

メンタルヘルス アクションプラン

2013-2020

MENTAL HEALTH ACTION PLAN 2013-2020

翻訳：(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター
協力：長崎大学 精神神経科学教室



<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>

この冊子の表紙は有馬忠士氏(1940-1982)の1981年の作品を使用しています。有馬氏は1940年に東京で生まれました。1953年に父の経営する製薬会社が倒産、1956年に父は一家に破産および離散を宣告、家族全員が自活生活に入ります。有馬氏は高校卒業後、居所不定の流民生活を送り、1960年に東京都文京区の宝石貴金属製作所の飾り職人となり、またたく間に社内有数の職人となります。その後、1964年に大阪の新支店に赴任しますが、その半年後に結核を発病、デッサン、油絵の制作に専念します。1966年には結核療養所を退所、1966年に東京に戻り、1967年には仕事を独立経営に移し、飾り職人の仕事は完成度を高めていきます。しかし、この間、婚約者が病气死亡、1971年には幻聴、幻覚が始まり、神奈川県三浦市の精神科病院に6回の入退院をします。この頃、結核での入院以来の絵画創作活動が復活し、1980年には入院先のケースワーカーの女性と結婚、数度の転居の末に、神奈川県横須賀市の山の中に定住しますが、1982年に心臓麻痺で亡くなりました。この間、500点近い作品を制作し、それらの作品はごきょうだいによって大切に保管されています。表紙の作品は、有馬氏の弟である有馬儀人氏の編集による「有馬忠士作品集」に掲載されているもので、そのご厚意により、掲載することができました。作品集のあとがきには、「年数と作品点数を考えあわせると、そこに注がれたエネルギー量は1人の人間の一生分ではないか…私は絵画や詩作等の整理をしていて、はじめていろんな意味で兄を身近に知り、感じた」と書かれています。なお、有馬氏の作品は色川武大氏の小説の表紙にも使用されています。有馬氏の作品に限ることではありませんが、芸術活動を大切にしてきた当事者の人生と、その各段階において制作された作品をていねいにたどることは、メンタルヘルスの啓発の新たな一歩になると確信します。その思いをこめて、この冊子の表紙に有馬氏の作品を使用させていただきました。(竹島 正)

メンタルヘルス アクションプラン

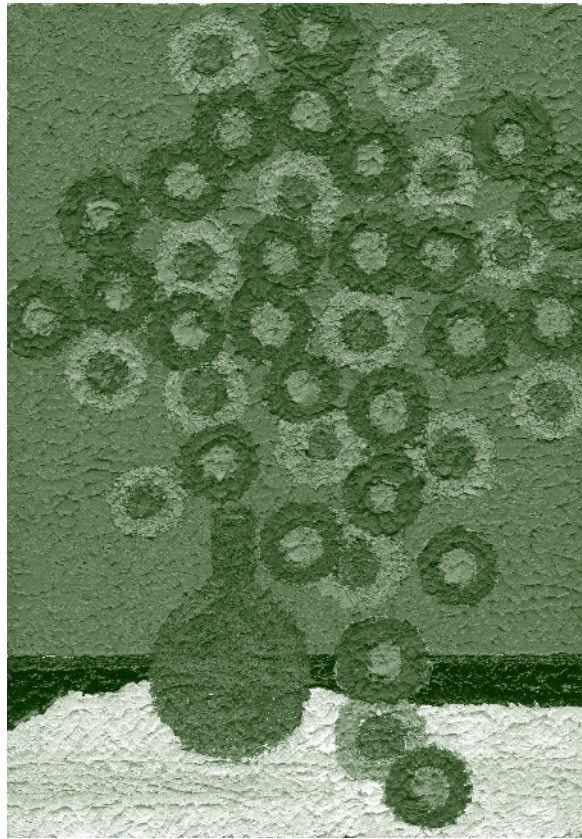
2013-2020

MENTAL HEALTH ACTION PLAN 2013-2020

翻訳：(独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

自殺予防総合対策センター

協力：長崎大学 精神神経科学教室



<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>

本書は2013年に世界保健機関により「Mental health action plan 2013-2020」と題して出版されている。
© World Health Organization 2013

(独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター(〒187-8553東京都小平市小川東町4-1-1)は、世界保健機関により本書の日本語版の翻訳・出版権を与えられており、翻訳に関する責任の一切を負うものとする。

邦題は、「メンタルヘルスアクションプラン2013-2020」である。

© (独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター2014

英語版から日本語版への翻訳は、自殺予防総合対策センターの竹島正、小高真美、山内貴史、高井美智子、大概露華、白神敬介、藤森麻衣子が担当した。また、訳語の検討について、長崎大学精神神経科学教室の野中俊輔、楠本優子、黒滝直弘、小澤寛樹の協力を得た。

日本語版の発行にあたって

第66回WHO総会(2013年5月)において包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2020(以下、アクションプラン)が採択された。アクションプランは“*No health without mental health*(メンタルヘルスなしに健康なし)”を原則に、精神的に満たされた状態(mental well-being)を促進し、精神障害を予防し、ケアを提供し、リカバリーを促し、人権を促進し、そして精神障害を有する人々の死亡率、罹患率、障害を低減することを目標として、その目的に、(1)メンタルヘルスのためのより効果的なリーダーシップとガバナンス、(2)地域ベースの環境におけるメンタルヘルスサービスと社会ケアサービスの統合、(3)プロモーションと予防のための戦略の実施、(4)情報システム、科学的根拠と研究の強化をあげている。そして(3)の中に、世界の自殺死亡率を10%少なくする(2020年までに)という達成目標を示している。そして、その達成状況を、第68回、第71回、第74回WHO総会に報告するとしている。

ここで、アクションプランの日本語訳発行の意味を考えたい。WHOは本書の中で、世界の人口の約半分は精神科医1人が平均20万人以上の人口を受け持つ国に住んでおり、心理社会的介入の訓練を受けた他のメンタルヘルスケア提供者はさらに不足していると述べている。また、メンタルヘルスに関する法令で保護されている人は、低所得国では36%であるのに対して高所得国では92%であると述べている。WHOのメンタルヘルスアトラス2011を見ていただくとわかるが、メンタルヘルスの資源について言えば、日本は、国際的には豊かな国に属する。しかしその活用については大いに考えさせられる問題がある。アクションプランをよく読むと、日本のメンタルヘルス政策の課題が浮かび上がってくるのである。

さて、WHOのメンタルヘルスに関する基幹出版物としては、本書のほか、資源の乏しい環境におけるメンタルヘルスサービスの拡大に焦点を当てた「メンタルヘルスの格差に関する行動プログラム」(mhGAP)、多部門の公衆衛生アプローチによる包括的な自殺予防戦略を開発もしくは強化することを奨励した「自殺を予防する—世界の優先課題」(Preventing Suicide: A global imperative)がある。mhGAPは長崎大学による翻訳がつくられており、今回、自殺予防総合対策センターによってアクションプランと世界自殺レポートの日本語訳版が発行された。これら3冊がメンタルヘルスの政策、研究、実践の強化につながることを期待して、日本語訳版の序文とする。

平成26年9月9日

(独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
所長 福田祐典

目次

1. ごあいさつ	6
2. メンタルヘルスアクションプラン2013-2020	7
実現に向けて	7
世界的な状況の概要	8
包括的アクションプラン2013-2020の構造	11
加盟国と国際・国内協力者への行動の提案、およびWHO事務局の行動	12
付録1：包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2020で 定義された目標の進捗を測定する指標	22
付録2：包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2020実施の選択肢	25
3. メンタルヘルスアクションプラン2013-2020の概要	31
資料 I	
第66回WHO総会決議（2013年5月） WHA66.8 包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2020	33
第65回WHO総会決議（2012年5月） WHA65.4 世界的な精神障害の疾病負担と、国レベルにおける 保健医療と社会部門による包括的かつ調整された対応の必要性	33
資料 II	
1. 主要用語一覧	37
2. 他の世界的なアクションプラン、戦略およびプログラムへのリンク	39
3. 国際および地域の人権条約	43
4. 選択されたWHOのメンタルヘルスに関する資料と資源	44

1. ごあいさつ

精神的に満たされた状態（mental well-being）は世界保健機関（WHO）の健康の定義の基本的な要素です。メンタルヘルスが良ければ、人々は可能性を実現し、生活していく上で生じる通常のストレスに対処し、生産的に働き、また地域に貢献することができます。

メンタルヘルスは大切ですが、それを達成する道りは長いものです。メンタルヘルスサービスやケアの軽視、人権の侵害、そして精神障害と心理社会的障害を有する人々に対する差別など、多くの不幸な傾向を逆転させる必要があります。

この包括的アクションプランは、すべての人々の健康にとって、メンタルヘルスが非常に重要であることを認識しています。それはライフコースアプローチを基盤として、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage）と予防の重要性を強調することを通して、公平の実現を目指しています。

4つの主要な目標、すなわち、“メンタルヘルスのためのより効果的なリーダーシップとガバナンス”、“地域ベースの環境におけるメンタルヘルスサービスと社会ケアサービスの統合”、“プロモーションと予防のための戦略の実施”、“情報システム、科学的根拠と研究の強化”が設定されています。

このアクションプランの目標は野心的なものではありますが、WHOと加盟国はそれらの実現にコミットしています。

WHO事務局長
マーガレット・チャン博士

2. メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020

実現に向けて

01 2012年5月、第65回WHO総会において、WHA65.4（世界的な精神障害の疾病負担と国レベルの保健医療・社会部門による包括的・協調的な対応の必要性に関する決議）が採択された。それは特に、サービス、政策、法令、計画、戦略、プログラムを含む包括的メンタルヘルスアクションプランを、WHO事務局長が加盟国と協議の上、策定することを求めている。

02 この包括的アクションプランは、加盟国、市民社会、国際的協力者と協議の上、念入りに作成された。これは保健医療・社会部門による協調的なサービスを通じ、プロモーション、予防、治療、リハビリテーション、ケア、リカバリーに重点を置いた、包括的な多部門アプローチをとっている。これはまた、加盟国とWHO事務局、ならびに国際的、地域的および国レベルの協力者に対し、明確な行動を立案し、その実施、進捗、影響のレベルを評価するために使用する重要な指標や目標を提案するものである。このアクションプランの核心には、「メンタルヘルスなしに健康なし」¹ という世界的に受け入れられた原則がある。

03 このアクションプランは、他のWHO総会で承認された世界的なアクションプランと戦略に概念的・戦略的に密接に関連する。それらには、アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略、労働者の健康をめぐす世界的なプラン2008-2017、非感染性疾患の予防・管理の世界戦略のためのアクションプラン2008-2013、非感染性疾患の予防・管理の世界戦略のためのアクションプラン2013-2020が含まれる。また、それはすでに採択された、または開発中のWHOの地域別のメンタルヘルスと物質乱用に関するアクションプランと戦略にも基づいている。アクションプランは、国際連合システム、国際連合の連携グループ、そして政府間組織の関連するプログラムと相乗効果を生み出すよう策定されている。

04 アクションプランはWHOの精神保健の格差に関する行動プログラム(WHO'S mental health gap action programme (mhGAP))をもとに作成されているが、同じものではない。後者は資源の乏しい環境におけるメンタルヘルスサービスの拡大に焦点を当てている。アクションプランは全世界を範囲としており、国レベルのアクションプランに助言・指導を提供するよう策定されている。これは、あらゆる資源環境において、プロモーション・予防戦略だけでなく、社会部門および他の関連部門の対応を呼びかけるものである。

05 このアクションプランにおける「精神障害」とは、疾病および関連保健問題の国際統計分類第10版(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth revision: ICD-10)が示す範囲の精神および行動の障害を示すよう使われている。これには、うつ病、双極性感情障害、統合失調症、不安障害、認知症、物質使用障害、知的障害、自閉症を含む児童期および青年期に通常発症する発達および行動の障害などの大きな疾病負担を引き起こす障害が含まれる。認知症と物質使用障害については、さらなる予防戦略も必要かもしれない（例えば、2012年初めに発行された認知症に関するWHOレポート²と、アル

コールの有害な使用を低減するための世界戦略などに述べられている)。さらに、アクションプランには自殺予防も含まれており、多くの行動はてんかんなどの病態にも関連している。このアクションプランで使用される「脆弱性の高い集団」という用語は、(生来の弱さや能力の欠如とは対照的に)周囲の状況や環境により脆弱になっている個人または個人集団を指す。「脆弱性の高い集団」という用語は、その語を使用する国の状況に応じて適用すべきである。

06 アクションプランは、個人が自身の能力を発揮し、生活における通常のストレスに対処し、生産的かつ有意義に働き、地域に貢献することができるような満たされた状態 (well-being) と概念化されるメンタルヘルスもその目標に含む。児童に関しては、最終的に社会への積極的な全面参加が可能となるように、発達面に重点が置かれている。それは例えば、肯定的な自分らしさの意識、思考・情緒を管理する能力に加えて、社会的関係を構築する能力と、学び、そして教育を受ける意欲などである。

07 精神障害を有する人々への人権侵害や差別が拡散していることを考慮すると、精神障害の世界的な負担に対応するには人権の視点が必須である。アクションプランは、精神障害を有する人々の権利を守り、促進し、尊重するためのサービス、政策、法令、計画、戦略およびプログラムの必要性を強調している。それらは、市民的および政治的権利に関する国際規約、経済的・社会的および文化的権利に関する国際規約、障害者権利条約、児童権利条約、およびその他の関連する国際および地域の人権規約に即したものである。

世界的な状況の概要

08 メンタルヘルスは健康と満たされた状態 (well-being) の不可欠な要素であって、WHO憲章の健康の定義は「健康とは、単に病気ではないあるいは弱っていないというだけでなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態 (well-being) にあること」と述べている。メンタルヘルスは、健康の他の側面と同じく、プロモーション、予防、治療、リカバリーに向けての政府全体の包括的アプローチを必要とするさまざまな社会経済的要因 (下記参照) の影響を受けることがある。

メンタルヘルスと精神障害：決定要因と結果

09 メンタルヘルスと精神障害の決定要因には、思考、情緒、行動、人間関係の管理能力などの個人の特性だけでなく、社会的、文化的、経済的、政治的そして環境的要因、例えば、国の政策、社会的信頼、生活水準、労働条件そして地域における社会的支援も含まれる。若いときに逆境にさらされることは、精神障害の予防可能な危険因子として確立している。

