

臨床実践における数字の意味

(大正大学カウンセリング研究所紀要, 1997)

京都市児童福祉センター

門 眞一郎

はじめに

臨床実践(本稿では児童精神医療に限定する)において数字は我々にさまざまな問いを投げかけてくる。ここでそのすべての問いかけに答えることはとても出来ないが、そのいくつかについて批判的にとらえ返し、筆者なりの回答を提出してみたい。

1 子どもの正常値

検査の数値そのものではないが、異常値の出る割合という点で、重要な数字がある。ある検査をして異常値が出た場合、異常値が出たからといってその子は病気であると断定することはできない。異常値が出てもまったく健康という場合もある。健康な子どもに異常値がどれくらいの割合で出るかを知らないで検査をすると、異常値が出ただけでその子は異常あるいは病気であると誤診してしまうことにもなる。

脳波検査を例にあげよう。脳波検査の結果は、正常あるいは異常と判定される。種々の異常波が出たり、正常では出ないはずの脳波が出ていなかったり、脳の左右半球で脳波の現れ方が異なるといった場合に、異常と判定される。しかし、そういう異常波、あるいは異常脳波所見があれば、ただちにその子の脳は異常であるとか、病気や障害があるという具合に、両者は1対1で対応するかというと、そうではなく、脳波異常があっても全く健康な場合もある。逆に、脳波異常をきたす病気の代表例はてんかんであるが、てんかんの人の脳波検査をしたら必ず脳波異常が出るかかというと、そうとも限らない。正常な脳波所見のてんかんの人もいる。

<例1>

現在も健康で、今までに中枢神経系に何も病気や障害がなく、出生前後にも何も問題がなかった子どもの脳波検査 結果の報告がある(Eeg-Olofsson ら,1971)。それによると1歳から15歳までの全く健康な子どもの15%に発作性律動異常が認められたという。15%と言えば、10人のうち1人ないし2人であるから、臨床的にはかなり高い割合である。

たまたま脳波検査を行ったら脳波異常が出たという場合に、それが果してその子の脳の異常性を反映しているのか否かは、すぐには決められない。しかし健常児での異常脳

波所見の出現率を知らないと、脳波異常が出たらすぐに何か脳に障害があるとか、脳波異常が問題の原因であるという具合に短絡的に考えてしまいやすい。

例えば非行の子どもに脳波異常が出ると、診断名は「非行（脳波異常を伴う）」とされ、抗てんかん薬が投与されるということもある。つまりてんかんとは無関係の問題であっても、脳波検査をして脳波異常が出たら、それはてんかんと関係があると考えられ、抗てんかん薬が投与され、子どもは不必要な薬を飲まされるという事態が起こりうるのである。

要するに、検査の正常値や異常値は、あくまで検査の正常値、異常値であり、その子自身が正常か異常かということと同じではない。その検査結果をどう解釈するかということが臨床家の重大な役割なのである。検査で異常値が出るものがどれくらいいるのか、健康な子どもで異常値が出るものがどれくらいいるのかということを知っておくことが、臨床上非常に重要な意味をもつことになる。

2 数値の絶対性 / 相対性

数字に関する第2の問題は、数値は絶対的とは限らないということである。ここで取り上げたいのは、心理療法の治療効果である。つまり心理療法にはどの程度の効果があるのかという問題である。心理療法を受けて、何人かは治ったが、何人かは治らなかったという場合、何人がその心理療法で治ったかを計算すれば、その心理療法の効果は%で表現できる。しかし果してそれがそのまま本当に心理療法の効果なのか否かは、大いに問題のあるところである。ふつうそれは絶対的な数値として受け取られている。

例えば「登校拒否の子ども10人に同じように心理治療を実施したところ、8人が学校に行くようになった」という場合、有効例は10分の8で、効果は80%と表現されるが、その際、心理治療を受けなかった場合との比較や、別の治療を受けた場合との比較が考えられていない。単純に数値を絶対視してしまい相対化することにはあまり関心が払われない。

たいていの病気は自然に治る場合がある。したがって心理療法を受けなくても、そのうち自然に治るという場合もあるはずだから、たまたまその人に心理療法をやってよくなったとしても、果してそれが本当に心理療法の効果なのか、あるいは心理療法には実質的な効果はあったが、自然治癒力のおかげでよくなったのか、あるいは両方なのか、本当の所は判断できない。判断できないが、心理療法を施した場合には、良い結果はすべて心理療法の結果である、と楽観的に考えられがちである。効果がなかった時には、心理療法が効かなかったとは考えられず、何か別の理由が探されるのである。

