

「コンパス薬物治療学 改訂第2版」新薬・ガイドライン等更新情報（2025年）

（株）南江堂 2026.8

章	頁	行, 箇所	更新内容
1章	1	*1	以下の記述に変更 本文中の基準値・基準範囲は、日本臨床検査医学会による「医療系学生用基準範囲（2025年）」と日本臨床検査標準協議会による「日本における主要な臨床検査項目の共用基準範囲（2022年）」を参考に、記憶しやすいような数字にしてある。また、表中には臨床判断値（病態識別値など）も混在している。あくまでも学習用であり、臨床現場での使用を前提としているものではないことに注意すること。
	4	本文左脇	以下のように基準値・基準範囲を変更 Ret [0.5～1.5%] → Ret [0.5～2.0%]
	6	本文左脇	以下のように基準値・基準範囲を変更 PT [10～12秒, 70～130%] → PT [9.5～13.5秒, 80～120%]
	8	本文左脇	以下のように基準値・基準範囲を変更 T-Bil [0.2～1.2 mg/dL] → T-Bil [0.4～1.5 mg/dL]
	10	本文左脇	以下のように基準値・基準範囲を変更 ・AST [10～35 U/L] → AST [13～30 U/L] ・ALT [5～40 U/L] → ALT [男性10～42 U/L, 女性7～23 U/L] ・LDH [120～220 U/L] → LDH [120～220 U/L] (JSCC・IFCC) ・ALP [110～350 U/L] → ALP [110～350 U/L] (JCSS), ALP [40～115 U/L] (IFCC) ・ γ -GTP [男性10～50 U/L, 女性10～30 U/L] → γ -GTP [男性10～65 U/L, 女性10～30 U/L] ・ChE [男性240～500 U/L, 女性200～460 U/L] → ChE [男性240～490 U/L, 女性200～420 U/L]
	12	本文左脇	以下のように基準値・基準範囲を変更 フェリチン [男性30～300 ng/mL, 女性10～120 ng/mL] → フェリチン [男性21～282 ng/mL, 女性5～157 ng/mL]
	16	本文左脇	以下のように基準値・基準範囲を変更 ・CRP [$\leq$ 0.3 mg/dL] → CRP [$\leq$ 0.14 mg/dL] ・CH50 [30～50 U/mL] → CH50 [30～45 U/mL] ・C3 [70～130 mg/dL] → C3 [75～140 mg/dL]
	19	本文右脇	以下のように基準値・基準範囲を変更 PaO ₂ [80～100 Torr] → PaO ₂ [75～100 Torr]
2章	33-67		ICD-10, およびDSM-5-TRにおける主な精神疾患名の対応については、別表（本付録p.9）を参照されたい

