

新内科専門医制度企画

誰もがいつかは GIM

～アンケート結果から見える GIM マインド啓発のための内科専門医エグゼクティブ・プログラムとは～

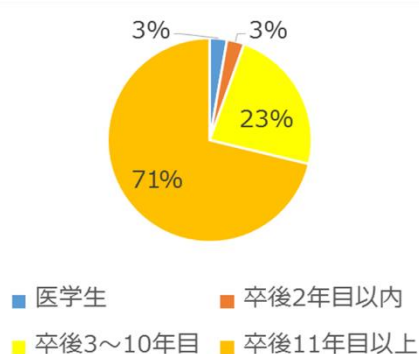
企画者 SPC シニア分科会

奈良県立医科大学	地域医療学	赤井靖宏
福島県立医科大学	白河総合診療アカデミー	東 光久
八田内科医院		八田 告
福島県立医科大学	総合内科	濱口杉大

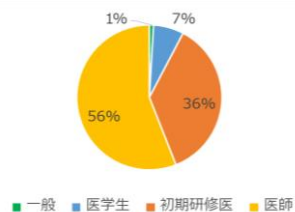
1. 参加者の医師年数

あなたは以下のどれに当たりますか？

- 医学生
- 卒後 2 年目以内
- 卒後 3～10 年目
- 卒後 11 年目以上



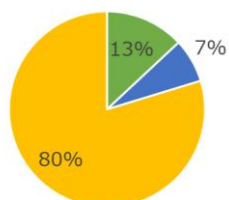
(参考) 年次総会全参加者 659 名 (5 月 26 日時点)



2. 総合内科専門医？ サブスペ？

3 年目以上の全員が内科認定医を取得している、あるいは取得予定
以下のどれに当たりますか？

- 総合内科専門医のみを取得している、あるいは取得を考えている
- 何らかのサブスペ専門医のみを取得している、あるいは取得を考えている
- 総合内科専門医とサブスペ専門医の両方を取得、あるいは取得を考えている

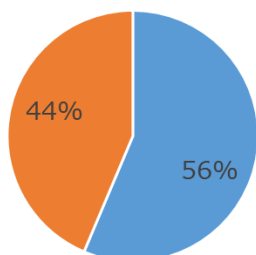


■ 総合内科専門医のみ ■ サブスペのみ ■ 両方

3. 総合内科専門医先？サブスペ専門医先？

80%は総合内科専門医とサブスペ専門医を取得している、あるいは予定であった以下のどれに当たりますか？

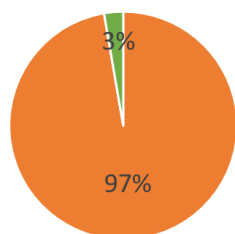
- 総合内科専門医を先に取得し、その後サブスペ専門医を取得した、あるいは予定
- サブスペ専門医を取得し総合内科専門医を後に取得した、あるいは予定



■ 総合内科専門医先 ■ サブスペ専門医先

4. GIM マインドの重要性

GIM マインドの重要性についてどう思いますか？



■ 重要である
■ あまり重要でない
■ 分からない

(1)重要であると答えた理由

内科医であればあたりまえ

- 内科医であれば当然である
- 内科医であれば必要な意識と思う
- これがないと患者を診ることができない
- それは必須の能力
- 医療の基本だと考えるから
- 内科とはまず全身を診ることから始まると考えるから
- 専門にかかわらず（というよりむしろ専門を持つからこそ）そういう意識は必要になると考える
- 全人的医療を行なうには不可欠
- 全ての患者を評価する際に必要であるから
- かかりつけ医として診療するにあたり、必須であると考えするため
- 外来では基本的にすべてに対応が必要
- 内科医として基本的な診療能力を維持したい
- あらゆる医師として必要な資質であると思うからです
- 内科医としての基本である
- すべての診療科における基本であると思うため
- 内科医としての必要条件
- 内科医としての役割を充分果たすため
- 内科の患者さんを診療する以上必要だから
- 日々の診療に必須である
- 当直など、内科一般的な能力は常に問われるため
- 内科医としての基本であり、全内科医が身につけるべき素養と考えるから
- 医師にはバランス感覚が必要だと思うから
- 一般臨床に携わっていると最も必要性を感じる

