

正誤表・更新情報

本書中に訂正・更新箇所等がございました。お手数をお掛けしますが、下記ご参照頂けますようお願い申し上げます（2026年1月23日）

■第3版 第4刷（2025年2月1日発行）の修正・更新箇所

※第1刷からの修正箇所はhttps://www.yodosha.co.jp/correction/9784758113670_corrections.pdf をご参照ください

頁	場所	修正前	修正後	補足	掲載
第4章					
66～75	表4, 6～12, 15の説明文	「糖尿病治療ガイド2022-2023」(日本糖尿病学会/編), 文光堂, 2022 ²⁾	「糖尿病治療ガイド2024」(日本糖尿病学会/編), 文光堂, 2024 ²⁾	情報更新 (文献更新に際しての内容更新は下記)	26/01/23
66	表4 項目「1型糖尿病」上から1行目	主に自己免疫を基礎にした膵β細胞破壊,	主に自己免疫を基礎にした膵β細胞破壊,	ピリオドに変更	26/01/23
68	表7 項目「糖尿病性ケトアシドーシス」上から7行目	クスマウル呼吸	クスマウル 大 呼吸	赤字追加	26/01/23
68	表7 項目「糖尿病性ケトアシドーシス」下から3行目	正常～300 mOsm/L	正常～300 mOsm/kg		26/01/23
68	表7 項目「高浸透圧高血糖状態」下から3行目	320 mOsm/L 以上	320 mOsm/kg 以上		26/01/23
69	表8			※1参照	26/01/23
70	左段上から3行目	第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿期(第1期)	情報更新	26/01/23
70	左段上から6行目	第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿期(第2期)	情報更新	26/01/23
70	左段上から9行目	第3期(顕性(けんせい)腎症期)	顕性(けんせい)アルブミン尿期(第3期)	情報更新	26/01/23
70	左段上から12行目	治療は0.8～1.0 g/目標体重(kg)/日のたんぱく質制限を行う。	たんぱく尿が高度になって、一部の症例はネフローゼ状態を呈する。治療は0.6～0.8 g/目標体重(kg)/日のたんぱく質制限を行う。	情報更新	26/01/23
70	左段上から16行目	第4期(腎不全期)	GFR高度低下・末期腎不全期(第4期)	情報更新	26/01/23
70	左段下から14行目	高齢者は適応としない。	高齢者などは適応としない。	赤字追加	26/01/23
70	左段下から13行目	第5期(透析(とうせき)療法期)	腎代替療法期(第5期)	情報更新	26/01/23
80	右段上から7行目	飽和脂肪酸の摂取エネルギー比率は 4.5%以上, 7%未満 とする。	飽和脂肪酸の摂取エネルギー比率は 7%未満 とする。	赤字削除 (情報更新)	25/08/15
第8章					
150	右段下から3行目	ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬(アルドステロン拮抗薬) などが症状や予後を改善させることが証明されている。	利尿ペプチド分解抑制作用を併せもつ アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬(ARNI) , アルドステロン拮抗作用をもつ ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬(MRA) , SGLT2 阻害薬 (p.75 参照)などが症状や予後を改善させることが証明されている。	情報更新	26/01/23
151	左段上から8行目	なお、最近では“収縮不全”を“左室収縮性が低下した心不全(HFrEF)”, “拡張不全”を“左室収縮性が保持された心不全(HFpEF)”とよぶことが多い。	なお、“収縮不全”を“左室収縮性が低下した心不全(HFrEF)”, “拡張不全”を“左室収縮性が保持された心不全(HFpEF)”とよぶ。	赤字削除	26/01/23

