

GOOD POLICY AND PRACTICE IN HEALTH EDUCATION

Booklet 10

EDUCATION SECTOR RESPONSES
TO THE USE OF ALCOHOL,
TOBACCO AND DRUGS

健康教育における良い政策と実践

Booklet 10

アルコール、たばこ及び薬物使用
に対する教育分野の対応

UNESCO, UNODC and WHO, Good Policy and Practice in Health Education: Booklet 10–
Education Sector Responses to the Use of Alcohol, Tobacco and Drugs (Paris, 2017).

This publication is available in Open Access under the Attribution ShareAlike 3.0 IGO (CC-BY-SA 3.0 IGO) license (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/igo/>). By using the content of this publication, the users accept to be bound by the terms of use of the UNESCO Open Access Repository (<http://www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-en>).

本資料は、UNESCO, UNODC and WHO による

Good Policy and Practice in Health Education: Booklet 10–Education Sector Responses to the Use of Alcohol, Tobacco and Drugs (Paris, 2017).

を上記にしたがって勝野真吾*の責任において日本語に翻訳したものである。

* 勝野真吾：JYHL 理事長（兵庫教育大学・岐阜薬科大学名誉教授）

目次	
はじめに	4
略字 Acronyms	5
用語解説 Glossary	7
概要 Executive summary	13
序	17
2. 考え方と根拠	21
2. 1. 学校における青少年の物質使用（薬物乱用）経験率	21
2. 2. 若者による物質使用（薬物乱用）の帰結	32
2. 3. 一部の若者は物質（薬物）を使用し、他の若者は使用しない理由	36
2. 4. 教育分野の役割	39
3. 教育分野の物質使用（薬物乱用）への対応に関する良い政策と実践	41
3. 1. 物質使用（薬物乱用）への教育分野の対応に関する主要原則	41
3. 2. 教育分野の物質使用（薬物乱用）への包括的対応の構成要素	45
3. 2. 1. 教育分野の政策と戦略的枠組み	45
3. 2. 2. 国および地方のカリキュラム	52
3. 2. 3. 教育者及びその他の要員のトレーニングと支援	60
3. 2. 4. 学校レベルでの科学的根拠に基づく対応	64
3. 2. 5. 適切な学校保健サービス	84
3. 2. 6. 物質使用（薬物乱用）への教育分野の対応の管理	88
4. 物質使用（薬物乱用）への効果的な教育分野の対応を維持・拡大するための 考察	98
参考文献	104

はじめに

アルコール、たばこ、および薬物の使用 —この小冊子では、これらを「物質使用（薬物乱用）」と呼ぶ—は、普通、青少年期に始まる。物質使用（薬物乱用）は、若者の心身の健康だけでなく、短期的および長期的に彼らの幸福に広い範囲に悪影響を与える。物質使用（薬物乱用）は、また学校への出席と学業をおろそかにし、学校中退など、教育に関連する多くの負の結果と結びついていることが証明されている。物質使用（薬物乱用）は、すべての人に包括的で公平な質の高い教育を確保し、持続可能な開発のための新しいグローバル 2030 アジェンダ the New Global 2030 Agenda for Sustainable Development を達成するための教育分野の取組みに影響を与える。

子供や若者を物質使用（薬物乱用）の危険に曝す多様な要因があり、物質使用（薬物乱用）の結果は、ひとり一人の属性や生活環境に及ぶ。教育は、子供や若者の発達段階の重要な時期に関わり、子供や若者がそのような危険や圧力・プレッシャーを評価し、それに対抗できるようになることを手助けするプラットフォームである。

したがって、教育分野には、子供や若者を物質使用（薬物乱用）から守る基本的な責任がある。このことは、次のようなステップをとる：学校をたばこ、アルコール、その他の薬物に関して 100%フリーにすることを確かにする措置を講ずる；コアカリキュラムに物質使用（薬物乱用）に関連する危険について学ぶことを含めることを保証し、健康を求める行動に関連する生徒の個人的および社会的スキルの発達を増進する；子供や若者が物質使用（薬物乱用）を予防し、対処できるようになるよう支援するために、教師・教育者、親、保護者、地域社会の人々の知識と技能・スキルを高める。これらのステップのすべてにおいて、教育分野は、他の分野、特に保健分野や薬物管理当局と協力し、システム全体を動かすための包括的なアプローチを採用する必要がある。

この冊子は、国連の国連教育科学文化機関(ユネスコ)が、国連薬物犯罪事務所 (UNODC)および世界保健機関(WHO)と提携して主導した国際的な協議プロセスを通じて開発された。この冊子は、非伝染性疾患の予防と管理に関する国連機関のタスクフォースのメンバーである3つの国連機関のそれぞれの指示と能力の相乗効果を高める共同分野間の取組みを例示して物質使用（薬物乱用）に対する教育分野の対応を強化し、加速させるように、加盟国を支援するものである。

薬物使用予防に関する国際基準(UNODC、2013)と世界青年の健康(WHO、2014)によって設定された枠組みの中で、この共同出版物は、物質使用（薬物乱用）に対する教育分野の対応を改善する際に必要な観点と科学的根拠を提供する。ここでは、科学研究によって有効であることが示されている異なるいくつかの地域からの実用的な例を含む、科学的根拠に基づく有望な政策と実践を提示する。また、物質使用（薬物乱用）に対する教育分野の対応における効果的なアプローチやプログラムの維持と拡大に関して考慮すべき問題についても言及する。

Qian Tang (Ph.D.)ユネスコ事務局長補佐

頭文字 ACRONYMS

ATS	Amphetamine-type stimulants アンフェタミン型覚せい剤 →和訳=我が国においては、「覚せい剤」の呼称（法律用語）
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome エイズ
CICAD	Inter-American Drug Abuse Control Commission アメリカ間薬物乱用管理委員
CND	Commission on Narcotic Drugs 麻薬委員会
DALY	Disability Adjusted Life Year 障害調整寿命
EMCDDA	European Monitoring Centre on Drugs and Drug Abuse 薬物および薬物乱用に関する欧州監視センター
ESPAD	European School Survey on Alcohol and Other Drugs アルコールおよび他の薬物に関する欧州学校調査
EU	European Union 欧州連合
FRESH	Focusing Resources on Effective School Health 効果的な学校保健に関する資料
GBG	Good Behaviour Game 良い行動ゲーム
GDP	Gross Domestic Product 国内総生産
GHO	Global Health Observatory グローバル健康観察所
GSHS	Global School-based Students Health Survey グローバル学校生徒健康調査
GYTS	Global Youth Tobacco Survey グローバルユースタバコ調査
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children Survey 学齢児における健康行動
HIV	Human Immunodeficiency Virus ヒト免疫不全ウイルス
IDU	Injection Drug Use 薬物静脈注射
INL	US Department of State's Bureau on Law Enforcement and Narcotic Affairs 米国法執行・麻薬局
ISSUP	International Society of Substance Use Prevention and Treatment Professionals 国際物質使用（薬物乱用）予防・治療協会
NGO	Non-governmental organization 非政府組織
NPS	New psychoactive substances 新精神活性物質＝危険ドラッグ
PWID	People Who Inject Drugs 薬物静脈注射使用者
RCT	Randomized Control Trial 無作為比較試験
SBHS	School-based Health Services 学校を基盤とした保健サービス
SES	Socio-economic Status 社会経済状況
SFP	Strengthening Families Programme 家族強化プログラム
SHS	School Health Service 学校保健サービス
STI	Sexually Transmitted Infection 性感染症

UNAIDS	The Joint Nations Programme on HIV/AIDS HIV / エイズ国際連携プログラム
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization 国連教育科学文化機関
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session 国連総会特別セッション
UNICEF	United Nations Children's Fund ユニセフ国連児童基金
UNODC	United Nations Office on Drug and Crime 薬物と犯罪に関する国連事務所
UPC	Universal Prevention Curriculum ユニバーサル予防カリキュラム
WHO	World Health Organization 世界保健機関

用語解説

アルコール飲料 アルコール飲料は、エタノールを含み、飲料を目的とした液体である。
Alcoholic beverage 「アルコール飲料」の法的定義を持つほとんどの国では、飲料中のエタノール含有量の閾値は、約 0.5% に設定されている。アルコール飲料の主なカテゴリーは、ビール、ワイン、スピリッツである。

依存 依存または、依存性症候群は、ひとつの物質または、一群の物質がかつてより大きな価値を持っていた他の行動よりも、特定の個人に対してはるかに高い優先順位を取る生理的、行動的および認知的現象の集積である。これは、たばこ、アルコール、薬物を含む任意の精神活性物質の使用を含む。依存は、1つまたは、多種の精神活性物質の使用によって発生する可能性のある物質使用（薬物乱用）障害の一つである。

Dependence

障害調整寿命 1 DALY は、「健康的な」生活の失われた 1 年と考えることができる。
Disability 病気や健康状態に関する DALYs は、集団における若年死亡と健康状態
Adjusted Life やその結果としての障害のために失われた年の合計である。
Years(DALYs)

物質使用 精神活性物質の使用による精神および行動障害。それらは、中毒、
(薬物乱用) 有害な使用、依存症候群、離脱症候群、精神病性障害など、異なる
による障害 重症度および臨床形態の多種多様な疾患を含む。
Disorders due to 物質使用（薬物乱用）障害は、有害な使用および物質依存を含む。
Substance Use

薬物 この冊子では、「薬物」という用語は、次の 3 つのグループのいずれかに
Drugs 属する物質を指す：
・精神活性物質(精神活性物質を参照)
・新規精神活性物質(新規精神活性物質を参照)
・揮発性物質(揮発性物質を参照)→和訳＝シンナー・有機溶剤

薬物使用 この冊子では、「薬物使用（薬物乱用）」という用語は、上記の 3 つの
Drug use 物質群の非医療的または、非科学的目的の使用を指す(薬物参照)。
→和訳＝我が国では、一般に「薬物乱用」の用語をあてる。

教育分野 Education sector	この冊子では、教育分野は、教育機関において教育を提供することを主な目的とするすべての活動を指す。これには、確立された方針に従って、教育機関において教育の提供を支援するすべてのレベルの人々、機関、資源、プロセスを指す用語として運用上定義する。国のレベルでは、教育分野/システムは、通常、教育の1つまたは、複数の省庁によって調整されている。
有効性 Efficacy	小規模の、制御された設定下における介入研究における有効性（RCTなどにより検証、有効であるとされたもの）。
有用性 Effectiveness	より一般化した現実の生活状況下での介入の有効性。
科学的根拠に基づく実践 Evidence-based Practice	科学的根拠に基づく実践とは、物質使用（薬物乱用）を予防する効果または、子供を対象とする際には、物質使用（薬物乱用）の既知の保護要因または危険要因に影響を与えることが有効であると示されている効果が、現代の新しい文化的考えまたは、状況に適合する厳格な試験により明らかにされている実践を指す。これは、良好で、許容可能な質をもつ実験的デザインによる少なくともふたつの研究が行われているものである。 具体的には、無作為化比較試験、あるいは、集団全体の予防アプローチに適用できる同等質の研究デザインが用いられている実践。
有害な使用 Harmful use	有害な使用は、健康に損傷を引き起こす物質使用（薬物乱用）のパターンを指す（物理的または、精神的に）。これには、たばこや薬物の使用、アルコール飲料の有害な使用（一般的に高頻度および/または、大量の飲酒、および若い頃の飲酒を含む飲酒パターン）が含まれる。
指定予防 Indicated Prevention	物質使用（薬物乱用）または、物質使用（薬物乱用）障害に関して、特に危険に曝されていると特定された個人を対象とする物質使用（薬物乱用）予防戦略。 →和訳＝ハイ・リスク者に対する予防、二次予防を含む。
発生率 Incidence Rate	これまで一度も薬物使用がない集団において、一定期間に薬物使用した者の割合。

中毒 Intoxication	中毒は、1つまたは、多数の精神活性物質の使用の即時結果として発生する物質使用（薬物乱用）による障害の一つである。意識、認知、知覚、判断または、行動レベルの乱れが起こる。
新規精神活性物質 New psychoactive substance	精神活性物質（純品あるいは、調整品）は、国連薬物条約によって規制されないが、これらの条約に記載されている物質に匹敵する公衆衛生上の脅威をもたらす可能性がある物質。これらの新規精神活性物質(NPS)は、「デザイナー薬」、「合法ドラッグ＝リーガル・ハイ」、「ハーバル・ハイ」、「バスサルト」、「研究用化学物質」または、「実験室試薬」などの用語が市場で使われている。日本では、「危険ドラッグ」。一部の国では、国の法律によって規制されている。
複数薬物使用 Poly-drug use	複数薬物使用は、WHO 語彙において、個人による複数の精神活性物質の使用（同時または、順次使用）として広く定義されている。一般的には、複数薬物使用は、また、複数の物質の頻繁または、重度の使用を意味する。
Prevalence Rate	経験率 和訳→疫学用語で、出現率、存在率の意味。薬物問題では、経験率と訳すことが適切 <ul style="list-style-type: none"> ・生涯経験率：これまで一度でも使用したことがある者の割合 ・年経験率：過去 12 ヶ月に使用したことがある者の割合 ・月経験率：過去 30 日に使用したことがある者の割合
物質使用 （薬物乱用） の健康と 社会的影響の 予防 Prevention of the health and social consequences of substance use	この表現は、物質使用（薬物乱用）に起因する健康および社会的影響の減少に直接焦点を当てたすべての政策とプログラムを含むものである。例としては、HIV や C 型肝炎などの血液媒介感染症の蔓延に繋がる薬物注射乱用者(People Who Inject Drugs: PWID)の針の共有を防ぐための針/注射器交換プログラムやアルコールや薬物使用時の危険な運転予防プログラムを含む。

可能性のある 実践 Promising practice	十分に評価が行われていない、あるいは、証拠が科学的根拠に基づく実践とは、厳密には言えないが、効果的なプログラムに関連する属性を示す有望な実践。
精神活性物質 Psychoactive Substances	大麻、アンフェタミン、エクスタシー、コカインおよびヘロインなどをアルコールやニコチンを含めて精神活性物質と呼ぶ。精神活性物質は、摂取すると個人の意識、気分、思考プロセスを変える物質である。それらの多くは、3つの主要な国際的薬物管理条約の下で規制されている： ①1972年の議定書によって改正された1961年の麻薬に関する単一条約。 ②1971年の向精神物質に関する条約。 ③1988年の麻薬及び向精神薬の不正取引に関する国際連合条約。
無作為化比較 Randomized Controlled Trial (RCT)	無作為化比較試験(RCT)は、ある特定の介入の効果を判定するために多数の人(通常は、健康目標を持つ)を2つの(または、それ以上)のグループに無作為に割り当てる科学的研究手法の一種である。 具体的には、一方のグループ(実験群)には、調べようとする負荷介入を行い、他のグループ(比較または、対照群)には、代替介入、ダミー介入(偽薬・プラセボ)または、全く介入を行わない。ふたつのグループは、実験的介入がどれほど効果的であったかを確認するためにフォローアップされる。結果は、一定の時間の後に測定し、グループ間の応答の差を統計的に評価する。
準実験研究 Quasi- experimental Study	準実験研究計画は、実験群と他の群との違いを、これらのグループに無作為に割り当てることなく比較したり、他の群と比較することなく介入の前後にのみ介入群を測定したりする手法である。RCTは、結果評価の「ゴールドスタンダード」と考えられている。一方、準実験研究は、知見の厳格さは、劣るが、低コストで、実施がより可能である。
学校保健 School Health	学校保健プログラムは、生徒の身体的、情緒的、社会的発達を増進するために設計された学校(および他の教育機関)が提供する戦略、活動およびサービスとして定義することができる。 学校保健サービス とは、サービス提供の場所に関係なく(学校内または学校の外で)、医療や連携する専門家によって、在籍中の生徒に提供される保健サービスを指す。保健サービスは、教育機関と保健サービスを提供する組織との間の正式な取り決めによって義務付ける必要がある。

選択的予防 物質使用（薬物乱用）のリスクが高い一部集団を標的とする物質使用（
Selective 薬物乱用）予防戦略。
Prevention →和訳＝ハイリスクグループに対する予防、二次予防を含む。

物質使用（薬物乱用） 何らかの精神活性物質の使用。この冊子では、以下を含む：

Substance use ・アルコール飲料の使用(詳細は、アルコール飲料)
・あらゆる手段によるたばこ使用（喫煙や噛みたばこ、蒸気吸引を含む）
(詳細は、たばこ)
・薬物使用(詳細は、薬物および薬物使用)
→和訳＝我が国では、一般に有機溶剤等の乱用も含めて薬物乱用の用語を用いるので、ここでは、物質使用（薬物乱用）と記す。

物質使用（薬物乱用） 物質使用（薬物乱用）の開始と物質使用（薬物乱用）障害への
予防 移行を遅らせることを目的とした物質使用（薬物乱用）予防
Substance Use プログラムおよび政策。物質の使用を最終的に低減し、
Prevention その健康と社会的影響の低減を目的とする。

たばこ たばこは、ニコチンを含む精神活性物質である。喫煙製品（たばこ、
Tobacco 葉巻、水パイプなど）、無煙製品(嗅ぎたばこ、噛みたばこなど)、
気化製品(電子たばこなど)として使われたり、気化製品として使われる
(e-たばこー手持ち電子機器で気化、吸入)。

最初に使用 この冊子でこの用語は、国、地域、あるいは、グローバルなエリア
経験する において、物質を最初に使用経験する典型的な年齢を示している。
典型的年齢 概ね中等学校に入学する年齢(13歳前後)が多い。しかし、
Typical Age 地域や使用される物質によっては、小学校の後半(例えば10～12
of First Use 歳)であることもある(たばこなど)。

最初に物質使用（薬物乱用）を経験する典型的な年齢は、物質使用（薬物乱用）予防のための重要なベンチマークである。これは、物質使用（薬物乱用）に対するアプローチが、最初の使用の前と後で異なるためである。薬物使用開始の典型的年齢については、入手可能な最良のデータに基づいてそれぞれの管轄区域ごとに推定を行う必要がある。典型的な年齢は、国や地域、物質(例えばアルコールとメタンフェタミン)、および亜集団によって異なる。手を染めた年齢 age of onset や開始年齢 age of initiation などの用語が使われることもある。

**全体的予防
Universal
Prevention** 個人または、グループの危険要因に関係なく、全集団を対象とする物質使用（薬物乱用）防止戦略。

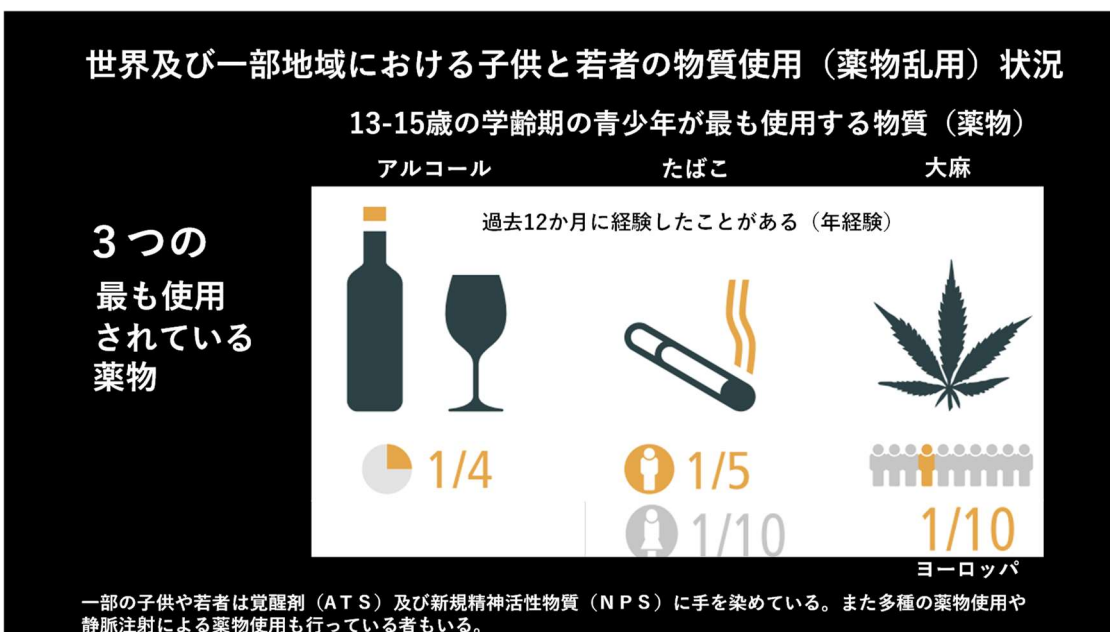
**揮発性物質
Volatile
Substance** 揮発性物質には、接着剤、エアロゾル塗料、工業用溶剤など、多くの一般的に入手可能な国内および工業製品に存在する有機溶剤が含まれる。これらは、精神活性効果を求めて吸入される。
→我が国では、一般に「シンナー」と呼ばれる。

概要

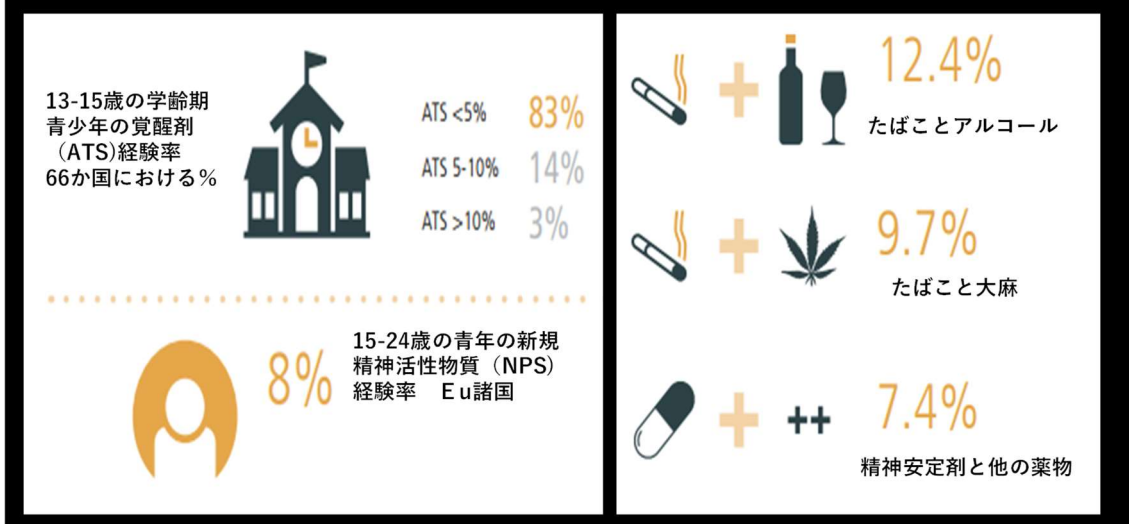
この冊子は、初等中等教育分野に焦点を当て、子供や若者の間におけるアルコール、たばこ、薬物の使用に対する教育分野の対応を改善するための考え方と根拠を提供しようとするものである。ここでは、科学研究によって有効であると示された異なるいくつかの地域における実践例を含む、科学的根拠に基づく有望な政策と実践を提示する。また、教育分野が物質使用（薬物乱用）問題に取り組むための効果的なアプローチやプログラムを維持・継続し、スケールアップする際に検討すべき課題を示す。

考え方と根拠

物質使用（薬物乱用）は、最も一般的には、青少年期にアルコール、たばこ、大麻など子供や若者が通常使用する物質（薬物）に手を染めることで始まる。入手が可能な国のレベルの学校調査データによると、13歳から15歳の4人に1人が過去12ヶ月間にアルコールを使用し（飲酒年経験率約25%）、女子の10人に1人（喫煙年経験率10%）、男子の5人に1人（喫煙年経験率20%）がたばこを使用し、一方大麻の割合は、低い。たばこは、多くの場合、子供や若者によって使用される最初の物質（薬物）である。近年では、アンフェタミン型覚せい剤と新規精神活性物質の使用の増加が見られる。新規精神活性物質は、その経験率は比較的低いが、これらの物質が合法である（現在法律で規制されていない）か、または、合法であった（これまで規制されてきていない）ため、一部の若者が他の薬物よりも安全であると誤認するので、特に危険である。これらの新規精神活性物質は、また、簡単に近づくことができ、多くの場合ブランド付のパッケージで広がっている。また、一部の国では、薬物を静脈注射（PWID）する者の70~90%が25歳までにそれを始める。



子供と若者の一部はアンフェタミン型覚醒剤（ATS）や新規精神活性物質（NPS）の使用経験があり、また多種薬物使用や静脈注射による薬物使用を経験している



子供や若者のアルコール、たばこ、薬物の早期使用と常習的使用は、後の人生に薬物依存あるいは、有害な使用を行うリスクを増加させ、生涯を通じての心身の健康上の問題を引き起こす。

入手が可能な科学的根拠から、子供と若者の物質使用（薬物乱用）は、学習成績の低下、ドロップアウト、そして先進国や発展途上国の多くの地域においてみられる前期中等教育（中学校）や後期中等教育（高等学校）での中退など、教育に関連する多くのネガティブな結果に繋がることが世界的に認められる。

個人、家族、学校、地域コミュニティ、社会などの幅広い様々な要因が、若者の物質使用（薬物乱用）に影響を与え、その悪化や予防に関わっている。教育分野は、それを幅広いアクターと要素で構成されるひとつのエコシステムと見なせば、これらの要因に対処するための全体的なアプローチ(以下概説)に適応する働きができる分野とすることができる。

良い政策と実践

物質使用（薬物乱用）に対する教育分野の対応を効果的にするには、すべてのアプローチと行動を利用可能な最も良い科学的根拠に基づくものとする必要がある。

これには、当該国における物質使用（薬物乱用）の蔓延とパターンに関連する予防と対応についての目標設定が含まれる。予防は、早く始められるべきである。予防は、すべての年齢層をカバーする必要がある、特に子供や若者の重要な発達上の移行期間を対象にする必要がある。

物質使用（薬物乱用）に対する包括的な教育分野の対応は、以下のような主要要因で構成される：

・教育分野の政策と戦略枠組み：

義務を伴う学校物質（薬物）政策；法定の保健・物質使用（薬物乱用）教育；学校保健サービスの提供；学校を基盤とする予防活動の国の質基準など、様々な形態を取ることができる。これらすべての政策と戦略の枠組みは、利用可能な最も良い科学的根拠に基づくだけでなく、関連する国際的な枠組みで示された、より広範な社会的優先事項に基づいている必要がある。

・国および地域自治体におけるカリキュラム：

保健関連の教育分野に置かれるのが通常であり、最も望ましく、以下が含まれることを保証する：

1)年齢に応じた内容と概念、特に薬物使用開始が起りやすい前および期間中の年齢の子供や若者に対する個人的および社会的スキルに焦点を当てたもの；個人的および社会的スキルに加え、すでに物質使用（薬物乱用）を始めている可能性のある若者（仲間）の物質使用（薬物乱用）に対する特別な知識と態度。

2)訓練を受けた教育者によって行われる双方向の教育方法（生徒参加型）。

3)数年にわたる期間での一連の構造化されたセッション実施とカリキュラムの内容を再確認し、長期的な効果を得るための追加セッションによる支援。情報提供だけの、特に恐怖を引き起こすように計画された情報、また元薬物経験者による証言などは、全く予防効果がないか、むしろネガティブな結果を招く。

・教育関係者のトレーニングと支援：

学校において物質使用（薬物乱用）に対する質の高い予防対応を教え、支援する能力を確保する。一般に教員に対するトレーニングは、卒後研修、在職中研修、または、個々の学校内で行う。トレーニングは、魅力的で協調的であるようにすると効果的であり、関連する知識と教育実践に加えて、重要なスキルのデモンストレーションや実践やロールプレイを含む。

・学校レベルでの科学的根拠に基づく対応：

1)子供や若者の安全で支援的な環境の確保を目的とした教育および教育を通じての普遍的な予防アプローチ。これには、カリキュラムに関連したアプローチや教育機関の関連

のその他の活動を含まれる。

2) 物質使用（薬物乱用）開始について特にリスクがあると考えられる、あるいは、すでに物質使用（薬物乱用）行動を行った個人または、グループを対象とする指定的予防あるいは選択的予防。

学校全体のアプローチは、生徒の学習、健康、幸せに影響を与える可能性のある学校コミュニティにおけるすべての側面を含むようにすることが推奨される：

- 1) 生徒と教職員の両方による物質（薬物）のない学校施設と学校の機能と活動。
- 2) 物質使用（薬物乱用）を行って見つかった生徒に対する非懲罰的対処。カウンセリング、照会（専門機関などへの）、停学中の支援や他の支援方法を用い、事案を教育的および健康増進の機会に変える。
- 3) 生徒の参加、学校との積極的な絆、学校へのコミットメントを高める学校環境。学校でのランダムな薬物検査は、予防効果を持つという科学的根拠がない。

- ・ **適切な学校保健サービス**：適切な学校保健サービスは、高所得国および低所得国のいずれにおいても、物質使用（薬物乱用）および物質使用（薬物乱用）障害(用語集を参照)の予防、早期発見および照会、ならびに生徒の物質使用（薬物乱用）に対する簡単な介入において重要な役割を果たすことができる。学校敷地内で提供されるサービス(学校ベースのサービス)は、特に手の届きにくい子供や若者にとっては、地域ベースの保健サービスよりもアクセスしやすいため、効果的である。
- ・ **教育分野の効果的な管理**：物質使用（薬物乱用）に対応する教育分野のプログラム計画と調整(教育分野間および教育分野内両方の)、モニタリングおよび評価のために適切な資源と施設・設備を確保する。
- ・ **効果的な教育分野の対応の維持とスケールアップ**：物質使用（薬物乱用）に関する予防プログラムや対応は、現行の形態では、効果がないか、あるいは、何らかの形で有害であることが証明された場合には、中止され、見直されるべきである。物質使用（薬物乱用）への対応を維持または、拡大しようとする選択は、科学的根拠に基づいて肯定的な効果が予測あるいは、示された場合にのみ行う。物質使用（薬物乱用）に対する教育分野の対応において、信頼できるスケールアップ計画の準備と実施を行うためには、とりわけ、強力な管理能力、リーダーシップ、支持者；最初からの幅広い利害関係者の関与；スケールアップの影響に関する責任ある当局の理解；対応を実施する分野の能力と資源；継続的なモニタリングと質改善および評価が必要である。

1. 序

アルコール、たばこ、薬物の使用 – この冊子では、「物質使用（薬物乱用）」と呼ぶ – は、健康に対して広範な負の影響を及ぼす。これは、傷害、事故や暴力、依存、心血管疾患、HIV、C 型肝炎および様々な癌などの慢性的な健康上の問題にまで及ぶものである。負の影響は、これらの身体的および心理社会的な帰結とそれに伴う医療費の問題に留まらず、社会、教育、犯罪・司法や生産性の損失などにも及ぶ大きなものである。そのすべてが地域コミュニティや社会に非常に大きな経済的打撃を与える。

