

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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2021	○	L20.9	アトピー性皮膚炎診療ガイドライン 2021	<p>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)</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>	<p>日本皮膚科学会誌、2021年12月1日</p>	1	消風散	アトピー性皮膚炎	Cheng HM, Chiang 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>Int Arch Allergy Immunol</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	<p>3. 治療 薬物療法 (5) 漢方薬に下記の記載がある。 『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、二重盲検ランダム化比較試験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件のみである。』</p>	<p>『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、黄疽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る。』</p>	
						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>Evid Based Complement Alternat Med</i> 2010; 7: 367-73.	↑	↑			
						3	漢方	アトピー性皮膚炎	<p>1) Cheng HM, Chiang 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>Int Arch Allergy Immunol</i> 2011; 155: 141-8.</p> <p>2) 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>Evid Based Complement Alternat Med</i> 2010; 7: 367-73.</p> <p>3) Sheehan MP, Atherton DJ. A controlled trial of traditional Chinese medicinal plants in widespread non-exudative atopic eczema. <i>Br J Dermatol</i> 1992; 126: 179-84.</p> <p>4) Sheehan MP, Rustin MHA, Atherton DJ, et al. Efficacy of traditional Chinese herbal therapy in adult atopic dermatitis. <i>Lancet</i> 1992; 340: 13-7.</p> <p>5) Fung AYP, Look PCN, Chong LY, et al. A controlled trial of traditional Chinese herbal medicine in Chinese patients with recalcitrant atopic dermatitis. <i>Int J Dermatol</i> 1999; 38: 387-92.</p> <p>6) Tan HY, Zhang AL, Chen D, et al. Chinese herbal medicine for atopic dermatitis: a systematic review. <i>J Am Acad Dermatol</i> 2013; 69: 295-304.</p> <p>7) Hon KL, Leung TF, Ng PC, et al. Efficacy and tolerability of a Chinese herbal medicine concoction for treatment of atopic dermatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. <i>Br J Dermatol</i> 2007; 157: 357-63.</p> <p>8) Gu SX, Mo X, Zhang AL, et al. A Chinese herbal medicine preparation (Pei Tu Qing Xin) for children with moderate-to-severe atopic eczema: a pilot randomized controlled trial. <i>Br J Dermatol</i> 2018; 179: 1404-5.</p> <p>9) Liu J, Mo X, Wu D, et al. Efficacy of a Chinese herbal medicine for the treatment of atopic dermatitis: a randomised controlled study. <i>Complement Ther Med</i> 2015; 23: 644-51.</p>	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	<p>『CQ19 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ったうえで、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。』</p> <p>『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、二重盲検ランダム化比較試験は8件、評価者盲検ランダム化比較試験は1件報告されている。』</p>	<p>『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、黄疽が報告されており、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。』</p>	
						4	消風散	アトピー性皮膚炎	Cheng HM, Chiang 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>Int Arch Allergy Immunol</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	<p>『CQ19 アトピー性皮膚炎の治療に漢方療法は有用か』に対して、解説の項に下記の記載がある。 『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疹が軽快しない例に、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、前者では有意な皮疹の改善がみられ、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。』</p>		
						5	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>Evid Based Complement Alternat Med</i> 2010; 7: 367-73.	↑	↑	<p>『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はない、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、皮疹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。』</p>		
						6	黄連解毒湯、温清飲、白虎加人参湯、小柴胡湯、十味敗毒湯など	アトピー性皮膚炎	柳原茂人. アトピー性皮膚炎における漢方製剤のEBM. <i>日本東洋心身医学研究</i> 2019; 34: 68-72.	↑	↑	<p>『CQ19 アトピー性皮膚炎の治療に漢方療法は有用か』に対して、解説の項に下記の記載がある。 「本邦においてランダム化比較試験や症例集積研究として効果が検討されている方剤としては、黄連解毒湯、温清飲、白虎加人参湯、小柴胡湯、十味敗毒湯などがあり、有用との報告もあるがエビデンスレベルは低い。」</p>		

『』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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考	
2021	○	R51	頭痛の診療ガイドライン2021	日本神経学会・日本頭痛学会・日本神経治療学会、「頭痛の診療ガイドライン」作成委員会 Strength of Evidence(エビデンスの確実性) A(高) B(中) C(低) Strength of Recommendation(推奨グレード) 強い推奨 弱い推奨	医学書院 発行年月日 2021/10/15	1	漢方薬	片頭痛	山王直子, 川島朗, 石井雄道, ほか. 片頭痛予防治療としての漢方治療. <i>脳神経外科と漢方</i> 2016; 2: 41-6.	(漢方薬全体として)エビデンスの確実性B	(漢方薬全体として)弱い推奨	『CQ I-14: 頭痛診療において漢方薬は有効か』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。』	n/a		
						2	呉茱萸湯	慢性頭痛	Odaguchi H, Wakasugi A, Ito H, et al. The efficacy of goshuyuto, a typical Kambo (Japanese herbal medicine) formula, in preventing episodes of headache. <i>Current Medical Research and Opinion</i> 2006; 22: 1587-97.	↑	↑	『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例に限定して二重盲検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、一般的な二重盲検RCTなどの研究が進めにくいという問題点がある。』	n/a		
						3	呉茱萸湯	片頭痛	丸山哲弘. 片頭痛予防における呉茱萸湯の有用性に関する研究-塩酸ロメジンのオープン・クロスオーバー試験. <i>痛みと漢方</i> 2006; 16: 30-9.	↑	↑	『片頭痛患者に対しロメジンのオープン・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という点は留意する必要があるが、ロメジンのより高い有効性を示した。』	n/a		
						4	呉茱萸湯	慢性頭痛	関久友, 沖田直, 高瀬良夫, 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.	↑	↑	『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		
						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		
						6	呉茱萸湯	緊張型頭痛	赤嶺真理子, 兵頭晴博, 戸原隆, ほか. 緊張型頭痛に対する呉茱萸湯の有用性. <i>日本東洋心身医学研究</i> 2000; 15: 36-8.	↑	↑	『緊張型頭痛に対して76.7%に有効性を示した。』	n/a		
						7	呉茱萸湯	片頭痛	黒川隆史, 田中麻衣子, 藤野公裕, 他. 呉茱萸湯が有効性を示す片頭痛患者の臨床的特徴. <i>痛みと漢方</i> 2016; 26: 46-51.	↑	↑	『特に片頭痛のなかでも視覚前兆を伴う症例に対してより有効性を示すと報告している。』	n/a		
						8	桂枝人参湯	慢性頭痛	関久友, 沖田直, 高瀬良夫, 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.	↑	↑	『慢性頭痛に対する呉茱萸湯とのRCT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		
						9	桂枝人参湯	慢性頭痛	松本博之, 粕木基, 松谷学, ほか. 慢性頭痛に対する桂枝人参湯と釣藤散の有用性に関する研究. <i>臨床と研究</i> 1995; 72: 1299-303.	↑	↑	『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		
						10	釣藤散	慢性頭痛	松本博之, 粕木基, 松谷学, ほか. 慢性頭痛に対する桂枝人参湯と釣藤散の有用性に関する研究. <i>臨床と研究</i> 1995; 72: 1299-303.	↑	↑	『慢性頭痛に対する桂枝人参湯とのクロスオーバー-NRCT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		
						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>脳神経科速報</i> 1992; 2: 171-6.	↑	↑		n/a		
						12	釣藤散	慢性緊張型頭痛	長田乾. 慢性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.	↑	↑	『慢性頭痛に対する54例の症例集積研究では、74.1%の改善率を認め、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		
						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		
						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		
						15	釣藤散	慢性頭痛	木村裕, 笹生俊一. 脳血管障害患者の慢性頭痛に対するツムラ釣藤散の臨床効果. <i>Geriatric Medicine</i> 1989; 27: 445-9.	↑	↑	『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		
						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.	↑	↑	『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、胃部不快感などの副作用も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った。』	『麻黄により胃部不快感や不眠をきたすこともある』		
						17	五苓散	血液透析に伴う頭痛	野口亨秀. 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.	↑	↑	『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		
						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.	↑	↑	『透析患者16例ではアンケートにより、著効および有効は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		
						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		
20	呉茱萸湯、 当帰四逆加 呉茱萸生姜 湯、五苓 散、桂枝加 葛根湯、小 建中湯、桂 枝人参湯、 半夏厚朴 湯、半夏白 朮天麻湯、 川キョウ茶 調散、桂枝 茯苓丸、加 味逍遙散、 当帰芍薬散	片頭痛	1) 五野由佳理. 頭痛診療における漢方の役割. <i>医学のあゆみ</i> 2012; 243: 1140-5. 2) 石田和之. 神経内科に役立つ漢方薬: 症例と頻用処方. <i>臨床神経</i> 2013; 53: 938-41.	(漢方薬全体として)エビデンスの確実性B	(漢方薬全体として)弱い推奨	『CQ II-2-11 その他片頭痛の急性期治療薬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 『推奨文: 呉茱萸湯、五苓散、桂枝人参湯など漢方薬の頓用も選択肢の1つである』 『解説・エビデンス: 片頭痛急性期における頓服薬として呉茱萸湯、当帰四逆加呉茱萸生姜湯、五苓散、桂枝加葛根湯、小建中湯、桂枝人参湯、半夏厚朴湯、半夏白朮天麻湯、川キョウ茶調散、桂枝茯苓丸、加味逍遙散、当帰芍薬散などが冷え性や気圧低下に伴うもの、悪心・嘔吐の強いもの、神経緊張、月経関連などの体調、環境、随伴症状に合わせて選択される』	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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2021	○	G24.5	眼瞼下垂症 診療ガイドライン	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・眼瞼下垂症診 療ガイドライン作成部門(統括責任者 小 山明彦 福島県立医科大学形成外科) Strength of Evidence A(強い根拠):効果の推定値に強く確信が ある B(中程度の根拠):効果の推定値に中程 度の確信がある C(弱い根拠):効果の推定値に対する確信 は限定的である D(とても弱い根拠):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) なし:推奨の強さを決められない	金原出版、 2021年8月10 日 第1刷発行	1	抑肝散	眼瞼下垂症	1)鬼怒川雄久, 杉田裕子, 佐藤公光子. 眼瞼下垂に対して 著効を奏した抑肝散顆粒の使用経験. <i>臨床</i> 2002; 56: 183-90. 2)吉田篤, 竹田真. 漢方内服による眼瞼下垂(チック)の治 療例. <i>日本の眼科</i> 1993; 64: 1159-61.	C(弱い根拠):効果 の推定値に対する 確信は限定的であ る	2:弱く推奨する(提 案する)	『CQ19: 眼瞼下垂に内服治療は有効か?』に対して、下記の記載がある。 『抑肝散が有効とする文献を散見するが、症例集積研究のみである』	n/a	
2021	○	RS2.2	慢性疼痛診 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「慢性疼痛診療シ ステムの均てん化と痛みセンター診療デー タベースの活用による医療向上を目指す 研究」研究班 慢性疼痛診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) Strength of Evidence A(高い):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(低い):効果の推定値に対する確信は 限定的である D(非常に低い):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)	真興交易 医 書出版部 発 行年月日 2021/06/30	1	漢方薬	慢性疼痛	n/a	C(低い): 効果の推 定値に対する確信 は限定的である	2: 使用することを弱 く推奨する(提案す る)	『CQ C-13:漢方薬は慢性疼痛に有用か?』に対して、下記の記載がある 『Ans: 慢性疼痛に対する漢方薬の有用性を示すエビデンスは十分でないため、現段階では不明である。しかしながら、本邦において は漢方薬を保険診療で用いることができることもあり、多くの医療者によって、その有用性はある程度評価されている。』	『漢方薬の副作用として、甘草による偽アルドス テロン症、黄ゴンによる薬物性間質性肺炎、麻 黄による過剰な受容体刺激作用、附子による アコニチン中毒などがある。』	
						2	漢方薬(牛 車腎気丸, 芍薬甘草 湯,抑肝散 など)	慢性疼痛	Arai YC, et al. The review of innovative integration of kampo medicine and western medicine as personalized medicine at the first multidisciplinary pain center in japan. <i>J EPMA</i> 2014; 5: 10.	↑	↑	『CQ C-13:漢方薬は慢性疼痛に有用か?』に対して、解説に下記の記載がある 『慢性疼痛患者221名を対象とした後ろ向き研究では、漢方薬(牛車腎気丸,芍薬甘草湯,抑肝散など)を投与し、痛みが軽減した患者 は77.9%(著効:26.3%,中程度の改善:12.7%,多少の改善:38.9%)と報告されている』		
						3	芍薬甘草湯	有痛性脚痙攣を 伴う脊柱管狭窄 症	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.	↑	↑	『CQ C-13:漢方薬は慢性疼痛に有用か?』に対して、解説に下記の記載がある 『有痛性筋痙攣を伴う脊柱管狭窄症患者58名を対象としたランダム化非盲検研究では、芍薬甘草湯の投与(2.5~7.5g/日)は、7.5g/ 日投与された患者の81.2%で有痛性筋痙攣の発生頻度が50%以下に低下し、投与量の差で発生頻度には有意差がなかったことを示 している』		
						4	芍薬甘草湯	変形性膝関節症	戸田佳孝. 芍薬甘草湯が変形性膝関節症患者の腓腹筋 の筋硬度に与える影響. <i>整形外科</i> 2005; 66: 521-4.	↑	↑	『CQ C-13:漢方薬は慢性疼痛に有用か?』に対して、解説に下記の記載がある 『変形性膝関節症患者83名を対象とした非ランダム化試験では、芍薬甘草湯投与群は対照群に比べて、有痛性筋痙攣の発生頻度 は低かったが、統計学的には有意差はなかった。しかし、腓腹筋の筋硬度変化率は有意に低下していた』		
						5	桂枝加朮附 湯, 修治ブ ン末	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.	↑	↑	『CQ C-13:漢方薬は慢性疼痛に有用か?』に対して、解説に下記の記載がある 『帯状疱疹後神経痛患者(15名)に対する桂枝加朮附湯7.5g/日とブン末1~5g/日の併用は、80%の患者が継続内服することができ、 そのうち痛みの程度が50%以上改善した患者の割合は91%であった』		
						6	牛車腎気丸	腰痛	Hamaguchi T, et al. Goshajinkigan for low back pain : An observational study. <i>J Altern Complement Med</i> 2017; 23: 208-13.	↑	↑	『CQ C-13:漢方薬は慢性疼痛に有用か?』に対して、解説に下記の記載がある 『腰痛患者(28名)に対する牛車腎気丸の有用性を検討した後ろ向き研究では、35%の患者で痛みは改善した。』		
						7	牛車腎気 丸、八味地 黄丸など	脊柱管狭窄症	Oohata M, et al. Japanese traditional herbal medicine reduces use of pregabalin and opioids for pain in patients with lumbar spinal canal stenosis: A retrospective cohort study. <i>JA Clin Rep</i> 2017; 3: 60.	↑	↑	『CQ C-13:漢方薬は慢性疼痛に有用か?』に対して、解説に下記の記載がある 『脊柱管狭窄症患者(151名)の痛みや間欠性跛行に対する漢方薬の有用性を検討した後ろ向き研究では、漢方薬投与群(牛車腎気 丸、八味地黄丸など)は、非投与群に比べてプレガバリンとオピオイド鎮痛薬の投与量が減少していたことを明らかにしている』		
						8	八味地黄丸	下肢閉塞性動脈 硬化症	Kawago K, et al. The Effect of Hachimi-Jio-Gan (Ba-Wei- Di-HuangWan) on the quality of life in patients with peripheral arterial disease: A prospective study using kampo medicine. <i>Ann Vasc Dis</i> 2016; 9: 289-94.	↑	↑	『CQ C-13:漢方薬は慢性疼痛に有用か?』に対して、解説に下記の記載がある 『下肢閉塞性動脈硬化症患者(14名)に対する八味地黄丸の有用性を検討した前向き研究では、痛みの軽減と歩行距離の延長が示 されている』		
						9	牛車腎気丸	有痛性糖尿病性 末梢神経障害	1) 平山恵道. ほか、しびれ感に対する牛車腎気丸の臨床 評価. <i>神経治療</i> 1994; 11: 385-94. 2) 佐藤祐造. 神経疾患の漢方療法:「しびれ」に対する牛車 腎気丸の効果. <i>神経治療</i> 1995; 12: 525-8.	C(低い): 効果の 推定値に対する確 信は限定的である	2: 使用することを弱 く推奨する(提案す る)	『CQ P-5-7:漢方薬は有痛性糖尿病性末梢神経障害に有用か?』に対して、下記の記載がある 『Ans: 漢方薬は有痛性糖尿病性末梢神経障害(PDPN)の痛みの緩和に有用である明らかな根拠はない』 『解説: PDPNの痺れや痛みに対する補腎剤の牛車腎気丸の有用性や、DNに起因する有痛性筋痙攣(こむらがえり)に対する芍薬甘 草湯の有効性が報告されており、患者の「証」に随った漢方医学的な治療を行うことが勧められる』		
						10	芍薬甘草湯	有痛性筋痙攣	三浦義孝. 糖尿病性神経障害による有痛性筋痙攣(こむら がえり)に対する芍薬甘草湯の効果. <i>日本東洋医学雑誌</i> 1999; 49: 865-9.	↑	↑			

『』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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考	
2021	○	K21.9	胃食道逆流症 (GERD) 診療ガイドライン2021 (改訂第3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: 岩切勝彦 日本医科大学消化器内科学) 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。真の効果が、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。真の効果が、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。真の効果が、効果の推定値と実質的におおよそ異なりそうである。 Strength of Recommendation 強 (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 弱 (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、2021年4月30日 改訂第3版発行	1	六君子湯	PPI抵抗性GERD	Tominaga 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.	n/a	n/a	『BQ4-5 消化管運動機能改善薬、漢方薬など酸分泌抑制薬との併用上乗せ効果が期待できる薬剤はあるか?』の解説で下記の記載がある 『PPI抵抗性GERDを対象とした試験において、六君子湯、半夏瀉心湯、アコチアミドとPPIの併用はPPI倍量投与と同等の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		
						2	半夏瀉心湯	PPI抵抗性GERD	Takeuchi T, Hongo H, Kimura T, et al. Efficacy and safety of hangeshashinto for treatment of GERD refractory to proton pump inhibitors: Usual dose proton pump inhibitors plus hangeshashinto versus double-dose proton pump inhibitors: randomized, multicenter open label exploratory study. <i>J Gastroenterol</i> 2019; 54: 972-83.	n/a	n/a				
						3	六君子湯	PPI抵抗性GERD	Tominaga K, Kato M, Takeda H, et al. A randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial of rikkunshito for patients with non-erosive reflux disease to proton-pump inhibitor: the G-PRIDE study. <i>J Gastroenterol</i> 2014; 49: 1392-405.	n/a	n/a	『BQ4-5 消化管運動機能改善薬、漢方薬など酸分泌抑制薬との併用上乗せ効果が期待できる薬剤はあるか?』の解説で下記の記載がある 『PPIに六君子湯を併用したプラセボ対照比較試験では、六君子湯群とプラセボ群間で症状改善に有意差を認めなかった。しかしながら、サブ解析では女性、低BMI患者、高齢者で症状やQOLの改善を認めたことから、一部の患者では効果が期待できる可能性がある。』	n/a		
						4	六君子湯	胃食道逆流症 (GERD)	Tominaga 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。真の効果が、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	『CQ4-3 常用量のPPIで効果が不十分な場合に推奨される治療法は何か?』の推奨に下記の記載がある 『常用量のPPIで効果が不十分な場合、PPIの種類の変更、モサブリドの追加投与、アコチアミドの追加投与、六君子湯の追加投与を行うことを提案する』 また、解説に下記の記載がある 『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NERD患者では、六君子湯併用群がPPI倍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』	n/a		
						5	六君子湯	胃食道逆流症 (GERD)	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.	↑	↑	『CQ4-3 常用量のPPIで効果が不十分な場合に推奨される治療法は何か?』の解説に下記の記載がある 『PPI抵抗性逆流性食道炎に対するPPI倍量投与以外の治療法として、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、強皮症併例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数編報告されている』	n/a		
						6	六君子湯	胃食道逆流症 (GERD)	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.	↑	↑	『CQ4-3 常用量のPPIで効果が不十分な場合に推奨される治療法は何か?』の解説に下記の記載がある 『PPI治療で症状が十分に改善しないNERDに対して、PPIの倍量、モサブリドの追加投与、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		
						7	六君子湯	P-CAB抵抗性GERD	n/a	n/a	n/a	『FRQ4-2 常用量のP-CABで効果が不十分な場合に推奨される治療法は何か?』の解説に下記の記載がある 『酸抑制が不十分な場合には、ポノプラザン40mg投与により、更なる酸分泌抑制が得られる可能性が高いが、ポノプラザン40mg投与は保険適用外であり、現実的な対応としては、GERD診療ガイドライン(第2版)で示されたPPI抵抗性逆流性食道炎への対応と同様に、アルギン酸、消化管運動機能改善薬、六君子湯の投与が行われる』	n/a		
						8	六君子湯	術後食道炎	水野修吾, 山際健太郎, 岩田真, ほか. 胃癌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.	n/a	n/a	『BQ6-6: 術後食道炎の治療に薬物治療は有用か?』に対して、下記の記載がある。 『解説: 残胃や小腸の排出遅延が逆流に関与するため、消化管運動機能が改善する薬剤にも効果も期待され、モサブリドによる残胃炎や胆汁逆流の改善、六君子湯の胃切除後食道炎に対する有用性などが報告されている』	n/a		

