スフィア・プロジェクト
The Sphere Project

人道憲章と人道対応に関する最低基準

Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response

2011年版

スフィア・プロジェクト

The Sphere Project

人道憲章と人道対応に関する最低基準

Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response

編者:

The Sphere Project
Copyright©The Sphere Project 2011
Email: info@sphereproject.org
Website: www.sphereproject.org

スフィア・プロジェクトは、NGOのグループと赤十字・赤新月社運動によって、人道援助の主要分野全般に関する最低基準=スフィア・ハンドブック=を定める目的で1997年に開始された。ハンドブックの目的は、災害や紛争における人道援助の質、および被災者への人道援助システムの説明責任を向上させることである。「人道憲章と人道対応に関する最低基準」は、多くの人々と援助機関の経験に基づき作成されたものである。よって、特定の援助機関の見解のみを示したものではない。

1998年　初版試行版発行
2000年　初版最終版発行
2004年　第2版発行
2011年　第3版発行

本刊行物の目録は、英国図書館および米国議会図書館より入手できる。

All rights reserved. 本書は著作権で保護されているが、転売目的ではなく教育上の目的であれば、著作権料を支払うことなくあらゆる形での再版が許可されている。このような使用については、いかなるときも正式な認可が必要となるが、通常は直ちに認められる。それ以外の事情による複製、オンラインでの投稿または他の刊行物での再使用を目的とした複製、あるいは翻訳や翻案を行う場合、事前に著作権所有者から書面による許可を得なければならず、また場合によっては著作権料を支払う必要も生じる。

日本語版:
2001年　初版発行
2004年　第2版発行
2012年　第3版（本改訂版）発行

スフィア・ハンドブック日本語版第3版は、The Sphere Projectの了解に基づき、外務省国際協力局民間援助連携室によるNGO研究会の事業として特定非営利活動法人 難民支援協会により翻訳された。

編集・発行:
特定非営利活動法人 難民支援協会
〒160-0004 東京都新宿区四谷1-7-10 第三鹿倉ビル6階
Tel: 03-5379-6001　Fax: 03-5379-6002
e-mail: sphere@refugee.or.jp
Website: www.refugee.or.jp/sphere

デザイン: *messaggio studios*, Metz-Tessy, France
印刷: 株式会社 ミツワ

序文

スフィア・ハンドブックの最新版である「人道憲章と人道対応に関する最低基準」は、広汎な援助機関の間の協力による成果である。

人道憲章と最低基準は、援助の効果とステークホルダーへの説明責任のいずれをも高め、説明責任の実用的なフレームワークに貢献しようとする各機関の決意を示したものである。

人道憲章と最低基準は、もちろん人道的な危機の発生を止めるものではなく、また人道的な苦しみを予防できるものではない。しかしながら、被災者の生命に対して違いを生み出すという目的によって、援助の効果を高める機会を提供できるものである。

1990年代後半より、人道NGOのグループと赤十字・赤新月運動によって始められたイニシアティブであるスフィア・スタンダードは、いまや21世紀の人道対応の事実上の標準となった。

そのため、謝辞は、この成果を生み出した全ての人々に贈らなければならない。

Ton van Zutphen
スフィア委員会議長

John Damerell
プロジェクトマネジャー

謝辞

スフィア・ハンドブックの改訂は、広範で協力的な、協議によるプロセスによって、個々人の名前を挙げることはできないほど多くの世界中の人々を巻き込んで行われた。スフィア・プロジェクトは、関係した機関・個人の貢献の幅広さや意欲を認識している。

ハンドブックの改訂プロセスは、技術的各章および横断的テーマのフォーカルポイントのグループによって主導され、新たなイシューについての知見を持つ専門家のサポートを得てなされた。彼らはいずれも各セクターから、選任された業務のレベルによって人道機関からの派遣か直接雇用かされている。ハンドブック全体に関わる要素の改訂はコンサルタント主導で行い、相当部分新しい作業であった。特に記載がない限り、以下に挙げる者はコンサルタントである。

人道憲章：James Darcy, Mary Picard, Jim Bishop (InterAction), Clare Smith (CARE International) および Yvonne Klynman (IFRC)

権利保護の原則：Ed Schenkenberg van Mierop (ICVA) および Claudine Haenni Dale

コア基準：Peta Sandison および Sara Davidson

技術的各章

- **給水、衛生、衛生促進**：Nega Bazezew Legesse (Oxfam GB)
- **食糧の確保と栄養**：
  - **栄養**：Susan Thurstans (Save the Children UK)
  - **食糧の確保と生計手段**：Devrig Velly (Action contre la Faim)
  - **食糧援助**：Paul Turnbull (WFP) および Walter Middleton (World Vision International)
- **シェルター、居留地、ノン・フードアイテム**：Graham Saunders (IFRC)
- **保健活動**：Mesfin Teklu (World Vision International)

領域横断テーマ

- **子ども**：Monica Blomström および Mari Mörth (いずれもSave the Children Sweden)
- **高齢者**：Jo Wells (HelpAge International)
- **障がい者**：Maria Kett (Leonard Cheshire Disability および Inclusive Development Centre)
- **ジェンダー**：Siobhán Foran (IASC GenCap Project)
- **心理社会的問題**：Mark van Ommeren (WHO) および Mike Wessells (Columbia University)
- **HIV / AIDS**：Paul Spiegel (UNHCR)
- **環境、気候変動および災害リスクの軽減**：Anita van Breda (WWF) および Nigel Timmins (Christian Aid)

スフィア関連基準

- **教育**：Jennifer Hofmann および Tzvetomira Laub (いずれもINEE)
- **家畜**：Cathy Watson (LEGS)
- **経済的回復**：Tracy Gerstle および Laura Meissner (いずれもSEEP network)

リソースパーソン

- **早期復旧**：Maria Olga Gonzalez (UNDP-BCPR)
- **キャンプ調整とキャンプ管理**：Gillian Dunn (IRC)
- **現金給付プログラム**：Nupur Kukrety (Cash Learning Partnership network)

加えて、軍民関係、紛争に関する配慮、および都市での状況について、多くの人の助言を求めた。

フォーカルポイントの作業をサポートするため、**ワーキンググループ**と**参照グループ**とが設置された。スフィア・プロジェクトは、これら全ての人々の貢献に感謝しているが、個々人の名前はここに含んでいない。しかしながら、全てのワーキンググループおよび参照グループの完全なメンバーリストは、スフィアのウェブサイトで確認できる： www.sphereproject.org

編集：Phil Greaney, Sue Pfiffner, David Wilson

改定ワークショップのファシリテーター：Raja Jarrah

観察・評価専門家：Claudia Schneider, SKAT

スフィア理事会 （2010年12月31日現在）

Action by Churches Together (ACT) Alliance (John Nduna) * Agency Coordinating Body for Afghan Relief (ACBAR) (Laurent Saillard) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Manuela Rossbach) * CARE International (Olivier Braunsteffer) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ed Schenkenberg van Mierop) * International Rescue Committee (IRC) (Gillian Dunn) * InterAction (Linda Poteat) * Intermón Oxfam (Elena Sgorbati) * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (Simon Eccleshall) * The Lutheran World Federation (LWF) (Rudelmar Bueno de Faria) * Policy Action Group on Emergency Response (PAGER) (Mia Vukojevic) * Plan International (Unni Krishnan) * Save the Children Alliance (Annie Foster) * Sphere India (N.M. Prusty) * The Salvation Army (Raelton Gibbs) * World Vision International (Ton van Zutphen)

資金提供

上に挙げた理事会による貢献に加え、ハンドブック改定プロセスへの資金は以下の方々から提供された：

Australian Agency for International Development (AusAID) * European Community Humanitarian Office (ECHO) * German Ministry of Foreign Affairs * Spanish Ministry of Foreign Affairs * Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) * United Kingdom Department for International Development (DFID) * United States Department of State Bureau of Refugees and Migration (US-PRM) * United States Agency for International Development Office of Foreign Disaster Assistance (US-OFDA)

スフィア・プロジェクトスタッフチーム

プロジェクトマネジャー：John Damerell
トレーニングおよび学習管理：Verónica Foubert
広報および資材管理：Aninia Nadig
トレーニング・広報サポート：Cécilia Furtade
管理・財務：Lydia Beauquis

ハンドブック改定プロセスの様々なステージにおいて、追加的サポートがAlison Joyner, Hani EskandarおよびLaura Lopezにより提供された。

