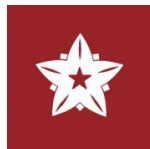


**2024 年度平成塾通信講座**  
**－ 第2回 －**

－ 超高齢社会における薬剤師のための薬物療法 －

**シリーズ 2 まず習得したい！**  
**神経・筋疾患と神経疾患の病態生理と薬物療法**

- (3) パーキンソン病・てんかんの病態生理と薬物療法
- (4) うつ病・不安症・睡眠障害の病態生理と薬物療法



受講者の皆様へ

一般社団法人昭薬同窓会・平成塾通信講座を受講して頂き誠にありがとうございます。教科書として「薬物治療学(南山堂)」を採用いたしております。本書は教科書として評判の高い書籍であり、本年は昨年の改訂 12 版から改訂 13 版となり、最新の情報が掲載されております。さらに、本年度の入学生より適用されている薬学教育コアカリキュラム（コアカリ）にも対応しております。このコアカリは医学・歯学・薬学に共通の価値観を共有すべく設定されており、学部学生のみならず医療人としての生涯教育にも重要な指針が提示されています。本改訂版をお持ちでない方は入手して研鑽されることを強くお勧めします。

本解説書では今回の研修テーマについて簡単に解説してありますので、教科書を読む際の道しるべとしてご活用ください。後半の【理解度チェック】は四者択一形式の問題となっています。解答ははがきによる郵送かあるいはインターネットによる方式のどちらかが選択できます。いずれも正答率 60%以上で単位シールを受け取れます。60%未満の場合には 60%を超えるまで年度内であれば何度でも解答できます。

さらに、年間を通じて 8 単位獲得された方には「修了証」を発行しております。この修了証 2 枚で翌年の受講料 20 パーセントの割引が適応されますので、修了証は大切に保管ください。

また、研修認定薬剤師の申請（新規・更新）にも平成塾をご愛用ください。平成塾は現在消費税免除事業者のため消費税は掛からず、1 万円丁度の手数料で申請できます。是非、ご検討ください。

シリーズ 2 『まず習得したい！神経・筋疾患と神経疾患の  
病態生理と薬物療法』

**（3）パーキンソン病・てんかんの病態生理と薬物療法**

【パーキンソン病】疾患番号 **73**（524頁-536頁）

〔病態の概略〕（524-527頁）

黒質のドパミン神経細胞の変性を主体とする進行性変成疾患である。黒質の神経細胞の変性により脳内ドパミン不足に陥り、その結果、運動機能障害を示す全身性疾患である。運動症状のみならず、精神症状などの非運動症状も起こる。

〔定義〕（525頁）

錐体外路系神経変性疾患で、ドパミンが神経伝達物質として働く神経細胞の変性脱落が起こる。

〔疫学〕（525頁）

発症年齢は50～65歳に多いが、高齢になるほど発症率が増加する。40歳以下で発症するものは若年性パーキンソン病と呼ばれる。10万人に100人～180人くらいで、65歳以上では100人に約1人（10万人に1000人）で人口の高齢化に伴い患者数は増加している。

〔成因〕

線条体および黒質（図1）でドパミンが減少している。ドパミンが減ると体が動きにくくなり、ふるえが起こりやすくなる。ドパミン神経細胞が減少する理由は不明である。（詳細は525頁「成因」の項参照）

〔病態・症状〕

教科書では運動症状（①～⑥）、非運動症状（①～②）、レボドパ長期投与による症状が紹介されている。（525-527頁、526頁 **表1・表2**）

予後については適切な加療があれば健常者とほとんど変わらない生活を送れるようになった。ただし、認知症を合併した場合は非常に短くなると言われている。

#### [診断] (527頁)

診断基準は日本神経学会により「パーキンソン病診療ガイドライン2018」が定められており、診断は本ガイドラインに依っている。MDS診断基準の詳細やパーキンソニズム（動作緩慢が見られ、加えて静止時振戦か筋強剛のどちらか、あるいは両方が見られるものを指す。以前の「倒れやすくなる(姿勢保持障害)」は現在除外されている）への対応は527頁及び528頁表3、529頁表4・表5参照のこと。

