

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 (40CPGs)

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	認知症患者 診療ガイドラ イン2017	日本神経学会 認知症患者診療ガイドライン 作成委員会 (委員長: 中島健二 国立病院機 構松江医療センター院長)  Strength of Evidence A: 強 B: 中 C: 弱 D: とても弱い  Strength of Recommendation 1 (強い): 「実施する」、または、「実施しな い」ことを推奨する 2 (弱い): 「実施する」、または、「実施しな い」ことを提案する	医学書院、 2017年8月1日 第1版第1刷発 行	A1-1	抑肝散	焦燥性興奮	Mizukami K, Asada T, Kinoshita T, et al. A randomized cross-over study of a traditional Japanese medicine (kampo), yokukansan, in the treatment of the behavioural and psychological symptoms of dementia. <i>International Journal of Neuropsychopharmacology</i> 2009; 12: 191-9.	C: 弱	2 (弱い): 「実施する」ことを提案する	『CQ 3B-2: 焦燥性興奮に有効な非薬物療法・薬物療法は何か』に対して、下記の記載がある。 『推奨: 焦燥性興奮に対しては、ハーソンセンタードケアを基本として、症状が生じた理由や原因を考え、それを解決しよう心がける。また介護者が認知症者との適切な会話スキルを学び、実践する方法も有効である。そのほか、非薬物療法としては、グループ活動、音楽療法、タクティルケア、マッサージの有効性が示されており検討する。薬物療法としては、リスペリドン、アリピプラゾールなどの非定型抗精神病薬の有効性が示されている。また抑肝散、チアプリド、カルバマゼピン、セルトラン、エスシタロプラム、トラゾドンの使用も検討する。』 『解説: エビデンス: 抑肝散の有効性も、わが国の多施設共同研究で報告されている。』	n/a	
					A1-2	抑肝散	幻覚・妄想	水上勝義. BPSDの薬物療法. <i>総合病院精神医学</i> 2011; 23: 19-26.	C: 弱	2 (弱い): 「実施する」ことを提案する	『CQ 3B-3: 幻覚・妄想に有効な非薬物療法・薬物療法は何か』に対して、下記の記載がある。 『推奨: 幻覚・妄想を呈する認知症者に対しては、受容的に接して不安を軽減させることを第一に考える。また特定の人が妄想の対象となっている場合には、その人との時間的・物理的距離をとることを考える。投与されている薬剤により幻覚・妄想が生じている可能性も考慮して確認する。Alzheimer型認知症において、抗認知症薬やこれらの方で改善しない場合には、リスベリドン、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾールなどの非定型抗精神病薬を検討する。また抑肝散も検討してよい。』 『解説: エビデンス: 抗精神病薬以外の薬剤については、少数例での検討において、抑肝散の効果が報告されている。』	n/a	
					A1-3	抑肝散	睡眠障害	n/a	n/a	n/a	『CQ 3B-6: (レム期睡眠行動異常症を除く) 睡眠障害に有効な非薬物療法・薬物療法は何か』に対して、下記の記載がある。 『解説: エビデンス: 科学的根拠は高くはないが、ミルタザピンと抑肝散も有効な可能性があり使用を検討してもよい。』	n/a	
					A1-4	半夏厚朴湯	嚥下障害	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	『CQ 3C-3: 嚥下障害の対応 (頰嚥性肺炎の予防を含む) はどのように行うか』に対して、下記の記載がある。 『解説: エビデンス: リバステグミンや半夏厚朴湯が嚥下機能を改善したとの報告がある。』	n/a	
					A1-5	抑肝散	浮腫 (副作用)	1) Tan L, Tan L, Wang HF, et al. Efficacy and safety of atypical antipsychotic drug treatment for dementia: a systematic review and meta-analysis. <i>Alzheimer's Research and Therapy</i> 2015; 7: 20 2) 岡原一徳, 石田康, 林要人, ほか. 認知症患者の行動・心理症状 (BPSD) に対する抑肝散長期投与の安全性および有効性の検討. <i>Dementia Japan</i> 2012; 26: 196-205.	C: 弱	2 (弱い): 「実施する」ことを提案する	n/a	『CQ 3C-10: 浮腫の対応はどのように行うか』に対して、下記の記載がある。 『推奨: 長期臥床による不動や低栄養への対処のほか、基礎疾患の治療、皮膚の感染症や褥瘡などの合併症の治療によって対処する。抑肝散や抗精神病薬などによる薬剤性浮腫の可能性に留意し適宜原因薬剤の中止や減量を検討する。』 『解説: エビデンス: 認知症者においては、抑肝散や抗精神病薬などによる薬剤性浮腫の可能性に留意し、適宜、原因薬剤の中止や減量を検討する必要がある。抑肝散を6か月以上処方されている163症例を対象に抑肝散長期投与における安全性・有効性を検討した観察研究によると、浮腫は10.8%に出現、多くは治療を要さず抑肝散中止により回復した。』	
					A1-6	ダイオウ、大建中湯 (坐薬)	便秘	n/a	n/a	n/a	『CQ 3C-12: 便秘の対応はどのように行うか』に対して、下記の記載がある。 『解説: エビデンス: 下剤には浸透性下剤 (酸化マグネシウム)、大腸刺激性下剤 (センナ、センソンド、ダイオウ、ピコスルファートナトリウムなど)、腸管内に水分分泌を促すクロライドチャンネルアクティベータ (ルビプロストン)、大建中湯坐薬、洗腸があり、排便回数や便の性状に合わせた選択する。』	n/a	
					A1-7	抑肝散	幻覚妄想、興奮	n/a	n/a	n/a	『CQ 7-5: Lewy小体型認知症 dementia with Lewy bodies (DLB) に対する治療方針はどのように立てるか』に対して、DLBの臨床症状に応じた治療方針のアルゴリズムの図中に、下記の記載がある。 『認知症の行動・心理症状 (BPSD) → 幻覚妄想①、興奮②、うつ③、アパシー → 抑肝散①② (低カリウム血症に注意)』	n/a	『抑肝散 (低カリウム血症に注意)』
					A1-8	抑肝散	易怒性、攻撃性など陽性のBPSD	n/a	n/a	n/a	『CQ 7-6: Lewy小体型認知症 dementia with Lewy bodies (DLB) の認知機能障害の薬物療法はあるか』に対して、DLB/PDDの薬物療法アルゴリズムの図中に、下記の記載がある。 『易怒性、攻撃性など陽性のBPSDがある → 抑肝散、場合により非定型抗精神病薬を考慮』	n/a	
					A1-9	抑肝散	Lewy小体型認知症の行動・心理症状 (BPSD)	Iwasaki K, Kosaka K, Mori H, et al. Improvement in delusions and hallucinations in patients with dementia with Lewy bodies upon administration of yokukansan, a traditional Japanese medicine. <i>Psychogeriatrics</i> 2012; 12: 235-41.	C: 弱	2 (弱い): 「実施する」ことを提案する			
					A1-10	抑肝散	Lewy小体型認知症のレム期睡眠行動異常症 (RBD)	1) Shinno H, Kamei M, Nakamura Y, et al. Successful treatment with Yi-Gan San for rapid eye movement sleep behavior disorder. <i>Progress in Neuropsychopharmacology &amp; Biological Psychiatry</i> 2008; 32: 1749-51. 2) Shinno H, Inami Y, Inagaki T, et al. Effect of Yi-Gan San on psychiatric symptoms and sleep structure at patients with behavioral and psychological symptoms of dementia. <i>Progress in Neuropsychopharmacology &amp; Biological Psychiatry</i> 2008; 32: 881-5.	C: 弱	2 (弱い): 「実施する」ことを提案する		『CQ 7-7: Lewy小体型認知症 dementia with Lewy bodies (DLB) の行動・心理症状 behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)、レム期睡眠行動異常症 REM sleep behavior disorder (RBD) に対する治療はあるか』に対して、下記の記載がある。 『推奨: ①BPSDに対する治療薬としては、抑肝散や非定型抗精神病薬の報告があるが、安全性に対する十分な配慮が必要である。②RBDに対しては、クロナゼパムの効果が報告されている。クロナゼパムが使用困難で抑肝散、ラメルテオン、ドネペジルが有効だった症例報告がある。』 『解説: エビデンス: 抑肝散については、DLB患者63人を対象とした4週間の多施設共同オープン試験の結果からNPI総得点、幻覚、妄想、うつ、不安症状に対する改善効果が示されている。 クロナゼパムが副作用などで使用困難な例で抑肝散、ラメルテオン、ドネペジルで効果がみられた症例の報告がある。またDLBの不眠に対するエビデンスも乏しい、DLBに対して睡眠薬使用によるふらつき、転倒、持ち越し効果に注意が必要である。DLBの不眠にラメルテオンが奏効した2例の報告がある。抑肝散も睡眠時間、睡眠効率、覚醒回数の減少などの効果の報告がある。』	『抑肝散は錐体外路症状や抗コリン症状は認められないが、ときに低カリウム血症が発現することがあるので注意する。』
					A1-11	大建中湯	Lewy小体型認知症の自律神経症状 (起立性低血圧、便秘、発汗、排尿障害など)	n/a	n/a	n/a	『CQ 7-8: Lewy小体型認知症 dementia with Lewy bodies (DLB) の自律神経症状 (起立性低血圧、便秘、発汗、排尿障害など) の治療はあるか』に対して、下記の記載がある。 『解説: エビデンス: 便秘に対しては十分な食物繊維と水分の摂取を行い、酸化マグネシウム、ルビプロストン、センナ、センソンド、大建中湯などの緩下剤を使用する。』	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 (40CPGs)

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、福土審)  Strength of Evidence I: システマティックレビュー・メタアナリシス II: 1つ以上のランダム化比較試験による III: 非ランダム化比較試験による IV: 分析疫学的研究 (コホート研究や症例対照研究による) V: 記述研究 (症例報告やケース・シリーズ) による VI: 患者データに基づかない専門委員会や専門家個人の意見  Strength of Recommendation A: 行うことを強く推奨 B: 行うことを推奨 C: 推奨する根拠がはっきりしない D: 行わないよう勧められる	協和企画、2006年5月25日 第1版第1刷発行	A2-1	六君子湯	Functional Dyspepsia (FD)	原澤茂, 三好秋馬, 三輪剛, ほか. 運動不全型の上腹部愁訴 (DYSMOTILITY-LIKE DYSPEPSIA) に対するTJ-43六君子湯の多施設共同市販後臨床試験—二重盲検群間比較法による検討—. <i>医学のあゆみ</i> 1998; 187: 207-29.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	B: 行うことを推奨	FDに対する治療手段の薬物療法に、下記の記載がある。 『漢方薬では、六君子湯に関してRCTで有効との報告があるが、よい研究デザインの報告は少なく結論は出ていない。漢方薬は併存する身体症状や精神症状も含めた処方可能なので、FDのようにさまざまな症状を並存する患者では、訴えを受容しながら使用しやすい薬物といえる。FD治療の候補にはこれ以外に半夏瀉心湯、安中散などがあるが今のところエビデンスはない。』	n/a	FDの孔用薬剤の一覧表の中に、症状: 嘔気、胸やけの欄に「ソムラ六君子湯 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		n/a											
					A2-3	安中散	Functional Dyspepsia (FD)	n/a	n/a	n/a		n/a											
					A2-4	漢方薬	更年期障害	木村武彦, 赤松達也, 矢内原巧. 更年期障害の漢方療法. <i>漢方と最新治療</i> 1992; 1: 229-36.	V: 記述研究 (症例報告やケース・シリーズ) による	B: 行うことを推奨	更年期障害の治療ガイドラインとして、HF (+) でHRTを希望しない例や禁忌例、HF (-) 例の中の漢方の項に、下記の記載がある。 『更年期障害に多くみられる12症状を選択し、症状に見合った虚証、中間証、実証に分けた漢方薬を表にまとめた。中間証は虚証と実証の間の証であり、証が分かりづらいときには中間証の薬剤を選択するのがよい。』	n/a	章末に汎用薬剤として15処方 (加味帰脾湯、当帰芍薬散、桂枝加竜骨牡蛎湯、当帰四逆加呉茱萸生薑湯、甘麦大棗湯、四物湯、温経湯、八味地黄丸、牛車腎気丸、加味逍遙散、女神散、黄連解毒湯、柴胡加竜骨牡蛎湯、桃核承気湯、桂枝茯苓丸) が解説されている。										
					A2-5	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. <i>産婦人科治療</i> 1991; 63: 199-202.	V: 記述研究 (症例報告やケース・シリーズ) による	B: 行うことを推奨	更年期障害の治療ガイドラインとして、HF (+) でHRTを希望しない例や禁忌例、HF (-) 例の中の漢方の項に、下記の記載がある。 『漢方の中で桂枝茯苓丸、加味逍遙散、当帰芍薬散の3つは女性3大漢方と呼ばれており、この3剤で更年期症状のかなりの部分をカバーできる。女性疾患の証が類似しているからと考えられる。冷え症状に対してHRTと当帰四逆加呉茱萸生薑湯との比較試験では、漢方の有効性が高い。』	n/a											
					A2-6	加味逍遙散	更年期障害		村田高明. 更年期障害の漢方療法. <i>Current Therapy</i> 1990; 8: 47-53.	VI: 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見		B: 行うことを推奨		n/a									
					A2-7	当帰芍薬散	更年期障害	A2-8		桂枝茯苓丸		更年期障害		A2-9	加味逍遙散	更年期障害	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
					A2-8	桂枝茯苓丸	更年期障害		A2-9	加味逍遙散		更年期障害			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
					A2-9	加味逍遙散	更年期障害	村田高明. 更年期障害の漢方療法. <i>Current Therapy</i> 1990; 8: 47-53.	VI: 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見	B: 行うことを推奨		『CQ6-13 直腸障害の対症療法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。 『推奨: 薬物療法としては、モサプリドクエン酸、大建中湯、ポリカルボフィルカルシウムが有効である。』 『解説: エビデンス、大建中湯の効果をPPD【パーキンソン病】6例、多系統筋萎縮症4例、コントロール例において検討した臨床試験では、多系統筋萎縮症において大腸通過時間の短縮、直腸収縮の増大を認めたと報告されている (エビデンスレベルIII)。』 『推奨を臨床に用いる際の注意点: 脊髄小脳変性症・多系統筋萎縮症の便秘に対するエビデンスの高い研究は少ない。少数例に対するオープン試験では、モサプリドクエン酸、大建中湯、ポリカルボフィルカルシウムにおいて、多系統筋萎縮症患者の便秘の改善が認められている。』		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	G31.9	脊髄小脳変性症・多系統筋萎縮症診療ガイドライン 2018	脊髄小脳変性症・多系統筋萎縮症診療ガイドライン作成委員会  Strength of Evidence A (強): 効果の推定値に強く確信がある B (中): 効果の推定値に中等度の確信がある C (弱): 効果の推定値に対する確信は限定的である D (非常に弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない  Strength of Recommendation 1: 強く推奨する 2: 弱く推奨する	南江堂、2018年6月5日 第1版発行	A3-1		大建中湯		多系統筋萎縮症の便秘	Sakakibara R, et al. Dietary herb extract Dai-Kenchi-To ameliorates constipation in parkinsonian patients (Parkinson's disease and multiple system atrophy). <i>Movement Disorders</i> 2005; 20: 261-2.	B (中): 効果の推定値に中等度の確信がある	I: 強く推奨する	n/a					

『』内はCPGの引用文、【】内は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 (40CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
A4	G62.9	がん薬物療法に伴う末梢神経障害マネジメントの手引き 2017年版	日本がんサポートケア学会 神経障害部会 (部会長: 平山泰生 東札幌病院血液腫瘍科)  Strength of Evidence A (高い): 今後さらなる研究が実施されても、効果推定への確信性は変わりそうにない。 B (中程度): 今後さらなる研究が実施された場合、効果推定への確信性に重要な影響を与える可能性があり、その推定が変わるかもしれない。 C (低い): 今後さらなる研究が実施された場合、効果推定への確信性に重要な影響を与える可能性が非常に高く、その推定が変わる可能性がある。 D (非常に低い): 効果推定が不確実である。  Strength of Recommendation 1: 投与することの強い推奨 推奨した治療によって得られる利益が大きく、かつ、治療によって生じ得る害や負担を明らかに上回る。「投与することを推奨する」 2: 投与することの弱い推奨 (弱い提案) 推奨した治療によって得られる利益の大きさは不確実である。または、治療によって生じ得る害や負担と拮抗する場合がある。「投与を推奨できるだけの十分なエビデンスはないが、特定の患者に試してみても良い」 3: 投与することの有効性は明らかでない科学的根拠はないが、治療によって生じ得る利益と害・負担のバランスから考えて行うことを否定しない。「投与を推奨できるだけのエビデンスはない」 4: 投与しないことの弱い推奨 (弱い提案) 効果は否定的である。あるいは治療による利益よりは不利益が大きいと考えられる。「投与は推奨しない」 5: 投与しないことの強い推奨 治療によって得られる利益が、治療によって生じ得る害や負担を明らかに下回る。「投与しないことを推奨する」	金原出版、 2017年10月20日 第1版第1刷発行	A4-1	牛車腎気丸	オキサリプラチンによる末梢神経障害	1) Oki E, et al. Preventive effect of Goshajinkigan on peripheral neurotoxicity of FOLFOX therapy (GENIUS trial): a placebo-controlled, double-blind, randomized phase III study. <i>International Journal of Clinical Oncology</i> 2015; 20: 767-75. 2) Kono T, et al. Goshajinkigan oxaliplatin neurotoxicity evaluation (GONE): a phase 2, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of goshajinkigan to prevent oxaliplatin-induced neuropathy. <i>Cancer Chemotherapy and Pharmacology</i> 2013; 72: 1283-90. 3) Nishioka M, et al. The Kambo medicine, Goshajinkigan, prevents neuropathy in patients treated by FOLFOX regimen. <i>International Journal of Clinical Oncology</i> 2011; 16: 322-7.	B (中程度): 今後さらなる研究が実施された場合、効果推定への確信性に重要な影響を与える可能性があり、その推定が変わるかもしれない。	4: 投与しないことの弱い推奨 (弱い提案) 効果は否定的である。あるいは治療による利益よりは不利益が大きいと考えられる。「投与は推奨しない」	『CQ2 オキサリプラチンによるCIPN【化学療法誘発性末梢神経障害】症状 (しびれ、疼痛) の予防に牛車腎気丸投与は効果があるか?』に対して、下記の記載がある。 『解説: 牛車腎気丸の有効性を評価した大規模なRCTが1件ある。その研究においてオキサリプラチンによるCIPNの予防としての牛車腎気丸の有効性をCTCAE【有害事象共通用語基準】で判定した。予定された中間解析の段階での、牛車腎気丸群 (n=89) およびプラセボ群 (n=93) におけるGrade2以上の神経毒性がそれぞれ50.6%、31.2% (HR, 1.908; p=0.007) であり、効果安全性評価委員会から試験の中止を勧告された。(二重盲検RCT)』	n/a	
					A4-2	牛車腎気丸	オキサリプラチンによる末梢神経障害	Oki E, et al. Preventive effect of Goshajinkigan on peripheral neurotoxicity of FOLFOX therapy (GENIUS trial): a placebo-controlled, double-blind, randomized phase III study. <i>International Journal of Clinical Oncology</i> 2015; 20: 767-75.	↑	↑	『CQ2 オキサリプラチンによるCIPN【化学療法誘発性末梢神経障害】症状 (しびれ、疼痛) の予防に牛車腎気丸投与は効果があるか?』に対して、下記の記載がある。 『主要文献の要約: Okiらは、大腸がん術後にFOLFOX (オキサリプラチン) 療法を施行する患者を、牛車腎気丸群あるいはプラセボ群に割り付け (二重盲検)、CIPNの予防効果をCTCAE【有害事象共通用語基準】で示すことはできなかった。予定された中間解析の段階での、牛車腎気丸群 (n=89) およびプラセボ群 (n=93) におけるGrade2以上の神経毒性がそれぞれ50.6%、31.2% (HR, 1.908; p=0.007) であり、効果安全性評価委員会から試験の中止を勧告された。(二重盲検RCT)』	n/a	
					A4-3	牛車腎気丸	オキサリプラチンによる末梢神経障害	Kono T, et al. Goshajinkigan oxaliplatin neurotoxicity evaluation (GONE): a phase 2, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of goshajinkigan to prevent oxaliplatin-induced neuropathy. <i>Cancer Chemotherapy and Pharmacology</i> 2013; 72: 1283-90.	↑	↑	『CQ2 オキサリプラチンによるCIPN【化学療法誘発性末梢神経障害】症状 (しびれ、疼痛) の予防に牛車腎気丸投与は効果があるか?』に対して、下記の記載がある。 『主要文献の要約: Konoらは第II相RCT (二重盲検) では、大腸がん術後にFOLFOX (オキサリプラチンを含む) を施行した患者を牛車腎気丸群およびプラセボ群に割り付けし、その予防効果をCTCAE【有害事象共通用語基準】v3.0と比較した。その結果、牛車腎気丸群 (44例) およびプラセボ群 (45例) において、8サイクルまでのGrade2以上の神経毒性は39%、51% (RR, 0.76; 95% CI 0.47-1.21)、G3の神経毒性発現率は7%、13% (RR, 0.51; 95% CI 0.14-1.92) であり有意差は得られなかったが、牛車腎気丸の効果は期待できると報告した。(二重盲検RCT)』	n/a	
					A4-4	牛車腎気丸	オキサリプラチンによる末梢神経障害	Nishioka M, et al. The Kambo medicine, Goshajinkigan, prevents neuropathy in patients treated by FOLFOX regimen. <i>International Journal of Clinical Oncology</i> 2011; 16: 322-7.	↑	↑	『CQ2 オキサリプラチンによるCIPN【化学療法誘発性末梢神経障害】症状 (しびれ、疼痛) の予防に牛車腎気丸投与は効果があるか?』に対して、下記の記載がある。 『主要文献の要約: Nishiokらは、オキサリプラチンを含む化学療法を施行した転移あるいは再発大腸がん患者を、牛車腎気丸の投与群 (22例)、非投与群 (23例) に無作為 (非盲検) 割り付けし、CIPNをNeurotoxicity criteria of Debiopharm (DEB-NTC) で評価した。その結果、10コース施行後で牛車腎気丸0%、非投与群で12%、20コースで33%および75%であり、Grade2/3の神経毒性は牛車腎気丸投与群で有意に少ないことが示された。(非盲検RCT)』	n/a	
					A4-5	牛車腎気丸	オキサリプラチンによる末梢神経障害	Yoshida N, et al. Efficacy of goshajinkigan for oxaliplatin-induced peripheral neuropathy in colorectal cancer patients. <i>Journal of Oncology</i> 2013; 139740.	↑	↑	『CQ2 オキサリプラチンによるCIPN【化学療法誘発性末梢神経障害】症状 (しびれ、疼痛) の予防に牛車腎気丸投与は効果があるか?』に対して、下記の記載がある。 『主要文献の要約: Yoshidらは、オキサリプラチンを投与している大腸がん患者で牛車腎気丸を投与した群 (29例) と非投与群 (44例) において CIPN (CTCAE【有害事象共通用語基準】v4.0) を後方視的に比較した。その結果、単量量解析ではあるが牛車腎気丸の末梢神経障害に対する効果が認められた。(記述研究)』	n/a	
					A4-6	牛車腎気丸	オキサリプラチンによる末梢神経障害	Kono T, et al. Efficacy of goshajinkigan for peripheral neurotoxicity of oxaliplatin in patients with advanced or recurrent colorectal cancer. <i>Evidence Based-Complementary and Alternative Medicine</i> 2011; 418481.	↑	↑	『CQ2 オキサリプラチンによるCIPN【化学療法誘発性末梢神経障害】症状 (しびれ、疼痛) の予防に牛車腎気丸投与は効果があるか?』に対して、下記の記載がある。 『主要文献の要約: Konoらは、オキサリプラチンを含む化学療法を施行した大腸がん患者のCIPNを後方視的に調査した。Group A (牛車腎気丸単剤、11例)、Group B (CaMg、14例)、Group C (牛車腎気丸+CaMg、21例)、Group D (介入なし、44例) で、オキサリプラチン総投与量が500mg/m <sup>2</sup> となった時点で神経障害発現率は50%、100%、78.9%、91.7%であり、牛車腎気丸単剤が最良であった。(記述研究)』	n/a	
					A4-7	牛車腎気丸	末梢神経障害	Kaku H, et al. Objective evaluation of the alleviating effects of Goshajinkigan on peripheral neuropathy induced by paclitaxel/carboplatin therapy: A multicenter collaborative study. <i>Experimental and Therapeutic Medicine</i> 2012; 3: 60-5.	n/a	n/a	『CQ3 CIPN【化学療法誘発性末梢神経障害】の症状 (しびれ、疼痛) の緩和にビタミンB12製剤投与は効果があるか?』に対して、下記の記載がある。 『解説: ビタミンB12はむしろ、CIPNに対するデュロキセチンや漢方 (牛車腎気丸) の有効性を示す試験における対照群として用いられ、両薬剤よりも効果が上回るとは示されていない。』 『主要文献の要約: 同じ日本人での検討において、牛車腎気丸の有効性を示す試験として、Kakuらは、バクリタキセル、カルボプラチン (TC) 療法を施行した卵巣がん/子宮体がん患者を、GroupA (ビタミンB12、14例)、GroupB (ビタミンB12+牛車腎気丸、15例) に無作為に割り付けし、それぞれの予防効果をcurrent perception threshold (CPT) value、CTCAE【有害事象共通用語基準】v3.0などで評価した。その結果、6週間でのCTCAEのGrade3以上の神経毒性がGroupAで2例 (14.3%)、GroupBで0例であり、有意差はなかった。電気生理学的検査であるCPTValueでは有意差をもって、GroupBで異常値が少なかった。以上より牛車腎気丸は神経障害の予防に有用であることが示唆された。(二重盲検RCT)』	n/a	
A5	G98	神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン改訂第2版	日本ペインクリニック学会 神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン改訂版作成ワーキンググループ (委員長: 福井聖 滋賀医科大学附属病院 ペインクリニック科 病院教授)  Strength of Evidence A (強): 効果の推定値に強く確信がある B (中): 効果の推定値に中程度の確信がある C (弱): 効果の推定値に対する確信は限定的である D (とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない  Strength of Recommendation 1: 強く推奨する 2: 弱く推奨する (提案する)	真興交易、 2016年6月30日 第2版第1刷発行	A5-1	牛車腎気丸	神経障害性疼痛	1) Kono T, Hata T, Morita S, et al. Goshajinkigan oxaliplatin neurotoxicity evaluation (GONE): A phase 2, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of goshajinkigan to prevent oxaliplatin-induced neuropathy. <i>Cancer Chemotherapy Pharmacology</i> 2013; 72: 1283-90. 2) Oki E, Emi Y, Kojima H, et al. Preventive effect of Goshajinkigan on peripheral neurotoxicity of FOLFOX therapy (GENIUS trial): A placebo controlled, double-blind, randomized phase III study. <i>International Journal of Clinical Oncology</i> 2015; 20: 767-5.	D (とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない	2: 弱く推奨する (提案する)	『CQ32: 神経障害性疼痛に対して漢方薬は有効か?』の項に、下記の記載がある。 『漢方薬は伝統医学に基づき、経験的に使用されているが、神経障害性疼痛に対して有効性を示した薬物はない。』 『解説: 牛車腎気丸は、オキサリプラチンによる抗がん剤治療を受ける89名を対象に、プラセボと比較して末梢神経障害を抑制することが示されたが、その後行われたRCTでは否定された。 桂枝加朮湯、芍薬、抑肝散などで神経障害性疼痛に対する治療効果が報告されているが、症例集積の報告に留まっている。漢方薬の処方体系は、同じ病名であっても東洋医学の観点から薬物の選定が異なることもあり、RCTによる評価が進まない一因となっていると考えられる。』	n/a	
					A5-2	桂枝加朮湯、芍薬、抑肝散など	神経障害性疼痛	n/a	D (とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない	2: 弱く推奨する (提案する)			

『』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 (40CPGs)

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	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: 奈木信博 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	A6-1	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. 漢方ジャーナル 1990; 26: 1853-6.	III: 非ランダム化比較試験	C: 行うか、行わないか勧められるだけの根拠が明確でない。	白内障の薬物療法: 内服 (国内認可薬物) のうち、漢方は、八味地黄丸、牛車腎気丸に適応があり、その研究結果として下記の記載がある。 【勧告 (ガイドライン)】 漢方は、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		
					A6-2	牛車腎気丸	白内障		III: 非ランダム化比較試験	C: 行うか、行わないか勧められるだけの根拠が明確でない。		n/a		
					A6-3	牛車腎気丸	老人性白内障		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 + カリン0.75%/年、両薬 (-) 2.95%/年、牛車 (+) : 牛車 (-) = 1.24: 2.48%/年】	n/a	
A7	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・エアロノ学会 編 小児急性中耳炎診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 工藤典生 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	A7-1	十全大補湯	反復性中耳炎	Maruyama Y, Hoshida S, Furukawa M, et al. Effects of Japanese herbal medicine, Juzen-taiho-to, in otitis-prone children-a preliminary study. <i>Acta Oto-laryngologica</i> 2009; 129: 14-8.	n/a	n/a	7 対象の反復性中耳炎の診療について、反復性中耳炎の治療の項に、下記の記載がある。 【本邦独自の治療として提唱されているのが、漢方補剤による免疫能の上昇に基づくと考えられる予防効果で、十全大補湯の有効性が報告された。】	n/a		
					A7-2	十全大補湯	反復性中耳炎		n/a	n/a				
					A7-3	十全大補湯	反復性中耳炎		I	B 推奨: 十分なエビデンスがあり、利益は害より大きい		n/a		
					A7-4	十全大補湯	反復性中耳炎		IIb: よくデザインされた準実験的研究	I		【反復性中耳炎の乳幼児に十全大補湯を3カ月間投与し、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、その有効率が95.2%と報告した。】	n/a	
					A7-5	十全大補湯	反復性中耳炎		IIIb: よくデザインされた準実験的研究	I		【この【上記の】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頻回に急性中耳炎を繰り返す重症例、②2歳未満児、③集団保育通園児、④家庭内受動喫煙露児などのハイリスク群において、有効性が高いという結果であった。】	n/a	
A8	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: 島本和明 札幌医科大学学長)	ライフサイエンス. 2014年4月14日発行	A8-1	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, Glycyrrhethinyl Stearate, Stearyl Glycyrrhetinate, Glycyrrhizic Acid, Ammonium Glycyrrhizate, Dipotassium Glycyrrhizate, Disodium Glycyrrhizate, Trisodium Glycyrrhizate, Methyl Glycyrrhizate, and Potassium Glycyrrhinate. <i>International Journal of Toxicology</i> 2007; 26: 79-112.	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) の主要有効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。】		
					A8-2	漢方薬	薬剤誘発性高血圧 (副作用)		VI: 専門委員会や専門家の意見	I	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コルチゾンへ代謝する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生する。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。】		
					A8-3	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. 干文. 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)	I		【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。	
					A8-4	漢方薬	薬剤誘発性高血圧 (副作用)		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。】		
					A8-5	漢方薬	薬剤誘発性高血圧 (副作用)		n/a	n/a	n/a	薬剤誘発性高血圧の原因薬物と高血圧治療法の表中に、下記の記載がある。 【原因薬物: カンゾウ (甘草) / グリチルリチンを含む肝疾患治療薬、消化器疾患治療薬、漢方薬、健康補助食品、化粧品など 高血圧の原因: 11β-水酸化ステロイド脱水素酵素阻害による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 (40CPGs)

