

## ■初版第4刷をお持ちの方

頁・箇所	誤	正
P40 下から4行 目	回答	解答
P69 本文下から 2行目	他臓器機能不全	多臓器機能不全
P86 13行目, P87 3行目, P137 図5, P145 表1, P146 表3, P147 表4, 15 行目, P154 問題 4の4, P157 問 題2の囲み内1行 目, P160 索引最 左列下から11行 目	HbA <sub>1c</sub>	HbA <sub>1c</sub>
P88 11行目	これまでみ <u>た</u> きたように	これまでみ <u>て</u> きたように
P106 下から10 行目	コントロール <u>指標と評価</u>	コントロール <u>目標</u>
P107 図9	(誤)	

コントロールの評価*1とその範囲					
指標	優	良	可		不可
			不十分	不良	
HbA1c(JDS値)(%)	5.8未満	5.8～ 6.5未満	6.5～ 7.0未満	7.0～ 8.0未満	8.0以上
HbA1c(国際標準値)(%) <sup>*2</sup>	6.2未満	6.2～ 6.9未満	6.9～ 7.4未満	7.4～ 8.4未満	8.4以上
空腹時血糖値(mg/dL)	80～ 110未満	110～ 130未満	130～160未満		160以上
食後2時間血糖値(mg/dL)	80～ 140未満	140～ 180未満	180～220未満		220以上

\*1 HbA1c 値, 空腹時血糖値, 食後2時間血糖値の間には, 個人差があること, 日内変動が複雑なことなどから, 定常的な相関性は望めない.

\*2 HbA1c の国際標準化に伴い, 従来の JDS 値に 0.4% を加えた国際標準値を併記している.

(日本糖尿病学会 (編). 糖尿病治療ガイド 2010. 文光堂; 2010. p25<sup>1)</sup>)

図9 血糖コントロール指標と評価

(正)

コントロール目標値 <sup>注4)</sup>			
目標	血糖正常化を目指す際の目標 <sup>注1)</sup>	合併症予防のための目標 <sup>注2)</sup>	治療強化が困難な際の目標 <sup>注3)</sup>
HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

治療目標は年齢, 罹病期間, 臓器障害, 低血糖の危険性, サポート体制などを考慮して個別に設定する.

注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合, または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする.

注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする. 対応する血糖値としては, 空腹時血糖値130mg/dL未満, 食後2時間血糖値180mg/dL未満をおよその目安とする.

注3) 低血糖などの副作用, その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする.

注4) いずれも成人に対しての目標値であり, また妊娠例は除くものとする.

(日本糖尿病学会 (編). 糖尿病治療ガイド 2014-2015. 文光堂; 2014. p25<sup>4)</sup>)

図9 血糖コントロール目標

食品の分類	食品の種類	1単位(80kcal)あたりの栄養素の平均含有量		
		炭水化物(g)	蛋白質(g)	脂質(g)
<b>主に炭水化物を含む食品(I群)</b>				
表1	●穀物●いも●炭水化物の多い野菜と種実●豆(大豆を除く)	18	2	0
表2	●くだもの	20	0	0
<b>主に蛋白質を含む食品(II群)</b>				
表3	●魚介●肉●卵, チーズ●大豆とその製品	0	9	5
表4	●牛乳と乳製品(チーズを除く)	6	4	5
<b>主に脂質を含む食品(III群)</b>				
表5	●油脂●多脂性食品	0	0	9
<b>主にビタミン, ミネラルを含む食品(IV群)</b>				
表6	●野菜(炭水化物の多い一部の野菜を除く)●海藻●きのこ●こんにゃく	13	5	1
調味料 ●みそ, さとう, みりんなど				

(日本糖尿病学会〈編〉. 糖尿病食事療法のための食品交換表, 第6版. 文光堂; 2002. p9<sup>5</sup>)

(正)

食品の分類	食品の種類	1単位(80kcal)あたりの栄養素の平均含有量		
		炭水化物(g)	蛋白質(g)	脂質(g)
<b>炭水化物を多く含む食品(I群)</b>				
表1	●穀物●いも●炭水化物の多い野菜と種実●豆(大豆を除く)	18	2	0
表2	●くだもの	19	1	0
<b>蛋白質を多く含む食品(II群)</b>				
表3	●魚介●大豆とその製品●卵, チーズ●肉	1	8	5
表4	●牛乳と乳製品(チーズを除く)	7	4	4
<b>脂質を多く含む食品(III群)</b>				
表5	●油脂●脂質の多い種実●多脂性食品	0	0	9
<b>ビタミン, ミネラルを多く含む食品(IV群)</b>				
表6	●野菜(炭水化物の多い一部の野菜を除く)●海藻●きのこ●こんにゃく	14	4	1
調味料 ●みそ, みりん, 砂糖など				
		12	3	2

(日本糖尿病学会〈編〉. 糖尿病食事療法のための食品交換表, 第7版. 文光堂; 2002. p9<sup>5</sup>)

