

随 想

ずいそう

元宝塚歌劇団花組所属
女優

あい か
愛華 みれ



笑顔で生きる

「生きる」について、あなたは考えたことがありますか？元気であれば尚更、普段「生きる」なんて特別に気に止めたりはしないでしょう。当たり前に毎日の生活があって、自分やまわりの大切な誰かに、まさかがふりかかるなんて予測さえしない。私もそうでした。

私に突然起こったまさかは、「がん」という「死」さえ覚悟しなければいけない病でした。今でこそこうして自然に文字に出来ますが、かにてんてん という二文字が、どうしても受け入れられなかった時もありました。

首のつけ根にポコッと現れたピンポン球ほどの大きさのしこり。2008年2月、何気なく鏡を見ていてみつけました。こんなのあったかしら？押してみても全く痛みはありません。バイ菌でも入って腫れたのかなとあれこれ考えて放ったらかしにしました。一応姉に見せると、一瞬で顔面蒼白になるではありませんか。兄貴にも……と見せました。医者嫌いの私に言うはずもない言葉が返ってきました。「一度診てもらえ」何？みんなどうしたの？家族中の顔をくもらせ、私にも伝わる不安と恐怖。

このしこり何者？何だろう——。宝塚時代、元気な人というイメージの強かった私です。勿論、健康だと信じていましたし、自覚もありません。

のん気に耳鼻咽喉科で受診して、何でもないねと言ってもらえば安心でした。先生はがん専門病院を紹介して下さい、あっという間に告知となりました。

「あなたは『がん』です。『血液のがん』」 えっ？「がん」と言いました？「がん」……私……「がん」です。

笑顔でその場はとりつくろっていましたが、診察室を出るなり恐怖が一気にのしかかり、どっと涙があふれました。ぴゅんぴゅん飛びはねてしまうほどパニック状態です。どうしよう私…死ぬのかしら。

「がん」という病名が大きなダメージを与えるのは「死」が重なるからなののでしょうか。

どんな困難にぶつかっても、太陽のように笑顔をわすれないのよ！と母に教えられました。

苦しい時こそ笑ってのりきれ！とタカラヅカに学びました。泣いている場合ではありません。がんと闘う覚悟が必要でした。

病気を受け入れたら、治すのみ!! 私に「生きる」力が生まれました。

仕事、生活、夢。まだまだ若いし、やりたいこといっぱいです。病気に負けている時間がもったいない。治すのは、私なんだと気合が入りました。私は生きたい!! 生きる!

入院して、支えて下さる先生や看護師さん、家族は勿論、友人、まわりの人の愛に包まれました。苦しいこと半分にして、喜び、幸せを倍にくれた大切な人たち。今は「生きる」は「ありがとう」でいっぱいです。

A Reason for Living



「生きがい」としてのボランティア活動を楽しもう

外側からみた学校に「生きがい」を見つけて、地域の子どもの健全な成長を願い、学校内の植栽管理などのボランティア活動を行っています。今回は、私が所属している“地域学校支援研究フォーラム”での活動をお話したいと思います。

1 何か、ボランティア活動を…

ライフステージの後半をどのように迎えるか、定年を迎える数年前から考え、特に、まだまだ自分が動ける60代は、“いつでも、どこでも、だれでも”できるボランティア活動に力を注ぎたいと考えていました。

これまでの教員生活の経験を生かして、学校支援ボランティアとして校内の植栽管理などの「環境整備」にかかわる活動に携わりたいと考えました。そのためには樹木管理や園芸関係などについて、ある程度の資格を取っておきたいと思い、退職する2年前には「通信教育講座」を受けて日本カルチャー協会認定の「樹木医」の資格を取得して、退職後のボランティア活動に備えました。

2 いよいよ、ボランティア活動にかかわる!