10 地域の背景によっては、社会の特定の個人および集団が、メンタルヘルスに関する問題を経験する危険が非常に高い状況に置かれることがある。これらの脆弱性の高い集団には、(必ずというわけではないが) 貧困家庭の一員、慢性の健康障害を有する人々、虐待やネグレクトを受けている幼児と児童、はじめて物質使用に暴露した青年、マイノリティグループ、先住民、高齢者、差別と人権侵害を受けている人、レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダーの人、囚人、紛争・自然災害その他の人道上の緊急事態に巻き込まれている人々を含むかもしれない。現在の世界的な金融危機は、マクロ経済的要因が精神障害や自殺を増加させ、また新たな脆弱性の高い集団 (例えば無職の若者) を生み、それに付随してさらにメンタルヘルスサービ

スと社会サービスの必要性が増しているにもかかわらず、財政的支援の削減に向かうという有力な事例を提供している。多くの社会において、疎外化と貧困化、ドメスティック・バイオレンスと虐待、そして過剰労働とストレスに関連する精神障害は、(特に女性の健康にとって) 大きな懸念となっている。

11 精神障害を有する人々は、障害経験率と死亡率が突出して高い。例えば、大うつ病および統合失調症を有する人々の早期死亡は、一般集団に比べて40%から60%高いが、これは身体的健康問題の放置(がん、心血管疾患、糖尿病、HIV感染など)と自殺による。自殺は世界中で若者の死因の第2位である。

12 精神障害は、しばしば他の疾患、例えば、がん、心血管疾患、HIV感染/AIDSに影響し、あるいは影響を受けるため、それらと共通のサービスと資源調達の努力を必要とする。例えば、うつ病に罹患すると、心筋梗塞や糖尿病に罹患しやすくなるという科学的根拠があるが、逆に心筋梗塞と糖尿病があっても、うつ病に罹患しやすくなる。低い社会経済的地位、アルコール使用、ストレスなどの多くの危険因子は、精神障害とその他の非感染性疾患に共通である。精神障害と物質使用障害の合併もまた多い。総合すると、精神・神経・物質使用障害の負担は大きく、2004年の世界の全疾病負担の13%を占めている。うつ病だけで世界の疾病負担の4.3%(世界的にみて、障害生存年数の11%)を占め、特に女性にとって、世界的に最も大きい単一の原因の一つである。これらの健康障害による経済的損失も同様に大きく、最近の研究では、2011年から2030年における精神障害を原因とする世界の経済損失は累計1630万米ドルに上ると推定されている。³

13 精神障害は個人と家族にしばしば貧困をもたらす。⁴ 精神障害を有する人々は一般集団と比べて、ホームレスになったり、不当に投獄されたりすることがはるかに多く、それが彼らの疎外化と脆弱性を増大させている。スティグマ形成と差別のために、精神障害を有する人々はしばしば人権侵害を受け、その多くが経済的、社会的そして文化的権利を否定され、働くことと教育を受ける権利を制限されるだけでなく、生殖に関する権利と可能な限り最高水準の健康を享受する権利も制限されている。彼らはまた、不衛生で非人道的な生活条件に置かれ、身体的・性的な虐待やネグレクトを受け、保健医療施設において、有害で尊厳を傷つける治療の対象となっている可能性がある。彼らは、市民権と政治的権利、例えば、結婚して家族をつくる権利、個人の自由、投票権、効果的・全面的に公共生活に参加する権利、治療とケアを含めて、彼らに影響するその他の問題について法的能力を行使する権利を否定されることが多い。このように精神障害を有する人々はしばしば脆弱性の高い状況で生活しており、社会から排除・疎外され、国の、そして国際的な目標への到達の障害となっている。障害者権利条約は、批准あるいは加盟した当事国を拘束するものであるが、精神障害と知的障害を有する人々を含めて、すべての障害を有する人々の権利を守り、国際開発プログラムを含む国際協力に、彼らが完全に包含されることを促進するものである。

保健医療システムの資源と対応

14 保健医療システムは、精神障害負担に対して、いまだに適切に対応できていない。その結果、治療のニーズと提供の間には、世界中で大きなギャップがみられる。低所得および中所得の国々では、重症の精神障害を有する人々の76%から85%がその障害の治療をまったく受けていない。治療を受けていない患者の割合は高所得国でも高く、35%から50%である。さらに複合的な問題は、治療を受けている人のケアの質が低いことである。WHOのメンタルヘルスアトラス2011は、各国におけるメンタルヘルスニーズを満たす資源が不足していることを示すデータを掲載し、資源が不公平に配分され、非効率的に使用されていることを強調している。世界的には、例えば、年間のメンタルヘルスに関する費用は一人当たり2米ドル未満であり、低所得国で

は一人当たり0.25米ドル未満である。しかもそのうち67%が、健康アウトカムの乏しさと人権侵害にも関わらず、単科精神病院に配分されている。メンタルヘルスを一般保健医療ケア場面に統合し、母親・性・生殖・児童の健康、HIV/AIDS、そして慢性非感染性疾患のプログラムを介して、この資金が地域ベースに再配分されるなら、より多くの人々が、より良質で費用対効果の高い介入にアクセスできるようになるだろう。

15 低所得および中所得諸国においては、メンタルヘルスに関わる専門そして一般のヘルスワーカーが著しく不足している。世界の人口の約半分が、精神科医1人が平均20万人以上の人口を受け持つ国に住んでおり、心理社会的介入の訓練を受けた、他のメンタルヘルスケア提供者はさらに不足している。同様に、メンタルヘルスに関する政策、計画と法令がある割合は、低所得国より高所得国のほうがかなり高い。例えば、メンタルヘルスに関する法令で保護されている人は、低所得国では36%であるのに対し、高所得国では92%である。

16 低所得と中所得の国々におけるメンタルヘルスのための市民社会の運動はあまり発達していない。精神障害と心理社会的障害を有する人々の組織が存在する国は、低所得国では49%のみであるのに対し、高所得国では83%である。家族団体の場合は、それぞれ39%と80%である。

17 最後に、プライマリヘルスケアにおける精神障害のための基本的な医薬品の利用可能性は（感染性疾患、さらには他の非感染性疾患と比較してさえも）明らかに低く、また医薬品を処方できる権限を持つ資格のあるヘルスワーカーが不足しているため、それらの使用は制限されている。さらに、非薬物療法的アプローチの利用可能性とこれらの介入のトレーニングを受けた人材もまた不足している。このような要因が、精神障害を有する多くの人々が適切なケアを受ける上での重大な障壁となっている。

18 このような状況を改善するため、そして各国におけるメンタルヘルスの資源に関するデータ（WHOのメンタルヘルスアトラス2011と、WHOのメンタルヘルスシステムの評価文書を用いて得られたより詳細なプロファイリングによる）⁵への追加として、各国のメンタルヘルスケアシステムを強化するために拡大可能な、費用対効果のよい、実現可能性のあるメンタルヘルス介入についての情報が利用可能である。2008年に始まったWHOのmhGAPは、科学的根拠に基づく技術的助言・指導、ツールとトレーニングパッケージを使用しており、特に資源の乏しい環境の国々におけるサービス提供の拡大を目的としている。それは、優先度の高い状況に重点を置き、特に、すべてのケアのレベルにおいて、メンタルヘルスを促進する統合的アプローチにより、メンタルヘルスを専門としないヘルスケア提供者の育成を目指している。

19 WHO事務局は各国を支援するため、他の技術的ツールとガイダンスを入念に作成した。それらは、メンタルヘルスケアの質と利用可能性の改善を促進するための包括的なメンタルヘルスの政策・計画・法律の開発の支援（例えば、WHOのメンタルヘルス政策とサービスガイダンスパッケージなど）⁶、保健医療サービスにおける質の向上と精神障害を有する人々の権利の尊重（WHOのQualityRightsツールキット）⁷、そして災害救助時および災害後のメンタルヘルスシステムの再構築（緊急場面でのメンタルヘルスと心理社会的支援に関する機関間常設委員会のガイドラインを含む）⁸を目的とするものである。知識、情報、技術的ツールは必要であるが、それだけでは十分ではない。科学的根拠から行動と評価へと断固として展開していくためには、強いリーダーシップ、より強固なパートナーシップ、そして実施に向けてのコミットメントが必要である。

包括的アクションプラン2013-2020の構造

20 アクションプランのビジョンは、メンタルヘルスが尊重・促進・保護され、精神障害が予防され、精神障害に罹患した人々が人権を最大限に行使し、リカバリーを促進するために、質が高く、文化に適合した保健医療ケアと社会ケアを適時に受けることのできる世界を達成することである。それはスティグマ形成と差別を受けないことなく、可能な限り最高水準の健康を享受して、社会や職場に十分に参加するためである。

21 その全体的な目標は、精神的に満たされた状態（mental well-being）を促進し、精神障害を予防し、ケアを提供し、リカバリーを促し、人権を促進し、そして精神障害を有する人々の死亡率、罹患率、障害を低減することである。

22 アクションプランの目的は以下のとおりである。

1. メンタルヘルスのための効果的なリーダーシップとガバナンスの強化
2. 地域ベースの、包括的で、統合され、反応性のあるメンタルヘルスサービスと社会的ケアサービスの提供
3. メンタルヘルスにおけるプロモーションと予防のための戦略の実施
4. メンタルヘルスのための情報システム、科学的根拠と研究の強化

各目的について設定された世界的な目標は、加盟国による世界的な最終目標に向けての行動に、測定可能な集合的な行動と成果の基盤を提供するものであり、各国、特に世界的な目標をすでに達成した国々による、より意欲的な国の目標の設定を否定するものではない。定義された世界的な目標の達成に向けての進捗を測定する指標は、付録1を参照されたい。

23 このアクションプランは6項目の分野横断的原則とアプローチを基にしている。

1. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：年齢、性別、社会経済的地位、人種、民族性や性的指向に関わらず、また、公平性の原則に従い、精神障害を有する人々は、彼ら自身が貧困に陥る危険を負うことなく、リカバリーと到達可能な最高の水準の健康の達成に必要な不可欠な、保健医療サービスと社会サービスにアクセスできる必要がある。
2. 人権：治療、予防とプロモーションのためのメンタルヘルスの戦略、行動と介入は、障害者権利条約と、他の国際・地域の人権規約に準拠するものでなければならない。
3. 科学的根拠に基づく実践：治療、予防とプロモーションのためのメンタルヘルス戦略と介入は、文化に配慮しながら、科学的根拠および／またはベストプラクティスに基づいたものでなければならない。
4. ライフコースアプローチ：メンタルヘルスのための政策、計画とサービスは、幼児期、児童期、青年期、成人期と老年期を含む、ライフコースの全段階における保健医療と社会ニーズを考慮したものでなければならない。
5. 多部門アプローチ：メンタルヘルスのための包括的で調和の取れた対応には、各国の状況に応じて、保健医療、教育、雇用、司法、住居、社会とその他の関連する部門などの、多くの公的部門と民間部門の協力が必要である。
6. 精神障害と心理社会的障害を有する人々のエンパワメント：精神障害と心理社会的障害を有する人々は、権限を付与され、メンタルヘルスのアドボカシー、政策、計画、法令、サービス提供、モニタリング、研究そして評価に含まれるべきである。

24 このアクションプランに示されたフレームワークは、地域特有の状況を考慮して、地域レベルで適合させる必要がある。加盟国に提案された行動は、目標達成のために、必要に応じて各国の優先事項と特有の状況に合わせて、考慮され、適合させるべきである。各国は、メンタルヘルスの領域における包括的な対応の開発と実施において異なる段階にあるため、すべての国々に適合するような詳細なアクションプランは存在しない。

加盟国と国際・国内協力者への行動の提案、 およびWHO事務局の行動

25 プランに述べられたビジョン、目標、目的の達成のため、加盟国、国際的および各国の協力者に対し、特定の行動が提案されている。さらに、WHO事務局の行動も同定された。行動は個々の目的に明記されているが、その多くはアクションプランの他の目的の達成にも寄与するだろう。これらの行動を実施するためにとりうる選択肢のいくつかが付録2に提案されている。

26 世界的メンタルヘルスアクションプランを効果的に実施するには、国際、地域そして国の協力者による行動が必要である。これらの協力者には以下が含まれるが、この限りではない。

- 国際的な多国間機関（例えば、世界銀行、国際連合の開発機関）、地域機関（例えば、地域の開発銀行）、その一部地域における政府間機関と二国間開発支援機関を含む開発機関
- 開発途上国および先進国内のメンタルヘルス、人権、健康の社会的決定因子に関するWHO協力センターのネットワークおよび他の関連ネットワークを含む学術・研究機関
- 精神障害と心理社会的障害を有する人々の団体、サービスユーザーと他の類似の協会・組織、家族とケアラーの団体、メンタルヘルスとその他の関連するNGO、地域ベースの団体、人権をベースにした団体、信仰をベースにした団体、発達とメンタルヘルスのネットワーク、そして保健医療ケアの専門家とサービス提供者の協会を含む市民社会

27 これらの3つのグループの役割はしばしば重複する。そして、ガバナンス、保健医療と社会ケアサービス、メンタルヘルスにおけるプロモーションと予防、情報・科学的根拠・研究の分野にまたがる複数の行動を含むことができる（以下に掲載の行動を参照のこと）。異なる協力者のニーズと能力を国ベースで評価することは、重要な利害関係者集団の役割と行動を明らかにする上で必須であろう。

目的1：メンタルヘルスのための効果的なリーダーシップとガバナンスの強化

28 保健医療システムの計画、組織、資金調達、多様な利害関係者と異なる行政レベルを巻き込む複雑な事業である。国民のメンタルヘルスの最高後見人として、政府は、ニーズが満たされ、そして全人口のメンタルヘルスが促進されるように、制度、法令、資金調達とサービスの調整を適切に導入する第一の責任を有する。

29 ガバナンスは政府だけに関するものではなく、NGOと市民社会との関係にまで拡大される。強力な市民社会、特に精神障害と心理社会的障害を有する人々およびその家族とケアラーの団体は、国際的および地域的な人権規約に即して、メンタルヘルスのためのより効果的で説明責任の果たせる政策、法律、サービスの策定を援助することができる。

30 メンタルヘルスに取り組む効果的な政策と計画を開発する重要な因子としては、強いリーダーシップ、政府のコミットメント、関連する利害関係者の参加、行動領域の十分な精練、収支の明確な科学的根拠に基づく行動の公式化、公平さへの明確な注意、精神障害と心理社会的障害を有する人々への生来的尊厳と人権の尊重、そして脆弱性が高く、疎外された集団の保護がある。

