

日本糖尿病学会 編・著

糖尿病診療ガイドライン 2019

(改訂第 6 版)

執筆要綱・内容目次
2017 年 11 月

株式会社 南 江 堂 臨床編集部

【「糖尿病診療ガイドライン 2019」策定に関する委員会】

【統括委員会】（敬称略、五十音順、*委員長）

荒木 栄一*	熊本大学大学院生命科学研究部代謝内科学分野
稲垣 暢也	京都大学大学院医学研究科糖尿病・内分泌・栄養内科学
植木浩二郎	国立国際医療研究センター研究所糖尿病研究センター
大澤 春彦	愛媛大学大学院医学系研究科分子機能領域糖尿病内科学講座
折笠 秀樹	富山大学大学院医学薬学研究部バイオ統計学・臨床疫学
近藤 龍也	熊本大学大学院生命科学研究部代謝内科学分野
新保 卓郎	太田総合病院附属太田西ノ内病院
谷澤 幸生	山口大学大学院医学系研究科病態制御内科学分野
野田 光彦	埼玉医科大学内分泌・糖尿病内科
能登 洋	聖路加国際病院内分泌代謝科
吉岡 成人	NTT 東日本札幌病院糖尿病内分泌内科
綿田 裕孝	順天堂大学大学院医学研究科代謝内分泌学

【策定委員会】（敬称略、五十音順、*委員長、†委員長補佐）

荒木 厚	東京都健康長寿医療センター糖尿病・代謝・内分泌内科
荒木 栄一*	熊本大学大学院生命科学研究部代謝内科学分野
池上 博司	近畿大学医学部内分泌・代謝・糖尿病内科
和泉 雄一	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科歯周病学
植木浩二郎	国立国際医療研究センター研究所糖尿病研究センター
宇都宮一典	東京慈恵会医科大学内科学講座糖尿病・代謝・内分泌内科
浦上 達彦	日本大学医学部小児科学系小児科学分野
折笠 秀樹	富山大学大学院医学薬学研究部バイオ統計学・臨床疫学
剣持 敬	藤田保健衛生大学医学部臓器移植科
後藤 温	国立がん研究センター社会と健康研究センター
古家 大祐	金沢医科大学糖尿病・内分泌内科学
近藤 龍也†	熊本大学大学院生命科学研究部代謝内科学分野
齋藤 重幸	札幌医科大学保健医療学部看護学科看護学第三講座
佐々木秀行	和歌山県立医科大学附属病院紀北分院内科
竹内 靖博	虎の門病院内分泌代謝科
田村 好史	順天堂大学大学院医学研究科代謝内分泌学
寺内 康夫	横浜市立大学大学院医学研究科分子内分泌・糖尿病内科学
土井 康文	麻生飯塚病院医務室
中村 二郎	愛知医科大学医学部内科学講座糖尿病内科
難波 光義	兵庫医科大学病院
藤倉 純二	京都大学大学院医学研究科糖尿病・内分泌・栄養内科学
藤本 新平	高知大学医学部内分泌代謝・腎臓内科
前川 聡	滋賀医科大学糖尿病内分泌・腎臓内科
益崎 裕章	琉球大学大学院医学研究科内分泌代謝・血液・膠原病内科学講座
横手幸太郎	千葉大学大学院医学研究院細胞治療内科学講座
吉岡 成人	NTT 東日本札幌病院糖尿病内分泌内科
綿田 裕孝	順天堂大学大学院医学研究科代謝内分泌学

【評価委員会】(敬称略、五十音順、*委員長、†委員長補佐)

雨宮 伸	埼玉医科大学小児科
石田 均	杏林大学医学部第三内科(糖尿病・内分泌・代謝内科)
石橋 俊	自治医科大学内科学講座内分泌代謝学部門
石原 寿光	日本大学医学部内科学系糖尿病代謝内科学分野
市岡 滋	埼玉医科大学形成外科
稲垣 暢也	京都大学大学院医学研究科糖尿病・内分泌・栄養内科学
今川 彰久	大阪医科大学内科学I
内潟 安子	東京女子医科大学東医療センター
大澤 春彦	愛媛大学大学院医学系研究科分子機能領域糖尿病内科学講座
小川 渉	神戸大学大学院医学研究科内科学講座糖尿病・内分泌内科学部門
押田 芳治	名古屋大学総合保健体育科学センター
片桐 秀樹	東北大学大学院医学系研究科糖尿病代謝内科学分野
片山 茂裕	埼玉医科大学かわごえクリニック
加藤 聡	東京大学大学院医学系研究科眼科・視覚矯正科
金藤 秀明	川崎医科大学医学部糖尿病・代謝・内分泌内科学分野
河野 茂夫	国立病院機構京都医療センターWHO 糖尿病協力センター
小林 哲郎	冲中記念成人病研究所
佐久間貞典	ひろさか内科クリニック運動習慣支援室
四方 賢一	岡山大学病院新医療研究開発センター
島田 朗	埼玉医科大学内分泌・糖尿病内科
島野 仁	筑波大学医学医療系内分泌代謝・糖尿病内科
下澤 達雄	国際医療福祉大学臨床検査医学
下村伊一郎	大阪大学大学院医学系研究科内分泌・代謝内科学
曾根 博仁	新潟大学大学院医歯学総合研究科血液・内分泌・代謝内科学分野
大門 眞	弘前大学大学院医学研究科内分泌代謝内科学講座
武田 純	岐阜大学大学院医学研究科分子・構造学講座内分泌代謝病態学分野
田中 逸	聖マリアンナ医科大学代謝・内分泌内科
谷澤 幸生	山口大学大学院医学系研究科病態制御内科学分野
塚本 和久	帝京大学医学部内分泌代謝・糖尿病内科
戸邊 一之	富山大学医学部第一内科
西村 英紀	九州大学大学院歯学研究院口腔機能修復学講座歯周病学分野
西村 理明	東京慈恵会医科大学内科学講座糖尿病・代謝・内分泌内科
野田 光彦*	埼玉医科大学内分泌・糖尿病内科
野出 孝一	佐賀大学医学部循環器内科
能登 洋†	聖路加国際病院内分泌代謝科
花房 俊昭	堺市立総合医療センター
馬場 正之	青森県立中央病院神経内科
平松 祐司	岡山市立総合医療センター
福井 道明	京都府立医科大学大学院医学研究科内分泌・代謝内科学
守屋 達美	北里大学健康管理センター
安田 斎	滋賀保健研究センター
山田祐一郎	秋田大学大学院医学系研究科内分泌・代謝・老年内科学
横野 浩一	北播磨総合医療センター