#### [分類]

進行度を示す指標として「Hoehn & Yahr（ホーン・ヤール）の重症度分類」と「生活機能障害度分類」が用いられている。Hoehn & Yahr（ホーン・ヤール）の重症度分類については529頁表6参照のこと。

#### [治療] (527頁-529頁)

薬物治療、リハビリテーション及び脳外科学的治療法などの手術療法がある。

#### [治療薬] (529頁-532頁、530頁 表7)

ドパミン補充薬（レボドパ）、ドパミン受容体刺激薬、ドパミン放出促進薬、抗コリン薬、MAO-B阻害薬、ノルアドレナリン補充薬、末梢COMT阻害薬、レボドパ賦活薬、アデノシンA<sub>2A</sub>受容体拮抗薬という分類で紹介されている。また、ガイドラインでは「抗パーキンソン病薬」として9分類された薬剤をそれぞれの有効性、安全性、臨床応用、今後の検討課題について詳細に紹介している。

([https://www.neurology-jp.org/guidelinem/parkinson\\_2018.html](https://www.neurology-jp.org/guidelinem/parkinson_2018.html))

#### [薬物療法] (532頁-535頁)

教科書には総論、運動症状の薬物療法、非運動障害の薬物療法及び3種の治療アルゴリズムが紹介されている（533頁図3、534頁図4、図5、535頁図6）。また、症例についても熟読のこと。

【てんかん】疾患番号 70 (494頁-513頁)

#### [病態の概略]

大脳の神経細胞（ニューロン）に突然発生する激しい電氣的な興奮により起こる発作の繰り返しを特徴とする慢性脳疾患症候群である。

なお、成人及び小児のてんかんの診断、検査、薬物治療、外科治療、予後に至るまで臨床上の指針をまとめたガイドライン「てんかん診療ガイドライン2018」及び「追補版2022」が日本神経学会から刊行されており、本ガイドラインが基準となる。

#### [定義]

定義はWHOおよび国際抗てんかん連盟により、定義1と2が発表されている（495頁及び図1）。

#### [疫学]

乳幼児期から老年期までに幅広くみられ、人口100人のうち約1人（1%）が発症し、約100万人を超える患者がいることになる。発病年齢は3歳以下に多く、成人になると減少し、60歳を超えると脳血管障害などを原因とする発病者が増加する（教科書495頁及び図2参照）。

#### [分類]

てんかん症候群は全般てんかんと焦点てんかんに、さらにこれらをそれぞれ突発性と症候性に分類し、4つに大別されている（496頁表1 <てんかん分類> 参照）。教科書495-496頁の分類に関する本文と表1ではA～Dの記号が対応して使われ、寛解率の高い方から低い方への順番になっている。

てんかん発作分類は症状の分類であり、上記のてんかん症候群の分類とは異なる（496-498頁参照）。発作時に選択する薬剤及び投与に慎重さを要する薬剤の概略が497頁表2 <てんかん発作に対する選択薬と慎重投与すべき薬剤> に掲載され、更に後述の [薬物療法] や [治療薬] の項目でも解説されている。詳細は教科書を参照のこと。

#### [診断] 498頁-500頁

診断については概略が498頁最下行から次頁6行目及び図3 <てんかん診断のアルゴリズム> で述べられ、検査項目として脳波、頭部画像診断、血液尿検査が挙げられている。

## 〔病態生理・発症機序〕 500-501頁

てんかん発症機構については興奮性と抑制性の神経ネットワークバランスの崩れにより過剰な興奮状態が起こるとされている。

高齢者初発てんかん発作の病因については脳血管障害、脳腫瘍、頭部外傷、認知障害が知られており、多くの場合、治療反応性は良い。

## 〔治療〕 501頁及び494頁

抗てんかん薬は原則単剤投与（61%が寛解）である。約36%の患者には薬剤治療抵抗性が見られ、外科的療法も視野に入る。また、高齢者患者に対して生活に対する配慮など特に注意が必要である。

