

2. 健診項目の効果を検討した研究

1) 健診項目の効果を直接検討した RCT

6つの RCT で胸部エックス線のみ、または胸部エックス線と喀痰細胞診を併用した研究では、スクリーニングの有効性は示されなかった(21)。

2) 健診項目の効果を検討した他の観察研究

日本からの 6 つの症例対照研究では、胸部エックス線検査と喀痰細胞診による検診によって、肺がん死亡の危険率を 30~60% 低下させることができると結論している(21-26)。これらの研究では、高リスクと低リスクの男女において有効であることが示された。全ての研究で健康人のスクリーニングバイアス (healthy screening bias) があり、研究の限界があった(27)。

3) 健診項目に関して検討した費用効果分析

胸部エックス線検診、胸部 CT 検診によるコスト分析についての研究は今のところない(9)。

3. 推奨レベル設定に関する考察

胸部エックス線検査±喀痰細胞診を用いた研究では、症例対照研究、コホート研究では有効性ありとしているが、RCT では有効性はないと結論付けている。胸部エックス線検査と喀痰細胞診を用いた肺がん検診が有用であるかどうかの判断は困難である。最近のデータでは肺がんスクリーニングのための検査の有効性を支持する研究はなかった。しかし、これらのデータはスクリーニングが無効であるというのには不十分である。

4. 備考

海外の RCT を基にすると、胸部エックス線検査±喀痰細胞診による肺がんスクリーニングの有効性を示すエビデンスはない。しかし本邦において、症例対照研究ではあるが、胸部エックス線検査と喀痰細胞診を組み合わせることにより、肺がん死亡率を低下させたと報告されている。今回の検討では、胸部エックス線検査のみの場合の肺がんスクリーニングの効果を検討しており、胸部エックス線のみでは肺がん検出は不十分であるとした。しかし、喀痰細胞診を組み合わせることによって、その検出率が上がる可能性があることに注意が必要である。

また、検診に CT を用いる検討もある。6つのコホート研究では、CT が肺がんのスクリーニングに使用された場合、より早期に検出されることがわかった。しかし、これらの研究では、コントロール群が設定されていなかったり、死亡率の評価が困難であった。さらにこれらの研究では、偽陽性が多く認められた(21)。

CT 検診の有効性を評価するためには、死亡率をアウトカムとした RCT が必要である。

参考文献

1. がん検診の適正化に関する調査研究事業 新たながん検診手法の有効性評価 平成 13 年日本公衆衛生協会
2. Evidence-based Medicine (EBM)の手法による肺癌の診療ガイドライン策定に関する研究班 EBM の手法による肺癌診療ガイドライン 2003 年版 <http://minds.jcqh.or.jp/to/index.aspx>
3. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii04/deth16.html>
4. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai03/deth.html>
5. 全米がん協会「2002 年度がん現状・統計」
6. Quenkel LG, Kessels AG, Goei R, van Engelshoven JM. Detection of lung cancer on the chest radiograph: a study on observer performance. *Eur J Radiol* 2001;39:111-6.
7. <http://www.ncc.go.jp/jp/mhlw-cancer-grant/2004/shitei/15s-1.pdf>
8. de González AB, Darby S. Risk of cancer from diagnostic X-rays: estimates for the UK and 14 other countries. *Lancet* 2004;363:345-351
9. [Manser RL, Irving LB, Stone C, Byrnes G, Abramson M, Campbell D.](#) Screening for lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD001991.
10. Mountain CF. Revisions in the international system for staging lung cancer. *Chest* 1997;111:1710-7.
11. 白日高歩, 小林紘一. 肺癌外科切除例の全国集計に関する報告. *肺癌* 2002;42:555-65.
12. Naruke T, Goya T, Tsuchiya R, Suemasu K. Progression and survival in resected lung carcinoma based on the new international staging system. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1982;83:1-11.
13. Grilli Rm Oxman AD, Julian JA. Chemotherapy for advanced non-small cell lung cancer: How much benefit is enough? *J Clin Oncol* 1993;11:1866-72.
14. Souquet PJ, Chauvin F, Boissel JP, Cellerino R, Cormier Y, Ganz PA, et al. Polychemotherapy in advanced non-small cell lung cancer : A meta-analysis. *Lancet* 1993;342:19-21.
15. Non-small Cell Lung Cancer Collaborative Group. Chemotherapy in non-small cell lung cancer: A meta-analysis using updated data on individual patients from 52 randomized clinical trials. *Br Med J* 1995;311:899-909.
16. Marino P, Pampallona S, Preatoni A, Cantoni A, Invernizzi F. Chemotherapy vs supportive care in advanced non-small-cell lung cancer: results of a meta-analysis of the literature. *Chest* 1994;106:861-5.
17. Cullen MH, Billingham LJ, Woodroffe CM, Chetiyawardana AD, Gower NH, Joshi R, et al. Mitomycin, ifosfamide, and cisplatin in unresectable non-small-cell lung cancer: effects on survival and quality of life. *J Clin Oncol* 1999;17:3188-94.

