)

中山 地方自治法との関係ね。行政学者にいわせると、地方自治の成り立ち、いわゆる存立の条件として、衛生費は当然、地方自治体が負担すべきだということはみんないいますね。当然、大蔵省あたりでも、地方自治体が持つべきものだといってくるのだと思いますね。だから、省令的な補助だという考え方も出るのではありませんか。

田波 あるいはそういう考え方もあるかも知れませんが、ねどね、日本の地方自治体みたいに中途半端な恰好で、そんなことをいわれては、迷惑するのは地方自治体でしょう。第一財源は全部国家が握っちゃってるんですよ。形だけの地方自治を与えてあるわけです。本当の地方自治をやらせるには、もっと財源を自治体に譲り下げねばならない。どうしたって、国の金というものは、地方に何らかの形でいかなきゃ、地方の財政がもちませんよ。大阪市みたいに、税金は40%とかある、そういうケースは10%しかないわけです。

八木 教育委員会ができたとき、衛生委員会という考えがあったですね。

市町村の権限をはずして、委員会でもってやろうとい

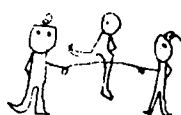
う、公安委員会や、教育委員会と同じ考え方ですね。それが地方自治じゃないかという考え方がでたですね。

中山 あれは成り立たないですね。

田波 アメリカあるいは民主的な国のように、住民というものが、よく地方自治を認識していれば成り立ちますが、日本じゃだめでしょうね。行政委員会というのは日本じゃ育たないなあー。米国あたりでは、委員会が衛生局長を雇うのですね。マネージャーみたいに契約するらしい。

地域組織活動

——カとハエと母子衛生と、その後の活動——



関 ところで、今おっしゃったような事情で、保健所というものが広く認識されたけれども、もう一つ保健所の認識に役立ったのは、地域組織活動だと思うのです。はじめりの頃の考え方と、現在とはちょっと違うように思うんですが、地域組織活動の運命は、現在どうなっているんですか。

田波 ちょっとあきがきてるんじゃないかな。僕はね、あきがくるのも無理ないと思うんです。

ご承知のように、いちばんはじめにはじまったのは、楠本イデオロギーで、蚊とハエでしょう。もう一方は母子衛生ですよ。私は母子衛生に関係してたんだが、前の太宰次官がね、これをやろうじゃないかといったんです。なぜかという、愛育会が戦前から山梨県で一種の地域組織活動をやっていたわけですよ。これを見に行きましてね、そこに非常に優秀な女子大出の方がいて、熱心に地域組織活動をやって、効果をあげていたわけです。そこであれをやろうじゃないかと、こういい出した。僕は作文を書いたりしたのを覚えています。だから、蚊とハエと母子衛生でしょうね。そのはじまりというのは……。

どっちが先だったかよく知らないが……。

それに、テーマとして親近性、具体性があるね。蚊とハエと母子衛生、やさしいですよ。論理的に簡単だ。結核

なんかなかなかむづかしいですよ。第一、対策が複雑になる……。蚊とハエなんか、やれば減るにきまっています。母子衛生だって、ちょっとやればすぐ死亡率が変わりますからね。高ければ高いほど下がり方は早い。だから、その意味では非常に成功した。元来、地域組織という考え方はアメリカ輸入じゃないですか。社会福祉面からの輸入ですよ。当時私は、社会福祉が児童課に入ってたチャンポンになっていましたから、本棚をかきまわしていたら、地域組織の理論という立派なものがありましたよ。これを取り込んだ。

もう一つは、結核の頭ごなしのやり方の反省というのがあったのではないですか。つまり、最初に衛生教育で出発した。その考え方が結核でいっぺんに崩れ、それからまた盛り上ってきた。乳幼児は衛生教育の絶好なテーマですからね。住民が納得し、住民の協力がなければだめだ。ですから、あれはおそらく29年か30年頃でしょうね、地域組織活動というようなものがワーワーいわれたというのは……。これは本当に農村的なものだと思うのですが、これを都市でやったらに間違いがある。都市でできるというのは、やっぱり地域感情が残っている老舗のあるようなところね。東京では下町、赤坂とか、ああいうところは代々住みついていますからね。だから地域連帯的な感情がつよい。

