

随想

昭和女子大学 学長

ばん どう ま り こ
坂東 真理子



60歳からしておきたいこと

つい先日60歳になったと思っていたら、あっという間に半ばを過ぎたというのが私だけでなく多くの同世代人の実感でしょう。つくづく思うのは自分が人生の新しいステージに入ったということです。しかもこの時期は5年や10年ではなく20年は続きます。

インドの四住期という考え方では人生を4つに分けます。

何もかも未熟で実力も覚悟もなかった^{ガクシヨウ}学生期、ここが自分のいる場だと覚悟が座り夢中で仕事に打ち込んだ^{カジユウ}家住期は確実に過ぎ、もう少し余裕をもって社会や人と関わることができる時期、すなわち^{リンジユウ}林住期に入ったと思います。しかしまだ自分の健康を守り好きなことだけをする^{ユキキョウ}遊行期には程遠い。この林住期をいかに生きるか、まだお手本はありません。仕事や子育てから解放されると、一足飛びに自分の好きなことだけをしていきます・・・という人が多いようですがそれは少し早すぎます。今は人生100年時代です。余生や下り坂と表現するには長すぎる60代、70代の人生の1ステージをどのように生きるか、考えなければなりません。

また私も身近に親や身内の死をみとり、その後始末をする仕事をしたことがきっかけとなって、自分がどのように後半期を生きるべきか考えさせられました。老活、終活などという言葉もありますが、万全の準備は不可能だとしても、身の回りを整理し、病気や介護、そして死について自分の意思を明確にしておくことは、新しい人生のステージでものに対する執着を減らし、すっきり生きるうえで役に立ちます。

医療保険制度がどうなるか、介護保険がどうなるか、不確定要素はたくさんあります。私たち個人ができることは限られていますが、年金をもらうだけでなく少しでも自分で働いて収入を得る。たとえば少子化にもかかわらず学校現場には地域連携、部活指導、生活指導、ひとり親家庭配慮、発達障害対応、いろいろな業務が押し寄せ、現職の教員は書類書きに追われ、教育だけに集中することはできません。これを林住期の教職員OBやOGがサポーターとして応援することはできないでしょうか。もちろん若い現役教職員から煙たがられないようにするには、上から目線であれこれ口出ししないことが必要です。ワーキングマザーの子育て支援、学習支援も林住期の男女に期待される役割です。

行政だけに頼れない現実を見据えて一人一人がまわりの人と緩やかにつながることがますます重要になってきます。たくさんの人に愛され支えられ助けられて今まで生きてきましたがそのお世話になった一人一人には恩返しはできないけれど、今自分ができることを、必要としている人にしてあげる。小さなそうした積み重ねが社会を豊かにしていくのではないかと思います。

オカリナ同好会 「アモーネ」の活動 について



1 オカリナとの出会い

私にはスペイン語圏に3年間滞在した経験がありますが、言葉が壁となって現地の人々や文化との満足のいく交流ができませんでした。せめて楽器の一つでもこなせたら言葉を越えた交流もできたのではないかという悔いが残りました。

定年で退職し、しばらくして始めたのがカルチャーセンターのオカリナ教室への参加です。これをきっかけに数名の同志で立ち上げたのがオカリナ同好会「アモーネ」です。教員をはじめ、いろいろな職を経験した9人の者が週に一度の練習を楽しみに集いました。そのうち、デイサービス施設や病院、保育園などから演奏の依頼を受けるようになり、練習成果の演奏に大きな喜びを感じました。

2 ボランティア活動としての演奏

(1) 演奏技術を高めること

趣味として始めたオカリナが人々の役に立てることを経験した私たちは、演奏に自信をもちました。オカリナは土笛の一種で、人の心を癒すことのできる自然が生み出す深い美しい音色をもっています。その音色を求めて先生の指導を受けています。また、演奏に当たっては、対象者や会場、演奏時間などそれぞれ条件が違いますので、事前に下調べを行い、条件に合わせた選曲や演奏方法、司会の仕方などに工夫を凝らしています。

(2) 聞き手の希望に応じること

聞き手はどんな曲を楽しみに聞かれるであろうか、選曲は大きな課題です。童謡、往年の名曲、カラオケ、最近の話題曲、それに、依頼者から事前に聞いた希望曲も含めて選曲します。みんなで合唱する曲、音楽ゲームや楽器紹介に取り上げる曲も選曲の対象です。聞き手に楽しんでもらう演奏がモットーです。

(3) 聞き手とのふれあい

聞き手の多くは高齢者で、私たちの方からみなさんの中に入っての合唱や、楽器に直接触れたり、希望されれば吹く体験もしてもらいます。手を取り、声をかけ、ふれあうことを大切にしています。

3 一歩踏み込んで

ボランティア活動の依頼が定期的にあるほど「アモーネ」は広く知られているグループではありません。そこで、さらに積極的な活動を進めるために、地域の社会福祉協議会にボランティア団体として登録し、ボランティアを希望し登録されている団体との仲介をしてもらっています。また、地域には地域の憩いの場、仲間づくりの活動を進める「ふれあい・いきいきサロン」があり、地域の自由な発想で企画運営が行われています。これにも登録し、社会福祉協議会の仲介を得て演奏に出向いています。これに加えて、直接依頼を受けるものもありますので、かなりの回数の活動になります。

