

「コロナ禍の時代」の家族看護： 家族システム理論を踏まえての解決志向アプローチ

柳原 清子

要 旨

コロナ禍では、改めて「家/家庭」「家族」がキーワードとなった。家族の関係、絆、そして危機から立ち上がる「家族レジリエンス」を支援する「家族看護」に期待が寄せられる。本稿では、家族看護とは何であり、どのような支援を行うのか、から、最新の家族看護実践までを解説する。

家族看護の中核にあるのは「家族システム理論」である。それは家族をシステムととらえ、患者も家族メンバーもそして医療者も、互いに環境システムの構成員であり、相互に影響を与え合っている、と見るものである。システム思考で個人（患者）、家族、社会（医療現場）を俯瞰し、円環的コミュニケーションを使って調整をはかっていくのが、家族看護実践である。

昨今、在宅を含む医療現場では、医療者－家族間での軋轢/葛藤が多発しており、また家族の対処力低下に起因する家族内コンフリクトも多くなっている。意思決定支援も含めて、こうした医療者－家族間および家族メンバー間の調整をはかっていくには、解決志向アプローチが効果的である。この解決志向に基づいているのが、「渡辺式」家族アセスメント/支援モデルである。「渡辺式」のアセスメント・支援過程は、①「今ここで」で解決すべき目標とアプローチする対象者を絞り込み、②それぞれの人の文脈を把握し、③相互作用からの悪循環を特定する。そして④悪循環の解決を目指して円環的コミュニケーションを通して関係を調整していく、である。

「コロナ禍の時代」の家族看護は、家族が環境からの脅威に対処し家族自身のもつ力（レジリエンス）を発揮/高め、新しい局面を作り出す/適応していけるように、家族へのシステムアプローチ/解決志向アプローチで支援を行うことが重要となる。

KEY WORDS

家族システム理論, 家族レジリエンス, 解決志向アプローチ,
「渡辺式」家族アセスメント/支援モデル, 円環的コミュニケーション

はじめに

コロナ禍の渦中では、病院も高齢者施設も感染予防の家族面会制限で、家族内交流の遮断が起り、肺炎の重症化の過程では、新型肺炎での「看取りのない死」と「送りのない死」¹⁾が問題となった。一方で「巣ごもり状態」は家族メンバー間の距離を密着させ、DV（家庭内暴力）や虐待を悪化させた。日常が奪われ経済が悪化する中では家族の関係性と生活基盤が大きく揺らがされる。こうしたコロナ禍のハザード（危機）に見舞われている状況下では、家族のレジリエンス、つまり危機状況を乗り越え回復していく力や塑性力が問われており、医療者として、家族のレジリエンスを高

めるよう支援することが重要となる。

さて、ここでの「家族」というのは、「家族成員まるごと」のイメージで、日本語での「世帯」にも類似した小集団（社会の最小単位を構成するもの）のとらえである。言い換えれば、社会システムの中の家族（システム）を指している。

一方、臨床（在宅も含む）で使う「家族」が差し示すものは、患者以外の家族メンバーのことで、とりわけ医療者が重要視するのはキーパーソンと呼ばれる人で、文字通り、患者の療養のカギとなる役割を果たす人である。この見方は、患者を中心に置いての「資源としての家族」ととらえることができる。

同時に医療者は、家族を患者と同様に‘苦悩や困難状況にある人々’として、見過ごすことのできない‘ケアの対象’として家族をとらえる。終末期や救命救急センターでの家族、NICUや難病患者の家族等である。

我が国では上記2つの視点で、母性看護、小児看護、精神看護、公衆衛生（地域）看護等のそれぞれの分野で、家族の視点を入れた看護が積極的に行われてきた。こうした中で、（北米からの）‘家族看護学’が我が国で1つの看護領域となり、1990年代より看護基礎教育のカリキュラムに導入され、1999年からは大学院での教育が始まり、そして2008年には家族支援専門看護師（以下家族支援CNS）が誕生している²⁾。筆者はこの家族支援CNSの人材育成に10年来関わってきている。

さて、この家族看護学が導入されるにあたって、素朴な疑問としてあがったのが、以前から看護のどの分野でも家族支援を当然として行っているのに、なぜ家族看護学が1つの専門分野に位置づくのか、一体家族看護学とは何なのか、ということである。