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	I74.9	抗血栓療法中の区域麻酔・神経ブロックガイドライン	日本ペインクリニック学会・日本麻酔科学会・日本区域麻酔学会 合同 抗血栓療法中の区域麻酔・神経ブロックガイドライン作成ワーキンググループ (WG長: 齋藤繁 群馬大学大学院医学系研究科 麻酔神経科学分野)	真興交易、2016年11月10日 第1版第1刷発行	A9-1	チオウセンニンジン	血小板凝集阻害 (副作用)	n/a	D (とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない	2: 弱く推奨する (提案する)	n/a	『ガイドラインにおける、抗血栓薬取り扱いの問題点と考え方』の項に、下記の記載がある。 『推奨: 術前に、にむく、イテウウ薬、チオウセンニンジンのハーブ類を摂取している患者で高リスク群の手術を施行する場合には、血小板凝集阻害が生じることがあることから、それぞれ、7日、2日、1日の服用中止を設けることが望ましい。』	
A10	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会 (編集委員代表: 大久保公裕 日本医科大学大学院医学研究科頭頸部・感覚器科学分野教授)	ライフ・サイエンス、2015年12月15日 改訂第8版第1刷発行	A10-1	小青竜湯	通年性アレルギー性鼻炎	馬場敏吉、高坂知節、稲村直樹、ほか。小青竜湯の通年性鼻炎アレルギーに対する効果。二重盲検比較試験。耳鼻咽喉科臨床 1995; 88: 389-405.	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 (通年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: 217例、年齢: 12歳以上、対象: 通年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/日107例 (TJ-19群)、プラセボ110例 (P群) 2週間投与の最終全般改善度、症状別改善度、概括安全性、有用度の比較 結果・考察: 1. TJ-19群の中等度以上の全般改善度は、92例中41例 (44.6%) であり、プラセボ群の94例中17例 (18.1%) と比較し有意に優れていた。(U検定: p<0.001) 3. TJ-19群の有用度 (有用以上) は93例中43例 (46.2%) であり、プラセボ群の96例中22例 (22.9%) に比べて、有意に優れていた。(U検定: P<0.001)』	『2. 投与薬剤との因果関係が疑われた副作用症例の発現率はTJ-19群で107例中7例 (6.5%) であり、プラセボ群で110例中7例 (6.4%) であり、両群間に有意差はなかった。TJ-19群の主な副作用は消化器症状、頭痛などで、重篤なものは認められなかった。』	※ Webサイトに記載
					A10-2	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。耳鼻咽喉科臨床 1990; 33: 655-73.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-3	柴芩湯	鼻アレルギー	橋口一弘、小川浩司、増田はつみ、ほか。柴芩湯による鼻アレルギーの治療。耳鼻咽喉科臨床 1990; 33: 61-6.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-4	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。耳鼻咽喉科臨床 1991; 補52: 107-18.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-5	小青竜湯	通年性鼻過敏症	荻野敏、原田保、入船盛弘、ほか。通年性鼻過敏症に対する小青竜湯の臨床効果- 証との関係 -。耳鼻咽喉科臨床 1991; 34: 1-7.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-6	柴芩湯	鼻アレルギー	橋口一弘、小川浩司、神崎仁、柴芩湯による鼻アレルギーの治療- 特に鼻閉に対する効果について -。Progress in Medicine 1991; 11: 1444-8.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-7	麻黄附子細辛湯	通年性鼻アレルギー	真弓広子、猪飼幸太郎、坂倉康夫、麻黄附子細辛湯エキスカプセルの通年性鼻アレルギーに対する臨床成績。アレルギーの臨床 1991; 11: 46-9.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-8	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。耳鼻咽喉科臨床 1992; 85: 1845-53.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-9	柴芩湯	鼻アレルギー	橋口一弘、小川浩司、柴芩湯による鼻アレルギーの治療。現代医療学 1993; 8: 219-24.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-10	漢方薬	鼻アレルギー	馬場敏吉、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	
					A10-11	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。現代東洋医学 1994; 15: 354-7.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-12	辛夷清肺湯	鼻アレルギー	小川浩司、橋口一弘、鼻アレルギーとその周辺疾患に対する辛夷清肺湯の治療効果。Progress in Medicine 1995; 15: 2617-8.	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。
					A10-13	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。Progress in Medicine 1995; 15: 2643-51.	n/a	n/a	n/a	n/a	※ Webサイトに記載
					A10-14	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。Progress in Medicine 1995; 15: 1472-5.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-15	漢方薬	鼻アレルギー	大山勝。鼻アレルギーの漢方療法。アレルギーの臨床 1995; 15: 918-22.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-16	芩甘姜味辛夏仁湯	通年性アレルギー性鼻炎	佐藤むつみ、緒方哲郎、山崎充代。通年性アレルギー性鼻炎に対する芩甘姜味辛夏仁湯の使用経験。Progress in Medicine 1995; 15: 2622-5.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-17	小青竜湯	鼻アレルギー	前田裕彦、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。Progress in Medicine 1995; 15: 1476-8.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-18	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 -。初漢薬学雑誌 1996; 12: 474-5.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-19	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。診断と治療 1996; 84: 533-44.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-20	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。アレルギーの臨床 1997; 17: 362-5.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-21	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。漢方調剤研究 1997; 5: 15-7.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-22	漢方薬	アレルギー性鼻炎	馬場敏吉。アレルギー性鼻炎 - 臨床 漢方の使い方と薬効評価。アレルギーの臨床 1997; 17: 358-61.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-23	芩甘姜味辛夏仁湯	鼻アレルギー	前田裕彦、松永喬。鼻アレルギーに対する芩甘姜味辛夏仁湯の臨床効果。耳鼻咽喉科臨床 1997; 補92: 43-6.	n/a	n/a	n/a	n/a	
					A10-24	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。耳鼻咽喉科臨床 1997; 補92: 38-42.	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 (40CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考					
A10	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)  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	A10-25	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	清水正彦、清水和彦、宮川健。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性に関する臨床的検討 (retrospective study)。『耳鼻咽喉科臨床』1998; 補98: 39-43.	n/a	n/a		n/a						
					A10-26	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作。『漢方と最新治療』1999; 7: 345-51.	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			
					A10-27	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—。『漢方診療』1999; 18: 73-6.	n/a	n/a								
					A10-28	漢方薬	アレルギー性鼻炎	1	1			(小青竜湯) A: 行うことを強く推奨 『前文: 漢方薬は種々のものにアレルギー性鼻炎に対する効果が示唆されているが、科学的検討をされたものは小青竜湯以外では少ない。』 (漢方薬全体として) C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)			ケミカルメディエーター遊離抑制薬・非特異的交感神経薬・生物製剤・漢方薬/点鼻薬/血管収縮薬(α交感神経刺激薬)の項に、下記の記載がある。 『前文: 漢方薬は種々のものにアレルギー性鼻炎に対する効果が示唆されているが、科学的検討をされたものは小青竜湯以外では少ない。』 『推奨: 漢方薬は有用性が期待されるが、小青竜湯(推奨度A)以外、対照比較試験がなく、評価は困難である(推奨度C)。』 『結論: 漢方薬のうち、小青竜湯はケミカルメディエーター遊離抑制薬に臨床効果は類似している。その他の漢方薬も有用性が期待されるが、質の高い検討が不可欠である。』	n/a		※ Webサイトに記載
					A10-29	麻黄附子細辛湯	通年性鼻アレルギー	船飼幸太郎、田矢理子、坂倉康夫。ほか。通年性鼻アレルギーに対する漢方製剤の検討麻黄附子細辛湯エキス製剤の臨床応用。『耳鼻咽喉科臨床』1990; 83: 155-65.	II-3: 時系列研究、非対照実験			『対象: 例数: 21例、対象: 通年性鼻アレルギー患者 試験デザイン方法: 麻黄附子細辛湯エキスカプセル(6cap./day)を4週間連日経口投与し、全般的有効度、概括安全度および有用度を検討した。 結果・考察: 1) 医師判定による全般的有効度は、薬剤投与2週目まで有効以上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) 自他覚所見は、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。』			
					A10-30	麻黄附子細辛湯	通年性鼻アレルギー	伊藤博隆、馬場駿吉、高木一平、ほか。鼻アレルギーに対する麻黄附子細辛湯の薬効評価鼻閉症状の臨床効果について。『耳鼻咽喉科臨床』1991; 補52: 107-18.	II-3: 時系列研究、非対照実験			『対象: 例数: 61例、対象: 通年性鼻アレルギー患者 試験デザイン方法: 麻黄附子細辛湯エキスカプセル(6cap./day)を4週間連日経口投与し、全般的有効度、概括安全度および有用度を検討した。 結果・考察: 1) 医師判定による全般的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度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炎の腫脹、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、対照観察期間に比較して鼻づまり、嗅覚異常および苦痛の程度は2週目より有意な減少を認め、くしゃみおよび鼻みずは4週目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。』			
					A10-31	小青竜湯	通年性鼻アレルギー	馬場駿吉、高坂知節、稲村直樹。ほか。小青竜湯の通年性鼻アレルギーに対する効果—二重盲検比較試験—。『耳鼻咽喉科臨床』1995; 88: 389-405.	I: ランダム化比較試験			『対象: 例数: 通年性鼻アレルギー患者220例(脱落、除外34例)、年齢: 12~72歳(平均29.2歳)、対象: 中等症以上 試験デザイン方法: 小青竜湯とプラセボとの二重盲検群間比較法。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、救済はタビゾール錠服用。2) 自他覚症状、アレルギー日記から判断。 結果・考察: 1) 全般改善度: 中等度以上 小青竜湯群44.6%、プラセボ群18.1%、P<0.001。2) 有用度: 有用以上 小青竜湯群46.2%、プラセボ群22.9%、P<0.001。3) 通年性鼻アレルギーに対し、有効、安全かつ有用な薬剤である。』			『副作用: 小青竜湯群6.5%、プラセボ群6.4%、差なし。』			
					A10-32	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。『和漢薬学雑誌』1996; 12: 474-5.	II-3: 時系列研究、非対照実験			『対象: 例数: 1例、対象: スギ花粉症患者 試験デザイン方法: 小青竜湯6g頓服とエビネフリン鼻粘膜塗布による鼻腔容積の変化をacoustic rhinometryで計測。 結果・考察: 小青竜湯服用により総鼻腔容積は対照と比較して約15%の増加を示したが、エビネフリン塗布では約27%の増加が観察された。小青竜湯6g服用後およそ90分で効果が発現した。』			n/a			
					A10-33	小青竜湯	通年性鼻アレルギー	山際幹和、徳力俊治。小青竜湯(TJ-19)の鼻アレルギー患者の鼻閉塞に対する効果。『診断と治療』1996; 84: 533-44.	II-3: 時系列研究、非対照実験			『対象: 例数: 11例、対象: 通年性鼻アレルギー患者 試験デザイン方法: 小青竜湯エキス顆粒を1回3g1日3回、2週間連日単投与し、VASを用いた鼻閉塞の自覚的評価と、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得点は投薬後1、2週目まで有意に減少した。投薬終了後1週目には開始前と比べ有意差はなくなった。2) 最小鼻腔断面積及び鼻腔容積は1、2週目には有意に増加した。投薬終了後1週目には投薬前と比べ有意差はなくなった。』						
					A10-34	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。『耳鼻咽喉科臨床』1997; 補92: 43-6.	II-3: 時系列研究、非対照実験			『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50%、軽度改善23%、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90%、赤67%、著明改善は赤赤のみ認められた。4) 振水音別改善度: 振水音あり、なしで軽度改善以上には差はない。5) 腹圧別改善度: 腹圧で軽度改善以上には差はなかった。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			
					A10-35	麻黄附子細辛湯	スギ花粉症	大橋隆。スギ花粉症患者の鼻症状に対する麻黄附子細辛湯の臨床効果。『新薬と臨床』1999; 48: 225-31.	II-3: 時系列研究、非対照実験			『対象: 例数: スギ花粉症患者245例、年齢: 6~71歳(平均43.5±11.2)、対象: 重症度不明、漢方医学診断にて投与不適とされた患者は除外。 試験デザイン方法: 麻黄附子細辛湯を用いた非対照試験。観察期間: 麻黄附子細辛湯エキス製剤1回2カプセル1日6カプセル内服(エキス量1200mg)、その他: 1) 併用剤禁止、救済薬として点鼻剤、点眼薬使(内容不明)。2) 患者アンケートより判定。 結果・考察: 1) 全体の印象: 効果あり、大変効果あり80%。2) 症状別の評価: くしゃみ効果あり以上79.2%、鼻みず効果あり以上80%、鼻閉効果あり以上73.1%、目のかゆみ効果あり以上60.8%。3) 効果発現時間: 1時間以内49%、24時間以内68%。4) 麻黄附子細辛湯エキス製剤は、スギ花粉症の鼻症状、眼症状に有効。』			『副作用: 8例(3.3%) (胃障害、便秘、倦怠感、口内炎、湿疹)。』	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		
					A10-36	小青竜湯	スギ花粉症	河野英浩。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。『耳鼻咽喉科臨床』2000; 43: 253-7.	II-3: 時系列研究、非対照実験			『対象: 例数: スギ花粉症患者15例、年齢: 20~72歳、平均39.2±16.0歳、対象: 軽症5例、中等症10例、重症1例。 試験デザイン方法: 小青竜湯エキスを用いた非対照試験。観察期間: スギ花粉飛散期に小青竜湯エキス錠1回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) 自他覚所見より判定、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) 全般的有用度: 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、眼痒感の改善に有効で安全である。』			『副作用: なし。』			
					A10-37	小青竜湯	通年性アレルギー性鼻炎	山際幹和。アレルギー性鼻炎。『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			『対象: 例数: 通年性アレルギー性鼻炎患者11例、年齢: 19~53歳(平均33.5±10.8歳)、対象: 発症後48~240カ月(平均121カ月)、重症度不明。 試験デザイン方法: 小青竜湯2週間投与による鼻閉への影響を検討。観察期間: 小青竜湯1日3回9gを1週間のwash out後に2週間投与し、その後5~9日間観察。その他: 1) 併用薬剤不明。2) 自覚症状、VAS評価、他覚症状はacoustic rhinometryで評価。3) 東洋医学所見との対比。 結果・考察: 1) Acoustic rhinometry: 向鼻腔容積は投与開始前12.08±0.82、投与後5~9日14.53±0.79、投与後12~16日14.37±0.82、投与終了後5~9日13.77±1.10で投与前と比較して投与後16日まで有意に増加した(p<0.05)。2) VASの評価: 投与開始前47.8±6.3、投与後5~9日32±5.9、投与後12~16日36.7±6.7、投与終了後5~9日で投与前と比較して投与後16日まで有意に改善した(p<0.05)。3) 有効例6例中1例は寒、3例は水滞、1例は水滞傾向。無効例5例中1例のみ寒と水滞。4) 小青竜湯は通年性アレルギー性鼻炎の鼻閉にも有効性が高い。5) 小青竜湯は寒証で水滞傾向のある患者に効果が高い。』			n/a			
					A10-38	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	中島修。アレルギー性鼻炎に対する抗アレルギー剤・抗ヒスタミン剤と小青竜湯の併用療法。『化学療法研究紀要』2004; 34: 34-9.	II-3: 時系列研究、非対照実験			『対象: 例数: 30例、対象: アレルギー性鼻炎患者。 試験デザイン方法: 小青竜湯と、抗アレルギー剤もしくは抗ヒスタミン剤の併用療法を検討。観察期間: 平均投与期間は64週。 結果・考察: 自覚症状は、投与終了時には全例で消失していた。鼻粘膜所見のうち腫脹は全例消失、色調は全例正常化した。』			n/a			
A10-39	小青竜湯、香甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、桂麻各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯、大青竜湯	成人スギ花粉症	森壽生、嶋崎謙、倉田文秋。ほか。春季花粉症の麻黄剤を主とした6年間の治療成績。『Progress in Medicine』2003; 23: 1925-9.	II-1: 非ランダム化比較試験			『対象: 成人スギ花粉症患者 試験デザイン方法: 小青竜湯と他の6種類の漢方薬との治療による改善度と有用度の比較検討。 結果・考察: 小青竜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、桂麻各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯の各々と小青竜湯の比較では、いずれの場合も全般改善度、有用度ともに有意差を認めず、有用であった。大青竜湯は小青竜湯に有意差を持って優れた結果を得た。』			n/a								
A10-40	小青竜湯	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竜湯とベシラ酸ベポタステンの併用効果および眼瞼について。『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			『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: 小青竜湯とベシラ酸ベポタステンの単投与および併用投与の効果と眼瞼に及ぼす影響について検討。小青竜湯群19例、ベポタステン群19例で、ベポタステン単投与では十分な効果が得られなかった症例9例に対しては小青竜湯を併用投与。 結果・考察: くしゃみ、鼻汁に対しては小青竜湯、ベポタステンともに単投与で同等の有意な改善効果を示した。鼻閉と眼瞼に関しては小青竜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、眼瞼のスコアが有意に改善した。小青竜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。』											

『』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 (40CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考	
A10	J30	鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会(編集委員代表: 大久保公裕 日本医科大学大学院医学研究科頭頸部・感覚器科学分野教授)	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)	A10-41	漢方薬	春季花粉症	三浦於苑. 春季アレルギー性鼻炎の漢方薬治療. 東洋医学的観点による分類の試み. 東邦医学会雑誌 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: 94種類の漢方薬を証に従って投与する非対照試験。観察期間: 2週間投与。その他: 1. 西洋薬の投与患者は除外。2. 投与前後で奥田の基準に従って改善度を判定。3. 有効方剤から患者を分類し、特徴を検討。結果・考察: 1) 165例(87.7%)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) 辛温剤有効群は寒冷時期に発症、虚証の素因、寒証の花粉症。4) 辛涼剤有効群は温暖開始期に発症、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、寒熱雑症の花粉症。』	『副作用記載なし』		
					A10-42	小青竜湯	通年性アレルギー性鼻炎	田中久夫. 2007	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象 例数: 通年性アレルギー性鼻炎患者58例、年齢: 平均 42.5 歳。対象: 4 週間以上第 2 世代抗ヒスタミン薬投与後の鼻閉改善効果不十分症例。試験デザイン方法: 小青竜湯とロラタジンを併用する非対照試験。観察期間: 小青竜湯2~3回/日、ロラタジン10mg/日を4週間投与。その他: 1. 他剤併用禁止。2. 鼻閉、眠気、全般症状改善度評価。3. Epworth sleepiness 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例10例に実施。結果・考察: 1) 鼻閉改善29.3%、やや改善46.6%。2) 眠気改善17.2%、やや改善50.0%。3) 全般症状改善22.4%、やや改善31.0%。4) ESSは治療前後で14.6±2.1、11.5±2.5と有意な改善。5) SGでは治療前後でAHIスコアは23.3±23.2、21.6±25.9、Arousal Indexスコアは23.4±7.0、13.7±12.3、Srem+S1時間(%)は全睡眠で56.6%±14.7、40.3±21.8といずれも治療後に有意に低下。6) 小青竜湯とロラタジンの併用により鼻閉の改善から睡眠の質の向上がみられた。』	『副作用は記載なし』		
					A10-43	越婢加朮湯、小青竜湯	アレルギー性鼻炎	稲葉博司. 局所・全身的な証を考慮したアレルギー性鼻炎の漢方治療. 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、粘膜炎が発赤・充血している場合は麻黄の含量が最も多い越婢加朮湯を用い、一方蒼白傾向のときは小青竜湯を選択する。通年性の場合には麻黄剤よりは柴胡剤や補剤を用いる。』	n/a		
					A10-44	小青竜湯、越婢加朮湯、麻黄湯と越婢加朮湯併用、小青竜湯と五虎湯併用	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竜湯、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竜湯例(20名)の有効率は45%と芳しくない成績であった。一方、越婢加朮湯例(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(大青竜湯の簡便方)例(7名)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竜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		
					A10-45	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: 5.6~14.9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(TJ-27)を単回投与し、服用1-13分前と服用28-60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]、最小鼻腔断面積)、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と最小鼻腔断面積は有意に増加した。10例(40%)はNCV増加率≥15%で、臨床的に満足できる抗鼻閉効果が得られた。』	n/a		
					A10-46	小青竜湯、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薬併用の有用性の検討—抗ヒスタミン剤との併用効果について—. 漢学と薬学 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、小青竜湯もしくは葛根湯加川キユウ辛夷とレボセチリ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、こら鼻回数、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		
					A10-47	小青竜湯、麻黄湯細辛湯	アレルギー性鼻炎	中田葉. 渡邊善一郎. 中島功. くしゃみと鼻水の鼻炎に小青竜湯合麻黄湯細辛湯が有効. 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: 小青竜湯18錠に麻黄湯細辛湯6カプセルを追加した場合の症状改善を検討。小青竜湯6錠投与、15分後に症状が軽快しない麻黄湯細辛湯2カプセル投与。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日満量で症状が軽快したのが10%、満量以下で軽快したのが80%、満量投与でも不十分患者が10%、小青竜湯の働きを麻黄湯細辛湯が強めた。』	n/a		
					A10-48	滋陰降火湯、滋陰降火湯+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陰の病態を探るため、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、滋陰降火湯や滋陰降火湯+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陰に対しては単なる滋陰のみならず、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脂皮着が重要。』	n/a		
					A10-49	小青竜湯、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分泌に対する小青竜湯の効果. 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: TDI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%小青竜湯群、4) AR+3%小青竜湯群、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強く回数と、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%小青竜湯群と、3%四逆散群で有意な抑制が認められた。NGFは1%小青竜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、実際に鼻過敏症状を有意に抑制したのは3%小青竜湯投与群のみであった。小青竜湯の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		
					A10-50	千金内托散	鼻アレルギー	Morikura I, et al. Japanese traditional medicine, Senn-kinn-naidaku-sam up-regulates Toll-like receptor 4 and reduces murine allergic rhinitis. <i>Rhinology</i> 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ー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-4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		
					A10-51	小青竜湯	スギ花粉症	大塚清彦. スギ花粉症に対する小青竜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			
					A10-52	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			
					A10-53	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	池田勝久. アレルギー性鼻炎と漢方—小青竜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			
					A10-54	小青竜湯	鼻アレルギー	坂口理. ほか. モルモット鼻アレルギーに対する小青竜湯の効果—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			
					A10-55	小青竜湯	鼻アレルギー	武田弘志. 辻稔. 福津正人. 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			
					A10-56	小青竜湯	鼻アレルギー	盛岡順子. 小青竜湯. <i>Current Therapy</i> 1999; 17: 153-5.	n/a	n/a	n/a			
					A10-57	麻黄湯細辛湯	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湯細辛湯の即時的効果 剤型と効果発現様式の比較. 日本東洋医学雑誌 1999; 49: 859-63.	n/a	n/a	n/a			
					A10-58	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. 漢方医学 2000; 28: 29-31.	n/a	n/a	n/a			
					A10-59	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. 漢方医学 2000; 28: 31-5.	n/a	n/a	n/a			
					A10-60	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. アレルギー・免疫 2002; 9: 800-5.	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

『』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 (40CPGs)

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しその要約	13 副作用に関する記載なしその要約	14 備考	
A10	J30	鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会(編集委員代表: 大久保公裕 日本医科大学大学院医学研究科頭頸部・感覚器科学分野教授)	Strength of Evidence I: ランダム化比較試験 II-1: 非ランダム化比較試験 II-2: コホート研究または症例対照研究 II-3: 時系列研究、非対照実験 III: 権威者の意見、記述疫学  Strength of Recommendation A: 行うことを強く推奨 B: 行うことを中等度推奨 C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない) D: 行わないことを中等度支持 E: 行わないことを強く支持	ライフ・サイエンス、2015年12月15日改訂第8版第1刷発行	A10-61	漢方薬(小青竜湯・柴朴湯など)	花粉症	丁宗熾. 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	n/a		
					A10-62	小青竜湯	花粉症	池田孔己. 小青竜湯 花粉症初期療法薬としての可能性. <i>アレルギーの臨床</i> 2005; 25: 751-2.	n/a	n/a	n/a	n/a		
					A10-63	漢方薬	アレルギー性鼻炎	西村甲. 渡辺賢治. 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	n/a		
					A10-64	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	n/a		
					A10-65	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>薬房</i> 2009; 60: 3624-9.	n/a	n/a	n/a	n/a		
					A10-66	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	n/a		
					A10-67	漢方薬	花粉症	織部和宏. 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	n/a		
					A10-68	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 shoseiryu-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	n/a		
					A10-69	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	n/a		
					A10-70	黄耆建中湯	小児耳鼻咽喉科疾患	玉島史行. 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	n/a		
					A10-71	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: 89-591.	n/a	n/a	n/a	n/a		
					A10-72	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	n/a		
					A10-73	小青竜湯	鼻アレルギー	Shimada T, et al. Enhancement of anti-allergic effects mediated by the Kampo medicine Shoseiryuto (Xiao-Qing-Long-Tang in Chinese) with lysed Enterococcus faecalis FK-23 in mice. <i>Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology</i> 2010; 28: 59-66.	n/a	n/a	n/a	n/a		
					A10-74	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	n/a		
					A10-75	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	n/a		
					A10-76	黄連解毒湯	花粉症	室本哲男. 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	n/a		
					A10-77	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	n/a		
					A10-78	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、動脈の硬化に防風通聖散料合桂枝茯苓丸料. <i>漢方の臨床</i> 2014; 61: 821-4.	n/a	n/a	n/a	n/a		
					A10-79	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	n/a		
					A10-80	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	n/a		
A10-81	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	n/a							
A10-82	小青竜湯	鼻アレルギー	馬場駿吉. 高坂知節. 稲村直樹. ほか. 小青竜湯の通年性鼻アレルギーに対する効果—二重盲検比較試験—. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1995; 88: 389-405.	n/a	n/a	n/a	n/a							
A10-83	小青竜湯、他の漢方薬(香甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、大青竜湯、桂麻各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯)	アレルギー性鼻炎、花粉症	稲葉博司. アレルギー性鼻炎・花粉症. 市村恵一編. 耳鼻咽喉科漢方薬処方ガイド. 2015; 64-77.	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

巻末のアレルギー性鼻炎の主な治療薬一覧表の主な漢方製剤に、葛根湯、柴朴湯、小青竜湯、香甘姜味辛夏仁湯の組成・性状・効能・効果・用法・用量・禁忌・相互作用、副作用が記載されている。  
※ 冊子体に記載



『』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 (40CPGs)

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	K21.9	胃食道逆流症 (GERD) 診療ガイドライン2015 (改訂第2版)	日本消化器病学会 胃食道逆流症 (GERD) 診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 木下芳一 島根大学第二内科)  Strength of Evidence A: 質の高いエビデンス (High) 真の効果はその効果推定値に近似していると確信できる B: 中程度の質のエビデンス (Moderate) 効果の推定値が中程度信頼できる。真の効果は、効果の推定値におおよそ近いが、それが実質的に異なる可能性もある。 C: 質の低いエビデンス (Low) 効果推定値に対する信頼は限定的である。真の効果は、効果の推定値と、実質的に異なるかもしれない。 D: 非常に質の低いエビデンス (Very Low) 効果推定値がほとんど信頼できない。真の効果は、効果の推定値と実質的にのおおよそ異なりそうである。  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、2015年10月20日改訂第2版発行	A11-1	六君子湯	胃食道逆流症 (GERD)	1) Khan M, Santana J, Donnellan C, et al. Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis (review). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2007; 2: CD003244. 2) van Pinxteren B, Numans ME, Bonis PA, et al. Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopic negative reflux disease (review). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . 2006; 3: CD002095. 3) Tomimaga K, Iwakiri R, Fujimoto K, et al. Rikkunshito improves symptoms in PPI-refractory GERD patients: a prospective, randomized, multicenter trial in Japan. <i>Journal of Gastroenterology</i> 2012; 47: 284-92.	C: 質の低いエビデンス (Low) 効果推定値に対する信頼は限定的である。真の効果は、効果の推定値と、実質的に異なるかもしれない。	2: 弱い推奨 “実施すること”を提案する	『CQ4-6: 消化管運動機能改善薬、漢方薬などPPIとの併用で上乗せ効果が期待できる薬剤はあるか?』に対して、下記の記載がある。 【ステートメント: 消化管運動機能改善薬、漢方薬などは単独療法の有効性を指示するエビデンスはないが、PPIとの併用により症状改善効果が得られることがあり、使用することを提案する。】 【解説: 消化管運動機能改善薬、漢方薬の単独療法を推奨するエビデンスはない。また、海外の報告では標準量のPPIと消化管運動機能改善薬 (モザプリド、副作用のため発売中止) との併用による治癒率や症状寛解率に有意な上乗せ効果は認められていない。近年、日本において行われた非びらん性GERDに対する臨床試験において、モザプリド (消化管運動機能改善薬) には有意でないがPPIとの併用による上乗せ効果が認められている。また、PPI抵抗性GERDを対象とした試験において、六君子湯とPPIの併用はPPI用量投与と同様の上乗せ効果が認められており、PPI単独療法で効果不十分な場合にはこれらの薬剤を併用してみる意義はある。】	n/a	
					A11-2	六君子湯	胃食道逆流症 (GERD)	1) 長谷川道子, 永井弥生, 石川治. 強皮症に伴う胃食道逆流症に対する六君子湯の使用経験. <i>皮膚科の臨床</i> 2011; 53: 1767-70. 2) Tomimaga K, Iwakiri R, Fujimoto K, et al. Rikkunshito improves symptoms in PPI-refractory GERD patients: a prospective, randomized, multicenter trial in Japan. <i>Journal of Gastroenterology</i> 2012; 47: 284-92. 3) 尾高健夫. 消化管における漢方を科学する - 消化管と呼吸器・免疫・アレルギーの接点 - 非びらん性胃食道逆流症と六君子湯. <i>漢方と免疫・アレルギー</i> 2010; 23: 106-24.	C: 質の低いエビデンス (Low) 効果推定値に対する信頼は限定的である。真の効果は、効果の推定値と、実質的に異なるかもしれない。	2: 弱い推奨 “実施すること”を提案する	『CQ4-7: 常用量のPPIで効果が不十分な場合はどうか?』に対して、下記の記載がある。 【ステートメント: 常用量のPPIで効果が不十分な場合、PPIの種類の変更、モザプリドの追加投与、六君子湯の追加投与、就寝時のH <sub>2</sub> RA追加投与を行うことを提案する。】 【解説: 常用量PPIで症状の残存するびらん性GERDに対して、PPIの種類の変更により、一部の症例で症状改善を認めたとする観察研究、強皮症併用で六君子湯の追加投与により、一部の症例で症状改善を認めたとする観察研究が報告されている。】 【ラベプラゾール10mg抵抗性GERDに対して、ラベプラゾール20mg・1日1回投与とラベプラゾール10mg・1日1回+六君子湯2.5g・1日3回投与のRCTが行われ、症状スコアは両群とも有意に低下 (群間有意差なし) を認めたが、男性の非びらん性GERD患者では、六君子湯併用群がPPI用量群と比較して改善率で有意に優れていたとされている。】 【PPI治療で症状が十分に改善しない非びらん性GERDに対して、PPIの増量、モザプリドの追加投与、六君子湯の追加投与により、一部の症例で症状改善を認めたとする観察研究が報告されている。】	n/a	
					A11-3	六君子湯	術後食道炎	水野修吾, 山際健太郎, 岩田真, ほか. 胃切除後の消化器症状に対するツムラ六君子湯の術後早期投与効果 - 逆流性食道炎を中心として. <i>Progress in Medicine</i> 2001; 21: 1366-7.	B: 中程度の質のエビデンス (Moderate) 効果の推定値が中程度信頼できる。真の効果は、効果の推定値におおよそ近いが、それが実質的に異なる可能性もある。	2: 弱い推奨 “実施すること”を提案する	『CQ6-6: 術後食道炎の治療に薬物治療は有効か?』に対して、下記の記載がある。 【ステートメント: 酸分泌抑制薬だけでなく、消化管運動機能改善薬、蛋白分解酵素阻害薬、粘膜保護薬が有用なことがあり、その使用を提案する。】 【解説: 消化管運動改善作用を有する六君子湯に関しても少数例であるが、その有用性が報告されている。】	n/a	
A12	K29	小児急性胃腸炎診療ガイドライン	日本小児救急医学学会診療ガイドライン作成委員会 (草川功 聖路加国際大学・聖路加国際病院小児科)  Strength of Evidence A (強): 効果の推定値に強く確信がある B (中): 効果の推定値に中程度の確信がある C (とても弱い): 効果の推定値に対する確信は限定的である D (とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない	日本小児救急医学学会、2017年6月発行	A12-1	五苓散、柴芎湯、真武湯、黄芩湯	小児の急性胃腸炎	1) 吉田政己. 五苓散坐薬の効果. <i>日本東洋医学会会誌</i> 2003; 19: 13-7. 2) 西恵子, 高田加壽代, 浅野聡美. 小児の嘔吐に対する五苓散坐剤の効果-ドンペリドン坐剤と比較-. <i>日本病院薬師会雑誌</i> 1998; 34: 1173-6. 3) Fukutomi O, Sakurai S, Nada K, et al. Study of effect of Goreisan enema on acute gastroenteritis of children. <i>Journal of Traditional Medicine</i> 2006; 23: 151-2. 4) 河村一郎. ウイルス性胃腸炎に伴う嘔吐に対する五苓散および柴芎湯注腸の試み. <i>小児科臨床</i> 2007; 60: 422-6. 5) 橋本浩. 小児のウイルス性胃腸炎に伴う嘔吐に対する五苓散および柴芎湯注腸投与の比較検討. <i>漢方医学</i> 2001; 25: 73-5. 6) 吉矢邦彦, 中澤聡子. ロタウイルス感染症に対するツムラ柴芎湯のコントロールスタディ. <i>小児科臨床</i> 1992; 45: 1889-91.	D (とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない	推奨: 急性胃腸炎小児に対する漢方薬の使用は、有効とするだけのエビデンスがなく、現時点で推奨度を定めることができない	『CQ15-5 急性胃腸炎の小児に対して漢方薬は有効か?』に対して、下記の記載がある。 【解説: 小児急性胃腸炎に対する漢方薬 (chinesemedicine, herb medicine) の臨床研究は、本邦の報告に限られている。小児の胃腸炎に対する漢方薬として、使用経験の報告があるのは、五苓散、柴芎湯、真武湯、黄芩湯である。この中では五苓散の報告が多く、主として制吐作用を期待して用いられていた。】	n/a	
					A12-2	補中益気湯、五苓散	小児の急性胃腸炎	吉田政己. 五苓散坐薬の効果. <i>日本東洋医学会会誌</i> 2003; 19: 13-7.	1	1	『CQ15-5 急性胃腸炎の小児に対して漢方薬は有効か?』に対して、下記の記載がある。 【解説: 吉田は同じ漢方薬の補中益気湯と五苓散の坐薬を使用して、嘔吐が5回以上あって急性胃腸炎と考えられた34名を対象に、二重盲検法で検討した。坐薬使用後30分で水分を投与し嘔吐・嘔気のないものを有効、嘔吐はないが、嘔気のあるものをやや有効、嘔吐したものを無効と判定した。五苓散16例中、有効12例、やや有効2例、無効2例であったのに対し、18例の補中益気湯投与群では有効5例、やや有効2例、無効11例であり、五苓散が有意に有効であったと報告している。同じ漢方薬の補中益気湯との比較試験で症例数も少ない。】	n/a	
					A12-3	補中益気湯、五苓散	小児の急性胃腸炎	西恵子, 高田加壽代, 浅野聡美. 小児の嘔吐に対する五苓散坐剤の効果-ドンペリドン坐剤と比較-. <i>日本病院薬師会雑誌</i> 1991; 34: 1173-6.	1	1	『CQ15-5 急性胃腸炎の小児に対して漢方薬は有効か?』に対して、下記の記載がある。 【解説: 西らの報告はドンペリドン坐剤と五苓散坐剤の比較試験である。嘔吐を主訴とする患児を対象に調査日によって薬剤を前もって決めておく方法で割付をした。五苓散坐薬群13例、ドンペリドン群7例で、効果は坐薬使用30分後に水分投与をした後の嘔吐の有無で判定している。五苓散で有効92.3%に対し、ドンペリドン群での有効は71.4%で統計学的有意差は認めなかった。この研究は症例数が少なく有効性の判断ができなかった。】	n/a	
					A12-4	五苓散、柴芎湯	小児の急性胃腸炎	橋本浩. 小児のウイルス性胃腸炎に伴う嘔吐に対する五苓散および柴芎湯注腸投与の比較検討. <i>漢方医学</i> 2001; 25: 73-5.	1	1	『CQ15-5 急性胃腸炎の小児に対して漢方薬は有効か?』に対して、下記の記載がある。 【解説: 橋本の報告は、五苓散と柴芎湯の2種の漢方薬の注腸投与を比較したものである。五苓散群297例、柴芎湯群263例と多数例での比較で、前者の有効率が84.8%、後者が85.6%で有意差はみられなかった。柴芎湯も急性胃腸炎に有効とされる薬剤であり、五苓散の有効性を評価するものではなかった。】	n/a	
					A12-5	五苓散	小児の急性胃腸炎	Fukutomi O, Sakurai S, Nada K, et al. Study of effect of Goreisan enema on acute gastroenteritis of children. <i>Journal of Traditional Medicine</i> 2006; 23: 151-2.	1	1	『CQ15-5 急性胃腸炎の小児に対して漢方薬は有効か?』に対して、下記の記載がある。 【解説: Fukutomiらの報告は、嘔吐を伴う急性胃腸炎の患者 (0-11歳) 336人に対し五苓散を注腸したものである。嘔吐の止まったものを有効として有効率は79%であった。】	n/a	
					A12-6	五苓散	小児の急性胃腸炎	河村一郎. ウイルス性胃腸炎に伴う嘔吐に対する五苓散および柴芎湯注腸の試み. <i>小児科臨床</i> 2007; 60: 422-6.	1	1	『CQ15-5 急性胃腸炎の小児に対して漢方薬は有効か?』に対して、下記の記載がある。 【解説: 河村は398例の急性胃腸炎患児に五苓散の注腸を行い全有効率は89%と報告し、嘔吐回数少ないものほど薬剤は有効としている。これらは対照をおかない症例集積報告であるため、軽症例が多い可能性があり、自然寛解例があることを考えると、薬剤の有効性を評価する根拠としては不十分である。】	n/a	
					A12-7	柴芎湯	小児の急性胃腸炎	吉矢邦彦, 中澤聡子. ロタウイルス感染症に対するツムラ柴芎湯のコントロールスタディ. <i>小児科臨床</i> 1992; 45: 1889-91.	1	1	『CQ15-5 急性胃腸炎の小児に対して漢方薬は有効か?』に対して、下記の記載がある。 【解説: 五苓散に次いで報告があるのは、柴芎湯である。吉矢らは迅速診断キットを用い、ロタウイルス感染症と診断された症例に、柴芎湯とプラセボを交互に選択して注腸した。両群20名ずつで検討したところ、嘔吐回数は柴芎湯群で有意に減少したが、下痢回数に差は認められなかったと報告している。】	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 (40CPGs)

