



2021年7月版

こども食堂向け 新型コロナウイルス 感染症対策 安全・安心自己点検シート

制作・発行：認定NPO法人全国こども食堂支援センター・むすびえ（理事長・湯浅誠）

制作協力：藤岡雅司

（小児科医・ふじおか小児科院長・富田林医師会理事・日本外来小児科学会副会長・
日本小児科医会理事など）

：森内浩幸

（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科小児科学教授・日本小児科学会理事・日本小児
保健協会理事・日本小児感染症学会理事・日本ウイルス学会理事・日本臨床ウイル
ス学会幹事など）

後 援

日本小児科学会、日本小児科医会
日本外来小児科学会

本シートの使い方

- すべてのチェックが完了したら、末尾の「感染症対策宣言マーク」をチラシ等でお使いいただけます。

ダウンロード先

『新型コロナウイルス対策緊急プロジェクト特設ページ』▶ <https://musubie.org/corona/>

- 本シートの目的は、こども食堂の運営を「縛る」ことではありません。こども食堂は、それぞれの運営者の判断で開催・休止されるべきもので、誰かに運営方法を指図されるべきものではありません。
- 同時に、新型コロナウイルス感染への懸念も強く、「ボランティアの運営団体・個人がリスクを背負い切るのは難しい」「周囲の理解が得られない」との声も多く聞かれます。そのため「お役に立ちそうならどうぞご活用ください」というスタンスで作成されたのが、本シートです。
- 個々のこども食堂の自由で主体的なご判断に基づいて、ご活用いただければ幸いです。

こども食堂向け 新型コロナウイルス感染症対策 安全・安心自己点検シート

1

子どもの新型コロナウイルス感染症についての正しい知識を持ち、必要に応じて説明できる

以下の文書を読んだ。(P.7参照)

公益財団法人日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会

・一般向け (必須) :

「新型コロナウイルス感染症に関するQ&Aについて」(更新: 2020年8月27日)

http://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=326

・医療関係者向け:

「小児のコロナウイルス感染症2019 (COVID-19)に関する医学的知見の現状(第2報)」

http://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=342

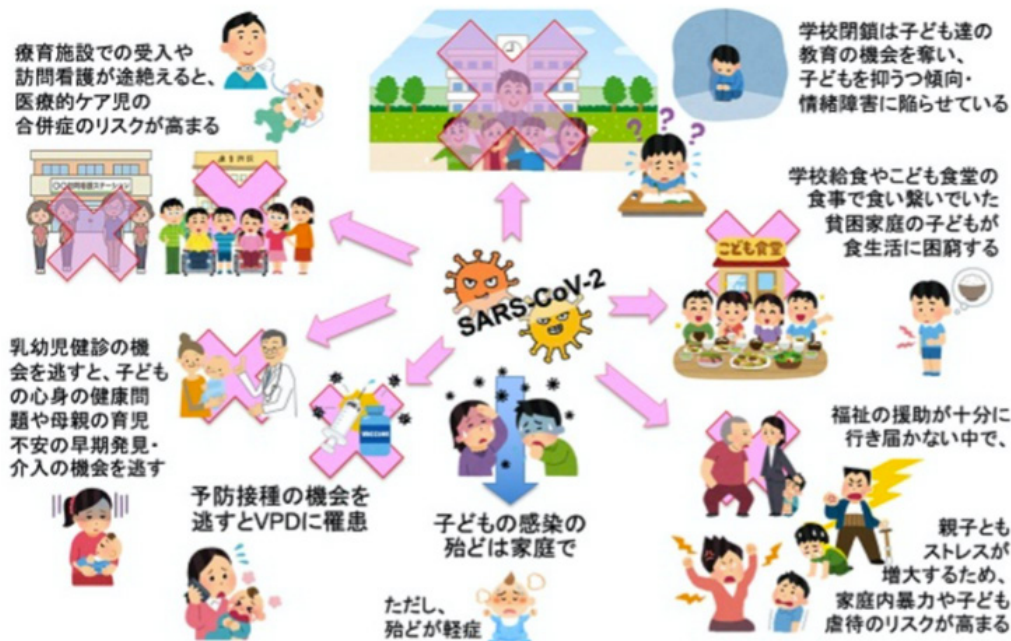
「小児における新型コロナウイルス感染症 (COVIT-19) の現状と感染対策についての見解」
(2021年5月20日) http://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=369

小児の新型コロナウイルス感染症に関する以下の点について理解した。

- ・小児の感染者の多くは成人(家族、教師等)からの感染である。
- ・小児は感染しても軽症であるか、発症しにくい。国内での死亡例は報告されていない。ただし基礎疾患のある小児では注意が必要である。
- ・学校や保育所等における集団発生(クラスター)報告はあるが多くはない。小児が発端者となっている事例はさらに少ない。
- ・長期間の一斉休校・休園、受診抑制、成人のストレスは小児の心身に悪影響を及ぼす。生活環境の変化に伴う不定愁訴の増加や受診抑制に伴う健康被害が報告されている

図. 知見のまとめ：子どもの COVID-19 関連健康被害（日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会作成）

子どもは多くの場合、家庭で感染しているが、幸いほとんどの症例は軽症である。しかし、COVID-19 流行に伴う社会の変化の中で様々な被害を被っている。



以下の報道発表を閲覧した

みなと保健所からのお知らせ（11月11日）「区内の保育園における新型コロナウイルスの事例報告」調査の結果、園内での感染リスクは極めて低いと判断

https://www.city.minato.tokyo.jp/houdou/kuse/koho/press/202011/20201111_press.html

参考：「東京都港区内の保育施設で COVID-19 の濃厚接触者と特定された職員および園児に対する疫学的調査について」

<https://www.city.minato.tokyo.jp/houdou/kuse/koho/press/202011/documents/201111-beshi.pdf>

上記報道発表において、特に以下の点を理解した

- ・感染者が報告された保育施設 10 か所における施設内感染事例は極めて少なかった。PCR 検査をした濃厚接触者 64 人（職員 18 人、園児 46 人）中、陽性結果は職員 1 人。保護者から感染した園児が発端者の 2 施設で、職員や園児への感染は起こらなかった。

- ・職員が十分な感染予防対策をおこなえば、施設内感染のリスクは極めて低い。園児がマスクを装着しなくても、感染リスクが高まることはなかった。無症状、発症前の小児の出すウイルス量は感染させるほど多くない可能性が示唆されている。

参加者の安全はもちろん、 周囲の安心にも配慮した運営を行っている

- むすびえ制作・小児科医監修の「こども食堂・フードパントリー開設簡易ハンドブック」(改訂版)を読んで、内容をよく理解した。(P.27参照)
-
- 開催告知に際し、以下に該当する人は参加を控えていただくよう事前に十分に知らせている。
- ① 感冒症状等で体調がすぐれない人
 - ② 熱のある人 (小児:37.5℃以上、成人:37.0℃以上)
 - ③ 同居家族や職場などに「濃厚接触者」や「健康観察対象者」がいる人
 - ④ 2週間以内に海外から帰国した人及びその同居家族
 - ⑤ 基礎疾患 (心臓病、糖尿病、呼吸器疾患など)のある成人
-
- スタッフの場合でも、60歳以上の人は、参加者との直接の接触をできるだけ避けるよう留意する。ただし、ワクチン接種2回目を完了して2週間経過した60歳以上の人に対してはこの限りではなく、他の参加者と同様に参加していただいてもかまわない。
-
- 12歳以上の参加者に対して、自身を守るため、また他の参加者を守るために、ワクチン接種を推奨している。
-
- 小学生以上の参加者、スタッフにマスク着用の徹底を周知し、着用していない場合は配布等に努めている。
-
- 全員に対して体温測定 (可能な限り非接触体温計を用いる) と健康確認を行っている。発熱 (小児:37.5℃以上、成人:37.0℃以上)、感冒症状等で体調がすぐれない場合は参加させないことを周知・徹底している。
-
- 全員に対して擦込式アルコール消毒液による手指消毒を行なっている。乳幼児の場合は付添いの成人が擦込むようにしている。
-
- 共用タオル等を使用しないなど、衛生管理を徹底している。
-
- 不特定多数の参加がある場合は、参加者名簿を作成している。



②の続き

- 新型コロナウイルス接触確認アプリ (COCOA) のダウンロードを推奨している。
.....
- 人数制限や時間制限などを行い、三密を回避している。
.....
- 高校生以上の参加者については、座る場所を指定するなどして対人間隔を確保している。
.....
- 小学生以上の参加者については、食事のとき以外はマスク着用の徹底を周知している。
.....
- 屋内開催の場合は、窓や扉の開放（常時または頻回）、空気循環器や扇風機の使用等の方法で可能な限りの換気を行なっている。
.....
- 使用済みマスク、ごみ等は、ビニール袋等に密閉して捨てるよう徹底している。
.....
- 清掃・消毒・ごみ回収は手袋・マスクを着用し、手洗い・手指消毒を徹底している
.....
- 開催当日の運営（会場設営、案内、調理、配膳等）に関わるスタッフの名簿を作成しておく。
.....
- 運営スタッフは、集合時に体温測定（可能な限り非接触体温計を用いる）と健康確認を行っている。体温が37.0℃以上の方は速やかに帰宅させている。
.....
- 当日の運営スタッフは準備段階からマスクを着用すると共に、必要に応じて、石鹸による入念な手洗いや擦込式アルコール消毒液による手指の清潔に努めている。



③へ続く

3

万が一感染者が発生した場合の 対処法を決めている

- 所轄の保健所と連絡をする担当者を決めておく。
.....
- 感染者が発生した場合には速やかに保健所に連絡する。
.....
- 保健所の実施する積極的疫学調査に可能な限り協力する。



①～③のすべてにチェックできたら下記のマークをご利用ください!