自然治癒率を考慮に入れたうえで、心理療法の相対的な治療効果を論じるべきであるが、あまりそういう形では問題にされない。別の治療法と比較して治療効果を相対化す

るということもあまり行われていない。これはインフォームドコンセントと密接に関連することであるが、その治療法には正味どれくらいの効果があるのかとか、その治療法を採用しなかった場合にはどれくらい治り、どれくらい治らないのか、ということの本來說明しなければならない。しかし、そのようなことはあまり説明されないのではなかろうか。説明されないというのは、実はそういう数値があまりはつきり分かっていない、あるいはそういうことを調べた人があまりいないということなのであろう。

もうひとつこれと関連することとして、心理療法によって効果だけがもたらされるとはかぎらず、心理療法を受けたためにかえって悪化するという問題もある。しかしそのことはあまり取り上げられない。心理療法というのは、受けたら必ず大なり小なり効果があるという前提で話が進められているようである。しかしどんな治療法でも逆効果となる、あるいはかえって悪化させてしまう場合がある。しかし心理療法は、その点では楽観的に考えられている。いくつかの研究によると、心理療法を受けて悪化する場合が10%程度ある。10人に心理療法を実施して1人はかえって悪化するということになる。そういう場合には、むしろ何もしないで自然治癒にまかせた方がよかったかもしれないということになるが、こういうことが実はまだ十分明らかになってはいないのである。

3 数値の操作

数値を操作する場合にも問題が生じる。すなわち数値を引用したり、数値を使って自説を展開していく時に、その数値をどのように扱うかという問題である。数値を扱う時に、自分勝手な処理をしたり、意図しなくても不注意でまちがった操作をしてしまうことがある。

例えば、不登校の追跡調査の結果がこれまでいくつか公表されている。不登校の子どもは何年後にはこれだけのパーセンテージでよくなっているとか、悪くなっているとかの報告である。しかし、どの追跡調査も同じ条件下で行われているわけではない。しかし中には、そういう条件の違いなどまったく考慮に入れず、各報告の数値を単純に合算してまとめてしまい、それをもとに誤った結論を導き出す人もいる。

また別の問題として、数値を引用する場合の不注意な操作という問題もある。

<例2>

稲村(1989)による若林論文(1983)の引用がその例である。「(若林慎一郎氏らの資料)によると、登校拒否を十分に治療した後5～21年を経過した25例を詳細に調べ、社会適応が良好なもの36%、問題を持ちながら安定しているもの16%、社会適応が不良なもの48%となっており」とあるが、もとの若林論文での数値は、それぞれ40%、16%、44%となる。稲村は、登校拒否の経過はよくないという論旨で書いており、数字は論旨を補強する方向に変えられている。

ある著者が過去の論文から数値を引用する時にまちがうと、その後次々と同じまちいが孫引きされていくことがある。本来、引用者は必ず元の論文を読んで引用すべきであるが、誰かがいくつかの報告をまとめて便利な一覧表を作ると、後に続く著者が安易にそういう一覧表を借用してしまうので、最初の表に引用間違いがあると、次々にその間違った数値が引用されていくことになる。

<例3>

若林(1993)による一覧表の中の数値には疑問な点がある。表中に引用された鐘(1964)の論文はもともと18ケースを扱っており、そのうち治療したのは12ケースで、残る6ケースは治療はせず、助言だけで終わっている。若林の一覧表を利用する人は皆、もともと18ケースではなくて、治療を行った12ケースだけを取り上げて結果の良し悪しの割合を計算し、引用し続けている。元の論文を読むと、助言だけの6ケースはすべて結果良好なので、これらも含めて計算し直すと、結果良好の者の割合はもっと高くなる。

4 障害や疾病の有病率や発生率

第4は、有病率や発生率に関する問題である。ある障害や病気の有病率や発生率を正確に把握しておくことは、臨床的に非常に重要である。特に子どもの場合、いろんな障害の発生率がわかっておれば、その地域の出生数から毎年何人くらいその障害をもつ子どもが出てくるかを予測できる。そうすると、それに対処できる診断・治療・療育・教育などの体制を検討することができる。このことは行政的あるいは予防医学的にきわめて重要である。こういう数字が、障害のある子どもを一般社会から排除していくための道具に使われる可能性についても押さえておく必要があるが、適切なケアを受ける権利を保障していくためには、やはり発生率をしっかりと把握しておくことが大切である。

