

平成 26 年度
【長期研究 3】

子どものトラウマの標準的な評価方法についての研究

(要旨)

本研究は、A 県下の子ども家庭センターが実施したアセスメントで得られた 80 名中、PTSD の A 基準を満たしていた 75 名（男児：女児=36:44 年齢=12.40±2.63）を対象に内的整合性の検討を行ったほか、子どものうつ状態を測る尺度である DSRS-C と子どものトラウマ症状を測る尺度である TSCC-A を用いて、変数間の関連性の検討および収束的妥当性の検討を行った。

結果、UPID-5 全体の内的整合性は $\alpha=.85$ と十分な値を示していた。また、昨年度の UPID-IV が再検査信頼性を有しており、UPID-5 も同様の基準から作成されていることから、UPID-5 も同様に再検査信頼性も有していることが示唆された。また、妥当性に関しては DSRS-C と TSCC-A の下位尺度と高い相関が認められた。

本研究の限界としては、当初予定していた国立成育医療研究センターからのデータの二次利用ができず、震災関連のトラウマを体験した児童のデータの検討ができなかったことである。国立成育医療センターの昨年度の研究報告では、被災地において震災から約 2 年が経った時点でも、4 人に 1 人が問題行動を、また 3 人に 1 人が PTSD 症状を呈していることが明らかとなったと示されているが、今年度までは子どもの UPID-5 を使用しておらず、トラウマ体験後の子どもの PTSD 症状を評価する TSCC-A や子どものうつ病をスクリーニングする尺度である DSRS-C との関連は報告されていないため、次年度以降の課題とし、データを集積した上で UPID-5 の標準化を目指したいと考える。

研究体制：高田紗英子、山本沙弥香、亀岡智美、加藤 寛

I. 目的

本研究はトラウマ体験を負った児童青年を対象として、PTSDのスクリーニングツールであるDSM-5版UCLA外傷後ストレス障害インデックス(以下、UPID-5)、バールソン児童用抑うつ性尺度(以下、DSRS-C)および子ども用トラウマ症状チェックリスト(以下、TSCC-A)を用いて、UPID-5の信頼性および妥当性を検討することを目的とした。本報告は、前年度に続く2年目にあたる。

なお、当初の計画では国立成育医療研究センターの協力のもと、当該センターが今年度を実施した「東日本大震災が子どものメンタルヘルスに与える長期的影響に関する研究:追跡調査」に参加した児童の調査データを二次利用する予定であったが、調査行程に遅れが生じたため、被災地群として収集を予定していたデータの検討は次年度に行うこととなった。

II. 研究の流れ

筆者らは昨年度UPID-IVの信頼性を検証し、将来の有機的な使用に向けての土台作りを行った。昨年度、当センター附属診療所を受診した13名の児童青年およびA県下の児童養護施設と情緒障害児短期治療施設に入所中の児童青年に対して調査を実施した結果、35名中29名が何らかの外傷体験への遭遇があり、PTSDのA基準を満たしていたことが分かった(男児:女児=14:15 年齢=13.1±3.22)。また、UPID-IVの17項目に対し、内的整合性の信頼係数であるCronbachの α 係数を算出したところ、全体で $\alpha=0.91$ という結果が得られ、下位尺度では、再体験: $\alpha=0.90$ 、回避: $\alpha=0.83$ 、過覚醒: $\alpha=0.87$ といずれも高い内的整合性が示された。また2週間間隔をあけて18名を対象として再テスト法を実施した結果、再検査法による相関係数は $r=0.76$ ($p<0.01$)であり、結果の安定性が見出された。また、調査開始当初に懸念されていた対象児童への影響についても、UPID-IVはその使用にいかなる危険性もなく対象者数の少なさなどの限界はあったものの、我が国においても欧米同様に、PTSD症状のスクリーニングツールとして十分有用であることが明らかになった。