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2021	○	K30	機能性消化管疾患診療ガイドライン2021—機能性ディスペシア(改訂第2版)	日本消化器学会 機能性消化管疾患診療ガイドライン2021 改訂第2版 機能性ディスペシア(FD)診療ガイドライン作成委員会(委員長:三輪洋人 兵庫医科大学 消化器内科) 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のおおよそ異なりそうである。 Strength of Recommendation 強(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 弱(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、2021年4月30日改訂第2版発行	1	六君子湯	FD	Tominaga K, Arakawa T. Kampo medicines for gastrointestinal tract disorders: a review of basic science and clinical evidence and their future application. <i>J Gastroenterol</i> 2013; 48: 452-62.	A: 質の高いエビデンス(High)	強(強い推奨)合意率92%: “実施すること”を推奨する	『CQ4-4 FDの治療薬として、漢方薬は有用か?』 ●六君子湯は有用であり、使用することを推奨する 【推奨の強さ: 強(合意率92%)、エビデンスレベル: A】 ●六君子湯以外の漢方薬は、有用である可能性があり、使用することを提案する 【推奨の強さ: 弱(合意率100%)、エビデンスレベル: B】 解説に下記の記載がある 『六君子湯は胃運動機能改善を中心とした薬理学的作用が種々解明されており、上腹部症状に対して汎用されている薬剤である』	n/a	
						2	六君子湯	FD	1) Tatsuta M, Iishi H. Effect of treatment with liu-jun-zitang(TJ-43) on gastric emptying and gastrointestinal symptoms in dyspeptic patients. <i>Aliment Pharmacol Ther</i> 1993; 7: 459-62. 2) 原澤茂, 三好秋馬, 三輪剛. ほか. 運動不全型の上腹部膨満(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. 3) Shiratori M, Shoji T, Kanazawa M, et al. Effect of rikkunshito on gastric sensorimotor function under distention. <i>Neurogastroenterology & Motility</i> 2011; 23: 323-9. 4) 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.	↑	↑	『CQ4-4 FDの治療薬として、漢方薬は有用か?』の解説に下記の記載がある 『FDに対する六君子湯の有効性として、胃運動機能改善作用と上腹部症状との関連性を軸にして、1993年以降本邦を中心に多くのエビデンスが示されてきた』	n/a	
						3	六君子湯	FD	Suzuki H, Matsuzaki J, Fukushima Y, et al. Randomized clinical trial: rikkunshito in the treatment of functional dyspepsia—a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study. <i>Neurogastroenterol Motil</i> 2014; 26: 950-61.	↑	↑	『CQ4-4 FDの治療薬として、漢方薬は有用か?』の解説に下記の記載がある 『RomeⅢ基準のFD患者に対して行われた2014年報告では、主要評価項目である8週後の自覚症状改善率では有意性は示されなかったが、副次評価項目で心窩部痛改善に対して有意であることが示された』	n/a	
						4	六君子湯	FD	Tominaga K, Sakata Y, Kusunoki H, et al. Rikkunshito simultaneously improves dyspepsia correlated with anxiety in patients with functional dyspepsia: A randomized clinical trial (the DREAM study). <i>Neurogastroenterol Motil</i> 2018; 30: e13319.	↑	↑	『CQ4-4 FDの治療薬として、漢方薬は有用か?』の解説に下記の記載がある 『単盲検期間中にプラセボ効果のあった患者は除外され、その後の六君子湯7.5g/日の8週間内服治療が本試験として行われた2018年のRCTでは、主要評価項目である全般的治療改善効果で、プラセボに対して有意であると報告された。また不安症状に対する改善作用も認められ、消化器症状と不安症状の改善度との間に正の相関性が示された』	n/a	
						5	半夏厚朴湯	FD	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.	B: 中程度の質のエビデンス(Moderate)	弱(弱い推奨)合意率100%: “実施すること”を提案する	『CQ4-4 FDの治療薬として、漢方薬は有用か?』の推奨に下記の記載がある 『六君子湯以外の漢方薬は、有用である可能性があり、使用することを提案する』 また、解説で下記の記載がある 『六君子湯以外の漢方薬では、FD治療を含めたエビデンスは今なお少ない。半夏厚朴湯が上腹部痛、消化不良症状の改善に有効であるとの本邦からの報告や、種々のハーブ抽出物質からなる生薬: STWS(本邦では未承認)が症状改善に有効とのドイツからの報告がある』	n/a	
						6	生薬: STW5	FD	Von Arnim U, Peitz U, Vinson B, et al. STW 5, a phytopharmakon for patients with functional dyspepsia: results of a multicenter, placebo-controlled double-blind study. <i>Am J Gastroenterol</i> 2007; 102: 1268-75.	↑	↑	『CQ4-4 FDの治療薬として、漢方薬は有用か?』の解説に下記の記載がある 『日本では婦人科用薬として使用される加味逍遙散が、胃運動機能改善作用を有するとの基礎研究や、胃電図変化をもたらす症状改善につながるとの中国からの報告もあるが、決してエビデンスの高いものとは言えない』	n/a	
						7	加味逍遙散	FD	Shin SJ, Kim D, Kim SJ, et al. Effects of Gamisoyo-San Decoction, a Traditional Chinese Medicine, on Gastrointestinal Motility. <i>Digestion</i> 2018; 98: 231-7.	↑	↑	『FRQ4-4 治療抵抗性のFD患者はどの時点で治療を変更すべきか?』の解説に下記の記載がある 『本邦報告のRCTでも、タンドスピロン、アコチアミド、ラベプラゾール、六君子湯があるが、評価時期は、前者2論文は4週、後者2論文は8週後評価である』 『特に六君子湯論文の主要評価項目では、4週後ではわずかな有効性を示す印象しかないが、1~8週までの経時的変化をみると有意改善効果が現れてくるのは5週目以降(p=0.019)からであり、8週治療後でも有意差が認められている。この点を考慮すると、六君子湯の場合は8週間までは治療変更をすべきではないかもしれない』	n/a	
						8	六君子湯	治療抵抗性FD	Tominaga K, Sakata Y, Kusunoki H, et al. Rikkunshito simultaneously improves dyspepsia correlated with anxiety in patients with functional dyspepsia: A randomized clinical trial (the DREAM study). <i>Neurogastroenterol Motil</i> 2018; 30: e13319.	n/a	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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2020	×(旧版のみ)	J30	鼻アレルギー診療ガイドライン- 通年性鼻炎と花粉症- 2020版(改訂第9版)	日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員(委員長: 岡野光博 国際医療福祉大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科学教授) Strength of Evidence Ia: ランダム化比較試験のメタアナリシス Ib: 少なくとも1つのランダム化比較試験 IIa: ランダム割付を伴わない同時コントロールを伴うコホート研究 IIb: ランダム割付を伴わない過去のコントロールを伴うコホート研究 III: ケース・コントロール研究 IV: 処置前後の比較などの前後比較、対照群を伴わない研究 V: 症例報告、ケースシリーズ VI: 専門家個人の意見(専門委員会報告を含む) Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な科学的根拠がない C2: 科学的根拠がないので、勧められない D: 行わないよう勧められる	ライフ・サイエンス、2020年7月10日改訂第9版第1刷発行	1	小青竜湯、葛根湯、苓甘姜味辛夏仁湯など	アレルギー性鼻炎	1) 馬場駿吉, 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. <i>耳鼻臨床</i> 1995; 88: 389-405. 2) 日本東洋医学会学術教育委員会(編). 漢方医学テキスト. 南江堂 2002; 30-67. 3) 荻野敏. 漢方薬はどんな患者に有効か? <i>治療</i> 2006; 88: 295-300. 4) 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. 中山書店 2015; 64-77.	n/a	n/a	第5章 治療の3. 薬物療法に下記に記載がある。 『7) その他(3) 漢方薬 (Chinese medicine) 漢方薬では小青竜湯、葛根湯、苓甘姜味辛夏仁湯などが用いられているが、証による病態把握、漢方診断に始まり、病期、病因分類が行われ漢方薬が選択され、経験則に基づいて行われる。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。運動性・持続性からみると、麻黄中に含まれているエフェドリンが作用していると考えられるが、作用機序について不明な点も多い。』	n/a	表17 アレルギー性鼻炎治療薬として『⑥その他 非特異的変調療法薬、生物抽出製剤、漢方薬』の記載がある。
						2	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	n/a	n/a	A: 行うよう強く勧められる	『CQ4 漢方薬はアレルギー性鼻炎に有効か。』に対して、下記の記載がある。 『Answer: 推奨度A 小青竜湯は通年性鼻炎アレルギー患者のくしゃみ発作、鼻汁、鼻閉を有意に改善する。』	n/a	
						3	小青竜湯	通年性鼻炎	馬場駿吉, 高坂知節, 稲村直樹, ほか. 小青竜湯の通年性鼻炎アレルギーに対する効果 二重盲検比較試験. <i>耳鼻臨床</i> 1995; 88: 389-405.	Ib: 少なくとも1つのランダム化比較試験	A: 行うよう強く勧められる	『CQ4 漢方薬はアレルギー性鼻炎に有効か。』のエビデンスの要約として、下記の記載がある。 『全国61施設での耳鼻咽喉科を受診した通年性鼻炎アレルギー患者220名を対象にした小青竜湯の二重盲検ランダム化比較試験では、全改善度、くしゃみ発作、鼻汁、鼻閉スコアにおいて実薬群が有意に優れていた。』		
						4	小青竜湯、苓甘姜味辛夏仁湯	アレルギー性鼻炎	n/a	n/a	A: 行うよう強く勧められる	『CQ4 漢方薬はアレルギー性鼻炎に有効か。』のエビデンスの要約として、下記の記載がある。 『小青竜湯の漢方的使用目標は、泡沫水様性の痰、水様性鼻汁、くしゃみなどを伴う場合であり、アレルギー性鼻炎の症状と合致する。一方で、漢方薬処方の場合には対象患者の「証」を判断した上で、それに沿った処方が行われている。麻黄は一般に中間証から実証の場合に用いられ、虚証の場合は麻黄の副作用である動悸や胃腸症状が現れやすいため、苓甘姜味辛夏仁湯という麻黄を含まない漢方薬が処方される。また基本的には麻黄含有薬は運動性があり、特に鼻閉に対する効果が強い。そして本来長期連用する薬ではない。』	CQ4のエビデンスの要約に下記の記載がある。 『麻黄は一般に中間証から実証の場合に用いられ、虚証の場合は麻黄の副作用である動悸や胃腸症状が現れやすいため、苓甘姜味辛夏仁湯という麻黄を含まない漢方薬が処方される。』	
						5	小青竜湯、苓甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、桂麻各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯、大青竜湯	アレルギー性鼻炎	森壽生. 春季アレルギー性鼻炎(花粉症)に対する小青竜湯と大青竜湯(桂枝湯合麻杏甘石湯)の効果一薬剤の効果の比較検討. <i>The Res</i> 1998; 19:3299-3307.	IIb: ランダム割付を伴わない過去のコントロールを伴うコホート研究	A: 行うよう強く勧められる	『CQ4 漢方薬はアレルギー性鼻炎に有効か。』のエビデンスの要約として、下記の記載がある。 『漢方治療エビデンスレポート2016が日本東洋医学会のWebサイトに掲載されている。その中の「10. 呼吸器系疾患」の中に小青竜湯を中心としたアレルギー性鼻炎に対する比較試験の論文の概要が述べられている。その中で、森らの花粉症患者に対する小青竜湯と他の漢方薬(苓甘姜味辛夏仁湯、越婢加朮湯、大青竜湯、桂馬各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯)のランダム化比較試験の結果がまとめられている。症状別には小青竜湯と大青竜湯に効果の差はないが、全改善度は大青竜湯が小青竜湯に比べ有意に高い改善度を示した。』※本文には桂馬各半湯と記載されているが、おそらく桂麻各半湯の誤記。	n/a	
						6	漢方薬	アレルギー性鼻炎	n/a	n/a	A: 行うよう強く勧められる	『CQ4 漢方薬はアレルギー性鼻炎に有効か。』のエビデンスの要約として、下記の記載がある。 『漢方薬だけの治療も考えることはできるが、麻黄を中心とする漢方薬は鼻噴霧用ステロイド薬などを中心とする基本的な治療におけるレスキュー薬としての役割を担うとするのが現状の通念である。』		
						7	小青竜湯	通年性鼻炎	Kim MH, et al. A multicenter study on the efficacy and safety of So-Cheong-Ryong-Tang for perennial allergic rhinitis. <i>Complementary Therapies in Medicine</i> 2019;45:50-56.	I: ランダム化比較試験	A: 行うよう強く勧められる	『対象例数: 154例、年齢: 18~60歳、対象: くしゃみ、かゆみ、鼻漏、鼻閉の少なくとも2つ以上が中等症以上の症例 試験デザイン 方法: 多施設、プラセボコントロール二重盲検並行群間比較試験、観察期間: 小青竜湯、プラセボを4週間投与し、その後8週間経過観察、その他: 1) 主要評価項目: 総鼻症状スコア(TNSS) 2) 副次評価項目: RQLQ、血清IgE、末梢血好酸球数、IL-4、IL-5、IL-8、鼻内視鏡index 3) 安全性 結果・考察: 1) 投与開始2週間後、4週間後に小青竜湯はプラセボ群と比較し、有意にTNSSを抑制した。治療中止後は両群間に有意差がなくなった。2) 小青竜湯群はプラセボ群と比較して投与4週間後の鼻漏とくしゃみを有意に抑制した。3) 投与4週間後に小青竜湯群はプラセボ群と比較し有意にRQLQを改善した。4) 血清IgE、好酸球数、サイトカイン、内視鏡indexは両群間に有意差はなかった。5) 有害事象は両群間に差はなかった。』	n/a	
						8	麻黄附子細辛湯	通年性鼻炎	鶴飼幸太郎, 田矢理子, 坂倉康夫, ほか. 通年性鼻炎アレルギーに対する漢方製剤の検討麻黄附子細辛湯エキス製剤の臨床応用. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1990; 83: 155-65.	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象例数: 21例、対象: 通年性鼻炎アレルギー患者 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、概括安全性および有用度を検討した。 結果・考察: 1) 医師判定による全般的有効度は、薬剤投与2週目で有効以上35.0%、やや有効以上60.0%、4週目で有効以上57.9%、やや有効以上68.4%であった。2) 自覚所見は、くしゃみ発作、鼻汁、鼻誘発試験および鼻汁中好酸球数で投与後4週目に有意な改善を認めた。3) 有用度は有用以上52.4%、やや有用以上66.7%であった。』	『副作用は2例で皮膚疹の症例を認めた。』	
						9	麻黄附子細辛湯	通年性鼻炎	伊藤博隆, 馬場駿吉, 高木一平, ほか. 鼻アレルギーに対する麻黄附子細辛湯の薬効評価鼻閉症状の臨床効果について. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1991; 補2: 107-18.	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象例数: 61例、対象: 通年性鼻炎アレルギー患者 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、概括安全性および有用度を検討した。 結果・考察: 1) 医師判定による全般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例が多く改善率も高かった。鼻粘膜所見の下鼻甲介粘膜の腫脹、鼻腔内の水性分泌量、鼻汁中好酸球数検査も良好な改善を示した。3) アレルギー日記の集計による鼻症状の各項目の平均値推移では、対照観察期間に比較して鼻づまり、嗅覚異常および苦痛の程度は2週目より有意な減少を認め、くしゃみおよび鼻みずは4週目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。』	
						10	小青竜湯	通年性鼻炎	馬場駿吉, 高坂知節, 稲村直樹, ほか. 小青竜湯の通年性鼻炎アレルギーに対する効果 二重盲検比較試験. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1995; 88: 389-405.	I: ランダム化比較試験	B: 行うことを中等度推奨	『対象例数: 通年性鼻炎アレルギー患者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、救済はタペジール錠頓用。2. 自・他覚症状、アレルギー日記から判断。 結果・考察: 1) 全改善度: 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) 通年性鼻炎アレルギーに対し、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。』	
						11	小青竜湯	スギ花粉症	中村信一, 松本勲, 堀孝郎, ほか. アレルギー性鼻炎患者の鼻閉に対する小青竜湯の影響 Acoustic rhinometryを用いた評価法. <i>和漢医薬学雑誌</i> 1996; 12: 474-5.	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象例数: 1例、対象: スギ花粉症患者 試験デザイン 方法: 小青竜湯6g頓服とエビネ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6.0g服用後およそ90分で効果が発現した。』	n/a	
						12	小青竜湯	通年性鼻炎	山際幹和, 徳力俊治. 小青竜湯(TJ-19)の鼻アレルギー患者の鼻閉塞に対する効果. <i>診断と治療</i> 1996; 84: 533-44.	II-3: 時系列研究、非対照実験	C: 中間(推奨する根拠がはっきりしない)	『対象例数: 11例、対象: 通年性鼻炎アレルギー患者 試験デザイン 方法: 小青竜湯エキス顆粒を1回3g1日3回、2週間連日単独投与し、VASを用いた鼻閉塞感の自覚的評価と、Acoustic Rhinometryによる最小鼻腔断面積と鼻腔容積の測定を投薬開始前と開始後1, 2週目と終了後1週目に行った。 結果・考察: 1) VAS得点は投薬後1, 2週目で有意に減少した。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。』	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 (37CPGs)

Table with 15 columns: 1 発行年, 2 Minds掲載, 3 ICD10, 4 CPG名, 5 作成母体 GS of Strength of Evidence, 6 書誌事項, 7 ST No., 8 処方名, 9 疾患, 10 引用論文など, 11 CPG中の Strength of Evidence, 12 CPG中の Strength of Recommendation, 13 有効性に関する記載ないしその要約, 14 副作用に関する記載ないしその要約, 15 備考. Rows include studies on allergic rhinitis, allergic conjunctivitis, and allergic asthma.

『』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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考	
2020	×(旧版のみ)	J30	鼻アレルギー診療ガイドライン-通年性鼻炎と花粉症-2020版(改訂第9版)	日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員(委員長:岡野光博 国際医療福祉大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科学教授) Strength of Evidence Ia: ランダム化比較試験のメタアナリシス Ib: 少なくとも1つのランダム化比較試験 IIa: ランダム割付を伴わない同時コントロールを伴うコホート研究 IIb: ランダム割付を伴わない過去のコントロールを伴うコホート研究 III: ケース・コントロール研究 IV: 処置前後の比較などの前後比較、対照群を伴わない研究 V: 症例報告、ケースシリーズ VI: 専門家個人の意見(専門家委員会報告を含む) Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な科学的根拠がない C2: 科学的根拠がないので、勧められない D: 行わないよう勧められる	ライフ・サイエンス、2020年7月10日改訂第9版第1刷発行	26	小青竜湯、麻黄附子細辛湯	アレルギー性鼻炎	中田薫, 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附子細辛湯が有効. 漢方研究 2012; 485: 130-1.	II-3: 時系列研究, 非対照実験	B: 行うことを中等度推奨	『対象 例数: 30例、対象: くしゃみと鼻漏を主症状とするアレルギー性鼻炎患者。試験デザイン 方法: 小青竜湯18錠に麻黄附子細辛湯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と麻黄附子細辛湯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な患者が10%、小青竜湯の働きを麻黄附子細辛湯が強めた。』	n/a		
						27	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痴皮付着が重要。』	n/a		
						28	小青竜湯、四逆散、荊芥連翹湯	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%荊芥連翹湯群に分け、実験22日目にくしゃみならび鼻を掻く回数と、鼻洗浄液中のSP, CGRP, NGF濃度を測定。 結果・考察: 鼻洗浄液中のSPはいずれの漢方薬投与群でも有意な抑制が認められた。CGRPは3%小青竜湯群と、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AR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		
						29	千金内托散	鼻アレルギー	Morikura I, et al. Japanese traditional medicine, Senn-kinn-aidaku-sann up-regulates Toll-like receptor 4 and reduces murine allergic rhinitis. Rhinology 2014; 52: 252-9.	n/a	推奨外	『試験デザイン 方法: 千金内托散をOVA感作させたC3H/HeNマウスに経口投与させパラメータ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		
						30	小青竜湯	スギ花粉症	大塚靖彦. 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			
						31	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			
						32	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			
						33	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-. 日本鼻科学会会誌 1999; 38: 183-5.	n/a	n/a	n/a			
						34	小青竜湯	鼻アレルギー	武田弘志, 辻稔, 稲津正人, ほか. 小青竜湯の薬理学的特徴-中枢神経系に対する影響-. 漢方と最新治療 1999; 7: 315-20.	n/a	n/a	n/a			
						35	小青竜湯	鼻アレルギー	盛岡頰子. 小青竜湯. Current Therapy 1999; 17: 153-5.	n/a	n/a	n/a			
						36	麻黄附子細辛湯	アレルギー性鼻閉	山際幹和. アレルギー性鼻閉に対する麻黄附子細辛湯の即時的効果 剤型と効果発現様式の比較. 日本東洋医学雑誌 1999; 49: 859-63.	n/a	n/a	n/a			
						37	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. 東洋医学 2000; 28: 29-31.	n/a	n/a	n/a			
						38	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. 東洋医学 2000; 28: 31-5.	n/a	n/a	n/a			
						39	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			
40	漢方薬(小青竜湯・柴朴湯など)	花粉症	丁宗鑑. 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. アレルギーの臨床 2004; 24: 1121.	n/a	n/a	n/a									

EBM文献集に掲載

『』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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考		
2020	×(旧版のみ)	J30	鼻アレルギー診療ガイドライン—通年性鼻炎と花粉症—2020版(改訂第9版)	日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員(委員長: 岡野光博 国際医療福祉大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科学教授) Strength of Evidence Ia: ランダム化比較試験のメタアナリシス Ib: 少なくとも1つのランダム化比較試験 IIa: ランダム割付を伴わない同時コントロールを伴うコホート研究 IIb: ランダム割付を伴わない過去のコントロールを伴うコホート研究 III: ケース・コントロール研究 IV: 処置前後の比較などの前後比較、対照群を伴わない研究 V: 症例報告、ケースシリーズ VI: 専門家個人の意見(専門家委員会報告を含む) Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な科学的根拠がない C2: 科学的根拠がないので、勧められない D: 行わないよう勧められる	ライフ・サイエンス、2020年7月10日 改訂第9版第1刷発行	41	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	n/a		
						42	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			
						43	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			
						44	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	稲垣直樹. 科学的に検証する漢方薬のエビデンス アレルギー性鼻炎と小青竜湯. <i>薬師</i> 2009; 60: 3624-9.	n/a	n/a	n/a	n/a			
						45	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			
						46	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			
						47	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 shosiryu-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			
						48	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			
						49	黄耆建中湯	小児耳鼻咽喉科疾患	五島史行, 堤知子. 小児耳鼻咽喉科疾患に対する黄耆建中湯の治療成績. <i>漢方医学</i> 2010; 34: 276-8.	n/a	n/a	n/a	n/a			
						50	漢方薬	アレルギー性鼻炎	齋藤晶. 漢方薬の取り入れ方のコツ アレルギー性鼻炎. <i>JOHNS</i> 2010; 26: 89-91.	n/a	n/a	n/a	n/a			
						51	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			
						52	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 Enterococcusfaecalis 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			
						53	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			
54	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									
55	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									

EBM文献集に掲載

『』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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考		
2020	×(旧版のみ)	J30	鼻アレルギー診療ガイドライン-通年性鼻炎と花粉症-2020版(改訂第9版)	日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー学会鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員(委員長: 岡野光博 国際医療福祉大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科学教授) Strength of Evidence Ia: ランダム化比較試験のメタアナリシス Ib: 少なくとも1つのランダム化比較試験 IIa: ランダム割付を伴わない同時コントロールを伴うコホート研究 IIb: ランダム割付を伴わない過去のコントロールを伴うコホート研究 III: ケース・コントロール研究 IV: 処置前後の比較などの前後比較、対照群を伴わない研究 V: 症例報告、ケースシリーズ VI: 専門家個人の意見(専門家委員会報告を含む) Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な科学的根拠がない C2: 科学的根拠がないので、勧められない D: 行わないよう勧められる	ライフ・サイエンス、2020年7月10日改訂第9版第1刷発行	56	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>Phit 漢方</i> 2013; 41: 16-7.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
						57	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	n/a		
						58	小青竜湯加附子	花粉症	松本一男. 東洋堂経験余話(255) 視力の回復に茶桂朮甘湯加車前子. 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	n/a		
						59	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	n/a		
						60	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	n/a		
						61	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	福井裕行. 抗アレルギー天然物医薬の機能に基づくアレルギー疾患治療戦略. <i>アレルギーの臨床</i> 2015; 35: 45-48.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
						62	小青竜湯	薬剤性肺炎(副作用)	和田広. ほか. 小青竜湯群による薬剤性肺炎と思われた1例. <i>日本胸部臨床</i> 2016; 75: 197-202.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
						63	当帰芍薬散	アレルギー性鼻炎	川島春佳. ほか. 当帰芍薬散が奏効したアレルギー性鼻炎の症例. <i>日東医誌</i> 2018; 69: 359-365.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
						64	甘草乾姜湯加桂皮末	アレルギー性鼻炎	盛克己. ほか. アレルギー性鼻炎に対する甘草乾姜湯加桂皮末(散剤)有効性の検討. <i>漢方の臨床</i> 2018; 65: 181-186.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
						65	小青竜湯	アレルギー性鼻炎	Honmura T, et al. Evaluation of the therapeutic potential and underlying mechanisms of synephrine, a component of Kampo medicine, against allergic rhinitis. <i>Cognet Biology</i> 2019; 5: 1592274.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
						66	真武湯など	アレルギー性鼻炎	菊島和仁. アレルギー性鼻炎をはじめとする鼻炎に対する東洋医学的アプローチ. <i>MB ENT</i> 2019; 229: 44-53.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
						67	呉茱萸湯	アレルギー性鼻炎	齋藤明美. ほか. 呉茱萸湯の併用が奏効したと思われる症例. <i>漢方の臨床</i> 2019; 66: 721-725.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
						68	小青竜湯、麻黄附子細辛湯、越婢加朮湯	アレルギー性鼻炎	谷川聖明. アレルギー性鼻炎の漢方治療. <i>Modern Physician</i> 2019; 39: 218-219.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		
69	中国の漢方薬	アレルギー性鼻炎	Zhang X, et al. Chinese herbal medicine to treat allergic rhinitis : evidence from a meta-analysis. <i>Allergy Asthma Immunol Res</i> 2018; 10: 34-42.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a								
70	中国の漢方薬	アレルギー性鼻炎	Zheng Z, et al. Efficacy of Chinese herbal medicine in treatment of allergic rhinitis in children : a meta-analysis of 19 randomized controlled trials. <i>J Int Med Res</i> 2018; 46: 4006-4018.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a								

EBM文献集に掲載

『』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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2020	○	K58.9	機能性消化管疾患診療ガイドライン—過敏性腸症候群 (IBS) 2020—過敏性腸症候群 (IBS) (改訂第2版)	日本消化器病学会機能性消化管疾患診療ガイドライン—過敏性腸症候群 (IBS) 作成委員会 (委員長: 福土 審 東北大学行動医学分野・心療内科)	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 強 (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 弱 (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	1	漢方薬	機能性腸症候群 (IBS)	n/a	n/a	n/a	フローチャートの『IBSの治療ガイドライン: 第1段階』に、漢方薬の記載があり、下記の記載がある。 『症例によっては漢方薬もしくは抗アレルギーを投与する。』	n/a	
						2	漢方薬	機能性腸症候群 (IBS)	n/a	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、下記の記載がある。 【推奨: IBSに対して一部の漢方薬は有用であり、投与することを提案する。【推奨の強さ: 弱 (合意率100%)、エビデンスレベル: C】】	n/a	
						3	漢方薬	過敏性腸症候群 (IBS)	n/a	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、解説として下記の記載がある。 『解説: 漢方薬は「生薬」と呼ばれる。自然界に存在する植物、動物や鉱物などの薬効となる部分を、通常は複数組み合わせられて構成された医薬品であり、数多くの方剤の種類が存在する。中国の伝統医学で用いられている「中薬 [Traditional Chinese medicine]」と、起源は同じでもわが国で独自に発展した漢方医学で用いられる「漢方薬 Kampo medicine」では、同じ名前の処方でも生薬の成分あるいは配合比率、投与量が同じとは限らない。日本独自の治療薬のために、IBSに対する漢方薬の有効性に関するエビデンス (特にRCTによる成績) は非常に限られている。』	n/a	
						4	桂枝加芍薬湯	過敏性腸症候群 (IBS)	佐々木大輔, 上原聡, 樋渡信夫, ほか. 過敏性腸症候群に対する桂枝加芍薬湯エキス剤の臨床効果—多施設共同無作為割付群間比較試験. <i>腸病と研究</i> 1998; 75: 1136-1152.	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、解説として下記の記載がある。 『IBS患者に対する桂枝加芍薬湯の有効性が確認されている。佐々木らはIBSに対する4週間の桂枝加芍薬湯による多施設RCTを実施した。232例 (うちプラセボ群108例) のIBS患者を評価した結果、最終全般改善度 (中等度以上の改善: 実薬群50.9% vs. プラセボ群47.9%)、便秘形状、排便回数、残便感改善度それぞれについて両群間に有意な差は認められなかった。腹痛改善度では実薬群のほうがプラセボ群に比較して改善傾向を示した (p=0.051)。便通タイプによる病型別に評価した場合、下痢型において腹痛改善度では実薬群のほうがプラセボ群に比較して有意な改善が認められた (p=0.037) が、その他の病型 (便秘型、交替型) においては有意な改善が示されなかった。さらに、桂枝加芍薬湯による重篤な副作用はほとんど認められなかった。』	n/a	
						5	桂枝加芍薬湯	過敏性腸症候群 (IBS)	水野修一, 永田勝太郎, 吉田勝彦. 過敏性腸症候群に対する桂枝加芍薬湯エキス剤の臨床効果—奥化メベンゾラートとの比較試験. <i>診断と治療</i> 1985; 73: 1143-1152.	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、解説として下記の記載がある。 『水野らは50例のIBS患者に対して8週間の桂枝加芍薬湯 (26例) の効果について奥化メベンゾラート (24例) をコントロールとして比較した。その結果、有効性以上の全般改善度は桂枝加芍薬湯群 (73%) のほうがコントロール群 (46%) より有意に高かった (p<0.05) が、各症状の改善率には有意な差は認められなかった。』	n/a	
						6	桂枝加芍薬湯、柴胡桂枝湯	過敏性腸症候群 (IBS)	石井史, 飯塚文珠, 長瀬紘, ほか. 過敏性腸症候群に対するTJ-10 柴胡桂枝湯とTJ-60 桂枝加芍薬湯の治療効果の比較ならびに潰瘍性大腸炎に対するTJ-14 柴芩湯の治療効果の検討. <i>Progress in Medicine</i> 1993; 13: 2893-2900.	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、解説として下記の記載がある。 『IBS患者に対して2週間の桂枝加芍薬湯 (23例) と柴胡桂枝湯 (23例) の有効性を比較した石井らのRCTの結果では、50%の症状改善を示した症例は桂枝加芍薬湯群74%、柴胡桂枝湯群39%であった。』	n/a	
						7	桂枝加芍薬湯	過敏性腸症候群 (IBS)	Saitoh K, Kase Y, Ishige A, et al. Effects of Keishi-kashakuyaku-to (Gui-Zhi-Jia-Shao-Yao-Tang) on Diarrhea and Small Intestinal Movement. <i>Biol Pharm Bull</i> 1999; 22: 87-89.	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、解説として下記の記載がある。 『IBSに対する桂枝加芍薬湯の奏効機序は十分解明されていないが、いくつかの基礎的研究報告がある。桂枝加芍薬湯は安静時のラット小腸運動を変化させなかったが、ネオスチグミンを投与して促進させた小腸通過時間を有意に抑制した。』	n/a	
						8	桂枝加芍薬湯、芍薬	過敏性腸症候群 (IBS)	Maeda L, Shinozuka K, Baba K, et al. Effect of SHAKUYAKU Paconiae Radix and KANZOHO Glycyrrhizae Radix on ginea pig ileum. <i>J Pharm Dyn</i> 1983; 6: 153-160.	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、解説として下記の記載がある。 『桂枝加芍薬湯の成分である芍薬エキスは回腸平滑筋において迷走神経からのアセチルコリン遊離を抑制することが報告されている。これらの結果より、桂枝加芍薬湯は消化管運動調整作用ならびに鎮痛作用を介して下痢、腹痛などのIBS症状を改善させるのではないかと考えられる。』	n/a	
						9	半夏瀉心湯	下痢型IBS	備前敏. 心理的ストレスを伴う下痢型過敏性腸症候群に対する半夏瀉心湯 (錠剤) の検討. <i>産学と薬学</i> 2012; 68: 127-133.	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、解説として下記の記載がある。 『下痢型IBSに対しては半夏瀉心湯の効果が報告されている。備前は6例の下痢型IBS患者に7~28日間の半夏瀉心湯を投与した症例集積研究を実施した。その結果、全般症状改善度は著名改善2例、改善3例、軽度改善1例であり、治療前に比較して治療後の腹痛ならびに便秘形状 (軟便ほど大) スコアは有意に低下した。』	n/a	『CQ3-20: IBSに補完代替医療は有用か?』に、下記の記載がある。 『補完代替医療 (complementary and alternative medicine: CAM) は多種多様であるが、IBSの治療として応用されているものとして、①瞑想、催眠、ヨガなど心身に働きかけるもの、②ハーブや自然食品を使用するもの、③プレバイオティクス、プロバイオティクス、④鍼灸、漢方薬などがある。(中略) ⑤漢方薬についてはCQ3-17に記載する。』
						10	半夏瀉心湯	下痢型IBS	Kase Y, Hayakawa T, Ishige A, et al. The Effects of Hange-shashin-to on the Content of Prostaglandin E2 and Water Absorption in the Large Intestine of Rats. <i>Biol Pharm Bull</i> 1997; 20: 954-957.	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、解説として下記の記載がある。 『基礎的には、半夏瀉心湯は大腸粘膜内のプロスタグランジンE ₂ 量を減少させ、大腸内の水分吸収を促進させる作用を有する。』	n/a	
						11	半夏瀉心湯	下痢型IBS	Kito Y, Teramoto N. Effects of Hange-shashin-to (TJ-14) and Keishi-ka-shakuyaku-to (TJ-60) on contractile activity of circular smooth muscle of the rat distal colon. <i>Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol</i> 2012; 303: G1059-G1066.	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、解説として下記の記載がある。 『さらには、ラット大腸において半夏瀉心湯は自発性収縮運動だけでなく経電刺激によるコリン作動性の収縮反応も抑制することが確認された。』	n/a	
						12	大建中湯	便秘型IBS	武田宏司, 中川宏治, 武藤修一, ほか. 消化器内科領域における漢方. <i>日本東洋心身医学研究</i> 2010; 25: 37-41.	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、解説として下記の記載がある。 『便秘型IBSに対して大建中湯の有効性が示唆されている。腹部膨満を伴うIBS患者26例に対して大建中湯7.5~15g/日を4~8週間投与した武田らの症例集積研究の結果、腹部単純X線による腸管ガス面積の低下とともに腹部膨満感、放屁、腹鳴、残便感の有意な改善を示した。』	n/a	
						13	大建中湯	便秘型IBS	Manabe N, Camilleri M, Rao A, et al. Effect of daikenchuto (TU-100) on gastrointestinal and colonic transit in humans. <i>Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol</i> 2010; 298: G970-975.	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、解説として下記の記載がある。 『Manabeらは、健康者に対して5日間のプラセボ (21例)、大建中湯7.5g/日 (19例) または15g/日 (20例) のRCTによる消化管通過時間を評価した。その結果、大建中湯7.5g群はプラセボ群に比較して有意に上行結腸における通過時間の短縮が確認された。』	n/a	
						14	大建中湯	便秘型IBS	Nakaya K, Nagura Y, Hasegawa R, et al. Dai-Ken-chu-To, a herbal medicine, attenuates colorectal distention-induced visceromotor responses in Rats. <i>J Neurogastroenterol Motil</i> 2016; 22: 686-693.	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、解説として下記の記載がある。 『また、ラットにおいて大建中湯はプラセボと比較して大腸伸展刺激に対する腹痛反応を有意に抑制した。』	n/a	
						15	大建中湯	便秘型IBS	Kikuchi D, Shibata C, Imoto H, et al. Intragastric Dai-Ken-chu-To, a Japanese herbal medicine, stimulates colonic motility via transient receptor potential cation channel subfamily V member 1 in dogs. <i>Tohoku J Exp Med</i> 2013; 230: 197-204.	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、解説として下記の記載がある。 『ピープル犬を用いた検討では、大建中湯はTRPV1 (transient receptor potential cation channel subfamily V member 1) 受容体、アセチルコリン受容体、セロトニン受容体を介して大腸収縮運動を亢進させる機序が明らかになった。したがって、IBSに対する大建中湯のRCT成績はまだ報告されていないが、大建中湯はIBS (特に便秘型) 病態の改善作用を有すると考えられる。』	n/a	
						16	アントラキノン系の大黃を含む漢方薬 (大黃甘草湯、麻子仁丸、桂枝加芍薬大黃湯など)	大腸メラノース (副作用)	n/a	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	n/a	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、解説として下記の記載がある。 『一方、アントラキノン系の大黃を含む漢方薬 (大黃甘草湯、麻子仁丸、桂枝加芍薬大黃湯など) は大腸運動促進作用を有すると考えられる。しかしながら、アントラキノン系の刺激性下剤を連用すると耐性の出現あるいは大腸メラノースをきたすことが知られており、大黃を含む漢方薬についても長期間の連用を避けて短期間の投与に留めることが望ましい。便秘型IBSに対する大黃を含有する各種の漢方薬の有効性に関する臨床成績はこれまで報告されていない。』	
						17	桂枝加芍薬湯、半夏瀉心湯、大建中湯	過敏性腸症候群 (IBS)	n/a	C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ3-17 IBSに漢方薬は有用か?』の項に、解説として下記の記載がある。 『以上より、桂枝加芍薬湯、半夏瀉心湯、大建中湯はIBSに対して有効であると考えられ、投与することを提案する。ただし、優れた症状を考慮したうえで適切な漢方薬を選択する必要がある。近年、IBS患者に対する漢方薬の臨床試験成績はあまり多く報告されていないために、さらなるエビデンスの集積が期待される。』	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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考		
2020	○	K74.6	肝硬変診療ガイドライン2020改訂第3版	<p>日本消化器病学会・日本肝臓学会(日本消化器病学会・日本肝臓学会肝硬変診療ガイドライン作成委員長: 吉治仁志 奈良県立医科大学消化器・代謝内科)</p> <p>Strength of Evidence A: 質の高いエビデンス (High) 真の効果と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およそ異なりそうである。</p> <p>Strength of Recommendation 強 (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 弱 (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</p>	南江堂、2020年11月15日改訂第3版発行	1	芍薬甘草湯	肝硬変に合併する筋痙攣	↓		C: 質の低いエビデンス (Low)	弱 (弱い推奨): “実施すること”を提案する	『CQ4-20 肝硬変に合併する筋痙攣に有用な治療はあるか?』に、下記の記載がある。 【推奨 病態に応じて芍薬甘草湯、カルニチン製剤、BCAA製剤、亜鉛製剤を選択することを提案する。 【推奨の強さ: 弱 (合意率80%)、エビデンスレベル: C】	n/a		
						2	芍薬甘草湯	肝硬変に合併する筋痙攣	↑	1) Hiraoka A, Yoshiji H, Iwasa M, et al. Clinical features of liver cirrhosis patients with muscle cramping: a multicenter study. <i>Eur J Gastroenterol Hepatol</i> 2019; 31: 1557-1562. (コホート) 2) 熊田卓, 桐山勢生, 曾根康博, ほか. EBMIに基づいた消化器疾患の漢方治療 3. 肝硬変の「こむら返り」に対する芍薬甘草湯の効果. <i>日本東洋医学雑誌</i> 2003; 54: 536-538. 3) 熊田卓, 熊田博光, 与芝真, ほか. TJ-68 ツムラ芍薬甘草湯の筋痙攣 (肝硬変に伴うもの) に対するプラセボ対照二重盲検群間比較試験. <i>臨床医薬</i> 1999; 15: 499-523. (ランダム)	↑	『CQ4-20 肝硬変に合併する筋痙攣に有用な治療はあるか?』の解説に、下記の記載がある。 『本邦においては、芍薬甘草湯、カルニチン製剤、BCAA製剤、亜鉛製剤などが、肝硬変に伴う筋痙攣に対して一般的に用いられているのが現状である。』	n/a			
						3	芍薬甘草湯	肝硬変に合併する筋痙攣	↑	熊田卓, 熊田博光, 与芝真, ほか. TJ-68 ツムラ芍薬甘草湯の筋痙攣 (肝硬変に伴うもの) に対するプラセボ対照二重盲検群間比較試験. <i>臨床医薬</i> 1999; 15: 499-523. (ランダム)	↑	『CQ4-20 肝硬変に合併する筋痙攣に有用な治療はあるか?』の解説に、下記の記載がある。 『各薬剤の機能効果は、芍薬甘草湯が「急激に起こる筋肉の痙攣を伴う疼痛、筋肉・関節痛、胃痛、腹痛」... (中略)... である。筋痙攣を伴う肝硬変患者に対する芍薬甘草湯の有効性を評価する二重盲検無作為化比較試験では、芍薬甘草湯投与群のほうがプラセボ群と比較して筋痙攣の持続時間や痛みの程度の改善が有意に良好であった。』	n/a			
2020	×	L28.2	痒疹診療ガイドライン2020	<p>日本皮膚科学会痒疹・皮膚痒疹症診療ガイドライン作成委員会</p> <p>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による III: 非ランダム化比較試験による IV: 分析疫学的研究 (コホート研究や症例対照研究による) V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究による) VI: 専門委員会や専門家個人の意見</p> <p>Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる (少なくとも1つの有効性を示すレベル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)</p>	https://www.dematol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/yoshinGL2020.pdf	1	大柴胡湯加減	結節性痒疹		田原英一, 新谷卓弘, 中尾紀久世, ほか. 大柴胡湯加減が奏効した結節性痒疹の1例. <i>漢方の臨床</i> 2007; 54: 1107-10.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない (質の劣るIII~IV, 良質な複数のV, あるいは委員会が認めるVI)	n/a			
						2	黄連解毒湯	亜急性単純性痒疹		手塚匡哉. 亜急性単純性痒疹に対する四物湯と黄連解毒湯の使用経験. <i>新薬と臨床</i> 2005; 54: 749-53.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない (質の劣るIII~IV, 良質な複数のV, あるいは委員会が認めるVI)	n/a			
						3	黄連解毒湯	多形慢性痒疹		1) 手塚匡哉. Bednar'sアфтаを合併した多形慢性痒疹の女性例に対する補中益気湯と黄連解毒湯の使用経験. <i>漢方研究</i> 2004; 388: 15-7. 2) 水島重昭. 多形慢性痒疹に奏効した黄連解毒湯. <i>老化と疾患</i> 1995; 8: 1649-51.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない (質の劣るIII~IV, 良質な複数のV, あるいは委員会が認めるVI)	n/a			
						4	四物湯	亜急性単純性痒疹		手塚匡哉. 亜急性単純性痒疹に対する四物湯と黄連解毒湯の使用経験. <i>新薬と臨床</i> 2005; 54: 749-53.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない (質の劣るIII~IV, 良質な複数のV, あるいは委員会が認めるVI)	『CQ16: 漢方薬は痒疹に有効か?』に対して、下記の記載がある。 【推奨度: C1 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: 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、殆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、桂枝茯苓丸と桂枝加朮附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		『7. 痒疹治療アルゴリズム』に、『漢方薬 C1』の記載がある。
						5	補中益気湯	多形慢性痒疹		手塚匡哉. Bednar'sアфтаを合併した多形慢性痒疹の女性例に対する補中益気湯と黄連解毒湯の使用経験. <i>漢方研究</i> 2004; 388: 15-7.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない (質の劣るIII~IV, 良質な複数のV, あるいは委員会が認めるVI)	n/a			
						6	温清飲	痒疹		手塚匡哉. 痒疹に対する温清飲の使用経験. <i>漢方研究</i> 2003; 383: 14-6.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない (質の劣るIII~IV, 良質な複数のV, あるいは委員会が認めるVI)	n/a			
						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著効した1例. <i>Progress in Medicine</i> 2000; 20: 2275-7.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない (質の劣るIII~IV, 良質な複数のV, あるいは委員会が認めるVI)	n/a			
						8	越婢加朮湯	汎発性皮膚そう痒症		三田哲郎, 安江厚子. 汎発性皮膚そう痒症に対する越婢加朮湯の使用経験. <i>漢方診療</i> 1987; 6: 41-4.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない (質の劣るIII~IV, 良質な複数のV, あるいは委員会が認めるVI)	n/a			
						9	桂枝茯苓丸+桂枝加朮附湯	結節性痒疹		吉村和弘, 橋本隆. 桂枝茯苓丸と桂枝加朮附湯が有効であった結節性痒疹の2例. <i>漢方医学</i> 2013; 37: 149-152.	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。

