

失業者の心理：感情の社会的共有が再就職過程に及ぼす影響

Social sharing of emotion, social support, and psychological well-being among unemployed persons

川瀬 隆 千

雇用・能力開発機構「ポリテクセンター宮崎」にて、再就職のための準備をしている失業中の人たち257人（男性119人，女性102人，性別不明36人，平均年齢37.49歳）を対象に，感情の社会的共有とソーシャル・サポートが精神的健康に及ぼす影響について調査した。

GHQ30を用いて測定された対象者の精神的健康度の平均は6.59，標準偏差は5.62であり，従来のサンプルに比べて特に低いことはなかったが，GHQ30得点が7点以上（不健康範囲）である対象者は男女とも45%を超えており，失業は精神的健康にとって大きな脅威であることが示された。

失業に伴って経験される感情とその社会的共有行動について尋ね，それらと精神的健康度との関連を検討した結果，悲観的で不安を感じている人ほど精神的健康度が低いことが示された（ $r = .414, p < .001, N = 245$ ）。さらに，経験された感情，感情の社会的共有と精神的健康度との関連を検討した結果，悲観・不安の感情経験に比べて，その社会的共有が少ないほど，GHQ30得点が高かった（ $r = .217, p < .001, N = 245$ ）。悲観的で不安を感じていても，それを他者に語るができないと，精神的に不健康な状態になりやすいといえる。

対象者が身の回りの人々からどのような支援（ソーシャル・サポート）を受けているかを検討したところ，情緒的な支援の多くは友人から提供されており，金銭的な援助は両親から提供されていた。一方，情報提供などの役割が期待される職安職員やポリテクセンター職員から情理的な援助を受けているとした対象者は少なかった。ソーシャル・サポートの有無と精神的健康の間には有意な差は認められなかったが，職安職員やポリテクセンター職員など専門家による的確なサポートの必要性が示唆された。

キーワード：失業，精神的健康，感情の社会的共有，ソーシャル・サポート，GHQ

目次

- I 問題提起
- II 方法
- III 結果
- IV 考察

I 問題提起

失業者の増加が社会問題になっている。厚生労働省(2002)によれば、2001年のわが国の完全失業率は5.0%で、2000年を0.3ポイント上回って過去最高となった。失業者数は340万人で、前年を20万人上回った。自発的離職失業者は118万人、非自発的離職失業者も106万人で、前年よりそれぞれ9万人、4万人の増加であるという(厚生労働省、2002「平成14年度版労働経済の分析」)。

失業者が多いというだけでなく、増加しているという事実が社会的な不安を引き起こしている。このような事態を解決するために、早急に有効な対策を立てなければならないと思われる。従来、失業者に対しては主に経済的・社会的な支援が行われてきたが、今後、これらのサポートに加え、心理的なサポートを提供することが必要であろうと思われる。

なぜならば、職業は単に生計の手段だけではないからである。職業とは、個人がその天賦を発揮し、役割を遂行して、報酬によって生計を立てる継続的な勤労であり、個人が社会の中で一定の役割を果たす手段・方法であり、他者とのコミュニケーションの機会を提供するものでもある。職業は人と社会とを結びつける絆だと言える。

したがって、職を失うことは生計の維持が困難になるだけでなく、生きがいや役割の喪失、コミュニケーション機会の喪失につながるのである。失業は個人を社会から遠ざけ、社会的な孤立を引き起こす経験であると言えよう。

Holmes & Rahe(1967)によれば、失業は生涯の生活のうちで起こり得る61のできごとの中で8～9番目にストレスの多い重大なできごとと評価される。それは愛する人を失うこと(死別や離別)と同程度のストレスを生み出すとされている。そのため、失業は死別や離別でもたらされるような精神的外傷(トラウマ)と同様な心理的経験を生じさせる人生の大きな問題なのである。

近年、自殺者が3万人を超えることが続いている。特に、男性の自殺者数が増加している。そのすべてが失業によるものではないだろうが、雇用失業情勢の深刻化が自殺者の増加を引き起こしている可能性は否定できない。失業のショックなど精神的なダメージが自殺の引き金になっているのかもしれない。

本研究では、失業者がどのような感情を経験しているのか、また、どのような人々から、どのような心理的援助を受けているのか、そして、それらは彼らの精神的健康にどのような影響を持っているのかを明らかにして、失業者に対する有効な心理的援助の方法を検討する。

失業の心理的影響

はじめに、井口・西村(1991)を参考に、失業の心理的影響について検討する(図1)。井口・西村(1991)によれば、失業は生計手段の喪失であり、将来の人生が不明確なものになることを意味する。これは大きな不安を引き起こす事態であるが、それだけにとどまるものではない。

失業は、心理的には自らの不適當さや無能さをさらけ出す事態、社会的地位や名声の喪失と考

えられ、自尊心を低下させる。自尊心の低下は欲求充足手段としての仕事に対する価値感情を低下させ、職業能力レベルの低下感や達成動機の低下などを引き起こす。達成動機が低下すると、自分の行動によって事態を改善できるという統制感が失われる。

将来に対する大きな不安を感じながら、それを自分自身の力で統制（コントロール）できないと感じる時、人は抑うつ状態に陥る。抑うつ的な気分は他者との接触を抑制し、同時に、行動の始発性を低下させる。失業それ自体が仕事・職場の喪失であり、コミュニケーション機会の喪失であるが、それに加えて、社会的接触の機会が減少し、行動の始発性が低下することで、失業者は社会的孤立の状態に追い込まれる。このように、失業は個人を社会から引き離す出来事なのである。