※日本語版について：本改訂版の翻訳にあたり、財団法人アジア福祉教育財団 難民事業本部は、2004年版日本語版（同本部発行）の利用を快諾下さった。

目次

序文 iii

謝辞 iv

スフィアとは? 3

人道憲章. 17

権利保護の原則 23

コア基準. 45

給水、衛生、衛生促進に関する最低基準 73

食糧の確保と栄養に関する最低基準 131

シェルター、居留地、ノン・フードアイテムに関する最低基準 . . 227

保健活動に関する最低基準 271

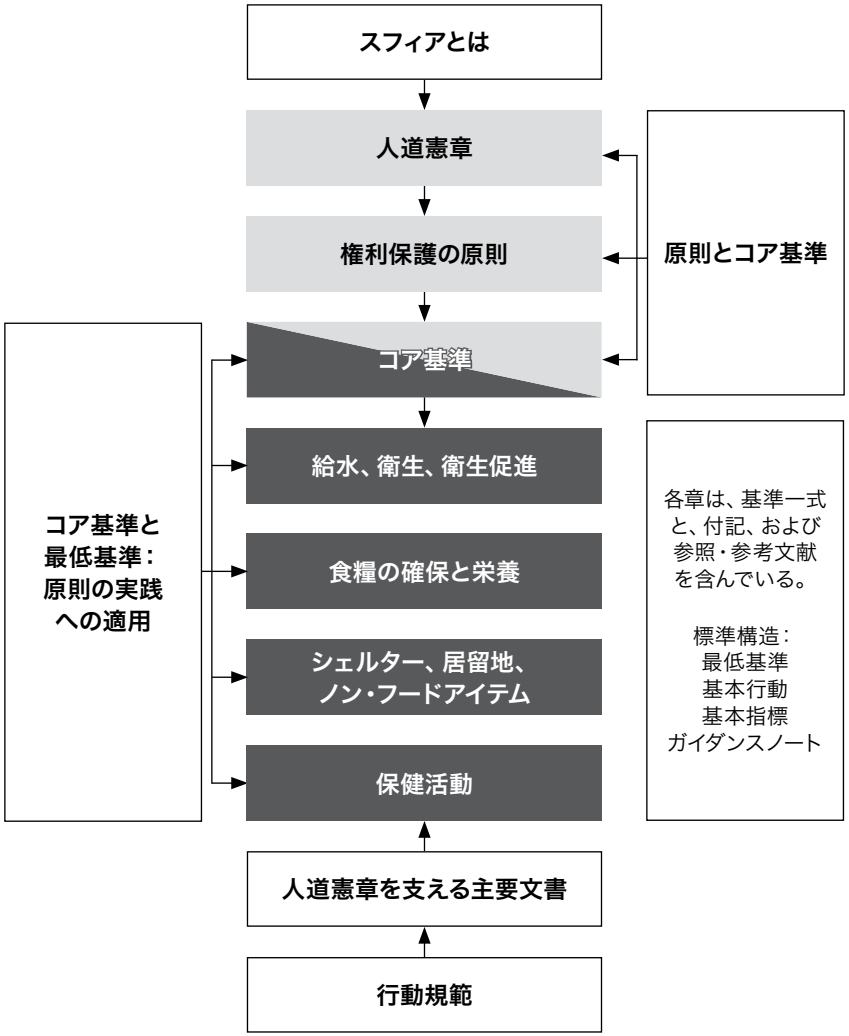
付録 337

付録1. 人道憲章を支える主要文書 338

付録2.災害救援における国際赤十字・赤新月運動および非政府組織（NGOs）のための行動規範 350

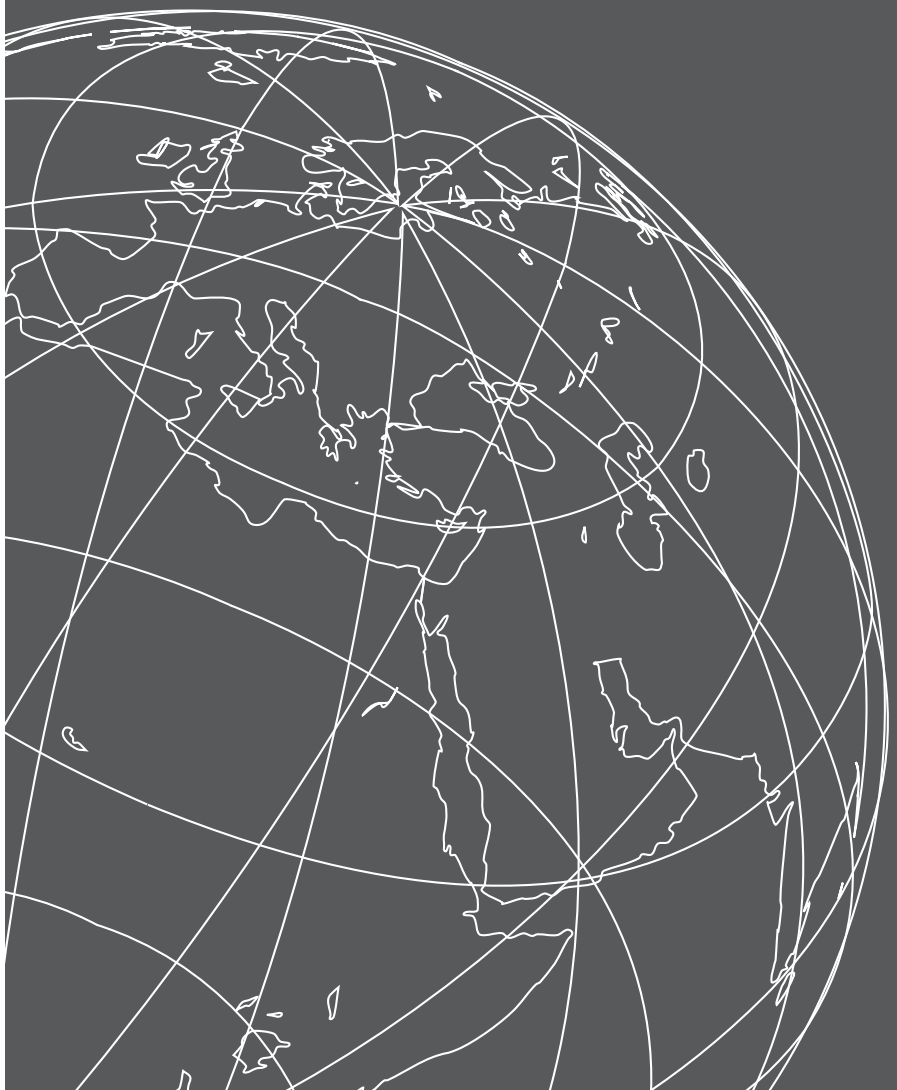
付録3.略語・頭字語. 358

ハンドブックの全体構成



スフィアとは？

What is Sphere?



スフィアとは？

スフィア・プロジェクトとハンドブックは、人道対応に品質と説明責任への考慮を導入するものとしてよく知られている。しかし、プロジェクトの原点は何であろうか？その原理とアプローチは何であろうか？どのように、なぜ、このハンドブックは着想されたのか？人道行動の世界においてどのように位置づけられるのか？誰が、いつ使うべきなのか？この章では、これらの問いに答えようとしている。さらに、ハンドブックの構成を示し、ハンドブックの使い方と読者や読者の組織がスフィアの最低基準をどのように守ることができるかを説明している。

スフィア・プロジェクトの原理：尊厳のある生活への権利

スフィア・プロジェクト（または、スフィア）は、1997年に人道援助を行うNGOのグループと国際赤十字・赤新月運動によって開始された。彼らの目的は、災害援助における行動の質を向上し、説明責任を果たせるようにすることにあった。彼らはスフィアの原理を、以下の**2つの中核をなす信念**においた：1)災害や紛争の被災者には尊厳ある生活を営む権利があり、従って、援助を受ける権利がある、2)災害や紛争による苦痛を軽減するために実行可能なあらゆる手段が尽くされるべきである。

これら2つの信念をサポートするため、スフィア・プロジェクトは人道憲章の枠組みを作り、生命を守るための主要なセクター（ハンドブックの4つの技術的各章に反映されている：給水・衛生・衛生促進、食糧の確保と栄養、シェルター・居留地・ノン・フードアイテム、保健活動）における**最低基準**を確認した。**コア基準**はプロセスの標準であり、全ての技術的各章に適用される。

最低基準は根拠に基づいており、人道対応のベストプラクティスについてのセクター全体のコンセンサスを反映したものである。基本行動、基本指標、およびガイダンスノート（以下の「基準をどのように用いるか」において説明）が、個々の基準と共に示され、基準をどのように実現するかの指針を提供している。

最低基準は、被災者が安定した状況で尊厳を持って生存かつ回復するために、あらゆる人道対応において実現すべき状況を説明している。協議プロセスに**被災者を関与させること**は、スフィアの原理の根本に位置している。従って、スフィア・プロジェクトは、援助の品質と説明責任（quality and accountability または Q&A）構想として知られるものの始まりの一つである。

人道憲章と最低基準は**ハンドブック**として併せて出版されており、読者が今読んでいるものがその最新版である。スフィア・ハンドブックは、人道対応における計画・実行・モニタリング・評価のために作られている。また、ハンドブックは、人道的な空間を作り、資源を提供するにあたっての当局との交渉への有効な支援材料でもある。さらに、資金提供者が報告要件にスフィアの基準を含めるようになっている事から、災害対策や危機管理計画を作ることにも有用である

ハンドブックは、何らかの特定の機関によって所有されているものではないため、人道セクター全体で幅広く受け入れられている。人道対応の基準として最も広く知られ、国際的に認識されており、機関相互のコミュニケーションや調整のためのツールとして使われている。

ハンドブックは2000年に初めて発行され、2003年に改訂、そして2009～2010年に再度改訂された。各改訂プロセスでは、政府や国連機関を含む幅広い組織、機関や個人が参加し、人道セクター全体での協議が行われた。

スフィア・ハンドブックの主要ユーザーは、人道対応において計画、管理、実行に関わっている実務家である。そこには、ローカル、国家レベル、もしくは国際的な人道機関の、スタッフとボランティアが含まれている。ファンドレイジングやプロジェクトの提案においても、最低基準はまた頻繁に参照されている。

政府や地方の当局、軍や民間セクターなど他の主体も、スフィア・ハンドブックを用いることが推奨される。自らの行動の指針として有効であるのみならず、彼らが関係する人道機関が使っている基準を理解する上でも役立つだろう。

ハンドブック：スフィアの価値の反映

ハンドブックの構造は、人道対応を権利ベースかつ参加型のアプローチにしっかりとつなぎ止めるというスフィアの目的を反映している。

人道憲章、権利保護の原則、およびコア基準

人道憲章、権利保護の原則、およびコア基準は、スフィアの、権利に依拠しかつ人々を中心とした人道対応アプローチを示すものである。これらは、対応の全てのステージにおいて、被災者、地元の人々および地方・中央の当局を含めることの重要性に焦点をあてている。ハンドブックでは、権利保護の原則とコア基準をいずれも冒頭にまとめることで、技術的各章で同じ内容を繰り返さないようにしている。個々の技術的エリアに特化した専門家を含め、スフィアの利用者は、権利保護の原則とコア基準も個々の章に密接に関係したものであることを認識する必要がある。

このハンドブックの土台となっているのは**人道憲章**である（付録1（p.338）の主要な法律・政策文書のリストを伴う）。憲章は、権利保護の原則やコア基準、最低基準の倫理的・法的背景であり、原則・基準の適切な解釈と実現のための基礎となっている。憲章は、**共通の原則・権利・義務**としてまとめられる、確立した法的権利・義務や、人道機関が共有する信念とコミットメントを表明したものである。人間性の原理と人道上の要請に基づき、これらは尊厳のある生活への権利、人道援助を受ける権利、および権利保護と安全への権利を含んでいる。また、憲章は援助機関の**被災した共同体への説明責任**の重要性を強調している。コア基準と最低基準は、実践におけるこれらの原理と責務を示したものである。

人道憲章は、なぜ援助と権利保護の両方が人道行動における重要な柱であるのかを説明している。この権利保護の側面を拡大するため、ハンドブックは**権利保護の原則**のセットを含んでおり、それは憲章で示した法的原則と権利を、権利保護の観点から人道的な慣習に反映されるべき戦略と行動に表現しなおしたものである。権利保護は、人道行動の核となるものであり、権利保護の原則は、紛争や災害時において被災者が直面するより深刻な脅威を意識して行動するよう確保するという、援助機関の責任を示したものである。

全ての人道機関は、その行動が被災者にさらなる苦痛を与えないこと（権利保護の原則1）、その行動が特に最も被災した者や最も脆弱な立場にいる者の利益となること（権利保護の原則2）、被災者が暴力やその他の人権侵害から守られること（権利保護の原則3）、人権侵害から回復する手助けをすること（権利保護の原則4）を、確保しなければならない。権利保護における人道機関の役割と責務は、一般的には、国家や関係当局の法的責務に次ぐものである。権利保護はしばしば、これら当局に、その責務を再認識させることを含む。

コア基準は、最低基準の最初のセットであり、その他全ての基準につながるものである。コア基準は、人道行動におけるプロセスとアプローチが効果的な行動のためにいかに重要かを説明している。災害や紛争の被災者の能力と積極的な関与に焦点をあてること、ニーズと文脈の包括的な分析と理解、機関間の有効な調整、成果向上への継続的なコミットメント、および適切なスキルを持ち支援されたスタッフは、技術的基準を実行するために全て重要である。

権利保護の原則とコア基準は、技術的各章において繰り返すのを避けるため、ハンドブックの冒頭にまとめられている。それらは全ての人道行動を支えるものであり、**技術的各章と結びつけて使われなくてはならない**。また、被災者に対する質と説明責任を実現するという精神から技術的各章を実現するために、なくてはならないものである。

