

包括的暴力防止プログラム Comprehensive Violence Prevention and Protection Program: CVPPP

信州大学 学術研究院 保健学系
下里 誠二
木下 愛未



I. 理念と理論

II. CVPPPの要素

1. リスクアセスメント
2. ディエスカレーション
3. 身体技術
4. ふりかえりと報告

III. CVPPPの運用

※カスタマーハラスメントへの対応については扱ってありませんが、厚労省のYou tubeチャンネルなどを参考にしてください

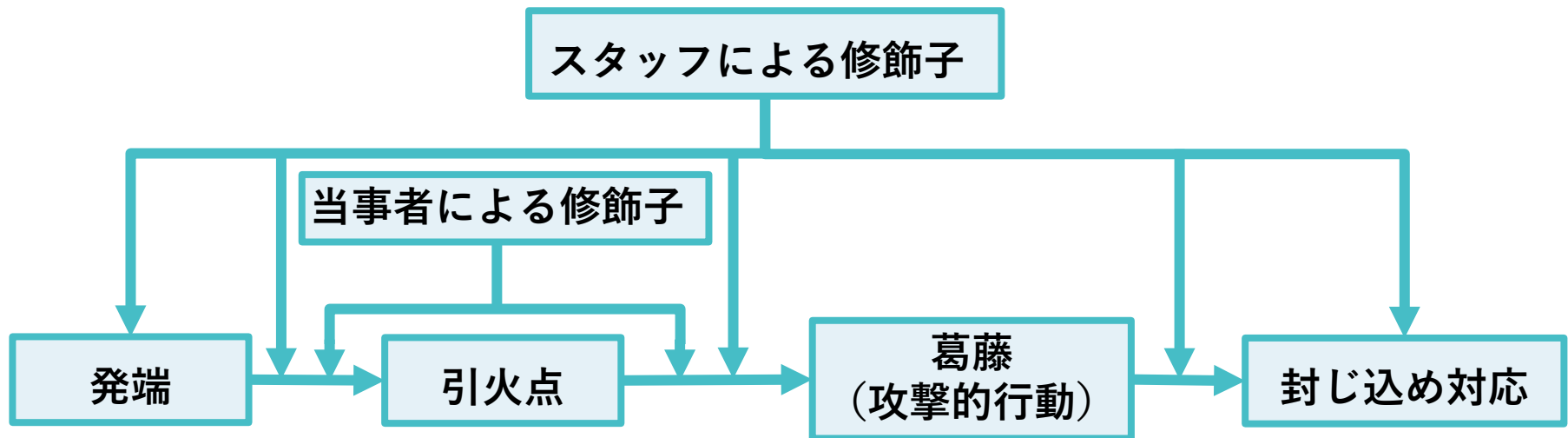
https://www.youtube.com/watch?v=FrFJAz_kw9w&t

1. 理念と理論 暴力とは

- CVPPPによる定義
 - 危害を加える要素を持った行動（言語的なものも含まれる）であって容認できないと判断されるすべての脅威を与える行為 で自己への攻撃も含む（下里, 2023）
- 暴力は様々な場所にある力(force)が逸脱し、公共の安心を壊すこと
- 暴力概念には危害性、行為の意図性、危害への意図性、非免責性、正当化（権力者が行う）と弁解（弱い者には認められにくい）が混在する。故に明確に暴力を囲い込む領域はむしろ存在しない。（飯野, 2024）

1. 理念と理論 暴力をとらえる視点

- 暴力は認められるものではない。しかし精神科医療においては少なくとも社会制度上の権力勾配が存在しており、その視点を欠かすことはできない。
- 行為の責任において、暴力をする加害者には責任は発生する。また被害者には救済がなされる必要がある。しかしそれとは別に、当事者が暴力を起こすとき、当事者にとってやむにやまれぬ背景がある。そこにはケアという視点が必要となる
- 封じ込め手法 (containment measures) そのものが引き金



1. 理念と理論

暴力をケアするキーワード

- 予防を重視する
暴力の前の前=プレエスカレーションという視点(下里・木下, 2023)
- 対人相互作用であるという視点
- 権力勾配の中での力(force)の作用を考える(権利擁護)(下里・木下, 2024)
- 医療者としての視点が存在すること
(理想の回復像: その場で穏やかに笑顔になってもらいたいという幻想)を自覚しつつ医療の外から考える視点(社会的な問題としてとらえる視点)
 - ・ 言語行為論(同じ対応は常に同じ結果をもたらさない)
 - ・ 共同主体としての共同行為
 - ・ 対人特性と相互作用を考える対人円環モデル
 - ・ パーソンセンタードであり、人権に基づくアプローチ(WHO, 2021)
 - ・ Trauma-informed approach(木田, 2024)

