

『』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 (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	
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 C: 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、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B1)、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か月間のドネペジル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か月間の投与によりNPI総スコアやNPI幻覚サブ コアの有意な改善がみられ、Barthel inde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	Shimo 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 (ChEI)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 (kampon), 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、『それらのBPSDの頻度は、対象集団によって異なる、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): A 既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個 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やpromazine、ソレピド(特に攻撃性と抑制制)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。括てんから薬であるハロピド 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、ハロピドゾ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	Shimo 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	C1: 科学的根拠がな い、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±5.5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、睡眠効率率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	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 (ChEI)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。 『ChEIの他に、神経保護薬、脳循環改善薬、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・自発性 低下	嶋田豊, 寺澤博年, 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・自発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 は脳梗塞後遺症に保険適用があり、VaDの意欲・自発性低下の改善に使用を考慮してもよい(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の精神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、特に自発性、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、症例数が少なく科学的根拠が不十分である。』	n/a		
					A1-9	抑肝散	血管性認知症 (VaD)の精神症 状、意欲・自発性 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	n/a	『CQ: 血管性認知症vascular dementia (VaD)の精神症状、意欲・自発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 は脳梗塞後遺症に保険適用があり、VaDの意欲・自発性低下の改善に使用を考慮してもよい(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の精神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、特に自発性、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、症例数が少なく科学的根拠が不十分である。』	n/a	

『』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 (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								
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、福土壽)  Strength of Evidence I: システムレビュー・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: 推奨する根拠がはつきりしない D: 行わないよう勧められる	協和企画、2006年5月25日 第1版第1刷発行	A2-1	六君子湯	Functional Dyspepsia (FD)	原澤茂, 三好秋馬, 三輪剛, ほか 運動不全型の上腹部膨脹 (DYSMOTILITY-LIKE DYSPEPSIA) に対する11-43六君子湯の多施設共同市販後臨床試験—二重盲検群間比較法による検討—, 『医学のあゆみ』 1998; 187: 207-29.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	B: 行うことを推奨	FDに対する治療手段の薬物療法に、下記の記載がある。 『漢方では、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。漢方は併存する身体症状や精神症状も含めた処方が可能なので、FDのようにさまざまな症状を併存する患者では、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、適量、胸やけの欄に「ツムラ六君子湯 7.5g 分3食間」の記載がある。								
					A2-2	半夏瀉心湯	Functional Dyspepsia (FD)	n/a	n/a	n/a											
					A2-3	安中散	Functional Dyspepsia (FD)	n/a	n/a	n/a											
					A2-4	漢方薬	更年期障害	木村武恵, 赤松達也, 矢内原巧 更年期障害の漢方療法. 『漢方と最新治療』 1992; 1: 229-36.	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1) 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							
					A2-5	桂枝茯苓丸	更年期障害	木村武恵, 矢内原巧, 更年期の漢方治療. 『産婦人科治療』 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											
					A2-6	加味逍遙散	更年期障害		村田高明, 更年期障害の漢方療法. 『Current Therapy』 1990; 8: 47-53.	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									
					A2-7	当帰芍薬散	更年期障害	A2-8		桂枝茯苓丸		更年期障害		更年期障害の治療ガイドラインとして、HF (+) でHRTを希望しない例や禁忌例、HF (-) 例の中の漢方の項に、下記の記載がある。 『漢方の中で桂枝茯苓丸、加味逍遙散、当帰芍薬散の3つは女性3次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と当帰芍薬散加味黄蘗生薑湯との比較試験では、漢方の有効性が高い。』	n/a	漢方に汎用薬剤として15処方 (加味芍薬湯、当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、当帰芍薬湯、当帰四逆加呉茱萸生薑湯、甘草大棗湯、四物湯、温経湯、八味地黄丸、牛車腎気丸、加味逍遙散、女中散、養血解毒湯、柴胡加竜骨牡蠣湯、桂枝茯苓丸) が解説されている。					
					A2-9	加味逍遙散	更年期障害	A2-10	当帰芍薬散	更年期障害		n/a		n/a							
					A2-10	当帰芍薬散	更年期障害	A2-11	当帰四逆加呉茱萸生薑湯	冷え症		n/a		n/a							
					A3	H26.9	科学的根拠 (evidence) に基づく白内障診療ガイドライン	厚生科学研究費補助金 (21世紀型医療開拓推進研究事業: EBM分野) (分担研究者: 渡木信博 日本医科大学付属千葉北総病院眼科教授)	日本白内障学会誌 Vol.16 (別冊) 2004 平成16年7月10日発行	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. 『産婦人科』 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。 『動告 (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	尾羽沢大, 眼疾患に対する漢方の適応について 白内障. 『産婦人科』 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。			
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. 『産婦人科』 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』										
A4	H66.9	小児急性中耳炎診療ガイドライン 2013年版	日本耳科学会、日本小児耳鼻咽喉科学会、日本耳鼻咽喉科感染症・エアロゾル学会 編 小児急性中耳炎診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 工藤典代 千葉県立保健医療大学健康科学部栄養学科)	金原出版、2013年7月10日 第3版発行	A4-1	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. 『Acta Oto-Laryngologica』 2009; 129: 14-8.	n/a	n/a	『CQ21-8: 反復性中耳炎に対して漢方補劑は有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨: 漢方補劑の中でも十全大補湯は免疫賦活・栄養状態改善などの効果があるため推奨する。 背景: 反復性中耳炎は未熟児の免疫能の低い乳幼児に高頻度に認められ、このような乳幼児に免疫賦活・栄養状態改善作用のある漢方薬の一種である十全大補湯の有効性が報告されている。 解説: 基本的な生命機能を維持する体力が低下して起こる種々の状態に対し、漢方では足りないものを補う治療法、すなわち補劑の投与が行われる。これにより身体の恒常性を回復させる。代表的な補劑としては、十全大補湯と補中益気湯がある。補劑に関する基礎的・臨床的研究が多く報告されており、宿主の免疫賦活作用と生体防御機能の向上、感染症に対する有効性が証明されつつある。臨床的にはライノウイルス感染抑制効果、COPD患者における感冒罹患回数の減少と体重増加、MRSA感染防御効果、カンジダ感染症に対する有効性が報告されている。さらに乳幼児の肛門腸菌叢・痔瘻に有効であり、標準的治療法の一つとなりつつある。基礎的研究においては、食細胞の貪食活性の亢進、サイトカイン産生の調整、NK細胞活性の増強作用が知られており、各種免疫賦活作用や、栄養状態改善などの効果がある。(中略) ただし、十全大補湯の保険診療上の適応症は「病後の体力低下、疲労倦怠、食欲不振、あせ、手足の冷え、貧血」となっており、現段階 (2013年5月時点) では中耳炎は適応症に含まれていない。』	n/a									
					A4-2	十全大補湯	反復性中耳炎	吉崎智一, 小児反復性中耳炎に対する十全大補湯の有効性に関する多施設共同非盲検ランダム化比較試験 (H21臨床研究一般-007) に関する研究. 『厚生労働科学研究費補助金・医療技術実用化総合研究事業、平成21年度～23年度総合研究報告書』 2012.	n/a	n/a											
					A4-3	十全大補湯	反復性中耳炎	1	1	B 推奨: 十分なエビデンスがあり、利益は害より大きい											
					A4-4	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. 『Acta Oto-Laryngologica』 2009; 129: 14-8.	II b: よくデザインされた準実験的研究	↑		『反復性中耳炎の乳幼児に十全大補湯を3か月投与し、急性中耳炎罹患頻度の減少、発熱期間および抗菌薬投与期間の減少、救急外来受診の減少が得られ、その有効率は95.2%と報告した。』	n/a								
					A4-5	十全大補湯	反復性中耳炎	吉崎智一, 小児反復性中耳炎に対する十全大補湯の有効性に関する多施設共同非盲検ランダム化比較試験 (H21臨床研究一般-007) に関する研究. 『厚生労働科学研究費補助金・医療技術実用化総合研究事業、平成21年度～23年度総合研究報告書』 2012.	II a: よくデザインされた比較試験 (非ランダム化)	↑		『この【上記】報告を受けて多施設共同非盲検ランダム化比較試験が施行された結果、十全大補湯の投与により急性中耳炎の罹患頻度の減少、鼻風邪罹患頻度の減少、抗菌薬使用量の減少がみられた。また、反復性中耳炎のなかでも、特に①頻回急性中耳炎を繰り返す重症例、②未熟児、③集団保育通園児、④家庭内喫煙曝露児などのハイリスク群において、有効性がより高いという結果であった。』	n/a								

『』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 (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				
A5	I10	高血圧治療 ガイドライン 2014	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: 島本一明 札幌医科大学 学長)  Strength of Evidence I: システムメタアナリシスやランダム化比較試験のメタアナリシス II: ランダム化比較試験 III: 非ランダム化比較試験、ランダム化比較試験のサブ解析・後付解析 IVa: 疫学研究 (コホート研究、コホート研究のメタアナリシス) IVb: 疫学研究 (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: 専門委員会や専門家の意見  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: 科学的根拠は不十分だが行うように勧められる。 C2: 科学的根拠は不十分だが行わないように勧められる。 D: 科学的根拠があり行わないよう勧められる。	ライフサイエンス、2014年4月14日発行	A5-1	漢方薬	薬剤誘発性高血圧 (副作用)	1		VI: 専門委員会や専門家の意見	C2: 科学的根拠は不十分だが行わないように勧められる。	n/a	薬剤誘発性高血圧の項に、下記の記載がある。『カンゾウ (甘草) の主要成分であるグリチルリチンを含む漢方薬や肝疾患治療薬、消化器疾患治療薬、健康食品などの使用で低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。血圧上昇がみられた場合、これらの薬物の中止を考慮する。中止が困難であればアルドステロン拮抗薬を用いる。』				
					A5-2	漢方薬	薬剤誘発性高血圧 (副作用)			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 Glycyrrhizate. <i>International Journal of Toxicology</i> 2007; 26: 79-112.	VI: 専門委員会や専門家の意見	1		n/a	薬剤誘発性高血圧の項に、下記の記載がある。『カンゾウは肝疾患治療薬、消化器疾患治療薬、そのほか多くの漢方薬、健康補助食品、化粧品などに含まれている。グリチルリチンはコルチゾールを不活性のホルテゾンへ代謝する11β-水酸化ステロイド脱水素酵素を阻害して、コルチゾール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 <sup>+</sup> 、水の貯留、K <sup>+</sup> 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。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。』		
					A5-3	芍薬甘草湯、小柴胡湯	薬剤誘発性高血圧 (副作用)	本間真人、石原三也、千文、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.	V: 記述研究 (症例報告やケースシリーズ)	1						「高血圧治療ガイドライン 2014 文獻集」に対象、目的、結果の記載がある。	
					A5-4	漢方薬	薬剤誘発性高血圧 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者高血圧の診断 二次性高血圧の鑑別の項に、下記の記載がある。『高齢者では多剤内服例が多く、薬剤誘発性高血圧も生じやすい。他院や他科での処方だけでなく健康食品やサプリメントに関する問診も重要で、カンゾウ (甘草) 含有物質 (漢方薬など) や非ステロイド性抗炎症薬についての問診は必須である。』	
					A5-5	漢方薬	薬剤誘発性高血圧 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	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コルチゾール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 <sup>+</sup> の貯留とK <sup>+</sup> 低下 高血圧治療への対策: 漢方薬などの減量・中止、抗アルドステロン薬』	

『』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 (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																	
A6	189.0	2014年版 リンパ浮腫診療ガイドライン	日本リンパ浮腫研究会編 リンパ浮腫診療ガイドライン委員会 (委員長: 北村薫 ナガモクニツク編)	Strength of Evidence A1: CQに一致した有効性を示す「検証的試験 (RCT)」が複数存在。 A2: CQに一致した有効性を示す「検証的試験 (RCT)」が一つ存在。 A3: CQに一致した「探索的試験 (RCT)」が複数存在。 A4: CQに一致した「探索的研究 (RCT)」が一つ存在。 B1: CQに一致した有効性を示す「非ランダム化試験」あるいは「コホート研究」(ランダム割付を伴わない同時対照群を伴う研究) が一つ存在。 CQに一致した有効性を示す「後ろ向きコホート研究 (ヒストリカルコホート研究)」(ランダム割付を伴わない過去の対照群を伴うコホート研究) が複数存在。 B3: CQに一致した有効性を示す「後ろ向きコホート研究 (ヒストリカルコホート研究)」(ランダム割付を伴わない過去の対照群を伴うコホート研究) が一つ存在。 C1: CQに一致した有効性を示す症例対照 (ケース-コントロール) 研究 (後ろ向き研究) が複数存在。 C2: CQに一致した有効性を示す症例対照 (後ろ向き研究) が一つ存在。 D1: CQに一致した有効性を示す前後比較研究、対照群を伴わない研究の結果が存在。 D2: CQに一致した前後比較研究、対照群を伴わない研究の結果が存在するが、有効性を示すに至らず、安全性の担保がある。 E1: CQに一致した症例報告、症例集積研究 (ケースシリーズ) が存在。 E2: 専門家個人の意見 (専門家委員会報告を含む) が存在。 F: 判断根拠となるエビデンスが明らかでなく、安全性の保障もされていない。	金原出版、2014年2月1日第2版発行	A6-1	漢方薬	リンパ浮腫	n/a	n/a	n/a	総論の予防と治療の薬物治療の項に、下記の記載がある。 『リンパ浮腫に対する薬物治療としては漢方とそれ以外に大別でき、後者はクマリン、フラボンとその誘導体を含むベンゾピロン系薬剤が挙げられるが、いずれも治療効果に関する報告が必ずしも一致しておらず、極めて科学的根拠に乏しい。』	n/a																	
															A6-2	柴芎湯、五苓散など	続発性リンパ浮腫	1	E1: CQに一致した症例報告、症例集積研究 (ケースシリーズ) が存在。 E: エビデンスが乏しく、他に選択肢がない場合に限って、日常診療で実施すべきであることを検討すべきである (効果が評価できる場合に限り)。	E: エビデンスが乏しく、他に選択肢がない場合に限って、日常診療で実施すべきであることを検討すべきである (効果が評価できる場合に限り)。	n/a									
															A6-3	柴芎湯	リンパ浮腫	1	1	Nagai A, Shibamoto Y, Ogawa K. Therapeutic effects of saireito (chai-ling-tang), a traditional Japanese herbal medicine, on lymphedema caused by radiotherapy: a case series study. <i>Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine</i> 2013; 24:1629.	1	『柴芎湯は利水作用をもつ漢方の一つで、同時に消炎作用をもち、蜂窩織炎を伴う場合や、術後の浮腫の減少に対して有効性を示した論文がいくつかある。Nagaiらは放射線治療後のリンパ浮腫症例4例に対して柴芎湯の効果を検証した症例報告を行った。4例中2例に、臨床的に明らかなリンパ浮腫の軽減がみられたとしている。同報告では、副作用に注意しつつ、前向きランダム化比較試験が必要と述べている。』	『これは咳嗽・発熱の出現のため投与中止となった。』							
															A6-4	柴芎湯	四肢リンパ浮腫	1	1	山本博, 大村健二, 松智彦, ほか 四肢のリンパ浮腫に対するツムラ柴芎湯の使用経験. <i>漢方医学</i> 1993; 17: 135-7.	1	『四肢リンパ浮腫症例10例1肢 (乳癌術後5例、動脈バイパス術後2例、子宮癌術後1例、特発性2例) に対して柴芎湯の投与前後の患肢の周径を測定し、周径の平均が上肢では27.9cmから33.9cm (n=5)へ、下肢では35.7cmから33.9cm (n=6)へと減少したことを報告した。長期投与に伴う有害事象はみられず、柴芎湯単独投与でも、9肢中7肢に効果がみられたとしている。これらの報告はいずれも少数の症例集積であり、また他の治療も併用されており、漢方の有効性を直接示したものではない。』	『長期投与に伴う有害事象はみられず』							
															A6-5	柴芎湯	リンパ浮腫	1	1	Kishida Y, Miki H, Nishi T, et al. Therapeutic effects of Saireito (TJ-114), a traditional Japanese herbal medicine, on postoperative edema and inflammation after total hip arthroplasty. <i>Phytotherapy</i> 2007; 14: 581-6.	1	『そのほか、柴芎湯の臨床効果を示した報告として、Kishidaらは、関節リウマチの患者で、股関節全置換術を受けた18例に対して、柴芎湯効果を検証したランダム化比較試験を行った。術後2週間までの早期の治療効果を検査し、介入群の集計差が小さかったが統計的に有意差は認めなかった。また、自覚症状の改善も介入群と非介入群とで有意差は認めなかった。CRPは介入群では全例陰性化しており、抗炎症作用は非介入群と比べ有意に良好であった。この結果より、柴芎湯は術後早期のリンパ浮腫の改善に有効である可能性があり、より多数・長期の試験で検証する価値があるとされている。本試験は術後の一過性の浮腫が対象であることや抗炎症作用が主と考えられるため、続発性リンパ浮腫に対する有効性を直接示したものではない。』	n/a							
															A6-6	五苓散、牛車腎気丸など	リンパ浮腫	1	1	1)阿部吉伸, 小杉郁子, 笠島史成, ほか リンパ浮腫と漢方. <i>Progress in Medicine</i> 2003; 23: 1538-9. 2)前川二郎, 吉田豊一, 西条正城, 四肢慢性リンパ浮腫に対するツムラ五苓散及び柴芎湯投与例の検討. <i>漢方医学</i> 1991; 15: 21-4.	1	『その他の漢方製剤では、五苓散、牛車腎気丸などが、リンパ浮腫に対して有効であったとする邦文の症例報告がある。』	n/a							
															A6-7	漢方薬以外の薬物	続発性リンパ浮腫	n/a	n/a	F: 判断根拠となるエビデンスが明らかでなく、安全性の保障もされていない。 F: エビデンスがなく、患者に不利益が及ぶ可能性があるため、実施しないように推奨する。	F: エビデンスがなく、患者に不利益が及ぶ可能性があるため、実施しないように推奨する。	『CQ15: 続発性リンパ浮腫に対して漢方以外の薬物を使用した場合、使用しなかった場合と比べてリンパ浮腫は軽減するか』に対して、下記の記載がある。 『推奨: リンパ浮腫に対する漢方薬以外の薬物療法の効果に一貫した根拠はなく、重篤な副作用の報告もあることから、行わないことを推奨する。』	n/a							
															A7	J30	鼻アレルギー診療ガイドライン—過性鼻炎と花粉症—2016年版 (改訂第8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)	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、2015年12月15日 改訂第8版第1刷発行	A7-1	小青竜湯	過性鼻炎	馬場敏吉, 高坂知節, 稲村直樹, ほか 小青竜湯の過性鼻炎アレルギーに対する効果 二重盲検比較試験. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1995; 88: 389-405.	1	I: ランダム化比較試験	A: 行うことを強く推奨	治療法の選択 (過性アレルギー性鼻炎) の項のEBM文献集に下記の記載がある。 『対象 例数 21例、年齢 12歳以上、対象 過性アレルギー性鼻炎、中等症以上。 試験デザイン 方法 ランダム化された多施設共同第Ⅲ相二重盲検比較試験 ツムラ小青竜湯エキス顆粒9.0g/107例 (TJ-19群)、プラセボ110例 (P群) 2週間投与の最終全般的改善度、症状別改善度、包括安全性、有用度の比較 結果・考察 1. TJ-19群の中等度以上の全般的改善度は、92例中41例 (44.6%) であり、プラセボ群の94例中17例 (18.1%) と比較し有意に優れていた。(U検定: p<0.001) 3. TJ-19群の有用度 (有用以上) は93例中43例 (46.2%) であり、プラセボ群の96例中22例 (22.9%) に比べて、有意に優れていた。(U検定: p<0.001)』	『2. 投与薬剤との因果関係が疑われた副作用症例の発現率はTJ-19群で107例中7例 (6.5%) であり、プラセボ群で110例中7例 (6.4%) であり、両群間に有意差はなかった。TJ-19群の主な副作用は消化器症状、頭痛などで、重篤なものは認められなかった。』	※ Webサイトに記載
																					A7-2	麻黄附子細辛湯	鼻アレルギー	中井義明, 大橋淑宏, 江崎裕介, ほか 鼻アレルギーに対する麻黄附子細辛湯の臨床効果の検討. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1990; 33: 655-73.	n/a	n/a	n/a	n/a		
																					A7-3	柴芎湯	鼻アレルギー	横口一弘, 小川浩司, 増田はつみ, ほか 柴芎湯による鼻アレルギーの治療. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1990; 33: 61-6.	n/a	n/a	n/a	n/a		
																					A7-4	麻黄附子細辛湯	鼻アレルギー	伊藤博隆, 馬場敏吉, 高木一平, ほか 鼻アレルギーに対する麻黄附子細辛湯の薬効評価 鼻閉症状の臨床効果について. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1991; 補52: 107-18.	n/a	n/a	n/a	n/a		
																					A7-5	小青竜湯	過性鼻炎過敏症	荻野敏, 原田保, 入船盛弘, ほか 過性鼻炎過敏症に対する小青竜湯の臨床効果一証との関係 -. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1991; 34: 1-7.	n/a	n/a	n/a	n/a		
																					A7-6	柴芎湯	鼻アレルギー	横口一弘, 小川浩司, 神崎仁, 柴芎湯による鼻アレルギーの治療—特に鼻閉に対する効果について—. <i>Progress in Medicine</i> 1991; 11: 1444-8.	n/a	n/a	n/a	n/a		
A7-7	麻黄附子細辛湯	過性鼻炎アレルギー	真弓広子, 嶋田幸太郎, 坂倉康夫, 麻黄附子細辛湯エキスカプセルの過性鼻炎アレルギーに対する臨床成績. <i>アレルギーの臨床</i> 1991; 11: 46-9.	n/a	n/a	n/a	n/a																							
A7-8	麻黄附子細辛湯	鼻アレルギー	大橋淑宏, 中井義明, 古谷博之, ほか 鼻アレルギーに対する麻黄附子細辛湯の効果. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1992; 85: 1845-53.	n/a	n/a	n/a	n/a																							
A7-9	柴芎湯	鼻アレルギー	横口一弘, 小川浩司, 柴芎湯による鼻アレルギーの治療. <i>現代漢方医学</i> 1993; 8: 219-24.	n/a	n/a	n/a	n/a																							
A7-10	漢方薬	鼻アレルギー	馬場敏太郎, 鼻アレルギーの漢方治療. <i>アレルギーの臨床</i> 1993; 13: 945-8.	n/a	n/a	n/a	n/a																							
A7-11	漢方薬	アレルギー性鼻炎	澤木修二, アレルギー性鼻炎の漢方治療. <i>現代漢方医学</i> 1994; 15: 354-7.	n/a	n/a	n/a	n/a																							
A7-12	辛夷清肺湯	鼻アレルギー	小川浩司, 横口一弘, 鼻アレルギーとその周辺疾患に対する辛夷清肺湯の治療効果. <i>Progress in Medicine</i> 1995; 15: 2617-8.	n/a	n/a	n/a	n/a																							
A7-13	漢方薬	アレルギー性鼻炎	荻野敏, アレルギー性鼻炎における漢方の位置づけ. <i>Progress in Medicine</i> 1995; 15: 2643-51.	n/a	n/a	n/a	n/a																							

『』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 (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			
A7	J30	鼻アレルギー 診療ガイドライン- 過年度性 鼻炎と花粉 症-2016年 版(改訂第8 版)	鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員(編 纂委員代表: 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, 2015年12 月15日 改訂第 8版第1刷発行	A7-14	補中益気湯	アレルギー性鼻炎	荻野敏. アレルギー性鼻炎に対する補中益気湯の使用経験. <i>Progress in Medicine</i> 1995; 15: 1472-5.	n/a	n/a	n/a	n/a		上記以外の参考文献として、漢方の項に文献の一覧が記載されている。 ※ Webサイトに記載		
					A7-15	漢方薬	鼻アレルギー	大山勝. 鼻アレルギーの漢方療法. <i>アレルギーの臨床</i> 1995; 15: 918-22.	n/a	n/a	n/a					
					A7-16	香甘姜味辛夏仁湯	過年度性アレルギー性鼻炎	佐藤むつみ, 緒方哲郎, 山崎充代. 過年度性アレルギー性鼻炎に対する香甘姜味辛夏仁湯の使用経験. <i>Progress in Medicine</i> 1995; 15: 2622-5.	n/a	n/a	n/a					
					A7-17	小青竜湯	鼻アレルギー	前田稔彦, 柏木令子, 松永喬. 鼻アレルギーに対する小青竜湯の臨床効果. <i>Progress in Medicine</i> 1995; 15: 1476-8.	n/a	n/a	n/a					
					A7-18	小青竜湯	アレルギー性鼻炎患者の鼻閉	中村信一, 松本勲, 堀孝郎, ほか. アレルギー性鼻炎患者の鼻閉に対する小青竜湯の影響-Acoustic rhinometryを用いた評価法-. <i>和漢医学雑誌</i> 1996; 12: 474-5.	n/a	n/a	n/a					
					A7-19	小青竜湯	鼻アレルギー患者の鼻閉塞	山際幹和, 徳力俊治. 小青竜湯(TJ-19)の鼻アレルギー患者の鼻閉塞に対する効果. <i>診断と治療</i> 1996; 84: 533-44.	n/a	n/a	n/a					
					A7-20	漢方薬	アレルギー性鼻炎	大山勝. アレルギーと漢方薬 基礎と臨床 アレルギー性鼻炎-基礎 病態生理と作用点. <i>アレルギーの臨床</i> 1997; 17: 362-5.	n/a	n/a	n/a					
					A7-21	漢方薬	アレルギー性鼻炎	大山勝. 漢方薬と西洋薬の併用 アレルギー性鼻炎における併用, 配合の留意点. <i>漢方研究</i> 1997; 5: 15-7.	n/a	n/a	n/a					
					A7-22	漢方薬	アレルギー性鼻炎	馬場駿吉. アレルギー性鼻炎-臨床 漢方の使い方と薬効評価. <i>アレルギーの臨床</i> 1997; 17: 358-61.	n/a	n/a	n/a					
					A7-23	香甘姜味辛夏仁湯	鼻アレルギー	前田稔彦, 松永喬. 鼻アレルギーに対する香甘姜味辛夏仁湯の臨床効果. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1997; 補92: 43-6.	n/a	n/a	n/a					
					A7-24	小青竜湯	鼻アレルギー患者の鼻閉塞	山際幹和. 小青竜湯(TJ-19)の鼻アレルギー患者の鼻閉塞に対する効果. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1997; 補92: 38-42.	n/a	n/a	n/a					
					A7-25	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	清水正彦, 清水和彦, 宮川礎, ほか. アレルギー性鼻炎に対する小青竜湯の有効性と無効例に関する臨床的検討 (retrospective study). <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1998; 補98: 39-43.	n/a	n/a	n/a					
					A7-26	小青竜湯	鼻アレルギー	松野栄雄, 松井健一郎, 山口宣夫. 鼻アレルギー誘発時の末梢血CD陽性細胞レベルでみた小青竜湯の作用機序. <i>漢方と最新治療</i> 1999; 7: 345-51.	n/a	n/a	n/a					
					A7-27	麻黄剤	アレルギー性鼻閉塞	山際幹和. アレルギー性鼻閉塞に対する麻黄剤の即時的効果-方剤と効果発現様式の比較-. <i>漢方診療</i> 1999; 18: 73-6.	n/a	n/a	n/a					
					A7-28	漢方薬	アレルギー性鼻炎	↓	↓			『(小青竜湯) A: 行うことを強く推奨』 『(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)』 『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効性が期待されるが、質の高い検討が不可欠である。』	n/a			※ Webサイトに記載
					A7-29	麻黄剤細辛湯	過年度性アレルギー	鶴岡幸太郎, 田矢理子, 坂倉康夫, ほか. 過年度性アレルギーに対する漢方製剤の検討麻黄剤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: 過年度性アレルギー患者 試験デザイン方法: 麻黄剤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、概括安全性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%、やや有効以上66.7%であった。』	『副作用は2例で皮膚の症例を認めた。』			
					A7-30	麻黄剤細辛湯	過年度性アレルギー	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剤細辛湯の薬効評価鼻閉塞症状の臨床効果について. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1991; 補52: 107-18.	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: 過年度性アレルギー患者 試験デザイン方法: 麻黄剤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、概括安全性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症例が多く改善率も高かった。鼻粘膜所見の下鼻甲粘膜の腫脹、鼻腔内の水分分泌量、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、対照観察期間と比較して鼻つまり、嗅覚異常および音階の程度は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。』			
					A7-31	小青竜湯	過年度性アレルギー	馬場駿吉, 高坂知節, 福村直樹, ほか. 小青竜湯の過年度性アレルギーに対する効果-二重盲検比較試験-. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1995; 88: 389-405.	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: 過年度性アレルギー患者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間比較法。観察期間: 小青竜湯1回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、救済はタベンジル錠服用。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) 過年度性アレルギーに対し、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。』			※ Webサイトに記載
					A7-32	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>和漢医学雑誌</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)頓服とエビノ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、エビノリン塗布では約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			
					A7-33	小青竜湯	過年度性アレルギー	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: 過年度性アレルギー患者 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前と開始後1, 2週目と終了後1週目に行った。 結果・考察: 1) VAS値は投薬後1, 2週目で有意に減少した。投薬終了後1週目は開始前と比べ有意差はなかった。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			
					A7-34	香甘姜味辛夏仁湯	鼻アレルギー	前田稔彦, 松永喬. 鼻アレルギーに対する香甘姜味辛夏仁湯の臨床効果. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1997; 補92: 43-6.	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%、赤赤90%、赤67%、著明改善は鼻赤のみを認めた。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) 腫脹別改善度: 腫脹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			
					A7-35	麻黄剤細辛湯	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剤細辛湯の臨床効果. <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: 麻黄剤細辛湯を用いた非対照試験。観察期間: 麻黄剤細辛湯エキス製剤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. 併用剤禁止、救済薬として点鼻剤、点眼薬(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%、2時間以内68%。4) 麻黄剤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、温疹)。』			
					A7-36	小青竜湯	スギ花粉症	河野英治, ほか. 小青竜湯エキス剤のスギ花粉症の鼻症状に対する臨床効果. <i>耳鼻咽喉科展望</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(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錠(6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) 全般有用度: 有用53.3%、極めて有用0%。3) 症状別改善度: 鼻汁改善が14.3%(有意差なし)、鼻閉21.4%(有意差あり)、くしゃみ発作14.3%(有意差あり)、眼痒痒感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、眼痒痒感の改善に有効で安全である。』	『副作用: なし。』			

