

た者が2名であった。そして警察において「特に助言はなかった」が2名、また「器具を見つけたり、次に使った時にまた来てください」と言われた者が2名、「(薬物使用は)悪いことだ」ということのみを言われた者が1名、「110番通報で警官に駆けつけてもらったものの本人がそれを追いついてしまい助言をえることはなかった」という者が1名であった。この他には、医療機関において『あなた(家族)とご本人(薬物使用者)のこれまでの経過は大変勉強になりました。』とだけ言われて困惑した。本人の治療を強く求めた結果、ようやく入院先として別の精神病院を紹介してもらった」が1名、「本人の救急搬送先の病院でアルコール専門病院を紹介され、さらにそこでアディクション問題を扱う市民団体を知った。その団体がアディクションについての基礎知識や薬物関連のリハビリ施設や自助グループについての情報を得ることができた」が1名であった(表22)。

表22. 最初に相談した薬物関連機関・施設等で得られた助言

助言内容	人数
病院を紹介された	8
リハビリ施設を紹介された	6
薬物依存者の自助グループを紹介された	9
薬物依存者の家族の自助グループを紹介された	9
警察に相談するように言われた	3
薬物を使用させないよう家族が監督を強化するように言われた	4
その他	10
無記入	1

(複数回答)

9. 調査時点までに家族が選択した全ての相談先

調査時点までに、家族が相談した全ての相手先は、薬物依存者の家族の自助グループが最も多く、薬物

表23. 調査時点までに家族が相談した全ての相手先

相談先	人数
家族	18
親戚	13
友人	6
薬物使用者が在籍する学校	3
保健センター(保健所)等	11
精神保健福祉センター等	4
病院・診療所	17
警察	16
薬物依存のリハビリ施設	24
薬物依存者の自助グループ	7
薬物依存者の家族等の自助グループ	28
その他	3

(複数回答)

依存のリハビリ施設がそれに続いている(表23)。

IV. 考 察

1. 薬物使用によって引き起こされる問題

薬物使用によって引き起こされる、最も大きな問題としては、薬物依存という疾病が挙げられる。そして、薬物依存から、次のような社会生活上の困難が引き起こされると考えられる。

1) 薬物使用者の社会的活動の阻害

薬物使用者の学歴をみると、高校または大学に進学しながら、卒業に至らなかった者が40%を占めている。この点に、家族が薬物使用を認知した時点の使用者の年齢が10代で30%を占めていることを考え併せると、薬物使用によって教育が中断されているケースが多いと考えられる。

また、薬物使用に起因して医療機関、リハビリ施設、拘置所、および刑務所に入所中の者も含めると、就労していない薬物使用者は、全体の80%を占めている。このことから、薬物使用によって、就労が困難となっていることが伺える。

さらに、学校や職場をはなれるということは、そこで築かれた人間関係を失うことにつながりやすく、薬物使用者の孤立化を招くことが危惧される。また、学校や職場において得られるはずであった教育や研修そして多様な経験の機会喪失は、教養や職業的知識および技術のみならず、社会生活への適応に必要なソーシャルスキルの獲得をも困難にすると考えられる。特に、より低い年齢から薬物使用者がこのような状態におかれることは、彼らが断薬を継続しながら自身の生活を立て直そうとする際に、大きな障害となることが危惧される。

2) 薬物使用者の経済力低下による家族の負担

薬物使用者が就労していないケースでは、多くの場合、その家族が薬物使用者を経済的に支えることを強いられている。その内容は、以下のように大別される。①衣食住等にかかる基本的支出、②治療費および施設利用費、③薬物使用者の小遣い、④薬物使用者が購入した商品等の支払い、⑤薬物使用者が借り入れたサラ金等の返済

家族は、薬物使用者の基本的生活を支えるための様々な出費にとどまらず、薬物入手のための現金譲渡やサラ金返済までを余儀なくされている。また、

治療が開始された場合においては、医療機関や施設への支払いも負担せざるを得ない。これらの負担は重く、支出をまかなうために、家族自身が借金をせざるを得なくなる場合もある。

特にサラ金への支払いについては、脅迫的な取り立てによる恐怖感や、自宅や職場への度重なる電話や訪問による日常生活の支障等の問題も発生する。このように薬物使用者名義の借金に家族が巻き込まれるという問題に関しては、弁護士等の当該問題を扱う専門家の積極的な関与が期待される。

3) 家族関係の悪化

身近に薬物使用の問題が生じる以前に、薬物使用を疾病として認識している家族はほとんどなく、大多数が犯罪として認識している。また自らの働きかけによって薬物使用者に断薬させることが可能であると考えている。このため、家族はまず、外部に支援を求める代わりに、薬物使用者に対して、説得や再使用時における罰の提示によって、断薬の誓約を迫る。しかし、薬物依存を生じているケースにおいては、こうしたはたらきかけのみによって断薬が継続することは稀である。このため、説得の過程では家族が暴力行為に訴えるというケースも出現している。

前述のような、薬物使用に付随する家族関係の悪化については、家族が「薬物依存という疾病」の存在を知り、また必要な知識を得ることによって、軽減が図られると考えられる。

4) 薬物使用者による暴力行為

今回の調査では、回答者の半数が薬物使用者による暴力行為があったとしており、中には生命の危険にさらされているケースも含まれていた。

表18に挙げられた暴力行為があった際の状況は、薬物使用者が、①薬物使用を非難または制止された時、②金銭をはじめとする自らの要求を拒否された時、③幻覚、妄想、焦燥感をはじめとする薬物の影響下にある場合、④予測不能な状況に大きく分けられる。これらのうち、少なくとも①による暴力行為については、家族が断薬に向けた薬物使用者へのはたらきかけを中止することによって、回避が可能となるのではないかと考えられる。

5) 家族の社会的活動の阻害

薬物使用の原因が自らにあると考え、薬物使用に

伴って生じる問題解決に向けての責任は自らも負うべきであると考えている家族は、自らのはたらきかけにより薬物使用者に断薬させようとする。そしてそのことに、より積極的に取り組むために、職業的活動を低下または中断したり、余暇活動を停止したりする。また、薬物使用に関して犯罪という認識のみを持っている多くの家族は、身内の薬物使用の露見を恐れて、親戚や友人をはじめとする人間関係から遠ざかるようとする。

