

『』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 (14CPGs)

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	F00-F03	認知症疾患 診療ガイドラ イン 2017	日本神経学会 認知症疾患診療ガイドライン 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」ことを提案する 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	1-1	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), yokokusan, 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、パーソンセンタードケアを基本として、症状が生じた理由や原因を考え、それを解決するよう心がける。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、タケテールケア、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、エスシタロプラム、トラゾドンの使用も検討する。』 『解説・エビデンス: 抑肝散の有効性も、わが国の多施設共同研究で報告されている。』	n/a					
					1-2	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					
					1-3	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					
					1-4	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					
					1-5	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	『CQ 3C-10: 浮腫の対応はどのように行うか』に対して、下記の記載がある。 『推奨: 長期臥床による不動や低栄養への対処のほか、基礎疾患の治療、皮膚の感染症や褥瘡などの合併症の治療によって対処する。抑肝散や抗精神病薬などによる薬剤性浮腫の可能性に留意し適宜原因薬剤の中止や減量を検討する。』 『解説・エビデンス: 認知症者においては、抑肝散や抗精神病薬などによる薬剤性浮腫の可能性に留意し、適宜、原因薬剤の中止や減量を検討する必要がある。抑肝散を6か月以上処方されている163症例を対象に抑肝散長期投与における安全性・有効性を検討した観察研究によると、浮腫は10.8%に出現、多くは治療を要さず抑肝散中止により回復した。』	n/a			2010年の改訂版 ※ 2010年版の「認知症疾患治療ガイドライン 2010」は、「認知症疾患診療ガイドライン 2017」に名称変更している。		
					1-6	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ネルアクティベータ (ルビプロストン)、大建中湯坐薬、洗腸があり、排便回数や便の性状に合わせて選択する。』	n/a					
					1-7	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 yokokusan, 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、クロナゼハムの効果が報告されている。クロナゼハ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。クロナゼハ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。』		『抑肝散は躯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。』				
					1-8	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) Shimo H, Inami Y, Inagaki T, et al. Effect of Yi-Gan San on psychiatric symptoms and sleep structure at patients with behavioral and psychological symptoms of dementia. <i>Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry</i> 2008; 32: 881-5.	C: 弱	2 (弱い): 「実施する」ことを提案する							
					1-9	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					

『』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 (14CPGs)

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				
2	G62.9	がん薬物療法に伴う末梢神経障害マネジメント 2017年版	<p>Strength of Evidence</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>D (非常に低い): 効果推定が不確実である。</p> <p>Strength of Recommendation</p> <p>1: 投与することの強い推奨</p> <p>推奨した治療によって得られる利益が大きく、かつ、治療によって生じる害や負担を明らかに上回る。「投与することを推奨する」</p> <p>2: 投与することの弱い推奨 (弱い推奨)</p> <p>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する可能性がある。「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」</p> <p>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」</p> <p>4: 投与しないことの弱い推奨 (弱い推奨)</p> <p>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」</p> <p>5: 投与しないことの強い推奨</p> <p>治療によって得られる利益が、治療によって生じ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」</p>	<p>金原出版、2017年10月20日 第1版第1刷発行</p>	2-1	牛車腎気丸	オキサリプラチンによる末梢神経障害	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	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 (弱い推奨)	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、Nishiokara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。』						
					2-2	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以上の神経毒性がそれぞれ50.6%、31.2% (HR, 1.908; p=0.007)であり、効果安全性評価委員会から試験の中止を勧告された。(二重盲検RCT)』							
					2-3	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で比較した。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、牛車腎気丸の効果が期待できると報告した。(二重盲検RCT)』							
					2-4	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: Nishiokara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)』						初版	
					2-5	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: Yoshidara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)』							
					2-6	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 となった時点での神経障害発現率は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)』							
					2-7	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、高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)療法を施行した頭頸がん、子宮体がん患者を、Group A (ビタミンB12、14例)、Group B (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Ecurrent 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)』					
3	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	<p>Strength of Evidence</p> <p>A (強): 効果の推定値に強く確信がある</p> <p>B (中): 効果の推定値に中程度の確信がある</p> <p>C (弱): 効果の推定値に対する確信は限定的である</p> <p>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</p> <p>1: 強く推奨する</p> <p>2: 弱く推奨する (提案する)</p>	真興交易、2016年11月10日 第1版第1刷発行	3-1	チョウセンニンジン	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、イチョウ葉、チョ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。』		初版				
4	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	<p>Strength of Evidence</p> <p>A (強): 効果の推定値に強く確信がある</p> <p>B (中): 効果の推定値に中程度の確信がある</p> <p>C (弱): 効果の推定値に対する確信は限定的である</p> <p>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</p> <p>1: 強く推奨する</p> <p>2: 弱く推奨する (提案する)</p>	真興交易、2017年7月20日 第2版第1刷発行	4-1	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		2012年の改訂版(前版は記載なし)				

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (14CPGs)