『』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 (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
A7	J30	鼻アレルギー診療ガイドライン-通年性鼻炎と花粉症-2016年版(改訂第8版)	鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員(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, 2015年12月15日 改訂第8版第1刷発行	A7-37	小青電湯	通年性アレルギー性鼻炎	山際幹和. アレルギー性鼻炎. 漢方と免疫-アレルギー-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: 小青電湯2週間投与による鼻閉への影響を検討. 観察期間: 小青電湯1日3回を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. 併用薬剤不明. 2. 自覚症状, VAS評価, 他覚症状はacoustic rhinometryで評価. 3. 漢方医学所見との対比. 結果・考察: 1) Acoustic rhinometry 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) 小青電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) 小青電湯は寒証で水滞傾向のある患者に効果が高い.』	n/a	
					A7-38	小青電湯	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電湯の併用療法. 化学療法研究所紀要 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: 小青電湯と, 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	
					A7-39	小青電湯, 香甘姜味辛夏仁湯, 越婢加朮湯, 桂枝各半湯, 五虎湯, 麻黄附子細辛湯, 大青電湯	成人スギ花粉症	森森生, 嶋崎慎, 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. Progress in Medicine 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: 小青電湯と他の6種類の漢方薬との治療による改善度と有用性の比較検定. 結果・考察: 小青電湯の軽度改善以上の効果は6年間で平均すると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, 桂枝各半湯, 五虎湯, 麻黄附子細辛湯の各々と小青電湯の比較では, 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. 大青電湯は小青電湯に有意差を持って優れた結果を得た.』	n/a	
					A7-40	小青電湯	アレルギー性鼻炎	新川光俊. ほか. アレルギー性鼻炎に対する小青電湯とベンル酸ベトタステンの併用効果および眠気について. 漢方と免疫-アレルギー-2005; 18: 70-6.	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 例数: 58例, 対象: アレルギー性鼻炎患者. 試験デザイン方法: 小青電湯とベンル酸ベトタステンの単独投与および併用投与の効果と眠気とに及ぼす影響について検討. 小青電湯群39例, ベトタステン群19例で, ベトタステン単独投与では十分な効果が得られなかった症例9例に対しては小青電湯を併用投与. 結果・考察: くしゃみ, 鼻汁に対しては小青電湯, ベトタステンともに単独投与で同等の有意な改善効果を示した. 鼻閉と眠気に関しては小青電湯のみが有意な改善効果を示した. 併用投与の検討では, くしゃみ, 鼻汁, 眠気のスコアが有意に改善した. 小青電湯と抗アレルギー薬の併用療法はアレルギー性鼻炎に対する有効な治療法になり得る.』	n/a	上記のEBM文献表および文献一覧に記載されている。 ※ Webサイトに記載
					A7-41	漢方薬	春季花粉症	三浦祐亮. 春季アレルギー性鼻炎の漢方薬治療 東洋医学の観点による分類の試み. 漢方医学雑誌 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: 4種類の漢方薬を証に従って投与する非対照実験. 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) 16例(8.7%)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) 辛温剤有効群は寒湿時に発症, 虚証の素因, 寒証の花粉症. 4) 辛涼剤有効群は温暖開始時に発症, 虚証少なく, 熱証の花粉症. 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, 寒熱錯雑症の花粉症.』	『副作用記載なし』	
					A7-42	小青電湯	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: 小青電湯とロラタジンを併用する非対照実験. 観察期間: 小青電湯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 scor (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±2.2と有意な改善. 5) SGでは治療前後でAHIスコアは23.3±3.2, 21.6±25.9, Arousal Indexスコアは23.4±7.0, 13.7±12.3, Sten+S時間(%)は全睡眼で56.6%±14.7, 40.3±21.8といずれも治療後に有意に低下. 6) 小青電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』	
					A7-43	越婢加朮湯, 小青電湯	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. 日本鼻科学会誌 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電湯を選択する. 通年性の場合には麻黄剤よりは柴胡剤や補劑を用いる.』	n/a	
					A7-44	小青電湯, 越婢加朮湯, 麻黄湯と越婢加朮湯併用, 小青電湯と五虎湯併用	スギ花粉症	今中政支. ほか. スギ花粉症に対する漢方薬併用療法の臨床効果. 日本東洋医学雑誌 2009; 60: 611-6.	II-2: コホート研究または症例対照研究	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数: 51例, 対象: スギ花粉症. 試験デザイン方法: 即効性を期待できる漢方薬を西洋薬に併用し臨床効果を検討した. くしゃみ鼻漏型には小青電湯, 鼻閉型には越婢加朮湯を基本的に処方. 結果・考察: アレルギー性鼻炎に対する漢方薬として第一選択とされている小青電湯(20名)の有効率は45%と芳しくない成績であった. 一方, 越婢加朮湯(24名)では有効率64%と良好な成績であった. 重症例に処方される麻黄湯, 越婢加朮湯併用(大青電湯の簡便方)例(7)は有効率72%であった. 麻黄と石膏の消炎作用の増強目的に小青電湯と五虎湯を併用した症例(16名)では有効率87%とさらに良好な結果であった. 経口ステロイド薬の使用を余儀なくされた症例は皆無であった.』	n/a	
					A7-45	麻黄湯	小児アレルギー性鼻炎	山際幹和. 小児アレルギー性鼻炎患者の鼻閉塞に対する麻黄湯の即時的効果. 漢方医学 2011; 35: 57-61.	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: 25例(男児14例, 女児11例), 年齢: 5歳~14.9歳, 対象: 小児アレルギー性鼻炎. 試験デザイン方法: 常用量の麻黄湯(TI-27)を単回投与し, 服用1-15分前と服用28-40分後に患児による鼻閉塞感の主観的評価(VAS)と音響鼻腔計測法による鼻腔形態の客観的評価(右・左鼻腔容積[NCV], 最小鼻腔面積), 服用直後に麻黄湯の味の主観的評価(VAS)を行った. 結果・考察: 麻黄湯服用後, 鼻閉塞感のVASスコアは服用前に比べて有意に減少し, 鼻閉塞の客観的パラメータであるNCVと最小鼻腔面積は有意に増加した. 10例(40%)はNCV増加率が15%で, 臨床的に満足できる抗鼻閉効果を得られた.』	n/a	
					A7-46	小青電湯, 葛根湯加川キユウ辛夷	季節性アレルギー性鼻炎	金子達. 季節性アレルギー性鼻炎に対する漢方製剤の有用性の検討-抗ヒスタミン剤との併用効果について-. 漢方と免疫学 2011; 66: 1003-6.	II-3: 時系列研究, 非対照実験	B: 行うことを中等度推奨	『対象 例数: 51例, 対象: 季節性アレルギー性鼻炎患者. 試験デザイン方法: 2011年に受診した患者に対し, 小青電湯もしくは葛根湯加川キユウ辛夷とレボセチリジン塩酸塩併用療法を行い, 効果発現までの時間日数, 症状の程度などについて服用2週間後にアンケート調査を行い, 併用療法の有用性を検討. 結果・考察: 効果発現までの平均日数は2.4±2.7日であった. くしゃみ回数, こう鼻回数, 鼻閉症状, 生活の支障度のいずれにおいても有意な改善が認められた. また, 眠気の発現頻度は5/48例(10.4%)であった. 眠気の副作用も強くなく全例において薬剤投与を継続できた.』	n/a	
					A7-47	小青電湯, 麻黄附子細辛湯	アレルギー性鼻炎	中田薫. 渡邊晋一郎, 中島功. くしゃみと鼻水の鼻炎に小青電湯合麻黄附子細辛湯が有効. 漢方研究 2012; 485: 130-1.	II-3: 時系列研究, 非対照実験	B: 行うことを中等度推奨	『対象 例数: 30例, 対象: くしゃみと鼻漏を主症状とするアレルギー性鼻炎患者. 試験デザイン方法: 小青電湯18錠に麻黄附子細辛湯のカセルを追加した場合の症状改善を検討. 小青電湯6錠投与, 15分後に症状が軽快しないと麻黄附子細辛湯2カセル投与, これを症状軽快まで昼・夜と投与, 観察期間: 1日. 結果・考察: 1日少量で症状が軽快したのが10%, 少量以下で軽快したのが80%, 少量投与でも不十分な患者が10%. 小青電湯の動きを麻黄附子細辛湯が強めた.』	n/a	
					A7-48	退陰降火湯, 退陰降火湯+麦門冬湯, 白虎加入参湯, 麦門冬湯+辛夷清肺湯など	アレルギー性鼻炎	今中政支. アレルギー性鼻炎に対する補陰の治療. 漢方の臨床 2013; 60: 843-53.	II-3: 時系列研究, 非対照実験	B: 行うことを中等度推奨	『対象 例数: 477例, 対象: 春の花粉症患者. 試験デザイン方法: アレルギー性鼻炎患者の鼻粘膜の傷損の病態を探るため, 電子スコープによる鼻粘膜の状態の観察所見と舌診所見との比較, および他の漢方医学的診察法による所見との整合性について調査. 補陰が必要な場合, 退陰降火湯や退陰降火湯+麦門冬湯, 白虎加入参湯, 麦門冬湯+辛夷清肺湯などを処方. 結果・考察: アレルギー性鼻炎の鼻粘膜傷損に対しては温なる退陰のみならず, 清熱による炎症制御も必要. 従来の四診に加えて, 内視鏡による鼻内観察も重要. 局所陰虚を示す所見として歯度付着が重要.』	n/a	
					A7-49	小青電湯, 四逆散, 荆芥連翹湯	アレルギー性鼻炎	砂川正隆. ほか. アレルギー性鼻炎モデルラットのSP, GRP, NGF分泌に対する小青電湯の効果. 漢方と免疫-アレルギー-2013; 25: 22-30.	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: TD誘発アレルギー性鼻炎(AR)モデルラット. 試験デザイン方法: 鼻症状とSP, CGRP, NGFの分泌に対する漢方剤の効果について検討. 1) コントロール群, 2) AR群, 3) AR+1%小青電湯群, 4) AR+3%小青電湯群, 5) AR+3%四逆散群, 6) AR+3%荆芥連翹湯群に分け, 実験22日目にくしゃみならび鼻を掻く回数と, 鼻洗浄液中のSP, CGRP, NGF濃度を測定. 結果・考察: 鼻洗浄液中のSPはいずれの漢方薬投与群でも有意な抑制が認められた. CGRPは3%小青電湯群と, 3%四逆散群で有意な抑制が認められた. NGFは1%小青電湯群を除いた各投与群で有意な抑制が認められた. しかし, 実際に鼻漏症状を有意に抑制したのは3%小青電湯投与群のみであった. 小青電湯のARIに対する作用機序の1つにSP, CGRP, NGFの分泌抑制が関与していることが示唆された.』	n/a	
					A7-50	千金内托散	鼻アレルギー	Morikura I, et al. Japanese traditional medicine, Senn-kinn-naiduku-sann up-regulates Toll-like receptor 4 and reduces murine allergic rhinitis. Rhinology 2014; 52: 252-9.	n/a	推奨外	『試験デザイン方法: 千金内托散をOVA感作させたC3H/HeNマウスに経口投与させパラメータの変化と症状の変化を観察. 結果・考察: 千金内托散投与で血中OVA特異的IgEとIgG1が減少, IL-6産生も低下, IFN-γ上昇を見た. OVAチャレンジで好酸球粘膜浸潤やくしゃみ回数が有意に減少.』	n/a	
A7-51	小青電湯	スギ花粉症	大屋靖彦. スギ花粉症に対する小青電湯の季節前投与の有効性について. 漢方診療 1991; 10: 42-8.	n/a	n/a	n/a	n/a						
A7-52	漢方薬	鼻アレルギー	馬場広太郎. 鼻アレルギーの漢方治療. アレルギーの臨床 1993; 13: 945-8.	n/a	n/a	n/a	n/a						
A7-53	小青電湯	アレルギー性鼻炎	池田勝久. アレルギー性鼻炎と漢方-小青電湯の鼻汁の分泌応答への影響-. 漢方と最新治療 1999; 7: 311-3.	n/a	n/a	n/a	n/a						
A7-54	小青電湯	鼻アレルギー	塚口理. ほか. モルモット鼻アレルギーに対する小青電湯の効果-Acoustic Rhinometryを用いた研究-. 日本鼻科学会誌 1999; 38: 183-5.	n/a	n/a	n/a	n/a						

『』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 (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	
A7	J30	鼻アレルギー 診療ガイドライン—過 敏性鼻炎と花粉症— 2016年版(改訂第8 版)	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、2015年12 月15日 改訂第 8版第1刷発行	A7-55	小青竜湯	鼻アレルギー	武田弘志, 辻稔, 稲津正人. ほか. 小青竜湯の薬理学的特徴—中枢神経系に対する影響—. 漢方と最新治療 1999; 7: 315-20.	n/a	n/a	n/a	n/a		上記のEBM文献表および文献一 覧に記載されている。 ※ Webサイトに記載
					A7-56	小青竜湯	鼻アレルギー	盛岡頼子. 小青竜湯. <i>Current Therapy</i> 1999; 17: 153-5.	n/a	n/a	n/a			
					A7-57	麻黄附子細辛湯	アレルギー性鼻炎	山際幹和. アレルギー性鼻炎に対する麻黄附子細辛湯の即時的効果 剤型と効果発現様式の比較. <i>日本東洋医学雑誌</i> 1999; 49: 859-63.	n/a	n/a	n/a			
					A7-58	漢方薬 (小青竜湯以外)	アレルギー性鼻炎	赤尾清剛. 小青竜湯以外の漢方治療によるアレルギー性鼻炎の症例. <i>東洋医学</i> 2000; 28: 29-31.	n/a	n/a	n/a			
					A7-59	補中益気湯	アレルギー性鼻炎	荻野敏. アレルギー性鼻炎に対する補中益気湯の使用経験. <i>東洋医学</i> 2000; 28: 31-5.	n/a	n/a	n/a			
					A7-60	漢方薬	アレルギー性鼻炎	河野茂勝. アレルギー性鼻炎に用いられる漢方方剤. <i>アレルギー—免疫</i> 2002; 9: 800-5.	n/a	n/a	n/a			
					A7-61	漢方薬 (小青竜湯・柴朴湯など)	花粉症	丁宗雄. 鼻アレルギーなどいわゆる花粉症に際しての漢方薬 (小青竜湯・柴朴湯など) の使い方について教えて下さい. <i>アレルギーの臨床</i> 2004; 24: 1121.	n/a	n/a	n/a			
					A7-62	小青竜湯	花粉症	池田孔己. 小青竜湯 花粉症初期療法としての可能性. <i>アレルギーの臨床</i> 2005; 25: 751-2.	n/a	n/a	n/a			
					A7-63	漢方薬	アレルギー性鼻炎	西村甲. 速効性アレルギー性鼻炎の漢方治療. <i>内科専門医会誌</i> 2005; 17: 597-602.	n/a	n/a	n/a			
					A7-64	麻黄剤	鼻づまり	Yamagiwa M. Immediate Effects of Ephedra Decoction in Pediatric Patients with Nasal Obstruction. <i>The Journal of Kampo, Acupuncture and Integrative Medicine</i> 2007; 2: 23-8.	n/a	n/a	n/a			
					A7-65	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	稲垣直樹. 科学的に検証する漢方薬のエビデンス アレルギー性鼻炎と小青竜湯. <i>薬師</i> 2009; 60: 3624-9.	n/a	n/a	n/a			
					A7-66	漢方薬	耳鼻咽喉科アレルギー	荻野敏. 「耳鼻咽喉科アレルギーの治療薬update」漢方薬. <i>MB ENT</i> 2009; 104: 27-31.	n/a	n/a	n/a			
					A7-67	漢方薬	花粉症	権部和宏. 漢方診療ワザとコツ 花粉症の漢方. <i>漢方医学</i> 2009; 33: 362.	n/a	n/a	n/a			
					A7-68	小青竜湯	鼻アレルギー	Lee SE, et al. The efficacy, quality of life and safety of fexofenadine hcl and shoosheiyu-to, alone and in combination, in par: a preliminary study. <i>The Journal of Physiological Sciences</i> 2009; 59: 270.	n/a	n/a	n/a			
					A7-69	漢方薬	アレルギー性鼻炎	荻野敏. 漢方薬によるアレルギー性鼻炎の治療. <i>アレルギーの臨床</i> 2010; 30: 734-7.	n/a	n/a	n/a			
					A7-70	黄耆建中湯	小児耳鼻咽喉科疾患	五島史行, 堤知子. 小児耳鼻咽喉科疾患に対する黄耆建中湯の治療成績. <i>漢方医学</i> 2010; 34: 276-8.	n/a	n/a	n/a			
					A7-71	漢方薬	アレルギー性鼻炎	齋藤晶. 漢方薬の取り入れ方のコツ アレルギー性鼻炎. <i>JOHNS</i> 2010; 26: 89-91.	n/a	n/a	n/a			
					A7-72	漢方薬	アレルギー性鼻炎	山際幹和. 「耳鼻咽喉科医が知っておきたい漢方薬のイロハ」アレルギー性鼻炎. <i>MB ENT</i> 2010; 110: 37-42.	n/a	n/a	n/a			
					A7-73	小青竜湯	鼻アレルギー	Shimada T, et al. Enhancement of anti-allergic effects mediated by the Kampo medicine Shoosheiyuto (Xiao-Qing-Long-Tang in Chinese) with lysed <i>Enterococcus faecalis</i> FK-23 in <i>micotsian Pacific Journal of Allergy and Immunology</i> 2010; 28: 59-66.	n/a	n/a	n/a			
					A7-74	小青竜湯、神祕湯	アレルギー性鼻炎	染村圭一. アレルギー性鼻炎に対する小青竜湯、神祕湯の併用療法の検討. <i>医学と薬学</i> 2011; 65: 399-401.	n/a	n/a	n/a			
A7-75	漢方薬	花粉症の付随症状	田中嘉人. 花粉症の付随症状に対する漢方薬治療の検討. <i>漢方医学</i> 2011; 35: 161-3.	n/a	n/a	n/a								
A7	J30	鼻アレルギー 診療ガイドライン—過 敏性鼻炎と花粉症— 2016年版(改訂第8 版)	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、2015年12 月15日 改訂第 8版第1刷発行	A7-76	黄連解毒湯	花粉症	室本智男. 花粉症における黄連解毒湯の使用経験. <i>漢方研究</i> 2011; 477: 306-8.	n/a	n/a	n/a			上記のEBM文献表および文献一 覧に記載されている。 ※ Webサイトに記載
					A7-77	小青竜湯	アレルギー性鼻炎 (花粉症)	田中文顕. アレルギー性鼻炎 (花粉症) に対する小青竜湯 (EKT-19) の効果の検討. <i>Phil 漢方</i> 2013; 41: 16-7.	n/a	n/a	n/a			
					A7-78	小青竜湯加附子	アレルギー性鼻炎	松本一男. 東洋堂経験余話 (254) アレルギー性鼻炎に小青竜湯加附子、動脈硬化に防風通聖散科合桂枝茯苓丸料. <i>漢方の臨床</i> 2014; 61: 821-4.	n/a	n/a	n/a			
					A7-79	小青竜湯加附子	花粉症	松本一男. 東洋堂経験余話 (255) 視力の回復に苓桂朮甘湯加車前子、花粉症に小青竜湯加附子. <i>漢方の臨床</i> 2014; 61: 934-6.	n/a	n/a	n/a			
					A7-80	漢方薬	花粉症	米川俊. 麻黄剤を使用しない花粉症の漢方治療. <i>漢方の臨床</i> 2014; 61: 1121-6.	n/a	n/a	n/a			
					A7-81	小青竜湯	アレルギー性鼻炎合併喘息	木原令夫. アレルギー性鼻炎合併喘息に対する小青竜湯追加投与の意義. <i>医学と薬学</i> 2015; 72: 279-86.	n/a	n/a	n/a			
					A7-82	小青竜湯	鼻アレルギー	馬場敏吉, 高坂知樹, 稲垣直樹. ほか. 小青竜湯の過敏性鼻炎に対する効果—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	n/a			
					A7-83	小青竜湯、他の漢方薬 (苓甘姜味辛夏仁湯、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	稲葉博司. アレルギー性鼻炎・花粉症. 市村恵一編. <i>耳鼻咽喉科漢方薬処方ガイド</i> . 2015; 64-77.	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、それに沿った処方か勧められている。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、苓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。そして本来長期適用する薬ではない。 漢方治療エビデンスレポート2010(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 (苓甘姜味辛夏仁湯、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そ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。以上から、漢方薬だけの治療も考えることはできるが、麻黄を中心とする漢方薬は基本的な鼻噴霧用ステロイド薬などを中心とする治療におけるレスキュー薬としての役割を担うとするのが現状の過半数であろう。』	n/a		
A8-1	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、カプサイシン喚起値の有意な改善を認めた。』	n/a							
A8-2	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>耳鼻咽喉科臨床</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炎洗淨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						

『』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 (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
A8	J45.9	EBMに基づいた喘息治療ガイドライン2004	厚生労働科学特別研究事業 診療ガイドラインのデータベース化に関する研究班 (主任研究者 宮本昭正 日本臨床アレルギー研究所 所長)  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	A8-3	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	
					A8-4	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、喘息は漢方療法のよい適応とされ、多くの経験に基づかれた一定の治療指針が検討されている。漢方薬の投与は強症治療といって、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な薬効は有していないので、投与前にあらかじめresponderとnon-responderを区別するという経験則に基づいている。このような疾患へのアプローチは無作為化比較試験の実施を困難としている。 一般に喘息発作の急性期には麻黄剤 (小青竜湯、他) を、慢性期には体質改善を目指して柴胡剤 (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をもたらされる。脾虚とは消化機能全般の機能低下を意味しており、補劑 (補中益気湯、他) の投与によって、栄養状態の改善と体力の増強を図る。高齢者の喘息には腎虚の病態があることが中医では重視されており、それらのケースには補腎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、方剤の見直しを行う。 推奨: 漢方薬は長年の経験に基づいて喘息での有効性が示されている伝統的医薬である。 柴朴湯は喘息における長期管理での有用性が示されている。小青竜湯、麻杏甘石湯は気管支拡張作用で急性期に使用されてきた。最近、咳感受性の亢進している喘息における寒門冬湯の有効性が示された。 漢方薬は重症喘息や高度発作に適応でなく、軽症・中等症喘息での効果が見られる例に長期的に使用することが望ましい。 科学的根拠 漢方薬は東洋医学的証に基づく治療であり、適切な偽薬が得難いこともあり、EBMに対応する無作為化比較臨床試験は行われていない。新しい知見としては咳感受性が亢進している喘息患者に寒門冬湯を投与し、気道炎症の指標として嗜酸好酸球や末梢血好酸球の改善を認め、血清中のECPの減少も認めた。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	
					A8-5	小青竜湯	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、喘息は漢方療法のよい適応とされ、多くの経験に基づかれた一定の治療指針が検討されている。漢方薬の投与は強症治療といって、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な薬効は有していないので、投与前にあらかじめresponderとnon-responderを区別するという経験則に基づいている。このような疾患へのアプローチは無作為化比較試験の実施を困難としている。 一般に喘息発作の急性期には麻黄剤 (小青竜湯、他) を、慢性期には体質改善を目指して柴胡剤 (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をもたらされる。脾虚とは消化機能全般の機能低下を意味しており、補劑 (補中益気湯、他) の投与によって、栄養状態の改善と体力の増強を図る。高齢者の喘息には腎虚の病態があることが中医では重視されており、それらのケースには補腎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、方剤の見直しを行う。 推奨: 漢方薬は長年の経験に基づいて喘息での有効性が示されている伝統的医薬である。 柴朴湯は喘息における長期管理での有用性が示されている。小青竜湯、麻杏甘石湯は気管支拡張作用で急性期に使用されてきた。最近、咳感受性の亢進している喘息における寒門冬湯の有効性が示された。 漢方薬は重症喘息や高度発作に適応でなく、軽症・中等症喘息での効果が見られる例に長期的に使用することが望ましい。 科学的根拠 漢方薬は東洋医学的証に基づく治療であり、適切な偽薬が得難いこともあり、EBMに対応する無作為化比較臨床試験は行われていない。新しい知見としては咳感受性が亢進している喘息患者に寒門冬湯を投与し、気道炎症の指標として嗜酸好酸球や末梢血好酸球の改善を認め、血清中のECPの減少も認めた。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	
					A8-6	柴朴湯	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、喘息は漢方療法のよい適応とされ、多くの経験に基づかれた一定の治療指針が検討されている。漢方薬の投与は強症治療といって、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な薬効は有していないので、投与前にあらかじめresponderとnon-responderを区別するという経験則に基づいている。このような疾患へのアプローチは無作為化比較試験の実施を困難としている。 一般に喘息発作の急性期には麻黄剤 (小青竜湯、他) を、慢性期には体質改善を目指して柴胡剤 (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をもたらされる。脾虚とは消化機能全般の機能低下を意味しており、補劑 (補中益気湯、他) の投与によって、栄養状態の改善と体力の増強を図る。高齢者の喘息には腎虚の病態があることが中医では重視されており、それらのケースには補腎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、方剤の見直しを行う。 推奨: 漢方薬は長年の経験に基づいて喘息での有効性が示されている伝統的医薬である。 柴朴湯は喘息における長期管理での有用性が示されている。小青竜湯、麻杏甘石湯は気管支拡張作用で急性期に使用されてきた。最近、咳感受性の亢進している喘息における寒門冬湯の有効性が示された。 漢方薬は重症喘息や高度発作に適応でなく、軽症・中等症喘息での効果が見られる例に長期的に使用することが望ましい。 科学的根拠 漢方薬は東洋医学的証に基づく治療であり、適切な偽薬が得難いこともあり、EBMに対応する無作為化比較臨床試験は行われていない。新しい知見としては咳感受性が亢進している喘息患者に寒門冬湯を投与し、気道炎症の指標として嗜酸好酸球や末梢血好酸球の改善を認め、血清中のECPの減少も認めた。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	
					A8-7	麻杏甘石湯	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、喘息は漢方療法のよい適応とされ、多くの経験に基づかれた一定の治療指針が検討されている。漢方薬の投与は強症治療といって、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な薬効は有していないので、投与前にあらかじめresponderとnon-responderを区別するという経験則に基づいている。このような疾患へのアプローチは無作為化比較試験の実施を困難としている。 一般に喘息発作の急性期には麻黄剤 (小青竜湯、他) を、慢性期には体質改善を目指して柴胡剤 (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をもたらされる。脾虚とは消化機能全般の機能低下を意味しており、補劑 (補中益気湯、他) の投与によって、栄養状態の改善と体力の増強を図る。高齢者の喘息には腎虚の病態があることが中医では重視されており、それらのケースには補腎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、方剤の見直しを行う。 推奨: 漢方薬は長年の経験に基づいて喘息での有効性が示されている伝統的医薬である。 柴朴湯は喘息における長期管理での有用性が示されている。小青竜湯、麻杏甘石湯は気管支拡張作用で急性期に使用されてきた。最近、咳感受性の亢進している喘息における寒門冬湯の有効性が示された。 漢方薬は重症喘息や高度発作に適応でなく、軽症・中等症喘息での効果が見られる例に長期的に使用することが望ましい。 科学的根拠 漢方薬は東洋医学的証に基づく治療であり、適切な偽薬が得難いこともあり、EBMに対応する無作為化比較臨床試験は行われていない。新しい知見としては咳感受性が亢進している喘息患者に寒門冬湯を投与し、気道炎症の指標として嗜酸好酸球や末梢血好酸球の改善を認め、血清中のECPの減少も認めた。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	
					A8-8	補中益気湯	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、喘息は漢方療法のよい適応とされ、多くの経験に基づかれた一定の治療指針が検討されている。漢方薬の投与は強症治療といって、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な薬効は有していないので、投与前にあらかじめresponderとnon-responderを区別するという経験則に基づいている。このような疾患へのアプローチは無作為化比較試験の実施を困難としている。 一般に喘息発作の急性期には麻黄剤 (小青竜湯、他) を、慢性期には体質改善を目指して柴胡剤 (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をもたらされる。脾虚とは消化機能全般の機能低下を意味しており、補劑 (補中益気湯、他) の投与によって、栄養状態の改善と体力の増強を図る。高齢者の喘息には腎虚の病態があることが中医では重視されており、それらのケースには補腎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、方剤の見直しを行う。 推奨: 漢方薬は長年の経験に基づいて喘息での有効性が示されている伝統的医薬である。 柴朴湯は喘息における長期管理での有用性が示されている。小青竜湯、麻杏甘石湯は気管支拡張作用で急性期に使用されてきた。最近、咳感受性の亢進している喘息における寒門冬湯の有効性が示された。 漢方薬は重症喘息や高度発作に適応でなく、軽症・中等症喘息での効果が見られる例に長期的に使用することが望ましい。 科学的根拠 漢方薬は東洋医学的証に基づく治療であり、適切な偽薬が得難いこともあり、EBMに対応する無作為化比較臨床試験は行われていない。新しい知見としては咳感受性が亢進している喘息患者に寒門冬湯を投与し、気道炎症の指標として嗜酸好酸球や末梢血好酸球の改善を認め、血清中のECPの減少も認めた。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	
					A8-9	八味地黄丸	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、喘息は漢方療法のよい適応とされ、多くの経験に基づかれた一定の治療指針が検討されている。漢方薬の投与は強症治療といって、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な薬効は有していないので、投与前にあらかじめresponderとnon-responderを区別するという経験則に基づいている。このような疾患へのアプローチは無作為化比較試験の実施を困難としている。 一般に喘息発作の急性期には麻黄剤 (小青竜湯、他) を、慢性期には体質改善を目指して柴胡剤 (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をもたらされる。脾虚とは消化機能全般の機能低下を意味しており、補劑 (補中益気湯、他) の投与によって、栄養状態の改善と体力の増強を図る。高齢者の喘息には腎虚の病態があることが中医では重視されており、それらのケースには補腎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、方剤の見直しを行う。 推奨: 漢方薬は長年の経験に基づいて喘息での有効性が示されている伝統的医薬である。 柴朴湯は喘息における長期管理での有用性が示されている。小青竜湯、麻杏甘石湯は気管支拡張作用で急性期に使用されてきた。最近、咳感受性の亢進している喘息における寒門冬湯の有効性が示された。 漢方薬は重症喘息や高度発作に適応でなく、軽症・中等症喘息での効果が見られる例に長期的に使用することが望ましい。 科学的根拠 漢方薬は東洋医学的証に基づく治療であり、適切な偽薬が得難いこともあり、EBMに対応する無作為化比較臨床試験は行われていない。新しい知見としては咳感受性が亢進している喘息患者に寒門冬湯を投与し、気道炎症の指標として嗜酸好酸球や末梢血好酸球の改善を認め、血清中のECPの減少も認めた。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	