31 メンタルヘルスへの介入が国の保健医療政策と計画にしっかりと統合されるならば、対応はより強力で効果的になるだろう。さらに、より詳細な方向性を提供するためには、特化したメンタルヘルス政策と計画を開発することが必要になる。

32 メンタルヘルスの法律は、地域において独立した法律であるか、他の保健医療および能力に関連する法律に統合されているかに関わらず、例えば、人権と地域においてアクセス可能な保健医療と社会サービスの開発を促進する法的な監視メカニズムを設立することにより、メンタルヘルスのための政策の重要な原則、価値、目的を成文化しなければならない。

33 メンタルヘルスのための政策、計画、法律は、障害者権利条約と、その他の国際および地域の人権規約のもとに定められた義務に準拠しなければならない。

34 メンタルヘルスの問題を、他の優先的な保健医療プログラムとのパートナーシップ（例えば、HIV/AIDS、女性と児童の健康、非感染性疾患、世界的な保健医療人材連盟）と同様、他の関係部門の政策や法律（例えば、教育、雇用、障害、司法システム、人権擁護、社会的保護、貧困の軽減、開発などを扱う部門）の中により明示的に取り入れ、主流に組み入れることは、メンタルヘルスシステムの多次的要件に対応する重要な手段であり、政府は、治療サービスの改善、精神障害の予防、メンタルヘルスプロモーションを、リーダーシップを発揮する中心に置き続けるべきである。

世界的な目標1.1：世界の80%の国々が、国際・地域の人権規約に即して、メンタルヘルスの政策／計画を策定または更新する（2020年までに）。

世界的な目標1.2：世界の50%の国々が、国際・地域の人権規約に即して、メンタルヘルスのための法律を制定または更新する（2020年までに）。

加盟国に対する行動提案

35 政策と法律：科学的根拠、ベストプラクティス、障害者権利条約、他の国際および地域の人権規約に即して、関係するすべての部門において、行動基準、人権擁護と法律の施行をモニタリングするためのメカニズムを含め、メンタルヘルスに関連する国の政策、戦略、プログラム、法律、規定を開発、強化、更新、施行する。

36 資源計画立案：決定された科学的根拠に基づくメンタルヘルス計画と行動のため、測定されたニーズに従って計画し、同定された人的資源やその他の資源に相応しい経費をすべての関連部門に配分する。

37 利害関係者の連携：精神障害を有する人々、ケアラー、家族を含めて、すべての関連部門の利害関係者に、正式の組織と機構および／またはメカニズムを通じて、メンタルヘルスに関する政策、法律、サービスの開発と実施を動機付け、参加させる。

38 精神障害と心理社会的障害を有する人々と、その団体の強化とエンパワメント: 精神障害と心理社会的障害を有する人々は、政策・法・サービスのデザイン・計画・実施の過程に影響力を及ぼす公的な役割と権限を付与される。

WHO事務局の行動

39 政策と法律: 障害者権利条約と他の国際的および地域的な人権規約に即して、人権擁護と法律の実施をモニタリングするための行動規準とメカニズムを含めたメンタルヘルスに関連する政策・計画・法律の開発、多分野における実施と評価に資する知識とベストプラクティスをまとめる、またはその能力を形成する。

40 資源計画の立案: 各国に、メンタルヘルスに関する多部門の資源計画の立案、予算編成、支出の追跡の技術的支援を提供する。

41 利害関係者の連携: 保健医療、司法、社会部門、市民社会グループ、精神障害と心理社会的障害を有する人々、ケアラーと家族、および国際連合内の組織と人権機関を含めて、メンタルヘルスの政策、戦略、プログラム、法律の開発、実施および評価のための国際的、地域的および国レベルにおける利害関係者の連携と相互作用を強化するためのベストプラクティスとツールを提供する。

42 精神障害と心理社会的障害を有する人々とその団体の強化とエンパワメント: 国際・地域の人権規約とWHOの人権とメンタルヘルスツールに即して、精神障害と心理社会的障害を有する人々の組織が、WHOの組織の中で国際的、地域的、国のレベルにおいて、政策立案に参加するよう促し、組織が能力形成のための技術的ツールをデザインすることを支援する。

国内外の協力者に対する行動提案

43 メンタルヘルスの介入を、保健医療、貧困の低減、開発の政策、戦略と介入の主流に組み入れる。

44 精神障害を有する人々を、例えば、教育、雇用、生活プログラムと人権の協議事項の中で、開発と貧困軽減の戦略において、注意と関与が優先的に必要とされる社会的に脆弱で疎外された集団に含める。

45 例えば、世界保健医療人材連盟とその他の国際的および地域的なパートナーシップのような、水平的なプログラムとパートナーシップを通じて、非感染性疾患、HIV/AIDS、女性の健康、児童と青年の健康を含めた一般のおよび優先的な保健医療政策、計画、研究課題に、メンタルヘルスを明示的に含める。

46 国際的および地域的な人権のフレームワークに基づいて、メンタルヘルスの促進、精神障害の予防と障害からのリカバリーを促進するための効果的な政策、法制度、介入戦略についての諸国間の交流の機会を支援する。

47 家族とケアラーと同様に、精神障害と心理社会的障害を有する人々の協会と団体の創設および強化と、およびそれらが既存の障害者団体に統合されることを支援し、これらのグループ、ヘルスワーカー、および保健医療、人権、障害、教育、雇用、司法、社会部門を担当する政府当局との間の対話を促進する。

目的2：地域ベースの、包括的で、統合され、反応性のあるメンタルヘルスサービスと社会的ケアサービスの提供

48 ケアへのアクセスとサービスの質の向上を背景として、WHOは、地域ベースの包括的なメンタルヘルスと社会的ケアサービスを開発すること、メンタルヘルスのケアと治療を一般病院とプライマリケアに統合すること、保健医療システムの異なる提供者とレベルの間でのケアが継続されること、フォーマルおよびインフォーマルなケア提供者が効果的に連携すること、そして電子的なモバイルによる保健医療テクノロジーの活用などによりセルフケアを促進することを奨励する。

49 質の高いメンタルヘルスサービスの開発には、早期介入、人権擁護原則の取り込み、個人の自律の尊重と人間の尊厳の保護を含めた、科学的根拠に基づくプロトコルと実践の使用が必要である。さらにヘルスワーカーは、例えば高い喫煙率など、身体的および精神的健康問題の高い合併率と関連する危険因子に未対応であることから、メンタルヘルスの向上に限って介入をおこなうのではなく、精神障害を有する児童、青年と成人の身体的ケアニーズにも注意を払うべきであり、その逆もまた然りである。

50 地域ベースのメンタルヘルスサービスの提供には、精神障害と心理社会的障害を有する人々が、自分たちの願望や目標を達成できるような支援に重点を置いた、リカバリーをベースにしたアプローチを包含する必要がある。サービスの核となる要件には、個々の症状と何がリカバリーに役立つと理解しているかに耳を傾けて対応すること、ケアにおいて相手を対等な協力者とみなして共に取り組むこと、治療・セラピー・ケア提供者に関して選択肢を提供すること、専門的知識だけでなく励まし合いと所属意識を与えることのできるピアワーカーと支援を利用することが含まれる。さらに、個人をライフコースのさまざまな段階で適切に支援し、就労(復職プログラムを含む)、住居と教育の機会、地域活動・プログラム・有意義な活動への参加のような、人権へのアクセスを必要に応じて促進するサービスを提供する多部門によるアプローチが必要である。

51 ケアと治療のサービス利用者のニーズへの反応性が高くなるよう、サービス利用者がサービスの再編、提供、評価とモニタリングにより積極的に関与し、支援することが必要である。宗教的リーダー、信仰治療をおこなう人、伝統療法士、学校の教師、警察官、地元のNGO団体と同様に、家族も含めた‘インフォーマル’なメンタルヘルスケアの提供者のより大きな連携も必要である。

52 サービスに欠かせないもう一つの要件は、社会経済的に不利な立場にある家族、HIV/AIDS と共に生きる人々、ドメスティック・バイオレンスを受けている女性と児童、暴力被害のサバイバー、レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダーの人々、先住民、移民、亡命希望者、自由を剥奪された人々、国の背景の中でのマイノリティ集団を含む、脆弱で疎外されている集団のニーズに反応性があることである。

53 人道的な緊急対応とリカバリーの計画においては、メンタルヘルスサービスと地域の心理社会的支援が広く利用可能であることを保証することが必須である。

54 例えば、自然災害、単発的・反復的・持続的な紛争と社会不安、あるいは現在起こっている家族とドメスティック・バイオレンスのような生活上の有害な出来事や強いストレス要因にさらされると、健康とメンタルヘル스에 深刻な結果が現れることがあり、診断評価の問題(特に過剰な診断と過剰な医療化の回避)と、支援、ケアおよびリハビリテーションへのアプローチに関して、注意深い検討が必要である。

55 有能、敏感かつ適切なスキルを身につけている保健医療専門家とワーカーを適切な人数で公正に配置することは、メンタルヘルスのサービスの拡大と、より良いアウトカムの達成の中心である。メンタルヘルスを一般保健医療、疾患特異的な社会ケアのサービスとプログラム（例えば女性の健康やHIV/AIDSに関するもの）に組み込むことは、メンタルヘルスの問題のマネジメントの向上、メンタルヘルスの促進と精神障害の予防に重要な機会を提供する。例えば、メンタルヘルスのトレーニングを受けたヘルスワーカーは、担当する人の精神障害のマネジメントだけでなく、非感染性疾患と物質使用を含めて、関連する健康問題についての一般的な健康情報とスクリーニングを提供するよう備えておくべきである。サービスの統合には、適切な方法で精神障害を有する人々を同定し、マネジメントし、適切に紹介するための新たな知識とスキルの習得が必要だけでなく、ヘルスワーカーの役割の再定義と、現在のサービス文化の変化、一般のヘルスワーカー、ソーシャルワーカー、作業療法士およびその他の専門職グループの態度の変化が必要になる。さらに、これを背景にして、メンタルヘルス専門家の役割は、一般のヘルスワーカーがメンタルヘルスの介入を提供する際のスーパービジョンと支援にまで拡大される必要がある。

世界的な目標2：重度の精神障害に対するサービスの適用範囲を20%増加する（2020年までに）。

加盟国に対する行動提案

56 サービスの再構築と適用範囲の拡大：優先されるべき状態への科学的根拠に基づく介入（適切な方法で段階的ケアの原則を用いることを含む）の適用範囲の拡大と、短期の入院治療、一般病院の外来治療、プライマリケア、包括的なメンタルヘルスセンター、デイケアセンター、家族と暮らす精神障害を有する人々の支援、支援付き住宅を含めた、つながりのある地域ベースのメンタルヘルスサービスのネットワークの活用により、メンタルヘルスサービスケアの場所を長期入院の精神科病院から専門分化していない保健医療の場へと組織的に転換する。

57 統合され、反応性のあるケア：サービス利用者主導の治療とリカバリープランを通じて、また必要に応じて、家族とケアラーのインプットも活用して、精神的健康と身体的健康の両方のケアのニーズに合わせることで、一般保健医療サービスと社会サービスの内外にあるすべての年齢の精神障害を有する人々のリカバリーを促進すること（就労、住居、教育の権利の促進を含む）を目的として、全人的な予防、プロモーション、リハビリテーション、ケアと支援を統合し調整する。

58 人道上的緊急事態におけるメンタルヘルス（単発的・反復的・持続的な紛争・暴力・災害を含む）：国の緊急対策委員会、メンタルヘルス提供者と協力する。それはメンタルヘルスおよび心理社会的支援に関するニーズを緊急時の備えに取り入れ、また安全で支援的なサービスへのアクセスを可能にするためである。それには緊急事態とその後の精神障害（緊急事態に誘発されたものだけでなくそれ以前から存在したものも含む）または心理社会的問題を有する人々の心理的トラウマに対応し、そのリカバリーとレジリエンスを促進するサービスや、保健医療従事者と人道支援要員のためのサービスを含む。これには地域ベースのメンタルヘルシステムを、緊急事態後に構築または再構築する際に必要となる長期的資金への注意を当然伴う必要がある。

59 人的資源の開発：一般のおよび専門的ヘルスワーカーの知識とスキルを養成する。それは科学的根拠に基づき、文化に適合し、かつ人権に配慮したメンタルヘルスと社会ケアサービスを、児童と青年に提供するためであって、とりわけ、在学中と卒後のカリキュラムにメンタルヘルスを導入する。そして、現場におけるヘルスワーカーへのトレーニングとメンタリングを通して、特に非専門的な場面において、精神障害を有する人々

を同定し、適切な治療と支援を提供し、適切な方法で異なるレベルのケアを紹介する。

60 格差への対応：サービスへのアクセスが困難な、精神疾患のリスクが特に高い集団を積極的に同定し、適切な支援を提供する。

WHO事務局の取り組み事項

61 サービスの再構築と適用範囲拡大：脱施設化とサービス再構築のための助言・指導と科学的根拠に基づく実践を提供する。また、リカバリーを志向した地域ベースのメンタルヘルスおよび社会支援サービスを通じて、治療と支援、予防とメンタルヘルスプロモーションの拡大のために技術的支援を提供する。

62 統合され、反応性のあるケア：強制的な実践の代替物と、サービス利用者、家族とケアラーがサービス計画と治療に関する意思決定に参加する戦略と、多部門間連携を促進するための財源調達のための例を提供することを含めて、精神障害を有する人々のリカバリーと支援ニーズを強調した、全人的ケアの統合、多部門間連携のための科学的根拠とベストプラクティスを収集整理して、普及させる。

63 人道上的緊急事態におけるメンタルヘルス（単発的・反復的・持続的な紛争・暴力・災害を含む）：トラウマに関係した問題に鋭敏な地域ベースのメンタルヘルスシステムを緊急事態後に構築または再構築することを含めて、政府、NGO、政府間機関が実施するメンタルヘルス関連の政策と現地活動に、技術的な助言・指導を提供する。

64 人的資源の開発：在学中、卒後教育のカリキュラムと同じく、現場で働くヘルスワーカーにとってのギャップの同定、ニーズの特定、トレーニングの要件、核となる能力を含めて、各国がメンタルヘルスのための人的資源の戦略を策定することを支援する。

65 格差への対応：疎外された集団におけるメンタルヘルスと社会サービスのギャップを小さくするために、科学的根拠とベストプラクティスを収集して普及させる。

国内外協力者に対する行動提案

66 直接サービスの提供のために受領した資金は、施設ケアよりも、地域ベースのメンタルヘルスケアに使用する。

67 精神障害を同定し、精神障害を有する人々のリカバリーを促進するための科学的根拠に基づき、文化に適合した介入を提供するために、ヘルスワーカーのスキルに関するトレーニングを支援する。

