

ない。HbA1cは2時間後 PG よりも、FPG に対してより密接に関連するが、通常のカットポイント値では、高血糖でも低い方の血糖値を検出する感度はあまり良好ではない。ランダム毛細血管血糖値 (capillary blood glucose : CBG) 検査は、FPG が $\geq 126$  mg/dL もしくは2時間後 PG が $\geq 200$  mg/dL のいずれかである人を検出する際に、検査結果を年齢および最後の食事からの経過時間に応じて解釈する場合には、適度な感度 (カットポイント値 $\geq 120$  mg/dL のとき 75%) を有することが示されている；しかし、ランダム CBG 検査は、糖尿病スクリーニングとしては十分に標準化されていない。

- ADA では、別の日に FPG 検査を繰り返し行って糖尿病の診断を確認することを推奨している。FPG 検査結果が境界域の患者や、FPG は正常であるが糖尿病の疑いが強い患者については特にそうである。最適なスクリーニング間隔は不明である。ADA は専門家の見解に基づき、3年に1回のスクリーニングを推奨しているが、高リスク患者ではより短い間隔で実施することを推奨している。
- 臨床家と患者が糖尿病スクリーニングの実施を決定するか否かにかかわらず、患者は、2型糖尿病の進行を抑制もしくは防止する可能性のある選択肢として、運動、健康的な食事、適正な体重の維持を奨励されるべきである。こうした行動を確立・維持するためのより積極的な介入は、過体重、糖尿病の家族歴あり、リスク上昇に関連する人種的、民族的背景あり (例：アメリカンインディアン) といった糖尿病を発症するリスクの高い患者に対して考慮されるべきである。空腹時血糖異常もしくは耐糖能異常患者に対しては、ライフスタイルを修正するための強度の高いプログラム (食事、運動、行動) も考慮されるべきである。こういったプログラムが、これらの患者の糖尿病発症率を有意に低下させることを複数の大規模試験が立証しているからである。食事、身体活動、肥満カウンセリングに関するエビデンスおよび勧告は、USPSTF によるエビデンスの要約集である『健康的な食事を促進するためのカウンセリング』『身体活動を促進するためのカウンセリング』『成人に対する肥満のスクリーニングおよび治療』の中で提供されており、米国医療研究品質局 (Agency for Healthcare Research and Quality) のウェブサイト ([www.preventiveservices.ahrq.gov](http://www.preventiveservices.ahrq.gov)) で公開されている。

USPSTF の本勧告は *Ann Intern Med.* 2003;138:212-214 で最初に公表された。

## 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

#### 勧告の要約

USPSTF はプライマリケアの現場において成人に対し、腰痛を予防するために定期的に介入を行うべき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

- 運動が腰痛の予防になることは示されていないが、定期的な身体活動には、心血管疾患、高血圧、2 型糖尿病、肥満、骨粗鬆症の予防を含む、他の健康上の有益性があることが立証されている。
- 腰部コルセットも腰部ベルトも、腰痛の発症率を減少させる上での効果はないようである。
- 教育的介入を含む、職場での介入は、腰痛の発症率を減少させる上で短期的な有益性がある。しかし、プライマリケア現場でそれらが適用できるかどうかは不明である。
- 腰痛教室は、再発性もしくは慢性腰痛を有する人がもうこれ以上背部を傷めないようにしてくれるかもしれないが、その長期的効果については十分に研究されていない。

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

## 骨粗鬆症スクリーニング

### 勧告の要約

USPSTF は 65 歳以上の女性に対し、定期的に骨粗鬆症スクリーニングを実施することを勧告する。USPSTF は骨粗鬆症に伴う骨折のリスクが上昇している女性に対しては、定期的なスクリーニングを 60 歳から開始することを勧告する（リスクが上昇している女性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 60 歳未満の閉経後の女性、もしくは骨粗鬆症性の骨折リスクが上昇していない 60～64 歳の女性に対し、定期的に骨粗鬆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。

