

Annex 2 日本における漢方治療の経済評価の除外論文リスト

No.	年代	ICD-10	Research Question	漢方処方名	論文	除外理由*1
1	1999	D50	鉄欠乏性貧血と診断された女性患者に対する当帰芍薬散の治療の費用対効果を、フェロミア錠（鉄剤）を対照とした評価	当帰芍薬散	赤瀬朋秀. 鉄欠乏性貧血に対する当帰芍薬散の応用 薬剤疫学を応用した漢方薬の評価. 漢方と最新治療 1999: 8(2): 143-8.	5)
2	1994	K91.8	短腸症候群の患者に対する和漢薬の応用の医学的・経済学的有効性	白石脂、桂皮、遠志など多種の生薬	藤田忠義. 短腸症候群に対する和漢薬の臨床効果(英語) 和漢医薬学雑誌 1994: 11(1): 57-61.	1), 2)
3	2006	F01, F03, G30	認知症患者のBPSD（認知症の周辺症状）に対する抑肝散による治療の費用対効果を、チアプリドによる治療を対照とした評価	抑肝散	佐藤麻紀, 宮地正和, 湯本哲郎, 他. 介護病棟における抑肝散投与に伴う医療経済効果に関する薬剤疫学的研究. Journal of Traditional Medicines 2006: 23 Suppl: 108.	5)
4	2009	G30	認知症医療による患者及び介護者の健康関連QOLの変化とその医療経済的効果	なし	八森淳, 安田朝子, 本間昭, 他. 認知症医療によるアルツハイマー型認知症の本人および介護者の包括的健康関連QOL指標の変化. 老年精神医学雑誌 2009: 20(9): 1009-21.	6)
5	2010	F01, F03, G30	認知症患者のBPSD（認知症の周辺症状）に対する抑肝散による治療の費用対効果を、チアプリドによる治療を対照とした評価	抑肝散	湯本哲郎, 赤瀬朋秀. 介護病棟における抑肝散投与に伴う医療経済効果に関する薬剤疫学的研究. 漢方医学 2010: 34(2): 124-5.	7)
6	2002	J00	かぜ症候群の患者に対する漢方薬による治療と洋漢併用治療の費用対効果を、西洋薬による治療を対照とした評価。	麻黄湯、桂枝湯など多種の処方	秋葉哲生. 漢方薬の使用による医療費抑制の可能性 感冒治療にみる漢方薬による医療費抑制の可能性. 日本東洋医学雑誌 2002: 53(3): 186-9.	5)
7	2007	J00-J06, J13-J16	急性の細菌性呼吸器感染症の患者に対する洋漢併用治療の医学的・経済学的有効性	十全大補湯、補中益気湯など多種の処方	三鴨廣繁, 玉舎輝彦. 医療経済的見地からみた感染症治療における漢方治療の有用性. 産婦人科漢方研究のあゆみ 2007: 24: 105-8.	1)
8	2010	J32.9, J30.4	長期間治療における改善傾向の認められない小児の鼻閉にたいして漢方薬による治療の医学的・経済学的有効性	辛夷清肺湯、小建中湯、葛根湯など多種の処方	松山稔. 改善傾向の認められない小児の鼻閉に漢方薬(辛夷清肺湯、小建中湯)が有効であった症例多数. 漢方と最新治療. 2010: 19(2): 145-50.	1)
9	2007	K21	胃食道逆流症を含む上腹部症状に対して六君子湯による治療の医学的・経済学的有効性	六君子湯	山口武人, 小出明範. 胃食道逆流症に対する六君子湯の有用性. Medical Science Digest 2007: 33(3): 748-52.	1)
10	2010	L20	アトピー性皮膚炎患者に対して抑肝散加陳皮半夏による治療の医学的・経済学的有効性	抑肝散加陳皮半夏	弓立達夫. アトピー性皮膚炎と漢方治療 アトピー性皮膚炎患者における抑肝散加陳皮半夏の効果 イライラ感や不眠など精神神経症状の改善に着目して. 皮膚の科学 2010: 9 Suppl.15: 48-53.	1)

No.	年代	ICD-10	Research Question	漢方処方名	論文	除外理由
11	2006	M17.9	変形性膝関節症の患者に対する防已黄耆湯による治療の費用対効果を、NSAIDS内服による治療を対照とした評価	防已黄耆湯	濃沼政美, 亀井美和子, 中村均, 他. 変形性膝関節症に対する防已黄耆湯の薬剤経済分析アウトカムの定義と効果確率の推定. 日本薬学会年会要旨集 2006: 126年会(2): 205.	5)
12	2006	M17.9	変形性膝関節症の患者に対する防已黄耆湯による治療の費用対効果を、NSAIDS内服による治療を対照とした評価	防已黄耆湯	濃沼政美. 変形性膝関節症の保存的薬物療法に対する防已黄耆湯の薬剤経済分析. 日本東洋医学雑誌 2006: 57 suppl:270.	5)
13	2001	M54	腰痛を持つ子宮頸癌患者に対する漢方薬治療の除痛・骨量維持の有効性	八味地黄丸、補中益気湯など多種の処方	竹川佳宏. 高齢者医療と漢方腰痛. 徳島大学医療技術短期大学部紀要 2001: 11: 1-6.	1)
14	2000	N92, N94, G90	内分泌失調や神経・精神失調を抱えている働く女性に対する漢方療法の医学的・経済学的な有効性	桂枝茯苓丸、加味逍遙散など多種の処方	星野泰三, 高山雅臣. 働く女性に対する漢方療法の経済学的効果. 日本東洋医学雑誌 2000: 50(6): 112.	1)
15	2006	N96	不妊症に対して柴苓湯による治療の有効性	柴苓湯	假野隆司. 産婦人科疾患 不妊症の漢方治療. 産婦人科治療 2006: 92 suppl: 683-7.	1)
16	2011	N97	不妊症に対する漢方薬治療の医学的・経済学的有効性	当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、柴苓湯など多種の処方	赤瀬朋秀. 漢方の理解を深めるためのステップアップ 医療経済と漢方. 診断と治療 2011: 99(5): 851-5.	7)
17	2011	R68.8	手術侵襲による生体反応(SIRS/CARS)に対して補中益気湯の投与の医学的・経済学的有効性	補中益気湯	齋藤信也. がん薬物治療の副作用軽減を目的とした漢方治療 漢方薬の術前投与が手術侵襲に及ぼす効果 補中益気湯の術前投与とSIRS/CARSの制御. 薬局 2011: 62(11): 3485-92.	1)
18	1995	なし	-	-	張明澄. 中医学と漢方への正しい認識 温病理論と治療経済性. 東洋医学 1995: 23(7): 72-5.	3)
19	1997	なし	-	-	赤瀬朋秀, 島田慈彦. 漢方薬の有効性・安全性・経済性の評価 薬剤疫学を応用した適正使用へのアプローチ. 薬事 1997: 39(11): 2235-40.	3), 5)
20	1997	なし	-	-	秋葉哲生. 安全性と医療経済からみた漢方薬の適正使用. 日本薬学会年会要旨集 1997: 117年会(4): 173.	3)
21	1998	なし	-	-	赤瀬朋秀, 島田慈彦. 医療経済からみた漢方治療 鉄欠乏性貧血の治療を中心に. Progress in Medicine 1998: 18(4): 675-9.	3), 5)

