

エッセンシャル臨床栄養学 (第10版) [701250]

(第10版第2刷)

訂正/補足情報

頁	該当箇所	訂正前	訂正後																																												
12	表 1-3	サラゾピリン	5-アミノサリチル酸製剤																																												
12	右段, 19行目	サラゾピリン	アサコール																																												
109	表 4-2	以下に差し替え <div style="text-align: center;"> <p>表 4-2 成人における血圧値の分類</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">分 類</th> <th colspan="2">診察室血圧 (mmHg)</th> <th colspan="2">家庭血圧 (mmHg)*</th> </tr> <tr> <th>収縮期血圧</th> <th>拡張期血圧</th> <th>収縮期血圧</th> <th>拡張期血圧</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>正常血圧</td> <td><120 かつ <80</td> <td><80</td> <td><115 かつ <75</td> <td><75</td> </tr> <tr> <td>正常高値血圧</td> <td>120~129 かつ <80</td> <td><80</td> <td>115~124 かつ <75</td> <td><75</td> </tr> <tr> <td>高値血圧</td> <td>130~139 かつ/または 80~89</td> <td>80~89</td> <td>125~134 かつ/または 75~84</td> <td>75~84</td> </tr> <tr> <td>I度高血圧</td> <td>140~159 かつ/または 90~99</td> <td>90~99</td> <td>135~144 かつ/または 85~89</td> <td>85~89</td> </tr> <tr> <td>II度高血圧</td> <td>160~179 かつ/または 100~109</td> <td>100~109</td> <td>145~159 かつ/または 90~99</td> <td>90~99</td> </tr> <tr> <td>III度高血圧</td> <td>≥180 かつ/または ≥110</td> <td>≥110</td> <td>≥160 かつ/または ≥100</td> <td>≥100</td> </tr> <tr> <td>(孤立性) 収縮期高血圧</td> <td>≥140 かつ <90</td> <td><90</td> <td>≥135 かつ <85</td> <td><85</td> </tr> </tbody> </table> <p>*家庭血圧の値は診察室血圧値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、実際の点推定値とは数mmHg程度の差がある。 (日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン2025、ライフサイエンス出版、p.45、表5-5より)</p> </div>	分 類	診察室血圧 (mmHg)		家庭血圧 (mmHg)*		収縮期血圧	拡張期血圧	収縮期血圧	拡張期血圧	正常血圧	<120 かつ <80	<80	<115 かつ <75	<75	正常高値血圧	120~129 かつ <80	<80	115~124 かつ <75	<75	高値血圧	130~139 かつ/または 80~89	80~89	125~134 かつ/または 75~84	75~84	I度高血圧	140~159 かつ/または 90~99	90~99	135~144 かつ/または 85~89	85~89	II度高血圧	160~179 かつ/または 100~109	100~109	145~159 かつ/または 90~99	90~99	III度高血圧	≥180 かつ/または ≥110	≥110	≥160 かつ/または ≥100	≥100	(孤立性) 収縮期高血圧	≥140 かつ <90	<90	≥135 かつ <85	<85	
分 類	診察室血圧 (mmHg)			家庭血圧 (mmHg)*																																											
	収縮期血圧	拡張期血圧	収縮期血圧	拡張期血圧																																											
正常血圧	<120 かつ <80	<80	<115 かつ <75	<75																																											
正常高値血圧	120~129 かつ <80	<80	115~124 かつ <75	<75																																											
高値血圧	130~139 かつ/または 80~89	80~89	125~134 かつ/または 75~84	75~84																																											
I度高血圧	140~159 かつ/または 90~99	90~99	135~144 かつ/または 85~89	85~89																																											
II度高血圧	160~179 かつ/または 100~109	100~109	145~159 かつ/または 90~99	90~99																																											
III度高血圧	≥180 かつ/または ≥110	≥110	≥160 かつ/または ≥100	≥100																																											
(孤立性) 収縮期高血圧	≥140 かつ <90	<90	≥135 かつ <85	<85																																											
109	表 4-3	以下に差し替え <div style="text-align: center;"> <p>表 4-3 小児の年代別、性別高血圧基準</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>収縮期血圧 (mmHg)</th> <th>拡張期血圧 (mmHg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">幼児</td> <td>≥120</td> <td>≥70</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">小学校</td> <td>低学年</td> <td>≥130</td> <td rowspan="2">≥80</td> </tr> <tr> <td>高学年</td> <td>≥135</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">中学校</td> <td>男子</td> <td>≥140</td> <td>≥85</td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td>≥135</td> <td>≥80</td> </tr> <tr> <td colspan="2">高等学校</td> <td>≥140</td> <td>≥85</td> </tr> </tbody> </table> <p>(日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン2025、ライフサイエンス出版、p.193、表14-1より)</p> </div>			収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)	幼児		≥120	≥70	小学校	低学年	≥130	≥80	高学年	≥135	中学校	男子	≥140	≥85	女子	≥135	≥80	高等学校		≥140	≥85																				
		収縮期血圧 (mmHg)	拡張期血圧 (mmHg)																																												
幼児		≥120	≥70																																												
小学校	低学年	≥130	≥80																																												
	高学年	≥135																																													
中学校	男子	≥140	≥85																																												
	女子	≥135	≥80																																												
高等学校		≥140	≥85																																												