専門医になっても基本的に必要だから

- GIM マインドは専門科同士あるいは専門科と総合内科の共通言語となり連携をスムーズとする
- 大病院であっても患者のニーズは臓器特異的な問題だけではないこと、専門分野とよく似た症状をもつ患者をみる場合もある（呼吸器専門外来に息切れで受診してきたら、貧血であった など）
- 最終的にどの専門に進んでも、GIM の土台は絶対役に立つ技術や知識であるため
- いずれのサブスペ領域をやるにせよ、あらゆる領域が関係してくることは必然なので

- 専門医かどうかは患者には分からないし、専門医である前に、内科一般も診れる医師である必要があると考えるから
- 内科診療の基本を知らずに専門内科の診療は実質的に無理であり、患者の利益を損なう可能性が高いと考えるから
- サブスペ領域のみに閉じこもっていたのでは、患者を幸せにできない
- 専門科に進んでも実臨床で悩むのは、感染症や電解質異常・栄養など基本的なもののことが多いので。
- 内科スペシャリティの頂点を高めるためには、健全な内科総合力が必要である。また、Consultative medicine が十分に行き届いていない本邦では、実情としてスペシャリストが自分の狭義専門以外の診療を行わざるを得ない。
- 単一臓器が他臓器に影響を及ぼすことは多々あるため GIM マインドは患者と医師と世の中のためになる
- サブスペの疾患を見る際にも、合併症や薬剤副作用などに関して総合内科としての医療技術、知識は必須であるため
- 専門を極めていくということも必要かと思いますが、極一部の先生を除いて専門のみで診療を続けていくということは難しいと考えます。また、能力をキープしようという意識をもっていないと、いざ勉強しようとしたときに一から勉強し直さなければならず非常に労力が必要であるため、まとまって勉強ということも難しいと考えます。
- 診断や治療に必要なだから。ある臓器だけが得意でも患者さん全体のマネージは出来ないでしょう。高齢者を診察する場合、基礎疾患が多岐にわたる場合、ステロイドや抗癌剤、免疫低下のある人を診察する場合は尚更です
- 専門に偏りすぎたり内科のみにとらわれてはダメ

複数疾患、高齢社会で必要

- 多くの患者ケアは複数の疾患や領域が必要
- 超高齢社会で multi-comorbidity の患者が増えるから
- 高齢者が増え、multi-problem の患者が増える
- 様々な疾患を複数持つ高齢者がこれだけ増加した時代には、GIM マインドが最も適していると思われるため
- 患者の高齢化に伴い、マルチプロブレムの患者が増加し、専門領域の疾患だけの対処で済むことが少ないため
- 高齢化社会を迎え患者の病態が多面的であり診断、治療もまた多面的とならざるを得ない。求められる知識や技能も 1 点集中ではなくバランスのとれた医師の需要が大きくなっていくと思われる。
- 複数の慢性疾患（+急性疾患）を抱える高齢患者が増えていくので、複数科を受診する患者と医療者の負担軽減のため

- 高齢社会で複数の問題を抱えた患者が増える中で、専門的診療のみを必要とする患者はそれほど多くない。大部分の患者は総合内科的診療を必要としている。
- 複数の疾患を持つ人もいるし、総合内科的配慮は常に必要だから
- 診断や治療に必要だから。ある臓器だけが得意でも患者さん全体のマネージは出来な
いでしょう。高齢者を診察する場合、基礎疾患が多岐にわたる場合、ステロイドや抗
癌剤、免疫低下のある人を診察する場合は尚更です
- 程度は専門分野にもよるが、患者高齢化により総合内科的診療能力がある方が患者の
利益になることが多い。サブスペの診療・研究の幅を広げることにもつながる
- 超高齢化社会の到来とともに多臓器、社会的、心理的なマルチプロブレムを抱える患
者が増える為。GIM マインドが患者負担と医療経済破綻の解決方法と考える為
- 人口動態の変化と専門医療の発展との間にひずみ生まれ、専門医療のニーズが少な
い集団が増加しているから