本稿ではこの疑問から話を始め、家族看護学の中核としてある‘家族をまるごととらえる＝システムとして見る’ということ、そして我が国の様々な家族看護学モデルの中で、解決志向アプローチと言われている、「渡辺式」家族アセスメント/支援モデルを紹介し、コロナ禍時代の家族レジリエンスを高めるための支援とスキルについて、解説したいと思う。

家族メンバーへの看護（個人）と家族看護のちがい (1)：家族システムアプローチからの理解

家族看護は、患者を含む家族メンバーの一人ひとりをとらえながらも、同時に家族というユニット（目的をもった集団）そのものをシステム的にとらえ、家族システムを看護の対象とするものであり、その学問体系が家族看護学である³⁾。

まずは‘患者とその家族への看護’と‘患者を含む家族看護’の両者の違いから話を始めよう。家族看護学のベースには、家族社会学と家族療法の基本理論や概念が多く取り入れられており、とりわけ精神心理学分野の家族療法からの影響は大きい。実際、家族看護学の理論および介入スキル開発の先駆者である北米の家族看護学者たち（フリードマンMM, LMライトら）は、看護師と家族療法家の2つの肩書を持っていた。この家族療法の歴史を紐解くと、個人（療法）から家族（療法）への視座の転換が理解できると思う。

1950～60年代の米国で家族療法が誕生し、現在精神療法のアプローチとして、個人療法、家族療法、集団療法が確立している。この家族療法の基盤にあるの

が家族システム理論⁴⁾である。

この家族システム理論で重要視されるのは、個人（患者）と環境との関係である。患者も家族メンバーもそして医療者も、互いに環境システムの構成員であり、相互に影響を与え合っている。患者の療養生活（病状、心理過程、行動）は家族システムや医療システムの影響を受けて改善または悪化するが、家族および医療者もまた、患者の変化に影響される。このようなものの見方は‘円環的思考’と呼ばれ、診断—治療過程や看護過程での‘直線的/因果関係的思考’と区別される。要するに現在起きている現象（結果）は、原因や要因からの結果ではなく、相互作用の中で生み出されているものである、と捉える思考である。

したがってアプローチは、直線的/因果関係的思考での原因や要因を取り除く/軽減する、という方法ではなく、相互作用（関係性）にアプローチしていくことになる。全体として、家族へのアプローチは教育や学習という要素よりは、環境、文化を加味した視点となる。

家族看護はこの家族システム論に依拠するが、ここでは部分と全体の見方で、<システムの全体と部分は、部分間の関係を通してのみ適切に説明できる>⁵⁾を前提とする。したがって家族と家族メンバーを理解するためには、メンバー間の関係を理解することが重要となる。

家族メンバーへの看護（個人）と家族看護のちがい (2)：家族看護の実践の段階/レベルからの理解

家族看護の実践は前述したように、家族システム論を基盤とした支援（家族システムアプローチ）であるが、多くなされている家族への療養指導（教育）等はどこに位置づくのか、という疑問が出る。とりわけ慢性疾患看護の領域では、患者の療養をサポートする家族の力を高めることに力点が置かれてきた。具体的には、糖尿病や腎疾患、心疾患などの患者の食事管理と健康管理を家族の役割として期待し、それが遂行できるように専門知識などを提供する家族への教育アプローチ⁶⁾である。

家族看護実践を大きな枠組みでとらえれば、看護師が家族に関わることをすべてが家族看護の範疇には入るが、そこには段階/レベルがある。米国の1990年代の家族看護の教科書では、levels of Family Careとして実践の5段階が提示されている⁷⁾。すなわち第一段階：アナムネ（初期情報収集）等での家族からの、あるいは家族に関する情報収集をあげ、第二段階：健康問題および医療的なことに関して家族の疑問に答えること

や専門的アドバイスを行うこととしている。第三段階：家族発達上の視点での知識提供や、家族メンバーの健康問題でストレスを受けている家族に対するサポート、第四段階：家族をシステムアプローチでアセスメントし、看護師間のみならず他職種間と協働すること、そして第五段階：機能不全に陥っている家族などに対するシステムの対応、としている。

