

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (7CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考	
A1	C22.0	科学的根拠に基づく肝臓診療ガイドライン 2005年 版	科学的根拠に基づく肝臓診療ガイドライン作成に関する研究班(主任研究者: 幕内雅敏 東京大学医学部教授) Strength of Evidence 1a: ランダム化比較試験のメタアナリシス 1b: 少なくとも一つのランダム化比較試験 2a: ランダム割付を伴わない同時コントロールを伴うコホート研究(前向き研究, prospective study, concurrent cohort studyなど) 2b: ランダム割付を伴わない過去のコントロールを伴うコホート研究(historical cohort study, retrospective cohort studyなど) 3: ケースコントロール研究(後ろ向き研究) 4: 処置前後の比較などの前後比較, 対照群を伴わない研究 5: 症例報告, ケースシリーズ 6: 専門家個人の意見(専門家委員会報告を含む) Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる 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 C2: 科学的根拠がないので, 勧められない D: 行わないよう勧められる	金原出版, 2005年2月28日 第1版第1刷発行	A1-1	小柴胡湯	慢性肝炎・肝硬変患者からの発症のリスク	Oka H, Yamamoto S, Kuroki T, et al. Prospective study of chemoprevention of hepatocellular carcinoma with Sho-saiko-to (TJ-9). <i>Cancer</i> 1995; 76: 743-9.	1b: 少なくとも一つのランダム化比較試験	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症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、発症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症、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型肝炎からの発症を小柴胡湯投与が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。』	n/a		
A2	F45.9	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、福土香) Strength of Evidence I: システマティックレビュー・メタアナリシス II: 1つ以上のランダム化比較試験による III: 非ランダム化比較試験による IV: 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による) V: 記述研究(症例報告やケース・シリーズ)による VI: 患者データに基づかない専門家委員会や専門家個人の意見 Strength of Recommendation A: 行うことを強く推奨 B: 行うことを推奨 C: 推奨する根拠がはつきりしない D: 行わないよう勧められる	協和企画, 2006年5月25日 第1版第1刷発行	A2-1	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脹(DYSMOTILITY-LIKE DYSPEPSIA)に対するTJ-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—. <i>医学のあゆみ</i> 1998; 187: 207-29.	II: 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は少なく結論は出ていない。漢方薬は併存する身体症状や精神症状も含めた処方が可能なので、FDのようにさまざまな症状を並存する患者では、訴えを受容しながら使用しやすい薬物といえる。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。』	n/a	FDの汎用薬剤の一覧表の中に、症状、嘔気、胸やけの欄に「ツムラ六君子湯 7.5g 分3食間」の記載がある。 章末に「更年期障害の症状と漢方製剤」の一覧表があり、15処方解説されている。	
					A2-2	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. <i>漢方と最新治療</i> 1992; 1: 229-36.	V: 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。』	n/a		
					A2-3	桂枝茯苓丸	更年期障害							n/a
					A2-4	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. <i>産婦人科治療</i> 1991; 63: 199-202.	V: 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		n/a		
					A2-5	当帰芍薬散	更年期障害							n/a
					A2-6	桂枝茯苓丸	更年期障害							n/a
					A2-7	加味逍遙散	更年期障害	村田高明. 更年期障害の漢方療法. <i>Current Therapy</i> 1990; 8: 47-53.	VI: 患者データに基づかない、専門家委員会や専門家個人の意見	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。 『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姜湯との比較試験では、漢方の有効性が高い。』	n/a		
					A2-8	当帰芍薬散	更年期障害							n/a
					A2-9	当帰四逆加呉茱萸生姜湯	冷え症	n/a	n/a	n/a				n/a
A3	H26.9	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) Strength of Evidence I: ランダム化比較試験のメタ分析 II: 1つ以上のランダム化比較試験 III: 非ランダム化比較試験 IV: コホート研究/症例対照研究 V: ケースシリーズ/ケースレポート VI: 患者データに基づかない専門家委員会や専門家個人の意見 Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる C: 行うか、行わないか勧められるだけの根拠が明確でない D: 行わないよう勧められる	日本白内障学会誌 Vol.16別冊 2004 平成16年7月10日発行	A3-1	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. <i>産薬ジャーナル</i> 1990; 26: 1853-6.	III: 非ランダム化比較試験	C: 行うか、行わ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。』	n/a		
					A3-2	牛車腎気丸	白内障		III: 非ランダム化比較試験	C: 行うか、行わないか勧められるだけの根拠が明確でない。		n/a		
					A3-3	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. <i>産薬ジャーナル</i> 1990; 26: 1853-6.	III: 非ランダム化比較試験	n/a	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。カタリン点眼。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+カタリン0.75%/年、両薬(-) 2.95%/年、牛車(+): 牛車(-) = 1.24: 2.48%/年』	n/a		

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (7CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
A4	J30.4	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 研究班 Strength of Evidence I: ランダム化比較試験 II-1: 非ランダム化比較試験 II-2: コホート研究または症例対照研究 II-3: 時系列研究, 非対照実験 III: 権威者の意見, 記述疫学 Strength of Recommendation A: 行うことを強く推奨 B: 行うことを中等度推奨 C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない) D: 行わないことを中等度支持 E: 行わないことを強く支持	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 付 録	A4-1	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.	I: ランダム化比較 試験	A: 行うことを強く推 奨	『ランダム化された多施設共同第三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、概括安全性、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。』	
					A4-2	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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-3	小青竜湯	鼻アレルギー	松野孝雄, 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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-4	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	清水正彦, 清水和彦, 宮川礎, ほか. 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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-5	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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-6	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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-7	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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-8	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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-9	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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-10	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: 533-44.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-11	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, ほか. 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を用いた詳 細法—. <i>和漢薬学雑誌</i> 1995; 12: 474-5.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-12	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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-13	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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-14	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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-15	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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-16	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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-17	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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-18	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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-19	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.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A4-20	柴芩湯	鼻アレルギー	橋口一弘, 小川浩司, 柴令湯による鼻アレルギーの治療. <i>現 代産科</i> 1993; 8: 219-24.	n/a	n/a	n/a	n/a	
A4-21	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.	n/a	n/a	n/a	n/a						
A4-22	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.	n/a	n/a	n/a	n/a						
A4-23	柴芩湯	鼻アレルギー	橋口一弘, 小川浩司, 神崎仁. 柴芩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.	n/a	n/a	n/a	n/a						
A4-24	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.	n/a	n/a	n/a	n/a						
A4-25	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.	n/a	n/a	n/a	n/a						
A4-26	麻黄附子細 辛湯	通年性鼻アレル ギー	真弓広子, 輪銅幸太郎, 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.	n/a	n/a	n/a	n/a						
A4-27	柴芩湯	鼻アレルギー	橋口一弘, 小川浩司, 増田はつみ, ほか. 柴芩湯による鼻ア レルギーの治療. <i>耳鼻咽喉科展望</i> 1990; 33: 61-6.	n/a	n/a	n/a	n/a						

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。

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (7CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考			
A5	J45.9	EBMI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長) Strength of Evidence I: システマティックレビュー・メタアナリシス II: 一つ以上のランダム化比較試験 III: 非ランダム化比較試験による IV: 分析疫学的研究 (コホート研究や症例対照研究による) V: 記述研究 (症例報告やケース・シリーズ) VI: 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 Strength of Recommendation A: 行うことを強く推奨 B: 行うことを推奨 C: 推奨する根拠がはつきりしない D: 行わないよう勧められる	協和企画、2004年9月20日 第1版第1刷発行	A5-1	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. <i>アレルギー</i> 2003; 52: 485-91.	III: 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。』	n/a				
					A5-2	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. <i>厚鼻咽喉科展望</i> 2001; 44: 5-13.	III: 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、 \times 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。』	n/a	柴朴湯は吸入			
					A5-3	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く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. <i>日本東洋心身医学研究</i> 2002; 17: 20-7.	III: 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、クロチアゼパム (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を認め、不安や抑鬱状態の改善も認めた。』	n/a				
					A5-4	漢方薬	喘息	n/a	n/a	n/a	『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、喘息は漢方療法でのよい適応とされ、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特発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化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医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。 現在の喘息での漢方療法の見方を示す。①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。②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。③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。④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には、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く治療であり、適切な偽薬が得難いこともあり、EBMIに対応する無作為化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く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。』	n/a				
					A5-5	小青竜湯	喘息	n/a	n/a	n/a		n/a			n/a	
					A5-6	柴朴湯	喘息	n/a	n/a	n/a		n/a			n/a	
					A5-7	麻杏甘石湯	喘息	n/a	n/a	n/a		n/a			n/a	
					A5-8	補中益気湯	喘息	n/a	n/a	n/a		n/a			n/a	
					A5-9	八味地黄丸	喘息	n/a	n/a	n/a		n/a			n/a	

