

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (5CPGs)

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	コメント
1	G47.0	睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン	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精神保健研究所精神生理研究部) Strength of Evidence 1a: RCTのシステマティック・レビュー 1b: 個々のRCT 1c: 悉無研究 2a: コホート研究のシステマティック・レビュー 2b: 個々のコホート研究 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 3b: 個々のケースコントロール研究 4: 症例集積研究 5: 系統的な批判的吟味を受けていない、または生理学や基礎実験、原理に基づく専門家の意見 Strength of Recommendation A: 強い科学的根拠があり、行うよう勧められる。 B: 科学的根拠があり、行うよう勧められる。 C1: 科学的根拠はないが、行うよう勧められる。 C2: 科学的根拠がなく、行うよう勧められない。 D: 無効性あるいは害を示す科学的根拠があり、行わないよう勧められる。	じほう、2019年6月10日 第8刷発行	1-1	漢方薬	不眠症	n/a	n/a	n/a	『Q27: 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知ったうえで服用する必要があります。漢方薬によって更年期障害などの病気が治ることで、不眠症状も一緒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。』	n/a		初版
					1-2	漢方薬	不眠症	↓	↓	C2: 科学的根拠がなく、行うよう勧められない。 『Q27: 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。 『警告: 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			
					1-3	当帰芍薬散	不眠症	Koike K, Yamamoto Y, et al. Efficacy of porcine placental extract on climacteric symptoms in peri- and postmenopausal women. <i>Climacteric</i> 2013; 16: 28-35.	n/a	n/a	『Q27: 漢方薬やメラトニンも不眠症に効果があるでしょうか?』の医師向け解説の項に、下記の記載がある。 『不眠改善効果があるとされるいくつかの漢方薬があるが、原発性不眠症に対する治療効果がランダム化比較試験などで検証されたものはない。更年期障害の諸症状に対する当帰芍薬散とプタラセンタエキスとを比較したオープンラベルのランダム化比較試験があるが、プタラセンタエキスは不眠、ほてり、イライラなどの改善効果があったが、当帰芍薬散のそれはプタラセンタエキスに劣っていた。』	n/a		
					1-4	抑肝散	不眠症	Ozono M, Yagi T, et al. Effect of yokukansan on psychophysiological insomnia evaluated using cyclic alternating pattern as an objective marker of sleep instability. <i>Sleep and Biological Rhythms</i> 2012; 10: 157-60.	n/a	n/a	『Q27: 漢方薬やメラトニンも不眠症に効果があるでしょうか?』の医師向け解説の項に、下記の記載がある。 『原発性不眠症患者を対象にしたオープン試験で、抑肝散を日間服用した後に視察判定上の睡眠構造には変化がなかったが、不眠の指標とされるcyclic alternating pattern (CAP) 値の減少、緊張、疲労、頭痛などのQOL関連症状が改善したとの報告がある。』	n/a		
					1-5	抑肝散加陳皮半夏	不眠症	Aizawa R, Kanbayashi T, et al. Effects of Yoku-Kan-san-kachimpi-hange on the sleep of normal healthy adult subjects. <i>Psychiatry and Clinical Neurosciences</i> 2002; 56: 303-4.	1b: 個々のRCT	↑	『Q27: 漢方薬やメラトニンも不眠症に効果があるでしょうか?』の医師向け解説の項に、下記の記載がある。 『健康者が抑肝散加陳皮半夏を単回服用した後に総睡眠時間が延長したとの生理研究があるが、不眠症への効果は不明である。』	n/a		
2	H66.9	小児急性中耳炎診療ガイドライン 2018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・エアロビ学会 編 小児急性中耳炎診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 林達哉 旭川医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学) Strength of Evidence A: よくデザインされたRCT、あるいは適切な対象に対するよくデザインされた診断的研究【強いエビデンス】 B: 小さな限界を伴うRCTあるいは診断的研究; 観察研究から得られる非常に一貫したエビデンスの存在【十分な (中程度の) エビデンス】 C: 観察研究 (症例対照研究、コホート研究) 【弱いエビデンス】 D: 専門家の意見、症例報告、基本的原理に基づく論拠【不十分な (とても弱い) エビデンス】 X: 妥当性の高い研究の実施が不可能【益と害の優位性が明らかであるような例外的状況である場合に検討対象とする】 Strength of Recommendation 強い推奨: 強いエビデンスがあり (A)、益は害より大きい。 十分な (中程度の) エビデンスがあり (B)、益は害よりはるかに大きい。研究実施上の制約により十分なエビデンスはないが (X)、明らかに益が害よりはるかに大きい。 推奨: 十分な (中程度の) エビデンスがあり (B)、益は害より大きい。 弱いエビデンスがあり (C)、益は害よりはるかに大きい。研究実施上の制約により十分なエビデンスはないが (X)、明らかに益が害より大きい。 オプショナル: 専門家の意見や基本的原理に基づく論拠以外に十分なエビデンスはない (D)、益が害を上回る。 エビデンスはあるが (A、B、C) 益と害が拮抗する。 非推奨: 十分なエビデンスがなく (D)、益と害が拮抗する。	金原出版、2018年5月30日 第4版発行	2-1	十全大補湯	反復性中耳炎	1) 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. 2) Ito M, Maruyama Y, Kitamura K, et al. Randomized controlled trial of juzen-taiho-to in children with recurrent acute otitis media. <i>Auris Nasus Larynx</i> 2017; 44: 390-7.	B: 小さな限界を伴うRCTあるいは診断的研究; 観察研究から得られる非常に一貫したエビデンスの存在【十分な (中程度の) エビデンス】	推奨: 十分な (中程度の) エビデンスがあり (C)、益は害よりはるかに大きい。研究実施上の制約により十分なエビデンスはないが (X)、明らかに益が害より大きい。	『CQ3-10: 反復性中耳炎に対して漢方薬は有効か?』に対して、下記の記載がある。 『推奨: 補剤である十全大補湯は、免疫賦活・栄養状態改善などを通して中耳炎罹患回数の減少効果を示し、反復性中耳炎に対する使用が推奨される。 背景: 反復性中耳炎は2歳未満の免疫能の低い乳幼児に高頻度に認められ、このような乳幼児に免疫賦活・栄養状態改善作用のある補剤の一種である十全大補湯の有効性が報告されている。 益と害の評価: ・患者が受ける利益: 親血的治療以外の方法で反復性中耳炎の罹患回数が減少する。 ・患者が受ける害・不利益: まれな副作用 (偽アルドステロン症)、薬剤の費用。 ・益と害のバランス: 副作用はまれであり、益は害より大きい。 ・患者の希望: 保護者の希望を考慮する。 ・例外規定: なし。 解説: 基本的な生命機能を維持する体力が低下して起こる種々の状態に対し、漢方では足りないものを補う治療法、すなわち補剤の投与が行われる。これにより身体の恒常性を回復させる。代表的な補剤としては、十全大補湯と補中益気湯がある。補剤に関する基礎的・臨床的研究が多く報告されており、宿主の免疫賦活作用と生体防御機能の向上、感染症に対する有効性が証明されつつある。臨床的にはライノウイルス感染抑制効果、COPD患者における感冒罹患回数の減少と体重増加、MRSA感染防御効果、カンジダ感染症に対する有効性が報告されている。さらに乳幼児の肛門周囲膿瘍・痔瘻に有効であり、標準的治療法の一つとなりつつある。基礎的研究においては、十全大補湯の効果としてマクロファージのIL-12の産生増加、リンパ球のIL-2、4、5とインターフェロンの産生増加、さらにはNK細胞活性上昇などが明らかになっている。Maruyamaらは、反復性中耳炎の乳幼児に十全大補湯を3か月間投与し、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、救急外来受診回数の減少が観察され、その有効率を95.2%と報告した (Maruyama et al. 2009)。さらにItoらは6~48か月の反復性中耳炎児を対象にRCTを行い、十全大補湯非投与群の急性中耳炎罹患回数が1.07~0.72回/月だったのに対し、投与群では0.61±0.54回/月と有意に減少したことを報告した (Ito et al. 2017)。また同報告では、感冒の罹患頻度、抗菌薬投与日数も有意に減少したが、鼓膜換気チューブ留置の頻度に有意差を認めなかった。』	n/a	文末に註として、十全大補湯の保険診療上の適応症は「病後の体力低下、疲労倦怠、食欲不振、わあせ、手足の冷え、貧血」である (2017年7月現在) と記載されている。	2013年の改訂版 (ほぼ同じ)

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (5CPGs)