## 〔薬物療法〕 497頁表2及び501頁-503頁

「限界設定」と呼ばれる患者が最も活動できる状態の保持を治療目標としているため、発作型を把握して適した薬剤を選択することが重要である。

薬剤の選択については本文（501頁）と497頁表2を参照されたい。また、重大な副作用が4項目にわたって解説され、一般的な服用時の注意や妊婦等や授乳女性に対する注意事項、さらに高齢者に対する治療についても触れられている（502頁-504頁）。

## 〔非薬物療法〕 504頁-505頁

薬物を使わない場合、外科的療法、迷走神経刺激術、ケトン食療法を選択する場合がある。薬物療法の補助療法として用いることがある。

## 〔治療薬〕

505頁から512頁まで、22種類の代表的な治療薬について【薬理】【適応】【薬学管理】【禁忌】【警告】の項目に分けて解説がある。

## 〔症例〕 512頁-513頁

## 〔高齢者患者への対応〕

・パーキンソン病及びてんかん症候群は人々の寿命の延長とともに高齢者に多く発症することが知られている。特にてんかん症候群の場合は、高齢者での病因や患者

への配慮や治療に特徴があるので、一般的な注意事項に加えて知っておくことが望ましい。

#### **(4) うつ病・不安症・睡眠障害の病態生理と薬物療法**

【うつ病・双極性障害（躁うつ病）】疾患番号 **80**（594頁-609頁）

うつ病・双極性障害ともに精神性疾患で、かつては「気分障害」ということで一括りにされ、うつ病性障害と双極性障害に大別されていた。しかし、現在では両者は異なる疾患であるという考え方で分類されている（米国精神医学会「精神疾患の診断・統計マニュアル改訂第5版」（DSM-5）による分類）。

【病態の概略】 594頁 【病態】 および595頁「治療」の項参照

【定義】 595頁本文及び**表1**

うつ病：気分がひどく落ち込み（抑うつ状態）、不安、焦燥、精神活動の低下や食欲不振や不眠などの身体症状の低下など何事にも興味を持てなくなり、強い苦痛を感じ、日常生活に支障が現れるまでになった状態を指す。

双極性障害：躁状態（気分の高揚・活力および活動性の増加・睡眠要求の低下）とうつ状態（抑うつ気分・気分の低下・活力および活動性の減少）のエピソードが反復するもので、軽躁で数日間、躁状態で1週間以上、うつ状態は2週間以上続く症状を示す。

【疫学】 596頁

うつ病：生涯有病率は15人に1人（約7%）で、女性が男性の約2倍高いとされている。初発年齢は20歳代が多く、患者数は40代-50代をピークとして加齢とともに下がる傾向がある。

双極性障害：生涯有病率は150人に1人（約0.7%）で、男女差はなく、再発率も高く、慢性化する傾向がある。

【成因】 594頁及び596頁

うつ病：成長過程での環境要因と遺伝的要因の相互作用と考えられている。

双極性障害：遺伝的要因が強いと考えられている。

[病態] 594 頁及び 596 頁

うつ病：発症メカニズムについて明らかになっておらず、いくつかの仮説が提唱されている。薬の効き方から「モノアミン仮説」、「受容体過感受性仮説」、「HPA 仮説」、「神経細胞新生仮説」など。

双極性障害：発症メカニズムについては不明であるが、神経細胞の可塑性障害の可能性が考えられている。

[症状] 594 頁及び 596 頁-597 頁

うつ病、双極性障害ともに症状は多様である。詳細は教科書参照のこと。

[診断] 597 頁及び 595 頁 表 1 参照

うつ病、双極性障害ともに、診断基準として DSM-5 (595 頁 表 1) や ICD-10 がある。現在のところ、診断を定量的に数値化する方法や有効なバイオマーカーなどはない。

[治療] 597 頁-598 頁

うつ病：治療法には薬物療法、精神療法、修正型電気けいれん療法、高照度光療法などがある。詳細は教科書参照のこと。

双極性障害：薬物療法が主であり、精神療法を取り入れることもある。

[治療薬] 598 頁-602 頁参照

抗うつ薬（副作用のまとめは 599 頁 表 2）が 8 項目にわたって解説されている。また、気分安定薬（双極性障害）が 3 項目紹介されている。詳細は教科書参照のこと。

