

漢方CPG Table

『』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 (20CPGs)

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	F00-F03	認知症疾患 治療ガイドラ イン 2010	日本神経学会 認知症疾患治療ガイドライン 作成合同委員会 (委員長: 中島健二 鳥取大学医学部脳神経医学講座脳神経内科学分野教授) Strength of Evidence I: システマティックレビュー/RCTのメタアナリシス II: 1つ以上のRCTによる III: 非RCTによる IVa: 分析疫学的研究 (コホート研究) IVb: 分析疫学的研究 (症例対照研究、横断研究) 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: 強い科学的根拠があり、行うよう強く勧められる B: 科学的根拠があり、行うよう勧められる C1: 科学的根拠がないが、行うよう勧められる C2: 科学的根拠がなく、行うよう勧められない D: 無効性あるいは害を示す科学的根拠があり、行わないように勧められる	医学書院、 2010年10月15日 第1版第1刷 発行	A1-1	抑肝散	Lewy小体型認知症 (DLB) の認知症の行動・心理症状 (BPSD)	Iwasaki K, Maruyama M, Tomita N, et al. Effects of the traditional Chinese herbal medicine Yi-Gan San for cholinesterase inhibitor-resistant visual hallucinations and neuropsychiatric symptoms in patients with dementia with Lewy bodies. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> 2005; 66: 1612-3.	IVa: 分析疫学的研究 (コホート研究)	C1: 科学的根拠がないが、行うよう勧められる	『CQ: Lewy小体型認知症 (DLB) の認知症の行動・心理症状behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)睡眠異常に対する薬物療法はあるか』に対して、『(1) BPSDに対する治療: DLB患者のBPSDに対してドネペジル、rivastigmine (グレードC1)、クエチアピン (グレードC1)、オランザピン (グレードC1)、抑肝散 (グレードC1) の有効性が示されており、その使用を考慮してもよい (保険適用外)。』 『抑肝散: 少なくとも1か月のドネペジル5mg/日投与にもかかわらず幻視や精神症状が持続した14例のDLB患者に対して抑肝散を投与した小規模オープン試験 (エビデンスレベルIVa) が本邦より報告されている。抑肝散7.5g/日・1か月の投与によりNPI総スコアやNPI幻覚サブスコアの有意な改善がみられ、Barthele indexの改善も示されている。治療によるMMSEの有意な変化はなく認知機能の悪化はなかったと報告されている。』	n/a						
					A1-2	抑肝散	睡眠障害	Shinno H, Inami Y, Inagaki T, et al. Effect of Yi-Gan San on psychiatric symptoms and sleep structure at patients with behavioral and psychological symptoms of dementia. <i>Progress in Neuropsychopharmacology Biological Psychiatry</i> 2008; 32: 881-5.	n/a	n/a	『CQ: 薬物治療の標的となる認知症の症状にはどのようなものがあり、どのような薬剤が使われるか』に対して、『認知症の認知機能障害に対しては現在コリンエステラーゼ阻害薬cholinesterase inhibitor (CHE) が主として用いられその進行を遅らせることが知られているが、認知症の行動・心理症状behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) に対しても有効性が報告されている薬剤が存在する (グレードなし)』と推奨されており、その本文中に下記の記載がある。 『睡眠障害: 系統的な臨床試験はほとんどない。抑肝散、リスベリドン等が有効と報告されている。』	n/a						
					A1-3	抑肝散	認知症の行動・心理症状 (BPSD)	1) 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. 2) Mizukami K, Asada T, Kinoshita T, et al. A randomized cross-over study of a traditional Japanese medicine (kampe) , yokukansan in the treatment of the behavioral and psychological symptoms of dementia. <i>International Journal of Neuropsychopharmacology</i> 2009; 12: 191-9. 3) Monji A, Takita M, Samejima T, et al. Effect of yokukansan on the behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly patients with Alzheimer's disease. <i>Progress in Neuropsychopharmacology Biological Psychiatry</i> 2009; 33: 308-11.	n/a	n/a	『CQ: 認知症の行動・心理症状behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)の頻度はどの程度であり、それらの薬物治療の有効性評価尺度にはどのようなものがあるか』に対して、『それぞれのBPSDの頻度は、対象集団によって異なり、報告によって差がある。また、BPSDを評価する尺度には、NPI, BEHAVE-AD, CGI, CMAI等があり、薬物療法の有効性評価に用いられる (グレードなし)』と推奨されており、その本文中に下記の記載がある。 『NPI (Neuropsychiatric Inventory): ADLによくみられる行動の頻度や重症度をスケール化したもので、他の認知症に対しても使用される。10領域からなり、専門家により評価される。それぞれの領域はスクリーニング項目と7もしくは8個の副質問からなり、最高は120点である。本スケールで評価されたものとしては抑肝散、memantine、リスベリドンもしくはオランザピンpromazine、ゾピベン (特に攻撃性と脱抑制) がある。』	n/a						
					A1-4	抑肝散	焦燥性興奮	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	『CQ: 認知症者の焦燥性興奮agitationに対する有効な薬物はあるか』に対して、『認知症者の焦燥性興奮を改善する目的では、非定型抗精神病薬であるリスベリドン、クエチアピン、オランザピン、アリピプラゾールの有効性が実証されており、その使用が推奨される (グレードB)。非定型抗精神病薬は適用外使用であり、本人と家族に十分に説明して、有害事象に留意しながら使用する。抗てんかん薬であるバルプロ酸、カルバマゼピンの有効性は報告されているが、科学的根拠は十分でなく、必要な場合には使用を考慮してもよい (グレードC1)』と推奨されており、その本文中に下記の記載がある。 『抑肝散: エビデンスレベルの高い報告は少ないが、抑肝散が有効であったとの報告もある。』	n/a						
					A1-5	抑肝散	幻覚・妄想	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	『CQ: 認知症者の幻覚・妄想に対する有効な薬物はあるか』に対して、『(1) 認知症者の幻覚・妄想に対してはリスベリドン、オランザピン、アリピプラゾールの使用が推奨される。非定型抗精神病薬は適用外使用であり、本人と家族に十分に説明して、有害事象に留意しながら使用する (グレードB)。 (2) 認知症の幻覚・妄想に対して、クエチアピン、ハロペリドールは使用を考慮してもよい (グレードC1)』と推奨されており、その本文中に下記の記載がある。 『抑肝散: エビデンスレベルの高い報告は少ないが、抑肝散が有効であったとの報告もある。』	n/a						
					A1-6	抑肝散	睡眠障害	Shinno H, Inami Y, Inagaki T, et al. Effect of Yi-Gan San on psychiatric symptoms and sleep structure at patients with behavioral and psychological symptoms of dementia. <i>Progress in Neuropsychopharmacology Biological Psychiatry</i> 2008; 32: 881-5.	n/a	C1: 科学的根拠がないが、行うよう勧められる	『CQ: 認知症者の睡眠障害に対する有効な薬物はあるか』に対して、『(3) 認知症者の睡眠の質を改善させる目的で、ドネペジルや抑肝散は使用を考慮してもよい (グレードC1)。』と推奨されており、その本文中に下記の記載がある。 『抑肝散の治療でNeuropsychiatric Inventory (NPI)-MH scoreは10.8±5.8まで減少し改善がみられ、Mini-Mental State Examination (MMSE) scoreには相違がみられなかったが、睡眠ポリグラフの結果で全睡眠時間、睡眠効率等において明らかな改善がみられ、睡眠の質が改善し、治療後の有害事象もみなかった。』	n/a						
					A1-7	漢方製剤	血管性認知症 (VaD) の認知機能障害	n/a	n/a	n/a	『CQ: 血管性認知症vascular dementia (VaD) の認知機能障害に処方可能な薬物はあるか』に対して、『VaDに対して、コリンエステラーゼ阻害薬cholinesterase inhibitor (CHE) の処方考慮してもよいが、科学的根拠は不十分である。ドネペジル、グレードB (本邦未承認)、rivastigmine: グレードC1 (本邦未発売)、galantamine: グレードB (本邦未発売)、memantine: グレードB (本邦未発売)』と推奨されており、その本文中に下記の記載がある。 『CHEの他に、神経保護薬、脳循環代謝改善薬、漢方製剤が有効とする報告がある。』	n/a						
					A1-8	釣藤散	血管性認知症 (VaD) の精神症状、意欲・自覚性低下	嶋田豊, 寺澤捷年, 山本孝之, ほか. 脳血管性痴呆に対する釣藤散の効果. プラセボを対照とした封筒法による研究. <i>和漢薬学雑誌</i> 1995; 11: 370-1.	II: 1つ以上のRCTによる	n/a	『CQ: 血管性認知症vascular dementia (VaD) の精神症状、意欲・自覚性低下に対する治療はあるか』に対して、『(1) リスベリドン等の非定型抗精神病薬はVaDに伴う認知症の行動・心理症状behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)の改善に有用である (グレードC1)。 (2) セルゴリンは脳梗塞後遺症に伴う慢性脳循環障害による意欲低下の改善に有用である (グレードB)。 (3) アマンタジンには脳梗塞後遺症に保険適用があり、VaDの意欲・自覚性低下の改善に使用を考慮してよい (グレードC1)。 (4) 抗てんかん薬は認知症のBPSDに有効との報告があるが、VaDに関する科学的根拠は不十分である (グレードC1)。』と推奨されており、その本文中に下記の記載がある。	n/a						
					A1-9	抑肝散	血管性認知症 (VaD) の精神症状、意欲・自覚性低下	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	『CQ: 血管性認知症vascular dementia (VaD) の精神症状、意欲・自覚性低下に対する治療はあるか』に対して、『(1) リスベリドン等の非定型抗精神病薬はVaDに伴う認知症の行動・心理症状behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)の改善に有用である (グレードC1)。 (2) セルゴリンは脳梗塞後遺症に伴う慢性脳循環障害による意欲低下の改善に有用である (グレードB)。 (3) アマンタジンには脳梗塞後遺症に保険適用があり、VaDの意欲・自覚性低下の改善に使用を考慮してよい (グレードC1)。 (4) 抗てんかん薬は認知症のBPSDに有効との報告があるが、VaDに関する科学的根拠は不十分である (グレードC1)。』と推奨されており、その本文中に下記の記載がある。 『釣藤散はVaDの神経症状には効果がないが、全般的な精神症状の改善に有用であり、特に自覚性、感情障害、行動異常等に効果が報告されている (エビデンスレベルII)。抑肝散は認知症の行動・心理症状behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) に対して有効との報告があり、VaDについても検討されているが、症例数が9例と少なく科学的根拠が不十分である。』	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、福土春) 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: 推奨する根拠がはっきりしない 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—二重盲検併用比較法による検討—. <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可能なので、FDのようにさまざまな症状を併存する患者では、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 3分3回」の記載がある。					
					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											
					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								
					A2-5	当帰芍薬散	更年期障害											
					A2-6	桂枝茯苓丸	更年期障害											
					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な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。』	n/a						
					A2-8	当帰芍薬散	更年期障害											
					A2-9	当帰四逆加呉茱萸生薑湯	冷え症	n/a	n/a	n/a								

漢方CPG Table

『』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 (20CPGs)

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
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: 末木信博 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. 産 業ジャーナル 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. 産 業ジャーナル 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	

漢方CPG Table

『』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 (20CPGs)

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	鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会 (編集委員代表 大久保公裕 日本医科大学 大学院医学研究科頭頸部・感覚器科学分野 教授)	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	ライフ・サイエ ンス,2013年1 月15日 改訂第 7版第1刷発行	A4-29	漢方薬	アレルギー性鼻炎	1		1	(漢方薬全体として) C:中間(推奨する根 拠がはっきりしない)	ケミカルメディエーター遊離抑制薬 非特異的交感神経薬・漢方薬/点鼻用血管収縮薬(α交感神経刺激薬)の項に下記の記載がある。 『前文:漢方薬は種々のものにアレルギー性鼻炎に対する効果が示唆されているが、科学的検討をされたものは小青竜湯以外では少ない。』 『推奨:漢方薬は有用性が期待されるが、小青竜湯(推奨度A)以外、対照比較試験がなく、評価は困難である(推奨度C)。』 『結論:漢方薬のうち、小青竜湯はケミカルメディエーター遊離抑制薬に臨床効果は類似している。その他の漢方薬も有用性が期待されるが、質の高い検討が不可欠である。』	n/a	※付録のCD-ROMに記載
					A4-30	麻黄附子細辛湯	通年性鼻アレルギー	輪柳幸太郎,田矢理子,坂倉康夫,ほか. 通年性鼻アレルギーに対する漢方製剤の検討麻黄附子細辛湯エキス製剤の臨床応用. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1990; 83: 155-65.	II-3:時系列研究,非対照実験	C:中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数:21例,対象:通年性鼻アレルギー患者 試験デザイン方法:麻黄附子細辛湯エキスカプセル(6cap./day)を4週間連日経口投与し、全般有効度、概括安全度および有用度を検討した。 結果・考察:1)医師判定による全般有効度は、薬剤投与2週目で有効以上35.0%、やや有効以上60.0%、4週目で有効以上57.9%、やや有効以上68.4%であった。2)自己覚所見は、くしゃみ発作、鼻汁、鼻誘発試験および鼻汁中好酸球数で投与後4週目に有意な改善を認めた。3)有用度は有用以上52.4%、やや有用以上66.7%であった。』	『副作用は2例で皮膚疹の症例を認めた。』		
					A4-31	麻黄附子細辛湯	通年性鼻アレルギー	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2: 107-18.	II-3:時系列研究,非対照実験	C:中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数:61例,対象:通年性鼻アレルギー患者 試験デザイン方法:麻黄附子細辛湯エキスカプセル(6cap./day)を4週間連日経口投与し、全般有効度、概括安全度および有用度を検討した。 結果・考察:1)医師判定による全般有効度の有効以上の率は、薬剤投与2週目38.3%、4週目54.7%であった。有用度は有用以上60.7%であった。2)鼻症状の改善率は、くしゃみ発作、鼻汁、鼻閉、嗅覚異常および日常生活支障のすべてに改善が認められ、とくに鼻閉は症状の消失例が多く改善率も高かった。鼻粘膜所見の下鼻甲介粘膜炎、鼻腔内の水性分泌量、鼻汁中好酸球数検査も良好な改善を示した。3)アレルギー日記の集計による鼻症状の各項目の平均値推移では、対照観察期間に比較して鼻づまり、嗅覚異常および苦痛の程度は2週目より有意な減少を認め、くしゃみおよび鼻みずは4週目まで有意な減少を認めた。』	『副作用は頭痛1例、胃痛1例を認めたが、服薬中止により症状は軽快した。』		
					A4-32	小青竜湯	通年性鼻アレルギー	馬場駿吉,高坂知郎,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	B:行うことを中等度推奨	『対象 例数:通年性鼻アレルギー患者220例(脱落、除外34例)、年齢:12~72歳(平均29.2歳)、対象:中等症以上 試験デザイン方法:小青竜湯とプラセボとの二重盲検群比較法. 観察期間:小青竜湯1日3.0g、1日3回内服、1週間の対照観察期間後2週間投与. その他:1.併用不可. 救済はタベジール錠服用. 2.自己覚症状. アレルギー日記から判断. 結果・考察:1)全般改善度:中等度以上 小青竜湯群44.6%、プラセボ群18.1%、P<0.001. 2)有用度:有用以上 小青竜湯群46.2%、プラセボ群22.9%、P<0.001. 3)通年性鼻アレルギーに対し、有効、安全かつ有用な薬剤である。』	『副作用:小青竜湯群6.5%、プラセボ群6.4%、差なし。』		
					A4-33	小青竜湯	スギ花粉症	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を用いた評価法. <i>和漢薬学雑誌</i> 1996; 12: 474-5.	II-3:時系列研究,非対照実験	C:中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数:1例,対象:スギ花粉症患者 試験デザイン方法:小青竜湯6g頓服とエビネリン鼻粘膜塗布による鼻腔容積の変化をacoustic rhinometryで計測。 結果・考察:小青竜湯服用により総鼻腔容積は対照と比較して約15%の増加を示したが、エビネリン塗布では約27%の増加が観察された。小青竜湯6.0g服用後およそ90分で効果が発現した。』	n/a		
					A4-34	小青竜湯	通年性鼻アレルギー	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.	II-3:時系列研究,非対照実験	C:中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数:11例,対象:通年性鼻アレルギー患者 試験デザイン方法:小青竜湯エキス顆粒を1回3g1日3回、2週間連日単独投与し、VASを用いた鼻閉塞感の自覚的評価と、Acoustic Rhinometryによる最小鼻腔断面積と鼻腔容積の測定を投薬開始時と開始後1,2週目と終了後1週目に行った。 結果・考察:1)VAS得点は投薬後1,2週目に有意に減少した。投薬終了後1週目には開始時と比べ有意差はなくなった。2)最小鼻腔断面積及び鼻腔容積は1,2週目には有意に増加した。投薬終了後1週目には投薬前と比べ有意差がなくなった。』	n/a		
					A4-35	香甘姜味辛夏仁湯	鼻アレルギー	前田裕彦,松永喬. 鼻アレルギーに対する香甘姜味辛夏仁湯の臨床効果. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1997; 補2: 43-6.	II-3:時系列研究,非対照実験	C:中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数:鼻アレルギー患者(抗原不明)22例、年齢:平均46.3歳、対象:発症後不明 試験デザイン方法:香甘姜味辛夏仁湯エキス製剤2週間投与前後の鼻症状の比較. 観察期間:香甘姜味辛夏仁湯エキス製剤投与量記載なし. その他:1.自覚症状より判定. 2.東洋医学的所見を検討。 結果・考察:1)全般改善度:著明改善9%、中等度改善18%、軽度改善50%、無効23%、悪化0%。2)症状別改善度:改善以上くしゃみ72%、鼻汁65%、鼻閉58%、嗅覚12%。14.日常生活支障度53%。3)鼻粘膜色調別改善度:軽度改善以上 蒼白67%、薄赤90%、赤67%、著明改善は薄赤のみに認められた。4)振水音別改善度:振水音あり、なしで軽度改善以上に差はない。5)腹力別改善度:腹圧で軽度改善以上に差はなかった。6)香甘姜味辛夏仁湯エキス製剤は鼻アレルギーに有効。』	n/a		
					A4-36	麻黄附子細辛湯	スギ花粉症	大橋隆. スギ花粉症患者の鼻症状に対する麻黄附子細辛湯の臨床効果. <i>新薬と臨床</i> 1999; 48: 225-31.	II-3:時系列研究,非対照実験	C:中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数:スギ花粉症患者245例、年齢:6~71歳(平均43.5±11.2)、対象:重症度不明、漢方医学診断にて投与不適とされた患者は除外。 試験デザイン方法:麻黄附子細辛湯を用いた非対照試験. 観察期間:麻黄附子細辛湯エキス製剤1回2カプセル1日6カプセル内服(エキス量1200mg)。その他:1.併用薬禁止. 救済薬として点鼻剤、点眼薬使(内容不明)。2.患者アンケートより判定。 結果・考察:1)全体の印象:効果あり、大変効果ありが80%。2)症状別の評価:くしゃみ効果あり以上79.2%、鼻みず効果あり以上80%、鼻閉効果あり以上73.1%、目のかゆみ効果あり以上60.8%。3)効果発現時間:1時間以内49%、24時間以内68%。4)麻黄附子細辛湯エキス製剤は、スギ花粉症の鼻症状、眼症状に有効。』	『副作用:8例(3.3%) (胃障害、便秘、倦怠感、口内炎、湿疹)。』		
					A4-37	小青竜湯	スギ花粉症	河野英浩,ほか. 小青竜湯エキスのスギ花粉症の鼻症状に対する臨床効果. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 2000; 43: 253-7.	II-3:時系列研究,非対照実験	C:中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数:スギ花粉症患者15例、年齢:20~72歳、平均39.2±16.0歳、対象:軽症5例、中等症10例、重症1例。 試験デザイン方法:小青竜湯エキスを用いた非対照試験. 観察期間:スギ花粉飛散期に小青竜湯エキス錠1回1錠、1日3回(1日量として3900mgエキス量)経口投与により2週間投与. その他:1.併用薬禁止. 2.自己覚所見より判定. さらに花粉飛散量を取り入れた修正改善度も併用。 結果・考察:1)全般改善度:改善が46.7%。著明改善なし。花粉飛散量を考慮した修正全般改善度は改善以上40.0%、著明改善13.3%。2)全般有効度:有用53.3%、極めて有用0%。3)症状別改善度:鼻汁改善が14.3%(有意なし)鼻閉21.4%(有意差あり)、くしゃみ発作14.3%(有意差あり)、眼掻痒感14.3%(有意差あり)、後鼻漏効果なし。4)小青竜湯は花粉症の鼻症状、眼掻痒感の改善に有効で安全である。』	『副作用:なし。』	上記の科学的証拠文献および文献一覧に記載されている。	
					A4-38	小青竜湯	通年性アレルギー性鼻炎	山際幹和. アレルギー性鼻炎. <i>漢方と免疫-アレルギー</i> 2002; 16: 142-60.	II-3:時系列研究,非対照実験	C:中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数:通年性アレルギー性鼻炎患者11例、年齢:19~53歳(平均33.5±10.8歳)、対象:発症後48~240カ月(平均121カ月)、重症度不明。 試験デザイン方法:小青竜湯2週間投与による鼻閉への影響を検討. 観察期間:小青竜湯1日3回9gを1週間のwash out後に2週間投与し、その後5~9日間観察. その他:1.併用薬禁止. 2.自覚症状、VAS評価、他覚症状はacoustic rhinometryで評価. 3.東洋医学所見との対比。 結果・考察:1)Acoustic rhinometry:向鼻腔容積は投与開始前12.08±0.82、投与後5~9日14.53±0.79、投与後12~16日14.37±0.82、投与終了後5~9日13.77±1.10で投与前と比較して投与後16日まで有意に増加した(p<0.05)。2)VASの評価:投与開始前47.8±6.3、投与後5~9日32±5.9、投与後12~16日36.7±6.7、投与終了後5~9日で投与前と比較して投与後16日まで有意に改善した(p<0.05)。3)有効例6例中1例は寒、3例は水滞、1例は水滞傾向、無効例5例中1例のみ寒と水滞。4)小青竜湯は通年性アレルギー性鼻炎の鼻閉にも有効性が高い。5)小青竜湯は寒証で水滞傾向のある患者に効果が高い。』	n/a		
					A4-39	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	中島修. アレルギー性鼻炎に対する抗アレルギー剤・抗ヒスタミン剤と小青竜湯の併用療法. <i>化学療法研究紀要</i> 2004; 34: 34-9.	II-3:時系列研究,非対照実験	C:中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数:30例,対象:アレルギー性鼻炎患者。 試験デザイン方法:小青竜湯と、抗アレルギー剤もしくは抗ヒスタミン剤の併用療法を検討. 観察期間:平均投与期間は64週。 結果・考察:自覚症状は、投与終了時には全例で消失していた。鼻粘膜所見のうち腫脹は全例消失、色調は全例正常化した。』	n/a		
					A4-40	小青竜湯、香甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、桂麻各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯、大青竜湯	成人スギ花粉症	森壽生,嶋崎謙,倉田文秋,ほか. 春季花粉症の麻黄剤を主とした6年間の治療成績. <i>Progress in Medicine</i> 2003; 23: 1925-9.	II-1:非ランダム化比較試験	B:行うことを中等度推奨	『対象:成人スギ花粉症患者 試験デザイン方法:小青竜湯と他の6種類の漢方薬との治療による改善度と有用度の比較検定。 結果・考察:小青竜湯の軽度改善以上の効果は6年間を平均すると70%であり、中等度以上の効果は50%であった。香甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、桂麻各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯の各々と小青竜湯の比較では、いずれの場合も全般改善度、有用度ともに有意差を認めず、有用であった。大青竜湯は小青竜湯に有意差を持って優れた結果を得た。』	n/a		
					A4-41	漢方薬	春季花粉症	三浦於菟. 春季アレルギー性鼻炎の漢方薬治療. <i>東洋医学雑誌</i> 2006; 53: 76-83.	II-3:時系列研究,非対照実験	C:中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数:春季花粉症患者188名、年齢:記載なし. 対象:軽症以上、平成9年~13年の各年の1月初旬から3月末日に来院し、血中特異的IgE抗体陽性で耳鼻科専門医が花粉症と診断した患者。 試験デザイン方法:94種類の漢方薬を証に従って投与する非対照試験. 観察期間:2週間投与. その他:1.西洋薬の投与患者は除外. 2.投与前後で奥田の基準に従って改善度を判定. 3.有効方剤から患者を分類し、特徴を検討。 結果・考察:1)165例(87.9%)に有効、23例(12.2%)無効. 2)有効方剤の薬効別検討から辛温剤(生体温める薬効)投与での有効群51例(30.9%)、辛涼剤(生体を冷ます薬効)投与での有効群(29.7%)、混合群(32.7%)に分類. 3)辛温剤有効群は寒冷時期に発症、虚証の素因、寒証の花柳症. 4)辛涼剤有効群は温暖開始期に発症、虚証少なく、熱証の花柳症. 5)混合群は寒熱半ばする時期に発症し、虚証の素因を有することがあり、寒熱錯雑症の花柳症。』	『副作用記載なし』		
					A4-42	小青竜湯	通年性アレルギー性鼻炎	田中久夫. 2007	II-3:時系列研究,非対照実験	C:中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数:通年性アレルギー性鼻炎患者58例、年齢:平均42.5歳、対象:4週間以上第2世代抗ヒスタミン薬投与後の鼻閉改善効果不十分症例。 試験デザイン方法:小青竜湯とロラタジン併用する非対照試験. 観察期間:小青竜湯2~3回/日、ロラタジン10mg/日を4週間投与. その他:1.他剤併用禁止. 2.鼻閉、眠気、全般症状改善度評価. 3. Epworth sleepiness score (ESS)による睡眠評価. 4. 終夜睡眠ポリグラフ検査を高度日中睡眠症例10例に実施。 結果・考察:1)鼻閉改善29.3%、やや改善46.6%。2)眠気改善17.2%、やや改善50.0%。3)全般症状改善22.4%、やや改善31.0%。4)ESSは治療前後で14.6±2.1、11.5±2.5と有意な改善. 5)SGでは治療前後でAHIスコアは23.3±23.2、21.6±25.9. Arousal Indexスコアは23.4±7.0、13.7±12.3. Srem+S時間(%)は全睡眠で56.6%±14.7、40.3±21.8といずれも治療後に有意に低下. 6)小青竜湯とロラタジンの併用により鼻閉の改善から睡眠の質の向上がみられた。』	『副作用は記載なし』		
A4-43	越婢加朮湯、小青竜湯	アレルギー性鼻炎	稲葉博司,局所・全身的な証を考慮したアレルギー性鼻炎の漢方治療. <i>日本鼻科学会誌</i> 2008; 47: 83-5.	n/a	n/a	『試験デザイン方法:総説 結果・考察:アレルギー性鼻炎の漢方治療の総説. 急性期の場合、粘膜炎が発赤・充血している場合は麻黄の含量が最も多い越婢加朮湯を用い、一方蒼白傾向のときは小青竜湯を選択する。通年性の場合には麻黄剤よりは柴胡剤や補剤を用いる。』	n/a							

