UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime

World Health Organization

International Standards on Drug Use Prevention

Second updated edition

薬物使用防止に関する国際基準

第2版

薬物使用防止
に関する国際基準

第 2 版

この報告書は、世界保健機関(WHO)及び国連薬物犯罪事務所(UNODC)が 2018 年 11 月に発行した“International Standards on Drug Use Prevention: Second Updated Edition”の仮訳版です。和訳を日本臨床カンナビノイド学会有志（http://cannabis.kenkyuukai.jp/）で行いました。初版は、2013 年に発行されており、その改訂版となります。持続可能な開発のための 2030 アジェンダ「目標 3.5：麻薬乱用やアルコールの有害な摂取を含む、薬物乱用の防止・治療を強化する」の基準となる基礎資料としてご利用いただければと思います。

免責事項：和訳はあくまでも便宜的なものとして利用し、適宜、英文の原文を参照していただくようお願いします。日本臨床カンナビノイド学会は、本翻訳物に記載されている情報より生じる損失または損害に対して、いかなる人物あるいは団体にも責任を負うものではありません。

原文は、こちらのページより PDF ファイルでダウンロードできます。
https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html

目次

はじめに **5**

1. 予防とは、子供の健康で安全な発達を図ること 2

2. 向精神薬使用の防止 3

3. 予防科学 4

4. 国際基準 6

国際基準の更新プロセス *6*

制限事項 *8*

本書について *9*

I. 薬物予防介入と政策 **11**

1. 幼年期及び幼少期の初期（0～5歳） 11

出生前及び幼年期の面会 *11*

妊婦を対象とした介入 *12*

幼児教育 *14*

2. 幼少期の中期（6～10歳） 16

育児スキル・プログラム *16*

個人及び社会的スキル教育 *19*

教室環境改善プログラム *21*

子どもを学校に留める政策 *22*

メンタルヘルス障害への対応 *23*

3. 青年期初期（11～14歳） 25

社会的能力・影響力に基づく予防教育 *25*

薬物使用に関する学校方針 *28*

学校への愛着を高めるための学校全体のプログラム *30*

個人の心理的脆弱性への対応 *31*

指導 *32*

4. 青年期（15～18/19歳）及び成人期（20歳～） 34

簡単な介入 *34*

職場予防プログラム.....37

タバコ対策.....39

アルコール対策.....40

コミュニティ・ベースのマルチコンポーネント・イニシアチブ.....41

メディア・キャンペーン.....43

エンターテイメント会場.....44

II. さらなる研究が必要な予防問題.....46

放課後の活動、スポーツその他の計画的な余暇活動.....46

医薬品の非医学的使用の防止.....47

特に危険にさらされている子どもと若者を対象とした介入と政策.....48

条約に基づいて規制されていない新しい精神作用物質の使用の防止.....48

メディアの影響.....49

III. 効果的な予防システムの特徴.....50

1. 科学的根拠に基づく介入・政策の範囲.....50
2. 支援策と規制の枠組み.....51
3. 研究・科学的根拠に基づく強力な根拠.....53

科学的根拠に基づく計画.....53

研究と計画.....54

4. 様々なレベルの様々な部門.....56
5. デリバリーシステムの強固なインフラ.....57
6. 持続可能性.....58

図1 – 全国的な薬物予防システムの概略図.....59

はじめに

この基準の初版は2013年に発行され、効果的な戦略を特定し、子どもと若者、特に最も社会から取り残された貧困層の人々が、成人期と高齢期になっても健康で安全に成長し続けることを確実にすることを目的として、世界レベルでの薬物使用防止のエビデンス（科学的根拠）をまとめたものである。

加盟国及び他の国内及び国際的な利害関係者は、このツールの価値を認識し、この基準は、科学的根拠に基づく予防の適用範囲及び質を改善するための有用な科学的根拠として、何度も認められた。[1]　さらに、2015年には、国連加盟国は、2030年までに達成される持続可能な開発目標及びターゲット3.5の中で、物質乱用の防止と治療を強化することを約束した。2016年4月、世界の薬物問題に関する国連特別総会は、バランスのとれた健康を中心としたシステム・アプローチにより薬物使用と薬物使用障害に対処する新たな時代の到来を告げた。

人々の健康と福祉へのこの新たな強調の文脈において、UNODCとWHOは力を合わせ、この最新版第2版を発表することを喜ばしく思う。第1版の場合と同様に、本基準は、最近のシステマティック・レビューの概要に基づいて、現在入手可能な科学的根拠を要約し、薬物使用の予防効果を改善することが判明している介入と政策を記述している。さらに、この基準は、効果的な国の予防システムの主要な構成要素と特徴を特定している。本研究は、薬物使用防止の様々な側面に関する他の基準やガイドラインを策定してきた多くの他の組織(例:EMCDDA、CCSA、CICAD、CP、NIDA [2])の研究を基礎として、認識し、補完するものである。

---

[1] The Joint Ministerial Statement on the mid-term review of the implementation by Member States of the Political Declaration and Plan of Action; CND Resolution 57/3 – Promoting prevention of drug abuse based on scientific evidence as an investment in the well-being of children, adolescents, youth, families and communities; CND Resolution 58/3 – Promoting the protection of children and young people, with particular reference to the illicit sale and purchase of internationally or nationally controlled substances and of new psychoactive substances via the Internet; CND Resolution 58/7 – Strengthening cooperation with the scientific community, including academia, and promoting scientific research in drug demand and supply reduction policies in order to find effective solutions to various aspects of the world drug problem; CND Resolution 59/6 – Promoting prevention strategies and policies; Outcome Document of UNGASS 2016 on the World Drug Problem.

[2] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), www.emcdda.europa.eu; Canadian Centre on Substance use (CCSA), www.ccsa.ca/Eng/; Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD) at the Organization of the American States, http://cicad.oas.org/main/default_eng.asp; the Colombo Plan for Cooperative Economic and Social Development in Asia and the Pacific http://www.colombo-plan.org/; National Institute on Drug Abuse (NIDA), www.drugabuse.gov/.

この基準が、世界中の政策立案者やその他の国の利害関係者が、子ども、若者、家族、地域社会の将来に向けた真に効果的な投資となるプログラム、政策、システムを開発するためのガイドラインとなり続けることを、私たちは願っている。

1. 予防とは、子供の健康で安全な発達を図ること

本基準の第一の焦点は薬物使用の防止であるが、本文書のアプローチは、他の精神作用物質の使用を考慮した全体論的なものである。本基準で使用されている用語に関しては、読者は、「薬物使用」が、3つの国際条約[3]に沿った医学上又は科学上の目的のための合法的使用の枠組みの外で精神作用物質の使用を指すことを考慮すべきである。「物質使用」とは、精神作用物質の使用を意味し、その管理状態にかかわらず、精神作用物質の有害な使用を含む。薬物使用に加えて、これにはタバコ、アルコール、吸入剤、及び新精神作用物質 （いわゆる「危険ドラッグ」または「スマートドラッグ」） の使用が含まれる。

この文書の目的のために、私たちは精神作用物質の使用の予防の次の主要な目的を考慮した。特に若い年齢の人々を助けること、精神作用物質の使用の開始を避けるか、遅らせるか、すでに開始している場合は、夜雨物使用障害(有害物質の使用・依存)の発生を避けること。

しかし、薬物使用防止の一般的な目的は、これよりもはるかに広範である。すなわち、子どもと若者の健康で安全な発達は、彼らの才能と可能性を実現し、彼らの地域社会と社会に貢献できる人になることである。効果的な予防は、子ども、若者、大人が家族、学校、職場、地域社会と積極的に関わることに大きく貢献する。

---

[3] Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol; Convention on Psychotropic Substances of 1971; and United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988.

過去20年間の予防科学は、大きく進歩した。その結果、現場の実務者や政策立案者は、個人レベルと環境レベルの両方で薬物使用を開始するときに、個人を脆弱にするものに関して、完全に理解ができている。疾患への進行も理解が深まっている。

薬物に関する知識の欠如とその使用の結果は、個人の脆弱性を高める主な要因の一つである。他の最も強力な脆弱性の要因としては、遺伝的素因、人格特性(例:衝動性、感覚探索)、精神障害及び行動障害の存在、家族のネグレクト及び虐待、学校及び地域社会への愛着の欠如、物質使用を助長する社会規範及び環境(メディアの影響を含む)、社会から疎外され貧困にあえぐ地域社会での成長などがある。逆に、心理的・感情的な幸福、個人的・社会的能力、思いやりのある効果的な親への強い愛着、十分な資源を持ち組織化された学校や地域社会への愛着などはすべて、個人が薬物使用やその他の危険な行動を起こしにくくする要因である。

薬物使用を開始しやすい(逆に弾力性があり)要因には、年齢によって異なるものがある。子育てと学校への愛着は、幼年期、幼少期、青年期初期に確認された脆弱性と回復力の要因である。青年期の後期段階では、学校、職場、娯楽施設、メディアはすべて、個人が薬物使用やその他の危険な行動に対して、多かれ少なかれ脆弱になることに寄与するかもしれない状況である。

言うまでもなく、家族の支援がほとんどまたは全くなく、学校での教育へのアクセスが限られている貧しいコミュニティの周縁化された若者は、特に危険にさらされている。戦争や自然災害によって引き裂かれた子どもや個人、コミュニティも同様である。

ここで強調しておきたいのは、上記の脆弱性要因は、大部分が個人のコントロールの範囲を超えており(誰も両親に無視されることを選びません!)、多くの危険な行動や関連する健康状態と関連していることである。例えば、下校、攻撃性、非行、暴力、危険な性行動、うつ病、自殺などである。したがって、多くの薬物予防介入や政策が他の危険な行動も予防することは驚くべきことではない。

2. 向精神薬使用の防止

規制薬物の場合、既存の3つの国際条約で義務付けられているように、予防はこれらの物質の非医学的用途に対処するための健康中心のシステムの主要な構成要素の1つである。

本文書では、薬物使用開始の予防と薬物使用障害への移行の予防に焦点を当てる。これらの基準は、薬物使用障害の治療、薬物使用及び薬物使用障害による健康及び社会的影響の予防を含む二次的及び三次的予防介入を扱っておらず、また、この基準は薬物管理における法執行努力を扱っていない。

効果的な予防介入、政策、システムは、単独または単独で開発または実施することはできないことを強調すべきである。効果的な地域または国の予防システムが、法執行及び供給削減、薬物使用障害の治療、及び薬物使用に関連するリスクの低減(例えば、HIV、過剰摂取などの予防を目的としている)を含む薬物に対応する、より大きな健康中心のバランスのとれたシステムの文脈に組み込まれ、統合されている。このような健康を中心としたバランスのとれたシステムの包括的かつ主要な目的は、転用や非医学的使用を防止しつつ、医学上及び科学上の目的のための規制薬物へのアクセスを確保することであろう。

本基準の主な焦点は、3つの国際条約(医療以外での処方薬の使用も含む)の規制薬物の使用の防止であるが、本文書は、タバコ、アルコール及び吸入剤のような他の精神作用物質の防止の分野で蓄積された科学的根拠と教訓に基づいている。さらに、非規制型向精神薬の使用は、人々の健康に重大な悪影響を及ぼす。実際、タバコとアルコールの使用は、規制薬物の使用に起因する疾病負担よりも疾病負担をより大きくする。吸入剤は、心理社会的発達及び機能に壊滅的な結果をもたらす極めて毒性があり、使用開始に対処するための予防努力が緊急に必要となる。さらに、幼少年や青年の場合、脳はまだ発達中であり、精神作用物質の使用を始めるのが早いほど、後になって薬物使用障害を発症する可能性が高くなる。最後に、ニコチン依存症とアルコール使用障害は、薬物使用と薬物使用障害と非常に関連している。

3. 予防科学

予防科学のおかげで、私たちは薬物使用を予防するのに何が効果的で何がそうでないかについても多くのことを知っている。この文書の目的は、政策立案者が科学的根拠と科学に基づいて決定を下す能力を高める形式で、この数年間の研究から得られた知見を整理することである。本基準の初版で確認された科学的限界の多くは、残念ながら依然として有効であることに留意することが重要である。

大部分の科学は、北米、ヨーロッパ、オセアニアの一握りの高所得国で始まった。他の文化的背景や低中所得国での研究はほとんどない。さらに、ほとんどの研究は、十分な資源があり、小規模で、管理された状況における介入の影響を調べる「有効性」研究である。「実生活」における介入の有効性を調査した研究はほとんどない。さらに、介入及び予防政策の選択肢の費用対効果が高いかどうかを算出した研究は限られている(効果があり有効性があるというよりも)。最後に、男女別のデータを報告している研究はほとんどない。

別の課題は、多くの場合、研究数が少なすぎて(誰が一番良く届けてくれるのか?どのような資質と訓練が必要か?どのような方法を採用する必要があるか?など)を最終的に特定できないことを示唆している。

最後に、あらゆる医学、社会科学及び行動科学と同様に、出版バイアスは予防研究における問題である。新しいポジティブな所見を報告する研究は、ネガティブな所見を報告する研究よりも発表される可能性が高い。これは、著者らの分析が薬物使用防止介入と政策の有効性と有効性を過大評価するリスクがあることを意味する。

世界的に薬物使用防止の分野で育成され支援される研究が強く緊急に必要である。低・中所得国における予防研究の取り組みを支援することは重要であるが、あらゆる国の予防システムが、グローバルな知識ベースに貢献するために、そのプログラムと政策の厳格な評価に大きく投資すべきである。

その間に何ができるでしょうか?。政策立案者は、予防策を実施する前に、ギャップが埋まるのを待つべきだろうか。薬物や他の向精神薬の使用を防ぎ、子供や若者が健康で安全に成長できるようにするにはどうすればよいのか。