[薬物治療] 603 頁-606 頁

うつ病については治療薬の選択（603 頁-604 頁）及び急性期、継続・維持、投与中止期の治療（605 頁-606 頁）の 4 項目で、双極性障害については躁病エピソード、抑うつエピソード、維持療法（606 頁）の 3 項目で、それぞれの基本的な取り組みや考え方や重要な点を紹介しているので熟読されたい。



[症例] (606 頁-609 頁)

特に理解度チェック問題も含めて、熟読のこと。

[不安症]疾患番号 81 (610 頁-618 頁)

不安症は心因性精神障害であり、差し迫った出来事に対する恐怖や将来に対する不安が過剰となり発症する。その症状は多様である。また、うつ病との違いは、不安症では強い不安や恐怖に襲われるのに対し、うつ病は気分の落ち込みや意欲の低下であり、併発することもある。

[定義] 611 頁


不安または恐怖関連症候群 (ICD-11) を指し、DMS-5 での anxiety disorder の邦訳が不安障害から不安症となった。症状の詳細は 610 頁病態の項参照。

[疫学] 611 頁

正確な発現頻度の算出は困難であるが、受診者の 20%程度であり、年代的には 10 代後半から 30 歳代が多い。

[成因] 611 頁

成因は明らかになっていないが、欲求不満に耐える能力の低さなどの性格因子と対人関係の葛藤などの環境因子が絡まって発症することが多いと考えられている。

[病態] 611 頁-613 頁及び 612 頁  1

心身症との違いについて：どちらもストレス病ではあるが本症が心の病であるのに対し、心身症はからだの病である。本症は精神疾患の総称であり、610 頁では 6 つのカテゴリーに分類されている。本文では不安症または恐怖関連症候群として 4 つの症候群に分類され、強迫症または関連症候群には 2 つの症候群が、ストレス関連症候群には 1 症候群が、解離症候群には 2 症候群が紹介されている。詳細は教科書 (本文及び図) を参照されたい。

[診断] 613 頁

不安症の診断は DMS-5 や ICD-11 が用いられ、①除外診断 ②積極診断 ③累計診断の 3 つの条件を満たしていることが必須である。しかし、満たしていなくても不安症と診断されることがある。

〔治療〕 613 頁-614 頁

それぞれの疾患で異なる療法が採用される。基本的には神経療法と薬物療法の併用となる。

〔治療薬〕 614 頁-615 頁 表 1

主たる抗不安薬としてベンゾジアゼピン系が多用され、アザピロン誘導体やバルビツール酸誘導体も用いられる。

〔薬物療法〕 615 頁-617 頁

不安症には抗不安薬、抗うつ薬、睡眠薬等が、全般性不安症には 4 つのタイプ：①ベンゾジアゼピン系、②アザピロン誘導体、③β遮断薬、④抗うつ薬が、パニック症には①抗うつ薬、②ベンゾジアゼピン系、③その他（β遮断薬、クロニジン、ペラパミルなど）強迫症には①抗うつ薬、②ベンゾジアゼピン系がそれぞれ用いられる。恐怖症にはロラゼパムや SSRI 等が効果があるとされている。

服薬指導を行う場合は心理的葛藤に入り込まないように注意を払い、薬物により症状の軽減があることを保証する等の安心感を与えるように接することが必要とされる。

〔症例〕（617 頁-618 頁）

理解度チェック問題も含めて、熟読のこと。

【睡眠障害（不眠・ナルコレプシー）】疾患番号 83（624頁-633頁）

〔病態の概略〕

睡眠障害とは睡眠に関連した多種多様な病気の総称で、日常生活に支障をきたす症状をいう。睡眠障害のなかで最も多いのが不眠症で、健康を維持するために必要な睡眠時間が量的あるいは質的に低下した状態である。

過眠症の代表的な疾患をナルコレプシーと呼び、睡眠時随伴症は睡眠中におけるねぼけ行動をいう。

〔定義〕 625 頁

不眠症：睡眠の問題—入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害等—が 1 ヶ月以上続き、日中の生活が障害される疾患。

