

## 認知症スクリーニング

### 勧告の要約

USPSTF は高齢者に対し、認知症スクリーニング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。勧告レベル I。

### 臨床上の検討事項

- 簡易版認知症テスト (Mini-Mental Status Examination : MMSE) は、認知機能障害をスクリーニングする方法の中で、最もよく研究されている。無作為に選択された患者をスクリーニングするためにMMSEを用いる場合、陽性予測値は相応でしかない。MMSEの精度は患者の年齢、教育レベルに依存する：任意のカットポイントを用いると、教育レベルの低い高齢者では偽陽性が、教育レベルの高い若年者では偽陰性が多く出るかもしれない。身体機能に関するアンケート (Functional Activities Questionnaire : FAQ) のような認知機能障害よりも身体機能の制限を評価するテストは、MMSEに匹敵する感度と特異度であり、認知症の発見が可能である。
- 臨床家が認知機能障害を早期に認識することで、診断・治療の決定を下す助けとなるのに加えて、患者が推奨されている治療を理解し、遵守する上で抱えるかもしれない問題を予想することが可能となる。この情報は認知機能障害の進行の結果として、起こり得る将来の問題を予測し備える上で、患者の介護者や家族にとっても有用であろう。
- 現在のエビデンスは、それ以外には認知機能障害が疑われない患者に対する定期的なスクリーニングを支持しないが、臨床家は認知機能障害や認知力低下が疑われるときは常に、直接の観察、患者からの報告、もしくは家族、友人、介護者から認知症が疑われるとの報告に基づいて、認知機能を評価すべきである。

USPSTFの本勧告は*Ann Intern Med.* 2003;138:925-926で最初に公表された。

## うつ病スクリーニング

### 勧告の要約

USPSTF は成人に対し、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、うつ病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 は青少年に対し、うつ病スクリーニングを定期的の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

- 多くの正式なスクリーニングツールが利用可能である（例：Zungの自己評価式抑うつ尺度[Zung Self-Assessment Depression Scale]、Beckうつ評価尺度[Beck Depression Inventory]、一般的健康度に関するアンケート[General Health Questionnaire：GHQ]、疫学的うつ病評価尺度[Center for Epidemiologic Study Depression Scale：CES-D]<sup>1)</sup>）。気分や喜びの喪失（anhedonia）に関する簡単な2つの質問をすることが（「過去2週間に気分が落ち込んだり、憂うつであったり、希望がないように感じたことはありませんか？」や「過去2週間に何かすることにほとんど興味をもてなかったり、喜びを感じなかったことはありませんか？」）、長時間を要する方法を用いるのと同程度の効果があるかもしれない<sup>2)</sup>。1種類のスクリーニング方法のみを推奨できるだけのエビデンスはほとんどないため、臨床家は自らの選好や患者集団、診療現場に最も適した方法を選択すればよい。
- スクリーニング検査の結果が陽性であれば、大うつ病や気分変調のような特定の抑うつ障害の有無を判定するために、標準的な診断基準（つまり、精神疾患の診断・統計マニュアル第4版[Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders：DSM-IV]）の診断基準を用いて、診断のための詳細な診察をすべきである<sup>3)</sup>。うつ病の重症度や併存する精神的問題（例：不安、パニック発作、薬物乱用）に注意を向けるべきである。
- うつ病には多くの危険因子（例：女性、うつ病の家族歴、失業、慢性疾患）が知られているが、危険因子の存在のみで、うつ病患者とそうでない患者を識別することはできない。
- スクリーニングの最適な間隔は不明である。再検査はうつ病の病歴、説明のつかない身体症状、併存する精神的病態（例：パニック障害もしくは一般的な不安感）、薬物乱用、慢性疼痛を有する患者で最も有益であるかもしれない。
- うつ病スクリーニングを実施する臨床現場は、スクリーニング結果が陽性であったときに、その後の正確な診断、効果的な治療、細心のフォローアップが確実にできるようなシステムを備えている必要がある。そうしたシステムが良好に機能しない限り、スクリーニングの有益性が実現する可能性は低い。

