

東京都社会保険労務士会 会報

千代田・中央支部

発行所 〒103 東京都中央区日本橋室町1-14 中央労務協会内

東京都社会保険労務士会 千代田・中央支部 TEL 03(241) 1558

発行人 小山 昇

年頭にあたって

支部長 小 山 昇

明けましておめでとうございます。

新しい年を迎えて、支部会員各位のご清福とご繁栄を心からお慶び申し上げます。

昨年は登録にあげ、研修に暮れた、登録元年に相応しい年でありました。改正された社労士制度の実行段階では、その重点施策であった職業倫理と資質向上の研修に終始した年であったとも云えましょう。

このような状況下で、当支部の行事はすべて計画どおり円滑に推進されました。これは偏に会員各位の支部活動によせられた、ご理解あるご支援、ご協力の賜ものと、心から感謝申上げる次第でございます。

さて、今年のえとは「亥」、時刻にすれば午後九時から十一時の間を指すと云われます。この時刻は、まさに私達が健康管理のうでで重視しなければならない、休養・就寝の時刻であります。「猪武者」の如く前後の事情も考えずがむしゃらに突進することなくこの一年を過ごす為の指標としたいものです。

新年にあたり改正社労士法第一条の二（社

会保険労務士の職責）「社会保険労務士は常に品位を保持し、業務に関する法令及び実務に精通して、公正な立場で、誠実にその業務を行わなければならない」の条文を座右の銘とし、更に研鑽を重ね、もって行政、民間双方より信頼を得る社労士たらんことを切望するものであります。社労士の活動は国家試験により得た資格と、登録団体への入会、登録を行うことによって独占的な専門業務を遂行することが可能となります。経済変動、社会の変化に伴う時代時代によるニーズに、対応できる能力を身につけることがプロとして必要なことは改めていうまでもありません。すなわち迅速公正なサービスと公共の利益を考えた行動によって社会的信用を確保し、自からの職域の確立と進展をはかる——このような考え方を基本理念として社労士像のイメージを社会的に増進させていくことを切望し、併せて支部の諸活動について、本年もまた変らぬご協力とご尽力のほどをおねがい申し上げて年頭のご挨拶といたします。

千代田・中央支部

昭和58年1月～3月行事予定

総務委員会

1. 講演会と賀詞交換会

2月2日(水)

講演 「賃金における諸問題」

東京都社労士会副会長 小 山 昇 先生

「福祉優先社会の構想」

参議院議員 高 杉 勉 忠 先生

賀詞交換会

会 場 東京都石油業健保会館

2. 研 修 会

3月2日(水)

「昭和58年の春闘について」

中央労政事務所所長 江 川 保 先生

研修旅行の懇親会

厚生委員会

後掲研修旅行後の懇親会は、小山支部長の挨拶で始まり、会員36名の会員同志の意見交換、懇談などやかなうちに会はすすめられ、恒例である「カラオケ大会」に入りました。

今回は室別対戦という形をとり、各室から1名ずつ代表を選んでもらい、大会に参加してもらいました。審査員には、石原東京会副会長、小山支部長、市野沢副支部長等の各位をお願いし、厳正に審査して頂き、その結果

次のように各賞がきまりました。

カラオケ大賞	永 島 セ ツ
歌 唱 賞	新 井 功
演 技 賞	浦 木 国 賢
熱 演 賞	小 口 隆 明
ユーモア賞	山 崎 雅 也

受賞者の皆さんには、小山支部長よりトロフィー他が授与されました。

ミドルエイジ

1つの“自戒”

田 島 守

つい先日新年を迎えたばかりと思った1982年も、早や師走の候となり、足早に彼方へと過ぎ去ろうとしている。

昔はこれでもスポーツ青年として、野球に、バレーボールにと、それこそ若さを燃焼させ、“わが辞書に疲労という文字は存在しない”と自信たっぷりだった私にとって、この1年間は、そろそろ老いの兆しが見え始めて、心身ともに、かの自信がかなり露骨にぐらつき出した年でもあった。