68 保健医療従事者と社会サービス従事者のトレーニングと能力育成を含めて、人道上的緊急事態とその後におけるメンタルヘルスプログラム実施のための協調的な取り組みを支援する。

目的3：メンタルヘルスにおけるプロモーションと予防のための戦略の実施

69 国が保健医療政策とプログラムを開発・実施するという背景においては、精神障害を有すると同定された

人々のニーズを満たすだけでなく、全市民の精神的に満たされた状態（mental well-being）を保護し、促進することが不可欠である。メンタルヘルスはライフサイクルを通して発達する。したがって、政府は、すべてのライフステージにおいて、精神障害を予防し、メンタルヘルスを保護・促進する行動を取るために、メンタルヘルスの危険因子と保護因子についての情報を活用する重要な役割を担う。成人の精神障害の50%が14歳より前に始まることから、人生早期はメンタルヘルスプロモーションと精神障害の予防に特に重要な機会である。精神障害を有する児童と青年には、施設収容と医学的なラベリングを避けて、地域ベースの、科学的根拠に基づいた心理社会的およびその他の非薬物療法的な早期介入が提供されるべきである。さらに、介入は、国際連合の児童の権利に関する条約やその他の国際・地域の人権規約に即して、児童の人権を尊重したものでなくてはならない。

70 メンタルヘルスプロモーションと精神障害の予防の責任は、すべての部門とすべての政府部局に及ぶ。良好でないメンタルヘルスは、所得水準、雇用状況、教育水準、物質的な生活水準、身体的健康状態、家族のつながり、差別、性的暴力・児童虐待・ネグレクトを含む人権の侵害、生活上の有害な出来事への暴露など、さまざまな社会的経済的な決定要因に強い影響を受けるからである。武装した軍隊または武装集団に関わっていた者を含めて、自然災害または内戦と暴動に暴露した児童と青年のメンタルヘルスのニーズは非常に大きく、特別な注意を要する。

71 ライフコースにわたるメンタルヘルスプロモーションと精神障害の予防に向けての幅広い戦略の焦点になり得るものを列挙すると、精神障害に非常によく関連するスティグマ形成と人権侵害を改善するための差別禁止法と情報キャンペーン、精神障害を有する個人の権利・機会・ケアの促進、発達段階における主要な個人特性の育成（例えば、幼児期プログラム、ライフスキルと性教育、児童・親・ケアラーの間の安全・安定的・養育的な関係の発展を支援するプログラム）、特に児童期や青年期における感情または行動面の問題の同定・予防・治療を通しての早期介入、健康な生活と労働条件の提供（民間部門と公的部門における職場組織の改善と科学的根拠に基づくストレスマネジメントの枠組みを含む）、児童虐待やその他の家庭・地域における暴力に取り組み保護プログラムまたは地域の保護ネットワークおよび生活困窮者の社会的保護、といったものが挙げられる。⁹

72 自殺予防は重要な優先事項である。自殺企図をする人の多くは、脆弱性の高い、疎外された集団に属している。さらに、若年者と高齢者は自殺念慮と自傷行為の最も影響を受けやすい年齢層である。自殺死亡率は、自殺が犯罪として扱われる国があることのほか、脆弱なサーベイランスシステム、自殺が誤って事故死として扱われることにより、実際より低く報告される傾向がある。それにもかかわらず、自殺死亡率が長期的に減少傾向にある国々がある一方で、多くの国々においては変化しないか増加する傾向にある。慢性疼痛や急性の情緒的苦悩など、精神障害以外にも自殺に関連する危険因子は多いため、自殺予防のための行動は保健医療部門だけでなく、他部門においても同時に実施されるべきである。自傷や自殺の手段（銃器、農薬、過量服薬の恐れのある有毒な医薬品の入手可能性を含む）へのアクセスを制限すること、メディアによる責任ある報道、自殺リスクの高い人の保護と、精神障害と自殺関連行動の早期同定とマネジメントが効果的である可能性がある。

世界的な目標3.1：世界の80%の国々が、少なくとも2つの、機能している、国の多部門によるメンタルヘルスの促進と予防プログラムを持つ（2020年までに）。

世界的な目標3.2：国々の自殺死亡率を10%減少させる（2020年までに）。

加盟国に対する行動提案

73 メンタルヘルスプロモーションと予防：全体的介入と選択的介入の結びついた多部門による戦略を先導・調整する。それはメンタルヘルスの促進と精神障害の予防のため、スティグマ形成、差別、人権侵害の低減のためである。そしてそれは、脆弱性の高い特定の集団の生涯にわたって反応性があり、メンタルヘルスおよびヘルスプロモーションの国家戦略の中に統合される。

74 自殺予防：地域の背景を踏まえて、レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダーの人々、若者とその他のすべての年齢における脆弱性の高い集団を含めて、自殺の危険性が高いと同定された集団に特別な注意を向けて、自殺予防のための包括的な国の戦略を開発・実施する。

WHO事務局の行動

75 メンタルヘルスプロモーションと予防：メンタルヘルスの促進、精神障害の予防、スティグマ形成と差別の低減、生涯にわたる人権の促進のため、各国が科学的根拠に基づき、そして費用対効果の高いベストプラクティスを選択・策定・実施するに当たっての技術的支援を提供する。

76 自殺予防：自殺の危険性が高いと同定された集団に特別な注意を向けて、各国が自殺予防プログラムを強化する際に技術的支援を提供する。

国内外の協力者に対する行動提案

77 精神障害に伴う疾病負担の大きさと、メンタルヘルスの促進、精神障害の予防と治療、精神障害を有する人々のケアとリカバリーのための効果的な介入戦略の利用可能性についての認識を高めるアドボカシーにすべての利害関係者が携わるようにする。

78 精神障害と心理社会的障害を有する人々が、政府の障害給付（disability benefits）を受け、住居と生活プログラムへのアクセスを得て、より幅広い意味で、仕事と地域生活、市民問題に参加する権利を擁護する。

79 精神障害と心理社会的障害を有する人々が、例えば、人権擁護の提唱と、障害者権利条約と他の国際的および地域的な人権規約の施行に関する報告過程などにおいて、より広い障害者コミュニティの活動に含まれるようにする。

80 精神障害と心理社会的障害を有する人々に対するスティグマ形成、差別、その他の人権侵害と闘う行動を導入する。

81 メンタルヘルスプロモーションと精神障害の予防のためのすべての関連プログラムの開発・実施の協力者になる。

目的4：メンタルヘルスのための情報システム、科学的根拠と研究の強化

82 情報、科学的根拠、研究は、適切なメンタルヘルス政策、計画と評価のための決定的な要素である。研究を通じての新しい知識の創出は、政策と行動が科学的根拠とベストプラクティスに基づいておこわれることを可能にする。そして、時宜に適した関連する情報やサーベイランスの枠組みは、実施された行動をモニタリングし、サービス提供の改善点を見つけることを可能にする。現在、ほとんどの研究は、高所得国内で、高所得国により行われているが、低所得国と中所得国が、メンタルヘルスのニーズと優先事項に対応するための文化に適合した費用対効果の高い戦略を持つためには、この研究における不均衡が修正されなくてはならない。

83 メンタルヘルスに関するプロフィールの概要は、WHOのプロジェクトアトラス（Project ATLAS）などの定期的な評価を通じて入手できるものの、低所得国と中所得国の大半においては、メンタルヘルスのための通常の情報システムが未発達であるか存在しないため、地元の人々のニーズを理解し、それに応じた計画を立てることが難しくなっている。

84 メンタルヘルスシステムに必要とされる重要な情報と指標には、問題の程度（精神障害の有病率、メンタルヘルスと満たされた状態（well-being）の主要な危険因子と保護因子の同定）、政策・法令・介入とサービスの範囲（精神障害を有する人々の数と、治療および社会サービスなどの適切なサービスを受けている人々の数のギャップを含む）、保健医療のアウトカムデータ（人口レベルでの自殺死亡率および早期死亡率と、臨床症状、障害のレベル、全般的機能、生活の質に関する個人または集団レベルでの改善を含む）と、社会と経済のアウトカムデータ（精神障害を有する人々の、教育到達度、住居、雇用、収入の相対的なレベルを含む）が含まれる。これらのデータは、性別と年齢で区分され、地理的に多様な地域出身者（例えば都会vs地方）などの下位集団と脆弱性の高い集団の多様なニーズを反映する必要がある。保健医療情報システムを通じて得られる通常に加えて、臨時の特別の調査からもデータを収集する必要がある。既存データを利用できる貴重な機会もあり、例えば、政府、NGOおよびその他の団体から、定期的報告機構の一環として、条約監視組織に提出された報告書から情報を収集することがあげられる。

世界的な目標4：世界の80%の国々が、国の保健医療・社会情報システムにより、中核となるメンタルヘルス指標を少なくとも1セット以上、2年毎に定期的に収集・報告する（2020年までに）。

加盟国に対する行動提案

85 **情報システム**：メンタルヘルスを通常保健情報システムに統合する。そして性別・年齢で区分された主要なメンタルヘルスのデータ（自殺既遂および自殺未遂についてのデータを含む）を同定・照合し、定期的に報告・活用する。それはメンタルヘルスサービスの提供およびプロモーション・予防戦略を改善し、世界メンタルヘルス監視組織（WHOの世界保健監視機関の一部）にデータを提供する。

86 **科学的根拠と研究**：メンタルヘルス研究の国の優先事項の研究態勢と学術の連携を改善する。それは特に、精神障害を有する人々のサービス開発と人権行使に直接関連するオペレーショナル・リサーチについてであって、精神障害を有する人々を含むすべての利害関係者からのインプットのある、明確な基準を有する中核的な研究拠点（centres of excellence）の設立を含む。

WHO事務局の行動

87 情報システム：中核となる指標群を開発し、サーベイランス／情報システムの開発のための助言・指導、トレーニングと技術的支援を提供する。それは中核となるメンタルヘルス指標群の情報を捉え、これらのデータを不平等と保健医療アウトカムのモニタリングへの利用を促進するためである。そして世界のメンタルヘルスの状況（このアクションプランに記された目標達成の進捗を含む）をモニタリングするためのベースラインデータを確立することによって、WHOの世界メンタルヘルス監視組織（WHOの世界保健医療監視機関の一部）によって収集される情報を増加するためである。

88 科学的根拠と研究：精神障害と心理社会的障害を有する人々とその団体を含む利害関係者を、メンタルヘルスに関する世界的な研究課題の策定とプロモーションに参加させ、研究の連携のための世界的なネットワークづくりを促す。また、疾病負担、メンタルヘルスプロモーション、予防、治療、リカバリー、ケア、政策とサービスの評価に関する、文化的に妥当性のある研究をおこなう。

国内外の協力者に対する行動提案

89 加盟国にサーベイランス／情報システムを構築するための支援を提供する。これによって、精神障害を有する人々のメンタルヘルス、保健医療と社会サービスの中核となる指標を捉え、経時的な変化の評価が可能になり、そしてメンタルヘルスの問題の社会的決定要因に関する理解を提供することができる。

90 精神障害と心理社会的障害を有する人々への保健医療・社会サービスの提供を含めた、メンタルヘルスについての知識のギャップを埋めるための研究を支援する。

¹ Annex II provides a glossary of main terms; links to other global action plans, strategies and programmes; international and regional human rights treaties; and selected WHO technical materials and resources on mental health.

² Alzheimer's Disease International. Dementia: a public health problem. Geneva, World Health Organization, 2012.

³ World Economic Forum, the Harvard School of Public Health. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva, World Economic Forum, 2011.

⁴ Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva, World Health Organization, 2010.

⁵ WHO-AIMS version 2.2: World Health Organization assessment instrument for mental health systems, Geneva, World Health Organization, 2005 [document WHO/MSD/MER/05.2].

⁶ http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index.html [accessed 24 May 2013].

⁷ WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva, World Health Organization, 2012.

⁸ Inter-Agency Standing Committee. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva, Inter-Agency Standing Committee, 2007.

⁹ See Risks to mental health an overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO Secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan.

包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2020で 定義された目標の進捗を測定する指標

包括的メンタルヘルスアクションプランの世界的な目標の達成に向けての進捗を評価する指標は、加盟国がメンタルヘルス政策とプログラムを適切にモニタリングできるように必要な情報と報告へのニーズをまとめたサブセットである。目標が自主的かつ世界的であるならば、各加盟国は必ずしも具体的な目標をすべて達成することは期待されていないが、それらの達成に向けて、それぞれの程度に応じて共同して貢献することができる。プランの目的4で示されたように、要請があれば、WHO事務局は加盟国に、メンタルヘルスシステムのインプット、活動、アウトカムの指標について、データ収集のための国の情報システムの開発に向けた助言・指導、トレーニングおよび技術支援を提供するであろう。これは、新規または類似のシステムの開発よりは、むしろ既存の情報システムを利用することを目的とする。各目標のベースラインは、世界的なアクションプランの実施初期に設定される。

目的1：メンタルヘルスのための効果的なリーダーシップとガバナンスの強化

世界的な目標1.1	世界の80%の国々が、国際・地域の人権規約に即して、メンタルヘルスの政策／計画を策定または更新する（2020年までに）。
指標	国際的な人権規約に即したメンタルヘルスに関する国の政策および／または計画の存在（有／無）
検証方法	政策／計画の物理的な利用可能性と、国際的および地域的な人権基準に適合していることの確認。
コメント／想定	10年以上前の政策や計画の多くは、最新の国際人権基準と科学的根拠に基づく実践を反映していないかもしれない。連邦システムを採用する国々において、指標はその国の大部分の州／地方による政策/計画を反映していると考えられる。メンタルヘルスのための政策または計画は、独立しているか、あるいは他の一般保健医療または障害関連の政策や計画に統合されている可能性がある。
世界的な目標1.2	世界の50%の国々が、国際・地域の人権規約に即して、メンタルヘルスのための法律を制定または更新する（2020年までに）。
指標	国際的な人権規約に即したメンタルヘルスに関する国の法律の存在（有／無）。
検証方法	法律の物理的な利用可能性と、国際的および地域的な人権基準に適合していることの確認。
コメント／想定	10年以上前の法律の多くは、最新の国際人権基準や科学的根拠に基づく実践を反映していないかもしれない。連邦システムを採用する国々において、指標はその国の大部分の州／地方による法律を反映していると考えられる。メンタルヘルスのための法律は、独立しているか、あるいは他の一般保健医療または障害関連の法律に統合されている可能性がある。

目的2：地域ベースの、包括的で、統合され、反応性のあるメンタルヘルスサービスと社会的ケアサービスの提供

世界的な目標2	重度の精神障害に対するサービスの適用範囲を20%増加する（2020年までに）。
指標	重度の精神障害を有する人（精神病性障害、双極性感情障害、中程度から重度のうつ病）のうち、サービスを利用している割合（%）。
検証方法	分子：重度の精神障害のあるサービス利用者数。通常の情報システムから得られた数か、それが利用可能でない場合は、1か所以上の国の特定地域にある保健医療機関におけるベースラインおよびフォローアップ調査から得られた数。 分母：サンプル人口における重症の精神障害者数。全国調査から得られた数か、それが利用可能でない場合は、地域の一部における推定有病率から得られた数。
コメント／想定	サービス適用範囲の推定は全精神障害について必要であるが、ここでは測定 of 労力を軽減するため、重度の精神疾患に限定する。保健医療機関は、プライマリケアセンターから一般病院および専門病院までさまざまであり、外来または入院をベースとした心理社会的治療および／または薬物療法だけでなく社会的ケアや支援も提供しているかもしれない。測定 of 労力を軽減するため、また必要に応じて、各国は調査を病院ベースと宿泊施設だけに制限することもありうる（この場合、プライマリケアと他のサービス提供者を含まないので、正確さはいくらか低下する）。ベースライン調査は2014年、フォローアップ調査は2020年（また、できれば中間調査を2017年）に行われる。希望があれば、サービスの即応性と質も調べるために、質問事項を補充できる。WHO事務局は、調査のデザインと用具に関して、加盟国に助言・指導と技術的支援を提供できる。

目的3：メンタルヘルスにおけるプロモーションと予防のための戦略の実施

世界的な目標3.1	世界の80%の国々が、少なくとも2つの、機能している、国の多部門によるメンタルヘルスの促進と予防プログラムを持つ（2020年までに）。
指標	多部門によるメンタルヘルスプロモーションと予防についての機能しているプログラムの存在（有／無）。
検証方法	現在実施されているプログラムの一覧表またはプロジェクトごとの記述。
コメント／想定	プログラムには、人口レベルのプロモーションまたは予防戦略（例えば、マスメディアを用いた差別反対キャンペーンなど）と、地域で脆弱性が高いと特定された集団（例えば、有害な生活上の出来事に暴露した児童など）を対象とするものの両者が含まれる可能性があり、またその方が望ましい。

世界的な目標3.2	国々の自殺死亡率を10%減少させる（2020年までに）。
指標	1年間の人口10万人あたりの自殺死亡者数。
検証方法	自殺による死亡者の年次登録（ベースライン年：2012年または2013年）。
コメント／想定	この目標達成に向けて効果的に行動するには、保健医療／メンタルヘルス部門以外の多部門と結びついた活動が必要である。正確なサーベイランスデータを得ることは困難であり、自殺に関する報告の正確さの向上、人口の高齢化、その他の可能性のある要因により、自殺者の記録総数が減少しない国もあるかもしれない。しかし、自殺死亡率は（自殺総数に反して）予防の取り組みの改善をもっともよく反映する。

目的4：メンタルヘルスのための情報システム、科学的根拠と研究の強化

世界的な目標4	世界の80%の国々が、国の保健医療・社会情報システムにより、中核となるメンタルヘルス指標を少なくとも1セット以上、2年毎に定期的に収集・報告する（2020年までに）。
指標	2年毎に定期的に収集・報告される、同定され、同意された中核となるメンタルヘルス指標（有/無）。
検証方法	メンタルヘルスに関する中核となる指標をWHOへ2年毎に報告・提出。
コメント／想定	メンタルヘルスの核となる指標には、このアクションプランで特定された目標に関するものと共に、他の保健医療と社会システムの活動の重要な指標が含まれる（例えば、トレーニングと人的資源のレベル、向精神薬の入手可能性、病院への入院）。データは性別と年齢階級で分けられる必要がある。必要に応じて、通常の情報システムからのデータを補足するために補足的な調査を利用できる。WHO事務局は、加盟国と相談の上、収集すべき中核となる指標について各国に助言をおこなう。データの収集、分析と報告は、WHOが世界規模と地域ベースでおこなう（WHOのGlobal Health Observatoryの一部として）。

包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2020 実施の選択肢

本書で加盟国に提案されている行動は、アクションプランの目的を達成するために何ができるかを示すものである。この付録は、各国の多様性、特にメンタルヘルス、保健医療、社会制度の発展レベル、資源の利用可能性を認識した上で、どのようにしてこれらの行動を実現できるかについて、いくつかの選択肢を提示する。これらの選択肢は、包括的でも規範的でもないが、国々がそれを用いることで行動可能となるような、事例または示唆的なメカニズムを提供する。

目的1：メンタルヘルスのための効果的なリーダーシップとガバナンスの強化

行動	実施の選択肢
<p>政策と法律：科学的根拠、ベストプラクティス、障害者権利条約、他の国際および地域の人権規約に即して、関係するすべての部門において、行動基準、人権擁護と法律の施行をモニタリングするためのメカニズムを含め、メンタルヘルスに関連する国の政策、戦略、プログラム、法律、規定を開発、強化、更新、施行する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 戦略的計画、ニーズのアセスメント、多部門の連携、サービスの評価に責任を持つ機能的なメンタルヘルスユニットまたは調整メカニズムを保健省内に設置する。 • 政策概要、科学的出版物、メンタルヘルスのリーダーシップコースの提供を通じて、国の政策立案者がメンタルヘルスと人権の問題に敏感になるようにする。 • 貧困の軽減、開発を含めて、メンタルヘルスと、精神障害と心理社会的障害を有する人々の権利を、すべての保健医療およびその他の部門の政策と戦略の主流に組み込む。 • 可能であれば既存の独立機関を利用して、拷問または残虐で非人道的な人間としての尊厳を無視した扱い、その他の形態の酷使や虐待をモニタリングし、予防するメカニズムを設立することにより、説明責任を高める。また、国際的および地域的な人権規約との一貫性を保つ方法で、法律家、精神障害と心理社会的障害を有する人々など、適切な利害関係者のグループをこれらのメカニズムに参加させる。 • 精神障害と心理社会的障害を有する人々に対するスティグマ形成、差別、人権侵害を続ける法律を廃止する。 • 政策と法律が障害者権利条約に準拠しているかモニタリングと評価を行い、その情報を当該条約の報告メカニズムに提供する。
<p>資源計画立案：決定された科学的根拠に基づくメンタルヘルス計画と行動のため、測定されたニーズに従って計画し、同定された人的資源やその他の資源に相応しい経費をすべての関連部門に配分する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • メンタルヘルスの計画、予算とプログラムの開発と実施を報告するために、疫学および資源ニーズのデータを使用（指示がある場合は収集）する。 • 保健医療部門、教育、雇用、刑事司法および社会サービスなど他の関連部門における、メンタルヘルス関連の支出を追跡するメカニズムを設ける。 • 文化に適合した費用対効果の高い特定の活動が確実に実施されるように、利用可能な資金を計画の段階で確認する。 • メンタルヘルスにより多くの資源が割り当てられるよう効果的に提唱するために、他の利害関係者と協力する。

行動	実施の選択肢
<p>利害関係者の連携：精神障害を有する人々、ケアラー、家族を含めて、すべての関連部門の利害関係者に、正式の組織と機構および／またはメカニズムを通じて、メンタルヘルスに関する政策、法律、サービスの開発と実施を動機付け、参加させる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 保健医療関係の政策、法律、サービスを計画・策定する際に、すべての関係部門と利害関係者を招集し、彼らと連携し、その合意を求める。これには、フォーマルとインフォーマルな部門にわたる協調的な政策とケアを改善する効果的なメカニズムについての知識の共有が含まれる。 • 政策、法律、規則の実施に関する責任も含めて、地域の能力を育成する。また、関連する利害関係者グループ間のメンタルヘルス、法律、人権についての認識を高める。
<p>精神障害と心理社会的障害を有する人々と、その団体の強化とエンパワメント：精神障害と心理社会的障害を有する人々は、政策・法・サービスのデザイン・計画・実施の過程に影響力を及ぼす公的な役割と権限を付与される。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 精神障害と心理社会的障害を有する人々を代表する団体の能力を育成するため、後方支援、技術と経済的支援を提供する。 • 精神障害と心理社会的障害を有する人々の、国または地域の独立団体の設立と、メンタルヘルス関連の政策、法律、サービスの策定・実施への積極的な参加を奨励し、支援する。 • 精神障害や心理社会的障害のある人々を、メンタルヘルスサービスの査察とモニタリングに関与させる。 • 精神障害と心理社会的障害を有する人々を、メンタルヘルスケアを提供するヘルスワーカーのトレーニングに関与させる。

目的2：地域ベースの、包括的で、統合され、反応性のあるメンタルヘルスサービスと社会的ケアサービスの提供

行動	実施の選択肢
<p>サービスの再構築と適用範囲の拡大：優先されるべき状態への科学的根拠に基づく介入（適切な方法で段階的ケアの原則を用いることを含む）の適用範囲の拡大と、短期の入院治療、一般病院の外来治療、プライマリケア、包括的なメンタルヘルスセンター、デイケアセンター、家族と暮らす精神障害を有する人々の支援、支援付き住宅を含めた、つながりのある地域ベースのメンタルヘルスサービスのネットワークの活用により、メンタルヘルスサービスケアの場所を長期入院の精神科病院から専門分化していない保健医療の場へと組織的に転換する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 長期入院型の精神科病院を閉鎖し、退院した患者が地域の中で家族と生活することへの支援に切り替えていく段階的な、予算化された計画を開発する。 • すべての一般病院において、外来患者のメンタルヘルスサービスと入院患者のメンタルヘルスユニットを提供する。 • アウトリーチサービス、在宅ケアと支援、救急ケア、地域ベースのリハビリテーション、支援付き住居を含む地域ベースのメンタルヘルスサービスを構築する。 • 精神障害を有する人々とその家族／ケアラーを地域社会で支援するために、多職種による地域メンタルヘルsteamを設立する。 • メンタルヘルスを、HIV/AIDSと母親、性と生殖に関する保健プログラムのような、疾病特異的なプログラムに統合する。 • サービス利用者と家族／ケアラーで実践的な経験を持つ人に、ピアサポーターとして参加してもらう。 • 自助グループと家族支援グループを含めてNGO、信仰をベースにした組織、その他の地域組織の運営による地域メンタルヘルスサービスの設立を支援する。 • 電子テクノロジーやモバイルテクノロジーを含む、精神障害を有する人々の自助とケアのためのツールと戦略を開発・実施する。 • メンタルヘルスサービスと精神障害のための基本的な治療薬を保険適用に含める。そして、社会経済的に不利な集団に経済的な保護を提供する。

行動	実施の選択肢
<p>統合され、反応性のあるケア：サービス利用者主導の治療とリハビリプランを通じて、また必要に応じて、家族とケアラーのインプットも活用して、精神的健康と身体的健康の両方のケアのニーズに合わせることに、一般保健医療サービスと社会サービスの内外にあるすべての年齢の精神障害を有する人々のリハビリを促進すること（就労、住居、教育の権利の促進を含む）を目的として、全人的な予防、プロモーション、リハビリテーション、ケアと支援を統合し調整する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> •ヘルスワーカーに、通常業務のケアの一環として、他部門から利用可能なサービスや資源と人々とを結びつけることを奨励する（例えば、生計を立てる機会、教育と雇用）。 •心理社会的障害を有する人々がサービスやプログラムに参加できるよう他部門と協力して提唱する（例えば、住居、教育、雇用、社会福祉）。 •保健医療サービスと社会サービスの提供者を対象とする啓発とトレーニングを通して、リハビリを指向したケアと支援を養う。 •精神障害を有する人々、その家族とケアラーに、障害の原因と結果、治療とリハビリの選択肢に加えて、全般的な健康と満たされた状態（well-being）を改善するための健康なライフスタイル行動についての情報を提供する。 •メンタルヘルスケアにおいて、精神障害を有する人々、その家族とケアラーに、エンパワメントと関与を促す。 •保健医療システムの全レベルにおいてWHO必須医薬品リストにあるものを含む基本的な精神障害治療薬の利用可能性を、調達・確保する。それらが合理的に使用されるように、また治療薬を処方するために、メンタルヘルスの専門家ではないヘルスワーカーに適切なトレーニングをおこなう。 •重度の疾患を有する親（精神障害を有する親を含む）が保健医療サービスで治療中の場合、子どもが精神的に満たされた状態（mental well-being）となるように取り組む。 •進行中のドメスティック・バイオレンスと社会不安または紛争を含めて、有害な生活上の出来事を経験した児童や成人に、人々のトラウマに取り組み、リハビリとレジリエンスを促し、そして支援を求める人々が再度トラウマを受けることのないように、サービスとプログラムを提供する。 •プライマリケアとその他のサービスレベルにおいて、家族危機をマネジメントするための介入を実施し、家族とケアラーにケアと支援を提供する。 •メンタルヘルスと社会ケアの外来・入院施設における質と人権の状況を評価し、改善するために、WHOのQualityRights Standardsの利用を実施する。

行動	実施の選択肢
<p>人道上の緊急事態におけるメンタルヘルス(単発的・反復的・持続的な紛争・暴力・災害を含む)：国の緊急対策委員会、メンタルヘルス提供者と協力する。それはメンタルヘルスおよび心理社会的支援に関するニーズを緊急時の備えに取り入れ、また安全で支援的なサービスへのアクセスを可能にするためである。それには緊急事態とその後の精神障害(緊急事態に誘発されたものだけでなくそれ以前から存在したものも含む)または心理社会的問題を有する人々の心理的トラウマに対応し、そのリハビリとレジリエンスを促進するサービスや、保健医療従事者と人道支援要員のためのサービスを含む。これには地域ベースのメンタルヘルスシステムを、緊急事態後に構築または再構築する際に必要となる長期的資金への注意を当然伴う必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 緊急事態への準備行動について国の緊急対策委員会と共同に取り組む。これについては、スフィア・プロジェクト(Sphere Project)で定められたメンタルヘルスの最低基準と、緊急事態におけるメンタルヘルスと心理社会的支援に関する機関間常設委員会のガイドラインの中で概説されている。 ヘルスワーカーとコミュニティーワーカーに心理的応急処置を周知し、また、必要不可欠なメンタルヘルスに関する情報を提供することによって、緊急事態に備える。 緊急時に、スフィア・プロジェクトで定められたメンタルヘルスの最低基準と上記ガイドラインの適用について、協力者との調整を確保する。 緊急事態後、それに影響された人口における長期的な精神障害の増加への対応として、持続可能な地域ベースのメンタルヘルスシステムを構築または再構築する。
<p>人的資源の開発：一般のおよび専門的ヘルスワーカーの知識とスキルを養成する。それは科学的根拠に基づき、文化に適合し、かつ人権に配慮したメンタルヘルスと社会ケアサービスを、児童と青年に提供するためであって、とりわけ、在学中と卒後のカリキュラムにメンタルヘルスを導入する。そして、現場におけるヘルスワーカーへのトレーニングとメンタリングを通して、特に非専門的な場面において、精神障害を有する人々を同定し、適切な治療と支援を提供し、適切な方法で異なるレベルのケアを紹介する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> プライマリヘルスケアと一般病院などのメンタルヘルスを専門としない保健医療の現場において、メンタルヘルスと社会ケアサービスを提供するため、人的資源の能力を構築・保持するための戦略を開発・実施する。 非専門的な場面における精神障害、神経障害、物質使用障害に関するWHOの精神保健の格差に関する行動プログラム(mhGAP)介入ガイド(2010)と、関連のトレーニング・指導用資料を用いて、ヘルスワーカーが障害を同定し、科学的根拠に基づく介入を提供して、優先的かつ幅広いケアができるようにトレーニングをおこなう。 卒業前および卒後のカリキュラムにメンタルヘルスの要素を定義し、組み入れるよう、大学、専門学校およびその他の関連する教育機関と連携する。 ヘルスワーカーのトレーニングに関して、明確な職務の定義、紹介の仕組み、監督とメンタリングを含む働きやすいサービス環境を与える。 必要に応じて、eラーニングを用いて、保健医療と社会ケア従事者の能力を、その仕事のすべての分野(例えば、臨床、人権と公衆衛生など)において向上させる。 メンタルヘルスに人員を引きつけ、また保持するために、メンタルヘルスの専門家と従事者の労働条件、報酬と昇進の機会を改善する。
<p>格差への対応：サービスへのアクセスが困難な、精神疾患のリスクが特に高い集団を積極的に同定し、適切な支援を提供する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域における異なる社会人口集団と、サービスを利用していない脆弱性の高い集団(ホームレス状態にある人、児童、高齢者、囚人、移住者と少数民族集団、および緊急事態に巻き込まれた人々など)のニーズを同定し、評価する。 “危機にある”集団と脆弱性の高い集団が、治療、ケア、支援にアクセスする際に直面する障壁について評価する。 これらの集団を焦点に当てた積極的な戦略を開発し、ニーズを満たすサービスを提供する。 “危機にある”集団と脆弱性の高い集団のニーズをよりよく理解できるように、保健医療と社会ケアのスタッフに情報とトレーニングを提供する。

目的3：メンタルヘルスにおけるプロモーションと予防のための戦略の実施

行動	実施の選択肢
<p>メンタルヘルスプロモーションと予防：全体的介入と選択的介入の結びついた多部門による戦略を先導・調整する。それは、メンタルヘルスの促進と精神障害の予防のため、スティグマの形成、差別、人権侵害の低減のためである。そしてそれは、脆弱性の高い特定の集団の生涯にわたって、反応性があり、メンタルヘルスおよびヘルスプロモーションの国家戦略の中に統合される。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 例えば、メディアによる啓発とキャンペーンを通じてスティグマと差別を低減し、人権を促進するなど、メンタルヘルスについての一般住民の知識と理解を高める。 • 子育てのスキルのトレーニングを含めて、新たな母親と乳幼児を対象とした自宅と保健医療施設ベースの産前産後のケアの一環として、情緒の健康とメンタルヘルスを取り入れる。 • 健全な親子関係を促進することに加えて、児童の認知的、感覚運動的そして心理社会的発達に向けた早期幼児プログラムを提供する。 • アルコールの有害な使用を（アルコールの有害な使用を縮小するグローバル戦略を含む方策を実施することにより）低減する。 • 危険で有害な物質使用に対して簡易介入を導入する。 • アルコール使用に関連した暴力への注意を含めて、ドメスティック・バイオレンスを予防し、対応するプログラムを実施する。 • 生活上の有害な出来事を経験した児童と成人に対し、そのトラウマに対応し、リカバリーとレジリエンスを促進し、支援を求める人がトラウマを再体験することを避けるサービスとプログラムを提供する。 • 地域の児童保護ネットワークとシステムを導入または強化することにより、子供を虐待から守る。 • 慢性の精神障害を有する親を持つ児童のニーズに、プロモーションと予防プログラムの中で対応する。 • 生活／スキルプログラム、いじめと暴力に対抗するプログラム、健康なライフスタイルの利点と物質使用のリスクについての啓発、情緒または行動面の問題を示す児童と青年の早期発見と介入を含めた、学校ベースのプロモーションと予防を開発する。 • 精神障害と心理社会的障害を有する人々のための労働参加と復職プログラムを促進する。 • 職場組織の改善、管理職を対象としたメンタルヘルスのトレーニング、ストレスマネジメントコースと職場健康プログラムの提供、そしてスティグマ形成と差別への取り組みの推進に注意を払いながら、安全かつ支援的な労働環境を促進する。 • 精神障害と心理社会的障害を有する人々と、その他の脆弱性の高い集団のために、自助グループ、社会的支援、地域のネットワークと地域への参加の機会を強化する。 • メンタルヘルスにおけるプロモーションと予防のために、科学的根拠に基づく伝統的な実践の使用を促す（ヨガや瞑想など）。 • プロモーションと予防戦略におけるソーシャルメディアの使用を拡大する。 • てんかんとその他の神経学的な問題およびメンタルヘルスの問題を予防するために、見過ごされてきた熱帯病（例えば糸虫症、囊虫症）を予防・管理する戦略を実施する。 • 金融・経済危機において脆弱性の高い集団を保護する政策と対策を開発する。

行動	実施の選択肢
<p>自殺予防：地域の背景を踏まえて、レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダーの人々、若者とその他のすべての年齢における脆弱性の高い集団を含めて、自殺の危険性が高いと同定された集団に特別な注意を向けて、自殺予防のための包括的な国の戦略を開発・実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 問題の大きさと効果的な予防戦略を利用できることについて、国民一般の、政治の、そしてメディアの意識を高める。 自傷と自殺の手段へのアクセスを制限する(例えば銃器と農薬)。 自殺事例に関してのメディアの責任ある報道を促す。 自殺予防にむけての職場の主導を促す。 自傷と自殺に対する保健医療システムの対応を改善する。 自傷／自殺とそれに伴う精神障害、神経学的障害および物質使用障害のアセスメントとマネジメントをおこなう(精神保健の格差に関する行動プログラム(mhGAP)介入ガイドに概説)。 自殺で遺された人と自殺未遂をした人の両方に、利用可能な地域の資源からの心理社会的支援を最適化する。

目的4：メンタルヘルスのための情報システム、科学的根拠と研究の強化

行動	実施の選択肢
<p>情報システム：メンタルヘルスを通常の保健情報システムに統合する。そして性別・年齢で区分された主要なメンタルヘルスのデータ(自殺既遂および自殺未遂についてのデータを含む)を同定・照合し、定期的に報告・活用する。それはメンタルヘルスサービスの提供およびプロモーション・予防戦略を改善し、世界メンタルヘルス監視組織(WHOの世界保健監視機関の一部)にデータを提供する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 施設、性別、年齢、その他の関連する変数に分類された、メンタルヘルスと自殺についてモニタリングする活動的なサーベイランスシステムを整備する。 危険因子と障害を含めて、国の人口ベースの調査と保健医療情報システムの中に、メンタルヘルス情報のニーズと指標を組み入れる。 国の保健医療情報システムより定期的に収集されるデータに加え、2次的、3次的サービスからの詳細なデータも収集する。 他部門の情報システムにメンタルヘルスの指標を含める。
<p>科学的根拠と研究：メンタルヘルス研究の国の優先事項の研究態勢と学術の連携を改善する。それは特に、精神障害を有する人々のサービス開発と人権行使に直接関連するオペレーショナル・リサーチについてであって、精神障害を有する人々を含むすべての利害関係者からのインプットのある、明確な基準を有する中核的な研究拠点(centres of excellence)の設立を含む。</p>	<ul style="list-style-type: none"> すべての利害関係者との協議をベースに、メンタルヘルス領域における優先的な国の研究課題を開発する。 ニーズを査定し、サービスとプログラムを評価する研究能力を改善する。 メンタルヘルス研究の領域における、大学、研究機関と保健医療サービス間の協力を強化する。 治療とリカバリーのための介入・予防とプロモーションの有効性に加えて、異なる文化的背景における精神的苦痛、有害なもの(例えば、人権侵害と差別)または保護的なもの(例えば、社会的支援と伝統的習慣)についての地域の理解や実践についての研究を実施する。 人種／民族性、性別、社会経済的地位と地理(都市部vs地方)など、各国の多様な下位集団間におけるメンタルヘルスの相違を特徴づける方法を開発する。 研究と資源の国相互の学際的交流のため、国、地域および国際的な研究センター間の連携を強化する。 メンタルヘルス領域の研究における高い倫理基準を促進する。そのため、関係する個人の自由意志による承認とインフォームドコンセントがある場合に限り研究をおこなうこと、研究者は人々を研究に勧誘または募集する見返りとしていかなる特典・代償・報酬も受け取ってはならないこと、研究が潜在的に有害または危険である場合は実施してはならないこと、そしてすべての研究は、国および国際的な規範・標準に従って機能している独立した倫理委員会の承認を受けていることが確保されなければならない。

3. メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020の概要

ビジョン

メンタルヘルスが尊重・促進・保護され、精神障害が予防され、精神障害に罹患した人々が人権を最大限に行使し、リカバリーを促進するために、質が高く、文化に適合した保健医療ケアと社会ケアを適時に受けることのできる世界を達成すること。それはスティグマ形成と差別を受けることなく、可能な限り最高水準の健康を享受して、社会や職場に十分に参加するためである。

目標

精神的に満たされた状態(mental well-being)を促進し、精神障害を予防し、ケアを提供し、リカバリーを促し、人権を促進し、そして精神障害を有する人々の死亡率、罹患率、障害を低減すること。

分野横断的原則

1. **ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ**: 年齢、性別、社会経済的地位、人種、民族性や性的指向に関わらず、また、公平性の原則に従い、精神障害を有する人々は、彼ら自身が貧困に陥る危険を負うことなく、リカバリーと到達可能な最高の水準の健康の達成に必要な不可欠な、保健医療サービスと社会サービスにアクセスできる必要がある。
2. **人権**: 治療、予防とプロモーションのためのメンタルヘルスの戦略、行動と介入は、障害者権利条約と、他の国際・地域の人権規約に準拠するものでなければならない。
3. **科学的根拠に基づく実践**: 治療、予防とプロモーションのためのメンタルヘルス戦略と介入は、文化に配慮しながら、科学的根拠および／またはベストプラクティスに基づいたものでなければならない。
4. **ライフコースアプローチ**: メンタルヘルスのための政策、計画とサービスは、幼児期、児童期、青年期、成人期と老年期を含む、ライフコースの全段階における保健医療と社会ニーズを考慮したものでなければならない。
5. **多部門アプローチ**: メンタルヘルスのための包括的で調和の取れた対応には、各国の状況に応じて、保健医療、教育、雇用、司法、住居、社会とその他の関連する部門などの、多くの公的部門と民間部門の協力が必要である。
6. **精神障害と心理社会的障害を有する人々のエンパワメント**: 精神障害と心理社会的障害を有する人々は、権限を付与され、メンタルヘルスのアドボカシー、政策、計画、法令、サービス提供、モニタリング、研究そして評価に含まれるべきである。

目的と目標

メンタルヘルスのための効果的なリーダーシップとガバナンスの強化

世界的な目標1.1：世界の80%の国々が、国際・地域の人権規約に即してメンタルヘルスの政策／計画を策定または更新する（2020年までに）。

世界的な目標1.2：世界の50%の国々が、国際・地域の人権規約に即してメンタルヘルスのための法律を制定または更新する（2020年までに）。

地域ベースの、包括的で、統合され、反応性のあるメンタルヘルスサービスと社会的ケアサービス提供

世界的な目標2：重度の精神障害に対するサービスの適用範囲を20%増加する（2020年までに）。

メンタルヘルスにおけるプロモーションと予防のための戦略の実施

世界的な目標3.1：世界の80%の国々が、少なくとも2つの、機能している、国の多部門によるメンタルヘルスの促進と予防プログラムを持つ（2020年までに）。

世界的な目標3.2：国々の自殺死亡率を10%減少させる（2020年までに）。

メンタルヘルスのための情報システム、科学的根拠と研究の強化

世界的な目標4：世界の80%の国々が、国の保健医療・社会情報システムにより、中核となるメンタルヘルス指標を少なくとも1セット以上、2年毎に定期的に収集・報告する（2020年までに）。

第66回WHO総会決議（2013年5月）

WHA66.8 包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2020

第66回WHO総会は、付録¹を含む包括的アクションプラン2013-2020草案に関するWHO事務局の報告書を考慮した上で、

1. 包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2020を採択する。
2. 加盟国に対し、各国の優先事項に適合させて、包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2020に提案された行動を実施することを促す。
3. 世界、地域、国内の協力者に対し、包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2020に留意するよう招請する。
4. 包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2020に示されたWHO事務局のとるべき行動、およびアクションプラン実施の達成度についての報告書を、執行情事会を通じて、第68回、第71回、第74回WHO総会に提出することをWHO事務局長に要請する。

（2013年5月27日開催、第9回本会議A委員会、第4報告）

第65回WHO総会決議（2012年5月）

WHA65.4 世界的な精神障害の疾病負担と、国レベルにおける保健医療と社会部門による包括的かつ調整された対応の必要性

第65回WHO総会は、世界的な精神障害の疾病負担と、国レベルにおける保健医療と社会部門の包括的かつ調整された対応の必要性に関する報告書²を考慮した上で、

WHA55.10を想起する。これは、メンタルヘルスが人々の満たされた状態（well-being）を構成する必須要素であるとして、なかんずく加盟国に、国内そして二国間と多国間の共同によるメンタルヘルスへの投資の増加を要請した。