全人的な医療のため

- どの患者に対しても根拠に基づいた標準的な医療を提供できる。マルチプロブレムを
持つ患者の **management** を専門医 1 人 1 人が行うのは限界がある。GIM マインドを
持つ医師が増えると専門医の診療の負担が減る。学生や若手に GIM 的な教育を行う
事で、彼らが将来的にどの専門科になっても、頻度の高い症状や **common** な疾患に対
して標準的な医療が実践できる
- どんな疾患があってもそれを抱えているのは人であり、その人を全人的に診ることは
欠かせないから
- 年齢・性・疾患に関わらず患者の多様なニーズに応える必要がある。
- 将来自分が診療する現場は、おそらくプライマリーケアのような場面であると考えて
いるから
- 人の体はパーツの組み合わせではないため
- 患者ニーズに応え、診療の質を維持・向上するにはスペシャリストとしても、ジェネ
ラリストとしても向上心を持ち続けることが必要だと考えています

勤務先の需要

- 勤務先の要求によると思います。現在の私のような市中病院勤務では、主治医として
入院患者を担当する以上、総合内科的能力をキープする努力は必要と思います
- 勤務先での一般内科の需要が高いため
-
- 専門職として GIM マインドは必須、患者アウトカム向上にもつながる、自分の診療
スキルが高いほうが仕事が楽しくやりがいを感じる事ができる

- 毎日診療でモチベーションの維持、増加が必要であり、このことと GIM とは矛盾しない事である
- GIM マインドなくして患者の主治医としての質の担保は困難。卓越した手技で、コンサルタントとして生きるのであれば無くても良い

その他

- 未曾有の高齢化時代を迎えて、臓器のみ診ていて良い時代は終焉を迎えた。これからは併存疾患を持っていて当たり前の高齢者を誰もが診なくてはならない時代になり、患者の問題点を丁寧に抽出して、対応可能な問題点から介入する内科医が必要な時代になるであろう。得てして臓器別専門医ほど患者の病歴や身体所見を skip し、検査特性をあまり考えず、検査を絨毯爆撃的に行う傾向にある。その結果、症状はないのに、検査で偶然認められた異常値を異常と決めつけ、検査を治療する診療が横行する。患者主体の医療を謳っておきながら、実際は検査重視の医療が蔓延しており、患者をトータルに診ることの出来るマインドをもった内科医が存在しない限り、日本の医療に未来はない。筆者は 250~300 床規模の市中病院で初期臨床研修と後期研修を行い、卒後 7 年目から大学病院（1200 床規模）のサブスペ科で研修した。その経験から、大学病院では専門に分化されすぎており、その狭間でどこの科にも属さない（特に虚弱な）高齢患者をどこの診療科の誰が（主治医として）診るのが常に問題になっていた。総合診療部がきちんと機能している大学病院は希有と聞かすが、その背景には専門分化が著しい大学病院でしか、研修を行ったことがない医師が多いため、総合的なマインドを持ったサブスペ内科医が少ない、ないし存在しないことが問題である。筆者は 1000 床規模の大学病院には専門の治療を希望する患者のみを限定させ、高齢者はじめ虚弱患者は大学のサテライト病院（500 床未満）の内科 (Department of medicine) で walk in, ER, 救急からの患者をすべて引き受け、そこで研修医、レジデントの教育を一挙に行うシステムの構築が必要であると強く感じている。そこでは（サブスペを持たない）総合内科医のみならず、サブスペの知識を有する General mind を持った医師も活躍の場があると感じている。
- 全身を統合的に診れるのは、内科・外科・小児科に限られる。
- どんなにスペシャリストが良くても、そこに診療を繋げる人がいなければ患者さんも医師も幸福にならない。そこへ繋げる橋渡しには、GIM マインドが必要と思われるから。
- 全ての内科医のパソコンで言う OS みたいなもの
- 総合診療医が不足