中山 その点、京都などでは成功している。

関 まあしかし、いま田波先生がおっしゃったように、衛生教育でスタートしながら、実体がどうもはっきりしないで過してきたのが、地域組織活動というので、これは衛生教育にピタっときた、それはありますね。

田波 衛生教育というのは抽象的なことではなく、実際が問題ですからね。

関 ところでそのあきたというか、そういうところはどうか。

田波 市町村合併というのが、相当これに影響している。

元来、地域組織活動というのは、本当の昔の自然村というのでしょうか、せいぜい人口3000以下じゃないと成り立たんですな。たとえば、農業をやるにしてもいっしょになってやるのがあるでしょう。田植えなどで……。ああいうものが土台になっていなきゃ、うまく行かない

んじゃないか。地域集団の大きさが問題です。それからもう一つは、蚊とハエというね、あきるんですよ。テーマの転換というのが必要だ。たとえば、ゴミの処理の方法を考えるというような……。一時、そのような小さい施設に対する補助金があったですね。ああいうものでもやって、さらに前進させなければいけない。それでうまくいったのは、蚊とハエをやって成功し、これはいいぞ、というので今度は母子衛生をやる、栄養にはいる、という具合に……。母子衛生など、入れかわり立ちかわり赤ん坊が生まれるからわりにあきません。

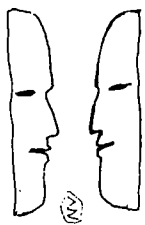
八木 現在は施設投資の時代ですね。施設投資の時代がきてるのに、昔の海軍戦術でね、ああいうことをやろうというのは……。

関 施設をつくるためには、つくらなきゃいけないということをはっきりさせて、だんだんとつくるようになってきたんだが、そのきっかけをつくったものとして、蚊とハエの運動は相当評価していいですね。

中山 それはいいと思いますね。

田波 地域組織活動もたくさんできたものだから、全般的なレベルがあがってきたでしょう。昔は、ところどころしかやっていないから目立ったのですな。それがだんだんレベルはあがってきたので、目立たなくなってきたが、実際はやっている。こういうことではないですか。少し甘い考えだけど。

依然たり、都市保健婦のなやみ



——公衆衛生はすすんだと
いうけれど——

橋口 私の保健所は東淀川で、人口33万くらいです。私たち、保健婦としてなにかやっぱり地区の住民にとけこんでいくことを考えてみたい。そこで、小さなものですが、モデル的に、低所得層の団地をちょっとさわってみました。家は隣同志くっついてる団地ですけども、仕事はみな別々で、働きに行く場所は非常に違い。そういう、集団であるような、ないようななかへ入

っていった、衛生教育をやってみたわけです。生活環境も全部違いますし、婦人会だとか、自治会だとか、いろいろな組織もあります。そのなかでも、いわゆる上層の役員だとか、一部の人達はどんどんついてくるわけです。しかし、本当にそこに住んでいる問題者、問題家庭というものは全然ついてこない。私たちがやりかけていることは、なんだかドーナツの壁を厚くするばかりで、ドーナツの中味である問題者は、やればやるほど離れていく。問題はどこにあるかといわれても、今までお話のあった全部にあると思うんですけど……。

田波 それはそれでいいのではないかと。というのは、今の中間階層や、それ以上の連中は放っておいてもいいと思うんですよ。都市でも農村でも、まあ農村には中間階層というのは少いですが、こういう人たちはいなくてもくるんだな。病院などに行ってごらん下さい。ノイローゼの患者でいっぱいだ。