薬物関連問題には、使用薬物の法的規制状況による犯罪という側面と、薬物依存という側面がある。効果の低い断薬のための試みのために、自らの社会生活を犠牲にしている家族に対しては、まず薬物依存という疾病に対する基礎知識と共にその相談窓口についての情報が伝えられることが必要であると考えられる。また、これらの情報を広く一般に普及することにより、万一薬物使用の問題が起きた場合に、家族は早期に外部に支援を求めることができ、周囲の理解と協力も得やすくなることが期待される。

6) 家族の健康上の問題

多くの家族は、薬物使用を認知した後に、健康面での変化を経験している。これらには、精神的不調と身体的不調が含まれるが、薬物使用者の断薬のための試みに専念する余り、自らのケアを進んで受けようとはしない家族が非常に多い。また精神的および身体的不調の常態化が、さらに受診を遅れにつながるものが危惧される。そのため、家族に対する援助の開始時に、薬物使用者に関する情報に留まらず、家族の健康状態についても積極的に把握を試みる必要があると考えられる。

7) 家族の精神的ストレス

成人した薬物使用者をいつまで支え続ければいいのか、見通しの立たない状況は精神的にも過酷である。特に、他者への問題の開示や相談までに長期間を要しているケースにおいては、そのストレスはかなり強いものであると考えられる。また、時間の経過と共に自らの老後を考える時期にさしかかった家族にとっては、薬物使用者とのかかわり方は死活問題にもつながる深刻な悩みとなりうる。

家族に対する援助にあたっては、このようなストレスに充分配慮し、家族による薬物使用者への支援を当然とするのではなく、その限界においては家族

が自らの生活を守ることが当然の権利であることを明確に示すことが必要であると考えられる。

2. 社会環境に起因するとみられる問題

薬物使用者とその家族が直面する困難には、先述の問題の他に、「治療・援助の受けにくさ」が含まれているとみられる。そして、これは以下のような社会環境に起因するものであることが推測される。

第一に挙げられるのが、薬物依存に関する情報の不足である。薬物関連問題については、これまで積極的に予防啓発活動が行われ、その効果を上げてきた。しかし、これらはその対象者が薬物使用の経験を有しないことを前提として、薬物使用を未然に防ぐことを目的としたものであり、薬物使用のおそろしさや犯罪性が強調されることが多い。

このような情報から、薬物使用を犯罪とのみ認識している薬物使用者と家族は、万一薬物依存を生じた場合においても、処罰を恐れるために外部に相談するまでに非常に多くの時間を要する。また、法的規制のない薬物を使用しているケースでは、相談の必要性自体が自覚されないこともある。こうした治療・援助を受けるまでの期間の長期化は、薬物使用者とその家族の心理・社会的困難の深刻化につながるということが危惧される。

薬物使用者とその家族が、早期に治療・援助を受けるためには、今後、予防啓発において一步進んだ情報、すなわち「薬物依存の回復に向けての治療の必要性」と「専門医療機関やリハビリ施設等の資源に関する情報」が伝えられる必要があると考えられる。

第二に挙げられるのは、治療・援助機関等の未整備である。薬物使用に関する問題に対応する機関等は、司法関連と医療関連に大別されるが、利用者の立場からはいずれも満足のいく対応を受けられる状況にはないことが、本調査結果からは伺える。

警察等の司法関連機関については、多くの家族が、身内を警察に引き渡すことへの抵抗を感じながらも、問題が自らの手に負えなくなった時点で、苦慮の末に連絡をとる。しかし、その苦渋の選択にもかかわらず、そこでは薬物依存とその治療に関する情報を得ることはできず、断薬に向けた更なる家族の努力が求められる。また、行刑施設への入所による断薬の可能性に期待を寄せる家族においては、連絡後に

必ずしも即時逮捕となるわけではないことに落胆する。そして行刑施設への入所に至ったケースにおいても、出所後に薬物使用が繰り返されることに失望する。

医療機関については、薬物依存の治療プログラムをもつ機関に限られているために、薬物使用者や家族が、これらの機関を独力で探し当てることは困難である。情報を持たない多くの薬物使用者とその家族は、近隣地域の医療機関にコンタクトをとるが、薬物依存の患者の受入を暗に断られたり、緊急時等における解毒のための短期入院のみで薬物依存に関する基本的な情報も与えられないということが繰り返されるケースが多い。

薬物関連問題においてその中核となっているのは、薬物依存であり、当該問題への対応においては、その治療の確保は不可欠である。また、当該問題についての相談を受ける可能性がある機関においては、少なくとも、「薬物依存の回復に向けての治療の必要性」と「専門医療機関やリハビリ施設等の資源に関する情報」が、提供されることが求められる。具体的な機関としては、警察、学校、児童相談所、社会福祉事務所、保健センター、精神保健福祉センター等が挙げられる。特に地域保健関連の機関には期待が寄せられる。

3. 薬物関連問題に対するソーシャルワーク

1) 薬物関連問題に対するソーシャルワークの展開過程

昨年度の報告書において示した、「薬物関連問題に対するソーシャルワークの展開過程」を一部改変したものが、表24である。これは、薬物使用者とその家族に対する援助過程を、薬物使用者の治療状況によって3段階に区切り、各段階における援助課題を示したものである。

治療状況により各段階が区切られたのは、薬物関連問題の中でも、最も根元的な問題と位置づけられるものが、薬物依存という疾病であり、その治療が確保されなければ、ソーシャルワークによる社会生活上の問題の解決は、見込めないと考えられるからである。

なお、ここでいう治療には、医療機関において行われるものだけでなく、回復者による薬物依存のリハビリ施設における支援が含まれている。

2) 本人に対する援助

ソーシャルワーカーの所属機関等で、薬物使用者から直接相談を受けた場合においては、薬物依存に関する情報提供による疾病受容の促進と共に、自機関もしくは利用可能な他機関・団体等の資源に関する具体的な情報提供により、治療・援助への動機付けを中心とするI段階の援助が開始される。

そして自機関において、薬物依存の治療が開始される場合には、引き続き、II段階、III段階へと援助が展開される。また、他機関において治療が開始される場合には、援助は一旦終了するが、治療機関との連携が求められることも考えられる。

しかし、薬物依存に関する知識や治療・援助機関等の選択に必要な情報が一般に普及しているとはいえない現状においては、薬物使用者が当初より進んで治療の場に現れることは稀であると考えられる。このような、薬物使用者が相談・援助の場に現れないケースにおいては、家族への情報提供を通じた、薬物使用者に対する間接的な治療・援助への導入支援が、I段階における援助の中心となる。

尚、薬物を使わない生活の再構築に向けては、薬物使用者のソーシャルスキルが重要な鍵となることが推察される。したがって、その獲得の阻害を防ぐためにも、早期に薬物使用者が治療を受けることができるシステムの整備が求められることを付け加えておく。

