

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文の著者注を示す。

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (7CPGs)

↑や↓の矢印については、矢印の先の記載を参照

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考	コメント		
1	H66.9	小児急性中耳炎診療ガイドライン 2013年版	<p>日本耳科学会、日本小児耳鼻咽喉科学会、日本耳鼻咽喉科感染症・エアロゾル学会 編 小児急性中耳炎診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 工藤典代 千葉県立保健医療大学健康科学部栄養学科)</p> <p>Strength of Evidence I a: ランダム化比較試験のメタナリシ (結果がほぼ一致) I b: ランダム化比較試験 RCT II a: よくデザインされた比較研究 (非ランダム化) II b: よくデザインされた準実験的研究 III: よくデザインされた非実験的記述研究 (比較・相関・症例研究) IV: 専門家の報告・意見・経験</p> <p>Strength of Recommendation A 強い推奨: 強いエビデンスがあり、利益は害よりはるかに大きい B 推奨: 十分なエビデンスがあり、利益は害より大きい C 推奨は行わない: かなりのエビデンスはあるが、利益と害のバランスが拮抗している D 提供しないように推奨: 害が利益より大きい I 不十分なエビデンスで利益と害のバランスが決定できない</p>	金原出版、2013年7月10日 第3版発行	1-1	十全大補湯	反復性中耳炎	Maruyama Y, Hoshida S, Furukawa M, et al. Effects of Japanese herbal medicine, Juzen-taiho-to, in otitis-prone children-a preliminary study. <i>Acta Oto-laryngologica</i> 2009; 129: 14-8.	n/a	n/a	7 対象の反復性中耳炎の診療について、反復性中耳炎の治療の項に、下記の記載がある。 『本邦独自の治療として提唱されているのが、漢方補劑による免疫能の上昇に基づくと考えられる予防効果で、十全大補湯の有効性が報告された。』	n/a				
					1-2	十全大補湯	反復性中耳炎	吉崎智一. 小児反復性中耳炎に対する十全大補湯の有効性に関する多施設共同非盲検ランダム化比較試験 (H21-臨床研究-一般-007) に関する研究. <i>厚生労働科学研究費補助金・医療技術実用化総合研究事業. 平成21年度～23年度総合研究報告書</i> 2012.	n/a	n/a						
					1-3	十全大補湯	反復性中耳炎	I	I	B 推奨: 十分なエビデンスがあり、利益は害より大きい					『CQ21-8: 反復性中耳炎に対して漢方補劑は有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨: 漢方補劑の中でも十全大補湯は免疫賦活・栄養状態改善などの効果があるため推奨する。 背景: 反復性中耳炎は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漢方薬の一つである十全大補湯の有効性が報告されている。 解説: 基本的な生命機能を維持する体力が低下して起こる種々の状態に対し、漢方では足りないものを補う治療法、すなわち補劑の投与が行われる。これにより身体の恒常性を回復させる。代表的な補劑としては、十全大補湯と補中益気湯がある。補劑に関する基礎的・臨床的研究が多く報告されており、宿主の免疫賦活作用と生体防御機能の向上、感染症に対する有効性が証明されつつある。臨床的にはライノウイルス感染抑制効果、COPD患者における感冒罹患回数の減少と体重増加、MRSA感染防御効果、カンジダ感染症に対する有効性が報告されている。さらに乳幼児の肛門周囲膿瘍・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、食細胞の貪食活性の亢進、サイトカイン産生の調整、NK細胞活性の増強作用が知られており、各種免疫賦活作用や、栄養状態改善などの効果がある。(中略) ただし、十全大補湯の保険診療上の適応症は「病後の体力低下、疲労倦怠、食欲不振、ねあせ、手足の冷え、貧血」となっており、現段階(2013年5月時点)では中耳炎は適応症に含まれていない。』	
					1-4	十全大補湯	反復性中耳炎	Maruyama Y, Hoshida S, Furukawa M, et al. Effects of Japanese herbal medicine, Juzen-taiho-to, in otitis-prone children-a preliminary study. <i>Acta Oto-laryngologica</i> 2009; 129: 14-8.	II b: よくデザインされた準実験的研究	I					『反復性中耳炎の乳幼児に十全大補湯を3か月間投与し、急性中耳炎罹患頻度の減少、発熱期間および抗菌薬投与期間の減少、救急外来受診の減少が得られ、その有効率が95.2%と報告した。』	n/a
					1-5	十全大補湯	反復性中耳炎	吉崎智一. 小児反復性中耳炎に対する十全大補湯の有効性に関する多施設共同非盲検ランダム化比較試験 (H21-臨床研究-一般-007) に関する研究. <i>厚生労働科学研究費補助金・医療技術実用化総合研究事業. 平成21年度～23年度総合研究報告書</i> 2012.	II a: よくデザインされた比較研究 (非ランダム化)	I					『この【上記】報告を受けて多施設共同非盲検ランダム化比較試験が施行された結果、十全大補湯の投与により急性中耳炎の罹患頻度の減少、鼻風邪罹患頻度の減少、抗菌薬使用量の減少がみられた。また、反復性中耳炎のなかでも、特に①頻回に急性中耳炎を繰り返す重症例、②2歳未満児、③集団保育通園児、④家庭内受動喫煙露出児などのハイリスク群において、有効性がより高いという結果であった。』	n/a
2	B89.0	2014年版リンパ浮腫診療ガイドライン	<p>日本リンパ浮腫研究会編 リンパ浮腫診療ガイドライン委員会 (委員長: 北村薫 ナガモリニック福岡)</p> <p>Strength of Evidence A1: CQに合致した有効性を示す「検証的試験 (RCT)」が複数存在。 A2: CQに合致した有効性を示す「検証的試験 (RCT)」が一つ存在。 A3: CQに合致した「探索的試験 (RCT)」が複数存在。 A4: CQに合致した「探索的研究 (RCT)」が一つ存在。 B1: CQに合致した有効性を示す「非ランダム化試験」あるいは「コホート研究」(ランダム割付を伴わない同時対照群を伴う研究) が複数存在。 B2: CQに合致した有効性を示す「非ランダム化試験」あるいは「コホート研究」(ランダム割付を伴わない同時対照群を伴う研究) が一つ存在。 CQに合致した有効性を示す「後ろ向きコホート研究 (ヒストリカルコホート研究)」(ランダム割付を伴わない過去の対照群を伴うコホート研究) が複数存在。 B3: CQに合致した有効性を示す「後ろ向きコホート研究 (ヒストリカルコホート研究)」(ランダム割付を伴わない過去の対照群を伴うコホート研究) が一つ存在。 C1: CQに合致した有効性を示す症例対照 (ケース・コントロール) 研究 (後ろ向き研究) が複数存在。 C2: CQに合致した有効性を示す症例対照 (後ろ向き研究) が一つ存在。 