

MRテキスト2026「疾病と治療」 2025からの変更・訂正

2025年12月19日

該当箇所			2025記載内容	2026記載内容
第1章-I-2-B	2. 糖質	p.5	のである。グルコースは 単糖 、ショ糖や乳糖(ラクトース)は二糖類、グリコーティングは多糖類に分類される。また、 単糖 には	のである。グルコースは 単糖類 、ショ糖や乳糖(ラクトース)は二糖類、グリコーティングは多糖類に分類される。また、 単糖類 には
第1章-II-1	A 細胞の種類と増殖	p.8	細胞は生物の基本単位であり、ヒトは約 60兆個 ともいわれる	細胞は生物の基本単位であり、ヒトは約 37兆個 ともいわれる
第2章-I-3-A-4	b. 発症機序	p.45	病原微生物 を除去しながら、	病原体 を除去しながら、
第2章-I-3-C	1. 発熱の発生機序	p.46	感染性では 病原微生物 そのものと 病原微生物 が産生する内毒素がある。	感染性では 細菌などの病原体 そのものと 一部の病原体 が産生する内毒素がある。
第2章-II	4. 治療選択肢	p.62	集中的治療 を 呼ぶ	集中的治療 と 呼ぶ
第3章-I-1-F	2. クモ膜	p.78	この 髄液 中に保持されている。	この 脳脊髄液 中に保持されている。
第3章-III-3	B 髄液検査	p.89	B 髄液 検査 腰椎穿刺にて 髄液 を採取し、血性あるいはキサントクロミー(髄液 が黄色透明の状態)が	B 脳脊髄液 検査 腰椎穿刺にて 脳脊髄液 を採取し、血性あるいはキサントクロミー(脳脊髄液 が黄色透明の状態)が
第3章-IV-3	図3-19 図中文字	p.93	社会的認知 の障害	見当識 障害
第3章-V-4	F 髄液検査	p.105	F 髄液 検査 亜急性期であれば 髄液 が黄色透明の状態となるキサント	F 脳脊髄液 検査 亜急性期であれば 脳脊髄液 が黄色透明の状態となるキサント
第3章-V-5-A	1. 急性期の一般管理	p.105	脳梗塞急性期では、血压、脈、心電図を継続的に観察し、収縮期血压が220 mmHgを超える、または拡張期血压が120 mmHgを超える高血压が持続する場合や、大動脈解離、急性心筋梗塞、心不全・腎不全などを合併している場合に限り慎重な降圧を行う。	脳梗塞急性期では、血压、脈、心電図を継続的に観察し、 高血压に対する降圧は勧められていない 。ただし、収縮期血压が220 mmHgを超える、または拡張期血压が120 mmHgを超える高血压が持続する場合や、大動脈解離、急性心筋梗塞、心不全・腎不全などを合併している場合に限り慎重な降圧を行う ことを考慮してもよい 。
第3章-V-5-B-1	e. 脳保護療法	p.107	めにエダラボンを発症後 48 時間以内に投与する。	めにエダラボンを発症後 24 時間以内に投与する。
第3章-V-5-B-3	a. 高血压	p.108	脳卒中の再発予防には血压管理がきわめて重要であり、 少なくとも140/90 mmHg未満を降圧目標とするが、抗血栓薬内服患者では脳出血のリスクを小さくするため130/80 mmHg未満を目指す 。	脳卒中の再発予防には血压管理がきわめて重要であり、 収取期血压130 mmHg未満への降圧治療が強く推奨されている 。 脳梗塞においては、130/80 mmHg未満を降圧目標とする 。
	c. 脂質異常症		奨され、LDLコレステロール100 mg未満を目標とした脂質管理が妥当である。冠動脈疾患を合併している場合に虚血性脳卒中再発予防のために、LDLコレステロールの目標値を70 mg未満とするこ とを考慮してもよい 。	奨され、LDLコレステロール100 mg/dL未満を目標とした脂質管理が妥当である。冠動脈疾患を合併している場合に虚血性脳卒中再発予防のために、LDLコレステロールの目標値を70 mg/dL未満とすることを考慮してもよい。
第3章-V-5-C-1	c. 脳浮腫治療薬		高張グリセロールなどの 脈内 投与を考慮する。	高張グリセロールなどの 静脈 内投与を考慮する。
第3章-V-5-D	1. 外科的治療	p.109	や術後に脳底槽や脊髄腔などにドレーンを留置し、持続的に髄液や血腫の排泄を行い	や術後に脳底槽や脊髄腔などにドレーンを留置し、持続的に 脳脊髄液 や血腫の排泄を行い

該当箇所			2025記載内容	2026記載内容
第3章-VI-6-A-2	表3-5 最下段「特徴」	p.115	セロトニン再取り込みに加え、セロトニン1A受容体を刺激する。	セロトニン再取り込みの阻害に加え、セロトニン1A受容体を刺激する。
第3章-VI-6-B-1	b. その他の抗うつ薬	p.117	SARI	SARI ^{*6} 脚注)* 6 serotonin 2 antagonist and reuptake inhibitor
第4章-I-4-E-4-b	表4-3 アルドステロンの主な働き パソプレシンの主な働き	p.135	アルドステロン： ・腎臓でのナトリウムイオン再吸収を促す ・全身の血管を収縮させる パソプレシン： ・腎臓での水再吸収を促す	アルドステロン： ・腎臓でのナトリウムイオン再吸収を促す パソプレシン： ・腎臓での水再吸収を促す ・血管平滑筋を収縮させる
第4章-II-1-A	表4-6 2段目左	p.136	何らかの心機能異常により心臓のポンプ機能の大小機能が破綻	何らかの心機能異常により心臓のポンプ機能の代償機能が破綻
第4章-III-2-B	2. 心筋バイオマーカー	p.142	心筋トロポニンは、クレアチニンキナーゼやクレアチニンキナーゼMBが上昇しない程度の	心筋トロポニンは、CKやCK-MBが上昇しない程度の
第4章-IV	1 高血圧の概要	p.150	現在、日本の高血圧患者は約4300万人と推定されるが、治療を受けている者は57%（2450万人）、そのうち血圧が140/90 mmHg未満にコントロールされているのは50%程度（1200万人）、高血圧患者全体の30%未満）にとどまる（厚生労働省「2016（平成28）年国民健康・栄養調査データ」より）。高血圧を放置すると動脈硬化が進行し、脳心血管病の罹患・死亡リスクが高まる。高血圧対策には医療機関のみならず、行政を含めた社会全体での取り組みが必要である。2018（平成30）年に厚生労働省から「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（脳卒中・循環器病対策基本法）」が公布され、社会全体として高血圧対策の加速が期待されている。	2017年の高血圧者の推計値は約4300万人、そのうち治療を受け血圧140/90 mmHg未満でコントロールされているのは約1200万人にとどまる。治療を受けながらコントロール不良は約1250万人、認知しているが未治療の者は450万人、認知していない者が1400万人となっている。血圧管理がされている割合は、経年的に上昇しているものの、国際的にみて日本の血圧管理状況は不良で、依然として改善の必要性が高い。日本高血圧学会が作成した高血圧対策に関するフューチャープランでは2018年に3100万人と推計された管理不良高血圧者数を2028年までに700万人減少させることを目標に掲げている。

