

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あげます（2023年12月15日）

■第3版 第1刷（2022年12月15日発行）の修正・更新箇所

頁	場所	修正前	修正後	補足	掲載
第1章					
16	左段上から3行目	インスリン分泌促進系(ビグアナイド薬、チアゾリジン薬、 α -グルコシダーゼ阻害薬、SGLT2 阻害薬)インスリン分泌促進薬(DPP-4 阻害薬、GLP-1 受容体作動薬、スルホニル尿素薬、速効型インスリン分泌促進薬)がある。	インスリン分泌 非 促進系(ビグアナイド薬、チアゾリジン薬、 α -グルコシダーゼ阻害薬、SGLT2 阻害薬)、インスリン分泌促進薬(DPP-4 阻害薬、GLP-1 受容体作動薬、スルホニル尿素薬)、速効型インスリン分泌促進薬がある。	赤字部分を追加	23/04/14
25	左段下から3行目	③診断 肥満症診断は、図3のフローチャートですすめられる。身長と体重から計算されるBMIが25以上で肥満と判定後、二次性肥満の可能性を診断する。次に、BMI25以上35未満を肥満、35以上を高度肥満に区分する。肥満症は、肥満に起因あるいは関連する11種の健康障害が1つ以上あるか、健康障害を起こしやすい内臓脂肪蓄積で診断される。	③診断 BMI25 \geq で肥満と判定後、肥満に起因ないし関連し減量を要する健康障害を有するもの(表7)、または、健康障害を伴いやすい高リスク肥満(内臓脂肪型肥満)の条件を満たす場合に肥満症と診断する。	情報更新	23/12/15
25	表7			※1を参照	23/12/15
25	右段下から12行目	の場合は内臓脂肪型肥満と判定される。	の場合は内臓脂肪型肥満と判定される。高度肥満症は、肥満症に判定され、二次性肥満の可能性を除外したもののうちBMI35以上を高度肥満症とする。	情報更新	23/12/15
26	図3			※2を参照	23/12/15
第3章					
65	右段上から14行目	量増加が関連する。男女比は2:1で男性はアルコール性、女性は胆石性が多く、男性は60歳代、女性は70歳代に好発する ¹³⁾ 。	量増加が関連する。男女比は2.0で男性はアルコール性、女性は胆石性が多く、平均年齢は男性59.9歳(年代ピーク60~69歳)、女性66.5歳(年代ピーク80~89歳)である ¹³⁾ 。	情報更新	23/12/15
65	右段上から22行目	重症化する。重症膵炎の死亡率(2011年)は10.1%と報告され、多臓器不全の50%は死亡する ¹³⁾ 。	重症化する。重症膵炎の死亡率は10.1%(2011年)から6.1%(2016年)と大幅に改善しており、重症集中管理の向上が要因である ¹³⁾ 。	情報更新	23/12/15
第4章					
76	右段上から10行目	①疾患の原因 危険因子としては、性(男性45歳以上、女性55歳以上)、家族歴、喫煙、脂質異常症、高血圧、耐糖能異常、肥満、メタボリックシンドローム、CKD、精神的・肉体的ストレスがある ⁶⁾ 。	①疾患の原因 リスクとして高血圧、脂質異常症、糖尿病・肥満、栄養・食事、運動・身体活動、環境因子(喫煙、口腔衛生)、季節・気温が、さらに特定の注意を要する対象・病態として高齢者、女性、家族性コレステロール血症があげられる ⁶⁾ 。	情報更新	23/12/15
第5章					
89	表3			※3を参照	23/12/15
98	表14			※4を参照	23/12/15
98	ページ下注釈 左段下から2行目	50%以下(女性では53%以下)を目標とする ¹⁶⁾	50%以下(女性では53%以下)を目標とする ¹¹⁾		23/12/15