『』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 (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	
A9	K30	機能性消化管疾患診療ガイドライン2014 機能性ディスペシア (FD)	日本消化器病学会編集 機能性消化管疾患診療ガイドライン-機能性ディスペシア (FD) 委員会 (作成委員会委員長: 三輪洋人 兵庫医科大学内科学消化管科)	南江堂、2014年4月20日発行	A9-1	漢方薬	FD【機能性ディスペシア】	】		A: 質の高いエビデンス (High)	2: 弱い推奨 "実施すること"を提案する	『CQ4-10: FDの治療薬として、漢方薬は有効か?』に対して、下記の記載がある。 【ステートメント: FDの治療薬として、漢方薬の一部は有効であり、使用することを提案する。 解説: 漢方薬には古くから「証」の概念があり、種々の不定愁訴などへの対応に有効であることが経験上示されてきた。FDの症状は、「医学的に説明がつかない身体的症状」といわれることもあるように、日常臨床的には不定愁訴のカテゴリーに組み込まれてしまうこともしばしばである。』	n/a	診断と治療のフローチャートの二次治療に『漢方薬』の記載がある。
					A9-2	六君子湯	FD【機能性ディスペシア】	Tatsuta M, Iishi H. Effect of treatment with Iu-jun-zi-tang (TJ-49) on gastric emptying and gastrointestinal symptoms in dyspeptic patients. <i>Alimentary Pharmacology &amp; Therapeutics</i> 1993; 7: 459-62.	↑	↑	『1993年にプラセボとの比較試験において、六君子湯の7日間投薬のあと、non-ulcer dyspepsia (現在では機能性ディスペシア: FD) 患者における心窩部膨満感、げっぷ、嘔気などの症状を改善することが報告された。また、同時に病態生理の一部として関与する胃運動機能低下を改善することも示された。』	n/a		
					A9-3	六君子湯	FD【機能性ディスペシア】	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臨床試験-二重盲検群間比較による検討. <i>産学のおゆみ</i> 1998; 187: 207-29.	↑	↑	『厳密なプラセボとはいえないものの大規模比較試験が本邦においてなされ、運動機能不全症状を有するFD患者に対して、上腹部膨脹の改善効果が示されたことを特筆に値する。』	n/a		
					A9-4	六君子湯	FD【機能性ディスペシア】	1) Shiratori M, Shoji T, Kanazawa M, et al. Effect of rikkunshito on gastric sensorimotor function under distention. <i>Neurogastroenterology &amp; Motility</i> 2011; 23: 323-9. 2) Kususuki H, Haruma K, Hata J, et al. Efficacy of rikkunshito, a traditional Japanese medicine (Kampo), in treating functional dyspepsia. <i>Internal Medicine</i> 2010; 49: 2195-202.	↑	↑	『上腹部症状と関連した運動機能改善作用については、胃の貯留能改善を中心として、その後いくつかの報告がなされた。』	n/a		
					A9-5	六君子湯	FD【機能性ディスペシア】	Arai M, Matsumura T, Tsuchiya N, et al. Rikkunshito improves the symptoms in patients with functional dyspepsia, accompanied by an increase in the level of plasma ghrelin. <i>Hepato-Gastroenterology</i> 2012; 59: 62-6.	↑	↑	『消化管運動機能を司るペプチドであるグレリンの血漿レベルでの上昇作用を有するとの報告から、消化管運動機能改善薬 (ドンペリドン) との比較試験もなされるようになり、消化不良症状などの改善に有効であることが報告された。』	n/a		
					A9-6	半夏厚朴湯	FD【機能性ディスペシア】	Oikawa T, Ito G, Hoshino T, et al. Hangekobokuto (banxia-houpo-tang), a Kampo medicine that treats functional dyspepsia. <i>Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine</i> 2009; 6: 375-8.	↑	↑	『ケースコントロールスタディーではあるが、上腹部痛、消化不良症状の改善に有効である。』	n/a		
					A9-7	漢方薬	FD【機能性ディスペシア】	Suzaki H, Inadomi JM, Hibi T. Japanese herbal medicine in functional gastrointestinal disorders. <i>Neurogastroenterology &amp; Motility</i> 2009; 21: 688-96.	↑	↑	『漢方薬の一部薬剤には、FD患者の病態生理改善に呼応したディスペシア症状改善作用を示す可能性を示唆するエビデンスは存在する。上記の一部内容について示したレビューも存在する。しかし、プラセボを用いたランダム化比較試験など、質の高いまとまったエビデンスはまだ少ないことも事実であり、今後のさらなる検討が待たれている。』	n/a		
A10	K58.9	機能性消化管疾患診療ガイドライン2014 過敏性腸症候群 (IBS)	日本消化器病学会編集 機能性消化管疾患診療ガイドライン-過敏性腸症候群 (IBS) 委員会 (作成委員会委員長: 福土審 東北大学行動医学分野・東北大学病院心療内科)	南江堂、2014年4月20日発行	A10-1	漢方	IBS【過敏性腸症候群】	n/a		C: 質の低いエビデンス (Low)	1: 強い推奨 "実施しないこと"を推奨する	『CQ4-21: IBSに代替医療は有効か?』に対して、下記の記載がある。 【ステートメント: それ【ペパーミントオイル】以外の代替医療はIBSに対してほとんど無効であるので、施行しないことを推奨する。 解説: 代替医療は、①マッサージやカイロプラクティックなどに触れかけるもの、②瞑想や自動グループの利用など心身に働きかけるもの、③ハーブや自然食品などを使うもの、④気功や鍼、磁気などを使うもの、⑤ホメオパシーや漢方などを用いるものに大別される。(中略) ⑤の漢方に関する文献も多数あり、CQ4-22に述べる。』	n/a	IBSの治療フローチャートの第2段階に『漢方薬』の記載がある。
					A10-2	漢方薬	IBS【過敏性腸症候群】	】		C: 質の低いエビデンス (Low)	2: 弱い推奨 "実施すること"を提案する	『CQ4-22: IBSに漢方薬は有効か?』に対して、下記の記載がある。 【ステートメント: 漢方薬 (traditional Japanese medicine) の英文RCTがないが、有効性を示すherbal medicineのRCTがあるので、現段階では、行おう提案する。 解説: 漢方薬 (traditional Japanese medicine) は伝統中国医学の一種で、日本で独自に発展した漢方医学の理論に基づいて処方される医薬品と定義されるが、漢方薬での英文RCTはないため、herbal medicineで検索し、RCTを行った論文を解析した。』	n/a	
					A10-3	桂枝加芍薬湯	IBS【過敏性腸症候群】	Sasaki D, Uehara A, Hiwatashi N, et al. Clinical Efficacy of Keishikashakuyakuto in Patients with Irritable Bowel Syndrome: Multicenter Collaborative Randomized Controlled Study. <i>Shinshu to Kenkyu (The Japanese Journal of Clinical and Experimental Medicine)</i> 1998; 75: 1136-52.	↑	↑	『232人のIBS患者を対象に桂枝加芍薬湯を4週投与した群は腹痛のみを改善した。』	n/a		

『』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 (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
A11	K59.0	小児慢性機能性便秘症診療ガイドライン	日本小児栄養消化器肝臓学会、日本小児消化器機能研究会 編集 小児慢性機能性便秘症診療ガイドライン作成委員会(委員長: 友政剛) バルコどもクリニック  Strength of Evidence 1a: RCTのシステマティック・レビュー (homogeneityであるもの) 1b: 個々のRCT (信頼区間が狭いもの) 1c: 感無研究 (all or none) 2a: コホート研究のシステマティック・レビュー (homogeneityであるもの) 2b: 個々のコホート研究 (質の低いRCTを含む) (例) フォロアップ80%未満 2c: 「アウトカム」研究、エコロジー研究 3a: ケースコントロール研究のシステマティック・レビュー (homogeneityであるもの) 3b: 個々のケースコントロール研究 4: 症例集積研究 (および質の低いコホート研究あるいはケースコントロール研究) 5: 系統的な批判的吟味を受けていない、または生理学や基礎実験、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 強い科学的根拠があり、臨床に明らかな有効性がある B: 行うよう勧められる 中等度の根拠があり、臨床上有効性が期待できる C1: 行ってもよい 科学的根拠に乏しいが、臨床上有効である可能性がある C2: 明確な根拠がない 科学的根拠に乏しく、有効性を判断できない D: 行わないよう勧められる 有効性を否定する、または害を示す根拠がある	診断と治療社、2013年11月5日 初版発行	A11-1	大建中湯	小児の便秘症	n/a	n/a	C1: 行ってもよい科学的根拠に乏しいが、臨床上有効である可能性がある	『CQ38: 維持治療には、どのような薬剤が用いられるか』に対して、下記の記載がある。 『維持治療に用いられる薬剤として、浸透性下剤、刺激性下剤、消化管運動賦活薬、漢方製剤などがある。』 『日本で維持治療に使用される頻度の高い薬剤を表に示す (推奨度C1)』とあり、その表中に、幼児期と学童期以降のその他の項に『大建中湯』の記載がある。	n/a	小児慢性機能性便秘症の維持治療に使用される薬剤とその添付文書情報の中に、大建中湯、小建中湯、大建中湯の添付文書に記載のある小児投与量、適応症、小児適応、主な副作用、使用上の注意の記載がある。
				A11-2	大建中湯	小児の便秘症	1) Iwai N, Kume Y, Kimura O, et al. Effects of herbal medicine Dai-Kenchu-to on anorectal function in children with severe constipation. <i>European Journal of Pediatric Surgery</i> 2007; 17: 115-8. 2) Manabe N, Camilleri M, Rao A, et al. Effect of daikenchuto (TU-100) on gastrointestinal and colonic transit in humans. <i>American Journal of Physiology - Gastrointestinal and Liver Physiology</i> 2010; 298: G970-5.	2b: 個々のコホート研究 (質の低いRCT) を含む (例) フォロアップ80%未満	B: 行うよう勧められる 中等度の根拠があり、臨床上有効性が期待できる	『CQ39: 薬物による維持治療はどのように行われるか』に対して、『浸透性下剤による治療が無効な例に対して、刺激性下剤、消化管運動賦活薬、漢方製剤が有効な場合がある (推奨度B)』と推奨されており、その本文中に下記の記載がある。 『近年、漢方製剤である大建中湯の消化管運動亢進作用に関する基礎的・臨床的なエビデンスが蓄積されつつあり、主に消化器外科領域で使用されている。』	n/a		
				A11-3	桂枝加芍薬湯、小建中湯、桂枝加芍薬大黃湯、大建中湯、潤腸湯、大建中湯、大建中湯、大建中湯、大建中湯	小児の便秘症	1	1	C1: 行ってもよい科学的根拠に乏しいが、臨床上有効である可能性がある	『CQ42: 漢方製剤はどんな患児に用いるか』に対して、『刺激性下剤による便秘低下を回避したい患児、家族ないし本人が漢方治療を望む場合に用いる (推奨度C1)』と推奨されており、その本文中に下記の記載がある。 『漢方製剤は臨床経験の蓄積に基づいて用いられてきた。慢性機能性便秘症においてもいくつかの漢方製剤の効果を多くの臨床医が実感しており、今後エビデンスの蓄積がなされるべきものである。芍薬は、平滑筋の緊張をゆるげる作用があり、いわゆるけいれん性便秘に対して、芍薬を含む漢方製剤である桂枝加芍薬湯、小建中湯、桂枝加芍薬大黃湯が用いられる。一方、いわゆる弛緩性便秘に対しては、大建中湯や大建中湯である潤腸湯、大建中湯、潤腸湯などを用いる。大建中湯は可及的に少なめに投与した方がよい。小児慢性機能性便秘症では、大建中湯と大建中湯が使用されることが多い。』	n/a		
				A11-4	大建中湯	小児の便秘症	村松俊範. 小児便秘症: 大建中湯を中心に、小児疾患の身近な漢方治療2 2003: 82-9.	5: 系統的な批判的吟味を受けていない、または生理学や基礎実験、原理に基づく専門家の意見	1	『大建中湯は、人参、乾姜、山椒に膠糖を加えたものである。体が弱く風邪を引きやすかったり、復せて体が冷えることによる腹痛や、小腸や大腸へのガス貯留による腹部膨満感のある患児に有効である。』	n/a		
				A11-5	大建中湯	小児の便秘症	1) 村松俊範. 小児便秘症: 大建中湯を中心に、小児疾患の身近な漢方治療2 2003: 82-9. 2) 村松俊範, 越部融, 幸地克憲, ほか. 小児便秘症に対する漢方治療の検討 主として漢方薬の有効性について. <i>日本小児外科学会雑誌</i> 1999; 35: 37-41.	4: 症例集積研究 (および質の低いコホート研究あるいはケースコントロール研究)	1	『センナ、大建中湯や下痢を認める患児に有効である。』	n/a		
				A11-6	大建中湯	小児の便秘症	Takagi A, Yagi M, Tanaka Y, et al. The herbal medicine daikenchuto ameliorates an impaired anorectal motor activity in postoperative pediatric patients with an anorectal malformation-pilot study. <i>International Surgery</i> 2010; 95: 350-5.	4: 症例集積研究 (および質の低いコホート研究あるいはケースコントロール研究)	1	『漢方製剤は漢方エキス製剤として市販されているが製薬会社によって用量が異なるので注意を要する。大建中湯に少量の酸化マグネシウムを併用すると効果がよい。』	n/a		
				A11-7	大建中湯	小児の便秘症	1) Iwai N, Kume Y, Kimura O, et al. Effects of herbal medicine Dai-Kenchu-to on anorectal function in children with severe constipation. <i>European Journal of Pediatric Surgery</i> 2007; 17: 115-8. 2) Takagi A, Yagi M, Tanaka Y, et al. The herbal medicine daikenchuto ameliorates an impaired anorectal motor activity in postoperative pediatric patients with an anorectal malformation-pilot study. <i>International Surgery</i> 2010; 95: 350-5.	4: 症例集積研究 (および質の低いコホート研究あるいはケースコントロール研究)	1	『大建中湯には、直腸知覚を改善させる働きがあり、便秘が低下したものと直腸肛門奇形術後患児にも有効である。』	n/a		
				A11-8	小建中湯	小児の便秘症	岩間正文, 虚弱と漢方: 虚弱の漢方療法. 小児疾患の身近な漢方治療2 2003: 53-62.	5: 系統的な批判的吟味を受けていない、または生理学や基礎実験、原理に基づく専門家の意見	1	『大建中湯のみでは腹痛を認める便秘の患児に対しては、小建中湯を加えるとよい。小建中湯は桂枝加芍薬湯に膠糖を加えたもので、服薬コンプライアンスも良くなる。』	n/a		
				A11-9	大建中湯	小児慢性便秘症	秋吉潤子, 山田耕治. 小児慢性便秘症に対する大建中湯・調胃承気湯の使用経験. <i>日本小児外科学会雑誌</i> 2010; 46: 416.	5: 系統的な批判的吟味を受けていない、または生理学や基礎実験、原理に基づく専門家の意見	1	『大建中湯は大建中に甘草を加えたものである。大建中は、薬理的には小腸輸送能には影響を与えず、用量依存的に結腸運動を亢進させ、便量および便中水分含量の顕著な増加をもたらす。甘草は、大建中による強収縮運動の増加を有意に抑制し、便秘に伴う腹痛や大建中に刺激による排便時の腹痛を緩和するので、大建中湯として投与され、小腸ガスの貯留がなく、結腸に便塊の貯留を認める学童や大建中湯無効の弛緩性由来の便秘に用いられる。服薬にあたり、水飴、蜂蜜、チョコレート飲料、麦芽飲料などを合わせると漢方製剤の服薬コンプライアンスが改善される。』	n/a		
				A11-10	大建中湯	小児の便秘症	1) Takeda S, Kase Y, Hayakawa T, et al. General pharmacological properties of Daio-kanzo-to 必用薬理 2002; 63: 79-91. 2) Yagi T, Yamauchi K, Da-Huang-Gan-Gao-Tang on colonic circular muscle motility in conscious rat. Role of glycyrrhiza in the prescription. <i>和漢薬学雑誌</i> 2001; 18: 191-6.	4: 症例集積研究 (および質の低いコホート研究あるいはケースコントロール研究)	1		n/a		
				A11-11	調胃承気湯	小児慢性便秘症	秋吉潤子, 山田耕治. 小児慢性便秘症に対する大建中湯・調胃承気湯の使用経験. <i>日本小児外科学会雑誌</i> 2010; 46: 416.	5: 系統的な批判的吟味を受けていない、または生理学や基礎実験、原理に基づく専門家の意見	1	『酸化マグネシウム併用例では、芒硝 (硫酸ナトリウム) を含有する調胃承気湯が有効である。』	n/a		
				A11-12	大建中湯	小児慢性便秘症	松生恒夫, 鈴木康元, 野沢博, ほか. 常習性便秘に対する漢方療法 -特に大腸メラノシス症例について-. <i>漢方医学</i> 1997; 21: 335-9.	4: 症例集積研究 (および質の低いコホート研究あるいはケースコントロール研究)	1	『一般に、大建中湯漢方製剤に含まれる1日あたりの大建中湯含有量 (センソド含有量) はアローゼンやプルゼニドに比べて少ない。』	n/a		

『』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 (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
A12	K80	胆石症診療ガイドライン2016改訂第2版	日本消化器病学会編集 胆石症診療ガイドライン委員会(委員長:田妻進 広島大学総合内科・総合診療科)  Strength of Evidence A: 質の高いエビデンス (High) B: 中程度の質のエビデンス (Moderate) C: 質の低いエビデンス (Low) D: 非常に質の低いエビデンス (Very Low)  Strength of Recommendation 1: 強い推奨 "実施すること"を推奨する "実施しないこと"を推奨する 2: 弱い推奨 "実施すること"を提案する "実施しないこと"を提案する	南江堂, 2016年2月10日 改訂第2版発行	A12-1	茵陈蒿湯	肝内胆石	正田純一, 田中直美, 跡見裕. 肝内胆石の変遷ならびに内科的処置. 肝・胆・膵 2006; 52: 773-82.	D: 非常に質の低いエビデンス (Very Low)	2: 弱い推奨 "実施しないこと"を提案する	『CQ3-15 薬物療法への適応は?』 ステートメント: 結石溶解療法として有効性が証明されている薬剤はなく、投与しないことを提案する。』の解説の項に、下記の記載がある。 『肝内胆石に対する薬物療法の有用性に関する報告は少なく、また、大規模検討もみられないため、明確な結論を出すことは困難である。(中略)このことから有効性の可能性がある薬剤として、高脂血症薬であるフィブラート製剤、インチンコウ湯、コレステロール胆石症の経口溶解薬として使用されているウルソデオキシコール酸 (UDCA) があげられている。』	n/a	
A13	L28.2	慢性痒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) 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1号, 2012年1月20日発行	A13-1	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. 漢方の臨床 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、柴芩湯、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の中に、温清飲、越婢加朮湯、黄連解毒湯、柴芩湯、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。
				A13-2	黄連解毒湯	悪急性単純性痒疹	手塚匡哉. 悪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. 新薬と臨床 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)				
				A13-3	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. 漢方研究 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. 老化と疾患 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)				
				A13-4	四物湯	悪急性単純性痒疹	手塚匡哉. 悪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. 新薬と臨床 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)				
				A13-5	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. 漢方研究 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)				
				A13-6	温清飲	痒疹	手塚匡哉. 痒疹に対する温清飲の使用経験. 漢方研究 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)				
				A13-7	柴芩湯	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芩湯が奏効した1例. Progress in Medicine 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)				
				A13-8	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. 漢方診療 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)				

『』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 (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	
A14	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がある) 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	A14-1	漢方薬	皮膚そう痒症	↓	↓	I	(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)	『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	
					A14-2	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	I	『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 (タベジール)と同等の効果がみられている。』	n/a		
					A14-3	牛車腎気丸	老人性皮膚そう痒症							
					A14-4	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>日本漢方医学雑誌</i> 1996; 47: 35-41.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	I	『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		
					A14-5	甘草エキス配合入浴剤	老人性皮膚そう痒症							
					A14-6	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	I	『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		
					A14-7	八味地黄丸	老人性皮膚そう痒症							
					A14-8	六味丸	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: 2つ以上のランダム化比較試験による	I	『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		
					A14-9	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>和漢薬学会誌</i> 1993; 10: 126-30.	II: 2つ以上のランダム化比較試験による	I	『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		
					A14-10	黄連解毒湯	皮膚そう痒症							
					A14-11	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>日本透析学会雑誌</i> 2008; 23: 195-200. 3) 大和田章, 椎貝達夫. 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) 河合弘進, 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)	I				
					A14-12	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>日本透析学会雑誌</i> 2008; 23: 195-200. 2) 北裕次, 楠見博明, 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, 楠見博明. 透析患者の皮膚そう痒症に対する漢方製剤の応用. <i>薬学と薬学</i> 1983; 9: 1777-81.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究による)	I	『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		
					A14-13	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>日本透析学会雑誌</i> 2008; 23: 195-200. 2) 北裕次, 楠見博明, 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, 楠見博明. 透析患者の皮膚そう痒症に対する漢方製剤の応用. <i>薬学と薬学</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>現代漢方学</i> 1994; 9: 63-8.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究による)	I				

皮膚そう痒症に用いられる主な漢方薬の裏中に、温清飲、黄連解毒湯、牛車腎気丸、当帰飲子、八味地黄丸、六味丸 (\*は皮膚そう痒症の保険適用はない)との記載がある。

『』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 (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
A15	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	A15-1	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. <i>漢方内科学</i> 2007; 704-5. 3) 二宮文乃. 蕁麻疹. <i>皮膚疾患の漢方治療</i> 2008: 139-46. 4) 橋本善夫. 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. <i>皮膚科における漢方治療の現況</i> 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みてよい。 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、日本漢方学会のJBM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 ( <a href="http://www.jsom.or.jp/medical/ebm/er/index.html#anchor10">http://www.jsom.or.jp/medical/ebm/er/index.html#anchor10</a> )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も否定しない。』	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、皮膚患性腫瘍診療ガイドラインに示された基準に従っている。
A16	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	A16-1	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蛎湯を始め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例に柴胡加竜骨牡蛎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、自然治癒率をしつと効果があるのか、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て治療し、漢方の有効性を評価した報告でも、その有益性は判然としない。以上のように、漢方薬の有益性は現段階では十分に実証されていない。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	
				日本皮膚科学会雑誌 第120巻 第9号、2010年8月20日発行	A16-2	半夏厚朴湯	脱毛症	大熊守也. ほか. 脱毛症の漢方療法 半夏厚朴湯内服 紫外線ならびに凍結療法による治療. <i>初産産学雑誌</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)			
				日本皮膚科学会雑誌 第120巻 第9号、2010年8月20日発行	A16-3	柴胡加竜骨牡蛎湯	円形脱毛症	大草康弘. 円形脱毛症における柴胡加竜骨牡蛎湯の使用経緯. <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)			