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (7CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考			
A6	L70.0	尋常性疥癬 治療ガイド ライン	日本皮膚科学会 疥癬治療ガイドライン策定 委員会(委員長:川島真 東京女子医科大学 皮膚科) Strength of Evidence I: システマティック・レビュー/メタアナリシス II: 1つ以上のランダム化比較試験 III: 非ランダム化比較試験(統計処理のある 前後比較試験を含む) IV: 分析疫学的研究(コホート研究や症例対 照研究) V: 記述研究(症例報告や症例集積研究) VI: 専門委員会や専門家個人の意見 Strength of Recommendation A: 行うよう強く推奨する(少なくとも1つの有 効性を示すレベルもしくは良質のレベルIIの エビデンスがある) B: 行うよう推奨する(少なくとも1つ以上の有 効性を示す質の劣るレベルIIか良質のレベル IIあるいは非常に良質のIVのエビデンスがあ る) C1: 良質な根拠は少ないが、選択肢の1つ として推奨する(質の劣るIII~IV、良質な複数 のV、あるいは委員会が認めるVIのエビデ ンスがある) C2: 十分な根拠がないので(現時点では)推 奨できない(有効のエビデンスがない、ある いは無効であるエビデンスがある) D: 行わないよう推奨する(無効あるいは有害 であることを示す良質のエビデンスがある)	日本皮膚科学 会雑誌 Vol.118 No.10 2008 平成20年9月 20日発行	A6-1	荊芥連翹湯	疥癬(面皰)	橋本喜夫, 松尾忍, 飯塚一. 疥癬に対する荊芥連翹湯の使用 経験. 第12回皮膚科東洋医学研究会記録 1994; 46-53.	III: 非ランダム化比 較試験(統計処理 のある前後比較試 験を含む)	C1: 良質な根拠は少 ないが、選択肢の1 つとして推奨する(質 の劣るIII~IV、良質 な複数のV、ある いは委員会が認める VIのエビデンスがあ る)	『CQ13 疥癬(面皰)に漢方療法は有効か?』に対して下記の推奨文と解説が記載されている。 『推奨文: 疥癬(面皰)に対して、他の治療が無効、あるいは他の治療が実施できない状況では、荊芥連翹湯を選択肢の一つとして推奨す る。黄連解毒湯、十味敗毒湯、桂枝茯苓丸については、行ってもよいが推奨はしない。』 『解説: 疥癬に対しては、黄連解毒湯、十味敗毒湯、荊芥連翹湯、清上防風湯、桂枝茯苓丸など種々の漢方薬が使用されてきた。しかしな がら臨床評価としては、漢方エキス剤の炎症性皮膚に対する効果を評価したものが大多数であり、面皰について検討したものは非常に限ら れている。黄連解毒湯、十味敗毒湯についてはクリンダマイシンローション、1%硫酸ゲンタマイシン含有甘草酸ベタメサゾンローション、ある いはイオウカンフルーション外用と併用することで面皰、丘疹、膿疱の減少と消失に有効とする報告があり、荊芥連翹湯及びピトラサイクリ ン系抗菌薬併用とテトラサイクリン系抗菌薬のみの群を比較した時に荊芥連翹湯併用群で有効性が高かったとする報告と桂枝茯苓丸と茵陳 蒿湯を併用した使用経験の報告がある。また煎薬に関してはエビデンスがあまり不足して評価できない。ただし、副作用が少ない 点が考慮され、他の治療に抵抗性、あるいは他の治療が実施できない状況では、上記の漢方エキス剤も選択肢の一つとなりうる。なお、疥 癬に対して保険適応を有しているのは、荊芥連翹湯、清上防風湯のみである。』	n/a	Clinical Questionのまとめの一覧 表の記載がある。 下記リンクには各論文の詳細解 説が記載されている。 http://www.dermatol.or.jp/medical/guideline/pdf/118101893j.pdf			
					A6-2	黄連解毒湯	疥癬(面皰)	大熊守也. 尋常性疥癬の漢方内服・外用併用療法. 和漢薬 学会誌 1993; 10: 131-4.	III: 非ランダム化比 較試験(統計処理 のある前後比較試 験を含む)	C2: 十分な根拠がな いので(現時点では) 推奨できない(有効 のエビデンスがな い、あるいは無効で あるエビデンスがあ る)		n/a				
					A6-3	十味敗毒湯	疥癬(面皰)								n/a	
					A6-4	桂枝茯苓丸	疥癬(面皰)	1) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂 枝茯苓丸の使用経験. 新薬と臨床 2005; 54: 907-14. 2) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂 枝茯苓丸の使用経験(第2報). 新薬と臨床 2006; 55: 278- 85.						C2: 十分な根拠がな いので(現時点では) 推奨できない(有効 のエビデンスがな い、あるいは無効で あるエビデンスがあ る)	n/a	
					A6-5	桂枝茯苓丸 十箇テン高 湯	疥癬(面皰)	手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂枝茯 苓丸の使用経験(第3報). 新薬と臨床 2006; 55: 538-45.								
					A6-6	清上防風湯	疥癬(面皰)	堀口裕治, 松本いつみ, 唐崎健一郎. 尋常性疥癬に対する清 上防風湯エキス顆粒・多剤併用療法の治療効果. 皮膚科紀 要 1997; 92: 407-12.	III: 非ランダム化比 較試験(統計処理 のある前後比較試 験を含む)			n/a				
					A6-7	黄連解毒 湯、十味敗 毒湯、荊芥 連翹湯、清 上防風湯、 桂枝茯苓丸 など	疥癬(面皰)	大熊守也. 尋常性疥癬の漢方内服・外用併用療法. 和漢薬 学会誌 1993; 10: 131-4.	III: 非ランダム化比 較試験(統計処理 のある前後比較試 験を含む)					n/a		
					A6-8	武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 林知恵子. 婦人科における尋常性疥癬の治療(第1報). 産 婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	疥癬(面皰)		V: 記述研究(症例 報告や症例集積研 究)					n/a		
					A6-9	十味敗毒湯	疥癬(炎症性皮膚)	大熊守也. 尋常性疥癬の漢方内服・外用併用療法. 和漢薬 学会誌 1993; 10: 131-4.	III: 非ランダム化比 較試験(統計処理 のある前後比較試 験を含む)					C1: 良質な根拠は少 ないが、選択肢の1 つとして推奨する(質 の劣るIII~IV、良質 な複数のV、ある いは委員会が認める VIのエビデンスがあ る)	n/a	
					A6-10	十味敗毒湯	疥癬(炎症性皮膚)	1) 武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 林知恵子. 婦人科における尋常性疥癬の治療(第1報). 産 婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究(症例 報告や症例集積研 究)						n/a	
					A6-11	荊芥連翹湯	疥癬(炎症性皮膚)	橋本喜夫, 松尾忍, 飯塚一. 疥癬に対する荊芥連翹湯の使用 経験. 第12回皮膚科東洋医学研究会記録 1994; 46-53.	III: 非ランダム化比 較試験(統計処理 のある前後比較試 験を含む)					C1: 良質な根拠は少 ないが、選択肢の1 つとして推奨する(質 の劣るIII~IV、良質 な複数のV、ある いは委員会が認める VIのエビデンスがあ る)	n/a	
					A6-12	清上防風湯	疥癬(炎症性皮膚)									n/a
					A6-13	荊芥連翹湯	疥癬(炎症性皮膚)	武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6.	V: 記述研究(症例 報告や症例集積研 究)						n/a	
					A6-14	清上防風湯	疥癬(炎症性皮膚)									n/a
					A6-15	黄連解毒湯	疥癬(炎症性皮膚)	大熊守也. 尋常性疥癬の漢方内服・外用併用療法. 和漢薬 学会誌 1993; 10: 131-4.	III: 非ランダム化比 較試験(統計処理 のある前後比較試 験を含む)					C2: 十分な根拠がな いので(現時点では) 推奨できない(有効 のエビデンスがな い、あるいは無効で あるエビデンスがあ る)	n/a	
					A6-16	黄連解毒湯	疥癬(炎症性皮膚)	1) 武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 林知恵子. 婦人科における尋常性疥癬の治療(第1報). 産 婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究(症例 報告や症例集積研 究)						n/a	
					A6-17	温清飲	疥癬(炎症性皮膚)	林知恵子. 婦人科における尋常性疥癬の治療(第1報). 産婦 人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究(症例 報告や症例集積研 究)					C2: 十分な根拠がな いので(現時点では) 推奨できない(有効 のエビデンスがな い、あるいは無効で あるエビデンスがあ る)	n/a	
					A6-18	温経湯	疥癬(炎症性皮膚)									n/a
					A6-19	桂枝茯苓丸	疥癬(炎症性皮膚)	1) 武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂 枝茯苓丸の使用経験. 新薬と臨床 2005; 54: 907-14. 3) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂 枝茯苓丸の使用経験(第2報). 新薬と臨床 2006; 55: 278- 85.	V: 記述研究(症例 報告や症例集積研 究)					C2: 十分な根拠がな いので(現時点では) 推奨できない(有効 のエビデンスがな い、あるいは無効で あるエビデンスがあ る)	n/a	
					A6-20	桂枝茯苓丸 十箇テン高 湯	疥癬(炎症性皮膚)	手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂枝茯 苓丸の使用経験(第3報). 新薬と臨床 2006; 55: 538-45.								