101	左段下から17行目	96%を占める。男女比は 2.4:1で、	92%を占める。男女比は 2.3:1で、	情報更新	23/12/15
101	右段下から5行目	と水分摂取が基本となる。	と水分摂取が基本となる。適量摂取を推奨する栄養素は、食物繊維、カルシウム、クエン酸、マグネシウムなど、過剰摂取を制限する栄養素は動物性たんぱく質、塩分、シュウ酸、プリン体、糖分や脂質などである。	情報更新	23/12/15
102	左段上から11行目	過度なカルシウム制限は、腸管内でカルシウムと結合して糞便中に排泄されるシュウ酸を減少させ、尿中シュウ酸排泄の増加をきたす。日本では、結石患者の至適カルシウム摂取量は600～800 mg/日とされる ²⁰⁾ 。	カルシウム摂取量は男性600～800 g/日、女性500～650 g/日が必要量として推奨される ²⁰⁾ 。	情報更新	23/12/15
102	左段下から15行目	45%と非常に高い。	45%と非常に高く、再発予防が重要となる。尿路結石は生活習慣病との共通点が多く、	情報更新	23/12/15
第8章					
145	表2			※5を参照	23/12/15
第11章					
174	左段上から3行目	推奨されている(図2)。	推奨されている(図2A)。		23/12/15
174	右段下から1行目	示されている(図2)。	示されている(図2B)。		23/12/15
174	図2			※6を参照	23/12/15
175	表1説明文 下から1行目	物アレルギーの栄養指導の手引き 2017」	物アレルギーの栄養食事指導の手引き 2022」	情報更新	23/12/15
175	表2 下から1行目、2 列目	アーモンド*	アーモンド、	情報更新	23/12/15
第13章					
208	図4			※7を参照	23/12/15
209	図5			※8を参照	23/12/15
209	図6			※9を参照	23/12/15
210	右段下から17行目	主な術式を表8	主な術式を表6		22/12/09
212	表番号	表8	表6		22/12/09
213	Advanced 左段9行 目	(表9)	(表7)		22/12/09
213	表番号	表9	表7		22/12/09
文献一覧					
306	第1章 6)	6)「肥満症診療ガイドライン2016」(日本肥満学会/編), ライフサイエンス出版, 2016	6)「肥満症診療ガイドライン2022」(日本肥満学会/編), ライフサイエンス出版, 2022	情報更新	23/12/15
306	第3章 13)	13)「急性膵炎診療ガイドライン 2015 第4版」(高田忠敬/編), 金原出版, 2015	13)「急性膵炎診療ガイドライン 2021 第5版」(高田忠敬/編), 金原出版, 2021	情報更新	23/12/15
307	第4章 4)	4)「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版」(日本動脈硬化学会/編), 日本動脈硬化学会, 2017	4)「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, 2022	情報更新	23/12/15
307	第4章 6)	6)「虚血性心疾患の一次予防ガイドライン 2012年改訂版」(日本循環器学会, 他/編), 2012[2015/2/5 更新版]	6)「2023年改訂版 冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン」(日本循環器学会, 他/編), 2023	情報更新	23/12/15
307	第5章 1)	1)「CKD診療ガイド2012」(日本腎臓学会/編), 東京医学社, 2012 /「エビデンスに基づくCKD 診療ガイドライン 2018」(日本腎臓学会/編), 東京医学社, 2018	1)「CKD診療ガイド2012」(日本腎臓学会/編), 東京医学社, 2012 /「エビデンスに基づくCKD 診療ガイドライン 2023」(日本腎臓学会/編), 東京医学社, 2023	情報更新	23/12/15
308	第5章 16)	16)「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2018」(日本腎臓病学会/編), 東京医学社, 2018	16)「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2023」(日本腎臓病学会/編), 東京医学社, 2023	情報更新	23/12/15