3) 家族に対する援助

薬物関連問題に対するソーシャルワークは、現状では多くの場合、最初に相談に訪れる家族への援助から開始される。まずI段階においては、「家族のはたらきかけによって断薬を継続させることは不可能であること」と「薬物依存の回復には治療・援助が必要であること」を伝える。

これらにより、家族がそれまでに繰り返してきた断薬させるための試みをはじめとする、薬物使用者への対応のあり方を再検討し、必要に応じてその変容に努めることが可能となる。また、家族が自らの健康状態や生活状況を振り返り、その困難の改善に取り組むことができる。尚、サラ金や薬物使用者の暴力に関する問題に関しては、緊急対応が必要とされる場合もあると考えられるので、利用可能な資源に関する情報収集や連携が重要となる。

また、早い時期に関連機関の家族教室や薬物依存者の家族の自助グループ等の紹介など、ピアサポートへの導入を図ることが重要であると考えられる。これは問題認識や薬物使用者への対応の変容に向けては、援助者の助言のみでは不十分であり、同じ立場にある人々の多様かつ具体的な経験に触れることが、不可欠であると考えられるからである。

家族に対するI段階の援助は、家族が断薬させるために薬物使用者に直接的にはたらきかけることをやめ、自身の健康や社会生活における困難の解決に目を向けることを目指すものである。そして場合によっては、家族の対応の変化を通じて、薬物使用者が自身の問題と直面することを促し、治療への導入を目指す、薬物使用者への間接的な援助でもある。

薬物使用者の治療開始に伴って、家族に対する援助の場も治療機関に移行する場合は、一旦援助は終了する。しかし、特に家族が希望する場合や、治療機関において家族を対象とした援助が特に行われないような場合においては、援助が継続されることになる。

II段階およびIII段階においては、家族の社会生活上の困難の解決に向けての援助が必要に応じて継続されると共に、薬物使用者との新たな関係性の構築とその維持の支援に中心的に取り組まれる。

薬物使用者が治療に導入されるまでの期間は、ケースによって様々であり、また一旦断薬が継続した後には再使用が起こることもある。このような状況は、家族に「いったいこれがいつまで続くのか」という不安と焦りを与えるため、家族は、薬物使用者に治療を強く迫るなどの形で、再び直接的な働きかけに訴えようとするなど、過去の対応のパターンに引き戻されやすくなる。したがってこの段階においては、薬物依存が慢性の経過を辿る疾病であることについての家族の受容を促進し、また家族が薬物使用者とのかかわりのあり方について、長期的な見通しの下に検討し、選択していくための援助が行われる。

なお、I段階同様に、ピアサポートの利用は家族にとって重要なものであることから、援助過程において、積極的にその利用が勧められることが望ましい。

また、利用可能な資源が限られている現状においては、終結にあたって、必要な際にはいつでも相談に応じる旨を伝えておくことが必要であろう。

表24. 薬物関連問題に対するソーシャルワークの展開過程

Ⅰ段階 薬物使用者の治療開始以前	
薬物使用者に対する援助課題	家族に対する援助課題
1. 疾病の理解	1. 薬物使用に関する認識の寛容
2. 疾病の受容	2. 薬物使用者への対応の再検討
3. 治療への導入	3. 社会生活上の困難の改善
	4. ピアサポートへの導入
Ⅱ段階 薬物使用者の治療期間	
薬物使用者に対する援助課題	家族に対する援助課題
1. 疾病理解の促進	1. 薬物使用者との新たな関係の構築
2. 社会生活上の困難の解決	2. 社会生活上の困難の改善
3. ピアサポートへの導入	
Ⅲ段階 薬物使用者の治療終了後	
薬物使用者に対する援助課題	家族に対する援助課題
1. 薬物を使わない生活の再構築	1. 薬物使用者との新たな関係の維持
2. 再使用時の治療への導入	2. 社会生活上の困難の改善

とされねばならないことはいうまでもなく、薬物使用者や家族に対する援助と同時に、治療・援助環境の問題に対する取り組みが必要であると考えられる。

V. 結 語

薬物関連問題に対するソーシャルワークにおいて、ターゲットとされる問題は、薬物使用によって引き起こされるものと社会環境に起因するとみられるものに大別された。

薬物使用によって引き起こされるものとしては、1. 薬物使用者の社会的活動の阻害、2. 薬物使用者の経済力低下による家族の負担、3. 家族関係の悪化、4. 薬物使用者による暴力行為、5. 家族の社会的活動の阻害、6. 家族の健康上の問題、7. 家族の精神的ストレスが挙げられる。

また社会環境に起因するとみられるものとしては、「治療・援助の受けにくさ」が挙げられる。これについては、薬物依存に関する情報の不足と治療・援助機関等の未整備によるところが大きいと考えられる。

そしてこれらを基に、薬物使用者と家族のそれぞれに対する援助課題を明確にすると共に、援助課題を薬物使用者の治療状況によって3段階に区切られたソーシャルワークの展開過程上に示し、薬物関連問題に対するソーシャルワークの全体像をモデルとして提示した。

尚、問題の多くが薬物依存という疾病に起因する薬物の反復的使用に伴って生じることを踏まえ、援助過程においては、薬物使用者の治療の確保が最優先課題

II. 分 担 研 究 報 告

11. 薬物乱用のハイリスクグループへの介入に関する研究

分担研究者 鈴木 健二

厚生労働科学研究費補助金 医薬安全総合研究事業
薬物依存・中毒者の予防、医療およびアフターケアのモデル化に関する研究 総合研究報告書

薬物乱用のハイリスクグループへの介入に関する研究

分担研究者 鈴木健二¹⁾

研究協力者 武田 綾¹⁾, 村上 優²⁾, 杠 岳文²⁾

比江島誠人²⁾, 吉森智香子²⁾, 藤林武史³⁾

1) 国立療養所久里浜病院 2) 国立肥前療養所

3) 佐賀県精神保健福祉センター

要 旨

わが国においては、未成年者の薬物問題の第2次予防は警察と生徒指導に任されていて、メンタルヘルスの問題として語られることはなかった。この研究は、高校生の薬物関連問題のハイリスクグループに対して、従来の生徒指導と異なるメンタルヘルス相談としての初期介入の必要性和、その現実的可能性を明らかにする目的で行った。まず、小・中・高校の養護教諭480名の調査から、中学・高校の養護教諭は生徒から喫煙、飲酒、薬物問題を多く相談された経験を持っており、専門家による薬物関連問題の相談体制の必要性があると回答していた。ここから、メンタルヘルス相談としての初期介入の必要性が推定された。次に、高校生のハイリスクグループに対して、Brief Interventionによる初期介入の試行を行った。問題のアセスメントのための喫煙、飲酒、薬物乱用のチェックリストを用意し、FRAMES法に基づいて21名の高校生の相談を行った。21名は様々なレベルの喫煙、飲酒問題、薬物乱用を持っており、2-3回のBrief Interventionの原理による面接を行い、6ヵ月後のフォローによって、生徒の飲酒問題の67%、薬物乱用の50%が減少し、タバコも19%が減少していると回答が得られ、Brief Interventionの可能性と有効性も示された。

