

(消化器内科・総合消化器内科内視鏡センター)

1) スタッフ

丸山 正樹

役 職：診療部長・総合消化器内科内視鏡センター長・消化器内科部長

卒業年度：平成11年

資 格：日本内科学会認定内科医・総合内科専門医・指導医

日本消化器病学会消化器病専門医・指導医・甲信越支部評議員

日本肝臓病学会肝臓専門医・指導医

日本消化器内視鏡学会内視鏡専門医

日本専門医機構総合診療領域特任指導医

日本医師会認定産業医

日本DMAT 隊員、JPTEC プロバイダー

臨床研修指導医・臨床研修プログラム責任者養成講習修了

新潟大学医学部医学科臨床准教授（総合診療学、消化器内科学）

医学博士

後藤 諒

役 職：内科医長

卒業年度：平成24年

資 格：日本内科学会認定内科医

日本消化器病学会消化器病専門医

日本肝臓学会肝臓専門医

日本消化器内視鏡学会内視鏡専門医

医学博士

佐藤 毅昂

役 職：消化器内科医長

卒業年度：平成27年

資 格：日本内科学会認定内科医

日本消化器病学会消化器病専門医

日本肝臓学会肝臓専門医

日本消化器内視鏡学会内視鏡専門医

臨床研修指導医

新潟DMAT 隊員

医学博士

夏井 一輝

役 職：消化器内科医長

卒業年度：平成28年

小島 康輔

役 職：消化器内科医員

卒業年度：平成31年

2) 診療内容・診療実績・課題

救急全般に24時間365日対応している。2017年4月より5名へ増員され、以後、同様の診療体制を維持している。さらに非常勤医師4名（新潟大学消化器内科、当院OBなど）が、検査内視鏡・腹部血管撮影などを担当し、診療体制の増強に寄与している。今年度、内科全体での入院2,203名のうち815名（内科全入院の36.9%）を5名の常勤消化器内科医師（内科医師総員の29%）で担当した。この中でも、とりわけ担当医の物理的・精神的負担が大きいのが緊急入院であるが、これは全入院の約8割に上っている。内視鏡検査・手術は、主に総合消化器内科内視鏡センターで行っているが、検査内視鏡・内視鏡手術・経皮的カテーテル手術などは年間3,700件以上にのぼり県内でも有数である。近年、高齢化に伴い、膵癌や総胆管結石などの肝胆道系疾患が著増しており、当日緊急で行う内視鏡手術・検査が増加、さらに手術・検査時間も時間外に及ぶことが常態化しているが、チーム全体で協力し、効率的な業務を行うことで、乗り切っている。外来では紹介患者530名以上（最小の見積り）、再来患者6,475名以上（最小の見積り）を担当した。当科への紹介患者は、緊急処置を必須とする胆管炎や消化管出血、長期的なきめの細かいメンテナンスを必要とする悪性腫瘍や肝臓難病・炎症性腸疾患などの難治疾患が占めることが多く、一人当たりの診療時間も長く、診療密度の濃い症例が多い。従って、紹介1症例あたりの当科医師の負担が大きい上に、同日に複数人の重症患者が次々に来院することもあり、医師個人の診療能力を超えることがある。さらに、当科の特徴として、救急消化器疾患のほとんどが2次救急であることから、ほとんど当院で対応できるため、長岡地域への高次医療機関転院搬送例は非常に少なく、事実上、当院が最初で最後の砦の役割を果たしている。従って、市内で発生する内視鏡や処置を必要とするほとんどすべての急性消化器疾患を当院で対応することが求められているため、365日昼夜を問わず、総員5人の中から、常に2名が消化器内科当番医として、通常勤務に加えて待機し緊急呼び出しに対応する日々が続くため、心理的・物理的負担感が大きい。そのため、消化器重症症例が集中的に来院する業務過多のピーク時での医療安全の確保が、従来からの課題であるが、そもそも症例数と医師数の不均衡による人員不足が原因であるため、更なる消化器内科医師の増員以外の抜本的な解決策がない。このような中、医師の働き方改革を進めつつ、当科内での症例検討会、外科との合同検討会、看護師との病棟検討会を定期的に行い、多様な疾患や症例に対し、少しでも診療の質を高められるよう、スタッフ全員で日々努力している。また、医学の進歩に寄与するため、希少疾患や教育的な症例を経験した場合は、積極的に症例報告するように心がけている。今年度は、世界的に著名なGastroenterology誌（米国消化器病学会機関誌）を含め、英文症例報告3報を上梓することが出来た。勤務環境を魅力的なものに創造し発信することで、新規参入医師を招くことが、目下の目標である。

消化器内科臨床業績統計（2022年）

上部消化管（食道・胃・十二指腸）

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
上部消化管内視鏡検査（EGD）	2,457	2,412	2,306
内視鏡的粘膜切除術（EMR）	5	6	1
内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）	69	57	44
内視鏡的静脈瘤結紮術（EVL）	7	5	7
内視鏡的静脈瘤硬化療法（EIS）	9	0	5
経鼻イレウス管留置術	22	13	23
消化管ステント留置術	8	11	7
内視鏡的止血術	40	33	55
胃瘻造設術（PEG）	11	11	10
カプセル内視鏡検査	9	2	2
小腸内視鏡検査（上部）	4	0	1

下部消化管（大腸）

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
全大腸内視鏡検査（TCS）	543	458	426
内視鏡的粘膜切除術（EMR）	275	291	323
内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）	28	9	10
内視鏡的止血術	26	16	24
経肛門イレウス管留置術	3	4	1
大腸ステント留置術	22	18	21
小腸内視鏡検査（下部）	3	0	1

肝臓・胆道・膵臓

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
腹部エコー検査	329	274	280
エコーガイド下経皮肝生検	18	13	7
ラジオ波（RFA）	0	0	2
経皮経肝の胆管ドレナージ術（PTCD）	17	6	8
経皮経肝の胆嚢ドレナージ術（PTGBD）	41	39	58
経皮的胆管ステント留置術	0	0	0
経皮的膿瘍ドレナージ術（PTAD）	9	7	7
胆道鏡検査	0	0	0
肝動注化学塞栓療法（TACE）	7	0	5
リザーバー挿入	9	3	0
膵動注療法	0	0	0

ERCP関連

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）	17	9	9
内視鏡的胆管ドレナージ術（ERBD・ENBD）	69	82	55
内視鏡的結石除去術（EPBD・EST）	71	33	45
内視鏡的胆管ステント留置術	21	24	24
内視鏡的乳頭切除術	0	0	0

その他

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ（EUSGBD）	0	0	0
超音波内視鏡下胆管ドレナージ（EUSBD）	0	1	0
膵壊死に対する内視鏡的ネクロセクトミー	0	0	0
EUS-FNA	12	17	25
EUS下膵嚢胞ドレナージ	2	0	0
EUS下腹腔神経嚢ブロック	1	0	0
EUS下膵管ドレナージ	0	0	0