【策定委員会 協力者】（敬称略、執筆順、*SR 協力者）

大杉 満	国立国際医療研究センター研究所糖尿病情報センター
杉山 雄大*	国立国際医療研究センター研究所糖尿病情報センター
近藤 龍也	熊本大学大学院生命科学研究部代謝内科学分野
石井 規夫*	熊本大学大学院生命科学研究部代謝内科学分野
大村 有加	東京慈恵会医科大学内科学講座糖尿病・代謝・内分泌内科
川浪 大治*	東京慈恵会医科大学内科学講座糖尿病・代謝・内分泌内科
加賀 英義	順天堂大学大学院医学研究科代謝内分泌学
鈴木瑠璃子*	順天堂大学大学院医学研究科代謝内分泌学
三田 智也	順天堂大学大学院医学研究科代謝内分泌学
佐藤 淳子*	順天堂大学医学部附属静岡病院糖尿病・内分泌内科
能宗 伸輔*	近畿大学医学部内分泌・代謝・糖尿病内科
近藤 義宣*	小田原市立病院糖尿病内分泌内科
永井 聡	NTT 東日本札幌病院糖尿病内分泌内科
中村 昭伸*	北海道大学大学院医学研究科免疫・代謝内科学分野（内科II）
北田 宗弘	金沢医科大学糖尿病・内分泌内科学
久米 真司*	滋賀医科大学糖尿病内分泌・腎臓内科
神谷 英紀	愛知医科大学医学部内科学講座糖尿病内科
姫野 龍仁*	愛知医科大学医学部内科学講座糖尿病内科
中 啓吾	和歌山ろうさい病院内科
松野 正平*	和歌山県立医科大学内科学第一講座
森野勝太郎	滋賀医科大学糖尿病内分泌・腎臓内科
荒木 信一*	滋賀医科大学糖尿病内分泌・腎臓内科
水谷 幸嗣	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科歯周病学
片桐さやか*	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科歯周病学
島袋 充生*	福島県立医科大学糖尿病内分泌代謝内科学講座
三木 隆幸	札幌医科大学循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座
大西 浩文*	札幌医科大学公衆衛生学講座
前澤 善朗	千葉大学大学院医学研究院細胞治療内科学講座
馬場 雄介*	千葉大学大学院医学研究院細胞治療内科学講座
楠 宜樹	兵庫医科大学内科学糖尿病・内分泌・代謝科
松尾 俊宏*	兵庫医科大学内科学糖尿病・内分泌・代謝科
鈴木 潤一	日本大学医学部小児科学系小児科学分野
青木 政子*	日本大学医学部小児科学系小児科学分野
田村 嘉章*	東京都健康長寿医療センター糖尿病・代謝・内分泌内科
千葉 優子*	東京都健康長寿医療センター糖尿病・代謝・内分泌内科
船越 生吾	高知大学医学部内分泌代謝・腎臓内科
堀内 映里*	高知大学医学部内分泌代謝・腎臓内科
中村 宇大	九州大学大学院医学研究院病態機能内科学
大隈 俊明*	九州大学大学院医学研究院病態機能内科学／シドニー大学ジョージ国際保健研究所
辰島 啓太	虎の門病院内分泌代謝科

【システムティックレビュー（SR）サポートチーム】（敬称略、五十音順、*チームリーダー）

折笠 秀樹	富山大学大学院医学薬学研究部バイオ統計学・臨床疫学
壁谷 悠介	埼玉クリニック在宅医療部
後藤 温	国立がん研究センター社会と健康研究センター
新保 卓郎*	太田総合病院附属太田西ノ内病院
辻本 哲郎	国立国際医療研究センター病院糖尿病内分泌代謝科
林野 泰明	天理よろづ相談所病院内分泌内科

【顧問】（敬称略、五十音順）

赤沼	安夫	朝日生命成人病研究所
岩本	安彦	朝日生命成人病研究所
加来	浩平	川崎医科大学総合内科学I
春日	雅人	国立国際医療研究センター
門脇	孝	東京大学大学院医学系研究科糖尿病・代謝内科
河盛	隆造	順天堂大学大学院医学研究科（文科省事業）スポーツロジセンター
清野	裕	関西電力病院／関西電力医学研究所
田嶋	尚子	東京慈恵会医科大学
羽田	勝計	AMC 西梅田クリニック

【リエゾン委員】（五十音順） ※委員は後日各学会より推薦予定

日本眼科学会
日本高血圧学会
日本歯周病学会
日本腎臓学会
日本透析医学会
日本糖尿病眼学会
日本糖尿病教育・看護学会
日本糖尿病・妊娠学会
日本動脈硬化学会
日本肥満学会

【外部評価委員】 ※委員は後日協会より推薦予定

日本糖尿病協会

【編集方針】

1. 刊行の主旨

『糖尿病診療ガイドライン』は、2004 年の初版刊行以降、3 年毎に定期改訂を行っており、本書は改訂第 6 版「2019 年版」にあたる。

本ガイドラインは糖尿病臨床に携わる臨床医に必須な“科学的根拠（エビデンス）”に基づいた内容とし、合理的かつ効率的で均質な糖尿病診療を多くの糖尿病患者が享受しうることを可能にするものである。

今版では、「2016 年版」より採用した **Clinical Question (CQ)・Question (Q)** 形式を踏襲し、その作成手順・基準は『**Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014**』に準拠する。なお、採用する文献は 2017 年 12 月末までのものとし、最新の糖尿病診療の指針を示す。

2. 読者対象

一般臨床医、糖尿病専門医

3. 本の形態、本文の体裁

B5 判、13 級 1 段組、2 色刷、約 400 頁、並製

4. 製作の基準

- 1) B5 判、13 級 1 段組は、**1 頁当たり約 1,200 字（400 字詰め原稿用紙約 3 枚）に相当する。**図表は 1 点につき 400 字詰め原稿用紙 1 枚と数え、依頼枚数に含む。
- 2) 本文はパソコンで入力し、データを添付する。
- 3) 漢字、送りがな、かな遣い等の用字法については南江堂が統一する。

5. 原稿の編集について

原稿提出後、統括委員会、評価委員会において内容評価を行います。その評価に基づいて修正・割愛をお願いすることがありますので、あらかじめご了承ください。

6. 校正について

初校は統括委員会・策定委員会・顧問・理事会、再校は統括委員会・策定委員会・南江堂が行い、三校は南江堂のみの校正とする。

7. 著作権・著作権使用料について

- 1) 著作権は一般社団法人 日本糖尿病学会に帰属します。
- 2) 著作権使用料は一般社団法人 日本糖尿病学会の収入とすることをご了承下さい。
- 3) 執筆者名は項目毎に表示せず、一覧表（五十音順）として一括して掲載します。

