

父子家庭の父親の精神的健康と影響する要因

劔持 麻美 (元：東北大学大学院医学系研究科 現：板橋区役所)
松永 篤志 (東北大学大学院医学系研究科)
大森 純子 (東北大学大学院医学系研究科)

<要 旨>

【緒言】近年、ひとり親世帯が増加傾向にあり、支援制度の整備が行われている。厚生労働省の2015年度母子世帯等の調査によると、ひとり親家庭が増加傾向で、中でも父子家庭は2011年時点で22.3万世帯とひとり親家庭の約15%を占め、25年間で1.3倍に増加している。諸外国の先行研究によると父子家庭の父親において精神的健康状態が悪いことが健康課題として挙げられている。しかし国内でそれらを量的に調査したものはなく、実態はわかっていない。【目的】日本における父子家庭の父親を対象とし、父子家庭の父親の精神的健康の現状とそれに影響を及ぼす要因の探索を行うことを目的とする。【方法】本研究はインターネット上の無記名自記式アンケート調査による横断的研究である。【結果】本調査は、インターネット上での調査であり、アンケートの配布数を把握することができないため、回答率は不明である。調査に同意すると回答した59名のうち、全ての質問項目の回答を完了した46名を分析の対象とした。【考察】父子家庭の父親は、母子家庭の母親やふたり親家庭の父親と比較し、精神的健康が悪くなりやすいことが明らかになっており、本研究も類似した結果を示しており、諸外国の先行研究の結果を支持していると考えられる。また女兒に対する育てにくさに加え、第一子で初めての子育てということから困難感を抱きやすく、精神的健康が悪くなりやすいことが推察された。父子家庭の父親に対し、医療関係者が関わっていくことが精神的健康状態を良好に保つために重要であることが明らかになった。

<キーワード>

父子家庭 ひとり親 精神的健康

【はじめに】

近年、ひとり親世帯が増加傾向にあり、支援制度の整備が行われている¹⁾。厚生労働省の2015年度母子世帯等の調査によると、ひとり親家庭が増加傾向で、中でも父子家庭は2011年時点で22.3万世帯とひとり親家庭の約15%を占め、25年間で1.3倍に増加している¹⁾。またこれに伴い、2002年度より、ひとり親に対する支援が整備され、子育て・生活支援策、就業支援策、養育費の支援策、経済的支援策の4本柱を軸として推進されている¹⁾²⁾。また2012年度に、母子家庭の母及び父子家庭の父の就業の支援に関する特別措置法が成立、2014年度には母子及び父子並びに寡婦福祉法、児童扶養手当法が改正され、これまでの支援の強化だけではなく、父子家庭に対する支援の拡

大が行われるようになった²⁾。父子家庭の増加に伴い、社会的に父子家庭への支援体制を整えていく動きがされていることがわかる。

1. 父子家庭の父親の健康課題

父子家庭の父親の健康課題として、精神的健康の不良が挙げられる。Kyoungら³⁾により、韓国の父子家庭の父親は、ふたり親家庭の父親と比較して、精神的健康が悪く、重度のストレスを感じる割合は3倍、うつ病を発症する危険性が4倍高いことが明らかにされた。その理由として、父子家庭の父親は、母親の役割も果たさなければならず、多重役割になることへの疲労や精神的ストレスを感じやすいこと⁴⁾⁵⁾や、育児と仕事の両立の難しさ⁶⁾⁷⁾、慣れない家事⁴⁾⁸⁾などが挙げられる。日本

においても、ひとり親家庭の親が子育て中に感じる疲労やストレスは、親の抑うつなどの精神的健康の不良に繋がりやすいという結果が報告されている⁹⁾。精神的健康を不良にする要因は、質的にしか明らかにされておらず、日本の父子家庭において、どのような要因があるのか、精神健康状態を良好に保つため、どのような支援が必要なのかは明らかにされていない。

2. 精神的健康に影響する要因の先行研究

父子家庭の父親において、貧困からQOLの低下や精神的健康に影響していることが明らかにされている⁵⁾。父子家庭の父親は住宅等の債務を背負っていることが多いことや、元配偶者から養育費を受給している割合が母子家庭に比べて低い現状²⁾から、経済的に困難になりやすいと考えられる。貧困以外にも、ひとり親家庭では、精神的健康に影響を及ぼす要因として、家の所有や子供の数・年齢、ソーシャルサポートの有無・その内容が挙げられる³⁾¹⁰⁾¹¹⁾。子どもの数や年齢についても、子どもの数が2人以上であることや、最年少の子どもの年齢と抑うつの症状に関連が見られた³⁾。

