

認知症患者の嫉妬妄想治療ガイドライン

熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野

(平成27年1月)

医療機関： _____

担当医氏名： _____

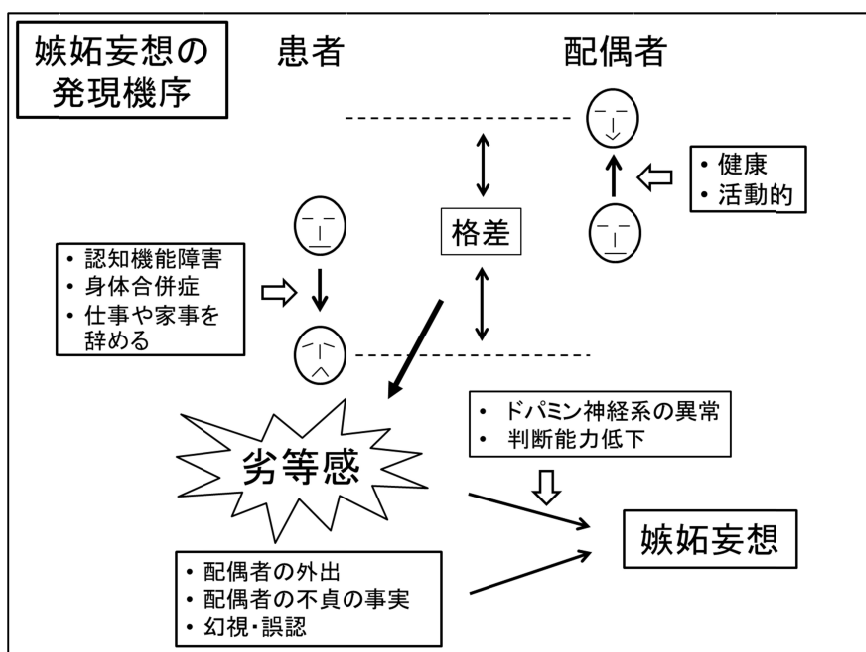
協力者氏名(職種)： _____

1. 認知症における嫉妬妄想の発現機序

嫉妬妄想は、「配偶者が不貞を働いている」と確信する妄想です。嫉妬妄想は認知症患者の5%程度にみられ、認知症診療において稀ならず遭遇する症状です。嫉妬妄想はさまざまなタイプの認知症にみられますが、その中でも特にレビー小体型認知症（DLB）で頻度が高く、我々の研究では配偶者のある DLB 患者のおよそ4人に一人に嫉妬妄想を認めました。嫉妬妄想は患者本人だけではなく、妄想の対象となる介護者にも多大なストレスを与える症状です。また嫉妬妄想を持つ患者は頻繁に暴力行為に及ぶため、早期に発見し適切な処置をとることが大切です。

嫉妬妄想が生じる最大の要因は「夫婦間の格差」です。図1は嫉妬妄想の発現機序を模式化したものです。認知症を発症した患者はADLが自立しなくなるため、日常生活を配偶者に依存せざるを得なくなります。そのため以前は対等であった夫婦関係に格差が生じることになり、この格差が患者に配偶者への劣等感を引き起こします。劣等感をもち続けることは苦しいので患者は、「配偶者が不貞を働いている」と信じることにより配偶者を自分と同じ立場にまで引きずりおろし、自らの劣等感を解消しようと試みます。このような心理機序が嫉妬妄想の中核にあると考えられます。認知症に加えて患者に重度の身体疾患（麻痺や歩行障害など）を合併していれば、配偶者への依存度がさらに高まり、夫婦間の格差は一層拡大し、配偶者への劣等感ますます強調されるでしょう。配偶者への劣等感を慢性的に抱えているところに、配偶者がしばしば一人で外出して家を留守にしていたり、楽しそうに異性と話しているところを目撃するようなことがあれば、容易に嫉妬妄想に発展することが予想されます。体の病気だけではなく、「仕事を辞める」、「家事をできなくなる」、「自動車運転を止められる」といった家庭や社会での役割を失うことも、患者の劣等感を強調する要因と考えられます。その他、配偶者に不貞の既往がある場合や、抗パーキンソン病薬の内服、飲酒、夫婦二人きりの生活も嫉妬妄想を引き起こしやすくします。嫉妬妄想への対応にあたって、その発現には、配偶者への劣等感だけではなくさまざまな要因が関わっていることをあらかじめ理解しておく必要があります。

(図1)



2. 嫉妬妄想の早期発見と予防

嫉妬妄想は性生活などの夫婦間のデリケートな問題にもかかわっているため、家族が医療従事者に相談することをためらっているうちに暴力などの激しい症状に進展しまっていることは少なくありません。そのため、家族が相談しやすい環境を設定したり、医療者側から家族に対して「最近、浮気をしていると責められることはないですか」などと尋ねてみるのが重要です。特に下記のハイリスク患者では、嫉妬妄想が生じるリスクが高いことをあらかじめ説明しておいても良いでしょう。

嫉妬妄想ハイリスク群

1. レビー小体型認知症（DLB）患者
2. 身体疾患の発症後（特に麻痺や骨折などの運動障害後）
3. 最近患者の役割がなくなった（離職、家事の交代、自動車運転中止など）
4. 配偶者は活動的で、仕事や趣味を楽しんでいる
5. 患者と配偶者との間に年齢差がある
6. 抗パーキンソン病薬を内服中
7. 多量のアルコールの摂取

3. 嫉妬妄想チェックリスト(嫉妬妄想がみられた場合、以下の項目を評価してください)

