

薬物依存症について不安や悩みのある方、セルフチェックをしてみませんか

※ここでいう「薬物使用」とは、以下の1～3のいずれかを指します（使用回数に関わらず）

- 1.違法薬物（大麻、有機溶剤、覚せい剤、コカイン、ヘロイン、LSDなど）を使用すること。
- 2.危険ドラッグ（ハーブ、リキッド、パウダー等）を使用すること。
- 3.乱用目的で処方薬・市販薬を不適切に使用すること（過量摂取など）

※飲酒は「薬物使用」に含みません

D A S T -20		当てはまる方に○ をつけてください
①薬物使用しましたか？（治療目的での使用を除く）	はい	いいえ
②乱用目的で処方薬を使用しましたか？	はい	いいえ
③一度に2種類以上の薬物を使用しましたか？	はい	いいえ
④薬物を使わずに1週間を過ごすことができますか？	はい	いいえ
⑤薬物使用を止めたいときには、いつでも止められますか？	はい	いいえ
⑥ブラックアウト（記憶が飛んでしまうこと）やフラッシュバック（薬を使っていないのに、使っているような幻覚におそわれること）を経験しましたか？	はい	いいえ
⑦薬物使用に対して、後悔や罪悪感を感じたことはありますか？	はい	いいえ
⑧あなたの配偶者（あるいは親）が、あなたの薬物使用に対して愚痴をこぼしたことがありますか？	はい	いいえ
⑨薬物使用により、あなたと配偶者（あるいは親）との間に問題が生じたことがありますか？	はい	いいえ
⑩薬物使用のせいで、友達を失ったことがありますか？	はい	いいえ
⑪薬物使用のせいで、家庭をほったらかしにしたことがありますか？	はい	いいえ
⑫薬物使用のせいで、仕事（あるいは学業）でトラブルが生じたことがありますか？	はい	いいえ
⑬薬物使用のせいで、仕事を失ったことがありますか？	はい	いいえ
⑭薬物の影響を受けている時に、ケンカをしたことがありますか？	はい	いいえ
⑮薬物を手に入れるために、違法な活動をしたことがありますか？	はい	いいえ
⑯違法薬物を所持して、逮捕されたことがありますか？	はい	いいえ
⑰薬物使用を中断した時に、禁断症状（気分が悪くなったり、イライラがひどくなったりすること）を経験したことがありますか？	はい	いいえ
⑱薬物使用の結果、医学的な問題（例えば、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？	はい	いいえ
⑲薬物問題を解決するために、誰かに助けを求めたことがありますか？	はい	いいえ
⑳薬物使用に対する治療プログラムを受けたことがありますか？	はい	いいえ

D A S T -20のスコアリング方法

- ・「はい＝1」、「いいえ＝0」として合計得点を算出してください。
- ・ただし、④と⑤は逆転項目です。「はい＝0」「いいえ＝1」としてください。

合計	点
----	---

1点以上の方		大津市保健所保健予防課までお気軽にご相談 ください（電話番号：077-522-6766）
--------	---	---

出典：嶋根卓也、今村顕史、池田和子、山本政弘、辻麻理子、長与由紀子、大久保猛、太田実男、神田博之、岡崎重人、大江昌夫、松本俊彦：DAST-20日本語版の信頼性・妥当性の検討、日本アルコール・薬物医学会雑誌50（6），310-324，2015.