子育て中の母親において、育児に対するソーシャルサポートを受けているほど精神的健康が良いと報告された¹⁰⁾¹²⁾。一方で、カナダの先行研究¹¹⁾において、身内からの支援を主としたソーシャルサポートを受けている父子家庭は、母子家庭と比較し、精神的健康不良が軽減されていた。ソーシャルサポートが、親の精神的健康を保つ上で重要であることがわかる。

3. 父子家庭研究の現状

先に述べた精神的健康に影響している要因に関する結果は、海外での研究や、ひとり親家庭を対象とした研究から得られたものである。日本にお

いてひとり親家庭を対象とした研究¹³⁾¹⁴⁾は行われているが、その対象のほとんどは母子家庭であり、父子家庭に着目して行われた研究は、まだまだ少ないのが現状である。また父子家庭を対象にした研究では、父子家庭が直面する課題をインタビューから明らかにしたもの⁶⁾や死別により父子家庭となった父親のニーズや支援課題を明らかにしたものなどがある¹⁵⁾。しかし日本において、父子家庭を対象に量的データを用いて現状を明らかにした研究はなく、父子家庭の父親の精神的健康に影響する要因についてはわかっていない。諸外国の研究では、父子家庭の父親の精神的健康をGHQやCES-Dで測定するものや、精神疾患の有無で判断している研究³⁾⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾が多い。これらは父子家庭の父親のうつ病の増加や精神的健康が悪い現状を受け、うつやストレス、神経症、不安などに着目して調査されている。一方日本では、父子家庭の父親の精神的健康が不良なのかどうか明らかにされていない。平成28年度国民生活基礎調査では、K6を使用して、心理ストレスや不安、うつ傾向等、一般の人々が何らかの精神的問題を抱えている可能性を評価している¹⁸⁾。日本の父子家庭の父親を対象にする場合、精神的健康の現状を把握し、その上で何が影響している要因なのかを明らかにしていく必要がある。

そこで本研究では、日本における父子家庭の父親を対象とし、父子家庭の父親の精神的健康の現状とそれに影響を及ぼす要因の探索を行うことを目的とする。父子家庭の父親の現状を把握すると共に、精神的健康に影響を及ぼす要因を明らかにすることで、父子家庭の父親に対し、必要とされている支援の示唆を得ることができると考える。

I. 方法・研究デザイン

本研究はインターネット上の無記名自記式アン

ケート調査による横断的研究である。

1. 用語の定義

本研究では、先行研究を基に 1) 父子家庭、2) ソーシャルサポート、3) 精神的健康を下記の通り定義した。

1) 父子家庭

死別・離別・その他の理由(未婚の場合を含む)で、現に配偶者のいない 65 歳未満の男性(配偶者が長期間生死不明の場合を含む)と 20 歳未満のその子(養子を含む)で構成している世帯¹⁸⁾

2) ソーシャルサポート

情緒的サポート、手段的サポート、情動的サポート、評価的サポートのうち少なくとも 1 つ以上を含む個人間の相互作用が支援的な性質をもつと本人によって認められたもの¹⁹⁾

(1) 情緒的サポート: 一緒にいて楽しい、わかり合える、信頼し合える、安心できるなどの感情的な手助け

(2) 手段的サポート

① 家事的サポート: 家事や育児を手伝ってくれるなどの家事全般への手助け

② 金銭的サポート: お金や物を貸してくれるなどの実際的な手助け

(3) 情動的サポート: 私にとって必要な情報を与えてくれるなどの情報提供的な手助け

(4) 評価的サポート: 私の意見に賛成してくれる、私を高く買ってくれるなどの評価的な手助け

本研究では手段的サポートを家事的サポートと金銭的サポートの 2 つに分けた。先行研究⁵⁾¹⁵⁾において、父子家庭の困りごととして家事自体への不慣れさや、仕事と子育ての両立の難しさから貧困の課題が挙げられたため、より具体的にサポートの内容を明らかにするため、困りごとに合わせ 2 つに分ける変更をした。

3) 精神的健康

本研究では、父子家庭の父親が子育てをしながら生活する中で感じる心理ストレスや、それに伴ううつ傾向や不安障害等の心理的状态を精神的健康と定義した。K6 を用いて測定し、判断した。