(2)重要でないと答えた理由

- なし

(3)分からないと答えた理由

- 「専門」と「総合」の区別があいまいであるため。例えば内視鏡治療を行う総合内科専門医の能力は総合内科的診療能力になるのか、など境界が極めて不鮮明です。純粋に専門に特化している方ももちろんいますが、大多数は「一般的な」内科診療は行っているとおもいます。そのような状況で、特別な「総合内科的診療能力」とは何なのか、あるいは「総合的診療能力」とはどう違うのでしょうか
- 重要な人もいるし其れ程重要でない人もいる

5. GIM マインドを維持する方法

勉強する環境を作る

- 定期的な雑誌購読・各雑誌のジャーナルクラブを読むこと・施設内で同じ志をもつひと同志で勉強会をひらく・E-learning（一人では続けにくい）・専門にとらわれず患者を担当すること
- 病院ごとに GIM のカンファを開催して、そこにコミットメントし続ける。例えば、症例検討会、M&M、コミュニケーション、ビジョンミーティングなど。病院ごとに総合診療科の医師と常にコミュニケーションを撮り続ける。お互いにリスペクトしあう関係性を構築しておく。困ったことがあれば、いつでも相談し合える関係性を作る
- マンパワーの少ない（勉強会どころではない）病院や、開業などで実質「1人」になってしまう医師は、よほど意思が強くないと自己研鑽を持続が難しい。こういった医師が気軽に簡単に参加できる「勉強会」が増える事が大切（アクセスはネットの方が便利だが、大勢いる所に足を運ぶ方がよりモチベーションがあがるだろう）。マニアックなケースカンファを開催することよりも、症候論（頭痛のアプローチ / 失神のアプローチなど）、common な疾患の management（肺炎の management / 脂質異常症の management など）、予防医学（ワクチン/検診など）に重きを置いたケースカンファやレクチャーを、各地域で多く開催できればと素晴らしいと思う（内科学会や ACP 学会が主導？）
- GIM マインドを共有できる同志がいること。GIM マインドを勉強できる機会が広がること。GIM マインドを周囲にも正しく理解してもらうこと。
- 専門外来でも、様々な主訴に対応し、復習する。院内・外の非専門分野の講演会に参加する。NEJM, JAMA, Annals には目次だけでもきちんと目を通す
- 内科全般に関心を持ち続ける。日本内科学会総会や生涯教育講演会に時々参加する。日本内科学会のセルフトレーニング問題を毎年解く。MKSAP を利用する

- 他のサブスペや総合内科の先生とディスカッションできる環境があるとよい。自施設で回診やカンファレンスを共同で行えれば理想であるが、他施設が行う合同カンファレンスに参加するなどでもよい
- 自身の専門以外の内科疾患にも関わり続けることができる環境。ACP Journal Clubなどに触れ続けること
- 研修医や若手医師の指導を担当。ACPやプライマリケア学会のワークショップやJMECCやICLS、ISLS、JATEC、ALSOなどの資格取得・更新を通して。
- 定期的に研修会や内科学会に参加する、他の内科と合同で症例検討会を行う、研修医や若手医師に講義や授業をする、などで勉強せざるを得ない環境に身を置くこと
- 月並みではあるが、医師個人での学習だけでは限界がある。カバーする地域の医師間のつながりだけでなく、国内外の学会、メーリングリスト、SNSなども活用し知識・制度のアップデートが必要
- 規模の異なる病院の内科を経験する。家庭医療専門医と症例を共有し議論できる場を作る。MKSAPのような教材を内科医の生涯教育ツールとして必修化する。"
- 月並みですが、経験したことをケース・レポートにまとめる
- 自己学習（座学もしくは、**On the job training**）しかないかな と思っております。
- 若いころの徹底的なトレーニングと、それを維持するために継続的な勉強、可能であれば診療科やグループなどで継続的な勉強会などを通して継続的に学べる環境をつくっていくこと。
- 常日頃から問題意識を持ち、診療に対するモチベーションを維持させるために、診療に関する研修会、講習会、セミナーなどに参加する、ことで維持できると思います
- 全身を診なければならない状況と作る（当直、一般外来もこなす、開業医や僻地医療の手伝いをする）。・最新の国家試験や認定向けの問題集を解いたり、内科学会のセルフトレーニング問題をやってみる。・総合診療科向けの雑誌も定期購読する
- 可能なら専門外来以外にも一般の内科診療をする機会をもつ。専門外の研究会や勉強会への参加など
- 仲間（研修医や学生さんも含めての）との生涯学習を継続する。地域での勉強会を立ち上げ、積極的に生涯学習を行う、ITによる学習ツールの活用