D1: CQに合致した有効性を示す前後比較研究、対照群を伴わない研究の結果が存在。 D2: CQに合致した前後比較研究、対照群を伴わない研究の結果が存在するが、有効性を示すに至らず、安全性の担保がある。 E1: CQに合致した症例報告、症例集積研究 (ケースシリーズ) が存在。 E2: 専門家個人の意見 (専門家委員会報告を含む) が存在。 F: 判断根拠となるエビデンスが明らかでなく、安全性の保障もされていない。</p> <p>Strength of Recommendation A: 質の高いエビデンスがあり、日常診療として実施することを強く推奨する。 B: 中等度のエビデンスがあり、日常診療として実施することを推奨する (効果が評価できる場合に慎重に行うことが望ましい)。 C: 広く認知され実施されているが質の低いエビデンスしか存在せず、効果が認められる場合に限って日常診療として慎重に実施することを検討しても良い。 D: 質の低いエビデンスがあり、日常診療では効果が認められる場合に限って慎重に実施することを検討しても良い。 E: エビデンスが乏しく、他に選択肢がない場合に限って、日常診療で実施することを検討すべきである (効果が評価できる場合に限る)。 F: エビデンスがなく、患者に不利益が及ぶ可能性があるため、実施しないように推奨する。</p>	金原出版、2014年2月1日 第2版発行	2-1	漢方薬	リンパ浮腫	n/a	n/a	n/a	総論の予防と治療の薬物治療の項に、下記の記載がある。 『リンパ浮腫に対する薬物治療としては漢方とそれ以外に大別でき、後者はクマリン、フラボンとその誘導体を含むベンゾピロン系薬剤が挙げられるが、いずれも治療効果に関する報告が必ずしも一致しておらず、極めて科学的根拠に乏しい。』	n/a				
					2-2	柴芩湯、五苓散など	続発性リンパ浮腫	I	E1: CQに合致した症例報告、症例集積研究 (ケースシリーズ) が存在。 E: エビデンスが乏しく、他に選択肢がない場合に限って、日常診療で実施することを検討すべきである (効果が評価できる場合に限る)。	『CQ14: 続発性リンパ浮腫に対して漢方薬を使用した場合、使用しなかった場合と比べてリンパ浮腫は軽減するか』に対して、下記の記載がある。 『推奨: 続発性リンパ浮腫に対する漢方治療 (柴芩湯、五苓散など) は、有効であるとする報告はいずれも小規模の後ろ向き症例集積であり、質の高いエビデンスが不足している。したがって、治療に難渋するリンパ浮腫に対して、複合的治療による効果が不十分な場合に限り、効果および有害事象に注意して、行うことを考慮できる。 背景・目的: リンパ浮腫に対する治療は非薬物的な複合的治療が一般的であるが、その効果は必ずしも十分ではなく、治療に難渋する場合もしばしばある。利尿作用のある漢方薬について、リンパ浮腫に対する有効性を示した報告が散見される。これら漢方がリンパ浮腫に対して有効であるかどうかを検討した。柴芩湯やその他の漢方が四肢のリンパ浮腫に有効であるとして、臨床現場では使用されることがある。しかし、依然その機序や効果については不明点が多い。 解説: 水滯・浮腫に対して効果が認められている漢方はいくつかあり、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投与は、症例報告、症例集積は散見されるものの、他の治療が併用されているものがほとんどであり、漢方の有効性を直接的に証明していない。また、peer reviewを受けた英文論文の多くは基礎的研究で、リンパ浮腫に対する臨床的有効性を示したものはほとんど見当たらない。 以上より、リンパ浮腫に対する漢方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細心の注意を払って投与を考慮すべきである。』	n/a					
					2-3	柴芩湯	リンパ浮腫	Nagai A, Shibamoto Y, Ogawa K. Therapeutic effects of saireito (chai-ling-tang), a traditional Japanese herbal medicine, on lymphedema caused by radiotherapy: a case series study. <i>Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine</i> 2013; 24:1629.	I	I	『柴芩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、術後の浮腫の減少に対して有効性を示した論文がいくつかある。Nagaiらは放射線治療後のリンパ浮腫症例4例に対して柴芩湯の効果を検証した症例報告を行った。4例中2例に、臨床的に明らかでないリンパ浮腫の軽減がみられたとしている。 同報告では、副作用に注意しつつ、前向きランダム化比較試験が必要と述べている。』	『1例は咳嗽・発熱の出現のため投与中止となった。』				
					2-4	柴芩湯	四肢リンパ浮腫	浦山博, 大村健二, 松智彦, ほか. 四肢のリンパ浮腫に対するツムラ柴芩湯の使用経験. <i>漢方医学</i> 1993; 17: 135-7.	I	I	『四肢リンパ浮腫症例10例 (11 肢 (乳癌術後5例、動脈バイパス術後2例、子宮癌術後1例、特発性2例) に対して柴芩湯の投与前後の患肢の周径差を測定し、周径の平均が上肢では27.9cmから27.1cm (n=5) へ、下肢では35.7cmから33.9cm (n=6) へと減少したことを報告した。長期投与に伴う有害事象はみられず、柴芩湯単独投与でも、9肢中7肢に効果がみられたとしている。これらの報告はいずれも少数の症例集積であり、また他の治療も併用されており、漢方の有効性を直接示したのではない。』	『長期投与に伴う有害事象はみられず』				
					2-5	柴芩湯	リンパ浮腫	Kishida Y, Miki H, Nishii T, et al. Therapeutic effects of Saireito (TJ-114), a traditional Japanese herbal medicine, on postoperative edema and inflammation after total hip arthroplasty. <i>Phytomedicine</i> 2007; 14: 581-6.	I	I		n/a				
					2-6	五苓散、牛車腎気丸など	リンパ浮腫	1) 阿部吉伸, 小杉郁子, 笠島史成, ほか. リンパ浮腫と漢方. <i>Progress in Medicine</i> 2003; 23: 1538-9. 2) 前川二郎, 吉田豊一, 西条正城. 四肢慢性リンパ浮腫に対するツムラ五苓散及び柴芩湯投与例の検討. <i>漢方医学</i> 1991; 15: 21-4.	I	I	『その他の漢方製剤では、五苓散、牛車腎気丸などが、リンパ浮腫に対して有効であったとする邦文の症例報告がある。』	n/a				
					2-7	漢方薬以外の薬物	続発性リンパ浮腫	n/a	F: 判断根拠となるエビデンスが明らかでなく、安全性の保障もされていない。 F: エビデンスがなく、患者に不利益が及ぶ可能性があるため、実施しないように推奨する。	F: 『CQ15: 続発性リンパ浮腫に対して漢方薬以外の薬物を使用した場合、使用しなかった場合と比べてリンパ浮腫は軽減するか』に対して、下記の記載がある。 『推奨: リンパ浮腫に対する漢方薬以外の薬物療法の効果に一貫した根拠はなく、重要な副作用の報告もあることから、行わないことを推奨する。』	n/a					