2. 調査対象及びサンプリング方法

本研究の調査対象は、調査時点(アンケート回答時点)で、次の条件を満たす父子家庭の父親とした。第 1 に、死別、離別その他の理由で、現在、法律上婚姻関係にある配偶者がいない父親であること。第 2 に 20 歳未満の子ども(養子を含む)を養育している世帯の父親であること。以上の 2 点を満たす父子家庭の父親を対象とした。

サンプリングについては、まず、「全国父子家庭ネットワーク(以下ネットワークとする)」に協力を依頼した。ネットワークより、研究者が各地域で活動をしている父子家庭支援団体の紹介を受け、研究者が紹介された団体に、調査の回答の依頼と調査周知の依頼を行った。調査協力の同意を得た団体に対し、アンケートの URL、QR コードを掲載した周知用のチラシや研究説明書、簡易版の研究計画書を作成・送付し、各団体の活動に合わせ、周知を行った。主な周知方法は、メールや各団体のホームページでの宣伝、活動時にチラシを直接父子家庭の父親に配布する等である。周知はネットワークや紹介された各地域の父子家庭支援団体を中心に行ったが、調査対象者は、これらのネットワークに登録しているかどうかは問わず、口コミ等でも調査について知った父子家庭の父親が回答できるよう心がけた。

3. 質問項目

インターネット上のアンケートにて、属性、ソーシャルサポート、精神的健康について尋ねた。表 1 に質問項目と使用した尺度について示す。

ソーシャルサポートについて、サポートをしてくれる人がいないと回答した場合、すべてのサポートの内容は「全くない」と定義し、扱った。

精神的健康については、インターネット上での利用が可能であった、こころの健康チェック表日本語版 K6 を利用し、得点化して測定した。カットオフ値は先行研究より、5 点に設定し、K6 得点 5 点未満(陰性群)と K6 得点 5 点以上(軽度うつ傾向以上群)の 2 群に分けた。

4. 分析方法

得られた回答の記述統計を算出した。その後属性、サポートしてくれる人と精神的健康について、名義尺度は χ^2 検定、順序尺度は Mann-Whitney の U 検定を行った。そこから有意差が見られたサポートしてくれる人について、サポート内容と精神的健康の分析を行った。すべての分析は IBM SPSS Statistics21 を用いて行い、有意水準は両側 5% とした。

5. 倫理的配慮

アンケート回答時には、個人情報保護、調査参加の自由、調査結果は統計的に処理し、調査結果を研究以外に使用しないことなどを明記した説明文とその説明文書の PDF ファイルを掲載し、回答をもって同意とした。なお、本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理審査委員会の承認を得て行った。(受付番号: 2018-1-355)

II. 結果

本調査は、インターネット上での調査であり、アンケートの配布数を把握することができないため、回答率は不明である。調査に同意すると回答した 59 名のうち、全ての質問項目の回答を完了した 46 名を分析の対象とした。

1. K6 の得点について

K6 の得点について、平均得点は 6.98(±6.06)点

で、最小点は 0 点、最大点は 24 点、K6 得点 5 点未満(陰性群)は 19 名(41.3%)、5 点以上(軽度うつ傾向以上)が 27 名(58.7%)であった。K6 得点が 10 点以上でうつや不安障害の可能性が高いと判断されるが、本調査では 10 点以上が 12 人(26.1%)と、全体の約 4 分の 1 がうつや不安障害の可能性が高い結果となった。40 歳代(41-45 歳, 46 歳-50 歳)は、K6 得点が 10 点以上であった割合が高く、K6 得点 10 点以上であると回答した父親の 6 割以上を占めていた(65.0%, 60.0%)。

2. 回答集団の特徴

回答した父親の属性、家庭状況、ソーシャルサポートの有無を表 2 に示した。回答した父子家庭の父親の年齢で、最も多かったのは 41-45 歳であり、全体の 43.5%であった。回答した父親の多くが「フルタイム」での勤務をしており、次いで「自営業」が多かった。父子家庭期間の平均年数は 3.84 年(SD=3.07)で、最小が 0 年、最大が 11 年であった。

家庭状況として、子どもの数が 1 人である父子家庭の父親が 25 名、2 人以上である父子家庭の父親が 21 名と、半数弱が 2 人以上の子どもを養育していると回答した。また「第一子の性別」では、第一子が女性である父子家庭の父親が 18 名であった。