表 4-4 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

二次性高血圧一般（示唆する所見）

若年発症の高血圧、小児の高血圧、中年以降発症の高血圧、重症高血圧、治療抵抗性高血圧、それまで良好な血圧の管理が困難になった場合、急速に発症した高血圧、血圧値に不相応な強い臓器障害がみられる場合、血圧変動が大きい場合、低カリウム血症の合併

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、蛋白尿、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
薬剤誘発性高血圧	薬剤使用歴、腎機能障害、低カリウム血症、動揺性高血圧	薬剤使用歴の確認
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	
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)	

(日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン2025、ライフサイエンス出版、p.199、表 15-1 より)

111	表 4-5	以下に差し替え <div style="text-align: center;"> 表 4-5 脳心血管病に対する予後規定因子 </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">A 血圧レベル以外の脳心血管病発症の危険因子</th> <th style="background-color: #cccccc;">B 臓器障害/脳心血管病</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>高齢 (65 歳以上)</td> <td>脳 脳出血、脳梗塞 一過性脳虚血発作</td> </tr> <tr> <td>男性</td> <td rowspan="3">心臓 左室肥大 (心電図、心臓超音波検査) 狭心症、心筋梗塞、冠動脈再建術後 心不全 心房細動</td> </tr> <tr> <td>喫煙</td> </tr> <tr> <td>脂質異常症*1 高 LDL コレステロール血症 (≥140mg/dL) 低 HDL コレステロール血症 (<40mg/dL) 高トリグリセライド血症 (≥150mg/dL)</td> </tr> <tr> <td>肥満 (BMI ≥ 25kg/m²、特に内臓脂肪型肥満)</td> <td>腎臓 蛋白尿 eGFR 低値*2 (<60 mL/分/1.73m²) 慢性腎臓病 (CKD)</td> </tr> <tr> <td>若年 (50 歳未満) の脳心血管病の家族歴</td> <td rowspan="3">血管 大血管疾患 末梢動脈疾患 (足関節/上腕血圧比 [ABI] ≤0.9) 動脈硬化性プラーク 脈波伝播速度上昇 (baPWV ≥ 18m/秒、cfPWV ≥ 10m/秒) 心臓足首血管指数 (CAVI) 上昇 (≥9.0)</td> </tr> <tr> <td>糖尿病 空腹時血糖値 ≥ 126mg/dL 75gOGTT2 時間値 ≥ 200mg/dL 随時血糖値 ≥ 200mg/dL HbA1c ≥ 6.5% (NGSP)</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 色字：リスク層別化に用いた予後規定因子 *1 トリグリセライド 400mg/dL 以上や食後採血の場合は non-HDL コレステロール (総コレステロール - HDL コレステロール) を使用し、その基準は LDL コレステロール + 30mg/dL とする。 *2 eGFR (推算糸球体濾過量) は下記の血清クレアチンを用いた推算式 (eGFR_{creat}) で算出するが、筋肉量が極端に少ない場合は、血清シスタチン C を用いた推算式 (eGFR_{cys}) がより適切である。 $eGFR_{creat} \text{ (mL/分/1.73m}^2\text{)} = 194 \times Cr^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287} \text{ (女性は} \times 0.739\text{)}$ $eGFR_{cys} \text{ (mL/分/1.73m}^2\text{)} = (104 \times Cys^{-1.019} \times 0.996^{\text{年齢}} \text{ (女性は} \times 0.929\text{)}) - 8$ (日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン 2025、ライフサイエンス出版、p.65、表 6-1 より) </td> </tr> </tbody> </table>	A 血圧レベル以外の脳心血管病発症の危険因子	B 臓器障害/脳心血管病	高齢 (65 歳以上)	脳 脳出血、脳梗塞 一過性脳虚血発作	男性	心臓 左室肥大 (心電図、心臓超音波検査) 狭心症、心筋梗塞、冠動脈再建術後 心不全 心房細動	喫煙	脂質異常症*1 高 LDL コレステロール血症 (≥140mg/dL) 低 HDL コレステロール血症 (<40mg/dL) 高トリグリセライド血症 (≥150mg/dL)	肥満 (BMI ≥ 25kg/m ² 、特に内臓脂肪型肥満)	腎臓 蛋白尿 eGFR 低値*2 (<60 mL/分/1.73m ²) 慢性腎臓病 (CKD)	若年 (50 歳未満) の脳心血管病の家族歴	血管 大血管疾患 末梢動脈疾患 (足関節/上腕血圧比 [ABI] ≤0.9) 動脈硬化性プラーク 脈波伝播速度上昇 (baPWV ≥ 18m/秒、cfPWV ≥ 10m/秒) 心臓足首血管指数 (CAVI) 上昇 (≥9.0)	糖尿病 空腹時血糖値 ≥ 126mg/dL 75gOGTT2 時間値 ≥ 200mg/dL 随時血糖値 ≥ 200mg/dL HbA1c ≥ 6.5% (NGSP)		色字：リスク層別化に用いた予後規定因子 *1 トリグリセライド 400mg/dL 以上や食後採血の場合は non-HDL コレステロール (総コレステロール - HDL コレステロール) を使用し、その基準は LDL コレステロール + 30mg/dL とする。 *2 eGFR (推算糸球体濾過量) は下記の血清クレアチンを用いた推算式 (eGFR _{creat}) で算出するが、筋肉量が極端に少ない場合は、血清シスタチン C を用いた推算式 (eGFR _{cys}) がより適切である。 $eGFR_{creat} \text{ (mL/分/1.73m}^2\text{)} = 194 \times Cr^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287} \text{ (女性は} \times 0.739\text{)}$ $eGFR_{cys} \text{ (mL/分/1.73m}^2\text{)} = (104 \times Cys^{-1.019} \times 0.996^{\text{年齢}} \text{ (女性は} \times 0.929\text{)}) - 8$ (日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン 2025、ライフサイエンス出版、p.65、表 6-1 より)		
A 血圧レベル以外の脳心血管病発症の危険因子	B 臓器障害/脳心血管病																		
高齢 (65 歳以上)	脳 脳出血、脳梗塞 一過性脳虚血発作																		
男性	心臓 左室肥大 (心電図、心臓超音波検査) 狭心症、心筋梗塞、冠動脈再建術後 心不全 心房細動																		
喫煙																			
脂質異常症*1 高 LDL コレステロール血症 (≥140mg/dL) 低 HDL コレステロール血症 (<40mg/dL) 高トリグリセライド血症 (≥150mg/dL)																			
肥満 (BMI ≥ 25kg/m ² 、特に内臓脂肪型肥満)	腎臓 蛋白尿 eGFR 低値*2 (<60 mL/分/1.73m ²) 慢性腎臓病 (CKD)																		
若年 (50 歳未満) の脳心血管病の家族歴	血管 大血管疾患 末梢動脈疾患 (足関節/上腕血圧比 [ABI] ≤0.9) 動脈硬化性プラーク 脈波伝播速度上昇 (baPWV ≥ 18m/秒、cfPWV ≥ 10m/秒) 心臓足首血管指数 (CAVI) 上昇 (≥9.0)																		
糖尿病 空腹時血糖値 ≥ 126mg/dL 75gOGTT2 時間値 ≥ 200mg/dL 随時血糖値 ≥ 200mg/dL HbA1c ≥ 6.5% (NGSP)																			
色字：リスク層別化に用いた予後規定因子 *1 トリグリセライド 400mg/dL 以上や食後採血の場合は non-HDL コレステロール (総コレステロール - HDL コレステロール) を使用し、その基準は LDL コレステロール + 30mg/dL とする。 *2 eGFR (推算糸球体濾過量) は下記の血清クレアチンを用いた推算式 (eGFR _{creat}) で算出するが、筋肉量が極端に少ない場合は、血清シスタチン C を用いた推算式 (eGFR _{cys}) がより適切である。 $eGFR_{creat} \text{ (mL/分/1.73m}^2\text{)} = 194 \times Cr^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287} \text{ (女性は} \times 0.739\text{)}$ $eGFR_{cys} \text{ (mL/分/1.73m}^2\text{)} = (104 \times Cys^{-1.019} \times 0.996^{\text{年齢}} \text{ (女性は} \times 0.929\text{)}) - 8$ (日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン 2025、ライフサイエンス出版、p.65、表 6-1 より)																			
111	右段、3 行目	表 4-10、4-11	表 4-10																
111	右段、7 行目	表 4-12	表 4-11																