2009年の改訂版 (前版はタイプB)  
文献一覧 (Abstract Table) は、学会HP (<http://www.otology.gr.jp/guideline/guideline.html>) のみ公開

2008年の改訂版 (前版は記載なし)  
有効性に関する記載ないしその要約の項に、「フロセミドなどの利尿薬」とあるが、「フロセミドなどの利尿薬」の間違ひと思われるため修正した。

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプ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 (7CPGs)

↑や↓の矢印については、矢印の先の記載を参照

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考	コメント	
3	K59.0	小児慢性機能性便秘症診療ガイドライン	日本小児栄養消化器肝臓学会、日本小児消化管機能研究会 編集 小児慢性機能性便秘症診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 友政剛) (小児科臨床) (小児科臨床)	Strength of Evidence 1a: RCTのシステマティック・レビュー (homogeneityであるもの) 1b: 個々のRCT (信頼区間が狭いもの) 1c: 悉無研究 (all or none) 2a: コホート研究のシステマティック・レビュー (homogeneityであるもの) 2b: 個々のコホート研究 (質の低いRCTを含む) (例) フォロアアップ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、臨床に明かに有効である 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	3-1	大建中湯	小児の便秘症	n/a	n/a	C1: 行ってもよい 科学的根拠に乏しいが、臨床上有効である可能性がある	『CQ38: 維持治療には、どのような薬剤が用いられるか』に対して、下記の記載がある。 『維持治療に用いられる薬剤として、浸透性下剤、刺激性下剤、消化管運動賦活薬、漢方製剤などがある。』 『日本で維持治療に使用される頻度の高い薬剤を表に示す (推奨度C1)』とあり、その表中に、幼児期と学童期以降のその他の項に『大建中湯』の記載がある。	n/a	小児慢性機能性便秘症の維持治療に使用される薬剤とその添付文書情報の表中に、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。	
						3-2	大建中湯	小児の便秘症	1) Iwai N, Kume Y, Kimura O, et al. Effects of herbal medicine Dai-Kencho-to on anorectal function in children with severe constipation. <i>European Journal of Pediatric Surgery</i> 2007; 17: 115-8. 2) Manabe N, Camilleri M, Rao A, et al. Effect of daikenchuto (TU-100) on gastrointestinal and colonic transit in humans. <i>American Journal of Physiology - Gastrointestinal and Liver Physiology</i> 2010; 298: G970-5.	2b: 個々のコホート研究 (質の低いRCTを含む) (例) フォロアアップ80%未満	B: 行うよう勧められる 中等度の根拠があり、臨床上有効性が期待できる	『CQ39: 薬物による維持治療はどのように行われるか』に対して、『浸透性下剤による治療が無効な例に対して、刺激性下剤、消化管運動賦活薬、漢方製剤が有効な場合がある (推奨度B)』と推奨されており、その本文中に下記の記載がある。 『近年、漢方製剤である大建中湯の消化管運動亢進作用に関する基礎的・臨床的なエビデンスが蓄積されつつあり、主に消化器外科領域で使用されている。』	n/a		
						3-3	桂枝加芍薬湯、小建中湯、桂枝加芍薬大黃湯、大建中湯、酒膳湯、大黃甘草湯、調胃承氣湯	小児の便秘症	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	『CQ42: 漢方製剤はどんな患児に用いるか』に対して、『刺激性下剤による便秘低下を回避したい患児、家族ないし本人が漢方治を望む場合に用いる (推奨度C1)』と推奨されており、その本文中に下記の記載がある。 『漢方製剤は臨床経験の蓄積に基づいて用いられてきた。慢性機能性便秘症においてもいくつかの漢方製剤の効果をも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酒膳湯、大黃甘草湯、調胃承氣湯などをを用いる。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		
						3-4	大建中湯	小児の便秘症	村松俊範. 小児便秘症: 大建中湯を中心に、小児疾患の身近な漢方治療2 2003: 82-9.	5: 系統的な批判的吟味を受けていない、または生理学や基礎実験、原理に基づく専門家の意見	↑	『大建中湯は、人参、乾姜、山椒に膠飴を加えたものである。体が弱く風邪を引きやすかったり、痩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		
						3-5	大建中湯	小児の便秘症	1) 村松俊範. 小児便秘症: 大建中湯を中心に、小児疾患の身近な漢方治療2 2003: 82-9. 2) 村松俊範, 趙部融, 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		
						3-6	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		
						3-7	大建中湯	小児の便秘症	1) Iwai N, Kume Y, Kimura O, et al. Effects of herbal medicine Dai-Kencho-to on anorectal function in children with severe constipation. <i>European Journal of Pediatric Surgery</i> 2007; 17: 115-8. 2) Takagi A, Yagi M, Tanaka Y, et al. The herbal medicine daikenchuto ameliorates an impaired anorectal motor activity in postoperative pediatric patients with an anorectal malformation: a pilot study. <i>International Surgery</i> 2010; 95: 350-5.	4: 症例集積研究 (および質の低いコホート研究あるいはケースコントロール研究)	↑	『大建中湯には、直腸知覚を改善させる働きがあり、便秘が低下したもので直腸肛門奇形術後患児にも有効である。』	n/a		
						3-8	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. 小児疾患の身近な漢方治療2 2003: 53-62.	5: 系統的な批判的吟味を受けていない、または生理学や基礎実験、原理に基づく専門家の意見	↑	『大建中湯のみでは腹痛を認める便秘の患児に対しては、小建中湯を加えると良い。小建中湯は桂枝加芍薬湯に膠飴を加えたもので、服薬コンプライアンスも良くなる。』	n/a		
						3-9	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・調胃承氣湯の使用経験. <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もたらす。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		
						3-10	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)	↑	『酸化マグネシウム併用例では、芒硝 (硫酸ナトリウム) を含有する調胃承氣湯が有効である。』	n/a		
						3-11	調胃承氣湯	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・調胃承氣湯の使用経験. <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) を含有する調胃承氣湯が有効である。』	n/a		
						3-12	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 (センソンド含有量) はアローゼンやブ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。

