令和５年度 山口県糖尿病療養指導士講習会 第４回確認試験 正解・解説

	正解	解説
問１	d	ガイドブック p213～214 参照。 糖尿病患者の脳血管障害では、脳出血よりも脳梗塞が多い。 糖尿病患者の虚血性心疾患では、無症候性が 20～50％存在する。 糖尿病発症早期の段階から、動脈硬化はすでに進展している。
問２	c	ガイドブック p225 参照。 ウエスト周囲長とは臍の高さで立位・呼気時に測定した腹囲である。
問３	b	ガイドブック p217 参照。 1985 年との比較で、日本人女性では 40 歳・50 歳・60 歳代では肥満割合は減少している。 脂肪摂取の増加が肥満の原因と考えられる。総カロリー摂取はむしろ減っている。 内臓脂肪細胞は皮下脂肪細胞に比べ代謝活性が高い。
問４	e	ガイドブック p230 参照。 高血糖により水晶体の変性・白濁が起こり、白内障を増悪・進行させる。 その他の項目の記載は正しい。
問５	b	ガイドブック p216～217 参照。 高血圧合併糖尿病患者の降圧目標は 130/80mmHg 未満である 糖尿病での二次予防の LDL-C 目標値は 70mg/dL 未満である。 糖尿病患者の HDL-C 管理目標値は 40mg/dL 以上である。 (1)と(5)の記載は正しい。
問６	a	ガイドブック p220 参照。 ・糖尿病足病変は、神経障害や末梢血流障害を有する、感染、潰瘍、深部組織の破壊性病変と定義されている。 ・糖尿病患者の下肢切断率は健常者より 15～40 倍高い。
問７	c	ガイドブック p220～221 参照。 ・糖尿病では、糖尿病神経障害、末梢血流障害、易感染性が重複して存在することが多く、足部の組織障害が生じやすい。 ・糖尿病神経障害による、運動神経の障害で下肢筋の萎縮、関節の拘縮により足趾の変形を来し、胼胝や水疱や小潰瘍ができやすい。
問８	d	ガイドブック p201～202、p221 参照。 ・糖尿病神経障害や血管障害が認められる患者は予防的フットケアの必要があるが、ない場合でも予防ケアを習慣化させることが後の足病変の予防には大切である。 ・患者が足に痛みを訴えなくても、ハイリスク患者の選別をして足の診察をすることで早期発見が可能となる。 ・糖尿病神経障害は、患者が両側性の足底のしびれを訴えていたら、糖尿病多発神経障害以外の末梢神経障害を否定しうる場合、アキレス腱反射、振動覚などの検査を実施し診断される。
問９	e	ガイドブックp222～223 参照。 ・靴の内張はソフトな素材でつま先に縫い目のないものを選ぶ。靴が足に合ったもので足底装具使用により足病変の再発予防が期待できる。 ・足病変予防のためには、自分の足に合った靴を選ぶことが大切である。靴はゆるすぎても（足が靴の中で動いてしまう）、極度に締め付けても傷を作る原因になる。

問 10	b	ガイドブック p223～224 参照。 ・足に小さな外傷を見つけたときは、処置をして傷を保護した後に、足に発赤・腫脹・熱感・疼痛・滲出液などの感染徴候が認められた場合は、すぐに医師に相談をするように指導する。 ・足潰瘍部に荷重がかかると治癒機転が阻害されるため、荷重がかからないようにフットウェアで免荷をするように指導をする。
問 11	c	ガイドブックp234～235 参照。 (1) 糖質の補給を最優先する。 (2) (3) は正しい。 (4) 消化器症状の副作用があるため中止する。 (5) 中止せず、SMBG を行いながら調整する。
問 12	b	ガイドブックp237～238 参照。 (1) は正しい。 (2) HbA1c は直前の血糖値を反映しているわけではないので、手術前の血糖値により手術の可否を判断する。 (3) SGLT 阻害薬は手術 3 日前から中止する。 (4) 術中は糖質輸液を基本とする。 (5) は正しい。
問 13	c	ガイドブックp239～242 参照。 (1) SGA は患者の記録と身体症状で評価する。 (2) (3) は正しい。 (4) タンパク質は目標体重当たり1日 1.0～1.2g を目安とする。 (5) 中心静脈栄養中の血糖管理には主として速効型もしくは超速効型インスリンを用いる。
問 14	e	ガイドブックp246～248 参照。 (1) 1～2 週間分を準備しておく。 (2) 感染の危険性があるため使用中のインスリンの貸し借りはしない。 (3) 予備の針がない場合、個人にのみ再使用することはやむを得ない。 (4) (5) は正しい。
問 15	d	ガイドブックp249～251 参照。 (1) インスリン濃度は 100 単位/mL である。 (2) インスリン専用のシリンジを用いる。 (3)(4) は正しい。 (5) ポンプ本体は取り外す必要があるが、注入セットは取り外す必要はない。