自己啓発的

- 自らを常にアップデートできるような気概（プロフェッショナルリズム）を持つ事が基本かつ重要だが、そういった意思が強い人間は実際は少ない
- 自分の限界を知ることから始まる
- 野球に例えるなら、ランニングと素振りとキャッチボールでしょう。つまり、なるべく最新の文献に触れるようにし、日常的に内科患者を入院もしくは外来で担当し、謙虚に注意深く診療していくことだと思います

- あらゆることに興味を失わないことだと思います
- GIM マインドを持って診療を行うことで得られる楽しさ（患者満足、科学としての医学の面白さ、多職種連携、教育、研究など）について意識し共有する場が日々の診療や学会などで あることが重要かと思います。
- 勉強を続ける
- 専門領域だけでなく患者さんの全体（予防から疾病まで）診ようという意識を持つこと
- 自身の知識や技術の **blush up** に努める。自分以外の専門医との交流があることなど
- 幅広い分野の知識と技量を広く深く掘り下げる不断の努力を続けること。ACP の出版物はこの点で非常に有用である。
- より高いレベルのプラクティスをしたいという意欲。十分な時間
- 自分の行なっていることは常に多くの分野の中の一つであるという意識を持つこと
- 日々の臨床を通り一辺倒の業務とするのではなく、（日々違う）患者から学んだことをきちんと自らに **feedback** をかけることが重要と感じている。
- 興味を持って、楽しさを忘れず、患者から学ぼうとする積極的な姿勢
- **The value of experience is not in seeing much, but in seeing wisely.**
- 自己のサブスペに拘泥せず、患者さんの必要に併せて、臨床的能力を発展させていこうというマインド **Bloom where you are planted!**

指導医・仲間が大切

- 教育力のある総合内科がある病院で働いていれば、周りも勉強するので自分も勉強しようと思うため GIM マインドを維持しやすい
- 専門分野に関係なく目的意識をもって、日常診療を行うこと
- 日常診療で、常に医療面接、身体所見をしながら、定期的にセミナーなどで生涯教育を受けて基本的な総合内科の知識を維持する
- 早い段階（医師 3 年目までくらい）で標準的な GIM 診療に触れて、願わくばある一定期間、教育のできる指導医とともに研修を積むこと。GIM マインドとは「マインドセット」であり、早い段階にインプットされることが、その医師の今後の GIM マインドをもった診療の継続を可能にする。（だから大学医局よ、若人を囲うなかれ！）
- 3-6 ヶ月程度の総合内科研修の必修化。後期研修期間のうちに。指導医はもちろん、GIM ができる人。かつ初期研修医を指導できるような屋根瓦方式ができればなおよい
- GIM マインドを持った仲間が身近におり、日々刺激し合える環境がある。何か困ったときに相談できる人がいる。