こういう人たちに衛生教育の必要はありはしない。行きたいところへ行けるだけの仕組みをつくっておけば、市民病院ヘドックでもつくっておけばそれでいいんだ。問題は、あなたのいった層だ。あなたは、ドーナツがまわりだけ厚くなって真中はそのままだというけど、皮が厚くなっただけでも大成功だ。まあ、おそらく、時間をかけて、生活の余裕というものがなければなかなかよくならない。

橋口 いろいろなことを実際にやってみると、皮が厚くなっただけでもよかったじゃないか、ドーナツの真中は時間をかければまあ何とかなるじゃないか、というように考えられる問題じゃないんです。本当に深い、なんとも解決できない問題がいっぱいあるわけなんです。やはり私はそこに問題があるんだー絶対的にー（笑）と思います。

田波 つまり端的に言えば、公衆衛生人だけでは解決できないということなんです。だから、そのためには技術問題を超越したポリシーの問題が相当あるから、そういう理解なしにやったって駄目だ。だからあきらめろはいわないけれども…（笑）やってるうちに、そういう時期もくる。あまり実効的な効果をねらうところに問題がありはしないか。

中山 そうですね。あせらずに……。

田波 そう、あせりというのがでてくるわけだな。

橋口 ついてきている人たちまでが、ややもすると、そのまま中断しそうになるんです。

田波 物ごとがそこまで行けばね、私は日本の現状としてはいいところだと思う。

関 しかし、問題によっては、田波先生のおっしゃることで安心立命できるかどうか……。

田波 そりゃそうです。ここでこうやって話すのと、実際に相談にきた人に話すのとは違います。僕はデスクプランメーカーと自称している。(笑)

橋口 ドーナツの真中の人たちには衛生教育をしても、やはり生活がありますから、全然そういう余裕がございません。

田波 明日食う米もないのに、予防接種をうけるとするのは、頭がどうかしてるんだ。まず米を与えろということなんだな。社会主義者みたいなことをいうけどね。

関 そういうところは、井上さんの方ではどういふふうにアドバイスをしていらっしゃるんですか。

井上 非常にむづかしい問題です。私たちもたびたび衛生教育の場はつくっているのですが……。

田波 それはニードがないんじゃないんだよ。あるんだ、そういう場合、より高いニード、つまり飯の問題がより強いんだよ。もっと高級なところでは、最近「鍵っ子」というのがある。この「鍵っ子」にニードがないかというところですよ。お金がほしいというニードが。これが下にいけばいくほど、もっと切実なんだな。

関 橋口さんに相当参考になると思うのは、釜ヶ崎で本田良寛君のやっていること、というよりもその態度だと思う。あれは東淀川どころじゃない、もっと極端なものです。そういうところで、先生はああいうようにやっているんだけど……。まあ身体もでかいですな。悠々と、まああせりもするんだろうが、ゆっくりしてるでしょう。ということね、うごきはゆっくりしているけれども、彼は放ってはいない。次から次へ機会を考えているんだな。その機会はどこにも書いてない。だから本には書かれていない特許のような方法を考えている。例えば、ある時に払えきなどというのは、法律的にはデタラメかも知れない。みな行旅病者にして放りこんでみたりですね、そういうようなひとつひとつは、彼がゆ

っくりしてるということと、ひとつは非常に自分にマッチした方法を考えてやっていくということ。彼はよい意味のアウトローですからね。(笑) だからああいうことができるので、保健婦さんにそれをおやりなさいというわけにはいかないと思うんだけど、その態度なりいきなりというのは相当参考になるんじゃないかな。

田波 僕は都市の保健婦として、あなたのねらいは非常にいいんじゃないかと思います。非常にむづかしいことではあると思いますが、しかしそれをやらなきゃ、都市の保健婦としては値打ちがないというようなものだと思いますね。

関 ところがそれをやれないという……。

田波 やる意志をもっていればまあいいでしょう。

中山 やる意志をもっていているということで、中断しないこと。(笑)

