



地域精神保健 ガイダンス

本人中心の権利に基づく
アプローチ

Guidance on community mental health services

*Promoting **person-centred** and **rights-based** approaches*

特定非営利活動法人自律支援センターさぽーと





地域精神保健 ガイダンス



本人中心の権利に基づく
アプローチ



Guidance on community mental health services

*Promoting **person-centred** and **rights-based** approaches*

特定非営利活動法人自律支援センターさぼーと



Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches

(Guidance and technical packages on community mental health services
: promoting person-centred and rights-based approaches)

ISBN 978-92-4-002570-7 (electronic version)

ISBN 978-92-4-002571-4 (print version)

© 世界保健機関 2021

著作権には何点か留保があります。本書はクリエイティブ・コモンズのライセンスに表示されているように、非営利を条件として複製・頒布等を認めています (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>)。

このライセンス条項に基づいて、以下に示すように適切に引用することを条件に、非営利目的のために著作物を複製、再配布、翻案することができます。本書を利用するにあたって、WHOが、特定の団体あるいは成果物、サービスを推奨しているという示唆を与えてはいけません。WHOのロゴを使用してはいけません。本書を翻案する場合は、クリエイティブ・コモンズと同一または同等の許可条件のもとでそれが認められるものでなければなりません。本書を翻訳する場合は、以下の注意書を加えなければなりません。「この翻訳は世界保健機構 (WHO) が作成したものではありません。WHOはこの翻訳の内容および正確性に責任を負うものではありません。オリジナルの英語版は製本済の正規版になっています」。

本ライセンスに関する紛争の調停は世界知的所有権機関 (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>) の調停規則に従って実施されるものとします。

推奨引用：「地域精神保健ガイダンス：本人中心で権利に基づくアプローチの促進」、ジュネーブ：世界保健機関；2021年（「地域精神保健のガイダンスと技術パッケージ：本人中心で権利に基づくアプローチの促進」）
ライセンス：CC BY-NC-SA 3.0 IGO

著作物目録データ (CIP) の入手：<http://apps.who.int/iris>

販売、権利、ライセンス：WHOの出版物の購入 <http://apps.who.int/bookorders>、営利的利用の申請および権利とライセンスに関する質問 <http://www.who.int/about/licensing>

外部資料：本書に掲載されている著作者以外の者による図表や画像などの資料を使用する場合、その利用に許可が必要であるか否かを判断して、その著作権者から許可を得る責任は利用する者にあります。本書著作者以外の者が所有する著作物構成要素の侵害に起因するクレームのリスクは利用者のみが負うものとします。

一般的免責事項：本書で用いられている呼称や紹介資料は、国、領土、都市、地域あるいはその当局の法的状態について、また、国境または境界の確定について、WHOのいかなる意見の表明を意味するものでもありません。地図上の点線や破線は、まだ完全な合意が得られていないおおよその国境線を示しています。

特定の企業やメーカーの製作物についての言及は、言及していない類似の性質の他のものよりも優先してWHOが支持あるいは推奨するものであることを意味しません。誤字、脱字を除き、独自制作物の名称は頭文字を大文字にして識別しています。

WHOはあらゆる合理的な慎重さをもって本書に含まれる情報の正確性を確認しました。ただし、本書は、明示または黙示を問わず、いかなる種類の保証もなく頒布されているものです。本書の解釈と使用に関する責任は読者にあります。WHOはいかなる場合においても、その使用から生じる損害について責任を負いません。

デザインおよびレイアウトはジュネーブ・デザインによるものです。

写真提供者：カバー写真：Friendship Bench, Home again/Kapil Ganesh, Hand in Hand – Ami Vitale. 38頁：Ask Alice Photography/Andrea Alexis. 43頁：Missing Link Housing. 47頁：Open Dialogue/Mia Kurtti. 51頁：Wise Management Services Ltd. 88頁：Hearing Voices - Helena Lopes. 93頁：USP Kenya. 98頁：PSSEO/ Beverley Johnston. 104頁：Atmiyata Gujarat. 108頁：Friendship Bench. 116頁：Naya Daur - Jayati Saha, Iswar Sankalpa. 127頁：Hand in Hand - Ami Vitale. 132頁：Home again/ Kapil Ganesh. 137頁：Keyring/Sean Kelly. 168頁：Campinas mental health service network. 174頁：East Lille/Nathalie Paulis. 179頁：Trieste/Massimo Silvano. 184頁：Centro de Salud Mental Comunitario El Buen Vivir de Condorcanqui-Amazonas. 186頁：Bosnia and Herzegovina mental health service network. 188・190頁：WHO Lebanon/R. Ziade.

付属のガイダンスと技術パッケージは以下から利用できます。

<https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>

邦訳の序文

本書は、世界保健機関が2021年に公にした“Guidance on community mental health services : Promoting person-centred and rights-based approaches”を翻訳したものです。本書の翻訳出版の企画は特定非営利活動法人自律支援センターさぼーとが公益財団法人キリン福祉財団の令和6年度「キリン・福祉の力開拓事業」の助成を受けてすすめてきました。本書の翻訳のために翻訳チームを結成して、訳語や校正などについて議論しながら翻訳をしました。翻訳チームはピアの方々をはじめとして、その支援者の方、研究者、精神科医、弁護士などさまざまな方々にボランティアで加わっていただき、翻訳チームの方々の献身的なご協力の成果物として出版配布をすることが可能になったものです。

21世紀の先陣を切った国際人権条約である障害者権利条約は、障害を理由にした自由の剥奪を禁止（同条約14条）するとともに、精神障害のある人も他の人と平等に多様な人々が暮らすインクルーシブな地域社会で生活する権利（同条約19条）を保障しています。強制入院と強制的な医療を廃止すること、法的能力の平等（同条約12条）に基づき意思決定支援を尽くして例外のないインフォームドコンセントを行う（同条約25条）ことなどの障害者権利条約の要請については、ともすると理想論であって現実的ではないという意見や保健医療の専門家によらない人たちだけが作った基準にすぎないという意見なども聞かれることがあります。

こうした意見に対して、私たちは、保健医療の国際的な専門機関の立場からも、障害者権利条約の要請が、さまざまな工夫や努力によって実現可能であり、また、人々の健康を守るという点からも求められるものであることを本書を通じて、多くの人に理解していただくことができると考えています。

本書は、障害者権利条約の要請に応じた、本人中心の（person-centred）、権利に基づく（right-based）、地域に根差した（community-based）、リカバリー志向の（recovery-oriented）精神保健の改革を提唱し、それを実践している世界各国のグッドプラクティスを紹介しています。強制や施設を用いなくても良質な精神保健を実現できること、むしろ、強制や施設を用いないからこそ、良質な精神保健が実現できることを本書は解説しています。そして、強制と施設に依存した旧来の精神保健から、地域での生活と本人の権利を基礎において、本人の生き方を中心にリカバリーを志向する精神保健へとパラダイムを転換することが必要であり可能であることが示されています。また、精神障害という現象には全人的（holistic）なアプローチが必要であり有効であるとする本書の指摘もとても重要だと私たちは考えています。脳内の神経伝達物質の不均衡が精神障害の原因であるとする生物医学仮説は、診断→投薬→症状の軽減・解消という単純な治療モデルを生み出していますが、本人に関わるさまざまな人間的あるいは社会的な要因や要素にまで視野を広げれば、それらが複雑に絡み合いながら本人の苦悩や生きづらさに関係していることがわかります。そうした要因や要素に全体的（holistic）に関わっていく実践がグッドプラクティスの中でも示されています。

障害者権利条約に基づく2022年の第一回対日総括所見は、強制や施設を廃止して地域生活の権利を実現することについて多くの勧告をしています。これらの勧告に誠実に対応し、第二回の対日総括所見までに改革を積み重ねることが求められています。そのための実践的な素材として、国と自治体の立法・行政関係者、精神保健医療福祉従事者、精神保健医療福祉の利用者やその家族、権利擁護者、法律家、一般市民など多くの人に本書を活用していただきたいと思っています。

本書は公益財団法人キリン福祉財団の助成金で500部を印刷し、無料で配布することになっています。また、本書のPDFは下記のホームページから自由にダウンロードすることができます。ぜひ多くの方

に読んでいただき、日々の実践やこれからの制度政策の転換のための具体的な行動のために役立てていただきたいと思います。

また、本書の印刷版は増刷して配布を広めたいと考えていますが、助成金の範囲では発行部数に限界があります。ですので、本書をお読みになられて、さらに多くの人に広めることにご協力いただける方には、下記口座にご寄付を賜れますと、増刷配布をさらに広めていくことができますので、ご協力をお願いいたします。

末尾になりますが、本事業に助成をくださいました公益財団法人キリン福祉財団、出版印刷のご協力をくださいましたやどかり出版と同社の石井みゆきさん、そして、ボランティアで翻訳にご協力くださいました翻訳チームの皆さんに、心からお礼を申し上げます。

2025年1月1日

特定非営利活動法人自律支援センターさぼーと

代表理事 池原毅和

【翻訳チーム】

(あいうえお順・敬称略 *は校正も担当)

東 奈央	奥田真帆	佐々木信夫	浜島恭子*
池原毅和*	尾上裕亮	杉浦寛奈	深谷太一
石原孝二	黒岩海映	高嶋里枝*	藤田大智*
太田順一郎	採澤友香	中島直	松本葉子*

〈校正協力〉
小林 慧

■増刷配布賛助寄付口座

三菱UFJ銀行春日町支店 〈名義〉特定非営利活動法人自律支援センターさぼーと
(トクテイヒエイリカツドウホウジン ジリツシエンセンター サポート)
〈店番〉062 〈口座番号〉1535008

■PDFダウンロード可能なホームページ

東京アドヴォカシー法律事務所 <http://tokyo-advocacy.com/>
恣意的拘禁ネットワーク <https://naad.info/>
東京精神医療人権センター <https://tokyo-seishin-iryu-jinken.jimdofree.com/>
日本障害者協議会 (JD) <https://www.jdnet.gr.jp/>
やどかり出版 <https://book.yadokarinosato.org/>
こころの健康図鑑 <https://kokoro-zukan.com/>
きょうされん <https://www.kyosaren.or.jp/>

なお、本書の翻訳出版については、世界保健機関 (WHO) の許可を得ていますが、翻訳の正確性についての責任はWHOではなく翻訳チームが責任を負っています。

© [やどかり出版 2025年3月]

この翻訳は、世界保健機関 (WHO) によって作成されたものではありません。WHOは、この翻訳の内容または正確性について責任を負いません。オリジナルの英語版: "Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches" Geneva World Health Organization; [2021] Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO が拘束力のある正規のエディションとなります。

この翻訳された作品は、CC BY-NC-SA 3.0 の下で利用可能です。

目次

邦訳の序文	3
緒言	9
本ガイダンスの概要	11
WHO QualityRightsの取り組みとは？	17
地域精神保健サービスに関するWHO ガイダンスとテクニカルパッケージについて	18

第1部 あらまし：本人中心のリカバリーと権利に基づく精神保健のアプローチ

1.1 世界的な背景	24
1.2 主要な国際人権基準とリカバリーアプローチ	26
1.3 精神保健サービスの重要な領域と 心理社会的障害のある人々の権利	28
1.4 結論	34

第2部 権利とリカバリーを促進するサービスのグッドプラクティス

2.1 精神保健クライシスサービス	37
2.1.1 アフィヤ・ハウス：アメリカ合衆国、マサチューセッツ州	38
2.1.2 リンクハウス：英国、グレートブリテンと北アイルランド、ブリストル	43
2.1.3 オープンダイアログ・クライシスサービス：フィンランド、ラップランド	47
2.1.4 トップ・アケ：ニュージーランド、南オークランド	51
2.2 病院を基盤とした精神保健サービス	56
2.2.1 ヴェストレ・ヴィーケン病院トラスト、ブラクスタッド病院 BET ユニット ：ノルウェー、ヴィーケン	57
2.2.2 診療地区ハイデンハイム非営利有限責任会社：ドイツ、ハイデンハイム	62
2.2.3 ソテリア：スイス、ベルン	67

2.3	地域精神保健センター	72
2.3.1	アウン・クリニック：ミャンマー、ヤンゴン	73
2.3.2	心理社会ケアセンター（CAPS）Ⅲ：ブラジル、サンパウロ州ブラジランジア	77
2.3.3	フェニックス・クラブハウス：中国、香港特別行政区（SAR）	82
2.4	ピアサポート精神保健サービス	87
2.4.1	ヒアリング・ヴォイシズ・サポートグループ	88
2.4.2	ナイロビ・マインド・エンパワメント・ピアサポートグループ：USP ケニア	93
2.4.3	ピアサポート南東オンタリオ：カナダ、オンタリオ州	98
2.5	コミュニティ・アウトリーチ精神保健サービス	103
2.5.1	アトミヤタ：インド、グジャラート州	104
2.5.2	フレンドシップ・ベンチ：ジンバブエ	108
2.5.3	ホームフォーカス：アイルランド、ウェストコーク	112
2.5.4	ナヤ・ダウル：インド、西ベンガル州	116
2.5.5	パーソナル・オンブズマン：スウェーデン	121
2.6	精神保健のための支援付き居住サービス	126
2.6.1	ハンド・イン・ハンド支援付き居住サービス：ジョージア	127
2.6.2	ホームアゲイン：インド、チェンナイ	132
2.6.3	キーリング・リビングサポートネットワーク	137
2.6.4	シェアド・ライブズ：英国、グレートブリテンと北アイルランド、南東ウェールズ	142
2.7	結論	147

第3部 総合的なサービス提供に向けて：住宅、教育、雇用、社会的な保障

3.1	住宅	151
3.2	教育・トレーニング	154
3.3	雇用と所得創出	157
3.4	社会的な保障	160
3.5	結論	163

第4部 包括的な精神保健サービスネットワーク

4.1	定着した精神保健ネットワーク	167
4.1.1	ブラジル地域精神保健サービスネットワーク：カンピーナスに注目して	168
4.1.2	東リールの精神保健ネットワーク：フランス	174
4.1.3	トリエステ地域精神保健サービスネットワーク：イタリア	179
4.2	変革に向かっている精神保健ネットワーク	183
4.3	結論	192

第5部 ガイダンスとアクションステップ

5.1	精神保健に関する政策と戦略	195
5.2	法制度改革	198
5.3	サービスモデルと地域に根差した精神保健サービスの提供	201
5.4	資金供給	205
5.5	職員の養成とトレーニング	210
5.6	心理社会的介入、心理的介入、向精神薬	215
5.7	情報システムとデータ	219
5.8	市民社会、人々、コミュニティ	223
5.9	研究	229

附録 232

文献 236

謝辞 272

- Box 1** ペルー：変革に向かっている精神保健センターネットワーク 184
- Box 2** ボスニア・ヘルツェゴビナ：変革に向かっている精神保健ネットワーク 186
- Box 3** レバノン：変革に向かっている精神保健ネットワーク 188
- Box 4** レバノン、ペルー、ボスニア・ヘルツェゴビナ
：市民社会と有意義な参加の強化 190
- Box 5** 政策、戦略、制度に対する主要な方向性 196
- Box 6** 画期的な法改正 199
- Box 7** WHO QualityRights 評価ツールキット 202
- Box 8** ベルギー、ブラジル、ペルー、西アフリカ諸国における
改革の梃子としての資金調達 207
- Box 9** 精神保健・障害・人権・リカバリーに関する
WHO QualityRights のトレーニング資料 211
- Box 10** WHO QualityRights による精神保健と障害に関する
オンライントレーニング：スティグマの解消と人権の促進 212
- Box 11** 精神保健のリカバリーアプローチ：WHO のリソースとツールの紹介 216
- Box 12** 心理的介入のための WHO 資料 217
- Box 13** 精神保健と心理社会的障害に関するデータ収集のためのツール 220
- Box 14** 精神保健のスティグマと差別への挑戦 224
- Box 15** 心理社会的障害のある人たちの市民団体 226
- Box 16** 欧州評議会議会部門による行動要請 230

緒 言

世界中で、精神に不調あるいは心理社会的障害のある人々に良質なケアや支援を提供する精神保健サービスの努力がなされています。けれども、依然として多くの国では、そうした人々のニーズに応え権利と尊厳を尊重する良質なサービスの利用ができていません。精神保健の場では、今日でも、人々は広範囲にわたる権利侵害と差別を受けています。それには強制の活用、劣悪で非人道的な生活状態やネグレクト、時には虐待なども含まれています。

障害者権利条約は、2006年に署名され、精神保健において人権を保護し促進するための大改革に着手することが必須であるとしています。それは、人権を中心に据えて精神保健とこちよく健やかで幸福であることの促進を求めている持続可能な開発目標（SDGs）にも、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する国連政治宣言にも反映されています。

過去20年にわたって精神保健を改善する必要性に対する認識が高まっていますが、低、中、高所得のあらゆる国々の全体としての対応は、法制度・政策の枠組みが時代遅れのままであることと人、物、方法などの助けになる資源の不足によって限られています。

さらに、新型コロナウイルスのパンデミックは、世界中の精神保健システムとサービスが不十分で時代遅れであることを際立たせました。その結果、精神に不調のある多くの人々に対する施設収容、社会的ネットワークのつながりの欠如、孤立、疎外と不十分でバラバラな地域精神保健サービスが連動して有害な影響をもたらすことが浮き彫りになりました。

どこの国でも精神保健が、強制を認めず、自分の治療とケアについて自分自身で決められるように支援し、症状の軽減だけに焦点を当てるのではなく、人との結びつきや仕事、家族、住居、教育を含めて、その人の生活のすべての重要な分野に取り組むことによって参加と地域へのインクルージョンを促進することが必要です。

WHO 包括的メンタルヘルスアクションプラン2020-2030は、精神保健における本人中心で権利に基づくリカバリーアプローチを各国が優先して実行に移すことを支援する構想と枠組みを提供しています。このガイダンスは、世界の精神保健のグッドプラクティスを掲載することによって、地域に根差したサービスの開発と改革を各国が行うことを支援し、平等、差別をしないこと、法的能力、インフォームドコンセント、コミュニティ・インクルージョンなどの重要な権利を促進する人権の観点に対応しています。このガイダンスは、施設収容主義と非自発的な入院及び治療を終わらせることに向けたロードマップを提供し、すべての人の固有の尊厳を尊重する精神保健を構築するための明確な目標達成の実行手順を提供しています。

政策立案者、サービス提供者、市民社会、精神の不調や心理社会的障害の生きた体験をした人たちなど、すべての人々が精神保健を国際人権基準に適合させる役割を担っています。

このガイダンスは世界の政策立案者に、地域に根差した精神保健を国際人権基準に従って行うことを明確に求め、そこに投資することを奨励することを目指しています。このガイダンスは、世界中の精神の不調や心理社会的障害のある何百万もの人々とその家族に、最高水準に人権を尊重した精神保健の未来像とよりよい人生への希望を与えるものです。



Dr Ren Minghui

世界保健機関
ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ／伝染性及び非伝染性疾患
事務局次長

本ガイドンスの概要

精神保健は、過去10年間、政府、非政府組織（NGO）、国連（UN）や世界銀行などの多国間組織から注目されてきました。本人中心の権利に基づく、リカバリー志向のケアやサービスを提供することの重要性が認識されるようになり、世界中の精神保健サービスが質の高いケアや支援を提供するために努力しています。

しかし多くの場合、サービスは大幅な資源不足に直面し、時代遅れの法律や規制の枠組みの中で運営され、生物医学モデルに過度に依存するという状況に陥っています。この生物医学モデルにおいては、ケアの主な焦点は診断、投薬、そして症状の軽減に置かれ、人々の精神的健康に影響を与える、より重要な社会的決定要因の多くが見過ごされることになっています。そしてこれらのすべてが人権に基づいたアプローチの完全実現への進歩を妨げているのです。その結果、世界中の精神的不調や心理社会的障害のある多くの人々が、適切なケアと支援が欠如しているケアサービスの中でも、その人権を侵害されることとなります。

障害者権利条約を含む国際的な人権基準と、自国の精神保健制度やサービス提供を一致させるための各国の努力を支援するため、WHOの地域精神保健サービスに関するガイドンスを作成しました。本人中心で権利に基づくアプローチの促進は、本人中心、リカバリー志向、権利に基づく保健サービスを促進する地域に根差した精神保健サービスの規模拡大に焦点を当てることを求めています。このガイドンスは、世界の多様な状況における精神保健サービスのグッドプラクティスを提供し、精神的不調がある人々がコミュニティに包容され、完全で有意義な生活を送ることができるように、住宅、教育、雇用、社会保障部門との間で必要となる連携を説明しています。また、このガイドンスでは、地域に根差した精神保健サービスと支援の包括的、統合的、地域的、全国的なネットワークの例も紹介しています。最後に、人権を尊重し、リカバリーに焦点を当てた地域精神保健サービスを開発するために、国や地域に対する具体的な勧告と行動手順が示されています。

この包括的なガイドンスには、7つの支援テクニカルパッケージが含まれていて、紹介された精神保健サービスの詳細な説明が記載されています。

1. 精神保健クライシス対応サービス
2. 病院を基盤とした精神保健サービス
3. 地域精神保健センター
4. ピアサポート精神保健サービス
5. 地域アウトリーチ精神保健サービス
6. 精神保健の支援付き居住サービス
7. 包括的な精神保健サービスネットワーク

本ガイダンスの重要なメッセージ

- 精神的不調や心理社会的障害のある多くの人々が、質の低いケアや人権侵害に直面しており、精神保健システムやサービス提供のあり方に大きな変化が求められています。
 - 本人を中心とし、リカバリーを志向し、人権基準を遵守した、地域に根差した精神保健サービスのグッドプラクティスが世界の多くの地域に存在します。
 - これらのグッドプラクティスである地域に根差した精神保健サービスの多くは、既存のサービスに比較してサービス提供のコストが低いことを示しています。
 - 精神的不調や心理社会的障害のある人々の教育、雇用、住宅、福祉的給付へのアクセスをサポートするために、社会（福祉）部門の大幅な変更が必要です。
 - 障害者権利条約が求める変化を達成するためには、地域に根差した統合的な精神保健サービスのネットワークを拡大することが不可欠です。
 - このガイダンスの勧告と具体的な行動手順は、各国がこれらの目的を達成するための明確なロードマップを提供します。
-

はじめに

世界各国からの報告書は、精神保健ケアの現場における差別に対処し、人権を促進する必要性を強調しています。これには、強制入院、強制治療、そして徒手的・物理的・化学的拘束や隔離などの強制の排除、医療スタッフとサービスを利用する人々の間に存在する力の不均衡への取り組みが含まれます。低所得国だけでなく、中所得国や高所得国でも、領域を超えた解決策が求められています。

障害者権利条約はこれらの課題を認識し、大幅な改革と人権施策の促進を要求しており、その必要性は持続可能な開発目標（SDGs）により一層強くなっています。障害者権利条約は、精神保健分野における根本的なパラダイムシフトの必要性を説いており、これには、精神的不調や心理社会的障害のある人々に悪影響を与えるさまざまな分野の政策、法律、制度、サービス、慣行を見直すことが含まれます。

2006年に障害者権利条約が採択されて以来、地域へのインクルージョン、尊厳、自律、エンパワメント、そしてリカバリーへの権利を促進するために、法律や政策の改革を目指す国が増えています。しかし、国際的な人権の枠組みが求める遠大な変化に対応するために必要な政策や法律の枠組みを確立している国は、これまでほとんどありませんでした。多くの場合、既存の政策や法律は、施設中心のケアや隔離、そして強制的で有害な治療行為を永続させています。

平等、差別をしないこと、社会への完全かつ効果的な参加とインクルージョン、人々の固有の尊厳と個人の自律性の尊重といった障害者権利条約に示された人権原則を遵守する地域に根差した精神保健サービスを提供するには、すべての国において実践を大きく変える必要があります。しかし精神保健に十分な人的・財政的資源が投入されていない状況では、このような変化を実現することはきわめて困難となります。

このガイダンスは、各国が自国の精神保健制度とサービスを改善するために検討し、適切に採用するための多様な選択肢を提示するものです。それは地域に根差した保健システムと強く結びついたグッドプラクティスの選択肢のメニューを提示し、革新的で権利に基づく精神保健ケアサービスを改善するための道筋を明らかにします。多くのサービスが直面する制約の中でこのアプローチを実現するためには、多くの課題があります。しかし、こうした制約があるにもかかわらず、このガイダンスで紹介されている精神保健サービスの例は、それが可能であることを具体的に示しています。

地域精神保健サービスのグッドプラクティス

多くの国で、地域精神保健サービスは、クライシスサービス、コミュニティアウトリーチ、ピアサポート、病院を基盤にしたサービス、支援付き居住サービス、地域精神保健センターなど、さまざまなサービスを提供しています。本ガイダンスで紹介する事例は、例えば、インドの地域精神保健アウトリーチサービスであるアトミヤタから、ミャンマーのアウン・クリニック地域精神保健サービス、ジンバブエのフレンドシップ・ベンチまで多様な状況にまたがり、これらはすべて地域保健従事者とプライマリ・ヘルスケアシステムを活用しています。また、ノルウェーのBETユニットのようにリカバリーに強力に焦点を当てた病院内のサービスや、ニュージーランドのトゥプアケのようなクライシスサービスも登場します。またこのガイダンスでは、イギリスのキーリング・リビングサポートネットワークのような確立された支援付き居住サービスや、ケニアのUSP-K ピアサポートグループ、そして世界中のピアリング・ヴォイシズ・グループのようなピアサポートサービスも紹介しています。

これらのサービスはそれぞれに個性豊かですが、最も重要なことは、これらがすべて共通して、精神保健システムとサービスにおいて、本人中心の権利に基づくリカバリーアプローチを推進していることです。完璧なものはありませんが、これらの例は、障害者権利条約に沿った前向きな方向へ具体的なステップを踏んでいることから、示唆と希望を与えてくれます。

各精神保健サービスの説明では、法的能力の尊重、強制をしないこと、コミュニティへのインクルージョン、参加、リカバリーアプローチにかかわるサービスの基礎になる主要な原則を紹介しています。重要なのは、本書で紹介する各サービスが、その質、目標達成機能、費用対効果を継続的に評価するための厳しい評価方法を持っていることです。それぞれの実践例で、サービスの費用と、地域や国の類似サービスとの費用比較が提示されています。

これらの精神保健サービスのグッドプラクティスは、新しい精神保健サービスの設立や既存のサービスの再構成を希望する人々にとって有用です。テクニカルパッケージの詳細なサービス説明には、これらのサービスが進化する過程で直面した課題と、それに対して開発された解決策に関する実践的な洞察が含まれています。これらの戦略やアプローチは、他の状況でサービスを開発する際に再現したり複製したり、規模を拡大することができます。このガイダンスは、人権を保護し、強制を避け、本人の法的能力を促進しながら、幅広い法的枠組みの中で有効に機能することができる、精神保健サービスのグッドプラクティスを立ち上げ、あるいは変革するための実践的な手順と推奨事項を示しています。

社会部門の大幅な変革も必要であること

暴力、差別、貧困、排除、孤立、雇用不安や失業、住宅や社会のセーフティネットや医療サービスへのアクセス不足などは、より広い背景事情として、人々の精神的健康に影響を与える重要な社会的決定要因なのですが、これらはしばしば精神保健に関する議論や実践の中で見落とされたり排除されがちとなっています。現実には、精神的不調や心理社会的障害のある人々は、基本的人権である教育、雇用、

住居、福祉的給付へのアクセスに関して、障害に基づいて不平等な障壁に直面することがしばしばです。その結果、かなりの数の人々が貧困にあえいでいます。

そのため、これらの重要な生活上の問題に関わる精神保健サービスを向上させ、一般の人々が利用できるサービスが、精神的不調や心理社会的障害のある人々にも利用できるようにすることが重要です。

しかし、精神保健サービスがいかに充実していても、それだけではすべての人、とりわけ貧困にあえぐ人、住居や教育、収入を得る手段を持たない人のニーズに応えるには不十分です。したがって、全人的な支援を提供するためには、精神保健サービスと社会部門のサービスが、きわめて実動的で有意義な方法で連携し協働することが必要不可欠なのです。

多くの国で、精神保健サービスを多様なものとし、より広いコミュニティの中に統合するために、すでに数多くの取り組みが進められています。こういった取り組みにおいては、文化、スポーツ、その他さまざまな領域で、多様なサービスや、福祉、保健、司法機関、圏域や都市の担当部局など、コミュニティで役割を担う人々と積極的に連携し協働する必要があります。このような連携を可能にするためには、保健の領域だけでなく、社会部門においても、戦略、政策、そしてシステムの大幅な変更が必要です。

精神保健サービスネットワークの規模拡大

このガイダンスは、社会部門のサービスと連携する精神保健サービスのネットワークを拡大することが、精神保健のサービスと機能のすべてをカバーする全人的なアプローチを提供するために重要であることを示しています。

世界のいくつかの場所では、個々の国や地域、都市が、上記のような健康に関連した社会的決定要因や、精神的不調や心理社会的障害がある人々が日々直面する関連課題に取り組む精神保健サービスのネットワークを展開しています。

紹介された事例の中には、それまでの精神保健システムを大きく変化させ、再編成したもので、すでに確立され、構造化され、評価の定まったネットワークもあれば、まさに現在重要な節目に到達したばかりの移行期のネットワークもあります。

すでに確立されたネットワークは、人権とリカバリーに基づくアプローチを導入するための、数十年にわたる精神保健ケアシステム改革のための強力かつ持続的な政治的な関与の良い実例を示しています。その成功の基盤は、地域に根差したサービスに対する資源の割り当ての増加を伴う新しい政策や法律の受け入れにあります。例えば、ブラジルの地域に根差した精神保健ネットワークは、どのようにすれば国が人権とリカバリーの原則に基づいたサービスを大規模に実施できるか、という例を示しています。また、フランスの東リールのネットワークは、入院によるケアから多様な地域に根差した介入への移行が、従来型の精神保健サービスと同等の投資で達成できることを示しています。

最後に、イタリア・トリエステの地域精神保健サービスのネットワークも、人権に基づくケアと支援のアプローチに基づき、脱施設化を強く意識したものです。これらのネットワークは、社会、保健、雇用、司法など多様な分野の複数の地域の関係者と強く統合・連携した地域に根差した精神保健サービスの開発を反映しています。

最近では、ボスニア・ヘルツェゴビナ、レバノン、ペルーなどの国々が、新たなネットワークを急速に拡大し、地域に根差した、人権志向でリカバリーに焦点を当てたサービスや支援を大規模に提供するための協調した取り組みを行っています。これらの新たなネットワークの多くにとって重要な側面として、精神保健サービスを精神科病院から地域へと移行させることにより、精神的不調や心理社会的障害のある人々のコミュニティへの完全な参加とインクルージョンを確保することを目的としていることが挙げられます。より多くの時間と持続的な努力が必要ですが、重要な変化はすでに具体化されていま

す。これらのネットワークは、政策的な意思と決意、そして精神保健分野における実践を支える強力な人権の視点があれば、何が達成できるかを示す刺激的な例となっています。

主な推奨事項

世界中の保健システムにおいて、それが低所得国のものであれ中所得国や高所得国のものであれ、人権を保護し促進する、質の高い、本人を中心とした、リカバリー志向の精神保健サービスを提供する必要性への理解はますます高まっています。政府、保健・福祉専門家、NGO、障害者団体（OPD）、その他の市民社会の役割を担う人々や関係者は、人権を保護・促進しながら、より広い社会システムに精神保健に関するグッドプラクティスになるサービスや支援の実践を導入・拡大するための断固とした行動を取ることによって、その国民の健康と幸福を改善するために大きく前進することができます。

本ガイダンスでは、精神保健政策・戦略、法改正、サービス提供、資金調達、人材育成、心理社会的・心理的介入、向精神薬、情報システム、市民社会とコミュニティの関与、そして研究において必要な具体的行動と変化を示し、国や組織に対する主要な推奨事項を示しています。

重要なのは、法的枠組みを障害者権利条約の要求に合わせるためには各国が大きな努力を払う必要があることです。また、政策、戦略、システムの面でも意味のある変化が必要です。共同政策の策定と保健部門－社会部門間の強力な連携により、各国は精神保健の主要な決定要因に対処することができるようになります。多くの国々が、資金調達、政策、及び法律の転換を、精神保健システム改革のための強力な梃子としてうまく利用してきました。人権とリカバリーアプローチをこうしたシステム改革の最前線に据えることにより、政府とコミュニティに実質的な社会的、経済的、政治的利益をもたらす可能性があります。

精神保健において、本人中心で、リカバリー志向の、権利に基づくアプローチをうまく統合するためには、各国は考え方を改めてその幅を広げ、偏見に満ちた態度に立ち向かい、強制的な慣習を排除しなければなりません。そのため、精神保健システムとサービスは、生物医学的モデルを超えて、その人の生活のあらゆる側面を考慮したより全人的なアプローチをも含むように、その焦点を広げることが重要です。しかし、世界のあらゆる地域で、いまだに神経遮断薬を治療の中心に据えているという現状があり、これに対して、心理社会的介入、心理的介入、そしてピアサポートも、本人中心のリカバリーと権利に基づくアプローチとの関係の中で探求され、提供されるべきです。このような変化には、保健サービスおよび福祉サービス従事者の知識、能力、技能の大幅な転換が必要です。

また、より広い意味では、多様性が受け入れられ、すべての人の人権が尊重され促進されるような、インクルーシブな社会と地域を作るための努力も必要です。否定的な態度や差別を改めることは、保健や福祉の現場だけでなく、地域社会全体においても不可欠です。この点では、生きた体験をした人たちによる、権利に関する認識を高めるキャンペーンが重要であり、市民社会グループは権利擁護活動において重要な戦略的役割を果たすことができます。

さらに、ここ数十年、精神保健の研究は生物医学的パラダイムに支配されてきたため、精神保健における人権に基づくアプローチを検討する研究はほとんどないのが現状です。権利に基づくアプローチを検討し、サービス提供のコストを比較評価し、生物医学的アプローチと比較したリカバリーの成果を評価する研究に対して、世界規模で大幅に投資を増やす必要があります。研究の優先順位をこのように方向転換することで、精神保健と社会保障に関連した制度やサービスに対する、真に権利に基づいたアプローチのための強固な基盤が構築されます。

最後に、人権上の課題とリカバリーアプローチの展開は、精神的不調や心理社会的障害のある個人の積極的な参加なしには達成できません。生きた体験をした人たちは専門家であり、その人たちの権利の尊重を主張するだけでなく、実際のニーズに最も対応したサービスや機会の開発を主張するために必要

なパートナーなのです。

人権を尊重し、リカバリーアプローチを取り入れた、地域に根差した精神保健サービスを継続的に発展させるための強力かつ持続的な政策的関与を持つ国は、精神的不調や心理社会的障害のある人々の生活だけでなく、その家族、地域、そして社会全体を大きく改善することができるでしょう。



QualityRights

WHO QualityRightsの取り組みとは？

WHO QualityRightsは、精神保健・社会福祉サービスにおけるケアとサポートの質を向上させ、世界中で心理社会的、知的、認知的障害がある人々の人権を促進することを目的とした取り組みです。QualityRightsは、参加型アプローチを用いて、以下を目標としています：

1

スティグマや差別と闘い、人権とリカバリーを促進するための能力を構築する。

- WHO QualityRights 対面トレーニングモジュール
- WHO QualityRights 精神保健と障害のe-ラーニング：スティグマをなくし、人権を促進する

2

精神保健と福祉サービスにおけるケアの質と人権状況を改善する。

- WHO QualityRights 評価ツールキット
- WHO QualityRights サービスの転換と人権促進のモジュール

3

人権を尊重し、促進する、地域に根差した、リカバリー志向のサービスを創る。

- 地域精神保健サービスに関するWHO ガイダンスとテクニカルパッケージ：本人中心で権利に基づくアプローチの促進
- WHO QualityRights 生きた体験のある人々によるその人たちのための一対一ピアサポートのガイダンスモジュール
- WHO QualityRights 生きた体験のある人々によるその人たちのためのグループピアサポートのガイダンスモジュール
- WHO QualityRights 精神保健とこころよく健やかで幸福な状態へのセルフヘルプツールのための本人中心のリカバリー計画

4

アドボカシー活動を行い、政策決定に影響を与える市民社会運動の発展を支援する。

- WHO QualityRights 精神保健、障害、人権のための権利擁護のガイダンスモジュール
- WHO QualityRights 精神保健と関連分野における人権を促進する市民社会組織のガイダンスモジュール

5

障害者権利条約及びその他の国際人権基準に沿った国内法政策の改革。

- WHOのガイダンスは現在開発中です。

詳しくはWHO QualityRightsのウェブサイトをご覧ください。

地域精神保健サービスに関するWHO ガイダンスとテクニカルパッケージについて

本書は、精神保健制度とサービスの開発または転換を望むすべての関係者に情報と指針を提供することを目的としています。本書のガイダンスは、国際的な人権基準を満たし本人中心のリカバリーアプローチを促進するグッドプラクティスの開発に役立つ要素の情報を詳細に提供するものです。このアプローチは、強制することなく、人々の必要性に応え、リカバリーを支援し、自律とインクルージョンを促進し、生きた体験をした人々がサービスの開発、提供、モニタリングに参画する精神保健サービスを指しています。

世界各国には、リカバリーの枠組みの中で運営され、人権を中核に据えたサービスが多く存在します。しかし、それらは重要度が低いものとされたままで、政策立案者、医療従事者、サービスを利用する人々などの多くの関係者がその存在に気づいていないのが現状です。

今回紹介されているサービスは、WHOが正式に支持しているわけではありませんが、世界の異なる状況下で各々実績を積んだ具体的な例として選ばれたものです。これらのサービスだけがリカバリーと人権の視点を持っている唯一のものではありませんが、評価を受けているという点において選ばれ、さらに、実施可能なサービスが広く存在していることを示しています。

革新的なサービスが存在し、それが効果的であることを示すことは、政策立案者やその他の主要な関係者が、人権基準を遵守して新しいサービスを開発したり、既存のサービスを変革し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) ^{訳注1)} の不可欠な一部となるよう支援するために重要です。

また、本書では、個々の精神保健サービス単独では、たとえ良い結果が得られたとしても、精神的不調や心理社会的障害がある多くの人々のすべての支援ニーズを満たすには不十分であることを強調しています。障害のある人のさまざまな支援ニーズを満たすためには、地域に根差した多様な精神保健サービスが連携し、クライシスサポート、継続的な治療とケア、地域生活、インクルージョンなど、人々が抱える異なるニーズに対応することが不可欠です。

さらに、精神保健サービスは、支援する人々が地域社会への完全なインクルージョンの権利を有することを確実にするために、社会的な保障、住宅、雇用、教育などを含む他の部門と連携する必要があります。

このWHOのガイダンスとテクニカルパッケージは、以下のように構成されています：

- **地域精神保健サービスに関するガイダンス：本人中心で人権に基づくアプローチ**——本書は、精神保健における本人中心でリカバリーと人権に基づくアプローチの詳しい包括的な説明を行っています。人権とリカバリーを促進する世界中のサービスのグッドプラクティスの例を紹介し、住宅、教育、雇用、社会福祉を考慮した、全人的なサービス提供に移行するために必要なステップを説明しています。また、包括的で統合されたサービスや支援のネットワークの例も掲載されており、

訳注1) すべての人々が基礎的な保健医療サービスを、必要なときに、負担可能な費用で享受できる状態を指す。

UHCを推進し、人権を保護・促進するために、各国の保健と社会ケア制度の中でグッドプラクティスの精神保健サービスを導入、統合、拡大するための指針と行動手順を示しています。

- **地域精神保健サービスに関する7つの支援テクニカルパッケージ：本人中心で人権に基づくアプローチ**——このテクニカルパッケージは、それぞれ特定の種類の精神保健サービスに焦点を当て、またこのガイドランス全体と連動しています。各テクニカルパッケージは、さまざまな種類の精神保健サービスを取り上げており、例えば、精神保健クライシスサービス、病院を基盤にした精神保健サービス、地域精神保健センター、ピアサポート精神保健サービス、コミュニティアウトリーチ精神保健サービス、精神保健の支援付き居住サービス、精神保健サービスのネットワークなどがあります。各パッケージには、グッドプラクティスの詳細な例が掲載されており、サービスの包括的な理解、その運営方法、人権基準にどのように準拠しているかについて詳しく説明されています。また、各サービスの説明では、そのサービスが直面した課題、それに対して見出された解決策、異なる状況で実施するための重要な考慮事項が明らかにされています。最後に、各テクニカルパッケージの最終章では、グッドプラクティスの先事例や実例のコンセプトを実践へと進めるための実用的な指針と実行手順として、記載したサービスの情報と知識がまとめられています。

具体的には、テクニカルパッケージは以下のことをします：

- 国際的な人権基準やリカバリーの理念に沿ったサービスや支援を提供している各国の精神保健サービスを詳しく紹介します。
- 法的能力、強制をしないサービス、コミュニティへのインクルージョン、参加、リカバリーのアプローチに関する国際的な人権基準を尊重するためにグッドプラクティスのサービスをどのように運営しているかを詳細に説明します。
- 精神保健のグッドプラクティスを利用する人々が達成できる有望な結果を概説します。
- 精神保健のグッドプラクティスのサービスと既存の精神保健サービスの費用の対比を示します。
- サービスの確立と運営で直面した課題とそれらを克服するために実施された解決策を論じます。
- 本人中心で人権とリカバリーを尊重・促進し、地域の社会的・経済的背景に即した、グッドプラクティスのサービスの開発に向けた一連の実行手順を提示します。

どのサービスも1つのカテゴリーだけに完全に収まるものではないことを認識することが重要です。なぜなら、そのサービスは他のカテゴリーに関連する多数の機能を担っているからです。このことは各精神保健サービスの説明の冒頭にある分類に反映されています。

本書は、特に成人の精神的不調や心理社会的障害がある人々のためのサービスに焦点を当てています。本書は、認知障害や身体障害、神経学的状態、薬物乱用などを持つ人々のためのサービスを含んでいませんし、摂食障害に対応するような専門性の高いサービスも含まれていません。その他、オンラインでのかかわり、電話サービス（ホットラインなど）、予防、促進、早期介入プログラム、特有な方法によるサービス（例えば、事前計画）、トレーニング、アドヴォカシーも対象外です。また、本書は、精神保健の専門ではない保健現場で提供されるサービスには焦点を当てていませんが、本書でサービスから学んだ教訓は、それらの現場にも多く当てはまるでしょう。

本書の使用法について

地域精神保健サービスに関するガイドランス：本人中心で権利に基づくアプローチの促進は、関係者にとって主要な参考文書となるものです。特定の精神保健サービスに関心のある読者は、該当するテクニ

カルパッケージを参照することで、それぞれの地域の状況に合わせた新しいサービスを立ち上げるための具体的でより詳細なガイダンスを得ることができます。しかし、各テクニカルパッケージは、地域精神保健サービスに関するガイダンス全体と合わせて読まれることで、各国の保健や社会システム全体にサービスが統合されるのに必要な詳細が理解できます。

本書は下記を対象者としています：

- 関係省庁（健康、社会保障など）及び政策立案者。
- 一般保健、精神保健、福祉サービスの管理者。
- 医師、看護師、精神科医、心理士、ピアサポーター、作業療法士、ソーシャルワーカー、コミュニティサポートワーカー、パーソナルアシスタント、伝統的及び信仰に基づくヒーラーなどの地域の保健の実務者。
- 精神的不調や心理社会的障害がある人たち。
- 精神保健福祉サービスを利用している人、または過去に利用したことがある人。
- 非政府組織（NGO）、障害者団体など精神保健や人権その他の関連領域で活動するその他の団体、精神医療ユーザー・サバイバー団体、アドヴォカシー団体、伝統的・信仰的ヒーラーの協会など。
- 家族、支援者、その他のケアパートナー。
- その他、権利擁護者、弁護士、法律扶助団体、学識経験者、大学生、地域社会の精神的な指導者などの関係機関や関係者。

用語に関する注意事項

本ガイダンス及びテクニカルパッケージでは、「精神的不調及び心理社会的障害がある人」「精神保健サービスを利用する人」または「サービス利用者」という用語を使用しています。

私たちは、言語と用語は進化を続ける障害の概念を反映したもので、時間の経過の中で異なる状況で異なる人々によって異なる用語が使用されていると考えています。人々は自分の経験や状況、苦悩に関する語彙と慣用句と言葉を決めることができなければなりません。例えば、精神保健の分野において、「精神医学的診断を受けた人」「精神障害を持つ人」「精神疾患を持つ人」「精神的不調のある人」「消費者」「サービスユーザー」「精神医療サバイバー」といった用語が使われることがあります。また、これらの用語の一部またはすべてをスティグマと感じたり、自分の感情や経験、苦悩を表すために異なる表現を使用したりする人もいます。

「心理社会的障害」（psychosocial disability）という言葉は、精神保健関連の診断を受けた人、またはこの言葉を自認する人に対して採用されています。機能障害が実際にあるかまたはそのようにみなされる人々の完全かつ効果的な社会参加を妨げる重大な障壁と彼らが障害者権利条約の下で保護されているという事実を強調する理由から、この文脈で「障害」という用語を使用することは重要です。

「精神的不調」（mental health condition）という用語は、身体的不調という用語と同様に使用されています。精神的不調のある人は、正式な診断を受けていなくても、精神保健の問題や課題を経験し、あるいは、経験したことがある人たちです。そうした用語がこの指針に採用されたのは、精神保健サービスに従事する保健、精神保健、ソーシャルケア、その他の専門家が、「心理社会的障害」という用語に馴染みがなかったとしても、出会って受け持つ人々に、この指針に概説されている価値、権利、原則を確実に適用するようにするためです。

これらの用語に自分が当てはまると感じるすべての人がスティグマ、差別、人権侵害にあうわけではありません。精神保健サービスのユーザーで精神的不調がない人もいますし、社会への完全な参加に何の制限も障壁もない精神的不調のある人もいます。

このガイダンスで採用されている用語は、すべてを含めるために選択されたものです。特定の表現や概念を自認するのは個人の選択ですが、人権はどの人にもどの場所でも適用されるものです。何よりも、診断や障害によって、その人が定義されることがあってはなりません。私たちは、みな独立した個人であり、それぞれ固有の社会的背景、個性、自律性、夢、目標や願望を持ち、他者との関係性を持っています。

第1部

あらまし

本人中心のリカバリーと
権利に基づく精神保健のアプローチ

1.1 世界的な背景

この10年間、精神保健は、政府、非政府組織、国連（UN）や世界銀行などの多国間組織からますます注目されるようになりました。2013年に世界保健総会は「包括的メンタルヘルス行動計画2013-2020」を承認しました。この行動計画は、すべての人々の健康を実現する上で精神保健が不可欠な役割を果たすことを認識したもので、2019年の第70回世界保健総会では2030年まで延長されました（1, 2）。

国際開発アジェンダでも、精神保健について具体的に言及されており、例えば、持続可能な開発目標（SDGs）の目標3.4「2030年までに、予防と治療を通じて非伝染性疾患（NCDs）による早期死亡を3分の1に減らし、心の健康と福祉を促進する」やUHC（3）を実現するためのいくつかの決議などがあります。その結果、各国政府は、健康戦略やUHC拡大のための計画を通じて、精神保健と福祉を優先するよう求められています（4）。

このように精神保健に対する認知度が高まったことで、長年の低投資の結果、今も続く精神保健の多くの課題に対する関心が高まっています。WHOメンタルヘルス・アトラス2017によれば、世界全体では、精神保健に対する政府支出の中央値は、政府医療費総額の2%未満です（5）。精神保健に十分な財源を割り当てることは、サービスを運営し、人々のニーズに合った適切な支援を提供するための十分な人的資源を備えた質の高い精神保健制度を開発するための必要な前提条件となります。世界中の多くの精神保健サービスが、精神的不調や心理社会的障害のある人々に質の高いケアや役立つサポートを提供しようと努力していますが、人的・財政的資源が大幅に制限され、時代遅れの精神保健政策や法律の枠の中で行われていることが少なくありません。

精神保健への投資の増加は明らかに必要であり、より多くのサービスが必要です。しかし、精神保健の提供は、単に資源を増やすだけでは対処できません。実際、世界中の多くのサービスにおいて、現在の精神保健サービスの提供そのものが問題の一部であると考えられています（6）。実際、既存の予算の大半は、居住型の精神科や社会福祉施設の改修や拡張に投資され続けています。低・中所得国では、精神保健に対する政府支出総額の80%以上を占めています（5）。精神科の施設や社会福祉施設に基づく精神保健制度は、しばしば社会的排除や広範囲の人権侵害と結びついています（7-10）。

精神科の施設や社会福祉施設の閉鎖に向けて重要な手順を踏んでいる国もありますが、精神保健サービスをこうした施設から外へ移動させるだけでは、自動的にケアの劇的な改善にはつながりません。多くの状況においてケアの支配的な焦点は、診断、投薬、症状の軽減であり続けています。暴力、差別、貧困、排除、孤立、雇用不安、さらに、失業、住宅、社会保障、医療などのサービスへのアクセス不足など、人々の精神保健に影響を与える重要な社会的決定要因は、精神保健に関する考え方や実践からしばしば見落とされ排除されています。このことは、人間の苦悩に関する過剰な診断と心理社会的介入に有害な向精神薬への過剰な依存につながるもので、特に高所得国においてよく報告されている現象です（11-13）。また、それは、上記の決定要因に対処するために必要な社会サービスや組織との十分な連携をせずに、精神保健が保健システムのみで対処される状況を作りあげることにもなっています。こうし

たことから、このアプローチでは、人の生活と経験全体をその人の状況の中で考えることがしにくくなってしまいます。さらに、心理社会的障害や精神的不調のある人々に対して一般市民や政策立案者などの間にある差別的な態度や考え方——例えば、その人たちには常に自分や他人を傷つける危険がある、あるいは安全を保つために医療が必要であるという考え方——は、生物医学的治療の選択肢を過度に強調し、強制的な入院や治療、隔離や拘束といった行為を通常の行為として受け入れることにもつながります (14, 15)。

世界の高・中・低所得国からの報告書も、精神保健ケアの場に存在する大規模で広範囲の権利侵害と差別を強調しています。これには、強制入院や強制治療、徒手的あるいは身体的（または機械的）、化学的な拘束や隔離などの強制的利用が含まれます。多くのサービスにおいて、しばしば劣悪で非人間的な生活環境、ネグレクトにおびやかされ、場合によっては身体的、精神的、性的虐待にさらされ、これらは保健従事者とサービスを利用する人々の間に存在する力の不均衡によって悪化します (7, 16-20)。

より大きな地域の状況においても、精神的不調のある人々は広範な人権侵害を経験しています。その人たちは地域生活から排除され、雇用、教育、住宅、社会福祉などにおいて、障害を理由にスティグマを負わされ、差別されています。また、多くの人が選挙、婚姻、子どもを持つ権利も否定されています。これらの権利侵害は、望む生活を送ることを妨げるだけでなく、その人たちを社会の隅に追いやるもので、自らの地域で他の人との平等に基づいて生活とインクルージョンの機会を持つことを否定するものです (21, 22)。

このような現状を打破するためには精神保健分野における根本的な転換が必要です。これは、人権が精神保健分野のあらゆる活動を確実に支えるようにすることで、精神的不調や心理社会的障害のある人々に悪影響を与えるさまざまな分野の政策、法律、制度、サービス、実践を考え直すということです。これは特に精神保健サービスの文脈においては、よりバランスがとれ、本人中心で、全人的な、リカバリー志向の実践に向かうことを意味し、それは、人を生活全体の関連性で考察し、治療における本人の意思と選好を尊重し、強制以外の選択肢を用い、社会参加と地域生活へのインクルージョンの権利を促進するものです。

1.2 主要な国際人権基準と リハビリアプローチ

国際人権文書は、各国に対して、すべての人々の基本的な人権と自由を尊重・保護し、これを実現する義務を課しており、そのため、現状を改善し、精神的不調や心理社会的障害のある人々の権利を促進するための重要な指針を定めています。1948年に国連が宣言した世界人権宣言(23)は、市民的、文化的、経済的、政治的及び社会的権利を保護しています。その条項は、法的拘束力はないものの、その多くが国際慣習法となっており、国内法および国際法制によって法的な発動がなされうることになります。

世界人権宣言から1966年に2つの正式な規約、すなわち、市民的及び政治的権利に関する国際規約(24)と、経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約(25)が生み出され、これらの規約は批准国に対して法的拘束力があります。市民的及び政治的権利の例としては、身体的自由、拷問、非人道的または品位を傷つける取扱いを受けない自由、搾取、暴力または虐待を受けない自由、及び法の下で平等に認められる権利が挙げられます。また、経済的、社会的及び文化的権利としては、健康、住居、食糧、教育、雇用、社会へのインクルージョン及び文化的参加の権利が挙げられます。

2008年には、国連障害者の権利に関する条約(障害者権利条約)が発効しました。この条約は、この分野を前進させ、精神的不調や心理社会的障害のある人々の権利を完全に尊重することに最も重要な貢献を果たした画期的なものであることに疑いはありません(23)。重要な点として、障害者権利条約は、障害のある人やその団体(OPD)の積極的な情報提供、関与、参加を経て起草されたため、問題に直接関わる人々の視点が最終文書に反映されることとなりました(26)。障害者権利条約は、障害のある人々の人権保障を確立する緊急の必要性があることが強調され、人権文書の中でも起草交渉が最も早急に進められ、批准も最も早く行われた条約の1つであり、現在までに181の締約国がこの条約を批准しています。

障害者権利条約は、「差異の尊重並びに人間の多様性の一部及び人類の一員としての障害者の受入れ」を求めています。また、障害に基づくあらゆる種類の差別を禁止するとともに、障害のある人が、他の者との平等を基礎に、すべての人権を享受できるようにすることを求めています。さらに、障害者権利条約は、心理社会的障害を含む障害が、「機能障害を有する者とこれらの者に対する態度及び環境による障壁との間の相互作用であって、これらの者が他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げるもの」によって生じることを認めています。

そして、同条約は、上記の態度及び環境による障壁が差別に当たると認め、人々が平等な権利と機会を享受できるようにするために、この障壁を取り除く法的拘束力のある具体的な義務を政府に課しています。すなわち、政府は、精神的不調や心理社会的障害のある人々が他のすべての人と同じ権利を享受し、平等に取り扱われ、差別されないようにするために、あらゆる措置を講じる義務があります。各国が講じるべき対応としては、差別的な法律、政策、規制、慣習及び運用を廃止し、障害者権利条約で認められた権利を実現する政策、法律、他の措置を採用することが挙げられます。

障害者の権利に関する委員会は、18人の独立した専門家で構成され、締約国による障害者権利条約

の実施を監視するために設けられました。同委員会は、各国が取るべき措置をより詳細に概説した一般的意見を複数公表しており、そのうちの一部は、精神保健ケアに強く関連しています。上記の一般的意見では、法的能力を享有する権利、自立して暮らし、地域社会に包容される権利、ならびに、平等、非差別及び参加の権利が論じられています (27)。

障害者権利条約とそれに付随する一般的意見に定められた権利があることを再確認し、それを強化するものとして、国連の人権保障のメカニズムから生み出された多くの国連決議及び報告書があります。例えば、国連人権理事会の一連の決議は、すべて、精神保健分野における人権アプローチの重要性を強調しており、各国と国連機関に対し、「広範囲にわたる差別、スティグマ、偏見、暴力、社会的排除と隔離、違法または恣意的な施設収容主義、[精神保健の分野で見られる]……自律、意思、選好を尊重しない過剰投薬と治療実践」(28-31)に取り組むよう呼びかけています。

加えて、国連特別報告者による報告書は、各国政府が精神保健分野における人権問題に取り組む必要性を強調してきました。すべての人が到達可能な最高水準の身体的及び精神的健康を享受する権利に関する元国連特別報告者（以下、「健康の権利に関する特別報告者」）は、複数の報告書の中で、精神的健康の権利を概説し、現在の精神保健サービスに有害な運用があることを強調するとともに、この分野における大きな「パラダイムシフト」を求めています (15, 32)。さらに、障害のある人の権利に関する元国連特別報告者は、心理社会的障害のある人々に対する固定観念、否定的な態度、有害で強制的な慣行と闘うための効果的な措置や、そのような人々の法的能力の尊重を確保し、地域社会への完全なインクルージョンと参加を促進するための措置を各国が早急に採用する必要があることを強調しました (33, 34)。

直近の30年間では、リカバリーアプローチが出現したことも、精神保健分野における人権保障の推進を促してきました。このリカバリーアプローチは、生きた体験のある人々の積極的な運動に端を発したものであり、WHO 包括的メンタルヘルス行動計画の中でWHO 加盟国から広く支持されています。また、リカバリーアプローチは、2016年の世界保健総会で加盟国の圧倒的な支持を得て採択された、WHOの「包括的で本人中心の保健サービスに関する基準」にも合致しています (1, 35)。

多くの人にとって、「リカバリー」とは、自分のアイデンティティと人生に対するコントロールを取り戻し、自分の人生に希望を持ち、さらに、仕事、人間関係、宗教、地域社会への関与、あるいは、これらの一部またはすべてによるものであるかを問わず、自分にとって意味のある人生を送る点に本質があります。

リカバリーアプローチは、人間関係、教育、雇用、生活条件、地域社会、宗教、芸術的・知的な探求を含む、人の精神的健康に影響を与えるあらゆる社会的決定要因に対処することを目的としています。このアプローチが強調しているのは、繋がり、意味と価値観、中心になるべき事柄などの問題を提起するとともに、精神保健ケアは単なる診断と投薬であるという考え方に対して全人的な対応をし、それに異議を唱える必要があるという点です (36)。リカバリーの意味は人によって異なるため、個々人が、リカバリーが自分にとって何を意味するのか、そして自分のリカバリーの旅路の一環として自分の人生のどの分野に焦点を当てたいのか自ら定義し、決める機会を有しています。このように、リカバリーアプローチは、多くの精神保健サービスをどのように構想し、運用するかという点について、完全なパラダイムシフトを具現化しています。

人権アプローチとリカバリーアプローチは、極めて軌を一にしています。双方のアプローチはともに、人々の多様性、経験及び選択肢を尊重し、他の人と平等に同程度の尊厳と尊重が認められることを求めています。また、双方のアプローチは、健康に影響する社会的及び構造的な要因があることを認識し、平等、差別しないこと、法的能力、コミュニティ・インクルージョンに対する基本的権利を促進するとともに、精神保健サービスをどのように開発し、提供するかについて、重要な示唆を与えています。どちらのアプローチも、この分野の現状に対して根本から異議を唱えるものです。

1.3 精神保健サービスの重要な領域と 心理社会的障害のある人々の権利

精神的不調がある人々にとって良いサービスを提供するためには、サービスをどのように考え、どのようにケアを提供するかについて、根本的な変化を必要とします。障害者権利条約に詳述されている健康の権利は、政府が障害のある人に対して、その権利と尊厳を尊重する質の高い精神保健ケアサービスを利用する機会を提供することを求めています。これは、本人中心のリハビリと人権に基づくアプローチを運用可能なものとし、利用を強制されるのではなく、人々が利用したいと思えるサービスを開発し、提供することを意味しています。また、自律を推進し、癒しを促し、サービスを提供する人と受け手との間に信頼関係が築かれるサービスを確立することも意味しています。この点に関して、健康の権利は、精神保健ケアに関連するいくつかの主要な人権原則、すなわち、法的能力の尊重、強制をしないこと、参加、コミュニティ・インクルージョン、及びリハビリアプローチに依拠しています。

法的能力の尊重

精神的不調や心理社会的障害のある多くの人が、法的能力を行使する権利、すなわち、自己決定をし、その自己決定を他者に尊重させる権利を否定されています。精神的不調や心理社会的障害のある人の意思決定は不合理であったり、難のある結果をもたらしたりする、あるいは、意思決定のためのスキルが不十分である、さらには、理解力がなく一人で決定することができない、また、意思と選好を伝えることができないという差別的な想定に基づいて、他人が介入して決定を下すことが、世界各国のサービスで受け入れられるようになってしまいました。多くの国では、こうしたことが後見、監督、代理などの仕組みを通じて実施され、法律や慣行によって正当化されています。このような他者による意思決定は、家庭や家族の環境でより非公式に行われることもあり、何を着るか、誰と会うか、どのような活動をするか、何を食べるかなど、人の生活に関連する日常的な決定が家族その他の者によって行われることもあります。

人の自律を促進することは、その精神的健康と幸福にとって重要であり、国際人権法、特に障害者権利条約に基づく法的な要求でもあります。障害者権利条約は、人々が他の者との平等を基礎として公的、非公的な日々の意思決定を自ら行うことができるように、締約国に対して、他者による代行意思決定制度をすべて撤廃するよう求めています。同条約は、クライシスの状況にある場合を含め、意思決定の支援を利用可能とすることと、他の人に本人の自己決定を尊重させるようにすることを求めています(37, 38)。

容易ではないものの、各国が、非自発的な入院や治療などの法的能力に対する権利を制限する運用を廃止し、このような現状の運用を人々の意思や選好に沿った運用に変更するための目標を設定し、対応策を提案することにより、精神保健ケアに関するインフォームドコンセントが常に行われ、入院や治療を拒否する権利も尊重されるようにすることが重要です。これは、自ら受けるケアに関する正確で、包

括的で、かつ、利用しやすい情報と、意思決定のための支援が提供されるサービスによって達成されま

す。

支援付きの意思決定のうち、実施可能な手法には、本人が、信頼できる人やネットワークの中から、さまざまな選択肢や決定内容のメリットとデメリットを慎重に検討することを支援してもらえらる人を選ぶことが含まれます。上記のように本人が信頼できる人は、これらの決定内容や選択肢を精神保健分野のスタッフや他の人に伝えることも手助けすることができます。多大な努力にもかかわらず、本人の意思と選好を判定することができない場合、意思決定は本人の意思と選好の最善の解釈に基づいて行われます。本人が意思決定を尊重してもらうための条件として支援付きの意思決定によることを、強制することはできません。

支援付きの意思決定を実施する別の方法は、特に受けるケアと支援について、本人が自らの意思と選好を述べた事前計画を使用するものです (37, 39)。事前計画によって、本人は、将来、クライシスや苦難に直面した場合に周囲がどうなって欲しいか検討し、表明することができます。本人は、事前計画がどのような状況で有効になるかを定めることができ、事前計画上で、コミュニケーション、権利擁護、あるいはその他の支援（例えば、意思決定や日常生活上すべきことの支援など）を手助けする1人または複数の人を指定することができます。事前計画には、次のような事項に関する情報も記載することができます。例えば、治療、短期間の入所を決めた場合に自宅をどうして欲しいか、誰が個人的なことの面倒をみるか、連絡すべき、あるいは連絡すべきでないのは誰かといった事項が挙げられます。

多くの状況で、人々の法的能力を尊重することは複雑で困難な場合があります、法的能力の尊重という障害者権利条約の要求を完全に達成した国はまだありません。本人の意思や選好が不明な状況が多くあり、最善の解釈をしても、結局のところ、その最善の解釈が本人の意思や選好を実際には反映していない場合があります。これらの状況下での目的は、将来同様の状況が発生するのを避けるため、実践を評価し、学び、変更することにあります。困難な状況を含め、本人の意思と選好を支援し、保護するための戦略に関する詳細な情報は、WHO QualityRights トレーニングモジュールから入手できます。これには、支援付きの意思決定と事前計画の作成 (39)、法的能力と意思決定の権利 (38)、強制、暴力、虐待からの自由 (10)、隔離と拘束をなくすための戦略 (40) が含まれています。

強制をしないこと

強制とは、本人に対して意思に反して何かをさせるために、強引な説得、脅迫または無理強いをすることを指します (41)。このように、強制には、法的能力を行使する人々の権利の否定も含まれます。精神保健サービスの関連では、強制としては、例えば、非自発的な入院、非自発的な治療、隔離や物理的、機械的、または化学的拘束の使用を挙げることができます。

多くの利害関係者は、現在では、精神保健及びその関連サービスにおける強制的撤廃と、強制によらない手段の実施を求めています。障害者権利条約における身体の自由と安全の権利は、障害に基づく自由の剥奪を禁止することにより、強制に対処するための方策を強調しています (42)。この権利は、健康状態もしくは障害についての診断や認知に基づいて非自発的な入院を許可する国のサービス、政策、及び法律に対して、重大な異議を唱えています。それは、例えば「治療の必要性」「危険性」、または「病識の欠如」のような理由や要件が付加された場合でも同じことです (43)。

拷問または残酷な、非人道的もしくは品位を傷つける取扱いもしくは刑罰からの自由、搾取、暴力及び虐待からの自由などに代表される障害者権利条約上の他の権利もまた、強制的な入院及び治療、隔離及び拘束、抗精神病薬の投与、インフォームドコンセントなしで行われる電気けいれん療法 (ECT) 及び精神外科手術 (45-48) などの強制を禁止しています (44)。

強制の必要があるという認識は、専門家の教育や訓練を含む精神保健分野のシステムに組み込まれて

おり、国の精神保健分野やその他の分野の法律を通じて強化されています。強制は、広く普及しており、それらが何らかの利益をもたらすという証拠が欠如しているにもかかわらず、また、身体的及び心理的な害、さらには死に至るという重要な証拠があるにもかかわらず、世界中の国々のサービスでますます使用されるようになっていきます (43, 49-57)。強制を受けた人々は、人間性を奪われる、自信や能力を奪われる、敬意を払われていない、自分に影響を及ぼす問題に関する決定をする力を奪われるといった感情があると訴えています (58, 59)。多くの人は、これをトラウマの一形態として経験したり、自らの状態の悪化と苦悩の経験の増加につながる再トラウマ化として経験したりしています (60, 61)。強制はまた、人々の自信と精神保健サービスのスタッフへの信頼を著しく損なっており、結果として、人々がケアや支援を求めることを避けることにつながっています (62)。強制を用いることにより、強制を用いる専門家も満足のない結果になります (63)。

強制を用いる人は、多くの場合、「リスク」または「危険性」に基づいて強制を正当化しますが (64)、それは偏見と主観による可能性があると考えられます (65)。強制が用いられる他の主な理由としては、強制が人々の健康、幸福、自己と自己価値の感覚、及び治療的關係に及ぼす有害な負の影響に関する理解の欠如 (51)、対立的にならない方法でクライシスを解決することを含めて困難な状況に対処する方策、知識、スキルの欠如、さらには、サービスを提供する種々のメンバーが共通に有する価値観、信念、態度、規則及び慣行が、反省されることなく受け入れられ当然のこととされ、「ここでのやり方はこのやり方だ」と考えてしまう悪いサービスカルチャーがあることが挙げられます。強制が用いられているのは、最終的には各国の国内法が許容しているからです (66)。

法律と政策の変更に加えて、強制力のないサービスの新設 (WHO QualityRights トレーニングモジュールを参照) には、次のようないくつかの面での措置が必要となります。

- ①クライアントと専門家の中に内在する根本的な不均衡、階層、及びこれらが脅迫、不安、信頼の喪失をもたらすメカニズムについてスタッフを教育すること。
- ②強制とみなされる事柄と強制による有害な結果を理解するようにスタッフを支援すること。
- ③ディエスカレーション戦略と優れたコミュニケーションの実践を含めてクライシスに対して強制を用いない対応について、すべてのスタッフに体系的な訓練を行うこと。
- ④クライシスプラン及び事前指示などのサービスを使用する人に関する個別計画 (51)。
- ⑤葛藤やその他の困難な状況を回避または乗り越えるために「クールダウンルーム」(67) や「レスポンスチーム」の活用を含めて友好的な雰囲気を作り出すために物理的及び社会的な環境を修正すること (68)。
- ⑥苦情を聞き、それに対応し、さらに、苦情から学ぶための効果的な手段。また、強制を用いた場合、将来的に強制を用いる事態を回避するための組織的な事後報告を行うこと。
- ⑦司法関係者、警察、一般医療従事者、地域社会全般などのすべての関係者の役割に関する考察と変化。

参加

歴史的に、精神的不調や心理社会的障害のある人は、自分自身の健康や生活上の選択だけでなく、社会全体の意思決定プロセスに関わることも否定されてきました。それにより、精神的不調や心理社会的障害のある人は、社会のあらゆる分野から疎外されており、他の人と平等に社会に参加し、関わる機会を奪われています。この状況は精神保健の分野にも当てはまり、この分野の専門知識と経験があるにもかかわらず、その人たちが精神保健関係のサービスを設計し、提供することや、政策の策定への参加がほとんど否定されています。

障害者権利条約の前文には、「障害者が地域社会における全般的な福祉及び多様性に対して既に貴重な貢献をしており、または貴重な貢献をし得ること」を明示的に認める法的枠組みが規定されています。さらに、同条約の前文では、「障害者が、政策及び計画（障害者に直接関連する政策及び計画を含む）に係る意思決定の過程に積極的に関与する機会を有すべきである」と述べられています。障害者権利条約は、障害のあるすべての人々が、社会と政治的、公共的活動や文化的生活に完全かつ効果的に参加し、そこに包容される権利を有することも明確にしています。また、同条約の下で、政府は、「差別なしに、かつ、他の者との平等を基礎として、政治に効果的かつ完全に参加することができる環境を積極的に促進」する義務があります。

生きた体験をした人々は、精神保健の分野での知識と経験により、ピア専門家、ピアサポート、ピアが運営するクライシスサービスなど他の人々への直接的なサービスを支援、提供するだけでなく、精神保健サービスの設計、開発、改善または変革に重要な貢献をし、中心的な役割を果たすことができることが、ますます認識されるようになっていきます（69）。

心理社会的障害を経験した人々が有する知識と理解を活用できるようにし、どのようなサービスがそのような人々に役立つかを理解することを積極的に目指すサービスを提供することは、人々が望み、有用であると感じるサポートを提供するために不可欠です。サービスの計画、提供、管理のすべての側面において、生きた体験をした人々が果たすことのできる重要な役割を認めるサービスを構築する必要があります。

生きた体験をした人々が、例えばピアサポートを提供することを通じて果たすことができる重要かつ有益な役割は、ますます認識されるようになっていきます（70-72）。その結果、ピアサポートは、各国の精神保健分野のサービスやシステム内で徐々に採用されるようになっていきます。ピアに根差した関わりは、サービスに不可欠であり、ケアと支援を求めている人々に対して、より希望が持てるような応対をすることに向けた動きの一環となるべきものです（73）。

コミュニティ・インクルージョン

何世紀にもわたって行われてきた精神的不調や心理社会的障害のある人々の施設収容は、そのような人々を社会から排除する結果となることが往々にあります。普通の家庭生活や社会生活に参加できないとコミュニティから疎外されてしまいます。そのため、多くの精神科施設や福祉養護施設が利用者の尊重をせず、変化を避ける態度は、人々の健康と幸福に壊滅的な結果をもたらします。

WHOは長い間、精神的不調や心理社会的障害のある人々のための地域社会に根差したサービスと支援の開発を提唱してきました。これは、現在、障害者権利条約によって強化されています。同条約は、政府には、障害のある人が自ら選択する場所と人とともに自立して生活でき（74）、希望する範囲でコミュニティに参加できるよう支援する義務があることを明確にしています。これを達成するためには、精神科の施設及び社会福祉施設を閉鎖する必要があり、すべての精神保健分野のサービスは、人々が自らの自由や自立を保持し、自ら選択した場所でサービスを受ける権利を尊重する必要があります。

また、障害者権利条約は、政府に対し精神保健ケアと支援を一般的な保健サービスに統合し、「地域社会における生活及び地域社会への包容を支援し、並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会支援サービス（個別の支援を含む）」を提供して、既存の施設を脱施設化することを義務付けています。また、同条約の下で、政府は、障害のある人が他の人と同じように地域に根差したサービスと設備を利用できるようにする必要もあります（44）。

したがって、精神保健分野のサービスの重要な役割は、コミュニティで暮らしそこにインクルージョンされることを助けるように、そして人々が自ら選択したサービス、支援、組織、活動が利用できるように支援することです。このような支援としては、例えば、社会福祉サービスと給付や住宅、雇用及び

教育の機会の利用可能性を促進することが挙げられます（第3部を参照）。クライシスの時には、精神保健サービスは、自宅、友人や家族、精神保健関係またはその他の相互に同意できる場所であるかを問わず本人が快適だと感じる場所で、本人の意思や選好に応じて支援を提供することにより、コミュニティで自立して暮らす権利を尊重し、実現する必要性が特に高いといえます。

リカバリーアプローチ

リカバリーアプローチは、多くの精神保健サービスで普及してきた実務と主として症状の軽減に焦点を当てたケアの提供に対する不満に対応して生まれたものです。

リカバリーアプローチは、精神保健サービスのみに依拠するものではありません。多くの個人は、リカバリーへの独自の道筋を作ることができ、実際に作っており、また、友人や家族、ならびに社会、文化及び信仰に基づく他のネットワークや集団の間で自然かつインフォーマルな支援を見つけることができ、さらに、他の個人とのリカバリーのための相互支援に参加することができます。しかしながら、精神保健サービスの現場にリカバリーアプローチを導入することは、サービスの利用を希望する人に提供されるケアと支援が、本人の人生と経験全体との関係を考慮するようにするための重要な手段です。

リカバリーアプローチは、国によってその名称が異なる場合がありますが、このアプローチを採用しているサービスは、決まった重要な原則に従っています。リカバリーアプローチを採用するサービスは、本人を「治す」ことや本人を「正常に戻す」ことに主な焦点を当ててはなりません。それに代わり、リカバリーが本人にとって何を意味するか自分で決めることができるよう支援することに焦点を当てています。リカバリーアプローチを採用するサービスは、本人が自分のアイデンティティと人生へのコントロールを獲得し、または取り戻し、さらに、仕事、人間関係、地域社会への関与、またはこれらの一部またはすべてを通じてするものであるかを問わず、自分にとって意味のある人生を送ることを支援しています。このようなサービスは、精神的な健康と幸福は主に「症状がない」ことに左右されるものではなく、精神保健の問題を経験しながらも完全な人生を楽しむことができることを認めています（75）。

リカバリー志向のサービス（WHO QualityRights トレーニングモジュールを参照）は、一般に、次の5つの側面（76, 77）を中心としています。

- **つながり**：この原則は、他のすべての人々と同様に、平等に、地域社会に包容される必要があるということです。「つながり」に含まれ得るものとしては、新しい有意義な関係を築くこと、家族や友人とのつながりを取り戻し、あるいは、地域社会内のピアサポートグループや他のグループとつながることが挙げられます。
- **希望と楽観主義**：希望の定義は人によって異なりますが、希望の本質は、「症状」の有無にかかわらず、完全な人生を送ることが可能であることを確信することです。希望は、自分の状況が変化する可能性がある、あるいは、状況に対処し、または状況を克服することができるという信念も示唆しています。したがって、夢や願望は、奨励され、重要なものとして評価する必要があります。
- **アイデンティティ**：リカバリーアプローチは、自分が何者であるかを正しく評価し、自己と自己価値の感覚を強化し、さらに、スティグマ、外的偏見と同様に自分に内面化されてしまった抑圧及びセルフスティグマも克服することを支援することができます。このアプローチは、本人と、その固有のアイデンティティ及び自己決定の能力を尊重することに基づいており、本人が自身の人生の専門家であることを認めています。これは個人のアイデンティティだけでなく、民族的及び文化的なアイデンティティにも関係しています。
- **意味と目的**：リカバリーは、人々が自分の人生を再構築し、自分の選択や選好に応じて意味や目

的を得たり、取り戻したりするのを支援します。したがって、リカバリーには、生物医学的または心理学的介入を超える可能性のある癒しの形態を尊重することが含まれます。

- **エンパワメント**：エンパワメントは、当初よりリカバリーアプローチの中心にあり、コントロールと選択が人のリカバリーの中心であり、本質的に法的能力に結びついていることを前提にしています (78)。

1.4 結 論

人権とリカバリーに基づくアプローチを実施するには、サービスが精神保健の社会的決定要因に対処し、人々の当面のニーズと長期的なニーズの双方に対応する必要があります。これには、本人が人生の意味と目的を獲得または取り戻すのを支援し、人間関係、仕事、家族、教育、宗教、芸術的・知的な探求、政治に代表される、人生のすべての重要な分野を探求することを手助けすることが含まれます。

この関係で、精神保健サービスは、本人の法的能力を尊重する必要があります、それには治療とケアに関する本人の選択と決定を尊重することが含まれます。精神保健サービスは、強制に頼ることなく支援する方法を見つけるとともに、生きた体験をした人々に参加してもらい、優れたサービスがどのようなものであるべきかについての見識を提供してもらうようにする必要があります。最後に、精神保健サービスは、ピアワーカーの専門知識と経験を活用して、本人のニーズ、希望、期待を満たすように本人のリカバリーの旅を支える必要があります。

これを達成することは、容易なことではありません。多くのサービスが各種の資源、政策及び法律の制約に直面している中で、このようなアプローチを実現するに当たり、多くの課題があります。しかし、世界中のさまざまな地域の精神保健サービスの事例には、上記のアプローチが実現可能であることを具体的に示しているものが複数あります。次の節で紹介するグッドプラクティスは、さまざまな法制度の地域で、人権を保護し、強制を回避し、法的能力の尊重を促進しながら好結果をもたらす実践になっています。グッドプラクティスは、上記のアプローチをどのように行うことができるかを示しており、世界各国の政策立案者やサービス提供者に良い示唆を与えるものです。

第2部

権利とリカバリーを 促進するサービスの グッドプラクティス

第1部では、人権とリカバリーの原則に沿って精神保健サービスを変革するために、各国が相当な努力をすることが必要であることを強調しました。以下では、人権とリカバリーの原則を適用した事例を示すために、人権とリカバリーを促進する方向に大きく踏み出したサービスのグッドプラクティスを紹介します。このようなサービスの実例を強調する目的は、その通りにしなければならないというのではなく、むしろ、実例における多様な経験から学ぶことができるものを明らかにすることです。特に、人権とリカバリーアプローチを尊重し促進するために導入されたメカニズムと戦略から貴重な教訓を引き出すことができ、このような教訓は、各国が、国内に独自の精神保健サービスを形作り、発展させるのを支援するために用いることができます。重要な留意点として、以下で紹介するサービスは、人権とリカバリーアプローチの促進に向けて熱心な取り組みを行ってきましたが、これを完璧に実現しているものは1つもないことが挙げられます。それにもかかわらず、以下で紹介するグッドプラクティスは、人権とリカバリーが支援の中核となる場合に達成できる内容を示す良い例です。その主な理由は、これらのグッドプラクティスが、ほとんどの場合、法的及び政策的に制約がある枠組みの下で、そして異なる発展段階にある精神保健システム内で運営されている点にあります。

以下で紹介するサービスのグッドプラクティスは、文献レビュー、包括的なインターネット検索、オンラインでの情報収集、及び既存のWHOネットワークとコラボレーターの4つの主要な情報源を通じて選ばれたものです。すべてのグッドプラクティスは、5つの人権及びリカバリーの基準、すなわち、法的能力の尊重、強制をしないこと、参加、コミュニティ・インクルージョン及びリカバリーアプローチに基づいた選択過程を経たものです。取り上げられたグッドプラクティスは、そこで提供されるサービスが7つのカテゴリーのいずれであるかに基づき分類されました。分類カテゴリーは、クライシスサービス、病院を基盤としたサービス、地域精神保健サービス、アウトリーチサービス、支援付き居住サービスおよびピアサポートサービスです。付録1では、その方法を詳細に記述しています。

以下のページでは、各精神保健サービスのカテゴリーが記載されており、その次に、関連するサービスのグッドプラクティスの概要が記載されています。サービスのグッドプラクティスのより詳細な説明は、本ガイダンスに添付されている7つのテクニカルパッケージに記載されています。いずれのグッドプラクティスも、複数のカテゴリーに関連する多数の機能を担っているため、1つのカテゴリーだけに完全に当てはまるサービスはありません。例えば、クライシスサービスは、より広範な病院を基盤としたサービスの一部として提供されていることもあります。複数のカテゴリーに該当することは、各グッドプラクティスの冒頭の分類欄に明記されています。

人権の原則を遵守した地域に根差した精神保健サービスを提供することは、すべての国の実践においてかなりの変化が生じることを意味し、精神保健への人的及び財政的資源の投資が不十分な状況下では、非常に高い基準が設けられることとなります。病院を基盤とした精神保健サービスの節とクライシス対応サービスの節に記載されているグッドプラクティスは、すべて、高所得国にあります。低所得国は、高所得国の例が適切ではない、または有用ではないと考えるかもしれませんが、同様に、高所得国は、低所得国の例を考慮しないかもしれません。新しいサービスと実践は、それが、政策立案者、専門家、家族、ケアに当たる人、精神保健サービスを利用する個人であるかを問わず、さまざまな関係者から、さまざまな質問、課題、懸念を引き起こす可能性があります。

本ガイダンスで紹介するグッドプラクティスは、ベストプラクティスとして解釈することを意図したのではなく、むしろ人権とリカバリーを促進する地域に根差した精神保健サービスの幅広い可能性を示すことを目的としています。以下のグッドプラクティスは、各国の多様な経済状況や政策状況に合わせて調整できるグッドプラクティスの選択肢のリストです。選択肢のリストを提示する目的は、人権とリカバリーの促進を成功に導く地域に根差した精神保健サービスを提供する上で、自らの状況に実際に有用で転用できる原則と実践から学んでもらうことです。

2.1 精神保健クライシスサービス

クライシス対応サービスの目標は、急性の精神的苦悩に直面している人を支援することです。しかし、これは、まさに、強制入院や強制治療、隔離や物理的、機械的、化学的拘束などの強制の使用に代表される手段によって人権が侵害されるリスクが高いサービスです。このような強制は、人々の精神的、感情的、身体的な健康に有害であることが示されており、時には死に至らせることもあります（49, 50, 64）。

次の節では、実力行使やその他の強制の使用に頼ることなく、効果的なケアと支援を提供し、法的能力やその他の人権を尊重するクライシスサービスの選択肢を紹介します。そのようなサービスは、さまざまなやり方で提供することができます。多職種チームの支援を受けて自宅でクライシスを克服するのを支援するサービスもあります。また、レスパイトセンターやレスパイトハウスで、ケアや支援を提供するサービスもあります。これらのサービスは、通常の日常生活から短期間離れて休憩することができるように設計された、地域社会に根差した一時的な宿泊場所を提供しています。

この節で紹介しているすべてのサービスは、ケアと支援に対して、全人的で本人を中心としたアプローチを取っています。この節で紹介するサービスは、何がクライシスを構成するのかについてコンセンサスがないこと、そして、ある人がクライシスとして経験するかもしれないことは、他の人はクライシスと見ていないかもしれないことを認めています。したがって、この節で紹介する各サービスは、クライシスを、個々人が克服するためにさまざまなレベルの支援を必要とするものであり、個別性があり、主観的な非常に個人的な経験と捉え、クライシスに取り組んでいます。

この節で紹介するサービスは、人権とリカバリーのアプローチに基づいて、サービス内の力の非対称性に特に注意を払っています。その多くは、有意義なピアの関与と、クライシスを克服するための安全な空間および快適な環境の提供にも焦点を当てています。すべてのサービスは、クライシスに直面している人々とのコミュニケーションと対話が重要であると主張し、本人が自身のケアと支援のニーズに関して専門家であると理解しています。

この節に記載しているクライシス対応サービスから支援を受けている人々は、地域社会での生活から引き離されることは一切ありません。多くのサービスは、本人のケアと支援に当たって、家族や親しい友人に——その同意を得て——積極的に関与してもらっています。さらに、これらのクライシス対応サービスは、地域社会で利用可能な他の各種資源と深くつながっています。この節で紹介するクライシス対応型サービスは、本人がクライシスを終えた後も支援が受けられるよう、本人を外部のシステムにつなげ、本人が外部のシステムの中を自分で進むことを手助けしています。

全体として、クライシス対応サービスの成功は、クライシス対応が実力行使やその他の強制の使用を必要としないことを示しています。その代わりに、コミュニケーションと対話、インフォームドコンセント、ピアの関与、提供されるサポートの柔軟性、及び個人の法的能力の尊重が、本人のニーズに応える質の高いケアと支援を達成することを示しています。

2.1.1

アフィヤ・ハウス

Afiya House



アメリカ合衆国、マサチューセッツ州

アフィヤ・ハウスは、ピアが運営する休息センターであり、「クライシス」と表されることが多い状態を学習と成長の機会に転換するように苦悩の中にある人々を助けることを目的としています。この休息センターは、2007年から存在しているワイルドフラワー連合（Wildflower Alliance）（旧西部マサチューセッツ・ラーニングコミュニティ（Western Mass Learning Community））が運営するピアサービスの中で活動する人々からなるより広範なコミュニティの一部です（79）。すべてのスタッフは、精神医学的診断、トラウマ、ホームレス、物質依存の問題、その他の問題など、人生を妨げる課題に自ら直面したことがあると自認しています。

● 主な分類：クライシスサービス

● ▶ その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶ 他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

● ▶ エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

● ▶ 財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

サービス内容

アフィヤ・ハウスは、2012年(80)にノーサンプトンの都市住宅街にオープンしました。これは、米国マサチューセッツ州西部で唯一のピアレスパイトであり、米国で約36あるうちの1つです。アフィヤ・ハウスは、感情面または精神面での重大な苦悩に直面している18歳以上のすべての人が利用でき、最大7泊の滞在が可能です。利用できる人には、ホームレスの人も含まれますが家がないという理由だけでは、アフィヤ・ハウスに滞在できません。直接的なケアを必要としている人、または服薬管理の助けを必要としている人は、外部の支援を受けていない限り、一般的に利用できません(81)。アフィヤ・ハウスに滞在する人は、ワイルドフラワー連合の他のすべての活動と自動的につながり、アフィヤ・ハウスで働くすべての人は連合のスタッフと見なされます。

アフィヤ・ハウスは医療を提供していませんが、有給のピアサポートチームのスタッフの支援は24時間利用できます。ピアサポートチームは、本人の希望に応じてウェルネスプランを作成したり、地域社会の既存の医療機関との関係を維持したり、本人が受けている医療サービスを変更したりするために、アフィヤ・ハウスに滞在する人々を支援します。アフィヤ・ハウスを利用する人は、あらかじめ決められたスケジュール(睡眠時間や起床時間、参加が義務的な活動など)を遵守することは期待されているわけではありませんが、ピアサポーターは、定期的に、滞在中の人を確認して、つながりを持たせたり、その他の有用な活動や各種資源を見つけるのを助けたりします。ピアサポーターは、必要かつ実行可能であれば、受診に同行することもあります。ピアサポーターは、多様な興味や経験を持っており、ヨガや瞑想を提供するなど、自らの興味や経験を支援に生かしています。

アフィヤ・ハウスに滞在する人は、学校、仕事、地域社会の義務、約束など、日常の予定を継続するために、アフィヤ・ハウスを自由に入出することができ(81)。アフィヤ・ハウスでは、キッチンや基本的な食料品、共用ルーム、書籍、アート用品、楽器、ヨガマットなどの物品を利用でき、同時に3人が寝泊まりできる各個室を備えています。アフィヤ・ハウスに滞在を開始する前に、興味のある人はチームのスタッフと最初に話し合いをし、滞在するかどうかの最終決定は、本人、1人目のチームの担当スタッフ、2人目のチームのスタッフの3人によって行われ、見落としがないようにします。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

アフィヤ・ハウスは、トラウマインフォームド・ピアサポートを提供する際に、選択と自己決定を強調しています(81)。アフィヤ・ハウスでレスパイトを始める場合、人権課題について説明されます。また、アフィヤ・ハウスの人権担当者や第三者の連絡先も知らされ、何らかの形で虐待を受けたと思った場合には連絡を取ることができます(81)。精神保健クライシス・救急サービスに連絡されることは、各人自身がそうしたサービスが好ましい選択肢と認めない限り、一切ありません。情動的な苦悩や自殺念慮や自殺企図さえも医療上の緊急事態とは見なされず、スタッフは、インテンショナル・ピア・サポート(82)と自殺に向かわない道^{注b)}(83)を使って、このような状況にある人を支援するように訓練されています。アフィヤ・ハウスに滞在する人は、任意で良いと思う連絡先と支援を用紙に記入することもでき、個人プランが作成されることもありますが、いずれの情報も本人の所有物であると考えられています(81)。また、宿泊者の氏名は公表していません。

強制しない実践

アフィヤ・ハウスでの滞在は、完全に任意であり、滞在を希望する人が開始する必要があります。歴史的に力の不均衡と強制に根差している相互作用を避けるために、チームのスタッフは治療の実施を支援することはせず、代わりに、自分の部屋に鍵のかかった箱があり、本人が自分の薬や貴重品を保管することもできます。しかし、向精神薬をやめるための支援と援助の人や物は提供可能です (81)。

職員と滞在者の間の力の不均衡を最小化するために、アフィヤのスタッフは医療的なトレーニングをされていません。また、薬の管理や個人の貴重品を保管することはありません。これらのポリシーは、いつの間にか強制的な相互関係になっていく可能性を減らします。本人の同意なしに警察や救急に連絡するのは医療上の救急（例えば心臓発作、意識がないことがわかったとき、過剰服薬など）の場合か暴力の重大な脅威がある場合だけです。仮にそういう状態が起こった場合には、チームメンバーは、あとで内部的な検証を行います (81)。2015年に窃盗未遂の結果として暴力の事案が起きました。しかし、それ以外には暴力事案はありません。人が非常に怒っている状況を切り抜けるための方法として承認・好奇心・脆弱性・地域社会 (VCVC) 支援モデルを使うトレーニングをスタッフは受けています (83)。

