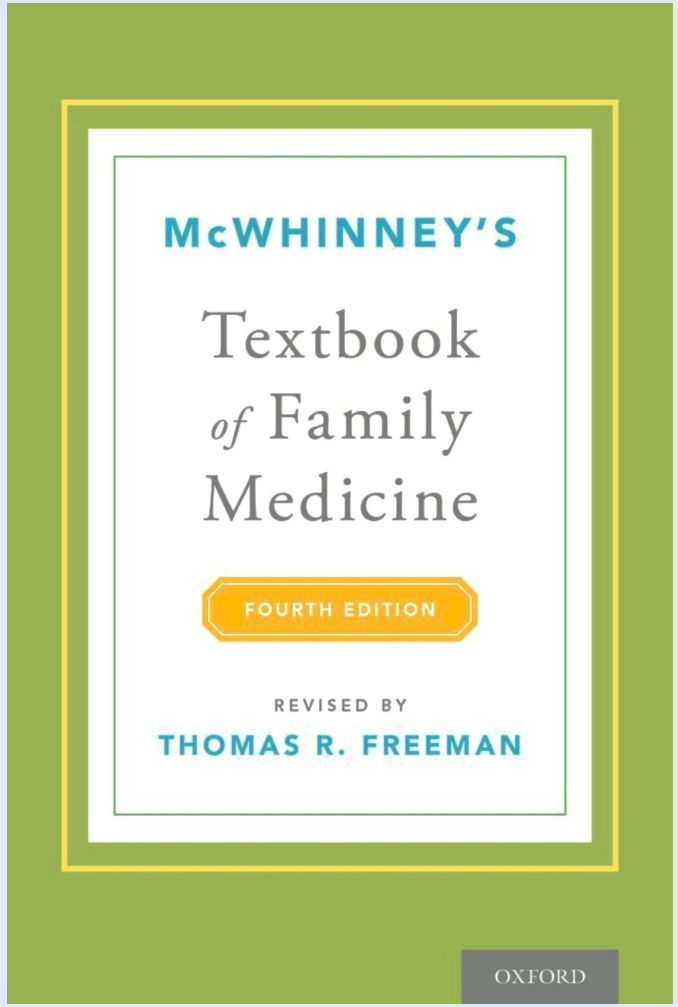
McWhinney's Textbook of Family Medicine

PART3
Illness in the community
“地域の中での病い”



2022.02.19　担当：村上

CONTENTS

Preface
Acknowledgments

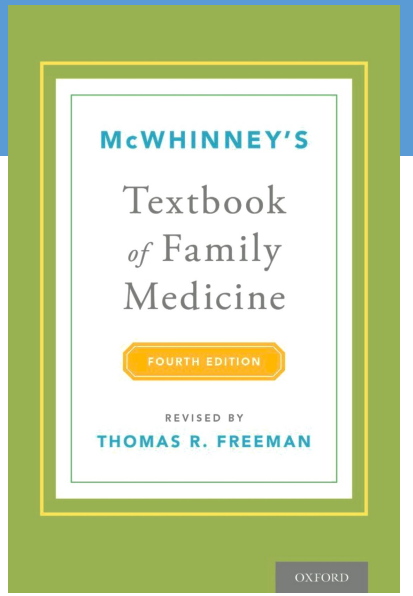
PART I. BASIC PRINCIPLES
1. The Origins of Family Medicine
2. Principles of Family Medicine
3. Illness in the Community
4. The Family in Health and Disease
5. A Profile of Family Practice
6. Philosophical and Scientific Foundations of Family Medicine
7. Illness, Suffering, and Healing
8. Patient–Doctor Communication
9. Clinical Method
10. The Enhancement of Health and the Prevention of Disease

PART II. CLINICAL PROBLEMS
11. Respiratory Illness
12. Musculoskeletal Pain
13. Depression
14. Diabetes
15. Obesity
16. Multimorbidity

PART III. THE PRACTICE OF FAMILY MEDICINE
17. Home Visits
18. Stewardship of Resources, Patient Information, and Data: Healthcare Resources
19. Practice Management
20. The Health Professions
21. The Community Service Network
22. Consultation and Referral
23. Alternative or Complementary Medicine

PART IV. EDUCATION AND RESEARCH
24. Continuing Self-Education
25. Research in Family Practice