151	右段上から4行目	<p>また身体所見から簡便に重症度を評価するために使われている分類Nohria-Stevenson (ノリア・ステューブソン) 分類である(図2)⁴⁾。</p> <p>また心不全の病期の進行については心不全ステージ分類が用いられる。このステージ分類は適切な治療介入を行うことを目的にされており、無症候であっても高リスク群であれば早期に治療介入することが推奨されている。高血圧や脂質異常などリスク因子をもつが弁膜症や心筋梗塞など器質的心疾患がなく、心不全症候のない患者を「ステージA 器質的心疾患のないリスクステージ」、器質的心疾患を有するが、心不全症候のない患者を「ステージB 器質的心疾患のあるリスクステージ」、器質的心疾患を有し、心不全症候を有する患者を既往(きおう)も含め「ステージC 心不全ステージ」と定義している(図3)。さらに、おおむね年間2回以上の心不全入院を繰り返し、有効性が確立しているすべての薬物治療・非薬物治療について治療ないしは治療が考慮されたにもかかわらずNYHA心機能分類Ⅲ度より改善しない患者は「ステージD 治療抵抗性心不全ステージ」とされ、これらの患者は、補助人工心臓や心臓移植などを含む特別の治療、もしくは終末期ケアが適応になる。</p>	<p>また心不全の病期の進行については心不全ステージ分類が用いられる。このステージ分類は適切な治療介入を行うことを目的にされており、無症候であっても高リスク群であれば早期に治療介入することが推奨されている。心不全の危険因子(高血圧、動脈硬化性疾患、糖尿病、慢性腎臓病、肥満、心筋症の遺伝子変異、心筋症家族歴、心毒性物質への曝露などが含まれる)を有するが、症状や構造的・機能的な心疾患およびバイオマーカーの上昇がない患者を「ステージA 心不全リスク」、心不全の症状はないが、①構造的な心疾患(駆出率低下、心室肥大、弁膜症、不整脈など機能的異常または構造的異常)を有する状態、②心内圧上昇の検査所見がある、③ BNP/NT-proBNP 高値がある状態のいずれか1つ以上をもつ患者を「ステージB 前心不全」、構造的・機能的な心疾患を有し、心不全の症状があつて BNP/NT-proBNP 高値がある患者を「ステージC 症候性心不全」と定義される。さらに、有効性が確立しているすべての薬物治療・非薬物治療について治療ないしは治療が考慮されたにもかかわらずNYHA心機能分類Ⅲ度より改善せず、日常生活に支障をきたす重度の心不全がある患者は「ステージD 治療抵抗性心不全」とされる(図2)。</p>	情報更新	26/01/23
152	図2		(削除)	以降、図番号を1つずつ繰り上げ	26/01/23
152	図3			※2参照	26/01/23
153	左段上から9行目	脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP)	脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP あるいはNT-proBNP)	赤字追加(情報更新)	26/01/23
153	右段上から14行目	さらに必要なエネルギーや栄養素を確保することが大切である。	さらに必要なエネルギーや栄養素を確保することが大切で、 体重管理に注意する。	情報更新	26/01/23
153	右段下から12行目	薬物療法は、 利尿薬、ACE阻害薬やARB、β遮断薬 が中心であるが、	薬物療法は、 利尿薬、MRA、ACE阻害薬、ARB、ARNI、β遮断薬、SGLT2阻害薬 が中心であるが、	情報更新	26/01/23
153	右段下から10行目	抗凝薬(ワルファリン^{※6}など)	抗凝薬(ワルファリン^{※6}を含む)		26/01/23
153	右段下から6行目	(アルドステロン拮抗薬)	(MRA)		26/01/23
154	表3			※3参照	26/01/23
155	左段下から4行目	冠動脈疾患を含む動脈硬化性疾患の危険因子	治療開始前に確認すべき危険因子	情報更新	26/01/23
155	表4			※4参照	26/01/23
159	表8 右上	家庭血圧(mmHg)	家庭血圧(mmHg) *	*を追加	26/01/23
159	表8の説明文	「高血圧治療ガイドライン2019」(日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会/編)、ライフサイエンス出版、2019 ¹¹⁾ より引用	<p>* 家庭血圧の値は診察室血圧と同程度の脳心血管病発症リスクとなることが示された値であるが、5あるいは10の区切りで血圧値を分類していることから、実際の点推測値とは数mmHg程度の差がある。</p> <p>「高血圧管理・治療ガイドライン2025」(日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン委員会/編)、ライフサイエンス出版、2025⁷⁾より引用</p>	情報更新	26/01/23