『』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 (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		
A17	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第2版 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IIもしくは良質のレベルIIのエビデンスがある) B: 行うよう推奨する(少なくとも1つ以上の有効性を示す質の劣るレベルIIか良質のレベルIII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 第118巻 第10号、2008年9月20日発行	A17-1	荆芥連翹湯	疥癬(面皰)	橋本喜夫, 松尾忍, 飯塚一. 疥癬に対する荆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)	『CO13 疥癬(面皰)に漢方療法は有効か?』に対して下記の推奨文と解説が記載されている。 [推奨文: 疥癬(面皰)に対して、他の治療が無効、あるいは他の治療が実施できない状況では、荆芥連翹湯を選択肢の一つとして推奨する。黄連解毒湯、十味敗毒湯、桂枝茯苓丸については、行ってもよいが推奨はしない。] [解説: 疥癬に対しては、黄連解毒湯、十味敗毒湯、荆芥連翹湯、清上防風湯、桂枝茯苓丸など種々の漢方薬が使用されてきた。しかしながら臨床評価としては、漢方エキス剤の炎症性皮膚に対する効果を評価したものが大多数であり、面皰について検討したものは非常に限られている。黄連解毒湯、十味敗毒湯についてはクワダマイシンローション、1%硫酸ゲンタマイシン含有吉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、膿疱の減少と消滅に有効とする報告があり、荆芥連翹湯及びテ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併用を比較した時に荆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漢方煎湯を併用した使用経験の報告がある。また煎湯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、疥癬に対して保険適応を有しているのは、荆芥連翹湯、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。 <a href="http://www.dermatol.or.jp/medical/guideline/pdf/118101893.pdf">http://www.dermatol.or.jp/medical/guideline/pdf/118101893.pdf</a>		
					A17-2	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			
					A17-3	十味敗毒湯	疥癬(面皰)								n/a
					A17-4	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			
					A17-5	桂枝茯苓丸 + 茵陈蒿湯	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.	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			
					A17-6	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					
					A17-7	黄連解毒湯、 十味敗毒湯、 荆芥連翹湯、 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					
					A17-8		1) 武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 林知恵子. 婦人科における尋常性疥癬の治療(第1報). 産婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究)	n/a						
					A17-9	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			
					A17-10	十味敗毒湯	疥癬(炎症性皮膚)	1) 武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 林知恵子. 婦人科における尋常性疥癬の治療(第1報). 産婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究)	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			
					A17-11	荆芥連翹湯	疥癬(炎症性皮膚)	橋本喜夫, 松尾忍, 飯塚一. 疥癬に対する荆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			
					A17-12	清上防風湯	疥癬(炎症性皮膚)								n/a
					A17-13	荆芥連翹湯	疥癬(炎症性皮膚)	武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究)	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			
					A17-14	清上防風湯	疥癬(炎症性皮膚)								n/a
					A17-15	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			
					A17-16	黄連解毒湯	疥癬(炎症性皮膚)	1) 武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 林知恵子. 婦人科における尋常性疥癬の治療(第1報). 産婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究)	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			
					A17-17	温清散	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			
					A17-18	温経湯	疥癬(炎症性皮膚)								n/a
					A17-19	桂枝茯苓丸	疥癬(炎症性皮膚)	1) 武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂枝茯苓丸の使用経験. 新薬と臨床 2005; 54: 907-14. 3) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂枝茯苓丸の使用経験(第2報). 新薬と臨床 2006; 55: 278-85.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究)	C2: 十分な根拠がないので(現時点では)推奨できない(有効のエビデンスがない、あるいは無効であるエビデンスがある)		n/a			
					A17-20	桂枝茯苓丸 + 茵陈蒿湯	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.	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			

『』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 (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
A18	L74.4	特異性後天性全身性無汗症診療ガイドライン 改訂版	監修: 厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患克服研究事業)稀少難治性皮膚疾患の調査研究班(班長: 天谷雅行 教授) 編集: 「特異性後天性全身性無汗症診療ガイドライン」作成委員会  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 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) 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)	自律神経 第52巻第4号、2015年発行	A18-1	柴苓湯	特異性後天性全身性無汗症	池津勝史, 河井一浩, 富樫きょう子, ほか. 最近話題の皮膚疾患 特異性後天性全身性無汗症. 臨床皮膚科 1999; 53: 34-8.	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)	III 治療とクニカルエッセンスの項の『その他の治療法はAIGA【特異性後天性全身性無汗症】に有効か?』に対して下記の記事と解説文が記載されている。 『推奨文: 難治性例が多いことを考慮すれば試みてもよいが、いずれも確立していない。保険適用外である。』 解説文: AIGAに列し、柴苓湯内服とステロイド外用による軽快例の報告がある。(レベルII) 柴苓湯は抗炎症作用のほか、視床下部から副腎皮質刺激ホルモン放出因子(CRF)分泌を刺激して内因性のステロイド分泌を亢進させる作用があり、ステロイド内服困難例に試みる価値があると指摘している。』	n/a	
A19	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: 無効性あるいは有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	A19-1	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 (T-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 rikunshito 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。 『推奨文: 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SSC【全身性強皮症】でのエビデンスはないが、胃腸運動を促進し、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	
A19-2	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。 『推奨文: 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、SSC【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						
A20	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 独立行政法人各省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	A20-1	十全大補湯、アコニサン	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 C: 行うよう勧められるだけの根拠が明確でない	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	
A20-2	アコニサン	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	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日/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						
A20-3	アコニサン	線維筋痛症	戸田克広. アコニ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	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錠を平均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						
A20-4	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						
A20-5	アコニサン	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>日本疼痛学雑誌</i> 2010; 2: 79-87.	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	C: 行うよう勧められるだけの根拠が明確でない	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: アコニサン 疼痛緩和効果、冷えの改善に有効との記載がある。

『』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 (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					
A21	N30-N39	女性下部尿路症状診療ガイドライン	日本泌尿器学会 女性下部尿路症状診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 高橋信 日本大学医学部泌尿器科学系主任教授)  Strength of Evidence (論文のレベル) 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: 無作為割り付けによる比較対照研究 IV: 前向き対照のない観察研究 V: 後ろ向き症例研究か専門家の意見  Strength of Evidence (根拠のレベル) 1: 複数の大規模RCTに裏付けられる 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 3: 無作為割り付けによる比較対照研究に裏付けられる 4: 前向き対照のない観察研究に裏付けられる 5: 後ろ向き症例研究か専門家の意見に裏付けられる  Strength of Recommendation A: 行うよう勧められる 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, 2013年11月15日 第1版発行	A21-1	牛車腎気丸	過活動膀胱	1		1	C1: 行ってもよい	過活動膀胱の薬物療法に、下記の記載がある。 『有効性を支持する根拠は十分ではないが、牛車腎気丸は女性過活動膀胱患者に対して有効との報告がある(レベル3)。』	n/a	過活動膀胱(頻尿・尿失禁)の治療薬の表中に、漢方薬(牛車腎気丸)の用法・用量と推奨グレードが記載されている。				
					A21-2	牛車腎気丸	過活動膀胱		Kajiwara M, Mutaguchi K. Clinical efficacy and tolerability of Goshu-Ginki-Gan, Japanese traditional herbal medicine, in females with overactive bladder/Hinyokika Kiyo 2008; 54: 95-9.	IV: 前向き対照のない観察研究	1		『過活動膀胱の日本人女性44例に対して牛車腎気丸を8週間投与して、その安全性と有効性をプロスペクティブに評価した試験では、昼間の排尿回数とIPSSを有意に低下させ、QOLの評価では有効以上が53%であったと報告されている。』	n/a				
					A21-3	牛車腎気丸	過活動膀胱		西澤芳男, 西澤恭子, 吉岡二三. ほか. 過活動膀胱の健康関連生活の質改善に対する牛車腎気丸とpropiverine hydrochlorideの前向き無作為比較試験. 漢方最新治療 2007; 16: 131-42.	II: 小規模なRCTで結果が明らかな研究	1			『過活動膀胱の男女を対象とした牛車腎気丸とプロピペリンのRCTの報告では、face scaleなどによる独自の健康関連QOLの評価で、プロピペリンは1か月までは牛車腎気丸群より有意な改善を示したが、その後は牛車腎気丸群のほうが有意な改善を示し、副作用発現率も牛車腎気丸群のほうが少なかったと報告されている。』	『副作用発現率も牛車腎気丸群のほうが少なかった』			
					A21-4	補中益気湯	腹圧性尿失禁	1				C1: 行ってもよい			腹圧性尿失禁の薬物療法に、下記の記載がある。 『有効性を支持する根拠は十分ではないが、補中益気湯や薬用ボカボカ種子抽出エキスおよび大豆胚芽抽出エキスの混合加工食品は女性の腹圧性尿失禁に対して有効との報告がある(レベル4)。』	n/a	腹圧性尿失禁の治療薬の表中に、漢方薬など(補中益気湯、植物抽出物)と記載されている。	
					A21-5	補中益気湯	腹圧性尿失禁	1	井上雅, 横山光彦, 石井重夫. ほか. 女性腹圧性尿失禁に対する補中益気湯の有効性に関する検討. 日本漢方学会誌 2010; 61: 853-5.	IV: 前向き対照のない観察研究	1				『女性腹圧性尿失禁患者13例に対して補中益気湯の4週間の投与は有意差はなかったものの、パッドテストの重量、尿失禁回数は減少傾向、QOLに関するパラメータは改善傾向で副作用は重篤なものもなく、患者満足度も高かったと報告されている。』	『副作用は重篤なものはない』		
A22	N32.8	過活動膀胱診療ガイドライン [第2版]	日本泌尿器学会 過活動膀胱診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 武正正之 山梨大学大学院総合研究部泌尿器科学講座教授)  Strength of Evidence (論文のエビデンスレベル) I: 大規模なRCTで結果が明らかな研究 (メタアナリシスシステムレビューレベルの評価は、個別に取り扱う) II: 小規模なRCTで結果が明らかな研究 III: 無作為割り付けによる比較対照研究 IV: 前向き対照のない観察研究 V: 後ろ向き症例研究か専門家の意見  Strength of Evidence (エビデンスレベルの分類) 1: 複数の大規模RCTに裏付けられる 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 3: 無作為割り付けによる比較対照研究に裏付けられる 4: 前向き対照のない観察研究(コホート研究、症例対照研究、横断研究)に裏付けられる 5: 後ろ向き症例研究か専門家の意見に裏付けられる  Strength of Recommendation A: 強い根拠があり、行うよう強く勧められる。(少なくとも一つの有効性を示すレベルもしくは良質なレベルIIのエビデンスがある) B: 根拠があり、行うよう勧められる。(少なくとも一つ以上の有効性を示す質の劣るレベルIIか良質なレベルIIIあるいは非常に良質なレベルIVのエビデンスがある) C1: 根拠はないが、行うよう勧められる。(質の劣るレベルIII~IV、良質な複数のレベルVの研究、あるいはレベルVIIに該当するもの) C2: 根拠がないので、行わないよう勧められる。(有効のエビデンスがない、無効または有害のエビデンスがある) D: 無効または有害を示す根拠があり、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なエビデンスがある) 保留: 推奨のグレードを決定できない。	リッチヒルメディカル, 2015年4月30日 第1版第1期発行	A22-1	漢方薬	口内乾燥		安福敏弘, 結木保明. 今日からはじめる! 口内乾燥症の臨床. この主眼にこのアプローチ. 医歯薬出版 2008	V: 後ろ向き症例研究か専門家の意見		C1: 根拠はないが、行うよう勧められる。(質の劣るレベルIII~IV、良質な複数のレベルVの研究、あるいはレベルVIIに該当するもの)	『CQ13: 抗コリン薬の副作用に対して、どのような対処法が推奨されるか?』に対して、下記の記載がある。 『1. 口内乾燥. エビデンスレベルは低いが、口内乾燥に対して一般的に行われている対処法を以下に記した。 漢方薬: 口内乾燥の病で処方可能なのは、白虎加人参湯と滋陰降火湯であるが、そのほかの漢方薬についても口内乾燥に有効との報告がある。漢方薬は、身体バランスの改善による症状の改善を重視しているため、一般に症状の改善までに2週間から3か月と経過が長くなる。漢方薬とともに保湿剤などによる口内腔の保湿を行うことを併用しながら治療すると効果が出やすい。』	n/a	口内乾燥に有効と考えられる漢方薬の表中に、白虎加人参湯、滋陰降火湯、五苓散、麦門冬湯、十全大補湯、柴胡桂枝乾姜湯、小柴胡湯、八味地黄丸、当帰芍薬散、柴朴湯があり、それぞれの分類、主薬、症状、用法・用量、主な適応症が記載されている。  本邦において便秘に対して使用される主な薬剤名の表中に、その他として大建中湯の記載がある。			
					A22-2	口内乾燥		結木保明. 高齢者における口内乾燥症. 九州歯科学会雑誌 2006; 60: 43-50.	n/a		C1: 根拠はないが、行うよう勧められる。(質の劣るレベルIII~IV、良質な複数のレベルVの研究、あるいはレベルVIIに該当するもの)							
					A22-3	牛車腎気丸	過活動膀胱	1				C1: 根拠はないが、行うよう勧められる。(質の劣るレベルIII~IV、良質な複数のレベルVの研究、あるいはレベルVIIに該当するもの)	1		治療の項に『漢方薬(牛車腎気丸)』として、下記の記載がある。 『本薬に関するRCT【編と編】を引用した。有効性を支持する根拠は十分ではないが、牛車腎気丸は女性過活動膀胱患者に対して有効との報告がある(レベル3)。なお、本剤の適応疾患には過活動膀胱は含まれていない。』	n/a	過活動膀胱(頻尿・尿失禁)の治療薬の表中に、その他の薬剤として牛車腎気丸があり、用法・用量と推奨グレード(C1)の記載がある。	
					A22-4	牛車腎気丸	過活動膀胱		Kajiwara M, Mutaguchi K. Clinical efficacy and tolerability of Goshu-Ginki-Gan, Japanese traditional herbal medicine, in females with overactive bladder/Hinyokika Kiyo 2008; 54: 95-9.	IV: 前向き対照のない研究	1				『過活動膀胱の日本人女性44例に対して牛車腎気丸を8週間投与して、その安全性と有効性をプロスペクティブに評価した試験では、昼間の排尿回数と国際前立腺症状スコア (IPSS) を有意に低下させ、QOLの評価では有効以上が53%であったと報告されている。』	n/a		
					A22-5	牛車腎気丸	過活動膀胱		西澤芳男, 西澤恭子, 吉岡二三. ほか. 過活動膀胱の健康関連生活の質改善に対する牛車腎気丸とpropiverine hydrochlorideの前向き無作為比較試験. 漢方最新治療 2007; 16: 131-42.	II: 小規模なRCTで結果が明らかな研究	1				『過活動膀胱の男女を対象とした牛車腎気丸とプロピペリンのRCTの報告では、face scaleなどによる独自の健康関連QOLの評価で、プロピペリンは1か月までは牛車腎気丸群より有意な改善を示したが、その後は牛車腎気丸群のほうが有意な改善を示し、副作用発現率も牛車腎気丸群のほうが少なかったと報告されている。』	n/a		
					A22-6	漢方薬	男性の過活動膀胱		日本泌尿器学会 前立腺肥大症診療ガイドライン作成委員会編. 前立腺肥大症診療ガイドライン. リッチヒルメディカル 2011	n/a	n/a					『前立腺肥大症に合併する男性の過活動膀胱に対する薬物治療』の項に、下記の記載がある。 『前立腺肥大症診療ガイドラインによると、前立腺肥大症に対する薬物治療は、α遮断薬、5α還元酵素阻害薬、抗アンドロゲン薬、その他の薬剤(AM/腫瘍剤、植物製剤、漢方薬)などがあるが、推奨グレードAのもの、α遮断薬(タムロシン、ナフトビジル、シロドシン、テラゾリン、ウラビジル)、5α還元酵素阻害薬(デュタステリド)である。』	n/a	
					A22-7	八味地黄丸、牛車腎気丸	前立腺肥大症		日本泌尿器学会 前立腺肥大症診療ガイドライン作成委員会編. 前立腺肥大症診療ガイドライン. リッチヒルメディカル 2011	n/a			C1: 根拠はないが、行うよう勧められる。(質の劣るレベルIII~IV、良質な複数のレベルVの研究、あるいはレベルVIIに該当するもの)			『前立腺肥大症に合併する男性の過活動膀胱に対する薬物治療』の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『前立腺肥大症診療ガイドラインにおいて、八味地黄丸、牛車腎気丸が推奨グレードC1として記載されている。前立腺肥大症に伴う過活動膀胱に対する報告は少ない。』	n/a	前立腺肥大症に合併する男性の過活動膀胱に対する薬物治療. 単独療法の中で、漢方薬として牛車腎気丸があり、用法・用量と推奨グレードC1の記載がある。
A22-8	牛車腎気丸	過活動膀胱		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. Urology View 2009; 7: 81-4.	II: 小規模なRCTで結果が明らかな研究			C1: 根拠はないが、行うよう勧められる。(質の劣るレベルIII~IV、良質な複数のレベルVの研究、あるいはレベルVIIに該当するもの)			『前立腺肥大症に合併する男性の過活動膀胱に対する薬物治療』の漢方薬の牛車腎気丸の項に、下記の記載がある。 『石塚らは、α遮断薬(タムロシン)を8週間以上服用後も過活動膀胱症状を有する前立腺肥大症患者に対して、牛車腎気丸を併用するクロスオーバー試験を行い、尿意切迫感を有意に改善することはできなかったものの、尿失禁回数の減少、QOLの改善が得られたと報告している。』	n/a						
A23	N40	前立腺肥大症診療ガイドライン	日本泌尿器学会 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: 無作為割り付けによる比較対照研究 IV: 前向き対照のない観察研究 V: 後ろ向き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期発行	A23-1	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) 後述で9論文があり、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はないが、牛車腎気丸は他剤との併用に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]に有効で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。タムロシン使用後も過活動膀胱症状が軽く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、タムロシン、ナフトビジルなどで頻尿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					
					A23-2	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. Urology View 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			『漢方薬(八味地黄丸、牛車腎気丸) 後述で9論文があり、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はないが、牛車腎気丸は他剤との併用に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]に有効で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。タムロシン使用後も過活動膀胱症状が軽く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、タムロシン、ナフトビジルなどで頻尿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	前立腺肥大症の治療法(泌尿器科専門医向け) (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。		
					A23-3	牛車腎気丸	前立腺肥大症		藤内晴喜, 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. 泌尿器科紀要 2008; 54: 463-6.	V: 後ろ向き症例研究か専門家の意見	C1: 行ってもよい					前立腺肥大症に併発する蓄尿障害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。		

『』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 (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
A24	N40-N51	男性下部尿路症状診療ガイドライン	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) 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 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 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	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	A24-1	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 resiniferatoxin-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	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、膀胱内静脈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。』	『有害事象はまれで軽微である。』 『有害事象はみられ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ではない。
					A24-2	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			
					A24-3	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			

『』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 (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		
A25	N46 N70-N77 N80-N98	産婦人科診療ガイドライン産婦人科外来編2014	日本産科婦人科学会、日本産婦人科医学会ガイドライン「婦人科外来編2014委員会(委員長:八重樫伸生 東北大学)	日本産科婦人科学会事務局、2014年3月30日 初版発行	A25-1	当帰芍薬散、加味逍遥散、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	大原敦子, 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: 1 II 以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見	C: (実施すること等が) 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、加味逍遥散、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強い場合に頓服で用いることができる。』	n/a			
					A25-2	芍薬甘草湯	月経痛	n/a	n/a	↑			n/a		
					A25-3	補中益気湯、八味地黄丸、柴胡加竜骨牡蠣湯など	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. 東京: 医学書院; 2007: 812-3.	III: 1 II 以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見	C: (実施すること等が) 考慮される	『CQ316 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 <sub>12</sub> 、ビタミンE)、カジノゲン、漢方薬(補中益気湯、八味地黄丸、柴胡加竜骨牡蠣湯、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			
					A25-4	漢方薬	更年期障害	n/a	n/a	C: (実施すること等が) 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様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			
					A25-5	柴胡桂枝乾姜湯、当帰芍薬散、加味逍遥散、桂枝茯苓丸、温清散、五積散、通導散、温経湯、三黄瀉心湯	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 東京: 金原出版; 2008	↑	C: (実施すること等が) 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、加味逍遥散、桂枝茯苓丸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。妻に更年期症状に対して保険適応のある処方を示す。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」に適用のある処方更年期障害に対して使用可能である。』	n/a			
					A25-6	柴胡桂枝乾姜湯、加味逍遥散、温清散、女神散、四物湯、三黄瀉心湯、川キョウ茶調散、桂枝茯苓丸加ヨク苺仁	血の道症		↑	C: (実施すること等が) 考慮される				n/a	
					A25-7	当帰芍薬散、加味逍遥散、桂枝茯苓丸	更年期障害	木村武彦, 矢内原巧. 更年期の漢方治療. 産婦人科治療 1991; 63: 199-202.	III: 1 II 以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見	↑	『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自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3大漢方と呼ばれる「当帰芍薬散」「加味逍遥散」「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。おおよ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と(虚証)、冷え症・貧血傾向・浮腫を目安に、「加味逍遥散」比較的虚弱なひとで(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目安に、「桂枝茯苓丸」体力中等度もしくはそれ以上のひとで(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目安に用いられる。』	n/a			
					A25-8	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 東京: 南江堂	n/a	↑	『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と、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			
					A25-9	漢方薬	更年期障害	1) 樋口毅, 柿木田礼子, 阿部和弘, ほか. ホルモン補充療法、加味逍遥散投与の更年期障害に対する効果の比較. 産婦人科漢方研究のあゆみ 2009; 26: 18-23. 2) Terauchi M, Hiramitsu S, Akiyoshi M, et al. Effects of three Kampo formulae: Tokishakyakusan (TJ-23), Kamishoyosan (TJ-24), and Keishibukuryogan (TJ-25) on Japanese peri- and postmenopausal women with sleep disturbances. Archives of Gynecology and Obstetrics 2011; 284: 913-21.	II: 症例対照研究成績あるいは繰り返して観察されている事象	↑			n/a		
					A25-10	漢方薬	更年期障害	日本東洋医学会IBM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2010-34SDRCT-(http://www.jsom.or.jp/medical/ebm/eversion.html)	n/a	↑			n/a		
					A25-11	加味逍遥散	更年期障害	更年期障害に対する加味逍遥散の有効性・安全性の検討-プラセボ対照二重盲検無作為化比較試験 UMIN CTR臨床試験登録情報の閲覧 (https://upload.umin.ac.jp/cgi-bin/ctr.cgi?function=brows&action=brows&type=summary&recptno=R000006042&language=J)	n/a	↑			n/a		
					A25-12	甘草	偽性アルドステロン症(副作用)	日本東洋医学会学術教育委員会編 入門漢方医学 東京: 南江堂	n/a	B: (実施すること等が) 勧められる	n/a			『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
					A25-13	小柴胡湯	間質性肺炎(副作用)		n/a					n/a	
					A25-14	当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、加味逍遥散、桃核承気湯、女神散など	月経前症候群	n/a	n/a	B: (実施すること等が) 勧められる	『CQ419 月経前症候群の診断・管理は?』の項に、下記の記載がある。 『Answer 3. 治療にはカウンセリング、生活指導や薬物療法(精神安定剤、利尿剤、鎮痛剤、漢方薬等)を選択する。 解説: 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、加味逍遥散、桃核承気湯、女神散などの漢方薬もよく用いられる。』	n/a			
A26	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(2013年改訂版)	『平成20~22年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費(20薬-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症例集積報告(わが国で利用可能な薬剤のみ) 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	アークメディア、2013年5月17日 第1版発行	A26-1	加味逍遥散	月経前不快気分障害(PMDD)	1) Yamada K, Kanba S. Herbal medicine (Kami-shoyo-san) in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. Journal of Clinical Psychopharmacology 2002; 22: 442. 2) Yamada K, Kanba S. Effectiveness of kamishoyosan for premenstrual dysphoric disorder: open-labeled pilot study. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2007; 61: 323-5.	5) 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)	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بران(n=3)、デロキサセチン(n=50, n=20)、加味逍遥散(n=6, n=30)、レベチラセラム(n=3)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。 『加味逍遥散は、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			

『』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 (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
A27	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 長崎大学病院)  Strength of Evidence I: システマティックレビュー/RCTのメタ解析 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見解  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: 行うほうがよい C2: 行わないほうがよい D: 行わないよう勧められる	メディカルレビュー社、2012年5月30日 第2版第1刷発行	A27-1	麦門冬湯	乾性咳嗽	Mukai 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>Phytomedicine</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週間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。
					A27-2	麦門冬湯	乾性咳嗽	Irihara 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>Phytomedicine</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バラレル試験で、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	
					A27-3	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(副鼻腔気管支炎様群に対するマクロライド系抗菌薬、慢性気管支炎における除煙、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效するかは予測は困難である。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	
					A27-4	小青竜湯	湿性咳嗽	宮本昭正, 井上洋西, 北村謙, ほか. T1-19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.	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バラレル試験で、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	
					A27-5	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) Bhanan SS. Postinfectious Cough. <i>ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines</i> <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見解	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 <sub>1</sub> 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	
A28	R35	夜間頻尿診療ガイドライン	日本泌尿器学会 夜間頻尿診療ガイドライン作成委員会(委員長:西澤理)  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  Strength of Recommendation A: 最低2つ以上のレベルの臨床研究に裏付けられる B: 1つのレベルの臨床研究に裏付けられる C: レベルIIの臨床研究に裏付けられる D: 最低1つ以上のレベルIIIの臨床研究に裏付けられる E: レベルIVまたはレベルVの臨床試験しか存在しない F: 保腎(本邦)において承認、あるいは日本人における有効性・安全性が確立されていない)	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	A28-1	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 柴芎湯の有効性の検討 - 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の臨床試験しか存在しない	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、双方とも夜間頻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。
					A28-2	牛車腎気丸	夜間頻尿	渡部明彦, 明石拓也, 藤内謙喜, 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の臨床試験しか存在しない			

【 】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 (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
A29	S10-S19	頸椎後縦韌帯骨化症診療ガイドライン2011	日本整形外科学会、日本脊椎神経学会 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)、 頸椎後縦韌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律でない	南江堂、2011年11月1日 改訂第2版発行	A29-1	漢方薬	頸椎後縦韌帯骨化症	八代忍、花輪壽彦、頸椎後縦韌帯骨化症に対する漢方治療の経験。日本骨髄障害学会誌 2006; 19: 198-9.	7: case series	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律でない	【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、脊椎症の強い症例には効果は期待できない。】	n/a	
A30	T78.4	職業性アレルギー疾患診療ガイドライン2013	日本職業・環境アレルギー学会ガイドライン 専門部会 監修 「職業性アレルギー疾患診療ガイドライン 2013」作成委員  Strength of Evidence I: システマティックレビュー/RCTのメタ解析 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: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる C1: 行うほうがよい C2: 行わないほうがよい D: 行わないよう勧められる	協和企画、2013年7月5日 第1版発行	A30-1	漢方薬	職業性アレルギー性鼻炎	鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会、鼻アレルギー診療ガイドライン-通年性鼻炎と花粉症-2009年版 改訂第6版。	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	【CQ2-10: 職業性アレルギー性鼻炎の薬物療法は有効か?】に対して、下記の記載がある。 【Panel Consensus: 抗原が職業に由来していてもアレルギー性鼻炎に薬物療法は有効である。 解説: いずれの抗原によってもアレルギー性鼻炎には薬物療法は有効である。したがって、職業性アレルギー性鼻炎でも薬物療法は有効である。鼻アレルギー診療ガイドラインの通年性の薬物療法 (ヒスタミンH1受容体拮抗薬、ロイコトリエン受容体拮抗薬、トロンボキサン受容体拮抗薬、脱顆粒抑制薬、Th2サイトカイン阻害薬、点鼻ステロイド薬、漢方薬など) に従って病型、重症度を考慮して治療することを基本的なスタンスとしてよい。】	n/a	

『』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 (37CPGs)