I. 目 的

先行研究において、筆者らは高校生の調査から、高校生において喫煙、飲酒、違法性薬物乱用(以下、この論文では薬物関連問題と略す)は重複していると報告した(鈴木ら, 1999)。すなわち、その調査では、

高校生の喫煙者の中にシンナー経験者16%、大麻経験者3%、覚せい剤経験者3%が含まれており、高校生の問題飲酒者の中にシンナー経験者が21%、大麻経験者が7%、覚せい剤経験者が5%含まれていて、調査対象の高校生全体とは際立った違いがあった。ここから筆者らは高校生への予防対策は喫煙、飲酒、薬物乱用ごとのバラバラの対策ではなく薬物関連問題として統一した視点が必要であると論じた(鈴木ら, 1999)。

わが国では未成年者の薬物関連問題の広がりに対して、第2次予防の問題を医学的観点からは論じられることが少なかった。従来の未成年者の薬物関連問題は、法律違反という視点からの警察による補導・検挙が中心であり、また中学校、高校においても校則違反や生活の乱れに対する生徒指導という視点からの摘発・処分・反省という方策が中心であった。しかし、薬物関連問題は、タバコ依存、アルコール乱用、薬物乱用などの心の問題でもあり、薬物関連問題を持つ生徒をハイリスクグループとして捉え、メンタルヘルスという視点からのアプローチも必要である。

この研究は学校における薬物関連問題を持つハイリスクグループに対して、従来の生徒指導とは異なる新しいチャンネルとして、生徒のメンタルヘルスの向上という視点からの初期介入の方策の必要性和可能性を実証しようと考えた。そのため、学校における生徒の健康管理を中心的に担っている養護教諭に対して薬物に関する相談を受けたことがあるかどうかのアンケート調査を行い、また実際に共同研究者が学校と協力して高校生に対するメンタルヘルス相談としてのBrief Intervention(Bienら, 1993; 廣ら, 1999)の試行を行っ

た。

II. 対象と方法

① 第1年度(平成13年度)の研究

神奈川県と佐賀県の小・中・高校の養護教諭480人に対して、薬物関連問題の相談を受けた経験の有無と相談体制についてのアンケートを行った。

② 第2年度(平成14年度)の研究

神奈川県と佐賀県の3つの高校の生徒に対して薬物関連問題のBrief Intervention(以下BIと略す)を行った。学校には趣旨を説明し、学校長と職員会議の了解をもらい開始した。試行期間は2001年10月から、2002年12月までの15ヶ月間である。養護教諭をコーディネーターとし、久里浜グループは月に1回の相談日に学校に出向く形をとり、肥前グループは呼ばれたときに出かける形をとった。BIの対象は、喫煙、飲酒、薬物乱用などの薬物関連問題とした。共同研究者が一致した内容で行なえるようにBIのマニュアルを作成した(マニュアルは付録につけた)。面接回数は2-3回を原則とし、6ヵ月後に電話でフォローを行った。1回目はBIのFRAMES法(Bienら, 1993)に基づく面接を行い、2回目は経過を聞きどのような工夫が必要かをアドバイスし問題を深めた。さらに本人が困難な問題を抱えているときには3回目の面接を設定した。今回は6ヵ月後のフォローでは、薬物関連問題の変化の有無を聞くだけとした。

FRAMES法はBIにおけるひとつの技法であり、Feedback:薬物関連問題を評価して本人にフィードバック、Responsibility:自らの責任を強調する、Advice:問題の焦点を明らかにして、何を変えるべきかをアドバイス、Menu:複数の改善方法の提示、Empathy:問題解決には困難と苦痛が伴うことを共感、Self-efficacy:必ずできると励ます、という6つの原理を持っている。

薬物関連問題のアセスメントのために喫煙、飲酒、薬物乱用のチェックリストを準備し、BIの最初に、本人に聞きながらチェックリストを完成した。チェックリストには、喫煙問題としてまずは喫煙の有無とFagerström Test for Nicotine Dependence(FTND; Kozlowskiら, 1994)), アルコール問題については

Mayerら, 1979))およびQFスケール(鈴木ら, 1994), CAGE(Ewing, 1984), Core Alcohol Use Disorders Identification Test(Core AUDIT; Barborら, 1992)), 薬物乱用についてはDrug Abuse Screening Test-20(DAST-20; Skinner, 1982; Van Cleaveら, 1987))を使用した(チェックリストは付録につけた)。

倫理面への配慮として、学校側と生徒に対して、プライバシーは守るということを約束してBIをはじめた。また発表に際しては個人を特定できないように工夫した。

III. 結 果

① 第1年度の調査結果

養護教諭が過去3年間で薬物関連問題の相談を受けたことがあるかどうかという質問に対する回答を表1にまとめた。タバコを止めたい、減らしたいという相談を受けた経験をもつ養護教諭は中学で34%、高校で50%、飲酒を止めたい減らしたいという相談を受けた経験をもつ養護教諭は中学で15%、高校で32%、シンナー、大麻、覚せい剤などの違法性薬物についての相談を受けたことがあるのは中学で21%、高校で40%と高い頻度であった。また、薬物関連問題に対する対策として、相談マニュアルが必要とか、専門家による相談体制が必要との回答が90%を超えていた。このアンケート調査から、学校における生徒の健康管理の役割を持つ養護教諭が薬物関連問題に日ごろ接していることが示されており、高校におけるメンタルヘルス相談としての初期介入の必要性が示されたと考えられる。この調査結果の詳細は昨年度の報告書(鈴木ら, 2002)に詳しい。