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (7CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考				
A7	R51	慢性頭痛の 診療ガイドライン	編集: 日本頭痛学会 Strength of Evidence Ia: 均質なランダム化比較試験の系統的レビュー Ib: 信頼区間の狭い1個のランダム化比較試験 Ic: すべてのなしか IIa: 均質なコホート研究による系統的レビュー IIb: 1個のコホート研究 (質の低いランダム化比較試験を含む; 例えば追跡率80%未満のもの) IIc: アウトカム研究 III: 均質な症例対照研究による系統的レビューあるいは1個の症例対照研究 IV: 症例集積研究と質の低いコホート研究や症例対照研究 V: 明白な批判的吟味の無い、あるいは生理学や実験室での研究、根本原理に基づく専門家の意見 Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる C: 行うよう勧められるだけの根拠が明確でない D: 行わないよう勧められる	医学書院、 2006年2月15 日 第1版第1刷	A7-1	漢方薬	慢性頭痛	1		1	(漢方薬全体として) 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期間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。』	n/a				
					A7-2	呉茱萸湯	慢性頭痛	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. <i>漢方医学</i> 1998; 22: 53-7.	II b: 1個のコホート研究 (質の低いランダム化比較試験を含む; たとえば追跡率80%未満のもの)	↑				n/a			
					A7-3	呉茱萸湯	緊張型頭痛	赤嶺真理子, 兵頭靖博, 戸原睦, ほか. 緊張型頭痛に対する呉茱萸湯の有効性. <i>日本東洋心身医学研究</i> 2000; 15: 36-8.	III: 均質な症例対照研究による系統的レビューあるいは1個の症例対照研究	↑				『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。漢方薬の特性にかんじ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。』	n/a		
					A7-4	呉茱萸湯	慢性頭痛	関久友, 沖田直, 高瀬貞夫, ほか. 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—. <i>Pharma Medica</i> 1993; 11: 288-91.	I b: 信頼区間の狭い1個のランダム化比較試験	↑					n/a		
					A7-5	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釣藤散の有用性に関する研究. <i>臨床と研究</i> 1995; 72: 1299-303.	I b: 信頼区間の狭い1個のランダム化比較試験	↑					『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が、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。』	n/a	
					A7-6	釣藤散	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釣藤散の有用性に関する研究. <i>臨床と研究</i> 1995; 72: 1299-303.	I b: 信頼区間の狭い1個のランダム化比較試験	↑						n/a	文献評価は冊子体の方には記載されていない。日本頭痛学会ホームページ掲載の「慢性頭痛の診療ガイドライン」から、参考文献のAbstract Formにリンクがはられており、文献評価が記載されている。 http://www.jhsnet.org/GUIDELINE/1/AF/1-15_af.htm
					A7-7	釣藤散	脳血管障害患者の慢性頭痛	木村裕, 笹生俊一. 脳血管障害患者の慢性頭痛に対するツムラ釣藤散の臨床効果. <i>Geriatric Medicine</i> 1989; 27: 445-9.	II b: 1個のコホート研究 (質の低いランダム化比較試験を含む; たとえば追跡率80%未満のもの)	↑					『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②【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、釣藤散の有用性は示されている。』	n/a	
					A7-8	釣藤散	慢性緊張型頭痛	高田理. 慢性緊張型頭痛に対する釣藤散の有効性について. <i>漢方医学</i> 1998; 22: 121-4.	II b: 1個のコホート研究 (質の低いランダム化比較試験を含む; たとえば追跡率80%未満のもの)	↑						n/a	
					A7-9	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. <i>臨床と研究</i> 1995; 72: 2085-8.	II b: 1個のコホート研究 (質の低いランダム化比較試験を含む; たとえば追跡率80%未満のもの)	↑					『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。』	n/a	
					A7-10	呉茱萸湯	慢性頭痛	花輪壽彦, ほか. 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 (トライアル段階)	I b: 信頼区間の狭い1個のランダム化比較試験	↑						n/a	『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・伝統的には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。』
					A7-11	漢方薬	片頭痛の予防		n/a				n/a			n/a	

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (16CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考	
B1	B16.9	小児B型肝炎の診療指針	日本小児栄養消化器肝臓学会小児B型肝炎診療指針作成ワーキンググループ	日本小児科学会雑誌 第111巻 第7号、2007年7月1日	B1-1	小柴胡湯	B型肝炎	1) 佐藤俊一, 石川和克, 千葉俊明. B型肝炎に対する小柴胡湯の臨床効果. <i>消化器科</i> 1991; 15: 39-49. 2) 田尻仁, 古座岩宏輔, 尾崎由和, 他. 小児HBVキャリアーについての臨床的検討—肝炎発症例における小柴胡湯の効果—. <i>日本小児科学会雑誌</i> 1990; 94: 1811-5. 3) 白木和夫, 谷本要, 富程武弘, 他. HBc抗原陽性小児慢性B型肝炎に対する小柴胡湯の有効性に関する検討. <i>小児科臨床</i> 1991; 44: 2146-51.	n/a	n/a	その他の治療の項に、下記の記載がある。 『小柴胡湯・小柴胡湯は血清トランスアミナーゼ値低下、HBc抗体産生促進、HBc抗原からHBs抗体へのSC促進を目的に投与されてきたが、IFNとの併用で重篤な間質性肺炎を起こすことが報告され、最近ではその使用頻度は減った。』	n/a		
B2	F00.9	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_Content/Top.html#G0000029_GL	B2-1	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.	n/a	n/a	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。	n/a		
B3	F50.9	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	B3-1	温経湯	無月経	後山尚久, 坪倉省吾, 楠木実, ほか. 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.	n/a	n/a	摂食障害と無月経: 無月経の治療の項に、下記の記載がある。 『妊娠希望の場合は第1度無月経にはクロミフェン療法を第一選択薬とします。3周期反復投与して排卵なき場合は中止とし、第2度無月経とともにゴナトロピン療法(FSH-hCGあるいはhMG-hCG療法)を行います。他にGnRH拮抗療法・隔日投与法や温経湯などの漢方療法も有効と考えられます。温経湯はラットの試験で視床下部に作用してLH-RHの放出を促進し、ヒト排卵障害例ではLH刺激性分泌を賦活させます。臨床試験成績では、無排卵周期症で69%、第1度無月経で44～62%、第2度無月経で17～24%の排卵誘発効果があり、温経湯とクロミフェン、温経湯とメサルモン併用療法も有効とされます。』	n/a		
					B3-2	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, ほか. 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>和漢薬学会誌</i> 1986; 3: 227-30.	n/a	n/a	摂食障害と無月経: 無月経の治療の項に、下記の記載がある。 『薬剤性高プロラクチン(PRL)血症に対し芍薬甘草湯のPRL低下作用も証明されており、摂食障害の高PRL症例の無月経に対しては選択薬の一つと考えられます。』	n/a		
					B3-3	漢方薬	摂食障害	n/a	n/a	n/a	『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CAM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CAM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。』	n/a		
B4	I10	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: 猿田享男 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	B4-1	甘草含有漢方薬	薬剤誘発性高血圧(副作用)	1) Sigurjonsdottir HA, Franzson L, Manhem K, et al. Liqueurice-induced rise in blood pressure: a linear dose-response relationship. <i>Journal of Human Hypertension</i> 2001; 15: 549-52. 2) Sigurjonsdottir HA, Manhem K, Axelson M, et al. Subjects with essential hypertension are more sensitive to the inhibition of 11 beta-HSD by liqueurice. <i>Journal of Human Hypertension</i> 2003; 17: 125-31.	n/a	n/a	n/a	『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関しては、グリチルリチンが11beta-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。』		
B5	J30	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: 奥田稔 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	B5-1	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, ほか. 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>耳鼻咽喉科臨床</i> 2000; 43: 253-7.	n/a	n/a	『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警告・禁忌、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。
					B5-2	葛根湯	鼻アレルギー	n/a	n/a	n/a				
					B5-3	小柴胡湯	鼻アレルギー	n/a	n/a	n/a				