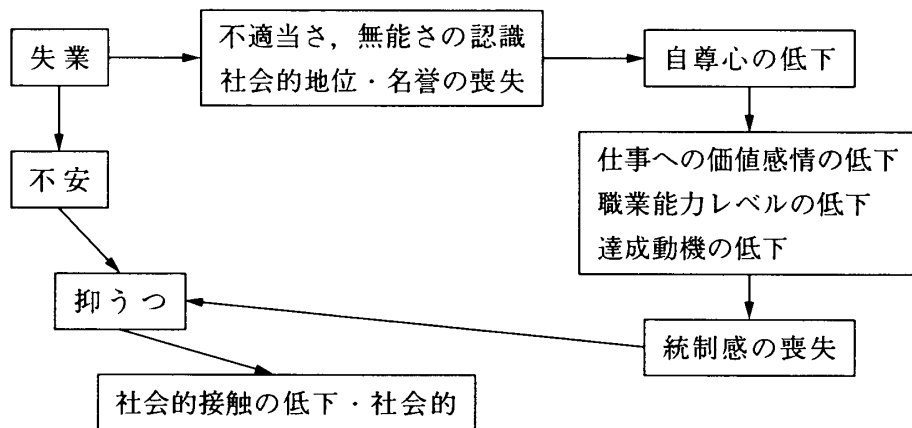


図1 失業の心理的影響

感情の社会的共有

失業を社会からの分離と考えると、再就職はいったん社会から切り離された人々を再び社会に結びつけること（社会への再統合）と言える。社会から孤立し、社会的地位、役割、人間関係を喪失し、アイデンティティの危機に陥っている人たちは、再就職によって、それらを回復するであろう。再就職過程はアイデンティティの再獲得、社会への再統合の過程と位置づけられる。

再就職支援としては、さまざまな方法が考えられるが、先にも述べたように、心理的な援助が重要であろう。心理カウンセリングにおいては、クライアントが自分自身の感情をカウンセラーに語ることが重要視される。自分自身の感情、特にネガティブな感情を語ることは、すなわち、感情を言語化することはカタルシス効果を持ち、ネガティブな感情状態からの回復を促し、精神的な健康に有益であると考えられている。

トラウマティックな出来事や重大な否定的生活事象にさらされた人々がその経験や関連する感情を他者に語ることを「感情の社会的共有 (social sharing of emotion)」と呼ぶ (Rime, Mesquita, Philippot, & Boca, 1991)。

感情の社会的共有が精神的な健康に及ぼす効果について、Penebaker (1989) はトラウマティックな事象が言語に翻訳されないとき、それは十分に処理されないと述べている。思考や感情、行動を抑制するために費やす意識的な努力は生理的な活動を必要とするので、そのような努力が慢

性的に行われると、ストレスに関連した身体的、心理的な問題が誘発されるという。逆に、感情の言語的な表出は心理的なトラウマが身体的な健康に及ぼす長期的でネガティブな影響を予防する。ストレスやトラウマをことばに置き換えることによって生理的な活動が低減するためである。

安藤(1990)は自己開示の機能についてまとめ、自己開示には感情表出の機能があり、感情(特にネガティブな感情)を表出した人は表出しなかった人より精神的健康状態が優れていると述べている。気持ちを打ち明けることは、社会的比較の機会を提供し、自己明確化を促進する働きも持っている。自己概念が不安定になっているとき、人は大きな不安を感じるが、自分の気持ちを他者に打ち明けると、そのことについて他者からフィードバックが得られる。これは自分自身を相対化する機会、社会的比較の機会を提供する。自己概念は社会的比較の産物なので、社会的比較の機会が提供されることは自己概念を安定させる働きをする。

また、自己開示は他者との社会的相互作用のなかで行われるので、自己への意識を促進させる機会を提供する。自己への意識が高まっている時、人は他者の視点から自己を見つめることになり、客観的に自己を捉えようとする。このような心理的傾向は自己明確化を促進することになり、自己概念を安定化させる機能を持つであろう。

このように考えると、失業者が自らの感情を語ることは、失業に伴う自尊心の低下や不安、抑うつを予防する効果があると考えられる。しかし、失業は自らの不適當さや無能さをさらけ出す事態、社会的地位や名声の喪失と受け取られる。ネガティブな感情を語ることは精神的な健康の維持に有効であると考えられるが、自らの不適當さや無能さ、地位や名声の喪失を積極的に他者に語ることは大きな抵抗を伴うだろう。

失業者は自らの感情をどの程度、他者に語っているのだろうか。また、そのような行為は彼らの精神的健康にどのような効果を及ぼしているのだろうか。これらの点を明らかにすることが本研究の第1の目的である。

ソーシャル・サポート

失業は愛する人との死別や離別と同程度のストレスを生み出す出来事である。しかし、すべての失業者が同じような影響を受けるわけではない。失業のネガティブな効果を緩和する変数の1つはソーシャル・サポートである(Shams, 1993)。

ソーシャル・サポートについての明確な定義はいまだなされていないが、対人関係が人の心身の健康に及ぼす効果についての研究を総称してソーシャル・サポート研究と呼ぶ。したがって、ここでは、人の心身の健康に及ぼす対人関係の諸機能をソーシャル・サポートとしておく。ソーシャル・サポート研究は大きく3つのアプローチに分けられる。そのうち、認知されたサポートの研究、および実行されたサポートの研究においては、ソーシャル・サポートを道具的サポートと社会情緒的サポートに分けている。

道具的サポートとはストレスに苦しむ人に対して、そのストレスを解決するのに役立つ資源

を提供したり、その人が自分でその資源を手に入れることができるように情報を提供したりすることである。一方、社会情緒的サポートとはストレスに苦しむ人の傷ついた自尊心に働きかけ、その傷を癒し、自ら積極的に問題解決に当たれるような状態に戻すような働きかけを言う（浦，1992）。多くの場合、前者のサポートを提供できるのはいわゆる専門家であるのに対し、後者のサポートは家族や友人などの親密な他者から提供される。

失業者が社会的に孤立するということはソーシャル・サポートを失うことであり、それは失業のネガティブな効果を増加させる。逆にいえば、専門家や家族、友人などからソーシャル・サポートを提供されるということは、失業のネガティブな効果を改善する働きを持つといえる。たとえば、Shams (1993) はイギリスに住むアジア系の人たちを対象に調査し、金銭的な援助などの道具的サポートが失業者の精神的健康や不安と負の相関を示すことを明らかにしている。

しかし、金銭的な援助を提供できる人は限られているし、おのずと限界がある。むしろ重要なのは、周囲の人々が自分に可能な社会情緒的なサポートによって失業者を支えることであろうと思われる。一方、失業者にとって有効な情報は、家族や友人より、公的な機関から提供されるほうが望ましく、情報の質も高いだろう。

わが国においては、失業者に対するソーシャル・サポートの効果を検討した研究は見当たらない。そこで本研究では、失業者がどのような人から、どのようなサポートを受けているのか、そして、それは彼らの精神的健康にどのような効果を持つのかということについて明らかにし、有効な失業者支援の方法を検討する資料としたい。

