

高層集合住宅居住者における社会的支援と身体・精神的健康

諸井 克英 (静岡大学人文学部社会学科)

Social support and physical and mental health among dwellers in a high-rise housing development

Katsuhide MOROI (*Shizuoka University*)

This study examined (1) the factor structures of social support received and provided by respondents and (2) the relationship between social support factors and physical and mental health (physical health, depression, and loneliness). Several scales were administered to adult women who lived in a high-rise housing development. The scales measuring social support were consisted of items asking the frequencies of receiving and providing support. The Physical and Mental Health Scale was also assessed. Social support scales were subjected to separate factor analyses. In the analysis of received support, six factors were obtained and named as follows: emotional support, positive feedback, intimacy, instrumental support, guidance, and co-behavior. The analysis of provided support identified six factors, labeled guidance/emotional support, intimacy, positive feedback, instrumental support, co-behavior, money-lending. According to the results of multiple regression analyses, loneliness was significantly related to exchanges of social support, while either depression or physical health was not significantly determined. Respondents in higher floors were susceptible to declining physical health, and indicated the deficit in exchanges of intimacy support. Furthermore, only for dwellers in middle floors, exchanges of social support were significantly related to both depression and physical health. The multifaceted nature of social support and the differential contributions of its components to physical and mental health were discussed.

Key words: social support, loneliness, depression, physical health

キーワード: 社会的支援、孤独感、うつ、身体的健康

問 題

身体・精神的健康における支援の重要性は、精神障害や精神衛生に関する研究の中で最初に Cassel (1974) によって指摘された。また、Caplan (1974) は、有害な環境においても個人が健康を保てることを目的とした、支援の専門家（ソーシャル・ワーカーなど）に加え非専門家も含めた支援システムを提起した。Cobb (1976) も、先行研究を検討し、人間の誕生から死に至る人生周期におけるさまざまな移行において支援が身体・精神的健康不全の予防的機能をはたすことを示唆した。支援の機能がこのように指摘されて以来、支援に関する膨大な研究が生み出され（参照：山本, 1986; 浦, 1992）、支援が身体的健康や精神的健康を増進させることが認められた (Cutrona, Russell, & Rose, 1986 など)。本研究では、支援の双方向性の観点を導入したうえで、すまいの高層化の社会心理学的影響を支援の側面から明らかにする。

社会的支援の受容と提供

Rook (1987) は、孤独感と支援との関係に衡平理論 (Walster, Walster, & Berscheid, 1978) を適用した。つまり、彼女によれば、まわりの者からの支援自体よりも、他者から受ける支援と自分自身が他者に与える支援

に関する返報性の有無が、心理学的幸福感にとって重要である。衡平理論の観点からは、一方的に他者から支援を受けている状態（過大利得状態）、あるいは一方的に他者に支援を与えている状態（過小利得状態）のいずれも心理学的苦悩をもたらすと予測される。つまり、自己の営む社会的ネットワークから受ける支援の程度と自分自身が社会的ネットワークに与える支援の程度が釣りあっているほど、満足感が引き起こされる。

彼女の研究では、老未亡人を対象として、支援の点での衡平性と孤独感との関連が検討された。仲間づきあい、情動的支援、および道具的支援の点での社会的ネットワークから受ける支援と自分自身がそれに与える支援の有無の差である差異得点が算出された。この差異得点と孤独感との関係をみると、支援の点で社会的ネットワークと自己との関係が衡平であるほど、孤独感が低い傾向が認められた。Fujihara & Kijima (1990) は、老人ホームに居住する老年者を対象とする調査の中で、“ストレスに直面した時に援助してくれる者”と老年者自身との間の衡平性の認知に伴う苦悩が孤独感と有意に関連していることを報告している。これも Rook (1987) の考えを間接的に支持する。

ところで、Rook (1987) が操作的に定義した衡平性では、特定の支援の有無のみが注目されており、特定の

諸井：高層集合住宅居住者における社会的支援と身体・精神的健康

人物との関係よりも社会的ネットワーク全体での交換状態が問題にされている。van Tilburg, van Sonderen, & Ormel (1991) は、特定の支援を交換する人物が複数にわたることも加味した研究を試みた。衡平な関係数が多いほど孤独感が低くなる傾向を示す相関もみられたが、過大利得であるほど孤独感が高くなり過小利得であるほど孤独感が低くなる傾向が多くみられた。また、衡平な関係であるほどむしろ孤独感が高くなることを示す相関もあった。したがって、Rook (1987) が認めた傾向が再現されたとは言い難い。

Rook (1987) が提唱した衡平理論の支援への適用は、明確に支持されたとはいえない。しかし、他者から一方的に供与される支援が孤独感の低減につながらないという立場は、衡平理論からすると興味深い考えである。さらに、先行研究で焦点とされている支援が他者から提供された支援に偏っていることを考えると (Tardy, 1985)、他者に提供している支援も同時に加味して支援と身体・精神的健康との関連を検討することは重要であろう。

ところで、Austin & Walster (1974, 1975) によれば、伝統的衡平理論では、特定の関係における衡平性が扱われており、特定の関係で経験された不衡平が他の関係での行動に影響しないことが前提とされている。彼らは、特定の関係に限定された衡平性を人物固有の衡平性 (person-specific equity) と呼んだ。一方、彼らは、人には当該の時間範囲内での自己の関係全体において衡平を維持しようとする傾向もあることを指摘した。つまり、その人が営む複数の関係間で全体として帳尻を合わせることによって、自己の衡平を維持しようとするのである。彼らは、これを世界に対する衡平性 (equity with the world) と呼んだ。したがって、van Tilburg *et al.* (1991) は人物固有の衡平性、Rook (1987) は世界に対する衡平性を問題にしているといえる。

すまいの高層化の社会心理学的影響

Mitchell (1971) は、集合住宅の居住階層が居住者の健康に影響を与えていることを見出した。単一世帯の場合には居住階層の影響がなかったが、複数の世帯が1戸に同居しているときには、高層に居住している者ほど情緒的な病を患っていた。さらに、1戸に入居している世帯数にかかわらず、高層になるほど敵意を表す者が多かった。低層に居住しているほうが外の空間を利用し易いために、このような傾向が現れると推測された。

Holahan, Wilcox, Burnam, & Culler (1978) の研究では、高層の大学寮 (14 階建て) に居住する大学生が対象にされた。寮内での対人的活動や交友活動への関わり、寮内でのプライバシーの保持、およびソシオメトリーでの被選択度のいずれにおいても、高層部分居住者 (9~14 階) が不全症候を示した。

Holahan & Wilcox (1978) は、高層の大学寮 (10・

13 階建て) と低層の大学寮 (2・5 階建て) に居住する大学生を対象として、大学寮への満足度とソシオメトリーでの被選択度を検討した。その際、居住者の社会的有能性 (social competence) も測定された。大学寮への満足度については、低層の大学寮居住者のほうが満足が高い一般的傾向とともに、次のような興味ある傾向も見出された。低層の大学寮では社会的有能性に富む者のほうが高い満足を示すのに、高層の大学寮では社会的有能性に欠ける者のほうがわずかではあるが高い満足をみせた。また、ソシオメトリーでの被選択度については、居住大学寮の独立の効果はなかったが、満足度の傾向に類似した結果が得られた。低層の大学寮では社会的有能性に富む者の被選択度が高いのに、高層の大学寮では逆に社会的有能性に欠ける者の被選択度が高かった。Holahan & Wilcox (1978) は、高層での傾向について、次のように解釈している。高層の大学寮での居住者のうち社会的有能性に富む者は大学寮の外で交友を営む傾向にあり、これが社会的有能性に欠ける者の間の交友の形成を間接的に促すことになる。

内山・辻・原・丸山・三宅・小俣・諸井 (1983) は、すまいの高層化への心理学的適応に関する一連の調査を試みた。そのうちの対人関係を焦点とした調査では、一般的に居住階層の影響は現れなかったが、次のような特徴を見出した。高層居住者 (9~11 階) が、a) 近隣の人々とあまり付き合わない、b) 同じ棟の人々とあいさつをあまり交さない、c) 団地内の友人が少ない。

