

新型コロナウイルス感染症対策専門家会議「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」（2020年5月4日）においては、「今後、感染拡大の予防と社会経済活動の両立を図っていくに当たっては、特に事業者において提供するサービスの場面ごとに具体的な感染予防を検討し、実践する事が必要になる。社会には様々な業種等が存在し、感染リスクはそれぞれ異なることから、業界団体等が主体となり、また、同業種だけでなく他業種の好事例等の共有なども含め、業種ごとに感染拡大を予防するガイドライン等を作成し、業界をあげてこれを普及し、現場において、試行錯誤をしながら、また創意工夫をしながら実践していただくことを強く求めたい。」とされたところです。

そこで、当ホテルでは同専門家委員会の提言にしたがって、対策の検討にあたり、以下の点に留意しております。

- ・新型コロナウイルス感染症の主な感染経路である接触感染と飛沫感染のそれぞれについて、従業員や宿泊客等の動線や接触等を考慮したリスク評価を行い、そのリスクに応じた対策を検討
- ・接触感染のリスク評価としては、他社と共有する物品やドアノブなど手が触れる場所と頻度を特定する。高頻度接触部位（パブリックエリアの家具類、フロントデスク、テーブル、椅子の背もたれ、ドアノブ、電気スイッチ、電話、テレビや空調機等のリモコン、タッチパネル、レジ、蛇口、手すり、エレベータのボタン、自動販売機など）には特に注意
- ・飛沫感染のリスク評価としては、換気の状態を考慮しつつ、人と人との距離がどの程度保てるか、施設内で大声などを出す場がどこにあるかなどを評価

日本旅館協会「宿泊施設における新型コロナウイルス対応ガイドライン（第1版）」引用

上記に基づき、具体的な感染対策を以下のとおり実施致します。

- A) 厚生労働省の感染予防ガイダンス、保健所指導並びに医師の指導に基づいた消毒・予防策を講じております。  
スタッフは①検温の徹底 ②健康管理表の記入 ③手洗いの励行 ④清潔なマスクと衣類着用 ⑤ビニール手袋の装着に加え、恒常的に館内の消毒を（特に人の手が触れるものは念入りに）行っております。  
1階フロントにアルコール消毒液を設置しておりますので、お客様にもご来館や共用機器ご使用の際には手指消毒の徹底をお願いいたします。
- B) チェックイン、チェックアウト以外の対応は極力接触を避け、対人距離を確保する。  
お問い合わせやご要望の際には外線もしくは客室内設置の電話にてフロントまでご連絡ください。また、不足品の補充などの場合はご連絡を受けた上、必要物品を袋詰めしてドアノブに掛けるもしくは客室扉外側に置く対応をさせていただきます。  
なお、レンタル品の貸し出しは行っておりません。
- C) チェックイン、チェックアウトの際には、フロントとゲストの間には飛沫感染予防のため透明のアクリルパネルを設置しております。必要事項の記入には使い捨ての鉛筆を使用し直接触れない様になります。
- D) チェックアウト後の清掃については、十分な換気およびアルコールもしくは次亜塩素酸拭き上げのうえ行います。
- E) コインランドリーご使用の際はランドリールーム内に留まらず一旦客室へお戻りください。

- F) エレベータは原則定員4名(1組)とします。乗り込み時に既に乗っておられる方がいる場合には、次のエレベータ到着までお待ちいただく様をお願いします。
- G) 宅配やデリバリー業者の館内立ち入りを制限しております。配送荷物はフロントにてお預かり致しますので、到着予定をご確認のうえ予めフロントまで電話にてお知らせください。飲食デリバリーは1階玄関外側にてお客様ご自身でお受け取りください。
- H) 新型コロナウイルス感染または発熱や咳など感染が疑われる症状がある場合、新型コロナウイルス感染者と濃厚接触された場合、海外渡航された場合、宿泊はお断り致します。また、万一滞在中に上記の状態となられた場合は速やかにお申し出ください。その際にはチェックアウトのうえ指定施設もしくは自宅での自主隔離をお願いいたします。
- I) 全てのお客様にチェックインの際に以下の対応をお願いしております。
- ・健康チェックシートへのご記入
  - ・PCR検査実施有無の確認
  - ・非接触体温計による検温

2020年7月17日改訂

切り取り

上記のガイドラインを了承の上、記入致します。

健康状態チェックシート

記入日 2020年 月 日

署名 様

体温	°C (計測時間 時 分)		
食欲	1.ない	2.ある	( )
咳	1.ある	2.ない	( )
倦怠感	1.ある	2.ない	( )
頭痛	1.ある	2.ない	( )
吐き気	1.ある	2.ない	( )
味覚・嗅覚	1.異常あり	2.異常なし	( )
体調	1.不調	2.良好	( )
PCR検査実施	1.ある	2.ない	( 陰性確認日: 月 日 )

※該当の番号を○で囲ってください。( )内には特に気になることをご記入ください