No.	年代	ICD-10	Research Question	漢方処方名	論文	除外理由
22	1998	なし	-	-	秋葉哲生. 医療経済からみた漢方治療 高齢疾患を中心に. Progress in Medicine 1998: 18(4): 687-90.	3)
23	1999	なし	-	-	井齋偉矢. 漢方の常識を見直す 漢方治療の経済性と安全性. 診断と治療 1999: 87(12): 2255-58.	3), 5)
24	2001	なし	-	-	津谷喜一郎. 漢方薬の使用による医療費抑制の可能性 東洋医学と意思決定に必要なもの clinical evidenceと economic evidence. 日本東洋医学雑誌 2001: 51(6): 122-3.	3)
25	2001	なし	-	-	裏辻嘉行. 21世紀の医療における漢方の役割 プライマリケアの立場から. 日本東洋医学雑誌 2001. 51(5): 904-9.	1), 2)
26	2001	なし	-	-	太田博孝. これからの漢方診療 私はこうしている 月経困難症. 産婦人科治療 2001: 82(3): 353-5.	3)
27	2002	なし	-	-	赤瀬朋秀. 各科臨床領域におけるEBMの現状と展望 医療経済とEBM. Progress in Medicine 2002: 22(9): 2151-55.	3), 5)
28	2002	なし	-	-	坂巻弘之. 漢方医療と医療経済. Geriatric Medicine 2002: 40(6): 741-5.	3), 5)
29	2002	なし	-	-	下田憲. 漢方薬の使用による医療費抑制の可能性 東洋医学治療が総医療費の削減をもたらす可能性をさぐる. 日本東洋医学雑誌 2002: 53(3): 177-86.	1), 2)
30	2002	なし	-	-	津谷喜一郎. 漢方薬の使用による医療費抑制の可能性 東洋医学と意思決定に必要なもの clinical evidenceと economic evidence. 日本東洋医学雑誌 2002: 53(3): 189-98.	3)
31	2003	なし	-	-	針生雄吉. 漢方薬併用療法の効用 体験的漢方論. セミナー医療と社会 2003: 24: 19-26.	3), 5)
32	2004	なし	-	-	崎山武志. 漢方治療のすすめ. 日本小児科学会雑誌 2004: 108(8): 1019-26.	3), 5)
33	2004	なし	-	-	濃沼政美, 亀井美和子, 白神誠. 最近の臨床漢方論文の研究デザインおよび研究対象の解析 漢方薬の薬剤経済分析を目的として. 社会薬学 2004: 23(1): 85-8.	4)

No.	年代	ICD-10	Research Question	漢方処方名	論文	除外理由
34	2004	なし	-	-	白神誠. 医療経済と漢方(包括医療を含む) 漢方製剤の薬剤経済分析. 日本東洋医学雑誌 2004: 55 suppl: 105.	3), 5)
35	2004	なし	療養型病床群に対して、漢方薬の使用による薬剤費削減効果の評価	記載なし	下手公一. 医療経済と漢方(包括医療を含む) 漢方医療を中心とした内科診療所における薬剤費削減の試み. 日本東洋医学雑誌 2004: 55 suppl: 106.	5)
36	2005	なし	-	-	SakamakiHiroyuki. 漢方医学の経済評価(Economic evaluation for Kanpo medicine). Journal of Pharmacological Sciences 2005: 97 Suppl.I: 43.	3)
37	2005	なし	-	-	濃沼政美, 亀井美和子, 松本邦子, 他. 漢方薬の薬剤経済分析のためのフィージビリティ・スタディー (Feasibility Study for the Pharmacoeconomic Analysis of Kampo Medicines)(英語). 日本東洋医学雑誌 2005: 56(5): 813-22.	4)
38	2005	なし	療養型病床群に対して、漢方薬の使用による薬剤費削減効果の評価	当帰芍薬散、人參養榮湯、十全大補湯など多種の処方	下手公一. 医療経済と漢方(包括医療を含む) 漢方医療を中心とした内科診療所における薬剤費削減の試み. 日本東洋医学雑誌2005: 56(1): 64-8.	8)
39	2005	なし	-	-	白神誠. 医療経済と漢方(包括医療を含む) 漢方製剤の薬剤経済分析. 日本東洋医学雑誌 2005: 56(1): 58-63.	3), 5)
40	2006	なし	-	-	大野智, 鈴木信孝, 井上正樹. 補完代替医療 がん医療における漢方の役割. 総合臨床 2006: 55(2):389-93.	3), 5)
41	2007	なし	-	-	中浜力. 咳をきたす疾患 かぜ症候群、かぜ症候群後遷延性咳嗽. 治療2007: 89(9): 2572-7.	3)
42	2007	なし	-	-	赤瀬朋秀. 高齢者医療 高齢者医療における漢方製剤の有用性 医療経済の視点から. 医薬ジャーナル 2007: 43(7): 97-102.	2), 5)
43	2007	なし	-	-	西堀英樹, 長谷川博俊, 石井良幸, 他. イレウス治療・予防における大建中湯. Medical Science Digest 2007: 33(3): 753-6.	3), 5)
44	2007	なし	-	-	天野恵子. 外来における女性診療 女性外来の現状と課題. 産婦人科治療 2007: 94 suppl: 471-8.	3)

No.	年代	ICD-10	Research Question	漢方処方名	論文	除外理由
45	2009	なし	-	-	岩崎鋼. 高齢者医療に於ける漢方の効果とその検証 老年期症候群に対する漢方の意義. 日本東洋医学雑誌 2009; 60(3): 271-4.	3)
46	2011	なし	-	-	牧野利明. インフルエンザの治療とその課題 インフルエンザに対する漢方薬の効果. 薬局 2011; 62(12) 3684-8.	3)
47	2011	なし	-	-	西村周三. Seminar 漢方と医療経済を考える. Geriatric Medicine 2011; 49(6): 671-4.	3)
48	2011	なし	-	-	渡辺賢治. 高齢者疾患と漢方. 老年精神医学雑誌 2011; 22(5) 525-30.	3)

*1 除外理由について、以下の通り分類した。

- 1) 具体的なコストが報告されていない
- 2) 症例報告 (1つの疾患に対して納入された患者数は3人或いは3人以下)
- 3) 総説・解説
- 4) システマティック・レビュー
- 5) 同じ経済評価の結果の引用もしくは被引用
- 6) 評価対象は漢方薬ではない
- 7) 情報不足
- 8) 意思決定にあまり貢献しない

MRSA 感染—十全大補湯、補中益気湯

文献

坂巻弘之. 老人病院などにおける医療経済学と漢方薬. 漢方と最新治療 2001; 10(4): 338-42.

