THI による評価の妥当性 —自己評価と他者評価—

本多 正喜* 城田 陽子* 金子 鈴*
依田しなえ* 恩田 光代* 高橋 滋*
後閑 容子** 佐藤 泰一*** 鈴木 庄亮***

Validity of Health and Character Assessment by a Self-Administered Questionnaire, Todai Health Index (THI), Related to Self-Assessment and Assessment by Teachers

Masaki HONDA*, Yoko SHIROTA*, Suzu KANEKO*, Shinae YODA*,
Mitsuyo ONDA*, Shigeru TAKAHASHI*, Yoko GOKAN**,
Taiichi SATO*** and Shosuke SUZUKI***

Self-administered health questionnaire, the Todai Health Index (THI), was filled out by 41 girl students of a public nurse school; age ranged from 21 to 27 with an average of 22.4.

The result of THI of a girl student including 12 scale scores and 2 discriminant function values was shown to the girl with explanation. She was asked to write her comments as to whether the results of her THI were true, false or intermediate for her. Scores for "Respiratory Organ", "Nervousness" and "Digestive Organ", were nearest grades of self-perception, but "Aggressiveness" and "Lie Scale or Social Desirability Scale" differed most from grades for self-perception.

The results of THI were matched with character assessment by three teachers. The correlation coefficient was highest (significant) for "Aggressiveness" by THI and "Extrovert" by the teachers. The "Lie Scale or Social Desirability", "Mental Instability", "Depression" and "Nervousness" of THI had lower coefficient of correlation, which was thought due to the least sensitive character of these scales not for THI but for the teachers or the other persons.

* 群馬県精神保健センター

** 群馬県立福祉大学校

*** 群馬大学医学部公衆衛生学教室

* *Gunma Prefectural Mental Health Center*

** *Department of Public Health Nurse, Gunma Prefectural College of Medical Care and Technology*

*** *Department of Public Health, Gunma University School of Medicine*

I 結 言

心理検査の歴史は、1905年、フランスの Binet, A. が世界で最初の知能検査を発表したことに始まった。心理検査は、主に個人の選抜・選別や異常心理の解明に用いられていた時代もあったが、1980年代に入ると人間性の成長と健康を重視する立場からの心理アセスメントという考え方が強調され始め、心理検査の活用の仕方も新しい時代に入ったと考えられる。さて、我々は、日常様々なストレスを受けながら生活しており、その結果として身体的および精神的症状を訴えることもある。このため、各種の医療機関や相談機関、さらには一般企業の中にも、質問紙法という客観的方法によって個人の自覚的な身体的および精神的症状を捉え、その健康状態を把握して精神保健に役立てようという試みを行なっているところもある。

このように、個人の主観的健康状態の把握を目的とした質問紙法としてはコーネル医学指数 (Cornell Medical Index, CMI) が代表的である。CMI が米国で紙上发表されたのは1949年のことであるが、我国には1953年に邦訳・紹介されている。その後、深町によりいくつかの質問項目が追加され、その神経症判別方式と共に、現在では様々な臨床分野や研究領域で用いられている。

この CMI の他に、個人の健康状態の把握を目的とした質問紙法としては、1974年、鈴木・青木・柳井によって作成された自記式健康調査票 THI (The Todai Health Index) を挙げることができる。THI は、個人の心身の訴えや症状の把握のみならず、その性格の特定の側面についても捉えることができるように尺度に工夫がされている。さらに、CMI にはない「虚構性」尺度 (lie scale) および「攻撃性」尺度を備えていることから、回答の信頼性と「社会的望ましさ」の測定がある程度可能であり、また「はい」応答 (yes response) の多い傾向のみならず、その逆の傾向をも直接捉えられるようになっている。今回、著者らは THI を用い、その尺度得点・判別値の大小と、それら

の尺度名・判別値名によって表される性格特性についての被験者自身の自己評価がどの程度合致するか、そして同様に、「性格傾向評価票」を用いた他者による評価がどの程度合致するかについて検討したので報告する。