教育分野は、この問題に取り組む上での役割から逃れることはできない。

これには、主に以下の2つの理由がある：

- 1)教育分野は、物質使用（薬物乱用）の社会的・経済的コストを削減するための社会的努力を支援する役割をもつ。
- 2)（教育分野が対象とする年齢層である）子供や若者の間における物質使用（薬物乱用）が課題であること¹。また、物質使用（薬物乱用）が、その背後にある様々な要因と同様、教育分野の使命（子供や若者を指導し、育む）そのものに立ちふさがるからである。

物質の使用、特に有害な使用は、若者の幸せに影響を与える。そして、明らかに学業不振（例えば、認知機能、学校からの離脱²、不登校と早期退学）と関連する（Arthur et al.,2015）。

（注）

1 国連の定義によると、「adolescent 思春期青少年（簡略して青少年）」は、10歳から19歳までの年齢層を指す；18歳未満の「child 子供」は、子供に適用される法律に関する場合を除いて、その大多数は、法律の対象ではない。「young people 若者」は、10歳から24歳の年齢層を指す；「youth 青年」とは、15歳から24歳までの年齢層を指す。

2 「学校」という用語は、この冊子では、「教育施設」と同義語としてよく使われている。学校が特定のレベルの教育（例えば、幼児教育=幼稚園教育、初等教育=小学校教育、中等教育=中学校教育、高等学校教育など）を指す場合は、その都度説明している。

一方、教育分野は、物質使用（薬物乱用）の予防・対処において重要な役割を果たすことができる。これまでに得られている科学的根拠の体系的レビューの概要は、以下のようである（J.K. Dasら, 2016）：

- ・たばこ使用に関しては、学校を基盤とした予防プログラムは、喫煙を減らすのに有効である。
- ・アルコール使用に関しては、学校を基盤とした予防プログラムは、飲酒頻度を減少させる。
- ・薬物使用（薬物乱用）に関しては、社会的能力と社会的影響を組み合わせたアプローチに基づく学校を基盤とする介入は、大麻使用を含む薬物に対する保護効果を示す。

また、物質使用（薬物乱用）問題への取り組みにおいて、教育分野が、どのようにすれば効果的に対応できるかについても大きな理解が得られるようになっている。予防科学は、過去30年間に進化し、教育分野のどのようなアプローチが物質使用（薬物乱用）とその健康と社会への悪影響を防ぐのに効果的であり、教育分野のどのようなアプローチが効果がないか、あるいは、むしろネガティブな結果を示したか、について明確な科学的根拠を提供している。科学的根拠に基づく予防プログラムは、一貫して費用対効果が高いことが判明しており、これは、重要なことである（Lemon et al., 2014）。

しかし、残念ながら、しばしば教育分野からの対応の質は、高くなく、及ぼす範囲も大きくない。例えば：

- ・いくつかの国では、教育省や他の教育当局は、物質使用（薬物乱用）に対する国レベルでの対応に意味ある形で関与しておらず、教育分野と他の関係者との間に調整が欠けていることがしばしばある。
- ・多くの国において教育分野は、科学的根拠に基づいていないアプローチを用い、貴重な資源を無駄にし、場合によっては、意図しない結果をもたらし、若者に害を与えていることもある（UNODC, 2013）。
- ・一部には、科学的根拠に基づく活動がみられる国があるが、それらを維持し、国の規模でスケールアップすることが困難になっている。

このため、科学的根拠に基づく物質使用（薬物乱用）予防政策とプログラムを実施し、スケールアップすることが喫緊の課題となっている。この冊子は、科学的根拠に基づくアプローチを特定し、様々な地域からの実践例を示し、そして小規模なアプローチを拡大するための戦略を議論することによって教育分野の担当者の物質使用（薬物乱用）への対応を強化できるようにすることを目的としている。

教育分野の構造および分野内の役割分担は、国によって大きく異なる可能性があると考えられるので、この冊子では、これらの取り組みをリードし、支援するのに最適な立場にある教職員を対象としている。これには、以下が含まれる：

- ・ 国と地方自治体レベルでは、：政策立案者と計画者、カリキュラム開発者、教師、トレーナー、学校保健政策担当職員、学校保健担当者、保健政策立案者（学校保健教職員の職能開発担当者を含む）など。
- ・ 公衆衛生、社会および発達支援関係者、およびその他の関係者。

この冊子について

この冊子は、国連教育科学文化機関(UNESCO ユネスコ)による健康教育における良い政策と実践に関するシリーズの一部である。この出版のために、ユネスコは、国連薬物犯罪事務所(UNODC)および世界保健機関(WHO)と連携して、物質使用（薬物乱用）予防に対する教育分野の対応と言う課題を共通の関心事とし、この課題に対するそれぞれの機関の受け持つべき義務と専門性を持ち寄った。UNODCの「UNODC's International Standards on Drug Use Prevention 薬物使用予防に関する国際基準(2013年)」とWHOの「WHO's Health for the World's Adolescents 世界青年のための健康(2014)」は、この冊子と一連をなすものである。

本冊子作成のために技術的な背景文書を作成し、主要な資料とした。この論文は、低所得国と中所得国の状況に関する情報収集には、特に注意を払い、学校における子供や若者の物質使用（薬物乱用）の性質と程度、および教育分野の対応に関する最良のデータを提示している。低所得地域と中所得地域の状況を可能な限り完全に示すために、ユネスコは、追加データを委託収集した。

- ・ 東ヨーロッパ、中央アジア、東アフリカ、南アフリカ、ラテンアメリカとカリブ海諸国における子供と若者の物質使用（薬物乱用）の性質と程度。
- ・ 東欧、中央アジア、東アフリカ、南アフリカにおける教育分野の対応

最後に、これらの国の選択について、教育と公衆衛生分野の専門家と職員が集まり、知識の残されたギャップを埋めた。

冊子は、次のように編成されている：

- ・ 第2章では、教育分野が若者の物質使用（薬物乱用）に対応することが極めて重要である理由を詳細に説明する。具体的には、青少年の物質使用（薬物乱用）の性質と程度、使用の結果、一部の生徒が特に物質使用（薬物乱用）に対して特に脆弱である理由、そして教育分野は、この問題に対応するために、どのような一般的立ち位置を

とることが最善であるかを示す。

- ・第3章では、科学的研究によって有効であると示された戦略や介入（あるいは、有効ではないと判定された戦略や介入）を特定し、この科学的根拠を適用する様々な国での取り組みの例を示す。例は、「科学的根拠に基づく」または、「有望」のいずれかとして示す。（これらの用語の定義については、用語集を参照）。
- ・第4章は、物質使用（薬物乱用）に対する効果的な教育分野の対応を維持し、拡大する観点から検討すべきことを示している。

この冊子は、初等および前期中等教育分野に焦点を当てている。後期中等教育および高等教育（第3次教育）における学生の物質使用（薬物乱用）も重要な懸念事項であるが、それは、異なる状況のものであり、他の関係グループを含む異なる戦略が必要となるので、後期中等教育および高等教育（第3次教育）は、この冊子では、議論されていない。

2. 考え方と根拠

2. 1. 学校における青少年の物質使用（薬物乱用）経験率

.....
物質使用（薬物乱用）経験率における伝統的な男女格差—男子は、女子より物質使用（薬物乱用）経験率が高い—は、現在でもほとんど存在しているように見える。しかし、女子の物質使用（薬物乱用）経験率、特に処方薬の非医療的使用に関しては、いくつかの高所得国で過去 20 年間に増加している。

.....
(UNODC、2016)

世界の成人集団では、アルコール、たばこ、大麻が最も一般的に使用される精神活性物質である—これは、若者の間でも同様である。多くの国が協力して行った国際調査では、学校の若者を対象としたものでは、いくつかの有害な使用・行動の指標と共に、いくつかの物質の使用率・経験率が示されている。これらの調査は、地域のデータに置き換えることはできないが、教育分野が物質使用（薬物乱用）に取り組むための対応を計画するための考え方と根拠を提供するものである。

この章の情報は、主に以下のデータに基づく：

- ・学校を基盤とした国際生徒健康調査(GSHS The Global School-based Student Health Survey)—各国が行動リスク要因と保護要因を測定し、評価するのを支援するために設計された WHO グローバル共同サーベイランスプロジェクト。
- ・世界青年たばこ調査(GYTS The Global Youth Tobacco Survey)—若者のたばこの使用をモニターし、喫煙（たばこ）の予防とその規制プログラムの実施と評価のガイドラインとして各国の行動を強化するために設計された WHO の学校を基盤とした調査。
- ・学齢期の子供の健康行動に関する WHO 調査(HBSC The WHO Health Behaviour in School-aged Children)ヨーロッパと北米の 44 の国と地域を含む。
- ・アルコールおよびその他の薬物に関する欧州学校調査プロジェクト (ESPAD The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) 約 40 のヨーロッパ諸国からのデータを含む。

アルコール（飲酒）

世界の各国は、一般に、未成年のアルコール使用に対しての法を制定し、規制を行っている。例えば、ほとんどの国では、年齢制限の導入と施行によって、青少年によるアルコール飲料の使用、または、青少年へのアルコール飲料の販売/提供を禁止している（これは、16歳から21歳まで、国によって異なる）。

図 1:13-15歳の学校の生徒のアルコール使用経験率



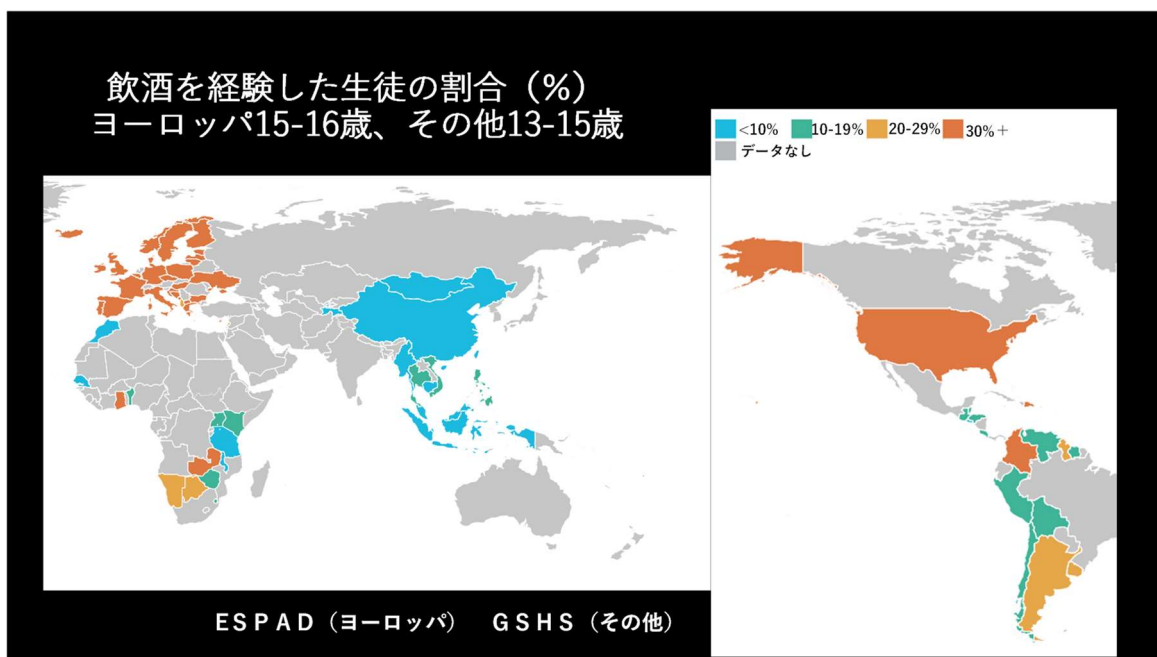
要約すると：

- ・世界的に、アルコールは、生徒が最も一般的に使用する物質（薬物）である。アルコールは、ビール、ワイン、スピリッツ、りんご酒（サイダー）、クーラー・アルコポップ（香料付微アルコール飲料）などの飲料に含まれている。
- ・世界では、平均して、13～15歳の約4人に1人が過去12ヶ月間にアルコールを使用したと報告している。これは、たばこの2倍である。
- ・アルコールの使用のレベルとパターンは、国や地域によって、時には、地域コミュニティや学校によっても異なる。これは、全国調査を補完するための地域における調査の必要性を示している。
- ・有害な飲酒パターンは、世界中の13～19歳の青少年にみられる比較的一般的な行動であるが、ヨーロッパやアメリカ大陸では、より広がっており、アフリカやアジアでは、それほどではない。

ほとんどの国で、男子で酔ったことがあると報告する例が多いが、国によっては、そうでない場合もある。一部の国(ウルグアイやフランスなど)では、女子は、男子と同程度酔ったことがあると報告している。

低所得国と中所得国からのアルコール使用頻度に関するデータは、不足している。アルコールの頻繁な使用³に関するデータが収集できた地域の1つは、ヨーロッパである:チェコ共和国、デンマーク、ラトビア、ドイツでは、15-16歳の生徒の頻繁な飲酒（アルコール使用）が一般的に見られる（これらの国の学生の3人に1人以上）。一方、アイスランド、ノルウェイ、スウェーデンでは、15-16歳の生徒の頻繁な飲酒は、一般的でなく、10%未満である。

（注3）頻繁な飲酒＝これまでに40回以上の飲酒経験がある



たばこ（喫煙）

多くの国には、若者に関連してたばこ（シガレット：紙巻たばこ）やその他のたばこ製品の販売、使用、購入を規制する法律がある。しかし、これらの法律は、さまざまであり、また電子たばこなどの新製品を考慮して変更されている。子供や若者のたばこの使用は、多くの場合、生涯にわたる使用パターンに繋がり、生涯を通じての病気の要因となるので重要な懸念事項である。さらに、多くの国では、これまで以上に、たばこ業界は、子供や青年に直接届く、集中的でターゲットを絞った操作的なマーケティング戦術をとっている。

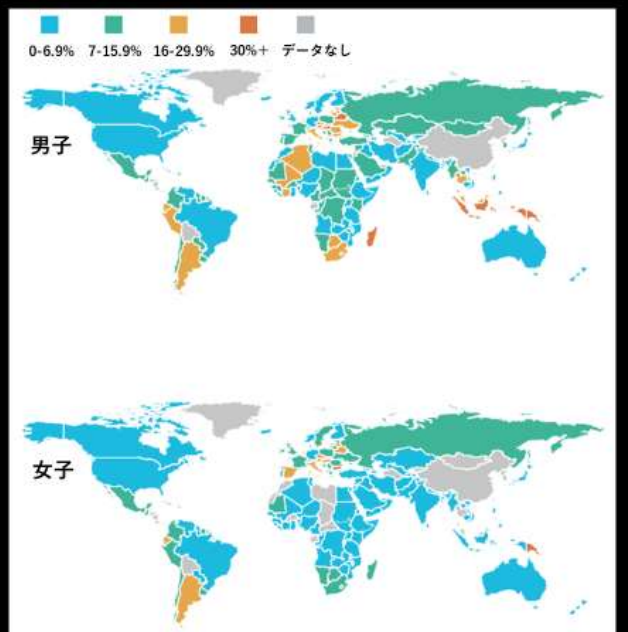


要約すると：

- ・たばこは、若者が最初に使用する物質であることが多く、13歳から15歳の学生の4人に1人が、これまでにたばこ（シガレット）を吸ったことがあり、最初にたばこを吸ったのは、10歳より前と報告している。男子は、女子よりも喫煙者が多い。ただし、ヨーロッパとアメリカでは、男子と女子の喫煙経験率は、同程度である。
- ・たばこの使用は、世界のほとんどの地域の青少年で一般的にみられる。世界では、13~15歳の少女の10人に1人、13~15歳の少年の5人に1人が喫煙している。
- ・喫煙率は、ヨーロッパで最も高く、アジアとアフリカで最も低い。しかし、ほとんどのヨーロッパ諸国では、喫煙経験率が減少する変化がみられる。
- ・喫煙率は、高所得層よりも低所得層でも高く、健康格差を生んでいる。
- ・一部の地域の国では、喫煙率に大きな違いがある。例えば、中東では、13~15歳の若者の喫煙経験率（過去30日間の喫煙経験割合）は、オマーンの3.3%からレバノンの60%まで幅広い。

喫煙を経験した生徒の割合 (%)

2011または最新データ

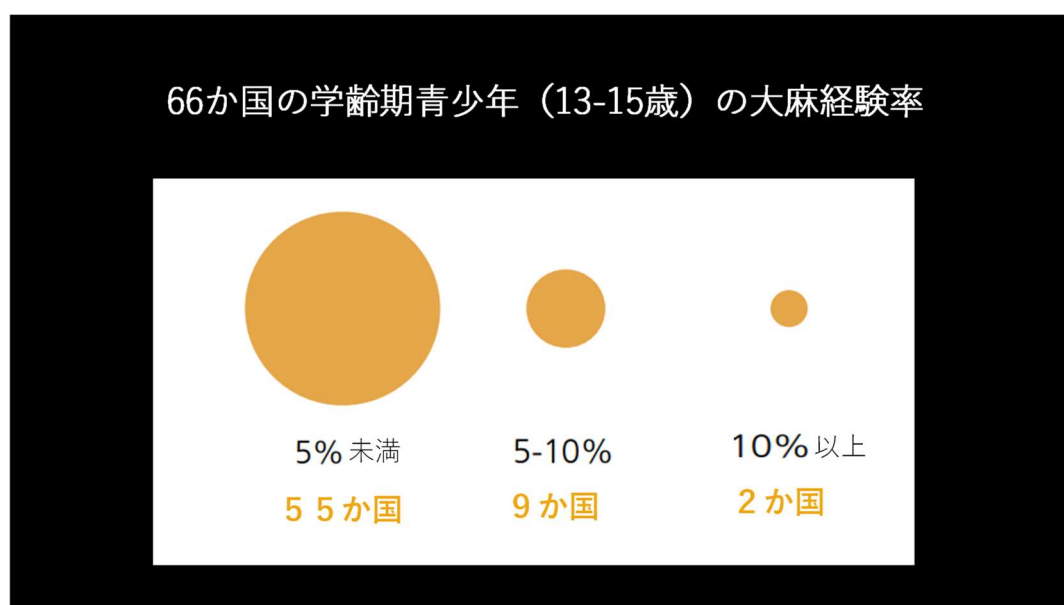


大麻

大麻は、国連薬物条約で規制される薬物の一つである。これは、大麻使用が医療や科学的な目的の場合のみ許可されていることを意味している。

最も一般的な大麻製品は、マリファナ、ハシッシュ、ハッシュオイルである。

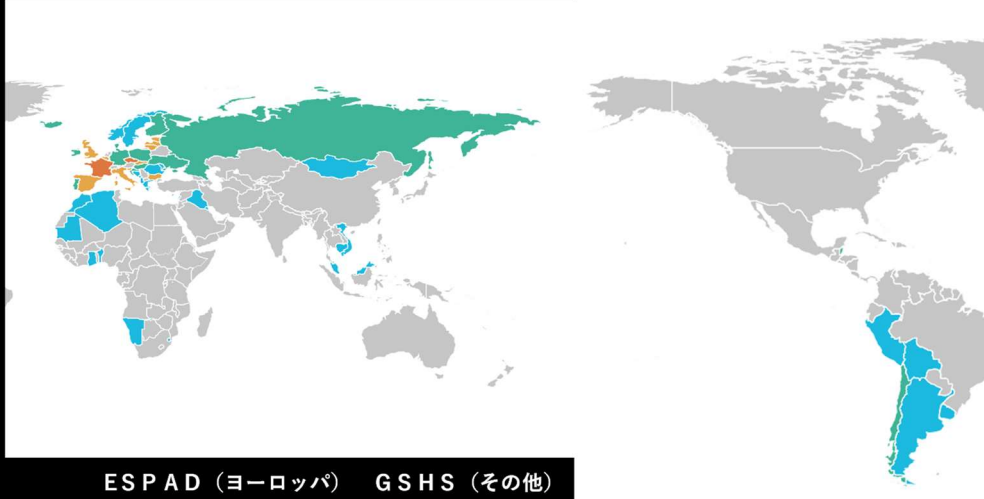
マリファナは、大麻草の開花頂と葉の乾燥物から調整されたハーブ形態の大麻である。テトラヒドロカンナビノール(THC Tetrahydrocannabinol)は、大麻使用者が求める精神活性効果を担う主な精神活性化合物である。大麻は、通常、手巻きシガレット（紙巻）やたばこを含む「Joint」の形のマリファナとして喫煙される。



要約すると:

- ・大麻は、アルコールとたばこを除くと、世界のすべての地域で若者(および一般人々)の間での最も使用される物質である；大麻経験率は、西中央アフリカ、北米、オセアニアで最も高い。ただし、大麻経験率は、地域間および地域内で大きく異なる(UNODC、2015)
- ・大麻の現在の使用に関するデータ入手が可能な国は、多くなく、全体的に飲酒や喫煙などのように一般的にデータが集められていない。
- ・生徒の大麻使用が最も一般的に見られるヨーロッパ諸国(すなわちチェコ共和国、フランス、モナコ)では、生徒の約10人に1人が少なくとも過去1週間に大麻を使用した。

大麻を経験した生徒の割合 (%)
ヨーロッパ15-16歳、その他13-15歳

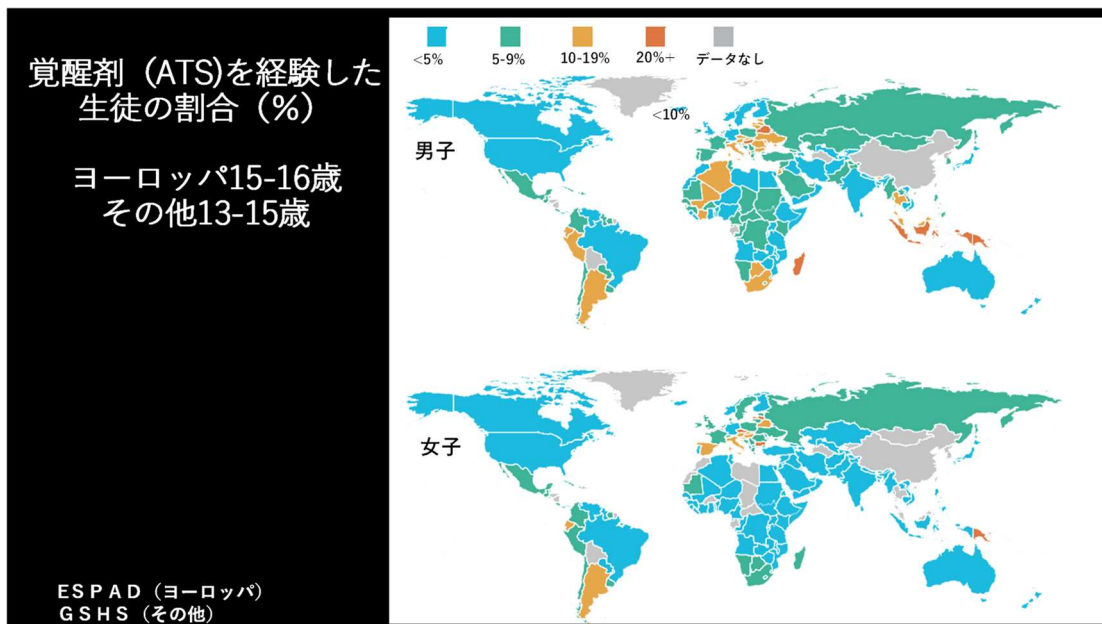


アンフェタミン型覚せい剤(ATS Amphetamine-type Stimulants)

ATS は、合成覚せい剤 (例えばアンフェタミン、メタンフェタミン、MDMA または、'エクスタシー')で構成される一連の化学物質である。ATS は、大麻と同様、国際的な規制下に置かれている(1971 年の向精神物質に関する条約)。特に懸念されるのは、喫煙や注射による ATS の使用である。これは、急速な依存を引き起こし、また HIV やその他の血液媒介ウイルス感染リスクを高める。

要約すると：

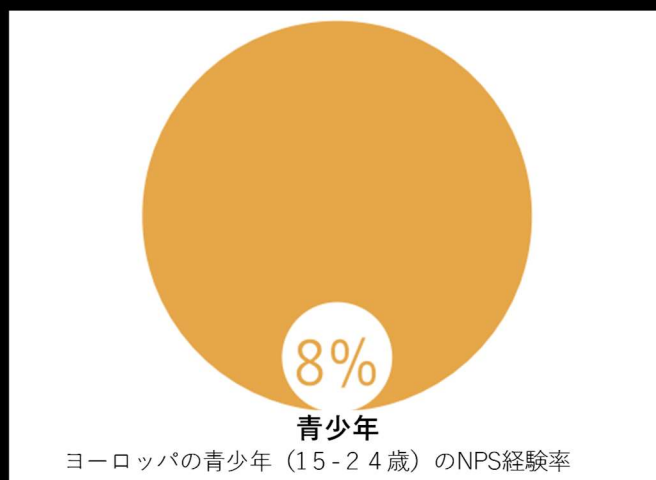
- ・世界的にみると、ATS アンフェタミン型物質(例えばメタンフェタミン、エクスタシー)の現在経験率は、若者の間では非常に低い(1%を下回る)。
- ・ATS 経験率は、地域によって大きく異なる。青少年の ATS 経験率に関するデータは、世界的に十分に得られていない。しかし、13~15 歳の年齢層における ATS 生涯経験率 (すなわち「これまでに一度でも使用」)についての報告がある 66 カ国についてみると：
 - －ほとんどの国で、ATS をこれまでに経験した生徒は、20 人に 1 人未満である
 - －9 カ国では、ATS 経験率は、5%から 10%の間であった。
 - －太平洋地域の 2 カ国(サモアとソロモン諸島)では、ATS 経験率は、10%を超える。



新規精神活性物質(NPS New Psychoactive Substances)

近年、世界の多くの地域において若者による新しい精神活性物質(NPS)または、いわゆる「リーガルハイ：法規制が及んでいない新規精神活性薬物；いわゆる脱法ドラッグ」の使用が急速に増加している。2015 年中に欧州連合(EU)早期警報システムに初めて報告された 100 の新規物質を含め、現在世界中で 500 以上の化学物質が確認されている。

ヨーロッパの青少年（15-24 歳）のNPS経験率



ヨーロッパの青少年（15-24 歳）のNPS経験率

NPS:新規精神活性物質（脱法ドラッグなどの新規危険薬物）

NPS の使用の経験率を推定することは、特に一般集団を対象とした調査では、困難であることが多い。2014 年の EU 加盟国の 15～24 歳の若者 13,000 人以上を対象に調査したフラッシュ・ユーロ・バロメーターFlash Eurobarometer 調査では、NPS の使用について尋ねている。回答者の 8%が少なくとも 1 回の NPS 使用経験（生涯経験率）があり、NPS の年経験率（過去 1 年間における使用経験）は、3%であった。NPS の年経験率が最も高いレベルを示したのは、：アイルランド(9%)；スペインとフランス(ともに 8%)；およびスロベニア (7%)であり、最も低いレベルの NPS 年経験率は、マルタとキプロス (0%) であった(EMCDDA, 2015)。

NPS は、危険な化学物質である。それは、これらの化学物質が、手に入りやすく、その健康と幸せに対する脅威が他の「伝統的な」違法薬物とは、必ずしも同じではないと受け取られたり（危険度についての認識が低い）、さらに、医療ケアサービスのそれらの化学物質の健康への影響や使用に起因する緊急事態への対応が難しかったり（新規化学物質のためその有害性や治療法についての知識が十分では、ない）するためである。

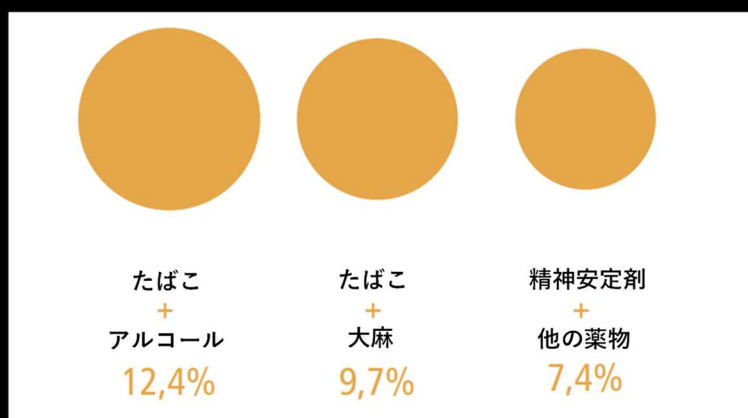
一部の若者は、NPS が合法であると認識していたり、ブランドパッケージに入っているために危険ではないと認識したりするために、NPSの方が「伝統的な」違法薬物より安全だと誤って考えている。このようなことから、NPSは、若者を危険にさらし、危険な行動に向かわせる。

多剤薬物（ポリドラッグ）使用

多剤薬物（ポリドラッグ）使用は、複数の精神活性物質の使用を表す用語である。多くの場合、同時に、または、逐次的に使用が行われる。多剤薬物（ポリドラッグ）使用に関する現時点における最も確かな国際的な情報は、ヨーロッパ29カ国からのものであり、男子と女子の平均値を示している：

- ・最も一般的な多剤薬物（ポリドラッグ）使用パターンは、たばこの使用(過去30日間で1日あたり5本以上)とアルコール使用(過去30日間で10回以上)であり、調査対象の生徒の12.4%がこの行動を報告している。
- ・生徒によって報告された多剤薬物（ポリドラッグ）使用についての次の一般的なパターンは、たばこと大麻(生涯使用)の組合せであり、9.7%である。
- ・次いで、精神安定剤と大麻以外の違法薬物使用（生涯経験）の組合せで7.4%である。
- ・生徒の多剤薬物（ポリドラッグ）使用経験率が高い国は、フランス、モナコ、チェコ共和国であり、それぞれ20%、18%、16%であった。
- ・生徒の多剤薬物（ポリドラッグ）使用経験率が低い国は、アイスランド、モンテネグロ、ウクライナであり、それぞれ4%、4%、5%であった。