コミュニティ・インクルージョン

宗教、スポーツ、または教育に関する資源を含めて、さまざまな地元コミュニティの資源を探り当てるために、このハウスに滞在する人たちにレスパイトとサポートを提供する中でコミュニティ・インクルージョンは重要な要素だとアフィヤ・ハウスは考えています。アフィヤ・ハウスへ来ることも去ることも自由にできるということが、仕事、教育、その他の活動などの重要な関係や責任を持ち始めてそれを持続することを促進します。レスパイトで滞在する人々は、選択した家族、友人、あるいは他のサービス提供者やサポーターとつながるように奨励されています。このことを支援するために、チームのスタッフは、癒しの対話を促すよう手助けします。アフィヤ・ハウスは、住宅やホームレスに関連するサービスに代表される他のワイルドフラワー連合のサービスとも提携しています。ワイルドフラワー連合は、4つのリソースセンターを運営しており、教育、アドヴォカシー、ピアサポート、代替的な癒しに関連する多くの地域社会に根差したワークショップやイベントを開催しています。リソースセンターは、多くの「地域社会との懸け橋役」を雇用し、刑務所にいる人々や、地域社会に戻る準備をしている入院者を支援しています。

参加

アフィヤ・ハウスは、精神医学的診断、トラウマ、ホームレス、物質依存の問題、その他の課題を自分自身が体験した人々によって立ち上げられ、運営されています。どれだけ深く関わるかがサービスの構造に反映されるということが、実例をもって示されています。チームのスタッフは、インテンショナル・ピア・サポート、自殺に向かわない道、ヒアリング・ヴォイスの勧め、抑圧をしないためのトレーニングという4つの中核的な領域の訓練を修了します。ピアサポーターは、1対1またはグループサポートのいずれかで利用可能であり、アフィヤ・ハウスに滞在する人々相互でのサポートも奨励されています。アフィヤ・ハウスに滞在するすべての人々は、サービスを継続的に改善するために、口頭で感想を述べるよう求められます。

注 b) 自殺に向かわない道 (Alternatives to Suicide) は、2008年にマサチューセッツ州西部リカバリー・コミュニティによって開発されました。自殺予防の多くのアプローチが逆効果であり、しばしば強制的な介入につながるという認識から生まれたものです。実際には、ヒアリング・ヴォイス・グループの運営方法をモデルにしたピアサポートグループの形態を取っています。時間の経過とともに、「承認・好奇心・脆弱性・地域社会」(VCVC) という緩やかな公式が形成されてきました。

リカバリーアプローチ

アフィヤ・ハウスは、本人にリカバリープランを作成することを強制しませんが、アフィヤ・ハウスに滞在するすべての人々に、自らが滞在期間中に達成したいことを簡単にまとめた用紙に記入するようお願いはしています。本人が滞在期間中に達成したいことには、睡眠時間を再調整するなどの簡単なことが記載されることもあり得ますが、より詳細にして、ウェルネスプランの策定や新しい住まい探しなどを書くこともできます。リカバリーアプローチのもとで、ピアチームが提供するサポートを超えて、より広範なワイルドフラワー連合のピア対ピアのリカバリー・ラーニング・コミュニティが活用されています。これにより、滞在中だけでなく滞在後にも、コミュニティリソースセンターやグループを利用できます。

サービスの評価

2016年7月1日から2017年6月30日の間に、アフィヤ・ハウスには174件の宿泊がありました。回答者の約半数は、伝統的なレスパイト・プログラムを利用した経験があると報告し、回答者の57%は他の精神保健サービスも利用していると報告しました。アフィヤ・ハウスに結果的に滞在しなかった回答者は、合計1,344人おり、そのうち74%がスペース不足を理由としていました。

2017年の報告書(80)には、アフィヤ・ハウスを離れる前に行われた匿名の評価調査の結果が記録されています。これによると、アフィヤ・ハウスの利用者が伝統的な、または、医療的なレスパイトハウスよりもアフィヤ・ハウスの環境を好み、良い成果を実感したことが示されています。利用者は、病院や他の医療的なレスパイトと比較して、アフィヤ・ハウスでより歓迎されていると感じ、情報がより透明性の高い方法で伝達されていると報告しました。ほとんどの人が、アフィヤ・ハウスによって自分の人生にプラスの影響を受けたと報告しています。滞在における各人の希望が満たされたかという観点では、回答者の86%が、滞在によって少なくとも1つの希望が満たされたかと回答しました。アフィヤ・ハウスに滞在した人々は、そのスタッフが心から気遣い、スタッフや他のサービス利用者とのつながりを感じ、目標を達成することができ、支援を受けながら必要なことを自由に行うことができると感じたかと報告しました。

コストとコスト比較

アフィヤ・ハウスは、マサチューセッツ州精神保健局からマサチューセッツ・リカバリー・ラーニング・センターを介して2027年まで完全に資金を供与されているため、滞在する人々は無料でアフィヤ・ハウスを利用でき、保険も必要ありません。評価に基づく肯定的な成果によって、アフィヤ・ハウスの継続的な資金調達に必要な証拠も提供されてきました。

2015年、アフィヤ・ハウスは250件の宿泊を提供しました。過去の経過と自己報告に基づく、そのうち125件で、ピアレスパイトが利用できなかった場合、本人が入院していた可能性が高いと予測されました。2015年の推定平均費用は、病院では1人1日あたり2,695米ドルであるのに対し、アフィヤ・ハウスは1人1日あたり1,460米ドルでした(81)。2019年のアフィヤ・ハウスの年間総運営費は443,928米ドルで、そのうち人件費が最大部分を占めています。

スペースに制限があることで、アフィヤ・ハウスは病院に代わる場所という主な目標の1つを達成することが困難になっています。2016年から2017年にかけて見られたように、アフィヤ・ハウスがいっぱいだったために、1,000人近くが利用を断られました。対照的に、この地域には9つの精神科ユニットがあります。アフィヤ・ハウスをモデルにした第2のハウスをオープンする提案がされてきました。しかしながら、アフィヤ・ハウスのようなよりピアに基礎を置くクライシスサービスへの明確な需要が

あり、入院費用の節約につながる可能性が高いにもかかわらず、州の資金は提供されていません。

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト :**
<https://wildfloweralliance.org/>
- **動画 :**
Afiya House - <https://www.youtube.com/watch?v=9x8h3LvEB04>
- **連絡先 :**
Sera Davidow, Director, Wildflower Alliance, USA,
Email: sera@westernmassrlc.org or
sera@wildfloweralliance.org

2.1.2

リンクハウス

Link House



英国、グレートブリテンと北アイルランド、ブリストル

リンクハウスは、精神的な危機を経験した女性で、ホームレス、または精神保健上の問題で家に住むことができない女性のための居住型クライシスセンターです。ここで提供されるサービスは、医療的支援ではなく、ケアの社会的モデルに基づいています。リンクハウスは2010年に設立され、2014年に革新的なブリストル精神保健ネットワークに加わりました。同ネットワークはケアの提供を統一した18の公共団体とボランティアセクターによって構成され、全国保健サービス（NHS）から全額資金を受けています。

● 主な分類：クライシスサービス

▶ その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

▶ 他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

▶ エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

▶ 財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

サービス内容

18歳以上の女性のための居住型クライシスセンターであるリンクハウスは、クライシスを経験している女性たちが精神科に入院しないようにすることを主な目的として設立されました。女性たちがクライシスに対処し、回復力を高めることを支援しています。このサービスは、1982年から運営されているブリストル最大の女性専用の精神保健と住宅サービスの提供事業者であるミッシングリンクによって運営されています (84)。

キッチンや庭を共有するこの家には、一度に10人の女性が滞在できる場所があり、最大で4週間まで滞在することができます。このサービスでは、通院治療命令 (legal treatment orders) を受けている女性や精神科ケアを終えた女性も含め、すべての女性を受け入れています。自分で身の回りのことができる人であれば、認知障害や身体障害のある女性も歓迎されており、障害者用の一連の設備は定期的に利用されています。サービスへの参加は、自分で申し込むか、クライシスとリカバリーのサービスや一般医などからの紹介を通じて行うことができます (85)。サイコーシスや自殺願望、アルコールや薬物使用の問題がある人も、リカバリーに向けて順調に進んでいけば入所することができます。緊急時に待機者リストに載ることを避けるため、リンクハウスには緊急用ベッドが1つあり (86)、またミッシングリンクが運営する他のサービスに紹介を行うようになっています。

リンクハウスに滞在する人々には自分のための専属支援ワーカーがつき、スタッフは昼夜を問わず対応しています。医療スタッフはおらず、スタッフには正式資格も必要ありません。スタッフは、ディエスカレーション (緊張緩和介入) やサポート戦略、自殺についての気づき、メンタルヘルス・ファースト・エイド^{訳注2)}などの基本的訓練を受けています (87)。スタッフは、利用する女性を支援し、個人に合わせてプログラムと日課を作ります (88)。またセルフケア、お金、料理、時間管理、人間関係、雇用などに関するスキルで支援します (85)。グループでのリカバリープログラムは週に数回提供され、その他に日常的な活動があります。利用者の女性は一時的に自由に外出できますが、場所の制約上、ここでの面会は制限されています。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

サービスを利用する人の声に耳を傾けることと、自己決定は、リンクハウスの哲学に欠かせない要素です。このサービスのすべての活動は、尊敬と理解という中核的価値に導かれています。すべての行動は、サービスを利用する女性が何を好むかに沿って行われます。全体として、サービス利用者は、リンクハウスをセーフティネットとして背景に持ちつつ、自分の生活を続けることができます (88)。活動は、女性たちが自分たちのゴールを明確にできるように調整されます。例えば、医師との面談に同席してくれるアドヴォケイトを探すよう支援することなどです。運営事業所のミッシングリンクは、サービス利用者がリンクハウスに不満を持った場合、サービス利用者 (または利用者が関与したいと思う第三者) が報告できる苦情処理手順を設けています (89)。

訳注2) メンタルヘルス上の危機を経験している人を助ける方法を学ぶ一般向けコース。

強制しない実践

リンクハウスの利用は常に自主的（任意）です。最初のアセスメントにおいて、サービスを希望する女性が心からリンクハウスに滞在することを希望していると確認するよう配慮されています。滞在中は日課を守るよう奨励されていますが、利用者がそれを強制されることはなく、制限的なやり方は使われていません。2016年の評価では、サービス利用者は「リンクハウスにいてよかったこと」として、「安全で、家庭的で、女性だけ（スタッフを含む）」と感じ、「スタッフによる非医療的で前向きでサポート的なアプローチ」に感謝していると報告しています（90）。リンクハウスに滞在する女性は、自分で薬を管理し、スタッフは監視や管理には関与しません。ただし、その精神的健康状態が本人や周囲の人が安全でないと感じる程度にまで悪化した場合はこの限りではありません。その場合は、クライシsteamや入院サービスに紹介されます。

コミュニティ・インクルージョン

リンクハウスは、滞在する女性たちに地域での定期的な活動の継続を促していることも大きな特徴です（88）。また、ミッシングリンク・ネットワークの他のサービスを含め、それらの活動は、女性たちを彼女たちの希望に基づいたさまざまなコミュニティ・サービスに積極的に結びつけています。これらのサービスには、女性のためのさまざまな雇用やメンタルヘルス支援プログラムのほか、支援付き住宅、グループ住宅、一時居住の施設も含まれています。リンクハウスでは、インクルーシブな環境を提供することに重点を置いています。サービスを利用する女性たちは一緒に交流したり料理をしたりすることが奨励されており、また、週に2、3回ほどグループ活動が開催されています。

参加

リンクハウスでは、組織のあらゆるレベルで生きた体験をした人々が関わっています。経営レベルでは、リンクハウスはクライシスハウス・ユーザー・リファレンス・グループ（CHURG）を設立し、6週間ごとに会合を開いています。このグループは、過去のサービス利用者で構成され、参加者のさらなる増加を目指すとともに、参加者のピアサポートグループとしても機能しています。このグループは、ハウスの規則、方針、研究文献、活動などについて相談を受けています。

リンクハウスの居住者は、リンクハウスの日々の運営や提供される活動に関しても重要な発言権を有しています。サービスの開発や改善の取り組みに反映させるため、サービス利用女性を対象にしたフォーカスグループが実施されています。2016年のサービス評価では、98%のサービス利用者が、ハウスの運営に十分な参加があったと回答しています（90）。

リカバリーアプローチ

リンクハウスは、強みに基づくアプローチ、生きた体験をしたことの価値と自己決定を重視する、リカバリーの社会ケアモデルを採用しています。平等、文化的相違の尊重、全人的な視点に重点を置き、柔軟なサポートを提供しながら、利用者の女性たちが自分の人生と再びつながることができるように支援しています。スタッフは全員、リフレクティブ・プラクティスとトラウマ・インフォームド・アプローチの訓練を受けており、女性たちが回復するための対処法や強みを身につけられるよう支援します。このサービスを利用するすべての女性には、個別のウェルネス・アクション・リカバリープラン [WARPs]（91）が使用され（サービス利用者の88%が役に立ったと回答（90））、スタッフは利用者各自のゴールに合わせて行う活動を調整します。利用者をさらに支援するために、現在担当しているサービス提供事業者もリカバリープランに組み込んでいます。また、利用女性はリカバリースター（92）のチャートを作成し、生活の中で改善したい部分を特定するよう奨励されます。リンクハウスを去る時に、この表をもう一度見て、自分の進歩の度合いを確認することができます。

サービスの評価

利用女性がリンクハウスを退去する際には、退去時フィードバック調査（90）に協力してもらっています。2017年－2018年、リンクハウスは150人の女性を支援し、回答した122人の99%が「滞在が役に立った」、99%が「サポートがニーズに応じてくれた」、94%が「メンタルヘルスが改善したと感じた」、100%が「活動やグループセッションが役に立った」、100%が「友人に勧めたい」と回答しました（93）。リンクハウスのサービス利用者は、病院を利用する回数が減り、リンクハウスのサービスによって入院期間が短縮されたと報告しています。精神保健サービスから紹介された女性は全員、病院のベッドが必要な状態であると評価された人たちでした。したがって、これらの女性によるリンクハウスの利用は、直接的に入院を減らすと推察されます（93）。

コストとコスト比較

2017年から2018年にかけて、ミッシングリンクは合計864人の女性が地域でサービスや住居を見つけるのを支援し、このうち150人がリンクハウスを利用しました。このサービスの提供には、建物、スタッフ、諸経費を含め、年間467,000ポンド（約647,000米ドル）^{注c)}の費用がかかっています。1人1泊1ベッドあたりの総費用は127ポンド（約176米ドル）^{注d)}です。病院のベッド代が1泊あたり約3倍（94）であることを考えると、リンクハウスは医療システムにとって大きな節約となります。

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト：**
<https://missinglinkhousing.co.uk/services-we-offer/link-house-for-women-in-mental-health-crisis/>
- **動画：**
 Link House - <https://missinglinkhousing.co.uk/link-house-film/>
 Sara Gray, staff member, Link House
<https://www.youtube.com/watch?v=GMSofLVJMcY&feature=youtu.be>
- **連絡先：**
 Sarah O'Leary, Chief Executive Officer, Missing Link Mental Health Services,
 Bristol, United Kingdom;
 Email: Sarah.OLeary@nextlinkhousing.co.uk

 Carol Metters, past Chief Executive Officer, Missing Link Mental Health
 Services,
 Bristol, United Kingdom,
 Email: Carol.mettters@missinglinkhousing.co.uk

注 c) 2021年3月時点の換算

注 d) 2021年2月時点の換算

2.1.3

オープンダイアログ・ クライシスサービス

Open Dialogue Crisis Service



フィンランド、ラップランド

オープンダイアログは、精神保健に問題をかかえる個人や家族を支援するための独特な手法で、北極圏に近いフィンランド西ラップランドで開発されました。オープンダイアログは、関係性を中心におくことや、家族や関わりのある人たち（ネットワーク）とのつながりを促進することを重視し、個人的な精神力動的な治療やシステミック家族療法などを用いています。オープンダイアログ・アプローチは西ラップランドのメンタルヘルスサービスのあらゆる領域に行き渡っています。このサマリーでは、オープンダイアログのクライシスサービスに焦点を当てています。

- **主な分類：クライシスサービス**
- ▶ **その他の分類：**
 - 地域精神保健センター コミュニティ・アウトリーチ ピアサポート
 - クライシスサービス 病院を基盤としたサービス
 - 支援付き居住サービス
- ▶ **他の地域での利用可能性：**
 - Yes No
- ▶ **エビデンス：**
 - 既刊文献 非市販文献 なし
- ▶ **財務基盤：**
 - 国の保健部門 国の社会部門 健康保険
 - 寄付 自己負担

サービス内容

オープンダイアログ・クライシス訪問アウトリーチサービスは、トルニオ市のケロプダス病院を拠点とし、ケロプダス病院の外来部門によって調整・管理されています。このサービスは、西ラップランド全体に行き渡り、域内の外来クリニックやサービスと連携しながら提供されています。ケロプダス病院は、精神保健に特化した病院で、22床の精神科ユニットを有し、西ラップランド地域のすべての自治体の入院ケアを担っています。オープンダイアログのクライシスサービスチームは、看護師16人、ソーシャルワーカー、精神科医、心理士、作業療法士、事務員で構成されています。クリニックはフィンランドの公的な医療サービスに組み込まれており、研修医やピアワーカーも加わって、毎月平均100名の新規ユーザーにサービス提供を行っています。

クライシスサービスは、サイコーシスの症状などのメンタルヘルス上の危機にある人たちに、精神療法に基づいた介入を提供することを目的とするもので、毎日24時間、電話、文書、電子メール、来院によって利用することが可能です。このサービスは、西ラップランドにおける、クライシスの状況に関する単一の連絡窓口となっています。個々の問い合わせにすぐに対応し、後にして欲しいという明確な要望が当事者からない限り、24時間以内に対応することになっています。

一旦やりとりが始まると、最初に相談を受けたチームメンバーが、クライシスサービスのスタッフ、時にはソーシャルワーカーなどの他のサービスのスタッフを集めて、ケースを担当するチームを組織します。このチームは、その必要がなくなるまで、クライシスにある人の支援を行い、チームのミーティングはもし必要なら毎日、本人の希望に応じて、本人の自宅かこのサービスのオフィスで行います。ミーティングには、本人の許可が得られれば、家族や支援する関係者なども参加します。

このサービスで重視されている〔他の〕価値は、支援チームによるケアの柔軟性、機動性、継続性です。このサービスは、投薬を最小化し、完全な透明性を保持します。ケアに関して議論したり決定したりする時には、本人やミーティングの参加者とその意見を中心にします。オープンダイアログは、クライアントの自己-探索、自己-説明、自己-決定の可能性を促進するものです。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

オープンダイアログの中心的な考えは、サービスを利用する本人が治療に関する決定を行い、治療チームの役割はユーザーが望む支援を提供することにある、というものです。対話を可能にすることによって、このサービスは、本人の尊厳とその法的能力の尊重を促進します。チームのメンバーは、すべての声が平等に聞かれるようにし、治療ケアの計画が対話の中から浮かび上がってくる場を作ることが心がけます。

オープンダイアログのクライシスチームはまた、クライシスの際のパワーの格差に敏感であるように心がけています。そうした格差は、サービスユーザーが、自分のニーズと希望を表明する機会を損なってしまう可能性があります。このサービスは、チームメンバーのトレーニングやスーパービジョンを通して、パワーの問題に注意を向け、その不均衡を把握し、最小化する方法に取り組んでいます。事前指示書はこのサービスでは使われていません（フィンランドの他地域でも使われていません）。

強制しない実践

このクライシスサービスは、緊迫した状況を和らげることによって、強制的な介入を避けようとしません。薬を飲むことを拒否したとしても、それなら入院だと脅かされることもなく、そうした状況に対して安全で、合意可能な解決策を見出すことが追求されます。サービススタッフは、緊張緩和介入としての「実際の、または潜在的な攻撃への対応」(95)に関する訓練を受けています。しかしこうした強制的な実践を避けるためのプロセスがあっても、ケロプダス病院の入院ユニットでは、本人の安全を確保する必要があり、他に手段がない場合には、本人の意思に反して入院させられ、治療を受けることもあります。

コミュニティ・インクルージョン

このサービスの主要な目標は、クライシスにある人を支援し、入院を避けることにあります。そのため、クライシスサービスのほとんどの仕事は地域の中で行われます。このサービスは、学校や職業訓練機関、仕事場、そして支援を提供してくれそうな他の組織とも緊密に連携しています。ミーティングには、本人を支援するさまざまな関係者や家族、隣人、友達、教師、ソーシャルワーカー、雇用者、伝統的なヒーラーなどが参加することがあります(96)。サービスユーザーは、もし希望があれば、個人の実践家に相談することもできますし、水泳やゴルフといった定期的な運動を行うこともできます。

参加

フィンランドの医療システムでは、ピアワーカーは認知されていませんが、オープンダイアログのクライシスサービスでは、4人のピアワーカーが顧問的な役割で雇用されています。ピアワーカーたちは、主としてトレーニングや管理に関わっていますが、サポートグループミーティングの組織や進行促進にも関わっています。個人を支援したりミーティングに参加したりすることもあります。ケースを担当するチームのフルメンバーとして働いているわけではありません。2014年からは、このサービスは、専門家とピアの両方が参加する、新たな形のトレーニングを始めました。このトレーニングは、ピアの視点に、より強力に耳を傾けるための仕組みとして考えられています。

リカバリーアプローチ

オープンダイアログモデルは、個人的な精神力動的な治療とシステムック家族療法の要素を用いて、サービスを利用する本人と家族に関わります。オープンダイアログモデルは、関係性と価値、異なる視点の理解を重視するという点において、リカバリーアプローチと一致しています。オープンダイアログモデルは、学術的な専門用語を使うことを避け、本人の経験の意味を普通のものとして受け止めて発展させることによって、サービスを利用する人を力づけています。オープンダイアログモデルはまた、サービスユーザーが、問題の議論の仕方や決定の仕方に積極的に関わるように促しています。

サービスの評価

サービスユーザーから直接フィードバックを得るため、毎年匿名でのアンケート調査が体系的に行われています。2018年に論文発表された、レジスター・ベースの〔登録情報に基づく〕コホート研究では、オープンダイアログの19年後の結果が、フィンランドの他地域の対照群と比較のもと評価されました。入院期間、障害手当、神経遮断薬の必要性は、オープンダイアログのコホートでは、〔19年後でも〕有意に低いままです(97)。オープンダイアログの参加者は、従来の治療を受けている人と比べて、就労成績が良かったと報告されています(98)。

他の5年間の全国規模の追跡調査では、西ラップランドの地域で、入院期間と障害年金の期間がフィンランドで最も低い数値になっていることがわかりました (99)。また質的な研究により、サービスの利用者や家族、関与した専門家たちがこのサービスを好意的に受け止めていることがわかりました (100)。

コストとコスト比較

クライシスサービスの利用は無料ですが、60～120分の対話的なネットワークミーティング1回につき、130～400ユーロ(約155～475ドル)^{注e)}の費用がかかると推定されています(西ラップランド医療区のミア・クルティとの2021年の個人的な通信による)。健康保健部門を通じた国からの資金提供によるサービスですが、財源は地方自治体からの税金で〔も〕賄われています。健康保険は、薬と個人の精神療法の一部をカバーし、神経遮断薬については無料で提供されます。フィンランドでは、医療サービスの予算は、地方で自由に組むことができるため、スタッフのトレーニングに予算をかけることが可能になっています。

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト：**
<http://developingopendialogue.com/>
- **動画：**
Open Dialogue, An Alternative, Finnish approach to Healing Psychosis
<http://wildtruth.net/films-english/opendialogue>
Jaakko Seikkula - Challenges in Developing Open Dialogue Practice
<https://www.youtube.com/watch?v=VQoRGfskKUA>
- **連絡先：**
Mia Kurtti, Nurse, MSc, Trainer on Family - and Psychotherapy,
Western-Lapland Health Care District, Finland.
Email: mia.is.kurtti@gmail.com

注 e) 2021年3月時点の換算

2.1.4

トゥプ・アケ

Tupu Ake



ニュージーランド、南オークランド

トゥプ・アケ^{訳注3)}は、南オークランド郊外のパパトエトエ (Papatoetoe) にあり、クライシスのときの入院に代わるショートステイとデイサポート・プログラムをピア主導で提供しています。ピアサポート専門職は強制や行動制限の手段に頼らずに支援するように訓練されており、このサービスを使うのもやめるのも利用者の希望次第です。ウェルネス・リカバリー・アクション・プランニング (Wellness Recovery Action Plan : WRAP 元気回復行動プラン) などの手法によって、1人ひとりに合わせたリカバリーに焦点を当て、その人の強みや長所に基づいて計画を作ることに特に重点を置いています。スタッフは、ピアの職員として自らも精神的な不調の生きた体験や心理社会的障害を分かち合っています。

● 主な分類：クライシスサービス

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

サービス内容

トゥプ・アケは試験的なリカバリー居住サービスとして2008年に設立されました。ニュージーランドで全国的に地域に根差した精神保健サービスを提供しているNGO パスウェイズ・ヘルス (101) が設立したもので、入院に代わる選択肢を提供するはじめての精神保健サービスの1つです。人口512,000人地域を対象とし、1週間以内のショートステイを最大10人に、デイサポート・プログラムを5人以内に対して提供しています。

サービス利用は、開放的な環境で安全に支援できるレベルの苦悩や深刻さにある人だけを国営の地区保健委員会 (DHB) のコミュニティ・クライシス・チームがトゥプ・アケに紹介することで始まります。トゥプ・アケの利用者は診断に関わらず滞在することができます。2015-2016年の実績では42%がサイコーシス、42%がうつ／不安の診断を受けていることが判明しています (102)。利用者のほとんどが21歳から50歳で、男性より女性の方がやや多く利用しました。民族性は32%がニュージーランド・ヨーロッパ人、29%が先住民マオリ、20%が太平洋諸島の人々でした。ニュージーランドの人口の15%を占めるマオリの人々は、深刻なレベルの経済的困窮と文化的疎外による重大な精神保健上の困難に直面しており (103)、他のグループよりも強制的な治療を受ける可能性が高いなど、精神医療において差別的な扱いを受けています (104)。

トゥプ・アケに滞在する人々は、スタッフとの上下関係をなくすため、ゲストと呼ばれます。トゥプ・アケは、サービスを受ける人とDHBが選定したクライシス・チームの臨床医と密接に連携してトゥプ・アケに滞在する目的に対応した個別のリカバリー計画を作ります。臨床チームは頻繁に訪問して計画の進捗を見直し、それに応じて計画を変更できます。トゥプ・アケのスタッフは、ゲストが対処法 (コーピング戦略) を学ぶのを助け、行動技法やモチベーションを高めるテクニックを強め、服薬サポートや支援を行い、臨床チームにフィードバックや経過報告を行います。

トゥプ・アケのヴィラ (宿泊施設) は、造園された庭園に囲まれ、過去のゲストが制作した大規模な壁画その他のアートを含め、すべてピアによる共同のデザインで飾られています。家族や友人と会う時に利用できるファミリールームも1つ用意されています。提供される活動には、健やかクラス、心理社会的関わり、文化的・身体的にこちよく健やかで幸福になるような活動として例えばカルチャー・ソング (ワイアタ)、祈り (カラキア)、織物 (ハラケケ)、苦悩対処プログラム、アートセラピー、ガーデニング、健康的食事、マインドフルネスなどがあります。ゲストはリカバリーの行程を進んでいくために広く使われているツールであるWRAPを作成できます (91)。

またトゥプ・アケは、リカバリーに役立つ要素として、散歩やバードウォッチング、園芸などを通じて自然の中に浸り込むことを勧めています。感覚を整える部屋の使用や感覚を調整するプランを作ることなどの感覚の調整に基づいて気持ちを静めるテクニックは、深刻な苦悩に耐え、リカバリーする助けになります。

デイ・プログラムは、過去ゲストであった人たちに移行的な支援を提供します。7日間まで、自分が望んだ時期に、最大5人までデイ・プログラムに参加できます。活動内容には、人との関わりの作り方、園芸、楽器、セラピーアート、その他、こちよく健やかで幸福であることに基礎をおいた活動があり、感覚の調節や気持ちを静める方法を学び使ってみることも含まれています。

トゥプ・アケでのサービスのビジョンは、「相互性」、「体験的知識」、「自己決定」、「参加」、「公平性」、「リカバリーと希望」という6つの中核的価値観からなる「ピアとしての能力」の枠組みによって支えられています。スタッフの大半はピアサポートの専門家で、この中核的価値観を実践に取り入れること

訳注3) Tupu Ake はマオリ語で「成長」

で、人々に個別的なサポートを提供しています。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

サービスを利用する人々は、生活のあらゆる側面において、自己決定という中核的価値に従ってインフォームドチョイスとインフォームドコンセントができるように支援を受けます。それには、トップ・アケから受ける支援、リカバリーの行程、他者との関わり、夢の追求とそれぞれの目標の達成、生活環境、雇用の機会、社会的なまたは余暇の活動、人間関係などが含まれます。

ピアがスタッフをリードするのが当然であることとピアサポートの原則のもとでサービスが運営されていることでスタッフとゲストの力の差異を減らすことができます。ゲストの滞在中、スタッフはゲストがこちよく健やかで幸福であるためのプランを立てることを支援するだけでなく、ゲストがそのプランを地区保健委員会（DHB）の臨床スタッフとの会合に持ち帰ることも支援します。このようなアドヴォカシーの要素は、ゲスト（ニュージーランドの精神保健法に基づき強制入院させられている人もいます）と臨床を行う人たちの力の差に対抗する上で、トップ・アケのスタッフの重要な役割です。トップ・アケはいつでも可能な限りゲストに選択の権利と複数の選択肢から選ぶことを提供するよう努めています。法的能力に関わる多くの状況でピアスタッフがゲストのアドヴォケイトを務めます。緊急に法的なことの代理を行うこともあります。

強制しない実践

トップ・アケは、その中核的な価値基準に従って、強制的な治療、隔離、拘束を行いません。ピアサポートの専門家は強制や制約を加える方法に頼ることなく支援するように訓練されています。スタッフはディエスカレーション手法（強制力を用いずにクライシスを防止する方法、トラウマへの気づきとトラウマ・インフォームド・プラクティスを含む）と、ゲストが苦悩に対処している間の経験を平常なものとするためにある程度の違和感のあることには寛容になるように訓練されています。

トップ・アケは自己決定を奨励するモデルによって活動していますが、トップ・アケは地区保健委員会（DHB）が提供する精神保健サービスというより大きな組織の中で運営されており、その組織は常に自己決定奨励モデルによって活動しているわけではありません（105）。この緊張関係は、国が運営するクライシス・チームが強制力を使おうとしたり、ゲストのリカバリープランに関する話し合いで優位に立とうとする場合に最も顕著に表われます。このような場合には、ゲストと一緒にその希望を主張したりゲストが自己決定するように後押ししたりするための熟練した交渉とアドヴォカシーがトップ・アケのスタッフの介入の焦点になります。このサービスの利用を始めるのもやめるのもゲストの希望次第です。

処方された薬を服用したくない場合、トップ・アケはその人と関わりを作って服薬したくない理由を理解するよう努めます。それからその人と一緒にその課題を解決するために臨床チームと関わる方法を決めます。スタッフはアドヴォケイトとして本人に伴走してそれを達成することをめざします。安全で支援的な環境で減薬することを目的としてトップ・アケに来る人もいます。

コミュニティ・インクルージョン

ゲストは、地域活動に参加したり、散歩に出かけたり、ピアサポートワーカーと一緒に地元のお店を訪れたりすることができます。トップ・アケは、人々の生活における家族（ワナウ）の重要性を認識しています（ゲストの40%以上が家族と同居しています）。多くのゲストは家庭環境に大きな社会的、文

化的ストレスを抱えています。トップ・アケは、他の地域の医療・福祉サービス提供者と協力し、これらの問題に取り組んでいます。トップ・アケは、ゲストと一緒に、自立した生活に戻るための移行計画を作り、ゲストが地域の精神保健ワーカーや依存症サポートワーカーとの連携を支援し、ゲストが退去後も家族関係、社会的ネットワーク、住居、職業や専門的なニーズに対応できるようにします。

参加

トップ・アケのスタッフは全員、精神的な不調や心理社会的障害を体験した当事者であり、ピアサポートの専門家がスタッフの大半を占めています。ピアの共同創造（コ・プロダクション）と参画は、サービス開発の初期段階から優先されており、言葉や語彙の定義（例えば、サービス利用者をゲストと呼ぶなど）から、建物自体の設計や改築に至るまで、すべてピアによるものです。

サービスを利用する人々は、利用者体験アンケートに定期的に回答するよう求められます。アンケートでは、さまざまな視点のうちでリカバリーにおいて「話を聞いてもらえた」、「尊重された」、「意思決定に参画した」、「安全だった」、「回復をサポートしてもらえた」などについて、どの程度感じたかを尋ねています。その他の評価ツールとしては、WHO QualityRights 評価ツールに基づいた Your Wellbeing（自分にとってのここちよさ健やかさ幸福）に関するアンケートや、ニューサウスウェールズ保健省の活動と参加に関するアンケートなどがあります。この情報はサービスを利用する人々からの口頭でのフィードバックとともに、3カ月ごとにサービスのリーダーによって分析され、サービスの次の3カ月の計画と改善サイクルに反映されます。

リカバリーアプローチ

トップ・アケのスタッフは、ゲストが自分の人生の目標や願望を振り返り、明確にできるようサポートし、ゲストの自律性と自分の将来を作り上げていく感覚を促進します。WRAP (91) などのアプローチを用いて、ゲストに合わせた強みとリカバリーに焦点を当てた計画を立て、コミュニティに戻った後のレジリエンスと対処能力を高めます。スタッフは、その人を全体としてとらえ、苦悩を引き起こし苦悩に関与している要因を究明して全人的な支援を提供します。ピアの職員であるスタッフは、希望を抱かせることでゲストに力強い自信を持たせるウェルネス計画および活動とウェルネス・ツールを有効に使っていく中で、ピアスタッフ自身の生きた体験を共有します。ピアサポート専門家との関係と、自分自身の強みやスキルを活かしてリカバリーしていく能力がゲストにあると信じることで変化を生み出していきます。

サービスの評価

2017年に、サービス利用者およびトップ・アケとパスウェイズ、地区保健委員会（DHB）のスタッフを含む関係者への質的インタビューに基づく第三者評価が実施されました (102)。その結果によると、ゲストは自己決定のレベルや自分の経験に対処する能力の向上という点で肯定的な成果があることが示されました。ゲストの回答では、ケアに対する満足度が高く、トップ・アケでの平均滞在期間は比較対象の病院の入院ユニットよりも短いということでした。この評価は、トップ・アケが家族や社会的ネットワークとの関係修復に果たした積極的な役割と、ヴィラと土地の物理的な環境が支えとなったことを強調しました。

利用者数の推移を見ると、着実な伸びを示しています。2015年1月から2016年12月までの期間に564人のゲストが1回のケアのために宿泊サービスを利用し、26人がデイ・プログラムを利用しました。これに比べて2018年から2019年の期間には、合計642人のゲストが宿泊し、75人がデイ・プログラムを利用しました。参加者からのフィードバックは、従来のサービスと比較してトップ・アケの満足度が

高いことを反映し、急性増悪による再入院を減らすのに役立っていることが示唆されました。2019年の303人のゲストのうち、29人（9.5%）が最終的に入院を必要とし、9人が退所を選びました。残りの88%は滞在の目標が達成された時点で退去しました。2019年の平均滞在日数は7.7日でした。これと比較すると、カウンティーズ・マヌカウ病院の精神科入院患者の平均在院日数は19.8日でした。しかし、2つのサービスを利用する人々の属性や背景が異なる可能性があります（[Phillips R] [Pathways], 未発表データ, [2020]）。

コストとコスト比較

トゥプ・アケは、ニュージーランドの公的保健制度によって全額賄われているため、サービス利用は無料です。このサービスには、1泊1ベッドあたり297ニュージーランド・ドル（213米ドル）^{注 f)}が充当されています。この費用には、必要な人件費、施設費、プログラム消耗品費、食費、情報技術費、その他サービス提供に関連する費用がすべて含まれています。対照的に、入院患者用の病院のベッドは、1泊あたり平均1,000ニュージーランド・ドル（720米ドル）^{注 g)}かかります（[Phillips R] [Pathways] 未発表データ, [2020]）。

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト：**
<https://www.pathways.co.nz/services/peer-services>
- **動画：**
Prime Minister visits Tupu Ake 31 May 2019
<https://www.youtube.com/watch?v=SwQfaQ3BJVk>
- **連絡先：**
Ross Phillips, Business Operations Manager,
Pathways, New Zealand.
Email: Ross.Phillips@pathways.co.nz

注 f) 2021年2月時点の換算

注 g) 2021年3月時点の換算

2.2 病院を基盤とした精神保健サービス

総合病院を基盤とした精神保健サービスは、精神保健の入院ユニット、外来サービス、地域アウトリーチサービスを通じて治療とケアを提供しています。歴史的に、多くの国で、病院を基盤とする精神保健サービスは、地域から隔絶された精神科病院や社会福祉施設によって成り立ってきました。そういった場で、多くの人たちが数週間から数カ月、さらには数年にわたって暮らしています。これらの場合は、暴力、虐待、ネグレクトのほか、非自発的入院や非自発的治療、隔離、器具による身体的拘束、化学的拘束とともに、非人道的で劣悪な生活環境などを含む広範にわたる強制や人権侵害と関連することも多くあります (8, 106, 107)。

このセクションで紹介するサービスは、そのようなモデルとは異なっており、その代わりに、一般医療システムやその他の地域の中で統合された総合病院において、病院を基盤としたケアを提供しています。実際に、これらのサービスは、入院ケアに費やす時間を最小限に抑え、入院中も支援ネットワークとのつながりを維持できるように構成されています。そこでは、病院施設内で提供されるもの以外にも、地域に根差したサービスや支援に利用者をつなげ、生活や地域への復帰を促進するように努められています。

さらに、紹介するすべてのサービスは、強制の使用を終わらせるための適切なプロセスを備えています。また、これらのサービスでは、インフォームドコンセントの権利を尊重し、治療やその他の事柄について自分自身で意思決定できるように努められています。例えば、利用者は、事前指示やクライシスプランの作成、意思決定や自律を促進するための取り組みへの参加が推奨されることがあります。

一般医療や地域とつながりのない精神科病院や社会福祉施設を段階的に廃止し、地域に根差した新たな方法を選ぶことは喫緊の課題です。ニーズに応え、人権を尊重したケアとサポートを受けられるようになることが最も重要です。総合病院で提供される精神保健サービスは、地域に根差したさまざまなサービスや支援の一部として提供される場合、この目標の達成に役立つ可能性があります。そのようなサービスは、強制しない方法で提供され、意思、選好、自律性を尊重し、リカバリーの旅路を支援することができるのです。このセクションでは、総合病院でも質の高い精神保健ケアとサポートを受けられる例や、病院でのサービスから恩恵を受けたいと考える人たちにとって選択肢の1つとなるような例が紹介されます。

2.2.1

ヴェストレ・ヴィーケン 病院トラスト、 ブラクスタッド病院 BET ユニット



BET Unit, Blakstad Hospital,
vestre viken Hospital Trust

ノルウェー、ヴィーケン

ノルウェー、ブラクスタッド病院のBETユニット（BET seksjon, Blakstad Sykehus）は、他の形態の精神保健サポートでは恩恵を受けられなかった、複雑な精神的不調のある人たちにサービスを提供しています。ベーサル・エクスポージャー法（BET）と呼ばれる心理社会的治療モデルは、単に症状の軽減に集中するのではなく、恐ろしい考えや感覚、内的体験を受け入れることに焦点を当て、自己調整し、現実の課題に対処できるようにしていきます。

● 主な分類：病院を基盤としたサービス

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

サービス内容

BET ユニットは、ノルウェーのアスケルにある大規模な都市型精神科病院であるブラクスタッド病院の一部ですが、病院とは物理的に離れていて、独立したモデルの精神保健ユニットです。BET ユニットは、オスロ南西部の人口50万人をカバーし、他の病院や医療センターをも支援するヴェストレ・ヴィーケン病院トラストの広範な地域に貢献しています。

以前はブラクスタッド病院の鍵のかかったサイコーシス・ユニットの一部でしたが、2018年に、BET ユニットは、24時間週7日利用可能な開かれた扉のサービス（オープンドア・サービス）として独立しました。ユニットには6つのベッドがあり、月平均6～10人に治療と支援を提供しています。このサービスには、精神科医1名と心理職2名を含む計19.5名の従事者がいます（108）。治療は1週間の作業で構成され、1日中グループと個人セッション、身体を動かすこと、治療の計画と進行のミーティングが行われています。遠方でない限り、ほとんどの人が毎週末、家に帰ります。

一般的に、かかりつけ医（GP）、外来診療所、他の病院の入院病棟からBET ユニットに紹介される人は、過去に何回もあるいは長期の集中的な入院治療を経験し、改善しなかったことがあります（109）。多くの利用者が、サイコーシス（精神病状態）からパーソナリティ障害まで複数の診断を受けています。また、有害な薬物の使用があったり、自傷行為や自殺未遂を繰り返したり、複数の向精神薬を長期間使用したり、精神保健サービスにおける強制的介入などを受けたことがあります（109, 110）。

BETのコンセプトでは、恐ろしい考えや感情を認め、受け入れ、新しい、より機能的な対処戦略でうまくやっていけるよう促し、自傷、無為・多動、拒食・過食、解離、合法・違法薬物の過剰使用などによる逃避策に頼らないようにします（111）。バリデーション・コミュニケーション^{訳注4)}によって、感情を真実でリアルなものとして扱います。そうすることで、自分の感情を認め、思考や感情、行動をよりよく調整することができるようになります。また、セラピストは、クライシスが進む前に助けを求めるなど、利用者が自律性を高める基本的なスキルを身につけることを手伝います（108）。

お互いに補いあって調整すること（Complementary External Regulation ; CER）は、BET コンセプトの根本的な原則の一つであり、実用的な選択と行動を促し確かなものにし、ケアの過程から強制的な手段を排除することを目的としています。これは主に、セラピストがサービスユーザーを自らの選択と行動に完全な責任を持つ対等な存在として、ヒエラルキーのない方法で接する、制限縮小（under-regulation）戦略に依拠しています（111）。例えば、ユーザーは、いつでも自由に病棟を去ることができますが、ミーティングや診察の参加について説明責任があります。スタッフは、食事や服薬の催促をしません。その代わりに、自分のことは自分で決められるということを常に認識し、認めているのです。逆に、制限拡大（over-regulation）戦略は、制限縮小戦略に応じず、生命と健康を繰り返し危険にさらす人に対して、自殺や重度の身体的損傷を防ぐために使われることがあります。制限拡大は、スタッフが提供するケアや注意を強化する一方で、環境中の刺激にさらされる機会を減らすという協調的なアプローチです。それは、思いやりがあり、慎重に尊厳を大切にされた方法で、当事者と協同で行われます。この関わりは、本人のリソースを動員し、経験してきた逃避行動を受容に置き換えるためのセラピー的な働きかけを再開する動機付けとなります（111, 112）。

BET ユニットの特徴の1つは、ベンゾジアゼピン系薬、オピオイド系薬、抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬など複数の薬を長期にわたって大量に使用している入院者に対して、薬を減らすというアプローチを取っていることです。BET ユニットでは、薬を減らすことによって健康に良い影響を与える

訳注4) validating communication : 尊厳と共感を持って関わることを基本として、評価することなく、本人にとっての現実を受け入れ、感情表出を促すコミュニケーション法。

ということとは別に、薬は心理療法アプローチにとって二次的なものであると考えられています。それは、特に特定の薬が感情を抑制する可能性があるためです。スタッフは、健康上の問題を改善し、治療の一環として患者が自分の感情や恐怖をよりよく理解できるように、患者が希望すれば、薬の減量や、やめていくことを手伝います (110)。薬を減らし、やめていくことは義務ではありませんが、複数の薬で治療を受けている患者のほとんどが薬を減らすことに賛成します。BET チームは、入院前の数週間から数カ月の間に、サービスユーザーとこのことについての対話を始めることが多いです。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

BET サービスでは、自分自身の選択に責任を持つことが求められます。このため、インフォームドコンセントと意思決定に到達するために、すべての治療ステップが、正式に構造化されたミーティングの中でサービスユーザーと共に話し合われます。例えば、向精神薬の離脱計画の立案には、サービスユーザー自身が関わります (113, 114)。お互いに補いあって調整するCERのアプローチは、解決志向で自己調整するために実用的な選択をするよう促されます。サービスユーザーは、自分の行動に十分な説明責任を持ち、例えば食事をするかしないか、余暇をどのように過ごすかなどを選択することができます (115)。急性期の医療的配慮が必要な場合、スタッフは本人の表明された意思と選好に沿うように対応します。自傷行為のより深刻なケースでは、それまでの話し合いに基づけば、サービスユーザーは医療的配慮を望んだらうと考えて治療が行われます。

強制しない実践

恐ろしい考えや感情を受け入れることに焦点を当てたセラピーは、決して本人に強制されるものではありません。セラピーは常に本人の選択に基づいて行われます (111)。過去2年間、BET ユニットで強制的な手段が使われたことはありませんでした。通常、制限縮小アプローチは効果的にクライシスに対応し、サービスユーザーとスタッフの間の協力関係を再構築します。BET ユニットのチームメンバーは、攻撃に至る初期兆候を見分けて、ディエスカレーション（緊張緩和）と身体的危害のリスクを軽減する技術を実践するために役立つMAP（Management of Aggression Problems；攻撃の問題をマネジメントする）フレームワークのトレーニングも受けています。2019年の障害者の権利に関する国連特別報告者は、このサービスが、力や強制を使わずに集中的なケアとサポートを提供できることを実証していると称賛しました (116)。

参加

サービスを利用する人は、自分自身のケアの計画に積極的に参加し、BET ユニットは、サービスの質を向上させるために、利用者から日常的にフィードバックを集めています。毎週開催される心理教育グループは、BET プログラムのメンバーである生きた体験をした当事者が指導しています。また、ヴェストレ・ヴィーケン病院トラストの上位の意思決定には、当事者グループが代表として参加しています。当事者グループは、予算、サービスや実行、組織構造に関する議論や決定に参加しています。現在、BET ユニットでは、生きた体験をした当事者を常勤スタッフとして雇用する方向で取り組んでいます。

コミュニティ・インクルージョン

BETのスタッフは、住居の確保、職場や学校への復帰、ピアネットワークや地域の類似したサービ

スとの連携などを手伝うことが多いです。BET プログラムでは、家族や社会的つながりのある人たちの参加を積極的に促し、地域社会とのつながりを維持できるようにします。重要なことは、BET ユニットの治療を受けている間にも、地域とのつながりを維持するために、週末には家に帰ることも奨励されていることです。

リカバリーアプローチ

BET サービスでは、その全体的なデザインと実践において、健康と治療に対する全人的アプローチが推進されています。お互いに補いあって調整する CER アプローチが治療における強制力の低減にどのように貢献できるかを説明した研究では、「重要な要素は、……自由意志による参加、協働、自律性を強調する全人的な治療哲学の導入である」(112)と結論付けられました。パーソナルエンパワメントは、BET ユニットの治療プロセスの中心をなすものです。ケアは、個々のサービスユーザーの目標や価値を中心にしており、目標や価値は治療計画の中で確認され取り込まれます(115)。あるサービス利用者は症状から解放されることを目指し、あるサービス利用者は薬の使用量を減らすことを目指し、またあるサービス利用者は単にクライシスに陥ったときに入院を必要としない段階に到達することを望んでいるのです。

サービスの評価

治療における強制の使用を97%も減らすことができ、サービス利用者のQOLや心理的な機能や心理社会的な機能を大幅に改善できることを示すエビデンスが増えてきています。2017年の後方視的研究では、サービスを利用した人は、BET 退院後の12カ月間、入院前の12カ月間と比較して、精神科病院や一般病院への入院が少なかったことが明らかになりました(115)。

BET ユニットのサービス利用者を対象としたある質的研究によると、参加者は症状が軽くなり、機能レベルが著しく向上し、家族とのつながりが再構築されたことがわかりました。中には、自分の家庭を持ち、教育を受けたり、仕事を始める人もいました。また、薬の使用を完全に止めた人もいました(113)。BET サービス利用者の何人かが、質的研究に参加し、普通の生活を経験したと報告しました(111)。1人のサービス利用者は、こう話しました。「私は、『あなたは治らない深刻な精神疾患だ。一生、薬に頼らなければならない』と言われました。それで、BET ユニットに行ったら、診断も薬も何もないまま退院できたんです」(117, 118)。

コストとコスト比較

BET サービスは、公的ヘルスケアシステムの一環として20年間公費を支出されてきました。BET ユニットの1人1日あたりのコストは約8,800ノルウェー・クローネ(約1,040米ドル)^{注h)}で、ヴェストレ・ヴィーケン病院トラストの他の精神保健ユニットのコストよりも約30～40%低いです。強制をしないため、実際に、1対1の観察や他の規制措置のための集中的な介入を行うスタッフの数が少なくすむのです。また、BET ユニットは、他の入院病棟と比較して、薬剤費も低く抑えられています。重要なことは、BET ユニットのスタッフの病休率が低いことです。スタッフは常に仕事に対する高い満足度を報告しています。

注 h) 2021年2月時点の換算

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト :**

<https://vestreviken.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/psykiatrisk-avdeling-blakstad/bet-seksjon-blakstad>

- **動画 :**

Didrik Heggdal: What is Basal Exposure Therapy? Presentation in Norwegian, with English subtitles and chapter descriptions

<https://www.youtube.com/watch?v=PXRdwOMznvs&t=10s>

Didrik Heggdal: Basal Exposure Therapy (BET): Alternative to coercion and control in suicide prevention. Presentation in English, National conference on the prevention of suicide

<https://youtu.be/fsfdrFoEhfQ>

- **連絡先 :**

Jørgen Strand, Chief of staff/Unit manager, The BET Unit,
Blakstad Department Vestre Viken Hospital Trust, Norway.
Email: jorgen.strand@vestreviken.no

2.2.2

診療地区 ハイデンハイム 非営利有限責任会社

Kliniken Landkreis
Heidenheim gGmbH



ドイツ、ハイデンハイム

診療地区ハイデンハイムは、ドイツ南西部のバーデン・ヴュルテンベルク州の小さな田舎町、ハイデンハイムにある唯一の総合病院です。2017年にハイデンハイムは、ドイツの社会法典V編（SGB V）第64b条に基づく精神保健のモデル地域となり、承認された年間予算内で精神保健サービスを非常に柔軟に提供できることになりました（119）。この革新により、この病院は柔軟、ユーザー志向で地域に根差した精神保健サービスを導入することができ、特に強制の防止に重点を置いていることから、灯台モデルとも評されています。

● 主な分類：病院を基盤としたサービス

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

サービス内容

診療地区ハイデンハイムの精神保健サービスは、公式には精神科・精神療法・心療内科部門として知られており、1994年に設立され、ハイデンハイムの人口13万人と近隣の地域の人々を対象としています。このサービスは、24時間365日体制で、より深刻な精神的不調を持つ人々をサポートしており、地区評議会が調整する地域精神保健サービス（*Gemeindepsychiatrischer Verbund*）のネットワークに不可欠な一部となっています（120）。外来診療、入院診療、デイ・クリニック、在宅治療・支援など、すべてのサービスを遅延や待ち時間なく利用することができます。入院治療から在宅治療へ、あるいは日帰り入院治療へと、いつでも柔軟に変更することができます。このような変更には、利用者の意思や選好が反映され、臨床チーム、利用者、その家族、サポートネットワークと協議されます。それぞれのサービスは密接に連携しており、実際に、同じチームが運営しているため、サービス間を移動しても一貫したリカバリープランが守られます。

診断による除外のない成年向けの入院ユニットが3つ、デイ・クリニックが1つあります。このサービスは4つのチームによって運営されており、3つのチームは入院ユニットを、1つのチームはデイ・クリニックを専門に担当しています。このサービスでは、4つのチームすべてが独自の在宅治療オプションを提供しているため、別個の在宅治療チームは運営していません。ベッド数は79床で、平均在院日数は21日です。この3つのユニットのうち2つでは、うつ病、サイコースイス、認知症、パーソナリティ障害、心的外傷関連性障害などの診断を受けた人々を対象にサービスを提供しています。サービスユーザーは、グループおよび個人の精神療法、ピアサポート、社会福祉、アート、ダンス／運動、作業療法など、提供される治療活動の中から自由に選択することができます。また、これらのサービスは、要望に応じて、訪問診療でも提供されることがあります。

3番目の入院ユニットは、依存の問題や上記の診断の多くを持つ人々に対し、入院治療またはデイ・クリニックを中心に提供します。アルコールと薬物依存のために、個人及びグループセラピー、自助グループとのミーティング、作業療法など、体系的なプログラムが提供されます。依存の問題を持たない第3ユニット入院者には、個人療法とグループ療法、アート、ダンス／運動、作業などの療法を含む別のプログラムが用意されています。病棟では、毎週ピアサポートセッションが開催され、サービスユーザー個人またはサービスユーザーとその家族とサポートネットワークからなる少人数のグループが参加します。

日帰り治療とサポートは、3つのユニットすべてで手配することができます。入院によるケアではなく、自宅での治療を希望する場合は、いつでも自宅での治療とサポートを開始することができ、看護師による毎日の自宅訪問と医師による週1回の自宅訪問が行われます。在宅治療プログラムのサービスユーザーは、作業療法や芸術療法など、病院が提供するその他の治療やサポートを、自宅や病院で受けることができます。在宅治療とサポートの平均期間は28日です。

外来サービスを選択した人は、グループまたは個人で、あらゆるセラピーやサポートを受けることができます。また、スタッフが飼っている4頭のセラピー犬が、新しい環境でも快適に過ごせるようサポートしています。1頭のセラピー犬は、在宅治療に携わる看護師と一緒に働いています。サービスを利用する人は、よく犬を連れて散歩に出かけます。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

診療地区ハイデンハイムは、精神保健法制度上、強制入院の提供が義務付けられていますが、コミュニティやサービスユーザーやその家族との連携により、強制的な入院や治療を回避するように努めています。このサービスにおける強制入院の平均率は、ドイツの全国平均の5分の1以下であり、全国の10.7%に対して1.7%です（121）。強制入院は、特に危害が生じるリスクがある場合に、意思と選好に基づく支援付き意思決定を使うことで回避されています（122-124）。また、在宅治療を受けるという選択肢も、強制入院の低率化に寄与しています。重要なことは、投薬を受け入れることが、入院や在宅治療の条件ではないことです。

投薬については、ソーシャルワーカー、医療従事者やその他の人など、サービスユーザーが選んだ人から、投薬を行わない治療、断続的な投薬、長期にわたる継続的な投薬について、個々の状況に応じたメリットとデメリットを検討し、説明に基づいた意思決定を行うための支援を受けることができます。

このサービスは、以前に拘禁や強制を経験したことのある人々も支援しています（125-128）。病院チーム、ピアサポートワーカー、弁護士（126, 127）の助けを借りて、サービスユーザーは、ドイツ民法典に基づくユーザー・専門職協働クライシスプランや事前指示書を作成します（125）。これらは、将来のクライシスの際にすぐに利用できるように、病院の記録に組み込まれます。

強制しない実践

強制的介入の割合は州平均と比較して極めて低く、2016年のバーデン・ヴュルテンベルク州の平均報告率6.7%に対し、2019年にはサービスを利用する人の2.1%が強制的措置を経験しました（129）。病院に収容されている人を含め、誰もが投薬を拒否する権利を持っており、強制投薬はまれで、裁判所への個別の申請と独立した専門家の意見が必要です。2011年から2016年の間、投薬が強制された人はおらず、それ以降の数年間では、その割合は1年に1人です（121）。急速に鎮静をかけることを、同意なしに行うことは決してありません。本サービスでは、一切隔離をせず、日中の時間帯は病棟を開放しています。入院ユニットは、州法の要件を満たすため、20:00から08:00まで施錠されています。

強制の使用を防ぐために、さまざまな戦略が用いられています。例えば、法的に拘禁された人は、看護師、セラピスト、医師、あるいはソーシャルワーカーによる1対1のサポートを受けることができ、数時間、一晩、あるいは数日間、ほぼ継続的にその人のそばにいてもらえることがあります（130）。また、このサービスは、強制を防ぐために、ユーザーがユーザー・専門職協働クライシスプランを作成することも手伝います（126）。病院の全スタッフは、予防・評価・関わりとふりかえり（Prevention, Assessment, Intervention and Reflection: PAIR）マニュアルを用いて、ディエスカレーション技術や攻撃的な出来事や強制的な手段使用を予防することの訓練を受けています（131, 132）。特に激しいクライシスに対しては、PAIR法（131, 132）の訓練を受けた看護師2名と医師1名で構成される対応チームが援助することができます。

コミュニティ・インクルージョン

在宅治療と支援により、心理社会的な苦悩を感じている人たちが地域コミュニティとのつながりを保ちやすくなります。コミュニティ・インクルージョンを支援するため、このサービスは、宗教団体、自助グループ、ホームレス支援団体、失業対策機関、高齢者、孤立者、依存を抱える人を支援する慈善団体と直接連携しています。また、心理社会的障害のある人々の余暇活動を促進する慈善団体「Schritt

für Schritt」(一歩一歩)を支援しています。このサービスは、地域の裁判所、警察、地域の公的保健機関、治安当局と定期的に会合を持ち、差別のない実践と協力に取り組んでいます。さらに、「Irre Gut 学校予防プロジェクト」を開発しました。これは、サービスユーザー、生きた体験を持つ家族、看護師やソーシャルワーカーなど精神保健サービスに携わる人からなる小規模なチームが中学校を訪問し、スティグマ、予防、セルフヘルプ、精神保健サービスへのアクセスについて話すという新たな取り組みです (133)。

参加

ピア同士のカウンセリングとサポート (134) は、病棟で毎週開催される個人およびグループセッションを通じて提供されます。サービスユーザーは、自分の体験を共有し、投薬や診断、直面しうる差別について、病院のチームメンバーと同様にピアから信頼のおける助言を受けることができます。ピアサポートワーカーは、サービスにアクセスする方法や苦情を申し立てる方法についても助言します。入院中に自炊を希望するサービスユーザーをサポートすることもあります。また、ピアサポートワーカーと精神的不調がある人の家族のうち指定された人は、病院のサービス管理チームと会合を持ち、サービスの改善について検討・議論しています。このサービスでは、サービスユーザーからのフィードバックを組織的には収集していませんが、病院や地域精神保健ネットワークの中で、公的医療保険制度、地域医療統制機関を通じて、いくつかの明確な苦情手続きが実施されています (135-138)。

リカバリーアプローチ

在宅治療チームは、オープンダイアログ・モデル (2.1.3節で説明) を使用し、入院サービスにも導入して現在統合中です。このアプローチでは、サービスユーザーが支援ネットワークや家族と協力し、自身の希望や選好に基づいた議題やリカバリープランを設定します。支援ネットワークのミーティングも開催可能で、その内容は、サービスユーザーのケース記録や個人記録にまとめられます。オープンなリカバリーミーティングは、(139)月に一度、病院を離れ、コミュニティセンターなどで行われます。ここでは、サービスユーザー、家族、病院のスタッフが集まり、その人のリカバリーへの道筋や支障について話し合います。ミーティングは一般に公開されています。非公式なミーティングがパブなどの場所で開催されることもあります。

サービスの評価

このサービスは、従来の病院の精神科から地域精神保健サービスへと徐々に移行してきました (140)。ドレスデン大学が実施したeva64評価プロジェクト (141) では、在宅治療と柔軟なデイ・クリニック治療の導入により、平均ベッド占有率が2016年の95%から2019年には60%、2020年には52%に減少したことがわかりました (142)。入院サービスを受ける人は少なくなり、外来で診察を受け、あるいは在宅アウトリーチサービスで支援を受ける人が増えています。

このサービスは、強制的措置と非自発的治療の使用を継続的に監視し、そのデータを地域全体の精神科施設における強制的登録に提供しています (143)。精神科病院における強制的措置に関するデータを収集し、このデータを中央登録簿に提供することが、バーデン・ヴュルテンベルク州では2015年から義務化されています (121)。重要なことに、ドイツの精神科病院における強制投薬が2011年から2013年の短期間非合法化された時、この一時禁止への対処が困難であった他のサービスとは異なり、ハイデンハイム病院のサービスでは、記録上他の形態の強制的増加や投薬の使用全体の増加が起こりませんでした (129, 143, 144)。拘禁の頻度、拘束・隔離の頻度、強制投薬の頻度といった他の基準に関しても、その割合は平均以下です (121)。2018年に、バーデン・ヴュルテンベルク州の社会福祉省は「……ハ

イデンハイム病院精神保健部門は、精神保健法に従った強制的措置に関連して、灯台プロジェクトである」(145)と述べました。

コストとコスト比較

モデル地域として、このサービスはすべての公的および民間の医療保険会社と契約を結び、2019年には920万ユーロ（約1,090万米ドル）^{注 i)}に相当する年間予算（142）、または地区住民1人あたり年間約69.50ユーロ（82.50米ドル）^{注 j)}を獲得できるようになりました。この予算は、病院ではなく地域で治療や支援を提供するインセンティブを生み出しました。この予算は、労働組合と公的医療提供機関の間で合意された賃金の増額に合わせて毎年増額されます。契約は2017年から2023年までの有期契約で、さらに8年間の更新が可能です。公的および民間の医療保険は、すべての治療オプションをカバーしています。サービスは、利用する人々に無料で提供されます。

病院は年間予算が決まっており、政府指定のモデル地域内にあるため、持続可能な資金の流れに頼ることができます。病院は区議会が所有しており、財政が逼迫しているときでも、住民から強く支持されてきました（146）。2017年以降、さらに、病院の財政コストの抑制に成功しています（141）。

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト：**
<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum/patienten/kliniken/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/>
- **動画：**
Mildere Mittel. A film about the experience in Heidenheim, made by a service users' collective from Berlin. (German language)
<https://vimeo.com/521292563>
- **連絡先：**
Martin Zinkler, Clinical Director, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH,
Heidenheim, Germany
Email: Martin.Zinkler@kliniken-heidenheim.de

注 i) 2021年3月時点の換算

注 j) 2021年2月時点の換算

2.2.3

ソテリア

Soteria



スイス、ベルン

1984年から運営されているソテリア・ベルンは、いわゆる極限状態を経験している人やサイコースイスや統合失調症の診断を受けている人のための既存の方法をとらない選択肢として、ベルン市内で病院を基盤とした滞在型クライシスサービスを提供しています。ギリシャ神話において、ソテリアは安全と保護の女神でした。これにならって、ソテリア・ベルンは、できるだけストレスがかからないように、ささやかで、リラックスでき、刺激の少ない、家庭的で「普通」の環境を提供することを目的としています。ソテリア・ハウスのネットワークが他国に広がるにつれ、ソテリアの名を冠したハウスのために、一連の共通した実践と原則が開発・維持されるようになりました。

● 主な分類：病院を基盤としたサービス

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

サービス内容

ソテリア・ベルンは、法的位置付けとしては公立の精神科専門病院であり、ベルンにおける他の2つの精神科サービスと統合されています(147)。しかし、そのアプローチは、市内の他の精神科入院・外来サービスとは大きく異なっています。ソテリア・ベルンは、1971年にアメリカのサンフランシスコで設立された最初のソテリア・ハウスをモデルとして、サイコーシスのエピソードを生きる人たちに統合的なケアアプローチを提供しています。当時も今も、ソテリアは、クライシスの際に「共にいること」あるいは「寄り添うこと」と、小規模で支持的な、病院ではない家庭のような環境(147-149)や、少量の薬か、薬をまったく使わないことを組み合わせ、病院での方法と同様あるいはそれ以上の治療効果が期待できるという哲学に基づいています。対照的に、病院環境は、高いレベルの刺激、スタッフの交代、厳格な規則、プライバシーの欠如、特に治療決定における透明性の欠如のために、サイコーシスのエピソードを経験している人たちにとって治療とは真逆の環境になり得るのです。

ベルンのソテリア・ハウスは住宅街にあり、個人の寝室10室と2つのチームメンバーで構成されています(150)。ベルンや近隣の州のサービスから紹介された入居者は、通常7週間から9週間、最長で3カ月間滞在します。年間にして平均60人がソテリア・ハウスに滞在します(151)。チームメンバーには、2人の精神科医と1人の心理職、精神科看護師、エデュケーショナル・ワーカーと1人のアーティストがいます。ソテリアでは、生きた当事者体験を持つ人は特に勤務を奨励されていて、スイスではそういった人たちは、「経験豊かな関わりのある人」と呼ばれます。チームメンバーは、ソテリア・ハウスでの日常生活の継続性と集中を確保するために、48時間以上にわたって中斷することなく交代で勤務をします(152)。

ソテリアでは、サイコーシスを経験している人の90%以上が治療を受けることができます(152)が、自殺や自傷他害のリスクが非常に高いと考えられる人は、そのリスクのレベルが低下しない限り、滞在することができません(153)。今日では、計画的な滞在、もしくは昼夜を問わず緊急滞在のいずれかができるようになっています(154)。医師や病院からの紹介は必ずしも必要ではなく、本人、家族、セラピストがソテリアに直接連絡して滞在を希望することもできます(155)。家族や関係者は治療の最初から最後まで関わり、チームメンバーとの月ごとのミーティングも行います(156, 157)。

ソテリア・ハウスでの支援は、3つの段階に分かれています。第1段階の支援は、急性期のサイコーシス状態における不安の解消と感情のリラックスを、いわゆる「ソフトルーム」と呼ばれる低刺激で静かで快適な環境の中で行います。第2段階の「活性化・現実への適応」では、クライシスが治まった後、通常の日常的な家庭生活に徐々に溶け込んでいくことを支援します。最後の、第3段階では、社会的・職業的統合の準備と再発予防の計画を立てながら、徐々に外の世界に再び戻っていきます。

ソテリア・ハウスでの日常生活は、サービスユーザーがチームメンバーと一緒に計画し、精神的な問題のみに的を絞っているのではない現実を作り出しています。治療手段としては、心理療法、認知療法、時にはより精神力動的なアプローチも用いられます。2018年には、オープンダイアログ・アプローチが導入されました(2.1.3節で説明)。週1回の「治療カンファレンス」の中で、チームメンバーと1週間を振り返り、治療における次のステップや目標に焦点が当てられます。退所後は、ソテリア・ハウスが提供する外来アフターケアサービス(150)を選択することができます。外来アフターケアサービスでは、施設内のデイケアセンターや外来での在宅支援(158)が充実しています。また、ソテリア・ハウスでは、市の中心部に2~3人の自立した生活への移行を支援することができるアパートを管理していて、最長で2年入居できます(159)。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

個人の力量を保持することは、ソテリア・アプローチの重要な要素であり、これによって個人の法的能力を保護し、同時に促進させていくように反映されていきます。サービスを提供する場合は、必ずインフォームドコンセントを取ります。世界中のソテリア・ハウス国際協会が採用している共通原則の規範である国際ソテリア忠実性スケールでは、「治療における共同決定」(160, 161) に言及しています。これは治療目標に関する決定が、治療チームと連携して、本人自身によって活発に行われることを意味しています。明確な同意なしに、治療は行われません。サイコーシスの症状への脆弱さについての質問事項に答えることで、サービスユーザーは、何故自分がサイコーシスに至ったのか、自分の人生経験がどのように影響しているのか、自分なりの説明モデルに到達することができます。サービスユーザーは、再発予防に関する質問事項にも答えます。これは本質的には、事前指示書となっています。クライシスの前に自分の早期の警告症状を特定し、信頼できる人、役に立つ戦略、希望する病院をリストアップするものです。

意思決定支援は、ソテリアの「共にいる」という哲学、つまり、その人が自立して意思決定できるまで一緒に過ごすことを重視する哲学によって促進されます。この哲学は、食事の選択、投薬の影響への対処、いつどのようにソテリア・ハウスを卒業するか、経済的支援や住宅サービスへのアクセス方法など、あらゆる活動に関わってきます。

強制しない実践

ソテリア・ベルンは自由意思によるサービスです。つまり、サービスに入る意思のある人だけ参加するという意味です。ソテリア・ハウスの中心的な原則に、「すべての向精神薬は、強制されることなく、選択によって服用する」というものがあります(162)。スタッフは、強制しない技術について特別な訓練を受けているわけではないですが、拘束や実力行使が行われることは決してありません。ソテリアには隔離室はありませんが、その人が急性期のサイコーシスを経験している際は「ソフトルーム」が使用されるため、チームメンバーは、本人が安心して休める環境を提供することで、クライシスのディエスカレーション(緩和すること)に注力します。協力体制が築けない場合や、何らかの理由で治療が継続できない場合、その人は自分で代替りの手段を講じるか、ソテリア・チームから地元の精神科病院を紹介されることがあります。これはまれなことで、平均して年に2~3回起こるだけです(163)。

コミュニティ・インクルージョン

セラピー的な場の中で毎日の活動を行い、「普通の」環境の中でリカバリーすることが、サイコーシスを経験している人をエンパワーする重要な治療手段であると考えられています。ですから、掃除や料理など、地域で自立した生活を送るために必要な作業はすべて入居者が行います。治療の第2段階と第3段階、そしてその後の外来サポートは、患者が地域コミュニティとのつながりを持てるように特にデザインされています。ソテリア・ハウスは市の中心部から徒歩20分の距離にあります。家族や友人は常にハウスに入ることができ、入居者も自由に出入りができるので、コミュニティとの障壁や孤立感がありません。また、チームメンバーは入居者1人ひとりと、就職や自立した生活など、将来について話し合います。スタッフは、コミュニティ・サービスや支援、組織とのつながりを促進し、入居者が地域で良好な関係を築けるよう手助けし、さらには、リカバリーの基礎となる仕事を続けられるよう、就労の段取りを手助けしています(158)。

参加

ソテリア・ハウスは、ピアサポート・ミーティングを通じて、現在の入居者と以前の入居者を結びつけています。生きた体験のある当事者でもあるチームメンバーは、サービスユーザーと地域のピアネットワークとのつながりを築き、大麻使用やサイコシスのグループやリカバリーグループの調整をします。以前の入居者のグループとピアサポートグループは毎月ミーティングを開いています。また、ソテリア・ベルンでは、生きた体験のある当事者が高次の意思決定に参加できるようにする計画もあります。

リカバリーアプローチ

リカバリーアプローチは、ソテリア・ベルンの中核となる8つの原則の1つとして明示されており、実践とその根底にある哲学の不可欠な部分となっています。ソテリアのリカバリーアプローチは、ただ単に症状に焦点を当ててではなく、その人の希望や目標を発展させることに重点を置いています。クライシスの中にこそ意味が見出せるという視点を持つことは、サイコシスの急性期において感情や行動や思考を本来に戻すことに役立ちます。助けを受けながら、入居者は健康、住居、仕事、お金、余暇に関する個々のリカバリー計画を作成し、希望、心配事、目標、困難な状況に対処し良い状態であるための戦略を体系的に獲得していきます。最後に、ソテリア・ベルンの指針は、医療職以外のスタッフが各入居者の個々人の力量、社会的ネットワークへの参画、共同体としての責任をサポートするという点で、リカバリーモデルに沿っています。

サービスの評価

ソテリア・ハウスでは、サービス提供の改善のため、サービスユーザーからのフィードバックを体系的に収集しています。各サービスユーザーは、退居前に、ANQ（全国病院・診療所質開発協会、National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics）のアンケートに回答します（164）。質問では、ソテリアの専門職の質や、投薬、退居準備などの領域に関して入居者に提供された情報、サービスユーザーが十分に質問する機会を持てたか、提供された答えに満足しているかなどが取り上げられています。入院によるケアの主要な質指標に関する最近のANQデータでは、ソテリア・ハウスのサービスユーザーの満足度は、他の参加病院と比較して「平均以上」と評価されています（165, 166）。以前の内部評価でも、治療の成功、スタッフとのやりとり、受けた支援、外部の支援ネットワークの参加について、利用者満足度が示されています（167）。精神保健サービスに関する専門家による年次調査では、ソテリアは常にスイス全国平均を上回っています。

いくつかの調査研究によると、ソテリアは従来の病院での治療と少なくとも同程度の効果があることがわかっていますが、重要な点は、抗精神病薬などの量をはるかに少ないということです（168-170）。

コストとコスト比較

ソテリア・ベルンの法的位置付けは、スイスの医療制度と、スイスの全住民に加入が義務付けられている健康保険によって賄われている公的精神科病院となります（170）。ソテリアには、サービス利用者1人につき1日673スイスフラン（740米ドル）^{注k)}が割り当てられており、55%がベルン州から、45%が保険者から支払われます。2020年、ソテリア・ベルンの滞在費用は、サイコシスのエピソードを経験した人の場合、市内の同等の精神科病院よりも6～8%低いと報告されています。このようなコス

注k) 2021年2月時点の換算

ト削減は、米国のソテリア・ハウスの知見とも一致します (169, 171)。

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト :**

Soteria, Berne, Switzerland, www.soteria.ch
The international Soteria network, <https://soteria-netzwerk.de/>

- **動画 :**

Einhornfilm, Part 1 - Soteria Berne - Acute (English Subtitles 1/3)
https://www.youtube.com/watch?v=_fMoJvwMZrk

Einhornfilm, 2 Teil - Soteria Bern - Integration (English Subtitles 2/3)
<https://www.youtube.com/watch?v=8ilj7BcS7XU>

Einhornfilm, Part 3 - Soteria Berne - Conversation (English Subtitles 3/3)
https://www.youtube.com/watch?v=Ggvb_ObrVS8

- **連絡先 :**

Walter Gekle, Medical Director, Soteria Berne, Head Physician and Deputy
Director, Center for Psychiatric Rehabilitation,
University Psychiatric Services, Berne, Switzerland.
Email: Walter.gekle@upd.ch

2.3 地域精神保健センター

地域精神保健センターは、精神的不調や心理社会的障害がある人々のための、地域におけるケアと支援の選択肢を提供しています。これらのセンターは、施設ではなく、人々の家のすぐ近くで支援を提供することを意図しています。

これらのセンターで提供される支援の選択肢の範囲は、それぞれのセンターの規模や周辺状況、そしてその国の保健システム全体との関連性によって異なります。しかし、本書で紹介するグッドプラクティスはすべて、カウンセリング、セラピー、投薬といったさまざまな形のケアを開始し、継続し、中止するための支援を受けることができる個人またはグループセッションを含む相談サービスを提供しています。

また、センターの利用者を支援する中で、ソーシャル・インクルージョンと地域生活への参加の重要性を強調し、その実現に向けた取り組みを行っています。この関連では、ピアサポートや、雇用・訓練の機会、教育、社会的活動・余暇的活動へのアクセスの支援が重要な特徴といえます。多くの精神保健センターは、地域のさまざまなサービスや支援を紹介する調整役を積極的に担っています。以下の章で紹介する例は、こうしたさまざまな役割や活動の多様性を反映しています。

このセクションで紹介するすべての精神保健センターは、ケアと支援において全人的で、本人中心のアプローチを取り、スタッフとサービスを利用している人々の力の非対称性を軽減しようと努め、医療を越えた支援を考えていることに注目することが重要です。

いくつかの国では、こうした地域精神保健センターは精神保健システムの基本的な柱となっています。地域に根差した必要不可欠なケアと支援を提供するだけでなく、ケアの調整と継続のための礎としての役割も担っています。そのため、地域に根差し、権利志向の、リカバリーアプローチに焦点を当てたケアと支援の提供を、センターにおいて確保することが最も重要です。

2.3.1

アウン・クリニック

Aung Clinic



ミャンマー、ヤンゴン

アウン・クリニックは、ミャンマー最大の都市ヤンゴンにある地域に根差した精神保健サービスです。オープンソサエティ財団の支援により、精神的不調や心理社会的障害がある人々に、緊急時のドロップイン・サービスから長期間のセラピー、ピアサポート、権利擁護、就労支援まで、幅広い支援活動を提供しています。このサービスは、全人的な、本人中心のケア哲学に基づいています。年間200人以上の個人とその家族をサポートしており、この種のサービスとしては国内唯一のものです。

● 主な分類：地域精神保健センター

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

サービス内容

東南アジアで最も貧しい低所得国の1つである(172) ミャンマーでは、国の精神保健サービスは限られています。ミャンマーでは精神保健予算の約75%が病院でのケアに使われています(173, 174)。同時に、数十年にわたる国内の民族・政治紛争が国民の精神的健康に多大な犠牲を払わせ(175)、障害を持つ人々はきわめて強い偏見と差別に直面しています(176)。

アウン・クリニックは、PTSD、サイコーシス(精神病状態)、双極性障害、うつ病、そして薬物使用などに苦しむ人なども含めて、診断に関係なくクライアントを受け入れています。クリニックは毎日診療を行い、個人と家族へのアウトリーチサービスを提供し、必要に応じて電話やオンラインサポートによるフォローアップも行っています。緊急の場合は、通常の診療の時間外や週末に対応します。

人々は、ホームレスの方を含め、日中の利用が可能です。夜間滞在はありません。日中の時間をクリニックで過ごすことで、クライシスにある人たちもしばしば入院を回避することができます。クリニックは誰でも利用できますが、薬物やアルコールに酩酊している人は、酩酊中は除外されます。

クリニックのチームは、精神科医とアートセラピストでもある医師、そして5人の有給ピアサポートワーカーで構成されています。クリニックに通う人々は、精神科医によって最初のアセスメントをされ、本人の希望に沿った治療計画が本人と共に作成されます。治療プロセスには、利用者の同意のもと、可能な限り外部の支援ネットワーク(家族や親しい友人を含む)を関与させます。

クリニックはアセスメントを行うとともに、サービスユーザーとその家族に、個人カウンセリング、グループセラピー、投薬、職業技能訓練、そしてピアサポートグループを提供しています。そこでは、心理療法、家族療法、マインドフルネスなどがすべて用いられます。また、サービスユーザーとその家族が州法に基づく自らの権利を理解するための支援にも力を入れており、精神的不調や心理社会的障害がある人々の権利擁護にも取り組んでいます。サービスユーザーが社会生活のあらゆる面に参加できるように、学校、雇用主、そして地域組織と密接に連携しています。クリニックではアートセラピーも行われており(177)、美術展ではサービスユーザーが自分の作品を販売することもできます(178)。また、週1回の料理クラブや、読み書き、数学、基本的な金銭管理、そして大工仕事などの活動もあります。

このクリニックは、ミャンマー自閉症協会(179)や知的障害者とその家族を支援するフューチャースターズ(180)など、ヤンゴンの地方行政サービスやNGOと連携しています。また、「バックパックヘルスワーカーチーム」(181)という大規模な非政府系プライマリーヘルスケア・ネットワークと共に保健従事者のトレーニングをし、456人の機動性がある保健従事者を雇用し、ミャンマー各地で無防備な状態で避難を余儀なくされている少数民族のコミュニティにサービスを提供しています。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

アウン・クリニックは、セラピー活動を通じて、入院・入所のリスクが高い状況にある人々がその状況を回避できる力を与えることを目指します。サービスユーザーは、ケアプランの一部として、どのような治療が提供されるかを自分で選択し、決定することが奨励されます。投薬は、事前の同意がある場合にのみ行われ、医療によらない関わりはいつでも十分に利用できるようになっています。また、もし日常生活に支障をきたすような副作用があれば、服用中の薬の量を減らす手助けを受けたり、時には薬

の服用をすべて中止することも可能です。

アウン・クリニックは、スタッフとサービスユーザーの間に存在し得る力の不均衡が決定に影響を及ぼす可能性があることを認識しています。スタッフは、そのような力関係を認識し、それを軽減するためのトレーニングを受けています。ピアサポートグループでは、自分の意思や選好を表現することが奨励され、提供される治療や支援が自分の希望と一致していることを確認するために文書化されます。

強制しない実践

すべてのクリニックのサービスは、本人の意思に基づいて提供されます。強制は一切用いられず、薬の服用を強制されることはありませんし、本人の同意なしにいかなる関わりも行われることはありません。スタッフは、強制の使用や強制入院を避けるため、ディエスカレーション手段を用いるよう訓練を受けています。入院のリスクが高い際には、スタッフは入院処遇以外の結果に至るように懸命に努力します。入院が避けられない場合は、強制に対する強力な権利擁護を行い、できるだけ早期の退院が実現するように注力します。

コミュニティ・インクルージョン

アウン・クリニックの活動の大部分は、精神的不調や心理社会的障害がある人々が教育や雇用において差別されないようにするための権利擁護とコミュニティの能力開発に重点を置いています。クリニックは、家族やコミュニティと関わり、雇用や再就職における権利擁護をすることで、サービスユーザーが仕事を見つけることを手助けしています。紛争後の地域では、地域開発や政治的対話に参加することで、コミュニティにおける良好な関係の構築を手助けし、精神的不調を抱える人の雇用、教育、その他さまざまな社会参加の機会を改善するための条件を整えています。

参加

サービスを利用する人たちからの非公式なフィードバックは積極的に求められ、実践に活かされています。約30名のメンバーからなる活発なピアサポートグループは、参加者が自分の希望や選好を明確に伝えることを学ぶことを手伝い、エンパワメントの文化を促進しています。また、家族ピアサポートグループも毎月開催されています。ピアサポートワーカーは、基本的なカウンセリング技術のトレーニングを受け、現在ではアウン・クリニックの意思決定プロセスの一部となっています。ピアサポートグループの女性メンバーは、女性の権利に関する権利擁護活動も主導しています。これらのグループの活動を通じて、クリニックに通う人々やその家族は、障害者権利条約に基づく自分たちの権利を学び、より良い治療に向けた権利擁護のための支援を受けることができます。

リハビリアプローチ

リハビリプランには、短期及び長期の目標の策定、クライシスプラン作成、家族の意見、医学的な意見、使用する特定の治療法の定義などが含まれます。プラン作成のプロセスを通じて、その人の強みを探究し、それを活かして、その人が自分の人生をコントロールできるという感覚を取り戻すことを目指します。個人の責任感を促進し、肯定的なアイデンティティの感覚を身につけてもらうため、クリニックでは、利用者が社会における自分の役割を見つけるように支援します。より簡単に、より自信を持ってコミュニケーションを取ることを学ぶことを通して、クリニックに通う人々は、エンパワメント、意義、そして希望の感覚を見出します。

サービスの評価

20人の参加者を対象とした2020年の未発表の質的評価では、クリニックに通うことでプラスの効果があり、特にアートセラピーとグループセラピーのセッションの評価が高かったと報告されています。サービスユーザーは、クリニックでの「受け入れられた」と思ったことについて語り、クリニックに通うようになってから精神的不調を管理できるようになったと感じていると語っています (182)。

コストとコスト比較

アウン・クリニックは非営利のサービスであり、そのサービスは利用者に無料で提供されています。2010年に外部資金なしで開設され、近年はオープンソサエティ・ファウンデーションからの資金提供を受けて拡大しています。2015年から2016年にかけて、アウン・クリニックはオープンソサエティ・ファウンデーション (183) から25,000米ドルを受け取り、2018年10月には2020年9月までの資金として176,000米ドルを受け取りました。アウン・クリニックは、サービスに対する支払いが可能な利用者もいることを認識し、現在、スライド式の支払い方式を検討していますが、クリニックの持続的な資金調達は継続的な課題となっています。

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト:**
<https://www.aungclinicmh.org/>
- **動画:**
Myint Myat Thu. Healing Images: Exhibition Showcases Works by Art Therapy Patients. 2019.
(In Burmese): <https://burmese.voanews.com/a/myanmar-mental-health-arts/5487323.html>
- **連絡先:**
San San Oo, Consultant psychiatrist and EMDR therapist and team leader of Aung clinic mental health initiative,
Aung clinic mental health initiative,
Yangon Myanmar.
Email: sansanoo64@gmail.com

2.3.2

心理社会ケアセンター (CAPS) III

Centros de Atenção
Psicossocial (CAPS) III



ブラジル、サンパウロ州ブラジランジア

サンパウロのブラジランジア地域に位置し、貧民街が密集する人口43万人の地域で、CAPS IIIブラジランジアは、クライシスの期間を含め、重度またはなかなかおさまらない精神的不調と心理社会的障害のある人々に、個々の事情にあわせた包括的支援を提供しています。都市部の暴力と社会的脆弱性が高いこの地域で、センターは権利に基づきかつ本人中心のアプローチを用いて心理社会的ケアをしています。サービスの指針となる主要な原則は、自律性の促進、力の不均衡への対処、社会参加の拡大などです。このサービスは、ブラジルの統一公衆衛生システムである Sistema Único de Saúde (SUS) の下で提供されています。

● 主な分類：地域精神保健センター

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

サービス内容

地域に根差した精神保健センターは、心理社会的ケアセンター（Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)）として知られ、ブラジルにおける地域に根差した精神保健ネットワークの礎となっています（184）。CAPSは中程度の複合専門サービスで、プライマリーケアレベルによく統合されています。CAPSにはさまざまな種類があり、主に成人を対象とするものと、子どもや青年を対象とするものがあります。CAPS IIIは、成人だけでなく子どもや青年も対象とし、人口15万人以上の地域で24時間サービスを提供します。CAPSの種類に関する詳細は、4.1.1節に記載されています。ブラジル全土に存在するこれらのサービスは、従来精神科病院が担ってきた役割を直接的に取って替わるものとして機能しています。

CAPS IIIブラジランジアは、CAPS IIとして2002年に運用を開始し、2020年初頭に24時間週7日稼働するCAPS IIIサービスとなりました。このサービスは、社会組織である家族健康協会（Associação Saúde da Família）が運営しています。CAPS IIIのすべての施設と同様に、このセンターは、クライシスサービスを含む、地域に根差したオーダーメイドの精神保健ケアとサポートを継続的に提供しています。自由を第一にと脱施設化の原則に基づいた価値を重視する活動を展開しています。

このサービスは、地域に根差したプライマリーヘルスセンター（Unidade Básica de Saúde）とそのファミリーヘルsteam（185）、ファミリーヘルス・サポートセンター（Núcleo de Atenção à Saúde da Saúde da Família (NASF)）（186）と連携しています——これらは精神保健の分野を含む専門知識を持つ多職種チームです。ブラジルの国民皆保険制度の文脈の中でのプライマリーヘルスと精神保健ケア・ネットワークのこの統合は、利用者、家族、専門家にとって特別な価値を加えています（186）。また、コミュニティに強く焦点を当てることは、CAPS IIIブラジランジアのアプローチに不可欠であり、地域課題を地域資源を活かしてビジネス的手法で解決する事業とスポーツの連携からアドヴォカシーとアウトリーチに至るまですべてを含みます。

CAPS IIIブラジランジアは、家のような構造と環境を作るようにデザインされています。構造的には、屋内外の共用エリアに交流スペース、ダイニングエリア、個別カウンセリングルーム、グループ活動ルーム、薬局、それぞれ4つのベッドを備えた女性・男性寮があり、クライシスにある人やレスパイトを必要とする人が最大14日間滞在することができます。また、このセンターは、公園や地域のレジャーセンター、博物館などの公共スペースを利用して、地域での活動やイベントも開催しています。

センターには、精神科医、心理士、作業療法士、看護師、ソーシャルアシスタント、薬局スタッフ、事務スタッフなど58名のスタッフがいます。毎月約400人の人が定期的にセンターに通い、月平均60人の人が新たに初めての相談に来ます。サービスを利用する人に制限はなく、定員を理由にアクセスを拒否されることもありません。満員の場合は、他のCAPS IIIのサービスと連携して宿泊施設を提供します。このセンターは、精神科病院を紹介することはありません。

CAPSの利用者として登録されると、サービスを利用する人は、担当の職員とともに個別のケアプラン（Projeto Terapêutico Singular : PTS）を作成します（184, 187）。PTSは、その人の歴史、ニーズ、社会支援ネットワーク、診断仮説、個人的課題、強み、人生の目標などをマッピングします。PTSは、担当の職員及びサービスユーザーと最も継続して動くチームメンバーによって定期的に見直されます。チームメンバーは、争いごとの仲裁から会合や活動への同行まで、それ以外にも多くの方法でサービスユーザーをサポートします。

5つの権利志向のワーキンググループがセンターの活動をサポートしていて、そのうち4つにはサービスユーザーが参画しています。それらはセンターの指導原則に基づいて構成されており、芸術・文化ワーキンググループ、支援付き自立生活（Serviços Residenciais Terapêuticos : SRT）と連携した住居

グループ、仕事と収入創出グループ、クライシスワーキンググループ、コミュニティサービスを受け入れて地域にインクルーシブな文化構想を推進するテリトリー・コミュニティグループなどがあります。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

このセンターは、サービスユーザーが日常生活で法的能力を発揮できるよう支援し、個人の自律性と独立した意思決定を促進します。市民権の承認と個人の権利の肯定は、CAPSの中心的な課題です。出席は完全に任意であり、自由を第一にの原則に基づいています。同意なしにセンターに紹介されることや治療を受けることはありません。

強制しない実践

強制を避けることは、CAPSモデルの重要な原則です。CAPSⅢブラジランジアでは、隔離は一度も行われていません。強制を避ける努力は、力の不均衡とその結果に日常的に焦点を当てることによって支えられています。そのような事態が発生した場合、センターは解決策を見出します。例えば、秘密は守られていますが、センター内には、スタッフルームやその設備も含め、サービスユーザーが立ち入れない場所や利用できない場所はありません。