何時の間にか、私も所謂ミドルエイジの間点に達していたのである。

秋のある日、町内会主催のバレーボール大会があり、これに出場した私は、入念な準備運動をして臨んだにもかかわらず、試合開始早々、ジャンプ着地の瞬間に、「脚部筋肉裂断」という不名誉な烙印を、輝やかしきわがスポーツ史上に自ら押ししまい、お陰で十日余りも治療欠勤をした。

この外にも、体のあちこちに少しくがたが出始め、健康に不安の影濃しといった近況である。

昔日の面影いま何処、これらの事実になきなショックをうけて、少しく省みたところ、そこには、ずっと続けていた朝食前の“なわとび”も夏頃からやめてしまっていて、運動といえば、休日の“家庭菜園の土いじり”ぐらいで、テレビ指定席かぶりつきといった怠惰ぶりがあった。

今や“国民総健康づくり運動”が鳴物入りで展開されているが、この健康づくりも所詮、個々本人の問題に帰結すると思う。

ミドルエイジともなれば、下り坂現象は宿命である。この老化テンポに少しでもブレーキをかけ、健康を維持していくためには、毎日毎日の不断努力以外にはないであろう。

“健康というのは、病気でないということだけではない。なにごとに対しても前向きの姿勢でものごとに取り組めるような、精神および肉体および社会的適応状態をいう”(W・H・Oの定義)これを間もなく暮れようとする1982年に得た、新らしいわが座右の銘としよう。

(紀文健康保険組合)

第4回研修会

研修委員会

場 所 箱根湯本 ホテルおかだ
日 時 昭和57年10月15日～16日
午後3時30分～4時30分
パネル方式(座談会)にて実施

研修テーマ

「社会保障制度の現況を語る」

コーディネーター

司会 新堀副支部長 浦木副支部長

パネラー 目黒 健, 田島 守, 永島セツ

(敬称略順不同)

大槻 今日は、研修会を開催いたしましたところ多数の参加をいただき有難うございました。本日のテーマとして「社会保障制度の現況を語る」、ということでパネルディスカッションという形で実施いたします。小山支部長の挨拶をお願いします。

支部長 本日はご多忙中のところご参集下さいまして有難うございました。今日のテーマで、我々がディスカッションするということは、私達が法改正によるところの資質の向上を図り権利義務の問題、さらに我々同志の団結など色々な目的をもって、登録団体として出発した後の研修会であります。東京会のもとより、連合会等それぞれ研修会ばかりでございますが、その先駆けとして、また現況を語るということでディスカッションを通じて、おそらくこの先学会にまでおおよぶようなお話が出てくることを期待しています。

大槻 それでは、本日のコーディネーター、新堀副支部長、浦木副支部長を紹介致します。

新堀 ただいまご紹介をいただいた新堀でございます。浦木副支部長と一緒に進行をすすめてもらいます。パネルディスカッションは、本来意見の異なる人を立て、各人の主張を言ってもらって、討議するのが本当ですが、時間の制限があり、テーマも莫然としているので、正式な形にはなりませんが、今日は多くの人に意見を出してもらい、結論を出すというよりも、現況を語り、今後の勉強の目安にしてもらったら良いと思います。

医療制度の問題を語るということはおこがましいことですが、社労士は常に法律の枠の中で仕事をし、役所も法律がこうなっているからこうだといわれます。法律に対して我々が意見を述べることは少ないと思います。色々の学会に参画し、資質を高めている人もあるので、こういう機会を通じて自分の資質を高めるよう努力することが望ましいことであり、このような制度を見つめることに意義があると考えます。

今厚生省の考え方のなかに、退職者に対する医療制度の創設を審議会にかけるということであります。それと昨年度の政府管掌健康保険が何年振りかで、黒字になったことをき

きましたが、こんなことでご意見をお聞かせ願えればと思っています。

ここでパネラーをご紹介します。向って左から、紀文健保組合常務理事の田島さん、麴町で開業されている永島さん、神田で開業されている目黒さん、この三人の方々にお願いいたします。それでは、一人5分位で最近の状況について、ご感想、私見を披露していただきたいと思います。

