

《総説》

## 精神科看護領域における家族看護研究の動向と課題

熊澤 千恵

相山女学園大学看護学部

### 要 旨

目的：高橋ら（2014）の先行研究（1983～2013年）以降の精神科看護領域における家族看護研究の動向について、同様の方法で対象文献を選定し、その後の変化から今後の課題を検討する。  
方法：医学中央雑誌Web版を用いて、先行研究以降（2013～2023年）の「精神看護」「家族看護」の看護原著論文を検索し、除外条件も先行研究と同様とした。レビューマトリックス方式で場所別に表にし、精神科家族看護特有の支援と課題を取り出した。

結果：2023年8月現在で185件で除外条件に160件該当し、25件を対象とした。精神科病棟で行われた研究が12件と多いものの、最近の研究は外来・その他や訪問看護での研究が多かった。先行研究よりも介入研究が行われ、量的研究が少なかった。研究対象者も看護師が家族より多く15件で、先行研究とは逆で、専門看護師3件が含まれた。

結論：家族看護モデルが種々活用されるようになったが、患者を介護する家族という視点は先行研究から変わらず強固で、看護師による効果的な支援を受けられる所は限られている。家族形態も成長発達に伴って変化していくことから、家族支援も個別性の高い支援であった。患者を家族員の一人として家族看護支援を患者に対して行っていくことが求められる。

キーワード：精神障害者家族看護、看護研究動向、文献研究

### 緒言

2022年精神保健福祉法改正において、法の目的（第一条）に「精神障害者の権利の擁護を図る」が追記された。これは、2014年に障害者権利条約を批准し、法整備を進め、2022年9月にコロナ流行で1年遅れて第一回総括所見を受けたことと、精神科病院での看護職者による虐待事件が後を絶たないことによる。厳しい改善勧告がされたのは、障害者権利条約第19条「自立した生活及び地域社会への包容」で、精神科病院での長期入院、地域での生活や第27条「労働」についても「分離」された場で行われていることである。これまで精神保健福祉法の目的は「医療及び保護」と示され、強制入院や隔離・拘束が法律のもと行われ、患者本人よりも家族に患者を支える役割が期待され、精神科病院への入退院の判断や、医療受診や服薬の継続支援を背負ってきた。医療機関に病院家族会が、地域の保健所では家族教室が開催され、地域家族会が設立され、全国精神障害者家族会連合会（全家連）が1965年に設立された。精神分裂病の病名を統合失調症に改名することに尽力し、病名告知が可能となった。本人の社会参加を促す共同作業所を設立してその運営を担い、精神保健福祉士（以下PSW）の国家資格化を求めるなど様々な福祉策の向上に貢献してきた。全家連が破産し、2007年に解散後は新たな全国組織「みんなねっと」が発足し、日本障害者協議会（JD）に加盟して、障害のある人の「完全参加と平等」「ノーマライゼーション」の理念を実現する運動に参画している。現在家族会に加盟する会員は減少傾向でこれまで活躍して

きた家族が高齢化して、各地の家族会が衰退している（飯塚，2018）。精神疾患の罹患者数は増え続け、支援が必要な家族も増え続けている。

精神障害者の家族に対する研究は、海外では統合失調症の家族の感情表出が患者の再発に影響を与えるといった実証的研究が行われ、その研究成果をもとに家族心理教育が普及してきた（半澤，2005；中坪，2008）。家族は病気や治療についての情報は得やすくなったものの、家族病因論の普及で自責感を持つことも多い。現在では家族の感情表出は家族が困っている、支援を必要としているサインとして捉えるべきとの指摘もある。加藤と鈴木（2021）は、精神障害者の家族研究に関するレビュー論文14件の検討を通して、今後の検討課題として「家族のストレングスを生かした支援の検討」「家族の経験や状況を踏まえた支援の検討」「日本の文化を踏まえた支援の検討」「社会資源を活用した支援の検討」をあげ、家族を様々な側面からとらえて理解することと家族を必ずしもケアの担い手としてとらえない新たな支援の必要性があるとしている。その対象文献にある高橋ら（2014）の日本の精神科看護領域における家族看護研究の動向は、この日本の入院中心医療の中でもつばら病院から地域でのあたりまえの生活ができることを強く望んで、福祉政策を後押ししてきた家族がこれまでどのように看護の対象として支援されてきたのかを概観し、その時点での研究課題を挙げている。厚生労働省（2017）は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことを新たな理念として提示した。精神障害者の包摂は家族にとっても新たな体験となることが予想される。この先行研究で対象とされた2013年までの文献と同様の文献の選定方法で行った精神障害者の家族に対する看護研究の変化を分析することで、インクルーシブな共生社会の実現に向けた日本における精神障害者家族支援の方向性と更なる課題を確認できると考えた。

## I 研究目的

高橋ら（2014）の先行研究（1983年～2013年）以降の精神科看護領域における家族看護研究の動向について、同様の方法で対象文献を選定し、その後（過去10年間）の精神科家族看護研究の変化を考察し、今後の研究課題とその解決方向を検討する。

## II 研究方法

### 1, 文献検索と対象文献の選定方法

医学中央雑誌Web版を用いて、和文献について先行研究以降の2013年から現在（2023年8月21日）までで、先行研究と同様のキーワード「精神看護」と「家族看護」、絞り込み条件で「原著論文」「看護」に限定した。除外条件も先行研究に準じて①家族看護に関する研究であることがタイトル・研究目的から判別できないもの、②障害者の診断名が記されている場合、認知症、依存症（アディクション）、小児、思春期、発達障害、高次脳機能障害、身体疾患だけに限定しているもの、③総説、症例報告、会議録、学会発表の抄録、解説、特集であるもの、④目的、方法、結果、考察に相当する明確な記載がないもの、あるいは記載内容が妥当であると判断できないもの、とした。

### 2, 文献レビューの方法

対象となった文献はレビューマトリックス方式を用いて、著者、表題、出版年、目的、デザイン、対象者、データ、分析方法、結果の項目に沿って内容を把握し、要約して整理した。さらに研究が

行われた場所に注目して分類し、精神障害者家族に対する支援として特有なものと今後の課題を抽出した。

### Ⅲ 結果

#### 1, 文献の検索結果

2013年から2023年8月21日現在における医中誌Webの検索結果は185件であった。除外条件①が46件で退院支援やターミナルケアが目立った。除外条件②は36件で、認知症、児童・思春期、身体合併症看護が多かった。除外条件③は先行研究と同様に一番多く78件で事例研究の抄録が多かった。除外条件④に該当するものはなかったため、25件を対象とした。

#### 2, 対象文献の概観

先行研究での過去10年間の研究数は23件であったが、本研究での10年間の対象文献は25件で微増していた。過去5年間の研究が6件で、2013年から2017年は毎年3件から5件定常的に行われていた。行われた場所別に新しい研究から表にした。病棟で行われた研究が12件（表1）と多いものの、最近の研究は外来・その他（表2）や訪問看護（表3）での研究が増えている。研究デザインは質的研究が18件で、介入研究が4件、量的研究が3件であった。研究対象者は看護師が15件で、病棟看護師6件、訪問看護師4件、専門看護師3件、外来看護師・救命救急センター看護師が各1件であった。家族は10件で、親に限定された研究は2件で不明も2件であった。専門看護師による支援は対象が精神疾患をもつ患者の家族に限定されたものではなかった。精神疾患をもつ患者家族支援に特有な支援について取り出して表の結果の概要などに下線を引いた。また今後の精神科看護領域での家族支援の課題を斜字体太字で示した。

#### 3, 文献の内容

##### 1) 病棟で行われた研究（表1）

何らかの家族支援モデルを用いて行われた研究が6件で、タクトゥール看護技術（No.7）、家族グループ療法（No.9）、事例検討会の活用（No.6）など、家族支援の現状のみならず介入効果の測定が志向されていた。専門看護師による家族看護の実践（No.3, 4, 8）は、精神疾患をもつ患者家族への病棟での支援に限定されていなかったが、関わりの評価を家族と共に行っている特徴があった。家族の心理過程は初回退院在宅移行期の体験（No.10）など、急性期看護に特化された研究が5件で長期入院患者に対する家族支援も3件であった。

精神疾患をもつ患者家族に対する特有な支援は、「家族の発達課題達成への働きかけ」と「家族の力の強化」は行われなかった（No.1）。「患者と家族とのつながりを保つ」ことが目的とされ（No.1, 2, 7）、長期入院中の「患者の意思と家族の思いが異なる場合家族の意思を尊重しながらかわる」（No.5）や同じく長期入院中の患者の退院の困難は家族にも起因し、事例毎に看護は異なる（No.6）。初回退院した在宅移行期の親は「周囲の目も自分の目も気にしないよう努めている」（No.10）。急性期治療病棟の看護師は「発症や増悪への家族の影響」をアセスメントする（No.11）。急性期の患者家族について特に初発患者家族には認知領域【治療環境「否定的な印象を与えない、病棟（室）について」】と「他患者の（症状に伴う）行動を説明する」、「病気は家族の責任ではないことを伝える」一方で【情報の抑制】、行動領域「関わりのモデルを見せる」、感情領域のいずれの介入でも循環的に良い効果となる（No.12）という。病棟での治療が患者中心に行われ、長期になると、家族の力や発達課題への配慮はされず、患者を介護する家族と