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 (7CPGs)

↑や↓の矢印については、矢印の先の記載を参照

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考	コメント
4	L74.4	特発性後天性全身性無汗症診療ガイドライン	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)特発性後天性全身性無汗症の病態解析及び治療指針の確立班 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(委員長: 中里良彦 埼玉医科大学神経内科 准教授)  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 が良質のレベル III あるいは非常に良質のIVのエビデンスがあること) C1: 行うことを考慮してもよいが、十分な根拠がない(質の劣るIII-IV、良質な複数のV、あるいは委員会が認めるVI) C2: 根拠がないので勧められない(有効のエビデンスがない、あるいは無効であるエビデンスがある) D: 行わないよう勧められる(無効あるいは有害であることを示す良質のエビデンスがある)	自律神経第50巻第1号、2013年3月発行	4-1	柴芎湯	特発性後天性全身性無汗症	池滝謙史, 河井一浩, 富樫きょう子, ほか. 最近話題の皮膚疾患 特発性後天性全身性無汗症. <i>臨床皮膚科</i> 1990; 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)	『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?』 『推奨文: 難治例が多いことを考慮すれば試してみてもよいが、いずれも確立していない。保険適用外である。』 『解説文: AIGAに対し、柴芎湯内服とステロイド外用による軽快例の報告がある。柴芎湯は抗炎症作用のほか、視床下部から副腎皮質刺激ホルモン放出因子(CRF)分泌を刺激して内因性のステロイド分泌を亢進させる作用があり、ステロイド内服困難例に試みる価値があると指摘している。』	n/a		初版
5	N30-N39	女性下部尿路症状診療ガイドライン	日本排泄機能学会 女性下部尿路症状診療ガイドライン作成委員会(委員長: 高橋悟 日本大学医学部泌尿器科学系主任教授)  Strength of Evidence (論文のレベル) I: 大規模なRCTで結果が明らかな研究 II: 小規模なRCTで結果が明らかな研究 III: 無作為割り付けに由来しない比較対照研究 IV: 前向き対照のない観察研究 V: 後ろ向き症例研究が専門家の意見  Strength of Evidence (根拠のレベル) 1: 複数の大規模RCTに裏付けられる 2: 単独の大規模RCTまたは複数の小規模RCTに裏付けられる 3: 無作為割り付けに由来しない比較対照研究に裏付けられる 4: 前向き対照のない観察研究に裏付けられる 5: 後ろ向き症例研究が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: 行うよう勧められるだけの根拠が明確でない C1: 行うともよい 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: 推奨グレードを決められない	リッチヒルメディカル、2013年11月15日第1版発行	5-1	牛車腎気丸	過活動膀胱	↓	↓	C1: 行うともよい	過活動膀胱の薬物療法に、下記の記載がある。 『有効性を支持する根拠は十分ではないが、牛車腎気丸は女性過活動膀胱患者に対して有効との報告がある(レベル3)。』	n/a	過活動膀胱(頻尿・尿失禁)の治療薬の表中に、漢方薬(牛車腎気丸)の用法・用量と推奨グレードが記載されている。	初版
			Kajiwara M, Mutaguchi K. Clinical efficacy and tolerability of Goshu-Ginko-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、星間の排尿回数とIPSSを有意に低下させ、QOLの評価では有効以上が53%であったと報告されている。』	n/a							
			西澤芳男, 西澤森子, 吉岡二三, ほか. 過活動性膀胱の健康関連生活の質改善に対する牛車腎気丸とpropiverine hydrochlorideの前向き無作為比較試験. <i>漢方最新治療</i> 2007; 16: 131-42.	II: 小規模なRCTで結果が明らかな研究	↑	『過活動膀胱の男女を対象とした牛車腎気丸とプロピペリンのRCTの報告では、face-scaleなどによる独自の健康関連QOLの評価で、プロピペリンは1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のほうが有意の改善を示し、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』							
			↓	C1: 行うともよい	『腹圧性尿失禁の薬物療法に、下記の記載がある。 『有効性を支持する根拠は十分ではないが、補中益気湯や薬用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)と記載されている。							
			井上雅, 横山光彦, 石井垂矢乃, ほか. 女性腹圧性尿失禁に対する補中益気湯の有効性に関する検討. <i>日本東洋医学会誌</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もなく、患者満足度も高かったと報告されている。』	『副作用は重篤なものもなく』							
6	N94	エビデンスに基づいた月経前不快気分障害(PMDD)の薬物治療ガイドライン(2013年改訂版)	「平成20~22年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費(20委-1)気分障害の治療システムの開発と検証に関する研究」分担研究班  Strength of Evidence 1) 大規模(各群100症例以上)のプラセボ対照RCTによる報告 2) 中規模(各群50症例以上)のプラセボ対照RCTによる報告 3) 小規模(各群50症例未満)のプラセボ対照RCTや、プラセボ以外を対照としたRCTによる報告 4) ランダム化されていない対照比較試験やオープンスタディによる報告(症例集積報告)  Strength of Recommendation A: 最も推奨度の高い治療法 B: 次に推奨度の高い治療法 C: 3番目に推奨度の高い治療法 D: 最も推奨度の低い治療法	アークメディア、2013年5月17日 第1版発行	6-1	加味逍遙散	月経前不快気分障害(PMDD)	1) Yamada K, Kanba S. Herbal medicine (Kami-shoyo-san) in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. <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オープンスタディによる報告(症例集積報告)	D: 最も推奨度の低い治療法	4) ランダム化されていない対照比較試験や症例集積報告(わが国で利用可能な薬剤のみ)の項に、下記の記載がある。 『さまざまな薬剤が報告されているが、わが国で利用可能な薬剤としては、ノルトリプチリン(n=11)、フルボキサミン(n=12)、ミルナシプラン(n=3)、デュロキセチン(n=50, n=20)、加味逍遙散(n=6, n=30)、レベテラセタム(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	2011年の改訂版	

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (7CPGs)