308	第5章 17)	17) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版, 一般社団法人日本動脈硬化学会, 東京都, 2017年	17) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版, 一般社団法人日本動脈硬化学会, 東京都, 2022年	情報更新	23/12/15
308	第5章 20)	20) 「尿路結石症診療ガイドライン 第2版 2013年版」(日本泌尿器科学会, 他/編), 金原出版, 2013	20) 「尿路結石症診療ガイドライン 第3版 2023年版」(日本泌尿器科学会, 他/編), 医学図書出版, 2023	情報更新	23/12/15
308	第8章 2)	2) 厚生労働省ホームページ: 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引き・第8.0版) https://www.mhlw.go.jp/content/000936655.pdf	2) 厚生労働省ホームページ: 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引き・第10.0版) https://www.mhlw.go.jp/content/001136687.pdf	情報更新	23/12/15
309	第8章 7)	7) 「COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン 第5版」(日本呼吸器学会 COPDガイドライン第5版作成委員会/編), メディカルレビュー社, 2018	7) 「COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン 第6版」(日本呼吸器学会 COPDガイドライン第6版作成委員会/編), メディカルレビュー社, 2022	情報更新	23/12/15
309	第11章 4)	4) 「厚生労働科学研究班による食物アレルギーの栄養指導の手引き2017」, (厚生労働科学研究班) https://www.foodallergy.jp/wp-content/themes/foodallergy/pdf/nutritionalmanual2017.pdf	4) 「厚生労働科学研究班による食物アレルギーの栄養食事指導の手引き2022」, (厚生労働科学研究班) https://www.foodallergy.jp/wp-content/themes/foodallergy/pdf/nutritionalmanual2022.pdf	情報更新	23/12/15
310	第13章 20)	20) 「食道癌診療ガイドライン 2017年版 第4版」(日本食道学会/編), 金原出版, 2017	20) 「食道癌診療ガイドライン 2022年版 第5版」(日本食道学会/編), 金原出版, 2022	情報更新	23/12/15

図表

※1 ガイドラインの更新に伴い赤下線部の表記を変更

表7 肥満に起因ないし関連し、減量を要する健康障害

1. 肥満症の診断基準に必須な健康障害

- 1) 耐糖能障害 (2型糖尿病・耐糖能異常など)
- 2) 脂質異常症
- 3) 高血圧
- 4) 高尿酸血症・痛風
- 5) 冠動脈疾患
- 6) 脳梗塞・一過性脳虚血発作
- 7) 非アルコール性脂肪性肝疾患
- 8) 月経異常・女性不妊
- 9) 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群
- 10) 運動器疾患 (変形性関節症: 膝関節・股関節・手指関節, 変形性脊椎症)
- 11) 肥満関連腎臓病

2. 診断基準には含まれないが、肥満に関連する健康障害

- 1) 悪性疾患: 大腸がん, 食道がん (腺がん), 子宮体がん, 膵臓がん, 腎臓がん, 乳がん, 肝臓がん
- 2) 良性疾患: 胆石症, 静脈血栓症・肺塞栓症, 気管支喘息, 皮膚疾患, 男性不妊, 胃食道逆流症, 精神疾患

3. 高度肥満症の注意すべき健康障害

- 1) 心不全
- 2) 呼吸不全
- 3) 静脈血栓
- 4) 閉塞性睡眠時無呼吸症候群 (OSAS)
- 5) 肥満低換気症候群
- 6) 運動器疾患

「肥満症診療ガイドライン 2022」(日本肥満学会/編), ライフサイエンス出版, 2022⁶⁾ より引用

※2 以下の図に変更いたします

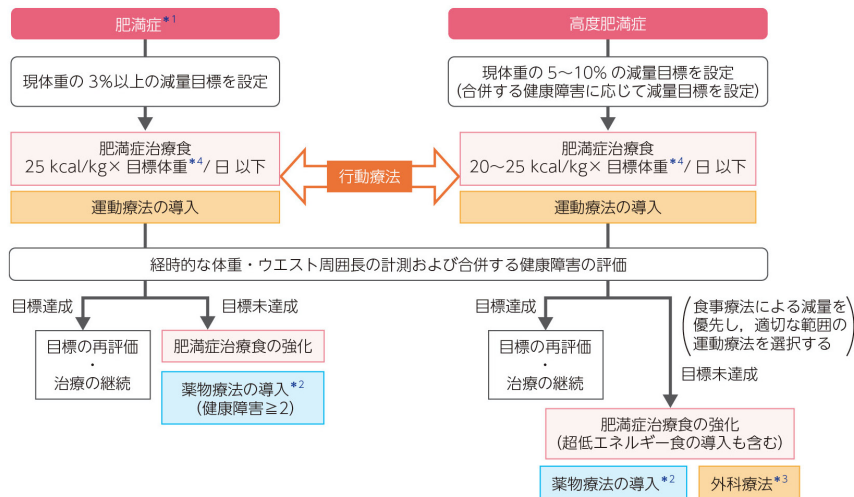


図3 肥満症治療指針

3～6カ月を目安に各治療成果を評価。*1 高度肥満症でない場合。*2 薬物療法の実施にあたっては、添付文書上の用法をふまえ、作用機構や有効性、安全性などを総合的に判断したうえで決定される必要がある。*3 BMI<35であっても、合併する健康障害の種類や程度によっては外科療法が適切な場合がある。*4 BMI 22×(身長[m]²)となる体重を標準体重とし、年齢などを考慮して目標体重を設定する。
 [肥満症診療ガイドライン2022] (日本肥満学会/編), ライフサイエンス出版, 2022⁹⁾ をもとに作成