ナルコレプシー：以下の 3 つの要件を満たすこと。1) 耐え難い眠気あるいは居眠り発作が 3 ヶ月以上慢性的に継続。2) 情動的な刺激により突然の筋緊張の消失（情動脱力発作）が出現。3) 眠時および出眠時にレム睡眠が先行して繰り返し出現。

〔疫学〕 625 頁

一般成人の 30～40%が何らかの不眠症状を有している。不眠症は、どの年齢層でも起こり得るが、40 代に多く、また、加齢に伴い有病率が高まる。これは、加齢による睡眠維持機能の低下と不眠症のリスクに関連した身体併存症（およびその治療薬）の有病率が高まることが背景にある。

ナルコレプシーは欧米では 0.02～0.04%、日本では 0.16～0.59%と有病率は高い。つまり中間値を取ると 600 人に 1 人という割合になる。多くは 10 歳代で発症し、14-16 歳がピークとなっている。

〔病態・成因・症状〕 625 頁-626 頁

睡眠障害を語る際には、正常の睡眠、すなわちレム睡眠（身体の休息）とノンレム睡眠（大脳皮質の休息）について押さえておくことが重要となる。入眠時はノンレム睡眠が、1～2 時間後にレム睡眠に移行する。その後、ノンレム睡眠とレム睡眠（約 90 分）が交互に表れ、一晩に数回繰り返す。これら睡眠のパターンと不眠症の関係でよく知られているのは睡眠時随伴症（睡眠中に生じるねぼけ、夜尿、歯ぎしり、悪夢など望ましくない現象の総称：教科書には記載なし）である。不眠症の成因：ストレス、精神疾患など様々である。高血圧や心臓病、呼吸器疾患、腎臓病、糖尿病などの慢性疾患の場合は、背後にある病気の治療が先決で、原因となっている症状がとれれば、不眠はおのずと消失する。

ナルコレプシーの成因：根本的な成因は分かっていない。覚醒した状態を保つのに必要な神経ペプチドであるオレキシンを作り出す神経細胞の変性・脱落が直接的な原因とされている。情動脱力発作（カタプレキシー）の有無および髄液中オレキシン濃度低下の有無により、タイプ 1 とタイプ 2 に分類される。4 大症状として①睡眠発作、②情動脱力発作（カタプレキシー）③入眠時幻覚④睡眠麻痺がある。

〔診断〕 626 頁-627 頁 **表 1、表 2**

不眠症：国際的な診断基準 ICSD-II（**表 1**）に基づく。簡略的には夜間の不眠が続き日中に精神や身体の不調を自覚して生活の質が低下することがあれば不眠症と診断される。

ナルコレプシー：ICDS-3（**表 2**）ではオレキシン A 濃度低下の有無によりタイプ 1 とタイプ 2 に分類される。

〔治療〕 627 頁-630 頁、628 頁 **図 1**、629 頁 **表 3**

不眠症：生活指導などの非薬物療法と薬物療法を組み合わせ質の高い睡眠を確保する。薬物療法は日本睡眠学会ガイドライン推奨の「不眠症のアルゴリズム」（**図 1**）に基づいて検討し、投薬する。非薬物療法は「睡眠障害対処 12（**表 3**）の指針」を参考に進める。詳細は教科書参照のこと。

ナルコレプシー：規則正しい生活及び睡眠不足を避け、薬物で眠気をコントロールして、苦しむことなく生活できる程度に症状を軽くすることが治療の基本となる。薬物治療の詳細は教科書参照のこと。

〔治療薬〕 630 頁-632 頁、631 頁 **表 4**

不眠症の治療薬として用いられる睡眠薬について 631 頁 **表 4** にまとめられている。これらは化学構造により BZ 系、非 BZ 系、バルビツール酸系、非バルビツール酸系等に分類される。