投薬を含むすべてのサポートとケアの戦略は、関係する本人と話し合い、相互に合意されます。本人が服薬を望まない場合でも、毎日の家庭訪問など、他のケア戦略を提供することができます。クライシスにある本人が、強制が使われる可能性のある他のサービスに紹介されることはなく、クライシスワーキンググループは、必要があれば追加のサポートを提供することが可能です。しかし、2019年2月から2020年2月の期間に、身体拘束が3回使用され、各事例1時間未満でしたが、その間、チームメンバーがその人のそばに居続けました。それぞれの発生後、そのサービスではどこで何故失敗したのかの究明を行いました。

コミュニティ・インクルージョン

個人レベルでは、サービスユーザーが個別ケアプラン（PTS）でコミュニティ・インクルージョンの目標を積極的に確認するようサポートされています。テリトリー・コミュニティワーキンググループは、本人のコミュニティ・インクルージョンをサポートする歓迎カフェやグループなど、ポジティブなコミュニティの場所を設定します。より広いコミュニティレベルでは、CAPSのチームメンバーが地域で人々と関わり、社会的ダイナミクスを理解し、人々の生活や精神保健に最も影響を与える頻出の問題をマッピングします。地域資源（コミュニティリーダー、公園など）を特定し、精神保健ケアの計画を実行するための人々やサービスとのパートナーシップを構築します。CAPSのワーキンググループは、センターの認知度を高め、スティグマを軽減することを目的としたイベントも開催しています。社会との関わりを深めるため、センターはその地域の企業や団体やサービスとの関係を積極的に構築しています。

参加

このサービスでは、毎朝ミーティングが開かれ、サービスユーザーがその日の予定について話し合い、予定されている活動に調整が必要かどうか、あるいは他の活動の方が面白いかどうかを決定することができます。毎週開かれる集会には、サービスユーザー、家族、専門家など約60人が参加し、サービスの実践やガイドラインについてそれぞれの視点から意見を述べたり、問題を特定したり、共通の

解決策を見つけたりすることができます。また、力の不均衡に対処し、スティグマや暴力などの一般的な社会問題について議論する機会にもなっています。サービスユーザーは、「ヒアリング・ヴォイシズ」グループやピアサポートグループの会合など、グループをリードする積極的な役割を担っています。これらの活動は、チームメンバーのサポートを受けながら、サービスユーザーによって組織されています。他のすべてのCAPSセンターと同様に、サービスユーザーは、SUS傘下のすべての医療サービスで策定されるハイレベルな公共政策の決定に関する協議会である経営協議会に参加することができます。

リカバリーアプローチ

それぞれの人に応じた個別ケアプラン（PTS）の作成を通じて、それぞれの人は本人中心のリカバリープランを立てることに能動的な役割を果たします。自分のニーズや欲求を把握するためのサポートを受け、人生の課題について話し合い、責任を分担したケアとサポートの戦略が合意されます。このプロセスは、権利志向であり、脱施設化の価値観に基づき、人々が自らのリカバリーへの過程を引き受ける力を得て、社会参加を促進するものです（188）。CAPSの活発なコミュニティの性質は、個人のリカバリーの旅がセンターそのものを越えて具体的に支援されることを保証するものでもあります。積極的な社会参加の機会を作り出し、日常生活でその人をサポートすることで、センターは、その人がコミュニティで積極的かつ自律的に自分の人生を歩むことを支援して授けています。

サービスの評価

2002年以降、CAPS III ブラジランジアのサービスを利用した人は、合計12,333人です。2009年にCamposらが行った調査では、サービスユーザーとその家族は、クライシスのサポートだけでなく心理社会的リハビリテーションにおいても、CAPS IIIのサービスに高い信頼感を抱いていることが明らかになりました（189）。2020年のCAPS III ブラジランジアの評価では、提供されるサービスが人権とリカバリー志向のアプローチに合致していることがわかりました（190）。センターは、世界保健機関のQualityRights 評価ツールキット（191）を用いて評価され、広い屋外スペースを含む快適かつ清潔で家庭的な雰囲気であることがわかりました。サービスを利用する個人は、多職種のスタッフによって提供され、サービスやコミュニティの活動によって補完される本人中心のリカバリープランを通じて、精神と身体両方の健康がサポートされていました。入院と治療は、1人ひとりに対するインフォームドコンセントに基づいて行われていました。評価では、前年度における暴力的または尊厳を欠いたインシデントの報告はありませんでした。隔離や拘束はサービスにおいて許容されず、その使用を避けるためのプロセスが整備されていました。虐待を防ぐために、定期的なミーティングが開催されていました。実際にサービスを観察したところ、クライシスワーキンググループと夜間のベッドの確保が、深刻な苦悩を抱える人々に効果的なサポートを提供していることがわかりました。また、このサービスは、住宅、仕事、収入創出活動、収入支援へのアクセスをサポートするなど、コミュニティへの参加を促進していることも確認されました。

コストとコスト比較

CAPSのサービスは、SUSのもとで提供・出資され、利用者の金銭的負担はありません。運営費は連邦政府が負担し（総費用の50～70%）、残りは自治体から提供されます。2020年、CAPS III ブラジランジアのコストは、1か月あたり約500,000リアル（約88,200米ドル）^{注1)}、ユーザー1人あたり1か月あたり1,100リアル（約200米ドル）^{注m)}です。これに対し、ブラジルの精神科病院における1日あたりの入院費は、約1,200～2,400リアル（210～420米ドル）^{注m)}です（192）。しかし、スティグマや偏見

と闘う活動やコミュニティ・インクルージョンを支援する活動など、精神保健の促進や予防におけるCAPSの幅広い活動を考えると、CAPSから恩恵を受ける人は、直接サービスにアクセスする人よりも多くなっています。この恩恵は計り知れません。

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト：**

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=20424

- **動画：**

Projeto coletivo de geração de trabalho, renda e valor - Ô da Brasa (Work, income and values generation collective project - Ô da Brasa)
<https://www.youtube.com/watch?v=5v0jki3GaBw&feature=youtu.be>

- **連絡先：**

Coordination of the Technical Area of Mental Health,
Municipal Health, Secretariat, São Paulo, Brazil.
Email: gabinetsaude@prefeitura.sp.gov.br

Coordination of CAPS III Brasilândia,
São Paulo, Brazil.
Email: capsadulto.brasilandia@saudedafamilia.org

注1) 2021年3月時点の換算

注m) 2021年2月時点の換算

2.3.3

フェニックス・クラブハウス

Phoenix Clubhouse



中国、香港特別行政区 (SAR)

フェニックス・クラブハウスは、クラブハウス・インターナショナルにリンクする世界中のクラブハウスの大規模な国際ネットワークの一部です。クラブハウスは、精神保健サービスを利用したことのある人たちに、地域に根差した職業や教育のサポートを提供し、ピアサポートの重要な要素を取り入れています。クラブハウスは、独立した社会的企業であり、集まる場所、意義のある仕事、意義のある人間関係、帰る場所を持つ権利などの基本理念で結ばれています (193)。

● 主な分類：地域精神保健センター

▶ その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

▶ 他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

▶ エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

▶ 財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

サービス内容

1998年から運営されているフェニックス・クラブハウスは、36カ国326のクラブハウスをネットワークするクラブハウス・インターナショナルの長年のメンバーです (194, 195)。クラブハウスは、精神疾患を持つ人々が共に生活し、働き、学ぶ機会を提供し、相互支援のコミュニティを通じて自分の才能を発揮することを目的としています。クラブハウスは、人々が社会的、経済的、職業的な目標を達成しながら、病院外の生活を維持するように支援します (196)。すべてのクラブハウスは、正式な認定プログラムを実施し、「クラブハウス・プログラムのための国際基準」™ (197) に準拠しています。このベストプラクティス基準には、メンバーシップ、物理的構造、場所、日常生活の機能、雇用や教育へのアクセス、資金、クラブハウスの管理など、クラブハウスの運営に関するあらゆる側面が含まれています。クラブハウス・インターナショナルは、クラブハウスの機能に対する一貫したアプローチを提供する包括的なトレーニングプログラムを、世界12の認定トレーニングセンターを通じて提供しています。2016年、フェニックス・クラブハウスはクラブハウス・インターナショナルのトレーニング拠点となり (198)、これまでに21の組織をトレーニングし、そのうち4分の1はこれまでに完全認定を受けました (199)。

クラブハウスモデルにとって重要なのは、サービスを利用する人が、サービスユーザーではなく、メンバーとみなされるということです。クラブハウスのメンバーシップは生涯有効であり、クラブハウスを利用する人たちの自分たちのものという気持ちと長期的な深いかかわりを促します。クラブハウスの長期メンバーは、新しいメンバーとしての旅路をサポートすることができます。フェニックス・クラブハウスのメンバーは、18歳から64歳の精神的不調または心理社会的障害がある人たちで、クイーンメアリー病院の精神科医または民間の精神科医から紹介された方です。その人に重大かつ現在の危険があると見なされない限り、除外基準はありません。このサービスには今のところ600人近くのメンバーがおり、そのうち150人は月に1回以上サービスを利用するという活動的なメンバーです。平均的な出席レベルは、1日あたり54名です (200)。

フェニックス・クラブハウスには、クイーンメアリー病院の作業療法部門から派遣された専門スタッフ3名と、ケアや管理関連の経験を持つ一般スタッフ6名の計9名が勤務しています。また、ボランティアグループもクラブハウスの活動をサポートし、屋内トレーニングやソーシャルプログラムのサポートを行っています。

フェニックス・クラブハウスのプログラムは、「ワーク・オーダー・デイ」を基本としており、メンバーはスタッフとともにクラブハウスの日々の運営に欠かせない仕事をこなし、重要な職業的・教育的スキルを身につけることができます (201)。メンバーは、サービスの運営に関するすべての重要な側面について、合意に基づく決定に参加します。地域の労働市場で有給の雇用を得る機会を、スタッフが付き添うパートタイムの入門レベルの仕事である移行期雇用プログラム、現場と現場以外のサポートでパートタイムまたはフルタイムの雇用を提供する支援型雇用プログラム、自立した雇用を含む構造的な職業リハビリテーションプログラムを通じて作られます。また、夜間、週末、休日の社交・レクリエーションプログラム、ウェルネス・健康生活教育プログラムも提供しており、教育の機会をサポートしています。最後に、クラブハウスは、安全で適切な、手頃な価格の住宅を確保するために、必要に応じて補助を行っています。

クラブハウスでは、心理社会的治療サービスそのものは提供されていませんが、スタッフがメンバーの個人リカバリープランの作成を手助けし、要望に応じて精神科医、看護師と医療ソーシャルワーカー、プライマリーケアなどのその他関連医療機関とのミーティングの手配を手助けします (202)。このサービスにより、必要に応じた即座の精神保健上の介入やその他の保健サービスへのアクセスが容易に

なります。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

フェニックス・クラブハウスのメンバーシップは自由意思によるものであり、期限はありません。このサービスは、メンバーが自分でコントロールする文化を推進し、その人の選択は完全に尊重されます。メンバーには働くことが奨励されていますが、強制的な活動、規則、契約はなく、メンバーが働くことを強制されることはありません。メンバーは、自然に育まれる信頼関係に基づいて、他のメンバーやスタッフから自分の生活に関する決定を補助されることをしばしば選択します。また、クラブハウス以外の公的な精神保健システムの臨床チームとの交流もサポートされます。リカバリープラン、事前計画、スタッフの観察結果はすべて電子データで保存され、共有することができます。メンバーは、観察結果に対して自由に反対意見を述べることができ、意見の相違を記録することができます。

強制しない実践

クラブハウスの文化は、メンバーとスタッフが友人、チームメイト、きょうだい、よき助言者のような存在であるという考えのもと、肯定的な人間関係を重視します。強制は決して使わず、隔離や拘束もしません。必要に応じて対立関係の調整やディエスカレーションの方法が用いられ、スタッフはクライシス・マネジメントのトレーニングを受けています。メンバーは、処方された薬を使うか、カウンセリングや心理療法などの治療を受けるか、自由に決めることができます。スタッフは、メンバーとともに関わりの是非を検討し、症状の管理や再発予防について話し合います。強制入院の決定は、事故救急部が行い、クラブハウスのスタッフやメンバーが関与することはありません。

コミュニティ・インクルージョン

クラブハウスのモデルは、コミュニティとの関わりを強く意識しています。メンバーは地域に住んでおり、フェニックス・クラブハウスは、保健福祉サービス、レクリエーション活動、ウェルネス・漢方クリニック、大学教育、成人教育プログラム、地元企業や雇用主との雇用機会など、地域の資源にアクセスすることを支援しています。メンバーには、障害のある従業員の権利、法定最低賃金、障害者差別に関する情報が提供されます。また、メンバーは、経済的な問題や利用できる社会的な補助についてもアドバイスされます。スタッフは、住居探しのサポートも行っていますが、どこに住むか、誰と住むかの決定は、常にメンバーに委ねられています。

参加

クラブハウスのミーティングはすべて、メンバーとスタッフの両方に開かれています。クラブハウスの運営に対する責任も、メンバーとスタッフの双方にあります(197)。メンバーは、クラブハウスの方針、プログラム、サービスに関するすべての決定、および将来の発展の方向性を計画することに参画しています。新しいスタッフの採用やその仕事の評価にも参加します。また、メンバーは、諮問委員会およびすべての作業委員会のメンバーでもあります。

リカバリーアプローチ

クラブハウスは、すべてのメンバーがリカバリーする可能性を持ち、自らの意思と決定によって力を与えられ、社会の不可欠な一員として自ら満足できる人生を送ることができるという信念に基づいて作

られています (203)。クラブハウスモデルは、仕事、教育、訓練といった有意義な活動に強く焦点を当てています。メンバーに対し、自分自身や他人が目標を達成するのを手助けするコミュニティの感覚を促進します (204)。フェニックス・クラブハウスでは、選択を重視し、各メンバーが、友人関係、共同作業、ヘルスケア、教育、雇用、ウェルネス、より広いコミュニティへの参加などの分野でリカバリーの機会を選択し追求できるように積極的に援助します。フェニックス・クラブハウスは、症状よりもむしろ、人々の強みに意図的に焦点を当てます (205, 206)。

サービスの評価

クラブハウスモデルについては、国際的に広く研究文献が存在します。既存の文献を包括的にレビューしたところ、雇用、入院率、生活の質／満足度、社会的関係、教育、健康増進活動において優れていることが示されています (194)。フェニックス・クラブハウスは、年1回の内部調査によって自らの効果を評価しています。2019年に実施した内部満足度調査では、84%のメンバーがクラブハウスに「とても満足」「満足」と感じていることがわかりました。外部の仕事に従事する活動しているメンバーの割合は、過去18年間で大きく上昇しました。2001年には、活動しているメンバーの72%が外部の仕事に従事していましたが ([Leung F][Phoenix Clubhouse], 非公表データ, [2001])、2019年には92%に上昇しました ([Leung F][Phoenix Clubhouse], 非公表データ, [2019])。

2014年に行われたクイーンメアリー病院の組織全体の内部調査では、クラブハウスは、サービスを利用する人々のインクルージョン、継続的なケア、サービスを利用する人々やケアラーやコミュニティの参画といった分野で、サービスの計画、提供、評価の点から並外れた成果を示していると賞賛されました ([Leung F][Phoenix Clubhouse], 私信, [2020])。継続的なポジティブなフィードバックにより、病院経営陣の継続的な資金提供へのサポートが強化されました。

コストとコスト比較

このサービスを利用する人は、1日あたり60香港ドル(約8米ドル)の定額料金を請求され、フェニックス・クラブハウスとそのすべてのプログラムを含む、香港特別自治区の精神保健システムを通じて提供されるさまざまな精神保健サービスの一部またはすべてを利用することができます。ただし、フェニックス・クラブハウスのメンバーがクラブハウスのみを利用し、他の精神保健システムのサービスを利用していない場合は、この料金は請求されません。料金を支払うことができないメンバーは、包括的社会保障援助や他のデイホスピタルの料金免除を申請することができます。フェニックス・クラブハウスに通う人の約85%が、これらの特典を利用しています。フェニックス・クラブハウスは、クイーンメアリー病院と香港大学の支援を受けています。クイーンメアリー病院は運営主体として、スタッフの人件費を含む運営予算全体を賄っています。スタッフの人件費は、年間約2,900,000香港ドル(約373,000米ドル)^{注n)}、総運営コストは年間約140,000香港ドル(約18,000米ドル)^{注n)}です。

注n) 2021年3月時点の換算

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト :**
Hong Kong Phoenix Clubhouse, <http://www.phoenixclubhouse.org/>
Clubhouse International, <https://clubhouse-intl.org/>
- **動画 :**
Clubhouse International, member's stories: <https://clubhouse-intl.org/news-stories/videos/>
- **連絡先 :**
Francez Leung, Director of Phoenix Clubhouse,
Occupational Therapist I,
Phoenix Clubhouse/ Occupational Therapy Department,
Queen Mary Hospital, Hong Kong SAR, China.
Email: lsy113@ha.org.hk

Joel D. Corcoran, Executive Director,
Clubhouse International, USA.
Email: jdcorcoran@clubhouse-intl.org

2.4 ピアサポート精神保健サービス

ピアサポート・精神保健サービスとは、生きた体験を持つ人が、その体験や支援から恩恵を受けたいと願う他の人へ提供される、1対1またはグループサポート・セッションのことです。その目的は、判断や憶測をせずに、その人自身が生活やリカバリーにとって重要だと思う問題に関して支援することです。

経験の専門家であるピアは、実体験に基づく知識と経験によって、困難な時期にある人と独自につながり、その人のことをよく理解することができます。そのため、心が通った聞き手、エデュケイター、コーチ、アドヴォケイト、パートナー、メンターとしての役割を果たすことになります。以下のセクションで取り上げるサービスは、経験による専門家によって管理・運営されています。ピアサポートへの参加は、常に選択とインフォームドコンセントに基づいており、ピアサポートを受ける人は、提供されるサポートを継続する義務はありません。サポートは、本人の意思、選好、自身で特定したニーズに基づいて選択することができます。

ピアサポートサービスの構成や組織のあり方は、その状況によって大きく異なります。また、提供される活動の範囲もさまざま、感情的サポートから、その人が自身の経験を理解するための支援、社会給付やその他の機会を利用するための支援、社会へのインクルージョンを促進することを目指した活動、さらにはアドヴォカシーや啓発活動まで、多岐にわたります。一般的に、ピアサポートサービスは、他の方法では不可能であったかもしれない社会的支援ネットワークの構築を促進します。

ピアサポートは、多くの人にとって、リカバリーにおける中心的な柱になると報告されています。それは、リカバリーの意味は人それぞれであり、経験をわかち合い、耳を傾けてもらい、尊重され、経験の意味や自分に合ったリカバリーへの道を見つけるサポートを受けることによって、多大な恩恵を得ることができ、最終的には充実した満足のいく人生を送ることができるという重要な前提に基づいています。世界中で提供されている多くのピアサポートサービスは、希望の促進、経験のわかち合い、エンパワメントを重要視していますが、本書で紹介するグッドプラクティスでは、強制が避けられ、ピアサポートに参加する人の法的能力が尊重されるよう、積極的な取り組みも行っています。

2.4.1

ヒアリング・ヴォイシズ・サポートグループ

Hearing voices support groups



ヒアリング・ヴォイシズ（聞こえる声）グループ（HVG）は、声が聞こえる人たちをまとめ、同じような経験を持つ人たちが、声の性質、意味、そして最終的には受容について探求することを助けようとするピアサポートグループ・ミーティングです。薬物療法やその他の関わりによって声を抑えることは必ずしも効果的でないことから、HVGの人気は高まってきています（207-210）。薬の副作用が深刻なこともあり、非服薬遵守率は50%にも達しています（211-213）。

● 主な分類：ピアサポート

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担
- その他^{注o)}

注o) ヒアリング・ヴォイシズ・グループの財源は、援助資金や少額の手持資金、保健サービスの資金などの人や団体によるさまざまな財源から得られています。

サービス内容

HVGの原理を支える「聞こえる声運動」(ヒアリング・ヴォイシズ・ムーブメント:HVM)は、1980年代後半にオランダで始まりました。この運動は、オランダの精神科医、研究者、声の聞き手(ヴォイス・ヒアラー)、そして他の声が聞こえる経験を持つ人々との協同によって生まれました(214)。この運動は現在、30カ国で全国ネットワークを持っています(215, 216)。専門家が共同で設立し、精神保健サービスと密接に連携しているグループもあれば、声の聞き手が独自に立ち上げたグループもあります(217)。グループは地域や全国のネットワークに組織され、ヒエラルキー構造を持たずに、新しいグループにサポートやアドバイス、ガイダンスを提供しています。英国ヒアリング・ヴォイシズ・ネットワーク(HVN)は、HVNに加盟するグループのための憲章を作成し(218)、アメリカ合衆国ヒアリング・ヴォイシズ・ネットワーク(HVN-USA)は、HVGの最新動向を盛り込むために、この憲章を改訂・拡張しました(219)。また、インターヴォイスは、人と人をつなぎ、アイデアをわかち合い、革新的な取り組みを紹介し、ヒアリング・ヴォイスに関する質の高い研究を奨励しています(215)。

アメリカ、オーストラリア、香港(220)、最近ではウガンダのような国々など、世界中に多数のヒアリング・ヴォイシズ・グループがあります。多くは独立して活動していますが、NGOが支援するグループもあります。例えば、イギリスの精神保健の慈善団体マインドが運営するヴォイス・コレクティブ(221)は、声が聞こえる若者(12~18歳)を支援するロンドン全域のプロジェクトです。

香港のニューライフ(222)では、6つのHVGのグループがセンターとハウス内で活動しています。異なる社会的・文化的世界観が、声の経験や解釈の仕方を形作ります。このような声の聞こえ方の文化的差異は、多様性を称賛するHVMの中心となる思想と共鳴しています(223, 224)。

HVMの重要な思想は、健康は基本的に社会的、文化的、政治的プロセスであり(216, 225)、声が聞こえることは、人間の経験の正常な一面であるということです(226-228)。声が聞こえることの起源については、生物学的、心理学的、霊的、あるいは超常的なものがあるにせよ、多様な考え方があります。そして、その意義が尊重されます(229, 230)。メンバーは、感情的につらい経験や記憶に対処できるよう、意図的に批判的ではない態度をとらなければなりません(229, 231)。

HVMのもう1つの重要な思想は、聞こえる声はライフイベントや人間関係の物語を参照することで最もよく説明できるということです。実際、トラウマとなるような人生において変化をもたらす出来事、特に幼少期の出来事に対する反応として、ヒアリング・ヴォイスは文献によく登場します(232-234)。時に声は混乱させ、苦痛を与え、衰弱させることもあります。通常、声が聞こえる人はそれらの声がどこから来るのかを理解したいと考えます(235, 236)。声はその人のアイデンティティを攻撃することもあります。感情的な苦痛を明確にし、体現することで、アイデンティティを維持する方法とみなされることもあります(216, 237)。

他のピアサポート・アプローチとは異なり、HVGのグループミーティングには標準的な形式はありません。各地域のグループは、独自に発展することが奨励されています。声が聞こえる人だけを歓迎するグループもあれば、見える人たち(people who have visions)や、通常、サイコシスとされるような体験や、その他の精神的苦悩とされるような体験を持つ人にも門戸を開いているグループもあります(217, 238)。専門職や家族が参加できるHVGもあれば、女性のみ、若者のみ(239)、正統派ユダヤ教徒、黒人や少数民族、南アジア系などのコミュニティから参加できるグループもあります。

グループミーティングは、図書館やアート・センターから、精神保健施設、刑務所、精神科入院ユニットまで、さまざまな地域の施設で開催されます(240)。ほとんどのHVGは、オープングループとして毎週または隔週で開催され、出席は非公式なもので時間制限はありません(241, 242)。非公式のディスカッションのみを行うグループもあれば、ゲストスピーカーを招いたり、グループでの外出や活動を

企画したりするグループもあります (217)。非公式なディスカッションに加えて、マーストリヒト面接表 (243) のようなワークシートやエクササイズがセッションに含まれることもあります。また、アートワーク、ドラマ、ロールプレイを通して声が探求されたり、さまざまな説明の枠組みや対処戦略が話し合われたりすることもあります。

声の聞き手や専門家の中には、グループを立ち上げ、運営し、促進するためのトレーニングを受けている人もいます (244)。一般に、グループは2人以上で進行され、少なくとも1人は声が聞こえる生きた体験を持っている必要があります。ファシリテーターはミーティングを組織し、話し合いの焦点をしますが、セラピストとして指導したり、振舞ったりはしません。グループでは、声が聞こえる人が安全な場の中で、声の所有者であることを主張し、声との関係を再構築することで、自分自身の理解が深まるような促しがされます。そういった状況において、特に声が聞こえることをタブー視してきた人には、ピアサポートとのコラボレーションが力を与えてくれるのです。

HVGでは、聞える声についての好奇心が奨励されています。声のプロファイリングを通して、メンバー同士が尋ね合うことで、その人の声の全体像が見えてくるかもしれません。尋ね合うことは、例えば、声は何と言っているか、どんなトーンか、何種類の声か、男性か女性か、声が聞こえる時に本人がどのように感じるか、どのような目的で声が使われていると本人が考えているか、などです (234)。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

HVGは、純粋に自発的な意思に基づいて運営されます。本人に押し付けるものではなく、本人の法的能力を損なうものでもありません。HVGの最終的な目的は、声の聞き手が自分の声に対する理解を明確にする能力を高め、投薬や心理療法、その他の精神保健サービスを利用するか否かについて、より多くの情報に基づいた決断ができるようになることです。

強制しない実践

HVGへの出席も参加も任意であり、強制は一切ありません。HVGは、本人の意思に反して他の治療機関を紹介したり、強制が行われる可能性のあるサービスを紹介したりすることはありません。

コミュニティ・インクルージョン

HVGは、グループミーティングの中で個人がアドバイスや提案を受けることはあっても、参加者の仕事、教育、住居を探すことに直接関与することはありません。

参加

グループとより広範なムーブメントの全体的な理念は、ピアの参加と支援です。自分以外の参加者が自分の声について尋ねてくれることで、多くの参加者は力づけられることに気づきます。重要なことは、声の引き金になりやすい状況が特定できるようになり、体験をよりコントロールしやすくなることです。ある人は、HVGに参加することで、自分の体験を説明する語彙を身につけることができたと報告しています。この変容とプロセスは、ホルンスタインとパットナム、プラニツキー (2020) (229) によって開発された3段階モデルによって説明されます。

リカバリーアプローチ

HVGの基本原則は、文献 (76, 231) で確認されているように、「つながり (connectedness)」

「希望 (hope)」 「アイデンティティ (identity)」 「生きる意味 (meaning in life)」 「エンパワメント (empowerment)」 (CHIME) のプロセスを含むリカバリーアプローチと密接に関連しています。HVGは、個人が自分自身の理解の枠組みを発展させ、声に関する自分なりの目標と目的を設定し、ピアサポートを通じて希望を生み出せるように働きかけます。「幻聴」「妄想」「症状」といった医学用語は避けられます。とはいえ、リカバリーという概念そのものを否定し、声は自分のパーソナリティの中核部分であって、リカバリーが必要な病気の症状ではないと主張するメンバーもいます。

サービスの評価

HVGの評価は困難です。というのも、標準的な臨床評価尺度ではその効果を把握できないからです(245, 246)。実際ほとんどのHVGは、自分たちを伝統的な治療グループというよりも、社会集団であるとみなしています(218)。

とはいえ、ある研究では、HVG ミーティングに参加すると、入院期間だけでなく、声の頻度や強度も有意に減少することがわかっています(247)。また、他の研究では、参加者は他では得られないようなサポートを見つけることができ、孤立感が和らぎ、自尊心、社会的機能、対処能力、希望が持てるようになると同時に、友人や家族との絆が深まったことが示されています(248)。他の研究では、自分の声の経験をよりよく理解し、自分の声との関係を他者に明確に伝える能力が高まったことが報告されています(249, 250)。例えば、ある回答者はこう報告しています。「自分の声は何であり、どこから来るのかを理解し、声にもっとうまく対応できるようになりました。自分自身の調子も良くなり、声は減っていきました。そして、いつも声が聞こえるわけではなくなり、生活がとても良くなっていきました」(231)

この恩恵は段階的にもたらされるようです。HVGに関する最大規模の研究によれば、まず、他の声の聞き手や声の異なる理解方法について発見するプロセスを経て、その後、自分自身の経験を意味あるものにするためのリフレーミングの方法の探究が始まります。最終的にグループは、グループの外の人間関係を変化させるための実験室として機能します(251)。ある研究で、ある回答者がこう報告しています。「誰かがこのような感情を実際に声に出しているの聞き、ベールがはがされたような気がしました……異常なことだとわかっているのですが、同じくらい、ある種の正常さがあるように思えたんです」(251)

HVGに参加する多くの人が精神科の投薬を継続する一方で、薬を減らしたり、完全になくしたりする人もいました(229, 241)。重要なことは、病院やクライシスサービスの利用が減少したこと(229)。

グループミーティングは、特にいわゆる「声からの逆襲」(252)があると、苦痛を伴うことがあり得ます。しかし、それでも参加することの利点が減じることはありませんでした。おそらく、評価されたり病理化されたりすることなく、苦痛を伴う事柄について話すことができたからなのでしょう。

コストとコスト比較

ヒアリング・ヴォイシズ・グループの財源は寄付による資金、少額の自己負担金、保健サービスからの資金など、グループによってさまざまです。費用は、週1回のミーティングスペースの賃貸料とファシリテーターにかかる費用以外はほとんどかかりません。グループは精神保健サービスやNGOの支援を受け受けることもあります。HVGへは無料で参加できます。ただし、日本では少額の会費がかかります^{訳注5)}(253)。

訳注5) 日本では、ヒアリング・ヴォイシズ研究会入会には少額の会費がかかりますが、オープンなグループミーティングには会員以外も無料で参加可能です。日本ヒアリング・ヴォイシズ研究会連絡先: mbodaiju@mx1.kcv.ne.jp

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト :**
<http://www.hearing-voices.org/>
- **動画 :**
Beyond Possible, How the Hearing Voices Approach Transforms Lives
<http://beyondpossiblefilm.info/>

Eleanor Longden, The voices in my head, TED2013.
https://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head?language=en
- **連絡先 :**
Gail Hornstein, Professor of Psychology,
Mount Holyoke College (MA), USA.
Email: gh@gailhornstein.com; ghornste@mtholyoke.edu

Olga Runciman, Bestyrelsesmedlem,
Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering, Denmark.
Email: orunciman@gmail.com

2.4.2

ナイロビ・マインド・ エンパワメント・ピア サポートグループ

Nairobi Mind
Empowerment Peer
Support Group



USP ケニア

ケニアにおける精神医学のユーザーとサバイバー（USP-K）は、人権と社会的アドボカシーの明確な枠組みの中で、心理社会的障害や精神的な不調のある人が集まったピアサポートグループ（254）を展開するメンバーシップ制の全国組織です。その目的は、コミュニティの不可欠な一員として、暮らして働く個人の権利を支援し、促進し、擁護することにあります（255, 256）。

● 主な分類：ピアサポート

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター コミュニティ・アウトリーチ ピアサポート
 クライシスサービス 病院を基盤としたサービス
 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献 非市販文献 なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門 国の社会部門 健康保険
 寄付 自己負担

サービス内容

USP-Kは、ピアサポートグループを提供するケニアの統括組織で、社会給付と資金調達之机と助成金に関する情報をメンバーに提供するだけでなく、人権、セルフアドヴォカシー、クライシス対応、生計に関する研修も含む中心的な活動の1つとしてピアサポートを提供しています。

2012年の創設以来、USP-K ピアサポートグループは、ケニア全土の6つの郡で13のグループまで拡大しました。USP-Kと提携したピアサポートグループには、精神保健サービスのユーザー、サバイバー、メンタルヘルス不調や心理社会的障害のある人々が集まっています。支援グループは、労働社会省や全国障害者評議会に正式に登録されています。ケア提供者もグループに参加できますが、ピアサポートグループのメンバーの少なくとも70%は生きた体験をした人々（当事者）でなければなりません。

USP-Kは、多くのグループを運営していますが、特に評価データの裏付けがあることから、ナイロビ・マインド・エンパワメント・ピアサポートグループがUSP-Kグループの機能を説明するモデルとして選ばれました。

ナイロビ・ピアサポートグループは、生きた体験をした人々（当事者）が集まることのできる空間を提供しています。そして、人権と、差別しないこと、完全かつ効果的な参加・インクルージョン、個人の尊厳の尊重、自ら選択して失敗する自由を含めた個人の自律、性的平等の枠組みにおいて活動しています。

各ミーティングはいくつかのセッションに分かれています。まず、非公式のセッションではピアの心理社会的サポートを提供し、組織化されたセッションではグループアドヴォカシーの目標を扱い、それからブレイクアウト・セッションではもっとセンシティブな問題に取り組んでいます。専門職を含め、ゲスト参加者はグループのメンバーに招待されます。毎月のミーティングには平均25人のメンバーが出席し、約4時間行われています。

通常、USP-Kのスタッフメンバー1名とボランティア1名がピアサポートグループの各ミーティングに出席し、新メンバーを歓迎したり、障害や精神保健の課題に関する最新情報やアドバイスを提供します。また、必要に応じて、例えば、人権アプローチや障害の社会モデルといった議論に戻す舵取り役を行います。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

ナイロビ・マインド・エンパワメント・ピアサポートグループモデルは、人権や障害の社会モデルに焦点を当てていることで際立っています。例えば、メンバーは障害者権利条約やSDGsだけでなく、人権の基本理念をどう日常生活に適用させるかといった研修も受けています。このアプローチは個人が自身で決定し、その決定が他者から尊重される権利を行使することをサポートします。親密な関係を育むためにも、メンバーは、ピアサポートグループのミーティングに定期的に出席することが奨励されていますが、予告なくグループに参加したり脱退したりすることも可能です。例えば、医療の選択においては個人がジレンマをもたらす可能性もあり、そんな時は、他のメンバーがそのトピックに関する経験や学習や知識を共有したりしています。人々は、たとえ他のメンバーからの助言に賛同できない時でも、その選択の尊重を学んでいます。グループは時々、非公式の事前指示書（たとえケニアの法律に基づかない場合でも）を作ることを手助けしています。

強制しない実践

USP-K ナイロビ・マインド・エンパワメント・ピアサポートグループは、強制しない実践を積極的に推進しています。グループでは、地域で起こるあらゆるクライシスをディエスカレーションし、強制的手段の使用を回避することができるようにピアファシリテーター、ソーシャルワーカー、地域で働くワーカーと提携し、利用することを促進しています。グループは、精神保健を人権モデルで取り扱う USP-K トレーニングを受けた専門家の USP-K データベースにもアクセスできます。ミーティング中にクライシスになってしまった場合には、ピアファシリテーターはサポート対応を主導し、クライシスにある人の選好を尊重します。自殺未遂といった緊急事態が生じた場合には、まず個人に対する差し迫ったリスクに対処し、次に、できるだけ早期に本人の希望が尊重されます。

コミュニティ・インクルージョン

ナイロビ・ピアサポートグループのメンバーは、社会保障、税控除、経済的エンパワメントプログラムを含めた幅広い課題において支援されています。グループは、非正規雇用の人々のための教育補助金、貿易用具補助金、地方市場運営費の免除など、障害者手当やその他の受給資格の申請を支援します(257)。メンバーの同意があれば、支援グループは、ほとんどの人々にとって自然発生的な支えあいの関係である家族の役割を認識し、家族と連携します。個人が同意しないけれども、家族が問題の原因となっている場合は、グループは、村の長老などの地域のコミュニティの関係者に相談することもあります。

参加

ナイロビ・マインド・エンパワメント・ピアサポートグループは、メンバー主導で運営されています。グループのファシリテーターはメンバーから直接任命され、トレーニングを受けながら、個人が、診断を超えた新しい自分自身の物語を発展させたり見たりすることを奨励することが期待されています。ファシリテーターは、ケア提供者、精神保健専門職、地域保健ボランティア、ソーシャルワーカーと共に、メンバーの関係性作りを援助しています。グループは、関連ある問題について独自のアドヴォカシー目標を設定し、幅広い USP-K 組織のサポートを受けて、アウトリーチやコミュニケーション・キャンペーンを実行することができます。グループでは毎年、無記名投票方式により、3人の委員の他に、議長、会計、幹事が選出されます。メンバーから選出された紛争解決委員会が、グループ内の紛争や苦情、またはメンバーと家族間の葛藤や不満（特に虐待やネグレクト）に対処するための援助を行っています。

リカバリーアプローチ

ナイロビ・マインド・エンパワメント・ピアサポートグループのメンバーは、自分たちの経験や情報を共有し、互いに、直面するかもしれない課題や決断に対処するためのサポートを提供し合っています。グループは学習、質問、自己検討を推奨しており、メンバーは互いに対処や意思決定のための異なる戦略にトライするよう、分かち合い、励まし合っています(258)。特に、当事者は治療や支援に対し受け身になることに慣れていることが多いので、メンバーが自分の経験を理解することができるように、議論はそれが安心して有益にできるようなところで行われます。共通する診断名や生活状況の人が自身の生活を管理できているところを見ることは、メンバーにとって励みになります。支援ボランティアがミーティング以外で提供されることも同様です。このような支援には、病院訪問、クライシスでの対応、日常生活への援助といったことが含まれます。例えば、ベッドから抜け出すのに助けが必要な人の場合、ボランティアが毎朝決まった時間にメンバーに電話をかけることもあります。最終的にメンバーは、他の人と同じように失敗をすることの価値を語ります。ピアサポートグループのメンバーは、

「私は成長しています、変化しています、自分自身について語るストーリーは変わってきています」と報告していました (258)。

サービスの評価

USP-K ナイロビ・マインド・エンパワメント・ピアサポートグループにおける独立した質的調査には、ピアサポートグループの会議、フォーカスグループ・ディスカッション、ケアラーやスタッフに対するインタビューの観察が含まれます。この調査によれば、ピアサポートグループとメンバーは、メンバーの主体性と自律性を特に促進し、グループとピアのディスカッションを通じて、メンバーは「自分の声を取り戻し、より積極的になる」ことがわかりました (258)。

また、メンバーは、共通する経験を有するピアとの出会いによって、教育を再開したり復職したりといったきっかけになったと報告されています。メンバーは、相談なしに治療を開始する医療専門職のような不快でパワーバランスの悪い関係性に対して、異議を唱える勇気を得るようになりました。調査結果によれば、意思や選好が他者に受け入れてもらえるように、潜在的なメンタルヘルスの危機的状況に備えて計画を立てておくことが推奨されます。メンバーは、「以前ならただ沈黙していたのに、自分たちのために声を上げることができる状況」がより頻繁にあったと語りました (258)。

コストとコスト比較

USP-K 傘下の組織は、新規設立2～3年は新団体に設立資金を提供しており、人権、セルフアドヴォカシー、危機対応や生計のようなトピックにおける研修を通じた技術的支援も行っています。また、情報アクセスや助成金、つまり団体運営や個人に対するスティグマに取り組む活動や、差別、経済的エンパワメント、女性・若者等に特化したものへの助成金へのアクセスも支援しています (257)。東アフリカ「オープンソサエティ・イニシアティブ」(OSIEA) が、USP-Kに年間30,000米ドルを、国家障害者評議会(NCPWD)に年間26,000米ドルを提供しています。2016年にはケニア政府の社会部門も資金を提供しました。

財政的には、それぞれのUSP-K 団体は独立して運営されています。ナイロビ・マインド・エンパワメント・ピアサポートグループの年間予算は、会場、ファシリテーター、アドヴォカシー費用を含めて約4,000米ドルです。USP-Kのスタッフは給料を受け取り、ボランティアは給付金を受け取っています。加えて、助成金や融資が、赤十字やBasic Needs を含めたNGO、宗教組織、銀行機関等から提供されています。

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト :**
<https://www.uspkenya.org/peer-support-groups/>
- **動画 :**
The Role of Peer Support in Exercising Legal Capacity, USP Kenya, (2016):
<https://www.uspkenya.org/wp-content/uploads/2018/01/Role-of-Peer-Support-in-Exercising-Legal-Capacity.pdf>
- **連絡先 :**
Michael Njenga, Executive Council Member Africa Disability Forum.,
Chief Executive Officer, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya,
Nairobi, Kenya.
Email: michael.njenga@uspkenya.org

Elizabeth Kamundia, Assistant Director,
Research, Advocacy and Outreach Directorate,
Kenya National Commission on Human Rights, Kenya.
Email: ekamundia@knchr.org;
elkamundia@gmail.com

2.4.3

ピアサポート 南東オンタリオ

Peer Support South East Ontario



カナダ、オンタリオ州

ピアサポート南東オンタリオ (PSSEO) は、精神科病院での入院治療から地域社会に戻ってゆく人々を支援する移行的退院モデル (TDM) に基づき、1対1のピアサポートを提供しています。このモデルにおいて、ピアサポートワーカーは、人々の支援ニーズに基づく支援や地域に根差したサービスへの連携の提供において重要な役割を担います (259)。このサポートでは、退院後地域支援が得られるようになるまで数週間や数カ月間待機する必要はありません。退院後1年内の再入院の予防にもなっています (260, 261)。

● 主な分類：ピアサポート

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

サービス内容

PSSEOは、オンタリオ州南東部に所在する異なる5つの病院においてピアサポートを提供しています。そのうちの1つであるキングストン^{注p)}にあるプロビデンスケア病院では、各最大30人対応の4つの精神保健入院ユニット（司法精神病棟を含む）で提供されています。提供されるピアサポートサービスは、毎週のピアサポートグループと、退院後の人々に対する1対1のサポートで構成されています。ピアワーカーは、退院時から、地域での精神保健サービスに初回コンタクトを取る時点まで、または、初回の外来予約の時点まで、その人の支援の橋渡し役として活動します。退院後最長1年まで、さらに援助、友情、支援を提供します。

PSSEOピアサポートは、プロビデンスケア病院の日々の業務にしっかりと組み込まれています。週に1回、同じピアワーカーが精神保健ユニットを訪問し、ピアサポートグループのリーダーを務め、また、病院で治療やケアを受け始めたばかりの人たちに会って話を聞く活動をしています。ピアワーカーは新しく入院した人に対して、PSSEOにより提供されるピアサポートサービスをお知らせし、資料提供、連絡先、移行的退院モデルプログラムや週のピアサポートグループの詳細や参加案内を提供します。グループミーティングは、関心のあるすべての人のために開かれた誰にとっても居心地のよい空間になっていて、ピアワーカーは、移行的退院モデルの一環として1対1のピアサポートを紹介し、また、関心のある参加者は、退院前に1対1のピアサポートとのマッチングをはじめめるための面談を案内されます。

ある人が関心を有する場合には、プロビデンスケアのPSSEOピアワーカーが、ピアとのマッチングプロセスを開始するための面談を行います。それは、その人とピアの背景や関心に基づくもので、診断や臨床の特徴は共有される必要がなく、マッチングの基礎にはなりません。ピアワーカーのマッチングが完了すれば、退院前1週間、遅くとも退院後1～2週間には初回面談が行われます。初回面談後、サービスを利用する人にとってしっくりこなかった場合には、別のPSSEOピアワーカーとの再度のマッチングをリクエストすることもできます。

マッチングがうまくいけば、ピアは毎週1時間、最長で1年間、面談を開催します。この毎週の面談では、本人の希望やニーズに応じて何でも取り扱います。最初のマッチングを行った病棟のピアワーカーは、退院した本人に定期的に連絡を取り、順調にいつているかどうかやマッチングに満足できているかどうかを確認したり、途中で生じうる問題の解決の手助けを行ったりします。

PSSEOは、ピアサポートを希望するすべての人にピアワーカーとのマッチングを保証します。非常に需要が高い場合には、マッチング待機に3～4週間かかることもあります。このような場合、PSSEOは、個人のマッチングができるまでピアサポートセンターでのグループミーティングに参加するという代替手段を提供しています。本人が別の地域に退院する場合には、PSSEOはその地域のピアサポートに関する資源を紹介します。

移行的退院モデルを通じてPSSEOのピアサポートを受けるための形式的な要件はほとんどありません。プライバシーを最大限保証するため、PSSEOは個人情報や病歴も含めて正式な登録の必要はなく、また、サービスを利用する人の記録ファイルが保管されることもありません。もっとも、1対1のピアサポートを利用するにはいくつかの適格基準があります。利用する人は自分で予約を取れることと、すべてのピアサポートワーカーとの面談には、アルコールやその他薬物を摂取していないということが必要です。サービスを利用する人は、ピアサポートワーカーとの関係をいつでも理由を述べることなく終

注p) プロビデンスケア病院は公設の病院で、精神保健と精神医療の長期プログラムを身体的リハビリテーション、緩和ケア、複雑な慢性疾患を持つ患者の入院治療と融合させています。

了させることができます。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

PSSEOは純粹に自発的であることを基盤として運営されていて、ピアサポートワーカーとのマッチングは義務ではありません。PSSEOのピアワーカーは、治療、ケア、支援の選択肢について、本人と一緒に十分な情報を得て選択肢を検討し、本人が決定／選択できるよう、本人を支援し、法的能力を積極的に促進しています。また、将来に起こりうるクライシスに備えた事前計画を作ることも支援します。

強制しない実践

PSSEOのスタッフや、PSSEOがアクセスする地域サービスや支援において、強制は用いられません。すべてのPSSEOピアワーカーはディエスカレーション技術を徹底的にトレーニングされているため、緊張した状況にも冷静で安心感のある方法で対応できます。例外的な状況においては、例えば、ある人が他人に対して暴力を振るったり、あるいは自身を傷つけるなどの状況で、PSSEOは対応するクライシスサービスに連絡を取ることがあり、強制が用いられる可能性のある病院へその人を紹介することもあり得ます。このような場合に、PSSEOのピアワーカーは本人に付き添って病院に行き、入院の手段中もそばにいてサポートを続けて、状況のディエスカレーションを試みます。さらに、プロビデンスケア病院では、強制的な手段を避けるための議論を活性化させるために、病院管理者の判断に助言するさまざまなワーキンググループや会議にPSSEOが参加しています。

コミュニティ・インクルージョン

移行的退院モデルの一部としてPSSEOが提供するピアサポートは、特に退院後の地域コミュニティへの個人の復帰を促進することに特化しています。本人とマッチングされ、支援のニーズや希望を知らされたピアワーカーは、その人に合う利用可能な地域に根差したサービスを紹介します。PSSEOは、あらかじめ紹介先を選別するようなことはせず、本人が関心あるものうちどのサービスを使うかいつでも自由に決定することができます。もっとも、PSSEOは地域に根差した精神保健あるいは依存症のサービスへのアクセスに重点をおいているので、ピアワーカーはその人の希望に応じて、居住、教育、社会保障へのアクセスが得られる支援も行っています。

参加

PSSEOのすべてのピアワーカーは生きた体験をした人々（当事者）であり、また、生きた体験はマネジメント・グループによって代表され、資金や予算配分に関する決定を含むサービスや、そのサービスの展開と実施を通して、サービスに反映されることが保証されています。プロビデンスケアにおける移行的退院モデルを含め、PSSEOの全プログラムを対象に、満足度調査が少なくとも2年に1回行われており、その結果は、PSSEOのサービスが適切に改善・適用されるために活用されています。

リカバリーアプローチ

PSSEOピアサポートの基本原則は、リカバリーアプローチにしっかりと沿ったものであることです。PSSEOピアワーカーは、その人なりのリカバリーの行程の自分自身の組み方、ゴールと希望を作り上げてゆくため、また、個人としてその人に役立つサービスやサポートがどのようなものか究明するた

め、利用者本人とともに活動しています。PSSEOは、個人を完全な1人の人として見つめることを重視し、医療化された言語や診断に焦点化されることを避けます。むしろ、リカバリーが本人にとってどのような意味を持つかを本人とともに確認することや、支援し、アドヴォケイトし、希望をもたらすために本人のそばで活動することによって、個人としての自律性やエンパワメントを強化することを重視しています。

サービスの評価

プロビデンスケア病院における移行的退院モデルの一部であるPSSEOピアサポートに関する質的調査（質問、インタビュー、感想などを含む）では、このサービスを利用した人やスタッフメンバーの双方が、高い満足度を示したとの結果が報告されています（262）。

2019年の調査では、プロビデンスケアでPSSEOピアサポートを利用した人の92%が、提供されたサービスに対してポジティブな体験と高い満足度を示したと報告されています。利用者は、ピアワーカーから力づけられた／理解してもらえた／聞いてもらえた／支援してもらえたと感じた、また、ピアサポートはリカバリーの行程においてポジティブな要素であると思うと報告しています。プロビデンスケアのスタッフメンバーからも同じく、PSSEOによって提供されるピアサポートのポジティブな体験を報告し、ピアサポートは「かけがえのないサービス」「患者の治療や回復に不可欠な要素」と考えていると報告しています（262）。

さらに、他の病院でのピアサポートも含む移行的退院モデル全体の検証では、サービスユーザーのQOLが向上し、平均在院日数や医療費が削減されたとの報告がなされています（259, 263-265）。

コストとコスト比較

2001年の設立以来、PSSEOはオンタリオ州保健長期治療省から19年間の長期にわたり資金提供を受けてきました。2017-2018年の会計年度において、プロビデンスケアの移行的退院モデルを通じて行われたピアサポートの経費の総額は53,280カナダドル（42,140米ドル）^{注q)}でした。2018-2019年の会計年度では若干上がり、59,200カナダドル（46,830米ドル）^{注q)}でした。経費の総額には、ピアサポーターの給与、1対1のピアサポート提供、グループの軽食や飲み物、それからピアサポートスタッフが訪問する際のガソリン代を含みます。2017-2018年会計年度（利用者119人）の個人あたりのサービス提供コストは、平均1人あたり447ドル（354米ドル）^{注q)}で、2018-2019年会計年度（利用者127人）では、1人あたり平均466ドル（369米ドル）^{注q)}でした。

注q) 2021年2月時点の換算

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト :**
<https://psseo.ca/>
- **動画 :**
https://www.youtube.com/watch?v=q_1qde6kins&feature=emb_title
<http://www.ledbetterfilms.com/our-videos.html>
- **連絡先 :**
Todd Buchanan, Business & Operations Manager,
Peer Support South East Ontario, Canada
Email: tbuchanan@psseo.ca

Donna Stratton, Transitional Discharge Model Coordinator,
Peer Support South East Ontario, Canada,
Email: tdm@psseo.ca

2.5 コミュニティ・アウトリーチ精神保健サービス

コミュニティ・アウトリーチとは、自宅、その他の施設等、公共スペースや路上にて、ケアやサポートを提供するものです。多くの場合、医療従事者や福祉従事者等の地域メンバーにて構成されるモバイルチームを構成します。

コミュニティ・アウトリーチで提供されるサポートの選択肢は多岐にわたります。本節で示されるように、サービスは感情面のサポートから相談、服薬支援、日々の活動の実行や基本的ニーズを満たすこと（支援付き居住）、あるいは、治療や生活のあらゆる側面において十分な説明を受けた上で決定できるようにするために提供されています。コミュニティ・アウトリーチは、生活や回復過程を自分でコントロールする感覚を獲得／取り戻す支援となり得ます。また、本人に対し、既存の地域サービスにつながる上で重要な役割を果たし、保健と社会的ケアシステムを案内する上でのサポートを提供します。さらに、コミュニティ・アウトリーチは、精神保健に関する情報提供をし、精神保健の予防と促進に率先してつなげてくれます。

万能で、ダイナミックで柔軟性もあるため、アウトリーチサービスは、他の方法ではアクセスできない疎外された人々に対する精神保健サービスの提供として機能することもあります。例えば、本節で紹介するホームレスや農村部の人に対応するものなど、いくつかのコミュニティ・アウトリーチがあります。

本節で示されるグッドプラクティスでは、アウトリーチサービスを提供する人々の法的能力に関する個人の権利尊重の重要性をどのように強調しているかが示されます。つまり、どこでサービスが実施されるのか、いつ実施されるのか、サービスには何が含まれるのか、その他の面について、サービスを利用する人が自ら決定でき、そしてサポートされることを意味しています。個人のリカバリーへの道や自立生活を促進することが優先されます。

2.5.1

アトミヤタ

Atmiyata



インド、グジャラート州

アトミヤタ^{注r)} (266) は、西インドのグジャラート州の農村地域において、苦悩を経験している人々を見出し、支援する、地域のボランティアサービスです。関わりは共感やボランティア精神に基づくもので、資源が乏しい環境において、実行可能なサポートの道を提供しています (267)。共感の共有はこの関わりの中核となる教義で、古代インドのコミュニケーション理論であるサダラニカラン (267) に部分的に基づいています。

● 主な分類：コミュニティ・アウトリーチ

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

注r) アトミヤタというのは、このプログラムが最初に始められたインドのマハーラーシュトラ州の地方の言葉であるマラーティー語で、共感や思いやりという意味です。

サービス内容

アトミヤタ・グジャラートは人口152万人、645の村（268）のあるグジャラート州メサナ地区で2017年に設立されました。この地域は53%が農業に従事し、半数近く（45.4%）が低所得層です（269）。このサービスは2013年から2015年にかけてマハラシュトラ州の41の村で成功したパイロット・プロジェクトに続くもので、インドで展開されるこの種のサービスとしては2番目となります（266）。

このサービスは、地域に根差したボランティアを活用した段階的なケアやサポートの手法を採用しています。村のボランティアが以下4つの活動をしています。(i) 苦悩を経験している個人を特定し、エビデンスに基づくカウンセリングを4～6セッション提供します。(ii) アトミヤタ・スマートフォンで、精神保健の社会的決定要因に関する4本の映画を地域住民に見せ、地域の意識を高めます。(iii) 深刻な精神的不調の可能性のある人々に、必要に応じて公的な精神保健サービスを紹介します。(iv) 経済的安定を高めるため、社会的給付へのアクセスを可能にします。

このサービスは、村を拠点にする2層の地域ボランティアによって提供されています。アトミヤタ・ミトラと呼ばれる第1層は、異なる宗教、宗派、カースト出身で、苦悩を経験する人々を見出すトレーニングを受けた人々によって構成されています。アトミヤタ・チャンピオンと呼ばれる第2層は、地域のリーダーや教師らで、親しみやすく、村でよく知られている人々です。チャンピオンは、アトミヤタ・コミュニティ・ファシリテーター（訓練を受けたソーシャルワーカー）が村を訪れ、地域グループの地図を作り、適切な候補者を特定します。チャンピオンはその人が設定したニーズや目標に応じて、行動活性化、活動予定、課題解決（PS：problem-solving）など、エビデンスに基づくカウンセリング技法を用い、構造化されたカウンセリングを提供するための訓練を受けています（270-273）。アトミヤタは国が運営する地区メンタルヘルス・プログラム（DMHP）とも緊密な連携を保ち、DMHPや地区病院の精神科サービスへのアクセスを希望する人々を援助しています。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

アトミヤタの活動は地域で受け入れやすかつ適していることから、病気に焦点を当てたモデルに基づくものではなく、苦悩モデルに基づいています。苦悩モデルは、サービスを受ける人の意思と選好に沿って活動するよう訓練された、チャンピオンによるケアのアプローチや提供に反映されています。すべての活動はインフォームドコンセントに基づいており、本人は提供されたサポートから離脱する権利も有しています。チャンピオンたちに対する継続的なサポートとモニタリングを行う方法として、地域のファシリテーターは彼らと当面の課題や困難について話し合いますが、その場合でも個人情報の開示されません。チャンピオンは、チャンピオンと最初に紹介したミトラ（Mitra）だけが知っている本人情報を、身元特定されてしまうことから保護するため、文書化に際して身元を特定できないデータを使用しています。チャンピオンは緊急に必要な場合にだけ専門家へサポートを求めることとしており、チャンピオンの研修ではインフォームドコンセントの理念や実践が強化されています。

強制しない実践

チャンピオンによる関わりは非強制実践の理念に基づき、社会的かつ精神保健ケアの双方のニーズに対応しています。エビデンスに基づくカウンセリング技術とは、積極的傾聴法、問題解決、行動予定

(274) を含みます。チャンピオンは、障害手当や失業手当、寡婦年金、農村部の雇用支援、社会保障、奨学金のような社会的な保障へのアクセスも促進します。

コミュニティ・インクルージョン

サービス自体は村レベルで地域に直接拠点が置かれており、カウンセリングのセッションは自宅や畑、職場、カフェなど、その人が心地よいと感じる地域で行われます。このサービスは既存のネットワークで行われ、新たなネットワークを作ろうとするものではありません。チャンピオンは地域の集会所（寺院や農場等）で、グジャラート語に吹き替えられた4本の10分間の映画をスマートフォンで上映してディスカッションし、村の人々の意識向上活動を行っています。これらの映画は失業、家族間不和、家庭内暴力、アルコール依存症など、精神保健に影響を与える、地域社会で一般的に経験されている社会問題を取り扱っています。本人のために社会給付を獲得する支援は、その人を地域にインクルージョンすることを促進することにもなります。

参加

生きた体験はチャンピオンやミトラになるための必須条件ではありませんが、ほとんどのチャンピオンは個人的な苦悩体験の結果としてボランティアになったという動機があります。チャンピオンは信頼関係を構築するためにも、希望や安心感を与えるためにも、相談セッションの間、精神保健の苦悩体験を分かち合うことが推奨されています。

リカバリーアプローチ

アトミヤタは共感、希望、サポートに焦点を当て、苦悩の中にある人々のリカバリー志向を推進しています。チャンピオンは信頼関係を築き、希望や安心を与えるために相談セッションを利用します。相談セッションは本人が苦悩に対応できるようにする能力を構築し、それによって生活がコントロールできるようになります。アトミヤタの提供するサポートは、本人が個人的に意味のある自立生活を送るよう推奨する強みの視点に基づいています。

サービスの評価

アトミヤタ・グジャラートは2017年、ステップウェッジクラスタ無作為化試験（275）を用いて、8カ月に及ぶ評価を受けました。この試験は農村部の成人人口が152万人のメサナ地区の645の村に及びました。第一次の調査結果は3カ月の追跡調査時に12項目の一般健康調査（276）で測定された状態の改善でした。第二次の調査結果はQOL、症状の改善、社会的機能、うつ症状（277-282）を含むさまざまな尺度を用いて測定されました。

苦悩の体験を有する人の回復率は、対照群の人と比較して、アトミヤタ・サービス利用者の方が臨床的・統計的に高い結果となりました。加えて、3カ月また8カ月経過後の時点で、うつ、不安、精神的苦痛の全般的な症状において改善が見られました。全体として、アトミヤタ・サービスはQOLや障害レベル、そして精神的な不調に関連する症状において、有意義な改善があることが示されました（275）。

コストとコスト比較

アトミヤタ・グジャラートは、当初はグランド・チャレンジ・カナダの財政支援を受けていましたが、現在はグジャラート州政府が基金を出した地方NGOのアルトゥルリストとトリンボス協会（284）と提携しているマリワナ・ヘルス・イニシアティブ（283）からの支援を受けています。この財団は2022年3月まで承認されています。アトミヤタ・サービスは地域密着、無償で提供されます。2019年

には、農村部の成人人口100万人・500村を擁する地域にアトミヤタ・プログラムを運営するための年間コストは12万米ドルでした。2019年から2020年の間において、苦悩や一般的な精神的不調を経験した人々12,758人にサービスが提供されました（KalhaJ「インド法社会」2021年未発表データ）。地域施設、プロジェクトマネージャー、研修、出張、チャンピオン用のスマートフォン、運営を含めて予算がかかります。

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト：**

<https://cmhlp.org/projects/atmiyata/>

- **動画：**

Atmiyata: A rural and community led mental health and social care model,
<https://twitter.com/CMHLPIndia/status/1300301510190927872>

What is the role of an Atymiyata Champion?
<https://twitter.com/CMHLPIndia/status/1331822246575280128>

Madina Ben - Atmiyata Champion, Mehsana, Gujarat
https://www.youtube.com/watch?v=2Rlter_9Mpl

Dr Animesh Patel, district senior psychiatrist, speaks about Atmiyata's impact
<https://www.youtube.com/watch?v=V2w-PkbJxxA>

- **連絡先：**

Jasmine Kalha, Programme Manager and Research Fellow,
Centre for Mental Health Law & Policy,
Indian Law Society (ILs), Pune, India.
Email: jasmine@cmhlp.org

Kaustubh Joag, Senior Research Fellow,
Centre for Mental Health Law and Policy,
Indian Law Society (ILS), Pune, India.
Email: kaustubh@cmhlp.org

2.5.2

フレンドシップ・ベンチ

Friendship Bench



ジンバブエ

2006年にジンバブエで始まったフレンドシップ・ベンチでは、専門家でないカウンセラーが大きな感情面の苦悩を感じている人々をサポートしています。このコミュニティ・アウトリーチサービスは、共感、地域コミュニティや文化に関する知識、スキル、正式な問題解決技術を提供し（285）、現在ではジンバブエの公的な主要保健サービスの一部として全国的に実施されています。

● 主な分類：コミュニティ・アウトリーチ

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター コミュニティ・アウトリーチ ピアサポート
- クライシスサービス 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献 非市販文献 なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門 国の社会部門 健康保険
- 寄付 自己負担

サービス内容

フレンドシップ・ベンチという名称は、シヨナ語の「chigaro chekupanamazano」（直訳すると「意見を交換するために座るベンチ」）に由来しています（286）。このサービスは、シヨナ語で「kufungisisa」（直訳すると「考えすぎ」）と呼ばれるよくある精神的不調のある人々に短期間の問題解決型セラピーを提供しています。この無料サービスは地域の主要保健センターと関連していて、通常、センターの外の木製ベンチで実施されます。人々は自分で受けたいと申し出ることもできますし、学校や警察、プライマリーケア・クリニックから紹介されることもあります。

フレンドシップ・ベンチのサービスは、現在、ジンバブエの3つの都市と、2つの農村部の25のクリニックで、合計70のプライマリーヘルスケア・クリニックを通じて提供されています（287）。2016年以降、このサービスは5万人にサポートを提供し、2019年にはフレンドシップ・ベンチは完全に保健省の国家精神保健戦略の一部となりました（288）。

ジンバブエでは精神保健サービスが不足しているため、フレンドシップ・ベンチは地域精神保健サービス提供の間隙を埋めニーズを満たすのに重要な役割を果たしています。このサービスは、専門家でないヘルスワーカー、すなわち、ワクチン啓発など他の保健サービスを補助するために地元の保健当局に雇われている地元の女性たちによって提供されています。このサービスの非常に重要な部分は、専門家でないヘルスワーカーのほとんどが高齢女性だということです。ジンバブエでは、高齢者はコミュニティの重要な守護者であると考えられており、したがって尊敬されています。平均年齢は58歳で、これらの専門家でないカウンセラーは「おばあちゃんヘルスプロバイダー」（ambuya utano）と呼ばれています（272）。彼女たちはシヨナ語とその文化に深く根差しており、地域の経済や社会ネットワークについて豊富な知識を有しています。サービス利用者と同じ地域で生活し働いているだけでなく、それぞれの人生の中で困難を経験してきた彼女たちは、業務においても多大な共感力を発揮できるのです（285）。専門家でないカウンセラーたちは、症状の見分け、スクリーニング機器の使用方法、心理教育、問題解決療法、カウンセリングの基礎についての8日間の研修を受けます（289）。

フレンドシップ・ベンチの問題解決療法は、6回以上のセッションで行われ、問題の特定と解決のための標準的なアプローチに基づき、シヨナ症状質問票（290）を用いて、参加者のスクリーニングと治療のサポートを行っています。重要なこととして、専門家でないカウンセラーたちはサービスをジンバブエの主だった民族の土着の言語であるシヨナ語で提供し、そのことわざや文化的言い回しを参考事項として使うことがあります。このことが、シヨナ語圏でこの療法が受け入れられ、プライマリーケア施設で使用されることにつながったと考えられています（289）。プライマリーケア・クリニックの規模にもよりますが、1日に最大25人を診察することが可能です。

問題解決セラピーは、3つの要素を含んでいます。「心を開く（Kuvhura pfungwa）」によって、カウンセラーとクライアントがクライアントの状況を探り、直面している問題や困難をリストアップし、取り組むべき問題を選択します。「高揚（Kuzimudzira）」によって、クライアントとカウンセラーは解決策に焦点を当てた行動計画を立てます。「強化（Kusimbisisa）」によって、クライアントはサポートを受けて、引き続き来訪するように促されます。

フレンドシップ・ベンチは当初、6セッションだけのカウンセリングを提供するものでしたが、サービスが発展してきました。専門家でないカウンセラーは地域でクライアントと出会い、彼／彼女らをサポートし続ける傾向があるため、多くの非公式なセッションが続くのです（285）。ミーティングはクライアント宅で行われたり、そのカウンセラー宅で行われたり、市場や井戸のそばなど非公式な場所で行われます。また、ジンバブエでは健康に関連する集会での祈りが一般的であるため（272）、多くのカウンセラーがクライアントやその家族と祈りの場で会うこととなります。さらにクライアントは、問題解

決療法のアプローチを強化するためにメールや電話によってサポートされています (291)。

また、フレンドシップ・ベンチの利用者は、ピアサポートグループ「Holding Hands Together (Circle Kubatana Tose)」に招待され、週1回のミーティングで安全な空間で経験を共有することができます (292)。このグループは、フレンドシップ・ベンチのサービスを利用したことのある女性たちや、グループ運営のトレーニングを受けた女性たちが中心となって運営しています。個人的な経験を共有する他に、同グループは収入確保のための活動をすることもあります。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

フレンドシップ・ベンチの利用はあくまでも任意です。その目的は、参加する人が問題を克服する方法を見つけ、抱えている問題について決断し、行動することをサポートすることによって、力を与えることです。

強制しない実践

フレンドシップ・ベンチのスタッフは強制的な手段をとりません。サービスは完全に自発的かつ同意に基づいて提供されます。スタッフは強制的な入院を計画しません。しかし、もしその人が高いリスクを抱えていると判断された場合、カウンセラーはプライマリーヘルスケア・クリニックの専門ワーカーに診てもらおうよう依頼することはできるため、そのワーカーが入院病棟へ紹介することを決定することはあり得ます。

参加

フレンドシップ・ベンチのピアサポートグループは、生きた体験をした人々が連帯感をもって集まり、参加者が互いに支え合い、共同で問題を解決する機会を作るものです。ピアグループは、プライマリーヘルスケア・センターでも行われますし、地域社会でも行われます。収入確保のための活動も、参加者の多くが深刻な経済状況に直面しているため、参加者に実践的な視点を与えます。

コミュニティ・インクルージョン

プライマリーヘルスケアの提供とリンクした公的保健医療サービスであると同時に、このサービスは、サービスを提供する専門家でないカウンセラーたちのおかげで、深く地域に根差したものとなっています。現在のカウンセラーたちは、少なくとも15年以上地元に住んでおり、教会のリーダー、警察、教師、その他のコミュニティリーダーを含む主要な関係者のコミュニティ集会で選ばれています。したがって、任命されたカウンセラーたちは独自の社会的・文化的立場を持っており、クライアントが直面する問題への理解力があるのです (286)。

問題解決療法は、しばしば、活動スケジューリングの要素によって強化されます。活動スケジューリングでは、クライアントは、彼/彼女らにとって意義深く、人生をより豊かにする活動の予定を立て実行することが奨励されます。さらに、経済的に困窮している精神的な不調がある人には、地域の所得創出プロジェクトなど、地域社会の資源を紹介することもあります (272)。

リカバリーアプローチ

フレンドシップ・ベンチのサービスの目的は、参加者が自分自身の目標を設定し、その目標を達成する方法を見つけるのを助けることです。より高度なケアのためにクリニック職員へ紹介されない限り、

投薬やその他の形態の医療行為を伴いません。カウンセラーは精神医学的診断を行うことはありません。シヨナ症状質問票 (SSQ) は、スクリーニングツールとして、また、自分の経験を他の人も認識し経験しているのだという安心感をクライアントに与える方法として使用されます。このサービスは、その活動を通じて、人々が強い問題解決能力を持ち、地域社会に変化をもたらすことができるようになることに重点を置いています。

サービスの評価

初期の研究では、3～6回のセラピーを受けた320人（うち50%以上がHIV陽性）の調査に基づいて行われました (272)。この研究では、基本的なフレンドシップ・ベンチのアプローチが成功し、クライアントが症状の軽減を経験したことが示されました。その後行われた573人を対象としたクラスターランダム化比較試験では、ピアサポートグループへの参加を含むフレンドシップ・ベンチのサービスを受けた人は、通常のケア（症状に関する心理教育、支持的なSMSメッセージや音声通話、指示があれば投薬、精神科施設への紹介など）を受けた人よりも全体の症状が少なかったという結果が出ました (291)。別の質的研究では、共感と地域の文化についての知識が特に重要とされています (286)。

コストとコスト比較

フレンドシップ・ベンチは、ジンバブエのプライマリーヘルスケアの一環で、保健センターに登録した人は無料で利用できるサービスです。専門家でないカウンセラーは地元保健当局に雇用されており、月給を受け取っています。フレンドシップ・ベンチの最初のセッションは5米ドル（2019年のデータによります）かかると推計されており、これにはグループでプログラムにふれること、個別スクリーニング、保健センター職員の労力、専門家でないヘルスワーカーの労力、物品代など（すべて保健当局により支給されます）を含みます。

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト：**
www.friendshipbenchzimbabwe.org
- **動画：**
The Friendship Bench: grandmothers boost mental health in Zimbabwe
<https://www.youtube.com/watch?v=qfSTUHCNoci>
Why I train grandmothers to treat depression | Dixon Chibanda
https://www.youtube.com/watch?v=Cprp_EjVtwA
- **連絡先：**
Dixon Chibanda, Chief Executive Officer,
Friendship Bench, Zimbabwe.
Email: dixon.chibanda@friendshipbench.io
Ruth Verhey, Program Director,
Friendship Bench, Zimbabwe.
Email: ruth.verhey@zol.co.zw; ruth.verhey@friendshipbench.io

2.5.3

ホームフォーカス

Home Focus



アイルランド、ウェストコーク

2006年に設立されたアイルランドのホームフォーカス・サービスは、地域サービスが地理的に分散している農村部に住む精神的な不調がある人々に、実用的かつ精神的なサポートを提供するものです。このサービスは、人々が精神的な健康とこちよく健やかで幸せな状態を高め、自立した生活スキルを身につけ、教育や雇用の機会を得られるように支援することで、全国的な評価を得ています (293)。

● 主な分類：コミュニティ・アウトリーチ

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

サービス内容

アイルランドは高所得国ですが、過疎化が進み、限界集落が増えつつある農村部では、貧困や不利な状況が顕著です (294)。ウェストコークは同国の最南西部に位置し、人口55,000人が起伏の多い地域に薄く分布しています。ホームフォーカスのコミュニティ・アウトリーチサービスは、交通の便が悪く、精神保健サービスだけでなく仕事や訓練の機会へのアクセスが悪いという特徴を持つウェストコークの住民のニーズに応えるために生まれました (293)。ホームフォーカスは既存の精神保健サービスを補完し、既存の地域の創造的な芸術活動やヒアリング・ヴォイシズ・グループ (2.4.1節参照) を基盤としています (295, 296)。この活動はアイルランドの国家保健システムである保健サービス庁 (HSE) から資金提供を受けていますが、リハグループ (RehabGroup) の一員であるNGO、ナショナル・ラーニング・ネットワークによって運営されています (297)。

ホームフォーカスは個別ケアプラン、柔軟性、リカバリーの原則に基づき、コミュニティ・インクルージョンに重点を置いています。ピアサポートと生きた体験を持つ人々をチームの正規メンバーとして組み込んでいます。サービスチームには地域精神保健看護師、雇用と訓練の支援のためのリハビリトレーニングインストラクター、リカバリー指向の本人中心アプローチ (オープンダイアログ (2.1.3節参照)、ヒアリング・ヴォイシズ・グループ (2.4.1節参照) を含む) によるトレーニングを受けたリカバリー支援ワーカー、自身も経験者であるリカバリーと発展のアドヴォケイターが含まれます。スタッフは著名なサポートネットワーク (298) を通じて、ウェルネス・リカバリー・アクションプラン (91) とピア・リーダーシップのトレーニングを受けています。

このサービスへの紹介は、ウェストコーク精神保健サービス地域保健チームによってなされます。このサービスに紹介されるのは、過去1年間に2回以上の想定外の精神科入院を経験した人、または最近の急性メンタルヘルスエピソードを経験した人、社会的孤立と著しい機能障害を経験している人です。物質依存に関する問題を抱えている人は一般的には受け入れられません。

このサービスは毎日9時から17時まで、自宅での作業と地域に根差したサービスへのアクセスを支援するために運営されています。このサービスは3～18カ月の間利用者を支援し、一度に34人までの利用が可能です (299)。サービスユーザーとともに過ごす長い時間は、この取り組みの成功のための欠かせない要素とされています (299)。

ストレス管理、葛藤の解消、ストレス対処法、リカバリーの目標設定、読み書きや社会的スキルに関する問題について、コミュニティ・アウトリーチサービスが個人や家族に提供されます。このサービスは、服薬管理、仕事探し、散歩やガーデニングなどの地域ベースのグループ活動の支援を行うとともに、アルコール依存症者自助グループ (300)、グロウ (GROW) (301)、シャイン (Shine) (302)、地元のアヒアリング・ヴォイシズ・グループなどのピアサポートグループへのアクセスの支援もしています。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

このサービスは、人々が個人的な選択と決定をできるよう支援することに力を入れています。支援チームはすべてのサービス利用者との間で権利と責任についての憲章を結ぶのですが、この憲章には、サービスを利用する人が自分の将来に関するすべての意思決定に関与し、治療や介入に関して十分な情報を得た上で選択できるよう支援するという約束が含まれています。サービス利用者は、個人の目標や優

先事項を含み、クライシスの際にどうしたいかを明確にした、6カ月ごとに見直される個別の行動計画の作成の支援を受けます。また、ラップ (WRAP) クライシス計画 (91) も作成されます。アイルランドでは事前指示書に法的拘束力はありませんが、ウェストコークのサービスでは個別行動計画とラップクライシス計画は尊重され、実施されています。

強制しない実践

このサービスの利用は自発的なもので、参加しなくても制裁はありません。精神保健的な介入を受けなければならないとか服薬の遵守についての規定はありません。

しかし、希望する人には薬の減量や漸減がサポートされます。ホームフォーカス・チームは潜在的な葛藤状況を管理するために働き、セーフ・トーク (303) やアシスト (304) などのさまざまなディエスカレーション技術やアプローチを用いる訓練を受けています。リスクレベルが上昇した場合、サービス利用者らは、非自発的に入院することがあります。非自発的入院に関する決定は、ホームフォーカス・チームが行うのではなく、本人の家族、一般医、病院の精神科医が行います。

コミュニティ・インクルージョン

訓練から就労のみならず、文化的な探求、ウォーキングや水泳などの運動まで、コミュニティ・インクルージョンがプログラムの中心となっています。利用者をその家族とつなぎ、また、利用者の社会的なネットワークを拡げようとする努力が活発にされています。このサービスはコーク郡議会や、コミュニティリソースセンター、コーク精神保健財団、グロウ (301)、コロナキルティ・ウェルネスグループ (305)、ノバス (Novas) (306)、ソーシャル・ファームिंग (307) などの地域に根差した組織と定期的に連携しています。本人が自信を持ち、自立し、コミュニティの統合が進むにつれて、ホームフォーカス・チームは徐々に撤退します。

参加

ホームフォーカス・チームのリカバリーと発展の支援者は、メンタルヘルスの問題の生きた体験を持っています。このチームメンバーは、ピアファシリテーションのトレーニングを受け、現在はウェストコークのピアサポートグループのまとめ役の一員です。リカバリーと発展の支援者は、ホームフォーカスのサービス利用者と一緒に時間を過ごし、柔軟に働き、また自身の経験からの洞察を活用します。パートナー組織であるアイリッシュ・アドヴォカシーネットワークは、生きた体験を持つ人により設立され管理・運営されています。アイリッシュ・アドヴォカシーネットワークは、ウェストコーク精神保健サービスの全レベルに代表者がいるので、ホームフォーカス・サービスの運営に対してピアの意見が反映されます。

リカバリーアプローチ

このサービスは明確なリカバリーの志向性を持って取り組んでいます。個人の強みに焦点を当てることで、ホームフォーカスのチームは、人々が将来に対する自らの希望に基づいてリカバリー計画を立てるのを助けます。チームは尊敬と支持に満ちた関係の構築を優先し、柔軟な方法で働きます。すべての活動は、つながり (Connectedness)、希望 (Hope)、アイデンティティ (Identity)、意味のある役割 (Meaningful roles)、エンパワメント (Empowerment) を促すように設計されており、いわゆるチャイム (CHIME) アプローチと呼ばれています (76)。

サービスの評価

2008年、コーク大学によりサービスの質的評価が実施されました(299)。重要なことは、インタビューした人の89%が意思決定、睡眠、家族や社会的ネットワークとの交流、社会的スキルの向上など、個人的・社会的機能の改善を報告していることです。また、約71%の人が自立生活能力の向上を報告しています。精神的な健康については、69%の人が妄想が減った、自殺念慮が減った、薬に対する理解が深まった、精神的な問題についてのコミュニケーション能力が向上した、と回答しています。最後に、40%の人がコミュニティグループや支援団体とのつながりが深まったと報告しています。研究者は、参加者が特に、チームが彼らと過ごす時間、彼らの柔軟性、彼らが提供する実践的なサポートを評価していることを発見しました。

2011年に保健サービス庁精神保健サービス調査団もホームフォーカスを審査し、次のように述べています。「このサービスのユニークな特徴の1つは、真にリカバリー志向のサービスを提供する能力があることであり、単なるリップサービスではないことだ。多機関連携チームはさまざまな心理社会的分野に対応することができ、本人中心なケアを提供できる柔軟性と能力を持っている。専門家としての役割、診断名、組織の縦割りにとらわれない柔軟さである」(293)

コストとコスト比較

このサービスには当初は試験的に資金が提供されましたが、現在は定期的に国から資金が提供されています。このサービスは今やグッドプラクティスとして国に承認されています。地元のコミュニティと政治的支援のおかげで、ホームフォーカスは他の多くのサービスが削減された金融危機後の国の緊縮財政の時期を乗り切りました。それでも保健サービス庁は、地域の精神保健サービスの予算から直接ではなく、全国学習ネットワーク非営利団体の予算を通じてホームフォーカスへの資金提供を続けています。このサービスはアイルランドでのこの種のサービスとしては唯一のものです。このサービスは保健サービス庁を通じて全額国費で賄われており、年間約26万ユーロ(サービスを利用する1人あたり年間約7,600ユーロ)の費用がかかります。このサービスを利用する個人には費用はかからず、保険料や自己負担金もありません。

追加情報及びリソース

Health Service Executive, 2008, Having Choices - An Evaluation of the Home Focus Project in West Cork
<https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/havingchoices.html>

● 連絡先:

Kathleen Harrington, Area Manager,
National Learning Network - Bantry,
Co. Cork, Republic of Ireland.
Email: kathleen.harrington@nln.ie

Jason Wycherley, National Learning Network,
Donemark, Bantry, Co. Cork,
Republic of Ireland.
Email: Jason.wycherley@nln.ie

2.5.4

ナヤ・ダウル

Naya Daur



インド、西ベンガル州

ナヤ・ダウルは、精神的不調や心理社会的障害があるホームレスの人々に、地域に根差した支援、治療、ケアを提供しており、地域でケアする人のネットワークとコミュニティ・インクルージョンのための取り組みによって支えられています。ナヤ・ダウル（あるいはNew Age）は、コルカタに拠点を置くNGO、イスワル・サンカルパ (Iswar Sankalpa) (308) のフラグシップ・プロジェクトです。

● 主な分類：コミュニティ・アウトリーチ

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター コミュニティ・アウトリーチ ピアサポート
- クライシスサービス 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献 非市販文献 なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門 国の社会部門 健康保険
- 寄付 自己負担

サービス内容

ナヤ・ダウルは2007年に設立され、コルカタ市の60の市区で、精神的な不調や心理社会的障害があるホームレスの人々に地域に根差したアウトリーチを提供しています。ナヤ・ダウルは人口1,400万人のうち推定70万人がホームレスで、その多くが慢性的な精神保健上の問題を抱えているこの都市で、重要な役割を果たしています(309)。国が運営するアウトリーチサービスがない中、ナヤ・ダウルは州立病院と個人と家族との間の重要なギャップを埋めています(309, 310)。16名の多職種チームにはコーディネーター、ソーシャルワーカー、精神科医、カウンセラー、サポートスタッフ、16～80歳のホームレスの大人と関わる地域ボランティアの大規模ネットワークが含まれています。

関わりは、ホームレスの人の同意のもと、長期にわたる関係構築に重きを置いています。チームは定期検診、心身の健康管理、衣服、食料を提供し、社会給付受給権の取得を支援します。クライアントは精神保健の専門家と相談しながらアウトリーチのフィールドワーカーによる確認を受け(311)、その人が住んでいる地域で行われる組織の精神科医による評価を受けます。この段階で、リカバリーのゴール設定を含むリハビリテーションとリカバリー活動も始まります。薬物治療の選択肢もその人が厭わなければ検討されます(311)。イスワル・サンカルバが運営するシェルターを紹介することも、暴力を受けやすい女性の場合は特に、あります。チームはまた、イスワル・サンカルバのデイセンターへのアクセスを促進し、就労支援を奨励し、クライアントの同意を得て家族との再会を模索します。ナヤ・ダウルは、地域に定着せずに放浪する傾向が強い人や攻撃的な行動に出る人を除いて、ホームレスで精神的な不調や心理社会的障害のあるすべての人を受け入れます。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

ナヤ・ダウルの大前提はクライアントの自律性です。サービスを利用する人々は家にしている路上の場所を離れる必要はありません。もし彼らが脆弱な状態で緊急のケアが必要な場合は、シェルターや、必要であれば病院に行きたいかどうか尋ねられます。しかし強制されることはなく、急性期の場合は交渉が続けられます。食べ物を受け取ること、薬を飲むこと、かかわりの程度や方法、情報の共有など、すべての決定や関わりにおいてクライアントの選択が中心となります。

スタッフはクライアントが法的な権利を行使するのをサポートし、クライアントのコメントは広範に記録されています。個人ケアプラン(ICPs)はクライアントとともに立案され、クライアントはインフォームドコンセントのもとで決定します。多職種チームによるケース会議と定期的なレビューは、クライアントの選好がたとえクライシスの状況にあっても取り入れられ、尊重されることを担保します。このアプローチは衣食住や基本的な身体的ケア、医薬品などの基本的なニーズへの配慮から始まり、数カ月かけて徐々に築かれる関係と信頼の構築によって成功しています。

強制しない実践

ナヤ・ダウルの指導原理は、誰も自分の居場所から移動することを強制されないよう、コミュニティの中でケアと支援を提供することです。例えば精神科医は、必要に応じて路上のクライアントを訪ね、信頼関係を築くためのゆっくりとしたプロセスを開始することがあります。コミュニティでオープンにサービスが提供されるため、クライアントはいつでもその場を離れることで離脱したり同意を撤回した

りできます。クライアントは言語的にも非言語的にもコミュニケーションをします。後者は言語や方言の問題がある場合や、身体的あるいは精神的に困難な状態がある時に必要です。

地域でケアする人たちはまた、地域での暴力的な行動や強制的な施設化、例えば警察による病院への非自発的な入院を防ぐために直接介入します。現在、クライシスの状況に対する正式な方針はありませんが、ナヤ・ダウルはオープンな話し合いとクライアントに一定の余地を与えることで、強制入院を回避するよう努力しています。攻撃や暴力行為がある場合、入院の交渉は、その人を知っていて、より効果的なサポートを提供するためのトレーニングを受けている地域のメンバーのサポートを受けながら、クライアントと入院を交渉することもあります。チームは地域でケアする人たちに非強制的な実践をやってみせ、彼らにその重要性を伝えています。

コミュニティ・インクルージョン

ナヤ・ダウルのアプローチの特徴は、同じ地域に住み、チームとともにサポートを提供する地域でケアする人が果たす役割です。地域でケアする人は通常、屋台、路上飲食店、商店などの小規模ビジネスに従事し、ホームレスの人々を知っている人です。ナヤ・ダウルに関わることで、彼らは実践的で個人的な支援を提供することにより自信が持てるようになります。これらのコミュニティ・ボランティアは、クライアントの総合的な心理教育、基本的なニーズ、公共医療サービスへのアクセス、シェルター、雇用をサポートするためのトレーニングを受け、監督されます。トレーニングは主に現場で行われ、コミュニティ・ボランティアはナヤ・ダウルのミーティングや年に一度のケアギバーズ・フォーラムにも招待されます(311)。このようにして、サポート提供の責任は多職種チーム、クライアント、コミュニティ・ボランティアの間で共有されています。

フィールド・アウトリーチワーカーとカウンセラーは定期的にクライアントとボランティアを訪問し、監督を行い、クライアントの健康や社会福祉の権利を擁護し、クライアントとボランティアの間に緊張関係があれば解決します。家族の再統合も双方の同意があれば促進されます。ナヤ・ダウルの関わりの最終段階では、日常的なサポートの役割をコミュニティ・ボランティアに引き継ぐこととなります。

ナヤ・ダウルは啓発プログラムを通じてコミュニティとの直接的なつながりも形成しています。これらのプログラムは自治体の保健所、学校、大学、地元の青年クラブで開催され、ホームレスの人々の状況、心理社会的障害、精神保健全般についてコミュニティのメンバーを啓発する役割を果たしています。また、チームは必要に応じて警察や自治体当局と交流します。このようにして、コミュニティのメンバーやサービス、地元の職員や警察を含む強力なコミュニティネットワークが構築されています。

参加

多くの場合、ナヤ・ダウルの元クライアントはピアサポートの役割を担ったり、新しいクライアントのケアラーとして責任を負ったりしています。クライアントであったあるホームレスの人は地域でケアする人になりました。このサービスには、クライアントを従業員として受け入れるための正式な仕組みはまだありませんが、クライアントのフィードバックは非公式にサービスの設計や実施に取り入れられています。

リカバリーアプローチ

ナヤ・ダウルのリカバリーへのアプローチは、クライアントをケアのプロセスの中心においた全人的なもので、彼らの医療的のみならず社会的なリカバリーを重視しています。ナヤ・ダウルのスタッフは、共感やマインドフルネスからより実践的な介入まで、さまざまな心理社会的関わりやステップに関する詳細な実践的トレーニングを含む、クライアント中心の実践(311)の厳しいオリエンテーションとトレーニングを受けています。個人のケアプランは、クライアントの個人的な目標に基づいており、

関わりのあり方はナヤ・ダウルのチームと共同で検討されます。プランは四半期ごとにクライアントと一緒に再検討され、進捗状況を評価し、必要に応じて目標や計画されたアクションを変更することができます。

チームはクライアントの強みに重きを置いています。すべての関わりは、クライアントが活用し続けることのできる自身の強みとリソースを認識できるように助けることを目指しています。カウンセラーやコミュニティで世話にあたる人がほぼ毎日訪問し、動機付けやサポートとなるカウンセリングを行うとともに、希望や自己受容を高め、人生の目標に向かって進むための個人的な体験を共有できるように考慮された自己開示を行います。コミュニケーションは目的志向で、権利を獲得したり、家族や社会とのつながりを再構築したり、生計を立てられるようにするといった目的に向けられています。

サービスの評価

毎年平均して90～100人の路上生活者が地域の介護者によって支援されています。今日まで、ナヤ・ダウルは250人の地域住民のケアする人たちからなるケアサークルを構築し、その拡大に努めてきました ([Das Roy S] [Iswar Sankalpa] 未刊行データ、[2021])。2007年から2020年の7月まで運営をレビューすると、ナヤ・ダウルは3,000人を超える心理社会的障害があるホームレスの人々にサービスを提供しました (312, 313)。2007年から2011年までのナヤ・ダウルの運営に関する別のレビューがコルカタのNPO、イスワル・サンカルパ (Iswar Sankalpar) によって行われ、その結果、このサービスは1,015人のクライアントに食事を、765人に衣類と衛生サービスを、615人に医療を提供し、さらに69人が住宅の支援を受けたことがわかりました (312)。2011年から2020年8月までに、同サービスは2,003人のホームレスと接触し、その65%は精神的不調があると診断され、その大半がサイコースでした。この期間、医薬品とカウンセリングサービスが1,122人のクライアントに提供され、197人が住宅の支援を受けました (312)。ナヤ・ダウルの支援によって、2015年から2018年の間に60人以上のクライアントが政府の受給資格を得ることができました。正式なクライアント・フィードバック調査や評価は行われていませんが、レビューにはこのサービスの恩恵を受けた人々のケーススタディが含まれています。

コストとコスト比較

ナヤ・ダウルはサービス利用者にとっては無料です。1日1人あたり107ルピー (1.50米ドル)^{注s)}あるいは1月あたり45米ドルかかり、これはイスワル・サンカルパが運営する西ベンガル州政府公認のオープンシェルターの1日1人あたりのコストの約75%にあたります (314)。これは食事、薬、治療、衛生材料、衣服、人件費、諸経費を含む、民間のセンターにおける施設内支援のための1人あたりの費用 (150米ドル) の3分の1にあたります ([Das Roy S] [Iswar Sankalpa], 私信、[2020]) (315)。