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	C22.0	科学的根拠に基づく肝臓診療ガイドライン 2013年版	肝臓診療ガイドライン改訂委員会(委員長: 國土典宏 東京大学医学部肝臓外科・人工臓器移植外科教授) Strength of Evidence 1a: ランダム化比較試験のメタアナリシス 1b: 少なくとも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, 2013年10月15日 第3版第1刷発行	B1-1	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	『CQ2: 肝臓腫瘍は肝細胞癌の発症予防に有効か?』に対して、その本文中に下記の記載がある。 『背景: グルチルリチン製剤は、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、肝再生促進作用などが推定されている。これら2剤は肝臓腫瘍目的に本邦で広く投与されてきたが、小柴胡湯については解説で述べる理由により、本ガイドラインの推奨から外れている。』 『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例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例中23例、非投与群130例中33例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59%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)。』 『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編の論文を採択した。上述の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HCVは発見されていない。その後の疫学統計その他から大多数のHBs抗原陰性肝硬変がHCV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型肝硬変の発症を小柴胡湯投与が抑制する可能性は高い。しかし、現在本邦では肝硬変に対する小柴胡湯投与は、適応禁忌となっており、その後新たなエビデンスが報告されていないため推奨を行わないこととした。』	n/a	
B2	C50.9	科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン 1. 治療編 2015年版	日本乳癌学会 診療ガイドライン委員会(委員長: 向井博文 国立がん研究センター東病院乳癌・腫瘍内科) 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, 2015年7月2日 第3版第1刷発行	B2-1	牛車腎気丸	末梢神経障害	Tawata M, Kurihara A, Nitta K, et al. The effects of goshajinkigan, a herbal medicine, on subjective symptoms and vibratory threshold in patients with diabetic neuropathy. <i>Diabetes Research and Clinical Practice</i> 1994; 26: 121-8.	n/a	n/a	副作用対策の総論の化学療法、末梢神経障害の項に、下記の記載がある。 『レガバリン(保険適応外)、3環系抗うつ薬のアミトリプチン(保険適応外)、ノルトリプチン(保険適応外)、amifostine(未承認)、抗けいれん薬のカバペンチン(保険適応外)などの薬剤や、わが国においては、漢方薬の牛車腎気丸(ゴシャンキキガン)が試みられることもあるが、臨床試験においてこれらの薬剤の有効性は示されていない。しかしながら、化学療法誘発性末梢神経障害の治療薬が限られている現状を考慮すると、日常臨床においてこれらの薬剤を治療薬の選択肢に入れてもよいのではないかと考えられている。』	n/a	
					B2-2	漢方薬	ホットフラッシュ	Nelson HD, Vesco KK, Haney E, et al. Nonhormonal therapies for menopausal hot flashes: systematic review and meta-analysis. <i>JAMA</i> 2006; 295: 2057-71.	n/a	n/a	『CQ41: 内分泌療法によるホットフラッシュの対策として薬物療法は勧められるか』に対して、解説の項に下記の記載がある。 『ほかの対処法として、大豆イソフラボンやハーブなどのサプリメントおよび漢方薬なども試みられることがあるが、これらが実際に有用かどうかはまだわかっていない。』	n/a	
					B2-3	漢方薬を含む補完代替療法	乳癌	n/a	n/a	n/a	『CQ47: 乳癌治療として補完・代替療法は勧められるか』に対して、下記の記載がある。 『推奨グレードD: 乳癌の進行抑制や延命効果の目的で補完・代替療法は行うべきでない。 推奨グレードC1: 標準的な治療に伴う症状の緩和や不安の軽減などを目的とした補完・代替療法には検討の余地がある。』 『背景・目的: 癌患者における補完・代替療法(complementary and alternative medicine; CAM)の普及率は海外では48~87%、国内では44.6%と広く使用されている。CAMの利用傾向や目的は民族背景で異なる。白人女性は食事療法や精神療法、アフリカ系女性は瞑想などを好み、中国系女性は漢方を好み傾向をもつ。わが国のCAM利用者の9割近くはアグリクスや漢方、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2,000億円を越えている。(以下、省略) 解説: CAMは大まかに次の5つに分類される。①代替医療システム(伝統医学系統、民間療法、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、サメ軟骨などの民間療法、食事療法、および免疫療法も含まれる。)(以下、省略)』	n/a	
B3	C65 C66	腎盂・尿管癌診療ガイドライン	日本泌尿器科学会編 腎盂・尿管癌診療ガイドライン作成委員会(委員長: 大家基嗣 慶應義塾大学医学部泌尿器科教授)	メディカルレビュー社, 2014年4月1日 第1版第1刷発行	B3-1	アリストロキア酸を含む漢方薬草	漢方薬腎症(副作用)	1) Grollman AP, Shibutani S, Moriya M, et al. Aristolochic acid and the etiology of endemic (Balkan) nephropathy. <i>Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America</i> 2007; 104: 12129-34. 2) Jelakovic B, Karanovic S, Vukovic-Lela I, et al. Aristolactam-DNA adducts are a biomarker of environmental exposure to aristolochic acid. <i>Kidney International</i> 2012; 81: 559-67. 3) Chen CH, Dickman KG, Moriya M, et al. Aristolochic acid-associated urothelial cancer in Taiwan. <i>Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America</i> 2012; 109: 8241-6. 4) Nortier JL, Martinez MC, Schmeiser HH, et al. Urothelial carcinoma associated with the use of a Chinese herb (Aristolochia fangchi). <i>The New England Journal of Medicine</i> 2000; 342: 1686-92. 5) Laing C, Hamour S, Sheaff M, Miller R, et al. Chinese herbal uropathy and nephropathy. <i>Lancet</i> 2006; 368: 338.	n/a	n/a	『CQ1: 喫煙を含め腎盂・尿管癌の危険因子にはどのようなものがあるか?』に対して、解説の項に下記の記載がある。 『アリストロキア酸を含む植物が生息するバルカン半島特有の風土病であるバルカン腎症や、台湾におけるアリストロキア酸を含む漢方薬草による漢方薬腎症が、腎盂・尿管癌の発生に関連していることが示されている。漢方薬腎症については、国内で承認された生薬(木通、防己、細辛、木香)では問題とならないものの、遠航先での購入やネット販売による個人輸入の際に、アリストロキア酸の含有が疑われる生薬を用いた製剤を購入して服用する可能性があることから、注意喚起されている。』		
B4	E10-E14	小児・思春期糖尿病診療ガイドライン	日本糖尿病学会 小児糖尿病委員会 日本小児内分泌学会 糖代謝委員会 Strength of Evidence レベル1+: 質の高いランダム化比較試験(RCT)、およびそれらのメタアナリシスまたはシステムティックレビュー レベル1: それ以外のRCT、およびそれらのメタアナリシスまたはシステムティックレビュー レベル2: 前向きコホート研究、およびそれらのメタアナリシスまたはシステムティックレビュー、事前に定めたRCTのサブ解析 レベル3: 非ランダム化比較試験、前後比較試験、後ろ向きコホート研究、ケースコントロール研究、およびそれらのメタアナリシスまたはシステムティックレビュー、RCTの後付けサブ解析 レベル4: 横断研究、症例集積	南江堂, 2015年6月5日発行	B4-1	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.	レベル4: 横断研究、症例集積	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。 『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。』		
B5	E66.9	肥満症の総合的治療ガイド	日本肥満症治療学会 治療ガイドライン委員会(編集委員長: 白井厚治 東邦大学医療センター-佐倉病院)	コンパス出版局, 2013年6月30日 初版発行	B5-1	防風通聖散	肥満症	吉田俊秀, 日置智津子. 肥満治療としての漢方薬の作用機序. <i>医学のあゆみ</i> 202: 1005-9.	n/a	n/a	肥満症治療の実際の薬物療法の項の『Q5: わが国で用いることのできる抗肥満薬は、ほかにありませんか?』に対して、下記の記載がある。 『漢方薬である防風通聖散には、白色脂肪組織の脂肪分解作用と褐色脂肪組織の活性化による減量効果が報告されています。本薬剤は18種類の生薬からなり、このうち麻黄にはエフェドリンが含まれ、甘草、荆芥、連翹にはカフェイン様のホスホジェステラーゼ阻害作用があり、交感神経終末からノルアドレナリンの放出の増強と細胞内でのホスホジェステラーゼ作用の阻害を介してノルアドレナリンの効果を持続させる機序が想定されています。本薬剤7.5gの投与が食事・運動療法単独群より6か月で3.4kgの減量と内臓脂肪量及びウエスト周囲長を減少させることが報告されています。』	『副作用は、下痢を5%、肝障害を1~2%の頻度で認めます。』	

『』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 (37CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
B6	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	厚生労働省 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 防衛医科大学校病院)	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	B6-1	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	薬物療法以外の薬剤の項の中に、『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	
B7	F32.9	うつ病性障害・双極性障害治療ガイドライン	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 防衛医科大学校病院)	医学書院、2013年5月15日 第1版発行	B7-1	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>日本漢方医学雑誌</i> 1997; 48: 205-10.	n/a	n/a	軽症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。 『加味帰脾湯等の漢方薬がうつ病に対して有効であったという報告(中田輝夫, 1997)も散見されるが、エビデンス・レベルは高くない。』	n/a	
B8	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	B8-1	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ドトロピン療法(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。温経湯はラットの実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、無排卵周期症で69%、第1度無月経で44～62%、第2度無月経で17～24%の排卵誘発効果があり、温経湯とクロミフェン、温経湯とメサルモン併用療法も有効とされます。』	n/a	
					B8-2	芍薬甘草湯	薬剤性高プロラクチン(PRL)血症	福島峰子, 成田章子, 一関和子, ほか. 高プロラクチン血症を伴う排卵障害に対する芍薬甘草湯の効果. <i>和漢薬学会誌</i> 1986; 3: 227-30.	n/a	n/a	摂食障害と無月経: 無月経の治療の項に、下記の記載がある。 『薬剤性高プロラクチン(PRL)血症に対し芍薬甘草湯のPRL低下作用も証明されており、摂食障害の高PRL症例の無月経に対しては選択薬の1つと考えられます。』	n/a	
					B8-3	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	
B9	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)	医学書院、2011年4月1日 第1版第1刷発行	B9-1	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	
					B9-2	大建中湯	消化管運動障害	Sakakibara R, Odaka T, Lui Z, et al. Dietary herb extract daikenchu-to ameliorates constipation in parkinsonian patients (Parkinson's disease and multiple system atrophy) <i>Mov Disord</i> 2005; 20: 261-2.	n/a	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	
					B9-3	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	
B10	G25.8	日本神経治療学会 標準的神経治療: Restless legs 症候群	日本神経治療学会治療指針作成委員会	神経治療、第29巻第1号、2012年	B10-1	抑肝散	Restless legs症候群	Shinno H, Oka Y, Otsuki M, et al. Proposed dose equivalence between clonazepam and pramipexole in patients with restless legs syndrome. <i>Progress in Neuro-Psychopharmacology &amp; Biological Psychiatry</i> 2010; 34: 522-6.	n/a	n/a	Restless legs症候群の治療(薬物療法と非薬物療法)の今後期待される薬物治療の項に、下記の記載がある。 『漢方薬では、Shinnoら(2010年)が、高齢のRLS[Restless legs症候群]の3症例に対し、pramipexole 0.375～0.625mg/dayまたはclonazepam 1.0mg/dayの内服に、抑肝散 5g/day(夕方、就寝前に2.5gずつ内服)の併用が有用であったことを報告している。』	n/a	
B11	G50.0	日本神経治療学会 標準的神経治療: 三叉神経痛	日本神経治療学会治療指針作成委員会	神経治療、第27巻第1号、2010年	B11-1	五苓散、柴胡桂枝湯、小柴胡湯、柴胡加竜骨牡蛎湯、桂枝加芍薬湯、芍薬甘草湯	三叉神経痛	堀口勇, 大竹哲也, 岡田貴樹, ほか. 三叉神経痛に対し漢方薬が有効であった症例の検討. <i>日本漢方医学雑誌</i> 2003; 54: 383-6.	n/a	n/a	漢方薬による三叉神経痛治療の項に、下記の記載がある。 『三叉神経痛に対する治療薬として、症例数は少ないが漢方薬が有効であったとの報告が散見され、五苓散や柴胡桂枝湯、小柴胡湯、柴胡加竜骨牡蛎湯、桂枝加芍薬湯、芍薬甘草湯などが用いられている。』	n/a	
					B11-2	小柴胡湯、桂枝加芍薬湯	三叉神経痛	大野健次, 延原弘明, 有村聡美, ほか. 三叉神経痛に対する小柴胡湯・桂枝加芍薬湯併用療法の効果(第2報). <i>日本ペインクリニック学会誌</i> 1996; 3: 92-6.	n/a	n/a	漢方薬による三叉神経痛治療の項に、下記の記載がある。 『小柴胡湯、桂枝加芍薬湯の併用療法の有効性が報告されている。』	n/a	
					B11-3	五苓散、漢方薬	三叉神経痛	n/a	n/a	n/a	漢方薬による三叉神経痛治療の項に、下記の記載がある。 『三叉神経痛に対して漢方薬を用いる場合、西洋医学的な拮抗作用を期待して投与する場合と漢方薬特有の随証治療の2種類があり、利水薬として用いられる五苓散の有効例が多く、三叉神経痛のroot entry zoneにおける圧迫部位において生じている三叉神経の浮腫を軽減することによって鎮痛効果を発現する機序が考えられている。』	n/a	
					B11-4	漢方薬	三叉神経痛	n/a	n/a	n/a	漢方薬による三叉神経痛治療のまとめの項に、下記の記載がある。 『拮抗作用のみでなく、baclufenや漢方薬などの使用も考慮する。』	n/a	
B12	H65.9	小児滲出性中耳炎診療ガイドライン 2015年版	日本耳科学会、日本小児耳鼻咽喉科学会編 小児滲出性中耳炎診療ガイドライン作成委員会(委員長:伊藤真人 自治医科大学とちぎ子ども医療センター小児耳鼻咽喉科)	金原出版、2015年1月1日 第1版発行	B12-1	柴芎湯	滲出性中耳炎	佐藤宏明, 中村一, 本庄威, ほか. 滲出性中耳炎へのツムラ柴芎湯の治療効果. <i>耳鼻咽喉科</i> 1988; 81: 1383-7.	n/a	n/a	『CQ3: 滲出性中耳炎に、抗菌薬以外の薬物療法は有効か』に対して、解説の項に下記の記載がある。 『柴芎湯は利尿作用を有し浮腫の治療に用いられ、同時に抗炎症・抗アレルギー作用が認められる。滲出性中耳炎にも有効なことが報告されている(佐藤ら1988)』	n/a	
B13	I64	脳卒中治療ガイドライン 2015	日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会(委員長:小川彰 岩手医科大学理事長・学長)	協和企画、2015年6月25日 第1版第1刷発行	B13-1	抑肝散	血管性認知症、血管性認知障害	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) Nagata K, Yokoyama E, Yamazaki T, et al. Effects of yokukansan on behavioral and psychological symptoms of vascular dementia: an open-label trial. <i>Phytotherapy</i> 2012; 19: 524-8.	レベル3: 非ランダム化比較コホート/追跡研究	n/a	血管性認知症、血管性認知障害の項のエビデンスの中に、下記の記載がある。 『抑肝散は小規模の臨床試験で行動心理症状の改善に有効であった。』	n/a	

『』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 (37CPGs)

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					
B14	J11.1	インフルエンザ診療マニュアル 季節性インフルエンザと新型インフルエンザの基礎知識 2008-2009年シーズン版	日本臨床内科医会インフルエンザ研究班(特別顧問: 柏木征三郎 国立病院九州医療センター名誉院長)	日本臨床内科医会誌 第23巻 第4号 臨時付録、2008年12月10日	B14-1	麻黄湯	インフルエンザ	柏木征三郎, ほか. 新型インフルエンザと漢方治療. 漢方医学 2008; 32: 214-24.	n/a	n/a	インフルエンザの治療についての他のインフルエンザ適用薬の項に、下記の記載がある。 『漢方薬の麻黄湯はインフルエンザの初期に保険適用があり、発熱や症状の改善に有効とする報告が多くみられる。』	n/a						
B15	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・メディカ、1995年7月	B15-1	柴朴湯	ステロイド依存性喘息	1) Egashira Y, Nagano H. A multicenter clinical trial of TJ-96 in patients with steroid dependent asthma. A comparison of groups allocated by the envelope method. <i>Annals of the New York Academy of Science</i> 1993; 685: 580-3. 2) 江頭洋祐. 特集・アレルギー疾患の漢方治療—気管支喘息. <i>アレルギーの臨床</i> 1993; 13: 937-40.	n/a	n/a	『気管支喘息の漢方療法は伝統医学として長い歴史がある。古来、喘息は漢方療法でのよい適応とされ、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て、患者の体質、体力とその時点での諸病反応の強弱によって方剤を選ぶという原則がある。これは薬剤が天然生薬であり新薬のような攻撃的薬効は有していないので、投与前にあらかじめresponderとnon-responderを区別するという経験則に基づいている。一般に喘息発作の急性期には麻黄剤(小青竜湯、他)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漢方薬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。』	n/a						
					B15-2	麻杏甘石湯	気管支喘息		n/a	n/a								
					B15-3	小青竜湯	気管支喘息		n/a	n/a								
					B15-4	小柴胡湯	気管支喘息	江頭洋祐. 特集・アレルギー疾患の漢方治療—気管支喘息. <i>アレルギーの臨床</i> 1993; 13: 937-40.	n/a	n/a								
					B15-5	補中益気湯	気管支喘息		n/a	n/a								
					B15-6	八味地黄丸	気管支喘息		n/a	n/a								
					B15-7	小青竜湯	鼻アレルギー(含花粉症)		n/a	n/a								
					B15-8	葛根湯	鼻アレルギー(含花粉症)		n/a	n/a								
					B15-9	小柴胡湯	鼻アレルギー(含花粉症)		n/a	n/a								
					B15-10	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								
					B15-11	十味敗毒湯	湿疹・皮膚炎群											
					B15-12	消風散	湿疹・皮膚炎群											
					B15-13	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								
					B15-14	越婢加朮湯	湿疹・皮膚炎群											
					B15-15	当帰飲子	湿疹・皮膚炎群											
					B15-16	消風散	アトピー性皮膚炎		n/a	n/a								
					B15-17	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								
					B15-18	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								
					B15-19	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								
					B15-20	越婢加朮湯	アトピー性皮膚炎		n/a	n/a								
					B15-21	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								
					B15-22	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								
					B15-23	治頭瘻一方	アトピー性皮膚炎, 湿潤性脂皮性湿疹		n/a	n/a								
					B15-24	補中益気湯	幼・小児期アトピー性皮膚炎		n/a	n/a								
					B15-25	柴胡清肝湯	幼・小児期アトピー性皮膚炎		n/a	n/a								
					B15-26	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								
					B15-27	黄連解毒湯	成人型アトピー性皮膚炎		n/a	n/a								
					B15-28	大黃牡丹皮湯	成人型アトピー性皮膚炎		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、麥門冬湯、八味地黄丸、補中益気湯、麻杏甘石湯

『』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 (37CPGs)

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
B16	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	B16-1	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	薬物療法の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『慢性副鼻腔炎に対して使用されている漢方薬は、葛根湯加川キユウ辛夷、荊芥連翹湯、辛夷清肺湯が多く使用されている報告があるが、二重盲検法による検討が行われていないため、その臨床的有用性に関する明確なエビデンスはない。』	n/a	
					B16-2	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			
					B16-3	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			
					B16-4	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		『作用機序に関しては低下している粘液線毛輸送機能の改善作用が報告されているが不明な点が少ない。』	
B17	J70	薬剤性肺障害の診断・治療の手引き	日本呼吸器学会 薬剤性肺障害の診断・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	B17-1	小柴胡湯	薬剤性肺障害 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	基礎知識の疫学の項に、下記の記載がある。 『副作用により死亡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。』	「薬剤別の間質性肺疾患報告件数の推移」の表中に、漢方薬の推移がある。
					B17-2	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. <i>アレルギー</i> 2007; 56: 1384-9.	n/a	n/a	診断・鑑別診断の血液検査『薬剤リンパ球刺激試験 (DLST)』の項に、下記の記載がある。 『DLSTには様々な問題点が指摘されている。即ち、薬剤によっては、例えば漢方薬の小柴胡湯のように、それ自身がリンパ球刺激能を有している場合、また逆に minocycline hydrochloride ミノイシン、MINO) のようにリンパ球機能抑制作用を有する薬剤があり、前者では偽陽性、後者では偽陰性となる可能性がある。実際、健康者40人に対し小柴胡湯のDLSTを行ったところ、11人 (27.5%) で陽性を示したとの報告がある。』	「薬剤性肺炎の薬剤リンパ球刺激試験陽性率」の表中に、漢方薬: 陽性率 67.6%、漢方薬 + interferon (IFN): 25.0% の記載がある。	
					B17-3	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、可能な限り疑念薬を中止して、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、偽陰性が出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」の表中に、漢方薬: 柴朴湯、小柴胡湯の記載がある。	
					B17-4	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顕著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きたしう。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。』		
					B17-5	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. <i>日本胸部疾患学会雑誌</i> 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班報告: C型ウイルス慢性肝炎患者への小柴胡湯投与に関するガイドライン. <i>和漢医薬学雑誌</i> 2000; 17: 95-100.	n/a	n/a	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た。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。』		
					B17-6	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. <i>日本東洋医学雑誌</i> 1998; 49: 371-81. 2) 松島敏春. 薬剤性肺臓炎 医因性肺炎としての間質性肺炎. <i>Clinician</i> 1999; 46: 183-6. 3) 飯野四郎. 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. <i>治療</i> 1994; 7: 2346-51. 4) 大田健, 星野津津夫. 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. <i>内科</i> 1996; 77: 698-702.	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。』		

『』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 (37CPGs)

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	J70	薬剤性肺障害の診断・治療の手引き	日本呼吸学会 薬剤性肺障害の診断・治療の手引き作成委員会 (委員長: 久保恵嗣 徳島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	B17-7	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. <i>American Review of Respiratory Disease</i> 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・増悪に関与している可能性がある。C型肝炎肝臓症例では、軽微でも間質性肺炎の兆候がある場合には、小柴胡湯もきめて薬剤投与を慎重に行う必要がある。』	
					B17-8	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る4. 間質性肺炎の漢方治療の有用性. <i>日本東洋医学雑誌</i> 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. <i>Lung Perspective</i> 2000; 8: 70-5.	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IIP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IIPを悪化にも改善にも向ける可能性がある。』	n/a	
					B17-9	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3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。』	
					B17-10	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炎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歳まで左官屋 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。』	
B18	J84.8	特発性間質性肺炎診断と治療の手引き	日本呼吸学会 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	B18-1	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、スルファン、ニトロフラン、金製剤、種々の抗癌剤、漢方薬、などをまぎまぎであり、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も過言ではない。』	
B19	J96.0	急性呼吸不全による人工呼吸者の栄養管理ガイドライン 2011年版	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 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科救急医学分野)	http://square.u-min.ac.jp/jrcm/pdf/enyougundline2011.pdf	B19-1	六君子湯	経腸栄養と誤嚥	藤博臣, 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>日本集中治療医学雑誌</i> 2009; 16: 187-90.	n/a	n/a	経腸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。 『経腸栄養を開始しても、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、それにより経腸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、クエン酸モサプリド、六君子湯、大腸蠕動、排便促進目的にジノプロスト (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	
					B19-2	大建中湯	経腸栄養と誤嚥	n/a	n/a	n/a			
B20	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)	日本呼吸学会、2003年6月20日発行	B20-1	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	

『』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 (37CPGs)

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		
B21	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 加齢呼吸器病態制御学)	日本呼吸器学会, 2005年11月20日 第1刷発行	B21-1	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(ropfen)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		
						B21-2	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		
						B21-3	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		
						B21-4	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		
						B21-5	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。』	
						B21-6	麦門冬湯	かぜ症候群後咳嗽	藤森勝也, 鈴木栄一, 下条文武. かぜ症候群後咳嗽に対する麦門冬湯と臭化水素酸デキストロ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		
						B21-7	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		
						B21-8	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		
						B21-9	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 <sub>2</sub> 、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 <sub>2</sub> -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		
						B21-10	麦門冬湯	咳感受性の亢進	渡邊直人, 成剛, 福田健. 咳感受性の亢進している気管支喘息患者と非喘息患者に対する麦門冬湯の効果の比較検討. <i>日本呼吸器学会雑誌</i> 2004; 42: 49-55.	n/a	n/a	『カプサイシン咳感受性試験で、咳閾値が3.9μ以下を示した気管支喘息患者21名(喘息群)と、慢性咳嗽症状を有し咳感受性が亢進しているものの、喘息の診断には至らない22名(非喘息群)に麦門冬湯を2か月間投与し、咳感受性と気道炎症に対する効果を比較した。咳感受性への効果は、両群間に有意差を認めなかった。気道炎症については両群とも約半数で改善がみられたが、有意ではなかった。気道炎症の程度別に検討すると、両群とも喀痰中に好中球が2%以上検出されている症例で、咳感受性の有意な低下が認められた。』	n/a		
						B21-11	神祕湯	アスピリン喘息	西澤芳男, 西澤恭子, 吉岡二三, ほか. 神祕湯 (Shen-bi-tang: SBT) 吸入療法とsodium cromoglicate吸入療法とのアスピリン喘息への多施設無作為効果比較試験. <i>耳鼻咽喉科雑誌</i> 2003; 46: 3-14.	n/a	n/a	『アスピリン喘息患者でリジン-アスピリン吸入試験吸入閾値の決定した114例を対象に、神祕湯(SBT)吸入療法とsodium cromoglicate(DSCG)療法について多施設無作為効果比較試験を行った。A群61例にはSBT500μgを充填したDSCG用カプセル、B群53例にはDSCG20mgを充填したカプセルを用い、1日4回6時間毎にDSCG用スピンヘラーによる吸入を行った。その結果、SBTはヒト気道粘膜細胞の5-リポキシゲナーゼ活性の抑制により、ロイコトリエン産生を抑制した。A群はB群に比較して、閾値濃度リジン-アスピリン吸入時の1秒量低下が改善し、副作用や検査値異常も少なく、アスピリン喘息は有意に改善した。』	n/a	日本東洋医学会 2002年中間報告・漢方治療におけるEBMにおける呼吸器分野論文を参考に作成。	
						B21-12	半夏厚朴湯	脳血管性障害患者の嚥下反射	Iwasaki K, Wang Q, Nakagawa T, et al. The traditional Chinese medicine banxia houpo tang improves swallowing reflex. <i>Phytomedicine</i> 1999; 6: 103-6.	n/a	n/a	『近年の研究では、半夏厚朴湯は、脳血管性障害やパーキンソン病に伴う嚥下を改善し、また咳反射をも同時に改善することが報告されている。すなわち原典にあるとおり、実際に食物が喉に詰まることを改善するのである。従って、脳血管性障害の原因となる嚥下障害、咳反射の障害に用いることが出来る。』	n/a	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。	
						B21-13	半夏厚朴湯	パーキンソン病の嚥下反射	Iwasaki K, Wang Q, Seki H, et al. The effect of the traditional chinese medicine, "Banxia Houpo Tang (Henge-Kouboku To)" on the swallowing reflex in Parkinson's disease. <i>Phytomedicine</i> 2000; 7: 259-63.	n/a	n/a	『半夏厚朴湯は脳血管性障害患者に於ける嚥下反射を改善した(比較臨床試験)』 『半夏厚朴湯はパーキンソン病に於ける嚥下反射を改善した(比較臨床試験)』 『半夏厚朴湯は脳血管性障害患者の咳反射を改善した(比較臨床試験)』	n/a		
						B21-14	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		
						B21-15	清肺湯	誤嚥性肺炎	Mantani N, Kasahara Y, Kamata T, et al. Effect of Seichai-to, a Kampo medicine, in relapsing aspiration pneumonia-an open label pilot study. <i>Phytomedicine</i> 2002; 9: 195-201.	n/a	n/a	『清肺湯は、抗菌作用、抗炎症作用を持つ生薬を多数、少量ずつ集めた方剤であるが、ADLの低下した慢性呼吸器疾患を有する高齢者に於いて、炎症を抑制することが報告されており、そのメカニズムの一部は、活性酸素の発生を抑制するためであることが示唆されている。従って、常に誤嚥を繰り返す気道の炎症が収まらない症例に用いることが出来る。』 『清肺湯の抗炎症効果に関する臨床的エビデンス』 『清肺湯は再発する誤嚥性肺炎を予防する(比較臨床試験)』	n/a		
						B21-16	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		
						B21-17	麦門冬湯	間質性肺炎(副作用)		n/a	n/a	n/a			『麦門冬湯、清肺湯、柴朴湯については間質性肺炎を惹起するおそれがあるとして、使用上の注意が喚起されている。その原因生薬は黄芩であるとの報告もあるが、麦門冬湯は黄芩を含まないにも関わらず、過去数例ではあるが間質性肺炎の発症が報告されている(因果関係は不明)。』
						B21-18	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			
						B21-19	柴朴湯	間質性肺炎(副作用)		n/a	n/a	n/a			
						B21-20	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	『さまざまな「補益」生薬からなるが、特に消化吸収機能を高め、免疫力を向上させることに力が置かれている。そこで、軽度から中等度の全身倦怠、食欲不振、易感染性、微熱がしばしば出るような場合に用いるとよい。ただし、食欲不振や消化不良が顕著な症例では、却って悪心、腹痛などで服薬が困難な場合もある。』	n/a		
						B21-21	補中益気湯	無症候性MRSA感染症	Nishida S. Effect of Hochu-ekki-to on asymptomatic MRSA bacteriuria. <i>Journal of Infection Chemotherapy</i> 2003; 9: 58-61.	n/a	n/a	『無症候性MRSA感染症の患者に於いて補中益気湯は非使用群に比べ有意に細菌量を減少させ、prognostic nutrition indexを改善させた(比較臨床試験)』	n/a		
						B21-22	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	『補中益気湯はmycosis fungoidesの患者の末梢単核球のIFNγ産生を維持させた。』	n/a		

『』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 (37CPGs)

