

末梢動脈疾患スクリーニング

勧告の要約

USPSTF は、定期的に末梢動脈疾患 (Peripheral Arterial Disease: PAD)スクリーニングを実施すべきでないことを勧告する。勧告レベル D。

臨床上の検討事項

- 上腕と下肢の収縮期血圧をドプラ法で記録した比率である ABI (ankle brachial index) は、PAD の簡便かつ精度の高い非侵襲的なスクリーニングおよび診断検査法である。ABI は病歴聴取、問診、末梢動脈の脈波触診を含む、他のスクリーニング法よりも精度が良好であることが示されている。ABI < 0.90 (血管造影上の PAD に対して感度および特異度は 95%) は、下肢機能および身体活動の耐容能の制限に強く関与する。
- 禁煙および脂質低下薬は、症候性 PAD 患者における跛行症状や下肢機能を改善する。禁煙および身体活動トレーニングも初期の PAD の男性において最大歩行距離を増加させる。しかし、禁煙カウンセリングは PAD の存在にかかわらず、喫煙患者全員に実施すべきである。同様に、身体的に活動的ではない患者には PAD の存在にかかわらず、身体活動を増やすように助言すべきである。

USPSTF の本勧告は 2005 年 8 月に、AHRQ (Rockville, MD) により <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf05/pad/padrs.htm> で最初に公表された。

感染症

無症候性細菌尿スクリーニング

勧告の要約

USPSTF は妊婦全員に対し妊娠 12～16 週に、尿培養を用いて無症候性細菌尿スクリーニングを実施することを強く勧告する。勧告レベル A。

USPSTF は男性および非妊娠女性に対し、定期的に無症候性細菌尿スクリーニングを実施すべきでないことを勧告する。勧告レベル D。

臨床上の検討事項

- プライマリケア現場でよく用いられるスクリーニング検査（ディップスティック検査や顕微鏡検査）は、無症候性の人における細菌尿を発見する上で、陽性予測値・陰性予測値とも不良である。無症候性細菌尿の発見には尿培養がゴールドスタンダードであるが、この病態の有病率が低い集団に対し定期的にスクリーニングを実施するには費用がかかり過ぎる。新規の酵素による尿のスクリーニング検査（Uriscreen™）を用いた 1 件の研究結果は、その検査法は感度が 100%、特異度が 81%であることを示した。
- 妊婦に対し（尿検査よりも）尿培養を用いた無症候性細菌尿スクリーニングを実施することは、症候性の尿路感染症、低体重児、早産を有意に減少させるとする適正なエビデンスが存在する。妊娠 12～16 週に得られた検体を用いると、無症候性細菌尿患者の約 80%を発見できるであろう。妊娠中の最適な尿検査の頻度は確実ではない。
- 妊婦以外の人に対し無症候性細菌尿スクリーニングを実施しても、臨床アウトカムを有意に改善しないと示す適正なエビデンスが存在する。無症候性細菌尿の治療を受けている糖尿病女性に関する 1 件の研究結果は、合併症の減少を全く示さなかった¹⁾。抗菌薬投与により細菌尿の治癒がみられた短期結果があったが、長期にわたる症候性エピソード回数や入院回数の減少はなかった。さらに、スクリーニングや治療を受けた人の細菌尿の再発率が高いことが、抗菌薬の使用を顕著に増加させる結果となった。

Reference

1. Harding GKM, Zhanel GG, Nicolle LE, Cheang M. Antimicrobial treatment in diabetic women with asymptomatic bacteriuria. *N Engl J Med.* 2002; 347(20):1576-1583.

USPSTFの本勧告は2004年2月に、AHRQ（Rockville, MD）により
<http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/asymbac/asymbacrs.htm>で最初に公表された。

クラミジア感染症スクリーニング

勧告の要約

USPSTF は臨床家が 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に対し、定期的にクラミジア感染症スクリーニングを実施することを強く勧告する（危険因子の考察に関しては臨床上の検討事項を参照）。勧告レベル A。

USPSTF は一般集団の無症候性の低リスク女性に対し、クラミジア感染症スクリーニングを定期的実施すべきであるとも、すべきでないとも勧告しない。勧告レベル C。

USPSTF は臨床家が 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に対し、定期的にクラミジア感染症スクリーニングを実施することを勧告する（妊娠中の危険因子の考察に関しては臨床上の検討事項を参照）。勧告レベル B。

USPSTF は 26 歳以上の無症候性の低リスク妊婦に対し、定期的にクラミジア感染症スクリーニングを実施すべきであるとも、すべきでないとも勧告しない。勧告レベル C。

USPSTF は無症候性の男性に対し、定期的にクラミジア感染症スクリーニングを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。勧告レベル I。