田島 私は健保組合の仕事を担当しています。その立場から老人保健法、特に健保組合の話になりますが、いくつかのポイントを絞り考え方を述べたいと思います。

第一に老人保健制度を国家的な新制度として導入した原因は、表面は老人福祉向上という大儀名分がありますが、私共の立場からは、提案の趣旨、根底は急迫した国家財政の支出軽減を計る臨調路線にのったところの、国家支出の削減で、健保組合、共済組合等各保険制度の財政調整をすることが本来の目的だと思っています。

従って、健保組合にとっては財政負担になって、初年度、780億円といわれ、これが健保組合に課せられていて、大きな財政負担が生じます。本質的、根本的には老人保健制度ができて、医療費の支出、制度を変えて行かないと日本の医療保険制度は、将来的に成り立って行かないのではないかと。出来高点数払の方式ですが、このような方式を根底から見つめていかなければならないと思います。老人保健の問題という財政調整をしても、根本的解決にならないような気がします。

最近保険料負担について、被保険者が大きな関心を持ち、医療費の適正化の問題について世論的にも大きな高まりを見せ、先程司会者から申し上げた政管健保の黒字は、世論の大きな力も一要因として働いたと思います。大蔵省の動きを聞きましたが、医療費がそのまま伸びていくと国家財政が破綻するので、年率の伸びを規制するため、医療費は現物給付でなく、償還払でやるんだという考えを一部持っているようです。勿論老人医療は70才以上の医療のみの問題ではなく、40才以上の人のヘルスの問題と、制度が2本の柱になっ

ています。保健事業という問題では、自治体が受け入れるだけの体制になっていない気がします。

保健事業については費用は国、都道府県、市町村が3分の1ずつだが、今のような体制では保健事業に相当な難関が待ちかまえているような気がします。58年2月から発足する老人保健制度。これに付随し、退職した後の70才に至る10年～12年の退職者医療問題も大きくなってくると思います。

それから問題点は、自治体のかつての老人保険制度と、国の老人保険制度のギャップというか、東京都でもいろいろ問題がでているようですが、自治体間の格差、こゝらの空間をどのように埋めるか。そして国家的に交付金で絞め上げると地方を指導しているが、こゝらの問題が自治体住民の福祉の問題とどうつながって行くか、このような問題が付随してでてくるのではないかと思います。

大体、今の老人保健法を中心に問題点を申し述べました。

新堀 どうもありがとうございました。次に永島さん一言。

永島 私なりに現行社会保険制度の問題点を考えてみました。

第一点として各制度間、各医療保険制度間に負担、給付について格差があるということがあげられます。

二点目に医療費の自己負担の面で保険外の負担が相当あること、例えば入院時の付添費用と差額ベットの費用が、かなりの額になる。保険のみで入れるベットは皆無に等しく、あってもほとんど空かないので、現状ではかなりの出費を覚悟せねばならない。歯科診療でも保険診療は片隅に追いやられ、自費負担部分がかなりあるのは問題であると思います。

最近、歯の治療で歯科医に行き驚いたことに保険診療でという、いやな顔され、保険で歯の治療はしにくいと世間で言われているのは事実であると実感しました。

三点目は、今の健保制度では治療が中心であり、予防とかアフターケアの問題がないがしろにされています。今度新しく制定された老人保険法では、予防、治療、アフターケア

の三つを並行して行うということを唱っているので少し遅きに失した感がありますが、他の制度の見直しの際のケースとして、これがどのように機能していくのか、一つのモデルになるだろうと思います。

四点目に地域的に医療機関が偏在しているという問題、国民一人当りの医師の数でみると国際的に比較しても日本は高い方だが、まだ無医村もあるということは、いろんな問題をはらんでいる。