ヨーロッパ29か国の生徒の多剤薬物使用のパターンと経験率



注射器による薬物使用（静脈注射 IDU Injection Drug use）

注射器による薬物使用は、学校の生徒では、稀である。しかし、学校中退は、この危険な行動に関連するリスクを増加させるので、注意を払う必要がある。

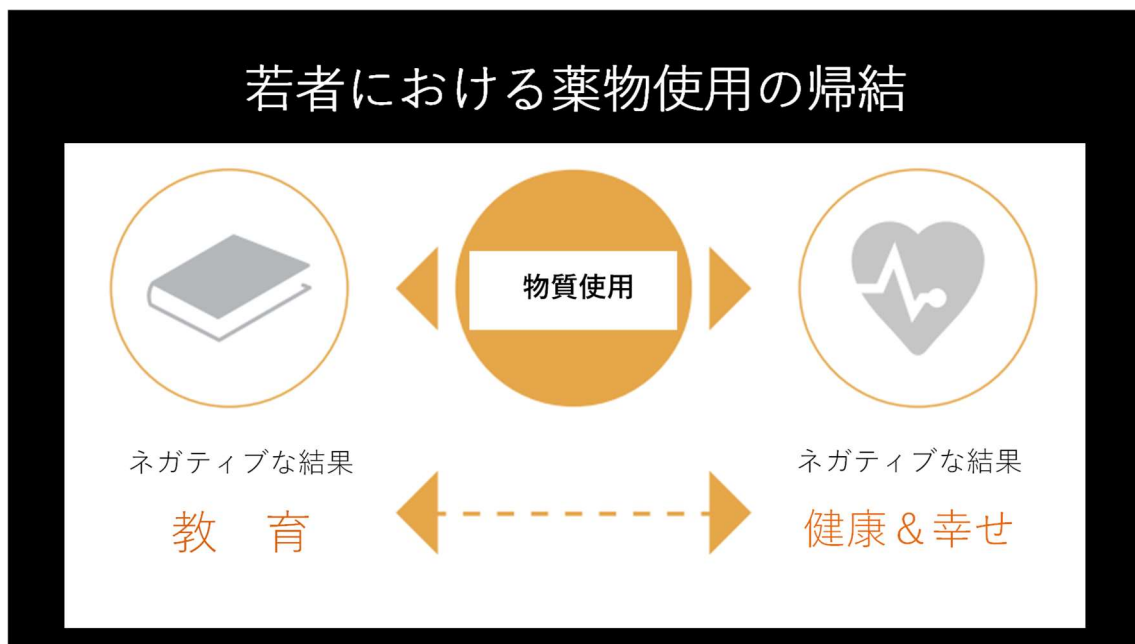
要約すると：

- ・一般に、注射器による薬物使用 IDU は、路上生活をする子供や若者の間で最も頻繁に見られる。これらの若者は、通常、これまでの不利な生活経験に起因する複雑な個人的および社会的ニーズ(例えば、メンタルヘルスの問題、住居を持たない)を持っている。
- ・注射器による薬物使用をする若者の大半は、低所得国と中所得国に住む。
- ・世界中で注射器による薬物使用をする者の推定人数は、1,270 万人(PWID Person with injection drug use)であるが、25 歳未満の PWID の割合は、知られていない (WHO2014)。欧米諸国における薬物使用に関する学校調査では、これまでに注射器による薬物使用を経験したことがあるのは、生徒の約 1%（生涯経験率）であった。
- ・注射器による薬物使用を最初に経験した年齢は、地域や国によって異なり、一部の国では、若い年齢から始まると報告している(東ヨーロッパなど)。例えば、ウクライナでは、若年の注射器による薬物使用者(10~19 歳)のうち 45%が 15 歳になる前に始めている。

2. 2. 若者による物質使用（薬物乱用）の帰結

若者は、好奇心から一度物質を試したり、時折物質を使用したりするが、多くの場合、短期の明らかにネガティブな結果を経験することはない。しかし、物質使用（薬物乱用）は、不明確では、あるが長期のネガティブな結果をもたらす可能性がある。また、多くの若者は、ネガティブな短期的結果に関連する危険な物質使用（薬物乱用）パターン（若年期の薬物使用、頻繁な使用、大量使用、多剤使用および運転、性行為または、他の行動に関連する物質の使用など）を行うことがある。若者のこのような危険な物質使用（薬物乱用）パターンは、より長期のネガティブな結果を導く成人期への物質使用（薬物乱用）パターン（Gore et al., 2011）に繋がる。

因果関係の方向は、しばしば複雑であり、物質使用（薬物乱用）と結果の関係は、常にすべて一方向の線形のものになるわけではない。しかし、少なくとも頻繁なアルコールや薬物使用は、ネガティブな健康的、社会的、教育的結果をもたらすという因果関係についての強い科学的根拠がある。



健康に関連する帰結

子供や若者の物質使用（薬物乱用）が身体と心（精神）にネガティブな影響を与えるという強い科学的根拠がある。例えば：

- ・ 小児および若者における**たばこの使用**は、明らかに呼吸困難(Kandel et al., 1986)、喘息および鼻炎(Gómez, 2009)ならびに成人になってからの癌と関連している。
- ・ 頻繁な**大麻の使用**は、呼吸器疾患、心血管疾患および慢性気管支炎症状などの多くのネガティブな身体的健康状態と関連している (Hall, 2015)。また、青少年期における大麻の使用は、59 歳までの間における障害年金の高い受給率と関連している (Danielsson, 2014)。大麻使用の急性の健康に対する影響には、不安の増加、パニック反応および精神病症状、ならびに主に自動車事故による死亡リスクの増加が含まれる(Hall, 2015)。
- ・ 小児および若者の有害な**アルコール使用**は、消化器系疾患、心血管疾患、癌、免疫系の弱体化や意図しない傷害による感染症のリスクの増加などのネガティブな成人期の身体的健康状態に関連している (WHO, 2014)。さらに、子供や若者におけるアルコールの有害な使用は、神経認知効果と脳機能の低下と関連している (Squeglia et al., 2009; Zeigler et al., 2005)。
- ・ **注射針の共有や注射器を使用して薬物を注射する者(PWID)**は、HIV や B 型肝炎や C 型肝炎などの他の血液媒介ウイルスに感染するリスクが高い。注射による物質使用（薬物乱用）を始めたばかりの若者は、これらのリスクにあまり気づいておらず、ケア・治療に関するサポートにアクセスする方法を知る可能性が低いと思われる。したがって、HIV および関連疾患に罹患するリスクは、若年期の注射による薬物使用経験の早い者で最も大きい (Hadland ら、2011; Barrett ら、2013)。

同様に、同じようなメンタルヘルスのネガティブな結果や性的リスク、非行や暴力を含む健康に関連する危険行動は、チリ、中国、ナミビア、フィリピンなどの低所得国や中所得国において、子供や若者におけるアルコールや薬物使用と関連している (Kandel, 1986; Page ら 2010; WHO, 2005)。

アルコールおよび薬物使用による障害は、2012 年の WHO データに示すように、世界全体で見ると、子供や若者の健康寿命(障害調整寿命または、DALYs)のかなりの損失—例えばすべての男子で 3 日間—の要因となっている。

「健康的な生活」の失われた年数 (DALY)
2012年 (10万人あたり)

	5-14歳		15-29歳	
	男	女	男	女
飲酒による障害	51.9	13.9	929.2	161.1
薬物使用による障害	26.7	21.9	554.1	269.5

1 DALYは、「健康的な生活」の失われた1年：
病気や健康状態に関するDALYsは、人口における若年死亡と健康状態や
その結果としての障害のために失われた年の合計

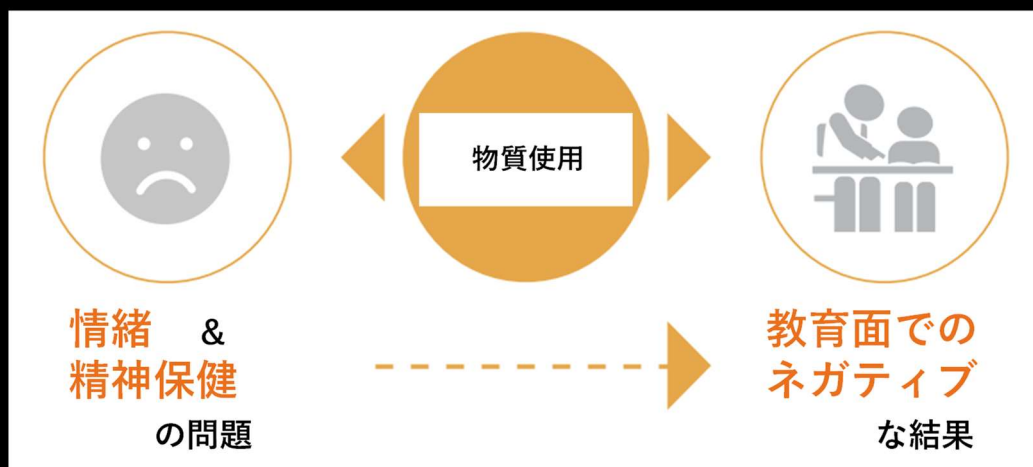
教育への影響

前の章に記載したように、たばこ、アルコール、薬物の使用は、しばしばメンタルヘルスの問題と関連が深い。これらは、学校における教育に影響を与える可能性があり、物質使用（薬物乱用）は、成績の低下、学校中退、中等・高等学校への未進学など、多くのネガティブな教育における帰結をもたらすことが世界的に認められている。これは、先進国や発展途上国含め多様な国や地域で認められる (De Micheli and Formigoni, 2004 年; Munne, 2005; UNODC, 2009b)。

物質使用（薬物乱用）が早期に始まるほど、ネガティブな即時の影響（短期影響）と長期的影響がともに発生する可能性が高くなる。例えば：

- ・ 青少年の早い段階におけるたばこの使用は、学業成績の低下(例えば、落第や中退)と密接に関連している (Dhavan et al., 2010; Stiby et.al.2015)。
- ・ 幼い頃から頻繁に飲酒をするパターンは、特に有害であり、脳、社会問題、学業（例えば 中断や不登校）および将来の教育的見通しに即時かつ継続的にネガティブな影響を及ぼす可能性が高くなる。(Hemphill ら、2014; Kuntshe ら、2013)。
- ・ 青少年早期の大麻使用は、また、学校での学業の低下や早期退学と関連することが一貫して認められる – 大麻使用が重度になればなるほど、学校での達成度は、低くなる (Silins らら、2014; Stiby ら、2015)。

若者における薬物使用の教育における帰結



物質使用（薬物乱用）から生じる教育の混乱のもう一つの側面は、物質を使用していない生徒に対する薬物を使用している仲間からの有害な影響である。具体的には、勉強時間の中断、侮辱や屈辱、金銭の損害である(米国司法省、2012年)。学校内では、物質の使用/物質使用（薬物乱用）者は、クラスの授業を混乱させ、学校の資源や施設を教育・学業に使えなくする。英国の教育省は、子供や若者の物質使用（薬物乱用）の影響による教育上の低い達成度は、経済的にみると、全体として、物質乱用者(substance misuser)1人あたり£80,700（約1240円）の費用に相当すると見積もっている(教育省、2011)。

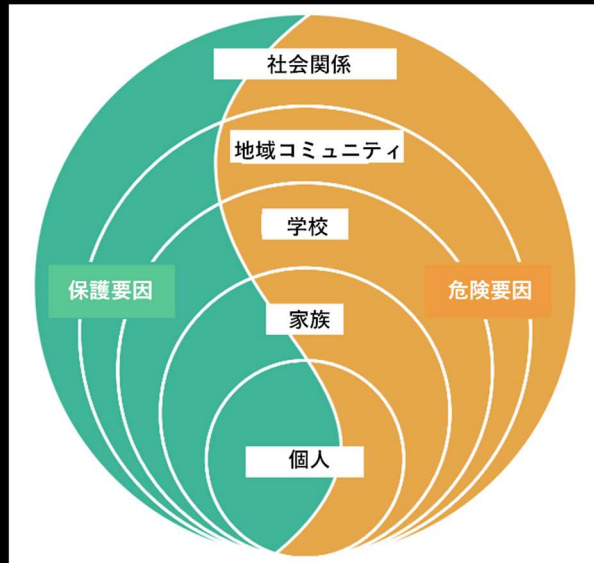
物質使用（薬物乱用）と学業、物質の使用および気分の問題などの他の要因との関係は、複雑である。これらの様々な問題は、同じ根からの要因の多くを共有している(Kipping et al., 2012)。科学的根拠に基づく物質使用（薬物乱用）予防プログラムは、物質使用（薬物乱用）を予防したり、あるいは、それを遅らせたりできるだけでなく、いくつかの方法を用いることで生徒の学業や社会的能力を高めことにも効果がある可能性が高い。

2. 3. 一部の若者は物質（薬物）を使用し、他の若者は使用しない理由

子供や若者の一部は、個々の属性と彼らが住んでいる環境によって物質使用（薬物乱用）を行う可能性が高くなる。これらの属性と環境の側面は、若者の物質使用（薬物乱用）の可能性を増減するかどうかという観点から、「危険要因」あるいは「保護要因」と呼ばれる。誰もが危険要因と保護要因の組み合わせを経験するので、若者の生活の中でのその相互作用(例えば、それぞれの要因の相対的な数、強さ、タイミングおよび期間など)を観察することによって、物質使用（薬物乱用）の発生が起りやすいかどうかを予測できる。

危険要因および保護要因は、受胎から小児期から青年期および成人期まで、生涯を通じて個人の発達を形作る。二つの要因の相互作用を見るための1つの有用な方法は、人が生活している環境(すなわち、家族、学校、地域コミュニティ、社会)を表す拡大し続ける球体の中心に個々の子供や若者を見る「生態学的」レンズを通す方法をとることである(Bronfenbrenner and Ceci, 1994)。

若者の物質使用に影響を与える要因のカテゴリ



子供の危険因子あるいは保護因子の全体的なレベルは、ひとり一人の子供の個人的特性と様々な生活圏における経験との相互作用の産物である。例えば、乳児期の子と親の愛着が弱いと、早期の行動上の問題に繋がる可能性があり、このことは学校の成績や仲間との関わりにも影響を与える可能性がある。一方、科学的根拠に基づく早期学校予防プログラムは、子供たちの教師や仲間との交流能力を向上させ、行動上の問題を回避させ、親との関係を改善するのに役立つ。

人生の早い時期に起こることは、その後の出来事や経験に影響を与える。このように、人生の早期の経験は、子供のライフコースの軌道を設定する効果を持つ—ポジティブにもあるいはネガティブにも (Webster-Stratton and Taylor, 2001)。子供のライフコースは、重大な人生上の出来事 (例えば、質の高い住宅に移住する)、主要な移行 (例えば、小学校から中学校への進学)、あるいは、危険要因に抗し、人生の早い段階で始まったネガティブな軌道を変更する予防プログラムなどによって影響を受ける可能性がある。

若者を危険にさらす要因、または、物質使用 (薬物乱用) から保護するのに役立つ要因は、他のいくつかの問題行動 (暴力、犯罪行為、危険な性的行動、学校の成績の低下など) に関連する要因と大部分同じである (de la Haye et al., 2014; de Looze et al., 2014)。このため、子供たちや若者が保護要因を利用し、危険要因に対処する力を持つことができるようになるためには、よく調整され、包括的で人権に基づくアプローチが必要となるのである。

青少年の物質使用（薬物乱用）に関連する要因

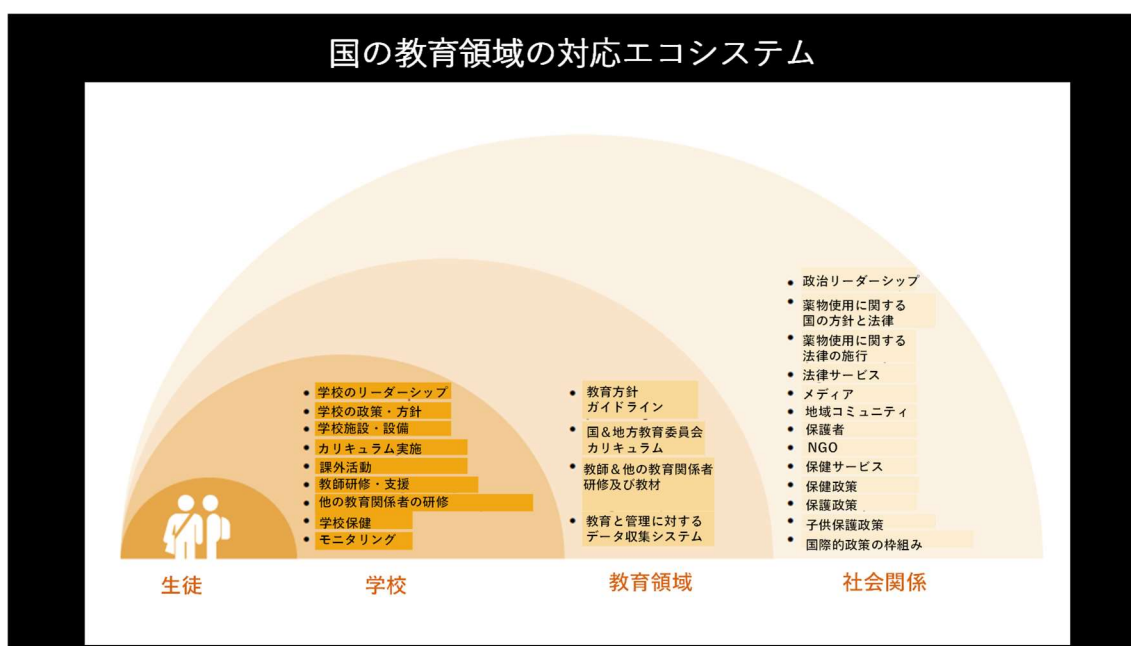
	危険因子	保護因子
個人	<ul style="list-style-type: none"> ・ 遺伝因子 ・ 注意、メンタルヘルス、素行上の問題 ・ 行為・行動障害 ・ 非行及び素行問題 ・ メンタルヘルス問題（刺激追及、不安） ・ 物質使用に対する好意的態度 ・ 物質使用は普通のことと受け止めている 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 向社会行動（楽観的・温和性質） ・ 年齢相応の言語・計算能力（認知スキル） ・ 社会及び情緒能力（感情コントロール、良い独自性） ・ 慎重な性質
家族	<ul style="list-style-type: none"> ・ 母親の喫煙 ・ 保護者の物質使用に対する好意的態度 ・ 親と青少年の諍い ・ 保護者あるいは兄弟姉妹の物質使用 ・ 保護者あるいは兄弟姉妹がメンタルヘルス問題を持つ ・ 保護者による虐待と無視 ・ 母親の貧困 ・ 住所不定 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族に対する愛着 ・ バランスのとれた親からのコミュニケーション、ルール、見守り ・ 調和のある親との関係 ・ 温かく、責任のある、支援的な親の態度、良い触れ合いと絆 ・ 精神的な関り
地域社会 コミュニティ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 成人に対するポジティブな対応の欠如 ・ 物質の入手可能性 ・ 物質使用を許容する社会認識 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族以外の成人に対するケア ・ 地域行事への参加
学校	<ul style="list-style-type: none"> ・ 教育を受けられない ・ 欠席、さぼり、退学 ・ 脅しあるいは脅しを受ける ・ 早期の落第 ・ 学校との関りの欠如 ・ 学業不良 ・ 物質使用をしている仲間 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 学校への通学と在籍 ・ 中等学校の卒業・修了 ・ 学校で良い行いをする期待 ・ 学校の停学をなくそうとする方針 ・ 教師、保護者、生徒のきずなの促進
社会環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 子供と青少年に対する目標を定めた巧妙で強力な企業のたばこ・アルコール戦術 	<ul style="list-style-type: none"> ・ アルコールやたばこの公衆への宣伝の法律による禁止あるいは規制

2. 4. 教育分野の役割

2.3章に記載されているように、さまざまな要因が若者の物質使用（薬物乱用）あるいは、予防に関わる一個人、家族、学校、地域コミュニティ、社会等。このことを考えると、理想的には、若者にサービスする、あるいは、関与するすべての分野（家族、学校、メディア、青少年機関、宗教団体、作業場、レクリエーション施設など）が、それぞれの分野の視野なかにある保護要因や危険要因に対処するために、それぞれの政策・方針や実践のなかに健康増進と物質使用（薬物乱用）予防を組み込むことが今こそ必要である。

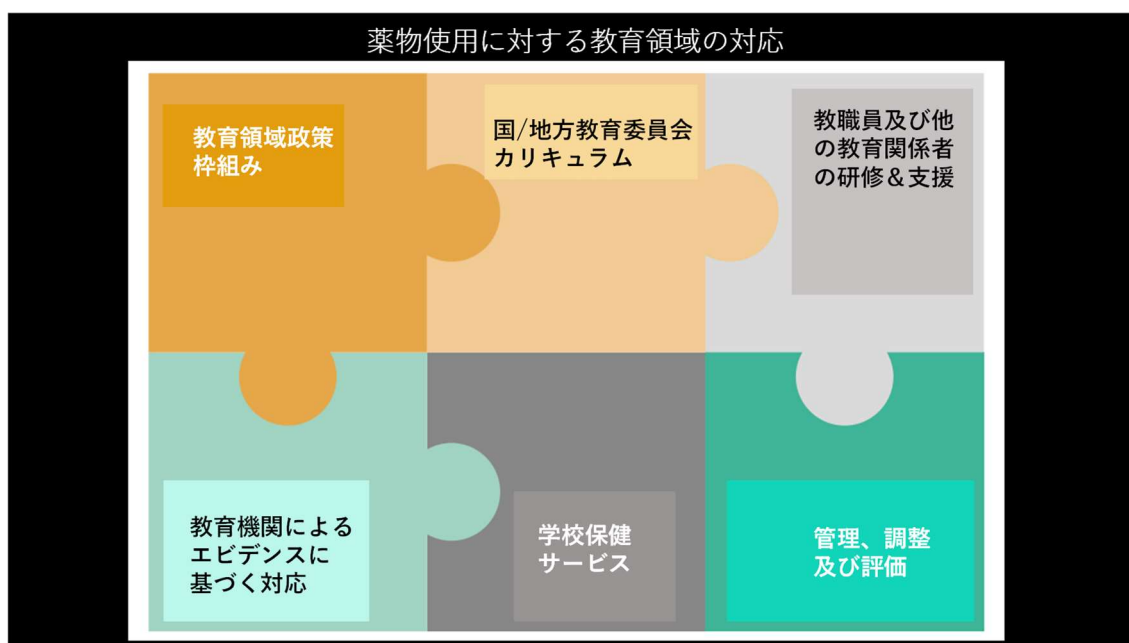
国のレベルでは、教育分野の関与は、物質（薬物）予防および規制システム、または、さまざまな年齢層や脆弱性のレベルを対象とする戦略を長期的に統合する場合に最も効果的である。

教育分野内には、多様な人材と Bronfenbrenner and Ceci の言う「エコシステム」に対応する豊かな教育分野を構成するようなシステムがある（図参照）。



この「エコシステム」は、教育分野が物質使用（薬物乱用）に関与することによって組織化することが可能になる広い範囲にわたる物質使用（薬物乱用）に対する防御の機会とみると最もよく理解できる。これらの機会は、効果的な教育分野の対応に関する要因を表し—それは、国のレベルと地方自治体のレベルで異なる構造であることを認識する必要があるが—以下から構成される：

- ・ 子供と若者の物質使用（薬物乱用）を予防し、対処するための政策枠組み。
- ・ スキルベースの予防教育を含む国内および/または、地方自治体のカリキュラム(それらの内容および普及・実施方法)。
- ・ 教師、学校の医療従事者、その他の学校職員が学校を基盤とする包括的な介入戦略を計画、開発、実施するためのトレーニングと支援。
- ・ 教育機関で実施されたカリキュラムに関連した科学的根拠に基づく介入；
- ・ 教育機関で実施される学校環境に関連する科学的根拠に基づく介入。これには、学校における物質使用（薬物乱用）政策、および教育機関の関連で提供されるその他の科学的根拠に基づく予防介入が含まれる。
- ・ 物質使用（薬物乱用）する若者のための予防とケアそして支援を提供する学校保健サービス。
- ・ 教育分野における対応についての管理、調整及び評価。これには、子供と若者における物質使用（薬物乱用）経験率のモニタリングが含まれる。



これらの要素が一緒に行われると、成人期までの物質使用（薬物乱用）やその他の危険な行動から生徒を保護することができ、青少年期とそれ以降の物質使用（薬物乱用）に関してポジティブな結果をもたらす可能性が最も高くなる。

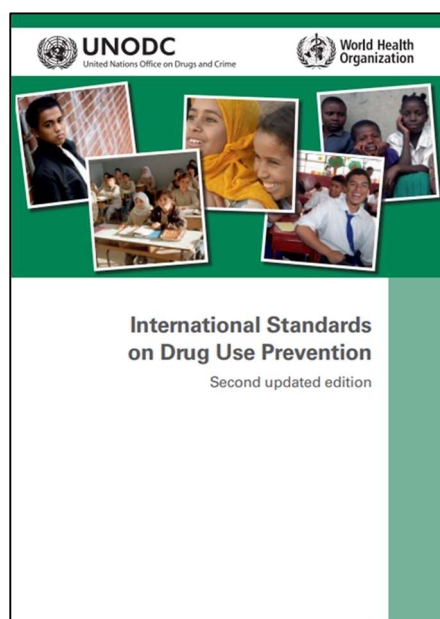
3. 教育分野の物質使用（薬物乱用）への対応に関する良い方針と実践

物質使用（薬物乱用）に対する教育分野の包括的な対応は、通常より多くの資源を必要とするものではない。既存の資源を再配置する、あるいは、資源を別の方法でより効果的に用いる場合にも同程度に効果がある。一方、実践を効果的にするためには、新しい資源の投資が必要な場合もある。教育分野の物質使用（薬物乱用）への対応を担う意思決定者は、新しい投資コストを何も投資をしない場合や実践の効果を低い程度で満足する場合のコストと比較検討する必要がある。

3. 1. 物質使用（薬物乱用）への教育分野の対応に関する主要原則

すべての対応を科学的証拠に基づいて行う。

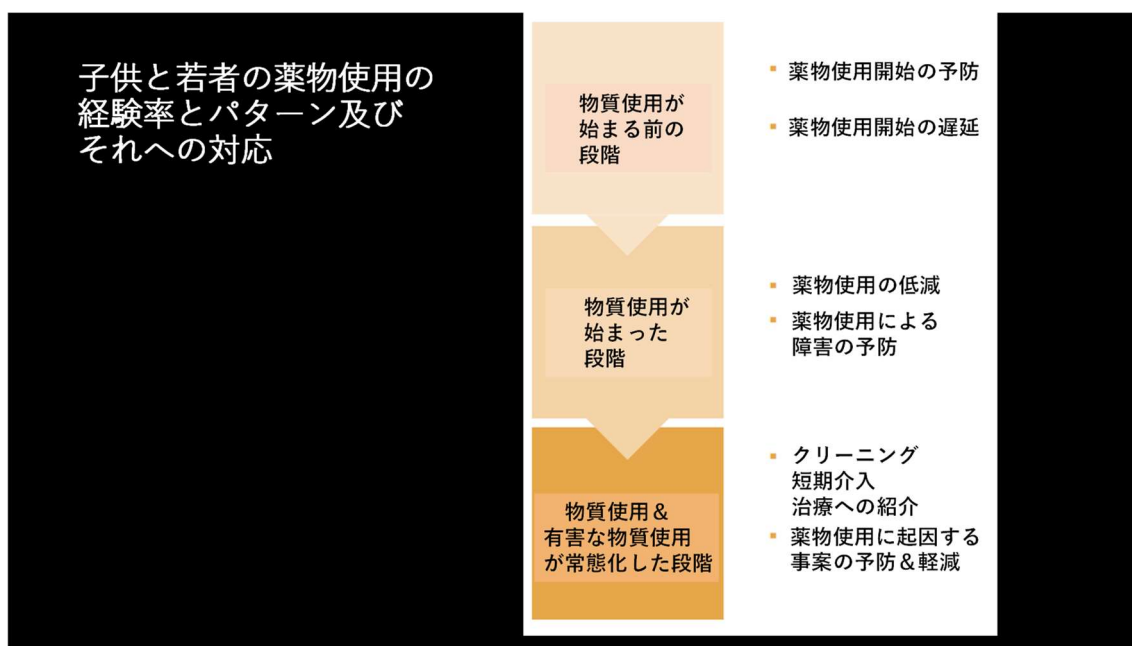
安全かつ効果的に行うため、教育分野の物質使用（薬物乱用）に対する包括的な対応は、科学的根拠に基づいて行う必要がある、その実施は、モニターされ、評価されなければならない。いくつかの学校を基盤としたプログラムは、非常に良い結果を示している。しかし、他の多くのプログラムは、あるレベルで科学的根拠に従っているようでも、有用性を示さない。そのため、科学的根拠に基づくアプローチを用いることの重要性を強調しておく必要がある。UNODC の**薬物使用予防に関する国際基準**は、教育分野における包括的な対応を計画するための有用な資料であり、効果的であることが明らかにされている予防アプローチとその特徴を説明している（UNODC、2013）。一旦、ある特定の状況において最も有用な予防アプローチのタイプが特定されると、科学的根拠を基盤にした予防プログラムとして登録され、これらの登録プログラム（薬物乱用とメンタルヘルスサービス管理（SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Administration）または、健康な青少年育成の青写真 Blueprints for Healthy Youth Development によって登録・維持されているプログラムなど）は、有用な参考例である。



科学的根拠による裏打ちのないアプローチを用いることは、機会の浪費であり、あるいはそれ以上に良くないことである。科学的根拠に基づくプログラムであることが確認されたプログラムと同じような資源と努力を踏襲することによって、若者による物質使用（薬物乱用）に関してのポジティブな結果を達成することができる。さらに悪いケースとして、一部のプログラムは、例えば、好奇心を喚起したり、一部の若者の逸脱を意図せず支援してしまったりして、実際に、かえって物質使用（薬物乱用）の増加をもたらしてしまうものがある (Rorie et al., 2011; UNODC, 2013)。

予防対応において物質使用（薬物乱用）の経験率およびパターンに関して目標を定める。

教育分野では、一般に生徒の年齢に応じて異なる物質使用（薬物乱用）の経験率とパターンに関して、科学的根拠に基づいて目標を設定する必要がある。例えば、ほとんどの生徒が飲酒（アルコール使用）をしていない場合は、適切な目標は、最初の飲酒をさせない（予防）あるいは、それを遅らせることである。一方、多くの生徒がすでに飲酒を試したことがある場合は、適切な目標は、飲酒を経験していない生徒に対して、最初の飲酒をさせない（予防）あるいは、それを遅らせることと目標とするとともに、既に飲酒を試したり、飲酒したりしている生徒に対しては、有害な飲酒、有害な飲酒パターン、飲酒の健康と社会へのネガティブな影響(例えば頻繁な飲酒、中毒、運転障害)を予防または、軽減することを目標とする。



このようなことから、様々な年齢をカバーする予防教育における適切な目標は、物質使用（薬物乱用）の発症を予防または、遅らせることにある。加えて、場合によっては、以下のような他の目標も適切である：

- ・物質の使用がすでに始まっているような場合は、物質使用（薬物乱用）による障害への進行を防ぐだけでなく、特にハイ・リスク(例えば、頻繁な使用および/または、大量の飲酒パターン、多剤薬物使用、運転または、性行為などとの組み合わせの使用)の発生を防ぐ。
- ・物質使用（薬物乱用）に起因する短期的なネガティブな結果(例えば、自動車事故、性感染症、妊娠、傷害、過剰摂取)が生じやすい状況、あるいは、物質使用（薬物乱用）が行われやすい年齢層、特に有害な使用パターンが一般的にみられる年齢層に対するその予防 (McBride and Farrington、2004)。例えば、パーティーで薬物使用により意識を失った若者にどう対応するか、誰かが薬物使用中に運転しようとしている時などに何をすべきかを学ぶこと、などがある。また、このような対象グループに対しては、必要に応じて治療やその他の支援サービスへのスクリーニングや紹介を含む包括的な支援を提供することが重要である。

狭義の物質使用（薬物乱用）予防を超えるような他の目標も、物質予防計画を増進すると考えられる。具体的には、与えられた文脈のなかで、物質使用（薬物乱用）予防が関連づけられ、優先順位付けされ、そして物質使用（薬物乱用）を予防しながら達成できるような目標である。これには、例えば、いじめを含む不登校や暴力の予防が含まれる。

早期に始め、すべての年齢層をカバーする。

入手可能な科学的根拠から、以下のような場合に予防が最も効果的になることが示されている：

- ・早期に始める。
- ・すべての年齢層をカバーする。
- ・特に重要な移行期間(例えば、小学校から中等学校)を対象とする。

全集団を対象とする普遍的な予防活動に加えて、ハイリスクの人々を含む異なる小集団を対象とする包括的対応がある。そして、これらの活動においても、それが常に適切なものであること、対象となる集団のリスクのレベルと関連していることを確かめることが大切である。

就学前の年齢の間に発達上の重要な変化が起こることを考えると、物質使用（薬物乱用）は、幼児期（2-5歳の幼児）教育プログラムの重要な課題のひとつである。幼児期の物質予防教育は、成長後の物質使用（薬物乱用）に関する指標（たばこ、大麻使用および処方

薬)において肯定的な効果を示すことが証明されている(D'Onise ら、2010;UNODC, 2013).

