

キレやすいと感じる中学生の心身症状の研究

— GHQ30と衝動性コントロール尺度を用いた地域差と学校差の検討 —

大矢義実・櫻井優太・後藤秀爾

A study of the mental health of students who perceive themselves as lacking impulse control
— Examining the influence of locality and school using GHQ30 and an impulse control survey —

Yoshimi Oya, Yuta Sakurai and Shuji Goto

要旨

本研究は、中学生の心身症状やキレやすさについて、地域差や学校差といった要因との関連について調べるものである。神経症の有無などのスクリーニングに使われる精神健康調査票GHQ30と衝動性をどの程度コントロールするかを尋ねた質問紙を、都市部と農村部の2地域計4中学校を対象に、2000人を超える中学生に実施した。心身症状を訴える群が有意に衝動性をコントロールしない、つまり、キレやすいと感じていることが分かった。都市部の中学校の生徒の方が、農村部にある中学校の生徒より、心身症状を訴える生徒が多く、衝動性をコントロールしないと答えた。症状の多さやキレやすさは、地域によって差がみられた一方で、学校の規模や立地条件、生徒への対応といった学校要因によって、生徒たちが訴える心身症状の中身や、不登校や非行傾向の生徒のありようが異なることが分かった。

キー・ワード：キレル、GHQ30、衝動性コントロール、中学生

問 題

些細な心的負荷でさえもきっかけとなり、衝動的に暴力行為や破壊行為などの行動化をしやすい、いわゆる“キレル子”が起こす問題が深刻である。

非行問題の背景には、少年の周辺環境や生育歴に関する研究が多くなされている。大川・淵上・門本（1998, 1999）は、少年鑑別所に入所した非行少年たちの多くが、適切な養育がなされずに社会的スキルが低く、このため自尊心が弱いことを指摘した。川畑、西岡、石川、勝野、春木、島井、野津（2005）も、青少年のセルフエスティームの低さは、喫煙や飲酒、薬物乱用行動といった触法行為と深い関係があることを指摘している。これらにいわれるキレやすい子どもたちに対して、家族関係の修復など、環境を整えることは重要で

あるものの、すぐに変化を期待することはできない。

非行をする中学生の背景には、環境と密接な関わりがある。ほとんどの学校において、触法行為や暴力行為などを繰り返す生徒がいるのが現状である。非行問題は、どの中学校においても他人事ではなくなっている。触法行為を起こさないにせよ、非行傾向のある生徒は数多くいる。一方で、学校によって、表面化する症状は違うようだ。学校によって抱える不登校の内訳は、非行傾向の生徒が多いところもあれば、引きこもっている不登校生徒が多いところもある。

大矢は、2009年4月から2011年3月まで、異なった地域の4つの中学校を巡回し、自立支援の研究に携わった。この4つの中学校は、学校の周りの環境や、地域、生徒数などの学校の規模、学校や

表1 各校の不登校の状況と、その内訳 N (%)

		※4種類の内訳(%)は、不登校生徒のうちで占める割合					その他
		生徒数	30日以上欠席した 不登校生徒	遊び非行型	心理的情緒的	体調不良	(病気・家事都合など)
X市	A中学校	784	17 (2.17%)	1 (5.88%)	16 (94.41%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
	B中学校	768	29 (3.78%)	20 (68.97%)	6 (20.69%)	0 (0.00%)	3 (10.34%)
Y市	C中学校	305	5 (1.64%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (20.00%)	4 (80.00%)
	D中学校	505	18 (3.56%)	7 (38.89%)	0 (0.00%)	7 (38.88%)	4 (22.22%)

クラス、生徒たちの雰囲気それぞれ違う中、それぞれ不登校生徒や非行傾向のある生徒を抱えている。表1に、各4校の学校規模や不登校生徒(年間30日以上欠席者)の割合、不登校傾向の生徒たちのタイプの内訳を示す。非行や心理的情緒的要因による不登校の背景には、生育歴や家庭環境が大きく関わっていることが推測できるのだが、そのほかにも、家庭を支えるコミュニティーの雰囲気やその土地の文化などの地域要因や、学校がもつ要因などもあると推測できる。