五点目は、医療費の増大について司会者からもお話があったが患者側の給付についての過剰需要の問題があります。近所の老人の例だが、65歳以上の老人の医療費が無料になったため、病気として治療する必要のないことまで診てもらいに行くということがある。よく医療機関が老人サロン化しているということで問題視されているが、本来治療として行う必要のないものまでが医療費の中にはね返っている。老人に限らず患者からの過剰需要が一つの極にあり、もう一つの極に医師の側からする医療の過剰供給があります。私も病気で病院に行き、保険証の世話になったが、検査の数の多いことに驚いた。

過剰需要と過剰供給が医療費の増大をもたらすのではないかと実感しています。

六点目は、患者の数が多くなり、3時間待って1分しか診てもらえないというように医師が治療にさく時間が少なくなり、時間をかければ質の良い治療ができるのに時間的な制約でそれが質的に低下している面が問題点としてあります。

10月1日厚生省は国民医療適正化総合対策推進本部を設け、医療費の抑制を図ろうという姿勢をうち出しています。本年度は国民医療費が14兆円にのぼると予想されているため、予防を重視した国民の健康づくりを盛り上げようとしていること、またレセプトの監査を厳重にし、薬価基準の見直しをしようとしている。現在は医療の面では医師の自由裁量で、ということでもできるような形になっている。それにかなりの規制がかけられるということは当然のことと思う。

以上最近感じていることをどうしたら改善

できるのか問題提起の形で申し述べました。

新堀 どうも有難うございました。次に目黒先生、一言どうぞ。

目黒 社会保障の現状を語るということであるが、医療が主体になると思う。私は医療に、3つの大きな問題があると思う。まず、医療費がものすごいスピードで、急速に増大している。これは日本の高齢化社会の伸展に、歩調を合わせている。

国民所得に占める医療費は、40年代は3%であったのが、今や7%を超えんとしている。

低成長が構造的、グローバルなものであればかつてのような高度成長は望めないで、国民所得もそう伸びないだろう。片や医療費は、ますます増大するだろう。結局老人保険にしろ、何にしろ負担の問題に他ならない。国費、公費負担を、被保険者あるいは自己負担に、切り替えるということだ。

国庫負担優先は、例えば原爆病のようなもので、公費負担は社会的に具合の悪い結核、性病のようなものだ、国民皆保険になって36年たつが、当初中小零細企業の健康保険の新規適用をすると、社長が保険証なんか持てるかと言って入らなかった。ところが今は、そんな人は1人もいない。そして保険の内容自体、医学、薬学の驚異的発展と、保険制度主体の医療保障制度の、飛躍的充実で医療費が増える。先程の政府管掌健康保険の単年度黒字は、1時的現象だと思う。

高齢化社会の本格的突入と、例えば1時的な医者への自制、監査、薬価基準を含めてやや医療が適正化したのが、又患者の方も無駄な受診をしなくなったということがあったが、今後今の負担で政府管掌健康保険の黒字は考えられない。60年度には棚上累積赤字が償却されると聞いているが、それと高齢化のスピードの調整が問題で、老人保健法にもとづく医療費を誰が負担するのかということになるだろう。年金も然りだ。

医療機関の問題点、例えば医の倫理の荒廃もひどく医は聖職というのはなくなっている。開業医の1部を国税庁が調査したところ、60数%が不正、水増し、架空であった。私は、3時間待って1分間診てもらい、帰りには風

呂敷づつみに薬を持たされ、それは棄てられる。医者は実際の価格より安く仕入れ、高く売る。要は製薬会社の小売だ。一方医師の過剰時代で、裏金をつんだ質の悪い医師が都市に集中し、僻地は無医村となっている。日医は医師の適正配置を、医の倫理の確立をすべきだと思う。

今や医者は聖域ではない。要するに所得番付ワースト1は病院で、しかも調査されていない。薬価基準が引き下げられ、製薬会社がリベートを出さなくなり実際の価格に近づく。そうなると薬を扱わない医者が出てくる。調剤薬局がそれで、日本では医療従事者の分布をみると、世界的な比較で医者の数10万人について、150人位でトップランクではないが、薬剤師はトップランクであり、実際に調剤をしている薬剤師が少ない。これらの人が薬局をやれば、医薬分業が進み薬でもうける医者はなくなるであろうと思う。