### 臨床上の検討事項

- モデル化分析によると、骨粗鬆症と骨折のリスクが上昇している 60～64 歳の女性に対する骨粗鬆症スクリーニングの絶対的有益性は、高齢女性に対する定期的なスクリーニングに匹敵することが示唆される。この年齢層でスクリーニングを実施した方がよいのは、こういった危険因子を有する女性かについては、エビデンスから特定することは困難である。低体重 (<70kg) は、単独では骨密度が低いことの最大の予測因子である<sup>1, 2)</sup>。低体重とエストロゲン療法を現在受けていないことに、年齢を組み合わせた、3項目から成る骨粗鬆症リスク評価指標（Osteoporosis Risk Assessment Instrument : ORAI）がある<sup>1, 2)</sup>。リスクの高い 65 歳未満の女性を特定するために、他の個々の危険因子（喫煙、体重減少、家族歴、身体活動低下、飲酒もしくはカフェイン摂取、カルシウムやビタミンDの摂取不足など）を使用することを支持するエビデンスはあまりない。年齢に関係なく、平均的なアフリカ系米国人女性は、白人女性に比較し骨密度（bone mineral density : BMD）が高いため、スクリーニングによる恩恵は少ないようである。
- さまざまな解剖学的部位で実施される異なる骨密度測定の中でも、二重エネルギーX線吸収測定法（dual energy x-ray absorptiometry : DXA法）による大腿骨頸部の骨密度測定は大腿骨頸部骨折を最もよく予測し、他の部位の骨折を予測するための前腕での測定に匹敵する。末梢骨密度を測定するための他の方法には、定量的超音波検査（quantitative ultrasonography : QUS法）やRA法、単一エネルギーX線吸収測定法（single energy x-ray absorptiometry : SXA法）、DXA法、末梢骨定量的CTがある。最近のデータによると、プライマリケア現場における末梢骨密度の測定は、短期（1年）の骨折リスクが高い

閉経後女性を特定することもできることが示唆されている。DXA法と比較した際の末梢骨密度測定の精度を決定するには、一層の研究が必要とされる。骨粗鬆症と診断される確率は、骨密度測定部位と測定方法、測定部位数、使用した測定機器の製品名、参照範囲の妥当性により大幅に異なる。

- 骨粗鬆症を発見・治療することによる有益性の推定値は、主としてビスホスホネートの研究に基づいている。しかし、個人的な選好や危険因子に基づいて、他の治療選択肢（たとえば、ホルモン補充療法、選択的エストロゲン受容体モジュレータ、カルシトニン）を好む女性もいるかもしれない。患者が情報を提供された上で選択できるように、臨床家は利用可能な治療選択肢の相対的な有益性と有害性、また、そうした治療法の有効性・安全性に関する不確実な部分について、患者と一緒にレビューすべきである。
- 再検査までどの程度の間隔をあけるのが最適であるのかを評価している研究はない。測定法の精度には限界があるため、BMDの変化を信頼性をもって測定するためには最低2年間を要するかもしれないが、新規の骨粗鬆症症例を特定するための再検査には、もっと長い間隔をあけるのが適切だろう。再検査は高齢女性、初回スクリーニング時にBMDが低かった女性、骨折の他の危険因子をもつ女性により大きな利益をもたらすであろう。
- スクリーニングを終了する適切な年齢を決定づけるデータは全くなく、86歳以上の女性に対する骨粗鬆症治療に関するデータもほとんどない。骨粗鬆症と診断されている女性はスクリーニングの対象外であるが、診断目的あるいは治療に対する反応性をモニターするための追加検査を要するかもしれない。

## References

1. Cadarette SM, Jaglal SB, Kreiger N, et al. Development and validation of the Osteoporosis Risk Assessment Instrument to facilitate selection of women for bone densitometry. *Can Med Assoc J.* 2000;162:1289-1294.
2. Cadarette SM, Jaglal SB, Murray T, et al. Evaluation of decision rules for referring women for bone densitometry by dual-energy x-ray absorptiometry. *JAMA.* 2001;286(1):57-63.