112	表 4-6	<p>以下に差し替え</p> <p style="text-align: center;">表 4-6 診察室血圧測定の方法と条件</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">測定機器</td> <td>a. 電子圧力柱（擬似水銀）血圧計またはアナロイド血圧計による聴診法測定、および上腕カフ式の自動血圧計による測定が用いられる^{*1} b. カフ内ゴム囊の幅 13 cm、長さ 22~24 cm のカフを用いる。（上腕周囲長 27 cm 未満では小児用カフ、太い腕〔上腕周囲長 34 cm 以上〕では成人用大型カフを使用する）</td> </tr> <tr> <td>測定時の条件</td> <td>a. 静かで適温の室内 b. 背もたれつきの椅子に脚を組まずに両足を床につけて座り数分の安静後 c. 会話をかわさない d. 測定前の喫煙、飲酒、カフェイン摂取は避ける</td> </tr> <tr> <td>測定法</td> <td>a. 前腕を支え台などに置き、カフ位置を心臓の高さに維持する^{*2} b. 前かがみにならない姿勢を維持する c. 素肌もしくは薄手の服で測定する。厚手のシャツ、上着の上からカフを巻かない。上腕が圧迫されるので、厚地のシャツをたくし上げない。 d. 聴診法では上腕動脈を触診しながら急速にカフを加圧し、脈拍が消失する血圧値より 30 mmHg 以上高くして聴診器をあてる e. カフ排気速度は 2~3 mmHg/拍あるいは秒 f. 聴診法ではコロトコフ第 1 相の開始を収縮期血圧、第 V 相の開始^{*3}を拡張期血圧とする</td> </tr> <tr> <td>測定回数</td> <td>1~2 分の間隔をあけて少なくとも 2 回測定する。この 2 回の測定値が大きく異なる場合は、追加測定を行う</td> </tr> <tr> <td>判定</td> <td>a. 安定した値^{*4}を示した 2 回の平均値を血圧値とする b. 高血圧の診断は、少なくとも 2 回以上の異なる機会における血圧値に基づいて行う</td> </tr> <tr> <td>その他の注意点</td> <td>a. 初診時には、上腕の血圧左右差を確認する b. 糖尿病、高齢者^{*5}など起立性低血圧の認められる病態では、立位 1 分および 3 分の血圧測定を行い、起立性低血圧の有無を確認する c. 聴診法では、聴診者は十分な聴力を有する者で、かつ測定のための十分な指導を受けた者でなくてはならない d. 脈拍数も必ず測定し記録する</td> </tr> </table> <p>^{*1}電子圧力柱（擬似水銀）血圧計とは、水銀計の代わりに電子式のアナログ柱を用いた血圧計である。アナロイド血圧計とは、バネ式の針が円弧状に動く血圧計である。原理的に衝撃や経年劣化で誤差が生じやすいため、耐用年数を超えた使用後や劣化が疑われる場合は速やかに破棄・交換が必要である。自動血圧計は、定期的な点検、および各機器の添付文書に記載されている耐用年数・測定回数を考慮した使用が必要である。自動巻き付け式血圧を待合室などで使用する場合、十分な指導と管理の下で測定されなければ大きな誤差が生じる（詳細はガイドライン第 2 章参照）。</p> <p>^{*2}カフは緩くなく、かつ、きつくないように巻く。緩く巻いた場合、血圧は高く測定される。添付の文書に記載のある機器では記載通りに巻く。</p> <p>^{*3}第 V 相の開始とは、コロトコフ音の消失時（disappearance）をいう。これは、欧米のガイドライン（ESC2024、ESH2023、ACC/AHA2017）と共通の定義である。</p> <p>^{*4}安定した値とは、目安として測定値の差が 5 mmHg 未満の近似した値をいう。</p> <p>^{*5}高齢者についてはガイドライン第 10 章「11. 高齢者」参照。 （日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン 2025、ライフサイエンス出版、p.42、表 5-1 より）</p>	測定機器	a. 電子圧力柱（擬似水銀）血圧計またはアナロイド血圧計による聴診法測定、および上腕カフ式の自動血圧計による測定が用いられる ^{*1} b. カフ内ゴム囊の幅 13 cm、長さ 22~24 cm のカフを用いる。（上腕周囲長 27 cm 未満では小児用カフ、太い腕〔上腕周囲長 34 cm 以上〕では成人用大型カフを使用する）	測定時の条件	a. 静かで適温の室内 b. 背もたれつきの椅子に脚を組まずに両足を床につけて座り数分の安静後 c. 会話をかわさない d. 測定前の喫煙、飲酒、カフェイン摂取は避ける	測定法	a. 前腕を支え台などに置き、カフ位置を心臓の高さに維持する ^{*2} b. 前かがみにならない姿勢を維持する c. 