3. 精神的健康に影響する要因について

父親の属性および各ソーシャルサポートをしてくれる人の有無と K6 の得点の結果を表 2 に、各ソーシャルサポートの内容と K6 の得点の結果は表 3 に示した。父親の属性および各ソーシャルサポートをしてくれる人の有無について、「第一子の性別」と「サポートをしてくれる医療関係者の有無」の項目において有意差が見られた。

「第一子の性別」が女性である父子家庭の父親は、

男性である父子家庭の父親と比較して、K6 の得点が5点以上(軽度うつ傾向以上)である割合が有意に高くなっていった(p=0.035)。またソーシャルサポートの有無については、「サポートしてくれる医療関係者の有無」において、サポートしてくれる医療関係者がいると回答した父子家庭の父親と比較して、サポートしてくれる医療関係者がいないと回答した父子家庭の父親の方が、K6 の得点が5点以上(軽度うつ傾向以上)である割合が有意に高かった(p=0.007)。

ソーシャルサポートの内容では、サポートをしてくれる人で有意差が見られた医療関係者からのサポート内容において、「情緒的サポート」を除く、4つのサポートでK6得点に有意差が見られた。医療関係者からの「情動的サポート(p=0.006)」、「評価的サポート(p=0.024)」では、サポートを受けている父子家庭の父親ほど、受けていない父子家庭の父親に比べて、K6 の得点5点未満であり、得点が低い傾向であった。「家事的サポート(p=0.006)」は、サポートをしてくれる医療関係者がいないため、サポートは全くない、もしくはサポートをしてくれる医療関係者はいるが、サポートはほとんどないと回答した父親が9割以上を占めていた。「金銭的サポート(p=0.013)」は、有意差があったものの、サポートが全くない、ほとんどないと回答した父親しかいなかった。

III. 考察

本項では、回答した父子家庭の父親の特徴と、有意差が見られた「第一子の性別」、「サポートしてくれる医療関係者の有無」またその医療関係者からのサポート内容について考察する。

1. 回答集団の特徴について

回答した父子家庭の父親のうち約4分の1がK6得点10点以上であり、また約60%がK6得点5点

以上(軽度うつ傾向以上)と、精神的健康度が低いという結果となった。中でも41-45歳はその割合が高かった。

平成28年度国民生活基礎調査¹⁸⁾では、K6を用いた調査が行われた。男性において、年代別で比較すると、40歳代のK6が高得点である割合が高く、40歳代の精神的健康度は低くなりやすいことが明らかになっており、本研究も同様の結果であった。しかし、同調査の40-49歳の男性の割合と本研究の父子家庭の父親の結果を比較すると、調査では、K6得点が5点以上は28.6%、10点以上は11.1%、本研究の結果では、40歳代の父子家庭の父親のK6得点が5点以上は64.0%、10点以上は36.0%と40歳代の父子家庭の父親の方がより高い割合を示していた。イギリスの研究¹⁶⁾では、ひとり親家庭の孤独な子育ては、精神的健康の低下に繋がることが報告されている。本研究において父子家庭の父親のK6得点が、一般男性と比較して高得点である割合が高かったことは、精神的健康が悪くなりやすい40歳代に加えて、父親1人で育児をしている場合が多い⁵⁾とされる父子家庭という状況から、より精神的健康が悪くなりやすかったと、推察される。韓国³⁾やカナダ¹⁰⁾の研究においても、父子家庭の父親は、母子家庭の母親やふたり親家庭の父親と比較し、精神的健康が悪くなりやすいことが明らかになっている。本研究では、他の家族形態との比較はせず、精神的健康を測る尺度も先行研究とは異なるものの、父子家庭の父親の精神的健康が悪くなりやすいという類似した結果を示しており、先行研究の結果を支持していると考えられる。

2. 精神的健康と第一子の性別について

「第一子の性別」の項目では、第一子が男性である父子家庭の父親と比較して、第一子が女性であ

る父子家庭の父親の方が、K6 得点 5 点以上(軽度うつ傾向以上)である割合が有意に高かった。

国内の先行研究において、インタビュー調査の結果、父子家庭の父親の抱く困難感の中に、女兒に対する接し方や育て方がわからないことがあることが示されている⁵⁾¹⁵⁾。本研究では、第一子が女性であることが、父子家庭の父親の精神的健康に影響を与えていることが明らかになり、先行研究を裏付ける結果となった。