※3 ガイドラインの更新に伴い赤下線部の内容を変更

表3 CKDの重症度分類

原疾患		たんぱく尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		30未満	30～299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他		尿たんぱく定量 (g/日)		正常	軽度たんぱく尿	高度たんぱく尿
		尿たんぱく/Cr比 (g/gCr)		0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/1.73 m ²)	G1	正常または高値	≥ 90			
	G2	正常または軽度低下	60～89			
	G3a	軽度～中等度低下	45～59			
	G3b	中等度～高度低下	30～44			
	G4	高度低下	15～29			
	G5	高度低下～末期腎不全	< 15			

重症度は原疾患・GFR区分・たんぱく尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑■のステージを基準に、黄■, オレンジ■, 赤■の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する
 注：わが国の保険診療では、アルブミン尿の定量測定は、糖尿病または糖尿病性早期腎症であって微量アルブミン尿を疑う患者に対し、3カ月に1回に限り認められている。糖尿病において、尿定性で1+以上の明らかな尿たんぱくを認める場合は尿アルブミン測定は保険で認められていないため、治療効果を評価するために定量検査を行う場合は尿たんぱく定量を検討する。
 [エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023] (日本腎臓学会/編), 東京医学社, 2023¹⁾ より引用

※4 ガイドラインの更新に伴い赤下線部の内容を変更

表 14 透析患者の血液検査基準値

検査検査項目	基準値	
	透析患者（透析前の目標値）	健常者
ヘモグロビン（Hb）（g/dL）	HD：週初めの採血 10～12*2 PD：11～13*2	男性 13～18，女性 11～16
血清カルシウム（Ca）（mg/dL）	（補正*1） 8.4～10.0*3	9.2～10.8
血清ナトリウム（Na）（mEq/L）	138～146（健常者と同じ）	138～146
血清カリウム（K）（mEq/L）	4.0以上 5.5未満*4	3.6～4.9
無機リン（P）（mg/dL）	3.5～6.0*3	2.5～4.5
副甲状腺ホルモン（i-PTH）（pg/mL）	60～240*3	10～65
血清アルブミン（Alb）（g/dL）	4.0以上	3.8～5.3
血清尿素窒素（BUN）（mg/dL）	70～90	8～23
血清クレアチニン（Cr）（mg/dL）	男性 12～14，女性 10～12	男性 0.8～1.2，女性 0.6～0.9
重炭酸イオン（HCO ₃ ）（mEq/L）	20～25	24～26
β ₂ -ミクログロブリン（β ₂ -MG）*6（mg/L）	最大間隔透析前 30以下*5	0.8～1.9
LDL-コレステロール（LDL-C）（mg/dL）	120未満*6	140未満
HDL-コレステロール（HDL-C）（mg/dL）	40以上*6	40以上
トリグリセリド（TG）（mg/dL）	150未満（空腹時），175未満（随時）*6	150未満（空腹時），175未満（随時）*6

- *1 補正Ca (mg/dL) = 血清総Ca (mg/dL) + [4 - 血清アルブミン値 (g/dL)]
- *2 日本透析医学会：2015年版 日本透析医学会 慢性腎臓病患者における腎性貧血治療のガイドライン。日本透析医学会雑誌，49：89-158，2016¹⁴⁾ より引用
- *3 日本透析医学会：慢性腎臓病に伴う骨・ミネラル代謝異常の診療ガイドライン。日本透析医学会雑誌，45：301-336，2012¹⁵⁾ より引用
- *4 「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2023」（日本腎臓病学会/編），東京医学社，2023¹⁶⁾ より引用
- *5 日本透析医学会：維持血液透析ガイドライン：血液透析処方。日本透析医学会雑誌，46：587-632，2013¹¹⁾ より引用
- *6 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版，一般社団法人日本動脈硬化学会，東京都，2022年¹⁷⁾ より引用

