外傷後ストレスに対する認識尺度の作成および信頼性・妥当性の検討

瀧井　美緒 [1)]・上田　純平 [2)]・伊藤　隆博 [3)]

1) 岩手県立大学　社会福祉学部　e-mail: mio_t@iwate-pu.ac.jp
2) 新潟医療福祉大学　健康科学部　健康スポーツ学科　e-mail: ueda@nuhw.ac.jp
3) 岩手県立大学　社会福祉学部　e-mail: taka_i@iwate-pu.ac.jp

本研究の目的は，外傷後ストレスに対する知識や対処方法に関する認識について確認する外傷後ストレスに対する認識尺度を作成し，信頼性と妥当性を検討することである．質問紙調査によって得られた有効回答 302 名（男性 115 名，女性 187 名，平均年齢 31.84±11.36 歳）の分析の結果，外傷後ストレスに対する認識尺度は 31 項目，3 因子構造が妥当であり，中程度以上の内的整合性が得られた．本尺度を活用し，今後は支援者支援や予防的心理教育の発展が期待される．

Key words：トラウマ，外傷後ストレス，受診・相談行動，予防的心理教育

１．はじめに

自然災害や事件・事故などのトラウマ体験による精神的な変調をトラウマ反応や外傷後ストレス反応と呼ぶ [1)]．特にそれらのトラウマによって生じる疾患として外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder：以下 PTSD）が挙げられる．PTSD はトラウマ体験をした者すべてが発症するわけではなく，日本におけるトラウマの生涯経験率は約 60%であるが，PTSD の生涯有病率は 1.3%，12 か月有病率は 0.7%であると報告されている [2)]．トラウマ体験後には，家族や友人，専門家や行政機関からサポートが得られると症状が緩和する可能性の報告 [3)]や，イギリスの National Institute for Health and Care Excellence によるガイドライン（NICE ガイドライン）による PTSD に対するケアの原則の 1 つに PTSD 患者の家族や支援者に対するサポートが挙げられているように [4)]，トラウマ体験者への支援においては，周囲の適切なサポートが重要になる．

しかし，PTSD 患者は病院や相談機関を利用する者は少なく，約半数が発症から平均 12 年経過しても未受診であり，自身の症状に気付いていても，病院や相談機関などを利用する者が少ないことが指摘されている [5)]．これにはいくつか理由が考えられる．まず，自分が体験したトラウマについて向き合わなければ受診や相談行動には移らないため，症状そのものを否定することで，受診や相談行動に至らない可能性が考えられる．また，何らかの症状を呈していたとしても，それらの症状がトラウマ体験後に起きている症状であると認識していなければ，適切な対処行動を取ることは難しい可能性も考えられる．そもそもトラウマ症状の多くは，表面に現れる現象のみではトラウマ体験による反応であることが，本人や周りにもわかりにくいことが多いことが指摘されている [6)]．そのため，本人がトラウマ体験との関連性を自覚していない場合や自覚していてもあえてトラウマ体験について語らない場合は，治療者やトラウマ体験者と関わり得る行政機関・学校教育機関などの支援者も，これらの症状がトラウマ反応であると気付けないことが多い．

このことから，トラウマ体験者が受診・相談行動に至るためには体験以前から体験後に起こり得る反応や，対処方法として受診や相談などが利用可能であるということを認識している必要があるのではないかと考えられる．さらに自然災害や事件・事故などのトラウマ体験者に対する支援を行う支援者においても，外傷後ストレスに対する知識や認識がなくては，適切な支援につながらないと考えられる．しかし，これらの外傷後ストレスに対する知識や認識について確認する研究や尺度はこれまで存在していない．

本研究の実施にあたり，調査対象者は行政機関・学校教育機関などの支援者および，対人援助職を目指す大学院生とした．これまでの先行研究では大学生を対象とする研究も多いが，大学生よりも大学院生らの年齢の方がトラウマ体験のリスクが高いことが示されており [7]，本邦においても調査対象者の平均年齢と比較し，トラウマ体験者の平均年齢が高いことが示されている [8]．よって，本研究の調査対象者はトラウマ体験に曝露する可能性の高まる年齢要因を考慮し，大学院生とした．