田波 これは大勢の人で考えなくてはいかんことだと思います。地区関係の人だとか、いろんな人、あるいはボランティアの人もいるんじゃないですか。そういう人たちみんな考えていかないと、保健婦さんだけが頭をひねっていたってね、極端なことをいえば徒労だよ。

関 極端なことをいえば徒労だけれども、それをやらなきゃ値うちがないということになると(笑) これはたいへんだなあ。

田波 他の問題は、ある程度基盤があったんだから、仕事ができたとこはとってしまえばいいんだ。だが低所得層となると、総合対策がないと解決しないのじゃないですか。これは農村も同じだと思うけど……。

関 だから、僕は極端に言えば、衛生局というものが、もっと他の民生局とか、そういうものへの働きかけがあってもいいんじゃないかと……。

中山 それはもうちょっと後にしましょう。それは共同保健計画のところ。

関 それからもう一つ、業務測定とか業務分析とかがあるんだけど、これは時間がないので割愛しましょう。

予 防 と 治 療 の 協 力

——保健婦のしことも展開するか——



中山 次でいちばん問題になるのは医療機関との協力。これは大阪あたりは大分いいですね。医師会との協力も。これは厚生省は受け身に立たされていたのではないか。

田波 国民皆保険というようなことになってくると、予防と治療というのはバラバラであってはならんということと、もう一つは、保険自体が、保険財政が確立するためには病気を減らすことです。

これは私の持論なんですけれども、国保がいろんな予防活動をやってますでしょう。今の国保保健婦の公衆衛生活動というのは、いろいろな面で問題になるわけですね。一本化したいとかね。これは、やっぱり国保自体の自衛手段だと思うんです。大体、国保が生まれたのは昭和13年頃でしょう。保健所といっしょの頃だ。ですから、国保がはじまった頃は、公衆衛生はなかったんだ。今みたいな強力なものはね。だから結局自分自身のために、自分の保険経済をまもるために、公衆衛生活動を自らやらなければならん。いまはだからもう必要ないんです。保健所という強力な公衆衛生活動があるんだから。ところが公衆衛生にも弱味があってね。あの5000人もいる保健婦にそっぽを向かれたらどうにもならん。だから、あまりきついことをいうと叱られます。

問題は、自分のやるべきことを、他人にやってもらっているような恰好になっているんですね。そこに非常な問題があると思う。で僕は一本化にはずいぶん努力したんですがね、その弱味があるものだから強く出られません。（笑）それからひとつは、いろんな財政的な問題があるですね。話は飛びましたが、そんな機縁でいろいろと予防の一本化が考えられはじめたんじゃないですか。

もうひとつは、医師会の武見イデオロギー。あれが相

当ものをいっているのじゃないですか。大阪などは、武見イデオロギーが地方で非常に花を咲かせた顕著な例ではないですか。

さっき保健所というのはどこをモデルにしたか、とつてまれたんですがね。イギリスの保健所というのは元来、開業医と公衆衛生を統合しようというのがねらいだったようですね。ところが、日本が保健所をつくったのはそうじゃないんですよ。開業医というのは公衆衛生活動はしないだろう。極端なことをいえば、病気を減らしちゃったら手前の口が干あがる、だからそんな馬鹿なことはしないだろう、しないからこそ保健所が必要なんだ、こういう論法なんだ。

これはずいぶん古い、戦前にでた医療制度論という本にははっきり書いてある。厚生省の医務課長がいったんですね。開業医が予防活動なんて絶対にできない。だから保健所が必要なんだ、そういう考え方ですね。それをある意味で遵守していたのが、国民皆保険というようにことを機縁として、それからもう一つは、技術的問題とかからんできたんじゃないですか。つまり保健所の仕事というのは、広がれば広がるほど、いろんな専門家をおかなければならなくなる。結核だけやっているのなら、保健所長さん、予防課長さんくらいでこなしちゃうだろうが、やれ母子衛生だ、やれなんだ、かんだ、と間口が広がるほど、専門技術者に弱るわけですね。そこを何とか、うまくタイアップすることによって、解決していこうというねらいがあったんじゃないですか。