18. Shepherd FA, Ginsberg RJ, Patterson GA, Evans WK, Feld R. A prospective study of adjuvant surgical resection after chemotherapy for limited small cell lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1989;97:177-86.
19. Souhami RL, Spiro SG, Rudd RM, Ruiz de Elvira MC, James LE, Gower NH, et al. Five-day oral etoposide treatment for advanced small-cell lung cancer: Randomized comparison with intravenous chemotherapy. *J Natl Cancer Inst* 1997;89:577-80.
20. Girling DJ. Comparison of oral etoposide and standard intravenous multidrug chemotherapy for small-cell lung cancer: a stopped multicenter randomized trial. Medical Research Council Lung Cancer Working Party. *Lancet* 1996;348:563-6.
21. Sobue T, Suzuki T, Naruke T. A case-control study for evaluating lung-cancer screening in Japan. Japanese Lung-Cancer-Screening Research Group. *Int J Cancer* 1992;50:230-7.
22. Sagawa M, Tsubono Y, Saito Y, Sato M, Tsuji I, Takahashi S, et al. A case-control study for evaluating the efficacy of mass screening program for lung cancer in Miyagi prefecture, Japan. *Cancer* 2001;92:588-94.
23. Okamoto N, Suzuki T, Hasegawa H, Gotoh T, Hagiwara S, Sekimoto M, et al. Evaluation of a clinic-based screening program for lung cancer with a case control design in Kanagawa, Japan. *Lung Cancer* 1999;25:77-85.
24. Nishii K, Ueoka H, Kiura K, Kodani T, Tabata M, Shibayama T, et al. A case-control study of lung cancer screening in Okayama prefecture, Japan. *Lung Cancer* 2001;34:325-32.
25. Tsukada H, Kurita Y, Yokoyama A, Wakai S, Nakayama T, Sagawa M, et al. An evaluation of screening for lung cancer in Niigata prefecture, Japan: a population-based case-control study. *Br J Cancer* 2001;85:1326-31.
26. Nakayama T, Baba T, Suzuki T, Sagawa M, Kaneko M. An evaluation of chest X-ray screening for lung cancer in gunma prefecture, Japan: a population-based case-control study. *Eur J Cancer* 2002;38:1380-7.
27. Lung cancer screening with sputum cytologic examination, chest radiography, and computed tomography: an update for the U.S. Preventive Service Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:740-753.

(内山 伸)

D. 考察

多くの検査は通常それが「良い検査である」という理由で普及しがちである。ただ、よい検査であるということと、ある状況で検査をすべきかどうかの意思決定は異なる問題である。

ある検査が、「良い検査かどうか」というのは検査固有の特性に関する問題である。これは検査がどれぐらい対象疾患の有無を区別できるかという問題（検査特性：感度、特異度、尤度比など）や、検査に伴う合併症の有無や費用の問題である。検査がどれぐらい対象疾患の有無を区別できるのかという問題は、いわば中間的なアウトカムに関する問題といえるであろう。

ある状況で検査をすべきと判断するためには、検査の実施が患者のアウトカムの改善に繋がらなければならない。しかし、検査の実施が患者アウトカムを改善するかいなかという問題（例えば死亡率の減少効果）を検討するためには、検査固有の特性とは別に考慮すべき要因がある。例えば、どの程度対象疾患の可能性があるのか（有病率）、疾患を発見した後に治療の効果はあるのか、疾患を見落とした時の損失は大きいのか、検査で偽陽性になった時の負担は小さいのか、などの要因である。例えば、大腸癌検診で用いる便潜血検査を実施すべきかどうかを検討するためには、対象とする集団の中で大腸癌の患者がどれぐらい多いのか、大腸癌が検査で発見されたとき治療効果があるのか、大腸癌を見落としたときの損失は大きいのか、便潜血検査が疑陽性になるときその負担は小さいのか、などの要因が考慮される。大腸癌の死亡率の減少