160	表9			※5参照	26/01/23
161	表10			※6参照	26/01/23
162	表11			※7参照	26/01/23
163	右段上から5行目	生活指導および栄養指導の指針を表14に示す。原則として安静を保ち、ストレスを避ける。	生活指導では、原則として安静を保ち、ストレスを避ける。	情報更新	26/01/23
163	表14		(削除)	以降、表番号を1つずつ繰り上げ	26/01/23
171	解答 & 解説 A2	冠動脈疾患、糖尿病・耐糖能異常、慢性腎臓病(CKD)、非心原性脳梗塞・末梢動脈疾患(PAD)など冠動脈疾患以外の動脈硬化性疾患の合併、年齢・性別、脂質異常症、高血圧、喫煙、早発性冠動脈疾患の家族歴(第1度近親者)があげられる。これらの因子がそれぞれ重症であるほど、また複数の因子が重なるほど、発症の危険が増加することになる。(p.155)	喫煙、高血圧、糖尿病(耐糖能異常を含む)、脂質異常症、慢性腎臓病、肥満(特に内臓脂肪型肥満)、加齢・性別(男性または閉経後女性)、早発性冠動脈疾患の家族歴(第1度近親者)があげられる(p.156, 表4)。このほか、非心原性脳梗塞・末梢動脈疾患(PAD)など冠動脈疾患以外の動脈硬化性疾患の合併もあげられる。これらの因子がそれぞれ重症であるほど、また複数の因子が重なるほど、動脈硬化性疾患発症の危険が増加することになる。	情報更新	26/01/23
第12章					
228	表5			※8参照	26/01/23
第13章					
242	表2の説明文上から1行目	日本骨代謝学会、日本骨粗鬆症学会合同 原発性骨粗鬆症診断基準改訂検討委員会:原発性骨粗鬆症の診断基準(2012年度改訂版)。日本骨粗鬆症学会雑誌, 21:9-21, 2013 ¹⁾ より引用	「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2025年版」〔骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会(日本骨粗鬆症学会 日本骨代謝学会 骨粗鬆症財団)/編〕, ライフサイエンス出版, 2025 ¹⁾ をもとに作成	情報更新	26/01/23
246	図4 左上	食欲↓	食欲低下	情報更新	26/01/23
246	図4 中央とタイトル	フレイル ティ ・サイクル	フレイル・サイクル	赤字削除(情報更新)	26/01/23
246	図4の説明文	「日本人の食事摂取基準(2020年版)策定検討会報告書」, 厚生労働省, 2020 ³⁾ より引用	「日本人の食事摂取基準(2025年版)策定検討会報告書」, 厚生労働省, 2025 ²⁾ より引用 本書で用いている「フレイル ティ 」は、引用文献では「フレイル」と示されている。	情報更新	26/01/23

285	<p>らせん状の形態をしたスピロヘータ(細菌)の1種である梅毒トレポネーマによる感染症で潜伏期間は約3週間程度とされ、感染した部位(性器、口など)に赤色の硬いしこりやただれができ、近くのリンパ節が腫れる(第1期)。その後3～12週間くらいの中に、発熱、全身倦怠感など全身症状とともに、皮膚にさまざまなタイプの発疹(ほっしん)が現れ(第2期)、さらに10～30年の間に心臓や血管、脳が冒される(第3・4期)。</p> <p>診断は病変部から顕微鏡観察により病原体を確認、あるいは血液による抗体検査で行う。</p> <p>治療にはペニシリン系薬が第一選択で使用される。放置すると第1期から2期、3・4期へと徐々に進展する。精神・神経異常、死に至ることもある。母体の感染により、細菌が胎盤を通過して出生児が先天梅毒になることがある(垂直感染)。</p>	<p>らせん状の形態をしたスピロヘータ(細菌)の1種である梅毒トレポネーマによる感染症で潜伏期間は約3週間程度とされる。</p> <p>梅毒は主に感染時期により分類され、感染1年未満は早期梅毒、1年以上経過した場合は後期梅毒とする。さらに早期梅毒を第1期(感染から1～3週)、第2期(感染から1か月～1年)に分類する。早期梅毒の時期を無治療で経過した場合、その後皮膚・心血管・脳神経病変による症状をきたすことがあり、この状態は第3期梅毒と定義される。その他に潜伏梅毒として感染成立し、梅毒血清反応が陽性となりながらもまったくの無症状で経過する場合もある。</p> <p>症状としては梅毒トレポネーマの侵入部位に認められる一次病変(口腔や陰部周辺の粘膜・皮膚に形成されるびらん、潰瘍、肉芽腫)と血行性に病原体が拡散され全身の各臓器で形成される二次病変に分類される。1期は一次病変、2期では二次病変がみられるがその区別が難しい場合も多い。</p> <p>また母体の感染により、細菌が胎盤を通過して出生児が先天梅毒になることがある(垂直感染)。近年、梅毒患者が増加し先天梅毒症例も問題となっている。</p>	情報更新	26/01/23
-----	--	--	------	----------