科学におけるギャップは、私たちを慎重にさせるべきだが、行動を妨げるべきではない。世界のある地域で有効であることが実証されている予防アプローチは、善意と仮定のみに基づいて現地で作成されるアプローチよりも、おそらく成功のためのより良い候補である。これは特に、文化を超えて(例えば親のネグレクト)重大な脆弱性に対処する介入や政策に当てはまる。さらに、いくつかの国で失敗した、あるいは悪影響をもたらしたアプローチは、他の国では失敗の第一候補である。予防実務者、政策立案者及び薬物予防に関与する地域社会のメンバーは、このような教訓を考慮に入れる責任がある。

私たちが持っているのは正しい道がどこにあるのかを示すものである。この知識を活用し、より多くの評価と研究を積み重ねることで、科学的根拠に基づく国家的予防システムの開発を促進することができる。

4. 国際基準

本文書は、薬物使用を防止する上で科学的根拠によって効果または有効であることが明らかにされており、健康を中心とした効果的な国の薬物使用防止システムの基礎として役立つ可能性のある介入及び政策を記述する。

文書全体を通して、また簡潔にするために、薬物防止の試みは「介入」または「政策」と呼ばれる。介入とは、特定の種類の活動のグループを指す。これは、特定の環境で提供される通常の活動に加えて、特定の環境で提供されるプログラムである可能性がある(例:学校での薬物予防教育)。しかし、学校の正常な機能の一部として同じ活動を行うこともできる(例:通常の健康増進カリキュラムの一環としての薬物予防教育)。通常、ほとんどの介入に関する科学的根拠は、特定の「プログラム」の評価から得られており、その中には介入ごとに多くのものがある。例えば、子育て能力の向上を通じた薬物使用の防止を目的としたプログラムは数多くある(例えば、「家族強化プログラム」、「トリプルP」、「信じられない年月」など)。これらは同じ介入を提供する異なるプログラムである(育児・家庭教育)。政策とは、ある状況または一般集団のいずれかにおける規制アプローチを指す。例としては、学校や職場での薬物使用に関する政策や、タバコやアルコールの広告に対する包括的な制限や禁止などがある。最後に、簡潔さと多様性の観点から、本基準では、介入と政策の両方をまとめて指す「戦略」(すなわち、戦略は介入でも政策でもよい)という用語を用いることがある。

また、本基準は、効果及び有効性に関連することが判明している共通の特徴を有する各戦略をどのように実施すべきかについての指示を提供する。最後に、この文書は、データと科学的根拠に基づいて、国の予防システムの開発、実施、監視、評価を支援し、維持するために介入と政策がどのように存在すべきかを論じている。

国際基準の更新プロセス

この文書は、世界47カ国から143人の研究者、政策立案者、実務家、非政府組織及び国際機関の代表者からなる世界的な代表グループの支援を得て、UNODCとWHOによって作成・公表されている。この「専門家グループ」の大部分のメンバーは、全員がこのプロセスに参加するよう招かれていたので、加盟国によって指名された。加えて、いくつかは、薬物予防分野での研究と活動のため、 UNODCにより部分的に指名された。

グループのすべてのメンバーは、基準の更新方法と、関心のある研究の両方について、あらゆる言語で情報を提供するよう求められた。また、これまで最も積極的に活動してきたメンバーが選出され、2017年6月にオーストリアのウィーンで会合を開き、同基準の改定方法について合意した。

その後、UNODCとWHOが共同で方法論をまとめ、「付録II薬物使用防止に関する国際基準第2版のための薬物使用を防止するための介入に関するシステマティック・レビューの概要に関する議定書」として添付した。

本改訂の中核をなす科学的根拠は、薬物使用防止の主要な成果に焦点を当てた2012年6月から2018年1月の間に公表されたシステマティック・レビューの概要を通じて特定された。予防の主要アウトカムは「薬物使用開始」、「薬物使用の継続」及び「薬物使用障害への進行」と定義した。

調査の目的は、物質使用(予防の主要アウトカム)の予防に関する介入及び政策の効果または有効性を研究している科学的根拠のシステマティック・レビューを同定することであった。

予防の二次的アウトカム(仲介因子または中間アウトカム)は最初の探索戦略に含まれなかったが、専門家の助言を得て、手動探索及び同定した文献からのデータ抽出を実施しながら考慮した。二次予防のアウトカムに関連する文献への他の参照は、専門家の助言により、本基準の初版の作成中に確認された。

調査では、まず表題に基づいて選別され、次に要約に基づいて数が減少した28,800以上の項目が特定された。

これは、専門家グループのメンバーによって確認された研究と、コクランとキャンベルのデータベースの手動検索によって統合された。そのような手動検索は、薬物使用防止の主要なアウトカムと、子供(10歳以下)を対象とした戦略の場合には、二次的なアウトカム、すなわち薬物使用防止の媒介因子または中間アウトカムの両方を考慮した。

データ抽出プロセス研究に含まれるためには、薬物使用の予防に関して成果を達成することを目的とした薬物使用介入または政策、あるいは薬物使用に関連する媒介因子に関して成果を達成することを目的とした10歳以下の少年を対象とした政策に焦点を当てた一次研究(メタアナリシスの有無)のシステマティック・レビューでなければならなかった。

そのため、以下の論文は除外された。薬物使用に関連する有病率、発生率、脆弱性及び回復力を議論した疫学研究；治療戦略に関する研究、あるいは薬物使用及び薬物使用障害による健康及び社会的影響の予防のみに焦点を当てた研究；一次研究；レビューの評価；予防及び予防システムの一般的な提供に関する研究。

抄録と全文の両方に基づく最初のスクリーニングの後、 392の研究が適格性についてさらにレビューされた。392の論文の全リストを付録Iに示す。

202の研究が適格であることが判明し、システマティック・レビューにおけるバイアスのリスク（ROBIS）ツール[4]を用いてバイアスのリスクを評価した。データはバイアスのリスクが低いことを報告しているレビューからのみ抽出した(71件のレビュー)。付録Iでは、これらのレビューの一覧を示し、レビュープロセスのフローチャートを付録IIIに示す。

さらに、これらの71件のレビューは、現在の調査で特定されたより新しい同等の研究がなければ、基準の初版からのレビューと統合された。データ抽出表(「付録IV結果の概要」)は、研究に含まれるすべての結論を報告し、各戦略の下での科学的根拠の要約の更新の基礎となった。

このプロセスは、物質の使用を防止するためだけでなく、他の危険な行動(例えば暴力)を防止したり、子供や若者の健康的な発達を促進するために、様々な介入や政策の使用に関する勧告を提供する既存のWHOガイダンスの利用によってさらに強化された。既存のWHOガイダンスが入手可能であれば、データ抽出に基づく科学的根拠の要約に続いて、各戦略の下で要約される。

各戦略の下では、可能な範囲で、効果及び有効性、又はそれらの欠如に関連する戦略の特徴も記載されている。これらの特徴は、本基準の第1版の作成中に専門家の助言によってほぼ特定されたが、第2版の初稿に対する専門家グループの助言を受けて、わずかに編集されたにすぎない。国家予防システムに関する最終章も、専門家の助言に基づいて起草され、専門家グループの助言に基づいて更新された。

制限事項

この文書を使用する際には、いくつかの制限事項を確認する必要がある。第一に、全体的な探索戦略は、個々の特定の介入の詳細に焦点を当てるのではなく、できるだけ多くの可能性のある介入に関連する科学的根拠を捕捉することを目的とした。従って、検索戦略は、より詳細で狭い検索戦略を必要とするため、特定の介入に関連する文献源と重要な詳細を見落とすことが予想される。

第二に、文献調査は一次アウトカムのみに焦点を当て(物質使用)、二次アウトカムに関する科学的根拠をシステマティック・レビューしなかった(すなわち、予防の媒介因子)。したがって、本基準は、物質使用防止の媒介要因の問題を包括的に扱っていない。

---

[4] Whiting, P., et al., ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. J Clin Epidemiol, 2015.

最後に、研究のバイアスのリスクはROBISを用いて評価されたが、科学的根拠の等級付けは行われなかった。同様に、有効性を超えた他の観点(例えば、有害性と便益、費用対効果、価値と選好、公平性、ジェンダーバランス、人権などの分析)からの介入の分析も行われなかった。したがって、上記の制限により、本基準には正式な勧告は含まれていない。本基準は、システマティック・レビューの概要を通じて特定された結果の要約を示しており、可能な場合には、追加的な問題をカバーし、より詳細な内容を示すために、入手可能な国際的なガイドラインからの抜粋によって強化されている。

本書について

本書は3章からなっている。第1章では、薬物及び他の向精神薬の使用を予防する上で有効または効果的であることが明らかにされた介入及び政策について述べる。

介入及び政策は、対象集団の年齢によってグループ化され、個人の生活における主要な発達段階を表す:幼年期及び幼少期の初期、幼少期の中期、青年期初期、青年期及び成人期。

すべての子どもは個性的であり、その発達は社会的、経済的、文化的要因によっても影響される。このため、異なる年代で参照される範囲は数値的に定義されていない。しかし、一般的なガイドラインとして、またこの文書の目的のために、以下を考慮する。幼年期及び幼少期の初期は、ほとんどが0-5歳の就学前の子供を指す。幼少期の中期とは、約6～10歳の小学生をいう。青年期初期とは、11-14歳の小学生高学年または中学生の時期をいう。青年期とは、15歳から18/19歳の高校生、10代後半をいう。成人期とは、それ以降の年を指す。この範囲は便宜上基準では用いられていないが、多くの研究で用いられているように、青年期(20歳から25歳までの大学生の年齢)と呼ばれることもある。

介入や政策の中には、複数の年齢層に関連するものもある。この場合、説明は繰り返さない。それらは、入手可能な科学的根拠がある他の発生段階に関連して、最も関連性の高い年齢に含まれる。

各戦略に関するセクションには、可能な限り、以下の詳細が含まれる。入手可能な科学的根拠、効果及び有効性に関連していると思われる特徴、またはそれらの欠如。

概説:このサブセクションでは、介入または政策、その主な活動及び理論的根拠について簡単に説明する。さらに、それは以下の指標を含む。

さらに、この戦略が一般集団(普遍的予防)、リスクが平均を大幅に上回る集団(選択的予防)、または特にリスクが高い個人(実験を開始した可能性があり、そのために疾患に進行する特別なリスクがある個人も含む適応予防)にとって適切であるかどうかの指標も含まれる。さらに、本基準は、戦略が環境的要素及び/又は開発的要素及び/又は情報的要素を含むか否かを例示する

入手可能な科学的根拠:これは基準の中核である。本文では、入手可能な科学的根拠とその中で報告された所見を記述する。一次エンドポイント(薬物使用)への影響が最初に報告され、二次エンドポイント(すなわち、媒介因子/予防の中間アウトカム)への影響がその後及び個別に報告された。入手可能な場合はいつでも、元の研究で提供されているように、影響の大きさが含まれており、また、異なる標的グループと影響の持続可能性に関する異なる影響も含まれている。科学的根拠の地理的情報源は、政策立案者と予防プログラム管理者に、戦略が異なる地理的環境で効果的であることがすでに知られているかどうかを示すために示される。最後に、費用対効果の指標がある場合、これもこれらのパラグラフに含まれる。本文のこの部分は、上記のように、データ抽出に含まれるか、または前版から得られた研究に基づいている。2番目のボックスは、入手可能であれば、公表されたWHOのガイドライン文書に示されているように、薬物使用または他の健康上のアウトカムに関する戦略の有効性に関するWHOのガイドラインを提供する。

効果及び有効性に関連する特徴、又はそれらの欠如:この文書はまた、効果及び有効性、又は入手可能な場合には無効性又は有害な効果に関連すると専門家グループによって見出された特徴の指標を提供する。これらの適応症は、因果関係を暗示するものと考えるべきではない。上述したように、この種の分析を可能にする十分な科学的根拠はない。むしろ、専門家グループの共同研究と実務経験に基づいて、成功の可能性を高める方向性を提示するためである。全ての戦略は、研究環境において実施されるべきであり、薬物使用を防止し、脆弱性及び回復力の要因に対処する上で有効であると認められたプロトコルを適用する。

第2章では、今後の研究が特に必要とされる予防問題について簡単に述べる。これには、科学的根拠が見つからなかった介入や政策だけでなく、特に脆弱なグループだけでなく、新たな物質使用問題も含まれる。可能な限り、潜在的な戦略について簡単に説明する。

最後の第3章では、科学的根拠に基づく介入と政策に基づいた効果的な国の予防システムを構築し、子どもと若者の健康で安全な発達を目指すための構成要素について述べる。これは、研究が伝統的に単一の介入と政策の有効性により焦点を当ててきたため、さらなる研究が緊急に必要とされるもう一つの分野である。前述したように、このセクションの起草は、専門家グループの専門知識とコンセンサスの恩恵を受けた。

I. 薬物予防介入と政策

1.　幼年期及び幼少期の初期（0～5歳）

子供たちの最初の交流は、学校に行く前に家族内で行われる。彼らは、養育能力がない、または親としての能力を欠いている親、または養育者との相互作用を経験したとき、及び健康不良、経済的、または他の困難に関連する他の困難(特に社会経済的に疎外された環境や機能不全の家庭環境において)に苦しむときに脆弱性を発達させることがある。他の因子の中で、妊娠中のアルコール、ニコチン、及び薬物の摂取は、発育中の胚及び胎児に負の影響を及ぼす。

このような状況は、重要な発達能力の達成を妨げ、幼少年を脆弱にし、後に行動障害のリスクにさらす可能性がある。幼児期の重要な発達目標は、養育者への安全な愛着、年齢に応じた言語能力、及び自己調節や社会的態度及び技能などの実行的認知機能の発達である。これらを獲得するためには、家族及び地域社会の支援が最も有効である。

出生前及び幼年期の面会

概説

これらのプログラムでは、訓練を受けた看護師やソーシャルワーカーが妊婦や新米の母親を訪問し、さまざまな問題(健康、住宅、雇用、法律など)に対処するための子育ての技術や支援を提供する。通常、これらのプログラムはすべての女性を対象としているわけではなく、一般人口と比較して困難な状況にある特定のグループ(開発目的の選択的戦略)のみを対象としている。

入手可能な科学的根拠

システマティック・レビューでは、新しいレビューは確認されなかった。

第 1 版では、1 件のレビューと 1 件のランダム化対照試験で、この介入に関する知見が報告された[5]。

主要アウトカムに関しては、ランダム化比較試験によれば、これらのプログラムは晩年の薬物使用を防ぐことができ、また将来の社会福祉と医療費を節約するという点で費用対効果も高い。

さらに、あるレビューでは、プログラムに参加している子どもたちが内在化障害（抑うつ等）を持つことを報告する可能性が低く、読解と数学の学力テストのスコアが高いという、いくつかの二次的アウトカムに関する知見が報告された。このプログラムに参加した母親は、アルコールや他の薬物の使用による役割障害も少ないと報告した。科学的根拠は米国に由来する。

出産前及び乳児の訪問プログラムはまた、WHO によって子供の虐待を防止するために推奨されている[6]。

専門家の協議に基づいて、効果や有効性があると考えられた特徴

- ✓ トレーニングを受けたワーカー
- ✓ 2歳までの定期的な健診、最初は2週間ごと、その後は毎月、最後にはそれ以下
- ✓ 基本的な育児能力
- ✓ 社会経済問題に取り組む母親たちを支援する(健康、住宅、雇用、法律など)

妊婦を対象とした介入

概説

妊娠及び母親である時期は、女性が自身の物質使用及び物質使用障害に対処することを受容するようになる、重大かつときにストレスの多い変化の時期である。

[5] Turnbull (2012), with Kitzman (2010) and Olds (2010) reporting on the same trial.