章	頁	行, 箇所	更新内容											
3章	36	表2-7	クロザピンの副作用について以下の通り記述を変更 クロザピンは無顆粒球症, 心筋炎などの副作用に加え, 管理されていないてんかん患者には禁忌											
	43	表2・14	以下の医薬品を追加 <table><tr><th>種 類</th><th>一般名</th><th>作 用</th><th>副作用・禁忌</th><th>主な CYP 阻害</th></tr><tr><td>アロプレグ ナノロン様 GABA_A 受 容体機能賦 活剤</td><td>ズラノロン</td><td>シナプスおよび シナプス外の GABA_A 受容体 に対するポジテ ィブアロステリ ックモジュレー ターとして機能 し, 神経伝達を 調整</td><td>[特徴] 1 日 1 回 14 日間夕食 後に経口投与 [禁忌] 妊婦ま たは妊娠して いる可能性の ある女性</td><td>3A</td></tr></table>	種 類	一般名	作 用	副作用・禁忌	主な CYP 阻害	アロプレグ ナノロン様 GABA _A 受 容体機能賦 活剤	ズラノロン	シナプスおよび シナプス外の GABA _A 受容体 に対するポジテ ィブアロステリ ックモジュレー ターとして機能 し, 神経伝達を 調整	[特徴] 1 日 1 回 14 日間夕食 後に経口投与 [禁忌] 妊婦ま たは妊娠して いる可能性の ある女性	3A	
	種 類	一般名	作 用	副作用・禁忌	主な CYP 阻害									
	アロプレグ ナノロン様 GABA _A 受 容体機能賦 活剤	ズラノロン	シナプスおよび シナプス外の GABA _A 受容体 に対するポジテ ィブアロステリ ックモジュレー ターとして機能 し, 神経伝達を 調整	[特徴] 1 日 1 回 14 日間夕食 後に経口投与 [禁忌] 妊婦ま たは妊娠して いる可能性の ある女性	3A									
	49	表2・21	広場恐怖に以下の注を追加 * DSM-5-TRでは, パニック症から独立し, 「広場恐怖症」という病名になった.											
	57	表2・31	・オレキシン受容体遮断薬の「睡眠薬」と「半減期」を以下のように変更し, 注を追加 <table><tr><th>分 類</th><th>睡眠薬</th><th>半減期</th></tr><tr><td rowspan="4">オレキシン受容体遮 断薬*</td><td>ダリドレキサント</td><td>約 6.6～8 時間</td></tr><tr><td>ボルノレキサント</td><td>約 1.3～3.3 時間</td></tr><tr><td>スボレキサント</td><td>約 10～12 時間</td></tr><tr><td>レンボレキサント</td><td>約 47～50 時間 (非常に長い)</td></tr></table> * オレキシン受容体遮断薬は半減期だけで持ち越し効果は判断できない.	分 類	睡眠薬	半減期	オレキシン受容体遮 断薬*	ダリドレキサント	約 6.6～8 時間	ボルノレキサント	約 1.3～3.3 時間	スボレキサント	約 10～12 時間	レンボレキサント
分 類	睡眠薬	半減期												
オレキシン受容体遮 断薬*	ダリドレキサント	約 6.6～8 時間												
	ボルノレキサント	約 1.3～3.3 時間												
	スボレキサント	約 10～12 時間												
	レンボレキサント	約 47～50 時間 (非常に長い)												
65	④治療 10行目	以下のように注を追加 * リスデキササンフェタミンは, 6歳以上18歳未満の小児ADHD (注意欠如・多動症) に処方される. 成人ADHDには処方できない. しかし, 18歳未満で開始されて効果が認められた場合は処方継続できる.												
101	⑤治療 3行目	「…エダラボンがある.」の後に以下の記述を追加 さらに, 近年, 高用量メコバラミンは早期例に対する追加治療に, トフェルセンはSOD1変異ALSに対する選択的治療に用いられている.												
107	⑤治療 b経口免疫療法	以下の記述および*23を追加 近年は, 難治性全身型に対して分子標的治療薬が導入されている. すなわち, アセチルコリン受容体抗体陽性例に対する補体阻害薬 (エクリズマブ, ラブリズマブ, ジルコプラン) と, 抗体種に依存せず使用可能なFcRn阻害薬*23 (エフガルチギモド, ロザノリキシズマブ) であり, いずれも従来の免疫療法で効果不十分な場合に追加する治療として位置づけられる.												

