

## 木津川ダルクホーム入所のご案内

法務省 緊急的住宅確保・自立支援対策自立準備ホームおよび薬物依存回復訓練施設登録施設

### 運営者：

一般社団法人 回復支援の会

会社法人等番号： 1300-05-016007

〒619-0214 京都府木津川市木津内田山 117

TEL&FAX： 0774-51-6597

Eメール： Kizugawa.darc@gmail.com

### 説明手順及び目的・期間：

木津川ダルクホームの入所希望者と面接する際には、担当スタッフは入所希望者に説明を行い、確認を得て入所申込書の所定欄にサインを得る事。

「木津川ダルクホーム」は、薬物依存者の回復を手助けする為に設けられた入所型施設で、家族的雰囲気の中で、共通の問題を持つ仲間と共に回復のプログラムを身につけ自立することを目的とする生活訓練の場である。スタッフと面接の上、入所を決める。入所期間は 3 ヶ月から 2 年までとしているが、スタッフと利用者との話し合いにより決定する。もしくは本人がプログラムに参加する意志がない事を自らスタッフと話し合った場合も退所できる。また、入所が必要と判断された場合は、入所期間を延長する事もできる。

### 資格・条件：

ダルクのプログラムに参加することが可能な人。

- ◆ クリーン（薬物を使っていない状態）で落ち着きある生活を望み「回復したい」気持ち、希望を持ち「木津川ダルクホーム」の規約や規則を守る人であること。
- ◆ 入所生活を維持するための費用を支払えること。（1 ヶ月 16 万円）
- ◆ 初回入所時一時金 20 万円が必要。
- ◆ 生活保護受給者の入所希望者は福祉事務所との話し合いにより入所とする。

### 入所について：

入所にあたっては以下の項目について考慮されること。

- ◆ 精神障害（薬物依存症等）の診断を受けた事があること。又は診断が無い場合でも、入所を希望し理由について明確にすること。
- ◆ 成人に達した男性であること。（女性は入所できない。）若しくは、未成年者の場合は、保護者の同意を確認すること。
- ◆ プログラムを受ける為に障害となる治療の必要性がないか。他の治療を抱えている人は事前に申し出ること。（C 型肝炎・HIV・整形外科治療等）その場合、担当医療機関医師と感染症治療と平行してプログラム参加が可能かどうか確認すること。
- ◆ 住所不定者は入所できない。但し入所時福祉事務所の保護を受給者は可能である。該当福祉事務所又は保証人（家族）と事前協議を行うこと。
- ◆ 保証人又は保護者、かかりつけの病院等の連絡先住所、電話番号などについて明確にすること。但し、身寄りがなくとも話し合いの上で入所は可能である。
- ◆ 入所中に勝手に生活保護等の手続きはしないこと。但し、生活が困難な場合は（家族等の援助がストップした場合）スタッフとの話し合いの上で入所すること。
- ◆ 金銭出納についてはスタッフの提案、助言を受け入れること。
- ◆ 入所者は、家賃、光熱水費、共益費、プログラム参加費等、決められた金額を入金期日までに支払うものとする。プログラム以外の費用、医療費、医療のための交通費、住民税等は個人負担とする。