素肌もしくは薄手の服で測定する。厚手のシャツ、上着の上からカフを巻かない。上腕が圧迫されるので、厚地のシャツをたくし上げない。 d. 聴診法では上腕動脈を触診しながら急速にカフを加圧し、脈拍が消失する血圧値より 30 mmHg 以上高くして聴診器をあてる e. カフ排気速度は 2~3 mmHg/拍あるいは秒 f. 聴診法ではコロトコフ第 1 相の開始を収縮期血圧、第 V 相の開始 ^{*3} を拡張期血圧とする	測定回数	1~2 分の間隔をあけて少なくとも 2 回測定する。この 2 回の測定値が大きく異なる場合は、追加測定を行う	判定	a. 安定した値 ^{*4} を示した 2 回の平均値を血圧値とする b. 高血圧の診断は、少なくとも 2 回以上の異なる機会における血圧値に基づいて行う	その他の注意点	a. 初診時には、上腕の血圧左右差を確認する b. 糖尿病、高齢者 ^{*5} など起立性低血圧の認められる病態では、立位 1 分および 3 分の血圧測定を行い、起立性低血圧の有無を確認する c. 聴診法では、聴診者は十分な聴力を有する者で、かつ測定のための十分な指導を受けた者でなくてはならない d. 脈拍数も必ず測定し記録する
測定機器	a. 電子圧力柱（擬似水銀）血圧計またはアナロイド血圧計による聴診法測定、および上腕カフ式の自動血圧計による測定が用いられる ^{*1} b. カフ内ゴム囊の幅 13 cm、長さ 22~24 cm のカフを用いる。（上腕周囲長 27 cm 未満では小児用カフ、太い腕〔上腕周囲長 34 cm 以上〕では成人用大型カフを使用する）													
測定時の条件	a. 静かで適温の室内 b. 背もたれつきの椅子に脚を組まずに両足を床につけて座り数分の安静後 c. 会話をかわさない d. 測定前の喫煙、飲酒、カフェイン摂取は避ける													
測定法	a. 前腕を支え台などに置き、カフ位置を心臓の高さに維持する ^{*2} b. 前かがみにならない姿勢を維持する c. 素肌もしくは薄手の服で測定する。厚手のシャツ、上着の上からカフを巻かない。上腕が圧迫されるので、厚地のシャツをたくし上げない。 d. 聴診法では上腕動脈を触診しながら急速にカフを加圧し、脈拍が消失する血圧値より 30 mmHg 以上高くして聴診器をあてる e. カフ排気速度は 2~3 mmHg/拍あるいは秒 f. 聴診法ではコロトコフ第 1 相の開始を収縮期血圧、第 V 相の開始 ^{*3} を拡張期血圧とする													
測定回数	1~2 分の間隔をあけて少なくとも 2 回測定する。この 2 回の測定値が大きく異なる場合は、追加測定を行う													
判定	a. 安定した値 ^{*4} を示した 2 回の平均値を血圧値とする b. 高血圧の診断は、少なくとも 2 回以上の異なる機会における血圧値に基づいて行う													
その他の注意点	a. 初診時には、上腕の血圧左右差を確認する b. 糖尿病、高齢者 ^{*5} など起立性低血圧の認められる病態では、立位 1 分および 3 分の血圧測定を行い、起立性低血圧の有無を確認する c. 聴診法では、聴診者は十分な聴力を有する者で、かつ測定のための十分な指導を受けた者でなくてはならない d. 脈拍数も必ず測定し記録する													
112	表 4-7、 出典	（日本高血圧学会編：高血圧治療ガイドライン 2015 より）	（日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン 2025、ライフサイエンス出版、p.46、表 5-6 より）											
114	表 4-9	<p>以下に差し替え</p> <p style="text-align: center;">表 4-9 生活習慣の改善項目</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ● ナトリウム (Na) 制限：食塩 6g/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 </div> <p>[*]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。</p> <p>[*]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。</p> <p>[*]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。 （日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン 2025、ライフサイエンス出版、p.80、表 7-1 より）</p>												
114	表 4-10	（削除）												