小学校の年齢では、ほとんどの子供たちへの様々な物質の直接暴露は、制限されている(ただし、医薬品を除く)。しかし、これらの年齢層を通じて科学的根拠に基づく物質使用(薬物乱用)予防教育を行うことは、物質使用(薬物乱用)から子供たちを保護するとともに子供たちが中等学校の年齢に成長後の物質使用(薬物乱用)を予防する。

中等学校の年齢になると、多くの地域において、生徒は、アルコール、たばこや薬物を試す機会にさらされる可能性が高くなる。また一方、いろいろなストレスを経験するようになり、物質使用(薬物乱用)のリスクが高まる。したがって、これらの年齢層の生徒に対してはトピックに関連させた継続的な科学的根拠を基盤としたカリキュラムによる教育が適している。

就学前の年齢層に対する物質(薬物)予防プログラム実施の利点は、乏しい家族関係、一連の社会経済的問題による親のストレス、子供の素行問題、乏しい就学準備など、根底にある危険要因に幅広く対処することができることである。このような予防的働きかけをしないと、これらの危険要因は、物質使用(薬物乱用)を含め、青少年期および成人期における学業問題や社会的問題など幅広い問題を引き起こす可能性がある。

既存の幼児期のプログラムの多くは、地域から見放された子供たちへサービスを提供するものである。これらの子供たちは、このようなプログラムから得るところが多いので、理にかなうものである。これらのプログラムは、集中的で比較的高価な介入である。しかし、物質使用(薬物乱用)予防効果を含む幅広い利益をもたらす重要な社会的投資と見なすことが必要である。

例えば、ペリー幼稚園プログラム(Perry Preschool Programme)は、子供の時期から 40 歳までを追跡する良く知られた長期の無作為化研究であるが、このプログラムの研究によって、毎週の家族訪問に加えて、毎日の質の高い 2.5 時間授業を受けた子供は、学業成績、収入、犯罪行為、物質使用(薬物乱用)など、様々な人生で出会う局面において長期のポジティブな成果を得ていることが示されている。これを経済的に分析すると、このプログラムは、1 ドルの支出によって 7.16 ドルを節約した(Schweinhart、2004)。

3. 2. 教育分野の物質使用（薬物乱用）への包括的対応の構成要素

3. 2. 1. 教育分野の政策と戦略的枠組み

i 国の教育分野の物質使用（薬物乱用）予防に関する政策

大多数の国は、たばこに関する戦略/行動計画や薬物の供給と需要の抑制に関する国家政策を持っており、また多くは、これとは、別にアルコールに関する政策または、戦略を持っている。しかし、世界の傾向は、これらの様々な化学物質を統合する包括的でバランスのとれた政策や戦略をとる方向に向かっている。

現在の物質使用（薬物乱用）管理戦略は、物質使用（薬物乱用）問題は、第一の、最重要健康課題⁸であるとの理解を深めて進められている。すなわち、物質使用（薬物乱用）問題に対しては、広範囲の需要抑制措置をとることが最も良いと考えられ、早期介入、治療とリハビリテーション、回復および社会復帰措置、薬物乱用の公衆衛生と社会的影響を最小限に抑えるための措置を含む様々な物質（薬物）需要低減措置が行われている。これらの措置・実施は、すべて、公衆衛生システムの視野のなかに入るものである。つまり、公衆衛生システムは、薬物戦略を先導するものでなくても、薬物戦略と密接に関連させる必要がある。

.....

注 8 これは、物質（薬物）依存は、遺伝的、生物学的、心理的な脆弱性と環境との複雑な相互作用の結果であり、処罰ではなく治療によって対応することが最も良いという理解に基づいている。

.....

薬物管理戦略における予防的要素は、多くの国における若者、家族、地域コミュニティ開発戦略やシステムなどとの政策的連携のなかで見出すことができる。

これは、多くの場合、最も脆弱な人を優先し、対象集団の保護要因と回復力を増進しようとするものである。

ケーススタディ 1:

科学的根拠に基づくアプローチインドにおける若者のたばこ使用の予防に関する研究と政策提言の価値

インドでは、若者の喫煙率が増加しており、特に都市部での喫煙率の増加は著しく、また、喫煙開始の平均年齢も低下しており、大きな公衆衛生上の問題となっている。国のいくつかの NGO 及び大学に拠点を置く研究者が、数年前から科学的根拠と政策提言を強調する長期の協調した努力による対応を始めた。

まず、対象となる青少年の関心、属性、ニーズを理解するための厳格な形成研究を行った。インドの子供や若者に関する様々なたばこ使用の危険要因と保護要因を分析し、多くの研究論文を発表した。

ここでは、西洋で成功したモデルを、インドで用いるために翻訳した。まず、すべての教材についてパイロットテストを行い、プログラムの文化的および背景となる考え方の妥当性を確認した。複数の危険因子に対処するために 2 つの学校を基盤とするプログラムを提供し、評価した。この 2 つのプログラム：HRIDAY-CATCH と Project MYTRI(それぞれ教室のカリキュラム、学校のポスター、親へのはがき、生徒仲間が主導する健康活動などいくつかの項目を持つ)のいずれもが、厳格な無作為比較研究のデザインを用いて評価され、現在喫煙と将来の重度の喫煙に対してポジティブな予防効果を示した。

これらの結果は、インドの学校における反たばこプログラムを増やすための協調した提言と活動の基礎となった。反たばこ提言の取り組みは、政策立案者の提言やメディア、公開キャンペーン、地域コミュニティの関与等を含む複数のチャンネルを通じて進められた。例えば、評価結果は、厚生家庭福祉省、インド政府、その他の関係者と様々な会合で共有された。もう一つの強力な戦略は、青少年の健康活動家を巻き込み、彼らの提言スキルを顕在化させ、青少年の健康問題は、彼ら自身のものであることを彼らに確信させた。

これらの取り組みは、実を結んだ。インド政府は、たばこプログラムを国のたばこ規制プログラムの中核とし、学校の健康プログラムを国のレベルに拡大するようという提言を受けた。これを受けて、政府は、公衆衛生関係者に対し、学校保健プログラムにおける科学的根拠に基づくガイドライン策定への支援を求めた。喫煙予防カリキュラムは、中央中等教育委員会を通じてインド全土のすべての学校で利用可能になった。

詳細: <https://www.phfi.org/our-activities/health-promotion>

このような政府による指示の組み合わせの有用性から、物質使用（薬物乱用）の予防とその健康と社会への影響への対処には、主管の保健省が強く関与するだけでなく、すべての関係省庁が密接に連携することが重要であると考えられる。これらの関係省庁には、通常、教育省、法執行機関、薬物管理、および若者、家族、社会および地域コミュニティの問題に関係する省庁が含まれる。戦略を動かすためには、これらの省庁は、その提供システムを動かす戦略上において、また若者との関係において重要な役割を果たす非政府組織(NGO)の積極な参加を得る必要がある。

国の教育部局は、物質使用（薬物乱用）についての対応を行うよう義務付ける明確な政策文言を用いて指示を発する。この文言は、通常、生徒の「健康と安全」、「健康的なライフスタイル」あるいは、「ライフスキル」を増進する責任を負うという内容を全国の教育部局に呼びかけるかたちのものである。例えば、東欧・中央アジア地域では、多くの国が子供や若者のスキルを育み、健康な生活を営み、安全な行動を行う文化・環境を醸成することを学校に義務付ける教育法を確立して、物質使用（薬物乱用）予防の主要目標の達成を図っている(UNESCO, 2015b)。

この文脈において国の教育部局の物質使用（薬物乱用）予防政策には、多くの形態があり、以下のように分類することができる：

・ **学校における義務的物質（薬物）政策:**

国は、物質（薬物）政策によって、学校内での物質使用（薬物乱用）とその健康と社会への影響を防ぐための学校の政策を義務付けることができる。これには、通常学校の敷地内や周辺の施設での物質(使用、販売、広告)の禁止が含まれる。物質使用（薬物乱用）に関する学校規則には、教師や他の成人の行動、物質使用（薬物乱用）関連の問題発生への対処に関する方針が含まれることが多い。

・ **法律で定めた保健・物質使用（薬物乱用）教育:**

国の教育政策では、学校に健康および/または、物質使用（薬物乱用）関連の教育およびトレーニングを提供する義務を定めることがある。このようなトレーニングは、多くの場合、科学や体育などの他の科目の項目に組み込まれているか、独自の健康や個人的なスキルのカリキュラムに組み込まれている。多くの場合、予防の方法論と内容が教師のトレーニングの必須の一部になっている。

・ **学校保健サービスの提供:**

国の政策には、学校保健サービスの実施を義務付けるものがある。これらのサービスは、予防と日常および急性時の生徒のための保健サービスなどを含むが、アクセス可能な保健サービスの提供するものである。これらのサービスには、学校看護師、アドバイザーやカウンセラーやメンタルヘルスの専門家も含まれる。

提供されるサービスは、多くの場合、予防教育、学校の健康と物質使用（薬物乱用）政

策の開発、物質使用（薬物乱用）事例への早期の特定と介入、社会および保健部門との連携に寄与する。

・ **学校を基盤とする予防活動に関する国の質基準:**

学校の物質使用（薬物乱用）予防活動は、国のプログラム質基準によって高められる。現在では、このような国による予防活動についてのプログラム質基準が使われることがますます多くなっている(例えばヨーロッパの薬物予防品質基準 European drug prevention quality standards;⁹ 学校を基盤とする青少年薬物乱用予防のためのカナダ標準 Candian Standards for School-based Youth Substance Abuse Prevention¹⁰)、そして科学的根拠に基づくプログラム、健全な計画とデザイン、包括的な活動、モニタリング、評価、専門的な開発と持続可能性などの提唱がその典型的なものである。プログラムの質基準は、国の政策取り組みを支援し、学校が健康増進と物質使用（薬物乱用）予防のための義務を果たすように導く。

・ **子供および若者の物質使用（薬物乱用）のモニタリング:**

一部の国では、世界または、地域のモニタリング調査に参加したり、子供および青少年の物質使用（薬物乱用）経験率の全国的モニタリングを行ったりしている。これは、教育部局の活動それ自体ではないが、薬物問題が優先事項であることを示しており、モニタリングは、学校における予防活動を裏打ちするものであり、最も重要なことは、ガイドランスの実態を指し示すことである。

ii 教育分野の対応を導く国際的な枠組み

物質使用（薬物乱用）に対する国の教育分野の対応は、より広範な社会的優先事項の中に位置づけられて行われる時、最も信頼され、支持される可能性が高くなる。多くの国際法は、教育分野を含む様々な分野の子供や若者の物質使用（薬物乱用）による害を予防し、最小限に抑えることに関する責任について明快に、あるいは、そうではない方法で規定している。

最も関係のあるものは、以下である：

- ・ 子供と若者の健康と安全についての権利に関する国際的な政策イニシアチブ（取り組み）：
 - 市民のおよび政治的権利に関する国際規約(1966);
 - 国連子供権利条約(1989)。
 - 行動のためのダカール枠組み –すべての人のための教育 (2000)–仁川宣言教育 2030;
 - すべての人のための包括的で公平な質の高い教育と生涯学習に向けて (2015);
 - 行動の宣言と計画 「子供にフィットする世界」(2002 年)
 - 国連グローバルモニタリング枠組み (2013 年)
- ・ 広範な行動を求める精神活性物質の管理と物質使用（薬物乱用）に焦点を当てた最近の政策条約:
 - WHO たばこ規制枠組条約(2005);

—世界の薬物問題に対抗するための統合的かつバランスのとれた戦略に向けた
国際協力に関する政治宣言と行動計画(2009);

9 <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/preventionstandards> 参照

10 [http://www.ccsa.ca/Eng/topics/Children-and-Youth/Drug
PreventionStandards/Pages/default.aspx](http://www.ccsa.ca/Eng/topics/Children-and-Youth/DrugPreventionStandards/Pages/default.aspx) 参照

—WHO アルコールの有害な使用を減らすためのグローバル戦略(2010)。

・違法薬物の需要と供給規制の努力のための枠組みを提供する国連国際薬物管理条約:

—麻薬に関する単一条約(1961);

—向精神物質条約(1971)

—麻薬および向精神薬の違法取引防止条約(1988)。

・物質問題についての教育分野における対応に関する情報と義務についての最近の取組み
例には、以下のようなものがある:

—2015年に採択された2030年開発課題では、国連加盟国は、サブ目標3.5で、2030
年までに薬物乱用の予防と治療を強化することを掲げている。

—麻薬委員会(CND)は、「加盟国は、薬物使用予防に関する国際基準や、教育活動や
双方向キャンペーンを含むその他の措置(CND、2014)などの科学的根拠に基づき、
適切な場合には、一次予防と早期介入の広範なシステムを策定し、実施する」こと
を求めている(CND、2014)。

—2016年に開催された薬物に関する国連総会特別セッション(UNGASS)の成果文書は
世界の薬物問題に対処するための健康と人権のバランスのとれたアプローチを強調
し、薬物の予防と治療に関する追加の要望を行っている。

・これらのグローバルな政策取組みは、多くの国や大陸をカバーする地域の健康と物質使
用(薬物乱用)に関する政策手段に情報を提供し、そして/または強化するものである。

例えば:

—南北アメリカでは、米州薬物乱用管理委員会(CICAD)が、地球半球薬物戦略
Hemispheric Drug Strategy (2010年)と進行中の行動計画を通じて加盟国に対する
リーダーシップとガイダンスを示している。

—ヨーロッパでは、ヨーロッパ社会憲章を含む、学校における物質使用(薬物乱用)
予防に関連する政策がある; EU薬物行動計画; EU薬物戦略とEUたばこ指令。
欧州薬物乱用センター(EMCDDA)は、最良実践ポータル Best Practice Portal におい
て、政策立案者や実務家に、教育分野への介入を含む科学的根拠の例とレビューを
提供している¹¹。EUが共同出資する研究プロジェクトの欧州予防基準パートナーシ

ップ European Prevention Standards Partnership によって開発された欧州薬物予防に関する質基準(EDPQS European Drug Prevention Quality Standards)は、薬物予防プログラムの質の開発と評価に役立つ一連の原則を提供するとともに、薬物予防活動のすべての要素を概説する包括的な資料を提供している。

.....

11 <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice#view-answer2> 参照

12 参照 <http://prevention-standards.eu/standards/> 参照

.....

米国国務省の法執行・麻薬問題局(INL)は、一般予防カリキュラム(UPC)を通じて科学的根拠に基づく予防・治療介入と政策に関する教育と訓練を提供し、物質使用(薬物乱用)問題に対応するサービスを改善するための国際的な取り組みを支援している。

ケーススタディ 2: 有望な実践

ーウクライナの学校を基盤とする物質（薬物）予防カリキュラム

ウクライナでは、基礎および総合一般中等教育のための国の基準は、学校が生物学と健康の基礎の必須科目を通じて物質使用（薬物乱用）予防と健康的なライフスタイルプログラムを提供すると規定している。

2000年に導入された健康の基礎は、1～9学年(週に1時間)の必修科目である。健康的なライフスタイルと安全な生活に関連するトピックを統合して人生と健康に対する責任ある態度を促し、不可欠な社会的および心理的スキルの発達を図る。2学年では、子供たちは、最初にアルコールの害について学ぶ。3学年では、喫煙のもたらす結果について学ぶ。4学年では、薬物使用の悪影響について学ぶ。中等学校では、物質使用（薬物乱用）と人体への影響についてより多くの情報を学ぶ。また、物質使用（薬物乱用）の健康上のリスクと、その健康と幸せにもたらす結果、そして喫煙、アルコール、薬物使用を断つ方法についても学ぶ。このコースでは、生徒を威嚇したり、物質に関して恐怖に基づくメッセージを広めたりすることなく、前向きなアプローチが取られる。健康的なライフスタイルのためのスキル発達のレッスンは、双方向の学習技術に基づいており、さまざまな状況における実際の行動をモデル化する演習が含まれる。

精神活性物質が人体や将来の生活に及ぼす有害な影響は、9学年の生物学コースでも強調される。教師向けの特別なガイダンス教材と生徒向けの教科書(1年生から9年生まで)が開発され、健康基礎コースの提供が容易になった。

すべての資料は、定期的に更新され、再発行される。

物質使用（薬物乱用）予防は、カリキュラムのオプション項目の一部として、一般および専門学校（職業学校）でも提供されている。このようなオプションの予防プログラムには、5～11学年の「健康的なライフスタイルを目指す若者」が含まれる。6-9学年では、悪い習慣の予防。8-9学年では、健康的なライフスタイルの基礎が配されている。

2004年と2007年に行われた学校を基盤とする予防教育の物質（薬物）経験率に及ぼす影響についての評価研究では、若者の行動と実践に統計的に有効な変化が実証された。

特に、2004年と比較すると、2007年には、前月に少なくとも1回は、飲酒した15~16歳の割合が26%減少し、15~16歳の男子の喫煙率は、10%減少し、15~16歳の少女の喫煙率は、2%減少した。

2014年に5-11学年の生徒を対象に実施されたHBSCの調査では、2014年の毎日の喫煙経験率が2010年と比較して減少していることが判明した:男子では、16%から10%に、女子では7%から5%に減少した。一方、非喫煙者の割合は、80%から87.6%に増加した。さまざまな年のESPAD研究によると、15~16歳の生徒のアルコール使用は、2003年以来着実に減少している。

詳細: <http://iite.unesco.org/pics/publications/en/files/3214742.pdf>

3. 2. 2. 国および地方のカリキュラム

一般的に言って、カリキュラムは、生徒が学ぶべき内容(何)と教育の基礎(なぜ)を定義するものである；学習経験に利用できる時間(いつ)に関連して内容を順序付け；教育機関の特徴(どこ)；学習経験の特性、特に使用される方法の観点からの学習と教育のための資料—例えば教科書(方法)；評価と教師のプロフィール(誰)など。適切に実施された科学的根拠に基づいたカリキュラムは、ライフスキル、態度、意思などのかたちで重要な保護要因を構築し、それによって物質使用(薬物乱用)、そのネガティブな結果、およびその他の危険な行動に対する予防に重要な寄与ができる。

i カリキュラムにおける物質使用(薬物乱用)予防の位置づけ

物質使用(薬物乱用)は、精神保健、性的健康、栄養、いじめなどの他の行動の予防分野とともに、教育分野がカリキュラムを通じて取り組むよう社会が求める重要な社会的および健康的問題の1つである。カリキュラムにおいて、物質使用(薬物乱用)予防教育は、通常、健康関連の科目分野(健康な生活、健康・家族生活、保健体育、個人・社会スキル教育、健康・キャリア教育、ライフスキル教育など)と適切に対応している。

多くの学校は、また、標準的なライフスキルやその他の健康関連のカリキュラムを、マニュアル化されたプログラム、すなわち、それを実施する人々のためのマニュアルとプロトコルの作成を通じて標準化されたプログラムで補完または、置き換えることを選択している。これは、成長した後の人生における物質使用(薬物乱用)を予防し、および/または、回復力・弾性のある精神的健康を支援したり、生活や学業のスキルを習得したりするのに有効であることが研究によって示されている(UNODC、2013)。

利用可能な多くの予防プログラムがある。しかし、科学研究によって効果的であることが示されているものは、ほとんどない。多くのプログラムは、共通の要素を共有しているがこのなかから、研究によって実際に効果的であることが示されており、特定の状況の特定のニーズ(例えば、対象グループの年齢やリスクレベル)に適合するプログラムを見出し、特定することが重要である。そのようなプログラムを特定する方法は、登録されている科学的根拠に基づく物質使用(薬物乱用)予防プログラムの1つを参照することである¹³。

科学的根拠に基づくプログラムのいくつかは、オープンドメインで利用可能であり、他のものは、コスト面から利用可能である。これらは、通常、通常週に1回行われるいくつかの構造化された双方向の授業・セッションで構成されている。国や地域の特定の文化や状況に専門的なプログラムを適応させる必要は、あるが、そのような場合、中核の要因は、除くことなく、慎重に行う必要がある(UNODC、2013)。

ii 内容と概念

カリキュラムの内容と概念は、通常、次の2つのカテゴリーに分類される:

- ・特に初めての薬物使用が多くみられる年齢になる前に、物質使用（薬物乱用）の開始と継続的な使用に関連する個人的および社会的スキルを対象とするもの。これには、責任ある意思決定と目標設定、自己管理、感情管理、社会的意識と関係スキルが含まれる (Jackson et al., 2011)。
- ・物質使用（薬物乱用）に関する特定の知識と態度—物質使用（薬物乱用）から生じる影響、結果、害を含む—を対象とし、一般に最初の薬物使用計経験が起りやすい年齢の間あるいは、その後に、物質（薬物）固有の知識を増やしたり、物質使用（薬物乱用）に対する態度を変えたりするようにする。

一般的に生徒の年齢によって物質使用（薬物乱用）の経験率とパターンが異なるので、それに基づきカリキュラムの目標を達成できるよう、カリキュラムの内容を選択し、焦点を絞る必要がある。

一般に物質使用（薬物乱用）を始める前の年齢

.....

物質使用（薬物乱用）を始める年齢前の生徒を対象としたプログラムは、一般的な個人的、社会的、情緒的なスキルの成長を支援することに焦点を当てるべきであり、物質（薬物）そのものの特異性についての内容を含めない（これらは、ネガティブな、あるいは、医原性—かえって物質への関心や興味を喚起する—の結果をもたらす可能性がある）。

.....

学校制度においては、物質使用（薬物乱用）を始める前の年齢の生徒の物質使用（薬物乱用）を防ぐことを目的としたカリキュラムは、主に6～12歳前後の子供を対象としている。

何らかの物質を最初に使用する一般的な年齢は、国または、地域の状況によって異なる。

この年齢層の予防教育カリキュラムは、ほとんどが「スキルを基盤とした健康教育」と呼ばれるものである (UNODC, 2013; WHO, 2003)。これらの年齢層に対するカリキュラムは、この年齢における健全な情緒的および社会的発達を支援するような重要な個人的および社会的スキルの発達を目的としている。

その後の年齢における物質使用（薬物乱用）から保護することを目的とすることに加えてスキルを基盤とした教育は、一般的な問題行動、学校への関り、学業成績、自尊心、精神的幸福、自己管理、その他の社会的スキルにポジティブな効果をもたらすことが知られている。

（オーストラリア、カナダ、ヨーロッパ、米国のほかに、科学的根拠は、アフリカ、ラテンアメリカ、インドでも得られている）(Durlak)ら, 2011; Foxcroft and Tsertsvadze 2011b; UNODC, 2013).

カリキュラムは、日常生活の困難な状況に安全かつ健康的な方法で対処するためのスキルを学ぶ機会を提供する必要がある。この年齢層のほとんどを通じて、スキルを基盤とした予防教育は、物質使用（薬物乱用）の問題に直接関係する議論を含む必要はない。物質使用（薬物乱用）がこの年齢の子供にとって日常の現実の一部ではない限り、薬物を具体的に扱った教育を導入することは、仲間の物質使用（薬物乱用）を気づかせ、好奇心を刺激する可能性があるため、実際には、有害である (Elek et al., 2010)。ただし、小学生が揮発性物質＝有機溶剤(接着剤、ガソリン、ライター液など；（注）我が国では、シンナーと呼ぶことが多い)の使用などの物質使用（薬物乱用）に手を染め始めているようなコミュニティは例外である。このようなケースは、すべての児童生徒を対象とした物質とその有害性についての具体的教育、あるいは、特に脆弱な状況下にある児童生徒へのアプローチが必要な深刻な問題である。

概念は、単純なものから複雑なものへと進行し、後からのレッスンは、以前の学習を強化し、構築するものである必要がある。上記の初等教育プログラムは、次の中等教育に計画的かつ順序付けられたカリキュラムと切れ目なく連携させる必要がある。

注 13 例えば、EMCDDA ベスト プラクティス ポータル (<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>); 米国国立科学的根拠に基づくプログラムと実践の登録 (NREPP) (<http://www.samhsa.gov/data/evidence-basedprograms-nrepp>)、米国 Registry of Evidence-based Youth Development Programmes by Blueprints for Healthy Youth Development (<http://www.blueprintsprograms.com>)

ポジティブな予防成果、効果のないあるいは、ネガティブな予防成果に関連する小学校のスキルを基盤とした教育アプローチの特徴(UNODC、2013;WHO、2003年)

- ↑ 個人的および社会的スキルの範囲を向上させることに重点を置く。
- ↑ 少なくとも年間10時間の一連の構造化されたセッションを通じて教授する。
- ↑ 訓練を受けた教師または、指導者・ファシリテーターによって教授する。
- ↑ セッションは、主に双方向である。
- ↓ 講義などの非双方向な方法を主な配信方法として使用する。
- ↓ 脅しを用いて特定の物質に関する情報を提供する。
- ↓ スキル構築ではなく、自尊心の構築と情緒教育にのみに偏って焦点を当てる。
- ↓ 生徒の生活に関連する状況下では、適用できないスキルを学ばせる。
- ↓ 訓練を受けていない教師を使用する。これらの教師は、一般に双方向のスキルを基盤としたセッションに不得手とし、重要な予防教育において重要な要素を省く傾向がある。

一般に物質使用（薬物乱用）を始める年齢あるいは、その後の年齢

多くの国では、中等学校は、物質（薬物）経験率が劇的に上昇する年齢層にあたる。この年齢時期は、また、一般に、青少年が他の多くの変化や社会的および生物学的ストレスを経験する時であり、さらに脳の「可塑性」または「可鍛性」がある時期であるため、介入によってそれ以前の経験を補強したり、変更したりできる。したがって、この時期の青少年は、潜在的に予防介入に対して特に受容的である。このため多くの学校システムでは、標準的なカリキュラムをUnplugd(ケーススタディ3を参照)などの効果的であることが研究によって示されている専門プログラムで補完または置き換えることを選択している。

通常、週に1回、一連の10以上の構造化されたセッションの授業を配置することが必要である(UNODC、2013)。

これらのプログラムは、また、双方向のスキルを基盤とした教育に基づいており、双方向の方法(教師と生徒の相互作用よりも生徒と生徒の相互作用を強調する)が必要とされる。情報だけでは、物質使用（薬物乱用）に関する行動を変えるのに十分ではないことを念頭に置く一方で、いわゆる神話などと呼ばれる作り話や誤った情報に対抗するために、正確でバランスの取れたそれぞれの物質に関する情報（有害性）に生徒がアクセスできるようにすることが重要である。

ケーススタディ 3:

科学的根拠に基づくアプローチ – ナイジェリアにおける予防プログラムの適応と検証

「Unplugged (プラグを刺さない=電源を入れない)」プログラムは、科学的根拠を基盤とした普遍的な(クラスのすべての子供を対象)プログラムであり、12~14 歳の子供を対象にたばこ、アルコール、その他の薬物の使用を予防しようとするものである。ナイジェリアでの実施にあたっては、プログラムは、ナイジェリア向けに調整され、ランダム化比較試験(RCT)により検証された。

Unplugged プログラムは、教師が提供する 12 回の 1 時間の双方向セッションで構成され社会的および個人的なスキル、知識、規範的信念に取り組む社会的影響モデルに基づいている。その目的は：

- ・薬物を肯定するような態度を減らす。
- ・多くの仲間が喫煙、飲酒、または、大麻を使用しているという認識を減らす。
- ・拒否スキルを高める。

Unplugged プログラムは、当初、ヨーロッパ 7 カ国の 7,079 人の生徒が参加する大規模 RCT(2003-2005)を通じて開発され、評価された。この評価では、プログラムに参加すると、大麻を使用するリスクが 23%減少、毎週のアルコール急性中毒のリスクが 28%減少、毎日の喫煙のリスクが 30%低下した。ポジティブな効果は、プログラムの完了後少なくともその効果が 18 ヶ月間続くことが判明している。これは、思春期の薬物問題に関しての重要な時期に物質使用(薬物乱用)を遅らせることを表し、重要な意味をもつ。

これらのポジティブな結果に基づいて、Unplugged プログラムは、アラビア語圏の国、ラテンアメリカ、東南アジア、キルギスタン、ロシアを含む EU 外の世界の他のいくつかの地域の 30 カ国で応用され、実施されている。

2014 年、ナイジェリアにおける薬物の生産、売買、使用を削減し、関連する組織犯罪を抑制する取り組みの一環として、政府および非政府の主要担当者が参加するワークショップが行われた。そこでは、UNODC の薬物使用予防に関する国際基準(UNODC、2013)を基に、これまでのナイジェリア国内の取り組みを分析し、プログラムが科学的根拠に基づいたものかどうか判定した。そして、ナイジェリアには、生徒のための科学的根拠に基づいたプログラミングは、存在しないと結論付けられ、公表されており利用可能な Unplugged プログラムを検討することが合意された。

パイロットは、2つのフェーズに分けて行われた。フェーズ I では、このプログラムを 5 つの学校でテストし、地域の状況に合わせて再設計し、適応させる最善の方法を決定した。現在進行中のフェーズ II は、適応プログラムの RCT であり、32 の学校(16 の対照と 16 の介入)が参加している。プログラムのスケールアップ計画は、試験の結果を受けて決定される予定である。連邦教育省のリーダーシップと UNODC の積極的な関与は、この取り組みにおいて極めて重要であった。

詳細: www.eudap.net

ケーススタディ 4:

有望なプログラム - 高等学校およびより年長の青少年のための普遍的な予防

プログラムの厳密な検証

REBOUND リバウンドは、高等学校生徒および若年成人のための普遍的なスキルを基盤とした物質使用（薬物乱用）予防と健康増進プログラムである。ドイツのイデルベルク大学で開発され、FINDER Akademie によって実施・検証されたこのプログラムは、高等学校または、専門学校の14～25歳の青少年を対象としている。皮肉なことに、物質使用（薬物乱用）が若者の日常生活の現実の非常に大きな部分を占めている時代には、この年齢層を対象とした普遍的なプログラムは、ほとんどなかった。

