

漢方の記載を含む日本国内発行の診療ガイドライン

「」内はCPGの引用文、[]はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプA 引用論文のエビデンスグレード評価およびそれに基づく推奨度記載を含むもの

1 CPG NO.	2 CPG名	3 作成母体	4 書誌事項	5 ST No.	6 処方名	7 疾患	8 引用など	9 CPG中の エビデンスの グレード	10 CPG中の 推奨記載	11 引用 文献	12 文献 評価	13 推奨 記載	14 ADR 記載	15 有効性に関する記載ないしその要約	16 副作用に関する記載ないしその要約	17 備考			
A01	平成12年度厚生科学研究費補助金事業「アレルギー性鼻炎の科学的根拠に基づく医療(Evidence Based Medicine)によるガイドライン策定に関する研究」	平成12年度厚生科学研究費補助金事業「アレルギー性鼻炎の科学的根拠に基づく医療(Evidence Based Medicine)によるガイドライン策定に関する研究」	アレルギー-診療ガイドライン-通年性鼻炎と花粉症-2005年版 付録	A01-01	小青竜湯	通年性アレルギー性鼻炎	馬場駿吉, 高坂知節, 稲村直樹, ほか. 小青竜湯の通年性アレルギーに対する効果. 二重盲検比較試験. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1995;88:389-405.	1つ以上のランダム化比較試験による	A: 行うよう強く勧められる					「ランダム化された多施設共同第 相二重盲検比較試験: ツムラ小青竜湯エキス顆粒9.0g/日107例(TJ-19群)、プラセボ110例(P群)2週間投与の最終全般改善度、症状別改善度、概括安全度、有用度の比較」をした結果、考察として下記の記載がある。 「1.TJ-19群の中等度以上の全般改善度は、92例中41例(44.6%)であり、プラセボ群の94例中17例(18.1%)と比較し有意に優れていた。(U検定: p<0.001) 3.TJ-19群の有用度(有用以上)は93例中43例(46.2%)であり、プラセボ群の96例中22例(22.9%)に比べて、有意に優れていた。(U検定: p<0.001)。」	「2.投与薬剤との因果関係が疑われた副作用症例の発現率はTJ-19群で107例中7例(6.5%)であり、プラセボ群で110例中7例(6.4%)であり、両群間に有意差はなかった。TJ-19群の主な副作用は「消化器症状、頭痛などで、重篤なものは認められなかった。」	(エビデンスの質が「システマティックレビュー/メタ分析による」となっているが「1つ以上のランダム化比較試験による」と判断した)			
				A01-02	麻黄剤	アレルギー性鼻閉塞	山際幹和. アレルギー性鼻閉塞に対する麻黄剤の即時的効果-方剤と効果発現様式の比較-. <i>漢方診療</i> 1999;18:73-6.	(-)	(-)							(-)	(-)		
				A01-03	小青竜湯	鼻アレルギー	松野栄雄, 松井健一郎, 山口宣夫. 鼻アレルギー誘発時の末梢血CD陽性細胞レベルでみた小青竜湯の作用機作. <i>漢方と最新治療</i> 1999;7:345-51.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-04	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	清水正彦, 清水和彦, 宮川理, 井手耕一. アレルギー性鼻炎に対する小青竜湯の有効例と無効例に関する臨床的検討(retrospective study). <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1998;補98:39-43.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-05	小青竜湯	鼻アレルギー患者の鼻閉塞	山際幹和. 小青竜湯(TJ-19)の鼻アレルギー患者の鼻閉塞に対する効果. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1997;補92:38-42.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-06	苓甘姜味辛夏仁湯	鼻アレルギー	前田稔彦, 松永喬. 鼻アレルギーに対する苓甘姜味辛夏仁湯の臨床効果. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1997;補92:43-6.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-07	漢方薬	アレルギー性鼻炎	大山勝. アレルギー性鼻炎-基礎 形態生理と作用点. <i>アレルギーの臨床</i> 1997;17:362-5.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-08	漢方薬	アレルギー性鼻炎	馬場駿吉. アレルギー性鼻炎-臨床 漢方の使い方と薬効評価. <i>アレルギーの臨床</i> 1997;17:358-61.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-09	漢方薬	アレルギー性鼻炎	大山勝. 漢方薬と西洋薬の併用 アレルギー性鼻炎における併用、配合の留意点. <i>漢方調剤研究</i> 1997;5:15-7.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-10	小青竜湯	鼻アレルギー患者の鼻閉塞	山際幹和, 徳力俊治. 小青竜湯(TJ-19)の鼻アレルギー患者の鼻閉塞に対する効果. <i>診断と治療</i> 1996;84:533-544.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-11	小青竜湯	アレルギー性鼻炎患者の鼻閉	中村信一, 松本勲, 堀孝郎, 三島陽人, 飯沼壽孝. アレルギー性鼻炎患者の鼻閉に対する小青竜湯の影響 - Acoustic rhinometryを用いた評価法 -. <i>和漢医薬学雑誌</i> 1995;12:474-5.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-12	苓甘姜味辛夏仁湯	通年性アレルギー性鼻炎	佐藤むつみ, 緒方哲郎, 山崎充代. 通年性アレルギー性鼻炎に対する苓甘姜味辛夏仁湯の使用経験. <i>Progress in medicine</i> 1995;15:2622-5.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-13	漢方薬	アレルギー性鼻炎	荻野敏. アレルギー性鼻炎における漢方の位置づけ. <i>Progress in medicine</i> 1995;15:2643-51.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-14	辛夷清肺湯	鼻アレルギー	小川浩司, 橋口一弘. 鼻アレルギーとその周辺疾患に対する辛夷清肺湯の治療効果. <i>Progress in medicine</i> 1995;15:2617-8.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-15	漢方薬	鼻アレルギー	大山勝. 鼻アレルギーの漢方療法. <i>アレルギーの臨床</i> 1995;15:918-22.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-16	小青竜湯	鼻アレルギー	前田稔彦, 柏木令子, 松永喬. 鼻アレルギーに対する小青竜湯の臨床効果. <i>Progress in medicine</i> 1995;15:1476-8.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-17	補中益気湯	アレルギー性鼻炎	荻野敏. アレルギー性鼻炎に対する補中益気湯の使用経験. <i>Progress in medicine</i> 1995;15:1472-5.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-18	漢方薬	アレルギー性鼻炎	澤木修二. アレルギー性鼻炎の漢方治療. <i>現代東洋医学</i> 1994;15:354-7.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-19	漢方薬	鼻アレルギー	馬場廣太郎. 鼻アレルギーの漢方治療. <i>アレルギーの臨床</i> 1993;13:945-8.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-20	柴苓湯	鼻アレルギー	橋口一弘, 小川浩司. 柴苓湯による鼻アレルギーの治療. <i>現代医療学</i> 1993;8:219-24.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-21	麻黄附子細辛湯	鼻アレルギー	大橋淑宏, 中井義明, 古谷博之, ほか. 鼻アレルギーに対する麻黄附子細辛湯の効果. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1992;85:1845-53.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-22	麻黄附子細辛湯	鼻アレルギー	伊藤博隆, 馬場駿吉, 高木一平, ほか. 鼻アレルギーに対する麻黄附子細辛湯の薬効評価 鼻閉症状の臨床効果について. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1991;補52:107-18.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-23	柴苓湯	鼻アレルギー	橋口一弘, 小川浩司, 神崎仁. 柴苓湯による鼻アレルギーの治療-特に鼻閉に対する効果について-. <i>Progress in medicine</i> 1991;11:1444-8.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-24	小青竜湯	通年性鼻過敏症	荻野敏, 原田保, 入船盛弘, ほか. 通年性鼻過敏症に対する小青竜湯の臨床効果-証との関係-. <i>耳鼻咽喉科展望</i> 1991;34:1-7.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-25	麻黄附子細辛湯	鼻アレルギー	中井義明, 大橋淑宏, 江崎裕介, ほか. 鼻アレルギーに対する麻黄附子細辛湯の臨床効果の検討. <i>耳鼻咽喉科展望</i> 1990;33:655-73.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-26	麻黄附子細辛湯	通年性鼻アレルギー	真弓広子, 鶴飼幸太郎, 坂倉康夫. 麻黄附子細辛湯エキスカプセルの通年性鼻アレルギーに対する臨床成績. <i>アレルギーの臨床</i> 1991;11:46-9.	(-)	(-)								(-)	(-)	
				A01-27	柴苓湯	鼻アレルギー	橋口一弘, 小川浩司, 増田はつみ, 神崎仁. 柴苓湯による鼻アレルギーの治療. <i>耳鼻咽喉科展望</i> 1990;33:61-6.	(-)	(-)								(-)	(-)	

上記以外の参考文献として、漢方の項に文献の一覧が記載されている。

漢方の記載を含む日本国内発行の診療ガイドライン

「」内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプA 引用論文のエビデンスグレード評価およびそれに基づく推奨度記載を含むもの

1 CPG NO.	2 CPG名	3 作成母体	4 書誌事項	5 ST No.	6 処方名	7 疾患	8 引用など	9 CPG中の エビデンスの グレード	10 CPG中の 推奨記載	11 引用 文献	12 文献 評価	13 推奨 記載	14 ADR 記載	15 有効性に関する記載なしその要約	16 副作用に関する記載なしその要約	17 備考		
A02	科学的根拠(evidence)に基づく白内障診療ガイドライン	厚生科学研究費補助金(21世紀型医療開拓推進研究事業:EBM分野)分担研究者:茨木信博(日本医科大学付属千葉北総病院眼科教授)	日本白内障学会誌 Vol.16別冊 2004 平成16年7月10日発行)	A02-01	八味地黄丸	白内障	尾羽沢大. 眼疾患に対する漢方の適応について 白内障. 医療ジャーナル 1990;26:1853-6.	:非ランダム化比較試験	グレードC:行うかわからないか勧められるだけの根拠が明確でない。				×	白内障の薬物療法:内服(国内認可薬物)のうち、漢方薬は、八味地黄丸、牛車腎気丸に適応があり、その研究結果として下記の記載がある。 「勧告(ガイドライン) 漢方薬は、白内障に対する効果に科学的根拠が無いので、一般的な使用は勧められない。 エビデンス 漢方薬は、八味地黄丸、牛車腎気丸に適応があるが、ランダム化比較試験はなく、有効性が明らかではない。」	(-)			
				A02-02	牛車腎気丸	白内障			:非ランダム化比較試験	グレードC:行うかわからないか勧められるだけの根拠が明確でない。					×		(-)	
				A02-03	牛車腎気丸	老人性白内障		尾羽沢大. 眼疾患に対する漢方の適応について 白内障. 医療ジャーナル 1990;26:1853-6.	:非ランダム化比較試験	(-)						×	老人性白内障32例を対象にした研究について下記の記載がある。 「目的と方法:牛車腎気丸の白内障進行防止効果 牛車腎気丸7.5g/日、カサリン点眼、微照像混濁面積定量し、1年間での増加率を算出。統計手法記載なし。 結果:混濁増加率は牛車腎気丸+カサリン0.75%/年、両薬(-)2.95%/年、牛車(+):牛車(-)=1.24:2.48%/年」	(-)
A03	EBMに基づいた喘息治療ガイドライン2004	厚生労働科学特別研究事業 診療ガイドラインのデータベース化に関する研究班(主任研究者 宮本昭正 日本臨床アレルギー研究所所長)	協和企画、2004年9月20日 第1版第1刷発行	A03-01	麦門冬湯	咳感受性の亢進している気管支喘息	渡邊直人、成剛、福田健. 咳感受性の亢進している気管支喘息患者に対する麦門冬湯の効果の検討. アレルギー 2003;52:485-91.	:非ランダム化比較試験による	A:行うことを強く推奨					×	咳感受性の亢進している気管支喘息患者に対して、麦門冬湯1日3回9g投与した結果として下記の記載がある。 「麦門冬湯投与群は咳点数、治療点数を有意に減少させ、カプサイシン咳閾値の有意な改善を認めた。」	(-)		
				A03-02	柴朴湯	アスピリン喘息	西澤芳男、西澤恭子、吉岡二三、ほか. 柴朴湯吸入の抗アスピリン喘息効果. 耳鼻咽喉科展望 2001;44:5-13.	:非ランダム化比較試験による	B:行うことを推奨					×	アスピリン喘息に対して、柴朴湯100mg/mL、×5mL、3回/日、生食3回/日を投与した結果として下記の記載がある。 「アスピリン誘発気管支肺胞洗浄液中ロイコトリエン、ECP、好酸球、IL-3、4、5、8の有意な低下を認めた。」	(-)	柴朴湯は吸入	
				A03-03	柴朴湯	気管支喘息	西澤芳男、西澤恭子、吉岡二三、ほか. 柴朴湯の抗不安効果に基づき(抗気管支喘息治療効果:抗不安薬との他施設無作為前向き比較検討試験. 日本東洋心身医学研究 2002;17:20-7.	:非ランダム化比較試験による	B:行うことを推奨						×	気管支喘息に対して、柴朴湯7.5g/日、クロチアゼラム(15~30mg/日)を投与した結果として下記の記載がある。 「柴朴湯投与群において有意に気道炎症の改善効果認め、不安や抑鬱状態の改善も認められた。」	(-)	
				A03-04	漢方薬	喘息	(-)	(-)	(-)			×	×	×	×	「前文 喘息の漢方療法は伝統医学として長い歴史がある。古来、喘息は漢方療法のよい適応とされ、多くの経験に裏づけされた一定の治療指針が検討されている。漢方薬の投与は随証治療といって、患者の体質、体力とその時点での腫病反応の強弱によって方剤を選ぶという原則がある。これは薬剤が天然生薬であり新薬のような攻撃的な薬効は有していないので、投与前にあらかじめresponderとnon-responderを区別するという経験則に基づいている。このような疾患へのアプローチは無作為比較試験の実施を困難としている。 一般に喘息発作の急性期には麻黄剤(小青竜湯、他)を、慢性期には体質改善を旨として柴胡剤(柴朴湯、他)を投与するのが原則である。麻黄剤はエフェドリン類を含む麻黄を主薬とした方剤で、気管支拡張作用や鎮咳作用を有し、効果の発現は比較的早い。柴胡剤は抗炎症作用を有し、長期投与によって症状の安定をもたらされる。脾虚とは消化機能全般の機能低下を意味しており、補劑(補中益気湯、他)の投与によって、栄養状態の改善と体力の増強を図る。高齢者の喘息には腎虚の病態があることが中医では重視されており、それらのケースには補腎劑である八味地黄丸などの適用が有用とされている。 現在の喘息での漢方療法の目安を示す。重症のケースや発作がひどいときは当然、西洋薬を優先する。軽症・中等症の喘息にはよい適応があり、病型にはそれとかわらなくてもよい。漢方の選択はなるべく(証(東洋医学的に見た診断と治療)に基づいて行う。漢方薬の効果はすぐには現れない、約3~4週目に効果の有無をチェックし、効果が実感できるときは長期(半年~2年)に服用を続ける。効果が実感できないときは、その時点で、方剤の見直しを行う。 推奨:漢方薬は長年の経験に基づいて喘息での有効性が示されている伝統的医薬である。 柴朴湯は喘息における長期管理での有用性が示されている。小青竜湯、麻杏甘石湯は気管支拡張作用で急性期に使用されてきた。最近、咳感受性の亢進している喘息における麦門冬湯の有効性が示された。 漢方薬は重症喘息や高度発作に適応でなく、軽症・中等症喘息での効果が見られる例に長期的に使用することが望ましい。 科学的根拠 漢方薬は東洋医学的証に基づき治療であり、適切な協薬が得難いこともあり、EBMに対応する無作為比較臨床試験は行われていない。新しい知見としては咳感受性が亢進している喘息患者に麦門冬湯を投与し、気道炎症の指標として喀痰好酸球や末梢血好酸球の改善を認め、血清中のECPの減少も認められた。また有意に咳感受性も低下させた。また、柴朴湯においては従来から知られている喘息症状の改善率、ステロイド薬の減量率が非投与群に比して優れる報告以外にアスピリン喘息に対する抑制効果や抗不安効果に基づき喘息の治療効果も示されている。 結論 主として臨床的経験から、そして、少数ではあるが比較対照試験からその有効性が示されており、軽症・中等症喘息の長期管理に単独に、また西洋医学薬と併用することができる。」	(-)	
				A03-05	小青竜湯	喘息	(-)	(-)	(-)			×	×	×	×		(-)	
				A03-06	柴朴湯	喘息	(-)	(-)	(-)			×	×	×	×		(-)	
				A03-07	麻杏甘石湯	喘息	(-)	(-)	(-)			×	×	×	×		(-)	
				A03-08	補中益気湯	喘息	(-)	(-)	(-)			×	×	×	×		(-)	
				A03-09	八味地黄丸	喘息	(-)	(-)	(-)			×	×	×	×		(-)	
A04	科学的根拠に基づき(肝臓診療ガイドライン)2005年版	科学的根拠に基づき(肝臓診療ガイドライン)作成に関する研究班(主任研究者:幕内雅敬 東京大学医学部教授)	金原出版、2005年2月28日 第1版第1刷発行	A04-01	小柴胡湯	慢性肝炎・肝硬変患者からの発癌のリスク	Oka H, Yamamoto S, Kuroki T, et al. Prospective study of chemoprevention of hepatocellular carcinoma with Sho-saikoto(TJ-9). Cancer 1995;76:743-9.	Level 1b:少な(と)1つのランダム化比較試験	グレード C1:行うことを考慮してもよいが、十分な科学的根拠がない				×	「Research Question:小柴胡湯投与は、慢性肝炎・肝硬変患者からの発癌リスクを減少させるか?」に対して下記の解説が記載されている。 「肝硬変患者に対する小柴胡湯投与は、発癌を抑制する可能性があるが、有意ではなかった。ただし、HBs抗原陰性例に限ると発癌、予後ともに改善されるという結果となっている。本研究が実施された1985年にはC型肝炎ウイルスは発見されていない。その後の疫学統計その他から大多数のHBs抗原陰性肝硬変がC型肝炎ウイルスに起因していることが明らかになった点を考慮すると、C型肝炎変換からの発癌を抑制する可能性は高い。 ただし、本邦では、肝硬変に対する小柴胡湯投与は、適応禁忌となっていることをここに附記しておく。」	(-)			