- 治療は、抗うつ薬もしくは特定の精神療法的アプローチ（例：認知行動療法もしくは短時間の精神社会的カウンセリング）の単独使用もしくは併用により行う。
- 青少年に対する定期的なうつ病スクリーニングによる有益性は不明である。既存の文献は青年に対しスクリーニング検査を実施するのは合理的であり、治療は効果があることを示唆するが、プライマリケア現場における小児集団に対する定期的なうつ病スクリーニングの臨床的な影響については、研究が行われていない。臨床家は若年患者のうつ病の徴候に注意を払うべきである。スクリーニング検査の陽性予測値は、成人に比較し青少年では低く、この年齢層におけるプライマリケアでのうつ病介入の効果に関する研究は限られている。

## References

1. Williams JW, Hitchcock Noel P, Cordes JA, Ramirez G, Pignone M. Rational clinical examination. Is this patient clinically depressed? *JAMA*. 2002;287:1160-1167.
2. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*. 1997;12:439-445.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

USPSTFの本勧告は*Ann Intern Med*. 2002;136:760-764で最初に公表された。

## 自殺リスクスクリーニング

### 勧告の要約

USPSTF は一般集団における自殺リスクを検出するために、プライマリケア臨床家が定期的な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

- 自殺企図の最大の危険因子は、気分障害や他の精神障害、薬物乱用障害の併存、故意の自傷行為 (deliberate self-harm : DSH) の病歴、自殺企図の病歴がある。DSH とは、非致死的なアウトカム (毒物の服用や自ら負傷することを含む) を伴う自傷行為を意図的に行うことである。自殺リスクは自殺念慮のみ (比較的重症でないもの) から、計画を伴った自殺念慮 (より重症) までの範囲を評価する。具体的な実施計画を伴った自殺念慮は自殺企図の大きなリスクである。
- 専門クリニックやメンタルヘルス現場ではスクリーニングがよく用いられる。最もよく用いられるスクリーニング検査の特性 (自殺念慮尺度[Scale for Suicide Ideation : SSI]、最大自殺念慮尺度[Scale for Suicide Ideation-Worst : SSI-W]、自殺念慮に関するアンケート[Suicidal Ideation Questionnaire : SIQ]) は、プライマリケア現場における自殺リスクの評価に関しては立証されていない。プライマリケア現場におけるスクリーニング方法であるプライマリケアにおける症状に基づいた診断システム (Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care : SDDS-PC) による検査は限られている。

USPSTFの本勧告は*Ann Intern Med.* 2004;140:820-821で最初に公表された。

## 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

### 勧告の要約

USPSTF は臨床家が成人全員に対し喫煙しているかどうかをスクリーニングし、タバコ製品を用いている者には禁煙介入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喫煙スクリーニングを実施し、喫煙している者には妊娠に特化して強化されたカウンセリングを行うことを強く勧告する。勧告レベル A。

USPSTF は青少年に対し、喫煙しているかどうかを定期的にスクリーニングすること、もしくは喫煙やタバコ依存症を予防・治療するための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

- スクリーニング、短時間のカウンセリング (3 分以下)、薬物治療を含む、短時間の禁煙カウンセリングが、禁煙率を上昇させることが証明されているが、禁煙率とカウンセリング強度との間には用量反応関係がある。さまざまなプライマリケア臨床家により、効果的な介入が提供されるかもしれない。
- 患者と禁煙のための話し合いを行うときの有用な方法として、行動カウンセリングの枠組みである 5 つの A がある：
  1. 喫煙についてたずねる (ask)
  2. 個別化された明確な内容を通して禁煙を助言する (advise)
  3. 禁煙に対する意欲を評価する (assess)
  4. 禁煙を援助する (assist)
  5. フォローアップとサポートを手配する (arrange)

カウンセリングの有用な点には、禁煙計画を作成するための、また、禁煙時や治療内外での社会的サポートを得るときによくみられる障害を克服するための問題解決用の指針を喫煙者に提供できることがある。日常診療でこの枠組みを補足するものとして、動機づけのためのインタビュー、喫煙を治療するために用いられる 5 つの R (妥当性[relevance]、リスク[risks]、見返り[rewards]、障害[roadblocks]、繰り返し[repetition])、変更への意欲を評価すること、より高度なカウンセリングや特別な支援を必要とする禁煙者には紹介を行うことがある<sup>1-3)</sup>。電話での「禁煙相談」もカウンセリングや薬物治療を補足する効果的な方法であるとされる<sup>4)</sup>。