という主要なアウトカムの改善に加えて、総合的にアウトカムが評価される必要がある。

図1では、検査の実施に関わる意思決定を期待効用値に基づいて行った時、様々な要因の影響を受けることを示した。

「検査の実施が患者のアウトカム改善効果をもつかどうか」についての最良のエビデンスは、理想的にはランダム化比較試験 RCT であろう。癌の検診では、検診の効果を評価する時に lead time bias や length bias に影響される可能性が以前より認識されてきた。そしてそのような問題を克服するために、ここ 20 年来がん検診の効果を検討するために RCT が行われてきた。また RCT の実施が困難な場合に、症例対照研究などの観察研究が行われてきた。しかし、それ以外の疾患を対象とする健診項目についてはこのような RCT は通常ほとんど行われない。

がん検診以外の健診の評価のために、RCT が行われてこなかった理由はどのようなものであろうか？がん検診の評価のために RCT が行われてきたということの方が、むしろ特殊かも知れない。元来、このような公衆衛生的施策を RCT を用いて評価するのは容易ではない。長期間の観察後に発生するイベントや稀なイベントを観察する RCT の実施は容易ではない。このような RCT の実施には莫大な労力や費用がかかる。

さらにいえば、健診という公衆衛生の現場とは異なる日常診療の場でも、検査の実施の適否に関して RCT で検討されることは稀と考えられる。治療的介入の効果に関して、莫大な数の RCT が報告されている状

況とは大いに異なる。その理由については推測であるが、RCTの一般的な対象集団を定義しにくいということがあるかもしれない。検査の実施によるアウトカム改善効果は、対象疾患の有病率の影響を受けるため、仮にRCTを行ったとしても結果を一般化しにくいということがある。従来いろいろな臨床的状況での検査の適応に関しては、RCTではなく決断分析や費用効果分析というモデルを使用した検討が多く行われてきた。

すべての健診項目に関して、RCTを行って主要アウトカムの改善効果が検討されるべきであろうか？ 癌以外の疾患を対象とする健診の効果を検討するために、RCTが必要か否かは問題となりうる。生活習慣病予防の領域では、喫煙、肥満、高血圧、高脂血症、糖尿病などの危険因子を健診で発見しようとする。これらが発見して介入し、突然発症する虚血性心疾患、脳卒中などを予防することが目標である。このような場合のclinical questionは、「一般集団を対象にして喫煙に関する問診とその後の禁煙指導を行うことにより、動脈硬化性疾患の発症を減らせるか」である。この問題では、新たにRCTを行わなくとも現在の知見の蓄積だけでも自明にみえてしまう。心筋梗塞は予防すべき主要アウトカムであり、健診を受けずに心筋梗塞を発症してしまっただけでは遅すぎるのである。また、うつ状態では、健診で発見しようとしているうつ状態で既にQOLが低下している。そして、健診で発見された場合と症状がでて受診した場合の治療効果の差は考えにくい。このような場合、検査の実施に関するRCTがなくても検査の実施の効果に関する評価がしやすいよ

うにみえる。ある特定の疾患の自然歴と健診による予防という問題の構造（健診・疾患モデル）によっては、健診の効果をRCTなしでも考察できる可能性がある。

恐らくUSPSTFが示したように、疾患毎に独自のanalytic frameworkがあり、その中でkey questionが存在しているのであろう。図2にanalytic frameworkの一例を示した。そしてkey questionにおいてエビデンスの不十分なところが今後の重要な検討課題になるのであろう。どのようなanalytic frameworkかを設定し、どこがkey questionかを吟味し、key questionでの既存のエビデンスの質が検討されるべきであろう。そしてkey questionで良質のエビデンスがないのであれば、いろいろな健診項目評価の中での相対的な必要性や実施可能性が検討されたうえで、そのkey questionに答えるための研究が実施されるべきであろう。

E. 結論

本研究では、平成16年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業「最新の科学的知見に基づいた保健事業に係わる調査研究」

（主任研究者福井次矢）及び平成17年度研究で行った基本的健康診査の検診項目のエビデンスに基づく研究内容を踏まえ、無症候の一般成人の健康アウトカムの改善という視点から、健診項目に関する評価検討をUSPSTFの手法を活用しながら加えた。