3) 施設認定

日本内科学会教育関連施設

日本消化器病学会認定施設

日本肝臓学会関連施設

日本消化器内視鏡学会指導連携施設

4) トピック：消化器内科「医師の働き方改革」の進捗状況

厚生労働省「いきサポ」ホームページに好事例集として掲載されている原稿を参照されたい。

開設 新潟県厚生農業協同組合連合会

病床数 400床

職員数 486名（医師47名、看護師282名、他）

機能 急性期

標榜科 24科

取組体系 2-①医師事務作業補助者の配置 2-③特定行為研修修了看護師の配置 3-②チーム制の導入/奨励
5-⑧業務体制・業務内容の見直し 6-⑤管理職の働き方に関する意識、教育、能力向上
9-①情報共有ツールの導入



取組前の状況

医師不足と旧態依然とした医師に対する認識の解消

- ・ 自院が所在する柏崎市では、**人口10万人当たりの医師数は150人**と、都道府県別「充足率」最下位の新潟県の199人を大きく下回っている。
- ・ 2次救急病院であるが、**県内の名だたる3次救急病院に匹敵する救急の受け入れ**を行っており、**少ない人員での救急対応には工夫が必要**である。
- ・ 病棟からの呼び出し状況は、10～19床の有床診療所を主治医1人で運営している状況と同様である。病棟からの呼び出し理由として多いのは死亡確認であり、その数は年間100例程、呼び出しの3分の1程を占めている。その他の主な理由は、転倒転落患者の連絡や、入院患者数が多いことによる様々なトラブルへの対応である。これらの**病棟で発生するトラブルは、専門的なものというより各診療科共通のことが多く、交替制が可能**と考えた。
- ・ このような医師不足の中、ワークエンゲージメントの高い医師によって、休むことが悪であるという雰囲気や、過労を誘発するほど仕事をしなければ成長しないといった認識が形成されてしまっていた。また、**医師だけでなく医療専門職種や患者の中にも「患者への献身的な貢献が医師としての美德」といった考えが定着しており、改善の必要**があった。

<人口10万人当たりの医師数>

全国	246人	OECD加盟国35か国中30位
新潟県	199人	都道府県別「充足率」最下位
柏崎市	150人	深刻な医師不足

2018年日本医師会地域医療情報システムより

消化器内科の人的リソース

- ・ 消化器内科は**常勤医が5名で、平均年齢は35歳**となっている。その他、**医局の教授に非常勤指導医**を依頼しており、**自院OBの開業医も非常勤医師**として勤務している。**大学からも3名が内視鏡の応援**として勤務している。
- ・ 大学からの若手内視鏡医の派遣を継続するため、VPP契約等で5年に1度、最新の内視鏡機器に更新している。
- ・ 年長の非常勤医には、指導医不足の補完、学会認定の維持、病診連携の推進、経験・技術の伝承を依頼している。

病院でしかできないことをする方針

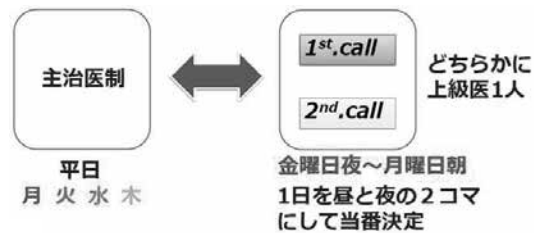
- ・ 当院は400床の救急病院だが、救急に対応するため、ルーティンの内視鏡検査は年間4000件と、少な目である。
- ・ 病院経営と地域医療の維持のため、検査は余裕を持たせつつ、救急や紹介患者は全件受け入れ、**自院しかできないことを行うという方針**としている。その結果、治療手技料を多く得られており、病院管理者からも理解を得ている。

取組の内容

3-② 消化器内科ワンチームとしたゆるい主治医グループ制

主治医制に慣れている医師へのグループ制導入による影響を最小限とするため、土日休日のみ当番制を導入した。

- **平日**は夜間も含め、当面は**主治医制を維持**する。
- **休日の主治医定期回診は廃止**したが、当面、気になる症例の管理に顔を出すことを妨げないこととしている。
- 治療手技を行う場合は医師2名の参集が必要となるため、**1st.call、2nd.callを設定**し、一方は上級医とすることで、若い医師の指導も兼ねることが可能となっている。**病棟・救急外来からの電話は1stがすべて対応し、2ndは手技の介助、コンサルトや手のかかる診療の補助**を担当している。



主治医グループ制の導入により、医師の生活の質が向上した。

- 365日の出勤が無くなり、**プライベートを充実**させることが可能となった。また、医師が余裕を持てるようになり、**優しい気持ちで患者と接する**ようになった。
- **他の医師の治療内容等を知ることで知識をブラッシュアップ**し、他の医師の診療姿勢を見ることで、**医師のプロフェッショナリズムについても考察**ができる。

5-⑧ 当直明け医師の帰宅を「強制」し支援する業務体制

当直明けは午前で帰宅できるよう、当番医制度や検査・手術の予定管理を推進している。

- 医療過誤の要因にもなる**当直明けの勤務を無くす**ため、当直で入院させた患者の急変や死亡時対応は、**可能な限り当番医で担当**する体制とした。
- **ESDや予定ERCPを当直の翌日午後には入れない**よう、医師自身が当直の予定を確認するよう促している。

当直明けの半日での退勤を強制する環境を整備している。

- まじめな医師ほど退勤しづらい状況となるため、**部長が宣言し、全員が無視できない環境**を整備した。

当直明けに半日で退勤ができることにより、病院経営・医療安全の両面でプラスの効果が期待できる。

- 主治医としての**入院への心理的ハードルが下がる**ことで、**入院症例の増加**につながり、**病院経営・医療安全の両面においてメリット**がある。
- **当直へのハードルが下がる**ことで、**医師確保**にも役立っている。

2-① タスク・シフト/シェアの推進

2-③ タスク・シフトを専門家同士の協働という意識で推進することで、医師の負担軽減だけでなく、患者利益も追及できる。

- タスク・シフトは医師から他職種への業務の押し付けではなく、**患者の利益に資するための専門家同士の協働という視点が重要**である。
- **特定行為研修修了看護師**を活用することで、**患者を待たせることなく治療が可能**となり、医師・患者双方にメリットがある。
- **医師事務作業補助者は、書類の代行作成、電子カルテ代行入力、検査・処置スケジュールの管理等**を実施している。医師でも看護師でもない職種として、**患者の率直な訴えを拾い上げる**こともある。

取組の内容

9-①

休日完全フリー化実現のための検討会やSNS利用

休日を完全にフリーにするため、検討会やSNS、電子カルテによる情報共有を重視している。

- **休日完全フリーのためには情報共有が重要**であり、チーム内で何でも話せる環境を構築している。また情報漏洩の可能性が低い医療機関専用スマートフォン（“日病モバイル”）の**チャット機能を活用し、タイムリーな情報共有等**を行っている。
- **電子カルテ上の記載を統一**するようにしており、これにより患者の状態が急変した場合、治療方針の共有を迅速に行うことができる。初めから完璧なルールを作成することは困難であるため、随時改良するという方針で推進している。