II 方法

調査対象者

雇用・能力開発機構「ポリテクセンター宮崎」に通って再就職のための準備をしている人たちを対象に、アンケート調査を実施した。ポリテクセンターとは、いったん就職したものの、何らかの事情で失業した人たちを対象に、技術・知識を教えるいわゆる「職業訓練校」である。調査対象者の性別、配偶者・扶養家族の有無を表1に、前職と離職の理由を表2に示す。

表1：対象者の性別、配偶者・扶養家族の有無

性別	N		配偶者	N		家族	N	
	パーセント	パーセント		パーセント	パーセント			
男性	119	53.8	あり	98	44.7	あり	58	27.0
女性	102	46.2	なし	121	55.3	なし	157	73.0
合計	221	100.0	合計	219	100.0	合計	215	100.0
記入なし	36		記入なし	38		記入なし	42	

ただし、これらの変数については、データの欠損が多かった。これは調査対象者が個人を特定されることを嫌ったためである。もちろん、個人的なデータが明らかにされたり、プライバシー

が侵害されたりすることはないと伝えたが、教室単位でデータを収集したため、少人数の人間関係の中で個人的な情報が漏洩することを嫌ったようである。

年齢についても同様に、データの欠損が多かったが、記入された121人は、10代が1人、20代が50人、30代が22人、40代が15人、50代が28人、60代が5人で、平均年齢は37.49歳であった。

表2：前職と辞めた理由

前 職	N	パーセント	辞めた理由	N	パーセント
専門・技術関係	52	23.9	会社の都合(倒産)・事業の不振	62	28.2
管理職	21	9.6	定年・契約期間の満了	36	16.4
事務	44	20.2	家庭の事情, 結婚・出産, 健康上の理由	30	13.6
販売やサービス	64	29.4	前の会社(事業)よりも良い条件を求めて	21	9.5
技能関係	19	8.7	自分の計画にしたがって	53	24.1
その他	18	8.3	その他	18	8.2
合 計	218	100.0	合 計	220	100.0
未記入	39		未記入	37	

精神的健康度に関する質問群(GHQ30)

本研究では調査対象者の精神的健康度を把握するために、GHQ(The General Health Questionnaire)を用いた。中川・大坊(1985)によれば、GHQはGoldbergによって開発された質問紙法による検査法で、主として神経症者の症状把握、評価および発見にきわめて有効なスクリーニング・テストである。GHQは短時間で回答でき、その回答から人々の精神的健康と疾患の客観的情報を明確に把握し、精神的に健康であるかどうかを判定できるような工夫がなされている。

GHQの質問項目は健常という範囲から変化した症状の発見に主眼を置き、性格特性などほとんど変化しない問題には配慮していない。GHQでは健常から異常へという1次元の軸が想定されており、ある個人がその軸上のどの位置にいるかが判定される。

GHQのオリジナル版は60項目の質問文からなっている。その内容は、「一般的健康と中枢神経系」、「心臓脈管系、筋神経系、消化器系」、「睡眠と覚醒」、「個人独自の行動」、「客観的行動-他者との関係ある行動」、「自覚的感情-充足感欠如、緊張」、「自覚的感情-主としてうつ感情、不安」である。

各質問項目への回答は、その程度に応じて4段階(たとえば、症状の有無に関する質問では、「まったくなかった」、「あまりなかった」、「あった」、「たびたびあった」となる)のうち1つを選ばせるが、採点においては、特定の症状が「まったくなかった」、「あまりなかった」など健康な方向の回答を0点とし、それらの症状が「あった」、「たびたびあった」など不健康な方向の回答を1点として加算する。そして、その合計をGHQ得点とする。

オリジナル版の有効性は認められているが、質問項目が多く、短時間で実施するには多少の困

難がある。そこで、本研究では、Goldberg & Hillier (1979, ただし、中川・大坊, 1985より引用)の開発した30項目版(GHQ30)を用いた。GHQ30はオリジナル版GHQ (GHQ60) の11因子のうち、因子性の明確な6因子(一般的疾患傾向, 身体的症状, 睡眠障害, 社会的活動障害, 不安と気分変調, 希死念慮とうつ傾向)で構成される。なお、GHQ短縮版には他に身体的症状, 不安と不眠, 社会的活動障害, うつ傾向の4因子を用いた28項目版(GHQ28)も開発されている。

回答方法, 採点の方法はオリジナル版と同じであるが, 項目数が異なるので, GHQ30のGHQ得点は最低0点, 最高は30点となる。また, 従来の研究から健常者の85%が6点以下であることがわかっている。そこで, 本研究においても6点を健康-不健康の弁別点とした。

失業中の感情経験と感情の社会的共有度に関する質問群 (SSE-P)

井口・西村(1991)は, 公共職業安定所に求職申し込みをした求職者を対象に, 離職したことや就職活動に対する気持ちを尋ねている。彼らは「何とか再就職できると楽観している」, 「就職活動が思うようにいかず不満である」, 「自信をもって就職活動にあたっている」などの16項目を用いて, 失業者の気持ちについて尋ねた。

本研究では, 井口・西村の項目を参考に20項目を作成し(本研究ではこれをSSE-Pと称する。質問項目の詳細は表6参照), 調査対象者がこれらの感情をどの程度感じたかという側面(感情経験)と, それらの感情をどの程度他者に語っているかという側面(感情の社会的共有度)の2つの側面から回答を求めた。

具体的には, 「最近(ここ1ヶ月くらい), あなたは以下のような気持ちをどの程度感じていますか。また, その気持ちを誰かに話したことがありますか」と教示し, それぞれ3段階(よく感じる, やや感じる, 感じない/よく話した, やや話した, 話していない)のいずれかで答えさせた。

ソーシャル・サポートの種類とサポート提供者に関する質問群

Shams(1993)の研究を参考に, 失業者がどのようなソーシャル・サポートを受けているか, サポートを受けている場合, その提供者は誰か, という2つの側面について尋ねた。

ソーシャル・サポートの種類として, 「金銭的な援助をしてくれる(金銭的援助)」, 「こまごました問題を一緒に考える(日常的な問題解決)」, 「おもしろい話をし, 楽しませてくれる(気分転換)」, 「つらい時, 落ち込んだ時に励ましてくれる(激励)」, 「仕事やお金のことで情報を提供してくれる(情報提供)」の5つの行動を提示し, これらのサポートを提供してくれた人をそれぞれ「両親, 兄弟姉妹, 配偶者, 子ども, 恋人, 友人, 親類, 職安職員, ポリテクセンター職員, その他」から選ばせた(複数回答可)。なお, サポートを受けていない場合には, 「受けていない」にチェックさせた。