これらの一連の研究は、すまいの高層化が居住者の身体・精神的健康に悪影響をおよぼすことを示している。高層住宅における居住階層と子どもの発達との関連を検討した山本・三宅 (1992) は、高層部分に居住する子どもの単独外出の遅滞を見出した。これは、今述べた一連の研究結果に対応するであろう。しかし、彼らは、予想に反して、高層に居住している母親の近所づきあいが活発であることを認め、次のように解釈した。高層部分での居住は、地面との隔りがある分、逆に周囲とのコミュニケーションを動機づけ、相互協力の体制をもたらす。したがって、すまいの高層化が支援の交換におよぼす影響に関しても両方向の可能性が予想されることになり、これを明らかにすることは興味深い課題である。

本調査の目的

本調査は、以下の目的のために、高層集合住宅に居住する成人女性を対象として、実施された。

まず、高層集合住宅に居住する成人女性の支援の様相を明らかにする。先述したように、支援の捉え方は単一的でない。ここでは、先行研究に基づき整理された支援項目について、回答者が受容した程度と回答者が提供した程度を測定する。ここで用いられる測度は、実行された支援と位置づけられる (Barrera, 1986)。このように

して測定された支援の基本的構造を明らかにし、その上で、抽出された各因子と身体・精神的健康との関連を調べる。ところで、本研究での支援の双方向的測定は、回答者とまわりの人々との間の支援の交換を対象にしており、特定の人との交換を問題にしていない。つまり、世界に対する衡平性の観点 (Austin & Walster, 1974, 1975) からの検討が試みられる。

なお、本調査では、身体・精神的健康を、先行研究でも取り上げられることの多い次の3側面に限定した。身体的調子、うつ、孤独感。身体的健康では、身体の一一般的な調子に限定し、個別的な身体症候についての測定は行わない。また、精神的健康として、うつと孤独感を取り挙げた。うつは、日常生活での一般的な失敗経験の反復によってもたらされる意気消沈した状態である。一方、孤独感は、対人関係での不全に由来する状態である。

支援の様相と身体・精神的健康との関係を明らかにしたうえで、本調査の重要な目的として、身体・精神的健康や支援の状態に回答者の居住階層がどのような影響をもたらすかを検討する。さらに、支援の受容/提供と身体・精神的健康との関連についての居住階層別比較も試みる。先述の論議によれば、高層部分居住者がさまざまな不全症候を示すことが予想される。しかし、山本・三宅 (1992) が報告しているように、高層部分のほうが密接なネットワーク形成を営むことも考えられる。

方 法

本調査の実施および対象者

居住形態や年収などの点での同質性を考慮して、静岡市内の市営団地 (3棟、15階建て、428戸) に住む成人女性を調査対象とした。数年前に、この団地に居住する成人女性を対象として、孤独感と電話コミュニケーションに関する調査が実施されたことがある (諸井, 1991)。事前に入居状況を確認し (1992年9月18日)、入居者の70%を基準に各棟の階ごとに調査対象者を無作為抽出した (配付計画数285戸; 依頼時に成人女性がいなかった場合を除くと、実際の配付対象者は277名である)。調査員が直接訪問し調査の目的等を説明し、後日郵送させる留置法を用いた。その際350円程度の文具を謝礼として添付した。

あらかじめ調査の目的を記した予告状を対象者に配付し (1992年10月9日)、約2週間後から (10月20日~30日) 本人またはその家族に依頼を行った (受理数242, 留守宅配付数9, 拒絶数26)。返送の締切日は11月21日としたが、その約2週間前から未着者に対して2回にわたり、調査への協力を求める督促状を配付した。期限内に194通が返送された (回収率77.3%, その他、白紙回答が2通あった)。

なお、本調査で回答者を成人女性に限定したのは、回

答の得やすさに加え、女性の対人的志向性の高さのためである (Swap & Rubin, 1983; 斎藤・中村, 1987)。つまり、一般的に対人的志向性が高い傾向にある女性では、日常的な支援の交換の状態が身体・精神的健康と強い関連をみせると思われる。そのため、研究の第1段階として、対象を成人女性に限定した。

質問紙の構成

調査票は、次の質問群から構成される。

(1) 社会的支援

本調査では、回答者の支援状況について、特定の支援の受容と提供の程度という2つの側面から調べた。まず、先行研究で開発された支援尺度項目を整理した (社会的支援行動インヴェントリー: Barrera & Ainlay, 1983; 友だちおよび家族からの知覚された社会的支援尺度: Procidano & Heller, 1983; 社会的支援評価尺度: Vaux, Phillips, Holly, Thomson, Williams, & Stewart, 1986; 社会的支援行動尺度: Vaux, Riedel, & Stewart, 1987; 知覚された社会的支援多次元尺度: Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988; ソーシャル・サポート・ネットワーク・サイズ尺度: 南・稲葉・浦, 1987; サポートネットワーク尺度: 嶋, 1992)。その上で、a) 情動的支援、b) 所属感支援、c) 情動的支援、d) 評価的支援、および e) 道具的支援の観点から40項目にまとめた (Table 2参照)。

本調査では、回答者が受けている支援の程度とともに、回答者自身が与えている支援の程度も測定した。つまり、実行された支援 (Barrera, 1986) の双方向的測定を行うために、支援の受容と提供の程度を測定する2種類の尺度を作成した。最初に、回答者が過去6ヵ月の間にまわりの人々から受けた支援の程度を尋ね、次に過去6ヵ月の間にまわりの人々に提供した支援の程度を回答させるようにした。支援の受容/提供の程度を、4点尺度で回答させた (“たびたびあった〈4点〉”~“まったくなかった〈1点〉”)。

(2) 基本的属性

回答者の年齢、職業従事状況、家族構成、居住階、および居住期間について尋ねた。

(3) 身体・精神的健康

本調査では、身体的側面と精神的側面に関する不全症候を測定した。身体的側面については、特定の疾患よりも全般的な身体の調子を尋ねた。精神的側面については、対人関係の不全に由来する孤独感と日常生活でのさまざまな失敗経験の反復に起因するうつを測定した。当然のことながら、これらの3つの概念間には関連がある。たとえば、孤独感とうつとの間には、概念的弁別性はあるが、経験的にはかなり高い関連がみられる (諸井, 1995)。したがって、本研究では、因子分析によって、これらの3つの側面を独立的に扱えるようにした。

諸井：高層集合住宅居住者における社会的支援と身体・精神的健康

身体的不調の測定には、GHQ 質問票日本版（中川・大坊，1985）の身体的症状に関する質問項目を修正した6項目を用いた。うつを測定する9項目は、GHQ 質問票日本版とCMI健康調査票日本版（金久・深町，1988）のうつに関する項目を参考にして作成された。孤独感については、諸井（1992b，1993）が用いた8項目を用いた。Russell, Cutrona, Rose, & Yurko (1984) は、改訂 UCLA 孤独感尺度 (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980) が Weiss (1973) によって主張された社会的孤独感と情動的孤独感の2次元から構成されている可能性を示唆した。しかし、このことが尺度項目の表現方向の差異と交絡していることから（諸井，1992a）、諸井（1992b，1993）は項目表現方向を修正した8項目尺度を作成したが、2次元性に関する証拠が認められなかった。調査では、以上の23項目を身体・精神的健康尺度とした（Table 1 参照）。

それぞれの項目で述べられている状態について、“過

去6ヵ月”という基準でどのくらい感じるかを4点尺度で回答させた（“たびたび感じる〈4点〉”～“けっして感じない〈1点〉”）。それぞれの項目での回答は、身体的不調状態、うつ状態、および孤独状態を示すほど、高得点になるように処理された。

なお、項目の順序効果をなくすために、項目順の異なる尺度を用いた。(1)の尺度では4タイプ、(3)の尺度では2タイプの尺度を用いた。たとえば、支援の受容に関する尺度では、40項目を10項目ずつの4群に分割し別々の頁に分けて呈示し回答させた。これらの10項目ずつの4群の順番を変えた4タイプの支援の受容尺度を用意した。

(4) その他の尺度

以上に述べた他に、a) 特定の支援を提供する人物の存在を尋ねる尺度と、b) 生活出来事に関わる尺度にも回答を求めた。本論文では、これらの尺度に関する結果を省略する。