1. リサーチクエスチョン (research question)

MRSA 感染に対する予防また治療を目的とした、十全大補湯、補中益気湯の補剤投与の費用対効果を、補剤投与なしを対照とした費用結果分析法により評価する。
分析の立場 :記載なし (医療費支払者?)

2. 対象集団と介入 (interventions)

対象集団 : 脳梗塞で石巻赤十字病院脳神経外科へ入院した患者の中から選ばれた外科的治療を要しない重症度などについて類似した症例 23 名

介入群 : 補剤 (十全大補湯、補中益気湯) 投与 9 名

対照群 : 補剤 (十全大補湯、補中益気湯) 非投与 14 名

3. セッティング (location/setting)

日本、病院 (脳神経外科・入院)

4. 方法 (methods)

- ・コスト : 直接コスト (薬剤費のみ)。データ収集期間は記載なし。
- ・アウトカム : 平均薬剤投与日数。データ収集期間は記載なし。
- ・割引率 : 記載なし。

5. 結果 (results)

	コスト (JPY) 総薬剤費/1 人	感染症罹患割合	アウトカム MRSA 感染合併率	抗生剤使用日数
補剤投与	32,688	44% (4/9)	11% (1/9)	6.0±7.7 日
補剤非投与	107,464	79% (11/14)	50% (7/14)	22.6±15.7 日
差分	-74,776	-35%	-39%	-16.6 日 (平均の差)

- ・入院期間中補剤投与群での感染症罹患率は非投与群より低かったが、有意差はなかった ($p=0.179$)。また、補剤投与群で MRSA 感染罹患率は非投与群より低い傾向が認められた ($p=0.056$)。
- ・補剤非投与群と比べ、補剤投与群で抗生剤の使用日数は短縮される傾向があった。

6. 著者の結論 (authors' conclusions)

- ・漢方薬の導入により MRSA 感染を減少することで、医療の質を向上させながら医療費削減につながる可能性が示唆されている。

7. Abstractor のコメント

- ・本研究は感染症と MRSA の罹患率を主なアウトカムとした。合併症、副作用など老人の健康状態に影響する要因が評価されなかった。今後それらの要因を考慮に入れ、QOL などの指標で老人の健康状態を総合的に評価する研究も期待される。
- ・著者は薬剤費のみを計算しており、広義の老人医療に要する費用の重要な一部と考えられる介護費用を評価していない。
- ・本研究は臨床試験ではなく、2 群の患者の背景情報も詳細に報告されず、結果にバイアスが入る可能性がある。可能であれば、臨床試験と合わせ経済評価を行うことが期待される。

8. Abstractor and date 唐/五十嵐 2012.3.5

文献

今津嘉宏, 渡辺賢治. 漢方の消化管手術における臨床成績. 臨床外科 2008; 63(4): 479-86.

1. リサーチクエスチョン (research question)

大腸癌の患者の術後治療を目的とした、大建中湯の投与の費用対効果を、投与なしを対照とした費用結果分析法により評価する。
分析の立場 : 記載なし (医療費支払者?)

2. 対象集団と介入 (interventions)

対象集団 : 1997~2002年の6年間に慶応義塾大学病院外科で大腸癌手術が施行された患者 469 例。

介入群 : 大建中湯投与 343 例 (開腹手術 164 例、腹腔鏡下手術 179 例)

対照群 : 大建中湯非投与 126 例 (開腹手術 73 例、腹腔鏡下手術 53 例)

3. セッティング (location/setting)

日本、病院 (外科・入院)

4. 方法 (methods)

- ・コスト : 直接コスト (医療費: 療養の給付+食事療養)。データ収集期間は 1997-2002。
- ・アウトカム : 術後入院日数。データ収集期間は 1997-2002。
- ・割引率 : 記載なし。

5. 結果 (results)

		コスト (JPY)		アウトカム	
		医療費(Mean±SD)	差分の検定	術後入院日数	差分の検定
開腹手術	投与群	174 万 8,152±66 万 1,306	p=0.611	15.2±5.6 日	p<0.05
	非投与群	180 万 4,706±102 万 2,357		17.3±6.0 日	
腹腔鏡下手術	投与群	130 万 1,639±38 万 5,484	p=0.030	10.6±5.5 日	p<0.001
	非投与群	145 万 905±57 万 9,902		14.9±7.3 日	
全体	投与群	151 万 5,132±57 万 9,368	p=0.045	12.8±5.5 日	p<0.0001
	非投与群	165 万 5,885±87 万 9,026		16.3±6.6 日	

- ・術後入院日数に関して、開腹手術、腹腔鏡下手術、全体のいずれの場合でも投与群は非投与群より有意に短かった。
- ・医療費に関して、腹腔鏡下手術と全体の場合で大建中湯投与による有意な医療費節減効果が認められた。

6. 著者の結論 (authors' conclusions)

- ・消化管手術において漢方治療が医療経済へ貢献することが明確された。

7. Abstractor のコメント

- ・著者らはレトロスペクティブの臨床成績の評価を行い、大腸癌の術後治療で大建中湯投与によって入院日数を減少し、医療費を節減する可能性を示唆した。
- ・6年間の医療費の計算にあたり、用いた具体的な割引率は報告されなかった。
- ・大建中湯以外の併用薬の使用状況は報告されず、評価結果にバイアスが入る可能性がある。
- ・開腹手術、腹腔鏡下手術、全体のそれぞれの場合で投与群と非投与群の統計検定をしたが、検定の多重性は考慮されていない。

8. Abstractor and date: 唐/五十嵐 2012.3.5

鉄欠乏性貧血—当帰芍薬散

文献

赤瀬朋秀, 望月眞弓, 佐川賢一, 他. 疫学的手法を用いた漢方薬の薬効及び経済性の評価 鉄欠乏性貧血に対する当帰芍薬散の効果. 産婦人科漢方研究のあゆみ 1996: 13: 62-5.

1. リサーチクエスチョン (research question)

鉄欠乏性貧血と診断された女性の患者の治療を目的とした、当帰芍薬散による治療の費用対効果を、クエン酸第一鉄ナトリウム製剤 (フェロミア錠) による治療を対照とした費用結果分析法により評価する。
分析の立場：記載なし (医療費支払者?)