漢方の記載を含む日本国内発行の診療ガイドライン

「」内はCPGの引用文、[]はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプA 引用論文のエビデンスグレード評価およびそれに基づく推奨度記載を含むもの

1 CPG NO.	2 CPG名	3 作成母体	4 書誌事項	5 ST No.	6 処方名	7 疾患	8 引用など	9 CPG中の エビデンスの グレード	10 CPG中の 推奨記載	11 引用 文献	12 文獻 評価	13 推奨 記載	14 ADR 記載	15 有効性に関する記載なしその要約	16 副作用に関する記載ないその要約	17 備考				
A05	アトピー性皮膚炎 よりよい治療のためのEBMデータ集	厚生労働省研究班:「アトピー性皮膚炎の既存治療法のEBMによる評価と有用な治療法の普及」(主任研究者:古江増隆九州大学大学院医学研究院皮膚科学教授)	中山書店 2005年5月8日 初版第1刷発行	A05-01	小柴胡湯	アトピー性皮膚炎	下田祥由, 橋爪鈴男, 森田昌土, 土屋雅則. アトピー性皮膚炎に対するツムラ小柴胡湯の効果. <i>皮膚科における漢方治療の現況</i> 1991;(2):15-24.	2b: 個別のコホート研究(低質なRCTを含む)たとえば経過観察例が80%未満	勧告グレードB (Oxford大学EBMセンター分類により, エビデンスレベルから勧告グレード決まる)					「AD [アトピー性皮膚炎] 患者65例を無作為に2群に分けたランダム化同時対照比較試験が行われている。A群は小柴胡湯内服と甘草酸ベタタニン外用(41例)、B群は甘草酸ベタタニン外用(24例)として8週までの比較試験である。有用性の評価において、やや有用以上はA群で95.1%、B群で88.3%であった。また小柴胡湯内服はステロイド外用剤の離脱、減量効果を示すことが報告されている。(A群でステロイド外用剤離脱可能2例を含めて、ステロイド外用剤を減量できた症例は83.3%であった。)」	「2例に軽いむかつき感;					
				A05-02	小柴胡湯	アトピー性皮膚炎を含む湿疹・皮膚炎	石田均, 大野佐代子, 山元真理子, 荻野篤彦. 皮膚疾患治療におけるステロイドの減量・離脱に対する小柴胡湯の有効性について. <i>皮膚科紀要</i> 1983;78:225-9.	4: 症例集積研究(および低質なコホート研究あるいは症例対照研究)	勧告グレードC (Oxford大学EBMセンター分類により, エビデンスレベルから勧告グレード決まる)					「AD [アトピー性皮膚炎] を含む湿疹・皮膚炎30例に使用し、内服ステロイドの減量効果の報告がなされている。ADは4例含まれているだけであったが、文献[上記]と併せて、外用・内服ステロイドの減量効果を裏づけるデータとして貴重であると考え採用した。小柴胡湯に含まれるサイコサポニンが一般的抗炎症作用とともに、直接肝臓に作用してglycogenの生産増加、蛋白の合成増加を促し、ステロイドときわめて類似的作用をもつことが報告されている。後述するように、このような基礎的研究データに基づけられた臨床結果は信頼性の度合いが高まるものと思われる。」	「悪心1例;					
				A05-03	小柴胡湯	アトピー性皮膚炎を含む湿疹・皮膚炎	須藤学. 湿疹・皮膚炎群に対する小柴胡湯の使用経験. <i>漢方診療</i> 1987;6:38-40.	4: 症例集積研究(および低質なコホート研究あるいは症例対照研究)	勧告グレードC (Oxford大学EBMセンター分類により, エビデンスレベルから勧告グレード決まる)						「AD [アトピー性皮膚炎] を含む湿疹・皮膚炎56例に使用し、有効率は56%であり、特にAD16例においては著効2例、有効7例、やや有効4例で81%に効果があったと報告されている。」	「有害事象: 不明;				
				A05-04	十味散毒湯	慢性湿疹、アトピー性皮膚炎	小林衣子, 大河原章. 慢性湿疹、アトピー性皮膚炎に対する十味散毒湯の治療効果. <i>皮膚科における漢方治療の現況</i> 1994;(5):25-34.	4: 症例集積研究(および低質なコホート研究あるいは症例対照研究)	勧告グレードC (Oxford大学EBMセンター分類により, エビデンスレベルから勧告グレード決まる)						「慢性湿疹、AD [アトピー性皮膚炎] 35例につき、対照薬をフルメチルサリチル酸として十味散毒湯の8週間連続投与による同時対照比較試験の結果である。AD患者に対し、8週後の痒みの程度および皮膚所見において、十味散毒湯はフルメチルサリチル酸と同等の効果を示した。」	「有害事象: なし;				
				A05-05	柴胡清肝湯	アトピー性皮膚炎	堀口裕治, 堀口典子, 岡本祐之, 尾口基, 尾崎元昭. アトピー性皮膚炎に対する柴胡清肝湯の治療効果. <i>皮膚科紀要</i> 1983;78:145-50.	4: 症例集積研究(および低質なコホート研究あるいは症例対照研究)	勧告グレードC (Oxford大学EBMセンター分類により, エビデンスレベルから勧告グレード決まる)							「AD [アトピー性皮膚炎] 患者34例に使用し、ステロイド外用剤を併用した場合は84%、白色ワセリンを外用した場合は64%に有効であったと報告されている。」	「胃のもたれ1例、多毛1例、軽度体重増加1例;			
				A05-06	柴胡清肝湯	アトピー性皮膚炎	堀口裕治, 今村貞夫, 大桑隆. アトピー性皮膚炎における漢方治療—ツムラ柴胡清肝湯の使用経験. <i>皮膚科における漢方治療の現況</i> 1991;(2):104-9.	4: 症例集積研究(および低質なコホート研究あるいは症例対照研究)	勧告グレードC (Oxford大学EBMセンター分類により, エビデンスレベルから勧告グレード決まる)							上記よりさらに症例数を92例に増やしての同一施設からの追加報告。外用は原則として白色ワセリンとし(34例)、すでに外用ステロイド剤を使用した症例では、引き続き同一の外用剤を使用した(58例)、全体では約半数に著効あるいは有効の効果のみならず、外用ステロイド剤を使用した群(46%)と白色ワセリンを使用した群(53%)に著明な差異は認められなかった。重症度別では、有効以上の成績を示した症例は重症例で37%、軽症例で75%であった。」	「有害事象: なし;			
				A05-07	柴胡清肝湯	小児アトピー性皮膚炎	三河春樹, 伊藤節子. 小児アトピー性皮膚炎に対する柴胡清肝湯の効果. <i>漢方と免疫・アレルギー</i> 1992;6:80-6.	4: 症例集積研究(および低質なコホート研究あるいは症例対照研究)	勧告グレードC (Oxford大学EBMセンター分類により, エビデンスレベルから勧告グレード決まる)							「15歳以下のAD [アトピー性皮膚炎] 患児に対し、12週間の投与を行い、掻破の程度、皮膚症状、臨床検査値などを観察し、治療効果を判定している。投与開始とともに痒みの軽い症例が増え、投与2週以降になると痒みの消失した症例もみられた。発症部位別皮膚症状も2週以降から、投与開始前と比べて有意な改善傾向が認められ、投与期間が長くなるほど効果は明確であった。臨床効果は、患者の印象「やや良くなった」を含めて80%、医師の評価は「やや改善」を含めて68%の改善率であった。臨床効果の最終判定が、患者の印象や医師の評価という主観的観点から行われている点は、明確なエビデンスを示すにはふさわしいと思われ。」	「下痢1例;			
				A05-08	消風散	アトピー性皮膚炎、脂漏性湿疹、貨幣状湿疹、慢性湿疹	筒井清広, 田中武司, 広根孝衛, ほか. アトピー性皮膚炎、脂漏性湿疹、貨幣状湿疹、慢性湿疹に対する消風散の臨床効果. <i>漢方医学</i> 1994;18:309-14.	4: 症例集積研究(および低質なコホート研究あるいは症例対照研究)	勧告グレードC (Oxford大学EBMセンター分類により, エビデンスレベルから勧告グレード決まる)							「皮膚科専門医の診療する9施設でのAD [アトピー性皮膚炎] 患者35例(4例脱落)に対する4週間の臨床試験の結果、68.8%の有用度が報告されている。同時に行われた脂漏性湿疹30例、貨幣状湿疹15例、慢性湿疹31例の有用度は、それぞれ、81.5%、78.6%、66.7%であった。」	「有害事象: なし;			
				A05-09	消風散	青年期以後のアトピー性皮膚炎	川原繁, 広根孝衛, 野村佳弘, ほか. 成人のアトピー性皮膚炎に対する消風散の臨床効果. <i>臨床皮膚科</i> 1993;9:971-5.	4: 症例集積研究(および低質なコホート研究あるいは症例対照研究)	勧告グレードC (Oxford大学EBMセンター分類により, エビデンスレベルから勧告グレード決まる)							「青年期以後のAD [アトピー性皮膚炎] 31例(4例脱落) に消風散を8週以上内服させ、その臨床効果を経時的に観察した結果が報告されている。その結果、4週後の改善率(有効率)は65.5%に達したが、その後改善率の増加は認められなかった。以上から、青年期以後の難治性症例でも消風散の効果は期待できること、またその結果の有無は服用4週後という早期に判定できることが示唆されている。」	「有害事象: なし;			
				A05-10	柴朴湯	アトピー性皮膚炎	増田祐子, 肥田野信. 湿疹、皮膚炎に対する柴朴湯の治療効果。とくにアトピー性皮膚炎に対して。 <i>西日本皮膚科</i> 1991;53:103-6.	4: 症例集積研究(および低質なコホート研究あるいは症例対照研究)	勧告グレードC (Oxford大学EBMセンター分類により, エビデンスレベルから勧告グレード決まる)							「AD [アトピー性皮膚炎] 患者26例に8週間の投与が行われ、69.2%の有用性が認められている。有効例の効果発現時期は比較的早く、2週以内が75.0%と最も多かった。」	「有害事象: なし;	巻末に、エビデンスグレード評価を行っている論文の構造化抄録が収載されている。		
				A05-11	柴朴湯	アトピー性皮膚炎	永江祥之介. アトピー性皮膚炎に対するツムラ柴朴湯の臨床効果. <i>皮膚科における漢方治療の現況</i> 1991;(2):25-33.	4: 症例集積研究(および低質なコホート研究あるいは症例対照研究)	勧告グレードC (Oxford大学EBMセンター分類により, エビデンスレベルから勧告グレード決まる)							「AD [アトピー性皮膚炎] 患者51例に対し同じく8週間継続投与し、その有用性を検討したオープン・スタディの報告があり、最終全般改善度は、中等度改善以上で51.1%、軽度改善以上で83.0%であった。有用度は、かなり有用以上で51.1%、やや有用以上で72.3%であった。罹病期間の長い症例(11~20年)でも、短い症例(10年以下)と比べて同等の有効性を示した。2つの報告に共通するのは、効果発現までの期間が短く、柴朴湯はADに対して比較的時間も早くに効果を示すことが示唆される。」	「胃部不快感1例;			
				A05-12	補中益気湯	アトピー性皮膚炎	小林裕美, 石井正光, 谷井司, 幸野健, 濱田稔夫. アトピー性皮膚炎の漢方治療—補中益気湯の有効性について。 <i>西日本皮膚科</i> 1989;51:1003-13.	4: 症例集積研究(および低質なコホート研究あるいは症例対照研究)	勧告グレードC (Oxford大学EBMセンター分類により, エビデンスレベルから勧告グレード決まる)							「AD [アトピー性皮膚炎] 患者18例に対して3か月以上の長期投与を行った試験結果の報告がみられる。かなり有用以上の有用率は55%、やや有用以上では89%に達した。」	「有害事象: なし;			
				A05-13	梔子柏皮湯	成人アトピー性皮膚炎	豊田雅彦, 諸橋正昭. EBMにもとづくアレルギー疾患の漢方治療 皮膚科の立場から. <i>アレルギー-免疫</i> 2002;9:774-80.	4: 症例集積研究(および低質なコホート研究あるいは症例対照研究)	勧告グレードC (Oxford大学EBMセンター分類により, エビデンスレベルから勧告グレード決まる)							「成人AD [アトピー性皮膚炎] 患者25例に8~16週の投与を行い、皮膚の重症度(0~120)および痒みの程度(0~40)でスコア化して評価し、併せて投与前後の血中および組織中の痒みに関する遺伝子の変動を調べた。皮膚スコアは投与前82.3±24.5、投与後50.6±11.9と有意に(p<0.001)減少し、痒みスコアも投与前32.1±6.5、投与後14.2±5.3と有意に(p<0.001)減少した。同時にsecondary endpointとして、投与前後の比較により、血中好酸球数、ECP、NGF、SP、sELAM-1、IL-4、IL-10などの有意な減少、および組織中好酸球数および肥満細胞数の有意な減少が認められた。」	「有害事象: なし;			
				A05-14	柴胡清肝湯	成人アトピー性皮膚炎														
				A05-15	治頭瘻一方	成人アトピー性皮膚炎	今村貞夫. 難治性成人期アトピー性皮膚炎と長期投与漢方療法. <i>皮膚科紀要</i> 1989;84:567-70.	4: 症例集積研究(および低質なコホート研究あるいは症例対照研究)	勧告グレードC (Oxford大学EBMセンター分類により, エビデンスレベルから勧告グレード決まる)							「AD [アトピー性皮膚炎] の成人例にこれらの4剤のどれかを6か月以上長期服用させ、服用前(1年前の同時期)と比較した結果、24例中13例(54.2%)において皮膚の改善がみられたとの報告がある。」	「有害事象: 不明;			
				A05-16	消風散	成人アトピー性皮膚炎														
				A05-17	加味逍遙散	成人アトピー性皮膚炎														
				A05-18	消風散	アトピー性皮膚炎	西部明子, 小嶋幸夫, 菊池毅, 金子史男. アトピー性皮膚炎患者末梢血単核球の産生するサイトカインに対する消風散の影響. <i>漢方医学</i> 1996;20:251-4.	(-)	(-)									(-)		
				A05-19	十味散毒湯	アトピー性皮膚炎	丸山博文, 飯村二三男, 金子篤, ほか. 十味散毒湯(TJ-6)および柴胡清肝湯(TJ-80)の抗アレルギー作用. <i>薬理と治療</i> 1995;23:2257-61.	(-)	(-)									(-)		
				A05-20	柴胡清肝湯	アトピー性皮膚炎	丸山博文, 飯村二三男, 金子篤, ほか. 十味散毒湯(TJ-6)および柴胡清肝湯(TJ-80)の抗アレルギー作用. <i>薬理と治療</i> 1995;23:2257-61.	(-)	(-)								「漢方療法; 項目の考察中で基礎データが紹介されている。	(-)		
				A05-21	白虎加人参湯	アトピー性皮膚炎	豊田雅彦, 荻野輝彦, 諸橋正昭. アトピー性皮膚炎に対する白虎加人参湯の効果—皮膚神経系因子の変化を中心として。 <i>皮膚科における漢方治療の現況</i> 1999;(11):29-41.	(-)	(-)								「近年、本症[アトピー性皮膚炎]患者末梢血中単核球の産生するサイトカインに対する消風散の影響、十味散毒湯および柴胡清肝湯の抗アレルギー作用、白虎加人参湯投与に伴う可溶性接着因子や神経系因子の変化、梔子柏皮湯投与による血中および組織中因子の変動など、臨床効果の裏づけとなる研究データが蓄積されてきている。」	(-)		
				A05-22	梔子柏皮湯	アトピー性皮膚炎	豊田雅彦, 諸橋正昭. EBMにもとづくアレルギー疾患の漢方治療 皮膚科の立場から. <i>アレルギー-免疫</i> 2002;9:774-80.	(-)	(-)									(-)		