Table 1 身体・精神的健康尺度に関する因子分析の結果：因子負荷量（主因子法，直交回転）

	I	II	III	h^2
[第I因子：うつ]				
DEP7. みじめな気持ちである。	.723	.280	.001	.601
DEP3. 生きていることに意味がない。	.721	.025	.248	.582
DEP8. 人生にまったく望みをもてない。	.711	.053	.264	.578
DEP9. この世から消えてしまいたい。	.711	.025	.239	.563
DEP6. ふさぎこみがちである。	.697	.346	-.056	.609
DEP4. ノイローゼ気味で何もすることができない。	.659	.226	.032	.486
DEP5. ゆううつな気分である。	.629	.378	.005	.539
LONE1. 私は、まわりの人たちと調子よくいっていない。	.571	.078	.207	.375
DEP2. 自分は役に立たない人間である。	.560	.050	.205	.358
DEP1. じっと静かにしていいたくなる。	.399	.169	-.082	.194
LONE4. 私には、まわりの人たちとの共通点が少ない。	.391	.147	.298	.263
[第II因子：身体的不調]				
PHY1. からだの調子が悪い。	.188	.779	.039	.644
PHY5. 疲れてぐったりすることがある。	.060	.682	.118	.483
PHY6. からだがほてったり寒気がする。	.125	.680	.028	.479
PHY4. 病気がちである。	.066	.677	.148	.485
PHY3. 頭痛に悩まされる。	.204	.548	-.063	.346
PHY2. 疲労回復剤（ドリンク・ビタミン剤）を飲みたくなる。	.165	.503	-.018	.281
[第III因子：孤独感]				
LONE6. 私には、私のことをよく知っている人がいる。	-.051	.035	.789	.626
LONE2. 私には、頼りにできる人がいる。	.048	.092	.671	.461
LONE7. 私は、望むときにはいつでも、人とつきあうことができる。	.070	-.040	.640	.416
LONE3. 私は、親しい仲間たちのなかで欠くことのできない存在である。	.250	-.020	.566	.383
LONE5. 私は、だれとも親密にしていない。	.358	.049	.442	.326
LONE8. 私には、知り合いはいるが、私と同じ考えの人はいない。	.214	.084	.265	.123
因子固有値	4.698	3.022	2.485	10.205

$N=182$

初期説明率：51.1%；固有値 ≥ 2.203

DEP: うつ項目；LONE: 孤独感項目；PHY: 身体的調子項目

結 果

回答者の属性

回答者の平均年齢は39.54歳 ($SD=11.69$, 20~84歳, $N=182$; 20歳代36名, 30歳代68名, 40歳代50名, 50歳以上28名)であり、半数以上の者が何らかの形で仕事に従事している(常勤47名, パート61名, 内職13名, 無職67名, その他2名)。大半の者が配偶者と暮らしており(同居152名, 別居9名, 配偶者なし29名)、平均居住者数は3.42人 ($SD=1.31$, 1~8名, $N=190$)である。平均居住期間は93.20ヵ月 ($SD=54.34$, 0~175ヵ月, $N=190$; 1年未満11名, 1年以上~5年未満49名, 5年以上~10年未満43名, 10年以上87名)である。

身体・精神的健康尺度および社会的支援に関する尺度の検討

本調査で用いた尺度について因子分析(主因子法、直交回転)を行った。それぞれの尺度において、固有値 ≥ 1.00 の基準を充たす複数の因子解を求め、固有値の変化の推移および各因子次元の解釈可能性を考慮して抽出因子数を決めた。その際、直交回転後の因子負荷量の絶対値が.400以上であることを基準として各因子次元の代表項目を選択し、出現因子の解釈を行った。決定した因子解について、回帰法に基づき因子得点を算出した。

なお、Rook (1987) や van Tilburg *et al.* (1991) の方法を参照にした以下の分析も試みた。支援の受容と提供の項目ごとに差異得点を算出し、その得点について因子分析を行った。この分析で得られた因子と身体・精神的健康との関連を検討した。しかし、支援の量的差異が何らかの不応をもたらしという衡平理論を支持する傾向は認められなかったため、この分析については本論文では省略した。後述するように、特定の支援の受容(あるいは提供)が特定の支援の提供(あるいは受容)を高めるかどうかという相関関係からの衡平性の検討(河合・下仲, 1992)のみを報告する。

(1) 身体・精神的健康尺度

この尺度は、もともと、身体的不調、うつ、および孤独感の3つの側面から構成されている。したがって、この尺度は、3因子解が適切であると予測される。因子分析の結果もこの予測を支持した。3因子解の結果をTable 1に示す。

3因子解では、第I因子はうつ、第II因子は身体的不調、第III因子は孤独感に関する項目が高い因子負荷量を示した。ただし、もともと孤独感を表すと考えられた2項目(LONE1, 4)では、第III因子よりも第I因子での因子負荷量のほうが高かった。これは、周囲の人々との不調和が孤独感よりもうつ状態を反映していることを意味する。なお、本研究では、回帰法により算出した因

子得点を後の分析に用いるので、身体的不調、うつ、および孤独感の3つの側面それぞれの関係は独立であることになる。

(2) 社会的支援に関する尺度

①回答者が受容した社会的支援

固有値 ≥ 1.00 の基準を充たす8因子解から3因子解までの各因子解を検討した結果、項目作成時の分類に最も対応し、各因子の解釈が明確である6因子解を採用した。その結果をTable 2に示す。

第I因子に高い負荷を示す項目は、回答者に対する理解や精神的支えの提供を意味する。回答者が置かれている状況の理解(項目13, 15)や道具的援助の側面(18)も含まれるが、全体としては、この因子は、情動的支援因子と命名できる。

第II因子は、他者による受容と承認やそのことの伝達による回答者の自尊心の維持と高揚を意味する項目から成る。回答者への期待(5)や情報の提供(25)も含まれるが、これは、回答者を高く評価していることを含意すると考えられる。したがって、この因子は、評価支援因子と名づけられる。

第III因子と第VI因子は、もともと所属感支援と考えていた項目で高い負荷を示している。第III因子は、相互の親密さを確認する行動を意味する項目の負荷が高く、親密性支援因子と命名した。一方、第VI因子は、行動の共有を示す項目から構成されるので、共行動支援因子とした。

第IV因子は、道具的課題遂行における援助を示す項目から構成され、道具的支援因子と名づけた。共行動と解釈される項目(2, 12)もこの因子に高い負荷を示しているが、これは、行動を共にしてくれる人物の存在が何らかの目標に対して道具的機能をはたすこともあることを表している。

第V因子に高い負荷を示す項目は、問題解決のための知識や情報の提供に関わる。問題解決のための仲間の重要性(32)や、回答者の願望に敏感になること(31)なども含まれるが、この因子は、ガイダンス支援とした。

②回答者が提供した社会的支援

固有値 ≥ 1.00 の基準を充たす6因子解から3因子解までの各因子解を検討した結果、項目作成時の分類に最も対応し、各因子の解釈が明確である6因子解を採用した。Table 3に示すように、回答者が受容した支援の場合に基本的に対応する因子も現れたが、異なる因子も得られた。

第I因子では、相手の受容と承認やそのことの伝達による相手の自尊心の維持と高揚を図る側面と、問題解決のために相手に知識や情報を提供する側面を表す項目の負荷量が高かった。これは、ガイダンス・情動的支援と命名された。