健診項目に関する文献を系統的に整理・研究する試みは国内では端緒についたばかりであり、未だ十分な文献・データがない状況であると同時に、データ収集・評価分

析の仕組みの構築が課題として整理された。
なお、今後は、健診を実施する側の視点だけでなく、受診者側の視点、価値観を考慮した評価も重要になると考えられる。

G. 研究発表

特になし

F. 健康危険情報

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)
分担研究報告書

米国ガイドライン(USPSTF 勧告集)からの考察
分担研究者 林 同文 研究協力者 興梠 貴英 岡田 吉弘

研究要旨 予防医学においても証拠に基づいたサービスを行うべきである、という考え方が提唱されており、米国の USPSTF は予防医学に関する勧告集を発行している。昨年度はこの勧告集を日本語に翻訳してインターネット上に公開したが、USPSTF の方でさらに内容をアップデートしつつ、携行に適したポケットガイドの形にまとめたため、本年度はこのポケットガイドを日本語に翻訳した。我が国は世界に類を見ない健診制度を持ちながら、これまで十分その効果について評価を行ってこなかった。本ポケットガイドが健診の評価のあり方を検討する一助になればと願う。

A. 研究目的

わが国においては、労働者の健康管理を目的とした(労働安全衛生法に基づいた)健康診断だけでなく、老人保健法に基づいた健康診査が施行されている。また、人間ドックを用いてさらに高度なスクリーニング方法を用いた健康診断を行っている人数も多い。これまでにそうしたスクリーニング検査の有効性評価が行われていなかったわけではないが、系統的な評価はこれまで十分には行われてこなかった。米国においては、USPSTF が文献をシステマティックにレビューすることにより予防医学的スクリーニングの有効性評価を系統的に行っている。

今後、医療費の増加抑制を図る上でも、日本においてそうした評価を行うことが重要となると考えられ、USPSTF の勧告集は参考になると思われる。さらに、携行に適したポケットガイドの形になったため、これを日本語に翻訳することによりこうした考

え方を広める一助になると考え、翻訳を行った。

B. 研究方法

USPSTF の担当者から翻訳・出版の許可を得た上で、2006 年度版のポケットガイドを翻訳した。

C. 研究結果

翻訳は仮訳ではあるが、日本語に翻訳したものを原書と同様の形に製本した。

2005 年度版と比較すると、2006 年度版には

- ・乳癌、卵巣癌感受性に対する遺伝子リスク評価および BRCA 変異検査
- ・腹部大動脈瘤スクリーニング
- ・末梢動脈疾患スクリーニング
- ・性器ヘルペススクリーニング
- ・淋病スクリーニング
- ・HIV スクリーニング

- ・閉経後女性の慢性疾患を予防するためのホルモン補充療法
 - ・緑内障スクリーニング
 - ・青少年に対する体重過多スクリーニングおよび介入
 - ・予防接種スケジュール
- が追加された。

D. 考察

USPSTF は膨大なリソースを用いてスクリーニングの有効性評価を行っており、勧告集はそうした評価の集大成となっている。

また、現在 USPSTF では新たに下記の項目のスクリーニングに関する評価を行っているところであり、来年度以降の勧告集において随時アップデートもしくは付加されていくものと思われる。

- 虚血性心疾患の中間的なリスク
- 妊娠期間中の細菌性膣炎
- 頸動脈狭窄
- クラミジア感染症
- 先天性甲状腺機能低下症
- 成人のうつ病
- 小児・青年のうつ病
- 糖尿病
- 薬物乱用
- 葉酸サプリ
- 周産期糖尿病
- 高齢者における聴覚障害
- 新生児の聴覚
- ヘモクロマトーシス
- 異常ヘモグロビン症
- HIV 感染症
- 成人の高血圧症
- 成人の脂質異常

- 交通外傷
- フェニルケトン尿症
- 妊娠中毒症
- 皮膚がん
- 甲状腺癌
- 高齢者における視覚障害

E. 結論

USPSTF 自体はスクリーニングの有効性を評価する試験等を行うわけではなく、これまで施行されてきたさまざまな研究結果をシステムティックにレビューすることによりスクリーニングの有効性評価を行っている。

我が国においては、法定健診や人間ドックなど長期間にわたって大量の健康スクリーニングデータが存在するが、これまで十分にその意義の評価を行ってきたとは言い難い。理由としては例えば、予防医学的スクリーニングはいわゆる true endpoint で評価するにはイベントの発生率が低すぎることで、また医学の進歩に伴い新しいスクリーニング方法が次々に開発されていくこと、疾患構造の変化に伴いスクリーニングの意義自体も変化していくこと等さまざまにあるが、中でも重要なのは、従来制度では健診の実施母体と医療保険者が分離されており、データの有効評価が行いにくいことがある。