- 患者の喫煙状況を定期的に確認・報告するようにデザインされたスクリーニングシステムを導入するクリニックでは、臨床家の介入率が上昇したが、スクリーニングシステムが禁煙率に及ぼす効果に関するエビデンスは限られている<sup>5)</sup>。

- FDAが承認しているタバコ依存症の治療に安全かつ効果的であるとされる薬物治療には、複数のニコチン代替療法（つまり、ニコチンガム、経皮的ニコチンパッチ、吸入薬、ニコチン鼻腔内スプレー）や徐放性ブプロピオンがある。クロニジンやノルトリプチリンを含む、他の薬剤は有効であることが判明しており、検討してもよいかもしれない。
- 喫煙をする妊婦では短時間の介入はあまり効果がないため、妊娠に特化して強化されたカウンセリング（例：5～15分）と自習教材が推奨される。妊娠中の薬物治療の安全性や有効性を評価するためのエビデンスは限られている。妊娠中のどの時点でも禁煙することは、母親と胎児に健康上の重要な有益性をもたらすが、妊娠中のカウンセリング介入の最適な時期や頻度に関するデータは限られている。
- プライマリケア現場における喫煙開始の防止や禁煙促進のための、青少年に対するスクリーニングやカウンセリングの効果を取り上げているエビデンスはほとんどないが、成人喫煙者の大多数は青少年期に喫煙を開始することから、臨床家はこの集団とのタバコ関連の話し合いを任意に行ってよい。

## References

1. Miller W, Rolnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford, 1991.
2. 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.
3. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*. 1997;12(1):38-48.
4. CDC. Strategies for reducing exposure to environmental tobacco smoke, tobacco-use cessation, and reducing initiation in communities and health-care systems. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR*. 2000;49(No.RR-12):1-11.
5. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence*. Rockville MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

USPSTFの本報告は2003年11月に、AHRQ（Rockville, MD）により <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstbac.htm>で最初に公表された。

## 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 勧告の要約

USPSTF はプライマリケアの現場で無作為に選択された患者に対して、食習慣の改善のための定期的な行動カウンセリ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。

USPSTF は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つ成人患者に対して、十分な食事行動カウンセリングを行うことを勧告する。十分なカウンセリングは、プライマリケア医や看護師もしくは栄養士 (nutritionist、dietitian) のような他の専門家により実施可能である。勧告レベル B。

### 臨床上の検討事項

- 複数の簡単な食事評価アンケートが、プライマリケア現場での使用に適していることが確認されている<sup>1, 2)</sup>。こうした方法は、患者に食習慣カウンセリングの必要性を認識させ、介入に導き、食習慣変化のモニタリングを可能にする。しかし、こうした方法はアンケート回答者のバイアスがかかりやすい。したがって、カウンセリングの有効性を評価する場合には、食事介入を受けている患者は対照群よりも食習慣の変化を肯定的に報告する可能性が高いため、自己申告情報の検証が必要になる。<sup>3-6)</sup>
- 効果的な介入とは、患者が食習慣や調理法を改善するために必要なスキル、動機づけ、支援を得られるような行動に基づいたカウンセリングと栄養指導を兼ね合わせたものである。行動に基づいたカウンセリングの例としては、自己監視についての指導、食習慣改善におけるさまざまな障壁を乗り越えるための訓練、目標設定の支援、食品の購入や調理に関する指導、シミュレーションの実施、治療中の社会的支援システムの手配などがあげられる。一般に、こうした介入は、行動カウンセリングに関する分析枠組みの5つのAに分類することができる<sup>7)</sup>：
  1. 食習慣と関連危険因子の評価 (Assess)
  2. 食習慣改善のための助言 (Advice)
  3. 個々の改善目標への同意 (Agree)
  4. 食習慣変更の援助 (Assist) や意欲障壁の解決
  5. 定期的フォローアップの設定 (Arrange)。さらに必要に応じ、より詳細な食習慣カウンセリング (医学的栄養療法など) を施すこと

■プライマリケア現場における一般的な成人患者の集団に対しては、次の2つの方法が有用である：

- (1) 栄養士、プライマリケア医、専門看護師が対面して行う中等度の介入（2～3回のグループもしくは個別セッション）
- (2) プライマリケアにおける5分以内のカウンセリングに、自習教材や電話でのサポート、もしくは健康に関する他の相互的なコミュニケーションツールなどを併用した軽度の介入。