こうした活動を行う一方で、「アモーネ」独自のコンサートや、地域の音楽グループが行うコンサートに参加し、

オカリナ同好会「アモーネ」は、オカリナの音色を愛する者たちの趣味の会として12年前に立ち上げたものです。そこにデイサービス施設などから演奏の依頼があってボランティア活動をするようになり、今ではその活動に生きがいを感じています。

元小郡町立(現山口市立)小郡小学校校長
元在パラグアイ、アスンシオン日本人学校校長

かん なり まさ あき
神成 正明



演奏技術の向上やオカリナの普及に努めています。したがって、時にはかなりハードなスケジュールになることもあります。

4 活動からの贈り物

●あるデイサービス施設を訪れたときのことです。希望曲の「野ばら」の演奏を終えたところ、高齢の男性がやおら立ち上がり「私の希望した野ばらはシューベルトのものだった」といわれたのです。私たちが演奏したのはウェルナー作曲の「野ばら」だったのです。十分確かめなかった私たちのミスをわびようとした矢先、かの男性はドイツ語でシューベルトの「野ばら」を歌い始められたのです。すかさず「アモーネ」の一人がオカリナで伴奏をしたことはもちろんですが、入れ歯を浮かせながらも最後まで力強く歌い切られた男性に、会場のみなさんは大きな拍手で応えました。1年余り後、シューベルトの「野ばら」をもって再度訪問する機会がありましたが、その方はすでに他界され、故人を偲ぶ演奏になりました。「からたち日記」に涙される女性、希望曲を直立して聞かれる男性など、一曲に対する思いの深さに感動し、一曲としておろそかな演奏のできないことを心に刻みました。

●対象者は7、8人の少数と聞いていましたが、当日は多人数で、施設の方に尋ねると「家族の方の希望で参加されました」とのうれしい話です。その中にひ孫と思われる二人の姉妹を連れた高齢の女性がおられました。私が「吹いてみませんか」とオカリナを勧めましたが、たじろ

がれました。姉妹が勧めると、手に取り吹かれましたが音が出ません。姉妹が吹くとそれぞれ音が出ました。姉妹がもう一度勧めますと音が出たのです。姉妹は「おばあちゃん、すごい」といって手をたたき喜びました。当の女性も大喜びです。私も家族の絆に感じ入りうれしくなりました。ささやかな一瞬のことかもしれませんが、心から喜べる感動が残りました。

5 生きがいとして

活動の中には失敗も少なくありませんが、演奏を聞かせてあげる、聞かせてもらうという関係を越えた、双方が共に喜び、感動を共有することの方がはるかに多いのです。むしろ、私たちの方が、ボランティア活動を通して喜びや感動を受け取る、ひいては生きがいを得ているのです。

今後ともこうした活動を続けていき、自分を生き生き生かしていきたいと考えています。

食事と運動で コレステロール 対策



1 コレステロールには善玉と悪玉があります

コレステロールは脂の一種ですので、血液の中にそのままでは存在できません。血液に溶け込むために、リポ蛋白という小さな粒の中に閉じ込められて運ばれています。そのリポ蛋白の種類によって悪玉とか善玉という名称がつけられています。悪玉というのはLDLというリポ蛋白であり、善玉というのはHDLというリポ蛋白です。

それはともかくLDL(悪玉)は、肝臓などでつくったコレステロールを体中に運搬する役割をもっており、必要とするところに必要なだけ送り込めばいいのですが、それが多過ぎると余った分は、動脈の壁に蓄積されていきます。これが高ずると動脈硬化になっていくのです。一方HDL(善玉)は動脈などにたまったコレステロールを取り去って、肝臓に戻す役割を演じているのです。

したがって、動脈硬化を予防するには悪玉を減らして、善玉を増やせばいいということになるのです。

現在の科学的コンセンサスでは、悪玉コレステロールが140mg/dl以上、善玉コレステロールは40mg/dl未満になると要注意といわれています。

2 悪玉(LDL)コレステロールを減らすには

悪玉コレステロールは食事内容によって大きく変化します。

食事の三つのポイントは食事中的コレステロール、飽

和脂肪酸、そして食物繊維の量です。ただし、その前にもっと重要なことがあります。体重のコントロールです。これが、すべての食事療法の前提になることは、まず念頭に置くべき重要なポイントです。

(1) 体重のコントロール

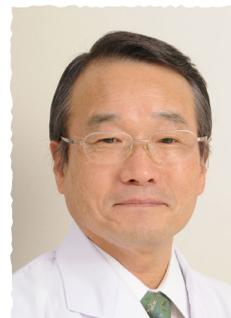
標準体重は身長(m)²×22で算出することができます。例えば、身長が165cmで、体重が62Kgの場合を考えてみます。これだと標準体重は1.65×1.65×22で約59.9Kgとなります。肥満度については、BMIという指標が用いられます。これは体重(Kg)÷身長(m)²で計算されます。したがって、この場合62÷1.65²ですので22.8と計算されます。BMIが25を超えると肥満と診断されます。「日本人の食事摂取基準(2015年版)」では、BMIが25以上であれば、一日の食事総摂取量を減らしてBMIを下げる努力をするよう勧めています。毎日体重計に乗ることが大切だということです。