2. 対象集団と介入 (interventions)

対象集団：1993.1-1994.12 の 2 年間に鉄欠乏性貧血と診断され、なおかつ臨床検査記録が残っている症例 364 名 (他の合併症を有する症例は対象外とされた)

介入群：当帰芍薬散投与 147 名 (平均年齢：41.4±3.8 歳)
対照群：フェロミア錠投与 217 名 (平均年齢：39.3±4.6 歳)

3. セッティング (location/setting)

日本、病院 (外科・入院)

4. 方法 (methods)

- ・コスト：直接コスト (貧血治療薬と消化器の副作用に対応する薬のコスト。平成 6 年 12 月の薬価による)。データ収集期間は 1993.1-1994.12。
- ・アウトカム：臨床検査の指標 (RBC、Hb、Hct)。データ収集期間は 1993.1-1994.12。
- ・割引率：記載なし。

5. 結果 (results)

	1 人あたりコスト (JPY)				総薬剤費	アウトカム 各臨床検査の 指標
	平均治療 日数	貧血治療薬 のコスト	消化器薬併用 件数の割合	併用消化器 薬のコスト		
介入群	43.1 日	4,654.8	16.3%	817.6	4,788.3	正常値となった
対照群	65.7 日	2,309.1	68.2%	4,587.5	6,896.1	正常値となった
差分	-22.6 日	2,345.7	-51.9%	-	-2,107.8	-

総コストを算定した結果として、介入群 (当帰芍薬散) のほうが 30%低く、より経済的に治療が行えることが明らかになった。

6. 著者の結論 (authors' conclusions)

- ・鉄欠乏性貧血に対する当帰芍薬散の効果を鉄剤と比較して調査したところ、有効性、安全性、経済性のいずれをとっても当帰芍薬散が高い有用性を示した。

7. Abstractor のコメント

- ・著者らが診療録を通しレトロスペクティブの調査を行い、得られた経済評価の結論は妥当である。ただし、研究対象は臨床検査記録が残っている症例に限られているから、今後より広範囲の患者集団でのプロスペクティブの研究が望まれる。

8. Abstractor and date

唐/五十嵐 2012.3.5

かぜ症候群—漢方薬治療、洋漢併用治療

文献

赤瀬朋秀, 秋葉哲生, 井齋偉矢, 鈴木重紀. かぜ症候群における薬剤費の薬剤疫学及び経済学的検討 漢方薬と西洋薬の経済性における比較研究. 日本東洋医学雑誌 2000; 50(4): 655-63.

1. リサーチクエスション (research question)

かぜ症候群の患者に対する、漢方薬のみの治療と洋漢併用治療の費用対効果を、西洋薬による治療を対照とした費用結果分析法により評価する。
分析の立場 :記載なし (医療費支払者?)

2. 対象集団と介入 (interventions)

対象集団 : 1997年12月から1998年2月までかぜ症候群で3つの病院で受診し、かつ再診のなかった875名の患者。
介入群 : 1)漢方薬治療167名; 2)洋漢併用治療111名
(2つの介入群で使われた漢方処方方は麻黄湯、桂枝湯など多種がある)
対照群 : 西洋薬治療597名

3. セッティング (location/setting)

日本、病院 (外来)

4. 方法 (methods)

- ・コスト : 直接コスト (薬剤費のみ。1997年薬価による)。データ収集期間は1997.12-1998.02。
- ・アウトカム : 平均処方日数。データ収集期間は1997.12-1998.02。
- ・割引率 : 記載なし。

5. 結果 (results)

	コスト (JPY)		アウトカム
	平均薬剤費/1人日 (対照群との差分)	平均総薬剤費/1人 (対照群との差分)	平均処方日数 (対照群との差分)
漢方薬	119.6 (-84.2)	484.5 (-872.8)	4.0日 (-2.7日)
洋漢併用	215.9 (12.1)	1,075.1 (-282.2)	5.0日 (-1.7日)
西洋薬 (対照群)	203.8	1,357.3	6.7日

- ・1998年度の薬効別の医薬品売上のシェアから、漢方薬を診療に取り入れることによって、最低でも415億円のかぜ症候群に要する薬剤費の削減が可能である。

6. 著者の結論 (authors' conclusions)

- ・かぜ症候群に対するファーストチョイスに漢方薬を選ぶことは経済的に有利になり、漢方医学に精通した医師と薬剤師を養成することは医療経済上重要である。

7. Abstractor のコメント

- ・著者らは後ろ向きコホート研究でかぜ症候群に対して、漢方薬の使用によって総薬剤費が下がり、さらに患者が速く治る可能性を示唆した。
- ・患者の背景情報は詳細な報告がなく評価結果にバイアスが入る可能性がある。
- ・著者らは漢方薬を取り入れることによって415億円の薬剤費の削減が可能であると推定したが、その推定方法の妥当性に疑問が残る。また、平均処方日数のみをアウトカムとする適切性が不明で、患者のQOLに関する調査も望まれる。

8. Abstractor and date 唐/五十嵐 2012.3.5

スギ花粉症－漢方医治療、洋漢併用治療

文献

川口毅.アレルギー性鼻炎患者の全人的治療をめざして東洋医学的治療の医療経済効果－花粉症の医療費.日本東洋医学雑誌 2003; 54(1): 136-40.

1.リサーチクエスチョン (research question)

スギ花粉症の患者の治療を目的とした、漢方医の治療と洋漢併用治療の費用対効果を、西洋医学の治療を対照とした費用結果分析法により評価する。
分析の立場 :記載なし (医療費支払者?)

2.対象集団と介入 (interventions)

対象集団 : スギ花粉症の患者 1,143 名

介入群 : 1)漢方医の治療 7 名 ; 2)洋漢併用治療 101 名

漢方処方の内訳 : 小青龍湯 71 名、葛根湯加川芎辛夷 11 名、麻黄附子細辛湯 14 名

対照群 : 西洋医学の治療 1035 名

3.セッティング (location/setting)

日本、詳細は不明

4.方法 (methods)

- ・コスト :直接コスト (医療費)。データ収集期間 : 記載なし。
- ・アウトカム :平均病悩年数、継続率 (昨年の同時期に同一病名で継続受診していた割合)。データ収集期間 : 記載なし。
- ・割引率 : 記載なし。

5.結果 (results)

	コスト (JPY)	アウトカム	
	医療費/1 人年 (対照群との差分)	平均病悩年数 (対照群との差分)	継続割合 (対照群との差分)
漢方医治療	10,030 (-1,167)	5.3 年 (-4.9 年)	100% (2%)
洋漢併用治療	6,301 (-4,896)	5.7 年 (-4.5 年)	84% (-14%)
西洋医学治療 (対照群)	11,197	10.2 年	98%

- ・仕事能率低下、早退、休みになった割合について漢方医治療がある 2 つの群ではより低かったと報告されたが、金銭換算は行われなかった。

6.著者の結論 (authors' conclusions)

- ・西洋医学治療群で、スギ花粉症の平均病悩年数は漢方治療を用いた 2 群のほぼ 2 倍近く長かった。すべての介入で洋漢併用治療群の継続率は最も低かった。また、漢方治療を用いた 2 群の患者の労働損失は西洋医学治療群より低かった。

7. Abstractor のコメント

- ・本研究は横断研究で、調査の時点で受けていた治療は調査の前と同じかどうか不明で、平均病悩年数と継続率をアウトカムの指標としたことに疑問が残る。
- ・具体的な調査対象の選択方法と背景が報告されず結果にバイアスがあるかもしれない。各群のアウトカムの差分に対する統計学的検定が行われていない。

8. Abstractor and date 唐/五十嵐 2012.3.5

文献

岡 博子. 医療経済からみた漢方治療 肝硬変からの肝癌予防. *Progress in Medicine*1998; 18(4): 681-6.