該当箇所		2025記載内容		2026記載内容		
第4章-IV-3	B 成人における血圧値の分類	p.153	日本高血圧学会の高血圧治療ガイドライン2019により、成人の血圧値の分類が示されている。診察室血圧値が140/90 mmHg以上または家庭血圧値が135/85 mmHg以上の場合に高血圧と診断する。高血圧は血圧値によりⅠ～Ⅲ度に分類され、診察室血圧の収縮期血圧140 mmHg以上かつ拡張期血圧90 mmHg未満を(独立性)収縮期高血圧とする。なお、診察室血圧と家庭血圧の間に診断の差がある場合、家庭血圧による診断を優先する。 血圧分類に従い、予後影響因子を加味し、脳心血管病リスクの層別化を行い、高血圧管理計画を立てる。		日本高血圧学会の高血圧管理・治療ガイドライン2025において、成人の血圧値の分類が示されている。診察室血圧値が140/90 mmHg以上または家庭血圧値が135/85 mmHg以上の場合に高血圧と診断する。高血圧は血圧値によりⅠ～Ⅲ度に分類され、診察室血圧の収縮期血圧140 mmHg以上かつ拡張期血圧90 mmHg未満を(独立性)収縮期高血圧とする。なお、診察室血圧と家庭血圧の間に診断の差がある場合、家庭血圧による診断を優先する。	
	表4-15		ガイドラインの改訂に伴う表の差し替え			
	C 診察室血圧に基づく脳心血管病リスク層別化		高血圧レベル(130/80 mmHg)以上では、正常血圧レベルより有意に脳心血管病リスクが上昇する。上昇するリスクの程度を、血圧レベルと高血圧以外の危険因子によって低リスク、中等リスク、高リスクに層別化し、管理計画に用いる。高血圧以外の脳心血管病の危険因子として年齢(65歳以上)、男性、喫煙、糖尿病、脂質異常症(低HDLコレステロール血症(40 mg/dL未満)、高LDLコレステロール血症(140 mg/dL以上)、高中性脂肪血症(150 mg/dL以上))、慢性腎臓病(タンパク尿、推算糸球体濾過量低下)、肥満などがあげられる。		脳心血管病リスク評価は、国内のエビデンスを用い、危険因子から絶対リスクを算出し、リスク層別化し示されている(表4-16)。血圧レベル以外の予後規定因子は、年齢(65歳以上)、男性、喫煙、脂質異常症、糖尿病、脳出血、脳梗塞、心筋梗塞、心房細動、タンパク尿のあるCKDである。これらの予後規定因子を3つのリスク層に分け、血圧値と組み合わせた場合の脳心血管病発症のリスクを3段階に区分している。	
第4章-IV	4 高血圧の治療	p.154～157	本文および図表を全面差し替え			
第4章-V	1. 心不全の概要	p.158	心不全とは、心臓機能の低下に伴い、呼吸困難、倦怠感や浮腫などの症状が出現し、運動耐容能が低下する臨床症候群である。		心不全とは、心臓の構造・機能的異常に伴い、うっ血や心内圧上昇、および、あるいは心拍出量低下や組織低灌流をきたし、呼吸困難、浮腫、倦怠感などの症状や運動耐容能低下を呈する症候群である。	
第4章-V-6-C-1	c. PDE*8(ホスホジエステラーゼ)Ⅲ阻害薬	p.163	PDE*8(ホスホジエステラーゼ)Ⅲ阻害薬 PDEⅢ阻害薬は、細胞内カルシウムイオン濃度を		PDE*8(ホスホジエステラーゼ)3阻害薬 PDE3阻害薬は、細胞内カルシウムイオン濃度を	
第4章-VI-5-C	4. ACE, ARB	p.170	4. ACE, ARB ACE, ARBは心筋梗塞後の		4. ACE阻害薬, ARB ACE阻害薬, ARBは心筋梗塞後の	
第4章-VII-2-A	2. 発生機序	p.172	洞結節の刺激生成に異常が起こる洞性頻脈、洞性徐脈と、それ以外の部位で異常な刺激が		洞結節の刺激生成に異常が起こる洞性頻脈、洞不全症候群と、それ以外の部位で異常な刺激が	
第4章-VII-2-B-3	b. QT延長症候群	p.175	QT時間が延長することにより、トルサード・ド・ボアンツと呼ばれる心室細動に移行しやすい。失神や突然死の原因となる致死的な不整脈である。		QT延長症候群は、トルサード・ド・ボアンツを生じた場合に失神発作をきたす。心室細動に移行しやすく、突然死の原因となる致死的な不整脈である。	
第4章-VII-5-B	1. カテーテルアブレーション	p.177～178	多くは大腿の付け根からカテーテルを血管に挿入し、異常な電気的興奮の発生箇所の心筋に高周波で焼灼し、電気的興奮の伝達を防ぐ治療法である(図4-31)。		多くは大腿の付け根からカテーテルを血管に挿入し、異常な電気的興奮の発生部位や伝導路となる心筋を高周波で焼灼し、不整脈を防ぐ治療法である(図4-13)。	