本研究では、第一子の性別において有意差が見られた。先行研究²⁰⁾において、第一子を育てる母親は、初めての育児の中で、慣れない子育てに対する理解や承認を求めており、育児の困難さを抱えていると報告されている。父子家庭の父親もそれと同様に、初めての子育てとなる第一子に対して、育児の困難さを感じ、その困難感が精神的健康に影響したと考えられる。「第一子の性別」については、先行研究で明らかにされている父子家庭の父親が抱く女兒の育てにくさを裏付けた点に加え、“第一子”である点が父子家庭の父親の精神的健康に影響を及ぼす要因として新たに得られた視点であると言える。

3. 精神的健康と医療関係者からのソーシャルサポートについて

本研究では、ソーシャルサポートにおいて、医療関係者に関する項目で、有意に K6 の得点に差が出た。サポートをしてくれる医療関係者がいる父子家庭の父親は、いないと回答した父子家庭の父親と比較し、K6 の得点が 5 点未満(陰性群)である割合が有意に高かった。

父子家庭の父親における困難感を明らかにした研究では、子どもの育ちに対する不安が挙げられた。子供が病気の時の世話²¹⁾や配偶者との離婚・死別を経験した子どもの精神的健康への影響⁵⁾に

ついて、困難感を抱えていることが明らかになっている。こうした困難感に対して、父子家庭の父親では、ひとり親家庭の立場を理解したうえで専門的な対応をしてくれる相談窓口へのニーズが高く²¹⁾、医療関係者をはじめとする専門職の存在の必要性が高まっていると考えられる。鈴木ら²²⁾は母子家庭において、保健師が訪問支援を継続して行うことで、子育ての不安が解消、子育て能力が向上し、母子家庭の母親の精神的健康状態の改善に繋がったこと、地域サービスの利用やつながりが拡大したことを報告している。また育児をする母親においてストレスが高い母親ほど、保健師などの医療関係者に対して、健診時等に心理的なサポートを求めることも明らかにされている²³⁾。本調査で、父子家庭においてもサポートをしてくれる医療関係者の有無が、精神的健康に有意に差があると明らかになり、サポートしてくれる医療関係者の存在が重要であることがわかる。

具体的なサポートの内容については、「情報的サポート」と「評価的サポート」において、サポートを受けている父子家庭の父親ほど、K6 の得点が 5 点未満(陰性群)と、有意に点数が低い傾向を示した。「家事的サポート」についても有意差が見られた。しかし先行研究から身内等からのサポートを想定し、質問項目に設定したため、医療関係者からの家事的サポートの想定について検討不足であり、例えば身内に医療関係者がおり、その人から家事的サポートを受けているのか等、具体的な状況がわからなかった。そのため本項では医療関係者からの「家事的サポート」については考察を控え「情報的サポート」と「評価的サポート」について考察する。

父子家庭や母子家庭などのひとり親家庭に対する具体的な支援制度等が整備されるなか、実際に

どのようなサービスを受けることができるのかわからない、また父子家庭では受けられる支援が限られており、支援を受けられないと感じている父親がいる²¹⁾。本研究において情動的サポートが精神的健康に影響を及ぼしていた結果から、こうした状況に対し、医療関係者からの支援の周知や情報提供の必要性が示唆できる。加えて子育てをする父親・母親に対する医療関係者の関わりにおいて、信頼関係の構築や本人の自己効力感や自信を高めること等の評価的な支援が、育児不安を取り除くことに繋がると報告されている²²⁾²⁴⁾。本研究では、自分のやりたいことを認めてくれるといった評価的サポートが精神的健康に影響していることが明らかになり、父子家庭の父親においても医療関係者が関わる上で、重要な要素であることが推察された。

4. 限界と今後の課題

本研究は、日本において父子家庭の父親を対象とした数少ない量研究である。今回、調査対象の母数が少なく、父子家庭の父親に対し、本研究の結果はあくまで可能性の範囲に過ぎない。サンプル数を確保できなかった要因として、父子家庭の孤立が考えられる。民間団体から父子家庭への周知を依頼したものの、定期的な活動をしている団体は少なく、また父子家庭の父親から支援団体へのアクセスも子育てに悩み等を抱え、困っている状況に限られている点もあり、日頃から持続的に繋がっている父子家庭の父親が多くはない。そうした点から父子家庭に対し、支援者側からアクセスすることが難しい結果となった。本研究はインターネット調査であり、できるだけアクセスしやすいよう検討したものの、回答が途中までの場合が13件あり、子育てや家事、仕事に追われる父親にとって、まだまだ負担が大きかったと考えられ