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (16CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考					
B6	J45 J30 L20-L30	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	B6-1	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.	n/a	n/a	『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指針ができてきている。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respondとnon-respond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。 ①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。②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。③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。④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には、その時点で、方剤の見直しを行う。』 『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 慢性期(柴胡剤) (体力中等度、虚寒間): 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。』	n/a	n/a					
					B6-2	麻杏甘石湯	気管支喘息		n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B6-3	小青竜湯	気管支喘息		n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B6-4	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, <i>アレルギーの臨床</i> 1993; 13: 937-40.	n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B6-5	補中益気湯	気管支喘息		n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B6-6	八味地黄丸	気管支喘息		n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B6-7	小青竜湯	鼻アレルギー(含花粉症)	n/a	n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B6-8	葛根湯	鼻アレルギー(含花粉症)	n/a	n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B6-9	小柴胡湯	鼻アレルギー(含花粉症)	n/a	n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B6-10	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.	n/a	n/a		n/a	n/a		『アトピー性皮膚炎は多病因的で、その病因の中でも患者の有する素因、いわゆる内因の占める比率が高い。このような内因の関与する疾患として、本症は漢方療法の対象にもなされている。 漢方薬は単独の薬ではなく、いくつかの生薬から構成されている。例えば、アレルギー反応を抑制する生薬として、柴胡、甘草、麻黄、当帰、黄芩、大棗等が知られているが、実際に治療に用いられるものは、これらの生薬がいくつか組み合わされた方剤である。 西洋医学では病名に対し、それに合った薬を投与するが、東洋医学は随証投与が基本であり、証に従って漢方薬を処方するのが通例となっている。しかし、一般的には西洋医学的な診断法で診断し、その疾患の病態を近代医学的に把握し、一方で生薬の臨床的薬理作用を熟知した上で、それらを組み合わせた方剤を患者の体質に合うよう処方する方法が行われている。』	n/a	n/a	
					B6-11	十味敗毒湯	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a		n/a	n/a					
					B6-12	消風散	湿疹・皮膚炎群	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.	n/a	n/a		n/a	n/a		『病名投与法を実施する場合、主な保険適応症として湿疹・皮膚炎群では、十味敗毒湯、消風散、柴胡清肝湯、越婢加朮湯、当帰飲子などがよく用いられる。』	n/a		
					B6-13	柴胡清肝湯	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a		n/a	n/a					
					B6-14	越婢加朮湯	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a		n/a	n/a					
					B6-15	当帰飲子	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a		n/a	n/a					
					B6-16	消風散	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a		n/a	n/a		『消風散は、荊芥、防風、牛蒡子、蝉退に止痒作用があり、一般に実証ないし中間証の患者に用いられる。』	n/a		
					B6-17	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状</i> 1991; 2: 104-9.	n/a	n/a		n/a	n/a		『柴胡清肝湯は元来、漢方という解毒性にあたる小児腺病性体質の改善薬として使用されるが、解毒証の患者とは望診上、やせ型あるいは筋肉質で皮膚の色は浅黒いかまたは青白く、汚くすんでいる場合が多いといえ、さらにこの証は大部分遺伝するもので、成長するにつれて軽快するという。これらの傾向はアトピー性皮膚炎患者と共通する部分が少ないが、柴胡清肝湯が本症に応用される理由とされている。この柴胡清肝湯を投与して白色ワセリンを外用した場合で64%、ステロイド外用剤で84%の有効率が得られている。』	n/a		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、大黃牡丹湯、当帰飲子、荊芥連翹湯、八味地黄丸、補中益気湯、麻杏甘石湯
					B6-18	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状</i> 1992; 3: 88-91.	n/a	n/a		n/a	n/a		『柴朴湯の有用性も知られており、臨床症状の改善とともにステロイド外用剤の減量が可能であったと報告されている。柴朴湯はI型とIV型アレルギー反応の両方に抑制的に働くことも知られているが、小柴胡湯も効果があり、上記の柴胡清肝湯とも、これら三者は構成生薬として柴胡が共通しており、サイトサボンの抗アレルギー作用からもこれらの方剤の本症への効果が説明される。』	n/a		
					B6-19	補中益気湯	アトピー性皮膚炎	小林裕美, 石井正光, 谷井司, ほか, 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.	n/a	n/a		n/a	n/a		『補中益気湯は小児のアトピー性皮膚炎に奏効することが多い。われわれは漢方方剤の選択に際し、一般にアトピー性皮膚炎の患者は色青白くやせ型で感染に対して抵抗力が弱いという特徴を有することが多いことから、これを虚証としてとらえ、体質改善の目的で補中益気湯を用い、西洋医学的療法との併用を試みた。その結果、本剤が有用であるとの成績が得られた。 補中益気湯の主役は黄耆で、これに甘草と人参を加えてこの3剤が主剤で、他に白朮、柴胡、升麻、当帰、大棗、生姜、陳皮からなる。補気薬である黄耆、人参、甘草、白朮は元気をよし、筋肉を強くする働きがある。人参は補氣の作用が強く、体内に水分を保持する作用がある。甘草には緩和、解毒作用、抗アレルギー作用などがある。抗炎症作用は柴胡、升麻にも含まれ、抗アレルギー作用は柴胡、大棗、陳皮にもあり、いずれの作用もアレルギーの関与するアトピー性皮膚炎に有用と思われる。これらに胃腸機能を調整する生姜が加わって補中益気湯が構成される。また補中益気湯の薬理作用の1つにnatural killer (NK) 活性の増強作用があり、アトピー性皮膚炎の中には病因の1つとしてNK活性の低値が関与している例も存在し、そのような例では有効に働くことが考えられる。』	n/a	n/a	
					B6-20	越婢加朮湯	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a		n/a	n/a		『越婢加朮湯は実証ないし虚寒中間証の人で、顔面が潤滑したような急性増悪期に用いられることが多い。』	n/a		
B6-21	十味敗毒湯	アトピー性皮膚炎、 脂漏性皮膚炎	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.	n/a	n/a		n/a	n/a		『十味敗毒湯も実証ないし虚寒中間証の人で、慢性期のアトピー性皮膚炎に用いられる。この方剤はもともと化膿性皮膚疾患(セツや毛囊炎など)に適応となっているが、経験的に脂漏性皮膚炎に奏効する機会が多く、よく使用される。』	n/a							
B6-22	当帰飲子	アトピー性皮膚炎、 皮膚欠乏性湿疹	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.	n/a	n/a		n/a	n/a		『当帰飲子は虚証の人で、アトピー性皮膚炎が慢性化して皮膚が乾燥してかさかさし、体力がなく血虚症状を伴うときなどに用いられる。老人性の皮膚掻痒症に二次的な湿疹を伴ったような皮膚欠乏性湿疹にも当帰飲子が奏効することが多い。』	n/a							
B6-23	治頭痛一方	アトピー性皮膚炎、 湿潤性痲皮性湿疹	n/a	n/a	n/a		n/a	n/a		『治頭痛一方は実証の患児で、主として乳児期の頭部、顔面に生じた湿潤性痲皮性湿疹に対して用いられる。』	n/a							
B6-24	補中益気湯	幼・小児期アトピー 性皮膚炎	n/a	n/a	n/a		n/a	n/a		年齢の変化による漢方薬の使い方の項に、下記の記載がある。 『幼・小児期は、乳児期より引き続きみられる場合と、その先駆にみられる場合がある。3歳頃より10~12歳頃までの時期を指す。乳児期に比較し、一般に湿潤傾向は減少し、おおむね乾燥性である。この時期には肘窩、膝窩など四肢関節の屈側部などにみられる苔癬型病変が特徴的である。このような時期の患児においては、色青白くやせ型で、風邪をひきやすいという傾向がみられることが多い。これは虚証としてとらえることができる。このような虚弱体質を改善するために作られた方剤に補中益気湯がある。また、前記の柴胡清肝湯なども虚証の患児に用いられる。』	n/a							
B6-25	柴胡清肝湯	幼・小児期アトピー 性皮膚炎	n/a	n/a	n/a		n/a	n/a		『成人期のアトピー性皮膚炎は非常に治りにくいものであるが、強い慢性湿疹様の変化には強力な驅虫薬が奏効することが多いので、通導散などが用いられる。』	n/a							
B6-26	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.	n/a	n/a		n/a	n/a		年齢の変化による漢方薬の使い方の項に、下記の記載がある。 『成人期のアトピー性皮膚炎は非常に治りにくいものであるが、強い慢性湿疹様の変化には強力な驅虫薬が奏効することが多いので、通導散などが用いられる。』	n/a							
B6-27	黄連解毒湯	成人型アトピー性 皮膚炎	n/a	n/a	n/a		n/a	n/a		年齢の変化による漢方薬の使い方の項に、下記の記載がある。 『成人期のアトピー性皮膚炎は非常に治りにくいものであるが、強い慢性湿疹様の変化には強力な驅虫薬が奏効することが多いので、通導散などが用いられる。』	n/a							
B6-28	大黃牡丹湯	成人型アトピー性 皮膚炎	n/a	n/a	n/a		n/a	n/a		年齢の変化による漢方薬の使い方の項に、下記の記載がある。 『成人期のアトピー性皮膚炎は非常に治りにくいものであるが、強い慢性湿疹様の変化には強力な驅虫薬が奏効することが多いので、通導散などが用いられる。』	n/a							
B7	J32	副鼻腔炎診 療の手引き	日本鼻科学会 副鼻腔炎診療の手引き作成 委員会(委員長: 洲崎春海)	金原出版、 2007年9月1日 第1版第1刷発 行	B7-1	葛根湯加川 キユウ辛夷	小児慢性副鼻腔炎	伊藤博隆, ほか, 小児慢性副鼻腔炎に対する葛根湯加川キユウ辛夷の治療効果について, <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1984; 77: 153-62.	n/a	n/a			n/a					
					B7-2	荊芥連翹湯	副鼻腔炎	荻野敏, 漢方医学からみた副鼻腔炎の病態と治療, <i>JOHNS</i> 2006; 22: 99-102.	n/a	n/a		薬物療法の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『慢性副鼻腔炎に対して使用されている漢方薬は、葛根湯加川キユウ辛夷、荊芥連翹湯、辛夷清肺湯が多く使用されている報告があるが、二重盲法による検討が行われていないため、その臨床的有用性に関する明確なエビデンスはない。』	n/a					
					B7-3	辛夷清肺湯	慢性副鼻腔炎	間島雄一, ほか, 慢性副鼻腔炎に対する辛夷清肺湯の効果, <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1992; 85: 1333-40.	n/a	n/a			n/a					
					B7-4	辛夷清肺湯	慢性副鼻腔炎	間島雄一, ほか, 慢性副鼻腔炎に対する辛夷清肺湯の効果, <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1992; 85: 1333-40.	n/a	n/a		n/a	n/a		『作用機序に関しては低下している粘液線毛輸送機能の改善作用が報告されているが不明な点が少ない。』	n/a		