1 や 1 の矢印については、矢印の先の記載を参照

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考	コメント
7	T78.4	職業性アレルギー疾患診療ガイドライン2013	日本職業・環境アレルギー学会ガイドライン専門部会 監修 「職業性アレルギー疾患診療ガイドライン2013」作成委員  Strength of Evidence I: システマティックレビュー/RCTのメタ解析 II: 1つ以上のランダム化比較試験による III: 非ランダム化比較試験による IVa: 分析疫学的研究 (コホート研究) IVb: 分析疫学的研究 (症例対照研究、横断研究) V: 記述研究 (症例報告やケース・シリーズ) VI: 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見  Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる C1: 行うほうがよい C2: 行わないほうがよい D: 行わないよう勧められる	協和企画、2013年7月5日第1版発行	7-1	漢方薬	職業性アレルギー性鼻炎	鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会、鼻アレルギー診療ガイドライン・通年性鼻炎と花粉症、2009年版 改訂第6版。	VI: 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見 CI: 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H <sub>1</sub> 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 <sub>2</sub> 受容体拮抗薬、脱顆粒抑制薬、Th <sub>2</sub> 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		初版	

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (3CPGs)

↑や↓の矢印については、矢印の先の記載を参照

2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考	コメント
1	C22.0	科学的根拠に基づく肝臓診療ガイドライン 2013年版 Strength of Evidence 1a: ランダム化比較試験のメタアナリシス 1b: 少なくとも1つのランダム化比較試験 2a: ランダム割付を伴わない同時コントロールを伴うコホート研究 (前向き研究, prospective study, concurrent cohort studyなど) 2b: ランダム割付を伴わない過去のコントロールを伴うコホート研究 (historical cohort study, retrospective cohort studyなど) 3: case-control study研究 (後ろ向き研究) 4: 処置前後の比較などの前後比較, 対照群を伴わない研究 5: 症例報告, ケースシリーズ 6: 専門家個人の意見 (専門家委員会報告を含む) Strength of Recommendation A: 行うよう強く勧められる B: 行うよう勧められる C1: 行うことを考慮してもよいが, 十分な科学的根拠がない C2: 科学的根拠がないので, 勧められない D: 行わないよう勧められる	金原出版, 2013年10月15日 第3版発行	1-2	小柴胡湯	肝細胞癌の発症予防	Oka H, Yamamoto S, Kuroki T, et al. Prospective study of chemoprevention of hepatocellular carcinoma with Sho-saiko-to (TJ-9). <i>Cancer</i> 1995; 76: 743-9.	1b: 少なくとも1つのランダム化比較試験	n/a	『CQ: 肝臓腫瘍は肝細胞癌の発症予防に有効か?』に対して、その本文中に下記の記載がある。 『背景: グルテリチン製剤は、抗炎症作用を有し、肝の炎症を抑制し、肝酵素値を減少させる。小柴胡湯は、7種の生薬を混合した漢方薬で、その作用として細胞膜保護作用、抗炎症作用、肝血流増加作用、肝再生促進作用などが推定されている。これら2剤は肝臓腫瘍目的に本邦で広く投与されてきたが、小柴胡湯については解説で述べる理由により、本ガイドラインの推奨から外れている。』 『サイエンティフィックステートメント: 大阪地区の肝硬変患者260例を対象とした小柴胡湯投与のRCTでは、平均41カ月の観察期間中、投与群130例中23例、非投与群130例中33例の発症が認められた。小柴胡湯投与は、発症率を減少させたが、有意ではなかった (P=0.071)。HBs抗原陰性例に限ると、小柴胡湯投与によって5年発症率が39%から22%に減少し (P=0.024)、さらに5年生存率が60%から76%に改善した (P=0.043)。』 『解説: 小柴胡湯と肝腫瘍をキーワードに論文検索を行い、1編の論文を採択した。 上述したように肝硬変患者に対する小柴胡湯投与は、発症を抑制する可能性があるが、有意ではなかった。ただし、HBs抗原陰性例に限ると発症、予後ともに改善されるという結果となっている。本研究が実施された1985年にはHCVは発見されていない。その後の疫学統計その他から大多数のHBs抗原陰性肝硬変がHCVに起因していることが明らかになった点を考慮すると、C型肝硬変の発症を小柴胡湯投与が抑制する可能性は高い。しかし、現在本邦では肝硬変に対する小柴胡湯投与は、適応禁忌となっており、その後新たなエビデンスが報告されていないため推奨を行わないこととした。』	n/a		2009年の改訂版
2	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	2-1	加味帰脾湯	うつ病	中田輝夫. 軽うつ病30例に対する加味帰脾湯投与の効果. <i>日本漢方医学雑誌</i> 1997; 48: 205-10.	n/a	n/a	軽症うつ病の治療の選択 iii. その他の療法に、下記の記載がある。 『加味帰脾湯等の漢方薬がうつ病に対して有効であったという報告 (中田輝夫, 1997) も散見されるが、エビデンス・レベルは高くない。』	n/a		改訂版 日本うつ病学会治療ガイドライン I. 双極性障害, II. 大うつ病性障害 (タイプB) に、患者さん向けの解説「双極性障害 (躁うつ病) とつきあうために」を収載したものの。

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 (3CPGs)