章	頁	行, 箇所	更新内容
			*23 FcRn阻害薬 FcRn (neonatal Fc receptor) を阻害してIgGの分解を促進し, 自己抗体を低下させる薬剤である.
5章	135	⑤治療 b 薬物治療	以下の記述に変更 「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」(2025年版)では, 骨折リスクの高い患者に対しては骨形成促進薬(テリパラチド, アバロパラチド, ロモソズマブ)を優先させること, 骨密度目標(YAM値70%以上), 骨折1年以内の再発を防止する(STOP at One)等が明文化された.
6章	156	11-15行目	以下の記述に変更 「2025年改訂版 心不全診療ガイドライン」では, 「心不全とは, 心臓の構造・機能的な異常により, 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」と定義されている.
	162	6-23行目	以下の記述に変更 実際, RAA系の働きを抑制するアンジオテンシン変換酵素(ACE)阻害薬, アンジオテンシン受容体遮断薬(ARB), アンジオテンシン受容体遮断薬/ネプリライシン阻害薬(ARNI)およびミネラルコルチコイド受容体(MR)遮断薬や, 交感神経機能を抑制する β 受容体遮断薬が慢性心不全治療の中心になっている. このほか, 過分極活性化環状ヌクレオチド依存性(HCN)チャネル阻害薬のイバブラジンおよび可溶性グアニル酸シクラーゼ(sGC)刺激薬のベルイシグアトが慢性心不全の治療に用いられている. 以上の治療薬は, 左室収縮不全(HFrEF)患者の生命予後向上に有効であるが, 拡張不全(HFpEF)に対する効果は殆ど認められていない. 最近, ナトリウム・グルコース共輸送体2(SGLT2)阻害薬であるダパグリフロジンとエンパグリフロジンが, HFrEFのみならずHFpEFの予後も改善することが注目されている. SGLT2阻害薬は, 糖尿病治療薬として開発された薬物であるが, 糖尿病の有無に関わらず抗心不全効果を現す. 一方, 呼吸困難や浮腫などのうっ血症状を改善するには, HFrEF, HFpEFに関係なく利尿薬(ループ利尿薬, チアジド系利尿薬, バソプレシン受容体遮断薬)が有効である. これらの治療薬を, 慢性心不全のステージに従って選択する.
	163	表6・10	以下の記述を追加 MR 遮断薬 【薬物】フィネレノン 【特徴・注意】HFpEFの予後を改善する(HFrEFに対する効果は確立されていない) SGLT2阻害薬 【特徴・注意】HFrEFとHFpEFの予後改善に有効である
	165	10行目	(左室収縮不全)を削除

章	頁	行, 箇所	更新内容
	166	ポイント (7番 目)	以下の記述に変更 (既存のポイントの内容変更と新規ポイントの追加) ■ 慢性心不全の主要治療薬は, RAA 系を抑制する ACE 阻害薬 (エナラプリル, リシノプリル), ARB (カンデサルタンシレキセチル), MR 遮断薬 (スピロラクトン, エプレレノン, フィネレノン), ARNI (サクビトリル/バルサルタン), 交感神経機能を抑制する β 受容体遮断薬 (ビソプロロール, カルベジロール) および SGLT2 阻害薬 (ダパグリフロジン, エンパグリフロジン) である. ■ RAA 系抑制薬と β 受容体遮断薬は HFrEF の生命予後を改善する. SGLT2 阻害薬は HFrEF と HFpEF の予後改善に有効である.
	166	ポイント (12 番目)	・以下の記述に変更 ■ If チャネル阻害薬のイバブラジンと sGC 刺激薬のベルイシグアトは, 標準的治療を受けている慢性心不全 (HFrEF) 患者に適用される.
	179	降圧目標 (本文 および表6・16)	本文および表 6・16 の降圧目標を, 以下の内容に更新 「高血圧管理・治療ガイドライン 2025」では, 降圧目標は年齢, 病態, 合併症の有無に関係なく原則として診察室血圧 130/80 mmHg 未満, 家庭血圧 125/75 mmHg 未満である.
	180	薬物療法 (3-7 行目)	「合併症のない高血圧に対しては, …少量併用して投与する.」を以下の記述に変更 治療開始時から使用される主要降圧薬は, Ca 拮抗薬 (長時間作用型ジヒドロピリジン系薬), ACE 阻害薬, ARB, 利尿薬 (チアジド系薬・チアジド系類似薬) および β 受容体遮断薬 (α_1 , β 受容体遮断薬を含む) の 5 種類である. 原則として, これらいずれかの単剤を 1 日 1 回低用量から使用を開始する. 降圧目標を達成できない場合は, 5 種類の主要降圧薬のなかから 2 剤 (低用量) を選択し併用投与する. 病態によっては主要降圧薬に ARNI または MR 遮断薬を 1 剤ずつ併用することもあるが, ACE 阻害薬と ARNI の併用は禁忌である.
	182	表6・20 慢性 心不全	ACE阻害薬 (またはARBまたはARNI), β 受容体遮断薬, MR遮断薬を中心とした降圧療法を行い, 必要に応じて利尿薬を用いる.
	183	表6・20 糖尿病	「糖尿病合併患者の」を削除
	183	(1) 褐色細胞 腫 (2行目)	「…を投与して血圧管理を行う.」の後に以下を追加 降圧不十分の場合は, カテコールアミン合成阻害薬であるメチロシンを追加併用する.
	186	ポイント (5番 目)	■ 降圧目標は年齢, 病態, 合併症の有無に関係なく原則として診察室血圧 130/80 mmHg未満, 家庭血圧125/75 mmHg未満である.
	186	ポイント (7番 目)	■ 治療開始時から使用される主要降圧薬は, Ca拮抗薬 (長時間作用型ジヒドロピリジン系薬), ACE阻害薬, ARB, 利尿薬 (チアジド系薬・チアジド系類似薬) および β 受容体遮断薬 (α_1 , β 受容体遮断薬を含む) の5種類であり, 原則としてこれらいずれかの単剤を1日1回低用量から使用を開始する.