臨床上の検討事項

- 20 歳以下の女性や青年はクラミジア感染症のリスクが最も高いが、ほとんどの報告データは、クラミジア感染症は 20～25 歳の女性で広がっていることを示唆する。
- 年齢が最も重要なリスクマーカーである。感染症の有病率が高くなる患者の他の特性には、未婚、アフリカ系米国人、性感染症（sexually transmitted disease : STD）の既往歴、新しい、もしくは複数の性的パートナーがいること、頸部転位、バリア型避妊具の不規則な使用がある。個人のリスクはリスクマーカーの数や疾患のその地域における有病率に依存する。リスクに基づいた特定のスクリーニングプロトコルは、地域レベルで検証する必要がある。
- 臨床家は患者集団に対する適切なスクリーニング方法を決定する上で有用である地域社会の特性を考慮すべきである。
- 有病率に関する良質なデータを入手できるようになれば、特定の現場ではより対象を絞ったスクリーニングが適応するかもしれない。クラミジア感染症の有病率は、地域社会や患者集団で大幅に異なる。患者集団に関する知識は、スクリーニング方法を開発するための最適の指針である。地域の公衆衛生当局は貴重な情報源である。
- スクリーニングの最適な間隔は確実ではない。過去にスクリーニング結果が陰性であっ

た女性に関しては、再検査の間隔は性的パートナーの変化を考慮した方がよい。女性の感染リスクが低い（例：クラミジア感染症のスクリーニング検査が過去に陰性であり、お互いに他に性的パートナーがいない）ことのエビデンスがあれば、頻繁にスクリーニングをする必要はないかもしれない。過去に感染の既往がある女性は、再感染率が高いことから、6～12 か月毎の再検査が適切であるかもしれない。

- 妊娠中の最適なスクリーニング時期も確実ではない。妊娠初期のスクリーニングは、低体重児、早産を含む、妊娠アウトカムを改善させる大きな機会を提供する；しかし、妊娠第3期のスクリーニングは、分娩時の新生児へのクラミジア感染症伝播を予防する上でより効果があるかもしれない。再検査がより効果的かどうかは不明である。
- 高リスクの若年男性をスクリーニングすることは臨床上的選択である。尿検査によるスクリーニング検査が登場するまでは、男性に対する定期的なスクリーニング検査は稀にしか行われなかった。その結果、女性の感染を減少させる上での、男性に対するスクリーニングの有効性に関するエビデンスはほとんど存在しない。無症候性男性をスクリーニングすることの効果の評価するために試験が進行中である。
- 具体的なスクリーニング方法の選択は臨床判断にゆだねられたままである。検査法の選択はコスト、利便性、実用性の問題に依存し、さまざまな実施状況で異なる可能性がある。承認されているほとんどの検査法の特異度は高いものの、偽陽性結果は非培養検査のすべてで起こり得るし、培養検査でも稀に起こることがある。この勧告が最初に発表された後で、米国疾病管理センター（Centers for Disease Control and Prevention：CDC）は利用可能な検査法の利点と欠点をまとめた臨床検査ガイドラインを発表した。このガイドラインは <http://www.cdc.gov/STD/LabGuidelines> で閲覧可能である。
- 感染者のパートナーは、感染もしくは治療していると推測される場合には、検査と治療を受けた方がよい。
- 臨床家は無症候性女性の骨盤内診察時に、クラミジア感染症を示唆する所見（例：帯下、頸部紅斑、頸部の脆弱性）に注意を払うべきである。
- 臨床家はカップルに対しSTDと診断することの潜在的な影響に細心の注意を払うべきである。偽陽性結果を防ぐために、有病率が低い集団に対しては確認検査を行うことが適切であるかもしれない。

USPSTFの本勧告は*Am J Prev Med.* 2001;20(3S):90-94で最初に公表された。

性器ヘルペススクリーニング

勧告の要約

USPSTF は新生児の単純ヘルペスウイルス (herpes simplex virus : HSV) 感染症を予防するために、無症候性の妊婦に対し定期的な HSV の血清学的スクリーニングを妊娠中のいかなる時期にも実施すべきでないことを勧告する。勧告レベル D。