退職したその年から特定非営利活動法人 地域学校支援研究フォーラムという学校支援ボランティアグループの仲間に入れてもらいました。そこで早速、これまで手付かずで自分がやりたいボランティア活動であった各学校の教育環境として校内植栽の管理や教材園の管理にかかわるボランティア活動に携わりたいと申し出て、本フォーラムの対応できる支援分野に、新しく「環境整備支援活動」の部を認めていただきました。

特定非営利活動法人 地域学校支援研究フォーラム

は、昨年の11月に「創設10周年」を迎えた学校支援ボランティアグループです。活動の理念として“地域に開き、地域に支えられた学校運営の支援、家庭教育の支援などを通して地域教育力を高め、子どもたちの健全育成をめざす”を掲げ活動しています。活動の内容は、小・中学校での国語・算数・英語などの学習支援をはじめ、読み聞かせ、教育相談、環境整備などに携わり、主催事業として「土曜教室」や「星座観望会」なども開催しています。その活動の概要などについては毎年1月に発行しています機関紙「フォーラム通信」や団体のホームページなどを通じて紹介させていただいております。

・ホームページ開設…平成24年12月開設
URL: <http://npo-forum.com>

3 学校支援活動としての「環境整備」支援活動ボランティアが始まる!

平成22年度からスタートした「環境整備」支援活動のボランティアについては、次ページのような案内チラシを市内の各小・中学校に配布し、学校からの支援要請を受けて活動してきました。

過去5年間の具体的な環境整備の支援活動ボランティアは、校内植栽の樹木管理や教材園の野菜栽培管理などについての要請が中心で、毎年希望する学校が増えている状況が続いています。

決して無理をせず、気軽にできる範囲で、学校や子ど



もたちのため、これからも学校支援ボランティアを長く
続けていきたいと思ひます。

案内チラシ

地域学校支援研究フォーラム

**植栽・生きものなど
学習環境整備の支援**

- 正門前の生け垣の剪定は？
- プランター栽培の草花の手入れは？
- 教材園・チョウ園等の管理は？
- 樹木の管理（剪定・枝打ち）は？

このような支援ができます

- ①植栽の管理（剪定・枝打ち・樹木の運定など）
- ②花壇・花圃の管理
- ③教材園の管理
- ④チョウ園の管理・・・チョウの“食草”栽培など
- ⑤ビオトープの設置・管理
- ⑥校内植物の教材化・・・野草・樹木の活用（“グリーン”ハンダー）
- ⑦草花の栽培・管理

何でも相談できるフォーラム会員の
樹医博士（日本カルチャー協会認定）が支援いたします。

連絡先：学習支援推進部（上里）TEL/FAX(098)987-5362

＊講師派遣依頼については、別紙「教育支援ボランティア派遣申請書」
をご利用下さい。

- ・キャベツの栽培 — モンシロチョウの幼虫（青虫）の食草（3年生）
 - ・トウモロコシの栽培 — 花粉の観察（5年生）
 - ・その他、インゲンマメ・キュウリ・落花生等も教材活用のために栽培しています。
- 〈生活科の栽培管理〉
- ・ジャガイモの栽培 — ジャガイモの収穫体験用に栽培しています。（2年生）

②中学校への支援活動

- 特別支援学級の体験学習用の教材としてジャガイモの栽培管理をしています。



〔収穫体験：ジャガイモ収穫〕

平成26年度の支援活動の状況について紹介します。

①小学校への支援活動

- 植栽管理 — 生け垣や校内植栽の剪定・枝打ちを中心に年間をととしての植栽管理をしています。
※平成22年度から継続しています。
- 教材園の栽培管理 — 理科・生活科の教材園を年間をととしての有効的な活用をめざしています。
〈理科教材の栽培管理〉
 - ・ヘチマ・ニガウリの栽培 — 花や実の観察、花粉の観察・受粉の実験（5年生）

4 ボランティア仲間が増えることを期待して

どの学校にもある教材園の管理などの「環境整備」支援活動は、“いつでも、どこでも、だれでも”できるボランティアです。

少し汗を流す作業は爽快で、私自身の健康管理にもつながる活動と思っています。また、いきいきとした子どもたちの笑顔を見ると苦勞も忘れてしまいます。今後、より多くの学校で「環境整備」支援活動へのボランティア仲間が増えることを期待しています。



つらい下痢・便秘、過敏性腸症候群では？

急激な環境の変化などにより、体が対応できず、ストレス、不安、緊張など精神的に負担がかかり、下痢や便秘を繰り返して起こし、仕事や勉強に集中できず悩みを抱えている人が少なくないようです。もしかしたらそのような人は、過敏性腸症候群という病気かもしれません。今回は、耳慣れない過敏性腸症候群の原因、症状、対処法についてお話しします。