8. 原稿締切日と進行予定

- ① 原稿締切日【一次原稿】：2018年2月末日（厳守）
- ② 原稿評価（評価委員）：2018年3～5月
- ③ 評価後の原稿修正締切【二次原稿】：2018年6月末日
- ④ 策定委員会（ステートメント・解説の確認、推奨の強さの投票・決定）：
2018年8月4～5日
- ⑤ 策定委員会を受けて原稿修正締切【三次原稿】：2018年8月末日
- ⑥ 委員会による全体評価（統括委員、策定委員、評価委員、顧問）：
2018年9月
- ⑦ 全体評価後の原稿修正締切【四次原稿】：2018年10月下旬
- ⑧ パブリックコメント募集・リエゾン委員による評価：2018年11月
- ⑨ パブリックコメント・リエゾン委員評価後の原稿修正締切【五次原稿＝最終原稿】：
2018年12月中旬
- ⑩ 校正刷り校閲：2019年2～4月
- ⑪ 刊行予定：2019年5月

※進行の詳細は関係者専用ホームページに掲載予定です（ホームページの URL、ID、パスワードは近日中にメールで案内予定です）。

【執筆要綱】

1. 基本方針

- 1) 各章の基本構成は以下の通りとする。
- 2) “科学的根拠（エビデンス）”となる文献については、システマティックレビューチーム（SR チーム；SR 協力者あるいは策定委員）が CQ 毎に検索を行う。検索期間は 2017 年 12 月末までとし、検索式および検索日は必ず記録する。ただし、重要な文献は 2017 年以降でも採用する。検索・評価において不明な点がある場合には、事務局（E-mail : gl2019@jds.or.jp）を介して SR サポートチームに問い合わせを行う。
- 3) HbA1c 値は、NGSP 値で記載する。過去の報告において、JDS 値での記載が望ましい場合は JDS 値とし、必ず「(JDS)」を記載する。
- 4) 各章において、他学会から関連するガイドラインが発表されている場合には、その整合性も確認する。

《基本構成》

※別紙「作業手引」「エビデンスレベル・推奨グレード評価基準改定に伴う変更点」も参照

(1) CQ・Q ① CQ の定義：回答として診療行為を推奨する（推奨グレードを付す）ことが可能な臨床的疑問。CQ では文献のシステマティックレビュー（SR）を必ず行う ② Q の定義：CQ 以外の臨床的疑問点（推奨グレードは付けない）。Q では文献の SR を行わなくてもよいが、できる限り広く文献を収集・評価し、解説は体系的に記述する ③ 「CQ→Q」「Q→CQ」の変更：エビデンス収集、SR の結果によっては、「CQ→Q」あるいは「Q→CQ」の変更も可能であるが、その際には必ず変更内容ならびに根拠となるエビデンスを策定委員長に連絡する ④ CQ・Q の追加・削除：エビデンス収集、SR の結果によっては、CQ・Q の追加あるいは削除も可能であるが、その際には必ず策定委員長に連絡する ⑤ CQ・Q の文言の統一：CQ・Q の文言については、最終段階で意味を変えない範囲として策定委員長・評価委員長において統一を行う
(2) ステートメント ① 1CQ あたりの数：可能な限り 1 ステートメントとし、多くとも 2 ステートメントまでとする（CQ は推奨グレードを必ず記載する） ② 1Q あたりの数：可能な限り 3 ステートメントまでとする。これを超える場合でも最大 5 ステートメントまでとする ③ ステートメントの文字数：簡潔かつ明瞭な単一の文章とし、1 ステートメントを 100 字程度とする ④ CQ ステートメントの引用文献：推奨グレードの判断に必要な重要論文は、CQ ステートメント文中にすべて引用する。推奨内容と結論が異なる論文があれば、それも CQ ステートメント文中に引用し、解説文中で言及する ※推奨グレードがコンセンサスによる場合は、ステートメント文中には引用論文は記載しない
(3) 解説 ① 記載内容：「2016 年版」の内容を参考とする ② 解説の文字数：1 頁の場合=800 字まで、2 頁の場合=1600 字までを目安とする ③ 小見出し：解説文が長い場合には適宜小見出しを付ける
(4) 【CQ のみ】ステートメント文中に引用した文献の採用基準 ① 文献検索で挙げた文献の中から、CQ ステートメントに引用した論文を採用した基準（検索用語、研究デザインの限定、例数基準等）を簡潔に記載する

(5) 【CQのみ】推奨グレード判定の説明 ① 推奨グレードの決定に際しては、推奨の対象となる行為の「エビデンス総体の確実性」・「益害バランス」・「患者の価値観」・「費用」の4項目を評価し、これらの評価内容を記載する（p.9～10「A. 推奨グレードについて」参照）
(6)（章毎に）引用文献（必要に応じて「参考とした資料」も記載） ① 引用文献：エビデンスとして採用した文献はステートメント・解説文中に肩付き番号を付し（¹⁾、²⁾、³⁾...）、章毎に巻末にまとめる（章毎に通し番号とする） ② エビデンスレベル：<u>CQ</u> ステートメント文中の引用文献についてのみ、エビデンスレベルを付す（CQの解説文、Qのステートメント・解説文中の引用文献については、エビデンスレベルの付与は不要） ※RCTは、①バイアスリスク、②直接性、③精確さ、を考慮してエビデンスレベルを決定する。MA/SRは、①バイアスリスク、②直接性、③試験間の結果の一致性、④精確さ、⑤出版バイアス、を考慮してエビデンスレベルを決定する。これらの評価内容はアブストラクトテーブルに記載する ③ 参考とした資料：ガイドラインや厚生省報告書、総説、レビュー等は上記の引用文献とは区別して解説文中に肩付き番号を付し（^{a)}、^{b)}、^{c)}...）、章毎に巻末にまとめる（章毎に通し番号とする） ④ 文献の表記法：引用文献・参考とした資料の表記法は「2016年版」と同形式とする ⑤ 文献数：引用文献・参考とした資料は、必要最小限とし、古い文献は削除し新しい文献とする（ただし、古い文献でも重要なものは残す）
(7)（章毎に）アブストラクトテーブル ① <u>CQ</u> ステートメント文中の引用文献についてのみ、アブストラクトテーブルを作成し、章毎にまとめる（CQ解説文、Qステートメント文・解説文中の引用文献についてはアブストラクトテーブルの作成は不要） ② 見出し：「論文コード」、「対象」、「方法」、「結果」として統一する ③ <u>CQ</u> ステートメント文中の引用文献のうち、研究デザインがRCTあるいはMA/SRの文献には、エビデンスレベルの評価内容（下記）を「はい」・「いいえ」のいずれかで記載する（次頁 記載例、p.11「B. エビデンスレベル・研究デザインについて」も参照） 「バイアスリスクは低いか」 「臨床疑問に直接答えているか」 「研究結果はほぼ一致しているか」（MA/SRのみ） 「誤差は小さく精確な結果か」 「出版バイアスは疑われないか」（MA/SRのみ） ④ 「論文コード」：研究デザイン・エビデンスレベルを記載する。試験名がある場合はできるだけ記載する ⑤ 「対象」：対象集団を詳細に記載し、少なくとも人数・人種・年齢（必要に応じて肥満度・合併症）を記載する。人種の分類については文献の記載のままとし（表現の統一は行わない）、人種の記載がない場合は研究実施国を記載する（下記 記載例 参照） ⑥ 「結果」：なるべく具体的数値を記載する 記載例 対象（人種） ・日本人のみを対象とした研究 →[日本人] ・日本人を対象に含む研究 →[日本人を含む] ・日本人を含むか判断できない、あるいは含まないが、東アジア人のみを対象とした研究 →[東アジア人] ・日本人を含むか判断できない、あるいは含まないが、東アジア人を対象に含む研究 →[東アジア人を含む]