ナルコレプシー：過睡眠に用いられる中枢神経刺激薬 3 種（ペモリン、メチルフェニデート、モダフィニル）が紹介されている。

## 【高齢者の睡眠障害】

高齢者では退職や独居などの心理的なストレスやに加えて、メリハリのない日常生活、こころやからだの病気、その治療薬の副作用などによって、不眠症をはじめとするさまざまな睡眠障害にかかりやすくなる。心疾患による夜間の胸苦しさ、夜間の頻尿、皮膚掻痒症によるかゆみ、関節リウマチによる痛みなどによる不眠など要因は様々である。高齢者ではうつ病・認知症・アルコール依存症なども多く、これらの精神疾患によっても睡眠障害が生じることがある。さらに若い頃には影響がなかった生活習慣（運動不足・夜勤など）や嗜好品（カフェインの入った飲み物やアルコール類）でも睡眠障害が生じることがある。

高齢者がかかりやすい睡眠障害として、睡眠時無呼吸症候群・レストレスレッグス症候群・周期性四肢運動障害・レム睡眠行動障害などは専門施設での検査と診断・治療が必須となる。これらの特殊な睡眠障害にはそれぞれの治療法があり、通常の睡眠障害治療では治癒は難しい。また、高齢者では若年者に較べて睡眠薬に対する感受性が高く、体内から排泄する力も弱くなるので、注意深く使用する必要がある。

## 【高齢者患者への対応】

本年になって高齢者に関する 2 つの書籍が刊行された。初めは「高齢者への薬剤処方に関する指針」ともいべき「これだけは気をつけたい！ 高齢者への薬剤処方 第 2 版（医学書院）2024 年 2 月発行」で、2 つ目は「高齢者総合機能評価（CGA）に基づく診療・ケアガイドライン 2024（南山堂）2024 年 6 月発行」である。ともに薬剤師のみならず、医師を含む多職種の医療関係者を対象としており、一読を薦める。

精神科領域の疾患については高齢者に特に注意を払うことが必須であるケースもあり、個々の疾病での対応を確認しておいて欲しい。

## 【共通事項】

### 高齢者に対する薬物療法での留意点

- ・高齢者が有する身体的特性と合併する身体疾患およびその治療薬と向精神薬との薬物相互作用に十分な配慮が必要とされる。
- ・薬物動態学的には高齢者は薬物の肝および腎でのクリアランスの低下、筋肉量の減少による脂溶性薬物の排泄半減期延長、血漿アルブミン濃度の低下による遊離薬物濃度の上昇などにより、薬効の増強や延長が生じやすい。
- ・薬力学的にも高齢者はより低い血中濃度で有害事象を来しやすく、より少量から開始し、増量も緩徐に行うことを原則とする。

## 【理解度チェック】

### シリーズ 2 まず習得したい！

#### 神経・筋疾患と神経疾患の病態生理と薬物療法

(3) パーキンソン病・てんかんの病態生理と薬物療法

(4) うつ病・不安症・睡眠障害の病態生理と薬物療法

はがき解答の方は以下の問題を解いて解答を同封のハガキに記入し、ご返送ください。正答率60%以上を合格といたします。60%未満の場合はお知らせいたしますので再度解答をお送りください。

合格の方には次回発送時に正答と解説を同封いたします。

インターネット経由解答の方は配信通知にしたがって解答をお寄せください。正答率60%以上を合格といたします。60%未満の場合は再度解答をお送りください。(合格不合格とも通知でわかります)

60%未満の場合、単位発行はできませんのでご注意ください。

### (3) パーキンソン病・てんかんの病態生理と薬物療法

問題1 **パーキンソン病の説明として、誤っているのはどれか**

- a) 脳内ドパミンの不足
- b) 脳内ドパミンの過剰
- c) 運動機能障害
- d) 精神症状

問題2 **パーキンソン病の説明として、誤っているのはどれか**

- a) 発症年齢は 50~65 歳に多い
- b) 高齢になるほど発病率が増加する
- c) 欧米で多く見られる
- d) 一般に予後は悪い

問題3 **パーキンソン病の重症度分類についての説明のうち、正しいのはどれか**

- a) ステージ1~4に分類される
- b) 進行度による分類は一般的ではない
- c) ホーン・ヤールの重症度分類が多く用いられている
- d) いずれのステージでも医療費補助の対象となる

問題4 **パーキンソン病の説明について、誤っているのはどれか**

- a) 薬物治療は最も大切である
- b) リハビリテーションは重要である
- c) レボドパ長期投与は副作用もなく推奨されている
- d) ドパミン受容体刺激薬はレボドパと併用可能である