1 過敏性腸症候群は珍しい病気ではありません

みなさんも職場の会議でプレゼンテーションをしたり、結婚式でスピーチをした経験をお持ちだと思います。その時には緊張されたと思いますが、緊張したときにお腹が痛くなったりトイレに行きたくなくなったりしませんでしたか。強いストレスがかかると、腸が過度な収縮運動を起こして腹痛が起こったり、トイレに行きたくなくなったりすることはよくあることなのです。このような現象がちょっとしたことで起こってしまうものを、過敏性腸症候群と呼んでいます（表1）。

表1

過敏性腸症候群(IBS)とは

- 下腹部症状で困っている
- 慢性、反復性の経過を持つ便通異常がある
- ストレスの関与がありそう
- 症状に対する苦痛感がつよい
- 一般的な検査で検出可能な器質的疾患はない

徳川家康が「三方ヶ原の戦い」で武田信玄に敗れた時、逃げる途中で緊張して腹痛が起こり便を漏らしたそうですが、徳川家康も過敏性腸症候群であったのかもしれません。

現在はストレスが多く、緊張状態を強いられる社会です。世界的にも過敏性腸症候群と診断される下腹部痛と下痢や便秘の便通異常をたびたび起こす人が、人口

の10%程度はおられると考えられています。ただし、症状のあるすべての患者さんが病院を受診しているわけではありません。ごく一部の人が受診し、残りの患者さんは症状を我慢したり、薬局で薬を買って対応しておられるのが現状のようです。ところが病院を受診する患者さんを調べてみると、他の病気の患者さんと比べても過敏性腸症候群の患者さんのQuality of Life (QOL)^{*1}は非常に低下していることが分かっており、きちっと治療することが重要な病気だと考えられています。

^{*1} QOLとは一般に、ひとりひとりの人生の内容の質や社会的に見た生活の質のことをさす。つまりある人がどれだけ人間らしい生活や自分らしい生活を送り、人生に幸福を見いだしているか、ということをも尺度としてとらえる概念。

2 原因はよく分かっておらず、いろいろな原因が考えられています

過敏性腸症候群の原因は一つでは説明できず、いろいろな原因が考えられています。まず一卵性双生児と二卵性双生児を対象にした調査から、過敏性腸症候群には遺伝的な素因があると考えられています。また、ストレスや心理的な異常、腸内の細菌感染などによる腸の炎症も発症に重要な要因であると考えられています。実際、感染性腸炎を起こした人は、その後に過敏性腸症候群を起こしてくる発症危険性が、起こさなかった人の6、7倍高くなり、過敏性腸症候群の患者さんの5～25%ぐらいの人が、感染性腸炎の後で過敏性腸症候群を発症していることが分かっています。これらの遺伝的因子や環境因子の影響によって、脳と腸とをつないで腸の



運動を調整している自律神経系やホルモン系に異常が起こり、腸の動きが強くなりすぎたり、反対に弱くなって動かなくなったりするのです。また、脳と腸の間をつなぐ知覚に関する神経や脳の知覚認識部位に異常が起こると、知覚が過敏になって普通の人では痛みや不快とは感じないような普通の腸の動きや刺激でも、痛みや不快感を感じてしまうことがあります。このような状態をまとめて過敏性腸症候群と呼んでいるのです。過敏性腸症候群の診断によく使われる診断基準を記載しておきます(表2)。

表2

過敏性腸症候群の基準*2

過去に3か月間、月に3日以上にわたって
腹痛や**腹部不快感***3が繰り返し起こり、
以下の項目の二つ以上がある

1. 排便によって症状が軽減する
2. 発症時に排便頻度の変化がある
3. 発症時に便形状(外観)の変化がある

*2 6か月以上前から症状があり、最近3か月間は上記の基準を満たしていること。

*3 腹部不快感は、痛みとは表現されない不快な感覚を意味する。

3 便秘を伴うタイプと下痢を伴うタイプがあります

過敏性腸症候群は下腹部痛と便通異常が繰り返して起こる病気で、大腸内視鏡検査やCT検査などの精密検査をしても、大腸癌などのはっきりとした病気は見つかりません。便通異常では、便秘が主な場合と下痢が主な場合と両方ともにある場合があります。下痢タイプの過敏性腸症候群は比較的年齢の若い男性に多く、便秘タイプの過敏性腸症候群は年配の女性に多いとされています。下痢タイプでは少しの緊張やストレスでもトイレに行きたくなったり、腹痛が出現して外出がしにくくなったり、仕事をするのが難しくなることがあります。便