２．本研究の目的

前項を踏まえ，本研究の目的は，外傷後ストレスに対する知識や対処方法に関する認識について確認する外傷後ストレスに対する認識尺度を作成し，信頼性と妥当性を検討することである．

これらが明らかになることにより，今後は本尺度を活用した外傷後ストレスに対する知識や対処方法に関する予防的心理教育や支援職に対する知識や対応方法の教育が可能となると考えられる．

３．方法

(1)　尺度項目の選定

PTSD やトラウマの症状，対処に関連する先行研究や尺度，ガイドラインを参考に 61 項目を収集した．その 61 項目についてトラウマを専門とする大学教員 1 名，臨床心理学を専攻する博士課程・修士課程の大学院生 9 名によって二度の項目整理を行った．項目整理は，外傷後ストレスに関する知識や対処方法に重要と考えられる「外傷後ストレス症状（再体験，回避マヒ，過覚醒）」，「さまざまな症状に対する認識」，「周囲のサポート」の観点から検討を行った．二度の項目整理で臨床心理学的に適切であると全員が一致した 40 項目について，「外傷後ストレスに対する認識尺度（素案）」とした．なお，黙従傾向による回答のバイアスを防ぐため，逆転項目を含めた尺度構成を行った．

(2)　本調査

a)　調査対象者

大学院生，学校教員，市役所専門職の計 319 名を対象に質問紙調査を実施した．有効回答であった 302 名（男性 115 名，女性 187 名，平均年齢 31.84±11.36 歳）を分析の対象とした．なお，本研究は，瀧井・上田・冨永 [9]，瀧井・上田 [10]によって得られたデータセットを用いているが，独立した分析である．

b)　調査材料

①フェイスシート：年齢，性別の回答を求めた．

②外傷後ストレスに対する認識尺度（素案）：本研究で作成した尺度である．トラウマを体験した後に生じる症状について「トラウマを体験した人」にどの程度あてはまると思うかについて問う質問紙であり，40 項目 4 件法（1：まったくそうでない～4：とてもそう）で構成されている．

③不安感受性尺度（Anxiety Sensitivity Inventory : 以下，ASI）日本語版 [11]：不安感受性を測定する尺度である．16 項目 5 件法（0：全くそう思わない～4：非常にそう思う），1 因子構造で構成されている．本尺度は十分な信頼性・妥当性が確認されている [11]．本研究では，構成概念妥当性の検討のために用いることとした．ASI によって測定される不安感受性は，トラウマ体験の致死性の有無にかかわらず，身体症状や外傷後ストレス反応に影響を与える要因として指摘されていること [8]から，作成された尺度においても関連因子で正の相関関係があると想定した．

④改訂版出来事インパクト尺度（The Impact of Event Scale-Revised：以下，IES-R）[12]：災害や犯罪ならびに事件・事故の被害など，ほとんどの外傷的出来事について使用可能な心的外傷後ストレス症状のスクリーニング尺度である．PTSD の再体験症状，回避マヒ症状，過覚醒症状の 3 症状について問う質問紙で，22 項目 5 件法（0：全くなし～4：非常に）で構成されている．

なお，本尺度は何らかのトラウマ体験があると回答した者に対してのみ，回答を求め，構成概念妥当性の検討のために用いることとした. IES-R は心的外傷後ストレス症状のスクリーニング尺度であることから，

症状の長期化などに関連する因子と正の相関関係があると想定された．

c)　分析方法

統計解析は，IBM SPSS Statistics 26.0 を用いた．

本研究における信頼性はクロンバックの α 係数を算出した．妥当性については，ASI と IES-R 得点との Pearson の積率相関係数を算出した．

(3)　倫理的配慮

a)　すべての調査対象者に対し，調査目的，プライバシーの保護，研究協力は自由意志であること，途中辞退が可能であること，答えたくない質問には答えなくて良いこと，データは統計的に処理され，個人情報が特定される恐れはないこと，研究目的（学術論文や学会発表等）以外では使用しないことなどについて，書面と口頭で伝えた．

b)　調査において，実施中および実施後，調査対象者が不調を訴えた場合には個別に対応を行うことを伝えた．なお本調査において不調を訴えた者はいなかった．

c)　上記について理解し，研究に対する同意の得られた者について，調査に参加していただいた．

d)　すべての調査は無記名式で実施した．個別に封筒に入れ回収を行い，その場で回答を行うことに抵抗がある者はあとから提出いただいた．

e)　研究参加の有無を問わず，調査協力を依頼した方全員に，臨床心理士の資格を持ちトラウマを専門とする大学教授の指導の下，筆者が作成したトラウマ心理教育のリーフレット[13]を配布した．