漢方の記載を含む日本国内発行の診療ガイドライン

「」内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプA 引用論文のエビデンスグレード評価およびそれに基づく推奨度記載を含むもの

1 CPG NO.	2 CPG名	3 作成母体	4 書誌事項	5 ST No.	6 処方名	7 疾患	8 引用など	9 CPG中の エビデンスの グレード	10 CPG中の 推奨記載	11 引用 文献	12 文献 評価	13 推奨 記載	14 ADR 記載	15 有効性に関する記載なしその要約	16 副作用に関する記載なしその要約	17 備考			
A06	慢性頭痛の 診療ガイドラ イン	編集：日本頭痛学会	医学書院 2006年2月15 日 第1版第1刷	A06-01	漢方薬	慢性頭痛			(漢方薬全体として) グレードB：行うよう 勧められる	×	×		×	「漢方薬は予防薬あるいは急性期治療薬として長年にわたり使用されており、経験的あるいは伝統的には効果・安全性の両面から有用であると評価されている。これを裏付ける科学的エビデンスも近年集積されつつあり、予防薬として推奨可能である。」	(-)				
				A06-02	呉茱萸湯	慢性頭痛 緊張性頭痛	1) 前田浩治、宮城敦、菅原武仁、慢性頭痛に対する呉茱萸湯の効果、漢方医学 1998;22:53-7. 2) 赤嶺真理子、兵頭靖博、戸原睦、ほか、緊張性頭痛に対する呉茱萸湯の有用性、日本東洋心身医学研究 2000;15:36-8. 3) 関久友、沖田直、高瀬貞夫、松田邦夫、慢性頭痛に対する呉茱萸湯の効果 - 封筒法による桂枝人参湯との比較 - . Pharma medica 1993;11:288-91.	(-)			×	×	「症例集積研究が2件と漢方薬同士のランダム化比較試験が1件である。いずれもエビデンスレベルは低いが、呉茱萸湯の高い有用性が示されている。北里研究所等で研究段階のレスポナー限定多施設無作為化二重盲検プラセボ対照比較試験ではレスポナーに対する有用性が認められた。漢方薬の特性になかったデザインによる研究で有用性が示されたことは価値があると考えられるが、レスポナーの選定基準等、問題もある。」	(-)					
				A06-03	桂枝人参湯	慢性頭痛	松本博之、柏木基、松谷学、ほか、慢性頭痛に対する桂枝人参湯と芍薬散の有用性に関する研究、臨床と研究 1995;72:1299-303.	(-)				×	×	×	「漢方薬同士のランダム化比較試験が1件と漢方薬同士の非ランダム化クロスオーバー比較試験が1件である。前者は漢方薬同士であるため漢方薬の有用性を示すエビデンスとしてはレベルが低い。頭痛改善に対する高い効果が示されている。後者はデザインに問題があり、漢方薬同士であるためエビデンスレベルは低い。さらに評価方法も問題である。」	(-)			
				A06-04	芍薬散	慢性頭痛 脳血管障害患者の 慢性頭痛 慢性緊張型頭痛	1) 松本博之、柏木基、松谷学、ほか、慢性頭痛に対する桂枝人参湯と芍薬散の有用性に関する研究、臨床と研究 1995;72:1299-303. 2) 木村格、笹生俊一、脳血管障害患者の慢性頭痛に対するツムラ芍薬散の臨床効果、Geriatric medicine 1989;27:445-449 3) 高田理、慢性緊張型頭痛に対する芍薬散の有効性について、漢方医学 1998;22:121-4.	(-)				×	×	×	「漢方薬同士の非ランダム化クロスオーバー比較試験が1件と症例集積研究が2件である。前者については【桂枝人参湯】で述べた。後者についてもエビデンスレベルは低いが、芍薬散の有用性は示されている。」	(-)			
				A06-05	葛根湯	慢性緊張型頭痛	山本光利、肩頸部のこりに起因する慢性緊張型頭痛に対する葛根湯の臨床効果、臨床と研究 1995;72:2085-8.	(-)					×	×	×	「エビデンスレベルの低い症例集積研究1件だけであり、効果も明確でない。」	(-)		
				A06-06	呉茱萸湯	慢性頭痛	花輪善彦、他、慢性頭痛に対する呉茱萸湯の効果：レスポナー限定多施設無作為化二重盲検プラセボ対照比較試験（トリアル段階）	(-)					×	×	×	×	「これまで頭痛に対する漢方薬の効果についてのエビデンスは少ない。漢方薬が有用であることは経験的・伝統的にほぼ疑いがないので、花輪らの研究のようにさらなるエビデンスの集積が必要である。その際、漢方薬の特性を生かした臨床研究デザインが使用されるべきである。」	(-)	
				A06-07	漢方薬	片頭痛の予防	(-)	(-)						×	×	×		(-)	(-)
A07	心身症 診 断 治療ガイ ドライン2006	社団法人日本心身医学 会(編集：小牧元、久保 千春、福土審)	協和企画 2006年5月25 日 第1版第1刷 発行	A07-01	六君子湯	Functional Dyspepsia (FD)	原澤茂、三好秋馬、三輪剛、ほか、運動不全型の上腹部膨満(DYSMOTILITY-LIKE DYSPEPSIA)に対するJJ-43六君子湯の多施設共同市販後臨床試験 - 二重盲検群間比較法による検討 - . 医学のあゆみ 1998;187:207-29.	：1つ以上のランダム化比較試験による	B：行うことを推奨					×	FDに対する治療手段の薬物療法の項に、下記の記載がある。 「漢方薬では、六君子湯に関してRCTで有効との報告があるが、よい研究デザインの報告が少な(結論は出ていない。漢方薬は併存する身体症状や精神症状も含めた処方可能なので、FDのようにさまざまな症状を並存する患者では、訴えを受容しやすいう薬物といえる。FD治療の候補にはこれ以外に半夏瀉心湯、安中散などがあるが今のところエビデンスはない。」	(-)	FDの汎用薬剤の一覧表の中に、 症状・喘気、胸やけの項に「ツムラ六君子湯 7.5g 分3食間」の記載がある。		
				A07-02	漢方薬	更年期障害	木村武彦、赤松達也、矢内原巧、更年期障害の漢方療法、漢方と最新治療 1992;1:229-36.	：記述研究(症例報告やケース・シリーズ)による	B：行うことを推奨					×	更年期障害の治療ガイドラインとして、HF(+)でHRTを希望しない例や禁忌例、HF(-)例の中の漢方の項に、下記の記載がある。 「更年期障害に多くみられる12症状を選択し、症状に見合った虚証、中間証、実証に分けた漢方薬を表にまとめた。中間証は虚証と実証の間の証であり、証が分かりづらいときには中間証の薬剤を選択するのがよい。」	(-)			
				A07-03	桂枝茯苓丸	更年期障害									×		(-)		
				A07-04	加味逍遙散	更年期障害	木村武彦、矢内原巧、更年期の漢方治療、産婦人科治療 1991;63:199-202.	：記述研究(症例報告やケース・シリーズ)による	B：行うことを推奨						×		(-)		
				A07-05	当帰芍薬散	更年期障害										×		(-)	
				A07-06	桂枝茯苓丸	更年期障害										×	更年期障害の治療ガイドラインとして、HF(+)でHRTを希望しない例や禁忌例、HF(-)例の中の漢方の項に、下記の記載がある。 「漢方の中で桂枝茯苓丸、加味逍遙散、当帰芍薬散の3つは女性3大漢方と呼ばれており、この3剤で更年期症状のかんりの部分をカバーできる。女性疾患の証が類似しているからと考えられる。冷え症状に対してHRTと当帰四逆加呉茱萸生薑湯との比較試験では、漢方の有効性が高い。」	(-)	章末に「更年期障害の症状と漢方製剤」の一覧表があり、15処方が解説されている。
				A07-07	加味逍遙散	更年期障害	村田高明、更年期障害の漢方療法、Current therapy 1990;8:47-53.	：患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見	B：行うことを推奨						×		(-)		
				A07-08	当帰芍薬散	更年期障害										×		(-)	
				A07-09	当帰四逆加呉茱萸生薑湯	冷え症	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×		(-)		

漢方の記載を含む日本国内発行の診療ガイドライン

1)内はCPGの引用文、[]はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプB 引用論文がある記載を含むもの(タイプAを除く)