漢方CPG Table

『』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 (20CPGs)

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	鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会 (編集委員代表: 大久保公裕 日本医科大学 大学院医学研究科頭頸部・感覚器科学分野 教授)	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	ライフ・サイエ ンス, 2013年1 月15日 改訂第 7版第1刷発行	A4-72	小青竜湯、 葛根湯、香 甘姜味辛夏 仁湯	鼻アレルギー	1) 大山勝. アレルギー性鼻炎と漢方. <i>アレルギーの領域</i> 1995; 2: 49-56. 2) 馬場駿吉, 高板知節, 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. 3) 河野英浩, ほか. 小青竜湯エキス剤の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. 4) 日本東洋医学会学術教育委員会 (編). 入門漢方医学 2002; 30-67. 5) 荻野敏. 漢方薬はどんな患者に有効か? <i>治療</i> 2006; 88: 295-9.	n/a	n/a	治療の中のその他、漢方薬 (Kampo-drugs) の項に、下記の記載がある。 『漢方薬では小青竜湯、葛根湯、香甘姜味辛夏仁湯などが用いられているが、証による病態把握、漢方診断に始まり、病期、病因分類が行われ漢方薬が選択され、経験則に基づいて行われる。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。』	n/a	主な漢方製剤の一覧表に、葛根湯、柴朴湯、小青竜湯、香甘姜味辛夏仁湯の組成・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。	
				ライオン	A4-73	小青竜湯	鼻アレルギー	馬場駿吉, 高板知節, 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.	n/a	n/a	『Clinical Question 7: 漢方薬はどういう患者に有効か。』に対して、下記の記載がある。 『漢方薬の中で、二重盲検試験で有用性が認められたものは小青竜湯のみである。しかし、その有効成分である麻黄を含有する漢方薬は数多く存在し、それぞれ、実際に処方されており、その有用性は認められている。一方で、漢方薬処方の場合には対象患者の「証」を判断した上で、それに沿った処方がある。麻黄は一般に中間証から実証の場合に用いられ、虚証の場合は麻黄の副作用である動悸や胃腸症状が現れやすいため、香甘姜味辛夏仁湯という麻黄の含まない薬が処方される。また基本的には麻黄含有薬は速効性があり、特に鼻閉に対する効果が強い。そして本来長期連用する薬ではない。 漢方治療エビデンスレポート2010が日本東洋医学会のWebサイトに掲載されている。その中の「10. 呼吸器系疾患」の中に小青竜湯を中心としたアレルギー性鼻炎に対する比較試験の論文の概要が述べられている。その中で、森らの花粉症患者に対する小青竜湯と他の漢方薬 (香甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、大青竜湯、桂麻各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯) のランダム化比較試験の結果がまとめられているが、それによれば、大青竜湯が小青竜湯より有効率が高かった以外はすべての報告で小青竜湯と他薬剤との間の成績に有意差はない。抗ヒスタミン薬で眠気が出る患者に麻黄含有の漢方薬を投与するとそれを抑えることができる。』	n/a	※ 冊子体に記載	
				日本東洋医学会Webサイト 漢方治療エビデンスレポート 2010	A4-74	小青竜湯、 その他の漢 方薬 (香甘 姜味辛夏仁 湯、越婢加 朮湯、大青 竜湯、桂麻 各半湯、五 虎湯、麻黄 附子細辛湯)	アレルギー性鼻 炎、花粉症	日本東洋医学会Webサイト 漢方治療エビデンスレポート 2010	n/a	n/a		n/a		
A5	J45.9	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)	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: 推奨する根拠がはっきりしない 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、カプサイシン吸聞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>耳鼻咽喉科展望</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、×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確認、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いって、患者の体質、体力とその時点での病状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医学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目安を示す。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、方剤の変更を行う。 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に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確認、血清中のECPの減少も認めた。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			
				A5-6	柴朴湯	喘息	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			
				A5-8	補中益気湯	喘息	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			

漢方CPG Table

『』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 (20CPGs)

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	L28.2	慢性痒疹診 療ガイドライン	<p>日本皮膚科学会</p> <p>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(症例報告や症例集積研究による) VI: 専門委員会や専門家個人の意見</p> <p>Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる(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こと B: 行うよう勧められる(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I)あるいは非常に良質のIVのエビデンスがあること C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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) C2: 根拠がないので勧められない(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: 行わないよう勧められる(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)</p>	日本皮膚科学会雑誌 第122巻 第1号、2012年1月20日発行	A6-1	大柴胡湯加減	結節性痒疹	田原英一, 新谷卓弘, 中尾紀久世, ほか. 大柴胡湯加減が奏効した結節性痒疹の1例. <i>漢方の臨床</i> 2007; 54: 1107-10.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)	『漢方薬は慢性痒疹に有効か?』に対して、下記の推奨文と解説が記載されている。 『推奨文: 本症が極めて難治であることを考えれば使用を考慮してもよいと思われる。 解説: 慢性痒疹または亜急性性痒疹における漢方薬の治療効果に関する報告はエビデンスレベルとしてはV以下であり、ほとんどが症例報告ないし症例集積研究である。大柴胡湯加減、黄連解毒湯、四物湯、補中益気湯、温清飲、柴芎湯、越婢加朮湯などによる治療が有効であった例が報告されている。』	n/a	慢性痒疹に用いられる主な漢方薬の表中に、温清飲、越婢加朮湯、黄連解毒湯、柴芎湯、四物湯、大柴胡湯加減、補中益気湯(ただし慢性痒疹の保険適用はない)との記載がある。
					A6-2	黄連解毒湯	亜急性単純性痒疹	手塚匡哉. 亜急性単純性痒疹に対する四物湯と黄連解毒湯の使用経験. <i>新薬と臨床</i> 2005; 54: 749-53.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)		n/a	
					A6-3	黄連解毒湯	多形慢性痒疹	1) 手塚匡哉. Bednar'sアфтаを合併した多形慢性痒疹の女性例に対する補中益気湯と黄連解毒湯の使用経験. <i>漢方研究</i> 2004; 388: 15-7. 2) 水島宣昭. 多形慢性痒疹に奏効した黄連解毒湯. <i>老化と疾患</i> 1995; 8: 1649-51.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)		n/a	
					A6-4	四物湯	亜急性単純性痒疹	手塚匡哉. 亜急性単純性痒疹に対する四物湯と黄連解毒湯の使用経験. <i>新薬と臨床</i> 2005; 54: 749-53.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)		n/a	
					A6-5	補中益気湯	多形慢性痒疹	手塚匡哉. Bednar'sアфтаを合併した多形慢性痒疹の女性例に対する補中益気湯と黄連解毒湯の使用経験. <i>漢方研究</i> 2004; 388: 15-7.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)		n/a	
					A6-6	温清飲	痒疹	手塚匡哉. 痒疹に対する温清飲の使用経験. <i>漢方研究</i> 2003; 383: 14-6.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)		n/a	
					A6-7	柴芎湯	難治性全身性痒疹	田中哲二. 月経時に増悪する難治性全身性痒疹に柴芎湯が著効した1例. <i>Progress in Medicine</i> 2000; 20: 2275-7.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)		n/a	
					A6-8	越婢加朮湯	汎発性皮膚そう痒症	三田哲郎, 安江厚子. 汎発性皮膚そう痒症に対する越婢加朮湯の使用経験. <i>漢方診療</i> 1987; 6: 41-4.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(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)		n/a	

漢方CPG Table

『』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 (20CPGs)

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	L29.8	汎発性皮膚 そう痒症診療 ガイドライン	日本皮膚科学会 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(症例報告や症例集積研究によ る) VI: 専門委員会や専門家個人の意見 Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる(少なくとも1つの有 効性を示すレベルIもしくは良質のレベルIIの エビデンスがあること) B: 行うよう勧められる(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: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠 がない(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) C2: 根拠がないので勧められない(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: 行わないよう勧められる(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 第122 巻 第2号、 2012年2月20 日発行	A7-1	漢方薬	皮膚そう痒症	1	(漢方薬全体として) C1: 行うことを考慮し てもよいが、十分な 根拠がない(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)	1	『漢方薬は皮膚そう痒症に有効か?』に対して、以下の推奨文と解説が記載されている。 『推奨文: 本症が治療抵抗性であることを考えれば使用を考慮してもよいと思われる。 解説: 老人性皮膚そう痒症については以下に示すランダム化比較試験が報告されている。』	n/a		
					A7-2	黄連解毒湯	老人性皮膚そう痒症	五大学共同研究班. 老人性皮膚そう痒症に対するTJ-15、TJ-107の使用経験. <i>西日本皮膚科</i> 1991; 53: 1234-41.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	1	『黄連解毒湯(中~実証を対象)、牛車腎気丸(中~虚証を対象)を用いたランダム化比較試験において、両者ともフマル酸クレマステン(タペジール)と同等の効果がみられている。』	n/a		
					A7-3	牛車腎気丸	老人性皮膚そう痒症							
					A7-4	当帰飲子	老人性皮膚そう痒症	飯田利博, 西山千秋, 鈴木啓之. 老人性皮膚そう痒症に対する当帰飲子の内服と甘草抽出エキス配合入浴剤の併用効果. <i>日本東洋医学雑誌</i> 1996; 47: 35-41.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	1	『当帰飲子と甘草エキス配合入浴剤の併用効果を検討し、当帰飲子単独と甘草エキス配合入浴剤単独、両者併用いずれにおいても角層水分量の改善をみている。しかし乾燥が改善した症例においてそう痒が軽減したのは半数以下であった。』	n/a		
					A7-5	甘草エキス配合入浴剤	老人性皮膚そう痒症							
					A7-6	八味地黄丸	老人性皮膚そう痒症	石岡忠夫, 青井礼子. 老人性皮膚そう痒症に対する八味地黄丸とフマル酸ケトチフェンの薬効比較. <i>新薬と臨床</i> 1992; 41: 2603-8.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	1	『八味地黄丸とフマル酸ケトチフェン(ザジテン)を用いたクロスオーバー法によるランダム化比較試験で両者とも有意差なく78%の有効性が確認されている。』	n/a		
					A7-7	八味地黄丸	老人性皮膚そう痒症	石岡忠夫. 老人性皮膚そう痒症に対する六味丸と八味地黄丸の薬効比較. <i>Therapeutic Research</i> 1995; 16: 1497-504.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	1	『八味地黄丸と六味丸との比較試験においても両者に同等の有効性が示されている。』	n/a		
					A7-8	六味丸	老人性皮膚そう痒症							
					A7-9	当帰飲子	皮膚そう痒症	大熊守也. 皮膚そう痒症の漢方薬による治療. <i>和漢医薬学会誌</i> 1993; 10: 126-30.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	1	『皮膚そう痒症患者に対して当帰飲子と黄連解毒湯の併用で抗ヒスタミン薬と同等の効果を示しているが、患者の年齢分布や基礎疾患などの詳細な情報は記載されていない。』	n/a		
					A7-10	黄連解毒湯	皮膚そう痒症							
					A7-11	黄連解毒湯	皮膚そう痒症	1) 赤松浩彦, 石井洋光, 石井澄, ほか. 血液透析患者の痒みに対する黄連解毒湯の効果. <i>漢方と最新治療</i> 2004; 13: 75-9. 2) 川嶋朗, 班目健夫, 小川哲也, ほか. 維持透析患者の合併症に対する漢方薬の応用. <i>日本透析医学会雑誌</i> 2008; 23: 195-200. 3) 大和田章, 権貝達夫. 保存期腎不全患者のそう痒症に対する黄連解毒湯の効果. <i>腎と透析</i> 1998; 44: 283-6. 4) 川合弘道, 高木智恵子, 塚田義人, ほか. 透析そう痒症に対する黄連解毒湯の効果の検討. <i>臨床透析</i> 1995; 11: 389-96.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	1				
					A7-12	温清飲	皮膚そう痒症	1) 川嶋朗, 班目健夫, 小川哲也, ほか. 維持透析患者の合併症に対する漢方薬の応用. <i>日本透析医学会雑誌</i> 2008; 23: 195-200. 2) 北裕次, 補見博明, 畑中淳治. 透析患者の皮膚そう痒症に対する漢方製剤の効果. <i>新薬と臨床</i> 1984; 33: 283-8. 3) 阿部富弥, 北裕次, 補見博明. 透析患者の皮膚そう痒症に対する漢方製剤の応用. <i>医学と薬学</i> 1983; 9: 1777-81.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	1	『腎不全や透析患者の皮膚そう痒症における漢方薬内服療法については記述研究がほとんどである。症例集積研究としてその効果が報告されているものは、黄連解毒湯、温清飲、当帰飲子などである。』	n/a		
					A7-13	当帰飲子	皮膚そう痒症	1) 川嶋朗, 班目健夫, 小川哲也, ほか. 維持透析患者の合併症に対する漢方薬の応用. <i>日本透析医学会雑誌</i> 2008; 23: 195-200. 2) 北裕次, 補見博明, 畑中淳治. 透析患者の皮膚そう痒症に対する漢方製剤の効果. <i>新薬と臨床</i> 1984; 33: 283-8. 3) 阿部富弥, 北裕次, 補見博明. 透析患者の皮膚そう痒症に対する漢方製剤の応用. <i>医学と薬学</i> 1983; 9: 1777-81. 4) 岩本一郎, 堀内ひろみ, 今田聡雄, ほか. 腎疾患と漢方治療 QOL: 透析患者の皮膚そう痒症と当帰飲子. <i>現代医療学</i> 1994; 9: 63-8.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	1				