Index



目次

PART1　Basic Principles

PART2　Clinical Problems

呼吸器疾患、筋骨格系疾患、うつ、糖尿病、肥満

Multimorbidity

PART3　The Practice of Family Medicine

訪問診療、資源・患者情報・データの管理

実臨床での管理、健康管理、

コミュニティサービスネットワーク、相談と紹介

代替医療・補足医療

PART4　Education and Research

自己学習の継続、家庭医療領域の研究

CONTENTS

Preface
Acknowledgments

PART I. BASIC PRINCIPLES
1. The Origins of Family Medicine
2. Principles of Family Medicine
3. Illness in the Community
4. The Family in Health and Disease
5. A Profile of Family Practice
6. Philosophical and Scientific Foundations of Family Medicine
7. Illness, Suffering, and Healing
8. Patient–Doctor Communication
9. Clinical Method
10. The Enhancement of Health and the Prevention of Disease

PART II. CLINICAL PROBLEMS
11. Respiratory Illnes
12. Musculoskeletal P
13. Depression
14. Diabetes
15. Obesity
16. Multimorbidity

PART III. THE PRACT
FAMILY MEDICINE
17. Home Visits
18. Stewardship of Re
Patient Information
Healthcare Resourc
19. Practice Managem
20. The Health Profes
21. The Community S
Network
22. Consultation and
23. Alternative or Complementary Me

PART IV. EDUCATION
RESEARCH
24. Continuing Self-E
25. Research in Famil

Index

目次

PART1　Basic Principles

1. The Origins of Family Medicine
2. Principles of Family Medicine
3. Illness in the Community
4. The Family in Health and Disease
5. A Profile of Family Practice
6. Philosophical and Scientific Foundations of Family Medicine
7. Illness, Suffering, and Healing
8. Patient–Doctor Communication
9. Clinical Method
10. The Enhancement of Health and the Prevention of Disease

CONTENTS

Preface
Acknowledgments

PART I. BASIC PRINCIPLES
1. The Origins of Family Medicine
2. Principles of Family Medicine
3. Illness in the Community
4. The Family in Health and Disease
5. A Profile of Family Practice
6. Philosophical and Scientific Foundations of Family Medicine
7. Illness, Suffering, and Healing
8. Patient–Doctor Communication
9. Clinical Method
10. The Enhancement of Health and the Prevention of Disease

PART II. CLINICAL PROBLEMS

PART1-3　Illness in the community

PART3　Illness in the community　地域の中での病い

1. Illness in the community　これまでの研究からわかること
   我々が診療するのは住民全体が経験する健康問題のごく一部にすぎない

2. The Sick Role and Illness Behavior
3. Underreporting of Serious Symptoms and Consultation for Minor Symptoms
4. Illness Behavior と民族などの因子との関係
5. Self-care and Other Alternatives to Medical Care

我々が診療するのは住民全体が経験する健康問題のごく一部にすぎない

地域の中での病い（Illness in the community）に関する研究では、医師が診察するのは、住民全体が経験する健康問題のごく一部に過ぎないことが明らかになっている。

①Greenら(2001)

多くの地域調査から得たデータを図3.1のようにまとめ、最新の情報を提供している。

16歳以上の一般人口1000人のうち、通常1ヶ月に800人が何らかの症状を訴え、327人が医療機関の受診を検討する。そのうち実際にプライマリケア医に受診するのは113人で、65人が補完代替医療機関に、21人が病院の外来診療に、14人が在宅医療を受ける。救急外来に行くのは13人、入院するのは8人。大学病院に入院するのは1人以下になる。

