



PPST ニュースレター 第 25 号

Feb 2024

発行: 一般社団法人 社会復帰・社会参加のための薬物・心理社会的治療(PPST)研究会
事務局: (株)コンベンションリンケージ内 PPST 研究会事務局 ppst@c-lincage.co.jp Fax 03-3263-8687

<今回の記事の内容>

I. ごあいさつ 2024年を迎えて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
会長 丹羽 真一、副会長 林 道彦、常務理事 安西 信雄	
II. PPST全国セミナー「急性期統合失調症 ～薬物療法と精神看護の初期対応を再考する～」 (2023年10月21日オンライン開催) の2つの講演のポイントとキースライドご紹介	
講演1 精神科救急・急性期での薬物治療選択について ～de-escalationを考慮した薬剤 選択～・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	6
石塚 卓也 先生 (医療法人社団碧水会長谷川病院 副院長)	
講演2 精神科急性期ケアとCVPPP・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	11
下里 誠二 先生 (信州大学医学部保健学科 教授)	
III. あとがき／賛助会員のご案内 ・・・・・・・・・・・・・・・・	15

I. ごあいさつ

2024 年を迎えて

会長 丹羽 真一
副会長 林 道彦
常務理事 安西 信雄

2024 年は能登半島地震であけるといいう大変な幕開けになりました。被災され避難されている皆様、被災された地域の皆様には、早い復旧と復興をお祈り申し上げます。

2023 年は PPST 研究会の事業が新しい形で始まって 2 年目でした。すなわち、ブロックセミナーが東日本、西日本でそれぞれ年 1 回ずつ大塚製薬様との共催で開催、全国セミナーが住友ファーマ様との共催で開催となりました。東日本については東北ブロック幹事の先生方の、西日本については近畿ブロックの幹事の先生方の御尽力により、それぞれ 2023 年 6 月 2 日と 7 月 14 日にブロックセミナーが開催されました。全国セミナーは 10 月 21 日に開催されました。いずれもオンライン開催でしたが、ブロックセミナーとは言えブロック内にとどまらず全国から参加いただける形で、また全国セミナーは文字とおり全国からご参加いただき、成功裏に開催できました。また、日本精神科病院協会精神科医学会におきましてスポンサード・シンポジウムの形で大塚製薬様と共催のシンポジウムが行われました。新しい形での PPST 研究会の事業を順調に進めることができたと考えております。統合失調症学会における PPST 研究会は学会主催者の開催ポリシーにより企業との共催のプログ

ラムは行わないということでした。また、ニューズレターNo. 24 の定期発行と、賛助会員への PPST BulletinNo. 5 の刊行も行われました。これらの事業にご理解とご協力を頂いております参加者の皆様、全国ブロック幹事の先生方に御礼を申し上げます。

本 PPST 研究会ニューズレター第 25 号では、2023 年 10 月に行われました全国セミナーでの講演のポイントをご紹介する記事を掲載いたします。その内容を以下に簡単にご紹介いたします。

テーマ「急性期統合失調症 ～薬物療法と精神看護の初期対応を再考する～」

講演 1 精神科救急・急性期での薬物治療選択について ～de-escalation を考慮した薬剤選択～

座長：宮田 量治 先生（山梨県立北病院 院長）

演者：石塚 卓也 先生（医療法人社団碧水会長谷川病院 副院長）

急性の精神疾患、特に興奮を伴う精神科救急における薬剤選択は確実性と安全性を両立し、かつ精神症状の変化に即応できる薬剤を選択しなければならない。本講演では日本精神科救急学会が組織した Japan Acute-phase Schizophrenia Trial (JAST) study group によるエビデンス、精神科救急医療ガイドライン 2022 年版の内容と共に、当院での「行動制限中の統合失調症に対する非経口抗精神病薬治療の比較検討」を基に精神科救急における新たな薬物治療の在り方についても考えた。

講演 2 精神科急性期ケアと CVPPP

座長：野木 渡 先生（医療法人微風会 浜寺病院 理事長）

演者：下里 誠二 先生（信州大学医学部保健学科 教授）

精神科急性期病棟では急性期症状による興奮、攻撃性のためにリスクを高く見積もった安全管理に重点を置いた制限的介入手段がとられることが多くある。しかし、近年、封じ込めようとする事自体も攻撃性を引き起こす要因となると考えられ、ケアの視点を重視するようになってきている。包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Program : CVPPP) は相互尊重による person-centered なケアを提供することによって急性期にも当事者の安心を優先してケアしようとするものであり、急性期看護の基本となるものとして、そのエッセンスを紹介した。

総合討論

2024 年以降もブロックセミナーと日本精神科病院協会精神科医学会におけるスポンサーセミナー（シンポジウム）を大塚製薬様と共催で開催し、全国セミナーと日本統合失調症学会の中での PPST 研究会と全国セミナーを大日本住友製薬様と共催で開催することになります。複数の企業との共催の形でセミナー開催ができましたので、2023 年からは PPST 研究会を日本精神神経学会の生涯教育ポイント取得対象団体として認定頂けるようになりました。ポイント取得団体（C群）として認定されておりますので改めてご確認願います。

ブロックセミナーにつきましては、東日本につきましては北海道⇒東北⇒関東⇒甲信越⇒東海の順で、西日本につきましては北陸⇒近畿⇒中国⇒四国⇒九州・沖縄の順で企画を頂くことになっておりますので、2024年には東日本セミナーを関東ブロック幹事の先生方に企画頂き、西日本セミナーを中国ブロック幹事の先生方に企画頂きます。東日本、西日本と分けてはおりますが、いずれもオンライン開催ですので、全国どこからでも参加可能です。ぜひ、多くの先生方のご視聴をお願い申し上げます。2024年度（2023年8月～2024年7月末）のブロックセミナー開催予定は次のように開催されます。

2024年度の東日本セミナーは2024年7月5日に次の内容で開催されます。オンライン参加となります。

第3回 東日本セミナー-PPST 研究会

日 時： 2024年7月5日(金) 19時～21時

会 場： オンライン会議室

参加費： 1,000円

テーマ： 精神科救急から地域移行を見据えた薬物療法・心理社会的支援

開会のご挨拶：

丹羽真一先生 (PPST 研究会会長／福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座 特任教授)

講演1： 本邦における精神科救急医療・薬物療法の変遷（仮）

座長： 松尾幸治先生（埼玉医科大学 教授）

演者： 八田耕太郎先生（順天堂大学練馬病院 教授）

講演2：

その1 急性期での作業療法導入の意義とその将来（仮）

座長： 安西信雄 先生（帝京平成大学大学院 教授）

演者： 杉山直也先生（沼津中央病院 理事長・院長）

その2 精神科集中ケア期における早期作業療法の取り組み（仮）

座長： 安西信雄 先生（帝京平成大学大学院 教授）

演者： 内田千恵先生（沼津中央病院）

講演3： デジタルツールを活用した地域移行支援 FAGEDUOについて（仮）

座長： 横浜舞岡病院 院長 加瀬昭彦 先生

演者： 国立精神・神経医療研究センター病院 精神リハビリテーション科

医長 久保田智香先生

ディスカッション・セッション（20:40-21:00）

閉会のご挨拶：

丹羽真一先生 (PPST 研究会会長／福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座 特任教授)

2024年度の西日本セミナーは次の内容で開催されます。オンライン参加となります。

第3回 西日本セミナー-PPST 研究会

日 時： 2024年5月17日(金) 19:00～20:45

会 場： オンライン会議室

参加費： 1,000円

テーマ： 生活支援から就労支援まで

開会のご挨拶：

丹羽真一先生 (PPST 研究会会長／福島県立医科大学 会津医療センター 精神医学講座 特任教授)

講演1： 患者さんの『働きたい』を支援する～モチベーションと社会との関わり～

座長：堀井 茂男先生 (公益財団法人慈圭会 慈圭病院)

演者：林 輝男先生 (社会医療法人清話会 西川病院 理事長)

原 敬先生 (社会医療法人清話会 西川病院 S・IPS 精神保健福祉士)

講演2： 患者さんの生活・就労を支えるための薬物療法 (仮)

座長：兼行 浩史先生 (山口県立こころの医療センター 院長)

演者：藤田 康孝先生 (医療法人更生会 草津病院 副院長)

講演3： 心理社会的療法～デジタルを用いた新しいアプローチ～ (仮)

座長：中川 伸先生 (山口大学大学院医学系研究科 高次脳機能病態学講座 教授)

演者：赤澤 将文先生 (岡山県精神科医療センター リハビリ部 作業療法課 課長)

日本精神科病院協会精神科医学会スポンサード・シンポジウム (大塚製薬共催)

日本精神科病院協会精神科医学会におけますスポンサード・シンポジウムは2024年7月26日に仙台市で開催されます (内容は現在検討中です)。

第13回日本精神科医学会学術大会

日時：2024年7月26日(金) 10:40～12:10

場所：仙台国際センター

全国セミナー-PPST 研究会 (住友ファーマ共催)

2025年度全国セミナーは2024年10月19日開催です (本研究会の会計年度では2025年度になります)。2025年度全国セミナーは次のような内容で開催されます。参加はオンラインとなります。

日 時：2024年10月19日(土) 19:00～20:30

場 所：住友ファーマ東京本社メディアスタジオ

テーマ：統合失調症患者さんの地域生活を支える～訪問サービスによる支援を中心に～

プログラム

開会のご挨拶：

丹羽 真一 先生 (福島県立医科大学会津医療センター 精神医学講座 特任教授)

講演 1： これからの地域精神医療と看護（仮）（約 30 分）

座長：杉山 直也 先生（公益財団法人 復康会 沼津中央病院 院長）

演者：種市 和人 先生（医療法人財団青仁会青南病院 訪問看護・介護ステーション五福所長）

講演 2： 多機能型精神科診療所の取り組み（仮）

座長：安西 信雄 先生（帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科 教授）

演者：長谷川 直実 先生（医療法人社団ほっとステーション 大通り公園メンタルクリニック 院長）

総合討論（20 分）

司会：丹羽 真一先生（福島県立医科大学会津医療センター 精神医学講座 特任教授）

なお、日本統合失調症学会における共催セミナーは 2024 年度も主催者の開催ポリシーにより企業との共催のプログラムは行わないということですので開催を見合わせる事となります。

PPST 研究会は賛助会員の会費により成り立っており、大塚製薬様、大日本住友製薬様と共催する各種セミナーの開催費用とは別会計とさせていただいております。 ですので、ニューズレターや PPST Bulletin の刊行を維持する費用は賛助会員が増えることで安定する仕組みとなっております。

2024 年も PPST 研究会の意義あるところをご理解いただき、多くの個人、団体が賛助会員となっていただけますようお願い申し上げます。

末尾ではございますが、PPST 研究会の活動理念を掲載いたします。本年も、どうぞよろしくお願い致します。

PPST 研究会 活動の理念

当事者ならびに家族の希望に添い、さらには国の新しい精神障害者施策と協調して

- 1) 適切な薬物療法の使用とともに、世界的にも開発推奨されているもののみならず、適切と思われる心理社会的治療の発展をはかる
- 2) 当今、必要かつ効果があるといわれる当事者との治療上の合意（共同意志決定SDM）にもとづく診療の普及につとめる
- 3) これまでのわが国の精神科医療で必ずしも円滑であったとは云えない、必要かつ不可欠な多職種チーム医療のあり方の学習とその実現をはかる

II. PPST 全国セミナー「急性期統合失調症 ～薬物療法と精神看護の初期対応を再考する～」

(2023年10月21日オンライン開催) の2つの講演のポイントとキースライドご紹介

講演 1

精神科救急・急性期での薬物治療選択について ～de-escalation を考慮した薬剤選択～

石塚 卓也 先生 (医療法人社団碧水会長谷川病院 副院長)

急性の精神疾患、特に興奮を伴う精神科救急における薬剤選択は確実性と安全性を両立し、かつ精神症状の変化に即応できる薬剤を選択しなければならない。本講演では日本精神科救急学会が組織した Japan Acute-phase Schizophrenia Trial (JAST) study group によるエビデンス、精神科救急医療ガイドライン 2022 年版の内容と共に、当院での「行動制限中の統合失調症に対する非経口抗精神病薬治療の比較検討」を基に精神科救急における新たな薬物治療の在り方についても考えてみたい。

2020年1月1日から2020年12月31日までに長谷川病院精神科救急・急性期病棟に入院となり、新たにハロペリドール注射剤 (HPD I.V.) もしくはブロナンセリン経皮吸収型製剤 (BNS-T) を使用した18歳から65歳の統合失調症患者 (DSM-5) で、入院時の臨床全般印象度-疾病重症度 (CGI-S) が中等症以上、かつ陽性症状陰性症状評価尺度 (PANSS) の興奮版 (EC) 尺度が14点以上で拘束による行動制限を要した患者29例の日常診療記録を集計して後ろ向きに検討した。

研究概要

- **BNS-Tは2019年に抗精神病薬としては世界で初めて上市された経皮吸収型製剤である**
- **その特徴は腸管での吸収を介さない為、バイオアベイラビリティが高く、高い血中濃度を得る事が期待できる**
- **また約3日で定常状態に近い濃度まで速やかに血中濃度を上げる事が出来、さらに本剤は最大用量である80mgから使用が可能である。**
- **行動制限中の急性期統合失調症の治療においても、経皮吸収型製剤は医療者と患者の心理的・身体的な負担が小さい事が予想される**
- **今回、前述の様な特徴を持つBNS-TとHPD静注の2つの非経口抗精神病薬でその有用性について比較と検討を行った**

研究デザイン 後ろ向きコホート研究

【対象】

- 2020年1月～12月期間中にBNS-TもしくはHPDを使用
- 18歳～65歳の統合失調症患者
- PANSS-EC : ≥ 14
- CGI-Sが中等度以上
- 何らかの行動制限を実施

【評価】

- 2週間後（もしくは最終投与時）の
 - ①PANSS-ECの変化量
 - ②PANSS-8の変化量
 - ③CGI-I
- 行動制限解除までの日数
- 有害事象の有無

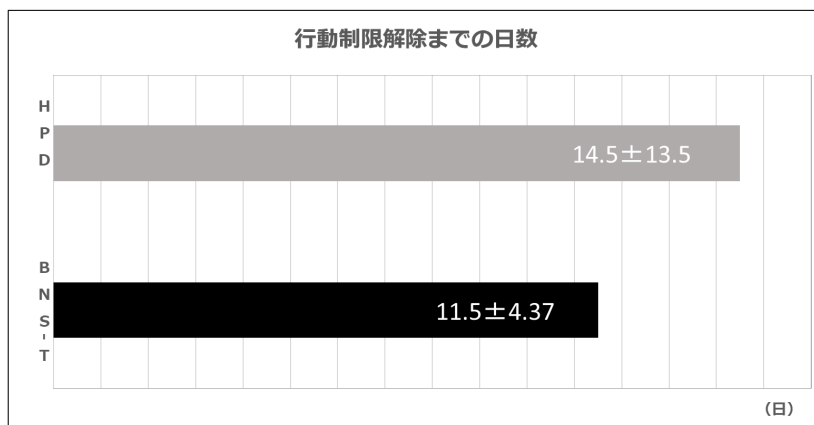
患者背景

		BNS-T	HPD			BNS-T	HPD
症例数		16	13	抗精神病薬 の併用の有 無		7(43%)	5(38%)
性別	男	7	9	内、鎮静を目的としたもの		5	1
	女	9	4				
平均年齢		44.8±9.9	44.2±7.5	有害事象		0	0
罹病期間	3年以上	13	11	平均投与量		80mg	10mg
	1～3年	2	1	PANSS-EC		22.9±2.8	26.9±2.9
	1年未満	1	1	PANSS-8		33.6±4.2	36.2±3.4
	不明			行動制限の有無		16	13
入院回数	2回以上	12	11				
	1回	1					
	0回	3	1				
	CGI-S	最重症	1	6			
	重症	8	6				
	やや重症	5					
	中等症	2	1				

(表1)

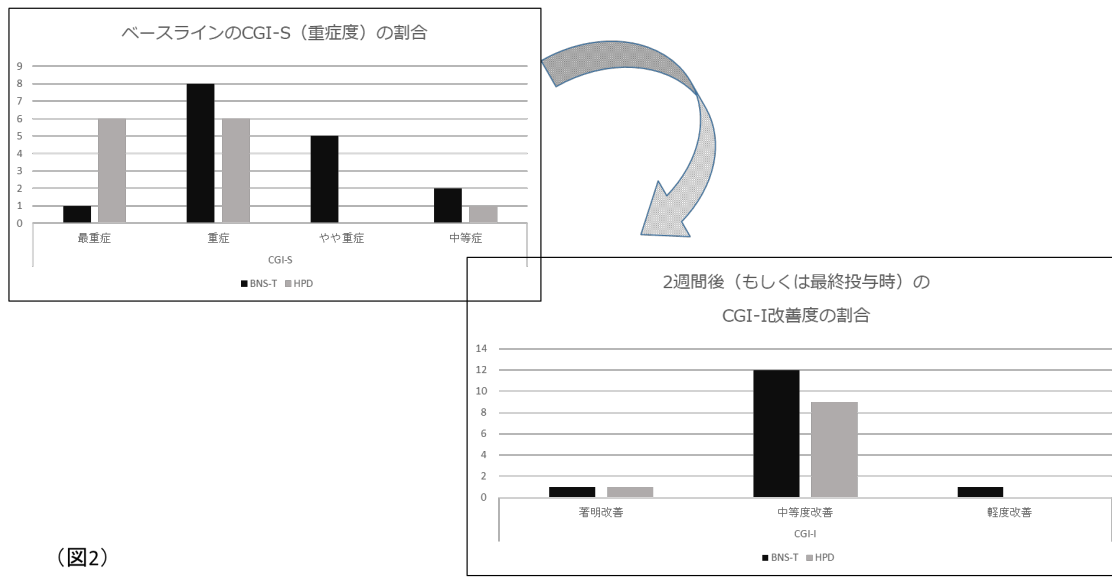
有効性評価として、CGI-I においては両群ともほとんどの患者が中等度以上の改善を示した。

行動制限解除までの日数



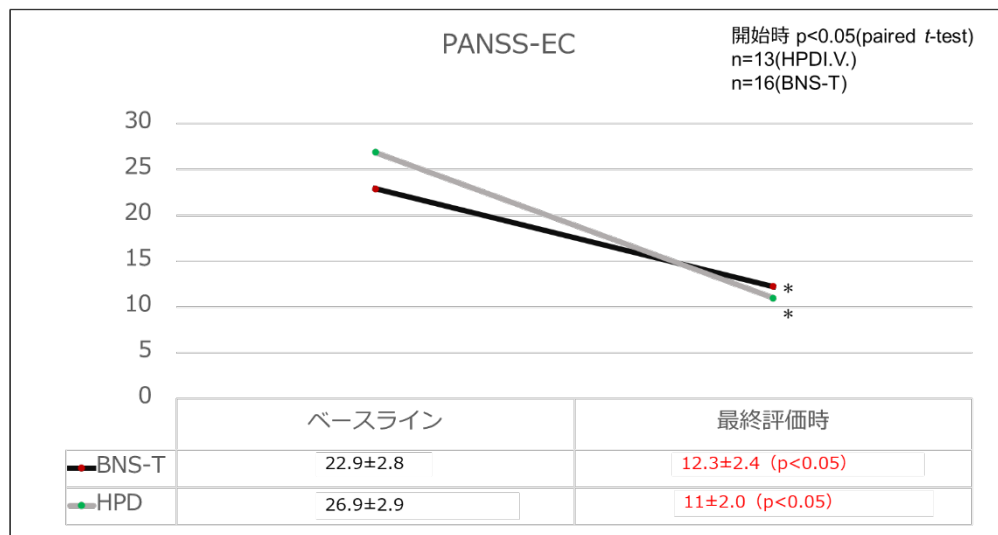
(図1)

CGI-S CGI-I

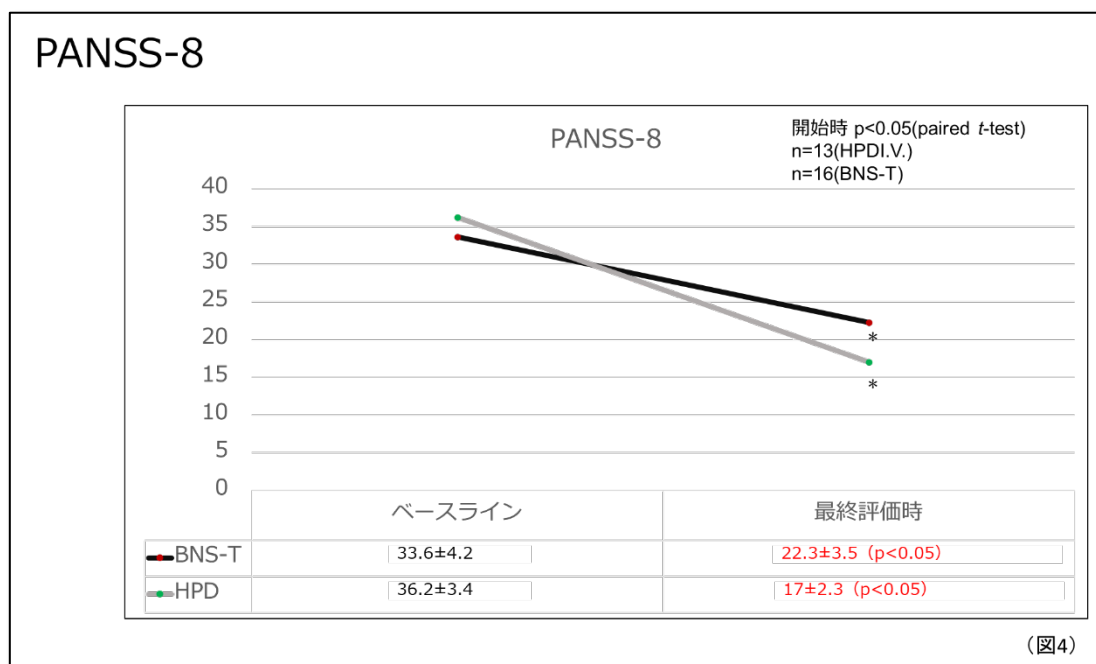


PANSS-EC による評価では HPDI. V. 投与開始時 26.9 ± 2.89 から最終評価時では 11 ± 1.96 に改善 ($p < 0.05$)、BNS-T 投与開始時 22.9 ± 2.79 から最終評価時では 12.3 ± 2.38 に改善 ($p < 0.05$) していた。

PANSS-EC



PANSS-8 による評価ではHPDI.V. 投与開始時 36.2 ± 3.42 から最終評価時に 17 ± 2.32 に改善 ($p < 0.05$)、BNS-T 投与開始時 33.6 ± 4.23 から最終評価時に 22.3 ± 3.51 に改善 ($p < 0.05$) しており、改善度に関して両群間では統計学的な有意な差は見られなかった ($0.09 > p$)。



我々の調査により BNS-T は非侵襲的であり、従来、HPD I.V. で治療開始されていた患者には身体的および心理的な負担を考慮すると、今後救急医療で薬物選択肢の一つとなり得る可能性がある。

結語

- HPD I.V.群、BNS-T群とも投与時から投与終了時にかけて有意差をもって改善を示した。また両群間の改善度に有意差は認められなかった。
- HPD I.V.群と比較してBNS-T群は行動制限の解除までの日数にも大きな差はなかった。
- 精神病症状の重症度や興奮が比較的強い患者にはHPD I.V.が選択される傾向にあった。これらの使い分けは重症度と焦燥・興奮の強度で決定されているものと思われる。
- 併用薬はBNS-T群では主に静穏化を目的とした抗精神病薬が選択される傾向にあった。一方HPD I.V.は初期の数日のみ使用され、主剤となる抗精神病薬を併用もしくは変薬される傾向にあった。
- BNS-Tは非侵襲的であり、従来、HPD I.V.で治療開始されていた患者には身体的および心理的な負担を考慮すると今後救急医療での選択肢の一つとなり得る可能性がある。
- しかし、今回解析を行った期間においては両群共に症例数が少なく、両群間での比較が正しく検討することには適さないと考える。今後の課題としては、さらに症例数を増やして、非経口薬間でより精度の高い比較検討を行う必要がある。

ロナセンテープを急性期から導入する意義

「医師の立場から」

- ・最大用量から使用する事で早期に治療反応が得られる
- ・非侵襲的な治療により、後々の医師-患者間のより良い関係構築
- ・血中濃度が安定する事により、退院後の外的ストレスによる症状の変動を抑えられる可能性がある。

「看護の立場から」

- ・視覚的に服薬管理が可能
- ・非侵襲性であるため、看護の身体的・心理的な負担が少ない

「患者と介助者の立場から」

- ・身体的な苦痛の軽減
- ・剥がす事で副作用に対する対処が可能
- ・介助者（看護師・家族）が患者と協力して治療に参画出来る治療法であり、患者と介助者の良好な治療関係の構築につながる。

ロナセンテープの適応場面

1. 著しい拒絶など、経口薬投与不可の場合
2. 昏迷状態の患者
3. 急性期に拘束+注射薬を使用していた患者からの代替
4. 非鎮静系から開始する際に早期に治療反応を得たい場合
5. 身体合併症のため、経口薬投与不可の場合
6. 経口薬治療で効果不十分な症例に対するBAを考慮した治療

精神科急性期ケアと CVPPP

下里 誠二 先生 (信州大学医学部保健学科 教授)

精神科急性期病棟では急性期症状による興奮、攻撃性のためにリスクを高く見積もった安全管理に重点を置いた制限的介入手段がとられることが多くあります。しかし、近年、封じ込めようとする自体も攻撃性を引き起こす要因となると考えられ、ケアの視点を重視するようになってきています。包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Program : CVPPP) は相互尊重による person-centered なケアを提供することによって急性期にも当事者の安心を優先してケアしようとするものであり、急性期看護の基本となるものとして、そのエッセンスを紹介します。

精神科急性期の場面では、患者さんは疾患による激しい混乱だけではなく、望まない入院治療であったり、また家族や学校、仕事といった身の回りの心配事によっても暴力的な行動でしか自身の思いを表現できなくなる場面がある。こうした場面でケア提供者は「場の安心」を守ること、当事者が安心できる環境を創る役割をもつ。包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Program : CVPPP) は精神科領域ではわが国唯一の精神科医療における攻撃性マネジメントトレーニングであり、こうした激しい状況下でも落ち着いてケアを提供することを目的としている。ここではその理念と概要を簡潔に述べる。

CVPPP は精神科医療における暴力が、当事者が「せざるを得ないもの」として、当事者だけではなく医療者も含め、暴力の発生時点よりもずっと前からの様々な文脈を考えながら、その対人相互作用において、権力勾配だけではなく、その場に起こる力 (force) に注意してケアする。当事者の味方となることで、相互尊重と権利擁護を目指すプログラムである。もともと暴力とは「その場の安心」を破壊するという性格のものである。CVPPP は攻撃的行動をする当事者、ということではなく、その場の安心を作り出すためのものと考えられる必要がある。

CVPPPとは

精神科医療における暴力は、当事者が「せざるを得ないもの」として

- 暴力の前の前 を考え、
- 権力勾配について、対人相互作用の力 (force) に注意し
- 医療の外から考えることが重要であり、

そのために


当事者の味方となることで、相互尊重と権利擁護を目指すプログラム

安全管理、防衛的手法については別の書籍等をご参考にしてください

1

そこで CVPPP に必要なケア技法として、リスクアセスメント、ディエスカレーション（コミュニケーション）、身体的技術（ブレイクアウェイ法や身体介入法）、ふりかえりを含めている。特に CVPPP に特徴的な点をそれぞれ列挙するとリスクアセスメントでは瞬間的なリスク（かかわるうえでの安心）を考えることと、当事者と相互理解をすること自体がリスクアセスメントであると考ええる。

CVPPPとは




英国のControl and Restaint法を学び開発されたもの
最初私たちも「ケアのため」と言いながら、研修では
保安としての対応を無意識的に強調していたと思う。

『だからつい患者さんに対立するような感じを持って
しまいます。今度はじめて、暴力についてのテキスト
ブック（『医療職のための包括的暴力防止プログラム
』医学書院）が出ましたけれども、これも最初はちょ
っとそういう感じがありました。』
（中井久夫,こんな時私はどうしてきたか,pp54-62,医学書院,2007）

『大人数でかかわり、抑制してケアする。濃厚な
ケアが暴力のサイクルを回す。』
（向谷地生良,暴力に対して援助者はどこに立つべきか-『医療職のための包括的暴力防止プログラム』の発行
に際して,精神看護,8(4), 60-67,2005）

2

CVPPPとは 理念



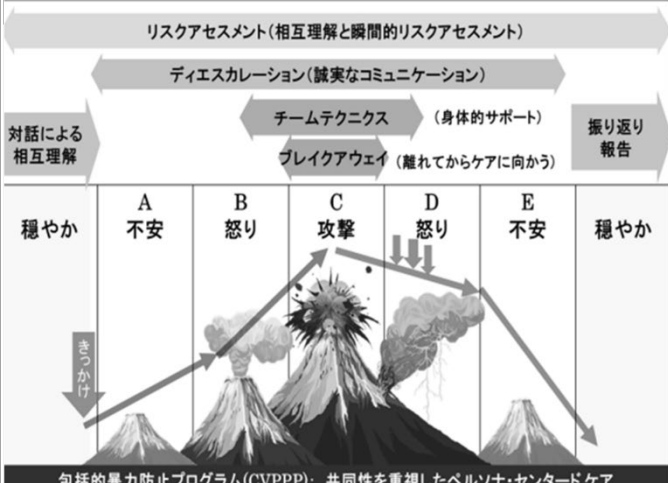
当事者の攻撃あるいは暴力を適切にケアするための
プログラム。Persona-Centeredであり、互いに尊重
されるべき存在である。援助者は苦しんでいる当事者
の味方となり、援軍となり権利擁護をすることが最も暴
力行動のリスクを下げると考える。

- Persona-centered: 当事者からみえている世界、自
分から見えている世界が、反響しあうケア （中村剛,ケアの
原理と本質 - 潜在化している声に応える,日本こころの安全とケア学会誌,3(1),25-
34,2021）
- 味方であるとは: 敵か味方かという対立ではない。
同じコミュニティの成員 （中井久夫(2012) サリヴァン、アメリカの精神
科医, p.80, みすず書房。） であるという仲間として心配すること

3

CVPPP

- リスクアセスメント: 瞬間的リスクの重視と、道徳的価値を評価をせず相互理解からみる
- ディエスカレーション: 瞬間的リスクを考慮し、危機を回避する方法。力を意識した、誠実なコミュニケーション



リスクアセスメント(相互理解と瞬間的リスクアセスメント)
ディエスカレーション(誠実なコミュニケーション)
対話による相互理解 → チームテクニクス (身体的サポート) → 振り返り報告
ブレイクアウェイ (離れてからケアに向かう)

穏やか A 不安 B 怒り C 攻撃 D 怒り E 不安 穏やか
きょうかけ

- 身体介入: 拘束手順ではなく、その時ケアとしてすべきことを考えるもの
- 振り返り: 理念をもとに仲間が自然にサポートする。振り返らせることをしない

1. 暴力の前、よりももっと前に起こっていたことを考える
2. 相互作用にある力を考える
3. 医療の外から見る

包括的暴力防止プログラム(CVPPP): 共同性を重視したペルソナ・センタードケア

4

拘束の種類

いろんな定義の仕方があるが・・・

- Physical (身体的)
 - manual (徒手)
 - mechanical (抑制帯) (physical psychological)
- Chemical (化学的:薬物)
- Environmental (環境的)
- Psychological (心理的)

(Negrini, A. A. (2017). On the concept of restraint in psychiatry. The European Journal of Psychiatry, 31(3), 99-104)

- エスコートも本人が動けなければ拘束 (Newton-Howes G, Mullen R. Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes psychiatric services. Psychiatr Serv. 2011;62(5):465-70.)

奪われているものは自由と人権

5

リスクアセスメント

その人の人格に否定的な評価を下してはいけない。暴力をするかしないかの占いではない。相互理解がキーワード

- アセスメントでは関係性を基盤として情報の質が異なってくる (高橋哲, 刑事司法領域の意思決定におけるリスクアセスメントツールの効用と限界, 心理臨床学研究, 33(2), 191-200, 2015)

しかし・・・

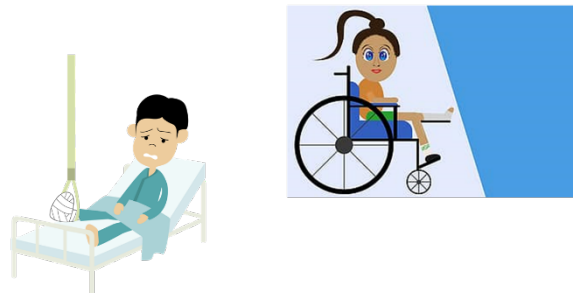
- 看護師が使いやすい項目は過去の履歴や精神症状
木下愛未, 下里誠二, 包括的暴力防止プログラム(CVPPP)インストラクターにおけるリスクアセスメントの実態調査, 日本精神科看護学術集会誌 62(2): 14-18, 2019.
- 「もしあなたが私のことをよく知っていてあなたがあなた自身のことを知っていたらあなたは私を殺したりしないでしょ」(永井陽右, 共感という病, かんき出版, 2019)

その人と共に過ごす時間、日常会話から、
安心できる/できないことを知る

6

瞬間的リスク

- 直接ケアの際にリスクのある場所は?
 - 攻撃の届く範囲 (距離、方向)
 - もっとも力の及ぶ場所 (攻撃線の外側からケアする)



このイラストの作成者 平野和洋氏様は CC-BY のライセンスを許諾されています

7

ディエスカレーションというコミュニケーションでは治療的な意味ではなく言語行為論としての観点から相互作用を考える。身体介入は「抑制」の方法ではなくケアとして成立させる方法として、覚える。振り返りは反省をさせるのではなく安心を取り戻す場と考える。

攻撃性へのケア:ディ・エスカレーション

- ◆ 問題解決、環境調整などあらゆる方略を含み、危機的な状況から落ち着いた状況に戻ることを助けるためのもの、中でもコミュニケーションが重視されやすい
- ◆ あきらめを強いて従わせようとしたり、追い込まない
- ◆ (仮にしたとしても)身体介入中もこれが最も優先
- ◆ リスクを考慮し落ち着いて当事者からのメッセージに対して誠実に反応する。
- ◆ 個人と個人の間で起こる反応なので、手法はいつでも異なる (ex 聞いてもらえると安心⇔余計なお世話)
- ◆ 力を考える:言語の力、あるいは場の力、サポートする力

8

コミュニケーションの暴力

- 共同のコミットメント:会話をするとき、話し手の意図が問題なのではなく、お互い、あるいは周囲に形成する約束事が問題になる。(三木那由他, 話し手の意味の心理性と公共性, 勁草書房, 2019)
 - 「私とあなたはこれからこういうことをするとお互いが共通して信じている」
 - 操作しようとするということは、この約束事を自分側の立場でふるまうように文脈を作ろうとすること
- 慈悲的差別 (水谷雅彦, 共にに在ること, 岩波書店, 2020)
 - 障害者は弱いものという先入観で「すごいですね」
- 発話内サイレンシング
 - 言い訳、弁解を認めないような場合。
- 意味の占有 力関係が強いほうが強制的に文脈を形成する。
 - これうまくできないんですけど・・・ あらこんなに上手にできているじゃない、とても立派ですね。次はこれをごんぱりましょ。

9

このような視点にとって重要となるのが、医療者としてではなく、その場を見つめる視点である。このことから、CVPPPは医療の枠組みの中ではなく、外側に位置しながら当事者とともにあるプログラムとしていきたいと考えている。