※1 ガイドラインの更新に伴い表の内容を変更いたしました

表8 糖尿病性腎症の病期分類*1

	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿たんぱく値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (mL/分/ 1.73m ²)	食事療法
正常アルブミン尿期(第1期)*2	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上*3	厳格な血糖コントロールと降圧治療を行う。腎症進展予防の観点からは、たんぱく質摂取量の上限をエネルギー摂取量の20%未満とすることが望ましいが、高齢者など栄養障害/サルコペニア・フレイルのリスクのある症例は十分なたんぱく質を摂取する。
微量アルブミン尿期(第2期)*4	微量アルブミン尿 (30~299)*4	30以上	
顕性アルブミン尿期(第3期)	顕性アルブミン尿 (300以上) あるいは持続性たんぱく尿 (0.5以上)	30以上*5	
GFR高度低下・末期腎不全期(第4期)	問わない*6	30未満	
腎代替療法期(第5期)	透析療養中「第9章表2」(p.179)参照		

GFR:糸球体濾過量, eGFR:推定糸球体濾過量.

- *1 糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。
- *2 正常アルブミン尿期は糖尿病性腎症の存在を否定するものではなく、この病期でも糖尿病性腎症に特有な組織変化を呈している場合がある。
- *3 GFR 60 mL/分/1.73 m²未満の症例は慢性腎臓病(CKD)に該当し、糖尿病性腎症以外の原因が存在しうるため、他の腎臓病との鑑別診断が必要である。
- *4 微量アルブミン尿を認めた症例では、糖尿病性腎症早期診断基準に従って鑑別診断を行ったうえで、微量アルブミン尿期と診断する。
- *5 顕性アルブミン尿症例では、GFR 60 mL/分/1.73 m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため、注意が必要である。
- *6 GFR 30 mL/分/1.73 m²未満の症例は、尿アルブミン値あるいは尿たんぱく値にかかわらず、GFR高度低下・末期腎不全期(第4期)に分類される。しかし、とくに正常アルブミン尿・微量アルブミン尿の場合は、糖尿病性腎症以外の腎臓病との鑑別診断が必要である。【糖尿病治療ガイド2024】(日本糖尿病学会/編)、文光堂、2024³⁾を参考に作成

※2 ガイドラインの更新に伴い表の内容を変更いたしました

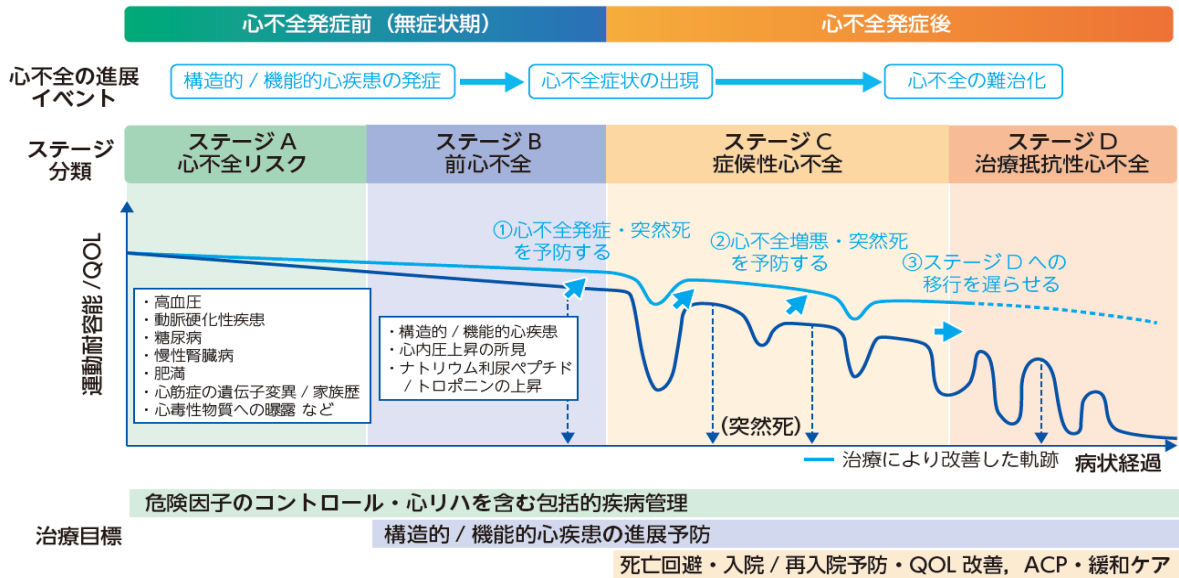


図2 心不全ステージの治療目標と病の軌跡

日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン「2025年改訂版心不全診療ガイドライン」(日本循環器学会/編) (https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Kato.pdf)⁴⁾より引用