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	コメント	
3	J30 J45 L20-L30	アレルギー 総合ガイド ライン 2019	<p>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)</p> <p>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</p> <p>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</p>	協和企画、 2019年6月14 日 第1版発行	3-1	柴朴湯、麦門冬湯	成人喘息	n/a	n/a	n/a	成人喘息の治療のその他の薬剤・療法に、下記の記載がある。 『漢方薬は柴朴湯や麦門冬湯など多くの有効症例の報告があるが、有効性を実証できるプラセボ対照試験がない。』	n/a	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)と記載されている。		
					3-2	小青竜湯、葛根湯、苓甘姜味辛夏仁湯	アレルギー性鼻炎	n/a	n/a	n/a	アレルギー性鼻炎の治療法のその他の項に、下記の記載がある。 『漢方薬: 小青竜湯、葛根湯、苓甘姜味辛夏仁湯などが用いられる。小青竜湯のみがプラセボとの比較対照試験が行われ有効性が証明されているが、作用機序は不明な点が多い。』	n/a			
					3-3	小青竜湯、苓甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、大青竜湯、桂麻各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯	花粉症	n/a	n/a	n/a	治療法の選択の花粉症の項に、下記の記載がある。 『CQ7: 漢方薬はどのような患者に有効か?』 『小青竜湯(有効成分の麻黄を含有する漢方薬)が二重盲検比較試験により有効性が認められている。漢方治療エビデンスレポート2010(日本東洋医学会)によると、花粉症患者に対する小青竜湯と他の漢方薬(苓甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、大青竜湯、桂麻各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯)の準ランダム化比較試験の結果、大青竜湯の有効率が高かったほかは小青竜湯と他薬剤との間の成績に有意差はない。抗ヒスタミン薬で眠気が出る患者に麻黄含有の漢方薬を投与すると抑えられる。漢方薬だけで治療が可能だが治療におけるレスキュー薬としての役割を担う。』	n/a			
					3-4	消風散、補中益気湯	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	アトピー性皮膚炎の薬物療法の項に、下記の記載がある。 『漢方薬: 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、RCTの中で国内の一般的な医療機関で処方可能な方剤は「消風散」と「補中益気湯」のみである。(CQ13: 推奨度2、エビデンスレベル: B)。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「疲れやすい」「体がだるい」「根気が続かない」などアンケートで気慮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が用量を減量できた。海外でのZemphlyを用いたRCTで有効性が報告される一方で、否定的な報告もある。現時点では、「アトピー性皮膚炎には」という方剤という処方の有用性は明らかではない。今後は皮膚の性状から方剤を選択することの有用性に関する評価も含め、慎重な検討が必要である。』	n/a	n/a	『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れる。』	2013年の改訂版 (前版はタイプC)
					3-5	消風散、補中益気湯	アトピー性皮膚炎	n/a	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	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	アトピー性皮膚炎のEBMsの項に、下記の記載がある。 『CQ13: アトピー性皮膚炎の治療に漢方薬は有用か?』 『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った上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は考慮してもよい。』 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「疲れやすい」「体がだるい」「根気が続かない」などアンケートで気慮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。(中略)今後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。』	n/a		『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、漢方方剤による有害事象が起こり得ることも忘れてはならない。』	
					3-6	漢方薬	慢性蕁麻疹	1) Kim JH, Park SS. Retrospective case series on Gwakhy-anggeongi-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>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; 472: 4-7. 5) 猿又直子. 抗ヒスタミン薬に抵抗する慢性特異性蕁麻疹の効果的対策. <i>Derna</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. 『蕁麻疹診療ガイドライン2018』構造化抄録リスト3-8より ※本記載については、日本皮膚科学会ホームページ (https://www.dermatol.or.jp) を参照されたいと記載されている。	C (とても低い): 結果を支持する質の高い研究がない	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	慢性蕁麻疹のEBMsの項に、下記の記載がある。 『CQ18: 慢性蕁麻疹に漢方薬の併用は有効か?』 『推奨文: 抗ヒスタミン薬のみでは効果不十分な慢性蕁麻疹に対し、抗ヒスタミン薬と漢方薬の併用は他に適当な治療法のない難治例に限り試みてよい。』 解説: 慢性蕁麻疹の漢方薬による治療は有効性を示唆する対照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、併用方剤の種類が多岐に及び、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は不十分なものも多い。個々の症例の証に基づいて処方内容を決定する漢方医学の立場では、慢性蕁麻疹に対して普遍的に有効性を期待し得る薬種はなく、日本東洋医学会EBM特別委員会の「漢方治療エビデンスレポート2013」(http://www.jsom.or.jp/medical/ebm/pdf/EKATE_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試すことは否定しない。』	n/a		n/a	巻末に下記の処方について一般名・商品名、剤形・組成・用量(1日用量)、備考が掲載されている。葛根湯、五虎湯、柴朴湯、小柴胡湯、小青竜湯、麦門冬湯、麻黄湯、麻杏甘石湯
					3-7	消風散、紫雲膏、小麦、胡麻、桃仁、山薬、阿膠	食物アレルギー (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	医薬品・生活用品に含まれる食物のアレルゲンの項に、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)、セラチン(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。』	n/a		
					3-8	漢方薬、オタネニンジン、オンジ、ハンゲ	職業性喘息 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	職業性アレルギー疾患の項の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の表中に、下記の記載がある。 『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』	n/a		