感染症対策宣言マーク



\ 安心・安全! こども食堂 /

感染症対策 しています

後援:  厚生労働省

日本小児科学会、日本小児科医会、日本外来小児科学会

このステッカーや安全・安心自己点検シートなどの詳細は、「認定 NPO 法人 全国こども食堂支援センター・むすびえ」[「新型コロナウイルス対策緊急プロジェクト特設ページ」](#)をご確認ください ▶

このこども食堂は『こども食堂向け 新型コロナウイルス感染症対策安全・安心自己点検シート』に則って運営しています ▶

*このステッカーを貼ったこども食堂は、日本小児感染症学会理事等が監修した「新型コロナウイルス感染症対策 安全・安心自己点検シート」を活用した対策を行っています。
※厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症について、自主的に適切な感染対策を行いながら活動するこども食堂の取組に対し、後援しています。



2021年7月版

上記マークのダウンロードはコチラのサイトから ▶ <https://musubie.org/corona/>

こども食堂向け 新型コロナウイルス感染症対策 安全・安心自己点検シート 参考文献

公益財団法人日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会

1

一般向け（必須）

「新型コロナウイルス感染症に関するQ&Aについて」
（更新：2020年8月27日）

2

医療関係者向け

「小児のコロナウイルス感染症2019（COVID-19）に関する
医学的知見の現状（第2報）」

「小児における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の現状
と感染対策についての見解」（2021年5月20日）

3

「こども食堂・フードパントリー開設簡易ハンドブック」
（2021年7月改訂版）

1

一般向け(必須)

新型コロナウイルス感染症 に関するQ&Aについて

(更新: 2020年8月27日)

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は2020年8月1日現在、全国的に急速な患者の増加が確認されています。子どもの感染者数は成人に比較すると少ないですが、家庭内や集団生活の場における伝播により感染者は増えていることを想定した診療や感染対策が必要になっています。その一方で、可能な範囲で通常の日常生活を続けることも子どもの成長や発達には不可欠なことです。

当委員会では、現時点で想定される子どもの患者に関する疑問についてQ&Aを作成いたしました。状況に応じて内容は、随時更新される可能性があります。

Q1. 子どもが新型コロナウイルスに感染するとどのような症状がでますか？

A. 現時点（2020年8月1日）で、子どもの感染者数は成人と比べると少ないですが、感染しやすさは成人と変わらないこともわかってきました。家庭内で感染している例が多く、発熱、乾いた咳を認める一方で、鼻汁や鼻閉などの上気道症状は比較的少ないとされています。成人と同じように、発熱が続き肺炎になる例も報告されています。一部の患者では嘔吐、腹痛や下痢などの消化器症状も認めるようです。

成人で報告されている嗅覚や味覚の異常は子どもでは少ないようですが、症状を訴える事ができる10代の患者さんの報告はあり注意が必要です。また、しもやけのような症状や、発熱が続き、腹痛・下痢、発疹を認め具合の悪くなる子どもが欧米諸国から報告されています。

感染していても無症状である可能性も指摘されていますが、子どもは正確に症状を訴えられないことに注意しなければなりません。

Q2. 子どもの新型コロナウイルス感染症は重症化しますか？

A. 子どもの患者が重症化する割合は成人と比べると少ないようです。しかし、成人同様に呼吸状態が悪くなることもあります。2歳未満の子どもは比較的重くなる傾向があり注意が必要です。

欧米からは、発熱が続き、腹痛・下痢、発疹を認める患者さんの中に、心臓の動きが悪くなるような子どもが10歳前後を中心に報告されていますが、国内ではまだ少ないようです。

Q3. 小児ぜんそくなどの合併症を持っている子どもに関して特に注意すべきことはありますか？

A. 一般的に基礎疾患を持っている子どもの呼吸器感染症は重症化する可能性があります。その一方で、新型コロナウイルス感染症におけるぜんそく患者の割合が少ないこともわかっています。このように基礎疾患ごとにリスクや対応は異なりますので、かかりつけの医師にご相談ください。また、家族など、周囲の人が感染しないように気を付けることが重要です。

Q4. 母乳はやめておいた方がいいですか？

A. 母親が感染している場合は、接触や咳を介して子どもに感染させるリスクがあります。母乳中からウイルス遺伝子が検出されたという報告はありますが、感染性のあるウイルスが母乳に分泌されるかどうか不明であり、母乳の利点を考えれば母乳をやめておいた方がよいということはありません。母親の病状や希望により以下の3つの方法が考えられます。①授乳前の確実な手洗いと消毒、マスクを着用して直接授乳、②確実な手洗い、消毒後に搾乳をし、感染していない介護者による授乳、③(母乳の利点を説明した上で)人工栄養を選択する場合は人工乳を授乳。

Q5. 子どももマスクはしておいた方がいいですか？マスクが出来ない場合はどうしたらいいですか？

A. 感染している人のくしゃみや咳に含まれる飛まつを直接浴びないという観点からは、マスクをすることの利点はあるかと思いますが、2歳以下の小さな子どもでは現実的ではないと思われます。4-5歳になるとマスクの着用は可能ですが、個人差があるので、正しいつけ外し方は保護者の指導が必要です。また、子どもの患者の多くは、家庭内において保護者から感染していますので保護者の方が感染しないこと、感染した方から2メートル以上の距離を保つことが子どもの感染予防につながります。また、ウイルスに汚染されたおもちゃや本などに触れた手で、口や鼻、目を触ることで感染しますので、手洗いや消毒も大事です。

Q6. 子どもの症状が新型コロナウイルスによるものかもしれないと思ったら早めに医療機関を受診した方がいいですか？

A. 現時点(2020年8月1日)において、国内で新型コロナウイルスに感染している子どもは増えつつあり、多くは家庭内で保護者からうつったものか、集団の中で感染したものです。子どもであっても濃厚接触者や健康観察対象者となった場合、何らかの症状を認めた場合は、まず地域の帰国者・接触者相談センターにご相談ください。新型コロナウイルス感染症を疑って一般の医療機関や休日夜間急病診療所等を受診しても、診断を確定するための検査ができない可能性があります。

流行状況や検査体制は地域によって異なりますので、お住いの地域の保健所などの情報にご注意ください。また、感染症の症状がある患者については、医療機関ごとに受診時間や受付場所をかえるなど感染対策を工夫している場合があります。受診前に医療機関への確認が必要です。

なお、子どもでは、原因不明の発熱が続く、呼吸が苦しい、経口摂取ができない、ぐったりしているなどの様子が見られるときは、新型コロナウイルス以外にも様々な病気が考えられますので速やかな受診が必要です。

Q7. 乳幼児健診や予防接種を遅らせたほうが良いですか？

A. 乳幼児健診の目的は、年齢ごとに起こりやすい病気や問題を早めに見つけて治療などに結び付けることです。予防接種についても、感染症にかかる前に接種することが極めて重要です。

新型コロナウイルス感染症を予防するための対策も重要ですが、極端な制限によって予防できる他の重要な病気の危険性にさらされることを避ける必要があります。今後も数か月単位での流行が想定され、その間に乳幼児健診や予防接種を回避するデメリットは大きいと考えられます。

乳幼児健診やBCGなどの予防接種を集団で実施している市町村でも、地域の流行状況により柔軟に対応しているところもあります。保健所や保健センターに確認してください。

集団・個別に関係なく、一般的な感染症対策として、子どもや付き添いの保護者の方については、発熱や咳などの症状がないことを確認して受診ください。付き添いの方については手洗いを行ってマスクを着用してください。

また、可能な限り、きょうだいや祖父母などの同伴を避けること、健診や予防接種の会場や医療機関でオムツを替えないこと（新型コロナウイルスは糞便中に排泄される可能性が指摘されているため）も心がけてください。

Q8. 新型コロナウイルス感染症以外の病気にかかっています、入院しての検査や手術は延期したほうが良いですか？

A. 病院では感染症の患者さんと、他の病気の患者さんを分けて対応しています。入院を予定している病院に確認する必要があるが、基本的に安心して入院いただくことができます。新型コロナウイルス感染症の流行は今後も続くと考えられますので、お子さんの病気の検査や治療を優先すべきです。もし、入院予定日が決まっている場合は、入院前2週間は特に体調管理に留意し、感染のリスクが増すような行動は避けるようにしてください。

逆に、お子さんの体調が優れない場合や、風邪の症状のある人と接触した場合は入院に制限がかかる可能性がありますのでご注意ください。

Q9. 病院における面会は遠慮したほうが良いですか？

A. 病院によって面会基準は異なりますので、病院にご確認ください。面会が可能な場合は、面会者の方は、自宅で体温を測り、咳、鼻汁、下痢、嘔吐などの症状がないことを確認した後、子どもの面会前には、手洗いとマスク着用などの感染対策を守ることなどの協力が必要です。新型コロナウイルス感染症に感染した子どもへの面会については次のQ & Aをご参照ください。

Q10. もし子どもが新型コロナウイルス感染症にかかった場合、入院は必要ですか？また、入院した場合に保護者の面会や付き添いは可能ですか？

A. 子どもが新型コロナウイルス感染症にかかった場合、多くの場合は軽症で医学的には入院する必要はありません。しかし、法律に則って入院を指示される可能性はあります。家庭内で保護者から子どもにうつった場合は、親と子どもが同時に入院する可能性があります。保護者が感染していない場合に、隔離を行う目的で子どもを単独で入院させることもあります。付き添いの可否については子どもの年齢や病院の状況により個々に判断する事になります。自宅あるいは宿泊施設等での療養となる可能性もあります。ただし保健所との相談が必要であり、また自宅療養後も電話等による健康状態の確認が必要になります。なお、軽症の目安は、本人に活気があること、水分等が取れていること、呼吸が苦しくないこと、などですが医療者の判断が必要です。子どもの具合が悪く入院が必要な場合は、保護者は感染者あるいは濃厚接触者である可能性が高く、病院への来院や面会が出来ない可能性があります。しかし、保護者が既に回復されている場合など個々の状態と、病院の診療体制や地域の流行状況などによって、異なる対応となることも予想されますので、担当医とご相談ください。

Q11. 保育所、幼稚園、学校などに行くことは控えたほうが良いでしょうか？

A. 感染が拡大していない地域では、子どもへの感染の多くは同居している成人（保護者）感染者からの伝播によるものです。そのため、保育所、幼稚園、学校などへの通園、通学を自主的に控える理由はありません。しかし、最近（2020年8月1日現在）では集団生活の中での感染が報告されています。したがって、子どもの患者が発生した場合は、一定期間、休園や休校になる可能性があります。流行状況に応じて、臨機応変な対応が必要となりますので、お住まいの地方自治体からの指示に従ってください。

また、各家庭内で感染者がでた場合は、その子どもは濃厚接触者として登校、登園を控えることになります。また、厚生労働省から微熱や風邪の症状がある場合は、登校、登園を控えるようにとすすめられています。まずは、それらを守っていただくことが大事です。なお、症状のある5歳未満の子ども感染者からのウイルス排泄量が比較的多いことや、子どもは無症状者も少なくないこと、便にウイルスが長期間排泄されることがわかってきました。まわりの大人は、こまめな手洗いや、マスクの着用などを徹底する事が必要です。

Q12. 子どもは外出や友達と遊ぶことを避けたほうが良いでしょうか？

A. 子どもにとって遊ぶことは、心身の発達においてとても重要です。感染のリスクを下げるために以下のことを守れば、外出や子ども同士の遊びは可能です。夏休みの行き先については、流行状況を確認し移動の自粛要請が出ていないことを確認しましょう。子ども達の屋外、屋内の遊びについての注意事項は下記の資料も参考にしてください。

外出自粛要請が出ている地域では以下のことを守りましょう

- ・ 同居しているきょうだい、家族等同士で遊ぶこと
- ・ 屋外では、他人との接触を避けること

〈屋外における遊び〉

屋外の遊びであれば感染伝播のリスクは低いと考えられますが、以下の点を確認し注意して下さい。

- ・ 風邪症状 (のどの痛み、咳、発熱など) があるときは、外出は控える
- ・ みんながよく触れる場所に触った後は手洗いをする
- ・ 飲食の前にも手洗いをする
- ・ 食事をするときは対面にならないように工夫する

〈屋内における遊び〉

屋内における遊びについては、屋外よりリスクが高くなりますので、以下の点を確認し注意して下さい。

- ・ 周囲に明らかな感染者がいない
- ・ 遊ぶ場所に高齢者や基礎疾患のある方がいない
- ・ 本人や家族に風邪症状 (のどの痛み、咳、発熱など) がない
- ・ 少人数である
- ・ 保護者同士の了解が得られている
- ・ みんながよく触れる場所に触った後は手洗いをする
- ・ 飲食の前にも手洗いをする
- ・ 食事をするときは対面にならないように工夫する
- ・ 最低1時間に1回換気してください

〈屋外・屋内で遊ぶ際に起こりやすい事故への対応・予防策〉

こちらをご参照下さい。

<http://kodomo-qq.jp/jiko/index.php> (日本小児科学会 こどもの事故と対策)