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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考					
2020	×	L29.8	皮膚そう痒症診療ガイドライン2020	日本皮膚科学会難治性慢性痒疹・皮膚癢痒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)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) 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)	https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/souyouGL2020.pdf	1	漢方薬	皮膚そう痒症	↓		↓	(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)	『CQ13: 漢方薬は皮膚そう痒症に有効か?』に対して、下記の記載がある。 『推奨度: C1 推英文: 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(エビデンスレベルII)。』	n/a					
						2	黄連解毒湯	老人性皮膚そう痒症	五大学共同研究班. 老人性皮膚そう痒症に対するTJ-15, TJ-107の使用経験. <i>西日本皮膚科</i> 1991; 53: 1234-41.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	(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)	『CQ13: 漢方薬は皮膚そう痒症に有効か?』に対して、下記の記載がある。 『黄連解毒湯(中~実証を対象)、牛車腎気丸(中~虚証を対象)を用いたランダム化比較試験において、両者ともフマル酸クレマスチン(タベジール)と同等の効果がみられている。』	n/a						
						3	牛車腎気丸	老人性皮膚そう痒症									n/a		
						4	当帰散子	老人性皮膚そう痒症											
						5	甘草エキス配合入浴剤	老人性皮膚そう痒症	飯田利博, 西山千秋, 鈴木啓之. 老人性皮膚そう痒症に対する当帰散子の内服と甘草抽出エキス配合入浴剤の併用効果. <i>日本東洋医学雑誌</i> 1996; 47: 35-41.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	(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)	『CQ13: 漢方薬は皮膚そう痒症に有効か?』に対して、下記の記載がある。 『当帰散子と甘草エキス配合入浴剤の併用効果を検討し、当帰散子単独と甘草エキス配合入浴剤単独、両者併用いずれにおいても角層水分量の改善をみている。しかし乾燥が改善した症例においてそう痒が軽減したのは半数以下であった。』	n/a						
						6	八味地黄丸	老人性皮膚そう痒症	石岡忠夫, 青井礼子. 老人性皮膚そう痒症に対する八味地黄丸とフマル酸ケトチフェンの薬効比較. <i>新薬と臨床</i> 1992; 41: 2603-8.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	(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)	『CQ13: 漢方薬は皮膚そう痒症に有効か?』に対して、下記の記載がある。 『八味地黄丸とフマル酸ケトチフェン(ザジテン)を用いたクロスオーバー法によるランダム化比較試験で両者とも有意差なく78%の有効性が確認されている。』	n/a						
						7	八味地黄丸	老人性皮膚そう痒症											
						8	六味丸	老人性皮膚そう痒症	石岡忠夫. 老人性皮膚そう痒症に対する六味丸と八味地黄丸の薬効比較. <i>Therapeutic Research</i> 1995; 16: 1497-504.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	(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)	『CQ13: 漢方薬は皮膚そう痒症に有効か?』に対して、下記の記載がある。 『八味地黄丸と六味丸との比較試験においても両者に同等の有効性が示されている。』	n/a						
						9	当帰散子	皮膚そう痒症	大熊守也. 皮膚そう痒症の漢方薬による治療. <i>和漢医薬学会誌</i> 1993; 10: 126-30.	II: 1つ以上のランダム化比較試験による	(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)	『CQ13: 漢方薬は皮膚そう痒症に有効か?』に対して、下記の記載がある。 『皮膚そう痒症患者に対して当帰散子と黄連解毒湯の併用で抗ヒスタミン薬と同等の効果を示しているが、患者の年齢分布や基礎疾患などの詳細な情報は記載されていない。』	n/a						
						10	黄連解毒湯	皮膚そう痒症											
						11	黄連解毒湯	皮膚そう痒症	1) 赤松浩彦, 石井洋光, 石井澄, ほか. 血液透析患者の痒みに対する黄連解毒湯の効果. <i>漢方と最新治療</i> 2004; 13: 75-9. 2) 川嶋朗, 班目健夫, 小川哲也, ほか. 維持透析患者の合併症に対する漢方薬の応用. <i>日本透析医学会雑誌</i> 2008; 23: 195-200. 3) 大和田章, 椎貝達夫. 保存期腎不全患者のそう痒症に対する黄連解毒湯の効果. <i>腎と透析</i> 1998; 44: 283-6. 4) 河合弘進, 高木智恵子, 塚田義人, ほか. 透析そう痒症に対する黄連解毒湯の効果の検討. <i>臨床透析</i> 1995; 11: 389-96.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	(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)								
						12	温清飲	皮膚そう痒症	1) 川嶋朗, 班目健夫, 小川哲也, ほか. 維持透析患者の合併症に対する漢方薬の応用. <i>日本透析医学会雑誌</i> 2008; 23: 195-200. 2) 北裕次, 楠見博明, 畑中淳治. 透析患者の皮膚そう痒症に対する漢方製剤の効果. <i>新薬と臨床</i> 1984; 33: 283-8. 3) 阿部富弥, 北裕次, 楠見博明. 透析患者の皮膚そう痒症に対する漢方製剤の応用. <i>医学と薬学</i> 1983; 9: 1777-81.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	(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)	『CQ13: 漢方薬は皮膚そう痒症に有効か?』に対して、下記の記載がある。 『腎不全や透析患者の皮膚そう痒症における漢方薬内服療法については記述研究がほとんどである。症例集積研究としてその効果が報告されているものは、黄連解毒湯、温清飲、当帰散子などである。』	n/a						
						13	当帰散子	皮膚そう痒症	1) 川嶋朗, 班目健夫, 小川哲也, ほか. 維持透析患者の合併症に対する漢方薬の応用. <i>日本透析医学会雑誌</i> 2008; 23: 195-200. 2) 北裕次, 楠見博明, 畑中淳治. 透析患者の皮膚そう痒症に対する漢方製剤の効果. <i>新薬と臨床</i> 1984; 33: 283-8. 3) 阿部富弥, 北裕次, 楠見博明. 透析患者の皮膚そう痒症に対する漢方製剤の応用. <i>医学と薬学</i> 1983; 9: 1777-81. 4) 岩本一郎, 堀内ひろみ, 今田聡雄, ほか. 腎疾患と漢方治療QOL-透析患者の皮膚そう痒症と当帰散子. <i>現代医療学</i> 1994; 9: 63-8.	V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	(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)								

『』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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2020	○	R35	夜間頻尿診療ガイドライン [第2版]	日本排尿機能学会 夜間頻尿診療ガイドライン [第2版] 作成委員会 (委員長: 吉田正貴 国立長寿医療研究センター 副院長/泌尿器科 部長) Strength of Evidence (論文のレベル) I: 大規模のRCTで結果が明らかなもの II: 小規模のRCTで結果が明らかなもの III: 無作為割付けによらない比較対照研究 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: 2つ以上のレベル I の研究に裏付けられる 2: 1つのレベル I の研究か複数のレベル II の研究に裏付けられる 3: レベル III の研究に裏付けられる 4: レベル IV の研究に裏付けられる 5: レベル V の研究に裏付けられる Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる C: 行うよう勧めるだけの根拠が十分でない C1: 行ってもよい C2: 行うよう勧められない D: 行わないよう勧められる 保留: 推奨のグレードを決められない	リツヒルメ ディカル 発行年月日 2020/05/25	1	漢方薬	夜間頻尿	n/a	↓	C2: 行うよう勧められない	『CQ13 夜間頻尿患者に対してサプリメントや漢方薬などの代替療法は推奨されるか?』に対して、下記の記載がある。 『様々なサプリメントや漢方薬が存在し、夜間頻尿に効果的との報告はあるが、複数の大規模RCTで裏付けられたものはなく、効果に一貫性があるとはいえない。また、適切な摂取量が明確でなく有害事象もあり、推奨に至る十分なエビデンスがあるとはいえない。 [レベル1~4]』	n/a	
						2	柴苓湯	夜間頻尿	Sugiyama T, Oonishi N, Onoe M, et al. Kampo preparations for prostatic hyperplasia: usefulness of Saireito for nocturia. <i>Hinyokika Kyo</i> 2002; 48: 343-346.	IV: 前向き対照のない研究	C2: 行うよう勧められない			
						3	牛車腎気丸	夜間頻尿	Watanabe A, Akashi T, Fujiuchi Y, et al. The efficacy of Gosyajinkigan for pollakisuria. <i>Hinyokika Kyo</i> 2006; 52: 197-201.	IV: 前向き対照のない研究	C2: 行うよう勧められない	『CQ13 夜間頻尿患者に対してサプリメントや漢方薬などの代替療法は推奨されるか?』の解説として、下記の記載がある。 『柴苓湯と牛車腎気丸が夜間頻尿回数を減少させたとの報告はあるが、最新なエビデンスの報告はない。』	n/a	
						4	柴苓湯、牛車腎気丸	前立腺肥大症に伴う夜間頻尿	↓	↓	C1: 行ってもよい	『2) 前立腺肥大症に伴う夜間頻尿』の薬物療法に、下記の記載がある。 『(7) 漢方薬 Phytotherapy (漢方薬)、nocturia (夜間頻尿)、benign prostatic hyperplasia (BPH、前立腺肥大症) をキーワードとして検索し17編が検出されたが、漢方薬の論文は極めて少なくガイドラインを含めて3編を引用した。 柴苓湯と牛車腎気丸が夜間頻尿回数を減少させたとの報告はあるが [レベル4]、最新なエビデンスの報告はない。』	n/a	『前立腺肥大症に伴う夜間頻尿の治療』の表中に、下記の記載がある。 『漢方薬 (柴苓湯、牛車腎気丸)、柴苓湯: 1日9.0gを2~3回分割服用、牛車腎気丸: 1日7.5gを2~3回分割服用、推奨グレード:C1』
						5	柴苓湯	夜間頻尿	Sugiyama T, Oonishi N, Onoe M, et al. Kampo preparations for prostatic hyperplasia: usefulness of Saireito for nocturia. <i>Hinyokika Kyo</i> 2002; 48: 343-346.	IV: 前向き対照のない研究	C1: 行ってもよい			
						6	牛車腎気丸	夜間頻尿	Watanabe A, Akashi T, Fujiuchi Y, et al. The efficacy of Gosyajinkigan for pollakisuria. <i>Hinyokika Kyo</i> 2006; 52: 197-201.	IV: 前向き対照のない研究	C1: 行ってもよい	『2) 前立腺肥大症に伴う夜間頻尿』の薬物療法に、下記の記載がある。 『本ガイドライン第1版に柴苓湯、牛車腎気丸が夜間頻尿回数を減少させたと記載されている。しかし、最近漢方薬の夜間頻尿に対する報告はみられていない。なお、これらの薬剤は夜間頻尿や過活動膀胱に対して保険適用になっていない。』		
						7	柴苓湯、牛車腎気丸	夜間頻尿	日本排尿機能学会 夜間頻尿診療ガイドライン作成委員会編. 夜間頻尿診療ガイドライン. ブラックウェルパブリッシング 2009.	GL (ガイドライン)	C1: 行ってもよい			

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考						
2020	○	N46N70- N77N80- N98	産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編 2020	日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会 ガイドライン 婦人科外来編2020作成委員会 (委員長: 小林浩 奈良県立医科大学附属病院) 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: (実施すること等を) 勧められる C: (実施すること等を) 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 発行年月日 2020/04/23	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	大塚敦子, 花輪壽彦, 竹下俊行. 月経困難症の漢方療法. <i>産婦人科治療</i> 2009; 98: 51-4.	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	C: (実施すること等を) 考慮される	『CQ305 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: 以上の処方ほかに、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。芍薬甘草湯、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							
						2	芍薬甘草湯	月経痛	n/a	n/a	C: (実施すること等を) 考慮される		n/a							
						3	補中益気湯、八味地黄丸、柴胡加竜骨牡蛎湯など	男性不妊 (乏精子症)	布施秀樹, 山口徹, 北原光夫. 男性不妊. 今日の治療指針 2007年度版. 医学書院 2007; 812-3.	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	C: (実施すること等を) 考慮される	『CQ320 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として、ビタミン剤 (ビタミンB ₁₂ ・ビタミンE)、カリジノゲナーゼ、漢方薬剤 (補中益気湯、八味地黄丸、柴胡加竜骨牡蛎湯、など) が用いられるが、作用機転やその有効性は必ずしも明らかでない。』	n/a							
						4	漢方薬	月経前症候群	n/a	n/a	C: (実施すること等を) 考慮される	『CQ404 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. 利尿薬や漢方薬を処方する。 解説: 浮腫や乳房緊満感に対する利尿薬 (スピロロクトン)、鎮痛薬、またわが国では多様な症状に対して漢方薬も処方される。』	n/a							
						5	漢方薬	ドーピング (注意)	n/a	n/a	B: (実施すること等を) 勧められる	『CQ405 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. 処方に際しては、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: 漢方薬はすべての成分を明らかにできないため、原則アスリートでは使用しない。』	n/a							
						6	漢方薬	更年期障害	寺内公一. 心身症や不定愁訴への対応と薬物療法. <i>産婦人科雑誌</i> 2013; 65: 196-199.	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	C: (実施すること等を) 考慮される	『CQ407 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: (1) 多彩で変化化する自覚的な身体症状があり、(2) 他覚的検査では異常が認められず、(3) 症状を説明する身体的疾患を特定できない場合にこれを不定愁訴と呼ぶことが多い。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CQ410を参照されたい)。』	n/a							
						7	柴胡桂枝乾姜湯、当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、温清飲、五積散、通導散、温経湯、三黄瀉心湯	更年期障害												
						8	柴胡桂枝乾姜湯、加味逍遙散、温清飲、女神散、四物湯、三黄瀉心湯、川キウウ茶調散、桂枝茯苓丸加ヨク苺仁	血の道症	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. <i>産婦人科の実務</i> 2014; 63: 315-20.	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	C: (実施すること等を) 考慮される	『CQ410 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アプローチ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「血の道症」は更年期障害を含んだ疾患概念であり、「血の道症」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							
						9	当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸	更年期障害												
						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-TF): 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	C: (実施すること等を) 考慮される	『CQ410 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自の医学体系を用いており、本来は診断の結果でその患者のいわゆる「証」を決定し投薬を行う必要があるが、更年期障害に対しては「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 (心窩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硬満 (臍下部腹直筋上の抵抗・圧痛) を参考に、体力があり、赤ら顔でのぼせを訴える女性に対して、それぞれ処方する。』	n/a							
						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 & 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	C: (実施すること等を) 考慮される	『CQ410 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持つが、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・コホート研究ともに増えている。』	n/a							
						12	甘草含有処方	偽性アルドステロン症 (副作用)												
						13	小柴胡湯	間質性肺炎 (副作用)												
						14	牛車腎気丸	過活動膀胱												

『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。

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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2018	○	L50	蕁麻疹診療ガイドライン2018	<p>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)</p> <p>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、専門家の意見。</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>	日本皮膚科学会雑誌 第128巻 第12号 2018年12月発行	1	漢方薬	慢性蕁麻疹	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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効果的対策. <i>Derma</i> 2012; 194: 12-20.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>8) 小林裕美. 蕁麻疹. <i>漢方内科学. メディカルユークン</i> 2007; 704-5.</p> <p>9) 二宮文乃. 蕁麻疹. <i>皮膚疾患の漢方治療. 源草社</i> 2008; 139-46.</p> <p>10) 橋本喜夫. 各種皮膚疾患に対する漢方療法—病名投与法と漢方診療問診表による方剤の選択—. <i>皮膚科における漢方治療の現況</i> 11. 総合医学社 1999; 3-27.</p>	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。	<p>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>	『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当な治療法のない難治例に限り試みてもよい。 解説: 慢性蕁麻疹の漢方薬による治療については、有効性を示唆する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づいて処方内容を決定する漢方医学の立場では、慢性蕁麻疹に対して普遍的に有効性を期待し得る薬種はなく、日本東洋医学会のEBM 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箇中のStep2に、Step1に追加してH2拮抗薬、抗ロイコトリエン薬さらにワクシニアウイルス接種家畜炎症皮膚抽出液(注射)、グリチルリチン製剤(注射)、ジアフェニルサルホン、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。
2019	○	N30-N39	女性下部尿路症状診療ガイドライン第2版	<p>日本排尿機能学会、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: 高橋悟 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: 後ろ向きの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 発行年月日 2019/09/30	1	牛車腎気丸	過活動膀胱		↓	C1: 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。
					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 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		
					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	↑	『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	補中益気湯	腹圧性尿失禁		↓	C1: 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。	
					5	補中益気湯	腹圧性尿失禁	井上雅, 横山光彦, 石井垂矢, 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、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はなく、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』		

『』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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2019	×	R05 R09.3	咳嗽・喀痰 の診療ガイド ライン 2019	日本呼吸器学会 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) 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 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	メディカルレ ビュー社、 2019年6月28 日 第2版発行	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図中に、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	
						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	
						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	
						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ルファンに比し、有意に早く鎮咳作用を 示した。』	n/a	
						5	麦門冬湯	COPD	Mukaida K, Hattori N, Kondo K, et al. A pilot study of the multiherb Kampo medicine bakumondoto for cough in patients with chronic obstructive pulmonary disease. <i>Phytomedicine</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	
						6	麦門冬湯	感染後遷延性咳 嗽	Irifune 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.	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。 『感染後遷延性咳嗽における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	
						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つの無作為化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	
						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	
						9	漢方薬(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.	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。』 『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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考		
2019	×	J30 J45 L20-L30	アレルギー 総合ガイド ライン 2019	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) 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思われる 2: 弱い推奨 (suggests): 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	協和企画、2019年6月14日 第1版発行	1	柴朴湯、麦門冬湯	成人喘息	n/a	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。	
						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	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	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用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		
						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外用薬を減量できた。海外でのZemaphyte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A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る。』	
						5	消風散、補中益気湯	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	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 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』 『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) 今後でも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り得ることも忘れてはならない。』	
						6	漢方薬	慢性蕁麻疹	n/a	n/a	n/a	C (とても低い): 結果を支持する質の高い研究がない 1) Kim JH, Park SS. Retrospective case series on Gwakhy-angjeonggi-san prescribed to patients with chronic urti-caria. <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) 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。	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	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してもよい。』 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、使用方剤の種類が多数に及び、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	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、麻香甘石湯
						7	消風散、紫雲膏、小麦、胡麻、杏仁、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: 杏仁)、ヤマイモ (生薬名: 山薬)、ゼラチン (生薬名: 阿膠アキヨウ) 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		
						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		
2018	○	G31.9	脊髄小脳変性症・多系統萎縮症診療ガイドライン2018	脊髄小脳変性症・多系統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	1	大建中湯	多系統萎縮症の便秘	Sakakibara R, 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.	B (中): 効果の推定値に中等度の確信がある	1: 強く推奨する	『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: 大建中湯の効果はPD(パーキンソン病)6例、多系統筋萎縮症4例、コントロール10例において検討した臨床試験では、多系統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: 脊髄小脳変性症・多系統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、多系統萎縮症患者の便秘の改善が認められている。』	n/a			

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2018	○	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・エアロゾル学会 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。 オプション: 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が(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	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(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。	『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有し、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: 観血的治療以外の方法で反復性中耳炎の反復回数が減少する。 ・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カ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、ねあせ、手足の冷え、貧血」である(2017年7月現在)と記載されている。
2017	○	L63.9	日本皮膚科学会円形脱毛症診療ガイドライン 2017年版	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 Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧める(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: 行ってもよい(質の劣るIII~IV、良質な複数のV、あるいは委員会が認めるVIのエビデンスがある) C2: 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) D: 行うべきではない(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13号 2017年12月20日発行	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)			
						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)			
						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)	『CQ16 漢方薬療法は有用か』に対して、下記の記載がある。 『解説: 漢方薬単独の治療効果をみた臨床試験はないが、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、自然治癒率をしのぐ効果があるのか、等の基本的な疑問への回答はなく、その有用性は判然としない。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	