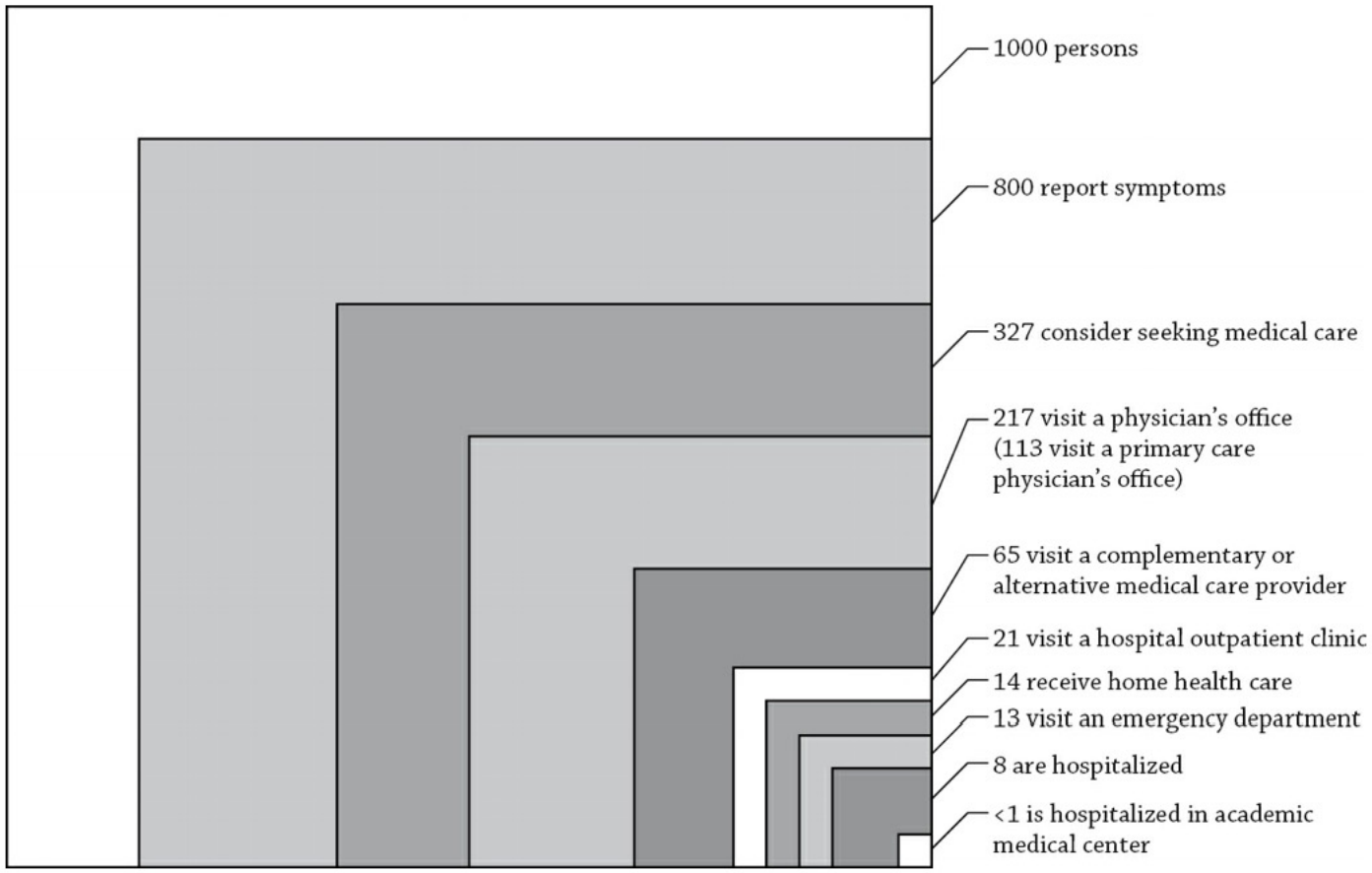


Figure 3.1:

Monthly prevalence of illness in the community and the roles of various sources of health care.

Reprinted with permission from Green L, Fryer GE, Yawn, BP, Lanier D, Dovey SM. 2001. The ecology of medical care revisited. *New England Journal of Medicine* 344(26):2021–2025.

我々が診療するのは住民全体が経験する健康問題のごく一部にすぎない

② Wadsworth, Butterfield, and Blaney, 1971; Dunnell and Cartright, 1972

レトロスペクティブな人口調査において、成人の約90％が過去2週間の間に症状を訴えたという。このうち4、5人に1人しかその期間に医師に相談していない。

③ Glasgow survey（Hannay, 1979）

グラスゴーでの面接調査で、Hannay (1979)は、大人と子供の86％が2週間の間に少なくとも1つの身体症状を報告したことを発見した。最も多い症状は呼吸器系で、2番目は疲労感、3番目は頭痛の順であった。呼吸器系の症状の優位性は、オーストラリアや米国での調査と同様だった。呼吸器疾患は、一般診療所でも最も多い診断名。成人の51％が2週間の間に1つ以上の精神症状（不安、抑うつ、不眠、強迫観念、偏執的な考えなど）を抱えていた。24％の子供が行動上の問題（例：発達上の問題、遺尿、学校での問題、しつけの問題）を持っていると親から報告された。成人のほぼ4分の1が少なくとも1つの社会的問題（例えば、失業、経済的問題）を抱えていた。グラスゴー調査における単純相関の分析では、症状の高い有病率は、年齢の上昇、女性性、病気による失業、夫婦の別居または離婚、積極的宗教に対して消極的宗教、高層ビルの5階以上に居住、住居の移動（モビリティ）の多さと関連していることが示された。神経症のスコアは、すべての成人病の頻度とともに増加した。外向性スコアが低い被験者は、精神的・社会的症状が有意に多かった。回帰分析では、神経症度得点、年齢と性別、高層ビル居住、消極的宗教、移動のすべてが有意な変数として残った。

我々が診療するのは住民全体が経験する健康問題のごく一部にすぎない

・Health diary studies（健康日記による研究）

④　健康日誌の研究は、人々に存在する症状の負担について有用な洞察を与えてくれる。健康日誌法を用いた前向き研究では、成人は21.8％の日に少なくとも1つの不満を記録し、そのうち医師に相談した日はわずか6％であった（Roghmann and Haggerty, 1972）。