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	
A13	K30	機能性消化管疾患診療ガイドライン2014 機能性ディスベシア(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「機能性ディスベシア(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	A13-1	漢方薬	FD【機能性ディスベシア】	↓		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、使用することが経験上示されてきた。漢方薬には古くから「証」の概念があり、その概念に基づき、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。
					A13-2	六君子湯	FD【機能性ディスベシア】	↑	Tatsuta M, Iishi H. Effect of treatment with liu-jun-zi-tang (TJ-43) on gastric emptying and gastrointestinal symptoms in dyspeptic patients. <i>Alimentary Pharmacology &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ベシア: 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		
					A13-3	六君子湯	FD【機能性ディスベシア】	↑	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後臨床試験-二重盲検群間比較法による検討. <i>薬学のあゆみ</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		
					A13-4	六君子湯	FD【機能性ディスベシア】	↑	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) Kusunoki 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		
					A13-5	六君子湯	FD【機能性ディスベシア】	↑	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		
					A13-6	半夏厚朴湯	FD【機能性ディスベシア】	↑	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		
					A13-7	漢方薬	FD【機能性ディスベシア】	↑	Suzuki 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ベ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		
A14	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:福土番 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	A14-1	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体にかけるもの、②瞑想や自動グループの利用などに心身にかけるもの、③ハーブや自然食品などを使うもの、④氣功や鍼、磁石などを使うもの、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。
					A14-2	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、行うよう提案する。 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	
					A14-3	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 Keishikashukuyakuto in Patients with Irritable Bowel Syndrome: a Multicenter Collaborative Randomized Controlled Study. <i>Rinsho 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		
A15	K59.0	非がん性慢性疼痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン改訂第2版	日本ペインクリニック学会 非がん性慢性疼痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン作成ワーキンググループ(委員長:山口重樹 獨協医科大学麻酔科学講座教授)	真興交易、2017年7月20日 第2版第1刷発行	A15-1	ダイオウ	オピオイド鎮痛薬による便秘	n/a	B (中): 効果の推定値に中程度の確信がある	1: 強く推奨する	『CQ19: オピオイド鎮痛薬による便秘をどのように管理するか?』に対して、解説の項の表中に下記の記載がある。 『表9 オピオイド鎮痛薬による便秘に用いられる緩下薬 使用薬物の分類: 大腸刺激性下剤 一般名: ダイオウ 商品名: 大黄末』	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 (40CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考			
A16	K59.0	慢性便秘症 診療ガイドライン 2017	日本消化器病学会関連研究会 慢性便秘の 診断・治療研究会 (委員長: 三輪 洋人, 兵庫 医科大学内科学消化内科 主任教授)	南江堂, 2017 年10月10日発行	A16-1	大黃	大腸 (偽)メラノ シス, 大腸運動異 常 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	アントラクシン誘導体と大腸 (偽)メラノシス・大 腸運動異常の項に、下記の記載がある。 『アントラクシン誘導体の長期間の連用は上皮細 胞のアポトーシスに引き続く大腸 (偽)メラノシ スを引き起こす。大腸運動異常が認められること もあるが大腸 (偽)メラノシスとは必ずしも運動 しない。 大黃やセンナ、アロエなどの生薬下剤に含有さ れるアントラクシン誘導体は大腸で加水分解され 生成されたアントラクキノンが大腸粘膜や腸内神 経叢を直接刺激して大腸動を起こして便通をも たらす。』				
					A16-2	大黃	大腸 (偽)メラノ シス, 大腸運動異 常 (副作用)	Walker NI, Bennett RE, Axelen RA. Melanosis coli: a consequence of anthraquinone-induced apoptosis of colonic epithelial cells. <i>The American Journal of Pathology</i> 1998; 131: 465-76. (記述研究 (症例報告やケースシリーズ))	n/a	n/a	n/a	アントラクシン誘導体と大腸 (偽)メラノシス・大 腸運動異常の項に、下記の記載がある。 『大腸 (偽)メラノシスはアントラクキノン誘導体の 長期間連用で見られる内視鏡所見であり、大腸 粘膜の黒変はメラニン細胞が関与する皮膚のメ ラノシスとは異なり、長期間のアントラクシン系 生薬の内服でおきるp53を介した上皮細胞のア ポトーシスとそのマクロファージによる貪食の結果 としてマクロファージ内にリポフスチンが沈着し て引き起こされ、過量連服用の指標となる。』				
					A16-3	大黃	大腸 (偽)メラノ シス, 大腸運動異 常 (副作用)	1) Nusko G, Schneider B, Muller G, et al. Retrospective study on laxative use and melanosis coli as risk factors for colorectal neoplasia. <i>Pharmacology</i> 1993; 47: 234-41. (記述研究 (症 例報告やケースシリーズ)) 2) Siegers CP, von Hertzberg-Lottin E, Otte M, et al. Anthranoid laxative abuse: a risk for colorectal cancer? <i>Gut</i> 1993; 34: 1099-101. (分析疫学的研究 (症例対照研究)) 3) van Gorkom BA, de Vries EG, Karrenheld A, et al. Review article: anthranoid laxatives and their potential carcinogenic effects. <i>Alimentary Pharmacology &amp; Therapeutic</i> 1999; 13: 443-52. (システマティックレビューRCTのメタアナリシス)	n/a	n/a	n/a	アントラクシン誘導体と大腸 (偽)メラノシス・大 腸運動異常の項に、下記の記載がある。 『この大腸 (偽)メラノシスは、大腸腫瘍や癌が 高頻度で見出された多数症例による検討があ るため、大腸腫瘍や大腸癌のリスクになる可 能性も指摘されており、短期間とは異なり、長期 間のアントラクシン誘導体の服用は推奨されてい ない。』				
					A16-4	大黃	大腸 (偽)メラノ シス, 大腸運動異 常 (副作用)	1) Rieclen EO, Zeitz M, Emde C, et al. The effect of an anthraquinone laxative on colonic nerve tissue: a controlled trial in constipated women. <i>Journal of Gastroenterology</i> 1990; 28: 660-4. 2) Smith B. Effect of irritant purgatives on the enteric plexus in man and the mouse. <i>Gut</i> 1968; 9: 139-43. 3) 藤本博文, 大橋秀一, 岡本英三. 重症特発性慢性便秘症 における結腸壁内神経叢機能に関する細胞計測学的およ び薬理学的研究. <i>日本消化器外科学会雑誌</i> 1993; 26: 203- 13. (記述研究 (症例報告やケースシリーズ))	n/a	n/a	n/a	アントラクシン誘導体と大腸 (偽)メラノシス・大 腸運動異常の項に、下記の記載がある。 『アントラクシン系生薬の長期間連用では腸管運 動の低下や腸管拡張・伸長が、手術症例や実験 動物を含めればはみられる。腸管運動の低下 は筋層の障害ではなく結腸壁内神経叢の障害に よるものとされ、進行すると不可逆となり手術を 要する場合もある。』				
					A16-5	大黃	大腸 (偽)メラノ シス, 大腸運動異 常 (副作用)	1) Badiali D, Marcheggiano A, Pallone F, et al. Melanosis of the rectum in patients with chronic constipation. <i>Dis Colon Rectum</i> 1985; 28: 241-5. 2) Villanacci V, Bassotti G, Cathomas G, et al. Is pseudomelanosis coli a marker of colonic neuropathy in severely constipated patients? <i>Histopathology</i> 2006; 49: 132- 7. (記述研究 (症例報告やケースシリーズ))	n/a	n/a	n/a	アントラクシン誘導体と大腸 (偽)メラノシス・大 腸運動異常の項に、下記の記載がある。 『神経叢障害の程度は大腸 (偽)メラノシス自 体とは必ずしも運動しないこと、ならびに、アント ラクシン誘導体と結腸壁内神経叢の障害に否定 的な報告もあり、今後の更なる検討が必要であ る。』				
					A16-6	大黃	大腸 (偽)メラノ シス, 大腸運動異 常 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	アントラクシン誘導体と大腸 (偽)メラノシス・大 腸運動異常の項に、下記の記載がある。 『アントラクシン誘導体の長期間の連用は大腸 (偽)メラノシスを引き起こす。アントラクシン誘 導体が長期間、大量に投与されれば、大腸腫瘍 のリスクを高め、壁内神経叢の障害と大腸運動 異常を引き起こす可能性は否定できない。』				
					A16-7	大黃甘草湯、 麻子仁丸、大建中湯	慢性便秘症	n/a	n/a	n/a	治療の前文に、下記の記載がある。 『慢性便秘症の治療には保存的治療と外科的治療が用いられる。保存的治療には食習慣を含む生活習慣の改善、排便などの理学的治療、薬物治療が用いられ、薬物療法には数種類の異なる作用機序の薬剤が用いられている。』 慢性便秘症の保存的治療の表中に、下記の記載がある。 『内服薬による治療 漢方薬: (一般名) 大黃甘草湯、麻子仁丸、大建中湯など。』	n/a				
					A16-8	大黃甘草湯、 麻子仁丸、大建中湯	慢性便秘症	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	『CQ 5-8: 慢性便秘症に漢方薬は有効か?』に対して、下記の記載がある。 『ステートメント: 慢性便秘症の治療薬として一部の漢方薬は有効であり、使用することを提案する』 『解説: 漢方薬 (traditional Japanese herbal medicine) は、古代の中国医学を基礎に日本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。漢方薬には古くから「証」の概念があり、その概念に基づき経験上処方されており、多くの臨床医が慢性便秘に対する効果を実感している。 日常診療で処方可能という観点から、日本で保険収載された漢方エキス製剤に限定して検討を行った。日本人の慢性便秘症を対象とした、漢方薬の厳密なランダム化比較試験はなかったため、herbal medicineで検索し、ランダム化比較試験を行った論文について解析を行った。現状では大黃甘草湯、麻子仁丸、大建中湯に関する英文3編、和文1編が検出された。 上記のように、慢性便秘に対していくつかの漢方製剤の効果を多くの臨床医が経験的には実感しているが、日本人の慢性便秘患者を対象としたプラセボを用いたランダム化比較試験などの質の高いまとまったエビデンスは少ない。以上のことから、今後の更なる検討が期待される。』	n/a
					A16-9	大黃甘草湯	慢性便秘症	三好秋馬, 正宗研, 福富久之. (ほか) ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒 (医薬用) (TJ-84) の二重盲検法による便秘症に対する臨床効果. <i>消化器科</i> 1994; 18: 299-312.	↑	↑	『厳密な意味でのプラセボ試験ではないが、1994年に大黃甘草湯を用いた多施設二重盲検ランダム化比較試験による日本の便秘症患者に対する臨床効果の検討は、常用量群とプラセボ群の間で、排便回数を含む有効性において統計学的な有意差を認めている。』	n/a				
					A16-10	Hemp Seed Pill (麻子仁丸に相当)	慢性便秘症	Cheng CW, Bian ZX, Zhu LX, et al. Efficacy of a Chinese herbal proprietary medicine (Hemp Seed Pill) for functional constipation. <i>American Journal of Gastroenterology</i> 2011; 106: 120-9.	↑	↑	『2011年には中国から、Hemp Seed Pill (麻子仁丸に相当) の機能性便秘患者に対する二重盲検プラセボ比較試験が行われており、治療期間、経過観察期間のいずれの期間においてもプラセボに比較して同薬剤の有効性が証明されている。』	n/a				
					A16-11	大建中湯	慢性便秘症	1) 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; 98: G970-75. 2) Iturrino J, Camilleri M, Wong BS, et al. Randomised clinical trial: the effects of daikenchuto, TU-100, on gastrointestinal and colonic transit, anorectal and bowel function in female patients with functional constipation. <i>Alimentary Pharmacology &amp; Therapeutics</i> 2013; 37: 776-85. 3) Horiuchi A, Nakayama Y, Tanaka N. Effect of traditional Japanese medicine, Daikenchuto (TJ-100) in patients with chronic constipation. <i>Gastroenterology Research</i> 2010; 73: 151-5.	↑	↑	『健康人を対象とした大建中湯の二重盲検ランダム化比較試験では、シンチグラフィ法により測定した上行結腸の排出時間が大建中湯7.5g/day群でプラセボ群に比較して有意に早い結果が示された。さらに同施設で引き続いて、便排出障害が除外された女性の慢性便秘患者に対する大建中湯の効果に関して二重盲検プラセボ比較試験が行われているが、対象患者の消化管通過時間に有意な効果は認めなかった。また、単施設ランダム化比較試験であるが、慢性便秘患者を対象に、センシッドと大建中湯6週間併用投与後、2週間大建中湯のみ中止し排便回数・腹部膨満感・腹痛症状を比較した検討では、大建中湯併用によって排便回数の有意な変化はみられなかったが、腹部膨満感は大建中湯併用群で有意な改善を認め、腹痛も大建中湯15g/日併用群で改善を認めた。』	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 (40CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考		
A16	K59.0	慢性便秘症 診療ガイドライン2017	日本消化器病学会関連研究会 慢性便秘の 診断・治療研究会 (委員長: 三輪 洋人, 兵庫 医科大学内科学消化内科 主任教授)  Strength of Evidence A: 質の高いエビデンス (High) 真の効果がその効果推定値に近似してい ると確信できる。 B: 中程度の質のエビデンス (Moderate) 効果の推定値が中程度信頼できる。 真の効果は、効果の推定値におおよそ 近いが、それが実質的に異なる可能性もあ る。 C: 質の低いエビデンス (Low) 効果推定値に対する信頼は限定的である。 真の効果は、効果の推定値と、実質的に異 なるかもしれない。 D: 非常に質の低いエビデンス (Very Low) 効果推定値がほとんど信頼できない。 真の効果は、効果の推定値と実質的におよ よそ異なりそうである。  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、2017 年10月10日発 行	A16-12	潤腸湯、乙 字湯、防風 通聖散、桃 核承気湯、 大柴胡湯	慢性便秘症	1) 石岡忠夫, 高齢者の弛緩性便秘に対する潤腸湯と麻子 仁丸の体力差を考慮した効果比較. 漢方の臨床 1996; 43: 1431-7. 2) 松生恒夫, 鈴木康元, 西野晴夫, 大腸メラノシスを伴う 常習性便秘症例に対する防風通聖散の効果. 漢方と最新 治療 1996; 5: 195-9. 3) 内間恭武, 慢性便秘症に対する乙字湯の臨床効果. 医学 と薬学 2015; 72: 869-78. 4) 柴原弘明, 西村大作, オピオイド使用中のがん患者にお ける緩下薬不応性便秘に対する桃核承気湯の効果. 漢方 医学 2013; 37: 211-3. 5) 中島正光, 中島康伸, 持続性がん疼痛治療剤により生じ た便秘に対する大柴胡湯の治療. 漢方診療 1994; 13: 4.	↑	↑	『その他に、エビデンスレベルは低いものの日本人を対象とした症例集積研究が潤腸湯、乙字湯、防風通聖散、桃核承気湯、大柴胡湯 で報告されており、いずれも便秘症状改善効果が示されている。』	n/a			
					A16-13	大黄	発癌性、早期流産 (副作用)	日本東洋医学会学術教育委員会 (編), 便秘・下痢・腹痛・ 腹部膨満. 漢方医学テキスト 南江堂 2009; 177-81.	↑	↑	n/a	『多くの漢方薬に含まれる成分のひとつに大黄 があげられ、いくつかの動物実験でその発癌性 に関して報告されている。しかしながら、いづれ の報告もヒトと比較すると投与量が多く、現時点 ではヒトに対しても同様な発癌性を有するとは考 えられていない。また、大黄は子宮収縮作用およ び骨盤内臓器の充血作用により早期流産の危 険性があるとされるため、妊婦または妊娠してい る可能性のある婦人には投与しないことが望ま しいとされる。また、大黄、センナ、アロエなどア ントラキノン誘導体を含む生薬は適用すると大腸 メラノシス、大腸腸管壁の神経障害をきたす ことが知られており長期間の連用は避けるべきと されている。』			
					A16-14	大黄、セン ナ、アロエな どアントラキ ノン誘導体 を含む生薬	大腸メラノシス、 大腸腸管壁の神 経障害 (副作 用)		↑	↑	n/a	『その他に、甘草 (成分グリチルリチン) による偽 アルドステロン症にも注意が必要である。さらに、 漢方薬は複数の生薬からつくられているため、 種類以上の漢方薬を同時に服用すると効果が重 複してしまい副作用の危険性が高まるため注意 が必要である。』			
					A16-15	甘草	偽アルドステロン 症 (副作用)		↑	↑	n/a	『その他に、甘草 (成分グリチルリチン) による偽 アルドステロン症にも注意が必要である。さらに、 漢方薬は複数の生薬からつくられているため、 種類以上の漢方薬を同時に服用すると効果が重 複してしまい副作用の危険性が高まるため注意 が必要である。』			
					A16-16	大黄甘草湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『大黄甘草湯 使用目標: 便秘に対する基本処方、適応症: 便秘、下剤としてのタイプ: 大腸刺激性、特徴: 大黃の含有量が多い、大黃の主成分はセン ノシドである。甘草の含有割合が高く、甘味が飲みやすい。』	↑	↑	n/a	
					A16-17	桃核承気湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『桃核承気湯 使用目標: いららるを伴う症状を有する患者向け、適応症: 便秘、下剤としてのタイプ: 大腸刺激性+塩類下剤、特徴: 大黃に加えて、芒硝 (硫酸ナトリウム) を含有し、酸化マグネシウムと同様に塩類下剤 (高浸透圧による蠕動亢進) としての作用が期待される。女性で比較的 体力があり、のぼせて便秘しがちなタイプが漢方的な使用目標とされる。』	↑	↑	n/a	
					A16-18	防風通聖散	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『防風通聖散 使用目標: いららるを伴う症状を有する患者向け、適応症: 便秘、下剤としてのタイプ: 大腸刺激性+塩類下剤、特徴: 大黃に加えて、芒硝 (硫酸ナトリウム) を含有し、酸化マグネシウムと同様に塩類下剤 (高浸透圧による蠕動亢進) としての作用が期待される。特色脂肪組織 の活性化を介した肥満に対する効果が報告されていることから、肥満を伴う便秘症に使用されるケースが多い。』	↑	↑	n/a	
					A16-19	調胃承気湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『調胃承気湯 使用目標: いららるを伴う症状を有する患者向け、適応症: 便秘、下剤としてのタイプ: 大腸刺激性+塩類下剤、特徴: 大黃に加えて、芒硝 (硫酸ナトリウム) を含有し、酸化マグネシウムと同様に塩類下剤 (高浸透圧による蠕動亢進) としての作用が期待される。』	↑	↑	n/a	
					A16-20	潤腸湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『潤腸湯 使用目標: 高齢者向け、適応症: 便秘、下剤としてのタイプ: クロライドチャンネル刺激、特徴: クロライドチャンネルCFTR活性化作用により 腸管水分量促進作用、腸管輸送促進作用を示すとともに、大黃による大腸刺激性の排便の誘発が期待される。』	↑	↑	n/a	
					A16-21	麻子仁丸	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『麻子仁丸 使用目標: 高齢者向け、適応症: 便秘、下剤としてのタイプ: 軟便化作用、特徴: 甘草を含有しないことから偽アルドステロン症のリスクが 少ない。麻子仁に含まれる脂肪油・精油によって軟便化作用が期待され、大黃による大腸刺激性の排便の誘発が期待される。腸管の過 緊張や痙攣に伴い便秘の過剰が遠近コロコロした乾燥便を量した場合に効果的と考えられる。』	↑	↑	n/a	
					A16-22	桂枝加芍薬 大黃湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『桂枝加芍薬大黃湯 使用目標: 平滑筋の緊張に伴う腹痛を訴える患者向け、適応症: 便秘、下剤としてのタイプ: 整腸作用、特徴: 芍薬は平滑筋の緊張をや わらげる作用がある。便秘過剰性腸症候群が疑われる場合、痛みの軽減に加えて排便が期待される。』	↑	↑	n/a	
					A16-23	桂枝加芍薬 湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『桂枝加芍薬湯 使用目標: 平滑筋の緊張に伴う腹痛を訴える患者向け、適応症: 腹痛、下剤としてのタイプ: 整腸作用、特徴: 芍薬は平滑筋の緊張をや わらげる作用がある。大黃を含有せずマイルドな整腸作用が期待される。痛みを伴う交代型IBSに効果が期待される。』	↑	↑	n/a	
					A16-24	大建中湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『大建中湯 使用目標: 腹部膨満感を訴える患者向け、適応症: 腹痛、腹部膨満感、下剤としてのタイプ: 消化管運動促進、血流増加、特徴: 大黃を含 有せずマイルドな整腸作用が期待される。腹部膨満を伴う便秘に効果が期待される。便秘患者の直腸感覚閾値を下げることで便意を感じ やすくなる効果が期待される。』	↑	↑	n/a	
					A16-25	大柴胡湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『大柴胡湯 使用目標: 上腹部のはりを訴える患者向け、適応症: 便秘、下剤としてのタイプ: 大腸刺激性+消化管運動促進、特徴: 体力が充実して、 腹壁からみぞおちあたりにかけて苦しく、便秘の傾向があるものの次の諸症状: 胃炎、高血圧や肥満に伴う肩こり、頭痛、神経症、肥満 に効果あり。』	↑	↑	n/a	
A16-26	大黄、芒硝、 枳実、麻子 仁、当帰、芍 薬、山椒、甘 草	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『薬理作用など 大黄: 瀉下 (センノシド)、芒硝: 瀉下 (硫酸Mg)、枳実: 消化管運動亢進作用、麻子仁: 潤腸瀉下、当帰: 潤腸瀉下、芍薬: 鎮痛・鎮痙、山 椒: 消化運動亢進作用、甘草: 抗炎症』	↑	↑	『甘草: 低K注意、大黃、芒硝は妊婦に注意』						

『』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 (40CPGs)

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	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、日本小児消化管機能研究会 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 小児科臨床)	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: 悉無研究 (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) フォローアップ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	A17-1	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、浸透圧性下剤、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表中に、大建中湯、小建中湯、大黃甘草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。
					A17-2	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) フォローアップ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、『浸透圧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	
					A17-3	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、大黃甘草湯、調胃承気湯	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? 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	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、平滑筋の緊張をやわらげる作用があり、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、大建中湯や大黃製剤である潤腸湯、大黃甘草湯、調胃承気湯などを用いる。大黃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、大建中湯と大黃製剤が使用されることが多い。』	n/a	
					A17-4	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? 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	↑	『大建中湯は、人參、乾姜、山椒に膠飴を加えたものである。体が弱く風邪を引きやすかったり、寝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	
					A17-5	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? 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薬物治療の検討 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)	↑	『センナ、大黃で腹痛や下痢を認める患児に有効である。』	n/a	
					A17-6	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-a 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)	↑	『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	
					A17-7	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-a 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)	↑	『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	
					A17-8	小建中湯	小児の便秘症	岩間正文. 虚弱と漢方: 虚弱児の漢方療法. <i>小児疾患の身近な漢方治療?</i> 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	↑	『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良い。小建中湯は桂枝加芍薬湯に膠飴を加えたもので、服薬コンプライアンスも良くなる。』	n/a	
					A17-9	大黃甘草湯	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黃甘草湯・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	↑	『大黃甘草湯は大黃に甘草を加えたものである。大黃は、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きたす。甘草は、大黃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腸に刺激による排便時の腹痛を緩和するので、大黃甘草湯として投与され、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	
					A17-10	大黃甘草湯	小児の便秘症	1) Takeda S, Kase Y, Hayakawa T, et al. General pharmacological properties of Daiao-kanzo-to. <i>応用薬理</i> 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>和漢医薬学雑誌</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)	↑		n/a	
					A17-11	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黃甘草湯・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	↑	『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	
					A17-12	大黃含有漢方製剤	常習性便秘	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-特に大腸メラノース症例について-. <i>漢方産学</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)	↑	『一般に、大黃含有漢方製剤に含まれる1日あたり的大黃含有量 (センシド含有量) 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 (40CPGs)

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	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	A18-1	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. <i>肝・胆・膵</i> 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のある薬剤として、高脂血症薬であるフィブラート製剤、インテンコウ温、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	
A19	L20.9	アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2018	日本皮膚科学会・日本アレルギー学会 アトピー性皮膚炎診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 加藤則人 京都府立医科大学大学院医学研究科皮膚科学)  Strength of Evidence A (高い): 結果はほぼ確実であり、今後研究が新しく行われても結果が大きく変化する可能性は少ない B (低い): 結果を支持する研究があるが十分ではないため、今後研究が行われた場合に結果が大きく変化する可能性がある C (とても低い): 結果を支持する質の高い研究がない  Strength of Recommendation 1: 強い推奨 (recommend): 推奨された治療によって得られる利益が大きく、かつ、治療によって生じる負担を上回ると考えられる 2: 弱い推奨 (suggest): 推奨した治療によって得られる利益の大きさは不確実である。または、治療によって生じる害や負担と拮抗していると考えられる	日本皮膚科学会雑誌 第128巻 第12号 (平成30年12月発行)	A19-1	消風散	アトピー性皮膚炎	Cheng HM, Chaing LC, Jan YM, et al. The efficacy and safety of a Chinese herbal product (Xiao-Feng-San) for the treatment of refractory atopic dermatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. <i>International Archives of Allergy and Immunology</i> 2011; 155: 141-8.	B (低い): 結果を支持する研究があるが十分ではないため、今後研究が行われた場合に結果が大きく変化する可能性がある	2: 弱い推奨 (suggest): 推奨した治療によって得られる利益の大きさは不確実である。または、治療によって生じる害や負担と拮抗していると考えられる	薬物療法の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『漢方治療を併用または補助的治療とすることが有用な場合もあることは否定できない。しかし、アトピー性皮膚炎に対する漢方療法の有用性を検討した臨床研究の多くは、数十例程度の症例集積研究であり、二重盲検RCTの中で国内の一般的な医療機関で処方可能な方剤に関するものは「消風散」と「補中益気湯」を用いた2件のみである。前者はステロイドなどの抗炎症外用薬による治療で皮膚が軽快しない例に、後者は「瘦れやすい」「体がだるい」「根気が続かない」などアンケートで気虚を有すると判断した例を対象に、従来からのステロイドなどの抗炎症外用薬などによる治療と併用して用いたところ、前者では有意な皮膚の改善がみられ、後者ではステロイド外用薬を減量できた。』	『甘草を含む方剤による偽アルドステロン症や、補中益気湯による間質性肺炎、肝機能障害、黄疸などの副作用が報告されており、漢方療法は漢方薬に習熟した医師のもとで行うべきと考えらる。』	
				A19-2	補中益気湯	アトピー性皮膚炎	Kobayashi H, Ishii 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 and Alternative Medicine</i> 2010; 7: 367-73.	B (低い): 結果を支持する研究があるが十分ではないため、今後研究が行われた場合に結果が大きく変化する可能性がある	2: 弱い推奨 (suggest): 推奨した治療によって得られる利益の大きさは不確実である。または、治療によって生じる害や負担と拮抗していると考えられる	『CQ13 アトピー性皮膚炎の治療に漢方療法は有用か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: ステロイドやタクロリムスなどの抗炎症外用薬や抗ヒスタミン薬内服、スキンケア、悪化因子対策を十分に行ううえで、効果が得られないアトピー性皮膚炎の患者に対して、漢方療法を併用することを考慮してもよい。 解説: アトピー性皮膚炎に対する漢方療法の有用性を検討した臨床研究の多くは、数十例程度の症例集積研究であり、二重盲検RCTは7件、その中で国内の一般的な皮膚科で処方可能な方剤に関するものは、消風散と補中益気湯を用いた2件のみと少ない。前者はステロイドなどの抗炎症外用薬による治療で皮膚が軽快しない例に、後者は「瘦れやすい」「体がだるい」「根気が続かない」などアンケートで気虚を有すると判断した例を対象に、ともに従来からのステロイドなどの抗炎症外用薬などによる治療を併用しながら試験を行ったところ、方剤を投与した群ではプラセボ群と比較して、前者では有意な皮膚の改善がみられ、後者ではステロイド外用薬を減量できたことが報告された。』	『「アトピー性皮膚炎にはAという方剤」という画一的な処方の有用性には疑問がある。アトピー性皮膚炎の治療における漢方療法の有用性については、皮膚の性状から方剤を選択することの有用性、アンケートのような簡便な方法による証の判断の妥当性なども含め、検討すべき課題が多い。今後も、多施設での精度の高い二重盲検 RCT 結果の集積など、慎重な検討が必要である。』		
				A19-3	消風散	アトピー性皮膚炎	Cheng HM, Chaing LC, Jan YM, et al. The efficacy and safety of a Chinese herbal product (Xiao-Feng-San) for the treatment of refractory atopic dermatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. <i>International Archives of Allergy and Immunology</i> 2011; 155: 141-8.	B (低い): 結果を支持する研究があるが十分ではないため、今後研究が行われた場合に結果が大きく変化する可能性がある	2: 弱い推奨 (suggest): 推奨した治療によって得られる利益の大きさは不確実である。または、治療によって生じる害や負担と拮抗していると考えられる	『CQ13 アトピー性皮膚炎の治療に漢方療法は有用か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: ステロイドやタクロリムスなどの抗炎症外用薬や抗ヒスタミン薬内服、スキンケア、悪化因子対策を十分に行ううえで、効果が得られないアトピー性皮膚炎の患者に対して、漢方療法を併用することを考慮してもよい。 解説: アトピー性皮膚炎に対する漢方療法の有用性を検討した臨床研究の多くは、数十例程度の症例集積研究であり、二重盲検RCTは7件、その中で国内の一般的な皮膚科で処方可能な方剤に関するものは、消風散と補中益気湯を用いた2件のみと少ない。前者はステロイドなどの抗炎症外用薬による治療で皮膚が軽快しない例に、後者は「瘦れやすい」「体がだるい」「根気が続かない」などアンケートで気虚を有すると判断した例を対象に、ともに従来からのステロイドなどの抗炎症外用薬などによる治療を併用しながら試験を行ったところ、方剤を投与した群ではプラセボ群と比較して、前者では有意な皮膚の改善がみられ、後者ではステロイド外用薬を減量できたことが報告された。』	『甘草を含む方剤による偽アルドステロン症や、補中益気湯による間質性肺炎、肝機能障害、黄疸が報告されており、漢方方剤による有害事象が起こりうることも忘れてはならない。』		
				A19-4	補中益気湯	アトピー性皮膚炎	Kobayashi H, Ishii 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 and Alternative Medicine</i> 2010; 7: 367-73.	B (低い): 結果を支持する研究があるが十分ではないため、今後研究が行われた場合に結果が大きく変化する可能性がある	2: 弱い推奨 (suggest): 推奨した治療によって得られる利益の大きさは不確実である。または、治療によって生じる害や負担と拮抗していると考えられる	『CQ13 アトピー性皮膚炎の治療に漢方療法は有用か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: ステロイドやタクロリムスなどの抗炎症外用薬や抗ヒスタミン薬内服、スキンケア、悪化因子対策を十分に行ううえで、効果が得られないアトピー性皮膚炎の患者に対して、漢方療法を併用することを考慮してもよい。 解説: アトピー性皮膚炎に対する漢方療法の有用性を検討した臨床研究の多くは、数十例程度の症例集積研究であり、二重盲検RCTは7件、その中で国内の一般的な皮膚科で処方可能な方剤に関するものは、消風散と補中益気湯を用いた2件のみと少ない。前者はステロイドなどの抗炎症外用薬による治療で皮膚が軽快しない例に、後者は「瘦れやすい」「体がだるい」「根気が続かない」などアンケートで気虚を有すると判断した例を対象に、ともに従来からのステロイドなどの抗炎症外用薬などによる治療を併用しながら試験を行ったところ、方剤を投与した群ではプラセボ群と比較して、前者では有意な皮膚の改善がみられ、後者ではステロイド外用薬を減量できたことが報告された。』	『甘草を含む方剤による偽アルドステロン症や、補中益気湯による間質性肺炎、肝機能障害、黄疸が報告されており、漢方方剤による有害事象が起こりうることも忘れてはならない。』		

『』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 (40CPGs)

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
A20	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) 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	A20-1	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: 慢性痒疹または亜急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。
					A20-2	黄連解毒湯	亜急性単純性痒疹	手塚匡哉. 亜急性単純性痒疹に対する四物湯と黄連解毒湯の使用経験. 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)		n/a	
					A20-3	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)		n/a	
					A20-4	四物湯	亜急性単純性痒疹	手塚匡哉. 亜急性単純性痒疹に対する四物湯と黄連解毒湯の使用経験. 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)		n/a	
					A20-5	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)		n/a	
					A20-6	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)		n/a	
					A20-7	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)		n/a	
					A20-8	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)		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 (40CPGs)

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	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)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2号、 2012年2月20 日発行	A21-1	漢方薬	皮膚そう痒症	1		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				
					A21-2	黄連解毒湯	老人性皮膚そう痒 症	5	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、両者ともフルクレマステン (タベジール)と同等の効果がみられている。』	n/a			
					A21-3	牛車腎気丸	老人性皮膚そう痒 症										
					A21-4	当帰散子	老人性皮膚そう痒 症										
					A21-5	甘草エキス 配合入浴剤	老人性皮膚そう痒 症										
					A21-6	八味地黄丸	老人性皮膚そう痒 症										
					A21-7	八味地黄丸	老人性皮膚そう痒 症										
					A21-8	六味丸	老人性皮膚そう痒 症										
					A21-9	当帰散子	皮膚そう痒症										
					A21-10	黄連解毒湯	皮膚そう痒症										
A21-11	黄連解毒湯	皮膚そう痒症															
A21-12	温清飲	皮膚そう痒症															
A21-13	当帰散子	皮膚そう痒症															
A22	L50	蕁麻疹診療 ガイドライン 2018	日本皮膚科学会蕁麻疹診療ガイドライン改 定委員会 (委員長: 秀道広 広島大学大学院 医歯薬保健学研究科皮膚科学)  Strength of Evidence A (高い): 質の高い、かつ、多数の一致した 結果の無作為化比較試験。無作為化比較 試験のメタアナリシス。 B (低い): 不一致な結果の無作為化比較試 験。質に疑問のある、または、少数の無作 為化比較試験。非無作為化比較試験。多数 の一致した結果の前後比較試験や観察研 究。 C (とても低い): 少数の前後比較試験や観 察研究、症例報告、専門家意見。  Strength of Recommendation 1: 強い推奨 (recommend): 推奨された治療 によって得られる利益が大きく、かつ、治療 によって生じうる負担を上回ると考えられる 2: 弱い推奨 (suggest): 推奨した治療によっ て得られる利益の大きさは不確実である、 または、治療によって生じうる害や負担と拮 抗していると考えられる	日本皮膚科学 会雑誌 第128 巻 第12号 2018年12月発 行	A22-1	漢方薬	慢性蕁麻疹	1) Kim JH, Park SS. Retrospective case series on Gwakhyangjeonggi-san prescribed to patients with chronic urticaria. <i>Complementary Therapies in Medicine</i> 2015; 23: 806-9. 2) Kato S, Kato TA, Nishie H, et al. Successful treatment of chronic urticaria with a Japanese herbal medicine, yokukansan. <i>The Journal of Dermatology</i> 2010; 37: 1066-7. 3) 橋本喜夫. 慢性蕁麻疹の漢方療法. <i>日本東洋医学雑誌</i> 2011; 62: 256-61. 4) 河野吉成, 三浦於菟. 安中散が有効であった慢性蕁麻疹 の一例. <i>漢方研究</i> 2011; 47(2): 4-7. 5) 猪又直子. 抗ヒスタミン薬に抵抗する慢性特発性蕁麻疹 の薬的対策. <i>Derma</i> 2012; 194: 12-20. 6) 磯村知子. 臨床 慢性蕁麻疹と漢方治療. <i>アレルギー・免 疫</i> 2016; 23: 398-403. 7) 夏秋俊. 慢性蕁麻疹に対する漢方治療. <i>MB Derma</i> 2005; 105: 42-6. 8) 小林裕美. 蕁麻疹. 漢方内科学. <i>メディカルビュー</i> 2007; 704-5. 9) 二宮文乃. 蕁麻疹. 皮膚疾患の漢方治療. 源草社 2008; 139-46. 10) 橋本喜夫. 各種皮膚疾患に対する漢方療法一病名投与 法と漢方診療問診表による方剤の選択一. 皮膚科における 漢方治療の現状11. 総合医学社 1999; 3-27.	C (とても低い): 少 数の前後比較試験 や観察研究、症例 報告、専門家の意 見。	2: 弱い推奨 (suggest): 推奨した 治療によって得ら れる利益の大きさは 不確実である。また は、治療によって 生じうる害や負担と拮 抗していると考えら れる	『CQ18: 慢性蕁麻疹に漢方薬の併用は有効か』に対して、下記の記載がある。 『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切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、有効性を示唆する対象群を伴わない研究や多数の症例報告と専門家の意見があ 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じて処方内容を決定する漢方医学の立場では、慢性蕁麻疹に対して普遍的に有効性を期待し得る薬種 はなく、日本東洋医学会のEBM 特別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2013 (http://www.jsom.or.jp/medical/ebm/pdf/EKATJ_Appendix_2014.pdf)でも、蕁麻疹に関する記載はない。そのため、個々の症例の証を踏 まえた薬種の選択がなされる場合を除き、慢性蕁麻疹に一律に漢方薬を併用することは推奨しない。しかし、明確な有害性を示す、また は積極的に効果を否定するエビデンスもないことから、他に方法がない難治例に限り試してみることも否定しない。』	n/a	特発性の蕁麻疹に対する薬物治 療手順の図中のStep2に、Step1 に追加してH2拮抗薬、抗ロイコ トリエン薬さらにフクニアウリ ス接種家兔炎症皮膚抽出液 (注 射)、グリチルリチン製剤 (注射) 、ジフェニルホルモン、抗不安 薬、トラネキサム酸、漢方薬、な どを追加または変更しても良い。 と記載がある。				



『』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 (40CPGs)

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
A23	L63.9	日本皮膚科学会円形脱毛症ガイドライン作成委員会(委員長:坪井良治 東京医科大学皮膚科学分野)	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	日本皮膚科学会雑誌 第127巻 第13号 2017年12月20日発行	A23-1	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: 行わないほうがよい(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)	『CQ16 漢方薬療法は有効か?』に対して、下記の記載がある。 『解説: 漢方薬単独の治療効果のみを臨床試験はないが、3報の症例集積報告がある。しかし、いずれの報告も評価基準、再発の有無、併用療法との効果比較、自然治癒率をのぐ効果があるのか、等の基本的な疑問への回答はなく、その有用性は判断としない。以上のように、漢方薬の有用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、日常診療においては行わないほうがよい。』	n/a	
					A23-2	半夏厚朴湯	脱毛症	大熊守也. 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>和漢医薬学雑誌</i> 1998; 15: 422-3.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究)	C2: 行わないほうがよい(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)			
					A23-3	柴胡加竜骨牡蠣湯	円形脱毛症	大草康弘. 円形脱毛症における柴胡加竜骨牡蠣湯の使用経験. <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: 行わないほうがよい(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)			
A24	L70.0	日本皮膚科学会 尋常性ざ瘡治療ガイドライン改訂委員会(委員長:林伸和 虎の門病院皮膚科)	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	日本皮膚科学会雑誌 第127巻 第6号 2017年5月22日発行	A24-1	荊芥連翹湯	ざ瘡(炎症性皮膚疹)	橋本喜夫, 松尾忍, 飯塚一. ざ瘡に対する荊芥連翹湯の使用経験. 第12回皮膚科東洋医学研究会記録 1994; 46-53.	III: 非ランダム化比較試験(統計処理のある前後比較試験を含む)	C1: 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)	『CQ12: 炎症性皮膚疹に漢方は有効か?』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 炎症性皮膚疹に、他の治療が無効、あるいは他の治療が実施できない状況では、荊芥連翹湯、清上防風湯、十味敗毒湯を選択肢の一つとして推奨する。黄連解毒湯、温清飲、温経湯、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: ざ瘡の炎症性皮膚疹に対し、黄連解毒湯、十味敗毒湯、荊芥連翹湯、清上防風湯にはエビデンスレベル III とV、温清飲、温経湯、桂枝茯苓丸にはエビデンスレベル V の有効性に関するエビデンスが存在する(いずれもエキス剤)。ただし、抗生薬を併用しているものもあり、現時点ではその評価に問題なしとは言えない。また、煎薬に関してはエビデンスがあまりに不足して評価できない。ただし副作用が少ない点が考慮され、他の治療が無効、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。ざ瘡に保険適応を有しているのは、荊芥連翹湯、清上防風湯であり、十味敗毒湯は化膿性皮膚疾患に適応をもつ。以上より、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、炎症性皮膚疹に荊芥連翹湯、清上防風湯、十味敗毒湯内服を選択肢の一つとして推奨する。黄連解毒湯、温清飲、温経湯、桂枝茯苓丸の投与は、行ってもよいが推奨はしない。』	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="https://www.dermatoj.or.jp/uploads/files/guideline/1372913643_1.pdf">https://www.dermatoj.or.jp/uploads/files/guideline/1372913643_1.pdf</a>
					A24-2	荊芥連翹湯	ざ瘡(炎症性皮膚疹)	武市牧子. ざ瘡に対する漢方薬の実践的投与. <i>漢方医学</i> 2005; 29: 282-6.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究)	C1: 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)			
					A24-3	清上防風湯	ざ瘡(炎症性皮膚疹)	堀口裕治, 松本いづみ, 唐崎健一郎. 尋常性ざ瘡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. <i>皮膚科紀要</i> 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)	C1: 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)			
					A24-4	清上防風湯	ざ瘡(炎症性皮膚疹)	武市牧子. ざ瘡に対する漢方薬の実践的投与. <i>漢方医学</i> 2005; 29: 282-6.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究)	C1: 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)			
					A24-5	十味敗毒湯	ざ瘡(炎症性皮膚疹)	大熊守也. 尋常性ざ瘡の漢方内服・外用併用療法. <i>和漢医薬学雑誌</i> 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: 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)			
					A24-6	十味敗毒湯	ざ瘡(炎症性皮膚疹)	1) 武市牧子. ざ瘡に対する漢方薬の実践的投与. <i>漢方医学</i> 2005; 29: 282-6. 2) 林知恵子. 婦人科における尋常性ざ瘡の治療(第1報). <i>産婦人科漢方研究のあゆみ</i> 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究)	C1: 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)			
					A24-7	黄連解毒湯	ざ瘡(炎症性皮膚疹)	大熊守也. 尋常性ざ瘡の漢方内服・外用併用療法. <i>和漢医薬学雑誌</i> 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)推奨しない(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)			
					A24-8	黄連解毒湯	ざ瘡(炎症性皮膚疹)	1) 武市牧子. ざ瘡に対する漢方薬の実践的投与. <i>漢方医学</i> 2005; 29: 282-6. 2) 林知恵子. 婦人科における尋常性ざ瘡の治療(第1報). <i>産婦人科漢方研究のあゆみ</i> 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)推奨しない(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)			
					A24-9	温清飲	ざ瘡(炎症性皮膚疹)	林知恵子. 婦人科における尋常性ざ瘡の治療(第1報). <i>産婦人科漢方研究のあゆみ</i> 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)推奨しない(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)			
					A24-10	温経湯	ざ瘡(炎症性皮膚疹)	林知恵子. 婦人科における尋常性ざ瘡の治療(第1報). <i>産婦人科漢方研究のあゆみ</i> 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)推奨しない(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)			
					A24-11	桂枝茯苓丸	ざ瘡(炎症性皮膚疹)	1) 武市牧子. ざ瘡に対する漢方薬の実践的投与. <i>漢方医学</i> 2005; 29: 282-6. 2) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性ざ瘡に対する桂枝茯苓丸の使用経験. <i>新薬と臨床</i> 2005; 54: 907-14. 3) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性ざ瘡に対する桂枝茯苓丸の使用経験(第2報). <i>新薬と臨床</i> 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)推奨しない(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)			
					A24-12	桂枝茯苓丸 十四伝高湯	ざ瘡(炎症性皮膚疹)	手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性ざ瘡に対する桂枝茯苓丸の使用経験(第3報). <i>新薬と臨床</i> 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)推奨しない(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 (40CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS 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	L70.0	尋常性疥癬 治療ガイドライン 2017	日本皮膚科学会 尋常性疥癬治療ガイドライン改訂委員会 (委員長: 林伸和 虎の門病院 皮膚科)  Strength of Evidence I: システムティックレビュー、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: 分析学的研究 (コホート研究や症例対照研究) V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究) VI: 専門委員会や専門家個人の意見  Strength of Recommendation A: 行うよう強く推奨する (少なくとも1つの有効性を示すレベルもしくは良質のレベルIIのエビデンスがある) A*: 行うよう推奨する (Aに相当する有効性のエビデンスがあるが、副作用などを考慮すると推奨度が劣る) 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: 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) 推奨しない (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127巻 第6号 2017年5月22日発行	A24-13	荊芥連翹湯	面皰	橋本喜夫, 松尾忍, 飯塚一. ザ瘡に対する荊芥連翹湯の使用経験. 第12回皮膚科東洋医学研究会記録 1994; 46-53.	III: 非ランダム化比較試験 (統計処理のある前後比較試験を含む)	C1: 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)	『CQ23: 面皰に漢方は有効か?』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 面皰に、他の治療が無効、あるいは他の治療が実施できない状況では、荊芥連翹湯を選択肢の一つとして推奨する。黄連解毒湯、十味敗毒湯、桂枝茯苓丸については、行ってもよいが推奨はしない。 解説: ザ瘡には、黄連解毒湯、十味敗毒湯、荊芥連翹湯、清上防風湯、桂枝茯苓丸など種々の漢方薬が使用されてきた。しかしながら、臨床評価としては、漢方エキス剤の炎症性皮膚病に対する効果の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、クレンジングマシンの使用、1% 硫酸ゲンタマイシン含有吉草酸ベタメサゾロン溶液、あるいはイオウカウフルローション外用と併用することで面皰、丘疹、膿疱の減少と消失に有効とする報告があり、荊芥連翹湯及びトラサイクリン系抗菌薬併用とテトラサイクリン系抗菌薬のみの群を比較した時に荊芥連翹湯併用群で有効性が高かったとする報告と桂枝茯苓丸と茵陳蒿湯を併用した使用経験の報告がある。また煎薬に関してはエビデンスがあまり不足して評価できない。ただし、副作用が少ない点が考慮され、他の治療に抵抗性、あるいは他の治療が実施できない状況では、上記の漢方エキス剤も選択肢の一つとなりうる。なお、ザ瘡に対して保険適応を有しているのは、荊芥連翹湯、清上防風湯のみである。 以上より、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、面皰に荊芥連翹湯を選択肢の一つとして推奨する。黄連解毒湯、十味敗毒湯、桂枝茯苓丸の投与は、行ってもよいが推奨はしない。』	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="https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/1372913643_1.pdf">https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/1372913643_1.pdf</a>
					A24-14	黄連解毒湯	面皰	大熊守也. 尋常性ザ瘡の漢方内服・外用併用療法. 和漢医薬学会誌 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) 推奨しない (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)			
					A24-15	黄連解毒湯	面皰 (炎症性皮膚疹)	武市牧子. ザ瘡に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C2: 十分な根拠がないので (現時点では) 推奨しない (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)			
					A24-16	十味敗毒湯	面皰	大熊守也. 尋常性ザ瘡の漢方内服・外用併用療法. 和漢医薬学会誌 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) 推奨しない (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)			
					A24-17	十味敗毒湯	面皰 (炎症性皮膚疹)	1) 武市牧子. ザ瘡に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 林知恵子. 婦人科における尋常性ザ瘡の治療 (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) 推奨しない (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)			
					A24-18	桂枝茯苓丸	面皰 (炎症性皮膚疹)	1) 武市牧子. ザ瘡に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 林知恵子. 婦人科における尋常性ザ瘡の治療 (第1報). 産婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6. 3) 手塚匡哉. 気滞血オと弁証された尋常性ザ瘡に対する桂枝茯苓丸の使用経験. 新薬と臨床 2005; 54: 907-14. 4) 手塚匡哉. 気滞血オと弁証された尋常性ザ瘡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) 推奨しない (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)			
					A24-19	桂枝茯苓丸 十箇疔膏湯	面皰	手塚匡哉. 気滞血オと弁証された尋常性ザ瘡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) 推奨しない (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)			
					A24-20	清上防風湯	面皰 (炎症性皮膚疹)	堀口裕治, 松本いづみ, 唐崎健一郎. 尋常性ザ瘡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			
					A24-21	梔子柏皮湯、黄連解毒湯、葛根紅花湯、桂枝茯苓丸、温清散、荊芥連翹湯	酒サ	高橋邦明. 酒サの漢方療法. Visual Dermatol 2014; 13: 913.	VI: 専門委員会や専門家個人の意見	C2: 十分な根拠がないので (現時点では) 推奨しない (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)			
					A24-22	十味敗毒湯	酒サ	中西孝文. 酒サの治療における十味敗毒湯の有用性. 漢方診療 1995; 14: 30-3.	VI: 専門委員会や専門家個人の意見	C2: 十分な根拠がないので (現時点では) 推奨しない (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)			
A24-23	白虎加入参湯	酒サ	橋本喜夫. 酒サ及び酒サ様皮膚炎に対する漢方薬の有効性 特に白虎加入参湯の有効性. 漢方医学 2010; 34: 351-6.	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) 推奨しない (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、【】内は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 (40CPGs)