↑や↓の矢印については、矢印の先の記載を参照

2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考	コメント					
3	R51	慢性頭痛の 診療ガイドラ イン 2013  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	日本神経学会・日本頭痛学会 監修 慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会 (委 員長: 荒木信夫 埼玉医科大学 副医学部長/ 神経内科・教授)	医学書院。 2013年5月15 日 2013年版 発行	3-1	漢方薬	慢性頭痛	↓	n/a	(漢方薬全体として) B: 行うよう勧められ る	『CQ I-15: 漢方薬は有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨: 漢方薬は伝統医学をもとに、経験的に使用されてきた治療薬である。頭痛に対しても各種の漢方薬が経験的に使用され、効果を示している。近年では徐々に科学的エビデンスも集積されつつあり、頭痛治療に対する有用性を裏付けている。』 『症例集積研究以上のエビデンスをもつ頭痛に対する漢方薬は5処方のみである。エビデンスの高い研究については、呉茱萸湯のDB-RCTとオープン・クロスオーバー試験のみで、ほとんどが症例集積研究ばかりである。その理由の1つとしては、漢方薬の処方体系である「同病でも体質により薬が異なる」という点が研究の発展に歯止めをかけていると考える。今後、漢方薬処方体系に則した研究デザインの作成が必要となるであろう。』	n/a						
					3-2	呉茱萸湯	慢性頭痛	Odaguchi H, Wakasugi A, Ito H, et al. The efficacy of goshuyuto, a typical Kampo (Japanese herbal medicine) formula, in preventing episodes of headache. <i>Current Medical Research and Opinion</i> 2006; 22: 1587-97.	n/a	↑	『漢方薬の処方体系を考慮して、レスポンスつまり呉茱萸湯に効果を示す慢性頭痛患者53例に限定してDB-RCTを行い、頭痛の発症頻度および鎮痛薬の服用回数の有意な減少を認めた。漢方薬の処方体系として、同じ片頭痛という診断でも個々の体質により薬が異なることがあるため、一般的なDB-RCTなどの研究が進めにくいという問題点がある。』							
					3-3	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.	n/a	↑	『片頭痛患者に対し塩酸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という点は気になるが、塩酸ロメジンの高い有効性を示した。』							
					3-4	呉茱萸湯	慢性頭痛	関久友, 沖田直, 高瀬貞夫, ほか. 慢性頭痛に対する呉茱萸湯の効果. 封筒法による桂枝人参湯との比較. <i>Pharma Medica</i> 1993; 11: 288-91.	n/a	↑	『慢性頭痛に対して呉茱萸湯を用い、それぞれ79.5%、89%と高い改善率を認めた。特に、前田らの報告では、血管性頭痛でも痛みの強いものに高い改善を認め、効果発現時期として2週間以内が多かったということから、片頭痛に対しより早期に効果が期待できる可能性がある。』	n/a						
					3-5	呉茱萸湯	慢性頭痛	前田浩治, 宮城教, 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	↑	『呉茱萸湯は慢性頭痛において、片頭痛や緊張型頭痛に関わらず高い有効性を示す。』	n/a						
					3-6	呉茱萸湯	緊張型頭痛	赤嶺真理子, 兵頭靖博, 芦原睦, ほか. 緊張型頭痛に対する呉茱萸湯の有用性. <i>日本東洋心身医学研究</i> 2000; 15: 36-8.	n/a	↑	『緊張型頭痛に対して76.7%に有効性を示した。』	n/a						
					3-7	呉茱萸湯	慢性頭痛	n/a	n/a	↑	『呉茱萸湯は慢性頭痛において、片頭痛や緊張型頭痛に関わらず高い有効性を示す。』	n/a						
					3-8	桂枝人参湯	慢性頭痛	関久友, 沖田直, 高瀬貞夫, ほか. 慢性頭痛に対する呉茱萸湯の効果. 封筒法による桂枝人参湯との比較. <i>Pharma Medica</i> 1993; 11: 288-91.	n/a	↑	『慢性頭痛に対する呉茱萸湯とのランダム化比較試験では、もともと呉茱萸湯の対照薬として桂枝人参湯は用いられたが、61.4%の改善率を示していた。』	n/a						
					3-9	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芍薬散の有用性に関する研究. <i>臨床と研究</i> 1995; 72: 1299-303.	n/a	↑	『慢性頭痛に対する芍薬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						
					3-10	芍薬散	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芍薬散の有用性に関する研究. <i>臨床と研究</i> 1995; 72: 1299-303.	n/a	↑	『慢性頭痛に対する桂枝人参湯との非ランダム化クロスオーバー比較試験は、桂枝人参湯よりはやや有効症例は少ないが有用性を認めていた。』	n/a						
					3-11	芍薬散	慢性頭痛	定藤章代, 織田祥史, 菊池晴彦, ほか. 慢性頭痛に対する芍薬散 (TJ-47) の効果. <i>脳神経外科速報</i> 1992; 2: 171-6.	n/a	↑		n/a						
					3-12	芍薬散	慢性緊張型頭痛	長田乾. 慢性緊張型頭痛に対するツムラ芍薬散の臨床効果. <i>JAMA (日本語版)</i> 1996; 17: 38-9.	n/a	↑	『慢性頭痛に対する54例の症例集積研究では、74.1%の改善率を認め、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						
					3-13	芍薬散	慢性緊張型頭痛	高田理. 慢性緊張型頭痛に対する芍薬散の有効性について. <i>漢方医学</i> 1998; 22: 121-4.	n/a	↑		n/a						
					3-14	芍薬散	慢性頭痛	福島武雄, 朝長正道, 田中彰, ほか. 頭痛に対する芍薬散の臨床効果. <i>漢方医学</i> 1994; 18: 272-5.	n/a	↑		n/a						
					3-15	芍薬散	慢性頭痛	木村格, 菅生俊一. 脳血管障害患者の慢性頭痛に対するツムラ芍薬散の臨床効果. <i>Geriatric Medicine</i> 1989; 27: 445-9.	n/a	↑		n/a						
					3-16	葛根湯	慢性緊張型頭痛	山本光利. 肩頸部のこりに起因する慢性緊張型頭痛に対する葛根湯の臨床効果. <i>臨床と研究</i> 1995; 72: 2085-8.	n/a	↑		n/a						『胃部不快など副作用も1例あり。』
					3-17	五苓散	血液透析に伴う頭痛	野口享秀. 血液透析に伴う頭痛に対する五苓散の治療効果. <i>漢方医学</i> 2010; 34: 182-3.	n/a	↑		n/a						『服用方法において統一性に欠ける部分があるが、頭痛を伴う血液透析患者11例に対しVASスコアを用いて有意に頭痛の改善を認めた。』
					3-18	五苓散	維持透析患者の頭痛	室賀一宏. 維持透析患者の頭痛の東洋医学的治療と考察. <i>東洋医学</i> 1999; 27: 46-7.	n/a	↑		n/a						『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、磯濱の薬理学的研究において五苓散は細胞膜にあるアキアポリン (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。』
					3-19	五苓散	水分代謝調節	磯濱洋一郎. 五苓散のアクアポリンを介した水分代謝調節メカニズム. <i>漢方医学</i> 2011; 35: 186-9.	n/a	↑		n/a						

2006年の改訂版  
(前版はタイプA)  
前版の文献評価は冊子  
体の方には記載されてい  
ない。日本頭痛学会ホー  
ムページ掲載の「慢性頭  
痛の診療ガイドライン」か  
ら、参考文献のAbstract  
Formにリンクがはられて  
おり、文献評価が記載さ  
れていたが、2013年版は  
リンクなし。