４．結果

外傷後ストレスに対する認識尺度 40 項目について最尤法による探索的因子分析を行った．固有値減退状況，解釈可能性から 3 因子と判断し，最尤法・プロマックス回転による因子分析を行った．I-T 相関の確認および因子負荷量が 0.35 に満たない項目と二重負荷がみられる項目を削除し，2 度の因子分析を行った．その結果，31 項目が採用された．各因子の項目構成から第 1 因子を「トラウマ症状への認識」（21 項目），第 2 因子を「トラウマ対処への認識」（4 項目），第 3 因子を「トラウマのしろうと理論的認識」（6 項目）と命名した（表 1）．

各下位尺度の内的整合性を検討するため，クロンバックの α 係数を算出したところ，第 1 因子 α=.94，第 2 因子 α=.69，第 3 因子 α=.68 であり，ある程度高い内的整合性が認められた．

次に，構成概念妥当性の検討のため，ASI と IES-R 得点との Pearson の積率相関係数を算出した．その結果，第 1 因子「トラウマ症状への認識」は，ASI との間に有意な弱い正の相関（r＝.17，p<.01），第 3 因子「トラウマのしろうと理論的認識」は，ASI との間に有意な弱い正の相関（r＝.15，p<.01），IES-R 回避マヒとの間に有意な弱い正の相関（r＝.20，p<.05），IES-R 過覚醒との間に有意な弱い正の相関（r＝.21，p<.05），IES-R 合計との間に有意な弱い正の相関（r＝.21，p<.01）が認められた．第 2 因子「トラウマ対処への認識」については，有意な相関関係は認められなかった（表 2）．

５．考察

本研究により，外傷後ストレスに対する知識や対処方法に関する認識について確認する「外傷後ストレスに対する認識尺度」が作成された．信頼性，妥当性の検討の結果，中程度以上の内的整合性は確認されたが，妥当性については，おおむね想定通りの結果ではあるものの，十分な妥当性を有するとはいえない．しかし，作成された「外傷後ストレスに対する認識尺度」は，認識や知識を確認するという観点において臨床的には意義深いと考えられる．特に第 3 因子にみられるすべての人々に誤解が生じやすい，しろうと理論的項目が存在することが特徴的だといえる．第 3 因子は，トラウマを体験した後の対応や相談に関する誤解が生じやすいような認識に基づく項目によって構成されている因子である．この因子が不安感受性や外傷後ストレス