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	L74.4	特発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: 「特発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	A25-1	柴芎湯	特発性後天性全身性無汗症	池田謙史, 河井一浩, 富樫きょう子, ほか. 最近話題の皮膚疾患 特発性後天性全身性無汗症. <i>臨床皮膚科</i> 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 治療とクリニカルエッセンスの項の『その他の治療法はAIGA【特発性後天性全身性無汗症】に有効か?』に対して下記の推奨文と解説文が記載されている。 『推奨文: 難治な例が多いことを考慮すれば試してみてもよいが、いずれも確立していない。保険適用外である。 解説文: AIGAに対し、柴芎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V)。柴芎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	
					A25-2	柴芎湯	特発性後天性全身性無汗症	n/a	n/a	n/a	治療法アルゴリズムの項に、下記の記載がある。 『ステロイド無効例に対してシクロスポリン、柴芎湯、ピロカルピン、内服PUVA療法などによる治療を考慮してもよい。ただしいずれも保険適用外。』	n/a	
A26	M34.0	全身性強皮症 診断基準・重症度分類・診療ガイドライン	全身性強皮症 診断基準・重症度分類・診療ガイドライン委員会  Strength of Evidence A: 効果の推定値に強く確信がある B: 効果の推定値に中程度の確信がある C: 効果の推定値に対する確信は限定的である D: 効果の推定値がほとんど確信できない  Strength of Recommendation 1: 強く推奨する 2: 提案する なし: 決められない場合	<a href="https://www.dermatology.or.jp/uploads/uploads/files/126101831.pdf">https://www.dermatology.or.jp/uploads/uploads/files/126101831.pdf</a>	A26-1	六君子湯	上部消化管の症状	長谷川道子, 永井弥生, 石川 治. 強皮症に伴う胃食道逆流症に対する六君子湯の使用経験. <i>皮膚科の臨床</i> 2011; 53: 1767-70. (レベル IVb: 分析疫学的研究(症例対照研究、横断研究))	D: 効果の推定値がほとんど確信できない	2: 提案する	『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: 上部消化管蠕動運動異常の症状に対して六君子湯での治療を選択肢の一つとして提案する。 解説: 漢方薬の六君子湯(2.5g×3回/食前)は強皮症での十分なエビデンスは無いが、少数例での強皮症患者への使用において有効性を示す報告がある。』	n/a	
					A26-2	六君子湯	上部消化管の症状	西野圭一郎, 村上匡人, 村上重人, ほか. 胃腸患者の半固形化薬における六君子湯を含む胃運動改善剤の胃排出能の改善に対する有用性の検討. <i>在宅医療と内視鏡治療</i> 2011; 15: 12-8. (レベル III: 非ランダム化比較試験による)	D: 効果の推定値がほとんど確信できない	2: 提案する			
					A26-3	六君子湯	上部消化管の症状	1) Tatsuta M, Iishi H. Effect of treatment with liu-jun-zi-tang (TJ-43) on gastric emptying and gastrointestinal symptoms in dyspeptic patients. <i>Alimentary Pharmacology &amp; 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. (レベル IVb: 分析疫学的研究(症例対照研究、横断研究))	D: 効果の推定値がほとんど確信できない	2: 提案する	『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: 上部消化管蠕動運動異常の症状に対して六君子湯での治療を選択肢の一つとして提案する。 解説: 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	
					A26-4	大建中湯	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. (レベル IVa: 分析疫学的研究(コホート研究))	D: 効果の推定値がほとんど確信できない	2: 提案する			
					A26-5	大建中湯	腸の蠕動運動低下	1) Horiuchi A, Nakayama Y, Tanaka N. Effect of Japanese medicine, Daikenchuto (TJ-100) in patients with chronic constipation. <i>Gastroenterology Research</i> 2010; 3: 151-5. 2) 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; 2014: 231258 (Epub). (レベル III: 非ランダム化比較試験による)	D: 効果の推定値がほとんど確信できない	2: 提案する	『CQ12: 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: 腸の蠕動運動低下に対して、大建中湯での治療を選択肢の一つとして提案する。 解説: 大建中湯は消化管蠕動運動の改善作用を示す基礎研究は多く、種々の原因による便秘症の患者を対象とした臨床研究においても、症状の改善を示す報告がみられる。』	n/a	
					A26-6	大建中湯	腸の蠕動運動低下	神尾芳幸, 小川文秀, 鍛塚大, ほか. 全身性強皮症に合併した麻痺性イレウスの2例. <i>西日本皮膚科</i> 2012; 74: 5-9. (レベル V: 記述研究(症例報告やケース・シリーズ))	D: 効果の推定値がほとんど確信できない	2: 提案する	『CQ12: 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: 腸の蠕動運動低下に対して、大建中湯での治療を選択肢の一つとして提案する。 解説: 強皮症の消化管蠕動運動低下に対しては、症例報告がある程度で、有効であると十分な研究結果は無い。』	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 (40CPGs)

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	M79.79	線維筋痛症 診療ガイド ライン2017	一般社団法人日本線維筋痛症学会、国立 研究開発法人日本医療研究開発機構線維 筋痛症研究班 ガイドライン作成委員会 (委 員長: 松本美富士 地方独立行政法人桑名 市総合医療センター 顧問)  Strength of Evidence A (強): 効果の推定値に強い確信がある B (中): 効果の推定値に中程度の確信がある C (弱): 効果の推定値に対する確信は限定 的である D (とても弱い): 効果の推定値がほとんど確 信できない  Strength of Recommendation ・行うことを強く推奨する (実施する) ・行うことを提案する (提案する) ・行わないことを提案する (提案しない) ・行わないことを強く推奨する (実施しない) ・推奨なし (推奨度決定のための全体パネ ル会議で推奨度決定の合意に至らないが、 推奨度決定に及ばない) Qsである場合)	日本医事新報 社、2017年10 月20日第1版 発行	A27-1	漢方薬	線維筋痛症	日本線維筋痛症学会編 線維筋痛症診療ガイドライン2013、 日本医事新報社 2013.	n/a	n/a	治療の項に、下記の記載がある。 『薬物療法は抗うつ薬、抗痙攣薬 (抗てんかん薬) が主体であり、非ステロイド系抗炎症薬 (NSAIDs)、副腎皮質ステロイド薬は一般には 無効である。その他に生薬、漢方製剤を含む様々な薬物療法、ならびに鍼灸療法などを含めた非薬物療法や代替・補完医療が行 われてきた。(中略) その他、漢方製剤、生薬などの様々な薬剤がこれまで使用されてきたが、エビデンスが乏しいことや保険適応との観点から推奨度は低 い。』	n/a				
					A27-2	漢方薬	線維筋痛症	n/a	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基 づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治 療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬、漢方薬 (日本式漢方) との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも 見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム (対照群のない) 研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬 甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a				
					A27-3	芍薬甘草湯	線維筋痛症	n/a	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基 づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治 療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬、漢方薬 (日本式漢方) との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも 見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム (対照群のない) 研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬 甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a				
					A27-4	アコニサン	線維筋痛症	1) 佐藤正夫、四戸隆基、田中領、ほか、線維筋痛症症例の 背景因子の検討。中野日本整形外科学会雑誌 2009; 52: 951-2. 2) 原敬二郎、線維筋痛症に麻杏ヨク甘湯が有効な一例。 漢方研究 2007; 429: 274-5. 3) 三木健司、行岡正雄、リウマチ性脊椎関節炎の治療 (線 維筋痛症との合併に注意)。Modern Physician 2010; 30: 1561-8.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基 づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治 療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬、漢方薬 (日本式漢方) との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも 見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム (対照群のない) 研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬 甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a				
					A27-5	大防風湯+ 葛根湯+修 治附子末	線維筋痛症	太田博孝、線維筋痛症に大防風湯葛根湯加附子が有効 した症例。漢方と診療 2015; 6: 150-3.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する						
					A27-6	四逆散	線維筋痛症	藤永洋、漢方薬を使いこなす! 慢性痛の治療戦略-線維筋 痛症・リウマチ性多発筋痛症。漢方 2015; 66: 2499-504.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する						
					A27-7	桂枝茯苓丸 +柴胡桂枝 乾姜湯、呉 茱萸湯+柴 胡桂枝乾姜 湯+補中益 気湯+柴胡 桂枝乾姜湯	線維筋痛症	守屋純二、山川淳一、竹内健二、ほか、マイコプラズマ感染 症後に発症した線維筋痛症に対する漢方薬の使用経験。 痛みと漢方 2015; 25: 129-33.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する						
					A27-8	通脈四逆湯 +桂枝去桂 加茯苓白朮 湯+大烏頭 煎、白虎加 人参湯+防 己黃耆湯	線維筋痛症	伊関千重、鈴木雅雄、吉田大河、ほか、烏頭煎と鍼灸治療の 併用が有効であった。線維筋痛症、慢性疲労症候群、複合 局所疼痛症候群の合併症例。日本東洋医学雑誌 2015; 66: 131-9.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する						
					A27-9	白虎加入参 湯+防己黄 耆湯、防己 黄耆湯+越 婢加朮湯	線維筋痛症	川村力、北郷邦昭、江部康二、白虎加入参湯合越婢加朮湯 が有効した線維筋痛症の1例。漢方と診療 2015; 5: 323-5.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する						
					A27-10	ヨク苳仁湯	線維筋痛症	大野修嗣、横・Dr.Ohno教えてください 漢方処方実践編 症 例から学ぶ服薬指導のポイント (第11回) 疼痛。漢方医療学 雑誌 2015; 22: 113-9.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する						
					A27-11	烏等通気湯 加附子	線維筋痛症	川鍋伊晃、星野卓之、花輪善彦、線維筋痛症に伴う慢性疼 痛の緩和に烏等通気湯加附子が有効であった一例。漢方 の臨床 2014; 61: 804-10.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する						
					A27-12	温経湯加延 胡索	線維筋痛症	川鍋伊晃、石毛達也、花輪善彦、線維筋痛症に伴う難治性 の慢性疼痛に温経湯加延胡索が有効であった一例。漢方 の臨床 2013; 60: 864-9.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する						
					A27-13	四逆散	線維筋痛症	森康一、線維筋痛症に四逆散が有効した1例。漢方と診療 2013; 41: 47-9.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する						
					A27-14	加味逍遙散 +桃核承氣 湯、桃核承 気湯、三黄 瀉心湯	線維筋痛症	守屋純二、山川淳一、竹内健二、ほか、線維筋痛症が疑われ た疼痛性疾患に桃核承氣湯、清熱剤が有効であった1症例。 痛みと漢方 2012; 22: 98-101.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する						
					A27-15	ヨク苳仁湯+ 補中益気湯 +芍薬甘草 湯、通導散、 桂枝茯苓丸	線維筋痛症	大野修嗣、線維筋痛症の漢方治療。漢方の臨床 2011; 58: 1481-90.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する						
					A27-16	漢方薬	線維筋痛症	江部洋一郎、杏林春秋 経方医学臨床録 (3)。中医臨床 2011; 32: 206-10.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する						
					A27-17	抑肝散	線維筋痛症	川村力、疏肝理気活血利水法が有効した線維筋痛症の1例 本症発症機序の中医学的考察。漢方の臨床 2011; 58: 271-7.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する						
					A27-18	漢方薬	線維筋痛症	河野清秀、線維筋痛症は、駆血剤で改善する。痛みと漢 方 2009; 19: 55-60.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する						
					A27-19	牛車腎気丸	過活動膀胱	日本排尿機能学会、過活動膀胱診療ガイドライン作成委員 会編、薬物療法。過活動膀胱診療ガイドライン (第2版)。リッ チヒルメディカル 2015; 137-62.	D (とても弱い): 効 果の推定値がほと んど確信できない	提案する						

巻末の「本邦線維筋痛症治療薬  
のエビデンスレベルと推奨度の  
一覧-疼痛に対する薬物療法V-」  
の表中に、下記の記載がある。  
『汎用順位1  
薬剤名 (商品名): 日局加工ブ  
ン末 (アコニサン)  
エビデンスレベル: D  
推奨度: 提案  
保険適応: 鎮痛、強心、利尿  
  
汎用順位2  
薬剤名 (商品名): 各種漢方製  
剤 (芍薬甘草湯等)  
エビデンスレベル: D (一部C)  
推奨度: 提案  
保険適応: 各種臨床徴候  
備考: 大部分が有効症例報告で  
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 (40CPGs)

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
A28	N02.8	エビデンスに基づくIgA腎症診療ガイドライン 2017	IgA腎症診療ガイドライン作成分科会 (委員長: 藤元明一 宮崎大学血液・血管先端医療学講座 (腎臓内科))  Strength of Evidence A (強): 効果の推定値に強く確信がある B (中): 効果の推定値に中等度の確信がある C (弱): 効果の推定値に対する確信は限定的である D (とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない  Strength of Recommendation 1: 強く推奨する (推奨する) 2: 弱く推奨する (提案する) (推奨) なし: 明確な推奨がどうしても不適切・不可能であると判断した場合	東京医学社、2017年6月15日発行	A28-1	柴芩湯	小児IgA腎症	吉川徳茂, 伊藤拓, 酒井糾, ほか. 巣状・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.	B (中): 効果の推定値に中等度の確信がある	2: 弱く推奨する (提案する)	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2B: 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、治療選択肢として提案する。』 『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 (早期尿蛋白/Cr比が1.0未満)、巣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が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、柴芩湯は小児の巣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	
A29	N30-N39	女性下部尿路症状診療ガイドライン	日本排尿機能学会 女性下部尿路症状診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 高橋悟 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らない比較対照研究 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らない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 CI: 行ってもよい C2: 行わないよう勧められない 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	A29-1	牛車腎気丸	過活動膀胱	↓	↓	CI: 行ってもよい	過活動膀胱の薬物療法の項に、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。
					A29-2	牛車腎気丸	過活動膀胱	Kajiwara M, Mutaguchi K. Clinical efficacy and tolerability of Gosha-Ginki-Gan, Japanese traditional herbal medicine, in females with overactive bladder. <i>Hinyokika Kyo</i> 2008; 54: 95-9.	IV: 前向き対照のない観察研究	↑	『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	
					A29-3	牛車腎気丸	過活動膀胱	西澤芳男, 西澤恭子, 吉岡二三, ほか. 過活動性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. <i>漢方最新治療</i> 2007; 16: 131-42.	II: 小規模なRCTで結果が明らかな研究	↑	『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』	
					A29-4	補中益気湯	腹圧性尿失禁	↓	↓	CI: 行ってもよい	腹圧性尿失禁の薬物療法の項に、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、補中益気湯や薬用ベコボチャ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。
					A29-5	補中益気湯	腹圧性尿失禁	井上雅, 横山光彦, 石井重矢乃, ほか. 女性腹圧性尿失禁に対する補中益気湯の有用性に関する検討. <i>日本東洋医学雑誌</i> 2010; 61: 853-5.	IV: 前向き対照のない観察研究	↑	『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、バドテストの重量、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なく』	

『』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 (40CPGs)

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	
A30	N32.8	過活動膀胱 診療ガイドラ イン【第2版】	<p>日本泌尿機能学会 過活動膀胱診療ガイド ライン作成委員会(委員長: 武田正之 山梨 大学大学院総合研究部泌尿器科学講座教 授)</p> <p>Strength of Evidence (論文のエビデンスレ ベル) I: 大規模RCTで結果が明らかな研究 (メタ ナリシスシステムティック・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らない研究 IV: 前向き対照のない研究 V: 後ろ向き症例研究か専門家の意見</p> <p>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らない比較対照研究 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</p> <p>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I もしくは良質のレベル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IIIか良質のレベルIVあるいは非常に良質 なレベルV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: 根拠はないので、行わないよう勧められ る。(有効のエビデンスがないが、無効また は有害のエビデンスがある) D: 無効または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 ることを示す良質のエビデンスがある) 保留: 推奨グレードを決定できない。</p>	リッチヒルメ ディカル、 2015年4月30 日 第1版第1 刷発行	A30-1	漢方薬	口内乾燥	安細敏弘, 柿木保明. 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: 口内乾燥の病名で処方可能なのは、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、身体のパ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腔内の保湿を行うことを併用しながら治療を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、主な証、症状・備 考、主な適応症が記載されてい る。	
					A30-2	漢方薬	口内乾燥	柿木保明. 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)	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RCT1編と他1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。	
					A30-3	牛車腎気丸	過活動膀胱	1	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)	『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	過活動膀胱に対する薬物治療: 単独療法中の、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。	
					A30-4	牛車腎気丸	過活動膀胱	Kajiwara M, Mutaguchi K. Clinical efficacy and tolerability of Goshu-Jinki-Gan, Japanese traditional herbal medicine, in females with overactive bladder. <i>Hinyokika Kyo</i> 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	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 ピペリン群は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
					A30-5	牛車腎気丸	過活動膀胱	西澤芳男, 西澤恭子, 吉岡二三, ほか. 過活動性膀胱の健康 関連生活の質改善に対する牛車腎気丸とpropiverine hydrochlorideの前方無作為比較試験. 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 ピペリン群は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	『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。 『本薬に関するRCT1編と他1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
					A30-6	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。 『本薬に関するRCT1編と他1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	『CQ1 男性下部尿路症状を悪化させる薬剤や生 活習慣は何か?』に対して、下記の記載がある。 『シクロホスファミドやイホスファミドは直接的粘 膜障害により、トラニロラストや漢方薬(柴朴湯、 柴苓湯、小柴胡湯、温清散、柴胡桂枝湯)はアレ ルギー性膀胱炎により出血性膀胱炎の原因とな りうる。』	n/a
					A30-7	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。 『石塚らは、α1遮断薬(タムスロシン)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	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: 単独療法中の、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。	
					A30-8	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. 漢方製剤の臨床効果. 牛車腎気丸を中心として. <i>Urology View</i> 2009; 7: 81-4.	II: 小規模なRCTで 結果が明らかな研 究	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』の漢方薬の牛車腎気丸の項に、下記の記載がある。 『石塚らは、α1遮断薬(タムスロシン)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	
A31	N40-N51	男性下部尿 路症状・前立 腺肥大症診 療ガイドラ イン	<p>日本泌尿器科学会 男性下部尿路症状・前 立腺肥大症診療ガイドライン作成委員 (委 員長: 本間之夫 東京大学大学院医学系研 究科泌尿器科学 教授)</p> <p>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らない比較対照研 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</p> <p>Strength of Evidence (根拠のレベ ル) 1: 複数の大規模RCTまたはMeta-analysisや Systematic review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らない比較対照研究 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</p> <p>Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められ る C: 行うよう勧めめ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</p>	リッチヒルメ ディカル、 2017年4月20 日 第1版第1 刷発行	A31-1	漢方薬(柴 朴湯、柴苓 湯、小柴胡 湯、温清散 、柴胡桂枝湯)	出血性膀胱炎(副 作用)	川本進也, 竹田徹朗. 肉眼的血尿をきたす薬剤. <i>臨床泌尿 器科</i> 2012; 66: 547-50.	n/a	n/a	『CQ1 男性下部尿路症状を悪化させる薬剤や生 活習慣は何か?』に対して、下記の記載がある。 『シクロホスファミドやイホスファミドは直接的粘 膜障害により、トラニロラストや漢方薬(柴朴湯、 柴苓湯、小柴胡湯、温清散、柴胡桂枝湯)はアレ ルギー性膀胱炎により出血性膀胱炎の原因とな りうる。』	n/a	男性下部尿路症状に対する治療 法. 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。	
					A31-2	牛車腎気丸	前立腺肥大症	1	1	C1: 行ってもよい	薬物療法以外の薬剤に、下記の記載がある。 『検索で21編の文献を得、そのうち4編を引用した。 前立腺肥大症に対して有効性を支持する根拠は十分でない。牛車腎気丸は他剤との併用にて過活動膀胱症状に有用とする非盲検RCT がある(レベル2)。』	n/a	男性下部尿路症状に対する治療 法. 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。	
					A31-3	八味地黄丸	前立腺肥大症	Minagawa T, Ishizuka O. Status of urological Kam po medicine: a narrative review and future vision. <i>International Journal of Urology</i> 2015; 22: 254-63.	n/a	1	薬物療法以外の薬剤に、下記の記載がある。 『八味地黄丸は前立腺肥大症に保険適用があるが、これまでその有効性に関するRCTは日本語論文を含めて報告がない。』	n/a	男性下部尿路症状に対する治療 法. 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。	
					A31-4	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. 漢方製剤の臨床効果—牛車腎気丸を中心として. <i>Urology View</i> 2009; 7: 81-4.	II: 小規模なRCTで 結果が明らかな研 究	1	薬物療法以外の薬剤に、下記の記載がある。 『牛車腎気丸は八味地黄丸に牛膝と車前子を加え、附子を増量した漢方製剤で、頻尿に保険適用がある。タムスロシン使用後もOAB[過 活動膀胱]症状が続き前立腺肥大症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。』	n/a	男性下部尿路症状に対する薬物 療法として保険適用のある薬剤 の表中のその他の薬剤に、八味 地黄丸と牛車腎気丸の用法・用 量、適応、慎重投与が記載され ている。	
					A31-5	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. <i>泌尿器科紀要</i> 2008; 54: 463-6.	V: 後ろ向き症例 研究か専門家の意 見	1	薬物療法以外の薬剤に、下記の記載がある。 『α1遮断薬などで頻尿の改善が不十分な前立腺肥大症患者25例に牛車腎気丸を投与すると、IPSS、QOLスコア、尿流量の有意な改善 を認めた。』	n/a	男性下部尿路症状に対する薬物 療法として保険適用のある薬剤 の表中のその他の薬剤に、八味 地黄丸と牛車腎気丸の用法・用 量、適応、慎重投与が記載され ている。	
					A31-6	牛車腎気丸	前立腺肥大症	Ogushi T, Takahashi S. Effect of Chinese herbal medicine on overactive bladder. <i>Hinyoikka Kyo</i> 2007; 53: 857-62.	IV: 前向き対照 のない観察研究	1	薬物療法以外の薬剤に、下記の記載がある。 『前立腺肥大症に伴うOAB患者30例に牛車腎気丸を6週間投与したところ、OABSS、IPSS、QOLスコアの有意な改善を認めたが、尿流 量、残尿量に有意な変化を認めなかった。』	n/a	男性下部尿路症状に対する薬物 療法として保険適用のある薬剤 の表中のその他の薬剤に、八味 地黄丸と牛車腎気丸の用法・用 量、適応、慎重投与が記載され 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 (40CPGs)

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	
A32	N46 N70-N77 N80-N98	産婦人科診療ガイドライン-婦人科外来編 2017	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2017委員会(委員長:小林浩 奈良県立医科大学)  Strength of Evidence I:よく検討されたランダム化比較試験成績 II:症例対照研究成績あるいは繰り返し観察されている事象 III:I II 以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見  Strength of Recommendation A:(実施すること等を)強く勧める B:(実施すること等が)勧められる C:(実施すること等が)考慮される(考慮の対象となる、という意味)	日本産科婦人科学会事務局、2017年4月3日 初版第1刷発行	A32-1	当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、桃核承気湯、当帰建中湯など	機能性月経困難症	大屋敦子,花輪壽彦,竹下俊行.月経困難症の漢方療法.産婦人科治療 2009;98:51-4.	III:I 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	『CQ304 機能性月経困難症の治療は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 2.漢方薬あるいは鎮痛薬を投与する。 解説:漢方薬により月経困難症を効果的に治療できる可能性がある。当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、桃核承気湯、当帰建中湯などから、漢方医学的診断に基づいて処方する。漢方薬治療に即効性はないが4ないし12週間の投与で症状の改善を期待できる。なお芍薬甘草湯は月経痛が激しい場合に頓服で用いることができる。』	n/a		
					A32-2	芍薬甘草湯	月経痛	n/a	n/a	↑				
					A32-3	漢方薬、半夏、麻黄、麻子仁	ドーピング(注意)	n/a	n/a	B:(実施すること等が)勧められる	『CQ309 女性アスリートの診療上の留意点は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 7.処方の際には、最新の世界アンチドーピング規程禁止表国際基準をアスリート自らが確認するように伝える。 解説:漢方薬は、動植物や天然物由来でありすべての成分を明らかにできず、禁止物質が含まれていないという保証ができない。半夏、麻黄、麻子仁は明らかに禁止物質を含んでいるが、それ以外の漢方薬を使用の際は、スポーツファーマシスト等の専門家へ確認が必要である。』	n/a		
					A32-4	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.医学書院 2007;812-3.	III:I 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	『CQ324 男性不妊治療は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 2.乏精子症に薬物療法を行う。 解説: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)、カリジノゲナーゼ、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		
					A32-5	当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、加味逍遙散、桃核承気湯、女神散、抑肝散など	月経前症候群	n/a	n/a	B:(実施すること等が)勧められる	『CQ409 月経前症候群の診断・管理は?』に対して、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、加味逍遙散、桃核承気湯、女神散、抑肝散などの漢方薬もよく用いられる。』	n/a		
					A32-6	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 更年期障害への対応は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 6.不定愁訴と呼ばれる多彩な症状を訴える場合には漢方療法などを用いる。』 『解説:不定愁訴に応じて個々の症状ごとに処方を追加していけば、短期間のうちに多剤併用療法を余儀なくされるが、このような場合には漢方療法などが有効である(詳細はCQ415を参照されたい)。』	n/a		
					A32-7	柴胡桂枝乾姜湯、当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、五積散、通導散、温経湯、三黄瀉心湯	更年期障害	n/a	↓	C:(実施すること等が)考慮される	『CQ415 更年期障害に対する漢方治療・補完代替医療はどのように行うか?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 1.漢方処方としては当帰芍薬散、加味逍遙散、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において投与可能であり、日本における伝統医療の主流である。更年期障害患者の呈する多彩な精神身体症状を全人的なプロフィールとして一括して把握し、個々の患者に相応しい少数の処方を選択する漢方治療は更年期障害の病態によく適合している。また、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指す「血の毒症」は更年期障害を含んだ疾患概念であり、「血の毒症」の適応をもつ処方も更年期障害に対して原則として使用可能である。』	n/a	『更年期障害』『血の毒症』の適応をもつ漢方処方の表中に、「更年期障害」;柴胡桂枝乾姜湯、当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、温経湯、五積散、通導散、温経湯、三黄瀉心湯「血の毒症」;柴胡桂枝乾姜湯、加味逍遙散、温経湯、川芎烏茶調散、桂枝茯苓丸加ヨクア仁と記載されている。	
					A32-8	柴胡桂枝乾姜湯、加味逍遙散、温経湯、女神散、四物湯、三黄瀉心湯、川芎烏茶調散、桂枝茯苓丸加ヨクア仁	血の毒症	n/a	n/a					
					A32-9	当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸	更年期障害	寺内公一.【産婦人科医必携 現代漢方の基礎知識】更年期障害.産婦人科の実務 2014;63:315-20.	III:I II 以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見	↑		『CQ415 更年期障害に対する漢方治療・補完代替医療はどのように行うか?』に対して、Answer 1の解説に下記の記載がある。 『漢方治療は中国・日本古来の伝統医学に基づき、西洋医学とは異なる独特の医学体系を用いており、本来は診断の結果でその患者のいわゆる「証」を決定し投薬を行う必要があるが、更年期障害に対しては「婦人科三大処方」と呼ばれる「当帰芍薬散」「加味逍遙散」「桂枝茯苓丸」の使用頻度が高い。「当帰芍薬散」は弱い腹力と心下振水音(心高部を揺らした時に胃内に滞留した水分の動く音がすること)を参考に体力が弱く、貧血気味で少しむくみがあり、主に下半身の冷えを訴え、さらに頭痛、めまい、肩こりなどがある女性に対して、「加味逍遙散」は弱い腹力と胸膈苦満(肋骨弓下部の抵抗・圧痛)を参考に、体力が弱く、肩こり、疲れがあり、徐々に変化する精神神経症状を訴える女性に対して、「桂枝茯苓丸」は中等度の腹力と小腹痛満(臍下部腹直筋上の抵抗・圧痛)を参考に、体力があり、赤ら顔でのほせを訴える女性に対して、それぞれ処方する。』	n/a	
					A32-10	漢方薬	更年期障害	日本東洋医学会EBM特別委員会エビデンスレポート/診療ガイドライン・タスクフォース(ER.CPG-IT):漢方治療エビデンスレポート2013-402のRCT.	I:よく検討されたランダム化比較試験成績	↑				
					A32-11	漢方薬	更年期障害	1) Terauchi M, Akiyoshi M, Owa Y, et al. Effects of the Kampo medication Keishibukuryogan on blood pressure in perimenopausal and postmenopausal women. <i>International Journal of Gynecology &amp; Obstetrics</i> 2011; 114: 149-52. 2) Terauchi M, et al. Effects of three Kampo formulae: Tokishakuyakusan (TJ-23), Kamishoyosan (TJ-24), and Keishibukuryogan (TJ-25) on Japanese peri-and postmenopausal women with sleep disturbances. <i>Archives of Gynecology and Obstetrics</i> 2011; 284: 913-21. 3) Terauchi M, et al. Effects of the Kampo formula tokishakuyakusan on headaches and concomitant depression in middle-aged women. <i>Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine</i> 2014; 2014: 593560.	II:症例対照研究成績あるいは繰り返し観察されている事象	↑		『CQ415 更年期障害に対する漢方治療・補完代替医療はどのように行うか?』に対して、Answer 1の解説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、EBMによる解析が困難である側面をもつが、近年更年期障害に対する漢方治療の有効性に関する報告が、ランダム化比較試験・コホート研究とも増えている。』	n/a	
					A32-12	甘草含有処方	偽性アルドステロン症(副作用)	n/a	n/a	B:(実施すること等が)勧められる				
					A32-13	小柴胡湯	間質性肺炎(副作用)	n/a	n/a			『CQ415 更年期障害に対する漢方治療・補完代替医療はどのように行うか?』の解説の項に、下記の記載がある。 『Answer 3.漢方治療・補完代替医療においても有害事象に注意を払う。 解説:一般に副作用が少ないと考えられている漢方治療でも甘草含有処方による偽性アルドステロン症や小柴胡湯による間質性肺炎などが知られている。(中略)補完代替医療においても有害事象には常に注意を払う必要がある。』		
					A32-14	牛車腎気丸	過活動膀胱	n/a	n/a	n/a		『CQ428 過活動膀胱の外来管理は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 4.薬物療法を行う場合には、抗コリン薬またはβ3アドレナリン受容体作動薬を第一選択薬とする。 解説:これらの薬剤以外には、フラボキサート(プラダロン)やイミプラミン(トフラニール)などの抗うつ剤、牛車腎気丸なども有効とされているが、推奨グレードは低い。』	n/a	OAB[過活動膀胱]治療薬とその用法用量、推奨グレードの表中のその他の薬剤に、下記の記載がある。 『一般名:牛車腎気丸、用法・用量:1日7.5g2~3回分割服用、推奨グレード:C1(過活動膀胱診療ガイドラインより引用)』