USPSTF は無症候性の青年および成人に対する HSV の血清学的スクリーニングを定期的に実施すべきでないことを勧告する。勧告レベル D。

臨床上の検討事項

- 性器ヘルペスの血清学的スクリーニング検査は、無症候性の人における過去の HSV 感染を検出し、新規の型特異的血清検査は HSV-1 と HSV-2 曝露を識別可能であるが（これらの検査は口唇ヘルペスと性器ヘルペス曝露を識別することはできない）、性器ヘルペスの自然経過を考えると、血清検査結果が陽性であった無症候性の人に対し、臨床介入を行うことに関するエビデンスは限られている。偽陽性結果は患者にいかなる潜在的な有益性も与えることなく、レッテル貼りや精神的ストレスを引き起こす可能性がある。陰性結果（偽陰性結果と真陰性結果の両方）は誤った安心感を与えるため、高リスクの性行動を続けることになるかもしれない。
- 全身の抗ウイルス療法がウイルス排出や、再発性性器ヘルペスの病歴をもつ青年および成人における性器ヘルペスの再発を効果的に減少させるとする適正な質の新たなエビデンスがある。臨床的な性器ヘルペスの再発を予防するために用いられる有効なレジメンが複数ある。
- USPSTF は不特定のパートナーへの伝播を予防するため、また HSV に感染していない人に対する一次予防のために、性器ヘルペスの既往がある人に対し、高リスクの性行動を避けることをカウンセリングすることの効果に関するエビデンスについては検討しなかった。性感染症 (sexually transmitted infection : STI) や HIV 感染症の予防を含む、高リスクの性行動を避けることによる健康への既知の有益性がある。
- 妊娠中の HSV 初感染は新生児に感染を伝播するリスクが最も高い。HSV に初感染した女性は初期には血清陰性であるという事実が、抗体検査を用いたスクリーニングの有用性を制限する。USPSTF は予防目的で血清陰性の妊婦（つまり、HSV 初感染のリスクがある女性）を発見・治療するために、抗体検査によるスクリーニング検査の利用について検証している研究を 1 つも見つけることができなかった。しかし、理論的に初感染を 1 件防ぐために治療を必要とする血清陰性の妊婦数は非常に多いため、潜在的な有益性は小さい。同時に、抗ウイルス療法には副作用があるため、多くの低リスク女性や胎児への潜在的な有害性は大きいかもしれない。

- 妊娠後期での抗ウイルス療法が、再発性の HSV 感染症女性の分娩時における HSV 再発やウイルス排出を減少させるとする相応なエビデンスがあるが、HSV の既往がある女性に対する抗ウイルス療法の使用が、新生児感染の減少につながるというエビデンスは現在のところ存在しない。同様に、活発な HSV 性器病変の徴候を示した女性や、そうした病変をもつ女性に対し帝王切開を行うかを決定するために、陣痛中の女性をスクリーニングすることの有益性に関する情報は限られている。

USPSTF の本勧告は 2005 年 3 月に、米国医療研究品質局 (Agency for Healthcare Research and Quality : AHRQ) (Rockville, MD) に より <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf05/herpes/herpesrs.htm> で最初に公表された。

淋病スクリーニング

勧告の要約

USPSTF は臨床家が妊婦を含む性的に活発な女性全員に対し、かりにそうした女性の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。危険因子の詳細な考察に関しては臨床上の検討事項を参照）も含めて、淋病感染症スクリーニングを実施することを勧告する。勧告レベル B。

USPSTF は感染リスクの上昇している男性に対し、淋病感染症スクリーニングを定期的に行うべきであるかどうかのエビデンスは乏しいとした（危険因子の考察に関しては臨床上の検討事項を参照）。勧告レベル I。

USPSTF は感染リスクの低い男女に対し、淋病感染症スクリーニングを定期的に行うべきでないことを勧告する（危険因子の考察に関しては臨床上の検討事項を参照）。勧告レベル D。

USPSTF は感染のリスクが上昇していない妊婦に対し、淋病感染症スクリーニングを定期的に行うべきであるかどうかのエビデンスは乏しいとした（危険因子の考察に関しては臨床上の検討事項を参照）。勧告レベル I。

USPSTF は淋菌性新生児眼炎から新生児全員を守るために、局所眼科治療薬の予防的投与を強く勧告する。勧告レベル A。

臨床上の検討事項

- 25歳未満の男女一性的に活発な青年を含む一は、生殖器の淋病感染症リスクが最も高い。淋病の危険因子には、淋病感染症の既往、他の性感染症、新規もしくは複数の性的パートナー、コンドームの不規則な使用、風俗産業従業員、薬物使用がある。妊婦の危険因子は妊婦以外と同様である。淋病感染症の有病率は、地域社会や患者集団間で大きく異なる。アフリカ系米国人や男性と性行為を行う男性は、多くの地域社会や環境における一般集団よりも感染の有病率が高い。
- 個別リスクはその地域における疾患の疫学に依存する。地域の公衆衛生局は、その地域社会でリスクが高い集団を特定するための指針を臨床家に提供する。淋病の有病率が高い地域社会では、特にリスクが上昇している個人にサービスを提供する環境においては、性的に活発な若年者を幅広くスクリーニングすることは当然であるかもしれない。さらに、臨床家はスクリーニングを決定するときに、都心にある地域社会や貧困率の高い地域社会といった居住地区を含む、それ以外の一般集団が抱える危険因子について検討す