6-⑤

医師個人、チームとしての意識改革

3-②

働き方改革は患者にも利益があるという考えを周知している。

- 休むことに対して罪悪感を抱く医師もいるため、**あくまで患者のための働き方改革と考えることが重要であることを周知**している。

「なかよし体制」の導入や各種セミナーの受講推奨により円滑な人間関係を構築している。

- 心理的安全性を確保し、みんなが「なかよく」仕事できる環境作りを行うため、「なかよし体制」を構築している。**部長は常に話しかけやすい雰囲気としており、チーム内で何でも言い合える雰囲気**を醸成している。良いことだけでなく指摘等も遠慮なく行い、不満を拾い上げ、改善すべき点に直ちに取り組んでいる（業務・検査数の調整、当直の交換、すぐに様々な相談に乗る、等）。
- 大学の講義や企業人事等、医師以外が行う講演の視聴等を通じ、円滑な人間関係の構築に努めている。特に、診療科のトップの意識改革が最も重要であり、**ノンテクニカルスキルセミナー等の受講を促し、アンガーマネジメントやリーダー論等についても知識を深めるよう推進**している。

働き方改革推進の上で、自己研鑽とのバランス、全員の協力が得られるか、他科との兼合い等の課題がある。

- 働き方改革を推進する上で課題となるのは、**自分で診たい重症例がある際の取り扱いと自己研鑽をどう捉えるか**という点である。
- 1人でも「休まない」という医師がいると、制度が崩壊してしまうため、**全員の協力が不可欠**である。
- 「消化器内科は医師数が多いから働き方改革が可能だ」という声が他科から出ることもあり、**少人数の診療科のサポートを実施する等、他科との兼合いも重要**となる。具体的には、少人数の診療科で入院患者の容体急変が予想される場合、休日の対応を消化器内科が引き受けている。

その他の取組

5. 病棟マネジメント・業務マネジメント

- 病状説明の勤務時間内実施

9. ICT活用

- AI問診によるトリアージ（内科及び救急外来）

13. 患者・患者家族対応に関する体制の整備

- 患者及び患者家族への研修実施（緩和ケア部門のがんセミナー等）

14. 職員採用

- OBである開業医による応援（消化器内科、週1回）
- 定年した看護師の月契約勤務
- 採用活動へのマスコットキャラクターの活用

取組の効果

論文執筆時間の捻出

- 従前は多忙すぎるが故に論文の執筆時間を確保できていなかった。各種働き方改革の取組の成果として論文を執筆する余力が生まれ、英文での症例報告が2件がアクセプトされた。
 - ✓ Gastroenterology. 2022; 163: e18-20
Intrahepatic bile duct foreign body with cholangitis after pylorus preserving pancreatoduodenectomy: Is it a fish bone?
Natsui K, Maruyama M, Terai S
 - ✓ Gastro Hep Advances. 2022; 1: 974-975
A case of acute necrotizing esophagitis with effective steroid therapy for ste nosis prevention
Natsui K, Maruyama M, Terai S

業務から解放された休日の増加

- 働き方改革の開始前は、全員がそれぞれ主治医制で365日オンコールに対応しており、病院から一度も呼ばれることのない休みは年間5日の夏休みのみであった。取組の開始により、業務に関与しない休暇は年間57日～81日へ増加した（月4～6日（休日による変動）+夏休み9日間）。

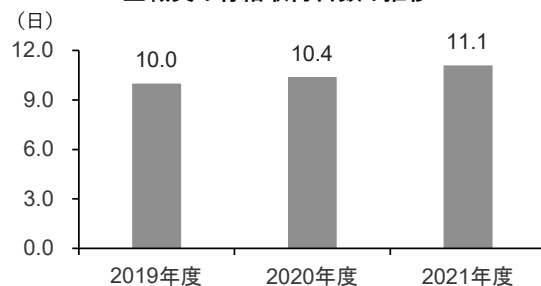
<業務に関与しない休日数の推移>

働き方改革開始前		➔	働き方改革開始後	
月間	0日		月間	4～6日
夏休み	5日		夏休み	9日

有給取得率の増加

- 全職員の平均有給取得日数が2019年度の10日から2021年度には11.1日へ向上している。

<全職員の有給取得日数の推移>



今後の展望

- 法定労働時間内に収まるかの定量評価を実施し、取組を再検討する。
- 学会認定、臨床研究推進、魅力ある研修プログラムの設置、若手医師・学生へのPR等、人員維持のための施策を実施する。
- 消化器内科を中心に、各診療科間の協働、他職種協働、病病連携、病診連携を推進し、働き方改革を病院全体に拡大し、平日の有給休暇の完全消化、年2週間の長期休暇取得の実現を目指す。
- 日病モバイルの電子カルテへのデータ連携は、費用対効果と財源の捻出の観点から、検討を続ける。

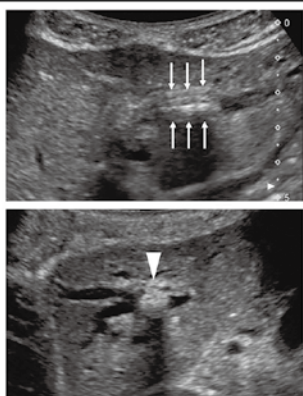
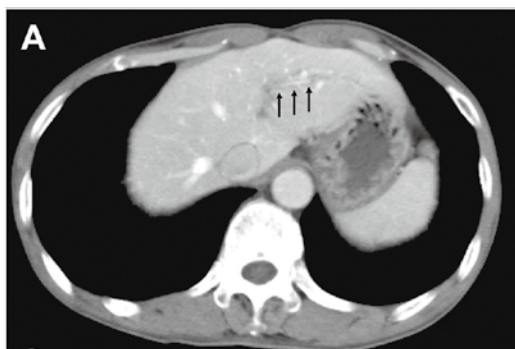
Intrahepatic Bile Duct Foreign Body With Cholangitis After Pylorus-preserving Pancreatoduodenectomy: Is It a Fish Bone?



Kazuki Natsui,^{1,2} Masaki Maruyama,¹ and Shuji Terai²

¹Department of Gastroenterology, Kashiwazaki General Hospital and Medical Center, Kashiwazaki, Niigata, Japan; and

²Division of Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical and Dental Sciences, Niigata University, Niigata, Japan



Question: A 66-year-old man had undergone pylorus-preserving pancreatoduodenectomy for duodenal papilla cancer 9 years ago. A computed tomography (CT) scan for follow-up at 4 years postoperatively showed a 3-cm, needle-like, high-density object in the intrahepatic bile duct in the left lobe of the liver (Figure A, black arrows). This object was assumed to be a fish bone and was observed with no symptoms.