『』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 (40CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS 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
A33	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委-1) 気分障害の治療システムの開発と検証に関する研究」分担研究班 Strength of Evidence 1) 大規模 (各群100症例以上) のプラセボ対照RCTによる報告 2) 中規模 (各群50症例以上) のプラセボ対照RCTによる報告 3) 小規模 (各群50症例未満) のプラセボ対照RCTや、プラセボ以外を対照とした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	アーケメディア、2013年5月17日 第1版発行	A33-1	加味逍遙散	月経前不快気分障害 (PMDD)	1) Yamada K, Kanba S. Herbal medicine (Kamishoyo-san) in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. <i>Journal of Clinical Psychopharmacology</i> 2002; 22: 442. 2) Yamada K, Kanba S. Effectiveness of kamishoyosan for premenstrual dysphoric disorder: open-labeled pilot study. <i>Psychiatry and Clinical Neurosciences</i> 2007; 61: 323-5.	4) ランダム化されていない対照比較試験や症例集積報告 (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、ノルトリプチリン (n=11)、フルボキサミン (n=12)、ミルナシプラン (n=3)、デロキシセチン (n=50, n=20)、加味逍遙散 (n=6, n=30)、レベチラセタム (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。 『加味逍遙散は、2つの症例集積報告によるエビデンスしかないため、推奨度はレベルDとした。』	n/a	
A34	O21.0	産婦人科診療ガイドライン-産科編 2017	日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会ガイドライン-産科編2017委員会 (委員長: 板倉敦夫 順天堂大学) Strength of Evidence I: よく検討されたランダム化比較試験成績 II: 症例対照研究成績あるいは繰り返し観察されている事象 III: III以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見 Strength of Recommendation A: (実施すること等を) 強く勧める B: (実施すること等が) 勧められる C: (実施すること等が) 考慮される (考慮の対象となるが必ずしも実施が勧められているわけではない)	日本産科婦人科学会事務局、2017年4月3日 初版第1刷発行	A34-1	ショウガ粉末	妊娠悪阻	1) Einaron A, et al. Treatment of nausea and vomiting in pregnancy: an updated algorithm. <i>Canadian Family Physician</i> 2007; 53: 2109-11. 2) Practice Bulletin No. 153: Nausea and Vomiting of Pregnancy 2015. <i>Obstetrics &amp; Gynecology</i> 2015; 126: e12-e24.	n/a	A: (実施すること等を) 強く勧める	『CQ201 妊娠悪阻の治療は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 1 少量頻回の食事摂取と水分補給を促す。 解説: 心身の安静と休養を心掛け、少量頻回の食事摂取、水分補給を促す。欧米ではショウガ粉末が「つわり」症状の軽減に有効として広く推奨されているが、有効ではないとするメタ解析も存在する。』	n/a	
A34					A34-2	ショウガ粉末	妊娠悪阻	Matthews A, et al. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2010; CD007575. (up-to-date: Jun 2010)	I: よく検討されたランダム化比較試験成績	A: (実施すること等を) 強く勧める		n/a	
A35	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	メディカルレビュー社、2012年5月30日 第2版第1刷発行	A35-1	麦門冬湯	乾性咳嗽	Mukaida K, Hattori N, Kondo K, et al. A pilot study of the multitherb 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接的治療薬の項に、下記の記載がある。 『麦門冬湯 COPD患者24例を対象とする非盲検ランダム化クロスオーバー試験で、麦門冬湯9gの16週の投与は無治療群と比較して投与初期 (8週 vs0週) の咳の強度を有意に改善させた。』	n/a	
A35					A35-2	麦門冬湯	乾性咳嗽	Irihine 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接的治療薬の項に、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	
A35					A35-3	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 (副鼻腔気管支炎候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禁煙、咳喘息における吸入ステロイド薬) であり、後者には原因とは無関係に作用する去痰薬と一部の漢方薬 (小青竜湯) が該当する。後者には各々の作用機序が知られるが、どの薬剤が個々の患者に奏効するかの予測は困難である。なお、これらの薬剤はいずれも末梢性に作用すると想定される。』	n/a	
A35					A35-4	小青竜湯	湿性咳嗽	宮本昭正, 井上洋西, 北村諭, ほか. TJ-19ツツム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>産床医療</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 水腫の咳、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べて咳の回数、咳の強さ、喀痰の切れを有意に改善させた。』	n/a	
A35					A35-5	麦門冬湯	感染後咳嗽	1) Irwin RS, Boulet L-P, Cloutier MM, et al. Managing cough as a defence mechanism and as a symptom. <i>Chest</i> 1998; 114: 133S-82S. 2) Braman SS. Postinfectious Cough. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. <i>Chest</i> 2006; 129: 138S-46S. 3) 藤森勝也. かぜ症候群遷延性咳嗽. 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. 前田書店 2006; 37-9.	VI: 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見	C1: 行うほうがよい	感染後咳嗽の治療の項に、下記の記載がある。 『感染後咳嗽は、通常自然軽快するが、遷延した場合の薬物療法としては、中枢性鎮咳薬、ヒスタミンH <sub>2</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時間やかには軽快するが、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	
A36	R35	夜間頻尿診療ガイドライン	日本排泄機能学会 夜間頻尿診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 西澤理) 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Iの臨床研究に裏付けられる B: 1つ以上のレベルI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: 保留 (本邦において未承認、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	A36-1	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調べた。 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。
A36					A36-2	牛車腎気丸	夜間頻尿	渡部明彦, 明石拓也, 藤内靖喜, ほか. 頻尿に対する牛車腎気丸の効果. <i>泌尿器科紀要</i> 2006; 52: 197-201.	V: 症例集積研究 (コントロールのないもの)、専門家の意見の加わったもの	E: レベルIVまたはレベルVの臨床試験しか存在しない			



『』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 (40CPGs)

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
A37	R52.2	慢性疼痛治療ガイドライン	厚生労働行政推進調査事業費補助金 慢性の痛み政策研究事業「慢性の痛み診療・教育の基盤となるシステム構築に関する研究」研究班 慢性疼痛治療ガイドライン作成ワーキンググループ (委員長: 伊達久 仙台ペインクリニック院長)	真興交易、2018年3月26日 第1版発行	A37-1	牛車腎気丸	慢性腰痛症	Hamaguchi T, et al. Goshajinkigan for low back pain: An observational study. <i>Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> 2007; 23: 208-13.	D (とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない	2: する(しない)ことを弱く推奨する(提案する)	『CQ21: 漢方薬は慢性疼痛治療に有効か?』に対して、下記の記載がある。 『Ans: 慢性疼痛治療に対する漢方薬の効果と安全性は、現時点ではエビデンスに乏しく、不明である。』 『解説: 慢性疼痛に対する漢方薬の投与は、日常診療で幅広く行われており、その有効性の報告も少なくない。慢性腰痛症に対する牛車腎気丸、神経障害性疼痛に対する抑肝散、有痛性脚痺症に対する芍薬甘草湯、舌痛症に対する加味逍遙散、帯状疱疹後神経痛に対する桂枝加朮附湯およびブシ末などはその代表的な例である。しかしながら、慢性疼痛に対する漢方薬の有効性について多数例を対象とした質の高い臨床研究はほとんど行われていないのが実情であり、現時点で、その効果や安全性を明確に示すことはできない。』	『漢方薬の副作用として、甘草による偽アルドステロン症、黄芩による薬剤性間質性肺炎や薬剤性肝障害、麻黄による過剰な刺激作用、附子によるアコニン中毒、山梔子による腸間膜静脈硬化症などが知られており、漢方薬を投与する際には、その構成生薬にまで、関心を持つべきである。また、ステロイド薬やループ利尿薬と甘草の併用のように、副作用発現のリスクを高める組み合わせもあり、併用薬との相互作用にも注意が必要である。』 『慢性疼痛に対する漢方薬の効果・安全性は確立しておらず、個別の症例で、きめ細かく、有効性の判定と副作用発現の有無を評価していくことが大切であり、適応病名のみに従って、漫然と長期投与を行うことは避けるべきである。』	
					A37-2	抑肝散	神経障害性疼痛	Nakamura Y, et al. Efficacy of traditional herbal medicine, Yokukansan on patients with neuropathic pain. <i>Masui</i> 2009; 58: 1248-55.	D (とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない	2: する(しない)ことを弱く推奨する(提案する)			
					A37-3	芍薬甘草湯	有痛性脚痺症	1) Hyodo T, et al. Immediate effect of Shakuyaku-kanzo-to on muscle cramp in hemodialysis patients. <i>Nephron Clinical Practice</i> 2006; 104: c28-32. 2) Takao Y, et al. Shakuyaku-kanzo-to (Shao-Yao-Gan-Cao-Tang) as treatment of painful muscle cramps in patients with lumbar spinal stenosis and its minimum effective dose. <i>Kobe Journal of Medical Sciences</i> 2016; 61: E132-7.	D (とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない	2: する(しない)ことを弱く推奨する(提案する)			
					A37-4	加味逍遙散	舌痛症	神農悦輝, ほか. 舌痛症に対する漢方薬の使用経験. <i>痛みと漢方</i> 2005; 15: 77-81.	C (弱): 効果の推定値に対する確信は限定的である	2: する(しない)ことを弱く推奨する(提案する)			
					A37-5	桂枝加朮附湯、修治ブシ末	帯状疱疹後神経痛	Nakanishi M, et al. Efficacy of traditional Japanese herbal medicines-Keishikajutsubuto (TJ-18) and Bushi-matsu (TJ-3022)-against postherpetic neuralgia aggravated by self reported cold stimulation: A case series. <i>Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> 2012; 18: 686-92.	D (とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない	2: する(しない)ことを弱く推奨する(提案する)			
					A37-6	呉茱萸湯	慢性頭痛	Odaguchi 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.	C (弱): 効果の推定値に対する確信は限定的である	2: する(しない)ことを弱く推奨する(提案する)			
					A37-7	防已黄耆湯加修治附子末	変形性膝関節症	西澤芳男, ほか. エビデンスに基づいた漢方医療: 各種疾患に対しての処方 (2): 変形性膝関節症に対する防已黄耆湯加修治附子末の治療効果: Evidenceへの試み. <i>Losoprofen sodium</i> との10年間前向き無作為比較試験. <i>Pharma Medica</i> 2007; 25: 15-21.	D (とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない	2: する(しない)ことを弱く推奨する(提案する)			
A37-8	ブシ末	鎮痛効果	福田佳弘. ブシ末 (調剤用)「ツムラ」を漢方処方薬に併用投与した症例における鎮痛効果・安全性及び用量の検討. <i>痛みと漢方</i> 2008; 18: 25-30.	D (とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない	2: する(しない)ことを弱く推奨する(提案する)								
A37-9	牛車腎気丸	末梢神経障害の悪化	Oki E, et al. Preventive effect of Goshajinkigan on peripheral neurotoxicity of FOLFOX therapy (GENIUS trial): A placebo-controlled, double-blind, randomized phase III study. <i>International Journal of Clinical Oncology</i> 2015; 20: 767-75.	n/a	n/a	n/a	『近年、牛車腎気丸の投与によって化学療法に伴う末梢神経障害がむしろ悪化したとの報告もあり、漢方薬が目的とした症状を増悪させることもあり得ることも留意が必要であろう。』						
A38	S10-S19	頸椎後縦靭帯骨化症診療ガイドライン2011	日本整形外科学会、日本脊椎神経病学会 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会 (委員長: 金谷文則 琉球大学大学院教授)、頸椎後縦靭帯骨化症診療ガイドライン策定委員会 (委員長: 岩崎幹季 大阪大学大学院准教授)	南江堂、2011年11月1日 改訂第2版発行	A38-1	漢方薬	頸椎後縦靭帯骨化症	八代忍, 花輪壽彦. 頸椎後縦靭帯骨化症に対する漢方治療の経験. <i>日本脊椎神経医学雑誌</i> 2006; 19: 198-9.	7: case series	1: 委員会の審査基準を満たす科学的根拠がない、あるいは複数の科学的根拠があるが結論が一致しない	『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、腎臓症の強い症例には効果は期待できない。』	n/a	
A39	T70.2	高山病と関連疾患の診療ガイドライン	日本登山医学会 高山病と関連疾患の診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 花岡正幸 信州大学学術研究院医学系医学部内科学第一教室)	中外医学社、2017年6月10日 初版第1刷発行	A39-1	柴芎湯	急性高山病	n/a	C: 弱いエビデンス	2: 弱く推奨	急性高山病の薬物による予防の項に、下記の記載がある。 『柴芎湯などの漢方も使用されているが比較試験によって効果が確認された報告はない。』	n/a	

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (40CPGs)

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
A40	T78.4	職業性アレルギー疾患診療ガイドライン 2016	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 2016」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、 2016年7月7日 第1版第1刷発行	A40-1	漢方薬、オタネニンジン、オンジ、ハンゲ	職業性喘息 (副作用)	1) Lee SK, Cho HK, Cho SH, et al. Occupational asthma and rhinitis caused by multiple herbal agents in a pharmacist. <i>Annals of Allergy, Asthma &amp; Immunology</i> 2001; 86: 469-74. (エビデンスレベル②: 複数の症例報告がある) 2) Kim KM, Kwon HS, Jeon SG, et al. Korean ginseng-induced occupational asthma and determination of IgE binding components. <i>Journal of Korean Medical Science</i> 2008; 23: 232-5. (エビデンスレベル③: 1例報告) 3) Park HK, Jeon SG, Kim TB, et al. Occupational asthma and rhinitis induced by a herbal medicine, Wonji (Polygala tenuifolia). <i>Journal of Korean Medical Science</i> 2005; 20: 46-9. (エビデンスレベル③: 1例報告) 4) Kim SH, Jeong H, Kim YK, et al. IgE-mediated occupational asthma induced by herbal medicine, Banha (Pinellia terata). <i>Clinical &amp; Experimental Allergy</i> 2001; 31: 779-81. (エビデンスレベル③: 1例報告)	I: システマティック レビュー/RCTのメタ 解析	A: 行うよう強く勧め られる	n/a	『CQ1-6 原因抗原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。 『Panel Consensus: 主に動物・植物由来の高分子 量抗原と化学物質・金属などの低分子量抗原に 分けられる。 解説: 記載する抗原については、臨床上の必要 のため症例報告が1例であっても、内容が職業 性喘息と推定できるものについては、表に記載し た。』 『表: 職業性喘息を引き起こすと推定される吸入 物質および職業 職業性喘息を引き起こす吸入物質: 漢方薬、オタ ネニンジン、オンジ、ハンゲ 職業など: 薬剤師、漢方薬卸売業者、漢方薬製 造者』	
					A40-2	甘草粉塵	職業性喘息 (副作用)	1) 宇佐神篤. 甘草粉末による職業性気管支喘息の1例. <i>アレルギーの臨床</i> 1983; 22: 62-3. (エビデンスレベル③: 1例報告) 2) Cartier A, Malo JL, Labrecque M. Occupational asthma due to liquorice roots. <i>Allergy</i> 2002; 57: 863. (エビデンスレベル③: 1例報告)			n/a	『CQ1-6 原因抗原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。 『Panel Consensus: 主に動物・植物由来の高分子 量抗原と化学物質・金属などの低分子量抗原に 分けられる。 解説: 記載する抗原については、臨床上の必要 のため症例報告が1例であっても、内容が職業 性喘息と推定できるものについては、表に記載し た。』 『表: 職業性喘息を引き起こすと推定される吸入 物質および職業 職業性喘息を引き起こす吸入物質: 甘草粉塵 職業など: 甘草からの色素抽出作業従事者』	
					A40-3	甘草、山掃末などの毒掃丸成分	職業性喘息 (副作用)	安藤純子. 毒掃丸アレルギーが疑われた気管支喘息の一例. <i>アレルギーの臨床</i> 1991; 11: 516-7. (エビデンスレベル③: 1例報告)			n/a	『CQ1-6 原因抗原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。 『Panel Consensus: 主に動物・植物由来の高分子 量抗原と化学物質・金属などの低分子量抗原に 分けられる。 解説: 記載する抗原については、臨床上の必要 のため症例報告が1例であっても、内容が職業 性喘息と推定できるものについては、表に記載し た。』 『表: 職業性喘息を引き起こすと推定される吸入 物質および職業 職業性喘息を引き起こす吸入物質: 甘草、山掃 末などの毒掃丸成分 職業など: 製薬会社製造担当者』	
					A40-4	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 (2016年版、改訂第8版)、ライフサイエンス、2016.			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	

『』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 (51CPGs)

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	A09.9 C80.9	分子腫瘍 マーカー診 療ガイドラ イン第1版	日本分子腫瘍マーカー研究会 診療ガイド ライン委員会 (委員長: 島田英昭 東邦大学 医学部外科学講座・大学院医学研究科臨 床腫瘍学講座)	金原出版、 2016年10月5 日 第1版第1 刷発行	B1-1	半夏瀉心湯	CPT-11に対する 晩期下痢症	n/a	n/a	n/a	『CQ5: CPT-11に対する晩期下痢症に対して予防法があるか?』に対して、下記の記載がある。 『Answer: 一般的に炭酸水素ナトリウム、ウルソデオキシコール酸、酸化マグネシウム、半夏瀉心湯が使用される。』	n/a	
					B1-2	半夏瀉心湯	CPT-11に対する 下痢症	坂田優. 漢方薬の相互作用と服薬指導 1. 漢方薬と新薬の 相互作用. 塩酸イリノテカン (CPT-11) の下痢に対する半夏 瀉心湯 (TJ-14) の効果について. <i>Progress in Medicine</i> 1998; 18: 774-7.	n/a	n/a	『CQ6: CPT-11に対する下痢症に対する治療法があるか?』に対して、下記の記載がある。 『解説: 半夏瀉心湯に含まれる黄ゴンのフラボノイド配糖体であるバイカリンという物質にはβ-グルクロニダーゼを阻害する働きがある ためCPT-11投与2-3日前から内服することによって90%の予防効果を示している。』 『おわりに: CPT-11の早期下痢の予防に対してはスコボラミン、晩期下痢の予防に対しては炭酸水素ナトリウム、ウルソデオキシコール 酸、酸化マグネシウム、半夏瀉心湯などを用い、乳酸菌製剤は用いない。』	n/a	
					B1-3	大建中湯	CPT-11に対する 下痢症	Chikakiyo M, Shimada M, Nakao T, et al. Kampo medicine “Daikenchu-to” prevents CPT-11-induced small-intestinal injury in rats. <i>Surgery Today</i> 2012; 42: 60-7.	n/a	n/a	『CQ6: CPT-11に対する下痢症に対する治療法があるか?』に対して、下記の記載がある。 『解説: Ratを用いたCPT-11の腸管障害に対する大建中湯の効果のみ検討ではIL-1βおよびIFN-γなどの炎症性サイトカインが有意 に減少し腸管粘膜傷害が改善されることが報告されているため今後、大建中湯もCPT-11の下痢に対し効果が期待される。』	n/a	
B2	C26.9 R63.0	がん患者の 消化器症状 の緩和に関 するガイドラ イン 2017年 版	日本緩和医療学会 ガイドライン統括委員 会 (委員長: 中島信久 琉球大学医学部附 属病院地域医療部)	金原出版、 2017年12月25 日 第2版第1 刷発行	B2-1	六君子湯	がん患者の食欲 不振	n/a	n/a	n/a	背景知識の薬理の解説の項に、下記の記載がある。 『六君子湯: 六君子湯は8種類の生薬 (蒼朮または白朮、人参、半夏、茯苓、大棗、陳皮、甘草、生姜) から構成される漢方薬で、胃排 出改善作用、胃適応性弛緩改善作用、胃粘膜電位差低下抑制作用により、胃炎や消化不良、食欲不振などの消化器症状に有効性 が認められている。食欲不振の改善には、セロトニン受容体拮抗作用によるグレリン分泌促進や、グレリン分解抑制が関与してい る。』	『六君子湯には甘草が含まれているため、血清 カリウム値や血圧の変動に注意する。』	本ガイドラインでの推奨薬と関 連薬の表中に、 六君子湯 用法用量: 本ガイドラ インでの推奨なし、剤形: 錠口、 該当する臨床疑問 (症状): 食欲 不振の記載がある。
					B2-2	六君子湯	がん患者の食欲 不振	Takiguchi S, Hiura Y, Takahashi T, et al. Effect of rikunshito, a Japanese herbal medicine, on gastrointestinal symptoms and ghrelin levels in gastric cancer patients after gastrectomy. <i>Gastric Cancer</i> 2013; 16: 167-74.	n/a	n/a	『臨床疑問10-3 六君子湯は、化学療法、放射線治療が原因でないがん患者の食欲不振を改善させるか?』に対して、下記の記載が ある。 『推奨: 化学療法、放射線治療が原因でないがん患者の食欲不振に対して六君子湯の投与を行う推奨はエビデンスが不足しているた め結論できない。 解説: 本臨床疑問に関する臨床研究としてはがん患者を対象とした研究はなかった。一方、胃がんに対して胃切除を行った患者を対 象とした臨床研究は、観察研究が1件ある。Takiguchiらは、胃がんに対して胃切除を行った患者25名を対象に、六君子湯2.5gを毎食 前に投与し、食欲のVAS (0cm: 食欲が全くない~10cm: 最も食欲がある)、QOL (EORTC-QLQ C30) を評価する前後比較研究を行っ た。4週後の食欲のVASスコアは、投与前と比較して統計学的に有意に改善した (投与前6.6±1.9→4週後: 8.6±1.2)。また、EORTC- QLQ C30のスコアでは、身体機能 (physical functioning) のみが4週後に有意に改善した (投与前.86±11→4週後: 96±7)。 以上より、これまでの研究では、がん患者の食欲不振を対象とした六君子湯の有効性を検討した試験はない。胃切除後の患者を対 象とした前後比較研究の結果では、六君子湯の投与により食欲が改善したとされている。しかし、この研究の対象はがん患者の食欲 不振の病態とは異なるため、がん患者の食欲不振にあてはめることができない可能性が高い。すなわち、がん患者の食欲不振につ いての根拠は不十分であり、想定される益 (食欲不振に対する治療効果が不確実) と害 (有害事象は報告されていないが、添付文書 では偽アルドステロン症、ミオパチーなどの記載がある) の差について判断できない。 したがって、本ガイドラインでは、化学療法、放射線治療が原因でないがん患者の食欲不振に対して、六君子湯の投与を行う推奨は エビデンスが不足しているため結論できない。今後、六君子湯の推奨を判断するには、化学療法、放射線療法を施行中ではないがん 患者を対象とした検証が必要である。』	n/a	資料の中に、今後の検討課題と して、食欲不振の項に 化学療 法、放射線治療を施行中では ないがん患者の食欲不振に対す る、六君子湯の有効性に関し検 証すること と記載がある。
B3	C50.9	乳癌診療ガ イドライン ①治療編 2018年版	日本乳癌学会 診療ガイドライン委員会 (委 員長: 岩田広治 愛知県がんセンター中央 病院乳腺科)	金原出版、 2018年5月16 日 第4版発行	B3-1	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	『BQ12: 内分泌療法によるホットフラッシュ・関節痛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。 『その他の対処法として、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	
					B3-2	漢方薬	乳癌	Hyodo I, Amano N, Eguchi K, et al. Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. <i>Journal of Clinical Oncology</i> 2005; 23: 2645-54.	n/a	n/a	『BQ13: 乳癌治療として補完・代替療法は勧められるか?』に対して、背景の項に下記の記載がある。 『CAM【補完・代替療法】の内容は人種間で違いがみられ、わが国のCAM利用者の9割以上が漢方やアガリクスなどのキノコ関連、 サメの軟骨やビタミンなどの製品を使用している。』	n/a	
B4	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	B4-1	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	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、渡 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。』	

『』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 (51CPGs)

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
B5	C80.9	がんの補完代替療法ケリニカル・エビデンス 2016年版	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 日本医科大学消化器外科)	金原出版、2016年6月20日 第1版第1刷発行	B5-1	漢方薬	(漢方薬の特徴)		n/a	n/a	治療のトピックスの漢方薬の項に、下記の記載がある。 『漢方薬とは? : 1874 (明治7) 年、日本政府は国として医療制度を普及させるために医制を布告し、医師、歯科医師などを資格制とした。その後、日本の医療は西洋の医学を取り入れ、世界的に発展し現在に到っている。そのなかにおいて、紆余曲折があったが、日本の伝統医学である漢方医学は、現在すべての大学の医学部で授業カリキュラムが組まれ、漢方教育が行われている。漢方医学の治療で用いられる漢方薬は、植物、動物、鉱物などの生薬を組み合わせた合剤である。漢方薬には、医師が処方する医療用漢方製剤と、薬局で購入できる一般用漢方製剤がある。 日本の漢方薬の特徴の一つは、医療用漢方製剤に保険適用が認められているということである。医療用漢方製剤はすべて、厚生労働省によって承認された原材料をもとに作られている。さらに、製品の安全性や品質管理は製造・販売会社によって厳しく保証されている。一方で、一般用漢方製剤は保険適用とはなっていない。しかし一般用漢方製剤も厚生労働省によって承認された原材料を用い、製品の安全性や品質管理は製造・販売会社によって厳しく保証されたものであることには変わりはない。』	n/a	
					B5-2	漢方薬	がん		n/a	n/a			
					B5-3	大建中湯、牛車腎気丸、六君子湯、半夏瀉心湯、芍薬甘草湯、十全大補湯、補中益気湯	がん	日本東洋医学会 漢方治療エビデンスレポート2013 -402のRCT (EKAT 2013) http://www.jsom.or.jp/medical/ebm/er/index.html 【現在は最新のEKAT2016にリンクされている】	n/a	n/a	治療のトピックスの漢方薬の項に、下記の記載がある。 『漢方薬を用いた臨床試験: 医師は、例えばがん診療においては、抗がん剤の副作用軽減を目的として、さらに患者の生活の質(QOL)の向上を目的として、漢方薬を使用している。現在の傾向として、漢方薬は、言い伝えや経験による使用方法に加え、基礎研究やエビデンスに則った、漢方薬の作用機序を理解したうえで処方および使用が増えている。がん患者が、安全に安心して漢方薬を使用できるように、毎年、多くのエビデンスに基づいた漢方薬の研究結果が発表されている。特に漢方薬は、西洋医学では治療方法のない場合の補完ということ、西洋薬では効果が得られない部分を補っていることが多い。実際、表のように多くのがん治療の現場で漢方薬が用いられている。』	n/a	がん治療時に用いられる漢方薬の表中に、大建中湯 (腸閉塞、術後腸管運動麻痺)、牛車腎気丸 (リンパ浮腫)、六君子湯 (胃がん術後の逆流性食道炎)、半夏瀉心湯 (抗がん剤 (イリリノテカン塩酸塩) による下痢)、芍薬甘草湯 (抗がん剤 (バクリタキセル) による筋肉痛・関節痛)、十全大補湯 (進行乳がんの化学療法+ホルモン療法における併用による生存率改善)、補中益気湯 (胃がんと大腸がんの手術侵襲の軽減) の記載がある。
					B5-4	漢方薬	がん	北島政樹 監、今津嘉宏 編、がん漢方、南山堂 2012。	n/a	n/a	治療のトピックスの漢方薬の項に、下記の記載がある。 『漢方薬の注意点: 漢方薬は近年エビデンスも認められ、西洋薬では対応できない症状の改善に用いられてきている。作用機序や副作用を考えたうえでの漢方薬の使用は、これからも重要なポイントとなると考えられる。』	n/a	治療のトピックスの漢方薬の項に、下記の記載がある。 『漢方薬の注意点: 漢方薬は自然のものでできるので副作用はないという誤解が多く見受けられる。漢方薬も薬効を有する生薬でできているため当然副作用もあり、さらに、他の薬との相互作用も認められる。』
B6	C80.9	がん患者の泌尿器症状の緩和に関するガイドライン 2016年版	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 日本医科大学消化器外科)	金原出版、2016年6月20日 第1版第1刷発行	B6-1	漢方薬、牛車腎気丸	過活動膀胱	日本排尿機能学会 過活動膀胱診療ガイドライン作成委員会 編、過活動膀胱診療ガイドライン 第2版、リッチヒルメディカル 2015。	n/a	n/a	蓄尿症状 (頻尿・尿失禁) の薬物療法のその他の項に、下記の記載がある。 『フラボキサートや抗うつ薬、漢方薬は過活動膀胱治療薬として効果がある程度認められている。』	n/a	蓄尿症状 (頻尿・尿失禁) に考慮される治療薬の表中に、その他の薬剤として牛車腎気丸と用法・用量の記載がある。
B7	D18.1	血管腫・血管奇形・リンパ管奇形診療ガイドライン 2017	平成26-28年度厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等政策研究事業 (難治性疾患政策研究事業) 「難治性血管腫・血管奇形・リンパ管腫・リンパ管腫症および関連疾患についての調査研究」班 (研究代表者: 三村秀文 川崎医科大学 放射線医学)	http://www.marianna-u.ac.jp/va/files/vascular%20anomalies%20practice%20guideline%202017.pdf#view=FitV	B7-1	越婢加朮湯	リンパ管奇形 (リンパ管腫)	Hashizume N, et al. Clinical Efficacy of Herbal Medicine for Pediatric Lymphatic Malformations: A Pilot Study. <i>Pediatric Dermatology</i> 2016; 33: 191-5.	n/a	n/a	リンパ管奇形 (リンパ管腫) の内科的治療の項に、下記の記載がある。 『最近本邦では漢方薬 (越婢加朮湯、黄耆建中湯) 等が腫瘍縮小に効果的であるという報告が増えている。』	n/a	
					B7-2	黄耆建中湯	リンパ管奇形 (リンパ管腫)		n/a	n/a			
					B7-3	越婢加朮湯、黄耆建中湯	リンパ管奇形 (リンパ管腫)		n/a	n/a	『CQ29: 縦隔内に気道狭窄を生じているリンパ管奇形 (リンパ管腫) に対して効果的な治療法は何か?』に対して、観察研究 (症例集積) の評価の項に下記の記載がある。 『文献スクリーニングにより、縦隔内のリンパ管奇形 (リンパ管腫) に対する治療は以下の手段が認められた。外科的切除、穿刺ドレーナージ、硬化療法 (OK432、プレオマイシン、エチブロック、無水エタノール)、内科的治療 (漢方薬の越婢加朮湯、黄耆建中湯)、無治療。これらのうちで比較的多数の症例について検討されているのは外科的切除とOK-432による硬化療法であり、他のものは1例報告など非常に症例数が限られていた。』	n/a	
B8	D86.8	2016年版 心臓サルコイドーシスの診療ガイドライン	厚生労働省難治性疾患政策研究事業「特発性心筋症に関する調査研究」班 (班長: 寺崎文生 大阪医科大学医学教育センター・循環器内科)	http://www.j-circ.or.jp/guide/pdf/JCS2016_terasaki_h.pdf	B8-1	漢方薬	サルコイドーシス	村井政史、山口哲生、三浦忠道、ほか、漢方治療が奏効した全身症状を伴うサルコイドーシスの1例. <i>日本呼吸器学会誌</i> 2012; 1: 9-13.	n/a	n/a	サルコイドーシスの治療の全身症状に対する治療の項に、下記の記載がある。 『サルコイドーシスでは痛み、疲れ、息切れなどの臓器非特異的全身症状を呈する例が多いことが知られており、しばしば全身症状が患者にとっての最大の主訴となる。これに対する十分な治療法は確立されていないが、漢方薬や大量ステロイドが有効な例が日常臨床で遭遇される。』	n/a	
B9	D89.8 K12.0 J02.9 L04.0	自己炎症性疾患診療ガイドライン 2017	日本小児リウマチ学会 (ガイドライン統括委員長: 平家俊男 京都大学大学院医学研究科発達小児科学)	診断と治療社、2017年12月15日 初版 第1刷発行	B9-1	漢方薬 (抑肝散、柴胡桂枝湯)	周期性発熱・アフト性口内炎・咽頭炎・頸部リンパ節炎 (periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, cervical adenitis: PFAPA) 症候群	1) 五野由佳理、堀田広満、奥富俊之、ほか、反復性発熱に抑肝散が奏効した一例. <i>日本東洋医学雑誌</i> 2014; 65: 191-6. 2) 盛岡頼子、柴胡桂枝湯で軽快したPFAPA症候群の一症例. <i>Phil 漢方</i> 2015; 55: 28-9.	n/a	n/a	周期性発熱・アフト性口内炎・咽頭炎・頸部リンパ節炎症候群の治療の概要の項に、下記の記載がある。 『わが国では漢方薬も発作予防に用いられている。』	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 (51CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
B10	E10-E14	小児・思春期糖尿病コンセンサスガイドライン	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マティックレビュー 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マティックレビュー 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マティックレビュー、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マティックレビュー、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	B10-1	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(珍降糖)による鉛中毒。糖尿病 1998; 41: 933-5.	レベル4: 横断研究、症例集積	n/a	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した例などの報告がある。』	
B11	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	B11-1	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。医学のあゆみ 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エ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エ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/日の投与が食事・運動療法単独群より6ヵ月で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。』	
B12	F01.9	脳卒中治療ガイドライン2015 [追補2017対応]	日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会(委員長: 森悦朗 東北大学名誉教授、日生病院特任顧問)	協和企画、2017年10月25日 第2版第1刷発行	B12-1	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. Journal of Clinical Psychiatry 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. Phytomedicine 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。 『抑肝散は小数の臨床試験で行動心理症状の改善に有効であった。』	n/a	
B13	F32.9	日本うつ病学会治療ガイドラインⅡ. うつ病(DSM-5) / 大うつ病性障害 2016	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: 神庭重信 九州大学大学院医学研究院精神病学)	https://www.secretariat.ne.jp/smd/iinkai/katsudou/data/160731.pdf	B13-1	加味逍遙散	軽症うつ病	Qin F, Wu XA, Tang Y, et al. Meta-analysis of randomized controlled trials to assess the effectiveness and safety of Free and Easy Wanderer Plus, a polyherbal preparation for depressive disorders. Journal of Psychiatric Research 2011; 45: 1518-24.	n/a	n/a	軽症うつ病のその他の療法の項に、下記の記載がある。 『漢方薬: 軽症うつ病に限られたものではないが、加味逍遙散(Free and Easy Wanderer Plus)の抗うつ効果に関するメタ解析(Qin, 2011)では、加味逍遙散単独での治療がプラセボに勝り、さらに、加味逍遙散を抗うつ薬と組み合わせると、抗うつ薬単独よりも有効であったと報告されている。日本でも手軽に処方できる漢方薬であり、抗うつ薬の増強療法として一考の余地がある。また、加味帰脾湯などその他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	
B13-2					B13-2	加味帰脾湯	軽症うつ病	中田輝夫。軽うつ病30例に対する加味帰脾湯投与の効果。日本東洋医学雑誌 1997; 48: 205-10.	n/a	n/a			
B14	F32.9	大うつ病性障害・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	B14-1	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。日本東洋医学雑誌 1997; 48: 205-10.	n/a	n/a	軽症うつ病の治療の選択 iii. その他の療法の項に、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	
B15	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	B15-1	温経湯	無月経	後山尚久、坪倉省吾、植木実、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。日本不妊学会雑誌 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・隔日投与方法や温経湯などの漢方療法も有効と考えられます。温経湯はラットの試験で視床下部に作用してLH-RHの放出を促進し、ヒト排卵障害例ではLH律動性分泌を賦活させます。臨床試験成績では、無排卵周期症で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	
B15-2					B15-2	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。和漢薬学会誌 1986; 3: 227-30.	n/a	n/a	摂食障害と無月経: 無月経の治療の項に、下記の記載がある。 『薬剤性高プロラクチン(PRL)血症に対し芍薬甘草湯のPRL低下作用も証明されており、摂食障害の高PRL症例の無月経に対しては選択肢の1つと考えられます。』	n/a	
B15-3					B15-3	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	

『』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 (51CPGs)

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	F98.0	夜尿症診療ガイドライン2016	日本夜尿症学会 夜尿症診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 大友善之 順天堂大学医学部附属練馬病院小児科)	診断と治療社、2016年9月4日 初版第2刷発行	B16-1	白虎加人参湯、麻杏甘石湯、五苓散、苓姜朮甘湯、牛車腎気丸、真武湯、猪苓湯、小建中湯、猪苓湯合四物湯、六味丸、清心蓮子飲、葛根湯、柴胡加竜骨牡蛎湯、抑肝散、桂枝加竜骨牡蛎湯、柴胡清肝湯、柴胡桂枝湯、甘麦大棗湯、補中益気湯	夜尿症	小川由英, 外間実裕. 排尿障害に対する漢方診療. <i>外科治療</i> 2007; 97: 482-8.	n/a	n/a	診療の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『日本におけるNE[夜尿症]に対する漢方薬治療については、小川らの総説にまとめられている(表)。  夜尿の各症状に対する漢方薬の効果 多尿: 実証 白虎加人参湯、麻杏甘石湯、中間証 五苓散、苓姜朮甘湯、虚証 牛車腎気丸、真武湯 過活動膀胱: 実証 猪苓湯、中間証 小建中湯、猪苓湯合四物湯、虚証 六味丸、清心蓮子飲 睡眠障害: 実証 葛根湯、柴胡加竜骨牡蛎湯、中間証 抑肝散、虚証 桂枝加竜骨牡蛎湯 ストレス: 実証 柴胡清肝湯、中間証 柴胡桂枝湯、虚証 甘麦大棗湯、補中益気湯』	n/a	
					B16-2	白虎加人参湯	夜尿症	1) 岩間正文, 入山恵津子. 夜尿症に対する白虎加人参湯の効果. <i>日本小児東洋医学会誌</i> 2010; 24: 7-10. 2) 上仁敦義, 益田良賢, 花田英紀, ほか. 難治性夜尿症に対する漢方薬の少量併用の有用性について. <i>夜尿症研究</i> 2004; 9: 59-65. 3) 宮川三平, 岡田郷, 玉置道生, ほか. 夜尿症に対する漢方治療の適応. <i>日本小児東洋医学会誌</i> 2007; 22: 34-7.	n/a	n/a	診療の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『白虎加人参湯が口渴を和らげることにより飲水量が減り夜尿の軽減に有用であったとの報告があり、抗利尿作用を有していると推察されている。』	n/a	
					B16-3	当帰四逆加呉茱萸生姜湯、葛根湯、桂枝加竜骨牡蛎湯、白虎加人参湯	夜尿症	上仁敦義, 益田良賢, 花田英紀, ほか. 難治性夜尿症に対する漢方薬の少量併用の有用性について. <i>夜尿症研究</i> 2004; 9: 59-65.	n/a	n/a	診療の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『当帰四逆加呉茱萸生姜湯は、手足が冷たく秋冬に気温が下がって夜尿が悪化する症例で有用であると報告されている。』 『上仁らは、葛根湯、桂枝加竜骨牡蛎湯、白虎加人参湯、当帰四逆加呉茱萸生姜湯の有用性を報告している。』	n/a	
					B16-4	小建中湯、白虎加人参湯、柴胡桂枝湯	夜尿症	岩間正文, 入山恵津子. 夜尿症に対する白虎加人参湯の効果. <i>日本小児東洋医学会誌</i> 2010; 24: 7-10.	n/a	n/a	診療の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『岩間らは、小建中湯、白虎加人参湯、柴胡桂枝湯の有用性を報告し、小建中湯は膀胱容量の過少な小児、白虎加人参湯は夜間多尿の小児、柴胡桂枝湯は不定愁訴を有する小児などへの使い分けを行った。』	n/a	
					B16-5	葛根湯、桂枝加竜骨牡蛎湯	夜尿症	石野尚吾. 小児夜尿症への対策と薬の選択: 夜尿症に対する漢方薬の使い方. <i>薬厨</i> 1994; 45: 1703-5.	n/a	n/a	診療の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『葛根湯は利尿作用のある麻黄が含まれているうえ、麻黄に含有されているエフェドリンが中枢を刺激し覚醒障害を改善し、効果を生むと推察される。桂枝加竜骨牡蛎湯は、竜骨と牡蛎が神経過敏を緩和し、効果を生じると考えられる。』	n/a	
					B16-6	抑肝散、甘麦大棗湯	夜尿症	1) 小川由英, 外間実裕. 排尿障害に対する漢方診療. <i>外科治療</i> 2007; 97: 482-8. 2) Ohtomo Y, Umino D, Nijima S, et al. A Treatment Option for Nocturnal Enuresis in Children by Improving Sleep Quality. <i>Juntendo Medical Journal</i> 2014; 60: 536-42. 3) 大友善之. 小児の難治性夜尿症への対応 (Q&A). <i>医事新報</i> 2014; 4725: 61-3. 4) 竹谷徳雄. 夜尿症の発症機序から見た漢方治療. <i>日本東洋医学会誌</i> 1989; 39: 185-90.	n/a	n/a	診療の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『神経が高ぶっている小児には抑肝散、ストレスが強い小児には甘麦大棗湯が推奨される。抑肝散はNE[夜尿症]患者の睡眠の質を改善することにより、また甘麦大棗湯は覚醒作用の増強により、NEに有用であると考えられている。』	n/a	
					B16-7	漢方薬	夜尿症	岩間正文, 入山恵津子. 夜尿症に対する漢方エキス剤の使用経験. <i>夜尿症研究</i> 2002; 7: 51-4.	n/a	n/a	診療の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『漢方薬は、作用が温和であることから、軽症の症例か、他の薬物療法である程度改善した症例での併用療法が望ましい。』	n/a	
B17	G20	パーキンソン病診療ガイドライン2018	日本神経学会「パーキンソン病診療ガイドライン」作成委員会 (委員長: 服部信孝 順天堂大学大学院医学研究科神経学講座教授)	医学書院、2018年7月1日 第1版第2刷発行	B17-1	抑肝散	幻覚・妄想	Kawanabe T, Yoritaka A, Shimura H, et al. Successful treatment with Yokukansan for behavioral and psychological symptoms of Parkinsonian dementia. <i>Progress in Neuro-Psychopharmacology &amp; Biological Psychiatry</i> 2010; 34: 284-7.	n/a	n/a	『CQ5-10 幻覚・妄想の治療はどうするか』に対して、解説の項に下記の記載がある。 『抑肝散: RCTなど、高いレベルのエビデンスはない。認知症の行動心理学的症候behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) を認めるパーキンソン病患者7例、PDD患者7例でのオープン試験では、4週間の抑肝散 (7.5g/日) (本邦保険適用外) 投与後、4週間のフォローアップで、NPIscaleにて、BPSDの有意な改善、特に幻覚の発生頻度と発生時間に改善が認められた。』	『甘草が含まれているため、これに伴う偽アルドステロン症、特に低カリウム血症について十分な観察が必要である。』	
					B17-2	抑肝散	幻覚・妄想	Hatano T, Hattori N, Kawanabe T, et al. An exploratory study of the efficacy and safety of yokukansan for neuropsychiatric symptoms in patients with Parkinson's disease. <i>Journal of Neural Transmission</i> 2014; 121: 275-81.	n/a	n/a	『CQ5-10 幻覚・妄想の治療はどうするか』に対して、解説の項に下記の記載がある。 『抑肝散: BPSDを認め、認知機能障害がないパーキンソン病患者25例でのオープン試験 (7.5g/日: 12週間) では、NPIscaleの総スコアの中間値は12点から4点へ有意に改善した。Subscaleでは幻覚・不安・アパシーにて有意な改善がみられた。』		
					B17-3	大建中湯	便秘	Sakakibara R, Odaka T, Lui Z, et al. Dietary Herb Extract Dai-Kenchu-To Ameliorates Constipation in Parkinsonian Patients (Parkinson's Disease and Multiple System Atrophy) <i>Movement Disorders</i> 2005; 20: 261-2.	n/a	n/a	『CQ5-16 便秘の治療はどうするか』に対して、解説の項に下記の記載がある。 『その他: 漢方薬も用いられる。大建中湯はパーキンソン病において便の大腸通過時間の短縮を認めるとの報告がある』		
B18	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	B18-1	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	