論文コード	対 象	方 法		結 果	
11) Tshiananga JK et al, 2012 MA/SR 【レベル1】	34 件の RCT を含むメタアナリシス（成人糖尿病患者 5,993 人、実施国スイス）〔東アジア人を対象とした研究を含む〕。	看護師主導の DSME の効果を検討した研究（1999～2009 年）のメタアナリシス。		看護師主導の DSME は、1 型・2 型糖尿病の血糖コントロールの改善に有効であり、特に 65 歳以上の高齢者、フォローアップ期間が 1～6 か月の研究で有効性が高かった。また、血圧、脂質も改善した。	
12) Christie D et al (CAS CADE), 2014 RCT 【レベル1】	1 型糖尿病患者 362 人（8～16 歳、イギリス）。	組織化された集団教育（2 日間のワークショップ）を受ける群と通常ケア群に無作為に割り付け、効果を検討。	研究開始から 12 か月および 24 か月の時点で、介入群における血糖コントロールは、通常ケア群と比較して有意に改善しなかったが、参加した両親と患者の関係がよくなり、知識や理解度、そして治療意欲と自信が増した。	出版バイアスは疑われないか	はい・いいえ
				誤差は小さく正確な結果か	はい・いいえ
				はい・いいえ	はい・いいえ
13) Aikens JE et al, 2012 前向きコホート 【レベル2】	2 型糖尿病患者（253 人）、平均年齢 57.3 歳、アメリカ。	うつ症状や PAID と 6 か月後の薬物・セルフケアのアドヒアランス、血糖コントロールの関係について前向きに検討。	うつ症状を有する糖尿病患者では、食行動、身体活動、SMBG のセルフケア行動が低下していた。また、PAID が高い患者では薬物治療へのアドヒアランスが低下しており、そのために血糖コントロールが不良となった。	出版バイアスは疑われないか	はい・いいえ
				誤差は小さく正確な結果か	はい・いいえ
				はい・いいえ	はい・いいえ

2. 推奨グレードとエビデンスレベルの付け方

- 1) CQ のステートメントには推奨グレードを必ず記載する（エビデンスレベルの記載は不要）。
- 2) 推奨グレードとエビデンスレベルの基準は以下の方針とする。

A. 推奨グレードについて

- 1) CQ 毎に 2 段階として付記する。

<推奨グレード>

グレード A （強い推奨）
グレード B （弱い推奨）

- 2) 推奨グレードの決定に際しては、推奨の対象となる行為の「エビデンス総体の確実性」・「益害バランス」・「患者の価値観」・「費用」の 4 項目を評価し、判断する。
- 3) 推奨グレード決定のための 4 項目のうち、「はい」の判定が多く、ほぼ全員の患者にとって推奨の対象となる行為を行うべきであると考えられる場合はグレード A と判定する。4 項目のうち、「いいえ」の判定が多く、患者により実施すべき行為が異なる場合にグレード B と判定する。なお、推奨グレードは「はい」「いいえ」の数のみでは判定せず、総合的に判断する。また、これらの評価結果は、各 CQ 末尾に表として記載する（次頁記載例 参照）。

- ①「エビデンス総体の確実性」: CQ ステートメントに引用する文献にエビデンスレベルが 1+または 1 の文献が含まれている場合に「はい」とする。エビデンスレベルが 2 または 3 の文献のみの場合、「いいえ」とする。

- ②「**益害バランス**」：推奨の対象となる行為による望ましい効果（益）と望ましくない効果（害）とを天秤にかけて、明らかに益が害を上回るときに「はい」とする。それ以外は「いいえ」とする。
- ③「**患者の価値観**」：推奨の対象となる行為およびその益と害に関する患者の価値観にばらつきがないと考えられる場合に「はい」とする。ばらつきがあると考えられる場合には「いいえ」とする。
- ④「**費用**」：推奨の対象となる行為の費用対効果を定性的もしくは定量的に評価し、費用が正味の利益（益－害）に見合うと考えられる場合に「はい」とする。それ以外は「いいえ」とする。判定根拠欄には、可能な限り、推奨の対象となる行為の現時点での診療点数または薬価等の費用を記載する。
- 4) **推奨グレードは、2018年8月4～5日開催の策定委員会において投票を行い、出席者の70%以上の合意をもって決定する**（投票は策定委員の80%以上の出席（協力者による代理出席も可）により行い、合意率が70%を下回る場合は討議の上、再投票を行う。3回投票を行っても70%以上の合意が得られない場合には「推奨なし」とする）。
- 5) 投票後の全体評価による修正（四次原稿）、パブリックコメントによる修正（五次原稿）において大きな変更を伴った場合は、策定委員会において改めて推奨グレード決定のための投票をメールにて行う。

記載例 推奨グレード

CQ/推奨文	推奨グレード (A または B)
CQ ：2型糖尿病患者においてX治療を行うべきか？ ステートメント：2型糖尿病患者において、X治療を行うことを推奨する。	推奨グレードA

推奨グレード判定の説明
推奨グレード決定のための4項目のうち、費用は正味の利益に見合うか否かは明らかでないものの、その他の項目（エビデンス総体の確実性、益害バランス、患者の価値観）はいずれもX治療を支持するものであり、強い推奨（推奨グレードA）と判定した。

推奨グレード決定のための 4項目	判定 (はい・いいえ)	判定根拠
① エビデンス総体の確実性： 推奨決定に影響を与える文献にエビデンスレベルが1+又は1のものが含まれているか？	はい	質の高いMA/SR（エビデンスレベル1+）において、X治療によるA、B、Cのアウトカム抑制効果が示されている。
② 益害バランス： 推奨の対象となる行為による益は害を上回るか？	はい	X治療は、A、B、C等のアウトカム（合併症）抑制効果を有し、D等の副作用の頻度が少ないことから、益が害を上回る。
③ 患者の価値観： 患者の価値観は一樣か？	はい	X治療によるA、B、C抑制効果やD等の副作用が少ないことに対する患者の価値観は一樣と思われる。
④ 費用： 費用は正味の利益（益－害）に見合うものか？	いいえ	現時点（平成29年9月）のX治療による費用はYYY円/日であり、比較的低コストと考えられる。米国では、X治療による増分費用効果費（incremental cost-effectiveness ratio：ICER）は、Zドル/1QALY（quality-adjusted life year：質調整生存年）と推定されている。しかし、日本における費用対効果に関する報告はないため、現時点では、費用は正味の利益に見合うものか否かは不確かである。

