

1	カーボカウントを実行するにあたり、糖質/インスリン比(ICR)が10なら、炭水化物を30g摂取するとき必要と考えられるボーラスインスリンは3単位である。	○	糖質/インスリン比(ICR)とは、1単位の(超速効型)インスリンで何gの炭水化物(糖質)が処理できるか、という数値であり、○g/Uで示される。したがってICRが10なら、10gを1単位で処理することになるから30gなら3単位である。ICRが小さくなると、1単位で処理できる糖質量は減る、つまり一定量の糖質を処理するインスリン量が増える=たくさん注射することになる。
2	1型糖尿病患者の学童で、学校給食で摂取する量の制限は不要である。	○	問題文の通り。P96 右下、<給食>の項参照。他の児童と同じ物を食べたいという児童の精神面を重視する。献立表によって、食前インスリン投与量の調整などを行うことが望ましいとされる。カーボカウント参照。
3	2型糖尿病患者の学童では、非肥満の場合でも学校給食で摂取する量の制限は必要になる。	×	2型の学童でも、非肥満なら給食における摂食量の制限は必要なしとする。P102, 左中段 F. 参照。上記と同様である。
4	妊娠糖尿病(GDM)の診断基準は、75gOGTTにおいて、空腹時血糖92mg/dl以上、および、2時間値153mg/dlである。	×	空腹時 92mg/dl ≤、1時間値 180mg/dl ≤、2時間値 153mg/dl ≤、の一点以上、すなわち3つのうちどれか一つでもを満たした場合にはGDMと診断される。
5	糖尿病合併妊娠などもともと代謝異常がある妊婦の場合、妊娠中は特に高脂血症が悪化するので、スタチン・フィブラート製剤は継続すべきである。	×	糖尿病患者でよく併用される薬剤のうちでも、血糖降下薬のほか、降圧剤であるアンジオテンシン変換酵素阻害薬・アンジオテンシンII受容体拮抗薬、そして高脂血症治療薬のスタチン・フィブラートなどは妊娠前に(妊娠を計画するなら)中止する。P106 左表 8-3
6	FDA(アメリカ食品医薬品局)による薬剤胎児危険度分類に基づけば、妊婦に使用するのは、超速効型インスリンではインスリンリスプロ、時効型はインスリンデテミル、が推奨される。	○	P107 右3行目~参照。リスプロ=ヒューマログ®、デテミル=レベミル®、である。現在のところグルリジン=アピドラ®、デグルデグ=トレシーバ®については妊婦への投与について情報がなく、グラルギン=ランタス®/インスリングラルギンでは報告はあるが安全性は確立していないとされる。
7	療養指導は全体として評価されねばならないが、その目的は、指導による効果の確認をしなければならないことに尽きる。	×	効果の確認だけを評価の目的とすべきではない。さらに重要なことは、評価することによって、次の目標を設定したり、改善点を見つけて次の計画の立案を行う、というフィードバックである。エンパワーメントの項参照。
8	対象患者の血糖コントロール状態の評価項目として、尿糖は簡単に検査もできて非常に有用である。	×	患者への指導において、尿糖をあまり有用としないほうがよい。ひとつには尿糖排泄閾値血糖 160~180mg/dl というのは夜間早朝空腹時としては高すぎるので、「早朝尿での尿糖陰性」はあまり有用な指標ではない。また、SGLT2阻害薬を服用している患者では血糖は良好でも、ほぼ必ず尿糖陽性になる。
9	QOL調査票の重要な条件として、理解しやすく、日常診療に還元できる、ということのほか、再現性がある、という点がある。	○	つまり、同一患者で、それほど時間が経過していない再テストでは、おおよそ同じ結果になる、という点である。誰がいつどのような場所で行っても、結果が再現される(同じ結果が得られる)というのは、科学的な根拠(エビデンス)として重要な特徴である。