諸井：高層集合住宅居住者における社会的支援と身体・精神的健康

Table 2 回答者が受容した社会的支援に関する因子分析の結果：因子負荷量（主因子法，直交回転）

	平均値 (SD)	I	II	III	IV	V	VI	h^2
[第 I 因子：情動的支援]								
19. いろいろなことを私と分かち合ってくれた。	3.07 (.80)	.753	.172	.231	.174	.105	.214	.737
20. 私の幸福に対する関心と配慮を示してくれた。	2.98 (.81)	.638	.320	.179	.213	.175	.177	.649
17. 私の気持ちを理解してくれた。	3.16 (.77)	.605	.292	.293	.112	.196	.154	.612
15. 何をすべきかを私が決定するときに、助けてくれた。	2.98 (.76)	.589	.212	.167	.198	.387	.099	.619
11. 私の個人的な悩みごとに耳を傾けてくれた。	3.14 (.83)	.570	.178	.069	.206	.320	.136	.525
6. 私に対する愛情を示してくれた。	3.14 (.84)	.521	.374	.179	.176	.039	.397	.633
13. 私がおかれている立場を理解させてくれた。	2.91 (.88)	.490	.354	.036	.243	.377	.224	.618
18. 私が忙しいときに手伝ってくれた。	2.98 (.82)	.472	.202	.164	.389	.021	.233	.497
1. 私に援助が必要なときは、私のそばにいてくれた。	2.97 (.88)	.399	.334	.192	.385	.202	.245	.557
[第 II 因子：評価支援]								
14. 私が言うことを高く評価してくれた。	2.95 (.74)	.378	.652	.079	.135	.236	.160	.674
21. 私の能力や性格を高く評価してくれた。	3.01 (.79)	.201	.574	.255	.120	.133	.063	.471
8. 私に対する好意を示してくれた。	3.20 (.76)	.339	.556	.283	.092	.035	.408	.680
7. 私がまわりの人たちに親近感を抱かれていることを教えてくれた。	2.83 (.82)	.299	.532	.208	.183	.153	.414	.644
26. 私のやり方が適切であると、言ってくれた。	2.82 (.67)	.130	.504	.381	.080	.432	-.040	.611
28. 私が大切にされていることを行動で示してくれた。	2.89 (.79)	.274	.500	.436	.223	.179	.100	.607
5. 私に何が期待されているのかをはっきりさせてくれた。	2.37 (.90)	.219	.492	.051	.259	.195	.212	.443
34. 私が尊敬されていることを教えてくれた。	2.42 (.79)	.234	.468	.188	.190	.291	.099	.440
25. いろいろな情報を私に教えてくれた。	3.17 (.70)	.117	.415	.288	.314	.376	-.041	.511
30. 私がわからないことを教えてくれた。	3.16 (.78)	.228	.391	.309	.194	.312	.094	.444
[第 III 因子：親密性支援]								
23. 私が楽しく過ごせるようにしてくれた。	3.05 (.78)	.147	.140	.716	.337	.207	.094	.719
22. 私の気分をやわらげるために、私のそばにいてくれた。	2.90 (.84)	.113	.174	.703	.365	.054	.113	.686
24. 私との間に強い絆があることを示してくれた。	3.11 (.75)	.199	.322	.616	.101	.142	.194	.591
37. 私に対して誠実にふるまってくれた。	3.24 (.70)	.341	.350	.519	-.047	.243	.149	.592
36. 気がまぎれるように、私に冗談を言ってくれた。	3.07 (.76)	.199	.161	.388	.179	.312	.033	.347
[第 IV 因子：道具的支援]								
40. 私の家族の世話をしてくれた。	2.60 (1.04)	.235	.280	.120	.563	.097	.065	.479
27. 何かの道具や器具を私に貸してくれた。	2.56 (.94)	.010	.354	.223	.520	.177	.096	.486
16. 私の物（家、ペット、植物など）の世話をしてくれた。	2.13 (1.12)	.358	.085	.118	.497	-.056	.091	.408
12. 私といっしょに何か催しものに行ってくれた。	2.76 (.95)	.258	.136	.068	.490	.184	.434	.552
29. 滞在場所を私に提供してくれた。	2.36 (1.11)	.096	.352	.203	.490	.301	.073	.510
2. 何かの仲間に誘ってくれた。	2.99 (.85)	.081	.171	.062	.474	.274	.379	.483
35. 私がお金が足りないときに、立て替えてくれた。	2.15 (.99)	.121	-.019	.262	.437	.166	.174	.332
4. 期限なしで、私にお金を貸してくれた。	1.54 (.87)	.210	-.063	.202	.336	.075	.259	.274
[第 V 因子：ガイダンス支援]								
33. 困ったときに、私に助言してくれた。	3.08 (.74)	.275	.186	.214	.277	.596	.130	.605

Table 2 続き

	平均値 (SD)	I	II	III	IV	V	VI	h^2
39. とるべき行動を私に提案してくれた。	2.88 (.82)	.305	.188	.253	.151	.555	.317	.624
32. 私にとって仲間が重要であることを教えてくれた。	3.02 (.78)	.111	.249	.124	.118	.518	.336	.485
31. 私が望んでいることについて敏感になってくれた。	2.79 (.74)	.363	.306	.347	.000	.477	.269	.646
3. 何をすべきかについて、私に助言してくれた。	2.83 (.85)	.416	.317	.072	.369	.435	.126	.620
[第VI因子：共行動支援]								
10. 私といっしょに食事をしてくれた。	3.26 (.87)	.248	.173	.036	.152	.088	.638	.531
38. 私と共通の趣味や関心をもつようにしてくれた。	2.73 (.88)	-.007	.308	.285	.108	.384	.495	.580
9. 必要なときに、私を車に乗せてくれた。	3.03 (.99)	.268	-.010	.110	.243	.154	.484	.401
因子固有値		4.729	4.487	3.434	3.405	3.221	2.638	21.914

$N=184$

初期説明率: 61.4%; 固有値 ≥ 1.293

第II因子から第V因子までの各因子は、負荷量が高い項目が完全に一致しているわけではないが、回答者が受容した支援での因子に対応している。したがって、第II因子を親密性支援因子、第III因子を評価支援因子、第IV因子を道具的支援因子、第V因子を共行動支援因子と、それぞれ名づけた。

第VI因子は、金銭面で相手を援助する項目から成り、金銭的支援因子と命名した。

③項目別平均値

各支援項目の平均値を Table 2, 3 に示す。大半の項目が2点(“めったになかった”)以上であり、本研究で測定した支援項目が日常的に交換される内容であることを表している。しかし、項目4については、受容と提供ともに有意に2点を下回っていた($p < .05$)。金銭の無期限の貸借が親密な関係を前提にしていることを考えると当然の結果と思われる。

社会的支援と身体・精神的健康

回答者が受容した支援と回答者が提供した支援が、身体・精神的健康の3側面のそれぞれにどのように影響をおよぼすかを、重回帰分析によって検討した。分析では、a) 受容した支援6因子と b) 提供した支援6因子を説明変数とし、身体・精神的健康の3因子のそれぞれを従属変数とした。a) のみ、b) のみ、および a) と b) という3通りの説明変数を用いた。これらの重回帰分析の結果を Table 4 に示す。なお、支援と身体・精神的健康は同時点で測定されているけれども、本研究では、支援から身体・精神的健康への因果的影響を仮定した。つまり、支援の実行(受容/提供)の結果として身体・精神的健康がどのように変化するかを検討した。

①うつと身体的不調

これら2つの側面については、いずれの分析におい

ても有意な関係がみられなかった。

②孤独感

孤独感については、回答者が受容した支援と回答者が提供した支援のいずれでも有意な影響が認められた。

回答者が受容した支援については、ガイダンス支援因子が負の規定因の傾向性を示したことを除き、すべての因子が有意な負の規定因であった。回答者が提供した支援の場合、ガイダンス・情動的支援因子と金銭的支援因子を除く4因子が有意な負の規定因であった。

回答者が受容した支援6因子を先に投入し、後に回答者が提供した支援6因子を投入した場合には説明力の有意な増加はなかったが($\Delta R^2 = .045, ns$)、逆の場合には、有意な増加が見出された($\Delta R^2 = .093, p < .01$)。したがって、孤独感は、まわりに自分が提供した支援よりも、まわりから受容した支援に独自に影響されるといえる。

社会的支援の受容と提供との関係

支援の受容と提供との関係を検討するために、受容と提供それぞれの因子得点間のピアソン相関を求めた。これを Table 5 に示す。

36個の相関のうち、19個で有意な正の相関あるいは正の相関の傾向性が得られた。これらの傾向は、特定の支援の受容(あるいは提供)が特定の支援の提供(あるいは受容)を高めるという意味での平衡性(河合・下仲, 1992)が存在することを示している。

受容と提供との関係を細かくみると、次のように同じ種類の支援同士の相関が比較的高いことが認められた。評価支援の受容-提供、道具的支援の受容-提供、ガイダンス支援の受容-ガイダンス・情動的支援の提供、共行動支援の受容-提供。その他、評価支援の受容とガイダンス・情動的支援の提供との間にも比較的高い相関が認