2

医療関係者向け

小児のコロナウイルス感染症 2019(COVID-19)に関する 医学的知見の現状

日本小児科学会 予防接種・感染症対策委員会
2020年11月11日 第2報

「小児における 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)の現状と 感染対策についての見解」

2021年5月20日

小児のコロナウイルス感染症 2019 (COVID-19) について、2020 年 11 月 7 日までに誌面またはインターネット上で報告された研究内容を基に、医学的知見の現状を小児の特異性や注意点を中心にまとめた。この知見のまとめが、診療や公衆衛生的な対応を考えていく上での参考となれば幸いである。

今回新たに書き加えた点と削除した点については、小児のコロナウイルス感染症 2019 (COVID-19) に関する医学的知見の現状 第 2 報 新たに書き加えた点と削除した点 (2020 年 11 月) をご確認ください。

※出来るだけエビデンスレベルの高い研究報告を取り上げたが、全ての文献を網羅した系統的レビューではない。また COVID-19 に関する知見は日々刷新されていることから、その多くは暫定的なものである。

※本報告は学会としての提言・見解ではなく、診療のガイダンス/ガイドラインとして用いることを目的としていない。小児を含めた一般的な診療の指針としては、「新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診療の手引き 第 3 版」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000668291.pdf>) を参照されたい。

疫 学

COVID-19 患者において小児の占める割合は少ないが、増加傾向にある

- ・ 小児の感染者数は少なく、その割合は中国では 19 歳未満の患者は全体の 2.4% [1]、米国では 2020 年 4 月 2 日の時点で 18 歳未満の患者は全体の 1.7% [2]、日本国内では 5 月 3 日の時点で 10 歳未満が 1.6%、10~19 歳が 2.3% だった [3]。しかし次第に小児の割合が増えて来ており、米国では 10 月 10 日の時点で 18 歳未満は全体の 8.8% [4] と報告され、日本国内でも 10 月 7 日の時点で 10 歳未満の患者総数は 2,112 人 (2.4%)、10~19 歳では 4,399 人 (5.1%) と報告されている [5]。

小児例の多くは家族内感染である

- ・ 家族の中で小児が先行感染者になることは少なく、中国における家族内感染の調査では 8% に過ぎなかった [6]。5 月 28 日までに発表された 1,099 本の論文のスクーピング・レビューにおいて、小児の COVID-19 の 75~100% は家族内感染だった [7]。本学会による国内小児症例のレジストリーのデータ (2020 年 10 月 13 日時点) でも、77% の小児症例は家族 (特に親) から感染していた [8]。

学校や保育所におけるクラスターが報告されるようになったが、社会全体から見ると多くない

- ・ 前述のスクーピング・レビューにおいて、小児は学校内の伝播にほとんど関わっていないことが示された [7]。オーストラリアからの報告では、15 の学校で 18 人の患者 (9 人は生徒、9 人は学校職員) が 863 人 (生徒 735 人、職員 128 人) と濃厚接触があったにもかかわらず、感染が確認されたのは生徒 2 人だけであった [9]。アイルランドやシンガポールでも学校閉鎖前に行われた調査で、学校内での二次感染例は非常に少なかったと報告している [10, 11]。ヨーロッパでは、9 歳の患者が 3 つの学校やスキー学校で有症状のまま 112 名に接触したにもかかわらず、誰にも感染させていない事例もあった [12]。

- ・ 米国ロードアイランド州では social distancing や職員の universal masking 等を厳格に実施した保育所 666 施設（全体の 75%）で保育再開した後、COVID-19 の発生が起こったのは 29 施設、そこで二次感染まで起こったのは 4 施設（全施設の 0.6%）のみであった [13]。さらに全米 5 万 7 千人の保育施設スタッフへの調査で、パンデミックの初期（5 月末～6 月初め）の保育施設の開設状況、感染予防策、そして SARS-CoV-2 感染の有無を調べ、感染者 427 人と非感染者、そして対照者との比較を行った。その結果、保育に従事していたことは感染のリスクに関与していなかった [14]。
- ・ 日本におけるクラスターの発生件数は、内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室によると 7 月から 10 月 21 日までの時点で 1,352 箇所を上る [15]。一方、学校現場でのクラスターは 9 月 3 日時点までの累積で、小学校で 3 件、中学校で 5 件、高等学校で 10 件、特別支援学校で 0 件と報告されており、社会全体に起こっているクラスター件数から見ると少ない [16]。また感染経路を見てみると、小学生では家族内感染が 75% に対し学校内感染が 2%、中学生では家族内感染が 68% に対し学校内感染が 7%、高校生では家族内感染が 32% に対し学校内感染が 33% と報告されており、小中学校においては学校の中での感染というよりも、家庭から学校に持ち込まれたケースが圧倒的に多い [16]。

小児は成人より感染しにくい可能性がある

- ・ 小児が成人と比べて感染しにくいのかどうか様々な報告が出ていたが、系統的レビュー / メタ分析の結果、オッズ比 0.56（95% 信頼区間 0.37-0.85）で成人より感染しにくい可能性が示唆された [17]。
- ・ 世帯の 223 人の成人発端者からの家族内伝播を調べた研究では、7 世帯（5.2%）の 13 人（6.1%）に感染が及んだが、年齢層別にみると 5 歳未満では 1.3%、5~9 歳では 8.1%、10~16 歳では 9.8% であり、低年齢では感染率が低かった [18]。
- ・ SARS-CoV-2 の受容体となる ACE2 の発現レベルが低く [19]、また SARS-CoV-2 感染児は非感染児と比べて ACE2 発現度が高い傾向にあることも示されており [20]、ACE2 の発現レベルが SARS-CoV-2 への感染しやすさに影響していることが示唆されている。

小児からの感染力が成人より強いかは、まだ不明である

- ・ SARS-CoV-2 の排泄量を比べた研究がいくつかあるが、相反する結果を報告している。小児のウイルス排泄量が少ないと報告するもの [21]、0~22 歳の間ではウイルス量に大差なかったと報告するもの [20] がある反面、5 歳未満児では 5~17 歳の年長児や 18~65 歳の年齢層と比べてウイルス量が 10~100 倍多いという報告もある（ただしこの研究では無症候性感染児を解析の対象から除いている） [22]。
- ・ [10-13] や、韓国における家族内伝播の研究で 18 歳未満小児 107 人からの家族内二次感染が 1 例しか起こらなかった報告は、小児が感染源となりにくいことを示唆している [23]。2020 年 5 月 11 日までの報告をまとめた系統的レビューでは、小児は流行の中心とはなっていないことが示されている [21]。しかし、小児が成人よりも感染させにくいかどうかについては、結論が出せるだけのデータは揃っていない [17]。

小児 COVID-19 症例は無症状～軽症が多く、死亡例は少ない

- ・ 小児 COVID-19 に関する中国・シンガポールからの 18 論文の系統的レビューで 1,065 症例（うち 0～9 歳は 444 例）を検討した結果、臨床症状は発熱、乾性咳嗽、全身倦怠感、嘔吐、下痢などで、発症後 1～2 週間以内に改善することが多かった [24]。0～9 歳で集中治療を要した症例は 1 歳児の 1 例のみで、死亡例はなかった。米国の報告でも 18 歳未満では成人と比べて入院例が少なく (5.7～20%)、ICU 入室の割合も低かった (0.58～2.0%) [2]。
- ・ 日本国内では、10 月 7 日の時点で 10 歳未満の患者 2,112 人、10～19 歳の患者 4,399 人で死亡例はない [5]。5 月 28 日までに感染症発生動向調査に届出があった 0～14 歳患者 290 人と 15～19 歳患者 208 人のうち、重篤な肺炎を合併したのは 15～19 歳患者の 2 人 (1.0%) だけであった [25]。
- ・ 米国では、小児の中でも 1 歳未満児と基礎疾患を有する児は、入院する頻度が高いと報告された [2]。中国では、年齢群を 3 歳未満、3～6 歳、6～14 歳に分けて比べると 3 歳未満では比較的症状が重く、3～6 歳が最も軽かった [26]。イタリアでは、18 歳未満の小児患者 3,836 人のうち 4 人 (0～1 歳で 2 人、2～6 歳で 2 人) が死亡しているが、いずれも心血管系異常や悪性腫瘍などの重篤な基礎疾患を有し、COVID-19 は原死因とは考えられていない [27]。

小児 COVID-19 の臨床的特徴

- ・ COVID-19 小児患者 2,597 例 (24 論文) のレビューでは、全体に症状は軽く、重症例は 4.4%、重篤例は 0.9% だった。初発症状は成人と同様であるものの低頻度で、発熱は 43.1% (成人では 82～98.6%)、咳は 43.4% (同 59.4～82%)、多呼吸・息切れは 12.6% (同 31%) であり、呼吸困難や呼吸窮迫症候群の合併は稀である。一方で、消化器症状は成人と比べて多く、下痢は 6.6% (同 2～3.8%) だった。検査所見では、成人でよく見られるリンパ球減少は 9.8% にしか認められず、その一方でクレアチンキナーゼ MB アイソザイム (CK-MB) の上昇が 27% と高率に認められた [28]。成人 COVID-19 患者で特徴的とされる嗅覚・味覚障害は、小児では自分から訴えることが難しいこともあって実態は不明だが、フランスの報告では 18 歳未満の症例の 5.2% に認められている [29]。また香港からの報告では嗅覚・味覚障害のみを症状とする 10 代患者 3 人の報告もある [30]。
- ・ 他の呼吸器病原体 (マイコプラズマ、インフルエンザ、RS ウイルスなど) との混合感染が稀ならず認められており、他の病原体が検出されても COVID-19 を否定することにならない [26, 31]。

COVID-19 関連小児多系統炎症性症候群

- ・ 欧米等からは小児 COVID-19 に関連して、毒素性ショック症候群または（不全型）川崎病を疑わせるような多臓器系にわたる強い炎症を起こす病態が発症しており、multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) または pediatric inflammatory multisystem syndrome (PIMS) という名称が提唱され、WHO と CDC がそれぞれ診断基準を出している（表 1） [32]。
- ・ SARS-CoV-2 PCR 陽性率は高くない（26%）が、SARS-CoV-2 抗体は 83% で陽性である [33]。
- ・ 川崎病より年長で発症し、人種的な背景も大きく異なり、臨床的にも胃腸症状が多く、皮膚粘膜症状は少ないなどの違いがあり、炎症反応や心筋・血管内皮傷害マーカーの上昇がより顕著で、重症度が高い（表 2） [32-35]。
- ・ 治療には人工呼吸器や血管作動薬などによる全身管理に加え、副腎皮質ステロイド、免疫グロブリン製剤、生物学的製剤（IL-6 阻害薬や IL-1 阻害薬 など）が用いられている [32-35]。
- ・ 現時点では、国内で COVID-19 流行に伴って川崎病の発症数の増加はなく、MIS-C/PIMS が疑われる症例は報告されていない [36]。ただし、COVID-19 のために入院した後で川崎病を発症した 1 歳児が経験されている [37]。

表1. 小児多系統炎症性症候群の診断基準

Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) /
Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome Temporarily Associated with SARS-CoV-2 (PIMS-TS)