ることを望むかもしれない。淋病感染症の有病率が低い地域社会では、より対象を絞ったスクリーニングが適切かもしれない。

- 淋病感染症の高リスク集団においては、初回の出産前小児科検診時のスクリーニングが推奨される。リスクが持続する妊婦や新たな危険因子を獲得した妊婦に対しては、妊娠第3期に2回目のスクリーニングを実施すべきである。妊婦以外の集団に対するスクリーニングの最適な間隔は不明である。
- 運搬の状態が適切であれば、腔培養は依然として精度の高いスクリーニング検査である。核酸増幅検査や核酸ハイブリダイゼーション法を含む、新規のスクリーニング検査では感度の向上がみられ、特異度は子宮頸管培養に匹敵することが示された。一部の新規検査は尿や腔スワブを用いることが可能であるため、骨盤内診察が実施できないときでもスクリーニングを行うことが可能である。
- 淋病感染症の適切な治療や新生児への薬剤の予防的投与については、米国疾病管理センター（Centers for Disease Control and Prevention : CDC）が概要をまとめている（<http://www.cdc.gov/std/treatment/42002TG.htm#Gonococcal>）。男性、女性における生殖器感染症は第三世代セファロスポリンもしくはフルオロキノロンで治療することが可能であり、妊婦は第三世代セファロスポリンで治療可能である。フルオロキノロン耐性菌が出現しているため、CDCは男性と性行為を行う男性やカリフォルニア、ハワイ、アジアで感染を獲得した人には、フルオロキノロンの抗体を投与すべきでないことを勧告している新たな治療ガイドラインを2004年に発行した。CDCは臨床家がクラミジア感染症を同時にスクリーニングしていない場合は、クラミジアにも感染していると推定し、淋病治療時にクラミジアの治療も行うことを推奨している。再感染を防ぐために、感染者のパートナーは、感染もしくは治療していると推測される場合、検査と治療を受けた方がよい。
- 淋病は全国的に報告義務のある疾患である。淋病症例について公衆衛生局にもっと詳細な報告をすれば、より正確な淋病有病率を推定できるであろう。より一層の情報があれば、臨床家は患者に対し有益性と有害性のバランスを向上させる方法を用いて、淋病スクリーニングを実施できるであろう。
- 淋病スクリーニングに関する研究の優先事項としては、特に男性と性行為を行う男性といたりリスクの高い男性をスクリーニングすることの有益性に対する理解を深めることや、淋病の割合と検査の優先事項について報告することの役割がある。

USPSTFの本勧告は*Ann Fam Med*. 2005;3:263-267で最初に公表された。

B型肝炎ウイルス感染症スクリーニング

勧告の要約

USPSTF は初回の出産前小児科検診（prenatal visit）時に妊婦に対し、B型肝炎ウイルス（hepatitis B virus : HBV）感染症スクリーニングを実施することを強く勧告する。勧告レベル A。

USPSTF は無症候性の一般集団に対し、定期的に慢性 HBV 感染症スクリーニングを実施すべきでないことを勧告する。勧告レベル D。

臨床上の検討事項

- 定期的な肝炎ワクチンの摂取は、1年あたりの新規 HBV 感染症数を減少させる上で大きな効果があり、青少年で最大の減少がみられる。医療従事者へのワクチン接種プログラムも、HBV 感染症の伝播を減少させる。
- 成人もしくは年長小児期に感染したほとんどの人は、HBV 感染症が完全に治癒し、ウイルスに対する防御免疫を獲得する。
- 米国における HBV 感染症の主要な危険因子は、STD の診断、静注薬物の使用、複数のパートナーとの性的接触、男性の同性愛行為、家庭での感染者との日常的な接触である。しかし、感染者の 30～40% は容易に特定できるような危険因子を有していないため、高リスクの人を特定するためのスクリーニング方法の予測上の有用性は不良である。
- 進行性 HBV 感染症の重要な予測因子には、感染期間が長期であること、アルコール乱用といった併存する病態の存在、他の慢性肝疾患がある。スクリーニングにより特定された HBV 感染症の人は、アルコール乱用を克服するためのカウンセリングや A 型肝炎ワクチン接種のように、他の原因による肝障害を減少させるためにデザインされた介入から恩恵を受けられる可能性がある。しかし、これらの介入の効果に関するエビデンスは限られている。

USPSTF の本勧告は 2004 年 2 月に、AHRQ（Rockville, MD）により <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/hepbscr/hepbrs.htm> で最初に公表された。

成人に対する C 型肝炎スクリーニング

勧告の要約

USPSTF は感染リスクが上昇していない無症候性の成人（一般集団）に対し、C型肝炎ウイルス（hepatitis C virus : HCV）感染症スクリーニングを定期的の実施すべきでないことを勧告する。勧告レベル D。