Nine years postoperatively, the patient developed fever and epigastric pain. Laboratory examination on admission revealed slightly elevated biliary enzymes: γ -glutamyl transpeptidase, 64 U/L (reference range, 10–47 U/L). A CT scan and ultrasound examination showed an enlarged intrahepatic stone surrounding an object and exacerbation of intrahepatic bile duct dilation (Figure B, white arrows and arrowheads), with cholangitis.

What is the object and how should this patient be treated?

See the *Gastroenterology* web site (www.gastrojournal.org) for more information on submitting your favorite image to Clinical Challenges and Images in GI.

Correspondence

Address correspondence to: Kazuki Natsui, Department of Gastroenterology, Kashiwazaki General Hospital and Medical Center, Kashiwazaki, 2-11-3 Kitahanda, Kashiwazaki, Niigata, 9450035, Japan. e-mail: kazukinatsui@med.niigata-u.ac.jp.

Conflicts of interest

The authors disclose no conflicts.

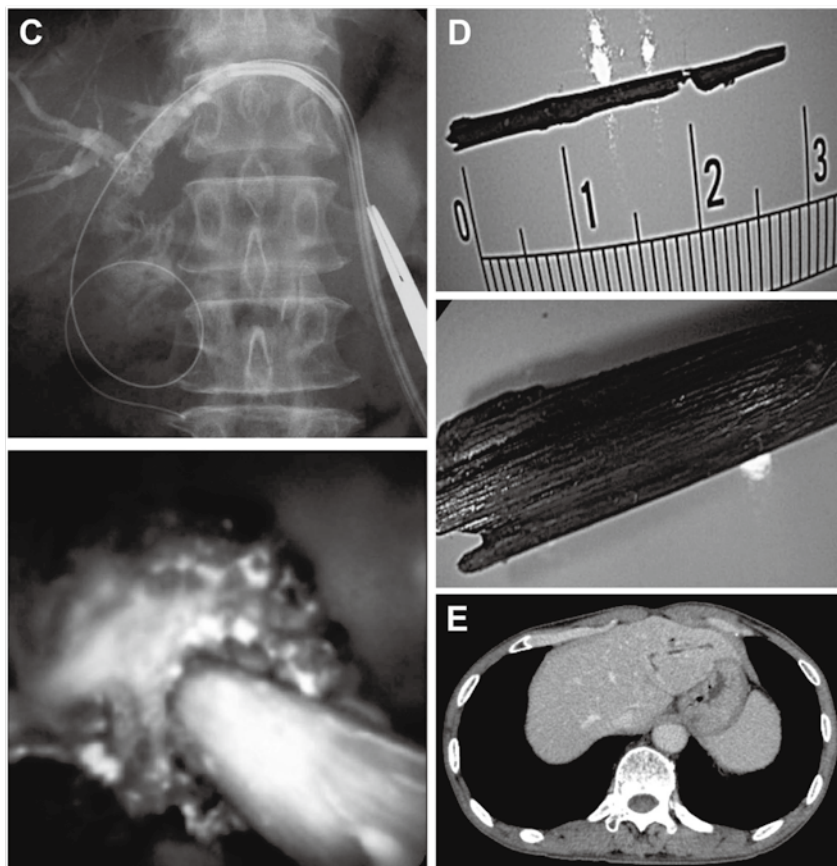
© 2022 by the AGA Institute.

0016-5085/\$36.00

<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2022.05.017>

ELECTRONIC CLINICAL CHALLENGES AND IMAGES IN GI

Answer to: Image 9: A Toothpick-like Piece of Wood



Because of the size of the object and the complications of intrahepatic stones, we performed percutaneous transhepatic cholangioscopy rather than peroral cholangioscopy with endoscopic retrograde cholangiopancreatography. We performed percutaneous transhepatic biliary drainage and dilated the fistula to 14F awaiting its completion. We inserted a SpyGlass through the fistula, performed electrohydraulic lithotripsy, crushed the stone, and detected a toothpick-like piece of wood (Figure C). Subsequently, the stones were detached from the object using electrohydraulic lithotripsy and dropped into the jejunum. The remaining wood piece was grasped using biopsy forceps (SpyBite) and removed from the body. During removal, it was split into 2 pieces and was approximately 3 cm long when restored (Figure D). There was no evidence of bile duct injury or obvious bile duct tumor. A postoperative CT scan confirmed that there were no residual objects (Figure E), and the percutaneous transhepatic biliary drainage tube was removed.

The patient was discharged 40 days after admission, and 2 months later, a CT scan showed improvement in intrahepatic bile duct dilatation. In this case, the foreign body was thought to have entered the gastrointestinal tract orally, traveled retrograde through the afferent loop from the pyloric ring, through the bile duct–jejunal anastomosis, and into the intrahepatic bile duct. This mechanism is unknown, but it has been suggested that duodenal resection decreases the plasma concentrations of motilin, inhibits coordinated motility of the stomach, duodenum, and proximal jejunum, and delays the emptying of gastric contents.¹ Similarly, fish bones have been reported to migrate to the bile or pancreatic ducts after pancreatoduodenectomy with a frequency of 0.95%. The median time from surgery to the detection of fish bones was 917 days.² It was reported that balloon-assisted endoscopic retrograde cholangiopancreatography was useful in treating a fish bone in the intrahepatic bile duct³; however, in this case, the foreign body was as large as 3 cm and complicated by intrahepatic stones. The SpyGlass is very useful because it has a water-delivery function, high resolution, and easy

e19

ELECTRONIC CLINICAL CHALLENGES AND IMAGES IN GI

operation. When a complicated intrahepatic foreign body is encountered after pancreaticoduodenectomy, PTSC with SpyGlass may be a treatment option.

Keywords: Intrahepatic Bile Duct Foreign Body; Percutaneous Transhepatic Cholangioscopy; SpyGlass.

References

1. Kang CM, Lee JH. Pathophysiology after pancreaticoduodenectomy. *World J Gastroenterol* 2015;21:5794–5804.
2. Takada Y, Ishikawa T, Kawashima H, et al. Fish bone migration after pancreaticoduodenectomy: Incidence and treatment options. *J Dig Dis* 2022;23:44–49.
3. Suzuki Y, Ishizawa T, Makino N, et al. A case of successful removal of a migrated fish bone in the bile duct after pancreaticoduodenectomy using overtube-assisted cholangioscopy. *Clin J Gastroenterol* 2022;15:493–499.