上記を整理すると、看護師が日常業務としてなされている家族との関わりが、第一から第三段階である。看護師は入院時の家族のアナムネ聴取から始まり、さまざまな療養指導やケア技術指導、退院指導などの家族教育を行う。つまり家族を患者にとっての重要他者としてとらえ、患者が療養生活を送る上で、情緒的にも経済などの保障、調理/食事管理、健康管理等の手段的な面でもかけがえのない人々であると位置づける。キーパーソンと呼ばれる中心的な家族メンバーを特定し、家族に声をかけ、事情を聞き、時に慰め励まし、傾聴しつつアドバイスなどを行うものである。

次の第四段階が、これまで述べてきた家族システムアプローチである。この段階では、患者と家族メンバーという2極のそれぞれに向けての視点ではなく、患者を含む家族というひとまとまりで、個人-集団・家族-社会というシステムの中に家族を組み込ませる。ここでの家族看護の実践は、①患者とその他の家族メンバーの相互作用を見ながら、②患者と家族全体を、逆に、家族全体を視野に入れて患者の動きをとらえつつ、今度は③家族と社会の間での相互作用をとらえる。こうした全体と個をとらえる思考を‘システム思考’というが、視点は、鳥の目線のようにして全体を見渡す‘鳥瞰する=俯瞰する’である。この俯瞰をしつつシステム思考でとらえていくのが、第四段階の家族看護となる。

そして第五段階は家族の関係性が複雑化し、その結果として家族が機能不全状態にある場合の家族支援である。具体的には、共依存という関係病理で表れる‘DV(家庭内暴力)’や母娘関係などが関係する‘神経性食思不振症’、アルコールなどの依存症の家庭の子どもの‘AC(Adult Children of Alcoholics)’、さらに‘虐待’や人々の関与を拒む‘セルフネグレストの家庭’への介入なども、この段階である。この第五段階の事例への対応は、家族支援専門看護師や家族療法家(臨床心理士、精神科医など)、あるいはソーシャルワーカーなど多職種と協働することが基本となる。

まとめると、家族との日常的な関りや療養指導(教育)は、第一から第三段階の実践であり、我が国で開発されている家族看護モデルは全て、第四段階～第五

段階での看護実践のためのものである。

これから紹介していく、解決志向型の家族看護モデルである「渡辺式」家族アセスメント/支援モデルも、家族システムアプローチをとる家族看護モデルである。

「解決志向の家族看護：「渡辺式」家族アセスメント/支援モデル」の開発の背景

医療者-家族間の軋轢・もめ事の多発と解決志向

「渡辺式」家族アセスメント/支援モデル(以下「渡辺式」)は、今から20年余り前に「家族看護研究所」の渡辺裕子氏によって生み出されたものである。それは家族へのかかわりに悩むナースたちの相談にのる過程(コンサルテーション)から編み出された、家族のアセスメントと支援のモデルであった。このモデルのユニークさと有効性に共鳴した筆者は、以後渡辺氏と共同で、<「渡辺式」家族-看護師パターン10>と<「渡辺式」家族関係パターン7>⁸⁾、そして<「渡辺式」人間関係見える化シート>を開発してきた。

「渡辺式」を紹介する時、その特徴を‘解決志向の家族看護’と標榜するが、解決志向と銘打ったのは、(1)家族との関りで看護師が困っている現実があり、その医療の現場で役立つものにしたいという《現場主義的考え》と、(2)家族療法での短期療法(brief therapy)からの《解決志向アプローチ》を取り入れていることに依拠している。

解決志向の‘解決’とは一体何をすることなのか?それは医療機関(在宅含む)で多発する医療者-家族間の軋轢・もめ事の解決であった。近年、患者の治療やケアに対して、過度の要求をしてくる家族、仔細なことに激しく言い募って苦情(クレーム)をいう家族、一方で退院を含む今後の治療や療養の方向性に関して、決められない、面会に来ない、相談を回避するなどの責任放棄的な家族がますます増えていた。現実的に我が国の家族構成が小さくなり、‘一人暮らし等で支援をしてくれる家族がない’という状況と家族の対処力(レジリエンス)の低下が背景にある。こうした中で、医療者から「家族がむづかしい」「家族がこわい」「家族がわからない」という声が多く聞かれるようになった。

こういう患者・家族と医療者間での軋轢とりわけ医療訴訟やクレーム対応として、コンフリクト・マネジメントや医療メディエーション⁹⁾の概念と技法が紹介され、病院の中にその対応部門も出来てきている。