USPSTF は感染リスクが高い成人に対し、定期的に HCV 感染症スクリーニングを実施すべきであるかどうかのエビデンスは乏しいとした。勧告レベル I。

臨床上の検討事項

- HCV 感染症の確実な危険因子には、現在もしくは過去の静注薬物の使用、1990 年以前の輸血歴、透析、母親が HCV 感染者である小児がある。高リスクの性行動（特に HCV 感染者との性行為）やコカインやマリファナといった違法ドラッグ使用のような代用マーカーも、HCV 感染症のリスク上昇に関連する。1990 年以前に、血液もしくは血液製剤の輸血を受けた人の割合は低下し続けており、HCV 感染症は主として静注薬物の使用や、ある程度は危険な性行動に関連するようになるであろう。
- HCV 感染症の初回検査は典型的に、酵素免疫測定法（enzyme immunoassay : EIA）により行われる。HCV 感染症の有病率が低い集団（例：2%）では、特異度が 97% である第三世代の EIA を用いると、全陽性結果の約 59% は偽陽性となる。そのため、第三世代の遺伝子組み換え免疫ブロット法（recombinant immunoblot assay : RIBA）による確認検査が推奨される。
- 進行性 HCV 感染症の重要な予測因子には、高齢でのウイルス獲得、感染期間が長期であること、アルコール乱用・HIV 感染症・他の慢性肝疾患といった併存する病態の存在などがある。スクリーニングにより特定された HCV 感染症を有する無症候性の人は、アルコール乱用を克服するためのカウンセリングや A 型肝炎・B 型肝炎ワクチン接種のように、他の原因による肝障害を減少させるためにデザインされた介入から恩恵を受けられる可能性がある。しかし、これらの介入の効果に関するエビデンスは限られている。

USPSTF の本勧告は *Ann Intern Med.* 2004;140(6):462-464 で最初に公表された。

HIVスクリーニング

勧告の要約

USPSTFは臨床家がヒト免疫不全ウイルス（human immunodeficiency virus：HIV）感染症リスクの上昇している青年および成人全員に対し、HIVスクリーニングを実施することを強く勧告する（危険因子の考察に関しては臨床上の検討事項を参照）。勧告レベルA。

USPSTFはHIV感染症リスクの上昇していない青年および成人に対し、定期的にスクリーニングを実施すべきであるとも、すべきでないとも勧告しない（危険因子の考察に関しては臨床上の検討事項を参照）。勧告レベルC。

USPSTFは臨床家が妊婦全員に対し、HIVスクリーニングを実施することを勧告する。勧告レベルA。

臨床上の検討事項

- その人が1つ以上の個別危険因子を報告している場合や、有病率が高い、もしくは高リスクの臨床現場で医療を受けている場合には、HIV感染症のリスクが上昇していると考えられる（したがって、HIV検査を受けるべきである）。
- HIV感染症の個別リスクは、患者の病歴を注意深く聴取することで評価する。リスクの高い人（有病率により判定）は、1975年以降に男性と性行為を行っている男性、複数のパートナーと無防備な性行為を行う男女、過去もしくは現在の静注薬使用者、金銭もしくはドラッグと引き換えに性行為を行う男女、もしくはパートナーがそうである男女、過去もしくは現在の性的パートナーがHIV感染者、両性愛者、静注薬使用者である人、性感染症（sexually transmitted diseases：STD）の治療を受けている人、1978～1895年に輸血を受けたことがある人である。個別の危険因子がないと報告しているにもかかわらずHIV検査を受ける人も、リスクが高いと考えられるかもしれない。つまり、この集団には高リスク行動を明かしたくない個人を含む可能性が高いためである。
- 個別の危険因子がないと報告している人に対し、定期的にHIVスクリーニングをすることで利益が増加するという適正なエビデンスがあるが、そうした利益は高リスクの、もしくは有病率の高い臨床現場で認められる。高リスク現場には、STDクリニック、矯正施設、ホームレスのシェルター、結核クリニック、男性と性行為を行う男性患者を診療するクリニック、STDの有病率が高い青年専門クリニックなどがある。有病率の高い臨床現場は、米国疾病管理センター（Centers for Disease Control and Prevention：CDC）により、患者集団における感染の有病率が1%以上であることが判明している臨床現場と定義される。臨床家は可能であれば、HIV感染症の有病率、もしくは適切なスクリーニング方法を決定するために有用である集団のリスク特性につい

て検討すべきである。HIV スクリーニングの最適な頻度に関する臨床決定の指針となるようなデータは、現在のところ欠如している。

- 現在のエビデンスは、免疫学的に HIV の進行期（CD4 陽性細胞数 $<200/\text{mm}^3$ ）にある無症候性の人を HAART により特定・治療することの有益性を支持する。特定の日和見感染症に対する適切な予防薬投与やワクチン接種もまた、こうした人に対する効果的な介入であることが示されている。HAART の使用は、疾患が進行するリスクが高い（CD4 陽性細胞数 $<350/\text{mm}^3$ 、もしくはウイルス量 $>100,000$ コピー/mL）が、疾患初期である無症候性の人に対して考慮されるが、この CD4 陽性細胞数で HAART を開始することで有益性が有意であるとする確実なエビデンスは、現在のところ欠如している。
- 酵素免疫測定法で繰り返し反応がみられると、次にウエスタンブロット法もしくは免疫蛍光法による確認検査を行うという HIV 感染症を診断するための標準検査は、非常に精度が高い（感度、特異度とも $\geq 99\%$ ）。HIV 抗体迅速検査も非常に精度が高く、10～30 分で実施可能であり、ケアの時点で実施された場合、HIV の状況が不明なまま陣痛が始まった女性とともに、定期的に医療を受けていない高リスクの患者（例：救急患者）にとって有用である。
- 母親の HIV 血清陽性を早期に特定することで、母子感染を予防するために早期から抗ウイルス療法を実施することが可能であり、医療提供者にとっては感染リスクを上昇させ得る産科診療を避けることにつながり、母親に対し（感染リスクを上昇させることが知られている）授乳についてカウンセリングする機会を提供する。妊婦に対しスクリーニングを実施する際に「オプト・アウト」法（妊婦が拒否しない限り、HIV 検査は標準的な出産前検診の一部として実施される）を採用することで、検査の実施率が上昇したとするエビデンスがある。しかし、「オプト・アウト」法を用いて HIV 検査を行うときには、具体的に情報を与えた上で同意を入手していないという倫理的・法的懸念がもちあがる。出産前の早期発見・治療の結果として、新生児への HIV 感染が劇的に減少したことは注目に値するが、妊娠中にどの程度の HIV 感染の発見や介入を行えば、母親の長期アウトカムが改善するのかについては不明である。