	2013. p13 <sup>5)</sup> )	
P108 本文下から2行目	『糖尿病食事療法のための食品交換表 (第6版)』	『糖尿病食事療法のための食品交換表 (第7版)』
P108 引用文献	<p>4) 日本糖尿病学会 (編). 糖尿病治療ガイド <u>2010</u>. 東京; 文光堂; <u>2010</u>. p25.</p> <p>5) 日本糖尿病学会 (編). 糖尿病食事療法のための食品交換表, 第<u>6</u>版. 東京; 文光堂; <u>2002</u>. p9.</p>	<p>4) 日本糖尿病学会 (編). 糖尿病治療ガイド <u>2014-2015</u>. 東京: 文光堂; <u>2014</u>. p25.</p> <p>5) 日本糖尿病学会 (編). 糖尿病食事療法のための食品交換表, 第<u>7</u>版. 東京; 文光堂; <u>2013</u>. p13.</p>
P110 参考文献	<p>1) 日本糖尿病学会 (編). 糖尿病治療ガイド <u>2008-2009</u>. 東京: 文光堂; <u>2008</u>.</p> <p>2) 聖マリアンナ医科大学病院リハビリテーション部理学療法科. 理学療法リスク管理マニュアル, 第<u>2</u>版. 東京: 三輪書店; <u>2006</u>.</p>	<p>1) 日本糖尿病学会 (編). 糖尿病治療ガイド <u>2014-2015</u>. 東京: 文光堂; <u>2014</u>.</p> <p>2) 聖マリアンナ医科大学病院リハビリテーション部理学療法科. 理学療法リスク管理マニュアル, 第<u>3</u>版. 東京: 三輪書店; <u>2011</u>.</p>
	(誤)	

表 1 糖尿病ケトアシドーシスと高浸透圧高血糖症候群の鑑別

	糖尿病ケトアシドーシス	高浸透圧高血糖症候群
糖尿病の病態	インスリン依存状態	インスリン非依存状態
発症前の既往, 誘因	インスリン注射の中止または減量, インスリン抵抗性の増大, 感染, 心身ストレス, 清涼飲料水の多飲	薬剤 (降圧利尿薬, グルココルチコイド, 免疫抑制薬), 高カロリー輸液, 脱水, 急性感染症, 火傷, 肝障害, 腎障害
発症年齢	若年者 (30 歳以下) が多い	高齢者が多い
前駆症状	激しい口渇, 多飲, 多尿, 体重減少, はなはだしい全身倦怠感, 消化器症状 (嘔気, 嘔吐, 腹痛)	明確かつ特異的なものに乏しい倦怠感, 頭痛, 消化器症状
身体所見	脱水 (+++), 発汗 (-), アセトン臭 (+), クスマウル大呼吸, 血圧低下, 循環虚脱, 脈拍頻かつ浅, 神経学的所見に乏しい	脱水 (+++), アセトン臭 (-), 血圧低下, 循環虚脱, 神経学的所見に富む (痙攣, 振戦)
検査所見		
血糖	250~1,000mg/dL	600~1,500mg/dL
ケトン体	尿中 (+) ~ (+++), 血清総ケトン体 3mM 以上	尿中 (-) ~ (+), 血清総ケトン体 0.5~2mM 以上
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	10mEq/L 以下	16mEq/L 以上
pH	7.3 未満	7.3~7.4
浸透圧	正常~330mOsm/L	335mOsm/L 以上
Na	130mEq/L 未満のことが多い	140mEq/L 以上
K	4.0mEq/L 前後	5.0mEq/L を超えることも少なくない
Cl	95mEq/L 未満のことが多い	正常範囲が多い
FFA	高値	時に低値
BUN/Cr	やや高め	高値
乳酸	約 20% の症例で > 5mM	しばしば > 5mM, 血液 pH 低下に注意
鑑別を要する疾患	脳血管障害, 低血糖, 代謝性アシドーシス, 急性腎臓障害, 肝臓疾患, 急性呼吸障害	脳血管障害, 低血糖, 痙攣を伴う疾患
注意すべき合併症 (治療経過中に起こりうるもの)	脳浮腫, 腎不全, 急性胃拡張, 低カリウム血症, 急性感染症	脳浮腫, 脳梗塞, 心筋梗塞, 心不全, 急性胃拡張, 横紋筋融解症, 腎不全, 動静脈血栓, 低血圧

(日本糖尿病学会 (編), 糖尿病治療ガイド 2008-2009, 文光堂: 2008, p67<sup>1)</sup>)

FFA: 遊離脂肪酸, BUN: 尿素窒素, Cr: クレアチニン.