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (16CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
B8	J70	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	B8-1	小柴胡湯、柴朴湯、柴苓湯、柴胡桂枝乾姜湯、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)	n/a	n/a	n/a	n/a	「CHAPTER 1. 疫学」の項に『より緊急性を要する副作用情報である緊急安全性情報で通達された薬剤による間質性肺炎を、表11に示す。金製剤のsodium aurothiomalate(シオゾール)、漢方薬の小柴胡湯、および新しい抗癌剤、分子標的薬剤のgefitinib(イレツサ)であった。』の記載があり、表1に小柴胡湯についての記載がされている。 表2「主な医薬品副作用情報 医薬品・医療用具安全性情報における間質性肺炎、肺病変の一覧」には、副作用が発生した処方について経時的に記載されている。	
					B8-2	小柴胡湯	薬剤性肺障害(副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	「CHAPTER 3. 臨床病型 3. 臨床病態」の項に薬剤の種類と出現しやすい病理組織所見、臨床像との関連性を示した『表6. 薬剤性肺障害の主な原因薬剤』の表で『ARDS/ALL 非心原性肺水腫、AIP』と『HP、肉芽腫性間質性肺疾患』の欄に小柴胡湯の記載がある。	
					B8-3	小柴胡湯	薬剤性肺障害(副作用)	1) 築山邦規, 田坂佳千, 中島正光, ほか. 小柴胡湯による薬剤性肺起性肺炎の1例. <i>日本胸部疾患学会誌</i> 1989; 27: 1556-61. 2) 厚生省薬務局. 医薬品副作用情報 1996; 137.	n/a	n/a	n/a	「6. 漢方薬による肺障害」の「1. 小柴胡湯」にて、小柴胡湯の副作用報告例が記載されている。	
					B8-4	小柴胡湯	薬剤性肺障害(副作用)	1) 佐藤篤彦, 豊嶋幹生, 近藤有好, ほか. 小柴胡湯による薬剤性肺炎の臨床的検討. 副作用報告書からの全国調査. <i>日本胸部疾患学会誌</i> 1997; 35: 392-5. 2) 佐藤篤彦. 小柴胡湯による薬剤性肺炎. <i>日本東洋医学雑誌</i> 1998; 49: 349-56. 3) 鈴木宏, 熊田博光, 佐藤篤彦, ほか. 小柴胡湯による副作用検討報告: C型ウイルス慢性肝炎患者への小柴胡湯投与に関するガイドライン. <i>和漢医薬学雑誌</i> 2000; 17: 95-100.	n/a	n/a	n/a	『漢方薬に起因する代表的肺障害として小柴胡湯単独による100例の臨床像を提示する(表13)。(中略)。全体で90例が速やかに治癒したが、10例が死亡した。死亡例を生存例と比較すると、死亡例では発症から薬剤中止までの期間が長く(15.9日vs5.8日)、基礎疾患として呼吸器疾患を合併(30%vs2.2%)した例の予後が不良であった。』	
					B8-5	小柴胡湯、他漢方薬	薬剤性肺障害(副作用)	寺田真紀子, 北澤英徳, 川上純一, ほか. 漢方薬による間質性肺炎と肝障害に関する薬剤疫学的検討. <i>医療薬学</i> 2002; 28: 425-34.	n/a	n/a	n/a	『各種漢方薬による薬剤性肺障害をまとめて報告した。35例中21例が小柴胡湯によるもので、14例は他の漢方製剤によるものであった。』	
					B8-6	漢方薬	薬剤性肺障害(副作用)	松島秀和, 高柳昇, 徳永大道 ほか. 薬剤性肺炎のCT所見の検討, 組織所見に基づいたCT所見の特徴と重分類の試み. <i>日本呼吸器学会雑誌</i> 2004; 42: 145-52.	n/a	n/a	n/a	『薬剤性肺障害27例のCT所見について報告した。(中略)。また気管支血管束の肥厚、牽引性気管支拡張、肺の縮小は認めなかった。』	
					B8-7	加味逍遙散	ARDS【急性呼吸窮迫症候群】(副作用)	Shiota Y, Wilson JG, Matsumoto H, et al. Adult respiratory distress syndrome induced by a Chinese medicine, Kamisyoyosan. <i>Internal Medicine</i> 1996; 35: 494-6.	n/a	n/a	n/a	肺障害として『臨床的にARDS【急性呼吸窮迫症候群】を呈した例』	
					B8-8	小柴胡湯	肺水腫(副作用)	1) 宮崎英士, 安藤優, 伊井和成 ほか. 肺水腫を呈した小柴胡湯誘起性肺炎. <i>日本呼吸器学会雑誌</i> 1998; 36: 776-80. 2) 吉田良昌. 非心原性肺水腫を呈した小柴胡湯による薬剤性肺炎の1例. <i>日本呼吸器学会雑誌</i> 2003; 41: 300-3.	n/a	n/a	n/a	肺障害として『肺水腫を呈した例』	
					B8-9	小柴胡湯	DAD【びまん性肺胞障害】(副作用)	富岡洋海, 橋本公夫, 大西尚 ほか. 小柴胡湯服用中に発症した間質性肺炎の1例. <i>日本呼吸器学会雑誌</i> 1999; 37: 1013-8.	n/a	n/a	n/a	肺障害として『剖検でDAD【びまん性肺胞障害】を呈した例』	
					B8-10	漢方薬	EP【好酸球性肺炎】、OP【器質性肺炎】(副作用)	久保田勝, 花田伸英, 増田千代彦 ほか. 漢方薬による薬剤誘起性肺炎の3症例. <i>呼吸</i> 1991; 10: 475-9.	n/a	n/a	n/a	肺障害として『肺生検でEP【好酸球性肺炎】、OP【器質性肺炎】を呈した例』	
					B8-11	漢方薬	薬剤性肺障害(副作用)	松島秀和, 高柳昇, 徳永大道 ほか. 牛車腎気丸による薬剤性肺炎の1例. <i>日本胸部臨床</i> 2003; 62: 363-8.	n/a	n/a	n/a	『漢方薬による薬剤性肺障害46例(IFN併用8例を含む)を集計し、小柴胡湯が52例、その他13例であった。』	
					B8-12	小柴胡湯	薬剤性肺障害(副作用)	田代真一. 小柴胡湯と間質性肺炎の関連に関する薬理学・疫学からの検討. <i>日本東洋医学雑誌</i> 1998; 49: 371-81.	n/a	n/a	n/a	『薬剤性肺障害の発生頻度は10 ⁴ 例に1件程度と低く、IPFの混入やC型肝炎とIPFの合併頻度が高いことから、小柴胡湯と肺障害の因果関係をさらに検証すべきであるとの指摘もある。』	
					B8-13	黄ゴ含有漢方薬	薬剤性肺障害(副作用)	1) 寺田真紀子, 北澤英徳, 川上純一, ほか. 漢方薬による間質性肺炎と肝障害に関する薬剤疫学的検討. <i>医療薬学</i> 2002; 28: 425-34. 2) 西森文美, 山崎啓一, 神崎人 ほか. 黄ゴによると思われる薬剤性肺炎の1例. <i>日本呼吸器学会雑誌</i> 1999; 37: 396-9.	n/a	n/a	n/a	『黄ゴは、寺田らの調査した薬剤性肺障害35例に投与された漢方製剤の33例に含まれていた。(中略)。一方患者の同意後、あるいは偶発的に再投与されたチャレンジテストは11例(5製剤)の報告があり、全例で黄ゴが含まれており、黄ゴとの関与が推察される。』	
					B8-14	牛車腎気丸	薬剤性肺障害(副作用)	松島秀和, 高柳昇, 徳永大道 ほか. 牛車腎気丸による薬剤性肺炎の1例. <i>日本胸部臨床</i> 2003; 62: 363-8.	n/a	n/a	n/a	『添付文書に重大な副作用として記載のない製剤においても肺障害の報告がある。』『いずれも黄ゴンを含まない。』	
					B8-15	六君子湯	薬剤性肺障害(副作用)	丸山佳重, 丸山倫夫, 高田俊範 ほか. 六君子湯による薬剤性肺炎の1例. <i>日本胸部疾患学会誌</i> 1994; 32: 84-9.	n/a	n/a	n/a	『添付文書に重大な副作用として記載のない製剤においても肺障害の報告がある。』『いずれも黄ゴンを含まない。』	
					B8-16	大建中湯	薬剤性肺障害(副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	『添付文書に重大な副作用として記載のない製剤においても肺障害の報告がある。』『いずれも黄ゴンを含まない。』	
B9	J98.8	「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:松島敏春 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	B9-1	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>薬局</i> 1997; 48: 1074-8. 2) 川名明彦, 工藤一郎. かぜ症候群の対症療法. <i>薬局</i> 1997; 48: 1951-7.	n/a	n/a	『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別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。』	n/a	