大矢(2011)は、この2地域4中学校に対して、心身症状を尋ねる日本版GHQ30(General Health Questionnaire 30)と、小児ANエゴグラム中学生用を実施し、一般の中学生の精神健康度を分析した。GHQ30により心身症状の有無や程度を尋ねたところ、約3割の中学生がなんらかの心身症状を訴えていることに加え、症状を訴えた生徒たちは、エゴグラムにおいて子ども性の指標であるFCやACが有意に高いことが示された。また、GHQ30を地域別に比較したところ、都市部の生徒たちのほうが、農村部の生徒たちに比べて有意に心身症状を訴えた(大矢,2012)。また、GHQの下位尺度をもとに、地域と学校差について検討をしたが、分析の方法に不備があったほか、改めて考察をしない必要性があった(大矢,2013)。

2地域4中学校それぞれの生徒たちが呈する心身症状の内訳を分析することで、地域要因や学校要因が、生徒たちの心身症状とどう関連するかを考察するとともに、衝動性をうまくコントロールできない“キレる子”がどのような心身症状をあらわしているかについての関連を知ることで、非行問題の理解につなげたい。

GHQについて

心身症状を把握するには、よく General

Health Questionnaire 30項目日本語版(以下GHQ30と記す)が用いられる。GHQは、Goldbergが非器質性精神病性精神障害のスクリーニングテストとして開発し(Goldberg, & Blackwell, 1970; Goldberg, & Hiller, 1979)、日本語版が開発されている(中川・大坊,1985; 北村,1987)。28項目や30項目、20項目版、12項目版などの短縮版も作成されており、その有効性も検討されている(福西,1990)。

精神健康保健調査票GHQ30は、主に神経症の有無をスクリーニングする目的で使用されることが多い。全30の質問項目(30点満点)あり、7点以上を神経症疑いとしている。一般的疾患傾向、身体的症状、睡眠障害、社会活動障害、不安と気分変動、希死念慮うつ傾向の6つ(それぞれ5点)の下位尺度がある。性別や年齢、教育レベルは、GHQの妥当性に大きく影響しないことも示されている(Goldberg et al., 1997)。

もともとは大人向けに作成されたが、青少年へのGHQ短縮版の有効性は、各国で検証されている。オーストラリアでは11歳~15歳の男女にGHQ12を実施したところ、有効性が確認されている(French, & Tait, 2004)。スペインでは平均年齢16.3歳の男女にGHQ12を実施して、成人と同様に反応すると報告された(Padron et al., 2012)。中国でも、GHQの短縮版を青少年のスクリーニングとして使用できることが検証されている(Li et al., 2009)。

日本語版GHQの短縮版は、おおむね12歳以上の、質問文を理解できる者に広く実施でき、60項目版の短縮版であり、60項目版と同じ方法で実施、採点できる(中川・大坊, 1985)。

イタリアでは、GHQ30によって計られた心理的苦悩は、性別や学校/友人との問題、移民の親を持っていること、親からの愛情欠如や低水準の

心身状態などと重要な関係があった（Marinoni et al., 1997）。

衝動性コントロール尺度について

自己イメージと、心身症状や家族状況などとの関連を調べた研究もある。Petersen et al. (1984) は、自己イメージをあらわす質問紙 A Self-Image Questionnaire for Young Adolescents (SIQYA) を作成した。これには、自己イメージをあらわすものとして、感情の調子、衝動性コントロール、ボディイメージ、仲間関係、家族関係、成熟やコーピング、職業や教育的目標、精神病理、そして過剰適応といった9種の下位尺度があり、合計92項目の質問がある。このSIQYA尺度の得点が低い群、つまり低い（ネガティブな）自己イメージを持つ群は、うつ、不安、恐怖、学校でのトラブルが有意に多かったといった結果となった。衝動性コントロール得点については、うつ症状や学校でのトラブルを抱える群の方が低かった。

衝動性が抑えられなかった結果、どのような行動をするかをたずねるキレ行動尺度を作成した下坂ら（2000）は、キレ行動尺度の妥当性を検証した際、SIQYAの下位尺度の一つ、衝動性コントロール尺度（8問）を邦訳し、4件法にて使用した。質問紙の内容を以下に示す。