感情の社会的共有の相手に関する質問群

調査対象者が、自分自身の感情を他者にどの程度語っているかを尋ねた。具体的には、両親、兄弟姉妹、配偶者、子ども、恋人、友人、親類、職安職員、ポリテクセンター職員を提示し、これらの人たちに自分自身の感情をどの程度語ったかについて、4段階（よく話した、少し話した、あまり話さなかった、まったく話さなかった）で回答させた。なお、該当する人物が身の回りにいない場合（未婚の場合の配偶者など）には、「該当なし」にチェックさせた。

調査対象者のプロフィールに関する質問

最後に、井口・西村(1991)の調査を参考に、調査対象者の「性別」、「配偶者・扶養家族の有無」、「年齢」、「離職の理由」、「最後に就いた仕事内容」、「ポリテクセンターへの入所時期」について質問した。

離職の理由については、「会社の都合(倒産など)」、「事業の不振」、「定年、契約期間の満了」、「家族の事情、結婚・出産、健康上の理由」、「前の会社(事業)よりもよい条件を求めて」、「自分の計画にしたがって」、「その他」から1つを選ばせた。

また、最後に就いた仕事の内容については、「専門・技術関係」、「管理職」、「事務」、「販売やサービス」、「技能関係」、「その他」から、1つを選ばせた。

Ⅲ 結果

精神的健康度

GHQ30の平均点($N=255$)は6.59、標準偏差は5.62であった。男性($N=119$)の平均点は6.33、標準偏差は5.41、女性($N=102$)の平均点は7.17、標準偏差は6.02であった。GHQ得点に性差は認められなかった。

中川・大坊(1985)によれば、健常者47名のGHQ30の平均は3.28(男性は3.59、女性は3.10)、標準偏差は2.93(男性は2.65、女性は3.11)であり、神経症者73名の平均は15.03(男性は15.00、女性は15.05)、標準偏差は6.43(男性は6.41、女性は6.53)である。また、中川・大坊による大学生における2つのサンプル(181名と75名)では、平均がそれぞれ7.54と8.03(男性は7.53と8.03、女性は7.54と8.04)、標準偏差は5.10と5.69(男性は5.35と5.60、女性は4.66と5.80)であった。

本研究における調査対象者のGHQ30得点は、神経症者のサンプル、大学生のサンプルよりも低く、健常者のサンプルよりも高いものであった。全体的に見れば、本研究における調査対象者のGHQ得点は特別に高いとは言えない。

また、本研究では、GHQ30の合計点が6点以下(健康範囲)の者は147人(57.6%)であり、そのうち、男性は70人(47.6%)、女性は53人(36.1%)、性別不明の者が24人(16.3%)であった(表3)。一方、7点以上(不健康)の者は108人(42.4%)で、男性が49人(45.5%)、女性も49人

(45.5%)、性別不明の者が10人(9.3%)であった。有意ではないが、性差が大きく、女性は男性より精神的に不健康になっている様子が見える。

表3：GHQ30の項目と項目ごとの回答（因子別）

No	項 目	健康的反応		不健康的反応	
		N	%	N	%
一般的疾患傾向					
1	気分や健康状態は	219	85.8	36	14.2
2	疲労回復剤（ドリンク、ビタミン剤）を飲みたいと思ったことは	175	68.9	79	31.1
3	元気がなく疲れを感じたことは	121	48.2	130	51.8
4	病気だと感じたことは	199	79.6	51	20.4
12	いつもより元気ではつらつとしていたことが	234	93.6	16	6.4
身体的症状					
5	頭痛がしたことは	159	63.9	90	36.1
6	頭が重いように感じたことは	178	70.4	75	29.6
7	人前で倒れるのではないかと不安は	243	96.4	9	3.6
8	からだがかたまりたり寒気がしたことは	201	79.4	52	20.6
9	よく汗をかくことは	154	61.4	97	38.6
睡眠障害					
10	朝早く目が醒めて眠れないことは	192	76.8	58	23.2
11	朝起きたとき、すっきりしないと感じたことは	135	53.6	117	46.4
13	夜中に目を覚ましてよく眠れない日は	179	70.8	74	29.2
14	夜中に目を覚ますことは	150	59.3	103	40.7
15	落ち着かなくて眠れない夜を過ごしたことは	190	75.4	62	24.6
社会的活動障害					
16	いつもより忙しく活動的な生活を送ることが	220	86.3	35	13.7
17	いつもよりすべてがうまくいっていると感じることは	190	74.8	64	25.2
18	毎日している仕事は	223	90.3	24	9.7
19	いつもより容易に物ごとを決めることが	216	85.7	36	14.3
20	いつもより日常生活を楽しく送ることが	222	88.1	30	11.9
不安と気分変動					
21	たいした理由がないのに、何かこわくなったりとりみだすことは	227	89.4	27	10.6
22	いつもよりいろいろなことを重荷と感じることは	188	74.6	64	25.4
23	いつもより気が重くて、憂うつになることは	171	68.1	80	31.9
24	自信を失ったことは	182	71.7	72	28.3
26	不安を感じ緊張したことは	191	74.9	64	25.1
希死念慮・うつ傾向					
25	人生にまったく望みを失ったとかんじることは	218	86.2	35	13.8
27	生きていることに意味がないと感じたことは	227	90.1	25	9.9
28	この世から消えてしまいたいと考えたことは	213	84.2	40	15.8
29	死んだ方がましだと考えたことは	229	90.5	24	9.5
30	自殺しようと考えたことが	242	95.7	11	4.3
合 計		147	57.6	108	42.4

先にも述べたように、GHQ30は6因子から構成される。表4にGHQ30の因子ごとの平均値、標準偏差を示す。表5から、男性と女性では精神的不健康の内容が異なることがわかる。男性は睡眠障害の平均点が高いが、女性では、睡眠障害も含め、一般的疾患傾向、身体的症状、不安と気分変調の得点も高い。また、表3から、より具体的には、朝起きたとき、すっきりしないと感じる人や、夜中に目を覚ます人が多いこと、元気なく疲れを感じる人、頭痛を訴える人が多いこと、さらに、いつもより気が重くて、憂うつになる人が多いことがわかる。