次に二番目は、老人自身の問題である。病院はサロン化し、老人が群がっているので、有料化して無駄な受診を避ける。しかしこれでは老人には気の毒と思うので、何らかの負担能力を持つ仕事をさせる社会的環境づくりと、老人の自助努力が必要だろう。

老人の定義は分らないが、労働省が60年を目途に60才定年を一般化しようである。しかし60才定年を一般化しようであるが60才は若く、あと10年をどうするか。何かはりのある仕事をさせる要があり、それが病気をしないことにつながる。老人の自助努力は、生涯現役という信念を持ち、それは現職にしがみつくのではなく、社会的にあるいは自分の満足のゆく仕事を死ぬまでやることで、美しく老いて美しく死ぬことではないか。そうすれば医者の世話になることも少なく、社会的に国民所得に参画しうるのである。

医療、保険料の自己負担も、し得ようになるであろう。これは社会保険制度と関係なく、精神的なものになるが、私は老人は老いるな、要するに青春は年ではない、情熱を失ったら終りと考える。

私は政管健保の資格を喪失してから国保に加入、開業25年になるが、その間私が医療保

険の世話になったのが外科診療1回のみで、それ以外の受診をしたことはない。はりがあり頑固だが、柔軟性をもった頑固はいいことだと思う。老人が美しく生き、社会に寄与し、美しく死ぬことが重要だ。

もう1つは、歳入欠陥があり、負担ができないのだから、医療制度、年金保険をもっと簡単にできないだろうか。いろいろなところに規模間、業種間、制度間に格差がある。原点にかえり医療は地域で良く、例えば全員国民健保ではどうであろうか。医療は年金のように過去のキャリアが必要なく、給付の格差もなくなり憲法第14条の法の平等に近づくとと思う。「エゴ」のつづく限り、どのような制度を作ろうと駄目だと思う。これは非常にむづかしい問題であると思うが、私は医療は、全く平等に国民皆保険だから1つの保険にしてはどうかと考えるわけで、これにはご批判もあると思うが、私の年来の主張であります。

新堀 どうも有難うございました。浦木副支部長に一言お願いします。

浦木 いろいろ意見がでしたが、要約すると、まず、退職者医療制度が、老人医療の次に出てくる問題です。

今月の25日に社会保険審議会で、新聞でご案内と思うが、厚生省は白紙委任の諮問をするようだ、要するに退職者医療をどうしたらよいか、厚生省の案を出さない諮問をする。もう1つは日雇労働者健康保険法をどうすべきかということについても、一緒に諮問するそうである。

社会保険審議会の先生の話だと、退職者医療について、参議院で社会党の安恒先生の質問に答えて、厚相がやるといったので仕方なしにやるそうだ。日本の健保法は短期保険だが、退職者医療は長期保険だ。昭和56年に健康保険法を改正し、健康保険組合を含めて、保険者は2年の任継を認めた。普通任継は1本で良い。

目黒先生がいわれたように、保険がいくつもあると良くない。日本では政府管掌と健保組合は同じで、歴史的には健保組合が先に出きた。今の新日鉄の前身の八幡製鉄が互助組合的に作ったのが、健保の始まりである。健

保法上保険者は、政府と健保組合となっている。単一の健保組合だと退職者医療は簡単で、卒業後入社、55才でやめるまでほとんど異動しないので、そこから給付してもよい。ところが総合健保組合でも、政府管掌でもあちこちやめ、また勤める。どこで納めた金をどこで還元するか計算しにくい。やりたいけれども、やる方法がない。もっと大きい問題は費用の負担が違うことだ。例えば政府管掌の場合、保険料率が同じだが、企業によって賃金が異なり、保険料も違ってくる。従ってどのような退職者医療を適用するか難かしい。社会保険審議会では、昭和65年前までには回答は出さないそうだ。どうしても出せといわれるなら3年先、老人保健法が昭和58年2月にスタートするが、3年でもう一度再計算する。その時に合わせようという考えがある。昭和65年は年金と関係している。老齢福祉年金、これは保険料を収めない年金で、現在、400万人以上の人々が給付を受けている。それが昭和65年には、100万人に減ることになる。昭和65年にはドイツ方式になるだろう。ドイツ方式では年金をもらっている人が、医療費の一部負担をしている。ただ程よいものはないというが、これは誰かが負担することになる。ただし自分だけによくと、いろいろと解釈があるが、退職者医療は早くて3年、昭和65年迄では回答は出せないとのことである。