『』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 (51CPGs)

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
B19	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	B19-1	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、岡田貴植、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>日本東洋医学雑誌</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	
					B19-2	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	
					B19-3	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、西洋医学的な抗けいれん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	
					B19-4	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。『抗けいれん薬のみでなく、baclofenや漢方薬などの使用も考慮する。』	n/a	
B20	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	B20-1	柴苓湯	滲出性中耳炎	佐藤宏明、中村一、本庄敏、ほか。滲出性中耳炎へのツムラ柴苓湯の治療効果。『 <i>耳鼻臨床</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。『柴苓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	
B21	H90.5	急性感音難聴診療の手引き2018年版	日本聴覚医学会ガイドライン委員会 (委員長: 宇佐美真一 信州大学医学部耳鼻咽喉科)	金原出版、2018年10月20日、第1版第1刷	B21-1	漢方薬	突発性難聴	C. -X. Su, L. -J. Yan, G. Lewith, et al. Chinese herbal medicine for idiopathic sudden sensorineural hearingloss: a systematic review of randomised clinical trials. 『 <i>Clinical Otolaryngology</i> 』2013; 38: 455-73.	n/a	n/a	システマティックレビュー・サマリーに、下記の記載がある。『突発性難聴に対する漢方薬の有効性に関して検討したシステマティックレビュー、5種類の漢方薬を用いた41のRCT (合計3,560例) が抽出された (いずれも標準治療に対する上乗せ効果の検証)。盲検試験がほとんどないなどバイアスの可能性が高く有効性を評価することは困難であり、臨床で利用する際のエビデンスにはならない。』	n/a	
					B21-2	漢方薬、オウギ	突発性難聴	Xiong M, He Q, Lai H, et al. Radix astragali injection enhances recovery from sudden deafness. 『 <i>American journal of Otolaryngology</i> 』2012; 33: 523-7.	n/a	n/a	システマティックレビュー・サマリーに、下記の記載がある。『漢方薬のオウギの上乗せ効果に関する検討 (92例)。オウギ併用群は標準治療群よりも良好な治療成績であった。』	n/a	
					B21-3	五苓散	急性低周波型感音難聴	Okada K, Ishimoto S, Fujimaki Y, et al. Trial of Chinese Medicine Wu-Ling-San for Acute Low-Tone Hearing Loss. 『 <i>ORL Journal for Oto-rhino-laryngology and its Related Specialities</i> 』2012; 74: 158-63.	n/a	n/a	システマティックレビュー・サマリーに、下記の記載がある。『急性低周波型感音難聴178例を対象とした後ろ向きコホート研究。五苓散+ステロイド剤 (30例)、インソルビド (39例)、ステロイド剤 (30例)、五苓散 (29例)、ステロイド剤+インソルビド (48例) の成績を比較。五苓散+ステロイド剤の成績は他の治療群に比し有意に良好。』	n/a	
B22	189.0	2018年版 リンパ浮腫診療ガイドライン	日本リンパ浮腫学会編 リンパ浮腫診療ガイドライン2018年度委員 (委員長: 北村薫 医療法人 貝塚病院 乳癌外科)	金原出版、2018年3月10日 第3版第1刷発行	B22-1	漢方薬	リンパ浮腫	n/a	n/a	n/a	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る。漢方薬や利尿剤は浮腫の改善を目的に処方されることがあるが、リンパ浮腫自体に対する効果は認められていない。漢方以外の薬剤にはクマリン、フラボンとその誘導体を含むベンゾピロン系薬剤などがあるが、いずれも効果に関する一定の科学的根拠はない。』	n/a	
					B22-2	漢方薬、柴苓湯、五苓散	続発性リンパ浮腫	n/a	n/a	『CQ19: 続発性リンパ浮腫に対して漢方薬を使用した場合、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治療 (柴苓湯、五苓散など) が有効であるとする報告はいずれも単なる症例報告や小規模の後ろ向き症例集積であり、質の高いエビデンスが不足しているため、基本的には推奨できない。複合的治療の効果が不十分で治療に難渋するリンパ浮腫症例に限り、効果および有害事象に注意して、行うことを考慮できる。背景・目的: リンパ浮腫に対する治療は非薬物的な複合的治療が基本であるが、その効果は必ずしも十分ではなく、治療に難渋する場合もしばしばある。利尿作用のある漢方薬がリンパ浮腫に対して有効であるとする報告が散見される。これらの漢方薬がリンパ浮腫に対して有効かどうかを検討した。柴苓湯や五苓散などが臨床現場では使用されている。しかし、依然その機序や効果については不明な点が多い。解説: 水滞・浮腫に対して効果が認められる漢方薬はいくつかあり、フロセミドなどの利尿薬と比べて、間質的水分の除去に有効とされ、より生理的な作用を示すとされる。(中略) リンパ浮腫に対する漢方の効果については、多くの基礎的な研究が存在するが、臨床の有効性についての報告は、すべて症例報告、症例集積であった。そして、多くは他の治療が併用されており、漢方の有効性を直接的に証明していなかった。一般的な浮腫に対して漢方薬が有効であることは受け入れられているにせよ、リンパ浮腫は静脈性浮腫と虚性浮腫と病態が異なり、単に利尿効果を求めることは合理的とはいえない。以上より、リンパ浮腫に対する漢方薬の効果は十分に立証されていないため、まずは複合的治療が優先される。複合的治療の効果が不十分な場合に限り、その効果や有害事象に注意しながら投与を考慮してもよい。』	『頻度は高くないものの、偽アルドステロン症や間質性肺炎、肝機能障害など有害事象も報告されている。』		
					B22-3	柴苓湯	リンパ浮腫	Nagai A, Shibamoto Y, Ogawa K, et al. 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: 241629.	↑	↑	『柴苓湯は利尿作用をもつ漢方薬の一つで、同時に消炎作用をもち、蜂窩織炎を伴う場合や、術後早期の浮腫に対して有効性を示した論文がいくつかある。続発性リンパ浮腫に対する有効性については小規模な症例集積が散見される。Nagaiらは、放射線治療に続発するリンパ浮腫に対する柴苓湯の効果を確認した。多施設共同で症例を集積し、頭頸部癌2例、乳癌2例、木村氏病 (軟部好酸球肉芽腫) 1例の計5例のみの報告であるが、乳癌を含む2例の症例で著明な浮腫の改善がみられたとした。本報告は予備的な研究で、柴苓湯の投与方法や投与期間、評価時期などは明らかでない。』	n/a	
					B22-4	五苓散、柴苓湯、牛車腎気丸	リンパ浮腫	Komiyama S, Takeya C, Takahashi R, et al. Feasibility study on the effectiveness of Gorean-based Kampo therapy for lower abdominal lymphedema after retroperitoneal lymphadenectomy via extraperitoneal approach. 『 <i>Journal of Obstetrics and Gynecology Research</i> 』2015; 41: 1449-56.	↑	↑	『五苓散も種々の病態による浮腫に対して有効とされる。Komiyamaらは、子宮体癌、子宮頸癌術後のリンパ浮腫患者21人に対して五苓散ベースの漢方治療 (五苓散にて反応しなかった場合は、柴苓湯または牛車腎気丸を併用) の有効性を検討した前向き単アーム試験の結果を報告した。対象症例の全例に複合的治療が行われたうえで、五苓散または五苓散に他の漢方薬を併用し、その効果をCT-CAEver. 4に準拠して評価した。五苓散治療群では9人中7人 (78%) で有効であり、五苓散に柴苓湯または牛車腎気丸を併用した群では12人中11人 (92%) で有効であった。』	『治療関連有害事象はgrade 1の味覚異常を認めたのみであった。』	
					B22-5	五苓散	乳癌術後の上肢リンパ浮腫	Zhu H, Peng Z, Dai M, et al. Efficacy and safety of Wuling San for treatment of breast-cancer-related upper extremity lymphedema: study protocol for a pilot trial. 『 <i>BMJ Open</i> 』2016; 6: e012515.	↑	↑	『近年、Zhuらが、乳癌術後の上肢リンパ浮腫に対して、複合的治療に加えて五苓散またはプラセボを投与して上乗せ効果と安全性について検証するランダム化比較試験を開始している。今後はこのような前向き臨床研究データを集積して評価するべきであろう。』	n/a	
					B22-6	漢方薬	リンパ浮腫	Kuroda K, Yamamoto Y, Yanagisawa M, et al. Risk factors and a prediction model for lower limb lymphedema following lymphadenectomy in gynecologic cancer: a hospital-based retrospective cohort study. 『 <i>BMC Women's Health</i> 』2017; 17: 50.	↑	↑	『Kurodaらは、婦人科癌術後患者366人の検討から下肢リンパ浮腫発症の危険因子の検討と発症の予測モデルの構築を試みた研究を報告した。そのデータのなかで漢方薬の投与の有無は発症に関与しなかった。すなわち、漢方薬はリンパ浮腫の予防には有効ではないと考えられた。』	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 (51CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考					
B23	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:牧野征平 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	B23-1	柴朴湯	ステロイド依存性喘息	1) Egashira Y, Nagano H. A multicenter clinical trial of TJ-96 in patients with steroid dependent asthma. A comparison of groups allocated by the envelope method. <i>Annals of the New York Academy of Science</i> 1993; 685: 580-3. 2) 江頭洋祐. 特集・アレルギー疾患の漢方治療—気管支喘息. <i>アレルギーの臨床</i> 1993; 13: 937-40.	n/a	n/a	『気管支喘息の漢方療法は伝統医学として長い歴史がある。古来、喘息は漢方療法のよい適応とされ、多くの経験に基づききた一定の治療指針ができてきている。漢方薬の投与は随証治療といって、患者の体質、体力とその時点での副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劑(小青竜湯、他)を、慢性期には体質改善を目指して柴胡劑(柴朴湯、他)を投与するのが原則である。 ①重症のケースや発作がひどいときは当然、西洋薬を優先する。②軽症、中等症の喘息にはよい適応があり、病型にはそれほどこだわらなくてもよい。③漢方の選択はなるべく証(東洋医学的にみた診断と治療)に基づいて行う。④漢方薬の効果はすぐには現れないので、約3〜4週目に効果の有無をチェックし、効果が実感できるときは長期(半年〜2年)に服用を続ける。効果が実感できないときには、その時点で、方剤の見直しを行う。』 『気管支喘息への漢方薬の投与指針の表の中に下記の記載がある。 『発作期(麻黄劑) 熱証(暑がり、汗をかく): 麻杏甘石湯、寒証(寒がり、くしゃみ、鼻水): 小青竜湯 慢性期(柴胡劑) (体力中等度、虚寒間): 柴朴湯、小柴胡湯、脾虚(胃腸が弱い): 補中益氣湯、腎虚(足腰の冷え、弱り): 八味地黄丸 *柴朴湯はステロイド投与例にステロイド節減作用や下垂体副腎機能の賦活作用があることが認められている。』	n/a	n/a					
					B23-2	麻杏甘石湯	気管支喘息		n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B23-3	小青竜湯	気管支喘息		n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B23-4	小柴胡湯	気管支喘息	江頭洋祐. 特集・アレルギー疾患の漢方治療—気管支喘息. <i>アレルギーの臨床</i> 1993; 13: 937-40.	n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B23-5	補中益氣湯	気管支喘息		n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B23-6	八味地黄丸	気管支喘息		n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B23-7	小青竜湯	鼻アレルギー(含花粉症)		n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B23-8	葛根湯	鼻アレルギー(含花粉症)		n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B23-9	小柴胡湯	鼻アレルギー(含花粉症)		n/a	n/a		n/a	n/a		n/a			
					B23-10	漢方薬	アトピー性皮膚炎	濱田稔夫. アレルギー性皮膚疾患に対する漢方療法. <i>Modern Physician</i> 1989; 9: 1360-1.	n/a	n/a		n/a	n/a		『アトピー性皮膚炎は多病因的で、その病因の中でも患者の有する素因、いわゆる内因の占める比率が高い。このような内因の関与する疾患として、本症はまた漢方療法の対象にもされている。漢方薬は単独の薬ではなく、いくつかの生薬から構成されている。例えば、アレルギー反応を抑制する生薬として、柴胡、甘草、麻黄、当帰、黄芩、大棗等が知られているが、実際に治療に用いられるものは、これらの生薬がいくつか組み合わされた方剤である。西洋医学では病名に対し、それに合った薬を投与するが、東洋医学は随証投与が基盤にあり、証に従って漢方薬を処方するのが通例となっている。しかし、一般的には西洋医学的な診断法で診断し、その疾患の病態を近代医学的に把握し、一方で生薬の臨床的薬理作用を熟知した上で、それらを組み合わせた方剤を患者の体質に合うよう処方する方法が行われている。』	n/a	n/a	
					B23-11	十味敗毒湯	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a		n/a	n/a		『病名投与法を実施する場合、主な保険適応症として湿疹・皮膚炎群では、十味敗毒湯、消風散、柴胡清肝湯、越婢加朮湯、当帰飲子などがよく用いられる。』	n/a		
					B23-12	消風散	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a		n/a	n/a		『消風散は、荊芥、防風、牛蒡子、蝉退に止痒作用があり、一般に実証ないし中間証の患者に用いられる。』	n/a		
					B23-13	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		n/a	n/a		『柴胡清肝湯は元来、漢方という解毒症に当たる小児腺病性体質の改善薬として使用されるが、解毒証の患者とは望診上、やせ型あるいは筋肉質で皮膚の色は浅黒いかまたは青白く、汚くすんでいる場合が多いといひ、さらにこの証は大部分遺伝するもので、成長するにつれて軽快するという。これらの傾向はアトピー性皮膚炎患者と共通する部分が少なくなく、柴胡清肝湯が本症に応用される理由とされている。この柴胡清肝湯を投与して白色ワセリンを外用した場合で64%、ステロイド外用剤で84%の有効率が得られている。』	n/a		
					B23-14	越婢加朮湯	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a		n/a	n/a					
					B23-15	当帰飲子	湿疹・皮膚炎群		n/a	n/a		n/a	n/a					
					B23-16	消風散	アトピー性皮膚炎		n/a	n/a		n/a	n/a					
					B23-17	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		n/a	n/a		『柴胡清肝湯は元来、漢方という解毒症に当たる小児腺病性体質の改善薬として使用されるが、解毒証の患者とは望診上、やせ型あるいは筋肉質で皮膚の色は浅黒いかまたは青白く、汚くすんでいる場合が多いといひ、さらにこの証は大部分遺伝するもので、成長するにつれて軽快するという。これらの傾向はアトピー性皮膚炎患者と共通する部分が少なくなく、柴胡清肝湯が本症に応用される理由とされている。この柴胡清肝湯を投与して白色ワセリンを外用した場合で64%、ステロイド外用剤で84%の有効率が得られている。』	n/a		
					B23-18	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		n/a	n/a		『柴朴湯の有用性も知られており、臨床症状の改善とともにステロイド外用剤の減量が可能であったと報告されている。柴朴湯はI型とIV型アレルギー反応の両方に抑制的に働くということも知られているが、小柴胡湯も効果があり、上記の柴胡清肝湯とも、これら三者は構成生薬として柴胡が共通しており、サイコサポニンの抗アレルギー作用からもこれらの方剤の本症への効果が説明される。』	n/a		
					B23-19	補中益氣湯	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—補中益氣湯の有用性について—. <i>西日本皮膚科</i> 1989; 51: 1003-13.	n/a	n/a		n/a	n/a		『補中益氣湯は小児のアトピー性皮膚炎に奏効することが多い。われわれは漢方方剤の選択に際し、一般にアトピー性皮膚炎の患者は色青白くやせ型で感染に対して抵抗力が弱いという特徴を有することが多いことから、これを虚証としてとらえ、体質改善の目的で補中益氣湯を用い、西洋医学的療法との併用を試みた。その結果、本剤が有用であるとの成績が得られた。 補中益氣湯の主役は黄耆で、これに甘草と人参を加えてこの3剤が主剤で、他に白朮、柴胡、升麻、当帰、大棗、生姜、陳皮からなる。補気薬である黄耆、人参、甘草、白朮は元気をよくし、筋肉を強くする働きがある。人参は補気の作用が強く、体内に水分を保ち鎮静作用がある。甘草には緩和、解毒作用、抗アレルギー作用などがある。抗炎症作用は柴胡、升麻にも含まれ、抗アレルギー作用は柴胡、大棗、陳皮にもあり、いずれの作用もアレルギーの関与するアトピー性皮膚炎に有用と思われる。これらに胃腸機能を調整する生姜が加わって補中益氣湯が構成される。また補中益氣湯の薬理作用の1つにnatural killer (NK) 活性の増強作用があり、アトピー性皮膚炎の中には病因の1つとしてNK活性の低値が関与している例も存在し、そのような例では有効に働くことが考えられる。』	n/a	n/a	
					B23-20	越婢加朮湯	アトピー性皮膚炎		n/a	n/a		n/a	n/a		『越婢加朮湯は実証ないし虚寒中間証の人で、顔面が潤湿したような急性増悪期に用いられることが多い。』	n/a		
					B23-21	十味敗毒湯	アトピー性皮膚炎、脂漏性皮膚炎	1) 濱田稔夫. アレルギー性皮膚疾患に対する漢方療法. <i>Modern Physician</i> 1989; 9: 1360-1. 2) 山口全一, 馬場俊一. 痒い皮膚病の漢方治療(その2). <i>日本小児皮膚科学会雑誌</i> 1991; 10: 16-20.	n/a	n/a		n/a	n/a		『十味敗毒湯も実証ないし虚寒中間証の人で、慢性期のアトピー性皮膚炎に用いられる。この方剤はもともと化膿性皮膚疾患(セツや毛嚢炎など)に適応となっているが、経験的に脂漏性皮膚炎に奏効する機会が多く、よく使用される。』	n/a		
					B23-22	当帰飲子	アトピー性皮膚炎、皮脂欠乏性湿疹	濱田稔夫. アレルギー性皮膚疾患に対する漢方療法. <i>Modern Physician</i> 1989; 9: 1360-1.	n/a	n/a		n/a	n/a		『当帰飲子は虚証の人で、アトピー性皮膚炎が慢性化して皮膚が乾燥してかさかさし、体力がなく血虚症状を伴うときに用いられる。老人性の皮膚掻痒症に二次的な湿疹を伴ったような皮脂欠乏性湿疹にも当帰飲子が奏効することが多い。』	n/a		
					B23-23	治頭痛一方	アトピー性皮膚炎、湿潤性痲皮性湿疹		n/a	n/a		n/a	n/a		『治頭痛一方は実証の患人で、主として乳児期の顔面、顔面に生じた湿潤性痲皮性湿疹に対して用いられる。』	n/a		
					B23-24	補中益氣湯	幼・小児期アトピー性皮膚炎		n/a	n/a		n/a	n/a		年齢の変化による漢方薬の使い方の項に、下記の記載がある。 『幼・小児期は、乳児期より引き続きみられる場合と、その先駆なしにみられる場合がある。3歳頃より10〜12歳頃までの時期を指す。乳児期に比較し、一般に湿潤傾向は減少し、おおむね乾燥性である。この時期には肝窩、膝窩など四肢関節の屈側部などにみられる苔癬型病変が特徴的である。このような時期の患人においては、色青白くやせ型で、風邪をひきやすいという傾向がみられることが多い。これは虚証としてとらえることができる。このような虚弱体質を改善するために作られた方剤に補中益氣湯がある。また、前記の柴胡清肝湯なども虚証の患人に用いられる。』	n/a		
					B23-25	柴胡清肝湯	幼・小児期アトピー性皮膚炎		n/a	n/a		n/a	n/a		年齢の変化による漢方薬の使い方の項に、下記の記載がある。 『成人型のアトピー性皮膚炎は非常に治りにくいものであるが、強い慢性湿疹様の変化には強力な駆虫剤が奏効することが多いので、通導散などが用いられる。』	n/a		
					B23-26	通導散	成人型アトピー性皮膚炎	濱田稔夫. アレルギー性皮膚疾患に対する漢方療法. <i>Modern Physician</i> 1989; 9: 1360-1.	n/a	n/a		n/a	n/a		年齢の変化による漢方薬の使い方の項に、下記の記載がある。 『成人型のアトピー性皮膚炎は非常に治りにくいものであるが、強い慢性湿疹様の変化には強力な駆虫剤が奏効することが多いので、通導散などが用いられる。』	n/a		
					B23-27	黄連解毒湯	成人型アトピー性皮膚炎		n/a	n/a		n/a	n/a		年齢の変化による漢方薬の使い方の項に、下記の記載がある。 『成人型のアトピー性皮膚炎に多くみられる顔面の強いびまん性紅斑を伴った湿疹様病変は難治性のもので、ステロイド外用剤の長期連用も原因の1つに挙げられている。黄連解毒湯は構成生薬のうち、黄芩、黄柏は消炎作用があり、黄連、山梔子には解毒・消滅作用があり、これらの作用が相まって徐々にはあるが、効果がみられることが多い。大黃牡丹皮湯も同じような目的で用いられることがある。』	n/a		
					B23-28	大黃牡丹皮湯	成人型アトピー性皮膚炎		n/a	n/a		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、補中益氣湯、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 (51CPGs)

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	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	B24-1	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	
					B24-2	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		n/a	
					B24-3	辛夷清肺湯	慢性副鼻腔炎	間島雄一. ほか. 慢性副鼻腔炎に対する辛夷清肺湯の効果. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1992; 85: 1333-40.	n/a	n/a		n/a	
					B24-4	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くない。』	n/a
B25	J70	薬剤性肺障害の診断・治療の手引き 2018 [第2版]	日本呼吸器学会 薬剤性肺障害の診断・治療の手引き第2版作成委員会 (委員長: 花岡正幸 信州大学学術研究院医学系医学部内科学第一教室)	メディカルレビュー社、2018年11月30日 第2版第1刷発行	B25-1	漢方薬、小柴胡湯	薬剤性肺障害(副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	薬剤性肺障害の基礎知識の臨床的特徴の項に、下記の記載がある。 『発症時期と経過: 消炎鎮痛薬や抗菌薬による薬剤性肺炎は投与開始後1~2週間で発症することが多く、漢方薬やinterferon (IFN) は2ヵ月内外、抗結核薬は3ヵ月程度、金製剤は平均5~6ヵ月であったと報告されている。』	薬剤性肺障害の主な原因薬剤の表中に、急性呼吸窮 (促) 迫症候群、非心原性肺水腫、急性間質性肺炎: 小柴胡湯、非特異性間質性肺炎: 小柴胡湯、過敏性肺炎、肉芽腫性間質性肺炎患者: 小柴胡湯の記載がある。
					B25-2	漢方薬	薬剤性肺障害(副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	薬剤性肺障害の基礎知識の発生機序の項に、下記の記載がある。 『わが国の動向: 原因薬剤は抗悪性腫瘍薬が92例 (55.9%) と最多であり、以下関節リウマチ治療薬22例 (13.3%)、漢方薬17例 (10.3%) の順であった。』	わが国の薬剤性間質性肺炎165例の原因薬剤別割合の図中に、漢方薬 10%の記載がある。
					B25-3	漢方薬	薬剤性肺障害(副作用)	Enomoto Y, Nakamura Y, Enomoto N, et al. Japanese herbal medicine-induced pneumonitis: A review of 73 patients. <i>Respiratory Investigation</i> 2017; 55: 138-44.	n/a	n/a	n/a	薬剤性肺障害の診断・鑑別診断の検体検査 『非特異的な炎症反応、組織障害、アレルギーをみる検査』の項に、下記の記載がある。 『乳酸脱水素酵素 (LDH): 多くのびまん性肺疾患において血清LDHの上昇が認められ、amiodarone (アンカロン) や漢方薬による薬剤性肺障害で、血清LDHが重症度や治療反応性との相関を示したことが報告されている。』	
					B25-4	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	n/a	薬剤性肺障害の診断・鑑別診断の検体検査 『薬剤リンパ球刺激試験 (DLST)』の項に、下記の記載がある。 『例えば漢方薬の小柴胡湯はそれ自身がリンパ球刺激能を有するため偽陽性が多く、健康者40人中11人 (27.5%) で小柴胡湯のDLSTが陽性だったとの報告がある。』	
					B25-5	漢方薬	薬剤性肺障害(副作用)	Sakamoto O, Ichikado K, Kohroggi H, et al. Clinical and CT characteristics of Chinese medicine-induced acute respiratory distress syndrome. <i>Respirology</i> 2003; 8: 344-50.	n/a	n/a	n/a	薬剤性肺障害の診断・鑑別診断の胸部画像所見 『画像診断に必要な臨床的知識』の項に、下記の記載がある。 『漢方薬やサプリメントなども薬剤性肺障害の原因として無視できないので、薬剤服用歴のチェックにあたっては忘れてはならない事項である。』	器質性肺炎 (OP) 類似型肺障害 (漢方薬) の画像が掲載されている。
					B25-6	漢方薬	薬剤性好酸球性肺炎 (EP) (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	薬剤性肺障害の臨床病型と主な原因薬剤の薬剤性好酸球性肺炎 (EP) の項に、下記の記載がある。 『診断: 漢方薬、MTX、非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs) では偽陽性が出やすく、ステロイドや抗悪性腫瘍薬などでは偽陰性が起きやすくとされている。』	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、当帰芍薬散、小青竜湯の記載がある。
					B25-7	補中益気湯	胸水 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	薬剤性肺障害の臨床病型と主な原因薬剤の胸膜病変の項に、下記の記載がある。 『胸水を来す薬剤としては、valproic acid (デバケン、VPA)、dantrolene (ダントリウム)、imidapril (タナドрил)、PTU、補中益気湯などが報告されている。』	
					B25-8	漢方薬、黄芩、桂皮、桂枝湯、五苓散など	間質性肺炎 (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の項に、下記の記載がある。 『漢方薬も間質性肺炎を起こす可能性のある薬剤である。黄芩 (オウゴン)、桂皮 (ケイヒ) という生薬が含まれる漢方薬で起こす確率が高いと推測されているが、確証はない。『黄芩』単独投与では臨床上の不利益は示されていないため、漢方薬に含まれる生薬の複合作用のなかで初めて効果 (益と不利益) が発揮されると理解されている。黄芩は、シソ科の植物であるマガネバナの根を乾燥させた清熱燥湿薬に分類される生薬である。中国、韓国を産地とし、flavonoidを主成分としている。』 『桂皮』はシナモンであり、熱帯に生育するクスノキ科の常緑樹の樹皮から作られる香辛料である。生薬として用いられるときに桂皮と呼ばれている。桂皮は、桂枝湯、五苓散など多くの処方 (一般用漢方処方294処方中89処方) に配合されている。』	
					B25-9	小柴胡湯	慢性肝炎	平山千里, 奥村侗, 谷川久一. ほか. 多施設二重盲検試験による慢性活動性肝炎に対する小柴胡湯の臨床効果. <i>肝臓</i> 1990; 20: 751-9.	n/a	n/a	n/a	各種の薬剤による肺障害の小柴胡湯の項に、下記の記載がある。 『小柴胡湯は慢性肝炎における肝機能障害の改善について、プラセボとの比較試験の成績が報告され、その他にも吐気、食欲不振、胃炎、胃腸虚弱に効果・効能を有する薬剤である。そのためC型肝炎の患者に使用され、IFNとの併用でも使用されていた。』	『そのような状況下で間質性肺炎の報告があり、IFNとの併用禁忌剤として登録され、間質性肺炎を起こす漢方薬として知られている。』

『』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 (51CPGs)

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のないその要約	13 副作用に関する記載のないその要約	14 備考
B25	J70	薬剤性肺障害の診断・治療の手引き(第2版) 2018(第2版)	日本呼吸器学会 薬剤性肺障害の診断・治療の手引き第2版作成委員会 (委員長:花岡正幸 信州大学学術研究院医学系医学部内科学第一教室)	メディカルレビュー社、2018年11月30日 第2版第1刷発行	B25-10	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とき、基礎病態として肺病変のみでなく肝疾患も考慮しておく必要がある。IIPs症例ではC型肝炎ウイルス(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型肝炎自体も免疫学的な反応が起こりやすい病態であるといえる。C型肝炎症例では、軽微でも間質性肺炎の徴候がある場合には、小柴胡湯も含めて薬剤投与を慎重に行う必要がある。』	
					B25-11	小柴胡湯	間質性肺炎 (副作用)	田島滋, 蒲田忠明, 谷川久一. カネボウ小柴胡湯エキス製剤の市販後調査成績-使用成績調査II (1996年12月から1997年12月). <i>Progress in Medicine</i> 1999; 19: 2375-84.	n/a	n/a	n/a	各種の薬剤による肺障害の小柴胡湯の項に、下記の記載がある。 『小柴胡湯エキス製剤の市販後調査 (1996年12月~1997年12月) から、その発症率が推定されている。この研究は、全国394施設450名の医師から2,826症例を集め行われた全例調査であり、登録期間中 (1996年12月~1997年6月) に小柴胡湯エキス製剤を服用した症例で、間質性肺炎の発症率をみている。その報告によると、C型肝炎に使用された例が1,466例 (51.9%) と多かった。しかし、IFNとの併用禁忌になったあとの研究なので併用例はなかった。この報告では間質性肺炎の発症は1例 (0.04%) であった。この数字が小柴胡湯エキス製剤の間質性肺炎発症率の数字となっている。』	
					B25-12	小柴胡湯	薬剤性肺障害 (副作用)	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.	n/a	n/a	n/a	各種の薬剤による肺障害の小柴胡湯の項に、下記の記載がある。 『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した例が29例、ステロイドパルス療法施行例が54例であった。90例は速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 (特発性間質性肺炎2例、COPD例) がみられた (生存: 2.2%、死亡: 30%)。』	
					B25-13	小柴胡湯	薬剤性肺障害 (副作用)	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型肝炎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>和漢薬学雑誌</i> 2000; 17: 95 -100.	n/a	n/a	n/a	各種の薬剤による肺障害の小柴胡湯の項に、下記の記載がある。 『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投与時に薬剤性肺障害への注意が必要である。』	
					B25-14	漢方薬	薬剤性肺障害 (副作用)	Rosenow EC 3rd. The spectrum of drug-induced pulmonary disease. <i>Annals of Internal Medicine</i> 1972; 77: 977-91.	n/a	n/a	n/a	各種の薬剤による肺障害の小柴胡湯の項に、下記の記載がある。 『漢方薬特有の薬剤性肺障害の発症機序は報告されていない。(中略) 漢方薬に起因する薬剤性肺障害は存在するが、その頻度は不明である。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、肺障害が生じると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おり、薬剤性肺障害の発症数が目立たと推定される。』	
					B25-15	30処方	間質性肺炎 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	各種の薬剤による肺障害のその他の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『2017年10月の時点では、小柴胡湯のほかに、乙字湯、大柴胡湯、柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾姜湯、柴胡加竜骨牡蛎湯、半夏瀉心湯、黄連解毒湯、小青竜湯、防己黄耆湯、麥門冬湯、補中益氣湯、荊芥連翹湯、潤腸湯、抑肝散、五淋散、温清飲、防風通聖散、芍薬甘草湯、竜胆瀉肝湯、二朮湯、清肺湯、柴朴湯、大建中湯、辛夷清肺湯、牛車腎気丸、清心蓮子飲、三黄瀉心湯、柴芎湯、三物黄芩湯を含む30処方について「使用上の注意」として添付文書に間質性肺炎を起こす可能性があることが記載されている。これらのなかには、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発症率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、報告があったための注意喚起になる。しかし、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。』	
B26	J96.0	急性呼吸不全による人工呼吸患者の栄養管理ガイドライン 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/eiyouguidline2011.pdf	B26-1	六君子湯	経腸栄養と誤嚥	巽博臣, 升田好樹, 今泉均, ほか. 胃内容の停滞したICU患者に対して六君子湯が有効であった3症例. <i>日本集中治療医学会誌</i> 2009; 16: 187-90.	n/a	n/a	経腸栄養と誤嚥の危険性の項の『チューブ先端を幽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り、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 (プロスタグランディン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。』		
					B26-2	大建中湯	経腸栄養と誤嚥	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 (51CPGs)

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
B27	J98.8	「呼吸器感染症に関するガイドライン」成人気道感染症診療の基本的考え方	日本呼吸器学会呼吸器感染症に関するガイドライン作成委員会 (委員長: 松島敬春 川崎医科大学呼吸器内科)	日本呼吸器学会、2003年6月20日発行	B27-1	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. 薬局 1997; 48: 1074-8. 2) 川名明彦, 工藤宏一郎. かぜ症候群の対症療法. 薬局 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ているもので、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 (51CPGs)