⑤　107人の参加者を対象とした3週間の研究では、3.25の問題が記録されたが、そのうち専門家の治療を受けることになったのは6％以下であった（Demers, Altamore Mustin, et al, 1980）。

⑥　高齢者のグループでは、自己治療が一般的であり、処方薬や市販薬が最も頻繁に介入されることがわかった。このグループでは、専門家の助けを求めるかどうかは、症状や原因説明への慣れよりも、痛みや不快感の程度、日常生活への支障、重大なことだと思うかどうかに関係していた (Stoller, Forster, and Portugal, 1993)。

我々が診療するのは住民全体が経験する健康問題のごく一部にすぎない

・Health diary studies（健康日記による研究）

⑦　健康日誌を用いた女性の別の前向き研究では、症状は平均して28日中10日に記録された。症状エピソードの年間平均は81件であった。医師に相談があったのは、37の症状に対して1つの割合だった（Banks, Beresford, Morrell, et al.）。

⑧　4週間にわたる男女の健康日誌を比較した研究では、ネガティブな気分が身体症状の最も強い予測因子であり、それがひいては病気行動の最も強い予測因子であることが明らかにされた。気分状態の違いは、症状報告における性差を媒介するようである（Gijsbers van Wijk, Huisman, and Kolk, 1999）。

我々が診療するのは住民全体が経験する健康問題のごく一部にすぎない

以上の研究をまとめると

症状が発生することそのことは例外なことではなく、いたって標準であることが明らかである。

したがって重要なのは、

症状が存在するかどうか　ではなく

それがどの程度深刻であるか、どの程度頻繁であるか、

そしてそれらがどのようなふるまいをみせるか　である。

The Sick Role and Illness Behavior　「病人役割」と「疾病行動」

2. The Sick Role and Illness Behavior

医師に相談するという意思決定を分析する上で、病気の役割と病気行動という二つの概念が参考になる。Sick Role（病人の役割）という概念は、Sigerist（1960）とParsons（1951）により紹介された。

Parsonsによれば、医師に相談し、病気と定義された場合、その人は社会的に特別な役割を占めることになる。病人としての役割に就くには、一定の義務と特権がある。その人は通常の社会的義務から免除され、自分の無能力に対して責任を問われることはない。その一方で、病人は専門家の助けを求め、回復に向けてあらゆる努力をすることが期待される。病気になったときに病人役になることを決めるかどうかは、病気の重さとは関係なく、個人と集団の多くの要因に左右される。

The Sick Role and Illness Behavior　「病人役割」と「疾病行動」

　疾病行動とは、Mechanic (1962) によって「ある症状がさまざまな種類の人によって異なって知覚、評価、行動される（またはされない）方法」と定義されている。個人が示す病気行動は、その人が病気の役割に入るかどうか、医師に相談するかどうかを決定する。

Lamberts（1984）は

Problem Behavior（問題行動）：病気とは異なる生活上の問題を抱えた患者の行動という概念を導入している。

The Sick Role and Illness Behavior　「病人役割」と「疾病行動」

病気と病気行動を区別することの重要性は、過敏性腸症候群で説明される。

過敏性腸症候群を含む機能性胃腸障害（FGD）の人々を、心理的特徴、最近のライフイベント、ソーシャルサポート、自己評価による健康状態、医師の診察頻度に関して、一般集団と比較検討した。FGD群は、うつ病、感情、身体症状について一般集団より有意に悪いスコアを示した。

彼らは、自分の健康についてより心配しており、生活の質も低く、過去12ヶ月のネガティブなライフイベントも多く、健康全般の評価も低く、ソーシャルサポートも少なかった。

しかし、FGDグループを医師に相談した人と相談しなかった人に分けると、相談しなかった人は、より少ない変数（身体化、感情化、QOL、健康評価、ソーシャルサポート）で一般集団と異なっていた。

医師への訪問は、うつ病、主観的健康評価、症状のある期間の長さと高い相関があった。また、医療システムに対する意見も重要であった。このように、FGD患者には、病気そのものに関連する心理状態と、医療を受けるかどうかの判断に関連する心理状態の2種類があるようである。

重要なことは、この研究において、肯定的に捉えられるか否定的に捉えられるかにかかわらず、ライフイベントが受診行動と相関していることである（Herschbach, Henrich, and von Rad, 1999）。

The Sick Role and Illness Behavior　「病人役割」と「疾病行動」

疾病行動を理解することで、医師の視点が変わることがある。

重要なのは、“なぜ患者は来たのか？”ということかもしれない。治療の目的は、症状を取り除くことではなく、他の多くの人々が学んできたように、患者が症状と共存できるようにすることかもしれない。