表4：GHQ30の因子ごとの平均と標準偏差

	全 体			男 性			女 性		
	N	平均	SD	N	平均	SD	N	平均	SD
一般的疾患傾向	246	1.25	1.319	116	1.14	1.243	98	1.47	1.459
身体的症状	245	1.29	1.301	113	1.19	1.202	99	1.47	1.373
睡眠障害	247	1.64	1.584	117	1.66	1.549	98	1.59	1.585
社会的活動障害	244	.75	1.158	113	.81	1.245	99	.76	1.098
不安と気分変調	249	1.20	1.656	117	.95	1.575	100	1.55	1.708
希死念慮・うつ傾向	251	.53	1.211	118	.54	1.258	100	.50	1.142

一方、社会的活動障害や希死念慮・うつ傾向の得点は低い。本研究の調査対象者はポリテクセンターで再就職のための準備をしている人たちであり、積極的に活動している人たちが多いことを示すものかもしれない。毎日の生活は充実して、うまくいっており、人生に望みを持たないというわけではないことがわかる。

感情の社会的共有

SSE-Pを用いて、離職したことや就職活動に対する気持ち・感情（感情経験）と、それらの気持ち・感情をどの程度他者に語っているか（感情の社会的共有度）を尋ねた。SSE-Pの各項目の平均、標準偏差は表5の通りである。

SSE-Pの感情経験について、因子分析（主因子解、バリマックス回転）を行った結果、表6のように、4因子が得られた。第1因子は「悲観・不安」、第2因子は「挑戦・興味」、第3因子は「集中・精一杯」、第4因子は「楽観・のんびり」の因子と言える。

挑戦・興味（第2因子）、集中・精一杯（第3因子）の因子は離職を肯定的に受け止め、再就職に向けて積極的に取り組んでいることを示し、悲観・不安（第1因子）は離職・再就職の過程へのネガティブな感情を示す因子といえる。したがって、挑戦・興味、集中・精一杯などの感情を感じている人ほど、精神的に健康であり、逆に、悲観・不安の感情を経験している人は精神的に不健康な状態にあると言えるだろう。そこで、因子分析によって得られた4つの因子を構成する項目をそれぞれ合計して、各因子の平均値を求め（悲観・不安因子：平均＝16.76、SD＝4.41；挑戦・興味因子：平均＝9.14、SD＝2.21；集中・精一杯因子：平均＝10.34、SD＝2.33；楽観・の

表5：SSE-Pの項目ごとの平均と標準偏差

No	項 目	感情経験	社会的共有	差
		平均値 (SD)	平均値 (SD)	
1	将来のことを考えると悲観的になる	1.82 (.646)	1.80 (.724)	0.02
2	先のことを考えると不安だ	2.04 (.657)	1.87 (.714)	0.17
3	早く再就職しなければと焦りを感じる	2.03 (.738)	1.95 (.731)	0.08
4	将来のことを考えると気が重い	1.82 (.687)	1.76 (.713)	0.06
5	何とか再就職できるだろうと楽観している	2.06 (.682)	1.82 (.717)	0.24
6	「やるだけのことはやろう」という気持ちである	2.65 (.546)	1.97 (.775)	0.68
7	今はのんびりやっっていこうと思う	1.97 (.746)	1.85 (.769)	0.12
8	自信を持って就職活動に当たっている	1.79 (.738)	1.73 (.753)	0.06
9	うつうつとして、考えたり行動したりする気になれない	1.39 (.562)	1.35 (.578)	0.04
10	何をやってもうまくいかないと感じる	1.39 (.570)	1.37 (.603)	0.02
11	家族や周りの人たちに申し訳ないと思う	1.77 (.744)	1.52 (.676)	0.25
12	今の自分には嫌気がさす	1.53 (.682)	1.32 (.553)	0.21
13	就職活動が思うようにいかず不満である	1.62 (.721)	1.54 (.697)	0.08
14	今はあきらめの心境である	1.37 (.602)	1.36 (.602)	0.01
15	今は再就職活動だけに集中している	1.76 (.766)	1.64 (.741)	0.12
16	再就職に向けて精一杯がんばりたいと思う	2.50 (.637)	2.00 (.783)	0.50
17	自分が高められているのを感じる	1.84 (.729)	1.62 (.723)	0.22
18	新しい知識や技術の習得に喜びを感じる	2.46 (.642)	2.05 (.780)	0.41
19	今はさまざまなことに興味を持っている	2.36 (.687)	1.99 (.782)	0.37
20	新しいことに挑戦できるのが楽しい	2.45 (.655)	2.03 (.775)	0.42

んびり因子：平均 = 4.02, $SD = 1.20$), GHQ得点との相関を求めた。

その結果、悲観・不安因子とGHQ30得点との間に有意な相関が認められ ($r = .414, p < .001, N = 245$), 悲観的で、不安を感じている人ほどGHQ30得点が高かった。現在の生活や将来に対して悲観的で、不安を感じている人ほど精神的に不健康な状態にあると言えるだろう。

しかし、挑戦・興味、集中・精一杯、楽観・のんびりの各因子とGHQ30得点との間には有意な相関は認められなかった。このことは再就職に前向きに関わっている人が必ずしも精神的に健康と言うわけではないことを示しているように見えるが、GHQが精神的な不健康をスクリーニングする尺度であることを考えると、このような結果も必ずしも不適當なものではないだろう。

次に、SSE-Pの感情の社会的共有に関する結果について検討する。SSE-Pの感情の社会的共有に関する項目の平均値と標準偏差も表5に示されている。感情の社会的共有に関する過去の研究の結果から、自分自身の感情を他者に語っている人ほど、精神的に健康な状態にあると考えられる。そこで、SSE-Pの感情経験に関する因子分析によって得られた4因子に沿って、感情の社会的共有に関する項目を分類し、それぞれの因子の平均と標準偏差を算出し(悲観・不安因子：平均 = 15.88, $SD = 4.66$; 挑戦・興味因子：平均 = 7.66, $SD = 2.62$; 集中・精一杯因子：平均 =

表6：SSE-P20項目の因子分析の結果（回転後の因子行列）※1※2

項 目	因 子			
	悲観・不安	挑戦・興味	集中・精一杯	楽観・のんびり
2) 不安	.719			-.226
10) うまくいかない	.680	-.106		
1) 悲観	.676			-.205
12) 嫌気	.637	-.102		-.113
4) 気が重い	.620	-.158	.141	-.193
14) あきらめ	.536	-.145	.120	
13) 不満※2	.529		.533	-.179
3) あせり	.492		.454	-.276
11) 申し訳ない	.489		.302	-.239
9) うつつ	.470			.227
20) 挑戦	-.109	.853		
19) 興味		.785		
18) 喜び		.766		
17) 高められ	-.154	.511	.138	
15) 集中	.268		.745	
16) 精一杯		.181	.565	-.110
13) 不満※2	.529		.533	-.179
8) 自信を持って		.310	.504	
6) やるだけ		.359	.395	
7) のんびり			-.242	.584
5) 楽観	-.169	.213	.103	.548