(2) コレステロールの摂取量

次に、食事から摂取するコレステロールの量です。実は1960年代の世界的な調査で、コレステロールを多く摂取すると悪玉コレステロールが増加して、心筋梗塞が増えるという報告がされました。それ以来、アメリカを中心にコレステロール摂取の制限が設けられました。しかし、それから50年以上たって、2015年にはコレステロール摂取制限を撤廃するということがアメリカで公式発表されました。「日本の食事摂取基準(2015年版)」でも、食事中的コレステロールについては、悪玉コレステロールの高い患者さんのみ制限しなさいという方針になっており、一般の人では、コレステロール摂取制限は特に触れていません。どうということかという、まず

コレステロール対策が必要なのは、
コレステロールが異常であると心筋梗塞や脳梗塞
というような血管の病気の原因となるからです。
ここでは、「コレステロールの異常」とはどういうことか
ということと、その対策として薬に頼らずに
生活を工夫することで対処する方法について
述べていきたいと思います。

帝京大学臨床研究センター センター長
寺本内科・歯科クリニック 内科院長



てらもと たみお
寺本 民生

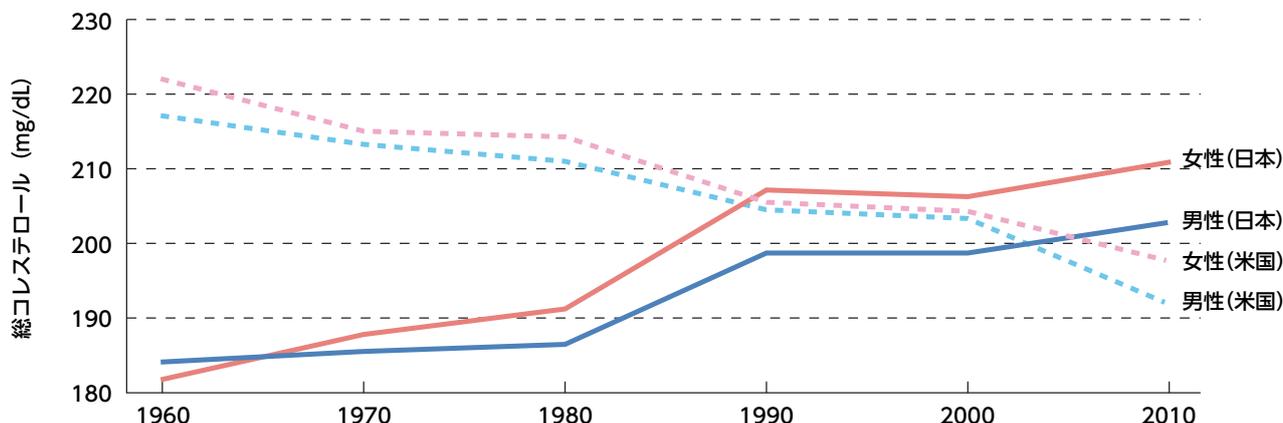
「時代」の違いと「お国」の違いがあります。

アメリカでは、悪玉コレステロールが高いため心筋梗塞が非常に多いことが1960年ごろに分かり、以後コレステロール低下のためのコレステロール摂取制限や後に触れる飽和脂肪酸の摂取制限が徹底的に行われました。そのかいあって、図1に示すように見事に国民の平均コレステロールは低下をしていったのです。そして、心筋梗塞は劇的に減少したのです（もちろん禁煙指導などの複合的な結果です）。ところが、最近は肥満という大きな問題が出てきたのです。つまり、コレステロールや飽和脂肪酸の制限をすることによりむしろ砂糖や果糖などの摂取量が増えて、図2に示すように、肥満度が急激に上昇し、いわゆる動脈硬化を起こしやすいメタボリックシンドロームが増えてきたのです。そこで、アメリカではコレステロールの制限を設けず、むしろ砂糖などの摂取を制限しなさいという方針に切り替えたのです。こ