※5 ガイドラインの更新に伴い赤下線部の内容を変更

表 2 推奨される栄養評価項目

<p>必須の評価項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 体重（% IBW，BMI） ● 食習慣 ● 食事摂取時の臨床症状の有無
<p>行うことが望ましい評価項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 食事調査（栄養摂取量の解析） ● 簡易栄養状態評価表（MNA[®]-SF） ● %上腕囲（% AC） ● %上腕三頭筋部皮下脂肪厚（% TSF） ● %上腕筋囲（% AMC：AMC = AC - π × TSF） ● 体成分分析（LBM，FM，<u>BMC</u>，<u>SMI</u>） ● 血清アルブミン ● 握力
<p>可能であれば行う評価項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 安静時エネルギー消費量（REE） ● rapid turnover protein（RTP） ● 血漿アミノ酸分析（BCAA/AAA） ● 呼吸筋力 ● 免疫能

IBW：80 ≤ % IBW < 90：軽度低下
70 ≤ % IBW < 80：中等度低下
% IBW < 70：高度低下

BMI：低体重 < 18.5，標準体重 18.5～24.9，体重過多 25.0～29.9

「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン 第6版」（日本呼吸器学会 COPDガイドライン第6版作成委員会/編），メディカルレビュー社，2022⁷⁾ より引用

※6 図2を変更し、図2Bを追加いたします

《定期的検査のスケジュールの目安》

	3歳未満	3歳以上6歳未満	6歳以上
*1 抗原特異的 IgE 抗体	6カ月ごと	6カ月～1年ごと	1年ごとまたはそれ以上
2 食物負荷試験考慮	6カ月～1年ごと	1～2年ごと	2～3年ごとまたはそれ以上
*3 食物負荷試験方法	オープンチャレンジ	オープン・シングルブラインド・ダブルブラインドチャレンジ	オープン・シングルブラインド・ダブルブラインドチャレンジ

図 2A 原因食物決定後の経過観察

※アナフィラキシー例では原則的には食物負荷試験は行わない。ただし、乳幼児期発症例のなかには耐性の獲得がみられることがあり、時期をみて実施することがある

- ・オープンチャレンジ：検査する側（食べさせる人）にも、検査される側（食べる人）にも、食べ物の内容がわかる検査法である。食べる人は、目で見たり、味やにおいで問題となる食物を食べたことがわかる。この検査法の弱点は、心の影響を受けやすく、気持ちだけで反応してしまいがちな点である
- ・シングルブラインドチャレンジ：食べる人には、アレルギーを起こす食物が入っていることを知らせないで検査する方法である。特に仕立てた食物を用意する必要がある
- ・ダブルブラインドチャレンジ：食べる人も検査する人もわからない状態で、原因食物を食べて、反応をみる検査である。食べる人の不安を避けることができる。この検査の精度は高く、心理的・精神的影響を受けにくく、客観的で優れた判定ができる

佐藤和人：食物アレルギー。「医科栄養学」（板倉弘重/監修 近藤和雄，他/編著），p465，建帛社，2010²⁾より引用

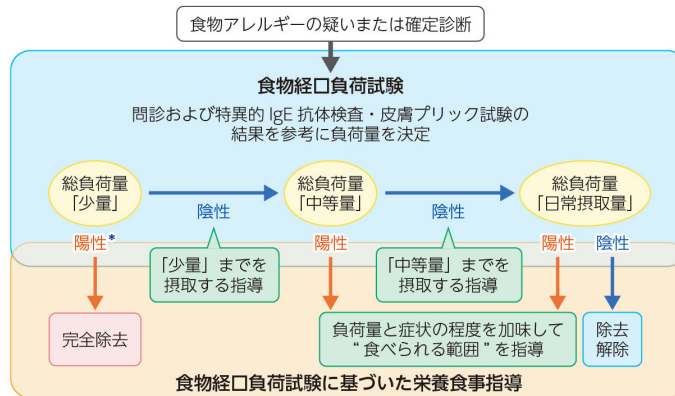


図 2B 小児の耐性獲得を目指す食物アレルギーの診断・管理のフローチャート

これは個人の食べられる範囲（摂取可能量）に合わせて除去解除を目指す場合の考え方である。保育所および学校の集団給食でのアレルギー対応は、「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」（厚生労働省）および「学校給食における食物アレルギー対応指針」（文部科学省）に従う。*少量の食物経口負荷試験でアナフィラキシーを誘発した症例や繰り返し陽性となる場合には専門の医療機関への紹介を考慮する