秘タイプでは下腹部痛が強くて便をしたいのに便が出ず、腹痛、腹満、便秘を繰り返して苦しんでいる方が多くおられます。

4 過敏性腸症候群と診断するためには検査が必要です

過敏性腸症候群は、緊張したりストレスがかかるときに下腹部痛と便通異常を起こしやすい病気ですが、下腹部痛と便通異常を起こす病気には、過敏性腸症候群以外にもさまざまな病気があります。大腸癌、クローン病、潰瘍性大腸炎、甲状腺機能亢進症、糖尿病などが代表的な病気です。このため過敏性腸症候群と診断するには、血液検査、尿検査、便検査が必要です。便に血液が混じる血便があれば過敏性腸症候群の可能性は低くなり、大腸癌や潰瘍性大腸炎の可能性が高まります。また、大腸の内視鏡検査、大腸粘膜の生検検査や腹部のレントゲン検査、CT検査などが行われる場合もあります(表3)。

表3

過敏性腸症候群の診断に必要な検査

一般的な検査

- 血液検査(炎症反応、貧血の検査、甲状腺機能検査、血糖など)
- 尿検査(尿糖など)
- 便検査(潜血反応など)
- 腹部レントゲン検査 など

精密検査

- 大腸内視鏡検査
- 腹部のCT検査 など

次ページへつづく

本来は一つの検査を行えば、過敏性腸症候群の診断がつけられる診断バイオマーカー^{*4}といわれる検査があればいいのですが、残念ながらそのような検査がなく診断を確定するためにたくさんの検査が必要な場合もあります。ただし、最初からすべての検査をまとめて行うわけではなく、治療を進めながら一般的な治療への反応性、経過を見ながら必要な検査を順次追加していくのが一般的です。

^{*4} 診断バイオマーカーとは生化学検査、血液検査、腫瘍マーカーなどの各種臨床検査値や画像データによる診断などが含まれる。

5 過敏性腸症候群の患者さんは生活習慣を調整すると症状がよくなることがあります

過敏性腸症候群の患者さんは、腹痛と下痢や便秘が頻繁に起こり社会生活をするのに困ることが多く、QOLが低下をしていますので、治療の主目的は症状を改善しQOLをよくすることにあります。ストレスがあると症状が起こりやすくなりますので、ストレスの回避ができればよいのですができないことも多く、ストレス対処法を身につけることも大切です。

食事では一般的に脂っこい食事や香辛料の多い食事は、下痢を起こしやすく避けた方がよいといわれています。便秘には食物繊維の摂取はよいのですが、下痢や腹痛がある方には必ずしも勧められません。FODMAP^{*5}と呼ばれる果糖やオリゴ糖をたくさん含む小麦・タマネギ・豆・牛乳・ヨーグルト・リンゴ・梨・蜂蜜、人工甘味料を含むお菓子などは、下痢やお腹の張りを起こしやすく避けた方がよいといわれています（下図）。

^{*5} FODMAP（フォッドマップ）とは次の頭文字です。Fermentable（発酵性）、Oligosaccharides（オリゴ糖）、Disaccharides（二糖類）、Monosaccharides（単糖類）and Polyol（ポリオール）。これらは、小腸で分解・吸収されずにそのまま大腸に流入し、大腸で発酵してガスを産生します。そのガスの産生を抑えるために高FODMAP食品を避ける食事療法を低FODMAP食といいます。

煙草やお酒を避けると症状がよくなることを示した確実な研究結果はありませんが、可能なら避けた方がよいだろうと思われます。睡眠不足は知覚過敏を起こしやすくするためよくないと考えられています。ただし、これらの生活習慣、食習慣の改善はきちっとした研究、検討が少なく個人個人によって効果のばらつきが大きいものです。こだわりすぎずに可能な範囲で行うのが、よい