問題 5 **パーキンソニズムの説明として、誤っているのはどれか**

- a) 動作が遅くなること（動作緩慢、無動・寡動）は必ず見られる
- b) 筋強剛または姿勢保持障害の片方または両者が見られる
- c) パーキンソン病を疑う初期診断に用いられる
- d) パーキンソニズムを示す疾患はパーキンソン病以外にも多い

問題 6 **パーキンソン病の治療薬と括弧内に示す分類で、誤っているのはどれか**

- a) レボドパ（ドパミン補充薬）
- b) プロモクリプチン（ドパミン補充薬）
- c) アマンタジン（ドパミン放出促進薬）
- d) セレギリン（MAO-B阻害薬）

問題 7 **てんかんの説明として、誤っているのはどれか**

- a) 大脳の神経細胞に突然発生する激しい電氣的な興奮
- b) 急性脳疾患症候群である
- c) 発作の繰り返しを特徴とする
- d) 小児と高齢者に多く見られる

問題 8 **てんかんの分類について、誤っているのはどれか**

- a) 全般と焦点に大別される
- b) 全般てんかんは突発性と症候性に分類される
- c) 焦点てんかんは突発性と症候性に分類される
- d) 症候性てんかんは突発性と比べて寛解率が高い

問題9 てんかんについて、誤っているのはどれか

- a) 人口100人のうち約1人が発症する
- b) 発病年齢は3歳以下に多い
- c) 30-40代成人ではストレス等により発症率が上がる
- d) 60歳以上の高齢者では脳血管障害等により発症率は増加傾向にある

問題10 てんかん発作分類について、誤っているのはどれか

- a) てんかん発作分類はてんかん分類とほぼ同義語である
- b) てんかん発作分類は薬物選択に有用である
- c) 強直間代発作や欠神発作は全般発作に分類される
- d) 焦点発作では脳のある領域のみに過剰な電氣的興奮を起こしている

問題11 高齢者のてんかんについて、誤っているのはどれか

- a) 年齢別では小児に次いで多い
- b) てんかん患者の約半数が高齢者である
- c) 症候性（二次性）が90%を占める
- d) 再発率は高い

問題12 てんかんの治療薬について、誤っているのはどれか

- a) バルプロ酸（VPA）は全般発作の第1選択薬である
- b) カルバマゼピン（CBZ）は焦点発作の第1選択薬である
- c) ジアゼパム（DZP）は発作重積の第1選択薬である
- d) 第1選択薬が無効な場合は速やかに第2選択薬に移行する

#### (4) うつ病・不安症・睡眠障害の病態生理と薬物療法

問題 1 うつ病の精神症状のうち、誤っているのはどれか

- a) 悲哀感
- b) 思考障害
- c) 自殺念慮
- d) 不眠

問題 2 うつ病についての説明のうち、正しいのはどれか

- a) 成因の1つに遺伝的要素も挙げられている
- b) モノアミン神経系を作用点とした治療薬のみが使用されている
- c) 生涯有病率は7%で男女差はない
- d) 一次的に身体症状が認められる

問題 3 うつ病の治療法のうち、誤っているのはどれか

- a) 薬物療法
- b) 精神療法
- c) 迷走神経電気刺激療法
- d) 光療法

問題 4 うつ病についての説明のうち、誤っているのはどれか

- a) SSRIやSNRIが第1選択薬として使用される
- b) TCAは抗コリン作用が強く、眠気や立ちくらみなどの副作用を発現する
- c) 抗うつ病薬は一般に即効性な薬剤が多い
- d) 抗うつ病薬の投与にあたっては丁寧な服薬指導が求められる

**問題 5 双極性障害についての説明のうち、誤っているのはどれか**

- a) 双極I型障害、II型障害、気分循環性障害などに分類される
- b) 生涯有病率はうつ病とほぼ同じ7%で男女差はない
- c) 再発率は高く、慢性で経過することが多い
- d) 炭酸リチウムなどの気分安定薬を用いた薬物療法が中心となる