1. 理念と理論

CVPPPの理念

- 当事者、スタッフという別々のコミュニティにあっても「力」を考慮した対人相互作用をもとに、同じ場所で共に安心していただけるよう目指すものである。当事者の攻撃性や暴力を、ケアと権利擁護の視点で予防し、当事者の危機的状況にあっても、配慮された方法で最善としての安心を作り出すためのプログラム

I. 理念と理論

II. CVPPPの要素

1. リスクアセスメント
2. ディエスカレーション
3. 身体介入技術
4. ふりかえりと報告

III. CVPPPの運用

1. リスクアセスメント

○ 瞬間的リスクを考える

- 例えはせん妄状態の方のケアに行こうとしても手が出るから行けない・・・

● 瞬間的リスク

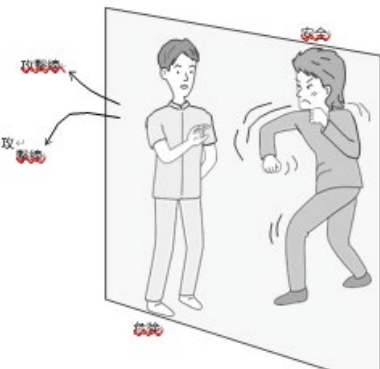
- 仮に攻撃をされても安心していただける場所はどこか？

- 攻撃の届く範囲、攻撃される方向を考えそこに位置しないようにする

例えば右手でつかまれる：患者さんの右手の手の甲の側からケア

- もっとも力の及ぶ場所を避ける（攻撃線の外側からケアする）

例えば車いすの患者さんの足の正面にいて蹴られる



1. リスクアセスメント

- 誰から見た暴力かを考える
 - ・ 「怠薬」というのは飲むべきなのに飲んでいないという否定的意識
 - ・ 他にも「約束が守れない」、「話が入らない」、「聞く耳を持たない」、「感情コントロールができず我慢ができない」、「要求が聞き入れられないとキレル」といった記述(下里,2024)
- 認知バイアスの存在を意識する
- 関係が影響する(日常会話からの相互理解によって変化する)
- ヒューリスティクス:人は自分が使いやすい情報を使う傾向がある
 - ・ たとえば暴力歴や症状、病識、治療への協力度などをもって判断しやすい(木下・下里, 2019).
 - ・ 実際に当事者が考える暴力の保護因子は「人生の目標」(Kashiwagi et al., 2020)
- ツールの利用:Brøset Violence Checklist(Linaker, et al., 1995; 下里ほか, 2007; NICEガイドラインでも使用を推奨)

2 ディエスカレーション

- コミュニケーション、アセスメント、介入など、職員が提供する様々な要素の総称で、強制や制限を排除しながら関係を改善し攻撃性を和らげること (Hallett, et al., 2017)
- いくつかの研究では、リスクのある行動を特定し、コミュニケーションとディエスカレーション実施するための職員教育後に、暴力が減少したと報告している (e.g. Gillam, 2014)
- 効果検証は限られており、逸話的、経験的に発展した。方法はさまざま (Gaynes, 2017)
- しかしWHOでも第一線の介入と認識されている

2 ディエスカレーション

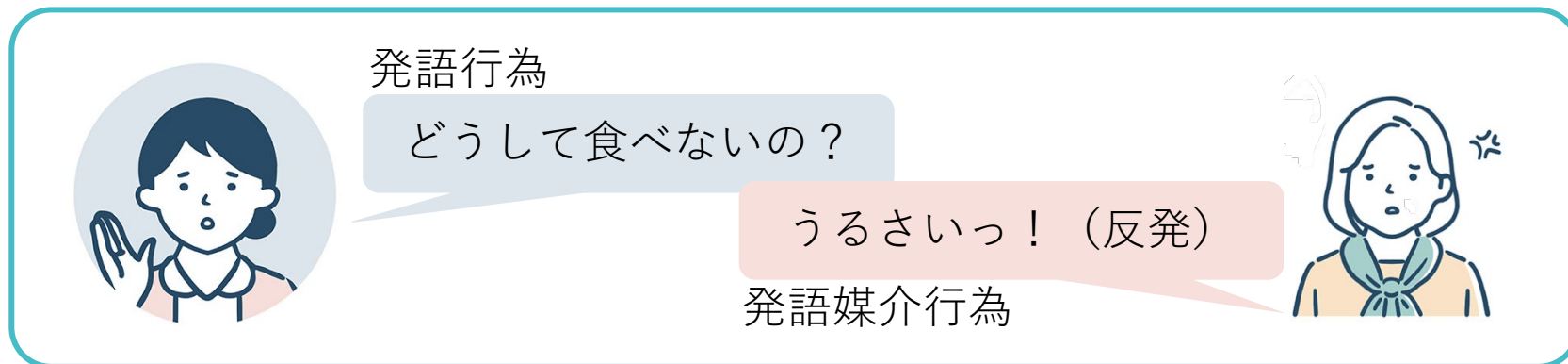
CVPPPのディエスカレーション:

力と相互作用を意識したコミュニケーション

- 瞬間的リスクの把握
- 落ち着いてかかわる
- 非言語的コミュニケーション(例えば触れた手から伝わるメッセージ)
- 対人特性と相互作用を考えるモデル
- 言語と行為を考える
 - その場では不承不承(譲歩的共同行為)でも、時間がたってから共通の感覚を持てるようになることがある
 - 強制や言語の封殺といった追い詰めるような行動をしない

2 ディエスカレーション

言語の力に注意する



発語内行為 言葉は行為を伴う

理由を聞いた



形式的に聞かれた

食べることを促した



食べたくないのに
食べさせられる

食べないことをとが
めた



ちゃんと理由があるのに、
とがめられている

2 ディエスカレーション

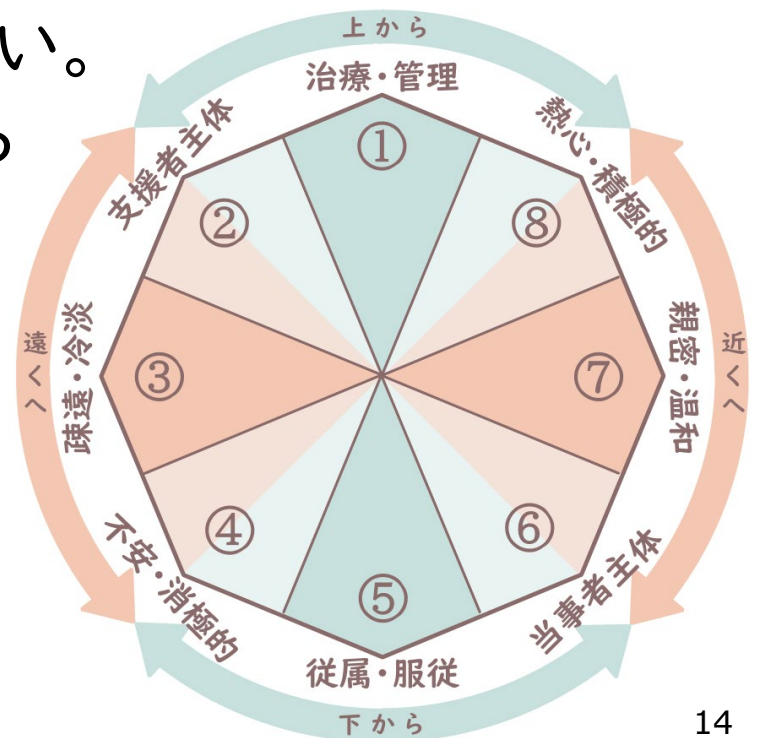
➤ プリエスカレーション

- 当事者にもスタッフにもその時点よりも前あるいはもっと前の出来事があり、何らかの影響を受けている。
- 例えば入院の応援依頼があった時
 - そもそも入院したいと思うような病棟ならばよい
 - 入院が本人が望むものならばよい
 - 最初から迎えに行くスタッフが味方と認識されていればよい

こうした暴力の直前よりも前になされていることで予防を考えること（暴力の前の前はいくらでもある）

2 ディエスカレーション

- 対人特性と相互作用 (木下・下里, 2020; Kirtchuk et al., 2013)
支配-服従、親和-冷淡という2軸からなる円の中に対人行動があらわされる。
しかし
かわりには適応的、不適応的側面がある。どのかわりが必ず有効ということはない。
- 援助特性は人によっても異なる
その人なりの関わり方がある



3 身体介入技術

- 身体介入に必要な要件
 - 切迫性／一時性／非代替性　に加えケアとして配慮されていること
- リスクアセスメント
- 適用基準　介入すべきかどうかの判断基準を明確にすること
- 絶対的禁止事項と妥当な力（正しい技術）
- 身体介入にはケアとしてのディエスカレーションが必須：言語非言語のコミュニケーション
- トラウマを意識したケア（当事者、支援者、周囲の人）
- プリエスカレーション

3. 身体技術

拘束 (restraint)