図 FODMAPを多く含む食品



だろうと考えられます。

6 病院ではいろいろな薬剤を使った治療が行われます

過敏性腸症候群の治療には時間がかかり、1、2回の受診でぴたりと症状が治ってしまうことは少なく、何回も通院していただき、いろいろな治療を試みてだんだんと症状がとれていくことがほとんどです。ただし、症状で悩んでいたのが、大腸内視鏡検査や血液検査を受け大腸癌などの大きな病気がないことが分かったと、その後、腹痛の症状がそれほど気にならなくなったり、実際に軽くなってしまわれる方もおられます。患者さん自身やその周辺の方が、病気のことをよく理解して安心することも大切なようですので、主治医との良好な関係を築くことも重要だと考えられます。

治療に用いられる薬剤には、次のようにいろいろあります。

- ・プロバイオティクス
- ・プレバイオティクス
- ・セロトニン受容体 (5-HT3) 拮抗薬
- ・セロトニン受容体 (5-HT4) 刺激薬
- ・腸管粘膜上皮機能変容薬・高分子重合体薬
- ・消化管運動機能調節薬・抗コリン薬・止痢薬
- ・下剤・浣腸薬・三環系とSSRIの抗うつ薬
- ・抗不安薬・ペパーミントオイル・漢方薬 など

これらの薬剤は下痢タイプと便秘タイプで使用する薬剤が異なり、症状や病状によって使い分ける必要があります。また、組み合わせて複数を使用することも少なくありません。少し複雑ですので、これらの薬剤の選択には、過敏性腸症候群の診療経験のある消化器内科や心療内科の専門医のアドバイスが重要だと考えられています。薬剤を用いた治療と並行して心理療法や運動療法を行うと、有効なこともあるといわれています。

7 過敏性腸症候群は年齢とともに症状が軽くなります

過敏性腸症候群の症状はどんどん悪くなるわけではなく、年齢とともに軽くなると考えられています。過敏性腸症候群と診断され治療を受けておられる方は、症状がよくなるのに時間がかかっても、いろいろな治療薬、治療法がありますので、主治医の先生と相談しながらよりよい治療を探していくこと、少しずつでも症状を改善していくように、生活習慣や食習慣も工夫をしていただくことが大切だと思われます。

下腹部痛、下痢、便秘がたびたび起こるのに受診せずに悩んでおられる方は、一度専門医を受診してみてください。長期間にわたって何回も受診をすることが必要となること多い疾患ですので、できるだけ通院しやすい近くの専門医を受診されるのがよいと思います。検査を受けて過敏性腸症候群で大きな病気がないと分かっただけで、症状が軽くなることがありますし治療の方針も立ちます。また、時には大腸癌や糖尿病などの別の病気が見つかることもあります。気になる症状がある方は、まず消化器内科の専門医を受診していただくとよいと思います。



介護保険制度と介護費用を軽減する制度の利用

介護は個人の頑張りで解決できる問題ではありません。もし、自分自身や家族の誰かに介護が必要になったら、家族だけで介護を抱え込まないで介護保険制度を賢く利用しましょう。そのほか、介護にかかる費用を軽減するための制度や税金の控除、働きながら介護をする人が仕事と介護を両立させるための制度についてご紹介します。

1 介護保険制度について

介護保険制度は、国の制度である社会保険制度のひとつです。被保険者を40歳以上としています。サービス利用のしやすさなどから65歳以上の第1号被保険者のための制度であるといえます。介護保険制度の介護サービスを利用するときには、市町村^{*}の介護保険担当窓口などでの申請が必要になります。詳しい制度内容については、市町村の介護保険担当窓口などにパンフレットが置いてありますので、一度ご覧になってください。

^{*}本文中では、特別区が含まれる場合も「市町村」として表記しています。

2 近年の介護保険制度改正内容

「地域包括ケアシステム」と「医療介護総合確保推進法」で在宅医療・在宅介護に移行していく

介護保険制度の介護総費用は、制度創設当初3.6兆円でしたが、平成25年度には9.4兆円と3倍近くに増大しています。今後、平成37年に団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になり、介護総費用が急激に増大していくことが予想されるため、厚生労働省は、介護費用がかかる施設サービスから在宅サービスに大きく舵をきります。