れがアメリカの「時代」による変化です。

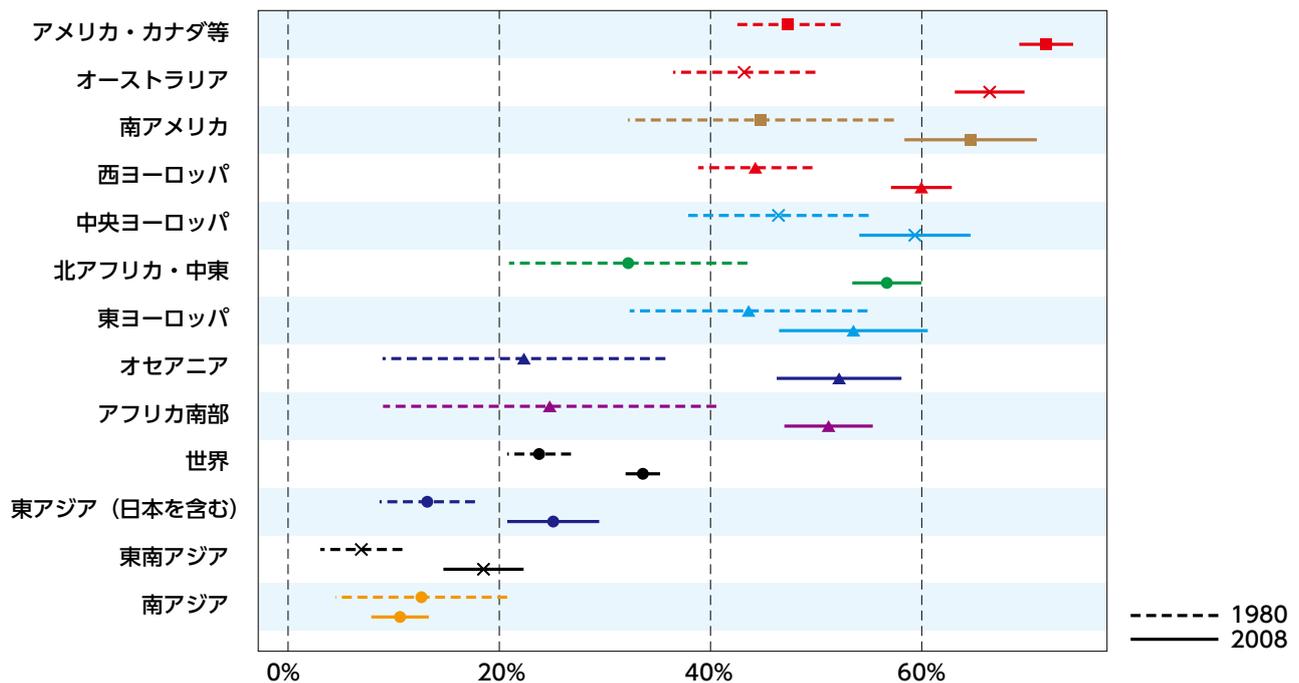
一方、わが国では、図1に示すように国民の血中コレステロールは上昇し、1990年にはほぼアメリカと並んでしまいました。これは、欧米型の食事が導入されたからだといわれていますが、その中でも飽和脂肪酸の摂取量が増えたことが大きな要因と考えられています。しかし、注意が必要なことはコレステロール摂取の影響には個人差がかなりあるということです。したがって、悪玉コレステロールが高くない人までがコレステロール摂取制限をすることはしないのですが、悪玉コレステロールが高い人の中には食事中コレステロール量の影響を受けている人もいますので注意してくださいというのが日本の食事摂取基準なのです。日本ではアメリカと異なり、図2に示すように、BMIの高い人はそれほど多くはなく、砂糖などよりコレステロールや飽和脂肪酸の方が問題となるのです。これが、「お国」の違いです。

図1 日米総コレステロール値の推移



寺本民生「『脂質異常症』について」（2010年度日本臨床検査標準協議会学術集会）、CDC「Health, United States, 2013」、厚生労働省「平成22年国民健康・栄養調査結果の概要」より作成

図2 過体重 (BMI ≥ 25kg/m²) の発現頻度 (1980年と2008年の比較)



Male overweight prevalences and uncertainty intervals
MM Finucane, et al: Lancet 377: 557-567,2011 (一部改変)

(3) 飽和脂肪酸

次に飽和脂肪酸ですが、これは主として動物性脂肪(牛肉や豚肉)に多く含まれています。飽和脂肪酸はコレステロールとは違って、アメリカでも日本でも摂取制限をすべきであるとしています。コレステロールに比較すると飽和脂肪酸の影響力は極めて大きく、個人差もあまりないようです。多くの調査が一致して飽和脂肪酸の摂取量が悪玉コレステロールを上昇させ、心筋梗塞を増やすという事実を示しているのです。わが国でも飽和脂肪酸は総脂質の7%未満にしなさいという勧告をしていますが、日常生活ではそのような計算は難しいので、できるだけ動物性脂肪(牛肉や豚肉の脂)を摂取しないで、お魚からたんぱく質を摂取するように勧告しています。

(4) 食物繊維

食物繊維には、コレステロールの吸収を抑制して、悪玉コレステロールを下げる作用があるといわれています。

以前の日本人は1日20g以上の食物繊維を摂取していたということですが、最近では12gくらいだそうです。日本動脈硬化学会では1日25g以上摂取するように勧

めていますので、現在の2倍以上は食物繊維を含んだ食品を摂取しなくてはなりません。根菜類や海藻などがお勧めです。

(5) それ以外の食事療法

そもそも、悪玉コレステロールを下げる目的は、動脈硬化を予防することです。ですので、悪玉コレステロールがそれほど下がらなくても、動脈硬化が予防できれば、それでいいではないかという考え方はあるのです。