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	
5	K59.0	慢性便秘症 診療ガイドライン 2017	日本消化器病学会関連研究会 慢性便秘の 診断・治療研究会 (委員長:三輪 洋人 兵庫 医科大学内科学消化内科 主任教授) Strength of Evidence A: 質の高いエビデンス (High) 真の効果がその効果推定値に近似してい ると確信できる。 B: 中程度の質のエビデンス (Moderate) 効果の推定値が中程度信頼できる。 真の効果は、効果の推定値におおよそ 近いが、それが実質的に異なる可能性もあ る。 C: 質の低いエビデンス (Low) 効果推定値に対する信頼は限定的である。 真の効果は、効果の推定値と、実質的に異 なるかもしれない。 D: 非常に質の低いエビデンス (Very Low) 効果推定値がほとんど信頼できない。 真の効果は、効果の推定値と実質的ににお 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	5-1	大黃	大腸 (偽) メラノ シス、大腸運動異 常 (副作用)	n/a	n/a	n/a	『アントラキニン誘導体と大腸 (偽) メラノシス・大腸運動異常の項に、下記の記載がある。『アントラキニン誘導体の長期間の運用は上皮細胞のアポトーシスを引き起こす。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。大腸やセンナ、アロエなどの生薬下剤に含有されるアントラキニン誘導体は大腸加水分解され生成されたアントラキニンが大腸粘膜や腸内神経叢を直接刺激して大腸動を起して便秘をもたらす。』』				
					5-2	大黃	大腸 (偽) メラノ シス、大腸運動異 常 (副作用)	Walker NI, Bennett RE, Axelen RA. Melanosis coli: a consequence of anthraquinone-induced apoptosis of colonic epithelial cells. <i>The American Journal of Pathology</i> 1998; 131: 465-76. (記述研究 (症例報告やケースシリーズ))	n/a	n/a	n/a	『アントラキニン誘導体と大腸 (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ニ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ニ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。』』			
					5-3	大黃	大腸 (偽) メラノ シス、大腸運動異 常 (副作用)	1) Nusko G, Schneider B, Muller G, et al. Retrospective study on laxative use and melanosis coli as risk factors for colorectal neoplasia. <i>Pharmacology</i> 1993; 47: 234-41. (記述研究 (症例報告やケースシリーズ)) 2) Siegers CP, von Hertzberg-Lottin E, Otte M, et al. Anthranoid laxative abuse: a risk for colorectal cancer? <i>Gut</i> 1993; 34: 1099-101. (分析疫学的研究 (症例対照研究)) 3) van Gorkom BA, de Vries EG, Karrenbeld A, et al. Review article: anthranoid laxatives and their potential carcinogenic effects. <i>Alimentary Pharmacology & Therapeutics</i> 1999; 13: 443-52. (システマティックレビュー/RCTのメタアナリシス)	n/a	n/a	n/a	『アントラキニン誘導体と大腸 (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いだ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、長期間とはともかく、長期間のアントラキニン誘導体の服用は推奨されていない。』』			
					5-4	大黃	大腸 (偽) メラノ シス、大腸運動異 常 (副作用)	1) Riecken EO, Zeitl M, Emde C, et al. The effect of an anthraquinone laxative on colonic nerve tissue: a controlled trial in constipated women. <i>Journal of Gastroenterology</i> 1990; 28: 660-4. 2) Smith B. Effect of irritant purgatives on the enteric plexus in man and the mouse. <i>Gut</i> 1968; 9: 139-43. 3) 藤本博文, 大橋秀一, 岡本英三. 重症特異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	『アントラキニン誘導体と大腸 (偽) メラノシス・大腸運動異常の項に、下記の記載がある。『アントラキニ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。』』			
					5-5	大黃	大腸 (偽) メラノ シス、大腸運動異 常 (副作用)	1) Badiali D, Marcheggiano A, Pallone F, et al. Melanosis of the rectum in patients with chronic constipation. <i>Dis Colon Rectum</i> 1985; 28: 241-5. 2) Villanacci V, Bassotti G, Cathomas G, et al. Is pseudomelanosis coli a marker of colonic neuropathy in severely constipated patients? <i>Histopathology</i> 2006; 49: 132-7. (記述研究 (症例報告やケースシリーズ))	n/a	n/a	n/a	『アントラキニン誘導体と大腸 (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、アントラキニ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。』』			
					5-6	大黃	大腸 (偽) メラノ シス、大腸運動異 常 (副作用)	n/a	n/a	n/a	n/a	『アントラキニン誘導体と大腸 (偽) メラノシス・大腸運動異常の項に、下記の記載がある。『アントラキニ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。アントラキニン誘導体が長期間、大量に投与されれば、大腸腫瘍のリスクを高め、腸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。』』			
					5-7	大黃甘草湯、麻子仁丸、大建中湯	慢性便秘症	n/a	n/a	n/a	治療の前文に、下記の記載がある。『慢性便秘症の治療には保存的治療と外科的治療が用いられる。保存的治療には食習慣を含む生活習慣の改善、排便などの理学的治療、薬物治療が用いられ、薬物療法には数種類の異なる作用機序の薬剤が用いられている。』 慢性便秘症の保存的治療の表中に、下記の記載がある。『内服薬による治療 漢方薬: (一般名) 大黃甘草湯、麻子仁丸、大建中湯など。』	n/a			
					5-8	大黃甘草湯、麻子仁丸、大建中湯	慢性便秘症	1	C: 質の低いエビデンス (Low) 効果推定値に対する信頼は限定的である。 真の効果は、効果の推定値と、実質的に異なるかもしれない。	2 (弱い推奨): "実施すること"を提案する	『CQ 5-8: 慢性便秘症に漢方薬は有効か?』に対して、下記の記載がある。『ステートメント: 慢性便秘症の治療薬として一部の漢方薬は有効であり、使用することを提案する』 【解説: 漢方薬 (traditional Japanese herbal medicine) は、古代の中国医学を基礎に日本独自に発展した漢方医学の理論に基づいて処方される医薬品と定義される。漢方薬には古くから「証」の概念があり、その概念に基づき経験上処方されており、多くの臨床医が慢性便秘に対する効果を実感している。日常診療で処方可能という観点から、日本で保険収載された漢方エキス製剤に限定して検討を行った。日本人の慢性便秘症を対象とした、漢方薬の厳密なランダム化比較試験はなかったため、herbal medicine で検索し、ランダム化比較試験を行った論文について解析を行った。現状では大黃甘草湯、麻子仁丸、大建中湯に関する英文3編、和文1編が検出された。 上記のように、慢性便秘に対していくつかの漢方製剤の効果を多くの臨床医が経験的には実感しているが、日本人の慢性便秘患者を対象としたプラセボを用いたランダム化比較試験などの質の高いまとまったエビデンスは少ない。以上のことから、今後の更なる検討が期待される。』	n/a			
					5-9	大黃甘草湯	慢性便秘症	三好秋馬, 正宗研, 福富久之, 他. ツムラ大黃甘草湯エキス顆粒 (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年に大黃甘草湯を用いた多施設二重盲検ランダム化比較試験による日本の便秘症患者に対する臨床効果の検討では、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有意差を認めている。』	n/a			
					5-10	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: 120-29.	↑	↑	『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と比較して同薬剤の有効性が証明されている。』	n/a			
					5-11	大建中湯	慢性便秘症	1) ManabN, Camilleri M, Rao A, et al. Effect of daikenchuto (TU-100) on gastrointestinal and colonic transit in humans. <i>American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology</i> 2010; 98: G970-75. 2) Iurrino 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. 3) Horiuchi A, Nakayama Y, Tanaka N. Effect of traditional Japanese medicine, Daikenchuto (TJ-100) in patients with chronic constipation. <i>Gastroenterology Research</i> 2010; 73: 151-5.	↑	↑	『健康人を対象とした大建中湯の二重盲検ランダム化比較試験では、シンチグラフィ法により測定した上行結腸の排出口時間が大建中湯 5g (4g) 群でプラセボ群と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き、便秘出席者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の併用投与後、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			

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 (14CPGs)