1 CPG NO.	2 CPG名	3 作成母体	4 書誌事項	5 ST No.	6 処方名	7 疾患	8 引用など	9 CPG中の エビデンスの グレード	10 CPG中の 推奨記載	11 引用 文献	12 文献 評価	13 推奨 記載	14 ADR 記載	15 有効性に関する記載なしその要約	16 副作用に関する記載なしその要約	17 備考				
B01	アレルギー疾患治療ガイドライン 95改訂版	日本アレルギー学会(監修:牧野荘平 獨協医科大学医学部アレルギー内科教授)	ライフサイエンス・メディカ 1995年7月	B01-01	柴朴湯	ステロイド依存性喘息	1) Egashira Y, Nagano H. A multicenter clinical trial of TJ-96 in patients with steroid dependent asthma. A comparison of groups allocated by the envelope method. <i>Annals of the New York Academy of Science</i> 1993;685:580-3. 2) 江頭洋祐, 特集「アレルギー疾患の漢方治療 - 気管支喘息、アレルギーの臨床」1993;13:937-40.	(-)	(-)					「気管支喘息の漢方療法は伝統医学として長い歴史がある。古来、喘息は漢方療法のよい適応とされ、多くの経験に基づき一定の治療方針が立てられている。漢方薬の投与は随証治療として、患者の体質、体力とその時点での腫瘍反応の強弱によって方剤を選ぶという原則がある。これは薬剤が天然生薬であり新薬のような攻撃的薬効は有していないので、投与前にあらかじめresponderとnon-responderを区別するという経験則に基づいている。一般に喘息発作の急性期には麻黄剤(小青竜湯、他)、慢性期には体質改善を目指して柴胡剤(柴朴湯、他)を投与するのが原則である。 重症のケースや発作がひどいときは当然、西洋薬を優先する。軽症、中等症の喘息にはよい適応があり、病型にはそれほどこだわらなくてもよい。漢方の選択はなるべく証(東洋医学的にみた診断と治療)に基づいて行う。漢方薬の効果はすぐには現れないので、約3-4週目に効果の有無をチェックし、効果が実感できるときは長期(半年-2年)に服用を続ける。効果が実感できないときは、その時点で、方剤の見直しを行う。 気管支喘息への漢方薬の投与指針の表中に下記の記載がある。 「発作期(麻黄剤) 熱証(暑がり、汗をかく);麻杏甘石湯、寒証(寒がり、くしゃみ、鼻水);小青竜湯 慢性期(柴胡剤) (体力中等度、虚実間);柴朴湯、小柴胡湯、脾虚(胃腸が弱い);補中益気湯、腎虚(足腰の冷え、弱り);八味地黄丸 *柴朴湯はステロイド投与例にステロイド節減作用や下垂体副腎機能の賦活作用があることが認められている。」	(-)					
				B01-02	麻杏甘石湯	気管支喘息	(-)	(-)								(-)				
				B01-03	小青竜湯	気管支喘息	(-)	(-)									(-)			
				B01-04	小柴胡湯	気管支喘息	江頭洋祐, 特集「アレルギー疾患の漢方治療 - 気管支喘息、アレルギーの臨床」1993;13:937-40.	(-)	(-)								(-)			
				B01-05	補中益気湯	気管支喘息	(-)	(-)									(-)			
				B01-06	八味地黄丸	気管支喘息	(-)	(-)									(-)			
				B01-07	小青竜湯	鼻アレルギー(含花粉症)	(-)	(-)									(-)			
				B01-08	葛根湯	鼻アレルギー(含花粉症)	(-)	(-)									(-)			
				B01-09	小柴胡湯	鼻アレルギー(含花粉症)	(-)	(-)									(-)			
				B01-10	漢方薬	アトピー性皮膚炎	濱田稔夫, アレルギー性皮膚疾患に対する漢方療法. <i>Modern physician</i> 1989;9:1360-1.	(-)	(-)									(-)		
				B01-11	消風散	アトピー性皮膚炎	(-)	(-)										(-)		
				B01-12	柴胡清肝湯	アトピー性皮膚炎	堀口裕治, 大桑隆, 今村貞夫, アトピー性皮膚炎における漢方治療 - ツムラ柴胡清肝湯の使用経験. <i>皮膚科における漢方治療の現況</i> 1991;(2):104-9.	(-)	(-)									(-)		
				B01-13	柴朴湯	アトピー性皮膚炎	渡辺雅久, 吉田彦太郎, アトピー性皮膚炎 - アトピー性皮膚炎に対する柴朴湯の使用経験. <i>皮膚科における漢方治療の現況</i> 1992;(3):88-91.	(-)	(-)									(-)		
				B01-14	補中益気湯	アトピー性皮膚炎	小林裕美, 石井正光, 谷井司, 幸野健, 濱田稔夫, アトピー性皮膚炎の漢方治療 - 補中益気湯の有用性について. <i>西日本皮膚科</i> 1989;51:1003-13.	(-)	(-)									(-)		
				B01-15	越婢加朮湯	アトピー性皮膚炎	(-)	(-)										(-)		
				B01-16	十味敗毒湯	アトピー性皮膚炎	1) 濱田稔夫, アレルギー性皮膚疾患に対する漢方療法. <i>Modern physician</i> 1989;9:1360-1. 2) 山口全一, 馬場俊一, 痒い皮膚病の漢方治療(その2). <i>日本小児皮膚科学会雑誌</i> 1991;10:16-20.	(-)	(-)									(-)		
				B01-17	当帰飲子	アトピー性皮膚炎、 脂質欠乏性湿疹	濱田稔夫, アレルギー性皮膚疾患に対する漢方療法. <i>Modern physician</i> 1989;9:1360-1.	(-)	(-)									(-)		
				B01-18	治頭瘡一方	アトピー性皮膚炎	(-)	(-)										(-)		
				B01-19	補中益気湯	幼・小児期アトピー性皮膚炎	(-)	(-)										(-)		
				B01-20	柴胡清肝湯	幼・小児期アトピー性皮膚炎	(-)	(-)										(-)		
				B01-21	通導散	成人型アトピー性皮膚炎	濱田稔夫, アレルギー性皮膚疾患に対する漢方療法. <i>Modern physician</i> 1989;9:1360-1.	(-)	(-)									(-)		
				B01-22	黄連解毒湯	成人型アトピー性皮膚炎	(-)	(-)										(-)		
				B01-23	大黃牡丹皮湯	成人型アトピー性皮膚炎	(-)	(-)										(-)		
B02	EBMに基づく前立腺肥大症診療ガイドライン	泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班	じほう、平成13年12月25日発行	B02-01	漢方薬	前立腺肥大症	Dreikorn K, Borkowski A, Braeckman J, et al. Other medical therapies. <i>Proceedings 4th International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia</i> ; 1997.p.633-59.	(-)	(-)								引用は、Phytotherapy全体の解明が不十分であることを述べたものである。			
B03	アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアに関するガイドラインの作成(一般向けに関する研究)	厚生労働科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業(主任研究者 本間昭)	平成13年度-平成14年度総合研究報告書 平成15年(2003年)4月 http://minds.jcqhc.or.jp/0013_ContentsTop.html#G0000029_GL	B03-01	Herbal drugs	アルツハイマー型痴呆	Geng, J. Treatment of 50 cases of senile dementia by acupuncture combined with inhalation of herbal drugs and oxygen. <i>Journal of traditional Chinese Medicine</i> 1999;19:287-9.	(-)	(-)								薬物療法の他の薬剤の項の中に、「Herbal drugs」とあり、「これらの薬剤に関する報告はきわめて少なく、今後の検討を待たねばならない」と記載されている。			
B04	「呼吸器感染症に関するガイドライン」、成人気道感染症治療の基本的考え方	日本呼吸器学会呼吸器感染症に関するガイドライン作成委員会 委員長: 松島敬香(川崎医科大学呼吸器内科)	日本呼吸器学会、2003年6月20日発行	B04-01	葛根湯、麻黄湯	かぜ症候群	1) 磯部秀之. 漢方製剤の適正使用 - 漢方治療の現代医学的アプローチ - かぜ症候群. <i>薬写</i> 1997;48:1074-8. 2) 川名明彦, 工藤安一郎. かぜ症候群の対症療法. <i>薬局</i> 1997;48:1951-7.	(-)	(-)								「漢方薬は日常臨床でも葛根湯や麻黄湯などが「かぜ症候群」によく用いられている。漢方薬は通常病態分類による漢方診断によって、総合的に治療薬を選択して行われるもので、ある程度の経験と知識が必要である。漢方薬を用いる時には、西洋医療での薬物と同様に副作用等にも注意すべきである。」			

下記の処方について処方名、構成生薬、適用、証の一覧表が掲載されている。:越婢加朮湯、黄連解毒湯、葛根湯、柴胡清肝湯、柴朴湯、十味敗毒湯、小柴胡湯、小青竜湯、消風散、大黃牡丹皮湯、当帰飲子、麦門冬湯、八味地黄丸、補中益気湯、麻杏甘石湯

漢方の記載を含む日本国内発行の診療ガイドライン

1)内はCPGの引用文、[]はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプB 引用論文がある記載を含むもの(タイプAを除く)

1 CPG NO.	2 CPG名	3 作成母体	4 書誌事項	5 ST No.	6 処方名	7 疾患	8 引用など	9 CPG中の エビデンスの グレード	10 CPG中の 推奨記載	11 引用 文献	12 文献 評価	13 推奨 記載	14 ADR 記載	15 有効性に関する記載なしその要約	16 副作用に関する記載なしその要約	17 備考	
B05	喘息予防・管理 ガイドライン 2003 JGL1998改訂 第2版	厚生省免疫・アレルギー 研究会(班長:牧野荘平 東京アレルギー疾患研究 所/獨協医科大学名誉教 授)	協和企画 2003年11月27 日改訂第2版 第3刷	B05-01	柴朴湯	ステロイド依存性 喘息	1) Egashira Y, Nagano H. A multicenter clinical trial of TJ-96 in patients with steroid dependent asthma. A comparison of groups allocated by the envelope method. <i>Annals of the New York Academy of Science</i> 1993;685:580-3. 2) 江頭洋祐, 特集「アレルギー疾患の漢方治療・気管支喘息」. <i>アレルギーの臨床</i> 1993;13:937-40.	(-)	(-)			×	×	×	「喘息の漢方療法は伝統医学として長い歴史がある。古来、喘息は漢方療法により適応とされ、多くの経験に基づいた一定の治療指針が検討されている。漢方薬の投与は随証治療として、患者の体質、体力とその時点での腫瘍反応の強弱によって方剤を選ぶという原則がある。これは薬剤が天然生薬であり新薬のような攻撃的薬効は有していないので、投与前あらかじめresponderとnon-responderを区別するという経験則に基づいている。 一般に喘息発作の急性期には麻黄剤(小青竜湯、他)を、慢性期には体質改善を目指して柴胡剤(柴朴湯、他)を投与するのが原則である。麻黄剤はエフェドリン類を含む麻黄を主薬とした方剤で、気管支拡張作用や鎮咳作用を有し、効果の発現は比較的早い。柴胡剤は抗炎症作用を有し、長期投与によって症状の安定がもたらされる。脾虚とは消化機能全般の機能低下を意味しており、補劑(補中益気湯、他)の投与によって、栄養状態の改善と体力の増強を図る。高齢者の喘息には腎虚の病態があることが中では重視されており、それらのケースには補腎剤である八味地黄丸などの適用が有用とされている。 重症のケースや発作がひどいときは当然、西洋薬を優先する。軽症、中等症の喘息にはよい適応があり、病型にはそれほどこだわらなくてもよい。漢方の選択はなるべく証(東洋医学的に見た診断と治療)に基づいて行う。漢方薬の効果はすぐには現れないので、約3-4週目に効果の有無をチェックし、効果が実感できるときは長期(半年-2年)に服用を続ける。効果が実感できないときは、その時点で、方剤の見直しを行う。 喘息への漢方薬の投与指針の表中に下記の記載がある。 「発作期(麻黄剤) 熱証(暑がり、汗をかく): 麻杏甘石湯、寒証(寒がり、しゃみ、鼻水): 小青竜湯 発作期 空咳(咳こみ、痰のからみ): 麦門冬湯 慢性期(柴胡剤) (体力中等度、虚寒型): 柴朴湯、小柴胡湯、脾虚(胃腸が弱い): 補中益気湯、腎虚(足腰の冷え、弱り): 八味地黄丸 * 柴朴湯はステロイド薬投与例にステロイド節減作用や下重体副腎機能の賦活作用があることが認められている。」	(-)	下記の処方について処方名、構成生薬、適用、証の一覧表が掲載されている。: 越婢加朮湯、黄連解毒湯、葛根湯、柴胡清肝湯、柴朴湯、十味解毒湯、小柴胡湯、小青竜湯、消風散、大黃牡丹皮湯、当歸散、麦門冬湯、八味地黄丸、補中益気湯、麻杏甘石湯
				B05-02	麻杏甘石湯	喘息	(-)	(-)			×	×	×				
				B05-03	小青竜湯	喘息	(-)	(-)			×	×	×				
				B05-04	麦門冬湯	喘息	(-)	(-)			×	×	×				
				B05-05	小柴胡湯	喘息	江頭洋祐, 特集「アレルギー疾患の漢方治療・気管支喘息」. <i>アレルギーの臨床</i> 1993;13:937-40.	(-)	(-)			×	×	×			
				B05-06	補中益気湯	喘息	(-)	(-)			×	×	×				
				B05-07	八味地黄丸	喘息	(-)	(-)			×	×	×				
B06	高血圧治療 ガイドライン 2004	日本高血圧学会高血圧 治療ガイドライン作成委 員会(委員長: 須田孝男 慶應義塾大学医学部内 科教授)	ライフサイエ ンス出版、2004 年12月	B06-01	甘草含有漢 方薬	薬剤誘発性高血圧 (副作用)	1) Sigurjónsdóttir HA, Franzson L, Manhem K, Ragnarsson J, Sigurdsson G, Wallerstedt S. Liguorice-induced rise in blood pressure: a linear dose-response relationship. <i>Journal of human hypertension</i> 2001;15:549-52. 2) Sigurjónsdóttir HA, Manhem K, Axelson M, Wallerstedt S. Subjects with essential hypertension are more sensitive to the inhibition of 11 beta-HSD by liquorice. <i>Journal of human hypertension</i> 2003;17:125-31.	(-)	(-)			×	×	(-)	「甘草は肝疾患治療薬、消化器疾患治療薬、多数の漢方薬に含まれる。その薬理作用の大部分はグリチルリチンによる内因性ステロイドの作用の増強、グリチルリチン自身のステロイド作用による、内因性ステロイドの作用の増強に關しては、グリチルリチンが11 beta-HSD(水酸化ステロイド脱水素酵素)を阻害し、コルチゾールよりコルチゾンへの代謝を阻害し、コルチゾールの半減期を延長させる。コルチゾールはアルドステロン受容体にアルドステロンと同様に親和性をもち結合し、Naおよび水を保留させ、K低下をきたす(偽アルドステロン症)。甘草50-200g/日摂取(2-4週)により収縮期血圧は3.1-14.4mmHg上昇した ¹⁾ 。大量、長期にグリチルリチンを服用しなければ、高血圧が問題となることは少ない。なお、本態性高血圧患者では甘草による血圧上昇反応は正常血圧者より大であったとされている ²⁾ 。診断は、高血圧と同時に低K血症を認め、低レニン活性、血漿アルドステロンが低値であれば(偽性アルドステロン症)、本症を疑う。臨床的には数週間(最大4ヶ月)の甘草の中断で改善する。中止が困難であれば、アルドステロン拮抗薬を用いる。」		
B07-01	温経湯	無月経	後山尚久, 坪倉省吾, 植木実, 杉本修. 第2度無月経への温経湯 - メサルモン-F 併用療法時の内分泌変動. <i>日本不妊学会雑誌</i> 1994;39:144-8.	(-)	(-)			×	×	×							
B07-02	芍薬甘草湯	薬剤性高プロラクチン(PRL)血症	福島峰子, 成田章子, 一関和子, 太田博孝, 脇坂晃. 高プロラクチン血症を伴う排卵障害に対する芍薬甘草湯の効果. <i>初産薬学会誌</i> 1986;3:227-30.	(-)	(-)			×	×	×							
B07	摂食障害の 診断と治療 ガイドライン 2005	厚生労働省精神・神経疾 患研究委託費による「摂 食障害の治療ガイドライ ン作成とその実証的研究 」班	マイライフ社 2005年1月	B07-03	漢方薬	摂食障害	(-)	(-)		×	×	×	×	(-)	「平成13年度厚生労働省摂食障害研究班での筆者が行ったCAMOの実態調査結果では、アンケート調査をした50名の摂食障害患者のうち44%が何らかのOCAMを試みた経験があり、その目的としてはリラクゼーションが最も多く挙げられていました。種類としてはアロマセラピーと指圧あんまマッサージが最も多く、続いて健康食品、漢方薬、鍼灸の順でした。」		
				B07-01	温経湯	無月経	後山尚久, 坪倉省吾, 植木実, 杉本修. 第2度無月経への温経湯 - メサルモン-F 併用療法時の内分泌変動. <i>日本不妊学会雑誌</i> 1994;39:144-8.	(-)	(-)			×	×	×			
				B07-02	芍薬甘草湯	薬剤性高プロラクチン(PRL)血症	福島峰子, 成田章子, 一関和子, 太田博孝, 脇坂晃. 高プロラクチン血症を伴う排卵障害に対する芍薬甘草湯の効果. <i>初産薬学会誌</i> 1986;3:227-30.	(-)	(-)			×	×	×			
B08	高齢者の安 全な薬物療 法ガイドライン 2005	日本老年医学会(委員 長: 鳥羽研二 杏林大学 医学部高齢医学教授)	メジカルビュー 社、2005年7月 1日第1版第1 刷発行	B08-01	抑肝散	認知機能障害・痴呆 のBPSD	Iwasaki K, Satoh-Nakagawa T, Maruyama M, et al. A randomized, observer-blind, controlled trial of the traditional Chinese medicine Yi-gan san for improvement of behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients. <i>Journal of clinical psychiatry</i> 2005;66:248-52.	(-)	(-)			×	×	×	(-)	「漢方薬である抑肝散は、姿勢バランスやADLを障害することなく(BPSDのコントロール)に有効である。」	
				B08-02	半夏厚朴湯	誤嚥性肺炎	Iwasaki K, Wang Q, Seki H, et al. The effect of the traditional chinese medicine, "Banxia Houpo Tang(Henge-Kouboku To)" on the swallowing reflex in Parkinson's disease. <i>Phytotherapy</i> 2000;7:259-63.	(-)	(-)			×	×	×			
				B08-03	小青竜湯	間質性肺炎(副作 用)	畑芳夫, 上原久幸. 経過中reversed halo signがみられた小青竜湯による薬剤性肺炎の1例. <i>日本呼吸器学会雑誌</i> 2005;43:23-31.	(-)	(-)			×	×	(-)	去痰薬の項に、下記の記載がある。 「まれながら、間質性肺炎の副作用報告がある。」		
				B08-04	麦門冬湯	咳嗽	(-)	(-)			×	×	×	(-)	去痰薬の項に、下記の記載がある。 「漢方薬の麦門冬湯は気道を湿潤し、気道のレオロジーを改善し、鎮咳去痰作用をもたらす。」		
				B08-05	漢方薬	(用法)	(-)	(-)			×	×	×	(-)	飲み忘れないための工夫 服用する薬の用法について、下記の記載がある。 「漢方製剤のように「食前(食前30分を意味する)」や「食間(食事と食事の間、通常食後2時間を意味する)」を、糖尿病用薬(食後過血糖改善剤)のように「食直前」を、イトラコナゾール製剤、イコサセント酸エチル製剤のように「食直後」を指定して処方するものなど、さまざまな服用時間が存在する。」		
				B08-06	生薬成分 (甘草、き きょう、麻 黄、半夏)	咳嗽	(-)	(-)			×	×	×	×	(-)		「末梢性の鎮咳薬は気管支に直接作用して気管支平滑筋を弛緩させる。テオフィリン、SABA(塩酸プロカテロールなど)などの気管支拡張剤である。生薬成分として甘草、ききょう、麻黄、半夏なども用いられる。」
				B08-07	小柴胡湯	間質性肺炎(副作 用)	Ishizaki T, Sasaki F, Ameshima S, et al. Pneumonitis during interferon and/or herbal drug therapy in patients with chronic active hepatitis. <i>European respiratory journal</i> 1996;9:2691-6.	(-)	(-)			×	×	×	(-)		呼吸器疾患に關連して注意すべき薬剤として「間質性肺炎の危険性が高まるので、発症の可能性を念頭において治療に当たる必要がある」との記載がある。 呼吸器疾患の病態により特に慎重な投与を要する薬物のリスト中に「間質性肺炎」の記載がある。
				B08-08	甘草含有製 剤	薬剤性相互作用	(-)	(-)			×	×	×	×	(-)		相互作用に注意が必要な薬物のリスト(高血圧)中に、サイアザイド系利尿薬として「グリチルリチン: 甘草含有製剤(低K血症)」の記載がある。
				B08-09	小柴胡湯	低K血症、ミオパ シー、偽性アルドス テロン症(副作用)	(-)	(-)			×	×	×	×	(-)		消化器疾患の病態により慎重な投与を要する薬物のリスト中に、「肝硬変: 小柴胡湯(低K血症、ミオパシー、偽性アルドステロン症)」の記載がある。
				B08-10	漢方薬	高齢者特有の症状 群	(-)	(-)			×	×	×	×	(-)		注意すべき生薬、生薬と西洋薬との相互作用について記載がある。 その他、高齢者に対して注意すべき生薬のリスト、症候別注意すべき処方と生薬のリスト、相互作用に注意が必要な薬物リスト(生薬と西洋薬)の記載がある。