B. エビデンスレベル・研究デザインについて

- 1) エビデンスレベルの水準、研究デザインの区分は下記の表のとおりとする。
- 2) レベルは低くても、できるだけ日本のエビデンス（RCT でなくても）も引用する。
- 3) 次頁の③～⑩については研究計画のみの評価であるため、結果については解説文中で十分に評価を行う。

デザイン名称	英語／説明	エビデンスレベル
① MA/SR ^{*1}	Meta-analysis (メタ解析)／Systematic review (系統的レビュー) 質の高い MA/SR (下記をすべて満たす ^{*2}) ・ バイアスリスクは低い ・ 臨床疑問に直接答えている ・ 研究結果はほぼ一致している ・ 誤差は小さく精確な結果である ・ 出版バイアスは疑われない	1+
	質の低い MA/SR 上記 5 項目のうち満たさない項目がある	2
② RCT	Randomized controlled trial (ランダム化比較試験) 質の高い RCT (下記をすべて満たす ^{*2}) ・ バイアスリスクは低い ・ 臨床疑問に直接答えている ・ 誤差は小さく精確な結果である	1
	質の低い RCT 上記 3 項目のうち満たさない項目がある	2
③ 前向きコホート ^{*3}	Prospective cohort study	2
④ 事前設定 RCT サブ解析	Pre-specified sub-analysis of RCT	2
⑤ 後ろ向きコホート ^{*3}	Retrospective cohort study	3
⑥ ケースコントロール	Case-control study	3
⑦ 事後的 RCT サブ解析	Post-hoc sub-analysis of RCT	3
⑧ 単群試験	Single-arm (Self-controlled) trial	3
⑨ 横断研究	Cross-sectional study	3
⑩ 症例集積・報告	Case series/Case report	3

^{*1} : MA/SR に含まれる研究はほぼ RCT だと思われるが、仮にコホート研究等が混じっていても、バイアスリスク等の条件を考慮してエビデンスレベル（1+または2）を判断する

^{*2} : エビデンスレベルの判断に必要な 5 項目について

- ①「バイアスリスクは低い」: バイアスリスクの高低を判断する。バイアスリスクに関係する内容としては、アウトカム評価の不完全性・盲検化の欠落または不備・選択的報告・(RCT では) 割付法の不備・クロスオーバー法による持越効果等の例が挙げられる。これらのバイアスリスクが大きいと判断すれば「高い」となり、小さいと判断すれば「低い」となる。結果を導くに際してデータの収集法・解析法等に問題があり、結論が疑われるときには、バイアスリスクが高いと判断する
- ②「臨床疑問に直接答えている」: 対象者・介入内容・比較対照・アウトカム指標が CQ に適合しているかどうかで判断する
- ③「研究結果はほぼ一致している」(MA/SR のみ該当): MA/SR の対象となる複数の研究の結果がほぼ一致している (consistent) かどうかを、フォレスト・プロットや検定結果等から判断する
- ④「誤差は小さく精確な結果である」: 特に目安となる例数等はないが、その 95%信頼区間等から判断する。統計学的に有意というだけで精確とは判断しないよう注意する
- ⑤「出版バイアスは疑われない」(MA/SR のみ該当): MA/SR に含めた研究に漏れがないかどうかで判断する

^{*3} : 文献に「前向き」や「後ろ向き」と書かれているものはそのまま記載し、どちらか不明の場合のみ「コホート研究」と記載する

3. 執筆にあたって

A. 記述について

- 1) 文章：文体・文調および内容は平易につとめる。横書き口語体「である」調とし、簡潔でわかりやすい記述とする（「2016年版」の本文・アブストラクトテーブルのデータは後日お送りします）。
- 2) 用語：糖尿病に関連する用語は、日本糖尿病学会編集『糖尿病学用語集（第4版）（Web版）』に準拠する。糖尿病に限定しない用語は、日本医学会および各関連学会の用語集を参照する。ただし、『糖尿病学用語集』の収載語にて齟齬が生じる場合は、日本糖尿病学会用語集委員会にてメール審議し見解を出す。
- 3) 薬剤：薬剤の表記については、日本の市販薬はカタカナ表記とし、市販されていない薬剤は英語表記とする。本文中では商品名を一切使用せず一般名のみとする。
- 4) 索引：後日、校正段階にて南江堂にて作成する。

B. 図・表について

- 1) 図・表は必要に応じてわかりやすいものをCQ・Q毎に掲載する。
- 2) 文献から図表を引用する場合、出所を必ず明示する（詳細は同封の「著作物の転載・引用についてのお願い」を参照）。
- 3) 表題および図の説明は原則として日本語とする。図表中の用語も日本語とする。

4. データ入稿について

CD-R（同封）に連絡者名を明示し、本文はMS-Word形式にて保存し、プリントアウトした原稿とともに送付して下さい。

【著作権について－重要なお願い】

原稿作成にあたっては、基本的に他書・他誌は流用せず、新規原稿としてご執筆下さい。
※出版後に他書からの無断転載が発覚した場合には、出版差し止め・総廃棄処分となる場合がございますので、他書の記述・図表の無断転載（流用）は決して行わないで下さい。Webサイトの情報でも同様です。

※ご自身が作成された本文・図表についてもすでに他書・他誌に掲載されたものの場合は、転載許諾申請が必要となる場合がございますので、必ず出典を明示下さいますようお願い申し上げます。

<図表等の転載について>

図表等の原稿作成にあたっては、基本的に他の人が作成したものを利用せず、できるだけご自身のものを新規原稿としてご用意願います。他書（他誌）から他人の図表等を転載する場合は、原出版社から“転載”の許諾を得たうえで出典を明記して下さい（同封の「著作物の転載・引用について」のお願いを参照）。なお、他書からの無断転載は、著作権の侵害として出版差し止め・廃棄処分となる場合がありますので、無断転載は決して行わないで下さい。Webサイトに掲載されている著作物の場合も同様です。

図表等は原稿の一部ですので、転載の場合はご自身で許諾申請していただくのが原則ですが、ご指示いただければ小社にて代行も可能ですので、申請手続きが迅速・円滑に遂行できるよう、出典はできるだけ詳細に明記願います。

ご自身が作成された本文・図表についても、すでに他書・他誌に掲載された場合は、転載許諾申請が必要となる場合がありますので、必ず原出版社にご確認のうえ出典を明記願います。

<二次掲載について>

ご執筆をお願いした内容と類似した原稿を他書・他誌・ホームページ等に掲載（もしくは投稿）されている場合は、著作権上の処理が必要となる場合がありますので、事前に小社担当者までご相談下さい。