※1 項目13の「就職活動が思うようにならず不満である」は因子1と因子3のどちらにも含まれる。

※2 因子負荷量が0.1以下のものは除いた。

8.82, $SD=2.99$; 楽観・のんびり因子：平均 = 3.66, $SD=1.32$ であった), GHQ30得点との相関を求めた。

その結果、悲観・不安因子とGHQ30得点との間に有意な正の相関が認められた ($r=.189$, $p<.005$, $N=245$)。感情の社会的共有度が高い人の方が精神的に健康であると予想したが、結果はむしろ逆の関係を示した。その他の因子については、有意な相関は認められなかった。

予想に反する結果が認められたが、これは悲観・不安の感情を語っている人がそれらの感情をより強く感じていることを示すものであろう。前述のように、悲観的で、不安を感じている人ほどGHQ30得点が高かったからである。

そこで、感情経験と感情の社会的共有の間のズレに注目した。なぜなら、ネガティブな感情を感じても、それを他者に語らない、あるいは語れないことが不健康と関連するだろうと思われるからである。逆に、ネガティブな感情を感じていても、それを他者に語ることができれば、精神的健康を維持できると考えられる。そこで、因子ごとに感情経験と感情の社会的共有との差を算

出し、GHQ30得点との相関を検討した。

その結果、悲観・不安因子（感情経験の社会的共有とのズレ）とGHQ30得点との間に有意な相関が認められた（ $r=.217, p<.001, N=245$ ）。すなわち、悲観・不安の感情経験に比べて、その社会的共有が少ない時に、精神的健康を阻害するのである。その他の因子については有意な相関は認められなかった。

ソーシャル・サポートの種類と提供者

表7に提供されたソーシャル・サポートの種類とサポート提供者をあげた。ただし、両親が亡くなっており援助を受けられない人、独身で配偶者のいない人など、該当者がいない場合がある。表7の数値は該当者がいない場合を除いている。

表7：ソーシャル・サポートの種類とその提供者（上段は人数、下段は割合）

	両 親	兄 弟 姉 妹	配 偶 者	子 ど も	恋 人	友 人	親 類	職 安 職 員	ポ リ テ ク	そ の 他	受 け ず
金銭的援助	76 73.8	18 17.5	21 20.4	4 3.9	12 11.7	15 14.6	8 7.8	2 1.9	2 1.9	5 4.9	147 58.8
日常的問題解決	80 40.0	50 25.0	78 39.0	16 8.0	32 16.0	113 56.5	11 5.5	1 0.5	8 4.0	1 .5	52 20.6
気分転換	50 22.4	52 23.3	62 27.8	48 21.5	39 17.5	165 74.0	13 5.8	1 0.4	13 5.8	6 2.7	29 11.5
激励	62 31.2	42 21.1	68 34.2	29 14.6	32 16.1	127 63.8	9 4.5	1 0.5	5 2.5	3 1.5	51 20.4
情報提供	42 26.8	27 17.2	33 21.0	3 1.9	13 8.3	99 63.1	14 8.9	15 9.6	31 19.7	8 5.1	94 37.5

表7を見ると、友人のサポートが非常に大きいことがわかる。調査対象者は「金銭的な援助」以外のサポートのかなり多くを友人から提供されている。次に、両親からのサポートが大きく、主に金銭的援助を受けているようである。さらに、配偶者、兄弟姉妹、恋人、子どもの順となる。

配偶者や兄弟姉妹、恋人からは主に「日常的問題解決」や「気分転換」、「激励」などの社会情緒的なサポートが提供されており、道具的サポートと位置づけられる「情報提供」も多い。子どもが気分転換の相手になっている人も多い。

一方で、職安職員やポリテクセンター職員からのサポートは少ない。また、これらのサポートを受けていないと回答した人も多かった。サポートを受けていないという回答は、特に、道具的サポートについて多かった。

ソーシャル・サポートの有無と性差との関係について検討したところ、表8のような結果を得た。「金銭的援助」と「情報提供」という道具的なサポートでは性差がなかったが、それ以外の情緒的サポートについては女性の方が男性より多くのサポートを受けていた。

表8: ソーシャル・サポートの性差

ソーシャル・サポートとその有無		男	女		
金銭的援助	受けている	45	43	$\chi^2 = .310$	<i>ns</i>
	受けていない	72	59		
日常的問題解決	受けている	81	92	$\chi^2 = 15.126$	$p < .001$
	受けていない	37	10		
気分転換	受けている	95	96	$\chi^2 = 8.159$	$p < .005$
	受けていない	22	6		
激励	受けている	78	94	$\chi^2 = 20.238$	$p < .001$
	受けていない	38	8		
情報提供	受けている	71	68	$\chi^2 = .841$	<i>ns</i>
	受けていない	46	34		

ソーシャル・サポートを提供されている人と提供されていない人の精神的健康の差を検討したところ、いずれのサポートについても、その有無によって、GHQ得点に差は認められなかった(表9)。

表9: 各ソーシャル・サポートの有無によるGHQ得点

		N	GHQ-平均	GHQ-SD
金銭的援助	受けている	103	7.27	5.573
	受けていない	147	6.31	5.631
日常的問題解決	受けている	200	6.93	5.602
	受けていない	52	5.60	5.623
気分転換	受けている	223	6.59	5.538
	受けていない	29	7.10	6.349
激励	受けている	199	6.92	5.720
	受けていない	51	5.80	5.192
情報提供	受けている	157	6.78	5.573
	受けていない	94	6.51	5.726