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	
5	K59.0	慢性便秘症 診療ガイドライン 2017	日本消化器病学会関連研究会 慢性便秘の 診断・治療研究会 (委員長: 三輪 洋人 兵庫 医科大学内科学消化内科 主任教授) Strength of Evidence A: 質の高いエビデンス (High) 真の効果がその効果推定値に近似してい ると確信できる。 B: 中程度の質のエビデンス (Moderate) 効果の推定値が中程度信頼できる。 真の効果は、効果の推定値におおよそ 近いが、それが実質的に異なる可能性もあ る。 C: 質の低いエビデンス (Low) 効果推定値に対する信頼は限定的である。 真の効果は、効果の推定値と、実質的に異 なるかもしれない。 D: 非常に質の低いエビデンス (Very Low) 効果推定値がほとんど信頼できない。 真の効果は、効果の推定値とおおよそ異 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	5-12	潤腸湯、乙 字湯、防風 通聖散、桃 核承氣湯、 大柴胡湯	慢性便秘症	1)石岡忠夫. 高齢者の弛緩性便秘に対する潤腸湯と麻子仁 丸の体力差を考慮した効果比較. 漢方の臨床 1996; 43: 1431-7. 2)松生恒夫, 鈴木康元, 西野晴夫. 大腸メラノシスを伴う常 習性便秘症例に対する防風通聖散の効果. 漢方と最新治 療 1996; 5: 195-9. 3)内間恭武. 慢性便秘症に対する乙字湯の臨床効果. 医学 と薬学 2015;72: 869-78. 4) 柴原弘明, 西村大作. オピオイド使用中のがん患者におけ る緩下薬不応性便秘に対する桃核承氣湯の効果. 漢方医 学 2013; 37: 211-2113. 5)中島正光, 中島康伸. 持続性がん疼痛治療剤により生じた 便秘に対する大柴胡湯の治療. 漢方診療 1994; 13: 4.	↑	↑	『その他に、エビデンスレベルは低いものの日本人を対象とした症例集積研究が潤腸湯、乙字湯、防風通聖散、桃核承氣湯、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			
					5-13	大黃	発症性、早期流産 (副作用)	日本東洋医学会学術教育委員会(編) 便秘・下痢・腹痛・腹 部膨満. 漢方産学テキスト 2009; 177-181.	↑	↑	n/a	『多くの漢方薬に含まれる成分のひとつに大黃 があげられ、いくつかの動物実験でその発症性 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薬量が多く、現時点 ではヒトに対しても同様な発症性を有するとは考 えられていない。また、大黃は子宮収縮作用お 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、大黃、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。』			
					5-14	大黃、セン ナ、アロエな どアントラク 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)		↑	↑	n/a	『その他に、甘草 (成分グリチルリチン) による偽 アルドステロン症にも注意が必要である。さら に、漢方薬は複数の生薬からつくられているた め、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。』			
					5-15	甘草	偽アルドステロ ン症 (副作用)	n/a	↑	↑	n/a	『その他に、甘草 (成分グリチルリチン) による偽 アルドステロン症にも注意が必要である。さら に、漢方薬は複数の生薬からつくられているた め、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。』			
					5-16	大黃甘草湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『大黃甘草湯 使用目標: 便秘に対する基本処方、適応症: 便秘、下剤としてのタイプ: 大腸刺激性、特徴: 大黃の含有量が多い、大黃の主成分はセン ノシドである。甘草の含有割合が高く、甘味があり飲みやすい。』			n/a	
					5-17	桃核承氣湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『桃核承氣湯 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: 大黃に加えて、芒硝 (硫酸ナトリウム) を含有し、酸化マグネシウムと同様に塩類下剤 (高浸透圧による蠕動亢進) としての作用が期待される。女性で比較的 体力があり、のぼせて便秘しがちなタイプが漢方的な使用目標とされる。』			n/a	
					5-18	防風通聖散	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『防風通聖散 使用目標: いら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: 大黃に加えて、芒硝 (硫酸ナトリウム) を含有し、酸化マグネシウムと同様に塩類下剤 (高浸透圧による蠕動亢進) としての作用が期待される。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	
					5-19	調胃承氣湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『調胃承氣湯 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: 大黃に加えて、芒硝 (硫酸ナトリウム) を含有し、酸化マグネシウムと同様に塩類下剤 (高浸透圧による蠕動亢進) としての作用が期待される。』			n/a	
					5-20	潤腸湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『潤腸湯 使用目標: 高齢者向け、適応症: 便秘、下剤としてのタイプ: クロライドチャンネル刺激、特徴: クロライドチャネルCFTR活性化作用により 腸管水分量促進作用、腸管輸送促進作用を示すとともに、大黃による大腸刺激性の排便の誘発が期待される。』			n/a	
					5-21	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酸・精油によって軟便化作用が期待され、大黃による大腸刺激性の排便の誘発が期待される。腸管の過緊 張や痙攣に伴い糞便の通過が遅延しコロコロした乾燥便を量した場合に効果的と考えられる。』			n/a	
					5-22	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、痛みを軽減に加えて排便が期待される。』			n/a	
					5-23	桂枝加芍薬 湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『桂枝加芍薬湯 使用目標: 平滑筋の緊張に伴う腹痛を訴える患者向け、適応症: 腹痛、下剤としてのタイプ: 整腸作用、特徴: 芍薬は平滑筋の緊張をや わらげる作用がある。大黃を含有せずマイルドな整腸作用が期待される。痛みを伴う交代型IBSに効果が期待される。』			n/a	
					5-24	大建中湯	慢性便秘症	n/a	↑	↑	日常臨床で頻用されるエキス剤の表中に、下記の記載がある。 『大建中湯 使用目標: 腹部膨満感を訴える患者向け、適応症: 腹痛、腹部膨満感、下剤としてのタイプ: 消化管運動促進、血流増加、特徴: 大黃を含 有せずマイルドな整腸作用が期待される。腹部膨満を伴う便秘に効果が期待される。便秘患者の直腸感覚閾値を下げることで便秘を感 じやすくする効果が期待される。』			n/a	
					5-25	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	
5-26	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 大黃: 瀉下 (センノシド)、芒硝: 瀉下 (硫酸Mg)、枳実: 消化管運動亢進作用、麻子仁: 潤腸瀉下、当帰: 潤腸瀉下、芍薬: 鎮痛・鎮痙、山 椒: 消化運動亢進作用、甘草: 抗炎症』			『甘草: 低K注意、大黃、芒硝は妊婦に注意』						

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 (14CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考	コメント
6	L63.9	日本皮膚科学会円形脱毛症ガイドライン作成委員会 (委員長: 坪井良治 東京医科大学皮膚科学分野)	Strength of Evidence I: システマティック・レビュー/メタアナリシス II: 1つ以上のランダム化比較試験 III: 非ランダム化比較試験 IV: 分析疫学的研究 (コホート研究や症例対照研究) V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究) VI: 専門委員会や専門家個人の意見	日本皮膚科学会雑誌 第127巻第13号、2017年12月20日発行	6-1	漢方薬	円形脱毛症	中島一. 円形脱毛症の漢方治療. 現代東洋医学 1992; 13: 26-30.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C2: 行わないほうがよい (有効のエビデンスがない、あるいは無効であるエビデンスがある)	『CQ16 漢方療法は有用か』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、自然治癒率をしのご効果があるのか、等の基本的な疑問への回答はなく、その有用性は判断しにくい。以上のように、漢方薬の有用性は現段階では十分に検証されていない。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		2010年の改訂版
					6-2	半夏厚朴湯	脱毛症	大熊守也, ほか. 脱毛症の漢方療法 半夏厚朴湯内服 紫外線ならびに凍結療法による治療. 初漢医学雑誌 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)				
					6-3	柴胡加竜骨牡蛎湯	円形脱毛症	大草康弘. 円形脱毛症における柴胡加竜骨牡蛎湯の使用経験. 漢方診療 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)				
7	L70.0	日本皮膚科学会 尋常性ざ瘡治療ガイドライン改訂委員会 (委員長: 林伸和 虎の門病院皮膚科)	Strength of Evidence I: システマティック・レビュー、メタアナリシス II: 1つ以上のランダム化比較試験 III: 非ランダム化比較試験 (統計処理のある前後比較試験を含む) IV: 分析疫学的研究 (コホート研究や症例対照研究) V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究) VI: 専門委員会や専門家個人の意見	日本皮膚科学会雑誌 第127巻第6号 2017年5月22日発行	7-1	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しない。 解説: ざ瘡の炎症性皮膚疹に対し、黄連解毒湯、十味敗毒湯、荊芥連翹湯、清上防風湯にはエビデンスレベル III と V、温清飲、温経湯、桂枝茯苓丸にはエビデンスレベル V の有効性に関するエビデンスが存在する (いずれもエキス剤)。ただし、抗菌薬を併用しているものもあり、現時点ではその詳細に問題なしとは言えない。また、煎薬に関してはエビデンスがあまりに不足して評価できない。ただし副作用が少ない点が考慮され、他の治療が無効、あるいは他の治療が実施できない状況では、上記の漢方エキス剤も選択肢の一つとなりうる。ざ瘡に保険適応を有しているのは、荊芥連翹湯、清上防風湯であり、十味敗毒湯は化膿性皮膚疾患に適応をもつ。以上より、他の治療が無効、あるいは他の治療が実施できない状況では、炎症性皮膚に荊芥連翹湯、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しない。』	n/a	Clinical Questionのまとめの一覧表の記載がある。 下記リンクには各論文の詳細解説が記載されている。 https://www.dermatol.or.jp/upload/s/uploads/files/guideline/1372913_643_1.pdf	2016年の改訂版 (ほぼ同じ)
					7-2	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. 漢方医学 2005; 29: 282-6.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C1: 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)				
					7-3	清上防風湯	ざ瘡 (炎症性皮膚疹)	堀口裕治, 松本いつみ, 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. 皮膚科紀要 1997; 92: 407-12.	III: 非ランダム化比較試験 (統計処理のある前後比較試験を含む)	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)				
					7-4	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. 漢方医学 2005; 29: 282-6.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C1: 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)				
					7-5	十味敗毒湯	ざ瘡 (炎症性皮膚疹)	大熊守也. 尋常性ざ瘡の漢方内服・外用併用療法. 初漢医学雑誌 1993; 10: 131-4.	III: 非ランダム化比較試験 (統計処理のある前後比較試験を含む)	C1: 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)				
					7-6	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. 漢方医学 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). 産婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C2: 十分な根拠がないので (現時点では) 推奨しない (有効のエビデンスがない、あるいは無効であるエビデンスがある)				
					7-7	黄連解毒湯	ざ瘡 (炎症性皮膚疹)	大熊守也. 尋常性ざ瘡の漢方内服・外用併用療法. 初漢医学雑誌 1993; 10: 131-4.	III: 非ランダム化比較試験 (統計処理のある前後比較試験を含む)	C2: 十分な根拠がないので (現時点では) 推奨しない (有効のエビデンスがない、あるいは無効であるエビデンスがある)				
					7-8	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. 漢方医学 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). 産婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C2: 十分な根拠がないので (現時点では) 推奨しない (有効のエビデンスがない、あるいは無効であるエビデンスがある)				
					7-9	温清飲	ざ瘡 (炎症性皮膚疹)	林知恵子. 婦人科における尋常性ざ瘡の治療 (第1報). 産婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C2: 十分な根拠がないので (現時点では) 推奨しない (有効のエビデンスがない、あるいは無効であるエビデンスがある)				
					7-10	温経湯	ざ瘡 (炎症性皮膚疹)	林知恵子. 婦人科における尋常性ざ瘡の治療 (第1報). 産婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C2: 十分な根拠がないので (現時点では) 推奨しない (有効のエビデンスがない、あるいは無効であるエビデンスがある)				
					7-11	桂枝茯苓丸	ざ瘡 (炎症性皮膚疹)	1) 武市牧子. ざ瘡に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性ざ瘡に対する桂枝茯苓丸の使用経験. 新薬と臨床 2005; 54: 907-14. 3) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性ざ瘡に対する桂枝茯苓丸の使用経験 (第2報). 新薬と臨床 2006; 55: 278-85.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C2: 十分な根拠がないので (現時点では) 推奨しない (有効のエビデンスがない、あるいは無効であるエビデンスがある)				
					7-12	桂枝茯苓丸十箇子湯	ざ瘡 (炎症性皮膚疹)	手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性ざ瘡に対する桂枝茯苓丸の使用経験 (第3報). 新薬と臨床 2006; 55: 538-45.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C2: 十分な根拠がないので (現時点では) 推奨しない (有効のエビデンスがない、あるいは無効であるエビデンスがある)				