1. リサーチクエスション (research question)

S1:肝硬変、S2:肝癌、S3:死亡という3つのステージからなるモデルを考え、50歳の肝硬変患者1,000人がS1にとどまる月数をアウトカムとし、肝硬変患者に対する小柴胡湯投与によるコストの変化を費用効果分析法により評価する。

2. 対象集団と介入 (interventions)

対象集団 : 50歳の肝硬変患者の仮想コホート

介入群 : 従来からの投薬に小柴胡湯を追加投与 1,000名

対照群 : 従来からの投薬を継続 1,000名

3. セッティング (location/setting)

日本、仮想コホートの肝硬変患者

4. 方法 (methods)

- ・コスト : 直接コスト(薬剤費および治療点数)、
間接コスト(死亡コスト、プロダクション・ロス. 労働省:「賃金センサス平成5年賃金構造基本統計調査, 1994」による)
- ・アウトカム : 肝硬変患者がS1(肝硬変)状態を維持できる(悪化しない)月数。
(Oka H. *Cancer* 1995; 76 : 743-9.)
- ・割引率 : 記載なし
- ・コストデータ収集期間 : 観察期間は5年(1期を6カ月として10期まで)
- ・アウトカムデータ収集期間 : 観察期間は5年(1期を6カ月として10期まで)

5. 結果 (results)

	コスト		総コスト	アウトカム	ICER
	直接コスト	間接コスト		S1にとどまる月数	
小柴胡湯群	26.5 億円	209 億円	235 億円	43,657 カ月	-152
対 照 群	25.8 億円	280 億円	306 億円	39,029 カ月	万円/月

・1990年の患者調査から肝硬変患者の総患者数を15万6,280人と推計し、今回の結果をこれに適用すると、5年間で1兆986億円のコスト削減が期待される。

6. 著者の結論 (authors' conclusions)

肝硬変治療において、従来の治療法に比べ、小柴胡湯の追加療法は費用対効果に優れることが明らかとなった。間接コストの減少の影響が大きい。

7. Abstractor のコメント

- ・本論文は、アウトカム指標であるS1持続月数について、その算出根拠となる累積肝ガン発生率(p=0.071)と累積生存率(p=0.053)いずれも統計的な有意差がない。有意でない臨床データに基づいて費用対効果を評価することは、やや問題がある。
- ・臨床経済評価では、コストが安くアウトカムが改善するドミナントのときにはICERを計算しないのが原則であるが、本論文ではICERが計算されており、この点も問題になる。
- ・経済評価としての質は低い。

8. Abstractor and date 菊田/五十嵐 2012.3.5

文献

濃沼政美, 白神誠. 変形性膝関節症の保存的薬物療法に対する防已黄耆湯の薬剤経済分析. 医療薬学 2006; 32(8): 729-39.

1. リサーチクエスション (research question)

変形性膝関節症(K-OA)の患者の治療を目的とした、防已黄耆湯による治療の費用対効果を、NSAIDS 内服による治療を対照とした費用効果分析法により評価する。
分析の立場 : 支払者

2. 対象集団と介入 (interventions)

対象集団 : 2002年2月から2003年1月まで一次性 K-OA と診断され、かつ膝関節跳動で水腫が認められるなどの4つの基準をいずれも満たす患者 84名
介入群 : 1)漢方群 (防已黄耆湯) 31名
 2)洋漢併用群 (防已黄耆湯+NSAIDS) 33名
対照群 : NSAIDS 群 20名

3. セッティング (location/setting)

日本、詳細は不明

4. 方法 (methods)

- ・コスト : 直接医療コスト (2004年4月改訂の診療報酬点数表ならびに薬価基準を用い算出された医療費)。データ収集期間は8週間。
- ・アウトカム : 「K-OA の自覚症状の改善」という仮定されたエンドポイントへ到達した患者数 (割合)。データ収集期間は 2002.2-2003.1。
- ・割引率 : 記載なし。

5. 結果 (results)

	コスト/1人 (JPY)			アウトカム	ICER (円/人)
	診療・調剤費用	薬剤費	総費用	エンドポイント到達割合	
漢方群	6,860	5,197	12,057	54.8%	5,250
洋漢併用群	8,460	10,142	18,602	63.6%	49,978
NSAIDSのみ群	6,860	4,945	11,805	50.0%	-

・ベースライン分析でも感度分析でも、エンドポイント到達1例を得るため必要な治療費は漢方群・NSAIDS群・洋漢併用群の順に高くなる傾向が見られた。

6. 著者の結論 (authors' conclusions)

・水腫を伴う K-OA 患者に対し費用対効果に優れた治療を実施するには、原則として漢方薬である防已黄耆湯を単独で使用し、さらに高い改善効果を期待する場合に関しては疼痛時に NSAIDS を頓服するなどの治療法が推奨できる。

7. Abstractor のコメント

- ・本研究は2004年に公表された K-OA に対する防已黄耆湯の効果に関する臨床試験のデータに基づき、防已黄耆湯の費用対効果について secondary analysis を行った。
- ・各群のエンドポイント到達割合について統計検定の結果が報告されておらず、アウトカムに有意差があることを前提とした増分分析の結果と ICER に疑問が残る。
- ・感度分析は単純な費用効果比 CER についてのみ行われており、増分費用効果比 ICER については分析されていない。意思決定により重要なのはむしろ ICER であり、ICER に関する感度分析の実施が望まれる。

8. Abstractor and date (唐/五十嵐 2012.3.5)

文献

井齋偉矢.急性膀胱炎に対する洋漢併用療法による治療効果と経済効果.日本東洋医学雑誌 2000; 50(6): 195.

1.リサーチクエスチョン (research question)

急性膀胱炎の患者の治療を目的とした、猪苓湯投与による洋漢併用療法の費用対効果を、西洋薬の抗菌剤のみの療法を対照とした費用結果分析法により評価する。
分析の立場：記載なし（医療費支払者？）

2.対象集団と介入 (interventions)

対象集団：急性膀胱炎と診断された11名の女性患者の症例集積（平均年齢：66.3±6.1歳）

介入群：11名の症例集積（レボフロキサシン（100mg錠）を1回1錠、1日3回、2日間と猪苓湯を1回2.5g、1日3回、7日間併用）

対照群：介入群と同じ集団に西洋薬のみを投与した仮想群（レボフロキサシンを5~7日投与）

3.セッティング (location/setting)

日本、詳細は不明

4.方法 (methods)

- ・コスト：直接コスト（薬剤費のみ）。データ収集期間は1999.3-1999.10。
- ・アウトカム：治癒率。データ収集期間は1999.3-1999.10。
- ・割引率：記載なし。

5.結果 (results)

	コスト (JPY)	アウトカム	
	薬剤費/1人 (介入群との差分)	2日以内に 症状消失割合	7日後の 治癒割合
介入群	2,528.7	10/11	10/11
レボフロキサシン (5日間投与)	3,723.0 (-1,194.3)	-	-
レボフロキサシン (7日間投与)	5,212.2 (-2,683.5)	-	-

・介入群において、膀胱炎症状は1例を除き2日以内に消失した。また、7日後の尿定量培養結果によって1例を除き全部治癒した。抗菌剤の投与を2日間にするのは妥当である。

6.著者の結論 (authors' conclusions)

・急性膀胱炎の洋漢併用療法は、治療効果、経済効果の両面からみて、有用と考えられた。

7. Abstractor のコメント

- ・著者は症例集積の評価を行い、急性膀胱炎に対する猪苓湯投与によって薬剤費を削減する可能性を示唆した。
- ・対照群が仮想されたから、レボフロキサシンのみの療法のアウトカムに関する情報が不足である。対照群をきちんと設置する臨床研究から得られるアウトカムに関するエビデンスを明示する必要がある。

8. Abstractor and date 唐/五十嵐 2012.3.5

長期療養型病床群—洋漢併用療法

文献

針生雄吉. 杜都中央病院の高齢者における漢方治療の経済的効果及び臨床的効果について. 漢方の臨床 2003; 50(11): 1547-50.