平成 20 年度から健診制度を改革するにあたって、その点が部分的には改善される可能性があり、USPSTF ポケットガイドは健診の評価を行う際にどのような視点で行えばよいのか、と情報を提供しうると考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

G. 研究発表

特になし

USPSTF による 5 つのレベルの定義

USPSTF はエビデンスの強さと正味の有益性（有益性から有害性を差し引いたもの）から、**勧告事項を A、B、C、D、I の 5 つのレベルに分類する。**

勧告レベル A：USPSTF は、臨床家が適応患者に対して通常供給できる「サービス」を実施することを強く勧告する（USPSTF は、「サービス」が健康状態に重要な改善をもたらし、有益性が有害性を大幅に上回るとする適正なエビデンスを見出した）。

勧告レベル B：USPSTF は、臨床家が適応患者に対して通常供給できる「サービス」を実施することを勧告する（USPSTF は、「サービス」が健康状態を改善し、有益性が有害性を上回るとする少なくとも相応なエビデンスを見出した）。

勧告レベル C：USPSTF は、「サービス」を定期的実施すべきとも、すべきでないとも勧告しない（USPSTF は、「サービス」が健康状態を改善する可能性があるとする少なくとも相応なエビデンスを見出したが、勧告を行うには有益性と有害性の差はごくわずかであるとの結論に達した）。

勧告レベル D：USPSTF は、無症状患者に対して「サービス」を定期的実施すべきでないことを勧告する（USPSTF は、「サービス」には効果がなく、有害性が有益性を上回るとする少なくとも相応なエビデンスを見出した）。

勧告レベル I：USPSTF は、「サービス」を定期的実施すべきであるかどうかのエビデンスは乏しいと結論する（「サービス」の有益性、エビデンスの質の不十分、矛盾点の存在、また有益性と有害性の差が判定不能であるとする）。

本ガイド中の勧告声明は要約されている。勧告声明の全文と 2005 年以降に公表された勧告を閲覧するためには、<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsttopics.htm> を参照のこと。

米国予防医療専門委員会（U.S Preventive Services Task Force：USPSTF）の PDA 用の **Interactive Preventive Services Selector** とそれに付随するインターネットを利用したツールは、USPSTF から新たな勧告が公表されるたびに更新される。ユーザーは患者の年齢・性別・妊娠状況別に勧告を検索することが可能である。ダウンロードするには、<http://pda.ahrq.gov> にアクセスのこと。

USPSTF の勧告は米国政府とは無関係である。USPSTF の勧告は、AHRQ もしくは米国保健福祉省の公式見解と解釈されるべきではない。

前書き

米国医療研究品質局（Agency for Healthcare Research and Quality : AHRQ）は、*The Guide to Clinical Preventive Services 2006*（ガイド）の発行を喜ばしく思う。本ガイドはエビデンスに基づいた臨床予防サービスを患者に実施する上での必要な情報を提供するであろう。

エビデンスに基づいた質の高い予防ケアを提供することが、人々の健康をより向上させる重要な要素であることを、本研究は明確に示している。また、予防サービスを適切に提供するための最適な方法が、エビデンスに基づいた情報をケアの時点で容易に利用できるようにすることであるということも、われわれは本研究を通じて理解している。

これを受けて、USPSTF が推奨する最新の科学的エビデンスに基づいた効果的な予防サービスを、日々患者に提供することが可能となるように、本ガイドを予防サービスの「ゴールドスタンダード」として、いつでも必要に応じて利用できるような形態にまとめた。本書には 2001～2005 年に USPSTF が行った 53 件の臨床予防サービスに対する勧告が掲載されている。

AHRQ によって後援されている USPSTF は、効果に関するエビデンスのシステマティックレビューを用いて臨床予防サービスに対する勧告を提唱している、プライマリケアや予防の専門家から成る独立専門委員会である。USPSTF は、基本的な項目について、効果的で適切な臨床予防サービスに関するロードマップを作成するために、科学的エビデンスをレビューした。その偏見のない勧告は、施策立案者、臨床家、保険会社が必要なサービスと不必要なサービスとを識別し、また、有害なサービスもしくは不確かな部分のあるサービスを特定するのを助けてきた。