章	頁	行, 箇所	更新内容
	186	ポイント (9番 目)	■ Ca拮抗薬, ACE阻害薬およびARBは, 妊婦や妊娠の可能性のある患者に投与禁忌である (ただしニフェジピンとアムロジピンは投与可能) .
7 章	215	表 7・13	第 VIII 因子製剤の遺伝子組換え型血液凝固第 VIII 因子製剤の薬物に, オクトコグ ベータ, ルリオクトコグ アルファ ペゴル, ツロクトコグ アルファ ペゴル, ロノクトコグ アルファ, ダモクトコグ アルファ ペゴル, シモクトコグ アルファ, エファネソクトコグ アルファ, スソクトコグ アルファを追加
	216	④治療 2 行目	「…ADAMTS13 の補充を行う。」に続けて, 以下の記述を追加 近年, 遺伝子組み換え ADAMTS13 製剤 (アバダムターゼ アルファ/シナキサダムターゼ アルファ) が登場した.
	217	*31	TPO 受容体刺激薬に「アバトロノボバグ」を追加
8 章	250	(1) 血圧管理 1~4 行目「表 8・3 に,」まで および表 8・3	以下の内容に更新 『エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023』では, CKD 患者の降圧目標は原則として診察室血圧 130/80 mmHg 未満である. また, 尿蛋白 1.0 g/日以上では 125/75 mmHg 未満を目指す..
	251	表 8・5 (2024 年の 更新情報から さらに更新)	SGLT2 阻害薬について, ガイドラインの記載に合わせて以下の通り記述を変更 腎予後を改善し, 心血管イベント発症を抑制するため第一選択薬として強く推奨される. ステージ 5 の患者, 透析患者には使用しない.
11 章	351	③治療 13 行目	以下の記述を追加 回腸胆汁酸トランスポーター阻害薬 (IBAT) であるマラリキシバット塩化物およびオデビキシバット水和物は, 進行性家族性肝内胆汁うっ滞症 (Progressive familial intrahepatic cholestasis ; PFIC) におけるかゆみの改善に用いられる.
13 章	406	H-2 副甲状腺 機能低下症 ④治療 4 行目	以下の記述を追加 2025 年, 副甲状腺機能低下症治療薬 (PTH 補充療法) として, パロペグテリパラチド (皮下注) が承認された.
16 章	441	①病態生理 8 行目	「一方,」から始まる一文を以下の通り変更 一方, 感作された Th2 細胞は抗原刺激により, IL-4, IL-13, IL-31 などのサイトカインを分泌し, 病態形成に関与する.
	449	E-2-3 薬剤性 過敏症症候群 1 行目	以下の通り記述を変更 高熱と臓器障害を伴う薬疹で, → 高熱と臓器障害 (特に肝機能障害) を伴う紅斑で,
17 章	467	11 行目	以下の通り記述を変更 directly observed treatment, DOT → directly observed treatment <u>short course</u> , DOT <u>S</u>
	477	D-2 劇症型 A 群 β 溶血性連	以下の通り記述を変更 <u>streptococcus</u> toxic shock syndrome, STSS