〔厚生労働科学研究班による 食物アレルギーの栄養食事指導の手引き 2022〕（厚生労働科学研究班）⁴⁾より引用

※7 ガイドラインの更新に伴い図を差し替え

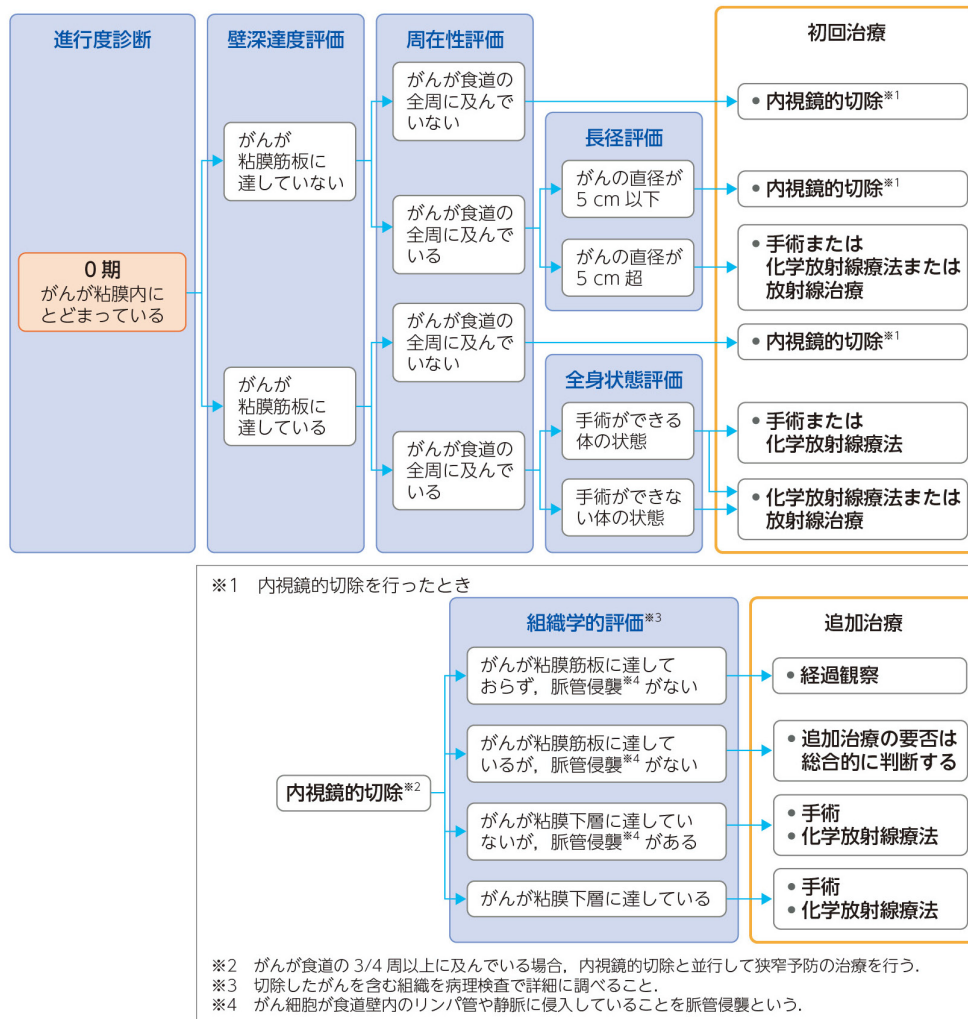


図4 食道がんの治療の選択 (0期・I期)