[6] WHO (2016), INSPIRE: seven strategies for ending violence against children.

妊娠中のアルコール及び薬物の使用は、薬物使用障害がなくても、妊婦自身及びその乳児に潜在的な健康リスクをもたらす。それゆえ、すべての妊婦は、自分自身と赤ちゃんに対する潜在的な健康リスクについて助言されるべきである。妊娠中の向精神薬の使用は母親及び将来の子供にとって危険であるため、薬物使用の管理及び薬物使用障害のある妊婦の治療を優先的に提供することができ、科学的根拠に基づく厳格な臨床ガイドラインに従う必要がある。これは開発目的で示された戦略である。

入手可能な科学的根拠

システマティック・レビューでは、新しいレビューは確認されなかった。 第1版では、2件のレビューがこの介入に関する知見を報告している[7]。 主要アウトカムに関する所見を報告したレビューはない。 二次的アウトカムに関しては、妊婦に科学的根拠に基づいた統合的治療を提供することは、子どもの発達、子どもの情緒的及び行動的機能、子育てのスキルにプラスの影響を与える可能性がある。 これらの結果の持続的な期間と科学的根拠の起源は明らかではない。
WHOガイドラインには、妊娠中の薬物使用に関する以下の勧告が含まれる: **タバコの使用**: 医療提供者は、妊娠中及びすべての妊婦健診時に、喫煙(過去と現在)及び受動喫煙への曝露について、できるだけ早期にすべての妊婦に尋ねるべきである[8]。 **薬物使用**: 医療提供者は、妊娠中及び妊婦健診のたびに、可能な限り早期に、アルコールや他の薬物(過去と現在)の使用についてすべての妊婦に尋ねるべきである。

[7] Niccols (2012a) and Niccols (2012b).

[8] WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second- hand smoke exposure in pregnancy

医療提供者は、アルコールまたは薬物を使用している全ての妊婦に短期間の介入を提供すべきである。

アルコールまたは他の物質使用障害のある妊婦または産後の女性を管理する医療提供者は、包括的な評価と個別のケアを提供すべきである。

医療提供者は、できるだけ早い機会に、アルコールまたは薬物に依存している妊婦に対して、アルコールまたは薬物の使用を中止し、必要かつ該当する場合には、医療的監督下での解毒サービスを提供または紹介するよう助言すべきである。

妊娠中の特定の臨床状況(オピオイド依存、ベンゾジアゼピン依存など)の管理に関するより詳細な勧告については、妊娠中の薬物使用及び薬物使用障害の特定と管理のための WHO ガイドライン[9]を参照されたい。

幼児教育

概説

地域レベルでの配送

入手可能な科学的根拠

システマティック・レビューでは、新しいレビューは確認されなかった。

第 1 版では、2 件のレビューでこの介入に関する知見が報告されている[10]。
これらの研究によれば、社会的に不利な立場にある地域で育っている子どもたちに早期教育サービスを提供することで、大麻使用を減らすことができ、タバコや他の薬物(主要アウトカム)の使用も減らすことができる。

[9] WHO (2014), WHO Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.

[10] D' Onise, 2010 and Jones 2006.

二次的アウトカムに関しては、早期教育は他の危険な行動を予防し、メンタルヘルス、社会的包摂及び学問的成功を支援できる。

すべての科学的根拠は米国に由来する。

専門家の協議に基づいて、効果や有効性があると考えられた特徴

- ✓ 子どもたちの認知的・社会的言語能力の向上
- ✓ 日課
- ✓ 訓練された教師によって提供される
- ✓ その他の社会経済的な問題の家族への支援提供

2.　幼少期の中期（6～10歳）

幼少期の中期には、家族と離れて過ごす時間がますます多くなり、その多くは学校に通い、同年代の友人と過ごす。家族は依然として重要な社会化の担い手である。しかし、保育所、学校、仲間のグループの役割は大きくなり始めている。この点で、地域社会の規範、学校文化及び教育の質のような因子は、安全で健康的な感情的、認知的及び社会的発達のためにますます重要になっている。社会的技能と向社会的態度の役割は、中年期に成長し、それらは重要な保護因子となり、学齢期の子供が学校や仲間とどの程度協力し、絆を築くかにも影響する。

幼少の中期における主な発達目標の中には、年齢特異的言語及び計算能力の継続的な発達、ならびに衝動制御及び自己制御がある。意思決定と問題解決能力とともに、目標指向行動の発達が始まる。この時期に発症する精神障害（不安障害、注意欠陥多動性障害、行為障害など）も、学校への健全な愛着、仲間との協調的な遊び、適応学習、及び自己調節の発達を妨げることがある。機能不全の家族の子供は、しばしばこの時期に、有害な可能性のある行動に関与している仲間と関わり始めるため、自分自身のリスクが高まる。

育児スキル・プログラム

概説

子育てスキルプログラムは、非常に簡単な方法で、親がより良い親になることを支援する。親が受容可能な行動のためのルールを設定し、自由な時間と友情のパターンを注意深く監視し、個人的及び社会的技能の獲得を支援し、ロールモデルである暖かい子育てスタイルは、物質使用及び他の危険な行動に対する最も強力な保護因子の1つである。これらのプログラムは、青年期初期の親にも実施できる。レビューはほぼ全年齢を対象としており、原則もほぼ同様であるため、ここでは介入についてのみ考察する。これらの介入は、普遍的なレベルと選択的なレベルの両方で実施することができ、主に開発的な種類の介入である。

入手可能な科学的根拠

5 件のレビューがこの介入に関する知見を報告しており、そのうち 4 件はシステマティック・レビュー[11]からのものであった。

主要アウトカムに関して、これらの研究は、家族ベースの普遍的なプログラムが若者のタバコ、アルコール、薬物及び物質使用を防ぐことができ、効果の大きさは一般に中長期的に持続することを報告している(12 カ月以上)

訓練されたファシリテータが提供するより集中的なプログラムは、単独のセッションやコンピュータベースのプログラムに比べて、一貫して効果的であるように見える。また、母親と娘を標的とする特定の性特異的介入は有効性を報告した。

上記の科学的根拠は、アフリカ、アジア、中東、ヨーロッパ、オーストラリア及び北米で実施された家族ベースの予防介入に関する研究から得られたものである。

WHO はまた、積極的な発達を支援し、青少年の暴力を防止し、子どもと青少年の行動障害を管理し、子どもの虐待を防止するために、育児技能プログラムを推奨している[13]。

母親と乳児の相互作用を促進する親の介入は、好ましくは、栄養不良で、病気の頻度が高く、他の危険にさらされている子供たちのグループのための進行中の母子保健プログラム内で提供されることも、子供の発達成果を改善するために推奨される[14]。

さらに、子どもの発達成果を向上させるために、うつ病やその他の精神的、神経的、物質的な使用状況にある母親には、効果的な治療や心理社会的支援に加えて、母親の子育てスキルを向上させることが推奨されている[15]。

---

[11] Mejia (2012), Thomas et al. (2016), Foxcroft and Tsertsvadze (2012), Allen et al. (2016), Kuntsche (2016).

[12] WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!), Guidance to Support Country Implementation

[13] WHO (2016), INSPIRE: seven strategies for ending violence against children.

[14] WHO (2012), Maternal mental health interventions to improve child development, Evidence profile.

[15] WHO (2012), Maternal mental health interventions to improve child development, Evidence profile.

最後に、知的障害及び広汎性発達障害（自閉症を含む） を含む発達障害の幼少年及び青年の管理のために、介護者技能訓練が提供されるべきである[16]。

専門家の協議に基づいて、効果や有効性があると考えられた特徴

- ✓ 親子のきずなを強める。例えば、親子間の愛着
- ✓ 子どもたちの生活の中でより積極的な役割を果たす方法について親を支援する。例えば、子どもたちの活動や友情を監視したり、子どもたちの学習や教育に参加したりすること
- ✓ どのように積極的で発達に適した訓練をするかについて両親を支援する
- ✓ 親子どもの役割モデルを支持する
- ✓ 親が参加しやすいように組織化する（例えば、勤務時間外、食事、育児、交通、セッション終了時の小さな賞品など）
- ✓ 典型的には、一連の（社会から疎外された、もしくは恵まれない地域の両親との仕事の場合や、両親のどちらかまたは両方が物質使用障害に苦しむ治療プログラムの場合には、10回前後のセッションが多い）
- ✓ 多くの場合、トレーニングを受けた個人によって、その他の正式な資格なしで提供される。

専門家の協議に基づいて、有害な影響をもち、効果や有効性がないと考えられた特徴

- ・ 両親の権限を弱体化させる。
- ・ 親が子どもと相談できるようにするためだけに情報を提供する。
- ・ 訓練されていないスタッフによってもたらされる。

[16] WHO (2012), Maternal mental health interventions to improve child development, Evidence profile.

- ユニバーサル予防カリキュラム、コーディネーターシリーズ、コース4:家族ベースの予防介入（2015）
- UNODC(2010)「科学的根拠に基づく家族技能訓練プログラムのコンパイル」、国連薬物犯罪事務所、オーストリア、ウィーン
- CCSA(2011)「私たちの技能を強化する:青少年の物質使用防止のための家庭技能プログラムに関するカナダのガイドライン」、カナダ物質使用センター、オタワ、オンタリオ州、カナダ
- UNODC(2009) 薬物乱用防止のための家庭技能訓練プログラム実施の手引き、国連薬物犯罪事務所、オーストリア、ウィーン
- WHO精神保健ギャップアクションプログラム（mhGAP）非専門的健康設定における幼少年と青年の精神障害の管理のための科学的根拠に基づく勧告

個人及び社会的スキル教育

概説

これらのプログラムでは、訓練を受けた教師が子どもたちにさまざまな個人的・社会的スキルを学び、実践する機会を与えるために、対話型の活動に従事させる。これらのプログラムは通常、構造化された一連のセッション(すなわち、これは普遍的なレベルの介入である)を通じてすべての子どもたちに提供される。このプログラムは、日常生活における困難な状況に安全かつ健康的な方法で対処することができる技能を学ぶ機会を提供する。それらは、精神的及び情緒的幸福を含む一般的な社会的能力の発達を支援する。これらのプログラムは、大部分が開発要素で構成されている。

例：ほとんどの地域社会では、この年齢の子どもたちはまだ使用を始めていないため、特定の薬物に関する内容は通常含まれていない。これはあらゆる場合に当てはまるわけではなく、この非常に若い年齢で薬物(例えば吸入剤)に曝露された子どもを対象としたプログラムでは、「青年期初期」の「個人的・社会的能力や社会的影響に基づく予防教育」に含まれている、薬物に特化したガイダンスを参照した方がよいかもしれない。

入手可能な科学的根拠

7 件のレビューがこの介入に関する知見を報告しており、そのうち 4 件は新しいレビュー[17] からであった。

これらの研究によれば、一次アウトカムに関しては、教室での個人的及び社会的技能の発達を支援することにより、特に長期の追跡調査(1 年以上)で、喫煙、アルコール及び薬物使用を予防することができる。レジリエンスのみに焦点を当てた戦略の有効性は薬物使用に限られていた。

科学的根拠の大部分は北米、ヨーロッパ及びオーストラリアに由来し、アジア及びアフリカからの研究もある。

非専門的な医療施設は、可能であれば、学校を基盤としたライフスキル教育を奨励し、協力して、幼少年と青年の精神衛生を促進すべきである [18]。

専門家の協議に基づいて、効果や有効性があると考えられた特徴

- ✓ 個人的及び社会的技能の範囲を改善する
- ✓ 構造化された一連のセッションを通じて提供され、多くの場合、複数年にわたるブースターセッションを提供
- ✓ 訓練を受けた教師による指導
- ✓ セッションは主に対話型

専門家の協議に基づいて、有害な影響をもち、効果や有効性がないと考えられた特徴

- ✗ 講義などの非対話的な方法を主な配布方法として使用する
- ✗ 恐怖の覚醒を含む特定の物質に関する情報の提供
- ✗ 自尊心の形成と情動教育のみに焦点を当てる

[17] Hodder et al. (2017), Salvo et al. (2012), McLellan & Perera (2013), McLellan & Perera (2015), Schröer-Günther (2011), Skara (2003).