章	頁	行, 箇所	更新内容
		鎖球菌感染症 2行目	→ <u>streptococcal</u> toxic shock syndrome, STSS
	487	コラム (2024年の更新情報からさらに更新)	以下の記述に変更 ……これによる感染症 (COVID-19) は 2023 年 12 月時点で 7 億 7000 万人以上に感染し、およそ 700 万人の犠牲者を出した。SARS-CoV-2 は RNA ウイルスであるので変異しやすく、2024 年 1 月時点では、オミクロン株の BA.2.86 から派生した JN.1 株が全世界に広がっている。幸いなことに 2023 年に入ってから確認されている変異株は、感染性が強まっている一方で、重症化するといった報告は極めて少ない。ただし、オミクロン株は 65 歳以上の高齢者と高血圧、糖尿病、心疾患などの基礎疾患を有している方では死亡する危険性が高まるので注意が必要である。このウイルスは主に飛沫およびエアロゾルにより伝播拡大することから、マスクの着用と室内換気 (開窓換気) が極めて重要である。このほか接触感染にも注意を払う必要があり、60%以上のエタノール製剤による手指消毒や次亜塩素酸ナトリウムなどを用いた環境消毒、さらに製品評価技術基盤機構 (NITE) が推奨する界面活性剤も有効とされている。 COVID-19 の臨床像は、発熱、呼吸器症状 (咳嗽、息切れなど)、頭痛、消化器症状 (下痢、嘔吐など) などである。また COVID-19 の罹患後症状 (Long COVID) として、倦怠感、集中力低下、咳、息切れ、うつなどが 1 年以上も継続することがある。これらを回避するために、ワクチン接種や新型コロナウイルス感染症治療薬の服用は重要である。今日の経口治療薬として、3CL プロテアーゼ阻害薬として、ニルマトレルビル・リトナビル、エンシトレルビルの 2 剤と RNA 依存性 RNA ポリメラーゼインヒビターのモルヌピラビルの計 3 薬剤と注射薬では RNA 合成酵素阻害薬レムデシビルが臨床使用されている。SARS-CoV-2 は伝播しやすく、変異により感染しやすくなることから、予防としてワクチン接種が期待されている。最近では、ワクチン接種後に感染するブレイクスルー感染が報告されているが、ワクチンの予防効果は mRNA ワクチンで 95%前後であるため、一部に感染者がみられることはあることを認識しなければならない。
18 章	502	④治療	根治切除不能な進行・再発の食道癌の治療薬として、ヒト化抗ヒト PD-1 モノクローナル抗体であるチスレリズマブの適用が承認された。
	521	4) 分子標的治療薬	本項末尾に以下を追加 <i>EGFR</i> 遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌の治療薬として第三世代 <i>EGFR</i> チロシンキナーゼ阻害薬であるラゼルチニブの適用が承認された。本薬は、アミバンタマブ (<i>EGFR</i> 遺伝子および <i>MET</i> 遺伝子を標的とする完全ヒト型二重特異性抗体) との併用にて使用される。また、<i>EGFR</i> 遺伝子エクソン 20 挿入変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌、<i>EGFR</i> 遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌の治療薬として、アミバンタマブとボルヒアルロニダーゼ アルファ (結合組織に