近年の介護保険制度の改正をみていくと、平成24年改正の骨子は「地域包括ケアシステム」の導入でした。地域包括ケアシステムとは、中重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期

まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムのことです。

平成26年6月には「医療介護総合確保推進法」が成立しました。地域包括ケアシステムでも医療と介護の連携強化が打ち出されていますが、医療介護総合確保推進法では、さらに在宅医療・在宅介護を推進し、高齢者の入院・入所を減らしていく方向性が打ち出されています。

次期平成27年の改正では、所得や資産のある利用者の負担が引き上げられます。要支援者の給付は縮小され、市町村が行う地域支援事業の重要度が増すなど、大きな見直しが行われます。変更点を整理しておきます。

3 平成27年介護保険制度改正ポイント

(1) 高額所得者(年金収入が280万円以上)の自己負担割合を2割に(平成27年8月～)

1割から2割ということは、利用者負担が2倍になるということです。かなりの負担感が生じます。

(2) 要支援者の訪問介護、通所介護を市町村の地域支援事業に(平成27年4月から平成30年3月にかけて順次)

市町村ごとに内容や利用料を決めることになっており、市町村格差の拡大が懸念されます。

(3) 特別養護老人ホームの新規入所者を要介護3以上に制限(平成27年4月～)

それまでに入居済みの要介護1～2の人については



よし だ はつ え
吉田 初恵

退去の必要はありません。

(4) 施設入所者の食費や部屋代の補助を縮小

(平成 27 年 8 月～)

補助が縮小される対象は、次のとおりです。

- ・単身世帯で預貯金が 1000 万円以上ある。
- ・夫婦世帯で預貯金の合計が 2000 万円以上ある。
- ・入所者は非課税でも配偶者が住民税の課税対象など。

これまで負担は所得ベースでしたが、資産が初めて要件に盛り込まれました。

4 在宅医療・在宅介護の到来、今できることは、かかりつけ医を見つけること

持病があればその専門医で、地域医療支援病院や専門外の医院などとの連携がスムーズに取れ、ちょっとした雑談から生活スタイルなども分かってくれる「かかりつけ医」を見つけておきましょう。患者の気持ちを汲んで寄り添う「かかりつけ医」を決めておくのが、在宅医療・在宅介護時代の到来には肝要です。

介護保険サービスを利用するときは、要介護度を判断する材料の一つとなる「医師の意見書」を「かかりつけ医」に書いてもらうことができます。

5 ケアマネジャーは重要なパートナー

介護サービスを利用するためには、ケアプランにしたがって介護サービスを利用することになります。そのケアプランを作成するのが、原則、ケアマネジャーです。質のよい介護サービスを利用できるかどうかは、ケアマネジャーにかかっているといっても過言ではありません。

事業者の立場ではなく、利用者の立場で、所属する事業者以外のサービスについても幅広く説明してくれ、市町村などで独自に行っている高齢者福祉サービスや、

民間の便利なサービスについての知識が豊富で、それらのサービスを利用者のニーズに沿ってうまく組み合わせてくれるケアマネジャーがよいケアマネジャーです。

6 介護にかかる費用を軽減する制度

(1) 高額介護サービス費

同一月内に介護保険の自己負担の合計額（同じ世帯に複数の利用者がある場合には、世帯合計額）が、高額介護サービス費で定められた負担上限額（所得に応じて 15,000 ～ 37,200 円）を超えた場合、超えた分が払い戻される「高額介護サービス費」があります。高額介護サービス費の申請手続きは、市町村の介護保険担当窓口で「高額介護サービス費支給申請書」を請求し手続きをします。所得制限はありません。

(2) 高額療養費制度

同一月内に医療保険の自己負担分の合計額が高額療養費制度で定められた負担上限額を超えた場合、超えた分が払い戻される「高額療養費制度」があります。

高額療養費が支給される上限額は、70 歳未満と 70 歳以上および所得に応じて算出されます。また、高額療養費制度には、さらに自己負担額が軽減される「世帯合算」や「多数回該当」の仕組みがあります。