コア基準と4つの技術的各章における最低基準

コア基準と最低基準は、プログラム構築へのアプローチと、生命を守る以下の4つの活動をカバーしている：給水・衛生・衛生促進、食糧の確保と栄養、シェルター・居留地・ノン・フードアイテム、保健活動。

基準をどのように用いるか

コア基準と最低基準は、一定のフォーマットでまとめられている。最初に一般的・普遍的な宣言―最低基準―が記載され、その後基本行動、基本指標、ガイダンスノートが示されている。

最初に、**最低基準**が述べられる。各基準は、被災者は尊厳ある生活への権利を有するという原則から導き出されている。最低基準は本来質的なものであり、人道対応で実現されるべき最低レベルを示している。対象は普遍的であり、あらゆる被災状況において適用可能である。従って、最低基準は一般的な表現でまとめられている。

次に、最低基準を実現するための、実践的な**基本行動**が示される。いくつかの行動はあらゆる状況で適用可能なわけではなく、基準の実現をもたらす関連する行動を選択し、代替行動を考えるのは、実践している者に任されている。

そして、基準が実現されているかどうかを示す「シグナル」として**基本指標**が続く。指標は、基本行動のプロセスと結果を測定し報告するための手段を提供する。基本指標は最低基準と関連したものであり、基本行動とは関連していない。

最後に、**ガイダンスノート**が、基本行動と基本指標に到達しようとするときに意識すべき、状況に即したポイントを含んでいる。それらは、現実の困難に取り組む際の指針や、優先的テーマおよび領域横断のテーマについてのベンチマークやアドバイスを提供している。また、基準・行動や指標に関連した重要な論点を含み、現在の知見におけるジレンマ、論争やギャップを説明している。ガイダンスノートは、特定の行動を**どのように**実施するのかをガイドするもの**ではない**。

簡潔な**各章の導入**は、主要な関連論点を提示している。技術的最低基準の各章には、例えば事前評価時のチェックリストや計算式、表やレポートフォーマットの例などを含む、付記がついている。各章は、最後に参照文献とさらに読むべき資料の提案で終わる。ハンドブックの各章の詳細な用語集は、スフィアのウェブサイトで得ることができる（www.sphereproject.org）

全ての章は、相互に関連している。しばしば、あるセクションで説明された基準が、他のセクションでの基準と関連づけて言及されることが必要となる。そのため、ハンドブックは多数の相互参照を含んでいる。

スフィアの最低基準の遵守

スフィア・ハンドブックは自主的な規範であり、活動の質と説明責任を自ら規制するためのツールであるため、スフィア・プロジェクトは何らの遵守メカニズムも運営していない。スフィアへの「調印」といったものはなく、メンバーシップや認証プロセスといったものもない。スフィア・プロジェクトは、ハンドブックのできる限り広範な普及を促すために、ハンドブックが規範的で遵守を求めるものとならないよう意識している。

ハンドブックは、特定のサービスを具体的にどう提供するのかを示したものではない（基本行動は、基準を満たすための行動を、方法を特定せずに示している）。むしろ、ハンドブックは被災者の尊厳ある生活を確保するために何が必要か、を説明している。従って、スフィアの最低基準に従うようシステムを選択するのは、実施機関自身である。ある機関は、純粋に内部のメカニズムのみを用いており、機関によっては相互評価を導入している。一部の援助機関ネットワークは、特定の緊急事態における集合的な対応を評価するために、スフィアを用いている。

スフィアに従うということは、全ての基準・指標に合致することを意味してはいない。機関がどの程度基準に合致することができるかは様々な要因によるものであり、一部コントロールできないものを含む。時には、被災者へのアクセスの困難、当局の協力の欠如、又は深刻な危険が、基準を満たすことを不可能にする。

もし、災害前の段階で既に被災集団の一般的な生活状況が著しく最低基準を下回っていたならば、人道機関が基準を実現するための資源は不十分であるかもしれない。そのような状況では、被災集団全体に対する基本的な施設の提供の方が、一部の人々に対する最低基準の実現よりも重要である。

時には、最低基準が、周辺人口の日常の生活状況を上回ることがある。被災集団への基準実現にこだわることは重要である。しかし、そのような状況ではまた、周辺人口をサポートする行動や、コミュニティのリーダーとの対話の必要性も示されるであろう。何が適切で実行可能かは状況による。

基準が実現不可能なときには、人道機関は、

- 報告書（事前評価、事後評価など）において関連するスフィアの指標と実際の実現状況とのギャップを説明すること
- ギャップの理由と、何を変えるべきかを説明すること
- 被災者への悪影響を評価すること
- 悪影響によって引き起こされる被害を最小化するために適切な緩和措置をとること

が、求められる。

上記ステップを取ることで、ハンドブックに示された基準は満たすことができないとしても、援助機関はスフィアの精神と最低基準に従っていると言うことができる。

人道行動におけるスフィアの位置付け

スフィア・ハンドブックは、自然災害、紛争、慢性的事態や突発的事態、地方や都市部、複雑な政治的緊急事態など様々な状況で、全ての国における人道対応において用いられるよう編纂されている。「災害」はこれらの状況を指しており、適宜「紛争」という用語も用いている。「集団」は、個人、家族、コミュニティやより広いグループを指す。従って、ハンドブックにおいてはよく「被災集団」という語を用いている。

いつ、ハンドブックを用いるか

人道対応期間にフォーカスすることで、スフィアの最低基準は、被災者の緊急の生存ニーズを満たす行動をカバーしている。この期間は、数日から数週間のこともあれば、特に長期化する不安定や避難の状況においては数ヶ月、時には数年にわたることもある。従って、スフィア基準の有効性について特定のタイムフレームを規定することは不可能である。

しかしながらハンドブックは、**人道行動**の幅広い領域において一定の位置を占めており、事態に即応した救援を越えて、災害対策に始まり、人道対応、そして復旧初期段階まで含めた幅広い行動をカバーしている。ハンドブックは、災害対策と復旧初期フェーズ—それらは概念的には人道対応の枠となるが、実際には同時に考慮されるべきもの—の両方において、参考資料として有用である。

災害対策は、各アクター—政府、人道機関、地域の市民社会組織、コミュニティ、および個人—が、災害や紛争に効果的に対応するための対策を行う能力、関係および知識を必要とする。対応前と対応の最中において、対策の度合いを高め、将来のリスクを軽減する行動を取り始めるべきである。少なくとも、将来の災害においてスフィアの最低基準が満たされるようにすべきである。

復旧初期は、救援に続き長期の復旧につながるプロセスであり、人道対応のごく初期から予期され促進されることによって最も効果的となる。復旧初期の重要性を認識しているため、ハンドブックは復旧初期について全体を通して適宜参照している。

人道セクターにおける変化とスフィアへの影響

災害や紛争の性質や人道行動の変容など、人道セクターや関連するその他のエリアにおける数々の変化が過去数年に起こっている。ハンドブックの改訂プロセスにおいて考慮された変化は以下のようなものである：

- 地域・国家レベルでの対応への理論的・実践的フォーカスの向上：**被災者**が意見を求められ、危機に見舞われた地域・国家機関の対応能力が強化されるべきという意識に対応している
- より積極的な人道行動への**説明責任**：特に被災者への説明責任を含むが、また機関間常設委員会（Inter-Agency Standing Committee, IASC)の後援による人道改革プロセス（クラスターアプローチ）等、さらに積極的な調整を含む
- **権利保護**の課題や対応への注目の増大
- **気候変動に起因する災害**による大規模な強制的移住への認識と、環境悪化が脆弱性を増加させる事への認識の向上
- **都市の貧困層**が急速に増加しており、彼らが特に貨幣経済や社会的結合、物理的スペースに関連した特有の脆弱性を持っていることについての認識
- **現金やバウチャーを給付**し、人道援助物資を送る代わりに地域で購入することなど、援助への新たなアプローチ
- **災害リスクの抑制**についての、領域およびアプローチ両面での、認識の向上
- 人道行動への**軍**の関与の増大：人道的要請によって一義的に動かされる訳ではない主体であり、人道に関する民軍対話につき特定のガイドラインと調整戦略の開発が必要となっている
- 人道行動への**民間セクター**の関与の増大：民軍対話と同様、ガイドラインと戦略が必要となっている

スフィア・プロジェクトは、これらの変化を適宜ハンドブックに含めており、特に、現金の給付、早期復旧および民軍関係に関しての**新たな論点**を扱っている。

人道対応における状況の理解

有効な人道対応は、**各状況での人々のニーズ、脆弱性と能力を評価**するため、総合的な、状況に則った診断（事前評価、モニタリング、事後評価）に基づいたものでなければならない。

ハンドブックは本質的には、異なる状況を認識し、それに適した対応プログラムを適用するツールとして編纂されている。ハンドブックは、実践者が具体的な状況や文脈において、特定の脆弱性や能力に一定のフォーカスをした上で、普遍的に適用可能な基準に到達するのを助けることになる。

被災者の中で、全ての個人が資源や権力に平等のコントロールを有しているわけではない。従って、民族的出自や宗教、政治的所属に応じて、人々は災害から異なる影響を受ける。強制移住は、通常はまったくリスクを負っていない人々を脆弱にしうる。女性、子ども、高齢者、障害を持った人々やHIVと共に生きる人々は、物理的、文化的、そして／もしくは社会的障害により、不可欠な援助や声を聞いてもらえる機会を与えられないことがある。こういった人々を「脆弱性の高い人々」のロングリストとして扱うことは、多様な脆弱性の重なりや、一つの危機状況でさえ時間の経過によって脆弱性の性質が変化するということを無視することで、関与を分断させ、非効率なものにしうることが経験的に分かっている。

救援と復旧への努力はまた、コミュニティを安全にし、回復力をより強力にするために、将来の危険や脆弱性を意識しなければならない。世界の多くの領域で、気候変動はすでにリスクパターンに影響を与えつつある。危険や脆弱性、能力についての伝統的な知識は、将来の気候リスクの評価と統合されることが必要である。

一つ一つが異なる様相を見せる災害状況と、被災者各自の脆弱性と能力に対して公正な対応を行うために、ハンドブックはいくつかの**分野横断的テーマ**に言及している。**子ども、ジェンダー、高齢者、HIV/AIDS、障がい者**、および**心理社会的サポート**に関するこれらのテーマは、個人や小グループの脆弱性を扱う。**災害リスクの軽減**（**気候変動**を含む）と**環境**は全ての被災者に関わる脆弱性に言及している。この章の最後に、各テーマがより詳しく説明されている。

他の人道基準との連関

スフィア・ハンドブックを取扱い可能なサイズで一冊にまとめるため、人道対応の4つの領域にフォーカスしている。効果的な人道対応の一部である多くの関連セクターは、それぞれ独自の基準を作成している。その一部は、**スフィア関連基準**に含まれるものであり、別個に発行されているが、スフィアと同様の厳格さと協議プロセスによって作成されている：「INEE (Inter-Agency Network for Education in Emergencies)教育最低基準 ー 対策・対応・復旧」、SEEP (Small Enterprise Education and Promotion) ネットワークの「危機後の経済回復のための最低基準」、「家畜緊急時ガイドライン／基準（LEGS (Livestock Emergency Guidelines and Standards)）」。