- 01 私はすぐカッとなる。*
- 02 私は自分の思い通りにならないと暴力的になる。*
- 03 私は苦しいことがあってもなんとか落ち着いていられる。
- 04 私はたいがいの場合、おだやかな気分です。
- 05 私は、落ち着いた人間である。
- 06 私はいつも自分自身をコントロールする。
- 07 私には決して許すことのできない人たちがいる。*
- 08 私はすべきでないと知っていながら、自分自身でやめることができずにしてしまうことが時々ある。*

*は、逆転項目である。衝動を抑えると答えるほど、高い点をとる。

対象の地域と中学校の特徴

本研究の対象となった中学校は、県の教育委員会が、怠学傾向のある遊び非行型の中学生が多くなる可能性が高いとして選んだ8校のうち4校である。

今回対象となった2市は、人口や、地域の産業などに違いがあった。X市は人口約40万人で、製造業の会社やその関連企業が多くあり、企業の労働者の出入りも多い都市型の街である。一方、Y市は、農業などの一次産業のほか、観光業などが多く、人口も約8万人程度で、穏やかな雰囲気の市である。

対象となった中学校の規模や、不登校生徒の数は前出の表1の通りである。X市は両校とも700人を超える大規模校である。A中学は、近くに大企業の工場がある。1、2年生はそれぞれ8クラス、3年生は7クラスある。校内には、違反制服で登校したり、校内で喫煙をする生徒も多い。学校側は、こうした校則違反に対して注意や指導はするものの、極力、こうした非行傾向の生徒を校内で受け容れる方針をとっており、授業に出ないが登校はする非行傾向の生徒たちが多かった。校内では常に、授業をボイコットして、校舎の裏側や体育館などの隠れたところでたむろしている生徒たちがいた。校内で平然と喫煙をし、教師が注意をする光景をよく目にした。相談室が複数あり、別室登校の生徒も多く、心の相談員や教師が関わっており、不登校の生徒は比較的少ない。B中学は、少し離れた住宅街にある。こちらも相談室が設けられており、大人しい別室登校の生徒には相談員や教師が関わっていたが、非行傾向の生徒は、A中学ほど受け容れるわけではなく、校則違反の髪型や制服で登校した場合は帰宅させたりするため、校内は静かな雰囲気だった。

一方、Y市C中学は、近くに公営競技レース場がある。古くから地元に住んでいる家庭が多く、地域のつながりが強い。各学年3クラスずつと小規模で、教師は、自分の担任ではないクラスの生徒のこともよく知っている。D中学は、C中学と

学区は近いが、住宅街の中に位置する。校舎も新しく、1年生6クラス、2年生4クラス、3年生5クラスと中規模である。Y市の両中学校には、相談室はあるものの、不登校傾向の生徒たちを別室で受け容れるという体制はなく、適応指導教室と連携をとる形で対応をとっている。

方 法

県内のX市にあるA中学、B中学と、Y市にあるC中学とD中学の計4校で、心身症状をたずねる健康保健調査票GHQ30を実施した。また、下坂ら(2000)が邦訳したPetersonのSIQYA(A Self-Image Questionnaire for Young Adolescents)の下位尺度の一つである衝動性コントロール尺度(8問、4件法)を用いて、自分が衝動を抑える傾向にあるか否かをたずねた。この衝動性コントロール尺度は、A中学3年、B中学全学年、D中学全学年に実施をした(表2)。

表2 対象中学校と検査状況

		GHQ	衝動性コントロール
X市	A中学校	全学年	3年のみ
	B中学校	全学年	全学年
Y市	C中学校	全学年	—
	D中学校	全学年	全学年

対象となった4校に対して実施した調査時期は、X市のA中学とY市のC中学は、平成21年7月～10月、X市のB中学とY市のD中学は、その翌年の平成22年7月～9月までの間であった。

各中学校には、研究の趣旨を伝え、了解を得た。また、検査実施の前に保護者向けに検査協力をお願いを書面で配布した。対象者の中学生にも、検査時に、筆者が作成した検査協力をお願いの文書を、担任に読み上げてもらった。検査は、授業の時間や、学活の時間などに実施した。

対象者は平成21年度に在籍したX市A中学の全校生徒784人、Y市C中学の全校生徒305人と、平成22年度に在籍したX市B中学の全校生徒768人、Y市D中学の全校生徒505人。GHQ30については、回収は2257人からでき、有効回答は2046人(有効