<例4>

最近の京都市児童相談所の業務概要のデータをみると、1歳6か月健診、あるいは3歳児健診の後の児童相談所への精密検診依頼の結果、自閉症の判定を受けたケースの数はほとんど0となっている。

自閉症の有病率は、この10年くらいの間の調査と、それ以前の調査とでは随分異なる。かつて(1960, 1970年代)は典型的な自閉症は1万人に3人くらいと言われていた。しかし、この10年くらいの間に、世界各地で自閉症の疫学調査が行われ、数値が1桁上がってきた。最近では1万人に10人を少し越える(10人~20人までの間)報告がほとんどである。したがって、京都市の出生数を少なく見積もって1万人としても、毎年20人くらいは自閉症が出てくるはずであるが、1歳半健診時でも3歳児健診時でも、その後の精密検査で児童相談所が判定する自閉症の数は"0"である。これは要するに京都市児童相談所では自閉症を的確に判定(診断)できていないという

ことなのである。自閉症は発達障害であり、人種差なく世界中どこでもほぼ同じ率で発生する障害だと考えられているので、特定の地域だけ自閉症が極端に少ないという事態はおかしい。

自閉症の場合、1万人の出生数に対して20人くらい出てくるということであれば、その20人の子どもに必要な療育ができる体制を作らなければならない。しかし、自閉症が0だということになれば作る必要もないということであり、それは自閉症の子の権利の重大な侵害になる。

同じく多動性障害の有病率や発生率も重要である。しかし自閉症と違い、多動性障害はその存在すら十分には認められていない。特に学校で多動性障害の子どもが多動性障害として理解されていない。親のしつけが悪いとか、担任教師の力量が足りないとか、学級経営が下手だという形で処理されている。この場合、子どもには多動性障害に対する適切な治療やケアが必要なのであるが、それが受けられず、学校でも、家でも毎日叱られることばかり続く結果になっている。

多動性障害の有病率は、報告者によってずいぶん異なるが、実はかなり多いらしい。特にこれまでアメリカ合衆国からの報告では極端に多く、他方イギリスからの報告では極端に少なかった。一つには診断基準が違うことにもよるが、いま一つにはおそらくアメリカ合衆国の場合、学校から医療機関に紹介されるケースが圧倒的に多いことから、学校の許容力の低さを反映しているのではないかと想像される。

<例5>

多動性障害の有病率についての最近の報告によると、アメリカ合衆国では平均すると約5%、ドイツで男の子のは5%から10%である。イギリスでは、0.05%と言われていたが、最近の調査では7歳から8歳の1.7%という結果が出ている(Taylorら, 1991)。日本ではまだ正確な調査が行われていないが、市川市での調査では4歳から6歳の男の子の12.6%、7歳から9歳の男の子の14.5%が多動性障害を疑われている(上林ら, 1993)。西宮市で我々が行った調査では、小学校1年生の男女の1.6%に多動性障害が疑われた。その子どもを診察しなければ正確にはわからないが、仮にこの数値をとりあげると1%から2%くらいということになる。

多動性障害が子どもの1~2%に認められるということは、100人に1人~2人の割合であるから、どの小学校にも必ず何人かはいるという計算になる。ところが、多動性障害ではないかと学校から紹介されてくるケースはほとんどない。それは、一つには多動性障害という術語自体が知られていないので、多動性障害がどういう概念なのかということも当然知られていないことによる。多動性障害の子どもは、なかなか手がかかるとか、よく問題をおこすとか、他児とよくトラブルをおこすとか、手が早いとか、乱暴だとか、よくパニックをおこすといったことで、たまに児童相談所に紹介されるくらいで、この1%~2%という数字から考えると、極端に少ない。ということは、やはり

多動性障害の子どもはほとんどがやっかいな子だという見方をされて、親のしつけがなっていないとか、学校の担任の先生の努力が足りないということで片づけられているのであろう。多動性障害は、治療法や教育の仕方も含めて、一応対応策が確立している。その中には薬物療法も含まれる。児童精神医療の中で薬物療法が確立している障害はごくわずかしかなかく、その一つがこの多動性障害である。多動性障害に関する治療とか療育・教育のアプローチは、一応確立しているにもかかわらず、子どもはそれを享受することができない。的外れの解釈をされて、たいていの多動性障害の子どもは、毎日毎日叱責され自己評価を下げている。なかには多動性障害のために虐待を受ける子どもすらいる。これも、やはり子どもが必要とするケアを受ける権利を侵害されていることに他ならない。