しかし、こうした治療法の長期的な有効性及び有益性と有害性のバランスを評価するためには、一層の研究が必要である。

■無症状の成人に対する食習慣カウンセリングで最大の効果が得られるのは、高脂血症もしくは高血圧患者、および食事関連の慢性疾患リスクが高い人に対して、高度の介入（30分以上の複数回のプログラム）を実施したときである。効果的な介入には、病院、医院あるいはその他の臨床現場で、栄養士、プライマリケア医、専門看護師もしくは健康教育士により提供される個別またはグループ指導がある。こうした介入に関する大部分の研究は選択された患者を登録しており、その多くは高脂血症もしくは高血圧のような食事関連の既知の危険因子を有していた。無作為に選択された成人患者に対しても同様のアプローチが効果的であるかもしれないが、食事関連の慢性疾患リスクが高いと言われた患者に比較すると、食事アドバイスをあまり遵守しないので、健康上の利益は小さいかもしれない<sup>8)</sup>。

■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）により、プライマリケア医等による適切な食習慣カウンセリングの提供を大いに促進することが報告されている。<sup>9-11)</sup>

■食事カウンセリングにより起こるかもしれない有害性については十分に明らかにされておらず、また評価もされていない。患者がカロリー摂取量を減らすことに留意せずに総脂肪摂取量を減らすことのみ集中した場合、炭水化物摂取量の増加（例：低脂肪食品）によって体重が増加し、中性脂肪が上昇したり、インスリン耐性をまねいたりしてしまうことを懸念する人もいる。米国では脂肪消費量の低下にもかかわらず、肥満の割合は上昇しているが、カロリー摂取量や体重などのアウトカムにカウンセリングが及ぼす効果に関しては、研究は一貫性を欠いている。

■プライマリケア現場における青少年に対する効果的な食事カウンセリングについてはほとんど知られていない。青少年への栄養介入に関する研究の大部分は、学校などの臨床現場以外に焦点が置かれているか、食習慣に関する大



局的な尺度ではなく、コレステロールや体重といった生理学的アウトカムを用いている<sup>12, 13)</sup>。

## References

1. Calfas KJ, Zabinski MF, Rupp J. Practical nutrition assessment in primary care settings: a review. *Am J Prev Med.* 2000;18(4):289-299.
2. Rockett HR, Colditz GA. Assessing diets of children and adolescents. *Am J Clin Nutr.* 1997;65(4):1116-1122.
3. Beresford SA, Farmer EM, Feingold L, Graves KL, Sumner SK, Baker RM. Evaluation of a self-help dietary intervention in a primary care setting. *Am J Public Health.* 1992;82(1):79-84.
4. Coates RJ, Bowen DJ, Kristal AR, et al. The Women's Health Trial Feasibility Study in Minority Populations: changes in dietary intakes. *Am J Epidemiol.* 1999;149(12):1104-1112.
5. Kristal AR, Curry SJ, Shattuck AL, Feng Z, Li S. A randomized trial of a tailored, self-help dietary intervention: the Puget Sound Eating Patterns study. *Prev Med.* 2000;31(4):380-389.
6. Little P, Barnett J, Margetts B, et al. The validity of dietary assessment in general practice. *J Epidemiol Commun Health.* 1999;53(3):165-172.
7. 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.
8. Maskarinec G, Chan CL, Meng L, Franke AA, Cooney RV. Exploring the feasibility and effects of a high-fruit and -vegetable diet in healthy women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1999;8(10):919-924.
9. Beresford SA, Curry SJ, Kristal AR, Lazovich D, Feng Z, Wagner EH. A dietary intervention in primary care practice: the Eating Patterns Study. *Am J Public Health.* 1997;87(4):610-616.
10. Ockene IS, Hebert JR, Ockene JK, et al. Effect of physician-delivered nutrition counseling training and an office-support program on saturated fat intake, weight, and serum lipid measurements in a hyperlipidemic population: Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Arch Int Med.* 1999;159(7):725-731.
11. Ockene IS, Hebert JR, Ockene JK, Merriam PA, Hurley TG, Saperia GM. Effect of training and a structured office practice on physician-delivered nutrition counseling: the Worcester-Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Am J Prev Med.* 1996;12(4):252-258.