緊急時の教育は、生命を維持するものであり、かつ生命を守るものである。安全な空間で提供されることで、正常感や心理社会的サポートを与え、搾取や危害からの防御にもつながる。教育はまた、安全や生きるためのスキル、重要な健康・衛生上の情報を伝えることもできる。「INEE教育最低基準 ー 対策・対応・復旧」は、2004年に初版、2010年に改訂されたが、2008年にスフィアの関連基準となっている。教育最低基準は、教育と健康、水、衛生、栄養、シェルターおよび権利保護との重要な関係を明確に示し、教育上の対策・対応の安全性・質および説明責任を高めるフレームワークとなっている。

小規模事業者の成長と家畜は、SEEPネットワークの「危機後の経済回復のための最低基準」および「家畜緊急時ガイドライン／基準」においてそれぞれカバーされ

ている。これら二つの最低基準は、2011年にスフィアの関連基準となることが見込まれている。

このハンドブックと共に用いられることで、関連基準は被災者への援助の質改善につながるだろう。INEEやSEEP、LEGSによる関連ガイドラインはハンドブックに統合され、全体を通して相互に参照されている。

各種機関や連合、ネットワークは、例えば機関のマンデートなどの組織特有のニーズ、技術的専門知識や助言におけるギャップ認識に対応するため、その他の基準や規約を作成している。ハンドブックでは、技術的各章において、これら基準について関連がある範囲で参照している。

スフィア・プロジェクトは、セクター内で**品質と説明責任（Q&A）構想**グループを構成する一部であり、危機対応能力構築（Emergency Capacity Building, ECB）プロジェクト—Good Enough Guideを作成—および人道行動説明責任パートナーシップ（Humanitarian Accountability Partnership, HAP）—「人道行動における説明責任および品質管理基準」によってコンプライアンス問題に取り組んでいる—と、作業上の密接な関係を持っている。その他、スフィアが定常的に関係しているQ&A構想には、People in Aid、グループURD（Urgence緊急・Réhabilitation復興・Développment開発）、Coordination Sud、および人道行動における説明責任および実績のための行動的学習ネットワーク（ALNAP）がある。

ハンドブックを越えて

スフィア・プロジェクトの、主要かつ最も活用されるツールがこのハンドブックである。ハンドブックはウェブサイト（www.sphereproject.org）から電子フォーマットでも取得可能であり、ウェブサイトではまた最新ニュースや入手可能なバージョンの更新内容、その他資料も提供している。

ハンドブックは多様な言語で提供されており、多様なトレーニング材料や普及のための資料を伴っている。これらは、実践者の経験に基づいて、しばしば地域の状況に合わせて作られている。このことは、時には非公式で緩やかに繋がり、拡大し続けている、スフィアの精神を活かし続けている実践者のネットワークである、現場でのスフィアコミュニティの活発さを示している。スフィア・プロジェクトは、被災者の権利とニーズを満たし、彼らへの説明責任を果たすために人道対応の改善を支援するというニーズに基づいて成り立っている。スフィア・プロジェクトは設立以来多大な進歩を成し遂げたが、ハンドブックだけではこれを実現できない—あなたのみが、実現できるのである。

分野横断テーマの概要

本書の分野横断テーマは、災害対応に関連した特定の懸念事項にフォーカスし、個人、グループもしくは一般的な脆弱性問題に言及している。この章では、各テーマについて若干詳細を説明する

子ども：すべての子どもが危害から守られ、全員が基本的なサービスを公平に利用可能とするため、特別な手段が講じられなければならない。子どもは被災者の中で大きな割合を占めることがよくあるため、危機的状況下での初期評価や計画作成時に子どもの考えや体験を聞くだけではなく、人道援助サービスの提供やモニタリング、事後評価に反映させることが非常に重要である。子どもと若者は、栄養失調、搾取、略取誘拐や戦闘部隊への徴募、性的暴行、意思決定への参画機会の欠如など、一定の状況において脆弱性による影響を受けやすい。児童の権利に関する条約では、子どもとは18歳未満の者である。この定義は、文化的・社会的背景により異なっている場合もある。被災集団では子どもをどのように定義付けているかを綿密に分析し、子どもや若者の誰一人として人道援助から漏れることのないようにすることが不可欠である。

災害におけるリスクの軽減：これは、災害のリスクを軽減するという考え方とその実践であり、災害が引き起こされる要因の分析とそれを管理するための系統的な取り組みを指す。これには、危険への露出の低減、人・財産の脆弱性の軽減、土地や環境の賢明な管理や有害事象への備えの増強などが含まれる。有害事象としては、暴風雨、洪水、旱魃や海面上昇などの自然災害が含まれる。これらの事象は、変動幅が大きく激しくなるに従い、グローバルな気候変動のためであると考えられるようになってきた。

環境：環境とは、被災地域コミュニティが生活を営み、生計を立てるうえで関係する物理的・化学的・生物学的な要素・プロセスのことである。環境は、人々を支え生活の質を決定する天然資源を提供する。こうした極めて重要な機能を維持するためには保護と管理が必要である。最低基準は、乱開発、汚染および環境の悪化を防ぐ必要性に対応しており、生活に必要な環境を保護し、リスクと脆弱性を軽減することを目標とし、自然への順応を促進し、自己再生を促すメカニズムの導入を目指している。

ジェンダー：ジェンダーは、人々がそのジェンダーに応じて異なる状況を経験するという事実を表している。**性別**は、男女の生物学的特性を指す。それは自然で、出生時に決定されており、従って一般的に変わらず普遍的なものである。

女性と男性の権利の平等は、人道憲章の基盤となる人権に関する文書の中で明確に述べられている。女性と男性は、同等に人道援助と権利保護を享受し、人間として同等に尊厳を尊重し、選択する能力を含めて人間として同等の能力

を持つと認められる権利を持ち、選択に基づいて行動する同等の機会と自らの行動の成果を形にする同等の権利を持つ。男性と女性、全ての年齢の男子と女子では、ニーズ、脆弱性、関心、能力、対応方法が異なり、また、災害や紛争によって受けた影響も異なることを理解した上で人道対応を行うと、活動はより効果的なものとなる。こうした違い、さらには男性と女性の役割、仕事量、資源に関するアクセスと管理、意思決定に対する権限、およびスキル開発の機会の違いと不平等は、ジェンダー分析によって理解することができる。ジェンダーは、その他の分野を横断した問題に、さらに横断的に影響する。人道援助の目標が、均整と公平性であることから、男女間の公平性を実現し、確実に平等な結果をもたらすように注意を払う必要がある。一般的に、女性や女児が男性や男児と比べて不利な状況にあるので、人道支援の歴史においては、ジェンダー関係といえば、すなわち女性や女児のニーズや状況に応えることが注目されてきた。しかしながら、危機的状況において男性や男子が直面している事への理解が必要なことも、次第に人道コミュニティにおいて認識されるようになってきている。

HIVとAIDS：特定の人道状況におけるHIVの蔓延状況を知ることは、脆弱性とリスクを知り、効果的な対応を計画するために重要である。最も危険度の高いグループ（例：同性性交を行う男性、静脈注射によるドラッグユーザー、セックスワーカー）―彼らは無視、差別、暴力から守るために特定の対応を取ることがしばしば必要となる―に加え、難民、移民、若者もしくは独身の母親などのその他の脆弱性があるグループも、状況によっては対応が必要である。大規模な人口移動が発生するときには、家族の分離が起こり、やコミュニティの繋がりや行動の規律となる社会的・性的規範の崩壊が起こることにより、HIVによる脆弱性やリスクは増大しうる。女性や子どもは武装グループによって搾取されやすく、性的な暴力や搾取によりHIVに特にさらされやすい。人道的緊急事態においては、人々はもはや予防プログラムなどのHIVに関する介入へのアクセスがなくなり、抗レトロウイルス療法（ART）や結核（TB）治療、その他の日和見感染症の予防と治療の途絶が起こりうる。

HIVと共に生きる人々（PLHIV(people living with HIV)）はしばしば差別を受け、烙印を押されるため、秘密厳守に徹し、必要に応じて保護を受けられるようにしなければならない。このハンドブックの各セクターの活動において、蔓延状況や経緯に応じたHIVへの適切な対応が取られる必要があり、HIVへの脆弱性やリスクを増加させてはならない。

高齢者：国連によれば、高齢者とは60歳を超えた男女であるが、文化的・社会的背景により、高齢者の定義が異なる場合もある。高齢者はしばしば途上国では最も貧しい人々であり、被災者の中でも最も脆弱な人々として大きな割合を占め、その割合は増加しているが（例えば、80歳以上の人口は世界で最も増加しているグループである）、彼らは災害対応においてしばしば無視される。生活設計および家族・コミュニティによる支援構造の崩壊、慢性的な健康や移動上の問題、および精神的な健康の衰えと共に、被災下に置かれた高齢者を弱者にする最も大きな要因は孤立と身体的な虚弱さである。外出できない高齢者や高齢者による家庭を把握し手を差し伸べるための特別な努力がなされなくてはならない。高齢者はまた、生存と復旧において重要な貢献をなす。子どものケア、資源の管理、所得創出において重要な役割を果たし、またコミュニティでの対応に関する知識と経験が、コミュニティの文化的・社会的独自性の維持に役立つ。

障がい者：世界保健機構（WHO）は、子どもや高齢者を含む世界人口の7～10%が障がいを持っていると推計している。災害や紛争は負傷やその結果として障がいを残らせる事象を増やすことにつながる。「国連障害者権利条約」（CRPD）は障がいを、発展する概念であり、障がい（身体的、感覚的、知的および心理社会的なものがありうる）を持つ人々と、彼らに対する態度および環境による障壁との相互作用であって、障がい者が他の者と平等に社会に完全かつ効果的に参加することを妨げるものによって生ずるものと定義している。従って、人道支援の中心的なプログラムに関して、障がい者を完全かつ意義ある参画か、もしくは利益の享受から妨げているのが、そのような障壁である。新しいCRPDは、紛争や緊急事態における障がい者の安全と保護について、特に言及している（第11条）。

障がい者は、災害時においてより大きなリスクにさらされ、しばしば救援・復旧プロセスから阻害される。このような阻害は、標準的な災害サポートサービスを障がい者が効果的に利用し参画することをより難しくする。重要なことは、障がい者は子どもや高齢者を含む多様な人々であり、一つの方法で全て対応するようなアプローチでは、ニーズに対応できないということである。従って人道対応は、個々人の障がいの種類や程度に応じた特有の能力、スキル、リソースおよび知識について考慮しなくてはならない。また、障がい者はコミュニティの他の人々と同様の基本的ニーズを有していることを忘れないことも重要である。加えて、人によっては、補助具や機器を交換することや、リハビリサービスへアクセスできることなど、特有のニーズを持っている。さらに、障がい者に向けた取り組みが彼らを家族やコミュニティのネットワークから切り離すようなことがあってはならない。最後に、人道行動において障がい者の権利が考慮に入れられないならば、全ての人々のコミュニティを再構築するという大きな機会は失われることになる。従って、救援・復旧の全ての局面において、障がい者を含めることが重要である。このためには、中心的な対応と対象を絞った対応のいずれも必要とする。

心理社会的サポート：災害における脆弱性や苦痛の最大の源の一部は、災害の感情的・社会的・身体的および精神的な複雑な影響から生じるものである。これらの反応の多くは正常であり、時間と共に乗り越えられる。被災者同士で