表1. 養護教諭の喫煙、飲酒、違法性薬物問題の相談を受けた経験

	小学校 (N=169)	中学校 (N=108)	高校 (N=193)
タバコを止めたい、減らしたいとの相談を受けたことがある	1.8%	34.3%	50.3%
飲酒についての相談を受けたことがある	0.6	2.8	12.5
鎮痛剤、風邪薬、咳止め薬、やせ薬、下剤などの乱用について相談を受けたことがある	4.1	14.8	32.3
シンナー、大麻、覚せい剤についての相談を受けたことがある	1.8	20.8	39.8

② 本年度(平成14年度)の結果

初期介入としてのBIを受けた生徒は、3つの高校で合計21名、男女比は13対8で平均17.2歳であった。21名の概況を表2に示した。出席の悪い者が3分の1で、成績は低い者が多かった。警察の補導体験者は6割に及び、学校からの注意・停学処分経験者も45%に及ぶ。表1から、BIの対象者は学校からのドロップアウト寸前であり、すでに生徒指導の対象者である生徒が多いことが示されている。

表2. Brief Interventionを受けた高校生21名の概況

平均年齢	17.2±1.8才
男女比	13/8
学校の出席率	
ほとんど出席	65.0%
休みが多い	35.0
高校の成績	
上位	5.0
中位	25.0
下位	70.0
警察の補導経験	60.0
学校からの注意・停学処分経験	45.0

表3には、BIを受けた生徒の薬物関連問題を示した。全員が現在喫煙者であり、FTND6点以上の強いタバコ依存を持つものは33%、問題飲酒群は、QFスケールで62%、AAISで43%、CAGEで43%、

表3. Brief Interventionを受けた高校生の薬物関連問題

スクリーニングテストによるアセスメント	
現在喫煙者	100%
FTNDによるタバコへの強い依存者	33.3
QFスケール	
正常群	9.5
飲酒群	28.6
問題飲酒群	61.9
AAISによる問題飲酒群	42.9
CAGEによる問題飲酒群	42.9
Core AUDITによる問題飲酒群	38.9
DAST-20による薬物乱用者	33.3
Brief Interventionにおける主要問題	
タバコ問題	33.3
飲酒問題	52.4
薬物乱用問題	9.5
その他	4.8

Core AUDITで39%であり、DAST-20による薬物乱用者は33%であった。BIの対象者は、様々な薬物関連問題が重複して持っていることが示されている。なお、CAGEと、Core AUDITは未成年者に対して標準化はされておらず、この値は参考値である。BIにおける主要問題とは、BIの初回に本人との間で話し合っただけの問題を示しており、飲酒問題が一番多かった。主要問題において「その他」となっている生徒は、喫煙、飲酒問題を持っていたが、主要問題は暴力を中心とした行為障害がもっとも大きな問題であったので精神科への受診を勧めた。

表4には、BIの結果を示した。面接回数は3回以上の者が多いのは、本人たちの希望が強かったためである。BIにおいて、本人たちは真剣に自分の問題を考えようとしていたし、我々専門家に話を聞いてもらえることを喜んでいて、彼らは大人から向き合ってもらえたことがなかったのではないかとという印象があった。

追跡ができたのは76%で、追跡期間は6.5ヶ月であった。追跡できなかった者は、学校をやめていたか長期欠席状態になっていた生徒である。特に1回しか面接していない生徒6名のうち5名はドロップアウトしていた。

表4. 高校生21名に対するBrief Interventionの結果と転帰

面接回数	
1回のみ	28.6%
2回	23.8
3回以上	47.6
追跡できた者(追跡率)	76.2
追跡期間	6.5±3.5月
追跡時の薬物関連問題*	
タバコが減った、やめた	18.8
飲酒問題減少	66.7
薬物問題減少	50.0

*分母は追跡者のうちのスケール評価で問題があった者

追跡調査において、タバコが減った、やめた生徒は19%、飲酒問題が減少した生徒は67%、薬物乱用が減少した生徒は50%であった。このとき、分母は追跡できた者のうち夫々の問題を持っていた者とし、分子はそれらの者のうちの減少したと回答した者とした。この結果から、BIは飲酒問題、薬物乱用問

題には効果があり、喫煙には効果が少ないということになった。

ここでBIのケースを示す。

(ケース1)

16歳男子で、チェックリストでは、FTND:4点、QFスケール:3点、AAIS:36点、CAGE:0点、DAST-20:6点の薬物乱用ケース。暴走族の先輩や友達誘いで高校入学直後からシンナー、マリファナ、ライターガスをはじめた。彼らと一緒にのときだけの機会使用であったが、必ずブラックアウトするような使用をしていた。「時と相手と場所を選んで使っているから警察にはつかまらない」「やめようと思えばやめられる」とか強がっていたが、知り合いの薬物乱用仲間と街で殴りあいになって大けがをしたり、強盗傷害事件で警察にマークされている時に中学校に入り込んでシンナーを吸い、それを近隣住人に通報されたりして、逮捕は間近という印象を受けた。1回目は、DAST-20のスケールでは乱用として軽い程度ではないこと、このままでは警察につかまるのは時間の問題であることをコンフロンした。2回目では、彼は自分から、仲間が次々に逮捕され、好きな女の子に「ヤク中は嫌い」と言われたことからドラッグは止めたと報告してきた。その勇気を十分に誉めたが、タバコの増加という問題が出現していた。フォロー調査でもドラッグは止めているとのことであった。

(ケース2)

18歳女子で、「お酒は大丈夫なのか」ということでBIを受けた。FTND:8点、QFスケール:6点、AAIS:52点、CAGE:2点、Core AUDIT:21点、DAST-20:2点であった。「お酒を飲み出すと、とまらなくなつてブラックアウトするまで飲んでしまう」という訴えであったが、最大の問題は、夜のバーのホステスのバイトをしており、店で客と一緒に飲んでしまうという問題であった。そこでアドバイスとしては、水商売のバイトを止めることの1点に絞った。2回、3回と面接したが、水商売をやめることはできず、なぜそんなにお金が必要なのかも語られず、彼女はもっと面接を要求したが3回で打ち切った。その後彼女は学校に来なくなっており、フォローできていない。

以上の2ケースから、BIはFRAMES法で行う約

束であるが、様々なバリエーションがあることが示されている。またこの2ケース共に、家族が本人を病院に受診させていれば、臨床的に薬物乱用、アルコール乱用として治療をはじめることになるようなケースである。

IV. 考 察

養護教諭へのアンケート調査から、高校生に対するメンタルヘルス相談としての薬物問題への初期介入の必要性が示され、Brief Interventionの試行から、高校での初期介入の可能性が示されたといえる。すなわち、学校での薬物関連問題に対する従来からの生徒指導という対策だけでなく、メンタルヘルス相談というもうひとつのチャンネルを用意する必要性があり、また可能だということである。