WHOの診断基準	CDCの診断基準
0-19歳における3日を超える熱 +以下の2つ以上 1. 皮疹、又は両側性結膜炎、又は皮膚・粘膜の炎症所見（口腔、手足） 2. 低血圧 又は ショック 3. 心筋障害、心膜炎、弁膜炎、又は冠動脈異常（含、超音波所見、troponinやNT-proBNPの上昇） 4. 凝固障害（PT, APTT, D-dimerの異常） 5. 急性胃腸障害（下痢、嘔吐、又は腹痛） +炎症反応（血沈、CRP、PCT） +敗血症やTSS/STSSなど他の原因の除外 +COVID-19の実験室診断又は接触歴	21歳未満における熱*、炎症を示す検査所見**を有し、臨床的に入院を要する重症度で、以下のうち2つを超える臓器系に関与している（心臓、腎臓、呼吸器、造血器、胃腸管、皮膚、神経系） *>38.0°C又は主観的な発熱が≥24h **以下のどれか1つ以上：CRP、血沈、fibrinogen、PCT、D-dimer、フェリチン、LDH、又はIL-6の上昇；好中球増加；リンパ球減少；アルブミン低値 +他の原因を除外 +COVID-19の実験室診断又は発症4週以内に接触歴 補足：川崎病の基準を全て又は一部満たす症例、COVID-19死亡症例はMIS-Cの可能性を考慮する。

文献32より作成

表2. 小児多系統炎症性症候群と川崎病の比較

	小児多系統炎症性症候群	川崎病
SARS-CoV-2 感染との関連	あり (PCR陽性 26%、抗体陽性 83%)*	なし(日本川崎病学会調査)
発症年齢 (中間値)	9.0歳	2.7歳
人種性	アフリカ系、カリブ系、ヒスパニック系	東アジア系
臨床症状	胃腸症状がより多い (~40%は川崎病の診断基準も満たす)	皮膚粘膜症状がより多い
検査値	炎症反応、心筋・血管内皮障害マーカーの異常が川崎病より強い	
重症度	川崎病より重症 (ICU管理80%、人工換気20%、ECMO 4%、死亡2%)	

*21歳未満人口10万人あたり2人、この年齢層の COVID-19患者10万人あたり322人に発症

文献34より作成

検査（含、ウイルスの動態と免疫応答）

SARS-CoV-2 は鼻咽頭よりも便中に長期間そして大量に排泄される

- ・ COVID-19 患者の気道および消化管からの SARS-CoV-2 排出期間を検討した系統的レビューで、RT-PCR により鼻咽頭あるいは咽頭スワブ検体からは発症から平均 11.1 日間、最大で 24 日まで検出された。一方、直腸スワブ検体では陽性率 86% で、平均 23.6 日間、最大 4 週間検出された。89% の症例では、呼吸器検体より便検体から長期に渡りウイルスが検出された [38]。

抗体が陽性になった時点でも SARS-CoV-2 が検出される。また再感染が阻止できる抗体価に達するのは約半数に過ぎない

- ・ 22 歳以下の小児及び若年成人 215 人に対して SARS-CoV-2 RT-PCR と抗体検査の両方を実施した研究で、33 人 (15%) ではウイルス RNA と抗体の両方が検出された。PCR が陰性になるまでの期間中央値は 25 日、SARS-CoV-2 に対する抗体が出来るまでの期間中央値は 18 日で、中和抗体価が再感染阻止可能なレベル (80AU/mL) に達したのは 52% に過ぎず、それに要した期間中央値は 36 日だった。小児においては抗体が検出されるようになった時点でもウイルスを伝播させる恐れがある [39]。

治療

ほとんどの小児 COVID-19 症例は経過観察または対症療法が選択されている

- ・ 小児の COVID-19 はほとんどの場合、成人と比べて軽症であることから、経過観察または対症療法が選択されている。本学会による国内小児症例のレジストリーのデータでも、508 登録症例のうち 446 例は無治療で、それ以外も 5 例で吸入ステロイド剤、3 例で静注ステロイド剤が用いられた症例を除くと対症療法のみで、抗ウイルス薬が用いられた症例はなかった [8]。
- ・ 世界中で様々な治療薬が用いられて来たが、多くの薬剤は有効性や安全性のデータが不十分で、成人領域でも現時点でエビデンスが示された治療薬は、抗ウイルス薬のレムデシビルと副腎皮質ステロイドのデキサメタゾンのみである。小児ではいずれの治療法も使用経験が少なく、有効性や安全性のエビデンスは十分とは言えない [40]。

新生児

COVID-19 罹患妊娠・分娩において母体は集中管理を要するリスクが高く、早産になることが増えるが、垂直感染は稀である

- ・ COVID-19 罹患妊婦と出生児について 2020 年 4 月 19 日までに発表された 33 の論文の系統的レビューでは、385 人の妊婦のほとんどが軽症で、重症例は 3.6%、重篤例は 0.8% だった。252 人が分娩（帝王切開 69.4%、経膈分娩 30.6%）に至り、出生した 256 人の新生児のうち PCR 陽性が 4 名（いずれも帝王切開出生）であったが、全て軽症であった。PCR 陽性の新生児は母親由来のウイルスによる偽陽性の可能性もあるが、垂直感染は除外できない [41]。
- ・ 6 月 26 日までに発表された 77 の論文についての系統的レビュー / メタ分析では、COVID-19 罹患妊婦は非罹患妊婦と比べて集中管理が必要となる可能性が高いことが示された (ICU 入室のオッズ比 1.62 [95% 信頼区間 1.33-1.96]、人工呼吸管理のオッズ比 1.88 [1.36-2.60])。重症化に関わる因子として、高齢、肥満、基礎疾患（妊娠以前からの高血圧や糖尿病）の存在が挙げられた。また、早産率も COVID-19 罹患妊婦では 6% [95% 信頼区間 3-9%] と、非罹患妊婦より高かった（オッズ比 3.01 [1.16-7.85]） [42]。
- ・ SARS-CoV-2 陽性母体から出生した児への垂直感染に関する 385 の文献のうち 17 文献をメタ分析した報告では、402 人の母体から生まれた 405 人の児のうちの 330 人に対して早期に PCR 検査が行われ、9 人が陽性でそのうち 1 人は出生時から症状を有していたため、子宮内感染と考えられた。ランダム効果モデル分析では、垂直感染率 1.6% [95% 信頼区間 0.34-7.31] と考えられた [43]。

現時点で経母乳感染の証拠はない

- ・ 先述の系統的レビューでは母乳の検査も 26 例について行われたが、SARS-CoV-2 PCR は全て陰性であった [41]。その他の報告をまとめると、24 人中 4 人の母体の母乳 10 検体から SARS-CoV-2 RNA が検出されているが、いずれの場合も環境や感染した児からの汚染の可能性は否定されておらず、RNA の存在は必ずしも感染性であることを示してはいない。18 人の SARS-CoV-2 感染妊婦からの母乳検体に対して、経時的に PCR と細胞培養によるウイルス分離を行った研究では、1 検体のみ PCR 陽性となったが、ウイルスは分離されなかった [44]。
- ・ 単一分娩施設において、周産期に SARS-CoV-2 に感染した妊婦から生まれた 101 人の新生児を全員母子同室で直接母乳哺育を行ったが、発症した児はいなかった [45]。
- ・ このように、これまで行われていた母子分離や直接母乳哺育の制限を見直すことも検討できるかもしれない [委員会からのコメント]。

新生児が重症化しやすいかどうかはまだわかっていない

- ・ 27 の COVID-19 児の報告では、軽症ではあったものの、母親と比べてウイルスの排泄量が非常に多く、しかも鼻咽頭や唾液や便だけでなく血漿や尿からも検出されており、新生児では SARS-CoV-2 感染が全身に広がる可能性が示された [46]。NICU における多施設前方視的研究では、COVID-19 新生児症例 37 例（いずれも市中感染と思われる）のうち、41% に酸素投与、16% に非侵襲的呼吸管理、そして 3% に人工換気が行われ、ダウン症候群と先天性心疾患を合併していた 1 例が死亡した [47]。

COVID-19 流行期の子どもの心身の健康

学校や保育施設の閉鎖は流行阻止効果に乏しい

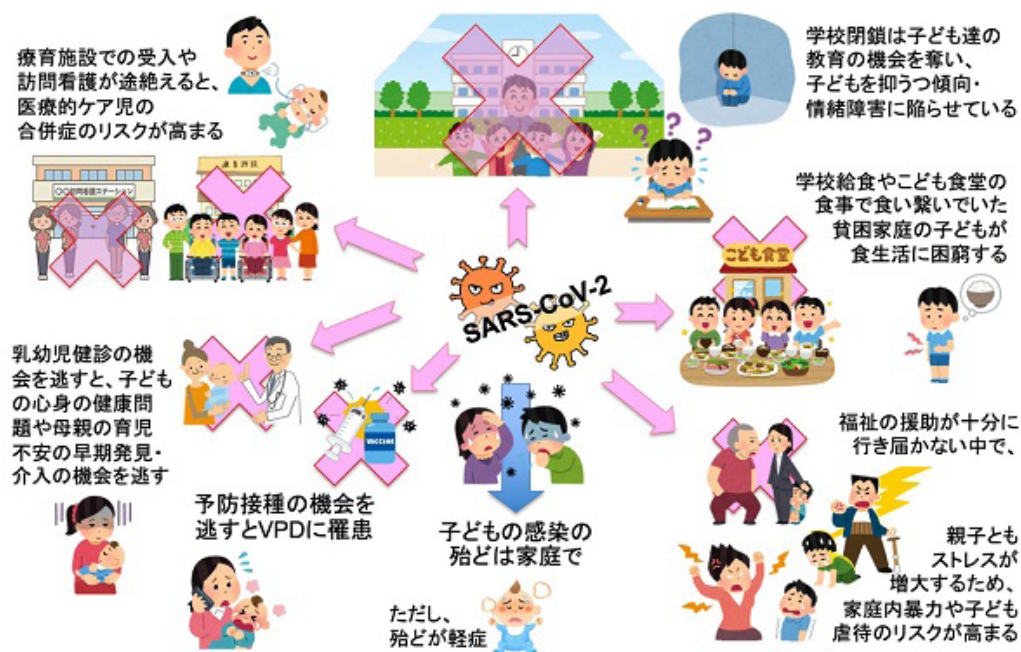
- ・ 学校や保育現場において小児が感染源となったクラスターの報告は、国内外を通じて少ない。学校や保育施設での子どもの感染が契機となって家庭を介し社会へと流行が拡大していくインフルエンザの場合とは異なり、これまでに観察された COVID-19 の流行拡大様式では社会での流行が家庭に持ち込まれて子どもが感染し、そこから学校や保育施設に拡大していくことが多い [16]。
- ・ 流行に対する学校閉鎖の有効性について、数理モデリングで検討した研究や系統的レビューでは、学校閉鎖を行う事は、その他の social distancing などの感染予防措置と比べて効果は少なく [48-51]、COVID-19 死亡者の減少は 2~3% に留まっている。一方、子どもを養育している医療従事者も就業困難となり、結果的に医療資源が失われ COVID-19 死亡者をむしろ増加させる可能性もあると考えられる [49]。
- ・ Imperial College London による数理モデリングによると、子ども・若年者の隔離はその後の流行を遅らせる効果がある反面、最終的には高齢者の死亡数を増加させるとしている。さらに、重症化が稀な子ども・若年層に感染者をとどめておき、感染すると致命率が高い高齢者に対して厳格な social distancing を求めることが、死者数を減らすには有効と推測している [52]。
- ・ physical distancing 介入（学校閉鎖、職場閉鎖、公共交通機関の閉鎖、大規模集会と公共イベントの制限、ロックダウン）を行った 149 の国・地域の検討において、COVID-19 発生率が 13% 減少 (IRR 0.87 [95% 信頼区間 0.85-0.89]) すると報告されているが、これらの介入は同時に組み合わせて実施されているため、学校閉鎖の効果を抜き出して示すことはできない [53]。米国において、学校閉鎖に伴って COVID-19 患者数が 62%、死亡数が 58% 減ったとする報告があるが、これも学校閉鎖と同時に他にも様々な感染拡大介入措置が取られていたため、実際のところどの介入措置がどの程度有効だったのかは解析できず、学校閉鎖の効果は不明である [54]。