USPSTFの本勧告は*Ann Intern Med.* 2002;137:526-528で最初に公表された。

## 産婦人科疾患

### 妊娠中の細菌性膣炎スクリーニング

#### 勧告の要約

USPSTF は高リスクの妊婦に対し、細菌性膣炎 (bacterial vaginosis : BV) 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 (高リスク集団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 は平均的リスクの無症候性の妊婦に対し、定期的に BV 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

- 早産の既往がある女性に関しては、BVスクリーニングは1つの選択肢である。早産の既往が1回のみの場合には、スクリーニングや治療による恩恵を受けられる女性集団を特定する上での信頼性は高くないかもしれない。しかし、特定の状況下ではスクリーニングが適切であることもある。スクリーニングや治療の有益性を示している研究は、早産のリスクが特に高い (35~57%) 女性集団に対して実施されたものである。臨床家は高リスク女性に対し、BVスクリーニングを実施するかどうかを決定する際には、早産の既往、他の危険因子、症状の発現時期を考慮すべきである。
- 高リスク女性をスクリーニングすることを選択した臨床家にとって、どれが最適なスクリーニング検査であるのかは確実ではない。受け入れられている BV の臨床診断基準には、膣内 pH が >4.5 であること、KOH の滴下によるアミン臭、均質な膣分泌物、顕微鏡検査で clue cell がみられること、などが挙げられる。これら 4 つのうち 3 つ以上があれば、一般には BV の診断が考慮される。より限定的な診断基準 (例 : clue cell のみ) の使用についてはまだ評価されていない。
- 高リスク妊婦をスクリーニングするための最適な時期、また BV を有する妊婦に対する最適な治療法は、いずれも不明である。妊娠第 2 期 (妊娠 13~24 週) にスクリーニングを実施し、早産の減少を示した 3 試験では、経口メトロニダゾールの単独投与、もしくは経口メトロニダゾールとエリスロマイシンの併用などさまざまな投与方法が用いられた。
- 症候性の BV を有する妊婦は治療するのが適切である。これらの女性はほとんどのスクリーニング試験から除外されており、症状のない妊婦と比較してリスクが高い可能性がある。治療により膣分泌物のような症状を緩和することができる。

USPSTFの本勧告は*Am J Prev Med.* 2001;20(3S):59-61で最初に公表された。

## 母乳による授乳を促進するための行動介入

### 勧告の要約

USPSTF は母乳による授乳を促進するために、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を実施することを勧告する。勧告レベル B。

USPSTF は母乳による授乳を促進するために、以下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した：プライマリケアの医療提供者による簡単な教育およびカウンセリング；臨床現場において授乳経験のある女性によるカウンセリングのみを行うこと；印刷物を単独もしくは他の介入と組み合わせて用いること。勧告レベル I。

### 臨床上の検討事項

- 効果的な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では、専門の看護師もしくは授乳専門家が主催する通常 30～90 分間の個別またはグループセッションが行われる。セッションは一般に出産前から開始し、乳児と母親にとっての授乳の有益性、基本的な生理機能、準備、授乳時の姿勢とラッチオンの仕方といった技術的なトレーニング、授乳時によくみられる状況的な障害を克服し、必要な社会的サポートを得るために必要なスキル上の行動トレーニングを網羅している。
- 母乳による授乳をサポートするため、病院側では母親と新生児との早期対面、母児同室、授乳中の新生児に乳児用ミルクを与えないといったことを実施することができる。
- 乳児用ミルクや哺乳ビン、乳首のサンプルを含む病院から提供される市販の退院パックは、授乳を母乳だけで行う割合を低下させる。
- 職場復帰後に授乳を続けることを望む母親は、特に正社員として働いている場合、十分な授乳量を保つために電気ポンプや機械式ポンプを使用する必要があるかもしれない。
- 授乳にはほとんど禁忌がない。発展途上国では、現在の飲酒や薬物使用・薬物依存症とともに、母親のヒト免疫不全ウイルス (human immunodeficiency virus : HIV) 感染が授乳の禁忌と考えられる。授乳中の女性には、一部の薬剤 (処方薬や市販薬) の使用は禁忌、または「慎重に」使用すべきことを助言し、適切な臨床モニタリングの下で用いるべきである<sup>1)</sup>。臨床家はハーブ療法を含む、特定の薬物療法に関する情報について適切な文献を参考にすべきである。

## Reference

1. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. *Guidelines for Perinatal Care*, 5th ed. October 2002:220-229.