回答率90.7%)だった。衝動性コントロールは、A中学の3年生267人と、B、D中学の全校生徒の計1540人に実施し、1471人から回収し、有効回答は1430人だった(有効回答率97.2%)。これらの有効回答を分析対象とした。

統計分析は、t検定や χ^2 検定はSPSS Ver.21を使用、分散分析は、ANOVA4 on the webを使用した。

結 果

中学生の心身症状の現状

GHQ30の回答数は2256人、有効回答は2046人(全校生徒の86.6%)だった。0点が最も多く、点数が増えるに従って、だんだんと人数が少なくなっていく分布だった(図1)。GHQ30得点の平均点は5.49、標準偏差は5.10だった。

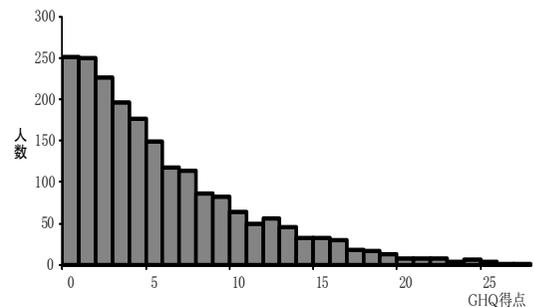


図1 GHQ30得点の度数分布

学年と心身症状

GHQ30の高低群の内訳を学年別に集計した(表3)。神経症疑いとされるGHQ点7点以上をGHQ高群、7点未満をGHQ低群とした。高群に該当したのは、1年生の24.5%、2年生の37.6%、3年生の37.2%だった。 χ^2 検定を用いて分析したところ、有意に、学年によって高群の比率に差がある事がわかった($\chi^2(2) = 34.296, p < .001$)。引き続き、ライオンの方法を用いた比率の差の多重比較をおこなったところ、0.1%水準で1年生と2年生、1年生と3年生の間に有意な差が認められ、それぞれ1年生より高学年の方が高群の比率が高いことが示された。2年生と3年生の高群の比率に有意な差は認められなかった。

表3 GHQ高群の割合

	N	低群のN (%)	高群のN (%)
1年	678	512 (75.5)	166 (24.5)
2年	686	428 (62.4)	258 (37.6)
3年	682	428 (62.8)	254 (37.2)

心身症状の性差

また、性別でGHQ得点をクロス集計したところ(表4)、男子(1056人)のうち、高群は327人(31.0%)、女子(988人)のうち高群は351人(35.5%)だった。 χ^2 検定をしたところ、高群の比率は有意に女子のほうが高かった($\chi^2(1) = 4.789, p < .05$)。

表4 性別とGHQ得点のクロス集計表

	N	低群のN (%)	高群のN (%)
男子	1056	729 (69.0)	327 (31.0)
女子	988	637 (64.5)	351 (35.5)

衝動性コントロール得点について

衝動性コントロール得点は、有効回答1430人、平均値22.07、標準偏差4.070だった。

衝動性コントロールの平均値を男女別でt検定で比べたところ、男子(N=716, M=21.97, SD=4.15)と女子(N=713, M=22.17, SD=4.00)とに有意な差は見られなかった(t(1427)=0.930, n.s.)。一元配置分散分析を用いて学年間の差を検討したところ、1年生(N=414, M=22.26, SD=4.21)、2年生(N=393, M=21.92, SD=4.00)、3年生(N=623, M=22.03, SD=4.02)の間に有意な差はみられなかった(F(2, 1427)=0.722, n.s.)。

キレやすさと心身症状の関係

GHQ30得点の高群と低群について、衝動性コントロール得点の平均値を比べた(表5)。GHQ高群の方が、有意に衝動コントロール得点が低く(t(902.675)=12.258, p<.001)、心身症状を抱く者はキレやすいと感じているということがわかった。