70 歳以上の方は、病院の窓口で高額療養費を差し引いた金額が請求されることになっていますが、複数の病院に通院・入院した場合などは申請が必要になることもあるので、領収書などは必ず保管しておきましょう。

また、70 歳未満の方でも、高額療養費の請求が必要になりそうな入院・手術を受けられるときは、あらかじめ医療保険の保険者から「限度額適用認定証」をもらっておいて、病院へ提示すれば、窓口での支払いが高額療養費精算後の自己負担分だけですみます。ただし、世帯単位で合算をする場合などは、従来のように後

次ページへつづく

から請求することになりますので、領収書は保管しておきましょう。平成27年1月1日から、70歳未満の所得区分が3区分から5区分に細分化されました。

(3) 高額医療・高額介護合算療養費制度

高額療養費制度が「月」単位で負担を軽減するのに対し、高額医療・高額介護合算療養費制度は、「月」単位での負担軽減を受けても、なお重い負担が残る場合に、「年」単位でそれらの負担を軽減する制度です。

高額医療・高額介護合算療養費制度の仕組みは、世帯内の同一の医療保険の加入者で、高額療養費および高額介護（予防）サービス費の支給を受けることができる場合には、その額を除いて、毎年8月から1年間にかった医療保険と介護保険の自己負担を合計し、下表の自己負担額（限度額）より500円を超えた場合に、その超えた金額に支給されます。ただし、医療保険・介護保険の自己負担額のいずれかが0円である場合は支給されません。また、入院時の食費負担や差額ベッド代などは含まれません。

申請手続きについての留意点は、まず、市町村の介護保険の窓口で申請手続きをし、介護保険の自己負担額証明書の交付を受け、これを添付して計算期間（前年8月1日から7月31日までの期間）内に、加入している医

療保険の保険者の窓口へ申請し手続きをします（下図参照）。いずれにせよ、領収書は必ず保管しておき、市町村の医療保険・介護保険担当窓口などに問い合わせをしてください。

7 介護保険サービスの医療費控除など

(1) 医療費控除の対象となる介護保険の居宅介護サービス

居宅介護サービスは、医療系と福祉系に大きく区分され、原則、医療系居宅介護サービスが控除の対象になります。

- ①訪問看護やデイケアなどの医療系居宅サービスは、介護費、食費など支払った額すべてと限度額を超えた利用者負担額が控除対象です。
- ②訪問介護やデイサービスなどの福祉系居宅サービスは、医療系居宅サービスと併せて利用する場合のみ医療費控除の対象となります。利用限度額内の介護費として支払った額のみが控除対象です。

(2) 医療費控除の対象となる介護保険の施設サービス

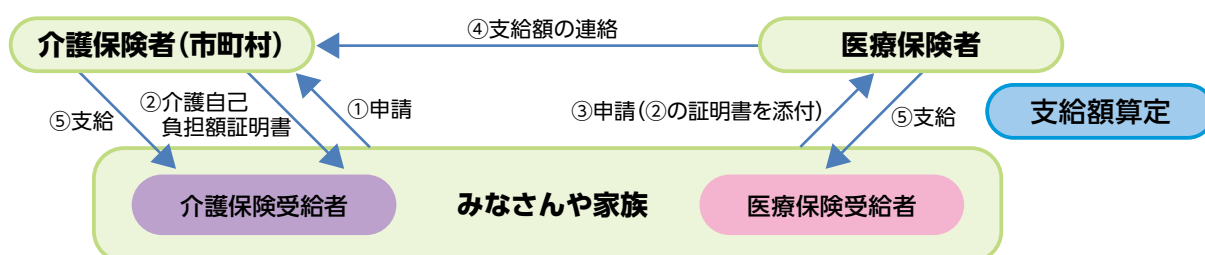
- ①老人保健施設などの医療系施設サービスは、介護費、食費など支払った額すべてが控除対象です。
- ②福祉系施設サービスである特別養護老人ホームは、

表 自己負担額（限度額）

	75歳以上の方の世帯	70歳～74歳の方の世帯 ^{*1}	70歳未満の方の世帯 ^{*2}
加入している保険	後期高齢者医療保険制度+介護保険	健康保険または国民健康保険など+介護保険	健康保険または国民健康保険など+介護保険
現役並み所得者・上位所得者	67万円	67万円	126万円
一般	56万円	62万円	67万円
低所得者Ⅱ	31万円	31万円	34万円
低所得者Ⅰ	19万円	19万円	