医療メディエーションでは、コンフリクトの本質は、それぞれが違った方向あるいは相反する方向に到達点

をもっており、そのためにズレが生じ、それが感情・行動となっているもの¹⁰⁾、ととらえて対話をつくりつつ調整をしていく。「渡辺式」もまた、患者・家族（システム）と医療者（システム）双方を俯瞰してとらえ、それぞれの文脈を把握しながら、相互作用の悪循環を見極める方法をとって、解決に導く。

加えて家族看護では、家族メンバー間に軋轢やもめ事が起きている場合も解決をはかる必要がある。代表的なのが、患者の希望と家族の意向がズレて仲違いが起き、それが治療やケアに影響を与えている事態である。「渡辺式」は家族療法の「短期療法（Brief Therapy）」の考え方¹¹⁾が入っている。これは戦略的療法ともいわれ、計画的に家族システムを健全なものに変えようと働きかける方法である。家族の構造や相互作用をアセスメントした上で、具体的やり方は、家族メンバーそれぞれへの「肩入れ」や「ジョイニング」「リフレーミング」「円環的コミュニケーション」という、家族療法でのヘルピングスキル¹²⁾を用いて、調整していくものである。

このように医療者と家族との関係、家族間のことで、起きている事象に対して因果関係的な‘何が原因か’‘誰が悪いか’などの原因や要因の探索ではなく、‘どうすれば良いか’に早めに焦点を絞り、問題よりも解決に焦点をあてるという考え方および対応、が「短期療法」を学術的バックグラウンドとした解決志向アプローチ¹³⁾である。「渡辺式」は看護師の困った場面に焦点をあてて分析していくが、基本にはこの解決志向アプローチが色濃く反映されている。

「渡辺式」人間関係見える化シートの記入ポイント
(図 1)

図 1 が「渡辺式」人間関係見える化シートで、アセスメントー支援計画シートである。医療者が、患者・家族との関わりに困った場面や時期に、いったい何が起こっていたのか、ことの全容を明らかにし、援助の方策を導き出すために、アセスメントの思考過程を可視化（見える化）したものである。現場にある膨大な情報を絞り込み、言動からその人の文脈・ナラティブ