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (16CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考				
B10	J	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:栗山 喬之 千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	B10-1	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効性. <i>日本東洋医学雑誌</i> 1995; 46: 285-91.	n/a	n/a	『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(roprofen)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投与群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。』	n/a					
					B10-2	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的検討—イヌによる体温上昇と免疫能活性について—. <i>初漢薬学雑誌</i> 2003; 20: 30-7.	n/a	n/a	『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. <i>Antiviral Res</i> 2002; 56: 183-8) 葛根湯はインフルエンザ感染マウスに発熱の抑制・体重減少の抑制と肺炎の軽化を示した。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。』	n/a					
					B10-3	小青竜湯	気管支炎	宮本昭正, 井上洋西, 北村諭, ほか. TJ-19ツムラ小青竜湯の気管支炎に対するPlacebo対照二重盲検間比較試験. <i>臨床薬学</i> 2001; 17: 1189-214.	n/a	n/a	『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、喀痰の切れ、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。』	n/a					
					B10-4	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.	n/a	n/a	『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。』	n/a					
					B10-5	小柴胡湯	感冒	加地正郎, 柏木征三郎, 山本戸道郎. TJ-9ツムラ小柴胡湯の感冒に対するPlacebo対照二重盲検間比較試験. <i>臨床と研究</i> 2001; 78: 2252-68.	n/a	n/a	『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。』 『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。』	n/a	『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。』				
					B10-6	麦門冬湯	かぜ症候群後咳	藤森勝也, 鈴木栄一, 下条文武, ほか. 咳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トルファンとの効果の比較(バイロット試験). <i>日本東洋医学雑誌</i> 2001; 51: 725-32.	n/a	n/a	『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)。』	n/a					
					B10-7	補中益気湯	COPD	杉山幸比古, 北村諭. COPDに対する漢方補劑 補中益気湯の効果. <i>日本胸病雑誌</i> 1997; 56: 105-9.	n/a	n/a	『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、比較的稳定した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。』	n/a					
					B10-8	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.	n/a	n/a	『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。』	n/a					
					B10-9	柴朴湯	気管支喘息	西澤芳男, 西澤恭子, 永野富美代, ほか. ベクロメタゾ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>耳鼻咽喉科雑誌</i> 2002; 45: 8-15.	n/a	n/a	『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用スピンヘラーで吸入させた。試験開始1年後、好酸球数、interferon-γ、eosinophil cationic proteinはC群で有意に減少した。気管支肺胞洗浄液中の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 -刺激剤服用回数の減少が認められた。CPTは、DSCGよりもベクロメタゾ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。』	n/a					
					B10-10	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.	n/a	n/a	『カプサイシン咳感受性試験で、咳閾値が3.9μ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か月間投与し、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、両群とも喀痰中に好中球が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。』	n/a					
					B10-11	神祕湯	アスピリン喘息	西澤芳男, 西澤恭子, 吉岡二三, ほか. 神祕湯 (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試験. <i>耳鼻咽喉科雑誌</i> 2003; 46: 3-14.	n/a	n/a	『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、神祕湯(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用スピンヘラーによる吸入を行った。その結果、SBTはヒト気道粘膜細胞の5-リポキシゲナーゼ活性の抑制により、ロイコトリエン産生を抑制した。A群はB群に比較して、閾値濃度リジン-アスピリン吸入時の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。』	n/a	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。				
					B10-12	半夏厚朴湯	脳血管性障害患者の嚥下反射	Iwasaki K, Wang Q, Nakagawa T, et al. The traditional Chinese medicine banxia houpo tang improves swallowing reflex. <i>Phytomedicine</i> 1999; 6: 103-6.	n/a	n/a	『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嚥下を改善し、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、脳血管性障害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。』	n/a					
					B10-13	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 Houpo Tang (Henge-Kouboku To)" on the swallowing reflex in Parkinson's disease. <i>Phytomedicine</i> 2000; 7: 259-63.	n/a	n/a	『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)』	n/a					
					B10-14	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 houpo tang, improves cough reflex of patients with aspiration pneumonia. <i>Journal of American Geriatrics Society</i> 2002; 50: 1751-2.	n/a	n/a	『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嚥下を改善し、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、脳血管性障害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。』	n/a					
					B10-15	清肺湯	誤嚥性肺炎	Mantani N, Kasahara Y, Kamata T, et al. Effect of Seichai-to, a Kampo medicine, in relapsing aspiration pneumonia-an open label pilot study. <i>Phytomedicine</i> 2002; 9: 195-201.	n/a	n/a	『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)』	n/a					
					B10-16	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, Satoh-Nakagawa T, Maruyama M, et al. A randomized, observer-blind, controlled trial of the traditional Chinese medicine Yi-gan san on behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients, in press.)	n/a	n/a	『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)』	n/a					
					B10-17	麦門冬湯	間質性肺炎(副作用)		n/a	n/a		n/a				『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)。』	
					B10-18	清肺湯	間質性肺炎(副作用)	Takeshita K, Saisho Y, Kitamura K, et al. Pneumonitis induced by Ou-gon (scullcap). <i>Internal Medicine</i> 2001; 40: 764-8.	n/a	n/a		n/a					
					B10-19	柴朴湯	間質性肺炎(副作用)		n/a	n/a		n/a					
					B10-20	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.	n/a	n/a		n/a					
					B10-21	補中益気湯	無症候性MRSA感染症	Nishida S. Effect of Hochu-ekki-to on asymptomatic MRSA bacteriuria. <i>Journal of Infection Chemotherapy</i> 2003; 9: 58-61.	n/a	n/a		n/a					
					B10-22	補中益気湯	Mycosis Fungoides	Tokura Y, Sakurai M, Yagi H, et al. 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.	n/a	n/a		n/a					

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (16CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
B11	L20.9	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 アトピー性皮膚炎診療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	B11-1	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.	n/a	n/a	『解説: 体液中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例およびフルニクマリン20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%、フルニクマリンは改善以上で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。』	
					B11-2	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>漢方薬学</i> 1994; 18: 309-14.	n/a	n/a	『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%。』		
					B11-3	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.	n/a	n/a	『解説: 弱々しく体力の低下した人で、皮膚の色が浅黒く、扁桃、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。』		
					B11-4	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.	n/a	n/a	『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。』		
B12	N02.8	小児IgA腎症治療ガイドライン1.0版	日本小児腎臓病学会学術委員会小委員会「小児IgA腎症治療ガイドライン作成委員会」(委員長: 吉川徳茂 和歌山県立医科大学小児科)	日本小児科学会雑誌 第111巻 第11号、2007年11月1日	B12-1	柴芩湯	小児IgA腎症	n/a	n/a	n/a	小児IgA腎症軽症例の治療の薬物選定根拠の項に、下記の記載がある。 『小児の軽症IgA腎症では、非免疫抑制薬が推奨される。成人のIgA腎症ではアンギオテンシン変換酵素阻害薬 (ACE-I) やアンギオテンシンII受容体拮抗薬 (ARB) のランダム化比較試験が存在し、有効性と安全性が証明されている。小児のIgA腎症ではこれらの薬剤のランダム化比較試験はないが、リシノプリルの果状メサンギウム増殖を示すIgA腎症に対する有効性と安全性がオープン試験で示されている。一方、柴芩湯は小児の果状メサンギウム増殖を示すIgA腎症へのランダム化比較試験でその有効性と安全性が証明されている。以上より、本ガイドラインでは上記2剤を第一選択薬とした。上記2剤を併用したときの有効性と安全性についてのエビデンスは存在しない。』 治療指針の表中に、以下の記載がある。 『以下の2剤のいずれかを2年間以上投与する。* 薬物投与量は身長をもとにした標準体重により計算する。 アンギオテンシン変換酵素阻害薬: リシノプリル0.4mg/kg/日 分1 (最大20mg/日) 漢方薬: 柴芩湯1包 分2 (体重20kg以下)、2包 分2 (20~40kg)、3包 分3 (40kg以上) (注) 注: 本剤1包とは、ツムラ柴芩湯エキス顆粒の3g、カネボウ柴芩湯エキス顆粒の2.7gに相当する。』	主な副作用の項に、下記の記載がある。 『柴芩湯: アレルギー性膀胱炎、肝機能障害、間質性肺炎、偽アルドステロン症』	
					B12-2	柴芩湯	小児IgA腎症	吉川徳茂, 伊藤拓, 酒井糾, ほか. 果状・微小メサンギウム増殖を示す小児期IgA腎症における柴芩湯治療のプロスペクティブコントロールスタディ. <i>日本腎臓学会誌</i> 1997; 39: 503-6.	n/a	n/a	『柴芩湯には抗炎症作用、ステロイド様作用、免疫抑制作用などがあると考えられている。わが国で施行されたランダム化比較試験では、15歳以下の果状メサンギウム増殖を示すIgA腎症患者において、2年間の観察にて無治療群48例の1日尿蛋白が0.41 ± 0.48gから0.43 ± 0.56gと不変であったのに対し、柴芩湯群46例では1日尿蛋白量が0.39 ± 0.31gから0.25 ± 0.41g (p=0.005) と有意に減少した。また、尿蛋白正常化率も無治療群10%に対し、柴芩湯群は46%と良好であった (p<0.001)。』	『副作用を認めた症例は1例もなく、柴芩湯は軽症IgA腎症に有効かつ安全な治療薬と考えられる。』	
B13	N40	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 Strength of Evidence I: 大規模のRCTで結果が明らかなもの II: 小規模のRCTで結果が明らかなもの III: 無作為割付によらない同時期のコントロールを有するもの IV: 無作為割付によらない過去のコントロールを有するもの V: 症例集積研究 (コントロールのないもの)、専門家の意見の加わったもの	じほう、平成13年12月25日発行	B13-1	漢方薬	前立腺肥大症	Dreikorn K, Borkowski A, Braeckman J, et al. Other medical therapies. In Proceedings 4th International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia 1997; 633-59.	V: 症例集積研究 (コントロールのないもの)、専門家の意見の加わったもの	薬物療法. その他の薬剤の項に、下記の記載がある。 『植物エキス製剤、アミノ酸製剤、漢方薬などがあるが、その作用機序や有用性については、十分解明されておらず、今後の検討が必要である。』	n/a	引用は、Phytotherapy全体の説明が不十分であることを述べたものである。	
B14	R05	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	B14-1	麦門冬湯	咳嗽	宮田健, 洲上淳一, 甲斐広文, ほか. 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>化療</i> 1992; 29: 377-85.	n/a	n/a	『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。』	n/a	『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。