関 ところが、今のような機縁が、国民皆保険とか結核患者管理というようなことが起きるまで、そういうことがいわれなかったということがおかしい。予防は予防で独走し、治療は治療で独走してたわけだ。結核予防などは、ある程度予防と治療がくっつかなければやっていけないが、それも初期の結核予防活動の頃は、つまり患者の管理ということに重点が移るまでは、あまりいわれなかった。

田波 橋本正己さんにいわせると、G・H・Qの考えの中に、予防と治療の一体化ということがなかったところに、問題があったのだという。イギリスが占領すれば、変った形になってきたのかも知れない。そういう点があるといってましたがね。

ところで、今の保健所の運営協議会ね、あれが眠っているわけだ。あれを換骨脱胎してね、保健所長さんと、その土地の医師会長さんとか、いろんな人たちを加えた、コミュニティに対する連絡の仕組みを考えていかないといけないのじゃないか。もう一つは、経費の問題だ。経費の問題はやっぱり、1日少くとも2000円、まあ3000円というのがよいところでしょうね。払うだけの予算を出さなきゃだめだ。そうすれば、私はものになると思うんだ。

関 医師会の公衆衛生活動は、大阪はある程度やられている。好意的には、池田などはすでに限界までやられていて、あとは制度の問題という段階にきている。

田波 私はね、公立病院というものの性格をもっとはっきりさせねばならぬ。たとえば、大阪など衛生局に市民病院をもっているんですからね。あれをもっと、パブリック・ヘルスに利用することを考えないといけない。これは医師法のなかにもあるんだけどね。

中山 今の市民病院に、それをさせるのは無理じゃないですか。これは医療制度そのもののなかにいちばん問題がある。

田波 ありますよ。今の医療法は、医療機関が健康診断なんて広告をだすと、違法だそうだからね。そんなばかな医療法のもとではね。

八木 その前に、基本的に医師の頭の問題がある。いちばん前にくるのは、病院長はなにをやるべきかということ、制度以前の問題だ。それがあれば、制度論はその頭から必ずでてくる。

田波 しかし、公的医療機関の定義をはっきり知らないが、少くとも他のプライベートな病院にプラスしたものがないか、何のために公的なのか、わからんと思うのですよ。地区としての、公衆衛生活動の一翼を担うくらいの病院をつくったらどうかと思う。

関 制度的には独立採算ね、あれをやめるべきだ。あれを市民の納得の上でできてしまう。

田波 だから、保険の金でもって、それをやってはいかんのですよ。どこから出すにしろ、公衆衛生活動の費用として別につくらないといけない。

関 せめて、救急医療だけでも受け入れられるようにしなくてはならない。病院の公衆衛生活動というのは

関連するところが大きいんだから、そりゃ財政の問題もあり、外來の問題もあるが、やっぱり大阪市あたりが専門に調査研究すべきだとおもう。

田波 僕も、ちょっと考えてみても、大阪以外ないと思うな。別にアジるわけでも何でもないけど……。たとえば、成人病というものをとり上げてごらんない。あれだけ技術力を必要とするものはない。保健所ではできませんよ。せいぜいスクリーニングで、相談するのは病院でやった方がいいですよ。保健所はPRをやればよい。病院へ行きなさいというPRだ。

関 そういう意味では、話がそれるが、成人病関係の臨床医が、集団を研究の場にするという傾向が非常にある。集団検診でみつけたケースじゃないとやれないものがある。もうひとつは追跡調査、これは集団以外ではできないですからね。

中山 大学なり、病院などから、保健所とタイアップしたいという申し出がいくらでもある。しかし、それを受けとめるだけの余力がない。

田波 だから余力がなけりゃ、余力をだすことを考えなきゃ。今のたとえば母子衛生などというのは、低所得者を除いてみな病院へやってしまうわけだ。そうすれば、余力がでるんじゃないかと思う。