表 1 精神科病棟での家族研究

No	著者（発行年）	目的	研究方法（①対象②研究デザイン③データ収集④分析方法）	結果の概要
1	田井雅子, 濱尾早苗, 池添志乃, 他(2019)	教育・実践・コンサルテーションの循環の中で、精神科看護師が『家族看護エンパワーメントガイドライン』を用いて家族ケアを実践し、その活用の有効性について検討する	①3施設の精神科看護師8名（精神科急性期病棟3、社会復帰病棟1）が4家族（うつ病妻と60歳代夫、双極性感情障害の男性と70歳代兄、統合失調症の息子と50歳代の両親、うつ病患者とその姉）に対してガイドラインに基づく看護介入を実践②介入研究③家族看護記録用紙の記載内容とリフレクションとコンサルテーション機能をもつ3回の事例検討会の逐語録とヒアリング調査の逐語録④11の看護介入の視点から実践内容を抽出し、質的分析	『家族看護エンパワーメントガイドライン』の11看護介入分類中9介入、具体的な実践内容は36。全家族に〈家族の日常生活、セルフケアの強化〉〈家族関係の調整・強化、コミュニケーションの活性化〉〈家族の役割調整〉が行われ、〈家族の意思決定の支援・アドボカシー〉を2事例で織り込み、心的負担を抱える家族には〈家族への情緒的支援の提供、家族カウンセリング〉2事例、〈家族の危機への働きかけ〉1事例、〈家族教育〉〈家族の対処行動や対処能力の強化〉が1事例で〈親族や地域社会資源の活用〉が1事例で実施。全4家族で〈家族の発達課題達成への働きかけ〉〈家族の力の強化〉は実施されず。A家族は仕事があり『家族との援助関係を形成する』『家族の心身の負担を軽減する』『家族が守りたい生活を維持する』『家族としての意志決定を支える』方向性のもと7看護介入分類を活用、B家族の妻も療養中で『家族との援助関係を形成する』『患者と家族が互いを理解する』『患者と家族の関係を途切れさせない』方向性で5看護介入分類を、C家族母はうつ病で『家族の健康を維持する』『患者と家族の関係を途切れさせない』『家族の心身の負担を軽減する』方向性で4看護介入分類を、D家族母が死去後で『家族の健康を維持する』『患者と家族が互いを理解する』『家族の心身の負担を軽減する』の方向性で6看護介入分類を活用。ガイドライン活用による看護実践の変化は「家族の捉えの広がり」と深化「家族への意図的な看護介入の実践」「チームとしての家族への関わりの促進」の3カテゴリと19サブカテゴリ。家族の発達段階や発達課題を捉える視点の強化と、家族看護実践を支持する組織的支援が必要。
2	杉崎信乃(2018)	入退院を繰り返す統合失調症患者と家族とのつながりを保つことを意図した看護師の家族ケアの内容を明らかにする	①入退院を繰り返す統合失調症患者5名（女3、40代から60代、両親・夫、男2、20代と40代、父と兄）の家族ケアを行った精神科経験5年以上の看護師4名（女3）②質的帰納的研究③インタビュー調査④コード化	『患者と家族の関係性を変化させるケア』は、患者と家族の関係性を捉えなおし、情緒的なつながりを両者にとって前向きなものへと強化すること、【関係性を調整する】【一体感を高める】の2カテゴリに7サブカテゴリが、『家族の困難に対処する力を高めるケア』は患者との間で生じている困難に対し、家族自身が自らの力を発揮し、対処していけるよう働きかけること、【家族の力量を高める】【家族自身に関心を示す】【不安の整理を助ける】の3カテゴリと7サブカテゴリが、『患者や患者が置かれる状況への理解を促進するケア』は、患者や患者が置かれる状況への理解をより正しいものへと導くこと、【現実にあった理解へと導く】【回復の兆しを伝える】の2カテゴリに7サブカテゴリを得た。家族の安心感を高めることが重要。
3	畠山卓也, 池添志乃, 田井雅子, 他(2017)	専門看護師（家族支援・精神看護・小児看護）が家族の対処機能の強化を図るために行った家族看護実践を明らかにする	①家族支援専門看護師、精神看護専門看護師、小児看護専門看護師8名と、家族看護エンパワーメントガイドラインを用いて支援した23ケースの家族②質的帰納的研究③半構成的面接の逐語録④「家族の対処機能の強化に関連する援助やその反応」の内容分析	《家族の生活状況や家族のもつ力の把握》即ち〈家族の認識や理解を確かめる〉〈家族のもっている力を見定める〉や〈家族の役割負担や困難さを把握する〉ことと共に《家族の特性に対する配慮》即ち〈家族員の関係性や役割負担に配慮する〉〈家族の生活そのものを考慮する〉〈家族が見通しを持って意思決定できるよう配慮する〉ことを基盤に〈家族を情緒的側面からささえる〉〈家族の健康問題に対する気づきを促す〉〈家族で健康問題に取り組むように関係を調整する〉〈家族員の病気に伴う家族の役割行動の獲得をささえる〉〈家族の力に見合った対処方法を提案する〉〈過去に用いた対処行動の活用を促す〉からなる《家族が健康問題に対処するための支援》をし、《家族に提供された支援の効果について共有》即ち〈家族への働きかけの効果を確認する〉〈家族にあった支援なのか吟味する〉ことで、《対処技能の獲得と生活の再構築》即ち〈家族のこれまでに用いていた対処が明らかになる〉〈家族自ら健康的な生活のために取り組み始める〉プロセスであった。家族の主体性を尊重し育むことが重要。
4	岩井弓香理, 野嶋佐由美, 星川理恵, 他(2017)	専門看護師が実践した家族セルフケアを強化する看護介入を明らかにする	①家族支援専門看護師、精神看護専門看護師、小児看護専門看護師8名と家族看護エンパワーメントモデルで支援した23事例（精神疾患をもち入退院を繰り返す患者、NICUの患児、急な予後不良の発症患者の家族な	【生命・安寧を脅かすリスクに対応する家族セルフケアへの看護支援志向性】には〈病気への対応や療養行動・保健行動を勧める〉〈健康状態や既往歴を確認し家族が健康に取り組むことを支援する〉を第一に行い、【基本的な生活を守る家族セルフケアへの看護支援志向性】には〈病気が家族生活に及ぼす影響を把握し生活を整える〉〈介護負担を緩和し家族の基本的な生活を支援する〉〈家族生活の維持のために家族内外の資源を活用する〉が日常性・生活を維持するセルフケアとして重視し、【家族全体の健康的な生活を促進する家族セルフケアへの看護支援志向性】には〈家族の

精神科看護領域における家族看護研究の動向と課題

			ど)②質的帰納的研究③介入した事例の背景や実践内容・意図をインタビュー④内容分析	全体性を捉えて家族を支援する)〈家族発達の見点から家族のセルフケアを支援する)〈家族セルフケア力を発揮できるように支援する)が家族全体を捉える視点をもって行われ、全体で44の看護行動を抽出。日常生活援助を行いながら家族に関わる機会を伺う訪問看護事例が含まれている可能性がある。
5	吉村公一 (2017)	退院後の生活の場への意向をもつ長期入院統合失調症患者の家族に対する精神科看護師の態度を明らかにし、家族支援を実践する課題の示唆を得る	①入院期間5年以上の統合失調症患者を受け持ち、退院後の生活の場についての意向を聞いて、退院にかかわる精神科病棟看護師9名②質的帰納的研究③半構造化面接④概念生成分析	【家族へ協同を求める困難】には〈兄弟に退院への協同を得ることは難しい〉〈患者と疎遠になっている家族へ協同を得ることは難しい〉〈病気や治療について理解のない家族へのやりきれなさ〉が、【家族の協同への期待】には〈退院に向けての治療目的にあったかわりをしてほしい〉〈患者とのかかわりを増やし退院へ協同をしてほしい〉〈退院が可能な患者の退院を受け入れてほしい〉が、【家族の協同を得るための介入】は〈家族の協力が得られるように家族との関係を築く〉〈家族の状況を理解し退院後の生活の場を考える〉〈家庭をもつキーパーソンの不安を理解する〉〈病状変化に対する家族の不安を理解する〉〈家族の気持ちに共感しながらかわる〉〈患者の意思と家族の思いが異なる場合家族の意思を尊重しながらかわる〉〈退院を前向きに受け入れる家族の思いを理解する〉を生成。 <b>看護師の家族への長期的関わりの継続にはチームでの精神的支援が必要。</b>
6	高橋未来、 葛谷玲子、 石川かおり、 他 (2016)	長期入院(1年以上最長19年)患者の家族を対象とした退院支援の看護実践事例の分析から退院支援上の課題とその関連要因、実施した看護を明らかにすること、家族への看護の充実を目指した取り組み後の看護師の認識を明らかにすること、それから家族を支援の対象とした退院支援における看護について検討する	①教員メンバー5と4、5病棟の看護職者14、18名②事例検討会(年5回計10回)の開催(PSWや精神科認定看護師を含む)による介入研究③看護実践事例13例のうち1年以上継続して検討し看護の有効性が確認でき、具体的内容が検討会資料から読み取れる6事例(男3、10歳代・40歳代各1、50歳代・60歳代各2、統合失調症4、統合失調感情障害・発達障害各1)の実践と年度末に行った本取り組みの評価についての記述④事例毎に退院支援上の課題を抽出し、グループ化して命名し、関連要因と実施した看護の関連を分析、「看護実践の方法として改善できたこと」「看護師の受け止めや認識」「複数施設で検討会を行った成果や意義」について内容分析	両親が2、母・姉・姉妹・姉弟各1、家族と患者、医療者との関係性が良い方向に変化3、外泊を受け入れるようになった2、退院について前向きに考えるようになった1、患者の変化は日中活動が増加3、セルフケアが拡大2、退院の意欲が低下1。退院支援上の課題は【退院に伴う負担感に対する家族の抵抗から今後の方向性が決まっていない】が2事例で、関連要因は家族起因の「家族の状況により頻回の来院が困難」には2事例で「家族の話を聞く」を、[過去のエピソードによる家族の患者に対する否定的感情]には2事例で「患者の現在の状態を伝える」を、[家族の状況の変化によるサポート力の低下]には2事例で「精神科医療看護福祉を取り巻く社会的背景を説明」《PSWと協力して社会資源の利用について、メリットとデメリットを含めて説明する》を、患者起因の「長期入院による日常生活能力の低下」と「対人関係が不得手なことで家族との良好な関係がとれない」は各2事例で看護は36コードから15カテゴリを抽出。【家族は退院に反対していないが退院後の生活に不安がある】が4事例で、家族起因の「患者以外の家族員同士での生活が確立し患者へのサポートが困難」には2事例で「社会資源の提案・紹介・説明をPSWと一緒にする」を、[症状を抱えた患者の退院後の生活への家族の不安]には3事例で「症状に対する医療者のケアや対応・患者の努力を家族に伝える」を、[家族の疾患に関する知識が不十分]には2事例で「家族の疾患に関する知識・理解度を確認し疾患に関する説明を行う」を、その他の要因「過去のエピソードによる家族の患者に対する否定的感情」[外泊に関する家族の不安]は事例毎に看護が異なった。患者起因の「精神状態が不安定」が3事例で「外泊に関する患者の不安」[長期入院による自己管理能力の低下]は各2事例で47コードから14カテゴリを抽出した看護を実施。取り組み後の看護師の認識は21のカテゴリを生成し7分類され、課題として【多職種連携】や【長期入院による退院支援・家族支援の困難さ】をあげた施設が各1あった。 <b>長期支援には支援者同士が励まし合える体制が必要。</b>
7	明渡立樹、 加藤博之 (2016)	患者、家族、看護師で行ったハンドマッサージのプロセスを通して、相互の関係が深まる効果を明らかにする	①精神科急性期病棟入院中の7組の患者・家族②介入研究③週1回研究チームカンファレンス、看護師と患者で、看護師と患者と家族のかかわり、家族同士のかかわりの3期に分け、毎回のハンドマッサージ終了後の会話や感想、家族関係の経過を記録、退院時アンケート④池邊(2004)の患者と家族の心理的距離の短縮に対して必要な要素5つi希望と現実のギャップの埋め合わせ、	A 双極性障害、女性、30歳代、両親、3回目入院、看護介入期1～2回 i 希望と現実のギャップの埋め合わせ ii 効果的な接し方の教育 iii 家族を患者に近づける工夫で母への不満を一方向的に話す。怒りの対処法として、母を許し、悪いことばかり思えて来た時は「だけど」を付けてみることを提案。家族介入期3～6回 i 母を看護師がマッサージ、 iii iv 患者に対してのネガティブな思いの払拭で荒れた手をAにも触るよう提案、母がAをマッサージ、5回目には父も会話。 iii v 患者と家族双方の代弁者で喧嘩せず話ができ面会の頻度が高まる。家族調整期7～9回 iii 看護師同席せず2人のみでハンドマッサージを行い感想を聞く。退院に前向きになる。B 統合失調症、男性、父、母7年前に他界、看護介入期1～3回 ii iii お父さんにしてあげるのもいいですよと提案。家族介入期4～6回 ii iii v 看護師がBに行うのを父が見学。 i iii 5回目から2人でハンドマッサージを行いその手技について看護師を介さずに話し合えた。家族調整期7～8回 ii iii 看護師見守りにて2人でハンドマッサージ施行。 iii v 看護師が外泊の話題を出す