章	頁	行, 箇所	更新内容																	
			おけるヒアルロン酸を加水分解する酵素)を含有する配合剤の適用が承認された. 本薬はボルヒアルロニダーゼ アルファによりヒアルロン酸が加水分解され, 皮下組織における浸透性が増加することで, 拡散吸収されたアミバンタマブが腫瘍の増殖を抑制する. さらに, がん化学療法後に増悪した <i>HER2 (ERBB2)</i> 遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌の治療薬として, エクソン 20 挿入変異等を有する <i>HER2</i> のチロシンキナーゼ活性を阻害するゾンゲルチニブが, <i>ROS1</i> 融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌の治療薬として, <i>ROS1</i> 等に対するチロシンキナーゼ阻害剤であるタレトレクチニブの適用が承認された.																	
	524	④治療	イソクエン酸脱水素酵素 (<i>IDH1</i> および <i>IDH2</i>) 遺伝子変異陽性の神経膠腫の治療薬として, <i>IDH</i> 阻害作用を有するボラシデニブの適用が承認された.																	
	533	b 転移・再発乳癌を対象とした化学療法	化学療法歴のあるホルモン受容体陽性かつ <i>HER2</i> 陰性の手術不能または再発乳癌の治療薬として, 抗 trophoblast cell surface antigen-2 (<i>TROP-2</i>) ヒト化 IgG1 モノクローナル抗体とトポイソメラーゼ I 阻害作用を有するカンプトテシン誘導体であるデルクステカンとを結合させた抗体薬物複合体であるダトポタマブ デルクステカンの適用が承認された.																	
	536	④治療	<i>PSMA</i> (Prostate-Specific Membrane Antigen: 前立腺特異的膜抗原) 陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌の治療薬として, ルテチウムビピボチドテトラキセタン (^{177}Lu) の適用が承認された. 本薬は前立腺癌で高発現する <i>PSMA</i> に結合し, ^{177}Lu から放出されるベータ線が細胞を傷害することにより, 腫瘍増殖抑制作用を示す.																	
	538	④治療	がん化学療法後に増悪した進行または再発の子宮頸癌の治療薬として, 組織因子に対するヒト化モノクローナル抗体と微小管重合阻害作用を有するモノメチルアウリスタチン E (<i>MMAE</i>) のチソツマブ ベドチンの適用が承認された.																	
	543	④治療	フォン・ヒッペル・リンドウ病関連腫瘍, がん化学療法後に増悪した根治切除不能または転移性の腎細胞癌の治療薬として, 低酸素誘導因子 2α (<i>HIF-2\alpha</i>) に対する阻害作用を有するベルズチファンの適用が承認された.																	
	544	④治療	がん化学療法後に増悪した線維芽細胞増殖因子受容体(<i>FGFR3</i>)遺伝子変異または融合遺伝子を有する根治切除不能な尿路上皮癌 (約 90%は膀胱癌) の治療薬として, <i>FGFR</i> 阻害剤であるエルダフィチニブの適用が承認された.																	
参 考 表 1	567		以下の検査項目について, 基準値・基準範囲を変更																	
			<table><tr><th>検査項目</th><th>単 位</th><th>基準値・基準範囲</th></tr><tr><td>網赤血球 (Ret)</td><td>%</td><td>0.5~2.0</td></tr><tr><td rowspan="2">プロトロンビン時間 (PT)</td><td>秒</td><td>9.5~13.5</td></tr><tr><td>%</td><td>80~120</td></tr><tr><td>総ビリルビン (T-Bil)</td><td>mg/dL</td><td>0.4~1.5</td></tr><tr><td>乳酸脱水素酵素 (LDH)</td><td>U/L</td><td>120~220 (JSCC・IFCC)</td></tr></table>	検査項目	単 位	基準値・基準範囲	網赤血球 (Ret)	%	0.5~2.0	プロトロンビン時間 (PT)	秒	9.5~13.5	%	80~120	総ビリルビン (T-Bil)	mg/dL	0.4~1.5	乳酸脱水素酵素 (LDH)	U/L	120~220 (JSCC・IFCC)
			検査項目	単 位	基準値・基準範囲															
			網赤血球 (Ret)	%	0.5~2.0															
			プロトロンビン時間 (PT)	秒	9.5~13.5															
				%	80~120															
			総ビリルビン (T-Bil)	mg/dL	0.4~1.5															
乳酸脱水素酵素 (LDH)	U/L	120~220 (JSCC・IFCC)																		