USPSTFの本勧告は*Am J Fam Med*. 2003;1(2):79-80で最初に公表された。



## 妊娠糖尿病スクリーニング

### 勧告の要約

USPSTF は定期的に妊娠糖尿病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

- 妊娠糖尿病 (gestational diabetes mellitus : GDM) スクリーニングの有益性が有害性を上回るかどうかを決定するには、より適正な質のエビデンスが必要である。そうしたエビデンスが利用できるようになるまでは、臨床家はスクリーニングを全く行わないか、GDM のリスクが上昇している女性のみをスクリーニングするかを合理的に選択した方がよい。
- GDM のリスク上昇に最も強く関連する患者の特性には、母親の肥満 (通常、body mass index[BMI]  $\geq 25$  と定義)、年齢が高い (通常、26 歳以上と定義)、糖尿病の家族歴、または病歴、以前の妊娠時における GDM などが挙げられる。専門家グループは、GDM のリスクが上昇している特定の民族集団も特定した (ラテン系、アフリカ系、アメリカンインディアン、東南アジア系)。しかし、上記の基準をすべて用いると、全妊婦の 90% が GDM リスクが上昇しているとして特定されることになる。
- スクリーニングや診断のための最適なアプローチは確実ではない。米国の専門委員会は、妊娠 24~28 週に 1 時間に 50g の糖負荷試験 (glucose challenge test : GCT) を行い、GCT が陽性であった女性に対しては、次に 3 時間に 100g の経口ブドウ糖負荷試験 (oral glucose tolerance test : OGTT) を行うことを推奨している。世界保健機関 (World Health Organization : WHO) が推奨する異なるスクリーニング・診断法は、北米以外で一般的に用いられている。米国糖尿病学会 (American Diabetes Association : ADA) と WHO は具体的な診断基準を公表しているが、USPSTF では、いかなる特定のアプローチについても相対的な有益性を決定できなかった<sup>1, 2)</sup>。

### References

1. WHO Consultation: Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO Consultation. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva, WHO/NCD/NCS/99.2, World Health Org., 1999.
2. American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2002;25(Suppl 1):S94-S96.

USPSTFの本勧告は*Obstet Gynecol.* 2003;101:393-395で最初に公表された。

## Rh(D) 不適合スクリーニング

### 勧告の要約

USPSTF は妊婦全員に対し、妊娠に関連した初回受診時に Rh(D)血液型判定および抗体検査を実施することを強く勧告する。勧告レベル A。

USPSTF は生物学的な父親が Rh(D)陰性であるとわかっているのではない限り、感作されていない Rh(D)陰性血液をもつ妊娠 24～28 週の妊婦全員に対し、Rh(D)抗体の再検査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

- 感作されていない Rh(D)陰性血液をもつ妊婦全員に対し、妊娠 24～28 週時に抗体検査を再度行った後で、Rh(D)免疫グロブリン全量 (300 μg) の投与が推奨される。
- Rh(D)陽性、もしくは弱い Rh(D)陽性 (例: D<sup>u</sup> 陽性) の新生児が産まれた場合、分娩後、できれば 72 時間以内に、Rh(D)免疫グロブリンを再投与すべきである。分娩後、Rh(D)免疫グロブリンを投与する他の間隔については研究が行われていない。
- 生物学的な父親が Rh(D)陰性であるとわかっているのではない限り、羊水穿刺後および人工流産もしくは自然流産後は、感作されていない Rh(D)陰性血液をもつ女性全員に Rh(D)免疫グロブリン全量を投与することが推奨される；しかし、妊娠 13 週未満であれば、50 μg で十分である。
- 他の産科処置後や絨毛膜標本採取、子宮外妊娠の中絶、臍帯穿刺術、胎児の手術や操作 (外回転術を含む)、分娩前の胎盤出血、腹部外傷、分娩前胎児死亡、死産のような合併症がある場合に、Rh(D)免疫グロブリンを定期的に投与することの有益性に関しては、エビデンスが乏しいため確実ではない。

