

## 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： 61300-05-016007

〒619-0214 京都府木津川市木津内田山 117

TEL&FAX： 0774-26-4151 Eメール： kizugawa.darc@gmail.com

### 【入所手続きおよび施設概要】

担当スタッフは、木津川ダルクホームの入所希望者と面接を行う際、本案内について十分な説明を行い、本人の了承を得た上で、入所申込書の所定欄に署名（サイン）をもらうこと。

- ・ 「木津川ダルクホーム」は、薬物依存者の回復を支援するために設けられた入所型施設である。家族的な雰囲気の中で、共通の問題を持つ仲間と共に回復プログラムに取り組み、自立を目指す生活訓練の場とする。
- ・ 入所の可否はスタッフとの面接を経て決定する。入所期間は原則として3ヶ月から2年とするが、具体的な期間はスタッフと利用者本人との話し合いにより決定する。
- ・ 本人がプログラムへの参加継続を望まない場合は、スタッフと協議の上で退所することができる。

### 【入所資格・条件】

ダルクのプログラムに参加することが可能なこと。

- ・ クリーン（薬物を使っていない状態）で落ち着いた生活を望み、回復への意欲を持って「木津川ダルクホーム」の規約・規則を遵守できること。
- ・ 入所生活に必要な費用を支払えること。（月額16万円）
- ・ 初回入所時に、一時金20万円を納入できること。
- ・ 生活保護受給者の場合は、福祉事務所との協議を経て入所を決定する。（なお、給付金等の臨時収入があった場合は、入所費用に充当すること。）

### 【入所について】

入所にあたっては、以下の項目を確認・考慮する。

- ・ 精神障害（依存症等）の診断を受けていること。または診断がない場合でも、入所希望の理由を明確に提示できること。
- ・ 原則として成人男性であること。未成年者の場合は、保護者の同意を必要とする。
- ・ プログラム参加の支障となるような、緊急の治療を要する状態でないこと。
- ・ 合併症（C型肝炎・HIV・整形外科的疾患等）や治療中の病気がある場合は、事前に申し出ること。その際、担当医に感染症治療等とプログラム参加の並行が可能かを確認しておくこと。
- ・ 原則として住所不定者は入所できない。ただし、入所時に福祉事務所の生活保護受給が可能である（または受給決定済み）場合はこの限りではない。その際は、管轄の福祉事務所または保証人（家族）と事前に協議を行うこと。
- ・ 保証人、保護者、かかりつけ医等の連絡先（住所・電話番号等）を明確にすること。ただし、身寄りがない場合でも、事前の協議により入所を認めることがある。
- ・ 入所中に独断で生活保護等の申請手続きを行わないこと。ただし、経済的に困難な状況が生じた場合（家族等の援助が停止した場合など）は、スタッフと協議の上で申請を行うこと。
- ・ 金銭管理（出納）については、スタッフの提案および助言に従うこと。
- ・ 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こと。なお、プログラム以外の費用（医療費、通院交通費、住民税等）は自己負担とする。

## 【入所規約】

入所後はスタッフの指示や提案に従い、以下の項目を厳守すること。

- ダルクのプログラムに積極的に参加すること。
- 施設内への薬物（アルコールを含む）および使用器具の持ち込みは禁止する。施設内への持ち込み、および施設での使用も禁止する。
- 入所中は異性・同性を問わず、特定の交際は禁止とする。ダルクや NA で知り合った仲間と恋愛関係や性的な関係は禁止する。
- 毎日のミーティングまたはプログラムには時間を守り出席すること。（NA 等を含む。12 ステップグループへの参加は自主性が原則だが、当施設のプログラムの一環として参加すること。）
- 金銭、および運転免許証・保険証等の貴重品管理はスタッフに委ねること。（預り金・預り証を確認し、記名捺印を行うこと。）
- 入所者同士の金銭の貸し借りは認めない。
- 健康上の問題やその他の悩みはスタッフに相談すること。（必要に応じ、スタッフが専門医療機関や関係機関と連携し手続きを行う。）
- 処方薬を含め、薬を個人の判断で所持しないこと。（必要な場合はスタッフが保管・管理し、服薬時に手渡す。服薬の際は他の仲間に配慮すること。）
- 門限は午後 22 時とする。無断外出、無断外泊は禁止とする。（ただし、事前にスタッフと協議し許可を得た場合を除く。）
- 賭け事（賭博行為）は一切禁止とする。
- 建物および設備を破損した場合は実費弁償すること。（火気、電気、エアコン等の取り扱いには十分注意し、防火・防災に努めること。）
- 暴力行為は一切禁止とする。
- 身体拘束は原則として行わないが、自傷や他害の恐れがあり、生命・身体の安全確保が必要と判断される場合に限り、一時的な行動制限を行うことがある。
- 近隣住民に迷惑や損害を与える行為、生活を脅かす言動は厳禁とする。（外出時は刺青等が見えないよう配慮すること。）
- 無断でプログラムを欠席した場合は退所とする。
- 喫煙は所定の場所で行うこと。
- 退所後の荷物は一切預からないものとする。退所時はすべての荷物を持ち出すこと。（万が一、荷物が残置された場合は施設側で処分する。）
- 入所期間は原則 24 ヶ月を限度とする。ただし、事情により自立が困難な場合は、医師等の判断により期間延長、または外部住居（アパート等）へ転居しての支援継続を可能とする。その際は関係機関や家族と協議を行う。
- 回復プログラムの一環として、個室ではなく相部屋（ピア・サポート体制）での生活となることを了承すること。
- 家族や知人を独断で施設内に招き入れないこと。面会等の必要がある場合は、必ず事前にスタッフと協議すること。
- 借金問題を抱えている者、または保護観察中の者は、入所前に必ず申し出ること。
- 家族との連絡（荷物の送付依頼等を含む）は、必ずスタッフを通して行うこと。
- 入所中の携帯電話の所持は原則禁止とする。ただし、クリーン（薬を使っていない状態）が継続し、生活が安定した上で就労等に必要と認められる場合に限り、所持を許可する。

## 【確認の記名、捺印】

入所希望者は、本案内および説明内容を了承した証として、入所申込書に記名・捺印を行うこと。これをもって正式に入所と認める。

# 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。返却の際は、下記所定欄に日付を記入し、本人が受領署名（サイン）を行うものとします。

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」への入所を希望するにあたり、入所のご案内を熟読し、スタッフ（ ）より詳細な説明を受け、その内容を了承いたしました。  
入所後は、スタッフの提案・指示に従い、入所条件および規約を遵守し、回復に努めることをここに誓約いたします。  
なお、部屋割りについては施設側の決定に一任します。

### 入所申込書（署名・連絡先欄）：

申込人情報 氏名： \_\_\_\_\_ ㊞

生年月日： \_\_\_\_\_ 昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 月 日（満 歳）

住所：〒 \_\_\_\_\_

### 緊急連絡先（保証人・親族等）：

氏名： \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ 携帯電話： \_\_\_\_\_

### かかりつけ医療機関・連携機関 医療機関名：

主治医名： \_\_\_\_\_ P S W氏名： \_\_\_\_\_

所在地：〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ F A X： \_\_\_\_\_

### 備考（特記事項など）：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_