1. リサーチクエスチョン (research question)

長期療養型病床群の患者の治療を目的とした、洋漢併用治療の費用対効果を、西洋薬による治療を対照とした費用結果分析法により評価する。
分析の立場 : 記載なし (医療費支払者?)

2. 対象集団と介入 (interventions)

対象集団 : 2002年1月から12月まで入院した306名の患者

介入群 : 3階病棟で洋漢併用治療 136名

対照群 : 2階病棟で西洋薬による治療 170名

3. セッティング (location/setting)

日本、病院 (長期療養・入院)

4. 方法 (methods)

・コスト : 直接コスト (内服薬費、注射費)。データ収集期間は2002.1-2002.12。

・アウトカム : 37.5°C以上の発熱があった日数の総在院延べ日数の割合、総死亡数。
データ収集期間は2002.1-2002.12。

・割引率 : 記載なし。

5. 結果 (results)

	コスト/1人月 (JPY)			アウトカム (差分の検定の有意水準はすべて5%)		
	注射費	内服薬費	総費用	発熱があった 日数の割合	総死亡数	死亡者の肺炎 が占める割合
介入群	-	-	-	10%	23	18%
対照群	-	-	-	9%	50	38%
差分	-3,983	-1,619	-5,619	1% 有意差なし	-27 有意差あり	-20%

・西洋薬治療が行われた3階病棟に比べ、洋漢併用治療が行われた2階病棟での死亡数・死亡率、特に肺炎による死亡数・死亡率が大きく低下した。

6. 著者の結論 (authors' conclusions)

・当院と同じ規模の療養型病院で積極的な漢方薬併用治療が行われれば、年間1,000万円程度の支出節減が可能である。漢方療法には脳中枢系疾患の慢性期における延命効果、また感染性疾患に対する予防と治療の効果のあることが示唆された。

7. Abstractor のコメント

・著者は洋漢併用治療の導入によって、長期療養型病床群の薬剤費を節減する同時に死亡率を低下させる可能性を示唆した。一方、本研究の研究対象には複数の疾患があり、使われた漢方薬の処方も報告されていない。1つの対象疾患に絞りより詳細な臨床経済評価が期待されている。

・アウトカムの指標として患者のQOL (生活の質) に関する評価を加えれば、漢方薬が身体全体の健康状態を改善する機能をより反映できるであろう。

8. Abstractor and date 唐/五十嵐 2012.3.5

和漢診療科症例群－漢方治療

文献

大野賢二, 関矢信康, 並木隆雄, 他. 漢方治療がもたらす医療経済効果 入院治療を中心として. 日本東洋医学雑誌 2011; 62(1): 29-33.

1. リサーチクエスチョン (research question)

和漢診療科に入院した患者の治療を目的とした、入院時の治療の費用対効果を、退院の時の治療を対照とした費用結果分析法により評価する。
分析の立場 : 記載なし (医療費支払者?)

2. 対象集団と介入 (interventions)

対象集団 : 2006年9月から2008年10月の間に千葉大学附属病院和漢診療科に入院した患者35名 (男性13名、女性22名、平均年齢60.6±18.1歳)
漢方治療効果を評価し得ない転科、急性疾患などを除外した。

介入群 : 退院の時の35名の患者

対照群 : 入院の時の35名の患者

3. セッティング (location/setting)

日本、詳細は不明

4. 方法 (methods)

- ・コスト : 直接コスト (薬剤費のみ)。データ収集期間は2006.09-2008.10。
- ・アウトカム : 西洋薬の平均薬剤数。データ収集期間は2006.09-2008.10。
- ・割引率 : 記載なし。

5. 結果 (results)

	コスト (JPY)			アウトカム
	平均西洋薬費用/1日	平均漢方薬費用/1日	平均総薬剤費/1日	西洋薬の平均薬剤数
退院時	227.6	120.4	348.0	2.7±2.6 剤
入院時	302.1	135.7	437.8	3.7±3.2 剤
差分	-74.5	-15.3	-89.8	-1.0 剤 (平均)

・1日あたりの平均西洋薬費用と総薬剤費については、退院時が入院時より有意に減少した。平均漢方薬の薬剤費については入院時と退院時の間に有意差がなかったが、退院時がより低かった。

・入院中廃薬となった西洋薬剤には消化性潰瘍治療薬が最も多く、次いで解熱・鎮痛・抗炎症薬、下剤、抗うつ薬、抗不安薬が多かった。

6. 著者の結論 (authors' conclusions)

・本調査は種々の疾患に漢方薬を適正使用することで、患者の病状が改善すると同時に薬剤費節減という医療経済的有用性がもたらされる可能性を示した。

7. Abstractor のコメント

・著者らは生態学的研究を行い、同じ患者集団の入院時と退院時での薬剤費を比較し、当院の和漢診療科の漢方治療によって医療費を節減する可能性を示唆した。ただし、入院時と退院時の患者の病状が不明で、入院前と入院中に受けた治療や、漢方薬の処方内容は具体的に報告されておらず、結果の妥当性と外挿可能性に疑問が残る。

・コストの計算に頓服薬、外用薬、注射薬が組み込まれていない。今後それらのコストを把握した上での、より包括的な経済評価が期待される。

8. Abstractor and date 唐/五十嵐 2012.3.5

Appendix 8

平成 22-23 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

東アジア伝統医学の有効性・安全性・経済性のシステマティック・レビュー

漢方薬分類の歴史と現状

目 次

1. 中国の処方分類（含：日本の中医学）	1
安井 廣迪 日本 TCM 研究所	
2. 日本の処方分類（江戸時代から明治時代初期）	6
安井 廣迪 日本 TCM 研究所	
3. 日本の処方分類（和田啓十郎以後）	8
安井 廣迪 日本 TCM 研究所	
4. 矢数道明による漢方処方分類	11
矢数 芳英 東京医科大学病院麻酔科、温知堂矢数医院	
5. 奥田謙蔵『漢方古方要方解説』の処方分類（類方）について	13
並木 隆雄、坂井 由美 千葉大学大学院医学研究院 和漢診療学	
6. 日本の漢方処方分類（日本薬局方解説書分類）	15
新井 一郎 東邦大学 薬学部	
7. 日本の漢方処方分類（日本漢方生薬製剤協会分類）	16
新井 一郎 東邦大学 薬学部	
8. ATC（Anatomical-Therapeutic-Chemical）分類	17
津谷喜一郎 東京大学大学院薬学系研究科・医薬政策学	