担当患者が嫉妬妄想を訴えた場合、以下の手順に沿って対応してください。最初にチェックリストを用いて、嫉妬妄想の特徴を評価してください。基本的にチェックリストを用いれば、その原因や背景要因が概ね理解できるようになっています。その後介入を開始してください。

1. 認知症の原因となる疾患

アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、血管性認知症、
その他()

2. 認知症重症度 MMSE 点 CDR

3. 嫉妬妄想の経過 経過 年・月・週

4. 妄想の頻度・重症度・負担度

頻度	重症度	負担度
週に1度未満	害はなく、患者に苦痛も殆どない	全くなし
殆ど週に一度	苦痛であり破綻をもたらす	ごく軽度：ごく軽度に負担は感じるが、処理するのに問題はない
週に数回だが毎日ではない	行動破綻の主要な原因	軽度：それほど大きな負担ではなく、大きな問題なく処理できる
一日一度以上		中等度：かなり負担で、処理するのが難しい
		重度：非常に負担で処理するのが難しい
		極度：極度に負担で処理できない

5. 妄想の対象 誰が() 誰と()浮気をしている

6. 暴言・暴力 有・無
暴言()・暴力()

7. 妄想を訴えやすい状況(例：配偶者が外出後、電話がかかってきたとき等)
()

8. 嫉妬妄想以外の精神症状 幻覚() 他の妄想()
うつ、その他の精神症状()

9. 配偶者もしくは本人に不貞の過去の有無 配偶者 有・無 本人 有・無

10. 最近（1年以内）に本人の役割が失われましたか 有・無

有の場合は下記の項目を選択

(ア)仕事を辞める

(イ)家事に携わらなくなる

(ウ)自動車運転を辞める

(エ)その他()

11. 最近（1年以内）本人に身体的な病気や体調の変化がありましたか

有()・無

12. 配偶者が仕事や趣味などで頻回に外出していますか

有()・無

13. 妄想を着想したエピソード 有・無 有の場合は具体的な内容を記載

()

14. 患者はアルコールを摂取していますか 有()合)・無

15. 内服薬剤を記載

抗パ薬 有()・無、抗認知症薬 有()・無

その他()

16. 夫婦以外の同居家族 有()・無

17. 夫婦二人暮らしの場合、家庭外に介入してくれる家族がいますか

有()・無

18. 介護サービス利用 有・無 有の場合は具体的な内容を記載

()

4. 介入方法の説明

評価終了後に嫉妬妄想への介入を実施する。介入は非薬物療法と薬物療法に大別され、原則非薬物療法を優先させるが、暴力など事情が切迫している時は両者を並行して実施する。介入時は医師だけで対応するのではなく、必ず医師以外の協力者（PSW、心理士、OT、Nsなどのコメディカルスタッフ）を設定し、介護者がいつでも気軽に相談できる体制を作ってください。非薬物的介入は、コメディカルスタッフが実施していただいても構いません。

介入後の評価は、1か月後、3か月後、6か月後、12か月後に実施してください。患者が施設入所もしくは入院になった場合はその日付を記載し、それ以降の評価は不要です。

【非薬物的介入】

1. 病態説明：嫉妬妄想の発現機序について図を見せながら介護者に説明し、介護者の病態理解を進めるとともに、介護者の協力への同意を得る
2. アルコールを飲酒している場合は中止させる
3. 抗パーキンソン病薬を内服中の患者は、処方内容を見直す（可能な限り少量で、L-Dopaを中心の処方内容に変更する）
4. せん妄を誘発する可能性のある薬剤の中止、減量
5. 配偶者以外の家族に説明し、夫婦への関わりを増やしてもらう
6. 配偶者の単独外出を減らす、もしくは単独で出かける場合はデイサービス中に行うなど、単独で外出していることを知られないようにする
7. 家庭内で患者に役割を与える（家事への手伝い、デイサービスでの役割を増やすなど）
8. 患者の身体機能維持を図る（通所や訪問リハビリなど）
9. 配偶者の弱さを見せる（例：腰が痛いといって本人にマッサージをしてもらう）
10. 患者を尊重するような声かけ（例：お父さんがいてくれて助かる）
11. 不貞を責められたときは（例：心配ないよ、大丈夫だよ、ずっと一緒だよ）
12. 多職種による介入（PSW、ケアマネとの連携）

【薬物介入】

（レビー小体型認知症の場合）

- ・ コリンエステラーゼ阻害薬（ドネペジル、リバスチグミン）の開始、増量
- ・ 不眠を伴うもしくは夜間に激しい場合はクエチアピンを眠前に使用

症状に応じて以下の薬剤も併用する

- ・ 抑肝散：不安、興奮の改善を期待
- ・ 抗精神病薬（クエチアピン、アリピプラゾール、オランザピン、リスペリドンなど）：低用量で使用
- ・ 抗うつ薬：うつを伴う場合

薬剤で十分にコントロールできないときは入院治療を検討

（レビー小体型認知症以外の疾患の場合）

- 抗精神病薬（リスペリドン、オランザピン、アリピプラゾール、クエチアピン）の開始
- コリンエステラーゼ阻害薬が興奮を助長している場合は減量、中止
- 不眠を伴う場合はクエチアピンを眠前に使用

症状に応じて以下の薬剤も併用する

- メマンチン：アルツハイマー病患者で興奮が強い時
- 抑肝散：不安、興奮の改善を期待

薬剤で十分にコントロールできないときは入院治療を検討