

DSM-IVでは school-age children では 3~5%としている。(American Psychiatric Association 1994:82) JS Werry は 5%としている。(personal communication 2000)

2つの研究のみが地域の ADHD について、疫学的な方法で行っている。ADHD が実際にはいつ出現してどのように治療されたのかを。結果についてはこれらの研究にある。Arngold ら 2000 によると診断されるかどうか、治療を指示されるかどうかは、医療関係者か教育関係者のどちらにはじめに関わったか、ということによっている。

これらの研究結果が方法論的問題ではない、ということを理解する必要がある。それにもかかわらず、これらの研究は重要で、再検する必要がある。特に一般的に行われている刺激物による治療を行うことへの関心について。New Zealand では、同じ研究結果はまだない。

Reviewing the Evidence—Methods

このセクションは ADHD の子供を評価し診断し、扱っていくのに有効性のあるアプローチについて、役立つエビデンスをさがし、再調査するためのものである。この情報は患者本人やその家族の助けとなる。

New Zealand Guidelines のエビデンスを評価するのにガイドライン作成グループは以下の3つに留意した。

- ADHD 児の評価、治療に関する多方面にわたる文献
- いくつかのレビューの存在。パラメーターの実行。コンセンサスをのべること。興味深いトピックスについてのガイドラインについて。
- 1999~2000 の AHRQ による ADHD の診断と治療について 2つの組織的レビュー

それゆえ選別されたトピックスを補足し、エビデンスをレビューするのに適切な方法だと考えられる。Christchurch School of Medicine の the New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA) は直接関係のあるレビューについて調べた。その方法とは、

- 参考にしたデータベース :
- レビューデータベース :
- 図書館のカタログ :
- web sites :

タイトルとアブストラクトはその妥当性について調査した。原著のフルレポートはガイドライン作成グループの 2 名によってレビューされた。レビューは批判的に査定された。特に用いた方法やその領域にたいして、また分析の厳格さやその質に対して。

選ばれたレビューによりガイドライン作成グループへ 1 つあるいはそれ以上の興味ある質問が行われた。以下に示す。

Questions relating to the assessment or diagnosis of ADHD

- DSM-IVや ICD-9 のようなスタンダードな参照文と比べて、ADHD の行動上の rating screening tests の正確性、信頼性はどうか？
- ADHD の子供の診断に、医学的スクリーニングテストは有用か？
- 医学的スクリーニングテストはしばしば特別な介入の必要性を発見することができるのか？

Question relating to the treatment of ADHD (ADHD の治療に関する質問)

- ADHD 児に対する短期的、あるいは長期的に薬物あるいは非薬物による介入に関する効果と安全性の証拠は？
- いろいろ組み合わせる介入が個人個人への介入に比べて効果的なのか？
- 刺激剤は安全か？

Finding of the evidence search

エビデンスサマリーは 2000 年の 3 月までのものから探した。全てにおいてガイドライン作成グループが確認し、細部までレビューし、サマリーとした。

- 専門家グループによる最近の 9 つの報告には、ガイドラインと臨床的なプロトコルの概要、更なる分析とコンセンサスが含まれている。
- 最近の 1 つの報告は randomised controlled study である。

2000 年以降のエビデンスについては今回のガイドライン発行から 2 年後に（もし必要であるなら）New Zealand Guidelines の改訂版としてレビューする。The Ministry of Health がこのガイドラインを責任持ってレビューする。

ADHD の評価について、最も総合的にレビューされているのは、Green らによる 1999 後半に AHRQ が報告したものである。はじめコンピューターで検索すると 4000 以上もの文献があった。最終的にはレビューの基準として、87 文献、10 のマニュアルがあった。これに関しては Table 3 にある。

ADHD の治療に関していくつかのレビューや更なる分析結果があった。1980 年代からのレビューは、以前にも何千というたくさんの文献があったが、1999・2000 の Jadad ら、1999 の Klassen らの発表に含まれている。治療に関するメジャーなレビューについては Table 4 にある。

これらのレビューが発表されて以降、combination therapy の利点、効用についてのトライアルである、MTA study (the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD) が発表された。しかしこのトライアルの前情報は Jadad らの 2000 年の ADHD の治療に関する AHRQ の総合的なレビューに含まれている。