教育をする

- 医学生，初期臨床研修医の時期に総合診療，総合内科の研修の機会を設けること。特に総合的な診療が求められるべき地での実習，研修を医学生，初期臨床研修医に義務づけること
- 3年ほどは地域医療での研修が必要です。高齢社会に向かって GIM マインドで症状に関係なく患者様を見ることが必要ではないか？また、GIM マインドは research mind に関連するような気がします
- 病院の理解と GIM 以外の他医師の理解。そのためには、5年後，10年後を見据えて初期研修医や医学生にもっと総合診療や総合内科の重要性を教育・啓発していくことが重要と考えます
- 専門に進んでも一定の割合で総合内科的入院(非常にコモンな内科疾患、診断・病態が不明例、社会的入院含む)や救急医療を経験できるようにする。専門に進んでも内科の初診外来を経験する。内科外来教育を充実させる。
- 病歴聴取・身体診察中心の医学とプレゼンテーションを学び、教え続けること
- 初期研修で GIM マインドを持つための教育を受け、素養を持てれば、その後の維持にもつながってくると思います。また、GIM マインドを持つ医師の存在意義がより社会に認められるようになると維持する動機づけになると思います。
- 初期の研修で、bedside learning を重視する良き指導医との出会いがあり、病歴や physical といった bedside learning 主体の教育を受けていれば、その後どこのサブスペ科に進もうとも、内科医としての discuss の基盤は構築される
- GIM を実践する医師に共通するものは、EBM への理解と自己研鑽能力である。普段見る頻度が少ない疾患を見るには、経験を埋めるために EBM が正しく理解できないといけない。EBM の正しい理解と情報へ catchup する方法を教育するしかない。内科専門医の維持について試験を課してもよいと思われる

日々の診療で学ぶ

- 普通に診療していれば general な知識が必要であると日々実感することになると思う
- 常にそのような姿勢で診療すること
- 常に他分野についてもアンテナを張る、自分の担当患者の全身を診ることを心掛ける。ML などからの情報を得る。専門外のことが起こっても他人事として考えない。といったことに心掛ける。特に、ML を利用するのは受動的なので少ない労力で出来ると思う
- 病院で出会う患者さんばかりでなく、いろいろな人について興味を持つ習慣をつけること。その人の人生やものの考え方への理解を深めると自然とその人を取り囲む環境や全体をみる習慣が付く。そして、患者さんを診たときもその人の「病気」の部分だけでなく、全体を診る習慣をつけ、社会的背景や生活習慣、地域特性なども考えるようにする。全身を診る中で診断と矛盾する徴候を見つけたら何が起きているのか考え

る習慣をつける。ちょっと「めんどくさい」と感じる患者さん（訴えが多い、自分の不得手とする領域の病気を抱えているなど）への対応を進んでやってみること

- GIM マインドが必要な環境にあるかどうか。あるいは自分の専門領域に対して、GIM がベースとなる必要性を感じているかどうか。だと思います。初診外来、あるいは救急外来を担当すれば、必然的に GIM マインドを維持する必要性を実感すると思われます。2) 若い世代の医師に対しては、GIM マインドを持つ優れた医師が自らお手本となることでしょう。たとえば（私は経験がありませんが）有名なティアニー先生のラウンドをご一緒した方は、皆さんそれを契機にモチベーションが向上したと聞きます。
- 臨床を続けていけば必然的にGIMマインドを持たざるを得ない時代になったと思います。
- 日常的に専門領域以外の病態についても診療する努力をする。患者の問題点を分割しないことにより、受診効率が上がり待ち時間は減少し、結果的に、必ずしも専門医受診を必要としない患者が減少するため、診療効率も向上する
- 総合診療・当直を行う
- 患者、家族を主体とした診療
- 研修医の立場としては、出来る限りの患者さん（特に **Problem** の多い高齢者）を受け持つこと、救急外来の一つ一つの症例から学ぶことが大事であると思います。また後輩や同期への **output** の機会を作ることも大切だと思います。
- まずは、GIM マインドは自然に身につくものではないと自覚することが必要と考えます。足りないところを意識しながら日々身につけるよう努力する姿勢こそが GIM マインドの本質と考えます。 そのためには環境が大事かと思えます。同僚たちが GIM マインドを持って実践していること、実際に GIM マインドを発揮できる患者さんを診る機会があること、その姿勢態度を評価してくれる職場の雰囲気、上層部の理解があることなど。それ以外にも、ACPJC を始めとした施設外のリソースに容易にアクセスできて、外部にも仲間がいるという意識を持てることももちろん重要です