漢方の記載を含む日本国内発行の診療ガイドライン

「」内はCPGの引用文、[]はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプB 引用論文がある記載を含むもの(タイプAを除く)

1 CPG NO.	2 CPG名	3 作成母体	4 書誌事項	5 ST No.	6 処方名	7 疾患	8 引用など	9 CPG中の エビデンスの グレード	10 CPG中の 推奨記載	11 引用 文献	12 文献 評価	13 推奨 記載	14 ADR 記載	15 有効性に関する記載ないしその要約	16 副作用に関する記載ないしその要約	17 備考		
B09	咳嗽に関するガイドライン	日本呼吸器学会咳嗽に関するガイドライン作成委員会(委員長:河野茂、長崎大学大学院医歯薬学総合研究科)	日本呼吸器学会、2005年9月20日 第1版第1刷発行	B09-01	麦門冬湯	咳嗽	宮田健、洲上淳一、甲斐広文、高浜和夫、鎮咳作用 - 麦門冬湯と麦門冬湯抽出成分の鎮咳作用特性と作用機序、 <i>代誌</i> 1992;29:377-85.	(-)	(-)			×	×	漢方薬の中には、ツムラ麦門冬湯のように科学的に鎮咳作用機序が検討されているものもあるが、咳嗽を有する大規模集団を対象にした二重盲検比較試験は行われておらず、咳嗽治療における役割は確率されていない。	(-)	「成人の咳嗽治療薬」の表中に代表的薬剤・ツムラ麦門冬湯(非特異的に使用される疾患)の記載がある。		
B10	鼻アレルギー診療ガイドライン - 通年性鼻炎と花粉症 - 2005年版	鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会(編集顧問:奥田裕、日本医科大学名誉教授)	ライフ・サイエンス、2005年11月1日改訂第5版第2刷発行	B10-01	小青竜湯	鼻アレルギー	1)馬場駿吉、高坂知節、稲村直樹、ほか、小青竜湯の通年性鼻アレルギーに対する効果 - 二重盲検比較試験 -、 <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1995;88:389-405. 2)大山勝、【臨床の立場から】アレルギー性鼻炎と漢方、 <i>アレルギーの領域</i> 1995;2:205-12. 3)河野英浩、山田昌宏、山岡秀之、佃守、小青竜湯エキスのスギ花粉症の鼻炎症状に対する臨床効果、 <i>耳鼻咽喉科展望</i> 2000;43:253-7.	(-)	(-)			×	×	漢方薬では小青竜湯、葛根湯、小柴胡湯などが用いられているが、同名でも発売会社により組成が異なり、有効性、成分配合の根拠などは必ずしも明らかではない。小青竜湯のみがプラセボとの比較対照試験が行われ有効性が証明されている。速効性・持続性からみると麻黄中に含まれているエフェドリンが作用していると考えられるが、作用機序については不明な点も多い。	葛根湯、柴朴湯、小柴胡湯、小青竜湯の添付文書上の相互作用、副作用の記載がある。	アレルギー性鼻炎治療薬の表中に、その他の項に「漢方薬」と記載がある。 主な漢方製剤の一覧表に、葛根湯、柴朴湯、小柴胡湯、小青竜湯の組成・性状・効能・効果・用法・用量・薬効薬理、警告・禁忌、相互作用、副作用が記載されている。		
				B10-02	葛根湯	鼻アレルギー	(-)	(-)	×	×	×							
				B10-03	小柴胡湯	鼻アレルギー	(-)	(-)	×	×	×							

漢方の記載を含む日本国内発行の診療ガイドライン

¹ 内はCPGの引用文、[]はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプB 引用論文がある記載を含むもの(タイプAを除く)