諸井：高層集合住宅居住者における社会的支援と身体・精神的健康

Table 3 回答者が提供した社会的支援に関する因子分析の結果：因子負荷量（主因子法，直交回転）

	平均値 (SD)	I	II	III	IV	V	VI	h^2
[第 I 因子：ガイダンス・情動的支援]								
3	2.73 (.77)	.721	.203	.088	.225	.233	.128	.690
39	2.77 (.79)	.720	.366	.084	.169	.205	.143	.750
13	2.73 (.79)	.695	.091	.391	.081	.239	.091	.716
5	2.38 (.82)	.691	.242	.105	.256	.023	.188	.648
34	2.56 (.78)	.665	.224	.325	.015	.172	.090	.636
15	2.81 (.75)	.653	.162	.315	.130	.198	.107	.619
32	2.82 (.81)	.639	.267	.306	.137	.102	.072	.608
33	3.01 (.77)	.586	.314	.441	.211	.046	.067	.688
30	2.96 (.76)	.505	.298	.310	.232	-.003	.162	.520
20	2.85 (.83)	.484	.299	.368	.321	.321	.142	.685
7	2.65 (.85)	.476	.337	.266	.212	.215	.194	.540
31	2.97 (.77)	.469	.436	.395	.326	.034	-.036	.675
19	2.90 (.84)	.433	.334	.330	.273	.335	.091	.603
25	3.05 (.69)	.341	.234	.315	.258	.205	.171	.408
[第 II 因子：親密性支援]								
24	2.99 (.77)	.354	.671	.287	.132	.162	.085	.709
8	3.07 (.80)	.257	.618	.345	.191	.208	.190	.683
6	2.95 (.82)	.350	.574	.228	.268	.163	.156	.627
22	2.79 (.79)	.312	.561	.219	.282	.282	.027	.620
23	2.97 (.80)	.346	.540	.300	.266	.260	.221	.689
28	2.98 (.75)	.422	.527	.338	.268	.070	.104	.658
37	3.23 (.66)	.265	.521	.415	.171	.017	.081	.550
[第 III 因子：評価支援]								
14	2.98 (.72)	.294	.219	.704	.264	.215	.034	.747
21	3.04 (.78)	.321	.297	.647	.045	.182	.113	.658
17	3.12 (.68)	.300	.370	.644	.264	.081	.087	.725
26	2.88 (.75)	.419	.287	.548	.131	.300	.120	.680
11	3.13 (.77)	.430	.256	.445	.187	.094	.101	.502
[第 IV 因子：道具的支援]								
29	2.25 (1.01)	.284	.095	.222	.633	.027	.174	.571
40	2.41 (1.03)	.295	.156	.134	.615	.076	.175	.544
9	2.30 (1.20)	-.071	.143	.098	.559	.148	.037	.371
16	2.11 (1.01)	.144	.122	.030	.534	.221	.089	.378
18	2.99 (.88)	.079	.307	.183	.519	.242	.232	.516
1	2.74 (.83)	.313	.437	.067	.474	.189	.101	.564
27	2.54 (.90)	.282	.111	.145	.421	.208	.242	.392
36	2.94 (.82)	.287	.286	.208	.323	.121	.304	.419
[第 V 因子：共行動支援]								
12	2.75 (.92)	.196	.134	.260	.365	.658	.017	.690
38	2.70 (.79)	.345	.251	.110	.283	.511	.114	.548
10	2.98 (.93)	.124	.381	.111	.384	.508	.028	.579
2	2.62 (.94)	.316	.069	.176	.404	.453	.147	.526
[第 VI 因子：金銭的支援]								
35	2.10 (.97)	.169	.086	.089	.135	.077	.778	.673
4	1.70 (.94)	.120	.112	.046	.257	.024	.720	.614
因子固有値		7.050	4.573	4.155	4.013	2.368	1.854	24.013

N=182

(注1) 初期説明率：65.9%；固有値 ≥ 1.074

(注2) 各項目での支援の内容は受容の場合に対応しているが、支援の提供を表すように表現を修正してある（例：“1. 相手に援助が必要なときは、相手のそばにいてあげた。”）。

められた。

居住階層の効果

居住階層の効果を検討するために、回答者の居住階に基づき被験者を3群に分割した(低層群: 1~5階; 中層群: 6~9階; 高層群: 10~15階)。この相対的分割は、階段やエレベーターによる各階の近接性を考慮して行われた。この団地では、偶数階とその上の奇数階をペアとしてエレベーターの昇降口が同一になるように設計されている。したがって、たとえば、8階と9階の居住者は、エレベーターの利用という観点からは、あたかも

同一の階に居住していることになる。本分析では、このことを加味して被験者を分割した。この分割は、3群の人数ができるだけ等しくなるように試みられたが(もちろん、階によって空き部屋や回答状況が異なるために完全均等化は無理である)、分割基準に絶対的な客観性があるわけではない。しかし、各群に含まれる階を入れ替えて以下の分析を行っても類似した傾向が認められたことから、本研究での相対的分割が妥当であると判断した。

ところで、回答者の生活形式も仲介させた分析を行うことが望ましい。しかし、回答者の人数が十分でないことに加え、居住階層の分類に回答者の職従事状況(常勤職, 専業主婦)が交絡していないと判断できたので($\chi^2_{(2)}=.69, ns$)、生活形式を仲介させた分析は試みられなかった。

(1) 平均値比較

居住階層を独立変数とし、身体・精神的健康3因子、回答者が受容した支援6因子、回答者が提供した支援6因子を従属変数とする一連の一元分散分析を行った。

身体・精神的健康3因子については、身体的不調因子のみで有意な傾向が見出された($F_{(2/179)}=4.398, p<.05$)。高層居住者が身体的不調を最も訴える傾向があり、中層居住者の場合にそのような傾向が最も小さかった(低層群: $x=.053, SD=.996, N=54$; 中層群: $x=-.303, SD=.746, N=52$; 高層群: $x=.169, SD=.920, N=76$)。

回答者が受容した支援6因子の場合、親密性支援因子で傾向性が認められた。中層居住者には周囲の者から親密性支援があまり提供されない傾向があった($F_{(2/181)}=2.768, p<.10$)。しかし、高層居住者がそのような支援を最も受容していた(低層群: $x=.026, SD=.842, N=53$; 中層群: $x=-.235, SD=.946, N=52$; 高層群: $x=.137, SD=.883, N=79$)。

Table 4 身体・精神的健康におよぼす社会的支援の影響: 重回帰分析(標準化偏回帰係数)

	(うつ)	(身体的不調)	(孤独感)
《回答者が受容した支援》			
I. 情動的支援	.036	.058	-.273a
II. 評価支援	-.103	.078	-.221a
III. 親密性支援	-.059	.040	-.174b
IV. 道具的支援	.095	.053	-.172b
V. ガイダンス支援	.103	.032	-.122d
VI. 共行動支援	-.113	-.051	-.208b
R^2	.045	.019	.303a
《回答者が提供した支援》			
I. ガイダンス・情動的支援	.129	.102	-.051
II. 親密性支援	.015	.163	-.299a
III. 評価支援	-.020	.089	-.236a
IV. 道具的支援	.021	.030	-.163c
V. 共行動支援	-.109	-.088	-.169c
VI. 金銭的支援	.058	.012	-.077
R^2	.031	.060	.255a

$N=170$

a: $p<.001$; b: $p<.01$; c: $p<.05$; d: $p<.10$

Table 5 社会的支援の受容と提供との関係: 因子得点間のピアソン相関

	〔社会的支援の提供 ^(a) 〕					
	I	II	III	IV	V	VI
〔社会的支援の受容〕						
I. 情動的支援	.190c	.293a	.290a	.110	.021	.059
II. 評価支援	.384a	.201b	.405a	.182c	.074	.145d
III. 親密性支援	.043	.289a	.095	.089	.057	.171c
IV. 道具的支援	.174c	.037	.103	.433a	.262a	.232b
V. ガイダンス支援	.444a	.026	.131d	.013	.112	.030
VI. 共行動支援	.072	.217b	-.058	.171c	.611a	.048