『』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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2017	○	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	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): 効果推定が不確定である。 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定である、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	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 Kampo 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】で示すことはできなかった。他に少ない症例数のRCTが2件ある。Konoらの報告でもCTCAEで有意差を示すことができず、Nishiokaらの報告では有意差は認められたものの非盲検 (オープンラベル) であった。以上より、本手引きでは「オキサリプラチンによるCIPN症状の予防として牛車腎気丸の投与は推奨しない」とした。』		
						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以上の神経毒性はそれぞれ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)』		
						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らによる第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)』		
						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 Kampo 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: Nishioka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)』		
						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: Yoshida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、単変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)』		
						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 ² 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)』		
						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こ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、パクリタキセル、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)』

『』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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考	
2017	○	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か、推奨度決定に及ばないCQsである場合)	日本医事新報社、2017年10月20日第1版発行	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、漢方製剤を含む実に様々な薬物療法、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		
						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。』	n/a		
						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	『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		
						4	アコニンサン	線維筋痛症	1) 佐藤正夫, 四戸隆基, 田中領, ほか. 線維筋痛症事例の背景因子の検討. 中野日本整形外科災害外科学会雑誌 2009; 52: 951-2. 2) 原敬二郎. 線維筋痛症に麻杏ヨク甘湯が著効した一例. 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: 加工剤であるアコニンサンについての報告がある。アコニンサンを原則的に1日9錠、3か月以上線維筋痛症患者に使用すると、投与前のVAS: 61.74±30.13が投与後には41.61±31.44と有意に低下した。具体的には著明改善9例 (39.2%)、改善1例 (4.3%)、やや改善1例 (4.3%)、不変10例 (43.5%)、やや悪化2例 (8.7%) であった。』	n/a		
						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合葛根湯加附子が奏効した症例. 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				
						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. 薬房 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				
						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				
						8	通脈四逆湯+桂枝去桂加茯苓白朮湯+大烏頭湯+白虎加人参湯+防己黃耆湯	線維筋痛症	伊関千書, 鈴木雅雄, 古田大河, ほか. 烏頭剤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				
						9	白虎加人参湯+防己黃耆湯+防己黃耆湯+越婢加朮湯	線維筋痛症	川村力, 北郷邦昭, 江部康二. 白虎加人参湯合越婢加朮湯が著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				
						10	ヨク苡仁湯	線維筋痛症	大野修嗣. 続・Dr.Ohno教えてください! 漢方処方箋雑誌 症例から学ぶ服薬指導のポイント (第11回) 疼痛. 漢方医薬学雑誌 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				
						11	烏苓通気湯加附子	線維筋痛症	川鍋伊昇, 星野卓之, 花輪壽彦. 線維筋痛症に伴う慢性疼痛の緩和に烏苓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				
						12	温経湯加延胡索	線維筋痛症	川鍋伊昇, 石毛達也, 花輪壽彦. 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				
						13	四逆散	線維筋痛症	森康一. 線維筋痛症に四逆散が奏効した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				
						14	加味逍遙散+桃核承気湯+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駆才血剤、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				
						15	ヨク苡仁湯+補中益気湯+芍薬朮甘湯+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				
						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				
						17	抑肝散	線維筋痛症	川村力. 疏肝理気活血利水法が著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				
						18	漢方薬	線維筋痛症	河野清秀. 線維筋痛症は、駆才血剤で改善する. 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				
						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). リッチヘルメディカル 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): 日局加工エプシ末 (アコニンサン)
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。

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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考		
2017	○	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管科 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、効果の効果推定値におおよ 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 お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	1	大黄	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	n/a	アントラキノン誘導体と大腸 (偽)メラノシス・ 大腸運動異常の項に、下記の記載がある。 『アントラキノン誘導体の長期間の運用は上皮 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。 大黄やセンナ、アロエなどの生薬下剤に含有さ れるアントラキノン誘導体は大腸で加水分解さ れ生成されたアントラ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。』		
						2	大黄	大腸 (偽)メラノ シス、大腸運動異 常 (副作用)	Walker NI, Bennett RE, Axelen RA. Melanosis col: 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	n/a	アントラキノン誘導体と大腸 (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キノン誘導体 の長期間運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、長期間のアントラキ ノ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、過量運用服用の指標 となる。』		
						3	大黄	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, Karrenbeld A, et al. Review article: anthranoid laxatives and their potential carcinogenic effects. <i>Alimentary Pharmacology & Therapeutic</i> 1999; 13: 443-52. (システムレビュー RCTのメタアナリシス)	n/a	n/a	n/a	アントラキノン誘導体と大腸 (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、大腸腺腫や癌 が高頻度で見出された多数症例による検討 があるため、大腸腺腫や大腸癌のリスクになる 可能性も指摘されており、短期間とはもかく、長 期間のアントラキノン誘導体の服用は推奨され ていない。』			
						4	大黄	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) 庭本博文, 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	アントラキノン誘導体と大腸 (偽)メラノシス・ 大腸運動異常の項に、下記の記載がある。 『アントラキノン系生薬の長期間運用では腸管 運動の低下や腸管拡張・伸長が、手術症例や 実験動物を含めしばしばみられる。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。』			
						5	大黄	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	アントラキノン誘導体と大腸 (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 ラキノ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。』			
						6	大黄	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	アントラキノン誘導体と大腸 (偽)メラノシス・ 大腸運動異常の項に、下記の記載がある。 『アントラキノン誘導体の長期間の運用は大腸 (偽)メラノシスを引き起こす。アントラキノン誘 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。』			
						7	大黄甘草 湯、麻子仁 丸、大建中 湯	慢性便秘症	n/a	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) 大黄甘草湯、麻子仁丸、大建中湯など。』	n/a		
						8	大黄甘草 湯、麻子仁 丸、大建中 湯	慢性便秘症	1	2 (弱い推奨): "実 施する"ことを提案 する	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。	『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。現状では大黄甘草湯、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			
						9	大黄甘草湯	慢性便秘症	↑	↑	三好秋馬, 正宗研, 福富久之, ほか. ツムラ大黄甘草湯エ キス顆粒 (医療用) (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年に大黄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では、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	
						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	

『』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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考	
2017	○	K59.0	慢性便秘症 診療ガイドラ イン 2017	<p>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)</p> <p>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、効果の効果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。</p> <p>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</p>	南江堂、2017年10月10日発行	11	大建中湯	慢性便秘症	<p>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.</p> <p>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 & Therapeutics</i> 2013; 37: 776-85.</p> <p>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.</p>	↑	↑	『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、便秘出陣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、センノシドと大建中湯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、腹痛も特に大建中湯15g/日併用群で改善を認めた。』	n/a		
						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	<p>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. <i>漢方の臨床</i> 1996; 43: 1431-7.</p> <p>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. <i>漢方と最新治療</i> 1996; 5: 195-9.</p> <p>3) 内間恭武. 慢性便秘症に対する乙字湯の臨床効果. <i>医学と薬学</i> 2015; 72: 869-78.</p> <p>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. <i>漢方医学</i> 2013; 37: 211-3.</p> <p>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. <i>漢方診療</i> 1994; 13: 4.</p>	↑	↑	『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		
						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. <i>漢方医学テキスト</i> 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、いくつも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、いず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連用すると大腸メラノシス、大腸腸管壁の神経叢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。』		
						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、大腸腸管壁の神経叢障害 (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. <i>漢方医学テキスト</i> 南江堂 2009; 177-81.	↑	↑	n/a	『その他に、甘草 (成分グリチリチン) 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、2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。』		
						15	甘草	偽アルドステロン症 (副作用)	n/a	↑	↑	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。』 『大真甘草湯 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: 大真の含有量が多い、大真の主成分はセンノシドである。甘草の含有割合が高く、甘味があり飲みやすい。』	n/a	
						16	大真甘草湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	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: いらいら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: 大黄に加えて、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	
						17	桃核承気湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	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: いらいら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: 大黄に加えて、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。褐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	
						18	防風通聖散	慢性便秘症	n/a	↑	↑	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: いらいら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: 大黄に加えて、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	
						19	調胃承気湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	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、大黄による大腸刺激性の排便の誘発が期待される。』	n/a	
						20	潤腸湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2017	○	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、2017年10月10日発行	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、大糞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糞便の通過が遅延しコロコロした乾燥便を呈した場合に効果的と考えられる。』	n/a	
						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。便秘型過敏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	
						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。大糞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	
						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: 大糞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する効果が期待される。』	n/a	
						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	
						26	大黃、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 大糞: 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、大糞、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。

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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2017	○	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	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 (kambo), 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、バー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、タクティールケア、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、セルトラリン、エススタロプラム、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	
						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法で改善しない場合には、リスペリドン、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	
						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	
						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 (誤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	
						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。』	
						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: 下剤には浸透圧性下剤 (酸化マグネシウム)、大腸刺激性下剤 (センナ、センノシド、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、浣腸があり、排便回数や便の性状に合わせて選択する。』	n/a	
						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)』	『抑肝散 (低カリウム血症に注意)』	
						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	
						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	『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。』	
						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 & 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 & Biological Psychiatry</i> 2008; 32: 881-5.	C: 弱	2 (弱い): 「実施する」ことを提案する	『CQ 7-8: 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、センノシド、大建中湯などの緩下剤を使用する。』	n/a	
						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、センノシド、大建中湯などの緩下剤を使用する。』	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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2017	○	K29	小児急性胃腸炎診療ガイドライン	日本小児救急医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	日本小児救急医学会 2017年6月発行	1	五苓散、柴苓湯、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>日本小児東洋医学会誌</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-ドンペリドン坐剤の比較-. <i>日本病院薬剤師会雑誌</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苓湯注腸の試み. <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苓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苓湯のコントロールスタディ. <i>小児科臨床</i> 1992; 45: 1889-91.	↑	↑	『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療法として、使用経験の報告があるのは、五苓散、柴苓湯、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	
						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>日本小児東洋医学会誌</i> 2003; 19: 13-7.	↑	↑	『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の坐薬と五苓散の坐薬を使用して、嘔吐が3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、無効は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	
						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-ドンペリドン坐剤の比較-. <i>日本病院薬剤師会雑誌</i> 1991; 34: 1173-6.	↑	↑	『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検討である。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	
						4	五苓散、柴苓湯	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苓湯注腸投与の比較検討. <i>漢方医学</i> 2001; 25: 73-5.	↑	↑	『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、五苓散と柴苓湯の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、柴苓湯群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。柴苓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	
						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.	↑	↑	『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	
						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苓湯注腸の試み. <i>小児科臨床</i> 2007; 60: 422-6.	↑	↑	『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、嘔吐回数の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	
						7	柴苓湯	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苓湯のコントロールスタディ. <i>小児科臨床</i> 1992; 45: 1889-91.	↑	↑	『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、柴苓湯である。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、柴苓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、嘔吐回数は柴苓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	
2017	×	L70.0	尋常性ざ瘡治療ガイドライン 2017	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 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	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薬は有効か?』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、温清散、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、温清散、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、抗菌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、温清散、温経湯、桂枝茯苓丸の投与は、行ってもよいが推奨しない。』	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。 https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/1372913643_1.pdf	
						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)				
						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>皮膚病紀要</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)			
						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)				
						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・外用剤併用療法. <i>和漢医薬学会誌</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)			
						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)				
						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・外用剤併用療法. <i>和漢医薬学会誌</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)			
						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)				
						9	温清散	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)			

『』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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2017	×	L70.0	尋常性疥癬 治療ガイドラ イン 2017	<p>Strength of Evidence</p> <p>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</p> <p>Strength of Recommendation</p> <p>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)</p>	<p>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)</p> <p>日本皮膚科学会雑誌 第127巻 第6号 2017年5月22日発行</p>	10	温経湯	疥癬(炎症性皮膚疹)	林知恵子. 婦人科における尋常性疥癬の治療(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)	<p>『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: 疥癬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、抗菌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。疥癬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。』</p>	<p>n/a</p>	<p>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。 https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/1372913643_1.pdf</p>
						11	桂枝茯苓丸	疥癬(炎症性皮膚疹)	1) 武市牧子. 疥癬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. 気滞血オと弁証された尋常性疥癬に対する桂枝茯苓丸の使用経験. <i>新薬と臨床</i> 2005; 54: 907-14. 3) 手塚匡哉. 気滞血オと弁証された尋常性疥癬に対する桂枝茯苓丸の使用経験(第2報). <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)			
						12	桂枝茯苓丸+茵陈蒿湯	疥癬(炎症性皮膚疹)	手塚匡哉. 気滞血オと弁証された尋常性疥癬に対する桂枝茯苓丸の使用経験(第3報). <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ある)			
						13	荊芥連翹湯	面皰	橋本喜夫, 松尾忍, 飯塚一. 疥癬に対する荊芥連翹湯の使用経験. <i>第12回皮膚科東洋医学研究会記録</i> 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)			
						14	黄連解毒湯	面皰	大熊守也. 尋常性疥癬の漢方内服・外用剤併用療法. <i>和漢医薬学会誌</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)			
						15	黄連解毒湯	面皰(炎症性皮膚疹)	武市牧子. 疥癬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)	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ある)			
						16	十味敗毒湯	面皰	大熊守也. 尋常性疥癬の漢方内服・外用剤併用療法. <i>和漢医薬学会誌</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)			
						17	十味敗毒湯	面皰(炎症性皮膚疹)	1) 武市牧子. 疥癬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疥癬の治療(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)			
						18	桂枝茯苓丸	面皰(炎症性皮膚疹)	1) 武市牧子. 疥癬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疥癬の治療(第1報). <i>産婦人科漢方研究のあゆみ</i> 2006; 23: 132-6. 3) 手塚匡哉. 気滞血オと弁証された尋常性疥癬に対する桂枝茯苓丸の使用経験. <i>新薬と臨床</i> 2005; 54: 907-14. 4) 手塚匡哉. 気滞血オと弁証された尋常性疥癬に対する桂枝茯苓丸の使用経験(第2報). <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)			
						19	桂枝茯苓丸+茵陈蒿湯	面皰	手塚匡哉. 気滞血オと弁証された尋常性疥癬に対する桂枝茯苓丸の使用経験(第3報). <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)			
						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. 尋常性疥癬に対する清上防風湯エキス顆粒・多剤併用療法の治療効果. <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)	n/a			
						21	梔子柏皮湯、黄連解毒湯、葛根紅花湯、桂枝茯苓丸、温清飲、荊芥連翹湯	酒サ	高橋邦明. 酒サの漢方療法. <i>Visual Dermatol</i> 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)			
						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. <i>漢方診療</i> 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)			
						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. <i>漢方医学</i> 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、【】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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考		
2017	○	N40-N51	男性下部尿路症状・前立腺肥大症診療ガイドライン	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外科学 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: 後ろ向き対照のない観察研究 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: 後ろ向き対照のない観察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 C1: 行ってもよい C2: 行うよう勧められない D: 行わないよう勧められる 保留: 推奨のグレードを決められない	リッチヒルメディカル、2017年4月20日 第1版第1刷発行	1	漢方薬 (柴朴湯、柴苓湯、小柴胡湯、温清飲、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、トラニラストや漢方薬 (柴朴湯、柴苓湯、小柴胡湯、温清飲、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。』			
						2	牛車腎気丸	前立腺肥大症	↓	↓	C1: 行ってもよい	薬物療法のその他の薬剤に、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			
						3	八味地黄丸	前立腺肥大症	↑	↑	n/a	薬物療法のその他の薬剤に、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。	
						4	牛車腎気丸	前立腺肥大症	↑	↑	II: 小規模なRCTで結果が明らかな研究	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.	薬物療法のその他の薬剤に、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、附子を增量した漢方製剤で、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) 症状が続く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。
						5	牛車腎気丸	前立腺肥大症	↑	↑	V: 後ろ向き対照のない観察研究	藤内靖壽, 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.	薬物療法のその他の薬剤に、下記の記載がある。『α ₁ 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		
						6	牛車腎気丸	前立腺肥大症	↑	↑	IV: 前向き対照のない観察研究	Ogushi T, Takahashi S. Effect of Chinese herbal medicine on overactive bladder. <i>Hinyokika Kiyo</i> 2007; 53: 857-62.	薬物療法のその他の薬剤に、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		
2016	○	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	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 & 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 ternata). <i>Clinical & Experimental Allergy</i> 2001; 31: 779-81. (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』			
						2	甘草粉塵	職業性喘息 (副作用)	1) 宇佐祐篤. 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)	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』			
						3	甘草、山帰来などの毒掃丸成分	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1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性喘息を引き起こす吸入物質: 甘草、山帰来などの毒掃丸成分 職業など: 製薬会社製造担当者』				
						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	『CQ2-10 職業性アレルギー性鼻炎の薬物療法は有効か?』に対して、下記の記載がある。『Panel Consensus: 抗原が職業に由来していてもアレルギー性鼻炎に薬物療法は有効である。解説: いずれの抗原にせよ、アレルギー性鼻炎には薬物療法は有効である。したがって、職業性アレルギー性鼻炎でも薬物療法は有効である。『鼻アレルギー診療ガイドライン』の通年性の薬物療法 (ヒスタミンH1受容体拮抗薬、ロイコトリエン受容体拮抗薬、トロンボキサンA受容体拮抗薬、脱顆粒抑制薬、Th2サイトカイン阻害薬、点鼻ステロイド薬、漢方薬など) に従って病型、重症度を考慮して治療することを基本的なスタンスとしてよい。』	n/a			

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2016	○	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)	真興交易、2016年6月30日 第2版第1刷発行	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。 桂枝加朮附湯、フシ末、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択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	
2016	×	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	https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/128101831.pdf	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 (症例対象研究、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 (2.5 g ×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	
						2	六君子湯	上部消化管の症状	1) 西野圭一郎, 村上匡人, 村上重人, ほか. 胃腸患者の半固形化栄養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) 2) Tatsuta M, Iishi H. Effect of treatment with liu-jun-zitang (TJ-43) on gastric emptying and gastrointestinal symptoms in dyspeptic patients. <i>Alimentary Pharmacology & Therapeutics</i> 1993; 7: 459-62. 3) Takahashi T, Endo S, Nakajima K, et al. Effect of rikkunshito, a Chinese herbal medicine, on stasis in patients after pylorus-preserving gastrectomy. <i>World Journal of Surgery</i> 2009; 33: 296-302. (レベル IVb: 分析疫学的研究 (症例対象研究、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: 胃壁運動を促進し、胸焼け、膨満感、悪心等の症状を改善することで、上部消化管の症状を改善する薬剤として期待される。』	n/a	
						3	大建中湯	腸の蠕動運動低下	1) 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)) 2) 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. 3) 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	
						4	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、有効であるとする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。

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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考	
2015	×	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	<p>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</p> <p>Strength of Evidence I: システマティック・レビュー/メタアナリシス II: 1つ以上のランダム化比較試験による III: 非ランダム化比較試験による IV: 分析疫学的研究(コホート研究や症例対照研究による) V: 記述研究(症例報告や症例集積研究による) VI: 専門委員会や専門家個人の意見</p> <p>Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる(少なくとも1つの有効性を示すレベル 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 III-IV、良質な複数の V、あるいは委員会が認める VI) C2: 根拠がないので勧められない(有効のエビデンスがない、あるいは無効であるエビデンスがある) D: 行わないよう勧められる(無効あるいは有害であることを示す良質のエビデンスがある)</p>	自律神経 第52巻第4号、2015年発行	1	柴芩湯	特発性後天性全身性無汗症	池滝勝史, 河井一浩, 富裡きょう子, ほか. 最近話題の皮膚疾患 特発性後天性全身性無汗症. 臨床皮膚科 1999; 53: 34-8.	V 記述研究(症例報告や症例集積研究による)	C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(質の劣る III-IV、良質な複数の V、あるいは委員会が認める VI)	III 治療とクリニカルエーションの項の『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みてよいが、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、柴芩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)。柴芩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		
						2	柴芩湯	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、柴芩湯、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		
2015	○	N32.8	過活動膀胱診療ガイドライン [第2版]	<p>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(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(メタアナリシス/システマティック・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: 後ろ向きの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: 後ろ向きの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 II か良質のレベル III あるいは非常に良質なレベル IV のエビデンスがある) C1: 根拠はないが、行うよう勧められる。(質の劣るレベル III~IV、良質な複数のレベル V の研究、あるいはレベル VII に該当するもの) C2: 根拠がないので、行わないよう勧められる。(有効のエビデンスがないか、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	1	漢方薬	口内乾燥	安袖敏弘, 柿木保明. 今日からはじめよう! 口内乾燥症の臨床. この主訴にこのアプローチ. 医歯薬出版 2008	V: 後ろ向きの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、身体のバランスの改善による症状の改善を重視しているため、一般に症状の改善までに2週間から3カ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。 本邦において便秘に対して使用される主な薬剤名の表中に、その他として大建中湯の記載がある。	
						2	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	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)				
						3	牛車腎気丸	過活動膀胱	↓	↓	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。	
						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. Hinyokika Kyo 2008; 54: 95-9.	IV: 前向き対照のない研究	↑	『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		
						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 の前向き無作為比較試験. 漢方最新治療 2007; 16: 131-42.	II: 小規模なRCTで結果が明らかな研究	↑	『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。』	n/a		
						6	漢方薬	男性の過活動膀胱	日本泌尿器学会 前立腺肥大症診療ガイドライン作成委員会編. 前立腺肥大症診療ガイドライン. リッチヒルメディカル 2011	n/a	n/a	『前立腺肥大症に合併する男性の過活動膀胱に対する薬物治療』の項に、下記の記載がある。 『前立腺肥大症診療ガイドラインによると、前立腺肥大症に対する薬物治療は、α1遮断薬、5α還元酵素阻害薬、抗アンドロゲン薬、その他の薬剤(アミノ酸製剤、植物製剤、漢方薬)などがあるが、推奨グレードAのもの、α1遮断薬(タムスロシン、ナフトピジル、シロドシン、テラゾシン、ウラビジル)、5α還元酵素阻害薬(デュタステリド)である。』	n/a		
						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	n/a	C1: 根拠はないが、行うよう勧められる。(質の劣るレベル III~IV、良質な複数のレベル V の研究、あるいはレベル VII に該当するもの)	『前立腺肥大症に合併する男性の過活動膀胱に対する薬物治療』の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『前立腺肥大症診療ガイドラインにおいて、八味地黄丸、牛車腎気丸が推奨グレードC1として記載されている。前立腺肥大症に伴う過活動膀胱に対する報告は少ない。』	n/a	前立腺肥大症に合併する男性の過活動膀胱に対する薬物治療の表中に、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。
						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. Urology View 2009; 7: 81-4.	II: 小規模なRCTで結果が明らかな研究	↑	『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		

『』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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考	
2014	×	G47.0	睡眠薬の適正使用・休業ガイドライン	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、行うよう強く勧められる。 B: 科学的根拠があり、行うよう勧められる。 C1: 科学的根拠はないが、行うよう勧められる。 C2: 科学的根拠がなく、行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、2014年3月7日発行	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を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		
						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	「睡眠薬の適正使用・休業ガイドライン」の序文に、「『睡眠薬の適正な使用と休業のための診療ガイドライン』とその応用指針を実用書としてまとめたもの」と記載されており、「睡眠薬の適正な使用と休業のための診療ガイドライン」の改訂版とは異なると判断した		
						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ブタプラセンタエキスの効果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、ブタプ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ブタプラセンタエキスに劣っていた。』	n/a	「睡眠薬の適正使用・休業ガイドライン」は「医師向け解説」が追加されており、それ以外の内容は「睡眠薬の適正な使用と休業のための診療ガイドライン」と同じである	
						4	抑肝散	不眠症	Ozone 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7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		
						5	抑肝散加陳皮半夏	不眠症	Aizawa R, Kanbayashi T, et al. Effects of Yoku-Kan-san-ka-chimpi-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		

『』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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2013	○	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 / バルビドモクリニック) Strength of Evidence 1a: RCTのシステマティック・レビュー (homogeneityであるもの) 1b: 個々のRCT (信頼区間が狭いもの) 1c: 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 Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる 強い科学的根拠があり、臨床に明らかな有効である B: 行うよう勧められる 中等度の根拠があり、臨床上有効性が期待できる C1: 行ってもよい 科学的根拠に乏しいが、臨床上有効である可能性がある C2: 明確推奨ができない 科学的根拠に乏しく、有効性を判断できない D: 行わないよう勧められる 有効性を否定する、または害を示す根拠がある	診断と治療社、2013年11月5日 初版発行	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。
						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、臨床上有効性が期待できる	『CQ39: 薬物による維持治療はどのように行われるか』に対して、『浸透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	
						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	↓	↓	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意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	
						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. <i>小児疾患の身近な漢方治療</i> 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、人参、乾姜、山椒に膠糖を加えたものである。体が弱く風邪を引きやすかったり、復せて体が冷えることによる腹痛や、小腸や大腸へのガス貯留による腹部膨満感のある患児に有効である。』	n/a	
						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. <i>小児疾患の身近な漢方治療</i> 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	
						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	
						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、便意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	
						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糖を加えたもので、服薬コンプライアンスも良くなる。』	n/a	
						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	
						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 Daio-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	n/a	
						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	
						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-特に大腸メラノシス症例について-. <i>漢方医学</i> 1997; 21: 335-9.	4: 症例集積研究 (および質の低いコホート研究あるいはケースコントロール研究)	↑	『一般に、大黃含有漢方製剤に含まれる1日あたりの大黃含有量 (センノシド含有量) はアローゼンやプルゼニドに比して少ない。』	n/a	