10年前はいくら検討しても、良い案が出なかった。昭和65年は先にいった福祉年金の費用が落ちる。予猶ができる。そういうところから考えられるとのことだ。

薬価基準のことが先程、目黒先生からお話があったが、90%バルフから81%バルフ位と新聞に出た。90×90=81で簡単なこと、政治は分りかねる。もし実施されると、100ベット以下の病院は要注意。薬価がなくなったら、残りは水増ししかない。先程、永島先生もいわれたが、10月1日頃から監視役が出来た。

もう1つは、医者の学校を作り過ぎたのは問題だが、今後は国民にとって医者を選べる時代がくる。毎年8,000人の医者ができ、寿命が延びるので医者が増える。真面目で、国税庁にひっかからない先生とか、口こみであ

の先生のところへいけというのが出てくる。

新堀 老人保健法の資料ができていません。政、省令も出ていない、「社会保険労務士」の9月号に老人保健法の抜粋が出ていたが、この程度しかみていない。あとは新聞の切抜きである。

今医療制度について3人のパネラーと、司会者から意見を出してもらいましたが、他に意見があれば述べていただきたい。

老人医療保険法が、昭和58年2月から実施されますが、具体的にどうなるでしょうか。浦木副支部長簡単に一言。

浦木 老人保健法そのものについては回答できないが、1番問題は、老化と病気の区分がしにくいことだ。おそらく、50才以上は老眼鏡をかけるが、病気と思う人はいないと思う。50才にもなれば、目も悪くなり肩もこるが温泉にでも保養にいけば直ってしまうが、これが医者にいけば病気ということになる。ここらを区分しないで、老人保健法を実施しようとするから問題がある。

要するに、病気と老化する自然現象的なものとを区分することができない。ひどいのは糖尿病だ。若い頃の糖尿病は困るが、50才から60才で若い時からのつづきで、甘い物を喰べるので糖が出るのはあたりまえだ。飲みすぎでも医者にいけば、薬を呉れるが1日寝れば良い。組合の指導は今までは、被保険者のみであったが、今後は家族に何かPRを考えねばならない。老人は病気と、病気でないものとのけじめをつけねばならない。48年に医療の無料化が計られ、糖尿、筋骨格系病気、手足腰痛が総計で3倍にもなった。この費用を若い人に持てというのがいいのか、どうかということだ。

国保の40%が老人医療費で増え、2兆8千億円の40%が老人、65才以上という説もあるが、70才以上が老人で、もし65才だと老人の数がもっと増える。アメリカの場合、老人保険だけの社会保険はあるが、他はない。今後健康保険組合は、病気とそうでないもののけじめをどうしてもしていかなければならない。自然現象的なものを、医者に頼ってはいけないと思う。小学校から教育せねばならない。

生まれた時から、すぐ知合の先生を作る時代がくる。そのような先生を作らないと、病気でないのに病気にされる。

新堀 何かご質問があればどうぞ。

真許 予防医療について表向きの動きはどうですか。

浦木 昭和58年2月から実施の老人保健法は、現実にはできないと思う。一番喜んだのは、保健所だと思う。この法律が通ったということで、医者を置かなければならない。現在医者のいない保健所がある。今まで、1つの法律を2つの頭でやっていた厚生省の公衆衛生局の老人保険部、そこに1つに集約されるが、問題は社会局の仕事を公衆衛生局にやらせることだ。福祉は、生活保護を含め社会局、こちら辺が難かしい。社会保険審議会委員の小山先生の話だが、よくこの法律が通った。やりにくくてしょうがない。絶対に通らないと思っていたようだ。