- Physical restraint (身体的)
 - manual restraint (徒手)
 - mechanical restraint (抑制帯)
- Chemical restraint (化学的: 薬物)
- Environmental restraint (環境的)
- Psychological restraint (心理的) (Negroni, 2017)

エスコートも本人が動けなければ拘束 (Raveesh, et al., 2019)

絶対的な禁止事項

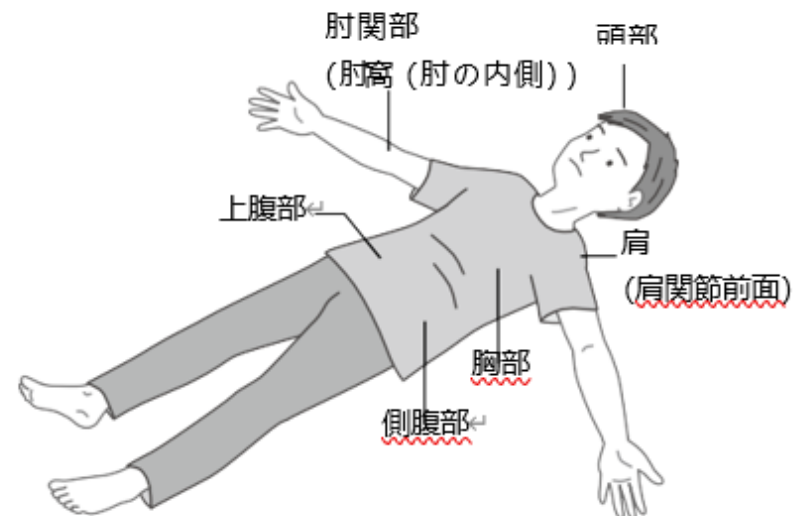
- 以下の部位の圧迫：肩,腹部,胸部,背部,頸部,頭部
- どの部位にあっても苦痛を伴う力を加えること
- 強制的、威圧的な言動の他、尊厳を貶める言動
- 当事者が恐怖を覚えるような介入

※つまりかならず場所全体を安心させるかわかりが必須

- 窒息の予防
- 妥当な力

胸や腹にのらないことで適切性を判断された例

<https://www.asahi.com/articles/ASS2851Y6S28UTIL00X.html>



4 ふりかえりと報告

当事者のふりかえり

- 当事者が落ち着いたなら、日常の生活に戻るための話し合いをする。
- 当事者自身が反省したり、弁償したりすることは必要だが、当事者が支援を求めている場合以外に医療者が反省させたり弁償させたりするようなことをしない
- 当事者から見て不公平に思われない人が話をしないと当事者にとっては常に医療者優位の中で屈するしかないという思いを味わってしまう

支援者のふりかえり

- トラウマを抱えた人をケアする人：トラウマを抱えた人は「人の力」に敏感であり、支援者に対して激しい攻撃性を示すこともある。それは対人支援職の傷つきとなる（高木, 2024）
- CVPPPではまず、共通意識としてCVPPPがある⁸ことで仲間同士であれば自然にサポートがされると考える

いずれの場合も強制性が働かない状況で話を聞く。話を聞く人は、「話を聞いてもらいたいと思う人」

I. 理念と理論

II. CVPPPの要素

1. リスクアセスメント
2. ディエスカレーション
3. 身体介入技術
4. ふりかえりと報告

III. CVPPPの運用

Ⅲ CVPPPの運用

- 2025年現在CVPPPトレーナー（院内での利用）とCVPPPインストラクター（トレーナー養成コースの開催が可能）に分かれている。一般社団法人日本こころの安全とケア学会が管理。テキストと演習プログラムは信州大学が作成している。
- 英国では厳格な審査により認定されたプログラムのみが有効とされる「力の行使法」が成立した（範囲は限定的ではある）。これを受けわが国の在り方への提言
- 制度と組織化について検討していくこと
- 身体技術へのエビデンス構築を含むコースの構造化