[18] WHO (2012), WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Behaviour change techniques for promoting mental health, Evidence profile

詳細情報のための既存のガイドラインとツール

- UNESCO/ UNODC/ WHO (2016), 健康教育における良い方針と実践:アルコール、タバコ及び薬物の使用に対する教育セクターの反応
- ユニバーサル予防カリキュラム、コーディネーターシリーズ、コース5:学校ベースの予防介入 (2015)
- CICAD学校ベースの予防に関する半球ガイドライン
- 学校における青少年の物質使用防止に関するカナダの基準
- WHO精神保健ギャップアクションプログラム (mhGAP) 非専門的健康設定における幼少年と青年の精神障害の管理のための科学的根拠に基づく勧告

教室環境改善プログラム

概説

これらのプログラムは、教師の教室管理能力を強化し、子どもたちが生徒としての役割を果たしながら、攻撃的で破壊的な早期行動を減らすことができるよう支援する。教師は一般的に、不適切な行動の予防と軽減だけでなく、向社会的な行動を教える目的で、すべての生徒との日々の練習において、非教育的な教室の手順のコレクションを実装するためにサポートされている。これらのプログラムは、学術的学習と社会感情的学習の両方を促進する。これらはクラス全体を対象としており、開発要素を含んでいるため、普遍的である。

入手可能な科学的根拠

システマティック・レビューでは、新しいレビューは確認されなかった。

第1版では、1件のレビューでこの介入に関する知見が報告されている[19]。

このレビューでは、社会復帰に関する知見は報告されなかった。

二次的アウトカムに関しては、この研究によれば、教師の教室管理の実践は、以下の問題行動を著しく減少させる。

[19] Oliver, 2011.

教室は、破壊的で攻撃的な行動に強い影響を与え、親社会的な行動と子どもたちの学業成績を強化する。これらの結果の持続可能性のための期間は明確ではない。

上記のすべての科学的根拠は、米国及びヨーロッパで得られたものである。

専門家の協議に基づいて、効果や有効性があると考えられた特徴

- ✓ 多くの場合、最初の学年に配信される
- ✓ 不適切な行動に対応する戦略を含む
- ✓ 適切な行動を認める戦略を含む
- ✓ 期待に関するフィードバックを含める
- ✓ 学生の積極的な参加

子どもを学校に留める政策

概説

学校への出席、学校への愛着、及び年齢相応の言語及び計算能力の達成は、この年齢の幼少年における物質使用に対する重要な防御因子である。低・中所得国では、子どもの就学を支援し、教育成果を向上させるために、様々な政策が実施されている。

入手可能な科学的根拠

システマティック・レビューでは、新しいレビューは確認されなかった。

第 1 版では、2 つのレビュー[20]が以下の政策に関する知見を報告している:新しい学校の建設、学校での栄養の提供、家族への様々な性質の経済的インセンティブの提供。

この試験では、主要アウトカムに関する所見は報告されていない。

[20] Lucas (2008) and Petrosino (2012).

これらの研究によれば、中等教育の成果に関しては、これらの政策によって子どもたちの就学率が向上し、言語能力と計算能力が向上する。家族に単純な現金を支給しても大きな成果は得られないようであるが、条件付きの給付はそうである。これらの結果の持続可能性のための期間は明確ではない。

このすべての科学的根拠は低中所得国に由来する。

子どもを学校に通わせ続けるための条件付きの金銭的インセンティブは、青少年の暴力を防止するための戦略としてWHOによっても推奨されている[21].

メンタルヘルス障害への対応

概説

感情障害(例えば不安や抑うつ)及び行動障害(ADHD、行動障害など)は、青年期後期及び生涯における物質使用のリスク増大と関連している。幼少期及び青年期のいずれにおいても、情緒障害及び行動障害にできるだけ早期に対処するよう幼少年、青年及び親を支援することが重要な予防戦略である。

入手可能な科学的根拠

システマティック・レビューまたは本基準の初版のいずれにおいても、研究は確認されなかった。

WHOは、幼少年及び青年(介護者だけでなく)を支援し、可能な限り早期にこのような障害に対処するために、以下を推奨している[22]

行動障害の治療のための幼少年及び青年に対する行動介入

[21] WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.

[22] WHO (2016), mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0. WHO, 2016.

認知行動療法（CBT）、情緒障害の幼少年及び青年に対する対人関係療法（IPT）、及び介護者に焦点を当てた介護者技能訓練などの心理学的介入。

注意欠陥多動性障害（ADHD）に罹患していると診断された子供のための投薬を開始する前に、可能であれば認知行動療法と社会的技能訓練を含む初期介入で親の教育/訓練を開始する。

薬理学的介入は専門的な状況でのみ提供する。

詳細情報のための既存のガイドラインとツール

- ✓ WHOメンタルヘルスギャップアクションプログラム（mhGAP）介入ガイドとトレーニングマニュアル（WHO, 2016).

3.　青年期初期（11～14歳）

青年期とは、幼少年期に経験した以上の人々や組織との関連性の増大を通じて、若者が新しい考えや行動に曝される発達期である。大人の役割と責任を「試してみる」ときである。また、青年期の脳の「可塑性」と順応性は、幼児期のように、この発達の時期は、介入が以前の経験を強化したり変えたりできる時期であることを示唆している。

青年期の脳に重大な変化が生じている時期に成人の役割と自立性を身につけたいという欲求は、危険な性行動、喫煙、アルコール摂取、危険な運転行動、薬物使用などの潜在的に有害な行動について、思慮に欠けた決断と関与をする好機をも生み出している。

親の影響は依然として有意であるが、仲間の物質使用(あるいは有害な可能性のある行為)は、仲間による拒絶と同様に行動に対する重要な影響である。向精神薬使用に関連する健康的な態度及び社会規範的信念もまた、薬物使用に対する重要な防御因子である。良好な社会的技能及び回復力のある精神的及び感情的健康は、青年期を通して重要な保護因子であり続ける。

注意：子育て技術の介入は、幼少期中期と青年期初期に実施される。この研究で確認された研究は、年齢別に結果を分解していない。したがって、ここでは子育てのスキルについてのセクションを繰り返すのではなく、「青年期初期」のセクションでは、読者は前のセクションを参照している。同じことが「精神的健康障害への対処」のセクションにも適用される。同様に、青年期後期に関連する介入及び政策の多くは、青年期初期の物質使用を予防できる。便宜上、次のセッションでのみ説明する。これは以下に適用される:アルコールとタバコの政策、メディア・キャンペーン、簡単な介入とコミュニティ・ベースの多要素イニシアチブ。

社会的能力・影響力に基づく予防教育

概説

技能に基づく予防プログラムでは、訓練を受けた教師が、様々な個人的及び社会的技能(社会的能力)を学習し実践する機会を与えるために、学生を対話型活動に従事させる。これらのプログラムは、若者が物質を使用するという社会的圧力に対抗し、一般的には困難な生活状況に健康的な方法で対処できるようにする物質的能力と仲間拒否能力の育成に重点を置いている。

加えて、それらは、物質使用の結果を含め、物質使用に関連する異なる社会的規範、態度及び肯定的及び否定的期待について、年齢に応じた適切な方法で議論する機会を提供する。彼らはまた、仲間内での物質使用の一般的な普及率と社会的受容性に対処して、物質使用に関する規範的信念を変えることを目指している(社会的影響)。

入手可能な科学的根拠

この種の介入の結果が報告された22件のレビューであった。

主要アウトカムに関しては、これらの研究によれば、社会的能力と社会的影響力の組み合わせに基づく特定のプログラムが、喫煙、飲酒、薬物使用を予防している(予防効果は小さいが、長期的にも研究間で一貫している(+12か月))。

特に女子を対象とした学校ベースの喫煙予防に関するレビューでは、学校ベースの喫煙予防プログラムが青年期の女子の喫煙予防に有意な効果があるという科学的根拠はなく、メディアキャンペーンとともに提供されるジェンダーに特化したプログラムやプログラムに有望な適応があると結論づけられた。

学校環境における個人及び環境レジリエンス関連保護因子を標的としたプログラムは、タバコまたはアルコールではなく、薬物の使用の予防に有効であると報告された。情報の提供のみに基づくプログラム「薬物乱用耐性教育(D.A.R.E.)」は、効果がないと報告された。

有害作用(物質使用量の増加など)の危険性があるため、高リスクグループではこのようなことが起こらないように注意すべきであるという警告を付して、レビューではすべての物質の計画を実施するのに有効であると報告された。コンピューターに基づく送達方法は、一般に、全ての物質について小さな影響サイズを報告した。

このような背景から、青年期初期を対象としたプログラムの方が、より幼少年または幼少年後期を対象としたプログラムよりも薬物使用を予防する可能性が高いという指摘がある。ほとんどの科学的根拠は普遍的プログラムに関するものであるが、普遍的技能に基づく教育は、精神障害のある若年者を含む高リスク群においても予防的である可能性があるという徴候がある。

[23] Ashton et al. (2015), Champion (2013), de Kleijn et al. (2015), Espada et al. (2015), Faggiano et al. (2014), Foxcroft & Tsertsvadze (2012), Hale et al. (2014), Hodder et al. (2017), Jackson (2012), Jones (2006), Kezelman & Howe (2013), Lee et al. (2016), McArthur et al. (2015), McLellan & Perera (2013), McLellan & Perera (2015), Pan (2009), Roe (2005), Salvo et al. (2012), Schröer-Günther (2011), West (2004).

大部分の科学的根拠は北米、ヨーロッパ及びオーストラリアに由来するが、一部の研究はアジア及びアフリカに由来する

社会的及び感情的な学習要素も含むプログラムは、青少年の暴力を防止するためにWHOによっても推奨されている[24].

専門家の協議に基づいて、効果や有効性があると考えられた特徴

- ✓ インタラクティブな方法を使用する
- ✓ 週1回の一連の構造化されたセッション(通常は10～15)を通じて提供され、多くの場合、複数年にわたるブースターセッションを提供
- ✓ トレーニングを受けたファシリテータ(訓練を受けた同僚も含む)が提供
- ✓ 特に対処、意思決定、抵抗力のスキル、特に物質使用に関連したスキルを含む、個人的及び社会的スキルの広い範囲を練習し、学ぶ機会を提供する
- ✓ 物質使用に関連するリスクの認識に影響を与え、直ちに影響が出ることを強調する
- ✓ 物質使用に関連する規範的性質及び期待に関する誤解を払拭する

専門家の協議に基づいて、有害な影響をもち、効果や有効性がないと考えられた特徴

- ✗ 講義などの非対話な方法を主要な提供戦略として使用すること
- ✗ 情報提供のみ、特に恐怖の覚醒
- ✗ 構造化されていない対話セッションに基づくこと
- ✗ 自尊心と情動教育の構築のみに焦点を当てること
- ✗ 倫理的/道徳的な意思決定または価値のみに対処すること

[24] WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.

× 元薬物使用者を証言として用いること

詳細情報のための既存のガイドラインとツール

- UNESCO/ UNODC/ WHO (2016),保健教育におけるよい方針及び実践:
  アルコール、タバコ及び薬物の使用に対する教育部門の対応

- ユニバーサル予防カリキュラム、コーディネーターシリーズ、コース5:学校ベースの予防介入 (2015)

- 学校ベースの予防に関するCICAD半球ガイドライン

- カナダ学校における青少年の物質使用防止基準

薬物使用に関する学校方針

概説

物質使用に関する学校の方針では、物質は学校の敷地内や学校の機能や活動中に、生徒と職員の両方によって使用されてはならないと定めている。政策はまた、使用事例に対処するための透明性のある、懲罰的でない仕組みを作り、教育と健康を促進する機会に変える。これらの介入及び方針は普遍的であるが、スクリーニング、簡単な介入及び紹介のような適応された要素も含みうる。これらは、しばしば、学校への愛着を促進するための技能に基づく教育及び学校全体の方針及び親の育児技能及び親の関与を支援するための、他の予防介入と一緒に実施される。

入手可能な科学的根拠

4 件のレビューでは、これらの介入に関する知見が報告されており[25]、そのうちの 3 件は新しいレビューからであった。レビューのうち 3 つは学校におけるタバコ政策を研究し、 1 つは高等教育環境(大学)における介入を研究した。

主要な結果に関しては、学校ベースのタバコ予防のためのインセンティブに関するレビューを含む、タバコ政策に関する 3 つのレビューで異なる結果が報告されており、効果の科学的根拠を報告した研究はほとんどなく、半数以上が効果の科学的根拠を報告していない。

[25] Coppo et al. (2014), Galanti et al. (2014), Hefler et al. (2017), Reavley (2010).