立ち向かい回復へ向かう自助活動を進める、地域の適切なメンタルヘルスおよび心理社会的なサポートを組織化することが重要である。最も早期の適切な時期に、被災者自身が災害対応を導き、その実施に関与することで、人道行動はより強力になる。人道支援の各領域においてどのように援助が運営されるかには、被災者に対してサポートとも害悪ともなり得る心理社会的なインパクトを与える。支援は、被災者の尊厳を高め、意味のある参画を通して自己効力感を尊重し、宗教的・文化的な監修の重要性に敬意を払い、そうすることによって被災者が総合的な福祉を維持できる能力を高めるような、思いやりのある方法で提供されるべきである。

参照

国連子どもの権利条約：www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

国連障害者の権利条約：www.un.org/disabilities/

世界保健機構 ー 障がい者に関する情報：www.who.int/disabilities/en/

人道憲章

The Humanitarian Charter

人道憲章は、このハンドブックに示されている権利保護の原則、コア基準、および最低基準の倫理的・法的な背景をなすものである。それは、ある部分では確立された法的権利義務の表明であり、ある部分では共有された信念の表明である。

法的権利義務の観点からは、人道憲章は被災者の福利に最も影響する核となる法的な原則を要約したものといえる。共有された信念としては、多様なアクターの役割と責任を含む、災害や紛争に対する対応を統べる原則として人道機関の間でコンセンサスとして同意されているものを形にしようとしたものである。

人道憲章は、スフィアを推奨し、人道行動に関わる者全てに同じ原則を受け入れさせようという、人道機関のコミットメントの基礎となるものである。

人道憲章

われわれの信念

1. 人道憲章は、全ての被災者は、尊厳のある生活に必要な基本的な状況が確保されるよう保護と援助を受ける権利があるという、人道機関に共通の信念を表明したものである。我々は、人道憲章に示された原則が普遍的であり、いかなる場所にいる被災者に対しても、また彼らへの援助や安全の提供に従事しようとする者全てに対しても、適用されると信じている。これらの原則は国際法に反映されているが、その力は究極的には**人間性**の基礎的な道徳原則—全ての人々は尊厳や権利において自由かつ平等に生まれた、というもの—から導き出されている。この原則に従い、我々は、**人道上の責務**—災害や紛争によって引き起こされる人道的な被害の防止・軽減のための行動を取らなければならず、またいかなることもこの原則に優越してはならない—が最優先されることを確認する。

地元、国家もしくは国際的な人道機関として、我々はこの章の原則を推進し支持することと、被災者を援助し保護しようという努力において最低基準を満たすことを、約束する。以下に共有された人道的信念の表明として示される、共通の原則、権利、義務を支持するよう、政府および民間セクターを含む全ての人道行動に関わる機関に対し勧める。

われわれの役割

2. 被災者の基本的なニーズを満たすのは、まずは彼ら自身の努力と、コミュニティや地域の機関を通じてであることを、我々は認識している。我々は、被災者へ適時の支援を提供すること、人々の保護と安全を確保すること、かれらの復興へ支援を提供することについては、被災した国の国家に第一の役割と責任があることを認識している。公的な行動と自発的な行動が合わさることが効果的な予防と対応には重要であると我々は信じており、この観点から、赤十字赤新月社運動協会や、その他の市民社会の構成員は、公的機関をサポートするにあたって主要な役割を担っている。国の能力が十分ではない場合、我々は、他国の支援機関や地域機関を含む広く国際社会の、国家がその責務を果たすことを支援する役割を確認する。我々は、国連の各機関や国際赤十字委員会によって果たされる、特別な役割を認識し、支持する。

3. 人道機関として、我々は自らの役割を、被災者のニーズと能力と、かれらの政府や統治している権力グループの責任に関連づけて、解釈する。援助を提供するにあたっての我々の役割は、本来責任を持つ者がその役割を必ずしもいつも完全に発揮できるわけではなく、もしくは発揮したくないと考えているかも知れないという現実を反映している。可能な限り人道上の責務やこの章に示されているその他の原則に従いながら、我々は被災者を守り援助しようとする関連当局の努力をサポートする。我々は全ての国家と非国家主体に対し、人道機関の公平で独立した無党派の役割を尊重すること、また不必要な法制度上・実務上の障壁を排除し、安全を提供し、被災者への迅速で一貫したアクセスを認めることによって人道機関の業務を促進することを求める。

共通の原則、権利および責務

4. 我々は人道機関としてのサービスを、被災者全て—女性と男性、少年と少女—の権利を認識しながら、人間性の原則と人道上の責務に基づいて提供する。これらは、国際人道法や人権法、難民法の規定に反映されている保護され援助される権利を含んでいる。この章の目的のために、我々はこれらの権利を以下のようにまとめた：

- **尊厳のある生活への権利**
- **人道援助を受ける権利**
- **保護と安全への権利**

これらの権利は、国際法においてそのような用語で定形化されてはいないが、これらは確立された法的権利を広く要約しており、人道上の責務の詳細な実体を示している。

5. **尊厳のある生活への権利**は国際法の規定、特に生存権、生活の適切な基準に対する権利、拷問及び残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取扱い又は刑罰からの自由などに関する人権規定に反映されている。生存権、生命が脅威にさらされている場面において生命を守る義務につながる。これは、生命を守る支援の提供を控えたり妨げたりしてはならないという義務を示唆している。尊厳は、身体的な福利以上のことを含んでいる：それは、個人や被災コミュニティの価値や信仰を含む全人格的な尊重を必要としており、また自由、良心や宗教的な慣習への権利を含む、人権の尊重を必要としている。

6. **人道援助を受ける権利**は、尊厳のある生活への権利の不可欠な要素である。この権利は、国際法で明示的に保証されている、適切な食糧、水、衣服、シェルターや健康に必要な要素を含む、適切な生活水準への権利を含んでいる。スフィアのコア基準と最低基準は、これらの権利を反映し、特に災害や紛争の被災者へ援助を提供することに関連した実用的な表現を提供している。国家や非国家主体がこれらの援助を自ら提供しない場合、彼らは他者が提供することを助けなければならないと、我々は信じている。いかなるこのような援助も、**公平性**の原則に従って提供されなければならず、すなわち必要性にのみ基づき、必要性の程度に従って提供されることが求められる。これは、いかなる人もそのいかなる地位―年齢、ジェンダー、人種、肌の色、民族、性的嗜好、言語、宗教、障がい、健康状態、政治やその他の意見、国籍や社会的出自を含む―によっても差別されてはならないという、**非差別**の広い原則を反映している。

7. **保護と安全への権利**は、国際法の規定や、国連や他の政府間機関の決議、およびその管轄下にある全ての人々を守るという国家の主権的責任に基づいている。難民や国内避難民を含む災害や紛争における被災者の安全と保護は、特に人道上懸念される問題である。法が認識しているように、一部の人々はその年齢やジェンダー、人種などの地位のために虐待や不利な差別に対して特に脆弱性が高く、保護や援助に関して特別な手立てが必要となる。このような状況にある人々を守る能力を国家が有していない状況において、我々は国際的な援助が探求されるべきであると信じる。

文民や避難民の保護に関する法は、この問題に特別な着目を要請している：

(i)国際人道法において定義される**武力紛争時**には、紛争に関与していない人々に対しての保護と援助のため特定の法規定がなされている。特に、1949年のジュネーブ諸条約と1977年の追加議定書は、国際的武力紛争および非国際的武力紛争のいずれの当事者に対しても義務を課している。我々は、文民が攻撃や報復から一般的に守られること、特に文民と戦闘員や民用物と軍事施設の**区分**の原則、武力行使における**均衡性**と攻撃における**予防措置**の原則、無差別的なもしくはその性質として過剰な損害や不必要な苦痛を与えるような兵器の使用を避ける義務、非差別的な救援の提供を許可する義務について、強調する。武力紛争時に文民が被る本来避けられた被害の多くは、これらの基本原則を遵守することに失敗したことに起因している。

(ii)**庇護や保護区域を求める権利**は、迫害や暴力に直面している人々を保護するために、依然として重要である。災害や紛争の被害者はしばしば、安全と生存のための手段を求めて故郷を逃れることを余儀なくされる。1951年の難民の地位に関する条約（同議定書を含む）やその他の国際的・地域的な条約は、国籍国や居住国からの保護を得ることができず他国に保護を求めざるを得なかった人々に対する基本的な保護措置を提供している。その中の最も重要なものが、**ノン・ルフルマン**の原則（いかなる者もその生命や自由、身体的安全が危険にさらされるか、拷問や他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取扱い又は刑罰にさらされる可能性がある国に送り返されるべきではないという原則）である。同じ原則が、国際人権法に反映され、1998年の国内避難民に関する指導原則や関連した地域や国家法に詳細に記述されることで、国内避難民に関しても展開して適用されている。

我々のコミットメント

8. 我々は、被災者が人道行動の中心に位置するという信念から我々のサービスを提供し、また脆弱性が高く社会的に疎外されている人々を含む被災者のニーズを最大限満たす援助をするために、被災者の積極的な関与が重要であることを認識する。我々は、災害や紛争の結果に対して予防し、備え、対応する地域の努力を支え、あらゆるレベルの地域のアクターの能力を強化するよう、努力する。

9. 我々は、人道援助を提供しようとする試みが時に予期しない逆効果をもたらす事を認識している。被災したコミュニティや当局と協力し、人道行動の地域コミュニティや環境へのあらゆる逆効果を最小化することを目指す。武力紛争においては、人道援助を提供する方法によっては、攻撃に対して文民をより脆弱にすることがあり、もしくは紛争の一方の当事者を意図せず有利にする機会を与えることになる事を、我々は認識する。我々は、これまで述べてきた原則に従う限りにおいて、このような逆効果を最小化するよう誓う。

10. 我々は、この憲章に示された人道行動の原則や、「災害救援における国際赤十字赤新月運動およびNGOのための行動規範」（1994年）の特定の指針に従い、行動する。

11. スフィアのコア基準と最低基準は、尊厳のある生活への基礎的な最低限の要件への援助機関の理解と人道援助を提供してきた経験に基づき、この憲章に示された共通原則を実体的に示したものである。基準の達成は様々な要素に依存し、その多くは我々のコントロールを越えたものであるが、我々は一貫して基準達成を試み続けることを誓い、その結果としての責任を問われることを想定している。我々は、被災した政府や支援国の政府、国際機関、民間や非国家主体を含む全ての関係者に対し、スフィアのコア基準と最低基準を、受け入れられた規範として承認することを勧める。

12. コア基準と最低基準を支持することによって、災害や紛争の被災者が少なくとも尊厳ある生命と安全への最低要件―適切な水、衛生、食糧、栄養、シェルターおよび健康管理を含む―へのアクセスを確保できるよう、あらゆる努力をすることを誓う。この目的のため、我々は引き続き、国家やその他の主体が被災者に対するその倫理的・法的義務を満たすよう、提唱を続ける。我々自身としては、我々の対応がより効果的、適切、かつ説明責任を負えるようにするため、変化していく地域の状況を適切に評価・監視し、情報と意志決定を透明化し、コア基準や最低基準に示されたようにあらゆるレベルの関係する主体との間でより有効な調整と協力を行う。特に、事態に対する対応への被災者の積極的な参画を重視し、被災