漢方薬分類の歴史と現状
中国の処方分類（含：日本の中医学）

研究協力者 安井廣迪 日本 TCM 研究所

A. はじめに

中国における処方解説書の嚆矢は『太平惠民和劑局方』（1107）と思われる。それまでの書物は、病門別（症候別）治療指針の形をとっており、処方だけを羅列して解説することは行われなかった。『和劑局方』にしても、各処方に内容と分量と解説のついた処方集ではあるが、分類は病門別であり、それまでの形式を踏襲しているといえる。明代の呉崑の『医方考』（1584）も病門別処方解説書であり、薬効別分類はとっていない（この書は、江戸時代初期に長沢道寿が『医方口訣集（愚案口訣）』を作成する際に参考に供された）。

その後、清代になって、汪昂が『医方集解』1681（700 処方前後）を著し、この中に初めて薬効別分類を取り入れた。以後、中国ではこの分類が基本となって発展していくことになる。

汪昂のあと、呉儀洛が『医方考』と『医方集解』の欠点を補うべく、両書を参考にしながら『成方切用』1761（約 1180 処方）を著した。やはり薬効別分類を取っている。このような動きはその後も続き、費伯雄（1800-1979）は『医方集解』の方法論に基づいて『医方論』四卷（1865）を著した。

これとは別に、傷寒論の処方のみを分類した書物が徐靈胎（1693-1771）によって書かれている。『傷寒論類方』（1759）である。これは、『傷寒論』の処方を類似する内容の処方ごとにグループ分けしたもので、ある意味では、大まかな薬効別分類にもなっている。

B. 徐靈胎『傷寒論類方』（1759）の分類

桂枝湯類 19：桂枝湯、桂枝加竜骨牡蠣湯、

桂枝加芍薬湯、小建中湯など

麻黄湯類 6：麻黄湯、麻杏甘石湯、小青龍湯、麻黄附子細辛湯など

葛根湯類 3：葛根湯、葛根黄芩黄连湯など

柴胡湯類 6：小柴胡湯、大柴胡湯、柴胡桂枝湯、柴胡加竜骨牡蠣湯など

梔子湯類 7：梔子豉湯、梔子甘草豉湯、梔子柏皮湯など

承気湯類 12：大承気湯、小承気湯

瀉心湯類 11：半夏瀉心湯、大黃黄连瀉心湯、黄連湯、黄芩湯など

白虎湯類 3：白虎湯、白虎加人参湯、竹葉石膏湯など

五苓散類 4：五苓散、猪苓湯、文蛤散、茯苓甘草湯など

四逆湯類 11：四逆湯、四逆加人参湯、茯苓四逆湯、四逆散、当帰四逆湯など

理中湯類 9：理中丸、真武湯、附子湯、苓桂朮甘湯、芍薬甘草附子湯など

雑法方類 12：炙甘草湯、芍薬甘草湯、茵陳蒿湯、麻黄連軛赤小豆湯、呉茱萸湯、甘草湯、桔梗湯、烏梅丸、白頭翁湯、密煎同方など

中華民国時代は、中医排斥運動などもあって中医学は苦境に立たされ、新しい分類は出ていない。中華人民共和国が成立して以降は状況が変わり、南京で最初に編纂された教科書『中医学概論』（1958）には『医方集解』に基いた処方分類（薬効別分類）が用いられている。

これらの分類を基礎にして、中医学院における教育用（全国統一教科書）の『方剂学』が作成されたと思われる。この教科書は版を重ね、現在では第7版となっているが、版ごとに若干の異なりがあるものの、処方分類に大きな違いは無い。

以下に、『医方集解』『成方切用』『中医学概論』の分類を簡単に紹介しておく。

C. 『医方集解』の分類（1681）

1. 補養の剂：六味地黄丸、四君子湯、補中益気湯、など

2. 発表の剂：麻黄湯、桂枝湯、葛根湯、

- 人参敗毒散、など
3. 涌吐の剤：瓜蒂散、三聖散、など
 4. 攻裏の剤：大承気湯、桃仁承気湯、など
 5. 表裏の剤：大柴胡湯、桂枝加大黄湯、防風通聖散、など
 6. 和解の剤：小柴胡湯、黄連湯、逍遙散、など
 7. 理気の剤：烏薬順気湯、蘇子降気湯、など
 8. 理血の剤：四物湯、滋陰降火湯、帰脾湯、犀角地黄湯、桃仁承気湯、など
 9. 祛風の剤：小続命湯、消風散、独活寄生湯、など
 10. 清暑の剤：清暑益気湯、人参白虎湯、など
 11. 利湿の剤：五苓散、猪苓湯、越婢湯、防己黄耆湯、実脾飲、茵陳蒿湯、など
 12. 潤燥の剤：炙甘草湯、麦門冬湯など、
 13. 瀉火の剤：黄連解毒湯、半夏瀉心湯、白虎湯、竜胆瀉肝湯、清心蓮子飲、など
 14. 除痰の剤：二陳湯、苓桂朮甘湯、半夏白朮天麻湯
 15. 消導の剤：平胃散、枳朮丸、保和丸など、
 16. 収瀉の剤：赤石脂禹余粮湯など
 17. 殺虫の剤：烏梅丸、など
 18. 明目剤：滋陰地黄丸、定志丸など
 19. 癰瘍の剤：真人活命飲
 20. 経産の剤：表実六合湯、膠艾湯、羚羊角散、当帰羊肉湯
 21. 救急良方：いろいろ
- D. 『成方切要』の分類 (1761)**
1. 内経方：(省略)
 2. 治気門：栝楼薤白白酒湯、四君子湯、補中益気湯、四磨湯、など
 3. 理血門：四物湯、抵当湯、桃仁承気湯、当帰補血湯、犀角地黄湯、帰脾湯など
 4. 補養門：崔氏八味丸、六味地黄丸、天王補心丹、参苓白朮散など
 5. 瀉固門：赤石脂禹余粮湯、真人養臟湯など
 6. 表散門：桂枝湯、麻黄湯、大青竜湯、小青竜湯、葛根湯、麻黄附子細辛湯、人参敗毒散、など
 7. 涌吐門：瓜蒂散、梔子豉湯など
 8. 攻下門：大承気湯、小承気湯、調胃承気湯、小陷胸湯、枳実導滞丸など
 9. 消導門：枳朮丸、平胃散、保和丸、葛花解醒湯など、
 10. 和解門：小柴胡湯、芍薬甘草湯、黄芩湯、黄連湯、温胆湯、逍遙散、など
 11. 表裏門：大柴胡湯、葛根黄連黄芩湯、桂枝加大黄湯、防風通聖散、五積散、参蘇飲、香蘇散など
 12. 祛風門：侯氏黑散、桂枝芍薬知母湯、越婢加朮湯、小続命湯、消風散、独活寄生湯、烏薬順気散など
 13. 祛寒門：理中湯、四逆湯、当帰四逆湯、真武湯、呉茱萸湯、大建中湯、小建中湯、
 14. 消暑門：四味香薷飲、清暑益気湯、六一散、人参白虎湯、生脈散など
 15. 燥湿門：五苓散、猪苓湯、越婢湯、防己黄耆湯、実脾飲、茵陳蒿湯、麦門冬湯など
 16. 潤燥門：炙甘草湯、麦門冬湯、潤腸丸など、
 17. 消火門：黄連解毒湯、半夏瀉心湯、白虎湯、竜胆瀉肝湯、清心蓮子飲、など
 18. 除痰門：二陳湯、苓桂朮甘湯、半夏白朮天麻湯
 19. 理気の剤：烏薬順気湯、蘇子降気湯、など
 20. 殺虫門：烏梅丸、など
 21. 経帯門：温経湯、膠艾湯、固経丸、など
 22. 胎産門：膠艾湯、当帰芍薬散、乾姜人参半夏丸、表実六合湯、当帰散、当帰羊肉湯など
 23. 嬰孩門：升麻葛根湯など
 24. 癰瘍門：真人活命飲、托裏十補散、など
 25. 眼目門：人参養胃湯など
 26. 救急門：いろいろ
- E. 『医方論』の分類 (1865)**
1. 補養之剤：六味地黄丸、附桂八味丸、参苓白朮散、四君子湯、百合固金湯など
 2. 發表之剤：麻黄湯、桂枝湯、麻黄附子細辛湯、柴葛解肌湯、人参敗毒散、川芎茶調散、など
 3. 涌吐之剤：瓜蒂散、梔子豉湯など