II 対象と方法

THI による調査は、県内にある某各種学校保健婦学科に在籍中の学生41名を対象として、平成3年6月に実施された。この集団の年齢別サンプル数の内訳は、21, 22, 23, 24, 26および27歳の者が、それぞれ22, 12, 1, 4, 1および1名であり、21~22歳の者が34名で全体の83%を占めている。その平均年齢は22歳4ヵ月、標準偏差は1.35歳である。

これらの学生は、高卒後看護学校を卒業し、すべて看護婦の資格を持っている。看護婦としての臨床経験については、経験のない者が33名で約80%を占めており、既に経験のある者が8名いる。その経験年数の内訳は、1年未満の者が1名、1年以上2年未満の者が2名、3年以上4年未満の者が5名である。

出身県は、群馬県出身者が34名 (83%) を占めており、埼玉県・長野県各2名、東京都・千葉県・北海道各1名である。また、現住所は、学校の所在地である M 市に在住する者が24名 (59%) を占めており、これにその近隣の市町村在住者を加えると33名 (80%) である。

なお、THI および「性格傾向調査票」を実施した当時、各学生は、毎日午前9:30から午後3:40までの間に50分6コマの講義を受けていたが、毎週特定の曜日の午後に限って、6~7名のグループに分かれて、乳幼児や成人の健康相談を中心とした、現地に出向いての地区実習も行っていた。これらの時期は、年間を通しての講義・実習の多忙さ・過密さという点では、他の時期に比べて相対的に楽な時期であった。

THI の実施は学生の講義時間を利用し、演習を兼ねて教室内で行なった。まず、各自の精神保健に役立てる目的で行なわれること、その回答結果

は各自にフィードバックされることを説明し、同意を得たうえで調査票を配布した。そして、表紙に記されている文章に沿って実施方法を説明し、出席番号、氏名、性別、生年月日、年齢等を記入してもらったのち、その場で各自に調査票を記入してもらい、記入後は直ちに調査票を全員回収した（回収率100%）。

回収された41名の調査票について、第一にその各尺度得点と判別値の平均値と標準偏差を求め、これらを標準女性集団とされる都心の一大企業の事務系の職場に勤務する20歳代の女性群のそれらと比較し、集団の特性について検討した。

第二に、それ自体がすでに自己評価である THI の結果と、さらにこの結果に対する自己評価との整合性について検討した。この調査を実施した2週間後に、THI の各尺度の意味についての説明文と、本人の各尺度得点および判別値とそれを図にしたプロフィール（見方についての説明つき）を各自に配布し、結果をフィードバックした。同時に、集計された結果について、どの程度自分で納得できるかを、自由記述方式で自己評価してもらったが、その際の教示は「調査票の結果について、どのくらい自分に合っているか合っていないかを考えて、その感想を記入し提出してください。ただし、マル秘です。」とした。こうして得られた文章で表現された個々の感想を、共同研究者である2名の評定者（いずれも臨床歴7年以上の臨床心理士）で相談しながら、「合っている」・「当たっている」・「納得した」などの肯定的表現をしているもの（表2の○印）、特に記述のないものや「よく分からない」・「～かもしれない」などの中間的表現を用いているもの（△印）、「合っていない」・「意外だった」・「違うと思う」などの否定的表現を用いているもの（×印）の3つに分類し、各尺度・判別値ごとに、それぞれの百分率を求めた。

第三に他者による評価とつき合わせた。著者らは、個々の学生の性格の特定の側面について、第三者が簡単にしかもできるだけ客観的に評価を行なうことができるようにと、5段階の評価が可能な「性格傾向評価票」を独自に考案した（文末の

付属資料参照）。これを用いて、平成3年4月に学生が入学してきて以来、日頃から講義や地域実習で、通常の大学の教官よりもはるかに濃密に学生に接している3名の専任教員に、10月下旬に、互いに相談することなく各学生の性格を5段階で評定してもらった。ただ、集計された THI の結果を自己評価してもらった当日、欠席した学生が3名いたため、教官による学生の性格・行動についての評価は、残りの38名について行なった。