漢方CPG Table

『』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 (20CPGs)

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
A8	L50	蕁麻疹診療ガイドライン	日本皮膚科学会 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 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: 行うよう強く勧められる (少なくとも1つの有効性を示すレベルIもしくは良質のレベルIIのエビデンスがあること) B: 行うよう勧められる (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IIIあるいは非常に良質のVIのエビデンスがある) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない (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) C2: 根拠がないので勧められない (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: 行わないよう勧められる (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 第121巻 第7号、2011年6月20日発行	A8-1	漢方薬	慢性蕁麻疹	1) 夏秋優. 慢性蕁麻疹に対する漢方治療. <i>MB Derma</i> 2005; 105: 42-6. 2) 小林裕美. 蕁麻疹. 漢方内科学 2007; 704-5. 3) 二宮文乃. 蕁麻疹. 皮膚疾患の漢方治療 2008; 139-46. 4) 橋本喜夫. 各種皮膚疾患に対する漢方療法-病名投与法と漢方診療問診表による方剤の選択-. 皮膚科における漢方治療の現況 11 1999; 3-27.	V~VI 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	C1~C2 C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない (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) C2: 根拠がないので勧められない (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)	『CQ9-7 慢性蕁麻疹に漢方薬の併用は有用か』に対して、下記の推奨文と解説が記載されている。 『推奨文: 抗ヒスタミン薬のみでは効果不十分な慢性蕁麻疹に対し、抗ヒスタミン薬と漢方薬の併用は他に適当な治療法のない難治例に限り試してもよい。』 解説: 慢性蕁麻疹の漢方薬による治療については、有効性を示唆する多数の症例報告や専門家の意見がある。しかし、使用された漢方薬の種類は多数に及び、治療効果が漢方薬の直接的効果に起因するか否かの検証が不十分なものも多い。また、個々の症例の証にもとづいて処方内容を決定する漢方医学の立場では、慢性蕁麻疹に対して普遍的に有効性を期待し得る薬種はなく、日本東洋医学会のEBM委員会から発表されている漢方治療エビデンスレポート2010 (http://www.jsom.or.jp/medical/ebm/er/index.html#anchor16)でも、蕁麻疹に関する記載はない。そのため、個々の症例の証を踏まえた薬種の選択がなされる場合を除き、慢性蕁麻疹に一律に漢方薬を併用することは推奨しない。しかし、明確な有害性を示す、または積極的に効果を否定するエビデンスもないことから、他に方法がない難治例に限り試してみることが否定しない。』	n/a	特発性の蕁麻疹に対する薬物治療手順の図中の補助的治療薬の欄に、漢方薬の記載がある。 エビデンスレベルと推奨度のレベル判定は、皮膚悪性腫瘍診療ガイドラインに示された基準に従っている。
A9	L63	日本皮膚科学会円形脱毛症診療ガイドライン 2010	日本皮膚科学会 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 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: 行うよう強く勧められる (少なくとも1つの有効性を示すレベルIもしくは良質のレベルIIのエビデンスがあること) B: 行うよう勧められる (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III, あるいは非常に良質のIVのエビデンスがあること) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない (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: 根拠がないので勧められない (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: 行わないよう勧められる (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 第120巻 第9号、2010年8月20日発行	A9-1	漢方薬	円形脱毛症	中島一. 円形脱毛症の漢方治療. <i>現代東洋医学</i> 1992; 13: 26-30.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C2: 根拠がないので勧められない (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)	『CQ15 漢方薬は有益か』に対して下記の推奨文と解説が記載されている。 『推奨文: 現時点では推奨できない。』 『解説: 漢方薬単独の治療効果をみた臨床試験はないが、3報の症例集積報告をみる。49症例に対して柴胡加竜骨牡蠣湯を始め11種の漢方薬を使用した報告では、通常型、全頭型、汎発型いずれでも脱毛範囲が縮小した。また、9例に柴胡加竜骨牡蠣湯を他の内服薬や外用剤などと併用した報告では、著効例は4例、有効例は3例であった。しかしいずれの報告も評価基準、再発の有無、併用療法単独での治療例との効果比較、自然治癒率をしのご効果があるのか、等の基本的な疑問への回答はない。また病型不明の患者42例に、漢方薬、PUVA、液体窒素を単独、もしくは組み合わせで治療し、漢方の有効性を評価した報告でも、その有益性は判断しない。以上のように、漢方薬の有益性は現段階では十分に裏証されていない。今後の臨床試験で十分に検証されるまでは、日常診療においては使用を控えるべきであろう。』	n/a	
				A9-2	半夏厚朴湯	脱毛症	大熊守, ほか. 脱毛症の漢方療法 半夏厚朴湯内服 紫外線らびに凍結療法による治療. <i>和漢医薬学雑誌</i> 1998; 15: 422-3.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C2: 根拠がないので勧められない (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)				
				A9-3	柴胡加竜骨牡蠣湯	円形脱毛症	大草康弘. 円形脱毛症における柴胡加竜骨牡蠣湯の使用経緯. <i>漢方診療</i> 1997; 16: 24-6.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C2: 根拠がないので勧められない (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)				

漢方CPG Table

『』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 (20CPGs)

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		
A10	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I)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I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	A10-1	荊芥連翹湯	疥癬(面皰)	橋本喜夫, 松尾忍, 飯塚一. ゴ瘡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 ゴ瘡(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: ゴ瘡(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: ゴ瘡に対しては、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症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ワ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ロ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陈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に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、ゴ瘡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		
					A10-2	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			
					A10-3	十味敗毒湯	疥癬(面皰)								n/a
					A10-4	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.	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	
					A10-5	桂枝茯苓丸 十箇チン高湯	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.						n/a	
					A10-6	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				n/a	
					A10-7	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				n/a	
					A10-8		疥癬(面皰)	1) 武市牧子. ゴ瘡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				n/a	
					A10-9	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	
					A10-10	十味敗毒湯	疥癬(炎症性皮膚)	1) 武市牧子. ゴ瘡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	
					A10-11	荊芥連翹湯	疥癬(炎症性皮膚)	橋本喜夫, 松尾忍, 飯塚一. ゴ瘡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	
					A10-12	清上防風湯	疥癬(炎症性皮膚)							n/a	
					A10-13	荊芥連翹湯	疥癬(炎症性皮膚)	武市牧子. ゴ瘡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	
					A10-14	清上防風湯	疥癬(炎症性皮膚)							n/a	
					A10-15	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	
					A10-16	黄連解毒湯	疥癬(炎症性皮膚)	1) 武市牧子. ゴ瘡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	
					A10-17	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	
					A10-18	温経湯	疥癬(炎症性皮膚)							n/a	
					A10-19	桂枝茯苓丸	疥癬(炎症性皮膚)	1) 武市牧子. ゴ瘡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	
					A10-20	桂枝茯苓丸 十箇チン高湯	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.						n/a	

漢方CPG Table

『』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 (20CPGs)

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その要約	13 副作用に関する記載ないその要約	14 備考
A11	M34.0	全身性強皮症診療ガイドライン	日本皮膚科学会 全身性強皮症診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 佐藤伸一 東京大学大学院医学系研究科皮膚科学) Strength of Evidence I: システマティック・レビュー/RCTのメタアナリシス 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 IVa: 分析疫学的研究 (コホート研究) IVb: 分析疫学的研究 (症例対照研究、横断研究) V: 記述的研究 (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: 強い科学的根拠があり、行うよう強く勧められる B: 科学的根拠があり、行うよう勧められる C1: 科学的根拠はないが、行うよう勧められる C2: 科学的根拠がなく、行わないよう勧められる D: 無効性あるいは害を示す科学的根拠があり、行わないよう勧められる	日本皮膚科学会雑誌 第122巻 第5号、2012年	A11-1	六君子湯	上部消化管の症状	1) Tatsuta M, Iishi H. Effect of treatment with liu-jun-zi-tang (TJ-43) on gastric emptying and gastrointestinal symptoms in dyspeptic patients. <i>Alimentary Pharmacology and Therapeutics</i> 1993; 7: 459-62. 2) Takahashi T, Endo S, Nakajima K, et al. Effect of rikkunshito a Chinese herbal medicine, on stasis in patients after pylorus-preserving gastrectomy. <i>World Journal of Surgery</i> 2009; 33: 296-302.	IVb: 分析疫学的研究 (症例対照研究、横断研究)	C1: 科学的根拠はないが、行うよう勧められる	『CQ4 六君子湯は上部消化管の症状に有用か』に対して、下記の記載がある。 『推定文: 六君子湯も上部消化管蠕動運動異常の症状の治療薬として考慮しても良い。 解説: 漢方薬の六君子湯 (2.5g・3回/日) はSS【全身性強皮症】でのエビデンスはないが、胃壁運動を促進し、胸焼け、膨満感、悪心等の症状を改善することで、上部消化管の症状を改善する薬剤として期待される。』	n/a	
					A11-2	大建中湯	小腸・大腸の蠕動運動低下	Tokita Y, Yuzurihara M, Sakaguchi M, et al. The pharmacological effects of Daikenchuto, a traditional herbal medicine on delayed gastrointestinal transit in rat postoperative ileus. <i>Journal of Pharmacological Sciences</i> 2007; 104: 303-10.	IVa: 分析疫学的研究 (コホート研究)	C1: 科学的根拠はないが、行うよう勧められる	『CQ12 小腸・大腸の蠕動運動低下に大建中湯は有用か』に対して、下記の記載がある。 『推定文: 小・大腸の蠕動運動低下に大建中湯での治療を考慮しても良い。 解説: 大建中湯による消化管蠕動運動の改善作用を示す基礎研究は多く、症例報告レベルながら実際の患者において消化管の蠕動運動改善作用を示す報告がみられる。しかし、SS【全身性強皮症】の消化管蠕動運動低下に対して有効であると十分な研究結果はない。』	n/a	
A12	M79.0	線維筋痛症診療ガイドライン2013	線維筋痛症診療ガイドライン2013作成委員会 (委員長: 松本美富士 独立行政法人名古屋市総合医療センター内科・リウマチ科顧問) Strength of Evidence I: systematic review, メタ解析によるデータ IIa: 1つ以上のランダム化試験によるデータ IIb: 非ランダム化試験によるデータ III: 分析疫学的研究によるデータ、例: Case-Control Studyなど IV: 記述疫学的研究によるデータ、例: 何例中何例が有効であったなど V: 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	日本医事新報社、2013年3月10日 第1版発行	A12-1	十全大補湯、アコニンサン	線維筋痛症	戸田克広. 線維筋痛症がわかる本 2010	IV: 記述疫学的研究によるデータ、例: 何例中何例が有効であったなど (本邦ではV: 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)	C: 行うよう勧められるだけの根拠が明確でない	エビデンスに基づく薬物治療 (海外の事例を含む) の項に、下記の記載がある。 『漢方薬: 適切な診断基準を用いた研究に限定すると、十全大補湯 (10人中2人で有効) とアコニンサン以外は症例報告があるのみである。食前あるいは食間に投薬すべきという説にはエビデンスがないため、食後に投与しても問題はない。』	n/a	
					A12-2	アコニンサン	線維筋痛症	戸田克広. エビデンスに基づく薬物治療 (海外の事例を含む) . 日本線維筋痛症学会編. 線維筋痛症診療ガイドライン 2011: 93-105.	IV: 記述疫学的研究によるデータ、例: 何例中何例が有効であったなど	C: 行うよう勧められるだけの根拠が明確でない	エビデンスに基づく薬物治療 (海外の事例を含む) の項に、下記の記載がある。 『アコニンサン: 加圧加熱処理をして附子の毒性を減じた加工附子末である。対照群のない日本の研究で、9歳/日を3カ月以上投与すると23人中11人 (47.8%) で患者の自己評価が改善した。』	n/a	
					A12-3	アコニンサン	線維筋痛症	戸田克広. アコニンサンは線維筋痛症にはあまり有効ではない. 日本線維筋痛症学会 第4回学術集会プログラム・抄録集 2012: 90.	IV: 記述疫学的研究によるデータ、例: 何例中何例が有効であったなど	C: 行うよう勧められるだけの根拠が明確でない	エビデンスに基づく薬物治療 (海外の事例を含む) の項に、下記の記載がある。 『アコニンサン: 対照群のない日本の研究でFM【線維筋痛症】患者11人に9歳を平均34.4日投与すると1人で痛みが90~95%になり、1人で痛みが少し軽減したが副作用で中止となり、9人で鎮痛効果がなくそのうち3人では副作用で投薬が中止となった。証を考慮する必要がある。』	n/a	
					A12-4	漢方薬	線維筋痛症	班目健夫, 田中朱美, 川嶋朗. 疼痛が消失した線維筋痛症の2症例. <i>治療</i> 2007; 89: 2385-8.	n/a	n/a	治療の中の非薬物療法: 統合医療の項に、下記の記載がある。 『その他の治療法: 小児の線維筋痛症では低体温と冷えの問題は重大であるが、成人でも状況は同じである。単純な漢方治療では線維筋痛症には多少の疼痛軽減効果の症例報告が散見されるが、冷えの改善に留意した漢方治療では疼痛が完全に消失した症例報告がある。』	n/a	
					A12-5	アコニンサン	線維筋痛症	三木健司, 後藤真, 行岡正雄, ほか. 慢性疼痛疾患: 線維筋痛症とリウマチ性脊椎関節炎の治療反応の相違. <i>日本脊椎関節炎研究会誌</i> 2010; 2: 79-87.	n/a	n/a	治療の中の非薬物療法: 統合医療の項に、下記の記載がある。 『その他の治療法: 生薬単独投与では附子剤であるアコニンサン (エビデンスIV 推奨度C) は一般的には、疼痛緩和効果とともに冷えの改善にも効果があり、線維筋痛症のVASで判定した疼痛緩和に有効であった。』	n/a	巻末の添付資料の非薬物療法 (統合医療の観点から) の中に、冷えの改善: アコニンサン 疼痛緩和効果、冷えの改善に有効との記載がある。
A13	N40	前立腺肥大症診療ガイドライン	日本泌尿器科学会 前立腺肥大症診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 本間之夫 東京大学大学院医学系研究科泌尿器外科学教授) Strength of Evidence I: 大規模なRCTで結果が明らかな研究 II: 小規模なRCTで結果が明らかな研究 III: 無作為割り付けに不十分な比較対照研究 IV: 前向き対照のない観察研究 V: 後ろ向きの症例研究か専門家の意見 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 C1: 行ってもよい C2: 行うよう勧められない D: 行わないよう勧められる 保留: 推奨のグレードを決められない	リッチヒルメディカル、2011年6月25日 第1版第1刷発行	A13-1	八味地黄丸	前立腺肥大症	n/a	n/a	C1: 行ってもよい	その他の薬剤の項に、下記の記載がある。 『漢方薬 (八味地黄丸、牛車腎気丸) 検索で19論文があり、うち牛車腎気丸に関する2編を引用した。 有効性を支持する根拠は十分でないが、牛車腎気丸は他剤との併用にて有効との報告がある (レベル2: 単独の大規模RCTまたは複数の小規模RCTに裏付けられる) 八味地黄丸はBPH【前立腺肥大症】に反応があるが明確な根拠は認めない。牛車腎気丸は八味地黄丸に牛膝と車前子を加え、附子を增量した漢方製剤である。タムスロシン使用後も過活動膀胱症状が続くBPHに対して牛車腎気丸を追加投与するクロスオーバー・非盲検RCTでは、追加投与群で有意なQOLの改善があった。 BPHを中心とする前立腺疾患に、タムスロシン、ナフトビジルなどで尿量の改善が不十分な場合に牛車腎気丸を投与すると、尿流量、IPSS、QOLスコアの有意な改善を認めた。』	n/a	
					A13-2	牛車腎気丸	前立腺肥大症	石塚修, 山西友典, 後藤百万, ほか. LUTS: 新たなエビデンス. 漢方製剤の臨床応用. 牛車腎気丸を中心として. <i>Urology View</i> 2009; 7: 81-4.	II: 小規模なRCTで結果が明らかな研究	C1: 行ってもよい	n/a	前立腺肥大症の治療法 (泌尿器科専門医向け) - 1. 薬物療法の表中のその他の薬剤に、漢方薬 (八味地黄丸、牛車腎気丸) の記載がある。	
					A13-3	牛車腎気丸	前立腺肥大症	藤内靖喜, 渡部明彦, 布施秀樹. 前立腺疾患における蓄尿障害に対する牛車腎気丸の効果-漢方治療の基礎研究と今後の方向性について. <i>泌尿器科紀要</i> 2008; 54: 463-6.	V: 後ろ向きの症例研究か専門家の意見	C1: 行ってもよい	n/a	前立腺肥大症に保険適応のある薬剤の表中のその他の薬剤に、八味地黄丸と牛車腎気丸の用法・用量が記載されている。	

漢方CPG Table

『』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 (20CPGs)