者とのパートナーシップによって活動を行うことを誓う。我々は、説明責任の基本は我々が支援しようとしている人々に対するものでなければならないことを認識している。

権利保護の原則

Protection Principles

この章の使い方

人道行動は、2つの主要な柱によって構成される：権利保護と援助である。このハンドブックの大部分、特に技術的各章は、援助の範囲に留まっているが、この章では権利保護に注目する。権利保護は、人道憲章を基礎としながら、人道機関が暴力や抑圧の脅威に直面した人々を保護することにどのように貢献できるのか、という問いに対応している。より一般的に権利保護は、援助へのアクセスを含む人道憲章に示された権利の尊重と実現を確保する援助機関の役割と関連している。

この章は2つのセクションに分けられる。

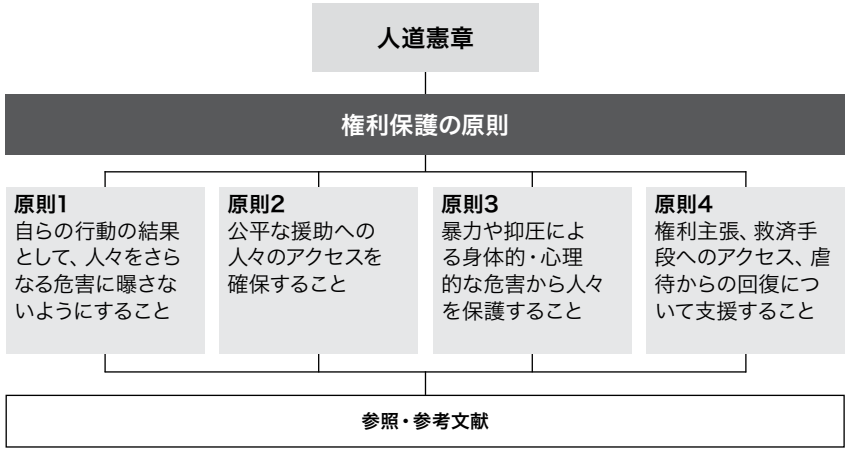
- **導入**：被災者の保護を助け、かれらの権利の尊重を確保するための、人道対応に関わる全ての者の一般的な責任を示している。
- **4つの権利保護の原則**：人道行動を支えるものであり、人道対応の文脈での権利保護の基礎的な要素を含んでいる。これらには、権利保護における人道機関の役割をさらに詳述しているガイダンスノートが付属している。参照文献セクションには、権利保護のより特定の領域に関連した、その他の基準や文書が含まれている。

目次

導入 27

権利保護の原則 31

参照・参考文献 40



導入

権利保護と人道対応

権利保護は、災害や武力紛争の被災者の安全、尊厳、および権利と関連している。人道憲章は、人道対応における最も基本的な権利の幾つかを要約している。本章は、これらの権利がどのように人道行動を権利保護の観点から形作るか、特に人道機関がいかにして被災者をさらなる危害にさらさないようにし、より安全で守られた状態とできるかに、関係している。

この文脈で核となる人道上の権利保護の問題とは、暴力や様々な種類の抑圧からの自由や、尊厳ある生存のための手段の意図的な剥奪からの自由である。

これらの問題から、すべての人道行動を方向付ける**4つの基本的な権利保護の原則**が生まれる：

1. 自らの行動の結果として、人々をさらなる危害に曝さないようにすること。
2. 必要性に比例し、差別のない、公平な援助への人々のアクセスを確保すること。
3. 暴力や抑圧による身体的および心理的な危害から人々を保護すること。
4. 自らの権利を主張し、可能な救済手段へアクセスし、虐待の影響から回復できるよう、人々を支援すること。

人道対応の文脈から、これらの4原則は紛争や災害時に人々が一般的に直面するより深刻な脅威を反映している。ガイダンスノートでは、人道機関にとっての関連する責任や選択肢について、特定の保護ニーズと共に言及している。

4つの権利保護の原則は、人道憲章に示された権利の要約に従っている：尊厳ある生活への権利、人道援助を受ける権利、保護と安全への権利。

権利保護の原則を理解する

以下は、権利保護の原則を理解するための短い解説である。

原則1「危害を生じることを避ける」は、人道対応によって生じたり悪化させたりすることがある、権利保護の懸念に言及している。憲章に述べられているように、人道対応に関わる者は、災害や武力紛争の被災者がさらなる危害に曝されること──例えば、避難した人々の住居を安全でないエリアに建てるなど──がないよう、合理的になし得ることは全てしなければならない。

原則2「公平な援助へのアクセスを確保する」は、全ての必要としている人々、特に最も脆弱性が高いか、政治的もしくはその他の理由で疎外されている人々に、人道援助が届くようにしなければならないという責任を設定している。必要な援助へのアクセスを拒絶されることは、権利保護上大きな問題となる。これは、援助を提供する人道機関への安全なアクセスを拒絶することを含む（但しそれに限らない）。

原則3「暴力からの人々の保護」は、暴力からの保護と、各人の意志に反する行動をとるよう強制もしくは誘導されることからの保護に関連しており、例えばそれは、武器を持たせられること、ある場所から強制的に移動させられたり移動することを禁じられたりすること、そして品位を傷つける取扱いや刑罰に曝されることなどを含む。この原則は、恐怖を広めたり、テロやパニックを意図的に生み出したりすることを含む、身体的・心理的な危害を防いだり緩和したりすることに関連している。

原則4「権利主張への援助、虐待からの救済と回復へのアクセス」は、権利を主張し、法的救済や賠償、財産の返還のような救済手段へ被災者がアクセスするのを援助するにあたっての、人道機関の役割にも言及している。この原則はまた、人々が強姦の影響を克服することを助け、より一般的には、身体的・精神的、社会的・経済的な虐待の効果から人々が回復するのを助けることにも関連している。

ガイダンスノートと共に、4つの権利保護の原則は、人道機関がどのように被災者の権利保護を助けることができ、また助けるべきなのかを示している。しかし重要なことは、この文脈での人道機関の役割と責任は、一般的には二次的なものであることである。人道憲章が示すように、これらの役割は、国家やその他関連する当局、例えば地域を統制・支配している紛争主体、が持つ一次的な責任に関連していなければならない。これら当局は、その領地や統治下にある人々の福祉、より一般的には武力紛争における文民の安全に関して、正式で法的な責任を有している。

究極的には、行動もしくは抑制によって被災者の安全を確保する手段を有しているのは、これら当局である。人道機関の重要な役割は、当局にそうするよう勧め説得することであり、また、当局がその責任を果たすことに失敗した場合にそのような状況に対応するよう人々を支援することにある。

権利保護の原則を実行する

このハンドブックの基準を満たすため、全ての人道機関は、たとえ彼らが権利保護を明確な業務としていなかったり権利保護についての専門能力がなかったりするとしても、権利保護の原則に従うべきである。

この原則は、「絶対的」なものではない：状況によって人道機関が原則を満たすことができる程度が限定されることがあることは認識されている。特に、原則3の側面は、人道機関の能力には関わらないことがある。しかしながら、これら原則は、あらゆる時も行動の指針となるべき普遍的な人道上の考え方を反映している。

多くの人道機関が、権利保護を責務としていたり、脆弱性が高いグループに関する特定の役割を有していたりする。これらの機関のうちいくつかは、権利保護の活動を単独のプログラムもしくはプロジェクトとして実施していたり、専用のリソースと専門性あるスタッフによって「権利保護クラスター」や「権利保護セクター」の対応として枠組みを作っていたりする。2011年には、「グローバル権利保護クラスター」は、以下の特定分野に即したフォーカルポイントによるコーディネーションの体制を有していた：

- 子どもの保護
- ジェンダーに基づいた暴力
- 住居、土地、資産
- 地雷対策
- 法の支配と司法

このリストは、権利保護の特定分野の幾つかを示している。これは、包括的なリストではなく、このほかにも多くの権利保護に関する特定の問題があることを認識すべきである。

これらやその他の権利保護に関する多くの問題、例えば文民と国内避難民の権利保護や自然災害における権利保護などのために、特定の基準やガイドラインがスフィア以外のイニシアティブの一部として作られている。これらは、本章末に参照・参考文献として示されている。本章は、これらの基準への補完として作られている。

権利保護活動のいくつかの様態

4つの権利保護の原則は、活動はそれぞれに異なるものの、一般的な人道行動にも専門的な権利保護活動にも同様に適用される。全ての人道機関の権利保護に関連した活動は、以下の3つの活動の様態に応じて大まかに分類することができる。なお、3つの様態は相互に関連しており、同時に実施されることもある：

- **予防：身体的な脅威や権利の侵害を予防すること**、あるいはそれら脅威や侵害への露出や脆弱性を減らすこと。権利保護への侵害の予防はまた、国際法に従って、全ての世代の男女・少年少女の権利が尊重されることに寄与する環境を育てる努力を含む。
- **対応：今そこにある侵害を止めること**。発生している暴力やその他の権利侵害に対応することによる。
- **救済**：現在もしくは過去の侵害に対して**救済を提供すること**。保健や心理社会的サポート、法的支援もしくはその他のサービスやサポートを提供すること、および被災者が可能な救済にアクセスしたり権利を主張したりすることを手助けすることにより、補償と社会復帰を通じて行う。

アドボカシー活動は、公的なものも私的なものも含め、これら3つの活動様態をつなぐ共通の要素である。被災者への脅威は意図された決定、行動や政策から生まれており、多くの権利保護の対応はこれらの態度や政策を変えることを試みるものである。人道機関や、人権機関などその他の機関によるアドボカシー活動は、これらの変化に影響を与えるという試みの中心に位置している。人道機関には、侵害について「はっきり言う」ことと活動のプレゼンスを維持する必要との間で緊張があることがあり、これらの緊張は発生している問題について彼らがアドボカシー活動を行うか否か、行うとしてもどのように行うかを決定づけることがある。

アドボカシー活動が行われる場合、その成功は一般的には、信頼できる根拠、ステークホルダーの分析および徹底した状況分析に依存している。従って、アドボカシー活動はコア基準のアセスメント基準（「コア基準3」（p.56）参照）に関連している。以下のガイダンスノートに明記したとおり、情報源が明らかとなるような目撃者の証言などの証拠の使用については、それが人々をリスクにさらしうるために高度に敏感にならなければならず、最大限の注意をもって取り扱わなければならない（「権利保護の原則1：ガイダンスノート8」（p.32）参照）。

権利保護の原則

権利保護の原則1：自らの行動の結果として、人々をさらなる危害に曝さないようにすること

人道対応に関わる者は、その介入の副作用、特に人々をさらなる危険や権利の侵害にさらすリスクを、回避するか最小化するための手順をとる。

この原則は、以下の要素を含む：

- 人々を身体的な被害や暴力、その他の権利侵害にさらに曝さないような、人道援助やそれが提供される環境の形態
- 被災集団の自己保護能力を弱めないような援助と保護の取り組み
- 情報提供者や情報から特定可能な人の安全を脅かさない、人道機関による機密情報の取り扱い