しかし、診断基準であるDSMが新たなバージョンになり、本国であるアメリカでもPTSDの診断基準に若干の変更があったため、UPID-IVにもそれに準拠しての改訂があったため、DSM-5バージョンのUPID(UPID-5)を翻訳し、A県下の子ども家庭センターの協力のもと、さらに対象者数を増やし、実証的な研究を行った。

III. 研究の概要

III-1. 対象と方法

- ・対象: A県下の子ども家庭センターに来所、もしくは一時保護された7~18歳の児童青年であり、分析対象数は75名であった。
- ・アセスメント項目: 通常のアセスメントの一貫として行われるため、WISC-IVなどの知能検査に加え、本研究の調査項目であるUPID-5、DSRS-C、TSCC-Aを使用した。

- ・アセスメント時の配慮：専門職である児童心理司のもと、子どもの状態を考慮し、任意性の確保、相談体制の充実など十分な配慮が行われた。

(倫理面への配慮)

本研究は、A 県下の子ども家庭センターが実施したアセスメントで得られた、匿名化されたデータを、許諾を得て用いている。厚生労働省が平成 14 年に策定した、疫学研究における倫理指針の第 4 節「個人情報の保護」における規定「他の機関等の資料の利用」に該当するため、同意を得る手続き、有害事象への対応などの倫理的配慮については、研究者に責任は生じない。

データの取り扱いには厳重に注意し、パスワードで保護された外付けハードディスクに保存し、ハードディスクはセンター長室内の施錠できる場所で保管する。データを扱う研究者は、申請者と共同研究者のみである。

Ⅲ-2. 使用した質問紙

① DSM-5 版 UCLA 外傷後ストレス障害インデックス (UPID-5)

UPID は Child PTSD Reaction Index (CPTS-RI) を改訂した形で Pynoos ら (1998) によって開発されたものであり⁽¹⁾、原著者の許可および監修を得て日本語版が当センターで作成された。

UPID-5 は、トラウマ体験に関するスクリーニングと DSM-5 における PTSD 症状のアセスメントのための自記式質問紙であり、6 歳以上の子どもに適用されるものである。

UPID-5 は 3 部構成になっており、まず、【臨床家が管理するトラウマ歴プロフィール】で、子どもからの報告に加え、両親および養育者や他の適切な第三者から情報を得て、子どもが体験したトラウマの詳細（内容や年齢）と体験の仕方（実際に被害を受けたか、目撃したか、伝聞によるものか）を確認する。

次いで、【トラウマ歴の自己報告】では、子どもに対してこれまで重篤なケガをしたり、危険な目にあったことはないかを尋ね、あると答えた場合にはその概要を聴取する。次いで、「自動車事故や転落事故など、ひどい事故にあったことがありますか？」や、「家の中でひどくたたかれたり、なぐられたり、けられたりしたことがありますか？」など、単回性・反復性双方の被害体験の有無について尋ね、最後に「今、一番つらいと思う出来事」を子どもに選択してもらい、その出来事を体験した年齢を聴取する。

最後のパートでは、過去 1 ヶ月の間に、DSM-5 に基づく PTSD 診断基準に該当する反応がどのくらいの頻度で起こっているかを尋ねる UPID では、PTSD 症状の重症度を出すほか、ひとつ以上の外傷体験があり、かつ DSM-5 の PTSD 診断基準に沿って症状が認められる場合には、医学的な診断ではないものの、子どもの状態を臨床判断することが可能である。

② バールソン児童用抑うつ性尺度 (DSRS-C)

DSRS-C は児童を対象にしたうつ病のスクリーニングテストである。本質問紙は 18 項目の質問項

目からなっており、小学生低学年にも適用可能である。「泣きたいような気がする」や「ひとりぼっちの気がする」といった最近 1 週間の気持ちについて、「いつもそうだ」「ときどきそうだ」「そんなことはない」の 3 段階で自己評価するもので、カットオフは 16 点となっている。