5 批判的想像力で暗数に迫る

把握されている数よりも実態ははるかに多いという場合があり、その差は暗数部分と言われるが、その暗数部分が10倍とか20倍とか膨大な数におよぶ場合、そのことを理解しておくことは臨床上非常に重要である。

<例6>

一番代表的なものが虐待である。実際に明らかになる虐待は、児童相談所に限って言えば年間約2000件である(上出,1989)。最近では虐待に対する取り組みがさかんになってきたので2000件をかなり上回っているが、それでも1万件には達していない。児童相談所以外でも、保健所や病院で虐待が明らかになることもある。大阪の調査では児童相談所が関係しているのが全体の約4割なので、児童相談所の2000件から計算すると、全体では年間5000件はあるということになる(大阪府児童虐待調査研究会,1989)。

しかし、暗数を考えると実際にはその10倍、すなわち年間5万件はあるだろうと推定されている。膨大な数の虐待が起きていることが推測される。この5000件で計算すると、アメリカの300分の1くらいにしかならない。アメリカは多いが日本は少ないと昔から言われている。果してそうなのか。それとも単に明らかにならない部分が多過ぎるだけなのか。実態がよくわからない。ユニセフの報告書(1994)に、虐待で死亡した乳児の各国統計がのっている。この統計からは死亡に至らない虐待、および乳児以外の幼児や年長の子どもの虐待数などはわからないが、この乳児の虐待死の比率では、実は、日本とアメリカはほとんど変わらないのである。アメリカは出生児10万人あたり9.8人、日本は7.4人、イギリスは3.5人である。もし虐待全体も同じ傾向だとすると、アメリカでは虐待の発生率が1.6%とされているので、それくらいの数は日本でも発生しているのではないかと想像される。仮に1%としても100人に1人であるから相当な数にのぼる。虐待されている子どもが、一つの学校に何人かいてもおかしくない数である。実際はそれくらいはあるはずだと覚悟して仕事をするのと、相談にあがってくる件数が実態だと楽観的に考えて仕事するのとでは、仕事の仕方はずいぶ

ん違って来るはずである。

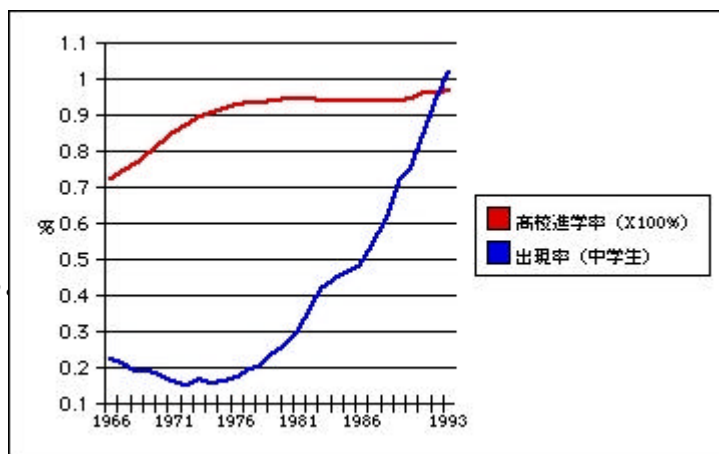
6 広い視野で数値を解釈する

どれくらい広い視野で数値を見ることができると、意味が大きく変わる数値がある。

<例7>

右の図「学校嫌いの出現率と高校進学率の推移」

例にあげたのは、学校嫌いの発生率の推移と高校進学率のそれを重ね合わせたグラフである。約30年間にわたる変化がグラフになっているが、ふつう30年間分のグラフはあまり使われない。たいてい過去10年分く

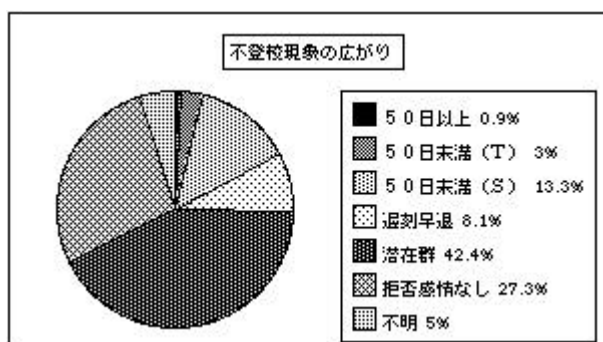


らりのグラフしか使われない。過去10年分くらいのグラフ、例えば1980年頃から後だけを見ると、学校嫌いは単純に増加しているだけであり、高校進学率はずっと横ばい状態で、両者は一見何の関係もないように見える。しかし、もっと視野を広げて長いスパンで見ると、学校嫌いは単純に増加しているのではなく、いったん減った後に増加している。高校進学率も90%までは急上昇していき、その後横ばい状態になっていることがわかる。そうすると両者の関係について、10年くらいしか見ていない場合とは別の解釈を導くことが出来る。