表１　「外傷後ストレスに対する認識尺度」の因子分析結果

	F1	F2	F3
第１因子（Factor1）：トラウマ症状への認識（α=.94）			
トラウマを体験した後には，集中できなくなったり，イライラしてしまうことがある。	**.94**	-.26	.07
トラウマを体験した後には，眠れなくなることがある。	**.93**	-.26	.02
トラウマを体験した後には，小さな物音に対してもびくっと驚いたりすることがある。	**.86**	-.12	.01
トラウマを体験した後には，誰かと一緒にいてもひとりぼっちのような気持ちになることがある。	**.76**	-.04	-.04
トラウマとなった出来事を夢に見ることがある。	**.74**	-.04	.07
トラウマを体験した後には，何が安全で，何が危険なのか区別がつかなくなる。	**.68**	-.04	.04
トラウマを体験した後には，楽しい気持ちや悲しい気持ちなどを感じなくなったり，今が現実かどうかわからなくなることがある。	**.66**	.07	-.12
体験した出来事について話すことや，その出来事に関連する場所や人，物を避けようとすることがある。	**.66**	.03	.07
トラウマを体験した後には，自分に対して否定的な考え方をしたり，自信がなくなったりすることがある。	**.64**	.14	.09
トラウマとなった出来事について，「あの時こうすれば良かった」などと自分を責めて考え込んでしまうことがある。	**.62**	.00	.04
トラウマを体験した後には，涙もろくなり，気分が落ち込むことがある。	**.61**	.18	.12
自分が体験したトラウマについて話をしているときに，突然涙が出たり，怒りがこみあげてくることがある。	**.61**	.18	.04
トラウマを体験した後には，頭痛や吐き気が起こることがある。	**.57**	.26	.05
子どもがトラウマを体験すると，より幼いころに戻ったような行動をすることがある。	**.54**	.01	-.02
人間関係や行動範囲が狭まり，物事に対する関心がなくなることがある。	**.53**	.20	-.11
トラウマを体験した後，忘れ物をしたり，ものが覚えられなかったりすることがある。	**.51**	.20	-.08
トラウマとなった出来事を思い出せなくなることがある。	**.50**	.06	-.19
自分が体験していなくても，トラウマを目撃したり，トラウマを体験した人の話を聞いたりした後に，さまざまな心と身体の反応が起きることがある。	**.50**	.20	.00
災害や事件，事故で自分だけが生き残ったとき，助けられなかったことに責任を感じ，自分が悪かったと思うことがある。	**.46**	.15	-.07
突然家族を亡くすという体験をした後，悲しいはずなのに涙がでなかったりすることがある。	**.46**	.22	-.24
トラウマに関する場所や物事を避けることは，直後には良い対処であっても，長期的には生活を阻害するため，少しずつチャレンジした方が良い。	**.42**	-.02	.04
第２因子（Factor2）：トラウマ対処への認識（α=.69）			
トラウマによる症状には薬などによる治療とカウンセリングなどの心理療法が有効である。	.00	**.65**	.11
トラウマは，PTSD（外傷後ストレス障害）だけでなく，うつや不安などの症状を引き起こすことがある。	.28	**.51**	.14
緊張や不安で眠れない場合には，医師から薬を処方してもらうことも必要である。	.19	**.49**	.01
トラウマは心の傷なので，身体に症状が出ることはほとんどない。	.09	**-.45**	.18
第３因子（Factor3）：トラウマのしろうと理論的認識（α=.68）			
親しい人がトラウマを体験したら，少しでも早く出来事をすべて聞き出すようにした方が良い。	.08	-.15	**.71**
トラウマを体験した後には，なるべく早く人に，体験した内容をすべて話した方が良い。	-.02	.04	**.67**
トラウマとなった出来事はなるべくなかったこととして，忘れるようにする方が良い。	-.10	-.03	**.51**
トラウマによるさまざまな心身の反応は自然に治ることがないため，どんなトラウマであってもカウンセラーに相談したり，病院を受診する必要がある。	-.13	.36	**.47**
事件や事故によるトラウマよりも自然災害によるトラウマを体験した人の方がPTSD（外傷後ストレス障害）になりやすい。	.13	.00	**.42**
トラウマを体験した後に心と身体に反応が起きるのは，もともとの性格や自分を取り巻く環境が原因である。	.07	-.01	**.37**

因子間相関	F1	F2	F3
F1	—	.64	-.19
F2		—	-.15

表２　外傷後ストレスに対する認識尺度と ASI，IES-R の相関分析結果

	ASI	IES-R（n=151）			
	（n=302）	再体験	回避マヒ	過覚醒	合計
F1：トラウマ症状への認識	.17 **	.07	.13	.10	.11
F2：トラウマ対処への認識	.02	.03	.11	.08	.08
F3：トラウマのしろうと理論的認識	.15 **	.16	.20 *	.21 *	.21 **

Note. **p<.01 *p<.05

症状と有意な相関関係を示していることから，このような認識のずれがトラウマ体験後の受診・相談行動に影響を与える可能性や支援における障壁になり得る可能性が示唆された．