114	表 4-11	<p>以下に差し替え</p> <p style="text-align: center;">表 4-10 主要降圧薬の積極的適応と禁忌・重要な注意を要する病態</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 35%;">積極的適応</th> <th style="width: 35%;">禁忌</th> <th style="width: 15%;">重要な注意の下で 使用可能な病態</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>長時間作用型ジヒドロピリジン系 Ca 拮抗薬^{§1}</td> <td>脳血管障害 左室肥大 狭心症</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ARB/ACE 阻害薬</td> <td>脳血管障害 左室肥大 心筋梗塞後 左室駆出率の低下した心不全^{*1} 蛋白尿/微量アルブミン尿を有する CKD</td> <td>ARB/ACE 阻害薬：妊娠 ACE 阻害薬：血管浮腫、特殊な膜を用いるアフエレーシス/透析^{*4}</td> <td>腎動脈狭窄症^{*6} 高カリウム血症</td> </tr> <tr> <td>サイアザイド系利尿薬^{§2}</td> <td>脳血管障害 体液貯留</td> <td>ナトリウム・カリウムが明らかに減少している病態</td> <td>痛風 耐糖能異常 妊娠</td> </tr> <tr> <td>β 遮断薬</td> <td>狭心症^{*2} 心筋梗塞後 左室駆出率の低下した心不全^{*1} 大動脈解離 胸部大動脈瘤^{*3}</td> <td>喘息 (β_1 非選択性および $\alpha \cdot \beta$ 遮断薬) 高度徐脈 未治療褐色細胞腫/パラガングリオーマ^{*5}</td> <td>喘息 (β_2 選択性) 慢性閉塞性肺疾患 (β_1 選択性) 耐糖能異常</td> </tr> </tbody> </table> <p>^{§1}ベンゾチアゼピン系 Ca 拮抗薬ジルチアゼムは、脳心血管病イベント発症抑制効果が報告されているものの、降圧薬治療 STEP2 以降におけるエビデンスや配合剤がないことから主要降圧薬に含めていないが、狭心症などの病態では STEP1 から用いて良い</p> <p>^{§2}サイアザイド系利尿薬には、サイアザイド利尿薬（ヒドロクロロチアジド、トリクロルメチアジドなど）とサイアザイド類似薬（インダパミドなど）を含む</p> <p>^{*1}少量から開始し、注意深く漸増する ^{*2}冠擡縮には注意する ^{*3}特に Marfan 症候群による胸部大動脈瘤において瘤径拡大速度抑制・予後改善のエビデンスがあるが、他の胸部大動脈瘤への投与も妥当とされる ^{*4}ガイドライン第 8 章 3. 「3）ACE 阻害薬」参照 ^{*5}α 遮断薬との併用や $\alpha \cdot \beta$ 遮断薬の投与が必要 ^{*6}両側性腎動脈狭窄の場合は原則禁忌（日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン 2025、ライフサイエンス出版、p.95、表 8-1 より）</p>		積極的適応	禁忌	重要な注意の下で 使用可能な病態	長時間作用型ジヒドロピリジン系 Ca 拮抗薬 ^{§1}	脳血管障害 左室肥大 狭心症			ARB/ACE 阻害薬	脳血管障害 左室肥大 心筋梗塞後 左室駆出率の低下した心不全 ^{*1} 蛋白尿/微量アルブミン尿を有する CKD	ARB/ACE 阻害薬：妊娠 ACE 阻害薬：血管浮腫、特殊な膜を用いるアフエレーシス/透析 ^{*4}	腎動脈狭窄症 ^{*6} 高カリウム血症	サイアザイド系利尿薬 ^{§2}	脳血管障害 体液貯留	ナトリウム・カリウムが明らかに減少している病態	痛風 耐糖能異常 妊娠	β 遮断薬	狭心症 ^{*2} 心筋梗塞後 左室駆出率の低下した心不全 ^{*1} 大動脈解離 胸部大動脈瘤 ^{*3}	喘息 (β_1 非選択性および $\alpha \cdot \beta$ 遮断薬) 高度徐脈 未治療褐色細胞腫/パラガングリオーマ ^{*5}	喘息 (β_2 選択性) 慢性閉塞性肺疾患 (β_1 選択性) 耐糖能異常
	積極的適応	禁忌	重要な注意の下で 使用可能な病態																			
長時間作用型ジヒドロピリジン系 Ca 拮抗薬 ^{§1}	脳血管障害 左室肥大 狭心症																					
ARB/ACE 阻害薬	脳血管障害 左室肥大 心筋梗塞後 左室駆出率の低下した心不全 ^{*1} 蛋白尿/微量アルブミン尿を有する CKD	ARB/ACE 阻害薬：妊娠 ACE 阻害薬：血管浮腫、特殊な膜を用いるアフエレーシス/透析 ^{*4}	腎動脈狭窄症 ^{*6} 高カリウム血症																			
サイアザイド系利尿薬 ^{§2}	脳血管障害 体液貯留	ナトリウム・カリウムが明らかに減少している病態	痛風 耐糖能異常 妊娠																			
β 遮断薬	狭心症 ^{*2} 心筋梗塞後 左室駆出率の低下した心不全 ^{*1} 大動脈解離 胸部大動脈瘤 ^{*3}	喘息 (β_1 非選択性および $\alpha \cdot \beta$ 遮断薬) 高度徐脈 未治療褐色細胞腫/パラガングリオーマ ^{*5}	喘息 (β_2 選択性) 慢性閉塞性肺疾患 (β_1 選択性) 耐糖能異常																			
114	表 4-12	<p>以下に差し替え</p> <p style="text-align: center;">表 4-11 降圧目標</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 100%;">診察室血圧 < 130/80 mmHg 家庭血圧 < 125/75 mmHg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>* 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。</td> </tr> <tr> <td>* 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。</td> </tr> <tr> <td>（日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン 2025、ライフサイエンス出版、p.68、表 6-3 より）</td> </tr> </tbody> </table>	診察室血圧 < 130/80 mmHg 家庭血圧 < 125/75 mmHg	* 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。	* 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。	（日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン 2025、ライフサイエンス出版、p.68、表 6-3 より）																
診察室血圧 < 130/80 mmHg 家庭血圧 < 125/75 mmHg																						
* 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。																						
* 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。																						
（日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン 2025、ライフサイエンス出版、p.68、表 6-3 より）																						
115	表 4-13、 表番号	表 4-13	表 4-12																			
115	左段、 6 行目	表 4-13	表 4-12																			
117	右段、 15 行目	表 4-14	表 4-13																			
118	左段、 12 行目	表 4-15	表 4-14																			