シリーズ 総合診療医

複数の病気を抱える人が増加する超高齢社会の日本で、地域医療を支える存在在として注目されている「総合診療医」。新潟大学医学部総合診療学講座特任教授の上村剛也氏協力のもと、シリーズでお伝えします。
第5回は「便秘と下痢からわかる病気」について、丸山正樹氏に解説頂きます。

Vol.5 便秘と下痢からわかる病気
読者の皆様、このシリーズでは、日常生活で感じる身近な症状について、新潟県内で総合的な診療を行っている医師が分かりやすく説明します。今号では、皆さんも経験したことのある便秘や下痢について、その原因や対処法などを丸山正樹先生が解説していただきます。



新潟大学医学部総合診療学講座 特任教授 上村剛也 氏



丸山正樹 氏

原任新潟県総合医療センター
診療部長・消化器内科内科部長
（プロフィール）1994年新潟大学医学部卒業。2007年新潟大学大学院医学部総合診療学専攻修了。医学博士。長岡赤十字総合病院、相模中央総合病院を卒業。現職。
（主な資格）日本内科学会総合診療学内科専門医、内科学専門医、日本消化器学会総合診療学専攻修了者、日本消化器学会総合診療学専攻修了者、日本消化器学会消化器病専門医、指導医、日本消化器学会消化器病専門医、日本DMAT医員、日本消化器内視鏡学会消化器内視鏡専門医、日本DMAT医員。

vol.5 新潟の総合診療医が診る 便秘と下痢からわかる病気



便秘や下痢は、私たちにとって大変身近な症状の一つですが、その裏には深刻な病気や精神的なストレスが隠れていることもあり、健康のバロメーターにもなり得る排便についても詳しく学びましょう！

スケール3〜5 ほぼ通常の硬さの場合

大腸通過時間は正常ですが、排便満足度の低い状態です。食物繊維や食事摂取量を増やして硬さをなくするお薬や便量を増やすお薬で排便を補助します。過敏性腸症候群（便秘型）の合併も多いと言われる型ですが、この場合便秘と下痢が交代性に現れることがあります。

スケール4〜7 硬い便ではないけれども 排便困難や残便感がある場合

便排出障害型と言われる型です。硬く

いきまないように排便は柔らかくする必要がありますが柔らかくすると排便しにくくなり注意が必要です。

スケール6〜7 非常に軟らかい便の場合

これがいわゆる下痢下痢便です。慢性に経過する場合、ホルモンの異常や炎症性腸疾患、過敏性腸症候群、薬毒性などの鑑別が必要となります。



便の硬さを客観的に評価し、消化管通過時間を推定できる	遅い時間 約20分	早い時間 約10分
1 コロコロ便 硬くてコロコロしている。完結状態で水の量の少ない硬い便のため排便が困難。	2 コロコロ便 ソーゼンシキ状であるが、硬くてコロコロした便。	3 柔らかい便 ソーゼンシキ状であるが、こよりほりややや軟らかく、表面にひび割れがある便。
4 滑らかな便 バナナのような、表面がなめらかなので軟らかいソーゼンシキ状、あるいはソーゼンシキ状の塊を巻く便。	5 軟らかい便 軟らかい半分圓形の（容易に排便できる）便で、はつきりとしたシブツがある。軟らかい便。	6 泥状便 塊がはつきりしない、がにやがにやで不定形、泥状の便。
7 水様便 水様で、固形物を含まない液体状の便。		

便秘と下痢は表裏一体？ 排便日記の重要性

便秘を訴える方が、下痢症状も有しているということは、実は珍しくありません。2017年に発行された本邦初の慢性便秘症診療ガイドラインでは、排便回数の減少だけでは便秘と診断せず、排便や排便時のいきみ、残便感、腹痛、排便意などの苦痛症状の有無を重視しています。従って一般的には下痢便と称される水様便であっても、残便感や排便困難感があれば便秘と診断されます。そこで排便日記の記録が重要です（図1）。食事内容や生活イベントと排便状態との因果を明らかにするだけでなく、便秘と下痢を包括した排便障害についてより病態に即した診断治療につながるのです。

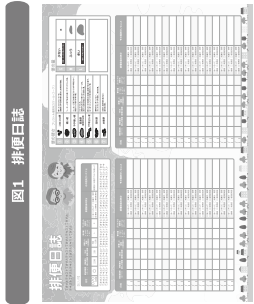


図1 排便日記

プリストル便形状スケールで 便の大腸通過時間を推定

便の硬さを客観的に測定し記録する便利なツールが「プリストル便形状スケール」です（図2）。便の硬さを硬い方から1〜7までスケールで記録し、医師と情報共有できます。しかも、便の大腸通過時間を推定できる隠れた機能もあります。例えばスケール1の硬便の場合、大腸通過時間は200時間とされ、1日も1週間も便が出ないと言われる方には納得の行く評価だと思われま。逆にスケール7の水様便での消化管通過時間は10時間くらいと推定されます。

スケール1、2 1〜2の硬便の場合

大腸通過時間が遅延した状態です。便を柔らかくし、かた腸の蠕動運動の促進が必要です。便を軟らかくするお薬、大腸の蠕動運動を促進するお薬が有効なことがあります。刺激性下痢（ゼネチアロなど）は、常習性をおこす恐れがあるので、服用にご注意ください。



図3 排便しやすい体勢

足置き等を利用して前かがみにすると、直腸肛門角が一直線に近くなるため、もともと排便しやすい姿勢と言われています。

で躊躇なく薬物療法に移行すくまの記載がされています。あまり頑張り過ぎず、かかりつけ医に相談しましょう。

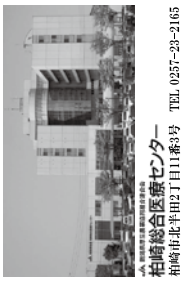
排便に伴う「警告症状」が重要 大腸内視鏡検査は 大腸がん死を減らす手段に

血便、細い便、急に生じた下痢や便秘、貧血、体重減少などは「警告症状」と言われています。炎症性腸疾患や大腸がんを除外する必要があるからです。また排便障害は消化管疾患以外の病気や薬剤が原因となることもありますので注意が必要です。一方、本邦において女性のがん死亡原因の1位は大腸がんです。毎年の大腸がん検診は非常に重要ですが、中高年者が一旦の大腸内視鏡検査を受けることで、大腸癌の発生率や大腸がん死を減らすとも言われています。症状が無くとも一度は大腸内視鏡検査を受けることをお勧めします。

生活の中で出来る便秘対策は 食事・運動・排便姿勢

食物繊維や水分の摂取、運動などの生活習慣の改善は重要です。居座り台などの工夫を行い、排便時の前かがみ姿勢の態勢を取ることにより、直腸肛門角が鈍角になるため排便しやすくなると言われています（図3）。

しかし生活習慣改善の便秘治療には限界があり、各国の診療ガイドライン



新潟県総合医療センター
北蒲原地区診療センター
北蒲原市北蒲原2丁目11番9号 TEL.0257-29-2165

プリストル
総合診療医
Vol.6 次号予告
便秘の悩みに解決
めまい

れるが、その意味で、まさに当地域における医療は日常が災害状態と言って過言ではない。折しも、「医師の働き方改革」が厚生労働省のリーダーシップの下、2024年4月から待った無しで始まることは、希望の光である。時流に乗って改革を急がねば。