<プライバシーについて>

個人のプライバシーや肖像権等にかかわる写真を掲載する場合は、本人（場合によってはご家族の方）に対して事前にご説明いただいたうえで、文書により掲載の同意を得ることが最も適切な対応です。小社書籍掲載用の同意書を用意しておりますので、必要な場合は担当者にお申し付け下さい。同意を得ることが難しい場合は、プライバシー等について十分にご配慮いただき、個人の特定が不可能なように、目隠し等の指示をお願いします。また、ご所属の機関で研究発表への使用等の同意をとられている場合は、それが本書への掲載にも適用されることをお確かめ下さい。

【その他・お願い】

- 1) 別刷りはお作りいたしません。
- 2) 寄贈のため本書を購入する際は本体価格の2割引+消費税といたします。
- 3) 拝受した原稿につきましては、返却希望の場合を除き、原則として返却いたしません。返却の要がある場合にはその旨ご連絡下さいますようお願いいたします。
- 4) 学会代表者を委員各位の代表として出版社（株）南江堂）と出版契約を交わします。

【本書の内容に関する照会先】

〒860-8556 熊本市中央区本庄1丁目1番1号

熊本大学大学院生命科学研究部代謝内科学分野

荒木 栄一

（「糖尿病診療ガイドライン2019策定委員会」委員長）

TEL：096-373-5169／FAX：096-366-8397

※学会事務局宛ての専用メールアドレス（gl2019@jds.or.jp）までご連絡下さい。

【その他に関する照会先】

〒113-8410 東京都文京区本郷三丁目42番6号

株式会社 **南江堂** 臨床編集部1課

（担当）和田 直哉

（課長）達紙 優司

TEL：03-3811-9984／FAX：03-3811-8660

E-mail：n-wada@nankodo.co.jp

【内容目次】

・各章の基本構成は以下となります。

- (1) CQ（あるいはQ）
- (2) ステートメント
- (3) 解説
- (4) 【CQのみ】ステートメント文中に引用した文献の採用基準
- (5) 【CQのみ】推奨グレード判定の説明
- (6) （章毎に）引用文献（必要に応じて「参考とした資料」）
- (7) （章毎に）【CQ ステートメント文中の引用文献のみ】アブストラクトテーブル

・「ステートメント」は、簡潔かつ明瞭な単一の文章とし、1 ステートメントを 100 字程度として下さい。

・「解説」は、「2016 年版」の内容を参考とし、1 頁の場合=800 字まで、2 頁の場合=1600 字までを目安として下さい。

（敬称略）

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
序 文	荒木 栄一	—	—

■糖尿病診療ガイドライン策定作業の方法論	折笠 秀樹	—	—
----------------------	-------	---	---

1. 糖尿病診断の指針	植木浩二郎	大杉 満 杉山 雄大*	稲垣 暢也 片桐 秀樹
-------------	-------	----------------	----------------

- Q1-1 糖尿病の診断をどのように行うのか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q1-2 血糖値をどのように評価するか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q1-3 血糖・HbA1c が一度糖尿病型で、その後の反復検査で糖尿病と診断できなかった場合は、どのようにするのか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q1-4 糖尿病の病型分類をどのように行うのか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q1-5 1 型糖尿病をどのように診断するか？（急性、緩徐進行、劇症を含む）
【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q1-6 その他の特定の機序、疾患による糖尿病をどのように診断するか？
【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q1-7 糖尿病の病型分類(成因)と病態(病期)の関係はどのようなか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
2. 糖尿病治療の目標と指針	荒木 栄一	近藤 龍也 石井 規夫*	花房 俊昭 谷澤 幸生

- Q2-1 糖尿病治療の目標は何か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q2-2 糖尿病の基本的治療方針はどう考えるべきか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q2-3 血糖コントロールの目標はどう設定すべきか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q2-4 糖尿病の慢性合併症の予防・進展抑制はどう行うか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
3. 食事療法	宇都宮一典	大村 有加 川浪 大治*	石田 均 福井 道明

- CQ3-1 糖尿病の管理に食事療法は有効か？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- CQ3-2 食事療法の実践にあたっての管理栄養士による指導は有効か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q3-3 総エネルギー摂取量をどのように定めるか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q3-4 栄養素摂取比率をどのように定めるか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q3-5 炭水化物の摂取量は糖尿病の管理にどう影響するか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q3-6 タンパク質の摂取量は糖尿病の管理にどう影響するか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q3-7 脂質の摂取量は糖尿病の管理にどう影響するか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q3-8 食物繊維の摂取量は糖尿病の管理にどう影響するか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q3-9 ビタミンやミネラルの摂取量は糖尿病の管理にどう影響するか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q3-10 食塩の摂取量は糖尿病の管理にどう影響するか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q3-11 アルコールの摂取量は糖尿病の管理にどう影響するか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q3-12 甘味料の摂取量は糖尿病の管理にどう影響するか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q3-13 食事の摂り方は糖尿病の管理にどう影響するか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
4. 運動療法	田村 好史	加賀 英義 鈴木瑠璃子*	押田 芳治 佐久間貞典

- CQ4-1 糖尿病の管理に運動療法は有効か？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
※ステートメントは1型と2型を分けて記載下さい
- Q4-2 運動療法を開始する前に医学的評価（メディカルチェック）は必要か？
【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q4-3 具体的な運動療法はどのように行うか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
※運動とともに生活活動についても記載下さい

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
5. 血糖降下薬による治療（インスリンを除く）	綿田 裕孝	三田 智也 佐藤 淳子*	田中 逸 金藤 秀明

- Q5-1 血糖降下薬の適応はどう考えるべきか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q5-2 血糖降下薬の選択はどのように行うか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q5-3 スルホニル尿素（SU）薬の特徴は何か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q5-4 ビグアナイド薬の特徴は何か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q5-5 α グルコシダーゼ阻害薬の特徴は何か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q5-6 チアゾリジン薬の特徴は何か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q5-7 速効型インスリン分泌促進薬（グリニド薬）の特徴は何か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q5-8 DPP-4 阻害薬の特徴は何か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q5-9 GLP-1 受容体作動薬の特徴は何か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】

- Q5-10 SGLT2 阻害薬の特徴は何か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q5-11 血糖降下薬の併用は有効か？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q5-12 血糖降下薬による治療でも血糖コントロールが不十分な場合は、どのように対応するか？
【1 頁(原稿枚数 3 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
6. インスリンによる治療	池上 博司	能宗 伸輔*	今川 彰久 小林 哲郎