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (5CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作母体 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	コメント	
4	N30-N39	女性下部尿路症状診療ガイドライン第2版	<p>日本泌尿器学会、日本泌尿器科学会 女性下部尿路症状診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 高橋格 日本大学医学部泌尿器科学系泌尿器科学分野主任教授)</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: 行うよう勧められるだけの根拠が明確でない CI: 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>	<p>https://minds.icbhc.or.jp/n/med4/med0179/G0001158</p>	4-1	牛車腎気丸	過活動膀胱	1	1	CI: 行ってもよい	過活動膀胱の薬物療法の漢方薬 (牛車腎気丸) 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)。なお、本剤は過活動膀胱に対する保険適用はない。』	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。	2013年の改訂版 (ほぼ同じ)	
					4-2	牛車腎気丸	過活動膀胱	Kajiwara M, Mutaguchi K. Clinical efficacy and tolerability of Gosha-Jinki-Gan, Japanese traditional herbal medicine, in females with overactive bladder. <i>Hinyokika Kyō</i> 2008; 54: 95-9.	IV: 前向き対照のない観察研究	1	『過活動膀胱の日本女性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			
					4-3	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>漢方と最新治療</i> 2007; 16: 131-42.	II: 小規模なRCTで結果が明らかな研究	1	『過活動膀胱の男女を対象とした牛車腎気丸とプロピベリンのRCTでは、face scaleなどによる独自の健康関連QOLの評価で、プロピベリン群は1カ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』			
					4-4	補中益気湯	腹圧性尿失禁	1	1	CI: 行ってもよい	腹圧性尿失禁の薬物療法の漢方薬など (補中益気湯、植物抽出物) 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ボカ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) の推奨グレードが記載されている。		
					4-5	補中益気湯	腹圧性尿失禁	井上雅, 横山光彦, 石井垂夫, ほか. 女性腹圧性尿失禁に対する補中益気湯の有効性に関する検討. <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	1	『女性腹圧性尿失禁患者13例に対して補中益気湯の4週間の投与は有意差はなかったものの、パッドテストの重量、尿失禁回数は減少傾向、QOLに関するパラメータは改善傾向で副作用は重篤なものもなく、患者満足度も高かったと報告されている。』	『副作用は重篤なものはない』			
5	R05 R09.3	咳嗽・喀痰の診療ガイドライン 2019	<p>日本呼吸学会 咳嗽・喀痰の診療ガイドライン2019作成委員会 (委員長: 玉置淳 東京女子医科大学医学部呼吸器内科学講座)</p> <p>Strength of Evidence A [高]: 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 [低]: 効果の推定値に対する確信は限定的である D [とても低い]: 効果の推定値がほとんど確信できない</p> <p>Strength of Recommendation A: 「実施すること」を推奨する B: 「実施すること」を提案 (条件付きで推奨) する C: 「実施しないこと」を提案 (条件付きで推奨) する D: 「実施しないこと」を推奨する</p>	<p>メディカルレビュー社、2019年6月28日 第2版発行</p>	5-1	漢方薬	咳嗽	n/a	n/a	n/a	咳嗽治療薬の項の咳嗽治療薬の分類の箇中に、下記の記載がある。 『末梢に作用 特異的治療薬: 疾患、病態に応じた治療 非特異的治療薬: 喀痰調整薬、漢方薬、トローチ、含嗽薬、局所麻酔薬』	n/a		2012年の改訂版 ※2012年版の「咳嗽に関するガイドライン 第2版」は、「咳嗽・喀痰の診療ガイドライン2019」に名称変更している。	
					5-2	麦門冬湯、柴朴湯、小青竜湯、清肺湯、滋陰降火湯、半夏厚朴湯、六君子湯	成人の咳嗽	n/a	n/a	n/a	咳嗽治療薬の項の成人の咳嗽治療薬の表中に、下記の記載がある。 『漢方薬 麦門冬湯、柴朴湯、小青竜湯、清肺湯、滋陰降火湯、半夏厚朴湯: 非特異的 六君子湯: GERDによる咳嗽』	n/a			
					5-3	麦門冬湯	咳嗽	Fujimori K, Suzuki E, Gejyo F. Comparison between Bakumondo-to and Dextromethorphan Hydrobromide in terms of effect on postinfectious cough: a pilot study. <i>Japanese Journal of Oriental Medicine</i> 2001; 51: 725-32.	D [とても低い]: 効果の推定値がほとんど確信できない	n/a	咳嗽治療薬の間接的治療薬の項に、下記の記載がある。 『鎮咳作用のある生薬として、麦門冬湯などがあり、呼吸器疾患に使用されることがある。』	n/a			
					5-4	麦門冬湯	感染後咳嗽	Fujimori K, Suzuki E, Gejyo F. Comparison between Bakumondo-to and Dextromethorphan Hydrobromide in terms of effect on postinfectious cough: a pilot study. <i>Japanese Journal of Oriental Medicine</i> 2001; 51: 725-32.	D [とても低い]: 効果の推定値がほとんど確信できない	n/a	咳嗽治療薬の間接的治療薬の項に、下記の記載がある。 『感染後咳嗽を対象とした非盲検無作為化試験で、麦門冬湯は中枢性鎮咳薬のデキストロメトランに比し、有意に早く鎮咳作用を示した。』	n/a			
					5-5	麦門冬湯	COPD	Mukaïda K, Hattori N, Kondo K, et al. A pilot study of the multiherb Kampo medicine bakumondo for cough in patients with chronic obstructive pulmonary disease. <i>Phytotherapy</i> 2011; 18: 625-9.	D [とても低い]: 効果の推定値がほとんど確信できない	n/a	咳嗽治療薬の間接的治療薬の項に、下記の記載がある。 『COPDでの非盲検無作為化クロスオーバー試験で、麦門冬湯の16週間の投与は無治療群に比し投与初期の咳の強度を有意に改善させた。』	n/a			
					5-6	麦門冬湯	感染後遷延性咳嗽	Irifune K, Hamada H, Ito R, et al. Antitussive effect of bakumondo to a fixed kampo medicine (six herbal components) for treatment of post-infectious prolonged cough: controlled clinical pilot study with 19 patients. <i>Phytotherapy</i> 2011; 18: 630-3.	D [とても低い]: 効果の推定値がほとんど確信できない	n/a	咳嗽治療薬の間接的治療薬の項に、下記の記載がある。 『COPDでの非盲検無作為化バラレル試験で、麦門冬湯の追加投与により、非投与群に比し投与4・5日目の咳スコアが有意に低下した。』	n/a			
					5-7	麦門冬湯	感染後咳嗽	Kim KI, Shin S, Lee N, et al. A traditional herbal medication, Maek-moondong-tang, for cough: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Ethnopharmacology</i> 2016; 178: 144-54.	A [高]: 効果の推定値に強く確信がある	n/a	咳嗽治療薬の間接的治療薬 麦門冬湯の項に、下記の記載がある。 『9つの無作為対照試験のメタ解析では、多くの研究で方法論に問題があったものの、感染後咳嗽には古典的鎮咳薬に比し有効性が認められた。その他の疾患 (COPD、肺癌術後、喘息など) では結果は一定しなかった。』	n/a			
					5-8	麦門冬湯	咳嗽	宮田健. 麦門冬湯の鎮咳機序. <i>Modern physician</i> 2006; 26: 1700-2.	D [とても低い]: 効果の推定値がほとんど確信できない	n/a	咳嗽治療薬の間接的治療薬 麦門冬湯の項に、下記の記載がある。 『本剤にはC線維の抑制を介する機序などが想定されている。』	n/a			
					5-9	漢方薬	喉頭アレルギー	1	1	C [低]: 効果の推定値に対する確信は限定的である	B: 「実施すること」を提案 (条件付きで推奨) する	喉頭アレルギーの項の『喉頭アレルギーの治療は』に対して、下記の記載がある。 『ヒスタミンH1受容体拮抗薬の内服が基本となる。他に漢方薬の有効性を示す報告がある。』	n/a		
					5-10	麦門冬湯、麻黄附子細辛湯	喉頭アレルギー	1) 内藤健晴, 齋藤正治, 堀部智子, ほか. 麦門冬湯を使用した持続性咳嗽症例. <i>漢方と免疫・アレルギー</i> 2004; 17: 54-65. 2) 馬場謙, 宮田昌, ほか. 喉頭アレルギーに対する麻黄附子細辛湯の有効性について. <i>アレルギーの臨床</i> 2001; 21: 64-8.	1	1	喉頭アレルギーの治療の項に、下記の記載がある。 『漢方薬の有効性について、麦門冬湯、麻黄附子細辛湯についての報告がある。』	n/a			

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (13CPGs)