12. Obarzanek E, Hunsberger SA, Van Horn L, et al. Safety of a fat-reduced diet: the Dietary Intervention Study in Children (DISC). *Pediatrics*. 1997;100(1):51-59.
13. Obarzanek E, Kimm SY, Barton BA, et al. Long-term safety and efficacy of a cholesterol-lowering diet in children with elevated low-density lipoprotein cholesterol: seven-year results of the Dietary Intervention Study in Children (DISC). *Pediatrics*. 2001;107(2):256-264.

USPSTFの本勧告は*Am J Prev Med*. 2003;24(1):93-100で最初に公表された。

## 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

### 勧告の要約

USPSTF は閉経後女性の慢性疾患を予防するために、エストロゲン・プロゲステロン合剤を定期的に使用すべきでないことを勧告する。勧告レベル D。

USPSTF は子宮摘出術を受けた閉経後女性の慢性疾患を予防するために、エストロゲン (unopposed estrogen) を定期的に使用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

- 女性に対する有益性と有害性のバランスは、個人の選好、特定の慢性疾患リスク、更年期症状の有無に影響されるであろう。閉経前後および閉経後女性における慢性疾患を予防するための共有した意思決定アプローチには、骨折、心疾患、癌のリスクを減少させるための効果的な介入を選択するにあたっての、個々の危険因子と選好の検討が含まれる。慢性疾患予防のための USPSTF による他の勧告を参照のこと (骨粗鬆症・高血圧・脂質代謝異常・乳癌・結腸直腸癌スクリーニングや喫煙予防のためのカウンセリング) ([www.preventiveservices.ahrq.gov](http://www.preventiveservices.ahrq.gov))。
- 更年期症状を管理するためのホルモン療法の使用については、他の専門家グループが推奨を行っているテーマであるため、USPSTF は検討しなかった。更年期症状のためのホルモン療法の開始もしくは継続を決定する前に、女性と臨床家は、リスクと有益性のバランスについて話し合うべきである。たとえば、エストロゲン・プロゲステロン合剤による (静脈血栓塞栓症、冠動脈疾患 [coronary heart disease : CHD]、脳卒中のような) いくつかのリスクは治療後 1~2 年以内に発生し、(乳癌リスクのような) 他のリスクは長期間のホルモン療法に伴って増加するようである。症状緩和のためにホルモン療法を行っている女性の集団は、慢性疾患の予防のためにホルモン療法を行っている女性と異なる集団であるかもしれない (例：年齢差)。他の専門家グループは、更年期症状を緩和させるためにホルモン療法を受けることを決めた女性は、可能な限り短期間で最少効果用量を用いることを推奨している。
- エストロゲン単独、もしくはプロゲステロンとの併用は、女性の骨折リスクを減少させるが、骨密度の低い女性の骨折を予防するために、他の効果的な薬剤 (例：ビスホスホネート、カルシトニン) を利用することができる。骨密度が低くない女性の骨折を予防する上での化学予防薬の役割は不明である。USPSTF は、閉経後女性に対する骨粗鬆症スクリーニングを 2002 年に取り上

げている<sup>1)</sup>。

- エストロゲン (unopposed estrogen) は、子宮を有する女性の子宮内膜癌リスクを上昇させる。臨床家は、子宮摘出術を行っていない女性に対してエストロゲン (unopposed estrogen) を使用する可能性について話し合う際は、共有した意思決定アプローチを用いるべきである。

USPSTFの本勧告は*Ann Intern Med.* 2005;142:855-860で最初に公表された。

## 成人に対する肥満スクリーニング

### 勧告の要約

USPSTF は臨床家が全成人患者に対して肥満スクリーニングを実施し、肥満成人が減量を維持できるように、強度の高いカウンセリングと行動介入を実施することを勧告する。勧告レベル B。

USPSTF は肥満成人が減量を維持できるように、行動介入とともに中等度もしくは軽度のカウンセリ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。

USPSTF は体重過多の成人が減量を維持できるように、強度はいずれであってもカウンセリングおよび行動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