プログラムは、強力な理論的基盤から始められ、物質使用（薬物乱用）者と非使用者の両方に対して以下のような能力を高める:

- ・強さを認識し、これらの強さを強化する。
- ・スマートかつ、独自で健康的な方法でアルコールや他の薬物に対処する。
(個々のリスク能力);
- ・仲間の間でのリスク対処を実践する。

介入は、主に教師によって提供される教室内のセッション(毎週90分のセッション)、オンラインモジュール、オプションのメンタリング指導、学校全体の要素の4つの柱で構成されている。主なプログラムの特徴は、次のとおりである:

- ・半年間に12～16レッスンの短編映画（ビデオ）による指導方法。
- ・4日間のワークショップによる教師のトレーニング。
- ・環境介入と学校薬物方針の確定;
- ・短編映画を一緒に探索・議論する。

このプログラムは、46のクラスと800人の生徒・学生による制御された試行研究を受けている。2015年までに約3,000人の生徒・学生に実施された。このRCT計画は、現在も進行中である。試行研究からは、生徒・学生のスキルと態度をあげるために可能な限り適切な教師を選ぶ必要があること、この年齢層に対するコースでは、その構造と学校での提供のあり方の両方に柔軟性を組み込むことが必要である、の2点が指摘された。

詳細: <http://my-rebound.de/>; <https://finder-academie.de/>

バランスのとれたアプローチは、生徒・学生が物質（薬物）問題のさまざまな側面を探求するための基礎を築く、例えば:

- ・物質使用（薬物乱用）は、どの程度に一般的な問題であるかについての認識;¹⁴
- ・リスク対利益の認識;
- ・物質使用（薬物乱用）に関連する予測;
- ・物質使用（薬物乱用）（家族、メディア、仲間など）に対する社会的影響、およびその影響を分析し、影響を最小限に抑えるスキルの発達;

- ・物質使用（薬物乱用）にも関連させて、他の幅広い個人的および対処的スキルを実践し続ける機会を提供しながら（UNODC、2013）。

注 14 若者は、仲間の物質（薬物）経験率を過大評価する傾向がある。

ポジティブな予防成果、効果のないあるいは、ネガティブな予防成果に関連する中等学校のスキルを基盤とした教育アプローチの特徴

- ↑ 双方向の手法を用いる。
- ↑ 週に1回、一連の構造化されたセッション(通常は、10~15回)を通じて指導し、多くの場合、複数年にわたって追加のセッション(「ブースター」)を提供する
- ↑ 訓練を受けたファシリテーター(訓練を受けた仲間を含む)によって教授する。
- ↑ 練習する機会を提供する。特に対処スキル、意思決定スキル、抵抗スキルなど、幅広い個人的および社会的スキルを学ぶ。
- ↑ 物質使用（薬物乱用）に関連するリスクの認識に影響を与え、即時の結果を強調する。
- ↑ 物質使用（薬物乱用）や一般的に物質使用（薬物乱用）がどのようなものであるかについての期待・思い込みの誤解を払拭する。
- ↓ 情報提供のみ行う、特に恐怖を引き起こすアプローチを使用する。
- ↓ 講義などを主な教授戦略として双方向ではない方法を使用する。
- ↓ 構造化されていない対話に基づく。
- ↓ 自尊心と情緒教育の構築にのみ焦点を当てる。
- ↓ 倫理的/道徳的意思決定または、価値観のみを求めようとする。
- ↓ プログラムの指導者として警察官を使う。
- ↓ 物質使用（薬物乱用）経験者の話を聞く。

iii. 教授方法

学年を通して、物質使用（薬物乱用）予防は、訓練を受けた指導者・インストラクターによって提供される双方向の教授法を使用して、「スキルを基盤とした健康教育」アプローチに基づくものとする。スキルを基盤とした教育には、知識と態度の要素が含まれることがよくあるが、スキルに方法的な注意を払ってのみ起こり得る行動の変化に重点を置く（スキルが実証されているのを見、安全な環境下でそれを練習する機会を持たせる）。簡単な講義やその他の教訓的な方法は、一般に、セッションの中心的な参加型要素を支援するためだけに使用する（、セッションの紹介や終了時に）。

スキルを基盤とした教育を提供し、双方向性を促す能力は、次のような、ファシリテーター・指導者の行動(WHO、2003)に関連する:

- ・さまざまな役割を果たす能力 – 必要に応じてグループを支援、集中、または指示する能力。
- ・グループを支配するのではなく、ガイドとして行動する能力。
- ・思春期の若者とその選択の自由と個人の自決権の尊重。
- ・温かさ、支持力、熱意。
- ・デリケートな問題に対処する能力。

物質使用（薬物乱用）予防に対する主に知識ベースのみアプローチを支持する科学的根拠はない(Faggiano et al., 2008; Lemstra et al., 2010)。

iv. 最小セッション数/時間

カリキュラムにおいて、さまざまな健康問題に対処するための時間を確保できるかどうかは、しばしば懸念事項となる。スキルを基盤とした教育は、さまざまな健康問題(性的健康、いじめなど)に対処するのに効果的であるが、それぞれのケースにおいて効果的であるためには、特定の問題の文脈（特性や状況を踏まえて）でスキルを実践する必要がある。カリキュラムの時間的制約に対する 1 つの解決策は、2 つ以上の問題を一緒に対処する統合アプローチを使用することである(例えば、物質使用（薬物乱用）と性的リスク行動を含む状況)(Jackson et al., 2011;Peters et al., 2009)。

既存の物質使用（薬物乱用）予防教育カリキュラムをレビューする（見通す）と、1時間のセッションから数年(最大 11 年)までの幅広い時間のものが見られる。いくつかのレビューは、より長く、より集中的なプログラムがより効果的であることを示している(Flay、2009; レムストラら, 2010; Soole et al., 2008)。UNODC は、10 以上のセッションを持つプログラムが最も効果的であることを示し、数年にわたって少なくとも週に 1 回のレッスンを推奨している (UNODC、2013)。

また、ブースターセッション（追加セッション）がプログラムの内容を再確認する上で重要であり、長期的な効果に寄与するという科学的根拠がある (Champion et.al., 2013; UNODC, 2013)。

v. スキルを基盤とした予防教育を提供するために適切な教師・指導者

全体として、学校における継続的な存在感を考えると、教師は、しばしばスキルを基盤とした予防教育を提供するのに最適な立場にある。しかし、研究によると、教師は、スキルを基盤とするカリキュラムの最も重要な要素である双方向指導の要素を省略することが多

いことが示されている (Sobeck et al., 2006)。したがって、カリキュラムを提供する者は、誰であっても、指導方法と敏感なトピックへの対処についてのトレーニングと支援を受けることが非常に重要である(教育者トレーニングの詳細については、セクション 3.2.3 を参照)。

研究によると、さまざまな専門家(指導カウンセラー、メンタルヘルスおよび社会専門家など)や生徒・学生の仲間もプログラムを提供する指導者として効果的であることが示されている (Porath-Waller et al., 2010;Tobler et al., 2000)。このような場合も、指導者・インストラクターが意図したとおりにセッションを提供し、専門家の適応を最小限に抑えることが重要である。ゲストの資料担当者は、カリキュラムを知り、カリキュラムの目的(カリキュラムガイドまたは、教材に示されている)に貢献できることを学校スタッフに保証して必要な方法を用いることが大切である(Buckley et al., 2007)。一部の学校では、コンピュータおよびインターネットベースのプログラムがオプションで使われる場合がある。最近の研究は、それらが合理的で効果的であることを示しており、より意図して使われるようになっている (Champion et al., 2013)。

3. 2. 3. 教育者およびその他の要員のトレーニングと支援

科学的根拠に基づく予防の効果を実現するためには、内容と方法が意図したとおりに実施される必要がある(実施の忠実度と呼ばれる)。しかし、さまざまな研究が、教育者は、意図されたとおりに内容を教授しないことが多いことを示している(Ennett et al., 2011;Miller-Day et al., 2013;Van der kreeft et al., 2009)。

実施に影響を与える可能性のある政策支援や資料・資源などの他の要因は、さまざまであるが、物質使用(薬物乱用)に対する教育分野の対応の実施の質を決定する上で、トレーニングと支援は、非常に重要である(Ringwalt et al., 2003)。

研究によると、トレーニングは、教師が実際にスキルを基盤とした予防の内容を提供し、意図した方法でそれを行う可能性を高めることが明らかにされている。トレーニングは、教師がプログラムの中核要素を維持しながら、プログラムの方法を自分の指導スタイルと適性に適応させるのに役立つ(Miller-Day et al., 2013)。

教育者トレーニングにおいては、スキルを基盤とした方法の明確な理論的根拠を提供し、双方向教授法のデモンストレーションを提供し、さらにこれらのスキルを実践する十分な機会を与えることが大切である(WHO, 2003)。特定のマニュアル化されたプログラムに関するトレーニングに加えて、中等学校レベルでは、生徒が危険な飲酒をするなどのデリケートなトピックが発生する可能性がある。そのような物質使用(薬物乱用)関連のトピ

ックに対処するための一般的なトレーニングは、教師のこれらのトピックが発生した際の対処に役立つ。別の方法として、担当者は、カリキュラム要件の流れのなかで特定のトピックをカバーしたり、マニュアル化されたスキルを基盤とする予防プログラムを提供したりすることができる。

スキルを基盤とした教育の提供に従事しているすべての人(アルコール、たばこ、薬物の専門家、メンタルヘルスカウンセラー、学校の看護師(養護教諭)、生徒仲間など)は、自分の役割とそれがカリキュラムの目的にどのように貢献しているかに関するトレーニングを受ける必要がある。これらの担当者がスキル基盤としたプログラムの内容の教授に関与する場合、この分野における彼らの能力は、検証されるべきであり、必要に応じてトレーニングを受けるべきである(Buckley et al., 2007)。

ケーススタディ 5: 有望な取組み- ケニアでのトレーニングと認証

アルコールと薬物乱用キャンペーンのためのケニア国家機関(NACADA)が、2012年7月24日に議会法によって設立された。NACADAの優先事項は、物質使用(薬物乱用)の予防と治療の専門家の訓練と認定である。この優先事項に対処するために、NACADAは、米国国際麻薬法執行局(INL)および国際物質使用(薬物乱用)予防治療専門家協会(ISSUP)の協力を得た。ISSUPは、カリキュラムを提供し、INLは、最初の地元の指導者・は、シリテーターのためのトレーニングマニュアルとトレーニングの費用を負担した。

ISSUPは、最近、予防業務担当者と予防コーディネーターのための一般予防カリキュラム(Universal Prevention Curriculum:UPC)と呼ばれる包括的なトレーニングパッケージを開発した。UPCは、一流の予防研究者によって開発され、UNODCの薬物使用予防に関する国際基準(UNODC、2013)に提示された科学的根拠を基盤とするカリキュラムのひとつである。UPCは、ケニアのトレーニングと認定の取組みの基礎となっている。

NACADAの目的は、その予防対策担当者の専門化と開発を通じて、物質使用(薬物乱用)予防(および治療)を独立した学際的な分野として発展させることにある。

この目的を達成するために、当局は、国の5つの異なる地域で薬物嗜癖の専門家のための認定トレーニングを開催した。そこでは、中等学校、高等教育機関、大学の教育者を対象とし、これまでに1,000人以上が訓練を受けた。このトレーニングと認定活動は、継続中である。

詳細:<http://www.nacada.go.ke> および <https://www.issup.net/traning/universal-prevention-curriculum>

スキルを基盤とする教育を提供する教師の教育は、教員養成、現職教員、および Web ベースなどのオプションの形をとることができる:

- ・ **教員養成段階**におけるスキルを基盤とする健康教育、学校健康増進および予防科学に関する教育(教師養成機関による)は、学校健康増進および予防の重要性を説く人々によって広く推奨されている (Thapa et al., 2013; UNESCO, 2014b; Bundy, 2015)。そのようなトレーニングは、生徒の健康と幸せ、行動とリスク行動に関するより広範な予防、および/または、特に生徒の物質使用(薬物乱用)にも焦点を当てている。残念ながら、このスキルを基盤とした教員養成段階での教育は、先進国と発展途上地域の両方でまだ限られたものである (Hale et al., 2011; ユネスコ東アフリカ・南部アフリカ、未発表報告書)。
- ・ **現職教員**のトレーニングと支援は、教員養成段階でのこの分野の教育が一般的に不足しているため、非常に重要である。現職教員トレーニングは、教員の入れ替わりがあるため、また時々スキルを刷新する必要があるため、継続的に行う必要がある。スキルを基盤とした予防を提供する教員のトレーニングと支援に関する最善の方法についての研究から、対面トレーニングがより受け入れられやすく、自習マニュアルや指導ビデオなどよりも効果的であることが示されている (Hanley et al., 2009)。しかし、指導ビデオなど技術ベースの方法を含むオプションの組み合わせは、単一の戦略よりも効果的である可能性が高い。コーチング(すなわち、コーチが教師の忠実度、タイミング、順序、機材、授業構成などを評価する授業クラス内パフォーマンスフィードバック)については、それが効果的かどうかについて、これまで定まった科学的根拠がない (Dusenbury et al., 2010; Ringwalt et al., 2009)。多くの科学的根拠に基づく予防プログラムには、その内容の忠実な教授・指導をモニターし、導くためのツールを持っている。
- ・ **Web ベースの知識ポータル**は、学校における予防と健康増進のスタッフに重要で継続的な支援を提供することができる。その一例が、Mentor UK の Alcohol and Drug Education and Prevention Information Service(ADEPIS)である。このサイトでは、アルコールや薬物に関する最新の研究成果を広範囲の最前線の教師・指導者のために実用的な戦略に落とし込んで提供している(ケーススタディ 6 を参照)、また UNODC による Prevention HUB (<http://preventionhub.org/en>)は、学校の教師や他のスタッフを対象とし、薬物に関して別々のセクションの資料を提供するポータルサイトである。

他の教育関係者に対する研修



ケーススタディ 6:有望な取組み-国による教師の指導と資料、トレーニングと質基準の開発:アルコールと薬物の教育と予防情報サービス(ADEPIS)、英国

このオンラインサービスは、薬物教育と薬物予防に関する優れた実践についての情報とアドバイスを学校や開業医に提供するものである。イングランド公衆衛生局と内務省から資金提供を受け、薬物防止慈善団体 Mentor UK がパートナーとともに運営している。ADEPIS チームは、欧州薬物防止質基準によって示される一連の基準を開発した。

これは、生徒に物質（薬物）教育を提供する学校および学校に協力する組織の双方のために特別に設計されたものである。この基準は、国際的な科学的根拠ならびにそれぞれの地域の教育に関するガイダンスおよび法定カリキュラムガイドラインに基づいており、すべて科学的根拠に基づいており、それぞれの地域の状況に応じて容易かつ持続的に実施可能であることが保証されている。

公表された基準は、良い物質（薬物）教育の主催に関連する幅広いトピックをカバーしている。資料には、スタッフポリシー；効果的な薬物およびアルコール教育のための教室教材；教室で良い薬物とアルコールの教育を提供するための推奨事項などが含まれる。ADEPIS のウェブサイトでは、頻繁な評価および質改善を増進するために、薬物とアルコールに関するポリシーを確認するためのオンラインツールキットを学校に提供している。このウェブサイトでは、教師、生徒、保護者など、関連する利害関係者と相談する方法に関する実践的なアドバイスも提供している。

この取組みは、関連する科学的根拠を基盤とした基準に従い、その基準を地域の状況(教育的、文化的、物流的要因を十分に考慮して)に適用させるものである。この取組みは、政府と第三セクターの組織間の協力、専門能力開発および良い実践の共有の増進についての代表する例である。

詳細: <http://mentor-adepis.org>

3. 2. 4. 学校レベルでの科学的根拠に基づく対応

学校レベルでは、物質使用（薬物乱用）への対応アプローチは、2つのカテゴリーに分類することができる：

- ・学校集団全体における物質使用（薬物乱用）予防を目的とした**普遍的な予防**。このアプローチは、物質使用（薬物乱用）に対して保護的な知識とスキルを提供する、あるいはすべての生徒の物質使用（薬物乱用）を予防ないしは、削減できるように学校の方針と環境を変更することによって学校または対象年齢/年グループ全体のリスクを軽減することを目的としている。
- ・物質使用（薬物乱用）を始める特定のリスクがあるとみなされる個人またはグループ、あるいは物質使用（薬物乱用）行動にすでに関与している個人またはグループを標的とする**選択的指定制防**。これらのアプローチには、リスクのある個人またはグループを特定し、それらに対する予防努力を目標にする方法あるいは物質使用（薬物乱用）の早期兆候を示す者を特定し介入する方法が含まれる。

学校は、生徒集団のすべてのメンバーに適切にサービスを提供する責任がある。

これには、危険にさらされているグループ(選択的予防)および個人(指定制防)への支援・サービスも含まれる。



i. 普遍的な予防:安全で協力的な学校環境

学校に存在する環境は、多くの要因、特に学校の価値観、目標、組織構造、および管理慣行の正味の総体である (Bissett et al., 2007)。そのため、カリキュラムベースのアプローチに加えて生徒の学習、健康、幸福に影響を与える可能性のある学校コミュニティのあらゆる側面を巻き込むような学校全体としてのアプローチが推奨される。その際には、以下の点に注意が必要である：

- ・ 生徒が安全だと感じるのを助ける(身体的および社会的情緒的の両方)。
- ・ 人間関係学習(例:生徒－生徒および生徒－スタッフ;多様性の尊重)。
- ・ 学習のための通常の教室戦略の強化(すなわち、意欲を失っている生徒や学習や行動に問題を抱える生徒にも向けて)。
- ・ 「学校コミュニティ」の感覚を促す。
- ・ 学校の敷地と施設の改善。
- ・ 学校と地域社会とのつながり、例えば、地域コミュニティサービス活動、地域問題への参加(Markham et al., 2008;Thapa et al, 2013;Tobler et al., 2011)。



学校コミュニティのすべてのメンバーをプロセスに関与させて学校環境を改善する。理想的には、そのための体系的なアプローチを確実にする調整チームが設置する。まとめると、学校全体のアプローチは、学業成績(欠席率の低下、生徒の停学率の低下)や物質使用(薬物乱用)率(特にたばこの使用)および困難な家庭環境の影響を軽減することに効果があることが示されている (Fletcher et al., 2008;ラングフォードら, 2014;Thapa et al., 2013)。

ケーススタディ 7:科学的根拠に基づいたプログラム－喫煙に関連して学校環境を変えるためのシンプルなプログラム

Be Smart - Don't Start(SFC)は、ほとんど時間を必要とせず、喫煙に関連して学校環境を変える可能性を秘めた低コストのプログラムである。この取組みは、恐怖を植えつける方法で生徒にタバコを吸わないように動機付けるのではなく、前向きの競争を通じてポジティブな強化を用いる。11歳から14歳の生徒は、最大6ヶ月間禁煙の契約に署名することで、自分自身に約束する。これらのクラスの生徒は、喫煙したかどうか定期的に報告を行う。契約を守る競争期間の終わりに成功したクラスは、抽選で魅力的な賞品を獲得することができる。このプロセスを通じて、喫煙を取り巻く社会規範が向上する－禁煙は、やりがいがあり、禁煙が喫煙よりもクラスでより一般的になる。参加した教師は、教師用ガイド、ステッカー付きのクラス契約書、生徒契約書のテンプレートなど、プログラムの実施に必要な資料を受け取る。登録生徒の保護者には、競技についての説明と子供を支援する方法についてのアドバイスを提供するリーフレットを渡す。SFCを実施するには、ほとんど時間は必要ないが、カリキュラムを通じた喫煙についての授業により生徒の関心を集める優れた基盤・プラットフォームとして役立つ。

このプログラムは、1997年から欧州委員会によって共同出資され、ヨーロッパで広く普及している。評価研究は、このプログラムにおいて、競争が安全である(害を及ぼさない)こと、よく受け入れられていること、常習喫煙の開始を遅らせる可能性が高く、費用対効果が高いことを示した(Isensee and Hanewinkel, 2012)。

詳細: <http://www.smokefreeclass.info>

学校全体のアプローチの枠組みの中で、教育のなかで、および教育を通じて、子供と若者のための安全で協力的な環境を確保することを目的とした対応は、以下のカテゴリーに入るものである:

- ・ **安全で協力的な学校環境**を確保し、協力的な学校方針と学校文化を通じて、個々の生徒の心理的脆弱性に対処する; 教室環境、生徒の参加および生徒同士のつながりを改善して質の高い教育への導きを確保する。
- ・ 学校の範囲を超えて安全で協力的な環境を作るために、**家族やより広い地域コミュニティ**と関わる。

学校の物質（薬物）に関する方針の設計と実施

学校の物質（薬物）に関する方針—たばこ、アルコール、薬物を含む—は、物質使用

（薬物乱用）に対する学校の対応が学業目標にどのように貢献しているかを示す声明である。この方針は、より広範な政策(例えば、全国的なたばこ、アルコール、薬物政策または、予防戦略)と連携し、協力を築くことが大切である。学校の物質（薬物）に関する方針は、一般的に、安全、および安全で健康的な身体的および心理社会的環境(いじめ、セクシャルハラスメント、学校暴力、栄養と食事、精神的健康などの他の問題に対処する環境)の確保を目的とした学校の健康関連方針の中に、あるいは、それとともに配置することが好ましい (WHO、2003)。

地域における物質（薬物）政策は、生徒の物質使用（薬物乱用）に対する学校を基盤とする対応への入口となるものである。物質（薬物）政策を策定するプロセスは、学校やその他の関連する地域の関係者に生徒の物質使用（薬物乱用）についての考え方—価値観、目標、行動—と、それにどのように対応するかを共に考える機会になる。

これまで伝統的に、物質（薬物）政策は、生徒の物質使用（薬物乱用）事案に学校は、どのように対応するかを明確にすることに最も関心があった。この点は、重要である—この方針がないと、学校職員は、物質（薬物）に関連する各事案の発生時にその都度対応することを余儀なくされる。これは、資源の非効率的な使用であり、学校当局による一貫性のない不当な決定につながるがよくある。

予防活動を含むすべての物質（薬物）関連の対応を単一の政策手段にまとめることは、一貫性を高め、問題に対する関与をより深く理解することにつながる。より広範な「物質使用（薬物乱用）への対応」政策は、学校資源が、たとえ乏しくても、それを最大の影響を生み出すように配分することを確かにする。

小学校において物質（薬物）対策を実施する必要があるだろうか？

物質使用（薬物乱用）予防の最も強力な機会は、小学校時代にある（例えば、教室管理アプローチ）。低学年のための適切な物質（薬物）政策は、薬物に関係のない児童や問題を抱える児童を含めて、すべての児童が学校でうまくいくことを保証する、より広い学校政策の中に組み込むことが最も良い。

実際、このレベルでは、学校への出席、学校への愛着、年齢に適した言葉と計算能力の達成が、この年齢の子供たちに対してできる最も重要な予防措置である。低・中所得国からの科学的根拠は、この年齢層においては、学校への出席と就学を支援する政策措置が、後の物質使用（薬物乱用）を防ぐのに効果的であることを示唆している。さらに、児童のライフスキルやポジティブな教室での行動を支援するものなどの多くの科学的根拠に基づいた予防プログラムが、小学校の児童を対象にしており、これらのプログラムは、物質使用（薬物乱用）やその他の危険な行動の予防において非常に良い成果を示し、その成果が長期的にわたることが明らかになっている（UNODC、2013）。

特定の物質（薬物）について方針を掲げる必要はないが、小学校において物質（薬物）方針を掲げることは、後の物質使用（薬物乱用）予防につながることを期待できるので、学校方針の評価の一部であるべきことを指摘して、より広範な学びや保健政策のなかに、物質予防に関する文言を追加することは、理にかなう。

さらに、児童の学校生活への積極的な参加と社会的つながりは、物質使用（薬物乱用）やその他の危険な行動のレベル低減に関連する重要な保護要因である。積極的な生徒の関与とポジティブな学校文化を支援する学校方針も包括的な学校対応の一環として推奨される。

これらの方針は、共に進めることが必要であり、物質使用（薬物乱用）とその予防に関して学校のプログラム関与、規則、手順、および活動を明確なものにしておく必要がある。これには、次の要素を含める必要がある：

1. 包括的な予防プログラミンの要件を満たすこと（例えば、スキルを基盤とした予防カリキュラムや学校全体の予防）。
2. 物質使用（薬物乱用）事案に介入するためのプロトコル、および物質使用（薬物乱用）の問題（中毒、物質使用（薬物乱用）に起因するネガティブな結果など）を抱える生徒に介入するためのプロトコルは、懲戒措置と支援措置の両方を提供するものであること。
3. アルコール、たばこ、薬物の所持、使用、流通等は、学校内のすべての人において禁止されるという明確な立ち位置をもつこと。

物質（薬物）方針の内容は、重要である。しかし、方針がどのように開発され、普及されて実施されるかも同様に重要である。多くの学校が、変更できない地区レベルの政策（制約された状況）の下で運営されていることを認識し、これらのプロセスへ参加するようなアプローチが望ましい。このタイプのアプローチは、より強く、より適切で、より支持された政策をもたらす可能性が高い(Fletcher et al., 2008; Toumbourou et al., 2004)。

物質使用（薬物乱用）関連の事案に対する最も効果的なアプローチは、有益で健康を増進する解決策を求め、停学によって学校から追い出すことを最小限に抑えることであるということが科学的根拠によって示されている。停学の代替案には、学校内停学(生徒が校長室の外または、オフィスエリアに座って授業を受ける)、学校外の「教育ユニット」で一定期間授業、特権の撤回(修学旅行など)、学校にとどまることができる条件を記載した生徒との契約の策定(カウンセリングへの参加、怒りの管理訓練)などがある(Hemphill et al., 2012a)。

懲戒処分に加えて、あるいは、懲戒処分に代わるものとして、薬物事案を健康増進の機会に変えることを目的とした支援を行って、物質（薬物）の所有または、使用の事案に対応することも重要である。これは、事案の評価・分析し、短期の介入、カウンセリング、禁煙プログラム、学校外の他の保健および社会サービスへの紹介、および家族全員に対する支援などの支援の紹介を行うような対応をすることによって達成できる。

学校において生徒の薬物検査を行うことの有効性についての科学的根拠は、極めて限られており、ほとんどの研究は、予防効果がないと結論している。多くの懸念(例えば、費用、アルコール、たばこは、検査されない、生徒のプライバシーに関する重要な倫理的考慮事項、学校の関与を少なくするような懲罰的対応による害の可能性)と照らし合わせるとこの措置=薬物検査は、推奨されない (Shek, 2010; Sznitman & Romer, 2014; UNODC, 2013)。

停学処分などの物質（薬物）事案に対する過度に懲罰的な対応は、しばしば反社会的行動の増加につながる。例えば、ある国際研究では、7年生の停学は、たばこの使用の増加につながった(Hemphill et al., 2012b)。一方、学校が甘い物質使用（薬物乱用）方針を持ったり、または、物質使用（薬物乱用）に対して何ら対応しなかったりすることも、物質使用（薬物乱用）の増加につながる可能性がある (Evans-Whipp et al., 2013)。

これらの結果を総合すると、予防と薬物事案に対する具体的対応のバランスのとれたアプローチが最も効果的なアプローチであると考えられる—全体的にポジティブな学校環境・風土を醸成し、すべての生徒が物質関連の行動に関して何が許されないかを確実に理解す

るようにするだけでなく、ハイ・リスクの若者に対しても可能な限り学校とのつながりを維持するよう支援する(Hemphill et al., 2006; Sznitman and Romer, 2014)。

最後に、物質（薬物）方針の視野が重要である。学校職員と訪問者に対しての方針（例：敷地内での喫煙）は、生徒によってよりよく支援されることが高い。イランの研究では、教師の喫煙を生徒が知っていることと生徒の喫煙は関連することが明らかにされた(Roohafza et al., 2014)。教師は、学校でお手本・ロールモデルとして機能し、彼らのあるべき行動を学校の方針のなかに記述すると学校のすべての人の喫煙に対する規範に影響を与えることができる。そのため、生徒と教職員の両方が学校の敷地内や学校で授業が行われている時間内で、物質（薬物）を使用すべきではないということを学校方針のなかで明確に義務付けることが重要である。

ポジティブな予防成果に関連する学校方針の特徴(UNODC、2013):

- ↑ 学校におけるすべての物質使用（薬物乱用）関連の活動と懸念に対処する。
- ↑ 中断ではなく、正常な学校機能が保たれるように支援する。
- ↑ すべての利害関係者(生徒、教師、他のスタッフ、保護者)の関与を得て方針を策定する。
- ↑ 物質（薬物）に関する方針により、生徒と教職員の両方に、たばこ、アルコール、または、薬物へのアクセスおよび入手可能性を削減または、排除するために学校の敷地内または、学校授業中に物質を使用すべきではないことを義務付ける。
- ↑ 方針には、対象となる物質（薬物）、ならびに方針が適用される場所(学校の敷地内)および/または、機会(学校の機能)を明確に記述する。
- ↑ ルールは、学校内のすべての人(生徒、教師、他のスタッフ、訪問者等)に適用する。
- ↑ 方針違反は、処罰ではなく、カウンセリング、治療やその他の医療および心理社会的サービスを提供または、紹介することなどによるポジティブな制裁で対処する。
- ↑ 方針遵守のための積極的な強化を含め、一貫して迅速に実施する。

学校に入学する子供のための教室管理運営プログラム

物質使用（薬物乱用）やその他の危険な行動の防止のための 小学校初期の教室管理運営プログラムには、強い効果があることが見出されている。

学校における混乱を引き起こす行動（例：規則違反、言葉による混乱、他人をからかう、席を離れる、他人のお金や物を奪うなど）は、学校の大きな懸念のひとつである。それは、学習環境と意図された学業成果の達成に大きな影響を与える可能性がある。さらに、研究によると、学年の早い段階で混乱を引き起こす行動を示す子供は、問題のある物質使用（薬物乱用）、行動障害、犯罪行動、学校の失敗など、その後の多くの社会的、学業的、健

康的問題に対して非常に脆弱であることが示されている (Castellanos-Ryan et al., 2013)。その結果、教師が教室環境を管理・運営するのに役立つプログラムは、長年にわたって開発され、研究されてきた。これらのプログラムは、教師の教室管理運営能力を強化し、子供たちがより良い生徒になるよう動機づけると同時に、早期の攻撃的で混乱を起こすような行動を減らすことを目的としている。これらのプログラムは、教師が教えようとするのではなくすべての生徒との日々の実践を積み重ねるやり方で教室運営をしようとするのを支援し、それによって生徒たちにポジティブな行動を教え、奨励する一方、不適切な行動を予防し、減らす。これらのプログラムは、クラス全体を対象にしているが(すなわち普遍的な予防を目的としている)、実際にはより脆弱な子供たちが特に恩恵を受けている。この効果は、初期の攻撃的な行動の兆候を示す男子に対して特に強い (Kellam et al., 2014)。