BIを受けた生徒は学校からドロップアウト寸前であり、様々な薬物関連問題を重複して持っていたが、BIを受けることを喜んでおり、まじめに話しができていた。彼らは自分の話に耳を傾けてくれる大人と出会ったことがないのではないかと印象があり、その点からもBIのいっしょに考えるというやり方は彼らの心を揺さぶる効果があったと考えられる。このことが、BIにおいて1回だけの者より3回以上の面接を受けた生徒のほうが多いという結果になっている。

BIの技法は2-3回の短期間の面接を行う方法であり、受容的なカウンセリングではなく、コンフロンテーションが中心である。BIはアルコール問題においては、様々な場所で行われており、報告も多く、数ヶ月のデイケア治療よりも2回のBIのほうが有効という報告もあるくらい、有効性の報告も多い(Bienら、1993)。日本では企業でのアルコール問題への対策として報告されている(廣、1999)。筆者らがBIを行った感触からは、乱用段階に対しては、的確なアドバイスができて有効性は高いが、依存症の段階では、解毒あるいは離脱症状のコントロールがまず必要であり、BIだけでは無理という印象がある。つまりBIは初期介入の手段としては大きな力を発揮するといえる。今回のBIの試行において、タバコを減らす・やめる生徒が少なかったのは、タバコ問題を持っていた生徒はすでに依存症の段階であったと考えることができる。BIの中で、一人の生徒はニコチンガムを買って使い始めたがまずくて続けられなかったと話している。このと

きニコチンパッチを処方する医師を紹介したほうがよかったのかもしれない。

BIの限界と問題点を最後に指摘しておく。ひとつは、学校でのBIは誰が行うのかという問題である。今回のBIの試行は、共同研究者が薬物問題の専門家であり、学校の教師からも信頼されている関係の中で行われた。最近スクールカウンセラーが少しずつ学校で導入されているが、スクールカウンセリングについて書かれたものの中に、薬物関連問題が取り上げられることはまったくない。スクールカウンセラーが初期介入としてのBIを担当するには薬物関連問題についての研修が必要になる。もうひとつの問題は、違法性薬物乱用のケースにおける法律との関係、および生徒指導と警察との関係である。BIは短い期間での関係なので、一般にはその生徒が違法性薬物乱用を止めたかどうかを確かめない関係ではあるが、もしインターベンションの場面において、違法性薬物を使用しているとか、違法性薬物を所持していると生徒が語った時に、プライバシーを守るという契約を超えて、警察か薬務官に通報するかどうか、あるいは、生徒指導の教師にそのことを報告して善処を依頼するかどうかである。筆者は、BIにおいては、生徒が違法性薬物使用を語ったときはその相談に乗りプライバシーは守るという立場をとり、所持している時は生徒指導の教師に報告して学校の対応を依頼する、と考えているが、それで学校側のコンセンサスが得られるかどうかという問題がある。3つ目は、BIは家族をまったく視野に入れていない。BIでは家族背景を詳しく聞いていないが、アルコール依存症の親とか、機能不全の家族とかが存在したし、それゆえに彼らは自分に向き合ってくれる大人の存在に信頼を寄せたのである。しかし、薬物問題の回復には家族会などの家族への働きかけが重要であり、特に未成年の薬物問題に対しては親への介入が大事であるが、BIでは家族への介入がないので、持続的な変化が保証されない可能性がある。

V. 結 語

養護教諭に対する調査から、メンタルヘルス相談としての薬物問題への初期介入の必要性が示され、高校生に対する初期介入としてのBrief Interventionを試行して、その可能性が示された。ここから、高校生の喫煙、飲酒、薬物乱用に対するメンタルヘルス相談と

しての初期介入の必要性と可能性が明らかになった。

VI. 文 献

- 1) Barbor TF, Feunte DL Jr, Saunders JB, et al: AUDIT: The alcohol use disorder identification test: Guidance for use in primary health care. WHO, 1992.
- 2) Bien TH, Miller WR, et al: Brief Intervention for alcohol problems: A review. *Addiction* 88:315-336, 1993.
- 3) Ewing JA: Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA* 252:1905-1907, 1984.
- 4) 廣尚典: 職場の問題飲酒に対する Brief Intervention の効果に関する検討. アルコール依存症の疫学と予防に関する総合的研究: 平成 10 年度研究報告書 (主任研究者 白倉克之), 1999.
- 5) Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans CT, et al: Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence. *Drug Alc Depend* 34:211-216, 1994.
- 6) Mayer J, Filstead WJ: The Adolescent Alcohol Involvement Scale: An instrument for measuring adolescent use and misuse of alcohol. *J Stud Alcohol*, 40:291-300, 1979.
- 7) Skinner HA: The drug abuse screening test. *Addict Behav* 7:363-371, 1982.
- 8) 鈴木健二, 松下幸生, 樋口進, ほか: 未成年者の問題飲酒スケール - Quantity - Frequency Scale (QF Scale). *アルコール研究と薬物依存* 29:168-178, 1994.
- 9) 鈴木健二, 村上優, 杠岳文, ほか: 高校生における違法性薬物乱用の調査研究. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 34:465-474, 1999.
- 10) 鈴木健二, 武田綾, 村上優, ほか: 薬物乱用のハイリスクグループへの介入に関する研究. *薬物依存・中毒者の予防, 医療およびアフターケアのモデル化に関する研究: 平成 13 年度研究報告書* (主任研究者 内村英幸). 2002.
- 11) Van Cleave S, et al: Counseling for substance abuse and addiction. Word Books, Waco, Texas, 1987.