$N=176$

a: $p<.001$; b: $p<.01$; c: $p<.05$; d: $p<.10$

(a) 社会的支援の提供因子

{ I. ガイダンス・情動的支援 II. 親密性支援 III. 評価支援 }
{ IV. 道具的支援 V. 共行動支援 VI. 金銭的支援 }

諸井：高層集合住宅居住者における社会的支援と身体・精神的健康

Table 6 身体・精神的健康におよぼす社会的支援の影響：居住階層別の重回帰分析（標準化偏回帰係数）

	低層〈1-5階 (N=49)〉			中層〈6-9階 (N=46)〉 〔身体・精神的健康因子 ^(a) 〕			高層〈10-15階 (N=75)〉		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
《回答者が受容した支援》									
I. 情動的支援	.140	.050	-.092	-.404b	-.024	-.329c	.208	.167	-.335b
II. 評価支援	-.015	.080	-.215	-.351c	-.148	-.361c	-.168	.035	-.277c
III. 親密性支援	-.149	-.265	-.346b	-.164	.081	-.241d	.023	.134	-.017
IV. 道具的支援	.081	-.051	-.399b	.227	.333	-.010	.091	.030	-.104
V. ガイダンス支援	.300	-.090	-.208d	.014	.130	-.186	.097	.069	-.039
VI. 共行動支援	.043	.006	-.189	.262d	.221	-.267c	-.319	-.206	-.178d
R ²	.150	.087	.385b	.300c	.173	.394b	.134	.083	.350a
《回答者が提供した支援》									
I. ガイダンス・情動的支援	.150	-.099	-.131	-.197	.125	-.142	.263c	.070	.059
II. 親密性支援	.034	-.002	-.402b	-.051	.324c	-.254d	-.069	.256	-.282c
III. 評価支援	.040	.122	-.098	.107	-.118	-.141	-.131	.112	-.365a
IV. 道具的支援	.033	-.016	-.318c	.150	.322c	-.257	.055	-.030	-.061
V. 共行動支援	-.037	-.021	-.056	.218	.102	-.215	-.269c	-.141	-.127
VI. 金銭的支援	.061	.097	-.087	-.159	.020	.068	.221d	-.138	-.138
R ²	.029	.029	.352b	.110	.271c	.234d	.164d	.134	.321a

a: $p < .001$; b: $p < .01$; c: $p < .05$; d: $p < .10$

(a) 身体・精神的健康因子: I. うつ, II. 身体的不調, III. 孤独感

回答者が提供した支援6因子をみると、親密性支援因子で有意な傾向があった ($F_{(2,179)} = 3.369, p < .05$)。高層になるほど周囲に親密性支援を提供しなくなる傾向があった (低層群: $x = .223, SD = .858, N = 51$; 中層群: $x = .052, SD = .972, N = 51$; 高層群: $x = -.175, SD = .812, N = 80$)。

(2) 重回帰分析

支援の受容/提供が身体・精神的健康の3側面のそれぞれにどのように影響をおよぼすかを、居住階層別に重回帰分析によって検討した。これらの重回帰分析の結果を Table 6 に示す。なお、居住階層3群それぞれで、身体・精神的健康の3側面の因子得点間の相関を調べたが、いずれの場合も有意な相関はみられなかった。したがって、この分析でも、身体的不調、うつ、および孤独感それぞれの間での相対的独立性は確保されていると考えられる。

①低層群

孤独感の場合に、支援の受容と提供の有意な影響がそれぞれ認められた。受容と提供のいずれでも、親密性支援と道具的支援の両方が孤独感の有意な負の規定因であった。

②中層群

支援の受容については、うつと孤独感で有意な傾向が見出された。うつでは、情動的支援と評価支援がうつを抑制する有意な効果を示した。孤独感では、情動的支援、

評価支援に加え、共行動支援も有意な負の規定因であった。支援の提供をみると、身体的不調のみで有意な関係がみられたが、親密性支援と道具的支援の提供が身体的不調を高める傾向があった。

③高層群

孤独感では、支援の受容と提供の影響がそれぞれ有意であった。支援の受容では情動的支援と評価支援、支援の提供では親密性支援と評価支援が、孤独感の有意な抑制効果を示した。

④支援の受容と提供の相対的影響

それぞれの場合で、支援の受容と提供の相対的影響を重回帰分析によって、検討した。

うつについては、中層群の場合に、受容した支援が独自に大きな影響を示すことが認められた (受容→提供追加: $\Delta R^2 = .197, p < .10$; 提供→受容追加: $\Delta R^2 = .387, p < .01$)。

孤独感の場合には、高層群 (受容→提供追加: $\Delta R^2 = .107, p < .10$; 提供→受容追加: $\Delta R^2 = .137, p < .05$) や中層群 (受容→提供追加: $\Delta R^2 = .068, ns$; 提供→受容追加: $\Delta R^2 = .227, p < .10$) で受容の独自な影響がみられたが、低層群ではそのような傾向はなかった (受容→提供追加: $\Delta R^2 = .095, ns$; 提供→受容追加: $\Delta R^2 = .128, ns$)。

考 察

社会的支援の基本的構造

本調査では、特定の支援の受容と提供の程度という観点から支援を測定することを試みた。従来の支援研究では、支援の受容に研究の焦点が偏っている (Tardy, 1985)。しかし、Rook (1987) などの交換的観点に基づく、支援の双方向的測定が重要となる。したがって、本調査でも、支援の受容と提供の程度という観点からの測定を試みた。

因子分析の結果によると、回答者が受容した支援の因子的構造と回答者が提供した支援の因子的構造は、類似した側面と異なる側面を示した。共通な因子としては、評価支援因子、親密性支援因子、および共行動因子を挙げることができる。また、受容した支援での道具的支援因子は、提供した支援では金銭的支援に関わる側面が分離し道具的支援因子と金銭的支援因子となった。さらに、受容した支援での情動的支援因子とガイダンス因子は、提供した支援では一体となりガイダンス・情動的支援因子となった。

したがって、支援を自分が提供する場合には、a) 金銭を伴う援助は他の道具的援助とは異質なものとして独立的に捉えられ、b) 精神的な支えを意図する援助と問題解決の方向性を示唆する援助が一体となっている。a) は、金銭的援助の受容が自尊心を傷つけることを意味しているかもしれない。他の道具的援助の受容と異なり、他者から金銭を借りることは一種の恥の感覚を引き起こすのかもしれない。そのため、防衛的に、他者からの金銭的援助を他の道具的援助と一体的なものとして日常的に捉えると思われる。対照的に、自分が他者に金銭的援助を提供するときには、金銭的援助は特別なものとして実行されるのだろう。次に b) について考察する。他者から提供された援助の情動的支援の側面とガイダンス支援の側面は、自己の心の中では別々の機能をもつ。方向づけ機能もち心の中の構造化（問題解決への方向性）をもたらす支援と、特定の方向への方向づけは伴わないが心の中の不安や緊張自体を取り除いてくれる支援とは、区別されるのである。一方、自分自身が他者に支援を提供する場合には、このような区別がない。つまり、相手の心の中を方向づけ・構造化することと不安や緊張を解消することは同じ事柄なのである。

ところで、因子得点間の相関を求めることによって、支援の受容と提供との関係を検討した。その結果、全体的に有意な相関が認められた中で、類似した支援因子の間で比較的高い相関がみられた。これは、衡平性の維持が異なる支援の交換によって図られるよりも、類似した支援の交換によって行われる傾向が強いと解釈できる。高齢者を対象に支援の受容と提供との関係を検討した河

合・下仲 (1992) の研究では、支援の交換対象者（子ども、嫁・婿、孫）別にみると、情緒支援では高い相関が現れたが、生活支援や物質支援では強い関連は認められなかった。高齢者は、同一の支援の交換よりも、相手との過去の支援の蓄積に応じて、異なる支援の返報を行うと考えられる (Antonucci & Jackson, 1990)。しかし、本調査の回答者は、30・40 歳代の者が多数を占めることから、高齢者のように支援の交換が拘束されないの、類似の支援の交換が動機づけられるのかもしれない。本調査では支援対象者を特定化していないので、支援の対象者別にどのような支援が交換されているかを調べれば、異なる様相が現れたかもしれない。

