第 2 回 美容皮膚科・皮膚科検定（2021 年版）

対象：看護師／カウンセラー／皮膚科医／非皮膚科医｜形式：○×｜難易度：★〜★★★｜※2021 年末までの国内知見に基づく（過去問最大 5 題を採用）

Q1.（難易度：★☆☆） アトピー性皮膚炎の寛解維持では、プロアクティブ療法（週 2 回前後の抗炎症外用）が推奨される。

答え：○

解説：2010 年代より国内外で再燃予防に有効とされ、2020 年時点でも標準的な選択肢です。急性期で寛解導入後、間欠的な抗炎症外用を継続し再燃を抑えます。顔面や皮膚萎縮リスクの高い部位では非ステロイド外用の活用も検討します。

Q2.（難易度：★☆☆） アトピー性皮膚炎の急性増悪では、重症度と部位に応じて適切な力価の外用ステロイドを選び、改善後はステップダウンする。

答え：○

解説：急性期に十分な抗炎症効果を得るには適切な力価の選択が重要です。炎症が収まったら徐々に弱い力価へ切り替え、副作用リスクを抑えます。顔や陰部など薄い皮膚では特に力価選択に配慮します。

Q3.（難易度：★★☆） 慢性蕁麻疹の初期治療は第二世代 H1 抗ヒスタミン薬の定期内服で、無効時は最大 4 倍量までの増量が選択肢となる。

答え：○

解説：2018 年改訂の国内ガイドラインでも示される標準的アプローチです。鎮静性の低い第二世代薬を基本とし、効果が不十分なら用量増量を段階的に検討します。ステロイドの漫然長期内服は推奨されません。

Q4.（難易度：★★☆） 爪白癬に対するエフィナコナゾール 10%外用液は 1 日 1 回 48 週間の継続塗布が基本である。

答え：○

解説：2014 年に国内承認された外用爪白癬治療薬で、長期継続塗布により有効性が示されています。内服療法に比べ安全性に優れる一方、塗布手技と継続の指導が重要です。

Q5.（難易度：★★☆） 肝斑の初期治療として高出力 IPL 単独療法が強く推奨される。
答え：×

解説：肝斑は炎症で悪化しやすく、まずは遮光・外用（ハイドロキノン等）や内服トラネキサム酸が基本です。光・レーザーは症例選択と設定が重要で、PIH のリスク説明が必要です。

Q6.（難易度：★★☆） 酒さ治療に用いられるメトロニダゾール外用は、2021 年時点では酒さ効能で国内未承認である。
答え：〇

解説：国内では 2010 年代にがん性皮膚潰瘍の臭気軽減で承認済みでしたが、酒さ効能は 2021 年時点で未承認でした。スキンケア・トリガー回避・レーザー/IPL などを組み合わせます。

Q7.（難易度：★★☆） ブリモニジン外用ゲルは酒さの持続性紅斑に対して 2021 年時点の日本では未承認である。
答え：〇

解説：海外では承認されていますが、国内では未承認のため自費輸入等で用いられていました。持続性紅斑の対症治療としては有効性が知られますが、国内承認薬ではありません。