調査結果を提供した研究では、喫煙を禁止している学校で喫煙する確率が低く、より自由な態度をとっている学校で喫煙する確率が高いことが明らかになった。政策の形式(例えば文書化された方針)とその施行も喫煙行動に付加的な影響を与えたという科学的根拠があった。

大学では、いくつかの環境的介入、社会規範のマーケティングキャンペーン、認知行動/スキルベースの介入が、アルコールの有害な使用の予防に関して有益である可能性があり、短期的な動機づけのための介入及び個別化された規範的介入(コンピューターと対面の両方)に対する最も強力な科学的根拠である。

大部分の科学的根拠は北米、ヨーロッパ及びオーストラリア/ニュージーランドに由来するが、アジアに由来する科学的根拠もある。

専門家の協議に基づいて、効果や有効性があると考えられた特徴

- ✓ 混乱のない、通常の学校機能をサポートすること
- ✓ あらゆるステークホルダー(生徒、教師、スタッフ、親)が参加して策定された方針
- ✓ 方針では対象とする物質、対象とする場所(学校機能)を明記していること
- ✓ 学校の全員(生徒、教師、スタッフ、訪問者など)及び全ての向精神薬(タバコ、アルコール、薬物)に適用すること
- ✓ 積極的な制裁を伴う政策違反には、懲罰ではなく、カウンセリング、治療、その他の医療及び心理社会的サービスを提供または参照することによって対処すること
- ✓ 方針遵守の積極的な強化を含め、一貫して迅速に実施すること

専門家の協議に基づいて、有害な影響をもち、効果や有効性がないと考えられた特徴

- ✗ ランダムな薬物検査を含む

詳細情報のための既存のガイドラインとツール

- UNESCO/ UNODC/ WHO (2016), 保健教育におけるよい方針と実践:教育セクターにおけるアルコール・タバコ・薬物使用への対応

- ユニバーサル予防カリキュラム、コーディネーターシリーズ、コース5:学校ベースの予防介入（2015）

- 学校ベースの予防に関するCICAD半球ガイドライン

- カナダ学校における青少年の物質使用防止基準

学校への愛着を高めるための学校全体のプログラム

概説

学校への愛着を高めるための学校全体のプログラムは、生徒の参加、積極的な絆、学校への献身を支援する。これらの介入と政策は普遍的である。これらは、物質使用に関する技能に基づく教育及び学校の方針、育児技能及び親の関与の支援など、他の予防介入と併用して実施されることが多い。

入手可能な科学的根拠

2 件のレビューでこの介入に関する知見が報告されており[26]、そのうちの 1 件は新しいレビューからであった。

主要アウトカムに関しては、1 件の研究ではこれらの戦略がすべての物質の使用防止に寄与していると報告されており、別の研究では薬物使用についてのみ結果が報告されており、タバコとアルコールについては有意な結果は報告されていない。

大部分の科学的根拠は北米、ヨーロッパ及びオーストラリア/ニュージーランドに由来するが、アジアに由来する科学的根拠もある。

専門家の協議に基づいて、効果や有効性があると考えられた特徴

- ✓ 学校の前向きな精神と学校への献身を支援する
- ✓ 学生の参加を支援する

[26] Fletcher (2008) and Hodder et al. (2017).

詳細情報のための既存のガイドラインとツール

- UNESCO/ UNODC/ WHO (2016),保健教育におけるよい方針及び実践:
  アルコール、タバコ及び薬物の使用に対する教育部門の対応

- ユニバーサル予防カリキュラム、コーディネーターシリーズ、コース5:学校ベースの予防介入 (2015)

- 学校ベースの予防に関するCICAD半球ガイドライン

- カナダ学校における青少年の物質使用防止基準

個人の心理的脆弱性への対応

概説

感覚を求める、衝動性、不安感受性、絶望感などの人格特性は、物質使用のリスク増大と関連している。これらの指摘された予防プログラムは、特にリスクのあるこれらの青年が、危険で有害な飲酒を含む否定的な対処戦略を用いる代わりに、彼らの人格から生じる感情に建設的に対処するのを助ける。したがって、それらは大部分が発生的な要素で構成されている。

入手可能な科学的根拠

システマティック・レビューでは、新しいレビューは確認されなかった。

第 1 版では、2 件のランダム化対照試験が青年期初期及び青年期にこの介入に関する効果を報告しており [27]、1 件のレビューが幼少期中期におけるこの介入に関する科学的根拠を報告していた [28]。

これらの研究によれば、主要アウトカムに関しては、個人の心理的脆弱性に対処するプログラムは、2 年間の追跡調査で飲酒と深酒の割合を低下させる可能性がある。

[27] Conrod (2008), Conrod (2010), Conrod (2011), Conrod (2013) and O'Leary-Barrett (2010) reporting on the same trial.

[28] Piquero (2010).

二次的アウトカムに関しては、このタイプの介入は、自己管理のような、後の人生での物質使用に影響する個々の仲介因子に影響する。

科学的根拠はすべてヨーロッパと北米に由来する。

専門家の協議に基づいて、効果や有効性があると考えられた特徴

- ✓ トレーニングを受けた専門家によるトレーニング（例えば心理学者や教師）
- ✓ 参加者は、検証された手段に基づいて特定の人格特性を有すると特定されている
- ✓ プログラムは、起こりうるいかなる汚名も避けるような方法で組織されている
- ✓ 人格に起因する感情に積極的に対処するスキルを参加者に提供する
- ✓ 一連の短いセッション（2～5）

指導

概説

「自然な」　指導とは、子ども/青少年と、教師、指導者、地域社会の指導者などの関係のない大人との間の関係と相互作用を指し、物質使用と暴力の減少に関連していることがわかっている。これらのプログラムは、特に社会から取り残された状況にある若者（選択的予防）と、活動を計画し、自由な時間の一部を定期的に若者と過ごすことを約束する成人とをマッチングさせるものである。

入手可能な科学的根拠

１件のシステマティック・レビューにより、この介入に関する知見が報告された[29]

[29] Thomas et al. (2013)

主要アウトカムに関して、本研究は若年者におけるアルコールと薬物使用の予防における指導の効果のいくつかの科学的根拠を提供した。

その科学的根拠はアメリカとヨーロッパで見つかった。

WHO は、青少年の暴力を予防するための科学的根拠に基づく介入として特定された介入の一つとして、指導を推奨している[30]

専門家の協議に基づいて、効果や有効性があると考えられた特徴

- ✓ メンターに適切なトレーニングとサポートを提供する
- ✓ 非常に体系化された活動計画に基づく

[30] WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.

4. 青年期（15～18/19歳）及び成人期（20歳～）

青年期の若者が成長するにつれて、職場、医療部門、娯楽施設、地域社会など、家族や学校以外の環境で実施される介入がより適切なものとなる。

注意:青年期初期に対する介入及び政策が学校で実施されるために要約された科学的根拠(すなわち、予防教育、個人の脆弱性への対処、物質使用に関する学校の方針)は、指導と同様に、年齢層別のデータを細分化することなく、青年期に対する有効性も報告している。これらの介入については、この節では再び議論しない。

簡単な介入

概説

簡単な介入は1対1のカウンセリングセッションで構成され、フォローアップセッションや自宅に持ち帰る追加情報を含めることができる。これらの薬は、訓練を受けた様々な医療従事者やソーシャルワーカーによって、物質使用によって危険にさらされている可能性があるが、必ずしも治療を求めていない人に提供される。セッションでは、まず物質使用の問題があるかどうかを確認し、直ちに適切な基本的カウンセリング及び追加治療への紹介を行う。セッションは構造化されており、通常5分から15分で終了する。

簡単な介入は通常、一次医療システムまたは緊急治療室で実施されるが、学校及び職場のプログラムの一部として実施された場合、オンラインまたはコンピュータを介して実施された場合にも効果的であることが明らかにされている。

短時間の介入セッションでは一般的に、動機付け面接法が用いられるが、これは心理社会的介入であり、個人の物質使用について話し合い、患者が自身の物質使用について決定を下し、目標を設定するのを支援する。この場合、短時間の介入は通常、最大4セッション（最大1時間）にわたって行われるが、通常はセッションの継続時間が短くなる。

48件のレビューがこの介入に関する知見を報告した[31]。そのうち38件は新しいレビューからであった。

主要アウトカムに関して、これらの研究は、短い介入と動機づけ面接が物質使用を有意に減少させることを示している。この影響の科学的根拠は、異なる物質(たばこ、アルコール、麻薬)及び異なる年齢群(青年と成人)で認められ、影響の大きさは小さく、6〜12ヵ月を超えて持続しないことが報告されている。

精神病性障害者の過度のアルコール消費の減少も報告された。アルコール摂取の減少及び/有害な使用パターンの適応も、大学を出た若者と大学の両方で報告された。

1件の研究では、学校ベースの状況では、短い学校ベースの介入(タバコ、アルコール、薬物)の方が評価のみの状況よりも物質使用の減少に効果的であり、情報提供と類似しているという限られた質の科学的根拠があると結論づけられた。他の研究では、大麻の使用に関してある程度の有効性が報告されており、タバコやアルコールと同様の結果が報告されている。

コンピュータ及びインターネットを利用した送達により、アルコールに対して長期的に持続しないわずかな影響(12カ月以上)が報告されたが、タバコ及び大麻に関する入手可能な科学的根拠は少ない。1件のレビューでは、電話による介入の有効性が報告された。対面での送達では効果が大きかった。

緊急時の搬送に関するレビューでは、青年及び成人の両方、アルコール及び薬物に関する研究が不均一であるため、結果の統合が妨げられていることが示された。女性及び治療に適格な患者に対する有効性が認められた。

しかしながら、主に青年及び若年成人の飲酒に焦点を当てた介入では、喫煙に関する科学的根拠が限られている可能性がある。

---

[31] Ashton et al. (2015), Baker et al. (2012), Bertholet (2005), Carey et al. (2012), Carey et al. (2016), Carney (2012), Carney et al. (2014), Christakis (2003), Davis et al. (2017), Dedert et al. (2014), Dedert et al. (2015), Diestelkamp et al. (2016), Donoghue et al. (2014), Dotson et al. (2015), Dunn (2001), Elzerbi et al. (2015), Elzerbi et al. (2017), Foxcroft et al. (2015), Foxcroft et al. (2016), Gulliver et al. (2015), Hennessy & Tanner-Smith (2015), Hennessy et al. (2015), Jensen (2011), Jiang & Gao (2017), Kaner (2007), Kazemi et al. (2013), Landy et al. (2016), Leeman et al. (2015), McGinnes et al. (2016), Merz et al. (2015), Moreira (2009), Newton et al. (2013), Oosterveen et al. (2017), Park & Drake (2015), Peirson et al. (2016), Reavley (2010), Riper (2009), Riper et al. (2014), Scot-Sheldon et al. (2014), Scott-Sheldon et al. (2016), Smedslund (2011), Smedslund et al. (2017), Tait (2003), Tait et al. (2013), Vasilaki (2006), Watson et al. (2013), Wood et al. (2014), Young et al. (2014).

大麻の科学的根拠は乏しく、決定的ではないと報告されている。簡単な介入及び動機づけ面接は、青年と成人の両方に同じように有益であるが、アルコール使用の減少に対する長期的影響は明らかではなかった。さらに、精神病性障害者の過度のアルコール消費の減少も報告された。

WHOは、アルコール使用の有病率が低い地域を除いて、専門家でない医療施設での危険性と有害性のあるアルコール使用のスクリーニングと簡単な介入を推奨している。この地域では、全ての患者のスクリーニングは費用対効果が高くないかもしれないが、特定された飲酒者には短い介入が依然として適切である。危険性及び有害性のあるアルコール使用のスクリーニングは、日常の臨床診療に容易に組み込むことができる有効な手段(例:AUDIT、ASSIST)を用いて実施すべきである。スクリーニングが実施不可能または安価な状況では、医療従事者は適切な場合に患者のアルコール消費量を調査すべきである。危険で有害な飲酒をする患者には、短期間の介入を行うべきである。短期間の介入は、5～30分間の単回セッションで構成され、アルコール摂取の減量または中止に関する個別のフィードバック、助言、フォローアップの提供を含めるべきである。スクリーニング中にアルコール依存症と診断された患者は、既存のWHO勧告に従って管理すべきである[32]。

WHOは、大麻や精神刺激薬を使用している個人が専門外の医療施設(1回5～30分のセッションで構成され、大麻/精神刺激薬の消費量の削減または停止に関する個別のフィードバック、助言、フォローアップの提供を含む)で発見された場合には、簡単な介入を提供することを推奨している。さらにWHOは、大麻や精神刺激薬の使用に関連した問題が継続している患者で短期介入に反応しない場合には、専門家評価への紹介を考慮すべきと勧告している[33]。

WHOはアルコール、喫煙及び物質関与スクリーニング検査（ASSIST）パッケージを開発し、アルコール、タバコ及び向精神薬を含む全ての向精神薬のスクリーニング及び簡潔な介入を容易にしている。介入の有効性は成人で実証されており、青年におけるASSISTベースの介入の有効性を確立するためにさらなる研究が必要である。

[32] WHO (2016), mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0.

[33] WHO (2012), Brief psychosocial interventions, Evidence profile.

詳細情報のための既存のガイドラインとツール

- AUDIT - アルコール使用障害識別テスト：プライマリケアで使用するためのガイドライン、第二版、WHO, 2001年.
- 危険で有害な飲酒のための簡単な介入：プライマリケアで使用するためのマニュアル. WHO, 2001年.
- アルコール、喫煙及び物質使用スクリーニング検査（ASSIST):プライマリケアで使用するたためのマニュアル. WHO, 2010年.
- 危険物質及び有害物質の使用に関するASSISTと連携した簡単な介入：プライマリケアの使用に関するマニュアル. WHO, 2010年.
- 専門化されていない健康環境における精神的、神経学的及び物質使用障害のためのmhGAP介入ガイド、 2.0版. WHO, 2016年.