- 体脂肪は生体電気インピーダンス法、二重エネルギーX線吸収測定法、体内総水分量測定のような多くの方法により測定できるが、こうした方法を定期的に用いるのは実際的ではない。身長に対し単純に体重を調節するBMIの方が実際的であり、肥満をスクリーニングする方法として幅広く用いられている。BMIの増加は、健康への有害事象の増加と関連している。体幹部脂肪は、肥満とは独立して、心血管疾患や他の疾患リスクを上昇させる。臨床家は体幹部脂肪の尺度として胴囲を用いることがある。胴囲>102 cm (> 40インチ)の男性および胴囲>88cm (> 35インチ)の女性は、心血管疾患リスクが上昇している。胴囲の閾値は、BMIが>35の患者に対しては信頼性が高くない。
- 専門家委員会は、BMIに基づいて体重過多および肥満を定義したガイドラインを発行している。BMIが25~29.9の人は体重過多、BMIが $\geq 30$ の人は肥満である。肥満には3つのクラスがある：クラスI (BMI 30~34.9)、クラスII (BMI 35~39.9)、クラスIII (BMI $\geq 40$ )。BMIは体重(パウンド)を身長(インチ)の二乗で割り、703を掛けて算出するか、体重(kg)を身長(m)の二乗で割って算出する。国立衛生研究所(National Institutes of Health: NIH)は、BMIの計算機を[www.nhlbisupport.com/bmi/](http://www.nhlbisupport.com/bmi/)で、換算表を[www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/bmi\\_tbl.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/bmi_tbl.htm)で提供している。
- 患者が食事パターンを変更し、身体的に活動的になるために必要なスキルやサポートを得られるようにするための最も効果的な介入とは、栄養教育と行動戦略を伴う食事および運動カウンセリングとを併用したものである。5つの

Aの枠組み（評価する[Assess]、助言する[Advise]、同意する[Agree]、援助する[Assist]、手配する[Arrange]）が禁煙のような行動カウンセリング介入で用いられており、臨床家が減量のための介入を行う際の有益なツールになるかもしれない（「減量に及ぼす介入効果」の項を参照のこと）。最初の介入は維持のための介入と併用することで、減量を長期にわたり確実に維持する助けとなる。

- 肥満患者に、最適な減量のための強度の高いカウンセリングや行動介入を提供するプログラムを紹介することが勧められる。USPSTF はカウンセリングの強度を介入頻度により定義している。高度なカウンセリングとは、少なくとも介入後最初の3か月間は、1か月に2回以上の対面（個人もしくはグループ）セッションを行うことをいう。中等度の介入では1か月に1回の介入を行い、介入回数がそれよりも少ないものは軽度の介入としている。こうした介入を行うための最適な場所や、高度のカウンセリングを提供してくれる集学的チームの構成に関するデータは限られている。
- USPSTF は肥満患者への介入効果に関するエビデンスは、肥満ではなく体重過多の成人に対しては一般化できない可能性があるという結論に達した。肥満成人に比較し、体重過多の成人に対する減量のための介入効果のエビデンスは限られているからである。
- 米国食品医薬品局（Food and Drug Administration）により減量薬として承認されたオルリスタットとシブトラミンは、投与を継続した場合、少なくとも2年間は適度な減量（2.6～4.8kg）を維持できる。オルリスタットの有害事象としては、排便切迫、油・脂肪便、鼓腸が挙げられる；シブトラミンの有害事象としては、血圧上昇や心拍数増加などである。これら薬剤の長期（2年超）利益もしくは有害事象に関するデータはない。肥満の薬物治療は、強度の高い食事および/または運動カウンセリングや行動介入といった、ライフスタイル修正のための介入も含めたプログラムの一部としてのみ用いるべきであると、専門家は勧告している。
- 胃バイパス手術、垂直帯胃形成術（vertical banded gastroplasty）や調節器具付き胃緊縛法（adjustable gastric banding）のような外科的介入は、クラスⅢの肥満患者においてかなりの減量（28kg以上、40kg未満）が達成可能であることを示唆する相応から適正なエビデンスがある。成人における体重過多および肥満の特定、評価、治療に関して、米国心臓肺血液研究所（National Heart, Lung, and Blood Institute : NHLBI）の専門委員会が作成した診療ガイドラインは、クラスⅢの患者や、少なくとも他に1つ以上の肥満関連疾患を有するクラスⅡの患者に対して、こうした手術を考慮すべきであると勧告している。こうした手術による術後死亡率は0.2%である。合併症としては他に、創傷部感染、再

手術、ビタミン欠乏、下痢、出血が含まれる。再手術が必要になる患者は、最高で25%に達する可能性がある。患者はこうした手術を受ける前に心理的評価を受けるべきである。肥満手術による長期的な健康への影響は、十分に明らかになってはいない。