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
B22	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 (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	B22-1	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、特異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	
					B22-2	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	
					B22-3	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	
					B22-4	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	
					B22-5	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	
					B22-6	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に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、経皮的経気電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	
					B22-7	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、おとが部裂傷を受傷。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、ノイロトリ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	
					B22-8	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: 主訴は下顎右側犬歯のきりて刺されるような痛み。上顎は無歯顎で、残存歯は下顎右側犬歯から下顎左側第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ものとされた。心因性疼痛と判断し、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	
					B22-9	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、受容的に話を聞くこと、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	
B23	L20.9	アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2015	一般社団法人日本アレルギー学会アトピー性皮膚炎ガイドライン専門部会 (委員長: 片山一朗 大阪大学大学院医学系研究科情報統合医学皮膚科学)	協和企画、2015年5月26日 第1版第1刷発行	B23-1	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である「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。』		
					B23-2	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、滲出液の多い湿疹病変に用いられる。』		
					B23-3	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、ソウ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。』		
					B23-4	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況</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。』		
					B23-5	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, Hochu-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能脱二重盲検比較試験のデータがある。』		
					B23-6	抑肝散 (抑肝散加陳皮半夏)、桂枝茯苓丸、黄連解毒湯、白虎加人参湯など	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、白虎加人参湯などがある。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。また黄蘗 (バイカリン)、柴胡 (サイコサニン) 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。』

アトピー性皮膚炎のステロイド外用薬の使用法の箇中に、内服薬、抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬、漢方薬 (必要に応じて使用する) との記載がある。

『』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 (37CPGs)

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	L91.0 T14.1	形成外科診療ガイドライン2 急性創傷/癒傷ケロイド	日本形成外科学会、日本創傷外科学会、日本顕微鏡顕微鏡外科学会 三学会合同ガイドライン委員会 (委員長: 清川兼輔)  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 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、症例対照研究、横断研究) V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究) VI: 専門委員会の報告や意見、あるいは有識者の臨床経験	金原出版、2015年4月10日 第1版第1刷発行	B24-1	柴芩湯	ケロイド、肥厚性癒傷	平松幸哉, 浅井真太郎, 加藤優子, ほか. ケロイド・肥厚性癒傷に対する柴芩湯の有用性について. <i>日本形成外科学会誌</i> 2008; 28: 549-53.	IV: 分析疫学的研究 (コホート研究、症例対照研究、横断研究)	n/a	ケロイドの治療の項の『CQ13: 内服薬は有効か? 推奨: トラニラスト内服により肥厚性癒傷を改善し、癒傷形成術後の再発を防止できる (グレードC1) 【根拠はないが、行うよう勧められる。】の根拠、解説に下記の記載がある。『柴芩湯に関しては、肥厚性癒傷の治療と予防の有用性はほぼトラニラストと同様であるとされるが、保険適用はない。』	n/a			
B24					B24-2	柴芩湯	肥厚性癒傷	馬場奨, 竹田浩子, 多田直樹. 頭頸部外科領域手術後の肥厚性癒傷に対する柴芩湯の予防効果 - トラニラストとの比較 -. <i>Progress in Medicine</i> 2008; 28: 2977-82.	IV: 分析疫学的研究 (コホート研究、症例対照研究、横断研究)	n/a		n/a			
B25	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 2007年11月1日	B25-1	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腎症ではアンジオテンシン変換酵素阻害薬 (ACE-I) やアンジオテンシンII受容体拮抗薬 (ARB) のランダム化比較試験が存在し、有効性と安全性が証明されている。小児のIgA腎症ではこれらの薬剤のランダム化比較試験はないが、リシノプリルの果状メサンギウム増殖を示すIgA腎症に対する有効性と安全性がオープン試験で示されている。一方、柴芩湯は小児の果状メサンギウム増殖を示すIgA腎症へのランダム化比較試験でその有効性と安全性が証明されている。以上より、本ガイドラインでは上記2剤を第一選択薬とした。上記2剤を併用したときの有効性と安全性についてのエビデンスは存在しない。』 治療指針の表中に、以下の記載がある。 『以下の2剤のいずれかを2年間以上投与する。* 薬物投与量は身長をもとにした標準体重により計算する。 アンジ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。』	n/a	n/a	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』	
B25					B25-2	柴芩湯	小児IgA腎症	吉川徳茂, 伊藤拓, 酒井科, ほか. 果状・微小メサンギウム増殖を示す小児期IgA腎症における柴芩湯治療のプロスペクティブコントロールスタディ. <i>日本腎臓学会誌</i> 1997; 39: 503-6.	n/a	n/a	『柴芩湯には抗炎症作用、ステロイド様作用、免疫抑制作用などがあると考えられている。わが国で施行されたランダム化比較試験では、15歳以下の果状メサンギウム増殖を示すIgA腎症患者において、2年間の観察にて無治療群48例の1日尿蛋白が0.41 ± 0.48から0.43 ± 0.56gと不変であったのに対し、柴芩湯群46例は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、原正常化率も無治療群19%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。』		
B26	N02.8	エビデンスに基づくIgA腎症診療ガイドライン 2014	厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等克服研究事業「進行性腎障害に関する調査研究」 (研究代表者: 松尾清一 名古屋大学大学院医学系研究科腎臓内科学)	http://www.jsn.or.jp/guideline/pdf/IgA_141023.pdf	B26-1	柴芩湯	小児IgA腎症	吉川徳茂, 伊藤拓, 酒井科, ほか. 果状・微小メサンギウム増殖を示す小児期IgA腎症における柴芩湯治療のプロスペクティブコントロールスタディ. <i>日本腎臓学会誌</i> 1997; 39: 503-6.	n/a	B: 科学的根拠があり、行うよう勧められる	免疫抑制療法 (小児) の項に、下記の記載がある。 『CQ5: 小児症例に対して免疫抑制療法は推奨されるか?』 『推奨グレードB: 小児IgA腎症重症例に対しての免疫抑制療法は蛋白尿減少、糸球体硬化の進行阻止、腎予後の改善に効果があり推奨される。』 要約: 小児IgA腎症患者を臨床的あるいは組織的な重症度に基づき大きく2つに分類して、軽度蛋白尿 (早朝尿蛋白/クレアチニン比が1.0未満)、果状メサンギウム増殖を示し、かつ半月体形成を認める糸球体は30%未満である『軽症例』では、アンジオテンシン変換酵素阻害薬や柴芩湯などの非免疫抑制療法が推奨される。 解説: 軽症例では、非免疫抑制療法が推奨される。小児のIgA腎症では非免疫抑制療法のランダム化比較試験はないが、アンジオテンシン変換酵素阻害薬のメサンギウム増殖を示すIgA腎症に対する有効性と安全性がオープン試験で示されている。一方、柴芩湯は小児の果状メサンギウム増殖を示すIgA腎症へのランダム化比較試験でその有効性と安全性が証明されている。』	n/a			
B27	N04.9	小児特発性ネフローゼ症候群診療ガイドライン2013	日本小児腎臓病学会 (委員長: 飯島一誠 神戸大学大学院医学研究科内科学講座小児学分野)	診断と治療社、2013年9月25日 初版第1刷発行	B27-1	柴芩湯	小児ネフローゼ症候群	吉川徳茂, ほか. 小児ステロイド反応性ネフローゼ症候群、柴芩湯併用症例における初期ステロイド治療の期間と再発 - 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> 1998; 40: 587-90.	2: ランダム化比較試験	n/a	ステロイド感受性ネフローゼ症候群のステロイド治療のその他の項に、下記の記載がある。 『過去に再発予防として用いられていた「柴芩湯」は、有効性を示す報告もあるものの、近年ではその使用頻度は少ない。文献的にも小児ネフローゼ症候群の治療に対し「柴芩湯」の有効性を示すエビデンスは低いため、その使用については推奨しない。』	n/a			
B27					B27-2	柴芩湯	小児ネフローゼ症候群	吉川徳茂, ほか. 小児腎疾患の漢方治療 ネフローゼ症候群. <i>現代漢方医学</i> 1991; 12: 24-7.	3: 非ランダム化比較試験、非比較試験 (単群の前向き介入試験)	n/a					
B28	N40	EBMに基づく前立腺肥大症診療ガイドライン	泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班	Strength of Evidence I: 大規模のRCTで結果が明らかなもの II: 小規模のRCTで結果が明らかなもの III: 無作為割付に由来しない同時期のコントロールを有するもの IV: 無作為割付に由来し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	B28-1	漢方薬	前立腺肥大症	Dreikom K, Borkowski A, Braeckman J, et al. Other medical therapies. In Proceedings 4th International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia 1997; 633-59.	V: 症例集積研究 (コントロールのないもの)、専門家の意見の加わったもの	薬物療法: その他の薬剤の項に、下記の記載がある。 『植物エキス製剤、アミノ酸製剤、漢方薬などがあるが、その作用機序や有用性については、十分解明されておらず、今後の検討が必要である。』	n/a	引用は、Phytotherapy全体の解明が不十分であることを述べたものである。		
B29	O	「妊娠・授乳と薬」対応基本手引き (改訂版)	妊婦・授乳婦の医薬品適正使用ネットワーク構築に関する研究班	APJHP: 愛知県病院薬剤師会雑誌 第36巻 第4号、2009年4月30日	B29-1	桂枝加芍薬湯、小建中湯	便秘症	後山尚久. 医療用漢方エキス製剤には妊娠中の禁忌生薬はない? . <i>薬師</i> 2006; 57: 2649-52.	n/a	n/a	問い合わせの多い薬物や疾患についての便秘症の項に、下記の記載がある。 『基本的には、桂枝加芍薬湯、小建中湯などが利用されている。』	n/a			
B29					B29-2	柴胡加竜骨牡蠣湯、抑肝散、加味逍遙散	不眠	n/a	n/a	n/a	問い合わせの多い薬物や疾患についての催眠薬の項に、下記の記載がある。 『漢方薬では柴胡加竜骨牡蠣湯、抑肝散、加味逍遙散などが、妊娠中の女性の証に併せて選択されることがある。』	n/a	巻末の相談内容一覧の中に、桂枝茯苓丸 (ツムラ25)、五苓散 (ツムラ17)、梔子柏皮湯 (コタロー314)、小青龙湯、麦門冬湯 (ツムラ)、便秘薬 (漢方)、葛根湯 (ツムラ)、ツムラ、漢方薬、中符湯の記載がある。		
B29					B29-3	香蘇散、参蘇飲、麦門冬湯、小柴胡湯、柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾姜湯、小青竜湯、葛根湯	かぜ症候群	n/a	n/a	n/a	かぜ症候群で妊婦に使用可能な医薬品の例の表中に、『漢方薬: 香蘇散、参蘇飲、麦門冬湯、小柴胡湯、柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾姜湯、小青竜湯 (麻黄含有、長期不可)、葛根湯 (麻黄含有、長期不可) 』との記載がある。	n/a			

『』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 (37CPGs)

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			
B30	R05	小児の咳嗽 診療ガイドラ イン	日本小児呼吸器学会「小児の咳嗽診療ガイドライン」作成委員会(委員長:吉原重美 獨協医科大学医学部小児科学)  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: 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: 分析学的研究(コホート研究) IVb: 分析学的研究(症例対照研究や横断研究) 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	診断と治療 社, 2014年4月 8日 初版発行	B30-1	漢方薬	咳嗽	n/a	n/a	n/a	薬物による治療の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『Keypoint: ①西洋薬と異なり、漢方薬は多数の生薬から構成される複合体であり、組み合わせや割合で総合的な薬効が変化することが特徴である。②咳嗽に対し漢方治療を試みる際、咳嗽の性状や持続時間、喘鳴を伴うかどうかなどについて考慮し、適切な漢方薬を選択する必要がある。③漢方薬は味覚的に小児には飲みづらいものも多いため、苦痛なく飲ませる工夫も必要である。』  『薬理作用と適応: 漢方薬は多数の生薬から構成される複合体であるため、薬理作用は複雑で不明確な点が多いが、基本的に東洋医学の薬理のため「証」をみて使用する。近年、積極的に薬理学的な検討がなされている。含有するおもな生薬の薬理作用の観点から以下の四つに分類できる。 ①麦門冬・人参・大枣・甘草を主構成成分とする薬剤(麦門冬湯、清肺湯など): 鎮咳・去痰作用。 ②半夏・蘇葉・厚朴を主構成成分とする薬剤(半夏厚朴湯、参蘇飲など): 鎮静作用と胸部不快感を改善させる作用。 ③柴胡・黄芩・甘草・厚朴を主構成成分とする薬剤(柴胡湯、柴胡湯など): 抗炎症、抗アレルギー作用。 ④気道の拡張作用を示すエフェドリンを含有する麻黄を主構成成分とする薬剤(小青竜湯、五虎湯など): 交感神経刺激効果。』	薬物による治療の漢方薬の副作用・禁忌の項に、下記の記載がある。 『いずれの薬剤も小児では使用経験が少ないため、安全性は確認されていない。ただし、漢方薬は全般的に、比較的副作用が少なく、小児でも使用しやすいのが特徴である。 ・共通する副作用として、皮膚症状(発疹・発赤・痒み)や消化器症状(食欲不振・胃部不快感・悪心・下痢など)、また、まれではあるが「間質性肺炎(咳嗽・発熱、息切れ、肺炎など)、偽アルドステロン症(尿量低下、手足のむくみ、まぶたの腫み)、ミオパチー(手足のしびれ、力が入らない)、肝障害(全身倦怠感など)などがあげられる。 ・麻黄を含有する処方を使用する際には、交感神経刺激作用効果による動悸を助長する可能性があるため、β刺激薬との併用に注意する必要がある。柴胡湯や柴胡湯においては、膀胱炎様症状(頻尿、排尿痛)なども特記すべき副作用として注意が必要である。』	咳嗽に用いるおもな漢方エキス製剤の一覧表と投与量の目安の表の記載がある。			
					B30-2	麦門冬湯	咳嗽	濃道直人, ほか. 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.	IVa: 分析学的研究(コホート研究)	n/a	薬物による治療の漢方薬の薬理作用と適応の項に、下記の記載がある。 『麦門冬湯は、咳嗽の誘因となる一酸化窒素(nitric oxide: NO)の増加を抑制し気道炎症を改善する末梢性の鎮咳作用をもつとの報告があり、強い乾性咳嗽や切れにくい喀痰がある際に適応となる。』					
					B30-3	麦門冬湯	咳嗽	野中善治, ほか. 小児の特続性咳嗽における麦門冬湯の使用経験. <i>日本小児東洋医学会誌</i> 2004; 20: 15-21.	IVa: 分析学的研究(コホート研究)	n/a	薬物による治療の漢方薬の薬理作用と適応の項に、下記の記載がある。 『乳児～学童期の喘息性体質を背景とした気管支炎の咳嗽に対して、麦門冬湯とデキストロトルファン臭化水素酸塩水和物(メジコン)の効果を比較したところ、両者ともに効果は3日以内にみられ、その差はほとんどみられず、一部、デキストロトルファンに不応であった例にも麦門冬湯が効果を示したとの報告がある。』					
					B30-4	柴朴湯	咳嗽	Egashira Y, et al. A multicenter clinical trial of TJ-96 in patients with steroid-dependent bronchial asthma. A comparison of groups allocated by the envelope method. <i>Annals of the New York Academy of Sciences</i> 1993; 685: 580-3.	IVa: 分析学的研究(コホート研究)	n/a	薬物による治療の漢方薬の薬理作用と適応の項に、下記の記載がある。 『柴朴湯はアレルギー性炎症、好酸球活性の抑制、抗ヒスタミン作用、血小板活性化因子(platelet-activating factor: PAF)産生抑制作用などがあり、気道炎症の抑制により鎮咳作用を示すとされている。成人では喘息患者におけるステロイド薬の使用量を減量できるとの報告もある。』					
					B30-5	小青竜湯、 五虎湯、 杏甘石湯	咳嗽	池田孔己, ほか. K-2オプアルブミン感受性マウスによる小青竜湯の抗原提示細胞とCD4 <sup>+</sup> T細胞の相互作用に及ぼす影響. <i>和漢薬学雑誌</i> 2002; 19: 112.	V: 記述研究(症例報告やケース・シリーズ)	n/a	薬物による治療の漢方薬の薬理作用と適応の項に、下記の記載がある。 『麻黄にはエフェドリンが含まれており、気管支拡張作用を有する。麻黄を含む小青竜湯、五虎湯、麻黄杏甘石湯は喘息発作に伴う咳嗽に有効である。なかでも小青竜湯は、マスト細胞からのヒスタミン遊離抑制作用、Th2リンパ球からのtumor necrosis factor (TNF)-α産生抑制、Bリンパ球からのIgE産生抑制作用が報告されている。』					
					B30-6	麦門冬湯、 柴朴湯、 麻杏甘石湯、 小青竜湯、 柴胡湯	咳嗽	広瀬滋之. 日常よく見る疾患と診断のポイント. 小児科疾患漢方治療マニュアル. 東京: 現代出版プランニング; 2006: 98-106.	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	n/a	薬物による治療の漢方薬の投与方法の項に、下記の記載がある。 『咳嗽を伴う急性上気道炎(一般的ななぜ症候群)に対する漢方治療の例のフローチャートを示す。咳嗽の性状から分類しているが、実際は症状が重複することも多く、合方にして使用することも多い。漢方薬は味覚的に小児には飲みづらいものも多いため、オブラートや服薬用ゼリーを用いたりハチミツなどの食品と混ぜて飲ませるなどの工夫も必要である。二次感染の可能性を考える場合は、漢方薬と抗菌薬の併用が望ましい。』					
B31	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: 嶋元弘 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	B31-1	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				
B32	R13	日本神経治 療学会 標準 的神経治療: 神経疾患に 伴う嘔下障害	日本神経治療学会治療指針作成委員会	神経治療、第 31巻第4号、 2014年	B32-1	半夏厚朴湯	嘔下障害	]	n/a	n/a	n/a	嘔下障害に対する薬物治療の口腔・嘔下機能に好影響を与える薬剤として、嘔下反射と咳反射を改善させる薬剤の半夏厚朴湯の項に、下記の記載がある。 『漢方薬の半夏厚朴湯は、半夏、茯苓、厚朴、蘇葉、生姜を主要な構成生薬としている。半夏厚朴湯を投与すると嘔下反射が改善されることが報告されている。』	n/a	嘔下機能に好影響を与える薬剤の表中に、下記の記載がある。 薬剤の種類: 半夏厚朴湯 嘔下機能・咳反射に対する作用: サブスタンスPの濃度の上昇による咳・嘔下反射の改善		
					B32-2	半夏厚朴湯	嘔下障害	Iwasaki K, Wang Q, Nakagawa T, et al. The traditional Chinese medicine banxia houpo tang improves swallowing reflex. <i>Phytomedicine</i> 1999; 6: 103-6.	n/a	n/a	『脳梗塞があり、嚥下性肺炎の既往が少なくとも1回はある入院中の患者に半夏厚朴湯を4週間投与したところ、非投与群に比べ嘔下反射が改善し、唾液中のサブスタンスPの濃度が上昇したことが報告されている。』	n/a				
					B32-3	半夏厚朴湯	嘔下障害	Iwasaki K, Wang Q, Seki H, et al. The effects of the traditional chinese medicine, Banxia Houpo Tang (Hange Koboku To) on the swallowing reflex in Parkinson's disease. <i>Phytomedicine</i> 2000; 7: 259-63.	n/a	n/a	『Parkinson病患者においても【上記と】同様であることも報告されている。』	n/a				
					B32-4	半夏厚朴湯	嘔下障害	Iwasaki K, Kato S, Monma Y, et al. A pilot study of Banxia Houpo Tang, a traditional Chinese medicine, for reducing pneumonia risk in older adults with dementia. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2007; 55: 2035-40.	n/a	n/a	『実際に、脳血管障害、認知症やParkinson病で長期療養型施設に入院している患者に半夏厚朴湯を12ヵ月服用させた群は非投与群に比べ肺炎の発症が有意に抑制されることを明らかにした。』	n/a				
B33	R19.6	口臭への対 応と口臭症治 療の指針 2014	日本口臭学会ガイドライン策定委員会(委員長: 角田正健)	竹田印刷、 2015年5月27 日 第1版第1刷 発行	B33-1	漢方薬	口臭	岡村興一. 歯科臨床に役立つ漢方の合理的視点: 口臭の弁証論治. <i>Quintessence</i> 1995; 14: 1076-80.	n/a	n/a	『岡村は、口臭の弁証論治を述べ、脾熱・胃火・肺熱・食滯・気鬱・血瘀・脾虚・痰濁・湿熱など中医学の病理的素因を挙げており、口臭治療に対する漢方の有用性を示唆している。』	n/a				
					B33-2	白虎加人參 湯、八味地 黄丸	口臭	亀山淳史. 口臭を主訴とした患者に対する漢方エキス剤の応用. <i>日本歯科東洋医学会誌</i> 2004; 23: 1-13.	n/a	n/a	『亀山は、歯周治療などの歯科治療を行った結果、口臭の改善が見られなかった症例に、漢方である白虎加人參湯・八味地黄丸を処方し良好な成績を得ている。』	n/a				
					B33-3	漢方薬	口臭	増田めぐみ, 村田和也, 松田秀秋, ほか. 口臭に用いる漢方処方と生薬の来歴と現状. <i>薬史学雑誌</i> 2011; 46: 5-12.	n/a	n/a	『増田らは、西暦610年から1847年までの、中国の歴史書における口臭の病理病態をまとめるとともに、口臭の治療処方を紹介している。』	n/a				
					B33-4	甘草瀉心 湯、生姜瀉 心湯、半夏 瀉心湯、白 虎加人參湯	口臭									
					B33-5	白虎加人參 湯、八味地 黄丸、麦門 冬湯、十全 大補湯、五 苓散など	唾液分泌改善	柿木保明. 高齢者の口腔乾燥症. <i>DENTAL DIAMOND</i> 2002; 37: 42-7.	n/a	n/a	『現代の口臭治療に用いる日本漢方処方として、甘草瀉心湯・生姜瀉心湯・半夏瀉心湯・白虎加人參湯を挙げている。また、唾液分泌改善効果のある漢方薬として、白虎加人參湯・八味地黄丸・麦門冬湯・十全大補湯・五苓散などが挙げられている。』	n/a				
					B33-6	漢方薬	口臭	n/a	n/a	n/a	『現代の口臭治療に用いる日本漢方処方として、下記の記載がある。 『漢方薬では、口臭は口腔局所に限定された病変ではなく心身の失調に基づくと考えられている。生薬の薬能は、新たな口腔ケア製品開発の可能性を秘めている。』	n/a				

『』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 (37CPGs)

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	
B34	R51	慢性頭痛の 診療ガイドラ イン 2013	日本神経学会・日本頭痛学会 監修 慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会 (委 員長 荒木信夫 埼玉医科大学 副医学部長/ 神経内科・教授) 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	医学書院、 2013年5月15 日 2013年版 発行	B34-1	漢方薬	慢性頭痛	1		n/a	(漢方薬全体として) B: 行うよう勧められ る 『CQ 1 -15: 漢方薬は有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨: 漢方薬は伝統医学をもとに、経験的に使用されてきた治療薬である。頭痛に対しても各種の漢方薬が経験的に使用され、効果を示している。近年では徐々に科学的エビデンスも集積されつつあり、頭痛治療に対する有用性を裏付けている。』 『症例集積研究以上のエビデンスをもつ頭痛に対する漢方薬は5処方のみである。エビデンスの高い研究については、呉茱萸湯のDB-RCTとオープン・クロスオーバー試験のみで、ほとんどが症例集積研究ばかりである。その理由の1つとしては、漢方薬の処方体系である「同病名でも体質により薬が異なる」という点が研究の発展に歯止めをかけていると考える。今後、漢方薬処方体系に則した研究デザインの作成が必要となるであろう。』	n/a		
					B34-2	呉茱萸湯	慢性頭痛	Odaguchi H, Wakasugi A, Ito H, et al. The efficacy of goshuyuto, a typical Kampo (Japanese herbal medicine) formula, in preventing episodes of headache. <i>Current Medical Research and Opinion</i> . 2006; 22: 1587-97.	n/a	↑	『漢方薬の処方体系を考慮して、レスポンダーつまり呉茱萸湯に効果を示す慢性頭痛患者53例に限定してDB-RCTを行い、頭痛の発症頻度および鎮痛薬の服用回数の有意な減少を認めた。漢方薬の処方体系として、同じ片頭痛という診断でも個々の体質により薬が異なることがあるため、一般的なDB-RCTなどの研究が進めにくいという問題点がある。』	n/a		
					B34-3	呉茱萸湯	片頭痛	丸山哲弘. 片頭痛予防における呉茱萸湯の有用性に関する研究 -塩酸ロメリジンとのオープン・クロスオーバー試験- 痛みと漢方 2006; 16: 30-9.	n/a	↑	『片頭痛患者に対し塩酸ロメリジンとのオープン・クロスオーバー試験を行い、やや少ない症例数で短期間のwash outという点は気になるが、塩酸ロメリジンより高い有効性を示した。』	n/a		
					B34-4	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.	n/a	↑	『慢性頭痛に対して呉茱萸湯を用い、それぞれ79.5%、89%と高い改善率を認めた。特に、前田らの報告では、血管性頭痛でも痛みの強いものに高い改善を認め、効果発現時期として2週間以内が多かったということから、片頭痛に対し早期に効果が期待できる可能性がある。』	n/a		
					B34-5	呉茱萸湯	慢性頭痛	前田浩治, 宮城敏, 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.	n/a	↑			n/a	
					B34-6	呉茱萸湯	緊張型頭痛	赤嶺真理子, 兵頭靖博, 戸原睦, ほか. 緊張型頭痛に対する呉茱萸湯の有用性. <i>日本東洋心身医学研究</i> 2000; 15: 36-8.	n/a	↑	『緊張型頭痛に対して76.7%に有効性を示した。』	n/a		
					B34-7	呉茱萸湯	慢性頭痛	n/a	n/a	↑	『呉茱萸湯は慢性頭痛において、片頭痛や緊張型頭痛に関わらず高い有効性を示す。』	n/a		
					B34-8	桂枝人参湯	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.	n/a	↑	『慢性頭痛に対する呉茱萸湯とのランダム化比較試験では、もともと呉茱萸湯の対照薬として桂枝人参湯は用いられたが、61.4%の改善率を示していた。』	n/a		
					B34-9	桂枝人参湯	慢性頭痛	松本博之, 柏木基, 松谷学, ほか. 慢性頭痛に対する桂枝人参湯と釣藤散の有用性に関する研究. <i>臨床と研究</i> 1995; 72: 1299-303.	n/a	↑	『慢性頭痛に対する釣藤散とのクロスオーバー比較試験では、桂枝人参湯のほうがより有用以上の症例数が多い傾向にあったが、有意差はなかった。』	n/a		
					B34-10	釣藤散	慢性頭痛	松本博之, 柏木基, 松谷学, ほか. 慢性頭痛に対する桂枝人参湯と釣藤散の有用性に関する研究. <i>臨床と研究</i> 1995; 72: 1299-303.	n/a	↑	『慢性頭痛に対する桂枝人参湯との非ランダム化クロスオーバー比較試験は、桂枝人参湯よりはやや有効症例は少ないが有用性を認めていた。』	n/a		
					B34-11	釣藤散	慢性頭痛	定藤章代, 織田祥史, 菊池晴彦, ほか. 慢性頭痛に対する釣藤散 (TJ-47) の効果. <i>脳神経外科速報</i> 1992; 2: 171-6.	n/a	↑			n/a	
					B34-12	釣藤散	慢性緊張型頭痛	長田乾. 慢性型緊張型頭痛に対するツムラ釣藤散の臨床効果. <i>JAMA (日本語版)</i> 1996; 17: 38-9.	n/a	↑	『慢性頭痛に対する54例の症例集積研究では、74.1%の改善度を認め、慢性緊張型頭痛150例に対しては94.0%、20例に対しては70%と高い改善率を認めた。しかし、残念ながら症状改善時期の不明確な点や年齢層の偏りなどが評価レベルの低さにつながる。』	n/a		
					B34-13	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.	n/a	↑			n/a	
					B34-14	釣藤散	慢性頭痛	福島武雄, 朝長正道, 田中彰, ほか. 頭痛に対する釣藤散の臨床効果. <i>漢方医学</i> 1994; 18: 272-5.	n/a	↑			n/a	
					B34-15	釣藤散	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.	n/a	↑			n/a	
					B34-16	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.	n/a	↑			n/a	『胃部不快など副作用も1例あり。』
					B34-17	五苓散	血液透析に伴う頭痛	野口享秀. 血液透析に伴う頭痛に対する五苓散の治療効果. <i>漢方医学</i> 2010; 34: 182-3.	n/a	↑			n/a	『服用方法において統一性に欠ける部分があるが、頭痛を伴う血液透析患者11例に対しVASスコアを用いて有意に頭痛の改善を認めた。』
					B34-18	五苓散	維持透析患者の頭痛	室賀一宏. 維持透析患者の頭痛の東洋医学的治療と考察. <i>東洋医学</i> 1999; 27: 46-7.	n/a	↑			n/a	
					B34-19	五苓散	水分代謝調節	磯濱洋一郎. 五苓散のアクアポリンを介した水分代謝調節メカニズム. <i>漢方医学</i> 2011; 35: 186-9.	n/a	↑			n/a	
B35	R51 R52	くり返す子どもの痛みの理解と対応ガイドライン-小児心身医学集 改訂第2版	日本小児心身医学会 総論編 くり返す子どもの痛みの理解と対応 ワーキンググループ総論班 (責任者: 石崎優子 関西医科大学小児科) 腹痛編 IBSワーキンググループ (委員長: 土 生川千珠 国立病院機構南和歌山医療セン ター小児アレルギー科) 頭痛編 くり返す子どもの痛みの理解と対応 ワーキンググループ頭痛班 (責任者: 永井章 国立成育医療研究センター総合診療部小児 期・思春期診療科)	南江堂、2015 年7月10日改 訂第2版発行	B35-1	六君子湯、 半夏厚朴湯、 安中散、 桂枝加芍薬湯、 桂枝加芍薬湯、 小建中湯、 大建中湯など	胸部不快感を伴う上腹部痛	1) 日本消化器学会 (編). 機能性消化管疾患診療ガイドライン 2014—機能性ディスペプシア (FD). 東京: 南江堂; 2014: 69-85. 2) 日本消化器学会 (編). 機能性消化管疾患診療ガイドライン 2014—過敏性腸症候群 (IBS). 東京: 南江堂; 2014: 60-84. 3) Devanarayana NMI, Rajindrajith S, Benning MA. Quality of life and health care consultation in 13 to 18 yeae olds with abdominal pain predominant functional gastrointestinal diseases. <i>BMC gastroenterology</i> 2014; 14: 150.	n/a	n/a	腹痛薬の薬物療法の項に、下記の記載がある。 『胸部不快感を伴う上腹部痛には、H2受容体拮抗薬や、プロトンポンプ阻害薬などの酸分泌抑制薬、モサプリドやコリンエステラーゼ阻害薬であるアコチアミドなどの消化管運動機能改善薬 (prokinetics)、タンドスピロンなどの抗不安薬、六君子湯、半夏厚朴湯、安中散などの漢方薬の有効性が報告されています。(中略) その他、三環系抗うつ薬 (TCA)、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)、桂枝加芍薬湯とその類方 (小建中湯など)、半夏瀉心湯、大建中湯などの漢方薬の漢方薬の有効性が報告されています。』	n/a		
					B35-2	安中散、半夏厚朴湯、 半夏瀉心湯、 六君子湯、 人參湯、 桂枝加芍薬湯、 桂枝加芍薬湯、 小建中湯、 大建中湯	腹痛	竹中義人, 村上佳津美. 子どもの心の健康問題ハンドブック. 平成15年度厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業) 「小児心身症対策の推進に関する研究」班編 2003: 65-70.	n/a	n/a	薬物一覧の表中の漢方薬の項に、それぞれの証・適応症、薬用量とともに複合的作用として下記の記載がある。 『月経痛改善: 安中散、不安障害の改善 (安心): 半夏厚朴湯、半夏瀉心湯、虚弱苔質の改善 (滋養): 六君子湯、人參湯、桂枝加芍薬湯、桂枝加芍薬湯、小建中湯、大建中湯』	n/a	一般的な痛みへの薬物療法の表中に、特異的な治療薬: その他の項に漢方薬の記載がある。	