表 1 糖尿病ケトアシドーシスと高血糖高浸透圧症候群の鑑別		
	糖尿病ケトアシドーシス*	高血糖高浸透圧症候群
糖尿病の病態	インスリン依存状態	インスリン非依存状態。発症以前には糖尿病と診断されていないこともある
発症前の既往、誘因	インスリン注射の中止または減量、インスリン抵抗性の増大、感染、心身ストレス、清涼飲料水の多飲	薬剤（降圧利尿薬、グルココルチコイド、免疫抑制薬）、高カロリー輸液、脱水、急性感染症、火傷、肝障害、腎障害
発症年齢	若年者（30歳以下）が多い	高齢者が多い
前駆症状	激しい口渇、多飲、多尿、体重減少、はなはだしい全身倦怠感、消化器症状（悪心、嘔吐、腹痛）	明確かつ特異的なものに乏しい倦怠感、頭痛、消化器症状
身体所見	脱水（+++）、発汗（-）、アセトン臭（+）、クスマウル大呼吸、血圧低下、循環虚脱、脈拍頻かつ浅、神経学的所見に乏しい	脱水（+++）、アセトン臭（-）、血圧低下、循環虚脱、神経学的所見に富む（痙攣、振戦）
検査所見		
血糖	300～1,000mg/dL	600～1,500mg/dL
ケトン体	尿中（+）～（+++）、血清総ケトン体3mM以上	尿中（-）～（+）、血清総ケトン体0.5～2mM以上
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	10mEq/L以下	16mEq/L以上
pH	7.3未満	7.3～7.4
浸透圧	正常～300mOsm/L	350mOsm/L以上
Na	正常～軽度低下	>150mEq/L
K	軽度上昇、治療後低下	軽度上昇、治療後低下
Cl	95mEq/L未満のことが多い	正常範囲が多い
FFA	高値	時に低値
BUN/Cr	高値	著明高値
乳酸	約20%の症例で>5mM	しばしば>5mM、血液pH低下に注意
鑑別を要する疾患	脳血管障害、低血糖、他の代謝性アシドーシス、急性胃腸障害、肝臓疾患、急性呼吸障害	脳血管障害、低血糖、痙攣を伴う疾患
注意すべき合併症（治療経過中に起こりうるもの）	脳浮腫、腎不全、急性胃拡張、低カリウム血症、急性感染症	脳浮腫、脳梗塞、心筋梗塞、心不全、急性胃拡張、横紋筋融解症、腎不全、動静脈血栓、低血圧
*症状発現後1週間前後でケトosisあるいはケトアシドーシスに陥る劇症1型糖尿病があるので注意を要する。		
（日本糖尿病学会（編）、糖尿病治療ガイド2014-2015、文光堂：2014、p75 <sup>13</sup> ）		
FFA：遊離脂肪酸、BUN：尿素窒素、Cr：クレアチニン。		

  

P114 ※分量調整のため（1行減）	<p>低血糖を予防するためには、十分な指導が必要となる。</p> <p>__単糖類（ブドウ糖）や二糖類（キャンディ<sup>二</sup>、キャラメル、ジュース）は、小腸での吸収が早いので、低血糖症状（頻脈、発汗、振戦）を感じたらすぐに食べられるように、常に持ち歩くことを指導する。</p>	<p>低血糖を予防するためには、十分な指導が必要となる。単糖類（ブドウ糖）や二糖類（キャンディ、キャラメル、ジュース）は、小腸での吸収が早いので、低血糖症状（頻脈、発汗、振戦）を感じたらすぐに食べられるように、常に持ち歩くことを指導する。多糖類（ビスケットなど）は、小腸での吸収がゆっくりであ</p>
-----------------------	---	--