III 成 績

1. THI の各尺度得点および判別値の平均値と標準偏差

本学生群41名の THI の各尺度得点と判別値の平均値±標準偏差、および青木（1980）の報告による、いわゆる正常群と考えられる都心の一大企業の事務系の職場に勤務する20歳代の女性群のその各尺度得点と判別値の平均値±標準偏差、さらにこれらの代表値間の有意差は表1のようである。これによると、本学生群は、青木（1980）が報告している20歳代の女性群に比べて「口とこう門」に関する訴えが少なく（ $p<.05$ ）、より「神経質」・「心身症」的ではないが（それぞれ、 $p<.001$ 、 $p<.05$ ）、「攻撃性」の高い集団であり（ $p<.05$ ）、かつ「虚構性」が低い（ $p<.01$ ）。

2. 各尺度得点および判別値（パーセンタイル値）に対する自己評価との整合性

THI の文章で表された学生個々の感想について、THI の各尺度得点および判別値における○印・△印・×印（方法および表2を参照のこと）の百分率を表2に示した。これによると、「呼吸器」「消化器」「神経質」の各尺度の○印の百分率は、それぞれ65.8%、63.2%、60.5%と○印が最も多い。これに対して、「攻撃性」「虚構性」の各尺度は、×印がそれぞれ34.2%、21.1%と多く、かつ○印が少ない。さらに、「心身症傾向」「神経症傾向」の各判別値では、それぞれ、60.5%、52.6%と△印が最も多く、×印が極端に少ない。これらの尺度のうち、「攻撃性」は△印が極端に少なく、両端の○印と×印が多いという、他の尺度にはみられな

表1 2つの集団のTHIの各尺度得点および判別値の平均値と標準偏差

尺度名	某各種学校保健婦学科 (N=41) 平均値±標準偏差	20歳代の女性群(青木) (N=2,190) 平均値±標準偏差	平均値の差の 有意性 (t_0)
多愁訴	29.71±6.62	31.25±6.21	1.571
呼吸器	13.63±3.00	13.96±3.01	0.695
目と皮膚	15.91±3.58	16.40±3.51	0.885
口とこう門	12.31±2.21	13.25±2.50	2.389*
消化器	12.80±3.18	13.65±3.30	1.634
直情径行性	16.94±3.47	17.85±3.71	1.557
虚構性	16.49±2.61	17.70±2.78	2.763**
情緒不安定性	25.20±4.66	25.53±4.95	0.423
抑うつ性	15.03±3.59	16.04±3.76	1.705
攻撃性	14.54±2.23	13.77±1.96	-2.484*
神経質	15.71±3.47	17.76±3.38	3.844***
生活不規則性	20.31±3.38	19.86±3.30	-0.864
心身症傾向値	-1.28±1.77	-0.70±1.48	2.475*
神経症傾向値	-1.67±1.79	-1.23±1.62	1.719

(* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$)

表2 THIの各尺度得点・判別値についての自己評価に対する他者による評定

	○印	△印	×印	計
多愁訴	16名 42.1%	17名 44.7%	5名 13.2%	38名
呼吸器	25名 65.8%	12名 31.6%	1名 2.6%	38名
目と皮膚	22名 57.9%	14名 36.8%	2名 5.3%	38名
口とこう門	21名 55.3%	16名 42.1%	1名 2.6%	38名
消化器	23名 60.5%	14名 36.8%	1名 2.6%	38名
直情径行性	17名 44.7%	19名 50.0%	2名 5.3%	38名
虚構性	14名 36.8%	16名 42.1%	8名 21.1%	38名
情緒不安定性	21名 55.3%	14名 36.8%	3名 7.9%	38名
抑うつ性	20名 52.6%	16名 42.1%	2名 5.3%	38名
攻撃性	17名 44.7%	8名 21.1%	13名 34.2%	38名
神経質	24名 63.2%	10名 26.3%	4名 10.5%	38名
生活不規則性	22名 57.9%	11名 28.9%	5名 13.2%	38名
心身症傾向値	15名 39.5%	23名 60.5%	0名 0.0%	38名
神経症傾向値	17名 44.7%	20名 52.6%	1名 2.6%	38名