118	左段, 14行目	表4-16	表4-15												
119	表4-14, 表番号	表4-14	表4-13												
119	表4-15, 表番号	表4-15	表4-14												
119	表4-16, 表番号	表4-16	表4-15												
126	図4-8	<p>以下に差し替え</p> <p>図4-8 食塩摂取量の平均値の年次推移(20歳以上) (厚生労働省:平成24年/令和元年/令和6年国民健康・栄養調査結果の概要より作成)</p>													
126	左段, 10行目	生活習慣の修正	生活習慣の改善												
126	左段, 14行目	「高血圧治療ガイドライン2019」においても	(削除)												
126	左段, 19行目	同ガイドラインでは,	(削除)												
127	左段, 10行目	「高血圧治療ガイドライン2019」	「高血圧管理・治療ガイドライン2025」												
127	脚注	「高血圧治療ガイドライン2019」	「高血圧管理・治療ガイドライン2025」												
133	右段, 10行目	表4-17	表4-16												
134	表4-17, 表番号	表4-17	表4-16												
217	脚注	慢性呼吸不全	慢性呼吸不全等												
225	表10-4	<p>以下に差し替え</p> <p>表10-4 骨粗鬆症治療において食品からの摂取が推奨される、カルシウム、ビタミンDの量</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015年版</th> <th>日本人の食事摂取基準 2025年版¹⁾</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>設定の目的</td> <td>骨粗鬆症の予防と治療</td> <td>摂取不足の回避</td> </tr> <tr> <td>カルシウム</td> <td>700~800mg²⁾</td> <td>男性:18~29歳 800mg, 30歳以上 750mg 女性:18~74歳 650mg, 75歳以上 600mg</td> </tr> <tr> <td>ビタミンD</td> <td>15~20μg²⁾</td> <td>男女とも18歳以上 9.0μg</td> </tr> </tbody> </table> <p>¹⁾ カルシウムは推奨量、ビタミンDは目安量。 ²⁾ 骨粗鬆症の治療薬の効果は、食事からの適量のカルシウムとビタミンD摂取のもとで発揮される。</p>			骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015年版	日本人の食事摂取基準 2025年版 ¹⁾	設定の目的	骨粗鬆症の予防と治療	摂取不足の回避	カルシウム	700~800mg ²⁾	男性:18~29歳 800mg, 30歳以上 750mg 女性:18~74歳 650mg, 75歳以上 600mg	ビタミンD	15~20μg ²⁾	男女とも18歳以上 9.0μg
	骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015年版	日本人の食事摂取基準 2025年版 ¹⁾													
設定の目的	骨粗鬆症の予防と治療	摂取不足の回避													
カルシウム	700~800mg ²⁾	男性:18~29歳 800mg, 30歳以上 750mg 女性:18~74歳 650mg, 75歳以上 600mg													
ビタミンD	15~20μg ²⁾	男女とも18歳以上 9.0μg													