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (16CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
B15	R	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	B15-1	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.	n/a	n/a	『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。』	n/a	
					B15-2	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-Koboku To)" on the swallowing reflex in Parkinson's disease. <i>Phytomedicine</i> 2000; 7: 259-63.	n/a	n/a	『降圧剤のアンジオテンシン変換酵素阻害剤(ACE阻害剤)では乾性咳の副作用がある。ACE阻害剤によってブラジキニンが増加し、気道のC線維末端を刺激し、サブスタンスPが遊離するためと考えられる。しかし、同時に咳反射、嚥下反射を高める効果もあり、ACE阻害剤によって、誤嚥性肺炎の発症が抑制される。半夏厚朴湯にも同様の効果が報告されている。』	n/a	
					B15-3	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.	n/a	n/a	n/a	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。』	
					B15-4	麦門冬湯	咳嗽	n/a	n/a	n/a	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。』	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。	
					B15-5	漢方薬	(用法)	n/a	n/a	n/a	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。』	n/a	
					B15-6	生薬成分(甘草、ききょう、麻黄、半夏)	咳嗽	n/a	n/a	n/a	『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。』	n/a	
					B15-7	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.	n/a	n/a	n/a	呼吸器疾患に関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ことが必要』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。	
					B15-8	甘草含有製剤	薬剤相互作用	n/a	n/a	n/a	n/a	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。	
					B15-9	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)	n/a	n/a	n/a	n/a	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。	
					B15-10	漢方薬	高齢者特有の症状群	n/a	n/a	n/a	n/a	『高齢者特有の症状群に対し、多くの漢方薬が用いられる。多彩な症候、病態を併せ持つ高齢者には多成分系である漢方薬を個人の病態に応じて加減配合する漢方薬は、基本的に適した薬剤であるといえる。』 その他に虚寒や虚々の生薬についての記載がある。	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。
B16	Z	脳ドックのガイドライン2003	日本脳ドック学会 脳ドックの新ガイドライン作成委員会	2003年9月発行 http://www.snh.or.jp/jsbd/gaido.html	B16-1	釣藤散	血管性痴呆	Terasawa K, Shimada Y, Kita T, et al. Choto-san in the treatment of vascular dementia: a double-blind, placebo-controlled study. <i>Phytomedicine</i> 1997; 4: 15-22.	n/a	n/a	その他の検査: 認知機能障害およびうつ状態・やる気低下への対処(小林祥泰)の項に、下記の記載がある。 『漢方薬の釣藤散も血管性痴呆で有用性が確認されている。』	n/a	

タイプC 引用論文も存在せず、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (21CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
C1	B24	抗HIV治療ガイドライン 2008年3月版	平成19年度厚生労働科学研究費補助金 エイズ対策研究事業(服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究班)(主任研究者: 白阪琢磨 国立病院機構大阪医療センター)		C1-1	漢方薬	薬剤相互作用	n/a	n/a	n/a	n/a	『プロテアーゼ阻害剤や非ヌクレオシド系逆転写酵素阻害剤は、チクロームP450の基質であると同時にその活性を抑制(時に促進)する作用がある。したがって、チクローム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にも相互作用を有するものがあり(セイヨウトネリソフ St.Johns Wortが代表的)、注意を要する。』	
C2	C50.9	科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン 1.薬物療法 2007年版	日本乳癌学会編 乳癌学会診療ガイドライン 薬物療法小委員会(小委員長: ガイドライン作成責任者: 渡辺亨 国際医療福祉大学臨床医学研究センター)	金原出版、2007日6月29日 第2版第1刷発行	C2-1	漢方薬を含む補完代替療法	乳癌	n/a	n/a	D: 乳癌の進行抑制や延命効果のある補完代替療法は存在せず行うべきでない。 C: 標準的な治療に伴う有害事象や癌性疼痛などの症状の緩和目的、あるいは心理的不安の軽減などを目的とした補完代替療法は一部有用である。	『乳癌治療として補完代替療法は有用か』 『背景・目的: 癌患者における補完代替療法 (complementary and alternative medicine: CAM)の普及率は海外では48~87%、国内では44.6%と広く使用されている。CAMの利用傾向や目的は民族背景で異なる。白人女性は食事療法や精神療法、アフリカ系女性は瞑想などを好み、中国系女性は漢方薬を好み傾向をもつ。わが国のCAM利用者の9割近くはアガリクスや漢方、サメの軟骨などの製品を使用する傾向があり、2000年の国内全体の漢方薬市場は実に2000億円を越えている。(以下、省略) 解説: CAMは大まかに次の5つに分類される。①代替医療システム(伝統医学系統、民族療法、東洋医学など)、②エネルギー療法(気功、レイキなど)、③肉体的療法(カイロプラクティク、マッサージ療法など)、④精神・心体介入(精神療法、催眠、瞑想など)、⑤薬物学・生物学にもとづく療法(漢方、サメ軟骨、食事療法、免疫療法などの先端医療も含まれる。) (以下、省略)』	『患者に害悪が及ぶ可能性があり避けるべきCAMとしては、高度の食事制限、化学療法や放射線治療中の抗酸化サプリメント(コエンザイムQ10など) 摂取、乳癌患者のインフラボンや大豆の高用量摂取、抗凝固療法中の鍼治療やマッサージ療法、化学療法中におけるある種の漢方やセントジョーンズワートの摂取、高用量のビタミンAやビタミンC療法などが挙げられる。』	
C3	C80	抗ガン剤適正使用のガイドライン	日本癌治療学会編 日本癌治療学会がん診療ガイドライン委員会(委員長: 佐治重豊 岐阜大学名誉教授)	日本癌治療学会、2005年6月25日	C3-1	漢方薬	乳癌	n/a	n/a	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ぎ込まれ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。このように広く使用さ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。	n/a	
C4	E10-E14	科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン[改訂第2版]	日本糖尿病学会編 科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン(改訂第2版)策定に関する委員会(委員長: 田嶋尚子 東京慈恵会医科大学糖尿病・代謝・内分泌内科)	南江堂、2007年6月1日 改訂第2版発行	C4-1	漢方薬	注意	n/a	n/a	n/a	n/a	糖尿病の治療 顕性腎症の治療の項の「ACE阻害薬/ARB使用時の注意」の表中に、『Kの排泄に影響を与える薬剤に注意: NSAIDs 漢方薬など』の記載がある。	
C5	E29.1	加齢男性性腺機能低下症候群(LOH症候群)診療の手引き	日本泌尿器科学会/日本Men's Health医学会「LOH症候群診療ガイドライン」検討ワーキング委員会	じほう、2007年1月31日 発行	C5-1	漢方薬	男性更年期障害	n/a	n/a	n/a	『夜原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。』	n/a	
C6	F98.0	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	C6-1	漢方薬	夜尿症	n/a	n/a	n/a	『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。』	n/a	
C7	G47.9	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	C7-1	大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、半夏厚朴湯、抑肝散、帰脾湯、酸棗仁湯、温経湯	不眠症	n/a	n/a	n/a	『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?』 『漢方薬で不眠症に保険適応とされているものは、大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、半夏厚朴湯、抑肝散、帰脾湯、酸棗仁湯、温経湯などがあり、これらにはハンゲ、サイコ、オウゴン、カンゾウ、トウキ、オウゴン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。』	
C7-2					C7-2	漢方薬	更年期障害に伴う不眠	n/a	n/a	n/a	『神経症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。』	n/a	
C8	125.9	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2006年改訂版)	循環器病の診断と治療に関するガイドライン 合同研究班(日本循環器学会、日本栄養・食糧学会、日本高血圧学会、日本更年期医学会、日本小児循環器学会、日本心臓病学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本糖尿病学会、日本動脈硬化学会、日本老年医学会)	http://www.j-circ.or.jp/guide/line/pdf/JCS2006_kitabatake_h.pdf	C8-1	漢方薬	薬剤誘発性高血圧(副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	二次性高血圧の分類の表の中に、薬物誘発性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、エリスロペニンなど』の記載がある。	
C9	195.1	小児起立性調節障害診療ガイドライン 2005	日本小児心身医学会 起立性調節障害診療ガイドライン作成ワーキンググループ	子どもの心とからだ(日本小児心身医学会雑誌)Vol.15 No.2、2007年8月発行	C9-1	漢方薬を含む補完代替療法	起立性調節障害	n/a	n/a	n/a	ガイドライン解説の部の「3. 総説 起立性調節障害の病態生理と治療」の「(8) 重症ODIに対する心理社会的対応(専門医向け)」のその他の治療法に下記の記載がある。 『ODIの治療においては、上記の西洋医学に基づく治療以外にも様々な治療が実際の臨床現場においてなされている。それには、漢方療法、補完代替療法と呼ばれるものが含まれているが、それぞれの医療機関で個別に実施されていると推定される。これらの治療によって改善するケースもあるが、まだ明確なエビデンスが得られたとは言えない。したがってこれらの治療については、本ガイドラインによる治療を行っても改善が見られない重症例に対して、患者や保護者の希望があれば試してもよいと考えられる。この解説では、漢方療法と補完代替療法について簡単に触れたが、今後の研究が待たれるところである。』	漢方療法の一覧表の中に、半夏白朮天麻湯、補中益氣湯、小建中湯、真武湯、帯下流甘湯の服用法(服用 分3、小学生 5.0g、中学生 7.5g)の記載がある。	