さらに、国際連合総会決議65/95を想起する。これは、メンタルヘルスの問題はすべての社会にとって非常に重要で、疾病負担と生活の質の低下の大きな要因となっていること、加えて膨大な経済的、社会的コストとなっていることを認識するものである。そして、メンタルヘルスへの適切な関心が不足していること、政府と開発当事者に対して、精神障害を有する人々を含む教育、雇用、健康、社会保障および貧困軽減の政策に関する戦略とプログラムのデザインにおいて、精神障害を有する人々に手を差し伸べることを強調したメンタルヘルスと開発に関するWHOの報告を歓迎したものである。

「非感染性疾患の予防と管理に関する総会」（ニューヨーク、2011年9月19～20日）のハイレベル会合に留意する。ここでは、アルツハイマー病を含む精神および神経の障害は、疾病罹患の重要な原因であり、世界の非感染性疾患負担の重要な原因となっており、効果的なプログラムと保健医療介入への公平なアクセスを提供する必要があることが認識された。

国際連合の障害者権利条約に示されているように、精神障害がさまざまな障害を導くことを認識する。この条約にはまた、機能障害を有する人々と、彼らが他の人々と同等に全面的かつ効果的に社会参加することを妨げる態度と環境の障壁との相互作用によって結果として障害が生じること、また、「障害に関する世界レポート2011」の中で、精神障害を有する人々を含めた障害を有する人々の参加とインクルージョンの改善に必要なステップをチャートに示している。

また、精神障害が、神経学的障害と物質使用障害を含む、より幅広いスペクトラムに含まれ、相当な障害の原因となり、保健医療と社会部門からの調整された対応を必要とすることを認識する。

世界中で何百万人もの人々が精神障害に罹患していること、そして障害を抱えて生活することに伴う早期死亡と定義すると、2004年には世界の疾病負担の13%が精神障害によるものであった。また、疾病負担の計算の障害の部分のみを考慮すると、精神障害は、低所得および中所得の国々において、障害を抱えて生きる年数のそれぞれ25.3%、33.5%に当たる。

また、人道上的緊急事態にさらされることは、メンタルヘルスの問題と心理的トラウマの潜在的な危険因子であり、社会構造と、重度の既存の精神障害を有する人々の受けているフォーマルとインフォーマルなケアが中断されることを懸念する。

さらに、世界中で精神障害の治療格差は大きく、低所得国と中所得国においては重度の精神障害を有する人々の76%から85%が治療を受けておらず、高所得国ではそれよりは低いものの、35%から50%とやはり高い水準であることを認識する。

加えて、いくつかの精神障害は予防できること、また、メンタルヘルスは保健医療部門と保健医療以外の部門において促進されることを認識する。

精神障害を有する人々はしばしばスティグマの対象となり、保健医療当局が関連グループと協力して、精神障害に対する態度を変えることの必要性を強調する。

特に児童と青年において、メンタルヘルスを促進し、精神障害を予防することを目的とした介入は、有効で費用対効果が高いという科学的根拠が増加していることにも留意する。

さらに、HIV/AIDS、母子保健、暴力と損傷を含む非感染性疾患とさまざまなその他の優先的な健康問題と関連することに留意する。また、精神障害は、貧困、物質乱用とアルコールの有害な使用、女性や子供の場合はドメスティック・バイオレンスや虐待に暴露されやすいという医学的および社会的要因としばしば共存することに留意する。

ある程度の人口が、精神障害を特に発症しやすい状況で生活していること、その後の結果を認識する。

また、精神面の障害を含めて、精神障害による社会的・経済的インパクトは多様で広範囲に及ぶことを認識する。

特に精神保健の格差に関する行動プログラム（mhGAP）を通じて、メンタルヘルスに関してWHOがすでにおこなった取り組みを考慮に入れる。

1. 加盟国への督促

- (1) 各国の優先事項と特定の背景に応じて、メンタルヘルスの促進、精神障害の予防と早期発見、ケア、支援に取り組む包括的な政策と戦略を開発する。
- (2) 人権を促進し、スティグマ形成に挑み、サービス利用者、家族と地域社会に権限を与え、貧困とホームレスに取り組み、主要な改善可能なリスクに挑む必要性を政策と戦略開発に取り入れる。また適切な方法で、一般住民の意識を高め、所得を得る機会を創出し、住居と教育を提供し、保健医療サービスと地域ベースの介入を提供することの必要性を、脱施設化ケアを含めて、政策と戦略開発に取り入れる。
- (3) 適切な方法で、精神障害に関する動向を分析・評価するため、健康についての社会的決定要因だけでなく危険因子を含むサーベイランスのフレームワークを開発する。
- (4) 保健医療と開発に取り組むプログラムにおいて、メンタルヘルスの促進、精神障害の予防、精神障害のケア・支援・治療の提供を含めて、メンタルヘルスに適切な優先順位を与え、そして能率化する。また、これについて適切な資源を割り当てる。
- (5) 包括的メンタルヘルスアクションプランの開発においてWHO事務局と連携する。

2. WHO事務局長への要請

- (1) アドボカシーを強化し、脆弱性とリスクの査定をベースに、測定可能なアウトカムを伴う包括的メンタルヘルスアクションプランを加盟国との協議と意見を踏まえて開発する。そのプランは、治療を提供し、リカバリーを促進し、精神障害を予防し、メンタルヘルスを促進し、精神障害を有する人々が地域において充実した生産的な生活を送れるよう権限を与えるサービス、政策、法律、計画、戦略、プログラムに及ぶ。
- (2) 包括的メンタルヘルスアクションプランに、以下の取り組むべき項目を含める：
 - (a) メンタルヘルスアクションプラン策定のベースとなる脆弱性とリスクの評価
 - (b) 精神障害を有する人々へのスティグマ形成に挑むことの必要性を含めた、精神障害を有する人々の権利の保護、促進および尊重
 - (c) すべてのレベルの保健医療ケアシステムにメンタルヘルスを取り入れた、手頃で質の高い包括的な保健医療サービスへの公平なアクセス
 - (d) メンタルヘルスサービスを公平に提供するための、有能、鋭敏かつ適切な人的資源の開発

- (e) 心理社会的介入と薬物療法を含む、質の高い保健医療ケアへの公平なアクセスの促進と、身体的なヘルスケアのニーズへの取り組み
 - (f) メンタルヘルスを促進し、精神障害を予防するための、政策を含めたイニシアティブの強化
 - (g) 保健医療ケア、学校教育、住居、安定雇用および所得創出プログラムを含めた、教育サービスと社会サービスへのアクセス
 - (h) 市民社会団体、精神障害を有する人々、家族およびケア提供者が意見表明をおこない、意思決定のプロセスに参加すること
 - (i) 地域社会のレジリエンスを可能とし、人道上の緊急事態において人々がうまく対処することを可能にするようなメンタルヘルスと心理社会的支援システムのデザインと提供
 - (j) 精神障害を有する人々の、家族と地域生活および市民問題への参加
 - (k) メンタルヘルスアクションプランの実施に際しての、加盟国における教育、雇用およびその他の関連部門を巻き込むメカニズムのデザイン
 - (l) 既存の仕事を踏まえることと、行動の重複の回避
- (3) メンタルヘルスアクションプランの開発にあたり、加盟国と、また適切な方法で、世界・地域・国内のNGO、国際的開発の協力者および技術機関の協力者と連携する。
- (4) 学術交流を促進するために加盟国や技術機関と共に働き、それを通じてメンタルヘルス関連の政策づくりに貢献する。
- (5) 第132回セッションの執行理事会を通じて、包括的メンタルヘルスアクションプランを提出し、第66回WHO総会での検討を仰ぐ。

(2012年5月25日開催、第9回本会議A委員会、第1報告)

¹ 文書A66/10 Rev.1

² 文書A65/10

1. 主要用語一覧

メンタルヘルス (Mental health)

メンタルヘルスとは、人が自身の能力を発揮し、日常生活におけるストレスに対処でき、生産的に働くことができ、かつ地域に貢献できるような満たされた状態 (a state of well-being) である。

出典: Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice, WHO, 2004

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

精神障害 (Mental disorders)

精神障害には異なる症状を伴う幅広い問題が含まれる。しかし、それらは通常、異常な思考、情緒、行動と他者との関係性の組み合わせによって特徴づけられる。これらの障害はWHOの「疾病および関連保健問題の国際統計分類第10版」(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth revision: ICD-10) の「第5章：精神および行動の障害」(F00-F99) で説明されている。取り上げられている障害の領域は以下のとおりである：F00-F09症状性を含む器質性精神障害；F10-F19精神作用物質使用による精神および行動の障害；F20-F29統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害；F30-F39気分(感情)障害；F40-F49神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害；F50-F59生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群；F60-F69成人の人格および行動の障害；F70-F79知的障害(精神遅滞)；F80-F89心理的発達の障害；F90-F98小児(児童)期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害；F99詳細不明の精神障害。

出典: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version, WHO, 2010.

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V>

障害 (Disability)

障害は、機能障害、活動制限および参加制約を包括した用語であり、個人(ある健康状態にある)とその個人の背景因子(環境因子と個人因子)との相互作用のネガティブな側面を意味する。

出典: World report on disability 2011.WHO, 2011.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf

メンタルヘルス政策とメンタルヘルスプラン (Mental health policy and mental health plan)

メンタルヘルス政策は、人々のメンタルヘルスを改善するためのビジョンと価値基準、原則、目的、活動領域について詳述した、政府の公式声明である。メンタルヘルスプランは、ビジョンを実現し、政策の目的を達成するために実施される戦略、活動、時間枠と予算について、また、期待されるアウトプット、目標、プランの実施が効果的であったかどうかを評価するのに用いられる指標について、詳細に述べたものである。

出典 : Mental health Atlas 2011. WHO, 2011

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf

出典 : Mental Health policy, Plans, and programmes, WHO, 2005

http://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v1/en/index.html

メンタルヘルスに関する法令 (Mental health legislation)

メンタルヘルスに関する法令、または他の法律に取り入れられたメンタルヘルスに関する規定（例えば、差別禁止、一般保健医療、障害、雇用、社会福祉、教育、住居、その他の分野）は、メンタルヘルスケアと他のサービスへのアクセス、メンタルヘルスケアの質、メンタルヘルス施設への入院、治療への同意、残虐・非人道的・尊厳を傷つけるような治療からの解放、差別からの解放、市民的・文化的・経済的・政治的・社会的権利の全面的享受、人権を促進し保護するための法的メカニズムに関する規定（例えば、メンタルヘルス関連施設への入院とそこでの治療を監督する評価機関、施設での人権状況を調査するモニタリング機関、苦情対応のメカニズム）を含む幅広い分野が含まれる。

出典 : Mental health Atlas 2011. WHO, 2011

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf

出典 : Drew, N., Funk, M., Tang, S. et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *The Lancet*, 378(9803), 16464-1675, 2011.

メンタルヘルスサービス (Mental health services)

メンタルヘルスサービスは、メンタルヘルスに対する効果的な介入の提供される手段である。これらのサービスがどのように組織化されているかは、サービスの有効性と重要な関連がある。通常、メンタルヘルスサービスには、外来治療施設、メンタルヘルスの日中治療施設、一般病院の精神科病棟、地域のメンタルヘルsteam、地域の支援付き住居、精神科病院が含まれる。

出典 : Organization of services for mental health. WHO, 2003.

http://www.who.int/mental_health/policy/wercives/essentialpackage1v2/en/index.html

Mental Health Atlas 201 1. WHO, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf

リカバリー (Recovery)

精神疾患を有する人々の目から見れば、リカバリーとは、希望を得ること・維持すること、各自の能力と障害を理解すること、活動的な生活を送ること、個人の自律、社会的アイデンティティ、人生の意味と目的およびポジティブな自己意識を意味する。リカバリーは治療の同義語ではない。リカバリーとは、自分がリカバリーしつつあると考える個人によって経験される内的状態－希望、癒し、エンパワメント、つながり－と、リカバリーを促進する外的状態－人権の行使、ポジティブな癒しの文化、リカバリー志向のサービス－の両方を指す。

出典 : WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. WHO, 2012.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548410_eng.pdf

心理社会的障害 (Psychosocial disabilities)

メンタルヘルスに関する診断を受け、スティグマ、差別、社会的排除を含むネガティブな社会的要因を経験した人々に言及する用語。心理社会的障害を抱えて生きる人々には、自らをこれらのサービスのサバイバーとする人々、あるいは心理社会的障害を有する人々、メンタルヘルスケアサービスの過去または現在の利用者も含まれる。

出典 : Drew, N., Funk, M., Tang, S. et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *The Lancet*, 378(9803), 16464-1675, 2011.