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	コメント
1	B07	尋常性疣贅 診療ガイドライン2019(第1版)	日本皮膚科学会尋常性疣贅診療ガイドライン策定委員会 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 III: 非ランダム化比較試験 IV: 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究) V: 記述研究(症例報告や症例集積研究) VI: 専門委員会や専門家個人の意見 Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる(少なくとも1つの有効性を示すレベルIIもしくは良質のレベルIII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レベル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(質の劣るレベルIII～IV、良質な複数のレベルV、あるいは委員会が認めるレベル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)	https://www.demstol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/yuzei_gd2019.pdf	1-1	ヨクイニンエキス	疣贅	1) 三石剛. いぼの内服療法. <i>Monthly Book Derma</i> 2005; 97: 53-61. 2) 江川清文. 疣贅治療考. <i>Monthly Book Derma</i> 2012; 193: 1-8. 3) 別府邦英, 水橋悦子, 山村博彦, ほか. ヨクイニンエキス錠・錠の使用成績調査—尋常性疣贅および青年性扁平疣贅に対する有効性、安全性および有用性の評価—. <i>産学と薬学</i> 1996; 36: 69-90. 4) 山田義貞, 今岡千治, 出来尾哲, ほか. 青年性扁平疣贅および尋常性疣贅に対するヨクイニンの有用性の検討. <i>西日本皮膚科</i> 1993; 55: 106-11. 5) 三露久生, 茶谷孝治, 林進. 尋常性疣贅におけるヨクイニンの年齢別による有効率の検討. <i>病院薬学</i> 1990; 16: 255-9.	n/a	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レベルIVがあること) 『CQ18 ヨクイニンエキス内服は有効か?』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 疣贅にヨクイニン内服療法を行うことを推奨する。 解説: ヨクイニンはハトムギの種子を乾燥した生薬であり、アジア諸国で主として使用され、本邦では保険適用を有する。いくつかのケースシリーズスタディー、症例報告で疣贅に対するヨクイニン内服の有効性について論じられたり、まとめられたりしている。別府らは、全国市販後調査を日本全国155医療施設で行った。結果として、疣贅において、627例中236例で疣贅消失、511例で改善以上の結果を得た。ケースシリーズスタディーとして、山田らによると、疣贅15例中、投与後4週での改善率は、改善以上で21.4%、8週で50.0%、12週で66.7%であった。安全性では下痢の1例を除き、14例で安全と判断された。三露らは、ヨクイニン内服の有効率を年齢層別に比較した。結果として、乳幼児、学童、青年、成人でそれぞれ有効率71、74、57、20%と、若年での有効率が高い一方、成人では低いことが示されている。投与量は成人で1日18錠あるいは3～6gを分2～3で内服させる。24錠までの増量も可能である。小児では用量調整する。』	『副作用としては扁平疣贅も含めた914例中13例でみられたが胃部不快感、下痢などの消化器症状やかゆみなどの軽微なもののみであった。』	疣贅治療一覧の表の中に、下記の記載がある。 免疫学的治療法: ヨクイニンエキス内服、推奨度: B、関連するCQ: CQ18、解説: 成人は18錠、3～6g/日内服、小児は成人の半量を内服。保険適用あり。	初版	
2	C06.9	口腔癌診療ガイドライン2019年版	口腔癌診療ガイドライン改訂合同委員会—一般社団法人日本口腔腫瘍学会ワーキンググループ「口腔がん診療ガイドライン」改定委員会(委員長: 中村誠司 九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 顎顔面腫瘍制御学分野) 公益社団法人日本口腔外科学会 学術委員会 口腔癌診療ガイドライン策定小委員会(委員長: 横尾聡 群馬大学大学院医学系研究科 口腔顎顔面外科学講座・形成外科学講座)	金原出版、2019年10月20日 第3版 (2019年版) 第1刷発行	2-1	檳榔子	口腔癌(危険因子)	1) 川口浩司, 佐藤淳一, ほか. スリランカの農村部における口腔がん検診、予防指導の長期経過報告—口腔がんとビンロウ唾の習癖の関係—, <i>国際保健医療</i> 2003; 17: 16-21. 2) Khanna JN, Andrade NN. Oral submucous fibrosis: a new concept in surgical management. Report of 100 cases. <i>International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery</i> 1995; 24: 433-9.	n/a	n/a	n/a	『喫煙は口腔癌における最大の危険因子と考えられている。南アジア諸国では全癌の約30%を口腔癌が占めているが、これは檳榔子(ビンロウジ)などの唾みタバコの習癖によるものが大きいとされている。』	2013年の改訂版(前版は記載なし)	
3	C25.9	肺癌診療ガイドライン2019年版	日本肺癌学会 肺癌診療ガイドライン改訂委員会(委員長: 奥坂拓志 国立がん研究センター中央病院肝胆腫瘍内科)	http://www.suisou.or.jp/pdf/nacreatic_cancer_cpg-2019.pdf	3-1	牛車腎気丸	末梢神経障害	二瓶哲, 佐藤淳也, 柏葉匡寛, ほか. OxaliplatinおよびPaclitaxelによる末梢神経障害に対するPregabalinの有効性と安全性の検討. <i>癌と化学療法</i> 2013; 40: 1189-93.	(3) 非ランダム: 非ランダム化比較試験	n/a	『CQ: SS ₅ FOLFIRINOX療法、ゲムシタピン塩酸塩+ナパブクリタキセル併用療法の末梢神経障害に対して、プレガバリン、デュロキセチンは推奨されるか?』に対して、下記の記載がある。 『解説: プレガバリンに対しては1編の後ろ向き観察研究(国内)および1編のバイロット研究(海外)を用いて評価した。この観察研究ではCPNの改善目的で既にプレガバリンの他にビタミンB12、牛車腎気丸、クロナゼパムなどが投与された患者100例を対象に検討されている。』	n/a	2016年の改訂版(前版は記載なし)	
4	D44.0	甲状腺腫瘍診療ガイドライン2018	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: 岡本高宏 東京女子医科大学外科学(第二)・衛生学公衆衛生学(第二))	https://minds.jshc.or.jp/nmcid4/mcd0114/G0001117	4-1	漢方を含む補完代替療法	甲状腺腫瘍	Rosen JE, Gardiner P, Saper RB, et al. Complementary and alternative medicine use among patients with thyroid cancer. <i>Thyroid</i> 2013; 23: 1238-46.	n/a	××××: 行わないよう強く推奨する	『CQ41: 甲状腺腫瘍として補完代替療法は推奨されるか?』に対して、下記の記載がある。 『推奨: 甲状腺癌の進行抑制や延命効果が確認できる補完代替療法は存在せず、行わないことを強く推奨する。 解説: 癌患者における補完代替療法は大きく、(1) 代替医療システム(伝統医学系統、民族療法、東洋医学など)、(2) エネルギー療法(気功、レイキなど)、(3) 肉体的療法(カイロプラクティック、マッサージ療法など)、(4) 精神・心体介入(精神療法、催眠、瞑想など)、(5) 薬物学・生物学にもとづく療法(漢方、サメ軟骨、アガリクス、食事療法、免疫療法など)の5つに分類される。(中略) 現在までに甲状腺癌の補完代替療法に関しては、使用頻度を調査した報告があるので、他の癌種で見られるような化学療法の吐き気を軽減する効果、痛みや不安を取り除く効果も確認されていない。』	n/a	2010年の改訂版(前版はタイプC)	
5	D69.3	小児難治性ITP治療ガイド2019	日本小児血液・がん学会血小板委員会(委員長: 石黒精 国立成育医療研究センター、教育研修センター・血液内科)	日本小児血液・がん学会雑誌 第56巻1号 2019年	5-1	加味帰脾湯	小児ITP【免疫性血小板減少症】	1) 桜井信男, 安永幸二郎, 野村武夫, ほか. 特発性血小板減少性紫斑病(ITP)に対するTI-137ツムラ加味帰脾湯の多施設臨床評価. <i>臨床と研究</i> 1993; 70: 345-52. 2) 和田和夫, 小林正行, 南川光三, ほか. 特発性血小板減少性紫斑病に対する加味帰脾湯の使用経験. <i>漢方医学</i> 1993; 17: 383-6.	n/a	n/a	『漢方薬: 加味帰脾湯などの報告があるが、小児ITP【免疫性血小板減少症】でのエビデンスが少なく、推奨には至っていない。』	n/a	初版	