表3 心不全患者・家族および介護者に対する教育・支援内容

教育の内容	具体的な教育・支援方法
心不全に関する知識	
・心不全の病態，治療	・教育資料などを用い，心不全の定義，原因，症状，併存症，増悪要因，重症度の評価，治療などを個々の状態に応じて説明する
・心不全の軌跡，予後	・診断時，治療選択の意思決定時，病状が変化した時や患者が希望した時などに話し合う
セルフケアメンテナンス	
栄養管理	
・バランスのよい食事の必要性	・低栄養，塩分過多による心不全増悪のリスク，適切な栄養状態を維持することの重要性を説明する
・栄養管理の具体的な方法	・栄養状態や併存疾患に応じた栄養指導（適切なエネルギー，たんぱく質の摂取，過剰な塩分摂取を控える），定期的に栄養状態を評価する
水分管理	
・飲水管理の必要性	・過度な水分摂取の危険性，水分制限による脱水の危険性を説明する
・飲水管理の具体的な方法	・飲水量の計測方法や体調や気候条件に応じた水分管理の必要性と方法を説明する
服薬管理	
・服薬の意義	・指示通りの用法・用量を守り服薬を継続することの必要性，医療者へ連絡が必要な副作用を説明する
・服薬管理の方法	・定期的に服薬アドヒアランスを評価し，アドヒアランスを高める方法を話し合う
身体活動・運動	
・適切な身体活動，定期的な運動の重要性	・適切な身体活動や運動は，身体機能低下や再入院の予防に有用であること，低活動・過活動による弊害を説明する
・身体活動の留意点・運動の方法	・心機能に応じた身体活動，運動（種類，強度，時間，頻度）を指導する。身体機能，転倒リスクを評価する
性生活	
・性的活動と心不全増悪のリスク	・心機能に応じた性生活への助言，性的活動に関する不安や恐怖心への支援 ・勃起障害治療薬など，性的問題に対する薬剤の情報提供，必要時専門家を紹介する
感染予防とワクチン接種	
・感染による心不全増悪のリスク	・日常生活上の感染予防の重要性と方法を説明する
・呼吸器感染症に対するワクチン接種の必要性	・予防接種の実施時期や接種場所に関する情報を提供する
喫煙・アルコール	
・過度のアルコール摂取の危険性	・心不全の原因を含め個性性を考慮し，飲酒量に関する助言を行う（アルコール性心筋症が疑われる場合は禁酒を勧める）
・禁煙の必要性	・喫煙はあらゆる心疾患の危険因子であるため，禁煙するよう指導する。「禁煙ガイドライン2010年改訂版」を参照
睡眠	
・睡眠と休息の重要性	・睡眠状況および睡眠障害の原因を評価する
・睡眠の最適化	・睡眠の質を高める方法や工夫，睡眠薬の効果と注意点を話し合う
旅行	
・旅行に伴う心不全増悪の危険性	・航空機旅行，高地への旅行，気候や湿度が異なる地域への旅行には注意が必要であることを説明する
・旅行中の注意事項	・旅行時の食事内容や食事時間の変化，運動量の変化などが心不全に及ぼす影響を説明する ・実用的なアドバイスを提供する（薬は手荷物に入れる，一般名での治療薬の種類，投薬量がわかる資料を持参するなど）
入浴	