重大な症状を相談しないこと、軽微な症状を相談すること

3-3　Underreporting of Serious Symptoms and Consultation for Minor Symptoms

重大な症状を相談しないこと、軽微な症状を相談すること

Illness behaviorのバリエーションとして、家庭医が関心を寄せる2つの現象、すなわち重大な症状を相談しないことと、軽微な症状を相談すること、がある。

Glasgow surveyにおいて、Hannayは、患者自身が重大な症状と評価しているのに相談しないことと、軽微な症状と評価しているのに相談すること、で定義された「不調和な相談（ incongruous referral）」の程度について推定している。

身体症状、精神症状、行動症状について、痛み、障害、深刻さ、持続時間について、患者自身（子どもの行動症状については保護者自身）の評価を用いて評定を行った。

そして、各要素について平均重症度スコアを算出した。社会的症状については、心配と不便を別々に評定した。図3.2に、両者の不調和の程度を示す。

重大な症状を相談しないこと、軽微な症状を相談すること

身体的、精神的、行動的な症状を持つ人の26%は、深刻な症状に対して専門家の助けを求めなかった。11パーセントは軽度の症状に対して専門家の助けを求めている。

社会的な症状については、それぞれ16%と12%であった。医学的症状のうち、専門家の助けを求める可能性が最も高いのは子供の行動的症状で、次いですべての対象者の身体的症状、大人の精神的症状は最も低いものであった。

軽い症状での相談は、回帰分析により、症状の数の多さ、別居または離婚状態、高齢、女性、現住所での年数の短さ、医師や病院との付き合いが悪い、医師と連絡を取るのが難しい、入院回数が多い、などの因子と関連していた。

