

令和5年度 山口県糖尿病療養指導士講習会 第1回確認試験 回答・解説

	正解	解説
問1	e	ガイドブック p10、p119 参照。 全て正しい。
問2	b	ガイドブック p10、p119 参照。 (3)、(4)は正しい記載なのでスティグマとは言えない。
問3	c	ガイドブック p43 参照。 (1)、(4)、(5)は糖尿病がリスク因子にはなるが、糖尿病がなくても発症しうるので、併発症と呼んで良い。 糖尿病性腎症、糖尿病網膜症(硝子体出血)は糖尿病特有の合併症である。
問4	e	ガイドブック p7～10 参照。 診断権、処方権(食事処方を含む)はもっぱら医師に属する。チームアプローチにおいては医療法に定められた職責を尊重しながらも、全ての職種がそろわないチームにおいては適切に役割分担を行う。チーム内での情報共有、意思統一は重要である。
問5	c	ガイドブック p5～10 参照。 叱責しながらの指導はスティグマの観点からも好ましくない。マニュアル使用は標準化に役立つが、画一的な指導は適切でない。
問6	d	ガイドブック p21 参照。 神経障害、網膜症、腎症などの慢性合併症は正常でない血糖値が一定期間持続したのちに発症する。
問7	b	ガイドブック p26～28、p165 参照。 (2) 18歳未満の糖尿病患者では1型糖尿病に限らず小児慢性特定疾患が申請できる。 (3) 緩徐進行1型糖尿病の診断には、経過のどこかで膵島関連自己抗体(GAD または ICA)陽性が確認されることが必要。 (5) 1型糖尿病での寛解期は一過性であり、インスリン治療は用量を調節しながら継続する。
問8	d	ガイドブック p28～29、p32、p75 参照。 (1) 2型糖尿病でも、加糖飲料の多飲や sick day などの影響でインスリン依存状態になり得る。 (2) インスリン抵抗性が強くなると HOMA-IR は高値となる。 (3) 肥満や肥満歴、家族歴の関与が示唆されている。 (5) 診断基準は1型糖尿病も2型糖尿病も共通。
問9	d	ガイドブック p26～27 参照。 (1) 1型糖尿病(1A)の成因としての自己免疫性とは自己免疫疾患に伴う糖尿病のことではなく、膵島関連自己抗体が成因に関与していることを意味するものである。 (2) これら膵島関連自己抗体は1型糖尿病(1A)で認められる自己抗体である。 (5) 劇症1型糖尿病では、著しい高血糖にもかかわらず HbA1c が比較的低いことが特徴であり、診断の条件でもある。
問10	e	ガイドブック p30、p170 参照。 (1) 糖尿病合併妊娠とは妊娠前に糖尿病と診断されている妊婦に対する診断(分類)である。 (2) スクリーニングは随時血糖で行われる。妊娠中期にはグルコースチャレンジテストも推奨される。 (3) 食後血糖を適正にコントロールするため積極的にインスリン治療を実施する。

問 11	b	ガイドブック p32～33 参照。 (1) CGM、FGM は皮下の間質液中のグルコース濃度を測定する装置(システム)である。 (2) 正解 (3) 正解 (4) グリコアルブミン:過去 2 週間の指標となる。 (5) HbA1c は、過去 1～2 か月の指標である。
問 12	a	ガイドブック p50 参照。 治療の目的、各種ターゲット指標を確認する。成人の目標血圧は 130/80 未満。冠動脈疾患を認めない糖尿病患者の LDL-c の目標値は 120mg/dl 未満。HDL-c は、40mg/dl 以上。
問 13	a	ガイドブック p50 参照。 血糖コントロールの目標は、血糖の目標を目指す 6%、合併症予防のための 7%、治療強化が困難な際の 8%と定められたが、一般成人の指標であり、小児・妊婦は含まれない。ガイドブック p49 参照。
問 14	c	ガイドブック p51 参照。 インスリン依存状態の治療の原則を確認する。診断直後より、強化インスリン療法を開始し、生涯インスリン治療を継続しなければならない。1型糖尿病では、すでに内因性インスリン分泌能は枯渇している。したがって、インスリン分泌刺激を主作用とする薬剤は効果が期待できない。
問 15	e	ガイドブック p78 参照。 スルホニル尿素薬と速効型インスリン分泌促進薬は、血糖が低い時にもインスリン分泌刺激を続けるため、低血糖に注意が必要である。一方、DPP4 阻害薬・経口 GLP-1 受容体作動薬・イメグリミンのインスリン分泌刺激作用は血糖依存性であり、低血糖を生じる可能性は臨床十分低い。
問 16	e	ガイドブック p67～68 参照。 安静空腹時の筋のエネルギー源はほとんどが遊離脂肪酸である。最大酸素摂取量 40-60% 程度の中等度の運動では、エネルギー源は糖質と遊離脂肪酸の両者が筋エネルギーとして利用される。運動療法により HDL コレステロールが増加する等、動脈硬化危険因子が改善する。
問 17	a	ガイドブック p68～69 参照。 空腹時血糖が 250mg/dl 以上の血糖コントロール不良症例に対しては、運動療法は控える。運動開始時のメディカルチェックとして通常安静時心電図を行うが、必要に応じてホルター心電図や運動負荷心電図を行う。
問 18	c	ガイドブック p69～70 参照。 スクワットはレジスタンス運動である。自覚運動強度で「楽である」または「ややきつい」と感じる程度が至適運動となる。
問 19	d	ガイドブック p70、p72 参照。 NEAT は身体活動によるエネルギー消費の大部分を占め、日常生活が多忙で特別に運動を行う時間がとれない場合には NEAT を増加させることも運動療法として評価できる。
問 20	c	ガイドブック p73～74 参照。 透析患者において、身体機能と ADL を維持するために適度な運動は推奨されている。