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

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 (37CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考	
2013	×	N94	エビデンスに基づいた月経前不調気分障害 (PMDD) の薬物治療ガイドライン (2013年改訂版)	Strength of Evidence 1) 大規模 (各群100症例以上) のプラセボ対照RCTによる報告 2) 中規模 (各群50症例以上) のプラセボ対照RCTによる報告 3) 小規模 (各群50症例未満) のプラセボ対照RCTや、プラセボ以外を対照薬としたRCTによる報告 4) ランダム化されていない対照比較試験や症例集積報告 (わが国で利用可能な薬剤のみ) Strength of Recommendation A: 最も推奨度の高い治療法 B: 次に推奨度の高い治療法 C: 3番目に推奨度の高い治療法 D: 最も推奨度の低い治療法	アークメディア、2013年5月17日 第1版発行	1	加味逍遙散	月経前不調気分障害 (PMDD)	1) Yamada K, Kanba S. Herbal medicine (Kami-shoyo-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)、ミルナンبران (n=3)、デュロキセチン (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		
2006	×	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	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が可能なので、FDのようにさまざまな症状を併存する患者では、訴えを受容しながら使用しやすい薬物といえる。FD治療の候補にはこれ以外に半夏瀉心湯、安中散などがあるが今のところエビデンスはない。』	n/a		FDの汎用薬剤の一覧の中に、症状: 嘔気、胸やけの欄に「ツムラ六君子湯 7.5g 分3食間」の記載がある。
						2	半夏瀉心湯	Functional Dyspepsia (FD)	n/a	n/a	n/a				
						3	安中散	Functional Dyspepsia (FD)	n/a	n/a	n/a				
						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、証が分りづらいつきには中間証の薬剤を選択するのがよい。』	n/a		
						5	桂枝茯苓丸	更年期障害							
						6	加味逍遙散	更年期障害	木村武彦, 矢内原巧. 更年期の漢方治療. <i>産婦人科治療</i> 1991; 63: 199-202.	V: 記述研究 (症例報告やケース・シリーズ) による	B: 行うことを推奨				
						7	当帰芍薬散	更年期障害							
						8	桂枝茯苓丸	更年期障害							
						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	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と当帰芍薬散との比較試験では、漢方の有効性が高い。』	n/a		
						10	当帰芍薬散	更年期障害							
						11	当帰四逆加呉茱萸生姜湯	冷え症	n/a	n/a	n/a				
2004	×	H26.9	科学的根拠 (evidence) に基づく白内障診療ガイドライン	厚生科学研究費補助金 (21世紀型医療開拓推進研究事業: EBM分野) (分担研究者: 茨木信博 日本医科大学付属千葉北総病院眼科教授) Strength of Evidence I: ランダム化比較試験のメタ分析 II: 1つ以上のランダム化比較試験 III: 非ランダム化比較試験 IV: コホート研究/症例対照研究 V: ケースシリーズ/ケースレポート VI: 患者データに基づかない専門委員会や専門家個人の意見 Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる C: 行うか、行わないか勧められるだけの根拠が明確でない D: 行わないよう勧められる	日本白内障学会誌 Vol.16別冊 2004 平成16年7月10日発行	1	八味地黄丸	白内障		尾羽沢大. 眼疾患に対する漢方の適応について 白内障. <i>医薬ジャーナル</i> 1990; 26: 1853-6.	III: 非ランダム化比較試験	C: 行うか、行わないか勧められるだけの根拠が明確でない。		n/a	
						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。	白内障の薬物療法: 内服 (国内認可薬物) のうち、漢方薬は、八味地黄丸、牛車腎気丸に適応があり、その研究結果として下記の記載がある。 『報告 (ガイドライン) 漢方薬は、白内障に対する効果に科学的根拠が無いので、一般的な使用は勧められない。 エビデンス 漢方薬は、八味地黄丸、牛車腎気丸に適応があるが、ランダム化比較試験はなく、有効性が明らかではない。』	n/a	
						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。カタリン点眼。徹照像混濁面積定量し、1年間での増加率を算出。統計手法記載なし。 結果: 混濁増加率は牛車腎気丸 + カタリン0.75%/年、商薬 (-) 2.95%/年、牛車 (+): 牛車 (-) =1.24: 2.48%/年』	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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2021	○	F98.0	夜尿症診療ガイドライン2021	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: 内藤泰行 京都府立医科大学大学院医学研究科泌尿器外科) Strength of Evidence レベルA ランダム化比較試験(RCT) レベルB 質の低いRCTまたは質の高い観察研究、コホート研究 レベルC 対照と比較した観察研究、コホート研究 レベルD 症例集積研究またはエキスパートコメント Strength of Recommendation 1 強く推奨する 2 弱く推奨する(提案する)	診断と治療社 発行年月日 2021/11/15	1	漢方薬	夜尿症	日本夜尿症学会編. 夜尿症診療ガイドライン 2016. 東京: 診断と治療社	n/a	n/a	総論6(その他の治療総論)『①漢方薬と夜尿症』の項に、下記の記載がある。 『漢方薬はNE(nocturnal enuresis: 夜尿症)そのものを治すのではなく、患者の足りないものを補い整えることで、治療しやすい状態にする作用がある。ガイドラインに即した標準的なNE治療を行う際に、患者の体調を整えることでさらなる治療効果が期待できる。』	n/a	
						2	桂枝加竜骨牡蛎湯、小建中湯、越婢加朮湯、苓姜朮甘湯、葛根湯、柴胡桂枝湯、五苓散、八味丸、麻黄湯、麻杏甘石湯、白虎加人参湯、六味丸、抑肝散	夜尿症	1)秋葉哲夫. 医療用漢方製剤の歴史. <i>日東洋医誌</i> 2010; 61: 881-8. 2)松田治己, 寺沢捷年, 高橋宏三. 漢方治療が奏功した夜尿症の2症例. <i>日東洋医誌</i> 1989; 39: 273-7. 3)石田和之, 佐藤弘. 六味丸が著効した夜尿症の兄弟例. <i>日東洋医誌</i> 2009; 60: 635-9.	n/a	n/a	総論6『②夜尿症診療でよく用いられる漢方薬』の項に、下記の記載がある。 『隣症治療でNE治療に効果のある処方数は数多く報告されている。』 『適応となった根拠は、古典の記述、先人の口訣、症例報告などエキスパートオピニオンが中心であり、質の高い研究はなされていない』	n/a	
						3	小建中湯	夜尿症	1)上仁数義, 中村真俊, 森友莉, ほか. <特集 夜尿症> 漢方薬. <i>小児内科</i> 2020; 52: 1658-61. 2)竹谷徳雄. 夜尿症の発症機序からみた漢方治療. <i>日東洋医誌</i> 1989; 39: 185-90.	n/a	n/a	総論6『②夜尿症診療でよく用いられる漢方薬』の項に、下記の記載がある。 『ガイドラインに即したNE治療において、用いた漢方薬の8割が建中湯類であったことから、まず試みるべき処方類と思われる』 『漢方薬のみの治療では、膀胱容量が小さく覚醒障害のある患者では無効であったと報告されている』	n/a	
						4	桂枝加竜骨牡蛎湯	夜尿症	n/a	n/a	n/a	総論6『②夜尿症診療でよく用いられる漢方薬』の項に、下記の記載がある。 『下腹直筋に緊張のある比較的体力の衰えているもので、小児NE、神経衰弱、性的神経衰弱、遺精、陰萎に適応がある。虚弱に加え神経過敏のある患者に用いる』	n/a	
						5	抑肝散	夜尿症	Ohtomo Y, Umino D, Takada M, et al. Traditional Japanese medicine, Yokukansan, for the treatment of nocturnal enuresis in children. <i>Pediatr Int</i> 2013; 55: 737-40.	n/a	n/a	総論6『②夜尿症診療でよく用いられる漢方薬』の項に、下記の記載がある。 『Ohtomoraは、デスマプレシシ製剤無効例にデスマプレシシ製剤と抑肝散を併用処方し、約7割に効果があつたと報告している』	n/a	
						6	白虎加人参湯、麻杏甘石湯、猪苓湯、葛根湯、柴胡加竜骨牡蛎湯、柴胡清肝湯、五苓散、苓姜朮甘湯、小建中湯、猪苓湯合四物湯、抑肝散、柴胡桂枝湯、牛車腎気丸、真武湯、六味丸、清心口子飲、桂枝加竜骨牡蛎湯、甘麦大棗湯、補中益気湯	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)大友義之. 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	総論6『②夜尿症診療でよく用いられる漢方薬』の項に、下記の記載がある。 『漢方での治療を考えた場合、体質(証)に合わせた漢方薬を選択すべきである。多尿、OAB、睡眠障害、ストレスがNEに影響を与えていると考えた場合、表2に示すような処方選択がある』	『虚証向きの方剤の処方では問題になることは少ないが、実証向きの方剤を虚証の患者に処方する場合、副作用などに注意を払ったほうがよいと思われる』	表1『わが国で保険収載されている漢方薬と抑肝散』の表中に、桂枝加竜骨牡蛎湯、小建中湯、越婢加朮湯、苓姜朮甘湯、抑肝散の記載がある。 表2『夜尿の各症状に対する漢方薬の効果』の表中に、「実証」、「中間証」、「虚証」のタイプ別に、「多尿」、「過活動膀胱」、「睡眠障害」、「ストレス」に対する漢方処方の記載がある。
						7	甘草、柴胡剤を含む方剤	副作用(偽アルドステロン症、間質性肺炎)	1)萬谷直樹, 岡洋志, 綾部原子, ほか. 甘草の使用量と偽アルドステロン症の頻度に関する文献的調査. <i>日本東洋医学雑誌</i> 2015; 66: 197-202. 2)本間行彦. 小柴胡湯による間質性肺炎. <i>日本東洋医学雑誌</i> 2001; 52: 287-95.	n/a	n/a	総論6『④漢方薬の副作用』の項に、下記の記載がある。 『保険収載されている四つの方剤すべて甘草(カンゾウ)が含まれている。通常量で問題が起こることはないが、多量服用や長期間服用の際は偽アルドステロン症(低カリウム血症、血圧上昇、ナトリウム・体液の貯留、浮腫、体重増加等)が現れることがあるので、観察(血清カリウム値の測定等)を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うことが推奨されている。柴胡剤を含む方剤を服用する際は、間質性肺炎の発症に注意する』		

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2021	○	F01.9	脳卒中治療ガイドライン2021	日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会 (委員長: 宮本亨 京都大学大学院医学研究科脳神経外科教授) Strength of Evidence 高: 良質な複数RCTによる一貫したエビデンス、もしくは観察研究などによる圧倒的なエビデンスがある 中: 重要なlimitationのある複数RCTによるエビデンス、もしくは観察研究などによる非常に強いエビデンスがある 低: 観察研究、体系化されていない臨床試験、もしくは重大な欠陥を持つ複数RCTによるエビデンス Strength of Recommendation A: 強い推奨 B: 中等度の推奨 C: 弱い推奨 D: 利益がない E: 有害	協企画、2021年7月15日発行	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>Phytomedicine</i> 2012; 19: 524-8.	n/a	n/a	血管性認知症、抗認知症薬の項の解説の中に、下記の記載がある。 『抑肝散は小人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	
2021	○	M48.06	腰部脊柱管狭窄症診療ガイドライン2021改訂第2版	日本整形外科学会、日本脊椎脊髄病学会、日本整形外科学会診療ガイドライン委員会、腰部脊柱管狭窄症診療ガイドライン策定委員会 Strength of Evidence A(強い): 効果の推定値に強く確信がある B(中程度): 効果の推定値に中程度の確信がある C(弱い): 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(強い): 「行うこと」または「行わないこと」を推奨する 2(弱い): 「行うこと」または「行わないこと」を提案する	南江堂、2021年5月1日改訂第2版発行	1	八味地黄丸	腰部脊柱管狭窄症	林泰史, 才藤栄一, 高橋修. 腰部脊柱管狭窄症に対する八味地黄丸の有用性. <i>Geriatr Med</i> 1994; 32: 585-91.	n/a	n/a	第3章保存治療 CQ1『薬物治療は有用か』に関して、『研究の質が高くないため参考にとどめ、推奨文への記載は見送ることとした』との記載がある。 また、解説に下記の記載がある。 『漢方の有用性を評価したRCTは、27例の患者を八味地黄丸群とプロピオン酸群の2群に分け、8週間経過観察した研究であった。腰痛、しびれ感、間欠跛行出現時間が有意に改善し、有害事象を生じた症例は1例もなかった』 『本研究は症例数が少なく、盲検化に関する記載はなく、主観的評価で、患者背景にも有意差が認められており、エビデンスは必ずしも高くない』	n/a	
2021	×	G62.9	プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言 支持・緩和医療に関する提言		https://www.jstage.jst.go.jp/article/jcoloproctology/74/6/74_349/_pdf/charja	1	牛車腎気丸	CIPN(末梢神経障害)	1) Loprinzi CL, Lacchetti C, Bleeker J, et al. Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Survivors of Adult Cancers: ASCO Guideline Update. <i>Journal of Clinical Oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology</i> 2020; 38: 3325-48. 2) Jordan B, Margulies A, Cardoso F, et al. Systemic anticancer therapy-induced peripheral and central neurotoxicity: ESMO-EONS-EANO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, prevention, treatment and follow-up. <i>Ann Oncol</i> 2020; 31: 1306-19.	n/a	n/a	『CQ3: プレフレイルな高齢大腸癌患者に対して、オキサリプラチン含む抗がん薬を施行する(している)場合、配慮すべきことは何か?』に対して、解説『3. CIPN に対する薬物療法』の項に、以下の記載がある 『発症後の治療よりも発症予防の方が、QOLへの影響が大きい高齢者では特に重要である。国内で使用されることの多い、ビタミンB、牛車腎気丸、アミトリプチンなどの抗うつ薬(デュロキセチン除く)、プレガバリンなどの抗痙攣薬、カルシウム・マグネシウムなどは、ASCO ガイドラインでは予防に関する一定のエビデンスの中でベネフィットが認められなかったため使用しないことを推奨しており、ESMO ガイドラインでも、ビタミンB や牛車腎気丸は推奨度 D(generally not recommended)、アミトリプチンなどの抗うつ薬やカルシウム・マグネシウムなどは推奨度 E(never recommended)と記載されている』	n/a	
2020	○	K52.8	幼児・成人好酸球性消化管疾患診療ガイドライン2020年	厚生労働省好酸球性消化管疾患研究班、日本小児アレルギー学会、日本小児薬学消化器肝臓学会 (統括委員長: 野村伊知郎 国立成育医療研究センター好酸球性消化管疾患教室/アレルギーセンター)	発行年月日 2020/09/14	1	漢方薬	EGE(好酸球性胃腸炎)	n/a	n/a	n/a	『I』EGE(好酸球性胃腸炎)の治療の『V その他の治療法』において、下記の記載がある。 『その他の治療法として免疫抑制薬(アザチオプリン、シクロスポリン、タクロリムス)、生物学的製剤(抗IL-5、抗IgE)、制酸薬(ヒスタミンH2受容体拮抗薬、PPI)、漢方薬、手術療法などがある。』	n/a	
				2		漢方薬	EGE(好酸球性胃腸炎)	Bo Y. Observation of curative effect on eosinophilic gastroenteritis by treatment with method of reinforcement of essence of the kidney. <i>J Tradit Chin Med</i> 1996; 16: 186-9.	D(とても弱い): 非常に質の低いエビデンス 観察研究(症例報告、症例集積研究)	判定できない(合意率: 100%)	判別できない(合意率: 100%)	『I』EGE(好酸球性胃腸炎)の治療の『V その他の治療法』において、下記の記載がある。 『CQ5: その他の治療法は有効か?』 『ステートメント(推奨案): CQ1-4で紹介した治療以外の治療について ・その他の治療法* についても、推奨を判断するだけの十分なエビデンスや使用経験があるものではなく、有効性は不明である。 推奨の強さ(合意率): 判定できない(100%) エビデンスの強さ: D 解説: その他の治療法* は文献が検索されていたもの(ヘリコバクター・ピロリ除菌治療、抗TNFα療法、漢方薬投与、インターフェロニンα、アザチオプリン、シクロスポリン、タクロリムス)について記載した。 3) その他にはSR(システマティックレビュー)での網羅的検索においてヘリコバクター・ピロリ除菌治療、抗TNFα療法、漢方薬投与、インターフェロニンαが奏効したとの報告が存在した。』	n/a	『診療アルゴリズム』の好酸球性胃腸炎(EGE)の頁に、『CQ5 その他の薬物療法』が記載されている。

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2020	○	R05	小児の咳嗽 診療ガイドラ イン2020	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) 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:行うこと(行わないこと)を推奨する(強い推奨) 2:行うこと(行わないこと)を提案する(弱い推奨)	診断と治療 社、2020年7 月15日 初版 第1刷発行	1	漢方薬	咳嗽	n/a	n/a	n/a	『第4章 咳嗽の治療、B.薬物による治療、12 漢方薬 薬理作用と適応』に対して、下記の記載がある。 『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。』	n/a	
						2	麦門冬湯、清肺湯、半夏厚朴湯、參蘇飲、柴朴湯、柴陷湯、小青竜湯、五虎湯など	咳嗽	n/a	n/a	『第4章 咳嗽の治療、B.薬物による治療、12 漢方薬 薬理作用と適応』に対して、下記の記載がある。 『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、清肺湯など):鎮咳・去痰作用。 ②半夏・蘇葉・厚朴を主構成成分とする薬剤(半夏厚朴湯、參蘇飲など):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。』	n/a		
						3	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ぜんそく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.	n/a	n/a	『第4章 咳嗽の治療、B.薬物による治療、12 漢方薬 薬理作用と適応』に対して、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。』	n/a	
						4	麦門冬湯	気管支炎の咳嗽	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.	n/a	n/a	第4章 咳嗽の治療 B.薬物による治療 12 漢方薬 薬理作用と適応 に対して、下記の記載がある。 『乳児〜学童期の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塩化水素酸塩水和物(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。』	n/a	
						5	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.	n/a	n/a	『第4章 咳嗽の治療、B.薬物による治療、12 漢方薬 薬理作用と適応』に対して、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。』	n/a	
						6	小青竜湯、五虎湯、麻杏甘石湯	喘息発作に伴う咳嗽	n/a	n/a	n/a	『第4章 咳嗽の治療、B.薬物による治療、12 漢方薬 薬理作用と適応』に対して、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とされる。』	n/a	
						7	漢方薬	咳嗽	n/a	n/a	n/a	『第4章 咳嗽の治療、B.薬物による治療、12 漢方薬 投与方法』に対して、下記の記載がある。 『咳嗽に用いる漢方薬の一覧を表4-19に、小児への投与量の目安を表4-20に示す。投与方法は一律1日3回食前・食間内服である。』	n/a	咳嗽に用いるおもな漢方エキス製剤の一覧表と投与量の目安の表の記載がある。
						8	漢方薬(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.	n/a	n/a	第4章 咳嗽の治療 B.薬物による治療 12 漢方薬 投与方法 に対して、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、合方して使用することも多い。』	n/a	咳嗽の種類による使い分けのフローチャートの記載がある。
						9	漢方薬	服用方法	n/a	n/a	n/a	『第4章 咳嗽の治療、B.薬物による治療、12 漢方薬 投与方法』に対して、下記の記載がある。 『漢方薬は味覚的に小児には飲みづらいものも多いため、オブラートや服用用ゼリーを用いたりハチミツなどの他の食品と混ぜて飲むなどの工夫も必要である。二次感染の可能性を考えると場合は、漢方薬と抗菌薬の併用が望ましい。』	n/a	
						10	漢方薬	副作用	伊藤隆、厚生労働省副作用情報に基づく一般用漢方製剤の副作用の件数とその内容の調査。 <i>日本東洋医学雑誌</i> 2016; 67: 184-190.	n/a	n/a	n/a	『第4章 咳嗽の治療、B.薬物による治療、12 漢方薬 副作用・禁忌』に対して、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)があげられる。』	
						11	麻黄	心疾患、腎疾患など(副作用)	n/a	n/a	n/a	『麻黄は心疾患、腎疾患など、多くの疾患を悪化させる可能性が指摘されており、健康者にもけいれん発作や頭痛、振戦、高血圧などを起こす可能性があるため、小児の使用は避けるべきとの指摘がある。特に交感神経を刺激することから動悸を助長する可能性があるため、β ₂ 刺激薬との併用には注意が必要である。』		
						12	柴朴湯、柴陷湯	膀胱炎様症状(副作用)	n/a	n/a	n/a	『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。』		
						13	清肺湯(山梔子)	腸間膜静脈硬化症(副作用)	n/a	n/a	n/a	『厚生省医薬・生活衛生局は清肺湯に含まれる漢方生薬の山梔子により腸間膜静脈硬化症が現れるおそれがあるとして、長期投与する場合にあっては定期的にCT、大腸内視鏡などの検討を行うことが望ましいと報告している。』		
						14	麻黄	心疾患、腎疾患など(副作用)	n/a	n/a	n/a	『参考 一般用医薬品(OTC医薬品)・民間療法』のOTCの服用と禁忌に、下記の記載がある。 『麻黄は心疾患、腎疾患など、多くの疾患を悪化させる可能性が指摘されており、健康者にもけいれん発作や頭痛、高血圧などを起こす可能性があるため、小児の使用は避けるべきとの指摘がある。麻黄の主成分にエフェドリンがあり、特に交感神経を刺激することから動悸を助長する可能性があるため、β ₂ 刺激薬との併用には注意が必要である。』(12 漢方薬 副作用・禁忌の記載と同様のことが記載されている。)		

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考	
2020	○	O21.0	産婦人科診療ガイドライン-産科編2020	日本産科婦人科学会、日本産婦人科医学会ガイドライン 産科編2020作成委員会 (委員長: 板倉敬夫 順天堂大学医学部産婦人科) 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、または権威者の意見 Strength of Recommendation A: (実施すること等が) 強く勧められる 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はならない)	日本産科婦人科学会事務局 発行年月日 2020/04/23	1	シヨウガ粉末	妊娠悪阻	1) Practice Bulletin No. 189: Nausea and Vomiting of Pregnancy 2018. <i>Obstetrics & Gynecology</i> 2018; 131: e15-e30. 2) Matthews A, et al. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2015.	n/a	n/a	『CQ201 妊娠悪阻の治療は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 3. 悪心の緩和に、ビタミンB6 (Pyridoxine) を投与する。 解説: 欧米ではシヨウガ粉末が「つわり」症状の軽減に有効として広く推奨されている。』	n/a		
						2	シヨウガ粉末	妊娠悪阻	McParlin C, et al. Treatments for Hyperemesis Gravidarum and Nausea and Vomiting in Pregnancy: A Systematic Review. <i>JAMA</i> 2016; 316: 1392-401.	1: よく検討されたランダム化比較試験成績	n/a				
2020	×	K12.3	がん治療に伴う粘膜障害マネジメントの手引き 2020年版	日本がんサポーターケア学会、日本がん口腔支持療法学会 (編集: 日本がんサポーターケア学会粘膜部会 部会長 近津大地 東京歯科大学 口腔外科学分野、日本がん口腔支持療法学会「がん治療に伴う粘膜障害マネジメントの手引き 2020年版」作業部会 部会長: 上野尚雄 国立がん研究センター中央病院 歯科)	金原出版、2020年2月25日 第1刷発行	1	半夏瀉心湯、黄連湯、茵陳蒿湯	口腔粘膜炎症		n/a	n/a	n/a	『Q2 口腔粘膜炎症の治療に、漢方薬(半夏瀉心湯)は推奨されるか?』に対して、下記の記載がある。 『A2 口腔炎に保険適用がある漢方薬は、半夏瀉心湯、黄連湯、茵陳蒿湯である。特に半夏瀉心湯は、その有効性が臨床面、基礎研究面の両方から明らかにされており、がん治療により発症する口腔粘膜炎症に対して使用を検討してもよい。治療開始から予防的に用いることもある(予防的使用は保険適用外)。』	n/a	
						2	半夏瀉心湯、黄連湯、茵陳蒿湯、小柴胡湯、黄連解毒湯、温清飲、甘草湯、白虎加人参湯、立効散、十全大補湯、柴苓湯、五苓散、麦門冬湯、桂枝茯苓丸、補中益氣湯、六君子湯、加味逍遙散	口内炎	1) 三嶋秀行. 消化管疾患に対する漢方医療の実際 口内炎. <i>臨床内科</i> 2013; 28: 203-7. 2) 砂川正隆, 王宝禮, 影向範昭, ほか. 歯科口腔外科における漢方薬の使用状況: 一般歯科診療所における使用実態調査. <i>日本歯科東洋医学会誌</i> 2011; 30: 8-17.	n/a	n/a	Q2の解説『1) 口内炎と漢方薬』に、下記の記載がある。 『漢方薬は、中国で用いられている中薬が6世紀に日本に伝わり、日本の気候風土、日本人の身体に合わせて江戸時代に独自に発展してきたものである。現在、医療保険の適用になっている漢方薬は148品目である。そのうち口内炎に使用されることが多い漢方薬を表1に示す。』	n/a	『口内炎に有効と考えられている漢方薬』の表中に、下記の漢方薬が記載されている。 『半夏瀉心湯、黄連湯、茵陳蒿湯、小柴胡湯、黄連解毒湯、温清飲、甘草湯、白虎加人参湯、立効散、十全大補湯、柴苓湯、五苓散、麦門冬湯、桂枝茯苓丸、補中益氣湯、六君子湯、加味逍遙散』	
						3	半夏瀉心湯、黄連湯、茵陳蒿湯	口内炎・口腔粘膜炎症	三嶋秀行. 消化管疾患に対する漢方医療の実際 口内炎. <i>臨床内科</i> 2013; 28: 203-7.	n/a	n/a	Q2の解説『1) 口内炎と漢方薬』に、下記の記載がある。 『半夏瀉心湯、黄連湯、茵陳蒿湯は、口内炎の保険適用を得ており、なかでも半夏瀉心湯はプラセボをコントロールとした二重盲検無作為化比較試験が行われており、口腔粘膜炎症に有効であることが質の高い科学的エビデンスで明らかにされているのみならず、作用メカニズムの基礎研究的な解析により、各生薬成分がそれぞれ異なる作用点を介して口腔粘膜炎症に効果を発揮していることが明らかになっている漢方薬である。』	n/a		
						4	半夏瀉心湯	口腔粘膜炎症	Matsuda C, Munemoto Y, Mishima H, et al. Double-blind, placebo-controlled, randomized phase II study of TJ-14 (Hangeshashinto) for infusional fluorinated-pyrimidine-based colorectal cancer chemotherapy-induced oral mucositis. <i>Cancer Chemother Pharmacol</i> 2015; 76: 97-103.	n/a	n/a	Q2の解説『2) エビデンス』に、下記の記載がある。 『漢方薬の口腔粘膜炎症に対する効果について解析したエビデンスレベルが高い臨床試験が行われているのは、半夏瀉心湯のみである。半夏瀉心湯の有効性を明らかにするための研究として、大腸がん化学療法患者93名を対象とした、プラセボコントロールの二重盲検無作為化比較試験が行われており、半夏瀉心湯は口腔粘膜炎症の病期期間を短縮した(Grade2以上の粘膜炎症の持続期間の中央値: プラセボ群は10.5日であったのに対して、半夏瀉心湯群は5.5日、p=0.018)と報告されている。』	n/a		
						5	半夏瀉心湯	口内炎	1) Matsumoto C, Sekine-Suzuki E, Nyui M, et al. Analysis of the antioxidative function of the radioprotective Japanese traditional (Kampo) medicine, hangeshashinto, in an aqueous phase. <i>Journal of radiation research</i> 2015; 56: 669-677. 2) Kono T, Kaneko A, Matsumoto C, et al. Multitargeted Effects of Hangeshashinto for Treatment of Chemotherapy-Induced Oral Mucositis in Inducible Prostaglandin E2 Production in Human Oral Keratinocytes. <i>Integrative Cancer Therapies</i> 2014; 13: 435-445. 3) Fukumachi H, Matsumoto C, Omiya Y, et al. Effects of Hangeshashinto on Growth of Oral Microorganisms. <i>Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine</i> 2015; 2015: 512947. 4) Hiroshima Y, Bando M, Inagaki Y, et al. Effect of Hangeshashinto on calprotectin expression in human oral epithelial cells. <i>Odontology</i> 2016; 104: 152-162. 5) Hitomi S, Ono K, Yamaguchi K, et al. The traditional Japanese medicine hangeshashinto alleviates oral ulcer-induced pain in a rat model. <i>Archives of Oral Biology</i> 2016; 66: 30-37. 6) Hitomi S, Ono K, Terawaki K, et al. [6]-gingerol and [6]-shogaol, active ingredients of the traditional Japanese medicine hangeshashinto, relief oral ulcerative mucositis-induced pain via action on Na+ channels. <i>Pharmacological Research</i> 2017; 117: 288-302. 7) Miyano K, Eto M, Hitomi S, et al. The Japanese herbal medicine Hangeshashinto enhances oral keratinocyte migration to facilitate healing of chemotherapy-induced oral ulcerative mucositis. <i>Scientific Reports</i> 2020; 10: 625.	n/a	n/a	Q2の解説『3) 半夏瀉心湯の具体的な作用機序』に、下記の記載がある。 『半夏瀉心湯は、半夏(ハンゲ)、黄芩(オウゴン)、黄連(オウレン)、人参(ニンジン)、乾姜(カンキョウ)、大棗(タイソウ)、甘草(カンゾウ)の7種類の生薬で構成されている。これら7種類の生薬は、抗酸化作用、抗炎症作用、抗菌作用、鎮痛作用、ならびに組織修復作用を介し、口内炎治療に働くことが基礎研究により明らかにされている(表2)。』	n/a	『半夏瀉心湯の口内炎に対する作用機序』の表中に、関連があることが実験で確かめられた生薬として下記の記載がある。 『抗酸化作用: 黄芩、黄連、人参、乾姜、大棗、甘草 抗炎症作用: 黄芩、黄連、乾姜 抗菌作用: 半夏、黄芩、黄連、人参、乾姜 鎮痛作用: 人参、乾姜 組織修復作用: 黄芩、乾姜、甘草』	
						6	半夏瀉心湯	口腔粘膜炎症	大岡均至. 転移性腎癌症例へのスニチニブ投与に伴う口腔粘膜炎症に対する半夏瀉心湯含嗽の有用性. <i>日本東洋医学雑誌</i> 2018; 69: 1-6.	n/a	n/a	Q2の解説『4) 半夏瀉心湯を処方する際の具体的な対応』として、下記の記載がある。 『半夏瀉心湯は内服だけでなく、含嗽による外用でもその効果が得られることが報告されている。』	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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2020	×	K12.3	がん治療に伴う粘膜障害マネジメントの手引き 2020年版	日本がんサポーターケア学会、日本がん口腔支持療法学会 (編集: 日本がんサポーターケア学会粘膜炎部会 部会長 近津大地 東京歯科大学 口腔外科学分野、日本がん口腔支持療法学会「がん治療に伴う粘膜障害マネジメントの手引き 2020年版」作業部会 部会長: 上野尚雄 国立がん研究センター中央病院 歯科)	金原出版、2020年2月25日 第1刷発行	7	半夏瀉心湯	口腔粘膜炎	n/a	n/a	n/a	Q2の解説『4) 半夏瀉心湯を処方する際の具体的な対応』として、下記の記載がある。 『半夏瀉心湯 (1包、2.5g) をコップ半分 (50mL) 程度のお湯または水に溶かし、口の中に入れて30秒程、保持させる (創面に長く作用させるため)。このとき、半夏瀉心湯を吐き出しても構わない。半夏瀉心湯が溶けにくい場合は、コップの底の平らな面などを使ってあらかじめ顆粒をすりつぶし、小さくしておくことや溶けやすい、溶けきらない場合は、溶け残ったものもすべて口の中に入れてほうがよい。漢方薬の味が苦手な場合は、ココアと混ぜると服用しやすくなるということが知られている。半夏瀉心湯の適用後30分間は、食べ物や飲み物を摂取することを控える。』	n/a	
						8	半夏瀉心湯	S-FUとイリノテカンによる下痢症	n/a	n/a	n/a	『Q9 S-FUとイリノテカンによる下痢症に対して半夏瀉心湯は有用か?』に対して、下記の記載がある。 『A9 現時点において半夏瀉心湯の投与を推奨できる十分なエビデンスはない。』	n/a	
						9	半夏瀉心湯	化学療法による下痢症の予防	Kase Y, Hayakawa T, Ishige A, et al. The Effects of Hange-shashin-to on the Content of Prostaglandin E2 and Water Absorption in the Large Intestine of Rats. <i>Biological & Pharmaceutical Bulletin</i> 1997; 20: 954-7.	n/a	n/a	Q9の解説として、下記の記載がある。 『化学療法による下痢症の機序の一つとして、プロスタグランジンE ₂ 産生亢進により腸管粘膜上皮におけるアデニレートサイクレーズ活性化が起こり、それにより腸管上皮細胞内のカルシウムイオン濃度が上昇し、腸液分泌亢進が起こることによる機序が知られている。半夏瀉心湯に含まれる乾姜や黄連には、COX-2阻害作用、およびMAPキナーゼであるJNK、p38の阻害により誘導されるプロスタグランジンE ₂ の産生を抑制する作用があるため、下痢症の予防効果があると考えられている。』	n/a	
						10	半夏瀉心湯	化学療法による下痢症の予防	Mori K, Kondo T, Takayama Y, et al. Preventive effect of Kampo medicine (Hangeshashin-to) against irinotecan-induced diarrhea in advanced non-small-cell lung cancer. <i>Cancer Chemotherapy and Pharmacology</i> 2003; 51: 403-6.	n/a	n/a	Q9の解説として、下記の記載がある。 『イリノテカン+シスプラチン療法を施行された非小細胞肺癌における半夏瀉心湯 (TJ-14) の下痢予防効果を検証する無作為化比較試験 (非盲検) が行われたが、この試験は、半夏瀉心湯7.5g/dayを化学療法の日3日以上前から継続投与する形の介入試験であった。本試験のコントロール群 (半夏瀉心湯未使用群) におけるGrade3以上の下痢症は23例中10例に発生したのに対して、半夏瀉心湯群におけるGrade3以上の下痢症は18例中1例であったため、半夏瀉心湯の予防的使用により下痢の発生が低くなる可能性が示唆された (p=0.01) が、本試験の症例数が少なかったことから、非盲検試験であったことから、エビデンスレベルが高い研究結果とはいえないことに注意が必要である。』	n/a	
						11	半夏瀉心湯	S-1+イリノテカンによる下痢症	Komatsu Y, Yuki S, Fuse N, et al. Phase 1/2 Clinical Study of Irinotecan and Oral S-1 (IRIS) in Patients with Advanced Gastric Cancer. <i>Advances in Therapy</i> 2010; 27: 483-492.	n/a	n/a	Q9の解説として、下記の記載がある。 『胃癌に対するS-1+イリノテカンの有用性を検討した第II相臨床試験のなかで、支持療法として半夏瀉心湯を使用した症例でGrade3の下痢症を呈したのは15例中1例のみであったことを報告している。』	n/a	
						12	半夏瀉心湯	S-FUおよびイリノテカンによる口腔粘膜炎、下痢	1) Aoyama T, Nishikawa K, Takiguchi N, et al. Double-blind, placebo-controlled, randomized phase II study of TJ-14 (hangeshashinto) for gastric cancer chemotherapy-induced oral mucositis. <i>Cancer Chemotherapy and Pharmacology</i> 2014; 73: 1047-54. 2) Matsuda C, Munemoto Y, Mishima H, et al. Double-blind, placebo-controlled, randomized phase II study of TJ-14 (Hangeshashinto) for infusional fluorinated-pyrimidine-based colorectal cancer chemotherapy-induced oral mucositis. <i>Cancer Chemotherapy and Pharmacology</i> 2015; 76: 97-103.	n/a	n/a	Q9の解説として、下記の記載がある。 『そのほか、S-FUおよびイリノテカンによる口腔粘膜炎に対する半夏瀉心湯の有用性を検証した無作為化比較試験における下痢の発症頻度に関する報告があるが、いずれも主要評価項目が口腔粘膜炎発症割合とされた臨床試験のサブ解析としての検討ではないことや非盲検であることなどから、エビデンスレベルが高い研究結果とはいえず、今後半夏瀉心湯の予防投与による効果に関して、さらに質の高い臨床研究による検証が必要だと考えられる。』	n/a	
2020	○	O22.4	エビデンスに基づく助産ガイドライン・妊娠期・分娩期・産褥期 2020	日本助産学会 エビデンスに基づく助産ガイドライン・妊娠期・分娩期・産褥期 2020ガイドライン委員会 (委員長: 堀内成子 聖路加国際大学)	日本助産師会出版 発行年月日 2020/01/31	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	『CQ115 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	
						2	生薬	妊娠中の痔核	Alonso-Coello P, Guyatt G, Heels-Ansdell D, et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. <i>Cochrane Database of Systematic Review</i> 2005; 4: CD004649.	n/a	n/a	『CQ115 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、ダイエットファイバーなど) 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	
2020	×	L23-L25	接触皮膚炎診療ガイドライン2020	日本皮膚科学会接触皮膚炎診療ガイドライン改定委員会 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) 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)	https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/130_523contact_dermatitis2020.pdf	1	紫雲膏	接触皮膚炎 (副作用)	1) 成田佳香, 大磯直毅, 東森倫子, ほか. 【接触皮膚炎 2009】臨床例 紫雲膏による接触皮膚炎. <i>皮膚病診療</i> 2009; 31: 1301-1302. 2) Tsunoda T, Okada S. 紫雲膏による接触皮膚炎の1症例 (A Case of Contact Dermatitis due to Shiun-ko). <i>Journal of Environmental Dermatology</i> 2014; 11: 16-20. 3) 久保容二郎. 【嗜好品・健康食品による皮膚病変 臨床例】アトピー性皮膚炎の自家療法 (紫雲膏、プロポリス等) で生じた接触皮膚炎. <i>皮膚病診療</i> 2004; 26: 983-986. 4) 夏秋優, 武田裕美子, 矢野倫子, 紫雲膏, 太乙膏による接触皮膚炎の1例. <i>日本東洋医学雑誌</i> 2000; 51: 255-259. 5) 加藤佳美, 早川律子, 請井智香子. 【接触皮膚炎-1998】臨床例 漢方製剤による接触皮膚炎. <i>皮膚病診療</i> 1998; 20: 212-214.	n/a	n/a	n/a	(7) 医薬品・医療材料による接触皮膚炎 (湿疹型薬疹含む) のQ3. それぞれの種類による病型・原因物質・部位・特徴は? において、「8) その他の外用薬: 巻線治療外用薬・漢方含有外用薬など」の項に、下記の記載がある。 『また、漢方含有外用薬による接触皮膚炎の報告もある。紫雲膏は報告が多く、主成分であるシコン、トウキ、基剤に含まれるミツロウやゴマ油による、太乙膏による報告もあり、やはりミツロウが原因と特定されている。』	
						2	甘草、十全大補湯	湿疹型薬疹 (副作用)	山崎雙次. 湿疹型薬疹【薬疹のすべて】エキスパートに学ぶ診療の実際. 南江堂 2008; 193-196.	n/a	n/a	n/a	(7) 医薬品・医療材料による接触皮膚炎 (湿疹型薬疹含む) のQ3. それぞれの種類による病型・原因物質・部位・特徴は? において、「10) 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、柿の葉エキスなどの記載がある。 『付表6は、湿疹型薬疹の原因薬として報告されている主な医薬品を表示したものである。(中略) 甘草などの漢方薬 (中略) など、多種薬剤が原因となる。』	