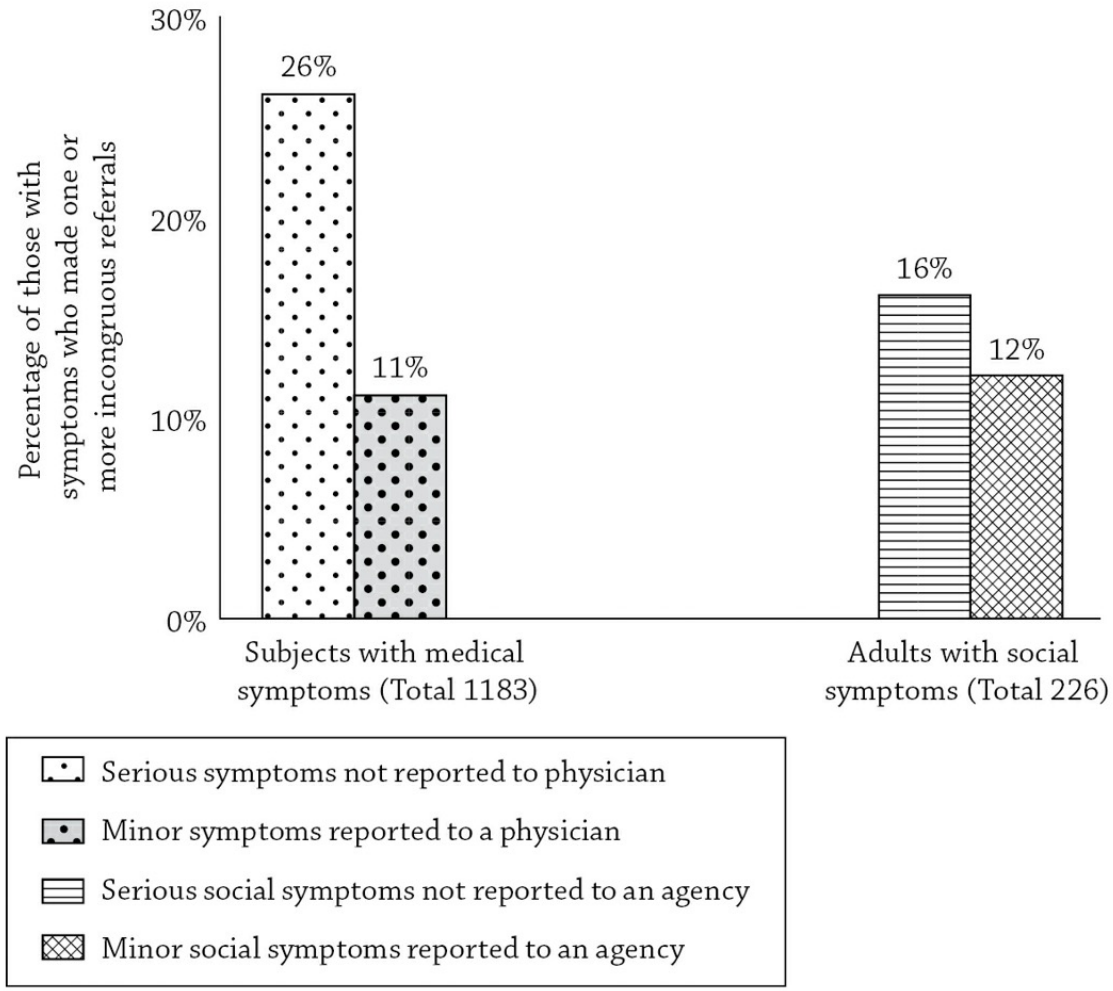


Figure 3.2:
Incidence of incongruous referral in the Glasgow survey.

Reprinted with permission from Hannay DR. 1979. *The Symptom Iceberg: A Study in Community Health*. London: Routledge and Kegan Paul.

重大な症状を相談しないこと、軽微な症状を相談すること

Elliottら（Eliott, McAteer, and Hannaford, 2012）は、グラスゴー調査と同じ定義で、イギリスの20の一般診療所の登録患者を対象に、過去2週間に経験した様々な症状（医師が自己限定的で軽いと判断したものから重篤で深刻と思われるものまで）について調査を行った。

また、各症状の重症度、日常生活への支障の程度、その症状について医師の診察を受けたかどうかの評価も求めました。

回答者の75％が、リストアップされた症状のうち少なくとも1つを報告しており、若い回答者、慢性疾患を持つ回答者、病気で働けない、または有給の仕事をしていない回答者ほど、症状を持つ傾向が見られました。症状保有者のうち、かかりつけの開業医に相談したのはわずか8％でした。

重大な症状を相談しないこと、軽微な症状を相談すること

Box 3.1

THE TEN MOST FREQUENT SYMPTOMS ENDORSED BY PATIENTS

1. Feeling tired/run down
2. Headaches
3. Joint pain
4. Back pain
5. Difficulty sleeping
6. Sore throat
7. Nervousness/anxiety
8. Indigestion/heartburn
9. Cough
10. Feeling depressed

Adapted from Elliott AM, McAteer A, Hannaford PC. 2012. Incongruous consultation behaviour: Results from a UK-wide population survey. BMC Family Practice 13:21.

重大な症状を相談しないこと、軽微な症状を相談すること

7995件の症状のうち、約5分の1が不調和な相談内容であった。

3.2%が患者にとって軽微な症状なのに相談した件数の割合

17.3%が患者にとって重大な症状なのに相談しなかった件数の割合

すべての症状において、軽微な症状なのに相談した数＜重大な症状なのに相談しなかった数であった

・軽微な症状なのに相談した

便潜血、失神、胸部喘鳴、息切れ、意図しない体重減少、胸痛などが上位

いずれも重篤な症状を示す可能性のある症状であり、患者にとっては軽微でも、適切な判断を下して受診したと考えるのが妥当であろう。

・重大な症状なのに相談しなかった

失神、気分の落ち込み、睡眠障害、嘔吐、喀血などが上位

重大な症状を相談しないこと、軽微な症状を相談すること

軽微な症状なのに相談した回答者は、慢性疾患を持ち、役割体力スコアが低く、身体疼痛スコアが低く、医療専門家による安心感が重要であると考える傾向が強かった。

重大な症状なのに相談しなかった患者は、若年者、元喫煙者、体調不良者、病気で働けない者が多く、GPの時間を無駄にしないことが重要であるとの考えを支持する傾向がみられた。

重大な症状を相談しないこと、軽微な症状を相談すること

Banksら(1975)は、20-44歳の女性を対象とした研究で、自由浮動性不安が高い人ほど、自分の症状について一般開業医に相談する傾向があることを明らかにした。

症状の性質は、治療を受けるかどうかの決定と強い相関があった。表3.1は、症状によって対応が大きく異なることを示している。

Mechanic (1962) は、高いストレスレベル、特に対人関係上の問題を報告する人が、医療サービスを利用する傾向が高いことを見出した。

Table 3.2. THE LIKELIHOOD OF SYMPTOM EPISODES LEADING TO CONSULTATION WITH PHYSICIAN

Symptom	Ratio of Symptom Episodes to Consultations
Changes in energy	456:1
Headache	184:1
Disturbance of gastric function	109:1
Backache	52:1
Pain in lower limb	49:1
Emotional/psychological	46:1
Abdominal pain	29:1
Disturbance of menstruation	20:1
Sore throat	18:1
Pain in chest	14:1

Adapted from Banks MH, Beresford SAA, Morrell DC, Waller JJ, Watkins CJ. 1975. Factors influencing demand for primary medical care in women aged 20–44 years: A preliminary report. *International Journal of Epidemiology* 4:189.