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプC 引用論文も存在せず、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (9CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考	コメント
1	C50.9	科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン1.治療編 2013年版	乳癌診療ガイドライン委員会(委員長: 向井博文 国立がん研究センター東病院乳癌・腫瘍内科) Strength of Recommendation A: 十分な科学的根拠があり、積極的に実践するよう推奨する。 B: 科学的根拠があり、実践するよう推奨する。 C1: 十分な科学的根拠はないが、細心の注意のもと行うことを考慮してもよい。 C2: 科学的根拠は十分とはいえず、実践することは基本的に勧められない。 D: 患者に不利益が及ぶ可能性があるという科学的根拠があるので、実施しないよう推奨する。	金原出版、2013年6月27日 第2版発行	1-1	漢方薬を含む補完代替療法	乳癌	n/a	n/a	D: 患者に不利益が及ぶ可能性があるという科学的根拠があるので、実施しないよう推奨する。 C1: 十分な科学的根拠はないが、細心の注意のもと行うことを考慮してもよい。	『CQ47: 乳癌治療として補完・代替療法は勧められるか』に対して、下記の記載がある。 『推奨グレードD: 乳がんの進行抑制や延命効果のある補完・代替療法は存在せず、行うべきでない。 推奨グレードC1: 標準的な治療に伴う有害事象や癌性疼痛などの症状の緩和目的、あるいは心理的不安の軽減などを目的とした補完・代替療法は一部検討してもよいものがある。』 『背景・目的: 癌患者における補完・代替療法 (complementary and alternative medicine: CAM) の普及率は海外では48~87%、国内では44.6%と広く使用されている。CAMの利用傾向や目的は民族背景で異なる。白人女性は食事療法や精神療法、アフリカ系女性は瞑想などを好み、中国系女性は漢方薬を好む傾向をもつ。わが国のCAM利用者の約3割近くはアガリクスや漢方、サメの軟骨などの製品を使用する傾向があり、2000年の国内全体の漢方薬市場は実に2000億円を越えている。(以下、省略) 解説: CAMは大きく次の5つに分類される。①代替医療システム(伝統医学系統、民族療法、東洋医学など)、②エネルギー療法(気功、レイキなど)、③肉体的療法(カイロプラクティク、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、サメ軟骨などの民間療法、食事療法、および免疫療法も含まれる。)(以下、省略)』	『患者に害悪が及ぶ可能性があり避けるべきCAMとしては、高度の食事制限、化学療法や放射線治療中の抗酸化サプリメント(コエンザイムQ10など) 摂取、乳癌患者のインフラボンや大豆の高用量摂取、抗凝固療法中の鍼治療やマッサージ療法、化学療法中におけるある種の漢方やセントジョーンズワートの摂取、高用量のビタミンEやビタミンC療法などが挙げられる。』		2011年の改訂版
2	C54.9	子宮体がん治療ガイドライン 2013年版	日本婦人科腫瘍学会 子宮体がん治療ガイドライン作成委員会(委員長: 片瀬秀隆 熊本大学医学部産科婦人科)	金原出版、2013年12月18日 第3版発行	2-1	漢方療法	子宮体がん	n/a	n/a	n/a	第4章 治療の経過観察の総説の項に、下記の記載がある。 『漢方療法を含めてその他の治療法には十分なエビデンスがなく、今後、QOLの維持・向上に対する方策についても検討が必要な状況にある。』	n/a		2009年の改訂版(前版は記載なし)
3	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 東京都立神経病院長)	南江堂、2013年12月15日発行	3-1	芍薬甘草湯	筋萎縮性側索硬化症	n/a	n/a	C1: 科学的根拠はないが、行うよう勧められる	『Clinical Question 5-1: 痛みにはどう対処すればよいか。 推奨: 痛みの原因を検討し、各原因に対応した治療を行う(グレードC1)。原因としては、①有痛性筋痙攣、②痙攣、③拘縮、④不動や圧迫、⑤精神的要因などがあげられる。』に対して、解説・エビデンスの項に、下記の記載がある。 『①有痛性筋痙攣には、抗てんかん薬(保険適用外のことが多い)、筋弛緩薬(バクロフェン、ダントロンなど)、芍薬甘草湯、塩酸メキシレチン(保険適用外)などが有効なことが多い。また有痛性筋痙攣は経過に伴い自然に消失していく。』	n/a		初版
4	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)	<a href="http://www.ncn-p.go.jp/press/press_release130611.html">http://www.ncn-p.go.jp/press/press_release130611.html</a>	4-1	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: 漢方薬やメトニンは不眠症に効果があるのでしょうか?』に対して、下記の記載がある。 『患者向け解説: 残念ながら不眠症に対する効果がしっかりと確認された漢方薬はありません。メ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るでしょう。漢方薬によって更年期障害などの病気が治ることで、不眠症もいっしょに改善することがあるかもしれません。しかし、慢性不眠症がある場合には、これらの市販薬ではなく、専門医に相談することをお勧めします。 動: 不眠症に対するメ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		初版
5	G80.9	脳性麻痺リハビリテーションガイドライン第2版	公益社団法人日本リハビリテーション医学会 脳性麻痺診療ガイドライン委員会(委員長: 辻哲也 慶應義塾大学医学部リハビリテーション学教室・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	5-1	六君子湯	消化器障害	1) 北住映二. 重度脳性麻痺児の療育の基盤としての医療-QOL改善のためのケアの進歩と課題. 脳と発達 1998; 30: 207-14. 2) 北住映二. 小児期から成人期への臨床経過とその経年的なマネージメント. 神経疾患 脳性麻痺. 日本臨床 2010; 68: 27-32.	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		2009年の改訂版(前版は記載なし) 引用論文はあるが(タイプB)、六君子湯についてはないため、タイプCとした。
6	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)	メディカルトリビューン、2013年9月10日 第1版発行	6-1	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		初版
					6-2	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』		