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のないその要約	13 副作用に関する記載のないその要約	14 備考				
B28	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	B28-1	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	『本間は患者で初診時に37℃以上の症例を対象として解熱鎮痛消炎剤(ibuprofen)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					
					B28-2	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>和漢医薬学雑誌</i> 2003; 20: 30-7.	n/a	n/a	『葛根湯服用後の体温上昇時にマクロファージの活性化が指摘されている。(Kurokawa M, et al. Effect of interleukin-12 level augmented by Kakkon-to, a herbal medicine, on the early stage of influenza infection in mice. <i>Antiviral Res</i> 2002; 56: 183-8) 葛根湯はインフルエンザ感染マウスに発熱の抑制・体重減少の抑制と肺炎の軽症化を示した。感冒に伴うサイトカインの過剰反応をインターフェロンからIL-1の誘導を阻害することによって解熱効果を示すことが報告された。』	n/a					
					B28-3	小青竜湯	気管支炎	宮本昭正、井上洋西、北村諭、ほか。TJ-19ツムラ小青竜湯の気管支炎に対するPlacebo対照二重盲検群間比較試験. <i>臨床医薬</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に比較し有意に優れていた。』	n/a					
					B28-4	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、抗生物質の適応がある場合(熱証と思われる)は除いた。麻黄附子細辛湯エキスあるいは総合感冒薬の封筒法による多施設比較試験を行った。解析例は実薬群83例、対照群88例であった。中等度改善以上の症例は実薬群81.9%、対照群60.3%で前者において優れていた。発熱持続日数はそれぞれ1.5±0.7日、2.8±1.5日であり前者で短縮していた。全身倦怠感、咽頭痛・違和感、咳・痰についても症状日数は前者で短縮していた。』	n/a					
					B28-5	小柴胡湯	感冒	加地正郎、柏木征三郎、山本戸道郎。TJ-9ツムラ小柴胡湯の感冒に対するPlacebo対照二重盲検群間比較試験. <i>臨床と研究</i> 2001; 78: 2252-68.	n/a	n/a	『発病後5日間以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、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。』	『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。』					
					B28-6	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メトルファン効果の比較(パイロット試験)。 <i>日本東洋医学雑誌</i> 2001; 51: 725-32.	n/a	n/a	『非喫煙者で、かぜ症候群後2週間以上咳嗽が続く、ACE阻害薬を内服しておらず、鼻・副鼻腔疾患、慢性呼吸器疾患、アトピー歴、胃食道逆流症がなく、胸部単純X線、呼吸機能、末梢血好酸球数、CRP、血清IgE値に異常のない症例を無作為に麦門冬湯エキス顆粒9g/日(13例)と臭化水素酸デキストロメトルファン60mg/日(12例)の2群に分け(1週間内服)、咳日記(咳点数0.9点に分布)を用いて2群間の咳嗽抑制効果を比較検討した。麦門冬湯は臭化水素酸デキストロメトルファンに比し、2日目で咳嗽抑制効果が強かった(P<0.05)。』	n/a					
					B28-7	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>日本胸部臨床</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、比較的安定したCOPD患者8例については4ヶ月以上呼吸機能、体重などを経過観察した。その結果、感冒罹患は補中益気湯内服群で有意に少なく、また長期観察に於いて標準を下回るやせが見られた3例で体重が平均2.83kg増加した。』	n/a					
					B28-8	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					
					B28-9	柴朴湯	気管支喘息	西澤芳男、西澤恭子、永野富美代、ほか。ベクロメタソン吸入量半減時の柴朴湯吸入療法とクロモグリセート吸入療法の代替療法比較試験. <i>耳鼻咽喉科展望</i> 2002; 45: 8-15.	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> -刺激剤頻用使用回数の減少が認められた。CPTは、DSCGよりもベクロメタソン半減時の代替薬剤として有効・有用性に優れていることが示された。』	n/a					
					B28-10	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3.9μM以下を示した気管支喘息患者21名(喘息群)と、慢性咳嗽症状を有し咳感受性が亢進しているものの、喘息の診断には至らない22名(非喘息群)に麦門冬湯を2ヵ月間投与し、咳感受性と気道炎症に対する効果を比較した。咳感受性への効果は、両群間に有意差を認めなかった。気道炎症については両群とも約半数で改善がみられたが、有意ではなかった。気道炎症の程度別に検討すると、両群とも喀痰中に好中球が2%以上検出されている症例で、咳感受性の有意な低下が認められた。』	n/a	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。				
					B28-11	神秘湯	アスピリン喘息	西澤芳男、西澤恭子、吉岡二三、ほか。神秘湯(Shen-bi-tang: SBT)吸入療法とsodium cromoglicate吸入療法とのアスピリン喘息への多施設無作為効果比較検討. <i>耳鼻咽喉科展望</i> 2003; 46: 3-14.	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閾値の決定した114例を対象に、神秘湯(SBT)吸入療法とsodium cromoglicate(DSCG)療法について多施設無作為効果比較対照試験を行った。A群61例にはSBT500μgを充填したDSCG用カプセル、B群53例にはDSCG20mgを充填したカプセルを用い、1日1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はヒト気道粘膜上皮細胞の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	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。				
					B28-12	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 houpu 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嚥を生じた患者に於いて、嚥下反射を改善し、また咳反射をも同時に改善することが報告されている。すなわち原典にあるとおり、実際に食物が喉に詰まることを改善するのである。従って、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できる。』	n/a					
					B28-13	半夏厚朴湯	パーキンソン病の嚥下反射	Iwasaki K, Wang Q, Seki H, et al. The effect of the traditional chinese medicine, "Banxia Houpu Tang (Henge-Kouboku To)" on the swallowing reflex in Parkinson's disease. <i>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					
					B28-14	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 houpu tang, improves cough reflex of patients with aspiration pneumonia. <i>Journal of American Geriatrics Society</i> 2002; 50: 1751-2.	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炎症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、常に嚥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できる。』	n/a					
					B28-15	清肺湯	誤嚥性肺炎	Mantani N, Kasahara Y, Kamata T, et al. Effect of Seihai-to, a Kampo medicine, in relapsing aspiration pneumonia-an open label pilot study. <i>Phytomedicine</i> 2002; 9: 195-201.	n/a	n/a	『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					
					B28-16	抑肝散	痴呆に伴う精神症状(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>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、薬剤性の嚥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、嚥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(単純盲検化ランダム化比較臨床試験)』	n/a					
					B28-17	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)。』	
					B28-18	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					
					B28-19	柴朴湯	間質性肺炎(副作用)		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 (51CPGs)

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
B28	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	B28-20	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点が置かれている。そこで、軽度から中等度の全身倦怠、食欲低下、易感染性、微熱がしばしば出るような場合に用いるとよい。ただし、食欲不振や消化不良が顕著な症例では、却って悪心、腹痛などで服薬が困難な場合もある。』 補中益気湯の臨床的エビデンス ・『補中益気湯は全身倦怠を訴える高齢者でNK細胞活性、血中IFNγの増加を示した(比較臨床試験)』 ・『無症候性MRSA尿症の患者に於いて補中益気湯は非使用群に比べ有意に細菌量を減少させ、prognostic nutrition indexを改善させた(比較臨床試験)』 ・『補中益気湯はmycosis fungoidesの患者の末梢単核球のIFNγ産生を維持させた。』	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。  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。
					B28-21	補中益気湯	無症候性MRSA尿症	Nishida S. Effect of Hochu-ekki-to on asymptomatic MRSA bacteriuria. <i>Journal of Infection Chemotherapy</i> 2003; 9: 58-61.	n/a	n/a			
					B28-22	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			
B29	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.jcohc.or.jp/minids/NTA/nda.pdf	B29-1	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、0.025%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	
					B29-2	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、鍼灸治療を呈状神経節ブロック、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	
					B29-3	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	
					B29-4	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	
					B29-5	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、病前期間は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が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、治療法と転院を示した。全人的な対応が有効であった。』	n/a	
					B29-6	桂枝茯苓丸	非定型顔面痛	有井かおる, 杉村光隆, 瀧邦高, 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に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散痛も認め、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リンが有効で、桂枝茯苓丸、アセトアミノフェン、経皮的経穴電気刺激療法にも有効性があつた。 結果、結論: 星状神経節ブロック、アミトリプチリ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)は軽減しつつあつた。』	n/a	
					B29-7	漢方薬	非定型顔面痛	中野良信. 下顎骨骨折に続発し長期間続した非定型顔面痛の1例. <i>日本歯科心身医学会雑誌</i> 2002; 17: 75-82.	n/a	n/a	構造化抄録の項に、下記の記載がある。 『研究デザイン: 症例報告 対象: 45歳女性 経過: 事故外傷により下顎骨正中骨折、おとがい部裂傷を受傷。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、ノイロロビ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	
					B29-8	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で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。心因性歯痛と判断し、痛みが脳に記憶されている可能性があり、原因不明でないことを説明し、柴胡桂枝湯を処方したところ、3日後には痛みはまったく消失した。 結論: 本症例の歯痛は、仕事のストレス、家庭内の問題(子供の不登校)、原因不明の歯痛への不安等心理的要因により生じた心因性歯痛と考えられた。患者の痛みを受け入れ、痛みに対する説明を十分に行うことにより、不安と痛みの悪循環が断ち切れ、痛みは軽減したものと考えられた。』	n/a	
					B29-9	漢方薬	歯及び歯肉の痛み	真秀重成, 鈴木長明, 川島正人, ほか. 歯及び歯肉の痛みを訴え続けた精神発達遅滞を伴ううつ病患者の1症例. <i>日本歯科麻酔学会雑誌</i> 1999; 27: 341-4.	n/a	n/a	構造化抄録の項に、下記の記載がある。 『研究デザイン: 症例報告 対象: 精神発達遅滞にうつ病を伴う20才女性の患者 経過: 4年前より、両側上下顎全歯と歯肉の疼痛を訴えていた。不眠をきたすほどの激痛であったが器質的異常はなく、精神科主治医からも生活に対する不安の身体化により生じた症状と診断されていた。精神科での抗うつ薬の投与に加え、歯科での簡易精神療法、さまざまな漢方、口腔内洗浄、歯石除去などを行っているうちに、痛みを自分からは訴えない状態までに改善した。痛みの改善に何が有効であったかは不明だが、受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かつた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	
B30	K30	H. pylori 感染の診断と治療のガイドライン2016改訂版	日本ヘリコバクター学会ガイドライン作成委員会(委員長: 加藤元嗣 独立行政法人国立病院機構 函館病院)	先端医学社、2016年8月1日 第1版第1刷発行	B30-1	漢方薬	機能性ディスぺプシア	1) Tack J, Talley NJ, Camilleri M, et al. Functional gastroduodenal disorders. <i>Gastroenterology</i> 2006; 130: 1466-79. 2) Suzuki H, Nishizawa T, Hibi T. Therapeutic strategies for functional dyspepsia and the introduction of the Rome III classification. <i>Journal of Gastroenterology</i> 2006; 41: 513-23.	n/a	n/a	H. pylori除菌が強く勧められる疾患の項の『機能性ディスぺプシア(H. pylori関連ディスぺプシア)』の解説に、下記の記載がある。 『その治療法については、酸分泌抑制薬、胃運動機能改善薬、漢方薬、抗うつ薬などが検討されている。』	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 (51CPGs)

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
B31	K63.9	日本版重症患者の栄養療法ガイドライン	日本集中治療医学会重症患者の栄養管理ガイドライン作成委員会(委員長:小谷穰 治 兵庫医科大学 救急・災害医学講座)	日本集中治療医学会雑誌 第23巻 第2号	B31-1	六君子湯、大建中湯	誤嚥	n/a	n/a	n/a	『CQ4: 経腸栄養中の誤嚥の危険度を下げるために行うことは?』に対して、解説の中に、下記の記載がある。 『本邦では消化管運動改善を目的に、胃内排泄促進ではクエン酸モサブリドや六君子湯などが、大腸蠕動運動・排便促進目的にはPGF1α、大建中湯、ピコスルファートナトリウムなどが、その薬理効果や使用経験に基づき用いられている。』	n/a	
					B31-2	漢方薬	消化管運動改善	n/a	n/a	n/a			
					B31-3	六君子湯	消化管運動改善	1) Kido T, Nakai Y, Kase Y, et al. Effects of rikkunshi-to, a traditional Japanese medicine, on the delay of gastric emptying induced by N (G) -nitro-L-arginine. <i>Journal of Pharmacological Sciences</i> 2005; 98: 161-7. 2) Sadakane C, Muto S, Nakagawa K, et al. 10-Gingerol, a component of rikkunshito, improves cisplatin-induced anorexia by inhibiting acylated ghrelin degradation. <i>Biochemical and Biophysical Research Communications</i> 2011; 412: 506-11. 3) Fujitsuka N, Asakawa A, Uezono Y, et al. Potentiation of ghrelin signaling attenuates cancer anorexia-cachexia and prolongs survival. <i>Translational Psychiatry</i> 2011; 1: 23.	n/a	n/a			
					B31-4	大建中湯	消化管運動改善	1) Shibata C, Sasaki I, Naito H, et al. The herbal medicine Dai-Kencho-Tou stimulates upper gut motility through cholinergic and 5-hydroxytryptamine 3 receptors in conscious dogs. <i>Surgery</i> 1999; 126: 918-24. 2) Satoh K, Hayakawa T, Kase Y, et al. Mechanisms for contractile effect of Dai-kenchu-to in isolated guinea pig ileum. <i>Digestive Diseases and Sciences</i> 2001; 46: 250-6. 3) Fukuda H, Chen C, Mantyh C, et al. The herbal medicine, Dai-Kencho-to, accelerates delayed gastrointestinal transit after the operation in rats. <i>Journal of Surgical Research</i> 2006; 131: 290-5. 4) Nagano T, Itoh H, Takeyama M. Effect of Dai-kenchu-to on levels of 3 brain-gut peptides (motilin, gastrin and somatostatin) in human plasma. <i>Biological and Pharmaceutical Bulletin</i> 1999; 22: 1131-3. 5) Satoh K, Hashimoto K, Hayakawa T, et al. Mechanism of atropine-resistant contraction induced by Dai-kenchu-to in guinea pig ileum. <i>The Japanese Journal of Pharmacology</i> 2001; 86: 32-7. 6) 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: 970-5. 7) Itoh T, Yamakawa J, Mai M, et al. The effect of the herbal medicine dai-kenchu-to on post-operative ileus. <i>The Journal of International Medical Research</i> 2002; 30: 428-32. 8) Endo S, Nishida T, Nishikawa K, et al. Dai-kenchu-to, a Chinese herbal medicine, improves stasis of patients with total gastrectomy and jejunal pouch interposition. <i>The American Journal of Surgery</i> 2006; 192: 9-13.	n/a	n/a	『CQ7-1: 消化管運動の改善のために漢方薬の投与を行うか?』に対して、下記の記載がある。 『消化管運動の改善目的での漢方薬の使用に関する推奨は、結論を出すには十分なエビデンスがない。 解説: 該当する重症患者に対する無作為化試験は、検索し得なかった。集中治療領域で今後効果が期待されている漢方薬としては、以下の2つが挙げられる。いずれも消化管の運動を改善させることが基礎研究で報告されているものである。1つは、六君子湯であり、この薬剤は胃排滞能促進作用、摂食亢進作用を持つグレリンの分泌促進や分解阻害、グレリンシグナルの活性化に関与していると報告されており、胃残量の多い集中治療患者に対する研究が待たれるところである。2つ目は、大建中湯であり、この薬剤は5-HT3受容体、5-HT4受容体を介するアセチルコリン遊離促進作用、モチリン分泌促進作用、腸管粘膜層受容体刺激作用による消化管運動促進作用が報告されている。臨床例では、健康な米国人に対し、大建中湯15 g/day 5日間投与群とプラセボ群で上行結腸の排出時間を有意に短縮するというRCT、腹部術後イレウス例における再手術率、再発率を低下するというRCT、胃全摘術後空腸ろう置患者の栄養投与時の症状を改善するというRCTがある。作用メカニズムとしては、重症患者に関しても効果が期待されるが、いずれも重症患者に対する検討ではなく、unknown field とし、今後集中治療領域での研究が報告されることが望まれる。』	n/a	
B32	K64.9	エビデンスに基づく助産ガイドライン-妊娠・分娩期2016	日本助産学会エビデンスに基づく助産ガイドライン-妊娠・分娩期2016ガイドライン委員会(委員長:堀内成子 聖路加国際大学大学院、聖路加産科クリニック)	日本助産学会誌、第30巻別冊 2017年1月	B32-1	漢方薬	妊娠中の痔核	Gan T, Liu Y, Wang Y, et al. Traditional chinese medicine herbs for stopping bleeding from haemorrhoids. <i>Cochrane Database of Systematic Review</i> 2010; 10: CD006791.	n/a	n/a	『CQ6 妊娠中の痔核の改善に効果的な方法は何か?』に対して、下記の記載がある。 『上記以外のエビデンス: 妊娠中の女性ではない、一般の人を対象としたコクランSRは5件であった。(中略) 痔核からの出血に対する漢方薬の効果 (Gan 2010)、血管強化薬であるフラボノイドの効果 (Perera 2012) について検討されている。』	n/a	
					B32-2	生薬	妊娠中の痔核	Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansdel D, et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. <i>Cochrane Database of Systematic Review</i> 2005; 4: CD004649.	n/a	n/a	『CQ6 妊娠中の痔核の改善に効果的な方法は何か?』に対して、下記の記載がある。 『上記以外のエビデンス: 7 件のRCT (n=378) を対象とした食物繊維 (ハーブ、生薬、ブラン、ダイエツトファイバーなど) とプラセボの比較 (Alonso-Coello 2005) では、全般的な痔核症状の改善がみられ (RR 0.47 [95% CI 0.32, 0.68])、出血の症状も改善された (RR 0.5 [95% CI 0.28, 0.89])。』	n/a	
B33	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	B33-1	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、さらに皮疹に応じた薬理機序からの薬剤選択も考慮するのがよい。』		
					B33-2	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	『体中等度の人の皮膚疾患で、患部は発散性あるいはびまん性の発疹で覆われ、滲出液の少ない場合。ざ瘡様皮疹、蕁麻疹のある場合に用いられる。』		
					B33-3	消風散	アトピー性皮膚炎、脂漏性湿疹、貨幣状湿疹、慢性湿疹	筒井清広, 田中武司, 広根孝衛. ほか. アトピー性皮膚炎、脂漏性湿疹、貨幣状湿疹、慢性湿疹に対する消風散の臨床効果. <i>漢方医学</i> 1994; 18: 309-14.	n/a	n/a	『比較的体力のある人の慢性の皮膚疾患で、患部に熱感があって、多くは湿潤し、ソワ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。』		
					B33-4	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; 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、頸部や頸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。』		
					B33-5	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施設二重盲検比較試験のデータがある。』		
					B33-6	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(バクイリン)、柴胡(サイコサポニン)の含まれている漢方では細胞毒性による間質性肺炎、肝炎が、また、山梔子(ゲニポシド)では腸間膜静脈硬化症の副作用に注意が必要である。』

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)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 (51CPGs)

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	L91.0 T14.1	形成外科診療ガイドライン2 急性創傷/瘢痕ケロイド	日本形成外科学会、日本創傷外科学会、日本頭蓋顔面外科学会 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	B34-1	柴芩湯	ケロイド、肥厚性瘢痕	平松幸恭, 浅井真太郎, 加藤優子, ほか. ケロイド・肥厚性瘢痕に対する柴芩湯の有効性について. <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瘢痕を改善し、瘢痕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、肥厚性瘢痕の治療と予防の有効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	
					B34-2	柴芩湯	肥厚性瘢痕	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瘢痕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			
B35	M35.0	シェーグレン症候群診療ガイドライン2017年版	厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等政策研究事業 自己免疫疾患に関する調査研究班 診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 住田孝之 筑波大学医学医療系内科)  Strength of Evidence A (強): 効果の推定値に強く確信がある B (中): 効果の推定値に中等度の確信がある C (弱): 効果の推定値に対する確信は限定的である D (非常に弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない  Strength of Recommendation 強い: 「実施する」、または、「実施しない」ことを推奨する 弱い: 「実施する」、または、「実施しない」ことを提案する	診断と治療社、2017年4月28日 初版第1刷発行	B35-1	漢方薬	シェーグレン症候群の口腔乾燥症状	n/a	n/a	n/a	『CQ24 口腔乾燥症状の改善に有用な治療は何か』に対して、下記の記載がある。 『推奨作成の経緯: 本CQのアウトカム (outcome) として、唾液分泌量の改善、口腔乾燥症状の改善、口腔粘膜異常の改善、有害事象が挙げられ、本推奨では口腔乾燥症状の改善について唾液分泌変化量と問診スコアを重視した。セビメリン塩酸塩、ピロカルピン塩酸塩、漢方薬、口腔保湿剤についてそれぞれシステマティックレビュー (systematic review: SR) が行われた。(中略) 漢方薬および口腔保湿剤については、唾液分泌量、口腔乾燥症状、口腔粘膜異常を改善させる可能性があるものの、エビデンスは非常に弱いものであった。』	n/a	
					B35-2	麦門冬湯	シェーグレン症候群の口腔乾燥症状	大野修嗣. 免疫疾患の漢方薬RCT シェーグレン症候群の唾液分泌障害に対する漢方薬治療の効果. <i>漢方と最新治療</i> 2006; 15: 134-40.	C (弱): 効果の推定値に対する確信は限定的である	『CQ24 口腔乾燥症状の改善に有用な治療は何か』に対して、漢方薬の項に下記の記載がある。 『2つのRCTを対象にSRを実施した。2つのRCTで麦門冬湯投与後に平均唾液分泌量が有意に増加したが、コントロール群 (補中益気湯、プラセボ) では平均唾液分泌量の有意な増加はなかった。1つのRCTでは麦門冬湯投与により76.6%の患者で唾液分泌量が増加した。 1つのRCTで麦門冬湯は投与前およびプラセボと比し口腔乾燥に関する問診スコアを有意に改善した。プラセボでは有意な改善なく、むしろ増悪傾向であった。 1つのRCTで麦門冬湯は投与前およびプラセボと比し舌表面、口腔内の乾燥に関するスコアを有意に改善した。プラセボでは有意な改善なく、むしろ増悪傾向であった。 以上の結果から、エビデンスは非常に弱い。麦門冬湯は口腔乾燥および口腔粘膜異常を改善させる可能性が示された。また、エビデンスは非常に弱い。麦門冬湯は副作用が生じにくい可能性が示された。』	n/a		
					B35-3	麦門冬湯	シェーグレン症候群の口腔乾燥症	西澤芳男, 西澤恭子, 吉岡二三, ほか. 原発性シェーグレン症候群唾液分泌能改善効果に対する前向き、多施設無作為2重盲検試験. <i>日本唾液腺学会誌</i> 2004; 45: 66-74.	D (非常に弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない				
					B35-4	漢方薬	シェーグレン症候群の唾液腺障害	n/a	n/a	n/a	『CQ37 漢方薬、ムスカリンセプター刺激薬、気道粘潤滑薬は、小児患者の腺病変・腺外病変の改善に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨作成の経緯: 他の薬剤については報告がなかったが、漢方薬、ムスカリンセプター刺激薬、気道粘潤滑薬は、ピロカルピン塩酸塩が有害事象で使えない場合などの選択肢となりうる。いずれも小児SS【小児シェーグレン症候群】には、保険適用がないので、使用する場合には患者・家族への説明が必要である。』	n/a	
B36	N02.8	小児IgA腎症治療ガイドライン1.0版	日本小児腎臓病学会学術委員会小委員会「小児IgA腎症治療ガイドライン作成委員会」(委員長: 吉川徳茂 和歌山県立医科大学小児科)	日本小児科学会雑誌 第111巻 第11号、2007年11月1日	B36-1	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、リシプリルの巣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、柴芩湯は小児の巣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	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』
					B36-2	柴芩湯	小児IgA腎症	吉川徳茂, 伊藤拓, 酒井紘, ほか. 巣状・微小メサンギウム増殖を示す小児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歳以下の巣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日尿蛋白量が0.41 ± 0.48gから0.43 ± 0.56gと不変であったのに対し、柴芩湯群46例では1日尿蛋白量が0.39 ± 0.31gから0.25 ± 0.41g (p=0.005) と有意に減少した。また、尿正常化率も無治療群10%に対し、柴芩湯群は46%と良好であった (p<0.001)。』		
B37	N04.9	エビデンスに基づくネフローゼ症候群診療ガイドライン2017	エビデンスに基づくネフローゼ症候群診療ガイドライン2017作成分科会 (委員長: 柴垣有吾 聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科)	東京医学社、2017年6月15日発行	B37-1	甘草	低カリウム血症 (副作用)	川合真一, 川合真一 (編). ステロイドの上手な使い方. 永井書店, 2004: 16-22.	n/a	n/a	薬剤の作用機序と副作用の項の『ステロイドとほかの薬剤の相互作用』の表中に、下記の記載がある。 『同時投与により起こりやすい合併症と薬剤 低カリウム血症: サイアザイド系利尿薬、エタクリン酸、フロセミド、甘草、エフェドリン』		
B38	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系講座小児科学分野)	診断と治療社、2013年9月25日 初版第1刷発行	B38-1	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. <i>小児腎臓病研究</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いため、その使用については推奨しない。』	n/a	
					B38-2	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. <i>ネフローゼ症候群</i> . <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			

『』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 (51CPGs)

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のないその要約	13 副作用に関する記載のないその要約	14 備考
B39	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	B39-1	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婦中の禁忌生薬はない?. 薬局 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。』	『漢方薬でも大黄、ポウショウ、ケンゴシを含む漢方製剤は、流産を誘発する危険性があるため使用しない。』	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)、小青竜湯、麦門冬湯(ツムラ)、便秘薬(漢方)、葛根湯(マツウラ、ツムラ)、漢方薬、中將湯の記載がある。
					B39-2	柴胡加竜骨牡蛎湯、抑肝散、加味逍遙散	不眠	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蛎湯、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。』			
					B39-3	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(麻黄含有、長期不可)、葛根湯(麻黄含有、長期不可)	かぜ症候群	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。			
B40	Q43.1	ヒルシュスプリング病類縁疾患診療ガイドライン	平成26年度厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患等政策事業)「小児期からの希少難治性消化管疾患の移行を包含するガイドライン確立に関する研究」田口智章班・Hirschsprung病類縁疾患グループ(班長: 田口智章 九州大学大学院医学研究院 小児外科学分野)	メジカルビュー社、2018年12月10日 第1版第1刷発行	B40-1	大建中湯	Isolated hypoganglionosis【腸管神経節細胞僅少症】	n/a	n/a	D: 非常に弱い	n/a	n/a	
					B40-2	大建中湯	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症(MMIHS)	1) 久保雅子. 矢内俊裕. 種々のイレウスに対する大建中湯の使用経験. <i>Progress in Medicine</i> 1997; 17: 2547-9. 2) 垣田博樹. 大建中湯が有効であったMegacystis Microcolon Intestinal Hypoperistalsis Syndromeの1例. <i>日本産婦科・新生児医学会雑誌</i> 2004; 40: 863-7. 3) 若下公江, 佐竹正栄, 久保雅子. ヒルシュスプリング病類縁疾患の乳児期管理の問題点について. <i>山梨県立中央病院年報</i> 2000; 27: 19-22. 4) Hirakawa H, Ueno S, Matsuda H, et al. Effect of the Herbal Medicine Dai-Kencho-To on Gastrointestinal Motility in Patients with Megacystis-Microcolon-Intestinal Hypoperistalsis Syndrome (MMIHS) and Chronic Idiopathic Intestinal Pseudo-Obstruction (CIPO): Report of Two Cases. <i>The Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine</i> 2009; 34: 28-33.	D: 非常に弱い	n/a	『CQ2-1: Isolated hypoganglionosisに薬物療法は推奨できるか?』に対して、下記の記載がある。 『推奨: Isolated hypoganglionosisに対して、現時点で推奨する薬物療法はない。』 『Isolated hypoganglionosisに対する薬物療法については、さまざまな施設において、消化管機能改善薬、プロバイオティクス、漢方薬(大建中湯)や、状況により抗生剤、洗腸、下剤、止痢剤なども使用されているが、エビデンスとなるランダム化比較試験(randomized controlled trial: RCT)や症例集積の報告はない。臨床でよく使用されている漢方薬(大建中湯)の効果についてのエビデンスとなる報告はなく、その有効性は不明である。』		
					B40-3	大建中湯	慢性特発性偽性腸閉塞(CIIP)	1) 久保雅子. 矢内俊裕. 種々のイレウスに対する大建中湯の使用経験. <i>Progress in Medicine</i> 1997; 17: 2547-9. 2) 窪田昭男, 川原央好, 長谷川利路. ほか. 慢性便秘症の外科的治療. <i>小児外科</i> 2008; 40: 226-34. 3) Hirakawa H, Ueno S, Matsuda H, et al. Effect of the Herbal Medicine Dai-Kencho-To on Gastrointestinal Motility in Patients with Megacystis-Microcolon-Intestinal Hypoperistalsis Syndrome (MMIHS) and Chronic Idiopathic Intestinal Pseudo-Obstruction (CIPO): Report of Two Cases. <i>The Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine</i> 2009; 34: 28-33.	D: 非常に弱い	n/a	『CQ2-2: 巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症(MMIHS)に薬物療法は推奨できるか?』に対して、下記の記載がある。 『推奨: MMIHSに対する薬物療法として、漢方薬(大建中湯)やプロバイオティクスの有用性が報告されているが、現時点では十分な推奨できるエビデンスはない。』 『解説: MMIHSに対する薬物療法として、消化管機能改善薬(cisapride, metoclopramideなど)、プロバイオティクス、漢方薬(大建中湯)、抗生剤(エリスロマイシンなど)、洗腸、下剤、止痢剤などが使用されることがある。しかしながら、これらについてのエビデンスとなるRCTや症例集積報告はなく症例報告が散見されるのみである。(中略) 漢方薬(大建中湯)については、4編の症例報告でその有効性が示されている。その効果としては、消化管運動の改善、腸管内容物の通過時間改善、経腸栄養の摂取量増加、腸閉塞症状の改善が挙げられている。(中略) これらのことより、推奨できる薬物療法はないが、漢方薬(大建中湯)、プロバイオティクスの投与は、有効性を示す症例報告が散見されていることから、試してもよい薬剤療法と考えられる。』		
B41	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(監修: 吉原重美 獨協医科大学医学部小児科学)	診断と治療社、2014年4月8日 初版発行	B41-1	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剤のため「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・大棗・甘草を主構成成分とする薬剤(麦門冬湯、肺閉湯など): 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(柴朴湯、柴陷湯など): 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、まぶたの重み)、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。柴朴湯や柴陷湯においては、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。』	
B41-2	麦門冬湯	咳嗽	渡邊直人. 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: 分析疫学的研究(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。』							
B41-3	麦門冬湯	咳嗽	野中善治. ほか. 小児の持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: 分析疫学的研究(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)の効果と比較したところ、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。』							
B41-4	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: 分析疫学的研究(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。』							
B41-5	小青竜湯、五虎湯、麻杏甘石湯	咳嗽	池田孔己. ほか. K-2オプアブルミン感作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。』							
B41-6	麦門冬湯、柴朴湯、麻杏甘石湯、小青竜湯、柴陷湯	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. 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(一般的なかぜ症候群)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、合力に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、オプラートや服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。』							



『』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 (51CPGs)

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
B42	R13	日本神経治療学会 標準的神経治療: 神経疾患に伴う嚥下障害	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	B42-1	半夏厚朴湯	嚥下障害	↓	n/a	n/a	嚥下障害に対する薬物治療の口腔・嚥下機能に好影響を与える薬剤として、嚥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嚥下反射が改善されることが報告されている。』	n/a	嚥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 嚥下機能・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・嚥下反射の改善
					B42-2	半夏厚朴湯	嚥下障害	Iwasaki K, Wang Q, Nakagawa T, et al. The traditional Chinese medicine banxia houpu 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、非投与群に比べ嚥下反射が改善し、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	
					B42-3	半夏厚朴湯	嚥下障害	Iwasaki K, Wang Q, Seki H, et al. The effects of the traditional chinese medicine, Banxia Houpu 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	
					B42-4	半夏厚朴湯	嚥下障害	Iwasaki K, Kato S, Monma Y, et al. A pilot study of Banxia Houpu 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病で長期療養施設に入院している患者に半夏厚朴湯を12か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	
B43	R13	嚥下障害診療ガイドライン 2018年版	日本耳鼻咽喉科学会 嚥下障害診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 兵頭政光 高知大学医学部耳鼻咽喉科学教室)  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	金原出版、2018年9月10日 第3版第1刷発行	B43-1	半夏厚朴湯	嚥下障害	Iwasaki K, Kato S, Monma Y, et al. A Pilot Study of Banxia Houpu Tang, a Traditional Chinese Medicine, for Reducing Pneumonia Risk in Older Adults with Dementia. <i>Journal of American Geriatric Society</i> 2007; 55 :2035-40.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	n/a	『CQ9 嚥下障害に薬物治療は有効か?』に対して、下記の記載がある。 『推奨: 嚥下障害による薬物治療は、パーキンソン病などの原因疾患に対する治療と、嚥下反射の改善などを目的とした病態に対する治療が報告されているが、その有用性に関して確実性の高いエビデンスはない。治療の選択肢として検討してもよいが、今後の臨床研究による検証が求められる。 解説: 嚥下反射の改善により嚥下機能を改善するとされる薬剤には、ACE阻害薬、シロスタゾール、ニセルゴリン、半夏厚朴湯の報告がある。いずれも末梢でのサブスタンスP (SP) を上昇させることで、嚥下運動の惹起が促進される効果が期待されている。その他、シロスタゾール、ニセルゴリン、半夏厚朴湯が同様の機序で、嚥下性肺炎の発症予防や喉頭挙上溜時の短縮が報告されているものの、質の高いランダム化比較試験はなく、その有効性は不確定である。』	n/a	
B44	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	B44-1	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5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性素因を挙げており、口臭治療に対する漢方の有用性を示唆している。』	n/a	
					B44-2	白虎加人参湯、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参湯・八味地黄丸を処方し良好な成績を得ている。』	n/a	
					B44-3	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、中国の歴代医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	
					B44-4	甘草瀉心湯、生姜瀉心湯、半夏瀉心湯、白虎加人参湯	口臭	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・白虎加人参湯を挙げている。また、唾液分泌改善効果のある漢方薬として、白虎加人参湯・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	
					B44-5	白虎加人参湯、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						
					B44-6	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、甘草瀉心湯・生姜瀉心湯・半夏瀉心湯・白虎加人参湯を挙げている。また、唾液分泌改善効果のある漢方薬として、白虎加人参湯・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	
B45	R43.1	嗅覚障害診療ガイドライン	日本鼻科学会 嗅覚障害診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 三輪高喜 金沢医科大学耳鼻咽喉科学)	日本鼻科学会誌 56巻第4号 2017年発行	B45-1	小青竜湯	慢性副鼻腔炎嗅覚障害	前山忠嗣, 前原法文, 進武幹. 慢性副鼻腔炎に対する小青竜湯の臨床効果. <i>耳鼻と臨床</i> 1993; 39: 581-88.	A: 強い	n/a	『CQ1: 慢性副鼻腔炎による嗅覚障害に対して薬物療法は有用か?』に対して、下記の記載がある。 『推奨薬案: 薬物療法による嗅覚への直接的効果で報告されている薬物は、副腎皮質ステロイドホルモン (以下、ステロイド)、マクロライド系抗菌薬 (以下、マクロライド)、オマリズマブ、医療用漢方製剤がある。 推奨根拠: 3~12 か月の小青竜湯内服によって嗅覚障害の改善率は25%であったが、症例数が少なく、エビデンスレベルが低い。』	n/a	
					B45-2	当帰芍薬散	感冒後嗅覚障害	1) 三輪高喜. 神経性嗅覚障害. <i>MB ENTONI</i> 2010; 110: 30-5. 2) 内田淳, 古田厚子, 洲崎春海. 当科における嗅覚障害症例に対する漢方治療. <i>頭頸部自律神経</i> 2009; 23: 20-1.	C: 弱い	n/a	『CQ4: 感冒後嗅覚障害に有効な治療法はあるか?』に対して、下記の記載がある。 『推奨薬案: 薬物療法については症例研究で有効性が報告されているが、エビデンスレベルの高い研究は不足している。 推奨根拠: 感冒後嗅覚障害は嗅神経性嗅覚障害であり、症状の回復には神経伝導路の再生が必要となる。本邦では治療薬として亜鉛製剤、医療用漢方製剤、ステロイド点鼻及び内服、ビタミン製剤、代謝改善剤などが使用されている。』 『エビデンス 医療用漢方製剤: 当帰芍薬散は基礎的研究において神経栄養因子を増加させる作用がある。当帰芍薬散を感冒後嗅覚障害患者に投与したところ、ステロイド点鼻療法を使用した従来の治療法に比較して改善率が高かった。当帰芍薬散以外には人参養榮湯、加味帰脾湯が使用されている。ステロイド点鼻療法で改善の見られなかった患者に当帰芍薬散または人参養榮湯を投与したところ、前者では改善率43%、後者では36%であった。ステロイド点鼻療法で改善の見られなかった患者に当帰芍薬散または人参養榮湯を投与したところ、前者では改善率43%、後者では36%であった。』	n/a	
					B45-3	人参養榮湯	感冒後嗅覚障害	三輪高喜. 神経性嗅覚障害. <i>MB ENTONI</i> 2010; 110: 30-5.	C: 弱い	n/a	『CQ5: 外傷性嗅覚障害に対して有効な治療はあるか?』に対して、下記の記載がある。 『推奨薬案: 薬物療法については症例研究で有効性が報告されているが、エビデンスレベルの高い報告はみられない。 推奨根拠: 本邦では、治療薬として漢方製剤、亜鉛製剤、ビタミン製剤、ステロイド点鼻及び内服、ATP製剤が使用されている。医療用漢方製剤: 外傷後嗅覚障害に対して当帰芍薬散投与が行われ、42%の改善率が認められた。また、加味帰脾湯の投与で、治療が1名、軽快が5名、不変が1名であった。』	n/a	
					B45-4	加味帰脾湯	感冒後嗅覚障害	三輪高喜. 神経性嗅覚障害. <i>MB ENTONI</i> 2010; 110: 30-5.	C: 弱い	n/a	『CQ7: 嗅覚障害に対して漢方治療は有用か?』に対して、下記の記載がある。 『推奨薬案: 感冒後嗅覚障害に対して当帰芍薬散投与を提案する。 『推奨根拠: 現在国内外で嗅覚障害に対する治療効果が、プラセボ対照二重盲検試験によって明らかとされた医療用漢方製剤は認めないが、後ろ向き検討で感冒後嗅覚障害に対する当帰芍薬散の治療効果を示唆する国内からの報告を複数認める。これまで嗅覚障害患者に対する当帰芍薬散投与における有害事象の報告は認められていない。当帰芍薬散の効能・効果は月経不順、月経異常、月経痛、更年期障害、産前産後あるいは流産による障害 (貧血、疲労倦怠、めまい、むくみ)、めまい・立ちくらみ、頭痛、肩こり、腰痛、足腰の冷え症、しもやけ、むくみ、しみ、耳鳴りであり、現段階では嗅覚障害は適応症に含まれていない。』	n/a	
					B45-5	当帰芍薬散	外傷性嗅覚障害	三輪高喜, 塚谷才明, 池野幸子, ほか. 感冒罹患後ならびに外傷性嗅覚障害に対する当帰芍薬散の治療効果. <i>味と匂誌</i> . 2005; 12: 523-4.	C: 弱い	n/a			
					B45-6	加味帰脾湯	外傷性嗅覚障害	志賀英明. 外傷性嗅覚障害. <i>におい・かおり環境学会誌</i> 2014; 45: 278-81.	C: 弱い	n/a			
					B45-7	当帰芍薬散	感冒後嗅覚障害	1) 三輪高喜. 神経性嗅覚障害. <i>MB ENTONI</i> 2010; 110: 30-5. 2) 内田淳, 古田厚子, 洲崎春海. 当科における嗅覚障害症例に対する漢方治療. <i>頭頸部自律神経</i> 2009; 23: 20-1. 3) 小河孝夫, 加藤智久, 戸嶋一郎, ほか. 当科における感冒罹患後嗅覚障害の臨床的検討. <i>味と匂誌</i> 2010; 17: 511-4.	C: 弱い	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 (51CPGs)