1 CPG NO.	2 CPG名	3 作成母体	4 書誌事項	5 ST No.	6 処方名	7 疾患	8 引用など	9 CPG中の エビデンスの グレード	10 CPG中の 推奨記載	11 文献 記載	12 文献 評価	13 推奨 記載	14 ADR 記載	15 有効性に関する記載なしその要約	16 副作用に関する記載なしその要約	17 備考				
B11	呼吸器疾患 治療用医薬 品の適正使 用を目的と したガイドラ イン「漢方薬 治療における 医薬品の適正 な使用法ガイ ドライン」	呼吸器疾患治療用医薬 品の適正使用を目的とし たガイドライン作成委員会 (委員長 東山篤之、干 葉大学大学院医学研究 院)	日本呼吸器学 会、2005年11 月20日 第1刷 発行	B11-01	漢方薬	有熱かぜ症候群	本間行彦、有熱かぜ症候群患者における漢方治療の有 用性、 <i>日本東洋医学雑誌</i> 1995;46:285-91.	(-)	(-)						「本間は学生で初診時に37 以上の症例を対象として解熱鎮痛消炎剤fenopranと「随証」漢方治療の比較を封筒法により行った。熱の持 続時間は解熱剤群2.6±1.7日に対して漢方薬群1.5±1.9日と推計学的に有意に短縮した。また、全症状持続率は解熱剤と群6.6±3.6日に 対して、漢方薬群5.1±1.9日と有意に短縮した。」	(-)				
				B11-02	葛根湯	インフルエンザ、感 冒	村岡健一、吉田哲、長谷川和正、ほか、葛根湯製剤の作用 機序の薬理学的検討 - イヌによる体温上昇と免疫能活性に ついて -、 <i>和漢医学雑誌</i> 2003;20:30-7.	(-)	(-)						「葛根湯服用後の体温上昇時にマクロファージの活性化が指摘されている。(Kurokawa M et al. Effect of interleukin-12 level augmented by Kakkon-to a herbal medicine on the early stage of influenza infection in mice Antiviral Res.56: 183-188,2002) 葛根湯はインフルエンザ感染ウイルス発熱の抑制、体重減少の抑制と肺炎の軽症化を示した。感冒に伴うサイトカインの過剰反応をインター フェロンからIL-1の誘導を阻害することによって解熱効果を示すことが報告された。」	(-)				
				B11-03	小青竜湯	気管支炎	宮本昭正、井上洋西、北村論、ほか、TJ-19ツムラ小青竜湯の 気管支炎に対するPlacebo対照二重盲検群間比較試験、 <i>臨床薬学</i> 2001;17:1189-214.	(-)	(-)								「Placeboを対照とした二重盲検比較試験(気管支炎178例)。気管支炎の主要症状である咳の回数・強さの症状別改善度、症状消失率、嗜 痰の切れ、日常生活の症状別改善度において、小青竜湯がPlaceboと比較し有意に優れていた。」	(-)		
				B11-04	麻黄附子細 辛湯	かぜ症候群	本間行彦、高岡和夫、與澤宏一、ほか、かぜ症候群に対する 麻黄附子細辛湯の有効性 - 封筒法による比較試験 -、 <i>日本 東洋医学雑誌</i> 1996;47:245-52.	(-)	(-)								「対象は初期のかぜ症候群に罹患した3歳以上の214例、39 以上、抗生物質の適応がある場合(熱証と思われる)は除いた。麻黄附子細辛 湯エキスあるいは総合感冒薬の封筒法による多施設比較試験を行った。解析例は実薬群83例、対照群88例であった。中等度改善以上の 症例は実薬群81.9%、対照群60.3%で前者において優れていた。発熱持続日数はそれぞれ1.5±0.7日、2.8±1.5日であり前者で短縮してい た。全身倦怠感、咽頭痛・違和感、咳、痰についても症状日数は前者で短縮していた。」	(-)		
				B11-05	小柴胡湯	感冒	加地正郎、柏木征三郎、山木戸道郎、TJ-9ツムラ小柴胡湯の 感冒に対するPlacebo対照二重盲検群間比較試験、 <i>臨床と研 究</i> 2001;78:2252-68.	(-)	(-)								「発病後5日間に上経過した感冒患者で、咳を有し、口中不快・食欲不振、倦怠感のいずれかを伴う患者を対象にPlaceboを対照とした二重盲 検比較試験を行い、小柴胡湯(TJ-9)の有効性、安全性を評価。全般改善度は、Placebo群と比べ小柴胡湯群が有意に優れていた。概括安 全度と副作用発現率は群間に有意差は認められず、両群とも重篤な副作用の発現は認められなかった。有用度において、小柴胡湯は Placeboに対して有意に優れていた。」	(-)		
				B11-06	麦門冬湯	かぜ症候群後咳嗽	藤森勝也、鈴木栄一、下条文武、かぜ症候群後咳嗽に対す る麦門冬湯と臭化水素酸デキストロメトルファンとの効果の比 較(パイロット試験)、 <i>日本東洋医学雑誌</i> 2001;51:725-32.	(-)	(-)								「非喫煙者で、かぜ症候群後2週間以上咳嗽が続き、ACE阻害薬を内服しておらず、鼻・副鼻腔疾患、慢性呼吸器疾患、アトピー歴、胃食道 逆流症がなく、胸部単純X線、呼吸機能、末梢血好酸球数、CRP、血清IgE値に異常のない症例を無作為に麦門冬湯エキス顆粒9g/日(13 例)と臭化水素酸デキストロメトルファン60mg/日(12例)の2群に分け(1週間内服)、咳日記(咳点数0-9点に分布)を用いて2群間の咳嗽抑 制効果を比較検討した。麦門冬湯は臭化水素酸デキストロメトルファンに比し、2日目で咳嗽抑制効果が強かった(P<0.05)。」	(-)		
				B11-07	補中益気湯	COPD	杉山幸比古、北村論、COPDに対する漢方補助・補中益気湯 の効果、 <i>日本胸部臨床</i> 1997;56:105-9.	(-)	(-)								「補中益気湯がCOPD患者の感冒罹患回数を減少させ、体重増加をもたらす。DPBおよび間質性肺炎を含むCOPD患者36名を2群に分け、 11名には補中益気湯を服用させ、1月から3月まで冬の3ヶ月間感冒罹患回数を比較した。さらに、比較的安定したCOPD患者8例については 4ヶ月以上呼吸機能、体重などを経過観察した。その結果、感冒罹患は補中益気湯内服群で有意に少なく、また長期観察に於いて標準を下 回るやせが見られた3例で体重が平均2.83kg増加した。」	(-)		
				B11-08	柴朴湯	ステロイド依存性 喘息	Egashira Y.,Nagano H. A multicenter clinical trial of TJ-96 in patients with steroid dependent asthma. A comparison of groups allocated by the envelope method. <i>Annals of the New York Academy of Science</i> 1993;685:580-3.	(-)	(-)								「ステロイド依存性喘息患者90例を封筒法でランダムに2群に分け、改善度を比較したランダム化比較臨床試験において、柴朴湯は有意差 をもって改善度が高かった。」	(-)		
				B11-09	柴朴湯	気管支喘息	西澤芳男、西澤恭子、永野富美代、ほか、ベクロメタソン吸入 量半減時の柴朴湯吸入療法とクロモグリセート吸入療法の代 替療法比較試験、 <i>耳鼻咽喉科展望</i> 2002;45:8-15.	(-)	(-)								「症状の安定した気管支喘息患者94例を対象に、無作為に2群に分け、クロモグリセート(DSCG)20mg/カプセル4回/日(D群)と柴朴湯 (CPT)粉末500μg/カプセル4回/日(C群)をDSCG用スピンベアラーで吸入させた。試験開始1年後、好酸球数、interferon-γ、eosinophi l cationic proteinはC群で有意に減少した。気管支胞洗浄液中のLeukotrienes、各種アレルギー・炎症関連各種インターロイキン(IL)、化学 物質の産生・遊離も、C群では有意に抑制されていたが、D群ではIL、TXA ₂ 、Endothelin-1の抑制は見られなかった。これらの相乗効果に よって、C群では自覚症状の改善、呼吸機能の改善、β ₂ -刺激剤頓用使用回数の減少が認められた。CPTは、DSCGよりもベクロメタソン半減 時の代替薬剤として有効・有用性に優れていることが示された。」	(-)		
				B11-10	麦門冬湯	咳感受性の亢進	渡邊直人、成剛、福田健、咳感受性の亢進している気管支喘 息患者と非喘息患者に対する麦門冬湯の効果の比較検討、 <i>日本呼吸器学会雑誌</i> 2004;42:49-55.	(-)	(-)								「カプサイシン咳感受性試験で、咳閾値が3.9μM以下を示した気管支喘息患者21名(喘息群)と、慢性咳嗽症状を有し咳感受性が亢進してい るものの、喘息の診断には至らない22名(非喘息群)に麦門冬湯を2ヶ月間投与し、咳感受性と気道炎症に対する効果を比較した。咳感受性 への効果は、両群間に有意差を認めなかった。気道炎症については両群とも約半数で改善がみられたが、有意ではなかった。気道炎症の 程度別に検討すると、両群とも咳嗽中に好中球が2%以上検出されている症例で、咳感受性の有意な低下が認められた。」	(-)		
				B11-11	神秘湯	アスピリン喘息	西澤芳男、西澤恭子、吉岡二、ほか、神秘湯(Shen-bi- tang:SBT)吸入療法とsodium cromoglicate吸入療法とのア スピリン喘息への多施設無作為効果比較検討、 <i>耳鼻咽喉科 展望</i> 2003;46:3-14.	(-)	(-)								「アスピリン喘息患者でリジン・アスピリン吸入試験吸入閾値の決定した114例を対象に、神秘湯(SBT)吸入療法とsodium cromoglicate (DSCG)療法について多施設無作為効果比較対照試験を行った。A群61例にはSBT500μgを充填したDSCG用カプセル、B群53例には DSCG20mgを充填したカプセルを用い、1日4回6時間毎にDSCG用スピンベアラーによる吸入を行った。その結果、SBTはヒト気道粘膜胞活細胞 の1秒量低下が改善し、副作用や検査値異常も少なく、アスピリン喘息は有意に改善した。」	(-)	日本東洋医学会 2002年中間報 告「漢方治療におけるEBMにお ける呼吸器分野論文を参考に作 成	
				B11-12	半夏厚朴湯	脳血管性障害患者 の嚥下反射	Iwasaki K, Wang Q, Nakagawa T, Suzuki T, Sasaki H. The traditional Chinese medicine banxia houpu tang improves swallowing reflex. <i>Phytotherapy</i> 1999;6:103-6.	(-)	(-)								「近年の研究では、半夏厚朴湯は、脳血管性障害やパーキンソン病に伴う誤嚥を生じた患者に於いて、嚥下反射を改善し、また咳反射をも 同時に改善することが報告されている。すなわち原典にあるとおり、実際に食物が喉に詰まることを改善するのである。従って、誤嚥性肺炎 の原因となる嚥下障害、咳反射の障害に用いることが出来る。」	(-)		
				B11-13	半夏厚朴湯	パーキンソン病の 嚥下反射	Iwasaki K, Wang Q, Seki H, et al. The effect of the traditional chinese medicine, "Banxia Houpu Tang(Henge-Kouboku To)" on the swallowing reflex in Parkinson's disease. <i>Phytotherapy</i> 2000;7:259-63.	(-)	(-)								「半夏厚朴湯の臨床的エビデンス ・半夏厚朴湯は脳血管性障害患者に於ける嚥下反射を改善した(比較臨床試験)。 ・半夏厚朴湯はパーキンソン病に於ける嚥下反射を改善した(比較臨床試験)。 ・半夏厚朴湯は脳血管性障害患者の咳反射を改善した(比較臨床試験)。」	(-)		
				B11-14	半夏厚朴湯	脳血管性障害患者 の咳反射	Iwasaki K, Kitada S, et al. A traditional Chinese herbal medicine, banxia houpu tang, improves cough reflex of patients with aspiration pneumonia. <i>Journal of American geriatrics society</i> 2002;50:1751-2.	(-)	(-)								「半夏厚朴湯は脳血管性障害患者の咳反射を改善した(比較臨床試験)。」	(-)		
				B11-15	清肺湯	誤嚥性肺炎	Mantani N, Kasahara Y, Kamata T, et al. Effect of Seihai-to, a Kampo medicine, in relapsing aspiration pneumonia-an open label pilot study. <i>Phytotherapy</i> 2002;9:195-201.	(-)	(-)								「清肺湯は、抗菌作用、抗炎症作用を持つ生薬を多数、少量ずつ集めた方剤であるが、ADLの低下した慢性呼吸器疾患を有する高齢者に 於いて、炎症を抑制することが報告されており、そのメカニズムの一部は、活性酸素の発生を抑制するためであることが示唆されている。 従って、常に誤嚥を繰り返す気道の炎症が収まらない症例に用いることが出来る。」 「清肺湯の抗炎症効果に関する臨床的エビデンス ・清肺湯は再発する誤嚥性肺炎を予防する(比較臨床試験)。」	(-)		
				B11-16	抑肝散	認知機能障害・痴 呆のBPSD	Iwasaki K, Satoh-Nakagawa T, Maruyama M, et al. A randomized, observer-blind, controlled trial of the traditional Chinese medicine Yi-gan san for improvement of behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients. <i>Journal of clinical psychiatry</i> 2005;66:248- 52. (本ガイドラインの記載: Iwasaki K et al. A Randomized observer-blind controlled trial of a traditional Chinese medicine, Yi-Gan San, on behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients. <i>J. Clinical Psychiatry</i> , in press)	(-)	(-)								「痴呆に伴う精神症状は近年BPSDと総称されるが、これらの症状を抑制するために、鎮静剤、向精神薬を多用すれば、薬剤性の誤嚥を生じ 誤嚥性肺炎を惹起する危険がある。抑肝散を痴呆に伴う情動不穏に使用することで、精神安定剤、向精神薬の使用を減らし、誤嚥を減少さ せる可能性が示唆される。」 「抑肝散のBPSDに関する臨床的エビデンス ・抑肝散はBPSDを沈静化させる(単純盲検ランダム化比較臨床試験)。」	(-)		
				B11-17	麦門冬湯	間質性肺炎(副作 用)		(-)	(-)											
				B11-18	清肺湯	間質性肺炎(副作 用)	Takeshita K, Saisho Y, Kitamura K, et al. Pneumonitis induced by Ou-gon(scutellap). <i>Internal medicine</i> 2001;40:764-8.	(-)	(-)											「麦門冬湯、清肺湯、柴朴湯については間質性肺 炎を惹起するおそれがあるとして、使用上の注意 が喚起されている。その原因生薬は黄芩である との報告もあるが、麦門冬湯は黄芩を含まない にも関わらず、過去数例ではあるが間質性肺炎の 発症が報告されている(因果関係は不明)。」
				B11-19	柴朴湯	間質性肺炎(副作 用)		(-)	(-)											
				B11-20	補中益気湯	全身倦怠	Kuroiwa A, Liou S, Yan H, et al. Effect of a traditional Japanese herbal medicine, Hochu-ekki-to (Bu-Zhong-Yi-Qi Tang), on immunity in elderly persons. <i>International immunopharmacology</i> 2004;4:317-24.	(-)	(-)									「さまざまな「補益」生薬からなるが、特に消化吸収機能を高め、免疫力を向上させることに力点が置かれている。そこで、軽度から中等度の 全身倦怠、食欲低下、易感染性、微熱がしばしば出るような場合に用いるとよい。ただし、食欲不振や消化不良が顕著な症例では、却って 悪心、腹痛などで服薬が困難な場合もある。」	(-)	
				B11-21	補中益気湯	無症候性MRSA尿 症	Nishida S. Effect of Hochu-ekki-to on asymptomatic MRSA bacteriuria. <i>Journal of infection chemotherapy</i> 2003;9:58-61.	(-)	(-)									「補中益気湯は全身倦怠を訴える高齢者でNK細胞活性、血中IFN γ の増加を示した(比較臨床試験)。 ・無症候性MRSA尿症の患者に於いて補中益気湯は非使用群に比べ有意に細菌量を減少させ、prognostic nutrition indexを改善させた(比 較臨床試験)。 ・補中益気湯はmycosis fungoidesの患者の末梢単核球のIFN γ 産生を維持させた。」	(-)	
				B11-22	補中益気湯	Mycosis Fungoides	Tokura Y, Sakurai M, Yagi H, Furukawa F, Takigawa M. Systemic administration of Hochu-ekki-to (Bu-zhong-yi-qi- tang), a Japanese-Chinese herbal medicine, maintains interferon gamma production by peripheral blood mononuclear cells in patients with mycosis fungoides. <i>Journal of dermatology</i> 1998;25:131-3.	(-)	(-)											

漢方の記載を含む日本国内発行の診療ガイドライン

「」内はCPGの引用文、[]はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプB 引用論文がある記載を含むもの(タイプAを除く)