教育・保育・療育・医療福祉施設等の閉鎖が子どもの心身に影響を及ぼしている

- ・ 学校閉鎖は、単に子どもの教育の機会を奪うだけではなく、屋外活動や社会的交流が減少することとも相まって、子どもを抑うつ傾向に陥らせている [55, 56]。
- ・ 療育施設では密な環境でのケアが避けられないため、COVID-19 が発生すると施設内に蔓延しやすい。一方、療育施設の閉鎖により受け入れが困難になった医療的ケア児への対応が世界的に求められている [57]。
- ・ 就業や外出の制限のために親子とも自宅に引き籠るようになって、ストレスが高まることから家庭内暴力や子ども虐待のリスクが増すことが危惧されている。加えて、対応する福祉施設職員が通常通り就業できない状況が虐待増加に拍車をかけている [58, 59]。
- ・ 「子ども貧困」問題がクローズアップされている中、養育者の失業や収入減のために状況はさらに悪化している上、福祉活動や「子ども食堂」などのボランティア活動も滞っている [60]。
- ・ 乳幼児健診の受診が減少し、子どもの心身の健康上の問題を早期に発見し介入することが制限され、大きな健康被害や QOL の低下に繋がることも危惧されている [61]。
- ・ 予防接種の機会を失う小児が増えている事も大きな問題となっている。世界的にも 1 億 2 千万人近い子ども達が麻疹ワクチンの接種を受けることができない状況が危惧されている。ワクチンで予防可能な疾患に罹患してしまうことによる被害は甚大となる [62]。実際わが国においても、COVID-19 流行下での予防接種の差し控えが起こっており [63]、ワクチン未接種の乳児が重症百日咳を発症したことが報告されている [64]。
- ・ 子どもでは、COVID-19 が直接もたらす影響よりも COVID-19 関連健康被害の方が大きくなることが予想される (図)。

図. 知見のまとめ：子どもの COVID-19 関連健康被害 (日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会作成)

子どもは多くの場合、家庭で感染しているが、幸いほとんどの症例は軽症である。しかし、COVID-19 流行に伴う社会の変化の中で様々な被害を被っている。



引用文献

1. Jiatong S, Lanqin L, Wenjun L: COVID-19 epidemic: disease characteristics in children. J Med Virol. 2020 Mar 31. doi: 10.1002/jmv.25807.<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jmv.25807>
2. CDC COVID-19 Response Team: Coronavirus disease 2019 in children - United States, February 12–April 2, 2020. MMWR 2020; 69(14): 422–6.<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6914e4-H.pdf>
3. 厚生労働省:新型コロナウイルス感染症の国内発生動向(令和2年5月3日18時時点). <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000627541.pdf> (2020年5月5日アクセス)
4. CDC COVID-19 Data Tracker. <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#demographics> (2020年10月11日アクセス)
5. 厚生労働省:新型コロナウイルス感染症の国内発生動向(令和2年10月7日18時時点). <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000680684.pdf> (2020年10月11日アクセス)
6. Posfay-Barbe KM, Wagner N, Gauthey M, et al: COVID-19 in children and the dynamics of infection in families. Pediatrics. 2020; 146: e20201576. DOI:<https://doi.org/10.1542/peds.2020-1576>
7. Rajmil L: Role of children in the transmission of the COVID-19 pandemic: a rapid scoping review. BMJ Paediatr Open. 2020; 4: e000722. DOI:10.1136/bmjpo-2020-000722.
8. 日本小児科学会: COVID-19日本国内における小児症例. https://www.coreregistry.jp/CoreRegistry_COVID19_CRF_Dashboard/Home/DashBoardviewer (2020年10月13日アクセス)
9. Macartney K, Quinn HE, Pillsbury AJ, et al: Transmission of SARS-CoV-2 in Australian educational settings: a prospective cohort study. Lancet Child Adolesc Health. 2020. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2352-4642%2820%2930251-0>
10. Heavey L, Casey G, Kelly C, et al: No evidence of secondary transmission of nCOVID-19 from children attending school in Ireland, 2020. Eur Suerveill. 2020; 25: 2000903. DOI:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.21.2000903
11. Yung CF, Kam KQ, Nadua KD, et al: Novel coronavirus 2019 transmission risk in educational settings. Clin Infect Dis. DOI:10.1093/cid/ciaa794
12. Danis K, Epaulard O, Benet T, et al: Cluster of coronavirus disease 2019 (Covid-19) in the French Alps, February 2020. Clin Infect Dis. 2020; 71: 825-32.<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2352-4642%2820%2930251-0>
13. Link-Gelles R, DellaGrotta AL, Molina C, et al: Limited secondary transmission of SARS-CoV-2 in child care programs – Rhode Island, June 1 – July 31, 2020. MMWR 2020; 69: 1170-2.
14. Gilliam WS, Malik AA, Shafiq M, et al: COVID-19 transmission in US child care programs. Pediatrics. 2020. DOI: 10.1542/peds.2020-031971
15. 第12回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード参考資料. <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000688926.pdf> (2020年11月7日アクセス)
16. 文部科学省:学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル～「学校の新しい生活様式」～(2020.9.3 Ver. 4) https://www.mext.go.jp/content/20200903-mxt_kouhou01-000004520_1.pdf (2020年10月11日アクセス)
17. Viner RM, Mytton OT, Bonell C, et al: Susceptibility to SARS-CoV-2 infection among children and adolescents compared with adults. A systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. 2020. DOI:10.1001/jamapediatrics.2020.4573
18. Yung CF, Kam K, Chong CY, et al: Household transmission of severe acute respiratory coronavirus 2 from adults to children. J Pediatr. 2020; 225: 249-51.<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.009>
19. Bunyavanich S, Do A, Vicencio A: Nasal gene expression of angiotensin-converting enzyme 2 in children and

- adults. *JAMA*. 2020; 323: 2427-9. DOI:10.1001/jama.2020.8707
20. Yonker LM, Neilan AM, Bartsch Y, et al: Pediatric severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): Clinical presentation, infectivity, and immune responses. *J Pediatr*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.08.037>
21. Ludvigsson JF: Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic – A systematic review. *Acta Paediatr*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.15371>
22. Heald-Sargent T, Muller WJ, Zheng X, et al: Age-related differences in nasopharyngeal severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) levels in patients with mild to moderate coronavirus disease 2019 (COVID-19). *JAMA Pediatr*. 2020; 174: 902-3. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2020.3651
23. Kim J, Choe YJ, Lee J, et al: Role of children in household transmission of COVID-19. *Arch Dis Child*. 2020. DOI: 10.1136/archdischild-2020-319910
24. Castagnoli R, Votto M, Licari A, et al: Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection in children and adolescents: a systematic review. *JAMA Pediatr*. 2020; 174: 882-9. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.1467. <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2765169>
25. 国立感染症研究所感染症疫学センター：NESIDに届出された20歳未満の新型コロナウイルス感染症例のまとめ（2020年2月1日～5月28日）。<https://www.niid.go.jp/niid/ja/covid-19/9853-covid19-22.html>
26. Zheng F, Liao C, Fan Q, et al: Clinical characteristics of children with coronavirus disease 2019 in Hubei, China. *Current Medical Science* 2020; 40: 1-6. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11596-020-2172-6.pdf>
27. Bellino S, Punzo O, Rota MC, et al: COVID-19 disease severity risk factors for pediatric patients in Italy. *Pediatrics*. 2020; 146: e2020009399. DOI:<https://doi.org/10.1542/peds.2020-009399>
28. Cui X, Zhang T, Zheng J, et al: Children with coronavirus disease 2019 (COVID-19): A review of demographic, clinical, laboratory and imaging features in 2,597 pediatric patients. *J Med Virol*. 2020. <https://doi.org/10.1002/jmv.26023>
29. Gaborieau L, Delestrain C, Bensaid P, et al: Epidemiology and clinical presentations of children hospitalized with SARS-CoV-2 infection. *J Clin Med*. 2020; 9: e2227. DOI: 10.3390/jcm9072227
30. Mak PQ, Chung KS, Wong JS, et al: Anosmia and ageusia: Not an uncommon presentation of COVID-19 infection in children and adolescents. *Pediatr Infect Dis J*. 2020; 39: e199-200. DOI: 10.1097/inf.0000000000002718
31. Xia W, Shao J, Guo Y, et al: Clinical and CT features in pediatric patients with COVID-19 infection: different points from adults. *Pediatr Pulmonol*, 2020 Mar 05.<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ppul.24718>
32. Whittaker E, Bamford A, Kenny J, et al: Clinical characteristics of 58 children with a pediatric inflammatory multisystemn syndrome temporally associated with SARS-CoV-2. *JAMA* 2020; 324: 259-69. DOI:10.1001/jama.2020.10369
33. Feldstein LR, Rose EB, Horwitz SM, et al: Multisystem inflammatory syndrome in U.S. children and adolescents. *N Engl J Med*. 2020; 383: 334-46. DOI:10.1056/NEJMoa2021680
34. Dufort EM, Koumans EH, Chow EJ, et al: Multisystem inflammatory syndrome in children in New York state. *N Engl J Med*. 2020; 383: 347-58. DOI:10.1056/NEJMoa2021756
35. Davies P, Evans C, Kanthimathinathan HK, et al: Intensive care admission of children with paediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 (PIMS-TS) in the UK: a multicenter observational study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020; 4: 669-77. DOI:10.1016/S2352-4642(20)30215-7
36. 日本川崎病学会：川崎病とCOVID-19に関する報道について【参考資料】www.jskd.jp/pdf/20200508COVID-19andKD.pdf（2020年10月13日アクセス）
37. Uda K, Okita K, Soneda K, et al: Kawasaki disease following coronavirus disease 2019 with prolonged fecal viral shedding. *Pediatr Int*. (accepted)