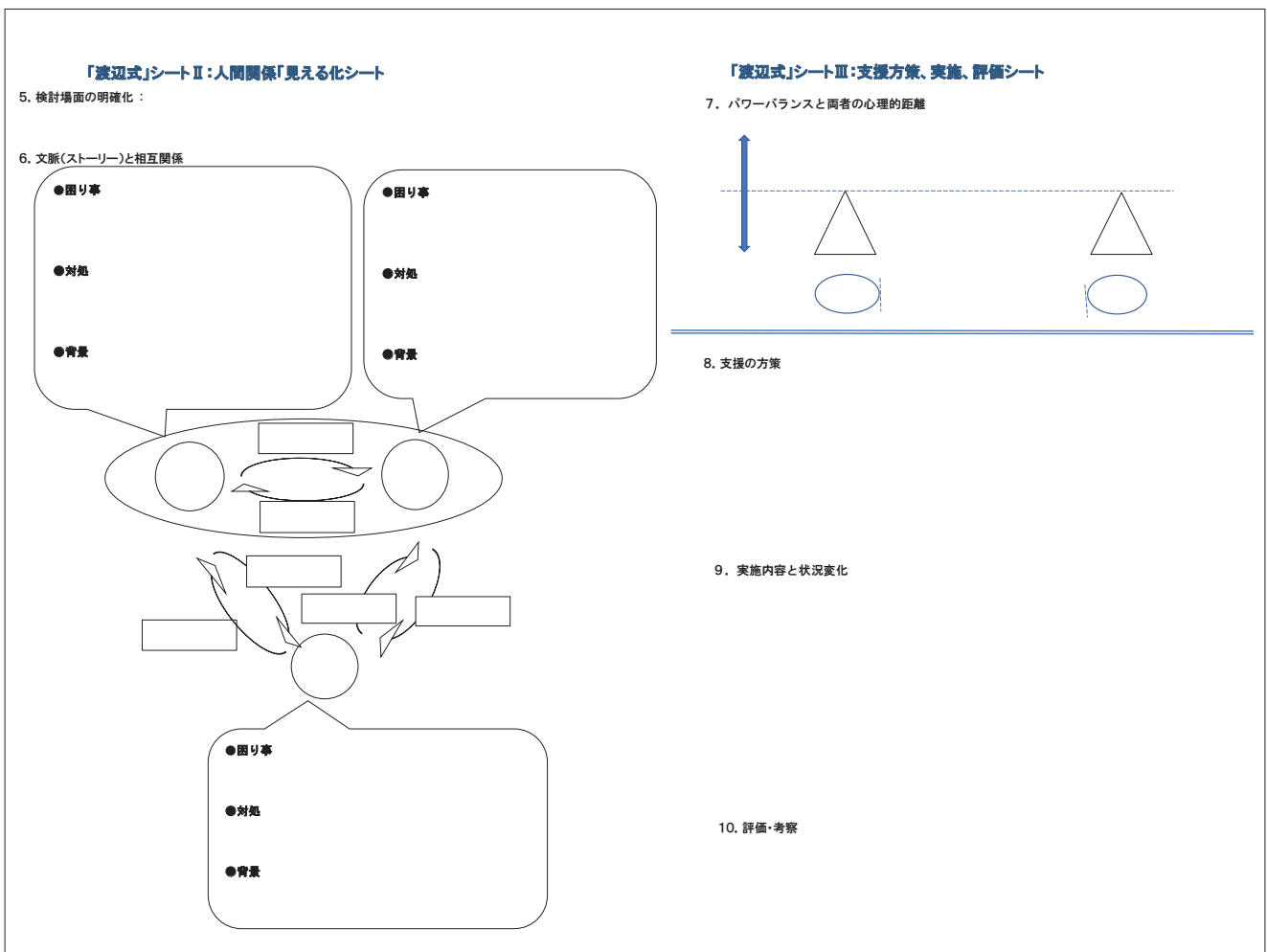


図 1 「渡辺式」人間関係見える化シート

を掴むことにより、効率よく課題の核心に行きつくことができるように作ってある。この方法は5つのステップを踏みながら行っていくが、ポイントも含めて下記に示す。

【ステップ1】検討場面・時期と分析対象者を決める

事例状況は病状の経過と関りの流れがあり、そこには多くの情報があるが、まず検討する時期や場면을《Here and Now：いまここで》と絞り込みをする。次に分析対象者を特定する。何を解決するのか、誰に向かって働きかけていくのか、を焦点化するためである。分析対象者には、患者本人、家族メンバーが入るが、加えて看護師を入れるところが、特徴である。看護師を分析対象者とするのは、家族システムと医療システムの相互作用を俯瞰してとらえるためである。

【ステップ2】患者・家族メンバー・看護師の文脈（ストーリー）を検討する

それぞれの人たちの、「困り事（ストレス認知）」と「対処/対応」と「背景」を1つ1つ具体的にあげてみる。「困りごと」の項目では、その時、その場面でその人は主に何に困っているのか、その人になりきって挙げてみる。「対処/対応」項目では、その人は、困りごとに対してどのようにふるまっているか（対応・反応）を考える。「背景」とは、その人が、そう対処せざるを得ない理由は何か。その人の困りごとや対処を生み出しているものは何かで、たとえば、家族の歴史、長年の家族内パワーバランスや役割意識、社会性、経済状況、その人のパーソナリティ、感情・認識・信念や価値観、家族発達段階、地域性など、事態の背景と考えられるものを挙げる。

上記3つを列挙した上で、この状況下でのその人に通底する文脈（ストーリー）を把握する。この文脈とはナラティブ（語り）であり、その人の言い分ともいえるものである。

【ステップ3】対象者・家族成員・援助者の相互作用（関係性）を検討する

それぞれの人の文脈と状況全体を俯瞰し、関係性を検討するために、それぞれの人を結ぶ矢印上の枠に、両者の関係性を表すのに最もふさわしい端的な言葉を入れる。たとえば、＜説明する⇔反発する＞、＜説得する⇔避ける＞、＜求める⇔とまどう＞などである。その相互作用の確認の中で、悪循環となっているところを特定する。

【ステップ4】パワーバランスと心理的距離を検討する

2者関係の中でパワーバランスと心理的距離を見る。パワーとは、その人が解決のために相手に向けている、関心や期待、信頼感、好意や時に敵意などを含む

情緒的エネルギーである。心理的な距離は、＜強く向かっている＞や＜壁を作って動かない＞などがあるが、近づき過ぎると相手にストレスや圧迫感となり、遠ざかっている場合は関係そのものが成立しなくなる。心理的距離は、遠ざかったり近づいたり、常に流動的なものである。