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (13CPGs)

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	コメント		
6	110	高血圧治療 ガイドライン 2019	日本高血圧学会 高血圧治療ガイドライン2019 (JSH2019) 作成委員会 (委員長: 梅村敏 労働者健康安 全機構横浜労災病院院長)	ライフサイエ ンス出版, 2019 年4月25日発 行	6-1	漢方薬	二次性高血圧 (副 作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	検査と診断の病歴の項に、下記の記載がある 『これまでの血尿、蛋白尿、夜間頻尿など腎臓病 を示唆する症状や非ステロイド性抗炎症 (NSAIDs)、漢方薬、経口避妊薬、免疫抑制薬、 分子標的薬など血圧を高める薬剤の使用状況な どを確認する。』	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: 非ステロイド性抗炎症薬、漢 方薬、経口避妊薬などの記載が ある。			
					6-2	漢方薬 (甘 草含有)	治療抵抗性高血 圧およびコントロ ール不良高血圧 (副 作用)	n/a	n/a	n/a	高血圧治療における治療抵抗性およびコント ロール不良高血圧の要因と対策の表中に、下記 の記載がある。 『血圧を上昇させる薬物や食品、非ステロイド性 抗炎症薬、副腎皮質ステロイド、カンゾウ (甘草) を含む漢方薬、グリチルリチン製剤、経口避妊 薬、シクロスポリン、エリスロポエチン、抗うつ薬、 分子標的薬などを併用しては、可能であれば、 中止あるいは減量する。各薬物による昇圧機 序あるいは相互作用に応じた降圧薬を選択す る。』					
					6-3	漢方薬 (甘 草含有)	薬剤誘発性高血 圧 (副作用)	n/a	n/a	n/a	高齢者高血圧の二次性高血圧の鑑別の項に、 下記の記載がある。 『薬剤誘発性高血圧については、他院や他科で の処方、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 (NSAIDs) について の問診は必須である。』					
					6-4	漢方薬 (甘 草含有)	二次性高血圧 (副 作用)	n/a	n/a	n/a	二次性高血圧の項に、下記の記載がある。 『他疾患のために服用している薬剤にも注意が 必要で、グリチルリチン酸 (肝臓薬) や甘草、 非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs) に昇圧作用 があることはよく知られている。甘草は漢方薬の みならず、S・M配合散などの胃薬にも含まれて いる。通常は問題がないが、感受性の高い人や 高齢者では低カリウム血症や高血圧の原因にな りうるので注意する必要がある。』					
					6-5	漢方薬 (甘 草含有)	偽性アルドステ ロン症 (副作用)	n/a	n/a	n/a	二次性高血圧のその他のミネラルコルチコイド過 剰症の項に、下記の記載がある。 『漢方薬内服による偽性アルドステロン症は、甘 草 (グリチルリチン酸) による11β-水酸化ステ ロイド脱水素酵素2型の抑制により腎臓内に蓄積した コルチゾールによるMR活性化により高血圧と低 カリウム血症をきたす。』					2014年の改訂版 (前版はタイプA)
					6-6	カンゾウ (甘 草) 製剤、漢 方薬 (甘草 含有)	薬剤誘発性高血 圧 (副作用)	n/a	n/a	n/a	二次性高血圧の薬剤誘発性高血圧の項に、下 記の記載がある。 『医療用薬剤のうち非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs)、カンゾウ (甘草) 製剤、グルココルチ コイド、シクロスポリン、エリスロポエチン、経口避 妊薬、交感神経刺激薬などは血圧上昇作用を有 し、高血圧を誘発するとともに、降圧薬との併用 により降圧効果を減弱させる可能性が指摘され ている。』	薬剤誘発性高血圧の原因薬物と 高血圧治療法の表中に、 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・ナトリウムの貯留とカリウム 低下	高血圧治療への対策: 漢方薬な どは減量・中止、MR拮抗薬 と記載されている。			
					6-7	漢方薬 (甘 草含有)	薬剤誘発性高血 圧 (副作用)	1) Cosmetic Ingredient Review Expert Panel, Final report on the safety assessment of Glycyrrhetic Acid, Potassium Glycyrrhetinate, Disodium Succinoyl Glycyrrhetinate, Glyceryl Glycyrrhetinate, Glycyrrhetinyl Stearate, Stearyl Glycyrrhetinate, Glycyrrhizic Acid, Ammonium Glycyrrhizate, Dipotassium Glycyrrhizate, Disodium Glycyrrhizate, Trisodium Glycyrrhizate, Methyl Glycyrrhizate, and Potassium Glycyrrhizate. <i>International Journal of Toxicology</i> 2007; 26 (Suppl 2): 79-112. 2) 本間真人, ほか. 芍薬甘草湯と小柴胡湯の連用が血清カ リウム値に及ぼす影響. <i>薬学雑誌</i> 2006; 126: 973-8.	n/a	n/a	二次性高血圧の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)、グリチルリチン: カンゾウ (甘 草) は肝疾患治療薬、消化器疾患治療薬、その 他多くの漢方薬、健康補助食品、化粧品などに 含まれている。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、ナトリウムや水の貯留、カリウム低下をきた 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 症の危険因子とされている。診断は、高血圧と同 時に低カリウム血症を認め、低血漿レニン活性、 血漿アルドステロン低値であれば (偽性アルドス テロン症)、本症を疑う。患者自身から漢方薬、 健康補助食品の利用が報告されることが少ない 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) の甘草摂取の中 断、あるいはMR拮抗薬の併用で改善する。』	薬剤誘発性高血圧のPOINTに、 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、消化器患 者治療薬、健康食品などの使用で 低カリウム血症を伴う高血圧 (偽 性アルドステロン症) をきたすこ とがある。特に漢方薬使用時は 注意する。血圧上昇がみられ た場合には、これらの薬物の中 止を考慮する。中止が困難であ ればMR拮抗薬を用いる。 と記載されている。				
7	164	脳卒中治療 ガイドライン 2015 [追補 2019対応]	日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会 追補2019 委員会 (委員長: 黒田敏 富山大学医学部脳神経外科 教授)	協和企画、 2019年11月25 日 第3版第1 刷発行	7-1	抑肝散	血管性認知症、血 管性認知障害	1) Iwasaki K, Satoh-Nakagawa T, Maruyama M, et al. A randomized, observer-blind, controlled trial of the traditional Chinese medicine Yi-Gan-San for improvement of behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> 2005; 66:248-52. 2) Nagata K, Yokoyama E, Yamazaki T, et al. Effects of yokukansan on behavioral and psychological symptoms of vascular dementia: an open-label trial. <i>Phytotherapy</i> 2012;19: 524-8.	レベル3: 非ラン ダム化比較コホ ート/追跡研究	n/a	血管性認知症、血管性認知障害の項のエビデンスの中に、下記の記載がある。 『抑肝散は小規模の臨床試験で行動心理症状の改善に有効であった。』	n/a	[追補2017対応] の改訂 版			