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
A14	N40-N51	男性下部尿路症状診療ガイドライン	<p>日本排尿機能学会 男性下部尿路症状診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 本間之夫 東京大学)</p> <p>Strength of Evidence (論文のレベル) 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: 無作為割付けによらない対照を有するもの IV: 無作為割付けによらない過去の対照を有するもの V: 対照のない症例集積研究、専門家の意見</p> <p>Strength of Evidence (根拠のレベル) A: 2つ以上のレベルの研究に裏付けられる B: 1つのレベルの研究に裏付けられる C: レベルIIの研究に裏付けられる D: レベルIIIの研究に裏付けられる E: レベルIV, Vの研究に裏付けられる</p> <p>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: 行うよう勧めるだけの根拠が明確でない c+: 行ってもよい c-: 行うよう勧められない d: 行わないよう勧められる</p>	ブラックウェルパブリッシング、2008年9月20日 第1版第1刷発行	A14-1	牛車腎気丸	男性下部尿路症状	Zhang X, Ishizuka O, Tanabe T, et al. Effects of goshajinkigan (niu-che-sen-qi-wan) for resimiferatoxin-sensitive afferents on detrusor overactivity induced by acetic acid in conscious rats. <i>American Journal of Chinese Medicine</i> 2006; 34: 285-93.	E: レベルIV, Vの研究に裏付けられる	c+: 行ってもよい	<p>その他の内服薬の漢方薬 (八味地黄丸・牛車腎気丸) の項に、下記の記載がある。 『検索では5編の論文があったが引用すべき論文はなく、基礎研究論文1編と総説論文1編を引用した。 有効性を支持する根拠は乏しい。 牛車腎気丸は、ラットを用いた実験で、膀胱内酢酸注入によって誘発される排尿筋過活動を抑制することが報告されており、八味地黄丸と同様に、男性の下部尿路症状の改善目的で使用されている。しかし、ともに、臨床的に有効性を支持する根拠は乏しい。』</p>	『有害事象はまれで軽微である。』 『有害事象はみるべきものはなかった。』	論文そのものは、レベルI (大規模のRCTで結果が明らかなもの) とされているが、この論文は総説であり、他の薬剤が大規模のRCTであるため、レベルIIに該当している。牛車腎気丸や八味地黄丸についてはない。
					A14-2	牛車腎気丸	男性下部尿路症状	Ishizuka O, Nishizawa O, Hirao Y, et al. Evidence-based meta-analysis of pharmacotherapy for benign prostatic hypertrophy. <i>International Journal of Urology</i> 2002; 9: 607-12.	E: レベルIV, Vの研究に裏付けられる	c+: 行ってもよい			
					A14-3	八味地黄丸	男性下部尿路症状	Ishizuka O, Nishizawa O, Hirao Y, et al. Evidence-based meta-analysis of pharmacotherapy for benign prostatic hypertrophy. <i>International Journal of Urology</i> 2002; 9: 607-12.	E: レベルIV, Vの研究に裏付けられる	c+: 行ってもよい			

漢方CPG Table

『』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 (20CPGs)

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	
A15	N46 N70-N77 N80-N98	産婦人科診療ガイドライン 婦人科外未 編 2011	日本産科婦人科学会、日本産婦人科医学会 ガイドライン作成委員会(委員長:八重樫伸生 東北大学) Strength of Evidence I:よく検討されたランダム化比較試験成績 II:症例対照研究成績あるいは繰り返し観察されている事象 III:I III以外、多くは観察記録や臨床的印象、 又は権威者の意見 Strength of Recommendation A: (実施すること等) 強く勧められる B: (実施すること等) 勧められる C: (実施すること等) 考慮される (考慮の 対象となる、という意味)	日本産科婦人科学会事務 局、2011年2月 16日 初版第1 刷発行	A15-1	漢方薬	筋層内・漿膜下子宮筋腫		n/a	n/a	n/a	『CQ219 筋層内・漿膜下子宮筋腫で保存療法を希望する場合の対応はどうか?』の項の解説に、『対症療法:漢方薬を投与することもある。』と記載がある。	n/a	
					A15-2	当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、桃核承気湯、当帰建中湯など	機能性月経困難症	大屋敦子,花輪壽彦,竹下俊行. 月経困難症の漢方療法. 産婦人科治療 2009; 98: 51-4.	III: I III以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見	C: (実施すること等) 考慮される	『CQ301 機能性月経困難症の治療は?』の項に、下記の記載がある。 『Answer 2.漢方薬あるいは鎮痛薬を投与する。 解説:漢方薬により月経困難症を効果的に治療できる可能性がある。当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、桃核承気湯、当帰建中湯などから、漢方医学的診断に基づいて処方する。漢方薬治療に即効性はないが4ないし12週間の投与で症状の改善を期待できる。なお芍薬甘草湯は月経痛が激しい場合に頓服で用いることができる。』	n/a		
					A15-3	芍薬甘草湯	月経痛		n/a	n/a	C: (実施すること等) 考慮される		n/a	
					A15-4	補中益気湯、八味地黄丸、柴胡加竜骨牡蛎湯など	男性不妊(乏精子症)	布施秀樹,山口徹,北原光夫. 男性不妊. 今日の治療指針 2007年度版 2007: 812-3.	III: I III以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見	C: (実施すること等) 考慮される	『CQ313 男性不妊治療は?』に対する『Answer 1. 乏精子症に薬物療法を行う』の解説の項に、下記の記載がある。 『副作用の少ない非内分泌療法が多く行われ、ビタミン剤(ビタミンB ₁₂ 、ビタミンE)、カリシメナーゼ、漢方製剤(補中益気湯、八味地黄丸、柴胡加竜骨牡蛎湯、など)が用いられることが多い。しかし、作用機転は必ずしも明確でない。』	n/a		
					A15-5	補中益気湯	男性不妊(乏精子症)		n/a	n/a	C: (実施すること等) 考慮される	『CQ313 男性不妊治療は?』に対する『Answer 1. 乏精子症に薬物療法を行う』の解説の項に、下記の記載がある。 『補中益気湯は男性ホルモン増強作用、免疫賦活、抗ストレス作用、血管拡張作用があるとされ、最も臨床的有効性が期待できるといわれる薬剤である。』	n/a	
					A15-6	漢方薬	更年期障害		n/a	n/a	C: (実施すること等) 考慮される	『CQ412 更年期障害の治療は?』の項に、下記の記載がある。 『Answer 3. 症状がいわゆる不定愁訴と呼ばれる多彩な症状を訴える場合には漢方療法を用いる。』 『解説:更年期障害の治療法は薬物療法と非薬物療法に分類され、症状の種類、程度によりどれを選択するか考慮する。薬物療法にはエストロゲン製剤、漢方薬、向精神薬などがあり、症状の種類や程度を考慮しながら適切な薬物の選択を行う。』 『漢方治療については、CQ414参照。』	n/a	
					A15-7	当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、加味逍遙散など	更年期障害	日本更年期医学会編 更年期医療ガイドブック 2008	III: I III以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見	C: (実施すること等) 考慮される	『CQ414 更年期障害における漢方治療・代替医療はどのように行うか?』の解説の項に、下記の記載がある。 『Answer 1.漢方処方としては当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、加味逍遙散などを中心に用いる。 解説:漢方薬は現在保険診療で投薬可能であり、日本における代替医療の主流であると思われる。表に更年期症状に対して保険適用のある処方を示す。婦人にみられる特有の生理現象に関連して起こる精神神経症状を基調とするさまざまな症状を「血の道症」と呼ぶが、「血の道症」に適用のある処方も更年期障害に対して使用可能である。』	n/a	更年期障害・血の道症に対して保険適用のある漢方処方の表中に、「更年期障害」として適用があるもの:柴胡桂枝乾姜湯、当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、温清飲、五積散、通導散、温経湯、三黄瀉心湯 「血の道症」として適用があるもの:柴胡桂枝乾姜湯、加味逍遙散、温清飲、女神散、四物湯、三黄瀉心湯、川キュウ茶調散、桂枝茯苓丸加ヨク苳仁と記載されている。	
					A15-8	当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、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 1991; 63: 199-202.	III: I III以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見	C: (実施すること等) 考慮される	『CQ414 更年期障害における漢方治療・代替医療はどのように行うか?』の解説の項に、下記の記載がある。 『漢方治療は中国・日本古来の伝統医学に基づき、西洋医学とは異なる独特の医学体系を用いており、本来は診断の結果でその患者のいわゆる「証」を決定し投薬を行う必要があるが、更年期障害に対しては女性に大漢方と呼ばれる「当帰芍薬散」「加味逍遙散」「桂枝茯苓丸」を病名処方することにより、更年期症状のかなりの部分をカバーできると考えられている。およびその投薬の目安としては、「当帰芍薬散」比較的体力の低下したひよと(虚証)、冷え症・貧血傾向・浮腫を自覚に、「桂枝茯苓丸」体液中中等度もしくはそれ以上のひよと(実証から中間証)、のぼせて赤ら顔で下腹部の抵抗や圧痛を自覚に、「加味逍遙散」比較的虚弱なひよと(中間証から虚証)、疲労しやすく、不眠、イライラなどの精神神経症状を自覚に用いるとされる。』	n/a		
					A15-9	漢方薬	更年期障害	日本東洋医学会学術教育委員会編 入門漢方医学 2002.	III: I III以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見	C: (実施すること等) 考慮される	『CQ414 更年期障害における漢方治療・代替医療はどのように行うか?』の解説の項に、下記の記載がある。 『漢方治療は西洋医学とは本質的に異なる医学体系に基づいており、例えばホットフラッシュに対しても複数の薬剤が使用しうるなど、いわゆる西洋医学的なEBMからの解析が困難である側面を持つ。』	n/a		
					A15-10	加味逍遙散	更年期障害	樋口毅,飯野香理,阿部和弘,ほか. 更年期障害の精神神経症状に対するホルモン補充療法、加味逍遙散投与の効果の比較. 日本更年期医学会雑誌 2009; 17: 109.	I:よく検討されたランダム化比較試験成績	C: (実施すること等) 考慮される		『CQ414 更年期障害における漢方治療・代替医療はどのように行うか?』の解説の項に、下記の記載がある。 『近年、HRTと漢方治療との有効性に関しては、ランダム化比較試験を含めて報告が増えており、更年期障害における漢方治療の有効性を裏付けられるものである。』	n/a	
					A15-11	漢方薬	更年期障害	日本東洋医学会EBM特別委員会エビデンスレポート・タスクフォース:漢方治療エビデンスレポート2009 -320のRCT-(http://www.jsom.or.jp/medical/ebm/cr/pdf/ERKA.pdf)		n/a	C: (実施すること等) 考慮される		n/a	
					A15-12	漢方薬	薬物有害事象	日本東洋医学会学術教育委員会編 入門漢方医学 2002.	III: I III以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見		B: (実施すること等) 勧められる	『CQ414 更年期障害における漢方治療・代替医療はどのように行うか?』の項に、下記の記載がある。 『Answer 3.漢方治療・代替医療においても薬物有害事象に注意を払う。 解説:欧米においては、ハーブを用いた代替医療がもたらす肝機能障害などの副作用に対する注意喚起が推奨されているが、漢方治療についても同様である。日本では保険診療により医療機関での漢方治療がなされてきた歴史的経緯より、欧米と比較して各薬剤特異的な副作用(甘草による偽性アルドステロン症、小柴胡湯による間質性肺炎など)についてのデータが十分蓄積されており、これらを考慮したうえで投薬する。』	n/a	
					A15-13	当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、桃核承気湯など	月経前症候群		n/a	n/a	B: (実施すること等) 勧められる	『CQ418 月経前症候群の診断・管理』に対する『Answer 3. 治療にはカウンセリング、生活指導、薬物療法(対症療法、精神安定剤、利尿剤)を選択する』の解説の項に、下記の記載がある。 『薬物療法として、軽症の場合は対症療法としての精神安定剤、利尿剤、鎮痛剤などを適宜用いる。そのほか、本邦では当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、桃核承気湯などの漢方薬もよく用いられる。』	n/a	

漢方CPG Table

『』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 (20CPGs)

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
A16	N94	エビデンスに基づいた月経前不快気分障害 (PMDD) の薬物治療ガイドライン	「平成20～22年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 (20委-1) 気分障害の治療システムの開発と検証に関する研究」分担研究班 Strength of Evidence 1) 大規模 (各群100症例以上) のプラセボ対照RCTによる報告 2) 中規模 (各群50症例以上) のプラセボ対照RCTによる報告 3) 小規模 (各群50症例未満) のプラセボ対照RCTや、プラセボ以外を対照薬としたRCTによる報告 4) ランダム化されていない対照比較試験やオープンスタディによる報告 (症例集積報告) Strength of Recommendation A: 最も推奨度の高い治療法 B: 次に推奨度の高い治療法 C: 3番目に推奨度の高い治療法 D: 最も推奨度の低い治療法	臨床精神医学第40巻第2号、2011年2月発行	A16-1	加味逍遙散	月経前不快気分障害 (PMDD)	1) Yamada K, Kanba S. Herbal medicine (Kamishoyo-san) in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. <i>Journal of Clinical Psychopharmacology</i> 2002; 22: 442. 2) Yamada K, Kanba S. Effectiveness of kamishoyo-san for premenstrual dysphoric disorder: open-labeled pilot study. <i>Psychiatry and Clinical Neurosciences</i> 2007; 61: 323-5.	4) ランダム化されていない対照比較試験やオープンスタディによる報告 (症例集積報告)	D: 最も推奨度の低い治療法	4) ランダム化されていない対照比較試験や症例集積報告 (わが国で利用可能な薬剤のみ) の項に、下記の記載がある。 『さまざまな薬剤が報告されているが、わが国で利用可能な薬剤としては、ノルトリプチン (n=11)、フルボキサミン (n=12)、ミルナシプラン (n=3)、加味逍遙散 (n=6, n=30) などがPMDDに対して有効であったという報告がある。』 その他の薬剤の項に、下記の記載がある。 『加味逍遙散は、2つの症例集積報告によるエビデンスしかないため、推奨度はレベルDとした。』	n/a	
A17	R05	咳嗽に関するガイドライン第2版	日本呼吸器学会 咳嗽に関するガイドライン第2版作成委員会 (委員長: 河野茂 長崎大学大学院)	メデイカルレビュー社、2012年5月30日 第2版第1刷発行	A17-1	麦門冬湯	乾性咳嗽	Mukaiida K, Hattori N, Kondo K, et al. A pilot study of the multiterb Kampo medicine bakumondoto for cough in patients with chronic obstructive pulmonary disease. <i>Phytotherapy</i> 2011; 18: 625-9.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	B: 行うよう勧められる	乾性咳嗽の非特異的治療の間の治療薬の項に、下記の記載がある。 『麦門冬湯 COPD患者24例を対象とする非盲検ランダム化クロスオーバー試験で、麦門冬湯9gの16週の投与は無治療群と比較して投与初期 (8週vs0週) の咳の強度を有意に改善させた。』	n/a	『成人の咳嗽治療薬 (ジェネリック医薬品は含まず)』の表中に漢方薬の代表的薬剤: 麦門冬湯、小青竜湯 (非特異的に使用される疾患) の記載がある。
			A17-2		麦門冬湯	乾性咳嗽	Irvine K, Hamada H, Ito R, et al. Antitussive effect of bakumondoto a fixed kampo medicine (six herbal components) for treatment of post-infectious prolonged cough: controlled clinical pilot study with 19 patients. <i>Phytotherapy</i> 2011; 18: 630-3.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	B: 行うよう勧められる	乾性咳嗽の非特異的治療の間の治療薬の項に、下記の記載がある。 『麦門冬湯 感染後遷延性咳嗽を対象とする非盲検ランダム化パラレル試験で、基礎治療として使用した経口β刺激薬に加えて麦門冬湯9gを投与した8例では、非投与群11例と比較して投与初期 (4日目と5日目) の咳スコアが有意に低かった。』	n/a		
			A17-3		漢方薬 (小青竜湯)	湿性咳嗽	n/a	n/a	n/a	湿性咳嗽の非特異的治療の項に、下記の記載がある。 『湿性咳嗽の治療は咳自体の抑制ではなく、気道過剰分泌の抑制と痰の嚥出を容易にすることである。前者は疾患の特異的治療 (副鼻腔気管支炎候群に対するマクロライド系抗菌薬、慢性気管支炎による禁煙、咳喘息における吸入ステロイド薬) であり、後者には原因とは無関係に作用する去痰薬と一部の漢方薬 (小青竜湯) が該当する。後者には各々の作用機序が知られるが、どの薬剤が個々の患者に奏効するかの予測は困難である。なお、これらの薬剤はいずれも未精性に作用すると想定される。』	n/a		
			A17-4		小青竜湯	湿性咳嗽	宮本昭正, 井上洋西, 北村論, ほか. TJ-19ツ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.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	B: 行うよう勧められる	湿性咳嗽の非特異的治療の項に、下記の記載がある。 『小青竜湯 水様の痰、喘鳴、咳嗽のいずれかを有する軽症～中等症の気管支炎患者200例 (小青竜湯群101例、偽薬群99例) による二重盲検ランダム化パラレル試験で、小青竜湯は偽薬に比して咳の回数、咳の強さ、喀痰の切れを有意に改善させた。』	n/a		
			A17-5		麦門冬湯	感染後咳嗽	1) Irwin RS, Boulet L-P, Cloutier MM, et al. Managing cough as a defence mechanism and as a symptom. <i>Chest</i> 1998; 114: 133S-82S. 2) Braman SS. Postinfectious Cough. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. <i>Chest</i> 2006; 129: 138S-46S. 3) 藤森勝也. かせ症候群遷延性咳嗽. 日本咳嗽研究会, アトピー咳嗽研究会. 慢性咳嗽の診断と治療に関する指針2005年版. 2006: 37-9.	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	C1: 行うほうがよい	感染後咳嗽の治療の項に、下記の記載がある。 『感染後咳嗽は、通常自然軽快するが、遷延した場合の薬物療法としては、中枢性鎮咳薬、ヒスタミンH ₁ 受容体拮抗薬、抗コリン薬、麦門冬湯などが用いられる。感染後咳嗽は、薬物治療後に比較的速やかに軽快するが、改善しない場合には、経口ステロイド薬が短期間用いられることがある。』	n/a		
A18	R35	夜間頻尿診療ガイドライン	日本排尿機能学会 夜間頻尿診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 西澤理)	ブラックウェルパブリッシング、2009年4月30日 第1版第1刷発行	A18-1	柴芎湯	夜間頻尿	杉山高秀, 大西規夫, 尾上正浩, ほか. 前立腺肥大症に対する漢方製剤 柴芎湯の有用性の検討 - 夜間頻尿症状の改善効果についての検討. <i>泌尿器科紀要</i> 2002; 48: 343-6.	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	E: レベルIVまたはレベルVの臨床試験が存在しない	前立腺肥大症 (BPH) に伴う夜間頻尿に対する治療の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『“BPH”と“夜間頻尿”および“漢方薬”をキーワードとして検索を行い、PubMedで0編、医中誌で2編のみであったため、これら2編の関連する論文を用いた。 BPHに伴う夜間頻尿に対し、漢方薬の効果も報告されている。杉山らは柴芎湯による検討、渡部らは牛車腎気丸による検討を行い、双方とも夜間排尿回数の減少が得られ、有効であると報告している。』	高血圧に対する治療の二次性高血圧の分類の表中に、薬物誘発性高血圧として『漢方薬』の記載がある。	夜間多尿および夜間頻尿に対する薬物治療の表中に、柴芎湯、牛車腎気丸の記載がある。
			A18-2		牛車腎気丸	夜間頻尿	渡部明彦, 明石拓也, 藤内靖喜, ほか. 頻尿に対する牛車腎気丸の効果. <i>泌尿器科紀要</i> 2006; 52: 197-201.	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	E: レベルIVまたはレベルVの臨床試験が存在しない				

漢方CPG Table

『』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 (20CPGs)