1 CPG NO.	2 CPG名	3 作成母体	4 書誌事項	5 ST No.	6 処方名	7 疾患	8 引用など	9 CPG中の エビデンスの グレード	10 CPG中の 推奨記載	11 引用 文献	12 文献 評価	13 推奨 記載	14 ADR 記載	15 有効性に関する記載ないしその要約	16 副作用に関する記載ないしその要約	17 備考	
B12	喘息の診断・ 管理 NIHガ イドライン第3 版	米国喘息教育・予防計画 委員会(監訳 泉孝英)	医学書院 2006年1月15 日 第3版第1刷 発行	B12-01	漢方薬	喘息	1) Dorsch W, Wagner H. New antiasthmatic drugs from traditional medicine? <i>International archives of allergy and applied immunology</i> . 1991;94:262-5. 2) Ziment I, Stein M. Inappropriate and unusual remedies. In: Weiss EB, Stein M, eds. <i>Bronchial asthma</i> . Boston: Little, Brown and Company, 1993, p.1145-51.	(-)	(-)			×	×	×	補足的な代替治療の項に、下記の記載がある。 「特に幅広く用いられている補足的な代替療法には、鍼灸、ホメオパシー、漢方療法、アーユルヴェーダ医学(超自然的瞑想、漢方薬、ヨガを含む)がある。」 「漢方療法については、まだ対照をおいた臨床比較試験が報告されておらず、西洋植物の抽出物が喘息に効果があるという主張は実証されていない。」	(-)	
B13	アトピー性皮 膚炎診療ガイ ドライン2006	社団法人日本アレルギー 学会 アトピー性皮膚炎 ガイドライン専門部会(委 員長:山本昇社 広島大 学)	協和企画 2006年5月25 日 第1版第1刷 発行	B13-01	十味散毒湯	慢性湿疹、アトピー 性皮膚炎	小林衣子, 大河原章. 慢性湿疹、アトピー性皮膚炎に対する 十味散毒湯の治療効果. <i>皮膚科における漢方治療の現況</i> 1994;(5):25-34.	(-)	(-)			×	×	「解説: 体力中等度の人の皮膚疾患で、患部は発散性あるいはびまん性の発疹で覆われ、滲出液の少ない場合。 方法: 封筒法による比較試験 十味散毒湯18例およびフマル酸クレマستن20例を8週間連続投与、併用薬はステロイド外用薬中等度使用可。 結果: 8週間後の改善率は十味散毒湯では改善以上で50%、軽度改善以上で88.9%、フマル酸クレマستنは改善以上で60%、軽度改善 以上で90%、2群間には有意差は認められず、ほぼ同等の作用。」	「副作用については、漢方薬といえども、注意が必要である。これらの漢方処方には甘草が含まれており、偽アルドステロン症、ミオパシーが現れることがある。補中益気湯には間質性肺炎、肝機能障害、黄疸が報告されており、使用には十分な注意を要する。」		
				B13-02	消風散	アトピー性皮膚炎、 脂漏性湿疹、貨幣 状湿疹、慢性湿疹	筒井清広, 田中武司, 広根孝衛, ほか. アトピー性皮膚炎、 脂漏性湿疹、貨幣状湿疹、慢性湿疹に対する消風散の臨床 効果. <i>漢方医学</i> 1994;18:309-14.	(-)	(-)			×	×	「解説: 比較的体力のある人の慢性の皮膚疾患で、患部に熱感があって、多くは湿潤し、掻痒のはなはだしい場合。 方法: 消風散35例を4週間以上連続投与、併用薬はステロイド外用薬weak以下使用可。 結果: 試験開始2週間後および4週間後の中等度改善以上は45.7%および68.8%、4週間後の有用度は有用以上が68.8%。」			
				B13-03	柴胡清肝湯	アトピー性皮膚炎	堀口裕治, 大桑隆, 今村貞夫. アトピー性皮膚炎における漢 方治療 - ツムラ柴胡清肝湯の使用経験. <i>皮膚科における漢 方治療の現況</i> 1991;(2):104-9.	(-)	(-)			×	×	「解説: 弱々しく体力の低下した人で、皮膚の色が浅黒く、肩、頸部や顎下部リンパ節などに炎症、腫脹をおこしやすい場合。 方法: 柴胡清肝湯と白色ワセリン34例および外用ステロイド薬58例を投与。 結果: 全体では約半数に著効あるいは有効、外用ステロイド薬群(46%)と白色ワセリン群(53%)間に著明な差はなし、やや有効も含めた 成績では、外用ステロイド薬併用群に、より高い有効率。」			
				B13-04	補中益気湯	気虚を有するア トピー性皮膚炎	古江増隆, 田中洋一, 小林裕美, ほか. 気虚を有するア トピー性皮膚炎患者に対するカネボウ補中益気湯の効果 - 多 施設二重盲検法による検討. <i>アレルギー</i> 2005;54:1020. (本ガイドラインの記載: 古江増隆, 田中洋一, 小林裕美, 他. 気虚を有するアトピー性皮膚炎患者に対するカネボウ補中益 気湯の効果 - 多施設二重盲検法による検討. 第55回日本 アレルギー学会秋季学術大会講演要旨. 盛岡. 2005;10: p.20-2)	(-)	(-)			×	×	「解説: 比較的体力の低下した人が、全身倦怠、食欲不振などを訴える場合。 方法: 多施設二重盲検比較試験 補中益気湯37例およびプラセボ40例を24週間連続投与、前後の症状の変化を比較評価。 結果: 皮膚改善率はプラセボ群に比較して若干の改善は認められるが、有意差はなし、しかし、ステロイドおよびタクロリムス外用薬使用量 は有意な減少。」			

漢方の記載を含む日本国内発行の診療ガイドライン

¹ 内はCPGの引用文、¹]はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプC その他

1 CPG NO.	2 CPG名	3 作成母体	4 書誌事項	5 ST No.	6 処方名	7 疾患	8 引用など	9 CPG中の エビデンスの グレード	10 CPG中の 推奨記載	11 引用 文献	12 文献 評価	13 推奨 記載	14 ADR 記載	15 有効性に関する記載ないしその要約	16 副作用に関する記載ないしその要約	17 備考
C01	シェーグレン症候群治療指針マニュアル	厚生省特定疾患自己免疫疾患調査研究班(班長:宮坂信之)	厚生省自己免疫疾患調査研究班 平成8年3月21日 第1版	C01-01	人參養栄湯	シェーグレン症候群(乾燥症状に対する内服薬)	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	¹ (用法・用量)7.5g～9g、分3。 (禁忌、慎重投与、副作用など)著しい胃腸虚弱(慎重投与)、電解質バランスの乱れ、過敏症。 *体力低下、疲労、気管支喘息、食欲不振等が適用となっている。、	(-)	
				C01-02	麦門冬湯	シェーグレン症候群(乾燥症状に対する内服薬)	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	¹ (用法・用量)9g、分3。 (禁忌、慎重投与、副作用など)電解質バランスの乱れ、過敏症。 *体力低下、疲労、気管支喘息、食欲不振等が適用となっている。、	(-)	
				C01-03	小柴胡湯	シェーグレン症候群(乾燥症状に対する内服薬)	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	¹ (用法・用量)6g～9g、分3。 (禁忌、慎重投与、副作用など)電解質バランスの乱れ、過敏症、肝機能障害 *体力低下、疲労、気管支喘息、食欲不振等が適用となっている。、	(-)	
C02	Evidence-Based Medicinal 則ったがん疼痛治療ガイドライン	日本緩和医療学会 がん疼痛治療ガイドライン作成委員会(委員長:平賀一陽 国立がんセンター中央病院手術部部長)	真興交易(株) 医書出版部 2000年7月25日 第1版	C02-01	大建中湯、潤腸湯、大黃甘草湯、麻子仁丸、調胃承気湯、桂枝加芍薬大黃湯	モルヒネ副作用対策としての緩下剤	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	¹ モルヒネ副作用対策としての緩下剤一覧の表中に下記の記載がある。 ² 大建中湯 7.5～15g/日 緩下剤の適応はない 潤腸湯 7.5g/日 大黃甘草湯 7.5g/日 麻子仁丸 7.5g/日 調胃承気湯 7.5g/日 桂枝加芍薬大黃湯 7.5g/日	(-)	巻末の付録「モルヒネ副作用対策に用いる薬剤」の表にも同様の記載あり。
C03	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン	合同研究班(日本循環器学会、日本心臓病学会、日本動脈硬化学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本老年医学会、日本栄養・食糧学会、日本更年期医学会、日本小児循環器科学会、日本心臓リハビリテーション学会)	Japanese Circulation Journal Vol.65, Suppl., 2001	C03-01	甘草含有漢方薬	薬剤誘発性高血圧(副作用)	(-)	(-)	(-)	×	×	×	(-)		薬物誘発高血圧をおこすものとして「糖質コルチコイド、グリチルリチン製剤、漢方薬、エストロゲン製剤、非ステロイド性抗炎症薬、カテコラミン類似化合物、三環系抗うつ薬、サイクロスポリン、エリスロブエチンなど」の記載がある。	
C04	患者さんのためのEBMに基づいた喘息治療ガイドライン	厚生労働省医療技術評価総合研究喘息ガイドライン班(監修:宮本昭正)	協和企画、2002年2月22日 第1版第2刷 http://www.jaa-net.org/content/s/asthma_guide.html	C04-01	漢方薬	喘息	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	¹ どのような薬を服用するのでしょうか？ コントローラー(長期管理薬)として「吸入ステロイド薬が代表であるが、その他に経口ステロイド薬、徐放性テオフィリン薬、長時間作用性β ₂ 刺激薬(吸入、経口、貼付)、抗アレルギー薬(ロイコトリエン拮抗薬、メチエーター遊離抑制薬などが含まれる)、そして漢方薬などがあります。、	(-)	
C05	睡眠障害の対応と治療ガイドライン	睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会(主任研究者:内山真 国立精神・神経センター精神保健研究所)	じほう、平成14年7月15日	C05-01	大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、半夏厚朴湯、抑肝散、補脾湯、酸棗仁湯、温経湯	不眠症	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	¹ Q15 民間療法、漢方、サプリメントで睡眠薬の代わりになるものはありますか？ ² 漢方薬で不眠症に保険適応とされるものは、大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、半夏厚朴湯、抑肝散、補脾湯、酸棗仁湯、温経湯などがあり、これらにはハング、サイコ、オウゴン、カンゾウ、トウキ、オウギなどの生薬が配合されている。多くは神経症や更年期障害にも有効とされており、自律神経系の活動や気分の安定化により睡眠促進効果を発現する。、	漢方などは一般に副作用が少ないとされているが、これは薬効成分の含有量が少ないためであり、多量に摂取すると、カンゾウでは腎機能異常、カルシウムでは尿路結石などの副作用が出現する。また、原料の植物に含まれている微量の物質や、製造過程で混入した物質による思わぬ副作用も起こりうる。、	
				C05-02	漢方薬	更年期障害に伴う不眠	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	¹ 神経症状や抑うつ症状などがある場合には、精神安定剤、抗うつ薬、漢方製剤や心理療法の併用が必要である。、	(-)	
C06	尿路結石症診療ガイドライン	日本泌尿器科学会、日本Endourology・ESWL学会、日本尿路結石症学会	金原出版、2002年12月	C06-01	漢方薬	閉塞を伴わない尿酸結石やシステイン結石	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	¹ 鎮痛・鎮痙剤として、抗コリン薬や選択的抗ムスカリン薬などがあり、排石促進薬として生薬や漢方薬などがある。疼痛がなければ過度な運動とともに投与を行うことが効果的と考えられている。、	(-)	
C07	JNC7 エクスプレス 高血圧の予防、発見、診断および治療に関する米国会同委員会の第7次報告	監訳:藤田敏郎(東京大学大学院医学系研究科腎臓・内分泌内科教授)	メディカルトリビューン、2003年6月1日 第1版第1刷	C07-01	甘草、マオウ、ダイダイ	薬剤性高血圧(副作用)	(-)	(-)	(-)	×	×	×	(-)		治療抵抗性高血圧の原因として「甘草(一部ののみタバコを含む)」「一般用栄養補助食品および一般用医薬品(例えば、マオウ、ダイダイ)」が記載されている。	
C08	高齢者うつ病診療のガイドライン	World Psychiatric Association	南江堂、2003年12月10日	C08-01	漢方薬「オトギリ草(St Johns wort)」	高齢者うつ病	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	治療の種類の中に「その他:漢方薬「オトギリ草(St Johns wort)」(高齢者でのエビデンスなし)」と記載されている。St Johns wortを漢方薬としている。漢方薬の認識違いの表記である。	(-)	
C09	「喘息」の医療提供者向け診療ガイドラインの解説集(2004年)	Mindsオリジナルコンテンツ	http://minds.jcq.tbc.or.jp/G0000051_C0001183_0001.html	C09-01	柴朴湯、小青龙湯、麻杏甘石湯、麦門冬湯	喘息	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	¹ Q:喘息の治療に適した漢方薬はありますか? 漢方薬は伝統的なくすり、長年の経験に基づいて喘息に効果が認められている処方があります。柴朴湯(サイボクトウ)は喘息の発作を予防するくすり(長期管理薬)としての有用性が示されています。小青龍湯(ショウセイリョウトウ)、麻杏甘石湯(マキョウカンセキトウ)は気管支を拡張させる作用があることから発作時に使用されます。最近、麦門冬湯(バクモンドウトウ)が咳を引き起こしやすい喘息の患者さんに有効であることがわかりました。漢方薬は重症喘息や重い発作に用いるくすりではありません。軽症・中等症の患者さんで効きめが現れる方に長期的に用いるくすりです。くすりの飲み方や使い方はお医者さんと相談して、その指示を守るようにしましょう。、	(-)	
C10	医師の職業倫理指針・平成16年2月-	財団法人 日本医師会	日本医師会雑誌 第131巻・第7号/平成16(2004)年4月1日発行(付録) http://www.medd.or.jp/nichikara/syokurin.html	C10-01	伝統医学、代替医療	(-)	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	科学的根拠のない医療として、「医師は従事者であるとともに、経験と実証の双方を見据えた科学者でなければならない。しかし、医療の進歩は未知の領域に挑戦するなかで得られるものであり、先端的・実験的医療と詐欺的ないわゆる「えせ医療」との区別は往々にして難しい。また、臨床の実地では、現在の科学の枠組みでは必ずしも説明ができないような伝統医学や代替医療などの医療の意義も否定しえない。しかし、原則として医師は科学的根拠をもった医療を提供すべきであり、科学的根拠に乏しい医療を行うことは慎重でなければならないし、たとえ行っても根拠が不十分であることを患者に十分説明し、同意を得たうえで実施すべきである。いやしくも、それが営利を目的とするものであってはならない。 日本医師会:医の倫理綱領注釈(前文)2000年4月」と記載されている。	(-)	
C11	改訂 高齢女性の健康増進のためのホルモン補充療法ガイドライン	編集 武谷雄二・大内耐義	メディカルレビュー社、2004年5月	C11-01	漢方薬	更年期障害	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	¹ 更年期障害 ホットフラッシュ(のぼせ、ほてり)、発汗などの血液運動神経症状を主体とする自律神経更年期障害には、HRTにより即効性に約1か月で症状の改善をみることができ、一方、社会心理的要因により誘発されると考えられるうつ、神経症などの神経症状を伴う更年期障害に対してもHRTはかなり有効であり、約1か月で症状の改善をみることもある。更年期障害は、自律神経失調症状と精神症状が混在し相互に修飾しあって病態を複雑にしている場合が多いので、HRT施行後3ヶ月が経過しても症状の改善が認められなければ、カウンセリング、心理療法、漢方薬・向精神薬などの使用も考慮される。、	(-)	
C12	夜尿症診療のガイドライン	日本夜尿症学会 ガイドライン作成委員会編	平成16年6月 http://www.jse.n.jp/guideline/index.htm	C12-01	漢方薬	夜尿症	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	¹ 夜尿症に対する薬物療法には、三環系抗うつ剤、抗コリン剤、抗利尿ホルモン剤、プロスタグランジン合成阻害剤、β ₂ 刺激剤、漢方薬、選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)などの報告が見られる。そのうちメタアナリシスにより有効性が証明されているものは、三環系抗うつ剤、抗利尿ホルモン剤のみである。、	(-)	