該当箇所			2025記載内容	2026記載内容	
第5章-I-2-B-1	図5-10	p.191	A. 吸息時 肋間筋収縮 B. 呼息時 肋間筋弛緩	A. 吸氣時 外肋間筋収縮 B. 呼氣時 内肋間筋収縮	
第5章-III-4-A-1	a. 微生物学的検査	p.201	主にグラム染色を用いて塗抹検査を行い、 原因微生物 を検出する	主にグラム染色を用いて塗抹検査を行い、 原因菌 を検出する	
第5章-III-4	C 気管支内視鏡検査	p.202	C 気管支 内視 鏡検査	C 気管支鏡検査	
第5章-IV-2-A	図5-17	p.203	ガイドラインの改訂に伴う図の差し替え		
第5章-V-6-C	図5-25 図中文字	p.219	端 息病態非合併例 端 息病態合併例	喘 息病態非合併例 喘 息病態合併例	
第5章-VI-2	A 成因	p.222	一般的に肺炎とは微生物の感染により生じる肺実質(肺胞腔、肺胞上皮)の急性炎症をいう。原因となる 病原微生物 には、…最も頻度が高い 原因微生物 は細菌である。	一般的に肺炎とは微生物 など の感染により生じる肺実質(肺胞腔、肺胞上皮)の急性炎症をいう。原因となる 病原体 には、…最も頻度が高い 病原体 は細菌である。	
第5章-VI-2-B	1. 原因微生物による分類		1. 原因微生物 による分類	1. 病原体 による分類	
第5章-VI-2-B-1	a. 細菌性肺炎	p.223	一般細菌感染によるもので、主 な原因微生物として 、肺炎球菌、	一般細菌感染によるもので、主として肺炎球菌、	
第5章-VI-2-B-2	a. CAP(市中肺炎)		る頻度は少ない。主 な原因微生物 として肺炎球菌、	る頻度は少ない。主として肺炎球菌、	
	c. HAP(院内肺炎)		比べて高い。主 な原因微生物 としてMRSA	比べて高い。主としてMRSA	
第5章-VI-2-B-4	a. 誤嚥性肺炎	p.224	加齢、胃食道逆流症、経鼻胃管、気管切開などがある。原因 微生物 としては、肺炎球菌、	加齢、胃食道逆流症、経鼻胃管、気管切開などがある。原因として、肺炎球菌、	
第5章-VI-5	A 診療の流れ	p.228	肺炎をCAP、NHCAP、HAPの3つに大別し、診療を行うことが推奨される。 原因菌 検索により 原因菌 が同定または推定できた場合には、いずれの肺炎でも標的治療を行う。 原因菌 の同定または推定ができない場合にはCAPでは治療の場に応じて、NHCAPでは重症度と耐性菌リスクに応じて、 エンピリック治療とは、 原因微生物 が特定できない場合に、患者の年齢、基礎疾患、症状、地域の感染症流行状況や 抗微生物薬 への感受性などを考慮して、経験的に行う治療のことをいう。	肺炎をCAP、NHCAP、HAPの3つに大別し、診療を行うことが推奨される。 病原体 検索により 病原体 が同定または推定できた場合には、いずれの肺炎でも標的治療を行う。 病原体 の同定または推定ができない場合にはCAPでは治療の場に応じて、 エンピリック治療とは、 病原体 が特定できない場合に、患者の年齢、基礎疾患、症状、地域の感染症流行状況や 抗菌薬 などへの感受性などを考慮して、経験的に行う治療のことをいう。	
第5章-VI-5-D	3. 初期治療の有効性の評価	p.231	初期治療は想定される 原因微生物 をカバーするために広域抗菌薬を使用するが、	初期治療は想定される 原因菌 をカバーするために広域抗菌薬を使用するが、	
第7章-II-1-A	図7-3 右図中文字	p.309	副甲状腺ホルモン 機能亢進	副甲状腺ホルモン 分泌増加	
第7章-III-1-B	1. 血液検査	p.313	CK(クレアチニン キナーゼ)高値は、	CK(クレアチニン キナーゼ)高値は、	
第7章-IV-3	A 関節症状	p.316	に発症する。関節の変形は、手指ではボタン 孔 変形、	に発症する。関節の変形は、手指ではボタン 穴 変形、	

該当箇所			2025記載内容	2026記載内容
第7章-IV-3-A	図7-15 左図タイトル	p.317	ボタン孔変形	ボタン穴変形
第7章-IV-5	A RA治療の目標	p.318	関節リウマチ診療ガイドライン 2020 (日本リウマチ学会)では、	関節リウマチ診療ガイドライン 2024 (日本リウマチ学会)では、
第7章-IV-5-B-1	図7-16	p.319	ガイドラインの改訂に伴う図の差し替え	
第7章-IV-5-B-2	図7-17 出典	p.320	(一般社団法人日本リウマチ学会 編: 関節リウマチ診療ガイドライン 2020 . p.18, 診断と治療社, 2021)	(一般社団法人日本リウマチ学会 編: 日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン 2024改訂 . p.18, 診断と治療社, 2024)
第8章-I-2	B 尿路の機能	p.339	大脑からの排尿を抑制する指令がなくなると、排尿反射により仙骨から骨盤神経(運動神経)が興奮し、膀胱の収縮・内尿道括約筋の弛緩、陰部神経(脊髄神経)による外尿道括約筋の弛緩により外尿道口から排尿される。	大脑からの排尿を抑制する指令がなくなると、排尿反射により仙骨から骨盤神経(副交感神経)が興奮し、膀胱の収縮・内尿道括約筋の弛緩、陰部神経(運動神経)による外尿道括約筋の弛緩により外尿道口から排尿される。
第8章-II-3	C 悪性腫瘍が原因となる主な疾患	p.342	り、 腎孟 または尿道の上皮に生じる悪性腫瘍を 腎孟 ・尿道がんといい、	り、 腎孟 または尿道の上皮に生じる悪性腫瘍を 腎孟 ・尿道がんといい、
第8章-IV-4-B	表8-2 出典	p.352	(日本腎臓学会 編: エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. p.4, 東京医学社, 2024)	(日本腎臓学会 編: エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. p.4, 東京医学社, 2023)
第9章-I-2-B-2	b. 妊娠	p.370	妊娠期間とは 受精卵の着床 から分娩までの期間を指す。	妊娠期間とは 最終月経の初日 から分娩までの期間を指す。
第11章-I-2	A 血液量	p.443	成人において、血液量は体重の約8%、体重60 kgの成人では4～5 Lとなる(体重1 kgあたり約80 mL)。また、全血液量の1/3を失うと生命に危険が及び、50%を喪失すると生命を維持できなくなる。	成人では、全身を循環する血液の量、すなわち循環血流量は体重の約8%にあたり、体重60 kgでは5 L程度になる。また、循環血流量の1/3を失うとショック(第4章-III-1-H参照)の症状を呈し、生命に危険が及ぶことがある。
第12章-I-2-B-2	図12-7 図上部の「液性免疫」の右下	p.465	メモリーB細胞 (レギュラトリーT細胞)	メモリーB細胞
第12章-II-2-A	表12-4 2段目右側「主な疾患」	p.467	特発性 血小板減少性紫斑病	免疫性 血小板減少症
第13章-II-2	D 色覚と光覚	p.488	網膜に存在する錐体細胞と 杆 体細胞では、	網膜に存在する錐体細胞と 桿 体細胞では、
第13章-III-3-A	1. 原発開放隅角緑内障(広義)	p.494	初期には自覚症状はほとんどなく進行すると視野障害が現れる。	初期には自覚症状はほとんどなく、進行すると視野障害が現れる。