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					
A19	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: すべてがなしか 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	A19-1	漢方薬	慢性頭痛	↓		↓	(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つつあり、予防薬として推奨可能である。』	n/a					
					A19-2	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				
					A19-3	呉茱萸湯	緊張型頭痛	赤嶺真理子, 兵頭晴博, 戸原暁, 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件と漢方薬向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。』	n/a			
					A19-4	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		
					A19-5	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効性に関する研究. <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	↑					『漢方薬向士のランダム化比較試験が1件と漢方薬向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。前者は漢方薬向士であるため漢方薬の有効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、漢方薬向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		
					A19-6	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効性に関する研究. <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。
					A19-7	釣藤散	脳血管障害患者の慢性頭痛	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)	↑					『漢方薬向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、釣藤散の有効性は示されている。』	n/a	http://www.jhsnet.org/GUIDELINE/1/AF/1-15_af.htm	
					A19-8	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	
					A19-9	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件であり、効果も明確でない。』	n/a	
					A19-10	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	↑						『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無いので、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。』	n/a	
					A19-11	漢方薬	片頭痛の予防		n/a					n/a		急性期の片頭痛予防療法として他の薬物とともに漢方薬がグレードA(行うことを強く推奨)で推奨されているが、引用論文や推奨根拠の記載はない。	n/a	
A20	S10-S19	頸椎後縦靭帯骨化症診療ガイドライン2011	日本整形外科学会、日本脊椎脊髄病学会 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会 (委員長: 金谷文則 琉球大学大学院教授)、 頸椎後縦靭帯骨化症診療ガイドライン策定委員会 (委員長: 岩崎幹季 大阪大学大学院准教授) Strength of Evidence 1: 全体で100例以上のRCTのMAまたはSR 2: 全体で100例以上のRCT 3: 全体で100例未満のRCTのMAまたはSR 4: 全体で100例未満のRCT 5: CCTおよびcohort study 6: case-control study 7: case series 8: case report 9: その他 Strength of Recommendation A: 強い科学的根拠があり、行うよう強く推奨する B: 中程度の科学的根拠があり、行うよう推奨する C: 科学的根拠は弱い、行うことを考慮しても良い D: 無効性あるいは害を示す科学的根拠があり、推奨しない I: 委員会の審査基準を満たす科学的根拠がない、あるいは複数の科学的根拠があるが結論が一致でない	南江堂、2011年11月1日 改訂第2版発行	A20-1	漢方薬	頸椎後縦靭帯骨化症	八代忍, 花輪壽彦. 頸椎後縦靭帯骨化症に対する漢方治療の経験. <i>日本骨髄脊髄学会誌</i> 2006; 19: 198-9.	7: case series						『Clinical Question: 民間療法(あんま、マッサージ、整体、カイロプラクティック、鍼灸)や漢方薬は本症の頸部痛に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨・要約: 漢方薬は何らかの症状改善に有効である可能性はある。』と推奨されており、その本文中に下記の記載がある。 『背景・目的: 本症に対する民間療法や漢方薬の効果および危険度を検討する。』 『解説: 漢方薬に関しては、手術を勧められたが希望しなかった9例中6例に何らかの症状改善を認め、特に頸部のstiffnessに有効であったとの報告がある。しかし、骨髄症の強い症例には効果は期待できない。』	n/a		

漢方CPG Table

『』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 (24CPGs)

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、古産岩宏輔、尾崎由和、ほか. 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、ほか. 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、HBs抗原からHBc抗体へのSC促進を目的に投与されていたが、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	C22.0	科学的根拠 に基づく肝 臓診療ガイド ライン 2009年 版	肝癌診療ガイドライン改訂委員会(総括: 幕内 雅敏 日本赤十字社医療センター院長) 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1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: case-control study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、 2009年11月24 日 第2版第1刷 発行	B2-1	小柴胡湯	肝細胞癌の発症予 防	n/a	n/a	n/a	『CQ: 肝臓腫瘍は肝細胞癌の発症予防に有効か?』に対して、『C型肝炎患者に対する発症予防としてグリチルリチン製剤静脈内投 与が推奨される。(グレードB)』と推奨されており、その本文中に下記の記載がある。 『背景: グリチルリチン製剤は、抗炎症作用を有し、肝の炎症を抑制し、肝酵素値を減少させる。小柴胡湯は、7種の生薬を混合した漢方薬 で、その作用として細胞膜保護作用、抗炎症作用、肝血流増加作用、肝再生促進作用等が推定されている。これら2剤は肝臓腫瘍目的でわが 国で広く投与されている。』 『サイエンティフィックステートメント: 大阪地区の肝硬変患者260人を対象とした小柴胡湯投与のRCTでは、平均41か月の観察期間中、投与 群130人中23人、非投与群130人中33人の発症が認められた。小柴胡湯投与は、発症率を減少させたが、有意ではなかった(P=0.071)。 HBs抗原陰性例に限ると、小柴胡湯投与によって5年発症率が39%から22%に減少し(P=0.024)、さらに5年生存率が60%から76%に改善 した(P=0.043)。』	n/a	
B2	C22.0	科学的根拠 に基づく肝 臓診療ガイド ライン 2009年 版	肝癌診療ガイドライン改訂委員会(総括: 幕内 雅敏 日本赤十字社医療センター院長) 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1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: case-control study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、 2009年11月24 日 第2版第1刷 発行	B2-2	小柴胡湯	肝細胞癌の発症予 防	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1つの ランダム化比較試験	n/a	『解説: 小柴胡湯と肝腫瘍をキーワードに論文検索を行い、1本の論文を採択した。 上述したように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抗原陽性肝硬変が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型肝炎の発 症を小柴胡湯投与が抑制する可能性は高い。しかし、現在わが国では肝硬変に対する小柴胡湯投与は、適応禁忌となっており、その後新 たなエビデンスが報告されていないため今回は推奨を行わないこととした。』	n/a	付録のCD-ROMIにアブストラク トフォームがある。
B3	E10-E14	小児・思春期 糖尿病管理 の手引き改 訂第3版	日本糖尿病学会 小児糖尿病委員会(委員 長: 雨宮伸) 日本小児内分泌学会 糖尿病委員会(委員 長: 雨宮伸)	南江堂、2011 年6月1日 改訂 第3版発行	B3-1	漢方薬	電解質異常、肺機 能障害(副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a		
B3	E10-E14	小児・思春期 糖尿病管理 の手引き改 訂第3版	日本糖尿病学会 小児糖尿病委員会(委員 長: 雨宮伸) 日本小児内分泌学会 糖尿病委員会(委員 長: 雨宮伸)	南江堂、2011 年6月1日 改訂 第3版発行	B3-2	漢方薬	鉛中毒(副作用)	山田祐也、迫田寛人、井上徹、ほか. インスリン非依存型糖尿 病に発症した漢方薬(珍芪降糖)による鉛中毒. <i>糖尿病</i> 1998; 41: 933-5.	6: 10例未満の症例 報告	n/a		4. 生活指導の補完代替医療(民間療法)の項に、 下記の記載がある。 『漢方薬には副作用がないとの誤解から、勝手に 漢方薬を併用し電解質異常や肺機能の障害をき たした例、個人輸入した漢方薬により鉛中毒を起 こした例などの報告がある。』	
B4	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	B4-1	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	
B5	F32.9	日本うつ病 学会治療ガ イドライン II. 大 うつ病性障害 2012 ver.1	日本うつ病学会 気分障害の治療ガイドライン 作成委員会(委員長: 野村総一郎 防衛医科 大学校精神科)	http://www.see retariat.ne.jp/js ind/mood_diso rder/img/12072 6.pdf	B5-1	加味帰脾湯	うつ病	中田輝夫. 軽うつ病30例に対する加味帰脾湯投与の効果. <i>日本東洋医学雑誌</i> 1997; 48: 205-10.	n/a	n/a	軽うつ病の治療の選択 III. その他の療法に、下記の記載がある。 『加味帰脾湯などの漢方薬がうつ病に対して有効であったという報告(中田, 1997)も散見されるが、エビデンスレベルは高くない。』	n/a	
B6	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	B6-1	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 ともにゴナトリン療法(FSH-hCGあるいはhMG-hCG療法)を行います。他にGnRH律動療法: 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律動性分泌を賦活させます。 臨床試験成績では、無排卵期症で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	
B6	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	B6-2	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 肢の1つと考えられます。』	n/a	
B6	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	B6-3	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	

漢方CPG Table

『』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 (24CPGs)

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
B7	G20	パーキンソン病治療ガイドライン 2011	日本神経学会 パーキンソン病治療ガイドライン作成委員会(委員長:高橋良輔 京都大学大学院医学研究科臨床神経学教授) Strength of Evidence I: システマティックレビュー/RCTのメタアナリシス II: 一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 IVa: 分析疫学的研究(コホート研究) IVb: 分析疫学的研究(症例対照研究、横断研究) 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	医学書院、2011年4月1日第1版第1刷発行	B7-1	抑肝散	幻覚・妄想	Iwasaki K, Maruyama M, Tomita N, et al. Effects of the traditional Chinese herbal medicine Yi-Gan San for cholinesterase inhibitor-resistant visual hallucinations and neuropsychiatric symptoms in patients with dementia with Lewy bodies. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> 2005; 66: 1612-3.	n/a	n/a	『CQ4-5 幻覚・妄想の治療はどうするか』の解説・エビデンスの項に、下記の記載がある。 『抑肝散: 漢方薬の抑肝散によりレヴィ小体型認知症患者15例中12例で幻視が消失したとする報告がある。漢方薬の効果についてはさらなる検討が必要である。』	n/a	
					B7-2	大建中湯	消化管運動障害	Sakakibara R, Odaka T, Lui Z, et al. Dietary herb extract dai-kenchu-to ameliorates constipation in parkinsonian patients (Parkinson's disease and multiple system atrophy). <i>Mov Disord</i> 2005; 20: 261-2.	V: 記述研究(症例報告やケースシリーズ)	n/a	『CQ4-11 消化管運動障害の治療はどうするか』の解説・エビデンスの項に、下記の記載がある。 『大建中湯の効果はパーキンソン病6例、多系統萎縮症4例、コントロール10例に対して検討した臨床試験では、パーキンソン病において大腸通過時間の短縮を認めている。排便時直腸収縮も増強したが、有意差は認めなかった。』	n/a	
					B7-3	大建中湯	便秘、消化管運動障害	n/a	n/a	n/a	『CQ4-11 消化管運動障害の治療はどうするか』の推奨を臨床に用いる際の注意点の項に、下記の記載がある。 『パーキンソン病の便秘に対するエビデンスレベルの高い研究はない。少数例に対するオープン試験では、モサプリドクエン酸(15mg分3、食前または食後)と大建中湯(顆粒: 15.0g分2~3、食前または食間)において、パーキンソン病患者の便秘の改善、運動症状変動の改善が認められている。』	n/a	
B8	H66.9	小児急性中耳炎診療ガイドライン 2009年版	小児急性中耳炎診療ガイドライン作成委員会(委員長:喜多村健 東京医科大学大学院耳鼻咽喉科学)	金原出版、2009年1月10日 第2版第1刷発行	B8-1	十全大補湯	反復性中耳炎	Maruyama Y, Hoshida S, Furukawa M, et al. Effects of Japanese herbal medicine, Juzen-taiho-to, in otitis-prone children-a preliminary study. <i>Acta Otolaryngol</i> 2008; Jun 12: 1-5.	n/a	n/a	付記 反復性中耳炎の診療についての提案の中の反復性中耳炎の治療の項に、下記の記載がある。 『わが国独自の治療として提唱されているのが、漢方補剤による免疫能の上昇由来による予防効果で、十全大補湯の有効性が報告された。』	n/a	
B9	I10	高血圧治療ガイドライン 2009	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:萩原俊男 大阪大学名誉教授)	ライフサイエンス、2009年1月16日発行	B9-1	甘草含有漢方薬、芍薬甘草湯、小柴胡湯	薬剤誘発性高血圧(副作用)	1) Cosmetic Ingredient Review Expert Panel. Final report on the safety assessment of glycyrrhetic acid, potassium glycyrrhetinate, disodium succinoyl glycyrrhetinate, glyceryl glycyrrhetinate, glycyrrhetinyl stearate, stearyl glycyrrhetinate, glycyrrhizic acid, ammonium glycyrrhizate, dipotassium glycyrrhizate, disodium glycyrrhizate, trisodium glycyrrhizate, methyl glycyrrhizate, and potassium glycyrrhinate. <i>International Journal of Toxicology</i> 2007; 26: 79-112. 2) 本間真人, 千文, 幸田幸直, ほか. 芍薬甘草湯と小柴胡湯の連用が血清カリウム値に及ぼす影響. <i>薬学雑誌</i> 2006; 126: 973-8.	n/a	n/a	n/a	『カンゾウ(甘草)は肝疾患治療薬、消化器疾患治療薬、その他多くの漢方薬、健康補助食品、化粧品などに含まれている。主要有効成分であるグリチルリチン(グリチルリチン)はグリチルリチン(グリチルリチン)を不活性のグリチルリチンへ代謝する11β水酸化ステロイド脱水素酵素を阻害して、グリチルリチンの半減期を延長して内因性ステロイド作用を増強させ、Na、水の貯留、K低下をきたし、偽性アルドステロン症を発症する。グリチルリチンの投与量、投与期間、年齢(60歳以上)が本症の危険因子であるとされているが、大量、長期にわたり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。 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低値であれば(偽性アルドステロン症)、本症を疑う。患者自身から漢方薬、健康補助食品の利用が報告されることは少ないので、使用の有無については注意を要する。臨床的には数週間(最大4か月)のカンゾウの中断、あるいはアルドステロン拮抗薬の併用で改善する。』	
					B9-2	甘草含有漢方薬	薬剤誘発性高血圧(副作用)	n/a	n/a	n/a	POINT 12c 薬剤誘発性高血圧の項に、下記の記載がある。 『カンゾウの主要有効成分であるグリチルリチンの大量使用で低K血症を伴う高血圧(偽性アルドステロン症)をきたすことがある。特に漢方薬使用時には注意する。中止が困難であればアルドステロン拮抗薬を用いる。』		
					B9-3	甘草含有漢方薬	薬剤誘発性高血圧(副作用)	n/a	n/a	n/a	薬剤誘発性高血圧の原因薬物と高血圧治療法の表中に、下記の記載がある。 『原因薬物: カンゾウ(甘草)/グリチルリチンを含む肝疾患治療薬、消化器疾患治療薬、漢方薬、健康補助食品、化粧品など 高血圧の原因: 11β水酸化ステロイド脱水素酵素阻害によるグリチルリチン半減期延長に伴う内因性ステロイド作用増強を介した水・Naの貯留とK低下高血圧治療への対策: 漢方薬などの減量・中止、アルドステロン拮抗薬』		
B10	I64	脳卒中治療ガイドライン 2009	脳卒中合同ガイドライン委員会(委員長: 篠原善人 国家公務員共済組合連合会立川病院院長)	協和企画、2009年11月30日 第1版第1刷	B10-1	抑肝散	血管性認知症、血管性認知障害	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.	IIb: 良くデザインされた準実験的研究	n/a	血管性認知症、血管性認知障害の項に、下記の記載がある。 『抑肝散は少数例の臨床試験で周辺症状の改善に有効であった。』	n/a	

漢方CPG Table

『』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 (24CPGs)

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	J30 J45 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・メディア、 1995年7月	B11-1	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, アレルギーの臨床 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	
					B11-2	麻杏甘石湯	気管支喘息		n/a	n/a				
					B11-3	小青竜湯	気管支喘息		n/a	n/a				
					B11-4	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, アレルギーの臨床 1993; 13: 937-40.	n/a	n/a				
					B11-5	補中益気湯	気管支喘息		n/a	n/a				
					B11-6	八味地黄丸	気管支喘息		n/a	n/a				
					B11-7	小青竜湯	鼻アレルギー(含花粉症)	n/a	n/a	n/a				
					B11-8	葛根湯	鼻アレルギー(含花粉症)	n/a	n/a	n/a				
					B11-9	小柴胡湯	鼻アレルギー(含花粉症)	n/a	n/a	n/a				
					B11-10	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				
					B11-11	十味敗毒湯	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a				
					B11-12	消風散	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a				
					B11-13	柴胡清肝湯	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				
					B11-14	越婢加朮湯	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a				
					B11-15	当帰飲子	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a				
					B11-16	消風散	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a				
					B11-17	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況</i> 1991; 2: 104-9.	n/a	n/a				
					B11-18	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況</i> 1992; 3: 88-91.	n/a	n/a				
					B11-19	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				
					B11-20	越婢加朮湯	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a				
					B11-21	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				
					B11-22	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				
					B11-23	治頭痛一方	アトピー性皮膚炎, 湿潤性癬皮性湿疹	n/a	n/a	n/a				
					B11-24	補中益気湯	幼・小児期アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a				
B11-25	柴胡清肝湯	幼・小児期アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a									
B11-26	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									
B11-27	黄連解毒湯	成人型アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a									
B11-28	大黃牡丹皮湯	成人型アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a									
B12	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	B12-1	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				
					B12-2	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				
					B12-3	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				
					B12-4	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				

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、荊芥連翹湯、八味地黄丸、補中益気湯、麻杏甘石湯

漢方CPG Table

『 』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 (24CPGs)