職場予防プログラム

概説

物質使用の大部分は、働く成人に起こる。物質使用障害は、従業員を健康上のリスクにさらし、同僚、友人、家族との関係を困難にし、より具体的には職場に安全上のリスクをもたらす。薬物を使用している若年成人では、仕事による緊張が物質使用障害の発生リスクを有意に増大させることが明らかにされているため、若年成人は特にリスクが高い。使用者はまた、物質使用の大きなコストを負担する。物質使用に問題のある従業員は、欠勤率が高く生産性が低く、事故を起こす可能性が高く、医療費と離職率が高い。さらに、使用者は、適用される法律及び規則に従い、安全かつ健康な職場を提供し、維持する義務がある[34]。職場における予防プログラムは、通常、予防要素及び政策並びにカウンセリング及び治療への紹介を含む複数の構成要素からなる。

[34] ILO (1996). Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice, Geneva, International Labour Office.

入手可能な科学的根拠

4 件のレビューでは、この種の介入に関する知見が報告されており[35]、そのうちの 2 件は新しいレビューからであった。

これらの研究によれば、一次的アウトカムに関して、職場での予防は、男性ではなく女性の間でのアルコール消費量の減少に正の効果があることが報告されたため、男女間で効果にばらつきがある可能性があり、アルコール使用を予防することができる。1 件のレビューでは、喫煙の予防に影響は認められなかった。

加えて、他の健康行動に関して、別のレビューは、職場介入が体力に正の効果を示すことを示した。これらの結果の持続可能性の期間は明らかではない。

科学的根拠の大部分は北米とヨーロッパからで、オーストラリアとアジアからも研究が出てきている。

専門家の協議に基づいて、効果や有効性があると考えられた特徴

- ✓ あらゆる利害関係者(雇用者、経営者、従業員)の参加を得て開発
- ✓ 従業員の秘密保持
- ✓ あらゆる利害関係者によって策定された職場での物質使用に関する方針を含み、懲罰的ではないこと
- ✓ 短時間の介入(Webベースを含む)、カウンセリング、治療への紹介、再統合サービスを必要とする従業員への提供
- ✓ 明確なコミュニケーションコンポーネントを含む
- ✓ 他の健康または健康関連プログラム(例えば心血管疾患の予防)に組み込まれている
- ✓ ストレスマネジメント講座を含む
- ✓ プログラムでの役割を果たすために、マネージャー、従業員、保健医療従事者を訓練する

[35] Kazemi et al. (2013), Chan and Perry (2012), Thomas (2008), Webb (2009).

✓ アルコール及び薬物の検査は、上記の箇条書きに記載された特徴を有する包括的なプログラムの一部としてのみ含める

詳細情報のための既存のガイドラインとツール

- ユニバーサル予防カリキュラム、コーディネーター・シリーズ、コース6: 職場ベースの予防介入（2015).
- ILO（2012), SOLVEトレーニングパッケージ: 健康増進を職場のOSH方針と統合する,労働環境の健康安全プログラム(SAFEWORK),国際労働機関 ,ジュネーブ.スイス
- CICAD（2009), 職場予防におけるCICAD 半球ガイドライン
- UNODCはILO（近日公開予定）と協力して、職場予防プログラムに関するガイドラインを作成した。

タバコ対策

概説

喫煙と喫煙の入手可能性とアクセス可能性を低下させるために、集団レベルで実施される一連の政策。

入手可能な科学的根拠

4 件のレビューがこの種の政策に関する知見を報告しており [36]、そのうちの 1 件は新しい概観からのものであり、特に職場における政策に関して、以下に示す WHO のガイドラインをさらに支持している。

WHO のたばこ規制枠組み条約は、たばこの需要を減らす戦略に関して、明確な科学的根拠に基づくガイドラインを規定している。これらには、国民の様々な層、特に若年者によるたばこ消費を削減するための効果的かつ重要な手段である価格及び税制措置が含まれる。さらに、タバコの煙への暴露が死亡、疾病及び障害を引き起こすことを科学的根拠が明確に立証しているため、タバコの煙への暴露からの保護対策も詳細に記載されている。

[36] Frazer et al. (2016), Lovato (2011), Stead (2005), Thomas (2008).

最後に、追加的な規制は、たばこ製品の内容、たばこ製品の開示、たばこ製品の包装と表示、教育、コミュニケーション、研修と公衆の認識、たばこの広告、販売促進と後援に関するものである。後者については、同条約は、広告、宣伝及び後援を包括的に禁止することにより、いかにたばこ製品の消費を削減できるかに留意する。

詳細情報のための既存のガイドラインとツール

✓ WHOタバコ・フリー・イニシアチブの報告書と資料

アルコール対策

概説

有害な健康影響のリスクの増加に関連する飲酒のパターンと同様に、健康と社会に有害な影響を与える飲酒と定義されるアルコールの有害な使用を減らすための一連の政策と介入。

入手可能な科学的根拠

システマティック・レビューでは、新しいレビューは確認されなかった。

2010年のWHOの 「アルコールの有害な使用を減らすための世界戦略」[37]は、アルコールの有害な使用を減らすための介入と政策に関する明確な科学的根拠に基づくガイダンスをまとめ、10 のターゲット分野に分類している。集団を保護するための指導力、意識、及び献身に加えて、対応が保健部門で求められている。すなわち、妊婦及び出産可能年齢の女性を含む一次医療及びその他の状況でのスクリーニング及び簡潔な介入である。もう一つの行動分野は、未成年の飲酒者やその他のリスクのあるグループへのアルコール販売を防止し、アルコールのない環境やイベントを発展させるためのコミュニティの動員とエンパワーメントに関するものである。飲酒運転の政策と対策は、慎重に計画され、強力で、よく実行された一般の認識と情報キャンペーンによって補完されるべきである。

[37] `WHO (2010), WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol

もう一つの重要な政策分野は、酒類の入手可能性を規制することである。例えば、小売販売に対する免許制度、公衆衛生を目的とした政府の独占、店舗内及び店舗外の酒類販売店の数及び場所の規制、小売販売の日及び時間の規制、酒類の小売販売の形態の規制、特定の場所又は特別な行事の際の小売販売の規制、アルコール飲料の購入又は消費のための適切な最低年齢の設定、中毒者への販売の防止及び販売の影響の軽減のための政策の採用等である。若者が現在アルコール消費の普及率が低く、新しい市場としてターゲットにされている低・中所得国では特に、若者をアルコールマーケティングの内容から保護することが特に重要である。また、適切な徴税・執行に対応した効果的かつ効率的な課税制度を通じたアルコール飲料の値上げは、アルコールの有害な使用を減らすための最も効果的な介入の一つである。

補足的な政策には、基本的なアルコール消費量に必ずしも影響を与えずに、アルコール中毒及び飲酒による害を減らすことが含まれ、特に、運転に関して、また、構内での責任ある飲料の提供と関連部門のスタッフに対して、どのようにしてアルコール中毒及び攻撃的な飲酒者を予防し、識別し、管理するかについての管理政策を制定することである。最終的な行動分野は、違法アルコール及び非公式に生産されたアルコールの公衆衛生への影響の低減、ならびに監視及びサーベイランスに関するものである。

これらの政策はまた、青少年の間の意図しない傷害(交通外傷)、青少年の暴力と性的及び他の形態のジェンダーに基づく暴力[38]、及び児童虐待を防止するためにWHOによって推奨されている[39] 。

詳細情報のための既存のガイドラインとツール

- アルコールの有害な使用を減らすための世界的な戦略. WHO, 2010.

コミュニティ・ベースのマルチコンポーネント・イニシアチブ

概説

地域社会レベルでは、パートナーシップ、タスクフォース、連合、行動グループ等を創設するための動員努力が、物質使用に取り組むために地域社会の様々な関係者を結集する。

[38] WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.

[39] WHO (2016), INSPIRE: seven strategies for ending violence against children.

地域社会のパートナーシップの中には自発的なものもある。しかし、大規模な地域社会パートナーシップの存在は、通常、地域社会に財政的・技術的支援を提供する特別なプログラムの産物であり、科学的根拠に基づく予防介入や政策を長期にわたって実施・維持するためのものである。コミュニティベースのイニシアチブは通常、複数のコンポーネントからなり、異なる状況(例:学校、家族、メディア、施行など)で行動を起こす。

入手可能な科学的根拠

システマティック・レビューでは、新しいレビューは確認されなかった。

第1版では、13件のレビューがこの介入に関する知見を報告している[40]。
主要アウトカムに関しては、これらの研究によれば、地域社会に根ざした多要素の取り組みによって、薬物、アルコール、タバコの使用を防ぐことができる。

上記で報告された科学的根拠のほとんどは米国/カナダ、ヨーロッパ、オーストラリアで得られたものであるが、特にタバコに関する地域社会ベースの多成分イニシアチブに関するいくつかの研究はアジアで得られたものである。

未成年の飲酒者へのアルコールの販売と消費を防止し、アルコールのない環境を発展させ、支援するためにコミュニティを動員することは、特に若者と他の危険にさらされているグループのために、WHOのアルコールの有害な使用を減らすための世界戦略によって効果的であると確認された活動分野の一つである。

専門家の協議に基づいて、効果や有効性があると考えられた特徴

- ✓ 地域レベルでのタバコとアルコール政策の執行を支援する。
- ✓ さまざまなコミュニティ設定で作業する(家庭や学校、職場、娯楽施設など)
- ✓ 科学的根拠に基づくプログラムの実施とそのモニタリングと評価を支援するために大学を関与させる。

[40] Bühler (2008), Carson (2011), Carson (2012), Foxcroft (2011), Gates (2006), Jackson (2012), Jones (2006), Müller-Riemenschneider (2008), Roe (2005), Schröer-Günther (2011), Skara (2003), Spoth (2008a) and Spoth (2008b).

✓ 適切な訓練と資源が地域社会に提供される

✓ イニシアチブは中期的に維持される(例:1年以上)。

詳細情報のための既存のガイドラインとツール

- CCSA (2010)、地域社会に基づく基準、カナダの青少年での物質使用防止基準、カナダの物質使用センター、カナダ、オタワ

メディア・キャンペーン

概説

メディア・キャンペーンは、多くの場合、目に見える形で多数の人々に比較的容易に届く可能性があるため、集団における薬物使用の防止に関心を持つ政策立案者によって実施される最初かつ/または唯一の介入である。

入手可能な科学的根拠

6件のレビューがこの種の介入に関する知見を報告しており、そのうちの5件は新しいレビュー[41]からであった。
主要アウトカムに関して、これらの研究は、他の予防要素と組み合わせたタバコに関するキャンペーンを除いて、タバコ、アルコール及び薬物使用の予防に関する効果について矛盾した知見を報告した。

報告された科学的根拠は、北米、オーストラリア/ニュージーランド及びヨーロッパに由来する。

専門家の協議に基づいて、効果や有効性があると考えられた特徴

✓ キャンペーンの対象グループを正確に識別する

✓ 確固とした理論的根拠に基づく

[41] Allara et al. (2015), Carson et al. (2017), Ferri et al. (2013), Gould et al. (2013), Guillaumier et al. (2012), Hopkins (2001).

- ✓ 強力な形成的研究のメッセージをデザインする
- ✓ 家庭や学校、地域社会の既存の薬物防止プログラムと強く結び付く
- ✓ 長期にわたるターゲットグループの達成
- ✓ 体系的に評価される
- ✓ 親も独立しているように見える
- ✓ 物質使用に関する文化的規範の変化、及び物質使用の結果に関する教育、及び物質に抵抗するための戦略の提案を目的とする

専門家の協議に基づいて、有害な影響をもち、効果や有効性がないと考えられた特徴

- ✗ ターゲットを他の介入や政策に対して抵抗力を持つようにしたり、拒絶的にしたりすることで状況を悪化させる可能性があるため、不適切に計画されたメディア・キャンペーンや資源不足のキャンペーンは避けるべきである。

エンターテイメント会場

概説

娯楽施設には、バー、クラブ、レストランのほか、大規模なイベントが発生する可能性のある屋外または特別な施設が含まれる。これらの場所は、社会的な会合空間を提供し、地域経済を支援するため、市民の健康と福祉にプラスとマイナスの両方の影響を与える可能性があるが、同時に、アルコールと薬物使用、薬物運転と攻撃性のような多くの危険な行動のための高リスクの場所として認識されている。

娯楽施設を利用したほとんどの予防プログラムは、スタッフとマネージャーの訓練の異なる組み合わせや中毒患者の管理など、複数の要素を含んでいる;未成年者への酒類の提供、酒気帯び運転等の法令・政策の変更;既存の法律や政策の透明性の高い執行;プログラムに対する認識と受容を高め、態度と規範を変えるためのコミュニケーション;マネージャーやスタッフに治療を提供している。

入手可能な科学的根拠

この種の介入に関して報告された3件のレビュー[42]からである。

これらの研究によると、一次アウトカムに関して、スタッフの訓練、政策介入、及び実施は、スポーツイベントの状況を含めて、中毒、危険なアルコール消費、及びアルコール関連有害性に対する影響のいくつかの徴候を報告した。

全ての科学的根拠は北米、ヨーロッパ及びオーストラリアに由来する。

専門家の協議に基づいて、効果や有効性があると考えられた特徴

- ✓ 中毒患者の責任あるサービスと取り扱いに関する訓練スタッフと管理者
- ✓ 必要なスタッフと管理者にカウンセリングと治療を提供
- ✓ プログラムの認識と受け入れを高めるための強力なコミュニケーション要素を含む
- ✓ 法執行機関、保健・社会セクターの積極的な参加を含む
- ✓ 施設と地域社会における物質使用に関する既存の法律と政策を施行する

詳細情報のための既存のガイドラインとツール

- UNODC. 政策立案者のためのATS予防ガイド
- CICAD報告書:薬物を用いた運転政策に関する洞察

[42] Bolier (2011), Brennan (2011), Kingsland et al. (2016)

II. さらなる研究が必要な予防問題

放課後の活動、スポーツその他の計画的な余暇活動

多くの国や地域では、青少年に向社会的で健康的な探求をさせる方法として、薬物使用を含む危険な行動をとらせないように、スポーツやその他の薬物または物質を使用しない余暇活動を組織することが一般的である。

この基準の第2版のために行われた概観では、積極的な若者の育成のための非公式な教育活動を研究し、効果や結論の出ない結果を報告しているレビューがある。

本基準の第1版のために行われた文献レビューでは、スポーツを組織することが物質使用または青少年間の媒介因子に及ぼす影響を評価した研究はほとんど報告されていない3件のレビューが確認された。新しいレビューでは、新しい研究は特定されなかった。実際、スポーツ自体への参加は、必ずしも物質使用率の低下と関連しているわけではなく、喫煙率及び過度の飲酒率の上昇と関連していることに注意すべきである。

青少年の暴力を防止するためのWHOのガイドラインに情報を提供した科学的根拠を再調査した結果、放課後や社会技能訓練を含むその他の構造化された課外余暇活動が、非行の減少、アルコールや薬物の使用の減少、学校中退の減少をもたらしたことが明らかになった。低中所得国ではいくつかの科学的根拠が得られているが、ほとんどの研究では研究デザインが十分ではない[43]

放課後のプログラムは、貧しい社会経済的背景の若者や、行動上の問題を抱える若者を対象としていることもしばしば報告されており、いくつかの研究では、ハイリスクの若者を一緒にすることは悪影響を及ぼす可能性があることが指摘されている。一方で、スポーツ指導が個人的・社会的技能教育の場として活用されている例もあり、その一つである 「ライン・アップ・ライブ・アップ」は現在、アフリカとラテンアメリカでUNODCによって試験的に実施されている。

---

[43] WHO (2015), Preventing youth violence; WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.

