

1	肥満を伴う2型糖尿病小児に対して、基本療法で管理不十分のさい、特別な併発疾患がない場合に内服薬の第一選択はメトホルミンである。	○	問題文の通り。P111 ③参照。
2	小児において、重症化・劇症化しやすいのは1型であり、慢性合併症の発症率も1型のほうが高い。	×	予後の改善によって長期予後の研究も進んで、一定の罹病期間をすぎると、2型のほうが1型よりも合併症発症率が高くなることが報告されている。P113～114、同図7-5～7)
3	周囲の友人がある程度糖尿病についての知識を持っていることは、療養生活の上で非常に重要ではあるが、本人が知られたくないのであれば公表しない。	○	周囲への coming out については、あくまでも本人家族の意志を尊重する。P115 左上 B
4	妊娠の、特に後半では、胎児のブドウ糖利用が亢進する一方、母体ではインスリン抵抗性が高まってブドウ糖利用が抑制される。	○	胎盤から分泌される hPL、プロゲステロンなどに抗インスリン作用があることと、胎盤でのインスリン分解の亢進による、とされる。妊娠糖尿病発症機序に関与する。
5	それまで糖尿病と診断されたことのない妊婦で、1回目に施行したOGTTで2時間血糖値が160mg/dlだった。別の機会にもう一度OGTTを行うこととした。	×	妊娠糖尿病の定義と診断基準参照。通常の糖尿病の診断とことなり、血糖の基準を1点でも満たしたら診断とする。通常の糖尿病診断基準の「別の機会にもう一度血糖が・・・」という規定もHbA1cの基準もない。
6	妊娠後期30週前後で判明した妊娠糖尿病においては、すでに器官形成期を過ぎているので、妊娠初期ほどの厳密なコントロールは求められない。	×	糖尿病妊婦では、32週までの厳重なコントロールがHFD児発生を予防する、あるいは36週以降に突然胎児仮死が増加するとの指摘もあり、無事出産するに至るまで厳密な血糖管理が推奨される。
7	QOLは患者さん本人の主観的問題なので、客観的に測定することは極めて困難であるが、再現性・検証性を確保した科学的評価の方法は存在する。	○	P253、あるいはP292参照。DTSQやPAIDは多原語間で相互に質問意味のとり方ほかを吟味し、日本人・日本語での実施においても再現性を確保している。
8	患者の入院回数や通院状況の改善といった項目は、患者の療養姿勢のよき評価対象である。	×	そういったものは不時の合併疾患や事故など、患者自身のせいではなく起こりうるのでセルフケア達成の「よき」指標ではなく、患者評価は結果としての病状改善よりも過程としての知識や信念や行動そのもので行う。結果としての病状悪化・改善はむしろ指導者側の能力が問われ、評価されるべきものである。
9	形成評価は指導中に行われる。	○	表記の通り、P276 右 図17-1、評価は指導前、中、後、さらなる追跡、と、3段階～4段階で逐次的に行う。単に指導後にどれくらいできたか、ということについて考えるだけでは不十分である。