225	左段, 11行目	<ul style="list-style-type: none"> カルシウム、ビタミンD、ビタミンKの摂取量については「日本人の食事摂取基準」では健常者を対象にしている。患者については「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2015年版」に示されている(表10-4)。なお、抗凝固剤のワルファリンを服用している場合は、ビタミンKにより薬効が減弱するので注意が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> カルシウム、ビタミンDの摂取量については「日本人の食事摂取基準」では健常者を対象にしている。患者については「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2025年版」に示されている(表10-4)。 ビタミンKは、「日本人の食事摂取基準(2025年版)」では成人男女とも150μg/日を目安量としている。骨粗鬆症の治療薬としてビタミンKが大量投与されていることがある。抗凝固剤のワルファリンを服用している場合は、ビタミンKにより薬効が減弱するので注意が必要である。
225	右段, 16行目	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣における骨粗鬆症の危険因子(前述)をできるだけ排除する。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣における骨粗鬆症の危険因子(前述)をできるだけ排除する。 偏食を避け、骨の健康に関わる複数の栄養素をバランスよく摂取することの意義を説明する。
324	左段, 5行目	簡易式を用いて安静時エネルギー消費量(REE)	基礎代謝基準値を用いて基礎代謝量
324	左段, 10行目	低アルブミン血症	低栄養
343	左段, 脚注	国民が使う医療費の総額は1999年度に30兆円を突破した。今後も年平均4~5%で高騰を続けるといわれる。国民所得に占める割合は昭和60年度は6%であったが、近年は9%に達した。	国民が使う医療費の総額は2022年度に46兆円を突破した。今後も年平均4~5%で高騰を続けるといわれる。国民所得に占める割合は昭和60年度は6%であったが、近年は8%を超えている。
352	脚注	(新規追加)	GLIM基準▶成人の低栄養診断を目的とする国際的基準。検証済みツールで栄養リスクをスクリーニング後、GLIM基準で低栄養の診断を行う。表現型(体重減少・低BMI・筋肉量減少)と病因(摂取/吸収低下、疾患負荷/炎症)を各1項目以上満たせば低栄養と診断し、表現型基準の程度で重症度(中等度/重度)を判定する。GLIM基準(診断)とスクリーニングツールは区別する。
353	脚注	(新規追加)	診療報酬上の標準的な栄養スクリーニングツール▶低栄養の診断にGLIM基準を用いる際、検証済みスクリーニングツールの例として、MUST(成人)、NRS-2002(急性期の入院患者)、MNA [®] -SF(高齢者)などがあげられる。ツールは対象集団に応じて選択する。
372	左段, 18行目	が用いられるようになってきた。	をはじめ、さまざまな栄養スクリーニングツールが用いられている。

(2026年1月)