^{*1}、^{*2} 対象となる世帯に、70歳～74歳の者と70歳未満の者が混在する場合には、まずは70歳～74歳の者にかかわる自己負担額の合計額に、^{*1}の区分の自己負担限度額が適用された後、なお残る負担額と、70歳未満の者にかかわる自己負担の合計額とを合計した額に、^{*2}の区分の自己負担限度額が適用される。

図 高額医療・高額介護合算療養費制度について（申請手続きのながれ）



介護費、食費など支払った額の1/2に相当する金額が控除対象です。

(3) 医療費控除の対象となる交通費

デイケアや短期入所療養介護などを受けるため、介護老人保健施設などに通うときに支払った交通費で、通常必要とされるものについては控除対象です。

(4) おむつ代の医療費控除

傷病などで6か月以上寝たきりになり、医師からおむつの使用が必要と認められた人のおむつ代は控除対象です。確定申告の際には、おむつ代の領収書と医師が発行するおむつ使用証明書を提出する必要があります。

(5) 親世帯の控除を子世帯で行うことができる

医療費控除の対象となる条件は「生計を一にする親族」であることのみです。同居や扶養の有無は関係ありません。同居している場合は、基本的に「生計を一にする」ものとして扱われますし、同居していなくても定期的に仕送りをしている場合は「生計を一にする」ものとして扱われますので、子世帯が確定申告する際に、親世帯の分まで医療費控除を行うと多くの還付金を受けることが可能となります。

(6) バリアフリー改修工事をした場合の税額特別控除 (住宅特定改修特別税額控除)

持ち家のバリアフリーの改修工事を行ったときに期間限定で、所得税額から所得税額特別控除と固定資産税が減額される制度があります。

対象者となるのは、次のとおりです。

- ・ 50歳以上の人。
- ・ 要介護・要支援認定者の人。
- ・ 65歳以上の高齢者と同居する人など。

8 働きながら介護をする人が仕事と介護を両立させるための制度

(1) 介護休業制度 (育児・介護休業法第11条～第15条)

労働者は、申し出ることにより、「要介護状態」にある「対象家族」1人につき、延べ93日まで常時介護を必要とする状態ごとに1回の介護休業を取ることができま

す。また、介護休業と合わせて93日まで、短時間勤務やフレックスタイム、始業・終業時刻の繰上げ・繰下げなどで勤務することができます。介護休業中の賃金は必ずしも保証されませんが、雇用保険法による介護休業給付を受けることができます。

しかしながら、介護期間は場合によっては長期にわたるため、要介護者を日常的に介護する期間に、年次有給休暇や欠勤などで対応している人が多いのが現実です。そこで新たに「介護休暇」制度が導入されました。

(2) 介護休暇制度 (育児・介護休業法第16条の5、6)

介護のための短期の休暇制度として導入されました。要介護状態の家族(介護休業の対象と範囲は同じです)の介護などで必要な世話をを行う労働者は、事業主に申し出ることによって、年5日(対象となる家族が2人以上の場合は年10日)を限度として、休暇を取得することができます。

(3) 介護休業給付

雇用保険の一般被保険者の人が家族を介護するため介護休業をし、介護休業開始前2年間に、賃金支払基礎日数が11日以上ある月が12か月以上ある場合は、介護給付を受給することができます。65歳以上(高年齢継続被保険者)の人が介護休業した場合は、介護休業給付金の支給対象にはなりません。

原則、対象家族1人の介護につき1回の支給ですが、1回目の介護休業が93日以内に終了し、その後、対象家族の病状が悪化するなど変化が生じて、2回目の介護休業を取得したときは、通算93日に達するまで再び受給できます。

(4) 自治体の補助

数多くの自治体が介護保険制度の施行とともに、家族介護慰労金制度を実施しています。また、さまざまな介護保険外サービスを行っている自治体もあります。自治体により支給対象者や支給額が異なりますので、詳細はお住まいの市町村の高齢福祉担当窓口などに確認してみましょう。

※参考文献：厚生労働省・国税庁ホームページ