該当箇所		2025記載内容		2026記載内容	
第13章-VI-4	A アトピー素因や皮膚バリア機能低下などにより生じる皮膚炎	p.514	検査項目では好酸球数、IgE、TARC*1の上昇がみられる。治療はスキンケアと炎症制御が中心となる。スキンケアでは保湿剤の使用や清潔を保ち皮膚を保護するよう生活指導が行われる。炎症制御の外用薬として副腎皮質ステロイド薬、免疫抑制薬のタクロリムス、JAK(ヤヌスキナーゼ)阻害薬、 ホスホジエステラーゼ(PDE) 4阻害薬がある。	検査項目では好酸球数、IgE、TARC*1の上昇がみられる。治療はスキンケアと炎症制御が中心となる。スキンケアでは保湿薬の使用や清潔を保ち皮膚を保護するよう生活指導が行われる。炎症制御の外用薬として副腎皮質ステロイド薬、免疫抑制薬のタクロリムス、JAK(ヤヌスキナーゼ)阻害薬、 PDE(ホスホジエステラーゼ)4阻害薬、芳香族炭化水素受容体調節薬 がある。	
	B I型アレルギーによる皮膚疾患	p.515	JAK阻害薬の バリシチニブ 、 ウパダシチニブ の内服や、 デュピルマブ 、 ネモリズマブ などの生物学的製剤の使用を考慮する。 蕁麻疹は、通常、数時間～24時間以内に消失する。 難治例では 生物学的製剤のオマリズマブ の投与を考慮する。	JAK阻害薬の内服や、 抗ヒトIL-13抗体 などの生物学的製剤の使用を考慮する。 蕁麻疹では、 その個々の皮疹 は通常、数時間～24時間以内に消失する。 難治例では 抗ヒトIgE抗体 の投与を考慮する。	
第13章-VI	5 ウィルスによる皮膚疾患	p.515	VZVは、神経支配領域に沿って表皮細胞内で増殖し皮膚病変を生じる。病変部位の皮膚は知覚過敏となり、疼痛や感覚障害といった症状がみられる。その後、紅斑→ 水泡 →膿疱→痂皮の順に変化する。皮疹、疼痛は2～3週間で軽快するが、一部の患者では、皮疹が軽快したあとも疼痛が残存することがある。治療は抗ウイルス薬が中心となり、疼痛に対しては鎮痛薬、ステロイドの内服、神経ブロックが用いられる。	VZVは、神経支配領域に沿って表皮 角化 細胞内で増殖し皮膚病変を生じる。病変部位の皮膚は知覚過敏となり、疼痛や感覚障害といった症状がみられる。その後、紅斑→ 水疱 →膿疱→痂皮の順に変化する。皮疹、疼痛は2～3週間で軽快するが、一部の患者では、皮疹が軽快したあとも疼痛が残存することがある。治療は抗ウイルス薬が中心となり、疼痛に対しては鎮痛薬、 副腎皮質ステロイド薬 の内服、神経ブロックが用いられる。	
	6 真菌による皮膚疾患		頭部白癬には内服療法を行う。爪白癬は内服療法が有効であるが、中等度以下であれば外用薬での治療も可能である。	頭部白癬では内服療法 が必要になることが多い 。爪白癬は内服療法が有効であるが、中等度以下であれば外用薬での治療も可能である。	
	7 外力による軟部組織の血流低下によって生じる皮膚疾患	p.516	殊なマットレス)を用い、体位 交換 を一定の時間間隔で行う。	殊なマットレス)を用い、体位 変換 を一定の時間間隔で行う。	
第14章-I	2 病原微生物の種類	p.521	2 病原微生物 の種類	2 病原体 の種類	
	表14-1 タイトル		ただし、ここでは便宜上、 ウイルス と プリオン を 病原微生物 に含めて説明する。 病原微生物 の種類と特徴を	病原体は、これらの総称である。 病原体 の種類と特徴を	
第14章-I-3-C-2	e. 髄膜炎菌	p.527	さらに、 髄液 に侵入・増殖	さらに、 脳脊髄液(髄液) に侵入・増殖	
第14章-I	4 その他の病原微生物	p.528	その他の 病原微生物	その他の 病原体	
第14章-I-4-A-1	図14-5 らせん対称型の図中文字		ウイルス拡散	核酸	
第14章-I-4-A-3	h. ヒトパピローマウイルス	p.531	130以上ある遺伝子型があるが、16型と18型の持続感染が子宮頸がんを引き起こしやすい。	130種類以上ある遺伝子型の中には高リスクとされるものがあり、なかでも子宮頸がんで高頻度に検出される16型と18型が重要である。	