感情の社会的共有、ソーシャル・サポートと精神的健康度

ネガティブ感情を他者に話すことは自分が苦しい状況にあることを示すものであり、他者に対してソーシャル・サポートを要求する行動と考えることもできる。そこで、SSE-Pの感情の社会的共有の合計点(20点~60点)に基づいて調査対象者を感情の社会的共有度の小群(20点~29点)、中群(30点~38点)、大群(39点~60点)に分類し、それぞれの群において5つのソーシャル・サポートの有無を検討した。その結果、金銭的な援助に関しては一定の傾向が認められなかったが、「日常的な問題解決」、「気分転換」、「激励」、「情報提供」においては、感情の社会的共有度が大きくなるほど、それらのサポートを受けている人が有意に増加する傾向があった(日常的問題解決; $\chi^2 = 7.159$, $df = 2$, $p < .03$, 気分転換; $\chi^2 = 6.046$, $df = 2$, $p < .05$, 激励; $\chi^2 = 13.976$,

$df=2, p<.001$, 情報提供; $\chi^2=9.036, df=2, p<.02$ 。

このように、感情の社会的共有行動はソーシャル・サポートを提供される可能性を高めることが示された。しかし、GHQ30得点とは関係がなく、このような傾向が必ずしも精神的健康には結びついてはいなかった。

感情の社会的共有の相手

表10は感情の社会的共有の受け手ごとに、自分自身の感情を話した程度を示したものである。なお、該当する人物が身の回りにいない場合には、「該当なし」として除外した。

感情の社会的共有の程度は配偶者、恋人、友人がもっとも高く、次に、両親、子どもの順であった。この結果は、ソーシャル・サポートに関する結果と類似していた。このことから自分自身の感情を話すこと（感情の社会的共有）がソーシャル・サポートに結びついていることが理解できる。

表10：感情の社会的共有の受け手ごとの平均と標準偏差

受け手	N	平均	標準偏差
両親	207	2.74	1.005
兄弟	215	2.35	1.079
配偶者	121	3.37	.923
子ども	97	2.70	1.129
恋人	64	3.19	1.037
友人	223	3.17	.896
親類	186	1.62	.857
職安職員	180	1.41	.623
ポリテク職員	198	1.88	.887
その他	6	1.50	.837

次に、感情の社会的共有に関する性差を検討した。表11に示すように、感情の社会的共有の受け手が両親、兄弟姉妹、子ども、恋人、友人、職安職員である場合に、有意な性差が認められた。一般に男性より女性の方が頻繁に感情の社会的共有行動が行うことが知られている。本研究で認められた性差も、感情の社会的共有に見られる一般的な性差を反映しているものと思われる。そして、感情の社会的共有に見られる性差がソーシャル・サポートにおける性差に影響を及ぼしているものと思われる。ただし、職安職員に対してのみ、男性の方が女性よりも、自分自身の感情を話っていた。

感情の社会的共有とGHQ30得点との相関を検討したところ、恋人と頻繁に話をしている人はGHQ30得点が高いことが認められた($r=-.247, p<.05, N=64$)。しかし、恋人と頻繁に話す人は若年層であると考えられるので、この結果は若年層のGHQ30得点が高いことを示しているに過ぎないのかもしれない。両親、兄弟姉妹等、その他の相手についても検討したが、有意な相関は認められなかった。

また、男性の場合は配偶者と頻繁に話をしている人の GHQ 得点が低く ($r = -.236, p < .05, N = 70$), 女性の場合は恋人と頻繁に話をしている人の GHQ 得点が低く ($r = -.480, p < .005, N = 33$), 性差が認められた。

表11: 感情の社会的共有の性差

	性別	N	感情の社会的共有		性 差	
			平均値	標準偏差	t 値	有意確率
両親	男	89	2.55	1.000	-2.874	.005
	女	96	2.97	.978		
兄弟姉妹	男	97	1.98	.935	-5.010	.001
	女	90	2.73	1.120		
配偶者	男	70	3.31	.925	-1.309	ns
	女	34	3.56	.824		
子ども	男	56	2.38	1.088	-3.797	.001
	女	25	3.32	.900		
恋人	男	25	2.80	1.190	-2.422	.05
	女	33	3.45	.869		
友人	男	94	2.89	.967	-5.278	.001
	女	101	3.51	.657		
親類	男	88	1.68	.838	1.330	ns
	女	77	1.51	.853		
職安職員	男	84	1.51	.685	2.411	.05
	女	76	1.28	.532		
ポリテク職員	男	88	1.78	.850	-.989	ns
	女	84	1.92	.908		
その他	男	4	1.75	.957	.701	ns
	女	1	1.00	.		

性別、配偶者・扶養家族の有無、年齢、離職の理由、仕事内容など

配偶者の有無、扶養家族の有無と GHQ30 得点 (配偶者ありの人平均は 6.49, なしの人平均は 7.00, 扶養家族ありの人平均は 6.57, なしの人平均は 6.87) との関係を検討したが、有意な差はなかった。対象者が 1 人であった 10 代を除いて、各年齢層の間で GHQ30 得点に関する t 検定を行ったが、いずれの組み合わせについても有意ではなかった。

調査対象者の前職と辞めた理由は表 2 の通りであった。前職と GHQ30 得点の間には有意な関係は認められなかったが、前職を辞めた理由と GHQ 得点の間には有意な関係が認められた ($F(5,214) = 2.856, p < .02$)。下位検定 (Tukey の検定) の結果、「家庭の事情、結婚・出産、健康上の理由」でやめた人は「自分の計画にしたがって」辞めた人よりも GHQ 得点が有意に高かった (有意確率 = .031)。

Ⅳ 考察

本研究では、GHQ (General Health Questionnaire) 30を用いて、失業者の精神的健康状態を測定した。本研究の対象となった失業者の精神的健康度は、従来のサンプルに比べて、特に低いことはなかったが、GHQ30得点が7点以上（不健康範囲）の対象者は男女とも45%を超えており、失業が精神的健康にとって大きな脅威であることに変わりはない。

ただし、本研究の対象者が雇用・能力開発機構「ポリテクセンター宮崎」において求職中の人たちであることは考慮すべきである。ポリテクセンターに通い、将来に対して前向きに取り組んでいる人たちだからこそ、精神的健康を維持できているのかもしれない。別のサンプルからデータを収集して比較検討することが望まれる。

GHQ30の因子ごとに検討した結果、男女とも睡眠障害を訴えているが、女性では、それに加えて、一般的疾患傾向、身体的症状、不安と気分変動の得点が高かった。GHQ30得点全体を見ても、統計的に有意ではなかったが、女性の方が、男性よりも、GHQ30得点が高かった。