【ステップ5】これまでの分析をもとに、支援方法を考える

解決に向けての支援計画は2つの側面を考える。1つは「悪循環を解消する方法」を考え、悪循環の元となっている看護師側の対応を変える方法をとる。たとえば育児指導場面で、＜説明する⇔反発する＞のパターンであれば、看護師の＜説明する＞を一旦わきにおいて、（描いた）母親/父親の文脈に沿って対話を進めていく。看護師の文脈に沿った問いかけや対話は、母親/父親に「解ってもらえている」という安心感をもたらす。2つ目はパワーを上げる/下げる、心理的距離から考える。看護師のパワーを上げる/下げることや、看護師と母親/父親の心的距離の是正には、看護師自身の認知を変える（＝リフレーミング）が必要である。患者・家族の文脈をつかみ、状況のとらえの変更（＝リフレーミング）ができれば、自ずと支援計画が立ってくる。以上の5ステップを踏んだ後に、「実施」「評価」と家族看護実践過程が展開される。

さて、このシートの限界を示しておく。家族看護は家族全体を俯瞰してとらえるのだが、「渡辺式」人間関係見える化シートは二者関係に絞り込んで見ていくため、他のメンバーを巻き込んだシステムの支援計画が難しいことである。そのためにも、アナムネの「家族構成図」で「家族構造」をしっかりとらえ、状況を「システムの俯瞰」することが重要となる。

「コロナ禍の時代」の家族看護に求められること：システムアプローチで家族レジリエンスを高める

コロナ禍の時代の家族では、大枠として「経済的変化」、*「新しい生活等式への変更」*という状況に「適応していく」ことが求められる。こうしたストレス下からの適応、回復だが、その力を「家族レジリエンス」という。家族レジリエンスの定義は様々な言われるが、＜逆境ともいえるストレス下でしっかりとともがき、立ち直って強くなり、さらに資源に満ちた状態になる能力のことをさす¹⁴⁾が理解しやすい。

本来医療者が関わる家族とは、家族メンバーが健康問題や障害を持ち、あるいは家族形成期での養育などの家族発達課題をもち、試練、困難、逆境ともいふべき事態に直面している人々である。その意味で現在の

コロナ禍で、入院中の患者と面会制限で会えない、や免疫機能の落ちた患者を感染のリスクから守ること、入院費等の支払い、肺炎の重症化での「看取りのない死」と「送りのない死」などは、二重の意味で家族が状況危機に見舞われていると捉えることができる。

こうした危機的状況や困難から適応していく力が家族レジリエンスだが、家族レジリエンスの第一人者のWalshは、家族レジリエンスの3つのキーファクターと9つの概念¹⁵⁾を提示した。すなわち①逆境に意味を持たせる「信念体系」：肯定的、見通し、超越性と精神性、②家族の柔軟性や結びつきなどの「組織的パターン」：柔軟性、結びつき、社会経済的資源、③オープンな情緒表現や問題解決への協働などの「コミュニケーションプロセス」：明晰性、オープンな情緒表現、問題解決への協働、である。また、レジリエンスのある家族の特徴を要因で示した研究¹⁶⁾では、11の要素が提示されている。それは、①前向きな見通し②家族合意（家族への良い感情）③ビリーフ（信念）④柔軟性 ⑤家族内コミュニケーション⑥家族の時間⑦財務管理、⑧レクリエーションの共有 ⑨余暇の分かちあい⑩ルティーン（日課）と儀式⑪サポートネットワーク、である。これらのファクターから家族支援を考える時、

家族レジリエンスを高めるとは、家族をシステムの（ひとまとまり）にとらえて、様々に家族機能を高める働きかけであることがわかる。

「渡辺式」人間関係見える化シートを使っての家族アセスメント/支援の計画では、家族レジリエンス情報は「背景」に記述し、相互作用を見ながら、家族内協働などの「コミュニケーションプロセス」を俯瞰しつつ、支援計画を立てる。その中で、個人の文脈をとらえてくるが、そこに現れてくる普段の家族内交流や生活が重要になってくる、すなわち「日課と儀式」、「家族感情」などである。また相互作用（関係性）の性質をとらえるとき、家族内の「ルールや規約」「パワーバランス」を見出してくると、悪循環がそれらに起因していることがわかってくる。医療者一家族との調整や家族間調整には、円環的コミュニケーション的な対応が必要となる。