タイプC 引用論文も存在せず、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (21CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
C10	J45 J30 L20	アレルギー疾患 診断・治療 ガイドライン 2007	社団法人日本アレルギー学会 ガイドライン委員会	協和企画、 2007年11月26 日 第1版第2刷 発行	C10-1	漢方薬	成人喘息	n/a	n/a	n/a	成人喘息の長期管理における薬物療法プランの他の薬剤、療法に、下記の記載がある。 『漢方薬：漢方薬の投与は、患者の体質、体力とその時点での副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。』	n/a	巻末の漢方製剤の一覧表に、葛根湯、五虎湯、柴朴湯、小柴胡湯、小青竜湯、麦門冬湯、麻黄湯、麻杏甘石湯の商品名、剤形、組成、用量(1日用量)、適応、副作用、禁忌が記載されている。 成人気管支喘息、小児気管支喘息、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、アトピー性皮膚炎、食物アレルギーの診療ガイドラインが2005～2006年に改訂版・最新版が出たのでそれを契機に日本アレルギー学会・ガイドライン委員会がガイドラインの統合版を作成。
					C10-2	漢方薬	アレルギー性鼻炎	n/a	n/a	n/a	アレルギー性鼻炎治療薬の表中に、『その他：変調療法薬、生物製剤、漢方薬』と記載されている。	n/a	
					C10-3	小青竜湯、 葛根湯、小 柴胡湯	アレルギー性鼻炎	n/a	n/a	n/a	その他の薬物療法の特異的変調療法薬、生物製剤、漢方薬の特徴の表中に、下記の記載がある。 『漢方薬：小青竜湯、葛根湯、小柴胡湯などが用いられるが、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。』	n/a	
					C10-4	漢方薬	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	『漢方医学的疾患概念「証」の中には西洋医学の病理生理の立場からは、現時点では説明しきれない部分もあるが、体質が重要な部分を占め、慢性疾患であるアトピー性皮膚炎では、体の機能の流れを流動的に捉える漢方治療を併用または補助的治療とすることが有用である場合もあることは否定できない。』 『近年、漢方薬の薬効についてのコントロールスタディが行われるようになり、より客観的なエビデンスが得られるようになった。』	n/a	
					C10-5	十味敗毒湯	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	『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。十味敗毒湯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敗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。』	n/a	
					C10-6	消風散	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	『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、掻痒のはなほだいたい場合。 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%。』	n/a	
					C10-7	柴胡清肝湯	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	『解説：弱々しく体力の低下した人で、皮膚の色が浅黒く、扁桃、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。』	n/a	
					C10-8	補中益気湯	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	『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。』	n/a	
C11	J45.9	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 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	C11-1	漢方薬	成人喘息	n/a	n/a	n/a	『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副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、適切な薬が得られず、喘息治療における有効性を裏証できるプラセボコントロール試験の成果がない。』	n/a	巻末に五虎湯、柴朴湯、小青竜湯、麦門冬湯、麻黄湯、麻杏甘石湯の商品名、剤形・組成、用量、適応の一覧表が掲載されている。
C12	J84.8	特発性間質性 肺炎 診断 と治療の 手引き	日本呼吸器学会びまん性 肺疾患診断・治療 ガイドライン作成委員会	南江堂、2004 年9月20日	C12-1	漢方薬	特発性間質性肺炎 (副作用)	n/a	n/a	n/a	『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、サラゾヒリン、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。』		
C13	K70 K76	NASH・ NAFLDの 診療ガイド	日本肝臓学会編	文光堂、2006 年8月22日 第 1版第1刷	C13-1	防風通聖散	アルコール性脂肪 性肝疾患 (NAFLD)	n/a	n/a	n/a	『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、食前または食前、(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』	
C14	L50	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	C14-1	漢方薬	特発性蕁麻疹	n/a	n/a	n/a	『2 特発性の蕁麻疹の治療 2) 特発性蕁麻疹の中に『その他、適宜図3②に示した補助的治療薬を追加しても良い。これらの治療薬は、一般にはヒスタミンH1受容体拮抗薬ほどの高い有効性を期待することはできないものの、一部の症例では極めて高い効果が得られていることがある』と記載され、『図3 特発性の蕁麻疹に対する治療手順』の表中に、『②補助的治療薬として『漢方薬』が記載されている。』	n/a	
C15	M35.0	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	C15-1	人參養榮湯	シェーグレン症候 群(乾燥症状)に 対する内服薬)	n/a	n/a	n/a	『(用法・用量) 7.5g～9g、分3、 *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。』	『(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』	
					C15-2	麦門冬湯	シェーグレン症候 群(乾燥症状)に 対する内服薬)	n/a	n/a	n/a	『(用法・用量) 9g、分3、 *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。』	『(禁忌、慎重投与、副作用など) 電解質バランスの乱れ、過敏症』	
					C15-3	小柴胡湯	シェーグレン症候 群(乾燥症状)に 対する内服薬)	n/a	n/a	n/a	『(用法・用量) 6g～9g、分3、 *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。』	『(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』	
C16	M35.2	腫瘍の診断と 治療指針 3rd vol1	疾病対策研究会編	東京六法出 版、2005年7 月	C16-1	漢方薬	ペーチェット病	n/a	n/a	n/a	『主な薬剤とその用法』として『⑦漢方薬、エイソサテンエン酸製剤』との記載があるが、具体的な処方名は書かれていない。	n/a	
C17	N20.9	尿路結石症 診療ガイドラ イン改訂版 (2004年)	平成15-16年度厚生労働科学 研究医療技術評価総合研究事 業 尿路結石症診療ガイドラ インの適正評価に関する研究 班	http://minds.jc hc.or.jp/0022 Contents/Top.ht ml	C17-1	漢方薬	閉塞を伴わない尿 酸結石やシステ ン結石	n/a	n/a	n/a	『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。疼痛がなければ適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。』	n/a	
C18	R52	ペインクリ ニック治療 指針改訂第 二版	日本ペインクリニック学 会 ペインクリニック治 療指針作成委員会	日本ペインク リニック学会誌 別冊、平成18 年4月25日発 行	C18-1	漢方薬	三叉神経痛	n/a	n/a	n/a	カルバマゼピン以外の薬物療法として、『漢方薬を使用するという報告もある。』	n/a	
C19	RS2.2	Evidence- Based Medicineに 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版第1刷	C19-1	大建中湯、 潤腸湯、大 黄甘草湯、 麻子仁丸、 調胃承氣 湯、桂枝加 芍薬大黃湯	モルヒネ副作用対 策としての緩下 薬	n/a	n/a	n/a	『モルヒネ副作用対策としての緩下薬一覧』の表中に下記の記載がある。 『大建中湯 7.5～15g/日 緩下薬の適応はない 潤腸湯 7.5g/日 大黄甘草湯 7.5g/日 麻子仁丸 7.5g/日 調胃承氣湯 7.5g/日 桂枝加芍薬大黃湯 7.5g/日』	n/a	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。
C20	R	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	厚生労働省・長寿科学総合研 究「老年者に 対するホルモ ン補充療法に 関する総合的 研究」班(代 表：武谷雄二 /大内耐義)	メディカルレ ビュー社、 2004年5月	C20-1	漢方薬	更年期障害	n/a	n/a	n/a	『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る。一方、社会心理的要因により誘発されると考えられているうつ、神経痛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。』	n/a	

タイプC 引用論文も存在せず、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (21CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
C21	Z01.7	臨床検査の ガイドライン 2005/2006 症 候編・疾患 編・検査編	日本臨床検査医学会包括医療検討委員会 および厚生労働省編	宇宙堂八木書 店、平成17年 12月25日 第1 版	C21-1	甘草含有薬 (小柴胡湯)	薬剤性浮腫(副作 用)	n/a	n/a	n/a	n/a	『甘草含有薬(小柴胡湯、強力ミノファーゲン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。ヒドララジンなどの血管拡張 薬やCa拮抗薬は血管透過性を亢進させ浮腫を来 たす。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。』	