る。

加えて、インターネットにアクセスできる環境であることや、アンケート等に協力的で、支援団体との繋がりがある父子家庭の父親が多く回答していることが予想され、選択バイアスが考えられる。またインターネット調査のため、父子家庭の父親以外の回答の可能性も考えられる。父子家庭の支援をする団体やその関係者からの依頼をすることで、父子家庭の父親以外が調査について目にする機会を極力減らし、データの信頼性を可能な限り確保できるよう努めた。しかし、その結果、サンプル数が伸びない点に繋がったことも考えられるため、今後の調査では、データの信頼性を確保しつつ、周知方法を検討していく必要があるだろう。

また本調査において、医療関係者の例を提示せず、定義をしなかったため、父子家庭の父親が回答時にどのような医療関係者を想定しているのかが不明である。病院で働いている医師や看護師を想定していたのか、行政保健師を想定していたのか、産業医や産業保健師を想定していたのかが不明であるため、実際に今後どのような医療関係者が関わっていくべきかを具体的に示唆することが難しい。今後の調査では、実際にどのような職種を想定しているのか、細かく尋ねることで、どのような職種にどのような支援を求めているのかがさらに明らかになるため、定義や細かい分類が重要になってくるだろう。

【文献】

1) 厚生労働省(2015)ひとり親家庭等の現状について。

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000083324.pdf>

(2018. 12. 22 アクセス可能)

2) 厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課(2018)ひ

とり親家庭等への支援について, <https://www.mhlw.go.jp/content/000331152.pdf>

(2018. 12. 22 アクセス可能)

3)Kyoung Ae Kong, Soo In Kim(2015)Mental health of single fathers living in an urban community in South Korea, *Comprehensive Psychiatry*, 56, 188-197.

4)平沼晶子(2011)シングルファザーの子育てと親の発達, *家族心理学研究* 25, 68-82.

5)橋口茜(2007)父子世帯における社会化過程に関する研究, *文教学院大学人間学部研究* 9, 163-175.

6)Maria Chiu, Farah Rahman, Simone Vigod et al.(2018)Mortality in single fathers compared with single mothers and partnered parents : a population-based cohort study, *Lancet Public Health*, 1-9.

7)丸山菜穂子, 堀内成子, 片岡弥恵子(2017)妊娠期シングルマザーの心身社会的特徴-非シングルマザーとの比較から-, *母性衛生* 28, 108-118.

8)清水尚子, 住岡里永子, 岸田真由紀ほか(2008) : 育児期における父親の育児ストレス-一, ストレス対処, ストレス反応の関連, *京都府立医科大学看護学紀要* 17, 79-86.

9)表真美(2011)ひとり親家族の家庭教育と子育て, *京都女子大学発達教育学部紀要* 7, 1-7.

10)Terrance J Wade, Scott Veldhuizen, John Cairney(2011) Prevalence of Psychiatric Disorder in Lone Fathers and Mothers:Examining the Intersection of Gender and Family Structure on Mental Health, *TheCanadian Journal of Psychiatry*56, 567-573.

11)石曉玲, 桂田恵美子(2013)保育園児を持つ母親のディストレスとソーシャル・サポートとの関係 : 育児不安と精神的健康度に焦点を当てて, *家族心理学研究* 27, 44-56.

12)鈴木美佐, 古株ひろみ(2015)4歳から6歳の幼児をもつ母親の育児負担感と自己効力感, ソーシャルサポートの関連, *聖泉看護学研究* 4, 11-20.

13)荒牧美佐子, 育児への否定的・肯定的感情とソーシャル・サポートとの関連-ひとり親・ふたり親の比較から-, *小児保健研究* 64, 737-744.

14)平谷優子, 法橋尚宏(2014)子育て期のひとり親家族の家族機能とソーシャルサポート, *家族看護学研究* 20, 38-47.

15)倉林しのぶ(2015)子育て期間中に妻との死別を体験した父子家庭のニーズおよび社会的支援の課題, *死の臨床* 38, 148-153.

16)C. Cooper, P. E. Bebbington, H・Meltzer et al.(2007)Depression and common mental disorders in lone parents : results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey, *Psychological Medicine*38, 335-342.