『』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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2020	○	R19.8	認知症の人への歯科治療ガイドライン	一般社団法人日本老年歯科医学会、日本医療研究開発機構研究費「認知症の容態に応じた歯科診療等の口腔管理及び栄養マネジメントによる経口摂取支援に関する研究」ガイドライン作成班 (研究開発代表者: 平野浩彦 東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科 部長) Strength of Evidence A (強): 効果の推定に強く確信がある B (中): 効果の推定に中等度の確信がある C (弱): 効果の推定に対する確信は限定的である D (とても弱いあるいはできない): 効果の推定がほとんど確信できない	医歯薬出版 発行年月日 2019/06/10	1	六君子湯	摂食嚥下障害	内海雄忠、井関栄三. 漢方薬の臨床応用 認知症高齢者の食欲不振へのアプローチ. <i>脳2</i> 2015; 18: 287-290. ※本文中では参考文献6)となっているが、6)は漢方に関する論文ではなく、上記の参考文献2)が正しいと思われる。	C (弱): 効果の推定に対する確信は限定的である	n/a	『CQ10-6 認知症患者の摂食嚥下障害において注意を要する薬剤は何か』の解説に、下記の記載がある。 『薬剤のなかには摂食嚥下機能を改善させるものもあり、認知症を対象とした研究では、ACE阻害薬 (降圧薬) とニセルゴリン (抗認知症薬) が有効であり、その効果はニセルゴリンが勝るということが報告されている。そのほか、症例報告としては、フェルラ酸とガーデンアンゼリカの合剤 (抗認知症サプリメント)、ACE阻害薬、アマンタジン (抗ウイルス薬、抗パーキンソン病薬)、レボドパ (抗パーキンソン病薬)、六君子湯が有効であったと述べられている。』	n/a	
2020	○	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	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>日本小児外科学会雑誌</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>臨牀と研究</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)、塩基性線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	
2020	○	G231	進行性核上性麻痺 (PSP) 診療ガイドライン 2020	進行性核上性麻痺 (PSP) 診療ガイドライン 2020 作成委員会、厚生労働科学研究費補助金 (難治性疾患政策研究事業) 「神経変性疾患領域の基盤的調査研究」一般社団法人日本神経治療学会、日本神経治療学会 外部ガイドライン対応ワーキング部会	https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsnt/37/3/37_435/pdf/-char/ja	1	抑肝散	PSP (進行性核上性麻痺) の精神症状 (ICD 様症状、強迫行動など)	正山勝、梶本賢義、高橋隼. ほか. 私のカルテから抑肝散により精神症状の改善を認めた進行性核上性麻痺の1例. <i>精神医学</i> 2012; 51: 801-2.	n/a	n/a	『CQ7-3 精神症状 (ICD 様症状、強迫行動など) を改善する薬物はあるのか?』に対して、解説・エビデンスの項に下記の記載がある 『抑肝散を投与して臨床的に評価して、易怒性や興奮に対して有効であった症例報告がある』	n/a	
2019	○	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1「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	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喘みの習癖の関係 -. <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 (ビンロウウジ) などの噛みタバコの習慣によるものが大きいとされている。』	

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2019	×	R52	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	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 ₆ 、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	
						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。『 <i>医学の歩み</i> 』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脊髄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	
						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	
						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-. 『 <i>日本歯科麻酔学会雑誌</i> 』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. 『 <i>慢性疼痛</i> 』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 一病の真実に迫るナラティブメディスン-. 『 <i>日本東洋心身医学研究</i> 』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. 『 <i>日本歯科麻酔学会雑誌</i> 』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、アミトリプチリン、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 (ブライベキソール)、漢方薬、αリポ酸などが試みられている。』	n/a	
						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	
						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	
						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	
						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-. 『 <i>麻酔</i> 』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	
2019	○	C25.9	膵臓診療ガイドライン 2019年版	日本膵臓学会 膵臓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膵内科) Strength of Evidence (1)メタ: システマティックレビュー/ランダム化比較試験のメタアナリシス (2)ランダム: ランダム化比較試験 (3)非ランダム: 非ランダム化比較試験 (4)コホート: 分析疫学的研究(コホート研究) (5)ケースコントロール: 分析疫学的研究(症例対照研究) (6)横断: 分析疫学的研究(横断研究) (7)ケースシリーズ: 記述研究(症例報告やケースシリーズ) (8)ガイドライン: 診療ガイドライン (9)記載なし: 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は、参考にしたが、エビデンスとしては用いないこととした	金原出版 発行年月日 2019年7月20日	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: SSP5 FOLFIRINOX療法、ゲムシタピン塩酸塩+ナブパ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: プレガバリンに関しては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CIPN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	
2019	×	N02.8	腎疾患の移行期医療支援ガイド- IgA腎症・微小変異型ネ 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-IgA腎症・微小変異型ネフローゼ症候群」作成委員会(研究代表者:成田一衛 新潟大学大学院医歯学総合研究科腎・膠原病内科)	東京医学社、 2019年7月1 日第1刷発行	1	柴芩湯	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: 柴芩湯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、ツムラ柴芩湯エキス顆粒の3.0g、クワンエ柴芩湯エキス顆粒の2.7gに相当する。)』	n/a	
						2	柴芩湯	小児IgA腎症	吉川徳茂、ほか。巢状・微小メサンギウム増殖を示小児期IgA腎症における柴芩湯治療のプロスペクティブコントロールスタディ. 『 <i>日本腎臓学会誌</i> 』1997; 39: 503-6.	n/a	n/a	コラム4: 小児IgA腎症患者における漢方処方項に、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」には柴芩湯が記載されている。柴芩湯については根拠とな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えない。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	

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2019	○	B07	尋常性疣贅 診療ガイドライン2019 (第1版)	<p>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</p> <p>Strength of Evidence I: システマティック・レビュー/メタアナリシス II: 1つ以上のランダム化比較試験 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</p> <p>Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる (少なくとも1つの有効性を示すレベル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)</p>	<p>発行年月日 2019/05/20</p>	1	ヨクイニンエキス	疣贅	<p>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. ヨクイニンエキス散・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>医学と薬学</i> 1996; 36: 69-90. 4) 山田義貴, 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>病態薬学</i> 1990; 16: 255-9.</p>	n/a	<p>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)</p> <p>『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皮を除いた成熟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階層別に比較した。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。』</p>	<p>『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。』</p>	<p>疣贅治療一覧の表中に、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。</p>	
						2	ヨクイニン	尋常性疣贅、足底疣贅、多発性疣贅、小児の疣贅	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
2019	○	I10	高血圧治療ガイドライン2019	<p>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: 梅村敬 労働者健康安全機構横浜労災病院 院長)</p>	<p>ライフサイエンス出版、2019年4月25日発行</p>	1	漢方薬	二次性高血圧 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	<p>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薬 (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。』</p>	<p>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。</p>
						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	n/a	<p>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いれば、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。』</p>	
						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	n/a	<p>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。』</p>	
						4	漢方薬 (甘草含有)	二次性高血圧 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	<p>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 (肝臓腫瘍や甘草) や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。』</p>	
						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	n/a	<p>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。』</p>	

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2019	○	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	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	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) グリチルリチン含有する肝疾患治療薬、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・ナトリウム貯留とカリウム低下 高血圧治療への対策: 漢方薬などの減量・中止、MR拮抗薬と記載されている。
						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	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、カリウム低下を引き起こし、偽性アルドステロン症を発症する。グリチルリチンの投与量、投与期間、年齢 (60歳以上) が本症の危険因子とされている。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ヵ月) の甘草摂取の中断、あるいはMR拮抗薬の併用で改善する。』	
2019	×	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	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TJ-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	その他の治療法の項に、下記の記載がある。 『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	
2019	○	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: 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.ne.jp/wordpress/wp-content/uploads/2019/12/81754270d833dc636153a888444392321.pdf	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	『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。漢方医学的な証をとることで診断補助とすることがある。』	n/a
						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。 『筋・筋膜痛による歯痛: 症例報告や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、低用量のアミトプリチン、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	
						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頸部筋痛緩和で改善した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。 『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痛み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	
						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。 『持続性神経障害性疼痛による歯痛: プレガバリン、アミトプリ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 (アデニン三リン酸) 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	
						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。 『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%、抗いれん薬、クロナゼパム、クロチアゼパム、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)、α1ブロッカー、漢方、フェンタミン、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	
						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. 非定型顔面痛・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%、抗いれん薬、クロナゼパム、クロチアゼパム、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)、α1ブロッカー、漢方、フェンタミン、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	

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2019	○	K08.8	非菌原性歯痛の診療ガイドライン改訂版	<p>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)</p> <p>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</p> <p>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)</p>	<p>https://jorofacialpain.sakura.ne.jp/wordpress/wp-content/uploads/2019/12/81754270d833dc636153a88444392321.pdf</p>	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、側頭筋腱炎 (temporal tendinitis) に対して筋弛緩薬、頸動脈圧痛 (Carotodynia) に対しては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	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て行うことにより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	
						9	漢方薬	非菌原性歯痛	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	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、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、診断には痛みの構造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。』	n/a	
2018	×	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	1	人參養榮湯、葛根湯、大柴胡湯	1,5-アンヒドログルシトール (1,5-anhydro-D-glucitol: 1,5-AG) 高値 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	糖代謝検査の1,5-アンヒドログルシトール (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病態としては、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。』	
						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。	
						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。		
						4	漢方薬	急性肝炎 (副作用)	Takikawa H. Recent status of drug-induced liver injury. <i>Hepatology Research</i> 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。』		
2018	○	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))	日本内分泌外科学会 / 日本甲状腺外科学会 発行年月日 2018/12/25	1	漢方を含む補完代替療法	甲状腺癌	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: 甲状腺癌治療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 (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みで、他の癌腫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	

『 』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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2018	○	Q43.1	ヒルシュスブル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) Strength of Evidence A: 強 B: 中 C: 弱 D: 非常に弱い	メジカルビュー社、2018年12月10日 第1版第1刷発行	1	大建中湯	Isolated hypoganglionosis【腸管神経節細胞減少症】	n/a	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。』	n/a	
						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, ヒルシュスブルング病類縁疾患の乳児期管理の問題点について. <i>山梨県立中央病院学報</i> 2000; 27: 19-22. 4) Hirakawa H, Ueno S, Matsuda H, et al. Effect of the Herbal Medicine Dai-Kenchi-To on Gastrointestinal Motility in Patients with Megacystis-Microcolon-Intestinal Hypoperistalsis Syndrome (MMIHS) and Chronic Idiopathic Intestinal Pseudo-Obstruction (CIIP): 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、推奨できる薬剤療法はないが、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。』	n/a	
						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-Kenchi-To on Gastrointestinal Motility in Patients with Megacystis-Microcolon-Intestinal Hypoperistalsis Syndrome (MMIHS) and Chronic Idiopathic Intestinal Pseudo-Obstruction (CIIP): 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	『CQ2-3: 慢性特発性偽性腸閉塞(CIIP)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: CIIPの薬物療法として、prucaloprideやcisapride、漢方薬(大建中湯)、プロバイオティクス、抗生剤(エリスロマイシン)が使用されることあり、消化管運動機能障害や腹部症状に対する有用性が散見されるが、現時点ではその効果について十分なエビデンスは乏しい。 解説: CIIPに対する薬物療法として、消化管機能改善薬(prucalopride, cisaprideなど)、漢方薬(大建中湯)、プロバイオティクス、抗生剤(エリスロマイシン、ポリミキシンB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や症例集積報告はほとんどなく、報告の多くは症例報告である。(中略) 漢方薬(大建中湯)の有用性については、2編の症例報告で消化管運動や腸閉塞改善などの有用性が示されている。一方、1編の症例報告では、効果がなかったと報告されており、有用性に関するエビデンスは乏しい。』		『使用に関しての有害事象は報告されていない。』
2018	×	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	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: 消炎鎮痛薬や抗生剤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か月内外、抗核薬は3か月程度、金製剤は平均5〜6か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、過剰性肺炎、肉芽腫性間質性肺疾患: 小柴胡湯の記載がある。
						2	漢方薬	薬剤性肺障害(副作用)	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。	
						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。』	
						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体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。』	
						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。
						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起きやすいとされている。』	薬剤性好酸球性肺炎を起こす、使用頻度の高い薬剤の表中に、漢方薬: 柴朴湯、小柴胡湯、当帰芍薬散、小青竜湯の記載がある。

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2018	×	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	7	補中益気湯	胸水 (副作用)	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 (デパケン、VPA)、dantrolene (ダントリウム)、imidapril (タナトリアル)、PTU、補中益気湯などが報告されている。』	
						8	漢方薬、黄ゴン、桂皮、桂枝湯、五苓散など	間質性肺炎 (副作用)	n/a	n/a	n/a	各種の薬剤による肺障害の漢方薬の項に、下記の記載がある。 『漢方薬も間質性肺炎を起こす可能性のある薬剤である。黄ゴン (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。 『黄ゴン』単独投与では臨床上的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。黄ゴンは、シソ科の植物であるコ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。』		
						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	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。』	
						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	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。HIV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・増悪に關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もいえる。C型慢性肝炎症例では、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。』		
						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	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型慢性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。』		
						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	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%)。』		
						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>和漢医薬学雑誌</i> 2000; 17: 95-100.	n/a	n/a	各種の薬剤による肺障害の小柴胡湯の項に、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。』		

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2018	×	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	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、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ったと推定される。』	
						15	30処方	間質性肺炎(副作用)	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、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、防己黃耆湯、麦門冬湯、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、柴苓湯、三物黃芩湯を含む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。』		
2018	×	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)	Strength of Evidence I: システマティックレビュー/ランダム化比較試験のメタアナリシス 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	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.	I: システマティックレビュー/ランダム化比較試験のメタアナリシス	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	
						2	漢方薬、オウギ	突発性難聴	Xiong M, He Q, Lai H, et al. Radix astragal injection enhances recovery from sudden deafness. <i>American Journal of Otolaryngology</i> 2012; 33: 523-7.	IVb: 分析疫学的研究(症例対照研究、横断研究)	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	
						3	五苓散	急性低温障害型感音難聴	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.	IVb: 分析疫学的研究(症例対照研究、横断研究)	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。 『急性低温障害型感音難聴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)、イソソルビド(39例)、ステロイド剤(30例)、五苓散(29例)、ステロイド剤+イソソルビド(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	
2018	○	R13	嚔下障害診療ガイドライン2018年版	日本耳鼻咽喉科学会 嚔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	1	半夏厚朴湯	嚔下障害	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 嚔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: 嚔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、嚔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: 嚔下反射の改善により嚔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、嚔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、嚔下性肺炎の発症予防や喉頭挙上潜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	
2018	○	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	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 & 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状(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。』	
						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。』		
						3	大建中湯	便秘	Sakakibara R, Odaka T, Lui Z, et al. Dietary Herb Extract Dai-Ken-chu-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』	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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考	
2018	○	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	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		
						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		
2018	○	I89.0	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 医療法人隷属病院乳腺外科) Strength of Recommendation A: 質の高い十分な科学的根拠があり、積極的に実践するように推奨する。 B: ある程度の科学的根拠があり、実践するように推奨する。 C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な科学的根拠はない。 C2: 十分な科学的根拠がないので、推奨できない。 D: 有効性を否定する (または患者に害を及ぼす) 科学的根拠があるので、実践しないよう推奨する。	金原出版、 2018年3月10日 第3版第1刷発行	1	漢方薬	リンパ浮腫	n/a	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	
						2	漢方薬、柴苓湯、五苓散	続発性リンパ浮腫	↓	n/a	C2: 十分な科学的根拠がないので、推奨できない。 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、間質の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、臨床的有效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や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。』			
						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例の癌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		
						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 Gorenisan-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.	『五苓散も種々の病因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。』		
						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 lymphoedema: 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		
						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		
2017	○	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	1	六君子湯	がん患者の食欲不振	n/a	n/a	n/a	背景知識の薬剤の解説の項に、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: 粒口、該当する臨床疑問 (症状): 食欲不振の記載がある。	
						2	六君子湯	がん患者の食欲不振		n/a	n/a	Takiguchi S, Hiura Y, Takahashi T, et al. Effect of rikkunshito, a Japanese herbal medicine, on gastrointestinal symptoms and ghrelin levels in gastric cancer patients after gastrectomy. <i>Gastric Cancer</i> 2013; 16: 167-74.	『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られない可能性がある。すなわち、がん患者の食欲不振に関する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。』	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する検証することと記載がある。	

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考	
2017	○	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	1	漢方薬(抑肝散、柴胡桂枝湯)	周期性発熱・アフタ性口内炎・咽頭炎・頸部リンパ節炎(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症候群の一例. <i>Phil 漢方</i> 2015; 55: 28-9.	n/a	n/a	周期性発熱・アフタ性口内炎・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		
2017	○	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: 住田幸之 筑波大学医学医療系内科)	診断と治療社、2017年4月28日 初版第1刷発行	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	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	
						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	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、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。麦門冬湯は口腔症状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		
						3	麦門冬湯	シェーグレン症候群の口腔乾燥症状	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	n/a	『1つのRCTで重篤な有害事象はなく、麦門冬湯はプラセボと比し副作用が有意に少なかった。』			
						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、ムスカリンレセプター刺激薬、気道粘液潤滑薬は、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、ムスカリンレセプター刺激薬、気道粘膜潤滑薬は、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		
2017	○	D18.1	血管腫・リンパ管奇形・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」に関する調査研究」班(研究代表者: 三村秀文 川崎医科大学 放射線医学)	発行年月日 2017/03/31	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	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	
						2	黄耆建中湯	リンパ管奇形(リンパ管腫)	n/a	n/a	n/a				
						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	n/a	『CQ29: 縦隔内で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、穿刺ドレナージ、硬化療法(OK432、プレオマイシン、エチプロック、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		
2017	○	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	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		
						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栄湯、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栄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栄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		
						3	人参養栄湯	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				
						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				
						5	当帰芍薬散	外傷性嗅覚障害	三輪高喜, 塚谷才明, 池野香子, 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	『CQ5: 外傷性嗅覚障害に対して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、治癒が1名、軽快が5名、不変が1名であった。』	n/a		
						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				
						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	『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、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		

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考	
2016	×	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	1	漢方薬	機能性ディスぺシア	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『機能性ディスぺシア (H. pylori関連ディスぺシア)』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		
2016	×	C80.9	がんの補完代替療法クニニカル・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	1	漢方薬	(漢方薬の特徴)		n/a	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、紆余曲折こそあったが、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	
						2	漢方薬	がん		n/a	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。	
						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EKAT2019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きている。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で、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。』			
						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。』	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てい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。』		
2016	○	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	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。	

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2016	○	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 発行年月日 2016/03/18	1	六君子湯、大建中湯	嘔吐	n/a	n/a	n/a	『CQ4: 経腸栄養中の嘔吐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プリドや六君子湯などが、大腸蠕動運動・排便促進目的にはPGF1a、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	
						2	漢方薬	消化管運動改善	n/a	n/a	n/a			
						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			
						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、この薬剤は胃排泄促進作用、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留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、重症患者に關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	
2016	×	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/jsmd/imkai/katsudou/data/160731.pdf	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. <i>Journal of Psychiatric Research</i> 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	
						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. <i>日本東洋医学雑誌</i> 1997; 48: 205-10.	n/a	n/a			
2016	×	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)	https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2016_terasaki_h.pdf	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	
2015	○	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	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	『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様免疫反応陽性物質やジゴキシン様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。 『センソ(救心などに含有) や薬用人参の成分などが抗ジゴキシン抗体と交差反応することによって、血中ジゴキシン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。』		