６．まとめ

本研究において，外傷後ストレスに対する知識や対処方法に関する認識について確認する 3 因子 31 項目の「外傷後ストレスに対する認識尺度」が作成された．特にこれまで問題とされていたにも関わらず着目されてこなかった，トラウマ体験後の受診・相談行動や支援における課題につながる認識について検討することが可能となる本尺度は，介入のみならず予防においても，臨床的に有意義なものであると考えられる．先行研究 [8]において，トラウマ体験者本人が，本来であれば有効とされる受診や相談といった対処方法を実行していても，周囲から回復に有効なサポートを受けていなければ，症状や生活支障度は好転しない可能性が示唆されている．よって，本尺度において確認できる外傷後ストレスに対する知識や認識は，被災者支援などに関わる保健医療福祉分野の支援チームに加えて，自然災害や事件・事故などのトラウマ体験者と関わり得る学校教育関係者なども身に付けておくべきであると考えられる．今後は本尺度によって統計的な観点から認識のずれが検討できるだけではなく，本尺度を活用した外傷後ストレスに対する知識や対処方法に関する予防的心理教育の展開や支援職に対する知識や対応方法の教育の発展が期待される．

しかし，外傷後ストレスに対する認識について確認するという本尺度の性質上，妥当性の検証に課題があげられる．今後は実際に受診をした者としていない者との間での認識に差異があるか，などを検証することにより，さらに精緻化された尺度となると考えられる．また今後は本尺度を活用し，さまざまな専門性をもつ支援職を対象とした調査や予防的介入を行うことで，支援者の専門性ごとの認識の傾向が明確化されていくと考えられる．

付記

本研究は，瀧井・上田・冨永 [9]，瀧井・上田 [10]によって得られたデータセットを用いているが，独立した分析である．また，構成する分析の一部については，瀧井・上田 [14]にて報告を行った．本研究に際し，開示すべき COI 関係にあたる企業等はない．

引用・参考文献

1) 金吉晴（2001）：心的トラウマの理解とケア，350，じほう．

2) Kawakami, N., Tsuchiya, M., Umeda, M., Koenen, K. C., Kessler, R. C., & The World Mental Health Survey Japan. (2014) : Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. Journal of Psychiatric Research, 53, 157-165.

3) 坂野雄二・嶋田洋徳・辻内琢也・伊藤克人・赤林 朗・吉内一浩・野村 忍・久保木富房・末松弘行（1996）：阪神・淡路大震災における心身医学的諸問題(I)：PTSD の諸症状と心理的ストレス反応を中心として　心身医学，36（8），649-656.

4) National Institute for Health and Care Excellence (2018)：Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). https://www.nice.org.uk/guidance/ng116 (August 1, 2021.)

5) Wang P. S., Berglund P. A., Mark O., Pincus H. A., Wells K. B., Kessler R. C. (2005)：Failure and Delay in Initial Treatment Contact After First Onset of Mental Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, Archives of General Psychiatry, 62, 603-613.

6) 藤森和美・青木紀久代（2016）：これからの対人援助を考える くらしの中の心理臨床 トラウマ，福村出版.

7) Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995) ：Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Archives of General Psychiatry, 52(12), 1048-1060.

8) 瀧井美緒・上田純平・冨永良喜（2013）：トラウマ体験の違いによる外傷後ストレス反応，身体症状，抑うつ症状，不安感受性の差異に関する検討，不安障害研究，4（1），10-19.

9) 瀧井美緒・上田純平・冨永良喜（2016）：トラウマ症状に対する対処方法に関する研究，兵庫教育大学教育実践学論集，第 17 号，pp.75-84.

10) 瀧井美緒・上田純平（2019）：トラウマに関するメンタルヘルスリテラシー向上を目的とした支援者への心理教育の実践，日本ストレスマネジメント学会第 18 回大会.

11) 村中泰子・坂野雄二（2001）：不安感受性尺度(ASI)日本語版作成の試み，早稲田大学大学院人間科学研究科修士論文.

12) Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., & Nishizono-Maher, A. (2002)：Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. Journal of Nervous & Mental Disease, 190, 175-182.

13) 瀧井美緒（2014）：資料 35　トラウマティックストレスとは．冨永良喜（編）ストレスマネジメント理論による心とからだの健康観察と教育相談ツール集，あいり出版，116-120.

14) 瀧井美緒・上田純平（2020）：外傷後ストレスに対する認識尺度の因子的妥当性の検討，新潟医療福祉学会第 20 回学術集会.