17)Justin M. YOPP, ELIZA M, PARK, TERESA EDWARDS et al.(2015)Overlooked and underserved:Widowed fathers with dependent-age children, *Palliative and Supportive Care*13, 1325-1334.

18)厚生労働省(2016)平成 28 年国民生活基礎調査の概要,

[https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html)

[tyosa16/index.html](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html) (2018. 12. 23 アクセス可)

19)平谷優子, 法橋尚宏(2013)未就学児のいる親

用ソーシャルサポート認知スケール(Social Support Perception Scale for Parents Rearing Preschoolers : SSPS-P)の開発とその有効性の検討, 家族看護学研究 19, 2-11.

20) 龍野千歳, 田口理恵, 河原智恵, ほか(2012) 第一子の育児休業中の母親が人とのつながりの中で求める感情面と情報面のサポート, 横浜看護学雑誌 5, 63-70.

21) 東大阪市(2006) 東大阪市ひとり親家庭自立促進計画.

<https://www.city.higashiosaka.lg.jp/cmsfiles/contents/0000000/301/honpen.pdf>
(2018. 12. 23 アクセス可)

22) 鈴木浩子, 斉藤恵美子(2015) 子ども虐待予防に向けた保健師の家庭訪問の支援による母親の変化, 日本公衆衛生看護雑誌 4, 32-40.

23) 荒木美幸, 大石和代, 岩木宏子ほか(2001) 育児期にある母親に対するソーシャルサポートと育児ストレスの関連性, 長崎大学医療技術短期大学部紀要 14, 89-95.

24) 安成智子, 神崎初美(2014) 育児支援プログラムに参加した父親の育児ストレスの低下の特徴について, 宇部フロンティア大学看護学ジャーナル 7, 9-13.

(2018年11月23日アクセス可能)

表1 各質問項目と尺度

概念	質問項目	質問内容	参考・利用した尺度
属性	父親の属性	年齢/職業/住居形態/父子家庭になった経緯/父子家庭の期間/疾患や障害の有無	
	家庭状況	子どもの数/年齢/性別/疾患・障がいの有無/同居人の有無/関係性/疾患・介護の必要性の有無	
ソーシャルサポート	サポートしてくれる人	身内/近所の人/仕事仲間/友人/保育園や学校の先生/医療関係者)	未就学児のいる親用ソーシャルサポート認知スケール ¹⁹⁾ (内容については5件法)
	サポートの内容	情緒的サポート/家事的サポート/金銭的サポート/情動的サポート/評価的サポート	
精神的健康			K6(こころの健康チェック表日本語版)

表2 対象者の基本属性及びサポートをしてくれる人の有無と精神的健康

質問項目	回答肢	全体 n=46 n	K6スコア		p ^{a)}
			5点未満 (n=19) n(%)	5点以上 (n=27) n(%)	
K6得点	平均 (±SD)	6.93 (±6.06)	1.47 (±1.35)	10.78 (±5.01)	
年齢	26-30歳	2	1(50.0)	1(50.0)	.969
	31-35歳	6	3(50.0)	3(50.0)	
	36-40歳	9	4(44.4)	5(55.6)	
	41-45歳	20	7(35.0)	13(65.0)	
	46-50歳	5	2(40.0)	3(60.0)	
	51-55歳	4	2(50.0)	2(50.0)	
職業	フルタイム	36	13(36.1)	23(63.9)	.228
	パートタイム・アルバイト	1	0(0.0)	1(100.0)	
	自営業	7	5(71.4)	2(28.6)	
	無職	2	1(50.0)	1(50.0)	
育児休暇	無	45	18(40.0)	27(60.0)	.413
最終学歴	育児休暇中	1	1(100.0)	0(0.0)	.965
	中学卒業	2	1(50.0)	1(50.0)	
	高等学校卒業	15	6(40.0)	9(60.0)	
	高专、専門学校、短大卒業	11	4(36.4)	7(63.6)	
大卒以上	18	8(44.4)	10(55.5)		
父子家庭の年数	平均(±SD)	3.84±3.07			.181
父子家庭になった背景	死別	15	5(33.3)	10(66.7)	.445
	離婚	29	14(48.3)	15(51.7)	
	その他	2	0(0.0)	2(100.0)	
	無	41	16(39.0)	25(61.0)	
パートナーの有無	有	5	3(60.0)	2(40.0)	.333
	無	41	16(39.0)	25(61.0)	
住居形態	持ち家	34	14(41.2)	20(58.8)	.618
	借家	12	5(41.7)	7(58.3)	
子ども以外の同居人の有無	いる	34	14(41.2)	20(58.8)	.618
	いない	12	5(41.7)	7(58.3)	
子どもの数	1人	25	13(52.0)	12(48.0)	.108
	2人以上	21	6(28.6)	15(71.4)	
子どもの年齢 ^{b)}	就学前の子どもがいる	17	6(35.3)	11(64.7)	.391
	小学生の子どもがいる	20	8(40.0)	12(60.0)	
	中学生の子どもがいる	12	6(50.0)	6(50.0)	
	高校生以上の子どもがいる	8	2(25.0)	6(75.0)	
第一子の性別	男	28	15(53.6)	13(46.4)	.035*
	女	18	4(22.2)	14(77.8)	
サポートしてくれる 身内の有無	有	34	14(41.2)	20(58.8)	.618
	無	12	5(41.7)	7(58.3)	
サポートしてくれる 近所の人の有無	有	17	9(52.9)	8(47.1)	.220
	無	29	10(34.5)	19(65.5)	
サポートしてくれる 仕事仲間の有無	有	16	8(50.0)	8(50.0)	.382
	無	30	11(36.7)	19(63.3)	
サポートしてくれる 友人・知人の有無	有	21	10(47.6)	11(52.4)	.425
	無	25	9(36.0)	16(64.0)	
サポートしてくれる 保育園や学校の先生の有無	有	38	16(42.1)	22(57.9)	.567
	無	8	3(37.5)	5(62.5)	
医療関係者の有無	有	28	16(57.1)	12(42.9)	.007*
	無	18	3(16.7)	15(83.3)	

a) K6得点5点未満・K6得点5点以上の二群間で、 χ^2 検定・Fisherの正確検定を行った。順序変数は、正規性を確認し、Mnn-WhitneyのU検定を行った

b) 1家庭に複数の子どもがいる場合、1人でも該当する年齢の子どもがいる場合は、有と数える

*: $p < 0.05$

表3 医療関係者からのソーシャルサポートの内容と精神的健康

質問項目	回答肢	全体 (n=46) n	K6スコア		p ^{a)}
			5点未満 (n=19) n(%)	5点以上 (n=27) n(%)	
情緒的サポート	全くない	18	3(16.7)	15(83.3)	.065
	ほとんどない	9	7(77.8)	2(22.2)	
	あまりない	2	1(50.0)	1(50.0)	
	少しある	9	4(44.4)	5(55.6)	
	まあまあある	3	1(33.3)	2(66.7)	
	たくさんある	5	3(60.0)	2(40.0)	
家事的サポート	全くない	18	3(16.7)	15(83.3)	.006*
	ほとんどない	25	14(56.0)	11(44.0)	
	あまりない	1	0(0.0)	1(100.0)	
	少しある	2	2(100.0)	0(0.0)	
	まあまあある	0	0(0.0)	0(0.0)	
	たくさんある	0	0(0.0)	0(0.0)	
金銭的サポート	全くない	18	3(16.7)	15(83.3)	.013*
	ほとんどない	28	16(57.1)	12(42.9)	
	あまりない	0	0(0.0)	0(0.0)	
	少しある	0	0(0.0)	0(0.0)	
	まあまあある	0	0(0.0)	0(0.0)	
	たくさんある	0	0(0.0)	0(0.0)	
情報のサポート	全くない	18	3(16.7)	15(83.3)	0.006*
	ほとんどない	11	7(63.6)	4(36.4)	
	あまりない	6	1(16.7)	5(83.3)	
	少しある	2	1(50.0)	1(50.0)	
	まあまあある	5	3(60.0)	2(40.0)	
	たくさんある	4	4(100.0)	0(0.0)	
評価的サポート	全くない	18	3(16.7)	15(83.3)	.024*
	ほとんどない	12	8(66.7)	4(33.3)	
	あまりない	4	2(50.0)	2(50.0)	
	少しある	7	2(28.6)	5(71.4)	
	まあまあある	2	1(50.0)	1(50.0)	
	たくさんある	3	3(100.0)	0(0.0)	

a) K6得点5点未満・K6得点5点以上の二群間で、Mnn-WhitneyのU検定を行った。

*: $p < 0.05$