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (13CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書籍事項	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	コメント				
8	K08.8	非菌原性歯痛の診療ガイドライン改訂版	日本口腔顔面痛学会(代表者:今村佳樹 日本大学歯学部口腔診断学講座) 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:する(しない)ことを強く推奨する 2:する(しない)ことを弱く推奨する(提案する)	https://jorofaci.alpain.sakura-n.e.jp/wordpress/wp-content/uploads/2019/12/817542708333d6636153a88444392321.pdf	8-1	漢方医学	神経障害性疼痛	n/a	B(中):効果の推定値に中等度の確信がある	1:する(しない)ことを強く推奨する	『CQ4: 菌原性歯痛との鑑別に有効な診察・検査方法は何か? (非菌原性歯痛診断のファーストステップは何か?)』に対して、下記の記載がある。 『神経障害性疼痛の検査では痛覚過敏、アロディニアが認められ、サーモグラフィーによる歯髄炎との鑑別の可能性も報告がある。漢方医学的なアプローチも方法のひとつとなるかもしれない。』	n/a						
					8-2	漢方医学	神経血管性頭痛による歯痛	別部智司.【神経障害性疼痛に対する漢方薬治療】口腔領域の神経障害性疼痛に対する漢方治療. <i>ペインクリニック</i> 2014; 35: 466-75.	n/a	n/a	『CQ4: 菌原性歯痛との鑑別に有効な診察・検査方法は何か? (非菌原性歯痛診断のファーストステップは何か?)』に対して、解説の項に下記の記載がある。 『神経血管性頭痛による歯痛: 頭痛の診断基準に基づき、検査を行うことが重要である。持続性片側頭痛を疑う場合、インドメタシン75-225mgによる症状消失を観察する。漢方医学的検証をとることで診断補助となることがある。』	n/a						
					8-3	漢方薬	非菌原性歯痛	朴曾士, 杉村光隆, 花本 博, ほか. 筋・筋膜性歯痛が葛根湯による頭痛緩和で改善した2症例. <i>痛みと漢方</i> 2015; 25: 72-5.	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、解説の項に下記の記載がある。 『筋・筋膜痛による歯痛: 症例集積研究において、非菌原性歯痛を生じた筋・筋膜痛に対して有効であったと報告のあるその他の薬物療法を記載する。NSAIDs(イブプロフェン)、トリガーポイントへの局所麻酔薬とステロイドの注射、低用量のアミトリプチン、アセトアミノフェン、トラマドール塩酸塩/アセトアミノフェン配合錠、混合ビタミンB群、ジクロフェナクナトリウム、塩酸チザニジン、リン酸コデイン、ベンゾジアゼピン、漢方。』	n/a						
					8-4	立効散、五苓散など	発作性神経障害性疼痛による歯痛	今泉うの, 別部智司, 吉田和子. 立効散と五苓散が三叉神経痛とそれ以外の口腔内の痛みに奏効した1症例. <i>痛みと漢方</i> 2015; 25: 94-8.	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、解説の神経障害性疼痛による歯痛の項に下記の記載がある。 『発作性神経障害性疼痛による歯痛: カルバマゼピンのみでのコントロールが困難な場合、立効散や五苓散などの漢方薬の併用が有用であったとの報告もある。』	n/a						
					8-5	漢方薬	持続性神経障害性疼痛による歯痛	Fukuda K-i, Hayashida M, Fukunaga A, et al. Pain-relieving effects of intravenous ATP in chronic intractable orofacial pain: an open-label study. <i>Journal of Anesthesia</i> 2007; 21: 24-30.	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、解説の神経障害性疼痛による歯痛の項に下記の記載がある。 『持続性神経障害性疼痛による歯痛: フレガバリン、アミトリプチンなどの効果がない場合や、副作用で使用できない場合にATP(アデノシン三リン酸)の持続点滴療法や漢方を選択することが有効な場合もある。』	n/a						
					8-6	漢方薬	特発性歯痛	1) 三浦一恵, 別部智司, 深山治久. 非定型歯痛24名の検討. <i>慢性疼痛</i> 2006; 25: 131-3. 2) 牧野真也, 町田純一郎, 阿部友亮, ほか. ナラティブセラピーを用いて漢方治療で寛解した非定型歯痛と舌痛症の2症例. <i>痛みと漢方</i> 2014; 24: 61-4. 3) 石倉信彦, 吉田剛, 松村正啓, ほか. 慢性口腔痛に対する漢方治療. <i>痛みと漢方</i> 2013; 23: 25-2. 4) 山口孝二郎. 非定型歯痛・舌痛症・非定型歯痛の東洋医学的考察. <i>痛みと漢方</i> 2013; 23: 13-9. 5) 小澤夏生. 『歯痛』の症例 歯痛を主訴とする口腔異常感症の漢方治療. <i>漢方の臨床</i> 2013; 60: 1763-6.	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、解説の神経障害性疼痛による歯痛の項に下記の記載がある。 『特発性歯痛: 以下に有効であったと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、ロチアゼパム、プレガバリンあるいはガバペンチン、セロトニン/ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)、ノルアドレナリン・特異的セロトニン作動性抗うつ薬(NaSSA)、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、局所麻酔薬の注射あるいは塗布、交感神経ブロック、ヒト免疫グロブリン静注療法、フェンタニル、トラマドール塩酸塩。』	n/a					2012年の改訂版(引用論文が存在し、エビデンスとグレーディングの推奨があるがタイプBとする)	
					8-7	漢方薬	大後頭神経三叉神経症候群	平田道彦. 頸椎症に関連する歯痛の漢方治療. <i>痛みと漢方</i> 2013; 23: 60-4.	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、解説の神経障害性疼痛による歯痛の項に下記の記載がある。 『その他の疾患による歯痛: 大後頭神経三叉神経症候群に対して漢方薬、側頭筋炎(temporal tendinitis)に対して筋弛緩薬、顎関節症(Carotodynia)に対してNSAIDsとコルチステロイドの投与を行ったとする報告もある。』	n/a						
					8-8	漢方薬など	非菌原性歯痛	n/a	n/a	n/a	『CQ13: 非菌原性歯痛に鍼灸治療は有効か?』に対して、背景・目的の項に下記の記載がある。 『鍼灸治療は、筋・筋膜疼痛に対する薬物治療(抗うつ薬、漢方薬など)や心理療法などと組み合わせることで有効性が示された症例は複数報告されているが、非菌原性歯痛に対する鍼灸治療の報告は少ない。』	n/a						
					8-9	漢方薬	非菌原性歯痛	1) 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. 2) 牧野真也, 町田純一郎, 阿部友亮, ほか. ナラティブセラピーを用いて漢方治療で寛解した非定型歯痛と舌痛症の2症例. <i>痛みと漢方</i> 2014; 24: 61-4. 3) 三浦一恵, 別部智司, 深山治久. 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。 『その他、症例報告として、ポリサージェリー患者に対して、抗不安薬と簡易精神療法(症例報告)、非菌原性歯痛に対して、抗うつ薬、漢方と簡易精神療法(症例報告)、非定型歯痛と舌痛症に対して、漢方薬と心理療法(症例報告)、非菌原性歯痛と顎関節症に対して、保存療法、薬物療法(抗うつ薬: 抗不安薬)とカウンセリング、精神療法(症例報告)、非定型歯痛に対して、向精神薬と心理療法(症例報告)が有効であったと報告されている。』 『たとえば、非菌原性歯痛に対して、重症神経節ブロック、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た全人的医療が有効であるとする論文、非定型歯痛において、診断には痛みの精密化問診表のようなチェックリストを用いた系統的な評価が必要で、治療ではブライマリーケアでは、丁寧な病歴採取、注意深い診察・検査と十分な病態説明を行い、痛みが強い場合には、痛みの専門家によるカウンセリングや低用量の抗うつ薬の併用といった領域を超えた集学的治療を行うことが勧められるとしている。』	n/a						
9	K60.3	肛門疾患(痔核・痔瘻・裂肛)・直腸脱診療ガイドライン2020年版改訂第2版	日本大腸肛門病学会ガイドライン委員会(委員長: 山名哲郎 JCHO東京山手メディカルセンター)	南江堂、2020年1月31日改訂第2版発行	9-1	排膿散及湯、十全大補湯	乳児痔瘻	1) 甲谷孝史, 北村享俊, 菅沼靖. 男児乳児痔瘻(肛門周囲膿瘍)383例の検討. <i>日本小児科学会雑誌</i> 1993; 29: 95-102. 2) 増本幸二, 岡陽一郎, 中村晶俊. 乳児肛門周囲膿瘍に対する十全大補湯の長期使用経験. <i>臨床と研究</i> 2010; 87: 1164-7. 3) 川原央好, 新生児・早期乳児の肛門周囲膿瘍に対し排膿散及湯を用いた治療研究. <i>漢方医学</i> 2012; 36: 288-90. 4) Hanada M, Furuya T, Sugito K, et al. Evaluation of the efficacy of incision and drainage versus hainosankyuto treatment for perianal abscess in infants: a multicenter study. <i>Surgery Today</i> 2015; 45: 1385-9. 5) Inoue M, Sugito K, Ikeda T, et al. Long-term results of seton placement for fistula-in-ano in infants. <i>Journal of Gastrointestinal Surgery</i> 2014; 18: 580-3.	n/a	n/a	乳児痔瘻の治療の項に、下記の記載がある。 『近年は内服漢方薬(排膿散及湯、十全大補湯)、塩基性繊維芽細胞増殖因子による局所治療、硝酸銀腐食療法などの保存的治療の有効性も報告されている。』	n/a			2014年の改訂版(前版は記載なし)			
					9-2	排膿散及湯、十全大補湯	乳児痔瘻	1) 大谷俊樹. 小児外科疾患(便秘・肛門周囲膿瘍)に対する漢方治療. <i>日本小児東洋医学会誌</i> 2013; 26: 43-6. 2) Kawahara H. Management of perianal abscess with hainosankyuto in neonates and young infants. <i>Pediatrics International</i> 2011; 53: 892-6. 3) 増本幸二, 岡陽一郎, 中村晶俊. 乳児肛門周囲膿瘍に対する十全大補湯の長期使用経験. <i>臨床と研究</i> 2010; 87: 1164-7. 4) Hanada M, Furuya T, Sugito K, et al. Evaluation of the efficacy of incision and drainage versus hainosankyuto treatment for perianal abscess in infants: a multicenter study. <i>Surgery Today</i> 2015; 45: 1385-9.	n/a	n/a	『CQ3: 乳児痔瘻の治療方針は?』の解説の軽症例の項に、下記の記載がある。 『本邦においては近年、漢方薬内服療法(排膿散及湯、十全大補湯)が多く報告され、また塩基性繊維芽細胞増殖因子による局所治療、硝酸銀腐食療法の報告もあるが、これらの有効性や長期成績は明らかでない。』	n/a						
10	N02.8	腎疾患の移行期医療支援ガイドラインIgA腎症・微小変化型ネフローゼ症候群	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)難治性腎障害に関する調査研究班「腎疾患の移行期医療支援ガイドライン」IgA腎症・微小変化型ネフローゼ症候群」作成委員会(研究代表者: 成田一衛 新潟大学大学院医学総合研究所「膠原病内科学」)	東京医歯学、2019年7月1日第1刷発行	10-1	柴苓湯	小児IgA腎症	n/a	n/a	n/a	『Q5 重症度分類に基づいた基本的な治療方針は?』の解説の軽症例の項に、下記の記載がある。 『漢方薬: 柴苓湯1包分2(体重20kg以下)、2包分2(20~40kg)、3包分3(40kg以上)(本剤1包とは、ツムラ柴苓湯エキス顆粒の3.0g、クラシエ柴苓湯エキス顆粒の2.7gに相当する。)]	n/a						
					10-2	柴苓湯	小児IgA腎症	吉川徳茂, ほか. 巣状・微小メサンギウム増殖を示小児期IgA腎症における柴苓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	コラム4: 小児IgA腎症患者における漢方処方の項に、下記の記載がある。 『軽症小児IgA腎症における治療として、「小児IgA腎症ガイドライン1.0版」には柴苓湯が記載されている。柴苓湯については根拠とった試験が存在するが、RA系阻害薬のエビデンスが確立する以前のものであり、現在では第一選択とは言い難い。RA系阻害薬が使用できない患者でその使用が検討される。』	n/a			初版			

