

■ 編集だより

編集後記

筆者は、昨年から地方都市の精神科病院で精神科外来および入院診療を担当している。ここの二次医療圏には精神科入院施設は当院を含めて2施設、稼働病床総数は280床程度（筆者の概算では精神科病床数は14床程度/1万人）であり、精神科医療の供給は乏しい。精神科クリニックは4施設のみである。当地で精神科診療を開始して、双極性障害の患者が多いことにまず驚いた。双極性障害は一般に罹病期間が長く、障害が重く、うつ病エピソード（双極性うつ病）の遷延などのため、地域の基幹病院には多数の患者が継続診療を受けていることに思い至った。診療上のベストプラクティスと説明責任を果たすためには診療ガイドラインなどが必要であるため、双極性障害とうつ病については、筆者は日本うつ病学会治療ガイドライン（I. 双極性障害は <http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood-disorder/img/120331.pdf>）を参照している。このガイドラインの“序文”に「ガイドラインはエビデンスをもとに作成されるので、いきおい比較研究がしにくい心理社会的療法についての記載が少なくなる。しかしこのことは、心理社会的治療を軽視するものでは決してない。」と記載されている。筆者は、双極性うつ病や遷延するうつ病の治療には薬物療法に加えて認知行動療法などを試みているが十分な改善効果が得られず苦慮している。空いた時間に精神神経学雑誌（以下、本誌）を眺め、役に立ちそうな総説や論考をダウンロードしている。本誌に今年（第117巻）掲載された記事では、“特集”「うつ病における行動活性化—「休息と薬物療法」を超えていかに導入するか—」（本誌117（1），p18-48），ここには4編の総説が掲載されている。また，“討論”「大うつ病性障害に『励まし』は禁忌か—Demoralizationという概念とその有用性—」（玉田有と大前晋，117（6），p431-437）がうつ病の理解の上で大変役に立った。

さて、2014年に開催された第110回日本精神神経学会学術総会の教育講演が本誌に掲載されておりこれも役に立つ。「臨床試験のデザイン，データの確認ポイント，そして読み解き方」（中林哲夫，117（8），p669-679）で筆者が重要性を理解できたのは以下の項である。単一の臨床試験データの確認ポイントとして、「有効性を結論づけられるのは、基本的には検証的試験（confirmatory study）の主要解析の結果である。副次解析で行われる部分集団解析は、多くの場合、効果の一様性を確認する探索的解析であり、部分集団解析の結果のみで有効性を主張できない。」こと。臨床試験間の結果の比較では、「試験結果の一貫性（頑健性）を吟味する」こと、「治療薬の比較情報は、実薬対照試験の結果を参照するのが基本であり、エフェクトサイズなどの試験データを、試験間で直接比較することは原則行えない。」ことである。さらに「製薬会社の説明会やパンフレットの使い方」（南郷榮秀，117（9），p780-787）は、製薬会社による情報提供を批判的に理解する上で興味深い。

さて、本年9月に、日本神経精神薬理学会統合失調症薬物治療ガイドライン（http://www.asas.or.jp/jsnp/img/csinfo/togoshiccho_all.pdf）が公表された。ここでも、“本ガイドラインを読む前に”の節に、「統合失調症の治療を薬物療法だけで進めることを示しているわけではないこと」および、「薬物療法と心理社会的治療の組み合わせが統合失調症治療の大前提となります。」と注意喚起されている。その最初の臨床疑問（CQ）では、「CQ1-1：初発精神病性障害に対して、好ましい抗精神病薬はどれか？」に対する推奨として、「SGAs（筆者注、第二世代抗精神病薬）間での比較に関して十分なエビデンスはないため、順位付けはできない（D）」、「SDAs間の薬剤選択に関しては、症例個別の要因を検討して選択を行うことを推奨する（2D）」とされている。筆者はSGAs選択の優先順位を知りたくて読んだのであるが、この項の詳細な解説を読み、上記の中林博士の講演内容を勘案すると順位付けできないことはやむを得ないと思われる。

気分障害に続いて統合失調症の治療ガイドラインが公表された。しかし、実際の患者への適用は臨床医に委ねられている。心理社会的療法や向精神薬の有効性に関する情報の批判的検討など、精神科医に求められる知識は多い。会員の皆様も、本誌、特にそのonline版を気楽に閲覧し日常臨床に生かして下さいをお願いします。