Brief Intervention のためのマニュアル

1 回目の面接

1 問題のアセスメント

喫煙、飲酒、薬物乱用(薬物関連問題)についての問題をスクリーニングするためのチェックリストを本人に聞きながら完成する

使用するチェックリストは、喫煙に FTND、飲酒問題に AAIS, QF スケール, CAGE, Core AUDIT、薬物乱用に DAST-20

2 FRAMES 法による Brief Intervention

A Feedback

薬物関連問題のスクリーニング結果を伝える。

B Responsibility

問題解決は自分の責任であることを確認する

C Advice

問題は何かということをはっきりさせる。乱用・依存症について、乱用・依存のサイン、依存による様々な現在及び将来のリスクを説明する。乱用・依存問題をいくつか持っているときには、中心的問題、早急な対応が必要な問題をクローズアップする。

D Menu

禁煙か節煙か、断酒か禁酒かの問題など、取りうるいくつかの方法を提示する。

E Empathy

問題の大変さと問題解決には苦痛が伴うことを共感する。

F Self-efficacy

必ずできること、解決への勇気と力があることを励ます

2 回目の面接(1 カ月後)

問題の経過を聞く

なぜできたか、なぜできなかったか、の点検

薬物関連問題の底にある葛藤、躓きについて confrontation

再度、FRAMES 法に基づく問題の明確化

3 回目の面接(1 カ月後)

2 回目の問題のフォロー

問題が続いていれば専門家を紹介

(注) 1 回の面接時間は 30-40 分とする

Brief Intervention のアセスメント用チェックリスト

年齢 (才) 性別 (男 女)

<タバコ>

1. あなたはタバコを吸いますか
 - 1 吸ったことがない
 - 2 過去に吸ったことがある
 - 3 現在吸っている

FTND : タバコのチェックリスト

1. 起床して何分後にタバコを吸いますか
 - 1 5分以内 2 6分~30分 3 31分~60分
 - 4 1時間以降
2. タバコが禁じられている場所 (学校や電車の中) での禁煙を困難に感じますか
 - 1 はい 2 いいえ
3. どの時間のタバコをやめるのにもっとも未練がありますか
 - 1 朝一番のタバコ 2 その他の時間
4. 1日に何本タバコを吸いますか
 - 1 10本以下 2 11本~20本 3 21本~30本
 - 4 31本以上
5. 午前中の方が他の時間帯より頻繁にタバコを吸いますか
 - 1 はい 2 いいえ
6. 病気でほとんど1日寝ている時でもタバコを吸いますか
 - 1 はい 2 いいえ

得点 : Q1 (3,2,1,0) Q2 (1,0) Q3(1,0) Q4(0,1,2,3) Q5(1,0) Q6(1,0)

合計点 : 0-5 依存度低い

6-10 依存度高い

<飲酒>

AAIS (Adolescent Alcohol Involvement Scale) & QF スケール :

飲酒問題チェックリスト

1. あなたはお酒をどのくらいの頻度で飲みますか
 - 0 飲まない
 - 1 年に1~2回
 - 2 月に1~2回
 - 3 週に1回
 - 4 週に2回以上
 - 5 ほぼ毎日

2. いちばん最後に飲んだのはいつですか
 - 0 飲まない
 - 1 1年以上前
 - 2 半年から1年前の間
 - 3 数週間前
 - 4 先週
 - 5 昨日
 - 6 今日
3. 主にどんな種類のお酒を飲みますか
 - 0 飲まない
 - 1 ビール
 - 2 日本酒、ワイン
 - 3 いろんなお酒を飲む
 - 4 ウイスキー、ブランデー、ウォッカ、焼酎などの強いお酒
4. はじめてお酒を飲んだのはいつですか
 - 0 飲まない
 - 1 最近
 - 2 15歳以降
 - 3 14~15歳頃
 - 4 10~13歳頃
 - 5 10歳以前

5~14問についてはお酒を飲まない人は答えない

5. あなたはどんな理由でお酒を飲みますか
 - 1 おいしいと思うから
 - 2 友達の真似をして(盛り上がったから)
 - 3 大人の気分になりたいから
 - 4 緊張したり、神経質になったり、困ったりした時
 - 5 悲しかったり、さびしかったり、つらかったりした時
6. お酒をどうやって手に入れてありますか
 - 1 親の許しをもらい、家にあったお酒を飲んだ
 - 2 兄や姉からもらった
 - 3 家にあったお酒を親に黙って飲んだ
 - 4 友達からもらった、またはコンパ・打ち上げの席で
 - 5 自動販売機、スーパーで買った
 - 6 居酒屋、飲み屋で飲んだ
7. 一日のうちでどんな時にお酒を飲みますか
 - 1 食事の時(コンパ・打ち上げの時)
 - 2 夜

- 3 午後
- 4 朝、または起きた時
- 5 夜中によく目が覚めるので飲む
8. 初めてお酒を飲んだのはどんな理由からですか
 - 1 好奇心から
 - 2 親や兄弟から勧められて
 - 3 友達に勧められて (コンパ・打ち上げの時)
 - 4 大人ぶりがかったから
 - 5 ハイな気分、また酔っぱらってみてかかった
9. 飲む時はどのくらいの量を飲みますか (ビールとした時)
 - 1 コップに1杯 (あるいは1杯以下)
 - 2 コップに2杯
 - 3 コップに3~6杯
 - 4 コップに6杯以上
 - 5 酔っぱらうまで
10. 誰と一緒に飲みますか
 - 1 親や親類の人と
 - 2 兄弟姉妹と
 - 3 同じ年齢の友達と (コンパ、打ち上げなど)
 - 4 先輩と
 - 5 一人で
11. アルコールはあなたにどんな影響をもたらしますか
 - 1 気分が楽になり落ち着く
 - 2 気分がハイになる
 - 3 酔っぱらう
 - 4 気分が悪くなる
 - 5 酔いつぶれる
 - 6 ひどく飲んだ翌朝、飲んだ時のことを思い出せない時がある
12. 飲酒はあなたの生活にどんな影響をもたらしますか
 - 1 特にない
 - 2 他人と楽しい会話ができなくなる
 - 3 楽しい時間を過ごすことの邪魔になる
 - 4 学業の邪魔になる
 - 5 友人を失うことになる
 - 6 親から飲酒のことで非難される
 - 7 物を壊したり、喧嘩したりにつながる
 - 8 事故を起こしたり、警察に捕まったり、学校の処分を受ける
13. 自分の飲酒についてどう考えていますか
 - 1 全く問題ない
 - 2 飲酒はコントロールできるし、やめられる

- 3 ある程度コントロールできるが度を越すこともある
 - 4 しばしば自分の飲酒について悩む
 - 5 コントロールするには誰かの助けが必要
 - 6 自分の飲酒について、専門家のアドバイスを受けたことがある
14. 家族や友人はあなたの飲酒についてどう考えていますか
- 1 年齢にあった飲酒と見ている
 - 2 飲酒をすると他人のことを何も考えなくなると見ている
 - 3 お酒を止めるように忠告してくれる
 - 4 自分の飲酒について専門家に相談するように言う
 - 5 家族は自分の飲酒に困って専門家に相談している

AAIS 得点：それぞれの質問の回答の点数を合計

複数回答の時は高い方の点をスコア

0点：非飲酒者

1～19点：正常群

20～41点：飲酒しているが問題ない群

42～57点：問題飲酒群

58～79点：重篤問題飲酒群

QFスケール：AAISのQ1とQ9を組み合わせる

得点：Q1(0,0,1,2,3,3) Q9(0,1,2,3,3)