統計的な有意差が認められていないので結果の解釈には慎重でなければならないが、このような傾向は、城（1996）による阪神淡路大震災の被災者に対するストレス調査においても認められている。城は避難所で暮らす被災者にアンケート調査を実施し、女性が男性よりもストレスを感じていることを報告している。男性は住居の再建や職探しなど、避難所の外での活動が多いのに対し、女性は不便でプライバシーも守られない避難所内で多くの時間を過ごすことになる。城はこのことが女性のストレスの大きな原因になっているのではないかと指摘している。

失業者の場合でも、男性は職業訓練、仕事探しに生活時間の多くを費やすことができる。男性は失業中でも外に出る機会が多く、他者と接触する機会も多いだろう。一方、女性は失業中でも家事などの家庭内の仕事に従事することになる。仕事をしていれば、外に出る機会も多く、他者と接触する機会もあるが、失業中であれば、そのような機会も少ないだろう。本研究の対象者はポリテクセンターに通っているため、必ずしも他者との接触が少ないわけではないと思われるが、このような傾向が女性の精神的健康にネガティブな影響を与えているのかもしれない。より多くの詳細なデータを収集して分析を進める必要がある。

本研究の重要な観点の1つは、感情の社会的共有と精神的健康度との関連についてである。結果に示したように、悲観的で不安を感じている人ほど精神的健康度が低いことが示された。さらに、悲観的で不安を感じているが、それを他者に語るができないことが精神的な不健康と結びついていることが認められた。

感情の社会的共有に関する従来の研究では、感情的事象を話すこと、それ自体の効果について検討されることが多かったが、感情の社会的共有と精神的健康との関連を検討していく場合の重要な要因は、むしろ感情経験とその社会的共有機会とのズレなのではないだろうか。自分自身の感情を語るができる広い対人ネットワークを持つことが失業のネガティブな影響を緩和する

のだろうと思われる。

感情の社会的共有行動には、従来から性差が認められることが知られていたが、本研究においては、社会的共有の受け手との関連において興味深い結果が認められた。すなわち、感情の社会的共有の受け手が両親、兄弟姉妹、子ども、恋人、友人、職安職員である場合に、有意な性差が認められた。職安職員を除いて、女性の方が自分自身の感情を他者に語るが多かった。しかし、社会的共有の受け手が職安職員である場合には、男性の方が女性よりも、自分自身の感情を語っていた。

男性は女性よりも感情の社会的共有が少なく、それが男性の精神的健康にネガティブな影響を与えることが示唆されてきた。本研究においても、女性の方が男性より自分自身の感情を他者に語っている。しかし、受け手によって、男性の方が女性よりも自分自身の感情を語ることもあるのである。男性が自分自身の感情を語りやすいようにする工夫が必要なのかもしれない。

さらに、本研究では社会的共有行動の頻度だけでなく、その動機についても性差が認められ、男性より、女性の方が自らの感情を語ることに積極的であることが示された。感情の社会的共有行動における女性の積極性は提供されるソーシャル・サポートの性差にも現れているものと思われる。

次に、ソーシャル・サポートに関する結果について検討する。本研究の結果から、身の回りの人たちからの支援が失業者を支えていることがわかる。すなわち、調査対象者は「金銭的な援助」以外のサポートのかなり多くの部分を友人から提供されていた。また、両親からのサポートも大きく、主に金銭的援助を受けているようであった。

一方、職安職員やポリテクセンター職員からのサポートは少なく、サポートを受けていないと回答した人もかなり多かった。このような結果は提供されるソーシャル・サポートには個人差が大きいことを示すものである。特に、専門職としての職安職員やポリテクセンター職員のサポートがほとんど見られないのは問題であろう。職安職員やポリテクセンター職員は、少なくとも対象者の側から見れば、有効な支援・援助を与えているとはいえないようである。

感情の社会的共有行動が多い人ほどソーシャル・サポートを受けていることも認められた。自分自身の感情を他者に語ることはソーシャル・サポートを提供される機会を増やすのである。ただし、本研究においてはソーシャル・サポートを提供されている人と提供されていない人のGHQ30得点に差は認められなかった。これは予想外の結果であったが、サポートを受けていないと答えた人はGHQ30得点が低いという傾向が認められたことから、ソーシャル・サポートを受けていない人はサポートされる必要がなかったとも言える。もし、そうであるならば、ソーシャル・サポートを提供されているからこそ、精神的健康を保っていられるとも考えられる。本研究の結果からは明確なことは言えないが、ソーシャル・サポートは失業者の精神的健康に一定の役割を果たしていることが示唆される。

前にも述べたように、失業は社会的絆の喪失である。ソーシャル・サポートを受けられないと

いうことは失業によって失われた絆を回復することができないことを意味する。配偶者、恋人、友人などからの援助は必要であろうし、重要であろうが、これらの非専門家の援助には限界があり、援助者側の負担も大きい。さらに、社会的絆の回復という意味では家族や友人など、身の回りの人々からの支援だけではなく、社会的支援が必要になるだろう。

失業者を孤立させないためには、ソーシャル・サポートの体制作りが必要であろう。

V 文献

- 安藤清志 1990 「自己の姿の表出」の段階 中村陽吉(編著),「自己過程」の社会心理学, 第5章, 東京大学出版会
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. 1967 The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11, 213-218.
- 井口民子・西村穰 1991 失業の心理と求職行動 日本労働研究機構調査報告書 No.15
- 城 仁士 1996 被災者の心理的ストレスと不安 城仁士・杉万俊夫・渥美君秀・小花和尚子(編), 心理学者がみた阪神大震災, 第3章, ナカニシヤ出版
- 川瀬隆千 1999 感情を語る理由：人はなぜネガティブな感情を他者に語るのか 宮崎公立大学人文学部紀要 第7巻 第1号 135-149.
- 中川泰彬・大坊郁夫 1985 日本版 GHQ 精神健康調査票手引 日本文化科学社
- Pennebaker, J. W. 1989 Confession, inhibition, and disease. In L. Berkowitz(ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 22, pp.211-244. New York: Academic Press.
- Rime, B., Mesquita, B., Philippot, P., & Boca, S. 1991 Beyond the emotional event : Six studies on the social sharing of emotion. *Cognition and Emotion*, 5, 435-465.
- Shams, M. 1993 Social support and psychological well-Being among unemployed british asian men, *Social Behavior and Personality*, 21, 175-186.
- 浦 光博 1992 支えあう人と人：ソーシャル・サポートの社会心理学 サイエンス社

※ 本研究の実施にあたり、宮崎学術振興財団の助成を得ました。記して感謝します。