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

## 視覚障害

### 緑内障スクリーニング

#### 勧告の要約

USPSTF は成人に対し、緑内障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

- 原発性開放隅角緑内障(primary open-angle glaucoma: POAG)は、網膜神経節細胞の軸索障害を特徴とする慢性疾患である。初期には周囲の視野欠損という形で発症する。どの程度の割合であるのかは確実でないが、重要な視野関連機能の障害や不可逆的な失明にまで進行する症例もある。
- 単独検査で POAG の診断が下されることはなく、視神経乳頭の特徴的な変性を伴う変化や視野欠損といった所見に基づく。これまで眼内圧(intraocular pressure: IOP)亢進は、緑内障定義における重要な部分であると考えられてきたが、現在では、POAG を有する多くの人は IOP 亢進がみられないことが知られている。したがって、POAG のスクリーニングに眼圧測定を用いる価値はほとんどない。
- IOP 亢進、家族歴、高齢、アフリカ系米国人であれば、緑内障のリスクは高いといえる。高齢のアフリカ系米国人は緑内障の有病率が高く、おそらく疾患の進行も早い。もし、緑内障スクリーニングにより視覚障害発症の減少が示されれば、アフリカ系米国人は白人と比較して、より大きな絶対的有益性を得られる可能性が高い。生命予後が限られている人の場合には、緑内障スクリーニングから受けられる恩恵はほとんどないであろう。
- 緑内障の自然経過はさまざまであり、十分に定義されていない。POAG を有してはいるが、疾患が進行していないか、もしくは進行が非常に遅いため、疾患が患者の視覚に重大な影響を全く及ぼさないサブグループが存在する。このサブグループの規模は確実ではなく、集団の民族および年齢に依存する可能性がある。それ以外の人には疾患が急速に進行し、10 年以内に視野関連機能の低下がみられる。個々の緑内障が進行するかどうかを正確に予測することはできないが、診断時に IOP 高値の人や視野欠損が大きい人、高齢者は、緑内障が急速に進行するリスクが高い傾向にある。緑内障の経過を通じて、視野欠損の進行率が一様であるのかどうかは不明である。
- 視野を測定するのは困難な場合がある。単独の視野測定の信頼性が低いこともあり、欠損の存在を確証するためには、一貫性のある複数の視野測定が必要である。眼科専門医が視神経乳頭の変化を調べる際には、検眼鏡もしくは

細隙灯顕微鏡が用いられるが、視神経乳頭の緑内障性変化の進行を発見する能力は、専門家間でさえさまざまである。さらに、視野欠損の進行を定義・測定するために見解の一致した単独の標準検査法はない。

- POAG の一次治療では IOP を低下させる。これらの治療には薬剤投与、レーザー治療、手術がある。こうした治療は、小さな視野欠損の発症・進行を効果的に抑制する。しかし、視野関連機能の障害を減少させる上でのその効果の大きさは確実ではない。こうした介入による有害性には、白内障の発症、白内障手術による有害性、局所薬投与による有害性などが挙げられる。

USPSTFの本勧告は2005年3月に、AHRQ (Rockville, MD) により <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsglau.htm> で最初に公表された。

### セクション 3 小児に対する勧告

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、[www.preventiveservices.ahrq.gov](http://www.preventiveservices.ahrq.gov)を参照のこと。

## 就学前の小児における歯科治療の予防

### 勧告の要約

USPSTF はプライマリケア臨床家が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することを勧告する。勧告レベル B。

USPSTF はプライマリケア臨床家が歯科疾患を予防するために、就学前の小児に対し定期的なリスク評価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