- Q6-1 インスリン製剤にはどのような種類があるのか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q6-2 インスリン療法の適応とはどのような場合か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q6-3 インスリン療法の副作用にはどのようなものがあるか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q6-4 1 型糖尿病のインスリン療法にはどのような方法があるか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- CQ6-5 1 型糖尿病に対する強化インスリン療法は細小血管症の抑止に有効か？
【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- CQ6-6 1 型糖尿病に対する強化インスリン療法は大血管症の抑止に有効か？
【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q6-7 2 型糖尿病のインスリン療法にはどのような方法があるか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- CQ6-8 2 型糖尿病に対する強化インスリン療法は細小血管症の抑止に有効か？
【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q6-9 2 型糖尿病に対する強化インスリン療法は大血管症の抑止に有効か？
【1 頁(原稿枚数 3 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
7. 糖尿病の自己管理教育と療養支援	寺内 康夫	近藤 義宣*	戸邊 一之 西村 理明

- CQ7-1 組織化された糖尿病自己管理教育と療養支援は糖尿病治療に有効か？
【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- CQ7-2 集団教育と個別教育は糖尿病治療に有効か？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- CQ7-3 血糖自己測定 (SMBG) は糖尿病治療に有効か？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q7-4 糖尿病治療と療養上の心理的課題は何か？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- CQ7-5 心理的・行動科学的アプローチは糖尿病治療に有効か？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q7-6 糖尿病治療にうつ病のスクリーニング・治療は重要か？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q7-7 ガイドラインと実践的マニュアルはどのように活用されるべきか？
【2 頁(原稿枚数 6 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
8. 糖尿病網膜症	吉岡 成人	永井 聡 中村 昭伸*	加藤 聡 武田 純

- CQ8-1 定期的な眼科受診によって糖尿病網膜症の発症・進展を阻止できるか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- CQ8-2 糖尿病網膜症に血糖コントロールは有効か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- CQ8-3 糖尿病網膜症に血圧コントロールは有効か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- CQ8-4 糖尿病網膜症に脂質コントロールは有効か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q8-5 血糖・血圧・脂質のコントロール以外の内科的治療によって網膜症の発症・進展を阻止できるか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- CQ8-6 眼科的治療によって網膜症の進展を阻止できるか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q8-7 糖尿病網膜症はその他の合併症のリスクファクターとなるか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
9. 糖尿病腎症	古家 大祐	北田 宗弘 久米 真司*	四方 賢一 守屋 達美

- CQ9-1 尿中アルブミン測定は糖尿病腎症の早期診断に有用か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q9-2 腎機能の評価は何を指標にして行うか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- CQ9-3 糖尿病腎症に血糖コントロールは有効か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
※GLP-1 受容体作動薬、SGLT2 阻害薬に関しても記載下さい
- CQ9-4 糖尿病腎症に血圧コントロールは有効か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- CQ9-5 糖尿病腎症に脂質コントロールは有効か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- CQ9-6 糖尿病腎症における血圧コントロールの第一選択薬としてアンジオテンシン変換酵素 (ACE) 阻害薬・アンジオテンシンII受容体拮抗薬 (ARB) は推奨されるか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- CQ9-7 糖尿病腎症に食塩の摂取制限は推奨されるか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q9-8 糖尿病腎症にタンパク質の摂取制限は有効か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q9-9 貧血治療は糖尿病腎症の進行抑制に有効か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q9-10 糖尿病腎症はその他の合併症のリスクファクターとなるか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
10. 糖尿病神経障害	中村 二郎	神谷 英紀 姫野 龍仁*	安田 斎 馬場 正之

- Q10-1 糖尿病神経障害をどのように診断するのか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q10-2 糖尿病神経障害を臨床的にどのように分類するか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q10-3 糖尿病神経障害の発症と進展のリスクファクターは何か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- CQ10-4 糖尿病神経障害に血糖コントロールは有効か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q10-5 感覚神経障害の薬物療法はどのように行うのか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】

- Q10-6 自律神経障害の治療はどのように行うのか？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】
- Q10-7 単神経障害の治療はどのように行うのか？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】
- Q10-8 糖尿病神経障害はその他の合併症のリスクファクターとなるか？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
11. 糖尿病足病変	佐々木秀行	中 啓吾 松野 正平*	河野 茂夫 市岡 滋

- Q11-1 糖尿病足病変とは何か？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】
- CQ11-2 足の定期観察は足病変の予防に有効か？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】
- CQ11-3 フットケア教育は足病変の予防に有効か？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】
- CQ11-4 血糖コントロールは足病変の発症や切断予防に有効か？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】
- CQ11-5 ハイリスク患者に対するフットケアは足潰瘍の予防や救肢に有効か？
【1 頁(原稿枚数3 枚)】
- Q11-6 足潰瘍の治療はどのように行うか？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】
- CQ11-7 チーム医療は足病変発症予防と足潰瘍治療に有効か？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】
- CQ11-8 足潰瘍治療は患者の生活の質 (QOL) の維持に有効か？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】
- Q11-9 足病変はその他の合併症のリスクファクターとなるか？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
12. 糖尿病大血管症	前川 聡	森野勝太郎 荒木 信一*	野出 孝一 島野 仁

- Q12-1 糖尿病大血管症の予防のために必要なリスク管理をいつからどのように始めるのか？
※心不全に関しても記載下さい 【1 頁(原稿枚数3 枚)】
- Q12-2 リスク管理をどのような糖尿病患者に行えば糖尿病大血管症の抑止に有益か？
【1 頁(原稿枚数3 枚)】
- CQ12-3 生活習慣の改善と肥満の是正は糖尿病大血管症に有効か？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】
- CQ12-4 糖尿病大血管症に血糖コントロールは有効か？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】
※GLP-1 受容体作動薬、SGLT2 阻害薬を含む各血糖降下薬の心血管イベント抑止効果
についても記載下さい。また、重症低血糖に関しても記載下さい
- CQ12-5 糖尿病大血管症に血圧コントロールは有効か？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】
- CQ12-6 糖尿病大血管症に脂質コントロールは有効か？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】
- CQ12-7 糖尿病大血管症に抗血小板薬は有効か？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
13. 糖尿病と歯周病	和泉 雄一	水谷 幸嗣 片桐さやか*	西村 英紀 能登 洋

Q13-1 歯周病とはどのような疾患か？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

Q13-2 糖尿病は歯周病の発症や進行に影響を及ぼすか？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

CQ13-3 糖尿病治療は歯周病の改善に有効か？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

Q13-4 歯周病は血糖コントロールに影響するか？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

CQ13-5 歯周治療は血糖コントロールの改善に有効か？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
14. 肥満を伴う糖尿病（メタボリックシンドロームを含む）	益崎 裕章	島袋 充生*	下村伊一郎 小川 渉

Q14-1 肥満の原因は何か？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】

Q14-2 肥満の診断をどのように行うのか？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】

Q14-3 肥満を伴う糖尿病にどのように対応するのか？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】

Q14-4 肥満 2 型糖尿病への行動療法は減量や血糖コントロールに有効か？

【1 頁(原稿枚数3 枚)】

Q14-5 肥満 2 型糖尿病への薬物療法は血糖コントロールに有効か？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】