USPSTF の本勧告は *Ann Intern Med.* 2005;143:32-37 で最初に公表された。

梅毒スクリーニング

勧告の要約

USPSTF は臨床家がリスクが上昇している人に対し、梅毒スクリーニングを実施することを強く勧告する。勧告レベル A。

USPSTF は臨床家が妊婦全員に対し、梅毒スクリーニングを実施することを強く勧告する。勧告レベル A。

USPSTF はリスクの上昇していない無症候性の人に対し、定期的に梅毒スクリーニングを実施すべきでないことを勧告する。勧告レベル D。

臨床上の検討事項

- 梅毒のリスクが上昇（発症率で判定）している集団は、男性と性行為を行う男性、高リスクの性行動を行う男性、風俗産業に従事する人、ドラッグと引き換えに性行為を行う人、成人矯正施設の入所者である。この集団における最適なスクリーニング間隔を裏づけるエビデンスはない。臨床家は適切なスクリーニング方法を決定する上で有用である地域社会の特性を考慮すべきである。梅毒の有病率は、地域社会や患者集団で大幅に異なる。たとえば、梅毒の有病率は地域（米国全体に比較し、米国南部や一部の大都市で高い）や、民族（梅毒有病率は白人集団よりも、ラテン系やアフリカ系集団で高い）により異なる。
- 他の STD と診断された人（つまり、クラミジア、淋病、単純性器ヘルペス、ヒトパピローマウイルス、HIV）は、診断されない人よりも高リスク行動を行っている可能性が高く、梅毒リスクの上昇をまねいている可能性がある；しかし、他の STD と診断された人に対し、定期的に梅毒スクリーニングを実施することを支持するエビデンスはない。臨床家は地域の有病率や他の危険因子（上記を参照）に基づき、その人に梅毒スクリーニングを実施するかどうかを臨床的に判断すべきである。
- 初回スクリーニングでよく用いられるトレポネーマ検査以外の検査法は、Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) 法、もしくは Rapid Plasma Reagin (RPR) 法であり、次に梅毒蛍光抗体吸収試験（fluorescent treponemal antibody absorbed : FTA-ABS）、もしくは *T. pallidum* 凝集法 (*T. pallidum* particle agglutination : TP-PA) による確認検査を行う。平均的リスクや高リスクの人での最適なスクリーニング間隔は特定されていない。
- 妊婦全員が出産前の最初の受診時に検査を受けるべきである。高リスク集団の女性に関しては、妊娠第 3 期と分娩時に再度血清検査を行う必要があるかもしれない。フォローアップ時の血清検査では、治療による梅毒トレポネーマの減少が証明されなければならない。こうしたフォローアップ検査は、比較ができるように感染を証明するために最初

に用いたトレポネーマ検査以外の同一の検査法（例：VDRL法もしくはRPR法）を用いて行うべきである。

USPSTFの本勧告は*Ann Fam Med.* 2004;2(4):362-365で最初に公表された。

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

勧告の要約

USPSTF は親もしくは保護者による小児虐待もしくは養育放棄について、親密なパートナーによる女性への暴力について、高齢者や介護者による老人虐待について、定期的にスクリーニングを実施すべきであるかどうかのエビデンスは乏しいとした。勧告レベルI。