中山 もうひとつ、制度的プランニングというか、うまくいかないかなあという気がします。

田波 たとえば、アポの問題ね。あの後仕来は、病院に入れておくわけにもいかない。帰さなきゃならない。東淀川の場合でも、ホーム・ケアというものが、保健婦活動の非常に大きな部分を占めれば、それは家へ行って看護してやらなきゃならない。問題は一部分だけは片づくわけですね。

関 開業医、病院と保健所の連携いというようなものをやれば、当然家へ行って家庭看護するという、保健婦さんの仕事が出てこざるを得ない。しかし、どこでやれるかということになると、私はやっぱり大都市だろうと思うのだけど……。

中山 当然それは大都市ででてくるでしょう。保健婦さんなり、看護婦さんなり、ホーム・ヘルパーなりの員数というのは、やはり現法でみていくという形までいっていいんじゃないか。そうなってはじめて、保健所行政

というのが生きてくると思うのですがね。

田波 それをやって、はじめて喜ばれる保健所になってくる。

HCの型別再編成と共同保健計画

——あたりまえのこと——



中山 その問題はこれくらいで結論として、昭和34年、とくに田波先生がご指導なさった型別再編成、共同保健計画の裏話なり、いきさつなりについて……。

田波 いきさつは保健所の強化問題ということ。行き詰ってきたわけですね。先ほどいいましたように、大蔵省と毎年のようにぶつかり、両方ともくたびれていたみ分けというふうになっている。毎年そんなことをくり返してきたわけですね。私は、つまりこういうことは何年やっても同じじゃないか、方向転換をしていかなきゃいかん。もうひとつは、保健所の人員を増加することについて、私は非常に弱気なんです。たとえば予算があったってそんなに人間というのは落ちていない。

大阪市は保健婦さんの希望が多いようだけど、全国的にみたら、ほとんど定員なんかとって人がない。そういう意味ではむしろ現在の態勢のままでどうしたらよいかということ考えた方がより現実的ではないか。そりゃふやす努力はしないといけなくけれども。まあ努力をする前に現在の形でどういうふうにして行ったらよいかということ考えることが大切じゃないか、ということがひとつあったわけです。

もうひとつは、日本の衛生行政というものは、戦後から十数年経つうちに世界のレベルからいっても決して低くない。これでいいとはいわないけれども、せいぜい辛い点をつけてもAクラスだよ。ここまできた以上はあわてる必要はないんでね。むしろ現在の態勢を整えなおして、戦線を整理して出直すことを考えた。

そこで大蔵省とはしばらく中断という約束をしたわけ

です。私の方も無理なことは持ってきませんから、あなたの方も無理なことはいわないでください。その代り、私の方は現在の保健所をどういうふうにもっていくか考えてみたいといった。そのためには行政管理庁の勧告もあれば、5人委員会の意見も、橋本正巳先生の非常に優秀な意見もある。これを参考にして考えてみて、それで再出発しよう。

そこで考えてみると、画一的方法というのはどうもいけないのではないかな。そこで800の保健所があれば800の方法がいるんだろうが、そうもいかないから、何かある程度はいくつかに分けて物を考えなきゃいけないのだ。そのためいちばん考えやすいのは社会習慣としていちばん基本的な都市と農村、まず二つに分けて、あんまり漠然としているからその真中のものと、僻地というように四つ位に分けて考えてみたら、少しはピッタリするものがありはしないかというのが型別を考えた理由なんです。

それでワーワーいってやってみると、またここに矛盾と問題がでてきた。というのは予算の形が紐付きだから、こっちが出そうといったって予算面から締められて……。こうした予算を総合しないといかんというようなことで、金光君が非常に努力して、この第一歩がいい出されたわけですね。これから、ほんとの型がでてくるんじゃないかと思うのです。型にはめるために型をつくっているんじゃないんですよ。つまり型から脱却するために型をつくったんだ。それが反対になっちゃ困るという話をしたことがあるんだ。とにかくそんなことで非常に大ざっぱな考え方なんです。