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	
B13	J70	薬剤性肺障害の診断・治療の手引き	日本呼吸器学会 薬剤師肺障害の診断・治療の手引き作成委員会 (委員長: 久保恵嗣 信州大学医学部内科学第一講座)	メディカルレビュー社、2012年5月30日 第1版第1刷発行	B13-1	小柴胡湯	薬剤性肺障害 (副作用)		n/a	n/a	n/a	n/a	基礎知識の疫学学的に、下記の記載がある。『副作用により死亡したとされる症例は金製剤の sodium aurothiomalate (シオゾール)、漢方薬の小柴胡湯、および新しい抗悪性腫瘍薬、分子標的治療薬の gefitinib によるものであった。』	「薬剤師肺障害の報告件数の推移」の表の中に、漢方薬の推移がある。
					B13-2	小柴胡湯	薬剤性肺障害 (副作用)	中山雅之、坂東政司、細野達也、ほか。小柴胡湯における薬剤リンパ球刺激試験 (Drug Lymphocyte Stimulation Test: DLST) の検討。アレルギー 2007; 56: 1384-9.	n/a	n/a	n/a	「薬剤師肺障害の薬剤リンパ球刺激試験陽性率」の表の中に、漢方薬: interferon (IFN): 25.0%の記載がある。		
					B13-3	漢方薬、柴朴湯、小柴胡湯	薬剤性好酸球性肺炎 (EP) (副作用)		n/a	n/a	n/a	臨床病型と主な原因薬剤の『薬剤性好酸球性肺炎 (EP)』の診断の項に、下記の記載がある。『急性型、慢性型のいずれでも、可能な限り被疑薬を中止して、病勢の推移を観察する。試験管内での検査法として、薬剤リンパ球刺激試験 (drug lymphocyte stimulation test: DLST) があるが、偽陽性や偽陰性が出やすいので、結果は診断の参考にはなるが、確定診断はできない。たとえば、漢方薬、MTX、非ステロイド性抗炎症薬 (non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) では偽陽性が出やすく、副腎皮質ステロイド (ステロイド) や抗悪性腫瘍薬などは、偽陰性になりやすいとされている。』	「薬剤性好酸球性肺炎を起こす、使用頻度の高い薬剤」の表の中に、漢方薬: 柴朴湯、小柴胡湯の記載がある。	
					B13-4	漢方薬、小柴胡湯	薬剤性肺障害 (副作用)		n/a	n/a	n/a	各種の薬剤による肺障害の漢方薬の項に、下記の記載がある。『漢方薬に起因する薬剤性肺障害は確実に存在するが、その頻度は不明である。薬剤性肺障害に関する概念の普及、胸部CT普及による薬剤性肺障害疑い症例数の増加と、薬剤性肺障害の報告数は関係している可能性がある。さらに副作用 (有害事象) が生じにくいという既成概念が存在し、肺障害が生じる症例報告をするために目立つことになっている可能性もある。また、使用 (服薬) 量が多い薬剤は、確率的に薬剤性肺障害のリスクが増加する。過去のわが国の医療において小柴胡湯は桁違いに多く使用されてきており、薬剤性肺障害の発症数も多いと推定される。大前提として、漢方薬を含むすべての薬剤で薬剤性肺障害をたしうる。漢方薬特有の薬剤性肺障害発症機序は報告されていない。』		
					B13-5	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。日本薬師学会学術誌 1997; 35:391-5. 2) 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型肝炎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。和漢薬学雑誌 2000; 17: 95-100.	n/a	n/a	n/a	各種の薬剤による肺障害の漢方薬『小柴胡湯』の項に、下記の記載がある。『1996年に小柴胡湯が原因と考えられる間質性肺炎の死亡例が厚生省の緊急安全情報により報告され、同報告を受けて全国調査による検討が行われた。小柴胡湯に起因する薬剤性肺障害100例の検討では、投与中止のみで軽快した例が12例、ステロイド経口投与が29例、ステロイドパルス療法が54例であった。90例はすみやかに治癒しているが、10例は死亡している。死亡例の特徴は、症状出現から薬剤中止までの期間が長く (生存: 5.8日、死亡: 15.9日)、基礎疾患として呼吸器疾患の合併が多かった (生存: 2.2%, 死亡: 30%)。また、死亡例の基礎病態は、特発性間質性肺炎 (idiopathic interstitial pneumonias: IIPs) が2例、慢性閉塞性肺疾患 (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) 1例であった。漢方薬による場合も含めて薬剤性肺障害が疑われた際、症状出現後できるだけ早期に疑われる薬剤投与を中止することが重要である。さらに、基礎病態として慢性呼吸器疾患 (間質性肺炎、COPD、塵肺症など) がある場合には、漢方薬を含めすべての薬剤に対する薬剤性肺障害への注意が必要である。』		
					B13-6	小柴胡湯	薬剤性肺障害 (副作用)	1) 田代真一。小柴胡湯による間質性肺炎をめぐって5。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。日本東洋医学雑誌 1998; 49: 371-81. 2) 松島敏春。薬剤性肺障害 医因性肺炎としての間質性肺炎。Clinician 1999; 46: 183-6. 3) 熊野四郎。インターフェロン (IFN) と小柴胡湯の併用による間質性肺炎。治療 1994; 7: 2346-51. 4) 大田健、星野津夫。びまん性肺疾患-病態解明と治療の進歩 その他びまん性肺疾患-最近の話題 わが国の薬剤性肺炎とインターフェロン間質性肺炎。内科 1996; 77: 698-702.	n/a	n/a	n/a	各種の薬剤による肺障害の漢方薬『小柴胡湯』の項に、下記の記載がある。『小柴胡湯による間質性肺炎の発生頻度は0.001~0.004%程度と考えられており、IFNによる薬剤性肺障害の発生頻度 (0.1~0.18%) より低率である。』		
					B13-7	小柴胡湯	薬剤性肺障害 (副作用)	Ueda T, Ohta K, Suzuki N, et al. Idiopathic pulmonary fibrosis and high prevalence of serum antibodies to hepatitis C virus. American Review of Respiratory Disease 1992; 146: 266-8.	n/a	n/a	n/a	各種の薬剤による肺障害の漢方薬『小柴胡湯』の項に、下記の記載がある。『小柴胡湯による薬剤性肺障害を考慮する時、基礎病態として肺病変だけでなく肝疾患も考慮しておく必要がある。IIP【特発性間質性肺炎】症例ではC型肝炎ウイルス (hepatitis C virus: HCV) 抗体の陽性率が高い可能性があり、HCV感染そのものが間質性肺炎の発症・増悪に關与している可能性がある。C型肝炎肝炎症例では、軽微でも間質性肺炎の兆候がある場合には、小柴胡湯も含めて薬剤投与を慎重に行う必要がある。』		
					B13-8	小柴胡湯	IIP【特発性間質性肺炎】	1) 本間行彦。小笠原英紀、谷村一則、ほか。厚生省特定疾患間質性肺疾患調査研究班研究報告書 昭和61年度。1986: 130-1. 2) 本間行彦。小柴胡湯による間質性肺炎をめぐって4。間質性肺炎の漢方治療の有用性。日本東洋医学雑誌 1998; 49: 363-70. 3) 本間行彦。呼吸器内科医に対するセカンドオピニオン 間質性肺疾患における漢方治療の介入。Lung Perspective 2000; 8: 70-5.	n/a	n/a	n/a	各種の薬剤による肺障害の漢方薬『小柴胡湯』の項に、下記の記載がある。『IIP【特発性間質性肺炎】は難治性であり、薬物療法で確実なエビデンスのある薬剤はない。小柴胡湯はC型肝炎を合併しないIIPsの肺病変を改善する、あるいは進展を抑制する可能性がある。基礎病態により、小柴胡湯はIIPsを悪化にも改善にも向ける可能性がある。』	n/a	

漢方CPG Table

『』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 (24CPGs)

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
B13	J70	薬剤性肺障害の診断・治療の手引き	日本呼吸器学会 薬剤師肺障害の診断・治療の手引き作成委員会(委員長:久保恵嗣 徳州大学医学部内科学第一講座)	メディカルレビュー社、2012年5月30日 第1版第1刷発行	B13-9	漢方薬、小柴胡湯	薬剤性肺障害(副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	各種の薬剤による肺障害の漢方薬『その他の漢方薬』の項に、下記の記載がある。 『2011年8月時点で、保険収載されている漢方エキス剤の中で、28処方に重大な副作用として、間質性肺炎の記載がある。これらの中には、1例報告のみで重大な副作用として記載されているものも含まれている。小柴胡湯のみは薬剤性肺障害の頻度がある程度疫学的に推定されているが、それ以外の漢方薬に関しては、報告があったので注意するようになるといことになる。漢方薬を含むすべての薬剤に薬剤性肺障害を起こす可能性があることに留意する必要がある。』	
					B13-10	芍薬甘草湯	薬剤性肺炎(副作用)	藤田哲雄, 永川博康, 井澤豊春, ほか. 薬剤再投与8日後にチャレンジテスト陽性兆候を確認できた芍薬甘草湯によるCD4優位の薬剤性肺炎の1例. <i>日本呼吸器学会雑誌</i> 2008; 46: 717-21.	n/a	n/a	n/a	症例の項に、『芍薬甘草湯によりCD4優位の肺障害を呈した1例』があり、下記の記載がある。 『症例: 82歳、男性 喫煙歴: 20〜70歳、40本/日 職業歴: 70歳まで右官屋 現病歴: こむらえりの予防のため芍薬甘草湯(7.5g分3)服用を開始。投与2週間後より、労作時呼吸困難、微熱が出現。約1ヶ月後に呼吸器内科受診、胸部単純X線画像にて浸潤影を認め、間質性肺炎の診断にて精査加療のため入院した。(中略) 考察: 本例は高齢でもあり、軽症の特発性間質性肺炎(idiopathic interstitial pneumonia: IIPs)が基礎病態として存在していた可能性は否定できない。軽症の間質性肺炎の有無は、胸部X線画像では判読困難である。労作時呼吸困難、咳嗽などの呼吸器症状が比較的急性の経過で出現した症例に関しては、呼吸器内科専門医への相談が望ましい。』	
B14	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(委員長: 杉山幸比古)	南江堂、2011年3月10日 改訂第2版発行	B14-1	漢方薬	薬剤性肺炎(副作用)	Akira M, Ishikawa H, Yamamoto S. Drug-induced pneumonitis: thin-section CT findings in 60 patients. <i>Radiology</i> 2002; 224: 852-60.	n/a	n/a	n/a	『薬剤性肺炎の原因薬としては、アミオダロン、ピントロール、サラゾピリン、フスルファン、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。』	
B15	J96.0	急性呼吸不全による人工呼吸患者の栄養管理ガイドライン	日本呼吸療法医学会 栄養管理ガイドライン作成委員会(委員長: 氏家良人 岡山大学救急医学講座)	人工呼吸 第27巻 第1号、2010年発行	B15-1	六君子湯	経管栄養と誤嚥	巽博臣, 升田好樹, 今泉均, ほか. 胃内容の停滞したICU患者に対して六君子湯が有効であった3症例. <i>日本集中治療医学会誌</i> 2009; 16: 187-90.	n/a	n/a	経管栄養と誤嚥の危険性の項の『チューブ先端を嚥門後へ進めて留置することを考慮すべきである(Grade C)』の解説に、下記の記載がある。 『経管栄養を開始しても、思い通りに実施できないことは重症例であるほどよく経験する。それに対して本項で述べた対策は、各施設で工夫し実施され、それにより経管栄養の成功率が上がリ、合併症が低減することが期待できる。薬剤に関しては、ここで述べられているものに加え、本邦では消化管運動改善を目的に胃内排泄促進では、クエン酸モサブリド、六君子湯、大腸蠕動、排便促進目的にジプロスト(プロスタグランジンF2α)、大建中湯等がその薬理効果、使用経験に基づき用いられている。』	n/a	
					B15-2	大建中湯	経管栄養と誤嚥	n/a	n/a	n/a			
B16	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: 松島敬春 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	B16-1	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, 工藤宏一郎. 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	

漢方CPG Table

『』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 (24CPGs)

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			
B17	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	B17-1	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				
					B17-2	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・体温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				
					B17-3	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対照二重盲検群間比較試験. <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				
					B17-4	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				
					B17-5	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対照二重盲検群間比較試験. <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。』			
					B17-6	麦門冬湯	かぜ症候群後咳	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				
					B17-7	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	n/a			
					B17-8	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	n/a			
					B17-9	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	n/a			
					B17-10	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ヵ月間投与し、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	n/a			
					B17-11	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	n/a			
					B17-12	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>Phytotherapy</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伴った患者に於いて、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、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	n/a			
					B17-13	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>Phytotherapy</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	n/a			
					B17-14	半夏厚朴湯	脳血管性障害患者の咳反射	Iwasaki K, Cyong JC, 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伴った患者に於いて、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、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	n/a			
					B17-15	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>Phytotherapy</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	n/a			
					B17-16	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	n/a			
					B17-17	麦門冬湯	間質性肺炎(副作用)		n/a	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)。』
					B17-18	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	n/a			
					B17-19	柴朴湯	間質性肺炎(副作用)		n/a	n/a		n/a	n/a			
					B17-20	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	n/a			
					B17-21	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.	n/a	n/a		n/a	n/a			
					B17-22	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	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。

本表の記載以外にも、漢方的見地から各種処方の記載がある。

漢方CPG Table

『』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 (24CPGs)

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
B18	K08.8	非菌原性歯痛診療ガイドライン	日本口腔顔面痛学会診療ガイドライン作成委員会編集(代表者:和嶋浩一 慶応義塾大学医学部歯科・口腔外科学教室)	http://minds4.jche.or.jp/minds/NDTA.ndta.pdf	B18-1	漢方薬	非定型歯痛	三浦一恵. 非定型歯痛24名の検討. <i>慢性疼痛</i> 2006; 25: 131-3.	n/a	n/a	『CQ8: 非菌原性歯痛に有効な薬物療法は何か?』に対して、特発性歯痛の項に下記の記載がある。『以下に有効であったとの報告のあるその他の薬物療法を記載する。MAO阻害薬の有効性は9%、抗けいれん薬、クロナゼパム、αリボ酸、漢方、フェントラミン、0.0025%カプサイシン局所投与、ヒト免疫グロブリン静注療法、フェンタニル。』	n/a	
					B18-2	漢方薬	非定型歯痛	三浦一恵. 非定型歯痛24名の検討. <i>慢性疼痛</i> 2006; 25: 131-3.	n/a	n/a	『CQ13: 非菌原性歯痛に鍼灸治療は有効か?』に対して、解説の項に下記の記載がある。『原疾患を問わず、鍼灸治療を星状神経節ブロック、抗うつ薬、漢方薬の投与、心理療法などと組み合わせて行うことにより有効であるとする論文がある。』	n/a	
					B18-3	漢方薬	歯及び歯肉の痛み	真秀重成, 鈴木長明, 川島正人, ほか. 歯及び歯肉の痛みを訴え続けた精神発達遅滞を伴ううつ病患者の1症例. <i>日本歯科麻酔学会雑誌</i> 1999; 27: 341-4.	n/a	n/a	『CQ15: 非菌原性歯痛にカウンセリングは有効か?』に対して、解説の項に下記の記載がある。『精神科での抗うつ薬の投与に加え、歯科において簡易精神療法やさまざまな漢方処方などを行っているうちに痛みを自分からは訴えない状態までに改善したとする症例報告(中略)がある。』	n/a	
					B18-4	漢方薬	非定型歯痛	三浦一恵. 非定型歯痛24名の検討. <i>慢性疼痛</i> 2006; 25: 131-3.	n/a	n/a	『CQ15: 非菌原性歯痛にカウンセリングは有効か?』に対して、解説の項に下記の記載がある。『SGB, 抗うつ薬, 漢方薬の投与, 鍼灸治療, 心理療法などを組み合わせた全人的医療が有効であるとする論文があり、カウンセリングと薬物療法の併用が多く行われている。』	n/a	
					B18-5	漢方薬	非定型歯痛	三浦一恵. 非定型歯痛24名の検討. <i>慢性疼痛</i> 2006; 25: 131-3.	n/a	n/a	構造化抄録の項に、下記の記載がある。 『研究デザイン: 症例集積研究 対象: 非定型歯痛患者24名(平均年齢52歳) 経過: 主訴は歯痛が23名、歯肉痛1名、病歴期間は1年以内9名、2年以内7名、3年以内5名、3年以上3名であった。治療は星状神経節ブロック、抗うつ薬、漢方薬の投与、鍼灸治療、心理療法などを組み合わせて全人的医療を行った。その結果、痛みが消失して治療を終了した症例が9例、痛みの緩和が得られた症例は9例、精神科や心療内科に転院した症例が4例、不明が2例であった。 結果、結論: 非定型歯痛の経過、治療法と転帰を示した。全人的な対応が有効であった。』	n/a	
					B18-6	桂枝茯苓丸	非定型顔面痛	有井かおる, 杉村光隆, 瀬邦高, ほか. 歯科治療を契機に発症した非定型顔面痛の4年間の経過(Narrative Based Medicine)に基づくアプローチ. <i>日本歯科東洋医学学会誌</i> 2009; 28: 24-8.	n/a	n/a	構造化抄録の項に、下記の記載がある。 『研究デザイン: 症例報告 対象: 上顎右側第1小臼歯の感染根管治療後上下顎前歯部に拍動痛が出現した47歳女性 経過: 最も痛みの強い上顎左側側切歯の抜髄を行うが疼痛は変化はみられなかった。疼痛は終日持続し、周期的に左側顔面から後頭部への放射痛も認め、不眠状態であった。父親の死亡、気圧の変化などで疼痛は増強した。星状神経節ブロックとアミトリプチンが有効で、桂枝茯苓丸、アセトアミノフェン、経皮的経電気刺激療法にも有効性があつた。 結果、結論: 星状神経節ブロック、アミトリプチンに鍼灸治療を加えた併用療法により、非定型顔面痛と上顎右側側切歯の自発痛(非定型歯痛)は軽減しつつある。』	n/a	
					B18-7	漢方薬	非定型顔面痛	中野良信. 下顎骨骨折に絶発し長期間続した非定型顔面痛の1例. <i>日本歯科心身医学会雑誌</i> 2002; 17: 75-82.	n/a	n/a	構造化抄録の項に、下記の記載がある。 『研究デザイン: 症例報告 対象: 45歳女性 経過: 事故外傷により下顎骨正中骨折、おたが部裂傷を受傷。受傷から6か月後に両側下顎、後頭部に痛みが出現した。脳神経学的には特記事項はなかった。耳鼻科、脳外科、歯科、麻酔科を数々受診し、スリント療法、星状神経節ブロック、ノイロトピンなどを受けたが無効であった。レーザー等の理学療法、向精神薬、漢方薬による治療を受け、並行してカウンセリングを行った。受傷から9年、治療開始から7年後に痛みはありながらも社会的に復帰を遂げた。 結果、結論: 1) 心理社会的因子としてうつ状態、神経症などが多い傾向がある。2) 環境因子としては不慮の事故で起きた場合、それによる健康、仕事の喪失、医療者への不信感が挙げられ、より複雑な病態を呈する。3) 抜歯が症状軽減を来した。プラシーボ的な働きをしているのではないかと推察している。』	n/a	
					B18-8	柴胡桂枝湯	歯痛	高山治子, 鈴木長明, 川嶋正人, ほか. 心理的要因で歯痛を訴え抜歯をくり返してきた1症例. <i>日本歯科麻酔学会雑誌</i> 1998; 26: 404-7.	n/a	n/a	構造化抄録の項に、下記の記載がある。 『研究デザイン: 症例報告 対象: 心理的要因で歯痛を訴え、抜歯をくり返してきた症例 経過: 主訴は下顎右側大歯のきりて割られるような痛み。上顎は無歯顎で、残存歯は下顎右側大歯から下顎左側第1大臼歯までいずれも健全歯。残存歯以外すべて抜歯をくり返したのと思われた。心因性歯痛と判断し、痛みが脳に記憶されている可能性があり、原因不明でないことを説明し、柴胡桂枝湯を処方したところ、3日後には痛みはまったく消失した。 結論: 本症例の歯痛は、仕事のストレス、家庭内の問題(子供の不登校)、原因不明の歯痛への不安等心理的要因により生じた心因性歯痛と考えられた。患者の痛みを受け入れ、痛みに対する説明を十分に行うことにより、不安と痛みの悪循環が断ち切れ、痛みは軽減したものと考えられた。』	n/a	
					B18-9	漢方薬	歯及び歯肉の痛み	真秀重成, 鈴木長明, 川島正人, ほか. 歯及び歯肉の痛みを訴え続けた精神発達遅滞を伴ううつ病患者の1症例. <i>日本歯科麻酔学会雑誌</i> 1999; 27: 341-4.	n/a	n/a	構造化抄録の項に、下記の記載がある。 『研究デザイン: 症例報告 対象: 精神発達遅滞にうつ病を伴う20才女性の患者 経過: 4年前より、両側上下顎全歯と歯肉の疼痛を訴えていた。不眠をきたすほどの激痛であったが器質的異常はなく、精神科主治医からも生活に対する不安の身体化により生じた症状と診断されていた。精神科での抗うつ薬の投与に加え、歯科での簡易精神療法、さまざまな漢方、口腔内洗浄、歯石除去などを行っているうちに、痛みを自分からは訴えない状態までに改善した。痛みの改善に何が有効であったかは不明だが、受動的に話を聞くこと、口腔清掃により生じた口腔感覚が心地よい変化であったことも痛みの緩和に役立ったのではないかと考察されている。 結論: 不安やうつ病の身体化により非菌原性歯痛が発現することがある。』	n/a	
B19	L20.9	アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2012	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2012作成委員会(委員長: 片山一期 大阪大学大学院医学系研究科分子病態医学皮膚科学)	協和企画、2012年11月29日 第1版第1刷発行	B19-1	漢方薬	アトピー性皮膚炎	山田秀和. 皮膚科と東洋医学. <i>日本皮膚科学会雑誌</i> 2012; 122: 2869-74.	n/a	n/a	『漢方医学的疾患概念「証」の中には西洋医学の病態生理の立場からは、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いわゆる揺らぎを整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。東洋医学を用いる際の基本的な理解が必要と思われる。証に応じた薬剤選択が重要であるが、さらに皮膚に応じた薬理機序からの薬剤選択も考慮するのがよい。』		
					B19-2	十味敗毒湯	アトピー性皮膚炎	羽白誠, 松本千穂, 滝尻珍重, ほか. アトピー性皮膚炎患者の皮膚症状に対する十味敗毒湯の効果. <i>皮膚の科学</i> 2011; 10: 34-40.	n/a	n/a	『体力中等度の人の皮膚疾患で、患部は発疹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。ざ瘡様皮疹、蕁麻疹のある場合に用いられる。』		
					B19-3	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.	n/a	n/a	『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。滲出液の多い湿疹病変に用いる基本処方。』		
					B19-4	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	『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。慢性扁桃腺炎やリンパ節炎などの化膿しやすい体質の改善を目標に使用される。』		
					B19-5	補中益気湯	アトピー性皮膚炎	Kobayashi H, Ishi M, Takeuchi S, et al. Efficacy and Safety of a Traditional Herbal Medicine, Hocha-ekki-to in the Long-term Management of Kikyo (Delicate Constitution) Patients with Atopic Dermatitis: A 6-month, Multicenter, Double-blind, Randomized, Placebo-controlled Study. <i>Evidence Based Complementary Alternative Medicine</i> 2010; 7: 367-73.	n/a	n/a	『比較的体力の低下した人が、全身倦怠感、食欲不振などを訴える場合。気虚を目安にアトピー性皮膚炎でのステロイド外用薬の減量が認められた、多施設二重盲検比較試験のデータがある。』		
					B19-6	抑肝散(抑肝散加陳皮半夏)、桂枝茯苓丸、黄連解毒湯、白虎加入参湯	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	『このほか、抑肝散(抑肝散加陳皮半夏)、桂枝茯苓丸、黄連解毒湯、白虎加入参湯などがある。いずれにしても、漢方薬に習熟した医師のもとで使用すべきと考える。』		