3. 消化器内科診療範囲の拡大と2010年頃の新潟県消化器救急危機

私の専門分野である消化器内科では、近年の内視鏡技術の進歩により、その診療範囲が著しく拡大している。かつてはそのほとんどが外科手術の適応とされた消化管悪性腫瘍も、内視鏡的粘膜下層剥離術(Endoscopic Submucosal Dissection, ESD)の普及により、内視鏡治療の適応となることが多くなった。低侵襲治療の代表である内視鏡治療技術の進歩は、多くの患者さん方への恩恵となったが、特に普及初期におけるESDは、手術時間が6～8時間などと長くなることも多く、消化器内科医師の労働時間が激増した。しかし、それらを執刀する消化器内科医の養成が間に合わず、症例数や消化器救急を処理するに見合う医師数が確保できないため、在来の消化器内科医師の負担が大きくなった。新臨床研修制度の施行で、新規参入医師が2年間凍結されたことや、厳しい勤務環境下に置かれた病院勤務医が大挙して病院を去ったことも、状況の悪化に拍車をかけた。「医療崩壊—「立ち去り型サボタージュ」とは何か」(小松秀樹)が詳しい。そして、新潟

県における消化器救急の危機が顕在化した。「ルポ・限界の新潟腹部救急」(日経メディカル2010年5月号)。医師不足問題では、とかく小児科や周産期領域が話題となるが、新潟県においては、消化器救急の供給体制にも深刻な危機を生じた過去があった。

4. 新潟県消化器救急危機における当科の窮状と、その時の小生の命を守る行動

その頃、当科では、消化器内科医3人体制で、年間入院約1000件(うち緊急入院800件)をこなしていた。鉄人の様な超働き者のO部長の下、小生を含む若手2人。常に20人前後の入院患者について四六時中・完全主治医制で全責任を持ち、ひとたび、事があれば夜討ち朝駆けで病院へ馳せ参じる。医師としての覚悟は鍛えられたが、生活はまさに「地獄」であった。3日に1回は消化器内科救急当番が回って来るため、容赦なく救急外来から呼び出される。腹部症状の急患は多いので、時には当直医より忙しい。当番の日は、「人間の全消化管約9m×全市人口8万人=720kmに及ぶ消化管から出血しませんように」、「総胆管約10cm×人口8万人=8kmに及ぶ「総胆管」が今日の夜だけは閉塞しませんように」と、神様に祈りながら眠りについた。というか、「総胆管には1か所しか出口を作らず(=閉塞しやすい)、しかも出口が膵管と共通(=ERCPで膵炎になりやすい)などという困った設計をしたのは神様のあなたですからね！今日くらいは何とかし

ておいて下さいね！」と逆切れしていた。3年間で、学会参加は1回がやっとであり、専門医資格の維持すら困難となった。学会発表や論文執筆もゼロ。あらゆる意欲が枯渇した。そこに、勉強時間も無く、最新の医療を、自信を持って患者さんに提供出来ない、という後ろめたさが追い打ちをかけた。体重は10kg以上増え、常にイライラしてスタッフや時には神様にまで八つ当たりし、抗うつ薬の効果も全く無かった。人生の夢も目標も何もかも見失い、2011年3月、当院を退職した。ただ、小生よりも更に多くの仕事を平然とこなしていた鉄人・O部長は、同じ環境にも関わらず、生き生きとお仕事されていた。「自分は弱いのか?」「努力が足りないのか?」と、敗走者は自問した。その年の年間受け持ち入院患者数は、「内科で最多」の患者数であったと、後日聞かされた。少なくとも怠けてはいなかったのだ。

5. 歴史や人口のうねり、そして時に「空気」に翻弄される私

さて、個人的に関係があったケアミックス型中小病院へ逃げるように転職し、時間的余裕を得た小生は、これまで読みたくても読めなかった「医学以外」の書籍を乱読した。

「デフレの正体—経済は「人口の波」で動く」(藻谷浩介)では、経済を動かしているのは、景気の波ではなく、人口の波であると解説している。すなわち、生産年齢人口=現役世代の数の増減が経済

に多大な影響を与えていると指摘しているのだ。しかも、その問題点が事実認識として多くの国民の間で共有されていないという。通説が正しいかどうかの議論もなおざりに、人口の波に簡単に打ち消されてしまう様な景気の波に頼った経済再生策に、その活路を求め続けている日本の姿があった。

一方、そのころ、日常の臨床で、ご自身の孫くらいの年頃の看護師を泣かせてしまったり、病院で大声を上げて威嚇したりクレームを付ける団塊世代の患者さんやご家族が多いのに困っていた。世代論は良くないが、でもしかし、そんな世代の原風景を知りたくて、その世代の思想家、吉本隆明の著作を何冊か読んだが、内容や表現が難しく、なかなか読みこなせない。最終的に、「吉本隆明1968」（鹿島茂）という評論にたどり着いた。それでもやはり、本文は難解で、小生には内容を解説することが出来ないが、「少し長めのあとがき」という題名の「あとがき」を読んで衝撃を受けた。エマニュエル・トッドというフランスの人口動態学者が、「ある国の人口が増加を始め、社会が豊かになって来ると、それに伴い、男子の識字率が上昇し、近代化が始まる。すると社会が不安定になり改革や戦争が頻発する。しかし、その段階を過ぎると女性の識字率が上昇し、出産調整が行われて、合計特殊出生率が低下し始めると、男女間での軋轢や軋みは生じるものの、社会は基本的に次第に安定する方向になる」（←今、日本はココ）という考えから、ソビエト連邦の崩壊

などを驚異的な確率で予言したことが紹介されている。さらに、「飢えや文盲の克服」がうまく行った後に大量に誕生した若者に生じるユース・バジルという現象を、ドイツの人口統計学者グナル・ハイゾーンが指摘している。すなわち、団塊世代について、同世代の人口が突出して多いため、社会でのサバイバルのための戦いを強いられた。その結果、「上昇志向」で「好戦的」な若者となって1960年代の後半に社会に登場した、と説明されるのだそうだ。

この2冊を読んで、自分も団塊2世として、大きな人口の波の波間に浮かぶ小舟の様に翻弄されていたことに気づいた。外来受付窓口で「いつまで待たせるのだ！」と怒鳴っている高齢男性を見ても、「ああ、ユース・バジルだな。歴史の産物だ。」と、冷静に受け止めることが出来るようになった。

「失敗の本質 日本軍の組織論的研究」（戸部良一など）は、名著であるが、やはり原書を読みこなすことは、小生の様な浅学菲才の生徒には到底困難である。そこで、「超」入門 失敗の本質 日本軍と現代日本に共通する23の組織的ジレンマ（鈴木博毅）を読んだ。なんと、日本軍の努力の70%もが、「目標達成につながらない勝利」に費やされたことが示されていた。また、日本軍の上層部の特徴として1.現場を押さえつける「権威主義」と2.現場の専門家の意見を聞かない「傲慢さ」を上げている。その結果、現場には、「何を言っても無駄」という諦観が蔓延