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2015	○	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	1	抑肝散、半夏厚朴湯、大建中湯、麻子仁丸、補中益気湯	高齢者疾患	n/a	n/a	n/a	領域別指針 漢方薬・東アジア伝統医薬品の項のサマリーに、下記の記載がある。 『CQ: 高齢者疾患に漢方薬・東アジア伝統医薬品は有効か? システマティックレビューの結果、GRADEシステムに基づく評価が可能であった事象について記載する。 ①抑肝散は認知症(アルツハイマー型、レビー小体型、脳血管性)に伴う行動・心理症状のうち易怒、幻覚、妄想、昼夜逆転、興奮、暴言、暴力など、いわゆる陽性症状に有効である。 ②半夏厚朴湯は誤嚥性肺炎の既往をもつ患者における嚥下反射、咳反射を改善させ、肺炎発症の抑制に有効である。 ③大建中湯は脳卒中後遺症における機能的便秘に対して有効である。 ④大建中湯は腹部術後早期の腸管蠕動運動促進に有効である。 ⑤麻子仁丸は高齢者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、周知の事象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態を生じうる。 ②麻黄はエフェドリン含有生薬であり、アドレナリン様作用を有する。 ③附子は本来、不整脈、血圧低下、呼吸困難などを引き起こす毒性を有するため、適切に修治加工されたものを用いる。 ④黄芩を含む処方は間質性肺炎を生じることがある。一般的にまれな有害事象であるが、インターフェロンとの併用では発症頻度が増加するため併用は禁忌とされる。 ⑤山梔子を含む処方数を数年、あるいは10年以上使用し続けると、静脈硬化性大腸炎を生じる恐れがある。』
						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、周知の事象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態を生じうる。 ②麻黄はエフェドリン含有生薬であり、アドレナリン様作用を有する。 ③附子は本来、不整脈、血圧低下、呼吸困難などを引き起こす毒性を有するため、適切に修治加工されたものを用いる。 ④黄芩を含む処方は間質性肺炎を生じることがある。一般的にまれな有害事象であるが、インターフェロンとの併用では発症頻度が増加するため併用は禁忌とされる。 ⑤山梔子を含む処方数を数年、あるいは10年以上使用し続けると、静脈硬化性大腸炎を生じる恐れがある。』	
						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	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	
						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	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	
						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	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の抑肝散の項に、下記の記載がある。 『BPSDのなかでも易怒、幻覚、妄想、昼夜逆転、興奮、暴言、暴力など、いわゆる陽性症状に有効であり、うつ、不安、悲哀、無動、食欲不振といった陰性症状には無効であるのみならず、症状を増悪させることすらある。レビー小体病の幻視もよく改善する。こうしたことから近年ではさらに、術後せん妄の予防、ICUせん妄の改善などへ応用範囲が広がられつつある。』	n/a	
						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 & Gerontology International</i> 2013; 13: 236-8.	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	
						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	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の抑肝散の項に、下記の記載がある。 『抑肝散使用上のコツとして、高齢者では基本的に1日常用量の2/3程度、分2から開始すること、レビー小体病で幻視が夜間に集中する場合は1日常用量の1/3程度、眠前投与でも有効性が期待できること、開始後1カ月ほどで必ず血中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。』	
						8	半夏厚朴湯	咽喉頭異常感症	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半夏厚朴湯の項に、下記の記載がある。 『原典である金匱要略には「女性が、あぶつた肉片が喉につかえるような感じを訴えるとき、この薬を使う」という謎めいた解説がなされている。現代では、これは咽喉頭異常感症、精神科で言う「ヒステリー球」のことと解釈されている。実際、抑うつが強い身体表現性障害の人に良く使用される。漢方の抗うつ薬の1つとも解釈できる。しかし半夏厚朴湯は去痰薬としても使用される。つまり「つかえる感じ」がするときだけでなく、現実には痰が喉につかえていても、この薬は使える。』	n/a	
						9	半夏厚朴湯	嚥下反射	Iwasaki K, Wang Q, Nakagawa T, et al. The traditional Chinese medicine banxia houpo tang improves swallowing reflex. <i>Phytomedicine</i> 1999; 6: 103-6.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の半夏厚朴湯の項に、下記の記載がある。 『誤嚥性肺炎の既往をもつ患者における半夏厚朴湯の嚥下反射に対する影響をRCTで見たところ、有意に嚥下反射を改善した。』	n/a	
						10	半夏厚朴湯	嚥下反射	Iwasaki K, Wang Q, Seki H, et al. The effects of the traditional chinese medicine, " Banxia Houpo Tang (Henge-Koboku To) " on the swallowing reflex in Parkinson's disease. <i>Phytomedicine</i> 2000; 7: 259-63.	n/a	n/a	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	

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2015	○	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	11	半夏厚朴湯	咳反射	Iwasaki K, Cyong JC, Kitada S, et al. A traditional Chinese herbal medicine, banxia houpo tang, improves cough reflex of patients with aspiration pneumonia. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2002; 50: 1751-2.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の半夏厚朴湯の項に、下記の記載がある。 『咳反射も改善することがわかった。』	n/a	
						12	半夏厚朴湯	誤嚥性肺炎	Iwasaki K, Kato S, Monma Y, et al. A pilot study of banxia houpo tang a traditional Chinese medicine for reducing pneumonia risk in older adults with dementia. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2007; 55: 2035-40.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の半夏厚朴湯の項に、下記の記載がある。 『誤嚥性肺炎の既往を有する高齢患者に12カ月の前向きRCTを実施したところ、半夏厚朴湯は有意に肺炎の発症を減少させただけでなく、自力経口摂取の維持にも有効であった。』	n/a	
						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、その他患者が口にできるものに混ぜるなど、服用方法を工夫する。このような場合、「食前投与」等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。』
						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、その他患者が口にできるものに混ぜるなど、服用方法を工夫する。このような場合、「食前投与」等という指示にはこだわらない。』		
						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。 『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	
						16	大建中湯	上腸間膜動脈血流改善	Takayama S, Seki T, Watanabe M, et al. The herbal medicine Daikenchuto increases blood flow in the superior mesenteric artery. <i>The Tohoku Journal of Experimental Medicine</i> 2009; 219: 319-30.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の大建中湯の項に、下記の記載がある。 『外科領域では漢方医ならずとも日常的に用いられる薬の1つとなった大建中湯であるが、薬理的報告がきわめて多いわりに、臨床のエビデンス構築は遅れていた。Takayama S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	
						17	大建中湯	脳卒中後遺症の機能性便秘	Numata T, Takayama S, Tobita M, et al. Traditional Japanese Medicine Daikenchuto improves Functional Constipation in Poststroke Patients. <i>Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine</i> 2014; 23:1258.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の大建中湯の項に、下記の記載がある。 『2014年、Numata Tらが脳卒中後遺症の機能性便秘患者に対するRCTを行い、その結果が臨床的にも一定のエビデンスをもつことが立証された。』	n/a	
						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	
						19	大建中湯	イレウス予防	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の大建中湯の項に、下記の記載がある。 『大建中湯の本来の使用法は、原典である金匱要略の記述をそのまま紹介するのが最もわかりやすい。「胸が大いに冷えて痛み、嘔吐して飲食できない。腹の中も冷え、腸が内側からつき上がって外からもその上下するのが見える。腹痛が激しく人に触れさせないものは、大建中湯で治療する」。この記載がイレウスにきわめて近似していることから、従来腹部術後のイレウス予防に広く用いられている。腹痛で腹を触れようとすると痛がつて触れさせない、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	
						20	麻子仁丸、大建中湯	便秘	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の麻子仁丸の項に、下記の記載がある。 『麻子仁丸は、古くは紀元2世紀に書かれた医学書 (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な課題であることを考えると、治療対象が一般成人であったことを考慮してもこの方剤は推奨される。 高齢者に麻子仁丸を用いる際、まず1日1回、眠前1包から開始する。通常、これで十分な効果が得られるからである。麻子仁丸は瀉下作用をもつ大黄を含む方剤だが、1包あたりの大黄の量はメーカーによって多少違いはあるもの、おおむね1g程度である。製造過程で煎じていることを考慮すると、そこに含まれるセンノサイドの量は一般に用いられる大黄末1gよりさらに少ない。それでも効果があるのは麻子仁 (麻の種)、枳実 (橙の実) など他の生薬が腸管蠕動を刺激し、油性成分で便を滑りやすくして排便を助けるからである。大黄の量を減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糞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	
21	補中益気湯	COPD、長引く炎症性疾患や感染症	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤のリスト解説の補中益気湯の項に、下記の記載がある。 『この方剤【補中益気湯】の意図するところは、胃腸の消化吸収機能を強化し、栄養状態を改善し、同時に免疫力を回復させ、慢性炎症の治療を促進させるところにある。したがってCOPDに限らず、胃腸が虚弱で免疫力が低く、炎症性疾患や感染症が治癒せず長引くときにも使用できる。高齢者にしばしば見かける病態として、繰り返し発熱して感染症が疑われ、背景に栄養不良、免疫力低下があることが想定される場合、この方剤を用いる。補中益気湯にはCOPDの栄養指標、炎症指標を改善させたとするデータが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。しかしこうした効能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							

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2015	○	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	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 & 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 & 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、メマンテン; 適応のある病態のみ) による効果が不十分な場合に使用を考慮する。本方剤が無効な場合あるいは緊急な対応を要する例では、リスクと必要性を勘案のうえ、抗精神病薬の使用を考慮する。』	『甘草含有製剤であり低K血症に注意する。肝機能障害を起こすことがある。まれに認知症に伴う行動・心理症状を悪化させることがある。主に陽性症状を緩和する薬物であり、陰性症状や認知機能には無効。高齢者では1日投与量の2/3程度から開始すること。レビー小体病で幻視が夜間に集中する場合は1日投与量の1/3を眠前投与でも有効性が期待できること。開始後1か月ほどで必ず血中K濃度を測定すること。』	
						23	半夏厚朴湯	誤嚥性肺炎	1) Iwasaki K, Wang Q, Nakagawa T, et al. The traditional Chinese medicine banxia houpo tang improves swallowing reflex. <i>Phytomedicine</i> 1999; 6: 103-6. 2) Iwasaki K, Cyong JC, Kitada S, et al. A traditional Chinese herbal medicine, banxia houpo tang, improves cough reflex of patients with aspiration pneumonia. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2002; 50: 1751-2. 3) Iwasaki K, Kato S, Monma Y, et al. A pilot study of banxia houpo tang a traditional Chinese medicine for reducing pneumonia risk in older adults with dementia. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2007; 55: 2035-40.	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるわが国の医療用漢方製剤の薬物リスト表の半夏厚朴湯の項に、推奨される使用方法 (対象となる病態・疾患名) として下記の記載がある。 『脳卒中患者、パーキンソン病患者において嚥下反射、咳反射が低下し、誤嚥性肺炎の既往があるか、そのおそれのある場合』	『過敏症 (発疹)』	
						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; 231258. 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、推奨される使用方法 (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)』	
						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、推奨される使用方法 (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』	
						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、推奨される使用方法 (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』	
						27	漢方薬	有害事象	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)』		
						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	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 推奨される使用方法: 基本的に少量から開始する。』		

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2015	○	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	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	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。』	
						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	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。』	
						31	黄ゴン含有製剤(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	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ゴン含有製剤の項に、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。黄ゴン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。』	
						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	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。』	
						33	加味逍遙散	機能性ディスぺシア	n/a	n/a	n/a	高齢者に有用性が示唆されるが、わが国での一般的な使用が困難な生薬・東アジア伝統医薬品のリストの項に、下記の記載がある。 『加味逍遙散はわが国でも多用される方剤だが、今回の検索で該当した中国のRCTでは機能性ディスぺ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	
						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、わが国での一般的な使用が困難な生薬・東アジア伝統医薬品のリストの項に、下記の記載がある。 『煎じ薬の加味温胆湯が抗認知症作用を有することは、わが国から出たRCTで証明されており、その薬理機序も解明されているが、一般臨床医にとって煎じ薬を処方する機会はまずなく、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	
						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、わが国での一般的な使用が困難な生薬・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。』	
						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、わが国での一般的な使用が困難な生薬・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RCT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。山梔子含有しており、長期投与により静脈硬化性大腸炎を生じる報告があり注意が必要。』	

『』内はCPGの引用文、【】内は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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2015	×	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	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—機能性ディスペプシア (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 NM, 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 ₂ 受容体拮抗薬や、プロトンポンプ阻害薬などの酸分泌抑制薬、モサプリドやコリンエステラーゼ阻害薬であるアコチアミドなどの消化管運動機能改善薬 (prokinetics)、タンドスピロンなどの抗不安薬、六君子湯、半夏厚朴湯、安中散などの漢方薬の有効性が報告されています。(中略) その他、三環系抗うつ薬 (TCA)、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)、桂枝加芍薬湯とその類方 (小建中湯など)、半夏瀉心湯、大建中湯などの漢方薬の漢方薬の有効性が報告されています。』	n/a	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。
2015	○	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125巻 第7号 発行年月日 2015/06/20	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、頭部・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。
2015	○	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	1	漢方薬	鉛中毒 (副作用)	山田祐也, 迫田寛人, 井上徹, ほか. インスリン非依存型糖尿病に発症した漢方薬 (珍芪降糖) による鉛中毒. <i>糖尿病</i> 1998; 41: 933-5.	レベル4: 横断研究、症例集積	n/a	n/a	4. 生活指導の補完代替医療 (民間療法) の項に、下記の記載がある。 『個人輸入した漢方薬により鉛中毒を起こした例などの報告がある。』	
2015	○	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	1	柴芩湯	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芩湯の治療効果. <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。 『柴芩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	

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2014	×	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	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的素因を挙げており、口臭治療に対する漢方の有用性を示唆している。』	n/a	
						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>日本歯科東洋医学雑誌</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	
						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	
						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	
						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						
						6	漢方薬	口臭	n/a	n/a	n/a	口腔ケア製品・薬剤の応用の漢方 (東洋医学) の応用の項に、下記の記載がある。『漢方医療では、口臭は口腔局所に限定された病変ではなく心身の失調に基づくと考えられている。生薬の薬能は、新たな口腔ケア製品開発の可能性を秘めている。』	n/a	
2014	×	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	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
						2	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	『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	
						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 Houpo Tang (Hange Koboku To) on the swallowing reflex in Parkinson's disease. <i>Phytomedicine</i> 2000; 7: 259-63.	n/a	n/a	『Parkinson病患者においても【上記と】同様であることも報告されている。』	n/a	
						4	半夏厚朴湯	嚥下障害	Iwasaki K, Kato S, Monma Y, et al. A pilot study of Banxia Houpo Tang, a traditional Chinese medicine, for reducing pneumonia risk in older adults with dementia. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2007; 55: 2035-40.	n/a	n/a	『実際に、脳血管障害、認知症やParkinson病で長期療養施設に入院している患者に半夏厚朴湯を12ヵ月服用させた群は非投与群に比べ肺炎の発症が有意に抑制されることを明らかにした。』	n/a	
2014	○	C65 C66	腎盂・尿管癌診療ガイドライン	日本泌尿器学会編 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	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。』	
2013	×	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	1	防風通聖散	肥満症	吉田俊秀, 日置智津子. 肥満治療としての漢方薬の作用機序. <i>医学のあゆみ</i> 202; 1005-9.	n/a	n/a	肥満症治療の実際の薬物療法の項の『Q5: わが国で用いることのできる抗肥満薬は、ほかにありませんか?』に対して、下記の記載がある。『漢方薬である防風通聖散には、白色脂肪組織の脂肪分解作用と褐色脂肪組織の活性化による減量効果が報告されています。本薬剤は18種類の生薬からなり、このうち麻黄にはエフェドリンが含まれ、甘草、荆芥、連翹にはカフェイン様のホスホジ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。』	
2013	×	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	1	加味帰脾湯	うつ病	中田輝夫. 軽うつ病30例に対する加味帰脾湯投与の効果. <i>日本東洋医学雑誌</i> 1997; 48: 205-10.	n/a	n/a	軽うつ病の治療の選択 iii. その他の療法の項に、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	

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2012	×	O	「妊娠・授乳と薬」対応基本手引き(改訂2版)	愛知県薬剤師会 妊娠・授乳婦医薬品適正使用推進研究会(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.achmc.pref.aichi.jp/sector/hoken/information/pdf/drugtaicutebikikaitei%20.pdf	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 妊娠と薬 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。
						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?. 薬房 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。』	巻末の「妊娠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。
						3	柴胡加竜骨牡蛎湯、抑肝散、加味逍遙散	不眠症		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	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。
2012	×	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	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 & 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、Shimo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	
2011	×	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/ircm/pdf/eivouguidline2011.pdf	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(プロスタグランジンF2α)、大建中湯等がその薬理効果、使用経験に基づき用いられている。』	n/a	
						2	大建中湯	経腸栄養と誤嚥		n/a	n/a			
2010	×	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	1	五苓散、柴胡桂枝湯、小柴胡湯、柴胡加竜骨牡蛎湯、桂枝加芍薬湯、芍薬甘草湯	三叉神経痛	堀口勇, 大竹哲也, 岡田貴樹, ほか. 三叉神経痛に対し漢方薬が有効であった症例の検討. <i>日本東洋医学雑誌</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	
						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	
						3	五苓散、漢方薬	三叉神経痛		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	
						4	漢方薬	三叉神経痛		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	
2010	×	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	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	
						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	心療内科的治療 -とくに線維筋痛症に対して- 薬物療法の東洋医学的視点からの処方項に、下記の記載がある。『FM【線維筋痛症】は女性に多いので月経周期に伴う痛みや不定愁訴の改善に漢方薬なども併用されることが多い。筋痛症、FMへの効果が期待できるのは疎経活血湯、牛車腎気丸などで、女性の月経周期や冷えに伴うFMの増悪や不定愁訴の改善には桂枝茯苓丸や加味逍遙散、温経湯、芍薬甘草湯などを選択する。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	

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2007	×	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	1	葛根湯加川キウウ辛夷	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ウ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、葛根湯加川キウウ辛夷、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	
						2	荊芥連翹湯	副鼻腔炎	荻野敬. 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	
						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	
						4	辛夷清肺湯	慢性副鼻腔炎	間島雄一, ほか. 慢性副鼻腔炎に対する辛夷清肺湯の効果. <i>耳鼻咽喉科臨床</i> 1992; 85: 1333-40.	n/a	n/a		『作用機序に関しては低下している粘液線毛輸送機能の改善作用が報告されているが不明な点が少ない。』	n/a
2005	×	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方法ガイドライン	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	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用性. <i>日本東洋医学雑誌</i> 1995; 46: 285-91.	n/a	n/a	『本間は学生で初診時に37℃以上の症例を対象として解熱鎮痛消炎剤(fenoprofen)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	
						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微化を示した。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	
						3	小青竜湯	気管支炎	宮本昭正, 井上洋西, 北村論, 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と比較し有意に優れていた。』	n/a	
						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用性—封筒法による比較試験—, <i>日本東洋医学雑誌</i> 1996; 47: 245-52.	n/a	n/a	『対象は初期のかぜ症候群に罹患した3歳以上の214例, 39℃以上、抗生物質の適応ある場合(熱証と思われる)は除いた。麻黄附子細辛湯エキスあるいは総合感冒薬の封筒法による多施設比較試験を行った。解析例は実薬群83例、対照群88例であった。中等度改善以上の症例は実薬群81.9%、対照群60.3%で前者において優れていた。発熱持続日数はそれぞれ1.5±0.7日、2.8±1.5日であり前者で短縮していた。全身倦怠感、咽頭痛・違和感、咳・痰についても症状日数は前者で短縮していた。』	n/a	
						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日以上に経過した感冒患者で、咳を有し、口中不快・食欲不振・倦怠感のいずれかを伴う患者を対象にPlaceboを対照とした二重盲検比較試験を行い、小柴胡湯(TJ-9)の有効性、安全性を評価。全般改善度は、Placebo群と比べ小柴胡湯群が有意に優れていた。』 『有用度において、小柴胡湯はPlaceboに対して有意に優れていた。』	『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。』	
						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との効果の比較(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週間以上咳嗽が続き、ACE阻害薬を内服しておらず、鼻・副鼻腔疾患、慢性呼吸器疾患、アトピー歴、胃食道逆流症がなく、胸部単純X線、呼吸機能、末梢血好酸球数、CRP、血清IgE値に異常のない症例を無作為に麦門冬湯エキス顆粒9g/日(13例)と臭化水素酸デキストロメトルファン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	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。
						7	補中益気湯	COPD	杉山幸比古, 北村論. COPDに対する漢方補剤・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	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。
						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	
						9	柴朴湯	気管支喘息	西澤芳男, 西澤恭子, 永野富美代, ほか. ベクロメタゾン吸入量半減時の柴朴湯吸入療法とクロモグリセート吸入療法の代替療法比較試験. <i>耳鼻咽喉科展望</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 ₂ 、Endothelin-1の抑制は見られなかった。これらの相乗効果によって、C群では自覚症状の改善、呼吸機能の改善、β ₂ 刺激剤頓用使用回数の減少が認められた。CPTは、DSCGよりもベクロメタゾン半減時の代替薬剤として有効・有用性に優れていることが示された。』	n/a	
						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、喘息の診断には至らない22名(非喘息群)に麦門冬湯を2か月間投与し、咳感受性と気道炎症に対する効果を比較した。咳感受性への効果は、両群間に有意差を認めなかった。気道炎症については両群とも約半数で改善がみられたが、有意ではなかった。気道炎症の程度別に検討すると、両群とも喀痰中に好中球が2%以上検出されている症例で、咳感受性の有意な低下が認められた。』	n/a	
						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試験. <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吸入閾値の決定した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4回6時間毎にDSCG用スピンヘラーによる吸入を行った。その結果、SBTはヒト気道粘膜胞活細胞の5-リボ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	

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2005	×	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方法ガイドライン	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	12	半夏厚朴湯	脳血管性障害患者の嚥下反射	Iwasaki K, Wang Q, Nakagawa T, et al. The traditional Chinese medicine banxia houpo tang improves swallowing reflex. <i>Phytomedicine</i> 1999; 6: 103-6.	n/a	n/a	『近年の研究では、半夏厚朴湯は、脳血管性障害やパーキンソン病に伴う嚥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。』 半夏厚朴湯の臨床的エビデンス ・『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	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。
						13	半夏厚朴湯	パーキンソン病の嚥下反射	Iwasaki K, Wang Q, Seki H, et al. The effect of the traditional chinese medicine, "Banxia Houpo Tang (Henge-Kouboku To)" on the swallowing reflex in Parkinson's disease. <i>Phytomedicine</i> 2000; 7: 259-63.	n/a	n/a			
						14	半夏厚朴湯	脳血管性障害患者の咳反射	Iwasaki K, Cyong JC, Kitada S, et al. A traditional Chinese herbal medicine, banxia houpo tang, improves cough reflex of patients with aspiration pneumonia. <i>Journal of American Geriatrics Society</i> 2002; 50: 1751-2.	n/a	n/a			
						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、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、常に誤嚥を繰り返し気道の炎症が収まらない症例に用いることができる。』 清肺湯の抗炎症効果に関する臨床的エビデンス 『清肺湯は再発する誤嚥性肺炎を予防する(比較臨床試験)』	n/a	
						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、薬剤性の誤嚥を生じ誤嚥性肺炎を惹起する危険がある。抑肝散を痴呆に伴う情動不穏に使用することで、精神安定剤、向精神薬の使用を減らし、誤嚥を減少させる可能性が示唆される。』 抑肝散のBPSDに関する臨床的エビデンス 『抑肝散はBPSDを沈静化させる(単純盲検化ランダム化比較臨床試験)』	n/a	
						17	麦門冬湯	間質性肺炎(副作用)		n/a	n/a			
						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		『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)。』	
						19	柴朴湯	間質性肺炎(副作用)		n/a	n/a			
						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			
						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	『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IFN γ 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IFN γ 産生を維持させた。』	n/a	
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									

『』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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2005	×	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	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。 <i>日本不妊学会雑誌</i> 1994; 39: 144-8.	n/a	n/a	摂食障害と無月経：無月経の治療の項に、下記の記載がある。 『妊娠希望の場合は第1度無月経にはクロミフェン療法を第一選択とします。3周期反復投与して排卵なき場合は中止とし、第2度無月経とともにゴナトロピン療法 (FSH-hCGあるいはMG-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	
						2	芍薬甘草湯	薬剤性高プロラクチン (PRL) 血症	福島峰子、成田章子、一関和子、ほか。高プロラクチン血症を伴う排卵障害に対する芍薬甘草湯の効果。 <i>和漢医薬学会誌</i> 1986; 3: 227-30.	n/a	n/a	摂食障害と無月経：無月経の治療の項に、下記の記載がある。 『薬剤性高プロラクチン (PRL) 血症に対し芍薬甘草湯のPRL低下作用も証明されており、摂食障害の高PRL症例の無月経に対しては選択肢の1つと考えられます。』	n/a	
						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、その目的としてはラクゼーションが最も多く挙げられていました。種類としてはアロマセラピーと指圧あんまマッサージが最も多く、続いて健康食品、漢方薬、鍼灸の順でした。』	n/a	
2003	×	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	1	葛根湯、麻黄湯	かぜ症候群	1) 磯部秀之。漢方製剤の適正使用－漢方治療の現代医学的アプローチ－かぜ症候群。 <i>薬局</i> 1997; 48: 1074-8. 2) 川名明彦、工藤宏一郎。かぜ症候群の対症療法。 <i>薬局</i> 1997; 48: 1951-7.	n/a	n/a	『漢方薬は日常臨床でも葛根湯や麻黄湯などが“かぜ症候群”によく用いられている。漢方薬は通常病態分類による漢方診断によって、総合的に治療薬を選別して行われているもので、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	
1995	×	J30 J45 L20-L30	アレルギー疾患治療ガイドライン 95 改訂版	日本アレルギー学会 (監修: 牧野荘平 獨協医科大学医学部アレルギー内科教授)	ライフサイエンス・メディカ、1995年7月	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、多くの経験に裏づけされ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て、患者の体質、体力とその時点での特効反応の強弱によって方剤を選ぶという原則がある。これは薬剤が天然生薬であり新薬のような攻撃的薬効は有していないので、投与前にあらかじめ responder と non-responder を区別するという経験則に基づいている。一般に喘息発作の急性期には麻黄剤 (小青竜湯、他) を、慢性期には体質改善を目指して柴胡剤 (柴朴湯、他) を投与するのが原則である。 ①重症のケースや発作がひどいときは当然、西洋薬を優先する。②軽症、中等症の喘息にはよい適応があり、病型にはそれほどこだわらなくてもよい。③漢方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中に下記の記載がある。 『発作期 (麻黄剤) 熱証 (暑がり、汗をかく): 麻杏甘石湯、寒証 (寒がり、くしゃみ、鼻水): 小青竜湯 慢性期 (柴胡剤) (体力中等度、虚実間): 柴朴湯、小柴胡湯、脾虚 (胃腸が弱い): 補中益気湯、腎虚 (足腰の冷え、弱り): 八味地黄丸 *柴朴湯はステロイド投与例にステロイド節減作用や下垂体副腎機能の賦活作用があることが認められている。』	n/a	
						2	麻杏甘石湯	気管支喘息		n/a	n/a			
						3	小青竜湯	気管支喘息		n/a	n/a			
						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			
						5	補中益気湯	気管支喘息		n/a	n/a			
						6	八味地黄丸	気管支喘息		n/a	n/a			
						7	小青竜湯	鼻アレルギー (含花粉症)		n/a	n/a			
						8	葛根湯	鼻アレルギー (含花粉症)		n/a	n/a	『漢方薬では小青竜湯、葛根湯、小柴胡湯などが用いられているが、有効性、成分配合の根拠、作用機序などはまだよく検討されていない。』	n/a	
						9	小柴胡湯	鼻アレルギー (含花粉症)		n/a	n/a			
						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	『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、大蜜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せられた方剤である。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	
						11	十味敗毒湯	湿疹・皮膚炎群						
						12	消風散	湿疹・皮膚炎群						
						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	『病名投与方法を実施する場合、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	
						14	越婢加朮湯	湿疹・皮膚炎群						
						15	当帰飲子	湿疹・皮膚炎群						
						16	消風散	アトピー性皮膚炎		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	
						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	『柴胡清肝湯は元来、漢方でいう解毒症に当たる小児腺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い、さらにこの証は大部分遺伝するもので、成長するにつれて軽快するという。これらの傾向はアトピー性皮膚炎患者と共通する部分が少ない。柴胡清肝湯が本症に応用される理由とされている。この柴胡清肝湯を投与して白色ワセリンを外用した場合で64%、ステロイド外用剤で84%の有効率が得られている。』	n/a	

下記の処方について処方名、構成生薬、適用、証の一覧表が掲載されている。: 越婢加朮湯、黄連解毒湯、葛根湯、柴胡清肝湯、柴朴湯、十味敗毒湯、小柴胡湯、小青竜湯、消風散、大黃牡丹皮湯、当帰飲子、麦門冬湯、八味地黄丸、補中益気湯、麻杏甘石湯

