令和 5 年度 山口県糖尿病療養指導士講習会 第 3 回確認試験 正解・解説

	正解	解説
問 1	e	糖尿病療養指導ガイドブック 2023（以下、ガイドブック）p136～137 参照。 a） 指導目標は、患者の身体的問題を踏まえながら個々の背景や価値観を考慮し、療養上必要なこと、患者が何を知りたいか、どうなりたいと願っているかを十分に理解して設定する必要がある。 b） 教育の対象者は、患者のみでよいか家族を含めるかの判断は必要。 c） 指導内容は、「何を教えるか」とともに「どのように教えるか」が重要。 d） 個々の目標は、各患者に特有な問題点やその原因、自己効力感などに基づいて設定。
問 2	c	ガイドブックp137 参照。 糖尿病の療養指導は、受動的な知識授受型の教育ではなく、患者自身が能動的に学習するエンパワーメント法や成人教育の考え方が有効である。
問 3	b	ガイドブック p138 参照。 表1糖尿病患者の動機づけ困難な理由7つ参照。
問 4	b	ガイドブックp144～145 参照。 ビリーフ質問表は動機づけのための教材の1つである。
問 5	e	ガイドブック p158 参照。 a） 糖尿病に関する新しい知識の習得確認も自己評価の1つである。 b） 療養指導士同士の相互評価の機会は施設内・外で行い、それにより新たな学習課題を見出す必要あり。 c） 指導困難な事例や初めて体験する指導課題を進んで引き受け工夫し、その問題点を明確にし、プロセスと成果を分析する必要あり。 d） 自ら実施した療養指導の内容を、患者が十分理解できたか、それがどの程度、継続して実施でき、病態の改善にどの程度、有効であったかを検討する必要あり。
問 6	d	ガイドブック p175～178 参照。 患者個別の目標体重を設定しカロリー計算の基本とする。高齢者の糖尿病昏睡は高血糖高浸透圧症候群による昏睡が多い。高齢者の低血糖発作は典型的な自覚症状を欠くことがあり、認知機能低下やうつ状態といった非定型的な症状を呈することが多いので注意を要する。
問 7	e	ガイドブック p170 参照。 妊娠糖尿病（GDM）は「糖尿病型」を除く。GDM のスクリーニングは初期および 24 週～28 週に行う（主に随時血糖値）。妊娠中はインスリン需要量が増加し、網膜症が悪化するおそれがある。
問 8	c	ガイドブック p171～172 参照。 一般的に妊婦のエネルギー量は妊娠時付加量が必要だが、肥満妊婦の場合はこれに限らない。妊娠中の血糖コントロール基準は厳しく設定されている。
問 9	d	ガイドブック p168～169 参照。 糖尿病であることは公表することが望ましいが、あくまでも本人が決めることである。女性には摂食障害や食行動の異常が起こりやすい。
問 10	e	ガイドブック p177～185 参照。 HbA1C の目標下限値はあるが、運用は患者ごとに柔軟に行う。SGLT2 阻害剤は老年症候群患者へは慎重投与である。
問 11	b	ガイドブックp192～193 参照。 低血糖時における冷汗、手指振戦、動悸、顔面蒼白などの初期症状は交感神経系の症状である。

問 12	e	ガイドブックp193 参照。 低血糖が一旦改善してもしばらくして再び低血糖になることもあることを指導する。 次の食事時間までに 1 時間以上あれば1～2単位分の炭水化物の補食を指導する。 SU 薬やアルコールが関与した低血糖は遷延・再発することが多い。
問 13	b	ガイドブックp195～196、p197 表 5 参照。 ケトアシドーシスの原因はインスリンの絶対欠乏により肝臓でケトン体の産生が亢進するためである。ケトアシドーシスでは重炭酸イオンは低下する。
問 14	c	ガイドブックp196 参照。 著しい高血糖に加え、高度の脱水により血漿浸透圧が上昇する。高ナトリウム血症を呈することが多く、高浸透圧に寄与する。
問 15	c	ガイドブックp198、p234 及び表 1 参照。 食欲がなくても水分と炭水化物は摂取する。水やお茶などで水分摂取につとめ、脱水にならないようにする。また、食事については食欲がなくてもお粥、果物、うどん、ジュースなどで炭水化物（糖質）の補給を最優先とする。
問 16	d	ガイドブック p200～212 参照。 a. いずれも罹病期間が長いほど有病率が高くなる。 b. 尿中アルブミン増加は必発ではない。 c. 光凝固療法は黄斑浮腫あるいは増殖前網膜症以降の治療法となります。 **d. 2018 年で年間 16,122 人の糖尿病性腎症からの新規透析導入があった。** e. 心理的配慮、個別化指導、家族指導などが重要になってくる。
問 17	b	ガイドブック p201～204 参照。 a. 単神経障害は軽症の糖尿病でも発症する。 **b. 30mmHg 以上の差で陽性とする。** c. 残尿が 200ml 以上で自己導尿のほか、ADL の低下している患者さんではカテーテルを留置する。 d. 無自覚低血糖の頻繁に起こる患者では、目標血糖値を高めに設定する。 e. 2.5%未満であれば自律神経障害が疑われる。
問 18	d	ガイドブック p204～207 参照。 a. 単純網膜症ではまだ新生血管は生じていない。 b. 網膜症が発症していない患者であれば通常は 1 年に一回の受診で良い。 c. 糖尿病患者では妊娠中や産褥期に網膜症の進展/悪化は来す。 **d. 広汎出血、眼圧上昇など様々な視力低下要因を生じる。** e. 年間数回にわたって実施する必要がある。
問 19	e	ガイドブック p207～212 参照。 a. 症状に乏しい。 b. 尿中アルブミン測定は 3 ヶ月～6 ヶ月毎。 c. 腎機能低下に伴いインスリンの必要量が減る。 d. Cre >2.0mg/dl では慎重に、Cre >2.5mg/dl では減量または開始しない。 **e. ダパグリフロジン、エンパグリフロジン、カナグリフロジンは慢性腎臓病に有効。保険適応は 2023 年 9 月時点でダパグリフロジン、糖尿病性腎症はカナグリフロジン。**
問 20	d	ガイドブック p210～212 参照。 a. 除水に優れ、溢水や浮腫に有効。 b. 透析液中のブドウ糖エネルギーを差し引いて食事摂取エネルギーを決める。 c. 尿毒症性物質の除去に優れ、維持療法に適している。 **d. 糖尿病性腎症による透析導入患者は、糖尿病特有のその他の合併症を多く抱え、通常その他の腎疾患による透析導入患者より生命予後は不良。** e. 腎機能に関係なく使用できる薬剤を中心に利用する。