該当箇所			2025記載内容	2026記載内容
第14章-I	5 病原微生物を特定する検査	p.535	5 病原微生物を特定する検査 病原微生物を特定する検査には、	5 病原体を特定する検査 病原体を特定する検査には、
第14章-I-5	表14-4		病原微生物を特定する主な検査法とその特徴	
	A 病原微生物の直接的証明	p.536	A 病原微生物の直接的証明	A 病原体の直接的証明
第14章-I-5-A-1	a. 培養検査とは		培養検査とは、患者から得られた検体に存在する原因微生物を発育、	
	b. 培養検査の実際、利点・欠点		b. 培養検査の実際、利点・欠点 微生物の培養には培地を用いるが、微生物の種類により培養条件が異なるため、患者背景や顕微鏡検査などから推定される病原微生物に適した培地を選択する。培養検査は数日～数週間かかるが、確実な検査法である。ただし、培養困難な病原微生物があること、汚染菌(常在菌)も検出しやすいことなどに注意が必要である。また、増殖させた原因微生物を用いて薬剤感受性試験を行うことができ、耐性菌も判定できる。	
第14章-I-5-A-2	a. 観察可能な病原微生物	p.537	a. 観察可能な病原微生物	a. 観察可能な病原体
	b. 顕微鏡検査の実際、利点・欠点		微生物は基本的に無色透明であるため、スライドグラスに検体を塗抹したあと、染色して光学顕微鏡で観察する。細菌全般にはグラム染色、真菌全般にはPAS染色、グロコット染色というように、病原微生物に適した染色法が選択される。検出されれば確度が高い。なお、病原微生物の数が少ない場合に検出されないことがあるほか、	
第14章-I-5-A-3	a. 遺伝子検査とは		遺伝子検査は、検体中の病原微生物の遺伝子を增幅・検出する検査である。	遺伝子検査は、検体中の病原体の遺伝子を增幅・検出する検査である。

該当箇所		2025記載内容	2026記載内容
第14章- I - 5	B 病原微生物の間接的証明	B 病原微生物の間接的証明	B 病原体の間接的証明
第14章- I - 6	A 感染症治療の選択肢	感染症の治療では、病原微生物の死滅、あるいは増殖抑制を目的とした化学療法が基本となる。原因微生物に応じて抗菌薬、	感染症の治療では、病原体の死滅、あるいは増殖抑制を目的とした化学療法が基本となる。原因となった病原体に応じて抗菌薬、
	B 抗菌薬投与の考え方	細菌感染症に対しては、適正な抗菌薬を選択・投与して原因微生物の死滅、増殖抑制を図る。良好な臨床効果を得るだけでなく、耐性菌の発生を抑制するためにも、原因微生物の確認(推定)、	細菌感染症に対しては、適正な抗菌薬を選択・投与して原因菌の死滅、増殖抑制を図る。良好な臨床効果を得るだけでなく、耐性菌の発生を抑制するためにも、原因菌の確認(推定)、
第14章- I - 6-B	1. 原因微生物の確認(推定)	p.538 1. 原因微生物の確認(推定) 膿・分泌物、喀痰、尿、穿刺液などの検体を用いて前述の検査を実施し、原因微生物の確認に努める。原因微生物を確認した上で治療を開始することが理想であるが、簡便で迅速な検査方法がなく原因微生物を確定できない場合はエンピリック治療(経験的治療)を行う。エンピリック治療では、地域の感染流行状況、渡航・旅行歴や同居家族の罹患状況、患者の状態、画像検査などをもとに原因微生物を推定し、耐性化動向も踏まえ有効性が期待される抗菌薬を選択する。	1. 原因菌の確認(推定) 膿・分泌物、喀痰、尿、穿刺液などの検体を用いて前述の検査を実施し、原因菌の確認に努める。原因菌を確認した上で治療を開始することが理想であるが、簡便で迅速な検査方法がなく原因菌を確定できない場合はエンピリック治療(経験的治療)を行う。エンピリック治療では、地域の感染流行状況、渡航・旅行歴や同居家族の罹患状況、患者の状態、画像検査などをもとに原因菌を推定し、耐性化動向も踏まえ有効性が期待される抗菌薬を選択する。
	2. 原因微生物の薬剤感受性	p.539 2. 原因微生物の薬剤感受性	2. 原因菌の薬剤感受性
	6. 抗菌薬の変更・中止	p.540 臨床効果が得られない原因に、原因微生物の誤認、	臨床効果が得られない原因に、原因菌の誤認、
第14章- I - 7-A	2. 予防接種における勧奨接種と任意接種	p.544 主な任意接種にインフルエンザワクチン、A型肝炎ワクチン、おたふくかぜワクチン、 帯状疱疹ワクチン 、髄膜炎菌ワクチンなどがある。	主な任意接種にインフルエンザワクチン、A型肝炎ワクチン、おたふくかぜワクチン、髄膜炎菌ワクチンなどがある。
第14章- I - 7-A-2	表14-6		別途差し替え
第14章- I	8 抗微生物薬に対する薬剤耐性	p.546 8 抗微生物薬に対する薬剤耐性	8 病原体が獲得する薬剤耐性
第14章- I - 8	A 薬剤耐性菌		A 薬剤耐性
第14章- II - 1-A	1. 原因微生物	p.550 1. 原因微生物 最も多い原因微生物はウイルスで、	1. 原因となる病原体 最も多い病原体はウイルスで、
第14章- II - 1-B	1. 原因微生物	p.551 1. 原因微生物	1. 原因となる病原体
第14章- II - 1-C	1. 原因微生物	p.551 1. 原因微生物	1. 原因となる病原体
第15章- I - 3	B 死亡数	p.568 男性では肺が最も多く、ついで胃、大腸、脾臓、肝臓が続く。	男性では肺が最も多く、ついで大腸、胃、脾臓、肝臓が続く。
第15章- II - 2-B	1. 腫瘍マーカーとは	p.572 鑑別診断に有用であるが、すべてのがんで特定の腫瘍マーカーが明らかになっているわけではない。 スクリーニング 、診断補助、治療効果判定、治療後の経過観察などを目的に行う。	鑑別診断に有用であるが、単独で確定診断に用いることはできない、また、すべてのがんで特定の腫瘍マーカーが明らかになっているわけではない。
	2. 検査の目的・特徴		診断補助、治療効果判定、治療後の経過観察などを目的に行う。