③子ども用トラウマ症状チェックリスト(TSCC-A)

TSCC は、Briere(1996)⁽²⁾によって作成された、8 歳から 16 歳の子どもの対象とした自記式質問紙であり、トラウマ体験の後に生じる反応や心理的症状の評価を目的としたものである。本研究で使用する TSCC-A は性的葛藤や性的刺激に対する否定的反応および性的搾取への恐れを評価する尺度を含まないバージョンである。TSCC-A は日本語版での標準化もなされており、T 値が 65 以上である場合にはその子どもの症状得点が「臨床域」であり、何らかの専門的かつ臨床的支援の必要性を示唆するものとしている。また、T 値が 60 から 65 の範囲を「準臨床域」としており、その尺度に関連した症状が子どもに何らかの困難性を与えている可能性があり、経過観察等の注意が必要であることを示している⁽⁴⁾。

III-3. 統計解析

80 名中、PTSD の A 基準を満たしていた 75 名（男児：女児＝36:44 年齢＝12.40±2.63）を対象に SPSS22.0 および R ver.3.1.0 を用いて Cronbach の α 係数の算出による内的整合性の検討を行ったほか、DSRS-C と TSCC-A を用いて、変数間の関連性の検討および収束的妥当性の検討を行った。

IV. 調査結果

IV-1. 調査対象となった子どもの属性

- ・子どものトラウマ体験の有無と年齢の分布

トラウマ体験のあると報告した子どもは 75 人（年齢＝12.60±2.57）であり、トラウマ体験がないと報告した子どもは 5 名（年齢＝10.00±2.55）だった。トラウマ体験の内訳は自然災害；3 名（年齢＝14.33±4.72）、事故；8 名（年齢＝11.00±2.14）、身体虐待；29 名（年齢＝12.48±2.43）、DV 目撃；11 名（年齢＝13.18±2.04）、犯罪被害；1 名（年齢＝8）、犯罪の目撃；1 名（年齢＝17）、死体の目撃；2 名（年齢＝8）、性的虐待；2 名（年齢＝12.50±2.12）、身近な人の深刻なケガや死別の伝聞、目撃；1 名（年齢＝13）、医療トラウマ；1 名（年齢＝12）、性交渉の強要；3 名（年齢＝14.667±1.15）、死別；10 名（年齢＝13.60±3.69）、その他；3 名（年齢＝12.00±2.00）であった。

IV-2. UPID-5 の信頼性の検討

UPID-5 の内的整合性を検討するため、UPID-5 の B 症状の合計得点、C 症状の合計得点、D 症状の合計得点、E 症状の合計得点を用いて Cronbach の α 係数を算出した（表 1）。

表1 UPID尺度の症状得点に関する α 係数

α 係数	標準化した α 係数	信頼区間95%		その項目が除外された場合の α 係数			
		下限値	上限値	B症状得点	C症状得点	D症状得点	E症状得点
.85	.87	.71	.99	.77	.89	.72	.80

全体では $\alpha=.85$ であり、尺度に十分な内的整合性が認められた。症状ごとの得点を除外した場合の α 係数を算出したところ、B症状は $\alpha=.77$ 、C症状は $\alpha=.89$ 、D症状は $\alpha=.72$ 、E症状では $\alpha=.80$ だった。C症状を除外した場合の α 係数が全体の係数が高くなっており、UPID-5におけるC症状の評価尺度の信頼性が疑われる。そのため、UPID-5の各下位尺度の相関係数を算出した(表2)。

表2 UPID-5の各症状の相関係数

	1.	2.	3.	4.
1. UPID B症状合計得点	—			
2. UPID C症状合計得点	.49 **	—		
3. UPID D症状合計得点	.85 **	.55 **	—	
4. UPID E症状合計得点	.62 **	.51 **	.75 **	—