社会的支援と身体・精神的健康

本研究では、一連の重回帰分析によって、身体・精神的健康におよぼす支援の直接効果を検討し、次の興味深い傾向がみられた。うつと身体的不調は、支援の受容や提供のいずれとも無関係である。孤独感では、支援の受容と提供がともに有意に関連していたが、a) のほうが強い影響を示した。したがって、従来の支援測定が支援の受容に偏っているという指摘 (Tardy, 1985) は、孤独感に関する限りあまり問題にならないかもしれない。

孤独感に関しては、受容した支援 6 因子はいずれも有意な負の関連あるいは傾向性を示した。提供した支援 6 因子については親密性支援、評価支援、道具的支援、共行動支援がそれぞれ有意な負の規定因となった。したがって、孤独感の抑制にとっては、相対的に支援の受容のほうが重要であるが、支援の提供の意義も認められる。ところで、ガイダンス・情動的支援や金銭的支援の提供が孤独感の有意な規定因ではなかった。これは、次のように解釈できるだろう。他者へのガイダンス・情動的支援の提供は、意図通りに相手が受容しないと押しつけとなり、対人関係の不全をもたらす危険を孕んでいる。また、金銭の提供は、後でトラブルの種になることもある。したがって、これら 2 つの支援の提供は、必ずしも孤独感の低下に結びつかない。

うつや身体的不調も支援と何らかの関連を示すと予想されたが、全体的分析では、有意な関係は認められなかった。身体的不調に関しては、本研究で用いた項目が日常的に生じし易い内容であったために、支援の効果が隠されてしまったのかもしれない。また、うつについては、次のように解釈できるだろう。うつと孤独感との関係について検討した Horowitz, French, & Anderson (1982) によると、孤独者の特徴は、うつ者の特徴の中に完全に包摂される。したがって、対人関係に由来する孤独感に比べ、うつは、生活全体にわたる不全症候であるといえる。支援の有無は、良好な対人関係の回復につながるので孤独感に影響するけれども、生活全般にわたる不全症候であるうつを改善するところまでは一般的に

諸井：高層集合住宅居住者における社会的支援と身体・精神的健康

はおよばない。

なお、調査では生活出来事に関する質問紙にも回答させているので、それを用いて緩衝効果仮説も検討した (Cohen & Wills, 1985; 久田, 1987)。しかし、緩衝効果仮説を支持する明確な証拠は認められなかった。これは、a) ストレス尺度としての生活出来事の適切さと b) 生活出来事と身体・精神的健康の因果関係の曖昧さのためと解釈される。そのため、本研究では、いわゆる直接効果の報告に留めた。しかし、緩衝効果に関する先行研究を総覧した Cohen & Wills (1985) によれば、使用された支援測度が社会的組み込みの側面に関わるときには直接効果が現れ易く、支援の特定の機能が測定されているときには緩衝効果が得られ易い。また、緩衝効果は、実行された支援よりも知覚された支援が測定されているときに見出され易い。したがって、本研究での支援測度からすると (実行された支援)、緩衝効果が得られにくいことになる。いずれにせよ、この緩衝効果については、ストレスの発生と身体・精神的健康との時間的関係の統制に加え、当該個人の欲求や状況を加味したり (Fleming & Baum, 1986)、支援の種類を考慮した分析が必要だろう (Wills, 1985)。

ところで、本研究では、支援の実行 (受容/提供) から身体・精神的健康への因果的影響を仮定した分析を行った。しかし、逆の因果的可能性もある。たとえば、何らかの点で健康不全に陥っている者が支援を求めることも考えられる (Barrera, 1986)。したがって、支援の実行から身体・精神的健康への因果的影響の仮定に基づく分析が興味深い結果をもたらしているとはいえ、複数時点の調査によって両方向の相対的強さを検討することが望ましいことはいうまでもない。

すまいの高層化

すまいの高層化は、高層部分居住者の日常行動を不活発にし、近隣との相互作用の点でもネガティブな影響をおよぼすと推測される。本調査で用いた測度に限定されるけれども、すまいの高層化のネガティブな影響が顕在的には生じなかった。しかし、高層居住者が、a) 身体的不調を訴える傾向や、b) 周囲に親密性支援をあまり提供しないのに、親密性支援を受容している傾向がみられた。これらの結果は、次のことを示している。すまいの高層化は、身体的不全症候をもたらすとともに、他者との親密な絆を確認する行動の不均衡な交換を生起させている。ただし、高層居住者では、親密性支援の受容/提供と身体的不調との間に有意な関連がみられなかったが、不均衡という不全症候が認められたという点で、支援の双方向的測定の意義があったといえよう。

身体・精神的健康と支援の受容/提供に関する居住階層別の重回帰分析の結果、次のような興味深い傾向が見出された。

孤独感については、中層群や高層群では、支援の受容が独自の影響を示した。一方、低層群では、支援の受容と提供のいずれも有意な関係をみせたが、それぞれの独自の影響は認められなかった。さらに、中層群や高層群では評価支援が重要な働きをみせるが、低層群では、親密性支援や道具的支援が重要となる。これらの結果によれば、低層居住者では、支援の受容と提供が一体となって孤独感と関わりをもち、直接的接触による支援の交換が孤独感を抑制する傾向にある。一方、高層になるほど、居住者の孤独感の抑制には支援の受容が鍵となり、評価という間接的支援の役割が高まる。これらの傾向によれば、すまいの高層化が支援の働きを受動的で間接的な方向に変化させているといえよう。

ところで、中層群では、a) うつと支援の受容、b) 身体的不調と支援の提供との間で、それぞれ有意な関連が見出された。a) については、情動的支援や評価支援を不十分にしか受容できないことがうつを高めることを示している。つまり、生活全般的な不全に支援の有無が影響している。b) については、親密性支援や道具的支援の提供が身体的不調を招くことを表す。後者の傾向は、支援の提供がネガティブな結果を招くことになり、興味深い。これはおそらく、直接的接触に依存した支援による気疲れとも推測される。これらの傾向は、中層居住者が低層部分と高層部分に挟まれている状態であるために、支援の交換とうつや身体的不調との間に特有の結びつきが生じることを示している。なお、中層群で支援とうつや身体的不調との間に有意な関連が認められたことは、全体での分析でみられた支援と孤独感との関連が人工的結果ではないことを示唆する。支援と孤独感との関係しか認められなければ、支援と孤独感との間に明確な概念的弁別性があっても、両概念を測定する項目が類似していることや、第3の変数との共通の関連 (たとえば、対人関係の様態) によって、両者の関係が説明できるからである。

以上に述べたように、支援と身体・精神的健康との関連に関する分析からは、支援の機能が居住階層によって異なることが認められた。とりわけ、従来の研究では高層居住者での不全に焦点が合わせられていたことからすると (Holahan *et al.*, 1978 など)、本研究での中層部分居住者の特異な傾向は、注目に値する。ところで、海野・浅尾・浅海・安東・上新・大野・宮永・吉田 (1983) は、すまいの高層化の影響を理論的に考察する中で、もともと近所づきあいに対して否定的な志向をもつ者が高層階に居住する傾向の可能性を指摘している (“階層性の呼び水効果”)。しかし、本調査では、特定の傾性をもつ者が特定の居住階層に偏る可能性は一応棄却される。市営住宅では、居住階自体を選択できないからである。

今後の課題

以上に述べたように、支援の基本的構造を明確にし、それらの身体・精神的健康との関連を明確にするという目的はある程度達成された。とりわけ、本調査で導入した支援の受容と提供という観点の意義も認められた。支援についての残された課題としては、本研究では、支援の受容と提供の様態を全体的に測定したが、van Tilburg *et al.* (1991) の研究のように、支援の様態について全体的水準と個人的水準での分析を可能にする形で(世界に対する衡平性と人物固有の衡平性との区別; Austin & Walster, 1974, 1975)、さらに支援の役割の精緻な分析を試みるべきであろう。また、直接効果のみならず、先述したような問題点を克服した上で、緩衝効果についても精緻な検討を行う必要がある。