臨床上の検討事項

- USPSTF は症例発見ツールの効果のエビデンスをレビューしなかった；しかし、小児や成人を診察した臨床家は全員、虐待や放棄に関連した身体的、行動上の徴候や症状に注意を払うべきである。虐待が疑われる患者は、起こったことや身体所見（例：写真、身体マップ）を正確に記載した書面、身体的傷害の治療、メンタルヘルス専門家による専門のカウンセリングの手配、地域の危機管理センターやシェルター、保護サービス団体の電話番号を受け取るべきである。
- 家庭内暴力の犠牲者は主として小児、配偶者がいる女性、親密なパートナーがいる女性、高齢者である。家庭内暴力の多くの危険因子が特定されているが、一部は社会経済的因子と交絡している可能性がある。小児虐待もしくは養育放棄に関連する因子には、低所得、母親の教育レベルが低いこと、非白色人種、大家族、母親が若年であること、片親世帯、親の精神障害、継父の存在がある。親密なパートナーによる暴力に関連する因子には、若年、低所得、妊娠、メンタルヘルス上の問題、犠牲者または加害者の飲酒もしくは薬物の使用、別居もしくは離婚、小児期の性的虐待や身体的虐待がある。老人の虐待に関連する因子には、加齢、非白色人種、低所得、身体機能の低下、認知障害、薬物の使用、情緒不安、自尊心が低いこと、同居、社会的サポートの欠如がある。
- 親による小児虐待をスクリーニングするための複数の方法が研究されているが、小児虐待もしくは養育放棄を予測するその能力は限られている。親密なパートナーによる暴力をスクリーニングする方法も開発されており、一部は内的一貫性が良好であることが示されているが（例：HITS [Hurt, Insulted, Threatened, Screamed]法、パートナー虐待に関するインタビュー、Women's Experience with Battering [WEB] Scale）、どれも測定可能なアウトカムに対し検証が行われていない。老人虐待や介護者による虐待の犠牲者を特定するために開発されたスクリーニング方法は数少ない（Caregiver Abuse Screen [CASE]、Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test [HSEAST]）。両方のツールとも、以前に検証された地域社会で実施された方法とよく相関したが、プライマリケアの臨床現場では検証されていない¹⁾。

- (社会人口学的危険因子に基づき特定された) 高リスクの母親に対する家庭訪問プログラムは、母親の犯罪行為やドラッグ使用の減少とともに、発症アウトカムを改善し、小児虐待や養育放棄の発生率を低下させた。

Reference

1. Nelson HD, Nygren P, Qazi Y. *Screening for Family and Intimate Partner Violence*. Systematic Evidence Review No. 28. (Prepared by the Oregon Health & Science Evidence-based Practice Center under Contract No.290-97-0018). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. February 2004. (Available on the AHRQ Web site at: www.ahrq.gov/clinic/serfiles.htm).

USPSTFの本勧告は*Ann Intern Med*. 2004;140(5):382-386で最初に公表された。

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

勧告の要約

USPSTF はプライマリケアの現場における妊婦を含む、成人のアルコール乱用（臨床上の検討事項を参照）を減少させるために、スクリーニングおよび行動カウンセリング介入を実施することを勧告する。勧告レベル B。

USPSTF はプライマリケアの現場における青年のアルコール乱用を予防、もしくは減少させるために、スクリーニングおよび行動カウンセリング介入を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。勧告レベル I。

臨床上の検討事項

- アルコール乱用は、その人に将来問題を及ぼすリスクがある程の「危険で健康によくない」かつ「害を及ぼす」飲酒を含む。「危険な」もしくは「健康によくない」飲酒とは、女性では 7 杯/週以上、もしくは 1 回あたり 3 杯以上、男性では 14 杯/週以上、もしくは 1 回あたり 4 杯以上と米国では定義される。「害を及ぼす飲酒」とは、飲酒により身体的、社会的、精神的な有害性を現在経験しているが、アルコール依存症の基準を満たさない人をいう^{1, 2)}。アルコール乱用やアルコール依存症は、アルコールのために身体的、精神的、社会的な負の影響を繰り返す³⁾。USPSTF はアルコール依存症に対する介入の有益性は十分に確立しており、依存症の診断基準を満たした人には紹介もしくは専門的治療が推奨されるため、アルコール依存症に対する介入効果を評価しなかった。
- 中年もしくは高齢者における少量～適度のアルコール消費は、冠動脈疾患のリスク低下といった健康上の有益性に関連する⁴⁾。適度の飲酒とは、男性で標準的な量（例：ビールを 12 オンス [285cc]）を 2 杯/日以下、女性や 66 歳以上の人で 1 杯/日以下と定義されるが⁵⁾、最近のデータによると、1 杯を週に 3～4 回の飲酒でも匹敵する有益性が得られることが示唆されている⁶⁾。
- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) は、プライマリケア現場におけるアルコール関連の問題を発見するためのスクリーニングツールとしては、最も研究されたものである。AUDIT はアルコール乱用や依存症を発見する上での感度は良好であり、単独で使用することも、健康リスクやライフスタイルの多岐にわたる評価に組み込むことも可能である^{7, 8)}。4 項目から成る CAGE (feeling the need to Cut down, Annoyed by criticism, Guilty about drinking, and need for an Eye-opener in the morning) は、プライマリケア現場

におけるアルコール乱用や依存症を発見するための最も一般的なスクリーニング検査法である⁹⁾。5項目から成る TWEAK や T-ACE は、妊婦のアルコール乱用をスクリーニングするためにデザインされている。それらは妊娠中にはリスクとなる可能性があるアルコール消費を少量でも発見できる¹⁰⁾。臨床家は臨床集団や臨床現場に適したスクリーニング方法を選択することができる^{8, 11-14)}。スクリーニングツールは、アルコール乱用および依存症に関する米国国立研究所 (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) のウェブサイト (<http://www.niaaa.nih.gov>) から入手可能である。