延。最終的に、組織が既存の認識を変えることが出来ず、先行していたはずの日米レーダー開発の競争ですら負けてしまったと指摘。更に、日本軍と米軍の人事システムでの違いも考察された。医療にとって参考になる事項としては、米軍の上層部は、現場の実情を正確に把握しており、現場の人間の能力が最大化できるように疲労にも配慮してローテーションを実施していたと紹介されている。遅れること70年。ようやく日本の医療現場にも出勤インターバルの概念が導入されつつある。一方で、**山本七平が「『空気』の研究」や「一級下級将校の見た帝国陸軍」**などで繰り返して指摘しているように、日本では、形式さえ整えばそれで良しとする員数主義・事大主義がはびこり、長い歴史を持つ組織は、すべてが定型化されて固定化し、牢固としてそれ自体で完結してしまう傾向があるという。また、欧米では普通の国民の民力を効率的に動員するのが得意であるが、一方、日本では、職人的な技量に頼る傾向があり、至る所に現場の神様な人がいて、そういう人たちが軍艦を動かしていたという。良い悪いの議論ではないが、彼らの技術を普遍化出来ず、最終的に組織として総合的に能力を発揮させることが不得意であると指摘している（**「『スーパー名医』が医療を壊す」**（村田幸生）も参照）。教訓としては、仕事の脱・属人化の必要性だろうか。そして、旧日本軍は、難局に対して、人材や物資をお得意の「逐次投入」で対応したため、全体が疲弊してしまい、敗

戦へ向かったのだ。まるで今の医療現場の問題点を指摘しているかの様である。「その場の空気」で始まってしまったともいわれる太平洋戦争は、明治維新から数えて約70年。終戦から現代まで、これまた約70年。そろそろ、様々な制度・習慣・意識を考え直す時期であろう。我々一人一人は、歴史や人口のうねり、巨大な組織や時には「空気」に翻弄される弱い存在だが、それを日頃から認識しつつ生活することで、自分の立ち位置が明確になり、正しい働き方につながって行くのではないか。

6. 再登板への道のりと「働き方改革」遂行の決意

そんなある日、当科が医療崩壊した。医師の辞任と病欠が重なり、なんと2人体制となってしまったのだ。柏崎の事態を心配された新潟大学消化器内科の就任もない寺井崇二教授から、他院に居た小生に復帰の打診を戴いた。しかし、ここで私は躊躇してしまった。大学だって医者は不足しているだろう。旧日本軍の「逐次投入」を思い出していたのだ。しかし、教授

は、3人から5人への大増員を決断下さったのだ。私は、教授に感謝し、後に続く若手医師のためにも、小生の失敗が繰り返される事なきよう、柏崎総合医療センター消化器内科における「働き方改革」を決意した。

7. ワーカホリック(Workaholic)とワーク・エンゲイジメント(Work Engagement)

ここで整理しておきたいのが、ワーカホリックとワーク・エンゲイジメントの違いだ。「働かなければならない」(have to)と、「働きたい」(want to)の違いで、罪悪感の解消目的や義務感で過剰適応した状態がワーカホリックで、自ら働きたい！と思い幸福感を得ながら働くのがワーク・エンゲイジメントだ。例えば、前者が小生で、後者が前出のO部長である。小生は、義務感でキャパオーバーの結果、バーンアウトしたことになる。現在、小生は、図1を参照しつつ、配下の若い医師が、今どの状況にあるかを考えながら、仕事の采配をしている。公平性に配慮しつつも、もっと働きたい！自己実現したい！という有望な若手

医師と、仕事はやれる範囲で標準的に、という医師への仕事の割り振りは質・量・種類ともに異なっており、当たり前だからである。一方で、バーンアウトに早めに気付くとか、リラックスに分類される医師には、もう少し頑張るように気合いを入れるなど、早期の介入が可能となる。医師の個性差に寄り添った対応を心がけている。

8. 当科における働き方改革の工夫

以上をふまえ、当科では、現場の意見を最大限尊重し、またこれまでの慣習に囚われることなく、医員全員で意見を出し合いながら働き方を徹底的に見直し、2021年4月から改革に着手した。具体的施策を以下に列挙する。

- ① 消化器内科ワンチームでのゆるい主治医グループ制導入による休日当番医制度の実現
当科の医師は、これまで、夏休み以外の365日24時間、救急患者や単独主治医制による入院患者対応などで常に“全員が各々別々”に待機状態であり、医師1人で10～20床の病院をそれぞれが別々に運営している様なものであったので非効率であった。しかし、主治医グループ制での休日当番医制を実現することにより、月に数日も病院からの呼び出しから「完全に」逃れられることになり、医師の心理的安定やプライベートの充実に寄与している。これは、延いては、良質な医療を提供することにつながり、最終的に患者さんの



図1 仕事への感じ方と活動水準からみた各概念の位置づけ
日本労働研究雑誌第55巻第6号,2013年6月:
特集職場のうらうつ「ワーカホリックと心身の健康」48ページの図を改変

利益になると信じている。さらには、今後、推進すべき「市外から通勤する常勤医師」獲得への端緒となると考えている。具体的には、休前日と休日に1st.と2nd.番を置き、病棟対応や救外対応はこの2人で行う。当面、主治医の自主的な当院は妨げないが、強制ではない。やや急激な変化であるため、平日の当番制は、今後の検討課題とした。消化器内科診療での5人ワンチームは丁度よい規模感である。完全休日は、導入前の月0.58日から月5～6日と激増した。

② 当直明けの医師を午前で強制帰宅させる業務命令、およびそれを支援する業務調整やワークシェア推進

当直明け医師の病棟呼び出し等を当番医が代替する措置で、当直明けくらいはぐっすり眠れるようにする措置である。実はまじめな人間が多い消化器内科医師は、上司や同僚の目を気にして、あるいは心の中の「良医とは？」という問いかけの答えとして、過剰に献身的となる傾向がある。当直明けも夜まで帰宅せず、やせ我慢で仕事を続けることが多い。これが、有名な36時間勤務である。しかし、当直明けの午後は、酒に酩酊した状態と類似した体調となると言われており、医療安全上、大変危険である。そこで、上司（消化器内科部長、丸山）からの業務命令で、当直明け医師の午後からの帰宅を強制することにした。これにより、当直明けは気兼ねなく帰宅し、当直明け通常勤務の重圧から解放される。巡り巡って、当直中の救急