そのいい例がお魚です。お魚に含まれている脂は、不飽和脂肪酸、その中でも多価不飽和脂肪酸といわれる脂肪酸です。EPAだとかDHAといった方が分かりやすいかもしれません。詳細は省きますが、このような特殊な脂は、悪玉コレステロールにはあまり影響しないのですが、血液が固まるのを防いだり、血管をしなやかにする作用があるといわれています。また、大豆製品にも動脈硬化予防作用があるといわれています。

こうしてみると、日本の古来の食事は動脈硬化予防にはいい食事ということが出来ます。ただし、塩分を除けばです。

3 善玉(HDL)コレステロールを増やすには

残念ながら、まだ善玉コレステロールを上昇させる的確な薬はありません。ですから、生活習慣の改善で善玉コレステロールを上昇させることが、最も手っ取り早い方法です。善玉コレステロールを上昇させるには、善玉コレステロールが下がる生活習慣を改善すればいいのです。それは、第一に運動不足、第二に喫煙、第三に肥満です。

(1) 運動と善玉コレステロール

簡単な運動でも善玉コレステロールを上昇させる作用があるようです。図3には国民健康栄養調査の長年の結果を示しています。歩数が多いほど、善玉コレステロールが高いことが分かります。ただし、1日1万歩程度の運動(日本人の平均は7,000歩です)であると6か月くらいしないと効果は出てこないようです。しかも効果があってもその効果は微々たるものです。一方、ジョギングやマラソンのような強い運動をすると、かなり善玉コレステロールは上昇します。そこまでするべきだという意味ではなく、長年軽い運動でもしていると微々たるものでも長い目で見るといういい方向に向かうということです。

(2) 禁煙

喫煙は、かなり強い善玉コレステロール低下作用を持っています。ですので、禁煙すれば、ほぼ確実に善玉コレステロールは上昇します。現在、男性の喫煙率は

32.2%と報告されていますが、断固として禁煙したくない人は12.2%だそうです。わが国の目標値が12.2%まで落とそうというのはこういうことのようにです。何をいいたいかということ、禁煙には本人の禁煙しようという意思が必要だということです。最近では受動喫煙も問題となっており、家族や会社の同僚などのことを考えると、禁煙の強い意思をもってもらいたいものと思います。本人の健康のためにも周囲の大切な人のためにも。

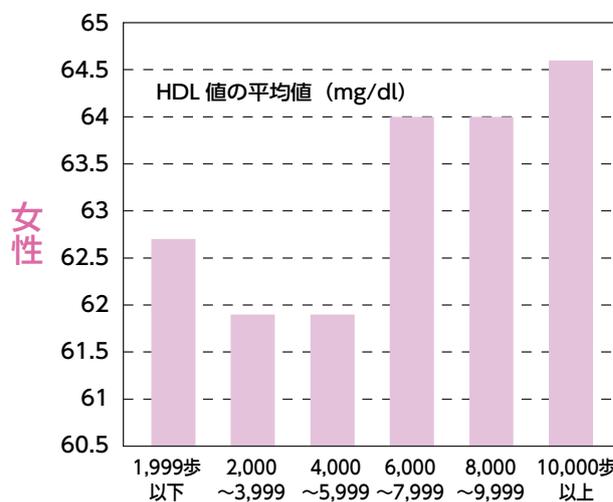
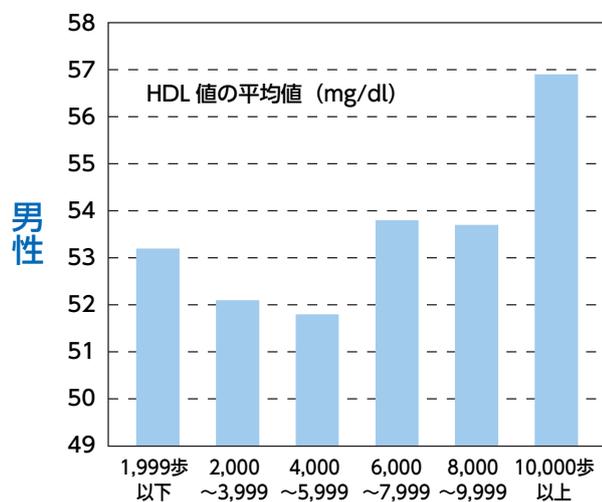
(3) 肥満の解消

先にも触れたように、最も重要な生活習慣の改善が肥満の解消です。運動すれば肥満が解消できている人も多いかと思いますが、それはかなり大変な運動量です。肥満の解消には食事摂取量を減らすのが第一です。大体10日から2週間くらいは、空腹感でつらい思いをしますが、その後は比較的我慢できるようになります。2週間の我慢と思って、食事療法に取り組んでほしいものと思います。もちろん運動療法も組み込むことにより、より確実に体重の減少効果が出てきます。

4 おわりに一言

なんといっても悪玉コレステロールを減らすためには食事療法、善玉コレステロールを増やすためには運動療法です。食事で善玉コレステロールは増えませんし、運動で悪玉コレステロールを減らすのは至難であることは忘れないでください。

図3 歩数とHDL値の関係



厚生労働省 「平成7年度国民栄養調査」より

今なら間に合う 豊かな老後のための 保険の選び方・見直し方



1 生命保険の必要性は ライフステージで変化

まず、図1のようなチャートでご自身の必要度をチェックし、保険に加入するかどうかを検討しましょう。ただし、生命保険は短くても10年程度、長いものだと終身にわたる契約も珍しくありません。加入後の変化に応じて保障内容を見直していくことが重要です。保障ニーズがどのように変化していくかを、一般的な事例でみていきます。

シングルもしくは共働きで子どもがいない世代では、保険の必要性が低い人が多いと思われます。今後訪れるさまざまなライフイベントのため、しっかり貯蓄をして基礎を固める時期です。保険に加入する場合でも、勤務先のグループ保険や共済など、割安で貯蓄を妨げないものを選びましょう。

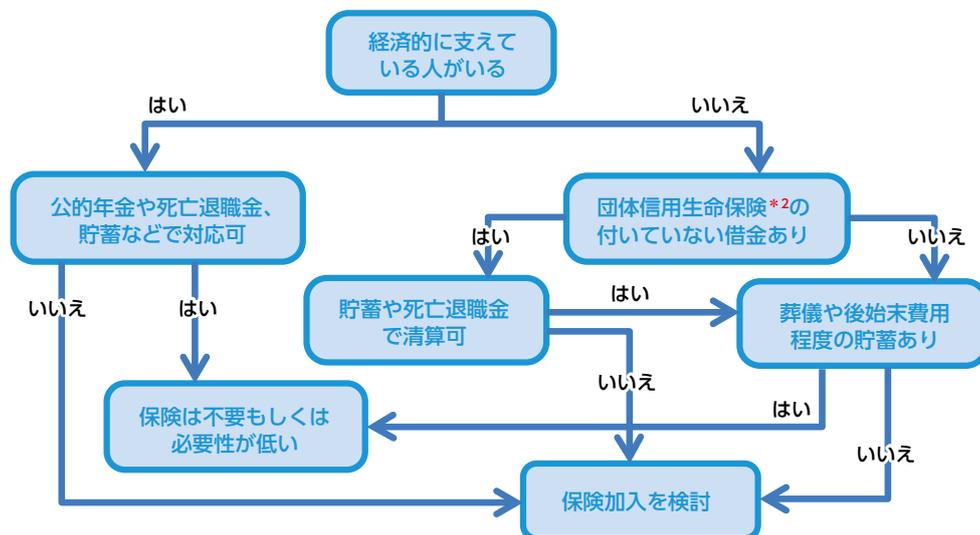
子どもの誕生時は保障の必要性が最も高いときです。公的保障や勤務先の福利厚生制度、貯蓄、残された家族の収入などを考慮したうえで、不足する金額（必要保障額）を生命保険でカバーします。しかし、この時点で計算した必要保障額は、子どもの成長や貯蓄の増加などに伴って、徐々に減っていくのが一般的です。節目に見直しができるよう、シンプルな掛け捨ての定期保険を選ぶとよいでしょう。

(1) 果たした責任の分だけ保険は減らせる

保険期間を長く設定するほど、保険料は高くなります。例えば、35歳男性、死亡保障1000万円の場合、保険期間10年の定期保険だと月払保険料1,670円、30年だと3,066円、終身保険だと13,890円です。ずいぶん開きがありますが、亡くなったら1000万円という効果は同じです*1。

必要なのは数十年先の保障ではなく「今、万一のこと

図1 生命保険必要度チェック



人生をとおして何度も訪れる「お金のかかる」出来事。支えになってくれるのは使い道に縛りのない貯蓄です。一方、貯蓄で賄いきれない経済的リスクを抱えたときに支えになってくれるのが生命保険。ところが、保険に頼り過ぎると貯蓄が増えず、巡り巡って老後の暮らしが窮屈になるという悪循環に。そのような事態にならないよう、適切な保険加入と加入後の見直しをしていきたいものです。

ファイナンシャルプランナー
株式会社生活設計塾クルー 取締役
一般社団法人FP&コミュニティ・カフェ代表



ないとう まゆみ
内藤 真弓

があったとき」の保障です。生きていれば自分の力で責任を果たすことができます。果たした責任の分だけ保障額は減らせますから、保険期間は短めに設定しておきます。割安な保険で必要な保障額をしっかりと確保するのが合理的です。

* 1 ある通信販売保険の保険料例

(2) 次のステージを意識した保障と貯蓄

子育て期は、教育費支出と住宅ローン返済を並行して行わなくてはならないケースが多いと思われます。責任の重さと家計運営の厳しさから、生命保険の必要性を強く感じる時期でもありますが、前述のように保障のピークはすでに過ぎています。

子どもの教育費の責任は、毎年1年分減っていきます。また、住宅ローンを組むと団体信用生命保険^{*2}に加入しますので、ローン契約者の死亡保障は大きく減らせます。保険料に支出していた金額を貯蓄に回し、次のライフステージに備えましょう。

リタイアが間近になった世代の人は、現役のうちに万全の保障を準備したいと考えがちで、任意加入の医療保険へのニーズも高いようです。医療保険は入院保障が基本で、介護目的の入院や、通院でも可能な治療のための入院は保障されないのが一般的です。

高齢になるにしたがって、良質の介護サービスや日常生活自立支援事業^{*3}など、暮らしを良好に保つためのサービスが必要になってきます。支払条件の決まった保険ではなく、何にでも使える貯蓄を自前の保障として活用できるよう、現役世代のうちに生命保険への依存を減らすことが大切です。

* 2 団体信用生命保険とは、住宅ローンなどの借入金とセットで加入し、ローン契約者が死亡・高度障害状態になったときは保険金で借入金が清算できる制度

* 3 判断能力の不十分な人が地域で暮らすための福祉サービス

2 適切な保険金額の計算方法

保険加入に際しては、適切な保険金額を知ることが大切です。計算の前提として、「どこで暮らすのか」「残された家族の仕事はどうなるのか」「両親や兄弟姉妹からの援助は得られるのか」「子どもの教育はどうするのか」など、具体的かつ現実的な万一のときの状況を想定してください。

(1) 万一のときの資産を計算

まず、家族に残せる資産を計算します。現時点でいくらの貯蓄があるかを洗い出してみましょう。次に、万一のときに入ってくるまとまった資金を計算します。死亡退職金や弔慰金など、福利厚生制度を確認してみてください。

学資保険に加入していれば、契約者の死亡時には保険料が免除され、満期金やお祝金が受け取れるのが一般的です。それらを残せる資産として計算に入れましょう。持家を手放して実家に戻るという場合は、売却資金が資産になります。これらを合計した金額が「万一のときの資産」です。

(2) 万一のときの負債を計算

資産の次は負債です。負債といっても、必ずしも借金だけを意味するものではありません。亡くなることによって発生する費用や、家族に対する責任として残しておきたい資金も含まれます。例えば、子どもの教育費や配偶者の老後資金、緊急予備資金的なものなど、「確実に残したい資金」を洗い出してください。



(3) 万一のときの経常収入を計算

生計維持者の保障を考える場合、家計の赤字分をカバーするための資金を残したいと考えるのが一般的です。それも「生活費不足分」として負債に計上します。「生活費不足分」の計算手順は次のとおりです。

まず、万一のときの経常収入を計算します。現役世代に万一のことがあった場合、所定の要件のもと、残された家族は遺族年金が受け取れる可能性があります。配偶者の収入があるかないかも重要なポイントです。現在の収入はもちろんのこと、今は働いていないけれど、万一のときには働きたいということであれば、実際に得られそうな収入を計算に織り込みます。

(4) 万一のときの経常支出を計算

次は万一のときの経常支出です。実家の両親と一緒に暮らすのか、今の住まいに住み続けるのか。どこで誰と住むかによって生活費は異なります。現実的なシナリオを描き、1年間でかかる生活費をザックリと計算してみましょう。ここでは生活費のみで子どもの教育費は含みません。

(5) 万一のときの年間赤字額を計算

万一のときの収入合計から万一のときの支出合計を差し引き、1年間の赤字額を計算します。この赤字を何年分カバーするかを検討してください。子どもが社会人になるまでなのか、配偶者の平均余命までなのか、生活を立て直すまでの10年くらいと考えるのか、家族の年齢や生活力、親・兄弟姉妹の支援力など、家庭ごとの事情を考慮して判断しましょう。

(6) 目安となる保険金額を決める

「生活費不足分」が計算できたら、負債の合計を出します。すでに計算した「万一のときの資産」の合計から「万一のときの負債」の合計を差し引き、マイナスになった金額が現時点での目安となる保険金額です。計算

の結果、マイナスにならないければ、保険加入の必要性は低いということです。

あくまでも目安の金額なので、このとおりに保険金額を設定しなくてはならないわけではありません。不安が大きいのということであれば、心穏やかでいられる落としどころの金額を見つけてください。

(7) 必要保障額の変化を実感する

このような計算をすることにより、必要保障額は変わることが実感できます(図2)。そして、どういふ変化があれば保険金を見直すことができるかが理解できるのではないのでしょうか。貯蓄の増加は「万一のときの資産」を増やす要因です。子どもの教育費の責任を果たせば、「確実に残したい資金」が減り、「万一のときの負債」が減ります。保障の見直しの必要性が腑に落ちるのではないのでしょうか。加入しっぱなしで見直しをしていない人は、是非計算をしてみてください。

3 高齢社会で気になる医療保障

超高齢社会を生きる私たちにとって、早期に死亡すること以上に心配なのが医療費の備えでしょう。そのため、病気やけがでの入院・手術を保障する、いわゆる医療保険と、がん治療に特化したがん保険が人気です。