38. Xu CLH, Manjri R, Schnall JA, et al: Duration of respiratory and gastrointestinal virus shedding in children with SARS-CoV-2: a systematic review and synthesis of data. *Pediatr Infect Dis J*. 2020. DOI:10.1097/INF.0000000000002814
39. Bahar B, Jacquot C, Mo YD, et al: Kinetics of viral clearance and antibody production across age groups in children with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection. *J Pediatr*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.08.078>
40. 日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会：小児における COVID-19 治療薬に対する考え方（第 1 版） http://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=346
41. Elshafeey F, Magdi R, Hindi N, et al: A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020; 150: 47-52. doi: 10.1002/ijgo.13182. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.13182>
42. Allotey J, Stallings E, Bonet M, et al: Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020; 370: m3320. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3320>
43. Goh XL, Low YF, Ng CH, et al: Incidence of SARS-CoV-2 vertical transmission: a meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. DOI:10.1136/fetalneonatal-2020-319791
44. Chambers C, Krogstad P, Bertrand K, et al: Evaluation for SARS-CoV-2 in breast milk from 18 infected mothers. *JAMA* 2020; 324: 1347-8. DOI:10.1001/jama.2020.15580
45. Dumitriu D, Emeruwa UN, Hanft E, et al: Outcomes of neonates born to mothers with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection at a large medical center in New York City. *JAMA Pediatr*. 2020. DOI:10.1001/jamapediatrics.2020.4298
46. Han MS, Seong MW, Heo EY, et al: Sequential analysis of viral load in a neonate and her mother infected with SARS-CoV-2. *Clin Infect Dis*. 2020 Apr 16. pii: ciaa447. doi: 10.1093/cid/ciaa447. <https://academic.oup.com/cid/article/doi/10.1093/cid/ciaa447/5820869>
47. Kanburoglu MK, Tayman C, Oncel MY, et al: A multicentered study on epidemiologic and clinical characteristics of 37 neonates with community-acquired COVID-19. *Pediatr Infect Dis J*. 2020; 39: e297-302.
48. Wang X, Pasco RF, Du Z, et al: Impact of social distancing measures on coronavirus disease healthcare demand, Central Texas, USA. *Emerg Infect Dis*. 2020; 26: 2361-9. <https://dx.doi.org/10.3201/eid2610.201702>
49. Bayham J, Fenichel EP: Impact of school closures for COVID-19 on the US health-care workforce and net mortality: a modelling study. *Lancet Public Health*. 2020 Apr 3; 5: E271-8. pii: S2468-2667(20)30082-7. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30082-7. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(20\)30082-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(20)30082-7.pdf)
50. Davies NG, Klepac P, Liu Y, et al: Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. *Nat Med*. 2020; 26: 1205-11. <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0962-9>
51. Viner RM, Russell SJ, Croker H, et al: School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 Apr 6. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30095-X [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanchi/PIIS2352-4642\(20\)30095-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanchi/PIIS2352-4642(20)30095-X.pdf)
52. Rice K, Wynne B, Martin V, et al: Effect of school closures on mortality from coronavirus disease 2019: old and new predictions. *BMJ*. 2020; 371: m3588. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3588>
53. Islam N, Sharp SJ, Chowell G, et al: Physical distancing interventions and incidence of coronavirus disease 2019: natural experiment in 149 countries. *BMJ*. 2020; 370: m2743. DOI: 10.1136/bmj.m2743
54. Yehya N, Venkataramani A, Harhay MO: Statewide interventions and Covid-19 mortality in the United States: an observational study. *Clin Infect Dis*. 2020. ciaa923. DOI: 10.1093/cid/ciaa923
55. Xie X, Xue Q, Xie X, et al: Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr*. 2020; 174: 898-900. doi: 10.1001/

jamapediatrics.2020.1619.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32329784/>

56. Courtney D, Watson P, Battaglia M, et al: COVID-19 impacts on child and youth anxiety and depression: challenges and opportunities. Can J Psychiatr. 2020; 65: 688-91. <https://doi.org/10.1177/0706743720935646>

57. Goldman PS, van Ijzendoorn MH, Sonuga-Barke EJS, et al: The implications of COVID-19 for the care of children living in residential institutions. Lancet Child Adolesc Health. 2020; 4: e12. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30130-9.

58. Lawson M, Piel MH, Simon M: Child maltreatment during the COVID-19 pandemic: consequences of parental job loss on psychological and physical abuse towards children. Child Abuse Negl. 2020. DOI: 10.10106/j.chiabu.2020.104709.

59. Greeley CS: Child maltreatment prevention in the era of coronavirus disease 2019. JAMA Pediatr. 2020. DOI:10.1001/jamapediatrics.2020.2776

60. NPO 法人 全国こども食堂支援センター むずびえ . こども食堂の現状&困りごとアンケート Vol. 3. <https://musubie.org/news/2601/> (2020年11月7日アクセス)

61. UNICEF warns COVID-19 may reverse child health progress. <https://www.aa.com.tr/en/latest-on-coronavirus-outbreak/unicef-warns-covid-19-may-reverse-child-health-progress/1968122> (2020年11月7日アクセス)

62. World Health Organization: WHO and UNICEF warn of a decline in vaccinations during COVID-19. <https://www.who.int/news/item/15-07-2020-who-and-unicef-warn-of-a-decline-in-vaccinations-during-covid-19> (2020年10月13日アクセス)

63. 日本小児科学会 予防接種・感染症対策委員会：新型コロナウイルス感染症流行児における小児への予防接種について . http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/20200617_yobosesshu.pdf (2020年10月13日アクセス)

64. 古賀大貴、本村良知、松岡若利、他：コロナウイルス感染症 2019 拡大に伴う医療機関受診抑制による重症百日咳乳児例 . 日本小児科学会雑誌 (2020年10月12日採択)

「小児における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の現状と感染対策についての見解」 2021年5月20日

http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/20210520_corona_genjo_taisaku.pdf

2021年5月20日

小児における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の現状と感染対策についての見解

日本小児科学会
予防接種・感染症対策委員会

＜小児の COVID-19 の現状＞

1. 新型コロナウイルス感染症の流行第4波（2021年3月以降）では、COVID-19新規患者数が増加していますが、小児患者の割合はわずかな増加に留まっています。
2. 子どもが変異新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）（以下、変異ウイルス）に感染した場合も多くが無症状から軽症で経過しています。
3. 小児 COVID-19 患者の大部分は成人患者からの感染であり、第4波に入ってからでも変化していません。

＜学校等における感染対策＞

1. 基本的な感染対策（3密回避、適切なマスク着用、手洗いなど）の徹底が重要です。
2. 臨時休業は子どもの健やかな学びの保障や心身に影響をおよぼすため、地域一斉ではなく感染状況に応じた柔軟な対応が望まれます。

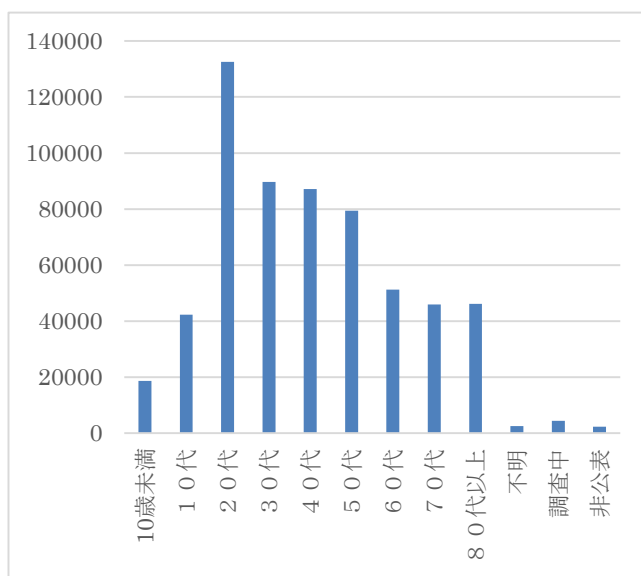
はじめに

2020年の新型コロナウイルス感染症（Coronavirus disease : COVID-19）のパンデミックが続く中、2020年後半から海外各地で検出されるようになった変異ウイルスは日本国内でも検出されています。2021年4月現在、変異ウイルスの検出割合が増加し、患者数が急増しています。従来ウイルスは小児への感染が少なく、小児集団での小規模感染者集団（クラスター）の発生は極めて稀でしたが、成人の変異ウイルス感染者の増加に伴い、小児集団でのクラスター発生も散見されるようになってきました。そこで、日本小児科学会では、2021年4月現在の COVID-19 小児患者の発生および変異ウイルスの動向とともに、学校等における感染対策について見解をまとめました。

1. 小児感染者の発生動向

2021年3月上旬から、日本国内の新規感染者数が急激に増加し、それに伴って小児の感染者数も増加しています。しかし、その割合はわずかな増加に留まっています。

図1 年齢階級別陽性者数



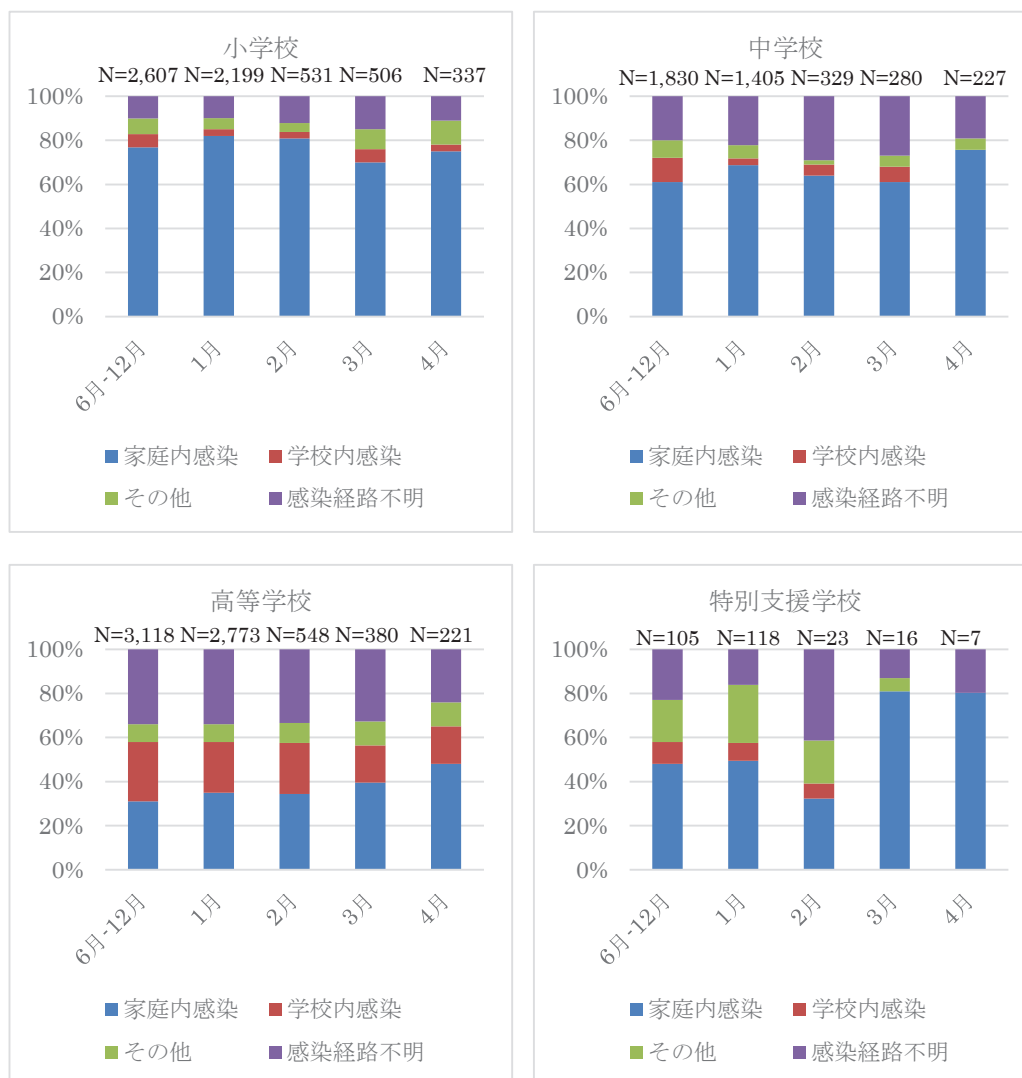
厚生労働省ホームページに掲載されている年齢別感染者数（2021年5月5日時点）では、総感染者数602,190人のうち10歳未満は18,642人（3.1%）、10-19歳は42,333人（7.0%）と報告されています（図1）。年齢別人口分布で補正しても、小児感染者数は成人と比べ少ないことが分かっています。一方第4波を迎え、総感染者数の急増とともに全体に占める小児感染者数の割合はわずかに増加傾向に