- 減量を促進するための介入効果を裏づけるデータは、大部分が女性、特に白人女性のものである。介入効果は高齢者を含む他の集団についてはあまり確立されていない。データは限られているものの、文化的要因や他の個々の要因を考慮するなら、こうした介入を肥満男性、生理学的に成熟した青年、多様な集団に用いることができるだろうと、USPSTFは考えている。

USPSTF の本勧告は *Ann Intern Med.* 2003;139:930-932 で最初に公表された。

## 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

### 勧告の要約

USPSTF はプライマリケア現場において身体活動を促進するために、行動カウンセリ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

- 定期的な身体活動は心血管疾患、高血圧、2 型糖尿病、肥満、骨粗鬆症を予防する助けとなる。また、全原因による疾患発症率を低下させ、生存期間を延長する可能性がある<sup>1)</sup>。
- 1 週間のほとんど毎日、1 日 30 分のウォーキングもしくは自転車に乗るといった適度なレベルの活動を行うだけでも、身体活動の効果はみられる。効果は活動レベルの上昇とともに増加する<sup>2)</sup>。
- プライマリケア医による定期的なカウンセリングやフォローアップが、成人患者の身体活動を増やすことにつながるかどうかは不明である。プライマリケアにおける身体活動カウンセリングの有効性、効果、実現の可能性について、既存の研究から引き出すことができる結論は限られている。大部分の研究は、ルーチンの受診時に 3~5 分間のカウンセリングを行うといったような、短時間かつ最小限の軽度のプライマリケア介入を検証している。
- 身体活動レベルを上げ、強化するための、医療専門家のアドバイスと行動介入を併用した複数の要素からなる介入は、最も有望であると考えられる。そうした介入にはしばしば、患者の目標設定、書面による運動処方、個々にあわせた運動内容、特別に訓練を受けたスタッフによる手紙送付もしくは電話でのフォローアップが含まれる。プライマリケア患者を地域社会に基盤を置いた身体活動およびフィットネスプログラムと結びつけることで、プライマリケア臨床家によるカウンセリングの効果が高まる可能性がある<sup>3)</sup>。
- 身体活動カウンセリングの潜在的弊害は十分に定義もしくは研究されていない。潜在的弊害としては、筋肉傷害や転倒関連の傷害、もしくは心血管イベントなどが考えられる<sup>4)</sup>。より広範な患者スクリーニング、ある種の身体活動（例：適度な運動 vs 激しい運動）、運動量を徐々に増やしていくこと、もしくはより強度の高いカウンセリングやフォローアップモニタリングが、身体活動関連の傷害が起こる可能性を低下させるかどうかは不明である。激しい運動と比較した適度な運動といった、種々の身体活動プロトコルによる潜在的弊害に関して、既存の研究が提供するエビデンスは不十分である。



## References

1. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010*, conference edition. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2000. Available at: <http://www.health.gov/healthypeople/Document/HTML/Volume2/22Physical.htm>. Accessed May 30, 2002.
2. U.S. Department of Health and Human Services. *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996. Available at: <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/sgrfull.pdf>. Accessed May 30, 2002.
3. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med*. 2002;22(4S):67-72. Available at: [http://www.thecommunityguide.org/home\\_f.html](http://www.thecommunityguide.org/home_f.html). Accessed June 7, 2002.
4. The Writing Group for the Activity Counseling Trial Research Group. Effects of physical activity counseling in primary care: The activity counseling trial: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2001;286:677-687.