一般に、政策立案者は、影響を評価するための強力な調査要素を含め、この種の介入を実施することを選択する場合には、最大限の注意を払うべきである。

医薬品の非医学的使用の防止

諸条約で規制されている医療用麻薬の非医学的使用は、多くの国で増加している問題であり、市販されている一部の医薬品の非医学的使用も同様である。いくつかの国では、この課題は大麻の使用に次ぐものである。最も顕著なのは北米であるが、ヨーロッパ、アフリカ、南アジア、ラテンアメリカでは治療の需要が大きいとの報告がある。国や物質の種類によっては、より脆弱な集団(例えば、若者、女性、高齢者、医療従事者だけでなく、ストリートチルドレン、紛争後の状況にある民間人や軍隊)が特にリスクにさらされているようである。さらに、処方薬の非医学的使用の健康及び社会的影響は、他の管理された薬物の使用と同様に重大である。

本基準改訂第2版の概要では、特に医薬品の非医学的使用を防止するための体系的な見直しは行われていない。しかし、物質使用の予防に有効であることが判明している戦略のほとんどは、強力な発生要素を有しており、その影響は特定の物質に特異的ではなく、実際に様々な危険な行動に影響を与える可能性があることに留意すべきである。このように、学校、家族、地域社会での普遍的な科学的根拠に基づく介入が、医薬品の非医学的使用の予防にも有効であるという科学的根拠が現れている[44].

医薬品の調達は、ダブルドクトリング、詐欺、窃盗、インターネット、家族や友人を介して行われる。したがって、これらの介入に加えて、これらの情報源のすべてが予防の機会を提供すると考えるのは妥当であると思われる。医師にガイドラインや権威あるアドバイスを提供したり、処方を制限したり監視したり、登録簿を作成したりすることは、処方行動を変え、必要とする患者だけがこれらの薬を入手できるように制限することになるという兆候がいくつかある。青少年に対する親の影響が大きく、また、多くの個人が家族から物質を調達していることを考慮すると、親を標的にして自分自身と子供の両方のために医学的管理下でのみ処方薬を使用する必要性の認識を高めることは、有望なアプローチであると思われる。処方薬が古くなっていたり、使用されなくなってしまった場合には、その薬を安全に廃棄するための実践的な方法が、地域社会で確立されていれば有望かもしれない。

---

[44] Spoth et al. (2017), Spoth et al. (2016), Spoth et al. (2013).

最後に、医療専門家は、処方薬や関連する結果の非医学的使用をどのように予防し、認識し、管理するかについて継続的に訓練される必要があるかもしれない[45].

UNODC (2011) には、処方薬の非医学的使用を防止するために考えられる介入や政策に関する追加的な適応がいくつか紹介されている。医療以外での処方薬の使用、政策の方向性の問題、国連薬物犯罪事務所、ウィーン、オーストリア及びCICAD (2012), 処方薬乱用防止ガイド, 米国薬物乱用管理委員会, ワシントンD.C.,米国.

特に危険にさらされている子どもと若者を対象とした介入と政策

本基準改訂第2版のために行われた概観では、特にリスクのある子どもや若者が非常に若い年齢で薬物にしばしば曝露されていることを示す科学的根拠があるにもかかわらず、それらの子どもや若者の間での物質使用の予防に関する体系的なレビューは確認されなかった。このグループには、例えば、学校に通っていない子どもや若者、ストリートチルドレン、現在の子ども兵士や元子ども兵士、避難民や紛争後の人々の子どもや若者、児童養護施設、孤児院、少年司法制度の子どもや若者が含まれる。

条約に基づいて規制されていない新しい精神作用物質の使用の防止

最近、多くの国で条約(いわゆる「リーガルハイ」、つまり「スマートドラッグ」) [46]で規制されていない新しい精神作用物質の使用が増加しているが、本基準改訂第2版の概要では、そのような物質の予防に関する体系的な見直しは行われていない。しかし、医薬品の非医学的使用の場合と同様に、科学的根拠に基づくほとんどの予防戦略は物質特異的ではないことに注意すべきである。これは特に、人生の早い時期に脆弱性に対処する戦略、または物質使用を含む否定的な対処技術に頼ることを防ぐために肯定的な対処技術を強化する戦略に当てはまる。

---

[45] From the draft version of The Surgeon General's Call to Action to Prevent Prescription Drug Abuse Among Youth: The Dangers of Improper Use of Controlled Medications, 2014 (unpublished) and UNODC (2011), The non-medical use of prescription drugs, policy direction issues, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.

[46] UNODC (2017), World Drug Report, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.

したがって、このような戦略はこれらの新しい精神作用物質の使用を予防するのにも有効であると考えるのが妥当であると思われる。しかし、これは別の分野であり、厳密な研究が必要と思われる。

メディアの影響

メディアへの曝露は若年者の心理社会的発達に大きな影響を及ぼす。特に、大衆文化(有名人、映画、音楽など)は、アルコールやタバコ使用のような危険な行動の開始に強く影響する。いくつかの潜在的なメカニズムがこの影響を説明している可能性があり、セレブを特別なものにする特性を獲得したいという欲求や、ソーシャルネットワーク全体への行動の拡散などがある。若者特有の神経発達的背景のために、彼らは大衆文化の影響を特に受けやすく、彼らの行動は単に健康的な文盲の結果ではない。このトピックはこの文書では扱われていないが、この問題をより詳しく調べるためのさらなる調査が必要である。加えて、前章の関連セクションを参照すると、マスメディア・キャンペーンの有効性に関して入手可能な科学的根拠は極めて限られていることに留意すべきである。この文脈では、マスメディア・キャンペーンの有効性に関するより多くの研究が必要である。

III.　効果的な予防システムの特徴

効果的な国の薬物予防システムは、複数の状況において、関連する年齢及びリスクのレベルを標的とした、科学的根拠に基づく統合された範囲の介入及び政策を提供する。子どもも若者も大人も同じように、物質使用やその他の危険な行動に対して脆弱になる要因が複雑に絡み合っていることを考えれば、これは驚くべきことではない。このような脆弱性に対処するには、単一の予防介入を実施するだけでは不可能である。予防介入は、時間的にも範囲が限られていることが多い。ここでの包括的な目標は、個人の健康で安全な発達を支援することである。おそらく、効果的な予防システムは、環境的要素と発生的要素が混在した戦略で構成され、情報に焦点を当てた要素は少ない。

統合された一連の介入と政策を実施するためには、システムには強固な構造的基盤が必要であるが、このセクションでは以下のように簡単に説明する。

- ✓ 支援政策と法的枠組み
- ✓ 科学的根拠と研究
- ✓ 関係する複数の部門及びレベル(国・地方・市町村)の調整
- ✓ 政策立案者と実務家の研修
- ✓ 十分な資源を提供し、長期的にシステムを維持することへのコミットメント

1.　科学的根拠に基づく介入・政策の範囲

前節では、物質の使用を防止する上で効果的または有効的であると判明した介入及び政策の包括的なレビューを提供した。戦略は、標的集団の年齢、標的集団のリスクレベル、戦略を実施する環境、及び行動の焦点(環境・開発・情報)という4つの主要な分野で異なる。効果的なシステムは、以下の目的のために、一連の科学的根拠に基づく介入及び政策を提供する。

- ✓ 発達の期間中、特に、幼少期と青年期の間の移行期に最も脆弱な、例えば幼年期と幼少期のような重大な移行期に、子どもと若者を支援する。

- ✓ 一般集団(普遍的予防)を対象とするが、特にリスクの高い集団(選択的予防)及び個人(適応予防)も対象とする。

- ✓ 脆弱性と回復力に関する個人的要因と環境的要因の両方に対処する。

- ✓ 複数の設定を介した母集団への到達(例:家族、学校、地域社会、職場など)

2. 支援策と規制の枠組み

プログラムも政策も真空状態では存在できない。序文で述べたように、薬物の予防は、薬物が転用や使用を防止しつつ医療や研究目的に利用できるようにすることや、他の精神作用物質が健康への負担に影響を与えないようにすることに焦点を当てた健康中心のシステムの基本的な構成要素の1つにすぎない。この点で、効果的な国の制度は次のようになるだろう。

- ✓ 薬物管理の包括的かつ健康を中心としたシステムに組み込まれており、医療及び研究目的のための薬物の入手可能性を確保することに焦点が当てられている一方で、転用及び薬物の使用を防止することに焦点が当てられている。これには、供給の削減、治療、ケア及び薬物依存症のリハビリテーション、薬物使用による健康及び社会への影響(例えば、HIV/エイズ、C型肝炎、薬物の過剰摂取、飲酒運転など)の予防が含まれる。

- ✓ 遺伝的、生物学的及び心理学的要因と環境との複雑な相互作用の結果として生じる健康状態としての薬物使用障害の理解に基づき、それらは治療される必要があり、処罰されない。

- ✓ 物質使用障害の予防、治療とケアだけでなく、他の不健康または危険な行動の予防を含む、子供、若者と大人の健康で安全な開発のための公衆衛生国家戦略にリンクする

加えて、精神作用物質の使用に関する不平等の程度、社会資本及び社会規範の程度のような科学的根拠に基づく予防の実施及び効果に大きな影響を与える重要な社会的特徴がある。

さらに、政府機関と非政府組織の双方によるプログラムの提供は、以下のような適切な規制によって国レベルでの義務化と支援が行われれば、大幅に強化することができる。

- ✓ 薬物予防介入及び政策に関する品質基準を含む国家基準;これらの規格に加えて、欧州の研究機関と実践機関のコンソーシアムによって欧州薬物予防品質規格が開発され、有用なツールキットが開発されている。これには、品質予防戦略(ツールキット1)に資金を提供したい政策立案者、改善を目指して自己評価を行いたい実践者(ツールキット2)、欧州規格を厳密に適応させたい国内グループ(ツールキット4)が含まれる。トレーニング資料(ツールキット3)も用意されている。カナダ物質乱用センターの基準のポートフォリオも重要な例である。

- ✓ 国の基準は、可能な限り、科学的根拠に基づく戦略を実施するという要件のみを強制することが提案されている。これを支援する一つの方法は、科学的根拠に基づいた戦略のレジストリを作成するか、「健全な青少年育成のための青写真」のような既存のレジストリや、EMCDDAによる入手可能で試験的な「エックス（X）・チェインジ」のような、多くのヨーロッパ諸国で開発されたものを参照することである。

- ✓ 可能であれば認定制度の範囲内での、薬物予防政策立案者及び実践者のための国家専門基準;認可制度は、薬物使用障害の治療分野ですでに行われているように、この分野の専門化と専門家の組織作りも支援するであろう。その意味で、国際物質使用専門家協会（ISSUP）はグローバルなパイロット事業を展開している。

- ✓ 健康又は個人的/社会的教育及び促進との関連において科学的根拠に基づく物質使用防止プログラム及び政策を実施することを学校に求める政策(その方法に関する基準を含む)

- ✓ 使用者に物質使用職場防止政策又はプログラムを実施することを要求する政策（実施方法に関する基準を含む）

- ✓ 子供の身体的、認知的、情緒的発達を養うために家族を支援する保健、社会、教育サービスを必要とする政策

3.　研究・科学的根拠に基づく強力な根拠

効果的な国の薬物予防システムは、科学的根拠に基づくとともに、科学的根拠の基盤に貢献するための研究努力を支援すべきである。これには2つの側面がある。介入や政策は、実際の状況を正確に理解した上で選択されるべきである。この体系的アプローチには、最も脆弱な集団または精神作用物質の使用を開始している集団、それらが使用を開始している可能性のある理由、及びこの状況に最も密接に対応している介入及び政策を特定することが含まれる。もう一つに、提供された介入と政策の有効性と、可能な限り費用対効果を厳密に評価する必要がある。この厳格な評価の結果により、意思決定者は薬物使用開始の減少などのアウトカムへの影響を知ることができ、予防介入に関する知識の基盤を知らせ、拡大することができる。また、この研究とその結果を可能な限り査読し、公表し、議論することも重要である。

科学的根拠に基づく計画

第一のステップに関しては、状況を理解するために必要な情報システムが整備されているべきであり、また、この知識を利用して計画を立てる機会が与えられるべきである。この側面に対処するため、効果的な国の予防システムには以下のものが含まれる。

✓ 次の情報を定期的に収集し、監視する情報システム

- 有病率:どのくらいの割合の人(年齢、性別、その他の重要な特徴によって)がどの物質を使用しているのか?どのくらいの頻度でどれくらいの量なのか?健康と社会への影響は何か?