- アルコール乱用を減少させるための効果的な介入には、約 15 分間の初回カウンセリング、フィードバック、アドバイス、目標の設定がある。ほとんどがそれ以上の援助やフォローアップを含む。幅広い年齢 (12~75 歳) の患者に対する複数回の対面介入は、アルコールの平均消費量を 3~9 杯/週減らし、効果は介入後 6~12 か月間持続することが示されている。そうした介入は、プライマリケア全体、もしくは一部において提供可能であり、医師、もしくは医師以外の医療従事者を含む、医療チームのメンバー1名以上により提供される。臨床家が効果的な介入を行うために有用なリソースには、短時間の医療提供者の訓練、もしくは専門的な訓練を受けたプライマリケア医や健康教育士へのアクセス、事務的なレベルでのシステムサポート (患者に対する行動の呼びかけ、促しや、カウンセリング手法のアルゴリズム化、患者への教育教材) がある。
- アルコール乱用のプライマリケアスクリーニングや行動カウンセリング介入は、行動カウンセリングに関する 5 つの A を基本とした枠組みに基づいた説明が可能である: 簡便なスクリーニングツールによるアルコール消費量の評価に続き、必要に応じた臨床評価; 適度なレベルまでアルコール消費量を減らすように患者に助言; アルコール摂取を減らすこと、もしくは禁酒 (適応があれば) に関する個人目標への同意; 動機づけ、自助スキル、もしくは行動変容のために必要なサポートを患者が得られるように援助; 依存症患者のための専門治療の紹介を含む、フォローアップのサポートや再度のカウンセリングを手配¹⁵⁾。この枠組みを補足するためによく行われていることは、動機づけを高めるインタビューや¹⁶⁾、喫煙を治療するために用いられる 5 つの R¹⁷⁾、変更をどの程度前向きに受け入れるかを評価することである¹⁸⁾。
- スクリーニングや介入の最適な間隔は不明である。過去にアルコールの問題がある患者、若年成人、他の高リスク集団 (例: 喫煙者) は、頻繁なスクリーニングによる恩恵を最も受けられるかもしれない。
- 妊婦全員と妊娠を計画している女性には、アルコールが胎児に害を及ぼすことを伝えるべきである。妊娠中のアルコール消費量の安全なレベルは不明である; したがって、妊婦には飲酒を慎むよう助言した方がよい。プライマリケアでの妊婦に対するアルコール乱用のスクリーニングや介入の有効性に関する一層の研究が必要である。
- 青年においてアルコール乱用を予防するため、もしくは減少させるための行動介入の有益性は不明である。CRAFT のアンケートは、プライマリケア現場において青年の薬物乱

用をスクリーニングする上での有効性が最近立証された¹⁹⁾。プライマリケア現場においてより効果的な介入が利用できるようになってきているため、この集団をスクリーニングすることの有益性を評価する必要があるだろう。

References

1. Reid MC, Fiellin DA, O'Connor PG. Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Arch Intern Med.* 1999;159(15):1681-1689.
2. WHO. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. Tenth special report to the U.S. Congress on alcohol and health from the Secretary of Health and Human Services. U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC: National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). NIH Publication No. 00-1583; June 2000.
5. The Physician's Guide to Helping Patients with Alcohol Problems. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). NIH Pub. No. 95-3769. Bethesda, MD; 1995.
6. Mukamal KJ, Conigrave KM, Mittleman MA, et al. Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *N Engl J Med.* 2003;348(2):109-118.
7. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction.* 1993;88(6):791-804.
8. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2000;160(13):1977-1989.
9. Ewing JA. Detecting Alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA.* 1984;252(14):1905-1907.
10. Chang G. Alcohol-screening instruments for pregnant women. *Alcohol Res Health.* 2001;25(3):204-209.
11. Babor TF, Higgins-Biddle JC. *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care.* World Health Organization; 2001.
12. Training Physicians in Techniques for Alcohol Screening and Brief Intervention. National Institutes of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Bethesda, MD; 1997.
13. Whaley SE, O'Conner MJ. Increasing the report of alcohol use among low-income pregnant women. *American Journal of Health Promot.* 2003;17(6):369-372.
14. Fleming MF. *Identification of at-Risk Drinking and Intervention with Women of Childbearing Age: Guide for Primary Care Providers.* National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

(NIAAA). NIH. Bethesda, Maryland; 2000.

15. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions. An evidence-based approach. *Am J Prev Med.* 2002;22(4):267-284.

16. Miller WR, Rollnick S, Con K. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change.* 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.

17. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest.* 2002;121(3):932-941.

18. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997;12(1):38-48.

19. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res.* 2003;27(1):67-73.

USPSTFの本勧告は*Ann Intern Med.* 2004;140:555-557で最初に公表された。