<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS014067361161458X.pdf?id=40bade4753939e7f:2e5f8cf2:13a9c2030d0:54121351243806649>

脆弱性の高い集団 (Vulnerable groups)

ある集団は精神障害を発症する危険が高い。この脆弱性は、社会的要因と彼らの生活環境によってもたらされる。社会における脆弱性の高い集団は国によりさまざまであるが、一般に、社会的・経済的状态、社会的支援と生活条件に関連する、以下のような共通の問題を抱えている。

- スティグマと差別
- 暴力と虐待
- 市民権および政治権の行使の制限
- 十分に社会参加することからの排除
- 保健医療サービスと社会サービスへのアクセスの制限
- 緊急援助サービスへのアクセスの制限
- 教育を受ける機会の不足
- 収入を得る機会、雇用される機会からの排除
- 障害と早期死亡の増加

出典 : *Mental Health and Development report.. WHO, 2010.*

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949_eng.pdf

2. 他の世界的なアクションプラン、戦略およびプログラムへのリンク

世界的なメンタルヘルスアクションプランは、以下のような、すでに開発された他の世界的なアクションプランと、概念的・戦略的に密接に関連している。

アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略 (2010) は、各国が実施を考慮すべき政策の選択肢と介入のポートフォリオを提供するとともに、地方、国そして地域レベルでの関連する行動を促進・支援・補足することを意図した、世界的な行動における優先すべき分野を定めている。これらの方向性と行動は、アルコール使用障害の予防、治療とケアに関連する「世界的なメンタルヘルスアクションプラン」で強化されている。

全文入手可能なURL : http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf

健康の社会的決定要因に関する世界行動計画 (2012) は、健康と開発、政策の策定・施行への参加の増加と、

健康格差の減少に向けての保健医療部門の方向転換、世界的なガバナンスと連携の強化、モニタリングの発展と説明責任の強化、および社会的決定要因に関するよりよいガバナンスについて述べている。メンタルヘルスに関する問題の危険と脆弱性の多くは、他の健康問題にも共通している。「世界的なメンタルヘルスアクションプラン」の実施は、「健康の社会的決定要因に関する世界行動計画」で扱われている重要分野に対応するものであり、メンタルヘルスの改善に寄与するばかりでなく、健康の社会的決定要因への挑戦においてもより積極的に貢献する。

「健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言(2011)」の全文入手可能なURL : <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/index.html>

非感染性疾患の予防・管理の世界戦略のためのアクションプラン(2008-2013)は、非感染性疾患により増大しつつある公衆衛生的負担に取り組むために提唱した戦略と行動について、循環器疾患、がん、慢性呼吸器疾患と糖尿病に重点を置いて概説したものである。メンタルヘルスの問題と身体的な問題は合併することがかなり多いため、「世界的なメンタルヘルスアクションプラン」は、上記4種の非感染性疾患を持つ人々のより良い健康アウトカムに寄与すると期待され、逆もまた然りである。2013年から2020年の新しいアクションプランは開発中である。

全文入手可能なURL : <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>

労働者の健康：世界行動計画(2008-2017)は、職業上の危険への暴露の予防、不可欠な公衆衛生的介入の提供および保健医療サービスへのアクセスの提供を含めて、職場における身体的および精神的健康を維持するために必要な原則と目的を提供する。この世界的行動計画には、すべての加盟国における労働者の安全と生産性の確保を目的とした実践の選択肢を含んでいる。

全文入手可能なURL : http://www.who.int/entity/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf

暴力防止の世界キャンペーン：行動計画(2012-2020)は、世界中の暴力の原因および暴力の影響を抑制するための、6つの目標を提示している。最初の2つの目標は、世界的な公衆衛生上の課題の中で暴力防止の優先順位を高めることである。それに続く3つの目標は、現在行われている暴力防止の取り組みのための強力な基盤を構築することである。そして、最後の目標は、科学的根拠に基づいた予防戦略(例えば、子育てと親子関係の改善方策)により、暴力予防のための取り組みに重点を置くことである。これにより、多くのタイプの暴力や子供時代の有害な体験など、個人や地域のメンタルヘル스에悪影響を与えうる経験を防止できる可能性がある。

全文入手可能なURL : www.who.int/entity/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/gcwp_plan_of_action.pdf

また、「世界的なメンタルヘルスアクションプラン」は、メンタルヘルスと物質乱用に関する、すでに策定された、または現在策定中のWHOの地域別のアクションプランと戦略を元としている。これらの地域的なアクションプランには以下のものが含まれる。

- **メンタルヘルスのための地域戦略—アフリカ(2000-2010)**

全文入手可能なURL : <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/mental-health-violence-and-injuries/mvi-publications.html>

- アフリカ地域の非感染性疾患に関する戦略的計画（2012-2016）
「NCDに関するブラザヴィル宣言」の全文入手可能なURL：http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&qid+6304
- アルコールの有害な使用の低減：WHOアフリカ地域の戦略（2010）
全文入手可能なURL：<http://www.afro.who.int/en/sixtieth-session.html>
- 東地中海地域におけるメンタルヘルスと物質乱用に関する戦略（2011）
全文入手可能なURL：http://www.emro.who.int/docs/RC_technical_papers_2011_5_14223.pdf
- メンタルヘルスに関する全米保健医療機関の戦略と行動計画（2009）
全文入手可能なURL：http://www.new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3653@Itemid
- アルコールの有害な使用を低減するための全米保健医療機関の地域的行動計画（2011）
全文入手可能なURL：http://www.new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5723&Itemid=4139&lang=en
- 物質使用と公衆衛生に関する全米保健医療機関の地域行動計画（2011）
全文入手可能なURL：http://www.new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14583@Itemid=21468&lang=en
- メンタルヘルスのための地域戦略－西太平洋地域（2002）
全文入手可能なURL：http://www.wpro.who.int/publications/pub_9290610077/en/index.html
- アルコールの有害な使用を低減するための欧州行動計画（2012-2020）
全文入手可能なURL：http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf/0006/147732/RC61_wd13E_Alcohol_111372_ver2012.pdf
- 東地中海地域の母親、児童と青年のメンタルヘルス（2011）
全文入手可能なURL：<http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa1214.pdf>
- 欧州メンタルヘルス戦略－策定中

世界的なアクションプランは、以下に挙げた他の国際連合機関、政府間国際組織（International Governmental Organization; IGO）およびIGOに参加している機関グループのプログラムと、さまざまな相乗効果を生み出す。

1. 国際連合経済社会局（DESA）は、精神と心理社会的障害を有する人々を含む障害者の権利を、開発問題への対応において主流に組み込むことを促進する。

<http://www.un.org/disabilities/>

2. 機関間常設委員会（IASC）は、「緊急事態におけるメンタルヘルスと心理社会的支援についてのガイドライン」（2007）を刊行した。このガイドラインの実施をフォローアップするために「メンタルヘルスと心理社会的支援に関するIASCリファレンスグループ」が設立された。

<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content=subsidi-default&mainbodyid=2&publish=0>

3. 世界労働機関（ILO）は、職場における健康増進を通じて、心理社会的要因に取り組むことに努める。

http://www.ilo.org/safework/events/courses/WCMS_126657/lang-en/index.htm

4. 国際移住機関（IOM）は、緊急事態の発生中および発生後において、移住者およびこれらの事態に影響を受けた人々に提供されるメンタルヘルスと心理社会的サービスの能力を強化するために働く。

<http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/what-we-do/migration-et-sante/mental-health-and-psychosocial-support.html>

5. 国際連合人口基金（UNFPA）は、その戦略的計画のアウトプットの一部としてメンタルヘルスを統合する。UNFPAはメンタルヘルスを新たな課題ととらえている。

<http://www.unfpa.org/public/global/pid/910>

6. 国際連合教育科学文化機関（UNESCO）は、緊急事態における多機関教育ネットワーク（INEE）の一部として、心理社会的に満たされた状態（psychosocial well-being）に関する懸念を緊急時教育プログラムに組み込む。

www.ineesite.org/

7. ユニセフ（UNICEF）は、心理社会的な視点を児童保護・教育活動に統合する。ユニセフは、保護部門を通じて、緊急時とその後において、地域ベースの心理社会的支援活動に関する国際連合システム最大の資金提供機関である。

http://www.unicef.org/protection/57929_57998.html

8. 国際連合中近東パレスチナ難民救済事業機関（UNRWA）は、その5つの地区のうち、2地区においてパレスチナ難民に対するメンタルヘルスおよび心理社会的支援を提供している。UNRWAとWHOは、「パレスチナ難民のための地域メンタルヘルスケア連携プログラム」の協定に署名した。

<http://www.unrwa.org/etemplate.php?id=70#health>

9. 国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）は、UNHCRの難民のための保健サービスにメンタルヘルスの問題を十分に取り入れることを意図している。

<http://www.unhcr.org/pages/49c3646cdd.html>

<http://www.unhcr.org/4e26c9c69.html>

10. 国際連合薬物犯罪事務所（UNPDC）は、薬物依存の予防・治療・ケアと、薬物乱用問題を有する人々の再統合を促進している。UNPDCとWHOは2008年に「薬物依存の治療とケアの連携プログラム」の協定に署名した。

<http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/unodc-and-who-launch-joint-drug-dependence-treatment-programme.html>

11. 国連大学（UNU）は、国際連合システムのシンクタンクであり、世界的なメンタルヘルスのための協力関係の構築を計画する「国際グローバルヘルス研究所」を有している。

<http://iigh.unu.edu/?q=node/152>

12. 紛争下の性的暴力を防止する行動のための国際連合基金（UN Action）は、性暴力を防止し、サバイバーの社会的、身体的、精神的ニーズにより効果的に対応するため、調整と説明責任の改善、アドボカシーの強化、各国の取り組みの支援をするよう、国際連合機関に資金提供している。

<http://mptf.undo.org/factsheet/fund/UNA00>

13. 国際連合開発プログラム（UNDP）は、精神障害を含む非感染性疾患を、国レベルでの「国際連合開発支援フレームワーク」（UNDAF）プログラム計画に取り入れるよう動いている。

<http://www.undg.org/?P=232>

3. 国際および地域の人権条約

WHO憲章は、最高水準の健康に恵まれることは、すべての人の基本的な権利であると認識している。この憲章は、健康を、身体的、精神的および社会的に完全に満たされた状態（well-being）であって、単に病気ではない、あるいは弱っていないということだけではないと定義している。したがって、この憲章は、メンタルヘルスを健康に不可欠な要素であると認識している。

国際連合と地域の人権フレームワークは、精神障害を有する人々の権利を促進し、保護する重要な手段である。国際条約の当事者となることにより、加盟国は国際法のもとに、人権を尊重し、保護し、そして実現する義務と責任を担うことになる。尊重の責任とは、加盟国は人権の享受を干渉したり、制限したりしてはならないということである。保護の義務として、加盟国は人権侵害から個人と集団を守ることが求められる。義務の実現として、加盟国は基本的人権の享受を促すために積極的な行動をとらなくてはならないことを意味する。

国際連合障害者の権利に関する条約（略称：障害者権利条約）（CRPD）は2008年に発効し、多くの加盟国により批准されており、障害を有する人々の包括的な権利と保護に関して法的拘束力を有する最初の法律文書である。障害者権利条約は、法の下での平等の権利、自由と安全の権利、拷問または残虐で非人道的、もしくは屈辱的な処遇や処罰から自由であることの権利、自立した生活をして地域の一員となる権利に加えて、教育、保健医療、雇用と社会的保護、そして政治的・公的生活に参加する権利を含めた、精神障害を有する人々には歴史的に認められてこなかったあらゆる市民的、文化的、経済的、政治的そして社会的な権利を規定している。

主な国連および地域の人権条約

国際連合の条約	地域の条約
障害者権利条約（CRPD）	アフリカ人権憲章
経済的、社会的および文化的権利に関する国際規約（CESCR）	米州人権条約
市民的所有および政治的権利に関する国際規約（CCPR）	経済的、社会的および文化的権利に関する米州人権条約の追加議定書
拷問および他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取扱い又は刑罰に関する条約（CAT）	障害者に対するあらゆる差別を禁止する米州条約
女子に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約（CEDAW）	拷問を防止し処罰する米州条約
児童の権利に関する条約（CRC）	人権と基本的自由の保護に関する欧州条約
	拷問と非人道的または品位を傷つける取扱いもしくは処罰を禁止する欧州条約

4. 選択されたWHOのメンタルヘルスに関する資料と資源

1. mhGAP

[\(http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/\)](http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/)

- 精神保健の格差に関する行動プログラム；精神障害、神経障害と物質使用障害のケアの拡大, WHO, 2008（英語、フランス語、スペイン語）
- 精神保健の格差に関する行動プログラム－介入ガイド, WHO, 2010（英語、フランス語、スペイン語）

2. メンタルヘルスと発達

http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/en/index/html

- メンタルヘルスと発達に関する報告書；WHO, 2010

3. 政策、サービス、人権

[\(http://www.who.int/mental_health/policy/en/\)](http://www.who.int/mental_health/policy/en/)

- 全14件のWHO施策モジュール
- メンタルヘルスのための保健医療システムとサービスの改善, WHO, 2009
- メンタルヘルスのプライマリヘルスケアへの統合：世界的な展望；WHOとWONCA, 2009
- WHO QualityRightsツールキット：メンタルヘルス施設と社会ケア施設における質と人権の評価と改善；WHO, 2012

http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/index.html

4. 人権と法律

http://www.who.int/mental_health/policy/resource_book_MHLeg.pdf

- メンタルヘルス、人権、法令についてのWHOリソースブック, WHO, 2005

5. 情報とサーベイランス

- メンタルヘルスアトラス2011

http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011

- WHO-AIMS

http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/

6. 緊急時のメンタルヘルス

http://www.who.int/mental_health/emergencies/en/

- 緊急時のメンタルヘルスに関するWHOとIASCの出版物：第9版は英語、第8版は英語以外での出版

7. てんかん

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/epilepsy/en/

- 中国農村部のプライマリケアレベルにおけるてんかんのマネジメント, WHO, 2009
- アフリカの医学・臨床従事者のための手引, WHO, 2002

8. 認知症

http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012

- 認知症：公衆衛生における優先事項：WHO, 2012

9. アルコールと物質使用障害

http://www.who.int/substance_abuse/en/

- オピオイド依存症の心理社会的支援を伴う薬物療法ためのガイドライン, 2009
- 薬物依存治療の原則, 2008
- HIV/AIDSを抱えて生きる薬物依存症者の治療と心理社会的支援の基本原則, 2006
- オピオイド依存症のマネジメントにおける代替維持療法とHIV/AIDS予防；WHO/UNODC/UNAIDS方針説明書, 2004
- AUDIT－アルコール使用障害同定テスト：プライマリケアにおける使用ガイドライン（第2版），2001（英語およびスペイン語）
- ASSIST質問票 第3版
- ASSISTパッケージ（アルコール、喫煙、物質使用のスクリーニング検査）、セルフヘルプガイド付

メンタルヘルスアクションプランの目標は、精神的に満たされた状態（mental well-being）を促進し、精神障害を予防し、ケアを提供し、リカバリーを促し、人権を促進し、そして精神障害を有する人々の死亡率、罹患率、障害を低減することである。

より詳しい情報については、以下にお問い合わせください。

Department of Mental Health and Substance Abuse
World Health Organization
(WHO精神保健・物質乱用部)
Avenue Appia 20
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
www.who.int/mental_health/en/
www.twitter.com/who
www.facebook.com/WorldHealthOrganization

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 自殺予防総合対策センター
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>

今回の日本語訳作成にあたって、頻回に登場する people with mental disorders and psychosocial disabilities をどのように訳すか慎重に検討した。最近では、疾患と障害を分けて、disorderを障害と訳さずに疾患と訳す事例もあるが、現用のWHO「疾病および関連保健問題の国際統計分類第10版」の「第5章：精神および行動の障害」において精神障害という訳語が用いられていることを踏まえて、mental disordersを精神疾患とせず、精神障害とした。ゆえにpeople with mental disorders and psychosocial disabilitiesは「精神障害と心理社会的障害を有する人々」としている。なお、本文中にある mental illnessは精神疾患とした。また、訳語については、長崎大学精神神経科学教室から対訳表の提供を受けたが、同時に日本語訳を出版した Preventing Suicide: A global imperative と共通の訳語を用いるよう一部調整した。

メンタルヘルスアクションプラン2013-2020

発行年月日：平成26年9月9日

著者：世界保健機関

翻訳：自殺予防総合対策センター

協力：長崎大学 精神神経科学教室

発行：独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

TEL 042-341-2712（内線6300） FAX 042-346-1884

<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>

制作：織田デザイン事務所