	<p>__多糖類（ビスケットなど）は、小腸での吸収がゆっくりであるため、夜間の低血糖を起こしやすい場合や激しい運動をする前にあらかじめ食べるように指導する。</p> <p>家族、友人、親しい同僚、教師などには低血糖時の処置を説明し、協力を求めることが望ましい。</p>	<p>るため、夜間の低血糖を起こしやすい場合や激しい運動をする前にあらかじめ食べるように指導する。</p> <p>家族、友人、親しい同僚、教師などには低血糖時の処置を説明し、協力を求めることが望ましい。</p>																										
<p>P116 表4</p>	<p>(誤)</p> <p><b>表4 糖尿病神経障害（多発性神経障害と単発性神経障害）の診断（厚生省糖尿病調査研究班の提案）</b></p> <table border="1" data-bbox="459 862 1125 1198"> <tr> <td rowspan="7" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">多発性神経障害</td> <td>1. 糖尿病状態（持続的高血糖状態）にあること</td> </tr> <tr> <td>2. 神経症状の原因となる疾患が糖尿病以外にないこと</td> </tr> <tr> <td>3. 自発痛、パレステジア（異常感覚）、感覚鈍麻、感覚脱失などがあり、特に下肢のより遠位部末梢ほどその程度が強く、ほぼ左右対称性である</td> </tr> <tr> <td>4. 膝（膝蓋）反射、アキレス（腱）反射の減弱ないしは消失</td> </tr> <tr> <td>5. 内・外踝および橈骨、尺骨茎状突起部あるいは手指、足指などの振動覚の鈍麻、消失</td> </tr> <tr> <td>6. 電気生理学的神経機能検査による異常所見</td> </tr> <tr> <td>7. 起立性血圧低下、発汗異常、排尿障害、便秘異常</td> </tr> <tr> <td colspan="2">上記1, 2に加え3~7のうち3つ以上の項目を満たす場合に糖尿病末梢神経障害と診断する。3~7のうち1つないしは2つあるものはその疑いとする</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">単発性神経障害</td> <td>1. 糖尿病状態であること</td> </tr> <tr> <td>2. 限局性の自発痛、パレステジア（異常感覚）、感覚鈍麻、筋力低下があり、詳細な検査によっても原因が糖尿病以外に認められないこと この2つを満足すること</td> </tr> </table> <p>(日本糖尿病学会(編). 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン, 改訂第2版, 南江堂; 2007. p95<sup>2)</sup>)</p> <p style="text-align: right;">(正)</p> <p><b>表4 糖尿病神経障害の診断基準</b></p> <p><b>a. 糖尿病神経障害の診断基準(米国糖尿病学会2010)</b></p> <table border="1" data-bbox="475 1344 965 1713"> <thead> <tr> <th>糖尿病多発神経障害の診断精度</th> <th>診断項目</th> <th>使用目的</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Possible</td> <td>以下のいずれか1項目の異常 ・下肢の神経症状 ・下肢遠位部の感覚低下 ・アキレス腱反射の減弱/消失</td> <td>日常臨床</td> </tr> <tr> <td>Probable (糖尿病神経障害を考える会の基準に相当)</td> <td>以下の3項目うち2項目以上を満たす場合を“神経障害あり”とする ・下肢の神経症状(症状) ・下肢遠位部の感覚低下(徴候) ・アキレス腱反射の減弱/消失(徴候)</td> <td>日常臨床</td> </tr> <tr> <td>Confirmed</td> <td>以下の2項目を満たす ・神経伝導検査の異常 ・神経症状あるいは徴候</td> <td>日常臨床 臨床研究</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>b. 糖尿病神経障害を考える会の診断基準(1998年作成, 2000, 2002年改定)</b></p> <table border="1" data-bbox="981 1489 1380 1713"> <tr> <td> <p>必須項目</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 糖尿病が存在する.</li> <li>2. 糖尿病性多発神経障害以外の末梢神経障害を否定しうる.</li> </ol> <p>以下の3項目うち2項目以上を満たす場合を“神経障害あり”とする.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性多発神経障害に基づくと思われる自覚症状</li> <li>・両側アキレス腱反射の低下あるいは消失</li> <li>・両側内踝の振動覚低下</li> </ul> </td> </tr> </table> <p>(日本糖尿病学会(編). 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013. 南江堂; 2013. p117<sup>2)</sup>)</p>		多発性神経障害	1. 糖尿病状態（持続的高血糖状態）にあること	2. 神経症状の原因となる疾患が糖尿病以外にないこと	3. 自発痛、パレステジア（異常感覚）、感覚鈍麻、感覚脱失などがあり、特に下肢のより遠位部末梢ほどその程度が強く、ほぼ左右対称性である	4. 膝（膝蓋）反射、アキレス（腱）反射の減弱ないしは消失	5. 内・外踝および橈骨、尺骨茎状突起部あるいは手指、足指などの振動覚の鈍麻、消失	6. 電気生理学的神経機能検査による異常所見	7. 起立性血圧低下、発汗異常、排尿障害、便秘異常	上記1, 2に加え3~7のうち3つ以上の項目を満たす場合に糖尿病末梢神経障害と診断する。3~7のうち1つないしは2つあるものはその疑いとする		単発性神経障害	1. 糖尿病状態であること	2. 限局性の自発痛、パレステジア（異常感覚）、感覚鈍麻、筋力低下があり、詳細な検査によっても原因が糖尿病以外に認められないこと この2つを満足すること	糖尿病多発神経障害の診断精度	診断項目	使用目的	Possible	以下のいずれか1項目の異常 ・下肢の神経症状 ・下肢遠位部の感覚低下 ・アキレス腱反射の減弱/消失	日常臨床	Probable (糖尿病神経障害を考える会の基準に相当)	以下の3項目うち2項目以上を満たす場合を“神経障害あり”とする ・下肢の神経症状(症状) ・下肢遠位部の感覚低下(徴候) ・アキレス腱反射の減弱/消失(徴候)	日常臨床	Confirmed	以下の2項目を満たす ・神経伝導検査の異常 ・神経症状あるいは徴候	日常臨床 臨床研究	<p>必須項目</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 糖尿病が存在する.</li> <li>2. 糖尿病性多発神経障害以外の末梢神経障害を否定しうる.</li> </ol> <p>以下の3項目うち2項目以上を満たす場合を“神経障害あり”とする.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性多発神経障害に基づくと思われる自覚症状</li> <li>・両側アキレス腱反射の低下あるいは消失</li> <li>・両側内踝の振動覚低下</li> </ul>
多発性神経障害	1. 糖尿病状態（持続的高血糖状態）にあること																											
	2. 神経症状の原因となる疾患が糖尿病以外にないこと																											
	3. 自発痛、パレステジア（異常感覚）、感覚鈍麻、感覚脱失などがあり、特に下肢のより遠位部末梢ほどその程度が強く、ほぼ左右対称性である																											
	4. 膝（膝蓋）反射、アキレス（腱）反射の減弱ないしは消失																											
	5. 内・外踝および橈骨、尺骨茎状突起部あるいは手指、足指などの振動覚の鈍麻、消失																											
	6. 電気生理学的神経機能検査による異常所見																											
	7. 起立性血圧低下、発汗異常、排尿障害、便秘異常																											
上記1, 2に加え3~7のうち3つ以上の項目を満たす場合に糖尿病末梢神経障害と診断する。3~7のうち1つないしは2つあるものはその疑いとする																												
単発性神経障害	1. 糖尿病状態であること																											
	2. 限局性の自発痛、パレステジア（異常感覚）、感覚鈍麻、筋力低下があり、詳細な検査によっても原因が糖尿病以外に認められないこと この2つを満足すること																											
糖尿病多発神経障害の診断精度	診断項目	使用目的																										
Possible	以下のいずれか1項目の異常 ・下肢の神経症状 ・下肢遠位部の感覚低下 ・アキレス腱反射の減弱/消失	日常臨床																										
Probable (糖尿病神経障害を考える会の基準に相当)	以下の3項目うち2項目以上を満たす場合を“神経障害あり”とする ・下肢の神経症状(症状) ・下肢遠位部の感覚低下(徴候) ・アキレス腱反射の減弱/消失(徴候)	日常臨床																										
Confirmed	以下の2項目を満たす ・神経伝導検査の異常 ・神経症状あるいは徴候	日常臨床 臨床研究																										
<p>必須項目</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 糖尿病が存在する.</li> <li>2. 糖尿病性多発神経障害以外の末梢神経障害を否定しうる.</li> </ol> <p>以下の3項目うち2項目以上を満たす場合を“神経障害あり”とする.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性多発神経障害に基づくと思われる自覚症状</li> <li>・両側アキレス腱反射の低下あるいは消失</li> <li>・両側内踝の振動覚低下</li> </ul>																												
<p>P117 表5</p>	<p>(誤)</p>																											