* $p < .05$, ** $p < .01$

C症状得点とB症状およびD症状、E症状得点間で有意に高い相関係数が確認された(順に $r=.49$; $r=.55$; $r=.51$)。そのため、C症状の項目が一概にUPID-5の適さない項目とは考えられないと判断された。

IV-3. UPID-5とDSRS-CおよびTSCC-Aとの関連性について

UPID-5の妥当性を検討するため、UPID-5とDSRS-CおよびTSCC-Aの下位尺度を用いてPearsonの相関係数を算出した。その結果を表3に示す。

表3 UPID下位尺度得点とTSCC下位尺度得点の相関行列

	DSRS-C	TSCC-ANX	TSCC-DEP	TSCC-ANG	TSCC-PTS	TSCC-DIS	TSCC-DIS-O	TSCC-DIS-F
UPID B症状得点	.53 **	.67 **	.67 **	.56 **	.72 **	.66 **	.63 **	.41 **
UPID C症状得点	.18 ns.	.29 *	.22 ns.	.15 ns.	.33 *	.31 *	.30 *	.24 ns.
UPID D症状得点	.53 **	.64 **	.69 **	.57 **	.67 **	.67 **	.65 **	.45 **
UPID E症状得点	.56 **	.57 **	.58 **	.51 **	.53 **	.57 **	.55 **	.43 **

* $p < .05$, ** $p < .01$

B症状得点およびD症状得点、E症状得点とDSRS-Cとの間で有意な相関が認められた(順に $r=.53, p < .01$; $r=.53, p < .01$; $r=.56, p < .01$)。次にB症状得点およびD症状得点、E症状得点とTSCC-Aの下位尺度でも、全ての尺度間で有意な相関が認められ(B症状から順に $r=.56$ から $.72, p < .01$; $r=.57$ から $.69, p < .01$; $r=.51$ から $.58, p < .01$)、3つの下位尺度はトラウマ関連の症状を評価する適切な尺度といえる。C症状の評価尺度においてはDSRS-Cと有意な相関は認められなかった($r=.56, ns.$)。また、C症状得点の評価尺度と

TSCC-A の下位尺度において“不安”、“PTSD”、“解離”に有意な中程度の相関が確認された（順に $r = .29, p < .05$, $r = .33, p < .05$, $r = .31, p < .05$ ）。

V. 考察

本研究は、Pynoos ら（1998）が開発し、当センターで筆者らが翻訳した UCLA PTSD インデックス DSM-5 版の日本語版について、信頼性および妥当性の検討を行ったものである。

UPID-5 全体の内的整合性は $\alpha = .85$ と十分な値を示していた。また、昨年度の UPID-IV が再検査信頼性を有しており、UPID-5 も同様の基準から作成されていることから、UPID-5 も同様に再検査信頼性も有していることが示唆される。B 症状、D 症状、E 症状の評価尺度はその項目を除外することによって α 係数が低下し、3 つの症状評価尺度は UPID-5 の指標に整合していた。また、B 症状と D 症状、D 症状と E 症状の相関係数が高く、B 症状と D 症状の相関係数が他 2 つの相関係数より低かったことから、侵入症状によって認知、気分に影響を与え、覚醒および反応性に至る構造と考えられる。妥当性に関しては DSR5-C と TSCC-A の下位尺度と高い相関が認められており、B 症状、D 症状、症状の評価尺度は十分な妥当性を有している。特に、B 症状の評価尺度が TSCC-A の心的外傷後ストレス尺度の相関係数が比較的高かったことから、侵入症状を抽出している。D 症状、E 症状は TSCC-A の各下位尺度と安定して高い相関係数となっており、D 症状の評価尺度は PTSD 症状の認知や気分の陰性症状の側面を包括的に抽出し、E 症状の評価尺度も覚醒度、反応性の側面を包括的に抽出しているといえよう。