- 歯科疾患は若年小児に、特に社会経済的レベルが低い集団に幅広くみられるが、歯科医を受診する就学前小児はほとんどいない。プライマリケア臨床家は、小児が受診する最初の、かつ唯一の医療専門家であることが多い。したがって、臨床家はこうした小児の歯科疾患に取り組むための独特な立場にあるわけである。
- フッ化物塗布、すなわち、若年小児における歯科治療を予防するための専門家による承認済みの局所フッ化物塗布は、経口剤投与の補助的処置である。それが、他の局所フッ化物製剤（洗口液やジェル）を上回る利点は、使用が簡単であること、患者に受け入れられていること、毒性の可能性が低いこと、である。
- 米国の2歳未満の幼児の間では、歯のフッ素症は（皮膚のフッ素症よりも）、経口フッ素錠剤、もしくはフッ素入り歯磨き粉のいずれかの使用による弊害として最もよくみられる。歯のフッ素症は概して非常に軽度であり、審美的な問題に過ぎない。1994年、米国歯科協会（American Dental Association : ADA）はフッ素錠剤の推奨用量を引き下げたため、歯のフッ素症の有病率・重症度が低下する可能性は高い。現在の推奨用量は地域の水道水に含まれるフッ素レベルに基づいており、ウェブサイト（[www.ada.org](http://www.ada.org)）で確認することが可能である。プライマリケア臨床家が患者の水道に含まれているフッ素レベルを知っておくことで、適切なフッ素錠剤を処方することや、フッ素症のリスクを最小限にすることが可能になる。

USPSTFの本勧告は*Am J Prev Med.* 2004;26(4)326-329で最初に公表された。

## 思春期特発性側弯症スクリーニング

### 勧告の要約

USPSTF は無症候性の思春期青年に対し、定期的に特発性側弯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

- 思春期特発性側弯症スクリーニングは、通常、脊柱を視診して、左右の肩や肩甲骨、腰の高さを調べることで行われる。側弯を測定するためにはスコリオメータが用いられる。特発性側弯症の疑いがある場合には、確定診断と側弯の程度を定量化するためにレントゲン検査が行われる。
- 特発性側弯症を有する思春期青年の健康アウトカムは、二次性側弯症（つまり、先天性、神経・筋性、特発性側弯症の早期発症）を有する青年とは異なる。思春期に発症する思春期特発性側弯症はより軽度の臨床経過をたどるかもしれない<sup>1)</sup>。
- スクリーニングで発見された側弯を治療するための保守的な介入には、脊柱矯正具（ギブス）や運動療法があるが、特発性側弯症と診断された青年の背部痛や QOL はそうした介入により有意に改善されないようである。
- 思春期特発性側弯症のスクリーニングや治療を行うことの潜在的な有害性には、偽陽性結果によるフォローアップのための不要な受診や評価、特にギブスの着用に関する精神的な副作用がある。思春期特発性側弯症の定期的なスクリーニングは勧められないが、臨床家は偶然に特発性側弯症を発見したときや、思春期青年や親が側弯症に関する心配を伝えてきたときのために、特発性側弯症を評価するための準備をしておくべきである。

### Reference

1. Weinstein SL, Dolan LA, Spratt KF, Peterson KK, Spoonamore MJ, Ponseti IV. Health and function of patients with untreated idiopathic scoliosis: a 50-year natural history study. *JAMA*. 2003;289(5):559-567.

USPSTFの本勧告は2004年6月に、AHRQ（Rockville, MD）により <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/scoliosis/scoliors.htm> で最初に公表された。



## 新生児聴覚スクリーニング

### 勧告の要約

USPSTF は産後入院中の新生児に対し、定期的に聴覚障害の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