USPSTF の本勧告は *Ann Intern Med*. 2002;137:205-207 で最初に公表された。

## 甲状腺疾患スクリーニング

### 勧告の要約

USPSTF は成人に対し、定期的な甲状腺疾患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

- 無症候性甲状腺機能異常は、具体的な甲状腺疾患の臨床徴候・症状がなく、また甲状腺機能異常の病歴がなく治療もしていないのに、生化学的検査で甲状腺ホルモンが異常値を示すことと定義される。TSH の軽度上昇がみられるが、サイロキシン (T4) とトリヨードサイロニン (T3) は正常値 (無症候性甲状腺機能低下症) を示している人、もしくは TSH は低値だが T4 と T3 は正常値 (無症候性甲状腺機能亢進症) である人がこれに含まれる。甲状腺機能異常症状がある人、もしくは甲状腺疾患の病歴もしくは治療歴のある人はこの定義から除外されるため、この勧告の対象者ではない。
- 内分泌専門クリニックに紹介された甲状腺疾患の疑いがある患者の確定診断のために TSH が用いられる場合、その感度 (98%) および特異度 (92%) は高い。プライマリケア集団のスクリーニングに用いられる場合には、甲状腺疾患を発見する上での TSH の陽性予測値 (positive predictive value: PPV) は低い; さらに、基礎疾患や身体機能の低下がある場合には、検査結果が陽性か否かを解釈するのはしばしば困難である。一般に、血清 TSH が 0.1mU/L 未満であれば低下している、6.5mU/L を超えていれば上昇していると考えられる。
- 臨床家は特に高リスクの人にみられる甲状腺機能異常のわずかな徴候を認識しておくべきである。甲状腺機能異常リスクが高い人とは、高齢者、分娩後の女性、放射線被曝量の高い人 (>20mGy)、ダウン症候群患者などである。ダウン症候群患者では甲状腺機能低下症の症状を評価することは難しく、それは一部の症状や徴候 (例: 言語緩慢、舌が肥大、思考力の減退) が両疾患に共通してみられる典型的な所見だからである。
- 無症候性甲状腺機能亢進症は、心房細動や認知症、またあまり明確ではないが、骨粗鬆症に関連する。しかし、甲状腺疾患の病歴のない患者が、無症候性から臨床疾患へと進行するかどうかについてはあまり確実ではない。
- 無症候性甲状腺機能低下症は、小児における産科アウトカム不良や認知機能の発達不良に関連する。一般集団における無症候性甲状腺機能低下症を有する成人の脂質代謝異常、動脈硬化、QOL 低下のエビデンスには一貫性がなく、

あまり説得力のあるものではない。

USPSTFの本勧告は*Ann Intern Med.* 2004;125-127で最初に公表された。

## 成人に対する 2 型糖尿病スクリーニング

### 勧告の要約

USPSTF は無症候性の成人に対し、2 型糖尿病、耐糖能異常、空腹時血糖異常のスクリーニング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。勧告レベル I。

USPSTF は高血圧もしくは高脂血症を有する成人に対し、2 型糖尿病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。

### 臨床上の検討事項

- 2 型糖尿病の定期的なスクリーニングによる直接的な有益性のエビデンスが欠如している場合には、個々の患者をスクリーニングするかどうかの決定は臨床判断の問題である。冠動脈疾患のリスクが高い患者は、心血管危険因子の管理をすることで主要心血管イベントが減少することになるため、2 型糖尿病スクリーニングから最も多くの恩恵を受けられるかもしれない。臨床家は患者がその選択を行うのを支援すべきである。さらに臨床家は、糖尿病を示唆する症状（すなわち多飲、多尿）に留意し、こうした症状のある人がいれば検査すべきである。
- 高血圧もしくは高脂血症患者の糖尿病スクリーニングは、心血管リスクを低下させるための総合的なアプローチの一部であるべきである。より低い降圧目標値（すなわち拡張期血圧 $\leq 80$ mmHg）は、糖尿病と高血圧を合併する患者には有益である。米国コレステロール教育プログラムの成人治療パネルⅢの報告書は、糖尿病患者に対し LDL コレステロールの目標値を下げることを推奨している。運動不足、食事、過体重のような他の危険因子に対し注意することも、心疾患リスクを低下させ、血糖コントロールを改善させるために重要である。
- 糖尿病スクリーニングには、3 種類の検査法が用いられている：空腹時血糖値（fasting plasma glucose : FPG）、2 時間後血糖値（2 時間後 PG）、ヘモグロビン A1c（HbA1c）である。FPG 検査（ $126 \geq \text{mg/dL}$ ）は、他の検査法よりも簡便かつ迅速に実施可能で、患者にとって便利で受け入れられやすく、安価であることから、米国糖尿病学会（American Diabetes Association : ADA）では、スクリーニング検査として FPG 検査を用いるよう推奨している。FPG 検査は 2 時間後 PG よりも再現性が高く、個人内変動が少なく、しかも糖尿病性細小血管合併症の進行を同等に予測できる。FPG 検査と比較した場合、2 時間後 PG を用いると、より多くの人々が糖尿病と診断されてしまうかもしれ