われわれは 2005 年版のガイドが好評であったことに感銘を受けている。また、2005 年版に対するフィードバックを受けて、いくつかの変更も行った。最も重要なことは、2006 年版では USPSTF の勧告に加えて、CDC の予防接種諮問委員会（Advisory Committee on Immunization Practice : ACIP）による小児および成人用の予防接種スケジュールを掲載したことである。ACIP と連携したことで、臨床家は、推奨される臨床予防サービスのより広範な領域に関する情報を、ひとつのソースから得られるようになったのである。また、2006 年版では、現在推奨されているサービスを読者に見やすいフォーマットで提示した成人用の予防サービススケジュールを新たに提供している。本ガイドが臨床家にとっての参考書として活用される一方で、患者にとっては、この読みやすいポスターが予防ヘルスケアについて学ぶための資料として役立つであろう（注文方法については P を参照）。

予防ヘルスケアに関する決断を下すにあたり、本ガイドにあるエビデンスや勧告を活用されることを強く勧める。臨床上の決定を下すためにエビデンスを活用することは、「何よりもまず、害を与えるな」という医師としてのわれわれの包括的な目標を達成するための秘訣である。われわれは、読者の皆様がこの目標に到達するための実用的な情報源として、

このガイドを提供するものである。

Carolyn M. Clancy, M.D.

Director

Agency for Healthcare Research and Quality

序文

21年前に創設されて以来、USPSTFは以下の創設当時の使命を堅持している：1) 年齢、性別、疾患の危険因子に基づけば一見健康そうな人に対する一次予防、二次予防の有益性を評価すること、2) プライマリケアに取り入れるべき予防サービスについての勧告を行うこと。こうした勧告を必要とする対象者は主としてプライマリケア臨床家であるが、時間の経過とともに、USPSTFの勧告が影響を及ぼす範囲が拡大してきた。つまり、USPSTFの勧告は、今や予防サービスに関する最も信頼のおける基準を提供していると各方面から考えられており、専門学会が提起する勧告、多くの保険医療計画や保険会社の保険給付範囲、医療の質の尺度、政府の健康指標に情報を提供している。

USPSTFの手法は進展をしており、特定の予防サービスを裏づけるエビデンスの質のみではなく、そのサービスを提供する上での正味利益の大きさをも組み込むまでになった。それぞれの勧告は、以下の一連のステップから成るエビデンスが綿密にレビューされたものである：

- ・ 分析枠組み、ならびに文献レビューの範囲を決定する一連の主要な課題の作成
- ・ 主要な課題に回答するための関連文献のシステマティックレビュー
- ・ それぞれの主要な課題を裏づける文献の集合体に対する質の等級づけ
- ・ 有益性と有害性の推定
- ・ サービスの正味の有益性と有害性のバランスの決定

次に勧告には、正味の有益性（有益性と有害性のバランス）の大きさと、特定の予防サービスの提供を裏づけるエビデンスの強さを反映するアルファベットのグレードが与えられる。勧告は、「A」（強く勧告する）から「D」（サービスを実施すべきでないことを勧告する）のグレードが与えられる。エビデンスが不十分で正味の有益性を決定できない場合、USPSTFは勧告レベルを「I」とする。

患者に関する臨床決定には、単にエビデンスのみならず、より複雑な要素が検討されなければならないことを、USPSTFは認識している。つまり、臨床家はつねにエビデンスを理解しておくべきであるが、特定の患者や状況に応じて意思決定を個別化すべきである。USPSTFの各勧告に付随する臨床上の検討事項には、臨床家が勧告を実行する際の助けとなるように実用的な情報が盛り込まれているため、個々の患者に合わせて勧告を解釈することが可能である。USPSTFは臨床家に以下を提案する：

- ・ 勧告レベルが「A」と「B」のサービスについて適格患者と話し合い、彼らに優先すべきサービスであると伝えること
- ・ 例外的な付随検討事項がある場合を除いて、勧告レベルが「D」のサービスは実施しないこと
- ・ 勧告レベルが「C」のサービスの優先順位を低くすること。つまり、サービスの提供が

- 益となるような個人的な理由がない限りは、「C」のサービスは実施する必要がないこと
- ・ 勧告レベルが「I」のサービスに関しては、臨床上の検討事項を慎重に読み、これらのサービスの不確実性を患者が理解できるようにすること

本書は2001～2005年に公表されたUSPSTFの勧告の要約を編集したものであり、患者のケアの際にエビデンスに基づいたツールとして用いることが可能である。一部は、1996年にUSPSTFが提唱した勧告を更新したものであるが、それ以外はこれまでにUSPSTFが検討していなかった予防サービスを取り上げている。USPSTFの勧告声明の全文は、勧告を裏づける科学的エビデンスとともに、

<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsttopics.htm> から閲覧可能である。さらに、USPSTFの検索機能がついたPDA用Interactive Preventive Services Selectorおよびそれに付随するインターネットを利用したツールの両方とも、ユーザーは患者の年齢、性別、妊娠状況別にUSPSTFの勧告を検索することができる。<http://pda.ahrq.gov>からアクセス可能である。

本書が患者をケアするための有用なツールとして活用されることを期待する。

Ned Calonge, M.D., M.P.H.

