

## CRAFFT+N : 学校での SBIRT スクリーニングスクリプトの概要

### スクリーニングを導入する

あなたの学年の生徒全員を対象としたアルコール、その他の薬物、ニコチン、およびタバコの使用に関わる健康スクリーニングを目的に、質問をいくつかいたします。

### 守秘義務に関する事項

このスクリーニングを目的とする書面の記録には、具体的にあなただけを特定できる情報が含まれることはありません。私にお話しいただく内容はすべて、可能な限り機密情報として取り扱われます。あなたにお話しいただく内容がご自身や他者の安全を脅かすリスクが差し迫っていることを指し示している場合、それはこの情報が機密情報として扱われない一つの理由となります。さらに、あなたやあなたの両親、あるいは保護者の方は、私たちが本日話し合った内容の開示を求めることができます。いずれの場合も、私たちは一緒にサポートができるように次なるステップを見出します。ご理解いただけただけでしょうか？

### 質問する許可を求める

では、質問を始めてもよろしいでしょうか？

# CRAFFT 2.1+N スクリーニングインタビュー

アンケート調査 - 学校機関における

## パート A

過去 12 ヶ月で、次の行為をした日数を教えてください:

1. ビール、ワインなど、アルコールを含む飲料を 2, 3 口以上飲む。一切ない場合は 0 と教えてください。
2. マリファナ (事例: 大麻、オイル、ワックス、喫煙、ベイピング、ダビング、または食用物) あるいは「合成マリファナ」 (事例: 「K2」または「スパイス」と呼ばれます) を使用したことがありますか?
3. 興奮した状態になるために他の薬物等を服用したことがありますか? (事例: 他の違法な薬物、ピル、市販の処方薬ならびに鼻から吸引する、吸う、または蒸気を吸う薬物等、ベイプまたは注射)
4. ニコチンおよび/またはフレーバー含有のベイピングデバイス\* または何らかのタバコ製品を使用したことがありますか†? \* 電子タバコ、モッド、JUUL 等のポッドデバイス、パフバー/ベイプペン/e フーカーなどの使い捨てベイプ。† タバコ、シガー、シガリロ、フーカー、噛みタバコ、スナッフ、スヌース、溶解性タバコ、ニコチンポーチ

患者が次のように回答した場合...

パート A のすべての質問に“0” の記入



下のパート B の最初の質問のみ聞いて、そこで止める

質問 1、2、3 で“1” 以上の数字



下のパート B の 6 つすべての質問をする

質問 4 で“1” 以上の数字



次ページのパート C の 10 すべての質問をする

## パート A

丸で囲んでください

- |   |  |     |    |
|---|--|-----|----|
| C | アルコールや薬物を使用して「ハイ」になっている誰か (自分自身を含め) が運転する車に乗ったことはありますか?        | いいえ | はい |
| R | リラックスするためや、気分を良くするため、または周りに合わせるためという理由で、アルコールや薬物を使用したことはありますか? | いいえ | はい |
| A | 一人でいるとき、または自分一人でアルコールや薬物を使用したことはありますか?                         | いいえ | はい |
| F | アルコールや薬物を使用している間に自分が何をしたら忘れてしまったことはありますか?                      | いいえ | はい |
| F | 家族か <sup>か</sup> や友達から、アルコールや薬物の量を減らすように言われた事がありますか?           | いいえ | はい |
| T | アルコールや薬物を使用している時に、何かトラブルに巻き込まれたことはありますか?                       | いいえ | はい |



以下は、ニコチンおよび/またはフレーバーを含有するベイピングデバイス（電子タバコ等）または何らかのタバコ製品\*を使用したことがあるかどうかについての質問です。それぞれの質問に対する回答を丸で囲んでください。

丸で囲んでください

- |  |    |     |
|--|----|-----|
| 1. これらの製品の使用を止めようとしたが、できなかったことがありますか？                        | はい | いいえ |
| 2. 禁煙は非常に難しいので、現在も電子タバコまたはタバコ製品を使用していますか？                    | はい | いいえ |
| 3. 電子タバコや通常のタバコの中毒にかかっていたと感じたことがありますか？                       | はい | いいえ |
| 4. 電子タバコや通常のタバコを強く欲していると感じていますか？                             | はい | いいえ |
| 5. 電子タバコや通常のタバコを強く必要としていると感じたことがありますか？                       | はい | いいえ |
| 6. 学校など喫煙等が禁じられている場所で、電子タバコやタバコ製品の使用を抑えることが難しいですか？           | はい | いいえ |
| 7. しばらくの間、電子タバコまたはタバコ製品を使用していない場合（または止めようとした場合）、以下に回答してください。 |    |     |
| a. 電子タバコやタバコ製品を使用できなかったため、何かに集中するのが難しくなりましたか？                | はい | いいえ |
| b. 電子タバコやタバコ製品を使用できなかったため、イライラがつのってききましたか？                   | はい | いいえ |
| c. 電子タバコやタバコ製品を使用することの必要性または衝動を強く感じましたか？                     | はい | いいえ |
| d. 電子タバコやタバコ製品を使用できなかったため、緊張、落ち着きのなさ、不安を感じましたか？              | はい | いいえ |

\*参考:

Wheeler, K. C., Fletcher, K. E., Wellman, R. J., & DiFranza, J. R. (2004). Screening adolescents for nicotine dependence: the Hooked On Nicotine Checklist. *J Adolesc Health*, 35(3), 225–230;

McKelvey, K., Baiocchi, M., & Halpern-Felsher, B. (2018). Adolescents' and Young Adults' Use and Perceptions of Pod-Based Electronic Cigarettes. *JAMA Network Open*, 1(6), e183535.

ソースと連絡先情報 © John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2020.

Reproduced with permission from the Center for Adolescent Behavioral Health Research (CABHRe), Boston Children's Hospital.

[craftt@childrens.harvard.edu](mailto:craftt@childrens.harvard.edu)

[www.craftt.org](http://www.craftt.org)