『副作用については、漢方薬といえども、注意が必要である。甘草が含有されている処方では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。また黄芩(バイカリン)、柴胡(サイコサポニン)の含まれている漢方では細胞毒性による間質性肺炎、肝炎が、また、山梔子(ゲニポシド)では腸間膜静脈硬化症の副作用に注意が必要である。』

漢方CPG Table

『』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 (24CPGs)

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
B20	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	B20-1	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、リシノプリルの単剤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、柴芩湯は小児の単剤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』	
					B20-2	柴芩湯	小児IgA腎症	吉川徳茂, 伊藤拓, 酒井糾, ほか. 単剤・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歳以下の単剤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。』	
B21	N40	EBMに基づく前立腺肥大病診療ガイドライン	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	B21-1	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	n/a	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全体の解明が不十分であることを述べたものである。
B22	R10-R19	がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン2011年版	日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会 (委員長: 的場元弘 国立がん研究センター中央病院緩和医療科)	金原出版、2011年7月27日 第1版第1刷発行	B22-1	ショウガ (ginger)	嘔気・嘔吐	Ernst E, Pittler MH. Efficacy of ginger for nausea and vomiting: a systematic review of randomized clinical trials. <i>British Journal of Anaesthesia</i> 2000; 84: 367-71.	n/a	n/a	非薬物療法の項に、下記の記載がある。 『ショウガ (ginger) ショウガが嘔気・嘔吐の軽減に有効であるか検討された系統的レビューによると、3つの外科治療後の患者を対象とした試験では、2つの試験でプラセボより有意に嘔気・嘔吐を軽減し、メトクロプラミドと同等であった。また1つの試験では、プラセボとの効果に差はなかった。乗り物酔い、妊娠悪阻の患者を対象とした研究、化学療法による嘔気・嘔吐の研究でも、プラセボに比して嘔気・嘔吐の軽減が有意に認められた。ショウガの投与量は過去の主な研究では1g/日であった。』 『ショウガ成分は、動物モデルで消化管運動を促進し、セロトニン受容体拮抗作用があることが知られている。また消化管のみではなく、中枢神経で薬理作用を発揮することがわかっている。この薬理作用が、制吐作用の根拠と考えられている。』	n/a	

漢方CPG Table

『』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 (24CPGs)

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
B23	R51 R52	くり返す子どもの痛みの理解と対応ガイドライン-小児心身医学会ガイドライン集-	日本小児心身医学会くり返す子どもの痛み の理解と対応ガイドライン作成委員会(委員 長: 石崎優子 関西医科大学小児科)	南江堂、2009 年6月20日発 行	B23-1	漢方薬	頭痛	1) 日本東洋医学会学術教育委員会(編). 入門漢方医学 2002 2) 中村謙介. 和漢方意辞典 2004 3) 高山宏世. 腹証図解漢方常用処方解説 1995 4) 花輪壽彦. 漢方診療のレッスン増補版 2008 5) 林明宗. 東洋医学的治療による片頭痛の予防. 日本頭痛 学会誌 2004; 31: 53-5.	n/a	n/a	『漢方治療は個人の体質・体調を重視し、心身全体の調和安定をはかる医療で、頭痛の治療には、自覚症状や漢方医学的所見(虚と実・陰と陽・気血水など)に留意し、証を見きわめて、漢方方剤を決定する。子どもでは年少児ほど陰陽、虚実、気血水の病態がつかみにくく、症状や視診(望診)、客観的所見などと共に家族からの情報収集が重要になる。学童期・思春期の慢性頭痛に対して比較的良好に用いられる漢方方剤について虚実に分けて示す。初心者が漢方治療を行う場合、まず、子どもの体力の有無(実証か虚証かの判定、胃腸が丈夫かどうか、寒がりか否か)を見きわめる。実証の場合、多くは食欲旺盛で胃腸が丈夫で暑がりである。』 『漢方医学的視点からみると、頭痛は冷えに由来する 경우가多く、生活背景として陰性食品(体を冷やす食品)を摂りすぎている場合が多いので、生活指導が重要である。漢方薬の有効性を高めるためには腸内細菌の助けが必要であり、食事の影響を受けない空腹時の服用が勧められる。漢方エキス剤の服用方法は、食前(食事の30分以上前)あるいは食間(食後2~3時間後)に熱い湯に溶いて服用するが、苦く飲みづらい場合は、オブラートに包んだり、ココア、蜂蜜などに混ぜて飲ませてよい。年長児に服用させる場合、薬について納得のいく説明をし、どうしたらうまく飲めるかについて一緒に検討する。飲みづらくても薬の効果を納得できると、我慢して飲む子が多い。』 『漢方薬は指示どおりきちんとして服用することで、体がなじみよく効くようになるので、2週間から1か月を目途に効果判定を行う。』	『漢方薬にアレルギーをもつ場合もあるので、好ましくない反応が出た場合は使用を中止する。』	学童・思春期の頭痛に対する主な漢方方剤と選択の目安のチャートが記載されている。
					B23-2	葛根湯	頭痛	n/a	n/a	n/a	『葛根湯は通常、風邪の初期に使われる。肩こりがひどく、体格ががっしりしていて、あまり汗をかかないタイプには一度試みる必要がある。』	n/a	
					B23-3	五苓散	頭痛	n/a	n/a	n/a	『口渴があり、尿が少なく、胃部に振水音(仰臥位にして指先で軽く叩いて聞こえるジャブジャブ音)があれば、五苓散が有効である可能性が高い。』	n/a	
					B23-4	桂枝人参湯、半夏白朮天麻湯、当帰芍薬散、真武湯、呉茱萸湯、当帰四逆加呉茱萸生姜湯	頭痛	n/a	n/a	n/a	『冷えの度合いは、おおむね桂枝人参湯、半夏白朮天麻湯、当帰芍薬散、真武湯、呉茱萸湯、当帰四逆加呉茱萸生姜湯の順に強くなる。』	n/a	
					B23-5	桂枝茯苓丸、桃核承気湯	頭痛	n/a	n/a	n/a	『思春期女子では、生理痛・生理不順に関する頭痛が多い。生理痛と関連する頭痛としては、桂枝茯苓丸が代表的であるが、生理痛が強くと生理中にイライラが目立ち、赤や黒で便秘がち、がっしりした体格の女性には、桃核承気湯を考慮する。』	n/a	
					B23-6	当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸+葛根湯	頭痛	n/a	n/a	n/a	『冷え性で色白で華奢な女子で四肢がむくみやすいときには当帰芍薬散、冷え・のぼせがあり、イライラして訴えが多く情緒不安定な場合には加味逍遙散を考慮する。生理痛が強く、肩こりのひどい女性の場合、桂枝茯苓丸と葛根湯の併用が有効な場合もある。』	n/a	
					B23-7	苓桂朮甘湯、半夏白朮天麻湯、当帰芍薬散	起立性調節障害	n/a	n/a	n/a	『苓桂朮甘湯や半夏白朮天麻湯や当帰芍薬散は起立性調節障害症状の例によく使われる。』	n/a	
					B23-8	呉茱萸湯	片頭痛	n/a	n/a	n/a	『呉茱萸湯は片頭痛によく使われる方剤で胃部の振水音があり、嘔気があるなど五苓散と似るが、頭痛が激しく、顔色不良で冷えがあり、心窩部を指先で軽く叩くと振水音が聞こえる場合に用いる。』	n/a	
					B23-9	真武湯	頭痛	n/a	n/a	n/a	『冷え性で寒がり顔色不良でめまいがある場合や、たるさを訴え横になりたがる場合に、真武湯が有効な頭痛を疑う。』	n/a	
					B23-10	呉茱萸湯、当帰四逆加呉茱萸生姜湯	頭痛	n/a	n/a	n/a	n/a	『頭痛時によく使われる呉茱萸湯、あるいは当帰四逆加呉茱萸生姜湯は、漢方薬の中でもっとも苦くて服用しにくい薬であることをあらかじめ伝え、初めての服薬で嫌にならないように配慮することが望ましい。』	
					B23-11	漢方薬	痛み	n/a	n/a	n/a	一般的な痛みへの薬物療法の中で、特異的な治療薬。その他の項として、『漢方薬』の記載がある。	n/a	
					B23-12	桂枝加芍薬湯、小建中湯、人参湯、半夏瀉心湯	過敏性腸症候群	n/a	n/a	n/a	過敏性腸症候群に対する薬物療法の中に、漢方製剤の分類として、下記の記載がある。 『桂枝加芍薬湯(すべての症状) 5.0~6.0g/日 分2~3 小建中湯(虚証、腹痛、下痢) 7.5~10.0g/日 分2~3 人参湯(虚証、冷え、下痢) 5.0~6.0g/日 分2~3 半夏瀉心湯(中間・実証) 5.0~6.0g/日 分2~3』	n/a	
					B23-13	漢方薬	小児慢性頭痛	n/a	n/a	n/a	小児慢性頭痛の治療アルゴリズムの薬物療法に、『頭痛の漢方療法』が記載されている。	n/a	

漢方CPG Table

『』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 (24CPGs)

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
B24	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	B24-1	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	
					B24-2	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	
					B24-3	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。』	
					B24-4	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潤滑し、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。	
					B24-5	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、イコサベ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	
					B24-6	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	
					B24-7	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。	
					B24-8	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。	
					B24-9	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。	
					B24-10	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。』 その他に虚寒や固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。

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

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 (30CPGs)

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	A64	性感症診断・治療ガイドライン 2011	日本性感染症学会 (ガイドライン委員長: 岸本 寿男)	日本性感染症学会誌 Vol. 22, No. 1 Supplement, 2011年7月30日発行	C1-1	漢方薬	細菌性陰症	n/a	n/a	n/a	細菌性陰症の内服療法に、下記の記載がある。 『更年期症状の強い症例などでは、ホルモン補充療法や東洋医学的治療 (漢方治療) などが併用される。』	n/a	
C2	B19.9	劇症肝炎の診療ガイド	厚生労働省「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班編集 (班長: 坪内博仁)	文光堂、2010年10月10日第1版第1刷発行	C2-1	漢方薬	劇症肝炎 (副作用)	n/a	n/a	n/a		成因の判定基準の薬物性の項に、下記の記載がある。 『一般の薬剤のみならず、漢方薬、民間薬、健康食品などによる薬物性肝障害も少なからず認められる。 ・患者は、漢方薬や健康食品、サプリメントなどを安全と考える傾向があり、服用していても話さないことがあるので、詳細な病歴聴取が必要である。』 わが国における薬物性肝障害の起原因薬物の表中に、『漢方薬 割合6%』の記載がある。	
					C2-2	漢方薬	小児急性肝不全 (副作用)	n/a	n/a	n/a		原因別にみた小児急性肝不全の特徴の薬物性および自己免疫性の急性肝不全の項に、下記の記載がある。 『薬物性急性肝不全の起原因薬物は多岐にわたるが、抗生薬、抗真菌薬、消炎解熱薬、漢方薬が知られている。』	
C3	B24	抗HIV治療ガイドライン 2009年3月版	平成20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) (研究代表者: 白坂 琢磨 国立病院機構大阪医療センター)		C3-1	漢方薬	薬剤相互作用	n/a	n/a	n/a		『プロテアーゼ阻害剤や非ヌクレオチド系逆転写酵素阻害剤は、チトクローム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、チトクローム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。』	
C4	CS0.9	科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン ①治療編 2011年版	日本乳癌学会編 乳癌診療ガイドライン委員会 (委員長: 中村清吾 昭和大学医学部乳癌外科)	Strength of Recommendation A: 十分な科学的根拠があり、積極的に実践するよう推奨する B: 科学的根拠があり、実践するよう推奨する C1: 十分な科学的根拠はないが、細心の注意のもと行うことを考慮してもよい C2: 科学的根拠は十分とはいえず、実践することは基本的に勧められない D: 患者に不利益が及ぶ可能性があるという科学的根拠があるので、実施しないよう推奨する	金原出版、2011年9月2日第1版第1刷発行	C4-1	漢方薬を含む補完代替療法	乳癌	n/a	n/a	D: 患者に不利益が及ぶ可能性があるという科学的根拠があるので、実施しないよう推奨する 『乳癌治療として補完・代替療法は勧められるか』 『背景・目的: 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む傾向をもつ。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) C1: 十分な科学的根拠はないが、細心の注意のもと行うことを考慮してもよい		
C5	C73	甲状腺腫瘍診療ガイドライン 2010年版	日本内分泌外科学会、日本甲状腺外科学会 甲状腺腫瘍診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 吉田明)	Strength of Recommendation A: 質の高いエビデンスがあり、診療で利用・実践することを強く勧める。 B: 質は高くないがエビデンスがあり、診療で利用・実践することを勧める。 C1: エビデンスは少ないが、診療で利用・実践することを勧める。 C2: エビデンスはなく、診療に利用・実践すべきかコンセンサスは得られない。 C3: エビデンスはなく、診療で利用・実践しないことを勧める。 D: 無効性あるいは害を示すエビデンスがあり、診療で利用・実践しないことを強く勧める。	金原出版、2010年10月20日第1版第1刷発行	C5-1	漢方薬を含む補完代替療法	甲状腺癌	n/a	n/a	C3: エビデンスはなく、診療で利用・実践しないことを勧める。 『甲状腺癌治療として補完代替療法は有効か』 『解説: 補完代替療法は大まかに次の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 (カイロプラクティック、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・生物学に基づく療法 (漢方、サメ軟骨、アガリクス、食事療法、免疫療法などの先端医療も含まれる)。現在まで甲状腺癌の補完代替療法に関して論文発表されたランダム化比較試験はなく、その他有用性を明らかにしたのもない。乳癌などでは、化学療法の吐き気を軽減するもの、痛みや不安を取り除くものでランダム化比較試験により確認されるものは存在するが、甲状腺癌に対するそれらのものも確認されない。』	n/a	検索式・参考にした二次資料として、日本乳癌学会編 乳癌診療ガイドライン 1. 薬物療法 2007年版、金原出版、2007を参考にしたとの記載がある。
C6	CS0.0	終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン 2013年版	特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン委員会 (委員長: 太田 恵一 順 湘南鎌倉総合病院オンコロジーセンター)	金原出版、2013年1月31日第1版第1刷発行	C6-1	漢方薬	がん悪液質	n/a	n/a	n/a	がん悪液質の概念と最近の動向の代謝制御・栄養管理の実態、その他の治療の項に、下記の記載がある。 『各種薬剤や栄養素の他に、インスリン、サリドマイド、カンナビノイド、ハーブ療法 (漢方含む) などによる悪液質改善の報告や、グレリンなどの食欲不振の阻害作用を有する薬剤などが開発されつつある。しかし、現時点ではいずれも限定的なエビデンスにとどまっており、各種ガイドラインで使用が推奨されるには至っていない。』	n/a	
C7	C80	抗がん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: 佐治重聖 岐阜大学名誉教授)	Strength of Recommendation A: 十分なエビデンスがあり、推奨内容を日常診療で実践するように強く推奨する。 B: エビデンスがあり、推奨内容を日常診療で実践するように推奨する。 C: エビデンスは十分とはいえないので、日常診療で実践することは推奨しない。 D: 患者に害悪が及ぶ可能性があるというエビデンスがあるので日常診療で実践しないように推奨する。	日本癌治療学会、2005年6月25日	C7-1	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%との調査もあのように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たぎ込まれ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	
C8	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	C8-1	漢方薬	男性更年期障害	n/a	n/a	n/a	発刊によせて (社団法人日本泌尿器科学会理事 奥山山産) の中に、下記の記載がある。 『本邦では男性更年期障害という疾病概念が先行し、これに従って男性ホルモン補充療法、抗うつ薬、ED治療薬、漢方薬等を用いた治療が開始されましたが、現実には男性ホルモン値など診断や治療の基準がなく、医療現場の混乱を招いてきました。』	n/a	
C9	F30-F39	気分障害治療ガイドライン 第2版	監修: 精神医学講座担当者会議	医学書院、2010年3月15日第2版第1刷発行	C9-1	漢方薬	うつ病性障害	n/a	n/a	n/a	その他の代替薬物療法に、下記の記載がある。 『薬物療法に抵抗のある患者でも漢方薬だと受容できる場合がある。また、身体症状を主訴とするうつ病患者で有効な場合もある。』	n/a	

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

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 (30CPGs)