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 (62CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
1995	×	J30 J45 L20-L30	アレルギー 疾患治療ガ イドライン 95 改訂版	日本アレルギー学会 (監修: 牧野荘平 獨 協医科大学医学部アレルギー内科教授)	ライフサイエ ンス・メディ カ, 1995年7 月	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	『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	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、小青龙湯、消風散、大黃牡丹皮湯、当帰飲子、麦門冬湯、八味地黄丸、補中益気湯、麻杏甘石湯
						19	補中益気湯	アトピー性皮膚炎	小林裕美, 石井正光, 谷井司, ほか. アトピー性皮膚炎の漢方治療—補中益気湯の有用性について—. <i>西日本皮膚科</i> 1989; 51: 1003-13.	n/a	n/a	『補中益気湯は小児のアトピー性皮膚炎に奏効することが多い。われわれは漢方方剤の選択に際し、一般にアトピー性皮膚炎の患者は色青白くやせ型で感染に対して抵抗力が弱いという特徴を有することが多いことから、これを虚証としてとらえ、体質改善の目的で補中益気湯を用い、西洋医学的療法との併用を試みた。その結果、本剤が有用であるとの成績が得られた。補中益気湯の主役は黄耆で、これに甘草と人参を加えてこの3剤が主剤で、他に白朮、柴胡、升麻、当帰、大棗、生姜、陳皮からなる。補気薬である黄耆、人参、甘草、白朮は元気をよくし、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気湯が構成される。また補中益気湯の薬理作用の1つにnatural killer (NK) 活性の増強作用があり、アトピー性皮膚炎の中には病因の1つとしてNK活性の低値が関与している例も存在し、そのような例では有効に働くことが考えられる。』	n/a	
						20	越婢加朮湯	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	『越婢加朮湯は実証ないし虚実中間証の人で、顔面が湿潤したような急性増悪期に用いられることが多い。』	n/a	
						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	『十味敗毒湯も実証ないし虚実中間証の人で、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	
						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	『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	
						23	治頭痛一方	アトピー性皮膚炎、湿潤性痂皮性湿疹	n/a	n/a	n/a	『治頭痛一方は実証の患児で、主として乳児期の頭部、顔面に生じた湿潤性痂皮性湿疹に対して用いられる。』	n/a	
						24	補中益気湯	幼・小児期アトピー性皮膚炎	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。この時期には肘窩、膝窩など四肢関節の屈側部などにみられる苔癬型病変が特徴的である。このような時期の患児においては、色青白くやせ型で、風邪をひきやすいという傾向がみられることが多い。これは虚証としてとらえることができる。このような虚弱体質を改善するために作られた方剤に補中益気湯がある。また、前記の柴胡清肝湯なども虚証の患児に用いられる。』	n/a	
						25	柴胡清肝湯	幼・小児期アトピー性皮膚炎	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オ血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	
						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	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オ血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	
27	黄連解毒湯	成人型アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	年齢の変化による漢方薬の使い方の項に、下記の記載がある。 『成人期のアトピー性皮膚炎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巣は難治性のもので、ステロイド外用剤の長期運用も原因の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・消炎作用があり、これらの作用が相まって徐々にではあるが、効果がみられることが多い。大黃牡丹皮湯も同ような目的で用いられることがある。』	n/a							
28	大黃牡丹皮湯	成人型アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	n/a	年齢の変化による漢方薬の使い方の項に、下記の記載がある。 『成人期のアトピー性皮膚炎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巣は難治性のもので、ステロイド外用剤の長期運用も原因の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・消炎作用があり、これらの作用が相まって徐々にではあるが、効果がみられることが多い。大黃牡丹皮湯も同ような目的で用いられることがある。』	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 (53CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2021	○	K80.5	胆石症診療ガイドライン2021改訂第3版	日本消化器学会・日本消化器内視鏡学会・日本胆道学会・胆道症診療ガイドライン委員会(作成委員長 藤田直孝 みやぎ健診プラザ)	南江堂、2021年11月15日改訂第3版発行	1	茵陈蒿湯	肝内結石	n/a	n/a	n/a	『BQ3-(3)-1肝内結石症の治療にはどのようなものがあるか?』に対して、解説に下記の記載がある。 『薬物療法として、胆汁中のコレステロール飽和指数を低下させて結石生成を抑制するスタチン製剤や胆汁酸量を低下させるフィbrates系薬剤、胆管炎・胆汁うっ滞を改善させるUDCAなどの胆汁酸製剤、胆汁酸非依存性に胆汁分泌を増加させて肝内結石生成を抑制する茵陈蒿湯、糖蛋白を分解して色素石を溶解するシステイン系薬剤などがあるが、いまだ確立した薬物療法は報告されていない。』	n/a	
2021	○	T78.1	食物アレルギー診療ガイドライン2021	一般社団法人日本小児アレルギー学会食物アレルギー学会食物アレルギー委員会(統括委員長 藤澤隆夫 国立病院機構三重病院、作成委員長 海老澤元宏 国立病院機構相模原病院臨床研究センター、副院長 伊藤浩明 あいち小児保健医療総合センター)	協和企画、2021年11月13日第1版第1刷発行	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		食物アレルギーを含む薬剤・ワクチンのその他の項に、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)、ヤマモイモ(生薬名:山薬)、ゼラチン(生薬名:阿膠)など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)は湿疹治療に使用されることがある。』	
2021	×	J45.9	喘息予防・管理ガイドライン2021	一般社団法人日本アレルギー学会アレルギー学会喘息ガイドライン専門部会、『喘息予防・管理ガイドライン2021』作成委員	協和企画、2021年10月8日第1版第1刷発行	1	漢方薬、柴朴湯、麦門冬湯	成人喘息(長期管理薬)	n/a	n/a	n/a	薬剤の11)その他の薬剤、療法の項に、下記の記載がある。 『漢方薬の投与は証を基にした患者の体質・体力と、その時点での副反応の強弱によって方剤を選ぶという腑証が重要である。柴朴湯や麦門冬湯など多くの有効症例の報告はあるが、適切な確薬が得難く、喘息治療における有効性を裏支えするプラセボ対照試験ができていないのが現状である。』	n/a	巻末に五虎湯、柴朴湯、小青竜湯、麦門冬湯、麻黄湯、麻香甘石湯の一般名・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。
				Strength of Evidence A: 無作為化比較試験(RCTs)、大規模データ B: 無作為化比較試験(RCTs)、(比較的)小規模データ C: 無作為化試験、観察的研究 D: パネルコンセンサスの総意		2	漢方薬(地竜、葛根湯など)	AERD(NSAIDs過敏喘息、N-ERD、アスピリン喘息)	n/a	D: パネルコンセンサスの総意	n/a	AERD(NSAIDs過敏喘息、N-ERD、アスピリン喘息)の発熱疼痛時の対応の項に、下記の記載がある。 『漢方薬の葛根湯や地竜などは安全である(エビデンスD)』 AERD(NSAIDs過敏喘息、N-ERD、アスピリン喘息)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)』と記載がある。	n/a	
2021	○	N40~N51	フレイル高齢者・認知機能低下高齢者の下部尿路障害に対する診療ガイドライン2021	日本サルコペニア・フレイル学会、国立長寿医療研究センター	ライフサイエンス出版、2021年4月15日第1版第1刷発行	1	漢方薬・生薬、八味地黄丸、牛車腎気丸	前立腺肥大症	n/a	n/a	n/a	『CQ4フレイル高齢者、認知機能低下高齢者の前立腺肥大症の治療には、どのような薬剤が推奨されるか?』に対して、解説に下記の記載がある。 『前立腺肥大症の治療薬には、交感神経α1遮断薬、ホスホジエステラーゼ5阻害薬、5α還元酵素阻害薬、漢方薬・生薬などがある。』 『漢方薬や生薬についても、前述の薬剤に比較して科学的根拠に基づく推奨度は低いが、実臨床においては広く使用されている。』 ※『前立腺肥大症を有するフレイル高齢者、認知機能低下高齢者に対する治療薬は「男性下部尿路症状・前立腺肥大症診療ガイドライン」に従って選択されることが推奨される(エビデンスレベル1、推奨レベルA)。』	n/a	「前立腺肥大症に使用される主な薬剤」の表中に、漢方薬として八味地黄丸、牛車腎気丸があり、用法・用量が記載されている。
2021	×	B24	抗HIV治療ガイドライン2021年版	令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金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)	【現在は最新の2023年3月版にリンクされている】	1	漢方薬	薬物相互作用	n/a	n/a	n/a		『Ⅳ抗HIV薬の作用機序と薬物動態、3抗HIV薬の代謝と薬物相互作用』に下記の記載がある。 『PIやNNRTIは、チクロームP450(CYP)の基質であると同時にその活性を抑制(時に促進)する作用がある。したがって、CYPで代謝される他の薬剤との相互作用が生じる(抗HIV薬同士の相互作用については前述)。(中略)健康食品や漢方薬として市販されているものの中にも相互作用を有するものがあり(セイヨウオトギリソウSt. John's Wortが代表的)、注意を要する。』	
2020	○	N61	乳腺炎ケアガイドライン2020	公益社団法人日本助産師会、一般社団法人日本助産学会	日本助産師会出版、発行年月日2021年2月1日2版発行	1	葛根湯	乳腺炎症状	n/a	n/a	n/a	『CQ5: 乳腺炎の女性が、葛根湯を服用すると、乳腺炎症状(発熱・発赤・疼痛・腫脹)が改善するか?』に、下記の記載がある。 『P: 乳腺炎の女性 1: 葛根湯を服用する C: 葛根湯を服用しない O: 乳腺炎症状(全身の発熱、乳房の発赤・疼痛・腫脹)の改善 【推奨】今回は該当する研究が見つからず、エビデンスが存在しなかった。 【エビデンスの確実性】評価できず 【解説】今回の網羅的文献検索の結果、該当する介入研究は見つからなかった。 【日本助産師会・日本助産学会の提案】 乳腺炎症状の改善を期待して慣例的に葛根湯が用いられている。一方、乳腺炎症状を改善する効果の根拠は不明である。そのため、日本助産師会・日本助産学会は、助産師が乳腺炎症状を改善する目的で、葛根湯の服用を勧めることは提案しない。』 ※PICO P: Patients, Problem, Population (対象の範囲や症状など) I: Intervention (検討したい治療法) C: Controls, Comparators (比較する治療法) O: Outcome (アウトカム)	n/a	
						2	葛根湯	乳腺炎症状	n/a	n/a	n/a	『コラム 葛根湯』に、下記の記載がある。 『乳腺炎症状の改善を期待して慣例的に葛根湯が用いられている。一方、乳腺炎症状を改善する効果の根拠は不明である。そのため、助産師会・助産学会は、助産師が乳腺炎症状を改善する目的で、葛根湯の服用を勧めることは提案しない(p.97 CQ5参照)。』	n/a	
2020	×	N19	腎代替療法選択ガイド2020	日本腎臓学会、日本透析医学会、日本腹膜透析医学会、日本臨床腎移植学会、日本小児腎臓病学会(委員長:猪俣善隆 大阪大学大学院医学系研究科腎臓内科学、酒井謙 東邦大学医学部腎臓学講座、伊藤森彦 愛知医科大学腎臓・リウマチ膠原病内科、西慎一 神戸大学大学院腎臓内科、服部元史 東京女子医科大学腎臓小児科)	ライフサイエンス出版、2020年9月10日第1刷発行	1	漢方薬	腹膜透析開始後の注意事項	n/a	n/a	n/a		『Q17 腹膜透析を始めた後は、日常生活で注意することはありますか?』の項に、下記の記載がある。 『解説: 腹膜透析開始後は、保存期のとくと同様に、食事や薬の服用が重要です。市販薬や健康食品・サプリメント・漢方薬(茶)は自己判断で服用しないようにします。』	

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 (53CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2020	○	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 2020	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(診療ガイドライン作成分科会 研究分担者 岡田浩一 埼玉医科大学腎臓学科)	東京医学社、2020年8月25日 第1刷発行	1	甘草	低カリウム血症(副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	『IV治療、4薬剤の作用機序と副作用、1) 副腎皮質ステロイド』の項に、ステロイドと他の薬剤の相互作用の表があり、下記の記載がある。『4.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』	
2020	○	H81.0	メニエール病・連発性内リンパ水腫診療ガイドライン 2020年版	一般社団法人 日本めまい平衡医学会 メニエール病・連発性内リンパ水腫診療ガイドライン 2020年版作成委員会(統括委員会 委員長: 將積日出夫 富山大学耳鼻咽喉科学 教授)	金原出版、2020年5月15日 第1刷発行	1	漢方薬	メニエール病	n/a	n/a	n/a	『24.2 メニエール病の間歇期の治療(治療アルゴリズム)』の薬物治療の項に、下記の記載がある。『抗めまい薬、ビタミンB12薬、漢方薬などがイソソルビドと併用または単独に投与されることがある。』	n/a	「メニエール病の間歇期の治療アルゴリズム」に、下記の記載がある。 「メニエール病の発作予防の段階的治療 1. 保存的治療 生活指導(過労・睡眠不足・ストレス回避)、心理的アプローチ 薬物治療(浸透性利尿薬、抗めまい薬、抗不安薬、ビタミンB12、漢方薬)」
2020	×	R42	標準的神経治療 めまい(2020)	日本神経治療学会・ガイドライン作成委員会	https://www.jsitajc.jst.go.jp/article/jsnt/37/5/37_769/pdf/char/ja	1	抑肝散(加陳皮半夏)	めまいに関連する精神疾患	n/a	n/a	n/a	心因性めまいの『4. 合併した精神疾患の治療、2) 向精神薬の使い方』の項に、Table2の中に下記の記載がある。『分類: 漢方薬、一般名: yokukansan、薬剤名: 抑肝散(加陳皮半夏)、1日用量: 1~3包、備考: 不眠症、イライラ、認知症不穏』	n/a	
2019	×	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)	2019年4月発行	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	
2019	○	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)	中外医学社、2019年7月25日 初版1刷発行	1	漢方薬(八味地黄丸、牛車腎気丸)	下部尿路機能障害	n/a	5: 後ろ向きの症例研究か専門委員会の意見に裏付けられる	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、エドプロスタット、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	
2019	×	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	1	大柴胡湯、柴胡桂枝乾姜湯、半夏厚朴湯、抑肝散、帰脾湯、酸棗仁湯、温経湯	不眠症	n/a	n/a	n/a	『Q15 民間療法、漢方、サプリメントで睡眠薬の代わりになるものはありますか?』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、帰脾湯、酸棗仁湯、温経湯などがあり、これらにはハンゲ、サイコ、オウゴン、カンゾウ、トウキ、オウギなどの生薬が配合されている。多くは神経系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臨床的エッセンスの表の中に、「CQ27 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。
						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。』		
						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	
						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、ドネペジルやプラミベキソール(ピ・シフロール)などの有用性も報告されている。』	n/a	

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

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 (53CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2019	○	A85.8	HTLV-1 関連脊髄 (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)	南江堂、2019年6月5日発行	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の項に、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、「薬剤の分類: 漢方薬、一般名: 八味地黄丸 (一般的な投与量: 6.0g、7.5gを1日2～3回分割投与)、一般名: 牛車腎気丸 (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。	
2019	×	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) 2019年6月厚生労働省	https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000568037.pdf	1	漢方薬	多剤服用	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	
						2	六君子湯	食欲不振 (多剤服用)	n/a	n/a	別添の事例集の『複数の医療機関からの処方を一元化した事例』に対して、下記の記載がある。 『介入前の処方の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		
						3	抑肝散	軽度の認知機能低下 (多剤服用)	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。 『介入前の処方の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		
2019	×	150.9	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科循環器内科学)	ライフサイエンス出版、2019年3月30日 第1版第1刷発行	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、腹痛 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』		
2019	×	160-169	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	日本内科学会雑誌 108巻 5号、2019年発行	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) 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。』		
2019	○	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: 富永徳二)	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	1	漢方薬 (抑肝散)	外傷急性期の精神障害	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) の投与を考慮してもよい (グレードB)。』	n/a	
2018	×	J45.9	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社、2018年11月10日 第1版第1刷発行	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、モサ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 (アルロイドG内用液) を併用するのがよいこともある。』	n/a	
2018	×	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	1	抑肝散	低カリウム血症 (副作用)	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。』		
2018	○	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: 谷原信雄 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	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下降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	

『』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 (53CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2017	○	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) 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、2017年7月20日 第2版第1刷発行	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のか?』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	
2017	×	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) Strength of Evidence A: 良質なエビデンス B: 中等度のエビデンス C: 弱いエビデンス Strength of Recommendation 1: 強く推奨 2: 弱く推奨	中外医学社、2017年6月10日 初版第1刷発行	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	
2017	×	E85.9	最新アミロイドーシスのすべてー診療ガイドライン2017とQ&A	監修: 安東由喜雄 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	1	牛車腎気丸	遺伝性ATTRアミロイドーシス	n/a	n/a	n/a	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不可能な例や、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錠や、トリプタール (10mg) 3~6錠、リリカカプセル (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。』	n/a	
2017	×	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.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf	1	抑肝散	BPSD	n/a	n/a	n/a	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、メマンチンやコリン分解酵素阻害薬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。これらにより標的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の前に検討することは可能。』	n/a	
2016	×	J84.8	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	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。』	
2016	○	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	1	チヨウセンニンジン	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、にんにく、イチヨウ葉、チヨ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技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。』	
2016	×	E66.9	肥満症診療ガイドライン2016	日本肥満学会 ガイドライン作成委員会 (委員長: 宮崎滋 結核予防会総合健診推進センター)	ライフサイエンス出版、2016年3月	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	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 利点: 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。』	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 (53CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2016	○	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、2016年発行	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、グリチロン錠、強力ネオミノファーゲンC』の記載がある。	
2015	×	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断基準・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月発行	1	黄連湯、半夏瀉心湯、茵陳蒿湯、十全大補湯、補中益気湯	口腔扁平苔癬	n/a	n/a	n/a	治療中の全身療法の項に、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、望診などや陰陽、虚寒、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も、効能効果に口内炎の表示が含まれている黄連湯、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、補中益気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。
2015	×	F50.9	小児科医のための摂食障害診療ガイドライン-小児心身医学会ガイドライン集 改訂第2版-	日本小児心身医学会 摂食障害ワーキンググループ(委員長:井口敏之 星ヶ丘マタニティ病院小児科)	南江堂、2015年7月10日改訂第2版発行	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:嘔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	
2015	×		小児科医のための不登校診療ガイドライン-小児心身医学会ガイドライン集 改訂第2版-	日本小児心身医学会 不登校ワーキンググループ(委員長:村上佳津美 近畿大学医学部堺病院心身診療科)	南江堂、2015年7月10日改訂第2版発行	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	
2015	×	I95.1	小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン-小児心身医学会ガイドライン集 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	1	半夏白朮天麻湯、補中益気湯、小建中湯、真武湯、苓桂朮甘湯	起立性調節障害	n/a	n/a	n/a	その他の治療法の項に、下記の記載がある。 『OD【起立性調節障害】の治療においては、上記の西洋医学に基づく治療以外にもさまざまな治療が実際の臨床現場においてなされている。それには、漢方療法、補完・代替療法と呼ばれるものが含まれ、医療機関で個別に実施されている。これらの治療によって改善する場合もあるが、明確なエビデンスが得られているとはいえない。したがって、これらの治療については、本ガイドラインによる治療を行っても改善がみられない重症例に対して、子どもや家族の希望があれば試してもよいと考えられる。この解説では、漢方療法と補完・代替療法について簡単に触れたが、今後の研究が待たれるところである。』	n/a	漢方療法の一覧表の中に、半夏白朮天麻湯、補中益気湯、小建中湯、真武湯、苓桂朮甘湯の記載がある。
2015	×	R46.8	小児科医のための不登校診療ガイドライン-小児心身医学会ガイドライン集 改訂第2版-	日本小児心身医学会 不登校ワーキンググループ(委員長:村上佳津美 近畿大学医学部堺病院心身診療科)	南江堂、2015年7月10日改訂第2版発行	1	漢方薬	不登校	n/a	n/a	n/a	薬物の使用についての項に、下記の記載がある。 『抗うつ薬や抗不安薬をタイミングよく使うことが事態の打開につながりますが、まずは身体症状に対して使い慣れた薬物を上手に組み合わせるよう使います。漢方薬を適宜使用するのもよいでしょう。』	n/a	
2014	×	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	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	
2014	×	G80.9	脳性麻痺リハビリテーション診療ガイドライン 第2版	公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 監修 診療ガイドライン委員会(委員長:辻哲也 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室・准教授)、脳性麻痺リハビリテーションガイドライン策定委員会(委員長:高橋秀寿 埼玉医科大学国際医療センター運動・呼吸器リハビリテーション科・教授)	金原出版、2014年1月24日 第2版発行	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。 『GREID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	
2013	○	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	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有痛性痙攣には、抗てんかん薬(保険適用外のことが多い)、筋弛緩薬(バクロフェン、ダントロンなど)、芍薬甘草湯、塩酸メキシレン(保険適用外)などが有効なことが多い。また有痛性筋痙攣は経過に伴い自然に消失していく。』	n/a	

『』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 (53CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2013	×	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) 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。 (*)MindsにおけるC2は「科学的根拠がなく、行わないよう勧められる。」であるが、本ガイドラインでは「科学的根拠がなく、行うよう勧められない。」と変更して用いた。	https://jssr.jp/files/guidelines/uminyaku_guideline.pdf	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を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、不眠症状もいつ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。 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		
2013	○	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) Strength of Recommendation A: 十分なエビデンスがあり、推奨内容を日常診療で実践するように強く推奨する。 B: エビデンスがあり、推奨内容を日常診療で実践するように推奨する。 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。	金原出版、2013年9月20日 第2版第1刷発行	1	漢方薬(猪苓湯)	尿路結石	n/a	n/a	C1: エビデンスは十分とはいえないが、日常診療で行ってもよい。 『CQ10: 尿管結石の自然排石を促進する薬剤にはどのようなものがあるか?』に対して、下記の記載がある。 『ウラジログシエキスや漢方薬(猪苓湯)などは尿管結石排石促進作用に対してよく用いられてきたが、エビデンスレベルの高い報告はない。しかし、その効果を否定するものではない。 解説: わが国では1970年代より、結石の排石促進目的にウラジログシエキスや猪苓湯などの漢方薬が使用されてきた。これらの薬剤は尿管結石症に適応があるが、その効果についてエビデンスレベルの高い報告はなく、排石促進効果の性格な評価は困難である。しかし、その効果を否定するものではなく、これらの薬剤によるMETも今まで通り施行しても良いと考えられる。』	n/a		
2013	×	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:松尾汎 松尾クリニック理事長; 藤田保健衛生大学客員教授)	メディカルレビュー、2013年9月10日 第1版発行	1	漢方薬	リンパ浮腫	n/a	n/a	n/a	リンパ浮腫の疫学の治療の項に、下記の記載がある。 『薬物治療が19.78%で施行され、内訳は利尿剤6.45%、漢方薬2.10%、メリロートエキス複合剤1.96%、抗血小板、抗凝固剤0.98%であった。効果は77.30%で無効であった。』	n/a	
2013	×	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:松尾汎 松尾クリニック理事長; 藤田保健衛生大学客員教授)	メディカルレビュー、2013年9月10日 第1版発行	2	漢方薬	リンパ浮腫	n/a	n/a	n/a	リンパ浮腫の最近の治療: 方法、手技についての薬物療法の項に、下記の記載がある。 『リンパ浮腫を軽減する治療として、ベンゾピロン類、利尿剤、漢方薬などが使用されることがあるが、いずれも効果について明らかなエビデンスが得られておらず、副作用のリスクを有することから推奨されない。また原発性リンパ浮腫に対しての研究報告はほとんどみられない。』	『副作用のリスクを有する』	
2013	○	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:井上善文)	照林社、2013年5月25日 第1版第1刷発行	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、メクロプラミド、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	
2013	○	C80.0	終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン 2013年版	特定非営利活動法人 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン委員会(委員長:太田恵一朗 湘南鎌倉総合病院オンコロジーセンター)	金原出版、2013年1月31日 第1版第1刷発行	1	漢方薬	がん悪液質	n/a	n/a	n/a	がん悪液質の概念と最近の動向の代謝制御・栄養管理の実践、その他の治療の項に、下記の記載がある。 『各種薬剤や栄養素の他に、インスリン、サリドマイド、カンナビノイド、ハーブ療法(漢方含む)などによる悪液質改善の報告や、グリリンなどの食欲不振の阻害作用を有する薬剤などが開発されつつある。しかし、現時点ではいずれも限定的なエビデンスにとどまっており、各種ガイドラインで使用が推奨されるには至っていない。』	n/a	
2012	×	F45.9	専門医向け外来心身医療ガイドライン	小児心身医学総論研究班(委員長:小柳憲司 長崎県立こども医療福祉センター)	日本小児心身医学雑誌、第21巻第2号、2012年	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、症状が多彩で多剤併用になってしまふ場合、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	
2012	×	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 京都健康科学研究会 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	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	

『』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 (53CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
2011	×	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)	2011年8月17日 第2版発行	1	大黄、大建中湯、大黄甘草湯、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)、大黄 (大黄)、ラキソベロン (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: 大黄甘草湯 (大黄)、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。
						2	八味地黄丸	尿失禁	n/a	n/a	n/a	尿失禁の項に、下記の記載がある。 【災害地で行える治療 内服治療: 過活動性膀胱への薬物治療として (ボラキス、バップフォー、スピロベントなど) があるほか、八味地黄丸などの漢方薬も有用である。】 【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、バップフォー、八味地黄丸など) 可能ならば腹部超音波検査装置、検尿用試薬など。】	n/a	
2011	×	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	1	朝鮮人参 (高麗人参)	不眠 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	睡眠障害をきたす大衆薬・嗜好品・サプリメントの表中に、『効能など: 疲労回復、強心作用、成分: 朝鮮人参 (高麗人参)、睡眠障害の種類: 不眠』の記載がある。	
2010	×	B19.9	劇症肝炎の診療ガイド	厚生労働省「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班編集 (班長: 坪内博仁)	文光堂、2010年10月10日 第1版第1刷発行	1	漢方薬	劇症肝炎 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	成因の判定基準の薬物性の項に、下記の記載がある。 【一般的な薬物のみならず、漢方薬、民間薬、健康食品などによる薬物性肝障害も少なからず認められる。 患者は、漢方薬や健康食品、サプリメントなどを安全と考える傾向があり、服用していても話さないことがあるので、詳細な病歴聴取が必要である。】	わが国における薬物性肝障害の起因薬物の表中に、『漢方薬 割合6%』の記載がある。
						2	漢方薬	小児急性肝不全 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	原因別にみた小児急性肝不全の特徴の薬物性および自己免疫性の急性肝不全の項に、下記の記載がある。 【薬物性急性肝不全の起因薬物は多岐にわたるが、抗痙攣薬、抗菌薬、消炎酵素薬、漢方薬が知られている。】	
2010	×	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	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	
2009	×	J10-J18	新型インフルエンザ診療ガイドライン	日本感染症学会	http://www.kansensho.or.jp/uploads/files/guidelines/influenza_guideline.pdf	1	麻黄湯	インフルエンザ	n/a	n/a	n/a	一般的な治療の項に、下記の記載がある。 【漢方薬による診療に習熟した医師のもとでは、一部の麻黄湯などの漢方薬を投与することも可能である。】	n/a	
2007	×	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	1	漢方薬	男性更年期障害	n/a	n/a	n/a	発刊によせて (社団法人日本泌尿器科学会理事長 奥山明彦) の中に、下記の記載がある。 【本邦では男性更年期障害という疾病概念が先行し、これに従って男性ホルモン補充療法、抗うつ薬、ED治療薬、漢方薬等を用いた治療が開始されましたが、現実には男性ホルモン値など診断や治療の基準がなく、医療現場の混乱を招いてきました。】	n/a	
2005	×	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日発行	1	漢方薬	乳癌	n/a	n/a	C: 乳癌治療において代替療法を推奨するだけの根拠はない。 【乳がん治療として代替療法は有用か】 【いわゆる民間療法は、ある種の植物や人工合成物の服用、気功や運動療法、さらに温泉療法などさまざまなものが宣伝されていて120種類以上あるといわれている。そして、普及率48~87%との調査もあるように癌患者の多くがこれら治療を取り入れている。経済的にも莫大な費用がとぎ込まれ2000年の国内の漢方薬市場だけを取り上げても実に2兆円を越えると報告されている。このように広く使用されているにもかかわらず、その効果や毒性について科学的に検証されたものはほとんどないのが実情である。(以下、省略)】 ※本ガイドラインでは漢方は代替医療の一部とされており、漢方を含む代替医療全体として、「推奨するだけの根拠はない」とされている。	n/a		
2005	×	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月発行	1	漢方薬	ペーチェット病	n/a	n/a	n/a	「主な薬剤とその使用法」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	
2004	×	R	改訂 高齢女性の健康増進のためのホルモン補充療法ガイドライン	厚生労働省・長寿科学総合研究「老年人に対するホルモン補充療法に関する総合的研究」班 (代表: 武谷雄二/大内尉義)	メディカルレビュー社、2004年5月発行	1	漢方薬	更年期障害	n/a	n/a	n/a	【ホットフラッシュ (のぼせ、ほてり)、発汗などの血液運動神経症状を主体とする自律神経更年期障害には、HRTにより即効性に約1か月で症状の改善をみることが出来る。一方、社会心理的要因により誘発されると考えられているうつ、神経症などの神経症状を伴う更年期障害に対してもHRTはかなり有効であり、約1か月で症状の改善をみることが出来る。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	

『』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 (53CPGs)

1 発行年	2 Minds 掲載	3 ICD10	4 CPG名	5 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	6 書誌事項	7 ST No.	8 処方名	9 疾患	10 引用論文など	11 CPG中の Strength of Evidence	12 CPG中の Strength of Recommendation	13 有効性に関する記載ないしその要約	14 副作用に関する記載ないしその要約	15 備考
1996	×	M35.0	シエーグレン症候群治療指針マニュアル	厚生省特定疾患自己免疫疾患調査研究班(班長: 宮坂信之)	厚生省自己免疫疾患調査研究班 平成8年3月21日 第1版	1	人參養榮湯	シエーグレン症候群(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』	
						2	麦門冬湯	シエーグレン症候群(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』	
						3	小柴胡湯	シエーグレン症候群(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』	