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (13CPGs)

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	コメント
11	O	「妊婦・授乳と薬」対応基本手引き(改訂2版)	愛知県薬剤師会 妊婦・授乳婦医薬品適正使用推進研究班(班長:山崎嘉久 あいち小児保健医療総合センター 総合診療部長・保健室長)	https://www.ac-hmc.pref.aichi.jp/sector/hoken/information/pdf/drgtaioutebi/kikaitei%20.pdf	11-1	香蘇散、参蘇散、麦門冬湯、小柴胡湯、柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾姜湯、小青竜湯、葛根湯	かぜ症候群	n/a	n/a	n/a	かぜ症候群で妊娠中の女性に使用可能な医薬品の例の表中に、『漢方薬:香蘇散、参蘇散、麦門冬湯、小柴胡湯、柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾姜湯、小青竜湯(麻黄含有、長期不可)、葛根湯(麻黄含有、長期不可)』との記載がある。	n/a	「虎の門病院の薬剤危険度評価基準(実践 妊婦と薬 第2版)」の中の危険度点数1点の評価条件に、「または局所に使用するものおよび漢方薬」と記載されている。 巻末の「妊婦中の女性から相談のあった薬剤一覧表」の中に、五苓散、梔子柏皮湯、麦門冬湯、麻黄湯、小青竜湯、葛根湯、当帰芍薬散、加味帰脾湯、柴胡桂枝乾姜湯、香蘇散、防己黄耆湯、防風通聖散、桂枝茯苓丸、牛車腎気丸の記載がある。 巻末の「授乳中の女性から相談のあった薬剤一覧表」の中に、五苓散、麻黄湯、小青竜湯、葛根湯、柴胡桂枝湯、麦門冬湯、大黃甘草湯の記載がある。	2009年の改訂版
					11-2	桂枝加芍薬湯、小建中湯	便秘症	後山尚久. 医療用漢方エキス製剤には妊娠中の禁忌生薬はない?. 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。』	『漢方薬でも大黃、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。』		
					11-3	柴胡加竜骨牡蛎湯、抑肝散、加味逍遙散	不眠症	n/a	n/a	n/a	問い合わせの多い薬物や疾患についての睡眠薬の項に、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。』	n/a		
12	RS2	ペインクリニック治療指針 改訂第6版	一般社団法人日本ペインクリニック学会 治療指針検討委員会(委員長:安部洋一郎 NTT東日本関東病院ペインクリニック科)	真興交易、2019年7月20日 第6版第1刷発行	12-1	呉茱萸湯	片頭痛	n/a	n/a	n/a	片頭痛予防薬の作用機序の項に、下記の記載がある。 『ビタミンB ₂ 、ナプロキセン、呉茱萸湯などは使用実績もあり、予防薬として投与を考慮してもよい薬物とされる。』 薬物名の項に、『呉茱萸湯』の記載がある。	n/a	2016年の改訂版(前版は記載なし)	
					12-2	牛車腎気丸	痛性糖尿病性神経障害	宇野智子.ほか. 糖尿病の漢方治療:最新のエビデンス. 医学の歩み 2012; 241: 475-80.	n/a	n/a	痛性糖尿病性神経障害のその他の治療法の項に、下記の記載がある。 『漢方薬:牛車腎気丸に、アルドース還元酵素阻害作用、末梢血管拡張作用、抗凝固作用による循環改善による皮膚温上昇、構成生薬の附子による腎臓でのダイノルフィン合成・一酸化窒素産生作用、さらに2型糖尿病に対するインスリン抵抗性の改善作用も報告されている。』	n/a		
					12-3	漢方薬	持続性特発性顔面痛(PiFP)	n/a	n/a	n/a	持続性特発性顔面痛(PiFP)のその他の治療法の項に、下記の記載がある。 『治療は確立しておらず、薬物療法として抗うつ薬や抗てんかん薬、漢方薬などの投与、心理的アプローチが行われる。心理社会的因子の関与もあり、集学的な治療が必要となることもある。』	n/a		
					12-4	漢方薬	口腔内灼熱症候群(舌痛症)	1) 鈴木長明. 口腔・顎・顔面領域における難治性疼痛に対する治療経験-非定型顔面痛とBurning Mouth Syndromeについて-. 日本歯科麻酔学会雑誌 2007; 35: 323-9. 2) 渡邊秀和.ほか. 集学的な治療が有効であった舌痛症の一例. 慢性疼痛 2009; 28: 163-6. 3) 牧野真也.ほか. 葛藤や二分割思考がもたらしたと考えられる舌痛症と顎関節症の3例 -病の真実-に迫るナラティブメディスン-. 日本東洋心身医学研究 2014; 29: 92-5. 4) 鈴木長明.ほか. 一般歯科診療所における6年間の舌痛症42例の検討. 日本歯科麻酔学会雑誌 2013; 41: 26-33.	n/a	n/a	口腔内灼熱症候群(舌痛症)のその他の治療法の項に、下記の記載がある。 『抗うつ薬(デュロキセチン、アミトリプチン、パロキセチン)、抗てんかん薬(クロナゼパム、ジアゼパム)、ドパミン受容体作動薬(プラミベキソール)、漢方薬、リボ酸などが試みられている。』	n/a		
					12-5	漢方薬	特発性肋骨神経痛	n/a	n/a	n/a	特発性肋骨神経痛のその他の治療法の項に、下記の記載がある。 『薬物療法として、NSAIDsやアセトアミノフェン、プレガバリンなどが使用されることが多い。他には抗うつ薬や漢方薬、ビタミンB ₁₂ なども用いられることがある。』	n/a		
					12-6	乙字湯、抑肝散	会陰部痛	n/a	n/a	n/a	会陰部痛のその他の治療法の項に、下記の記載がある。 『漢方治療では乙字湯や抑肝散で痛みが緩和した症例の報告がある。』	n/a		
					12-7	漢方薬	尾骨痛	n/a	n/a	n/a	尾骨痛のその他の治療法の項に、下記の記載がある。 『NSAIDsのほか、抗うつ薬や抗不安薬、抗てんかん薬、漢方薬を使用することがある。』	n/a		
					12-8	漢方薬	脊椎手術後症候群	大谷晃司.特集 発症原因別に見た神経障害性疼痛の最近の話題-予防・診断・治療-脊椎手術後疼痛症候群. 麻酔 2010; 59: 1370-7.	n/a	n/a	脊椎手術後症候群のその他の治療法の項に、下記の記載がある。 『炎症の残存があればNSAIDs、神経障害性疼痛があれば、抗てんかん薬、抗うつ薬、抗不整脈薬、オピオイド鎮痛薬などを考慮する。漢方薬を用いる場合もある。実際には、1種類の薬物で十分な効果が得られることは少なく、複数の薬物を用いることが多い。』	n/a		
13	Z01.7	臨床検査のガイドライン JSLM 2018 検査値アプローチ/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:吉田博 東京慈恵会医科大学臨床検査医学講座教授、同 大学附属柏病院副委員長)	宇宙堂八木書店、2018年12月31日 第1版発行	13-1	人參養榮湯、葛根湯、大柴胡湯	1,5-アンヒドログルシントール(1,5-anhydro-D-glucitol; 1,5-AG) 高値(副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	難代謝検査の1,5-アンヒドログルシントール(1,5-anhydro-D-glucitol; 1,5-AG)の項に、下記の記載がある。 『1,5-AGが指標として適当でない状態としては、腎性糖尿や妊娠などで尿糖排泄閾値が低下した状態や腎不全、SGLT2(sodium-dependent glucose transporter)阻害薬では血清1,5-AGが低値となる。逆に、1,5-AGを含んでいる一部の漢方薬(人參養榮湯、葛根湯、大柴胡湯など)では高値になることがあるため判定には注意を要する。』	2015年の改訂版(前版はタイプC)	
					13-2	甘草含有薬(小柴胡湯)	浮腫(副作用)	n/a	n/a	n/a	浮腫の中の薬剤性浮腫の項に、下記の記載がある。 『甘草含有薬(小柴胡湯、強カミノファゲンC)やステロイド、エストロゲン作用薬はアルドステロン様作用があり、Naを貯留させる。ヒドララジンなどの血管拡張薬やCa拮抗薬は血管透過性を亢進させ浮腫を来す。そのほかNSAIDなど多くの薬物が浮腫の原因になるので、疑わしい薬物を服用しているときは中止して浮腫の消滅を確認する。』	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循環血漿量の増加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、薬物服用歴の薬物性浮腫として甘草の記載がある。		
					13-3	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的表中に、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。	n/a		
					13-4	漢方薬	急性肝炎(副作用)	Takikawa H. Recent status of drug-induced liver injury. Hepatology Research 2009; 39: 1-6.	n/a	n/a	急性肝炎の薬剤性肝障害の確定診断に必要な検査の項に、下記の記載がある。 『薬剤性肝障害の原因として抗生剤14.3%、健康食品10%、解熱・鎮痛・抗炎症薬9.9%、漢方薬7.1%とされており、これら原因薬剤の頻度の高い薬剤が投与されていないか聴取する必要がある。』	n/a		

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (9CPGs)