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	F50.9	摂食障害治療ガイドライン	日本摂食障害学会 摂食障害治療ガイドライン作成委員会 (代表: 中井義勝 京都健康科学研究所長, 永田利彦 大阪市立大学大学院准教授・神経精神医学, 西園マール 京都医学総合研究所「心の健康づくりのための予防・治療・リハビリ法」プロジェクト副専任研究員)	医学書院、2012年2月1日第1版第1刷発行	C10-1	六君子湯	消化器症状	n/a	n/a	n/a	広義の薬物療法としての対症療法の栄養療法の補助的側面の項に、下記の記載がある。 『消化器症状の改善に使用されるものにモサプリドクエン酸塩水和物、ドンペリドン、テプレノンや漢方薬として六君子湯などがあげられます。』	n/a	
C11	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	C11-1	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	
C12	G47.9	睡眠障害の対応と治療ガイドライン 第2版	睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会 (内山真 日本大学医学部精神医学系)	じほう、2012年5月20日発行	C12-1	大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、半夏厚朴湯、抑肝散、痛経湯、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、痛経湯、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安定化により睡眠促進効果を実現する。』	『漢方などは一般に副作用が少ないといわれているが、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、カルシウムでは尿管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。』	
C13	G47.9	睡眠障害診療ガイド	日本睡眠学会 認定委員会 睡眠障害診療ガイド・ワーキンググループ (委員長: 井上雄一)	文光堂、2011年6月30日第1版第1刷発行	C13-1	朝鮮人參 (高麗人參)	不眠 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	睡眠障害をきたす大衆薬・嗜好品・サプリメントの表中に、『機能など: 疲労回復、強心作用、成分: 朝鮮人參 (高麗人參)、睡眠障害の種類: 不眠』の記載がある。	
C14	I25.9	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/guideline/pdf/JCS2006_kitabatake_h.pdf	C14-1	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、カンナニン類似化合物、三環系抗うつ薬、サイクロスポリン、エリスロポエチンなど』の記載がある。	
C15	I95.1	小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン-小児心身医学会ガイドライン集-	日本小児心身医学会 小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン作成委員会 (委員長: 田中英高 大阪医科大学小児科)	南江堂、2009年6月20日発行	C15-1	漢方薬	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 OD【起立性調節障害】の病態生理と治療の「h. 重症OD【起立性調節障害】に対する心理社会的対応 (専門医向け)」のその他の治療法の項に、下記の記載がある。 『OD【起立性調節障害】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さまざま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、補充・代替療法と呼ばれるものが含まれ、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例 (場合) もあるが、未だに明確なエビデンスが得られたとはいえない。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み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みようと考えられる。この解説では、漢方療法と補充・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。』	n/a	漢方療法の一覧表の中に、半夏白朮天麻湯、補中益気湯、小建中湯、真武湯、苓桂朮甘湯の服用法 (服用分3、小学生5.0g、中学生7.5g) の記載がある。
C16	J10-J18	新型インフルエンザ診療ガイドライン	日本感染症学会	http://www.kansensho.or.jp/influenza/pdf/influenza_guideline.pdf	C16-1	麻黄湯	インフルエンザ	n/a	n/a	n/a	一般的な治療の項に、下記の記載がある。 『漢方薬による診療に習熟した医師のもとでは、一部の麻黄湯などの漢方薬を投与することも可能である。』	n/a	
C17	J30-J45 L20-L30	アレルギー疾患診断・治療ガイドライン 2010	社団法人日本アレルギー学会ガイドライン委員会 (委員長: 西間三善 国立病院機構福岡病院)	協和企画、2010年11月25日第1版第1刷発行	C17-1	漢方薬	成人喘息	n/a	n/a	n/a	長期管理における発作治療薬のその他の薬剤、療法に、下記の記載がある。 『漢方薬: 漢方薬の投与は随証治療といいて、患者の体質、体力とその時点で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。』 喘息長期管理薬の種類と薬剤の表中に、『その他の薬剤・療法 (漢方薬、特異的免疫療法、非特異的免疫療法)』の記載がある。	n/a	下記の処方について一般名・商品名、剤形・組成・用量 (1日用量)、適応、禁忌が掲載されている。 葛根湯、五虎湯、柴胡湯、小柴胡湯、小青竜湯、麻杏甘石湯
					C17-2	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	その他の薬物療法として、非特異的免疫療法薬、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	
					C17-3	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態生理の立場からは、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、体の機能の乱れを運動的に促す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。ここでは、保険治療の範囲で使用されている漢方薬およびコントロールスタディのある補中益気湯について記載した。』 『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	
					C17-4	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、患部は発疹性あるいはばま性の発疹で覆われ、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例およびクレマチンフマル酸塩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敗毒湯では改善以上で50%、軽度改善以上で88.9%、クレマチンフマル酸塩は改善以上で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	
					C17-5	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、掻痒のはなほたい場合。 方法: 消風散15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率は45.7%および68.8%、4週間後の有用度は有用以上が68.8%。』	『副作用については、漢方薬といえども、注意が必要である。上記【左記】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。』	
					C17-6	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、頸部や咽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	
					C17-7	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、全身倦怠感、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減少。』	n/a	
					C17-8	漢方薬	特発性蕁麻疹	n/a	n/a	n/a	特発性の蕁麻疹に対する治療手順の図中の補助的治療薬の項に、『漢方薬』の記載がある。	n/a	

漢方CPG Table

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

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 (30CPGs)

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	
C18	J45.9	喘息予防・管理ガイドライン2009	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 (会長: 大田健 帝京大学医学部内科)	協和企画、2009年10月29日 第1版第1刷	C18-1	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いって、患者の体質、体力とその時点での開病反応の強弱によって方剤を選ぶという原則があり、投与前にあらわしめ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、適切な偽薬が得難く、喘息治療における有効性を検証できるプラセボコントロール試験の成果がない。』 喘息長期管理薬の種類と薬剤の表中に、『その他の薬剤・療法 (漢方薬、特異的免疫療法、非特異的免疫療法)』の記載がある。	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。	
C19	K70 K76	NASH・NAFLDの診療ガイド2010	日本肝臓学会編	文光堂、2010年5月27日 第1版第1刷発行	C19-1	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』		
C20	L23-L25	接触皮膚炎診療ガイドライン	日本皮膚科学会接触皮膚炎診療ガイドライン委員会	日本皮膚科学会雑誌 Vol.119 No.9 2009 平成21年8月20日発行	C20-1	甘草、十全大補湯	湿疹型薬疹 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a		医薬品による接触皮膚炎 (湿疹型薬疹を含む) の項の湿疹型薬疹の原因薬として報告されている主な医薬品の表中に、漢方薬として、『甘草、十全大補湯、栲の葉+スギナ』の記載がある。	
C21	L50	蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドライン作成委員会	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	C21-1	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) 慢性蕁麻疹』の中に『この他、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H ₁ 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		
C22	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	C22-1	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』		
					C22-2	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』		
					C22-3	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』		
C23	M35.2	難病の診断と治療指針 3rd vol.1	疾病対策研究会編	東京六法出版、2005年7月	C23-1	漢方薬	ペーチェット病	n/a	n/a	n/a	『主な薬剤とその使用方法』として『⑦漢方薬、エイコサペンタエン酸製剤』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		
C24	M54.5	腰痛診療ガイドライン2012	日本整形外科学会 日本腰痛学会 腰痛診療ガイドライン策定委員会 (委員長: 白土修 福島県立医科大学津医療センター準備室教授)	南江堂、2012年11月5日発行	C24-1	漢方薬	腰痛	n/a	n/a	n/a	『Clinical Question 9 腰痛に薬物療法は有効か』のその他の項に、下記の記載がある。 『漢方薬でエビデンスの高い報告は医中誌 (1983年以降) およびPub Medでは見当たらなかった。』	n/a		
C25	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		C25-1	漢方薬	閉塞を伴わない尿酸結石やシステイン結石	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		
C26	R46.8	小児科医のための不登校診療ガイドライン-小児心身医学会ガイドライン集-	日本小児心身医学会 小児科医のための不登校診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 村上佳津美 近畿大学医学部堺病院小児科)	南江堂、2009年6月20日発行	C26-1	漢方薬	機能性頭痛	n/a	n/a	n/a	不登校の診療にあたり知っておきたい知識の「1. 身体症状の治療に有用な心身症の知識」の機能性頭痛の項に、下記の記載がある。 『緊張型頭痛には鎮痛薬、漢方薬のほか、筋弛緩薬、抗不安薬を予防的に投与すると効果的です。』	n/a		
C27	R52.2	Evidence-Based Medicineに記され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	C27-1	大建中湯、潤腸湯、大黃甘草湯、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 大黃甘草湯 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。	
C28	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「高齢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 大内耐職)	メディカルレビュー社、2004年5月	C28-1	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、社会的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。』	n/a		
C29	T78.1	食物アレルギーの手引き2011	厚生労働科学研究費補助金 免疫アレルギー疾患等予防・治療研究事業 食物アレルギーの発症要因の解明および耐性化に関する研究 (研究代表者: 海老澤元宏 国立病院機構相模原病院臨床研究センターアレルギー疾患研究部)	http://www.fooallergy.jp/manua2011.pdf	C29-1	漢方製剤	食物アレルギー (投与禁忌)	n/a	n/a	n/a	n/a		食物アレルギー患者への薬物投与の項の「投与禁忌の一般用医薬品等」の表中に、『鶏卵: 含有成分リゾチーム塩酸塩 (塩化リゾチーム)、薬効分類 咳止め薬、鎮咳去痰薬、鼻炎用内服薬、口腔咽喉薬 (トローチ剤)、痔疾用薬、歯痛・歯槽膿漏薬、一般点眼薬、漢方製剤など』の記載がある。	
C30	Z01.7	臨床検査のガイドライン JSLM 2012 検査値アブローチ症候/疾患	日本臨床検査医学会ガイドライン作成委員会編	宇宙堂八木書店、2012年12月25日 第1版発行	C30-1	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		浮腫の中の薬剤性浮腫の項に、下記の記載がある。 『甘草含有薬 (小柴胡湯、強力ミノファゲンC) やステロイド、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。Ca拮抗薬やα遮断薬、ヒドララジンなどの血管拡張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になるので、疑わしい薬物を服用しているときは中止して浮腫の消滅を確認する。』	
					C30-2	小柴胡湯	肝疾患	n/a	n/a	n/a	肝疾患の肝症治療法の項に、下記の記載がある。 『肝症治療もALTの低下を目的に行われ、これにはグリチルリチン製剤、ウルソデオキシコール酸や小柴胡湯等が用いられることが多い。グリチルリチン製剤投与中は、低カルウム、浮腫に注意する。小柴胡湯は、肝硬変患者、インターフェロン投与患者には使用しない。』	n/a		

【参考情報: 対象としなかったCPG中の漢方製剤に関する記載】

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

CPGのダイジェスト版 (3CPGs)

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
1	F45.9	心身症診断・ 治療ガイドラ イン2004年	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: 西間三郎、小牧 元)	協和企画、 2004年10月28 日 第1版第1刷 発行	1-1	六君子湯	Functional Dyspepsia (FD)の 嘔気、胸やけ	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	ドンペリドン (ナウゼリン) 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
2	J30	2005年版 アレルギー診 療ガイドライン	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10 版第3刷発行	2-1	小青竜湯、 葛根湯、小 柴胡湯	鼻アレルギー	n/a	n/a	n/a	『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。』	n/a	
3	L70.0	ザ瘡治療ガイ ドライン	日本皮膚科学会 ザ瘡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)	日本皮膚科学 会誌 119 (5) 2009 付録	3-1	荊芥連翹湯	ザ瘡 (面皰)	n/a	n/a	C1: 良質な根拠は少 ないが、選択肢の1 つとして推奨する	『CQ13 ザ瘡 (面皰) に漢方療法は有効か?』に対して下記の推奨文が記載されている。 『ザ瘡 (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、選択肢の一つとして推奨する。』	n/a	
					3-2	黄連解毒 湯、十味散 毒湯、桂枝 茯苓丸	ザ瘡 (面皰)	n/a	n/a	C2: 十分な根拠がな いので (現時点では) 推奨できない	『CQ13 ザ瘡 (面皰) に漢方療法は有効か?』に対して下記の推奨文が記載されている。 『ザ瘡 (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、行ってもよいが推奨はしない。』	n/a	
					3-3	荊芥連翹 湯、清上防 風湯、十味 敗毒湯	ザ瘡 (炎症性皮膚)	n/a	n/a	C1: 良質な根拠は少 ないが、選択肢の1 つとして推奨する	『CQ14 ザ瘡 (炎症性皮膚) に漢方療法は有効か?』に対して下記の推奨文が記載されている。 『ザ瘡 (炎症性皮膚) 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、選択肢の一つとして推奨する。』	n/a	
					3-4	黄連解毒 湯、温清散、 温経湯、桂 枝茯苓丸	ザ瘡 (炎症性皮膚)	n/a	n/a	C2: 十分な根拠がな いので (現時点では) 推奨できない	『CQ14 ザ瘡 (炎症性皮膚) に漢方療法は有効か?』に対して下記の推奨文が記載されている。 『ザ瘡 (炎症性皮膚) 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、行ってもよいが推奨はしない。』	n/a	

患者向けCPG (12CPGs)

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
1	C16.9	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 発行	1-1	漢方薬	胃がん	n/a	n/a	n/a	『Q&A 22 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?』に対して、以下の記載がある。 『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、氣功、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ても幅広くあります。(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。』	n/a	
2	C50.9	患者さんのた めの乳がん 診療ガイドラ イン2012年 版	日本乳癌学会編 診療ガイドライン委員会 (委 員長: 中村清香 昭和大学医学部乳癌外科)	金原出版、 2012年6月28 日 第3版第1刷 発行	2-1	甘草、麻黄を 含む漢方薬	薬剤相互作用	n/a	n/a	n/a	『Q58 薬の飲み方について教えてください。』に対して、解説の中のほかの薬や飲食物との飲み合わせの項に、下記の記載がある。 『漢方薬の中でも甘草や麻黄を含むものは特に注意が必要です。』	n/a	
					2-2	漢方薬	その他	n/a	n/a	n/a	『Q63 アガクスやメシマコブなど補完代替医療 (民間療法など) は乳がんに対して効果が期待できるのでしょうか。乳がん治療中にこれらを併用してもよいのでしょうか?』に対して、解説の中の補完代替医療とはの項に、下記の記載がある。 『米圏では、漢方は医療品に分類されず、ハーブとして補完代替医療に分類されています。』	n/a	
3	C53-C56	患者さんとご 家族のため の子宮頸が ん・卵巣がん 治療ガイドラ インの解説	日本婦人科腫瘍学会編	金原出版、 2010年12月10 日 第1版発行	3-1	漢方薬	卵巣欠落症状、更 年期障害	n/a	n/a	n/a	卵巣欠落症状の治療法の項に、下記の記載がある。 『漢方薬治療: 卵巣欠落症状や更年期障害に対しては、漢方薬によって治療を行うこともあります。漢方薬は、ホルモン補充療法が行えない子宮体がん、乳がんなどのエストロゲン依存性の腫瘍や血栓症がある場合でも服用することができますので、担当の医師に相談してください。』	n/a	
4	J30.4	アレルギー性 鼻炎ガイド 2013年版	鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会 (編集委員代表: 大久保公裕 日本医科大学 大学院医学研究科頭頸部・感覚器科学分野 教授)	ライフ・サイエ ンス、2013年1 月15日 第1版 第1刷発行	4-1	漢方薬	アレルギー性鼻炎	n/a	n/a	n/a	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。	n/a	
5	J45.9	患者さんのた めのEBMI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 発行	5-1	漢方薬	喘息	n/a	n/a	n/a	『どのような薬を服用するのでしょうか?』に対して、コントローラー (長期管理薬) の項に下記の記載がある。 『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β2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。』	n/a	
6	J45.9	『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 hc.or.jp/G0000 051_C000118 3_0001.html	6-1	柴朴湯、小 青竜湯、麻 杏甘石湯、 麦門冬湯	喘息	n/a	n/a	n/a	『Q 喘息の治療に適した漢方薬はありますか?』に対して、下記の記載がある。 『漢方薬は伝統的なくすりです、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。小青竜湯 (ショウセイリュウトウ)、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は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目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。』	n/a	
7	J45.9	EBMI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 2004 (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刷発 行	7-1	麻黄剤	喘息 (発作治療薬)	n/a	n/a	n/a	『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』	(調剤共通の注意事項の記載) ①重症のケースや発作がひどい ときは、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、病型にはこだわらなくても よい。③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。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 感できないときは、その時点で方 剤の見直しを行う。
					7-2	柴胡剤	喘息 (長期管理薬)	n/a	n/a	n/a	『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』	
8	K21.9	患者さんと家 族のための 胃食道逆流 症 (GERD) ガ イドブック	日本消化器病学会編	南江堂、2010 年12月1日発 行	8-1	漢方薬 (六 君子湯など)	胃食道逆流症 (GERD)	n/a	n/a	n/a	胃手術後GERDの治療の項に、下記に記載がある。 『逆流にくさするため、あるいは逆流したものを速やかに排除するために消化管運動賦活薬を、逆流したものが食道粘膜に直接触れにくくするために制酸薬やアルギン酸を使用します。漢方薬 (六君子湯など) が有効なこともあります。』	n/a	
9	K73.9	慢性肝炎理 解のための 手引き	日本肝臓学会	肝臓 49 (4) 2008 巻末	9-1	小柴胡湯	慢性肝炎	n/a	n/a	n/a	慢性肝炎の治療法の肝保護薬の項に、下記の記載がある。 『静脈内に注射する強力カネオミノファーゲンと内服するウルソ、小柴胡湯 (肝硬変には禁忌) などがあります。どの薬を選ぶかは、GOT、GPTの値、患者さんの事情 (受診できる回数) などにより、担当医と相談して決めます。』	n/a	

[参考情報: 対象としなかったCPG中の漢方製剤に関する記載]

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

10	K74	患者さんと家族のための肝硬変ガイドブック	日本消化器病学会 肝硬変診療ガイドライン委員会 (委員長 福井博 奈良県立医科大学 消化器・内分泌代謝内科)	南江堂、2011年6月15日発行	10-1	小柴胡湯	肝硬変	n/a	n/a	n/a	『よくある質問11 インターフェロンや経口抗ウイルス薬以外でB型肝炎、C型肝炎に有効な治療法はありますか?』の解説の項に、下記の記載がある。 『小柴胡湯: B型肝炎慢性肝炎やC型肝炎慢性肝炎の患者さんが小柴胡湯を服用すると、ALT値が低下することが報告されています。また、肝硬変の患者さんで、小柴胡湯を服用したほうが肝癌の発生率が低くなったとの報告もあります。しかし、1989年に小柴胡湯が原因と考えられる間質性肺炎が報告され、その後報告例が急増し、とくに肝硬変の患者さんで亡くなる割合が高かったため、2000年から肝硬変の患者さんには使用禁忌となりました。』	n/a	
11	R51	これで治す最先端の頭痛治療	日本頭痛学会編 厚生科学研究事業 日本頭痛学会 慢性頭痛の診療ガイドライン市民版作成委員会 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	保健同人社、2006年11月20日 初版発行	11-1	漢方薬、呉茱萸湯、桂枝人参湯、釣藤散、葛根湯	頭痛	n/a	n/a	B: 行うよう勧められる	『漢方薬は頭痛に有用でしょうか』 『推奨: 漢方薬は予防薬あるいは急性期治療薬として永年にわたり使用されており、経験的あるいは伝統的に、効果・安全性の両面から有用であると評価されています。これら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す。漢方薬は経験的・伝統的に使用されてきたために、エビデンスとして評価されるものは多くありません。漢方薬のなかでエビデンスが得られているものは、呉茱萸湯、桂枝人参湯、釣藤散、葛根湯などがあげられます。』	n/a	
12	S10-S19	患者さんのための頸椎後縦靭帯骨化症ガイドブック 診療ガイドラインに基づいて	日本整形外科学会診療ガイドライン委員会 頸椎後縦靭帯骨化症ガイドライン策定委員会	南江堂、2007年11月10日発行	12-1	漢方薬	痛み、しびれ感	n/a	n/a	n/a	よくある質問の項の『痛みやしびれ感に対する有効な薬はありますか?』に対して、下記の記載がある。 『ビタミンB12、消炎鎮痛薬、漢方薬、糖尿病性のしびれ感に有効とされる塩酸メキシレチン、抗てんかん薬であるクロナゼパムなどが医師の経験に基づき処方されていますが、その効果には個人差があるようです。』	n/a	