Chair, U.S. Preventive Services Task Force

目次

前書き

序文

セクション1 USPSTF が推奨する予防サービス

セクション2 成人に対する勧告

癌

成人に対する膀胱癌スクリーニング

*乳癌、卵巣癌感受性に対する遺伝子リスク評価および *BRCA* 変異検査

乳癌の化学予防

乳癌スクリーニング

子宮頸癌スクリーニング

結腸直腸癌スクリーニング

肺癌スクリーニング

口腔内癌スクリーニング

卵巣癌スクリーニング

膵臓癌スクリーニング

前立腺癌スクリーニング

皮膚癌予防のためのカウンセリング

皮膚癌スクリーニング

精巣癌スクリーニング

癌および心血管疾患を予防するための定期的なビタミンサプリメント摂取

心血管疾患

*腹部大動脈瘤スクリーニング

心血管イベント一次予防のためのアスピリン

冠動脈疾患スクリーニング

高血圧スクリーニング

成人に対する脂質代謝異常スクリーニング

*末梢動脈疾患スクリーニング

感染症

無症候性細菌尿スクリーニング

クラミジア感染症スクリーニング

*性器ヘルペススクリーニング

*淋病スクリーニング

B 型肝炎ウイルス感染症スクリーニング

成人に対するC型肝炎スクリーニング

*HIVスクリーニング

梅毒スクリーニング

傷害および暴力

家族および親密なパートナーによる暴力のスクリーニング

メンタルヘルスに関連した病態および薬物乱用

アルコール乱用を減少させるためのプライマリケアにおけるスクリーニングおよび行動カウンセリング介入

認知症スクリーニング

うつ病スクリーニング

自殺リスクスクリーニング

喫煙および喫煙に起因する疾患予防のためのカウンセリング

代謝、栄養、内分泌系に関連した病態

健康的な食習慣を促進するためのプライマリケアにおける行動カウンセリング

*閉経後女性の慢性疾患を予防するためのホルモン補充療法

成人に対する肥満スクリーニング

プライマリケアにおける身体活動を促進するための行動カウンセリング

甲状腺疾患スクリーニング

成人に対する2型糖尿病スクリーニング

筋骨格疾患

成人に対する腰痛を予防するためのプライマリケア介入

骨粗鬆症スクリーニング

産婦人科疾患

妊娠中の細菌性膣炎スクリーニング

母乳による授乳を促進するための行動介入

妊娠糖尿病スクリーニング

Rh(D)不適合スクリーニング

視覚障害

*緑内障スクリーニング

セクション3 小児に対する勧告

就学前の小児における歯科治療の予防

思春期特発性側弯症スクリーニング

新生児聴覚スクリーニング

*青少年に対する体重過多スクリーニングおよび介入

5歳未満の小児に対する視覚障害スクリーニング

Appendix および索引

Appendix A USPSTF はどのように勧告レベルを決定したか

Appendix B USPSTF のメンバー (2001~2005 年)

Appendix C 謝辞

Appendix D ACIP が推奨する予防接種スケジュール

勧告の索引 (50 音順)

*2005 年に新たに公表された勧告

セクション1

USPSTF が推奨する予防サービス

本ガイド中の全勧告声明は要約されたものである。勧告声明の全文と2005年以降に公表された勧告を閲覧するためには、<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsttopics.htm> を参照のこと。

USPSTF が推奨する予防サービス

USPSTF は臨床家がこれらの予防サービスについて適格患者と話し合い、彼らに優先すべきサービスであると伝えることを勧告する。ここに挙げるサービスにはすべて「A」（強く勧告する）、もしくは「B」（勧告する）のグレードが USPSTF から与えられている。

USPSTF が用いるすべてのグレードの定義に関しては、表紙裏のページを参照のこと。成人および小児に対する USPSTF の全勧告は、セクション2 (P) とセクション3 (P) にそれぞれ掲載されている。