重大な症状を相談しないこと、軽微な症状を相談すること

行動科学と伝統的な医学的診断をより完全に統合する試みとして
著者の一人（McWhinney, 1972）により疾病行動の分類学が構築された。

この分類法は、いくつかの不調和な診察を理解する上で、依然として有効である。

この分類法では、患者は次の5つの理由のうちの1つまたは組み合わせによって医師の診察を受けることになる：

① 耐性の限界（症状を我慢することができなくなった、または我慢したくなくなった）
② 不安の限界（症状の起こりうる意味を心配している）
③ 症状として現れる生活上の問題
④ 管理上の理由
⑤ 病気以外の理由での受診

Illness Behavior は民族的出身、社会階層、年齢、性別、疾病の性質、所属宗教、性格、環境因子と関連している

Zola（1966）は、イタリア系アメリカ人とアイルランド系アメリカ人の患者が、病院の診療所を新規に受診する際に、医師に会う前にインタビューを行っている。

主診断、副診断、潜在的な深刻度、緊急度に関する情報を医師から得た。

2群間の比較のほかに、同じ主診断、同じ罹病期間、同じ重症度をもつ同性のアイルランド人とイタリア人の患者1組のマッチドペア間でも比較が行われた。

その結果、大きな相違点が浮かび上がってきた。アイルランド人はイタリア人に比べて、痛みが病気の特徴であることを否定することが多かった。

また、アイルランド人は自分の主な問題を特定の機能障害として説明することが多く、イタリア人はそれを拡散的な困難として説明することが多かった。

アイルランド人は自分の問題を限定し控えめに表現する傾向があり、イタリア人は自分の問題を拡大し一般化する傾向があった。

また、イタリア人はアイルランド人に比べて、より多くの症状、より多くの身体部位、より多くの種類の機能障害を訴え、より多くの人が自分の症状が対人行動に影響を及ぼしていると感じていた。

Illness Behavior は民族的出身、社会階層、年齢、性別、疾病の性質、所属宗教、性格、環境因子と関連している

Zborowski (1951)は、ユダヤ系、イタリア系、オールドアメリカ系の患者の痛みに対する反応を調査している。データは、患者へのインタビュー、痛みを感じているときの患者の行動の観察、その患者のケアに携わった医師や看護師との話し合いから収集された。ユダヤ人とイタリア人は痛みに対する反応が非常に感情的であると言われている。しかし、イタリア人は痛みの即時性に関心があるのに対し、ユダヤ人は痛みの意味とその長期的な影響に関心があることがわかった。

また、鎮痛剤に対する考え方も両者で異なっていた。イタリア人は、痛みを和らげることを求め、和らげられるとすぐにその苦しみを忘れてしまう。一方、ユダヤ人は鎮痛剤に消極的で、副作用を心配し、一時的な緩和を与えるに過ぎないと考えていた。老齢のアメリカ人は、痛みに対して無関心で無感情な態度をとる傾向があった。

しかし、ユダヤ人の患者が、自分の痛みの意味や将来への影響を心配していたのに対し、「老アメリカ人」の患者は、専門家の技術に対する信頼からくる楽観的な態度を持ち続ける傾向があった。

Illness Behavior は民族的出身、社会階層、年齢、性別、疾病の性質、所属宗教、性格、環境因子と関連している

先の2つの研究の解釈は、文化的背景の認識に基づいて人々をステレオタイプ化することにつながる危険性をはらんでいる。

医師はそのような仮定をしてはならない。

今回の研究は、文化的環境が、健康状態の変化の捉え方やその変化への対応に大きな影響を与える可能性があることを示すために、そのまま掲載された。

個人差の方がより重要であると思われる。

Illness Behavior は民族的出身、社会階層、年齢、性別、疾病の性質、所属宗教、性格、環境因子と関連している

要約すると、疾病行動は民族的出身、社会階層、年齢、性別、疾病の性質、所属宗教、性格、環境因子と関連している。

Hannay（1979）の知見は、神経症がサービスの高い利用率やトリビアに関する相談と強く関係しているという広く信じられている説を覆すものである。

グラスゴーの研究では、一般的な相談も「雑学」についての相談も、専門家の助言を求める傾向が強いのは、神経症的でない人たちであった。

症状の "氷山 "の一部となる可能性が高いのは、より神経症的な人たちであった。

Self-care and other alternatives to medical care
セルフケアと医療に代わる代替療法

前述の研究から明らかなように、症状の大半は医学的な助言に頼ることなく、患者自身が対処しているのです。

セルフケアとは、患者自身が自分のために行うすべての行動を指す。

これらの行動は、医学的なアドバイスに取って代わることもあれば、医師との相談に先だって行われることもあります。

セルフケアには様々な形態がある。

1. self medication
2. 非薬物行動療法
3. popular sector（詳しい人からの助言）
4. folk sector（民間療法）

Self-care and other alternatives to medical care
セルフケアと医療に代わる代替療法

1. 自己内服　self medication

イギリスとアメリカでの研究(Freer, 1978)では、セルフメディケーションの割合が高いことが示されている(成人の50～80％が2～4週間の間に市販の薬を服用したと報告している)。その大部分は、鎮痛剤、風邪薬、制酸剤である。