それにともなって共同保健計画ということを行ったのは、先刻の地域組織活動が、ある意味では行き詰ってきた。これがなぜ行き詰ったかというやはり民間のボランティア活動の限度というようなものなんですね。さっき、八木先生がいわれたようにもうそろそろ公共投資だとか何とか、外部からのものがなきゃいけない。そのためには市町村の財政と計画を結びつける必要がある。これから共同保健計画というようなことをいった。だから非常に農村的な考え方ですね。

地域組織活動というのは地域にあるんですよ。それで保健所、市町村、地域組織、みんなで相談してひとつの

市町村の行政活動のプランニングをするべきである。だから私の基本的な考えは、衛生行政を市町村がやるんだという考えなんです。今まではやむをえず中央集権的な方法をとったんだ。だからできるだけ早く、できるところは市町村自身で働く。その市町村の足らない財政力なり、技術力なりを府県や国が援助する。

これのひとつの練習として、共同保健計画というものになったということです。それでワーワーいってうちに何が何だかわからなくなってしまった。

関 何が何だかわからなくなってしまったような気もするが、騒がれなくなっただけで、共同保健計画は国保の保健婦さんと、保健所の保健婦さんで、こんがらがってきたけれども、あれはまあ別とすれば、自然なものだったんですね。

田波 当然なものを形をつくって出したということだけのこと。

関 だからさっきの地域組織活動じゃないけれども平常化したとはいえないですか。

田波 まだそこまでいってるかどうか……。共同保健計画というのは今いったように非常に農村的なものなんです。地域組織活動のない都市ではこれはできない。都市では共同すべき相手は他のものなんだ。どこにあるかそれを探さないといけない。

中山 むしろ内部連絡ですかね。あるいは職域だとか、いろいろの民間、それこそボランティアの団体、そういうものとの共同計画、そういう形でしか共同保健計画はなりたない。特に大阪のような大都市ではね。それを政令市のものも同じようにいっておられるというのは、おかしい感じがするんですがね。

田波 そこが抜けたということは、いってる方もはなはだおかしい（笑）。一市一保健所の場合、いっそのこと共同保健計画をするくらいなら、国保に保健所をもたせたらいいじゃないか。これは府県の人がはなはだ嫌がることなんです。話がでたからいいですが……。

八木 基本的には、保健所のもっている権限行政の問題の分析を、いっぺんしてみなければいけないと思う。例えば、狂犬病予防法を全国の保健所長の大半は、市町村へ持っていけという。あの行政の実態をみたら、どうして市町村行政ではできません。大阪のような大都市に

なれば別だが、人口20万～30万の都市では絶対できかない。対人サービスだけに徹底するような保健所なら、当然市町村行政でいいけどね。

田波 だから、全部を市町村へ下ろせというんじゃない。力のあるところでなきゃ折角のものをこわしちゃうから。折角ここまできたものをこわすことはない。今の権限行政の問題は、確かに八木さんがいわれるように問題があります。私はむしろ政令市だとか、指定市では、保健所から権限行政をとっちゃたらどうかという感じもあるんだ。これは衛生局直轄だ。経過することはさしつかえないが、保健所長の権限じゃなくて、市長の権限だ。こういうふうにする方がいいんじゃないか。ことに公害の問題になりますとね、保健所じゃ片づかんですよ。環境衛生の問題もね。今の役所の仕組みからいえば、土木局あり水道局あり衛生局ありでしょう。つながっていないところがあるんだから、むしろ上げちゃって、横の連絡を上でとったがやりいい。

中山 それはね、今のやり方、たとえば、食品衛生行政とか環境衛生行政などの権限行政が、こういう形でずんでいる間は、衛生局直轄行政で十分いけるんですがね。またその方が能率的かも知れない。しかし、ことに環境衛生監視員なんか権限行政みたいなものより、将来はサービス行政的な活動にしてもらわないといけないのではないかな。そういう点からはあながち、中央でやっていくというのも問題があるんじゃないかな。