あり、今後の動向を注意深く見守っていく必要があります。死亡者数については全体で9,479人まで増加しましたが、第4波以降も10歳未満および10-19歳は0人です [1]。

日本小児科学会の「データベースを用いた国内発症小児 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)症例の臨床経過に関する検討」 [2] によると、2021年5月11日時点で小児患者の先行感染者は、家族が77%、学校関係者が6%、幼稚園・保育所関係者が6%、家庭教師・塾関係者が1%と約80%が家庭内での感染です。さらに、家庭内感染のうち、両親や祖父母が先行感染者であった割合が約93%と、小児患者の大部分が成人からの感染であることが示されています。これらは第4波以降も変化ありません。小児の感染予防には成人が家庭内に持ち込まないことが重要です。

文部科学省による児童生徒の感染経路の動向調査 [3] においても、昨年6~12月と今年に入ってからの1~4月の月別のデータには大きな変動はなく、小中学校においては家庭内感染が多数を占めていることがわかります（図2）。

図2 児童生徒の感染経路の動向調査



2. 新型コロナウイルス (SARS-CoV-2) : 変異ウイルスについて

2020年秋以降、世界的に複数の変異ウイルスが報告されています。感染・伝播のしやすさや、感染した場合の重症度、そして感染やワクチンにより獲得された免疫の効果に影響を与える可能性のある遺伝子変異を持つ変異ウイルスは、懸念される変異ウイルス (Variants of Concern; VOC) として注意が必要です [4]。

英国から急速に拡大した VOC-202012/01 は、感染性に影響があるとされる N501Y 変異を持ち、2次感染率の増加が示唆されています [5]。さらに N501Y 変異に加えて抗原性に

の増強や免疫逃避が危惧される B.1.617 系統の変異ウイルスが、日本を含む世界各国に広がりつつあります。

日本国内では 2021 年 3 月下旬から SARS-CoV-2 感染者が再び増加し、第 4 波を迎えています。今回の特徴として変異ウイルスの割合が増加し、全 47 都道府県で確認されています。中でも英国型の変異ウイルス（VOC-202012/01）は感染者のほとんどを占めています [6]。大阪府での変異ウイルス感染者の割合は、2021 年 3 月中旬の 34%から 2021 年 4 月中旬は 78%に増加しています。東京都での割合も 2021 年 3 月中旬の 1%から 2021 年 4 月中旬は 39%と大きく増加していますが、変異ウイルスの割合は地域差を認めています。

変異ウイルスの感染力（他人へ感染させる力）は、子どもだけではなく全年齢において、従来ウイルスよりも増強していると報告されています [7]。国内でも子どもの変異ウイルス感染者の集団発生が報告されていますが、現時点で変異ウイルスが子どもに感染した場合も、従来ウイルスより重症化する可能性を示す証拠はなく、多くが無症状から軽症で経過しています。

3. 学校等における感染対策

2021 年 4 月 23 日に発出された 3 回目の緊急事態宣言に伴い、文部科学省は「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」を変更し [8]、「学校等における COVID-19 への対応に関する留意事項」を公表しました [9]。

日本小児科学会はこれらの基本方針を支持し、特に以下の点が重要と考えます。

1) 感染対策の徹底

- ・ 各学校等において感染対策についての点検を行い、基本的な感染対策（3 密回避、適切なマスク着用、手洗いなど）を徹底すること。
- ・ 緊急事態宣言の対象区域に属する地域においては、感染状況に応じて、学校教育活動や部活動において行われる活動のうち「感染対策を講じてもなお感染リスクが高い活動」（註）を一時的に制限するなど、感染対策を強化すること。

（註）感染対策を講じてもなお感染リスクが高い活動：児童生徒が長時間、近距離で対面形式となるグループワーク等及び至近距離で一斉に大きな声で話す活動など。

[9] 別紙 1

- ・ 教職員は多数の児童生徒等に接する業務であることから、教職員が発熱等の風邪症状がある時には休みを取り、積極的に受診しやすい環境を整えること。

2) 変異ウイルスの拡大への対応

- ・ 現時点では、変異ウイルスに感染した児童生徒が重症化しやすい知見はなく、死亡例

3) 学校教育活動の継続

- ・ 新型コロナウイルス感染症の流行がおよぼす子どもたちの心身への影響に配慮し、きめ細やかに対応すること。
- ・ 最新の文部科学省「学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル～「学校の新しい生活様式」～」[3]を参考にして、地域一斉の臨時休業を行うのではなく、地域の感染状況に応じて学びの継続に積極的に取り組むこと。
- ・ 院内学級等の特別支援においても、適切な対策のもと教育の機会を確保すること [10]。

参考文献

- [1] 厚生労働省：新型コロナウイルス感染症について。2021年5月11日現在 URL：
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html
- [2] 公益社団法人 日本小児科学会 JAPAN PEDIATRIC SOCIETY：「データベースを用いた国内発症小児 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) 症例の臨床経過に関する検討」に基づく早期公開情報について | 2021年5月11日現在 URL：
http://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=350
- [3] 文部科学省：学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル～「学校の新しい生活様式」～(2021.4.28 Ver.6)。2021年5月11日現在 URL：
https://www.mext.go.jp/content/20210428-mxt_kouhou01-000004520_1.pdf
- [4] World Health Organization：COVID-19 Weekly Epidemiological Update. 25 February 2021。2021年5月11日現在 URL：
<https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-weekly-epidemiological-update>
- [5] 国立感染症研究所：感染・伝播性の増加や抗原性の変化が懸念される新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)の新規変異株について(第8報)。2021年4月7日。2021年5月11日現在 URL：<https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/coronavirus/2019-ncov/10280-covid19-41.html>
- [6] 国立感染症研究所：新型コロナウイルス感染症(変異株)への対応。第32回厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料。2021年4月27日。2021年5月11日現在 URL：
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00256.html
- [7] Public Health England：Investigation of novel SARS-CoV-2 variant: Variant of Concern。2021年5月11日現在 URL：

- [8] 文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課：新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針：令和2年3月28日（令和3年5月7日変更）（別紙3）。2021年5月11日現在 URL：https://www.mext.go.jp/content/20210517-mxt_kouhou01-000004520_2.pdf
- [9] 文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課事務連絡：新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく緊急事態宣言を踏まえた小学校、中学校及び高等学校等における新型コロナウイルス感染症への対応に関する留意事項について（通知）令和3年4月23日。2021年5月11日現在 URL：
https://www.mext.go.jp/content/20210423-mxt_kouhou02-000004520_1.pdf
- [10] 文部科学省初等中等教育局通知：特別支援学校等における新型コロナウイルス感染症対策に関する考え方と取組について：令和2年6月19日。2021年5月11日現在 URL：https://www.mext.go.jp/content/20200619-mxt_kouhou01-000004520_1.pdf

3

「こども食堂・フードパントリー 開設簡易ハンドブック」

(2021年7月改訂版)



地域での子どもたちの生活をよく知る
小児科医監修

こども食堂・ フードパントリー 開設

簡易ハンドブック

2021年7月改訂版

発行者 : 認定NPO法人全国こども食堂支援センター・むすびえ

協力 : 金子淳子(小児科医・みんなの食堂主宰者)

監修者 : 藤岡雅司(小児科医・ふじおか小児科院長)

はじめに

新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、全国でこども食堂などの居場所の開催が難しくなっています。他方、「気になる子どもを放置できない」と今でも開催を継続している人たちもいます。また今後、地域の学校等の再開に伴い、居場所の再開を検討する人たちも増えてくるものと思います。

「開催か休止か」に正解はなく、私たちは主宰する方々が悩み抜いた末に出されたすべてのご判断を尊重します。同時に、開催の意向をもつ団体が内外の不安の声に押し切られて断念することがないようにしたいとも思っています。

そのため今回、感染症対策にも詳しい小児科医の先生の監修で本ハンドブックを作成しました。開催の可否について検討される際にご活用いただくとともに、開催するかどうかを団体内で協議するとき、地域の方たちに開催についてのご理解をいただきたいとき、自治体と意見交換するとき、ご活用いただければ幸いです。

なお、緊急に作成することから、本ハンドブックはあくまでも暫定的なもので、今後の流行状況により変更される可能性のあること、ご了承ください。

むすびえ理事長 湯浅 誠

監修者より

新型コロナウイルスの流行によって、日本中、いや世界中の子どもたちには多くの制約が強いられています。流行の真っ只中で患者さんが急増している国や地域では、ある程度は仕方のないことでしょう。

しかしながら、新型コロナウイルスだけに目を奪われて、リスクをすべて排除するという生活が、子どもたちにとって望ましくないことは言うまでもありません。お勉強をすること、友だちと遊ぶこと、そして何より、楽しい食事をとること。これらは、子どもの権利であり、その健やかな成長にとって必要不可欠なものばかりです。

子どもという存在は、地域社会の未来であり、夢であり、希望です。子どもたちは日々成長を続けます。子どもたちの「今」という時間を大切にするため、正に今できることを、まず実行していきましょう。どのような状況にあっても、大人の知恵と工夫でできることはたくさんあるはずです。

このハンドブックが、そのための小さな力になればと願い、監修を担当させていただきました。新型コロナウイルス感染が終息し、子どもたちの元気な姿が町中に戻ってくるまで、みんなで力を合わせてがんばりましょう。

監修者 藤岡 雅司

小児科医。富田林医師会感染症対策委員会委員長、大阪小児科医会感染症対策委員会委員、日本外来小児科学会予防接種委員会副委員長、同アドボカシー委員会委員長、日本小児科医会公衆衛生委員会委員、日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会委員

こども食堂

の開催について



手洗いイメージ(東京・ふくろうはうす)

みんなや食堂の対策

- 1 換気**
- 2 間隔を空ける(席数を減らす)**
- 3 (素手で)触らない**
触る時は してから
- 4 持ち帰り用のお弁当を準備**
- 5 導線を分ける**

マスクを着ける
など、スタッフ側だけでなく、一人ひとりが気をつけることが大切だね

手洗いもできるよ!