Table 5 にガイドライン作成グループが用いた他の関連文献のキーポイントを示す。

Evidence Summary for ADHD Assessment ADHD の評価に関する報告

臨床では、ADHD について、既往を聞いたり診察するときに、あるスタンダードな質問に基づいて行われていると考えられている。行動チェックリストを用いることがその助けになる。組織だった質問は信頼でき、妥当であるという結果が出ているが (2000 の Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry)、一方でこれらの方法は臨床業務の中では一般的ではない。しかしながら、アメリカの 10 箇所のクリニックにおいてメンタルヘルスの専門家が行ったところによると、DSM-IV の ADHD のトライアルの分野を用いて、既往歴を聴取し診察を行い、ADHD がこの方法できちんと診断できた。(1994 の Lahey らによる) しかし、メンタルヘルスの経験の浅い者では、同じ結果が得られなかった。

以下に示すのは、Table 3 にある AHRQ による ADHD の診断に関するレビューの、主要な部分に基づいたスクリーニング方法と rating scales に関するものである。(Green ら 1999)

Screening tests and behavioural rating scales

Broad-band checklists

AHRQ がレビューした広範囲のスケールでは、委託された子供たちとそうでない子供たちとで明らかな差異は認めなかった。それゆえ、臨床的に明らかな問題のある子供とそうでない子供を識別するには有用ではないと考えられた。

そのスケールとは、

- CBCL/4-18-R
- Total Problem Scale,DSMD Total Problem Scale
- CPRS-R:L
- Global Problem Index
- CTRS-R:L

ADHD-specific questionnaires

1997年の Conners Rating Scale (CRS) の改訂に、ADHD の子供とそうでないコントロール群を区別するための2つの効果的な指標が示されている。

- the new ADD/ADHD Index
- the DSM-IV Symptoms Scale

それぞれの指標は、3以上を有効とみなし、感度・特異度は94%以上である。

Barkley の School Situations Questionnaire は ADHD を持つ児とそうでない児で、あまり大きな差はでなかった。しかし、この中でいくつかの評価法については発表された。ADD-H を除いては、Comprehensive Teacher Rating Scale (ACTeRS) Checklist では、ADHD 特有のチェックリストの多動性のサブスケールにおいて、ADHD を持つ児とそうでない児で大きな差が認められた。DSM-IV SNAP Checklist の不注意、衝動性のサブスケールにおいて、ADHD を持つ児とそうでない児で差が認められた。(4以上が有効であり、感度・特異度は97%以上) ADD-H に関しては Comprehensive Teacher Rating Scale (ACTeRS) では有意差がなかった。

Screening for comorbidities

Screening for medical comorbidities

ADHD を示唆する問題行動のある子供の内面の状態を映し出す医学的なテストがいくつか提案されている。これらの中には鉛のレベル、甲状腺機能、神経レントゲン学的イメージ、脳波、臨床神経学的スクリーニングテストが含まれている。

評価する際、これらのテストは ADHD をスクリーニングしたり診断するのに有用ではない。多くの研究で ADHD を持つ児とそうでない児で脳波の活動性に明らかに違いがあることが見出されてきた。しかし、研究結果が異なるため、脳波がスクリーニングの手段としてルーチンには用いられない。

ADHD のポピュラーなスクリーニング法はない。1968年に Wilson と Junger が ADHD のスクリーニングツールを発見したが一般的でない。

High-risk population group screening

1997年の the Conners Rating Scale 改訂版で、ADHD を持つ児とそうでない児で明らかな違いがあることが示された。このスケールは、よりリスクが高いと考えられる子供に対してのスクリーニングテストにむいている。Barkley の School Situations Questionnaire はこのような状況の子供に対しては効果が少ない。

Green らによる AHRQ の報告は広範囲にわたるスケールの評価であったが、明らかな差は示されなかった。それゆえ、プライマリーケアにおける問題行動をもつ ADHD の児を見極める手段としては適さなかった。

多動のサブスケールに関しては、DSM-III-R、DSM-IVSNAP Checklist と Connors Abbreviate Teacher Questionnaire (CATQ,HI) において、ADHD を持つ児とそうでない児で明らかな差があった。これらのサブスケールはむしろサブスケールテストとして、好まれている。

全てのこれらのスケールは、研究上での、理想的な状態のときと比べると、臨床現場では、頼りないものになってしまう。

これらのテストがADHDのスクリーニングに有用なテストであるというエビデンスはない。また臨床的に中心となる症状やサインのない子供に対する診断に有用な手段であるという証拠もない。だからこれらのテストは臨床的な徴候を呈する場面で使用されるべきであり、スクリーニングテストやADHDの子供のルーチン検査としては用いるべきではない。