『』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 (37CPGs)

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				
B36	RS2.2	日本神経治療学会標準的神経治療:慢性疼痛	日本神経治療学会治療指針作成委員会(編集責任者:辻貞俊 産業医科大学神経内科)	神経治療、第27巻第4号、2010年	B36-1	漢方薬	FM【線維筋痛症】	村上正人. 日本東洋心身医学研究会EBM作業チーム調査報告. 心身症およびストレス関連疾患に対する漢方治療のエビデンス. 線維筋痛症. 日本東洋心身医学研究 2008; 23: 100-2.	n/a	n/a	心療内科的治療 -とくに線維筋痛症に対して- 薬物療法の東洋医学的視点からの処方項に、下記の記載がある。 『漢方治療については現段階ではまだ経験論的な使用法が主体でエビデンスはほとんど検証されていないが有効と思われる処方も多い。』	n/a					
					B36-2	疎経活血湯、牛車腎気丸、桂枝茯苓丸、加味逍遙散、温経湯、芍薬甘草湯、抑肝散、抑肝散加陳皮半夏	筋痛症、FM【線維筋痛症】	n/a	n/a	n/a	心療内科的治療 -とくに線維筋痛症に対して- 薬物療法の東洋医学的視点からの処方項に、下記の記載がある。 『FM【線維筋痛症】は女性に多いので月経周期に伴う痛みや不定愁訴の改善に漢方薬なども併用されることが多い。筋痛症、FMへの効果が期待できるのは疎経活血湯、牛車腎気丸などで、女性の月経周期や冷えに伴うFMの増悪や不定愁訴の改善には桂枝茯苓丸や加味逍遙散、温経湯、芍薬甘草湯などを選択する。経緯状態や怒り、興奮性や高揚した情緒的変動が背景にあるときは抑肝散や抑肝散加陳皮半夏などを併用して有効ことがある。単独の処方ではなく抗うつ薬や抗けいれん薬などと併用して相補的な効果を期待する。』	n/a					
B37	R	高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015	日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究研究班 日本老年医学会・高齢者薬物療法のガイドライン作成のためのワーキンググループ (研究代表者: 秋下雅弘 東京大学大学院医学系研究科加齢医学)	メジカルビュー社、2015年12月20日 第1版 第1刷発行	B37-1	抑肝散、半夏厚朴湯、大建中湯、麻子仁丸、補中益気湯	高齢者疾患		n/a	n/a	n/a	領域別指針 漢方薬・東アジア伝統医薬品の項のサマリーに、下記の記載がある。 『CQ. 高齢者疾患に漢方薬・東アジア伝統医薬品は有効か？ システマティックレビューの結果、GRADEシステムに基づく評価が可能であった事象について記載する。 ①抑肝散は認知症(アルツハイマー型、レビー小体型、脳血管性)に伴う行動・心理症状のうち易怒、幻覚、妄想、昼夜逆転、興奮、暴言、暴力など、いわゆる陽性症状に有効である。 ②半夏厚朴湯は誤嚥性肺炎の既往をもつ患者における嚥下反射、咳反射を改善させ、肺炎発症の抑制に有効である。 ③大建中湯は脳卒中後遺症における機能的便秘に対して有効である。 ④大建中湯は腹部術後早期の腸管蠕動運動促進に有効である。 ⑤麻子仁丸は高齢者における自他覚症状、炎症指標および栄養状態の改善に有効である。』	n/a	領域別指針 漢方薬・東アジア伝統医薬品の項の位置づけとエビデンスの質、推奨度の扱いについてとして、下記の記載がある。 『本項は、高齢者医療における、漢方薬・東アジア伝統医薬品(漢方)について扱う。漢方がわが国では公的医療の一部であり、かつ高齢者医療で実際に広く使われておりながら医学教育は不十分であり、その評価や普及においても公的な取り組みは少なく、適正使用もまれならずみられる。このため、システマティックレビューによる「推奨リスト」「慎重リスト」の作成の意義は大きいと考える。本項のシステマティックレビューの作業工程は、基本的に他分野と同様であり、GRADEシステムに基づいてエビデンスの質と推奨度をめざした。しかしながら、漢方は非常に古くから用いられている薬剤であり、専門医によって適切な使用に基づく有用性が確立している場合が多く、そもそも薬剤の使用目的も症状などのソフトエンドポイントに対するものが多い。GRADEで重視する無作為化比較試験(RCT)についても西洋薬で重視される脳血管イベントなどのハードエンドポイントを対象としたものは少ないといえる。このようなシステマティックレビューの重要性と、西洋薬の評価との意識の違いを鑑み、エビデンスの質や推奨度はあえて示さない構造化抄録を提示し、漢方を臨床で応用する際の参考とすべき「推奨リスト」「慎重リスト」を本ガイドラインの全体リストと切り離して提示した。漢方を専門としない一般医師が、高齢者に漢方を処方する際に知っておくべき科学的根拠に基づく情報のリストである。』			
					B37-2	甘草、麻黄、附子、黄芩、山梔子	有害事象	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	領域別指針 漢方薬・東アジア伝統医薬品の項のサマリーに、下記の記載がある。 『CQ. 高齢者において漢方薬・東アジア伝統医薬品にどのような有害事象があるか？ 有害事象に関するエビデンスはGRADEシステムにおいては不十分と判定されるが、周知の事実も多く十分な根拠をもっていることについて専門家コンセンサスとして記載する。 ①甘草を含む処方では低K血症とそれによるさまざまな病能を生じうる。 ②麻黄はエフェドリン含有生薬であり、アドレナリン様作用を有する。 ③附子は本来、不整脈、血圧低下、呼吸困難などを引き起こす毒性を有するため、適切に修治加工されたものを用いる。 ④黄芩を含む処方は間質性肺炎を生じることがある。一般的にまれな有害事象であるが、インターフェロンとの併用では発症頻度が増加するため併用は禁忌とされる。 ⑤山梔子を含む処方数を数年、あるいは10年以上使用し続けると、静脈硬化性大腸炎を生じる恐れがある。』			
					B37-3	抑肝散	認知症の周辺症状(BPSD)	原敬二郎. 老人患者の精神障害に対する抑肝散およびその加味方の効果について. 日本東洋医学雑誌 1984; 35: 49-54.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の抑肝散の項に、下記の記載がある。 『本方剤が認知症の周辺症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)に有効であることを初めて報告したのは原敬二郎である。』	n/a		
					B37-4	抑肝散	認知症の周辺症状(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>The Journal of Clinical Psychiatry</i> 2005; 66: 248-52.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の抑肝散の項に、下記の記載がある。 『2005年に単盲検無作為化比較試験の結果が報告されるなどの経過を経て、徐々にその効果が広く認知されるようになった。』	n/a	
					B37-5	抑肝散	認知症の周辺症状(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>The Journal of Clinical Psychiatry</i> 2005; 66: 248-52. 2) Iwasaki K, Kosaka K, Hori H, et al. Open label trial to evaluate the efficacy and safety of Yokukansan a traditional Asian medicine in dementia with Lewy bodies. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2011; 59: 936-8.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の抑肝散の項に、下記の記載がある。 『BPSDのなかでも易怒、幻覚、妄想、昼夜逆転、興奮、暴言、暴力など、いわゆる陽性症状に有効であり、うつ、不安、悲哀、無動、食欲不振といった陰性症状には無効であるのみならず、症状を増悪させることすらある。レビー小体病の幻視もよく改善する。こうしたことから近年ではさらに、術後せん妄の予防、ICUせん妄の改善などへ応用範囲が広がられてきた。』	n/a	
					B37-6	抑肝散加陳皮半夏	認知症の周辺症状(BPSD)	Seki T, Kamiya T, Furukawa K, et al. Nobletin-rich Citrus tectulata peelis a kampo medicine for Alzheimer's disease a case series. <i>Geriatrics &amp; Gerontology International</i> 2013; 13: 236-8.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の抑肝散の項に、下記の記載がある。 『日本で考案された関連処方として抑肝散加陳皮半夏がある。抑肝散の適応となる易怒を伴うBPSDで、さらに食欲低下、抑うつ傾向を伴う人に用いる。なお、陳皮(温州ミカン皮を乾燥させたもの)にはアルツハイマー病改善効果が期待されるNobiletinが含まれており、今後の展開が期待される。』	n/a	
					B37-7	抑肝散	服用方法	Iwasaki K, Kosaka K, Hori H, et al. Open label trial to evaluate the efficacy and safety of Yokukansan a traditional Asian medicine in dementia with Lewy bodies. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2011; 59: 936-8.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の抑肝散の項に、下記の記載がある。 『抑肝散使用上のコツとして、高齢者では基本的に1日常用量の2/3程度、分2から開始すること、レビー小体病で幻視が夜間に集中する場合は1日常用量の1/3程度、眠前投与でも有効性が期待できること、開始後1カ月ほど必ず血中K濃度を測定することなどが挙げられる。服薬拒否や嚥下障害があるときにはオレンジゼリーに混ぜると比較的服薬が容易となる。効果は服用1~2週間で見え、4週間程度でプラトーに達するので、それ以上使っても変化がみられないときは、他の治療に変更する。BPSDが治まれば漸減して止める。』	n/a	『甘草を含んでおり、80歳代の患者を対象とした報告で低K血症が約6%発症している。』
					B37-8	半夏厚朴湯	咽喉頭異常感症	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の半夏厚朴湯の項に、下記の記載がある。 『原典である金匱要略には「女性が、あぶつた肉片が喉につかえるような感じを訴えるとき、この薬を使う」という謎めいた解説がなされている。現代では、これは咽喉頭異常感症、精神科で言う「ヒステリー球」のことと解釈されている。実際、抑うつが強い身体表現性障害の人に良く使用される。漢方の抗うつ薬の1つとも解釈できる。しかし半夏厚朴湯は去痰薬としても使用される。つまり「つかえる感じ」がするときだけでなく、現実には痰が喉につかえていても、この薬は使える。』	n/a	
					B37-9	半夏厚朴湯	嚥下反射	Iwasaki K, Wang Q, Nakagawa T, et al. The traditional Chinese medicine banxia houpo tang improves swallowing reflex. <i>Phytomedicine</i> 1999; 6: 103-6.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の半夏厚朴湯の項に、下記の記載がある。 『誤嚥性肺炎の既往をもつ患者における半夏厚朴湯の嚥下反射に対する影響をRCTで見たところ、有意に嚥下反射を改善した。』	n/a	
					B37-10	半夏厚朴湯	嚥下反射	Iwasaki K, Wang Q, Seki H, et al. The effects 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	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の半夏厚朴湯の項に、下記の記載がある。 『パーキンソン病患者でも同様に嚥下反射の改善がみられた。』	n/a	

『』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 (37CPGs)

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			
B37	R	高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015	日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究研究班 日本老年医学会・高齢者薬物療法のガイドライン作成のためのワーキンググループ (研究代表者: 秋下雅弘 東京大学大学院医学系研究科加齢医学)	メジカルビュー社、2015年12月30日 第1版 第1刷発行	B37-11	半夏厚朴湯	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 the American Geriatrics Society</i> 2002; 50: 1751-2.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の半夏厚朴湯の項に、下記の記載がある。 『咳反射も改善することがわかった。』	n/a				
					B37-12	半夏厚朴湯	誤嚥性肺炎	Iwasaki K, Kato S, Monma Y, et al. A pilot study of banxia houpo tang a traditional Chinese medicine for reducing pneumonia risk in older adults with dementia. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2007; 55: 2035-40.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の半夏厚朴湯の項に、下記の記載がある。 『誤嚥性肺炎の既往を有する高齢患者に12カ月の前向きRCTを実施したところ、半夏厚朴湯は有意に肺炎の発症を減少させただけでなく、自力経口摂取の維持にも有効であった。』	n/a				
					B37-13	半夏厚朴湯	誤嚥(原因: microaspiration)、 服薬方法	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の半夏厚朴湯の項に、下記の記載がある。 『半夏厚朴湯の良い適応となるのは咽頭の嚥下反射、咳反射の低下が原因で生じるmicroaspirationが主体の患者である。胃腸の蠕動運動が低下し、胃食道逆流が原因で生じる誤嚥には、半夏厚朴湯だけでは対応しきれない。この場合は茯苓飲合半夏厚朴湯ないしは六君子湯を用いる。さらに、腸管ガスが充満し、便秘もひどく、食物が下に輸送されずに逆流が起きる場合は、大建中湯と併用する。1日常用量、分3から始め、約2週間で効果が出るのでその後は1日常用量の2/3、分2に切り替えて継続する。半夏厚朴湯が有効なのは服用している間だけであり、経口的にはあるが中止後約2週間で嚥下障害が再発する。 ところで、そもそも嚥下反射が低下した患者に本方剤を服用させるときどうすればよいか。ゼリー、ヨーグルト、ペースト食に混ぜる、お湯に溶いた後とろみ剤を混ぜる、その他患者が口にできるものに混ぜるなど、服用方法を工夫する。このような場合、「食前投与」という指示にはこだわらない。』		『有害事象としては過敏症とみられる発疹の報告が数例あるのみで、きわめて安全に使用できる薬剤である。』			
					B37-14	茯苓飲合半夏厚朴湯、 六君子湯	誤嚥(原因: 胃食道逆流)	n/a	n/a	n/a						
					B37-15	大建中湯	誤嚥(原因: 腸管逆流)	n/a	n/a	n/a						
					B37-16	大建中湯	上腸間膜動脈血流改善	Takayama S, Seki T, Watanabe M, et al. The herbal medicine Daikenchuto increases blood flow in the superior mesenteric artery. <i>The Tohoku Journal of Experimental Medicine</i> 2009; 219: 319-30.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の大建中湯の項に、下記の記載がある。 『外科領域では漢方医ならずとも日常的に用いられる薬の1つとなった大建中湯であるが、薬理的報告がきわめて多いわりに、臨床のエビデンス構築は遅れていた。Takayama Sは大建中湯が上腸間膜動脈の血流を増すことを明らかにした。』	n/a				
					B37-17	大建中湯	脳卒中後遺症の機能性便秘	Numata T, Takayama S, Tobita M, et al. Traditional Japanese Medicine Daikenchuto improves Functional Constipation in Poststroke Patients. <i>Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine</i> 2014; 23:1258.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の大建中湯の項に、下記の記載がある。 『2014年、Numata Tらが脳卒中後遺症の機能性便秘患者に対するRCTを行い、その結果が臨床的にも一定のエビデンスをもつことが立証された。』	n/a				
					B37-18	大建中湯	腸管蠕動機能改善	Yoshikawa K, Shmada M, Wakabayashi G, et al. Effect of Daikenchuto a traditional Japanese herbal medicine after total gastrectomy for gastric cancer: A multicenter randomized double-blind placebo-controlled phase II trial. <i>Journal of the American College of Surgeons</i> 2015; 221: 571-8.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の大建中湯の項に、下記の記載がある。 『2015年になって、ようやく腹部術後早期の腸管蠕動機能改善に関する二重盲検RCTのエビデンスが報告された。』	n/a				
					B37-19	大建中湯	イレウス予防	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の大建中湯の項に、下記の記載がある。 『大建中湯の本来の使用法は、原典である金匱要略の記述をそのまま紹介するのが最もわかりやすい。「胸が大いに冷えて痛み、嘔吐して飲食できない。腹の中も冷え、腸が内側からつき上がって外からもその上下するのが見える。腹痛が激しく人に触れさせないものは、大建中湯で治療する」。この記載がイレウスにきわめて近似していることから、従来腹部術後のイレウス予防に広く用いられている。腹痛で腹を触れようとすると痛がついて触れさせない、というのは大建中湯を用いる際1つの目安になる。高齢者の処方量は1日常用量の2/3、分2ないし1日常用量、分3である。』	n/a				
					B37-20	麻子仁丸、 大建中湯	便秘	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の麻子仁丸の項に、下記の記載がある。 『麻子仁丸は、古くは紀元2世紀に書かれた医学書(備急論・金匱要略)にも記載があり、すでに長い臨床応用実績をもち、実際、高齢者の便秘に適した方剤としてしばしば用いられている。また、平均年齢30歳の人を対象としてはあるが、下剤として二重盲検RCTが行われている。本ガイドラインが高齢者医療に関するもので、その高齢者医療の現場において便秘がきわめて日常的な問題であることを考えると、治療対象が一般成人であったことを考慮してもこの方剤は推奨される。 高齢者に麻子仁丸を用いる際、まず1日1回、眠前1包から開始する。通常、これで十分な効果が得られるからである。麻子仁丸は瀉下作用をもつ大黄を含む方剤だが、1包あたりの大黄の量はメーカーによって多少違いはあるものの、おおむね1g程度である。製造過程で煎じていることを考慮すると、そこに含まれるセンノサイドの量は一般に用いられる大黄末1gよりさらに少ない。それでも効果があるのは麻子仁丸(麻の種)、枳実(橙の実)など他の生薬が腸管蠕動を刺激し、油性成分で便を滑りやすくして排便を助けるからである。大黄の量を減し他の生薬の薬効を加えることにより、自然と痛みのない排便を得ることができる。もし1回量で薬効が不足なら1日常用量の2/3を眠前に1回で服用するか、朝晩分2でもよい。麻子仁丸を用いる1つの目安は、下剤を使わないと便が充満状になるかどうかである。腸管ガスが多いときは大建中湯と併用する。』	n/a				
					B37-21	補中益気湯	COPD、長引く炎症性疾患や感染症	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の補中益気湯の項に、下記の記載がある。 『この方剤【補中益気湯】の意図するところは、胃腸の消化吸収機能を強化し、栄養状態を改善し、同時に免疫力を回復させ、慢性炎症の治療を促進させることにある。したがってCOPDに限らず、胃腸が虚弱で免疫力が低く、炎症性疾患や感染症が治癒せず長引くときにも使用できる。高齢者にしばしば見かける病態として、繰り返して発熱して感染症が疑われ、背景に栄養不良、免疫力低下があることが想定される場合、この方剤を用いる。補中益気湯にはCOPDの栄養指標、炎症指標を改善させたとするデータが本あったが、本項担当者の評価によるエビデンスの質はいずれも不十分であった。しかしこうした効果をもつ薬剤は西洋医学には存在しないので、あえてこのリストに加えた。』	n/a				
					B37-22	抑肝散	認知症	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>The Journal of Clinical Psychiatry</i> 2005; 66: 248-52. 2) Matsuda Y, Kishi T, Shibayama H, et al. Yokukansan in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Human psychopharmacology</i> 2013; 28: 80-6. 3) 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 behavioural and psychological symptoms of dementia. <i>The international journal of neuropsychopharmacology / official scientific journal of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP)</i> . 2009; 12: 191-9. 4) Okahara K, Ishida Y, Hayashi Y, et al. Effects of Yokukansan on behavioral and psychological symptoms of dementia in regular treatment for Alzheimer's disease. <i>Progress in neuropsychopharmacology &amp; biological psychiatry</i> . 2010; 34: 532-6. 5) 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 &amp; biological psychiatry</i> . 2009; 33: 308-11.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤の薬物リスト表の抑肝散の項に、推奨される使用法(対象となる病態・疾患名)として下記の記載がある。 『認知症(アルツハイマー型、レビー小体型、脳血管性)に伴う行動・心理症状のうち陽性症状(興奮、妄想、幻覚など)を有し、非薬物療法および認知症治療薬(コリンエステラーゼ阻害薬、メマンテン; 適応のある病態のみ)による効果が不十分な場合に使用を考慮する。本方剤が無効な場合あるいは緊急な対応を要する例では、リスクと必要性を勘案のうえ、抗精神病薬の使用を考慮する。』			『甘草含有製剤であり低K血症に注意する。肝機能障害を起こすことがある。まれに認知症に伴う行動・心理症状を悪化させることがある。主に陽性症状を緩和する薬物であり、陰性症状や認知機能には無効。高齢者では1日投与量の2/3程度から開始すること、レビー小体病で幻視が夜間に集中する場合は1日投与量の1/3を眠前投与でも有効性が期待できること、開始後1カ月ほどで必ず血中K濃度を測定すること。』		
					B37-23	半夏厚朴湯	誤嚥性肺炎	1) Iwasaki K, Wang Q, Nakagawa T, et al. The traditional Chinese medicine banxia houpo tang improves swallowing reflex. <i>Phytomedicine</i> 1999; 6: 103-6. 2) 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 the American Geriatrics Society</i> 2002; 50: 1751-2. 3) Iwasaki K, Kato S, Monma Y, et al. A pilot study of banxia houpo tang a traditional Chinese medicine for reducing pneumonia risk in older adults with dementia. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2007; 55: 2035-40.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤の薬物リスト表の半夏厚朴湯の項に、推奨される使用法(対象となる病態・疾患名)として下記の記載がある。 『脳卒中患者、パーキンソン病患者において嚥下反射、咳反射が低下し、誤嚥性肺炎の既往があるか、そのおそれのある場合』				『過敏症(発疹)』	

『』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 (37CPGs)

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		
B37	R	高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015	日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究研究班 日本老年医学会・高齢者薬物療法のガイドライン作成のためのワーキンググループ (研究代表者: 秋下雅弘 東京大学大学院医学系研究科加齢医学)	メンカルビュー社、2015年12月20日 第1版 第1刷発行	B37-24	大建中湯	腸管蠕動不良、慢性便秘	1) Numata T, Takayama S, Tobita M, et al. Traditional Japanese Medicine Daikenchuto improves Functional Constipation in Poststroke Patients. <i>Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine</i> 2014; 23:1258. 2) Yoshikawa K, Shimada M, Wakabayashi G, et al. Effect of Daikenchuto a traditional Japanese herbal medicine after total gastrectomy for gastric cancer: A multicenter randomized double-blind placebo-controlled phase II trial. <i>Journal of the American College of Surgeons</i> 2015; 221: 571-8.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤の薬物リスト表の大建中湯の項に、推奨される使用法(対象となる病態・疾患名)として下記の記載がある。 【1. 腹部術後早期の腸管蠕動不良がある場合 2. 脳卒中患者で慢性便秘を呈する場合】	『間質性肺炎と肝障害の報告がある(症例数はいづれもまれ)』			
					B37-25	補中益気湯	慢性閉塞性肺疾患など	1) Shinozuka N, Tatsumi K, Nakamura A, et al. The traditional herbal medicine Hochuekkito improves systemic inflammation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2007; 55: 313-4. 2) Tatsumi K, Shinozuka N, Nakayama K, et al. Hochuekkito improves systemic inflammation and nutritional status in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2009; 57: 169-70.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤の薬物リスト表の補中益気湯の項に、推奨される使用法(対象となる病態・疾患名)として下記の記載がある。 【慢性閉塞性肺疾患など、慢性あるいは再発性炎症性疾患患者における炎症指標および栄養状態が改善しない場合】	『甘草含有製剤であり低K血症に注意する』			
					B37-26	麻子仁丸	慢性便秘	Cheng C, Bian Z, Zhu L, et al. Efficacy of a Chinese herbal proprietary medicine (Hemp Seed Pill) for functional constipation. <i>The American journal of gastroenterology</i> 2011; 106: 120-9.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤の薬物リスト表の麻子仁丸の項に、推奨される使用法(対象となる病態・疾患名)として下記の記載がある。 【慢性便秘、排便困難全般】	『麻子仁丸は穏やかに作用し、通常高齢者でも下痢などの恐れは低い』			
					B37-27	漢方薬	有害事象	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に漢方を使用する際注意を払うべき含有生薬のリストに、下記の記載がある。 『今回このリストに示したものはすべての高齢者に対し全般的に禁忌となるものではなく、表中に示した「対象となる患者群」においてそれぞれ有害事象を考慮すべきものである。漢方薬の有害事象の有無や程度を見るためのRCT等を期待するのは、倫理的観点から現実的ではない。(略)』	
					B37-28	附子含有製剤(八味地黄丸、牛車腎気丸、桂枝加朮附湯など)	有害事象	独立行政法人医薬品医療機器総合機構「添付文書・漢方薬」。http://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuSearch	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に漢方を使用する際注意を払うべき含有生薬のリスト表の附子含有製剤の項に、下記の記載がある。 『対象となる患者群: コントロール不良の高血圧症患者、頻脈性不整脈を有する患者 主な副作用・理由: 口の痺れ、不整脈、血圧低下、呼吸障害 推奨される使用法: 基本的に少量から開始する。』		
					B37-29	甘草含有製剤(芍薬甘草湯、甘草湯、桔梗湯など)	有害事象	1) 独立行政法人医薬品医療機器総合機構「添付文書・漢方薬」。http://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuSearch 2) 厚生労働省重篤副作用疾患別対応マニュアル「偽アルドステロン症」。http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/t1122-1d01.pdf	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に漢方を使用する際注意を払うべき含有生薬のリスト表の甘草含有製剤の項に、下記の記載がある。 『対象となる患者群: 腎機能の低下した患者、ループ利尿薬使用患者 主な副作用・理由: 浮腫、高血圧、不整脈など低K血症による諸症状を呈することがある。 推奨される使用法: 高齢者では一般に通常の2/3量程度で開始すること、少なくとも当初6か月は1か月ごとに血中K値を確認すること。特に甘草含有量の多い芍薬甘草湯、甘草湯、桔梗湯などは基本的に頓服にとどめ、長期投与は避ける。』		
					B37-30	麻黄含有製剤(麻黄湯、葛根湯など)	有害事象	独立行政法人医薬品医療機器総合機構「添付文書・漢方薬」。http://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuSearch	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に漢方を使用する際注意を払うべき含有生薬のリスト表の麻黄含有製剤の項に、下記の記載がある。 『対象となる患者群: コントロール不良の高血圧症患者、虚血性心疾患の患者、頻脈性不整脈の患者、排尿障害の患者 主な副作用・理由: エフェドリン、偽エフェドリンを含む。 推奨される使用法: 減量して使用するか、桂枝湯など麻黄を含まない代替可能な漢方薬処方方を考慮する。』		
					B37-31	黄蘗含有製剤(小柴胡湯など)	有害事象	独立行政法人医薬品医療機器総合機構「添付文書・漢方薬」。http://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuSearch	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に漢方を使用する際注意を払うべき含有生薬のリスト表の黄蘗含有製剤の項に、下記の記載がある。 『対象となる患者群: インターフェロン使用中の患者、肝硬変の患者 主な副作用・理由: 単独でもまれに間質性肺炎を生じうる。インターフェロンとの併用使用および肝硬変では間質性肺炎が生じやすい。 推奨される使用法: インターフェロンと併用しない。肝硬変では使用しない。黄蘗含有製剤を使用するときは空咳や息切れなどの症状に注意し、必要に応じて聴診や胸部X線、採血などの検査を考慮する。』		
					B37-32	山梔子含有製剤(加味逍遙散など)	有害事象	独立行政法人医薬品医療機器総合機構「添付文書・漢方薬」。http://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuSearch	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に漢方を使用する際注意を払うべき含有生薬のリスト表の山梔子含有製剤の項に、下記の記載がある。 『対象となる患者群: 長期投与患者(数年~10年以上) 主な副作用・理由: 静脈硬化性大腸炎を生じることがあるとされる。 推奨される使用法: 基本的に長期投与を避ける。数年にわたり投与する場合は消化器症状に注意し、必要に応じて大腸内視鏡などの検査を考慮する。』		
					B37-33	加味逍遙散	機能的ディスベシア	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるが、わが国での一般的な使用が困難な生薬・東アジア伝統医薬品のリストの項に、下記の記載がある。 『加味逍遙散はわが国でも多用される方剤だが、今回の検索で該当した中国のRCTでは機能的ディスベシアに対する効果のみであり、わが国の日常臨床とはやや異なる使い方であったので、「高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト」には入れずこのリストに記した。』	n/a	
B37-34	加味温胆湯	認知症	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるが、わが国での一般的な使用が困難な生薬・東アジア伝統医薬品のリストの項に、下記の記載がある。 『煎じ薬の加味温胆湯が抗認知症作用を有することは、わが国から出たRCTで証明されており、その薬理機序も解明されているが、一般臨床医にとって煎じ薬を処方する機会はずっと少なく、その運用には漢方の専門的知識を有する。そこでこのリストに入れた。なお生薬は農産物または天然物であるためその品質保持が問題となるが、ここで引用した文献では各国薬局方とGCPIに基づき医療用医薬品として認められた生薬を用いており、品質については一定程度担保されているものと考えられる。』	n/a						