表5 糖尿病腎症の病期分類

病期	臨床的特徴		病理学的特徴 (糸球体病変)	備考 (主な治療法)
	尿蛋白(アルブミン)	糸球体濾過率 (Ccr)		
第1期 (腎症前期)	正常	正常 時に高値	びまん性病変：ない ～軽度	血糖コントロール
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿	正常 時に高値	びまん性病変：軽度 ～中程度 結節性病変：時に存在	厳格な血糖コントロール 降圧治療
第3期A (顕性腎症前期)	持続性蛋白尿	ほぼ正常	びまん性病変：中程度 結節性病変：多くは 存在	厳格な血糖コントロール 降圧治療・蛋白制限食
第3期B (顕性腎症後期)	持続性蛋白尿	低下	びまん性病変：高度 結節性病変：多くは 存在	厳格な降圧治療 蛋白制限食
第4期 (腎不全期)	持続性蛋白尿	著明低下 (血清 Cr 上昇)	荒廃糸球体	厳格な降圧治療 蛋白制限食・透析 療法導入
第5期 (透析療法期)	透析療法中			移植

(日本糖尿病学会 (編). 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン. 改訂第2版. 南江堂; 2007. p78<sup>2)</sup>)

(正)

表5 糖尿病腎症病期分類

病期	臨床的特徴		病理学的特徴 (糸球体病変)	備考 (主な治療法)
	尿蛋白(アルブミン)	糸球体濾過率 (Ccr)		
第1期 (腎症前期)	正常	正常 時に高値	びまん性病変：ない ～軽度	血糖コントロール
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿	正常 時に高値	びまん性病変：軽度 ～中程度 結節性病変：時に存在	厳格な血糖コントロール 降圧治療
第3期A (顕性腎症前期)	持続性蛋白尿	ほぼ正常	びまん性病変：中程度 結節性病変：多くは 存在	厳格な血糖コントロール 降圧治療・蛋白制限食
第3期B (顕性腎症後期)	持続性蛋白尿	低下	びまん性病変：高度 結節性病変：多くは 存在	厳格な降圧治療 蛋白制限食
第4期 (腎不全期)	持続性蛋白尿	著明低下 (血清 Cr 上昇)	荒廃糸球体	厳格な降圧治療 <b>低蛋白食</b> ・透析療法 導入
第5期 (透析療法)	透析療法中			移植

降圧療法については「高血圧治療ガイドライン2009 (日本高血圧学会) を参照のこと。

(日本糖尿病学会 (編). 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013. 南江堂; 2013. p99<sup>2)</sup>)

P118 表9 1行 目	・デブリメント	・デブリドマン
P118 引用文献	1) 日本糖尿病学会 (編). 糖尿病治療 ガイド <u>2008-2009</u> . 東京: 文光堂;	1) 日本糖尿病学会 (編). 糖尿病治療ガ イド <u>2014-2015</u> . 東京: 文光堂; <u>2014</u> .