・適切な入浴の重要性	・不適切な入浴は心負荷になることを説明する
・適切な入浴方法	・温度は40～41℃、鎖骨下までの深さの半座位浴で、時間は10分以内が望ましい
精神心理的問題	
・心不全と精神心理的变化	・心不全では、気分の落ち込みやうつ症状、不安など精神心理的問題が生じうることを説明する
・日常生活におけるストレスマネジメント	・定期的に精神症状を評価し、精神症状の悪化が疑われる場合は、専門家へのコンサルテーションを実施する
定期的な受診	
・定期的な受診の必要性	・通院の中断により心不全が増悪するリスクを説明する ・定期的な受診を困難にする要因を評価する ・受診が困難な患者については、電話相談や訪問診療、オンライン診療の活用など、医療へのアクセスを簡便にする方法を検討する
セルフケアモニタリング・セルフケアマネジメント	
・症状や徴候のモニタリングを実施することの必要性	・心不全増悪の早期発見・早期治療のためモニタリングの必要性を説明する
・モニタリングの方法	・血圧、脈拍、体重、心不全症状・徴候の観察方法と記録の必要性を説明する。家族・介護者に必要時モニタリングの支援を依頼する
・症状増悪時の対応	・呼吸困難、3日間で2kg以上の体重増加などを認めた場合の医療機関への受診の必要性と増悪時の対処方法を説明する

日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン「2025年改訂版心不全診療ガイドライン」(日本循環器学会/編)
(https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Kato.pdf)⁴⁾より引用

※4 ガイドラインの更新に伴い表の内容を変更いたしました

表4 治療開始前に確認すべき危険因子*

1. 喫煙
2. 高血圧
3. 糖尿病(耐糖能異常を含む)
4. 脂質異常症
5. 慢性腎臓病
6. 肥満(特に内臓脂肪型肥満)
7. 加齢・性別(男性または閉経後女性)
8. 家族歴

*危険因子の重積状態は厳格な管理を要することを常に念頭に置く
「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版」(日本動脈硬化学会/編), 日本動脈硬化学会, 2022⁵⁾より引用

※5 ガイドラインの更新に伴い表の内容を変更いたしました

表9 二次性高血圧の原因疾患と示唆する所見、鑑別に必要な検査

原因疾患	示唆する所見	鑑別に必要な検査
腎実質性高血圧	血清クレアチニン上昇、たんぱく尿、血尿、腎疾患の既往	血清免疫学的検査、腹部CT、超音波、腎生検
腎血管性高血圧	RA系阻害薬投与後の急激な腎機能悪化、腎サイズの左右差、低カリウム血症、腹部血管雑音、夜間多尿	腎動脈超音波、腹部CTA、腹部MRA、血漿レニン活性
原発性アルドステロン症	低カリウム血症、副腎偶発腫瘍、夜間多尿	血漿レニン活性、血漿アルドステロン濃度、負荷試験、副腎CT、副腎静脈採血
クッシング症候群	中心性肥満、満月様顔貌、皮膚線条、高血糖、低カリウム血症、年齢不相応の骨密度の減少・圧迫骨折	コルチゾール、ACTH、腹部CT、下垂体MRI、デキサメタゾン抑制試験
サブクリニカルクッシング症候群	副腎偶発腫瘍、高血糖、低カリウム血症、年齢不相応の骨密度の減少・圧迫骨折	コルチゾール、ACTH、腹部CT、デキサメタゾン抑制試験
褐色細胞腫	発作性・動揺性高血圧、動悸、頭痛、発汗、高血糖	血液・尿カテコールアミンおよびカテコールアミン代謝産物、腹部超音波・CT、MIBGシンチグラフィ
睡眠時無呼吸症候群	いびき、肥満、昼間の眠気、早朝・夜間高血圧	睡眠ポリグラフィ
薬物誘発性高血圧	薬物使用歴、腎機能障害、低カリウム血症、動揺性高血圧	薬物使用歴の確認
先端巨大症	四肢先端の肥大、眉弓部膨隆、鼻・口唇肥大、高血糖	IGF-1、成長ホルモン、下垂体MRI
甲状腺機能亢進症	頻脈・動悸、振戦、体重減少、甲状腺腫、眼球突出	甲状腺ホルモン、TSH、自己抗体、甲状腺超音波
甲状腺機能低下症	徐脈、浮腫、活動性減少、脂質・CK・LDHの高値	甲状腺ホルモン、TSH、自己抗体、甲状腺超音波
原発性副甲状腺機能亢進症	高カルシウム血症、夜間多尿、口渇感	副甲状腺ホルモン
大動脈縮窄症	血圧上下肢差、血管雑音	胸腹部CT、MRI・MRA、血管造影
脳幹部血管圧迫	顔面けいれん、三叉神経痛	頭部MRI
その他	(遺伝性高血圧、ナットクラッカー症候群、レニン産生腫瘍など)	