Evidence Summary for ADHD Treatment

Note:エビデンスに基づいたレビューが、New Zealand Guidelinesの最終的な草案を作成する前に行われたので、最近の新しい研究(2000年以降のもの)は含まれていない。より最近の研究は関係のあるサマリーとして含んだ。

General findings

- 短期間か中程度の期間、児童から若い人々に対して、刺激剤を使用することは、唯一最も有用なことである、証拠がはっきりと、また終始一貫してある。(Gilmoreら1998、Jadadら2000) methylphenidate と dexamphetamine に関して特に。
- ADHDのなかで、多動でないタイプ、つまり不注意優勢のタイプの治療に関してはあまり多くの研究はない。不注意優勢のタイプでは、より少量の刺激剤で治療するのが最適な方法であり、多動性を有するグループに比べて、薬物に反応しない割合が多い。(AACAP Official Action 1997)
- Methylphenidate (MPH) と dexamphetamine が第一選択薬であると多くのレビューが示している。MPHは最も研究された薬物である。更なる臨床研究によると、methylphenidate と dexamphetamine、pemoline では効力に差はない。(Shukla and Otten 1999)
- ADHDの中核の症状に対して、刺激剤以外の治療に効果があるという証拠はほとんどない。一方でそれらの効力に関して堅固な結論は出ていないとするものもある。(National Institutes of Health Consensus Development Conference statement 1998:7) 2種類のほかの治療薬(3環系抗うつ薬やneuroleptics / 抗精神薬など)を刺激剤の効果がなくなったときに使用しても良い事が示されている。(Spencerら1996、Werry and Aman 1999)
- 行動療法を含む行動を管理する事、単独ではADHDの症状を改善するには効果がないことが示されている。(Jadadら2000、Shukla and Otten 1999)
- コンビネーション療法(薬物療法と行動療法との組み合わせ)と刺激剤、あるいは薬物を用いない方法の間での研究結果の比較は、結果が一貫していない。コンビネーション療法に加え得る効果に関してはエビデンスがあまりない。(Jadadら2000、Shukla and Otten 1999)

- ・薬物療法の不利な副作用を検討している研究によると、最もよく見られる副作用は比較的マイルドで、短期間に用量・時間依存性に出現することを示している。長期的な効果や副作用の重症度に関してはまだデータが不十分である。(Jadadら 2000)

Multimodal Treatment Study of Children with ADHD

近年 Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA study) が刺激剤を使用したコンビネーション療法や、薬剤なしの場合と比較する研究を終結した。その結果は最近レビューとして科学雑誌 (MTA Cooperative Group 1999a,1999b) に掲載されている。しかし、その研究の前段階は、Jadadら 2000 の AHRQ のレビューに含まれていた。14ヶ月のフォローアップの結果、著者は次のように結論づけた。

- ・combined therapy は、ADHD 中核症状に対しては、薬物治療に比べて十分満足の行く結果ではなかった。
- ・combination therapy は、反抗的、攻撃的症候、内面の症候、先生が評価する社会スキル、親子関係や成績といった、ADHD ではない部分に対しては、行動療法や社会的なケアに比べて、少しばかり利点があった。

MTA study はいくつかの刊行物の中で、支持する意見や、反対意見によって、よく調査されてきた。(Boyle and Jadad 1999, Cunningham 1999, Jensen 1999, Pelham 1999, Schachar 1999) この研究の行動上の方法は集約的なものだった。(家族、学校、同輩のグループの環境を網羅したもの) 薬物を使用しない方法は中止されていた。しかし一方で薬物療法は継続された状態ということを考慮して、行動療法が薬物療法と比べて劣る方法だと結論付けるのは少し弱い、という者もいる。実際問題として、薬物療法は簡単に続けられるが、行動療法は大変コストがかかる。議論はある程度研究上のものであるという者もいる。

Other intervention

ADHD に対して、他の多くの方法が試みられてきた。家族療法、家族心理療法、個々人の心理療法、グループセラピー、ソーシャルスキルトレーニングや認知療法など。最近のエビデンスでは、これらの療法は十分な効果がない、といわれている。それゆえ、これらの効果についての勧告は、この New Zealand Guidelines では行わなかった。