表5 衝動性コントロールとGHQ

GHQ高低	N	M	SD
低群	933	23.0	3.7
高群	489	20.3	4.1

地域・学校差と心身症状

学校別でGHQ高低群をクロス集計したところ、GHQ高群は、X市のA中学校(655人)は239人(36.5%)、B中学校(660人)では249人(37.7%)だった(表6)。Y市のC中学校(270人)のGHQ高群は75人(27.8%)、D中学校(461人)は115人(24.9%)だった。 χ^2 検定の結果、有意差がみられた($\chi^2(3)=27.057, p < .001$)。高群の割合は、X市のA中学とB中学は、有意に多く、Y市のC中学とD中学は有意に少なかった。

GHQ30の6つの下位尺度(それぞれ5点満点)は、各々、点数に応じて程度分けがなされている。一般疾患傾向、身体的症状、睡眠障害は0~1点が問題なし、2点が軽度、3点以上が中等度以上。社会的活動障害は、0点が問題なし、1~2点は軽度、3点以上は中等度以上と分類される。不安と気分変調は0~1点は問題なし、2~3点は軽度、4点以上は中等度以上。希死念慮うつ傾向は、0点が問題なし、1点が軽度、2点以上は中等度以上の症状と分類される。

表6 学校別GHQ高低群の内訳 N (%)

		GHQ低群			GHQ高群		
		N	%	調整済み残差	N	%	調整済み残差
X市	A中学校	416	63.50 %	-2.21	239	36.50 %	2.21
	B中学校	411	62.30 %	-3.04	249	37.70 %	3.04
Y市	C中学校	195	72.20 %	2.01	75	27.80 %	-2.01
	D中学校	346	75.10 %	4.25	115	24.90 %	-4.25

表7 各中学校のGHQ下位尺度(程度)の度数と割合

		一般程度			身体程度			睡眠程度			社会程度			不安程度			希死程度		
		問題なし	軽度	中等度以上	問題なし	軽度	中等度以上	問題なし	軽度	中等度以上	問題なし	軽度	中等度以上	問題なし	軽度	中等度以上	問題なし	軽度	中等度以上
X市	A中学校	563 (77.20%)	104 (14.30%)	62 (8.50%)	431 (59.10%)	150 (20.60%)	148 (20.30%)	513 (70.40%)	104 (14.30%)	112 (15.40%)	492 (67.60%)	194 (26.60%)	42 (5.80%)	493 (67.70%)	145 (19.90%)	90 (12.40%)	520 (71.40%)	78 (10.70%)	130 (17.90%)
	B中学校	543 (73.60%)	116 (15.70%)	79 (10.70%)	418 (56.60%)	147 (19.90%)	173 (23.40%)	550 (74.50%)	96 (13.00%)	92 (12.50%)	462 (62.70%)	225 (30.50%)	50 (6.80%)	474 (64.20%)	175 (23.70%)	89 (12.10%)	545 (73.80%)	58 (7.90%)	135 (18.30%)
Y市	C中学校	235 (79.40%)	45 (15.20%)	16 (5.40%)	169 (57.10%)	80 (27.00%)	47 (15.90%)	232 (78.60%)	36 (12.20%)	27 (9.20%)	209 (70.60%)	75 (25.30%)	12 (4.10%)	215 (72.90%)	60 (20.30%)	20 (6.80%)	250 (84.70%)	23 (7.80%)	22 (7.50%)
	D中学校	399 (80.90%)	58 (11.80%)	36 (7.30%)	339 (68.80%)	94 (19.10%)	60 (12.20%)	400 (81.10%)	50 (10.10%)	43 (8.70%)	357 (72.70%)	114 (23.20%)	20 (4.10%)	372 (75.60%)	95 (19.30%)	25 (5.10%)	414 (84.00%)	35 (7.10%)	44 (8.90%)
合計		1740 (77.10%)	323 (14.30%)	193 (8.60%)	1357 (60.20%)	471 (20.90%)	428 (19.00%)	1695 (75.20%)	286 (12.70%)	274 (12.20%)	1520 (67.50%)	608 (27.00%)	124 (5.50%)	1554 (69.00%)	475 (21.10%)	224 (9.90%)	1729 (76.70%)	194 (8.60%)	331 (14.70%)
χ^2 値		14.07			36.64			22.35			16.51			32.35			48.24		
p		**			***			**			**			***			***		

p < .05 = ** p < .001 = ***

表8 中学校別のGHQ下位尺度比較(調整済み残差)