Q8.（難易度：★★☆） 原発性腋窩多汗症の外用治療薬エクロックゲル 5%（ソフピロニウム臭化物）は 2020 年に国内承認された。
答え：〇

解説：日本初の腋窩多汗症用外用薬として 2020 年に承認、同年発売されました。1 日 1 回の塗布で有効性が示され、抗コリン作用に伴う副作用に注意します。

Q9.（難易度：★☆☆） 帯状疱疹予防のリコンビナントワクチン（シングリックス）は、2021 年時点で 50 歳以上を対象に国内承認済みである。
答え：〇

解説：高い予防効果が報告され、50 歳以上対象で 2018 年に国内承認されています。発症後の治療薬ではない点を説明します。

Q10.（難易度：★★☆） 尋常性痤瘡で外用抗菌薬単独療法は推奨されない。
答え：〇

解説：耐性菌対策の観点から、BPO やアダパレンとの併用・配合剤を用い、抗菌薬は必要最小限・短期間の使用に留めます。

Q11.（難易度：★★☆） 慢性蕁麻疹の第二世代 H1 抗ヒスタミン薬は定期内服が基本で、効果不十分時に増量が検討される。

答え：○

解説：頓用では症状変動が大きくコントロール困難になるため定期投与が基本です。無効時には最大 4 倍量までの増量やオマリズマブ等を検討します。

Q12.（難易度：★★☆） 爪白癬の治療で、外用のみで改善しにくい肥厚例や広範例では内服抗真菌薬が考慮される。

答え：○

解説：爪甲肥厚や広範囲病変では外用薬の到達性が不十分なことがあり、テルビナフィンやイトラコナゾールの内服が検討されます。肝機能や相互作用を評価します。

Q13.（難易度：★☆☆） 医療レーザー脱毛は複数回の施術が原則で、成長期毛が最も反応する。

答え：○

解説：毛周期と装置特性から、1 回での十分な減毛は困難です。部位ごとに間隔を調整し、日焼け対策を徹底します。

Q14.（難易度：★★☆） ハイドロキノンの長期・高濃度使用は外因性黒皮症のリスクがある。

答え：○

解説：安全に配慮して低濃度から開始し、刺激や色素変化をモニターします。遮光と併用期間の管理が重要です。

Q15.（難易度：★★☆） AHA ピーリング前のレチノイド外用は刺激性が増える可能性があるため休薬を検討する。

答え：○

解説：角層が薄くなり、過度な炎症や PIH のリスクが上がることがあります。施術前後のスキンケアと遮光指導が重要です。

Q16.（難易度：★☆☆） いぼ（尋常性疣贅）には液体窒素凍結療法が第一選択の一つである。

答え：○

解説：2〜3 週ごとに複数回実施し、部位・痛み・瘢痕リスクを説明します。難治例では他治療との併用を検討します。

Q17.（難易度：★★☆） 粉瘤は炎症期の切開排膿のみでは再発しやすく、消炎後に被膜を含めた切除が推奨される。
答え：〇

解説：炎症が強い時期は排膿で軽快させ、再燃予防には被膜摘出が重要です。術後の創管理と瘢痕説明を行います。

Q18.（難易度：★☆☆） 体部白癬・足白癬は KOH 鏡検で診断精度が上がる。
答え：〇

解説：鏡検で菌要素を確認して治療を選択します。鑑別診断の混同を避けられます。

Q19.（難易度：★★☆） 疥癬の治療ではイベルメクチンを 1〜2 週間間隔で 2 回内服するのが一般的である。
答え：〇

解説：卵には無効なため再投与が必要です。角化型では外用併用と環境対策が重要です。

Q20.（難易度：★★☆） ヘルペス性ひょう疽は切開を避ける。
答え：〇

解説：切開はウイルス拡散と遷延のリスクがあり、抗ウイルス薬・安静・二次感染予防が基本です。

Q21.（難易度：★★☆） 尋常性白斑にはナローバンド UVB や外用療法が用いられる。
答え：〇

解説：部位や活動性に応じた選択が重要で、長期経過と再発性を踏まえます。

Q22.（難易度：★☆☆） FTU は成人で 1FTU≒約 0.5g・手掌 2 枚分が目安。
答え：〇

解説：適正量指導は治療成績と安全性の向上に直結します。

Q23.（難易度：★☆☆） 乾癬の外用治療ではビタミン D3 とステロイドの併用が基本。
答え：〇

解説：局面の厚みや部位に応じて剤形と力価を調整します。

Q24.（難易度：★☆☆） 酒さ管理ではトリガーの回避とやさしいスキンケアが重要。

答え：〇

解説：アルコールや辛味、急な温度変化、紫外線などの回避を指導します。

Q25.（難易度：★★☆） 酒さの点状毛細血管拡張には波長選択的なレーザー治療（例：PDL）が用いられる。

答え：〇

解説：血管選択性の高い波長で紅斑・毛細血管拡張の改善が期待できます。瘀斑・PIH のリスク説明が必要です。

Q26.（難易度：★☆☆） 原発性腋窩多汗症に対する A 型ボツリヌス毒素注射は 2012 年に本邦で保険適用となった。

答え：〇

解説：効果は数か月持続し、反復投与が必要です。

Q27.（難易度：★☆☆） レーザー脱毛直後の強い日焼けは避けるべきである。

答え：〇

解説：やけどや PIH のリスクを上げるため、施術前後の遮光が重要です。

Q28.（難易度：★★☆） ニキビ圧出は適切な手技で瘢痕リスクを低減し得る。

答え：〇

解説：自己圧出は禁忌で、無菌操作と術後ケアが重要です。

Q29.（難易度：★☆☆） 原発性腋窩多汗症では、まず塩化アルミニウム外用が推奨される。

答え：〇

解説：軽症〜中等症では制汗外用が第一選択となります。皮膚刺激がある場合は濃度や頻度を調整します。

Q30.（難易度：★★☆） 円形脱毛症の広範例では局所免疫療法（SADBE や DPCP）が選択肢となる。

答え：〇

解説：接触免疫を誘導して再生を促す治療で、接触皮膚炎の管理が必要です。