を目指しています

トレーナーコース

常に最善のケアを目指しているため、内容は変更されます

	午前	午後
1日	I. CVPPP概論 「ケアによる安心な場所づくり」 講義：コースオリエンテーション／CVPPPの理念／原則／理論 演習：目指すもの／ケアとしての妥当な力	II. 身体技術演習1 「安心してもらえるようになるには」 演習 対人円環モデルの基礎 ／ブレイクアウェイ法／ディスカッション（臨床に生きる技術とは）
2日	III. 身体技術演習2 「誰からもケアとわかってもらうには」 演習：立位／エスコート（適用条件、絶対的禁止事項と妥当な力、必要なケア（瞬間的リスク、ディエスカレーションとプレエスカレーション））、 リスクアセスメント演習	IV. 身体技術演習3 「身体的、心理的なケアの方法とは」 演習：腹臥位（適用条件、絶対的禁止事項と妥当な力、必要なケア（瞬間的リスク、ディエスカレーションとプレエスカレーション））、 ディスカッション演習
3日	V. 身体技術演習4 「味方であることをわかってもらうために」 演習：仰臥位（適用条件、絶対的禁止事項と妥当な力、必要なケア（瞬間的リスク、ディエスカレーションとプレエスカレーション））、ディスカッション	VI. 身体技術演習5 「同じ場所に在るものとして」 演習：オプション／統合演習 ディスカッション ロールプレイ演習
4日	VII. 統合演習（対人相互作用演習1「暴力の前よりも前にある相互作用を考える」 対人相互作用演習	VIII. まとめ（理論の復習と課題到達度評価）

※ Iはオンラインまたはオンデマンド、VII, VIIIはオンライン開催可能

- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499-508.
- Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., van Dorn, R. A., Edlund, M. J., Coker- Schimmer, E., Palmieri Weber, R., Sheitman, B., Zarzar, T., Viswanathan, M., & Lohr, K. N. (2017). Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: A systematic review of the evidence. *Psychiatric Services*, 68, 819-831.
- Gillam, S. W. (2014). Nonviolent crisis intervention training and the incidence of violent events in a large hospital emergency department: An observational quality improvement study. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36(2), 177-188
- 飯野勝己.(2024).暴力概念と正当化,下里誠二,木下愛未(編著):精神科医療における暴力とケア,15-27,金剛出版,東京.
- Kashiwagi H, Yamada Y, Umegaki Y, Takeda K and Hirabayashi N. (2020). The Perspective of Forensic Inpatients With Psychotic Disorders on Protective Factors Against Risk of Violent Behavior . *Front. Psychiatry*, 5.<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.575529>
- Hallett, N., Dickens, G. L. (2017). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 10-20.
- 木田塔子.(2024).トラウマがもたらす暴力性に配慮したケア:下里誠二,木下愛未(編著):精神科医療における暴力とケア, 229-242, 金剛出版, 東京
- Kirtchuk, G., Gordon, J., McAlister, M., et al.(2013). *Interpersonal Dynamics Consultation Manual*, Forensic Education Department and the Forensic Psychotherapy Department at West London Mental Health NHS Trust, Great Britain
- 木下愛未, 下里誠二. (2019). 包括的暴力防止プログラム (CVPPP) インストラクターにおけるリスクアセスメントの実態調査, *日本精神科看護学術集会誌* 62(2): 14-18/
- 木下愛未,下里誠二.(2020). 対人円環モデルに基づく精神科看護援助特性質問紙の開発とその信頼性・妥当性の検討. *日本看護研究学会誌*, 43 (1), 37-49.
- Linaker, O. M., Busch-Iversen ,H.(1995). Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 250-254.
- Negroni, A. A. (2017). On the concept of restraint in psychiatry. *The European Journal of Psychiatry*, 31(3), 99-104
- Raveesh, B. N., & Lepping, P. (2019). Restraint guidelines for mental health services in India. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 4), S698.
- 下里誠二, 塩江邦彦, 松尾康志ほか.(2007). 精神科閉鎖病棟における暴力の短期予測－Broset Violence Checklist (BVC) 日本語版による検討. *精神医学*, 49 (5) , 529-537.
- 下里誠二編著. (2019). 最新CVPPPトレーニングマニュアル. 中央法規出版
- 下里誠二. (2023). 包括的暴力防止プログラム (CVPPP) の一般精神医療への展開. *精神神経学雑誌*, 125(12), 1049-1057.
- 下里誠二,木下愛未. (2023). 攻撃性への対応: 当事者と共同創造する包括的暴力防止プログラム. *臨床精神医学*, 52(6), 715-723.
- 下里誠二, & 木下愛未. (2024). CVPPP のプログラムへの対人円環モデル導入: 暴力の「前」の「前」を見直そう. *精神科看護*, 51(11), 4-9.
- 下里誠二. (2024) . 精神看護と暴力とケア, 下里誠二,木下愛未(編著):精神科医療における暴力とケア,金剛出版,pp255-272.
- 高木俊介. (2024). 対人支援職の傷つき, 下里誠二, 木下愛未(編著). 精神科医療における暴力とケア,金剛出版,2024
- World Health Organization (WHO). (2021). *Hospital-based mental health services: Promoting person-centered and rights-based approaches*. Policy, Law and Human Rights, Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization