

まえがき

介護殺人や介護心中は、介護保険制度が施行された後も減ることなく現在に至っており、なかでも被害者の約4割を占めているのが認知症である。認知症の介護は徘徊や妄想などのBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：認知症の行動・心理症状）が加わることにより介護者に大きな負担をかける。そのため多くの時間を介護に費やすことになって離職に至り、結果収入源を無くし（経済問題の発生）、医療・介護サービスを十分に利用できずに負の転帰に至ってしまったのだらうと推測する。実際、生活困窮が原因となっている事件も少なくないのである。

介護殺人が社会のなかで最も注目を集めた事件のひとつに、2006年の京都・伏見認知症母殺害心中未遂事件がある。これは、介護者であった50歳代の息子が認知症のある80歳代の母親と心中を図り、母親が死亡したという事件である。この事件は、BPSDにより介護が過酷になり、息子がそれを理由に離職に至って生活が困窮したものの、生活保護の受給に至らなかったことから先行きを悲観し、無理心中を図ったものである。

2006年といえば介護保険法の改正により地域包括支援センターが創設された年である。創設直前であったこともあり、地域包括支援センターの支援が受けられなかったことも悲しい結末を引き起こしてしまった要因のひとつかもしれない。しかしながら、この事例は少なからず介護サービス（デイサービス）を利用してことから居宅介護支援事業所の介護支援専門員による支援を受けており、かつ生活保護制度の申請に出向いていることから福祉事務所のケースワーカーが関与していたと考えられる。また、雇用保険の失業給付を受給していたことからハローワークとのつながりも持っており、さらに認知症の診断を受けていたことから医療機関との関わりもあったのである。各々の機関がこの事例の根本的な問題（経済問題）に十分介入できておらず、機関としてのミニ

マムの役割のみを果たしていたことがこの事件を引き起こした環境要因のひとつであると言っても過言ではない。いわば支援者のネグレクト(放任)である。私がこの事例に関わっていたならば、①被害者である母の認知症の状態について医療機関の医師に症状軽減のための治療の可否や方法を相談する、②医療費の軽減のために自立支援医療(精神通院医療)を申請する、③BPSDによる重介護の状況から特別障害者手当について福祉事務所の担当者と医療機関の医師とともに検討・申請を行う、④失業給付の金額や受給可能期間を確認し、家計の収支の状況を把握したうえで息子に同行し、福祉事務所で生活保護の相談・申請を行う、⑤息子に国民年金保険料の申請免除を提案する、⑥認知症の当事者団体につなぎ、ピアカウンセリングの機会を設けるなど介護者の精神的負担の軽減を図るなどの支援は最低限行ったであろう。

この事例において、支援ネットワークを構築しつつ、具体的な支援を展開するキーマンは居宅介護支援事業所の介護支援専門員である。介護支援専門員が中心となって支援を展開していくことが事態の軽減・解決に向けた第一歩であったと思われる。経済支援においても介護支援専門員がキーマンである意識を持ち、社会保障制度の知識と他機関に協働を活性化する交渉力を十分に発揮することが必要なのである。

しかしながら、本書で最も伝えたいことは、認知症のある人に対する経済支援における介護支援専門員の社会保障制度の知識不足や交渉力不足の指摘ではない。介護支援専門員を対象とした実態調査の結果を通じて、認知症のある人がかかえる経済問題の支援の難しさ、支援に難渋しながらも介護支援専門員が真摯に関わっていること、その支援に多くの専門職・機関が積極的に協力・協働しなければ事態は軽減・解決しないということを伝えたいのである。それは経済支援のキーマンは介護支援専門員ではあるものの、経済問題は介護支援専門員だけで軽減・解決できるほど簡単な問題ではないからである。

前述のとおり、経済問題は命にも関わる深刻な現象である。しかしながら、これまでの介護支援専門員の養成教育では、認知症のある人に対する経済支援は成年後見制度などの権利擁護に関する支援や生活保護制度の活用に焦点化さ

れ、他の社会保障制度にはあまり視点が置かれていなかった。もちろん現行の社会保障制度が経済問題のすべてを軽減・解決するには限界があることは重々承知している。社会保障制度は負の転帰の後にしか改正・制定されないため、すべての状況には対応できないからである。しかしながら、現場では活用可能な制度があまりにも活用されていない。認知症のある人の経済問題を軽減・解決するためには、最も身近にいる介護支援専門員が現行の社会保障制度を十分に理解し、横断的に活用できるきっかけを創ることが先決である。その活動が支援ネットワークを形成することにつながり、有機的な多機関協働を実現するのである。これらが実現してもなお軽減・解決できないのであれば、それが制度の限界（狭間）であり、社会保障制度の問題点の可視化となってより効果的な制度制定のための提言につながるのではないだろうか。

私自身、医療ソーシャルワーカーとして20年間、認知症のある人への支援に携わってきた。認知症疾患医療センターの前身の老人性認知症疾患センターを担当した16年間では1,000人以上の認知症のある人とその家族に対して受診・受療援助に加えて経済問題に対する調整援助等を行ってきた。また、居宅介護支援事業所の介護支援専門員として約6年間兼務し、介護支援専門員の業務の難しさと大切さを体験した。これらの経験から学んだことは、認知症のある人の支援は療養生活の支援であり、その支援では医療・介護・経済の3支援が欠かせないことである。なかでも経済支援は最も基盤となる支援であり、経済基盤の安定があってこそ必要な医療と介護が導入できると考えている。

今回の研究は、今まで出会った認知症のある人や家族一人ひとりのお顔を思い浮かべ、どのような苦悩をかかえ、その人たちからどのような世界が観えていたのかなどを回想しながら行った。本研究の成果が認知症のある人を支援する多くの専門職等の動機づけと士気の向上につながり、認知症のある人と家族の苦悩を軽減することに寄与する一助になることを願っている。

2022年4月

竹本与志人