これらの戦略は、カリキュラムではなく、教室を管理・運営するためのアプローチであるため指導時間を奪うことはない。普遍的(すなわち、クラス全体)であるため、対象を絞った介入のように対象の生徒が教室から切り離されることがなく、当該の子供たちが経験する可能性のあるラベル付け(悪い子供であるというレッテル)や汚名を避けることができる。

研究者は、これらのタイプのプログラムを受けた児童を青年期と成人期まで追跡し、これらのプログラムは、一般に、その後の物質使用(薬物乱用)行動を減らす良い結果をもたらすことを示している。肯定的な結果が得られたプログラムの1つは、Good Behavior Game(GBG)であり、21歳までの間の物質使用(薬物乱用)の問題やその他の危険な行動(暴力的行動や反社会的人格障害など)において良い効果が見られた(Kellam et al., 2008)。

GBGは、1年生と2年生の教室の児童全体を対象としており、すべての児童の学習に役立つ教室環境を作成することを目指している(ケーススタディ8を参照)。

GBGでは、チームのご褒美は、すべてのチームメンバーの行動に依存するため、チームのそれぞれの子供の行動は、そのチームのすべての子供にとっての関心事になる。この戦略は、グループを強化し、児童相互の自己利益を通じて自分の行動を管理することを児童に奨励しようとするものである。

ケーススタディ 8:科学的根拠に基づいたプログラムー良い行動ゲーム(Good Behaviour Game:GBG)の実施方法

各教室のすべての児童を行動と学習状況が似ている 3 つのチームに分け、各チームは、男子と女子同数にする。教師は、児童の行動に関する基本的な教室ルールを示し、チームメンバーの教室ルール違反が 4 つ以下であった場合、チームは、ご褒美を受け取る。

GBG は、教室環境があまり構造化されていない（すべての児童が皆同じ学習・作業をしていない）ような時間帯に行われる。例えば、教師が 1 人の生徒または、少人数のグループと一緒に活動し、クラスの他のグループは、別の割り当てられた活動にそれぞれ取り組むように指示されている場合など。適当な時間に教師は、「私たちは、良い行動ゲームをプレイしています」と告げる。

学年の初めに、ゲームは、週に 3 回、毎回 10 分間行われる。年間を通して、GBG が行われる時間は、増加していき、時間が経つにつれて、教師は、ゲーム開始を告げずにゲームを開始し、ご褒美は、学校の一日の終わりまたは、週の終わりまで遅れるようにする。

学年の終わりまでに、ゲームは、一日を通して異なる時間に、異なる活動中に、そして様々な場所で行われる。ご褒美は、1 年の間に有形のもの(ステッカーや消しゴムなど)から、学校の一日のなかで読書のための授業外の静かな時間がもらえる、などの教室の設定に本質的に関連しているものに変更される。このようにして、GBG では、すぐにご褒美がもらえる予測可能で目に見える手順から、予測不可能な時間と場所で始まり、遅れてご褒美がもらえるという手順に進すむ(Kellam et al., 2008)。GBG は、21 歳に至るまでの物質使用（薬物乱用）予防に有効であることが示されており、世界の様々な地域で成功裏に実施されている。

詳細: <http://goodbehaviorgame.org/>

肯定的な予防成果に関連する教室管理・運営アプローチの特徴(UNODC、2013):

- ↑ 多くは、最初の学年で行われる。
- ↑ 不適切な行動に対応する戦略を含める。
- ↑ 適切な行動を認識するための戦略を含める。
- ↑ 期待に関するフィードバックを含める（ご褒美）。
- ↑ 児童の積極的な関与を図る。
- ↑ 教師のトレーニングと継続的な支援的メンタリングが重要である。

学校と連携した課外活動と家族、NGO、その他のコミュニティ関係者の関与

学校は、地域コミュニティのなかで信頼できるところと見なされており、また地域集団の幅広い部分に働きかけができる。この特徴から学校は、コミュニティプログラムの優れた中核となることができ、またコーディネーター（調整者）になることができる。課外プログラムおよび学校連携プログラムは、学校が関与しているが、正式なカリキュラムの範囲外にあるプログラムである。これらのプログラムは、一般的に生徒の物質使用（薬物乱用）を予防し、対処し、彼らの健康を増進するために地域コミュニティパートナーを巻き込むものである。課外プログラムや学校連携プログラムには、(青少年の育成から早期介入まで)いろいろな目標を持つものがあり、さまざまな形態で NGO や地域社会の他の人々を含むさまざまなパートナーを巻き込む。予防、または健康増進を目的とした主要な学校連携プログラムは、子供の仲間、メンターシップ、スポーツとレクリエーション、青少年育成、家族強化、多要素取組みに分類できる。

ケーススタディ 9:有望なプログラム – KELY ピアサポートグループ、香港

KELY は、香港の 14 歳から 24 歳までの若者の非政府資金によるバイリンガル組織である。KELY は、共感的で、判断を下すことをせず、個人情報を守秘し、包括的な支援を提供する。KELY は、1991 年に設立され、仲間が物質使用（薬物乱用）の問題から回復するのを助ける初期的な働きかけを行うことから始って、若者や問題を抱えて心配している保護者が訪れる有名なコミュニティ組織にまで成長した。KELY は、若者にやさしく、正確な情報を提供するとともに判定を下さないピアサポートを行っている。1990 年代初頭、香港では、物質（薬物）予防教育への支援がほとんど、あるいは、まったくなかった。薬物の使用と誤用は、タブーと見なされ、ネガティブな評判を持つグループ(例えば、Triad:三合会；中国の秘密犯罪組織)と関連していた。

KELY プログラムは、7 人の常勤のプログラムワーカー、10~12 人のパートタイムプログラムワーカー、約 50 人のボランティア(公衆衛生、教育、ソーシャルワーク、臨床心理学の専門家を含む)のチームによって提供される。彼らは、次のプログラム要素を通じて、若者に直接支援と支援を提供する:

- ・ 予防
- ・ 長期的な能力開発/訓練
- ・ 学校を基盤とした教育ワークショップ
- ・ 物質使用（薬物乱用）の結果に対処するための出先活動
- ・ 介入

KELY は、香港の 450 以上の中等学校の約 15%をカバーしている。KELY 運営団体は、このプログラムが物質使用（薬物乱用）の結果に対処するための意識レベルを高め、支援のための資料を提供してきたと考えている。これは、支援や紹介を求めてやってくる若者や親の数が増えていることによって証明されている。詳細: www.kely.org

ピア（仲間）および課外プログラム:

多種多様なピアプログラムがある。正規の教室の予防教育を提供する際に、教師を支援するために生徒の仲間を用いるものもある。この方法でのピアの利用は、十分に確立されており、ピアは、シリテーター（生徒の仲間の指導者）が適切なトレーニングと支援を受けて科学的根拠を基盤としたアプローチをする場合に効果的である（例えば、Tobler et al., 2000）、またピアの課外利用もある程度の効果を示している（Campbell et al., 2008）。系統的レビューとメタアナリシスから、ピア介入が青年期のたばこ、アルコール、そしておそらく大麻の使用を予防するのに効果的であると結論付けられている。しかし、科学的根拠に基づくものは、全体的に限られており、主に質的に低い小規模の研究に留まっている（MacArthur et al., 2015）。

この種のプログラムは、正式なカリキュラムの時間を必要とせず、代わりに学校の非公式な環境下で自然に生まれるピアリーダーを利用する。これらのプログラムは、強制ではないので対象を絞った若者に手を差し伸べることが可能である。これらのプログラムは、若年の若者の喫煙と飲酒の摂取を減らす効果がある。これらのプログラムは、複雑になりやすく、訓練を受けたスタッフによるピアリーダーの慎重な選択と採用、トレーニング、継続的な支援が必要である（D'Amico et al., 2012）。

メンターシップ（師匠・助言者）プログラム:

大人の「メンター（師匠・助言者）」と若者の「メンティー（弟子・相談者）」の1対1の関係を含むプログラムである。その性質上、このプログラムは、正式なカリキュラムではない。メンターは、教師、コーチ、カウンセラー、看護師、または、学校内の潜在的に他の人（例えば、管理人、カフェテリアスタッフ）または、コミュニティのメンバーなどである。メンターシップは、成人と青少年の間で正式に取り決められたり、非公式に発生したりする多くの形態をとる。このため、物質使用（薬物乱用）予防や学業成績向上のためのメンタリングの価値について結論を出すことは、難しい。しかし、プログラムが構造化された方法で実施され、メンターが適切な支援とトレーニングを受ける場合には、物質（薬物）問題や他のさまざまな青少年育成に控えめにではあるが、有用性がみられる。友情、情緒的支援、アドボカシー（擁護・代弁）、ガイダンスの要素を組み合わせたメンターシップは、より脆弱な若者（選択的および指示予防）に対して有用である（Keller et al., 2012; Thomas et al., 2011; Tolan et al., 2013）。

レクリエーションおよびスポーツプログラム:

放課後に、さまざまなレクリエーションやスポーツプログラム（さまざまな個人およびチームスポーツ、パフォーマンスおよびは、インアーツ・美術クラブ、アカデミック・学術クラブなど）が提供される場合がある。しかし、スポーツにおける物質使用（薬物乱用）を

防ぐために行われたレジャーまたは、レクリエーションオプションプログラムに有用性があるとした研究は一つのみである。スポーツは、しばしば若者の健康増進の選択肢と見なされているが、現在のところ、物質使用（薬物乱用）予防に有用であるという科学的根拠はない。実際、今日までの唯一の一貫した見解は、スポーツへの参加がアルコール使用の増加と関連しているということである。しかし、スポーツへの参加は、違法薬物の使用、特に大麻以外の薬物の使用の減少に関連しているようである。(Kwan et al., 2014; UNODC, 2013)。

したがって、学校やコミュニティは、物質使用（薬物乱用）予防の目的に放課後スポーツプログラムを位置づけることには、非常に注意を要する。スポーツが物質使用（薬物乱用）そのものの予防に効果的でなくても、スポーツやレクリエーションプログラムは、各種の科学的根拠に基づいた予防プログラムになりうる（アルコールやその他の薬物使用に対する明確な政策とプログラムメッセージを持つ、個人的および社会的スキル開発、または、その他の科学的根拠を基盤とした要素を組み込んだアルコール、たばこ、薬物の使用に対する教育分野の対応と結果の評価）(Kwan et al., 2014; UNODC, 2013)。

家族と子育てプログラム:

家族は、子供と青少年の生活の中で唯一の、かつ最も重要な影響要因の一つである。従って家族を基盤とした予防プログラムの開発と評価に多くの関心が持たれている (UNODC 2013)。学校や地域コミュニティには、これらのプログラムについての幅広い選択肢がある。低強度のプログラムや親のみと連携するプログラムよりも集中的で構造化されたプログラムを持つ家族(つまり、親と子供の両方)と連携するプログラムは、長期的な有用性と費用対効果を示している (Foxcroft and Tsertsvadze, 2011; Munton et al., 2014; Spoth et al., 2002)。

効果的な家族を基盤としたプログラムは、適切な子育ての実践に関する簡単なものではなく、スキル開発に焦点を当てているものである。これらのプログラムは、インタラクティブ・双方向で、ロールプレイング、学習ゲーム、家族プロジェクトなどを通じて安全な状況・環境のもとでスキルを練習する機会を提供する。これらのプログラムには、物質使用（薬物乱用）に初めて手を染めることが多い年齢層以上の子供を持つ家族を対象にする場合、物質使用（薬物乱用）に直接対処する場合としない場合の二種類がある。幼い子供を対象としたプログラムは、物質使用（薬物乱用）には、対応していない。幼い子供むけのプログラムは、学校を含む様々な条件下でうまく実施することができ、普遍的（すべての家族）または、問題を抱える選択された家族の集団のいずれにも向けることができる。その結果、学校内で実施されたプログラムは、学校生活への保護者の関与にプラスの影響を与えることが示されている。

家族と子育てのスキルプログラムは、家族が経験しているリスクのレベルに関係なく、すべての家族に普遍的に提供されることが一般的である。有効であることが判明している普遍的（すべての家族対象）子育てスキルトレーニングプログラムは、通常約4～8回のセッションで構成され、一方、リスクの高い家族集団に効果的であることが判明したプログラムは、より多くのセッションで構成されることが多い。これらの家族プログラムは、すべて、子供たちが基本的なライフスキルを学ぶことを支援しながら、保護者に対しては、より良い子育て技術、暖かく安全な触れ合い、コミュニケーション、モニタリング、年齢に適した規律とは、何か、などを学習することを支援しようとするものである（UNODC、2009）。

ケーススタディ 10: 科学的根拠に基づくアプローチ – セルビアにおける 10~14 歳のための家族強化プログラム(SFP 10~14)の適応と実施

家族強化プログラム(SFP 10~14)は、10~14 歳の子供の家族を対象とした普遍的な科学的根拠に基づくプログラムである。7つの2時間のセッションで構成され、青少年とその両親は、家族のコミュニケーションスキルを強化し、抵抗スキルを教え、青少年の物質使用(薬物乱用)を防ぐために別々に、次いで一緒にトレーニングを受ける。FSP 10-14は、制御された実世界の設定のなかで厳密に評価されており、長期的にわたって有効であることが判明している。

セルビアにおけるケースは、(完全な独自のプログラムを開発する代わりに)既にある科学的根拠に基づくプログラムをよく吟味して採用し、適応させることによって良い結果が得られることを示す良い例である。2013年、セルビアのUNODCプログラムオフィスと2つの自治体の支援を得て、セルビア教育科学技術開発省は、この家族強化プログラムを検証し、拡大するための取組みを主導した。

スケールアップを支援するために、SFP 10-14は、教育省が全国的に認定したプログラムのリストに追加され、SFP トレーニングは、このプログラムと物質使用(薬物乱用)予防のための能力を体系的に構築するために教師の定期的なトレーニングに含まれるようになった。

規模を拡大する前に、このプログラムは、ベオグラードの20以上の小学校で試験的に実施され、2013年に定性的および定量的方法による評価を通じてその実現可能性と有効性が評価された。評価の結果、このプログラムが参加した家族の子育ての実践にプラスの効果をもたらしたことが判明した。研修後、両親は、より建設的な規律戦略(不正行為の結果や家族ルール理由の説明、または、「クーリングオフ」の前に不正行為に対処しないなど)を用い、家族としてより前向きな時間を過ごすと報告した。一方、子供たちは、トレーニング後より良い対処スキル(例えば、目標設定やストレス管理)を持つようになったと報告した。試行段階では、450以上の家族が参加し、100人以上の指導者・は、シリテーターと26人のトレーナーに対するトレーナーのトレーニングが行われ、持続可能性が高められた。

教材を最終的に文化的に適応させる作業は、パイロット段階の最後に実施され、今後5年間にわたってプログラムのスケールアップの一環として、さらにモニタリングと評価が行われる。セルビア教育科学技術開発省は、試行結果を検証し、学校や地域社会における物質使用(薬物乱用)問題に関する一般的な否定と知識の欠如に立ち向かった。教師は、重圧を受けるが、プログラムの成功は、教師の熱意にかかっている。セルビア教育科学技術開発省は、双方向・インタラクティブなプログラム、子供に焦点を当てたプログラムを採用すること、そして家族とのつながり、自治体による支援、家族と学校とのつながりを大切にするを通じて良い結果が得られると結論付けている。

詳細: <http://www.strengtheningfamiliesprogram.org/sp-10-14.html>

ケーススタディ 11:有望なアプローチ—ロシアの教育プログラムへの親の関与

2010年、ロシアのNGO人道プロジェクトは、予防活動に親を巻き込む「15」と呼ばれる特別なプログラムを開始した。このプログラムは、青少年とその両親、または、保護者のための15の3時間のテーマ別セッションで構成されている。参加者は、年齢と性別の4つのグループに分けられ、各グループは、特定のトレーニングセッションに参加する。グループワークに加えて、4つのグループ全員で合同セッションを開催し、さまざまなトピックについて議論する。トレーニングセッションと合同ディスカッションは、親子関係を改善し、物質使用（薬物乱用）、HIV、その他の性感染症(STI)に関する参加者の知識を強化することを目的としている。

このプログラムは、青少年が自分自身を理解し、困難な状況に対する解決策を見つけ、家族との信頼に基づく関係を構築し、計画を立て、目標を設定し、それらを達成し、より自信を持つのに役立つ。親には子育ての問題について話し合ったり、経験を共有したり、子供をよりよく知り効果的なコミュニケーションスキルを習得する機会となる。トレーニングセッションは、HIV、薬物使用、リプロダクティブヘルス・性と生殖に関する健康、青少年の性的行動についてより深く学ぶのに役立ち、これらの問題を誇張したり道徳的にしたりすることなく、子供たちと話し合うことができるようにする。

ロシアの8つの地域で行われたプログラムの評価調査によると、参加者の90%以上が「15」が生活に前向きな変化をもたらしたと指摘している。また、回答者の約55%が人間関係を改善し、50%が将来の計画を立て始め、31.7%が危険な行動を控え、10%がHIV検査を受けていた。プログラムに参加した青少年のうち、喫煙者の割合は、26.6%から3.3%に減少し、以前にアルコールを摂取したことがあるすべての回答者は、それを控えたと報告した。同様の結果は、親でも得られ、喫煙者の割合は、50%から30.3%に低下し、アルコール使用者の割合は、16.6%から3.3%に低下した。

詳細については、[http://iite.unesco.org/pics/publications/en/files/3214742 .pdf](http://iite.unesco.org/pics/publications/en/files/3214742.pdf)

学校は、また、保健サービス(物質使用(薬物乱用)治療を含む)へのアクセスを支援するために、地域サービスと連携することもできる。これらの取組みについては、セクション3.5で詳しく説明する

肯定的予防成果、および予防成果のない、あるいは、否定的予防成果に関連する 課外および学校関連プログラムの特徴 (UNODC、2013)

ピアプログラム

- ↑ ピアリーダーに適切なトレーニングと積極的で継続的なサポートを提供する。
- ↑ しっかりと構造化された活動プログラムに基づく。

メンターシッププログラム

- ↑ メンターに適切なトレーニングとサポートを提供する。
- ↑ しっかりと構造化された活動プログラムに基づく。

家族/子育てプログラム

- ↑ しっかりと構造化された活動プログラムに基づく。
- ↑ 家族の絆、すなわち親と子の間の愛着を強化する。
- ↑ 親が子供の生活の中でより積極的な役割を果たすのを支援する。
- ↑ 親が積極的で発達に適切な規律を提供するのを支援する。
- ↑ 親が子供のロールモデルになるのを支援する。

レクリエーションやスポーツプログラム

- ↓ レクリエーションやスポーツプログラム内だけにおける予防を考える。
- ↓ スポーツへの参加自体は、アルコール使用の増加と関連している可能性があるが、違法薬物の使用を減らすことはできる。ただ、このアプローチは、さらなる研究が必要であり、慎重に行使される必要がある。

青少年育成プログラム

- ↓ リスクの高い若者を 構造化されていない活動を伴うプログラムに参加させる。

家族と子育てプログラム

- ↓ 親の権威を傷つける。
- ↓ 講義のみを指導手段として使用。
- ↓ 親が子供と薬物について話すことができるように薬物に関する情報を親に提供する。
- ↓ 子供だけに焦点をあてる。
- ↓ 十分にトレーニングを受けていないスタッフによる指導。

ii. 選択的で指示されたアプローチを通じて脆弱性に対処する

普遍的なアプローチは、ハイリスクの人々に烙印を押すことを増やすリスクなしに、平均的なリスクレベルの人々とハイリスクの人々の両方によりよく対処するのを助けることができるため、特に子供や若者に対して用いることが推奨されている。一方、特定の脆弱性を持つ子供や若者(例えば、物質使用(薬物乱用)に問題のある親の子供)を対象とするアプローチは、彼らが経験している特定の危険因子を標的にする可能性を秘めており、注意を払って実施すれば、その特定の集団に対して特に効果的である場合がある。これらの対

象を絞ったアプローチは、若者に対して、グループ形式(選択的予防)、あるいは、個人形式(指示された予防)行うと良い。

学校において低学年の段階で選択的予防および指示された予防アプローチを行うことは、ポジティブな雪だるま式効果が期待でき、学業成績や物質使用(薬物乱用)を含むその後の一連の問題に良い影響をもたらす(Toumbourou et al., 2007)。これらの取組みの有用性の中核は、学校と親のパートナーシップの感覚を醸成することであり、親と教師がそれぞれの努力が相互に支持されていると感じることにつながる(Castellanos-Ryan et al., 2013; Webster-Stratton and Taylor, 2001)。

効果的なアプローチのひとつは、前のセクションで説明した子育てスキルプログラムである。その介入例は、7~9歳の混乱を引き起こすような男子に対して社会的および問題解決スキル教育を行い、一方両親には、効果的な子育てスキルを持つように支援する子育てスキルプログラムが成長後の思春期の物質使用(薬物乱用)に有意なポジティブな効果を示した事例である(Castellanos-Ryan et al., 2013)。

脆弱であることが知られているグループは、物質使用(薬物乱用)の問題を抱える親の子供である。これらの子供たちのためのプログラムは、プログラムの期間を10週間より長くし、子供と親のためのスキルトレーニングを別々にそしてその後一緒に行うと、特にうまくいく(Bröning et al., 2012)。

選択的アプローチと指示されたアプローチに関しては、以下の2つの注意点がある:

- ・ **選択プロセスを通じて生徒に烙印を押してしまう可能性**;烙印押しは、通常、慎重な計画と個人情報の厳格な遵守、および取組みの設計への対象の生徒の参加によって回避できる。
- ・ ハイリスクの生徒が一緒に新しいグループとして集められた場合(逸脱訓練として知られている)に**反社会的行動が強化される可能性**(Hennessy et al., 2015; Rorie et al., 2011)がある;これは、プログラムに強力な構造を構築することによって回避することができる。

簡易介入と動機付けインタビュー

青少年に対して可能性のある標的型介入の1つのタイプは、簡易介入である。

(Carn2012; UNODC, 2013) 簡易介入は、5分未満のものもあれば、最大4回のセッションで構成される場合もある。短時間の介入は、成人集団のさまざまな医療現場(例えば、緊急治療室、医師の診療所)で効果的であることが知られているが、最近の研究では、これらのいくつかは、中等学校の集団にも有効であることが明らかにされている。これらの介入

は、典型的には、物質使用（薬物乱用）を変えたくない立場から、変える準備ができる立場まで導くために、動機付けのテクニックを使用する。個人形式で行うことがグループ形式で行うことよりも効果的である可能性が高い(Hennessy et al., 2015)。

WHO は、アルコール、たばこ、違法薬物を含むすべての精神活性物質のスクリーニングと簡易介入を容易にするために、ASSIST パッケージを開発した。しかし、この介入の有用性は、成人でのみ実証されており、青少年において ASSIST を利用した介入の有用性を確立するためには、さらなる研究が必要である(51 ページのボックスを参照)。

ケーススタディ 12:科学的根拠に基づくプログラム - カナダ、モントリオールの Preventure プログラム

危険な使用を減らすことによって脳をアルコールと大麻の使用の影響から保護することを示すことができるだろうか？ 簡易予防プログラムは、これを証明できるだろうか？

これは、現在カナダのモントリオールで行われている Preventure プログラムの研究の目的の1つである。この研究は、若者の危険なアルコールや薬物使用のリスク増加と4つの人格的側面(不安感受性、絶望感、衝動性、感覚の追求)が関連しているという調査結果に基づく厳密に設計された研究の長いシリーズの一部である。

この一連の研究は、特定の人格に合わせた簡単な人格ベースの介入(数回のセッションで合計180分)が、若い青年のアルコールと大麻の使用を減らすのに効果的であることを実証した。今日まで Preventure は、5つの異なる国と複数の条件下(高校、精神医学環境、地域住民集団)で評価されてきた。その結果、アルコールの使用や誤用、大麻の使用、その他の違法物質の使用開始を予防し、遅らせる効果を実証している。効果は、物質使用(薬物乱用)による影響に対して中程度から大きいものであり、介入後最大3年間持続することが示されている。

モントリオールの学校が科学的根拠に基づいたプログラムを検証する動機となったのは中等教育の最終学年(16~17歳)の生徒の10%が臨床的に有意な物質障害の症状を報告しているという州の研究が一因となったものである。

ある教育当局は、次のように述べている。「若者の物質使用(薬物乱用)に対する科学的根拠を基盤としたプログラムに限られた資源を投資したいという願望があったが、予算に見合ったコミュニティを基盤としたプログラムや組織のなかには、しっかりと科学的根拠を基盤にするプログラムはなかった。したがって、介入プログラム(単純なスクリーニング、教育、証言とは、対照的な)を含む科学的根拠を基盤にしたプログラムの導入は、主要な優先事項とされた。

生徒セッションは、3日間のトレーニングを受けた学校スタッフによって導かれる。生徒セッションには、心理教育的アプローチ、動機付け強化療法、認知行動要素が組み込まれている。マニュアルには、介入の対象となるような人格に危険因子を持つ10代の若者の実生活の経験から引き出された例示的なシナリオが掲載されている。演習には、それぞれの人格次元に固有の枠組みにおける思考、感情、行動についての議論が含まれる。アルコールと大麻の使用が思春期の発達段階にある脳に及ぼす潜在的な影響についての最近の懸念を認識し、この研究の目的は、プログラムが5つの主要分野(一般的なIQ、エピソード記憶、作業記憶、応答阻害、報酬感受性)における認知発達をどの程度保護するかを評価することである。

学校管理者にアピールするプログラムの特徴には、次のようなものがある：

- ・ 誰が介入を提供できるかという点に関して柔軟性がある。
- ・ 短期の、グループで行う介入の特性は、それほど負担が大きくない。
- ・ プログラムに強力な研究基盤があることは、プログラムを進めやすくする。

詳細: <http://co-venture.ca/en/files/2012/06/PREVENTURE-PAMPHLET-09.06.2014.pdf> <http://legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=264>
<http://guidebook.eif.org.uk/programmes-library/prevention>

多くの理由から簡易介入は、学校で生徒とともに用いることが適している：

- ・ 簡易介入は、学校当局によってその物質使用（薬物乱用）が問題視されている生徒に対する典型的な反応(例えば、対決、説教または、停学)に代わる効果的で肯定的な代替手段となり得る。
- ・ 簡易介入は、青少年などの、物質使用（薬物乱用）パターンがまだ完全に固まってしまっていない個人に適している。簡易介入は、学校の時間内、あるいは、放課後の時間に実施することができるので簡易介入は、生徒にとって非常にアクセスしやすい。
- ・ いくつかの簡易介入は、医療従事者だけでなく、訓練を受けた学校職員によっても提供できるという科学的根拠がある (Conrod et al., 2013; O'LearyBarrett et al., 2010)。

Prevention プログラムは、簡易介入に焦点を当てた効果的なプログラムの一例である。簡易介入は、それらを管理するために精神保健または、医療の専門家を必要とすることが多い。しかし、この簡易介入=Prevention プログラムは、訓練を受けた学校スタッフが担当した時にも肯定的な結果を示した (Conrod et al., 2013)。

WHO ASSIST パッケージ¹は、簡単な質問紙、物質使用（薬物乱用）を発見した時とその対応時における質問紙の使用法に関する保健従事者向けのガイド、および物質使用（薬物乱用）を削減または、停止するためのセルフヘルプマニュアルで構成されている。これは、WHO と WHO ASSIST プロジェクトの枠組みにおける国際的な研究者グループによる 10 年以上の作業によるものである。WHO ASSIST パッケージは、非専門家が保健現場で物質使用（薬物乱用）の問題を最適に管理する際の方法についてのガイダンスへの要望に対する高まる需要への WHO からの対応である。迅速かつ簡単に習得できるこのアプローチは、アルコールやたばこだけでなく、大麻、アンフェタミン型覚醒剤、コカイン、オピオイドを含むすべての物質（薬物）にも役立つ。さまざまな文化的環境でその有効性が実証されているので、物質使用（薬物乱用）に対するヘルスケア対応の要となるものである。

WHO は、また、プライマリヘルスケアの環境を対象とする AUDIT² など、簡易介入のための他のツールも作成している。詳細：http://www.who.int/substance_abuse/publications/media_assist/en http://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en

簡易介入は、オンラインまたは、コンピュータを介して行うことができ、中等教育の生徒を対象とした研究により、ポジティブな結果をもたらすことが示されている(Champion et al., 2013)。簡易介入は、設計どおりに提供される可能性が高く、標準的な助けを求めることができにくい若者にもアピールする可能性があるため、実行可能な選択肢である(White et al., 2010)。

肯定的予防成果、あるいは、予防成果のない、ないしは、否定的予防成果に関連する 選択および指定プログラムの特徴 (UNODC、2013)

簡易介入

- ↑ 物質使用（薬物乱用）の問題があるかどうかを識別するための1対1のセッションを行なう。
- ↑ 情報または、アドバイスをする。
- ↑ 行動を変える動機を高めるための即時カウンセリングを行う。
- ↑ 行動変更スキルを教える。
- ↑ 必要に応じて専門家などの紹介をする。
- ↑ 訓練を受けた専門家が提供する。
- ↓ 選択プログラムまたは、指示されたプログラムの選択プロセスを通じて生徒に意図せずに烙印を押してしまう。
- ↓ ハイリスクの生徒を新しいグループにまとめる時、構造化されていない形式を使用する(Hennessy et al., 2015; Rorie et al., 2011)。

3. 2. 5. 適切な学校保健サービス

学校保健サービスは、学校敷地内または、地域社会の他の場所のいずれかで、医療および/または、関連する専門家によって入学した生徒に提供される保健サービスである。サービスは、教育機関と医療提供者との間の正式な取り決めによって義務付けられる必要がある(Baltag et al., 2015)。

学校保健サービスの使命は、生徒の身体的、精神的、情緒的な健康に取り組み、連続した健康増進、予防、問題の早期発見と紹介サービスを提供することである。学校保健サービスの役割は、物質使用（薬物乱用）の予防と削減、およびその健康と社会的影響を含めて生徒の健康を増進することによって学校の使命を支援することにある。

グッドプラクティス・良い実践のためには、情報、カウンセリング、診断、治療、およびケアサービスをひとまとめにしてパッケージにし、すべての青少年のニーズをカバーする対処することが必要である(WHO、2015)。この幅広い基盤を考えると、学校保健サービスは、生徒の健康ニーズと問題(物質使用（薬物乱用）の問題を含む)に対して、統合され

た方法で対処し、学校の教育使命を支援する強力な可能性を秘めるものである。

学校保健サービスは、学校を基盤とする保健サービスとして、地域社会で提供される学校と連携を持った保健サービスとして、あるいは、学校を基盤とするサービスと地域を基盤とするサービスの組み合わせなどを通じて、現場でサービスを提供することができる。その形式には、関係なく、学校保健サービスの重要な機能は、学校と地域社会の保健・社会サービスとの間の連携を提供することである。したがって、学校保健サービスは、教育機関と保健提供者との間の正式な取り決めに基づきどの保健サービスが学校で提供されるべきか、そしてどの保健施設または、他の場所で提供されるべきかを特定しておく必要がある(WHO 2015)。