『 』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 (37CPGs)

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
B37	R	高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015	日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究研究班 日本老年医学会・高齢者薬物療法のガイドライン作成のためのワーキンググループ (研究代表者: 秋下雅弘 東京大学大学院医学系研究科加齢医学)	メンカルビュー社、2015年12月20日 第1版	B37-35	加味温胆湯	アルツハイマー	Maruyama M, Tomita N, Iwasaki K, et al. Benefits of combining donepezil plus traditional Japanese herbal medicine on cognition and brain perfusion in Alzheimer's disease: a 12-week observer-blind, donepezil monotherapy controlled trial <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2006; 54: 869-71.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるが、わが国での一般的使用が困難な生薬・東アジア伝統医薬品のリスト表の加味温胆湯の項に、下記の記載がある。 『有効性のデータ: 単体でドネペジルにほぼ匹敵する認知機能改善作用を有し、またドネペジルとの併用で認知機能や脳血流の改善を認めた。』	『甘草含有製剤であり低K血症に注意する。』	
					B37-36	加味逍遙散	functional dyspepsia (FD)	Qin F, Huang X, Ren P. Chinese herbal medicine modified xiaoyao san for functional dyspepsia: meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Journal of gastroenterology and hepatology</i> 2009; 24: 1320-5.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるが、わが国での一般的使用が困難な生薬・東アジア伝統医薬品のリスト表の加味逍遙散の項に、下記の記載がある。 『有効性のデータ: functional dyspepsia (FD)を改善する。 注意事項: 中国からのRCTIによればFDに有効であったとされるが、日本では一般にすべてのFDに有効とは考えられていない。通常対象となるのは精神的ストレス要因の強いFDである。』	『甘草含有製剤であり低K血症に注意する。山梔子を含含有しており、長期投与により静脈硬化性大腸炎を生じる報告があり注意が必要。』	

『』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 (37CPGs)

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	性感染症 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	細菌性膣症	n/a	n/a	n/a	細菌性膣症の内服療法に、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	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物は多岐にわたるが、抗痙攣薬、抗菌薬、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 2015年3月	平成26年度厚生労働科学研究費補助金 エイズ対策研究事業(エイズ対策政策研究事業)HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究班(研究代表者:白飯琢磨 国立病院機構大阪医療センター)	http://www.haa-it-support.jp/guideline.htm	C3-1	漢方薬	薬物相互作用	n/a	n/a	n/a	n/a	『プロテアーゼ阻害剤や非ヌクレオチド系逆転写酵素阻害剤は、チクロームP450(CYP)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、CYP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(セイウオトギソウ St.John's Wortが代表的)、注意を要する。』	
C4	CS4.9	子宮体がん治療ガイドライン 2013年版	日本婦人科腫瘍学会 子宮体がん治療ガイドライン作成委員会(委員長:片岡秀隆 熊本大学医学部産科婦人科)	金原出版、2013年12月18日第3版第1刷発行	C4-1	漢方療法	子宮体がん	n/a	n/a	n/a	第4章 治療後の経過観察の総説の項に、下記の記載がある。 『漢方療法を含めてその他の治療法には十分なエビデンスがなく、今後、QOLの維持・向上に対する方策についても検討が必要な状況にある。』	n/a	
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)	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: 補完代替療法はだまかに次の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ものもない。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は確認されない。』	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	C80.0	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:太田恵一朗 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・栄養管理の実際、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:佐治重豊 岐阜大学名誉教授)	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%との調査もあるように癌患者の多くがこれら治療を取り入れている。経済的にも莫大な費用がつかだまれ2000年の国内の漢方薬市場だけを取り上げても実に2兆円を超えるという報告されている。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Mens 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長 奥山明彦)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の項に、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	
C10	F45.9	専門医向け外来心身医療ガイドライン	小児心身医学総論研究班(委員長:小柳憲司 長崎県立こども医療福祉センター)	日本小児心身医学雑誌、第21巻第2号、2012年	C10-1	漢方薬	不定愁訴	n/a	n/a	n/a	一般外来における小児心身医療の薬物療法の意義の項に、下記の記載がある。 『自律神経系の不定愁訴には漢方薬の投与も有効です。ガイドラインに基づく治療で効果が乏しい場合、症状が多岐で多剤併用になってしまいう場合、全身倦怠感など一般的な処方では治療が難しい場合、不安や抑うつなどの情緒的不安定さを合併している場合などは、漢方薬の使用を第一に考慮します。』	n/a	

『』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 (37CPGs)

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
C11	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 文京東都医学総合研究所「心の健康づくりのための予防・治療・リハビリ法」プロジェクト副専攻員)	医学書院、2012年2月1日 第1版第1刷発行	C11-1	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ブロ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	
C12	F50.9	小児科医のための摂食障害診療ガイドライン-小児心身医学会ガイドライン集改訂第2版-	日本小児心身医学会 摂食障害ワーキング(委員長: 井口敏之 星ヶ丘マタニティ病院小児科)	南江堂、2015年7月10日 改訂第2版発行	C12-1 C12-2	半夏厚朴湯、抑肝散 六君子湯、大建中湯	小児の摂食障害 小児の摂食障害	n/a n/a	n/a n/a	n/a n/a	薬物療法の向精神薬の処方例の表中に、下記の記載がある。 『漢方薬: 嘔下困憊やイライラ感を訴える場合に、半夏厚朴湯や抑肝散を用いる場合がある。』 薬物療法の身体症状に対するの処方例の表中に、下記の記載がある。 『六君子湯: 7.5g 分3 胃炎、胃痛などに対して 大建中湯: 7.5g 分3 腹部膨満、弛緩性便秘に対して』	n/a n/a	
C13	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	C13-1	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	
C14	G12.2	筋萎縮性側索硬化症診療ガイドライン2013	日本神経学会 筋萎縮性側索硬化症診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 中野今治 東京都立神経病院院長)	南江堂、2013年12月15日発行	C14-1	芍薬甘草湯	筋萎縮性側索硬化症	n/a	n/a	C1: 科学的根拠はないが、行うよう勧められる	『Clinical Question 5-1: 痛みにはどう対処すればよいか。 推奨: 痛みの原因を検討し、各原因に対応した治療を行う (グレードC1)。原因としては、①有痛性筋痙攣、②痙縮、③拘縮、④不動や圧迫、⑤精神的要因などがあげられる。』に対して、解説・エビデンスの項に、下記の記載がある。 『①有痛性筋痙攣には、抗てんかん薬 (保険適用外のことが多い)、筋弛緩薬 (バクロフェン、ダントロンなど)、芍薬甘草湯、塩酸メキシレン (保険適用外) などが有効なことが多い。また有痛性筋痙攣は経過に伴い自然に消失していく。』	n/a	
C15	G47.0	睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン-出口を見据えた不眠医療マニュアル-	平成24年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業「睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班 (主任研究者: 三島和夫 国立精神・神経医療研究センター)」および日本睡眠学会-睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ (委員長: 三島和夫 国立精神・神経医療研究センター)	http://www.ncn.p.go.jp/press/press_release130611.html	C15-1	漢方薬	不眠症	n/a	n/a	C2: 科学的根拠がなく、行うよう勧められない。	『Q28: 漢方薬やメラトニンも不眠症に効果があるのでしょうか?』に対して、下記の記載がある。 『患者向け解説: 残念ながら不眠症に対する効果がしっかりと確認された漢方薬はありません。メラトニンは睡眠リズムの異常には効果がありますが、一般的な不眠症には効果が乏しいようです。不眠症に対して漢方薬やメラトニンを服用する場合には、治療効果は限定的であるかも知れません。しかし、慢性不眠症がある場合には、これらの市販薬ではなく、専門医に相談することをお勧めします。 勧告: 不眠症に対するメラトニンの効果は比較的弱く、主たる治療薬として推奨することは難しい。不眠症に対する漢方薬の有効性は確認されておらず、推奨されない。不眠症患者からメラトニン、漢方薬に関する意見を求められた場合には、不眠症の治療効果は限定的もしくは実証されていないことを説明し、慎重に用いるように指導する必要がある。』	n/a	
C16	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	C16-1	朝鮮人参 (高麗人参)	不眠 (副作用)	n/a	n/a	n/a	『Q15 民間療法、漢方、サプリメントで睡眠薬の代わりになるものはありますか?』 『漢方薬で不眠症に保険適応とされているものは、大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、半夏厚朴湯、抑肝散、帰脾湯、酸棗仁湯、温経湯などがあり、これらにはハンガ、サイコ、オウゴン、カンゾウ、トウキ、オウギなどの生薬が配合されている。多くは神経症や更年期障害にも有効とされており、自律神経系の活動や気分の安定化により睡眠促進効果を発現する。』	睡眠障害をきたす大衆薬・嗜好品・サプリメントの表中に、『効能など: 疲労回復、強心作用、成分: 朝鮮人参 (高麗人参)、睡眠障害の種類: 不眠』の記載がある。	
C17	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	C17-1	大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、半夏厚朴湯、抑肝散、帰脾湯、酸棗仁湯、温経湯	不眠症	n/a	n/a	n/a	『Q15 民間療法、漢方、サプリメントで睡眠薬の代わりになるものはありますか?』 『漢方薬で不眠症に保険適応とされているものは、大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、半夏厚朴湯、抑肝散、帰脾湯、酸棗仁湯、温経湯などがあり、これらにはハンガ、サイコ、オウゴン、カンゾウ、トウキ、オウギなどの生薬が配合されている。多くは神経症や更年期障害にも有効とされており、自律神経系の活動や気分の安定化により睡眠促進効果を発現する。』	『漢方などは一般に副作用が少ないといわれているが、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、カルシウムでは尿路結石などの副作用が出現する。また、原料の植物に含まれている微量の物質や、製造過程で混入した物質による思わぬ副作用も起こりうる。』	
C18	G80.9	脳性麻痺リハビリテーション第2版	公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 監修 診療ガイドライン委員会 (委員長: 辻哲也 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室・准教授)、脳性麻痺リハビリテーションガイドライン策定委員会 (委員長: 高橋秀寿 埼玉医科大学国際医療センター運動・呼吸器リハビリテーション科・教授)	金原出版、2014年1月24日 第2版発行	C18-1	六君子湯	消化器障害	n/a	n/a	n/a	脳性麻痺の合併症と治療の項の『イレウスなど、消化器障害に対する対応は?』に対して、解説の中に下記の記載がある。 『GREDに対する対応は、北住が重度脳性麻痺児に関する論文によくまとめている。それによると姿勢管理やH2ブロッカー、プロトンポンプ阻害剤、六君子湯などの内服治療を行い、改善が得られない場合、呼吸状態や全身状態の悪化を来す前に手術が必要である。』	n/a	
C19	189.0	リンパ浮腫診断治療指針2013	一般社団法人リンパ浮腫療法士認定機構 リンパ浮腫診断治療指針2013 編集委員会 (委員長: 松尾汎 松尾クリニック理事長、藤田保健衛生大学客員教授)	メディカルトリビューン、2013年9月10日 第1版発行	C19-1 C19-2	漢方薬 漢方薬	リンパ浮腫 リンパ浮腫	n/a n/a	n/a n/a	n/a n/a	リンパ浮腫の疫学の治療の項に、下記の記載がある。 『薬物治療が19.78%で施行され、内訳は利尿剤6.45%、漢方薬2.10%、メリロートエキス複合剤1.96%、抗血小板、抗凝固剤0.98%であった。効果は70.30%で無効であった。』 リンパ浮腫の最近の治療: 方法、手技についての薬物療法の項に、下記の記載がある。 『リンパ浮腫を軽減する治療として、ベンゾピロン類、利尿剤、漢方薬などが使用されることがあるが、いずれも効果について明らかなエビデンスが得られておらず、副作用のリスクを有することから推奨されない。また原発性リンパ浮腫に対しての研究報告はほとんどみられない。』	n/a	『副作用のリスクを有する』

『』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 (37CPGs)

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
C20	195.1	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改訂第2版	日本小児心身医学会 起立性調節障害ワーキンググループ (委員長: 田中英高 OD低血圧クリニック田中)	南江堂、2015年7月10日改訂第2版発行	C20-1	半夏白朮天麻湯、補中益気湯、小建中湯、真武湯、苓桂朮甘湯	起立性調節障害	n/a	n/a	n/a	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、補完・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。これらの治療によって改善する場合もあるが、明確なエビデンスが得られているとはいえない。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、子どもや家族の希望があれば試してもよいと考えられる。この解説では、漢方療法と補完・代替療法について簡単に触れたが、今後の研究が待たれるところである。』	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。

『』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 (37CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
C21	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	C21-1	麻黄湯	インフルエンザ	n/a	n/a	n/a	<p>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。』</p>	n/a	
C22	J30 J45 L20-L30	アレルギー総合ガイドライン2013	一般社団法人日本アレルギー学会作成	協和企画、2013年11月28日 第1版発行	C22-1	漢方薬	成人喘息	n/a	n/a	n/a	<p>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: 漢方薬は、患者の体質、体力とその時点での副反応の強弱によって方剤を選ぶという原則(証証治療)があり、投与前にresponderとnon-responderを区別する。』</p> <p>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。 アスピリン喘息に対する使用可能な薬剤の表中の安全: 喘息の悪化は認めない(COX-1阻害作用なし)の項に、『漢方薬(地竜、葛根湯など)』の記載がある。</p>	n/a	
					C22-2	小青竜湯、葛根湯、苓甘姜味辛夏仁湯など	アレルギー性鼻炎	n/a	n/a	n/a	<p>アレルギー性鼻炎の治療のその他の項に、下記の記載がある。 『漢方薬: 小青竜湯、葛根湯、苓甘姜味辛夏仁湯などが、証による病態把握、漢方診断、病期、病因分類により選択され、経験則に基づいて用いられる。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。麻黄中に含まれるエフェドリンが作用していると考えられる。』</p> <p>アレルギー性鼻炎治療薬の表中のその他の項に、『非特異的免疫療法薬、生物製剤、漢方薬』の記載がある。</p>	n/a	
					C22-3	小青竜湯、苓甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、大青竜湯、桂馬各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯	アレルギー性鼻炎	n/a	n/a	n/a	<p>アレルギー性鼻炎のClinical Question:『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(有効成分である麻黄を含有する漢方薬においても有用性は認められている)。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。漢方治療エビデンスレポート2010(日本東洋医学会Webサイト)のアレルギー性鼻炎に対する比較試験の論文の概要によると、花粉症患者に対する小青竜湯と他の漢方薬(苓甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、大青竜湯、桂馬各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯)の準ランダム化比較試験で、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抑えられる。』</p>	n/a	巻末に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)、備考が掲載されている。葛根湯、五虎湯、柴朴湯、小柴胡湯、小青竜湯、麦門冬湯、麻黄湯、麻杏甘石湯
					C22-4	十味散毒湯、消風散、柴胡清肝湯、補中益氣湯、抑肝散(抑肝散加陳皮半夏)、桂枝茯苓丸、黃連解毒湯、白虎加入参湯	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	<p>アトピー性皮膚炎の基本治療以外の付加的治療の項に、下記の記載がある。 『漢方薬: 漢方医学的疾患概念である「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。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氣湯、さらに文献上のエビデンスレベルは低いものの有用性が指摘されているものについて記載した。 ①十味散毒湯: 体液中程度の人の皮膚疾患で、患部は発散性あるいはびまん性の発疹で覆われ滲出液の少ない場合。ざ瘡様皮膚疹、蕁麻疹のある場合に用いられる。 ②消風散: 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、多くは浸潤し、痒疹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。 ③柴胡清肝湯: 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。 ④補中益氣湯: 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。気虚を自安にアトピー性皮膚炎でのステロイド外用薬の減量に認められた。他施設二重盲検比較試験のデータがある。 このほか、抑肝散(抑肝散加陳皮半夏)、桂枝茯苓丸、黃連解毒湯、白虎加入参湯などがある。いずれにしろ、漢方薬に習熟した医師のもとで使用すべきと考える。』</p> <p>アトピー性皮膚炎のステロイド外用薬の使用法の図中に、『内服薬: 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬・漢方薬(必要に応じて使用する)』の記載がある。</p>	『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。補中益氣湯には間質性肺炎、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。また黄こん(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、山椒子(ケニボン)では腸間膜静脈硬化症の副作用に注意が必要である。』	
					C22-5	漢方薬	特発性蕁麻疹	n/a	n/a	n/a	<p>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。 蕁麻疹の治療手順の図中の蕁麻疹における薬物治療の例の項に、補助的治療薬として『漢方薬』の記載がある。</p>	n/a	
C23	J45.9	喘息予防・管理ガイドライン2015	一般社団法人日本アレルギー学会 アレルギー疾患ガイドライン委員会(委員長: 大田健 国立病院機構東京病院)	協和企画、2015年5月25日 第1版第1刷発行	C23-1	漢方薬、柴朴湯、麦門冬湯	成人喘息	n/a	n/a	n/a	<p>成人喘息の長期管理における薬物療法プランのその他の薬剤の項に、下記の記載がある。 『漢方薬の投与は証を基にした患者の体質・体力と、その時点での副反応の強弱によって方剤を選ぶという証証が重要である。実際の臨床では柴朴湯や麦門冬湯など多くの有効症例の報告はあるが、適切な偽薬が得られず、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ができていないのが現状である。』</p> <p>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。</p>	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・商品名等、剤形・組成・用量(1日用量)、備考の一覧表が掲載されている。
C24	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	C24-1	防風通聖散	アルコール性脂肪性肝疾患(NAFLD)	n/a	n/a	n/a	<p>『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』</p>	『【注】肝機能障害、黄疸は重篤な副作用』	
C25	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	C25-1	甘草、十全大補湯	湿疹型薬疹(副作用)	n/a	n/a	n/a	<p>n/a</p>	<p>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、桂の葉+スギナ』の記載がある。</p>	
C26	L50	蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドライン	蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドライン作成委員会	日本皮膚科学会雑誌 第115巻 第5号 第703-715頁(平成17年4月)別刷	C26-1	漢方薬	特発性蕁麻疹	n/a	n/a	n/a	<p>『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③②に示した補助的治療薬を追加しても良い。これらの治療薬は、一般にはヒスタミンH1受容体拮抗薬(ほとん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、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。</p>	n/a	
C27	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	C27-1	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	<p>『(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。』</p>	『(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』	
					C27-2	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	<p>『(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。』</p>	『(禁忌、慎重投与、副作用など) 電解質バランスの乱れ、過敏症』	
					C27-3	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	<p>『(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。』</p>	『(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』	
C28	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	C28-1	漢方薬	ベーチェット病	n/a	n/a	n/a	<p>『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。</p>	n/a	

『』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 (37CPGs)

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
C29	MS4.5	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 福島県立医科大学会津医療センター準備室教授)	南江堂、2012年11月5日発行	C29-1	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	
C30	N20.9	尿路結石症診療ガイドライン第2版 2013年版	尿路結石症診療ガイドライン2013年版改訂委員会 (委員長: 鈴木孝治 金沢医科大学医学部泌尿器科学名誉教授)	金原出版、2013年9月20日 第2版第1刷発行	C30-1	漢方薬 (猪苓湯)	尿路結石	n/a	n/a	C1: エビデンスは十分とはいえないが、日常診療で行ってもよい。	『CQ10: 尿管結石の自然排石を促進する薬剤にはどのようなものがあるか?』に対して、下記の記載がある。 『ウラジログシエキスや漢方薬 (猪苓湯) などは尿管結石排石促進作用に対してよく用いられてきたが、エビデンスレベルの高い報告はない。しかし、その効果を否定するものではない。 解説: わが国では1970年代より、結石の排石促進目的にウラジログシエキスや猪苓湯などの漢方薬が使用されてきた。これらの薬剤は尿管結石症に適応があるが、その効果についてエビデンスレベルの高い報告はなく、排石促進効果の性格な評価は困難である。しかし、その効果を否定するものではなく、これらの薬剤によるMETも今まで通り施行しても良いと考えられる。』	n/a	
C31	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改訂第2版-	日本小児心身医学会 不登校ワーキンググループ (委員長: 村上佳津美 近畿大学医学部堺病院心身診療科)	南江堂、2015年7月10日改訂第2版発行	C31-1	漢方薬	不登校	n/a	n/a	n/a	薬物の使用についての項に、下記の記載がある。 『抗うつ薬や抗不安薬をタイミングよく使うことが事態の打開につながりますが、まずは身体症状に対して使い慣れた薬物を上手に組み合わせて使うようにします。漢方薬を適宜使用するのもよいでしょう。』	n/a	
C32	R52.2	Evidence-Based Medicinal 剛ったがん疼痛治療ガイドライン	日本緩和医療学会 がん疼痛治療ガイドライン作成委員会 (委員長: 平賀一陽 国立がんセンター中央病院手術部部長)	真興文房 (株) 医書出版部、2000年7月25日 第1版第1刷発行	C32-1	大建中湯、潤腸湯、大黃甘草湯、麻子仁丸、調胃承気湯、桂枝加芍薬大黃湯	モルヒネ副作用対策としての緩下薬	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 調胃承気湯 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。
C33	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/大内耐義)	メディカルレビュー社、2004年5月	C33-1	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。一方、社会心理的要因により誘発されると考えられているうつ、神経症などの神経症状を伴う更年期障害に対しては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	
C34	R	高齢者に対する適切な医療提供の指針	厚生労働科学研究費補助金 (長寿科学総合研究事業)「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」研究班	日本老年医学会雑誌 第51巻 第1号、2014年1月25日発行	C34-1	漢方薬	高齢者に対する薬物療法	n/a	n/a	n/a	高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方の項に、下記の記載がある。 『4. 代替手段が存在する限り薬物療法は避け、まず非薬物療法を試みるべきである。全ての薬物 (ビタミンや漢方薬、OTCなども含む) をお薬手帳などを用いて把握し、併用薬が不明な場合、原則的に新たな処方とは避ける。』	n/a	
C35	T78.1	食物アレルギーの診療の手引き 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性疾患研究部)	http://www.fooallergy.jp/manual2011.pdf	C35-1	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。	
C36	Z01.7	臨床検査のガイドライン JSLM 2015 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 (委員長: 古川泰司 帝京大学医学部臨床検査医学講座 教授)	宇宙堂 八木書店、2015年11月20日 第1版発行	C36-1	甘草含有薬 (小柴胡湯)	浮腫 (副作用)	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、強力ミノファールゲン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。ヒドロラジンなどの血管拡張薬やCa拮抗薬は血管透過性を亢進させ浮腫を来たす。そのほかNSAIDなど多くの薬物が浮腫の原因になるので、疑わしい薬物を服用しているときは中止して浮腫の消退を確認する。』	発生機序による浮腫の分類の表中に、血管内静水圧の上昇の項に甘草の記載がある。 浮腫の確定診断の進め方の図中に、薬物服用薬の薬剤性浮腫として甘草の記載がある。	
					C36-2	漢方薬	高血圧性疾患 (副作用)	n/a	n/a	n/a	聴取すべき病歴の要点の表中に、二次性高血圧を示唆する情報として、『薬剤: 非ステロイド性消炎鎮痛薬、漢方薬、経口避妊薬など』の記載がある。		
					C36-3	漢方薬	急性肝炎 (副作用)	n/a	n/a	n/a	急性肝炎 (ウイルス性・薬剤性) の薬剤性肝障害の確定診断に必要とされる検査項目の項に、下記の記載がある。 『原因薬物は抗菌薬が最も多く、次いで鎮痛解熱薬が多い。代謝調節薬、抗癌薬などによるものも増えてきている。最近では、健康食品、漢方薬、ビタミン剤などの一般薬も原因薬となり問題となっている。さらにこれらにより重症化、劇症肝炎による死亡例なども報告され、副作用対応が重要視されている。』		
C37	Z65	高齢者災害時医療ガイドライン 2011 試作版第2版	社団法人日本老年医学会 厚生労働省 長寿科学総合研究事業「災害時高齢者医療の初期対応と救急搬送基準に関するガイドライン」研究班 (研究代表者: 森本茂人 金沢医科大学高齢医学)	http://www.jpgeriat-soc.or.jp/memb-er/kaikai/koku-saigai-gundeline.html	C37-1	大黃 大建中湯 大黃甘草湯 麻子仁丸	便秘	n/a	n/a	n/a	便秘の項の下剤の種類の中に、下記の記載がある。 『分類: 刺激性下剤、作用: 腸に直接作用して腸の運動活性を亢進させる。作用発現: 8~10時間、商品名: プルゼニド・アローゼン (センナ薬エキス)、大黃 (大黃)、ラキソベロン (ビコスルファートナトリウム)』 『分類: その他、商品名: 大建中湯 分類: その他、作用時間: 8~12時間、商品名: 大黃甘草湯 (大黃)、麻子仁丸 (麻子仁)』	n/a	
					C37-2	八味地黄丸	尿失禁	n/a	n/a	n/a	尿失禁の項に、下記の記載がある。 『災害地でもできる治療 内服治療: 過活動性膀胱への薬物治療として (ボラキス、バップフォー、スピロベントなど) があるほか、八味地黄丸などの漢方薬も有用である。』 『鎮痛として必要な医薬品・医療機器: 尿道留置カテーテル、過活動性膀胱治療薬 (ボラキス、バップフォー、八味地黄丸など) 可能ならば腹部超音波検査装置、検尿用試薬など。』	n/a	備前医薬品一覧の中に、『その他: 総合感冒薬 (P1 顆粒)、葛根湯など』の記載がある。