		一般程度			身体程度			睡眠程度			社会程度			不安程度			希死程度		
		問題なし	軽度	中等度以上	問題なし	軽度	中等度以上	問題なし	軽度	中等度以上	問題なし	軽度	中等度以上	問題なし	軽度	中等度以上	問題なし	軽度	中等度以上
X市	A中学校	-	-	-	-	-	-	-3.64	-	3.23	-	-	-	-	-	2.65	-4.10	2.46	2.94
	B中学校	-2.80	-	2.55	-2.38	-	3.78	-	-	-	-3.40	2.63	-	-3.40	2.14	2.34	-2.24	-	3.38
Y市	C中学校	-	-	-2.08	-	2.79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.50	-	-3.76
	D中学校	2.28	-	-	4.42	-	-4.36	3.47	-	-2.64	2.79	-2.13	-	3.60	-	-4.08	4.32	-	-4.09

有意差のあったもの(p < .05)のみ、調整済み残差を記載した

GHQ30の下位尺度の程度によって学校別に人数と割合を示したクロス集計表を示す(表7)。それぞれの下位尺度について、 χ^2 検定をしたところ有意な差がみられた。また、5%水準で有意差があった項目のみについて、調整済み残差を示す(表8)。

希死念慮うつ傾向については、X市A中学とB中学は「問題なし」群が少なく、「中等度以上」群が多い一方で、Y市C中学とD中学は「問題なし」群が多く、「中等度以上」群が少なかった。不安と気分障害については、「中等度以上」群についてX市A中学とB中学は多く、Y市D中学は少なかった。この2つの尺度については、地域差がより強く出た。

A中学は睡眠障害を訴える生徒が多い。一方で、B中学は睡眠障害の程度については標準的だったが、一般的疾患傾向、身体症状を訴える生徒が多かった。

Y市のC中学とD中学は、X市の2中学校と比べて心身症状の程度は少ないものの、C中学は軽度の身体症状を訴える者が多いのに対して、D中

学はすべての下位尺度で「問題なし」群が多かった。

衝動性コントロールと心身症状の学校差

衝動性コントロール尺度が全学年で実施できたB中学校とD中学校について、GHQ群別に平均点を比較した(表9)。GHQ高群の衝動性コントロール得点の平均値は、B中学校が19.68点、D中学校は20.83点だった。学校と、GHQ高低群の2要因の分散分析を行ったところ、中学校の主効果($F(1, 1189) = 11.84, p < .001$)と、GHQ群の主効果($F(1, 1189) = 130.21, p < .001$)がいずれも有意となった。中学とGHQの交互作用は有意ではなかった。 $(F(1, 1189) = 1.42, n.s.)$ 。B中学校の生徒たちは、D中学校の生徒たちよりも、また、GHQ高群(心身症状を訴える群)の

表9 各中学校の衝動性コントロール得点平均値比較(SD)

	GHQ低群	N	GHQ高群	N
B中学校	22.82 (3.91)	445	19.68 (4.21)	275
D中学校	23.38 (3.47)	347	20.83 (3.87)	126

方がGHQ低群よりも有意に衝動を抑えることをしないと答えた。

考 察

4 中学をあわせたGHQ30得点と衝動性コントロールの分析から、1年生よりも高学年の方が、また女子の方が、心身症状を訴える生徒が多いという背景には、進路の選択や友人関係が複雑に変化することなどが挙げられる。Petersen et al. (1984) も、この時期は学校が変わることや、家族関係の変化がおきやすく、友人関係もより親密になっていく時期であり、女子において自尊感情が落ち込みやすいと指摘している点と共通する。また、心身症状を訴える者が、衝動性をコントロールしない（キレやすい）ということも確認ができた。

本研究の趣旨は、こうした一般的な中学生の心身症状と、キレやすさの傾向をふまえた上で、地域要因や学校要因が認められるかを検討することにある。

本研究で得られたGHQ30や衝動性コントロールのデータは、学校で実施されたものであり、主に登校している生徒たちが回答した。不登校生徒としてカウントされている者も回答には加わっているが、不登校生徒のすべてに対して、質問紙が実施されたわけではないため、不登校生徒の心身状態について述べることはできないものの、登校している生徒たちの心身状態を調べることで、生徒たちが感じている地域要因や学校要因について検討することはできる。また、各校の不登校生徒の数値については、その地域や学校の生徒たちが具体的に症状化したものであると捉えることができる。