関 もっと監視業務の範囲が広がり、たとえば住宅行政の方へいくとか……。

八木 そうです。住宅問題が抜けているんです。

田波 都市計画などの問題も、これから基本的にタッチしていかなくちゃならない。都市計画に衛生局の発言が少しもない。名古屋なんてそうらしい。好きなものをこさえちゃって、あとになって屎の仕末がつかなくなって衛生局がワーワーいう。悪いのは衛生局みたいなことになってしまう。そんなばかな話はないですよ。そういう意味で、工学的な技術を入れないとだめだと思う。

中山 田波先生、僕はね、型別ができた時、政令市、指定市は市町村業務を併せ行なっているんだから、これが保健所の仕事だと、なぜはっきり割り切ってくれなかったかと思うんです。例えば予防接種だとか、住民検診

だとか、こういうものは市町村業務だから、保健所本来の仕事じゃないというふうだね。そういうものは市町村が当然やらないといけない。ところが実際において政令市、指定市は市町村業務をみな保健所を通じてやっているわけです。はっきりした形をなぜ出していただけなかったか、出ていませんね。予算にも、人員の問題にも。

関 それでは時間もかなり延長したのでこの辺でこれからのことを考えると、ここに二つ解決を要する問題があると思う。一つは医療機関との協力、これは制度的にやっていくことだと思う。ただ好意的にやるというのではなく……。それによって保健婦活動なども変化せざるを得ないだろう。もう一つは監視業務、あるいは都市計画など、そのようなものは新しい技術や考え方、広い意味の公衆衛生技術を開発して行かなければならない。

田波 もう一つは、やっぱり衛生教育をやらないといけないと思う。公衆衛生は上から与えられるものだという意識を払拭して、自分らの問題だと思ってほしい。

関 反対はできないが、しかし上の二つの問題は、衛生教育により解決できるものではない。その背景をつくるのは、衛生教育だろうが……。

田波 それが必要だと専門家が考えて、非専門家に納得させるのが衛生教育の役目だと思う。

中山 要望を起すための活動も衛生教育……。

関 ニード論として、ナマの声を素朴にとり上げるということが、ひとつの間違ひにもなっているのではないか。民衆の欲求をもち上げるニード人工論も考えてみる必要があるのではないかな。

① 昭20～24年	{ 1) 跡かたづけと基礎づけ 2) Orientation	{ 衛生教育活動	{ 終 戦
② 昭25～26年	{ 1) 結核予防の新発足		{ 朝鮮動乱 (25年6月～28年7月休戦) ドッジライン強行—シャープ勧告— シャープ修正が30年頃まで続く
③ 昭27～30年	{ 1) 衛生行政の凋落 2) 経営論的基礎で検討に 整理をはかった (業務測定 業務調整)	{ Community Organization論 1) 「蚊とハエのいない生活」運動 2) 母生衛生中心の組織	
④ 昭31～33年	{ 1) 医療との協力 (新国保法 結核患者管理 再検討の時期) 2) 地区診断		{ 財政、経済は好転したが、衛生行政に は直接の好影響はなく、抵抗期であり たそれがれ論時代
⑤ 昭34～38年	{ 1) 保健所の型別再編成 検討の具体化 2) 共同保健計画		
⑥ 現 在	新しいTechniqueと 組織のカベ		{ 成人病 害

追記

この記録は、気鋭の人たちには、多少ものたりないところがあるだろう。また円熟の方々にはいささか気づかいの点もあるのではなからうか。これは、ひとつには田波、中山両先生が（小生もだが）気鋭と円熟との中間

の年齢にあるということのあらわれかも知れない。ともあれ対談はきわめて卒直なものであり、まことに後味のよいものであった。両先生にお礼申上げる。

（関）