新堀 他にございませんか。

市野沢 医療行為はどういうのが理想的なものか、糖尿病の例等をあげられたが、他に何か、その辺の限界が難かしい。

浦木 これから老人保険をうまくやるためには登録制しかないと思う。登録した人員1人について、健康指導料を払う。例えば3千円なり5千円とし、100人とすれば50万円になる。医者も老人で助け合う。いっしょに温泉に行けば直る。自分で病気でないという自覚を持つこと。親子代々病歴を知っているような先生の所にいけば良い。

新堀 どうも有難うございました。社労士が役所からいわれたことだけでなく、制度、器の中で物を考え、指示されたことをやるのではなく、各自が批判の目を持ち、制度に対する意見を持ち、企業を指導していくことが必要なことですね。

この間、年金のことで東京会の第一部会で社会福祉大学の先生がいておられた、年金が財政の問題でつぶれるだろうとの話でしたが、国の制度はつぶれることはないが、内容の後退ということが想像つく。当面給付水準の引下げ、支給開始年令の60才から65才へと将来はなるだろう。それから保険料も引き上

げられるだろう。

このような質問がでた時に、説得できるようなものを自ら備え、企業指導するのが望ましい。お互いに問題意識を持つことが必要だと思う。

これで本日の会議は終了します。本日は東京会の石原副会長が出席されておりますので、何か一言簡単をお願いします。

石原副会長 いまお話の中で、浦木副支部長からのアメリカの話はそのとおりです。自由資本主義社会では当然ですが、一昨年アメリカでそのケースにふれたのでお話をします。退職者協会という大きな組織がある。医療保険制度がないということで、最初私立学校の先生がベースで今 1,500 万人位入っている。ニューヨークに自前の大きなビルを持ち、ブ

ランチがあちこちにある。老人医療については20年以上前からジェロントジー、老人家庭医学を体系的に研究していて、そういう所と太いパイプを持ち、それで先程、目黒先生が美しい老人といわれたが、退職者協会でもボランティアと同時に、相互の補完というか制度発展について、老人の相談、老人医療、生きがい等いろいろのケースを持つ窓口もできている。またセックスの指導をしているケースもある。ちょっと関係があるので報告を申し上げます。

新堀 本日のパネルディスカッションという、初めての方式で実施しました。パート2という事でまた実施いたしたいと思います。どうも本日は有意義なお話を有難うございました。

千代田・中央支部

ゴルフ同好会（仮称）のご案内

千代田・中央支部の厚生行事は、年間計画に基く事業のほかには野球同好会がありますが、これに次いでゴルフ同好会を設けたいと思います。

よく、ゴルフは社会生活の縮図であるという人がいます。勿論厳しいルールのもとに、すべて自分の考えで行動し、常に冷静で謙虚な気持ちで精進しなければならないという。実に意味合いの深いスポーツであり、私達社労士業の日々と共通点があるように思います。

既に東京会では、去る10月5日習志野CCに於いて第1回大会が、盛大かつ有意義に行われました。当支部としては、いずれご加入者が出揃った上で実施計画をたてたいと思いますが、この会を支部の厚生行事の1つとし、懇親の場にすると共に、東京会の次回大会の備えになればと思いますので、多数のご加入をお待ちしています。

申込先 千代田・中央支部宛

千代田・中央支部

野球同好会

野球同好会

過ぐる11月27日～28の両日に、納会を最後に本年度の全日程を終了することができました。これも偏に、皆様方の日頃のご声援の賜ものと、会員一同深く感謝し厚く、お礼申し上げます。

納会場所 山梨県富士五湖河口湖畔
「大池ホテル」

参加者 15名

マネージャー 新井 功一



あ と が き

素晴らしい研修会でしたので、増頁を余儀なくされました。今年は発展の年「亥」で、猪突猛進したいところですが、倫理綱領を旨とし、先輩士業に負けない様資質の向上に専念し、研修に励みましょう。