## タイプC 引用論文も存在せず、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (9CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考	コメント
7	J30 J45 L20-L30	アレルギー総合ガイドライン 2013	一般社団法人日本アレルギー学会作成	協和企画、 2013年11月28日 第1版発行	7-1	漢方薬	成人喘息	n/a	n/a	n/a	長期管理における発作治療薬のその他の薬剤、療法に、下記の記載がある。 『漢方薬: 漢方薬は、患者の体質、体力とその時点での関節反応の強弱によって方剤を選ぶという原則 (随証治療) があり、投与前にresponderとnon-responderを区別する。』 喘息長期管理薬の種類と薬剤の表中に、『その他の薬剤・療法 (漢方薬、特異的免疫療法、非特異的免疫療法)』の記載がある。 アスピリン喘息に対する使用可能な薬剤の表中の安全、喘息の悪化は認めない (COX-1阻害作用なし) の項に、『漢方薬 (地竜、葛根湯など)』の記載がある。	n/a	巻末に下記の処方について一般名・商品名、剤形・組成・用量 (1日用量)、備考が掲載されている。葛根湯、五虎湯、柴朴湯、小柴胡湯、小青竜湯、麦門冬湯、麻黄湯、麻杏甘石湯	「アレルギー疾患診断・治療ガイドライン2010」の改訂版
					7-2	小青竜湯、葛根湯、苓甘味辛夏仁湯など	アレルギー性鼻炎	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、苓甘味辛夏仁湯などが、証による病態把握、漢方診断、病期、病因分類により選択され、経験則に基づいて用いられる。小青竜湯のみがプラセボとの比較対照試験が行われ有効性が証明されている。麻黄中に含まれるエフェドリンが作用していると考えられる。』 アレルギー性鼻炎治療薬の表中のその他の項に、『非特異的変調療法薬、生物製剤、漢方薬』の記載がある。	n/a			
					7-3	小青竜湯、苓甘味辛夏仁湯、越婢加朮湯、大青竜湯、桂麻各半湯、五虎湯、麻黄附子細辛湯	アレルギー性鼻炎	n/a	n/a	アレルギー性鼻炎のClinical Question: 『漢方薬はどうか』に対して、下記の記載がある。 『漢方薬の中で、二重盲検試験で有用性が認められたものは小青竜湯のみである (有効成分である麻黄を含有する漢方薬においても有用性は認められている)。基本的には麻黄含有薬は運動性があり、特に鼻閉に対する効果が強い。漢方治療エビデンスレポート2010 (日本東洋医学会Webサイト) のアレルギー性鼻炎に対する比較試験の論文の概要によると、花粉症患者に対する小青竜湯と他の漢方薬 (苓甘味辛夏仁湯、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で、大青竜湯が小青竜湯より有効率が高かった以外はその報告で小青竜湯と他薬剤との間の成績に有意差はない。抗ヒスタミン薬で眠気が出る患者に麻黄含有の漢方薬を投与すると抑えられる。』	n/a			
					7-4	十味敗毒湯、消風散、柴胡清肝湯、補中益気湯、抑肝散 (抑肝散加陳皮半夏)、桂枝茯苓丸、黄連解毒湯、白虎加人参湯	アトピー性皮膚炎	n/a	n/a	アトピー性皮膚炎の基本治療以外の付加的治療の項に、下記の記載がある。 『漢方薬: 漢方医学的疾患概念である「証」の中には西洋医学の病態生理の立場からは、現時点では説明しきれない部分もあるが、体質が重要な部分を占め、慢性疾患であるアトピー性皮膚炎では、体の機能の流れを流動的に捉える、いわゆる揺らぎを整える漢方治療を併用または補助的治療とすることが有用である場合もあることは否定できない。東洋医学を用いる際の基本的な理解が必要と思われる。証に応じた薬剤選択が重要であるが、さらに皮膚に応じた薬理機序からの薬剤選択も考慮するのがよい。ここでは保険治療の範囲で使用されている漢方薬およびコントロールスタディのある補中益気湯、さらに文献上のエビデンスレベルは低いものの有用性が指摘されているものについて記載した。 ①十味敗毒湯: 体液中中等度の人の皮膚疾患で、患部は発赤性あるいはびまん性の発疹で覆われ滲出液の少ない場合。ざ瘡様皮疹、蕁麻疹のある場合に用いられる。 ②消風散: 比較的体力のある人の慢性の皮膚疾患で、患部に熱感があつて、多くは浸潤し、痒疹の多い場合。滲出液の多い湿疹病変に用いる基本処方。 ③柴胡清肝湯: 弱々しく体力の低下した人で、皮膚の色が淡黒く、肩、頸部や頸下部リンパ節などに炎症、腫脹をおこしやすい場合。慢性扁桃炎やリンパ節炎などの化膿しやすい体質の改善を目標に使用される。 ④補中益気湯: 比較的体力の低下した人が、全身倦怠感、食欲不振などを訴える場合。気虚を自安にアトピー性皮膚炎でのステロイド外用薬の減量が認められた、他施設二重盲検比較試験のデータがある。 このほか、抑肝散 (抑肝散加陳皮半夏)、桂枝茯苓丸、黄連解毒湯、白虎加人参湯などがある。いずれにしろ、漢方薬に習熟した医師のもとで使用すべきと考えられる。』 アトピー性皮膚炎のステロイド外用薬の使用法の図中に、『内服薬: 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬・漢方薬 (必要に応じて使用する)』の記載がある。	『副作用については、漢方薬といえども、注意が必要である。甘草が含有されている処方では、偽アルドステロン症、ミオパシーが現れることがある。補中益気湯には間質性肺炎、肝機能障害、黄疽が報告されており、使用には十分な注意を要する。また黄ごん (バイカリン)、薬積 (サイコサポニン) の含まれている漢方では細胞毒性による間質性肺炎、肝炎が、また、山椒子 (ゲニポシド) では腸間膜静脈硬化症の副作用に注意が必要である。』			
8	J45.9	喘息予防・管理ガイドライン2012	一般社団法人日本アレルギー学会 喘息ガイドライン専門部会 (部会長: 大田健 国立病院機構東京病院)	協和企画、 2012年11月29日 第1版発行	8-1	漢方薬	成人喘息	n/a	n/a	n/a	成人喘息の長期管理における薬物療法プランのその他の薬剤、療法に、下記の記載がある。 『漢方薬: 漢方薬の投与は随証治療として、患者の体質、体力とその時点での関節反応の強弱によって方剤を選ぶという原則があり、投与前にあらかじめresponderとnon-responderを区別するという経験則に基づいている。しかし、適切な偽薬が得難く、喘息治療における有効性を検証できるプラセボコントロール試験の成果がない。』 喘息長期管理薬の種類と薬剤の表中に、『その他の薬剤・療法 (漢方薬、特異的免疫療法、非特異的免疫療法)』の記載がある。	n/a	巻末に五虎湯、柴朴湯、小青竜湯、麦門冬湯、麻黄湯、麻杏甘石湯の処方一般名・商品名等、剤形・組成・用量 (1日用量)、備考の一覧表が掲載されている。	2009年の改訂版
					8-2	漢方薬 (地竜、葛根湯など)	アスピリン喘息 (NSAID過敏喘息)	n/a	n/a	n/a	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に投与できる。』 アスピリン喘息に対する使用可能な薬剤の表中の安全の項に、『漢方薬 (地竜、葛根湯など)』の記載がある。	n/a		
9	N20.9	尿路結石症診療ガイドライン第2版 2013年版	尿路結石症診療ガイドライン2013年版改訂委員会 (委員長: 鈴木孝治 金沢医科大学医学部泌尿器科学名誉教授)	金原出版、 2013年9月20日 第2版発行	9-1	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。 『ウラジロガシエキスや漢方薬 (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ガ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	2004年の改訂版		