(1) 医療保険とがん保険の仕組み

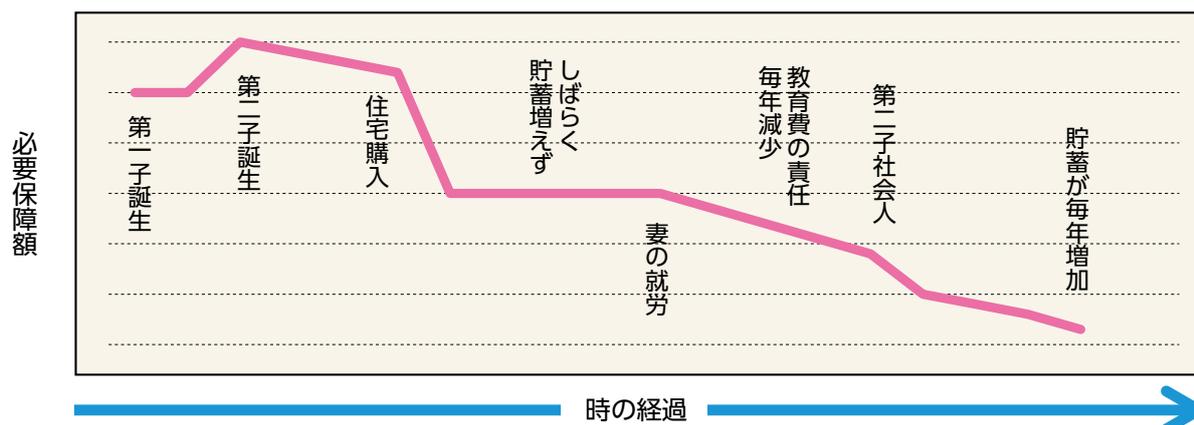
医療保険は入院1日につき5,000円などの定額保障で、1入院で受け取れる入院給付金は60日、120日など、限度があります。ここでいう1入院とは継続入院だけでなく、退院後180日以内の再入院も、前回の入院と同じ理由か医学上重要な関連があれば1入院と見なされます。

がん保険は、がんと診断確定されるとまとまった保険金が支払われ、がん治療のための入院は無制限に保障

表 目安となる保険金額の計算 (「2 適切な保険金額の計算方法」と併せてご覧ください)

万一のときの資産		万一のときの負債	
貯蓄等	万円	万一のときに残る借入金	万円
死亡退職金・弔慰金等	万円	死後の整理資金(葬儀費用・引っ越し費用など)	万円
資産売却など	万円	確実に残したい資金	万円
その他	万円	生活費不足分	万円
資産計(A)	万円	負債計(B)	万円
目安となる保険金額		(A) - (B) のマイナス分	万円

図2 必要保障額の推移イメージ



されるのが一般的です。「手術」「放射線」「抗がん剤」の三大治療を手厚く保障する商品も多いようです。いずれも対象となる入院は以下のとおりです。

- 医師の管理下で常時治療に専念する状態（自宅等による治療が可能なものは原則対象外）
- 医療法で定める病院等への入院（介護保険法に定める施設は対象外）

(2) 複雑な支払条件

死亡保障の支払要件は「死亡したとき」とシンプルですが、医療保障は複雑です。がん保険の「がん」の定義は商品により異なりますし、「手術」「放射線治療」「抗がん剤治療」も商品によって約款の規定が少しずつ異なります。保障を手厚くするほど保険料は高くなりますが、支払要件に合致した治療をすることは限りません。時代とともに治療の在り方も変わってきます。また、単純に思える「入院したら5,000円」という保障にしても、前述のような定義があり、検査入院や介護目的の入院、介護施設への入所は保障されません。

(3) 高齢になると貯蓄が頼り

医療保険は終身が安心と考える人が多いようです。しかし、高齢になったときに必要なのは入院時の医療費だけではありません。加齢とともに医者通いが当たり前になり、だんだん家事をするのがおっくうになり、栄養バランスのとれた食事を取ることや、掃除、洗濯、ゴミ出しなどの衛生面がおろそかになりがちです。すると持病の重篤化や要介護状態につながり、生活の質が低下します。このような事態を招かないよう、生活支援サービスを利用することが選択肢に入ってきますが、これらはすべて手持ちのお金が頼りです。

リタイア後の長い期間を支えるのは、使い道に縛られない貯蓄です。期間限定の入院よりも、延々と続く日常生活をいかに健全に過ごすかが重要です。

(4) 保険から貯蓄へ徐々にシフト

では、現役世代はどのように医療保障を考えればよいのでしょうか。まだ貯蓄がなく入院費用が賄えない人は定期タイプの割安な医療保険に加入し、同時にしっかり貯蓄に励みます。入院が長引いたときも保険料は払い続けなくてはなりません。さほど苦にせず払える保険料にとどめておくのもリスク管理の一つです。医療保険から受けられる給付はせいぜい数十万円程度です。何にでも使える貯蓄が100万円貯まれば、もう医療保険からは卒業できます。

(5) がん保険のみ加入という選択肢も

がんの治療費が心配であれば、がん保険にのみ加入するという選択肢もあります。重篤な症状で入退院を繰り返すとか、通院だけで高額な抗がん剤治療をするというケースもあり、経済的ダメージが大きくなる可能性があるからです。入院の有無や治療の種類にかかわらず、がんと診断確定されたらまとまった保険金があるがん保険は、まだ貯蓄がないか、あっても子どもの教育費など、使い道が決まっている人にとっては有効です。ただし、前述のように保障内容を特定の治療でガチガチに固めない方が無難です。