- 薬物使用の開始:人々(特に若者)は何歳で薬物及び他の物質の使用を開始するのか?

- 脆弱性:なぜ人々、特に若者は、薬物及び他の物質の使用を開始するのか?物質使用に関連することが知られている要因(例えば、育児のしにくさ、学校への愛着のなさ、暴力や虐待など)について、子どもの状況はどうか。

✓ 情報システムによって生成されたデータを定期的に体系的な計画プロセスに供給するための正式なメカニズム。計画プロセスでは次のことが考慮される。

- 必要な戦略:特定された状況に対処するために効果的であった科学的根拠に基づく介入及び政策はどれか?

- 既存の戦略の入手可能性と適用範囲:これらの介入と政策のうち、現在実施されているものはどれか。これらの介入や政策によって、それらを必要としている人口の何パーセントに到達しているか？。

- 既存の戦略の質:進行中の介入と政策は科学的根拠に基づいているか？（これは、対処された脆弱性の科学的理解及び既存の科学的根拠に基づくプログラムの体系的な適応の両方を指す）

- 既存の戦略の有効性:戦略は評価されているか(下記参照)、評価されている場合、その結果はどうか？。情報システムによって生成されたデータは、予防システム全体の有効性についてどのようなことを教えてくれるだろうか？。

- 国の予防システムの一部として利用できる入手可能なインフラ及び資源:予防を実施する機関または実施すべき機関は？資金調達は集中型なのか、分散型なのか？　資金はどのように配分されているのか？

- 必要とされる戦略と、既存の体系的な戦略、インフラストラクチャ、及びリソースの利用可能性、適用範囲、品質、及び有効性との間には、どのようなギャップがあるのか？。

研究と計画

第二の側面は、特定の予防プログラムと政策の評価に関するものである。前述したように、前節で特定した科学的根拠に基づく戦略は、目標、資源のレベル、あるいは文化的環境に対して必ずしも適切ではないが、多くの場合は適切である。これらの問題によりうまく対処する他のプログラムや政策があるかもしれない。選択されたプログラムと政策は、以下のものでなければならない。

✓ 対処された脆弱性に関する科学的な理解に基づく。言い換えれば、一例として、どのように善意で懸念していようと、個人の感情によるのではなく、科学的研究とニーズの評価によって、開始の増加(物質使用の早期発症またはより高い有病率)に関連していることが明らかになった危険因子や状況に対処するためのプログラムや政策が策定されることが強く望まれる。

✓ これらの介入が望ましい結果をもたらすかどうかを評価するために、科学的モニタリングと評価の要素を含める。これは、学術機関や研究機関(大学を含むがこれらに限定されない)との強力な協力関係を意味し、実験的または準実験的設計の使用を意味する。医学の分野では、科学的研究によって効果的で安全であることが明らかにされない限り、通常、介入は行われない。薬物予防介入についても同様である。

この基準の意図は、特定の科学的根拠に基づくプログラムに言及することなく、介入や政策の種類の有効性、あるいは少なくとも有効性の指標を提供することであったことに留意すべきである。しかし、科学的根拠は特定のプログラムの評価に起因しており、これは、科学的根拠に基づく戦略と 「基本的に類似している」戦略が同様に効果的であるとは決して想定できないことを意味する。例えば、全体として「出生前・幼年（乳児）期訪問プログラム」の科学的根拠があるかもしれないが、そのタイプのいくつかの特定のものは非常に効果的であり、そのタイプの他の特定のものは、たとえそれらが有効性及び有効性と関連すると考えられる特徴のいくつかを有していても、効果がないことが示されている。これは評価が重要になるもう一つの理由である。

カナダ物質乱用センターは予防のモニタリングと評価を支援する有用なツールを開発し、UNODCは予防の評価文化を支援する政策立案者向け研修を開発した。最後に、ユニバーサル・プリベンション・カリキュラムのコーディネーター・シリーズのコース3は、モニタリングと評価に専念する。

また、科学的根拠に基づくプログラムを実施する場合には、プログラムを慎重に適応させるという観点から、モニタリングと評価が依然として極めて重要である。この場合、プロセスには以下が含まれることが推奨される。

- ✓ 新しい社会経済的・文化的文脈に受け入れやすくする一方で、プログラムの中核的要素には触れない慎重かつ体系的な適応プロセスであり、理想的には、これはプログラムの開発者の支援で行われる。この文脈において、家族技能訓練に関するUNODCガイドは、適応のみに特化した章を含んでいる。一方、欧州薬物予防品質基準のツールキット4は、この基準を適応させ、採用したいと考え、この点においても極めて有用であろう各国の利害関係者のために、慎重かつ詳細なプロセスを開発した。

- ✓ プログラムが新しい社会経済的・文化的文脈において実際に効果的であるかどうかを評価するための科学的モニタリングと評価の要素。対照項目の方が望ましいが(無作為化される可能性もある)、特に元の試験と比較したデータの収集前と収集後の試験段階では、プログラムが新しい状況で機能しているかどうかの良い指標を既に提供している。科学的根拠に基づくプログラムのもう1つの利点は、全てのモニタリングと評価の手段が既に利用可能であることである。

4. 様々なレベルの様々な部門

国の薬物防止制度は、子ども、若者、大人が、様々な場で健康で安全な生活を送る機会を確保することにある。したがって、体系的な予防介入と政策の実施に関与する国の部門は多く、明確な役割の定義と調整が必要である。

したがって、国の薬物予防システムは、その構成要素の計画、送達、モニタリング及び評価に関連する国の部門(例えば、教育、健康、社会福祉、若者、労働、法執行など)を関与させる。

- ✓ 一貫した実施の統合されたレベル:国家（連邦）、準国家（州/地域/地区）、地方自治体、地方）。
- ✓ 主要な利害関係者の全領域。これには、国及び地方政府、地方自治体、政府サービス提供機関、非政府機関、住民及び地域社会の指導者、宗教コミュニティ及び指導者、大学及びその他の研究機関、ならびに民間部門が含まれるが、これらに限定されるものではない。
- ✓ あらゆる利害関係者に対する構造化され、明確に定義された役割と責任:様々な利害関係者が協力し、政策の策定と実施の様々な要素に責任を持つパートナーシップと協力には大きな価値がある。
- ✓ 意思決定者(集中型か分散型か)に強力な技術支援を提供し、科学的根拠に基づいた政策や介入を実施するための明確なメカニズム。
- ✓ 強力な主導権と調整機関。

科学的根拠に基づく予防戦略の提供を組織化する唯一の方法はないことに注意すべきである。例えば、必ずしもプログラムの形で実施される必要はなく、学校、青少年の労働、保健・社会サービスなどの機関やサービスの日常業務に統合することもできる。この場合、戦略は中央で計画され、管理され、調整されるが、実施は地域の複数の専門家による調整に依存する。異なるレベルがどのように相互作用するかについては、他にも次のような例が考えられる。

- ✓ 国家レベルの政策立案者は、国家政策の策定を調整し、品質基準を設定し、戦略の実施及び関連する利害関係者への研修のための適切な資金提供を通じて、実施のためのインフラを支援する。
- ✓ 地方レベルの政策立案者及び機関は、介入と政策を提供し、情報システムにデータを供給し、積極的に知識と技能を向上させる。

- ✓ NGO、住民、地域社会の指導者(宗教団体や指導者が)は、政策の変更や受け入れのために結集し、地域社会の規範に影響を与え、科学的根拠に基づいた介入や政策を実施する;コミュニティの動員は、科学的根拠に基づいた戦略を実現するための効果的かつ参加型のメカニズムであることがわかってきたことに注意すべきである。

- ✓ 大学や研究機関は、物質の使用状況をより良く理解し、国の政策を監視・評価し、具体的な介入や政策を評価するためにデータを分析する。

- ✓ 民間部門は、職場における予防を積極的に支援し、必要に応じて、科学的根拠に基づく革新的な介入に貢献する。

5. デリバリーシステムの強固なインフラ

効果的に実施されるためには、介入と政策は十分な資源によって支えられなければならない。

- ✓ 介入や政策を実施する機関には、適切な資金が必要である。

- ✓ 介入と政策を実施する実務家は、継続的に適切な訓練を受ける必要がある;ユニバーサル・プリベンション・カリキュラムのコーディネーター・シリーズが作成され、ヨーロッパ版のUPC-Adaptが進行中であり、世界的に試験運用されている。このコースは9つのコースで構成され、科学的根拠に基づいた実践の基礎と全体的な概要を提供する。実装者のための第2のシリーズは現在開発中である。

- ✓ 様々なレベルの政策立案者が介入計画を立案し、政策を実施するには、継続的に適切な訓練を受ける必要がある。

- ✓ 技術援助は、実施及び継続的な品質改善を支援するために継続的に提供されるべきである。

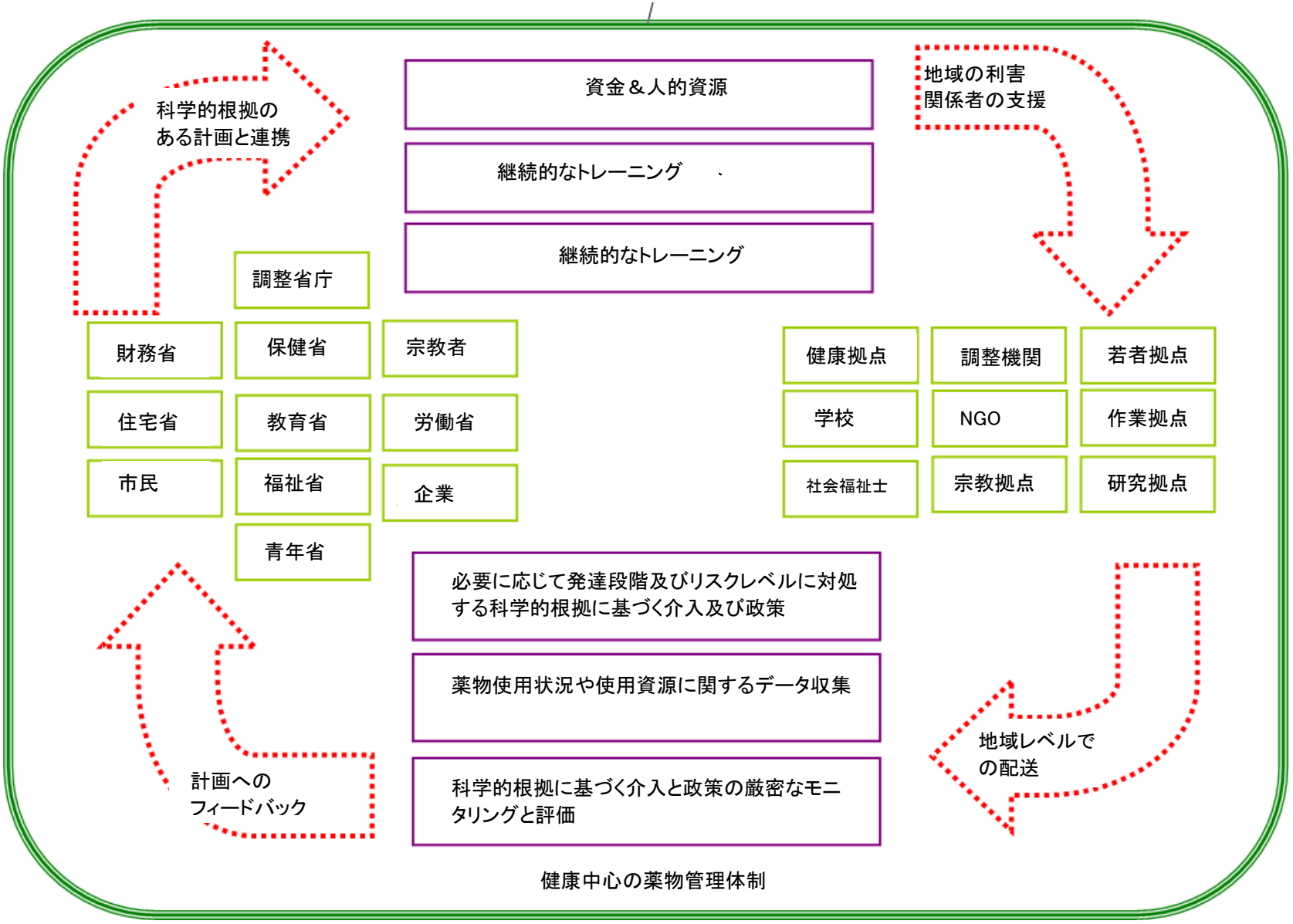
- ✓ 学術研究機関は、予防の実施の一環として、科学的な監視と評価を支援することにより、適切な資金を提供される必要がある。

6. 持続可能性

薬物予防は効果的で費用対効果が高いが、あらゆる政策と同様、その可能性を実現するためには、目に見える中長期的な投資が必要である。この点に関し、上記の構成要素の作用が持続されるべき方法は以下の通りである。

- ✓ 国の予防体制の定期的な見直しと調整の仕組み
- ✓ 少なくとも中期的には活動的であるように計画され、資源が確保された科学的根拠に基づく介入及び政策の提供
- ✓ 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
- ✓ 介入と政策の厳格な評価のための研究に対する継続的な支援
- ✓ 薬物予防戦略の計画、実施、モニタリング及び評価に関与する実務家及び政策立案者の研修に対する継続的な支援

図 1 – 全国的な薬物予防システムの概略図



V.18-00283