該当箇所			2025記載内容	2026記載内容
第15章-II-4-C	3. 分子標的薬	p.578	小分子化合物とモノクローナル抗体薬がある。	小分子化合物とモノクローナル抗体がある。
第15章-VIII-1-A	1. 発症機序	p.612	肝がんの多くは、ウイルス性肝炎を背景として発生する。最大の原因是C型肝炎ウイルスの感染で約60%を占め、ついでB型肝炎ウイルスが約15%を占める。このほか、非アルコール性脂肪肝炎やアルコール性肝障害などが原因となる	肝がんは、ウイルス性肝炎を背景として発生することが多い。最多はC型肝炎ウイルスだが、近年その割合は減少している。B型肝炎ウイルスは約15%を占める。近年増加しているのが非アルコール性脂肪肝疾患やアルコール性肝障害などの非ウイルス性で、30%を超える割合となっている。
第15章-IX-1-A	1. 発生要因	p.619	悪性リンパ腫は、がん化した血液細胞が増殖して生じる造血器腫瘍の1つで、骨髄内のリンパ球ががん化することにより発生する。	悪性リンパ腫は、がん化した血液細胞が増殖して生じる造血器腫瘍の1つで、リンパ節、扁桃、脾臓などのリンパ組織に発生することが多い。
第15章-X-3-B-2	b. 骨髄検査	p.624	BCR遺伝子が融合してBCR-ABL遺伝子となり、	BCR遺伝子が融合してBCR::ABL遺伝子となり、

表4-15 成人における血圧値の分類

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	<115	かつ	<75
正常高値血圧	120~129	かつ	<80	115~124	かつ	<75
高値血圧	130~139	かつ/または	80~89	125~134	かつ/または	75~84
I度高血圧	140~159	かつ/または	90~99	135~144	かつ/または	85~89
II度高血圧	160~179	かつ/または	100~109	145~159	かつ/または	90~99
III度高血圧	≥180	かつ/または	≥110	≥160	かつ/または	≥100
(孤立性) 収縮期高血圧	≥140	かつ	<90	≥135	かつ	<85

*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・治療ガイドライン委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン2025, p.45, 表5-5, ライフサイエンス出版, 2025)

表4-16 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化

リスク層	血圧分類	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
リスク第一層 予後影響因子がない		低リスク	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 年齢(65歳以上), 男性, 脂質異常症, 喫煙のいずれかがある		中等リスク	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 脳心血管病既往, 糖尿病, タンパク尿のあるCKDのいずれか, または, リスク第二層の危険因子が3つ以上ある		高リスク	高リスク	高リスク	高リスク

JALISスコアと久山スコアより得られる絶対リスクを参考に, 予後影響因子の組み合わせによる脳心血管病リスク層別化を行った。層別化で用いられている予後影響因子は, 血圧, 年齢(65歳以上), 男性, 脂質異常症, 喉嚨, 脳心血管病(脳出血, 脳梗塞, 心筋梗塞)の既往, 非弁膜症性心房細動, 糖尿病, タンパク尿のあるCKDである。
(日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン2025, p.65, 表6-2, ライフサイエンス出版, 2025)

4 高血压の治療

A 治療の基本

1. 治療の目的

高血压治療の目的は, 高血压の持続からもたらされる脳心血管病の発症・進展・再発の抑制とそれによる死亡の減少である。また高血压者がより健康で高いQOLを保った日常生活ができるよう支援することである。すべての年齢の高血压者が高血压治療の対象となる。

2. 初診時血圧レベル別の高血压管理計画

初診時の高血压の管理計画は, 次の5つのポイントを踏まえて立案される。血压値の持続性の確認とそのレベルの評価, 二次性高血压の除外, 予後規定因子の評価, 生活習慣の評価, 薬物療法の必要性の評価である。そのうえで, 生活習慣の改善を中心的に積極的な介入を行う(図4-25)。

3. 降圧目標

原則的に診察室血压で130/80 mmHg, 家庭血压で125/75 mmHgを降圧目標とする(表4-17)。血压と脳心血管病死亡の関係を検討した追跡調査で, 40~80歳代の幅広い年齢層において, 血圧が高いほど脳卒中や虚血性心疾患による死亡リスクが増加することが判明している。また, 成人, 脳卒中既往, 糖尿病合併, 75歳以上などの因子を持つ高血压患者に対して, 130/80 mmHg未満を目標とした降圧が, 有意に脳心血管イベントを抑

制し、高齢者、病態・合併症において特徴的に増加する重篤な有害事象は見られなかつたことが分かっている。

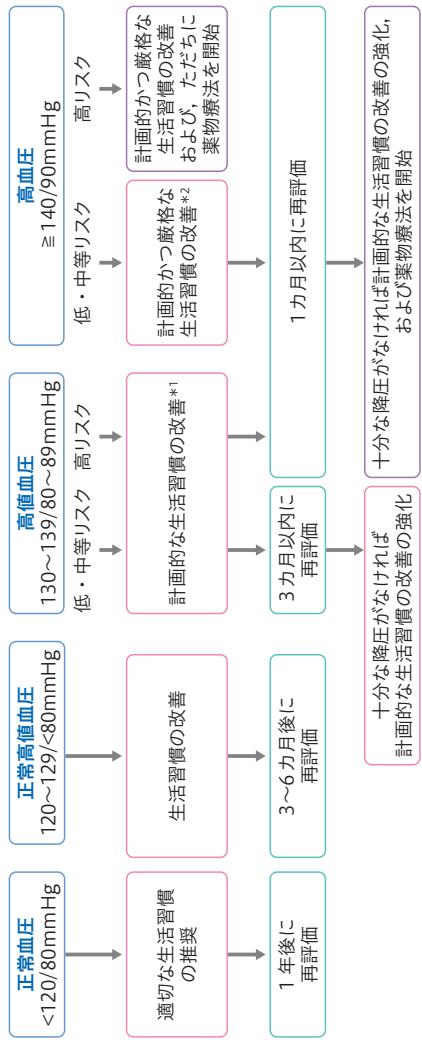


図 4-25 初診時血圧レベル別の高血圧管理計画

受診勧奨により受信した場合、継続的に血圧が高値であるかを確認し、フローチャートに従う。

計画的な生活習慣の改善とは、患者の同意を得ながら、後後の治療合意の目標(隆乳目標など)や生活上の注意点など具備された治療計画に基づいて生活習慣の改善などを指導して行うことを指す。これまでは胸高圧球を策定し、治療計画が認められることで治療が実現されることが多い。しかし、このようにして治療が実現されると、必ずしも患者の希望する結果が得られないことが多い。そのため、この問題を解決するためには、患者の希望する結果を達成するための治療計画を策定する必要がある。