学校保健サービスについての世界的なレビュー・検証により、WHO は、学校保健サービスは、通常、学校の敷地内(102 カ国中 97 カ国)で、専任の学校保健スタッフ(102 カ国中 59 カ国)によって提供されていることが示されている(Baltag et al., 2015)。学校の敷地内で、学校保健サービスを提供することによって、若者のアクセスは、はるかに広いものになる。

ほとんどの発展途上国では、学校の入学者が普遍的に当該年齢の子供全員であることは、めったにないが、学校において行う子供たちへの保健サービスは、地域社会の一般的保健システムよりもカバーできる部分が大きくなる。生徒は、いつ、どのように、どこでアドバイスや助けを求めるべきかについて、十分な理解ができない傾向がある(低いヘルスリテラシー)。そのため学校において積極的に保健サービスを推進する方式が取られることが多い。

これは、標準的なサービスにアクセスする可能性が低い脆弱な子供や若者に、特にあてはまる(Robinson et al., 2003)。例えば、ある研究では、地域を基盤とした保健サービスと比較して、生徒は、物質使用(薬物乱用)問題についての支援やカウンセリングを含むメンタルヘルス関連の問題に対して、学校における保健サービスを使用する可能性が21倍高いことが明らかにしている(Juszczak et al., 2003)。

学校保健サービスは、看護師が主導するのが最も一般的であるが、医師、心理学者、精神科医、歯科医、ソーシャルワーカー、カウンセラーも関与する可能性もある。専門的な訓練により看護師は、学校における保健サービスと物質使用(薬物乱用)予防に関して、その中心的な役割を果たすのに極めて適切な立場にある。

看護師の専門的な役割は、例えば次のようなものである：

- ・学校で予防教育を担当する（子供や若者による処方薬の非医療使用などに関して）。
- ・地域における新しい状況（新たな物質使用（薬物乱用）パターンなど）を特定し、安全に管理する。
- ・家族や教師が物質使用（薬物乱用）の徴候や症状、ならびに使用に関連する危険因子（不安、うつ病、注意欠陥など）を認識するのを助け、弾性のある精神的健康などの物質使用（薬物乱用）に対する保護要因を支援する。
- ・個々の生徒の抱える物質使用（薬物乱用）に関連する問題についてのニーズを特定して対応し、生徒や家族が必要な資料・資源を見つけ、専門的なサービスへの道を見つけるのを助ける。
- ・訓練を受け、生徒に簡易介入を提供し、物質使用（薬物乱用）に対する効果的な対応（セクション3.2.4を参照）をする（Pirkanen et al., 2006）。
- ・緊急医療サービス担当者が到着するまで、緊急事態（過剰摂取など）を特定して管理し、保健担当者とともにフォローアップする。
- ・子供と若者の健康に関連する問題について、地域社会でアドボカシー（注意喚起・知識情報提供）を提供する。
- ・予防プロジェクトに参加し、学校カリキュラム内の物質使用（薬物乱用）に関連する科学的根拠に基づいた内容を提供して、教師など学校の他の専門家、または、他の学校スタッフを指導し、訓練する。

この役割の範囲の例として、米国の学校の看護師は、電子たばこの使用と販売を思いとどまらせる役割を求められている。包括的な学校保健プログラムの一環として、学校の看護師は、電子たばこの危険性について授業で討論し、電子たばこがたばこ教育カリキュラムに含まれること、また学校での禁煙方針に含まれていることを確認するとともに、生徒に個別のカウンセリングと教育を提供し、禁煙のための資料・資源を示すことができる（米国全国看護師協会、2015）。

英国の何人かの若者に尋ねると、彼らは、学校の看護師には、「公衆衛生プログラムを通じてすべての若者が健康を保つように支援してもらうこと、そして10代の健康問題に関して具体的な早期の援助とアドバイスを提供してもらうこと、この両方に焦点を当ててもらうことがとても重要である。特に精神疾患や薬物やアルコール乱用などの分野において、若者が危機的状況に至る前に助けを得ることができるよう支援してほしい」と思うと回答した。（英国保健省、2012）。

英国では、学校保健看護師は、サービスが完全に連続するようなパッケージ化されたサービスを学校に提供している（英国保健省、2012）:

- ・ **地域コミュニティ**: 学校看護師は、学校、およびより広い地域コミュニティにおいて公衆衛生のリーダーシップをとるという重要な役割を担っている。例えば、彼らは、健康ニーズの評価に貢献し、若者がどこにいてもそこに届くサービスを設計し、地域社会環境でサービスを提供し、若者や学校スタッフと協力して学校環境内の健康と福祉の増進を図る。特に、学校看護師は、他の関係者と協力して、学齢期の子供たちにおける物質使用（薬物乱用）の蔓延問題に関する地域コミュニティの意識を高め、健康の保持増進を図り、物質使用（薬物乱用）を予防し、健康改善するための地域コミュニティの能力を高める。
- ・ **ユニバーサル・普遍的サービス（全体に及ぶサービス）**: 学校看護師は、5～19 歳の子供プログラム（HCP）を提供するためのサービスを主導し、調整し、提供する。これには、すべての子供と若者のための物質使用（薬物乱用）（アルコール、たばこ、違法薬物の使用を含む）に関する健康増進が含まれる。
- ・ **ユニバーサルプラス**: 学校看護師は、子供、若者、家族が必要なときに特別な助けとサポートを確実に受けられるようにする上で重要な役割を担っている。学校看護師は、物質使用（薬物乱用）に手を染めた子供を特定し、簡易介入を提供することによって、および/または、他のサービスへの紹介または、道筋を示すことによって、「早期支援」を提供する。
- ・ **ユニバーサルパートナーシッププラス**: 学校看護師は、脆弱な子供、若者や保護者が子供を危険な状況に置くような複雑な問題（薬物依存、家庭内の精神的健康問題、家庭内暴力など）を持っている子供など広範に長期的な支援を必要とする家族に継続的な追加サービスを提供するチームの一員である。
- ・ 学校看護サービスは、また、子供や若者、子供の保護や安全についての懸念がある家族に対する強い多機関サービスの一部である。

学校保健サービスについての世界的なレビューでは、物質使用（薬物乱用）に関連して何らかのサービスが見出されたのは、102 カ国中わずか 25 カ国であった（Baltag et al., 2015）。

このことは、物質使用（薬物乱用）に対する包括的な教育分野の対応において、学校保健サービスが多くの国で、より大きな役割を果たす余地が大きいことを示している。

学校と保健サービスの成功したパートナーシップに関する科学的根拠と経験 (南オーストラリア州政府、2006)

- ↑ 効果的なコミュニケーションと強い対人関係に基づいている。
- ↑ 学校の学習と教育使命に焦点を当てている。
- ↑ 健康と学習のつながりを土台に、持続可能性を目指している。
- ↑ 共通の目的、目的、目標を持つ。
- ↑ 保健・教育従事者が互いの役割と価値を理解することを必要とする。
- ↑ 柔軟で適応性がある。
- ↑ 開発のために時間をとる。

3. 2. 6. 物質使用（薬物乱用）への教育分野の対応の管理

国家の薬物戦略または、物質使用（薬物乱用）予防システムが効果的であるためには、科学的根拠に基づいて、対象の年齢およびリスクのレベルを考慮にいれ、複数の設定下の一連の統合された政策および介入を実施する必要がある。教育分野は、保健、社会開発、若者、司法、法執行機関分野と並んで、このシステム内で果たすべき重要な役割を担っている。

物質使用（薬物乱用）に対する教育分野の対応の影響は、その対応が地方、自治体、または、国レベルでどれだけうまく管理されているかの直接的な関数である。明らかに、ある国の広範囲で一貫性のある長期的な対応の影響は、国のレベルでの強力な管理の存在下で最も大きい—そして、管理に応じて最も強くなる—。国のレベルであろうと地方レベルであろうと、教育分野の対応の管理は、対応の調整、教育分野職員の訓練、対応のモニタリングと評価、対応の維持と拡大を考慮する必要がある。

教育分野の対応の管理は、物質使用（薬物乱用）への対応を長期的に実施するための適切な資料・資源と基盤を確立することも意味する。

これらには、次のようなものが含まれる(UNODC、2013):

- ・パートナーと一般市民に、対応の目的と性質を伝える戦略的文書。
- ・国の物質使用（薬物乱用）に関する基準および学校における物質使用（薬物乱用）予防の介入および政策。
- ・学校における物質使用（薬物乱用）防止の実践者のための国の専門的基準;
- ・予防プログラム のための地域的、集中的な承認システム。それによってプログラムは、（安全性および有用性に基づく医薬品の承認と同じように）科学的根拠に基づくプロトコルに基づいて使用が承認される(Faggiano et al., 2014)。
- ・健康または、個人/社会教育および促進の観点からの物質使用（薬物乱用）予防方針およびプログラムの実施するよう学校に対して要望する政策。

- ・質の高い物質予防教育実施における組織の障害(教師の作業負荷、労働条件、地域資源など)に対処するための、教師養成(大学での教師養成)と現職教員研修(在職中)段階を含む、関連する教育労働力を開発するための計画。
- ・予防プログラムへの参加を奨励するための教師または、他の学校職員のための報酬・インセンティブプログラム。
- ・物質使用(薬物乱用)の傾向とパターン、およびそれぞれの分野の対応に関するモニタリングと評価の計画などの情報を政策立案者、実務家、研究者に伝える全国的な調査とモニタリングデータシステム。

i.教育分野の対応の調整

教育部門の対応の調整には、2つの側面がある:

1. 国の薬物戦略または、物質使用(薬物乱用)防止システムに従事する他の分野、特に保健および社会分野の対応の調整。
2. 教育分野内の対応(国、自治体、地方の事業担当者間、および教育分野内の異なるサブセクター/部局間の調整)。

第一に、教育分野は、国の物質戦略または、物質使用(薬物乱用)予防システム内において果たすべき重要な役割を有する。これは、保健省との戦略的パートナーシップを通じて追求される必要がある。若者の健康と学校の成功を促進するための共同議題は、分野間の最大の優先事項と見なされる必要がある。この優先事項のほかに、教育分野は、次の対応にも関与する必要がある:

- ・教育分野が効果的に取り組むことができる物質使用(薬物乱用)に関連する要因(保護およびリスク)に対処する質の高い介入の実施を確保する物質使用(薬物乱用)戦略またはシステムのより広い目標。
- ・青少年の物質使用(薬物乱用)の性質と範囲、およびそれへの対応の規模を明らかにすることを目的とした国のモニタリングシステム(学校調査)。
- ・より大きな戦略的努力—教育分野は、信頼できる物質戦略パートナーと見なされる:
 - 他の部門で提供される効果的な物質使用(薬物乱用)予防介入(例えば、アルコールおよびたばこ課税など)への教育による支持・支援。
 - 健康に関する社会的決定要因や物質使用(薬物乱用)やその他の健康リスク行動に影響を与えるより直接的で幅広い要因(質の高い仕事、適切な生活条件など(Solar and Irwin, 2010))に関する教育分野の役割についての理解の醸成。

.....

保健分野と教育分野の間の効果的なパートナーシップは、それぞれの管轄におけるルールと運営方法の理解に基づいていなければならない。例えば、保健分野のプログラムのサイクルは、カリキュラムを更新する集中的なプロセス(カリキュラムと授業の計画→内容に関連する方針の準備→研究→教材→トレーナーのトレーニング→現職教員および教員養成過程の学生のトレーニング→学校での実施)を定期的にしに行わない教育分野よりもはるかに短い傾向がある。保健当局は、多くの専門知識を提供しているが、管轄区域内の学校の状況(強みと制約)を学ぶ必要がある。同様に、教育当局は、健康増進と予防業務担当者の専門知識を活用すると効果がなく、時には、費用のかかる取組みを避けることができる。

.....

第二に、分野間の調整では、国、自治体、地方レベルの特定された代表者と教育分野のさまざまな下部部局、部局、機関の間の努力がうまく連携されることを保証するためのリーダーシップが求められる。指導的立場にある人々は、また、行おうとする科学的根拠に基づいた対応に必ず関与することが大切である。これには、次のような対応がある：

- ・ 管轄に関連する子供や若者の脆弱性を明確にし、直接対処する。
- ・ 少なくとも効果的である(制御された条件下で有意なポジティブな効果を示した)ことが示されている、あるいは、理想的には、有用性である(現実世界の条件下で有意なポジティブな効果が示された)介入を採用する。
- ・ モニターされ、少なくとも評価可能である(戦略的レベルから地域での実践レベルまでの明確で論理的なねらい、目標、および他のレベルの計画と統合されている成功の指標を含む文書化された計画がある)。
- ・ 物質使用(薬物乱用)行動や密接に関連した要因にどの程度プラスの影響を与えているかを分析するために必要な、事業の有用性を定期的かつ継続的に評価するための予算の確保。

教育分野の対応におけるリーダーは、例えば、若者、教師、学校と保護者協会(PTA)、関連するNGO、住民と地域コミュニティのリーダー、宗教コミュニティとリーダー、民間セクターおよび大学、その他の研究機関など、教育に関連する分野の利害関係者の役割を考え、調整することに関与する必要がある。大学の保健科学者や社会科学者とのパートナーシップを築くことによって、科学的根拠に基づいた対応を支援し、戦略的レベルから地域的レベルまでの各レベルでの取り組みを厳密にモニターし、評価することができる。すべての利害関係者の役割と責任を明確にして、調整された作業を確保し、利用可能な資料・資源を最大限に活用して重複を最小限に抑える必要がある。

教育分野の対応を調整する際には、多様な視点で取り組むことが重要である。利害関係者が青少年の物質使用（薬物乱用）に関して、さまざまな意見（例えば、自由放任から懲罰まで）を持ち、イデオロギーや過去の経験に基づいたアプローチを主張することは、珍しくない。さまざまな視点に対する最善の対応は、強力な科学的根拠に基づくオリエンテーションに継続的に行なうことと、質問に関しての利用可能な最も信頼できる科学ベースの情報の提示である。

ii. 教育分野の対応に関するモニタリングと評価

モニタリング・評価機能の目的は、事業運営などの主な活動がどの程度うまく実施され、そこから何が達成されたかについて学ぶのを助けることである。モニタリングと評価は、科学的根拠に基づく介入の選択、その注意深い適応と検証、実施における忠実度を確保するための品質プロセスを確立して、物質使用（薬物乱用）と生徒の幸福にプラスの影響を与える可能性を高めるのにも役立つ。

教育分野のモニタリングと評価機能には、次の要素が含まれる：

物質使用（薬物乱用）の性質と範囲と要因のモニタリング

完全に科学的根拠に基づくために、教育分野の対応は、その管轄区域における実際のニーズまたは、状況の正確な理解から作業を始める必要がある。他の省庁もこの情報の恩恵を受けるため、この種のモニタリングシステムは、薬物戦略や政府の統計部門の本拠地に配置される場合が多い。

教育分野やその他の分野にとって関心のある情報には、

・物質使用（薬物乱用）経験率と使用パターン：

若者の何パーセントがどのような物質を使用しているか（若者の年齢、性別、その他の重要な特性に特に焦点を当てた）？

どの程度の頻度でどの程度の量を使用しているか？

物質使用（薬物乱用）の健康と社会に与える影響は、何か？

若者は、通常、何歳で様々な物質の使用を開始するか？

・脆弱性(リスク要因/保護要因)：

若者を物質使用（薬物乱用）の危険にさらす最も重要な要因と、特定の状況におけるその健康および社会的影響は、何か？

なぜ彼らは、物質使用（薬物乱用）に手を染めているのか(例えば、子育ての問題、精神的健康問題、学校への弱い愛着、暴力や虐待など)？

物質（薬物）を使用する一部の者は、なぜ健康障害に移行するのか？

・環境要因：

法定物質の値段、店舗の営業時間などの物質（薬物）の入手可能性、店舗の学校環境への近接、国の年齢制限と施行状況（未成年者へのたばこ、アルコールの販売態調査）。

2010年のGlobal Health Observatoryのデータによると、報告を行った国の半数弱(49%)が子供と青少年のアルコール使用に関する全国調査を実施している。一方、子供と青少年の薬物使用を調査している国は、それよりわずかに少ない(42%)(どちらの場合も地域によって大きな違いがある)(WHO、2010)。

世界の教育分野の物質使用(薬物乱用)に関する対応においてより良い計画を進めるために多くの国が年齢・性別のサーベイランスデータを定期的に収集する必要がある。

グローバルスクールヘルス調査(学齢期の子供の健康行動など - www.hbsc.org;

グローバルスクールベースの生徒健康調査 - www.who.int/chp/gshs/en; および WHO のタバコフリーイニシアチブ - www.who.int/entity/tobacco/surveillance/);

インスツルメンツバンク(<http://www.emcdda.europa.eu/eib> など)、および FRESH 枠組み内で照合されたサンプル指標は、すべて、物質使用(薬物乱用)ニーズの評価を計画するための有用なツールを提供する(UNESCO、2014)。

対応のすべてのレベル(戦略的から実施まで)のモニタリング及び結果と影響の評価

物質使用(薬物乱用)に対する対応を綿密にモニターすることで、実施中に資料・資源がどのように使用されているかが明確になり、途中での修正を可能とする。モニタリングには、適切な計画が不可欠である。最も有用なデータを収集し、記録するためには、介入が行われる前に、目標と指標が誰にとっても明確である必要がある。

国レベルと地方レベルの両方で、各レベルで収集されるデータの種類には、使用されるインプット(入力項目)または、資料・資源(コストを含む)、特定されたニーズに従って実施される活動、および作成された成果物(報告書など)または、アウトプット・出力(公表)が含まれる。

国の戦略レベルでも地方レベルでも、プロセスのモニタリングは、計画されたアウトプットまたは、活動が計画どおりにどの程度提供されたかに関係している。

また、活動に関する次のような他のいくつかの主要な質問にも関係している：

- ・計画された活動が目的のパートナーまたは対象とするグループにどの程度到達したか。
- ・活動が計画どおりにどの程度提供されたか

成果の評価は、調査の結果、つまり戦略またはプログラムの結果として対象グループにどのような変化が生じたかに関係する。特に関心をもたれる変化は、典型的な物質使用(薬物乱用)行動、および態度、意図、社会規範およびスキルなどの物質使用(薬物乱用)に影響を与える重要な要因における変化であり、これらの要因の変化が特定の予防プログラムを評価しようとする際の指標である。この冊子の前半で議論したように、効果

的な物質使用（薬物乱用）への対応は、他の社会的および健康的問題（例えば、いじめた頻度、いじめられた頻度）だけでなく、学業成績（例えば、授業を欠席した頻度）にも影響を与える可能性がある。また、成果の調査は、資料・資源が倫理的かつ効果的な方法で使用されているかどうか、プログラムが物質使用（薬物乱用）の予防に本当に貢献しているかどうか、そしてそれをさらに改善する方法は、どのようなものか、を確かめるために重要である。

特定のプログラムが本当に効果的であるかどうかを確かめるには、かなりの研究専門知識が必要である。その専門知識は、学術研究機関で得ることができる。科学者は、しばしば地域社会フィールドでの研究課題を求める。したがって、学術界と教育分野の物質使用（薬物乱用）予防対応を率いる人々との間の協力は、多くの場合相互に有益である。

ランダム化比較試験(RCT)は、最高レベルの信頼性を提供するため、特定の介入の有効性を評価するための最良の方法である。ただし、かなりの専門知識と資料・資源が必要であるため、より簡単なタイプの評価が好まれる場合がある。例えば、Pre-post 評価—プログラムの前後に関心のある指標(例:前の1か月たばこ使用、教室での破壊的な行動など)についてデータを収集—は、少ない資料・資源ですみ、また専門家も必要としないので、より実行しやすく現実的である。そして、行われた予防アプローチの効果についての有用な指標である。

.....
15 <http://www.communitiesthatcare.net/userfiles/files/2014CTCYS.pdf>
.....

国のレベルにスケールアップする前には、厳格な研究(通常は、複数のランダム化試験を通じて)を通じてプログラムの有用性を確かめることが強く推奨される。しかし、プログラムがまだ開発中の場合は、厳格な試験に投資する前に、より軽い研究で有用性をテストすることが推奨される¹⁶。多くの予防プログラムには、既製の評価ツールが付加されている。評価に用いると良い指標を見つけるための他の優れた資料には、グローバルスクールヘルス調査(すでに上記で述べた:www.hbsc.org;www.who.int/chp/gshs/en;www.who.int/entity/tobacco/surveillance/)およびインスツルメンツバンク(<http://www.emcdda.europa.eu/eib>)などである。また、FRESHの枠組み内で照合されたサンプル指標は、すべて、ニーズの調査を計画するための有用なツールを提供する(FRESH M&E Coordinating Group, 2014)

入手の可能なデータを調べると物質使用（薬物乱用）に対する教育分野の対応の影響を評価していると報告している加盟国は、わずか5%(UNODC、2014)である。したがって、これらの活動をモニターし、評価するためのガイダンス、トレーニング、および支援が必要である。モニタリングと評価は、戦略やプログラムの提供に携わる人々にとって重要な情報を提供するものであるが、その他の人にとっても大きな価値がある。物質（薬物）予防に対する教育分野の対応に関する科学的根拠のリストに、低所得国(効果的および非効果的な実践の両方)からのより多くの経験を含めることが必要である。この情報を広めるための選択肢には、科学雑誌、知識ネットワーク、European Drug Addiction Prevention Trials (<http://www.eudap.net/Home.aspx>)が率いるような介入知識センターが含まれる。

表7は、国または、地方レベルでの物質使用（薬物乱用）に対する教育分野の対応のモニタリングと評価のためのいくつかの指標を例示している。指標は、プロセス指標と結果指標に分類される。プロセス指標は、包括的な対応について記述している FRESH の基本項目に基づくものである。

注 16

プログラムが全国レベルで運営されると、たとえ対象が生徒集団の過半数に達していたとしても、物質使用（薬物乱用）経験率に関するこの全国レベルのデータに基づいてその有効性を検証することは、通常困難となる。これは、国のレベルでは、予防プログラム以外にも、物質の利用可能性など、物質使用（薬物乱用）に関与する独立した要因が多すぎるためである。

物質使用（薬物乱用）への教育分野の対応に関する指標の例示

指標	データ収集頻度	データ収集法
プロセス指標		
学校保健方針		
プログラム実行中に校内での生徒および教職員の薬物、アルコール、たばこの使用を禁止する書面による物質使用方針（または、薬物乱用の要素の濃い保健方針）を持つ学校のパーセント	3-5 年毎	Global School Health Policies and Practices Study (G-SHPPS)
プログラム実行中に校内での生徒のアルコール、たばこ、薬物使用により捕まった生徒に対する非懲罰的対応に関して書面による方針を持つ学校のパーセント	3-5 年毎	G-SHPPS G-SHPPS
安全な学習環境		
薬物乱用に関するポリシーが定期的に施行されている学校のパーセント	3~5 年毎	G-SHPPS
たばこ使用予防について教えられた生徒のパーセント	3~5 年毎	G-SHPPS
スキルを基盤とした健康教育		
国のカリキュラムに、科学的根拠とスキルベースの教育のための学年ごとの所定の時間数が含まれている	2~3 年毎	カリキュラム分析 (科学的根拠ベースの定義については、UNODC 基準を参照)
学校保健サービス		
薬物乱用の予防と治療に関する訓練を受けた学校の臨床/診療所スタッフのパーセント	2 年毎	学校・教師調査

成果指標

薬物使用に関する学習

仲の良い友人がアルコール飲料を勧めたら受け入れると答えた生徒のパーセント	2年毎	学校調査/GSHS
アルコールに関する抵抗スキルを教わったことがあると答えた生徒のパーセント	2年毎	学校調査

薬物使用行動

職員が日中喫煙をしない、または、指定された場所で喫煙している学校のパーセント	2年毎	学校・教師調査
生徒が学校の敷地内で喫煙していない学校のパーセント	2年毎	学校・教師調査
過去30日間にアルコール飲料を少なくとも1杯飲んだ生徒のパーセント	3～5年毎	GSHS
過去30日間に大麻を使用した生徒のパーセント	3～5年毎	GSHS
これまでにアンフェタミンまたは、メタンフェタミン(国固有の俗語も使用)を使用した生徒のパーセント	3～5年毎	GSHS
過去30日間にたばこを吸った学生のパーセント	3～5年毎	GSHS
これまでに大麻を試したことがある13~15歳の生徒のパーセント	3～5年毎	学校調査/GSHS 学齢期の 子供の 健康行動 調査 HBSC

酔っ払ったことがある 13～15 歳の生徒の
パーセント

3～5 年

GSHS
または、
HBSC

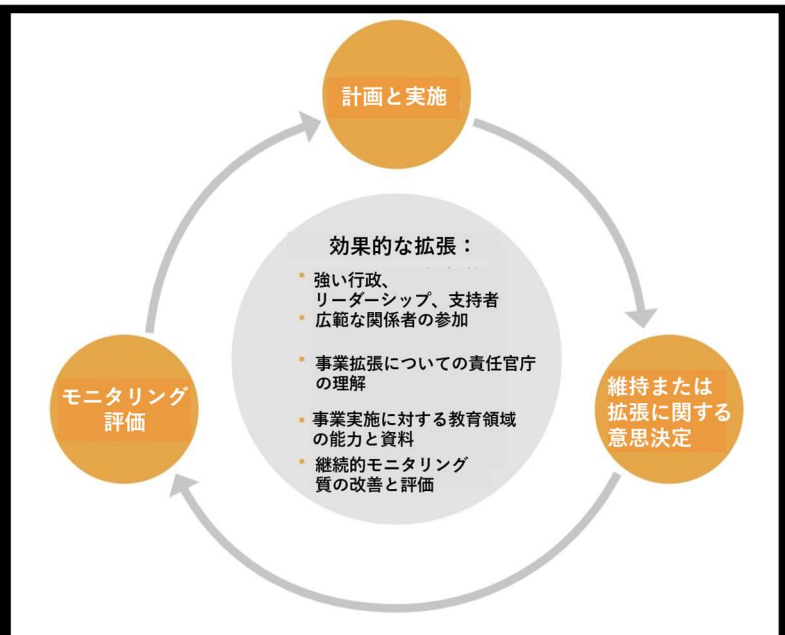
4. 物質使用（薬物乱用）への効果的な教育分野の対応を維持・拡大するための考察

この冊子では、物質使用（薬物乱用）に対する多くの要素を組み込んだ包括的な教育分野の対応を支持し、これらの要素に関連する科学的根拠を概観した。

完全に包括的なアプローチを評価することは、困難である。むしろ、取組み内の個々のプログラムやアプローチを評価することが最も現実的である。

このため、個々のプログラムまたはアプローチ(例えば、実践、政策、カリキュラム、教員養成プログラムなど)の観点から、教育分野の対応を維持し、拡大することを議論する。

教育領域の
物質使用への
対応戦略の
維持と拡張



国、自治体、地方レベルでは、プログラムまたは、アプローチの将来に関する管理上の決定は、通常、物質使用（薬物乱用）予防プログラムサイクル、または、スキルを基盤としたカリキュラムサイクルの最後に行われる。いずれの場合も、モニタリングと評価のデータと結果は、これらの決定を下すときに非常に重要である。最初の開発段階である場合や他の場所ですでに効果的であることが示されているプログラムを適応させる場合には、あまり厳密ではない評価法（例えば、比較や対照グループのない事前評価）を行い、プログラムが本来機能しているはずの方法で機能していることを確認することが実現を可能にするので推奨される。

取りうるオプション（可能な選択肢）には、以下のようなものがある：

- ・介入または、プログラムが現在の形では効果がない、または、何らかの形で有害であることが示された場合、選択肢は、プログラムの論理に戻り、評価結果を分析して改訂を行うか、プログラムを終了させることである。たとえ結果が低いものであっても、そのプロセスに関するきちんとした文書があれば、当局は、それをもとにプログラムを改訂し、プログラムを維持するために強い主張をすることができる。
- ・プログラムが評価に基づいてポジティブな効果を示している場合、選択肢は、努力を維持するか、それを拡大することである。プログラムが軽度の評価を受けた場合、次のステップは、慎重に作業を継続することであるが、厳格なプロセスと結果の評価（すなわち準実験的または、無作為化対照試験）を行う必要がある。結果がポジティブであり、科学的根拠の質が強い場合、他の集団が恩恵を受けることができるように、プログラムのスケールアップを考慮する。

ケーススタディ 13:科学的根拠に基づくアプローチ－ウズベキスタンにおける家族スキルプログラムのスケールアップ

ウズベキスタン当局は、科学的根拠に基づく予防プログラムを採用、適応、拡大し、プログラムの有用性を維持することが可能であることを示した。「家族と学校が一緒に」(Families and Schools Together:FAST)は、同じ学年のすべての子供とその家族に8週間提供される放課後の家族スキルプログラムである。FASTは、家族関係だけでなく、子供のライフスキルと両親の子育てスキルをサポートし、強化することを目指している。また、家族間、家族と地域社会、学校との関係を支援することも目的としている。このプログラムは、さまざまな観点からの数多くの厳格な研究において、若者の物質使用(薬物乱用)やその他の健康リスク行動の予防に効果的であることが判明している。2012年、ウズベキスタン政府は、公教育省(MPOE)が率いる物質使用(薬物乱用)予防に対する科学的根拠に基づくアプローチに取り組み、FASTを採用することを選択した。UNODCの支援を得て、MPOEは、試行サイトの特定、プログラムの文化的適応と翻訳(国の文化適応グループの主導)、地元職員の訓練、試行の結果の評価を含む慎重なプロセスを主導した。試行プログラムは、150家族に提供された。

地域への適応は、試験前および試験後のデザインを介して試験された。両親は、社会的関係と支援、子供の教育への関与、自己効力感、家庭環境、子供の行動に関する質問に答えた。教師は、子供の行動と学業成績、および子供の教育への親の関与に関するアンケートに回答した。試行の評価は、統計的に有意な変化とポジティブな結果を示した:

- ・家族の中でたばこを吸うこととアルコールを飲むことを減らした。
- ・親同士の相互主義と信頼を高め、地域コミュニティを強化した。
- ・学校への親の関与を強化した。
- ・家族の対立を減らした。
- ・親子の絆が改善された。

2015年、試行テストの成功を受けて、この取組みは、ウズベキスタンの3つの地域に拡大され、さらに240家族がプログラムを受けた。プログラムの確立と拡大全体を通じてMPOEは、重要な役割を果たした。—第1に、科学的根拠に基づく予防プログラムに取り組みぶれない意欲を持ち続けた。加えて、第2に同省は、学校への参加を推薦し、トレーナーを募集し、トレーナーに給与を提供し、学校を割り当て、は、ミリースキルトレーニングプログラムリソースセンターを後援した。

詳細: <https://www.familiesandschools.org/whyfast-works/evidence-based-lists/>

さまざまな理由から、プログラム やアプローチは、長期的な実施を十分に考慮することなく、時限的なプロジェクトとして行われることがよくある。持続可能性とスケールアップの検討は、プログラムサイクルの完了時にのみ行われることが多いが、これら検討のための基礎は、品質計画、提供、およびその取組みの努力の文書化(WHO、2011)などを採用して、最初の段階で構築する必要がある。

