



昭和53年に救命救急センターを設立しましたが、平成16年新棟建設時、新しい救命救急センターが完成し、多くの救命患者を受け入れています。同年から毎年20名近くの臨床研修医を採用していますが、救命センター運営に大きな戦力となっています。精神科は第二日赤では継続して必修科目であったため、計301名の研修医に指導を行い、2週間は第二日赤、2週間は北山病院・第二北山病院で研修をお願いしお世話になりました。第二日赤では、外来予診、病棟診察（リエゾン）を業務とし、せん妄、認知症、精神薬理を3人の医師で講義をしました。正直なところ、今の研修医制度は羨ましい限りです。私

が卒業した昭和57年にも同じ制度があったならと思っています。総合病院であったため、在職中、医学の進歩を目のあたりにすることができました。がん治療の進歩、PCIシステム、内視鏡、MRIなどの医療機器の進歩、PPI、ARB、Xa因子阻害薬、分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬など薬剤の進歩、造血幹細胞移植などの治療法の進歩、その他数え切れないほどの進展がありました。しかし、がん治療の進歩や高齢者に対する手術や治療が進んだことで、精神科は忙しくなる一方でした。これに対応するため、精神科リエゾンチーム、緩和ケアチームなどが組織され、総合病院で

も多職種協働で医療を行う時代になりました。この際、職種の特性をどのように生かすか考慮し、医師は指揮者としての役割を果たさねばなりません。平成5年、精神保健法の改正で、精神障害者の精神科病院への収容義務は廃止され、平成28年6月の医療法施行規則改正で、総合病院においても身体疾患が優先される場合にはその治療をせねばならなくなりました。これは、精神科医師が各病棟に説明するときに大きな役割を果たし、「精神障害者は病棟で面倒を見切れないから精神科病院に転院させるべき」という病棟の要望に対し、法的根拠を持って論理的に説明できるようになりました。

その他、治験審査委員会および臨床研究審査委員会の委員長を14年近く務め、医薬品、医療機器の最近の発展をつぶさに見る事ができました。研究面では、SSRIなど薬物療法のみでなく、CBTを重視せざるを得ませんでした。従来、精神療法は支持的精神療法、精神分析法が主体でしたが、認知療法、行動療法を、短い診察の中で取り入れることで、わかりやすい精神医療が可能となったと思っています。両者療法とも治療者が理論を理解しやすく、診療場面で患者さんも理解しやすいのが特徴と思います。認知療法の基礎は元鳴門教育大学の井上和臣先生に長期間教えていただきました。

『今後の抱負』

認知療法学会（現在は認知療法・認知行動療法学会）の設立メンバーの一人となりました。ただ、OCDは認知療法より行動療法の方が主体となりますから、それも勉強せざるを得ませんでした。大学卒業38年間に、コツコツと書いた総説、著書（分担執筆）、原著論文は筆頭著者85編、共同著者分を含めると139編になりました。しかし英文誌が少ないことや、計画を練りじっくり発表した原著論文が少なかったことなど内容に悔いは残ります。

当院は、精神科デイケアを併設するクリニックです。統合失調症などの精神障害者に対し、福祉と連携し、患者さんの社会的自立を目指すのが使命と考えています。また今後増加する一方の認知症患者さんには、介護保険を活用しながら、医療福祉の両面から支援が必要となっていきますので、手始めに認知症サポート医として右京区認知症初期支援チームに参画することといたしました。さらに職場でのストレスからくるうつ病、様々な背景をもとに生ずる不登校の患者さんも多く初診されます。多様な患者さんに対し、今までの経験を生かし、患者さん自身のレジリエンスを高めるような医療をしていきたいと考えています。