すまいの高層化の影響については、支援と身体・精神的健康との関連ではきわめて興味深い結果が得られた。しかしながら、すまいの高層化のネガティブな影響が顕在的には現れなかった。これは、次のことが原因かもしれない。すまいの高層化は、同時に多世帯が密集して暮らすことになる。つまり、過密な集合化が構造内密度(Bickman, Teger, Gabriele, McLaughlin, Berger, & Sunaday, 1973)を高め、その結果として全般的な不全がもたらされるのかもしれない。したがって、居住階層による比較では、この過密な集合化の影響がすまいの高層化の影響を覆い隠すとも考えられる。一戸建て居住者との比較や密度を加味した調査も必要であろう。

また、すまいの高層化の影響には、回答者の生活形式も関わると思われる。たとえば、常勤職に従事している者と専業主婦では影響の仕方が異なるかもしれない。本研究では、回答者の人数の関係でこのような分析には至らなかったが、生活形式の要因を仲介させた視点も重要である。

ところで、本調査では、回答者を成人女性に限定した。今後、一般的に対人的志向性に乏しい傾向にある男性(Swap & Rubin, 1983; 斎藤・中村, 1987)を対象とした調査も試み、本研究の結果と比較・検討すべきであろう。

<付記>

(1) 本研究は、地域社会研究所第2回調査研究助成(平成4年)に基づき行われた。本論文は、すでに発表した調査研究報告書「高層住宅における社会的ネットワークの形成と孤独感」(1993年6月)を再分析・改稿したものである。

(2) 調査の計画・実施・整理にあたって、川田光将君と東山真紀嬢(社会学科平成5年度卒業生)の多大な協力を得た。

引用文献

- Austin, W. & Walster, E., 1974, Participants' reactions to "Equity with the world." *Journal of Experimental Social Psychology*, **10**, 528-548.
- Austin, W. & Walster, E., 1975, Equity with the world: The trans-relational effects of equity and inequity. *Sociometry*, **38**, 474-496.
- Antonucci, T. C. & Jackson, J. S., 1990, The role of reciprocity in social support. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view*. John Wiley & Sons, 173-198.
- Barrera, M., 1986, Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, **14**, 413-445.
- Barrera, M. & Ainlay, S. L., 1983, The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, **11**, 133-143.
- Bickman, L., Teger, A., Gabriele, T., McLaughlin, C., Berger, M., & Sunaday, E., 1973, Dormitory density and helping behavior. *Environment and Behavior*, **5**, 465-490.
- Caplan, G., 1974, *Support systems and community mental health*. Behavioral Publications. (近藤喬一・増野 肇・宮田洋三共訳『地域ぐるみの精神衛生』, 星和書店, 1979)
- Cassel, J., 1974, Psychosocial processes and "stress": Theoretical formulation. *International Journal of Health Service*, **4**, 471-482.
- Cobb, S., 1976, Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, **38**, 300-314.
- Cohen, S. & Wills, T. A., 1985, Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, **98**, 310-357.
- Cutrona, C., Russell, D., & Rose, J., 1986, Social support and adaptation to stress by the elderly. *Journal of Psychology and Aging*, **1**, 47-54.
- Fleming, R. & Baum, A., 1986, Social support and stress: The buffering effects of friendship. In V. J. Derlega and B. A. Winstead (Eds.), *Friendship and social interaction*. Springer-Verlag, 207-226.

諸井：高層集合住宅居住者における社会的支援と身体・精神的健康

- Fujihara, T. & Kijima, K., 1990, Equity theory in the aged and their social supporter's relationships. *The Japanese Journal of Experimental Social Psychology*, **29**, 39-44.
- 久田 満, 1987, ソーシャル・サポート研究の動向と今後の課題. *看護研究*, **20**, 170-179.
- Holahan, C. J., Wilcox, B. L., Burnam, M. A., & Culler, R. E., 1978, Social satisfaction and friendship formation as a function of floor level in high-rise student housing. *Journal of Applied Psychology*, **63**, 527-529.
- Holahan, C. J. & Wilcox, B. L., 1978, Residential satisfaction and friendship formation in high- and low-rise student housing: An interactional analysis. *Journal of Educational Psychology*, **70**, 237-241.
- Horowitz, L. M., French, R. S., & Anderson, C. A., 1982, The prototype of a lonely person. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*. John Wiley & Sons, 183-205.
- 金久卓也・深町 健, 1988, 日本版コーネル・メディカル・インデックス—その解説と資料—改訂版 三京房
- 南 隆男・稲葉昭英・浦 光博, 1987, 「ソーシャル・サポート」研究の活性化にむけて—若干の資料—. *哲学*, **85**, 151-184.
- Mitchell, R. E., 1971, Some social implications of high density housing. *American Sociological Review*, **36**, 18-29.
- 諸井克英, 1991, 孤独感と電話行動に関する社会心理学的研究. 電気通信普及財団研究調査報告書, **5**, 333-343.
- 諸井克英, 1992a, 改訂 UCLA 孤独感尺度の次元性の検討. 人文論集 (静岡大学人文学部社会学科・人文学科研究報告), **42**, 23-51.
- 諸井克英, 1992b, 孤独感と電話行動に関する社会心理学的研究 (2). 電気通信普及財団研究調査報告書, **6**, 211-224.
- 諸井克英, 1993, 大学生における孤独感と電話コミュニケーション. 人文論集 (静岡大学人文学部社会学科・言語文化学科研究報告), **43** (2), 1-32.
- 諸井克英, 1995, 『孤独感に関する社会心理学的研究—原因帰属および対処方略との関係を中心として—』風間書房
- 中川泰彬・大坊郁夫, 1985, 日本版 GHQ 精神健康調査票—手引き—. 日本文化科学社
- 河合千恵子・下仲順子, 1992, 老年期におけるソーシャル・サポートの授受. *老年社会科学*, **14**, 63-72.
- Procidano, M. E. & Heller, K., 1983, Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, **11**, 1-24.
- Rook, K. S., 1987, Reciprocity of social exchange and social satisfaction among older women. *Journal of Personality and Social Psychology*, **52**, 145-154.
- Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K., 1984, Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, 1313-1321.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E., 1980, The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, **39**, 472-480.
- 斎藤和志・中村雅彦, 1987, 对人的志向性尺度の試み. 名古屋大学教育学部紀要 (教育心理学科), **34**, 97-109.
- 嶋 信宏, 1992, 大学生におけるソーシャルサポートの日常生活ストレスに対する効果. *社会心理学研究*, **7**, 45-53.
- Swap, W. C. & Rubin, J. Z., 1983, Measurement of interpersonal orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, **44**, 208-219.
- Tardy, C. H., 1985, Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, **13**, 187-202.
- 内山道明・辻 敬一郎・原 政敏・丸山規明・三宅俊治・小俣謙二・諸井克英, 1983, 高層住宅居住者の意識と行動—居住環境の心理学的研究—. 昭和 55-57 年度文部省特定研究経費成果報告書『環境認知と空間的行動に関する研究』, 195-393.
- 海野道郎・浅尾浩一・浅海一幸・安東美由紀・上新 広・大野純子・宮永 一・吉田さとみ, 1983, 高層住宅の理想像を求めて—芦屋浜シーサイドタウンにおける事例研究 (1)—. 関西学院大学社会学部紀要, **46**, 271-296.
- 浦 光博, 1992, 『セレクション社会心理学 8

- 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
- van Tilburg, T., van Sonderen, E., & Ormel, J., 1991, The measurement of reciprocity in ego-centered networks of personal relationships: A comparison of various indices. *Social Psychology Quarterly*, **54**, 54-66.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D., 1986, The Social Support Appraisals (SS-A): Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, **14**, 195-219.
- Vaux, A., Riedel, S., & Stewart, D., 1987, Modes of social support: The Social Support Behaviors (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology*, **15**, 209-237.
- Walster, E., Walster, G. W., & Berscheid, E., 1978, *Equity: Theory and research*. Allyn & Bacon.
- Weiss, R. S., 1973, *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. The MIT Press.
- Wills, T. A., 1985, Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*. Academic Press, 61-82.
- 山本和郎, 1986, 『コミュニティ心理学—地域臨床の理論と実践—』, 東京大学出版会
- 山本清洋・三宅紀子, 1992, 高層集合住宅と子どもの生活 山本清洋 (編) 『都市研究叢書 5 大都市と子どもたち—遊び空間の現状と課題—』, 日本評論社, 63-97.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K., 1988, The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, **52**, 30-41.

(1995年2月8日受稿, 1995年10月19日掲載決定)