『』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 (14CPGs)

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	L70.0	尋常性疥癬 治療ガイドライン 2017	日本皮膚科学会 尋常性疥癬治療ガイドライン改訂委員会 (委員長: 林伸和 虎の門病院皮膚科) Strength of Evidence I: システ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I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 (AI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	7-13	荊芥連翹湯	面皰	橋本喜夫, 松尾忍, 飯塚一. ゴ瘡に対する荊芥連翹湯の使用経験. 第12 回皮膚科東洋医学研究会記録 1994; 46-53.	III: 非ランダム化比較試験 (統計処理のある前後比較試験を含む)	C1: 選択肢の1つとして推奨する (質の劣るIII~IV、良質な複数のV、あるいは委員会が認めるVIのエビデンスがある)	『CQ23: 面皰に漢方は有効か?』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 面皰に、他の治療が無効、あるいは他の治療が実施できない状況では、荊芥連翹湯を選択肢の一つとして推奨する。黄連解毒湯、十味敗毒湯、桂枝茯苓丸については、行ってもよいが推奨はしない。 解説: 疥癬には、黄連解毒湯、十味敗毒湯、荊芥連翹湯、清上防風湯、桂枝茯苓丸など種々の漢方薬が使用されてきた。しかしながら臨床評価としては、漢方エキス剤の炎症性皮膚に対する効果を評価したものが大多数であり、面皰について検討したものは非常に限られている。黄連解毒湯、十味敗毒湯についてはクリンダマイシンローション、1% 硫酸ゲンタマイシン含有吉草酸ベタメサゾンローション、あるいはイオウカンフルーション外用と併用することで面皰、丘疹、膿疱の減少と消失に有効とする報告があり、荊芥連翹湯及びテトラサイクリン系抗菌薬併用とテトラサイクリン系抗菌薬のみの群を比較した時に荊芥連翹湯併用群で有効性が高かったとする報告と桂枝茯苓丸と茵陈蒿湯を併用した使用経験の報告がある。また煎薬に関してはエビデンスがあまりに不足して評価できない。ただし、副作用が少ない点が考慮され、他の治療に抵抗性、あるいは他の治療が実施できない状況では、上記の漢方エキス剤も選択肢の一つとなりうる。なお、疥癬に対して保険適応を有しているのは、荊芥連翹湯、清上防風湯のみである。 以上より、他の治療に抵抗性、あるいは他の治療が実施できない状況では、面皰に荊芥連翹湯を選択肢の一つとして推奨する。黄連解毒湯、十味敗毒湯、桂枝茯苓丸の投与は、行ってもよいが推奨はしない。』	n/a	Clinical Questionのまとめの一覧表の記載がある。 下記リンクには各論文の詳細解説が記載されている。 https://www.dermatol.or.jp/uploads/uploads/files/guideline/1372913643_1.pdf	2016年の改訂版 (ほぼ同じ)
					7-14	黄連解毒湯	面皰	大熊守也. 尋常性疥癬の漢方内服・外用併用療法. 和漢産業学会誌 1993; 10: 131-4.	III: 非ランダム化比較試験 (統計処理のある前後比較試験を含む)	C2: 十分な根拠がないので (現時点では) 推奨しない (有効のエビデンスがない、あるいは無効であるエビデンスがある)				
					7-15	黄連解毒湯	面皰 (炎症性皮膚)	武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	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)				
					7-16	十味敗毒湯	面皰	大熊守也. 尋常性疥癬の漢方内服・外用併用療法. 和漢産業学会誌 1993; 10: 131-4.	III: 非ランダム化比較試験 (統計処理のある前後比較試験を含む)	C2: 十分な根拠がないので (現時点では) 推奨しない (有効のエビデンスがない、あるいは無効であるエビデンスがある)				
					7-17	十味敗毒湯	面皰 (炎症性皮膚)	1) 武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 林知恵子. 婦人科における尋常性疥癬の治療 (第1報). 産婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C2: 十分な根拠がないので (現時点では) 推奨しない (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)				
					7-18	桂枝茯苓丸	面皰 (炎症性皮膚)	1) 武市牧子. 疥癬に対する漢方薬の実践的投与. 漢方医学 2005; 29: 282-6. 2) 林知恵子. 婦人科における尋常性疥癬の治療 (第1報). 産婦人科漢方研究のあゆみ 2006; 23: 132-6. 3) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂枝茯苓丸の使用経験. 新薬と臨床 2005; 54: 907-14. 4) 手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂枝茯苓丸の使用経験 (第2報). 新薬と臨床 2006; 55: 278-85.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C2: 十分な根拠がないので (現時点では) 推奨しない (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)				
					7-19	桂枝茯苓丸 十菌子高湯	面皰	手塚匡哉. 気滞血才と弁証された尋常性疥癬に対する桂枝茯苓丸の使用経験 (第3報). 新薬と臨床 2006; 55: 538-45.	V: 記述研究 (症例報告や症例集積研究)	C2: 十分な根拠がないので (現時点では) 推奨しない (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)				
7-20	清上防風湯	面皰 (炎症性皮膚)	堀口裕治, 松本いつみ, 唐崎健一郎. 尋常性疥癬に対する清上防風湯エキス顆粒・多剤併用療法の治療効果. 皮膚科紀要 1997; 92: 407-12.	III: 非ランダム化比較試験 (統計処理のある前後比較試験を含む)	n/a									