〔高血圧管理・治療ガイドライン2025〕(日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン委員会/編)、ライフサイエンス出版、2025⁷⁾より引用
 CTA : computed tomography angiography (コンピュータ断層撮影血管造影法), MRA : magnetic resonance angiography (磁気共鳴血管造影法), CT : computed tomography (コンピュータ断層撮影法), MIBG : metaiodobenzylguanidine (メタヨードベンジルグアニジン), ACTH : adrenocorticotropic hormone (副腎皮質刺激ホルモン), MRI : magnetic resonance imaging (磁気共鳴像), TSH : thyroid stimulateong hormone (甲状腺刺激ホルモン), LDH : lactate dehydrogenase (乳酸脱水素酵素)

※6 ガイドラインの更新に伴い表の内容を変更いたしました

表10 降圧目標

<p>診察室血圧 < 130/80 mmHg 家庭血圧 < 125/75 mmHg</p> <p>* 高値血圧 (診察室血圧 130 ~ 139/80 ~ 89 mmHg) で脳心血管病の発症が低・中等リスクの場合 (脳心血管病の既往や糖尿病を伴わないような場合) は生活習慣の改善を強化する</p> <p>* めまい・ふらつき・立ちくらみ・倦怠感・失神などの症候性低血圧、起立性低血圧、急性腎障害、高カリウム血症などの電解質異常といった有害事象の発症に注意しながら降圧を進める</p>
--

〔高血圧管理・治療ガイドライン2025〕(日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン委員会/編)、ライフサイエンス出版、2025⁷⁾より引用

※7 ガイドラインの更新に伴い表の内容を変更いたしました

表 11 生活習慣の改善項目

- ・ナトリウム (Na) 制限：食塩 6 g/日未満
- ・カリウム (K) (野菜・果物，低脂肪牛乳・乳製品など) の積極的摂取 (減塩・増 K によりナトリウム/カリウム (Na/K) 比を低下させる)，カルシウム，マグネシウム，食物繊維，不飽和脂肪酸などの摂取
- ・適正体重の維持：BMI (体重 [kg] ÷ 身長 [m]²) 25 未満を維持
- ・運動療法：軽～中等度強度の有酸素運動を毎日 30 分以上実施，低強度のレジスタンス運動も実施可
- ・節酒：エタノールとして男性 20～30 mL/日以下，女性 10～20 mL/日以下に制限
- ・禁煙 (加熱式たばこなどの新型たばこも含む)
- ・その他：室内・屋外の寒冷曝露の回避，適切な睡眠時間の確保，便秘の回避，ストレスの管理

*生活習慣の複合的な改善，スマートフォンアプリ，デジタル技術を活用した管理は，より効果的である。

*K 制限が必要な腎障害患者では，野菜・果物の積極的摂取は推奨しない。

*糖尿病や肥満合併患者に対しても果物摂取を推奨してよいが，その量は個別化した指導が必要である

〔「高血圧管理・治療ガイドライン 2025」(日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン委員会/編)，ライフサイエンス出版，2025²⁾ より引用]

※8 食事摂取基準の更新に伴い表の内容を変更いたしました

表 5 鉄の摂取推奨量 (mg/日)

	男性		女性	
			月経なし	月経あり
0～5 (月)	—	—	—	—
6～11 (月)	4.5	4.5	4.5	4.5
1～2 (歳)	4.0	4.0	4.0	4.0
3～5 (歳)	5.0	5.0	5.0	5.0
6～7 (歳)	6.0	6.0	6.0	6.0
8～9 (歳)	7.5	8.0	8.0	8.0
10～11 (歳)	9.5	9.0	9.0	12.5
12～14 (歳)	9.0	8.0	8.0	12.5
15～17 (歳)	9.0	6.5	6.5	11.0
18～29 (歳)	7.0	6.0	6.0	10.0
30～49 (歳)	7.5	6.0	6.0	10.5
50～64 (歳)	7.0	6.0	6.0	10.5
65～74 (歳)	7.0	6.0	6.0	6.0
75 以上 (歳)	6.5	5.5	5.5	5.5
妊婦				
初期			+ 2.5	
中期・後期			+ 8.5	
授乳婦			+ 2.0	

〔日本人の食事摂取基準 (2025 版)〕 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001316585.pdf>)²⁾ を参考に作成