合計点：0点 正常群

1～3点 飲酒群

4～6点 問題飲酒群

CAGE：飲酒のチェックリスト

1. お酒の量を減らさなければならぬと感じたことがありますか
2. 他人があなたの飲酒を非難するので気にさわったことがありますか
3. 自分の飲酒について悪いとか、申し訳ないと感じたことがありますか
4. 神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために「迎え酒」をしたことがありますか

得点：それぞれ1点

合計点：0点 正常

1点 アルコール問題を持っている

2～4点 アルコール依存症

Core AUDIT：飲酒のチェックリスト

1. あなたはアルコール飲料をどのくらいの頻度で飲みますか

0 飲まない 1 1ヵ月に1回以下 2 1ヵ月に2～4回

- 3 週に2~3回 4 週に4回以上
2. 飲酒する時は普通どのくらい飲みますか (単位数で答える)
 【日本酒1合=2単位 ビール大瓶=2.5単位 ウイスキー水割り1杯=2単位
 サワー1杯=1単位 ワイン1杯=1.5単位 梅酒コップ1杯=1単位】
 0 1~2単位 1 3~4単位 2 5~6単位 3 7~9単位
 4 10単位以上
3. 一度に6単位以上の飲酒をすることがどのくらいの頻度でありますか
 0 ない 1 1ヵ月に1回未満 2 1ヵ月に1回 3 週に1回
 4 ほぼ毎日
4. この1年間に、飲み始めると止められなかったことが何回ありましたか
 0 ない 1 1ヵ月に1回未満 2 1ヵ月に1回 3 週に1回
 4 ほぼ毎日
5. この1年間で、普通だとできることが飲酒したためにできなかったことが何回ありますか
 0 なし 1 1ヵ月に1回未満 2 1ヵ月に1回 3 週に1回
 4 ほぼ毎日
6. この1年間に、二日酔いをおさえるために朝の迎え酒をしたことが何回ありますか
 0 なし 1 1ヵ月に1回未満 2 1ヵ月に1回 3 週に1回
 4 ほぼ毎日
7. この1年間で、飲酒に罪悪感を感じたり、後悔したことが何回ありますか
 0 なし 1 1ヵ月に1回未満 2 1ヵ月に1回 3 週に1回
 4 ほぼ毎日
8. この1年間で、飲酒した翌朝に前の晩の出来事を思い出せなかったことが何回ありますか
 0 なし 1 1ヵ月に1回未満 2 1ヵ月に1回 3 週に1回
 4 ほぼ毎日
9. あなたの飲酒のせいで、あなた自身か誰かがケガをしたことがありますか
 0 なし 2 前にはあったがこの1年間にはない 4 この1年間にあり
10. 家族や友人や医師や専門家から、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧められたことがありますか
 0 なし 2 前にはあったがこの1年間ではない 4 この1年間にあり

得点：それぞれのマル印の数字を合計

評価点：合計点10点以上は危険な飲酒

<薬物>

DAST-20：薬物問題チェックリスト

1. あなたは医療目的以外に薬物を使用したことがありますか
2. あなたは処方薬を乱用したことがありますか
3. あなたは一度に2種類以上の薬物を乱用しますか
4. あなたは薬物を乱用しないで1週間を過ごすことができますか

5. あなたは薬物使用を止めたい時にはいつでもやめられますか
6. あなたは薬物使用の結果としてブラックアウトやフラッシュバックを経験したことがありますか
7. あなたは自分の薬物使用を悪い、あるいはいけないことといつも思いますか
8. あなたの家族はあなたが薬物に関係することをいつもこぼしていますか
9. 薬物乱用のためにあなたと家族の間に問題が生じたことがありますか
10. あなたは薬物使用のために友達をなくしたことがありますか
11. あなたは薬物使用のために家族を顧みなかったことがありますか
12. あなたは薬物乱用のために仕事に支障をきたしたことがありますか
13. あなたは薬物乱用のために職を失ったことがありますか
14. あなたは薬物使用の作用下においてケンカをしたことがありますか
15. あなたは薬物を手に入れるために違法行為をしたことがありますか
16. あなたは違法性薬物の所持で逮捕・補導されたことがありますか
17. あなたは薬物摂取を中止した時の退薬症状（気分が悪くなったり、イライラがひどくなったりする）を経験したことがありますか
18. あなたは薬物使用の結果として医学的な問題（たとえば記憶喪失、肝炎、けいれん、出血など）を経験したことがありますか
19. あなたは薬物問題で誰かに助けを求めたことがありますか
20. あなたは薬物乱用についての治療プログラムに参加したことがありますか

得点：質問1～3、6～20はマル印に1点、4～5はその逆

評価： 0点	薬物問題なし
1～5点	軽い問題あり
6～10点	中程度の問題あり
11～15点	やや重い問題あり
16～20点	非常に重い問題あり

III. 研 究 成 果

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
石塚伸一	刑罰の世界, 少年と刑事法, 附属池田小学校児童殺傷事件	石塚伸一, 大山正弘, 渡辺修	刑事法を考える	法律文化社	京都	2002	1-70, 215-226, 240-241

雑誌

発表者名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
石塚伸一	触法精神障害者の処遇ー 点と被害者の視点ー	法律時報	第 77 卷 2 号	36-42	2002
石塚伸一	司法制度改革と犯罪者の処遇	別冊法律時報・司法制度改革Ⅲ 日本評論社		181-184	2001
石塚伸一	精神科医療と保安処分ー 合と日本の場合ー	法学セミナー	第 563 号	36-40	2001
石塚伸一	矯正保護審議会の提言と 21 世紀の 社会復帰処遇～矯正・保護課程の 新たな四半世紀に向けて～	矯正講座	第 22 卷	1-3	2001
石塚伸一	刑事政策のパラダイム転換ー 市民の、市民による、市民のための 刑事政策ー	刑法雑誌	第 40 卷 3 号	299-314	2001
尾田真言	薬物依存者への支援と自立に向けて	月刊福祉	84 卷 10 号	20-21	2001
尾田真言	保釈中の刑事被告人に対する薬物 研修プログラム	季刊刑事弁護	30 号		2002
鈴木健二	学校における子どものアルコール 問題の予防	JIM	11	1097-1099	2002
鈴木健二	高校生における過食傾向と薬物 乱用に関する調査研究	精神医学	44	143-149	2002