『』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 (14CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考	コメント
8	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	8-1	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	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-」の表の中に、下記の記載がある。 『汎用順位1 薬剤名(商品名): 日馬加エブシ末(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	2013年の改訂版
					8-2	漢方薬	線維筋痛症	n/a	D(とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない	提案する	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬・漢方薬(日本式漢方)との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム(対照群のない)研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a		
					8-3	芍薬甘草湯	線維筋痛症	n/a	D(とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない	提案する	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬・漢方薬(日本式漢方)との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム(対照群のない)研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a		
					8-4	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。線維筋痛症症例の背景因子の検討。中野日本整形外科学会雑誌 2009; 52: 951-2. 2) 原敬二郎。線維筋痛症に麻杏ヨク甘湯が有効した一例。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カ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		
					8-5	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	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬・漢方薬(日本式漢方)との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム(対照群のない)研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a		
					8-6	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。薬局 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	『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カ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		
					8-7	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	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬・漢方薬(日本式漢方)との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム(対照群のない)研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a		
					8-8	通脈四逆散+桂枝去桂加茯苓白朮湯+大烏頭煎+白虎加人参湯+防己黄芪湯	線維筋痛症	伊岡千書、鈴木雅雄、古田大河、ほか。烏頭煎と鍼灸治療の併用が有効であった。線維筋痛症、慢性疲労症候群検査局所発症症候群の合併症例。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	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬・漢方薬(日本式漢方)との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム(対照群のない)研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a		
					8-9	防己黄芪湯+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奏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	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬・漢方薬(日本式漢方)との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム(対照群のない)研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a		
					8-10	ヨク苳仁湯	線維筋痛症	大野修嗣、続・Dr.Ohno教えてください! 漢方処方実践編 症例から学ぶ服薬指導のポイント(第11回) 疼痛。漢方医学雑誌 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	『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: 有効性を示す症例報告として、大防風湯+葛根湯+修治附子末の併用、四逆散使用例、桂枝茯苓丸+柴胡桂枝乾姜湯の併用、ついで呉茱萸湯+柴胡桂枝乾姜湯の併用、さらに補中益気湯+柴胡桂枝乾姜湯の併用例、通脈四逆湯+桂枝去桂加茯苓白朮湯+大烏頭煎などと鍼灸治療との併用例、いくつかの漢方薬が無効であったが、白虎加人参湯+防己黄芪湯の併用、白虎加人参湯と防己黄芪湯を併用するとの鎮痛効果があり、その後防己黄芪湯+越婢加朮湯に変更するとさらに痛みが軽減した例、ヨク苳仁湯による治療例、いくつかの漢方薬が無効であった後、烏等通気湯加附子の有効例、いくつかの漢方薬を使用後、温経湯加延胡索が有効であった症例例、いくつかの漢方薬が無効後、四逆散が有効であった例、当初は加味逍遙散+桃核承気湯を併用し、その後桃核承気湯、その後三黄瀉心湯へ変更により軽減した例、ヨク苳仁湯+補中益気湯、芍薬朮甘湯を併用し、その後通導散、さらに通導散を桂枝茯苓丸に変更で有効であった例、構成生薬が多数記載され、それが徐々に変更され症状が軽減した例、線維筋痛症の痛み以外の随伴症状に対する抑肝散の有効性の報告、さらに疏肝理気活血利水法(中医学における理論のひとつ)が有効であった1例などの有効症例の報告が多数あり、枚挙にいとまがない。そのほか小規模の線維筋痛症患者集団での漢方薬の有効性を評価した報告もあり、使用された漢方薬(漢方薬の併用を含む)、西洋医学治療薬との併用、あるいは非薬物療法(主として統合医療的)との漢方薬との併用など様々である。』	n/a		
					8-11	烏等通気湯加附子	線維筋痛症	川崎伊昇、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等通気湯加附子が有効であった一例。漢方の臨床 2014; 61: 804-10.	D(とても弱い): 効果の推定値がほとんど確信できない	提案する	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬・漢方薬(日本式漢方)との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム(対照群のない)研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a		
					8-12	温経湯加延胡索	線維筋痛症	川崎伊昇、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	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬・漢方薬(日本式漢方)との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム(対照群のない)研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a		
					8-13	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	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬・漢方薬(日本式漢方)との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム(対照群のない)研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a		
					8-14	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聖愈血剤、温熱剤が有効であった1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	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬・漢方薬(日本式漢方)との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム(対照群のない)研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a		
					8-15	ヨク苳仁湯+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	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬・漢方薬(日本式漢方)との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム(対照群のない)研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a		
					8-16	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	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬・漢方薬(日本式漢方)との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム(対照群のない)研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a		
					8-17	抑肝散	線維筋痛症	川村力。疏肝理気活血利水法が奏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	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬・漢方薬(日本式漢方)との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム(対照群のない)研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a		
					8-18	漢方薬	線維筋痛症	河野清秀。線維筋痛症は、駆瘀血剤で改善する。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	『CQ9-4 生薬・漢方製剤は線維筋痛症に有効か』に対して、下記の記載がある。 『推奨文: 生薬・漢方製剤の有効性に対するエビデンスは非常に弱い。生薬を除いて漢方薬は病名診断で使用されるものでなく、証に基づいて処方されるべきものであることから、安易に使用されるべきものではない。』 『解説: 漢方薬は病名に対してではなく証に対して処方されるものである。したがって、漢方薬の場合には、証を見きわめる能力により、治療成績が著しく異なる。コクランレビューでは線維筋痛症と生薬・漢方薬(日本式漢方)との関連ではデータがなく、Pub Med、医中誌でも見つからない。しかし、各種疼痛に対する漢方製剤のシングルアーム(対照群のない)研究論文や症例報告は散見される。このうち芍薬甘草湯は、コントロールスタディやRCTが存在し、それ以外の方剤は、いずれも現在のところ推奨度は弱い。』	n/a		
					8-19	牛車腎気丸	過活動膀胱	日本泌尿機能学会。過活動膀胱診療ガイドライン作成委員会編。薬物療法。過活動膀胱診療ガイドライン(第2版)。リウマチヘルメティカル、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	『CQ11-5 間質性膀胱炎・過活動膀胱様症状に対する治療は有効か』に対して、下記の記載がある。 『解説: 過活動膀胱症状に関しては、過活動膀胱診療ガイドライン(第2版)2015が出版されており、推奨グレードAの治療が多い。(中略) 推奨グレードCの治療は、運動療法、禁煙、食事・アルコール・飲水指導・便秘の治療、鍼治療、フラボキサート、牛車腎気丸、エストロゲン等である。』	n/a		

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (14CPGs)