注s) 2021年2月時点の換算

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト :**
<https://isankalpa.org/>
- **動画 :**
Community of Care: The Ashoka Fellow Bringing Mental Healthcare To Kolkata's Homeless
<https://www.ashoka.org/en-in/story/community-care-ashoka-fellow-bringing-mentalhealthcare-kolkata%e2%80%99s-homeless>
- **連絡先 :**
Sarbani Das Roy, Director and Co-Founder,
Iswar Sankalpa, India.
Email: sarbani@isankalpa.org

2.5.5

パーソナル・オンブズマン

Personal Ombudsman



スウェーデン

精神保健制度が高度に発達している国 (316) において、スウェーデンのパーソナル・オンブズマン (317) は、精神的不調や心理社会的障害がある人々に対してコミュニティ・アウトリーチ・サービスを提供し、家族の問題、健康管理、住居、財政、雇用支援、コミュニティの統合に関する支援を行い、クライアントが積極的かつ自律的に人生を送れるように支援します。重要なのは、このサービスが他の精神保健と社会サービスが協力・連携するよう働きかけることです (318)。サービスはクライアントの十分な情報提供とその上での同意のもとに提供されます。これは、「プロフェッショナルな友情」と表現されています (319)。

● 主な分類：コミュニティ・アウトリーチ

● ▶ その他の分類：

- 地域精神保健センター コミュニティ・アウトリーチ ピアサポート
- クライシスサービス 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶ 他の地域での利用可能性：

- Yes No

● ▶ エビデンス：

- 既刊文献 非市販文献 なし

● ▶ 財務基盤：

- 国の保健部門 国の社会部門 健康保険
- 寄付 自己負担

サービス内容

パーソナル・オンブズマン（PO）制度は、スウェーデンの精神保健サービスの国家的改革を受けて2000年に開始されました。改革の一環として、地域レベルの代替手段を支援し、サービス提供を改善し、入院を防止するために、精神保健予算の15%が自治体に移されました（320-323）。PO サービスは、重度のまたは長期の心理社会的障害がある人々の生活の質の向上を目指し、過去20年間でほとんどのスウェーデンの自治体の地域社会サービスの一部として定着してきました（323）。2018年までに合計336のPO サービスが運営され、国内の87%の自治体で9,517人の人々にサービスを提供しました（318）。

スウェーデンには、自治体がサービスを提供するために契約できる6つの大規模なPO 提供組織（うち2つはユーザー主導型）があります。サービスは地元で管理され、他の医療・社会サービスから制度的に独立しています（319, 321, 322）。

このサービスは、重度の心理社会的障害があり、長期的なケア、サポート、宿泊施設、リハビリテーション、雇用を含むサービスへのアクセスが著しく必要な18歳以上の成人に利用可能です（324, 325）。POはリーフレットや口コミで宣伝されています（323）。クライアントは直接、または仲介者を通じてPOを要求することができますし、POの方から潜在的なクライアントに接触することもできます。若年層、健康上の問題を抱えた子どもがいる家庭、自殺の危険性がある人、ホームレスや立ち退き命令を受ける危険性がある人など、支援やソーシャルネットワークが不足している人に優先的に対応します。

多くのPOたちは、訓練を受けたソーシャルワーカーや法律家、医学や看護学、心理学、心理療法の素養のある人たちです。多くは精神的な不調や心理社会的障害のある人と働いた経験があり（323）、自分自身が生きた体験をしたこともあります。新任のPOは自殺防止、移民、ギャンブルなど多様なテーマで研修を受けます。最近では統括するPOたちのために、独自の専門機関（Yrkesföreningen för personligt ombud Sverige）を持つ社会的資格が新たに認められました。POたちは一度に13～20人のクライアントを受け持ち（323）、PO マネジメント組織のもとで、1人で働くこともありますし、グループで働くこともあります。この監督グループは自治体、州議会、プライマリーケア、精神科医療保健サービス、雇用・社会保険サービス、地域のアドヴォカシー・グループ、当事者団体などの代表で構成されています。

クライアントとうまく協同をするために、POは最初に信頼関係を築かなければなりません。クライアントの話聞き、共に働くことで、POはクライアントの問題や希望、支援の目標を明らかにすることができます。これには後見命令への異議申し立て、住居探しの支援、地域社会とのつながりやピアネットワークの構築の支援などが含まれることがあります。彼らは共に、これらの目標を達成するためのロードマップを作成することができます。これらのミーティングは非公式で、カフェやPO サービスオフィス、利用者の自宅などで行うことができます。サービス利用者の中には、精神保健システムによって力を奪われ、その結果、いかなる関与にも警戒心を抱いている人が多く含まれるため、最初の段階には時間がかかることもあります（321, 322）。PO サービスによっては、クライアントとPOがどのように協力していくかを記した合意書を用いるところもありますが、クライアントにとって不快になる恐れがある場合には、そうしないところもあります。すべての状況において、クライアントのニーズと希望が、対処すべき順序や緊急性を決めます。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

PO サービスの基本前提はクライアントの法的能力に対する尊重です。個人が、家族や公的権力や裁判所によって非自発的にPOを利用させられることはありません。個人の側のみがPOのサポートを要請でき、いつでも関係を終わらせることができます。POはクライアントの同意がなければ行動できません。POはクライアントとの関係で権威者として行動することはなく、潜在的な力の不均衡を認識し対処するサポート役としてのみ行動します。

強制しない実践

実力行使や強制はPO サービスの指針に反します。POはクライアントに、薬物療法を含むどんなサービスも強制することはできません。クライアントが危機やサイコーシスのエピソードを経験している場合、POは事前に話し合っておいたクライアントの選好を尊重しながら、その人を適切な社会サービスや保健サービスに導くためにあらゆる努力をします。クライアントが強制的に入院させられた場合、POは連絡を取り合い、クライアントを引き続きサポートします。POが、クライアントの行動が自己または他人に対する重大なリスクであると考えた場合、関連当局に通知します。

コミュニティ・インクルージョン

このサービスの主な目的は、クライアントが自分自身の生活の積極的な参加者であり、リーダーであることをサポートすることです。コミュニティへのインクルージョンと参加は、クライアントが希望すれば実現できるように動き、サポートします。POはコミュニティ・サービス、組織、活動とのつながりを作ることを促進し、クライアントが地域になじめていないと感じる障壁や軋轢とそのあり得る解決策が何であるかをわかるように手助けします。POはまた、クライアントがコミュニティの一員として暮らすのに困難を抱えているようであれば、もめごとをなんとかしたり、仲裁サービスを見つけたり、違うコミュニティに移るのを手伝います。

参加

PO サービスはクライアントの参加を促進するだけでなく、利用者と家族団体がPO マネジメント組織により広範に関わることを促進します。これらの関係者は、個人がコミュニティで利用できるケア、サポート、サービスを利用することを妨げる障壁を明らかにし、それに根本的に対応する上で重要な助言者としての役割を担っています。利用者団体は、サービス評価報告書や顧客満足度調査を直接、全国保健福祉委員会と共有し、POの実践やPO プログラム全体の開発に役立てることができます。PO マネジメント組織と主要な関係者の代表は、POと地方自治体間のギャップを埋め、システム全体の変化を促進する上で重要な役割を果たしています。

リカバリーアプローチ

クライアントとPOの関係はリカバリーのプロセスに不可欠です。POの主な役割は、人々が日常生活をコントロールするために必要な自信とスキルを得られるようにサポートすることです。クライアントが自分の状況に対してより大きな影響力と力を持つようになると、リカバリーの可能性が高まります。POはその役割としてクライアントをサポートするためにリカバリーアプローチのトレーニングを受けます (321, 324)。PO サービスはクライアントとともにいき、クライアントの必要とするケア、支

援、サービスを提供するため、完全に本人中心のアプローチを取っています。リカバリーとは本質的に、精神病的状態からのリカバリーという観点ではなく、新たな目標を作り、人生の新たな意味を見出すという観点で捉えられています。回復はまた、直線的な過程ではなく、さまざまな解決策や行き方が試されるものであり、それはクライアントのニーズによってかかる時間や支援のあり方もさまざまです(324)。

サービスの評価

PO システムは継続的に評価の対象となっています。サービスの有効性と効率性については定量的・定性的な評価データがあり、サービスを利用する人々のQOLの向上と社会経済的な利益があることを示しています(321, 326)。92人のクライアントを対象に数年にわたって行った厳密な定量調査では、「精神症状の減少、主観的QOLの向上、社会ネットワークの増加」が認められました(327)。他の評価ではより目覚ましい結果が描かれており、例えば「精神科医療や所得補償といった受動的で高価な支援から、リハビリテーション、雇用、心理療法、相談窓口、援助、ホームヘルプサービスなど、より積極的な支援へと根本的なシフトが起こっている」とされています(321)。

スウェーデン国家保健福祉委員会も定期的な評価をしています(321, 326)。2014年の調査では、POの支援により、債務整理や雇用などの問題に対処できるようになり、クライアントの経済状況が改善したことが示されています。興味深いことに、クライアントの医療費は最初の3年間は増加しましたが、その後はPO制度以前の水準に戻りました。国による報告は、他のそれ以前の報告と同様、サポート的なコストからリハビリ的なコスト、例えば住宅支援や在宅ケアへと、徐々にシフトしてきているというものでした。他の評価では、有意義な雇用へのアクセスの増加や、「人々が望んでいることと一致したケアとサポートの提供」といった利点が指摘されています(321, 326)。

コストとコスト比較

スウェーデンのPOサービスはサービス利用者に無料で提供されています。2013年に新しい規則が施行され、POシステムの恒久的な資金が確立されました(321, 323)。スウェーデン国立保健福祉委員会は最近、POサービスに利用できる資金全体を2019年の9,990万クローナ(約1,200万米ドル)^{注t)}から2020年は1億3,000万クローナ(約1,550万米ドル)に引き上げました([Bengtsson A] [Socialstyrelsen]、私信、[2020])。この資金は、自治体が雇用するPO 1人あたりの固定額として、国家補助金を通じて自治体に提供されます。この補助金に加え、自治体はPOの給与の一部と交通費や経費などの追加費用を負担しています。州議会もまたPOの活動への資金提供に関わっていますが、その程度は州によって大きく異なります。

スウェーデンのPOサービスは、5年間でクライアント1人あたり約700,000クローナ(約83,760米ドル)の政府コストが削減され、コストの17倍に相当する節約効果があると社会経済的效果が報告されています(321, 326)。

注 t) 2021年2月時点の換算

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト :**
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/psykisk-ohalsa/personligt-ombud/> (in Swedish)
<https://personligtombud.se> (in Swedish)
- **動画 :**
Paving the way to recovery – the Personal Ombudsman System:
<https://www.mhe-sme.org/paving-the-way-to-recovery-the-personal-ombudsman-system/>
- **連絡先 :**
Ann Bengtsson, Programme Officer,
Socialstyrelsen, Sweden.
Email: Ann.Bengtsson@socialstyrelsen.se

Camilla Bogarve, Chief Executive Officer,
PO Skåne, Sweden.
Email: Camilla.Bogarve@po-skane.org

2.6 精神保健のための支援付き居住サービス

支援付き居住サービスは住居を提供し、住居を確保・維持するための支援を行うことで、自立した生活を促進します。時には、支援は食料や衣服などの基本的なニーズに対するものであることもあり、期間もさまざまです。支援付き居住サービスは、住居がなくホームレスの人で、複雑な長期にわたる精神保健ニーズも抱えている人に向けたものです。人々は元々の住環境から離れていると、自立した生活を送るためにより多くの支援を要したり、時間がかかったりします。住宅支援に関するより詳細な議論は、第3部「総合的なサービス提供に向けて：住宅、教育、雇用、社会的な保障」を参照してください。

支援付き居住サービスは、人々が持つ多様なニーズを反映し、それに応えるものでなければなりません。紹介した例は、支援付き居住サービスは、どこで誰と暮らすかを選択する人の権利を尊重しなければならないという基本原則に則っています。したがって、サービスは多様な形を取ります。支援付き居住サービスの中には一時的なものもあります。利用者は他のところで生活する準備が整ったと思えば出て行きたいと考えるかもしれません。より長期間にわたる住居を見つけるのを支援し、賃借契約の交渉を支援する支援付き居住サービスもあります。このセクションでは、どちらのタイプも紹介しています。

支援付き居住サービスの中には、何人かで家族のように暮らす地域のグループホームやアパートで提供されるものもあります。また、支援付き居住サービスを必要とする人とそうでない人が一緒に暮らす住宅支援を紹介する例もあります。さらに、支援付き居住サービスの援助を受けながら、自分の家で、あるいはサービスが提供する宿泊施設に1人で住んでいる個人の例もあります。

また、提供されるサポートの種類や程度も、個々のニーズによって大きく異なります。例えば、日常生活やセルフケアのためのサポートを昼夜提供するサービスもあれば、スタッフやアシスタントが住宅施設内で、サービスを利用する人と一緒に暮らすこともあります。他の支援付き居住サービスの中には、利用者が何とか自分で自立して生活できるので、最低限のケアと支援のみを提供する形もあります。サービスの中には、サービス利用者のニーズの変化に応じて、提供される支援の程度が時間とともに変わるものがあります。

多くの国で、支援付き居住サービスは歴史的には病院に根差したもので、人々を孤立させ、コミュニティへの参加や関わりから遠ざけるものでした。次のセクションでは、このようなモデルから離れた新たなサービスを紹介します。それらはコミュニティに根差しており、リカバリー志向で、人権と整合性があり、サービス利用者の法的能力を常に尊重するものです。

2.6.1

ハンド・イン・ハンド 支援付き居住サービス

Hand in Hand supported
living



ジョージア

ハンド・イン・ハンドはジョージアのNGOで、施設に収容されていた人を含む長期的な心理社会的障害がある人々に、支援付きの自立地域生活のための場（facilities）を提供しています。その使命は障害がある人々のより良い生活環境を作り、彼らの社会へのインクルージョンとインテグレーションを支援することです（328）。また、このNGOは心理社会的障害がある人々を支える家族や個人に対して、パーソナルアシスタンスやトレーニングも提供しています。

● 主な分類：支援付き居住サービス

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

サービス内容

ジョージアは急成長する上位中所得国です。2015年には、脱施設化と地域に根差した精神保健サービスの発展のための5年間の国家行動計画が発表されましたが、ジョージアの精神保健システムは依然として施設ベースが主なものとなっています(329, 330)。対照的に、ハンド・イン・ハンドは家庭的で本人中心のアプローチを提供し、各ホームの定員は5人であり、寝室あたり1~2名で寝起きます。過去10年間にハンド・イン・ハンドは1軒から6軒へと拡大し、現在はグルジャーニとトビリシのホームに合計30人の成人が入居しています。

入居希望者は必要とするサポートの種類を記載した申込書を作成しなければなりません。このアセスメントには個人の性格、コミュニケーション能力、サポートの必要性、他の居住者との一般的な相性などの詳細が含まれます。人身売買(法定)被害者保護援助国家基金が、ハンド・イン・ハンド独自のアセスメントを考慮しつつ、最終的に入居者を決定します。優先的に受け入れられるのは心理社会的障害のある人で、他の入居者の血縁者(例:子ども)、里親家庭で養育され18歳で里親から離れた人、家で暮らしていても家族のサポートを受けていない人などです。

ジョージアの法改正により、心理社会的な障害のある人の後見制度及び代行意思決定の制度が廃止されたため、入居するためには本人の完全な同意が必要であり、希望すれば退去も自由です。

各ホームには3.5人のアシスタントと呼ばれるスタッフがおり、24時間のシフト制で柔軟に勤務しています。そのため、日中も夜間も必ず、少なくとも1人のアシスタントはホームにいます。アシスタントはアクティブサポートの原則(331)を用いて、入居者が心理士やソーシャルワーカーとの面会予約を取るのを手伝ったり、仕事、スポーツ、余暇活動への参加を支援したり、屋外活動に同行したりします。また、アシスタントは、サービス利用者が自分の権利を擁護し、あるいは、個人的な事柄について対処することも支援します(332)。旧後見制度に代わる新しい法律では、アシスタントは、相互の関係が構築され双方が同意した場合には、入居者の「指定支援者」の役割も担うことができます。

心理士を含め、他のスタッフも入居者のニーズによく耳を傾けます。ハンド・イン・ハンドのコーディネーターは、トビリシにあるNGOの事務所(332)を拠点としています。コーディネーターは個々のケースについて相談に乗り、外部の医療ケアを促進し、当局に対して入居者の権利を擁護します。すべてのスタッフは長期ケアの提供、リカバリー志向のケア、性と障害、ニーズとサービスが適合しないときなどに起こるチャレンジング行動の対応などのさまざまなテーマについてトレーニングを受けます。

入居者は自律性と支援のネットワークを発展または維持するために、自分で選択した日常の活動に参加するよう促されます。コミュニティへのインクルージョンも奨励され、支援されます。入居者は、食事の準備、家や庭の手入れ、家庭用品の購入、近隣住民との連絡や交流、趣味への参加、さまざまな文化的イベントへの参加などを行います(333)。入居者1人ひとりに荷物を施錠して保管するための指定されたスペースが与えられています(334)。入居者はMAPS(335)やPATHS(336)の手法を用いて、ハンド・イン・ハンドのアシスタントと一緒に自分自身の支援プランを作成し見直しますが、それはすべて自身のニーズと希望に基づくものなのです。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

ハンド・イン・ハンドのモデルでは、入居者が充実した生活を送ることができるよう必要な支援を提供するために、入居者とスタッフとの協力関係を育んでいます。入居者の法的能力に対する支援は、アクティブサポートの原則（337）に従って行われます。住み込みのスタッフは、入居者の生活上のあらゆる領域における意思決定が支援されるよう訓練されています。例えば、食事の計画や時間は通常グループで決めるのですが、自分だけで選択することもできます。入居者は自らの医療や法律に関するすべての書類に完全にアクセスでき、すべての個人情報機は秘密にされます。

入居者は友人、親戚、司祭、ご近所の人、アシスタントなど、自分が信頼できる人を個別サービスプラン作成の過程に参加する者として指名することができます。そして、その指名された者は参加することが保証されます。また、家族や友人は、入居者をサポートし、尊厳のある自立した生活を促進するための最善の方法についてのトレーニングセッションを受けることができます。

強制しない実践

ハンド・イン・ハンドは強制的な投薬や治療を用いることを避けます（334）。スタッフは強制によらない手段やディエスカレーション技術に関する体系的なトレーニングを受け、2～3年ごとにトレーニングを受け直します。患者が服薬を拒否し、その結果、健康に悪影響が及ぶというまれな状況において、スタッフは支援の輪の信頼できるメンバーとともに粘り強く交渉します。ほとんどの場合このアプローチは成功してきましたが、入院した人も少数います。スタッフは強制に関わるいかなる出来事も、行われた決定とフォローアップ措置とともに報告します。

コミュニティ・インクルージョン

ハンド・イン・ハンドはコミュニティにおけるインクルージョンを促進することを目的としています。入居者は近隣住民をホームへ招待し、また、誕生日パーティーやその他のお祝い事、社交的な催しに参加します。ハンド・イン・ハンドのホームの入居者の半数はコミュニティで仕事をしており、仕事を見つけ、維持するサポートを受けます（338）。入居者はハンド・イン・ハンドが運営する社会企業に雇用される場合もあります。農業、蜂蜜製造、菓子製造、工芸品製造、木やその他の天然素材から玩具や日用品を製造するなどの分野で、地域に根差した企業で働いたり、個人で事業を営んだりする人もいます。アートを職業とする入居者もいます。例えば、ある入居者は「Azadaki Garden」という劇団のメンバーであり、劇作品の制作に参加しています（334）。また、入居者はスポーツ観戦や映画館、宗教行事への参加、外食も推奨されています。毎年、入居者はアシスタントと一緒にジョージアのリゾート地に10～14日間の休暇に出かけます。

参加

サービスの受益者はアシスタントや管理者（コーディネーター、ディレクター、マネージャーなどを含む）に対して、自分の希望、苦情、懸念を自由に表明できるフィードバックと苦情の手続きについて認識し、知らされています。フィードバックは毎週の会議でスタッフにより確認され、結果として対応策が導入されます。生きた体験をした人々やハンド・イン・ハンドの元入居者は、スタッフ、ボランティアやNGOのインターンとして雇われたことはありませんが、彼らはサービスの計画や展開に関して決定がされる毎月の議論に定期的に関与します。ハンド・イン・ハンドの利用者の1人は法的擁護サ

ービスを提供するジョージアのNGOで働いています。彼はまた、サービスにおける人権侵害の被害者（サバイバー）をメンバーとするジョージア全体のハンド・イン・ハンド新規構想の役員を務めることになっています。

リカバリーアプローチ

ハンド・イン・ハンドの支援付き自立生活は、リカバリーアプローチに従って運営されています。ホームの入居者は自分の生活について日々の選択を行い、安全な環境で集団生活を送ることを学ぶことによって、自分自身のリカバリーに積極的に参加するようになります。入居者は自身の希望や目標、さらに恐怖と付き合う戦略を定期的に見直せるよう、個別プランを常に更新することを促されます。また、自身の責任感、アイデンティティ及び意義を高めるために、人生をより有意義なものにし、社会での役割を見出すのに役立つスキルを身につけるようサポートされます。住宅サービスは人々の強みに具体的に焦点を当てることによって、積極的なリスクテイクをも促進します（328）。

サービスの評価

5人の居住者を対象とした非公式の内部調査（[Dateshidze A] [NGO-hand in hand] 私信、[2020]）では、自分たちの生活環境を気に入っていることがわかりました。彼らは自分が着る服、部屋やアパートを掃除するタイミング、寝るタイミング、電話の使用、誰が訪問できるか、いつ友人や家族を訪問できるのかなどを決定する主要な意思決定者であるという事実がよいところだとしています。トビリシのハンド・イン・ハンドのホームを評価した政府の2018年の報告書では、衛生的で快適な環境で十分な生活水準が確保された施設であると述べられています（334）。また、同報告書では、入居者が地域でさまざまなサービスを利用し、楽しく刺激的な活動に参加していることも述べられています。重要なのは、個人の整理整頓、掃除、料理、衛生、家庭用品の使用、店や薬局への出入り、お金の使い方など、自立した生活に必要なスキルを身につけることができたということです。

コストとコスト比較

すべてのハンド・イン・ハンド・ホームの年間予算は約30万ジョージアラリ（約90,300米ドル）で、そのうちスタッフの給与は約60%を占めています。2019年の入居者1人の1日あたりの費用平均は33ジョージアラリ（10米ドル）^{注u)}でした。これに対して、より伝統的な施設型住宅は、入居者1人の1日あたりの費用は29ジョージアラリ（8.70米ドル）です。つまり、入居者に質の高い生活を提供しながら、ハンド・イン・ハンド・ホームは費用対効果が高いということです。ホームの入居者は、グルジアーニでは毎月15ジョージアラリ（約4.50米ドル）^{注u)}、トビリシでは毎月40ジョージアラリ（約12米ドル）^{注u)}の形式的な賃料を共同で支払うことになっていますが、共同支払いに関する厳しい規則や義務はありません。

2010年の設立以来、同サービスは地域に根差した精神保健と支援付き居住サービスの提供の可能性を実証してきました。このことが評価され、2014年には、ハンド・イン・ハンドのホームが労働・健康・社会問題省の助成を受ける社会プログラムの1つに組み込まれました。これにより、2018年には入居者1人のために費やされる国の資金はほぼ倍増しました。全体として見ると国は現在、当該NGOの費用の80%を負担しています。残りの20%の資金はオープンソサエティ財団、ハンド・イン・ハンドや居住者が運営する社会企業の寄付により賄われています。また、寄付・募金運動も同団体の支援に貢献しています。

注u) 2021年3月時点の換算

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト：**
www.handinhand.ge
- **動画：**
Community For All, Georgia - Mental Health Initiative
<https://vimeo.com/gralfilm/include/video/336759271>
- **連絡先：**
Amiran Dateshidze,
Founder, NGO-Hand in Hand, Georgia.
Email: adateshidze@yahoo.com

Maia Shishniashvili,
Founder, NGO-Hand in Hand, Georgia.
Email: maia.shishnia@gmail.com

2.6.2

ホームアゲイン

Home Again



インド、チェンナイ

ホームアゲインはインドのチェンナイ市を含むタミルナドゥ州、ケララ州、マハラシュトラ州の3つの州を拠点に、長期の精神的な不調があり、貧困かホームレスの女性のための住宅サービスです。施設や地域に根差した精神保健サービス（339）を提供するNPO法人バニヤンが2015年に設立したホームアゲインは、施設でのケアから、家庭的な環境の中で他の人々とともに地域で自立した生活を送ることを支援しています。

● 主な分類：支援付き居住サービス

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

サービス内容

ホームアゲインは、「退院に適した状態」や「地域の受け皿ができていること」という決まった基準によるアセスメントなど使わずに無条件で、家庭や家庭のような環境における地域で暮らすことが可能であるべきだという信念に基づいて運営されています。ホームアゲインはバニヤンのインクルーシブな生活サービスの必要不可欠な要素です。バニヤンはチェンナイの近接する2つの地域、タミルナドゥの他の地域、ケララの3つの地区、マハラシュトラの2つの地区で運営しています。また、チェンナイ近郊の海辺の街コバラムでもグループホームを運営しています。住宅プログラムに加えて、NGOはクライシスサポートや急性期のケアを必要とする人々に緊急のケアとリカバリーサービスを提供し、地域精神保健プログラムを通じて心理社会的な健康を促進します。これらはすべてホームレス、現地のコミュニティ、貧困ライン以下で暮らす人々のために行われています。

ホームアゲイン・サービスは都市部、郊外、農村部のお店や文化スポット、ヘルスケアなどの必要なサービスに近い場所で家を貸します。貸家の形態は一軒家からアパートメント、さらには入門チェックを行う住宅地であるゲートッド・コミュニティまでさまざまで、1軒の家に4～5人が住んでいます。サービス利用者が入居する場所を決めるにあたり、選択することが重要な要素となります。入居者は都市部がよいか郊外がよいか、誰と一緒に住みたいか、共用部分の好みなどを選ぶことができます。

住居のほか、入居者には心理社会的健康、地域への統合、生活の質、社会階層の移動を高めるためのさまざまなサポートが提供されます。サービス利用者は仕事、余暇、レクリエーション、あらゆる社交の機会を含む生活のすべての側面に関与するよう促されます(340)。ホームアゲインはまた、社会給付資格へのアクセス支援、メンバーの権利に関する啓発、医療及び心理社会的支援のアセスメントとレビュー、一般ヘルスケアへのアクセス、そしてニーズの高い人々には現地でのパーソナルアシスタンスも提供しています(341)。

入居できるのはバニヤンの他の施設や一部の州立精神病院で1年以上生活してきた人であり、サービスの利用は家族と一緒に暮らすことができない人に限定されています。ケララ州では極度の暴力歴がある人はサービスから除外されています。その他の除外基準はありません(342)。2019年には、アッサム州で6軒のホームを運営するパートナー団体 Ashadeep の支援を含め、50軒の家で245人が支援を受けています。

バニヤンでは厳格なハウスルールは設けず、限度や限界を含め、責任を持って一緒に生活するためのルーチンや方法を自分自身で作ることを奨励しています。プライバシーの尊重(340)、話し合い、利用者には負担をかけない洞察がこのアプローチの特徴で、メンバーはお互いに、またサポーターに親近感を持つようになります。対立が生じた場合はケースマネージャーやパーソナルアシスタントが仲介し、最善の方法を話し合うよう手助けをします。

60人の利用者に対し、4人のスタッフ(プログラムマネージャー、2人のケースマネージャー、看護師)と、サポートのニーズに応じて15～24人のパーソナルアシスタントがいます。パーソナルアシスタントの役割は、利用者が自分の人生に望む経験や目標を認識できるよう理解し、手助けすること、連携してサポートのニーズを評価すること、社会資源に対する機会やアクセスを促進することです(343)。パーソナルアシスタントは自分の世話や家の管理だけでなく、就職活動や銀行、レクリエーション、医療サービスの利用など、社会的・経済的な対応もサポートします。スタッフがいないホームもあれば、夜勤のスタッフやフルタイムの住み込みスタッフがいるホームもあります(343)。

パーソナルアシスタントは地域コミュニティから募集され、多くの場合、地方出身者であり、通常、精神保健に関する経験はありません。バニヤンのサービスのもと入居者がパーソナルアシスタントになることもできます(341)。彼らは全体の成り立ち、手順、実施要綱を概説したカリキュラム(ペンシル

バニヤ大学と共同開発)に沿って、1週間の導入プログラムを受けます。ソーシャルワークまたは心理学の修士レベルのトレーニングを受けたケースマネージャーは、パーソナルアシスタントの仕事を監督し、また、入居者と過ごすために毎週ホームを訪れます。ケースマネージャーは約30人の入居者を担当し、看護師も毎週ホームを訪れます(341)。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

ホームアゲインへのアクセスは完全に任意であり、人々は余暇、地域社会との交流、仕事の面で自由に行動することができます。ホームアゲインを利用するほとんどの人々は、毎年見直される事前指示書を書くようサポートされています。バニヤンの(そのすべてのサービスにわたる)実施要綱は、ケース記録へのアクセス、サービスからの情報の利活用を規定しています。サービスの提供以外の目的で情報を利用する場合、当該利用者の同意が必要です。入居者がサービスの申し込みをする時、同意書を書き、自分の情報をどのように使ってほしいか記載します。スタッフによる守秘義務違反は厳重に取り扱われます。サービスを利用する人は、信頼できないと感じたら別の担当者を選ぶことができます。

強制しない実践

隔離・拘束はサービスの中では用いられず、希望すればホームアゲインから出ていくこともできます。定期的な訪問とオープンダイアログ(2.1.3参照)は、強制が意図的でなくても、明白な場合でも暗黙な場合でも、それに対してしっかりと対処するために実施されています。時にクライシスに陥った場合、バニヤン緊急ケア・リカバリーセンターの1つで、これも強制は使わないものですが、それに参加する選択肢を与えられることもあります。クライシスの状況にある人の希望や好みに沿うために、事前指示書が使用されます。居住者は処方された薬を飲むかどうかを選択できます。オープンダイアログの手法は、入居者の選択について代替的な観点や道理がないかを模索するために使われます。

ホームアゲインはカーストやジェンダーに基づく強制的な慣習にも影響を及ぼしています。住居の選択は小さな集団ベースとなりますが、カースト混合のグループも、階級混合のグループも一緒になることが見られます。ホームアゲインは、女性が主導する世帯や、男性の支援なしに女性が独立して暮らすという珍しいモデルも示します。

コミュニティ・インクルージョン

ホームアゲイン・プログラムは、心理社会的障害のある人々の地域の社会経済構造へのインクルージョンの促進を特に目的としています。村のコミュニティミーティング、自助グループや支援ネットワークの構築、社会事業の開始、基礎技術の習得などの活動に住民が参加できるよう、さまざまな支援が提供されます(344)。ホーム内だけでなく、その外でも関係が育まれます。サービス利用者には社会的な催しへの参加が奨励されており、本人の希望に応じて家族をつなぐサポートもあります(344, 345)。サービスにより地元のピアネットワークにつながることもできます。

参加

スタッフや役員(創設者からシニア・マネジメントチームまで)の中にも生きた体験をした人々がいます。今後2~3年の間に、そのような経験者がスタッフや役員の少なくとも50%を占めることを目標としています。多くのパーソナルアシスタントも個人的に苦悩を経験しており、これはサービス利用者へのサポートを向上させる貴重な生きた体験の源であると考えられています(341)。さらにサービス

利用者は、バニヤンによって設立され、生きた体験を持つ人々が率いるメンタルヘルス委員会の会議に出席することが奨励されています。メンタルヘルス委員会は、四半期ごとの訪問、インタビュー、ケースマネージャーが毎週訪問して記録したフィードバックに基づいて、サービス利用者から受け取ったフィードバックを監査しています。誰でもこのようなメンタルヘルス委員会に参加できる他、人権委員会の月例会議にも参加できます。人権委員会は精神保健サービスを利用する人々、地域のリーダー、障害者活動家、弁護士、精神的な不調がある人々のケアをする人で構成されます。サービス利用者はこのフィードバックを統合して見直し、サービスを段階的に改善する方法を計画するパルス会議というフォーカスグループも毎月開催します (341)。

リカバリーアプローチ

各個人のリカバリーや成長をベースにしたオーダーメイドプランは、継続的な対話を通じて作成されます。レジリエンスを高め、不確実性に備え、小さな喜びや大きな喜びを讃え、希望を持ち続け、未来を楽しみにするための臨床的・非臨床的なツールは、すべて独自の個別ケアプランを提供するために組み合わせて使用されます。毎月の対話ベースのセッションは、行動と目標への進捗状況をアセスメントするのに役立ちます。サービス利用者はオープンダイアログを用いて、困難を明確に述べ、有意義なライフ・ストラテジーを協力して確認します。ケースマネジメントでは、その人の医学的、心理社会的支援のニーズや個別ケアプランを決めるための詳細なアセスメントが行われます (341)。

サービスの評価

チェンナイの都市部の1つのコミュニティと農村部の3つのコミュニティで12カ月以上バニヤンのサービスを利用している人々を対象にした内部調査では、ホームアゲインへの入居を選択した53人の経験を、バニヤンの施設に留まることを選択した60人（通常のケアとみなされる）と比較して評価しました。18カ月にわたり、異なるアンケートや尺度を用いて6カ月ごとに測定を行いました (341)。6カ月と18カ月後に、通常のケアのグループと比較して、ホームアゲインのグループの地域への統合について著しい改善が確認されています (341)。これらの結果は、家庭、社会、職場における統合を測定する「地域統合質問票」に基づいています。

コストとコスト比較

全体的に見るとHans Foundation、Rural India Supporting Trust、Azim Premji Philanthropic Initiative、Paul Hamlyn Foundation、Sundram Fasteners Limited、Bajaj FinservそしてHCL Foundationが資金援助をしています。利用者は無償でサービスを利用できます。2019年、ホームアゲインの1カ月の1人あたりの費用は、福祉、スタッフ、能力開発、管理などすべての費用を含めて9,060ルピー（123米ドル）^{注v)}です。政府が運営する精神障害者向け施設において1カ月1人あたりにかかる費用が29,245ルピー（426米ドル）^{注w)}ですが、その3分の1以下です。

注v) 2021年2月時点の換算

注w) 2021年3月時点の換算

追加情報及びリソース

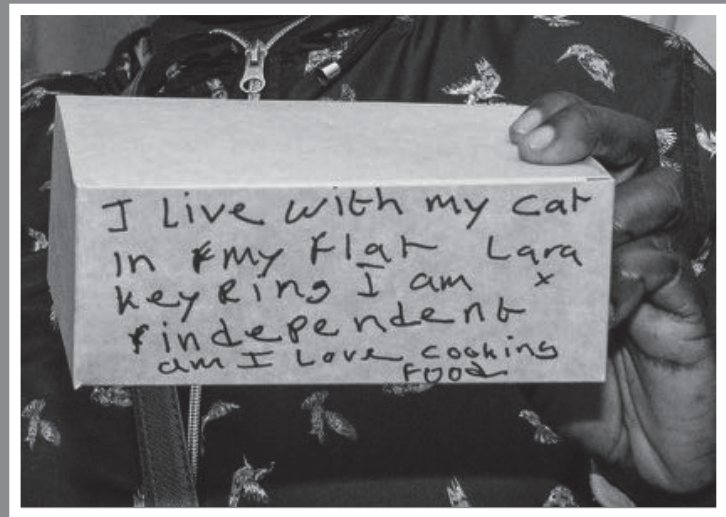
- **ウェブサイト :**
<https://thebanyan.org/>
- **動画 :**
The Banyan Home again Film Dec2018
<https://www.youtube.com/watch?v=4iX7tSwa2Dc>
Home Again 16th Jan 2017 1
<https://www.youtube.com/watch?v=FOyLSMHJjVg>
- **連絡先 :**
Pallavi Rohatgi, Executive Director - Partnerships,
The Banyan, India.
Email: pallavi@thebanyan.org

Nisha Vinayak, Co-lead - Centre for Social Action and Research,
Banyan Academy of Leadership in Mental Health, India.
Email: nisha@thebanyan.org

2.6.3

キーリング・リビング グサポートネットワ ーク

KeyRing Living Support Networks



1990年以來、キーリングは精神的な不調、心理社会的障害のある人々、薬物・アルコール依存症の人々に生活支援サービスを提供してきました (346)。その使命は柔軟なサポート、スキルアップ、つながりのネットワークを通じて、人々が自立した生活を築けるようにすることです (347)。キーリングはイングランド・ウェールズに100以上の支援ネットワークがあり (348)、それぞれ10軒前後の家が徒歩圏内にあるため、キーリングのメンバーも互いにつながり、コミュニティとの関わりを深めることができます (349-351)。このサービスの使命は人々をつなぎ、望む人生を築けるよう促すことです。

● 主な分類：支援付き居住サービス

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

サービス内容

高所得国であるイギリスは精神保健システムが発達しており、1970年代から1980年代にかけて精神保健サービスの脱施設化プロセスを開始した最初の先進国の1つです(352)。しかし、2005年から2016年にかけて精神保健法に基づく非自発的収容が40%増加したことと(353-356)、心理社会的障害のある人々のナーシングホームへの不適切な入所や刑務所や司法精神病院への不適切な収容(357, 358)は、精神保健部門において「リスク」方向に向かう逆行したアプローチを進めたことと十分なサポートの提供に失敗したことを示すものでした。キーリングはこの欠陥を埋めるために設立され、期間限定で独立したつながりのある生活環境を提供するサポートを提供しています。

住居として、地元の自治体や低コストの住宅を提供する非営利団体である住居協会、さらにはメンバー自身が所有する家を借りています。ネットワークは既存の利用可能な宿泊施設を中心に構築されるため、住民はキーリングに参加するために必ずしも移動する必要はなく、その結果、重要な社会的・地域的つながりを放棄しなくてもよいのです(348)。地域生活ボランティアはキーリングの施設に住み、教育、雇用、ボランティア活動のためのアポイントメントへの同行など、メンバーの日々の活動を形式ばらずにサポートします(348, 359)。ネットワークの中心であるコミュニティハブでは、キーリングのメンバーが他のサービス利用者と交流し、地域生活ボランティアやスタッフと顔を合わせることができます(360)。キーリングの他のスタッフとして、コミュニティとの関わりや個人的な生活のさまざまな側面での入居者をサポートする、地域と結び付けるボランティア、サポートマネージャー、地域生活のサポーターなどもいます(346, 360)。

新しい入居者の入居が認められると、スタッフはその入居者にとって直ちに必要な支援の内容を検討するため全体的なレビューを開始し(361)、個別のリカバリープランを立てる支援をします。スタッフはケアアカデミー(362)を通じて、健康と安全、1人で働くこと、虐待・危害・ネグレクトなどから健康・福祉・人権を守る方法、平等と多様性のサポートについて研修を受けます。また、コミュニティ内の既存の強みを生かしてコミュニティを持続的に開発するアセット・ベースド・コミュニティ開発、エンパワメント、コミュニティ組織化などのキーリングの価値観を身につけることや、メンバーの自立を助けるためのアウトカムスター(363)の使用方法についても指導されます。さらに、専門的なトレーニングや資格取得の機会も提供されています。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

法的能力は、自立した生活を促進し、自律を促すというキーリングの使命の根幹をなす原則です。スタッフは会員のスキルや経験に基づいて寄り添い(347)、強みをベースとするアプローチを用いて、励ましと積極性のある雰囲気を作り出すことに重点を置きます。情報が十分に提供された上での選択が常に模索され、メンバーは24時間体制のヘルプラインや権利擁護者(アドヴォケイト)へアクセスできるなど、柔軟な支援を受けることができます(364)。十分な情報を受け自立した意思決定ができるよう、読みやすい文書も利用可能です(365)。入居者はどこで誰と暮らすかを選択します。既存の施設の周りに新しいネットワークを作ることができるため、ネットワークに参加するために引っ越す必要はないのです(348)。これにより、責任感と主体的な感覚が生まれるのです。

強制しない実践

キーリングのサービスでは隔離や拘束を含む強制的な方法は決して使用されません。従業員はOpen Futures Learningのウェブサイトを通じて、ディエスカレーション技術や対応が難しい人や自傷行為をする人への対応に関するトレーニングを提供されます。スタッフやボランティアはコミュニティの平等なメンバーとしてみなされ、力の非対称性の発生を防いでいます。服薬を強制されることはなく、服薬はサービスと支援の提供の条件とはされません。サービス利用者が薬を飲むことを嫌がる場合、キーリングのスタッフはサービス利用者の同意を得て、本人と一緒に専門家、家族、介護者、さらにはピアボランティアともリスクについて話し合います。クライシス対応カウンセラーに緊急に連絡する必要がある場合は、24時間ホットラインを利用できます(348, 364)。スタッフがクライシスの状況に対処できない場合は、地域の精神保健チームや社会福祉チームに連絡してサポートを求めることができます。ただし、他のネットワークメンバーやスタッフに危害を加える場合は、地元当局や警察に虐待や危害などから健康・福祉・人権を守るための注意報が出されます。サービスユーザーが病院に運ばれた場合、キーリングのスタッフが訪問して精神保健チームと連携し、住宅や経済的な問題に対応します。

コミュニティ・インクルージョン

キーリングの入居者が地域資源とつながっていることは、キーリングのアプローチの重要な要素をなします(366)。住んでいる地域にさまざまなサポートの選択肢があることで、ネットワークメンバーはサポートワーカー以上のことを考えるようになり、何か心配なことがあれば友人に電話したり、孤独を感じたら地元のカフェを訪れたりし、つまりは地域生活に直接参加するようになるのです。スタッフは地域の中の資源を調査し、入居者に話をしてくれるゲストスピーカーを呼びます。サービス利用者は、地元のクラブ、グループ、スポーツやその他の地域の活動(近隣の改善プロジェクト、地域変革のためのキャンペーン、チャリティーのための募金活動など)に参加します(364)。また、雇用の機会を見つけるための支援も受けます。

参加

キーリングのメンバーは組織のあらゆるレベルに関与しており、ボランティアやスタッフのポジションに就くこともできます。キーリングの評議員会のメンバー2人は、キーリングのサービスを実際に体験した人です(346, 365)。メンバーは地方自治体へのプレゼンテーション、スタッフやボランティアの選考プロセスへの参加、キーリング全国会議の運営への参加も行っています。メンバーは人事に関して管理者と同等の発言権を持ち、組織の季刊紙の編集管理も行っています。刑事手続にかかわりを持ったことのある知的障害者のための運動をしている「司法のための仕事」グループは、イングランドのすべての刑務所で刑務官研修を行っています。キーチェッカーになっているメンバーはキーリングのサービスを監督し、メンバー満足度調査によってサービス利用者のフィードバックが聴取されるようになっています(365)。

リカバリーアプローチ

リカバリーアプローチはキーリングの理念の中心であり(364)、市民主導、関係性志向で、コミュニティ内の既存の強みを生かしてコミュニティを持続的に開発することに基づき、それぞれの場所の強みや弱さ、構成や運営を理解して、資源を最大限に活用してコミュニティの生活の質を向上させるための行動と投資を調整し、インクルージョンベースの発展を促進することを基本原則とするコミュニティ内資源の活用・持続的開発に基づく地域発展アプローチによって強化されています(367)。スタッフは新メンバーの最も速やかに必要なサポートの全体的なレビューに基づき、自立に向けた道筋の10段階を考慮した星形の6つの各頂点に各目標を設定して、星形の中心から頂点の目標までを10段階の目盛

りで評価する支援計画ツールを用いて、短期および長期のリカバリー目標を明記したリカバリープランの作成をサポートします (363, 368)。また、自分の人生の選択とコントロールを最大化するためにリスクを取ることが評価され、メンバーとともに人生の選択とコントロールの最大化のためのリスク管理計画を作成し、難しい状況に対処してこちよく健やかで幸福な状態を高める戦略を確認します。烙印は人々の可能性を制限するものとみなされ、完全に回避されます (346, 347)。

サービスの評価

2017-2018年度には2,001人が50の自治体地域で、約209人のキーリングのスタッフを雇用するネットワークで支援を受けました (369)。翌2019-2020年度には、キーリングは合計2,213人に支援を行い、220人のスタッフ及びボランティアチームを擁しています (370)。

1998年の最初の評価以来、キーリングはサービスの質と費用対効果について一貫して肯定的な評価を受けています (356)。2002年には、キーリングの独立した評価として「手法と成果の点で、ほとんどの組織をかなり上回っている」と述べられています (356)。2006年、英国保健省の調査では、3つの異なるネットワークのメンバーの成果を調査し、有償の介護者や家族から高いレベルの支援を必要とする人々が、徐々に自立して生活できるようになるという結果が認められています。この調査では、キーリングは「支援を必要とする成人が従来からの支援形態以上の成果を上げることを助ける」と述べられています (356)。2015年には、薬物使用や中毒からリカバリーした人々を支援するキーリング・リカバリー・ネットワークの3年間の評価で、次のように述べられています。「こちよく健やかで幸福な状態、入居の継続、相互扶助の存在、有意義な活動への参加、ボランティア活動、継続的な節制など、参加者の生活のさまざまな領域で顕著な改善が証明された」 (371)。

イングランド・ウェールズ・スコットランドの住宅・医療・社会福祉の専門家による住居学習・改善ネットワークが2018年に行った評価では、毎年、キーリング・ネットワークの存在によって次のようなことがもたらされたと結論付けられています。メンバーの30%が精神科への入院（平均3週間）を回避、ホームレスのケースが30%減少、25%が週1回の地域精神科看護師またはソーシャルワーカー／ケアコーディネーターの訪問を必要としなくなった、メンバーの20%は薬物／物質使用者を支援する担当者の週1回の訪問を必要としなくなった、メンバーの10%は知的障害の人を支援する看護師の週1回の訪問を必要としなくなったことです (351)。

他のケーススタディ報告書でも、こちよく健やかで幸福な状態、入居の継続、継続的な節制、有意義な活動への参加といった指標に基づき、従来からの支援形態よりもキーリングの方が成人の発達目標の達成度が高いと述べられています (356, 371)。合計で、キーリング会員の99.9%が入居を維持することに成功しています (350)。最後に、キーリングに対する肯定的なフィードバックには、法執行機関を含む地域の関係者からの複数の証言も含まれています (346, 359)。

コストとコスト比較

サービスは中央政府から予算配分を受け、地方自治体の社会保障費により賄われています。2010年以降、中央政府の資金が大幅に削減されたため、地方自治体は事業税や駐車場代金など、キーリングを支援するための代替財源から収入を得ざるを得なくなりました。サービスの費用はニーズや場所、利用者によって異なり、利用者は負担すべき自己負担額を決めるために資力調査を受けます。住居学習・改善ネットワーク (372) による2018年の評価では、支援にかかる費用は1人あたり年間3,665ポンド（約5,100米ドル）（住居費や食費を除く）あるいは、1週間あたり70ポンド（約97米ドル）^{注x)}と推計され

注 x) 2021年2月時点の換算

ています。キーリングのサービスの費用は、メンバーが長期的に必要なとする支援サービスが少ないため、従来の生活サービスの費用よりも低く抑えられています。コストパフォーマンスがよいため、地方自治体や政府はこのようなモデルのネットワーク構築に資金を投入しようとしています。

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト：**
www.keyring.org
- **動画：**
KeyRing Network Model: <https://vimeo.com/379267912>
- **連絡先：**
Sarah Hatch, Communications Coordinator,
Keyring Supported Living,
United Kingdom.
Email: sarah.hatch@keyring.org

2.6.4

シェアド・ライヴズ

Shared Lives



英国、グレートブリテンと北アイルランド、南東ウェールズ

シェアド・ライヴズは精神的不調や心理社会的障害を持つ人々を含め、支援と住居を必要とする成人に対して、地域に根差した支援と宿泊施設を提供しています (373)。シェアド・ライヴズは、ケアハウス、ホームケア、デイセンターに代わるものです。また、入院からの移行期の支援や、里親を離れる若い人々への移行期の支援を提供します。ウェールズでは約1,000人がシェアド・ライヴズの支援を受けており (374)、英国全体では12,000人以上が利用しています (375)。

● 主な分類：支援付き居住サービス

● ▶その他の分類：

- 地域精神保健センター
- コミュニティ・アウトリーチ
- ピアサポート
- クライシスサービス
- 病院を基盤としたサービス
- 支援付き居住サービス

● ▶他の地域での利用可能性：

- Yes
- No

● ▶エビデンス：

- 既刊文献
- 非市販文献
- なし

● ▶財務基盤：

- 国の保健部門
- 国の社会部門
- 健康保険
- 寄付
- 自己負担

サービス内容

シェアド・ライブズは国の財源による社会ケアの形で、英国全土で展開されています(376)。精神的不調や心理社会的障害を持つ人だけでなく、知的障害や身体障害、高齢者で身体が虚弱だったり認知症になった人なども支援しています(377)。シェアド・ライブズは地域環境の中で、自宅のように感じられる場所での支援を提供し(378)、宿泊施設、日中支援と短期間での退院後の支援や、入院を予防するための短期支援も行っています。

南東ウェールズにあるシェアド・ライブズの公共計画は、現在500人以上に生活支援を提供しています。シェアド・ライブズのサービス提供を行うケアラーの世帯は200以上あり、各世帯で一度に3人まで支援できます。13人のシェアド・ライブズのチームワーカーと4人の成人斡旋コーディネーターがシェアド・ライブズ・ケアラーを承認・訓練し(379)、利用者の紹介を受け、利用する個人のニーズとシェアド・ライブズ・ケアラーのマッチングを行い、進捗をモニターしています(377)。

2019年、アナイリン・ベヴァン大学保健委員会は南東ウェールズシェアド・ライブズと連携し、クライシスにある人々の入院に代わる方法を支援し、入院環境からの早期退院を促進するための新しいサービスを開始しました。この新しい精神保健クライシスのためのシェアド・ライブズのサービスでは、入院治療に代わるものとして、ケアラーとして承認され、慎重にマッチングされたシェアド・ライブズ・ケアラーの家に入居したり、あるいは定期的に訪問することができます(380)。シェアド・ライブズ精神保健クライシスサービスの緊急対応では、訓練を受けた家族と短期間(最長6週間)の共同生活を送ることができます。このチームまたは入院病棟のスタッフから紹介されたケアラーは、24時間から48時間以内にマッチングされ、病室またはケアラーの自宅で本人と面会します。両者が合意すれば、ただちに共同生活への手続きが開始します。

この手続きが開始されると、本人、シェアド・ライブズのワーカー、クライシスチームのスタッフが共同でパーソナルプランを作成することになります。パーソナルプランは本人の幸福、ケアと支援のニーズを満たすために必要な行動と、本人の目標や成果を達成するために、その希望をどのように支援していくかを定めたものです(381)。計画は定期的に本人と見直します。

他のシェアド・ライブズ・サービスと同様、精神保健クライシスのケアラーにも、必要に応じて家庭訪問や電話・メールでの連絡を行いサポートをするために、シェアド・ライブズの専属ワーカーがいます。ケアラーたちは時間外でもシェアド・ライブズと精神保健クライシスサービスに連絡できます。また、定期的なケアラーの会合や年次でのレビューもあります(382)。さらに、ケアラーはシェアド・ライブズ制度をサポートする全国的な慈善支援のシェアド・ライブズ・プラスに参加し、法的問題や人権などの側面についてアドバイスを受けることもできます(383, 384)。

サービスの基盤となる基本理念と価値観

法的能力の尊重

選択、エンパワメントと自律、そしてそれゆえ法的能力は、南東ウェールズシェアド・ライブズのスキームの中核をなすものです。シェアド・ライブズへの紹介が行われる前に、シェアド・ライブズに関して情報を与えられ本人が同意することが必要です。サービス利用者は誰と暮らすかあるいは住むかを選択し(382)、パーソナルプランはシェアド・ライブズのワーカーと共同で作成され、定期的に見直されます。サービス利用者はこちよく健やかで幸福である状態の目標、その人自身の希望、将来の計画

を含めるように奨励されます。また、意思決定のサポートを希望する利用者は、家族や専門家を含む幅広いネットワークから重要な人物を含めるように促されます。サービス利用者は、もし望むならばアドヴォケートを選ぶこともできます。

強制しない実践

シェアド・ライブズでは、強制、実力行使、拘束の使用は禁止されています。スタッフとケアラーは、多動や自傷他害行為などの引き金になることに気づき、それを回避することを含めてディエスカレーションと予防方法とともにポジティブな行動支援の理論と技術の訓練を受けています。1人ひとりのために利用者とスタッフが共同してリスクの評価と整理の計画を作成します。個人は安全に関する問題に対処するため、自分の行動を理解し、自分の生活を積極的に調整するためのサポートを必要とする場合があります。それぞれの共同生活のアレンジが非常に個別化されているため、施設や入院患者の環境でありがちな、興奮やその後の拘束につながる行動の引き金の多くはシェアド・ライブズの環境では存在しません。

コミュニティ・インクルージョン

地域へのインクルージョンはシェアド・ライブズの中核をなすものです。すべてのケアラーは自宅で働き、定期的に利用する人を地域のコミュニティに連れ出し、より広い社会的なネットワークに紹介し、人々がよりスティグマの少ない環境で回復する活動に参加する機会を提供します。ケアラーは個人が活動や趣味を追求したり、教育や学習、能力開発の機会を利用できるよう支援することができます。また、個人の文化的・宗教的コミュニティ、家族、友人とのつながりを支援します。また、南東ウェールズの精神保健のNPOであるプラットフォームのスタッフは、シェアド・ライブズのメンタルヘルスクライシスマネジメントプログラムを利用している人々がコミュニティやピアネットワークを利用できるよう支援しています。これには、NPOのマインド（221）が運営しているプロジェクトやセラピーグループなどにアクセスすることも含まれます。

参加

年ごとに、サービスを利用した人たちとその代理人はサービスの品質保証に関するアンケートを通じて評価を返し、それらのアンケートはケアの質のレビュー報告書に反映されます。精神保健クライシスプロジェクトに参加している人には、滞在の最初と最後にQOL（生活の質）リカバリーアセスメントと患者体験アンケートが行われます。この結果を用いてサービスの変更が考案されます。

アナイリン・ベヴァン大学保健委員会の精神保健クライシス実践共同体に、生きた体験のある人々が参加し、シェアド・ライブズを含むサービスの形成に貢献しています。また、彼らはシェアド・ライブズの精神保健クライシスプロジェクトの開発の意思決定にも影響を与えました。

リカバリーアプローチ

ウェールズ精神保健戦略（385）（Together for mental health）は、権利に基づくアプローチを取り、個人、業務、戦略レベルで、リカバリーモデル、サービス利用者のエンパワメントと参加を明確に推進しています。すべてのシェアド・ライブズのサービスはリカバリーアプローチに沿った運営を行っており、利用者に「普通の家庭生活において、誰もが貢献でき、有意義な関係を持ち、活発で価値ある市民となる」（386）ことを利用者に提供することを目標としています。各サービス利用者のパーソナルプランには、個人のニーズを詳細に評価することと、自律性と自信を向上させる個人的（382）スキルをリカバリーアプローチに沿って開発し、維持することが含まれます。

サービスの評価

ウェールズのケア及び社会サービス検査官は、2018年に南東ウェールズ施策プログラムの全面検査を実施し、生活の質、ケアの質、リーダーシップとマネジメントの質について調べました。その結果、慎重にマッチングされ、個人のニーズに合ったサポートを提供できるケアラーがいる、よく運営されたサービスであることがわかりました。ケアプランは良好で、よく訓練され、意欲と技術を持ったチームがいます。確認されたニーズにケアが確実に適合するように効果的な構造とシステムが作られています(382)。

イングランドでは、すべてのシェアドライブ・プログラムを規制するケアクオリティ委員会が、これらのサービスが最も安全で質の高いケアを提供すると一貫して評価しています。2019年、ケアクオリティ委員会は、南東ウェールズのスキームを含む英国内の150のシェアドライブ・プログラムすべての96%を「良好」または「卓越している」と評価しています(387-389)。

2019年4月にシェアド・ライブズ・プラスのオンライン・プラットフォームを通じて実施された定性評価によると、シェアド・ライブズを利用した回答者の97%が「ほとんど、またはすべての時間、ケアラーの家族の一員であるかのように感じる」「89%がコミュニティとの関わりを感じる」「83%の人が身体の健康が改善したと感じ、88%の人が感情の健康が改善した」と答えました。また、ほとんどの人は、ケアラーからのサポートによって日常生活の選択肢が増え、社会生活が向上しました(390)。

2019年9月の創設以来、シェアド・ライブズクライシス管理制度は59人を支援し、平均滞在日数は15泊(391)でした。これらのサービス利用者は、患者体験質問票を使用して患者体験を評価し、10点満点で平均9点以上となり、それは入院患者の病院でのケアの経験的な評価よりも有意に高いです。クライシス管理サービスを利用する人々は、リハビリのためのQOL評価も行っています。このサービス利用者44名と対照群15名のQOLを比較した最近の評価では、退院後のQOLに著しい改善が見られました。精神保健のクライシス管理制度「シェアド・ライブズ」を利用した人々は、退院後の急性期入院施設への入院が入院前より少なく、事故や救急への連絡、精神保健サービス内での紹介が少なかったことから、シェアド・ライブズが長期的にサービス利用の減少パターンと関連していることが示唆されています(391)。また南東ウェールズのシェアド・ライブズに関する個人の証言も非常にポジティブです(392-398)。

コストとコスト比較

南東ウェールズのシェアド・ライブ・スキームのサービス利用者は、資力調査を受け、ケアとサポートのための調査に基づいた適切な費用を支払う必要があります。しかし、メンタルヘルスクライシス管理サービスでは個人への負担はありません。ケアラーは、サポートのレベルに応じて、週340～588ポンドの住宅ケアを受けます(約475～820米ドル)^{注y)}。独立した報告書によると、「長期の共同生活の手配の純コストは、知的障害者のための別の方法よりも平均43%安く、精神保健のニーズがある人では28%安く、それぞれ平均26,000ポンド(約36,300米ドル)^{注z)}と8,000ポンド(11,170米ドル)^{注z)}の節約」となります(399)。別の試算では、「住宅ケアや他の方法ではなく、シェアド・ライブズホームに入ることで、議会によれば1人あたり年間平均13,000ポンドの節約になる」(400)とされています。

南東ウェールズでは1週間の入院治療費が3,213ポンド(4,485米ドル)^{注z)}であるのに対し、精神保

注 y) 2021年3月時点の換算

注 z) 2021年2月時点の換算

健のクライシスのためのシェアド・ライブズ・サービス・スキームの費用は1週間あたり672ポンド(940米ドル)^{注r)}です。このことから、成果の改善を示唆するデータと合わせて、精神保健のクライシスのためのシェアド・ライブズ・サービスは費用対効果が高い(あるいは価値が高い)介入と言えます。この団体の全体の業績は、ウェールズ政府が精神保健のクライシスのスキームについてシェアド・ライブズに十分に資金を提供することを約束することを支えるものです。

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト:**

Shared Lives

<https://www.caerphilly.gov.uk/sharedlives>

Shared Lives for Mental Health Crisis

<https://abuhb.nhs.wales/about-us/public-engagement-consultation/transforming-adult-mental-health-services-in-gwent/>

- **動画:**

Shelley Welton & Simon Burch's Story: Setting up the service

<https://www.youtube.com/watch?v=8F55lboVbhg>

Lindsey and Shaun's Digital story, Matching and introducing carers and services users

<https://www.youtube.com/watch?v=XTVmkn5NYRM&t=1s>

Shared Lives for Mental Health Crisis:

<https://youtu.be/auWBkPqUFz4>

- **連絡先:**

Benna Waites, Joint Head of Psychology, Counselling and Arts Therapies,
Mental Health and Learning Disabilities,

Aneurin Bevan University Health Board, United Kingdom.

Email: Benna.Waites@wales.nhs.uk

2.7 結 論

本書で紹介された幅広い精神保健サービスは、グッドプラクティスとして実に多様な例を提示するものですが、いずれも人々が従来のケアサービスや制度では十分なサービスを受けられないことが多いという認識から生まれたものです。紹介されたサービスは人権を中心的な関心事とし、積極的なリカバリーアプローチから取り組む方法、つまり人々に対応する新しい方法を見出そうとしています。これらのサービスは想像力、創造力、しっかりしたかかわりを持つこと、リーダーシップがあれば、世界中のまったく異なる環境においても精神保健ケアに真の進歩をもたらすことができるという事実を証明するものです。

これらのサービスやその背景には大きな違いがありますが、いくつかの共通点もあります：

- 紹介されたほぼすべてのサービスで、診断の専門用語を使うのではなく、本人や家族が自分の経験や要望を自分の言葉で表現できるように手助けしようとしており、
- 薬物療法を活動の中心に据えるのではなく、生活のあらゆる領域にわたって全人的に人々のニーズに対応しようとしており、
- これらのサービスは皆、個人や家族からのフィードバックに応え、挑戦や批判を歓迎し、時間の経過とともに変化・発展していくもので、
- これらのサービスは地域社会の中で機能しており、その地域の状況の中でメンタルヘルスの状態やクライシスを理解し、それに対応することの重要性を強調しています。

これらの特定の事例を取り上げたからといって、紹介されたサービスだけがグッドプラクティスを取り入れた唯一のサービスであると示唆するものではなく、またそれらが完璧であり限界がないことを示唆するものでもありません。これらのサービスは、法的能力を尊重し、強制しない実践、参加、コミュニティ・インクルージョン、本人中心のリカバリーアプローチを促進することは可能だということを示していますが、それぞれのサービスは独自の方法で行っています。彼らの取っている戦略が似ている場合もありますが、まったく異なる戦略を取っている場合もあります。しかし、どのサービスも障害者権利条約に完全に準拠しているわけではなく、すべてのサービスに改善の余地があります。さらに、具体的な結果を示すデータを持つサービスは、たとえ高所得国においてもほとんどありません。評価するデータの質はサービス全体でかなりのばらつきがあります。この特有の限界は、世界中のほとんどの精神保健サービスにあてはまります。というのも、結果に対する評価はこれまで中心的な焦点ではなかったからです。これらのサービスは、精神保健ケアが異なる方法で提供できるという肯定的な例を示していますが、これらのサービスのみで、多くの人々が地域で充実し、地域においてインクルーシブな生活を送るために必要である、包括的なサービスや支援を提供することはできません。それを実現するためには、保健制度内のサービスが社会部内のサービスと密接に連携することが重要です。

第3部は、完全なコミュニティ・インクルージョンが達成されるためには、住宅、教育訓練、雇用、社会的な保障への関わりが重要であることを示しています。本ガイダンスに記載されている精神保健サービスは、これらの分野においてある程度の支援は行っていますが、主要な重点分野ではありません。しかし、場合によっては他のサービスや組織（政府・非政府を問わず）と協力することで、その限界を克服し、個人や家族のニーズにより包括的な対応を提供することに努めていることもあります。

加えて、これらのサービスはすべて人権的アプローチを取り入れ、自らの業務において強制的な介入を避けようとしています。それぞれが、しばしば異なる課題と優先順位を持つ、より広い精神保健システムの一部となっています。例えば、これらのサービスはすべて、国内法が強制的な行為を認めている国にあります。また、一部のサービスでは、クライシスの状況にある人がサービスの恩恵から除外されるような、狭い受け入れ基準を設けているところもあります。他のサービスでは、より困難な状況に対処することができず、困難なクライシスを経験した人々を、強制的な慣行がまだ機能している従来のサービスの一部に紹介するところもあります。このような課題は、精神保健サービスを提供する上での単独アプローチに内在する限界を強調するものです。精神保健の仕事の現実には、多くの場合、複雑で困難で、単一の関わりやサービスが常に適切で成功するということはありません。

理想的な状況とは、本書に概説されている積極的な価値観と原則を推進するネットワークの中で、個人と家族があらゆるサービスと支援を利用できることです。第4部では、このような包括的なサービスネットワークの構築に向けた取り組みのうち、重要な数例を紹介します。いずれのネットワークも、強制的な慣行を完全に廃止したわけではありませんが、この目標に向けて実質的かつ真の進歩を遂げているものです。

第3部

総合的な サービス提供に向けて

住宅、教育、雇用、社会的な保障

前節では、グッドプラクティスの例として選ばれた世界各地の地域に根差した精神保健サービスを詳しく説明しました。これらのサービスは、人権とリカバリーアプローチに合致した方法で精神保健上の介入と支援を提供することに強く関係しており、より高い水準のケアと支援の質を改善し達成する方法を一貫して考慮しています。それぞれの方法で、個人の法的能力を尊重すること、強制的手法に代わるものを用いること、地域へのインクルージョンを促進すること、すべての意思決定プロセスに生きた体験をした人々（当事者）の完全参加を確保すること、精神保健にリカバリーベースの観点を採用することに努めています。

先に述べたように、精神保健とこちよく健やかで幸福であることは、複数の社会的、経済的、環境的要因に影響され、私たちの生活のあらゆる側面に影響を及ぼします。そのため、精神保健サービスだけでは、メンタルヘルス不調や心理社会的障害のある人々の生活に真の変化をもたらすには必ずしも十分ではありません。今日、これらのグループの多くの人々は教育や雇用の機会が少なく、住宅や社会的給付に関しても差別に直面しています。他の者と平等にこれらのサービスを十分に享受することは基本的人権であると同時に、有意義な人生を送り、自分の地域社会に完全に参加するために不可欠な要素です。したがって、これらの重要な人生の問題に実質的に関わるサービスを開発し、一般の人々が利用できるすべてのサービスや支援が、精神的な不調のある人々にとっても利用でき、アクセス可能で、質が高いことを確保することが重要なのです。

このセクションでは住宅、教育、雇用、社会的給付に関する考察を説明し、精神的な不調や心理社会的障害のある人々が直面するこれらの問題に取り組む、世界中のいくつかのサービスを紹介します。

3.1 住 宅

適切な住居を持つことは、誰もが差別なく手に入れることを保障される人権です。障害者権利条約には、安全な家と地域社会への権利を含む、障害のある人の住宅への権利が含まれます (401)。住宅は精神保健の重要な決定要因であり、リカバリーの重要な部分です。安全でない不安定な生活環境はメンタルヘルスを悪化させ、排除の悪循環を永続させる可能性があります (402)。研究により、精神的な不調及び心理社会的障害のある人々の住宅ニーズを満たすことは、他の必要なサービスの提供より自殺を含め自然死及び他の原因による早期死亡を防ぐことが示されています (403)。さらに、質の高い住宅はリカバリーに不可欠な要素である自己コントロール、選択、自立の認識を高めます (404)。このように、適切な住宅の確保に取り組むことは、人権上の必須事項であるだけでなく、公衆衛生の優先事項でもあります。

2016年の障害者の権利に関する特別報告者の報告書 (405) において、障害のある人が生活し、地域社会に完全に参加するために必要な前提条件として、「住居と家事援助の確保」の支援の重要性が指摘されました。現状において、これが達成されているとは言い難いです。精神的な不調や心理社会的障害のある人々が、安定した質の高い住宅に住み続けるには、複数の障壁に直面する場合があります。障害物として、スティグマ、差別、貧困、利用できる施設の不足があります (406)。

その結果、世界中の多くの人々が人生のある時点でホームレスや路上生活に直面しています (407, 408)。例えば、ブラジルのリオデジャネイロでは、統合失調症と診断された人の多くが、人生のある時点でホームレスになったことがあると報告されています (409)。中国の成都の調査でも、統合失調症の人のかなりの割合が追跡調査中にホームレスの期間を経験していることがわかりました (410)。エチオピアの調査でも同様の結果が報告されています (411)。

より正確で強いエビデンスのある研究が必要ですが、多くの研究が、エチオピア (413) やコロンビア (414) などの低・中所得国 (412)、アメリカ (415)、フランス (416)、ドイツ (417) などの高所得国 (407) で、路上やシェルターのホームレス集団における精神的な不調や心理社会的障害の割合が一般集団よりはるかに高いことを実証しました。ホームレスになる人の中には、精神的な不調のある人が多く含まれていることからすると、包括的なサービス提供には住宅支援が不可欠であると言えます。

長年、人々が自立して住宅で暮らせるようになるためには、まず「精神的な不調」の治療が必要であると考えられてきました (418-421)。「ハウジング・ファースト」アプローチは、住宅と精神保健のケアを別個のものとするにより、このパラダイムから脱却しました。このアプローチは1988年にカリフォルニア州ロサンゼルスで始まり、アメリカ全土や他のさまざまな国に広がり、ホームレスの人々に恒久的で手頃な価格の住宅を提供することを優先し、それによってホームレス状態を解消し、彼らが個人的な目標を追求し生活の質を向上させるための基盤として機能しています。「ハウジング・ファースト」とは、精神保健の課題に対処する前に、食料や住居といった基本的な生活必需品にまず対処する必要があるという原則に基づくものです。また、このアプローチは、人々が住宅や支援サービスの選択を行うことができ、この選択が人々が住宅を維持し、生活を改善することを確実にするのに役立つとい

う原則に基づいています(422)。このように、「ハウジング・ファースト」モデルはメンタルヘルス悪化とホームレスの間の悪循環を断ち切るのです。

ハウジング・ファースト・アプローチの評価は、治療の受け入れや遵守を前提条件としない住宅へのアクセスが、ホームレスを減少させることを一貫して示しています。なぜなら、その方が治療に依拠する住宅よりも早く住居を取得し、より長く保持できるからです(423)。また、地域社会への適応や社会的統合といった側面や、健康のいくつかの側面を含む、人々の生活の質に対するハウジング・ファースト・アプローチの有益な効果を支持する証拠もあります(424, 425)。このアプローチを支持する研究基盤が高まるにつれ(424, 426)、ハウジング・ファースト・モデルは今や欧州諸国全体に広がり、フィンランドでは国の政策にまでなっています(427)。

効果的で有用な住宅支援の背景には、精神的な不調や心理社会的障害とともに生活する人々の経験は独特であり、時間の経過とともに変化しやすいという理解があります。つまり、居住の時機や提供される支援サービスは、提供される支援のレベル、支援者のいる場所(居住者と同じか別か)、居住構成タイプ(グループか個人か)、永続性のレベル(ずっと住めるところか、他に移動することに重点を置くか)といった観点から、各個人のニーズに対応するためにできるだけ多様でなければならない、ということ(428)。

提供される程度や種類を含む支援のレベルは、個人の選択、好み、ニーズによって異なるはず(429)。住宅支援サービスの中には、スタッフが1日または週に数時間だけ来て滞在するものもあります。さらなる支援が必要な場合、スタッフは、例えば料理や掃除や仕事など、日々の生活の世話をしながら、居住者と一緒に滞在することができます。最後に、支援付き住宅の中には食事、生活費の支払い、移動、健康管理など、日常生活スキルのケアや支援を提供するためにスタッフが常時滞在しているものもあります。例えば、チェンナイのバンヤン(The Banyan)が提供するホームアゲイン・サービス(2.6.2項参照)は、家庭的環境の中で他の人々と共同生活を送るという選択肢を与えることで、施設でのケア(長期入院など)から地域での自立生活への移行を支援するために、簡易なレベルから高度なレベルに至るまでの支援を提供するタイプの支援付き住宅です。

支援者が居住場所に一緒に住むかどうかによって、異なるサービスがあります。キーリング(KeyRing)支援付き生活ネットワークのような住宅支援サービスでは、支援者はサービスを利用する人の家には住みません(2.6.3項参照)。利用者はどこで誰と住むのかを選び、居住の契約は利用者の名において結ばれます。このサービスを利用する人は、必要を感じた時に地域の支援者やネットワークの仲間とつながることで支援を受けることができます。利用者が常時誰かに支援を頼めるヘルプラインもあります。より高度な支援を頻繁に必要とする住宅サービスでは、支援者が利用者と同居しています。

また、精神保健サービス利用者と共に居住する集団住宅と、一般的な地域の住宅(精神保健に特化していない)を含む個人住宅を区別することも可能です。集団住宅の例として、ペルーの保護住宅(Hogares Protegidos)は、家族や地域の支援を受けられない精神的な不調や心理社会的障害のある最大8人の居住者に、地域内の住宅で一時的に一緒に暮らすための住宅を提供しています(429, 430)。精神保健に特化しないシェアハウスの例として、ロサンゼルスのコールドデンにあるピープル・コンサーン(The People Concern)とフライ・アウェイ・ホーム(Fly Away Home)が運営する永続的な支援住宅開発では、精神的な不調や心理社会的障害のある人々を含む32人の元ホームレスの個人と家族に住宅を提供しています(431)。全部で8つのユニットがあり、ユニット管理者のためのユニットと同様、それぞれのユニットに4つの寝室があります。入居者はリビングルーム、キッチン、バスルームを共有し、個々に専用の寝室を持っています(432)。また、住宅の提供に加えて、ピープル・コンサーンはプログラム参加者が住居を維持できるよう支援するため、現地で一連の支援サービスを提供しています。敷地内には、入居者同士の交流を促すために、コミュニティスペースや屋外スペースが豊富に設けられています。この目標は、大規模に実現可能で同じパターンを使える開発モデル(モジュール建設、共同生活ユニットなどを含む)を通じて、住宅の課題について1人あたり3分の1の時間と3分の1のコス

トで同様の解決方法を開発することによって、2028年までにロサンゼルスでホームレスとなっている2万人に住宅を提供することです。

最後に、住宅サービスには、将来より自立した住居に移る必要性を強調するものと、そうでないものがあります。例えば、ウェールズのシェアド・ライブズ・サービスは、支援や住居を必要とする成人が承認されたシェアド・ライブズ・ケアラーと共に入居し、両者が望む限り一緒に暮らすことができる制度です（2.6.4項参照）（374）。ケアラーと利用者が数十年間一緒に暮らす場合もあります。または長期的な選択肢を想定せず、特定の期間の後、あるいは状況が変わった時に転居することが奨励されている場合もあります。

全体として、住宅に対する人々のニーズは常に評価されるべきです。人々のニーズに応じて提供されるべき住宅支援には幅広い選択肢があります。種類や形態にかかわらず、支援付き住宅の選択肢が、施設のような内容や実践を再現することがないようにすることが重要です。障害者権利委員会が強調しているように、施設での生活は規模、名称、形態は異なるものの、一定の共通要素を持っています。その要素とは、地域での自立した生活からの隔離と分離、サービス利用者自身が日々の決定をコントロールできず、代わりにスタッフが決定するパターンリスティックなアプローチ、誰と暮らすかの選択の欠如、個人の意思や好みに関係ない日常生活の厳格化、生活環境の監視、他人と支援者を共有する義務、日常的に誰から支援を受けるかの選択に対する影響の欠如や制限などです（74）。施設での生活は、人々が自分で選択し他人と交流する機会を著しく減少させますが、支援付き住宅の選択肢は、逆にそれを拡大することを目的としています。

3.2 教育・トレーニング

教育は人間と経済の発展に不可欠な構成要素であり、健康、雇用、貧困、社会資本に幅広い影響を与えます(433, 434)。そのため、持続可能な開発目標4(435)や障害者権利条約(436)などの国際的な指導文書の最前線にあります。

質の高い教育を受ける権利は、異なるグループ間では一様ではありません。精神的な不調と心理社会的障害のある成人の多くは、小児期、青年期、または成人期初期に教育を停止または中断しています(436-438)。低・中所得国では、精神的な不調のある人々は、教育における高度の排除を受けた経験をしていることが研究で示されています(439, 440)。彼らは学校へ入学している比率が低く、教育において差別やスティグマに直面する可能性が高く、早期退学する可能性が高いです(441)。これは多くの高所得国でも同様です。例えば、2019年に米国で行われた小児期の障害と教育成果に関する系統的な研究では、精神的な不調や心理社会的障害のある人は一貫して卒業する比率が低く、中退率が高いことが示されました(442)。別の研究では、中等教育後の学位を取得する確率が低いことが示されました(443)。

この教育格差は、精神的な不調や心理社会的障害のある人々にとって、雇用、収入、生活水準に対する将来の見通しに影響を与えることで、成人期において重要な意味を持ちます(444)。教育機会の欠如は、彼らの地域への完全なインクルージョンと参加に対する初期段階の障壁となり、社会的・経済的排除のサイクルを永続させる要因になります(438)。

質の高い精神保健サービスと支援へのアクセスを提供することに加えて(436)、個人が自分の興味、希望、ニーズに対応した仕事や生計を立てるために必要な資格や知識を得ることができるよう、適切で質の高い教育や生涯学習の機会を提供することが不可欠です(445)。そのためには、学校や大学が、カリキュラムや学校設備が障害のある人を含むすべての学習者のニーズに適応する、インクルーシブな教育アプローチに基づいて構築されていることが不可欠です(440, 446)。さらに、既存の教育システムにおける多様な教授法や合理的配慮とともに、適切な健康・社会支援が提供される必要があります。これには、オンライン授業、緩めのスケジュール、個別支援、ピアサポート、学校システムを利用する際の支援などがあります。

さらに、精神的な不調や心理社会的障害のある成人の就学や復学を支援するための支援付き教育サービスが存在するところもあります(444, 447)。これらのサービスは、提供するサービスの種類やレベルはさまざまですが、一般に、個人が教育目標を明らかにし、選択した教育プログラムに(再)入学し、精神保健サービスや地域ベースの資源と連携し、勉強や学校システムを利用することに関連する困難に対処することを支援しています(444, 448, 449)。また多くのサービスは、教育現場で役立つ横断的スキル(例えば、時間管理や感情の調節)を開発するための1対1やグループのスキル構築活動も提供します。支援付き教育プログラムは、教育カリキュラムの一部として利用できるものもあれば、学校制度と連携しつつ、地域に根差した独立のサービスや仕事である場合もあります。支援付き教育プログラムの影響を厳密に評価するには、より多くのエビデンスが必要ですが、こうしたサービスが個人の自尊心を

高め、教育目標に向かって進み、希望感を育むことができることを示唆する手がかりになるエビデンスがあります (444)。

レドヴェック (Ledovec) は、2006年からチェコ共和国で支援付き教育サービスを提供してきたリカバリーに基づく団体です。その人のニーズによって学齢期より前に支援を始めることができ、全期間にわたって支援が継続します。自分に合った学校を選ぶことやあらゆる入試の準備、通常の学業への対応やストレスへの対処など、支援内容は多岐に渡ります。レドヴェックの職員が学校の職員との話し合いを仲介し、学校での権利や個人の関心事を実現するための支援を行うほか、学校から職場への移行準備も支援します。家族だけでなく本人に近い教育関係者もプロセスに参加し、ピアサポートグループが組織されて、本人の周りに強力な支援システムが織り込まれるようにします。最後に、レドヴェックは精神的な不調や心理社会的障害のある人々の権利を擁護し、チェコ社会における教育的障壁を取り除くために、教育システムにおける精神的な不調についての認識を高め、教育、社会、医療分野の専門家からなる複数分野の支援ネットワークを構築します。

学校や大学で提供される教育だけでなく、さまざまな国で「リカバリーカレッジ」を設立しようとする動きが活発化しています。これは、精神的な不調のある人々がリカバリーのためのスキル、技術、知識を身につけることができる安全で支援の行き届いた場です (450, 451)。これらのカレッジは登録、入学、学期カリキュラム、常勤職員、臨時の教師、1年サイクルの授業など、正規教育の特徴をいくつか共有しており、実際に主流の成人教育機関に位置付けられているものもあります (452)。このように、リカバリーカレッジは、最終的に特定の仕事に就けるように設計されているわけではありませんが、この経験から得られる知識やスキルは、仕事を見つけ、維持するために非常に役に立つでしょう (453)。人々は、精神保健サービスの代替手段として、精神保健サービスからの支援と一緒に、あるいは主流の精神保健サービスから完全に離れるのを助けるために、このカレッジを使うことができます。ウガンダのカンパラでは、ブタビカ・ナショナル・レファラル病院が、学内にブタビカ・リカバリーカレッジ (BREC) を設立し、精神的な不調の経験や専門的な経験のある人々が、リカバリー関連のテーマで定期的に教育セッションを共同設計し、共同提供しています。ほとんどの教育セッションでは「何がリカバリーに役立つか」「何が妨げになるか」に焦点を当てていますが、BRECでは能力に応じた教育セッションも提供しています。このカレッジの学生はブタビカの入院・外来サービスの利用者がほとんどで、家族や病院の職員にも開放されています。コースの共同創造により、生きた体験のある人々 (当事者) が、提供されるコースの設計、開発、提供において、その専門性を発揮することができます (454)。

人々は、実践的な技能や職業を学ぶために特定の職業訓練を受けたいと思うかもしれません。それにより特定の仕事を獲得の助けになります (3.3項を参照)。このようなトレーニングの機会には、卒業資格や特定の資格の取得という前提条件は必要ないことが多いでしょう。例えば、イスラエル精神保健協会 (エノシュ (ENOSH)) は、地域に根差したさまざまな精神保健リハビリテーションサービスを提供しており、そのうちの1つは精神保健職業訓練です。このプログラムでは自転車整備、料理技術、人前で話すことの3つの分野に焦点を当てています。このプログラムは5カ月間にわたって行われ、個人のリカバリーと職業能力の向上を目的とした心理教育的なトレーニングを提供します。トレーニングのプロセスには登録、個人計画の作成、専門的なトレーニング、インターンシップ、卒業証書による卒業、雇用機会のサポートの6つの部分が含まれます。このプログラムの参加者は、エンパワメントと指導のプロセスに参加し、雇用に直接つながる専門的なトレーニングや実地経験 (455) を受けることができます。例えば、自転車プログラムの参加者は公的な証明書を受け取り、一般労働市場で自転車修理店に就職するか、エノシュの自転車修理店で支援付き雇用を続けることができます。2014年以降233人がプログラムを卒業し、ラマツトガン支店の評価では卒業生の61%が就職し、29%が支援付き雇用を受け、失業したままだったのは10%だけでした (456)。学習は、各個人の強みと可能性を認め、アクセスとインクルージョンを強化し、目的と意味の感覚を育むものであり、それ自体がリカバリーの重要な側面であると考えられます (457)。

最後に、精神的な不調や心理社会的障害のある成人の多くは、幼少期や青年期に十分な質の高い教育を受けることができなかったかもしれませんが、成人期の教育格差を埋める取り組みを開発し維持することは、個人が希望すれば学習による個人的、社会的、職業的利益を受けることができるようにするために不可欠です。したがって、精神保健サービスにおいては、教育の中断や将来の希望について必ず尋ね、地域の適切なサービスへつなげるよう促進するべきでしょう。

3.3 雇用と所得創出

精神的な不調や心理社会的障害のある人を含むほとんどの人は、有意義な仕事に従事したいと考えています (458, 459)。有給の雇用を得ることは経済的な安定をもたらし、住居などの基本的なニーズへのアクセスを容易にするだけでなく、日々の生活の仕組みや達成感、目的、自律性、社会への貢献が加わることで生活の質を高めることができます (460, 461)。また、仕事はアイデンティティや地位の感覚にもつながり、社会的ネットワークの強化に貢献します (73)。そのため、ボランティアまたは有給の有意義な雇用にアクセスできることは、本質的にリカバリーにつながります。

障害のある人が他の人と平等に働く権利があるにもかかわらず (462)、精神的な不調や心理社会的障害のある人々に対する差別は世界中で今日まで続いており (463)、このグループの失業率は一般集団よりも常に高く、こちよく健やかで幸福である状態を害する影響があることが知られています (464, 465)。OECD 諸国では、不安やうつ病などの軽度から中等度の症状のある人々は、一般人口の2倍の確率で失業しており (465, 466)、雇用されている人々はより不安定な契約と低い賃金報告の結果になっています (465)。さらに、所得水準の異なる27カ国での横断調査では、統合失調症の診断を受けている参加者の失業率は平均で70%と報告されています (467)。雇用率の差はスティグマや差別、有意義な支援の欠如、社会的給付を受けられなくなることへの不安、適切な支援（しばしば雇用や将来の訓練への移行期間）なしに成人期早期に精神的な不調に対処することの難しさなど、いくつかの要因に起因すると考えられます (459, 467-469)。

精神的な不調や心理社会的障害のある人々の就労や再就職を支援するためのさまざまなアプローチが世界中で開発されてきました。歴史的に、施設でのケアに関連し、保護された環境で障害のある人々にも仕事を与えられる保護的アプローチが支配的でした (470)。しかし、このような雇用が一般的に質の低い仕事（劣悪な労働条件、仕事の反復性、低賃金、職業能力開発の見込みがないなど）を提供することから、また、一般労働市場への移行率が非常に低く、非競争的環境で財政的に実行可能な構造を作ることが困難であることから、この種のアプローチは徐々に消えつつあります (470)。このような環境は、精神的な不調や心理社会的障害のある人々が地域社会から隔離され、疎外されることにもつながっています。

他に、労働市場から外れた人々が何らかの形で雇用を得る前に、何らかの訓練を受ける必要があるという考えに基づいたアプローチがあります。このアプローチはさまざまな名称がありますが、一般的には職業訓練として知られています。人々は通常、訓練コース（一般的または特定の作業技能、自己啓発、特定の社会的または認知的技能など）を受け、就労に何を期待するかを知るためのワークショップに参加し、そして／またはカウンセリングを受けます (471) (3.2項参照)。これらのアプローチは、個人が自分にとって有意義な仕事を見つけられるようにすることを目標とする場合、特に有用です。

一般市場での就職を支援する前に「移行期の雇用期間」を設けているサービスもあります。これは、精神的な不調や心理社会的障害のある人専用のプログラムで職業経験を積み、それを将来の雇用の見通しを立てるための足がかりとする段階的なプロセスと考えることができます (471)。

クラブハウスモデルは、一般労働市場にアクセスするための支援を提供する前に、職業訓練と移行的雇用の機会を提供するリカバリーに基づくサービスの一例です(194)。そのアプローチにはメンバーが競争的な雇用に戻ろうとする前の準備期間が含まれます。この準備期間は、サービス(食料品の計画、調理、クラブハウス資金の管理、新規申請の処理など)がうまく機能するよう「仕事をしなければならない日(work-ordered day)」を作り、クラブハウスメンバーが、責任と所有権を共有する共同管理システムを作ることに基づいています。このアプローチにより、メンバーの自尊心と能力を高め、有給の立場で期待される役割をよりよく理解することができるようになります。クラブハウスはまた、メンバーが本人にとって意味のある移行期の雇用を見つけて利用し、徐々に雇用市場に復帰できるよう支援します(194)。移行期の雇用は期間限定(通常6~9カ月)で、その間、「クラブハウスは雇用主との関係を構築・維持し、現場での訓練や支援を提供します」(194)。

心理社会的障害のある人々の雇用を提供する「社会的企業」の設立を推進している精神保健サービスもあります。これらの企業は、一般労働市場で他の企業と競争し、労働者に労働に見合った賃金を支払い、適切な条件と保障を提供します(470)(4.1.3のトリエステの例を参照)。香港では、精神的な不調があると診断された人たちのグループによって設立され、所有・管理されている新生精神協会(New Life Psychiatric Association)がケータリング、小売、エコツーリズムなどさまざまな領域でいくつかの社会的企業を立ち上げています(472)。これらは訓練と雇用を組み合わせ、「収入を得ることができる実行可能で継続的なビジネスを確立する」ものです。そして、利益は企業の社会的使命を達成するために再投資され、そこでは実際の職場環境で健康上の不調のある人々に訓練を提供し、一般雇用と地域の統合に必要なスキルと自信を得るための支援をします(472)。このように、それぞれの社会的企業は実際の仕事の場で訓練を行い、訓練生として働くサービス利用者に訓練の場を提供します。スキルや能力が向上すると、メンバーはシニア訓練生に昇格します。さらに上達すると、担当者が一般市場での就職を支援します。

精神的な不調や心理社会的障害のある人々を雇用する社会的企業のもう1つの例は、インドのグジャラート州にあるアーメダバード精神保健病院の敷地内にあるパリーブアルタン・カフェ(Parivartan Café)です。このカフェは2017年10月から順調に運営されています。生きた体験のある人たち(当事者)によって運営され、他の人々に職業訓練を提供しています。このカフェの目的は、精神的な不調や心理社会的障害のある人々がより多くの雇用機会を得られるようにすること、そして地域自体に精神保健についての肯定的な意識を持たせることです。無料の食事に加え、毎月3,000インドルピー(41米ドル)^{注aa)}の謝金が支給されます。この謝金は、公式の1日あたりの最低賃金より50%高いです。従業員には心理カウンセラーの支援が付き、仕事上の困難への対処から、自分自身の健康やこちよく健やかで幸福な状態についても、必要なことは何でも支援しています。

職業訓練や移行期の雇用が「訓練してから配置」のアプローチに従うのに対し、精神的な不調や心理社会的障害のある人々に雇用支援を提供するもう1つの方法は、「配置してから訓練」のアプローチによるものです。これはしばしば「支援付き雇用」と呼ばれ、非常に強力な経験的エビデンスに基づくものです(471)。このようなプログラムでは雇用の前に訓練は行わず、一般労働市場での雇用にアクセスすることを優先します。そして、その人が仕事に従事している間、必要に応じて支援と訓練を提供します(470)。これらのプログラムは、競争的な雇用を得ることについて職業訓練リハビリテーションよりよい結果を示しています(473)。また、支援付き雇用を受けている人は、職業前訓練や職業訓練を受けている人よりも月収が高く、より長い時間働いています(473)。

「個人配置と支援」(474)は、多くの国で広範な証拠に根拠づけられる支援付き雇用の特定のモデルです(475-482)。個人配置と支援は、フィデリティ尺度(483)によって定義された多くの原則に基づいています。それは、人工的な時間制限がなく、同様の職務を行う同僚に対して支払われるものと同じ