(日本高齢者学会高齢者管理・治療ガイドライン委員会編：高齢者管理・治療ガイドライン2025. p67 図6-1. 日本高齢者学会. 2025)

وَالْمُؤْمِنُونَ إِذَا قُرِئُوا إِذَا قُرِئُوا قَالُوا هُنَّا مُؤْمِنُونَ

表 4-17 降压目標

- * 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压、起立性低血压、急性腎障害、高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こと。

(日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン2025, p.68, 表6-3 ライフサイエンス出版, 2025)

改善の習慣生活

生活習慣病の1つである高血圧は、生活習慣の改善によりその予防および降圧が期待できる。正常血圧であっても健康増進を目的に、生活習慣の見直しが推奨される。

具体的な改善項目は、ナトリウム制限、カリウムの積極的な摂取、カルシウム、マグネシウム、食物繊維、不飽和脂肪酸の摂取、適正体重の維持、運動療法、節酒、禁煙などである(表4-18)。国民健康・栄養調査によれば、わが国の食塩摂取量は多く、健康日本21(第三次、2023年)では、2032年までに食塩摂取量を平均7 g/日にすることを目指に掲げている。一方、高血圧管理・治療ガイドライン2025では、6 g/日未満を食塩制限の目標

表 4-18 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・果物の積極的選択は推奨しない。

*糖尿病や肥満合併患者に対しても果物選択を推奨してよいが、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・治療ガイドライン委員会編：高血圧管理・治療ガイドライン2025, p.80, 表7-1, ライフサイエンス出版, 2025)

C 薬物療法

生活習慣の改善だけでは降圧目標を達成できない場合に、個々の患者が合併する病態などを考慮して薬物治療が開始される。主要な降圧薬には、カルシウム拮抗薬、ARB^{*1}(アンジオテンシンII受容体拮抗薬)、ACE阻害薬、サイアザイド系利尿薬、β遮断薬の5種類がある(それぞれの作用機序は、医薬品情報第4章-[II-1](#)参照)。これらのうち、カルシウム拮抗薬とARB、ACE阻害薬は忍容性に優れ、実臨床でも使用率が高い。サイアザイド系利尿薬とβ遮断薬は、実臨床において本来投与すべき積極的適応や病態での使用率が低い。サイアザイド系利尿薬では脳血管障害や体液貯留、β遮断薬では狭心症や心筋梗塞後などが積極的適応に該当する。そのため初期段階からこれらの使用が推奨されている。

1. カルシウム拮抗薬

カルシウム拮抗薬は、化学構造によりジヒドロピリジン系と非ジヒドロピリジン系に大きく分類される。長時間作用型のジヒドロピリジン系が広く使用されており、左室肥大や動脈硬化の進展を抑制し、糖・脂質・電解質代謝にも影響が少なく、臓器血流保持効果に優れるため、多くの症例で第一選択薬として用いられている。

2. レニン・アンジオテンシン(RA)系抑制薬

レニン・アンジオテンシン系(本章-[I-4](#)-[E](#) 参照)を抑制するARBとACE阻害薬の2種類がある。

a. ARB

ARBはカルシウム拮抗薬と並び使用率の高い降圧薬である。ARBは用量に関わらず、

* 1 angiotensin II receptor blocker

副作用の発生頻度は小さく、 忍容性が高い。 ARBによる臓器保護作用も認められており、 肾、 脳の臓器合併症や糖尿病などを有する症例では第一選択薬として用いられる。 ただし、 臓器保護作用の大部分は降圧作用自体に由来することが分かっている。

b. ACE阻害薬

ACE阻害薬は、 早くから開発、 発売され、 多くのRCTにより有効性が示されている。 ACE阻害薬単独で、 高血压患者における心血管イベントや総死亡リスクの低減効果はARBと同等とされる。 メタ解析では、 ACE阻害薬が冠動脈疾患の発症リスクを有意に抑制することが示唆されている。

3. サイアザイド系利尿薬

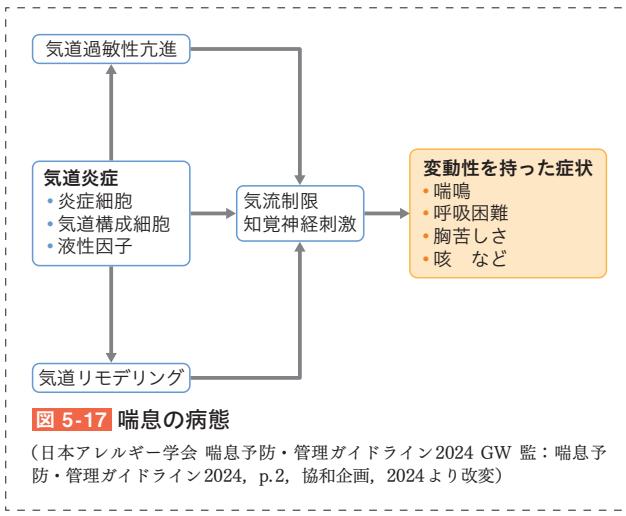
少量のサイアザイド系利尿薬は、 以前から降圧治療の第一選択薬として取り上げられており、 脳心血管病発症の抑制や予後改善効果を示すエビデンスは数多く報告されている。 サイアザイド系利尿薬単独でも心血管イベント抑制効果が報告されているが、 実際は他剤との併用で処方されることが多い。