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	
9	N02.8	エビデンスに基づくIgA腎症診療ガイドライン2017	IgA腎症診療ガイドライン作成分科会(委員長:藤元昭一 宮崎大学血液・血管先端医学講座(腎臓内科)) Strength of Evidence A(強):効果の推定値に強く確信がある B(中):効果の推定値に中等度の確信がある C(弱):効果の推定値に対する確信は限定的である D(とても弱い):効果の推定値がほとんど確信できない Strength of Recommendation 1:強く推奨する(推奨する) 2:弱く推奨する(提案する) (推奨)なし:明確な推奨がどうしても不適切・不可能であると判断した場合	東京医学社、2017年6月15日発行	9-1	柴芩湯	小児IgA腎症	吉川徳茂, 伊藤拓, 酒井紉, ほか. 巣状・微小メサンギウム増殖を示す小児期IgA腎症における柴芩湯治療のプロスペクティブコントロールスタディ. <i>日本腎臓学会誌</i> 1997; 39: 503-6.	B(中):効果の推定値に中等度の確信がある	2:弱く推奨する(提案する)	免疫抑制療法(小児)の項に、下記の記載がある。 『CQ5:小児症例に対して免疫抑制療法は推奨されるか?』 『推奨グレード2B:小児IgA腎症重症例に対しての免疫抑制療法は蛋白尿減少、糸球体硬化の進行阻止、腎予後の改善に効果があり、治療選択肢として提案する。』 『要約:小児IgA腎症患者を臨床的あるいは組織的な重症度に基づき大きく2つに分類して、軽度蛋白尿(早期尿蛋白C ₁ 比が1.0未満)、巣状メサンギウム増殖を示し、かつ半月体形成を認める糸球体が30%未満である「軽症例」では、アンジオテンシン変換酵素阻害薬や柴芩湯などの非免疫抑制療法が推奨される。』 『解説:軽症例では、非免疫抑制療法が推奨される。小児のIgA腎症では非免疫抑制療法のランダム化比較試験はないが、アンジオテンシン変換酵素阻害薬のメサンギウム増殖を示すIgA腎症に対する有効性と安全性がオープン試験で示されている。一方、柴芩湯は小児の巣状メサンギウム増殖を示すIgA腎症へのランダム化比較試験でその有効性と安全性が証明されている。』	n/a		2014年の改訂版(前版はタイプB)	
10	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会(委員長:本間之夫 東京大学大学院医学系研究科泌尿器科 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:前向きで対照のない観察研究 V:後ろ向きで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:前向きで対照のない観察研究に裏付けられる 5:後ろ向きで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	10-1	漢方薬(柴朴湯、柴芩湯、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>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、柴芩湯、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。』			
					10-2	牛車腎気丸	前立腺肥大症	↓	↓	C1:行ってもよい	薬物療法以外の他の薬剤に、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			改訂版 ※2008年発行の「男性下部尿路症状診療ガイドライン」と2011年発行の「前立腺肥大症診療ガイドライン」を基盤として合併している。なお、どちらも前版はタイプA。
					10-3	八味地黄丸	前立腺肥大症	Minagawa T, Ishizuka O. Status of urological Kambo medicine: a narrative review and future vision. <i>International Journal of Urology</i> 2015; 22: 254-63.	n/a	↑	薬物療法以外の他の薬剤に、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			
					10-4	牛車腎気丸	前立腺肥大症	石塚修, 山西友典, 後藤百万, ほか. LUTS 新たなエビデンス. 漢方製剤の臨床効果—牛車腎気丸を中心として. <i>Urology View</i> 2009; 7: 81-4.	II:小規模なRCTで結果が明らかな研究	↑	薬物療法以外の他の薬剤に、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、附子を増量した漢方製剤で、頻尿に保険適用がある。タムロシン使用後もOAB[過活動膀胱]症状が軽減し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			
					10-5	牛車腎気丸	前立腺肥大症	藤内靖喜, 渡部明彦, 布施秀樹. 前立腺疾患における蓄尿障害に対する牛車腎気丸の効果—漢方治療の基礎研究と今後の方向性について. <i>泌尿器科紀要</i> 2008; 54: 463-6.	V:後ろ向きで症例研究が専門家の意見	↑	薬物療法以外の他の薬剤に、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			
					10-6	牛車腎気丸	前立腺肥大症	Ogushi T, Takahashi S. Effect of Chinese herbal medicine on overactive bladder. <i>Hinyokika Kyo</i> 2007; 53: 857-62.	IV:前向きで対照のない観察研究	↑	薬物療法以外の他の薬剤に、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			

『』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 (14CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考	コメント				
11	N46 N70-N77 N80-N98	産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編 2017	日本産科婦人科学会、日本産婦人科医学会 ガイドライン。婦人科外来編2017委員会(委員長:小林立 奈良県立医科大学)	日本産科婦人科学会事務 局、2017年4 月3日 初版第 1刷発行	11-1	当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、桃核承気湯、当帰建中湯など	機能性月経困難症	大屋敦子, 花輪壽彦, 竹下俊行. 月経困難症の漢方療法. <i>産婦人科治療</i> 2009; 98: 51-4.	III: I II 以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見	C: (実施すること等が) 考慮される	『CQ304 機能性月経困難症の治療は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 2. 漢方薬あるいは鎮痛薬を投与する。 解説: 漢方薬により月経困難症を効果的に治療できる可能性がある。当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、桃核承気湯、当帰建中湯などから、漢方医学的診断に基づいて処方する。漢方薬治療に即効性はないが4ないし12週間の投与で症状の改善を期待できる。なお芍薬甘草湯は月経痛が激しい場合に頓服で用いることができる。』	n/a						
					11-2	芍薬甘草湯	月経痛	n/a	n/a	I								
					11-3	漢方薬、半夏、麻黄、麻子仁	ドーピング (注意)	n/a	n/a	B: (実施すること等が) 勧められる				『CQ309 女性アスリートの診療上の留意点は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 7. 処方に際しては、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、動植物や天然物由来でありすべての成分を明らかにできず、禁止物質が含まれていないという保証ができない、半夏、麻黄、麻子仁は明らかに禁止物質を含んでいるが、それ以外の漢方薬を使用の際は、スポーツファーマシスト等の専門家へ確認が必要である。』	n/a			
					11-4	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. 東京: 医学書院; 2007: 812-3.	III: I II 以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見	C: (実施すること等が) 考慮される			『CQ324 男性不妊治療は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 2. 乏精子症に薬物療法を行う。 解説: 副作用の少ない非内分泌療法が多く行われ、ビタミン剤 (ビタミンB 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) が用いられることが多い。しかし、作用機転は必ずしも明確でない。』	n/a				
					11-5	当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、加味逍遙散、桃核承気湯、女神散、抑肝散など	月経前症候群	n/a	n/a	B: (実施すること等が) 勧められる				『CQ409 月経前症候群の診断・管理は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 3. 治療にはカウンセリング、生活指導や薬物療法 (精神安定剤、利尿剤、鎮痛剤、漢方薬等) を選択する。 解説: 薬物療法として、軽症の場合は対症療法としての精神安定剤、利尿剤、鎮痛剤などを適宜用いる。そのほか、本邦では当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、加味逍遙散、桃核承気湯、女神散、抑肝散などの漢方薬もよく用いられる。』	n/a			
					11-6	漢方薬	更年期障害	n/a	n/a	C: (実施すること等が) 考慮される				『CQ412 更年期障害への対応は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 6. 不定愁訴と呼ばれる多彩な症状を訴える場合には漢方療法などを用いる。』 『解説: 不定愁訴に応じて個々の症状ごとに処方を追加していけば、短期間のうちに多剤併用療法を余儀なくされるが、このような場合には漢方療法などが有効である (詳細はCQ415を参照されたい)。』	n/a			
					11-7	柴胡桂枝乾姜湯、当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、温清散、五積散、通導散、温経湯、三黄瀉心湯	更年期障害	n/a	I	C: (実施すること等が) 考慮される				『CQ415 更年期障害に対する漢方治療・補完代替医療はどのように行うか?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 1. 漢方処方としては当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸などを中心に用いる。 解説: 漢方薬は現在保険診療において投与可能であり、日本における伝統医療の主流である。更年期障害患者の呈する多彩な精神身体症状を全人的なプロフィールとして一括して把握し、個々の患者に相応しい少数の処方を選択する漢方治療は更年期障害の病態によく適合している。また、婦人にみられる特有の生理現象に関連して起こる精神神経症状を基調とするさまざまな症状を指す「血の道症」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			
					11-8	柴胡桂枝乾姜湯、加味逍遙散、温清散、女神散、四物湯、三黄瀉心湯、川キユウ来調散、桂枝茯苓丸加ヨク苺仁	血の道症	n/a										
					11-9	当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸	更年期障害	寺内公一. 【産婦人科医必携 現代漢方の基礎知識】更年期障害. <i>産婦人科の実践</i> 2014; 63: 315-20.	III: I II 以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見	I				『CQ415 更年期障害に対する漢方治療・補完代替医療はどのように行うか?』に対して、Answer 1の解説に下記の記載がある。 『漢方治療は中国・日本由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「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」は弱い腹力と心下脹水着 (心窩部を揺らした時に胃内に溜まった水分の動く音がすること) を参考に体力が強く、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」は強い腹力と胸脇苦満 (肋骨弓下部の抵抗・圧痛) を参考に、体力が強く、肩こり・疲れがあり、様々な変化する精神神経症状を訴える女性に対して、「桂枝茯苓丸」は中等度の腹力と小腹痛満 (臍下部腹直筋上の抵抗・圧痛) を参考に、体力があり、赤ら顔でのぼせを訴える女性に対して、それぞれ処方する。』	n/a			
					11-10	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-1F): 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	I								
					11-11	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	I				『CQ415 更年期障害に対する漢方治療・補完代替医療はどのように行うか?』に対して、Answer 1の解説に下記の記載がある。 『漢方治療は西洋医学とは本質的に異なる医学体系に基づいており、EBMによる解析が困難である側面をもつが、近年更年期障害に対する漢方治療の有効性に関する報告が、ランダム化比較試験・コホート研究とも増えている。』	n/a			
					11-12	甘草含有処方	偽性アルドステロン症 (副作用)	n/a	n/a	B: (実施すること等が) 勧められる					『CQ415 更年期障害に対する漢方治療・補完代替医療はどのように行うか?』の解説の項に、下記の記載がある。 『Answer 3. 漢方治療・補完代替医療においても有害事象に注意を払う。 解説: 一般に副作用が少ないと考えられている漢方治療でも甘草含有処方による偽性アルドステロン症や小柴胡湯による間質性肺炎などが知られている。(中略) 補完代替医療においても有害事象には常に注意を払う必要がある。』			
					11-13	小柴胡湯	間質性肺炎 (副作用)	n/a										
					11-14	牛車腎気丸	過活動膀胱	n/a	n/a	n/a					『CQ428 過活動膀胱の外来管理は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 4. 薬物療法を行う場合には、抗コリン薬またはβ3アドレナリン受容体作動薬を第一選択薬とする。 解説: これらの薬剤以外には、フラボキセート (プラダロン) やイミプラミン (トフラニール) などの抗うつ剤、牛車腎気丸なども有効とされているが、推奨グレードは低い。』	n/a		