(○印は「合っている」・「当たっている」・「納得した」などの表現を用いている自己評価を、△印は特に記述のないものや、「よく分からない」・「～かもしれない」などの表現を用いている自己評価を、×印は「合っていない」・「意外だった」・「違うと思う」などの表現を用いている自己評価を意味する)

い特徴的分布を示した。

3. 「性格傾向評価票」を用いた3名の教官(他者)による評価とTHIの6尺度との相関

表3 3名の教官による性格傾向評定の平均値とそれに対応するTHIの6尺度の得点のSpearmanの順位相関係数—41名の同一学生集団について

A: THIの 尺度名	B: 3名の教官による 性格傾向評価票の尺度名	AとBの相関
直情径行性	短 気	0.236
虚構性	本音と建前性	-0.300
情緒不安定性	情緒不安定性	0.182
抑うつ性	抑うつ性	0.198
攻撃性	積極性	0.515*
神経質	神経質	0.127

(* $p < .05$)

3名の教官による「性格傾向評価票」を用いた6尺度についての5段階評定平均値と、それに対応するTHIの6尺度の得点との相関を求めた(表3と文末の付属資料参照)。表3によると、THIの「攻撃性」尺度得点と3名の教官による「積極性」の評定の平均値との間にのみ、有意の正の相関が見られた。THIによる「虚構性」尺度得点と「性格傾向評価票」による他者の「本音と建前性」尺度との間の相関は、-0.300であった。また、THIと他者評価の「情緒不安定性」「抑うつ性」お

よび「神経質」尺度は、共に低い正の相関を示した。

IV 考 察

1. THIの各尺度得点および判別値の平均値と標準偏差

浅野ら(1984)は、同一の女子看護学生に対し、同一年内の5月、7月、9月の3回に亘ってTHIを実施した結果、THIの各尺度得点は個人的にはかなり変動するものの、集団的には個人変動が相殺され、平均値、分散および相関係数に大きな変動はなかったと報告している。この結果によれば、本報の実施時期である6月も、集団的には季節の変動の影響はないものと考えることができる。

さて、青木(1980)が報告している20歳代の女性群と比較した場合の、本学生群の「攻撃性」尺度得点が高いことは、その集団の年齢構成と関係しているかもしれない。すなわち、青木(1980)が報告している20歳代の女性群も、20～24歳の者が約80%、25～29歳の者が約20%と、20歳代前半の者が多数を占めている。しかし、本学生群では25歳以上の者は2名と極めて少なく、全体の5%程度にすぎない。さらに、21歳と22歳の者だけで34名、83%を占めるという、20歳代の中でも相対的に年齢の低い者が多いという年齢構成上の特徴を備えている。

ここで、「攻撃性」尺度に関して、佐藤ら(1987)の報告と本報告とを比較・検討してみる。佐藤らは、大阪、福岡、羽田空港周辺地域に居住する女性にTHIを郵送して回収した結果を報告している。このうち、特に20～24歳の女性90名のTHIの結果と本学生群のそれとを比較してみた。本学生群の20～24歳までの者は39名で全体の95%を占めており、年齢構成の上では両群間には差はないと言える。そして、この両群間には、「攻撃性」尺度における有意差は認められなかった($p < .10$)。これは両群の年齢を揃えたことによるものと考えられ、青木(1980)が報告している20歳代の女性群と比較した場合の、本学生群の「攻撃性」の高さは、集団の年齢構成の特徴によるものと考えられ、