薬剤師は、市販薬に関するアドバイスの情報源となることが多い。オンタリオ州ロンドンの薬剤師によるプライマリーケアの研究で、Bass（1975）は、近所の薬局で、100枚の処方箋を発行するごとに、約19人が健康問題についての助言を求めていることを発見した。その中で最も多かったのは、上気道感染症、胃や腸の愁訴、痛み、ビタミン剤に関する問い合わせなどであった。

インターネットの普及により、セルフケアが当たり前になりつつあるのです。本来なら医師の処方箋が必要な薬も、インターネットで直接注文して手に入れることができる。

慢性疾患が医療を支配するようになり、セルフマネジメントの重要性が高まっています。自己管理は慢性期医療モデルの構成要素の一つであり、医療費削減の観点からも、様々な地域で自己管理支援のための薬物規制の緩和や電話相談窓口の設置が行われている。

Self-care and other alternatives to medical care
セルフケアと医療に代わる代替療法

2. 薬物療法以外の行動療法など

Freer（1978）は、健康日記法を用いた研究で、医療行為以外の行動が多数報告されていることを発見した。

その中には、友人や親戚と話す、クラブに参加する、食事に出かけるといった社会的な行動もあれば、家事をする、買い物に出かける、ガーデニングをするといった個人的な行動もある。

これらの行動はすべて、治療的であるとみなされたため、記録されました。

Self-care and other alternatives to medical care
セルフケアと医療に代わる代替療法

3. 家族、友人、隣人、その他専門家ではない人たちとの相談、助言が必要な場合、一般人の紹介があります。

近所のある人は、健康問題に詳しいと評判になっているかもしれない。
また、個人的な問題に対するアドバイスが評価されている人もいる。
（※ためしてガッテン、たけしの本当は怖い家庭の医学、・・・）
どの社会にも、医療制度とは全く関係なく、このような資源が存在する。

Kleinman（1980）はこれを「Popular sector 大衆部門」と呼び、どの医療システムにおいても最大の部門を占めている（Stevenson et al.、2003）。

移動の多い社会では、このようなインフォーマルな援助システムが発達する機会は少ないと思われる。

だから、先進国社会では個人的な問題がいきなり家庭医に持ち込まれることが多いのかもしれない。

Self-care and other alternatives to medical care
セルフケアと医療に代わる代替療法

4.　民間療法士や代替医療の実践者は、ほとんどの社会で広く利用可能である。

　この民間部門（Kleinman, 1980）は、最初のケア源として、あるいは医療制度が患者の期待に応えられなかったときの追加的なリソースとして利用されることがある。

　代替医療は、欧米諸国では広く用いられている（第23章参照）。

Self-care and other alternatives to medical care
セルフケアと医療に代わる代替療法

まとめ

賢明な家庭医は、推薦をする前に、必ず患者がすでに何を試したか尋ねるものである。

これは、患者を全体的に理解し、診察の際に共通の認識を得るために必要なことである(第8章参照)。

Part1-3 Illness in the community　まとめ

1. Illness in the community　これまでの研究からわかること

　　我々が診療するのは住民全体が経験する健康問題のごく一部にすぎない

2. The Sick Role and Illness Behavior

　　Sick Role・・・病人としての役割

　　Illness Behavior・・・疾病行動　どのように対応するか、受診するか？

　　→　McWhinney提唱の　疾病行動の分類（５つの受診のきっかけ）がある

3. Underreporting of Serious Symptoms and Consultation for Minor Symptoms

→　Illness Behaviorのバリエーションとして

　　重大なのに受診しない、軽いけど受診するという理由やそのリスクファクターが研究されてる

4. Illness Behavior には民族などの因子との関係がある

5. Self-care and Other Alternatives to Medical Care

　　医療以外の代替手段やセルフケアについての分類があり、その理解が必要である

⇨　総じて、我々が診療する患者の裏に広がっている症状や症状を持つ患者や対処法の理解が必要で、受療したことそのことにもすでに意味があり、選択されているという認識が必要。それを知っていることで家庭医としての診療が洗練されるのでは？