漢方の記載を含む日本国内発行の診療ガイドライン

「」内はCPGの引用文、[]はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプC その他

1 CPG NO.	2 CPG名	3 作成母体	4 書誌事項	5 ST No.	6 処方名	7 疾患	8 引用など	9 CPG中の エビデンスの グレード	10 CPG中の 推奨記載	11 引用 文献	12 文献 評価	13 推奨 記載	14 ADR 記載	15 有効性に関する記載ないしその要約	16 副作用に関する記載ないしその要約	17 備考
C13	科学的根拠に基づいた乳癌診療ガイドライン 1.薬物療法	日本乳癌学会(委員長:高塚雄一 関西労災病院外科)	金原出版, 2004年6月11日 第1版第1刷	C13-01	漢方薬を含む代替医療	乳癌	(-)	(-)	C 乳癌治療において代替療法を推奨するだけの根拠はない。	×	×	×	×	「乳癌治療として代替療法は有用か。」 「いわゆる民間療法は、ある種の植物や人工合成物の服用、気功や運動療法、さらに温泉療法などさまざまなものが宣伝されていて120種類以上あるといわれている。そして、普及率48～87%との調査もあるように癌患者の多くがこれら治療を取り入れている。経済的にも莫大な費用がつかまされ2000年の国内の漢方薬市場だけを取り上げても実に2兆円を越えると報告されている。このように広く使われているにもかかわらず、その効果や毒性について科学的に検証されたものはほとんどないのが実情である。(以下、省略)」。 本ガイドラインでは漢方は代替医療の一部とされており、漢方を含む代替医療全体として、「推奨するだけの根拠はない」とされている。	(-)	「抗ガン剤適正使用のガイドライン」と同内容
C14	特発性間質性肺炎 診断と治療の手引き	日本呼吸学会および日本呼吸学会呼吸器診療ガイドライン作成委員会	南江堂, 2004年9月20日	C14-01	漢方薬	特発性間質性肺炎(副作用)	(-)	(-)		×	×	×	(-)	「薬剤性肺炎の原因薬としては、アミノダロン、ピントロール、サラゾリン、プスルファン、ニトロフラントイン、金製剤、種々の抗癌剤、漢方薬などさまざまであり、間質性肺炎発症時に服用している薬剤は、すべて鑑別の対象となるといっても過言ではない。」		
C15	EBMに基づいた患者と医療スタッフのパートナーシップのための喘息診療ガイドライン(成人編)	監修 宮本昭正(東京大学名誉教授)	協和企画, 2004年9月1日 第1版 第1刷	C15-01	麻黄剤	喘息(発作治療薬)	(-)	(-)		×	×	×		「気管支拡張作用や鎮咳作用がある。比較的早く効果が現れる。」	「間質性肺炎、偽アルドステロン症、ミオパシー」	(両薬剤共通の注意事項の記載)重症のケースや発作がひどいときは、西洋薬を優先する。軽症・中等症の喘息にはよい適応があり、病型にはこだわらなくてもよい。漢方の選択はなるべく東洋医学的に見た診療を証に基づいて行う。漢方薬の効果はすぐには現れないので、約3～4週目に効果の有無をチェックし、効果が実感できる場合は長期(半年～2年)に服用を続ける。効果が実感できないときは、その時点で方剤の見直しを行う。
				C15-02	柴胡剤	喘息(長期管理薬)	(-)	(-)		×	×	×		「体質改善を目指す。抗炎症作用がある。」	「間質性肺炎、偽アルドステロン症、ミオパシー」	
C16	心身症診断・治療ガイドライン 2004年ダイジェスト版	心身症の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究会(主任研究者:西間三善、小牧元)	協和企画, 2004年10月28日ダイジェスト版 第1版第1刷	C16-01	六君子湯	Functional Dyspepsia(FD)の嘔気、胸やけ	(-)	(-)		×	×	×	×	「ドンペリドン(ノウゼリン)5～10mg 頓服、15～30mg 分3食前 ツムラ六君子湯 7.5g 分3食間 左記[上記]のいずれか、あるいは組み合わせて。」	(-)	
C17	胃がん治療ガイドラインの解説 第2版	日本胃癌学会編 胃癌治療ガイドライン検討委員会(委員長:佐々木常雄 内科)	金原出版, 2004年12月20日 第2版第1刷	C17-01	漢方薬	胃がん	(-)	(-)		×	×	×	×	「Q&A22 代替療法は効果があるのですか? 友人に代替治療を勧められました。効果があるのでしょうか? 代替療法とは一般の方にはなじみの少ない言葉ですが、がんを患った方やその家族の方々は耳にしていることが多いことでしょう。その定義についてはいろいろ議論されており、国や時代によっても異なります。一般的には通常の大学医学教育の領域外の分野で、通常の病院では実践していない医学・医療のことです。内容としてはサプリメント(栄養補助食品、健康食品)、漢方薬、アロマ療法、カイロプラクティス、指圧、マッサージ、気功、ホメオパシー(同種療法)、インドの伝統医学体系であるアーユルヴェーダやヨガ、瞑想のほか、多種の伝統医学や民間医療も代替医療に含まれます。西洋医学に比較的近い療法から、思想信条に近い療法までと幅広くあります。(中略)一部の代替医療や民間療法には十分な根拠がないにもかかわらず、効能や効果を謳い、誇大広告しているものもあります。そんな代替医療の広告を信じてしまい、根拠のある医療を受けないことは患者さんにとって明らかに不利益になります。(中略)代替療法を選択肢にする場合でも、あくまでも主治医と相談されることをお勧めします。」 本ガイドラインでは漢方は代替医療の一部とされている。	(-)	
C18	抗HIV治療ガイドライン 2005年3月版	平成16年度厚生労働省科学研究費補助金 エイズ対策研究事業(HIV感染症の医療体制の整備に関する研究班)	http://www.aacc.go.jp/kenkyu/kenkyu_frame.htm	C18-01	漢方薬	薬剤相互作用	(-)	(-)		×	×	×	(-)	「プロテアーゼ阻害剤や非スクレオシド系逆転写酵素阻害剤は、チクロロムP450の基質であると同時にその活性を抑制(促進)する作用がある。したがって、チクロロムP450で代謝される他の薬剤との相互作用が生じる。(中略)健康食品や漢方薬として市販されているものの中にも相互作用を有するものがあり(セイウオトギリソウ St.Johns Wortが代表的)、注意を要する。」		
C19	蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドライン	蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドライン 蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドライン作成委員会	日本皮膚科学会雑誌 第115巻 第5号 第703-715頁(平成17年4月)別刷 C20-01	C19-01	漢方薬	特発性蕁麻疹	(-)	(-)		×	×	×	×	「特発性の蕁麻疹に対する治療手順」の表中に、補助的治療薬として「漢方薬」が記載されている。	(-)	
C20	抗ガン剤適正使用のガイドライン	日本癌治療学会がん診療ガイドライン委員会(委員長:佐治重雄 岐阜大学名誉教授)	日本癌治療学会, 2005年6月25日	C20-01	漢方薬	乳癌	(-)	(-)	C 乳癌治療において代替療法を推奨するだけの根拠はない。	×	×	×	×	「乳がん治療として代替療法は有用か。」 「いわゆる民間療法は、ある種の植物や人工合成物の服用、気功や運動療法、さらに温泉療法などさまざまなものが宣伝されていて120種類以上あるといわれている。そして、普及率48～87%との調査もあるように癌患者の多くがこれら治療を取り入れている。経済的にも莫大な費用がつかまされ2000年の国内の漢方薬市場だけを取り上げても実に2兆円を越えると報告されている。このように広く使われているにもかかわらず、その効果や毒性について科学的に検証されたものはほとんどないのが実情である。(以下、省略)」。 本ガイドラインでは漢方は代替医療の一部とされており、漢方を含む代替医療全体として、「推奨するだけの根拠はない」とされている。	(-)	「科学的根拠に基づいた乳癌診療ガイドライン 1.薬物療法」と同内容
C21	難病の診断と治療指針 3ed vol1	編集:疾病対策研究会	東京六法出版, 2005年7月	C21-01	漢方薬	パーチェット病	(-)	(-)		×	×	×	×	「漢方薬」との記載があるが、具体的な処方名は書かれていない。	(-)	
C22	臨床検査のガイドライン 2005/2006 症候編・疾患編・検査編	編集:日本臨床検査医学会包括医療検討委員会および厚生労働省	宇宙堂八木書店, 平成17年12月25日 第1版	C22-01	甘草含有薬(小柴胡湯)	浮腫(副作用)	(-)	(-)		×	×	×	(-)	「甘草含有薬(小柴胡湯、強カミノファーゲンC)やエストロゲン作用薬はアルドステロン様作用があり、Naを貯留させる。トドラジンのような血管拡張薬やCa拮抗薬は血管透過性を亢進させ浮腫を来す。そのほかNSAIDなど多くの薬物が浮腫の原因となるので、疑わしい薬物を服用しているときは中止して浮腫の消退を確認する。」		
C23	アレルギー性鼻炎ガイドライン 2005年版	鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会(監修:馬場廣太郎 獨協医科大学医学部教授)	ライフ・サイエンス, 2005年12月20日 第1版第1刷	C23-01	漢方薬	アレルギー性鼻炎	(-)	(-)		×	×	×	×	薬物療法として「漢方薬」の記載があるが、処方名など具体的なことは記載されていない。	(-)	
C24	2005年版 鼻アレルギー診療ガイドラインダイジェスト	鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会(監修:馬場廣太郎)	ライフ・サイエンス, 2006年1月25日 第1版第3刷	C24-01	小青竜湯、葛根湯、小柴胡湯	鼻アレルギー	(-)	(-)		×	×	×	×	「小青竜湯、葛根湯、小柴胡湯などが用いられているが、小青竜湯のみがプラセボとの比較試験が行われ、有効性が証明されている。」	(-)	
C25	ベインクリック治療指針改訂第二版	日本ベインクリック学会	日本ベインクリック学会誌 別冊, 平成18年4月25日発行	C25-01	漢方薬	三叉神経痛	(-)	(-)		×	×	×	×	「漢方薬を使用する」という報告もある。	(-)	

漢方の記載を含む日本国内発行の診療ガイドライン

「」内はCPGの引用文、[]はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプC その他

1 CPG NO.	2 CPG名	3 作成母体	4 書誌事項	5 ST No.	6 処方名	7 疾患	8 引用など	9 CPG中の エビデンスの グレード	10 CPG中の 推奨記載	11 引用 文献	12 文献 評価	13 推奨 記載	14 ADR 記載	15 有効性に関する記載ないしその要約	16 副作用に関する記載ないしその要約	17 備考
C26	薬剤性肺障害の評価、治療についてのガイドライン	日本呼吸器学会薬剤性肺障害ガイドライン作成委員会(委員長:久保恵嗣)	メディカルレビュー社、2006年4月1日 第1版第1刷	C26-01	小柴胡湯、柴朴湯、柴苓湯、柴胡桂枝湯、辛夷清肺湯、清肺湯、大柴胡湯、半夏瀉心湯、清心蓮子飲、防風通聖散、三物黃芩湯、防己黃耆湯	薬剤性肺障害(副作用)	(-)	(-)	(-)	×	×	×	(-)		漢方薬による肺障害につき、小柴胡湯を中心に詳細に記載されている。	
C27	喘息予防・管理ガイドライン2006	社団法人日本アレルギー学会 喘息ガイドライン専門部会(部会長:大田健彦 帝京大学医学部内科)	協和企画、2006年6月23日 第1版第3刷	C27-01	漢方薬	成人喘息	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	「漢方薬の投与は随証治療といって、患者の体質、体力とその時点での腫瘍反応の強弱によって方剤を選ぶという原則があり、投与前にあらかじめresponderとnon-responderを区別するという経験則に基づいている。しかし、適切な偽薬が得られ、喘息治療における有効性を実証できるプラセボコントロール試験の成果がない。」	(-)	巻末に五虎湯、柴朴湯、小青竜湯、麦門冬湯、麻黄湯、麻杏甘石湯の処方一般名・商品名、剤形・組成・用量、適応の一覧表が掲載されている。
C28	乳がん診療ガイドラインの解説 2006年版	日本乳癌学会編	金原出版、2006年7月7日 第1版第1刷	C28-01	漢方薬	更年期障害	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	「CQ31:ホルモン療法を受けたら、更年期障害が強くなって、気分の落ち込み、ホットフラッシュ(ほてり、のぼせ)など、とても大変です。どうしたらいいですか。 推奨:更年期障害が強く、気分の落ち込み、ホットフラッシュなどが強いときは、薬による治療を含め種々の対処の仕方があります。」 「更年期障害のホットフラッシュには、通常、エストロゲンを補充する治療が行われますが、乳がん手術後の患者さんにエストロゲンの補充療法を行うと乳がんの再発を増加させる危険性があるので、エストロゲンの補充療法を行うべきではありません。大豆イソフラボンやハーブなどのサプリメント、漢方薬も試みられることがありますが、これらを実際に効果があるかどうかはまだわかっていません。」	(-)	
				C28-02	漢方薬	抗がん剤の副作用	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	「CQ34:抗がん剤の副作用が心配ですが、予防法や対処法はありますか。 推奨:抗がん剤の種類によりさまざまな副作用がありますが、それぞれに対して有効な予防法や対処法がありますので、担当医とよく相談してください。」 「神経への影響の項に下記の記載がある。 「タキサン系薬剤(パクリタキセル、ドセタキセル)には神経に対する副作用があり、手のしびれ、ピリピリ感、刺すような痛み、感覚が鈍くなったりすることがあります。投与量が増えるほど症状が出現することが多くなります(一般に症状はパクリタキセルに比べてドセタキセルでは軽度です)。治療にはビタミンB剤やグルタミン、漢方薬などが試みられていますが、確実な効果とはいえません。」	(-)	
				C28-03	民間療法・代替療法	乳がん	(-)	(-)	(-)	×	×	×	×	「CQ46:アガリクス、メシマコブなどの民間療法は効果があるのでしょうか、飲んでもいいですか。 推奨:乳がん治療において民間療法(代替医療)の効果、安全は確かめられておらず、お勧めしません。」 「代替療法の記載の中に漢方の記載はみられないが、「高麗人參などは基礎実験により女性ホルモン(エストロゲン)作用をもっていることが知られているため、長期服用により乳がん再発を増加させる可能性が懸念されます」との記載がある。 巻末の「用語解説」には、代替療法の解説として「その効果が科学的に確認されていないため、西洋医学では治療法として選択されない医療の総称。漢方、鍼灸、気功などの東洋医学やインドの伝統医学、食事療法、ホメオパシー、アロマテラピーなどがある。」と記載されている。	(-)	
C29	NASH・NAFLDの診療ガイド	日本肝臓学会	文光堂、2006年8月22日 第1版第1刷	C29-01	防風通聖散	アルコール性脂肪性肝疾患(NAFLD)	(-)	(-)	(-)	×	×	×	「防風通聖散は白色脂肪細胞に蓄積した中性脂肪を分解して体脂肪を減少させ、また褐色脂肪細胞の熱産生を促進し、基礎代謝を亢進させることで体重を減少させる作用がある。肥満症の適応を持つ防風通聖散を食事療法と併用すると、BMIの改善、血中脂質の減少がみられる。防風通聖散は内臓脂肪蓄積の改善に有効である可能性があるが、NAFLDに対する有効性は確認されていない。 処方例:防風通聖散 7.5g、分2-3、食前または食間、(適応)高血圧の随伴症状(動悸、肩こり、のぼせ)、肥満症、むくみ、便秘。」	(注)肝機能障害、黄疸は重篤な副作用。		