## 入所規約：

入所後はスタッフの指示することや提案に従い、以下の項目を厳守すること。

- ◆ ダルクのプログラムに参加すること。
- ◆ 施設内に薬物（アルコールを含む）及び器具を持ち込まないこと。（施設内への持ち込み及び、施設で使用した場合は退所とする。）
- ◆ 入所中に異性、同姓問わず交際は禁止とする。ダルクや NA で知り合った仲間と恋愛関係、性的な関係に陥ったりした場合は退所とする。
- ◆ 毎日のミーティングまたはプログラムに時間を守り出席すること。（NA を含む。12 ステップグループ自体は自由参加だが施設のプログラムとして参加している。）
- ◆ 金銭の管理、及び運転免許証、保険証等の貴重品管理はスタッフにまかせる。（預かり金、預り証を確認、記名捺印すること。）
- ◆ 入所者同士の金銭の貸し借りは認めないので、貸借はしないこと。
- ◆ 健康上の事、その他の問題はスタッフに相談すること。（スタッフは必要な時に専門医療機関又は、関係機関と連絡し本人の為に手続きを取ります。）
- ◆ 薬は勝手に所持しないこと。（医師よりの処方も含む。但し必要な場合はスタッフ等が預かり保管し必要な時には手渡します。）仲間の動揺を防ぐ為、必要な処方等を服用する時は仲間に配慮すること。
- ◆ 門限は午前 0 時とする。無断外出、外泊は禁止とする。（但し、事前にスタッフと話し合いをしている場合は認める。）
- ◆ 賭け事(賭博行為)は禁止とする。
- ◆ 建物及びその他の設備を破損した場合は実費弁償すること。（従って防火、防災は厳重に注意すること。ストーブ、ガス、電気、エアコン等の消し忘れなど。）
- ◆ 暴力行為(言葉の暴力も含む)はあってはならない。そのような事があった場合は退所とする。（喧嘩した場合は事情は聞くが基本的に両成敗とする。）
- ◆ 近隣地域に対しては、迷惑又は損害を与える事及び地域住民の生活を脅かす言動、行動があってはならない。もしそのような事があった場合は即座に退所させる。（刺青等は見えないように配慮すること。）
- ◆ 無断でプログラムを休むような事があれば退所とする。
- ◆ 喫煙は所定の場所ですること。
- ◆ 退所した場合の荷物は一切預からない。
- ◆ 入所期間は 24 ヶ月を限度とする。但し諸事情により困難な場合は医師の判断により入所期間の延長、もしくはアパートに転居し日常生活に必要な援助、支援を受けることが出来る。この場合は関係機関、家族と協議すること。
- ◆ 回復する為のプログラムとして個室でなく 1 部屋 2 人（ピア・サポート）を了承すること。
- ◆ 家族や知人を自分の判断で勝手に招き入れないこと。必要がある場合はスタッフと必ず事前に協議すること。
- ◆ 借金の問題を抱えている人、保護観察中の人は事前に申し出ること。

## 連絡等：

- ◆ 入所後はスタッフの指示することや提案に従い、以下の項目を厳守すること。
- ◆ 家族との連絡(荷物が必要など)はスタッフを通して行うこと。
- ◆ 入所中の携帯電話所持は認めない。但し、クリーン（薬を使っていない状態）で落ち着きある生活が続くアルバイト等に必要時は認める。

## 確認の記名、捺印：

入所のご案内を読み、かつ説明を受けた入所希望者は、これらを確認した証として入所申込書に記名、捺印を経て入所と認められる。

## 預かり書

年 月 日

殿

下記の物品を「木津川ダルクホーム」にて保管します。返納した場合は下記所定欄に日付、本人受取サインをするものとします。

1) \_\_\_\_\_ 返納日 年 月 日 受取サイン

2) \_\_\_\_\_ 返納日 年 月 日 受取サイン

3) \_\_\_\_\_ 返納日 年 月 日 受取サイン

4) \_\_\_\_\_ 返納日 年 月 日 受取サイン

5) \_\_\_\_\_ 返納日 年 月 日 受取サイン

6) \_\_\_\_\_ 返納日 年 月 日 受取サイン

7) \_\_\_\_\_ 返納日 年 月 日 受取サイン

8) \_\_\_\_\_ 返納日 年 月 日 受取サイン

9) \_\_\_\_\_ 返納日 年 月 日 受取サイン

10) \_\_\_\_\_ 返納日 年 月 日 受取サイン

備考

## 入所申込書

年 月 日

私は木津川ダルク、「木津川ダルクホーム」への入所を希望して入所のご案内を読み同時にスタッフから詳細な説明を受けました。

入所後は、スタッフの提案に従い入所条件、規約を守り、回復に努めることをここに確認いたします。部屋割りについてはお任せします。

申込人氏名： \_\_\_\_\_ 印 生年月日： \_\_\_\_\_

〒

申込人住所： \_\_\_\_\_

### 緊急時連絡先：

氏名： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

〒

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ 携帯電話： \_\_\_\_\_

### 病院等連絡先：

病院名： \_\_\_\_\_ 主治医： \_\_\_\_\_

P S W： \_\_\_\_\_

〒

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ 携帯電話： \_\_\_\_\_

備考