4. 攻裏之剂：大承気湯、小承気湯、小陷胸湯、など
 5. 表裏之剂：大柴胡湯、桂枝加大黄湯、防風通聖散、葛根黄芩黄连湯、参蘇飲、など
 6. 和解之剂：小柴胡湯、黄連湯、黄芩湯、四逆散、逍遙散、蒿芩清胆湯、など
 7. 理気之剂：補中益気湯、蘇子降気湯、四磨湯、七気湯、旋覆代赭湯、橘皮竹茹湯、定喘湯、など
 8. 理血之剂：四物湯、帰脾湯、人参養栄湯、桃仁承気湯、抵当湯、犀角地黄湯、など
 9. 祛風之剂：小続命湯、地黄飲子、消風散、胃風湯、独活寄生湯、蠲痺湯、など
 10. 祛寒之剂：理中湯、四逆湯、当帰四逆湯、四逆散、真武湯、呉茱萸湯、大建中湯、小建中湯、四神丸など
 11. 清暑之剂：四味香薷飲、清暑益気湯、生脈散、六一散、など
 12. 利湿之剂：五苓散、猪苓湯、小半夏加茯苓湯、越婢湯、防己黄耆湯、実脾飲、羌活勝湿湯、茵陳蒿湯、八正散、など
 13. 潤燥之剂：瓊玉膏、炙甘草湯、麦門冬湯、潤腸丸、地黄飲子、など、
 14. 瀉火之剂：黄連解毒湯、附子瀉心湯、半夏瀉心湯、白虎湯、竹葉石膏湯、升陽散火湯、竜胆瀉肝湯、瀉白散、清心蓮子飲、白頭翁湯、など
 15. 除痰之剂：二陳湯、桂枝朮甘湯、半夏白朮天麻湯、礞石滾痰丸、など
 16. 消導之剂：平胃散、保和丸、枳実消痞丸、葛花解醒湯、など
 17. 芳香開孔剂：牛黄清心丸、安宮牛黄丸、蘇合香丸、など
 18. 鎮静鎮痙剂：朱砂安神丸、天王補心丹、酸棗仁湯、羚羊鉤藤湯、など
 19. 収渋之剂：赤石脂禹余粮湯、桃花湯、真人養臟湯、当帰六黄湯、金鎖固精丸、など
 20. 殺虫之剂：烏梅丸、使君子丸、など
 21. 明目之剂：滋陰地黄丸、定志丸、補肝散、など
 22. 経産之剂：膠艾湯、羚羊角散、当帰羊肉湯、失笑散、固経丸、など
- F. 『中医学概論』の分類 (1958)**
- 1 補養剂：四君子湯、補中益気湯、四物湯、帰脾湯、小建中湯、炙甘草湯、六味地黄丸、など
 - 2 發表剂：麻黄湯、桂枝湯、葛根湯、桑菊飲、銀翹散、人参敗毒散、など
 - 3 涌吐剂：瓜蒂散、など
 - 4 攻裏剂：大承気湯、小承気湯、大黄附子湯、温脾湯、など
 - 5 表裏剂：桂枝加大黄湯、大柴胡湯、防風通聖散、など
 - 6 和解剂：小柴胡湯、四逆散、逍遙散、黄連湯、黄芩湯、蒿芩清胆湯、など
 - 7 理気剂：旋覆代赭湯、半夏厚朴湯、橘皮竹茹湯、四磨飲、蘇子降気湯、など
 - 8 理血剂：桃仁承気湯、抵当湯、元戎四物湯、黄土湯、犀角地黄湯、など
 - 9 祛風剂：小続命湯、独活寄生湯、蠲痺湯、地黄飲子、など
 - 10 祛寒剂：四逆湯、真武湯、当帰四逆湯、呉茱萸湯、理中丸、大建中湯、など
 - 11 清暑剂：香薷散、六一散、藿香正気散、清暑益気湯、など
 - 12 利湿剂：五苓散、猪苓湯、越婢湯、防己黄耆湯、実脾飲、苓桂朮甘湯、茵陳蒿湯、など
 - 13 潤燥剂：杏蘇散、清燥救肺湯、瓊玉膏、濟川煎、五仁丸、など、
 - 14 瀉火剂：白虎湯、竹葉石膏湯、玉女煎、瀉心湯、黄連解毒湯、普濟消毒飲、瀉白散、白頭翁湯、凉膈散、など
 - 15 除痰剂：二陳湯、礞石滾痰丸、控涎丹、指迷茯苓丸、葶藶大棗瀉肺湯、など
 - 16 芳香開孔剂：牛黄清心丸、安宮牛黄丸、蘇合香丸、など
 - 17 鎮静鎮痙剂：朱砂安神丸、天王補心丹、酸棗仁湯、羚羊鉤藤湯、など
 - 18 消化剂：平胃散、枳朮丸、保和丸、枳実消痞丸、など、
 - 19 収渋剂：赤石脂禹余粮湯、真人養臟湯、玉屏風散、金鎖固精丸、など
 - 20 殺虫剂：烏梅丸、安蛔丸、肥兒丸、使君子丸、など
 - 21 明目剂：滋陰地黄丸、定志丸、洗肝丸、など
 - 22 癰瘍剂：真人活命飲、陽和湯、透膿散、内補黄耆湯、大黄牡丹皮湯、薏苡附子敗醬散、など
 - 23 経産剂：膠艾湯、固経丸、温経湯、当帰芍薬散、枳実芍薬散、甘麥大棗湯、など