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	コメント
1	A85.8	HTLV-1 関連脊髄症 (HAM) 診療ガイドライン 2019 ～HTLV-1陽性関連リウマチ&HTLV-1陽性臓器移植 診療の対応を含めて～	日本神経学会、日本神経治療学会、日本神経免疫学会、日本神経感染症学会、日本HTLV-1学会、日本移植学会 日本神経学会ガイドライン統括委員会、厚生労働省「HAMならびにHTLV-1陽性難治性疾患に関する国際的な総意形成を踏まえた診療ガイドラインの作成」研究班、「HTLV-1関連脊髄症 (HAM) 診療ガイドライン 2019」作成委員会 (委員長: 山野嘉久 聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター 教授)	https://minds.jicqbc.or.jp/h.ms/d44med0390/G0001128	1-1	漢方薬 (牛車腎気丸、八味地黄丸)	過活動膀胱	n/a	n/a	n/a	神経因性膀胱の検査と治療の薬物療法に、下記の記載がある。 『漢方薬: 過活動膀胱などの症状緩和目的や、有害事象などにより他剤の内服ができない場合に牛車腎気丸や八味地黄丸などの漢方薬が使用されることがある。尿勢や残尿量など他剤所見の改善までは期待できない。』	一般的に使用される内服薬とその投与量の表中に、「漢方薬」の記載がある。 『主な有害事象: 肝機能障害、間質性肺炎など』	一般的に使用される内服薬とその投与量の表中に、「漢方薬」の記載がある。 『一般的な投与量: 6.0g、7.5gを1日2～3回分割投与。』 『一般的な投与量: 1日7.5g 2～3回分割投与』と記載されている。	初版
2	G47.9	睡眠障害の対応と治療ガイドライン 第3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 主任教授)	じほう、2019年6月25日発行	2-1	大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、半夏厚朴湯、抑肝散、痛経湯、酸棗仁湯、温経湯	不眠症	n/a	n/a	n/a	『O15 民間療法、漢方、サプリメントで睡眠薬の代わりにするものはありますか?』に対して、下記の記載がある。 『漢方薬で不眠症に保険適応とされているものは、大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、半夏厚朴湯、抑肝散、痛経湯、酸棗仁湯、温経湯などがあり、これらにはバング、サイロ、オウゴン、カンゾウ、トウキ、オウゴンなどの生薬が配合されている。多くは神経症や更年期障害にも有効とされており、自律神経系の活動や気分の安定化により睡眠促進効果を発現する。』	『漢方などは一般に副作用が少ないといわれているが、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、肝機能障害、腎機能障害、特にカンゾウでは低カリウム血症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。』	不眠症のステージと代表的なクリニカルクエスチョンの表中に、「TCQ27 漢方薬やメラトニンも不眠症に効果があるでしょうか?」と記載されている。	2012年の改訂版
					2-2	漢方薬	過眠 (副作用)	n/a	n/a	n/a	過眠が主訴の場合の症状の詳細な確認の項に、下記の記載がある。 『服用薬剤内容の確認: 睡眠薬、抗アレルギー薬、風邪薬、漢方薬などを内服していないかを尋ねる。』	n/a		
					2-3	漢方薬	更年期障害に伴う不眠	n/a	n/a	n/a	更年期障害に伴う不眠の治療の項に、下記の記載がある。 『不安やうつなどがある場合には、抗うつ薬、漢方製剤や心理療法などの併用が必要である。』	n/a		
					2-4	抑肝散	レム睡眠行動障害	n/a	n/a	n/a	レム睡眠行動障害の薬物療法の項に、下記の記載がある。 『バロキセチン、抑肝散、ドネパジルやプラミベキソール (ビ・シンプール) などの有用性も報告されている。』	n/a		
3	I50.9	急性・慢性心不全診療ガイドライン かかりつけ医向けガイドライン	日本心不全学会 急性・慢性心不全診療ガイドライン かかりつけ医向けガイドライン (編集統括: 筒井裕之 九州大学大学院医学研究院循環器内科学)	ライフサイエンス出版、2019年3月30日 第1版第1刷発行	3-1	甘草、芍薬 甘草湯	ナトリウム・水分貯留作用 (浮腫、血圧上昇)、低カリウム血症、偽性アルドステロン症 (副作用)	n/a	n/a	n/a	非心臓疾患に使用される注意を要する薬剤の項に、下記の記載がある。 『甘草 代表的な薬剤: カンゾウ (ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒など) 適応症: 急激におこる筋肉のけいれんを伴う疼痛、筋肉・関節痛、胃痛、腰痛 副作用: ナトリウム・水分貯留作用 (浮腫、血圧上昇)、低カリウム血症、偽性アルドステロン症 発症頻度: 頻度不明』	初版		
4	I60-I69	脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019年版 について	脳心血管病協議会	https://www.naka.or.jp/fsim/wp/wp-content/uploads/2019/05/931171726c735db126b4d9f25c8d737d.pdf	4-1	甘草	薬剤誘発性高血圧 (副作用)	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) の二次性高血圧のスクリーニングの項に、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。』	2015年の改訂版 (ほぼ同じ)		
5	J45.9	保育所におけるアレルギー対応ガイドライン (2019年改訂版)	厚生労働省 保育所におけるアレルギー対応ガイドラインの見直し検討会 (座長: 藤澤隆夫 独立行政法人国立病院機構三重病院 院長)	https://www.mhlw.go.jp/content/000511242.pdf	5-1	漢方薬	気管支ぜん息	n/a	n/a	n/a	気管支ぜん息の長期管理薬 (短期追加治療を含む) の項に、下記の記載がある。 『その他: テオフィリン徐放製剤や漢方製剤などが該当します。』	n/a	2011年の改訂版 (前版は記載なし)	
6	R	高齢者の医薬品適正使用の指針 各論編 (療養環境別)	高齢者医薬品適正使用検討会 (座長: 印南一路 慶應義塾大学総合政策学部教授) 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 (主査: 秋下雅弘 一般社団法人日本老年医学会 副理事長、東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座 教授)	https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000568037.pdf	6-1	漢方薬	多剤服用	n/a	n/a	n/a	n/a	患者の療養環境ごとの多剤服用の現状の項に、『一般病棟の外来で慢性疾患を治療中の65歳以上の患者において、一般用医薬品やサプリメントの定期的な使用は約1/3にみられ、そのうち、それらの使用を医師に伝えていたのは約30%に過ぎなかったことが報告されている』と記載があり、その参考文献の要約に、下記の記載がある。 『一般用医薬品等 (健康食品であるビタミン類、一般用医薬品、漢方薬) の使用』	n/a	初版
					6-2	六君子湯	食欲不振 (多剤服用)	n/a	n/a	n/a	別添の事例集の『複数の医療機関からの処方一元化した事例』に対して、下記の記載がある。 『介入前の処方1つ: 六君子湯 1回2.5g (1日7.5g) 1日3回 毎食後』 『介入のポイント: 徐々に食欲不振や不眠も改善し、食事量・活動量も増加したため、六君子湯、レバミピドの減薬を行い、血圧が日中155-165/90-100mmHgと上昇したためテルミサルタンを追加した。』	n/a		
					6-3	抑肝散	軽度の認知機能低下 (多剤服用)	n/a	n/a	n/a	別添の事例集の『介護老人保健施設入所後にポリファーマシーを改善したケース』の項に、下記の記載がある。 『介入前の処方1つ: 抑肝散 1回2.5g (1日2.5g) 1日1回 夕食後』 『介入のポイント: 認知症については易怒性がないため抑肝散は中止した。』	n/a		
7	S09.9	頭部外傷治療・管理のガイドライン 第4版	頭部外傷治療・管理のガイドライン作成委員会 (委員長: 富永健二) Strength of Recommendation A: 行うよう勧められる B: 行うことを考慮してもよい C: 行うことは勧められない	医学書院、2019年10月14日発行	7-1	漢方薬 (抑肝散)	外傷急性期の精神障害	n/a	n/a	B: 行うことを考慮してもよい 外傷急性期の精神障害の項に、下記の記載がある。 『推奨: 脳損傷で生じた興奮に対しては、バルプロ酸、カルバマゼピンや漢方薬 (抑肝散) の投与を考慮してよい (グレードB)。』	n/a	2013年の改訂版 (前版は記載なし) ※第3版までの『重症頭部外傷治療・管理のガイドライン』からタイトルを変更している。		

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

以下の記載は、表題の診療ガイドラインから漢方製剤に関する記述を抽出したものです。診療において漢方製剤を使用される場合には、必ず、ガイドライン全体をお読みになり、その位置づけを正しく理解された上で行ってください。

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 (9CPGs)

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	コメント
8	T09.3 N30-N39	脊髄損傷における下部 尿路機能障害の診療ガイド ライン 2019年版	日本排尿機能学会、日本脊髄障害医学会、日本泌尿器科学会 脊髄損傷における下部尿路機能障害の診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 関戸哲利 東邦大学医療センター大橋病院泌尿器科教授) Strength of Evidence (論文のレベル) I: 大規模あるいは統計学的に算出されたn数を満たすRCT (無作為化比較試験) で結果が明らかな研究 (大規模: 各群100例以上) II: 小規模あるいは統計学的に算出されたn数を満たさないRCTで結果が明らかな研究 (結果が明らかでない場合は、レベルを1つ下げる) III: 無作為割付によらない比較対照研究 IV: 前向き対照のない観察研究 (一定のプロトコールに従った介入研究など) V: 後ろ向き症例研究か専門委員会の意見 Strength of Evidence (根拠のレベル) 1: 複数のレベルの臨床研究に裏付けられる 2: 単独のレベルの臨床研究または複数のレベルIIの臨床研究に裏付けられる 3: 無作為割付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委員会の意見に裏付けられる	https://minds.jci.abc.or.jp/nmes/d4/mes0400/G0001140/	8-1	漢方薬 (八味地黄丸、牛車腎気丸)	下部尿路機能障害	n/a	n/a	n/a	その他の下部尿路に作用する薬剤の項に、下記の記載がある。 『抗コリン薬、β受容体作動薬、α遮断薬、コリン作動薬、ボツリヌス毒素以外で下部尿路機能障害の治療に使用される薬剤として、ホスホジエステラーゼ5阻害剤、5α還元酵素阻害剤、三環系抗うつ薬、抗アンドロゲン薬、フラボキサート、エビプロスタット、セルニルトン、漢方薬 (八味地黄丸、牛車腎気丸) がある。これらの薬剤の脊髄損傷に伴う下部尿路機能障害に対する有効性を検討したRCT、非ランダム化比較試験、観察研究は報告されていない。』	n/a		2011年の改訂版 (前版は記載なし)
9	Z51.9	静脈経腸栄養ガイドライン 第3版	日本静脈経腸栄養学会 ガイドライン作成実行委員会 (委員長: 井上晋文)	http://minds4.jci.abc.or.jp/minds/PEN/Parental_and_Enteral_Nutrition.pdf	9-1	六君子湯	胃食道逆流	n/a	n/a	n/a	『Q5: 胃食道逆流のリスクのある患者に対する経腸栄養剤投与時の注意点は?』に対して、胃食道逆流に対する有効な防止策の項に下記の記載がある。 『消化管運動賦活剤については、本邦ではクエン酸モサプリド、六君子湯、メトロプロラミド、エリスロマイシンなどがその薬理作用から用いられている。』	n/a		2006年の改訂版 (前版は記載なし)