この検討項目には、次のものが含まれる:

- ・教育分野の対応を定期的に見直し、調整し、他の関連戦略に取り入れるメカニズム。
- ・少なくとも中期的には、活動的であるように計画され、資料・資源を与えられた科学的根拠に基づく介入と方策の提供。
- ・計画/レビュープロセスへのフィードバックを含む、情報システムを通じた定期的なデータ収集。
- ・介入と方策の厳格な評価のための研究への継続的な支援。
- ・予防戦略の計画、実施、モニタリングおよび評価に関与する実務家および政策立案者の訓練に対する継続的な支援。

有望なプログラムやアプローチの維持

有望なプログラム やアプローチを維持または、制度化の成功は、多くの要因にかかっており、そのうちのいくつかは、教育分野の管理者の管理外になる(政治環境の変化など)。それにもかかわらず、環境(政治的支援、受入れ組織の能力など)を理解することは、重要である。

多くの場合、プログラム やアプローチは、主管機関の管理者からの強力な承認なしに試行プロジェクトとして行われる。このような場合、これらの管理者は、新しいアプローチの背後にある価値を支持するように説明を受け、そのメリットを確信する必要がある。

有望な結果を生み出したアプローチの計画、実施、評価の方法論に関する文書があると、プログラムやアプローチを提唱しやすくなる。

制度化された地域のプログラム やアプローチには、次のような特徴がある:

- ・プログラムの 取組みを支援するための政策声明を持つ。
- ・恒久的な部門予算(教育または、健康)のなかの一連の項目とされている。
- ・組織図のなかに位置づけされている。
- ・特定のプログラムに正規職員の役割を組み込む。
- ・予防機能と努力のレベルを記述する職種を持つ。
- ・プログラム運営 のための施設及び設備を有する。
- ・教育分野または、保健機関から内部資料・資源を引き出す(例:トレーニングまたは、モニタリングおよび評価サポート)。
- ・重要な合意と理解のための制度的記憶を発展させる。

効果的な取組みやプログラムの規模拡大

教育・保健当局が、戦略やプログラムがポジティブな結果をもたらしたことを厳格な評価を用いて示すことができた場合、より多くの若者(そして社会全体)が恩恵を受けることができる。そして、それを準国家レベルまたは、全国レベルに拡大することは、重要な考慮事項になる。

スケールアップは、有効性を維持しながら(対象範囲と品質の両方に注意を払いながら)、科学的根拠を基盤としたプログラムの実施が現場で拡大されるプロセスとして定義することができる(Milat et al., 2015;WHO, 2011)。スケールアップは、本質的に水平的(拡張または複製)または垂直的(政治的、政策的、予算的変更などによる制度化)のいずれかである(UNESCO、2014)。スケールアップは、複雑な教育および保健システムで行われるため、すべての設定に適用できる単一のアプローチはなく、どのアプローチも特定の管轄区域に合わせて調整する必要がある。

初期の課題は、トレーニング、提供システム、技術資源、モニタリングと評価の能力、および質の高い実施の観点から、どの教育当局/コミュニティ(もしあれば)が、その取組みまたはプログラムを実行する能力を持っているかを確かめることである。取組みあるいはプログラムに参加する者は、予算を伴う、明確に定義されたスケールアップ計画を準備することから始める必要がある。計画は、政治的、文化的、制度的文脈を考慮して、成功した結果に不可欠な介入の特徴、成功した取り込みに必要な文脈の特徴、および使用される方法を明記すると良い。

スケールアップを、対象範囲と実施の品質の間の天秤の偏りを最小限に抑える必要性を伴う動的なプロセスと見なすことが重要である(UNESCO、2014)。

全体として、以下の考慮事項が、生徒の物質使用(薬物乱用)に対する教育分野の対応のための信頼できるスケールアップ計画の準備と実施を導くために必要である(Fixsen et al., 2013;ギルソンら, 2010;ユネスコ, 2014;WHO, 2009;WHO, 2010):

- ・強力なガバナンス、リーダーシップ、および擁護者を、スケールアップ活動を支援するために配置する必要がある。
- ・幅広い利害関係者(教育者、生徒、地域コミュニティなどを含む)が、スケールアップの早い段階から関与する必要がある。
- ・責任当局は、スケールアップを、技術移転、訓練、情報の普及などの演習ではなく、さまざまな利害関係者のおそらく多様な視点、価値観、関心について説明することが必要となる社会的、政治的、制度的なプロセスと見なす必要がある。
- ・教育分野の関連スタッフと職員は、スケールアップの利点を認識し、スケールアップに

必要な十分な時間と資源を持ち、新しいプログラムを提供し、プロセスと成果を評価する能力を持つ（または、開発するための支援を持つ）必要がある。

- ・継続的なモニタリング、継続的な品質改善、および評価がスケールアップに不可欠であるため、科学的根拠は、体系的かつ日常的に利用する必要がある。
- ・長期的な持続可能性を、最初から計画する必要がある。

文献から得られる重要な考慮事項のひとつは、単純で容易に実施された介入は、より複雑な介入よりも拡張が容易であるということである(Thaker et al., 2008)。この冊子で支持されている完全に包括的なアプローチは、複雑な取り組みである。全体的な戦略は、複雑であるが個々の介入要素は、主要な利害関係者の理解と受け入れを得やすい。したがって、包括的な対応をスケールアップして実施する際は、介入ごとに段階を追ってスケールアップする方法で実施するのが最善であり、各段階で質の高い実施を保證することができる。

参考文献

- Arthur, M.W., Brown, E.C., Briney, J.S., Hawkins, D., Abbott, R.D., Catalano, R.F., Becker, L., Langer, M. and Mueller, M.T. 2015. Examination of substance use, risk factors, and protective factors on student academic test score performance. *Journal of School Health*, Vol. 85, No. 8.
- Baltag, V, Pachyna, A, and Hall, J. 2015. Global overview of school health services: Data from 102 countries. *Health Behavior & Policy Review*, Vol. 2, No. 4, pp. 268–283. <http://ingentaconnect.com/content/psp/hbpr/2015/00000002/00000004/art00004> —
- Barrett, D., Hunt, N. and Stoicescu, C. 2013. Injecting Drug Use among Under-18s. A snapshot of available data. London, Harm Reduction International. http://www.ihra.net/files/2014/08/06/injecting_among_under_18s_snapshot_WEB.pdf
- Bisset, S., Markham, W.A. and Aveyard, P. 2007. School culture as an influencing factor on youth substance use. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 61, No. 6, pp. 485–490.
- Bond, L., Glover, S., Godfrey, C., Butler, H. and Patton, G.C. 2001. Building capacity for system-level change in schools: Lessons from the gatehouse project. *Health Education and Behavior*, Vol. 28, No. 3, pp. 368–383.
- Bronfenbrenner, U. and Ceci, S.J. 1994. Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model. *Psychological Review*, Vol. 101, No. 4, pp. 568–586.
- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M, and Thomasius, R. 2012. Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, Vol. 7, No. 23, pp. 1–17.
- Buckley Emily J, White David G. 2007. Systematic review of the role of external contributors in school substance use education. *Health Education*, Vol. 107, pp. 42-62.
- Bundy, D. 2015. Rethinking School Health: A Key Component of Education for All. Washington DC: The World Bank. <http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-0-8213-7907-3>
- Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J. et al. 2008. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *The Lancet*. Vol. 371, No. 9624, pp.1595–1602 17 All web links were accessed from 6-8 September 2016.
- Carney. 2012. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) package for primary health-care professionals and their patients. http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/

- Castellanos-Ryan, N., Séguin, J.R., Vitaro, F., Parent, S. and Tremblay, R.E. 2013. Impact of a 2-year multimodal intervention for disruptive 6-year-olds on substance use in adolescence: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 203, No. 3, pp. 188–95.
- Champion, K.E., Newton, N.C., Barrett, E.L. and Teesson, M. 2013. A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the internet. *Drug and Alcohol Review*, Vol. 32, No. 2, pp. 115–123.
- Cleveland, M.J., Feinberg, M.E., Bontempo, D.E. and Greenberg, M.T. 2008. The Role of Risk and Protective Factors in Substance Use across Adolescence. *Journal of Adolescent Health*. Vol. 43, No. 2, pp. 157–164.
- Conrod, P., Stewart, S., Comeau, N. and Maclean, A.M. 2006. Efficacy of cognitive-behavioral interventions targeting personality risk factors for youth alcohol misuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent*, Vol. 35, No. 4, pp. 550–563.
- Das, J.K., Salam, R.A., Arshad, A., Finkelstein, Y. and Zulfiqar A. 2016. Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 59 (2016), pp. 61-75.
- D’Amico, E.J., Tucker, J.S., Miles, J.N. et al. 2012. Preventing Alcohol Use with a Voluntary After-School Program for Middle School Students: Results from a Cluster Randomized Controlled Trial of CHOICE, *Prevention Science*, Vol. 13, pp. 415–425.
- D’Onise, K., McDermott R.A. and Lynch J.W. 2010. Does attendance at preschool affect adult health? A systematic review. *Public Health*, Vol. 124, No. 9, pp. 500–511.
- De la Haye, K., D’Amico, E.J., Miles, J.N.V., Ewing, B. and Tucker, J.S. 2014. Covariance among Multiple Health Risk Behaviors in Adolescents. *PLoS ONE*, Vol. 9, No. 5, e98141.
- De Looze, M., ter Bogt, T.F., Raaijmakers, Q.A., Pickett, W., Kuntsche, E. and Vollebergh, W.A. 2014. Cross-national evidence for the clustering and psychosocial correlates of adolescent risk behaviours in 27 countries. *The European Journal of Public Health*, cku083.
- De Micheli, D. and Formigoni, M.L. 2004. Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction*, Vol. 99, No. 5, pp. 570–578. GOOD POLICY AND PRACTICE IN HEALTH EDUCATION 62
- Dhavan, P., Stigler, M.H., Perry, C.L., Arora, M. and Reddy, K.S. 2010. Is tobacco use associated with academic failure among government school students in urban India? *Journal of School Health*, Vol. 80, No. 11, pp. 552–560.
- Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D. and Schellinger, K.B. 2011.

- The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of schoolbased universal interventions. *Child Development*, Vol. 82, pp. 405–432.
- Dusenbury, L., Hansen, W.B., Jackson-Newsom, J., Pittman, D.S., Wilson, C.V., Nelson-Simley, K. and Giles, S.M. 2010. Coaching to enhance quality of implementation in prevention. *Health Education*, Vol. 110, No. 1, pp. 43–60.
- Dwyer, J.B., McQuown, S.C. and Leslie, F.M. 2009. The Dynamic Effects of Nicotine on the Developing Brain. *Pharmacology & Therapeutics*, Vol. 122, No. 2, pp. 125–139.
- Elek, E., Wagstaff, D.A. and Hecht, M.L. 2010. Effects of the 5th and 7th grade enhanced versions of the keepin' it REAL substance use prevention curriculum. *Journal of Drug Education*, Vol. 40, No. 1, pp. 61–79.
- EMCDDA. 2015. New psychoactive substances in Europe: An update from the EU Early Warning System. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/65/TD0415135ENN.pdf>
- Ennett, S.T., Haws, S., Ringwalt, C.L., Vincus, A.A., Hanley, S., Bowling, J.M. and Rohrbach, L.A. 2011. Evidence-based practice in school substance use prevention: Fidelity of implementation under real-world conditions. *Health Education Research*, Vol. 26, No. 2, pp. 361–371.
- Evans-Whipp, T.J., Plenty, S.M., Catalano, R.F. et al. 2013. The impact of school alcohol policy on student drinking. *Health Education Research*, Vol. 28, No. 4, pp. 651–662.
- Faggiano, F., Allara, E., Giannotta, F., Molinar, R., Sumnall, H. et al. 2014. Europe Needs a Central, Transparent, and Evidence-Based Approval Process for Behavioural Prevention Interventions. *PLoS Med* 11, Vol. 10, e1001740. — Faggiano F, Vigna-Taglianti Federica D, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. 2008. School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventative Medicine: An International Journal Devoted to Practice & Theory*.
- Fixsen, D.L., Blase, K.A, Horner, R., Sims, B. and Sugai, G. 2013, September. Readiness for Change. Scaling-up Brief #3. Chapel Hill: The University of North Carolina, FPG, SISEP. <http://sisep.fpg.unc.edu/resources/scaling-brief-3-readinesschange>
- Fletcher, A., Bonell C., Hargreaves J. 2008. School effects on young people's drug use: A systematic review of intervention and observational studies. *Journal of Adolescent Health*, pp. 209–220.
- Foxcroft, D.R., Tsertsvadze, A. 2011a. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, Art. No.: CD009308.
- Foxcroft, D.R. and Tsertsvadze, A. 2011b. Universal multicomponent prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*

(Online). Issue 9, Art No.: CD009307.

- FRESH M&E Coordinating Group. 2014. Monitoring and Evaluation Guidance for School Health Programs. Thematic Indicators Supporting FRESH (Focusing Resources on Effective School Health). <http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/HIV-AIDS/pdf/FRESHThematicIndicatorswebVERSION3-06-26-13.pdf>
- Gilson, L. and Schneider, H. 2010. Commentary – Managing scaling up: what are the key issues? *Health Policy and Planning*, Vol. 25, pp. 97–98.
- Gore, F.M., Bloem, P.J., Patton, G.C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S.M. and Mathers, C.D. 2011. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet*, Vol. 377, pp. 2093–102.
- Government of South Australia. (2006). *Health Promotion: better health, better learning: Guidelines for health promotion with schools and preschools*. Government of South Australia.
- Grant, B.F. and Dawson, D.A. 1997. Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey. *Journal of Substance Abuse*, Vol. 9.
- Guyll, M., Spoth, R. and Crowley, M. 2011. Economic Analysis of Methamphetamine Prevention Effects and Employer Costs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, July.
- Hadland, S.E., Marshall, B., Kerr, T. et al. 2011. A Comparison of Drug Use and Risk Behavior Profiles among Younger and Older Street Youth. *Substance Use & Misuse*, Vol. 46, pp. 1486–1494.
- Hale, D., Coleman, J. and Layard, R. 2011. A model for the delivery of evidence-based PSHE (personal wellbeing) in secondary schools: Centre for Economic Performance, LSE. <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp1071.pdf>.
- Hall, W. 2015. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, Vol. 110, pp. 19–35.
- Hanley, S., Ringwalt, C., Vincus, A.A. et al. 2009. Implementing evidence-based substance use prevention curricula with 63 Booklet 10
- EDUCATION SECTOR RESPONSES TO THE USE OF ALCOHOL, TOBACCO AND DRUGS fidelity: The role of teacher training. *Journal of Drug Education*, Vol. 39, No. 1, pp. 39–58.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. and Miller, J.Y. 1992. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, Vol. 112, No. 1, pp. 64–105.
- Hemphill, S.A., Heerde, J.A. and Scholes-Balog, K.E. 2014. Effects of early adolescent alcohol use on mid-adolescent school performance and connection: A longitudinal study of

- students in Victoria, Australia and Washington State, United States *Journal of School Health*, Vol. 84, No. 11, pp. 706–715.
- Hemphill, S.A., Herrenkohl, T.I., Plenty, S.M. et al. 2012a. Pathways from School Suspension to Adolescent Nonviolent Antisocial Behavior in Students in Victoria, Australia and Washington State, United States. *Community Psychology*, Vol. 40, No. 3, pp. 301–318.
- Hemphill, S.A., Heerde, J.A., Herrenkohl, T.I. et al. 2012n. The impact of school suspension on student tobacco use: A longitudinal study in Victoria, Australia and Washington State, United States. *Health Education and Behavior*, Vol. 39, No. 1, pp. 45–56.
- Hemphill, S., Toumbourou, J., Herrenkohl, T., McMorris, B. and Catalano, R. 2006. The effect of school suspensions and arrests on subsequent adolescent antisocial behavior in Australia and the United States. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 39, No. 5, pp. 736–744.
- Hennessy, E.A. and Tanner-Smith, E.E. 2015. Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: A metaanalysis of alcohol use prevention programs. *Prevention Science*, Vol. 16, No. 3, pp. 463–474.
- Isensee, B. and Hanewinkel, R. 2012. Meta-Analysis on the Effects of the Smoke-Free Class Competition on Smoking Prevention in Adolescents. *European Addiction Research*, Vol. 18, pp. 110–115.
- Jackson, C., Geddes, R., Haw, S. and Frank, J. 2011. Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction*, Vol. 107, pp. 733–747.
- Juszczak, L., Melinkovich, P., Kaplan, D. 2003. Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 32, No. 6, Supplement, pp. 108–118.
- Kandel DB, Davies M, Karus D, Yamaguchi K. 1986. The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement: An overview. *Archives of general psychiatry*. Vol. 43 No. 8, pp. 746-754.
- Kellam, S., Wang, W., Mackenzie, A. et al. 2014. The impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based preventive intervention in first and second grades, on high-risk sexual behaviors and drug abuse and dependence disorders into young adulthood. *Prevention Science*. Vol. 15, No. 0 1, pp. 6–18.
- Kellam, S.G., Hendricks-Brown, C., Poduska, J.M. et al. 2008. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 95S, S5–S28.
- Keller, T.E. and Pryce, J.M. 2012. Different Roles and Different Results: How Activity Orientations Correspond to Relationship Quality and Student Outcomes in School-Based Mentoring. *Journal of Primary Prevention*, Vol. 33, pp. 47–64.

- Kipping, R.R., Campbell, R.M., MacArthur, G.J., Gunnell, D.J., Hickman, M. 2012. Multiple risk behaviour in adolescence. *J Public Health*. Vol. 34, suppl 1, pp. i1-i2.
- Kuntsche, E., Rossow, I, Simons-Morton, B, Ter Bogt, T, Kokkevi, A, and Godeau, E. 2013. Not Early Drinking but Early Drunkenness Is a Risk Factor for Problem Behaviors Among Adolescents from 38 European and North American Countries. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, Vol. 37, No. 2, pp. 308–314.
- Kwan, M., Bobko, S., Faulkner, G. et al. 2014. Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: A systematic review of longitudinal studies. *Addictive Behaviors*, Vol. 39, pp. 497–506.
- Langford, R., Bonell, C.P., Jones, H.E., Poulou, T., Murphy, S.M., Waters, E., Komro, K.A., Gibbs, L.F., Magnus, D. and Campbell, R. 2014. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. CD008958.
- Lemon, M., Pennucci, A., Hanley, S. and Aos, S. 2014. Preventing and treating youth marijuana use: An updated review of the evidence. (Doc. No. 14-10-3201). Olympia: Washington State Institute for Public Policy. http://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1571/Wsipp_Preventing-and-TreatingYouth-Marijuana-Use-An-Updated-Review-of-the-Evidence_Report.pdf
- Lemstra M, Bennett N, Nannapaneni U, et al. 2010. A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. *Addiction Research*, Vol. 18, pp. 84-96. — MacArthur, G.J., Harrison, S., Caldwell, D.M., et al. 2015. Peerled interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11–21 years: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 111, pp. 391-407. GOOD POLICY AND PRACTICE IN HEALTH EDUCATION 64 — <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13224/epdf>
- Markham, W.A., Aveyard, P., Bisset, S.L., Lancashire, E.R., Bridle, C. and Deakin, S. 2008. Value-added education and smoking uptake in schools: a cohort study. *Addiction*, Vol. 103, No. 1, pp. 155–161.
- McBride, N. and Farrington, F. 2004. School health and alcohol harm reduction project: Changing students' alcohol related behaviors through classroom lessons in Western Australia. *Education and Health*, Vol. 22, No. 2, pp. 19–23.
- Meier, M.H., Caspia, A., Amblere, A., Harrington, H. et al. 2012. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife, *PNAS*, 27 August.
- Mentor UK. 2012. Reviewing your drug and alcohol policy: A toolkit for schools. <http://mentor-adepris.org/reviewing-your-drug-and-alcohol-policy-a-toolkit-for-schools/>
- Midford, R., Wilkes, D. and Young, D. 2005. Evaluation of the in-touch training program

- for the management of alcohol and other drug use issues in schools. *Journal of Drug Education*, Vol. 35, No. 1, pp. 1–14.
- Milat, A., Bauman, A. and Redman, S. 2015. Narrative review of models and success factors for scaling up public health interventions. *Implementation Science*, Vol. 10, 113.
- Miller-Day, M., Pettigrew, J. and Hecht, M.L. 2013. How prevention curricula are taught under real-world conditions: Types of and reasons for teacher curriculum adaptations. *Health Education*, Vol. 113, No. 4.
- Munne, M.L. 2005. Social consequences of alcohol consumption in Argentina. *Alcohol, Gender and Drinking Problems*, 25.
- Munton, A.G., Wedlock, E. and Gomersall, A. 2014. The efficacy and effectiveness of drug and alcohol abuse prevention programmes delivered outside of school settings. *HRB Drug and Alcohol Evidence Review 2*. Dublin: Health Research Board.
<http://www.hrb.ie/health-information-inhouse-research/alcohol-drugs/publications/adru-publication/publications//664/>
- O’Leary-Barrett, M., Mackie, C.J., Castellanos-Ryan, N., Al-Khudhairy, N. and Conrod, P.J. 2010. Personality-Targeted Interventions Delay Uptake of Drinking and Decrease Risk of Alcohol-Related Problems When Delivered by Teachers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 49, No. 9.
- Page RM, Dennis M, Lindsay GB, Merrill RM. 2010. Psychosocial Distress and Substance Use Among Adolescents in Four Countries: Philippines, China, Chile, and Namibia. *Youth & Society*, Vol. 43, No. 3, pp. 900-930.
- Peters, L.W.H., Wiefferink, C.H., Hoekstra, F., Buijs, G.J., Ten Dam, G.T.M. and Paulus-sen, T.G.W.M. 2009. A review of similarities between domain-specific determinants of four health behaviours among adolescents. *Health Education Research*, Vol. 24, pp. 198–223.
- Pirskanen, M., Pietilä, A.-M., Halonen, P. and Laukkanen, E. 2006. School health nurses and substance use among adolescents – towards individual identification and early intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 20, No. 4, pp. 439–447.
- Porath-Waller, A.J., Beasley, E. and Beirness, D.J. 2010. A metanalytic review of school-based prevention for cannabis use. *Health Education & Behavior*, Vol. 37, No. 5, pp. 709–723.
- Ringwalt, C., Pankratz, M., Gottfredson, N., Jackson-Newsom, J., Dusenbury, L., Giles, S. and Hansen, B. 2009. The effects of students’ curriculum engagement, attitudes toward their teachers, and perceptions of their teachers’ skills on schoolbased prevention curriculum outcomes. *Journal of Drug Education*, Vol. 39, No. 3, pp. 223–237.
- Ringwalt, C.L., Ennett, S., Johnson, R. et al. 2003. Factors. Associated with Fidelity to

- Substance Use Prevention Curriculum Guides in the Nation's Middle Schools. *Health Education & Behavior*, Vol. 30, No. 3, pp. 375–391.
- Robinson, W.L., Harper, G.W. and Schoeny, ME. 2003. Reducing Substance Use Among African American Adolescents: Effectiveness of School-Based Health Centers. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 10, No. 4, pp. 491–504.
- Roohafza, H., Heidari, K., Omid, R. et al. 2014. Adolescent Perception on School Environment and Smoking Behavior: Analysis of Isfahan Tobacco use Prevention Program. *International Journal of Preventative Medicine*, Vol. 5, Suppl .2, S139–45.
- Rorie, M, Gottfredson, D.C., Cross, A., Wilson, D. and Connell, N.M. 2011. Structure and deviancy training in after-school programs. *Journal of Adolescence*, Vol. 34, pp.105–117.
- Schweinhart, L.J. 2004. The High/Scope Perry Preschool study through age 40. Summary, conclusions, and frequently asked questions.
http://www.highscope.org/file/Research/PerryProject/3_specialsummary%20col%2006%2007.pdf
- Shek, D.T. 2010. School drug testing: a critical review of the literature. *Scientific World Journal*, Vol. 10, pp. 356–365.
- Silins, E., Horwood, L.J., Patton, G.C. et al. 2014. Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *The Lancet Psychiatry*, Vol. 1, No. 4, pp. 286–293.
- Solar, O. and Irwin, A. 2010. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social 65 Booklet 10*
- EDUCATION SECTOR RESPONSES TO THE USE OF ALCOHOL, TOBACCO AND DRUGS Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). WHO.
http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Spoth, R.L., Gyll, M. and Day, S.X. 2002. Universal familyfocused interventions in alcohol-use disorder prevention: Costeffectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 63, No. 2, pp. 219–228.
- Squeglia, L.M, Jacobus, J. and Tapert, S.F. 2009. The Influence of Substance Use on Adolescent Brain Development, *Clinical EEG and Neuroscience*, Vol. 40, No. 1, pp. 31–38.
- Stiby, A.I., Hickman, M., Munafò, M.R., Heron, J., Yip, V.L. and Macleod, J. 2015. Adolescent cannabis and tobacco use and educational outcomes at age 16: birth cohort study. *Addiction*, Vol. 110, pp. 658–668.
- Sznitman, S.R. and Romer, D. 2014. Student drug testing and positive school climates: testing the relation between two school characteristics and drug use behavior in a longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Vol. 75, No. 1, pp. 65–73.

- Thaker, S., Steckler, A., Sánchez, V., Khatapoush, S., Rose, J. and Hallfors, D.D. 2008. Program characteristics and organizational factors affecting the implementation of a school-based indicated prevention program. *Health Education Research*, Vol. 23, No. 2, pp. 238–248.
- Thapa, A., Cohen, J., Guffey, S. and Higgins-D'Alessandro, A. 2013. A Review of School Climate Research. *Review of Educational Research*, 19 April.
- Thomas, R.E., Lorenzetti, D. and Spragins, W. 2011. Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 11. Art. No.: CD007381.
- Tobler, A., Komro, K., Dabroski, A., Aveyard, P. and Markham, W. 2011. Preventing the Link Between SES and HighRisk Behaviors: “Value-Added” Education, Drug Use and Delinquency in High-Risk, Urban Schools. *Prevention Science*, Vol. 12, No. 2, pp. 211–221.
- Tobler, N. 2000. Lessons Learned. *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 20, No. 4.
- Tolan, P., Henry, D., Schoeny, M., Bass, A., Lovegrove, P. and Nichols, E. 2013. Mentoring Interventions to Affect Juvenile Delinquency and Associated Problems: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, Vol.10.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G.A., Sturge, J. and Rehm, J. 2007. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use: An international review. *Lancet*, Vol. 369, pp. 1391–1401.
- Toumbourou, J.W., Rowland, B., Jefferies, A., Butler, H. and Bond, L. 2004. Preventing drug-related harm through school re-organisation and behavior management [Prevention research evaluation report No. 12]. Melbourne: Australia Drug Foundation.
<http://www.druginfo.adf.org.au/druginfoseminars/drug-prevention-in-schools-seminar-toumbourou>
- UNESCO. 2015a. Rethinking Education
- Towards a global common good? Paris: UNESCO. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Cairo/images/RethinkingEducation.pdf>.
- UNESCO. 2015b. Substance use prevention in educational settings in Eastern Europe and Central Asia. Moscow: UNESCO.
- UNESCO. 2014. Comprehensive sexuality education: the challenges and opportunities of scaling-up. Paris: UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002277/227781E.pdf>
- UNESCO. 2000. The Dakar Framework for Action Education for All: Meeting our Collective Commitments. Paris: UNESCO.
http://www.unesco.at/bildung/basisdokumente/dakar_aktionsplan.pdf
- UNICEF Office of Research. 2013. ‘Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview’, Innocenti Report Card 11, UNICEF Office of Research, Florence.
http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf — United Kingdom Department

- of Health. 2012. Getting it right for children, young people and families Maximising the contribution of the school nursing team: Vision and Call to Action.
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216464/dh_133352.pdf.
- United Nations. 2014. Commission on Narcotic Drugs Fiftyseventh session Vienna, 13–21 March 2014. Joint Ministerial Statement of the 2014 High-Level Review by the Commission on Narcotic Drugs of the Implementation by Member States of the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem. New York: United Nations.
https://www.unodc.org/documents/hlr/JointStatement/V1403583_E_ebook.pdf
- UNODC. 2016. Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women. Vienna: UNODC.
- UNODC. 2015. World drug report 2015. Vienna: UNODC.
- UNODC. 2014. E/CN.7/2014/7. Action taken by Member States to implement the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem. Report of the Executive Director. Available at https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_57/_E-CN7-2014-07/E-CN7-2014-7_V1389056_E.pdf
- GOOD POLICY AND PRACTICE IN HEALTH EDUCATION 66
- UNODC. 2013. International Standards on Drug Use Prevention. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
<https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/preventionstandards.html>
- UNODC. 2009a. Drug Use in Afghanistan: 2009 Survey. Executive Summary 2009. Retrieved at: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Afghan-DrugSurvey-2009-Executive-Summary-web.pdf>
- UNODC. 2009b. Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
<https://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-E.pdf>
- Van der kreeft, P., Wiborg, G., Galanti, M. R., Siliquini, R., Bohrn, K., Scatigna, M. and Faggiano, F. 2009. ‘Unplugged’: A new European school programme against substance abuse. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, Vol. 16, No. 2, pp. 167–181.
- Washington State Institute for Public Policy. http://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1602/Wsipp_What-Works-and-What-DoesNot-Benefit-Cost-Findings-from-WSIPP_Report.pdf.
- Webster-Stratton, C. and Taylor, T. 2001. Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions

- targeted at young children (0–8 Years). *Prevention Science*, Vol. 2, No. 3.
- White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F. et al. 2010. Online alcohol interventions: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, Vol.12, e62.
- WHO. 2015a. A Technical Brief: HIV and Young People Who Inject Drugs. Geneva: WHO. <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-idu/en>
- WHO. 2015b. Global standards for quality health care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/
- WHO. 2014a. Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade. Geneva: WHO. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>
- WHO. 2014b. HIV and Young People Who Inject Drugs: A Technical Brief: Draft. Geneva: Inter-Agency Working Group on Key Populations. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/briefs_pwid_2014.pdf
- WHO. 2013. WHO report on global tobacco epidemic 2013. Geneva: WHO.
- WHO. 2011. Beginning with the end in mind: planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up. Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241502320/en/
- WHO. 2010a. ATLAS on substance use: Resources for the prevention and treatment of substance use disorders. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/activities/atlas/en/
- WHO. 2010b. Nine Steps for Developing a Scaling-Up Strategy. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500319_eng.pdf
- WHO. 2009. Practical Guidance for Scaling Up Health Service Innovations. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598521_eng.pdf
- WHO. 2005. Alcohol use and sexual risk behaviour: A crosscultural study in eight countries. Geneva: WHO. — WHO. 2003. Skills for Health. Skills-based health education including life skills: An important component of a ChildFriendly/Health-Promoting School. Geneva: WHO. http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf
- Zeigler DW, Wang CC, Yoast RA, et al. 2005. The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine*, Vol.40, No. 1, pp. 23-32.