	<p><u>2008</u>. p67.</p> <p>2) 日本糖尿病学会 (編). 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン, <u>改訂第2版</u>. 東京: 南江堂; <u>2007</u>. p78, <u>95</u>.</p>	<p>p75.</p> <p>2) 日本糖尿病学会 (編). 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン <b>2013</b>. 東京: 南江堂; <b>2013</b>. p99, <b>117</b>.</p>
P119 下から1行目	(表1) <sup>13)</sup> .	(表1) <sup>1)</sup> .
P119 文献	<p>■引用文献</p> <p>1) 日本糖尿病学会 (編). 糖尿病治療ガイド <u>2008-2009</u>. 東京: 文光堂; <u>2008</u>. p70-71.</p> <p>2) 日本糖尿病学会 (編). 「食品交換表」を用いる糖尿病食事療法指導のてびき, 第2版. 東京: 文光堂; 2004.</p> <p>3) 日本糖尿病学会 (編). <u>糖尿病腎症</u>の食品交換表, 第2版. 東京: 文光堂; 2003.</p>	<p>■引用文献</p> <p>1) 日本糖尿病学会 (編). 糖尿病治療ガイド <b>2014-2015</b>. 東京: 文光堂; <b>2014</b>. p80-81.</p> <p>■参考文献</p> <p>1) 日本糖尿病学会 (編). 「食品交換表」を用いる糖尿病食事療法指導のてびき, 第2版. 東京: 文光堂; 2004.</p> <p>2) 日本糖尿病学会 (編). <b>糖尿病性腎症</b>の食品交換表, 第2版. 東京: 文光堂; 2003.</p>
P120 表1	(誤)	

病期	検査値	生活一般	食事				運動 <sup>注1)</sup>	勤務	家事	妊娠・出産	治療、食事、生活のポイント
			総エネルギー摂取量 <sup>注2)</sup>	蛋白質 <sup>注3)</sup>	食塩相当量 <sup>注4)</sup>	カリウム <sup>注5)</sup>					
第1期 (腎症前期)	GFR 蛋白尿 正常～高値 陽性	・普通生活 25～30	・普通生活 25～30	・制限せず	・制限せず	・原則として糖尿病の運動療法を行う	・普通勤務	・普通	可	・糖尿病食を基本とし、血糖コントロールに努める。蛋白質の過剰摂取は好ましくない。	
第2期 (早期腎症期)	正常～高値 微量アルブミン尿	・普通生活 25～30	1.0～1.2	・制限せず	・制限せず	・原則として糖尿病の運動療法を行う	・普通勤務	・普通	可	・糖尿病食を基本とし、厳格な血糖コントロールに努める。 ・降圧治療 ・蛋白質の過剰摂取は好ましくない。	
第3期A (顕性腎症前期)	60mL/分以上 蛋白尿 1g/日未満	・普通生活 25～30	0.8～1.0	7～8	・制限せず	・原則として運動可 ・ただし病態によりその程度も調節する ・過激な運動は不可	・普通勤務	・普通	不可	・厳格な血糖コントロール ・降圧治療 ・蛋白制限食 <sup>注6)</sup>	
第3期B (顕性腎症後期)	60mL/分未満 蛋白尿 1g/日以上	・軽度制限 30～35 ・疲労が残らない生活	0.8～1.0	7～8	・軽度制限	・運動制限 ・体力を維持する程度の運動は可	・軽度制限 ・業務の種類により普通勤務～重度までにする	・疲労のない程度	不可	・血糖コントロール ・降圧治療、蛋白制限食 <sup>注6)</sup> ・浮腫の程度、心不全の有無により水分を適量制限する	
第4期 (腎不全期)	高安蛋白尿 蛋白尿	・制限 30～35	0.6～0.8	5～7	< 1.5	・運動制限 ・散歩やラジオ体操は可	・軽労～軽運動 ・疲労を感じない程度の産業を主とする	・制限 ・疲労を感じない程度の軽い家事	不可	・血糖コントロール、降圧治療 ・低蛋白食 <sup>注6)</sup> (透析療法導入) ・浮腫の程度、心不全の有無により水分を適量制限する	
第5期 (透析療法期)		・軽度制限 血液透析 (HD) 注7) ・疲労が残らない生活 持続式透析療法 (CAPD) 注8) 注9)	血液透析 (HD) 注7) 注9) : 30～40 持続式透析療法 (PD) 注8) : 30～35	1.0～1.2 1.1～1.3	7～8 8～10	< 1.5 ・軽度制限	・原則として軽運動 ・過激な運動は不可	・原則として軽労 ・超過勤務、残業は時に制限	・普通に可 ・疲労が残らない程度にする	不可	・血糖コントロール、降圧治療 ・透析療法または腎移植 ・水分制限 (透析療法導入) 注10) は透析時基本体重の5%以内)

注1) 高血圧合併症では、6g/日未満が推奨される。  
 注2) 尿蛋白量、高血圧の程度により制限も種々ある。ただし、増糖状態を合併した症例では、腎症の病期にかかわらず激しい運動は制限を加える。  
 注3) 「食品交換表」を用い、糖質制限食療法に併せて、糖質制限食の食品交換表<sup>注11)</sup>参照。  
 注4) 血液透析 (HD)、持続式透析療法 (CAPD) 患者は尿蛋白量が低下しているため、総エネルギー摂取量は通常の糖尿病治療より若干多くとなっている。CAPD患者では血液透析中のブドウ糖が数割より一部供給される。  
 (日本糖尿病学会 (編)、糖尿病治療ガイド2008-2009、文光堂、2008、pp70-71)