勧告	成人		特定集団	
	男性	女性	妊婦	小児
Rh (D) 不適合スクリーニング ¹⁾			○	
アルコール乱用を減少させるためのプライマリケアにおけるスクリーニングおよび行動カウンセリング介入	○	○	○	
うつ病スクリーニング ²⁾	○	○		
HIV スクリーニング ³⁾	○	○	○	○
喫煙および喫煙に起因する疾患予防のためのカウンセリング ⁴⁾	○	○	○	
クラミジア感染症スクリーニング ⁵⁾		○	○	
結腸直腸癌スクリーニング ⁶⁾	○	○		
健康的な食習慣を促進するためのプライマリケアにおける行動カウンセリング ⁷⁾	○	○		
高血圧スクリーニング	○	○		
5歳未満の小児に対する視覚障害スクリーニング ⁸⁾				○
骨粗鬆症スクリーニング ⁹⁾		○		
子宮頸癌スクリーニング ¹⁰⁾		○		
就学前の小児における歯科治療の予防 ¹¹⁾				○
心血管イベント一次予防のためのアスピリン ¹²⁾	○	○		
成人に対する脂質代謝異常スクリーニング ¹³⁾	○	○		
成人に対する2型糖尿病スクリーニング ¹⁴⁾	○	○		

成人に対する肥満スクリーニング ¹⁵⁾	○	○		
乳癌スクリーニング ¹⁶⁾		○		
乳癌の化学予防 ¹⁷⁾		○		
乳癌、卵巣癌感受性に対する遺伝子リスク評価およびBRCA変異検査 ¹⁸⁾		○		
梅毒スクリーニング ¹⁹⁾	○	○	○	
B型肝炎ウイルス感染症スクリーニング ²⁰⁾			○	
腹部大動脈瘤スクリーニング ²¹⁾	○			
母乳による授乳を促進するための行動介入 ²²⁾		○	○	
無症候性細菌尿スクリーニング			○	
淋病スクリーニング ²³⁾		○	○	
淋病の局所眼科治療薬の予防的投与 ²⁴⁾				○

1) 妊娠に関連した初回受診時に血液型判定および抗体検査。生物学的な父親がRh(D)陰性であることがわかっていない限り、感作されていないRh(D)陰性血液をもつ妊娠24～28週の妊婦に対しRh(D)抗体の再検査。

2) 正確な診断、効果的な治療、フォローアップを確実に提供できるシステムが整っている診療現場において。

3) HIV感染症リスクの上昇している青年および成人全員と妊婦全員

4) タバコ製品を用いている者に対する禁煙介入。喫煙している妊婦には妊娠に特化して強化されたカウンセリング。

5) 25歳以下の性的に活発な女性全員および感染のリスクが上昇している他の無症候性の女性。25歳以下の無症候性の妊婦全員および感染のリスクが上昇している他の人。

6) 50歳以上の男女。

7) 高脂血症や他の既知の心血管危険因子や食事に関連した慢性疾患をもった成人患者。

8) 弱視、斜視および視力障害を発見するため。

9) 65歳以上の女性と骨粗鬆症に伴う骨折のリスクが上昇して場合は60歳以上の女性。

10) 性的に活発で子宮頸部を有する女性。

11) 水道水にフッ素が添加されていない地域に居住する就学前の小児 (>6か月) に対し、現在推奨されている用量の経口フッ素錠剤を処方。

12) 冠動脈疾患リスクが上昇している成人。

13) 35歳以上の男性および45歳以上の女性。冠動脈疾患の他の危険因子を有する若年者。総コレステロール、HDLコレステロールの測定を含めた脂質代謝異常スクリーニング。

14) 高血圧もしくは高脂血症を有する成人。

15) 減量の維持を促進するための肥満成人に対する高度カウンセリングおよび行動介入。

16) 40歳以上の女性に対する1～2年毎のマンモグラフィ。

- 17) 乳癌のリスクが高く、化学予防による副作用のリスクが低い女性と化学予防について話し合うこと。
- 18) *BRCA1*、*BRCA2*の有害な変異を伴うリスクが高い家族歴をもつ女性を、遺伝子カウンセリングや*BRCA*検査の評価のために紹介すること。
- 19) リスクの上昇している人および妊婦全員。
- 20) 初回の出産前小児科検診時に妊婦に対し。
- 21) 喫煙歴のある65～75歳の男性に対し、超音波検査によるスクリーニングを1回実施。
- 22) 体系化された母乳による授乳教育および行動カウンセリングプログラム。
- 23) 妊婦を含む性的に活発な女性全員に対し、かりに感染リスクが上昇している場合（つまり、若年であるか、他の個別危険因子もしくは集団危険因子をもっている場合）。
- 24) 淋菌性新生児眼炎を予防するために、新生児全員に対する局所眼科治療薬の予防的投与。