2014年の改訂版 (ほぼ同じ)

「更年期障害」「血の道症」の適応をもつ漢方処方の表中に、「更年期障害」: 柴胡桂枝乾姜湯、当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸、温清散、五積散、通導散、温経湯、三黄瀉心湯「血の道症」: 柴胡桂枝乾姜湯、加味逍遙散、温清散、女神散、四物湯、三黄瀉心湯、川キユウ来調散、桂枝茯苓丸加ヨク苺仁と記載されている。

『』内はCPGの引用文、【 】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプA 引用論文が存在し、エビデンスと推奨のグレーディングがあり、その記載を含むもの (14CPGs)

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	
12	O21.0	産婦人科診療ガイドライン-産科編 2017	日本産科婦人科学会、日本産婦人科医学会 ガイドライン-産科編2017委員会(委員長: 板倉敬夫 順天堂大学) Strength of Evidence I: よく検討されたランダム化比較試験成績 II: 症例対照研究成績あるいは繰り返し観察されている事象 III: III 以外、多くは観察記録や臨床的印象、又は権威者の意見 Strength of Recommendation A: (実施すること等を) 強く勧める B: (実施すること等が) 勧められる C: (実施すること等が) 考慮される(考慮の対象となるが必ずしも実施が勧められているわけではない)	日本産科婦人科学会事務局、2017年4月3日 初版第1刷発行	12-1	ショウガ粉末	妊娠悪阻	1) Einarson A, et al. Treatment of nausea and vomiting in pregnancy: an updated algorithm. <i>Canadian Family Physician</i> 2007; 53: 2109-11. 2) Practice Bulletin No. 153: Nausea and Vomiting of Pregnancy 2015. <i>Obstetrics & Gynecology</i> 2015; 126: e12-e24.	n/a	A: (実施すること等を) 強く勧める	『CQ201 妊娠悪阻の治療は?』に対して、下記の記載がある。 『Answer 1 少量頻回の食事摂取と水分補給を促す。 解説: 心身の安眠と栄養を心掛け、少量頻回の食事摂取、水分補給を促す。欧米ではショウガ粉末が「つわり」症状の軽減に有効として広く推奨されているが、有効ではないとするメタ解析も存在する。』	n/a		改訂版 (前版は記載なし)	
						ショウガ粉末	妊娠悪阻	Matthews A, et al. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. (up-to-date: Jun 2010) <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2010		I: よく検討されたランダム化比較試験成績					A: (実施すること等を) 強く勧める
13	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	13-1	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		初版	
14	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	14-1	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. 3) Park HK, Jeon SG, Kim TB, et al. Occupational asthma and rhinitis induced by a herbal medicine, Wonji (<i>Polygonum tenuifolium</i>). <i>Journal Of Korean Medical Science</i> 2005; 20: 46-9. 4) Kim SH, Jeong H, Kim YK, et al. IgE-mediated occupational asthma induced by herbal medicine, Banha (<i>Pinellia ternata</i>). <i>Clinical And Experimental Allergy</i> 2001; 31: 779-81. (エビデンスレベル③): 1例報告	I: システマティックレビュー/RCTのメタ解析	A: 行うよう強く勧められる	『CQ1-6 原因抗原にはどのようなものがあるか?』に対して、下記の記載がある。 『Panel Consensus: 主に動物・植物由来の高分子量抗原と化学物質・金属などの低分子量抗原に分けられる。 解説: 記載する抗原については、臨床上の必要のため症例報告が1例であっても、内容が職業性喘息と推定できるものについては、表に記載した。』 『表: 職業性喘息を引き起こすと推定される吸入物質および職業 職業性喘息を引き起こす吸入物質: 漢方薬、オタネニンジン、オンジ、ハンゲ 職業など: 薬剤師、漢方薬卸売業者、漢方薬製造者』	n/a		2013年の改訂版	
					14-2	甘草粉塵	職業性喘息 (副作用)	1) 宇佐神流. 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. 2) Cartier A, Malo JL, Labrecque M. Occupational asthma due to licorice roots. <i>Allergy</i> 2002; 57: 863. (エビデンスレベル③): 1例報告		A: 行うよう強く勧められる					『CQ1-6 原因抗原にはどのようなものがあるか?』に対して、下記の記載がある。 『Panel Consensus: 主に動物・植物由来の高分子量抗原と化学物質・金属などの低分子量抗原に分けられる。 解説: 記載する抗原については、臨床上の必要のため症例報告が1例であっても、内容が職業性喘息と推定できるものについては、表に記載した。』 『表: 職業性喘息を引き起こすと推定される吸入物質および職業 職業性喘息を引き起こす吸入物質: 甘草粉塵 職業など: 甘草からの色素抽出作業従事者』
					14-3	甘草、山綿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		A: 行うよう強く勧められる					『CQ1-6 原因抗原にはどのようなものがあるか?』に対して、下記の記載がある。 『Panel Consensus: 主に動物・植物由来の高分子量抗原と化学物質・金属などの低分子量抗原に分けられる。 解説: 記載する抗原については、臨床上の必要のため症例報告が1例であっても、内容が職業性喘息と推定できるものについては、表に記載した。』 『表: 職業性喘息を引き起こすと推定される吸入物質および職業 職業性喘息を引き起こす吸入物質: 甘草、山綿来などの毒掃丸成分 職業など: 製薬会社製造担当者』
					14-4	漢方薬	職業性アレルギー性鼻炎	鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会. 鼻アレルギー診療ガイドライン (2016年版、改訂第8版)、ライフサイエンス、2016.		VI: 患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見					C1: 行うほうがよい

『』内はCPGの引用文、【】はCPG引用文中の著者注を示す。

タイプB 引用論文が存在するが、エビデンスグレードと推奨のグレーディングのないもの (7CPGs)