(正)

病期	生活一般	食事				運動 <sup>注1)</sup>	勤務	家事	妊娠・出産	治療、食事、生活のポイント
		総エネルギー摂取量 <sup>注2)</sup>	蛋白質 <sup>注3)</sup>	食塩相当量 <sup>注4)</sup>	カリウム <sup>注5)</sup>					
第1期 (腎症前期)	・普通生活 25～30	25～30	1.0～1.2	高血圧があれば6g未満	・制限せず	・原則として糖尿病の運動療法を行う	・普通勤務	・普通	可	・糖尿病食を基本とし、血糖コントロールに努める。 ・降圧治療 ・食事管理 ・労務
第2期 (早期腎症期)	・普通生活 25～30	25～30	1.0～1.2	高血圧があれば6g未満	・制限せず	・原則として糖尿病の運動療法を行う	・普通勤務	・普通	慎重な管理を要する	・糖尿病食を基本とし、血糖コントロールに努める。 ・降圧治療 ・降圧治療 ・食事管理 ・労務 ・蛋白質の過剰摂取は好ましくない。
第3期 (顕性腎症期)	・普通生活 25～30 <sup>注6)</sup>	25～30 <sup>注6)</sup>	0.8～1.0	6g未満	・制限せず (高カリウム血症があれば<2.0)	・原則として運動可 ・ただし病態によりその程度も調節する ・過激な運動は不可	・普通勤務	・普通	推奨しない	・適切な血糖コントロール ・降圧治療 ・降圧治療 ・食事管理 ・労務 ・蛋白制限食
第4期 (腎不全期)	・軽度制限 25～35	25～35	0.6～0.8	6g未満	< 1.5	・運動制限 ・散歩やラジオ体操は可 ・体力を維持する程度の運動は可	・軽労～軽運動 ・疲労を感じない程度の産業を主とする ・残業、夜勤は避ける	・制限 ・疲労を感じない程度の軽い家事	推奨しない	・適切な血糖コントロール ・降圧治療 ・降圧治療 ・食事管理 ・労務 ・低蛋白食 ・降圧治療
第5期 (透析療法期)	・軽度制限 疲労が残らない範囲の生活	血液透析 (HD) 注7) 注9) : 30～35 持続式透析療法 (PD) 注8) : 30～35	0.9～1.2 注9) : 30～35	6g未満 注9) : 30～35	< 2.0 ・制限制限せず	・原則として軽運動 ・過激な運動は不可	・原則として軽労 ・超過勤務、残業は時に制限	・普通に可 ・疲労が残らない程度にする	推奨しない	・適切な血糖コントロール ・降圧治療 ・降圧治療 ・食事管理 ・労務 ・透析療法または腎移植 ・水分制限 (血液透析患者の場合、最大透析時蛋白の体重増加を6%未満とする)

注1) 尿蛋白量、高血圧、心血管症の程度により運動量を慎重に決定する。ただし、増糖状態を合併した症例では、腎症の病期にかかわらず激しい運動は避ける。  
 注2) 一過性は糖尿病の食事療法に依る。  
 注3) GFR<45では第4期の食事内容への変更も考慮する。  
 注4) 血糖および体重コントロールを目的として25～35kcal/kg体重/日までの制限も考慮する。  
 (日本糖尿病学会 (編)、糖尿病治療ガイド2014-2015、文光堂、2014、pp80-81)

P122 表1 出典	(日本糖尿病学会 (編)、糖尿病治療ガイド <u>2008-2009</u> 、文光堂; <u>2008</u> 、p41 <sup>1)</sup> )	(日本糖尿病学会 (編)、糖尿病治療ガイド <u>2014-2015</u> 、文光堂; <u>2014</u> 、p43 <sup>1)</sup> )
P124 表2 出典	(日本糖尿病学会 (編)、糖尿病治療ガイド <u>2008-2009</u> 、文光堂; <u>2008</u> 、p43 <sup>1)</sup> )	(日本糖尿病学会 (編)、糖尿病治療ガイド <u>2014-2015</u> 、文光堂; <u>2014</u> 、p45 <sup>1)</sup> )
P126 図5 出典	(日本糖尿病学会 (編)、糖尿病治療ガイド <u>2008-2009</u> 、文光堂; <u>2008</u> 、p43 <sup>1)</sup> )	(日本糖尿病学会 (編)、糖尿病治療ガイド <u>2014-2015</u> 、文光堂; <u>2014</u> 、p45 <sup>1)</sup> )