章	頁	行, 箇所	更新内容		
			アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)	U/L	13~30
			アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT)	U/L	男性 10~42 女性 7~23
			アルカリホスファターゼ (ALP)	U/L	110~350 (JCSS) 40~115 (IFCC)
			γ-グルタミルトランスペプチダーゼ (γ-GTP)	U/L	男性 10~65 女性 10~30
			コリンエステラーゼ (ChE)	U/L	男性 240~490 女性 200~420
参 考 表 1	568		・以下の検査項目について, 基準値・基準範囲を変更. エストロゲンはエストラジオールに名称変更し, チロキシン (T ₄) は表から削除		
			検査項目	単 位	基準値・基準範囲
			フェリチン	ng/mL	男性 21~282 女性 5~157
			成長ホルモン (GH)	ng/mL	男性 ≤2.5 女性 ≤9.9
			黄体形成ホルモン (LH)	mIU/mL	男性 2~8 卵胞期 3~15 排卵期 3~17 閉経後 ≤100
			卵胞刺激ホルモン (FSH)	mIU/mL	男性 1~6 卵胞期 1~9 排卵期 2~99 閉経後 6~70
			プロラクチン (PRL)	ng/mL	男性 4~14 女性 2~15
			甲状腺刺激ホルモン (TSH)	μ U/mL	0.6~4.0
			コルチゾール	μ g/dL	7~20
			アルドステロン	pg/mL	40~85
			エストラジオール	pg/mL	男性 15~50 卵胞期 30~200 黄体期 45~500 閉経後 ≤50
			C 反応性タンパク質 (CRP)	mg/dL	≤0.14
			血清補体価 (CH ₅₀)	U/mL	30~45
			C3	mg/dL	75~140
			動脈血酸素分圧 (PaO ₂)	Torr	75~100
			・以下の検査項目を「■ その他」に追加		
			検査項目	単 位	基準値・基準範囲
			KL-6	U/mL	≤500
			Surfactant protein-A (SP-A)	ng/mL	≤45
			Surfactant protein-D (SP-D)	ng/mL	≤110

別表 (2 章 33-67 頁)

本書では執筆時点の一般的な疾患名を用いた。近年、DSM-5-TR などでは一部の精神疾患名が変更されているため、主な対応を示す。

本書における疾患名	ICD-10	DSM-5-TR
統合失調症	統合失調症	統合失調症
うつ病	うつ病エピソード※1	大うつ病性障害※1
双極性障害	双極性障害	双極症
不安障害（不安神経症）	不安障害	不安症群※2
パニック障害	パニック障害	パニック症
全般性不安障害	全般性不安障害	全般不安症
不眠症	睡眠の導入及び維持の障害	不眠症
依存症	依存症	物質関連症および嗜癖症群※3
アルコール依存症	アルコール依存症	アルコール使用症
薬物依存症	薬物依存	物質使用症※4
注意欠如・多動障害	注意欠陥多動性障害	注意欠如・多動症

※1 「うつ病」は臨床で広く用いられる慣用名である。ICD-10 では「うつ病エピソード」「反復性うつ病性障害」などに分類され、DSM-5-TR では主として「大うつ病性障害」に相当する。

※2 DSM-5-TR では「不安障害」は分類群名として「不安症群」が用いられ、パニック症、全般不安症などが含まれる。

※3 DSM-5-TR では「依存症」は診断名として用いられず、「物質関連症および嗜癖症群」に分類され、各物質についてアルコール使用症、物質使用症などの診断名が用いられる。

※4 DSM-5-TR では、薬物依存症は原因物質ごとにオピオイド使用症、覚醒薬使用症などの診断名に分類される。本表では、それらを総称して「物質使用症」と記載した。