精神保健上、殊更に問題とすべき性質のものではないと言えるであろう。

また、青木(1980)が報告している20歳代の女性群と比較した場合の、本学生群の「虚構性」の低さは($p < .01$)、佐藤ら(1987)の報告している20～24歳の女性90名と比較しても、やはり低いと言える($p < .05$)。このことは、検査を受ける際、結果がフィードバックされることを説明されているので、現在の自分の心身の状態について正確に把握しておきたいという動機がより強く働き、その結果、「虚構性」得点が低くなったと考えられるであろう。また、逆に、都心の大企業に勤務する女性のサラリーマンを中心に考えれば、これらの者たちが、就職によって、より規範的な態度を身につけさせられた結果によるものであるという捉え方が可能かもしれない。

以上の結果から、THIのうえでは、本学生群は、正常群と考えられる同年齢の女性群に比し、心身に関する訴えが少ない集団であると言える。これは、職業労働のきつさがないためと考えられ、その点ではより健康的な集団と言えるかもしれない。

2. THIの各尺度得点および判別値(パーセンタイル値)に対する自己評価

評価は、一般に主観的評価(自己評価)と客観的評価(心理検査による評価や他者による直接の評価)に二分することができる。自分で自分の健康を管理するということは、心身の状態を自分の責任下に置くという重要な意義を内包しているが、健康管理の際の自己観察は必ずしも常に正しいとは限らない。従って、内省のみに頼ることなく、客観的な補助的手段を利用しながら自己観察の精度を上げていくことが必要となってくる。そのような客観的補助的手段として、THIの利用が考えられる。

まず、○印の多かった「呼吸器」「神経質」「消化器」の3つの尺度(それぞれ、65.8%、63.2%、60.5%)については、その結果を各個人がより受け入れやすいと言える。ちなみに、「呼吸器」「消化器」「目と皮膚」「口とこう門」の各身体器官は、

我々自身と外環境との物理的な接点という意義をも内包しているために、その状態を自分で自覚しやすいのかもしれない。同じく身体の多彩な症状を頻回に訴える傾向を捉える「多愁訴」尺度の結果は感覚・自覚されにくいようで、○印が身体的尺度の中では最も少ない。

これに対して、×印の多い「攻撃性」「虚構性」の各尺度（それぞれ、34.2%、21.1%）は、その結果が自分の状態を反映しているとは感じられにくいようである。このことは、他の尺度に比して、より否定的な意味合いの強い尺度の名称にその一因があるためと考えられる。まず、「攻撃性」尺度については、他者に脅威を与えやすい「攻撃性」の強い性格が、一般に社会的にみて好ましいパーソナリティー特性とは考えられていないため、この“社会的望ましき”という社会心理的な影響を受けて、その結果が当該個人によって否認されやすいのだと考えられる。もう1つの「虚構性」尺度についても、本研究のような自己評定という条件下では、その尺度の名称が持つ否定的なニュアンスが影響し、各学生をして防衛的な評定を行なわせたのではないかと考えられる。ただ、「虚構性」は必ずしも社会的にみて好ましくないパーソナリティー特性とは言えないという点が「攻撃性」とは異なる。すなわち、青木（1980）が報告している女性のサラリーマンの「虚構性」得点が、本学生群と比べて推計学的に有意に高いということは前述したとおりであるが、規範的な態度、すなわち社会人としてのペルソナを身につけているということは、その社会で容認される適応的な行動をとるために必要なことでもありと考えられるからである。

一方、△印の多かった「心身症傾向」「神経症傾向」の各判別値（それぞれ、60.5%、52.6%）は、その結果が自分の状態を反映しているのかどうか判断しにくいと感じられやすいようである。このことは、これらの判別値が他の尺度とは異なって判別値で表示されていること、用語の意味がより抽象的で分かりにくいという事情によるのかもしれない。抽象的という点では、先の「多愁訴」は、