みんなや食堂レポート漫画3月25日号(この時点での県内の患者発生5名)

(みんなや食堂@山口県宇部市の対策例(みんなや食堂提供))

1 開催準備段階

1

開催に際しては会場のある地域（小学校及び中学校区域など）における流行状況などを十分に勘案して決定する。

- ① 緊急事態宣言が発出されていても一様に開催できないわけではない。
- ② 地域の保育所、幼稚園、こども園、小学校、中学校などで子ども間の感染が報告されている場合（職員間の感染は除く）、屋内会場での開催は控える。

2

開催告知に際し、以下に該当する人は参加できないことを事前に十分に知らせる。

- ① 感冒症状がある人
- ② 熱のある人（小児：37.5℃以上、成人：37.0℃以上）
- ③ 同居家族や職場などに「濃厚接触者」や「健康観察対象者」がいる人
- ④ 2週間以内に海外から帰国した人、及びその同居家族
- ⑤ 基礎疾患（心臓病、糖尿病、呼吸器疾患など）のある成人

3

スタッフの場合でも、60歳以上の人は、参加者との直接の接触をできるだけ避けるよう留意する。ただし、ワクチン接種2回目を完了して2週間経過した60歳以上の人に対してはこの限りではなく、他の参加者と同様に参加していただいて構わない。また、12歳以上の参加者に対して、自身を守るため、他の参加者を守るために、ワクチン接種を推奨している

4

原則としてスタッフ（ボランティアも含む、以下同じ）はもちろん、参加者も小学生以上ではマスク着用で来場するよう告知し、手指消毒を徹底するため、マスクと擦込式アルコール消毒液を用意する。

5

スタッフは、日頃から同居家族以外での「密閉・密集・密接」を避け、不要不急の外出を控えると共に、健康状態の維持に留意する。

6

クレームやトラブルに対して、齟齬のない説明など適切な対応に当たる説明責任者を前もって決めておく。

2 開催当日

会場準備

1 開場まで待機する人たちのために「密閉・密集・密接」とならないよう十分な広さで換気できる場所を準備し、【①開催準備段階・2の①～⑤】に該当する人は参加できない旨を掲示する。

2 適当な数量のマスク、及び擦込式アルコール消毒液を用意しておく。

3 会場は、可能な限り「密閉・密集・密接」を避けるようなレイアウトとなるよう留意する。参加者が対面したり、混雑が生まれたりしないよう、来場から退場までの動線を工夫する。

4 参加者が取り分けをするビュッフェスタイルでの食事提供は行わない。調味料やドレッシング等を参加者同士が共有して使用しないよう調理の際に配慮する。

スタッフとして

1 【①開催準備段階・2の①～⑤】に該当する人は会場には来てはならない。60歳以上のスタッフは参加者との直接の接触をできるだけ避けるよう留意する。ただし、ワクチン接種2回目を完了して2週間経過した60歳以上の人に対してはこの限りではなく、他の参加者と同様に参加していただいて構わない。

2 開催当日の運営（会場設営、案内、調理、配膳等）に関わるスタッフは、可能な限り集合時に体温測定（できれば皮膚に触れないタイプの体温計を用いる）と健康確認をおこなう。体温が37.0℃以上の人は速やかに帰る。

3 当日の運営スタッフは準備段階よりマスクを着用すると共に、必要に応じて、石鹸による入念な手洗いや擦込式アルコール消毒液による手指の清潔に努める。

2 開催当日

参加者に対して

- 1 開場までの待機場所で、可能であれば参加希望者の体温測定（できれば皮膚に触れないタイプの体温計を用いる）と健康状態などの確認をおこなう。
- 2 【①開催準備段階・2の①～⑤】に該当する人は参加できないことを、説明責任者から懇切丁寧に説明して理解していただく。なお、会場まで来て参加できない人に対しては、弁当などを渡して帰ってもらうことなどを検討しておく方が望ましい。
- 3 小学生以上の参加者についてはマスク着用とする。マスクを持参していない場合は準備していたマスクを提供する。
- 4 入場前に全員に対して擦込式アルコール消毒液による手指消毒をおこなう。乳幼児の場合は付添いの成人が擦込むようにする。
- 5 速やかに会場に誘導する。原則として座席は移動しないよう説明する。
- 6 不特定多数の参加がある場合は、参加者名簿を作成し、新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）のダウンロードを推奨すると共に、人数制限や時間制限などを行い、密集を回避している。

その他

- 1 人が大勢集まる場所で楽しい雰囲気するとき、子どもは当然ながらはしゃぐものである。そのような子どもの特性を考えれば、過度に制限し過ぎるのも好ましくない。
- 2 できるだけ多くの地域住民を運営側に巻き込むよう心がけることが、リスク管理としては最も重要であることをスタッフ全員で共有しておくことが望ましい。

food pantry

フードパントリー

の開催について



提供・チャイルドケアセンター



提供・フードバンク八王子

1 開催準備段階

1

開催に際しては会場のある地域（小学校及び中学校区域など）における流行状況などを十分に勘案して決定する。

- ① 緊急事態宣言が発出されていても一様に開催できないわけではない。
- ② 地域の保育所、幼稚園、こども園、小学校、中学校などで子ども間の感染が報告されている場合（職員間の感染は除く）、屋内会場での開催は控える。

2

開催告知に際し、以下に該当する人は参加できないことを事前に十分に知らせる。

- ① 感冒症状がある人
- ② 熱のある人（小児：37.5℃以上、成人：37.0℃以上）
- ③ 同居家族や職場などに「濃厚接触者」や「健康観察対象者」がいる人
- ④ 2週間以内に海外から帰国した人、及びその同居家族
- ⑤ 基礎疾患（心臓病、糖尿病、呼吸器疾患など）のある成人

3

スタッフの場合でも、60歳以上の人は、参加者との直接の接触をできるだけ避けるよう留意する。ただし、ワクチン接種2回目を完了して2週間経過した60歳以上の人に対してはこの限りではなく、他の参加者と同様に参加していただいて構わない。また、12歳以上の参加者に対して、自身を守るため、他の参加者を守るために、ワクチン接種を推奨している

4

原則としてスタッフ（ボランティアも含む、以下同じ）はもちろん、参加者も小学生以上ではマスク着用で来場するよう告知し、手指消毒を徹底するため、マスクと擦込式アルコール消毒液を用意する。

5

スタッフは、日頃から同居家族以外での「密閉・密集・密接」を避け、不要不急の外出を控えると共に、健康状態の維持に留意する。

6

クレームやトラブルに対して、齟齬のない説明など適切な対応に当たる説明責任者を前もって決めておく。

2 開催当日

会場準備

1

開場まで待機する人たちのため「密閉・密集・密接」とならないよう十分な広さで換気できる場所を準備し、【①開催準備段階・2の①～⑤】に該当する人は参加できない旨を掲示する。

2

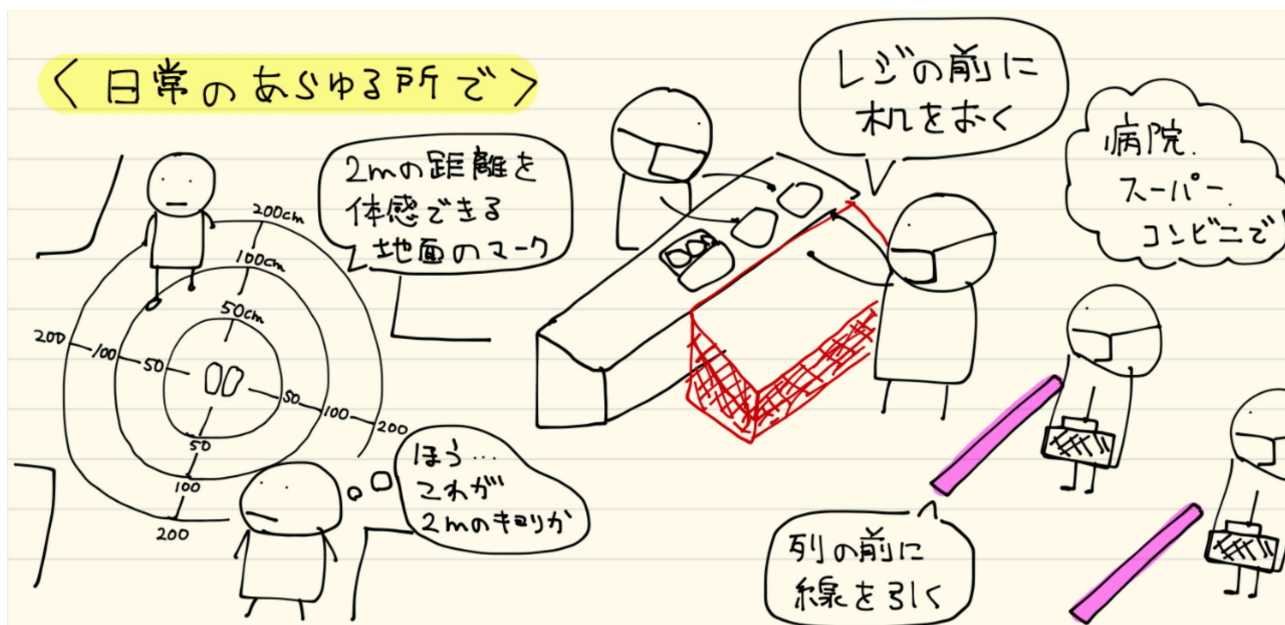
適当な数量のマスク、及び擦込式アルコール消毒液を用意しておく。

3

会場は、可能な限り「密閉・密集・密接」を避けるようなレイアウトとなるよう留意する。参加者が対面したり、混雑が生まれたりしないよう、来場から退場までの動線を工夫する。

4

食材提供場所（カウンターなど）で、参加者との距離をとる（2m）、スーパー・コンビニのレジのようにフィルターを貼って飛沫感染を防止する、列に並ぶ際には間隔を空けるなどの工夫をおこなう。



（諏訪中央病院総合診療科の玉井道裕医師が作成した「新型コロナウイルス感染をのりこえるための説明書（全国版）」より）

2 開催当日

スタッフとして

- 1 【①開催準備段階・2の①～⑤】に該当するスタッフは会場には来てはならない。60歳以上のスタッフは参加者との直接の接触をできるだけ避けるよう留意する。ただし、ワクチン接種2回目を完了して2週間経過した60歳以上の人に対してはこの限りではなく、他の参加者と同様に参加していただいて構わない。
- 2 開催当日の運営（会場設営、案内、調理、配膳等）に関わるスタッフは、可能な限り集合時に体温測定（できれば皮膚に触れないタイプの体温計を用いる）と健康確認をおこなう。体温が37.0℃以上の人は速やかに帰る。
- 3 当日の運営スタッフは準備段階よりマスクを着用すると共に、必要に応じて、石鹸による入念な手洗いや擦込式アルコール消毒液による手指の清潔に努める。

参加者に対して

- 1 開場までの待機場所で、可能であれば参加希望者の体温測定（できれば皮膚に触れないタイプの体温計を用いる）と健康状態などの確認をおこなう。
- 2 1-②に該当する人は参加できないことを、説明責任者から懇切丁寧に説明して理解していただく。なお、会場まで来て参加できない人に対しては、弁当などを渡して帰ってもらうことなどを検討しておく方が望ましい。
- 3 小学生以上の参加者についてはマスク着用とする。マスクを持参していない場合は準備していたマスクを提供する。
- 4 入場前に全員に対して擦込式アルコール消毒液による手指消毒をおこなう。乳幼児の場合は付添いの成人が擦込むようにする。
- 5 速やかに会場に誘導する。原則として座席は移動しないよう説明する。

参考

(更新されますので最新の情報にアクセスして下さい)

1

日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会
新型コロナウイルス感染症に関するQ&A

http://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=326&fbclid=IwAR3kbBNX5Cby7TckVtjV4zeJPSKF1ZD3tzW1LCNhN2Tzdc_tTkT2EzJwOSo



2

諏訪中央病院総合診療科の玉井道裕医師
「新型コロナウイルス感染をのりこえるための説明書」

<http://www.suwachuo.jp/info/2020/04/post-117.php>



3

日本赤十字社
新型コロナウイルスの3つの顔を知ろう! ~負のスパイラルを断ち切るために~

https://www.jrc.or.jp/saigai/news/200326_006124.html



こども食堂向け
新型コロナウイルス
感染症対策
安全・安心自己点検シート



発行

認定NPO法人全国こども食堂支援センター・むすびえ