CQ14-6 高度肥満症を伴う 2 型糖尿病への外科療法は有効か？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】

Q14-7 メタボリックシンドロームとは何か？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
15. 糖尿病に合併した高血圧	齋藤 重幸	三木 隆幸 大西 浩文*	片山 茂裕 下澤 達雄

Q15-1 糖尿病に合併した高血圧は大血管症のリスクファクターか？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

Q15-2 糖尿病に合併した高血圧は細小血管症のリスクファクターか？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

Q15-3 糖尿病に合併した高血圧の治療を開始する血圧値はいくつか？

【2 頁(原稿枚数6 枚)】

CQ15-4 糖尿病に合併した高血圧を診察室血圧 130/80mmHg 未満に管理することは合併症予防に有効か？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】

CQ15-5 糖尿病に合併した高血圧の降圧療法での第一選択薬は ACE 阻害薬・ARB か？

【1 頁(原稿枚数3 枚)】

Q15-6 糖尿病に合併した高血圧の併用療法での選択薬はカルシウム拮抗薬か利尿薬か？

【1 頁(原稿枚数3 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
16. 糖尿病に合併した脂質異常症	横手幸太郎	前澤 善朗 馬場 雄介*	石橋 俊 塚本 和久

- Q16-1 糖尿病に合併した脂質異常症は大血管症のリスクファクターか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q16-2 糖尿病に合併した脂質異常症は細小血管症のリスクファクターか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q16-3 糖尿病に合併した脂質異常症の治療開始値と治療目標値はいくつか？
【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- CQ16-4 糖尿病患者の脂質異常症に食事療法は有効か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- CQ16-5 糖尿病患者の脂質異常症に運動療法は有効か？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- CQ16-6 糖尿病患者の脂質異常症に対するスタチン系薬剤による治療は、心血管疾患（CVD）
発症率や生命予後の改善に有効か？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- CQ16-7 糖尿病患者の脂質異常症に対するスタチン系以外の薬剤による治療は、CVD 発症率や
生命予後の改善に有効か？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
※スタチン系薬剤との併用についても記載下さい

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
17. 妊婦の糖代謝異常	難波 光義	楠 宜樹 松尾 俊宏*	平松 祐司 内潟 安子

- CQ17-1 妊娠前、妊娠中の血糖管理は妊婦や児の予後を改善するか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q17-2 妊婦の糖代謝異常をどのように診断するか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q17-3 妊婦の糖代謝異常をどのようにスクリーニングするか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q17-4 糖尿病患者の妊娠前管理をどのように行うか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q17-5 糖代謝異常妊婦の妊娠中管理目標はどう設定すべきか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q17-6 糖代謝異常妊婦の妊娠中管理をどのように行うか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
※合併症に関しても記載下さい
- Q17-7 糖代謝異常妊婦の分娩後管理をどのように行うか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
18. 小児・思春期における糖尿病	浦上 達彦	鈴木 潤一 青木 政子*	島田 朗 雨宮 伸

- Q18-1 小児・思春期糖尿病の基本的治療方針はどう考えるべきか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q18-2 小児・思春期 1 型糖尿病をどのように診断するか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q18-3 小児・思春期 1 型糖尿病をどのように治療するか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q18-4 小児・思春期 2 型糖尿病をどのように診断するか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
- Q18-5 小児・思春期 2 型糖尿病をどのように治療するか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】
- Q18-6 新生児糖尿病の診断と治療をどのように行うのか？ 【1 頁(原稿枚数 3 枚)】
※新生児期以降の内容についても記載下さい
- Q18-7 患児・家族の支援をどのように行うのか？ 【2 頁(原稿枚数 6 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
19. 高齢者の糖尿病（認知症を含む）	荒木 厚	田村 嘉章 千葉 優子*	横野 浩一 山田祐一郎

※『高齢者糖尿病診療ガイドライン2017』のCQ・要約・推奨グレードを記載し、同ガイドライン刊行後の新しい内容を追加・補足下さい

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
20. 糖尿病における急性代謝失調・シックデイ（感染症を含む）	藤本 新平	船越 生吾 堀内 映里*	大澤 春彦 石原 寿光

Q20-1 糖尿病ケトアシドーシスの診断と治療はどのように行うか？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】

Q20-2 高浸透圧高血糖状態の診断と治療はどのように行うか？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】

Q20-3 乳酸アシドーシスの診断と治療はどのように行うか？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】

Q20-4 低血糖にはどう対応するか？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】

※重症低血糖の心血管予後への影響についてはCQ12-4 にて記載予定です

Q20-5 糖尿病に特徴的な感染症にはどのようなものがあるか？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

Q20-6 感染症時の血糖コントロールはどのようにするのか？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】

Q20-7 糖尿病患者に予防接種は推奨されるか？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】

Q20-8 シックデイにはどう対応するか？ 【2 頁(原稿枚数6 枚)】

※脱水対策・水分摂取に関しても記載下さい

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
21. 2 型糖尿病の発症予防	土井 康文	中村 宇大 大隈 俊明*	曾根 博仁 大門 眞

Q21-1 2 型糖尿病の発症リスクをどのように評価するか？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

Q21-2 肥満や体重変化は 2 型糖尿病の発症にどの程度関与するか？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

Q21-3 身体活動量や運動習慣は 2 型糖尿病の発症にどの程度関与するか？

【1 頁(原稿枚数3 枚)】

Q21-4 エネルギー量や栄養素摂取比率は 2 型糖尿病の発症にどの程度関与するか？

【1 頁(原稿枚数3 枚)】

Q21-5 アルコールや他の嗜好飲料は 2 型糖尿病の発症にどの程度関与するか？

【1 頁(原稿枚数3 枚)】

Q21-6 喫煙，禁煙，受動喫煙は 2 型糖尿病の発症にどの程度関与するか？

【1 頁(原稿枚数3 枚)】

Q21-7 睡眠は 2 型糖尿病の発症にどの程度関与するか？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

Q21-8 ストレスや労働環境などの心理・社会的要因は 2 型糖尿病の発症にどの程度関与するか？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

CQ21-9 生活習慣介入によって 2 型糖尿病の発症は抑止できるか？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

Q21-10 2 型糖尿病の発症は薬物により抑止できるか？ 【1 頁(原稿枚数3 枚)】

項目名	策定委員	策定委員協力者 (*SR 協力者)	評価委員
付録 1 : 糖尿病と癌 【3 頁(原稿枚数 9 枚)】	後藤 温	—	—
付録 2 : 糖尿病と骨代謝 【3 頁(原稿枚数 9 枚)】	竹内 靖博	辰島 啓太	—
付録 3 : 膵臓・膵島移植 【3 頁(原稿枚数 9 枚)】	剣持 敬 藤倉 純二	—	—
付録 4 : 日本における大規模臨床試験 ※掲載スタディ・執筆者は 2018 年の段階にて検討する	—	—	—