ガイダンスノート

被災集団の安全と福利のために人道行動の**状況を評価し結果を予測**すること

1. 権利侵害に**荷担することにならない**ようにすること。例えば、その意志に反してキャンプに拘束されている人に援助を提供するかどうかを決定する場面など、難しい判断と選択があり得る。そういった判断は、ケースバイケースで行われなければならないが、状況が変わる毎に常に見直されなければならない。
2. **チェックリスト**：活動を評価する際に、以下の網羅的でない質問リストについて常に考えること。このリストは、人道対応の全体と、特定の行動のいずれにおいても、チェックリストとして使用しうる。
    - 被災集団は、我々の活動によって何を得たか？
    - 我々の活動が意図せずして招きうる、人々の安全に対するネガティブな結果とは何か、また我々はそのような結果をどのように回避もしくは最小化できるのか？
    - 活動は被災者が直面しうる権利保護への脅威を考慮しているか？　活動により人々が自らを守ろうとする取り組みを弱体化させないか？
    - 活動が特定のグループに対して差別的であったり、もしくはそのように認識されたりしないか？　活動は、歴史的に疎外されたり差別されたりしてきた人々の権利を守っているか？

- そのようなグループの権利を保護し促進する中で、コミュニティ内外の関係に対してどのような影響を与えるか？
- 活動が、コミュニティ内や近隣コミュニティ間の既存の分裂を悪化させないか？
- 活動が、武力グループやその他の主体の地位を意図せず後押ししたり強化したりしないか？
- 活動は、犯罪的な搾取の対象とならないか？

3. 人道行動全体や特定の活動のポジティブな、および起こりうるネガティブな結果を評価するにあたり、被災集団—もしくはかれらの信頼のある組織—の**異なるセグメントに助言を求めること**。

4. **援助が提供される形態**によっては、人々を攻撃に対してより脆弱な状態にすることがある。例えば、乾燥食糧のような貴重な商品は略奪の対象となることがあり、そのため配給を受けた者を危害に遭い欠乏するリスクに曝すことになりうる。著しいリスクがある場合、異なる形の援助（例：キッチンや給食センターで調理された食糧を提供する）の形態を検討すること。どのような援助の形態が好ましいか、被災コミュニティの助言を求めなければならない。

5. **援助が提供される環境**は、可能な限り、関連する人々にとって安全でなければならない。ニーズのある人々が、援助にアクセスするために危険地帯を通って来るような状況は避けなければならない。キャンプやその他の施設が設立される場合、それらは住民にとってできる限り安全でなければならず、また攻撃やその他の危害にさらされている地域から離れていなくてはならない。

被災者の自己保護

6. 人々が彼ら自身やその家族、コミュニティを守ろうとする**方法を理解**すること。コミュニティの自助の取り組みを支援すること（「権利保護の原則3：ガイダンスノート13〜14」（p.37）参照）。人道機関が介入する方法は、人々が自分たちや他者を守る能力—安全な地域に移動して武装グループとの接触を避けることを含む—を危うくしてはならない。

7. **必要最低限のニーズ**：人々が自分たちの必要最低限のニーズを満たす安全なオプションを見つけることを支援する。これは、例えば、水、薪やその他の調理用の燃料を提供し、危険で辛い旅をすることなく日々のニーズを満たすことができるよう人々を助けることを含みうる。これは特に、高齢者、女性、子どもや障がい者に特有の問題となりやすい。

機密情報の管理

8. **権利保護に関する情報**は、機密となり得る。人道機関は、もし虐待を認識したり目撃したりしたときにどのように対応すべきか、また関連情報の機密性について、スタッフ向けに明確な方針と手順を持たなければならない。スタッフに対して、目撃した事件や申し立ての適切な報告について、説明をしなければならない。

9. **機密情報の問い合わせ**：虐待に関して、関連した権利保護の義務を有する適切な主体に情報を問い合わせることを検討すること。これらの主体は、情報が見つかった地域と異なる地域にいることがある。

10. **機密情報の問い合わせのポリシー**が導入されるべきであり、これには事件の報告と状況分析が含まれるべきである。ポリシーは機密情報の取扱い方と、情報の問い合わせが行われることが認められる状況を指定するべきである。可能な限り、人道機関は情報の使用に関して関連した個人の同意を求めるべきである。いかなる情報の問い合わせも、情報源や言及された人（々）を危険に曝さないような方法でなされなくてはならない。

11. **特定の虐待や権利侵害に関する情報**は、使用方法が明確で、その使用方法に関連して必要な詳細内容が規定されている場合にのみ収集されるべきである。このような権利保護の情報は権利保護を責務としているか適切な能力・スキル・仕組みおよび手順が導入されている機関によって集められるべきである。このような情報の収集は、インフォームドコンセントの条件に従うべきであり、全ての状況において、第三者との情報共有には当該個人の同意が必要である。

12. 虐待に関する情報の収集と使用に関する**政府のとり得る反応**もしくはその他関連する当局のとりうる反応を評価すべきである。活動継続の必要性を、情報の使用の必要性と比較することが必要となることがある。この比較に関して、異なる人道機関は異なる選択を行うことがある。

権利保護の原則2：必要性に比例し、差別のない、公平な援助への人々のアクセスを確保すること

人々は、必要性に従い、不利な差別をされることなく人道援助にアクセスすることができる。必要とする人々へ援助の提供が差し控えられることがなく、人道機関へのアクセスはスフィア・スタンダードに合致するよう必要性に従い提供される。

この原則は、以下の要素を含む：

- 被災集団の全ての構成員に、人道援助へのアクセスを保証すること
- 被災集団の生存手段のいかなる意図的な剥奪に対しても、人道憲章に言及されているように、関連する法や一般的な人道原則に基づいて取り組まなければならないこと
- 被災者は必要性に基づいてサポートを受け、その他の理由に基づいて差別されないこと

ガイダンスノート

アクセスの維持

1. **被災者が基本的ニーズを満たすことができず**、関連当局が必要な援助を自ら提供できない場合、当局は公平な人道機関が援助を提供するためのアクセスを拒絶してはならない。そのような拒絶は、特に武力紛争時には、国際法違反となり得る。
2. **アクセスの監視**：被災集団、とくに最も脆弱性が高い人々の、人道援助へのアクセスを注意深く観察すること。
3. **人道援助と移動の自由へのアクセス**は、密接に関連している（「権利保護の原則3：ガイダンスノート7〜9」（p.36）参照）。アクセスの監視においては、チェックポイントや封鎖、地雷の存在のような障害を考慮すべきである。武力紛争の状況において、当事者はチェックポイントを設置することがあるが、これらの障害は被災者のカテゴリーによって差別したり、人道援助への人々のアクセスを過度に妨げたりしてはならない。遠隔地やアクセスできない地域にいる被災者の平等なアクセスを保証するため、特別な手段が取られるべきである。
4. **脆弱性の高いグループのアクセスを促進するための特別な手立て**が、コミュニティの状況や社会的/文化的状態、行動を考慮しながら取られるべきである。これらの手立てには、レイプや人身売買のような虐待の被害者のための安全な空間を設置することや、障がい者のアクセスを促進する手段を設置することが含まれる。これらのいかなる手段も、これらのグループが非難されるような事態を避けなければならない（「コア基準3：ガイダンスノート5〜6」（p.58）参照）。

必要最小限のニーズへの援助やアクセスの拒絶への対処

5. **人道援助を受ける権利**：人道憲章において詳述されているように、被災者は人道援助を受ける権利を有する。この権利は、いくつもの法規範や国際法の一部であるルールに由来している。さらに具体的に、国際人道法には援助へのアクセスと、「文民の生存に必要不可欠な目標の保護」（1949年ジュネーブ条約の1977年追加議定書IおよびII）に関連したいくつもの規定が含まれている。人道機関は、関連する法の尊重を促進することを検討すること（「権利保護の原則3：ガイダンスノート3〜4」（p.35〜36）も参照）。

非差別の確保

6. **公平性**：人道機関は援助を求める被災者に対して、その必要性のみをもとに優先順序付けし、必要性の大小に応じて援助を提供しなければならない。これは、「災害救援における国際赤十字・赤新月運動およびNGOのための行動規範」（付録2（p.350）および人道憲章（p.17）も参照）に確認された、公平性の原則である。人道機関は、もしそれが被災者の他のグループに不利益をもたらすのであれば、特定のグループ（例：キャンプでの避難民）にのみフォーカスしてはならない。
7. 人道援助を受けたり保護されたりするために、**被災者は特別の法的地位を必要としない**。

権利保護の原則3：暴力や抑圧による身体的・心理的な危害から人々を保護すること

人々は、暴力、その意志に反する行動の強制や誘導、およびこれらの虐待の恐怖から保護される。

この原則は、以下の要素を含む：

- 被災者が暴力的攻撃に曝されないよう保証するために、脅威の原因に取り組むこと又は人々が脅威を避けるのを助けることにより、あらゆる合理的な手順を取ること
- 被災者が抑圧、すなわち彼らに危害をもたらすか権利（例えば移動の権利）を侵害するような方法でその意志に反して行動するよう強制されたり誘導されたりすることがないよう、あらゆる合理的な手順を取ること
- 被災者自身の、安全を維持し、安全への保護を見つけ、尊厳を回復する、コミュニティの自助メカニズムを含む取り組みを支援すること

ガイダンスノート

暴力や抑圧からの保護

1. 生命や安全への脅威から**人々を保護する第一の責任**は、政府や関連当局にある（人道憲章（p.17）参照）。武力紛争においては、紛争当事者は文民と降伏した人々を保護しなければならない。人々へのリスクと脅威の観点からの状況分析により、人道機関は誰が法的な責任を持ち、かつ/もしくは保護を提供する実際の能力を有しているかを確立しなければならない。
2. **その他の脅威を最小化するよう助ける**：これは、人々がより安全になるような方法で援助を提供すること、安全でいられるような人々自身の取り組みを手助けすること、もしくは人々の危険への露出を減らすような手段（アドボカシー活動やその他の方法を通じて）をとることを含む。
3. **モニタリングと報告**：人道機関は、権利の重大な侵害を監視し報告する責任を考慮しなければならない。人道機関はまた、その責任を再認識させることによって関連当局や当事者と共に、被災者の権利について啓発することを考慮しなければならない。人道機関は、機密情報の取扱いに関するガイドライン（「権

利保護の原則1」（p.31）参照）を意識しながら、外交やロビーイング、一般への啓発などを含む、いくつかの様態の行動を用いることができる。

4. **武力紛争の間**、人道機関は、国際人道法で特に保護されている機関、例えば学校や病院、を監視し、それらへのいかなる攻撃も報告することを考慮すべきである。人道機関はまた、それら拠点で起こりがちな拉致や強制的な徴兵の危険と脅威を減らすための努力も行うべきである。

5. **爆発物が被災者に脅威を与えている場所では**、人道機関は関連する政府当局と専門機関と、地雷と不発弾の撤去のために連携すべきである。この脅威は、被災者が武力紛争後にその故郷に戻るときに特に存在する。