「呼吸器」「消化器」などと比べると、より抽象的で判断しにくい面を持っていると言えよう。

青木ら（1986）は、やはり THI の結果とこれに対する 5 段階の自己評価とをつき合わせた研究を行なっている。それによると、先ず「多愁訴」「呼吸器」「目と皮膚」「口と舌門」「消化器」「直腸径行性」「情緒不安定性」「抑うつ性」「神経質」「生活不規則性」の各尺度と自己評価は、順位相関係数で 0.536～0.714 という高い相関が認められた。また、「攻撃性」尺度と「神経症傾向」判別値は、それぞれ 0.130、0.192 というように相関が低く、「虚構性」尺度で -0.422 というように逆相関が認められたと報告している。これらの結果の相違は、1 つには自己評価の際の方法の違いが影響していると考えられる。即ち、青木ら（1986）が、身体的訴えについては「1 少ない、2 やや少ない、3 普通、4 やや多い、5 多い」という 5 段階で判定させ、性格的傾向についても「1 弱い、2 やや弱い、3 普通、4 やや強い、5 強い」という 5 段階で判定させているのに対して、我々は自由記述方式を採用している。自由記述方式をとった場合、言語表現が各自に任される結果、青木ら（1986）の方法のような「少ない」と「多い」とが、また「弱い」と「強い」とが、例えば「合っていない」「意外だった」というような表現で一括されてしまったり、「やや」という表現で表される微妙な違いが引き出されにくくなると考えられる。当然、青木ら（1986）が「虚構性」尺度について述べている逆相関という関係性を浮かび上がらせることは困難になってこよう。

3. 「性格傾向評価票」を用いた 3 名の教官による評価とそれに対応する THI の 6 尺度との相関

「性格傾向評価票」を考案する際、以下の 2 つの点が問題となった。第一に各評定者の評定がばらつくことが予想されるがこれをどのように扱うか、第二に「性格傾向評価票」の尺度名に THI と同じ尺度名を使うのが妥当かどうかである。

第一の問題点については、たとえば「情緒不安定性」について評定を行なってもらう場合、評定者によっては、その評定が「かなり安定」に偏っ

たり、「普通・中位」に偏ったり、あるいは「かなり不安定」に偏向したりと、各評定者の評定のばらつきが大きくなる可能性があると考えた。予想されるこのような偏りを防止するために、「性格傾向評価票」に基づく評価を行なってもらった際、3名の評定者には各項目それぞれが正規分布を示すような評定を依頼した。このような評定方法を採用すると、仮に「かなり不安定」に偏向した評定を行なう傾向のある評定者がいたとしても、その評定者の評定の癖を減少させることができる。

第二の問題点については、THIの尺度名は各質問項目に対する回答を集計してまとめる際に用いられるものであり、その結果をどのように考えたり利用したりするのかという段階になってはじめて意味を持ってくる場合が多い。しかしながら、「性格傾向評価票」は、その学生に関して、その尺度名が意味する性格や行動特性を第三者に直接に評定してもらおうとする性質を持ったものである。したがって、評定を依頼された第三者が評定しづらいと感じるような尺度名を用いるよりも、評定しやすいと感じられるような尺度名を用いようと考えた。このことは、すなわち心理検査における妥当性の問題でもある。

さて、3名の教官による評価とそれに対応するTHIの6尺度との相関を示したのが表3である。この表が示すとおり、3名の教官による「積極性」の評定の平均値とTHIの「攻撃性」尺度得点との間にのみ、有意の正の相関が認められた($r_s = 0.515$, $p < .05$)。また、有意の相関とは言えないまでも、3名の教官による「短気」の評定の平均値とTHIの「直情径行性」尺度得点との間には、弱いながらも正の相関が認められた($r_s = 0.236$)。これに対して、3名の教官による「本音と建前性」の評定の平均値とTHIの「虚構性」尺度得点との間には、弱いながらも逆相関が認められた($r_s = -0.300$)。すなわち、「性格傾向評価票」によって他者から「積極的」とであると評定された者は、THIでは「攻撃的」とと言える。同様の意味合いにおいて、他者の目に「短気」な人と映る者はTHIでは「直情径行」的な傾向を持っており、他者に