「食道癌診療ガイドライン 2022年版 第5版」(日本食道学会/編), 金原出版, 2022²⁰⁾をもとに作成

※8 ガイドラインの更新に伴い赤枠と下線部分を変更

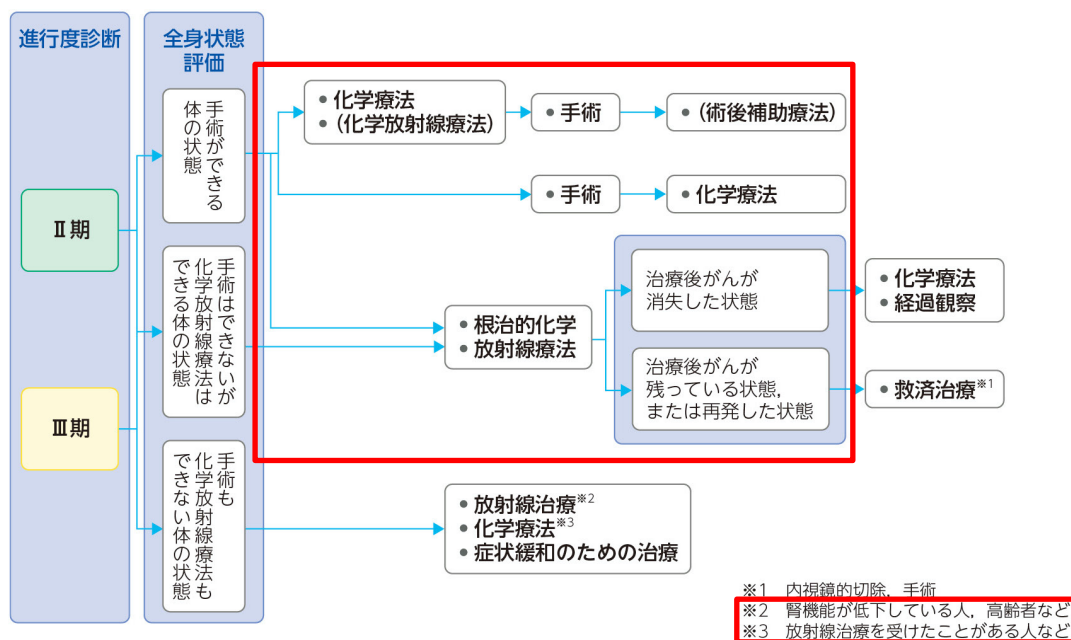
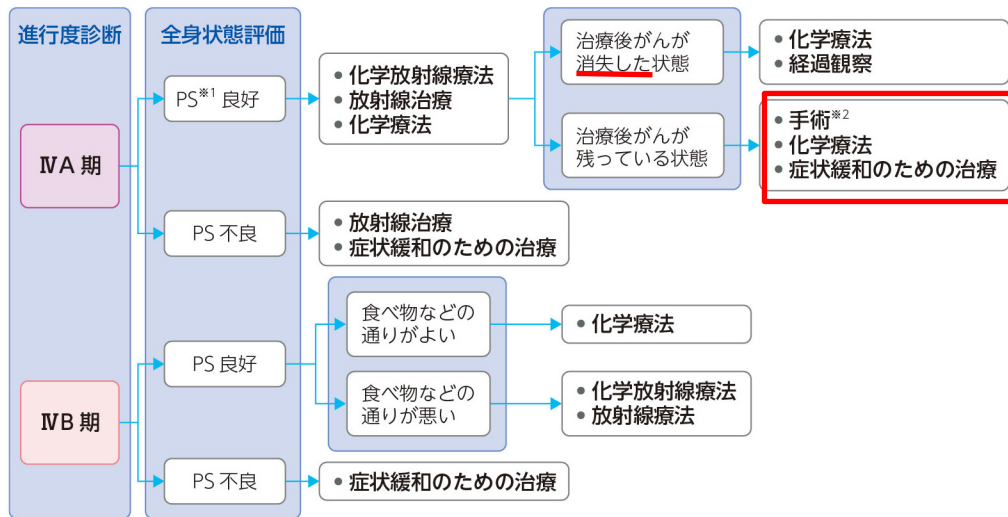


図5 食道がんの治療の選択 (II期・III期)

「食道癌診療ガイドライン 2022年版 第5版」(日本食道学会/編), 金原出版, 2022²⁰⁾をもとに作成



※1 パフォーマンスステータス (PS)：全身状態の指標の1つで、日常生活に対する制限の程度を示す。

※2 治療により、切除可能になった場合行われることがある

図6 食道がんの治療の選択 (IVa期・IVb期)

「食道癌診療ガイドライン 2022年版 第5版」(日本食道学会/編), 金原出版, 2022²⁰⁾ をもとに作成