注 aa) 2021年3月時点の換算

賃金を得られる競争的雇用環境において、(まず訓練やカウンセリングに焦点を当てるより)迅速に求職を行うことに焦点を当てています。また、雇用主への働きかけ、クライアントの希望に沿った決定、個別の時間制限のない支援の提供、社会的給付の利用を支援することで、人々の就業機会の開拓に取り組んでいます(474)。27のランダム化比較試験の系統的な研究では、このアプローチは、すべての研究条件において従来の職業リハビリテーションと比較して、競争的な雇用への高い就業率をもたらすことが示されています(484)。

雇用と所得創出に対するもう1つの一般的かつ重要なアプローチは、精神的な不調や心理社会的障害のある人々に機会を提供するための小規模ビジネスや生計プログラムの開発です。例えば、ベーシック・ニーズ(Basic Needs)という組織は、現在CBMグローバルとして知られている国際的なNGOで、治療へのアクセス改善や地域に根差した精神保健サービスの開発など他のさまざまなサービスとともに、精神的な不調のある人、かつ/あるいはてんかんの診断を受けた人々の就労や復帰を支援しています(485)。ベーシック・ニーズ・ガーナというプロジェクトの1つでは、ガーナ北部の650人が野菜栽培、家畜飼育、ガーデニング、仕立てや服作りの見習いなど、自分で選んだ地域で生計を立てられるように支援しています(486)。

最後に、精神的な不調や心理社会的障害のある人々を職場環境で支援し、以前に就いていた職場に戻ることを支援するための努力も必要です。そのためには、職場において、支援や配慮を必要とする場合もあります(487, 488)。全体として、雇用に対する支援の方法は多岐にわたります。1人ひとりのニーズは異なるため、検討される就労スキームは、その時点におけるその人の希望に最も適したものでなければなりません。就労への段階的アプローチをより有用と考え、ボランティア活動やその他の形態の地域に根差した参加を通じて、自信とスキルを高めることができる人もいます。また、希望する雇用形態で直接スタートし、仕事上の便宜(フレックスタイム制、在宅勤務、緩いスケジュール、病気休暇、段階的な職場復帰の手配など)を受けることを好む人もいます。さらに、自分が働く準備ができていないと感じる人や、まったく働きたくない人、完全に自立した雇用契約を結ぶことを快適に思う人もいます。

3.4 社会的な保障

経済的な困難と精神的健康状態の悪化の間には、確立した相互的な関係があります (489)。貧困や貧しい住宅、栄養不足、暴力、保険や社会的支援へのアクセス不足など、貧困に関連することが多い状況での生活は、精神的な不調や心理社会的障害を発症するリスクを高めます。精神的な不調や心理社会的障害のある人々は雇用や教育において差別を受けているため、貧困に陥る可能性も高いです (465) (3.3項参照)。失業率が高いということは、社会保険などの拠出制度にアクセスする機会が少ないことも意味します (490)。

精神的な不調のある人の方が、そうでない人と比較して、借金があると報告されています (491)。さらに、一般的に雇用はポジティブな要素ですが、精神保健に関してはこれは常にそうであるとは限らず、症状や障害のために人生のある段階において働くことが難しくなる人もいるでしょう。安定した収入源を確保するための奮闘は多くのストレスを誘発し、精神的な健康を損なったり悪化させたりします。その結果、社会的な保障のプログラムや給付金は、一時的あるいは長期的に自活できない人々にとって生命線となり、リカバリーに不可欠な側面となります (492)。

障害を理由とする差別のない適切な生活水準と社会的な保障に対する障害のある人の権利は、障害者権利条約 (493) の重要な規定であり、一般に利用できる社会的な保障のプログラム (年金制度、求職者手当、その他すべての既存の社会的な保障制度など) と障害のある人を特に対象とする制度の両方を含みます。どちらも、精神的な不調や心理社会的障害のある人々が、社会の中で他の人々との平等を基礎として、完全なインクルージョンを確保するために極めて重要ですが、このセクションでは、障害に特化した給付に関する問題に焦点を当てます。

国際法によって定められた人権基準に反して、多くの国々での実践は、精神的な不調のある人々が障害に特化した社会給付との関連で実際に差別されていることを示しています (494, 495)。例えばOECD諸国で、障害給付受給資格の認定評価の手續を厳しくし、その要件を狭めることを目的とした政策の現在の潮流は、精神的な不調のある人々に不公平な影響を及ぼしています (494, 496, 497)。例えば、英国のある研究では、精神的な不調を有する給付請求者は、糖尿病、神経、筋骨格系など精神的な不調に関連しない症状を有する請求者より、障害者生活手当の受給資格を失う可能性が2.4倍高いと推定しています (498)。

別の形の差別として、多くの社会的な保障制度に固有の複雑な申請プロセスや資格審査を通過することが、人々にとって特に困難であるという事実があります (499, 500)。例えばインドでは、「[障害] 手当を受ける資格がある人の多くが、障害ゆえに、支援なしに障害証明を取得することができない」という主張がなされています (501)。英国のある調査では、福祉手当請求を行った精神的な不調や心理社会的障害のある人の5分の4が、請求を裏付けるために提出すべき必要な情報を見つけるのに苦労し、ほぼ全員が申請プロセスを困難だと感じたことが示されています (500)。同調査では、参加者の10人に9人 (93%) が、医学的評価を下されると思うと精神状態が悪化すると答えており (500)、評価や申請手続きは非常にストレスが多く、すでに精神的健康の低下に苦しんでいる人々にかかなりの影響を与える

可能性があることを示しています(502)。さらに、障害者給付金の受給はしばしば医学的な評価によって左右されるので、精神科医は精神的な不調や心理社会的障害のある人々のゲートキーパーとして機能します。また、精神的な不調の記録があると多くの種類の雇用を得ることができなくなるため、給付を申請する際の阻害要因にもなります。

多くの国では給付はニーズに基づくのではなく、機能障害の種類、個人や家庭の資源、または推定される労働能力などの変数にのみ依存しています(503, 504)。これは障害に対する還元主義的なアプローチであり、定義上、障害が存在するのは、その人が置かれている環境とその人が直面する社会的障壁のためであるという事実を不明瞭にします。例えば、機能障害の種類だけに注目すると、同じような状態にある人でも、生活環境や人生の希望によってケアや支援の必要性の種類や程度が大きく異なるという事実に対処できません。さらに、多くの国では、社会給付の資格を得るためには資力要件を満たす必要がありますが、これは、精神的な不調や心理社会的障害のある人が、他の人と同じ生活水準を得るために直面する障害関連の大きなコストを考慮に入れていないことが多いでしょう(505)。

さらに、労働能力の評価に焦点を当てることは、雇用部門における広範なスティグマと差別、そしてその結果、精神的な不調や心理社会的障害のある多くの求職者が経験する就職の難しさを完全に見落としています(506)。このアプローチでは、個人が社会的な保障制度の条件付き給付を利用するために「就労不能」と認定されますが、これは障害者権利条約(CRPD)で認められた働く権利に真っ向から反します。精神的な不調と心理社会的障害のあるほとんどの人は、労働市場がインクルーシブで、人々に支援や職場の配慮が提供されていれば、実際に職に就くことができるでしょう(488)。さらに、仕事を始めて収入を得ることで給付金の受給権が減少するのではないかという不安も、人々をさらに疎外し、社会への完全なインクルージョンを妨げる可能性があります(503)。このような背景に対し、特に若者の間では「就労不能」というアプローチから脱却し、所得保障と障害関連の支援を適切かつ柔軟に組み合わせて、経済的エンパワメントと雇用を促進することが求められています(490)。

全体として、最近のエビデンスによると、社会的な保障制度の条件付き給付を受けられるかどうかは、人々が一定の義務(例えば、仕事に焦点を当てた面接、訓練と支援計画、または求職条件などの指示)を果たすことに同意するかどうかにかかっていますが、そうした社会的な保障の条件は精神的な不調や心理社会的障害のある人々にとってはほとんど無益で不適切であり、「多くの場合、健康に悪い結果を引き起こします」(507)。このような条件付き給付は、社会的な保障を受ける人が給付の受給者であることを理由に汚名を着せられ、差別されるという「福祉のスティグマ」を生み出す一因にもなります(508, 509)。この力学的な構造はラテンアメリカの研究で明確にされたところですが、双極性障害と診断された社会的給付の受給者は非受給者と比較して、自分でスティグマを認識している程度が高いことが報告されました(510)。

社会的給付が個人のニーズに合わせて行われ、その結果、社会へのインクルージョンを支援する方法になる方法は数多くあります。その1つが社会的な保障に無条件の要素を提供する方法です。例えば、スウェーデンでは2015年の研究で、精神的な不調や心理社会的障害のある人々に毎月73米ドルの無条件現金支給を9カ月間行ったところ、生活の質の実感と社会的ネットワークが大幅に改善し、うつ病と不安症状の重症度が、他の集団との比較で統計的に有意(ただし臨床的には小幅)に減少したことが明らかになりました(511)。社会的な保障制度と精神保健に関する研究の中で、Seniorらは現在のエビデンスから次のように結論付けています。「福祉制度に無条件の要素を導入することは、働く意欲を低下させることなく、受給者の精神保健(ひいては働く能力)を改善する可能性が高い」(502)

また、精神的な不調や心理社会的障害のある人々の求めているニーズに基づいて、彼らの行動を追跡する資金源を開発する必要があります。その良い例が、個人が自分で選んだサービスに使うことができるお金の配分である個人健康予算という概念です(512)。ケアと支援に対するこの包括的で本人中心のアプローチは、従来の委託されたサービスを超えた、新しい革新的な方法で資金を使う権限を個人に与えます(512)。個人健康予算は、個人が自分自身の生活とこちよく健やかで幸福であることの専門家

であると仮定し、彼らが受けたいと思うサービスと支援をコントロールすることを可能にするので、受給者はより有意義で統合された、インクルーシブで充実した生活を送ることが促進されます。英国での導入後、その利用増加を支持する肯定的エビデンスと意見があります (513-515)。

イタリアのトリエステ市では住居、雇用、社会へのインクルージョンの権利を完全に行使するために、高度に個別化されたケアと支援を必要とする人々のために、個別健康予算の成功例を実施しました (4.1.3項参照) (516)。160人の参加者は、個別化されたケアプランで自分の目標とニーズを特定し、それに基づいて健康予算が決定されます。後者は住居、雇用、社会的関係のニーズを満たすために使用することができるので、ケアと支援の全体的なビジョンを促進することができます。このようなニーズに基づいたアプローチは、個人の自律性を高め、ケアの個別化を向上させます。健康予算を通じて、「地域社会のあらゆる資源が統合された形で実施され、(中略)個別化されたケアプランに基づくサービスは、硬直した先入観のあるプログラムから柔軟で多様なものへと移行する」(516) のです。

2015年、イスラエル政府と共同分配委員会とルーダーマン・ファミリー財団は、個人予算試験プログラム「イスラエル・アンリミテッド」を共同で立ち上げ、2019年にさまざまな障害のある300人を支援しました (517)。このプログラムでは、参加者はケアコーディネーターとつながり、人生の目標やそこに至る方法を確認します (518)。計画を立てると、参加者は人生の目標を達成するために、話し合ったことに基づいてお金の給付を受けます。プログラムのディレクターであるアビタール・サンドラー・ロエフは、「ここでは、人々が望むライフスタイルを選択できるようにしています。それは、その人の夢や願望を受け止め、そこに到達するために私たちがどう支援できるかを考えることを意味します」と報告しています (519)。このように支援付き意思決定は彼らの仕事の不可欠な部分です。また、精神的な不調や障害のある人は自分で意思決定ができないという先入観を取り払うために、サービス提供者や家族とも協力しています (518)。このプロジェクトが参加者から受けた肯定的な評価に加え、予備的な調査結果では、人々が自分のケアと支援について決定できるようにする一方で、イスラエルの現行の障害者給付制度よりも20～30%コストが低いことが示されています (518)。

より一般的には、人権の要請に沿って、人々が受けることができる社会的給付にアクセスし、意思決定をするための適切な支援を確実に提供することが基本です。パーソナル・オンブズマン (2.5.5項参照) のようなイニシアティブは、複雑な給付制度を利用する個人を支援する上で重要な役割を果たすことができます。社会福祉事業と全国障害者協議会に登録された団体であるUSP-K ナイロビ・マインド・エンパワメント・ピアサポートグループは、ピアサポート組織が社会的保護、税の免除、経済力向上プログラムの利用を支援する方法の好例です (2.4.2項参照)。支援グループはメンバーが障害を登録するのを支援し、登録が完了すると障害者手当やその他の資金調達の際に関する情報が提供され、本人が利用できるようになります。例えば、教育補助金、商売道具の補助金、非正規雇用の人のための地域市場運営費の免除などがあります。グループはまた、その人がどのようなサービスを望み、必要としているか、そしてそれらを利用するためにどのような支援ができるかを話し合います。精神的な不調や心理社会的障害のある人に福祉手当に関する適切なアドバイスを提供することは、入院期間の短縮、ホームレスの防止、精神的な不調の再発防止によって医療費を実際に削減できます (520)。

3.5 結 論

精神的な不調や心理社会的障害のある人々が、他の人々と平等に、住宅、教育、雇用、社会的な保障にアクセスできるようにすることは、人権尊重のために、そしてリカバリーのために基本的なことです。次のセクションでは、統合的な精神保健サービスだけでなく、その他の広範で重要なサービスを提供するネットワークを確立し、地域の他のセクターのサービスと連携して、精神的な不調や心理社会的障害のある人々の生活のあらゆる側面において包括的な支援を提供している世界各国の事例を紹介します。

第4部

包括的な精神保健サービス ネットワーク

世界のいくつかの国や地域、都市では、精神的あるいは心理社会的不調にある人々が、生活のあらゆる面で日々直面する健康の社会的決定要因や関連する複数課題に取り組むサービスのネットワークを構築しています。決定的なこととして、それらネットワークは、サービスと、助けを求めてそれらのサービスに来る人々との間で、関係を再考し再構築するべく一歩踏み込んだ努力を行っています。これらのサービスネットワークは、そのいくつかのケースで人権上の課題に明示的に影響を受けており、また、リカバリー志向のサービスを確立することに取り組んでいます。これらのサービスは、多様な精神保健サービスの提供に注力する一方で、主要な社会的決定要因に取り組むことの重要性を認識し、住宅、教育、雇用など他の部門と積極的に協力しています。また、それらの多くが生きた経験のある人々（当事者）と真のパートナーシップを築き、彼らの専門知識と要求が提供されるサービスにとって不可欠であるような条件を整えようとしています。この章では、精神保健サービスネットワークのいくつかの例を紹介します。確立され、構造化され、評価された精神保健サービスネットワークで精神保健システムを大きく変化させた例もありますし、いくつかの目標を達成し、過渡期にある例もあります。

これらの精神保健サービスネットワークの例を紹介することは、すべての例において人権基準が常に満たされていることを意味するものではありません。世界のどの地域でもそのように言えます。しかし、これらの例は政治の責任と決定、そして精神保健の実践を裏打ちする強力な人権の視点があれば、何が達成できるかを示しています。これらの例は、精神的な不調や心理社会的障害のある人々が利用したいと思い、役に立つと感じる、また、人権を保護し促進しながら良い結果を生み出す、独自のサービスのシステムを政策立案者、計画立案者、サービス提供者が作り出すことができるという生きた証拠であると言えます。

4.1 定着した精神保健ネットワーク

定着した精神保健サービスネットワークは、ネットワークがサービスを提供する人々の権利が完全に尊重されること、また、到達可能な最高の健康水準がすべての人に達成されることを保証するため、数十年かけて構築され、常に改善を続けています。これらのネットワークは共通する特徴として以下を含んでいます。人権及びリカバリーに基づくアプローチを、新政策の策定、法律、予算、政治的意思を反映した資源配分の増加に組み込むため、数十年に及んで精神保健ケアシステムを改革する、強く持続的な政治的な熱意があること、また、地域に根差した精神保健サービスが社会サービスや保健、雇用、司法、その他の多様な分野からなる地域の複合的な参加者が一体化し、連携するものになるよう開発されることです。

4.1.1

ブラジル地域精神保健サービスネットワーク

カンピーナスに注目して



ブラジルの地域に根差した精神保健ネットワークは、いかに一国が大きな規模において、人権及びリカバリー諸原則を主軸としてサービスに組み込むことができるかの1例を示しています。地域の精神保健センターを含む包括的なサービスのネットワークは、ブラジルの統合保健医療システム（SUS）の下で運営されており、1970年代後半に始まった強力な精神医療改革の成果です。同改革は、改革を支援する法律と法規制からなる1つの枠組みにおいて、治療の焦点を病院から地域へと移行させました。カンピーナスはブラジルのサンパウロ州の自治体で、自治体レベルでどのようにこの取り組みが行われるかの良い例となっています。カンピーナスでは2017年に同市の精神科病院が閉鎖されたことを受け、すべてのサービスがこの包括的精神保健ネットワークモデルによって提供されています。

サービスの調整と基本原則

ブラジルでは、人権諸原則と地域に根差したアプローチに導かれた包括的なサービスネットワークを通じて、地域精神保健サービスが全国的に提供されています。このサービスネットワークは個人、家族、地域社会が反映されています。ブラジルの特定の地域においてサービスネットワークがどのように構成されているかには、その地域特有のニーズが反映されています。地域精神保健センター（Centro de Atenção Psicossocial : CAPS）と地域プライマリーヘルスケア・センター（CBHC）が、このネットワークの主な調整機構となっています。これらのサービスは、CBHCに精神保健支援を提供する専門家サービスや、ストリート・アウトリーチ・チーム、脱施設化戦略、一般病院の精神科病床、救急・緊急サービスなど、他のサービスによって補完されています。CAPS IIIの詳細な説明は、2.3.2項にあります。

主なサービスと運営方法

地域精神保健センター（CAPS）

地域精神保健センターは、ブラジルの地域に根付いた精神保健ネットワークの礎となっています。地域精神保健センターのアプローチは、権利に基づき、人々を中心に据えたもので、その主な目標は心理

社会的ケアの提供、自律性の促進、力の不均衡への対処、社会参加の促進です。地域精神保健センターは、重度またはなかなかよくなる精神的不調や心理社会的障害のある人々に精神保健ケア支援をしており、これは困難な状況やクライシスの状況を含みます。また、地域精神保健センターはサービスネットワークの調整機関として他の精神保健サービスや一般保健サービスを支援し、より広域で精神保健サービスネットワークがその役割が果たせるようにします。さらに、地域精神保健センターは権利を促進し保証することを目標に、他の地域サービスと連携する方法を開発・実施し、保健、教育、法的・社会的支援をつなぎます。

地域精神保健センター（CAPS）は、対象地域、営業時間、対象人口によって分類されています。人口の規模や対象地域によって、成人向けにはCAPSI、II、IIIのレベルがあり、子どもや青年向けの専用サービス（CAPSi）と薬物濫用に関連する問題やニーズに対する専用のサービス（CAPSad）があります。CAPS IIIは1日24時間、週7日開業しており、宿泊が可能です。CAPS IIIは休息のためやクライシスの状況など、当事者が継続的な支援を追加した方が良く感じる時に利用することができます（184）。カンピーナスには14カ所のCAPSがあり、そのうち6カ所がCAPS IIIで、残りのCAPSは子どもや薬物濫用に関連した問題やニーズのある人々に焦点を当てたサービスです。

すべての地域精神保健センター（CAPS）は下記の3つの指針に従っています。

1. 出入り自由——センターに足を踏み入れるだけで最初の利用が開始できます。人々は1日のいつでもCAPSに自由に出入りすることができ、実施される活動に参加したり、単に他の人と会いながら場所として利用したり、休息の場所としたり、またはグループ活動に参加するために利用したりします。
2. 地域社会と関わる——CAPSは地域社会で積極的に活動し、サービスを提供する地域とそこに住む個人と十分に関わり、理解しようと努めます。地域の資源を見出して活性化し、精神保健の計画を実行するための結びつきを構築しています。
3. 脱施設化——CAPSは精神科病院やその他の施設に代わるものとして設計・開発されました（184）。すべてのCAPSは複雑で困難なクライシスの状況に対応する能力と責任を持ち、地域に根差した実践でケアと支援を提供します。原則として、CAPSが個人を精神科病院に紹介（リファー）することはありません。

共通の指導諸原則に加えて、CAPSは実践においても共通性を持っています。それら共通項には、すべての個人のための本人中心のリカバリー計画、日常生活において個人をエンパワーするための諸行動を見極めた活発な市民としての活動を主軸とする心理社会的リハビリテーション実践、人々のコミュニティ、サービスそれ自体、個人の活動やグループ活動を提供し、個人のみならず家族への支援をも提供するより広い精神保健が含まれます。

地域保健センター（CBHC）

地域保健センターは、ブラジルの公的保健医療制度を利用する人たちにとって最初の接点とされており、一般診療、小児科、婦人科、看護、歯科などの基本的な地域診療を提供しています（521）。ファミリーヘルsteamは地域とCBHCをつなぎます。カンピーナスには66カ所のCBHCがあり、人口2万人に1カ所のCBHCの割合で存在しています。カンピーナスのすべてのCBHCは地域精神保健センター（CAPS）と連携し、その支援を受けています。

精神保健の訓練を受けた多職種チーム（NASF : Núcleo de Apoio a Saúde da Família）

NASFは精神保健を含む幅広い専門的知識を持つ多職種チームで、地域保健センター（CBHC）やファミリーヘルsteamを直接総合的に支援します。NASFは臨床症例についての話し合い、共同で

助言、当事者を中心に据えたりリカバリー計画の作成、予防活動、健康増進活動などを行います。また、NASFはCBHC専門職の精神保健に関する能力向上を支援します。NASFがあまり重度でない／複雑でない精神保健ニーズを持つ人を支援することで、地域のCAPSはより複雑な精神保健ニーズを持つ人へのケアと支援に集中することができます。NASFは人口15,000人以下の自治体で特に重要です。ブラジルの自治体の約60%にあたるこれらの自治体は、ブラジルの総人口の約12%を占めており、専用のCAPSがサービスを提供するには規模が小さ過ぎます。これらの自治体では、CBHCとNASFのチームが精神保健ケアと支援の主軸となっています（184）。

ストリート・アウトリーチチーム

ストリート・アウトリーチチームはCBHCの一部であり、住居がない人々に支援と保健ケアを提供します。一般的な精神保健支援に加え、精神的不調、心理社会的障害、薬物使用に関連する問題やニーズを持つ人への支援も行っています。ストリート・アウトリーチチームはCBHCやファミリーヘルスチーム、CAPSと常に連絡を取り合っています（184）。また、精神科病院などの強制や拘束、隔離を行う可能性のあるサービスには、人々を紹介しません。カンピーナスの2つのストリート・アウトリーチチームは、2020年に1カ月あたり約476人の支援を行いました。

総合病院での精神科病床数

一部の総合病院には限られた数の精神科病床があり、CAPSなどの精神保健サービスネットワークの要請により利用することができます。カンピーナスでは、クライシスの状況で、それが深刻であったりその人にニーズがあったりした場合は、入院による支援が行われます。しかし、この際も地域の主要なサービスネットワークと連携していて、総合病院の精神科病床に入院すると、病院のチームと紹介元のサービス（例えばCAPS）のチームが協力して、その人のリカバリー計画を立てます。

救急・緊急対応

緊急または救急の精神保健ケアは一般医療の救急ネットワークの一部です。精神保健のニーズを持つ人がこれらのサービスのひとつにかかわった場合に、一般的なガイドラインとして、これらのサービスが地域精神保健センター（CAPS）と連携します。

自立生活住居

ブラジルの精神保健サービスネットワークには、長期入院後に精神科病院や保護病院（custody hospitals）を退院した人のために特に設計された脱施設化戦略があります。自立生活住居は地域にある家で、退院後、実家に戻る可能性がなく、家族やその他の支援ネットワークの可能性がない人に対し、独立した宿泊設備が選択により提供されます。当事者、自立生活住居、CAPSの緊密な連携の元で、自律、社会的インクルージョン、権利の保障を目指す心理社会的リハビリテーションが実施されます。カンピーナスには20カ所の自立生活住居があり、「家にかえる」プログラムを受給する139人が利用しています。本プログラムは脱施設化戦略の1つで、長期入院から退院した人に経済的な支給を行い、本人が自分で選択できる資源を得ることで、自律を強化するものです。連邦レベルで支払われる月額額は412リアル（73米ドル）です^{注ab)}。

ネットワーク横断的構想

ネットワークにおけるサービスはまた、個人や地域の、またより広い社会の精神保健や心理社会的障害に対する理解や関わり方を変えるような横断的構想にも現れています。その例には、以下のようなも

注 ab) 2021年3月時点の換算

のがあります。

- 地域センター（Centro de Convivência：CECO）——これらの地域に根差したセンターは、心理社会的障害や認知障害のある人々、高齢者、社会的脆弱性のある子どもや青年を含め、すべての人に開放されています。カンピーナス市ではCECOの活動には2つの主題が反映されています。その主題は、共生（グループ活動、公開ミーティング、人々の違いへの理解の促進）とインクルージョンと自律に貢献する公共機関や市民社会との協調です。
- 仕事と収入確保の取り組み——これらの取り組みは働く権利を促進し、仕事のための訓練や資格を提供します。これらは社会的インクルージョンと自律を促進し、個人の力を高め、それぞれの生活環境を改善します。これらの取り組みは「連帯経済」の方法に従っています。カンピーナスの自治体には連帯経済と仕事と収入の創出に焦点を当てた2つのサービスがあり、自治、仕事を通じた社会的インクルージョン、社会团体や協同組合への参加を促進しています。
- 文化的な取り組み——カンピーナスの精神保健サービスネットワークは、精神保健サービスを利用する本人、さまざまなCAPSの専門家や家族、自立生活施設、地域センターなどの参加するネットワーク横断のプロジェクトを多数行っています。ラジオ番組、出版物、スポーツの取り組みも行われています。

影響と成果

ブラジルにおける地域精神保健サービス利用と精神科病院利用を比較すると、地域精神保健サービスの方がより効果的で効率的であることがわかりました（522）。2019年の研究では、CAPSとプライマリヘルスセンターのサービス実施地域拡大と精神科入院率の低下に相関が示されました（523）。2015年のシステムティックレビューでは、ブラジルの精神保健サービスに関する研究の施設収容にかわる新しい方法として開発されたサービス（CAPSなど）に対する満足度が報告され、次のような肯定的な項目が挙げられています。歓迎の態度と人間味あふれる態度、社会的孤立の解消、治療環境の改善、生活全般と精神保健支援サービスの質の向上（522）。また、自信、感情の健康、睡眠の質、困難な状況に対処する能力の向上も報告されています（522）。

1,888人のCAPS利用者を対象とした前方視型のコホート研究では、CAPSの実践が困難な状況や危機的状況にある人々を支援するのに有効であることがわかりました（524）。CAPS利用後、24%の利用者が危機がないと回答し、60%が危機を感じる頻度を減らすことができ、70%が危機の強さを減らすことができました。CAPSの利用期間が長いほど、最後の精神科入院からの経過時間が長くなっていました。また、CAPSは個人の自律を向上し、リカバリーにおける積極性と共同責任の感覚を促進しました（525）。また、CAPSシステムの導入は自殺の危険を14%減少させることがわかりました（526）。

また、家族も受けるサービス、ケアの質、支援に満足していると報告しています（527, 528）。NASFは軽度・中等度の精神保健サービスのニーズを支援し、専門サービス（CAPSなど）の過剰利用を防ぐのに効果的でした（529, 530）。また、農村部でのNASFチームの利用は、医療サービスによって提案された活動への当事者の関与を高め、保健ニーズがより包括的に扱われることがわかりました（531）。自立生活施設のような生活支援サービスは、長期入院を経験した個人を支援し、その人たちの自己効力感と自律性、社会参加、人間関係を構築する能力を高めることがわかりました（532, 533）。同様の知見から、長期入院後の地域社会への復帰を支援する「家にかえる」のような財政プログラムの有益性が支持されています（534, 535）。

重要な数値

- 2020年初頭、ブラジルの全地域に3,070カ所のCAPSが存在しました(536)。2019年のカンピーナスの年間保健予算は約12億レアル(約2億700万米ドル)^{注ac)}でした。地域精神保健ネットワークは、この総予算の6.6%である約8,000万レアル(約1,400万米ドル)^{注ac)}に相当の金額が割り当てられました(537, 538)。
- カンピーナスのネットワークを例にとると、2019年の地域精神保健ネットワークの経費は1人あたり約67レアル(12米ドル)となっており、これは約120万人の人口に基づき、一般病院の精神科病床の経費とCBHCのより広域(精神保健以外の)経費を除いて計算したものです。
- ある横断的研究でカンピーナスのCAPS利用者にインタビューしたところ、95%がCAPSを利用してから精神科に入院していないと答え、73%がクライシスの状況でCAPSを探し、また精神科病院を探すことはないと答えています。これは地域のネットワークで精神科病院の機能に取って代わることができるという考えを支持するものです(539)。

革新的な特徴

- ブラジルの地域精神保健ネットワークは、各地域の特有な精神保健ニーズに対応するために国がサービスを展開できることを示し、人権とリカバリーの原則に基づいた取り組みを実施できることを示す例です。
- これらのネットワークは、サービスを利用する本人、家族、市民社会運動、精神保健の専門家などの精神保健制度のすべての利害関係者と、あらゆるレベルで協議され、積極的な支持と関与を育んできました(540)。
- これらのネットワークは、これら利害関係者間の対話の結果、新たな挑戦に対応するため進化を続けています。

注 ac) 2021年3月時点の換算

追加資料

- **ウェブサイト :**

<https://www.gov.br/saude/pt-br>

<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/>

- **動画 :**

Morar em Liberdade: Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira - FIOCRUZ (portuguese)/

Living in Freedom: Portraits of the Brazilian Psychiatric Reform - FIOCRUZ (english)

https://www.youtube.com/channel/UCD2xLN_GleJRWqOs8yWLDQPQ/videos

Memórias da reforma psiquiátrica no Brasil - FIOCRUZ (portuguese)/Memories of psychiatric reform in Brazil - FIOCRUZ (english) <http://laps.ensp.fiocruz.br/>

Rádio 'Maluco Beleza' - Campinas (portuguese)/Radio 'Maluco Beleza' - Campinas (english)

https://www.youtube.com/watch?v=ujRDWel_cnM

- **連絡先 :**

Coordination of the Area of Mental Health, Alcohol and other Drugs, Brazil
saudemental@saude.gov.br

Coordination of the Technical Area of Mental Health, Municipal Health Secretariat, Campinas,
Brazil, dptosaude@campinas.sp.gov.br

Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, Campinas, Brazil, contato@candido.org.br

4.1.2

東リールの精神保健 ネットワーク



フランス

東リールの精神保健ネットワークは、「市民精神医学」の考えを推進しています。リール都市圏の南東地域の人口88,000人に提供されるこのネットワークは、40年にわたる精神保健システムの再編成と改革によって構築されたものです。東リールのネットワークは、精神的不調や心理社会的障害のある人の入院治療から多様で地域ベースのかかわりへの移行が、従来型の精神保健サービスと同等の予算で達成できることを実証しています。このアプローチは、より厳しい制限を認めている国の法制度の中で運営されているにもかかわらず、精神保健サービスを利用している人、1人ひとりの人権の尊重とエンパワメントを支えています。

サービスの調整と基本原則

東リールの精神保健ネットワークは、自立を最大限尊重し市民権を促進する、地域に根差した精神保健によって構成されています。すべてのサービスは、保健記録へのアクセスを共有することを含め、ネットワークを横断して、各個人の一貫したケアの業務手順書を作成するように連携しています。その人の生活の質、社会ネットワーク、成し遂げようとしていること、強みを向上させることが非常に重要です。

公的精神保健機関リールメトロポール（EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole）がネットワークの日常的な運営管理を行い、地域への目配りと計画作成をしています。東リール都市圏の6自治体では、地域の関係者が集って、サービスや活動の計画について議論する場である「保健・精神保健・市民に関する自治体連合」が組織されています。議長は自治体の市長であり、東リール精神保健ネットワークにより共同開催されています。活動は地域の優先事項が確実に実施されることを目指しつつ、「予防と健康推進」「文化」「住居の配置・維持・計画」「地域の健康に関連すること」といった4つのテーマに従って構成されています。

主なサービスと運営方法

地域の医療・心理サービス (SMPP : Services Médico-Psychologiques de Proximité)

2つの地域における移動式 EPSM サービスに基づき、また、12の健康関連施設に統合されて、SMPPはリール東部の精神保健ネットワークの最初の窓口となっています。専門家には看護師、精神科医、精神運動療法士^{注 ad)}、ソーシャルワーカー、ピアサポートワーカー、特別なニーズや障害のある人に対応する適応スポーツコーチがいます。一般医からSMPPに紹介されることもあり、紹介後は48時間以内に精神的及び身体的な健康上の必要性についてアセスメントを受けます。アセスメントは、治療や支援の必要性を特定する多職種チームで話し合われます。協議は、医師の紹介なしでSMPPに直接アクセスできる社会センターや青少年サポートセンターなど、さまざまな場所で行われます。待機リストはありませんし、このサービスでは家庭相談もできます。

移動式クライシス・在宅治療チーム (SIIC : Soins Intensifs Intégrés dans la Cité)

SIICは、一度に最大15人に対して、クライシス対応や自宅での集中ケアを提供しています。このチームは多職種で、24時間全日週7日間対応しています^{注 ae)}。サービスのスタッフは、リカバリーアプローチの利用、利用者の権利、クライシス対応に強制を用いないことに特に配慮しています。これらのすべてが考慮されているところには、ケアを求めている人1人に対してほぼ1人の職員がいます (0.96の比率) (541)。

ジェロム・ボッシュ・クリニック

精神保健上の必要性がある人に対しては、総合病院内にあるジェロム・ボッシュ・クリニックで10床と多職種チームの支援が利用できます。東リールのネットワークでは、入院、特に強制入院はできる限り回避されます。常時、平均7人が7日間入院しています (医療情報サービス [epsmlille métropole], 未刊行資料, [2020])。入院時には個人の権利と義務が書面と口頭の両方で情報提供されます。このクリニックにいる間は、信頼できる人を自分の支援者として指名することができます。このクリニックは対話と安全、対立の回避を用いたその人のサポートネットワークに依拠しています。このようなつながりを促進するため、面会時間の制限はなく (542)、2つの部屋にはクリニックでの宿泊を希望する支援者が泊まれるベッドも別に用意されています。入院期間中は精神的健康とともに、実践的かつ一般的な健康の必要性についても話し合われます。すべての保健従事者は、対立や暴力事例を防ぐための特化したトレーニングを受けています。どのような身体拘束を行うことも治療における重大な有害事象とされ、継続して確実に改善してゆくために調査され、ユーザーや家族に意見が求められます。

治療的ホストファミリー

リール・ネットワークの特別な特徴の1つとして、精神保健サービス利用者を家族の一員として迎え入れる「治療的ホストファミリー」制度が挙げられます。これは、従来型の患者／ケアの提供者の関係性や入院にかわる新しい方法です。ホストファミリーは、ホストファミリーとしての役割に加え、精神

注 ad) 精神運動療法は身体認識と身体活動をアプローチの基礎とする治療法と定義され、フランスを含む多くのヨーロッパ諸国で広く使用されています。

注 ae) 精神科医、看護師、心理士、心理社会的障害などがある人の教育の専門家 (エデュケイター)、精神運動専門家、ピアサポーター。

保健の問題、リカバリーアプローチ、精神的不調や心理社会的な障害のある人の権利に関する研修を受けます。また、ホストファミリーは、当事者の興奮時の対応方法やリスク回避方法についての研修も受けます。

横断的家族及びシステミック療法センター：外部専門相談センター

横断的な家族とネットワーク療法センター（Don Jackson）は、家族とカップルのために心理療法的な関わりを提供しています。

リハビリテーション、支援付き住居サービスと戦略

東リールの精神保健ネットワークには、有意義な人生を送り、コミュニティに積極的に参加するための精神保健福祉サービスを利用している人を支援するための補完的な戦略の包括的な取り組みがあります。

- **Habicité**：アビシテは包括地域生活プログラム（ACT）（543）チームで、看護師、ソーシャルワーカー、ピアサポーター、精神科医によって構成されており、80人の精神的不調がある人に対して、リカバリーの枠組みにおいて在宅で、長期間で集中的な支援を提供しています。この支援では、グループホームのように暮らす26人定員の13のアパートがある共同住宅を提供しています。住居の利用は、近年、そのプロセスに地域の代表者を含めることによって民主化されました。この支援は現在、住居や支援の無条件での利用を意味する「ハウジング・ファースト」の理念に基づいています（423）。
- **Frontières**：フロンティエールは、身体的、芸術的、文化的、創造的、専門的な活動を通じて、社会的インクルージョンとこちよく健やかで幸福な状態を高めることに重きを置いています。地域参加活動・総合ケアサービス（d'activités d'insertion et de soins intégrés à la cite）を含めた取り組みで、精神的不調や心理社会的障害のある人々のための活動を提供しています。また、精神保健制度外の人たちと地域活動に参加したい人を支援するサガシテ（Sagacités）という仕組みもあります。この支援は、特定の活動に集中することも、集中的なコーチングの形をとることも、どちらも可能です。共通する課題や関心を有する場合には、ピアサポートグループも開かれます。このサービスは、地域のいろいろな立場の人や関係者との連携を通して雇用機会を得ることを促進するものでもあります。作業療法士がキャリアを積んで職に就くプランの作成に、心理士が職場における能力評価や動機付けといった支援にあたります。

東リールのネットワークは、長年にわたり、たくさんの地域に根差した支援につながる活動と組織を築いてきました。このネットワークには社会的文化的機関、選挙で選ばれた役員、利用者や家族支援のグループ、それから一般医、薬剤師、民間看護師といった他のさまざまな関係者を含んでいます。このようなつながりを利用して、精神保健サービスを利用している人々が地域社会で自分の居場所を再建できるよう、支援しています（544）。地域社会へのインクルージョンや積極的な市民活動を促進するため、サービスユーザーはさまざまな支援グループも利用できます。

影響と成果

このネットワークの重要な成果は、入院率が着実に減少していることに表れています。具体的には、2002年に497人だった入院患者数が、2018年には341人にまで減少しています。その一方で、同期間中、

地域でケアを受けた人の数は2002年に1,677人であったのが、2018年には年間3,518人になっています。同期間では、入院病棟における平均在院日数も26日から7日に減っています。

2018年9月、独立評価チームが東リールの精神保健サービスのすべてを通してWHO QualityRights評価(545)を実施し、こう評価しました。5つのテーマのうち以下の3つは完全に達成されています。

i) 到達可能な最高水準の身体的・精神的健康の享受、ii) 強制、暴力、虐待からの自由、iii) 地域社会で自立して生活する権利。残りの、iv) 適切な生活水準を享受する権利、v) 法的能力および個人の自由と安全に対する権利、の2つのテーマは、部分的には達成されています。この2つのテーマを完全に実現するためにはフランスの既存の法的枠組みが重大な障壁となっています。

追加資料

- **ウェブサイト：**

https://www.epsm-lille-metropole.fr/recherche?field_tags=All&search_api_fulltext=G21

- **動画：**

Les SISM, c'est quoi ? Avril 2014, https://youtu.be/D7_1SQSiNb4

- **連絡先：**

Jean-Luc Roelandt, Psychiatrist,
Centre collaborateur de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé mentale,
Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole, France.
Email: jroelandt@epsm-lm.fr

Simon Vasseur Bacle, Psychologue clinicien / Chargé de mission et des affaires internationales,
Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (Lille, France),
Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole et Sector 21, France.
Email: svasseurbacle@epsm-lille-metropole.fr

重要な数値

- 精神保健にかかる支出に占める入院費用の割合は、フランス全国では61%に対し、東リールでは28.5%にすぎません (54I)。
- 東リールでは精神保健サービスにかかる総費用も周辺都市圏より低く、1人あたりの平均費用は年間132ユーロ(158米ドル) ^{注 af)} です。
- サービス利用者1人あたりの平均費用は、2013年の年間3,131ユーロ(3759米ドル) ^{注 af)} から2017年の2,915ユーロ(約3,480米ドル)と着実に減少しています (54I)。この数字には初診から入院までのケア経路全体に関連する費用が含まれています (54I)。

革新的な特徴

- 既存のやり方や国の法律は依然として相当に人権を制限する施設収容の方向に著しく傾斜しているにもかかわらず、東リール精神保健ネットワークは、人権とリカバリーを重視したサービスを提供することが可能であることを示しています。
- このネットワークは、精神的不調や心理社会的障害のある人が、地域社会へ積極的に参加することを促進し、またサービスを持続可能とするためにも、東リールのネットワークの設計と提供に関する意思決定において、地元の政治家、当局、コミュニティ組織に働きかけ、関与させることに成功しました。

注 af) 2021年3月時点での換算

4.1.3

トリエステ地域精神 保健サービスネット ワーク



イタリア

トリエステ市は1970年代に大規模精神科病院を閉鎖して以来、地域に根差した精神保健ケアを実践するパイオニアとなっています。開かれたアプローチに基礎を置きながら、地域精神保健センターは、24時間、週7日体制で運営されており、利用者はデイケアと宿泊のハイブリッドな選択肢を、病院サービスの数分の一のコストで利用することができます。より広いネットワークのユニークな特徴として、社会的企業を通じて支援された職業とトレーニングの機会に加え、1人ひとりのための保健予算があります。2018年には年間4,800人の個人にサービスを提供しつつ（547）、ネットワークは約23万6,000人の人口をカバーしました（546）。

サービスの調整と基本原則

トリエステの精神保健サービスは、脱施設化に重点を置いた人権に基づくケアとサポートのアプローチに基礎を置いています。複数の地域精神保健センター（CMHCs）がトリエステの精神保健サービスへの主な入口であり、総合病院精神科ユニット（GHPU）は主に夜間の緊急時に利用されています。

CMHCsのスタッフは、ネットワークのすべてのサービスを調整するために重要な役割を担っています。スタッフは医療・福祉サービス、司法制度、文化団体、地域・市当局、その他ピアネットワークやソーシャルネットワークなどの地域組織と積極的に関わり、協力し合っています。そして地域のさまざまな取り組みやサービス、機会に人々をつなげます。例えば、CMHCを利用する人には、その人の治療と支援に特別な責任を持つことになる、小規模な多職種からなるスタッフが割り当てられます。また、総合病院精神科ユニットもCMHCsと直接連絡を取り、できるだけ早く地域ケアに移行できるよう支援しています。

トリエステのシステムは、ジュリアーノ・イソンティーナ大学保健局内の精神保健局が管理しており、トリエステと近隣のゴリツィア地方をカバーしています。精神保健局は予算、計画、サービスの提供に責任を負っています。精神保健ケアに対する「全人、全制度、全地域」のアプローチに基づき、大学保健局は、社会的企業、協同組合、ボランティア団体など、非営利部門の幅広い独立したパートナーに直接資金を提供しています。

主なサービスと運営方法

地域精神保健センター：多職種的で柔軟性があり、機動的な一連のサービスを地域社会で展開する

トリエステにある4つのCMHCは24時間体制で運営されており、1センターあたり約6万人の住民からの紹介をすべて受け入れています。センターへのアクセスに待機リストはなく、8:00～20:00の間いつでも立ち寄ることができます。CMHCに来る人や電話した人は誰でも、常に1時間から2時間内に応答を得ることができます。

センターはデイケアと宿泊の両方を提供しており、平均して6つのベッドがクライシスにある人を迎えることができます。平均滞在日数は13.8日です(548)。その滞在中ずっと、本人は既に取り組み中である実行中の活動を継続するように促され、普段通りに人を招くこともできます。また人々は、個人やグループのセラピーセッションやミーティング、投薬のサポート、普段通りに誰かと会ったり、一緒に食事をするために、時に応じてセンターに来ることもできます。すべてのCMHCは制約はしない方針で、鍵や暗号などの物理的な障壁はありません。

CMHCはまた、アウトリーチ活動、家庭訪問、自宅でのクライシス支援、地域社会での教育、雇用、社会的もしくは余暇関連サービスの利用支援を供給します。スタッフは、地域に根差した環境で可能な限りサポートされるように、定期的に人々の家を訪問し、公共スペースで人々に会うようにします。スタッフの約50%はセンター内で働き、50%は地域で働いています。

最後の手段としての総合病院精神科サービス・ユニット(GHPU)：短期入院の提供

トリエステには6床を有する一般病院ユニットが1カ所あります。CMHCによって組織される急激なクライシスへの対応が結果として入院になることは非常に稀です。そのため、GHPUは主に夜間の緊急時に利用され、可能な限り速やかに本人の居住地域のCMHCに紹介するまで、ほとんどの人は24時間以下の入院ですが、平均では1.7日の入院になっています(548)。GHPUでは、「開放—拘束なし」という明確な方針があり(546, 549, 550)、すべてのスタッフは強制力の使用を避けるために交渉とディエスカレーション戦略の使用について訓練を受けています。

コミュニティインクルージョン支援サービスと戦略：地域への完全なインクルージョンと参加を確保する

トリエステの精神保健ネットワークは、精神的不調のあるピアたちやケアラーらを含む社会協同組合、ボランティア、「社会振興」団体など、幅広い非営利団体と連携して、リハビリテーションと生活支援サービスを包括的に展開しています。これらのリハビリテーションと生活支援サービスは、人々が有意義な生活を送り、地域社会に完全に参加できるようにすることを目的としています。

自立生活支援サービスは、個人や5人までの小グループ向けの小さなアパートをいくつか用意し、毎年約100人を対象にしています。また、4～6人が通常6カ月間滞在できるリカバリーハウスもあります。リハビリテーションと自立生活支援サービスは約15の社会協同組合のネットワークと連携しており、市内の精神保健サービス利用者の約3分の1に訓練と雇用を提供しています。2018年には、市内の精神保健サービスによって支援されている292人の人が訓練生として、ケータリング、公共の庭のメンテナンス、ホテルサービスなどの活動で就労助成金を受け取っています(547)。ボランティアとピア協会の行う追加的活動は市内のさまざまな社会空間で組織されており、スポーツ、ピアサポート、芸術表現、反スティグマ企画など決まった領域に焦点を合わせています。

市内の住民のうち年間約160人がサービスを利用し、個人的なケアや余暇のニーズだけでなく住宅、教育、訓練、雇用に対応するために、1人ひとりのための保障予算という形で補助金を受け取っています(549, 551)。1人ひとりのための保障予算は教育や職業訓練の資金援助にもなります。資金配分を決定するために本人が定めた目標を含めて、本人との協働で議論し、合意した計画が作られます。本人の許可があれば家族も参加することができます。

影響と成果

長年にわたる研究により、トリエステのサービスには重要な成果があることが証明されています。改革法後の最初の追跡調査(1983-1987)では、トリエステとアレツォの統合失調症と診断された20人の心理社会的転帰が、イタリアの他の18のセンターと比較して良好であることが示されました(552)。毎年、非自発的治療を受ける人の数は、1971年の150人から2019年には18人に減少しました。これは、人口10万人あたり8.11人(548)となり、イタリアで最も低い率の1つです(553)。有意に、イタリアは2015年に西ヨーロッパ17カ国で最も低い非自発的入院の全体率を誇っており、人口10万人あたり14.5人です。これに対し最高値は、他のある国では189.3人であり、これは2008年以来一貫した所見でもあります(53)。

2005年、トリエステの精神保健局が13のセンターで実施した調査によると、CMHCsが提供するクライシスケアは危機の早期解決と再発の防止をもたらし、2年間のフォローアップで臨床的・社会的転帰がより良くなることがわかりました(554-556)。また、信頼できる治療関係、ケアの継続性と柔軟性、サービスの包括性の重要性も強調されています。さらにこの調査では、1984年から2005年の間に、一般病院の精神科病棟での救急搬送が50%減少していることがわかりました(557)。他の調査では、CMHCsの活動に対するサービスユーザーの満足度は高いことが指摘されています(558)。

2014年に行われたサービスを利用した27人の複雑なニーズのある人々の調査では、5年後のフォローアップで高い社会的回復率が確認されました。9人が競争力のある仕事を確保し、12人が自立した生活を実現し、カンバーウェル・ニーズ・アセスメント(559)の総合スコアは75%から25%に低下しています。また、入院日数も70%減少し、脱落者は1名のみでした(549, 560)。

2018年には、整備された精神保健サービスのネットワークのコストは、現在の支出水準で調整すると、旧精神病院のコストの37%に相当すると評価されました(547)。

追加情報及びリソース

- **ウェブサイト：**
www.triestementalhealth.org

- **動画：**
 BBC News, Trieste's mental health revolution: 'It's the best place to get sick'
<https://www.bbc.com/news/av/stories-49008178>

 Report from the LA-Trieste Delegation: December 11, 2017:
<https://youtu.be/gnYydKZzIGM>

 Episode 8 - Lived experience in Trieste, a mental health system without psychiatric hospitals, with Marilena and Arturo:
<https://www.spreaker.com/user/apospodcast/episode-8-lived-experience-in-trieste-a-Roberto-Mezzina,2013,https://youtu.be/UnMSHQDrByI>

- **連絡先：**
 Elisabetta Pascolo Fabrici, Director, Mental Health Department of Trieste and Gorizia, WHO CC for Research and Training - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Italy.
 Email: elisabetta.pascolofabrici@asugi.sanita.fvg.it

 Roberto Mezzina, Psychiatrist,
 Former Director, Mental Health Department of Trieste and Gorizia, WHO CC for Research and Training - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Italy.
 Email: romezzin@gmail.com; who.cc@asuits.sanita.fvg.it

重要な数値

- トリエステはイタリアでも精神的不調による最も低い非自発的入院率を誇り、人口10万人あたり8.1人(561)で、イタリアは10万人あたり14.5人(53)とヨーロッパでも最も低い方です。トリエステで非自発的治療を受ける人の数は、1971年の150人(562)から2019年の18人(548)に減少しました。
- 精神保健予算は圧倒的に地域サービスや介入に投入されており、これらが予算の94%を占め、病院サービスは6%です(2014年)(549)。
- 1970年代から今日に至るまで、サービスの全体的な変容に伴い、サービスを利用する人々の成果が著しく改善し、ケアとサポートの提供にかかる費用が減少したことが、いくつかの研究で示されています(552, 554-556, 560)。
- 2018年には、現行の精神保健サービスのネットワークのコストは、現在の支出に換算した旧精神病院のコストの37%に相当すると評価されました(547)。

革新的な特徴

- 160人の人々が、個別の活動プログラムだけでなく、さまざまな住宅、教育、社会サービスを利用するために、1人ひとりのための保健予算から利益を得ています。
- 精神保健福祉サービスは、約15の社会協同組合のネットワークと連携しており、市内の精神保健福祉サービス利用者の約3分の1に雇用を提供しています。

4.2 変革に向かっている精神保健ネットワーク

最近では、ペルー、レバノン、ボスニア・ヘルツェゴビナなど世界中で、精神保健ネットワークを発展・拡大させ、地域に根差した、権利志向でリカバリーに焦点を当てたサービスや支援を大規模に提供するために、協調して努力している国が増加しています。より多くの時間と持続的な努力が必要ではあるものの、重要な変化はすでに具体化しつつあります。

このような新興ネットワークの多くは「地域に根差した精神保健センターの急速な開発と拡大に焦点を当てていること」が重要な点です。それらは、精神保健サービスを精神科病院から地域の環境に移行し、精神的不調や心理社会的障害のある人々のコミュニティへの完全な参加とインクルージョンを確保することを目的としています。その1例が、以下のBox 1に示すペルーにおける地域精神保健センターの拡大です。地域精神保健センターはしばしば精神保健ケアシステムへの最初の導入としての役割を果たし、通常、ネットワークの中心的構成部分として活動します。これらのセンターを通じて、国によって異なりますが、各人が、外来、アウトリーチ、プライマリーレベルの精神保健サービスに幅広くアクセスできます。特に、サービスには、グループもしくは個人セラピー、薬や治療の提供、ピアサポートの利用、自宅訪問などがあります。これらのセンターは、サービスを提供するだけでなく、ネットワーク内の他の精神保健サービスを調整するためのサポートを提供したり、地域生活に参加する機会を提供することによってリカバリーを促進したりすることにも関与しています。精神的なケアや治療を提供するという目的を超えて、社会的なインクルージョンや参加を使命に掲げているところも多いのです。

Box 1 ペルー：変革に向かっている精神保健センターネットワーク

ペルー

地域精神保健センターの
拡充に注目

例えばペルーでは、過去10年間、全国に地域精神保健センター（スペイン語の頭文字をとってCSMCs）を設立し、それぞれが約10万人の人口に対応するようかなり推進されてきました（563）。2015年から155のCSMCsが設立され、保健省は2021年末までに全国281センターまで対象を拡大すると予想しています（564）。CSMCsの機能は3つあります。精神的不調のある人への治療とケア（心理社会的、薬理的介入を含む）、地域ベースの精神保健の促進と予防活動の実施、精神保健ケアに関する非専門プライマリヘルスケア・サービスの強化（トレーニング、監督、能力開発、非専門プライマリヘルスケア・サービスからCSMCsへの紹介システムの強化）です。

地域保健ケアセンターは、改革における唯一の重要な側面ではありません。地域保健ケアセンターは、保護された地域の「中間施設」(Hogares Protegidos)の開発や、一般病院への精神科ユニットの設置によって補完されており、これらはすべて、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC：すべての人が適切な予防、治療、リハビリ等の保健医療サービスを支払い可能な費用で受けられる状態)に対する強力な政策と戦略を基盤としています。

今日まで11の中間施設が建てられ、そのうちの5つはリマに基盤を置いています(565, 566)。人権を尊重するという明確な方向性のもと、中間施設は、それがなければ国内の大規模な精神科病院に入院しているような人々に少人数ずつの宿泊施設と24時間体制のケアとサポートを提供しています。各中間施設は8人の居住者のためのスペースを保持しています。中間施設は、家族のサポート体制が弱く、高いレベルのサポートが必要な人たちのために設計されています(429)。またそれらは、地域社会で自立して生活できるように個人の能力を向上させることも目的としています。ペルーのオンブズマン事務所は自立した生活への明確な道筋を示し、再施設化のリスクを回避するために、こうした関わりをさらに強化できると指摘しています(567)。

一般病院における精神科ユニットの整備は、脱施設化プロセスの一環として、精神医療の中心を大規模な精神科病院から引き離すことにもつながります。一般病院の精神科病棟は最大45日間の短期入院期間を提供します(568)。精神科入院病棟は現在、国内の32の一般病院に設置されています。2021年までに、62の病院に精神科ユニットを設置することが保健省の目標です(566)。

これらの精神保健システムにおける地域に根差したネットワークへの移行が、国の法律や政治改革における一連の出来事によって可能となってきたことに注目することが重要です。特に、2012年に成立した法律29889号は、既存の精神保健システムを地域に根付いた保健モデル

に転換し、精神的不調や心理社会的障害のあるすべての人々が到達可能な最高水準のケアにアクセスする権利を主張するものでした (569)。

同時に、ペルー自身がユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) に積極的にかかわり、保険給付の一部として精神保健サービスを含む健康保険の仕組みを開発しました。さらに、2014年には、精神保健対策のための10年間の資金調達の手組みを確立する成果反映型予算プログラムが作成され、精神保健ケア改革活動に利用できる資源を持続的に増加させることができました。例えば、2020年度のペルー国家予算では、精神保健に3億5,000万ペルーソル (s/) (約9,480万米ドル) ^{注 ag)} が割り当てられ、2019年の割り当てよりも7,000万 s/ (約1,900万米ドル) ^{注 ag)} 増加しています (570)。

さらに最近では、2018年、民法が画期的な動きで改革され、障害に基づく法的能力への障壁を取り除き、障害のある成人の民事後見制度も廃止され、心理社会的、知的、認知障害に基づく個人の法的能力の制限を防止しました (571)。さらに2019年には、地域に根差した精神保健ケアモデルを統合する法律30947号が成立しました (568)。2020年3月に採択された同法の規則には、サービス利用者の法的能力およびインフォームドコンセントの権利、ならびに精神保健を提供する場合の支援付き意思決定の役割を認める重要な規定が含まれています (572)。これらの改革と政治的な関わりは、サービスの開発とその運営方法を形成する上で重要な役割を果たしてきました。

多くの国では、さらに広範な地域の中の精神保健サービスを多様化し、統合するための大いなる進歩がなされています。これらのネットワークの多くは、「ケアとサポートに多職種によるアプローチを取り、精神保健ケアの提供のための全人的な手組み」を推進しています。このアプローチでは、福祉、保健、司法機関、地域・市当局、文化、スポーツ、その他のサービス、地域社会の取り組みや企画などを含む精神保健以外の地域社会の人々や団体などと精神保健サービスの積極的な関与、協力、調整を必要とします。このケアとサポートへの全人的なアプローチを通じて、個人は、雇用、住居、人間関係など、精神的健康とこちよく健やかで幸福な状態にとって重要な生活のあらゆる側面でサポートを受けることができます。例えば、精神的不調や心理社会的障害のある人々の組織を含む市民社会組織との提携は、以下のBox2のボスニア・ヘルツェゴビナの例が示すように、本格的な精神保健ネットワークを構築する上で重要な側面となっています。

注 ag) 2021年3月時点での換算

Box 2 ボスニア・ヘルツェゴビナ：変革に向かっている精神保健ネットワーク**ボスニア・ヘルツェゴビナ****精神保健センターと地域との
つながりの包括性**

2010年代以降、ボスニア・ヘルツェゴビナでは、精神保健サービスがより広い社会、雇用、住宅部門に複雑に織り込まれていることで、精神保健ネットワークが強化されています。例えば、フォイニツァの自治体にある Drin と Bakovici という地域は、低レベルの支援を必要とし、順調に回復している人々にそうした人たちのための住宅を提供し、自立した生活を促進しています。現在、Bakovici は13の住宅ユニットで50人に住宅を提供し、Drin の7軒の家を利用して74人が各地のコミュニティで暮らしています。これらのサービスは、各州の社会サービス部門（通常の活動）、連邦レベルの労働・社会政策省（インフラ費用）、寄付、人道支援、収入創出プロジェクトから資金を得ています（573）。

また、社会部門が管理・資金提供するソーシャルワークセンター、サラエボの健康長寿センター、精神保健サービスユーザーの協会と協力して構築されたりハビリテーションサービスの数も増加しています。地域精神保健サービスにおける予防・促進プログラムも増加しており、地域精神保健サービスの30%を占めることが義務付けられています。すべてのセンターは、教育的ワークショップや精神保健専門職が学校に訪問することを通じてだけでなく、必要な際の精神保健サービスの準備を通じて、学校と協力しています。また、一部のセンターでは、スタッフが地域社会やケアハウスで高齢者をサポートすることを目的とした予防活動にも取り組んでいます。

より一般的には、2010年代以降、すべての精神保健サービスはケースマネジメントのアプローチを使用することが求められています。そしてこれは、地域で利用可能なサービスと資源にサービス利用者を結びつける協働的アプローチを利用しつつ、エビデンスに基づいた生物社会心理的介入の供給と協働をすることを含みます（574）。ケースマネジメントや作業療法やセルフヘルプ・グループ、家族や世話をする人との協力関係の改善、予防的プログラムなどのアプローチを含む、本人中心でリカバリーに基礎を置いたサービスは、健康保険によって完全にカバーされています。このように、部門を超えた協働は増加し、国の改革努力の中心になっています。

また、地域における精神保健ケアサービスの利用可能性も向上しています。例えば、地域精神保健センターの数は2010年の51から現在74に増加し、人口の約60%をカバーしています（575）。過去10年間、多くの関わりが、革新的でニーズによく対応した、ジェンダーに注意を払った精神保健サービスの提供のための地域精神保健センターの多職種チームの能力開発に焦点を当ててきました。

ボスニア・ヘルツェゴビナの拡大する精神保健ネットワークの重要な強みは、サービス提供

やアドボカシー活動において、精神保健に課題がある人々の組織が協力していることです。いくつかの組織は地域精神保健サービスの新しいアプローチの提供者として認められており、その多くは地域メンタルヘルスセンターと密接に連携し支援されています。

過去数十年間、多くの国で伝統的に行われてきたのは大規模な専門病院で精神保健サービスを提供することであり、その結果、ケアの成果が上がらず、人権侵害につながるものがしばしばありました。しかし、「持続可能な脱施設化プロセスと人権に基づくアプローチを実現できるように、病院の大幅な改革に取り組む」国が増加しています。責任ある脱施設化のプロセスには、旧来の方法にかわる地域に根差したサービスの開発、本人中心のケア、権利に基づく支援、リカバリーアプローチへの労働者らの考え方の転換など、精神保健ケアシステム全体に対する一連の包括的改革を伴う必要があります。そのため、病院レベルのケアに取り組んでいる国々は、入院を減らし、大規模な精神科病院を閉鎖し、並行して、一般病院、プライマリーヘルスケア・センター、または地域精神保健センター、グループホーム、共同の住居などのコミュニティの中で心理社会的障害を専門にしたところで支援の機会を作る努力をしています。以下のBox3は、病院でのケアの質を向上させ、本人中心のリカバリーアプローチを促進するためのレバノンの包括的なアプローチを示しています。

Box 3 レバノン：変革に向かっている精神保健ネットワーク

レバノン

病院を拠点にした ケアの質の向上と リカバリーアプローチ



レバノンでは公的保健医療省が、ケアの質の向上と本人を中心としたリカバリーアプローチの推進に焦点を当てた、精神保健ケアにおける包括的な一連の変革に着手しました（576, 577）。この改革の取り組みは、国全体の精神保健ケアの質を向上させるという政治的熱意の成果です。このため、2014年に公的保健医療省内に国家精神保健プログラムが創設され、国際的、国家的、あるいは市民社会のパートナーと協力して精神保健の5か年戦略（2015-2020）が開始されました。これらの改善の多くは、WHO QualityRightsプログラムを通じて実施されています。

2019年2月、レバノンのアル・ファナル精神科病院は人権侵害の報告を受けて閉鎖されました。人権侵害は不十分な生活水準、衛生状態の欠如、強制やネグレクトを含む最適でない治療に及びました（578-580）。これに対し、公的保健医療省は2つの決定を出しました。決定第271/1は、アル・ファナル病院から移送された患者の健康状態の評価に関するものであり（581）、決定第270/1は精神保健の分野におけるケアの質と人権に関するもので、WHO QualityRightsを用いています（582）。

病院は今や、クライアントのニーズに対応した段階的な強度のケアを行うモデル及びリカバリーアプローチに基礎を置く認可基準に従わなくてはなりません（583）。精神的不調のある人々を受け入れるすべての病院は、多職種チーム（精神科医、心理学者、ソーシャルワーカー、精神保健看護師を含む）の採用、少なくとも1カ所のプライマリーヘルスケア・センターとの連携の確立、精神保健報告や病院の実績に関する指標の調査を含む継続的評価を受けることが求められています。

レバノンは、QualityRightsの評価・訓練ツールを用いて、精神保健、人権、リカバリーに関する包括的なサービス評価とスタッフ訓練を実施するための広範な取り組みも行っています。2017年の試験段階から全国的な評価者の訓練が始まり、2020年7月の時点で、精神保健の専門家、ソーシャルワーカー、弁護士、サービスユーザーからなる40人以上の精神保健サービスの評価者の全国チームが存在します。その目的は、病院内のこれらのサービスが短期的なサポートと質の高いケアを提供し、地域のサービスと連携できるようにすることです。2017年には2つのパイロット評価が行われ、2020年には新型コロナウイルス感染症の感染拡大とこれに伴うロックダウンに先立って精神保健施設の評価が3つ行われました。これら3施設の評価のうち、現在1カ所の改善計画に関する作業が進行中で、他の2施設の改善計画プロセスはロックダウン措置に基づき一時停止しています。

病院レベルでの活動に関連して、訓練を受けた多職種チームを擁する4つの地域精神保健セ

ンターのネットワークが拡大しており、これらのセンターは、精神的不調や薬物依存のある人々の専門的ケアのための紹介所として機能しています。ケアの連続性を確保するため、これらの地域精神保健センターは、全国ネットワークの一部であるプライマリーヘルスケア・センターや、精神保健入院ユニットを持つ一般病院と連携しています。また、薬物依存治療センターと連携するところもあります。

新しい精神保健ネットワークのもう1つの重要な特徴は、人権課題とリカバリーアプローチの発展は、「精神的不調や心理社会的障害のある個人の積極的な参加」なしには達成できないという認識です。生きた経験のある人々（当事者）は、彼らの権利の尊重を主張する専門家で必要なパートナーであるだけでなく、実際のニーズに最も対応するサービスとチャンスの発展を主張する専門家であり必要なパートナーでもあります。そのためには、市民社会グループやユーザーの運動がサービスの計画、提供、評価のすべてのレベルで重要な役割を果たせるよう支援し、エンパワーするネットワークが重要です。いくつかの例をBox4で取り上げています。

Box 4 レバノン、ペルー、ボスニア・ヘルツェゴビナ：市民社会と有意義な参加の強化

レバノン、ペルー、 ボスニア・ヘルツェゴビナ

市民社会の組織と生きた 体験者の有意義な参加を 強化する



レバノンでは、精神保健と薬物依存に対する戦略（レバノン2015-2020、戦略目標1.4.3）（577）に沿って、公的保健医療省の国家精神保健プログラムは、パートナーと協力して、現在、独立した精神保健サービスユーザーの協会の設立を促進しています。生きた経験のある人々（当事者）の適切な代表に向けて取り組むことは、レバノンの精神保健政策の開発、実施、評価への彼らの完全参加を達成するために不可欠です。2020年現在、最初のサービス利用者協会の設立が、市民社会組織、国際NGO、パートナーのネットワークからの支援とサポート、及び国家精神保健プログラムからの技術サポートを受けて進行中です。プログラム内では、サービス利用者の参加が、政策立案活動や国家規模のキャンペーンの設計、実施、見直しを含む国家的なアドヴォカシー活動において一貫した要素であるように、精神保健戦略の実施において不可欠な要素となっています。

レバノンのQualityRightsプログラムでは、QualityRights評価者の採用と訓練において、生きた体験者の代表と参加が考慮されました。訓練を受けた40人のQualityRights評価者のうち8人はサービス利用者または生きた体験者であり、ピアサポートとして以前働いていたサービス利用者も含まれています。さらに、生きた体験者とサービス利用者は、QualityRights能力開発訓練セッションと2020年初のマスタートレーナー訓練における参加を確保しました。

ペルーでは、心理社会的障害のある人たちの団体が法律や政策の改革を推進するために積極的に活動してきました。例えば、心理社会的障害のある人たちとその家族の組織であるアラモ協会は、地域に根差した精神保健モデルの実施の引き金となった2012年の法律29889号の起草と採択において重要な役割を果たし、2018年の法的能力に関する画期的な改革では、障害のある人の法的能力を認めるための民法見直しを担当する議会の委員会にアラモが参加しました。同様に、生きた体験者と関連団体で構成される新しく設立された精神保健と人権のための連合は、障害に対する権利に基づくアプローチを確保するために、2019年の精神保健法の規定の起草に大きく貢献しました。このような肯定的な影響例にもかかわらず、精神保健政策の設計、実施、モニタリングにおける精神的不調や心理社会的障害のある人の参加は、まだ限定的で断片的です（584）。これを認識し、ペルー保健省は、地域精神保健センターで提供するサービスを強化する行動の一環として、サービス利用者組織の創設と参加を促進しています（585）。こうした取り組みの一環として、2019年に全国ユーザーと家族の協会（Ayni Peru）が設立され、他の地域や地方の組織との取り組みを補完し、明確化することになりました。ある研究プロジェクトが示唆するように（586）、これらの組織は、人権に関する議論や支援付き意思決定を実施予定の一部として組み込むことによって、さらに強化されるでしょう。

ボスニア・ヘルツェゴビナには、市民社会組織として結成・登録された精神保健の課題のある人の団体が十数団体あり、その中には専門家を雇用し、心理療法や作業療法、その他の定期的な活動を行う日常センターなどのサービスを提供しているところもあります(587)。これらの組織に共通しているのは、メンバーやその家族に対する心理教育の提供、特に長期入院後の生活スキルの向上の支援、グループセラピー、カウンセリング、作業療法、音楽療法の提供、社会福祉に対する利用者の権利行使の支援、セルフアドヴォカシーなどの各種トレーニングの開催です。また、精神的不調や心理社会障害のある人々は、例えば全国キャンペーン「A Person is Person」のように、スティグマへの対策としてアドヴォカシーやキャンペーンに積極的に参加しています。このキャンペーンは、精神保健及び精神的不調のある人々に関する認識を高めることを目的として、人々を日常生活を送っている地域の一員として描いています。

4.3 結論

この章を通して実証されたように、精神保健サービスは、1つの包括的で統合されたサービス及び制度のネットワークの一部として考えられる必要があります。精神的不調や心理社会的障害のある人たちが利用できるサービスは、各人のニーズの多様性や複雑性を反映すべきです。より一般的には、一般市民が利用できるすべてのサービスは、精神的不調や心理社会的障害のある個人も利用できるべきであるということが人権の要請です。障害者権利条約に反映されたパラダイムの転換は、精神保健ケアは社会的インクルージョンにつながるさまざまな側面の1つを表すに過ぎないという、全人的なアプローチを求めています。

このセクションで挙げたさまざまな例は、これらのサービスのネットワークが、提供するサービスにおいて住宅、雇用、教育、社会的な保障、その他の支援の重要性を認識していることを物語っています。保健と社会サービスの統合は、リカバリー、地域へのインクルージョン、心理社会的障害のある人々の人権の完全な実現を促進するうえで中心的な役割を果たすものです。この統合は、あらゆる場所で強化され、支持される必要があります。この文脈では、社会サービス部門や非営利団体との強力な協力関係を築くための継続的な取り組みが必要です。最後に、このような包括的なネットワークを構築するためには、人権を尊重し、リカバリーのアプローチを採用した地域に根付いたサービスを継続的に発展させるための強力かつ持続的な政治の責任ある役割が不可欠です。

このセクションでは、精神保健において世界中で起こった変革の一部を紹介し、確立されたネットワークや変革に向かっているネットワークの優れた実践例に光を当てていますが、これらの国々やその他の国々で行われているすべての進歩を網羅的に表現し尽くすことを意図していません。最も重要なことは、あらゆる精神保健システムやサービスのネットワークの発展は、地域の状況に敏感である必要があるということです。このセクションでは、人権とリカバリーを志向する精神保健ネットワークを実現するための共通の特徴や重要なステップをいくつか紹介しましたが、各国は改革プロセスのために独自の特殊性を考慮する必要があります。しかし、すべての国は、人権とリカバリーアプローチが妥協なく、改革の努力の中心にあり続けることを保証すべきなのです。

第5部

ガイダンスと アクションステップ

人権を精神保健システムの中心に据えることが、サービスの提供を拡大し、サービスの向上を図る機会になります。「持続可能な開発のための2030年アジェンダ」(588)と国際人権の枠組み(障害者権利条約を含む)では、あらゆるところで人権を守り、インクルーシブな社会を構築し、誰一人取り残さないという政府の責任と義務を力説しています。これらの責任と義務は、人権を尊重する精神保健と社会的支援サービスを強化するための行動と関心、資源を結集する絶好の機会です。世界保健機関は世界的な活動プログラムと「WHO 包括的メンタルヘルス・アクションプラン2020-2030」を通じて、この課題に対応するために包括的な方法で取り組んできており、アクションプランは以下に示す国々の推奨された実行段階の多くの基礎となっています。

政府、保健医療・社会福祉の専門職、NGO、障害のある人々の組織、その他の市民社会の人や組織と関係者は、国内のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(すべての人が適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを支払い可能な費用で受けられる状態)や、より広範な社会システムに精神保健のためのグッドプラクティスのサービスやサポートを導入し、拡大する決断力ある行動をとることで、人権を保護し促進しながら、その国の住民の健康とこちよく健やかで幸福な状態を向上させる大きな進歩を達成することができます。政策、法律、サービスモデル及びその提供、医療従事者、資金調達、情報システム、コミュニティ、さらには実施される研究の方向性や種類に至るまで、各国が取ることのできる行動は多岐にわたります。国内の異なる人や組織や関係者は、特定の地域の状況に応じて異なる役割と責任を担うこととなりますが、アドヴォカシーやその他特定の市民社会関連の分野を除いては、政府が行動の大部分で主導的な役割を果たします。

5.1 精神保健に関する政策と戦略

人権とリカバリーアプローチを戦略的な政策とシステムの課題の最前線に置くことによって、精神保健の政策と戦略の新たな方向性は、政府とコミュニティに対して大きな社会的・経済的・政治的利益をもたらす可能性があります。これには、保健部門と社会部門間の強力な連携と、政策と戦略の開発と実施のための包括的なプロセスが土台となる必要があります。また、診断から心理的介入や薬物療法までの医療介入の重要性を認識しつつ、ただそれだけに焦点を当てるのではなく、住居、教育、所得、インクルージョン、人間関係、社会的つながり、意義などの他の重要な生活領域と健康の決定要因を損なわずに、人権モデルを含む思考への転換が必要です。

「WHO 包括的メンタルヘルス・アクションプラン2020-2030」が推奨するように、人権に基づくアプローチの基本政策は、強制をしないこと、法的能力の尊重、地域で生活する権利、リカバリーアプローチなどの原則を明確に踏まえることを求め、また、これらの原則が保健と社会のシステム全体で意義あるように、かつ体系的に履行される方法を求めています。従来の一元的な生物医学モデルから、障害者権利条約に基づく人権モデルの実践的な実施へのパラダイムの転換は、精神保健に関連するすべての政策と戦略において基盤となり、単なる形式的なテキストの1行や1つの段落だけでなく、すべての関連する政策と戦略の領域全体に統合される必要があります。以下 Box5では、精神保健政策、戦略、制度に必要な重要な変革の一部を説明しています。

Box 5 政策、戦略、制度に対する主要な方向性**精神保健政策、戦略、制度の主要な方向性 (589)**

人権に基づいた本人中心のリカバリーアプローチを統合するには、政策、戦略、制度の有意義な変革が必要です。これには以下のことが含まれます。

- i. 市民社会の関与を強化すること——特に生きた体験をした人たちとその団体の関与や、政策立案と実施の意思決定プロセスにおける関与^{注 ah)}。
- ii. 脱施設化の達成を成功させるために、精神科病院から地域ケアへの転換を実現するサービスの再編と資源の再分配。
- iii. 人権とリカバリーの原則とエビデンスに従って発展し、全国に拡大し、精神保健を一般の保健医療に統合する地域に根差した精神保健（クライシス対応サービス、地域精神保健センター、病院を基盤としたサービス、コミュニティ・アウトリーチサービス、ピアサポートサービス、支援付き居住サービスを含む）の範囲を明確にすること。
- iv. 精神的不調及び心理社会的障害のある人々の支援ニーズに包括的に対応するために、保健部門と社会部門の役割と責任を明確にすること。
- v. 強力で訓練を積んだ多職種（コミュニティワーカー、医療従事者、精神保健専門職、ピアサポーターを含む）の人材育成を行うこと。その人たちが人権とリカバリーの原則に対する知識と理解を日常の業務に応用して、精神的不調及び心理社会的障害のある人々を支援すること。
- vi. 古い時代遅れのモデルではなく、エビデンスと人権に基づく実践への予算と資金提供。
- vii. 人権が尊重されることを確保するためのサービスの認承とモニタリングを含む質の向上。
- viii. 人権に沿った政策とシステムの改善を評価し、より良い情報提供を行うための情報システム。
- ix. 健康の社会的決定要因に対応する予防と促進の取り組みを実施すること。
- x. 精神的健康に対するコミュニティの理解を強化すること。アドヴォカシー、スティグマや差別の撲滅、精神的健康や医療に関する正しい情報を入手して、理解し、活用する能力の向上を含む。

重要な政策領域の1つは、保健部門と社会部門（教育、住居、雇用、社会的な保障）の間に築かれる接点と協力関係に関わります。保健と社会の部門間で共同の方針を策定し、強力な連携を図ることによって、政府は精神保健の主要な要因に対処し、ケア、支援、コミュニティ・インクルージョンなどのより包括的な対応を一層実現できるようになります。複数部門からの強力で調整されたリーダーシップ、責任プロセス、そしてシステム全体での調整を可能にする手段が必要です。これにより、政策レベルから現地のサービスレベルでの実用的な実施まで、協働が機能することになります。

政策と戦略の開発、明確化、実施の全プロセスは、従来こうした分野の対話に参加していなかった精神的不調や心理社会的障害のある人々を含む、すべての関係者の積極的な参加を必要とします。各々の

注 ah) 地域に根差したサービスの利用を確保し、施設からコミュニティへの移行を支援するためには、資金を増やす必要があります。

関係者は議論に独自の貢献をもたらします。精神的不調や心理社会的障害のある人々は、経験から、有益なサービスや支援のかかわりの種類を知っています。家族や他の支援者は、自分たちの親族やまた自分自身に対する支援ニーズに関する独自の視点を持っています。精神保健ワーカーとソーシャルケアワーカーは、精神的不調や心理社会的障害のある人々をサポートするための長年の訓練と経験を通じて得た専門知識を提供できます。NGOは、地域での持続的な関わりとアウトリーチのための諸々のつながりと能力を持っています。人権活動家、障害のある人々の組織、弁護士、警察など、他にも多くの立場の人が独自の経験、視点、有益な貢献を提供できます。

本人中心のアプローチ、人権に基づくアプローチを統合するための鍵となる国内行動

人権とリカバリーアプローチを精神保健の政策、戦略、システムの問題の重要な側面に位置させるための主要なステップは、各国が以下の行動を実施することを求めます。

- 包括的で本人中心、かつ全人的なリカバリー志向のアプローチへの転換を明確に促進すること。その際に、人生全体のあり方を考慮し、治療における意思と選好を尊重し、強制的な手法を用いず、国内の精神保健政策や戦略において参加する権利とコミュニティ・インクルージョンの権利を促進すること。
- 人権と本人中心、かつリカバリーに基づくアプローチを、すべての主要な政策、戦略領域、制度の問題に統合すること。
- 教育、雇用、社会、その他の関連する部門において、社会的なつながりと尊重を重視する環境を創り出すこと。
- 精神保健システムとサービスが、精神的不調と心理社会的障害のあるすべての人々のために社会的サービスやサポートを連携する方法とそれを実現するための責任体制やプロセスを、政策と戦略において明確にすること。
- 政策において、脱施設化を確固としたものとし、これに明確な進行計画と具体的な評価基準を備えた戦略と行動計画を伴わせること。その他にも、精神科病院への新規入院の一時停止、脱施設化の過程での施設と人権に準拠した地域でのサービスへの二重資金援助をし、徐々に施設から地域でのサービスへの公的資金の再配分をして、適切な地域でのサポート（経済支援、住宅支援、雇用機会、関連するトレーニング、在宅支援、ピアサポートなど）を開発してゆくこと。
- 政策と戦略において、異なるタイプの人権志向的で地域に根差したサービスがどのように提供されるかを示すこと。その中にはクライシス対応サービス、地域精神保健センター、病院を基盤としたサービス、コミュニティアウトリーチ・サービス、ピアサポートサービス、支援付き居住サービスなどが含まれます。そして、それらが法的能力、強制をしないこと、生きた体験、参加、リカバリー原則、コミュニティ・インクルージョンをどのように尊重するかを示すこと。
- サービス内（590）及びコミュニティ内（591）でのピアサポートの提供の支援を約束すること。精神保健サービスと経営上関連していない独立したピアサポート組織によるものが好ましいでしょう。
- 政策において、政策を展開し、実施するためには生きた体験が特に重要であることを認識して明確に示し、正式なものとする。そして、立法者との定期的な円卓討論のような戦略を含めて、この目的のために、NGOやその他の市民社会のアクター、特に精神的不調や心理社会的障害のある人々とその組織と緊密に協議し連携すること。
- 人権侵害を監視し、なくすことに責任を持ち、それを実現するためのシステム全体の戦略を提示すること。

5.2 法制度改革

特に精神保健に関連する国内法令は、人が権利を享受し行使できる度合いに直接的かつ重大な影響を及ぼします。WHOの「包括的メンタルヘルス・アクションプラン2020-2030」で強調されているように、障害者権利条約の要請に法制度を適合させるために締約国には重大な努力が必要とされます。障害者権利条約及び同条約の障害に対する人権を基礎としたアプローチは、人権が普遍的なものであることを強調し、現在ある精神保健法に異議を唱えています。障害者権利条約は障害に基づくあらゆる形態の差別を否定し、精神保健と関連サービスが提供される方法の転換を求める支援パラダイムを積極的に提案しています。代行意思決定及び強制的措置、施設収容は、法的能力行使とコミュニティでの自立生活、その他の人権への支援に置き換えられなければなりません(37)。障害者権利条約の基本原則の促進は、例えば選挙、結婚、就労、教育などについて、中でも精神的不調や心理社会的障害のある人に対して直接的に影響する精神保健関連法とその他の法律について、大幅に徹底した見直しをすることを要請しています。

保健医療関連では、法改正は、精神的不調や心理社会的障害のある人の保健医療をより利用しやすいものにし、法律の前に等しく認められる権利と法的能力の権利、インフォームドコンセントの権利、医療記録を保持または伏せておく権利、守秘を求める権利、司法手続利用の権利、意思決定の支援を利用する権利、身体的自由と安全の権利、コミュニティ・インクルージョンの権利、搾取、暴力及び虐待、並びに拷問または残虐な、非人道的なもしくは品位を傷つける取り扱い、もしくは刑罰からの自由の権利を含む諸権利が、他の者との平等を基礎として確実に実現されるために重要な役割を果たすことができます。医療における法的責任と医療過誤に関する法律は、医療者が、危害のリスクを回避する手段として隔離拘束を使わずに、むしろ人々の権利の尊重を促進するように、さらなる改善が必要です(34)。

教育、就労、社会福祉、住居、保健、司法、結婚、契約などにおける差別を防止するためには、他の分野での行動に関連する法律の改革も同様に重要となります。就労、選挙、結婚、親権、契約、財産関連の権利に関する法律について、いくつかの世界的調査で心理社会的障害のある人が作為的に深刻な差別を受け、その権利を否定されていることが強調されています(463, 592-594)。精神的不調や心理社会的障害のある人だと医療保険が拒否される国もあります(595)。

同時に、法令で使用されている差別的な言葉遣いを改革する必要があります。精神的な健康に関する診断を受けた人の社会的または公的生活への参加——市民的・政治的権利——を制限する根拠として「精神異常」「気ちがい」「馬鹿」「白痴」など、他にも軽蔑的な用語をいまだに使用している国が多くあります。例えばインドでは、2012年の調査によると約150の古い法律が現在も運用されており、「精神異常」「心身欠損」「無能力」「心身薄弱」などの用語が、精神的不調や心理社会的障害のある人の法的能力の行使の権利を否定するために使われていることがわかっています(596)。

以下 Box6 に示すように、すでに多くの国が、障害者権利条約に寄り沿うように画期的な法改正に取り組んでいます。

法改正：

コロンビア、コスタリカ、インド、イスラエル、イタリア、ペルー、フィリピン

多くの国々が、国内法規の異なる要素が精神的不調や心理社会的障害のある人々の権利を尊重し、保護し、実現するためにどのように機能するかを示す画期的な法改正を可決してきました。

イタリアは、1960年代と1970年代に脱施設化を先駆けて行い、1978年には「バザーリア法」として知られる180号法（597）で、大転換の法改正を施行しました。この法律は、後に一般保健法833号に含まれ、強制治療の使用を制限しつつも存続させてはいるものの、人権に焦点を当てた法改正の初めての成功例とされています。バザーリア法は、新しい精神科病院の建設と既存の精神科病院への新患者の受け入れを禁止し、それらは徐々に閉鎖されることとなりました。この法律はまた、強制治療に厳格な制限を設け、地域に分散し地域に根差したサービスのネットワークの発展を促進しました。

過去5年間に、コスタリカ（2016年）（598）、ペルー（2018年）（599）、コロンビア（2019年）（600）は、障害のある人の法的能力の行使に対する障壁を取り除く重要な立法改正を実施しました。特に、ペルーの改革は国際的に認められ、障害者権利条約第12条の実施における重要な一歩と見なされています（571）。立法第1384号は、民法、民事訴訟法、公証人法から障害に基づく法的能力の制限をすべて廃止しました。また、障害のある成人の市民後見制度も廃止されました。この改革により、心理社会的、知的、認知機能障害に関連する理由は、もはや法的能力に対する制限を正当化するために使用されなくなりました。さらに、この改革に基づいて、2020年の精神保健法規則には、サービスユーザーの法的能力と精神保健サービスに関する支援された意思決定の役割を承認する一連の規定が含まれています（601）。

他にもいくつかの国々は、人権アプローチを精神保健の立法に取り入れるための前向きなステップを踏んでいます。これらの国々の立法はまだ障害者権利条約との整合性が完全でないかもしれませんが、精神保健に関するより進歩的な法律を可決した国々の中で、これまでのところ最も良い例を示しています。例えば、2017年にインドは新しい精神保健法（602）を可決しました。この法律には、精神的不調や心理社会的障害のある人々の権利を保護するための重要な規定が含まれており、精神保健ケアへのアクセス権を認めること、事前指示の作成や指名代理人の任命の可能性、自殺の非刑罰化、隔離と独房監禁の禁止などが含まれています。同様に、フィリピンも2017年に初めての精神保健法（603）を可決し、事前指示、支援された意思決定、脱施設化を取り入れました。

法改正は、地域に密着したサービスや支援へのアクセスを促進するための手段としても機能します。例えばイスラエルでは、2000年の「精神障害のある人の地域社会でのリハビリテーション法」（604）が、精神的不調や心理社会的障害のある人々に支援付き住宅、雇用、成人への教育、社会的または余暇の活動、家族支援、歯科医療、ケースマネジメントを含む一連のサービスとプログラムを提供しています。

本人中心のアプローチ、人権に基づくアプローチを統合するための鍵となる国内行動

障害者権利条約及びその他の国際人権基準に適合するように精神保健法を改正する際に、各国はいくつかの重要な措置を講じる必要があります。それには以下の項目が含まれます。

- 法令が精神的不調や心理社会的障害のある人々とその人たちの団体の権利を促進し保護し、ニーズや要請を満たすことを確実にするために、法改正のプロセスにそれらの人々を積極的に参画できるようにすること。
- 法改正を始める前に主要な立法関係者（国会両院議員、自治体議会関係者など）の技能養成をすること。
- 精神保健法を含む法制度を障害者権利条約に適合させるために、法律の廃止、修正、新立法が必要になる法律を特定するための、法制度審査方法を確立すること。
- 教育、雇用、社会福祉、住宅、健康、司法、家族を持つ権利、政治的または公的生活に参加する権利に関連する法律の、すべての差別規定を撤廃すること。
- 後見制度とその他の代行意思決定に関する法律を廃止し、法的能力を承認し、事前計画及び意思と選好の最善の解釈の原則を含む支援付き決定を促進する法律に転換すること。
- 精神的不調や心理社会的障害のある人が治療や療養の決定を自ら行う権利を促進し、（クライシスの間に医療福祉機関によって覆されない）事前計画書や支援付き決定を含む障害者権利条約に従った法令を確立すること。
- 薬物療法、電気けいれん療法、優生手術、その他の不可逆的な医療行為を含めて、入院や治療は医療ユーザーである人々の自由なインフォームドコンセントに常に基づくことを要請する法律を確立すること。
- 健康法令と精神保健法令に、非自発的入院と非自発的治療、隔離拘束を含む強制的な措置に代わる方法を定める条項を規定すること。
- クライシスや緊急状態の時に、支援付き決定、安心できるレスパイトの場所、ディエスカレーション戦略を含む支援と配慮を定める条項を法令に規定すること。
- コミュニケーションが取れない場合に、本人の意思と選好、あるいはその意思と選好の最善の解釈を決めるための手続きを法令に定めること。
- 医療福祉従事者と家族のケアの法的責任と義務に関する法令が、強制措置を助長したりその結果を招かないことを確実にするように、民事法と刑事法を改正すること（34）。
- 人権を侵害する職員に対する通報、再教育、解雇、処罰のための説明責任を持った組織を創設すること。
- 不服を調査する確固とした制度を含めて、精神的不調や心理社会的障害のある人のための医療福祉を監視する組織と法律を確立し、その活動に心理社会的障害のある人とその団体が、実りのある参加をすることを確実にすること。
- 利用可能でアクセス可能な無料の法律扶助の提供を確保すること。

5.3 サービスモデルと地域に根差した 精神保健サービスの提供

これまで地域に根差した精神保健というと、人々が日常生活を送る上でより利用しやすい地域で提供されるべきだということが意図されてきました。しかし、ケアや支援は個人に適したものであり、インクルーシブで包括的なものであり、権利に基づき、自立生活とコミュニティ・インクルージョンに積極的に貢献するものであることも不可欠です。さらに、地域に根差した精神保健福祉は単一のものではなく、人々に必要なさまざまな支援、特にクライシスサポート、継続的な治療とケア、地域生活とインクルージョンに対応するためのサービスと関わりを含んでいます。サービスの範囲には危機対応サービス、地域精神保健センター、病院を基盤としたサービス、コミュニティアウトリーチ・サービス、ピアサポート・サービス、支援付き居住サービスが含まれますが、それに限られるものではありません。これらのサービスがどのように運用されているかは、地域や国によって大きく異なります。サービスは、提供されるサービスや支援の活動に関しては重なり合うことがあり得、また、同じタイプのサービスがさまざまなところで非常に異なる原理によって、とても異なる方法で運営されることもあります。例えば、ある場所における地域に根差した精神保健センターは、クライシス対応、コミュニティアウトリーチ、継続的な治療とケアなどの多くの機能を提供するかもしれませんが、別の場所や地域の違うセンターは、その他の機能を他のサービスが提供することで、ずっと狭い機能だけを提供するかもしれません。特に、多くの国や地域では、サービスがまったくないか最小限である場合があります。