「建前性」の弱い人あるいは「本音」の強い人であると感じられやすい者は、THIで「虚構性」尺度得点が高い傾向があると言えるだろう。このことは、「積極性」あるいは「攻撃性」、「短気」あるいは「直情径行性」が、積極的に外界に向かって表現される性格特性であるために、他者にも認知されやすいのではないかと考えられる。これに対して、「本音と建前性」あるいは「虚構性」、そして「情緒不安定性」「抑うつ性」および「神経質」は、どちらかと言えば内向する方向性を持っている性格特性であるため、他者には認知されにくいのではないかと考えられる。

ここで、Timothy, F. Leary (1957)は、個人に関する心理アセスメントのデータを、第一水準から第三水準までの3つの水準に分けて考えることを提唱している。すなわち、第一水準とは、公共的に認められている個人の側面であり、個人の社会的な地位や身分に関することや他者からの評価である。第二水準とは、意識的な自己観・自己概念であり、個人が自分について意識している姿、あるいは面接や質問用紙法によって捉えられる側面である。この水準には、その個人が他者に対して意識的に隠蔽しようとしている面も含まれる。さらに、第三水準とは、私的な象徴で表現している個人の側面のことをさし、投射法性格検査などによってしか把握できない前意識的・無意識的な面である。

この考え方によれば、THIによって捉えられる個人の特徴や傾向は第二水準に属するものであり、ある個人に関する他者の評価とTHIによる自己評価との間に差異が存在することは、むしろ当然のことであるとも言えよう。また、今回、我々がTHIを平成3年6月下旬に実施し、「性格傾向評価票」を用いての教官による評定を同年10月下旬に行なったことを考慮に入れなければならないであろう。前述した浅野ら(1984)は、THIの各尺度得点は同一年内でも個人的にはかなり変動すると述べており、今回の6月と10月という実施時期の開きが、THIの結果と教官による評定との間に微妙な差を生んだことも充分に考えられる。仮

に、THIと「性格傾向評価票」の実施を同一時期に行なっていたならば、より高い相関関係が認められた可能性も残されている。

それでも、THIは、外界に向かって表現されやすい「積極性」という性格特性を「攻撃性」尺度によって近似的に捉えることができるだけでなく、「短気」あるいは「直情径行性」という性格特性も捉えやすいと言えるであろう。反対に、「抑うつ性」「神経質」および「情緒不安定性」などの、表出されずに内にこもりやすい傾向は他者には気づかれにくく、質問紙法であるTHIの方がより感度良く把握することができると言えよう。

V 結 論

1. まず、自己評価とTHIの結果との関係については、我々が採用した自由記述方式によれば、THIの尺度の中で、「呼吸器」「神経質」「消化器」の各尺度は、個人が自分について認知している状態や傾向を反映しやすいと言えるが、一方、「攻撃性」「虚構性」の各尺度は、その尺度得点が高ければ高いほど、「社会的望ましさ」の影響を受けて、その結果が当該個人によって否認されやすいと考えられる。しかし、自己評価を行なう場合は、どのような方法を採用したかも検討されなければならない。例えば、既述した青木(1986)の方法によれば、自由記述方式では抽出しにくい逆相関という関係を引き出すことが可能となる。

2. 他者評価とTHIの結果との関係については、他者からみた「積極性」という性格特性は、THIでは「攻撃性」尺度によって近似的に捉えられる。また、「積極性」ほどではないが、「短気」もTHIの「直情径行性」尺度によって捉えやすい傾向を持っている。これに反し、「本音と建前性」あるいは「虚構性」は他者からは認知されにくいと言える。

3. 以上、本研究の結果から、THIは個人の主観的健康状態を多面的に捉えることができるだけでなく、自己認知されにくい「攻撃性」や「虚構性」といった性格特性、特に「攻撃性」という個人の特徴を捉えることのできる質問紙法であることを

認めた。

文 献

- 安藤公平, 大村政男, 花沢成一, 佐藤 誠(1967): 心理検査の理論と実際(改訂版), 駿河台出版社(東京)
- 青木繁伸(1980): 健康調査票 THIの妥当性の検討—第1報, 性・年齢別自覚症状の量的・質的な差—, 日衛誌, 34, 751—765
- 青木繁伸, 鈴木庄亮, 柳井晴夫, 本郷四郎(1986): THI結果と自己評価のつき合わせ①M/Pカウンセラーによる自己健康管理の試み, 日本公衛誌, 33, 139
- 浅野弘明, 永田久紀(1984): 東大式健康調査票, THIの繰返し調査における解答パタンの変動に関する基礎的報告, 日本公衛誌, 31, 91—93
- Brodman, K., Erdmann, A.J., Jr., Lorge, I. & Wolff, H.G. (1949): The Cornell Medical Index—An adjunct to medical interview, J.A.M.A., 140, 530—534
- 岩原信九郎(1965): 新訂版・教育と心理のための推計学, 日本文化科学社(東京)
- 金久卓也, 深町 建(1983): 改訂版コーネル・メディカル・インデックス—その解説と資料—, 三京房(京都)
- 小室うた子, 鈴木仁一, 山内祐一, 山本晴義, 小林正義, 黒沢光樹, 桃生寛和, 古沢信之, 小室 彰(1980): 過去10年間における心療内科頭痛例の検討, 心身医学, 20(1), 65—72
- 前田 總(1972): 精神身体医学の立場からみた高血圧症管理, 精神身体医学, 12(1), 47—53
- 難岡壽英, 森岡由紀子, 根岸敬矩, 矢崎光保, 十束支朗(1981): 慢性頭痛患者の心理学的・生理学的特性について, 心身医学, 21(3), 237—245
- 岡堂哲雄(1985): 心理テストとは—その意義と限界, こころの科学, 3, 34—40
- 佐藤泰一, 青木繁伸, 鈴木庄亮, 東谷圭子(1987): 自覚症状等の加齢による変化—THIによる成人女性集団の断面調査から, 日本公衛誌, 34(10 特別付録), 143
- 鈴木庄亮(1986): 健康状態の自己観察, 保健の科学, 28, 364—367
- 鈴木庄亮, 青木繁伸, 柳井晴夫 編著(1989): THIハンドブック—東大式自記健康調査のすすめ方—, 篠原出版(東京)
- Suzuki, S. & Roberts, R.E. (1991): Methods and Applications in Mental Health Surveys: The Todai Health Index, University of Tokyo Press, Tokyo, Japan
- 田多井吉之助(1953): コーネル医学指数 (Cornell Medical Index), 医学のあゆみ, 16, 98—105
- 山崎可夫(1981): 最近の6年間に咽喉頭部異常感のみを主訴として来院した患者の統計的観察と心身医学的考察, 心身医学, 20(4), 313—319
- (受稿 1992. 8. 31)

<資料>

性 格 傾 向 評 価 票

出席番号 _____ 番 氏名 _____

この学生の性格傾向について、下記の6つの尺度で評価を行ない、該当する箇所に○印をつけてください。その場合、各尺度について、

学生全体の比率が $\left(\begin{array}{l} 1-10\% \\ 2-20\% \\ 3-40\% \\ 4-20\% \\ 5-10\% \end{array} \right)$ 程度になるようにしてください。

例：	かなり安定	やや安定	普通	普通位	やや不安定	かなり不安定
情緒不安定性	1	2	3	4	5	
	1	2	3	4	5	
情緒不安定性	1	2	3	4	5	
	1	2	3	4	5	
抑うつ性	1	2	3	4	5	
	1	2	3	4	5	
積極性	1	2	3	4	5	
	1	2	3	4	5	
神経質	1	2	3	4	5	
	1	2	3	4	5	
短気	1	2	3	4	5	
	1	2	3	4	5	
本音と建前性	1	2	3	4	5	
	1	2	3	4	5	