さて、心身症状を訴える生徒が多いか少ないかは、個々の生徒のそれぞれの家庭環境や対人関係といった要因はあると思われるが、本研究において示されたのは、症状の多さは地域要因で左右され、個別具体的な症状の現れ方については、学校要因が影響していると示唆された。

都市部の中学校のほうが症状を訴える生徒が多かった。都市部の中学校のこういった要因が、心

身症状を多くさせるかは不明ではあるものの、地域要因がもたらす心身症状は、(1) 不安(2) 抑うつ感、そして、(3) キレやすさだった。都市部の中学生たちが漠然と感じている心身症状の中身は、景気に左右されたり、人がひしめく都市部の地域性と関係があるようだ。都市部の両中学校は、このように精神的に不安定な生徒が多い中、相談室も整備され、相談員や教師たちが時間や労力をかけて不登校生徒の対応に追われている。

症状の程度は地域要因の影響を受けるが、学校要因は具体的な症状の現れ方と関係があるようだ。不登校の内訳(表1)と、心身症状の下位尺度の程度(表8)には関連があった。不登校生徒の数が多いかどうかは、自分で不安や葛藤を抱えられない生徒を、学校がどの程度抱えようとするかといった姿勢によって変わってくる。A中学のように、校則違反でも受け容れる姿勢をとることで、不登校生徒の数は減るものの、学校内でのトラブルは多くなるため、現場では相当な労力を使って対応している。別の一般的な生徒への影響などを考えると、一概に受け容れた方がよいとは、簡単にはいえない。

X市内の中学生の心身症状のベースとなっているのは、不安や抑うつ感だが、これがA中学では、睡眠症状といった形で症状化されているようだ。一方で、B中学は、この不安感や抑うつ感が、身体症状化したり、漠然とうまく行っていないと感じ(社会活動障害)たり、全般的に調子が悪い(一般疾患傾向)といった体験様式になっているようだ。

一方で、Y市の2中学校は、症状を訴える生徒は少なく、X市ほど不登校や非行傾向にある生徒の数は深刻ではない。登校している生徒たちは、比較的健康である。Y市の2中学校は、X市ほど相談室をフル稼働しているわけではなく、不登校傾向の生徒への対応の印象は、校内の相談室で別室登校をするという形よりも、外部の適応指導教室などにゆだねているようだ。

小規模なC中学は、軽い心身症状を訴える生徒が多いといった程度で収まっており、不登校も少ない。C中学は、教師たちの連携や小回りが比較的効くようで、外部の施設との連携もとりやすい。

教師の目が届きやすい中、適応指導教室や地域の連携もとりやすいといった要因が、C中学の心身的に不安定な生徒を支えていると考える。また、中規模のD中学は、登校している生徒たちは非常に健康的な一方で、対照的に、不登校生徒たちの割合は高く、その多くは体調不良や非行傾向であった。学校規模が大きいD中学では、教師はまず教室での生徒たちの人間関係の調整をしたり、学業の援助に力を入れる。登校している生徒たちは、教室内でまとまっている一方で、不安やうつ傾向を持つ一部の不安定な生徒は、健全な学校の雰囲気と違和感や疎外感を抱きやすい。地域の雰囲気はC中学と変わりはないが、学校規模が大きいことなどが影響しているようだ。

キレやすい中学生が抱く心身症状について、地域要因や学校要因について検討した。都市部の中学校は、心身的に健康度が低く不安定な生徒を多く抱えていることなど、心身症状の程度については、地域要因の影響を大きく受けることがわかった。こうした背景がある中で、それぞれの学校は、生徒数などの施設の規模や立地条件などに加えて、不登校生徒や非行傾向の生徒に対応する教師や相談員が、どの程度校内で受けられるかによって、症状の現れ方が変わってくるが示された。

川畑ら(2005)は、セルフエスティームの低さと触法行為などの症状との関連を指摘するなど、中学生の非行問題の背景には、生徒自身が自己をどのように体験しているかという視点も不可欠である。生徒を取り巻く環境要因に加え、生徒が抱く自己イメージと、不登校や非行傾向、心身症状との関連を調べることも必要となってくる。