**問題 6 双極性障害についての説明のうち、誤っているのはどれか**

- a) 炭酸リチウムは気分の波を抑え、躁状態になるのを防ぐ
- b) 炭酸リチウムの有効血中濃度は広いので用量や投薬時の注意点は特にない
- c) 抗てんかん薬バルプロ酸は躁状態の治療に用いられる
- d) 第2世代抗精神病薬オランザピンは躁うつ双方に改善が期待できる

**問題 7 不安症についての説明のうち、誤っているのはどれか**

- a) 心因性精神障害である
- b) 成因として親の過干渉やストレス耐性の弱さ、対人関係の葛藤や大きな災害などがある
- c) 不安症や恐怖関連症候群、強迫症、ストレス関連症候群などに分類される
- d) 若年層で出現し、加齢とともに増加する傾向にある

**問題 8 不安症の治療についての説明のうち、誤っているのはどれか**

- a) 患者の話を傾聴する精神療法と薬物療法が併用される
- b) 抗不安薬としてBZ系及びTPA系が使用される
- c) BZ系抗不安薬は情動と関係する大脳辺縁系に作用する
- d) アザピロン誘導体はセロトニン受容体を刺激することにより効果を得る

**問題 9 不安症の薬物療法についての説明のうち、誤っているのはどれか**

- a) 不安症には抗不安薬、抗うつ薬、睡眠薬等が利用される
- b) 全般性不安症にはSSRIが第1選択薬となる
- c) パニック発作の予防には三環系抗うつ薬が有効である
- d) 不安発作予防にはSSRIが有効である

**問題 10 睡眠障害の説明のうち、誤っているのはどれか**

- a) 睡眠の質や量に問題があり、日常生活に支障をきたす症状を指す
- b) 不眠症と過眠症に分けられる
- c) 不眠症は睡眠問題が2週間以上続く症状を指す
- d) ナルコレプシーとは神経伝達障害で起こる

**問題 11 不眠症の基本的診断基準に入っていないのはどれか**

- a) 入眠困難、睡眠維持障害、早朝覚醒
- b) 眠る機会や環境が適切であるにもかかわらず睡眠障害が起こる
- c) 夜間睡眠障害時、疲労や注意力散漫、眠気等の日中での障害が起こる
- d) 眠りの浅さを感じ熟睡感の欠落

**問題 12 不眠症の説明のうち、誤っているのはどれか**

- a) 不眠症の問題点は日中に不調が出現することである
- b) 一般成人の20～40%が何らかの不眠症状を有している
- c) うつ病など他の睡眠障害を伴う精神疾患も不眠症として扱う
- d) 60歳以上では半数以上で不眠症状が見られる

**問題 1 3 睡眠障害への対処法についての説明のうち、誤っているのはどれか**

- a) 就寝・起床時間を一定にする
- b) 睡眠時間を一定にするように心がける
- c) 太陽の光を浴びる
- d) 不眠恐怖の悪循環を断つ

**問題 1 4 不眠症の治療についての説明のうち、誤っているのはどれか**

- a) バルビツール系睡眠薬は安全性や耐薬性の問題から見直されている
- b) BZ系睡眠薬には依存があるので長期連用は避ける
- c) 非BZ系は化学構造が異なっているがBZ受容体に作用する
- d) オレキシン受容体拮抗薬は入眠障害や睡眠維持困難を改善する

**問題 1 5 ナルコレプシーについての説明のうち、誤っているのはどれか**

- a) オレキシンを作り出す神経細胞の変性・脱落が直接的な原因とされている
- b) 我が国での有病率は欧米の0.02～0.04%と比べて0.16～0.59%と高い
- c) 主たる成因は遺伝要因とされている
- d) 日中の発作には中枢神経刺激薬を使用する

**問題 1 6 ナルコレプシーの治療薬についての説明のうち、誤っているのはどれか**

- a) ベモリンはシナプス前ドパミントランスポーターによる再取り込みを阻害する
- b) 情動性脱力発作には三環系抗うつ薬やSSRIを用いる
- c) 入眠時幻覚に対しては第二世代抗精神病薬を用いる
- d) 中枢神経刺激薬はその作用のため夕刻以降の使用は避ける