システムを変える

- この問題はマインド、というレベルで語る問題ではなく、知識と経験を維持すべきであると思われる。「内科」と「各臓器別内科」のカテゴリーはそもそも異質である捉えた上での改善策が必要だろう。そもそも日本に「自分は“内科”である」と誇りを持って表明できる内科医は極めて少ないのではないか？と思われる。その部分の質向上と社会的認知の向上のためにも、「質の高い内科医の育成と、その質の維持」をすべきである。例えば更新に関しては、MKSAP のように質高く且つ定期的な更新をすべき
- 糖尿病学会のようなポイント制の教育講演を聴く義務制度を作る

- (個人的には) 専門研究 (特に基礎研究) を開始すると GIM マインドは維持できない。すべては教育 各専門学会の教育改革を起こす必要がある。ACP だけでなく、GIM マインドの重要性を他学会でも積極的に発言していきましょう。ACP 参加者だけが GIM マインドを持つ集団であると努々奢ることなかれ
- GIM マインドを持つことによる成功体験、GIM マインドが必要ないし発揮される診療セッティングでの勤務、生涯学習を行うことのクレジット (社会的評価、給与など)
- トップダウンで強制力のある程度持たせた内科プログラムの施行
- 研修医の 2 年間に加え総合内科研修 1 年を課す
- GIM マインドを持ったサブスペシャリティの教授が大学教育に関わるようになることがよいのではないのでしょうか? 内科専門医を審査している内科学会は、ほとんど各サブスペシャリティ教授の集まりであり GIM マインドを持っているとは思えないです。GIM マインドを持たない教育者に教育されれば自ずと subspeciality 指向になるのではないのでしょうか。
- 全ての内科医が幅広い内科疾患をバランスよく研修できるシステムが必要と思いますが、それが無い現状では、本人のやるき次第な面が大きいのかと思います"
- 一番は、双方向の評価だと思います。general vs special ではなく、お互いに協力し合って診療を行うことが必要ですし、それは車の両輪のようなものだと思います。
- 初期研修後に GIM の研修の必修化、10 年毎の専門医更新試験
- 高い志、謙虚な心、客観的に評価できる視野が大切。FACP を取得して、米国の ACP 総会に参加すること。できれば、内科学会に昔の様に、内科専門医会があり独立して活動できると良い

その他

- 筆者は市中病院で初期研修を行い、その後大学付属病院で脳神経外科に 2 年在籍した後内科医への転向を決意し、市中病院の総合内科でトレーニングを受けた。その後サブスペを消化器と決め、市中・大学病院で研修したが、大学病院の消化器科は General mind を持った医師が少なく、病歴や physical の discussion がなく、discussion のほとんどを画像の詳細な検討に費やしていた。これでは GIM mind を持った医師が育つはずはない。幸い筆者は脳外科での 2 年間の研修後、総合内科に移籍したのち当時の内科指導医から bedside 主体の教育を受けたため、病歴や physical をとること自体が楽しく、興味を持って行えたため、その後サブスペ研修に移行した後もサブスペ領域以外の患者の診療に全く苦痛を覚えなかった。経験した症例を丁寧に振り返り、一例一例から経験し得た clinical pearl を同僚と共有することが楽しい。要は初期の研修で、bedside learning を重視する良き指導医との出会いがあり、病歴や physical といった bedside learning 主体の教育を受けていれば、その後どこのサブスペ科に進もうとも、内科医としての discuss の基盤は構築されると筆者は考えてい

る。興味を持って、楽しさを忘れず、患者から学ぼうとする積極的な姿勢こそが **GIM mind** を維持するための秘訣ではないだろうか。私の好きな **Osler** 語録に、**The value of experience is not in seeing much, but in seeing wisely.** とあり（これは研修医時代に内科指導医から教えてもらった言葉で今でも私の好きな言葉の一つである）、一例一例を大切にしなさいという **Osler** 先生の言葉に感動する。

- 医師個人による（医学生教育においても感じますが）
- 専門科も総合診療医を育てる役割の一端を担う