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
B46	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	B46-1	漢方薬	慢性頭痛	↓	n/a	(漢方薬全体として B: 行うよう勧めら れる	『CQI-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効性を裏付けている。』 『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	
					B46-2	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、レスポンス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	
					B46-3	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効性に関 する研究. 塩酸ロメジジンのオープン・クロスオーバー試験. <i>痛みと漢方</i> 2006; 16: 30-9.	n/a	↑	『片頭痛患者に対し塩酸ロメジジンのオープン・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、塩酸ロメジジンより高い有効性を示した。』	n/a	
					B46-4	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、片頭痛に対しより早期に効果が期待できる可 能性がある。』	n/a	
					B46-5	呉茱萸湯	慢性頭痛	前田浩治, 宮城敦, 菅原武仁. 慢性頭痛に対する呉茱萸湯 の効果. <i>漢方医学</i> 1998; 22: 53-7.	n/a	↑		n/a	
					B46-6	呉茱萸湯	緊張型頭痛	赤嶺真理子, 兵頭晴博, 芦原睦, ほか. 緊張型頭痛に対す る呉茱萸湯の有効性. <i>日本東洋心身医学研究</i> 2000; 15: 36-8.	n/a	↑	『緊張型頭痛に対して76.7%に有効性を示した。』	n/a	
					B46-7	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	
					B46-8	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	
					B46-9	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効性に関する研究. <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	
					B46-10	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効性に関する研究. <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	
					B46-11	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	
					B46-12	釣藤散	慢性型緊張型頭 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	
					B46-13	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	
					B46-14	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	
					B46-15	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	↑	『頭蓋内の器質性疾患による慢性頭痛に対する研究では、やや改善以上の効果を示したのは80%であり、脳血管障害の慢性頭痛に 対しても、やや改善以上が78.3%を示し、4~6週間で7割近くが効果を認めた。』	n/a	
					B46-16	葛根湯	慢性緊張型頭痛	山本光利. 肩頭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	↑	『抗不安薬治療が不十分な慢性緊張型頭痛23例の症例集積研究が1件である。頭痛50%、頭重感60.9%と改善率を認めているが、も ともと葛根湯の使用方法は短期間服用または頓用することが多い。しかし、この研究では投与期間不定であり、なかには1か月以上も 服用している症例も見受けられ、胃部不快などの副作用も1例あり、本来の漢方薬に合った使用方法に基づいた研究デザインを考慮 すべきである。』	『胃部不快など副作用も1例あり。』	
					B46-17	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	↑	『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。』	n/a	
					B46-18	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	↑	『透析患者16例ではアンケートにより、有効および有効は12例であった。血液透析に伴う頭痛は、一時的な脳浮腫による影響が考え られているが、確々の薬理学的研究において五苓散は細胞膜にあるアクアポリン (AQP) を介して水分代謝が行われていると報告さ れている。特に脳浮腫に関してはAQP4が関連しており、五苓散はそれを抑制する効果が確認されている。臨床では、慢性硬膜下血 腫に対する報告例もみられるが症例報告のみである。』	n/a	
					B46-19	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	

『』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 (51CPGs)

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
B47	R51 R52	くり返す子どもの痛みの理解と対応ガイドライン-小児心身医学会ガイドライン集改訂第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	B47-1	六君子湯、 半夏厚朴 湯、安中 散、桂枝加 芍薬湯 (小 建中湯)、 半夏瀉心 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—機能性ディスベシア (FD). 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). 南江堂 2014; 60-84. 3) Devanarayana NML, Rajindrajith S, Benning MA. Quality of life and health care consultation in 13 to 18 year olds with abdominal pain predominant functional gastrointestinal diseases. <i>BMC gastroenterology</i> 2014; 14: 150.	n/a	n/a	腹痛編の薬物療法の項に、下記の記載がある。 『胸部不快感を伴う上腹部痛には、H <sub>2</sub> 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、モザ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	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。
					B47-2	安中散、半 夏厚朴湯、 半夏瀉心 湯、六君子 湯、人参 湯、桂枝加 芍薬湯、桂 枝加芍薬大 黄湯、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、虚弱体質の改善 (滋養): 六君子湯、人参湯、桂枝加芍薬湯、桂枝加芍薬大黃湯、小建中湯、大建中湯』	n/a	
B48	R52.2	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	B48-1	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. <i>日本東洋心身医学研究</i> 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の項に、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	
					B48-2	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の項に、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。軽躁状態や怒り、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なことがある。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	
B49	R61.0	原発性局所多汗症診療ガイドライン2015年改訂版	日本皮膚科学会 原発性局所多汗症診療ガイドライン策定委員 (委員長: 玉田康彦 玉田皮膚科)  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 以上良質のレベル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125巻 第7号	B49-1	漢方薬	多汗症	福本一朗, 山田暢一, 松本義伸. ほか. 多汗症バイオフィードバック療法の基礎研究. 特に手掌温度バイオフィードバックと漢方方剤の併用療法の有効性について. <i>バイオフィードバック研究</i> 2007; 34: 75-80.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究による)	n/a	『5. 精神 (心理) 療法は多汗症に有効か?』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 多汗症に対する精神 (心理) 療法は単独では効果を期待できないが、認知療法は、掌蹠、腋窩、顔面・顔面いずれの多汗症においても外用療法や内服療法と併用することでその効果をより高める可能性がある。また、バイオフィードバック療法は手掌多汗症に対して他の侵襲的な治療の前に試してもよい選択肢の一つとなる。 推奨度: バイオフィードバック療法C1、認知療法C1 解説: 訓練療法 バイオフィードバック (自律訓練法を含む): バイオフィードバックは自律神経系がオペラント条件づけによって随意的に制御できるようになるという理論に基づいている。Medline (1980 年以降)、医学中央雑誌 (1990 年以降) を用いた検索では、多汗症への効果はごく限られた患者にしか認められないとするもの、11 名中6 名で6 週後に手掌多汗症に改善が認められたとするもの、脱感作的温度バイオフィードバックと漢方薬の併用が有効であったとするもの、などの症例報告がある。』	n/a	漢方薬の推奨度ではなく、訓練療法の推奨度であるため、タイプBとした。

『』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 (51CPGs)

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	
B50	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	B50-1	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	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半夏厚朴湯は脳血管性認知症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性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麻子仁丸は高齢者の便秘に有効である。 ⑥補中益気湯は慢性閉塞性肺疾患における自覚症状、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、不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による作業工程は、基本的に他分野と同様であり、GRADEシステムに基づく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、専門医にと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)についても西洋医療で重視される脳心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、西洋医療の評価との意義の違いを鑑み、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、漢方を実臨床で応用する際の参考とすべく「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家が、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き情報のリストである。』
					B50-2	甘草、麻黄、附子、黄芩、山梔子	有害事象	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の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際の併用は禁忌とされる。 ⑤山梔子を含む処方を数年、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。』		
					B50-3	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、 <i>日本東洋医学雑誌</i> 1984; 35: 49-54.	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	
					B50-4	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	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	
					B50-5	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, Mori 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	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つつある。』	n/a	
					B50-6	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. Nobiletin-rich Citrus reticulata peels 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	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に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)の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	
					B50-7	抑肝散	服用方法	Iwasaki K, Kosaka K, Mori 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	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ヵ月ほど必ず血中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週間で現れ、4週間程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。』	『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。』	
					B50-8	半夏厚朴湯	咽喉頭異常感症	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」がすたさただけでなく、現実には痰が喉につかえていても、この薬は使える。』	n/a	
					B50-9	半夏厚朴湯	嚥下反射	Iwasaki K, Wang Q, Nakagawa T, et al. The traditional Chinese medicine banxia houpu tang improves swallowing reflex. <i>Phytomedicine</i> 1999; 6: 103-6.	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。 『脳血管性認知症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	
					B50-10	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 Houpu 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	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 (51CPGs)

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
B50	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	B50-11	半夏厚朴湯	咳反射	Iwasaki K, Cyong JC, Kitada S, et al. A traditional Chinese herbal medicine, banxia houpu 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	
					B50-12	半夏厚朴湯	誤嚥性肺炎	Iwasaki K, Kato S, Monma Y, et al. A pilot study of banxia houpu 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	
					B50-13	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、経験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、その他患者が口に入れ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。』
					B50-14	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	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ら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	
					B50-15	大建中湯	誤嚥(原因: 腸管逆流)	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。 『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	
					B50-16	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。 『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	
					B50-17	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。 『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」。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て触れさせない、というのは大建中湯を用いる際に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	
					B50-18	大建中湯	腸管蠕動機能改善	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(傷寒論、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課題であることを考えると、治験対象が一般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黃を含む方剤だが、1包あたりの大黃の量はメーカーによって多少違いはあるもの、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黃末1gよりさらに少ない、それでも効果があるのは麻子仁(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。大黃の量を減らし他の生薬の薬効を加えることにより、自然で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塊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	
					B50-19	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、慢性炎症の治癒を促進させるところにある。したがってCOPDに限らず、腎臓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能として、繰り返し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データが2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	
					B50-20	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、慢性炎症の治癒を促進させるところにある。したがってCOPDに限らず、腎臓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能として、繰り返し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データが2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	
					B50-21	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、慢性炎症の治癒を促進させるところにある。したがってCOPDに限らず、腎臓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能として、繰り返し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データが2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	

『』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 (51CPGs)

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
B50	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	B50-22	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 (kampo) 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、推奨される使用方法 (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、メマンチン; 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ヵ月ほどで必ず血中K濃度を測定すること。』	
								B50-23	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

『』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 (51CPGs)

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	
B50	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	B50-24	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 (症例数はいずれもまれ)』		
					B50-25	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』		
					B50-26	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』		
					B50-27	漢方薬	有害事象	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)』	
					B50-28	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。』	
					B50-29	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/tp1122-1d01.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。』	
					B50-30	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。』	
					B50-31	黄芩含有製剤 (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芩含有製剤の項に、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。黄芩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。』	
					B50-32	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。』	

『』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 (51CPGs)

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
B50	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	B50-33	加味逍遙散	機能性ディスペプシア	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では機能性ディスペプ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	
					B50-34	加味温胆湯	認知症	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まずなく、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GCP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	
					B50-35	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。』	
					B50-36	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。』	
B51	T78.9	循環器薬の薬物血中濃度モニタリングに関するガイドライン2015年版	日本循環器学会、日本TDM学会 合同研究班 (班長: 青沼和隆 筑波大学医学医療系循環器内科学、志賀剛 東京女子医科大学循環器内科)	循環器病ガイドシリーズ、2016年2月25日発行	B51-1	薬用人参	(相互作用)	1) Dasgupta A. Endogenous and exogenous digoxin-like immunoreactive substances: impact on therapeutic drug monitoring of digoxin. <i>American Journal of Clinical Pathology</i> 2002; 118: 132-40. 2) Dasgupta A, Wu S, Actor J, et al. Effect of Asian and Siberian ginseng on serum digoxin measurement by five digoxin immunoassays. Significant variation in digoxin-like immunoreactivity among commercial ginsengs. <i>American Journal of Clinical Pathology</i> 2003; 119: 298-303. 3) Dasgupta A, Reyes MA. Effect of Brazilian, Indian, Siberian, Asian, and North American ginseng on serum digoxin measurement by immunoassays and binding of digoxin-like immunoreactive components of ginseng with Fab fragment of antidigoxin antibody (Digibind). <i>American Journal of Clinical Pathology</i> 2005; 124: 229-36.	n/a	n/a	n/a	『ジゴキシンの血中濃度モニタリングを実施する際には、内因性のジゴキシンの免疫反応陽性物質やジゴキシンの化学構造を有する薬物に注意する必要があるのでしょうか?』に対して、解説の項に、下記の記載がある。 『セン(救心などに含有)や薬用人参の成分などが抗ジゴキシンの抗体と交差反応することによって、血中ジゴキシンの濃度測定結果が実際より高くなることが報告されている。また、薬用人参による血中ジゴキシンの濃度測定結果への影響は、薬用人参の産地によって異なることが知られており、さらに蛍光偏光免疫測定法 (fluorescence polarization immuno assay; FPIA法) においてその影響が現れやすいことも知られている。』	



『』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 (44CPGs)

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	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」班編纂 (班長: 坪内博仁)	文光堂、2010年10月10日第1版第1刷発行	C1-1	漢方薬	劇症肝炎 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	<p>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。』</p> <p>わが国における薬物性肝障害の起因薬物の表中に、『漢方薬 割合6%』の記載がある。</p>	
				https://www.hiart-support.jp/guideline.htm	C1-2	漢方薬	小児急性肝不全 (副作用)	n/a	n/a	n/a	<p>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因薬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。』</p>		
C2	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)	https://www.hiart-support.jp/guideline.htm 【現在は最新の2020年3月版にリンクされている】	C2-1	漢方薬	薬物相互作用	n/a	n/a	n/a	n/a	<p>『プロテアーゼ阻害剤や非ヌクレオシド系逆転写酵素阻害剤は、チクロローム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相互作用を有するものがあり (セイヨウトギリソウ St. John's Wort が代表的)、注意を要する。』</p>	
C3	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	C3-1	漢方薬を含む補完代替療法	甲状腺腫	n/a	n/a	C3: エビデンスは高く、診療で利用・実践することをお勧めする。 C2: エビデンスは中程度、診療で利用・実践することをお勧めする。 C1: エビデンスは低く、診療で利用・実践することをお勧めする。 D: 無効性あるいは害を示すエビデンスがあり、診療で利用・実践しないことを強く勧める。	<p>『甲状腺腫瘍として補完代替療法は有効か』 【解説: 補完代替療法は大きく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 (氣功、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)。 現在まで甲状腺腫瘍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、甲状腺腫瘍に対するそれらのもも確認されない。』</p>	<p>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。</p>	
C4	CS0.0	終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン2013年版	特定非営利活動法人 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン委員会 (委員長: 太田恵一朗 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	C4-1	漢方薬	がん悪液質	n/a	n/a	n/a	<p>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。』</p>	n/a	
C5	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	C5-1	漢方薬	乳癌	n/a	n/a	C: 乳癌において代替療法を推奨するだけの根拠はない。	<p>『乳がん治療として代替療法は有用か』 『いわゆる民間療法は、ある種の植物や人工合成物の服用、気功や運動療法、さらに温泉療法などさまざまなものが宣伝されていて120種類以上あるといわれている。そして、普及率48~87%との調査もあるように癌患者の多くがこれら治療を取り入れている。経済的にも莫大な費用がつかぎだされ2006年の国内の漢方薬市場だけを取り上げても実に2兆円を越える」と報告されている。このように広く使用されているにもかかわらず、その効果や毒性について科学的に検証されたものはほとんどないのが実情である。(以下、省略)』 ※本ガイドラインでは漢方は代替医療の一部とされており、漢方を含む代替医療全体として、「推奨するだけの根拠はない」とされている。</p>	n/a	
C6	E29.1	加齢男性性腺機能低下症候群 (LOH症候群) 診療の手引き	日本泌尿器科学会/日本Men's Health医学会「LOH症候群診療ガイドライン」検討ワーキング委員会	じほう、2007年1月31日発行	C6-1	漢方薬	男性更年期障害	n/a	n/a	n/a	<p>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。』</p>	n/a	
C7	E66.9	肥満診療ガイドライン2016	日本肥満学会 ガイドライン作成委員会 (委員長: 宮崎滋 結核予防会総合健康推進センター)	ライフサイエンス出版、2016年3月	C7-1	漢方薬 (抑肝散、柴胡加竜骨牡蛎湯など)	衝動的な食行動やうつ症状など	n/a	n/a	n/a	<p>精神症状に使用する各治療薬の特徴の表中に、下記の記載がある。 『漢方薬: 抑肝散、柴胡加竜骨牡蛎湯 利益: 衝動的な食行動やうつ症状などのさまざまな精神症状に有用な場合がある。副作用や相互作用が最小限に抑えられる。 肥満治療に関する留意事項: 食前3回内服、口あたりの悪さなどで敬遠される場合もある。各個人によって適応、効果発現に差がある。』</p>	n/a	
C8	E85.9	最新アミロイドーシスの診療ガイドライン2017とQ&A	(監修: 安東由善雄 熊本大学大学院生命科学研究部神経内科学分野)	医歯薬出版、2017年3月15日第1版第1刷発行	C8-1	牛車腎気丸	遺伝性ATTRアミロイドーシス	n/a	n/a	n/a	<p>遺伝性ATTRアミロイドーシス (トランスサイレチン型家族性アミロイドポリニューロパチー) の治療の項に、下記の記載がある。 『遺伝性ATTRアミロイドーシスの症状は多彩であり、種々の対症療法が考案され、これにより生命予後が延長している。ドナー不足などの問題により肝移植が可能な例や、肝移植前後の患者に対して、以下の治療を行う。 末梢神経障害によるしびれ感、疼痛に対して、サインバルタ (30mg) 1~2錠/日、トリプタール (10mg) 3~6錠、リリカパセル (150mg) 2~4錠、ノイロトピン (4単位) 4錠、トラムセット配合錠4錠、ツムラ牛車腎気丸 (7.5g) 3袋を使用する。』</p>	n/a	
				https://www.mhiw.go.jp/file/066_Seisaku/jouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf	C8-2	抑肝散	興奮性BPSD	n/a	n/a	n/a	<p>Alzheimer病の治療の項に、下記の記載がある。 『BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) に対する非薬物療法、薬物療法と対処の指導、進行期の合併症の対処を考慮する。メマンチンや抑肝散は興奮性BPSDに使用されることもある。』</p>	n/a	
C9	F03	かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン (第2版)	平成27年度厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班	https://www.mhiw.go.jp/file/066_Seisaku/jouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf	C9-1	抑肝散	BPSD	n/a	n/a	n/a	<p>BPSD治療アルゴリズムの項に、下記の記載がある。 『幻覚、妄想、焦燥、攻撃性: 抗認知症薬の副作用を否定した上で、保険適用上の最大用量以下もしくは未服用の場合には、メマンチンやリリカパセルの増量もしくは投与開始も検討可能だが、逆に増悪させることもあるので注意が必要である。これらにより構成的症状が改善しない場合は、その薬剤は減量・中止の上、抗精神病薬、抑肝散や気分安定薬 (注3) の使用を検討する。 注3: 抑肝散、バルプロ酸、カルバマゼピンは焦燥性興奮に対して有効であったとの報告があるが科学的根拠は十分でなく、必要な場合には考慮しても良い。とくに高齢者の興奮症状の場合は、副作用の観点から抗精神病薬投与前に検討することは可能。』</p>	<p>『抑肝散による低カリウム血症、バルプロ酸による死亡リスク、カルバマゼピンによる皮膚粘膜腫瘍症候群 (Stevens-Johnson症候群) にはとくに注意する。』</p>	

『』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 (44CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考
C10	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	C10-1	漢方薬	うつ病性障害	n/a	n/a	n/a	その他の代替薬物療法に、下記の記載がある。 『薬物療法に抵抗のある患者でも漢方薬だと受容できる場合がある。また、身体症状を主訴とするうつ病患者で有効な場合もある。』	n/a	
C11	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会(委員長: 小柳憲司 長崎県立子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	C11-1	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、症状が多形で多剤併用になってしまう場合、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	
C12	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、西園マハ文 東京都医学総合研究所「心の健康づくりのための予防・治療・リハビリ法」プロジェクト副参事研究員)	医学書院, 2012年2月1日 第1版第1刷発行	C12-1	六君子湯	消化器症状	n/a	n/a	n/a	広義の薬物療法としての対症療法の栄養療法の補助的側面の項に、下記の記載がある。 『消化器症状の改善に使用されるものにモサプリドクエン酸塩水和物、ドンペリドン、テプレノンや漢方薬として六君子湯などがあげられます。』	n/a	
C13	F50.9	小児科医のための摂食障害治療ガイドライン-小児心身医学学会ガイドライン集 改訂第2版-	日本小児心身医学学会 摂食障害ワーキンググループ(委員長: 井口敬之 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	C13-1	半夏厚朴湯、抑肝散	小児の摂食障害	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: 嚥下困難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。』	n/a	
					C13-2	六君子湯、大建中湯	小児の摂食障害	n/a	n/a	n/a	薬物療法の身体症状に対する処方例の表中に、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	
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痙攣、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、塩酸メキシレチン(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.ncnp.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。メラトニンも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ことが知られており、慢性的な不眠症には必要があるでしょう。漢方薬によって更年期障害などの病気が治ることで、不眠症状もいっしょに改善することがあるかもしれません。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	朝鮮人參(高麗人參)	不眠(副作用)	n/a	n/a	n/a	睡眠障害をきたす大衆薬・嗜好品・サプリメントの表中に、『効能など: 疲労回復、強心作用、成分: 朝鮮人參(高麗人參)、睡眠障害の種類: 不眠』の記載がある。		
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、抑肝湯、桂枝湯、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、抑肝湯、桂枝湯、温経湯などがあり、これらにはハンゲ、サイコ、オウゴン、カンゾウ、トウキ、オウ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ガイドライン 第2版	公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 脳性麻痺診療ガイドライン委員会(委員長: 辻哲也 慶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。 『GREDI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	H40.9	緑内障診療ガイドライン第4版	日本緑内障学会緑内障診療ガイドライン作成委員会(委員長: 谷原秀信 熊本大学大学院生命科学研究部眼科学分野)	日本眼科学会雑誌 122巻 1号, 2018年1月発行	C19-1	漢方薬	緑内障	n/a	n/a	n/a	緑内障の治療総論に、下記の記載がある。 『現時点においては眼圧降下以外のいわゆる補完療法や代替療法、漢方薬やサプリメントが緑内障治療に有効とする信頼性の高いエビデンスはない。』	n/a	
C20	H81.0	メニエール病診療ガイドライン2011年版	厚生労働省難治性疾患克服研究事業 前庭機能異常に関する調査研究班	金原出版, 2011年3月30日 第1版発行	C20-1	漢方薬	メニエール病	n/a	n/a	n/a	『Q7-4: メニエール病発作予防の薬物治療はどのように行うのか?』に対して、下記の記載がある。 『他の薬剤として内耳循環改善薬、ビタミンB12は、漢方薬などがこれらと併用または単独に使用される。』	n/a	メニエール病の発作予防対策の表中の保存的治療に、薬物治療(浸透性利尿薬: イソソルビド、内耳循環改善薬: 抗不安薬、ビタミンB12)、漢方薬、上記の薬剤は併用される場合が多い)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 (44CPGs)

1 CPG NO.	2 KCD10	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	I15.8	脳心血管病 予防に関する 包括的リス ク管理チャ ートについて	脳心血管病予防に関する包括的リスク管理 合同会議	日本内科学会 雑誌 104巻4 号、2015年4 月1日発行	C21-1	甘草	偽アルドステロ ン症 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	脳心血管病予防のための血圧管理 (管理目標を 中心に) の項の二次性高血圧のスクリーニング に、下記の記載がある。 『薬剤誘発性高血圧: 基本は薬物使用歴の聴取 である。甘草を含む漢方薬や健康補助食品に よる偽アルドステロン症は低カリウム血症も参考 になる。』	
C22	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 編 リンパ浮腫診断治療指針2013 編集委員 会 (委員長: 松尾弘 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	C22-1 C22-2	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%、メロ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77.30%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する研究報告はほとんどみられ ない。』	n/a	
C23	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	C23-1	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、補充・代替療法と呼ばれるものが含まれ、医療機関で個別に実施されている。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はいない。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みようと考えられる。この解説では、漢方療法と補充・代替 療法について簡単に触れたが、今後の研究が待たれるところである。』	n/a	漢方療法の一覧表の中に、半夏 白朮天麻湯、補中益気湯、小建 中湯、真武湯、苓桂朮甘湯の服 用法 (服用 分3、小学生 5.0g、 中学生 7.5g) の記載がある。
C24	J10-J18	新型インフ ルエンザ診 断治療ガイ ドライン	日本感染症学会	http://www.ka nsensho.or.jp/ uploads/files/ guidelines/infl uenza_guidelin e.pdf	C24-1	麻黄湯	インフルエンザ	n/a	n/a	n/a	一般的治療の項に、下記の記載がある。 『漢方薬による診療に習熟した医師のもとでは、一部の麻黄湯などの漢方薬を投与することも可能である。』	n/a	
C25	130 145 L20-L30	アレルギー一 般ガイドラ イン 2015	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	C25-1 C25-2 C25-3 C25-4 C25-5	漢方薬 小青竜湯、 葛根湯、苓 甘姜味辛夏 仁湯など 小青龙湯、 苓甘姜味辛 夏仁湯、越 婢加朮湯、 大青龙湯、 桂麻各半湯、 五虎湯、 麻黄附子細 辛湯 十味散毒 湯、消風散、 柴胡清肝 湯、補中益 気湯、抑肝 散 (抑肝散 加陳皮半夏) 、桂枝茯苓 丸、黄連解毒 湯、白虎 加入参湯 漢方薬	成人喘息 アレルギー性鼻炎 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 特発性蕁麻疹	n/a n/a n/a n/a n/a	n/a n/a n/a n/a n/a	成人喘息の長期管理における薬物療法プランのその他の薬剤・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特発性反応の強弱によって方剤を選ぶという原則 (随証治療) があり、投与前に responderとnon-responderを区別する。』 喘息長期管理薬の種類と薬剤の表中に、『その他の薬剤・療法 (漢方薬、特異的免疫療法、非特異的免疫療法)』の記載がある。 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。 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: 小青龙湯、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、経緯則に基づ いて用いられる。小青龙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。』 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。 アレルギー性鼻炎のClinical Question: 『漢方薬はどのような患者に有効か』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龙湯のみである (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龙湯と他の漢方薬 (苓甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、大青龙湯、桂麻各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯) の標準化比較試験で、大青龙湯が小青龙 湯より有効率が高かった以外すべての報告で小青龙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。』 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、さらに皮膚に付した薬剤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気湯、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、痒痒のはない場合、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、皮膚の色が淡黒く、扁桃、頸部や頸下部リンパ節などに炎症、腫脹をおこしやすい場合。 慢性扁桃炎やリンパ節炎などの化膿しやすい体質の改善を自覚して用いられる。 ④補中益気湯: 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。気虚を自覚して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、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、黄連解毒湯、白虎加入参湯などがある。いずれにしる、漢方薬に習熟した医師の もとで使用すべきと考えられる。』 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。 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、『漢方薬』の記載がある。	n/a n/a n/a n/a n/a	徳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、柴胡湯、小 柴胡湯、小青龙湯、麦門冬湯、 麻黄湯、麻杏甘石湯	
C26	145.9	喘息予防・管 理ガイドラ イン2018	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: 東田 有智 近畿大学医学部呼吸器・アレルギー内 科)	協和企画、 2014年6月22 日 第1版第1 刷発行	C26-1	漢方薬、柴 胡湯、麦門 冬湯	喘息	n/a	n/a	n/a	薬剤のその他の薬剤・療法に、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、その時点での特発性反応の強弱によって方剤を選ぶという検証が重要である。柴胡湯 や麦門冬湯など多くの有効症例の報告はあるが、適切な確率を得難く、喘息治療における有効性を裏証できるプラセボ対照試験ができて いないのが現状である。』 喘息長期管理薬の種類と薬剤の表中に、『その他の薬剤・療法 (漢方薬、特異的免疫療法、非特異的免疫療法)』の記載がある。 アスピリン喘息 (NSAID) 過敏喘息、AERD) に対する使用可能な薬剤の表中の安全の項に、『喘息の悪化は認めない (COX-1阻害作用 なし): 漢方薬 (地竜、葛根湯など)』の記載がある。	n/a	徳末に五虎湯、柴胡湯、小青龙 湯、麦門冬湯、麻黄湯、麻杏甘 石湯の一般名・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。
C27	145.9	難治性喘息 診断と治療 の手引き 2019	日本呼吸器学会 難治性喘息診断と治療の 手引き2019作成委員会 (委員長: 東田有智 近畿大学医学部呼吸器・アレルギー内科)	メディカルレ ビューン社、 2018年11月10 日 第1版第1 刷発行	C27-1	六君子湯	胃食道逆流症	n/a	n/a	n/a	難治性喘息鑑別のための評価の胃食道逆流症の項に、下記の記載がある。 『もし、試験的投与が有効でなければ、モザプリドなど消化管運動賦活薬、漢方薬 (六君子湯)、アルギン酸塩 (アルロイD内服液) を併 用するのがよいこともある。』	n/a	
C28	184.8	特発性間質 性肺炎診断 と治療の手 引き 改訂第 3版	日本呼吸器学会 びまん性肺疾患診断・治 療ガイドライン作成委員会 (委員長: 杉山幸 比古)	南江堂、2016 年12月発行	C28-1	漢方薬	薬剤性肺炎 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	『原因薬剤として比較的頻度の高いものとして は、抗悪性腫瘍薬、生物学的製剤、分子標的治 療薬、抗菌薬、漢方薬などがあげられる。』	

『』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 (44CPGs)

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	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年8月20 日発行	C29-1	甘草、十全 大補湯	湿疹型薬疹(副作 用)	n/a	n/a	n/a	n/a	医薬品による接触皮膚炎(湿疹型薬疹を含む)の項の湿疹型薬疹の原因薬として報告されている主な医薬品の表中に、漢方薬として、『甘草、十全大補湯、柿の葉エキス』の記載がある。	
C30	L43.9	口腔扁平苔 癬全国調査 に基づいた 病態解析お よび診療基 準・治療指 針の提案	日本口腔内科学会および日本臨床口腔病 理学会共同事業、口腔扁平苔癬ワーキング グループ(OLP委員会)(委員長:小宮山一 雄)	日本口腔内科 学会誌 第21 巻 第2号 2015 年12月	C30-1	養連湯、半 夏瀉心湯、 茵陳蒿湯、 十全大 補湯、補中 益氣湯	口腔扁平苔癬	n/a	n/a	n/a	治療の中の全身療法に、下記の記載がある。 『漢方薬:漢方薬を口腔疾患に用いる場合は、あまり器質的変化のない口腔不定愁訴などに有効なことが多いとされている。診断では問診、問診、望診などや除菌、塗薬、寒熱、表裏、その他の証を判断して漢方薬を選択するのが原則である。口腔扁平苔癬に対し使用する場合は、効能効果に口内炎の表示が含まれている養連湯、半夏瀉心湯、茵陳蒿湯や、免疫能を調整し体力低下を改善する十全大補湯、補中益氣湯などを患者の証に応じて選択する。』	n/a	治療アルゴリズムの中に、全身療法として『漢方薬』の記載がある。
C31	L75.0	皸癬症診療 ガイドライン	日本形成外科学会 皸癬症診療ガイドライン 作成部門(班長:土井秀明 医療法人杏皇会 こまちクリニック)	金原出版、 2015年7月3日 第1版第1刷発 行	C31-1	生薬エキス	皸癬症	n/a	n/a	n/a	『CQ14:制汗剤やデオドラント製品などは有効か?』に対して、根拠・解説の項に、下記の記載がある。 『デオドラント剤のうち抗菌剤について、制汗剤であるアルミニウム塩も抗菌作用を有し、ほかにも多くの抗菌作用を持つ生薬エキスや鉱石などさまざまな物質を配合する制汗デオドラント剤が開発され、有効であるという報告がなされている。』	n/a	
C32	M35.0	シェーグレン 症候群治療 指針マニユ 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	C32-1	人参養栄湯	シェーグレン症候 群(乾燥症状に対 する内服薬)	n/a	n/a	n/a	『(用法・用量)7.5g~9g、分3、 *体力低下、疲労、気管支喘息、食欲不振等が適用となっている。』	『(禁忌、慎重投与、副作用など)著しい胃腸虚 弱(慎重投与)、電解質バランスの乱れ、過敏 症。』	
					C32-2	麦門冬湯	シェーグレン症候 群(乾燥症状に対 する内服薬)	n/a	n/a	n/a	『(用法・用量)9g、分3、 *体力低下、疲労、気管支喘息、食欲不振等が適用となっている。』	『(禁忌、慎重投与、副作用など)電解質バランス の乱れ、過敏症。』	
					C32-3	小柴胡湯	シェーグレン症候 群(乾燥症状に対 する内服薬)	n/a	n/a	n/a	『(用法・用量)6g~7.5g、分3、 *体力低下、疲労、気管支喘息、食欲不振等が適用となっている。』	『(禁忌、慎重投与、副作用など)電解質バランス の乱れ、過敏症、肝機能障害。』	
C33	M35.2	難病の診断 と治療指針 3ed vol.1	疾病対策研究会編	東京六法出 版、2005年7 月	C33-1	漢方薬	パーチェット病	n/a	n/a	n/a	『主な薬剤とその使用方法』として『⑦漢方薬、エイコサペンタエン酸製剤』との記載があるが、具体的な処方名は書かれていない。	n/a	
C34	M54.5	腰痛診療ガ イドライン 2012	日本整形外科学会 日本腰痛学会 腰痛診 療ガイドライン策定委員会(委員長:白土修 福島県立医科大学津医療センター準備 室教授)	南江堂、 2012年11月5 日発行	C34-1	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	
C35	N14.2	薬剤性腎障 害診療ガイド ライン2016	厚生労働省科学研究費補助金平成27年度 日本医療開発機構腎疾患実用化研究事業「 慢性腎臓病の進行を促進する薬剤等による 腎障害の早期診断法と治療法の開発」薬剤 性腎障害の診療ガイドライン作成委員会 (委員長:山縣邦弘 筑波大学医学医療系臨 床医学域腎臓内科学)	日本腎臓学会 誌 第58巻 第4 号	C35-1	甘草	薬剤性腎障害(副 作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	薬剤性腎障害原因薬物一覧表の中に、偽アルド ステロン症として『甘草、グリチルリチン酸、グリ チロン酸、強力ネオノファーゲンC』の記載がある。	
C36	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 学部泌尿器科学名譽教授)	金原出版、 2013年9月20 日 第2版第1 刷発行	C36-1	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。 C2:エビデンスは十分とはいえないので、日 常診療で実践することは推奨しない。 D:患者に害悪が及ぶ可能性があるというエ ビデンスがあるので、日常診療で実践しない ように推奨する。	『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よいと考えられる。』	n/a	
C37	N76.0	性感症診療 ガイドライン 2016	日本性感症学会 2016ガイドライン委員会 (委員長:清田浩 慈恵医大葛飾医療セン ター 泌尿器科)	日本性感症 学会誌 第27 巻第1号 Supplement、 2016年11月1 日発行	C37-1	漢方薬	細菌性陰症	n/a	n/a	n/a	細菌性陰症の内服療法に、下記の記載がある。 『更年期症状の強い症例などでは、ホルモン補充療法や東洋医学的治療(漢方治療)などが併用される。』	n/a	
C38	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 部研病院心身診療科)	南江堂、2015 年7月10日改 訂第2版発行	C38-1	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る場合がありますが、まずは身体症状に対して使った薬物を上手に組み合わせようというにします。漢方薬を適宜使用するのもよいでしょう。』	n/a	
C39	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(班長:武谷雄二 大内副班)	メディカルレ ビュー社、 2004年5月	C39-1	漢方薬	更年期障害	n/a	n/a	n/a	『ホットフラッシュのほせ、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もHRTはやはり有効であり、約1か月で症状の改善をみることがある。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	
C40	R	高齢者に対 する適切な 医療提供の 指針	厚生労働省科学研究費補助金(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	C40-1	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薬は避ける。』	n/a	
C41	R	高齢者の医 薬品適正使 用の指針(総 論編)	高齢者医薬品適正使用検討会、高齢者医 薬品適正使用ガイドライン作成ワーキング グループ	診療と新薬 55 巻7号 2018年 7月発行	C41-1	抑肝散	低カリウム血症 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	高齢者で汎用される薬剤の基本的な留意点の表 中に、BPSD治療薬として下記の記載がある。 『高齢者の特性を考慮した薬剤選択:抑肝散が 使用されることがあるが、甘草が含まれるため、 偽アルドステロン症による低カリウム血症に注意 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 (44CPGs)

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
C42	T78.1	食物アレルギー診療ガイドライン2016 (2018年改訂版)	日本小児アレルギー学会 食物アレルギー委員会 (委員長: 海老澤元宏 国立病院機構 相模原病院臨床研究センター)	協和企画、2018年10月17日 第1版第1刷発行	C42-1	小麦、胡麻、桃仁、山薬、阿膠、消風散、紫雲膏	食物アレルギー	n/a	n/a	n/a	n/a	食物アレルギーの医薬品・生活用品に含まれる食物アレルギーの他の項に、下記の記載がある。 『漢方薬の中には小麦 (該当生薬: 小麦)、ゴマ (生薬名: 胡麻)、モモ (該当生薬: 桃仁)、ヤマモ (生薬名: 山薬)、ゼラチン (生薬名: 阿膠アキョウ) など特定原材料あるいは特定原材料を含むものも存在する。特に消風散 (胡麻を含む) と紫雲膏 (胡麻を含む) は湿疹に使用されることがあり、注意が必要である。』	食物アレルギー患者が注意を要する食物抗原を含む医療用医薬品の表中に、投与禁忌の一般用医薬品として、鶏卵の中に「漢方製剤」の記載がある。
C43	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	C43-1	甘草含有薬 (小柴胡湯)	浮腫 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	浮腫の中の薬剤性浮腫の項に、下記の記載がある。 『甘草含有薬 (小柴胡湯、強カミノファーゲン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。ヒドラル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、薬物服用による薬物性浮腫として甘草の記載がある。
					C43-2	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。		
					C43-3	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) の薬物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。 『起因薬物は抗生薬が最も多く、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、劇症肝炎による死例なども報告され、副作用対応が重要視されている。』		
C44	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.jpn-geriat-soc.or.jp/members/kaikai/koku-saigai-guideline.html	C44-1	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 (センナ葉エキス)、大黃 (大黃)、ラキソバロン (ピ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	備蓄医薬品一覧の中に、『その他: 総合感冒薬 (PL顆粒)、葛根湯など』の記載がある。
					C44-2	八味地黄丸	尿失禁	n/a	n/a	尿失禁の項に、下記の記載がある。 『災害地での治療 内服治療: 過活動性膀胱への薬物治療として (ボラキス、ハップフォー、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。』 『備蓄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、ハップフォー、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		