令和２年５月１８日

ご利用者様・ご家族様 各位

清山会医療福祉グループ

感染対策統括マネージャー

　鈴木 徳

ご入居者への面会、外出、外泊について

　平素より当事業所の運営にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

　さて、新型コロナウイルスの感染拡大にともない、行政等の通知に沿って、ご入居者の面会、外出、外泊を制限して参りました。この間の皆様のご心労を思いますと、襟を正しつつ、改めて深く感謝を申しあげます。

　ご承知のように周辺地域での流行がいったん収まっていることから、面会等の制限を徐々に緩和して参ります。今後の流行状況によっては再び制限せざるを得ないことも予想されますが、適宜、迅速に判断しながら対処して参りますので、ご理解の程宜しくお願い申し上げます。

●ご面会について

（１）ご面会日から２週間以内に次の４項目に該当する方は、該当する日から２週間が過ぎるまでは面会をお控えください。

①２週間以内に、だるさや風邪症状、匂いや味の変化、吐き気や下痢はありませんでしたか？

②２週間以内に、風邪症状のある人と一緒にいたことがありませんか？

③２週間以内に、流行地に行ったり、行った人と会ったりしていませんか？

④２週間以内に、会食（冠婚葬祭等）やカラオケ・パチンコなど三密状況で過ごしていませんか？

（２）ご面会当日に発熱（37.5℃以上あるいは平熱より0.5℃以上）や軽微であっても咳などの風邪症状のある方の面会はお控えください。

（３）ご面会は、以下のようにお願い致します。

①マスクの着用を含む咳エチケットの徹底をお願い致します。

②玄関のインターホン等でご入居先の職員をお呼びだしください。

③職員がお迎えに伺いますので、来訪者問診票へのご記入と手指消毒をお願い致します。

④指定された場所を通り、面会スペース（あるいは居室）まで職員がご案内致します。

⑤面会中もできるだけマスクの着用と距離の確保（１ｍ以上）をお願い致します。

⑥トイレは指定の場所（あるいは居室のトイレ）をお使いください。

⑦他の入居者とは接触しないようにお願い致します。

⑧ご面会が終わりましたら、職員をお呼びください。

⑨職員が玄関までお見送りを致しますので、手指消毒をしてお帰りください

⑩ご面会終了後に来訪者が手で触れたドアや椅子などを職員が消毒致します。

（４）すでにご案内の通り、テレビ電話システムを導入しております。ご自宅にいながら、ご本人とご家族とがお互いに映像を通して会話することができます。ご利用になりたい方は、お気軽に職員（施設管理者）までお声がけください。

●外出について

　近隣への散歩やドライブイベントへの同行は制限致しません。ただし、上記（１）（２）に留意してご来所ください。また、ご面会時と同様に来訪者問診票のご記入や手指消毒が必要です。スーパーへの買い物やレストランへの外出など、人込みへの外出は原則としてまだ実施しておりません。

●外泊について

外泊は、可能な限り緊急やむを得ない場合を除き控えていただくようお願い申し上げます。

やむを得ず外泊をする場合は、別紙書面の内容をご確認いただいた上でお出かけいただきますようお願い申し上げます。ただし、温泉旅館など外泊先で不特定多数の他者と接触する可能性がある場合はお控えください。

冠婚葬祭への参加については、会食等の感染リスクを考慮し、テレビ電話システムの利用も含め、その都度検討いたしますので、あらかじめお申し出ください。

高齢者施設の運営上、皆様のご協力を頂かなければご入居者の安全をお守りすることが難しいことをご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、当グループの新型コロナウイルス感染症への対策をホームページで公開しています。

〇清山会医療福祉グループ　<https://www.izuminomori.jp/>

ホームページの上部にある赤い網掛け部分 “わたしたちの新型コロナウイルス感染症への『備え』” をクリックしてください。

ご本人、ご家族の皆さまには不安な思いをされていることと存じますが、当グループとしても最善の努力をして参りますので、ご理解のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

医療介護部長　菊池 保　０２２－７７１－１８５２

外泊　申請書

期間　令和　　　年　　　月　　　日～　　　月　　日

　　出発予定時間　　　　時　　　分頃

　　帰所予定時間　　　　時　　　分頃

以下の内容を理解し、了承したうえで、上記日程で外泊することを申請します。

1. 風邪の症状（胃腸症状を含む）や３７．５度以上の発熱がある人（以下、有症状者）との接触がないこと。
2. 外泊先でご本人あるいはご本人と接触した方（ご家族など）が有症状者となった場合は、そのまま施設には戻らず、２週間を目安としてご自宅等で療養していただくこと。
3. この場合、居室はそのままの状態で保全し、お帰りをお待ちします。なお、在宅サービスの利用が必要となった場合は、利用度に応じて費用負担が生じる場合があります。

令和　　　年　　　月　　　日

施設名：

ご利用者様氏名：

申請者　氏名：

ご本人との続柄：