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	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)	2016年 http://www.j-circ.or.jp/guide_line/pdf/JCS2016_terasaki_h.pdf	1-1	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		初版	
2	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: 平塚俊男 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	2-1	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(perioidic fever), aphthous stomatitis, pharyngitis, cervical adenitis; PFAPA) 症候群	1) 五野由佳理, 堀田広満, 奥富俊之, ほか. 反復性発熱に抑肝散が奏効した一例. <i>日本漢方医学雑誌</i> 2014; 65: 191-6. 2) 盛岡頼子, 柴胡桂枝湯で軽快したPFAPA症候群の一症例. <i>Phil 漢方</i> 2015; 55: 28-9.	n/a	n/a	周期性発熱・アフタ性口内炎・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		初版	
3	FO1.9	脳卒中治療ガイドライン 2015 (追加 2017対応)	日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会(委員長: 森悦朗 東北大学名誉教授、日生病院特任顧問)	協和企画、2017年10月25日 第2版第1刷発行	3-1	抑肝散	血管性認知症、血管性認知障害	1) Iwasaki K, Satoh-Nakagawa T, Maruyama M, et al. A randomized, observer-blind, controlled trial of the traditional Chinese medicine Yi-Gan-San for improvement of behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> 2005; 66: 248-52. 2) Nagata K, Yokoyama E, Yamazaki T, et al. Effects of yokukansan on behavioral and psychological symptoms of vascular dementia: an open-label trial. <i>Phytotherapy</i> 2012; 19: 524-8.	レベル3: 非ランダム化比較コホート/追跡研究	n/a	血管性認知症、血管性認知障害の項のエビデンスの中に、下記の記載がある。 『抑肝散は小規模の臨床試験で行動心理症状の改善に有効であった。』	n/a		2015年の改訂版(同じ)	
4	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科精神医学)	http://www.sec-retariat.ne.jp/jsm/mood_disorder/index.html	4-1	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 access the effectiveness and safety of Free and Easy Wanderer Plus, apolyherbal 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		2013年の改訂版(前版は記載なし)	
5	K64.9	エビデンスに基づく助産ガイドライン-妊娠・分娩期-分産期 2016	日本助産学会 エビデンスに基づく助産ガイドライン-妊娠・分娩期-分産期2016ガイドライン委員会(委員長: 堀内成子 聖路加国際大学大学院、聖路加産科クリニック)	日本助産学会誌、第30巻別冊 2017年1月	5-1	漢方薬	妊娠中の痔核	Gan T, Liu Y, Wang Y, et al. Traditional chinese medicine herbs for stopping bleeding from haemorrhoids. <i>Cochrane Database of Systematic Review</i> 2010; 10: CD006791.	n/a	n/a	『CQ6 妊娠中の痔核の改善に効果的な方法は何か?』に対して、下記の記載がある。 『上記以外のエビデンス: 妊娠中の女性ではない、一般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		2012年の改訂版(前版は記載なし)	
					5-2	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	『CQ6 妊娠中の痔核の改善に効果的な方法は何か?』に対して、下記の記載がある。 『上記以外のエビデンス: 7 件のRCT (n=378) を対象とした食物繊維 (ハーブ、生薬、ブラン、ダイエ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		※2012年版の「エビデンスに基づく助産ガイドライン-妊娠・分娩期」は、「エビデンスに基づく助産ガイドライン-妊娠・分娩期」に名称変更している。	
6	M35.0	シェーグレン症候群診療ガイドライン 2017年版	厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等政策研究事業 自己免疫疾患に関する調査研究班 診療ガイドライン作成委員会(委員長: 住田孝之 筑波大学医学医療系内科)	診断と治療社、2017年4月28日 初版第1刷発行	6-1	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量と問診スコアを重視した。セピリン塩酸塩、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		改訂版(前版は記載なし)
					6-2	麦門冬湯	シェーグレン症候群の口腔乾燥症状	大野修樹, 免疫疾患の漢方薬RCT シェーグレン症候群の唾液分泌障害に対する漢方薬治療の効果. <i>漢方と最新治療</i> 2006; 15: 134-40.	C(弱): 効果の推定値に対する確信は限定的である	『CQ24 口腔乾燥症状の改善に有用な治療は何か?』に対して、漢方薬の項に下記の記載がある。 『2つのRCTを対象にSRを実施した。2つのRCTで麦門冬湯投与後に平均唾液分泌量が有意に増加したが、コントロール群 (補中益気湯、プラセボ) では平均唾液分泌量の有意な増加はなかった。1つのRCTでは麦門冬湯投与により76.6%の患者で唾液分泌量が増加した。1つのRCTで麦門冬湯は投与前およびプラセボと比し口腔乾燥に関する問診スコアを有意に改善した。プラセボでは有意な改善なく、むしろ増悪傾向であった。1つのRCTで麦門冬湯は投与前およびプラセボと比し舌表面、口腔内の乾燥に関するスコアを有意に改善した。プラセボでは有意な改善なく、むしろ増悪傾向であった。以上の結果から、エビデンスは非常に弱い。麦門冬湯は口腔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				
					6-3	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>日本漢方医学雑誌</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	『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。』					
					6-4	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、気道粘液潤滑薬は、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、保険適応がないので、使用する場合には患者・家族への説明が必要である。』	n/a			
7	N04.9	エビデンスに基づくネフローゼ症候群診療ガイドライン 2017	エビデンスに基づくネフローゼ症候群診療ガイドライン2017作成分科会(委員長: 柴垣有喜 聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科)	東京医学社、2017年6月15日発行	7-1	甘草	低カリウム血症(副作用)	川合真一, 川合真一(編). ステロイドの上手な使い方. 永井書店, 2004: 16-22.	n/a	n/a	n/a	薬剤の作用機序と副作用の項の『ステロイドとほかの薬剤の相互作用』の表中に、下記の記載がある。 『同時投与により起こりやすい合併症と薬剤 低カリウム血症: サイアザイド系利尿薬、エタクリン酸、フロセミド、甘草、エフトリン』	2014年の改訂版(前版は記載なし)		

『』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 (5CPGs)

1 CPG NO.	2 ICD10	3 CPG名	4 作成母体 GS of Strength of Evidence GS of Strength of Recommendation	5 書誌事項	6 ST No.	7 処方名	8 疾患	9 引用論文など	10 CPG中の Strength of Evidence	11 CPG中の Strength of Recommendation	12 有効性に関する記載ないしその要約	13 副作用に関する記載ないしその要約	14 備考	コメント
1	E85.9	最新アミロイドーシスのすべて一診療ガイドライン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	1-1	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、トリプタノール (10mg) 3～6錠、リカカブセル (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錠を使用する。』	n/a		初版
					1-2	抑肝散	興奮性BPSD	n/a	n/a	n/a	Alzheimer病の治療の項に、下記の記載がある。 『BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) に対する非薬物療法、薬物療法と対処の指導、進行期の合併症の対処を考慮する。メマンチンや抑肝散は興奮性BPSDに使用されることもある。』	n/a		
2	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	2-1	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。これらにより構造的な改善しない場合は、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播合は、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。』	『抑肝散による低カリウム血症、バルプロ酸による死亡リスク、カルバマゼピンによる皮膚粘膜炎 (Stevens-Johnson症候群) にはとくに注意する。』		2013年の改訂版 (前版は記載なし)
3	H40.9	緑内障診療ガイドライン第4版	日本緑内障学会緑内障診療ガイドライン作成委員会 (委員長: 谷原秀信 熊本大学大学院生命科学研究部眼科学分野)	日本眼科学会雑誌 122巻 1号、2018年1月発行	3-1	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		2012年の改訂版 (前版は記載なし)
4	I15.8	脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャートについて	脳心血管病予防に関する包括的リスク管理合同会議	日本内科学会雑誌 104巻 4号、2015年4月1日発行	4-1	甘草	偽アルドステロン症 (副作用)	n/a	n/a	n/a		脳心血管病予防のための血圧管理 (管理目標を中心に) の項の二次性高血圧のスクリーニングに、下記の記載がある。 『薬剤誘発性高血圧: 基本は薬物使用歴の聴取である。甘草を含む漢方薬や健康補助食品による偽アルドステロン症は低カリウム血症も参考になる。』		初版
5	N76.0	性感症診療ガイドライン2016	日本性感症学会 2016ガイドライン委員会 (委員長: 清田浩 慈恵医大葛飾医療センター 泌尿器科)	日本性感症学会誌 第27巻 第1号 Supplement、2016年11月1日発行	5-1	漢方薬	細菌性陰症	n/a	n/a	n/a	細菌性陰症の内服療法に、下記の記載がある。 『更年期症状の強い症例などでは、ホルモン補充療法や東洋医学的治療 (漢方治療) などが併用される。』	n/a		2011年の改訂版 (同じ)