- 現在、30 を超える州で、新生児に対する一律の聴覚スクリーニング (universal newborn hearing screening : UNHS) が法律によって義務づけられており、その他の州でもいくつかの医療システムで定期的に行われている。NICU の新生児と聴覚障害 (以下を参照) の他の危険因子をもつ新生児に対する選択的スクリーニングが、一律スクリーニングを採用していない多くの現場で実施されている。臨床家は、自分が担当する地域のそうしたスクリーニング施策を認識しておくべきである。
- 新生児における感音難聴 (sensorineural hearing loss : SNHL) の危険因子としては、2 日以上 NICU 入室、聴覚障害を合併することが知られている症候群 (例 : アッシャー症候群、ワーデンベルグ症候群)、小児期 SNHL の家族歴、先天性感染症 (例 : トキソプラズマ症、細菌性髄膜炎、梅毒、風疹、サイトメガロウイルス、ヘルペスウイルス)、頭蓋顔面異常 (特に耳介や外耳道の形態学的異常) などが挙げられる。
- 新生児に対する定期的な聴覚スクリーニングプログラムが実施されている場合、プログラムには、検査プロトコルの潜在的な有益性と有害性に関して、親と臨床家に詳細な情報を提供するための系統的な教育が含まれているはずである。院内でのスクリーニング検査が陽性である新生児のほとんどは、聴力が正常であることが後で判明するであろう。臨床家はフォローアップの聴覚評価を必要とする新生児の親を安心させ、サポートする準備をしておくべきである。
- 新生児に対する何らかの聴覚スクリーニングプログラムが実施されている場合、スクリーニングは、通常 2 種類のスクリーニング検査を必要とする妥当なプロトコルを用いて実施されるべきである。使用する機器は十分に整備され、スタッフには徹底した訓練を行い、避けられる偽陽性結果を減らすための品質管理プログラムが用意されているべきである。プログラムでは、結果が偽陽性だった新生児が適切な聴覚評価と退院後のフォローアップを受けられるようなプロトコルを開発するべきである。

USPSTF の本勧告は 2001 年 10 月に、AHRQ (Rockville, MD) により

<http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/newbornscreen/newhearr.htm>で最初に公表された。

## 青少年に対する体重過多スクリーニングおよび介入

### 勧告の要約

USPSTF は青少年に対し、負の健康アウトカムを予防する手段として、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

- 健康・発育の指標として、小児全員の成長を長期にわたって測定・モニターすることは重要である。体重過多の青少年数は、1970年代初期の2倍以上になり、6～19歳の小児の体重過多有病率（BMI $\geq$ その年齢・性別に対する95パーセンタイル）は現在約15%である。青少年に対する体重過多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の結論は、臨床現場におけるこの問題への介入効果に関する適正な質のエビデンスが乏しいことを反映する。プライマリケア現場において、青少年の体重過多を治療するための家族を中心とした効果的なアプローチ、もしくは個人に対する効果的なアプローチに関するエビデンスはほとんどない。米国疾病管理センター（Centers for Disease Control and Prevention：CDC）発行の*Guide to Community Preventive Services*は、小児期の体重過多の解消に役立つ可能性がある、身体活動を増加させることを示した一般住民を対象とした効果的な介入を特定した。
- BMI（体重[kg]を身長[m]の二乗で割って算出）の年齢・性別パーセンタイルは、その実用性と信頼性、また成人期の肥満まで追跡できるといった点から、青少年の体重過多を発見するための望ましい尺度である。BMI値はより大きな人口集団のBMI値に対する成長分布と比較するための、CDCによる一般住民を対象とした参照基準である。体重過多のリスクがあるということは、年齢・性別に対するBMIが85～94パーセンタイルであるとき、また体重過多は、年齢・性別に対するBMIが95パーセンタイル以上であるときと定義される。BMIを使用することの欠点には、脂肪量の増加と脂肪以外の増加を識別することができないこと、参照集団は主として非ラテン系白人から得られており、白人集団以外への適応を制限してしまう可能性があることなどが挙げられる。皮下脂肪、生体電気インピーダンス解析、ウエスト・ヒップ比（waist-hip circumference）のような体脂肪量の間接的な尺度は、日常診療、治療、研究、縦断的追跡においては可能性を秘めているが、測定法の妥当性、信頼性、尺度間の比較可能性においては限界がある。
- 小児期に体重過多であると、インスリン耐性、血中脂質の増加、血圧上昇、

耐糖能異常といった負の健康アウトカムに関連した中程度の代謝上の問題や危険因子の割合が高くなる。小児期の重度の体重過多は、大腿骨頭滑り症、脂肪性肝炎、睡眠時無呼吸症のような疾患発症の直接の原因となる。2型糖尿病がその一例であるが、この年齢層に新たに出現している医学的状況においては、かつて「成人」の疾患であったものが、現在では体重過多の青年に頻繁に観察されることである。しかし、体重過多小児のほとんどに関しては、その後数十年間で医学的合併症が臨床的に現れることはない。

USPSTFの本勧告は*Pediatrics*. 2005;116(1):205-209で最初に公表された。