			ii 効果的な接し方の教育, iii 家族を患者に近づける工夫, iv 患者に対してのネガティブな思いの払拭, v 患者と家族双方の代弁者にに基づき介入を分析	と外泊の目標を父に直接伝えられた。看護師の同席なしでマッサージでき、外泊の目標も達成し、面会中の会話も多くなった。患者は「言えなかったことが言えた」と、家族は患者の症状の改善を身近に感じ、安心感が得られた。看護師も心理的距離短縮に意識的に関われ、内面を話す中に介入でき、信頼関係の構築と、問題解決の資源が引き出せた。家族関係の調整だけでなく、患者の精神状態の安定、看護師の意欲にもつながった。 <b>病棟スタッフの協力の賜物。</b>
8	横本香, 野嶋佐由美, 中野綾美, 他 (2015)	専門看護師が『家族看護エンパワメントガイドライン』を用いて実践した家族の意思決定の支援・アドボカシーに関する看護介入を明らかにする	①家族看護エンパワメントガイドラインを用いて実践した経験をもつ専門看護師8名(家族支援専門看護師3, 小児看護専門看護師2, 精神看護専門看護師3) ②質的研究③面接④11の看護介入の特に10『家族の意思決定の支援・アドボカシー』について質的帰納的分析	専門看護師が関わった家族は服薬の必要性を患者が理解しておらず、家族のやりとりのなかでコミュニケーションがうまく機能せず、感情の行き違いが起きていた家族、子どもの長期間にわたる引きこもり生活に打開策を見いだせずこれから先の子どもの生活に大きな不安を抱えていた家族、先天性疾患をもつ子どもの出生に伴い、家族全体が揺れているなど、家族の意思決定のプロセスにそった支援ではガイドライン5項目【家族と共に状況や問題を把握する】【家族と共に目標を設定する】【家族と共に選択肢を模索する】【家族と共に計画を立て、意思決定を支援する】【家族と共に結果を評価する】に14項目の介入が、意思決定を支える具体的な看護技術6項目【家族内のコミュニケーションを促す】は1事例で、【その家族らしい意思決定を支える】と【家族が意思決定するのを待つ】は4事例で【家族の意思決定への自信を高める】【例の提示やイメージ化を通して意思決定を支える】は各1【家族員同士あるいは家族と個人間の葛藤に対応する】は2事例で19項目の介入を抽出。他職種と共に確認し、医療者間でケアの方向性の合意を図る。支援者の理解を促し、支援者の姿勢を整える。家族の目標や将来の課題を予測して、支援体制について検討する。今後のことを家族と共に考える機会をもつ。専門看護師による支援は一つの病棟に留まらず、転棟・退院後も継続し、 <b>時間を超え、場を超えた支援ができる。看護チームおよび他職種を含む医療チームの組織づくりを行っていた。</b>
9	加藤知可子 (2014)	初回エピソード急性期の統合失調症者の家族を対象に <u>心理的負担の軽減</u> を目指したグループ療法(心理教育)を用いた効果を測定する	①1医療施設に約1か月間に入院した初回エピソード急性期の統合失調症者の家族16名のうち12名(女8, 平均52歳) ②介入研究③クローズドグループ6名×2グループ1回90分6週6回資料を用いて実施, ファシリテーター外部研究者1名POMSを前後で実施 ④統計的分析	POMS 下位尺度「抑うつ-落ち込み」( $p < 0.001$ )「怒り-敵意」「緊張-不安」「疲労」「混乱」が有意に低下、「活気」( $p < 0.001$ )が有意に上昇。1グループ6名で1回に2グループで、1回目に「グループ療法の目標と内容」2回目「統合失調症の特徴と原因」について質問あり。3回目「統合失調症の治療」頃から感情表出されるようになった。その際のサポートが役立ったという。4回目「統合失調症者の外出・外泊時の対応について」5回目「入院中の統合失調症者への対応について」6回目「これからの自分の生活や将来について」を行った。「聞きたいことを遠慮なく自由に聞くことができた」グループの雰囲気がよく、互いに気持ちを丁寧に聞いてもらえたと思えたとの感想があった。 <b>75%が脱落なく参加。</b>
10	高橋万紀子, 板山稔, 阿部由香, 他 (2014)	精神科病棟から初回退院した統合失調症者と暮らす親の在宅移行期の体験を明らかにする	①退院後1年以上2年未満の統合失調症者(女1, 平均28.8歳, 30歳代)が3名, 他は20歳代, 診断後すぐ入院6, 入院形態は措置, 任意各2, 他医療保護, 平均10.5月, 2か月から48か月入院, 現在アルバイト3, 他の人も日中活動の場を利用)と暮らす主介護者の親12名(母10, 平均63.4歳, 50代後半が2, 70歳代前半1, 他は60歳代, 1名以外家族教室の参加有, 有職者41.7%, サークルや趣味活動が66.7%, 75%に身体疾患で通院あり) ②質的研究 ③半構造的面接④KJ法	【こどもの状態が落ち着き、再び家族の交流が持て、普通の生活ができてうれしい】【病気は見えないのでわかりにくく、病状の変化に一喜一憂してしまう】【子どもは気がかりで親の自分がみられないが、将来一人で生活できるか心配である】【子どもを自立させるには、親が希望を持ちかわり続ける必要があると思う】【周囲の目も自分の目も気にしないよう努めている】【病気や治療に対する行き場のない不満がわいてしまう】【子どもとの生活は一人で背負いきれるものではなく、周囲の支えがあると心強い】の7つの体験に集約された。親の孤立感や抱え込みを緩和するには、入院中から継続して家族が相談できる場や学習の機会を伝達し確保することが望まれる。様々な人の理解ある協力的なかわりは、子どもにかかわる時の安心感や自信につながった。それは親が希望を持ち子どもにかかわり続けることを強化し抱え込みを緩和した。今後も精神疾患に関する普及啓発活動により、地域住民の関心と理解を深めていくことが必要である。 <b>住み慣れた地域での住民とのつながり、主治医への不満があっても言いづらい、家族や同じ病気の子どもをもつ仲間、普通に接してくれる人や他の人とのつながり、医療従事者の助言や制度・社会資源の利用。</b>
11	松島亜希子, 舞弓京子, 永田真理子	精神科急性期治療病棟看護師が家族支援を行	①1大学病院精神科急性期治療病棟に勤務する経験年数3年目以上の看護師15名(男6, 平均36.7歳,	出合いの段階は【家族模様を読み取る】で〈家族の苦悩に共感〉〈発症や増悪への家族の影響〉を推察、関係構築の段階では〈患者と家族の調整〉〈家族独自の情報を収集〉〈安心できる情報の提供〉で【家族と協力関係を構築する使命感】と〈可能な限り会って関