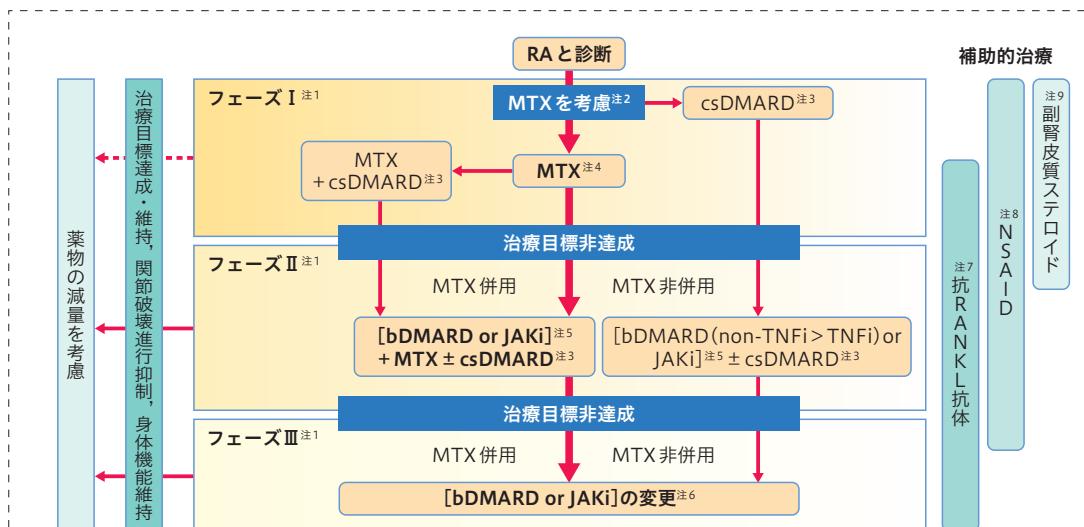
4. β 遮断薬

β 遮断薬の積極的適応は、 左室駆出率の低下した心不全、 心筋梗塞後、 器質的冠動脈狭窄による狭心症、 大動脈解離、 胸部大動脈瘤である。 β_1 受容体遮断作用、 β_1 受容体選択性、 α 受容体遮断作用の有無をはじめさまざまな特性が大きく異なるため、 考慮して薬剤が選択される。

D 予後と治療継続の重要性

高血圧に起因する脳心血管病死亡者数は2019年に年間約17万人と推定され、 その人数は高齢化により2007年から増加した。 血圧指標のうち収縮期血圧は、 将來の脳心血管病のリスクと強い関連がある。 高リスク患者を対象とした試験の事後解析で、 速やかな目標血圧到達が将來の脳心血管病発症リスクと関連し、 リスクを低下させることができている。 長期的な目標血圧達成率の観点でも、 高リスク患者のRCTの事後解析や大規模な観察研究の結果、 ある一定期間の受診時における血圧の目標血圧達成率と予後は関連しており、 良好にコントロールされている頻度が高いほど、 予後も良好であることが判明している。 健康日本21（第三次）では、 2032年までに国民の収縮期血圧の平均値を2024年の国民健康・栄養調査結果と比較して5 mmHg低下させる目標が掲げられている。 高血压患者のQOLを客観的に総合的に評価し、 維持しつつ、 患者の高血圧に関する認知を高め、 QOLを向上させるよう努めることが重要である。





→は“強い推奨”，→は“弱い推奨”であることを示す。-----はエキスパートオピニオンであることを示す。

図 7-16 関節リウマチ薬物治療アルゴリズム

注1：原則として6カ月以内に治療目標である「臨床的寛解もしくは低疾患活動性」が達成できない場合には、次のフェーズに進む。治療開始後3カ月で改善がみられなければ治療を見直し、RF/ACPA陽性(特に高力価陽性)や早期からの骨びらんを有する症例は関節破壊が進みやすいため、より積極的な治療を考慮する。

注2：禁忌事項のほかに、年齢、腎機能、肺合併症などを考慮して決定する。

注3：MTX以外のcsDMARDを指す。

注4：皮下注射投与は、内服よりも優れた有効性と同等以上の安全性が期待されるが、コスト面からMTX未投与患者ではまず内服を優先する。

注5：短期的治療ではTNF阻害薬とJAK阻害薬の有用性はほぼ同等だが、長期安全性、医療経済の観点からbDMARDを優先する。JAK阻害薬使用時には、悪性腫瘍、心血管イベント、血栓イベントのリスク因子を考慮する。

注6：TNF阻害薬で効果不十分な場合は、他のTNF阻害薬よりも非TNF阻害薬への切替を優先する。

注7：疾患活動性が低下しても骨びらんの進行がある患者、特にRF/ACPA陽性患者で使用を考慮する。

注8：疼痛緩和目的に必要最小量で短期間が望ましい。

注9：早期かつcsDMARD使用RAに必要最小量を投与し、可能な限り短期間(数カ月以内)で漸減中止する。再燃時等で使用する場合も同様である。

RA：関節リウマチ、MTX：メトトレキサート、csDMARD：従来型合成疾患修飾(性)抗リウマチ薬、bDMARD：生物学的疾患修飾(性)抗リウマチ薬、JAKi：ヤヌスキナーゼ阻害薬、TNFi：TNF阻害薬、RANKL：receptor activator of NF-κB ligand、NSAID：非ステロイド抗炎症薬

(一般社団法人日本リウマチ学会 編：日本リウマチ学会関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂、診断と治療社、2024)

表 14-6 勧奨接種

種類	ワクチン名	予防できる感染症	
定期接種	A類疾病(集団予防目的)	五種混合ワクチン	ジフテリア, 百日咳, 急性灰白髄炎(ポリオ), 破傷風, Hib感染症
		MRワクチン	風疹, 麻疹
		日本脳炎ワクチン	日本脳炎
		B型肝炎ワクチン	B型肝炎(水平感染予防)
		BCGワクチン	結核
		小児用肺炎球菌ワクチン	肺炎球菌感染症(小児)
		水痘ワクチン	水痘
		子宮頸がん予防ワクチン	ヒトパピローマウイルス感染症
		ロタウイルスワクチン	ロタウイルス感染
B類疾病(個人予防目的)	インフルエンザワクチン*	インフルエンザ	
	成人用肺炎球菌ワクチン*	肺炎球菌感染症	
	コロナウイルス(SARS-CoV-2)ワクチン	新型コロナウイルス感染症	
	水痘ワクチン/帯状疱疹ワクチン	帯状疱疹	

* 65歳以上の高齢者と60～65歳未満のリスクのある者が対象