以上のように、「コロナ禍の時代」の家族看護は、家族が環境からの脅威に対処し家族自身のもつ力（レジリエンス）を発揮/高めることをして、新しい局面を作り出す/適応していけるように、家族へのシステムアプローチで支援を行うことが重要となる。

参考文献

- 1) 加藤順子：新型肺炎の「看取りのない死」と「送りのない死」をどこまで想定できているか <https://news.yahoo.co.jp/byline/katoyoriko/20200408-00172090/> (6.15.2020)。
- 2) 藤岡寛(2014):家族看護学-その歴史的経緯と展望、看護と情報、21(0), 3-7.
- 3) 鈴木和子, 渡辺裕子, 佐藤律子(2019):家族看護学-理論と実践第5版,日本看護協会出版会.
- 4) 遊佐安一郎(1984):家族療法入門—システムズ・アプローチの理論と実際,4-62,星和書店.
- 5) 前掲4 6-7.
- 6) 米田昭子(2007):慢性疾患患者と家族の力を支える看護,家族看護,5(1),71-76.
- 7) S.M.H.Hanson, S.T.Boyd(1996):Family Health Care Nursing—theory, practice, and Research,19—20.F.A.DAVIS COMPANY,Philadelphia.
- 8) 柳原清子, 渡辺裕子(2012):渡辺式家族アセスメントモデルによる困った場面課題解決シート,医学書院.
- 9) 和田仁孝 中西淑美(2011):医療メディエーション—コンフリクト・マネジメントへのナラティブ・アプローチ,シーニュ社.
- 10) 中西淑美(2008):医療コンフリクト・マネジメント 医療メディエーションの実践 医療メディエーションの課題と可能性 win-winをめざして,看護管理,18(3),238-242.
- 11) 前掲4 215-231.
- 12) 遊佐安一郎, 畦地(2011):看護実践技術の基礎としてのヘルピングスキル,日本精神保健看護学会誌,20(2),49-63.
- 13) John.L.W,Jane.E.P, 遠山宜哉, 花屋道子, 菅原靖子 訳:ブリーフセラピーの再創造 願いを語る個人コンサルテーション. 15—32. 金剛出版. 2005.
- 14) 得津慎子(2016):家族レジリエンス,家族療法研究,33(1),27-33.
- 15) Walsh. F.(1996):The Concept of Family Resilience—Crisis and Challenge,Family Process,35(3),261—281.
- 16) Keri Black, Marie Lobo(2008);A Conceptual Review of Family Resilience Factors. Journal of Family Nursing,14(1),33-55.

Family Nursing in the Age of the Coronavirus Crisis: A Solution-oriented Approach Based on Family Systems Theory

Kiyoko Yanagihara

Abstract

"House/home" and "family" have become keywords once again during the current outbreak of COVID-19. Expectations are placed on "relationships" and "bonds" as well as "family nursing," which supports the resilience of the family to emerge from the crisis. This article describes what family nursing is, what kind of support it provides, and the latest family nursing practices.

At the core of family nursing lies "family systems theory," according to which the family is a system, and patients, family members and health care providers are mutually influential members of an environmental system. Family nursing practice consists of taking an overview of individuals (patients), families, and society (the setting for healthcare) through systems thinking, and making adjustments to the system using circular communication.

Recently, in medical fields including home care, conflict has frequently arisen between medical staff and the family; often, there is also intra-family conflict due to the reduced ability of the family to cope. A solution-oriented approach is effective in coordinating between health care providers and family members, and between family members themselves, including support in decision-making. The "Watanabe-style" family assessment/support model is based on this solution-oriented approach. The Watanabe-style assessment/support process involves: (1) narrowing down the goals to be solved "here and now" and the target people to approach, (2) grasping the context of each person, (3) distinguishing vicious circles from interactions, and (4) coordinating relationships through circular communication aimed at breaking the vicious circles.

In family nursing in the age of COVID-19, it is important to provide support with a systematic and solution-oriented approach that enables the family to respond to environmental threats.