加害者にもならないように

- 疑って調べたり
- 反省、謝罪を求めたり (岡本茂樹, 反省させると犯罪者になります, 新潮新書, 2013)
- 人間的行為者、道徳的行為者として扱わなくなる時には非人間化 (八重樫徹, 演出された心情と悪 - プフェンダー『心情の心理学』を手がかりに, 現象学年報 (35), 85-93, 2019)

Ⅲ. あとがき／賛助会員のご案内

PPST研究会ニューズレター第25号をお届けします。今回は2023年10月21日にオンライン形式で開催されたPPST全国セミナーの2つの講演をコンパクトにまとめてご紹介しました。これまでも申し上げてきましたが、読者各位もオンライン形式には大分慣れてきたことと推察いたしますが、あらためて紙面でご確認いただく意義は変わらないと考えています。

石塚卓也先生には「精神科救急・急性期での薬物治療選択について ～de-escalationを考慮した薬剤選択～」というタイトルで、医療法人社団碧水会の長谷川病院における「行動制限中の統合失調症に対する非経口抗精神病薬治療の比較検討」研究を基に、精神科救急における新たな薬物治療の在り方についてお話いただき、精神科救急・急性期において、ブロンサンセリン貼付剤とハロペリドールの静脈注射との比較検討の結果をご教示くださいました。どちらの薬剤でも精神病症状の改善、行動制限解除日数に大きな差はなく、非侵襲性のブロンサンセリン貼付剤の有用性により着目する必要性をご示唆されています。

下里誠二先生には「精神科急性期ケアとCVPPP」というタイトルで、相互尊重によるperson-centeredなケアを提供することによって急性期にも当事者の安心を優先してケアしようとするものであり、急性期看護の基本となるものとしての、包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Program : CVPPP)のエッセンスをご紹介いただきました。CVPPPに必要なケア技法であるリスクアセスメント、ディエスカレーション (コミュニケーション)、身体的技術 (ブレイクアウェイ法や身体介入法)、ふりかえりについて、わかりやすくご解説いただいています。

精神科救急・急性期の現場は患者さん、ご家族、そして現場も混乱に陥りやすい場面です。また、ある意味患者さんの治療を優先するがために、無意識的に弱い立場にしてしまうこともあるかもしれません。医療職は常にそのような可能性を念頭に置き、専門的な知識・技術をもって介入していかなければならないことを、あらためて考えさせられました。

なお、今回お届けする内容の詳細版を、PPST研究会賛助会員に送られるPPST Bulletinとしてお届けします。これは講演内容をテープ起こして、ほぼ全部のスライドを掲載するものです。当日参加できなかった方にも内容が生き生きと伝わると思います。賛助会員 (法人) には、このPPST Bulletinの無料配布のほか、PPST研究会が開催するセミナーに5人まで参加費免除でご参加いただける特典もございます。次のページに賛助会員の申込み用紙がございます。研究会ホームページは <http://www.secretariat.ne.jp/ppst/> です。(PPST編集委員会 加瀬昭彦 安西信雄 丹羽真一)

PPST 研究会 賛助会員制度のご紹介

1. **目的**：PPST研究会活動の理念に賛同する全国の精神科病院・クリニック・大学等の先生方にご加入いただいて、ご一緒にPPST研究会の活動を進めること、そして当協会のブロック幹事になっていただいて地域のセミナーの企画・実施にご協力いただくことが目的です。
2. **賛助会員にお願いする役割と特典**：ブロック幹事として地域のセミナーの企画・実施にご協力いただく。ホームページやニューズレター等に病院紹介などの記事をご紹介いただく。PPSTニューズレター (各地のセミナー内容、新情報、病院訪問など) を受取る。貴法人に所属される職員は5人までPPST研究会セミナーへの参加費免除と致します
3. **賛助会員会費**：賛助会員 (法人) 一口 年2万円、賛助会員 (個人) 年1万円

PPST研究会 賛助会員申込書

☆下記の「法人」または「個人」の該当する方にご記入ください。

賛助会員(法人)申込書

入会申込日_____年_____月_____日

※貴施設名：_____

※代表者お名前：_____

※ご担当者お名前：_____ フリガナ：_____

※ご担当者お役職：_____

※貴施設ご住所：(〒_____ - _____)_____

※TEL：_____ ※FAX：_____

※ご担当者E-mail：_____

年会費 **賛助会員(法人)** 一口 20,000円 申込み口数【 口】

※当研究会ホームページの賛助会員名簿への貴法人名の掲載【希望する 希望しない】

賛助会員(個人)申込書

入会申込日_____年_____月_____日

※お名前：_____

※フリガナ：_____

※ご所属施設：_____

※お役職：_____

※貴施設ご住所：(〒_____ - _____)_____

※TEL：_____ ※FAX：_____

※E-mail：_____

年会費 **賛助会員(個人)** 10,000円

※当研究会ホームページ内の賛助会員名簿へのお名前の掲載 【希望する 希望しない】

申込書
送付先

〒102-0075 東京都千代田区三番町2 三番町KSビル
株式会社コンベンションリンケージ内 PPST研究会事務局 行
E-mail : ppst@c-linkage.co.jp
Fax : 03-3263-8687

★Mail または FAX で申込書が届き次第、事務局代行から振込先等をご連絡させていただきます。