	(2013)	うプロセスを明らかにし、効果的な家族支援を考察する	精神科経験平均5.6年) ②質的研究③半構成的面接④修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ	わる)「距離を置いてできることを模索」する【できる範囲の家族支援】を行うが、〈家族と会うことの難しさ〉〈家族の事情に踏み込めない〉〈主治医との関係を乱す恐れ〉の【家族との縮まらない距離感】を感じる。患者が退院後評価の段階では〈家族支援への曖昧な評価〉〈患者や家族の先行きへの心配〉〈家族支援への不明瞭な看護師の存在〉の【家族支援への不全感】があった。 <b>患者・家族・医師で話が進む。家族との距離感を縮める関係を維持し、家族支援の評価を行うことが必要。</b>
12	甘佐京子、川口優子 (2013)	精神科看護師が急性期の患者をもつ家族に実施していると認識しているケア内容を明らかにするとともに、急性期における家族への看護介入の構造を検討する	①急性期病棟での看護経験のある5年以上勤務する看護師10名(2単科病院6、総合病院4、平均12.1年精神科経験、他科勤務経験有6、男2)②質的記述的研究③カルガリー家族介入モデルを基に半構造化面接④カルガリー家族介入モデル認知領域、感情領域、行動領域を軸に分類	認知に対する介入は【患者の情報を伝える】から「患者の状態を伝える」「患者の良い兆しとなる情報を伝える」が、【病気の情報を伝える】から「疾患や治療について説明する」「回復までの経過を説明する」が、【治療環境について説明する】から「否定的な印象を与えない、病棟(室)について」と「他患者の(症状に伴う)行動を説明する」と【情報の抑制】が、感情に対する介入は【話を聞く】から「母親の話や不安な思いを聞く」「家族の不安は随時聞く」「じっくり聞く」「初発患者の家族には面接の時間を設ける」「治療に対する不満等を聞く」「患者に対する否定的な思いを聞く」「心配なことは何でも聞くように伝える」「話ができる時間と場所を提供する」、【疲労を受けとめよう】から精神的な疲労を労う、身体的な疲労を労う、【親としての気持ちを支える】から「回復を保证する」「自責感の軽減を図る(病気は家族の責任ではないことを伝える)」が、行動に対する介入は、まず【休息を促す】、【治療への参加・協力を促す】から「面会や面接を依頼する」「必要に応じて付き添いを依頼する」「家族を意図的に巻き込んでいく」、【新たな行動獲得に向けた方法を伝授する】から「関わり方のモデルを見せる、関わり方を指導する」「悪化の予測を見越した対応を身につけてもらう」「家族教室に誘う」が抽出された。3領域の介入構造は、非効果的な循環を「病気の理解」が進み、 <b>先の見通しが立つこと</b> で「安心」でき、病気が即ち患者と向き合い、家族としての「新しい行動パターンを身につける」ことが可能となる、いずれかの領域への介入でも家族ケアとして有効である。

表2 外来その他での家族研究

No	著者(発行年)	目的	研究方法(①対象②研究デザイン③データ収集④分析方法)	結果の概要
1	小西美里、中野あずさ、田村文子、他 (2020)	精神科外来看護師が捉える家族支援の充実度とそれに関連する家族支援の内容を明らかにする	①精神科外来(医療法人84.2%、100床から300床未満71.8%、家族支援の場所有り36.7%、家族が集う場所有り43.7%)の看護責任者234名②質的・量的記述的研究③質問紙調査④充実群45(20.3%、家族支援の場所有り60.5%、集う場所有り60%で有意に多い)と非充実群100(45%)の比較	充実群「他職種で連携できている」9「支援に関する情報を共有できている」8「支援体制を整えている」8「家族の意見やニーズを取り入れている」6「支援システムを確立している」「家族の話を十分に聞くようにしている」各4「電話やホームページでも相談に対応している」3、非充実群「人手不足」20「時間がない」16「スタッフに問題(やる気・能力)がある」14「支援場所がない」10「支援体制が整っていない」「支援システムやマニュアルがない」各7。実施率が高いのは順に「家族の話を傾聴する」93.1%で、充実群では18項目すべて高かったが、特に「家族の不安な気持ちを受け止める」「家族の苦労をねぎらう」「家族が病状や障害を理解できるように説明する」「家族に可能なケアを提示する」「家族のための社会資源を紹介する」「家族会などへの参加をすすめる」「家族の課題と役割を提示する」「家族の目標を設定する」「家族の学習過程をサポートする」が有意に高かった。心がけていることでは、充実群では「家族の思いを受容・共感・受け止める」「他職種と連携する」「家族に寄り添う」が多く、非充実群では「日頃の環境づくり・態度・対応に配慮する」「状況に合わせた助言・説明・サポートをする」が高かった。 <b>外来環境を整える。</b>
2	中平洋子、野嶋佐由美 (2016b)	精神障害者を家族員にもつ家族のFamily Resilienceにおいて、家族が厳しい状況の中で、困難を	①統合失調症17、感情障害2をもつ人の19家族(医療機関、就労支援センター、家族会、保健センターから紹介を受けた父、母、姉。20年以上世話をしている家族が9、5～10年が3、5年未満と10～15年未満、	『病状の経過を監視する』『治療脱落を防止する』『試行錯誤しながら病者に合ったやり方を獲得する』『病者の力を補いつつ育む』ことで『病気との対峙』をしながら、『覚悟を決めて強く前を向く』『楽観的に現実と向き合う』『多面的に状況を捉え新たな視点を得る』『発病や発病に伴う困難を人生に意味づける』ことで【認知の転換】を行ったり、『将来像を描く』『病者の将来の生活に見通しが立つ』『医療福祉の発展と社会の成熟に望みを持つ』ことで【希望】をもつ力を発揮することで、厳しい状況に向き合い続けることができていた。 <u>どの家族にも共通するプロセスは見いだせず、</u>

		乗り越えようと奮闘する様相を明らかにする	15～20 年未満が各 2, 不明 1。70 歳代 8, 60 歳代 5, 50 歳代 2, 80 歳代 1) ②質的記述的研究③半構造化面接④修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考	家族が時々状況に応じて単独で、または組み合わせながら家族内のエネルギーを創生するような Competency を発揮していた。ひとつの力が発揮されることによって、次の力が発動されるような関係があった。Competency 発現を構成する 36 の概念が含まれた。 <u>本当の意味で使える知識の獲得、現在を肯定的に解釈しケアへ取り組む、地域システムへの働きかけを通して家族を支援する、信頼できる仲間や支援者との出会い。</u>
3	中平洋子, 野嶋佐由美 (2016a)	精神障害者を家族員にもつ家族を家族システムとしての Family Resilience という視点から捉え、厳しい状況の中で、奮闘する様相を明らかにする	①統合失調症 17, 感情障害 2 をもつ人の 19 家族 (医療機関, 就労支援センター, 家族会, 保健センターから紹介を受けた父 4, 母 13, 姉 1, 両親 1) ②質的記述的研究③半構造化面接④修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考	『家族としての役割を自覚』して『病者の立場に立って考える』『情緒的に繋がり家族として力を合わせる』『家族のやり方や生活を守る』ことで【家族の守り】を行い、『厳しい状況に巻き込まれないようにする』『病気の事だけに心を奪われない』ようにして社会から受ける『不利益に巻き込まれないようにする』『家族の限界を見極め超えないようにする』『期待を高めすぎない』ことで家族内外の状況を【コントロール】していた。『病気を隠さない』『家族外の力を活用する』『理解しあい協働できる仲間と繋がる』『社会に働きかける』ことで【社会に向かって家族を開く】が、開き方は家族によって異なり、状況への構えが変化した時に相手を見極めて開き、その結果の満足や社会の理解の深まりによってさらに開くことに繋がっていた。‘Living System 力の発現’が抽出され、37 概念から生成された。 <u>社会との関係性の中で支援する、家族に看護者の姿を見せ、きちんと出会い支援の可能性が伝わること。</u>
4	中戸川早苗 (2015)	精神障害者を抱える家族の抱く「精神障害者が就労すること」への想いとその変化の過程を明らかにし、家族が抱く「就労」への想いをふまえた看護援助の示唆を得る	① 1 家族会の会員の統合失調症の子ども (男 7, 女 2, 平均 40.1 歳) の父親 1 母親 6 名 (60 歳代～70 歳代) ②質的研究③参加観察法及び非構成的インタビュー④個別分析にて抽出したカテゴリー間の関連を時間軸に沿って図に示し変化の過程を分析。個別分析のカテゴリー、サブカテゴリー、セグメントの類似性に注目してすべての事例に共通する精神障害者が就労することへの想いを抽出し時間軸に沿って変化の過程を分析。	発症前に一般企業で 10 年以上就労 1, 発症後に保護的就労 10 年継続 1, ほとんどがアルバイトなど短い期間の就労。就労への期待とそれを阻む問題・諦めざるをえない状況についての葛藤など 9 カテゴリー, 29 サブカテゴリー抽出。さらにその想いを受け止めていく過程は局面Ⅰ《親としての期待》は【愛情と苛立ちのアンビバレンス】にまづ苦しむ。局面Ⅱ《親の力だけではどうにもならない無力感》の【病気の理解に伴う苦痛】の『病気の理解が遅れたことへの罪悪感』が 3 事例で、同じく『子どもの生きる力の引き出し方が見えなくなる』が 2 事例で、【社会で支える仕組みへの切望】の『精神障害者の特性を知ってほしい』『一人一人違うのだから一人一人に合ったものでなければ利用できない』が 2 事例で、同じく『少しずつ次のステップに進める支援がほしい』が 2 事例で、局面Ⅲ《できれば働かせてあげたいという親子》局面Ⅳ《親として就労より生活維持を優先してほしい》の【子どものいいところを大切にしたい】の『人並みの幸せを掴んでほしい』の「就労はほど遠くて、できることをしてほしいくらいのささやかな希望にかわっていく」が 2 事例で、 <u>他はすべて 1 事例の想いで 4 つの局面に分類された。局面ⅡとⅢを行きつ戻りつしたり、局面Ⅲから局面Ⅰに戻るなどしていた。障害者の生活面への支援も含めた就労と生活との調和を目指した支援。</u>
5	岡本亜紀, 谷垣静子, 長江弘子 (2014)	ACT(Assertive Community Treatment) プログラムを受けた精神疾患を有する人の家族の思いについて明らかにする	① ACT プログラムを受けている、受けたことのある本人の生活に多くかわる家族 9 名②質的記述的研究③半構造化面接④家族個々からコード化、相違点、類似点による分類をサブカテゴリーとし、原因、文脈、帰結に基づいた共通の関係性からカテゴリー化、さらに全体像を図式化	母 4, 父 2, 娘, 妹, 叔母各 1, 70 歳代 3, 80 歳代 2, 90 歳代, 60 歳代, 50 歳代, 30 歳代各 1, 娘 5, 息子, 母, 姉, 姪各 1, 60 歳代 4, 50 歳代 3, 40 歳代, 20 歳代各 1, 同居 6, 他の家族と同居, アパート単身, 自宅単身各 1, 統合失調症 7, 双極性障害 2, 継続中 8, 終了 1 (他機関への外来通院とホームヘルパー利用), 本人がこころの病気になったことへの「忘れられない苦しみ」や「老いていくことの不安」があり続け、「寄り添う人々がいることを感じる」ようになることで「誰にも言わずに耐えてきた本人の悲しみを感じる」さらに「こころの病気だからと理解していく」こと, 「こころの病気に諦めをつけていく」ことで, 「生活のための薬を続けてほしい」という期待と, 「こころの病気の人と在る」という自信と信頼を獲得し, 「ありのままによう」と思うことが示された。 <u>ACT チームとの出会いにより家族の心は開放に向かった。本人が家族との絆や家族内での役割を取り戻せるような家族支援。</u>
6	荻野夏子, 柳原清子, 井上玲子, 他 (2014)	救命救急 (以下 ER) センターにおける精神科領域の合併症をもつ患者・家族への支援の看護師および	① 1 ER センターの看護師 (経験 7～11 年, ER 経験 4～9 年) 3, ケースワークを行った SW (精神保健福祉士を含む 6 か月～10 か月 ER 専任) 3 名②質的研究③個別, フォーカスグループインタビュー④看護師と	「直接ケアの中の困難」次元で看護師は「把握が難しい対象」ゆえに「振り回される」「安全を守ることが困難」, 精神科合併症は「専門外ゆえの難しさ」で対処が『その場しのぎになってしまう』, <患者へのさまざまな思いをプロとしてこらえる> ような『気持ち揺れる』。家族の言動の理解困難で『家族そのものも難しい』。SW も『支援キーの家族も混乱している』のを実感し, 「100% 関われないやらせなさ」から『支援を見届けられない不快感』となる。「組織の中で生じる (システム・文化的) 困難」次元と SW のみの「地域を見据えた時の困難」次元がある。 <u>家族へもアセスメン</u>

		びソーシャルワーカー（以下SW）の困難感を明らかにする	SWを分けて質的帰納的分析	<b>トを含めた対応スキルの獲得が課題。</b> 看護師、MSW および医師や事務職が互いの専門性の理解のもと、協働するシステムが構築される必要がある。
7	一ノ山隆司、村上満、松浦純平、他（2013）	在宅で精神障がい者と生活する家族の日頃の思いから負担要因を明らかにし、今後の家族支援への示唆を得る	①11の地域家族会に所属する精神障がい者と同居する家族236名②質的研究③質問紙調査「家族の健康実態に関するアンケート」の「日頃から気になること」の自由記述④Krippendorffの内容分析を参考に形態素解析、コロケーション解析	【病気に関する不安】は「症状の悪化と再発に対する不安」[服薬の継続に対する不安]、【家族自身の体調の心配】は「高齢による身体的な不調」[精神的なストレスによる苦痛]、【将来の生活に対する焦り】は「将来的に生活できる場の欠如」[親亡き後の生活]、【社会や周囲および身内からの理解不足に関する苛立ち】は「偏見による絶望感」[周囲との疎外感]、【責任を持ってケアする重圧】は「相談相手の不在による孤独感」[障害者を支える大変さ]、【同居することで生じる束縛感】は「同居による時間的な制限」[絶え間ない不安と心配による行動の抑制]、【地域の施設が整わないことへの不満感】は「地域の支援不足に対する憤り」[情報提供の不足]があった。家族は精神障がい者が自立して地域で生活できる支援を求めている。 <b>人権と生活保障を守り、地域生活の場で実感できる支援。</b>

表3 訪問看護での家族研究

No	著者（発行年）	目的	研究方法（①対象②研究デザイン③データ収集④分析方法）	結果の概要
1	増子徳幸（2021）	精神科医と訪問看護の連携における当事者及び家族のニーズを明らかにする	①1訪問看護ステーション利用者39名とその家族7名、統合失調症19、感情障害14、発達障害5、不安障害、依存症各1、その他6②質的研究③アンケート調査④KJ法で分類	精神科訪問看護の役割は「日常生活維持・生活技能獲得」16「精神症状悪化予防」15「希望の後押しと環境調整」7「対人関係の維持・構築」4「家族関係調整」「社会資源活用」各2、訪問看護の評価（5段階）4.56、主治医と訪問看護の連携評価（5段階）3.23、その内容「処方内容に関する気持ちの共有と主治医への相談」当事者・家族「本人の状態を主治医に共有、報告」当事者・家族「本人の状態を家族と共有、相談」家族「主治医とのやり取りの補助」当事者・家族、その他、訪問看護ステーションと病院立では医師との連携の差を感じることや「本人抜き」に決めない <b>人生のターニングポイントでの本人の「気持ち」に十分向き合う課題がある。</b>
2	角田秋（2019）	訪問看護ステーションが統合失調症者に提供している訪問支援・電話対応の内容と対象の特徴を明らかにする	①精神障害者対象の全国の訪問看護ステーション11事業所（医療法人8営利法人1NPO法人2）の31名の訪問看護師男性7、女性24、平均6.9年訪問経験（1人あたり3名まで）から45例の利用者男30、女15、60歳代12、50歳代9、40歳代10、23名に身体合併症有、家族と同居4割、ホームヘルプ利用10、訪問1月7.2回、デイケア等19、就労継続支援事業所6、GAF48.3、SBS16.1（電話群利用者15家族7となし群利用者30家族38）の回答②量的研究③自記式質問紙調査④群間比較	過去1か月間に電話あり群33.3%は、平均回数月8.3回、計23.2分、女性60%、精神機能全体的評価尺度GAF40.1点で有意に低く、社会行動評価尺度SBSの下位尺度「情緒の問題」2.5点で有意に高かった。「安全確保に関する援助」「危機時の介入」「精神症状に関する援助」が有意に多く実施され、「不安の傾聴・軽減」が多い傾向、「家族へのエンパワメント」が少ない傾向。家族15.6%は、平均回数月2.4回、計14.3分、訪問対象者は男性6、女性1名、SBSの総得点24.4点、下位尺度の「奇妙な行動」5.4点に有意差あり、「能動性の障害」4.6点に傾向差あり。「サービスや社会資源の利用導入のための援助」「アセスメントの実施」「家族へのエンパワメント」「本人・家族との関係づくり」が有意に「利用できるサービスや社会資源に関する基本的情報提供」「ケア計画の作成」「他者との関わりに関する援助」が多く、「家族内役割に関する援助」「生活習慣に関する援助」「生活環境の整備」「身体症状の観察と対処」が有意に少なかった。電話対応の内容は分析されていないが、電話対応の意義が予想されるため、クライシスプランを策定しておくことでより効果的に行えるとよい。 <b>訪問看護師による家族のクライシス対応、ニーズや変化に応じて支援を調整していくケアマネジメント。</b>
3	吉野賀寿美（2019）	メリデン版訪問家族支援（以下ファミリーワーク）を実施したケースをよく知る医療	①ファミリーワークの一連の支援過程を終了した2施設の医療機関に通院するケース（男女、20代・30代、統合失調症）をよく知る訪問看護師2名②質的研究③インタビュー逐語録④ファミ	ファミリーワークはエンゲージメントとアセスメント、症状やその影響についての情報共有、コミュニケーション・スキル・トレーニング、家族による問題解決からなる。ケース1は単身赴任の父、地方で働く姉の4人家族であるが、通常一緒に暮らす母と本人に6か月、ケース2は両親と兄との4人暮らしであるが、兄とは決別し、本人と両親を対象に10か月支援。実施前は『交わりのない家族内コミュニケーション』『壁のある家族関係』『本来の姿が不在の個々』の3カテゴリーと6つのサブカテゴリーが、実施後

		従事者から本効果を検討する一助とする	リーワーク前後での内容分析	は『心地の良い家族内コミュニケーション』『明らかになった個々の姿』『本人・家族が共に行う意思決定』『治療的環境の現れ』の4カテゴリと8サブカテゴリが生成された。メリデン版訪問家族支援は「家族の関係性を再構築」し、「日々の生活の中に治療環境を生み出す」効果がある。 <b>家族の意向のみで進めるのではなく、当事者本人と家族が共に話し合っ</b> て <b>日々の生活の目標や課題に合意していく。</b>
4	心光世津子(2016)	地域に暮らす精神障害者の家族が「回復」をどう捉え、それにはどのような要因関わっているのか明らかにする	①1訪問看護ステーションから紹介された精神疾患患者（統合失調症2、双極性障害1）と同居する家族3名（母2、妹1） ②質的研究③患者と同席のもと語られた半構成的インタビュー④ナラティブ分析のテーマ分析	A（70代）息子a（双極性障害30代）〈一人で自立できる〉ことのできることの拡大であったが【実現可能性を信じることへのためらい】【「回復」の難しさの根拠】【子育ての反省】のテーマでaの描く理想と現状との違い、aと他の社会人との違い、aときょうだいとの子育ての違いという比較のまなざしが関連。B(70代)娘b（統合失調症30代）は【母がいなくても一人で生活できること】で自身の入院と関わって、希望・願望の到達点であり流動的で可変する。医療者からの情報で「治る」と分離している。C(60代)姉c（60代統合失調症）は〈幻聴の支配から解放されること〉つまり「治る」ことで【死ぬまでない】、入院中の様子や効果ある治療に出会わなかったことによる。 <b>障害者本人と家族の発達課題や、家族によるこれまでと現状の評価がどうであるかをアセスメントし、「回復」の定義が家族によって異なることを理解する。</b>
5	片倉直子、井上洋子、山本則子(2015)	精神疾患をもつ利用者に対する訪問看護ステーション看護師の家族支援内容とその頻度と困難との関連を明らかにする	①精神疾患を持つ利用者への訪問経験のある指定自立支援医療機関の届け出をしている82訪問看護ステーション（1か月の登録人数69.9人平均、精神疾患をもつ利用者の平均登録人数8.9人、精神科訪問看護指示書による実人数は6.9人、登録人数が0人が20件、1～2人が23件で半数以上を占める）の管理者と看護師（精神科訪問看護の平均経験年数2.6年、精神科病院等の勤務経験者は31.9%）1施設各3名までから計160名②量的研究③自作質問紙調査④統計的分析	37.5%が困難の遭遇有り、訪問看護指示書の訪問延回数と実人数、精神疾患を持つ利用者登録人数と精神科訪問看護経験年数と関連、29項目の家族支援内容は「Ⅰ家族による支援体制の不十分さ」「Ⅱサービスに関する手続き上の問題」「Ⅲ介護方法・利用者の能力の間違った認識」「Ⅳ家族への訪問看護提供の比重の重さ」「Ⅴ家族の精神状態の不安定さ」「Ⅵ家族による安全性が確保されない利用者への介護方法の選択」「Ⅶ利用者のサービス利用や財産面の権利に対する家族の侵害」「Ⅷ公的サービスに対する家族の拒絶」の8因子（信頼性係数0.64～0.85）、すべての因子が困難と関連。特にⅧと次いでⅢ、Ⅴが強く関連。体験頻度の多い順に「利用者のケアよりも家族の苦勞を聞く時間が長い」65%「家族が独特の価値基準を持って利用者の介護にあたっている」61.3%「別居の家族や親族の協力が得られにくくなっている」60%「家族が利用者の態度を怠けていると評価する」58.8%「訪問看護を開始したら精神疾患を疑う家族・介護者を発見した」51.9%「利用者よりも家族への対応がメインの訪問になる」51.9%「家族支援のために他機関連絡等に相当の労力を費やす」51.3%「利用者の家族員にキーパーソンが見つからない」50%などであった。 <b>臨床心理士との同行訪問や精神科訪問看護療養費の算定要件に関する研修に家族支援に関する内容を含める。</b>
6	工藤紗弓(2013)	精神疾患を持つ親の実生活の支援に携わる訪問看護スタッフに対し、子育て上の困難および子どもの困難についてインタビューし明らかにする	①精神科病院の訪問看護スタッフ看護師2名（60代女性、訪問看護経験4年、1日2ケース訪問）②質的研究③インタビュー調査④KJ法を参考にカテゴリを生成	統合失調症を抱える母親への支援で、子どもとは接触する機会がなかった。親に対する「どうして働いていないのか」「何の薬を飲んでいるのか」など【素朴な疑問】を持つこともあるが、「放課後も遊ぶ友達がいる」「学校でのトラブルがない」など【健康に見える】という子側の様子が語られた。「子どもが甘えてきたときの対処」や「言うことをなかなか聞いてくれない」など、よくある子育ての悩みと「具合が悪くなって家事ができない」「病状が悪く子どもの体調管理が難しい」「家族が妄想の対象となる」などの「症状悪化」、「具合が悪くても教員や子どもの同級生の母親との関わりが必要」「学校に対して自分の病状についてあまり理解されていないと感じる」など「学校とのやりとり」さらに子どもの問いかけに対して「どうこたえるのか」「自分の病状について何歳になったら話せばよいのか」「どう言えば分ってもらえるのか」など「子どもへの伝え方」という【大変さ】や「生活保護を受けられるか」「お金が足りるか」など「経済状況」が今後どうなるのか、「自分の病状がこのまま安定しているか」「急に具合が悪くならないか」という「自分の病状」や「子どもが自分と同じ病気を発症するのではないか」などの「子ども」に関する【今後に対する不安】を持ちながらの子育ては精神疾患を抱えているがゆえの困難と共に、「もっと勉強してほしい」「こんなことをしてあげたい」などの「子どもへの思い」を持ち「子育てするためにしっかり服薬するようになる」「通院を続けるようになる」という「治療モチベーションの向上」という【懸命さ】にもなっていた。 <b>親の疾患に関する心理教育と家族にもある「自身の人生」という側面からの支援、子どもの発達状況や親の精神疾患の状態変化に合わせた長期的な支援が必要。</b>

いう見方が固まる。急性期病棟では病気は家族の責任ではないが、発症や増悪には家族の影響があるとみている。家族は患者の自立を望み、自身のスティグマと周囲の目を気にしている。効果的な家族支援には、チームの組織的支援が必要（No.1, 5, 6, 7, 8）であり、患者の精神状態の安定、看護師の意欲、家族の安心や主体性を育み、先の見通しが立つことが示された。

## 2) 外来・その他で行われた研究（表2）

看護師対象の研究が、精神科外来と救命救急センターの各1件で、残り5件は家族を対象に行われた。家族会に所属する同居家族の負担要因と親の「就労」への想いが各1件、包括型地域生活支援プログラムACTを利用した家族の思いが1件、様々な利用施設から紹介された家族に対しResilienceのCompetencyとLiving Systemを検討した研究が各1件であった。

精神疾患をもつ患者家族に対する特有な支援は、Family Resilienceで社会の成熟を期待すること、またどの家族にも共通するプロセスは見いだせず（No.2）、社会に対する開き方は家族によって異なる（No.3）。親の就労に対する共通する想いは罪悪感や次のステップへの支援、特性を知ってほしいやささやかな望みに変わるなどで、また4つの局面（期待と無力感、働くことと生活維持の優先）を行きつ戻りつすることもすべて個別性の高いものであった（No.4）。ACTのように家族にも寄り添う人々がいることで「ありのままでいよう」と思えるようになる（No.5）。救命救急センターでは精神科専門治療は受けられず（No.6）、精神科外来でも「充実している」家族支援は20.3%であった（No.1）。地域で同居する家族の負担感「社会や周囲および身内からの理解不足」で患者が自立した生活を送る将来に向けた希望が持ちにくい（No.7）。家族は高齢化しており（No.2, 4）、「老いていくことの不安」があり続け（No.5）、「混乱して」言動の理解が困難で（No.6）、「高齢による身体的な不調」や「親亡き後の生活」に焦りを持っている（No.7）。社会との関係性の中での支援（No.3）、生活面への支援も含めた就労と生活の調和を目指した支援（No.4）、本人が家族との絆や家族内での役割を取り戻せる支援（No.5）、人権と生活保障を守り、地域生活の場で実感できる支援（No.7）を希求している。

## 3) 訪問看護で行われた研究（表3）

家族を対象に行われた研究は2件で、医師との連携についてのニーズと満足度、同居家族の思う「回復」とその要因であった。看護師対象の研究は4件で、電話対応有り群の対象とそのニーズのない群との比較、メリデン版訪問家族支援の評価、家族支援内容とその頻度と困難の関連、精神疾患をもつ親の子育ての困難であった。

精神疾患をもつ患者家族に対する訪問看護での特有な支援は、「主治医とのやり取りの補助」「人生のターニングポイント」での支援の見直しや点検という成長発達していく生活者としての主体的な治療の活用を希望している（No.1）。訪問看護ステーションで電話相談をした患者は「精神症状に対する援助」を多く受け、家族は患者の「奇妙な行動」や「能動性の障害」に困って電話相談を利用し、「家族エンパワメント」の支援を多く受けていた（No.2）。メリデン版訪問家族支援は日々の生活の中に治療的環境を生み出す効果がある（No.3）。訪問看護師の37.5%が家族支援で困難があるとしている。特に家族自身の精神状態や家族の患者に対する批判的評価、「利用者へのケアよりも家族の苦勞を聞く時間が長い」と65%が応えている（No.5）。地域で生活する患者と同居する家族にとっての「回復」は、比較のまなざしが影響して「幻聴の支配から解放されること」など「治る」ことを切望し、家族とは独立した自立した生活としている（No.4）。また当事者が親である場合の子どもへの支援は行われていない（No.6）。精神疾患を疑う家族介護者が発見されたり（No.5）、本人だけでなく家族のクライシス対応（No.2）、「回復」の定義

が家族によって違うこと (No.4), 「本人抜き」に決めずに希望を後押しし (No.1), 本人と家族の発達課題 (No.4) や家族にある「自身の人生」(No.6) という, ニーズや変化に応じて家族と本人が共に話し合っただけの生活の目標や課題に合意していく (No.3), 支援を調整していくケアマネジメント (No.2) や臨床心理士との同行訪問 (No.5), 「学校とのやりとり」(No.6) が課題に挙げられた。

#### 4) 先行研究との比較

先行研究では看護師対象の研究13件と家族対象の研究17件に分けて, その内容を示し, 今後の研究課題4点が提示された。本研究では看護師対象の研究の方が多く, 特に病棟と訪問看護で多く行われていた。先行研究で課題にあげられた「実践検証的な研究」が行われ, 家族支援モデルを使った介入研究とその効果が測定されていた。用いられたモデルは家族看護エンパワメントモデルが4件, カルガリー家族看護モデル, メリデン版訪問家族支援, 家族グループ療法, 池邊(2000)の家族と患者の心理的距離短縮5要素, ACT, タクトゥールケアであった。先行研究での課題, 「他職種との連携や協働に焦点をあてた研究」も訪問看護での医師との連携と外来での他職種との連携, 救命救急センターでのソーシャルワーカー, 事例検討会での精神保健福祉士PSWの出席, 教育現場で働く研究者との協働, 専門看護師・認定看護師の活用などが行われていた。いずれもそれぞれの支援場所で専用の部屋や人的資源, また家族支援を行う看護師へのチームシステムとしての支援や動機の維持などが課題としてあげられていた。課題の「長期入院患者の家族に対する看護」も明記されていたのは3件であったが, 専門看護師が行ったケースも困難例であることが予想される。また結果を見てわかるように急性期や初回エピソード, 初回入院の患者家族の支援は共通することもあるが, 長期入院では特に家族のありようや, 患者との関係性も様々で, また親亡き後の支援のありようは, 患者本人を中心に組み立てる必要があり, 地域での理解や資源のありようによっても千差万別の様相となっている。また課題の「家族のウィークネスについての検討ではなくストレングスを促進する研究」は, Family Resilienceの2件の他, 家族看護モデルを使用した研究も該当すると思われ, 家族を患者を介護する存在としての支援ではなく, 生活者としての家族一人一人と, また患者も含めた家族全体としてシステム論を活用した支援が志向されている。

先行研究での看護職者を対象とした文献は家族支援の現状についてが10件, 家族支援ニーズの捉え方, アセスメントツールの考案, 家族支援を通じた気づきが各1件であった。家族を対象とした文献の内容では, 家族による患者へのケアが5件, 家族の心理過程が4件, 家族が受けているケア・支援と家族の生活困難が各3件, 家族の困難の経験と受けているケア・支援, 家族のQOLが各1件であった。本研究と同様に行われた場所別に分類すると, 看護職者対象の研究では, 急性期病棟看護師が5件, 病院勤務が1件, 医療機関と福祉施設勤務が3件, 訪問看護師が2件, 外来看護師・保健師と地域保健師が各1件であった。家族対象の研究は長期入院患者の家族が3件, 救急病棟入院中の家族1件, 外来受診同伴家族が1件, 訪問看護家族が1件, 家族会所属家族が3件, 統合失調症の患者家族(母のみを含む)が3件, 思春期発症同居父母1件, うつ病の妻の夫1件, 在宅家族(5年以下, 1年以上2, 首都圏近郊)4件であった。本研究との違いは, 患者と家族両者を対象にした研究がなかったこと, 他職種に対する研究がなかったこと, 同一研究者6名の研究が各2~3件見られること, 量的研究も7件と多かった。統合失調症やうつ病や急性期看護での家族支援は本人の治療の協力者としての視点に限定されていた。地域でケアする家族が多かったことから, 家族はよりよい未来という希望を持つために誰もが幸福な社会の実現

を望み、疾患の理解不足による自責感と社会の偏見に対する孤立無援感、関わりの無力感やケアの荷重感をもっていることは本研究と変わらない。

#### IV 考察

精神科病棟で行われた家族看護エンパワーメントガイドラインは、コンサルテーションによる効果も加わって家族像が深まり、精神科看護師の実践に繋がり、チームの活性化にも貢献した。一方で、家族看護を行う看護師を支持する職場環境や体制が必要と課題が提示された。家族看護エンパワーメントモデルは、家族の育んできた力を家族の健康的な生活に活かすことができるように働きかけるモデルである。家族の力に着目することは、その家族がどんな家族なのかと知ることと同義だという。また、家族の力は家族の主体性に依拠しており、看護者は家族の主体性を尊重し育むことが重要である（野嶋、2007）と示唆している。単に病気への対処だけに焦点を当てて援助を行うものではなく、家族がもっている生活する力をいかに引き出すことができるのが重要であるとしている。小児領域では有用性が報告されている（中野、佐藤、&益守、2012）。小児の場合親がその中心になることが看護師にも自明のことである。精神科領域では、家族支援は特に初発の患者や長期入院患者に対しても継続して必要と認識されているものの、十分に行えていない現状がある（岡村、岡田、&西本、2017）。今後は患者の家族ではなく、患者支援に「家族員である患者」という視点をもって取り組むことが必要ではないかと考える。精神障害者本人抜きに様々な決定が小児ではないにもかかわらず、多くの親が担わされてきた。本人なしに何も決めないことが共生社会の実現にとって必要と言われている。患者の家族という視点ではなく、「家族員としての患者」を通して家族看護を行っていく必要があると考える。患者本人を生活者として捉える視点をそのことにより保持することが可能であると思われる。患者家族が力を出すのではなく、家族集団の一人である患者が家族生活を営む主体となるのである。そのことで家族が各発達段階に応じて発達課題に取り組みながら行っていく発達のセルフケアが促進されることが期待される。医学モデルによる病気の経過や治療経過のみではなく、これからの人生に向けたリカバリー支援になるためには成長発達の視点は欠かせない。住みたい場所で、自分の力を伸ばし、活かしていける自立生活に向けた支援こそが、患者以上に家族も望む支援であることが示唆された。

訪問看護ステーションは1992年に制度化されたが、精神科訪問看護が増えたのは2012年の診療報酬改定からである。本人に対する支援の一部として「家族関係の調整」が行われてきた。2014年の改定により訪問看護の対象が在宅療養者とその家族に拡大され、精神保健福祉士が保健師や看護師と同行訪問することも可能となった。そのことで多職種連携が可能となっていったことは本研究では訪問看護の場以外で行われた。近年では患者・家族を直接的な支援の対象とする包括型地域生活支援ACT、メリデン版訪問家族支援やオープンダイアログが行われるようになり、本研究でもその効果が示された。さらに本研究では本人に対する訪問支援の中で、他の家族員や親族から支援の得られない家族に情緒的支援を提供していることが示され、精神疾患患者家族に対する必然性や特殊性が現れているとしている。救命救急センター看護師が家族支援や精神疾患をもつ患者への看護に困難が示されたように、4割の訪問看護ステーションは指定自立支援医療機関（精神通院医療）の届け出をしても精神疾患をもつ利用者への訪問実績がない。精神疾患についての理解のみならず、精神疾患患者の家族支援についての教育研修も必要（片倉、井上、

&山本, 2015) と述べている。

地域で暮らす精神障害者の家族が中心に行ってきた家族会は、病院においても家族の高齢化と共に、解散されたところがある（中村, 西川, & 仮屋, 2014）。中村らは入院中の患者家族に2時間程度自由に語り合うナラティブの会を開催した。家族にも効果的であるが、患者理解につながったとしている。甲賀と木村（2017）も精神科外来での家族教室を実施していると述べている。訪問看護に限らず、病棟や外来でも患者・家族と関われることは家族支援を患者を主体者として行うにも重要な機会であると考え、家族システムへの介入で家族全体への効果があることが示されたことで、訪問看護事業所で訪問支援だけではなく、電話対応や、外来でホームページやメールによる相談体制などが準備されることで、家族だけでなく、患者への効果も期待できることが示された。

精神科外来での家族支援の充実には施設設備やシステムの改変は容易ではないが、スタッフ間の情報共有で行えることもあるとされた。大学病院精神科病棟で家族カンファレンスを取り入れたり（保科, 小原, & 西牧, 2018）、患者・家族の両者に「地域生活に対する自己効力感尺度」を行うことで、それぞれの患者・家族に必要な支援プログラムを行ったり（鹿川, 角野, & 荒木他, 2017）、精神医療福祉サービス資源が少ない過疎地域であるからこそその顔が見える連携協働が行えるという報告（石川, 松井, & 葛谷他, 2018）もある。それぞれの支援場所以で行える工夫を行っていくことで、創造的なその場にあった患者・家族の状況にも応じ得る支援が構築されることが考えられる。

統合失調症者の家族支援が多く、うつ病は1件で、親、きょうだいは見られるものの、子どもや配偶者は少なかった。外来患者で単独受診が多い他の疾患家族についても、またヤングケアラーへの支援も重要な研究課題であると考え、さらに今後は加藤と鈴木（2021）が指摘した「医療と福祉の連携」「専門職・自治体等による支援」が明確化される必要がある。

## V 結論

精神科看護領域における家族看護研究の動向を2013年以前の先行研究と同様の検索方法で過去10年間の対象文献を選定した。精神科病棟で行われた研究が12、外来その他が7、訪問看護が6で、多様に展開されていた。先行研究で課題に挙げられていた実証的な研究、他職種との連携協働を行うこと、長期入院患者家族に対する研究、家族のストレングスに注目した研究が、看護師と患者・家族を対象にして行われるようになった。患者を中心にした介護者としての家族という視点は医療モデルの中では変わらずにある。しかし家族看護学が発展する中で、家族を全体として捉え、家族一人一人を生活者として見る家族システムへの介入を家族だけでなく患者に対しても行っていくことで成長発達視点を含む人生のリカバリー支援となり、家族に対しても共生社会の実現が期待できると考察した。

### 対象文献

明渡立樹, 加藤博之. (2016). 精神科急性期病棟で「触れる・対話」に焦点をあてた家族関係調整—ハンドマッサージをコミュニケーションツールにしての絆の深まり. 看護実践の科学, 41 (1), 14-20.

甘佐京子, 川口優子. (2013). 精神科看護師による急性期にある精神疾患患者の家族への看護.

- 人間看護学研究, 11, 11-19.
- 畠山卓也, 池添志乃, 田井雅子, 他. (2017). 専門看護師による家族対処機能強化に向けた家族看護実践. 高知女子大学看護学会誌, 42 (2), 41-50.
- 一ノ山隆司, 村上満, 松浦純平, 他. (2013). 在宅で精神障がい者と生活する家族の負担に関する研究. 医学と生物学, 157 (6-3), 1382-1386.
- 岩井弓香理, 野嶋佐由美, 星川理恵, 他. (2017). 専門看護師による家族セルフケアを強化する看護支援. 高知女子大学看護学会誌, 42 (2), 31-40.
- 片倉直子, 井上洋士, 山本則子. (2015). 精神疾患をもつ利用者の家族に対する訪問看護支援における困難要因の検討. 精神保健政策研究, 24, 37-46.
- 加藤知可子. (2014). 初回エピソード急性期統合失調症者の家族へのグループ療法における検討—心理的負担の軽減を目指して—. 日本医学看護学教育学会誌, 23, 38-41.
- 小西美里, 中野あずさ, 田村文子, 他. (2020). 精神科外来看護師が捉える家族支援の充実度に関する研究. 群馬県立県民健康科学大学紀要, 15, 85-96.
- 工藤紗弓. (2013). 精神疾患を抱えながら子育てをする者およびその子どもの困難—訪問看護スタッフに対するインタビューを通して—. 武蔵野大学心理臨床センター紀要, 13, 43-54.
- 榎本香, 野嶋佐由美, 中野綾美, 他. (2015). 専門看護師による家族の意思決定の支援・アドボカシーに関する実践—家族看護エンパワーメントガイドラインにもとづく看護実践—. 高知女子大学看護学会誌, 40 (2), 53-62.
- 増子徳幸. (2021). 精神科医と精神科訪問看護の連携—利用者と家族のニーズを明らかにしながら—. 精神科治療学, 36 (4), 431-436.
- 松島亜希子, 舞弓京子, 永田真理子. (2013). 精神科急性期治療病棟看護師による家族支援のプロセス. 医学と生物学, 157 (6-1), 844-851.
- 中平洋子, 野嶋佐由美. (2016a). 精神障がい者の家族のFamily Resilienceとしての‘Living System力’の発現. 家族看護学研究, 22 (1), 2-14.
- 中平洋子, 野嶋佐由美. (2016b). 精神障がい者の家族のFamily Resilience—家族内のエネルギーを創生するCompetencyに焦点を当てて—. 高知女子大学看護学会誌, 42 (1), 22-32.
- 中戸川早苗. (2015). 精神障害者の就労に関する家族の想いと支援のあり方. 家族看護学研究, 21 (1), 50-66.
- 荻野夏子, 柳原清子, 井上玲子, 他. (2014). 救命救急センターにおける精神科領域の合併症をもつ患者・家族へのスキルの開発—現場スタッフの困難感に焦点をあてて—. 東海大学健康科学部紀要, 19, 87-89.
- 岡本亜紀, 谷垣静子, 長江弘子. (2014). ACTプログラムを受けた精神疾患を有する人の家族の思いの変化. 日本看護研究学会雑誌, 37 (2), 39-48.
- 心光世津子. (2016). 地域に暮らす精神障害者の家族の捉える「回復」に関する一考察. 武庫川女子大学看護学ジャーナル, 1, 63-68.
- 杉崎信乃. (2018). 入退院を繰り返す統合失調症患者と家族とのつながりを保つことを意図した看護師の家族ケア. 駒木野病院看護研究集録, 3, 12-19.
- 田井雅子, 濱尾早苗, 池添志乃, 他. (2019). 精神科看護師による家族看護エンパワーメントガイドライン活用の有用性の検討. 高知県立大学紀要 (看護学部編), 68, 1-13.
- 高橋万紀子, 板山稔, 阿部由香, 他. (2014). 精神科病棟から初回退院した統合失調症者と暮ら

- す親の在宅移行期の体験—地域生活を継続する統合失調症者の親のインタビューから—, 家族看護学研究, 20 (1), 26-37.
- 高橋未来, 葛谷玲子, 石川かおり, 他. (2016). 精神科長期入院患者の退院支援における家族への看護の検討—複数施設で実施する事例検討会を通して—, 岐阜県立看護大学紀要, 16(1), 113-120.
- 角田秋. (2019). 訪問看護ステーションが統合失調症を有する人へ提供する支援—電話対応をしたケースとその支援の特徴—, 東京有明医療大学雑誌, 11, 1-10.
- 吉村公一. (2017). 退院後の生活の場への意向をもつ長期入院統合失調症患者の家族に対する精神科看護師の態度, 精神科看護, 44 (4), 49-55.
- 吉野賀寿美. (2019). 精神疾患を持つ当事者本人および家族に対する訪問看護支援実施のケーススタディー—メリデン版訪問家族支援の効果の一考察—, 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 15 (1), 21-26.

## 文献

- 半澤節子. (2005). 精神障害者家族研究の変遷—1940年代から2004年までの先行研究—, 人間文化研究, 3, 65-89.
- 保科輝之, 小原未央, 西牧直人. (2018). 大学病院精神科看護師の家族看護に対する意識の変化, 日本精神科看護学術集会誌, 61 (2), 55-59.
- 飯塚壽美. (2018). 3-3-3家族会, 精神保健医療福祉白書編集委員会編, 精神保健医療福祉白書 2018/2019 (P79). 東京; 中央法規.
- 石川かおり, 松井由美, 葛谷玲子, 他. (2018). 精神医療福祉サービス資源が少ない過疎地域における精神科訪問看護の検討, 岐阜県立看護大学紀要, 18 (1), 153-160.
- 加藤勇人, 鈴木啓子. (2021). 精神障害者の家族研究に関する動向と課題—レビュー論文の検討に基づいた研究の概観—, 名桜大学環太平洋地域文化研究, 2, 177-191.
- 甲賀ひとみ, 木村由美. (2017). 精神科外来看護師の看護支援—外来診療時の関わり—, 日本看護学会論文集; 精神看護, 47, 47-50.
- 厚生労働省. (2017). 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書.
- 中村祥子, 西川由希子, 仮屋隆史. (2014). 精神疾患患者をもつ家族の思いの変容—精神科看護師が家族にナラティブ・アプローチを行って—, 日本精神科看護学術集会誌, 57 (1), 230-231.
- 中野綾美, 佐東美緒, 益守かづき. (2012). 小児看護専門看護師を活用した臨床-研究連携システムの構築方法—家族エンパワーメントガイドラインを臨床に根付かせる取り組みを通して—, 高知女子大学看護学会誌, 38 (1), 43-52.
- 中坪太一郎. (2008). 統合失調症の家族研究の展望, 東京大学大学院教育学研究科紀要, 48, 203-211.
- 野嶋佐由美. (2007). 家族の力を支える看護, 家族看護, 5 (1), 6-12.
- 岡村芳明, 岡田麻莉子, 西本康孝. (2017). 精神科病棟における家族支援の困難さの要因, 日本看護学会論文集; 精神看護, 47, 67-70.
- 鹿川優, 角野仁彦, 荒木菜穂子, 他. (2017). 受け入れに不安を感じている家族への支援—患者と家族の認識のズレを評価するためのSECLの効果—, 日本精神科看護学術集会誌, 60 (1),

76-77.

高橋未来, 葛谷玲子, 石川かおり. (2014). 精神科看護領域における家族看護研究の動向. 岐阜県立看護大学紀要, 14 (1), 3-12.

## **Trends and issues within family nursing research in the field of psychiatric nursing**

Chie Kumazawa

*School of Nursing, Sugiyama Jogakuen University*

### **Abstract**

**Purpose:** This study aims to not only select the relevant literature on family care in psychiatric nursing postdating the literature collected by Takahashi et al. (2014) spanning from 1983 to 2013 but also examine future research topics based on subsequent changes.

**Methods:** I used ICHUSHI-web to search for original nursing research on "psychiatric nursing" and "family nursing" from 2013 to 2023. The exclusion conditions remained the same as those in the previous research. I tabulated the results by location using a review matrix and extracted information specific to psychiatric family nursing.

**Results:** As of August 2023, 185 studies met the exclusion conditions, and 160 were included. While 12 studies were conducted in psychiatric wards, most recent studies were conducted in outpatient, home-visit nursing modes and other locations. There was an increase in interventional studies and a decrease in quantitative studies, compared to previous studies. Contrary to earlier studies, 15 studies involved nurses more than family members, including three studies featuring nurse specialists.

**Conclusion:** Despite the adoption of various family nursing models, the perspective of the family caring for the patient remains prominent. Effective support is limited in certain areas where nurses can provide assistance, with family support being highly individualized due to evolving family structures. It is crucial to provide family nursing support to patients, recognizing and treating them as family members.

**Keywords:** Nursing care for families having members with mental illness; Nursing research trends; Literature Review