令和4年度 総合診療学講座 on-lineセミナー 「ヒューマンスキル」領域 年間予定表

事前にお申し込みが必要ですがどなたでもご参加いただけます

月	日	講師	課題
4	21 (木)	新潟大学創生学部 堀籠 崇 先生	これからの医療経営に向けて①
	28 (木)	新潟大学創生学部 堀籠 崇 先生	これからの医療経営に向けて②
5	12 (木)	新潟大学創生学部 堀籠 崇 先生	これからの医療経営に向けて③
	26 (木)	薬剤師・国家資格キャリアコンサルタント 飯倉 朋宏 先生	予定：面接関連
6	23 (木)	日本産業訓練協会 山口 和人 先生	TEAMS-BR ①
7	7 (木)	日本産業訓練協会 山口 和人 先生	TEAMS-BR ②
	21 (木)	合同会社ALEON 石井 美江 先生	アンガーマネジメント実践
8	18 (木)	日本産業訓練協会 八重樫 仁 先生	MTP前半① (復習)
	25 (木)	日本産業訓練協会 八重樫 仁 先生	MTP前半② (復習)
9	1 (木)	合同会社ALEON 石井 美江 先生	コミュニケーション
	22 (木)	日本産業訓練協会 山口 和人 先生	TEAMS-BP ①
	29 (木)	日本産業訓練協会 山口 和人 先生	TEAMS-BP ②
10	6 (木)	三豊ケミカル株式会社 宗像 基浩 先生	予定：イノベーション関連
	27 (木)	サントリーホールディングス株式会社 藤村 朋子 先生	予定：知的財産関連
11	17 (木)	薬剤師・国家資格キャリアコンサルタント 飯倉 朋宏 先生	予定：リーダーシップ関連
	24 (木)	薬剤師・国家資格キャリアコンサルタント 飯倉 朋宏 先生	予定：リーダーシップ関連
12	1 (木)	日本産業訓練協会 八重樫 仁 先生	MTP後半① 「役割認識の統合」
	15 (木)	日本産業訓練協会 山口 和人 先生	TEAMS-BI ①
	22 (木)	日本産業訓練協会 山口 和人 先生	TEAMS-BI ②
1	5 (木)	日本産業訓練協会 八重樫 仁 先生	MTP後半② 「権限の委任」
	19 (木)	合同会社ALEON 石井 美江 先生	ハラズメント
2	2 (木)	日本産業訓練協会 八重樫 仁 先生	MTP後半③ 「状況の共有と自己指令」
	16 (木)	合同会社ALEON 石井 美江 先生	ビジネスマナー

MTP=Management Training Program (働く人の総合マネジメント力養成コース)
TEAMS=Training for Effective & efficient Action in Medical Service
(業務改善の仕方や人の強い方を医療に応用したもの)

ヒューマンスキル (ノンテクニカルスキル) の普及を通じて、医療のインフラ整備に貢献します

お申し込み：右記URL または QRコード から <https://www.med.niigata-u.ac.jp/genm/news/212/>

連絡先：総合診療学講座 上村 顕也 025-227-2173 お問い合わせ：sogo@med.niigata-u.ac.jp

表1 新潟大学医学部総合診療学講座 on-lineセミナー「ヒューマンスキル(ノンテクニカルスキル)」領域年間予定表

診療への積極的な関与と医療安全の向上が期待される。

③ これらの実現のための、診療情報共有・心理的安全性・ヒューマンスキルの強化

具体的には、検討会の充実とSNSでの情報共有強化である。この場合、個人情報の取り扱いが非常に悩ましかったが、2022年度からはセキュアなチャット(日病モバイル)が活用出来るようになり、個人情報管理が容易となった。ま

た、診療科内での“心理的安全性”を確保し医員同士が気兼ねなく意見し合える雰囲気醸成も重要である。心理的安全性の保たれない診療集団は、重要な診療情報が主治医のみに独占されがちである。また、いわゆる「怖い医師」「すぐ怒る医師(自戒を込めて)へは、看護スタッフや若手医師などから、重要な情報が伝わりにくくなる恐れがあり、大変危険である。従って、和気あいあいであっても、決して馴れ合いではない、風通し

の良い組織・雰囲気を形成するため、上司（消化器内科部長、丸山）は常に上機嫌“風”を心がけ、スタッフにも、アンガー・マネジメントやリーダー論等のヒューマンスキル（ノンテクニカル・スキル）の獲得を薦め、普及を推進している。当科では、私の友人でもある新潟大学医学部総合診療学講座 上村顕也特任教授が主宰するオンラインセミナー（表1）の受講を推奨している。安心・安全・無料の同セミナーをぜひ皆さんからもご活用いただきたい。（「新大総診」とgoogle検索でも可）
<https://www.med.niigata-u.ac.jp/genm/news/212/>

④ 多職種協働（タスクシフト／シェア）の推進
特に県内でも希少な「PICC（末梢留置型中心静脈カテーテル）留置特定行為看護師」養成とスキルアップへの支援や医療クラーク等の養成に注力している。これにより、静脈路確保のため、時間外での中心静脈路確保に追われていた医師業務が、時間内で遂行され、また診療終了後にやらざるを得なかった診断書作成等の事務作業のタスクシフトが実現しつつあり、医師本来の業務へ集中しやすい環境が形成されつつある。これによる、一番の恩恵は、処置が早く受けられるようになった患者さん側にあると強調したい。現在、当院に「PICC留置特定行為看護師」養成プログラムの設置を検討して

いる。

⑤ 臨床研修医採用を目指した活動や学生実習の充実、臨床研修医への教育体制充実

当院では長年、研修医採用ゼロが続いていた。そこで、特徴ある初期臨床研修プログラム（総合消化器内科・基本手技（内視鏡・超音波等）アドバンスプログラムなど）を県内に先駆け設置した。また、消化器内科医員は、学生実習に積極的に関与し、学生に寄り添った。これらは、我々医師の間を増やすことにつながる、大変重要な活動である。その成果もあり、令和4年度、ついに、臨床研修医2名の採用を実現した。研修医が来ることで、院内がにわかに活気づいたことは言うまでもない。

⑥ 各医師個人の意識改革への支援

休むことへの抵抗感が強い医師に対し、医師が適切な休養を取ることは、巡り巡って、患者さんの利益になる。すなわち患者さんのための「医師の働き方改革」なのだ、と考えられるような働きかけを行っている。これは、怠けていると思われたくなく、やせ我慢で頑張っていた医師たち（ワーカホリック・バーンアウト候補者）を適正に休ませることで、燃え尽き症候群や過労うつ、離職を予防する施策である。医師が心身ともに健康でなくて、患者さんを健康に

することが出来るであろうか。

以上の様な施策を矢継ぎ早に実行することにより、目に見えて各医師個人に精神的・身体的余裕がもたらされ、日々の診療の充実・当直などへの精神的身体的負荷の低減・臨床研究への意欲惹起など、非定量的効果でありながらも、様々な成果が実感される。A水準の達成も可能と思われる。これらの取り組みは、第69回日本消化器病学会甲信越支部シンポジウムや厚生労働省好事例セミナー（2022年1月31日）、同省「いきサポ」HP、新潟県医師会にいがた勤務医ニュース特集（2021年12月号）などでも報告し、好評価を得た。また改革で生じた時間的・心理的余裕を自己研鑽に振り向ける医師も出て来ており、最近、Gastroenterologyなど海外有名学術雑誌に当科の医師の症例報告が相次いでアクセプトされた。今後は、当科だけに留まらない、改革の院内全体への波及が目標である。更なる改革のために、お気づきの点などあれば、ぜひ忌憚の無いフィードバックを戴ければ幸いです。

謝辞

新潟大学大学院医歯学総合研究科消化器内科学分野 寺井崇二 教授
新潟大学医学部医学科総合診療学講座 上村顕也 特任教授