C 症状の評価尺度を除外した場合の α 係数が高くなっており、UPID-5 の評価尺度内で整合していない可能性があった。しかし、変化が .02 と小さな値であったこと、相関分析において、その他の症状の評価尺度とおおよそ高い相関が確認されたことから、UPID-5 から除外する必要性はないと判断した。TSCC-A の下位尺度との相関分析では全体的に低い相関係数であり、一見妥当性を疑わせるものであった。しかし、DSM-5 では“心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避”であり、意図的な回避する努力と変更されており、UPID-5 でも UPID-IV から全般的反応の麻痺に関する項目が除外され、より出来事に関連する刺激の意図的な回避行動に特化した項目である。これらを考慮すると、C 症状評価尺度が抑うつや怒りと関連しないことは、回避行動を抽出している妥当性を支持するものといえる。一方、TSCC-A の不安、PTSD、解離とおおよそ小から中程度の相関が有意に認められたこと、B 症状および D 症状、E 症状の評価尺度との相関が認められたことから、PTSD 症状における侵入症状やそれに伴う不安から避ける意図的な回避行動なのだろう。また、全体的に相関係数が低かった理由として、C 症状の評価尺度にフロア効果が起きたことが要因である（最大値 = 8、最小値 = 0、平均 = 2.18、標準偏差 = 2.35）と考えられる。これは、小・中学生では意図的な回避行動をおこなうだけの資源、環境、能力を有しておらず、意図して回避行動をとることができない場合も多いためと考えられる。したがって、C 症状の評価尺度を単体で PTSD 症状の評価することは難しいが、その他の尺度や環境、年齢、能力を考慮した評価が必要であり、今後の検討課題である。

本研究の限界としては、当初予定していた国立成育医療研究センターからのデータの二次利用ができず、震災関連のトラウマを体験した児童のデータの検討ができず、結果的に対象者数も予定を大きく下回ったことである。国立成育医療センターの昨年度の研究報告では、被災地において、震災から約2年経った時点でも、4人に1人が問題行動を、また3人に1人がPTSD症状を呈していることが明らかとなったと示されているが、今年度までは、子どものUPID-5を使用しておらず、トラウマ体験後の子どものPTSD症状を評価するTSCC-Aや子どものうつ病をスクリーニングする尺度であるDSRS-Cとの関連は報告されていないため、次年度以降の課題とし、データを集積した上でUPID-5の標準化を目指したいと考える。

本研究により、日本語で使用できる子どものトラウマ関連障害の評価尺度としては汎用性が高いと思われるUPID-5の標準化への土台作りが可能となった。UPID-5が標準化されると、災害現場や精神保健領域など、さまざまな場面で子どものトラウマ関連障害が適切に評価されるようになると考えられる。UPID-5は、PTSD患者に関わっている臨床家であれば、実施に際して比較的簡単なトレーニングで使用できるツールであり、米国ですでに用いられているように、精神科臨床における診断補助ツールや、臨床研究における評価ツールとしても使うことができ、PTSDの早期発見や治療効果判定など、その用途は多岐にわたり有用なツールとなることが期待できる。

謝辞

本調査の趣旨を理解いただき、協力してくださった皆さまに、深く感謝いたします。また、研究を進める上で、ご協力して頂きました皆さまに、ご助言頂きました皆さまにも、心からお礼申し上げます。

【引用・参考文献】

- 1) Steinberg, A., Brymer, M., Kim, S., Briggs, E.C., Ippen, C.G., Ostrowski, S.A., Guly K.J., Pynoos, R.S. : Psychometric Properties of the UCLA PTSD Reaction Index: Part 1. *Journal of Traumatic Stress*. 26, 1-9, 2013.
- 2) Briere, J. : Trauma Symptom Checklist for Children. Psychological Assessment Resources. Florida. 1996. (西澤 哲 訳: 子ども用トラウマ症状チェックリスト (TSCC) . 金剛出版. 2009) .
- 3) 西澤 哲・山本知加香: 日本版 TSCC (子ども用トラウマ症状チェックリスト) の手引き その基礎と臨床. 金剛出版. 2009.