2021 年 3 月 22 日
社会福祉法人　健仁会
介護老人保健施設　千の風・川崎
施設長　廣瀬　好文

面会再開のお知らせ

神奈川県を含む一都三県の緊急事態宣言が 3 月 21 日に解除されたことを受け、予定通り 4 月 1 日（木）より、感染防止対策を徹底した上で面会を再開しますのでお知らせいたします。

なお、事務所内における「密閉」、「密集」、「密接」状況を極力減らすため、事務所内職員（相談員・ケアマネージャー含む）は一部テレワークも積極的に取り入れて業務に取り組んでいます。そのような状況下、また感染予防・防止対策の観点から、別紙の運用方針で面会を再開させていただきます。詳細は別紙にてご確認ください。

引き続き、施設内の感染症拡大防止に最大限努力を払って参りますので、ご理解賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

記

・面会開始日：　　2021 年 4 月 1 日（木）～　（平日のみ）
　※別紙の通り、平日のみ、時間帯を設けての対応とさせていただきます

・面会手配方法：　完全予約制

・運用状況の詳細：　別紙にてご確認ください

以上

別紙　2021/3/22

[面会実施の運用方針について]

1. 面会可能時間帯：
・平日の以下の時間帯のみとさせていただきます。

＜面会時間帯＞
10：00　～　10：30
11：00　～　11：30
13：30　～　14：00
14：30　～　15：00
15：30　～　16：00

・面会時間の一枠は、30 分間とさせていただきます（一日最大 5 組まで)。
・感染予防・防止対策を徹底するため、ご面会後に消毒・清掃作業等の時間を設けさせていただきます。何卒ご理解くださいますよう、お願い申し上げます。

2. 面会依頼／受付方法：
・お電話による完全予約制で、予約受付は平日のみとさせていただきます。
・また、予約受付締め切りは、前日の 16 時までとさせていただきます。ただし、月曜日分の予約締め切りは前の週の金曜日 16 時までとさせていただきます。
・面会を希望される方は、来所前から健康観察をお願い致します。

3. 面会者数・面会頻度等の制限：
・ご面会者一家族につき、最大 2 名までとさせていただきます。
・中学生以下のお子様のご面会はご遠慮ください。
・感染経路遮断の観点から、面会は一家族につき、月 1～2 回まででお願いします。

4. 面会場所：
・1 階の相談室での面会となります。フロアへのお立ち入りはご遠慮ください。
・面会中の濃厚接触リスクを軽減するため、飛沫防止フィルム越しでのご面会となりますので、予めご理解くださいますよう、お願い致します。

5. 下記のいずれかに該当する方は、面会をご遠慮ください。
・当日の体温が 37℃以上の方

・1週間以内に、37℃以上の発熱があった方
・1週間以内に、身体的だるさ（倦怠感）、風邪症状、味覚（味）、嗅覚（匂い）の低下がみられた方
・2週間以内に、新型コロナウィルス感染者、感染の疑いのある人、濃厚接触者との接触がある方、
・同居しているご家族に、発熱や身体的だるさ（倦怠感）、風邪症状、味覚（味）、嗅覚（匂い）の低下がみられる方
・2週間以内に、新型コロナウィルス感染症の流行地域への滞在歴、海外渡航歴がある方、または海外渡航歴のある人と接触接触をされた方

6. 面会来所時の感染防止対策のお願い：
・1階受付にて、「来所者健康チェックシート」（別紙）へのご記入をお願い致します。
・施設内に入る際は、マスクの着用、受付での検温・手指消毒をお願い致します。
・マスクは各自でご持参ください（当施設での面会者用のマスク提供は行っておりません）。なお、マスクの着用が無い場合は、面会をお断りさせていただきます。
・面会場所である相談室にて、改めて手指消毒をお願い致します。

7. その他のお願い：
・面会時間帯の一枠は30分とさせて頂いております。次の時間帯の面会者の進行に影響が出ないよう、予約時間より早めのご来所、並びに面会時間の厳守をお願い致します。
・当面の間は、持ち込み食の持参はご遠慮ください。
・面会時のご利用者様との外出はご遠慮ください。

感染予防・拡大防止の観点から、ある程度の制限を設けた上での面会実施を行う必要がございます事、ご理解賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

ご不明な点がございましたら、お気軽にお問合せください。

《お問い合わせ先》
介護老人保健施設　千の風・川崎
TEL：　044-520-1033
（受付時間　9：00-17：00）

来所者健康チェックシート

（一つでも各症状に該当する場合、面会はご遠慮ください）

□　37℃以上の熱がある

□　１週間以内に 37℃以上の熱があった

□　１週間以内に身体的だるさ（倦怠感）や風邪症状があった

□　１週間以内に味覚（味）、嗅覚（匂い）の低下があった

□　２週間以内に新型コロナウィルス感染症の流行地域への滞在歴がある

□　２週間以内に、海外渡航歴がある、または海外渡航していた人と接触がある

□　２週間以内に、新型コロナウィルス感染者、感染の疑いのある人、濃厚接触者との接触がある

□　同居している家族に発熱や風邪症状、味覚・嗅覚の低下がある

□　上記全てに当てはまる項目はない

日付：＿＿＿＿＿＿＿＿　　来所時体温：＿＿＿＿＿＿

名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