<例8>

右の図「不登校現象の広がり」(森田, 1991)

学校嫌い、あるいは不登校の子の数だけを見てみると、1%から2%くらいのものである。ところが、どこまで不登校を広げて考えるかによって、この数値は



ずいぶん変わってくる。大阪市大の森田(1991)の調査では、<不登校現象>としていろんな場合を取り上げている。この調査では、年間50日以上休んでいた生徒が0.9%、50日未満が3%であった。50日未満の欠席ではあるが、学校側は不登校とは考えず、しかし生徒自身は不登校だと考えていたのが13.3%もいた。だから、教師は病欠だと思っけていても生徒の側では、実はそれはいわば仮病であって不登校なのだ

認めているのである。これは、かなりの数である。さらに、休んではいないが遅刻や早退にとどまっているのが8.1%。登校するのがいやになるという登校回避感情を持ちながらも、しかし遅刻早退はせず、登校し続けているという潜在群が42.4%にものぼり、登校回避感情なしは27%にすぎなかった。森田は、不登校現象というのは潜在群や、遅刻早退群も含めて考えるべきだと結論している。要するに、実際に文部省が把握している数字は、1%から2%くらいであるが、実態はそれよりもはるかに深刻で、生徒の4分の3は不登校現象という形で括れるくらいすそ野の広い問題だということなのである。それゆえ1~2%の子どもを対象にした対策ではあまり実効性はなく、やはり潜在群まで含めて、すなわち学校に行くのがいやになる、しんどい、そういう感情をもちながら今のところはまだ登校している子どもをも視野に入れた対策を考えなければならないのである。

おわりに

以上論じたものの他にも、臨床実践上考えるべき数字の問題はある。紙幅の関係で触れられなかったが、特に統計学的検定に関わる数字については再考の余地が大いにある。いずれにしても、数字というものは、それがいかに導き出されたものなのか、そしてその導出過程の理論的背景はいかなるものかの理解を抜きにしては安易に解釈できないものである。安易な数字の使用がクライアントにとってかえって害にもなりうることを忘れてはならない。

謝辞

本稿は、大正大学カウンセリング研究所の村瀬嘉代子教授のお計らいにより同研究所で講義したものを文章化したものです。この機会をお与えくださった村瀬教授に厚く感謝いたします。

文献

- Eeg-Olofsson,O., Petersen,I. & Sellden,U., 1971, The development of the electroencephalogram in normal children from the age of 1 through 15 years. Paroxysmal activity. *Neuropædiatrie*, 2 : 375-404
- 稲村博, 1989, 「若者・アバシーの時代」, 日本放送出版協会.
- 上出弘之, 1989, 「子どもの人権侵害例の調査及び子どもの人権擁護のための児童相談所の役割についての意見調査の報告」, 「全児相」第47号, 47-74
- 上林靖子, 中田洋二郎, 北道子, 藤井和子, 他, 1993, 「一般児童における多動障害関連行動に関する研究」, 「児童青年精神医学と近接領域」, 34 : 21
- 森田洋司, 1991, 「「不登校」現象の社会学」, 学文社
- 大阪府児童虐待調査研究会, 1989, 「被虐待児のケアに関する調査報告書」
- 鑪幹八郎, 1964, 「学校恐怖症の研究(II) - 心理治療の結果の分析 - 」, 「児童精神医学とその近接領域」, 5 : 79-78.
- Taylor,E., Sandberg,S., Thorley,G. & Giles,S.,1991, The Epidemiology of

Childhood Hyperactivity. Institute of Psychiatry Maudsley Monograph. Oxford University Press.

ユニセフ，1994，「国々の前進」

若林慎一郎，1993，「登校拒否<改訂2版>」，「医歯薬出版」

若林慎一郎，本城秀次，金子寿子，他，1983，「登校拒否の長期予後についての研究」，「安田生命社会事業団研究助成論文集」，19号,177-189.

頼藤和寛，中川晶，中尾和久，1993，「心理用法 - その有効性を検証する - 」，朱鷺書房