精神保健サービスがどんなによくても、それだけで精神的不調や心理社会的障害のある人、特に生活に困窮し、住居、教育、収入を得る手段がない人のすべてを支えるには十分ではありません。こうした資源、機会、権利を利用できることは、人々が有意義な人生を送り地域に完全に参加することを支援するために極めて重要です。そのため、精神保健サービスと社会事業部門が实际的で有意義な方法で関わり合い協力し合うことを確かなものにするのが重要です。最終目標はクライシスサポート、継続的な治療と支援、コミュニティ・インクルージョンといった主要な機能に包括的に取り組む精神保健サービスのネットワークを、各国が独自に開発することです。このネットワークに含まれるべきサービスの種類、それらがどのように補完し合い協働していくか、また、それらが社会部門や他の部門と途切れることなく連携するためどのような結び付け方があるかを注意深く検討する必要があります。

すべての国において家族やケアラー、支援者ならびに地域のネットワークは、これらの機能のいくつかを提供し、多くの人に支援を提供できるかもしれません。この支援は非常に重要なものである可能性があります。例えば家族の支援は入院率と入院の継続を減少させ (605, 606)、また、精神保健上のクライシスを減少させ、リカバリーを向上させること (607-611) が証明されています。しかし、低中所得のほとんどの国では、家族とインフォーマルなケアラーは、精神的不調や心理社会的障害のある人たちのための支援の唯一の資源になっています。介護責任を女性が担うべきだとすることによるジェンダーを理由とした不平等から、支援を受ける側の自律とプライバシーの喪失に至るまで、さまざまな問題状況を引き起こしています。したがって、政府が提供するフォーマルなサービスが家族や地域が提供する支援を補完するために常に必要になります。さらに、そのサービスの支援は直接的に家族や世話に当た

る人自身のためにもならなければなりません。これによって家族や養護者の精神保健を増進し、ストレスや不安などの症状を減少させ（610）、身体的健康を改善すること（612-614）が証明されています。

特に低中所得の国では、伝統的な信仰に基づくヒーラーや組織が多くの人にとって最初の拠り所になることが多いです。それらの人々は世話や支援の提供において重要な役割を果たし得るものですが、それらのサービス提供者によって鎖でつながれたり、他の強制的な方法が行われている事例の詳しい記録がたくさんあります（107, 615, 616）。ですから、心理社会的障害がある人のサービスのネットワークは世話と支援のよい側面だけを保持して、強制を終わらせるように取り組む必要があります。

地域に根差したサービスのネットワークの開発はゼロから始める必要はありません。どの国においても精神保健制度が現在直面しているあらゆる問題や課題にもかかわらず、各国の多くのサービスは、人々が有意義で役に立つと感じ、希望とリカバリーを増進し、尊厳と権利を尊重する世話と支援を提供しています。各国にとって重要な任務は、グッドプラクティスのサービスを明らかにし、あるべき状態とのギャップがある場合は改善し、地域や国全体に拡大することです。

WHOはQualityRightsの評価ツールキット（Box7参照）を開発しました。それは、病院、クライシスサービス、アウトリーチサービス、支援付き居住サービス、地域精神保健センターを含む、あらゆる種類の精神保健サービスと福祉ホーム（social care home）の質及び人権原則との整合性の程度を障害者権利条約（6）に沿って評価することに使えます。さらにWHOは、各国がQualityRightsによる評価によって明らかにされたあるべき状態との乖離に基づいてサービスを変革し改善することを支援するための変革ツール（617）を開発しました。ガイダンスの重要な特徴は、精神保健と社会福祉サービスにおいて人権に基礎を置くアプローチを達成する前提条件になるサービス文化と権力関係の不均衡を変える過程に関するものです（617）。

Box 7 WHO QualityRights 評価ツールキット

精神保健と社会福祉の場における質と人権を評価し改善するためのWHO QualityRights 評価ツールキット

WHO QualityRights 評価ツールキットは、各国が障害者権利条約に基づいた基準に従ってサービスを評価し、法的能力、治療へのインフォームドコンセント、支援付き意思決定、事前指示、暴力と強制と虐待からの解放、コミュニティ・インクルージョンに関連する問題（6）をカバーすることを可能にしています。2012年の発行以来、少なくとも47カ国（618）で1つ以上の精神保健サービスの評価が行われています。

ヨーロッパ地域では、WHOヨーロッパ地域事務局のヨーロッパ地域の施設に住む精神的不調、心理社会的障害、知的障害のある人を対象としたプロジェクトの一環として、QualityRights 評価が2017年に24のWHO加盟国内の75施設で実施されました（619）。

2014年から2016年にかけて、インドのグジャラート州では、保健・家庭省によって精神保健サービスの広範な評価が行われました。これらの評価は各サービスの個別の改善計画の策定と、WHO QualityRightsのツールと方法論を使用した包括的な能力開発プログラムの展開ともに行われました（620, 621）。グジャラート州の経験は州全体のサービスにおいて大きな肯定的な影響を示しました。12カ月の間にサービスの質と人権の状況が大幅に改善され、法的能力とインフォームドコンセントに関する基準において重要な進展が見られました。さらに、

サービススタッフのユーザーに対する態度が大幅に改善され、ユーザー自身も提供されるサービスに対して有意義で満足の数多くのものと感じることが報告されました (621)。以下のビデオは、WHO QualityRightsのツールを使用したグジャラート州における能力開発の経験の一部を紹介しています。

WHO : Providing “QualityRights” in mental health services (Gujarat, India)

https://youtu.be/phd_PoHuL9c

レバノンでは大臣の決定により、すべての精神科病院と一般病院内の精神保健入院病棟、および社会福祉機関において、WHO QualityRights 枠組みを使用して、ケアの質と人権に関する評価を受けることが義務づけられています (582)。包括的な精神保健制度改革の一環として、精神保健専門職、ソーシャルワーカー、弁護士、精神的不調や心理社会的障害のある人を含む20人のサービス評価要員が集められ、WHO QualityRightsのトレーニングプログラムを受講しました (622, 623)。5つのサービスが既に評価を受け、いくつかはQualityRightsのサービス変革のために標準化した方法を使用して改善計画を策定し実施しています。これらのサービスは既に、サービスを利用する人々の生活に大きな影響を示しています。以下のビデオは、レバノンにおけるサービス変革と改善プロセスの一部を紹介しています。

WHO : Improving mental health care in Lebanon

https://www.youtube.com/watch?v=TllB_LgeYpc

WHOのQualityRightsと連携した文化の転換に向けた運動は、より多くの想像力と柔軟性によって、現状のサービスの発展と新たなサービスの開発を可能にするでしょう (15)。このガイダンスで強調されているサービスの多くは、そうした展開に対する着想を与える役割を果たすでしょう。その目的は記載されているサービスの正確な模造品を作ることではなく、それらがどのようにして発展し、どのようにして障害者権利条約の価値と原理とともに機能し、どのようにしてリカバリーアプローチを組み入れているかということから学ぶことです。最も重要なことは、法的能力の支援、強制のないサービス、参加、リカバリーアプローチ及びコミュニティ・インクルージョンに導かれたサービスの創造と、同時にそのサービスが役立つように地域に根差し、根付くことを確実にすることです。

本人中心のアプローチ、人権に基づくアプローチを統合するための鍵となる国内行動

真に本人を中心に置き、リカバリー志向で、人権に基礎を置き、個人が主観的、客観的に必要とするあらゆるものに応える地域精神保健制度の発展のために、各国は以下の行動をとる必要があります。

- クライシスサポート、継続的な治療とケアそして地域生活とインクルージョンを提供する地域または国が、地域に根差した精神保健福祉サービスのネットワークを開発すること、また、そのサービスは社会部門と交流し、施設が残存している国においては脱施設化の工程に着手すること。
- そのネットワーク（クライシス対応サービス、地域精神保健センター、病院を基盤にしたサービス、コミュニティアウトリーチ・サービス、ピアサポート・サービス、支援付き居住サービス）の中で、本人を中心に置き、インクルーシブで、包括的な、権利に基礎を置いたサービスを開発すること。
- サービスが、家族、ケアラー、その他の支援者に十分な援助を提供することを確保すること。

- 家族、ケアラー、支援者に、リカバリーの過程を支えるための教育と知識、手段を提供すること。
- 国によっては伝統的な信仰に基づくヒーラーや組織が提供する役割や支援に十分配慮し、それらの人や組織が提供するケアや支援の有益な面を活かし、同時に強制を確実にやめるように努めること。
- 地域に根差した精神保健サービスを国際人権基準、特に障害者権利条約に適合させること、強制的対応に対する代替方法を使用し、法的能力を尊重し、参加とコミュニティ・インクルージョン、リカバリーアプローチを促進するサービスであること。
- 強制治療および身体的、機械的、化学的拘束と隔離を含むその他の強制の使用に反対するサービス水準を定めた政策と実践を導入すること、それらは支援付き意思決定、事前計画及びリカバリー計画を利用するものであること。
- サービスにおける考え方や文化の変換に取り組むことによって好ましいサービス文化を育成し、そのサービスを利用する人々の人権を促進するためにサービス担当者の知識と技能を構築する訓練を提供し、サービスの開発と設計、提供が常に生きた体験をした人たちの経験と専門性に基づくことを確保すること。
- さまざまな治療と支援の選択肢を提供し、全人的なりカバリー志向のアプローチをカバーし、治療の選択肢による利益と起こりうる害悪を含めた情報を提供し、それによって完全なインフォームドコンセントを可能にするサービスを創出すること。
- 一般の人が利用できるあらゆるサービスと支援、例えば社会的な保障の計画、住宅、養育、家族支援、スポーツクラブなどが、精神的不調や心理社会的障害のある人にも利用でき、インクルーシブであって、それらの人々のニーズに応えるものであることを確保すること。
- 精神的不調や心理社会的障害のある人のために、手頃な価格の支援付き住宅、教育、雇用、収入創出の機会を提供し、地域生活のあらゆる局面で統合を支援することを可能にする社会サービスと共同すること。
- ユーザーにとって何が助けになり、何は助けにならなかったか、具体的な訴えと支援をよりよくするには何をすべきかについて、ユーザーの見方を理解するために、自由で匿名の意見を積極的に集めて応えること。
- WHOのQualityRights ツールキット（または類似のもの）を使ってサービスを定期的に独立に評価し、サービスの変革のためのガイダンスとトレーニングを使って、究明されたあるべき状態との乖離に対処するための行動をとること（6, 617）。
- サービスを使っている人たちが、人権や本人を中心にしたアプローチに対する違反について警告または不服を、自分たちの継続的なケアに悪い影響があることを恐れることなしに、提起することができるよう独立のアドボカシー・サービスを提供すること。
- 人種、皮膚の色、性、言語、宗教、政治的またはその他の意見、国籍、民族、先住民、社会的出自、財産、出生、年齢、その他の地位によって差別されることなく、特定の精神保健福祉支援を必要とするすべての個人と個人のグループのために、サービスが利用可能で、アクセスしやすく、文化的に受け入れられるものであることを確保すること。

5.4 資金供給

多くの国では精神保健に十分な投資をしていない結果、利用が限られ質の悪いサービスが提供されています。さらに中低所得の多くの国では、精神保健福祉は公的保健制度が提供するサービスや、または、医療保険の仕組みが扱うサービスの組み合わせの中に含まれていないか、または、極めて限られたものであることが多いです。精神科病院は精神保健福祉に関する保健医療費の最大の割合を受け取り続けています。WHOの2017年メンタルヘルス・アトラスは、中低所得の国では精神保健福祉予算の80%が精神科病院にいくが、高所得国では35%であると報告しています(5)。

以下の例が示しているように、費用分析によると、入院経費は地域における同等の治療とケアと支援の経費を上回ることが多いことを証明しています。例えばイスラエルでは、成人の入院1泊の経費は476イスラエル・シェケル(₪)(145米ドル)^{注ai)}です。これに比較して地域の支援付き住居は、提供される支援の程度によっては1日あたり40~394シェケル(₪)(12~120米ドル)^{注aj)}です(624)。同じように米国のメリーランドでは、居住型クライシスサービス(このサービスがなければ短期精神科入院患者ユニットで治療されてしまう人に、急性期ケアを提供する地域の住居)における治療の平均経費は3,046米ドルですが、一般病院の入院経費は5,549米ドル(44%割高)です(625)。ペルーでも、精神科専門病院の外来診療の平均単価は59米ドルなのに対して、地域の精神保健センターでの外来診療の標準は12米ドルで、5倍の節約になります(566)。もう1つの比較として、ナイジェリアでは1回の精神科入院経費は3,675米ドルで、外来通院90回分に相当します(626)。

精神保健における悪しき慣行を維持し強めるように作用する誘因を温存する事例は、改められる必要があります。温存の誘因には以下の例が含まれるでしょう。

- 通院患者サービスは、地域に根差した場で病院より低額で提供できるのですが、病院を使う入院患者に対する方に、より高額な費用または償還金が支払われてしまう(公的健康保険か医療保険のいずれかから)こと。例えばトルコでは、精神科病院での治療は一般病院の精神保健ユニットよりも30%高い支払が発生します(627)。同じように、米国の418の病院に関する調査によると、精神科医療における入院1回あたりの平均請求額は、医療提供のための実費の2.5倍であり、医療保険が適用されるほど入院期間が長くなることが判明しました(628)。
- 医療保険や国の健康保険制度による償還制度は、治療や介入の効果のエビデンスと一致していない可能性があります。医療保険は診断名を要件として、(薬物療法などの)単純で個別的な介入を優遇し、もっと複雑で有益な介入は対象にしようとしません。これは治療の選択肢と選択の余地を制限する影響を及ぼすこととなります。医療保険と国の健康保険制度の償還制度が治療効果のエビデンスと一致しない場合、それらは悪い慣行を強化し、その他のエビデンスに基づく介入の選択肢

注 ai) 2021年3月時点の換算

注 aj) 2021年3月時点の換算

を制限してしまいます。例えば、多くの中低所得諸国といくつかの高所得諸国では、心理療法などの非医療的な形態の治療に比べて、向精神薬の利用は無料か比較的安価で、ずっとよく利用しやすいものになっています(629)。しかし、代替手段の利用の可能性を高めるための注目に値する努力もあり、例えば、アフガニスタンでは2007年から2019年の間に、425の包括的保健センターにおいて820人の心理社会カウンセラーの訓練と配置がされました(630)。

- (例えば電気けいれん療法など) 病院で行われる必要がある処置に比較的高額の支払いが行われることは、その使用がエビデンスと臨床適応に支持されていない状態であっても、その使用を奨励するという逸脱を誘発するように機能してしまいます(631)^{注 ak)}。例えば、ドイツでは電気けいれん療法を用いると1日あたりのサービス特別経費271ユーロ(328米ドル)^{注 al)}が必要になります(632)。

政府により資金供給され、健康保険の仕組みを通じて償還されるサービスや介入の形態を変えることは、各国において、強制を減少させ、本人を中心に置き、リカバリーと人権に基づくサービスと実践を導入し、優先させることにおいて重要な役割を果たすでしょう。

多くのグッドプラクティスすなわちリカバリーと人権に基づいたアプローチに合致する地域に根差したサービスは、非営利のNGOが率先して運営しています。これは、政府の保健医療サービスがこれらのサービスを直接提供しようとするのではなく、政府が、サービスの提供(あるいは継続的な提供)のためにNGOと契約する機会を開くものです。世界の国々では、精神保健サービスを政府が直接的に提供したり、NGOとの契約を通じても提供される複合的な方法を用いる例がたくさんあります。NGOが提供するサービスには政府が直接資金提供する例が多くあります。それには、例えば米国のアフィヤ・ハウス、ボスニア・ヘルツェゴビナのサービスネットワーク、ジョージアのハンド・イン・ハンドなど、本書でいくつか記載したものが含まれます。この形態の転換を行うには、緊密な連携と統合が必要です。そうでないとNGOは容易に隅に追いやられて、全体的な作用として精神保健制度の分断を助長してしまいます。

資金援助が承認されるためには、サービスが厳格な要件を満たさなければならないという契約の枠組みの潜在的な厳格さに、慎重に注意を払う必要があります。要件の柔軟性が欠けていることは、本人を中心に置いたリカバリーアプローチが求める柔軟なアプローチと両立しないことがあります。例えば、健康保険によるピアサポートサービスのための資金供給で、リカバリー計画には費用は支払われるけれども、サービス利用者に会うための交通費は支給されないということは、そのサービスの提供と取り組みの重大な障壁になります。

以下のBox8で示しているように、多くの国が、精神保健制度改革の強力な^{てこ}梃子として資金供給政策と戦略の転換をうまく使用してきました。

注 ak) 電気けいれん療法の使用は極めて稀なケース(カトニア及び治療抵抗性重症うつのみ)に限られるべきで、完全なインフォームドコンセントが得られる場合に限られるべきです。インフォームドコンセントには、当該処置には異論が多く、深刻な有害事象の可能性のあることの情報が含まれなければなりません。電気けいれん療法は適切な麻酔科の協力がある場合のみ使われるべきです。

注 al) 2021年3月時点の換算

ベルギー、ブラジル、ペルー、西アフリカ諸国における改革の重要な梃子として資金調達を活用すること

歴史的に、ベルギー、特にフランダース地域は非常に多くの精神科病院のベッドを有してきました。そのため、ベルギーの精神保健改革の主要な目標の1つは精神科病院のベッドを段階的に廃止し、代わりに外来ケアの選択肢を増やすことであり、特に在宅環境で人々にケアを提供するための訪問チーム（モバイルチーム）を設立することでした。

この改革は公立病院だけでなく、国全体と保健部門全体に関わるものです。ベルギーではほとんどの病院が非営利の私立病院であり、政府による精神科病院の閉鎖は、これらの施設の運営団体に相当額の財政補償を提供する必要がありました。そのため、代わりに、病院に財政的なインセンティブを提供する選択肢が採用されました。これにより、自主的な基準で病院がベッドの削減と地域サービスの拡充を行うことが奨励されました。

資金調達に関して政府は、閉鎖されることになったすべての病院のベッドに対して完全に（ベッドが満床として扱われる水準で）資金を供給することに同意しました。資金を失うことなくベッドが閉鎖されたことで、利用可能な臨床スタッフの時間が解放され、設立されていた訪問チームで勤務できるようになりました。

4年間にわたり地域での訪問チームも政府から大幅な財政支援を受け、チームの医学的スーパービジョンや精神科医による訪問の費用も、政府資金で完全にカバーされました。これにより、在宅治療が地域に根差した訪問アウトリーチサービスのユーザーに完全に無料で提供されることが確保されました。

ベルギーでは、精神保健ケアは地域の範囲が定められたネットワークの中で行われています。すべての地域が同じ数の病床を持っているわけではないので、ベッドの閉鎖を通じて訪問チームが複数作られる可能性の範囲と、地域訪問アウトリーチチームの一員としてスタッフが勤務する時間を利用できる範囲で、精神保健ケアが行われます。これらの状況で政府は、訪問チームのスタッフの十分な採用を可能にするために追加の財源を提供しました。地域訪問アウトリーチチームの設立に加えて、同じ財政的インセンティブの仕組みは、病院サービスの他の側面、特にクライシス対応サービスの強化も可能にしました。

ベルギー ([de Bock P], [Service public fédéral (SPF) Santé publique], 私信, [2020])

ブラジル

一般保健ケアは、国の統合保健システムの下で提供される、ブラジルにおける憲法上の権利です。それにはブラジルの地域に根差した精神保健ネットワークの提供も含まれています。2000年初頭から、ブラジルでは精神保健予算の使用方法に大幅な変更が加えられ、地域精神保健サービスの開発と脱施設化政策の実施に資金が投入されました。施設の建物とサービスは、段階的な資源再配分によって、地域に根差したネットワークサービスに置き換えられました (633, 634)。

2001年から2009年にかけて、精神保健への支出は51.3%増加しました (635)。2002年に割り当てられた連邦の精神保健資金のうち、精神科病院が支出の約80%を占め、地域ベースの精神保健サービスが残りの20%を占めていました。対照的に、2013年には精神保健予算の約80%が地域ベースのサービスに充てられ、病院費用は20%になりました (184)。

ペルー

2012年、ペルーは総合健康保険制度の給付パッケージに精神保健サービスを含め、全国的なすべての人が適切な保健医療サービスを支払い可能な費用で受けられる状態（UHC）の達成を目指す国の取り組みの一環としました。さらに、地域精神保健の場や専門の精神科病院でのサービス提供費用をカバーするために、精神保健提供者とサービスのための改訂償還払い計画が実施されました。これにより地域内での精神保健サービスの提供が増加し、患者の自己負担額が2013年の94%から2016年の32%に減少しました。2014年には、成果に基づく予算編成プログラム（Presupuesto por Resultado）により、10年間の資金調達枠組みが設立され、改革の指揮と拡大が図られました。この枠組みでは、予算は経済金融省によって、精神的不調のスクリーニングや治療に関連する事前に設定された指標の達成度に基づいて割り当てられ、家族や地域の支援及びトレーニングなどの地域介入も行われます（566, 636）。

西アフリカ

政府は、尊厳と権利を促進する公平で質の高い医療を提供する義務を負っていますが、不適切なまたは時代遅れのサービスを変革するための政治的な支援や政策変更、投資を得ることは、資源の乏しい環境で、競合する優先事項がたくさんある場合には、しばしば努力が必要になります。国際的なまたは地域的な市民社会団体やNGOは、このプロセスにおいてしばしば触媒的な役割を果たします。それらの独立性、資金調達の方法と煩雑な手続きがないことは、公式なシステムよりも迅速な動きを可能にします。このような非政府の関係団体は、しばしば革新的なプログラムを設立して、進歩した変化を示し、人権基準を含む国際的な勧告に合致する取り組みを行います。例えば、サービスへのアクセスの向上、参画の促進、強制をなくすことなどです。理想的には、このような改革は政府と地域の市民社会団体とのパートナーシップアプローチ（公民連携による）によって実施されます。期間が限られたプロジェクトである持続または拡大できないというリスクを回避するために、プログラム戦略には、地域が運営主体になって資金調達も行うように段階的に移行することが組み込まれています。

この触媒的な役割を果たそうと試み、持続的な改革のレガシーを残す保健制度強化の一例は、クリスチャン・ブラインド・ミッション（CBM）が2005年以来、西アフリカで行ってきた活動です。ブルキナファソ、ガンビア、ガーナ、リベリア、ニジェール、ナイジェリア、シエラレオネで実施されるそのプログラムは、政府や保健省内でも活動し、保健情報システムや医薬品サプライチェーンを強化するための財政面・技術面その他あらゆる支援を行ってきました。同時に、地域のNGOの協力を通じて、心理社会的障害のある人々を含む地方の市民社会に精神保健関係者の連合を立ちあげて、強力な権利擁護の声を広げて、政府の責任を追求し、政策や立法の改革を促進し、これらの国々の多くへの投資を増加させることに成功しました（637, 638）。

本人中心のアプローチ、人権に基づくアプローチを統合するための鍵となる国内行動

本人を中心に置き、リカバリー志向で、人権に基づく精神保健のケアや支援制度を創出し、それに適切に資金を供給するために、各国は以下の資金供給に関連した行動をとることが重要です。

- 保健及び社会的な保障の部門で精神保健のための予算を大幅に増加すること。
- 人権に基づく計画目標に予算を結び付け、エビデンスに基づき、人権に基づく、本人を中心に置

き、リカバリーを増進する地域サービスと支援に投資することによって、サービスを再構築するために予算を用いること。それは、サービスユーザーの全面的な関与のもとで、社会関係支援処方（一般開業医、看護師及び他の保健福祉専門家が、人々を地域社会の特有の非臨床的な支援に紹介できるようにするためのもの）（639）とリカバリー計画及び事前計画の開発に対する払い戻しを含み得ること。

- 精神的不調や、心理社会的障害のある人々のための教育、住居、雇用機会と社会的な保障を提供する社会部門に投資すること。
- 医療保険における心理社会的障害のある人に対する差別をなくすこと——特に、障害に基づく医療保険の拒否は法律で禁止されなければならない、保険プランと保険料は公正かつ合理的な方法で決定されることを確保するための法令が採択されること（640）——また、急性期の入院についてだけでなく、精神保健医療と支援のための医療保険が長期間利用できるようにすること。
- 元入院／入所者が地域社会で有意義な生活をしていくために必要な支援を確実に得られるようにする、計画的で組織的な方法をとって、精神科病院や福祉的施設を維持しようとする誘因を除去し、また、それらの閉鎖を奨励すること。
- エビデンスに基づかない、あるいは、国際人権基準に適合しない介入や治療の経済的誘因を除去し、エビデンスに基づき、地域に根差した精神保健福祉サービスの誘因を導入すること。
- 非強制的なアプローチやより包括的な治療と支援を行うための経済的誘因を活用し、心理療法を含むケアと支援のための、全人的で本人を中心に置いたリカバリーアプローチを可能にすること。
- 公的な精神保健福祉制度が提供する精神保健福祉サービスの基本的な組合せの中で、施設化あるいは専門家の治療への過度の依存に代わるものとして、リカバリー、法的能力、コミュニティ・インクルージョン、強制からの自由の原理に基づいて運営されるグッドプラクティス、地域に根差した精神保健福祉サービスを優先させること。
- 政府が契約して管理し、または、医療保険の仕組みが適用されるサービスの傘下に、リカバリーと権利、良好な結果を増進するNGOが提供するサービスを含め統合すること。

5.5 職員の養成とトレーニング

保健と社会福祉ケア分野の職員は、提供されるサービスの種類と質に直接影響します。職員の養成そのものはWHOの出版物（641, 642）でよく説明されているとおり、無数の要因、とりわけ採用、動機づけ、モチベーションの維持、教育、トレーニング、継続的な専門能力開発などに左右されます。

本人中心のリカバリーアプローチを促進し、障害者権利条約で示された国際人権基準を満たすサービスや介入に移行するためには、保健と社会福祉ケアサービスの職員の態度、知識、能力、技術を大きく変える必要があります。保健の専門家やサービス提供者（ならびに政策立案者や地域社会全体）が、精神的不調や心理社会的障害のある人に対して抱いている否定的な思い込みや誤った信念は、保健ケアに関連するスティグマや差別に対処するために克服されなければなりません。教育やトレーニングの優先事項は、生物医学モデルのみに焦点を当てるのではなく、よりバランスの取れた、本人を中心とした、リカバリーに基づいたアプローチを導入することです。これはWHOの「mhGAP（メンタルヘルスギャップ）介入ガイド」（643）が提供する臨床研修が求めるものであり、改革を達成するための中心的なものになります。そのような取組みには、恐怖やスティグマ、精神的不調や心理社会的障害のある人は潜在的に（あるいは実際に）危険であるという思い込みを減らす利点があります（43, 644-646）。

人権教育が保健と社会福祉分野のサービス提供者に提供されることはめったにありませんが（647）、サービス提供者がユーザーの権利を制限することができる（する）ことを考えると、大いに必要です（648, 649）。保健従事者は、精神的不調や心理社会的障害のある人に影響を及ぼす、交差差別に対処する人権に基づくアプローチについて、トレーニングを受ける必要があります。さらに、医療や保健の専門家と教育機関は、提供する教育が障害のある人の保健ケアのニーズと権利を適切に反映するようにカリキュラムを見直すべきです（640）。

人権に基づくアプローチとサービス文化に向けて、スタッフの態度、信念、慣習を変えるための努力の一環として、WHOは、精神保健・障害・人権・リカバリーに関する一連の対面式トレーニングツールを開発しました（Box9参照）。

Box 9 精神保健・障害・人権・リカバリーに関する
WHO QualityRightsのトレーニング資料

WHO QualityRightsのトレーニング資料

QualityRightsの対面トレーニングの構成ユニットは、障害者団体、NGO、生きた体験をした人、家族やケアにあたる人、精神保健分野や関連分野で働く専門職、人権活動家、弁護士など、100以上の国内外の関係者と共同で開発されました。トレーニングでは、精神保健と実践に関するマインドセットを変えることを意図しており、以下の重要なトピックをカバーしています。

基本トレーニング

- 人権 (650)
- 法的能力と意思決定の権利 (38)
- 精神保健、障害、人権 (44)
- リカバリーと健康の権利 (651)
- 強制、暴力、虐待をなくすこと (10)

専門トレーニング

- 精神保健とウェルビーイングのためのリカバリー実践 (652)
- 隔離と拘束をゼロにするための戦略 (40)
- 支援付き意思決定と事前計画 (325)

評価ツール

- 精神保健・人権・リカバリーに関するWHO QualityRights トレーニングの評価：事前トレーニングアンケート (653)
- 精神保健・人権・リカバリーに関するWHO QualityRights トレーニングの評価：事後トレーニングアンケート (654)

WHO QualityRightsのトレーニング資料は以下で入手可能です。

<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

評価ツールは以下で入手可能です。 <https://qualityrights.org/resources/evaluation-tools/>

職員の態度や慣行を変えるためには集中的なトレーニングが必要ですが、精神保健の分野が有意義で持続可能な変化をしてゆくには、考え方と実践の変化が広範囲にわたる必要があります。散発的なトレーニングはたとえ集中的であったとしても、限られた人々にしか届かないことが多く、地域全体に存在する現状を変えることはできません。

トレーニングを十分に行き届かせるべく、精神保健・障害・人権・リカバリーに関するWHO QualityRights オンライン・トレーニングプログラムとプラットフォームが開発され、展開されています。交通の心配をすることなく、より多くの人々により短期間で受講してもらうことができ、対面式トレーニ

ングのごく一部のコストで実施できます。例えば、ガーナ政府とケニア政府ではこのトレーニングの全国展開に乗り出しています（Box10を参照）。このオンライントレーニングは参加者に好評で、eラーニング・プラットフォームの学習内容は、QualityRightsの対面式トレーニング教材一式に基づいています。

Box 10 WHO QualityRightsによる精神保健と障害に関するオンライントレーニング： スティグマの解消と人権の促進

精神保健と障害に関するWHO QualityRightsの オンライントレーニング：スティグマの解消と人権の促進

2019年、ガーナ政府とケニア政府は、精神保健・障害・人権・リカバリーに関するWHO QualityRightsのオンライントレーニングを全国規模で展開しました。ガーナでは、2019年2月のQualityRights オンライントレーニングの全国展開開始から2020年2月までの間に、約17,000人が15時間、6単位のコースに登録し、約9,000人が最後までコースを修了してWHOの修了証明書を取得しました。長期的な能力開発を維持し奨励するために、医師会・歯科医師会、心理士会、連合保健協会、看護助産師協会、薬剤師協会、ガーナ看護助産大学など、いくつかの専門団体がQualityRights オンライントレーニングを継続的な専門開発の一環として登録しました。さらに、ガーナ看護助産大学はこのトレーニングを定期カリキュラムに組み込みました。さらに、QualityRights オンライントレーニングの修了証明書は、アクラ精神科病院のすべてのスタッフが昇進を受けるための必須要件となっています。

その一方で、ケニアでは2019年11月の公式な国内QualityRights オンライントレーニングの開始からちょうど1年後に、約3,500人が登録し、3,000人が人権に関する基本単位を修了し、800人が完全な8つの単位を修了して修了証明書を受け取りました。さらに、2020年7月にケニア政府は「精神保健とウェルビーイング：幸福と国民繁栄へ向けて」と題された報告書で精神保健のためのロードマップを発表しました。その中で、WHO QualityRightsの取り組みとオンライントレーニングは、精神保健制度の変革のための多くの推奨事項の基盤となり、スティグマと差別に対処し、精神保健サービスへのアクセスを改善し、精神保健の人材を強化するための中核戦略として取り入れられました。

西太平洋地域では、フィリピンは2019年10月10日、世界メンタルヘルスデーにあたる日に、フィリピン保健省の第3回公衆衛生サミットでフィリピン語でのオンライントレーニングを公式に開始しました。このオンライントレーニングは、新しい精神保健法の実施のためのフィリピン精神保健評議会の戦略計画の中核的な取り組みの1つです。

2019年から2020年にかけて、トルコ、エストニア、チェコ、ボスニア・ヘルツェゴビナは、それぞれの国と言語でQualityRights オンライントレーニング・プログラムを翻訳して開始しました。これにより、各国で数千人の保健専門職や他の主要関係者の国内の能力開発が促進されました。

2021年に行われるQualityRights オンライントレーニングのスペイン語版とフランス語版の作成により、フランス語圏とスペイン語圏を含む世界中で大規模なQualityRightsの導入が可能になります。特にラテンアメリカ全域に広がることになるでしょう。

2019年に行われた評価はノッティンガム大学の精神保健研究所によって実施され、オンライントレーニングコースを修了した参加者の態度変化を調査しました。この評価によると、特に精神保健分野における人権に基づくアプローチに対する態度と実践において、実力行使や強

制を終了させる必要性や情報と選択肢の提供、治療に関する人々の意思尊重などに関して、著しい改善が見られました ([Dilks H, Hand C, Oliveira D, Orrell M]、[ノッティンガム大学精神保健研究所]、未公開データ、[2019年]) (655)。

QualityRights オンライントレーニング・プラットフォームに寄せられたフィードバック

QualityRights オンライントレーニングは、チェコ、エストニア、ガーナ、ケニア、トルコなどの参加者から非常に好評を得ています。以下の参加者の指摘が明確に示しています。

「人生を変える体験でした！」

「強制、暴力、虐待は今すぐにも終わらせなければなりません!!!」

「この特別なトレーニングに感謝しています。人権に関する専門的な知識を向上させるのに役立ちました」

「ええ。確かに学びがありました。法的能力を考慮せずに患者に最終的で唯一の決定を下すことをやめられるよう祈っています」

「非常に学びになりました。支援された意思決定を使用すべきだった数々の場面で、代行意思決定を使っていたことを、私は恥ずかしく思い頭を下げたくなりました。ガーナの保健医療従事者、特に精神保健医療従事者にとって、権利を尊重するために大いに役立つと思います」

「本当に人生を変える経験でした。以前は受け入れ可能（正常）と思っていた実践は、実際には基本的な人権の重大な侵害です。私は既に人々の考えを変えるよう話しており、コミュニティ内で、およびコミュニティを超えてQualityRightsを提唱し続けています。私に授けていただいた貴重な知識に感謝します」

本人中心の人権に基づくアプローチを統合するための鍵となる国内行動

精神保健において、本人中心、リカバリー志向、人権に基づくアプローチをうまく統合するためには、各国は、考え方を換え、視野を広げ、スティグマを助長するような態度に対処し、強制をなくし、生物医学モデルを乗り越えることに大きく焦点を当てなければなりません。そのためには、各国は以下の行動を優先する必要があります。

- 貧困、不平等、差別、暴力など精神保健の社会的決定要因の重要性を理解し、認識し、ケアと支援を提供する際にこれらの要因に適切に対応できるようにするために、ケアと支援に従事する前とその後の継続的なトレーニングの一環として、保健と社会福祉ケア従事者の組織的な能力を構築するための教育とトレーニングを提供すること。
- 医学、心理学、ソーシャルワーク、作業療法などの学部や大学院のカリキュラムを再設計し、精神保健とソーシャルケアにおける人権、障害および本人中心の回復アプローチに関する教育とトレーニングを取り入れること。
- 人権と、本人中心のリカバリーアプローチを促進する職場でのインターンシップや学習の場を提供すること。
- 精神保健における人権、障害および本人中心のリカバリーアプローチに関する研修単位を組み込んだ継続的専門能力開発（continuing professional development：CPD）を提供すること。
- 資格取得の前提条件として、精神保健における人権、障害および本人中心のリカバリーアプローチに関するトレーニングを含めることを義務づけること。

- 保健や社会福祉の専門家に対する教育カリキュラムや継続的なトレーニングプログラムの一部として、向精神薬を減らしたい、あるいはやめたいと考えている人への支援方法についてのトレーニングを提供すること。
- 保健や社会福祉の従事者、NGO、障害者諸団体、警察、地域のその他のグループに対して、生きた経験のある人たちによる教育、トレーニング資料、トレーニングコースを共同創造し、共同提供すること。
- 保健や社会福祉ケアの実践者の意識、知識、態度、実践を改善する全体的な努力の一環として、WHO QualityRightsの研修単位とオンライントレーニングが、学部、大学院、継続的専門能力開発カリキュラムで提供されるようにすること。

5.6 心理社会的介入、心理的介入、向精神薬

国際人権基準は、心理社会的・心理的介入や向精神薬を含む、エビデンスと人権に基づいた介入へのアクセスの重要性を強調します。しかし、これらの介入は、特定の個人にとって人生のある時点で有益かもしれないし、そうでないかもしれないと捉えることが最も重要です。それが使用されるためには常に議論がされ、限界と起こりうる悪影響が明確に説明され、最終的には個人の意思、選好、インフォームドコンセントに基づかなければなりません (656)。

しかし、現在、世界のあらゆる地域で、精神的不調と心理社会的障害がある人々の治療対応の中心に向精神薬が位置付けられています。高所得国におけるプライマリ医療提供機関による処方率が非常に高いことについて、大きな懸念が示されています (15, 657-660)。向精神薬は症状やさまざまな苦悩の形態に対処するのに役立つ一方で、過剰に使用せず、乱用しないこと、またサービス提供者や薬を処方された人が、離脱作用の可能性を含めたそのプラスとマイナスの両方の影響について十分に知らされることが重要であるというエビデンスがあります。例えば最近、抗うつ薬を中止した時に起こり得る深刻な離脱症状を含む抗うつ薬の悪影響に対する懸念が高まっています (661-663)。これは、抗うつ薬が多く使われる国でますます広く処方されていること (11-13)、その有効性に関するエビデンスが複雑であり論争さえあること (664-666) を考えると、特に問題です。多くの人々が抗精神病薬 (神経遮断薬) の恩恵を受けていますが、例えば長期間の使用で見られるメタボリックシンドロームなど、その有害な作用に関するエビデンスが恩恵に関するエビデンスと同じくらいあり、慎重で責任ある処方の必要性を強めています (667, 668)。この点で向精神薬は、その使用を検討している人がこれらの問題を認識し、インフォームドコンセントが得られた場合のみ処方されることが不可欠です。向精神薬からの離脱を希望する人は、そのために積極的にサポートされるべきです。離脱を達成するための方法や人材などが近年開発されてきました。

心理社会的な介入 (例えば、住居、雇用、教育、訓練、社会的な保障を支援する介入)、心理的な介入、そしてピアサポートは、全人的で本人中心のリカバリーと権利に基づくアプローチの観点から検討、提供されるべきです。治療への取り組み方の幅を広げて、1人ひとりの人とその人が経験している苦悩に対して、より本人に適した方法を提供するさまざまなリカバリーの手段がサービスによって利用できることが不可欠です (Box11 参照)。例としては、リカバリーの計画とリカバリーのイメージの明確化 (75, 652)、事前計画 (325) などがあります。

Box 11 精神保健のリカバリーアプローチ——WHOのリソースとツールの紹介**精神保健のリカバリーアプローチ：WHOのリソースとツールの紹介**

WHO（世界保健機関）は、精神保健の領域でリカバリーアプローチを推進するため基本的なツールを創っています。

1. WHO QualityRights：精神的健康とウェルビーイング（こちよく健やかで幸福な状態）のための本人中心のリカバリープランの自助ツール

これは自分自身のリカバリープランを立てる際に役立つものです。このツールは、自分で、あるいは他の人々と協力して使えるようにデザインされています。例えば、サービスを利用する人と、サービス提供者や他の支援者との対話や話し合いの枠組みとして使用することができます。

この自助ツールでは、リカバリーとは何か、リカバリーがその人の人生にとって何を意味するのかを紹介することから書かれています。また、このツールでは、自分の夢や目標の持ち方、ウェルネス（身心の快適な状態）プランの作成方法とリカバリーの旅路における困難な時期や、クライシスに遭った時の事前計画をどのように立てるかを説明しています。このツールを使用すると、自分と支援ネットワークの活用方法の理解を促進する自己観察の練習をすることができます。

WHO QualityRights 精神的健康とウェルビーイングのための本人中心のリカバリープラン自助ツールは、次のURLで見ることができます。

<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-self-help-tool>

2. WHO QualityRights 精神的健康とウェルビーイングのためのリカバリー実践に関する専門研修構成ユニット

これは生きた体験のある人、保健・精神保健の管理者・専門家、家族、NGO、障害者団体、保健や社会の諸部門で働いているその他多くの人など、幅広い関係者が利用できるように設計されています。この構成ユニットは、精神保健上のケアと支援を提供するサービスの手法である本人中心のリカバリーを具体的に教えてくれる総合的なトレーニングとなっています。この構成ユニットでは、リカバリーアプローチの詳細な紹介と、それが伝統的なサービスで使われるアプローチとどのように違うかについて詳しく教えてくれます。

トレーニングでは、1人ひとりにとっての「良くなる」「リカバリーする」とはどのようなことを理解することの重要性と、それを達成するためにその人たちと協力するための鍵になる技術に着目しています。一連のケーススタディと実習の中で研修生は、人はリカバリーの旅を通して地域でどのようにサポートされるか、どのように自分の強み・目標・願望を把握し、活用し、機会を探求していくか、またどのように選択権を行使しインクルージョンと自律を最大にするかを学びます。この構成ユニットは精神保健と社会サービスに焦点を当てていますが、リカバリーアプローチは障害の有無にかかわらず、人生における困難や喪失を克服していこうとしているすべての人に等しく関連しています。

WHO QualityRights：リカバリー実践に関する専門トレーニング構成ユニットは、次のURLで見ることができます。

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329602/9789241516747-eng.pdf>

対人関係療法 (669, 670)、認知行動療法 (671-673)、弁証法的行動療法 (DBT) (674)、マインドフルネスに基づく介入 (675-677) など、多くの異なる形態の心理的介入があり、有効であることが示されています。また、心理的介入を提供する人が支援を求める人との協力関係を構築する能力は、支援を求める人の世界観や期待と心理的かかわりを提供する人の解釈との間にある文化的理解と同様に、かかわりの結果に関して重要であることが判明しています (678)。この文化的なつながりは、癒しが起こるための感情的・認知的な空間を提供します (679)。また、こうした介入の関係における自信と信頼も強化します。WHOは、Box12において示すように、心理的・社会的介入に関するさまざまなツールや資料を公開しています。

Box 12 心理的介入のためのWHO 資料

心理的介入のためのWHO 資料

WHOは、次のような心理的・心理社会的介入に関するさまざまなツールや資料を創っています。

プロブレム・マネジメント・プラス (PM+)：地域で、逆境に置かれ苦悩によって障害を感じている成人に対する個別の心理的支援 (ジェネリック・フィールド・トライアル・バージョン 1.1) (680)

https://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/

グループ・プロブレム・マネージメント・プラス (Group PM+)：地域社会で、逆境に置かれ苦悩によって障害を感じている成人に対するグループでの心理的支援 (ジェネリック・フィールド・トライアル・バージョン 1.0) (681)

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240008106>

うつに対するグループの対人関係療法 (IPT) (WHO ジェネリック・フィールド・トライアル版 1.0) (682)

https://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/

健康的に考える：周産期うつの心理社会的マネジメントのためのマニュアル (WHO ジェネリック・フィールド・トライアル版 1.0) (683)

https://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/

ストレスのある時に何をするか：図解ガイド (684)

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>

EQUIP：心理的支援の質を保証する (685)

https://www.who.int/mental_health/emergencies/equip/en/

テクノロジーの急速な拡大に伴い、オンラインの精神保健のツールやアプリの普及が進んでいます。そこには以下の注意喚起が必要です。これらが精神的健康の問題や苦悩に広く対応する万能薬として使用されるのではなく、社会的要因と決定要因を含む精神的健康を理解するための包括的なアプローチになるようにすること、生物医学アプローチのみに焦点を当てた精神的健康に関する理解の広範な伝播につながらないようにすること、また政府が、アクセス可能で受け入れ可能で、人権に基づく包括的な地域精神サービスとサポートを提供しなければならない責任を弱めないようにすることです。また、これらのアプリの開発には、有効性の評価やユーザー体験からのフィードバック、そしてデータのプライバシーや安全性の観点からの品質基準に基づく研究による情報が必要です。極限状態や感情的苦悩を経験した時、健康維持に意義のある関係を構築する必要性は、いくら強調してもしきれません。

本人中心のアプローチ、人権に基づくアプローチを統合するための鍵となる国内行動

すべての精神保健サービス、介入、支援が国際人権基準に適合していることを保証するために、各国は以下の行動をとる必要があります。

- サービスを利用するすべての人に配慮し、すべての精神保健上の介入について、十分な説明に基づく自由な同意を得るための体系的な方法を実施し、あらゆる介入を拒否する権利を尊重すること。
- 心理社会的介入は、幅広い関係性、人間関係、ピアや社会的ネットワーク、仕事と収入、教育とトレーニングの必要性、住居、差別など、その人が持つあらゆるニーズに対応できるようにすること。
- 非薬理的療法と薬理的療法の双方の選択肢を幅広く利用可能にしておいて、非薬理学的方法の重要性を考慮した保健サービスによって提供されること。
- 心理学的ツール、介入、向精神薬を各国で確実に利用できるようにすること。
- 治療を考えているすべての人に、薬物療法とその身体的健康への影響、潜在的な有益性と有害性について、及び心理的介入についても、両者の長所と短所を明確に説明すること。
- 向精神薬を減らしたい、やめたいと考えている人に助言と支援を提供すること。
- プライマリーケアの精神保健・福祉サービスにおける向精神薬、心理的介入、その他の治療法の使用とコストを評価・モニターすること。
- 事前計画を利用し、それが利用可能であることを確実にし、他のキーパーソンに伝え、提供される治療やサポートに関して各人の意思や選好が尊重されるように実施すること。

5.7 情報システムとデータ

精神保健情報システムは、精神保健システムを十分に機能させるために不可欠なものです。政策立案者や計画者にとって情報システムは、精神保健の状況を理解し、経時的にモニターし、目標や目的が達成されているかを評価し、選択、改善、将来の行動指針の情報を得るために役立ちます。また、データは、精神保健サービスを利用する人々や地域社会に、サービスの品質や人権基準の遵守状況、サービスの成果を知らせるために利用できます。この情報はアクセス可能な形式で提示され、一般に公開され、容易に利用可能であるべきです。

社会的決定要因による精神保健への重要な影響を考慮すると、保健部門内外の人口及びサービスレベルでの指標が必要です。求められる情報の多様性を反映させるため、指標に必要なデータの多くは、保健、社会、その他の関連部門内の異なる情報源から収集する必要があるかもしれません。人権に基づくアプローチのために収集する可能性のあるデータに関しての提案を以下に示します。これらのデータをすべて収集できる可能性は低いですが、それでも各国は、どのデータが重要で、日常的に収集可能であるかを検討し、決定し、優先順位をつけるべきです。さらに、定期的な調査やその他の手段を用いて、特定の関心事項に関するデータを収集する努力を補完できます。データ収集を容易にする数多くのツールをBox13で紹介します。

人口レベルや人権の観点から、各国は下記事項に関する性・年齢別に細分化された国レベルのデータを収集することを検討できます。

- 精神科病院や病床に割り当てられる予算と比較した、地域に根差したサービスやサポートに割り当てられる精神保健予算の割合。
- 向精神薬、心理社会的介入、心理療法を含む特定の治療形態に割り当てられた予算。
- 精神的不調や心理社会的障害がある人の死亡率（タイプ別及び原因別）。
- 精神的不調や心理社会的障害がある人の自殺率と自殺未遂率。
- 心理社会的障害のある人の他障害者と一般人口に対する貧困、所得水準、雇用、教育、住宅、社会的な保障、障害支援の各比率。
- 精神的不調や心理社会的障害があるホームレスの人数および割合。
- 刑務所における精神的不調や心理社会的障害がある人々の数と割合。
- 治療、介入、併存疾患、保健ケアへのアクセスの欠如や公平性に関連した罹病率と死亡率。
- 向精神薬の処方率とコスト。
- 心理的・心理社会的介入を受けた人の数と割合。
- 後見または代行意思決定メカニズムの下にある人の数と割合。
- 非自発的入院の割合。
- 意思決定支援を受けている人の数と割合。

- 法的に実行可能な事前計画や指示書を持つ人の数と割合。
- 良質性と人権基準を満たすサービスの割合——QualityRights 評価ツールキットはこれを測定するために使用することができる。
- 保健、精神科、精神保健、社会的なケア、支援付き居住サービスや施設の専門職やスタッフで、障害のある人の権利についてトレーニングされている人の数と割合。

Box 13 精神保健と心理社会的障害に関するデータ収集のためのツール

障害を評価する、ワシントン・グループの6つの質問からなる短い質問セット (686)

これは国際的に最も広く知られているもので、国別調査や国勢調査で利用できる障害別データ集計方法であり、比較できるように作られています。障害統計に関するワシントン・グループによって作成されました。質問セットでは、6つの機能（視覚、聴覚、歩行、認知、セルフケア、コミュニケーション）の状態がわかります。しかし質問セットは、心理社会的障害の状態について十分に把握できないという課題がありました。この状況を改善するべく、拡張された質問セット (686) では、心理社会的障害を捉えるため、認知に関する3つの質問に加え、不安とうつに関する4つの質問を含めました。障害統計に関するワシントン・グループは、心理社会的機能を測定するためのより良い方法を探求し続けています。ワシントン・グループの機能に関する質問セットは次のURLで見ることができます。

<https://www.washingtongroupdisability.com/question-sets/>

WHO モデル障害調査 (MDS) (687) と、それがどのように心理社会的障害を反映するか

MDSは、2012年に世界保健機関と世界銀行によって開発された一般的な人口調査です。これは国際生活機能分類に基づいており、世帯調査と個人調査が構造的に合わさっています。この調査目的は、人口における障害の現在の出現率と分布を把握し、異なる障害レベルの人たちが直面する障壁と不平等を把握することです。

ここでは障害を、健康状態とその人が生活する環境で直面する障壁との相互作用の結果であるとしています。また障害は、種類（視覚、聴覚、身体的、心理社会的障害）の問題よりもむしろ、程度（軽度、中度、重度の障害レベル）の問題として示されます。障害 (disability) は、視覚、聴覚、身体、心理社会的な機能障害だけに起因するものではないため、調査はそれぞれの障害のある人の数には着目していません。ただし、モジュール5000「健康状態と能力」では、精神的不調と神経学的な不調を含む健康状態に関する情報が収集されます。MDSには、うつ、不安、認知症が含まれますが、特定の状態に特に関心がある場合、各国はそのリストを拡大することができ、サンプル数によっては健康状態別にデータを分析することもできます。MDSは次のURLから入手できます。

<https://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>

また、各国は下記のような事項に関して、精神的不調や心理社会的障害がある人々の数と割合について、性・年齢別に細分化したサービスレベルのデータ（国レベルで集計・報告可能）を収集することも検討できます。

- 施設（精神科の入院患者の状況、知的障害のある人のための住居など、大規模施設からグループホーム）の現在の入所者（688）。
- 保安ユニット・司法精神科ユニットの現在の入所者。
- 強制的な介入（同意のない投薬・電気けいれん療法・精神外科・不妊手術を含む）を受けている人。
- 隔離されている人。
- 身体的・機械的・化学的拘束を受けている人。
- 福祉施設や精神科などに非自発的に入院／入所させられている人。
- 国のサービス組織によっては、(i) 地域に根差した精神保健センター、(ii) クライシスサービス、(iii) 病院を基盤にしたサービス、(iv) アウトリーチサービス、(v) 支援付き居住サービスと在宅支援サービス、(vi) ピアサポートサービスを含む、主要なサービスにアクセスする人。
- 法的に実施できる事前計画がある人。
- 健康維持に役立つリカバリープランがある人。
- 精神保健サービスや施設で死亡した人。

さらに、サービスを利用する個人ごとに、以下のようなことを尋ねる出口調査によってデータを収集し、性別や年齢別に集計することができます。

- 薬物療法、隔離、拘束などの実力を用いた強制的な治療または強制されたと本人が感じた場合を含む強制の使用。
- 暴力、虐待、ネグレクトのあらゆる経験。
- 薬、治療、自律に関する意見・判断・選好の尊重。
- 事前指示書の作成支援や、意思や選好を表明した既存の事前指示書に従った対応がされたかどうか。
- リカバリープランの策定・修正・実施支援。
- 入院・外来を問わず、リカバリープランの一部としてコミュニティ・インクルージョンに関連する要素への配慮。
- サービス内またはサービス外で提供されるピアサポート。

本人中心のアプローチ、人権に基づくアプローチを統合するための鍵となる国内行動

特定のコミュニティや国民全体の精神的健康とウェルビーイングを改善するための人権アプローチの構築と実施を効果的に計画、モニター、評価するために、各国は次のような行動をとる必要があります。

- 国やサービスレベルでデータを収集し、精神的健康の社会的決定要因や心理社会的障害がある人々の人権を反映した精神保健指標について報告すること。
- 性、年齢、ジェンダー、人種、民族、障害、および国の状況に関連するその他の変数によって、必要に応じてデータを細分化すること。
- 上記の国レベルのデータから、人口レベルで実現可能な指標を検討、議論、優先順位付けし、合意すること。

- 上記のデータから、サービスレベルで実現可能な指標を検討、議論、優先順位付けし、合意すること。
- 出口調査からケアの質と人権の尊重を理解するために、サービスを利用する人々から主要な情報を収集すること。
- 選択した指標について、データ収集の手段や方法を特定すること。
- 精神保健と人権の状況、これに対処するための政策、戦略、介入の影響、および結果に基づく必要な改善について、データを使用して保健やその他の部門に情報を提供すること。これには、以下のようなデータの利用が含まれます。
 - ▶▶使用されている治療や介入によって引き起こされる、または治療やサービスへのアクセスの欠如によって引き起こされる疾患率や死亡率の理解。
 - ▶▶人権侵害や強制によって、どのような集団が不釣り合いな影響を受けているかの理解。
 - ▶▶利用可能な資源が効率的に使われるためのサービスやアプローチの費用対効果の理解。
 - ▶▶提供されている精神保健サービスの質、人権、成果に関連する情報を地域社会に提供し、あらゆるデータやレポートをアクセス可能なフォーマットで提供し、容易に入手できるようにすること。
- サービスに対する隠し立てのない説明責任と監視のために、政府の保健サービスによって収集されたデータを市民社会が利用できるようにし、市民社会によって収集されたデータを政府によって収集されたデータを検証するために利用できるようにする。

5.8 市民社会、人々、コミュニティ

このガイダンスは、地域精神保健サービスにおいて、本人中心で、人権に基づく、リカバリー志向のアプローチを統合した保健と社会システムの構築に重点を置いています。しかし、これらの取り組みだけでは、意図した結果を得るには不十分であることを認識することが重要です。多様性が認められ、すべての人の人権が尊重され、促進されるようなインクルーシブな社会とコミュニティを作るために、より幅広い取り組みが必要です。この目標に貢献できるコミュニティレベルの行動を以下にいくつか紹介します。

コミュニティ全体の負のスティグマと差別的な態度に対処すること

否定的で汚名を着せるような態度や考え方、差別的な慣行を変えるためには、保健や社会的ケアの場だけでなく、精神的不調や心理社会的障害がある人々自身、家族、政府機関やサービス、NGO、障害のある人の組織、教育・訓練機関、職場、研究者や学者、教師、法律家、警察、司法、文化・伝統・信仰に基づくヒーラーや組織、さらにジャーナリストやメディアを含むすべての部門や多様なコミュニティの利害関係者が関わる中で行動を起こすことが基本です。このようにスティグマや差別に対処することは、多様性、受容性、インクルージョンを促進するという利点もあり、そして、より結束力のある調和のとれたコミュニティの形成に貢献し、ひいてはそのメンバーの健康とこちよく健やかで幸福であることを促進することができるのです。

啓発キャンペーンや人権研修は、スティグマや差別に対処するために不可欠な行動です。一般的には、障害のある人たち自身と個人的なつながりを持つ場合に最も効果的です (689, 690)。このような行動を通じて、精神的不調や心理社会的障害がある人々が、自分たちの権利がどのようなものであるかを知り、それを主張できるようになることが重要です。また、家族やケアラーもこれらの権利を理解することで、権利を尊重し、親族が権利を利用できるようにサポートする必要があります。また、上記のようなコミュニティの幅広い関係者が、基本的な啓発プログラムや専門家育成研修を通じて紹介されるべき人権や精神保健について理解する必要があります。精神保健のスティグマと差別に挑戦する2つの説得力あるプログラムの例を、以下のBox14で紹介します。

生きた体験を持つ人たちは啓発キャンペーンを設計し、実施する上で、良い結果をもたらす唯一無二の役割を担っています。その1例がガーナ、インド、ケニア、ナイジェリア、ウガンダで精神保健のスティグマと差別に挑戦したプログラム「世界的変革の時 (Time to Change Global)」であり、Box14で紹介しています。その他の革新的なアプローチとしては、WHO QualityRightsの対面式トレーニング構成ユニット (Box9参照)、WHO QualityRightsのオンライントレーニングプログラムがあります (Box10参照)。WHOはまた、精神保健、障害、人権に取り組むアドヴォカシーキャンペーンの開発、実施、モニタリング、評価の方法に関する重要な実践ガイダンス文書を発表しました (691)。

Box 14 精神保健のスティグマと差別への挑戦**会話は人生を変える (Conversations Change Lives)****: アンチスティグマのツールキット**

「世界的な変革の時」はガーナ、インド、ケニア、ナイジェリア、ウガンダで行われた、精神保健のスティグマと差別に抗するプログラムです。生きた体験を持つ人たちは、この運動の重要なメッセージを発展させ情報共有します。このプログラムは、英国の精神保健に関する慈善団体「Mind」と「Rethink Mental Illness」、国際障害開発団体「Christian Blind mission」、そして次の5つの国レベルの団体の協力でなされました。

- Mental Health Society of Ghana (MEHSOG) (ガーナ)
- Grameena abhyudaya Seva Samsthe (GASS), (インド)
- Gede Foundation (ナイジェリア)
- Basic needs Basic Rights Kenya (BNBR) (ケニア)
- Mental Health Uganda (ウガンダ)

プログラムパートナーたちは、「会話は人生をかえる (Conversations Change Lives)」(692)を開発しました。このツールキットは、精神保健のスティグマと差別をなくすために行動を起こしている人々の声に基づいたものです。これは、ガーナのアクラ、インドのドッダバラプール、ナイジェリアのアブジャ、ケニアのナイロビ、ウガンダのカンパラという5つのプログラム拠点で、スティグマがどのようなものであるかの全体像を捉えることを目的としています。アンチスティグマに取り組むための「正解」を提示するものではなく、さまざまなアプローチや新たな解決策を検討するのに役立つものです。このツールキットは、スティグマの全体像を提供するだけでなく、3つの重要なテーマを取り上げています。

- 精神的健康について語る方法。
- 生きた体験がある人々の参画方法。
- 聴衆になる人たちを見出してつながりをつける方法。

各セクションでは5カ所でのケーススタディや事例とともに、学習と考察、ツールや資料のサンプルを紹介しています。

詳しくは以下のURLを見てください。

<https://time-to-change.turtl.co/story/conversations-change-live>

スピーク・ユア・マインド運動 (Speak Your Mind campaign)

この運動は全国規模で展開され、世界的に団結したキャンペーンです。市民社会の努力を結集し、精神保健を国レベルの重要な課題として捉え直すことで、精神保健に関する政府の行動を促進することを目的としています(693)。注目すべき点は、生きた体験のある人々が全面的に、国内や国際的な精神保健政策と実践の開発と実施に関与することを奨励していることです。

近年、全国的な運動連合は重要な成果を上げています。例えば、シエラレオネの運動家の努力により、精神的不調や心理社会的障害がある人々の人権を保護・促進すべく、政府は1902年に制定された月狂法 (the Lunacy act) の見直しを発表しました。ナイジェリア政府では、自殺者の大半が使っていた危険な殺虫剤「スナイパー」を禁止し、トンガ政府では、史上初の国家精神保健政策を発表し、精神保健予算を3倍に増額しました。

この運動は英語、スペイン語、フランス語圏を含む19カ国で行われています。
詳しくはこちらをご覧ください。
www.gospeakyourmind.org @gospeakyourmind #SpeakYourMind

市民社会の発展を支援する

コミュニティ全体が良好な精神的健康を享受するためには、政治、社会、コミュニティの各レベルで意思決定に貢献する活発な市民社会の存在が重要です。なぜなら、コミュニティの幸福度はそのガバナンスとも関連しているためです。市民社会が政治的な地位を持って強化されることで、問題を明確にして、解決策を生み出して実行することに地域住民やコミュニティがより多くかかわるようになります(694)。

障害者権利条約を批准した諸国は、耳を傾けられ考慮されるべき運動として、精神的不調や心理社会的障害がある人々とその組織の完全参加のための政策形成への関与と権利擁護を行う活発な市民社会の条件を形成する義務があります。政府が生きた体験のある人々の運動を尊重・支援することで、人々が自分たちの権利や利益が尊重されることを要求するためにより強い声を上げることができる環境を作り出します。市民社会グループは、人権を擁護し、こうした人たちのニーズにより応える政策、サービス、その他の行動を提唱する上で、重要な戦略的役割を果たすことができます(694)。

大多数の国で、精神的不調や心理社会的障害がある人々は、政策決定への参加において障壁に直面しています(22)。この問題は、世界の多くの地域で心理社会的な障害がある人々の組織が存在しないことから説明できます。そのような組織があったとしても、資金や人材、十分な支援が得られないことが多いです。これは、HIV/AIDSのような問題における市民社会の関与とは対照的です。そういった問題に関しては多くの国で、最も直接的に影響を受ける人々が、政策立案や資源の配分において重要な発言力を有しています。それらの人々のアドヴォカシー活動は、HIVの予防、ケア、サポートの実施において、人権を阻害する従来の対応(強制検査、渡航制限、隔離など)から、人権の視点に基づく公衆衛生対応への転換に極めて効果的でした。この成功の積極的要素は、HIV陽性者のエンパワメントと、すべてのアドヴォカシー活動への参加でした(695, 696)。HIVの分野におけるこれらのアドヴォカシー活動の要素を採用することは、心理社会的障害がある人々の健康を促進し、それらの人々の権利を守るために戦う力を与える重要な手段となり得ます。

強い市民社会は、より効果的で効率的、かつ説明責任を果たすプログラムやサービスを生み出すことにもつながります。例えば、心理社会的障害がある人々、生きた体験のある人々、精神保健サービス内で虐待を経験した人々の組織は、精神保健制度とサービスがその人たちのニーズに対応し、人権を尊重することを確実にするのに役立つ独自の視点を持っています。そのため、これらの人々は、精神保健関連の政策、法律、規制、精神保健とソーシャルサービスの改革と変革、その他、人々の人権をより良く守るための施策について、政府のアドバイザーとして重要な役割を果たすことができます。

市民社会は、他にも以下のような多くの重要な役割を果たすことができます。(i) 政府の責任を問うために国際人権システムに関与することを含む、態度や否定的な慣行を変えるための権利擁護キャンペーンの実施、(ii) 精神保健、障害と人権に関する教育や訓練の提供、(iii) クライシス支援サービス、ピアサポート、生活(所得創出)の計画、そして、援助を望む特定の問題について本人に直接支援を行うパーソナル・アシスタンスなどのサービスの直接提供。WHOは、インパクトがあり持続的な変化を実現するために、各国の市民社会運動が精神保健や社会部門において人権に基づいたアプローチを提唱するためにどのように行動すればよいか、実践的なガイダンスを発表しました(255)。Box15は、精神的不調や心理社会的障害がある人々の市民社会組織の活動中で世界的なネットワークの数を示しています。

Box 15 心理社会的障害のある人たちの市民団体**心理社会的障害のある人たちの、国際的・地域的な市民団体**

精神的不調や心理社会的障害のある人たちのネットワークは、国際レベルのもの、地域レベルのものなどいくつかあります。これらの団体では、人権に基づいたアプローチに沿って精神保健制度とサービスを改革するのを助けるために、価値ある情報、ガイダンス、そして同盟関係を提供しています。

世界精神医療ユーザー・サバイバーネットワーク (WNUSP) (697)

同団体は精神医療のユーザー、サバイバー、心理社会的障害のある人々の最も古い国際団体で、自分たちの人権や利益を推進し代表して訴えています。1991年に精神医療ユーザー世界連盟として設立されました。WNUSPは、障害者権利条約の策定とその後のアドヴォカシー活動において重要な役割を果たし、心理社会的障害のある人の権利に関連する国際基準の発展を導きました。WNUSPは国際障害同盟 (IDA) のメンバーであり、国連経済社会理事会 (UN Economic and Social Council) の協議資格を持っています。

詳しくは次のURLを見てください。

<http://wnusp.net/>

インクルージョンのための地域社会の変革 (Transforming Communities for Inclusion) ——アジア太平洋 (TCI-AP) (698)

この団体は、アジア太平洋地域の心理社会的障害のある人の独立した地域団体です。TCI-APは障害者権利条約にならい、心理社会的障害のある人の権利と完全なインクルージョンを主張しています。また、人権に基づいた、障害者権利条約に準拠した地域の精神保健とインクルージョン・サービスを具体的に模索しています。TCI-APは条約第19条 (自立した生活及び地域社会のインクルージョン) をどのように広めるか、どのように実践するかについて焦点を当てています。現在では14カ国が参加していて、他の多くの国にもネットワークができつつあります。2018年、TCI-APはバリ宣言を採択し、さまざまな障害を超えた運動から70人 (699) が賛同しました。

詳しくは次のURLを見てください。

<https://www.tci-asia.org/>

欧州精神医療 (元) ユーザー・サバイバーネットワーク (ENUSP) (700)

同団体は、精神医療の (元) ユーザーとサバイバーを代表する独立した連合体です。ENUSPは、心理社会的障害がある人々の人権と、ユーザー・サバイバーが自ら管理する、強制のない精神医療の代替手段を促進します。ヨーロッパ26カ国の32団体を束ねたENUSPは、欧州障害フォーラム、欧州患者フォーラム、WNUSPのメンバーです。近年、非自発的収容と治療を規律するオビエド条約の欧州評議会による追加議定書草案に反対するキャンペーンを積極的に展開しています。

詳しくは次のURLを見てください。

<https://enusp.org>

全アフリカ心理社会的障害のある人たちのネットワーク (PANPPD) (701)

この団体は2005年に設立された、アフリカの心理社会的障害のある人を代表する地域団体です。PANPPDは、心理社会的障害のある人の権利を守り推進するために大陸の連携を進めています。同団体は心理社会的障害のある人の社会正義、人権、エンパワメント、社会的発展、そして完全な参加とインクルージョンのための権利擁護の基盤として活動しています。また、法的・政策的改革、知識共有、及び加盟団体の能力開発を促進します。

詳しくは次のURLを見てください。

<https://www.facebook.com/pg/panppd/>

ラテンアメリカ心理社会的多様性ネットワーク (Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial) (702)

この団体は精神医療のユーザー、元ユーザー、サバイバー、「マッド・ピープル」、心理社会的障害がある人々などによって2018年に結成された地域団体です。このネットワークは経験、知識、代替実践の情報交換を進めることを目的としています。具体的には、ピアサポート・グループの発展、権利に関する知識と充足、“マッド・プライド”という考え、“狂気(マッドネス)”への権利、地域の法律・政策の改革です。昨年1年間を通じ、生きた体験に基づく知識の集合的な構造を促進し、権利について情報を提供するために、2サイクルのウェビナーを開催しました。

詳しくは、次のURLを見てください。

<http://redesfera.org/>

グローバル・メンタルヘルス・ピアネットワーク (GMHPN) (703)

この団体は当事者の国際的団体です。GMHPNは人権、エンパワメント、リカバリー、ピアサポート、そして生きた体験の指導力を推進しています。2018年の設立以来、重点に置いていることは、生きた体験のある人々の国際的なリーダーシップを発展させるための持続可能な体制の構築、生きた体験のある人々の視点・意見・認識・体験を共有できる生きた体験のコミュニティにおけるコミュニケーションの基盤を構築することです。GMHPNとその代表者たちは、さまざまな委員会、協力関係、キャンペーン、プロジェクトに関わっています。例えば「私たちのグローバル・ボイス」プロジェクトを立ち上げ、成功したリカバリーの物語を掲載しています。

詳しくは次のURLを見てください。

<https://www.gmhpn.org/>

メディア

メディアの報道も人々の意識に大きな影響を与え、精神保健問題への対応を形成することができません。スティグマを減らして教育するのに役立つこともあれば、逆に固定概念を助長してスティグマを高めることにつながる場合もあります(704)。リスク、危害、危険、犯罪に対する根拠なく過度に焦点を当てることは、公衆の意識に精神的不調と危険性を結びつける可能性があります(705)。これは、そのような報告で使われる差別的な言葉やラベルによって、しばしば助長されます(706)。したがって、ジャーナリストはリカバリーと人権尊重の成功例に焦点を当てることで、人権とリカバリーの課題を推進

する重要な役割を担っています（707）。

ソーシャルメディアは、精神的健康の問題が探求される場となりつつあり、精神・心理社会的障害がある人々に、自己表現とつながりを作る場を提供しています（708）。教育や人権、リカバリーの促進、支援的な介入の提供という点で、相当な利用可能性があります（709）。

本人中心のアプローチ、人権に基づくアプローチを統合するための鍵となる国内行動

すべての人の声が届き、評価されるインクルーシブな社会を実現し、国レベルでコミュニティ全体の精神的健康とウェルビーイングを向上させるために、各国は以下のような行動を取る必要があります。

- 精神保健及び心理社会的障害にかかわる人権について、生きた体験のある人自身、司法、学校、職場、信仰に基づく組織及び市民社会グループを含むあらゆる関係グループの主要な影響力のある人のため、そして地域社会のメンバーとメディアのためのトレーニングを提供すること。精神保健、障害、人権、リカバリーに関するQualityRightsの対面式トレーニングやオンライントレーニングの基盤は、すべての人々に効果的にアプローチするために使用することができる。
- 精神的不調や心理社会的障害がある人の代表的な組織の設立と存続に対して投資し、支援すること。
- 人権をより良く保護し、コミュニティ・インクルージョンを含むリカバリーの有益な成果を達成するために、政策、計画、法律、サービス開発のアドバイザーとして、精神的不調や心理社会的障害がある人々の団体を関与させること。
- メディアと協力して、精神的不調や心理社会的障害がある人々の仕事や生活について責任ある報道を行い、固定概念や人権侵害に対して積極的に教育すること。

5.9 研究

ここ数十年、精神医学の研究は生物医学のパラダイムが主流でした。このパラダイムに沿って、神経科学、遺伝学、精神薬理学に大きく焦点が当てられてきました。2002年から2015年までアメリカ合衆国の国立精神衛生研究所（NIMH）の所長であったトーマス・インセル（世界最大の精神保健研究の資金提供者）（710）は、2017年のインタビューで、「私は国立精神衛生研究所で13年間、精神障害の神経科学と遺伝学に力を注ぎました。そして、それを振り返ってみると、私は200億米ドルというかなり大きなコストをかけて、優秀な科学者によって本当に優れた論文をたくさん発表することに成功したと思います。しかし、精神疾患を抱える何千万人もの人々のために、自殺を減らし、入院を減らし、リハビリを改善するという目立った変化をもたらしたとは思えません」と述べています（711）。

精神保健における人権に基づくアプローチを検討する研究の範囲は極めて限られています。いくつかの高所得国では、個別就労支援プログラム（IPS、支援付き雇用モデル）やREFOCUS（712, 713）リハビリ介入アプローチを含むリハビリの実践を検証するいくつかの堅実な研究がありましたが、最近の文献レビューでは、全体的に極めて少なく、低・中所得国ではほとんどないことが示されています（714）。

2015年以降、精神保健における人権に基づくアプローチの大規模な包括的評価は1件しか行われていません。これは、インドのグジャラート州におけるWHO QualityRightsの実施に関する評価です（上記Box6参照）。この評価では、QualityRightsのサービス評価と変革計画の策定と実施が含まれています。項目は人権、障害者権利条約、リハビリアプローチに関するすべての利害関係者の能力開発、ユーザーの個人または集団的ピアサポート、そして、生きた経験のある人や家族のためのピアサポートグループの設立でした（621）。

精神保健に関する人権とリハビリ志向のサービスや支援のグッドプラクティスを探求し、サービスがどのように法的能力、身体的・精神的インテグリティ（心身がそのままの状態尊重されること）を含む人の自由と安全を尊重するか（あるいは尊重しないか）を探る研究がないこと自体が特筆に値します。実際、この文書のための調査を通じて特定された地域に密着したグッドプラクティスのうち、効果に関する強力な量的・質的評価を行っているものはほとんどなく、事実、このガイダンスに含める基準を満たすサービスは限られていました。評価データ収集のためのサービスの努力と並行して、この種のサービスのコストと成果の評価を含め、調査と評価への投資を大幅に増やす必要があります。研究に関しては、質的研究は軽視されるべきではありません。なぜなら、質的研究は量的研究に比べて、複雑で微妙な問題を記述し、分析し、捉えることができる場合が多いからです。

さらに、ディエスカレーション療法、対応チーム、コンフォートルーム（comfort room）、傷つきやすさに対応するための個別計画、法的能力と自律性を促進するための介入（例えば、支援付き意思決定介入のさまざまなモデル、事前指示書、ピアネットワーク）などを通じて、強制を減らすのに効果的であることが示されている多くの有望な関わりについて、より多くの研究が必要です。これらの関わりの多くには有効性を支持するエビデンスがありますが（40, 546, 715, 716）、精神的健康とその関わりに影響を与える社会的、経済的、文化的な問題に関する調査がとても不足しています。社会環境が精神保健に関して果たす重

要な役割の調査にもっと多くの投資をすることが必要であり、また、それによって、人間を単なる消去されるべき「症状」の集合体とみなす精神保健の考え方を改めてゆくことができます。(717)。

そこには大きな研究ギャップがあり、上記の分野への投資を急ピッチで強化する必要がありますが、コミュニティに根差したサービスや権利を促進する介入策の有効性については（第3章で示しましたように）私たちがすでに手にしているエビデンスがあり、行動を促進するには十二分です。人権について十分に説明する新たに改善されたサービスモデルや文化的慣習の変革に向かう前に、さらなる研究を待つ理由はありません。さらに、人権侵害は人間の尊厳を損なうものであり、障害者権利条約のような国際的に合意された条約に反するものであるため、それがどこで起ころうとも撲滅されるべきです。精神保健の場面における強制的介入を正当化するエビデンスはありません(43)。実際、エビデンスは逆の方向を示しているのです。力ずくで行われる介入は、その対象となる人々に有害な結果をもたらします(52)。拘束や隔離といった強制は、心身の健康に害を及ぼし、死に至ることもあります(718, 719)。人々は、強制的な治療を受けた経験から、精神保健ケアサービスを避けるために強く反発するかもしれません(51, 720)。

精神的不調や心理社会的障害がある人々は、その専門知識と経験から、研究に重要な貢献をすることができます。新しい学問分野としてサバイバー研究などがあります。しかし、中低所得国で発表された研究の最近の包括的レビュー(721)では、研究の実施過程に生きた体験をした人を関与させた発表済み研究は1件しか確認されていません(722)。「サバイバーリサーチャー」「ピアリサーチャー」「ユーザーリサーチャー」を含む、精神的不調や心理社会的障害がある人々が、この分野の研究の設計と実施において指導的役割を果たすことは極めて重要です。実際、共同創造(コ・プロダクション)は、研究デザインにおける生きた体験のある人の意見や情報を確保するための具体的な方法論として登場しました。成功するかどうかは、精神保健に関して「専門的知識」が何を意味するかについて、異なる視点を含め、現在機能している多くの前提、規範、慣行の再評価にかかっています。Box16は、本人中心の人権に基づくアプローチを支持する欧州評議会議員会議の強い政治的意思と、強制しない対応に関する追加的な研究の呼びかけを強調しています。

Box 16 欧州評議会議員会議部門による行動要請

強制や強制的な手段に代わる新しい方法に関する資金と資源提供の要請

欧州評議会議員会議は2019年、次のように述べました。「クライシスや緊急な事態の解決とサポートを提供する保健制度でありながら、自由なインフォームドコンセントの権利を含めた当該個人の人権と医療倫理を尊重する保健制度の内外から得られるグッドプラクティスや手段の中に解決策がある。こうした有望な実践が精神保健制度の中心に位置付けなければならない。強制や施設でのケアは止めるべきであり、容認できない選択肢と見なされるべきである。しかし強制を止めることは、患者を見捨てることを意味せず、精神保健予算全体を削減するための口実にしてはならない。その代わりに、強制に代わる新しい対応策に関する研究のための資金と資源を増やすべきだ」(723)。

(欧州評議会議員会議部門『精神保健における強制を終わらせる：人権に基づくアプローチの必要性』2019)

生きた体験のある人たちの参加を通じた研究の強化

「私たちのことを私たち抜きで決めないで」という言葉は、精神的不調や心理社会的障害の生きた体験のある人々が、研究を含むあらゆる精神保健活動に有意義に関与しなければならないというビジョンを端的に言い表しています。生きた体験と知識のある人々を巻き込むことは、この分野の新しい研究を強化し、意義深いものにするでしょう。論者の中には、研究開発と実施の両方に生きた体験のある人たちを参加させることの重要性を強調する人がいます。

「障害がある人だけが、その人たちのニーズが何であるかの基盤を真に定めることができます。そして、新たな変化をもたらす可能性のある研究プロセスに参加することは、成功のために極めて重要であると考えられるべきです」(724)。

「……共同創造は、単に人や地位という意味での平等ではなく、知識そのものがどのように評価されるかというレベルでの平等を意味します」(725)。

本人中心のアプローチ、人権に基づくアプローチを統合するための鍵となる国内行動

精神保健や社会的な保障制度とサービスに対する、真に権利に基づいたアプローチのための強固な基盤を作るためには、研究の優先順位の方向転換が必要です。そのためには、各国や国際的・国内的な研究機関が以下のような行動を実施する必要があります。

- 障害者権利条約に準拠したサービスの量的・質的研究と評価、精神的不調や心理社会的障害がある人々への（精神保健と社会福祉的ケアシステム内での）支援、また、強制をなくし、法的能力と自律性を尊重し、投薬への過度の依存を減らすための政策、法律、サービス、トレーニングのアプローチに関する研究と評価のための投資と資金を増やすこと。
- 低・中・高所得国において、精神的不調や心理社会的障害がある人々に対する障害者権利条約に準拠したサービスや支援の拡大と、それらの保健と社会制度、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、障害制度への統合に焦点を当てた研究を奨励すること。
- 単に臨床的な成果や症状に基づく判断基準に焦点を当てるのではなく、他のリカバリーの側面の中でも、参加やコミュニティ・インクルージョンに関連する成果に焦点を当て、それを含めた有意義な研究成果に定義をしないこと。
- 個人や集団レベルで精神的健康に影響を与える社会的、経済的、文化的問題に対処するための関わりに焦点を当てた研究を奨励すること。
- 精神的健康の決定要因に関する研究と、関連する実施プログラムを推進すること。
- 精神的不調や心理社会的障害がある人々に、研究課題の設定や、精神保健関連の研究を開発・実施するための指導的役割を与えること。
- 研究結果や知見を、保健や社会福祉的ケアの実践者、政策立案者、市民社会のNGO、障害がある人の団体、学界を含むすべての利害関係者に効果的に伝えること。

附 録

方法論

本書の方法論の目的は、地理的、経済的な背景を越えて、多様なグッドプラクティスを明らかにすることでした。この方法論は、プロジェクトの資源、規模、時間に比例するように開発されました。当初から、この方法論の意図は、ベストプラクティスを明らかにすることではなく、実践可能な実例になるグッドプラクティスを明らかにし、人権とリカバリーを促進するコミュニティに根差した精神保健の幅広い可能性を示すことでした。

第1段階：検討対象になりうるサービスの確認

検討対象になりうるサービスは4つの主要な情報源を通じて確認されました。

1. 文献調査は英語、フランス語、スペイン語、ポルトガル語で行い、学術文献で明示または参照されているサービスを検討対象になりうるサービスとしました。精神保健における人権とリカバリーアプローチを反映する5つの主要なテーマ（法的能力の尊重、強制に代わる選択肢、参加、コミュニティ・インクルージョン、リカバリーアプローチ）が確定し、各検索で使用する固有のキーワードや共通のキーワードを特徴づけるために使用しました。各言語の最も関連性の高いデータベースを選択し、調査対象期間は2005年から2017年に限定しました。
2. インターネット検索は英語、フランス語、スペイン語、ポルトガル語のGoogle検索エンジンを使って行い、検索対象になりうるサービスは、必ずしも学術文献に含まれたり参照されたりしていないサービスでもインターネットにはあるものは確認しました。検索形式は、「国名 Mental Health Community Services」で、「incognito」モードの検索結果の最初の10ページに限定しました。
3. E照会は、ソーシャルメディアや、保健省庁、WHO協力センター、協力的なNGOや障害者団体、人権高等弁務官事務所などの国連の機関で重点的に精神保健にかかわる組織を含むWHO協力者ネットワークを介して進めました。照会目的は、検索対象になりうるサービスが、上記の検索の言語に含まれていなかったり学術文献やインターネットにはなかったりする可能性のあるサービスを明らかにすることでした。サービスを選定するために用いた基準はE照会の案内で明記しました。
4. 最後に、WHOに既知の関連サービスを、長年にわたって各国で行ってきたWHOの活動に基づいて確認しました。

すべての調査で同じ除外基準を用いました。すなわち、認知障害や身体障害、神経疾患、薬物乱用を

持つ人々のためのサービス（精神保健関係ではないもの）は除外しました。摂食障害の治療など、高度に分化したサービスも除外しました。その他に、オンラインによる対応、電話サービス（ホットラインなど）、予防プログラム、限定的な方法によるサービス（事前計画など）、研修、アドヴォカシーなどを除外基準に含めました。

第2段階：人権とリカバリーの最低基準に照らした第1次審査

人権とリカバリーに基づいた5つの基準に照らして各サービスの最初の審査を行いました。

1. 法的能力の尊重：自律と自己決定及び自立の育成を促進していること。
2. 強制を用いないこと：強制、実力行使、拘束などを用いないサービスの実施について明確に言及していること。
3. 参加：ユーザーが、ピアサポート、サービスの開発または実施に参画していること。
4. コミュニティ・インクルージョン：コミュニティとの直接的なつながり、特別なサービスの提供、文化面でのインクルージョンの実践、ネットワークの開発の状態。
5. リカバリーアプローチ：セルフコントロールの回復を支えること、本人中心のケア、人生における有意義な人間関係の促進、将来への希望、エンパワメント。

上記の5つの基準のうち2つを実証し、その志向、サービス、実践を通じて人権とリカバリーの価値を組み入れていると認められたサービスは、最初の審査段階をパスしました。重要な検討事項は、複雑なニーズを持つ個人、場合によっては「困難なケース」と言われるような個人を、サービスがサポートしているかどうか、またどのようにサポートしているかということでした。このような人の大半を受け容れず、支援を提供せず、または、支援をやめ、あるいは、障害者権利条約に準拠しないサービスに紹介するサービスは、さらなる検討対象には含めませんでした。上記の基準を満たすと思われるサービスであり、特に低・中所得国のサービスである場合、または特に新しいアプローチである場合には、エビデンスが限られていても参酌しました。

ネットワークのサービスは、単独のサービスとは区別して別々に確認しました。確認したネットワークのサービスはすべて、過去または現在のQualityRightsのプロジェクトや協力者からもたらされたものです。

第3段階：サービスの分類

サービスを検証し、サービスの類型に従って分類しました。6つのサービスの類型に分類しました。

1. クライシス・サービス
2. 病院を基盤としたサービス
3. 地域精神保健センター
4. アウトリーチ・サービス
5. 支援付き居住サービス
6. ピアサポート・サービス

第4段階：各サービス類型におけるサービスの全面的審査

サービスは、基準を満たす数、基準を満たす程度（部分的か／完全か）、グッドプラクティスの利用可能なエビデンスに基づくもの（例えば、利用可能な質的／量的データ）、という観点から検討しました。サービスのランク付けは、サービス類型ごとに、満たされている基準と利用可能なエビデンスに基づいて行いました。低所得状況で取り上げられることの少ない地域のサービスは、可能及び／または適

切な場合、評価データのあるサービスと同様に優先しました。

第5段階：各サービス類型における最高ランクのサービスの記述

各サービス類型の中で最も高い順位を得たサービスを調査、検証し、サービスの全内容の記述を書きあげました。必要に応じて、サービスプロバイダーに追加情報を求めました。その後、書きあげたサービス内容の記述を内部で検証しました。この段階で先に進めるか落選にするかを判断しました。落選になった場合は、そのサービス類型で次の順位のサービスを選択し、全面的な検証を行いました（ここでも、低・中所得国と評価データが入手可能な国を優先しました）。この段階は、すべてのサービス類型でグッドプラクティスを選定した時点で終了しました。

第6段階：グッドプラクティスとして選定されたサービスの最終選考

この段階まで来たサービスについては、当該サービスのエビデンスの基礎づけと追加検証の必要性という観点から検証を行いました。サービスが追加的な検証を必要とする程度は、グッドプラクティスを実証的に支える利用可能な証拠の確実さに比例していました。例えば、サービスに関する専門家の査読を経た研究、グッドプラクティスの実証可能な質的・量的証拠（モニタリング報告書、サービスからのフィードバック、国際的・国家的レベルのレビュー、受賞）があるサービスは、裏づけとなる確固とした証拠があまりないサービスよりも、サービスの追加検証が少なくなりました。検証方法には、WHO QualityRightsの現地協力者による現地訪問、サービス提供者、サービス利用者、及び／または対象サービスと連携している現地サービスのインタビュー（現地訪問時に対面またはリモート）、及び／または追加情報の要請が含まれます。この検証段階をパスしたサービスが最終的に本書に掲載するために選ばれました。

本書の限界

本書の方法論上の限界は検索を4つの言語に限定したことです。E照会によってそれに対処しようと試みましたが、文献調査やオンライン検索をより多くの言語で行っていれば、さらにどのようなサービスが確認されたかははっきりしません。さらに、特に低・中所得国においては、すべての国が自国のサービスを積極的に紹介したりデータを公表したりできるわけではありません。そのために選出対象サービスの母集団がさらに限られていた可能性があります。この限界については、本書に含まれるサービスの選出全体について適切なバランスと代表性を提供しうる具体的なサービス類型及び／またはサービスの場所を明確にするように、WHOの協力ネットワークを梃に用いる方法によって不十分ではありますが対処しました。本書で紹介するために選ばれたサービスは、決して世界のベストプラクティスの代表例ではありませんし、他の国にはグッドプラクティスがないことを意味するものでもありません。

下記表 A1は、本ガイダンスに掲載するグッドプラクティスの選定に使用した方法の概要を示しています。

	文献調査	インターネット検索	E 照会	WHO ネットワーク 経由のサービス
当初選定対象 サービス	収集基準充足サービス 219件	収集基準充足サービス 535件	照会基準充足サービス 433件	10
第1次審査 (2/5基準)				
全面的審査数 及びサービス 分類別サービ ス数	74	313	113	10
全面的審査				
サービス分類				
情報源別分類 サービス数	61	108	84	10
6種のサービスでランク付け、サービスタイプ別最高ランクサービス詳細分析 (低所得状況や取り上げられにくい地域にサービスを提供することを優先する基準に基づく)				
最終選考 サービス数	4	11	7	10
ガイダンス掲 載サービス数	4	5	5	7
サービス名	<ul style="list-style-type: none"> ● ソテリア、ベルン、スイス ● フェニックス・クラブハウス、香港 ● パーソナル・オンブズマン、スウェーデン ● オープンダイアローグ・クライシスサービス、フィンランド 	<ul style="list-style-type: none"> ● ヒアリング・ヴォイシズ・サポートグループ ● キーリング・リビングサポートネットワーク、英国 ● トupp・アケ、ニュージーランド ● アフィヤ・ハウス、マサチューセッツ州、アメリカ合衆国 ● ホームアゲイン、インド、チェンナイ 	<ul style="list-style-type: none"> ● シェアド・ライブズ、南東ウェールズ、英国 ● リンクハウス、プリストル、英国 ● ナヤ・ダウル、インド ● 診療地区ハイデンハイム非営利有限会社、ドイツ ● アウン・クリニック、ミャンマー 	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神科医療センター (CAPS) III、ブラジランジア、ブラジル ● USP ケニアピアサポートグループ ● フレンドシップ・ベンチ、ジンバブエ ● アトミヤタ、インド、グジャラート州 ● ハンド・イン・ハンド、ジョージア ● ホームフォーカス、ウェストコーク、アイルランド ● ヴェストレ・ヴィーケン病院トラスト、ブラクスタッド病院 BET ユニット、ノルウェー ● ピアサポート南東オンタリオ、カナダ
このサービスを本ガイダンスに最終的に掲載				

687件除外

247件除外

表 A1 掲載したグッド・プラクティスの選定方法

文 献

1. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/, accessed 18 January 2021).
2. Decision WHA72(11). Follow-up to the political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable Diseases (pages 49-52, para 2). In: Seventy-second World Health Assembly, Geneva, 20-28 May 2019 Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHA72/2019/REC/1; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72-REC1/A72_2019_REC1-en.pdf#page=1, accessed 31 January 2021).
3. Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world”. In: UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage, 23 September 2019. New York: United Nations, General Assembly; 2019 (<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>, accessed 21 December 2020).
4. Investing in mental health: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf, accessed 22 December 2020).
5. Mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization; 2018 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>, accessed 21 December 2020).
6. WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927>, accessed 20 January 2021).
7. Šiška J, Beadle-Brown J. Transition from institutional care to community-based services in 27 EU Member States: Final report. Research report for the European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care. 2020 (<https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2020/05/eeg-di-report-2020-1.pdf>, accessed 1 September 2020).
8. Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf, accessed 1 September 2020).
9. Winkler P, Kondrátová L, Kagstrom A, Kučera M, Palánová T, Salomonová M et al. Adherence to the Convention on the Rights of People with Disabilities in Czech psychiatric hospitals: a nationwide evaluation study. *Health Hum Rights*. 2020;22:21-33.
10. Freedom from coercion, violence and abuse. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329582>, accessed 21 January 2021).
11. Lindsley CW. The top prescription drugs of 2011 in the United States: antipsychotics and antidepressants once again lead CNS therapeutics. *ACS Chem Neurosci*. 2012;3:630-1. doi: 10.1021/cn3000923.
12. Ilyas S, Moncrieff J. Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. *Br J Psychiatry*. 2012;200:393-8. doi: 10.1192/bjp.bp.111.104257.
13. Moore TJ, Mattison DR. Adult utilization of psychiatric drugs and differences by sex, age, and race.