<p>P127 表6</p>	<p>①運動療法は、禁止あるいは制限したほうがよい場合（表2）があるので、指導前に<u>メディカルチェック</u>が必要である</p> <p>②運動療法はスポーツとは異なる。日常生活のなかの身体活動やスポーツ、レクリエーションは運動療法の一部となる</p> <p>③運動療法の実施は、食後1時間ごろが望ましいとされるが、実生活のなかで実施可能な時間のいつでもよい</p> <p>④<u>インスリン</u>や<u>SU薬</u>を用いている人では、低血糖になりやすい時間帯があるので注意する必要がある。運動誘発性の低血糖は、特にインスリン治療中の患者に起こりやすく、運動中またはその直後だけでなく運動終了後十数時間後にも起こりうる</p> <p>⑤脈拍数1分間100～120拍の運動は、<math>\dot{V}O_2\text{max}</math> 50%程度に相当する。運動強度を増やす場合は徐々に実行する</p> <p>⑥準備運動、整理運動を励行する</p> <p>⑦運動に適した<u>衣服</u>、ウォーキングシューズを勧める</p> <p>⑧運動を行ったからといって食事療法を怠ってはならない。空腹感から食物の過剰摂取にならないように注意する</p> <p>⑨<u>腰椎</u>、<u>下肢関節</u>に整形外科的な疾患があるときは、筋力トレーニングなどにより筋力の増強を図るとともに、水中歩行、椅子に<u>座</u>ってできる運動や腰痛体操を勧めるなどの配慮が必要である</p> <p>⑩運動は継続することが大切である。特に、血糖コントロールが不安定なときには、運動強度と持続時間は控えめにし、血糖の推移を観察する</p> <p>（日本糖尿病学会〈編〉. 糖尿病治療ガイド 2008-2009. 文光堂；2008. p42<sup>1)</sup>）</p> <p><u>SU</u>：スルホニル尿素、<math>\dot{V}O_2\text{max}</math>：最大酸素摂取量。</p>	<p>①運動療法は、禁止あるいは制限したほうがよい場合（表2）があるので、指導前に<u>メディカルチェック</u><sup>注)</sup>が必要である</p> <p>②運動療法はスポーツとは異なる。日常生活のなかの身体活動やスポーツ、レクリエーションは運動療法の一部となる</p> <p>③運動療法の実施は、食後1時間ごろが望ましいと<u>されている</u>が、実生活のなかで実施可能な時間のいつでもよい</p> <p>④<u>インスリン療法</u>や<u>インスリン分泌促進薬</u>で治療中の場合には、低血糖になりやすい時間帯があるので注意する。<u>インスリンは原則として四肢を避け、腹壁へ注射する</u></p> <p>⑤運動誘発性の低血糖は、特にインスリン治療中の患者に起こりやすく、運動中<u>や</u>直後だけでなく運動終了後十数時間後にも起こりうる。<u>運動量の多いときは、補食をとる、運動前後のインスリン量を減量するなどの注意が必要である</u></p> <p>⑥心拍数1分間100～120拍の運動は、<math>\dot{V}O_2\text{max}</math> 50%程度に相当する。運動強度を<u>増す</u>場合は徐々に実行する</p> <p>⑦準備運動、整理運動を励行する</p> <p>⑧運動に適した<u>服</u>、ウォーキングシューズを勧める</p> <p>⑨<u>寒冷および暑熱環境下の体温調節能低下に注意する</u></p> <p>⑩運動を行ったからといって食事療法を怠ってはならない。空腹感から食物の過剰摂取にならないように注意する</p> <p>⑪<u>腰椎</u>、<u>下肢関節</u>に整形外科的な疾患があるときは、筋力トレーニングなどにより筋力の増強を図るとともに、水中歩行、椅子に<u>かけて</u>できる運動や腰痛体操を勧めるなどの配慮が必要である</p> <p>⑫運動は継続することが大切である。特に、血糖コントロールが不安定なと</p>
----------------	---	---

		<p>きには、運動強度と持続時間は控えめにし、血糖値の推移を観察する</p> <p>注) メディカルチェックによって疾患や健康状態を把握することにより、運動による事故や疾患の悪化を予防する。また、運動するうえでの問題点を把握することにより、運動指導に役立てる。メディカルチェックは「問診」「診察」「検査」からなるが、特に既往歴、家族歴、自覚症状、生活習慣、運動習慣などの問診が重要である。</p> <p>(日本糖尿病学会〈編〉. 糖尿病治療ガイド 2014-2015. 文光堂; 2014. p44<sup>1)</sup>)</p> <p>VO<sub>2</sub>max : 最大酸素摂取量</p>
P128 13行目	<u>医療従事者</u>	医療者
P128 引用文献	1) 日本糖尿病学会〈編〉. 糖尿病治療ガイド <u>2008-2009</u> . 文光堂 ; <u>2008</u> . p <u>42</u> .	1) 日本糖尿病学会〈編〉. 糖尿病治療ガイド <b>2014-2015</b> . 文光堂 ; <b>2014</b> . p <b>43-45</b> .
P130 10行目	<u>2009</u> 年現在 CDEJ の有資格者数は <u>14,831</u> 人となっている.	<b>2013</b> 年現在 CDEJ の有資格者数は <b>17,651</b> 人となっている.
P153 下から2行目	<u>診れる</u>	診られる