本論部の執筆の担当

本研究の分担は、データ収集や主な執筆、研究計画は、大矢が担当し、櫻井は統計分析や考察について協力した。論文の総括的な指導は後藤が担当した。

謝 辞

本研究にご協力いただいた各市町村の教育委員

会の方々、県教委の生徒指導主事の方々にも心より感謝申し上げます。各中学校の校長先生、教頭先生、県問題を抱える子ども等の自立支援事業ネットワークアドバイザーのオーガナイザーの先生方、本当にありがとうございました。論文化も快諾いただき感謝いたします。また、各中学校の生徒の皆様、保護者の皆様にも、研究の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきましたことをお礼申し上げます。

引用文献

- French, D. J., & Tait, R. J. (2004). *Measurement invariance in the General Health Questionnaire - 12 in young Australian adolescents*. Germany: Springer.
- 福西勇夫(1990). 日本版General Health Questionnaire (GHQ) のcut-off point. 心理臨床, 3(3), 228-234.
- Goldberg, D., & Blackwell, B. (1970). Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, 2, 439-443.
- Goldberg, D., & Hiller, V. (1979). A scaled version of general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27(1), 191-197.
- 川畑徹郎・西岡伸紀・石川哲也・勝野眞吾・春木敏・島井哲志・野津有司(2005). 青少年のセルフエスティームと喫煙、飲酒、薬物乱用行動との関係. 学校保健研究, 46, 612-627.
- 北村俊則(1987). GHQの成立過程と使用上の問題点. 心理測定ジャーナル, 23(8).
- Li, W. H., Chung, J. O., Chui, M. M., & Chan, P. S. (2009). Factorial structure

- of the Chinese version of the 12-item General Health Questionnaire in adolescents. *Journal of Clinical Nursing*, **18**, 3253-3261.
- Marinoni, A., Alessandro, D., Simona, V., Simoze, G., & Working Group (1997). Psychological distress and its correlates in secondary school students in Pavia, Italy. *European Journal of Epidemiology*, **13**, 779-786.
- 中川泰彬, & 大坊郁夫 (1985). 日本版GHQ精神健康調査票手引. 文京区, 東京都, 日本: 日本文化科学社.
- 大川 力・瀧上康幸・門本 泉 (1998). 非行少年の自己意識に関する研究 (その1). 中央研究所紀要, **8**, 63-77.
- 大川 力・瀧上康幸・門本 泉 (1999). 非行少年の自己意識に関する研究 (その2). 中央研究所紀要, **9**, 67-74.
- 大矢義実 (2011). 中学生の心身症状と対人関係の研究 -GHQ30とエゴグラムから-. 場としての臨床 (愛知淑徳大学心理臨床相談室紀要), **15**, 17-21.
- 大矢義実 (2012). 中学生の心身症状についての地域別比較 -都市型T市と近郊型Y市の中学生のGHQ30比較より- 場としての臨床 (愛知淑徳大学心理臨床相談室紀要), **16**, 27-29.
- 大矢義実 (2013). 中学生の心身症状についての地域別比較(2) -GHQ30を用いた都市型と漁・農村部の4校の結果から- 場としての臨床 (愛知淑徳大学心理臨床相談室紀要), **17**, 33-35.
- Padron, A., Galan, I., Durban, M., Gandarillas, A., & Rodriguez - Artalejo, F. (2012). Confirmatory factor analysis of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in Spanish adolescents. *Quality of Life Research*, **21**, 1291-1298.
- Petersen, A. C., Schulenberg, J. E., Abramowitz, R. H., Offer D. & Jarcho, H. D. (1984). A Self-Image Questionnaire for Young Adolescents (SIQYA): Reliability and Validity Studies, *Journal of Youth and Adolescence*, **13**, 93-111.
- 下坂 剛・西田裕紀子・齊藤誠一・伊藤崇達・神藤貴昭・柳原利佳子・鶴田弘子・久木山健一・西田紀子・西村亜希子・榎本千春・坂本由佳・前川雅子 (2000). 現代青少年の「キレる」ということに関する心理学的研究(1) 神戸大学発達科学部研究紀要, **7**(2), 1-8.