JAMA Intern Med. 2017;177:274-5. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7507.

14. Gardner C, Kleinman A. Medicine and the mind-the consequences of psychiatry's identity crisis. *N Engl J Med*. 2019;381:1697-9. doi: 10.1056/NEJMp1910603.
15. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pūras, 28 March 2017 (A/HRC/35/21). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/35/21>, accessed 22 December 2020).
16. State of Victoria, Royal Commission into Victoria's Mental Health System, Interim Report, Parl Paper No. 87 (2018–19). Melbourne: Royal Commission into Victoria's Mental Health System; 2019 (https://s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-rcvmhs.files/4215/8104/8017/Interim_Report_FINAL_.pdf, accessed 19 January 2021).
17. "They stay until they die". A lifetime of isolation and neglect in institutions for people with disabilities in Brazil. New York: Human Rights Watch; 2018 (https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/brazil0518_web2.pdf, accessed 3 March 2020).
18. Turnpenny A, Petri G, Finn A, Beadle-Brown J, Nyman M. Mapping and understanding exclusion: institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. Project report. Brussels: Mental Health Europe; 2018 (<https://kar.kent.ac.uk/64970/1/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>, accessed 22 December 2020).
19. Living in hell. Abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia. In: Human Rights Watch. New York: Human Rights Watch; 2016 (<https://www.hrw.org/report/2016/03/20/livinghell/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-indonesia>, accessed 18 January 2021).
20. Psychiatric hospitals in Uganda. A human rights investigation. Budapest: Mental Disability Advocacy Centre; 2014 (http://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/psychiatric_hospitals_in_uganda_human_rights_investigation.pdf, accessed 18 January 2021).
21. Funk M, Drew N, Ansong J, Chisholm D, Murko M, Nato J. Strategies to achieve a rights based approach through WHO QualityRights. In: Stein MA, Mahomed F, Sunkel C, Patel V, editors. *Mental health, human rights and legal capacity*. Cambridge: Cambridge University Press; (in press).
22. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241563949>, accessed 4 September 2020).
23. The Universal Declaration of Human Rights (Resolution 217A (III)), 10 December 1948. New York: United Nations, General Assembly; 1948 (<http://www.un.org/en/universal-declaration-humanrights/>, accessed 18 January 2021).
24. International Covenant on Civil and Political Rights, adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Geneva: United Nations, General Assembly; 1976 (<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>, accessed 18 January 2021).
25. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Geneva: United Nations, General Assembly; 1976 (<https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>, accessed 18 January 2021).
26. Minkowitz T. CRPD advocacy by the World Network of Users and Survivors of Psychiatry: The emergence of an user/survivor perspective in human rights. *SSRN Electronic Journal*. 2012. doi: 10.2139/ssrn.2326668.
27. Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General Comments. In: United Nations Human Rights Office of the High Commissioner (OHCHR) [website]. Geneva: OHCHR; n.d. (<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx>, accessed 22 December 2020).
28. Resolution A/HRC/RES/36/13, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 28 September, 2017. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (A/HRC/34/32; <https://undocs.org/A/HRC/RES/36/13>, accessed 22 December 2020).
29. Resolution A/HRC/32/18, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 1 July 2016. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2016 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/32/18>, accessed 31 January 2021).
30. Resolution A/HRC/RES/43/13, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 19 June 2020. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/43/13>, accessed 31 January 2021).
31. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights (A/HRC/34/32). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/>

HRC/34/32, accessed 31 January 2021).

32. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pūras, 15 April 2020 (A/HRC/44/48). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/en/A/HRC/44/48>, accessed 20 February 2020).
33. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 12 December 2017 (A/HRC/37/56). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, accessed 5 September 2020).
34. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 11 January 2019 (A/HRC/40/54). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/40/54>, accessed 5 September 2020).
35. Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat to the Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23-28 May 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/39; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1 accessed 2 September 2020).
36. Slade M. Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
37. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n° 1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law (CRPD/C/GC/1), 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 22 December 2020).
38. Legal capacity and the right to decide. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329539>, accessed 18 January 2021).
39. Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights Specialized training. Course slides. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329647>, accessed 18 January 2021).
40. Strategies to end seclusion and restraint. WHO QualityRights Specialized training. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605>, accessed 21 January 2021).
41. Gooding P, McSherry B, Roper C. Preventing and reducing ‘coercion’ in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;142:27–39. doi: doi.org/10.1111/acps.13152.
42. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities (para 12). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2015 (www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc, accessed 9 February 2017).
43. Funk M, Drew N. Practical strategies to end coercive practices in mental health services. *World Psychiatry.* 2019;18:43–4. doi: [10.1002/wps.20600](https://doi.org/10.1002/wps.20600).
44. Mental health, disability and human rights. WHO QualityRights Core training: for all services and all people. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329546/9789241516709-eng.pdf>, accessed 08 February 2021).
45. Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak, 28 July 2008 (A/63/175). New York: United Nations, General Assembly; 2008 (<https://undocs.org/A/63/175>, accessed 18 January 2021).
46. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1 February 2013 (A/HRC/22/53). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2013 (<https://undocs.org/A/HRC/22/53>, accessed 22 December 2020).
47. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n° 1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, para 42 (CRPD/C/GC/1), 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 22 December 2020).
48. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n° 3 (2016) on women and girls with disabilities, paras 53–43 (CRPD/C/GC/3). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2016 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/3>, accessed 22 December 2020).
49. Newton-Howes G, Savage M, Arnold R, Hasegawa T, Staggs V, Kisely S. The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: An international epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020;29:e190. doi: [10.1017/S2045796020001031](https://doi.org/10.1017/S2045796020001031).

50. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10:400. doi: 10.3389/fpsy.2019.00400.
51. Rose D, Perry E, Rae S, Good N. Service user perspectives on coercion and restraint in mental health. *BJPsych Int*. 2017;14:59–61. doi: 10.1192/s2056474000001914.
52. Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28:605-12. doi: 10.1017/S2045796019000350.
53. Rains LS, Zenina T, Casanova Dias M, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:403-17. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30090-2.
54. Hammervold UE, Norvoll R, Aas RW, Sagvaag H. Post-incident review after restraint in mental health care - a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention. A scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:235. doi: 10.1186/s12913-019-4060-y.
55. Zinkler M, Von Peter S. End coercion in mental health services - toward a system based on support only. *Laws*. 2019;8:19. doi: 10.3390/laws8030019.
56. Kogstad RE. Protecting mental health clients' dignity - the importance of legal control. *Int J Law Psychiatry*. 2009;32:383–91. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.09.008.
57. Sunkel C. The UN Convention: a service user perspective. *World Psychiatry*. 2019;18:51–2. doi: 10.1002/wps.20606.
58. Murphy R, McGuinness D, Bainbridge E, Brosnan L, Felzmann H, Keys M et al. Service users' experiences of involuntary hospital admission under the Mental Health Act 2001 in the Republic of Ireland. *Psychiatr Serv*. 2017;68:1127-35. doi: 10.1176/appi.ps.201700008.
59. Newton-Howes G, Mullen R. Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. *Psychiatr Serv*. 2011;62:465-70. doi: 10.1176/ps.62.5.pss6205_0465.
60. Strout T. Perceptions on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;19:416-27. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x.
61. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10:491. doi: 10.3389/fpsy.2019.00491.
62. Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2013;381:55-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61379-8.
63. Gerace A, Muir-Cochrane E. Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: an Australian survey. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28:209-25. doi: 10.1111/inm.12522.
64. Sugiura K, Pertega E, Holmberg C. Experiences of involuntary psychiatric admission decisionmaking: a systematic review and meta-synthesis of the perspectives of service users, informal carers, and professionals. *Int J Law Psychiatry*. 2020;73:101645. doi: 10.1016/j.ijlp.2020.101645.
65. Coffey M, Cohen R, Faulkner A, Hannigan B, Simpson A, Barlow S. Ordinary risks and accepted fictions: how contrasting and competing priorities work in risk assessment and mental health care planning. *Health Expectations*. 2017;20:471-83. doi: 10.1111/hex.12474.
66. Lorant V, Depuydt C, Gillain B, Guillet A, Dubois V. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:360-5. doi: 10.1007/s00127-007-0175-2.
67. Champagne T, Stromberg N. Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: Innovative alternatives to seclusion and restraint. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2004;42:34-44.
68. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ et al. Pennsylvania State hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv*. 2005;56:1115–22. doi: 10.1176/appi.ps.56.9.1115.
69. Scottish Recovery Network. The role and potential development of peer support services. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2005 (<https://www.scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2005/12/Peer-support-briefing.pdf>, accessed 30 December 2020).
70. Pitt V, Lowe D, Hill S, Prictor M, Hetrick SE, Ryan R et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3. doi: 10.1002/14651858.CD004807.pub2.
71. Puschner B. Peer support and global mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27:413-4. doi: 10.1017/S204579601800015X.
72. Byrne L, Happell B, Reid-Searl K. Recovery as a lived experience discipline: a grounded theory study.

- Issues Ment Health Nurs. 2015;36:935-43. doi: 10.3109/01612840.2015.1076548.
73. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O' Hagan M, Panther G et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*. 2014;13:12-20. doi: 10.1002/wps.20084.
 74. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°5 (2017) on living independently and being included in the community (CRPD/C/GC/5). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2017 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/5>, accessed 30 December 2020).
 75. Person-centred recovery planning for mental health and well-being: self-help tool: WHO QualityRights. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329598>, accessed 18 January 2021).
 76. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199:445–52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
 77. Slade M, Wallace G. Recovery and mental health. In: Slade M, Oades L, Jarden A, editors. *Wellbeing, recovery and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2017:24-34.
 78. Chamberlin J. A working definition of empowerment. *Psychiatr Rehabil J*. 1997;20:43-6.
 79. Wildflower Alliance [website]. Springfield: Wildflower Alliance; n.d. (<https://wildfloweralliance.org/>, accessed 13 January 2021).
 80. Afiya peer respite annual report - FY' 17. Holyoke: Western Mass Recovery Learning Community; 2017 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Afiya-annual-report-fy-17-alt.pdf>, accessed 4 January 2021).
 81. Davidow S. Peer respite handbook: a guide to understanding, developing and supporting peer respites. Denver: Outskirts Press; 2018.
 82. What is IPS? In: *Intentional Peer Support* [website]. West Chesterfield: Intentional Peer Support; n.d. (<https://www.intentionalpeersupport.org/what-is-ips/?v=b8a74b2fbcbb>, accessed 4 May 2020).
 83. Davidow S, Mazel-Carlton C. The “alternatives to suicide approach”: a decade of lessons learned. In: Page A, Stritzke W, editors. *Alternatives to suicide: beyond risk and towards a life worth living*. Cambridge: Academic Press; 2020.
 84. Missing Link [website]. Bristol: Missing Link; n.d. (<https://missinglinkhousing.co.uk/>, accessed 19 October 2019).
 85. Link House Leaflet. In: *Missing Link* [website]. Bristol: Missing Link; 2019 (https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wpcontent/uploads/2019/07/ML_LinkHouse_July2019.pdf, accessed 19 October 2019).
 86. Missing Link annual review 2017-18. Bristol: Missing Link; 2018 (https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2018/10/MissingLink_NextLink_SafeLink_AnnualReview2017-18.pdf, accessed 19 October 2019).
 87. Knowledge and Understanding Framework (KUF). In: Ministry of Justice, NHS England [website]. London: Ministry of Justice, NHS England; n.d. (<https://kufpersonalitydisorder.org.uk/>, accessed 4 January 2021).
 88. Sara Gray [video]. Bristol: Bristol Mental Health; 2017 (<https://www.youtube.com/watch?v=GMSofLVJMcY&feature=youtu.be>, accessed 19 October 2019).
 89. Complaints procedure service user guide. In: *Missing Link* [website]. Bristol: Missing Link; n.d. (<https://missinglinkhousing.co.uk/feedback/complaints-procedure-service-user-guide/>, accessed 13 January 2021).
 90. Link House service exit feedback survey 2015-16. Bristol: Missing Link; 2016 (https://missinglinkhousing.co.uk/missinglink2016/wp-content/uploads/2016/12/LinkHouseSatisfactionSurvey_Nov16.pdf, accessed 19 October 2019).
 91. WRAP is... In: *Advocates for Human Potential* [website]. Sudbury: Advocates for Human Potential; 2018 (<https://mentalhealthrecovery.com/wrap-is/>, accessed 25 February 2020).
 92. Recovery Star. In: *Mental Health Partnerships* [website]. Stockport: Mental Health Partnerships; 2009 (<https://mentalhealthpartnerships.com/resource/recovery-star/>, accessed 12 February 2021).
 93. Link House for women in mental health crisis. In: *Missing Link* [website]. Bristol: Missing Link; n.d. (<https://missinglinkhousing.co.uk/services-we-offer/link-house-for-women-in-mental-health-crisis/>, accessed 19 October 2019).
 94. Archived reference costs. In: *NHS Improvement* [website]. London: NHS Improvement; n.d. (<https://improvement.nhs.uk/resources/reference-costs/>, accessed 20 July 2020).
 95. MAPA (Management of Actual or Potential Aggression). In: *Crisis Prevention Institute* [website]. Sale: Crisis Prevention Institute; 2020 (<https://www.crisisprevention.com/en-GB/Our-Programs/MAPA-Management-of-Actual-or-Potential-Aggression>, accessed 6 May 2020).

96. von Peter S, Aderhold V, Cubellis L, Bergström T, Stastny P, J. S et al. Open Dialogue as a human rights-aligned approach. *Front Psychiatry*. 2019;10:387. doi: 10.3389/fpsy.2019.00387.
97. Bergström T, Seikkula J, Alakare B, Mäki P, Köngäs-Saviaro P, Taskila JJ et al. The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: nineteen-year outcomes. *Psychiatry Res*. 2018;270:168-75. doi: 10.1016/j.psychres.2018.09.039.
98. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother Res*. 2006;16:214-28. doi: 10.1080/10503300500268490.
99. Kiviniemi M. Mortality, disability, psychiatric treatment and medication in first-onset schizophrenia in Finland: the register linkage study [thesis]. Oulu: University of Oulu; 2014.
100. Tribe RH, Freeman AM, Livingstone S, Stott JCH, Pilling S. Open dialogue in the UK: qualitative study. *BJPsych Open*. 2019;5:e49. doi: 10.1192/bjo.2019.38.
101. About us. In: Pathways [website]. Wellington: Pathways; n.d. (<https://www.pathways.co.nz/about/overview/>, accessed 12 February 2021).
102. Te Pou o Te Whakaaro Nui, Take Notice. Evaluation of Tupu Ake: A peer-led acute alternative mental health service. Auckland: Te Pou o Te Whakaaro Nui, The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development; 2017 (<https://www.tepou.co.nz/resources/evaluation-of-tupu-ake>, accessed 30 December 2020).
103. Harris R, Tobias M, Jeffreys M, Waldegrave K, Karlsen S, Nazroo J. Racism and health: The relationship between experience of racial discrimination and health in New Zealand. *Soc Sci Med*. 2006;63:1428-41. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.04.009.
104. McLeod M, King P, Stanley J, Lacey C, Cunningham R. Ethnic disparities in the use of seclusion for adult psychiatric inpatients in New Zealand. *N Z Med J*. 2017;130:30-9.
105. Office of the Director of Mental Health and Addiction Services Annual Report 2017. Wellington: Ministry of Health New Zealand; 2019 (<https://www.health.govt.nz/publication/office-directormental-health-and-addiction-services-annual-report-2017>, accessed 30 December 2020).
106. Cohen A, Minas H. Global mental health and psychiatric institutions in the 21st century. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26:4-9. doi: 10.1017/S2045796016000652.
107. Living in Chains. Shackling of People with Psychosocial Disabilities Worldwide. New York: Human Rights Watch; 2020 (https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2020/10/global_shackling1020_web_1.pdf, accessed 19 February 2021).
108. Heggdal D, Fosse R, Hammer J. Basal exposure therapy: a new approach for treatment-resistant patients with severe and composite mental disorder. *Front Psychiatry*. 2016;7:198. doi: 10.3389/fpsy.2016.00198.
109. Heggdal D. Basal exposure therapy (BET) alternative to coercion and control in suicide prevention [video]. Oslo: Stiftelsen Humania; 2017 (<https://www.youtube.com/watch?v=fsfdrFoEhfQ&t=324s>, accessed 4 June 2020).
110. Hammer J, Heggdal D, Lillelien A, Lilleby P, Fosse R. Drug-free after basal exposure therapy. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2018;138. doi: 10.4045/tidsskr.17.0811.
111. Heggdal D. Basal exposure therapy (BET) - basic principles and guidelines. Oslo; 2012 (<https://vestreviken.no/Documents/Helsefaglig/BET%20-%20Basal%20eksponeringsterapi/BET%20principle%20and%20guidelines.pdf>, accessed 31 December 2020).
112. Hammer J, Fosse R, Lyngstad Å, Møller P, Heggdal D. Effekten av komplementær ytre regulering (KYR) på tvangstiltak [Effects of complementary external regulation (CER) on coercive measures]. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2016;53:518-29.
113. Heggdal D, Hammer J, Alsos T, Malin I, Fosse R. Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2015;12:119-28.
114. Whitaker R. A tale of two studies. In: Mad in America [website]. Cambridge: Mad in America; 2018 (<https://www.madinamerica.com/2018/03/a-tale-of-two-studies/>, accessed 31 December 2020).
115. Hammer J, Ludvigsen K, Heggdal D, Fosse R. Reduksjon av unngåelsesatferd og innleggelses grunnet villet egenskade etter Basal eksponeringsterapi (BET). *Suicidologi*. 2017;22:20-6. doi: 10.5617/suicidologi.4682.
116. Visit to Norway, report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (A/HRC/43/41/Add.3), 14 January 2020. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020(<https://undocs.org/en/A/HRC/43/41/Add.3>, accessed 31 December 2020).
117. Hammer J, Heggdal D, Ludvigsen K. Inn i katastrofelandskapet - erfaringer fra Basal eksponeringsterapi. Oslo: Abstrakt forlag; 2020.

118. Malin IS, Alsos TH. "Å våge å forholde seg til livets smerte" : en kvalitativ evaluering av basal eksponeringsterapi [thesis]. Oslo: University of Oslo; 2011.
119. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477): § 64b SGB V Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen. Bundesrepublik Deutschland; 1989 (<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/64b.html>, accessed 18 January 2021).
120. Trittner G. Gemeindepsychiatrischer Verbund wird gegründet. Heidenheimer Zeitung. 27 March 2012 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/gemeindepsychiatrischer-verbund-wirdgegruendet-31541396.html>, accessed 31 December 2020).
121. Flammer E, Steinert T. The case register for coercive measures according to the law on assistance for persons with mental diseases of Baden-Wuerttemberg: conception and first evaluation. *Psychiatr Prax.* 2019;46:82-9. doi: 10.1055/a-0665-6728.
122. Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin. Berlin: Bundesärztekammer; 2016: (https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/SNEntscheidung2016.pdf, accessed 31 December 2020).
123. Zinkler M, De Sabbata K. Unterstützte Entscheidungsfindung und Zwangsbehandlung bei schweren psychischen Störungen - ein Fallbeispiel. *Recht Psychiatr.* 2017;35:207-12.
124. Zinkler M. Supported decision making in the prevention of compulsory interventions in mental health care. *Front Psychiatry.* 2019;10:137. doi: 10.3389/fpsy.2019.00137.
125. Borasio GD, Heßler HJ, Wiesing U. Patientenverfügungsgesetz. Umsetzung in der klinischen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt.* 2009;160:1952-7.
126. Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M. A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatr Serv.* 2008;59:63-71. doi: 10.1176/ps.2008.59.1.63.
127. Zinkler M. Umgang mit gewaltbereiten Patienten und Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Heidenheim. Heidenheim;2018 (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum-wAssets/docs/psychiatrie-psychotheraphieund-psychosomatik/Konzept-Umgang-mit-Gewalt-und-Zwangsmassnahmen-Nov-16.pdf>, accessed 31 December 2020).
128. Zinkler M, Mahlke CI, Marschner R. Selbstbestimmung und Solidarität. Cologne: Psychiatrie Verlag GmbH; 2019.
129. Zinkler M. Germany without coercive treatment in psychiatry - a 15 month real world experience. *Laws.* 2016;5:15. doi: 10.3390/laws5010015.
130. Zinkler M, Waibel M. Auf Fixierungen kann in der klinischen Praxis verzichtet werden - ohne dass auf Zwangsmedikation oder Isolierungen zurückgegriffen wird [Inpatient mental health care without mechanical restraint, seclusion or compulsory medication]. *Psychiatr Prax.* 2019;46:225. doi:10.1055/a-0893-2932.
131. Mayer M, Vaclav J, Papenberg W, Martin V, Gaschler F, Özköylü S. Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege: Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. third ed. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG; 2017.
132. Mayer M. PAIR - Das Training zur Aggressionshandhabung: Präsentation eines Trainingsprogramms zur Prävention von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Settings. 2007 (https://www.researchgate.net/publication/280931328_PAIR_-_Das_Training_zur_Aggressionshandhabung_Presentation_eines_Trainingsprogramms_zur_Pravention_von_Aggression_und_Gewalt_in_psychiatrischen_Settings, accessed 31 December 2020).
133. Kummer S. Gute Bewertung für Psycho-Prävention. Heidenheimer Zeitung. 29 April 2016 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/gute-bewertung-fuer-psycho-praeventio-31651066.html>, accessed 31 December 2020).
134. Kummer S. Beratung für psychisch Kranke auf Augenhöhe. Heidenheimer Zeitung. 21 June 2016 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/beratung-fuer-psychisch-krank-aufaugenhoehe-31660370.html>, accessed 31 December 2020).
135. Lob- und Beschwerdemanagement im Klinikum Heidenheim. In: Klinikum Heidenheim [website]. Heidenheim: Klinikum Heidenheim; n.d. (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum/patienten/ihraufenthalt/Lob-und-Beschwerdemanagement.php>, accessed 31 December 2020).
136. Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle). In: Landratsamt Heidenheim [website]. Heidenheim: Landratsamt Heidenheim; n.d. (<https://www.landkreis-PsoterLanqpublicarea%5BsuchEin-gabe5D=soteria&cHash=d08375155cd588986d5eb3f7183e2e09#skalen>, accessed 7 July 2020).
136. Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle). In: Landratsamt Heidenheim [website]. Heidenheim: Landratsamt Heidenheim; n.d. (<https://www.landkreisheidenheim.de/Landratsamt/>

Organisationseinheit/Soziale Sicherung und Integration/Hilfen für Menschen mit Behinderung/Informations-Beratungs- und Beschwerdestelle IBB/index.htm, accessed 31 December 2020).

137. Lob oder Kritik - Geben Sie uns Ihr Feedback. In: AOK Die Gesundheitskasse [website]. Stuttgart: AOK Die Gesundheitskasse; n.d. (<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/beschwerde/>, accessed 31 December 2020).
138. Hilfe bei ärztlichen Behandlungsfehlern. In: Landesärztekammer Baden-Württemberg [website]. Stuttgart: Landesärztekammer Baden-Württemberg; n.d. (<https://www.aerztekammer-bw.de/20buerger/40behandlungsfehler/index.html>, accessed 31 December 2020).
139. Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatr Serv.* 2005;56:1441-3. doi: 10.1176/appi.ps.56.11.1441.
140. Nyhuis PW, Zinkler M. Offene Psychiatrie und gemeindepsychiatrische Arbeit [Opendoor psychiatry and community mental health work]. *Nervenarzt.* 2019;90:695-9. doi: 10.1007/s00115-019-0744-0.
141. Zwischenergebnisse zur Evaluation von Modellvorhaben für sektorenübergreifende Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V (EVA64) beim DKVF vorgestellt. In: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden [website]. Dresden: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden; 2019 (<https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/zegv/news/eva64-dkvf>, accessed 31 December 2020).
142. Zinkler M. Modellvorhaben nach § 64b SGB V in der Corona-Pandemie: Versorgung, Struktur und Zwangsmaßnahmen. *Recht Psychiatr.* (in press).
143. Weitz H-J. Bericht der Ombudsstelle beim Ministerium für Soziales und Integration nach § 10 Abs. 4 Psych KHG. 2018 (https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/Ombudsstelle_Landtagsbericht-2018.pdf, accessed 31 December 2020).
144. Flammer E, Steinert T. Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf die Häufigkeit aggressiver Vorfälle und freiheitseinschränkender mechanischer Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Störungen [Consequences of the temporary lack of admissibility of involuntary medication in the state of Baden-Wuerttemberg: not less drugs, but longer deprivation of liberty]. *Psychiatr Prax.* 2015;42:260-6. doi: 10.1055/s-0034-1370069.
145. Besuchskommission nach § 27 PsychKHG. Stuttgart: Baden-Württemberg Ministerium Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren; 2018 (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikumwAssets/docs/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/Besuchskommission-2018.pdf>, accessed 31 December 2020).
146. Klinikum bekennt sich zu kommunaler Trägerschaft. *Heidenheimer Zeitung.* 24 January 2020 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/datenpanne-klinikum-gab-versehentlich-klarnamenheraus-42883034.html>, accessed 31 December 2020).
147. Soteria-Gedanke. In: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria [website]. Bremen: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; n.d. (<https://soteria-netzwerk.de/entstehung-des-soteria-gedankens>, accessed 4 October 2019).
148. Ciompi L. The Soteria-concept. Theoretical bases and practical 13-year-experience with a milieutherapeutic approach of acute schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1997;99:634-50.
149. Mosher LR, Menn A. Soteria: an alternative to hospitalization for schizophrenia. *New Dir Ment Health Serv.* 1979;1:73-84. doi: 10.1002/yd.23319790108.
150. Ciompi L. An alternative approach to acute schizophrenia: Soteria Berne, 32 years of experience. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother.* 2017;168:10-3. doi: 10.4414/sanp.2017.00462.
151. Soteria Bern - psychiatric hospital. In: Hospital Comparison Switzerland [website]. Zurich: Hospital Comparison Switzerland; 2017 (<https://which-hospital.ch/quality-ratings.php?fc=2&hid=53>, accessed 1 January 2021).
152. Einhornfilm. Part 1 - Soteria Berne - Acute (english subtitles 1/3) [video]: Einhornfilm; 2013 (https://www.youtube.com/watch?v=_fMoJvwMZrk, accessed 30 December 2020).
153. Soteria Bern - Konzept - Integrierte Versorgung. In: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Bern: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/wAssets/docs/soteria/KonzeptIntegrierteVersorgung.pdf>, accessed 1 January 2021).
154. Ciompi-Lausanne L. mov58 [video]. Brussels: colloque communautés thérapeutiques Bruxelles; 2015 (https://www.youtube.com/watch?v=EIU17x_pPgQ, accessed 30 December 2020).
155. Aufnahme. In: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Berne: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/de/soteria/aufnahme.php>, accessed 6 October 2019).
156. Soteria Angebot. In: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Berne: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/de/soteria/angebot.php>, accessed 6 October 2019).

157. Parizot S, Sicard M. Antipsychiatry n° 10. *L'information psychiatrique*. 2014;90:777–88.
158. Einhornfilm. Part 2 - Soteria Berne - Integration (english subtitles 2/3) [video]. Einhornfilm; 2013 (<https://www.youtube.com/watch?v=8ilj7BcS7XU>, accessed 30 December 2020).
159. Soteria Bern - Konzept Wohnen & Co. In: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Bern: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (https://www.igsbern.ch/wAssets/docs/soteria/Konzept_Wohnen-und-Co.pdf, accessed 13 January 2021).
160. Soteria Fidelity Scale. Bremen: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; 2019 (<https://soteria-netzwerk.de/wp-content/uploads/2019/04/Soteria-Fidelity-Scale-Version-15.04.19.pdf>, accessed 1 January 2021).
161. Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria [website]. Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; n.d. (<https://soteria-netzwerk.de/>, accessed 30 December 2020).
162. Ingle M. How does the Soteria House heal? [website]. Cambridge: Mad in America; 2019 (<https://www.madinamerica.com/2019/09/soteria-house-heal/>, accessed 1 January 2021).
163. Ciompi L, Hoffmann H. Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry*. 2004;3:140-6.
164. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics] (ANQ) [website]. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; n.d. (www.anq.ch, accessed 19 February 2021).
165. Nationaler Vergleichsbericht 2018. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; 2019 (https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/09/ANQpsy_EP_Nationaler-Vergleichsbericht_2018.pdf, accessed 7 July 2020).
166. Messergebnisse Psychiatrie, Soteria 2014. In: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [website]. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics]; 2014 (https://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnissepsychiatrie/step3/measure/35/year/2019/nr/24679/?no_cache=1&tx_anq_anqpublicarea%5BsuchEingabe%5D=soteria&cHash=d08375155cd588986d5eb3f7183e2e09#skalen, accessed 7 July 2020).
167. Internal evaluation of Soteria House Berne 2015-2017. In: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern. Berne: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; n.d. (<https://www.igsbern.ch/de/behandlung/soteria-3.html#section-40>, accessed 31 December 2020).
168. Ciompi L, Dauwalder H-P, Maier C, Aebi E, Trutsch K, Kupper Z et al. The pilot project 'Soteria Berne': clinical experiences and results. *Br J Psychiatry*. 1992;161:145-53. doi: 10.1192/S0007125000297183.
169. Calton T, Ferriter M, Huband N, Spandler H. A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2008;34:181-92. doi: 10.1093/schbul/sbm047.
170. Soteria Berne: an alternative treatment of acute schizophrenia. In: Luc Ciompi - Psychiatrist and Author [website]. Berne: Luc Ciompi - Psychiatrist and Author; 2018 (<http://www.ciompi.com/en/soteria.html>, accessed 1 January 2020).
171. Übersicht stationäre Spitaltarife 2020 Kanton Bern. In: Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion. Bern: Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion; 2020(https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitalfinanzierung/superprovisorischetarife.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalversorgung/Tarife/Tarifuebersicht_2020.pdf, accessed 1 January 2021).
172. List of low-income countries. In: Institute of Labor Economics [website]. Bonn: Institute of Labor Economics; 2017 (<https://g2lm-lic.iza.org/call-phase-iv/list-of-lic/>, accessed 24 February 2020).
173. Nguyen AJ, Lee C, Schojan M, Bolton P. Mental health interventions in Myanmar: a review of the academic and grey literature. *Global Mental Health*. 2018;5:e8. doi: 10.1017/gmh.2017.30.
174. Mental health atlas 2017, member state profile Myanmar. Geneva: World Health Organization;2017 (https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/MM.pdf?ua=1, accessed 24 February 2020).
175. Myanmar: humanitarian needs overview 2017. In: UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs [website]. New York: UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2016 (<http://reliefweb.int/report/myanmar/myanmar-humanitarian-needs-overview-2017>, accessed 7 July 2020).
176. Kha T. Disabled pour scorn on discriminatory policy [website]. Yangon: Frontier Myanmar; 2017 (<https://frontiermyanmar.net/en/disabled-pour-scorn-on-discriminatory-policy>, accessed 1 January 2021).
177. Aung Clinic [website]. Yangon: Aung Clinic; n.d. (<https://www.aungclinicmh.org/>, accessed 24 February 2020).
178. Myo Myint LPP. From suffering to colourful art. *Myanmar Times*. 26 October 2018 (<https://www>.

- mmtimes.com/news/suffering-colourful-art.html, accessed 24 February 2020).
179. Myanmar Autism Association [website]. Yangon: Myanmar Autism Association; 2020, accessed 4 January 2021).
 180. Su C. Future stars shine brightly in self advocacy. Myanmar Times. 18 May 2015 (<https://www.mmtimes.com/lifestyle/14518-future-stars-shine-brightly-in-self-advocacy.html>, accessed 24 February 2020).
 181. Background. In: Back Pack Health Worker Team [website]. Maesot: Back Pack Health Worker Team; 2019 (https://backpackteam.org/?page_id=31, accessed 1 January 2021).
 182. Antalikova R. Evaluation Report [website]. Yangon: Aung Clinic; 2020 (<https://www.aungclinicmh.org/2020/05/02/evaluation-report-2020-dr-radka-antalikova/>, accessed 7 July 2020).
 183. Klein J. Long ignored in global development, mental illness Is declared a top priority. In: Open Society Foundations [website]. New York: Open Society Foundations; 2016 (<https://www.opensocietyfoundations.org/voices/long-ignored-global-development-mental-illness-declared-toppriority>, accessed 24 February 2020).
 184. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2016(<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat-rio-Gest-o-2011-2015-.pdf>, accessed 22 January 2021).
 185. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e180617. doi:10.1590/Interface.180617.
 186. Campos GVS, Almeida IS. Análise sobre a constituição de uma rede de saúde mental em uma cidade de grande porte [Analysis of the implementation of a mental health network in a major city]. *Ciência saúde coletiva*. 2019;24:2715-26. doi: 10.1590/1413-81232018247.20122017.
 187. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2004 (https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude_mental_no_SUS__os_centros_de_atencao_psicossocial/48, accessed 4 January 2021).
 188. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2008 (http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf, accessed 4 January 2021).
 189. Campos RTO, Furtado RP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Pegolo da Gama CA. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúde Pública [online]*. 2009;43:16-22. doi: 10.1590/S0034-89102009000800004.
 190. CAPS III Brasilândia, São Paulo, Brasil. QualityRights evaluation report. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/CAPS-III-Brasilia-Brazil-QualityRights-Evaluation-Report.pdf>, accessed 21 January 2021).
 191. WHO QualityRights initiative - improving quality, promoting human rights. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; n.d. (https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/, accessed 1 January 2021).
 192. Brasil. Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro. Diário Oficial Da União (2018), 15(1), pp.5-47. Retificação, Na Portaria nº 3588/GM/MS de 21 de dezembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União nº 245, de 22 de dezembro de 2017, Seção 1 (pp 236-238). 2017 (http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwtOTZC2Mb/content/id/2023478/doi-2018-01-22-retificacao-2023474, accessed 18 January 2021).
 193. International standards for Clubhouse programs. New York: Clubhouse International;2018 (https://clubhouse-intl.org/wp-content/uploads/2019/03/standards_2018_eng.pdf, accessed 1 January 2021).
 194. McKay C, Nugent KL, Johnsen M, Eaton WW, Lidz CW. A systematic review of evidence for the Clubhouse Model of psychosocial rehabilitation. *Adm Policy Ment Health*. 2018;45:28–47. doi:10.1007/s10488-016-0760-3.
 195. Raeburn T, Halcomb E, Walter G, Cleary M. An overview of the Clubhouse model of psychiatric rehabilitation. *Australas Psychiatry*. 2013;21:376–8. doi: 10.1177/1039856213492235.
 196. American Psychiatric Association. The wellspring of the Clubhouse Model for social and vocational adjustment of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 1999;50:1473-6. doi:10.1176/ps.50.11.1473.
 197. Quality standards. In: Clubhouse International [website]. New York: Clubhouse International; n.d. (<https://clubhouse-intl.org/resources/quality-standards/>, accessed 1 January 2021).
 198. Training bases. In: Clubhouse International [website]. New York: Clubhouse International; n.d. (<http://clubhouse-intl.org/about-us/organization/training-bases/>, accessed 1 January 2021).
 199. Propst RN. Standards for Clubhouse programs: why and how they were developed. *Psychiatr Rehabil J*. 1992;16:25–30. doi: 10.1037/h0095711.

200. Phoenix Clubhouse [website]. China, Hong Kong Special Administrative Region: Phoenix Clubhouse; n.d. (http://www.phoenixclubhouse.org/en_main/index.html, accessed 06 February 2021).
201. How Clubhouses work. In: Clubhouse International [website]. New York: Clubhouse International; n.d. (<http://clubhouse-intl.org/resources/how-clubhouses-work/>, accessed 1 January 2021).
202. QualityRights - personal recovery plan. Geneva: World Health Organization; n.d. (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/PersonalRecoveryPlanOnline.pdf>, accessed 1 January 2021).
203. Tsang AWK, Ng RMK, Yip KC. A six-month prospective case-controlled study of the effects of the Clubhouse rehabilitation model on Chinese patients with chronic schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry*. 2010;20:23-30.
204. Norman C. The Fountain House movement, an alternative rehabilitation model for people with mental health problems, members' description of what works. *Scand J Caring Sci*. 2006;20:184- 92. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00398.x.
205. Stein LI, Barry KL, Dien GV, Hollingsworth EJ, Sweeney JK. Work and social support: a comparison of consumers who have achieved stability in ACT and Clubhouse programs. *Community Ment Health J*. 1999;35:193-204. doi: 10.1023/A:1018780916794.
206. Raeburn T, Schmied V, Hungerford C, Cleary M. The use of social environment in a psychosocial Clubhouse to facilitate recovery-oriented practice. *BJPsych Open*. 2016;2:173-8. doi: 10.1192/bjpo.bp.115.002642.
207. McCarthy-Jones S. *Hearing Voices: the histories, causes and meanings of auditory verbal hallucinations*. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
208. Carter D, Mackinnon L, Copolov D. Patients' strategies for coping with auditory hallucinations. *J Nerv Ment Dis*. 1996;184:159-64. doi: 10.1097/00005053-199603000-00004.
209. Pantellis C, Barnes TRE. Drug strategies and treatment-resistant schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*. 1996;30:20-37. doi: 10.3109/00048679609076070.
210. Leucht S, Leucht C, Huhn M, Chaimani A, Mavridis D, Helfer B et al. Sixty years of placebocontrolled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: systematic review, bayesian metaanalysis, and meta-regression of efficacy predictors. *Am J Psychiatry*. 2017;174:927-42. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16121358.
211. Morrison P, Taylor DM, McGuire P. *The Maudsley Guidelines on advanced prescribing in psychosis*. Hoboken: Wiley Blackwell; 2020.
212. Styron T, Utter L, Davidson L. The Hearing Voices Network: Initial lessons and future directions for mental health professionals and systems of care. *Psychiatr Q*. 2017;88:769-85. doi: 10.1007/s11126-017-9491-1.
213. Smailes D, Alderson-Day B, Fernyhough C, McCarthy-Jones S, Dodgson G. Tailoring cognitive behavioral therapy to subtypes of voice-hearing. *Front Psychiatry*. 2015;6:1933. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01933.
214. Romme MA, Escher AD. Hearing voices. *Schizophr Bull*. 1989;15:209-16. doi: 10.1093/schbul/15.2.209.
215. About us. In: The International Hearing Voices Network [website]. Maastricht: The International Hearing Voices Network; 2020 (<https://www.intervoiceonline.org/about-intervoice>, accessed 3 April 2020).
216. Corstens D, Longden E, McCarthy-Jones S, Waddingham R, Thomas N. Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: implications for research and practice. *Schizophr Bull*. 2014;40:285-94. doi: 10.1093/schbul/sbu007.
217. Jones N, Marino CK, Hansen MC. The Hearing Voices Movement in the United States: findings from a national survey of group facilitators. *Psychosis*. 2016;8:106-17. doi: 10.1080/17522439.2015.1105282.
218. HVN Groups Charter. In: Hearing Voices Network (England) [website]. London: Hearing Voices Network (England); 2020 (<https://www.hearing-voices.org/hearing-voices-groups/charter/>, accessed 13 April 2020).
219. HVN-USA Charter. In: Hearing Voices Network USA [website]. Gaithersburg: Hearing Voices Network USA; 2019 (<https://www.hearingvoicesusa.org/hvn-usa-charter?highlight=WyJjaGFydGVyIl0>, accessed 15 July 2020).
220. List of registered HVN-USA groups. In: Hearing Voices Network USA [website]. Gaithersburg: Hearing Voices Network USA; 2020 (<http://www.hearingvoicesusa.org/hvn-usa-groups-list/list/1>, accessed 3 April 2020).
221. Mind [website]. London: Mind; 2020 (<https://www.mind.org.uk/>, accessed 4 January 2021).
222. The New Life Psychiatric Rehabilitation Association [website]. China, Hong Kong SpecialAdministrative Region: The New Life Psychiatric Rehabilitation Association; 2020 (<https://www.nlpra.org.hk/default.aspx>, accessed 4 January 2021).
223. Larøi F, Luhrmann TM, Bell V, Christian WAJ, Deshpande S, Fernyhough C et al. Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophr Bull*. 2014;40:S213-S20. doi: 10.1093/schbul/sbu012.
224. Luhrmann T, Padmavati R, Tharoor H, Osei A. Hearing voices in different cultures: a social kindling hypothesis. *Top Cogn Sci*. 2015;7:646-63. doi: 10.1111/tops.12158.

225. Higgs RN. Reconceptualizing psychosis: The Hearing Voices Movement and social approaches to health. *Health Hum Rights*. 2020;22:133-44.
226. al-Issa I. The illusion of reality or the reality of illusion. *Hallucinations and culture*. *Br J Psychiatry*. 1995;166:368-73. doi: 10.1192/bjp.166.3.368.
227. Kråkvik B, Larøi F, Kalhovde AM, Hugdahl K, Kompus K, Salvesen Ø et al. Prevalence of auditory verbal hallucinations in a general population: A group comparison study. *Scand J Psychol*. 2015;56:508-15. doi: 10.1111/sjop.12236.
228. Beavan V, Read J, Cartwright C. The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *J Ment Health*. 2011;20:281-92. doi: 10.3109/09638237.2011.562262.
229. Hornstein GA, Putnam ER, Branitsky A. How do hearing voices peer-support groups work? A three-phase model of transformation. *Psychosis*. 2020;12:1-11. doi: 10.1080/17522439.2020.1749876.
230. McCarthy-Jones S, Waegeli A, Watkins J. Spirituality and hearing voices: considering the relation. *Psychosis*. 2013;5:247-58. doi: 10.1080/17522439.2013.831945.
231. Payne T, Allen J, Lavender T. Hearing Voices Network groups: experiences of eight voice hearers and the connection to group processes and recovery. *Psychosis*. 2017;9:205-15. doi: 10.1080/17522439.2017.1300183.
232. My story. In: Rachel Waddingham *Behind the Label* [website]. Nottingham: Rachel Waddingham Behind the Label; n.d. (<http://www.behindthelabel.co.uk/about/>, accessed 22 July 2020).
233. Shinn AK, Wolff JD, Hwang M, Lebois LAM, Robinson MA, Winternitz SR et al. Assessing voice hearing in trauma spectrum disorders: a comparison of two measures and a review of the literature. *Front Psychiatry*. 2020;10:Article 1011. doi: 10.3389/fpsy.2019.01011.
234. Hornstein GA. *Agnes's jacket: a psychologist's search for the meanings of madness*. New York and London: Routledge; 2018.
235. Woods A. The voice-hearer. *J Ment Health*. 2013;22:263-70. doi: 10.3109/09638237.2013.799267.
236. McCarthy-Jones S, Longden E. The voices others cannot hear. *Psychol*. 2013;26:570-4.
237. Romme M, Escher S. *Making sense of voices*. London: Mind Publications; 2000.
238. Dillon J, Longden E. Hearing voices groups: creating safe spaces to share taboo experiences. In: Romme M, Escher S, editors. *Psychosis as a personal crisis: an experience based approach*. London: Cambridge University Press; 2011:129-39.
239. Hayes D, Deighton J, Wolpert M. *Voice collective evaluation report*. London: Evidence Based Practice Unit, University College London; 2014 (http://www.voicecollective.co.uk/wp-content/uploads/2015/09/Voice-collective-report-complete_web2.pdf, accessed 4 January 2021).
240. *Hearing Voices Groups in prisons and secure settings: an introduction*. London: Mind in Camden; 2013 (http://www.mindincamden.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/Prisons-Hearing-Voices-Booklet-2014_web.pdf, accessed 21 July 2020).
241. Longden E, Read J, Dillon J. Assessing the impact and effectiveness of Hearing Voices Network selfhelp groups. *Community Ment Health J*. 2018;54:184-8. doi: 10.1007/s10597-017-0148-1.
242. Dillon J, Hornstein G. Hearing voices peer support groups: A powerful alternative for people in distress. *Psychosis*. 2013;5:286-95. doi: 10.1080/17522439.2013.843020.
243. *The Maastricht Approach*. In: *Hearing Voices Maastricht* [website]. Corstens, D; n.d. (<http://www.dirkcorstens.com/maastrichtapproach>, accessed 06 March 2021).
244. *Setting up a Hearing Voices Group*. In: *Hearing Voices Network* [website]. London: Hearing Voices Network (England); 2020 (<https://www.hearing-voices.org/hearing-voices-groups/setting-up-a-hearing-voices-group/>, accessed 13 April 2020).
245. Tse S, Davies M, Li Y. Match or mismatch: use of the strengths model with Chinese migrants experiencing mental illness: service user and practitioner perspectives. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2010;13. doi: 10.1080/15487761003670145.
246. Ruddle A, Mason O, Wykes T. A review of hearing voices groups: evidence and mechanisms of change. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:757-66. doi: 10.1016/j.cpr.2011.03.010.
247. Meddings S, Walley L, Collins T, Tullett F, McEwan B, Owen K. Are hearing voices groups effective? A preliminary investigation (2004). In: *The International Hearing Voices Network* [website]. Sheffield: The International Hearing Voices Network; 2011 (<https://www.intervoiceonline.org/2678/support/groups/are-hearing-voices-groups-effective.html>, accessed 6 January 2021).
248. Beavan V, de Jager A, dos Santos B. Do peer-support groups for voice-hearers work? A small scale study of

- Hearing Voices Network support groups in Australia. *Psychosis*. 2017;9:57-66. doi: 10.1080/17522439.2016.1216583.
249. Dos Santos B, Beavan V. Qualitatively exploring Hearing Voices Network support groups. *J Ment Health Train Educ Pract*. 2015;10:26-38. doi: 10.1108/JMHTEP-07-2014-0017.
 250. Roche-Morris A, Cheetham J. "You hear voices too?" : a hearing voices group for people with learning disabilities in a community mental health setting. *Br J Learn Disabil*. 2018;47:42-9. doi: 10.1111/bld.12255.
 251. Oakland L, Berry K. 'Lifting the veil ': a qualitative analysis of experiences in Hearing Voices Network groups. *Psychosis*. 2014;7:19-129. doi: 10.1080/17522439.2014.937451.
 252. Hendry GL. What are the experiences of those attending a self-help Hearing Voices Group: an interpretative phenomenological approach. Leeds: The University of Leeds; 2011 (http://etheses.whiterose.ac.uk/1757/1/Thesis_Aug_2011.pdf, accessed 6 January 2021).
 253. Intervoice Japan. In: The International Hearing Voices Network [website]. Sheffield: The International Hearing Voices Network; 2020 (<http://www.intervoiceonline.org/about-intervoice/national-networks-2/japan>, accessed 7 April 2020).
 254. Eight encounters with mental health care Kenya. In: In2MentalHealth [website]. Hilversum: In2MentalHealth; 2013 (<https://in2mentalhealth.com/2013/02/14/eight-encounters-with-mentalhealth-care-kenya/>, accessed 6 January 2021).
 255. Civil society organizations to promote human rights in mental health and related areas: WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329589>, accessed 23 January 2021).
 256. Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (USPKenya). In: Mental Health Innovation Network [website]. Geneva & London: Mental Health Innovation Network; n.d. (<https://www.mhinnovation.net/organisations/users-and-survivors-psychiatry-kenya-uspkenya>, accessed 6 January 2021).
 257. National Development Fund for Persons with Disabilities (NDFPWD). In: National Council for Persons with Disabilities [website]. Nairobi: National Council for Persons with Disabilities; n.d. (<http://www.ncpwd.go.ke/index.php/ndfpwd>, accessed 06 March 2021).
 258. The role of peer support in exercising legal capacity. Nairobi: Users and Survivors of Psychiatry - Kenya; 2018 (<http://www.uspkenya.org/wp-content/uploads/2018/01/Role-of-Peer-Support-in-Exercising-Legal-Capacity.pdf>, accessed 6 January 2021).
 259. Forchuk C. Implementing the transitional discharge model. Final report - prepared for the Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO) Adopting Research to Improve Care (ARTIC). London: Council of Academic Hospitals of Ontario; 2015 (https://www.opdi.org/de/cache/resources/1/rs_CAHO-TDM-FINAL%20REPORT-February132015.pdf, accessed 21 January 2021).
 260. CBC News. Hospital readmission more common for mental illness: report. CBC News. 29 November 2006 (<https://www.cbc.ca/news/technology/hospital-readmission-more-common-for-mentalillness-report-1.591678>, accessed 21 January 2021).
 261. Madi N, Zhao H, Fang Li J. Hospital readmissions for patients with mental illness in Canada. *Healthc Q*. 2007;10:30-2. doi: 10.12927/hcq.2007.18818.
 262. Peer Support South East Ontario: a comprehensive report on the Transitional Discharge Model. 2021 (www.psseo.ca/psseostats, accessed 29 January 2021).
 263. Forchuk C, Chan L, Schofield R, Sircelj M, Woodcox V, Jewell J. Bridging the discharge process. *Can Nurse*. 1998;94:22-6.
 264. Forchuk C, Reynolds W, Sharkey S, Martin ML, Jensen E. The transitional discharge model: comparing implementation in Canada and Scotland. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2007;45:31-8. doi: 10.3928/02793695-20071101-07.
 265. Forchuk C, Martin M-L, Corring D, Sherman D, Srivanstava R, Harerimana B et al. Cost-effectiveness of the implementation of a transitional discharge model for community integration of psychiatric clients: practice insights and policy implications. *Int J Ment Health*. 2019;48:236-49. doi: 10.1080/00207411.2019.1649237.
 266. Shields-Zeeman L, Pathare S, Walters BH, Kapadia-Kundu N, Joag K. Promoting wellbeing and improving access to mental health care through community champions in rural India: the Atmiyata intervention approach. *Int J Ment Health Syst*. 2017;11. doi: 10.1186/s13033-016-0113-3.
 267. Kapadia-Kundu N, Storey D, Safi B, Trivedi G, Tupe R, Narayana G. Seeds of prevention: the impact on health behaviors of young adolescent girls in Uttar Pradesh, India, a cluster randomized control trial. *Soc Sci Med*. 2014;120:169-79. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.09.002.
 268. Joag K, Kalha J, Pandit D, Chatterjee S, Krishnamoorthy S, Shields-Zeeman L et al. Atmiyata, a

- community-led intervention to address common mental disorders: Study protocol for a stepped wedge cluster randomized controlled trial in rural Gujarat, India. *Trials*. 2020;1-13. doi: 10.1186/s13063-020-4133-6.
269. District human development report - Mehsana. Gandhinagar: Gujarat Social Infrastructure Development Society (GSIDS), General Administration Department (Planning), Government of Gujarat; 2016 ([https://www.in.undp.org/content/dam/india/docs/human-development/District % 20HDRs/16.% 20Mahesana_DHDR_2017.pdf](https://www.in.undp.org/content/dam/india/docs/human-development/District%20HDRs/16.%20Mahesana_DHDR_2017.pdf), accessed 6 January 2021).
 270. Semrau M, Evans Lacko S, Alem A, Ayuso Mateos JL, Chisholm D, Gureje O et al. Strengthening mental health systems in low and middle income countries: the Emerald programme. *BMC Med*. 2015;13:1–9. doi: 10.1186/s12916-015-0309-4.
 271. Chowdhary N, Anand A, Dimidjian S, Shinde S, Weobong B, Balaji M et al. The Healthy Activity Program lay counsellor delivered treatment for severe depression in India: systematic development and randomized evaluation. *Br J Psychiatry*. 2015;208:381-8. doi: 10.1192/bjp.bp.114.161075.
 272. Chibanda D, Mesu P, Kajawu L, Cowan F, Araya R, Abas MA. Problem-solving therapy for depression and common mental disorders in Zimbabwe: piloting a task-shifting primary mental health care intervention in a population with a high prevalence of people living with HIV. *BMC Public Health*. 2011;11. doi: 10.1186/1471-2458-11-828.
 273. Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. *Depression in context: strategies for guided action*. New York: W W Norton & Co; 2001.
 274. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK et al. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64:295–304. doi: 10.1037//0022-006x.64.2.295.
 275. Pathare S, Joag K, Kalha J, Pandit D, Krishnamoorthy S, Chauhan A et al. Atmiyata, a community led psychosocial intervention in reducing symptoms associated with common mental disorders: a stepped wedge cluster randomized controlled trial in Rural Gujarat, India. *SSRN Electronic Journal*. 2020. doi: 10.2139/ssrn.3546059.
 276. Goldberg D, Williams P. *A user's guide to the General Health Questionnaire (GHQ)*. London: GL assessment; 1988.
 277. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen MF, Kind P, Parkin D et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res*. 2011;20:727-36. doi: 10.1007/s11136-011-9903-x.
 278. *A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)*. Geneva: World Health Organization; 1994 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61113/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf?sequence=1, accessed 6 January 2021).
 279. *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. Geneva: World Health Organization; 2010 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9789241547598_eng.pdf?sequence=1, accessed 6 January 2021).
 280. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16:606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
 281. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166:1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
 282. van Brakel W. *Participation scale users manual: P-scale Manual*. Netherlands; 2006 (<https://www.infond.org/toolkits/nmd-toolkit/participation-scale>, accessed 28 January 2021).
 283. About us. In: Mariwala Health Initiative [website]. Mumbai: Mariwala Health Initiative; 2018 (<https://mhi.org.in/about/>, accessed 20 May 2020).
 284. Trimbos Institute. In: EuroHealthNet [website]. Brussels: EuroHealthNet; n.d. (<https://eurohealthnet.eu/research-associate-member/netherlands-institute-mental-health-and-addictiontrimbos-institute>, accessed 6 January 2021).
 285. Chibanda D. *The Friendship Bench* [video]. Oxford: Centre for Effective Altruism; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=XWBUf-eTZc>, accessed 30 December 2020).
 286. Abas M, Bowers T, Manda E, Cooper S, Machando D, Verhey R et al. 'Opening up the mind' : problem-solving therapy delivered by female lay health workers to improve access to evidencebased care for depression and other common mental disorders through the Friendship Bench Project in Zimbabwe. *Int J Ment Health Syst*. 2016;10:1. doi: 10.1186/s13033-016-0071-9.
 287. Chibanda D. Reducing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders in Africa: lessons from the Friendship Bench in Zimbabwe. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26:342–7. doi: 10.1017/S2045796016001128.
 288. *National strategic plan for mental health services 2019-2023. Towards quality of care in mental health*

- services. Harare: Ministry of Health and Child Care; 2019 (<https://zdhr.uz.ac.zw/xmlui/bitstream/handle/123456789/706/Zimbabwe%20Mental%20Health%20Strategic%20Plan%202019%20to%202023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, accessed 6 January 2021).
289. Chibanda D, Cowan F, Verhey R, Machando D, Abas M, Lund C. Lay health workers' experience of delivering a problem solving therapy intervention for common mental disorders among people living with HIV: a qualitative study from Zimbabwe. *Community Ment Health J.* 2017;53:143-53. doi: 10.1007/s10597-016-0018-2.
 290. Patel V, Simunyu E, Gwanzura F, Lewis G, Mann A. The Shona Symptom Questionnaire: the development of an indigenous measure of common mental disorders in Harare. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;95:469- 75. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb10134.x.
 291. Chibanda D, Weiss HA, Verhey R, Simms V, Munjoma R, Rusakaniko S et al. Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: A randomized clinical trial. *JAMA.* 2016;316:2618-26. doi: 10.1001/jama.2016.19102.
 292. CKT Circle Kubatana Tose. In: Friendship Bench [website]. Harare: Friendship Bench; n.d. (<https://www.friendshipbenchzimbabwe.org/ckt>, accessed 6 January 2021).
 293. Report on Home Focus Team (HSE South). Cork: Mental Health Commission; 2011 (https://www.mhcirl.ie/File/IRs/WSE2011_HFTBantry.pdf, accessed 25 February 2020).
 294. Poverty and social inclusion: the case for rural Ireland. Moate: Irish Rural Link; 2016 (<http://www.irishrurallink.ie/wp-content/uploads/2016/10/Poverty-and-Social-Inclusion-The-Case-for-Rural-Ireland.pdf>, accessed 19 August 2020).
 295. Twamley I. Reluctant revolutionaries: implementing Open Dialogue in a community mental health team. In: Gijbels H, Sapouna L, Sidley G, editors. *Inside out, outside in: transforming mental health practices.* Monmouth: PCCS Books; 2019.
 296. Arts and Health. In: Uillinn West Cork Arts Centre [website]. West Cork: Uillinn West Cork Arts Centre; n.d. (<https://www.westcorkartscentre.com/arts-for-health>, accessed 25 August 2020).
 297. National Learning Network - Bantry. In: Rehab Group [website]. Dublin: Rehab Group; 2020 (<https://www.rehab.ie/>, accessed 25 February 2020).
 298. What we do. In: Kerry Peer Support Network [website]. Tralee: Kerry Peer Support Network; n.d. (<https://www.kerrypeersupportnetwork.ie/about-us>, accessed 6 January 2021).
 299. Sapouna L. Having choices. An evaluation of the Home Focus project in West Cork. Cork: University College Cork; 2008 (<https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/havingchoices.pdf>, accessed 6 January 2021).
 300. Alcoholics Anonymous Ireland [website]. Dublin: Alcoholics Anonymous Ireland; n.d. (<https://www.alcoholicsanonymous.ie/>, accessed 6 January 2021).
 301. What is Grow? In: Grow [website]. Limerick: Grow; 2019 (<https://grow.ie/about-grow/>, accessed 15 February 2020).
 302. Shine [website]. Maynooth: Shine; n.d. (<https://shine.ie/>, accessed 6 January 2021).
 303. Learn and practice powerful, life-saving skills in just over four hours. In: LivingWorks [website]. Calgary: LivingWorks; 2020 (<https://www.livingworks.net/safeTALK>, accessed 25 February 2020).
 304. Asist: applied suicide intervention skills training. In: Grassroots [website]. Brighton: Grassroots; 2020 (<https://www.prevent-suicide.org.uk/training-courses/asist-applied-suicide-interventionsskills-training/>, accessed 25 February 2020).
 305. Clonakilty resource centre. In: Cork Mental Health [website]. Cork: Cork Mental Health; 2020 (<https://www.corkmentalhealth.com/clonakilty-resource-centre>, accessed 25 February 2020).
 306. What we do. In: Novas [website]. Limerick: Novas; 2020 (<https://www.novas.ie/about-us/>, accessed 25 February 2020).
 307. What is social farming? In: Social Farming Ireland [website]. Drumshanbo: Social Farming Ireland; 2019 (<https://www.socialfarmingireland.ie/about-us/what-is-social-farming/>, accessed 25 February 2020).
 308. Community of care: the Ashoka fellow bringing mental healthcare to Kolkata's homeless. In: Ashoka [website]. Munich: Ashoka; 2018 (<https://www.ashoka.org/fr-aaw/histoire/community-care-ashokafellow-bringing-mental-healthcare-kolkata%E2%80%99s-homeless>, accessed 6 January 2021).
 309. Chatterjee D, Roy SD, Iswar Sankalpa: experience with the homeless persons with mental illness. In: White RG, Jain S, Orr DMR, Read U, editors. *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health.* London: Palgrave Macmillan; 2017:751-71.

310. Thara R, Patel V. Role of non-governmental organizations in mental health in India. *Indian J Psychiatry*. 2010;52:S389-95. doi: 10.4103/0019-5545.69276.
311. Naya Daur Standard Operating Processes. Kolkata: Iswar Sankalpa; 2017 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Naya-Daur-Statement-of-Protocol.pdf>, accessed 10 August 2020).
312. Creating space for the nowhere people. Naya Daur. Community-based treatment and support for the homeless mentally ill. A review. Kolkata: Iswar Sankalpa; 2011 (<https://qualityrights.org/wpcontent/uploads/Naya-Daur-A-Review-@2011-2.pdf>, accessed 12 February 2021).
313. Analysis of Naya Daur programme data (April 2011-August 2020). Kolkata: Iswar Sankalpa; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/ANALYSIS-OF-NAYA-DAUR-PROGRAMME-DATA1.pdf>, accessed 01 March 2021).
314. Scheme of shelter for urban homes. Kolkata: Government of West Bengal, Department of Women & Child Development and Social Welfare; 2011 (http://wbcdwds.gov.in/link/pdf/vagrancy/Scheme_Urban_Shelter.pdf, accessed 6 January 2021).
315. Audited financial statement for the year 2019 to 2020. Kolkata: Iswar Sankalpa; 2020 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Consolidated-Audit-report-2019-20-Community-Care-Programme.pdf>, accessed 6 January 2021).
316. Healthcare in Sweden. In: Government of Sweden [website]. Oslo: Government of Sweden; 2019(<https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>, accessed 6 January 2021).
317. Mental health atlas 2011, Sweden. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/swe_mh_profile.pdf?ua=1, accessed 6 January 2021).
318. Lägesrapport om verksamheter med personligt ombud 2018 (S2017/07302/RS). Stockholm: Socialstyrelsen; 2018 (<https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/globalassets/dokument/redovisning/statsbidrag-personligt-ombud-lagesrapport-2018.pdf>, accessed 6 January 2021).
319. Berggren UJ, Gunnarsson E. User-oriented mental health reform in Sweden: featuring ‘professional friendship’. *Disabil Soc*. 2010;25:565-77. doi: 10.1080/09687599.2010.489303.
320. Silfverhielm H, Kamis-Gould E. The Swedish mental health system. Past, present, and future. *Int J Law Psychiatry*. 2000;23:293-307. doi: 10.1016/S0160-2527(00)00039-X.
321. A new profession is born - personligt ombud, PO. Västerås: Socialstyrelsen; 2008 (<http://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/A%20New%20Profession%20is%20Born.pdf>, accessed 6 January 2021).
322. Jespersen M. PO-Skåne - a concrete example of supported decision-making. In: Proceedings. OHCHR Symposium on the Human Rights of Persons with Psychosocial Disabilities – Forgotten Europeans Symposium No 5, Brussels: OHCHR Regional Office for Europe; (<https://europe.ohchr.org/EN/Stories/Documents/MathsJespersen.pdf>, accessed 6 January 2021).
323. Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning, Uppföljning av verksamheten av med personligt ombud. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014 (<http://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/Personligt%20ombud%20for%20personer%20med%20psykisk%20funktionsnedsattning.pdf>, accessed 6 January 2021).
324. Personligt ombud. In: Kunskapsguiden [website]. Stockholm: Kunskapsguiden; 2019 (<https://www.kunskapsguiden.se/>, accessed 6 January 2021).
325. Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights Specialized training. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329609>, accessed 06 March 2021).
326. Innovative policy 2015 on independent living - Sweden’s personal ombudsmen. In: Zero Project [website]. Vienna: Zero Project; 2015 (<https://zeroproject.org/policy/sweden-2/>, accessed 6 January 2021).
327. Björkman T, Hansson L. Case management for individuals with a severe mental illness: a 6-year follow-up study. *Int J Soc Psychiatry*. 2007;53:12-22. doi: 10.1177/0020764006066849.
328. Gugunishvili N. About community-based housing for the disabled, and a dream. *Georgia Today*. 12 January 2017 (<http://georgiatoday.ge/news/5593/About-Community-based-Housing-for-the-Disabled,-and-a-Dream>, accessed 12 May 2020).
329. How Georgia is reforming mental healthcare. In: United Nations Development Programme [website]. New York: United Nations Development Programme; 2015 (<https://www.ge.undp.org/content/georgia/en/home/ourperspective/ourperspectivearticles/2015/08/14/how-georgia-is-reformingmental-healthcare.html>, accessed 14 May 2020).
330. Georgia. In: The World Bank [website]. Washington, DC: The World Bank; n.d. (<https://data>.

worldbank.org/country/georgia, accessed 13 May 2020).

331. Jones E, Perry J, Lowes K, Allen D, Toogood S, Felce D. Active support: a handbook for supporting people with learning disabilities to lead full lives. Chesterfield: The Association for Real Change; 2011 (<https://arcuk.org.uk/publications/files/2011/11/Active-Support-Handbook.pdf>, accessed 7 January 2021).
332. Hand in Hand [website]. Tbilisi: Hand in Hand; n.d. (<https://www.handinhand.ge/>, accessed 12 May 2020).
333. შეზღუდული სახელმწიფო ზრუნვა და შშმ პირები ოჯახურ გარემოში . In: EMC Rights [website]. Tbilisi: EMC Rights; 2015 (<https://emc.org.ge/ka/products/shezhguduli-sakhelmtsifo-zrunva-dashshm-pirebi-ojakhur-garemoshi>, accessed 15 May 2020).
334. Monitoring Group of the State Program for Social Rehabilitation and Childcare. Hand in Hand monitoring report. Tbilisi: State Program for Social Rehabilitation and Childcare; 2018 (accessed 18 January 2021).
335. MAPS person centred planning. In: Inclusive Solutions [website]. Mapperley: Inclusive Solutions; 2019 (<https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/maps/>, accessed 22 June 2020).
336. PATH person centred planning. In: Inclusive Solutions [website]. Mapperley: Inclusive Solutions; 2017 (<https://inclusive-solutions.com/person-centred-planning/path/>, accessed 22 June 2020).
337. Active support. In: United Response [website]. London: United Response; 2020 (<https://www.unitedresponse.org.uk/active-support-guide>, accessed 19 May 2020).
338. Georgia - Mental Health Initiative [video]. Zagreb: Gral Film; 2020 (<https://vimeopro.com/gralfilm/include/video/336759271>, accessed 12 May 2020).
339. About us. In: The Banyan [website]. Chennai: The Banyan; n.d. (<https://thebanyan.org/aboutus/>, accessed 18 November 2019).
340. Home again: housing with supportive services for women with mental illness experiencing long term care needs. In: Mental Health Innovation Network [website]. Geneva & London: Mental Health Innovation Network; n.d. (https://www.mhinnovation.net/innovations/home-again-housingsupportive-services-women-mental-illness-experiencing-long-term-care?qt-content_innovation=2#qtcontent_innovation, accessed 10 November 2019).
341. Narasimhan L. Homelessness and mental health: unpacking mental health systems and interventions to promote recovery and social inclusion [doctoral thesis]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam; 2018 (<https://research.vu.nl/en/publications/homelessness-and-mentalhealth-unpacking-mental-health-systems-an>, accessed 7 January 2021).
342. Home again - shared housing: independent shared housing in the community for residents of Navachetana and Udayan. In: Ashadeep [website]. Guwahati: Ashadeep; n.d. (<http://www.ashadeepindia.org/home-again-shared-housing/>, accessed 10 November 2019).
343. Seshadri H. These homes are helping women with mental illness merge into society. The Week. 9 January 2019 (<https://www.theweek.in/leisure/society/2019/01/09/these-homes-helping-womenmentalillness-merge-into-society.html>, accessed 10 November 2019).
344. Annual Report 2017-2018: 25 years of The Banyan. Chennai: The Banyan; 2019 (https://thebanyan.org/wp-content/uploads/2021/03/1615260243810_TB-Annual-Report-2017-18.pdf, accessed 10 November 2019).
345. National strategy for inclusive and community based living for persons with mental health issues. Gurugram: The Hans Foundation; 2019 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/THFNational-Mental-Health-Report-Final.pdf>, accessed 7 January 2021).
346. KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org>, accessed 6 January 2021).
347. What we do. In: KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.KeyRing.org/what-we-do>, accessed 6 January 2021).
348. Clapham D. Accommodating difference: evaluating supported housing for vulnerable people. Bristol: Policy Press; 2017.
349. Support networks. In: KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/what-we-do/support-networks>, accessed 7 January 2021).
350. The network is the key: How KeyRing supports vulnerable adults in the community. In: Governance International [website]. Birmingham: Governance International; 2019 (<http://www.govint.org/goodpractice/case-studies/keyring-living-support-networks/>, accessed 6 January 2020).
351. Establishing the financial case for KeyRing. London: Housing LIN; 2018 (https://www.housinglin.org.uk/_assets/KeyRing_Financial_Proof_of_Concept-HousingLIN-FIN-002.pdf, accessed 7 January 2021).

352. Case study 1: deinstitutionalisation in UK mental health services. In: The King's Fund [website]. London: The King's Fund; n.d. (<https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-change-possible/mental-health-services>, accessed 5 January 2020).
353. Independent review of the Mental Health Act 1983. Modernising the Mental Health Act – final report from the independent review. London: Department of Health and Social Care; 2018 (<https://www.gov.uk/government/publications/modernising-the-mental-health-act-final-report-from-the-independent-review>, accessed 4 August 2020).
354. Chow WS, Priebe S. How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *BMJ Open*. 2016;6:e010188. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010188.
355. Chow WS, Priebe S. What drives changes in institutionalised mental health care? A qualitative study of the perspectives of professional experts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;54:737–44. doi: 10.1007/s00127-018-1634-7.
356. Short D. CSED Case Study: KeyRing: Living Support Networks. London: Department of Health; 2009.
357. Richter D, Hoffmann H. Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;136:269-79. doi: 10.1111/acps.12765.
358. Housing choices. Bath: National Development Team for Inclusion; 2017 (https://www.ndti.org.uk/uploads/files/Housing_Choices_Discussion_Paper_1.pdf, accessed 4 August 2020).
359. Helen Sanderson Associates. Amy talks about living in her own home through Key Ring [video]. Heaton Moor: Helen Sanderson Associates; 2010 (<https://www.youtube.com/watch?v=usH5dh5bVp4&t=175s>, accessed 6 January 2020).
360. Join us. In: Keyring Living Support Networks [website]. London: Keyring Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/join-us>, accessed 19 February 2021).
361. KeyRing network model [video]. London: KeyRing Living Support Networks; 2020 (<https://vimeo.com/379267912>, accessed 7 January 2021).
362. EdgeWorks [website]. Manchester: EdgeWorks; n.d. (<https://www.edgeworks.co.uk/>, accessed 13 January 2021).
363. MacKeith J, Burns S, Graham K. User guide: the Outcomes Star - supporting change in homelessness and related services. London: Homeless Link; 2008 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Outcome-Star-User-Guide-2nd-Ed.pdf>, accessed 6 January 2021).
364. KeyRing: supporting offenders with learning disabilities. London: Clinks; 2016 (https://www.clinks.org/sites/default/files/2018-10/clinks_case_study_-_keyring_april_2016_0.pdf, accessed 7 January 2021).
365. A co-production policy - easy read. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (https://www.keyring.org/uploaded_files/1641/images/Coproduction%20Easy%20Read.pdf, accessed 7 January 2021).
366. Co-production in social care: what it is and how to do it. Practice example: KeyRing. In: Social Care Institute for Excellence (SCIE) [website]. London: Social Care Institute for Excellence (SCIE); 2013 (<https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide51/practice-examples/keyring.asp>, accessed 7 January 2021).
367. Russell C. Asset-based community development - 5 core principles. In: Nurture Development [website]. Dublin: Nurture Development; 2017 (<https://www.nurturedevelopment.org/blog/assetbased-community-development-5-core-principles/>, accessed 7 January 2021).
368. Burns S, Graham K, MacKeith J. User guide: Outcomes Star - the Star for people with housing and other needs. Hove: Triangle Consulting Social Enterprise; 2017 (<https://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/Homelessness-Star-User-Guide-Preview.pdf>, accessed 6 January 2021).
369. Where we work. In: KeyRing Living Support Networks [website]. London: KeyRing Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/where-we-work>, accessed 7 January 2021).
370. Our Accounts. In: Keyring Living Support Networks [website]. London: Keyring Living Support Networks; n.d. (<https://www.keyring.org/who-we-are/our-accounts/our-accounts.aspx>, accessed 18 March 2021).
371. Final report: Addicts4Addicts & Keyring Recovery Network. Emerging Horizons; 2015 (https://www.keyring.org/uploaded_files/1630/images/A4A%20KN%20Report%20-%20Emerging%20Horizons.pdf, accessed 22 January 2021).
372. Who we are. In: Housing LIN [website]. London: Housing LIN; n.d. (<https://www.housinglin.org.uk/AboutHousingLIN/>, accessed 7 January 2021).
373. Shared Lives in Wales annual report 2017-2018, executive summary. Liverpool: Shared Lives Plus; 2019 (<https://sharedlivesplus.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/Shared-Lives-in-Wales-2017-18-Exec-summary-English.pdf>, accessed 7 January 2021).

374. Wales. In: Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/news-campaigns-and-jobs/growing-shared-lives/wales/>, accessed 3 September 2019).
375. About us. In: Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/about-us/>, accessed 3 September 2019).
376. Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/>, accessed 3 September 2019).
377. Harflett N, Jennings Y. Evaluation of the Shared Lives Mental Health project. Bath: National Development Team for Inclusion; 2017 (<https://www.ndti.org.uk/resources/evaluation-of-theshared-lives-mental-health-project>, accessed 7 January 2021).
378. South East Wales Shared Lives Scheme. In: Blaenau Gwent County Borough Council [website]. Ebbw Vale: Blaenau Gwent County Borough Council; 2017 (<https://www.blaenau-gwent.gov.uk/en/story/news/south-east-wales-shared-lives-scheme/>, accessed 9 September 2019).
379. Assessment process for shared lives carers. In: Caerphilly County Borough Council [website]. Tredegar: Caerphilly County Borough Council; n.d. (<https://www.caerphilly.gov.uk/Services/Services-for-adults-and-older-people/Learning-disabilities/South-East-Wales-Shared-Lives-Scheme/Assessment-process-for-shared-lives>, accessed 9 September 2019).
380. Callaghan L, Brookes N, Palmer S. Older people receiving family-based support in the community: a survey of quality of life among users of 'Shared Lives' in England. *Health Soc Care Community*. 2017;25:1655–66. doi: 10.1111/hsc.12422.
381. South East Wales Shared Lives Scheme: Care Inspectorate Wales; 2019 (report available on request from World Health Organization).
382. South East Wales Shared Lives Scheme: Care Inspectorate Wales; 2019 (report available on request from World Health Organisation).
383. Advice when you want it. In: Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/our-support/membership-perks/advice-when-you-want-it/>, accessed 26 September 2019).
384. South East Wales adult placement / Shared Lives scheme. In: Torfaen County Borough Council [website]. Pontypool: Torfaen County Borough Council; 2018 (<https://www.torfaen.gov.uk/en/HealthSocialCare/Caring-for-Someone/Adultplacementschemes/Adult-Placements.aspx>, accessed 9 September 2019).
385. Together for mental health: a strategy for mental health and wellbeing in Wales. Cardiff: Welsh Assembly Government; 2012 (<http://www.wvamh.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/Togetherfor-Mental-Health-Strategy-October-2012.pdf>, accessed 7 January 2021).
386. Intermediate care guidance for Shared Lives 2019. Liverpool: Shared Lives Plus; 2019 (https://sharedlivesplus.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/Intermediate_care_guidance_for_Shared_Lives_final_2019.pdf, accessed 9 September 2019).
387. The state of health care and adult social care in England 2018/19. In: Care Quality Commission [website]. Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission; 2019 (<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20200307211343/https://www.cqc.org.uk/publications/major-report/state-care>, accessed 7 January 2021).
388. Meet the carers who are opening their own homes to people in need. In: ITV [website]. London: ITV; 2019 (<https://www.itv.com/news/central/2019-04-19/thousands-benefit-from-new-social-carescheme>, accessed 19 September 2019).
389. Shared Lives South West [website]. Kingsteignton: Shared Lives South West; n.d. (<https://www.sharedlivesw.org.uk/>, accessed 7 January 2021).
390. The difference Shared Lives make. In: Shared Lives Plus [website]. Liverpool: Shared Lives Plus; 2016 (<https://sharedlivesplus.org.uk/the-difference-shared-lives-make/>, accessed 26 September 2019).
391. Transforming adult mental health services in Gwent - Aneurin Bevan University Health Board (nhs.wales). Newport: Aneurin Bevan University Health Board (nhs.wales); 2021 (<https://abuhb.nhs.wales/about-us/public-engagement-consultation/transforming-adult-mental-health-services-ingwent/>, accessed 31 March 2021).
392. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Lindsey and Shaun's digital story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=XTVmkn5NYRM&t=6s>, accessed 30 December 2020).
393. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Tracy's story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2013 (https://www.youtube.com/watch?v=9_6PHIcFEGA, accessed 30 December 2020).

394. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Alex's digital story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=ZrIjVvNq3eM>, accessed 30 December 2020).
395. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Shelley Welton & Simon Burch's digital story [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=8F55lboVbhg>, accessed 30 December 2020).
396. South East Wales Adult Placement/Shared Lives Scheme. Jacqui Mills - a family's perspective [video]. Ystrad Mynach: Caerphilly County Borough Council TV; 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=NttkyxJvLpQ>, accessed 30 December 2020).
397. South East Wales Shared Lives Scheme [website]. Caerphilly: South East Wales Shared Lives Scheme; 2015 (<https://southeastwalessharedlivescheme.wordpress.com/>, accessed 5 September 2019).
398. Shared Lives Plus. My choice, our life: Shared Lives supporting people with mental ill health [video]. Liverpool: Shared Lives Plus TV; 2018 (<https://www.youtube.com/watch?v=rh1Wgm8mmFQ>, accessed 30 December 2020).
399. Investing in Shared Lives. London: Social Finance; 2013 (https://www.socialfinance.org.uk/sites/default/files/publications/sf_shared_lives_final.pdf, accessed 7 January 2021).
400. Hardy R. Shared Lives: A community-based approach to supporting adults. *The Guardian*. 23 May 2014 (<https://www.theguardian.com/social-care-network/2014/may/23/shared-lives-communitybased-supporting-adults>, accessed 7 January 2021).
401. Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, Mr. Miloon Kothari, 25 January 2001 (E/CN.4/2001/51). Geneva: United Nations Economic and Social Council (ECOSOC); 2001 (<https://undocs.org/en/E/CN.4/2001/51>, accessed 18 January 2021).
402. Smith M, Albanese F, Truder J. A roof over my head: the final report of the Sustain project, a longitudinal study of housing outcomes and wellbeing in private rented accommodation. London: Shelter and Crisis; 2014 (https://england.shelter.org.uk/__data/assets/pdf_file/0005/760514/6424_Sustain_Final_Report_for_web.pdf, accessed 14 January 2021).
403. Leff HS, McPartland JC, Banks S, Dembling B, Fisher W, Allen IE. Service quality as measured by service fit and mortality among public mental health system service recipients. *Ment Health Serv Res*. 2004;6:93-107. doi: 10.1023/b:mhsr.0000024353.30425.ab, cited in: Leff HS, Chow CM, Pepin R, Conley J, Allen E, Seaman CA. Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2009;60:473-82. doi: 10.1176/appi.ps.60.4.473.
404. Mental health and housing. London: The Mental Health Foundation; 2016 (https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/Mental_Health_and_Housing_report_2016_1.pdf, accessed 15 January 2021).
405. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 20 December 2016 (A/HRC/34/58). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2016 (<https://undocs.org/en/A/HRC/34/58>, accessed 5 September 2020).
406. Farkas M, Coe S. From residential care to supportive housing for people with psychiatric disabilities: past, present, and future. *Front Psychiatry*. 2019;10:862. doi: 10.3389/fpsy.2019.00862.
407. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and metaregression analysis. *PLoS Med*. 2008;5:e225. doi: 10.1371/journal.pmed.0050225.
408. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384:1529-40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6.
409. Silva TF, Mason V, Abelha L, Lovisi GM, Cavalcanti MT. Quality of life assessment of patients with schizophrenic spectrum disorders from psychosocial care centers. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2011;60:91-8. doi: 10.1590/s0047-20852011000200004.
410. Ran M-S, Yang LH, Liu Y-J, Huang D, Mao W-J, Lin F-R et al. The family economic status and outcome of people with schizophrenia in Xinjin, Chengdu, China: 14-year follow-up study. *Int J Soc Psychiatry*. 2017;63:203-11. doi: 10.1177/0020764017692840.
411. Shibre T, Medhin G, Alem A, Kebede D, Teferra S, Jacobsson L et al. Long-term clinical course and outcome of schizophrenia in rural Ethiopia: 10-year follow-up of a population-based cohort. *Schizophr Res*. 2015;161:414-20. doi: 10.1016/j.schres.2014.10.053.
412. Smartt C, Prince M, Frissa S, Eaton J, Fekadu A, Hanlon C. Homelessness and severe mental illness in low- and middle-income countries: scoping review. *BJPsych Open*. 2019;5:e57. doi: 10.1192/bjo.2019.32.

413. Fekadu A, Hanlon C, Gebre-Eyesus E, Agedew M, Solomon H, Teferra S et al. Burden of mental disorders and unmet needs among street homeless people in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Med.* 2014;12:138. doi: 10.1186/s12916-014-0138-x.
414. Sarmiento M, Correa N, Correa M, Franco JG, Alvarez M, Ramírez C et al. Tuberculosis among homeless population from Medellín, Colombia: associated mental disorders and socio-demographic characteristics. *J Immigr Minor Health.* 2013;15:693-9. doi: 10.1007/s10903-013-9776-x.
415. Lee BA, Tyler KA, Wright JD. The new homelessness revisited. *Annu Rev Sociol.* 2010;36:501-21. doi: 10.1146/annurev-soc-070308-115940.
416. Laporte A, Vandentorren S, Détéz M-A, Douay C, Le Strat Y, Le Méner E et al. Prevalence of mental disorders and addictions among homeless people in the Greater Paris Area, France. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15:241. doi: 10.3390/ijerph15020241.
417. Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M, Leucht S, Rössler W, Schouler-Ocak M et al. The prevalence of mental illness in homeless people in Germany. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114:665-72. doi: 10.3238/arztebl.2017.0665.
418. Clarke A, Parsell C, Vorsina M. The role of housing policy in perpetuating conditional forms of homelessness support in the era of Housing First: evidence from Australia. *Housing Studies.* 2019;35:954-75. doi: 10.1080/02673037.2019.1642452.
419. Watts B, Fitzpatrick S. *Welfare conditionality.* Abingdon: Routledge; 2018 (https://www.feantsaresearch.org/download/12-1_f6_bookreview_watts_v027572084727208266166.pdf, accessed 15 January 2021).
420. Nelson G. Housing for people with serious mental illness: approaches, evidence, and transformative change. *J Sociol Soc Welf.* 2010;37:Article 7.
421. Lamb HR, Talbott JA. The homeless mentally ill. The perspective of the American Psychiatric Association. *JAMA.* 1986;256:498-50. doi: 10.1001/jama.256.4.498.
422. Fact sheet: Housing First. Washington, DC: National Alliance to End Homelessness; 2016 (<http://endhomelessness.org/wp-content/uploads/2016/04/housing-first-fact-sheet.pdf>, accessed 22 March 2021).
423. Aubry T, Nelson G, Tsemberis S. Housing First for people with severe mental illness who are homeless: a review of the research and findings from the At Home-Chez soi demonstration project. *Can J Psychiatry.* 2015;60:467-74. doi: 10.1177/070674371506001102.
424. Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thomson H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and metaanalysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health.* 2019;73:379-87. doi: 10.1136/jech-2018-210981.
425. Woodhall-Melnik JR, Dunn JR. A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs. *Housing Studies.* 2016;31:287-304. doi: 10.1080/02673037.2015.1080816.
426. National final report: cross-site at home/chez soi project. Calgary: Mental Health Commission of Canada; 2014 (https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/mhcc_at_home_report_national_cross-site_eng_2.pdf, accessed 15 January 2021).
427. Henley J. 'It's a miracle' : Helsinki's radical solution to homelessness. *The Guardian.* 3 June 2019 (<https://www.theguardian.com/cities/2019/jun/03/its-a-miracle-helsinkis-radical-solution-tohomelessness>, accessed 15 January 2021).
428. McPherson P, Krotofil J, Killaspy H. What works? Toward a new classification system for mental health supported accommodation services: the simple taxonomy for supported accommodation (STAX-SA). *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15:190. doi: 10.3390/ijerph15020190.
429. Norma técnica de salud. Hogares Protegidos. Lima: Ministerio de Salud; 2018 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4585.pdf>, accessed 22 January 2021).
430. Herrera-Lopez VE, Aguilar N, Valdivieso J, Cutipé Y, Arellano C. Implementación y funcionamiento de hogares protegidos para personas con trastornos mentales graves en Iquitos, Perú (2013-2016) [Implementation and operation of protected residences for people with serious mental illness in Iquitos, Peru (2013-2016)]. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e141. doi: 10.26633/RPSP.2018.141.
431. Vercammen P. Shipping containers in Los Angeles becoming homes for the homeless. (Los Angeles). 18 October 2020 (<https://edition.cnn.com/2020/10/18/us/los-angeles-homelessshipping-container-home-trnd/index.html>, accessed 06 March 2020).
432. FlyawayHomes [website]. Los Angeles: FlyawayHomes; n.d. (<https://flyawayhomes.org>, accessed 25 March 2020).
433. World Health Organization, The World Bank. *World report on disability.* Geneva: World Health Organization; 2011 (https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf, accessed 15 January 2021).

434. Mitra S. Disability, health and human development. Basingstoke: Springer; 2018.
435. United Nations, General Assembly. Sustainable Development Goal 4 (A/RES/70/1), 25 September 2015. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Sustainable Development; n.d. (<https://sdgs.un.org/goals/goal4>, accessed 18 January 2021).
436. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n° 4 (2016) on the right to inclusive education (CRPD/C/GC/4). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2016 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/4>, accessed 30 December 2020).
437. Esch P, Bocquet V, Pull C, Couffignal S, Lehnert T, Graas M et al. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*. 2014;14:237. doi: 10.1186/s12888-014-0237-4.
438. Hale DR, Bevilacqua L, Viner RM. Adolescent health and adult education and employment: a systematic review. *Pediatrics*. 2015;136:128. doi: 10.1542/peds.2014-2105.
439. Toolkit on disability for Africa - introducing the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations Division for Social Policy Development (DSPD) and Department of Economic and Social Affairs (DESA); 2016 (<https://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Intro-UN-CRPD.pdf>, accessed 15 January 2021).
440. Okyere C, Aldersey HM, Lysaght R, Sulaiman SK. Implementation of inclusive education for children with intellectual and developmental disabilities in African countries: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2019;41:2578-95. doi: 10.1080/09638288.2018.1465132.
441. Equal right equal opportunity - inclusive education for children with disabilities. Johannesburg: Global Campaign for Education and Handicap International; 2013 (http://campaignforeducation.org/docs/reports/Equal%20Right,%20Equal%20Opportunity_WEB.pdf, accessed 15 January 2021).
442. McKinley Yoder CL, Cantrell MA. Childhood disability and educational outcomes: a systematic review. *J Pediatr Nurs*. 2019;45:37-50. doi: 10.1016/j.pedn.2019.01.003.
443. Farmer JL, Allsopp DH, Ferron JM. Impact of the personal strengths program on self-determination levels of college students with LD and/or ADHD. *Learn Disabil Q*. 2015;38:145-59. doi: 10.1177/0731948714526998.
444. Ringeisen H, Langer Ellison M, Ryder-Burge A, Biebel K, Alikhan S, Jones E. Supported education for individuals with psychiatric disabilities: state of the practice and policy implications. *Psychiatr Rehabil J*. 2017;40:197-206. doi: 10.1037/prj0000233.
445. Thematic study on the right of persons with disabilities to live independently and be included in the community. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (A/HRC/25/29), December 2013 (para 3). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2013 (<https://undocs.org/A/HRC/25/29>, accessed 19 January 2021).
446. My right is our future: the transformative power of disability-inclusive education. Bensheim: CBM; 2018 (https://www.cbm.org/fileadmin/user_upload/Publications/DID_Series_-_Book_3.pdf, accessed 15 January 2021).
447. Killackey E, Allott K, Woodhead G, Connor S, Dragon S, Ring J. Individual placement and support, supported education in young people with mental illness: An exploratory feasibility study. *Early Interv Psychiatry*. 2016;11:526-31. doi: 10.1111/eip.12344.
448. Thompson CJ. Supported education as a mental health intervention. *J Rural Ment Health*. 2013;37:25-36. doi: 10.1037/rmh0000003.
449. Robson E, Waghorn G, Sherring J, Morris A. Preliminary outcomes from an individualized supported education programme delivered by a community mental health service. *Br J Occup Ther*. 2010;73:481-6. doi: 10.4276/030802210X12865330218384.
450. Karbouniaris S, Wilken JP, Ganzevles M, Heywegen T. Recovery Colleges: leren als bijdrage aan herstel. Verslag van een studiereis naar Londen. *Tijdschrift voor Rehabilitatie en Herstel*. 2014;4:38-46.
451. Perkins R, Repper J, Rinaldi M. Recovery colleges. London: Centre for Mental Health; 2012, cited in: Muusse C, Boumans J. Ruimte voor peer support! Een onderzoek naar de totstandkoming van Enik Recovery College. Utrecht: Lister; 2016.
452. Whitley R, Shepherd G, Slade M. Recovery colleges as a mental health innovation. *World Psychiatry*. 2019;18:141-2. doi: 10.1002/wps.20620.
453. Toney R, Elton D, Munday E, Hamill K, Crowther A, Meddings S et al. Mechanisms of action and outcomes for students in Recovery Colleges. *Psychiatr Serv*. 2018;69:1222-9. doi: 10.1176/appi.ps.201800283.
454. Ryan GK, Kamuhirwa M, Mugisha J, Baillie D, Hall C, Newman C et al. Peer support for frequent users of inpatient mental health care in Uganda: protocol of a quasi-experimental study. *BMC*

- Psychiatry. 2019;19:374. doi: 10.1186/s12888-019-2360-8.
455. Enosh. *ג-תמר שונא פיניס* [video]. Kefar Sava: Enosh; 2016 (<https://www.youtube.com/watch?v=gHF31cp94sw>, accessed 30 December 2020).
 456. Liron D. Inclusion in the workforce - Enosh Vocational Training programs. Zero Project conference [presentation]. Zero Project; 2019 (<https://conference.zeroproject.org/presentations-thursday-20th-february/>, accessed 19 March 2021).
 457. Grace AP. Lifelong learning as critical action: International perspectives on people, politics, policy, and practice. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2013, cited in: Fernando S, King A, Loney D. Helping them help themselves: supported adult education for persons living with mental illness. *Canadian Journal for the Study of Adult Education*. 2014;27(1):15-28.
 458. Grove B. Mental health and employment: shaping a new agenda. *J Ment Health*. 1999;8:131-40. doi: 10.1080/09638239917508.
 459. Harvey SB, Modini M, Christensen H, Glozier N. Severe mental illness and work: what can we do to maximise the employment opportunities for individuals with psychosis? *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47:421-4. doi: 10.1177/0004867413476351.
 460. Coutts P. Mental health, recovery and employment. In: SRN Discussion Paper Series Report No 5. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2007 (<https://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2007/10/SRN-Discussion-Paper-5-Employment-new-logo.pdf>, accessed 15 January 2021).
 461. Modini M, Sathbh J, Mykletun A, Christensen H, Bryant RA, Mitchell PB et al. The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australas Psychiatry*. 2016;24:331-6. doi: 10.1177/1039856215618523.
 462. Convention on the Rights of Persons with Disabilities,(A/RES/61/106), Article 27 - Work and employment. New York: United Nations, General Assembly; 2007 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-27-workand-employment.html>, accessed 6 May 2020).
 463. Nardodkar R, Pathare S, Ventriglio A, Castaldelli-Maia J, Javate KR, Torales J et al. Legal protection of the right to work and employment for persons with mental health problems: a review of legislation across the world. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:375-84. doi: 10.1080/09540261.2016.1210575.
 464. Claussen B, Bjorndal A, Hjort PF. Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. *J Epidemiol Community Health*. 1993;47:14-8. doi: 10.1136/jech.47.1.14.
 465. Mental health and work. In: Organisation for Economic Co-operation and Development [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015 (<https://www.oecd.org/employment/mental-health-and-work.htm>, accessed 15 January 2021).
 466. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163:411-17. doi: 10.1176/appi.ajp.163.3.411.
 467. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2009;373:408-15. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61817-6.
 468. Wheat K, Brohan E, Henderson C, Thornicroft G. Mental illness and the workplace: conceal or reveal? *J R Soc Med*. 2010;103:83-6. doi: 10.1258/jrsm.2009.090317.
 469. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:337-49.
 470. Grove B. International employment schemes for people with mental health problems. *BJPsych International*. 2015;12:97-9. doi: 10.1192/s2056474000000672.
 471. Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajärvi A, Corbière M, Anema JR. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9:CD011867. doi: 10.1002/14651858.CD011867.pub2.
 472. About New Life. In: New Life Psychiatric Association [website]. China, Hong Kong Special Administrative Region: New Life Psychiatric Association; n.d. (<https://www.nlpra.org.hk/en/about/history>, accessed 28 July 2020).
 473. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001:CD003080. doi: 10.1002/14651858.CD003080.
 474. What is IPS? In: IPS Employment Center [website]. Lebanon: IPS Employment Center; 2020 (<https://ipsworks.org/index.php/what-is-ips/>, accessed 15 January 2021).

475. Oshima I, Sono T, Bond GR, Nishio M, Ito J. A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. *Psychiatr Rehab J*. 2014;37:137–43. doi: 10.1037/prj0000085.
476. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;370:1146-52. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61516-5.
477. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry*. 2008;193:114–20. doi: 10.1192/bjp.bp.107.043109.
478. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*. 2008;31:280–90. doi: 10.2975/31.4.2008.280.290.
479. Heffernan J, Pilkington P. Supported employment for persons with mental illness: systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK. *J Ment Health*. 2011;20:368- 80. doi: 10.3109/09638237.2011.556159.
480. Hoffmann H, Jackel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2014;171:1183– 90. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13070857.
481. Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. Individual Placement and Support in Sweden – a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*. 2015;69:57–66. doi: 10.3109/08039488.2014.929739.
482. Tsang HWH, Chan A, Wong A, Liberman RP. Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009;40:292–305. doi: 10.1016/j.jbtep.2008.12.007.
483. Supported employment fidelity scale. Lebanon: IPS Employment Center; 2008 (<https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2017/08/IPS-Fidelity-Scale-Eng1.pdf>, accessed 1 April 2020).
484. Brinchmann B, Widding-Havneraas T, Modini M, Rinaldi M, Moe C, Mcdaid D et al. A metaregression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2019;141:206-20. doi: 10.1111/acps.13129.
485. Mental health. In: CBM UK [website]. Cambridge: CBM UK; n.d. (<https://www.cbmuk.org.uk/whatwedo/mental-health/>, accessed 15 January 2021).
486. Building productive skills of women, men and youth affected by mental disorders in northern Ghana for enhanced recovery and income. BasicNeeds-Ghana; 2017 (https://basicneedsghana.org/wp-content/uploads/2020/file/KOICA_PhotoBook_web.pdf, accessed 01 March 2021).
487. Nieuwenhuisen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Bültmann U, Faber B. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;10: CD006237. doi: 10.1002/14651858.CD006237.pub4.
488. Zafar N, Rotenberg M, Rudnick A. A systematic review of work accommodations for people with mental disorders. *Work*. 2019;64:461-75. doi: 10.3233/WOR-193008.
489. Funk M, Drew N, Knapp M. Mental health, poverty and development. *J Public Ment Health*. 2012;11:166-85. doi: 10.1108/17465721211289356.
490. Joint statement: towards inclusive social protection systems supporting the full and effective participation of persons with disabilities. Geneva and Washington, DC: ILO and IDA; 2019 (<https://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=55473>, accessed 15 January 2021).
491. Fitch C, Chaplin R, Trend C. Debt and mental health: the role of psychiatrists. *Adv Psychiatr Treat*. 2007;13:194–202. doi: 10.1192/apt.bp.106.002527.
492. Galloway A, Boland B, Williams G. Mental health problems, benefits and tackling discrimination. *BJPsych Bulletin*. 2018;42:200-5. doi: 10.1192/bjb.2018.43.
493. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A/RES/61/106), Article 28 – Adequate standard of living and social protection. New York: United Nations, General Assembly; 2007 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-ofpersons-with-disabilities/article-28-adequate-standard-of-living-and-social-protection.html>, accessed 6 May 2020).
494. Pybus K, Pickett KE, Prady SL, Lloyd C, Wilkinson R. Discrediting experiences: outcomes of eligibility assessments for claimants with psychiatric compared with non-psychiatric conditions transferring to personal independence payments in England - ERRATUM. *BJPsych Open*. 2019;5:e27. doi: 10.1192/bjo.2019.16.
495. Ryan F. Welfare ‘reforms’ are pushing mentally ill people over the edge. *The Guardian*. 24 January 2019 (<https://www.theguardian.com/commentisfree/2019/jan/24/welfare-reform-mentally-ill-injustice>, accessed 15 January 2021).

496. Shefer G, Henderson C, Frost-Gaskin M, Pacitti R. Only making things worse: a qualitative study of the impact of wrongly removing disability benefits from people with mental illness. *Community Ment Health J.* 2016;52:834-41. doi: 10.1007/s10597-016-0012-8.
497. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Sickness, disability and work: breaking the barriers: a synthesis of findings across OECD countries.* Paris: OECD Publishing; 2010.
498. Iacobucci G. People with mental illness are most at risk of losing benefits, study shows. *BMJ.* 2019;364:l345. doi: 10.1136/bmj.l345.
499. Barr B, Taylor-Robinson D, Stuckler D, Loopstra R, Reeves A, Whitehead M. 'First, do no harm' : are disability assessments associated with adverse trends in mental health? A longitudinal ecological study. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70:339-45. doi: 10.1136/jech-2015-206209.
500. *The benefits assault course: making the UK benefits system more accessible for people with mental health problems.* London: Money and Mental Health Policy Institute; 2019 (<https://www.moneyandmentalhealth.org/wp-content/uploads/2019/03/MMH-The-Benefits-Assault-Course-UPDATED.pdf>, accessed 15 January 2021).
501. Mishra NN, Parker LS, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. Disability certificates in India: a challenge to health privacy. *Indian J Med Ethics.* 2012;9:43-5. doi: 10.20529/IJME.2012.010.
502. Senior S, Caan W, Gamsu M. Welfare and well-being: towards mental health-promoting welfare systems. *Br J Psychiatry.* 2020;216:4-5. doi: 10.1192/bjp.2019.242.
503. Math SB, Nirmala MC. Stigma haunts persons with mental illness who seek relief as per Disability Act 1995. *Indian J Med Res.* 2011;134:128-30.
504. Gundugurti R, Vemulokonda R, Math B. The Rights of Persons with Disability Bill, 2014: how "enabling" is it for persons with mental illness? *Indian J Psychiatry.* 2016;58:121-8. doi: 10.4103/0019-5545.183795.
505. Mitra S, Palmer M, Kim H, Mont D, Groce N. Extra costs of living with a disability: A review and agenda for research. *Disabil Health J.* 2017;10:475-84. doi: 10.1016/j.dhjo.2017.04.007.
506. Hand C, Tryssenaar J. Small business employers' views on hiring individuals with mental illness. *Psychiatr Rehabil J.* 2006;29:166-73. doi: 10.2975/29.2006.166.173.
507. Dwyer P, Scullion L, Jones K, McNeill J, Stewart AB. Work, welfare, and wellbeing: the impacts of welfare conditionality on people with mental health impairments in the UK. *Soc Policy Adm.* 2019;54:311-26. doi: 10.1111/spol.12560.
508. Kiely KM, Butterworth P. Social disadvantage and individual vulnerability: a longitudinal investigation of welfare receipt and mental health in Australia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2013;47:654-66. doi: 10.1177/0004867413484094.
509. Banks LM, Mearkle R, Mactaggart I, Walsham M, Kuper H, Blanchet K. Disability and social protection programmes in low- and middle-income countries: a systematic review. *Oxf Dev Stud.* 2016;45:223-39. doi: 10.1080/13600818.2016.1142960.
510. Vázquez GH, Kapczinski F, Magalhaes PV, Córdoba R, Lopez Jaramillo D, Rosa AR et al. Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2011;130:323-27. doi: 10.1016/j.jad.2010.10.012.
511. Ljungqvist I, Topor A, Forssell H, Svensson I, Davidson L. Money and mental illness: a study of the relationship between poverty and serious psychological problems. *Community Ment Health J.* 2015;52:842-50. doi: 10.1007/s10597-015-9950-9.
512. Alakeson V, Boardman J, Boland B, Crimlisk H, Harrison C, Iliffe S et al. Debating personal health budgets. *BJPsych Bulletin.* 2016;40:34-7. doi: 10.1192/pb.bp.114.048827.
513. Helen Leonard: Personal health budgets - a view from the other side. In: *The BMJ Opinion* [website]. The BMJ Opinion; 2019 (<https://blogs.bmj.com/bmj/2019/08/21/helen-leonardpersonal-health-budgets-a-view-from-the-other-side/>, accessed 15 January 2021).
514. Jones K, Welch E, Fox D, Caiels J, Forder J. *Personal health budgets: implementation following the national pilot programme; overall project summary.* Canterbury: Personal Social Services Research Unit, University of Kent; 2018 (<https://www.pssru.ac.uk/pub/5433.pdf>, accessed 15 January 2021).
515. Webber M, Treacy S, Carr S, Clark M, Parker G. The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic review. *J Ment Health.* 2014;23:146-55. doi: 10.3109/09638237.2014.910642.
516. Ridente P, Mezzina R. From residential facilities to supported housing: the personal health budget model as a form of coproduction. *Int J Ment Health.* 2016;45:59-70. doi: 10.1080/00207411.2016.1146510.
517. Pioneering a personal budget model as part of national social services. In: *Zero Project* [website]. Vienna:

- Zero Project; n.d. (<https://zeroproject.org/practice/pral91416isr-factsheet/>, accessed 2 May 2020).
518. #ZeroCon19 | Supported decision making and personal budget models [video]. Vienna: Zero Project; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=SzLGTmmKYVs>, accessed 7 May 2020).
519. "It makes my life more diverse" : personal budget program [video]. New York: JDC; 2019 (https://web.facebook.com/watch/?v=498047330761767&_rdc=1&_rdr, accessed 15 January 2021).
520. Parsonage M. Welfare advice for people who use mental health services. developing the business case. London: Centre for Mental Health; 2013 (https://www.researchgate.net/publication/308085135_Welfare_advice_for_people_who_use_mental_health_services_developing_the_business_case, accessed 15 January 2021).
521. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 (https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf, accessed 22 January 2021).
522. Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura [Mental health services assessment in Brazil: systematic literature review]. *Cien Saude Colet*. 2015;20:3243-53. doi: 10.1590/1413-812320152010.14612014.
523. Miliauskas CR, Faus D, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. Association between psychiatric hospitalizations, coverage of psychosocial care centers (CAPS) and primary health care (PHC) in metropolitan regions of Rio de Janeiro (RJ) and São Paulo (SP), Brazil. *Cien Saude Colet*. 2019;24:1935-44. doi: 10.1590/1413-81232018245.18862017.
524. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, da Silva RA, Gonçalves H, Silva SM. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do sul do Brasil: uma análise estratificada [The effectiveness of psychosocial care centers for the mentally ill in a medium-sized city in southern Brazil: a stratified analysis]. *Cad Saúde Pública*. 2010;26:807-15. doi: 10.1590/S0102-311X2010000400022.
525. Franzmann UT, Kantorski LP, Jardim VMR, Treichel CAS, Oliveira MMO, Pavani FM. Fatores associados à percepção de melhora por usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil [Factors associated with perception of improvement by users of centers for psychosocial care in the south of Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2017;33:e00085216. doi: 10.1590/0102-311X00085216.
526. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde atualiza dados sobre suicídio. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 (<http://portalarquivos2.sau.gov.br/images/pdf/2018/setembro/20/Coletivasuic-dio.pdf>, accessed 04 February 2021).
527. Pinho LB, Kantorski LP, Wetzel C, Schwartz E, Lange C, Zillmer JGV. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil [Qualitative evaluation of the work process in a psychosocial care center in Brazil]. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30:354-60. doi: 10.1590/S1020-49892011001000009.
528. Resende KIDS, Bandeira M, Oliveira DCR. Avaliação da satisfação dos pacientes, familiares e profissionais com um serviço de saúde mental [Assessment of patient, family and staff satisfaction in a mental health service]. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2016;24:245-53. doi: 10.1590/1982-43272664201612.
529. Trapé TL, Campos RO, Da Gama CAP. Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian national health system. *Int J Health Sci*. 2015;3. doi: 10.15640/ijhs.v3n3a5.
530. Amaral CE, Onocko-Campos R, de Oliveira PRS, Pereira MB, Ricci EC, Pequeno ML et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12:65. doi: 10.1186/s13033-018-0237-8.
531. Dos Santos LC, Domingos T, Braga EM, Spiri WC. Saúde mental na atenção básica: experiência de matriciamento na área rural [Mental health in primary care: experience of matrix strategy in the rural area]. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:e20180236. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0236.
532. Andréa MP, Badaró MMI. Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos [Health care experiences of residents of Therapeutic Residential Services]. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e170950. doi: 10.1590/interface.170950.
533. Furtado JP, de Tugny A, Baltazar AP, Kapp S, Generoso CM, Campos FCB. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar [Accommodation of individuals with severe mental disorders in Brazil: an interdisciplinary assessment]. *Cien Saude Colet*. 2013;18:3683-93. doi: 10.1590/S1413-81232013001200024.

534. Bessoni E, Capistrano A, Silva G, Koosah J, Cruz K, Lucena M. Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí? [Narratives and senses of the De Volta para Casa Program (Back Home Program): we are back, and now what?]. *Saude soc.* 2019;28:40-53. doi: 10.1590/s0104-12902019190429.
535. Guerrero AVP, Bessoni E, Cardoso AJC, Vaz BC, Braga-Campos FC, Badaró MIM. O Programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários [De Volta para Casa Program (Back Home Program) in its beneficiaries' daily lives]. *Saude soc.* 2019;28:11-20. doi: 10.1590/s0104-12902019190435.
536. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília; 2015 (https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf, accessed 22 January 2021).
537. Campinas. Lei nº 15.708, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre o Orçamento Programa do Município de Campinas para o exercício de 2019. Diário Oficial Nº 11.989 - Ano XLVII. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; 2018 (<http://www.campinas.sp.gov.br/uploads/pdf/837865233.pdf>, accessed 13 March 2021).
538. Campinas. Secretaria de Saúde. Prestação de contas 2º quadrimestre 2019 (janeiro a agosto). Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; 2019 (http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/saude/planilha_inv_estimativo_saude_2quadrimestre_2019.pdf, accessed 13 March 2021).
539. Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos centros de atenção psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e113. doi: 10.26633/RPSP.2018.113.
540. Consenso de Brasília 2013. Brasília: Organização Panamericana da Saúde (OPAS) Brasil; 2013 (<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/BRASILIA-CONSENSUS-2013port.pdf>, accessed 22 January 2021).
541. Projet du Pôle de Santé Mentale des villes de Mons en Baroeul, Hellemmes, Lezennes, Ronchin, Faches Thumesnil, Lesquin (V9). Lille: Secteur 59g21, EPSM Lille Métropole; 2020 (<https://www.epsm-lille-metropole.fr/sites/default/files/2021-02/Projet%20de%20pôle%20V9%20DEF.pdf>, accessed 06 February 2021).
542. Defromont L, Groulez C, François G, Dekerf B. “Zéro isolement” , une pratique de soins orientée vers le rétablissement. *Soins Psychiatrie.* 2017;38:23-5. doi: 10.1016/j.spsy.2017.03.006.
543. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry.* 1980;37:392-7. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780170034003.
544. Roelandt JL, Daumerie N, Defromont L, Caria A, Bastow P, Kishore J. Community mental health service: an experience from the East Lille, France. *J Mental Health Hum Behav.* 2014;19:10-8.
545. WHO QualityRights Toolkit observation report: 59G21 Lille. Lille: EPSM Lille-Métropole, Centre collaborateur de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé mentale; 2018 (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/QualityRights-59G21-report-2019.docx>, accessed 19 March 2021).
546. Gooding P, McSherry B, Roper C, Grey F. Alternatives to coercion in mental health settings: a literature review. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne; 2018 (<https://www.gmhpn.org/uploads/1/2/0/2/120276896/alternatives-to-coercion-literature-reviewmelbourne-social-equity-institute.pdf>, accessed 15 January 2021).
547. I servizi di salute mentale territoriali dell'ASUI di Trieste, anno 2018. Trieste: Dipartimento di Salute Mentale; 2019.
548. Sistema informativo, Dipartimento di Salute Mentale [online database]. Trieste: Dipartimento di Salute Mentale.
549. Mezzina R. Community mental health care in Trieste and beyond: an “Open Door-No Restraint” system of care for recovery and citizenship. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202:440-5. doi: 10.1097/nmd.0000000000000142.
550. Mezzina R. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its success and continuing need. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27:336-45. doi: 10.1017/S2045796018000070.
551. Mezzina R. Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors: Trieste, Italy. *L'information psychiatrique.* 2016;92:747-54. doi: 10.1684/ipe.2016.1546.
552. Kemali D, Maj M, Carpiello B, Giurazza RD, Impagnatiello M, Lojacocono D et al. Patterns of care in Italian psychiatric services and psycho-social outcome of schizophrenic patients. A three-year prospective study. *Psychiatry Psychobiol.* 1989;4:23-31. doi: 10.1017/S0767399X00004090.
553. La salute mentale nelle regioni, analisi dei trend 2015-2017. L'Aquila: SIEP - Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica; 2019 (https://siep.it/wp-content/uploads/2019/11/QEP_volume-5_def.pdf, accessed 15 January 2021).
554. Mezzina R, Vidoni D, Miceli M, Crusiz C, Accetta A, Interlandi G. Crisi psichiatrica e sistemi sanitari.

Una ricerca italiana. Trieste: Asterios; 2005a.

555. Mezzina R, Vidoni D, Miceli M, Crusiz C, Accetta A, Interlandi G. Gli interventi territoriali a 24 ore dalla crisi sono basati sull' evidenza? Indicazioni da uno studio multicentrico longitudinale. *Psichiatria di Comunità*. 2005b;4:200-16.
556. Mezzina R, Vidoni D. Beyond the mental hospital: crisis and continuity of care in Trieste. *Int J Soc Psychiatry*. 1995;41:1-20. doi: 10.1177/002076409504100101.
557. Mezzina R, Johnson S. Home treatment and "hospitality" within a comprehensive community mental health centre. In: Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G, editors. *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008:251-66.
558. Vicente B, Vielma M, Jenner FA, Mezzina R, Lliapas I. Users' satisfaction with mental health services. *Int J Soc Psychiatry*. 1993;39:121-30. doi: 10.1177/002076409303900205.
559. The Camberwell Assessment of Need. In: King's College London [website]. London: King's College London; n.d. (<https://www.kcl.ac.uk/ioppn/about/difference/17-the-camberwell-assessment-ofneed>, accessed 15 January 2021).
560. Fasci A, Botter V, Pascolo-Fabrizi E, Wolf K, Mezzina R. Il progetto di cura personalizzato orientate alla recovery. Studio di follow up a 5 anni su persone con bisogni complessi a Trieste. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*. 2018;16.
561. Piano regionale salute mentale Infanzia, adolescenza ed età adulta anni 2018-2020. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia; 2018 (http://mtom.regione.fvg.it/storage/2018_122/Allegato%201%20alla%20Delibera%20122-2018.pdf, accessed 31 January 2021).
562. Dell' Acqua G. Trieste twenty years after: from the criticism of psychiatric institutions to institutions of mental health. Trieste: Mental Health Department; 1995 (http://www.triestesalutementale.it/english/doc/dellacqua_1995_trieste20yearsafter.pdf, accessed 15 January 2021).
563. Salud Mental. In: Ministerio de Salud del Perú. Lima: Ministerio de Salud del Perú; n.d. (<http://www.minsa.gob.pe/salud-mental/>, accessed 13 March 2021).
564. Falen J. Para el 2021 habrá 281 centros de salud mental comunitaria en el país. *El Comercio*. 12 March 2019 (<https://elcomercio.pe/peru/2021-habra-281-centros-salud-mental-comunitaria-paisnoticia-616194-noticia/>, accessed 22 January 2021).
565. Salud mental. In: Ministerio de Salud [website]. Lima: Ministerio de Salud; 2020 (<https://www.minsa.gob.pe/salud-mental/>, accessed 22 January 2021).
566. Marquez PV, Garcia JNB. Paradigm shift: Peru leading the way in reforming mental health services. In: World Bank Blogs [website]. Washington, DC: The World Bank; 2019 (<https://blogs.worldbank.org/health/paradigm-shift-peru-leading-way-reforming-mental-health-services>, accessed 22 January 2021).
567. Informe Defensorial No 180, Supervisión de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización. Lima: Defensoría del Pueblo del Perú; 2018 ([https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N % C2 % BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf](https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf), accessed 22 January 2021).
568. Ley de Salud Mental - Ley N° 30947. Lima: El Congreso de la República; 2019 (<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>, accessed 22 January 2021).
569. Decreto supremo que aprueban el reglamento de la Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, Decreto Supremo No 033-2015-SA. 2015 (<http://www.conadisperu.gob.pe/web/documentos/NORMAS/Ley%2029889.pdf>, accessed 22 January 2021).
570. Seguimiento de la Ejecución Presupuestal (Consulta amigable). In: Ministerio de Economía y Finanzas [website]. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas; n.d. (<https://www.mef.gob.pe/es/seguimiento-de-la-ejecucion-presupuestal-consulta-amigable>, accessed 26 January 2021).
571. Devandas C. Peru: milestone disability reforms lead the way for other states. In: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) [website]. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR); 2018 (<https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23501&LangID=E>, accessed 22 January 2021).
572. Decreto Supremo que aprueba el reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, Decreto Supremo No 007-2020-SA, 5 March 2020, Articles 3, 17, 21, 26, 27, 31 and 32. 2020 (<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1/>, accessed 22 January 2021).

573. Specijalno izvješće o stanju prava osoba s intelektualnim i mentalnim teškoćama u Bosne i Hercegovine. Banja Luka: Institucija ombudsmena/ombudsmana za ljudska prava Bosne i Hercegovine; 2018 (https://www.ombudsmen.gov.ba/documents/obmudsmen_doc2018051809032286bos.pdf, accessed 22 January 2021).
574. Asocijacija XY. Koordinisana briga, Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini (2010-2018) [video]. Sarajevo: Asocijacija XY; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=hORZRNFlnIM&feature=youtu.be>, accessed 30 December 2020).
575. Mental health project in Bosnia and Herzegovina (BiH). Bern: Swiss Agency for Development and Cooperation SDC; 2018 (<http://mentalnozdravlje.ba/uimages/pdf/Mental%20Health%20Project%20in%20BiH%20Phase%203.pdf>, accessed 22 January 2021).
576. QualityRights - Lebanon. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; n.d. (<https://qualityrights.org/in-countries/lebanon/>, accessed 22 January 2021).
577. The national mental health program. In: Republic of Lebanon Ministry of Public Health [website]. Beirut: Republic of Lebanon Ministry of Public Health; n.d. (<https://www.moph.gov.lb/en/Pages/6/553/the-national-mental-health-program>, accessed 22 January 2021).
578. WHO results report programme budget 2018-2019. Driving impact in every country. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/about/finances-accountability/reports/results_report_18-19_final.pdf?ua=1, accessed 22 January 2021).
579. Chamsedine D. Le ministre de la Santé inspecte l' hôpital psychiatrique de Fanar, et annonce sa fermeture. Agence Nationale de l' Information. 17 February 2019 (<http://nna-leb.gov.lb/fr/shownews/100230/nna-leb.gov.lb/fr>, accessed 22 January 2021).
580. Scandale de l' hôpital al-Fanar: poursuites contre la propriétaire et la directrice de l' établissement. L' Orient le Jour. 20 February 2019 (<https://www.lorientlejour.com/article/1158166/scandaledelhopital-alfanar-poursuites-contre-la-propretaire-et-la-directrice-de-letablissement.html>, accessed 22 January 2021).
581. Decision No. 271/1 concerning the assessment of the health status of patients transferred from al-Fanar hospital. Beirut: Minister of Public Health, Republic of Lebanon; 2019 (<https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Minister%20Decision%20-%20Concerning%20the%20Assessment%20of%20the%20Health%20Status%20of%20Patients%20Transferred%20From%20Al-Fanar.pdf>, accessed 22 January 2021).
582. Decision No. 270/1 concerning the quality of care and human rights in the field of mental health. Beirut: Minister of Public Health, Republic of Lebanon; 2019 (<https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Minister%20Decision-%20Concerning%20the%20Quality%20of%20Care%20and%20Human%20Rights%20in%20the%20Field%20of%20Mental%20Health.pdf>, accessed 22 January 2021).
583. Revised hospital accreditation standards in Lebanon - January 2019. In: Ministry of Public Health [website]. Beirut: Republic of Lebanon Ministry of Public Health; 2019 (<https://www.moph.gov.lb/en/Pages/3/599/hospital-accreditation-#/en/view/20553/accreditation-standards-for-hospitals-inlebanon-january-2019>, accessed 22 January 2021).
584. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 -2021. Lima: Ministerio de Salud; 2018 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>, accessed 22 January 2021).
585. Minsa promueve conformación de asociaciones de usuarios afectados en Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud; 9 January 2019: (<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/24334-minsa-promueve-conformacion-de-asociaciones-de-usuarios-afectados-en-salud-mental>, accessed 22 January 2021).
586. De León JP, Valdivia B, Burgos M, Smith P, Diez-Canseco F. Promoción de redes de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica de personas con discapacidad: aprendizajes de una experiencia piloto en Perú [Promoting support networks for the exercise of legal capacity of people with disabilities: lessons from a pilot experience in Peru]. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*. 2020;4.
587. Asocijacija XY. Uloga korisničkih udruženja u sistemu zaštite mentalnog zdravlja u zajednici [video]. Sarajevo: Asocijacija XY; 2019 (<https://www.youtube.com/watch?v=Xr2euy0y15o&feature=youtu.be>, accessed 30 December 2020).
588. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [website]. Geneva: United Nations; n.d. (<https://sdgs.un.org/2030agenda>, accessed 07 March 2021).
589. The WHO mental health policy and service guidance package. Geneva: World Health Organization; 2003 (https://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/, accessed 13 March 2021).
590. One-to-one peer support by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module: module slides. Geneva: World Health Organization; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329643>, accessed 22 January 2021).

591. Peer support groups by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module: module slides. Geneva: World Health Organization; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329644>, accessed 22 January 2021).
592. Bhugra D, Pathare S, Gosavi C, Ventriglio A, Torales J, Castaldelli-Maia J. Mental illness and the right to vote: a review of legislation across the world. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:395-9. doi: 10.1080/09540261.2016.1211096.
593. Bhugra D, Pathare S, Nardodkar R, Gosavi C, Ng R, Torales J. Legislative provisions related to marriage and divorce of persons with mental health problems: a global review. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:386-92. doi: 10.1080/09540261.2016.1210577.
594. Bhugra D, Pathare S, Joshi R, Nardodkar R, Torales J, Tolentino EJJr. Right to property, inheritance, and contract and persons with mental illness. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28:402-8. doi: 10.1080/09540261.2016.1210576.
595. Kuschke B. Disability discrimination in insurance. *De Jure*. 2018;51:50-64. doi:10.17159/2225-7160/2018/v51n1a4.
596. Incapacity laws: A preliminary analysis shows how laws discriminate against various kinds of disabilities and not just people of 'unsound mind' ! New Delhi: Disability News and Information Service; 2012 (https://dnis.org/features.php?issue_id=2&volume_id=9&features_id=193, accessed 13 March 2021).
597. Legge 13 maggio 1978, n. 180 'Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori' . *Gazzetta Ufficiale* 16 maggio 1978, n. 133. Rome; 1978 (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf, accessed 22 January 2021).
598. Ley para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad. Ley n. ° 9379. Publicada en el Alcance 153 a La Gaceta n.° 166 de 30 de agosto de 2016. San José; 2016 (<https://www.tse.go.cr/pdf/normativa/promocionautonomiapersonal.pdf>, accessed 22 January 2021).
599. Decreto Legislativo No 1384, Decreto legislativo que reconoce y regula la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones. Lima; 2018 (<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-reconoce-y-regula-la-capacidad-jurid-decretolegislativo-n-1384-1687393-2/>, accessed 22 January 2021).
600. Ley 1996 de 2019. Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad. Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho; 2019 (http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1996_2019.html, accessed 22 January 2021).
601. Decreto Supremo que aprueba el reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, Decreto Supremo No 007-2020-SA, 5 March 2020. 2020 (<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30947-decreto-supremo-n-007-2020-sa-1861796-1/>, accessed 22 January 2021).
602. The Mental Healthcare Act, 2017. Law No 10 of 2017, 7 April 2017. New Delhi: Ministry of Law and Justice; 2017 (<https://www.prsindia.org/uploads/media/Mental%20Health/Mental%20Healthcare%20Act,%202017.pdf>, accessed 22 January 2021).
603. Mental Health Act. Republic Act No 11036, 24 July 2017. Manila: Republic of the Philippines; 2017 (<https://www.officialgazette.gov.ph/2018/06/20/republic-act-no-11036/>, accessed 22 January 2021).
604. תה, הליהקב שפנ יכנ מוקיש קוח . Jerusalem; 2000 (<https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Nefesh35.pdf>, accessed 22 January 2021).
605. Lenior ME, Dingemans PM, Linszen DH, De Haan L, Schene AH. Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: five-year follow-up of a psychosocial intervention. *Br J Psychiatry*. 2001;179:53-8. doi: 10.1192/bjp.179.1.53.
606. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia - a meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2001;27:73-92. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861.
607. Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2010;197:350-6. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074526.
608. Stowkowy J, Addington D, Liu L, Hollowell B, Addington J. Predictors of disengagement from treatment in an early psychosis program. *Schizophr Res*. 2012;136:7-12. doi: 10.1016/j.schres.2012.01.027.
609. Giron M, Fernandez-Yanez A, Mana-Alvarenga S, Molina-Habas A, Nolasco A, Gomez-Beneyto M. Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. *Psychol Med*. 2010;40:73-84. doi: 10.1017/S0033291709006126.

610. Fallon P. Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2003;10:393-401. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00617.x.
611. Doornbos MM. Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. *Arch Psychiatr Nurs.* 2002;16:39-46. doi: 10.1053/apnu.2002.30541.
612. Nordby K, Kjønsgberg K, Hummelvoll JK. Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: in need of support to become resource persons in treatment and recovery. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17:304-11. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01531.x.
613. Shalev A, Shor R. [The need for help of family caregivers of persons with mental illness in a unique service for families in the Beer Sheva Mental Health Center]. *Harefuah.* 2016;155:749-52.
614. Shor R, Shalev A. The significance of services in a psychiatric hospital for family members of persons with mental illness. *Fam Syst Health.* 2015;33:68-71. doi: 10.1037/fsh0000098.
615. Solera-Deuchar L, Mussa MI, Ali SA, Haji J, McGovern P. Establishing views of traditional healers and biomedical practitioners on collaboration in mental health care in Zanzibar: a qualitative pilot study. *Int J Ment Health Syst.* 2020;14:1. doi: 10.1186/s13033-020-0336-1.
616. Read UM. Rights as relationships: collaborating with faith healers in community mental health in Ghana. *Cult Med Psychiatry.* 2019;43:613-35. doi: 10.1007/s11013-019-09648-3.
617. Transforming services and promoting human rights: WHO QualityRights training and guidance: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329611>, accessed 22 January 2021).
618. QualityRights in countries. In: WHO QualityRights. Geneva: World Health Organization; n.d. (<https://qualityrights.org/in-countries/>, accessed 13 March 2021).
619. Mental health, human rights and standards of care. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health-human-rights-and-standards-of-care-2018>, accessed 6 April 2021).
620. QualityRights materials for training, guidance and transformation. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/whoqualityrights-guidance-and-training-tools>, accessed 22 January 2021).
621. Pathare S, Funk M, Drew Bold N, Chauhan A, Kalha J, Krishnamoorthy S. Systematic evaluation of the QualityRights programme in public mental health facilities in Gujarat, India. *Br J Psychiatry.* 2019;1-8. doi: 10.1192/bjp.2019.138.
622. QualityRights Lebanon: investing in quality care and human rights in mental health [video]. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.youtube.com/watch?v=TIIB_LgEYpc&list=UU07-dOwzgalIguKA86jqxNA&index=114, accessed 28 January 2021).
623. WHO result report programme budget 2018-2019. Driving impact in every country. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-result-report-programme-budget-2018-2019>, accessed 28 January 2021).
624. תואירבה דרשמ ופירעת. Jerusalem: Ministry of Health. State of Israel; 2021 (<https://www.health.gov.il/Subjects/Finance/Taarifon/Pages/PriceList.aspx>, accessed 13 March 2021).
625. Fenton WS, Hoch JS, Herrell JM, Mosher L, Dixon L. Cost and cost-effectiveness of hospital vs residential crisis care for patients who have serious mental illness. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59:357-64. doi: 10.1001/archpsyc.59.4.357.
626. Ezenduka C, Ichoku H, Ochonma O. Estimating the costs of psychiatric hospital services at a public health facility in Nigeria. *J Ment Health Policy Econ.* 2012;15:139-48.
627. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Republic of Turkey Social Security Institution; 2019 (http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/merkez-teskilati/ana_hizmet_birimleri/gss_genel_mudurlugu/anasayfa_duyurular/sut_degisiklik_tebligi_04092019, accessed 22 January 2021).
628. Stensland M, Watson PR, Grazier KL. An examination of costs, charges, and payments for inpatient psychiatric treatment in community hospitals. *Psychiatr Serv.* 2012;63:666-71. doi:10.1176/appi.ps.201100402.
629. Huskamp HA. Pharmaceutical cost management and access to psychotropic drugs: the U.S. context. *Int J Law Psychiatry.* 2005;28:484-95. doi: 10.1016/j.jlpl.2005.08.004.
630. Mental Health System Reform in Afghanistan. In: Mental Health Innovation Network. London: Mental Health Innovation Network; n.d. (<https://www.mhinnovation.net/contact-us>, accessed 13 March 2021).
631. Read J, Kirsch I, Mcgrath L. Electroconvulsive therapy for depression: a review of the quality of ECT

- vs Sham ECT trials and meta-analyses. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 2019;21:64-103.
632. PEPP-Entgeltkatalog. InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus; 2019 (https://www.gdr.de/PEPP-Entgeltsystem_2020/PEPP-Entgeltkatalog, accessed 22 January 2021).
 633. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPES Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: Ed MS; 2015 (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf, accessed 22 January 2021).
 634. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; 2016 (<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat-rio-Gest-o-2011-2015-.pdf>, accessed 4 January 2021).
 635. Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev Saúde Pública*. 2012;46:51-8. doi: 10.1590/S0034-89102011005000085.
 636. Healing minds, changing lives: a movement for community-based mental health care in Peru -delivery innovations in a low-income community, 2013-2016. Washington, DC: World Bank Group; 2018 (<http://documents1.worldbank.org/curated/en/407921523031016762/pdf/125036-WPPUBLIC-P159620-add-series-WBGMentalHealthPeruFINALWeb.pdf>, accessed 22 January 2021).
 637. Abdulmalik J, Fadahunsi W, Kola L, Nwefoh E, Minas H, Eaton J et al. The Mental Health Leadership and Advocacy Program (mhLAP): a pioneering response to the neglect of mental health in Anglophone West Africa. *Int J Ment Health Syst*. 2014;8:5. doi: 10.1186/1752-4458-8-5.
 638. Ryan GK, Nwefoh E, Aguocha C, Ode PO, Okpoju SO, Ocheche P et al. Partnership for the implementation of mental health policy in Nigeria: a case study of the Comprehensive Community Mental Health Programme in Benue State. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14:10. doi: 10.1186/s13033-020-00344-z.
 639. Social prescribing: Making it work for GPs and patients. London: British Medical Association; 2019 (<https://www.bma.org.uk/media/1496/bma-social-prescribing-guidance-2019.pdf>, accessed 13 March 2021).
 640. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 16 July 2018 (A/73/161). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2018 (<https://undocs.org/en/A/73/161>, accessed 18 January 2021).
 641. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf, accessed 26 January 2021).
 642. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>, accessed 22 January 2021).
 643. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in nonspecialized health settings (updated version available in 2021). Geneva: World Health Organization; 2010 (https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/, accessed 6 April 2021).
 644. Dietrich S, Beck M, Bujantugs B, Kenzine D, Matschinger H, Angermeyer MC. The relationship between public causal beliefs and social distance to mentally ill people. *Aust NZ J Psychiatry*. 2004;38:348- 54. doi: 10.1080/j.1440-1614.2004.01363.x.
 645. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals towards people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull*. 2006;32:709-14. doi: 10.1093/schbul/sbj065.
 646. Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, Schomerus G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *Br J Psychiatry*. 2011;199:367-37. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085563.
 647. Hunt P. The health and human rights movement: Progress and obstacles. *J Law Med*. 2008;15:714-24.
 648. Mann JM. Health and human rights - if not now, when? *Am J Public Health*. 2006;96:1940-3. doi: 10.2105/ajph.96.11.1940.
 649. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pūras, 16 July 2019 (A/74/174). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/A/74/174>, accessed 18 January 2021).
 650. Human rights. WHO QualityRights Core training: for all services and all people. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329538>, accessed 07 March 2021).
 651. Recovery and the right to health. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329538>, accessed 07 March 2021).

who.int/iris/handle/10665/329611, accessed 06 March 2021).

652. Recovery practices for mental health and well-being: WHO QualityRights Specialized training. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329602>, accessed 22 January 2021).
653. Evaluation of QualityRights training on mental health, human rights and recovery: PRE-training questionnaire. Geneva: World Health Organization; n.d. (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PreEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>, accessed 20 March 2021).
654. Evaluation of QualityRights training on mental health, human rights and recovery: POST-training questionnaire. Geneva: World Health Organization; n.d. (<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PostEvaluationQuestionnaireF2F.pdf>, accessed 20 March 2021).
655. Funk M, Drew N, Ansong J, Chisholm D, Murko M, Nato J. Strategies to achieve a rights based approach through WHO QualityRights. In: Stein MA, Mahomed F, Sunkel C, Patel V, editors. *Mental health, human rights and legal capacity*. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
656. Baker E, Fee J, Bovingdon L, Campbell T, Hewis E, Lewis D et al. From taking to using medication: recovery-focused prescribing and medicines management. *Adv Psychiatr Treat*. 2013;19:2–10. doi: 10.1192/apt.bp.110.008342.
657. Svensson SA, Hedenrud TM, Wallerstedt SM. Attitudes and behaviour towards psychotropic drug prescribing in Swedish primary care: a questionnaire study. *BMC Fam Pract*. 2019;20. doi: 10.1186/s12875-018-0885-4.
658. Warren JB. The trouble with antidepressants: why the evidence overplays benefits and underplays risks - an essay by John B Warren. *BMJ*. 2020;370. doi: 10.1136/bmj.m3200.
659. He Ara Oranga: Report of the Government Inquiry into Mental Health and Addiction. Wellington: The Government Inquiry into Mental Health and Addiction; 2018 (<https://www.mentalhealth.inquiry.govt.nz/inquiry-report/>, accessed 5 September 2020).
660. Richard Smith: Psychiatry in crisis? In: *The BMJ Opinion*. London: BMJ Opinion; July 4, 2016 (<https://blogs.bmj.com/bmj/2016/07/04/richard-smith-psychiatry-in-crisis/>, accessed 22 December 2020).
661. Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:538-46. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30032-X.
662. RCPsych launches new patient resource on stopping antidepressants. In: Royal College of Psychiatrists [website]. London: Royal College of Psychiatrists; 2019 (https://www.rcpsych.ac.uk/members/your-monthly-e-newsletter/rcpsych-e-newsletter-september-2020/new-stoppingantidepressants-guidance?utm_campaign=1992070_eNewsletter%20-%20main%20-%2024%20September&utm_medium=email&utm_source=RCPsych%20Digital%20Team&dm_i=3S89,16P3A,2H3K2N,480UK,1, accessed 22 January 2021).
663. Stopping antidepressants. In: Royal College of Psychiatrists [website]. London: Royal College of Psychiatrists; 2019 (<https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/stoppingantidepressants>, accessed 22 January 2021).
664. McCormack J, Korownyk C. Effectiveness of antidepressants. *BMJ*. 2018;360:k1073. doi: 10.1136/bmj.k1073.
665. Moncrieff J. What does the latest meta-analysis really tell us about antidepressants? *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27:430-2. doi: 10.1017/S2045796018000240.
666. Munkholm K, Paludan-Müller AS, Boesen K. Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis. *BMJ Open*. 2019;9:e024886. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024886.
667. Hengartner MP, Read J, Moncrieff J. Protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:890. doi: 10.21256/zhaw-18614.
668. Weinmann S, Read J, Aderhold V. Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: systematic review. *Schizophr Res*. 2009;113:1–11. doi: 10.1016/j.schres.2009.05.018.
669. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2016;173:680-7. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15091141.
670. Bright KS, Charrois EM, Mughal MK, Wajid A, McNeil D, Stuart S et al. Interpersonal psychotherapy to reduce psychological distress in perinatal women: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:8421. doi: 10.3390/ijerph17228421.
671. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JA, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials.

- Depress Anxiety. 2018;35:502-14. doi: 10.1002/da.22728.
672. Linardon J, Wade TD, de la Piedad Garcia X, Brennan L. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85:1080-94. doi: 10.1037/ccp0000245.
673. Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li ZJ, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*. 2019;15:98-112. doi: 10.1016/j.jad.2018.10.114.
674. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical behavior therapy Is effective for the treatment of suicidal behavior: a meta-analysis. *Behav Ther*. 2019;50:60-72. doi: 10.1016/j.beth.2018.03.009.
675. McCartney M, Nevitt S, Lloyd A, Hill R, White R, Duarte R. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;143:6-21. doi: 10.1111/acps.13242.
676. Ghahari S, Mohammadi-Hasel K, Malakouti SK, Roshanpajouh M. Mindfulness-based cognitive therapy for generalised anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. *East Asian Arch Psychiatry*. 2020;30:52-6. doi: 10.12809/eaap1885.
677. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ et al. Mindfulnessbased interventions for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2018;59:52-60. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.011.
678. Wampold BE. The research evidence for common factors models: a historically situated perspective. In: Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA, editors. *The heart and soul of change: delivering what works in therapy*, second edition. Washington, DC: American Psychological Association; 2011.
679. Kirmayer LJ. The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism. *Br Med Bull*. 2004;69:33-4. doi: 10.1093/bmb/ldh006.
680. Problem management plus (PM+): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity, WHO generic field-trial version 1.0. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206417>, accessed 22 January 2021).
681. Group Problem Management Plus (Group PM+): group psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity (generic field-trial version 1.0). Geneva: World Health Organization; 2020 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334055>, accessed 22 January 2021).
682. World Health Organization, Columbia University. Group Interpersonal Therapy (IPT) for depression (WHO generic field-trial version 1.0). Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/group-interpersonal-therapy-for-depression>, accessed 22 January 2021).
683. Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression, WHO generic field-trial version 1.0, 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/152936>, accessed 23 January 2021).
684. Doing what matters in times of stress: an illustrated guide. Geneva: World Health Organization; 2020 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/33190>, accessed 23 January 2021).
685. Kohrt BA, Schafer A, Willhoite A. Ensuring quality in psychological support (WHO EQUIP): developing a competent global workforce. *World Psychiatry*. 2020;19:115-6. doi: 10.1002/wps.20704.
686. Question sets. WG Short Set on Functioning (WG-SS). In: Washington Group on Disability Statistics [website]. Maryland: Washington Group on Disability Statistics; n.d. (<https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/>, accessed 06 March 2021).
687. Model Disability Survey. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>, accessed 06 March 2021).
688. EU-OHCHR Bridging the Gap I: Human rights indicators for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in support of a disability inclusive 2030 Agenda for Sustainable Development. In: Bridging the Gap [website]. Bridging the Gap; 2018 (<https://bridgingthegap-project.eu/crpdindicators/>, accessed 23 January 2021).
689. Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2005;17:123-31. doi: 10.1080/09540260500073638.
690. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005;20:529-39. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004.
691. Advocacy for mental health, disability and human rights: WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329587>, accessed 23 January 2021).

692. Conversations change lives. Global anti-stigma toolkit. London: Time to Change Global programme; n.d. (<https://time-to-change.turtl.co/story/conversations-change-lives/>, accessed 06 March 2021).
693. Speak your mind [website]. London: United for Global Mental Health; n.d. (<https://gospeakyourmind.org/campaign>, accessed 19 March 2021).
694. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pūras, 12 April 2019 (A/HRC/41/34). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/A/HRC/41/34>, accessed 18 January 2021).
695. Gruskin S, Mills EJ, Tarantola D. History, principles, and practice of health and human rights. *Lancet*. 2007;370:449-55. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61200-8.
696. Meier BM, Evans DP, Kavanagh MM, Keralis JM, Armas-Cardona G. Human rights in public health: deepening engagement at a critical time. *Health Hum Rights*. 2018;20:85-91.
697. World Network of Users and Survivors of Psychiatry [website]. Odense: World Network of Users and Survivors of Psychiatry; n.d. (<http://wnusp.net/>, accessed 06 March 2021).
698. Who we are. In: TCI Asia Pacific [website]. Pune: TCI Asia Pacific; n.d. (<https://www.tci-asia.org>, accessed 06 March 2021).
699. Full text of the Bali Declaration. In: Transforming communities for inclusion. Pune: CAMH News and Resources; 2018 (<https://transformingcommunitiesforinclusion.wordpress.com/2018/10/01/full-text-of-the-bali-declaration/>, accessed 13 March 2021).
700. European Network for (ex)-Users and Survivors of Psychiatry [website]. Copenhagen: European Network for (ex)-Users and Survivors of Psychiatry; n.d. (<https://enusp.org>, accessed 06 March 2021).
701. Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities [website]. Cape Town: Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities; n.d. (<https://www.facebook.com/pg/PANPPD/>, accessed 06 March 2021).
702. Redesfera Latino Americana de la Diversidad Psicosocial [website]. Redesfera Latino Americana de la Diversidad Psicosocial; n.d. (<http://redesfera.org/>, accessed 07 March 2021).
703. Global mental health peer network [website]. Johannesburg: Global mental health peer network; n.d. (<https://www.gmhpn.org>, accessed 06 March 2021).
704. Stuart H. Media portrayal of mental illness and its treatment. *CNS Drugs*. 2006;20:99-106. doi: 10.2165/00023210-200620020-00002.
705. Angermeyer MC, Schulze B. Reinforcing stereotypes: how the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *Int J Law Psychiatry*. 2001;24:469-86. doi: 10.1016/s0160-2527(01)00079-6.
706. Levin A. Media cling to stigmatizing portrayals of mental illness. *Psychiatric News*. 16 December 2011 (https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/pn.46.24.psychnews_46_24_16-a, accessed 20 January 2021).
707. LIVE LIFE: Preventing suicide. Geneva: World Health Organization; 2018 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://www.who.int/publications/i/item/live-life-preventing-suicide>, accessed 20 March 2021).
708. Naslund JA, Grande SW, Aschbrenner KA, Elwyn G. Naturally occurring peer support through social media: the experiences of individuals with severe mental illness using YouTube. *PLoS One*. 2014;9:e110171. doi: 10.1371/journal.pone.0110171.
709. Naslund JA, Aschbrenner KA, McHugo GJ, Unützer J, Marsch LA, Bartels SJ. Exploring opportunities to support mental health care using social media: A survey of social media users with mental illness. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13:405-13. doi: 10.1111/eip.12496.
710. The National Institute of Mental Health (NIMH) [website]. Bethesda: The National Institute of Mental Health (NIMH); n.d. (<https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>, accessed 23 January 2021).
711. Rogers A. Star neuroscientist Tom Insel leaves the google-spawned verily for ... a startup? In: *Wired* [website]. San Francisco: Wired; 2017 (<https://www.wired.com/2017/05/star-neuroscientist-tominself-leaves-google-spawned-verily-startup/>, accessed 23 January 2021).
712. Slade M, Bird V, Clarke E, Le Boutillier C, McCrone P, Macpherson R et al. Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): a multisite, cluster, randomised, controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2015;2:503-14. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00086-3.
713. Meadows G, Brophy L, Shawyer F, Enticott JC, Fossey E, Thornton CD et al. REFOCUSPULSAR recovery-oriented practice training in specialist mental health care: a steppedwedge cluster randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:103-14. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30429-2.

714. Porsdam MS, Bradley VJ, Sahakian BJ. Human rights-based approaches to mental health: a review of programs. *Health Hum Rights*. 2016;18:263-76.
715. Smith GM, Ashbridge DM, Davis RH, Steinmetz W. Correlation between reduction of seclusion and restraint and assaults by patients in Pennsylvania' s state hospitals. *Psychiatr Serv*. 2015;66:303-9. doi: 10.1176/appi.ps.201400185.
716. Kanna S, Faraaz M, Shekhar S, Vikram P. An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2020;98:52-8. doi: 10.2471/BLT.19.234906.
717. Berrios GE, Marková IS. Towards a new epistemology of psychiatry. In: Kirmayer LJ, Lemelson R, Cummings CA, editors. *Re-visioning psychiatry cultural phenomenology, critical neuroscience, and global mental health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2015:41-64.
718. The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use. Rockville: US Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2011 (https://ddc.delaware.gov/contentFolder/pdfs/preventing_reducing_restraintseclusion_use_report_092012.pdf, accessed 23 January 2021).
719. Borecky A, Thomsen C, Dubov A. Reweighing the ethical tradeoffs in the involuntary hospitalization of suicidal patients. *Am J Bioeth*. 2019;19:71-83. doi: 10.1080/15265161.2019.1654557.
720. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS One*. 2016;11:e0168720. doi: 10.1371/journal.pone.0168720.
721. Semrau M, Lempp L, Keynejad R, Evans-Lacko S, Mugisha J, Raja S et al. Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low- and middle-income countries: systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:79. doi: 10.1186/s12913-016-1323-8.
722. Ryan G, Semrau M, Nkurunungi E, Mpango R. Service user involvement in global mental health: what have we learned from recent research in low and middle-income countries? *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32:355-60. doi: 10.1097/YCO.0000000000000506.
723. Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. Resolution 2291 (2019). Brussels: Parliamentary Assembly. Council of Europe; 2019 ([http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28038\(=en](http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28038(=en), accessed 06 March 2021).
724. Priestley M, Waddington L, Bessozi C. Towards an agenda for disability research in Europe: learning from disabled people' s organisations. *Disabil Soc*. 2010;25. doi: 10.1080/09687599.2010.505749.
725. Rose D, Kalathil J. Power, privilege and knowledge: the untenable promise of co-production in mental "health" . *Front Sociology*. 2019;4:article 57. doi: 10.3389/fsoc.2019.00057.

謝 辭

Conceptualization and overall management

Michelle Funk, Unit Head, and Natalie Drew Bold, Technical Officer; Policy, Law and Human Rights, Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization (WHO), Geneva, Switzerland.

Strategic direction

Strategic direction for the WHO documents was provided by:

Keshav Desiraju, Former Health Secretary, New Delhi, India

Julian Eaton, Mental Health Director, CBM Global, London, United Kingdom

Sarah Kline, Co-Founder and Interim Chief Executive Officer, United for Global Mental Health, London, United Kingdom

Hernan Montenegro von Mühlenbrock, PHC Coordinator, Special Programme on Primary Health Care, WHO, Geneva, Switzerland

Michael Njenga, Executive Council Member, Africa Disability Forum, Chief Executive Officer, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya, Nairobi, Kenya

Simon Njuguna Kahonge, Director of Mental Health, Ministry of Health, Nairobi, Kenya

Soumitra Pathare, Director, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society, Pune, India

Olga Runciman, Psychologist, Owner of Psycovery Denmark, Chair of the Danish Hearing Voices Network, Copenhagen, Denmark

Benedetto Saraceno, Secretary General, Lisbon Institute Global Mental Health, CEDOC/NOVA, Medical School, Lisbon, Portugal

Alberto Vásquez Encalada, President, Sociedad y Discapacidad (SODIS), Geneva, Switzerland

Writing and research team

Michelle Funk and Natalie Drew Bold were lead writers on the documents and oversaw a research and writing team comprising:

Patrick Bracken, Independent Psychiatrist and Consultant, West Cork, Ireland; Celine Cole, Consultant, Department of Mental Health and Substance Use, WHO, Aidlingen, Germany; Julia Faure, Consultant, Policy, Law and Human Rights, Department of Mental Health and Substance Use, WHO, Le Chesnay, France; Emily McLoughlin, Consultant, Policy, Law and Human Rights, Department of Mental Health and Substance Use, WHO, Geneva, Switzerland; Maria Francesca Moro, Researcher and PhD candidate, Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health Columbia University, New York, NY, United States of America; Cláudia Pellegrini Braga, Rio de Janeiro Public Prosecutor's Office, Brazil.

Afiya House – Massachusetts, USA: Sera Davidow, Director, Wildflower Alliance (formerly known as the Western Massachusetts Recovery Learning Community), Holyoke MA, USA

Atmiyata – Gujarat, india: Jasmine Kalha, Program Manager and Research Fellow; Soumitra Pathare,

Director (Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society, Pune, India).

Aung Clinic – Yangon, Myanmar: Radka Antalikova, Lead Researcher, Thabyay Education Foundation, Yangon, Myanmar; Aung Min, Mental health professional and Art therapist, Second team leader, Aung Clinic Mental Health Initiative, Yangon, Myanmar; Brang Mai, Supervisor Counsellor and Evaluation Researcher (team member), Aung Clinic Mental Health Initiative, YMCA Counselling Centre, Yangon, Myanmar; Polly Dewhirst, Social Work and Human Rights Consultant/Trainer and Researcher of Case Study Documentation, Aung Clinic Mental Health Initiative, Yangon, Myanmar; San San Oo, Consultant Psychiatrist and EMDR Therapist and Team Leader, Aung Clinic Mental Health Initiative, Yangon, Myanmar; Shwe Ya Min Oo, Psychiatrist and Evaluation Researcher (team member), Aung Clinic Mental Health Initiative, Mental Health Hospital, Yangon, Myanmar.

BET Unit, Blakstad Hospital, vestre viken Hospital Trust – viken, Norway: Roar Fosse, Senior Researcher, Department of Research and Development, Division of Mental Health and Addiction; Jan Hammer, Special Advisor, Department of Psychiatry, Blakstad Division of Mental Health and Addiction; Didrik Heggdal, The BET Unit, Blakstad Department; Peggy Lilleby, Psychiatrist, The BET Unit, Blakstad Department; Arne Lillelien, Clinical Consultant, The BET Unit, Blakstad Department; Jørgen Strand, Chief of staff and Unit manager, The BET Unit, Blakstad Department; Inger Hilde Vik, Clinical Consultant, The BET Unit, Blakstad Department (Vestre Viken Hospital Trust, Viken, Norway).

Brazil community-based mental health networks – a focus on Campinas: Sandrina Indiani, President, Directing Council of the Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, Campinas, Brazil; Rosana Teresa Onocko Campos, Professor, University of Campinas, Campinas, Brazil; Fábio Roque Ieiri, Psychiatrist, Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Ors, Campinas, Brazil; Sara Sgobin, Coordinator, Technical Area of Mental Health, Municipal Health Secretariat, Campinas, Brazil.

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III – Brasilândia, São Paulo, Brazil: Carolina Albuquerque de Siqueira, Nurse, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brazil; Jamile Caleiro Abbud, Psychologist, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brazil; Anderson da Silva Dalcin, Coordinator, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brazil; Marisa de Jesus Rocha, Occupational Therapist, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brazil; Debra Demiquele da Silva, Nursing Assistant, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brazil; Gláucia Galvão, Supporter Management of Network and Services, Mental Health, Associação Saúde da Família, São Paulo, Brazil; Michele Goncalves Panarotte, Psychologist, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brazil; Cláudia Longhi, Coordinator, Technical Area of Mental Health, Municipal Health Secretariat, São Paulo, Brazil; Thais Helena Mourão Laranjo, Supporter Management of Network and Services, Mental Health, Associação Saúde da Família, São Paulo, Brazil; Aline Pereira Leal, Social Assistant, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brazil; Iara Soares Pires Fontagnelo, Occupational Therapist, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brazil; Igor Manoel Rodrigues Costa, Workshop Professional, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brazil; Douglas Sherer Sakaguchi, Supervisor Técnico, Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brazil; Davi Tavares Villagra, Physical Education Professional, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brazil; Alessandro Uemura Vicentini, Psychologist, CAPS III – Brasilândia, São Paulo, Brazil.

East Lille network of mental health services – France: Antoine Baleige, Praticien hospitalier, Secteur 59G21, Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé (Lille, France); Alain Dannel, Coordonnateur du GCS, Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé (Lille, France); Laurent Defromont, Praticien hospitalier, Chef de pôle, Secteur 59G21, Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé (Lille, France); Géry Kruhelski, Chief Nurse Manager, Secteur 21, Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé (Lille, France); Marianne Ramonet, Psychiatrist, Sector 21, Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé (Lille, France); Jean-Luc Roelandt, Psychiatrist, Centre collaborateur de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé mentale, Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole, France; Simon Vasseur Bacle, Psychologue clinicien/Chargé de mission et des affaires internationales, Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé (Lille, France), Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole et Secteur 21, France.

Friendship Bench – Zimbabwe: Dixon Chibanda, Chief Executive Officer; Ruth Verhey, Program Director (Friendship Bench, Harare, Zimbabwe).

Hand in Hand supported living – Georgia: Eka Chkonia, President of the Society of Georgian Psychiatrists, Associate Professor at Tbilisi State Medical University, Clinical Director at the Tbilisi Mental

Health Center, Tbilisi, Georgia; Amiran Dateshidze, Founder, NGO-Hand in Hand, Tbilisi, Georgia; Giorgi Geleishvili, Director of Evidence Based Practice Center, Psychiatrist at Tbilisi Assertive Community Treatment Team, Individual Member of International Association for Analytical Psychology, Tbilisi, Georgia; Izabela Laliashvili, Manager, NGO-Hand in Hand, Tbilisi, Georgia; Tamar Shishniashvili, Director, NGO-Hand in Hand, Tbilisi, Georgia; Maia Shishniashvili, Founder, NGO-Hand in Hand, Tbilisi, Georgia.

Hearing voices support groups: Gail Hornstein, Professor of Psychology, Mount Holyoke College, South Hadley, MA, USA; Olga Runciman, Psychologist, Owner of Psycoveery Denmark, Chair of the Danish Hearing Voices Network, Copenhagen, Denmark.

Home Again – Chennai, india: Vandana Gopikumar, Co-Founder, Managing Trustee; Lakshmi Narasimhan, Consultant Research; Keerthana Ram, Research Associate; Pallavi Rohatgi, Executive Director (The Banyan, Chennai, India). Nisha Vinayak, Co-lead for Social Action and Research, The Banyan Academy, Chennai, India.

Home Focus – West Cork, ireland: Barbara Downs, Rehabilitative Training Instructor, Home Focus Team; Kathleen Harrington, Area Manager; Caroline Hayes, Recovery Development Advocate, Home Focus Team; Catriona Hayes, Clinical Nurse Specialist/Community Mental Health Nurse, Home Focus Team; Maura O’Donovan, Recovery Support Worker, Home Focus Team; Aidan O’Mahony, Rehabilitative Training Instructor, Home Focus Team; Jason Wycherley, Area Manager (National Learning Network, Bantry, Ireland).

KeyRing Living Support Networks: Charlie Crabtree, Marketing and Communications Manager; Sarah Hatch, Communications Coordinator; Karyn Kirkpatrick, Chief Executive Officer; Frank Steeples, Quality Assurance Lead; Mike Wright, Deputy Chief Executive Officer (KeyRing Living Support Networks, London, United Kingdom).

Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH – Heidenheim, Germany: Martin Zinkler, Clinical Director, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Heidenheim, Germany.

Link House – Bristol, United Kingdom: Carol Metters, Former Chief Executive Officer; Sarah O’Leary, Chief Executive Officer (Missing Link Mental Health Services Bristol, United Kingdom).

Nairobi Mind Empowerment Peer Support Group, USP Kenya: Elizabeth Kamundia, Assistant Director, Research, Advocacy and Outreach Directorate, Kenya National Commission on Human Rights, Nairobi, Kenya; Michael Njenga, Executive Council Member, Africa Disability Forum, Chief Executive Officer, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya, Nairobi, Kenya.

Naya Daur – West Bengal, india: Mrinmoyee Bose, Program Coordinator; Sarbani Das Roy, Director and Co-Founder; Gunjan Khemka, Assistant Director; Priyal Kothari, Program Manager; Srikumar Mukherjee, Psychiatrist and Co-Founder; Abir Mukherjee, Psychiatrist; Laboni Roy, Assistant Director (Iswar Sankalpa, Kolkata, West Bengal, India).

Open Dialogue Crisis Service – Lapland, Finland: Brigitta Alakare, Former Chief Psychiatrist; Tomi Bergström, Psychologist PhD, Keropudas Hospital; Marika Biro, Nurse and Family Therapist, Head Nurse, Keropudas Hospital; Anni Haase, Psychologist, Trainer on Psychotherapy; Mia Kurtti, Nurse, MSc, Trainer on Family and Psychotherapy; Elina Löhönen, Psychologist, Trainer on Family and Psychotherapy; Hannele Mäkiöllitervo, MSc Social Sciences, Peer Worker, Unit of Psychiatry; Tiina Puotiniemi, Director, Unit of Psychiatry and Addiction Services; Jyri Taskila, Psychiatrist, Trainer on Family and Psychotherapy; Juha Timonen, Nurse and Family Therapist, Keropudas Hospital; Kari Valtanen, Psychiatrist MD, Trainer on Family and Psychotherapy; Jouni Petäjaniemi, Head Nurse, Keropudas Hospital Crisis Clinic and Tornio City Outpatient Services (Western-Lapland Health Care District, Lapland, Finland)

Peer Support South East Ontario – Ontario, Canada: Todd Buchanan, Professor, Loyalist College, Business & Operations Manager, Peer Support South East Ontario (PSSEO), Ontario, Canada; Deborrah Cuttriss Sherman, Peer Support for Transitional Discharge, Providence Care, Ontario, Canada; Cheryl Forchuk, Beryl and Richard Ivey Research Chair in Aging, Mental Health, Rehabilitation and Recovery, Parkwood Institute Research/Lawson Health Research Institute, Western University, London, Ontario, Canada; Donna Stratton, Transitional Discharge Model Coordinator, Peer Support South East Ontario, Ontario, Canada.

Personal Ombudsman – Sweden: Ann Bengtsson, Programme Officer, Socialstyrelsen, Stockholm, Sweden;

Camilla Bogarve, Chief Executive Officer, PO Skåne, Sweden; Ulrika Fritz, Chairperson, The Professional Association for Personal Ombudsman in Sweden (YPOS), Sweden.

Phoenix Clubhouse – Hong Kong Special Administrative Region (SAR), People’s Republic of China:

Phyllis Chan, Clinical Stream Coordinator (Mental Health) - Hong Kong West Cluster, Chief of Service-Department of Psychiatry, Queen Mary Hospital, Honorary Clinical Associate Professor-Department of Psychiatry, Li Ka Shing Faculty of Medicine, The University of Hong Kong, Hong Kong SAR, People’s Republic of China; Anita Chan, Senior Occupational Therapist, Occupational Therapy Department, Queen Mary Hospital, Hong Kong SAR, People’s Republic of China; June Chao, Department Manager, Occupational Therapy Department, Queen Mary Hospital, Hong Kong SAR, People’s Republic of China; Bianca Cheung, Staff of Phoenix Clubhouse, Phoenix Clubhouse/Occupational Therapy Department, Queen Mary Hospital, Hong Kong SAR, People’s Republic of China; Eileena Chui, Consultant, Department of Psychiatry, Queen Mary Hospital, Hong Kong SAR, People’s Republic of China; Joel D. Corcoran, Executive Director, Clubhouse International, New York, NY, USA; Enzo Lee, Staff of Phoenix Clubhouse, Phoenix Clubhouse/Occupational Therapy Department, Queen Mary Hospital, Hong Kong SAR, People’s Republic of China; Francez Leung, Director of Phoenix Clubhouse, Occupational Therapist, Phoenix Clubhouse/Occupational Therapy Department, Queen Mary Hospital, Hong Kong SAR, People’s Republic of China; Eric Wong, Staff of Phoenix Clubhouse, Phoenix Clubhouse/Occupational Therapy Department, Queen Mary Hospital, Hong Kong SAR, People’s Republic of China; Mimi Wong, Member of Phoenix Clubhouse, Hong Kong SAR, People’s Republic of China; Eva Yau, Honorary member of Friends of Phoenix Clubhouse, Faculty Member of Clubhouse International, Founding Director of Phoenix Clubhouse, Hong Kong SAR, People’s Republic of China.

Shared Lives – South East Wales, United Kingdom: Emma Jenkins, Shared Lives for Mental Health Crisis Manager, South East Wales Shared Lives Scheme, Caerphilly CBC, United Kingdom; Martin Thomas, Business Manager, South East Wales Shared Lives Scheme, Caerphilly CBC, United Kingdom; Benna Waites, Joint Head of Psychology, Counselling and Arts Therapies, Mental Health and Learning Disabilities, Aneurin Bevan University Health Board, United Kingdom; Rachel White, Team Manager, Home Treatment Team, Adult Mental Health Directorate, Aneurin Bevan University Health Board, United Kingdom.

Soteria – Berne, Switzerland: Clare Christine, Managing Director, Soteria Berne, Berne, Switzerland; Walter Gekle, Medical Director, Soteria Berne, Head Physician and Deputy Director, Center for Psychiatric Rehabilitation, University Psychiatric Services, Berne, Switzerland.

Trieste Community Mental Health Network of Services – Italy: Tommaso Bonavigo, Psychiatrist, Community Mental Health Centre 3–Domio, Mental Health Department of Trieste and Gorizia, WHO Collaborating Centre for Research and Training–Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Italy; Mario Colucci, Psychiatrist, Head of Community Mental Health Centre 3–Domio, Mental Health Department of Trieste and Gorizia, WHO Collaborating Centre for Research and Training–Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Italy; Elisabetta Pascolo Fabrici, Director, Mental Health Department of Trieste and Gorizia, WHO Collaborating Centre for Research and Training –Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Italy; Serena Goljevscek, Psychiatrist, Community Mental Health Centre 3–Domio, Mental Health Department of Trieste and Gorizia, WHO CC for Research and Training–Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Italy; Roberto Mezzina, International Mental Health Collaborating Network (IMHCN), Italy, Former Director, Mental Health Department of Trieste and Gorizia, WHO Collaborating Centre for Research and Training–Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Italy; Alessandro Saullo, Psychiatrist, Community Mental Health Centre of Gorizia, Mental Health Department of Trieste and Gorizia, WHO Collaborating Centre for Research and Training–Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Italy; Daniela Speh, Specialized Nurse, Coordinator for Training, Mental Health Department of Trieste and Gorizia, WHO Collaborating Centre for Research and Training - ASUGI Corporate Training and Development Office –Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Italy; Marco Visintin, Psychologist, Community Mental Health Centre of Gorizia, Mental Health Department of Trieste and Gorizia, WHO Collaborating Centre for Research and Training–Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Italy.

Tupu Ake – South Auckland, New Zealand: Janice McGill, Peer Development Lead; Ross Phillips, Business Operations Manager (Pathways, Auckland, New Zealand).

Mental health networks from Bosnia and Herzegovina, Lebanon and Peru

Bosnia and Herzegovina: Dzenita Hrelja, Project Director, Mental Health / Association XY, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina.

Lebanon: Rabih El Chammay, Head; Nayla Geagea, Legislation and Human Rights Advisor; Racha Abi Hana, Service Development Coordinator (National Mental Health Programme, Ministry of Public Health, Lebanon). Thurayya Zreik, QualityRights Project Coordinator, Lebanon.

Peru: Yuri Cutipe, Director of Mental Health, Ministry of Health, Lima, Peru.

Technical review and written contributions

Maria Paula Acuña Gonzalez, Former WHO Intern (Ireland); Christine Ajulu, Health Rights Advocacy Forum (Kenya); John Allan, Mental Health Alcohol and Other Drugs Branch, Clinical Excellence Queensland, Queensland Health (Australia); Jacqueline Aloo, Ministry of Health (Kenya); Caroline Amissah, Mental Health Authority (Ghana); Sunday Anaba, BasicNeeds (Ghana); Naomi Anyango, Mathari National Teaching & Referral Hospital (Kenya); Aung Min, Aung Clinic Mental Health Initiative (Myanmar); Antoine Baleige, Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé, Lille (France); Shantha Barriga, Disability Rights Division, Human Rights Watch (Belgium); Peter Bartlett, School of Law and Institute of Mental Health, University of Nottingham (United Kingdom); Marie Baudel, Laboratoire DCS-Droit et changement social, Université de Nantes (France); Frank Bellivier, Ministry of Health (France); Alison Brabban, Tees, Esk & Wear Valleys NHS Foundation Trust (United Kingdom); Jonas Bull, Mental Health Europe (Belgium); Peter Bullimore, National Paranoia Network (United Kingdom); Raluca Bunea, Open Society Foundations (Germany); Miroslav Cangár, Social Work Advisory Board (Slovakia); Mauro Giovanni Carta, Department of Medical Science and Public Health, University of Cagliari (Italy); Marika Cencelli, Mental Health, NHS England (United Kingdom); Vincent Cheng, Hearing Voices, (Hong Kong); Dixon Chibanda, Friendship Bench (Zimbabwe); Amanda B. Clinton, American Psychological Association (USA); Jarrod Clyne, International Disability Alliance (Switzerland); Joel D. Corcoran, Clubhouse International (USA); Alain Dannet, Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé, Lille (France); Bhargavi Davar, Transforming Communities for Inclusion - Asia Pacific (TCI-AP) (India); Adv. Liron David, Enosh - The Israeli Mental Health Association (Israel); Sera Davidow, Wildflower Alliance (formerly known as the Western Massachusetts Recovery Learning Community) (USA); Larry Davidson, Program for Recovery and Community Health, School of Medicine, Yale University (USA); Gabriela B. de Luca, Open Society Foundations (USA); Laurent Defromont, Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé, Lille (France); Keshav Desiraju, Former Health Secretary (India); Julian Eaton, CBM Global (United Kingdom); Marie Fallon- Kund, Mental Health Europe (Belgium); Julia Faure, WHO Consultant (France); Silvana Galderisi, University of Campania „Luigi Vanvitelli “ (Italy); Rosemary Gathara, Basic Needs Basic Rights Kenya (Kenya); Walter Gekle, Soteria Berne (Switzerland); Piers Gooding, Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne (Australia); Ugne Grigaitė, NGO Mental Health Perspectives (Lithuania); Ahmed Hankir, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London (United Kingdom); Sarah Harrison, International Medical Corps (Turkey); Akiko Hart, National Survivor User Network (United Kingdom); Hee-Kyung Yun, WHO Collaborating Centre for Psychosocial Rehabilitation and Community Mental Health, Yong-In Mental Hospital (Republic of Korea); Helen Herrman, Orygen and Centre for Youth Mental Health, The University of Melbourne (Australia); Mathew Jackman, Global Mental Health Peer Network (Australia); Florence Jaguga, Moi Teaching & Referral Hospital (Kenya); Jasmine Kalha, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Olga Kalina, European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry (Denmark); Elizabeth Kamundia, Kenya National Commission on Human Rights (Kenya); Clement Kemboi Cheptoo, Kenya National Commission on Human Rights (Kenya); Tim Kendall, Mental Health, NHS England (United Kingdom); Judith Klein, INclude-The Mental Health Initiative (USA); Sarah Kline, United for Global Mental Health (United Kingdom); Humphrey Kofie, Mental Health Society of Ghana (Ghana); Martijn Kole, Lister Utrecht Enik Recovery Center (Netherlands); Géry Kruhelski, Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé, Lille (France); Kimberly Lacroix, Bapu Trust for Research on Mind and Discourse (India); Rae Lamb, Te Pou o te Whakaaro Nui (New Zealand); Marc Laporta, Douglas Hospital Research Centre, The Montreal PAHO/WHO Collaborating Centre for Reference and

Research in Mental Health, Montréal (Canada); Tuncho Levav, Department of Community Mental Health, University of Haifa (Israel); Konstantina Leventi, The European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (Belgium); Long Jiang, Shanghai Mental Health Centre, Shanghai Jiao Tong University, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health (China); Florence Wangechi Maina, Kenya Medical Training College, Mathari Campus (Kenya); Felicia Mburu, Validity Foundation (Kenya); Peter McGovern, Modum Bad (Norway); David McGrath, David McGrath Consulting (Australia); Roberto Mezzina, International Mental Health Collaborating Network (IMHCN), Italy, Former Director, Mental Health Department of Trieste and Gorizia, WHO Collaborating Centre for Research and Training – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste, Italy; Matilda Mghoi, Division of Mental Health, Ministry of Health (Kenya); Jean-Dominique Michel, Pro Mente Sana (Switzerland); Tina Minkowitz, Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry (USA); Faraaz Mohamed, Open Society Foundations (USA); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (United Kingdom); Maria Francesca Moro, Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University (USA); Marina Morrow, Realizing Human Rights and Equity in Community Based Mental Health Services, York University (Canada); Joy Muhia, QualityRights Kenya, Division of Mental Health, Ministry of Health (Kenya); Elizabeth Mutunga, Alzheimers and Dementia Organization (Kenya); Na-Rae Jeong, WHO Collaborating Centre for Psychosocial Rehabilitation and Community Mental Health, Yong-In Mental Hospital (Republic of Korea); Lawrence Nderi, Mathari National Teaching & Referral Hospital (Kenya); Mary Nettle, Mental Health User Consultant (United Kingdom); Simon Njuguna Kahonge, Ministry of Health (Kenya); Akwasi Owusu Osei, Mental Health Authority (Ghana); Cláudia Pellegrini Braga, Rio de Janeiro Public Prosecutor’s Office, Brazil; Sifiso Owen Phakathi, Directorate of Mental Health and Substance Abuse Policy, Department of Health (South Africa); Ross Phillips, Pathways (New Zealand); Dainius Puras, Human Rights Monitoring Institute/Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Vilnius University (Lithuania); Gerard Quinn, UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Ireland); Marianne Ramonet, Centre Collaborateur de l’Organisation Mondiale de la Santé, Lille (France); Julie Repper, Nottinghamshire Healthcare Trust, University of Nottingham (United Kingdom); Pina Ridente, Psychiatrist, Italy; Jean- Luc Roelandt, Centre collaborateur de l’OMS pour la Recherche et la Formation en Santé mentale, Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole (France); Grace Ryan, Centre for Global Mental Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine (United Kingdom); San San Oo, Aung Clinic Mental Health Initiative (Myanmar); Benedetto Saraceno, Lisbon Institute Global Mental Health, CEDOC/NOVA, Medical School (Portugal); Natalie Schuck, Department of Transboundary Legal Studies, Global Health Law Groningen Research Centre, University of Groningen (Netherlands); Seongsu Kim, Mental Health Crisis Response Center, New Gyeonggi Provincial Psychiatric Hospital (Republic of Korea); Dudu Shiba, Directorate of Mental Health and Substance Abuse Policy, Department of Health (South Africa); Mike Slade, Faculty of Medicine & Health Sciences, University of Nottingham (United Kingdom); Alexander Smith, WAPR/Counseling Service of Addison County (USA); Gregory Smith, Mountaintop, Pennsylvania (USA); Daniela Speh, Mental Health Department of Trieste and Gorizia, WHO CC for Research and Training-ASUGI Corporate Training and Development Office – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (Italy); Ellie Stake, Charity Chy-Sawel (United Kingdom); Peter Stastny, International Network Towards Alternatives and Recovery (INTAR)/Community Access NYC (USA); Sladjana Strkalj Ivezic, Community Rehabilitation Center, University psychiatric Hospital Vrapče (Croatia); Charlene Sunkel, Global Mental Health Peer Network (South Africa); Sauli Suominen, Finnish Personal Ombudsman Association (Finland); Orest Suvalo, Mental Health Institute, Ukrainian Catholic University (Ukraine); Kate Swaffer, Dementia Alliance International, Alzheimer’s Disease International (Australia); Tae-Young Hwang, WHO Collaborating Centre for Psychosocial Rehabilitation and Community Mental Health, Yong-In Mental Hospital (Republic of Korea); Bliss Christian Takyi, St. Joseph Catholic Hospital, Nkwanta (Ghana); Katelyn Tenbenschel, Alfred Health (Australia); Luc Thibaud, Users’ Advocats (France); Tin Oo, Ministry of Health and Sports, Mental Health Department, University of Medicine (Myanmar); Samson Tse, Faculty of Social Sciences, Department of Social Work & Social Administration, The University of Hong Kong (Hong Kong); Gabriel Twose, Office of International Affairs, American Psychological Association (USA); Roberto Tykanori Kinoshita, Federal University of São Paulo (Brazil); Katrin Uerpmann, Directorate General of Human Rights and Rule of Law, Bioethics Unit, Council of Europe (France); Carmen Valle Trabadelo, Inter-Agency Standing Committee (IASC) on Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) Reference Group (Denmark); Alberto Vásquez Encalada, Sociedad y Discapacidad (SODIS), Switzerland; Simon Vasseur Bacle, Centre Collaborateur de l’Organisation Mondiale de la Santé (Lille, France), Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole (France); Ruth Verhey, Friendship bench (Zimbabwe); Lakshmi Vijayakumar, Society for Nutrition, Education & Health Action, Voluntary

謝
辭

Health Services (India); Benna Waites, Psychology, Counselling and Arts Therapies, Aneurin Bevan University Health Board (United Kingdom); Ian Walker, Mental Health, NCDs and UKOT Programme, Global Public Health Division, Public Health England (United Kingdom); Petr Winkler, Department of Public Mental Health, National Institute of Mental Health (Czech Republic); Stephanie Wooley, European Network of (Ex-) Users and Survivors of Psychiatry (France); Alexandre Willschleger, Mental Health, Hôpitaux Universitaires Genève (Switzerland); Peter Badimark Yaro, BasicNeeds Ghana (Ghana); Yifeng Xu, Shanghai Mental Health Centre, Shanghai Jiao Tong University, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health (China); Luk Zelderloo, The European Association of Service Providers for Persons with Disabilities, Zero Project (Belgium); Maximilien Zimmerman, Fédération Handicap International– Humanity & Inclusion (Belgium); Martin Zinkler, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Heidenheim (Germany).

WHO Headquarters, Regional and Country Office contributions

Nazneen Anwar (WHO/SEARO); Şebnem Avşar Kurnaz (WHO/Turkey); Florence Baingana (WHO/AFRO); Fatima Batool (WHO/HQ); Andrea Bruni (WHO/AMRO); Kenneth Carswell (WHO/HQ); Vanessa Cavallera (WHO/HQ); Claudina Cayetano (WHO/AMRO); Daniel Hugh Chisholm (WHO/EURO); Neerja Chowdhary (WHO/HQ); Alarcos Cieza (WHO/HQ); Catarina Magalhães Dahl (WHO/AMRO); Tarun Dua (WHO/HQ); Alexandra Fleischmann (WHO/HQ); Stéfanie Freel (WHO/HQ); Brandon Gray (WHO/HQ); Fahmy Hanna (WHO/HQ); Mathew Jowett (WHO/HQ); Tara Mona Kessaram (WHO/Indonesia); Dévora Kestel (WHO/HQ); Kavitha Kolappa (WHO/HQ); Jason Ligot (WHO/WPRO); Aiysha Malik (WHO/HQ); Maria del Carmen Martinez Viciano (WHO/AMRO); Hernan Montenegro von Mühlenbrock (WHO/HQ); Melita Murko (WHO/EURO); Brian Ogallo (WHO/Sudan); Sally-ann Ohene (WHO/Ghana); Renato Oliveira E Souza (WHO/AMRO); Khalid Saeed (WHO/EMRO); Giovanni Sala (WHO/HQ); Alison Schafer (WHO/HQ); Noline Schiess (WHO/HQ); Katrin Seeher (WHO/HQ); Chiara Servili (WHO/HQ); Julie Storr (WHO/HQ); Shams B. Syed (WHO/HQ); Mark Van Ommeren (WHO/HQ); Martin Vandendyck (WHO/WPRO); Jasmine Vergara (WHO/Philippines); Edwina Zoghbi (WHO/Lebanon).

WHO administrative, editorial and other support

Administrative support: Patricia Robertson, Assistant to Unit Head, Policy, Law and Human Rights, Department of Mental Health and Substance Use, WHO, Geneva, Switzerland;

Editing of the Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rightsbased approaches: Alexandra Lang Lucini (Switzerland);

Editing of the Technical packages on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches: Tatum Anderson (United Kingdom) and Alexandra Lang Lucini (Switzerland);

Drafting of initial summaries of the 25 good practice services: Elaine Fletcher, Global Policy Reporting Association (Switzerland); Tatum Anderson (United Kingdom);

Graphic Design: Jillian Reichenbach-Ott, Genève Design (Switzerland);

Other support: Casey Chu, Yale School of Public Health (USA); April Jakubec Duggal, University of Massachusetts (USA); Adrienne W.Y. Li, Toronto Rehabilitation Institute, University Health Network (Canada); Izabella Zant, EmblemHealth (USA).

Financial support

WHO would like to thank Ministry of Health and Welfare of the Republic of Korea for their continuous and generous financial support towards the development of the Guidance and Technical packages on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. We are also grateful for the financial support received from Open Society Foundations, CBM Global, and the Government of Portugal.

Special thanks

Aung Clinic – Yangon, Myanmar would like to thank the study participants of the evaluation research for

the Aung Clinic Mental Health Initiative, service users and their families, and networks and partnerships of local and international organizations/people; and the peer support workers and peer group of Aung Clinic Mental Health Initiative for advocacy and coordinating initiatives for people with psychosocial and intellectual disability.

East Lille network of mental health services–France would like to acknowledge the support to their service of the following individuals: Bernard Derosier, Eugène Regnier, Gérard Duchéne (deceased), Claude Ethuin (deceased), Jacques Bossard, Françoise Dal, Alain Rabary, O. Verriest, M. Février, Raghnia Chabane and Vincent Demassiet.

BET Unit, Blakstad Hospital, vestre viken Hospital Trust –viken, Norway would like to acknowledge Øystein Saksvi (deceased) for his mentorship, inspiration and important contribution to BET Unit.

Shared Lives–South East Wales, United Kingdom would like to acknowledge the following people for their key role in the development of their service: Jamie Harrison, Annie Llewellyn Davies, Diane Maddocks, Alison Minett, Perry Attwell, Charles Parish, Katie Benson, Chris O’Connor, Rosemary Brown, Ian Thomas, Gill Barratt, Angela Fry, Martin Price, Kevin Arundel, Susie Gurner, Rhiannon Davies, Sarah Bees, and the Newport Crisis Team and Newport In-patient Unit, Aneurin Bevan University Health Board (ABUHB); and in addition, Kieran Day, Rhian Hughes and Charlotte Thomas-Johnson, for their role in evaluation.

Peer Support South East Ontario–Ontario, Canada would like to acknowledge the support of Server Cloud Canada, Kingston, Ontario, Canada, to their website for the statistical data required for their service (<https://www.servercloudcanada.com>).

© [やどかり出版 2025年3月]

この翻訳は、世界保健機関（WHO）によって作成されたものではありません。WHOは、この翻訳の内容または正確性について責任を負いません。オリジナルの英語版：“Guidance on community mental health services : Promoting person-centred and rights-based approaches” Geneva World Health Organization; [2021] Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO が拘束力のある正規のエディションとなります。

この翻訳された作品は、CC BY-NC-SA 3.0 の下で利用可能です。

© [Yadokari Shuppan] [2025]

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; [2021]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO shall be the binding and authentic edition.

This translated work is available under the CC BY-NC-SA 3.0

地域精神保健ガイドンス

本人中心の権利に基づくアプローチ

2025年3月31日 発行

発行者 特定非営利活動法人 自律支援センターさぽーと

〒113-0033 東京都文京区本郷3-18-11 TYビル302号室

Tel : 03-3816-5121 / Fax : 03-3816-2063



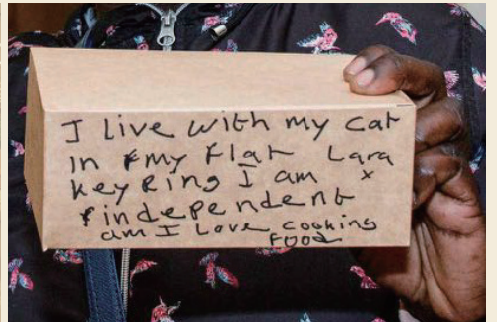
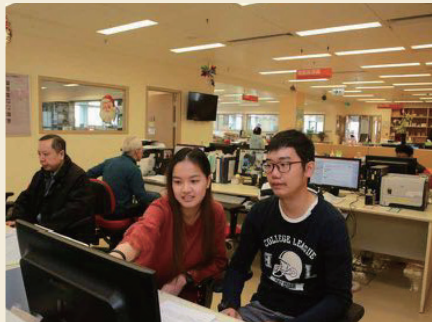
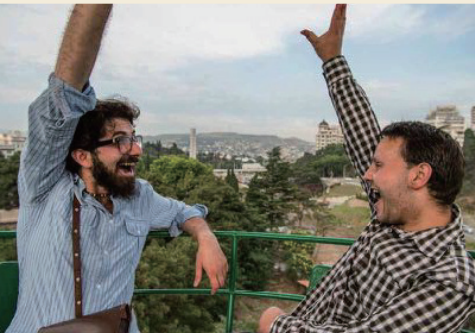
[編集協力・制作] 公益社団法人やどかりの里・やどかり出版

〒337-0026 さいたま市見沼区染谷1177-4

Tel 048-680-1891 Fax 048-680-1894

E-mail book@yadokarinosato.org

<https://book.yadokarinosato.org/>



I live with my cat
in my flat Lara
keyring I am x
independent
and I love cooking
FOOD