6. **政治、法執行機関、および軍の当事者は**、人々を虐待や暴力から保護するために重要な役割を果たす。究極的には、しばしば権利保護上の懸念の中心にある根本的な問題への解決策は、政治の領域に存在する。警察や平和維持軍を含む軍などの安全保障・法執行機関は、危険に直面している人々の身体的な安全を確保するために重要な役割を果たすことができ、またそのような役割を果たすべきである。それら機関は、進行中の暴力につき関連当事者に警告を出すことができる。軍の派遣隊や、その部隊長、それら軍の活動をコントロールしている当局に対するそのような介入は、軍による暴力の停止に向けた重要なステップとなり得る。

移動の自由

7. 自ら選択したところではない場所（キャンプなど）に**滞在すること**や行くことを**人々は強制されてはならず**、その移動について合理的でないその他のいかなる制限も課されてはならない。移動の自由や居住地の選択への制限は、深刻な安全保障上もしくは健康上の理由がある場合にのみなされるべきであり、目的に比例したものであるべきである。いかなる時も、紛争や災害の被災者は庇護を求める権利を有する。

8. **避難**：人道機関は、生命や安全、健康への深刻な脅威に直面し、他に緊急の援助や保護が提供されていない、究極の状況での例外的な手段としてのみ、避難に関与すべきである。

9. 被災者が地域の状況についての情報への完全なアクセスを与えられていない場合、**危険な地域に残ることへの動機付け**は被災者に与えられてはならず、また、帰還や再定住は促進されてはならない。

暴力や抑圧に対する特定の脆弱性

10. **脆弱性の高い人々**：特定のリスクや脅威の影響を受けやすい人々を識別するために、個々人、社会および状況の要素を考慮すべきである。女性や子ども、強制的に移動させられた人々、高齢者、障がい者、宗教的・民族的少数グループを含む、特定のリスクに直面している人々に対しては、特別な手段が求められることがある。

11. **子どもへの安全な環境**：人道機関は子どもに、安全な環境へのアクセスを提供しなければならない。家族やコミュニティは、子どもを安全で守られた状態に留めようとする彼らの努力について、支援が与えられるべきである。

12. **子ども、特にその家族から離された子ども**や大人に付き添われていない子どもは、災害や紛争時にはより容易に虐待されたり搾取されたりする。人道機関は、子どもが武力集団に徴兵される事がないよう全ての合理的な措置をとるべきであり、もし武力集団に編入されたならば、かれらの即時の解放と再統合に取り組まなくてはならない。

13. **女性や少女**は、ジェンダーに基づいた暴力の**特有のリスクにさらされることがある。**これらのグループの保護に貢献する場合に、人道機関は人身売買や強制的な売春、強姦や家庭内暴力などを含む、起こり得るリスクを減らす手段を特に考慮すべきである。人道機関は性的搾取や虐待を防ぎ根絶する基準と手段を導入すべきである。これらの容認できない行いは、孤立していたり障がいを持っていたりし、人道援助の供給を得るために性的な交渉を強制される女性など、特定の脆弱性を有した被災者が対象となることがある。

コミュニティベースのソーシャルサポートと自助

14. **家族やコミュニティによる保護と心理社会的サポートのメカニズム**は、家族を共にいられるよう維持し、人々に子どもたちが家族から引き離されるようになることをどのように防ぐかを教え、家族から離された子どもたちへの適切なケアを推進し、家族と離ればなれになった子どもたちやその他の家族メンバーのための家族追跡と再統合プロセスを組成することによって、推進されなければならない。可能な場合には、家族を共にいられるようにし、特定の村落や支援ネットワークからきた人々が同じエリアに住めるようにする。

15. **コミュニティの自助活動を支援する**：例えばジェンダーに基づいた暴力に取り組む女性のグループや、生計のサポートのために協働する若者のグループ、子どもと前向きな関係を持ち若い子どもと特別なニーズを持つ子どもの親へのケアをサポートする育児グループ、地雷などの脅威についての安全情報を広める若者のグループ、配偶者を失った男女や高齢者、障がい者へアプローチするコミュニティグループなどの活動を含む。

権利保護の原則4：自らの権利を主張し、可能な救済手段にアクセスし、虐待の影響から回復できるよう、人々を支援すること

被災集団は、救済を求めるための情報や文書、手助けを通じて、かれらの権利を主張するための支援を受ける。人々は暴力やその他の虐待による身体的、心理的および社会的な影響から回復するために適切に支援される。

この原則は、以下の要素を含む：

- 被災者がその権利を主張し、政府やその他の資源からの救済にアクセスすることを助け、彼らの権利や可能な救済策についての情報を提供すること
- 被災者がその権利を行使するために必要な文書を得られるよう、支援すること
- コミュニティベースやその他の心理社会的サポートを提供することで被災者の回復を支援すること

ガイダンスノート

その権利を強く訴えることで被災者を支える

1. 被災集団の権利が尊重され充足されることを保障することに、**政府やその他の関連する当局は責任を有する。**法体系を通じてでもその他のルートを通じてでも、人道機関は被災集団がその権利を主張することに対する支援を検討しなければならない。
2. **権利**：人道機関は被災者に対して、提供している援助プログラムおよび当該国の法と規制の下での、彼らの権利を伝えなければならない。住居、土地および財産への人々の権利の（再）確立には特別な注意を払わなければならない。
3. **情報と協議**：被災者は、その理解できる言語と方法で、当局と人道機関から情報を伝えられなければならない。彼らは、生活に関わる決定に関して、新たなリスクを生むことなく、意味のある協議プロセスに含められなければならない（「コア基準1」（p.51）参照）。これは、彼らがその権利を主張できるように支援する一つの方法である。

文書

4. **紛失した文書の保全・再発行**：人道機関は、被災者がその権利にアクセスできるようにするため、書類を保全―もしくは紛失した書類を再発行―することを助けなければならない。人々は一般的に、特定の書類を有しているか否かにかかわらず権利を有する。しかし、権利の全てにアクセスするために、出生証明書、婚姻証明書、パスポートや土地権利書などある種の文書やIDが通常求められる。災害の後には権利書へのアクセスがしばしば特に重要となるが、多くの国において所有権は必ずしも明確に法的な権利として文書化されておらず、大きな争点となり得る。死亡証明書は、親族の間での不要な金銭的、法的問題を避けるため、管理されていなければならない。死亡証明書は、避けるべき行いである葬儀なしでの死体遺棄が行われているときには、通常発行されない。
5. 政府や関連当局によって承認された**法的文書**は、登録書類や配給カード、輸送バウチャーなど、人道機関が発行する書類と混同されてはならない。当局によって発行された公的書類によって、誰が人道機関からの援助を得ることができるかを決定すべきではない。

救済へのアクセス

6. 人々は権利侵害に対し、政府や関連当局からの**法的救済やその他の救済を求める権利を有する。**これは、財産の損失に対する補填や損害賠償を含む。人々はまた、暴力などの加害者が裁判に掛けられることを期待できるという権利も有している。それは、被災者の間で信用と信頼が回復されるのに重要な役割を果たしうる。人道機関は、人々が裁判にアクセスすることを支援したり、そのようなサポートを提供できる機関に紹介したりすることができる。
7. **医療およびリハビリテーションのサポート**：攻撃やジェンダーに基づいた暴力や関連する問題の後、適切な医療やその他のリハビリテーションのサポートにアクセスできるよう人々は支援されなければならない（「必須保健サービス ― 感染症対策基準3」（p.298）、「必須保健サービス ― 子どもの保健基準1～2」（p.302～304）参照）。
8. 非政府団体による**救済への支援が得られるところでは**、それが適切な場合、人々はそのような支援を特定しアクセスできるよう手助けされなければならない。

コミュニティベースやその他の心理社会的サポート

9. **共同体のポジティブな対処メカニズム**、例えば文化的に適切な埋葬、宗教行事や習慣、害のない文化的・社会的習慣は、支援されなければならない。
10. **子どものための活動**：適切な場合、子ども向けの空間などの非公式の手段を通じた、構造化され、協力的で教育的・保護的な子どもに対する活動を組織するよう、コミュニティは奨励されるべきである。コミュニティの保護メカニズムは、心理社会的な福利を促進する自助活動を含むべきである。
11. 暴力の生存者に対して、**適切な心理社会的な支援が組織されるよう助ける。**生存者が、コミュニティの社会ネットワークや自助活動にアクセスできていることを確保する。コミュニティベースの社会的支援へのアクセスは、メンタルヘルスケアへのアクセスによって補完される。
12. **統合的な支援システム**：多様なセクターでの心理社会的支援やメンタルヘルスについて活動している機関は、人々に対する支援の統合的なシステムを作り上げるために協働しなければならない（「必須保健サービス ― メンタルヘルス基準1」（p.314）参照）。
13. **臨床的支援**：重度の被災者について、可能な臨床的支援への紹介メカニズムを設立する。

参照・参考文献

一般的な権利保護： 背景とツール

Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia (2008), Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. www.icva.ch/doc00002448.pdf

Giossi Caverzasio, S (2001), Strengthening Protection in War – A Search for Professional Standards. Ref 0783. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2002), Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. Geneva. www.icva.ch/gstree.pdf

IASC (2010), Operational Guidelines and Manual for the Protection of Persons Affected by Natural Disasters.

ICRC (2008), Enhancing protection for civilians in armed conflict and other situations of violence. Geneva www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

ICRC (2009), Professional standards for protection work carried out by humanitarian and human rights actors in armed conflict and other situations of violence. Geneva. www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/htmlall/p0999 または www.unhcr.org/refworld/type,THEMGUIDE,,,4b39cba52,0.html

O'Callaghan, S and Pantuliano, S (2007), Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response. HPG Report 26. Overseas Development Insitute (ODI). London.

Slim, H and Bonwick, A (2005), Protection – an ALNAP guide for humanitarian agencies. ODI. London. www.alnap.org/initiatives/protection.aspx

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2009), Aide Mémoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. New York. www.humansecuritygateway.com/showRecord.php?RecordId=33206

権利保護の特定領域の基準

子ども

ICICRC, International Rescue Committee, Save the Children, UNICEF, UNHCR and World Vision (2004), Interagency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. Geneva. www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_1011.pdf

UNICEF (2007), Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful recruitment or Use by Armed Forces or Groups. Paris. www.un.org/children/conflict/english/parisprinciples.html

UN Disarmament, Demobilization and Reintegration (UN-DDR) (2006), Integrated Disarmament, Demobilisation, and Reintegration Standards. New York. www.unddr.org/iddrs/05/20.php および www.unddr.org/iddrs/05/30.php

障がい者

Handicap International (2006), Protection – Issues for People with Disabilities and Injuries.

Handicap International (2008), Toolkit on Protection of Persons with Disabilities.

ジェンダーに起因する暴力

IASC (2005), Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on the Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=3

World Health Organization (WHO) (2007), Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. Geneva.
www.who.int/gender/documents/violence/9789241595681/en/index.html

住居、土地、および財産権

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. E/CN.4/SUB.2/RES/2005/21. “Pinheiro Principles”. http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=11644

Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster (2010), Land and natural disasters – Guidance for Practitioners. UN Human Settlements Programme (UN-Habitat) and Food and Agriculture Organization (FAO). Nairobi.
www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2973

Global Protection Cluster, Housing, Land And Property Area of Responsibility (2009), Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery.
www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/(httpInfoFiles)/430298C3C285133DC12576E7005D360D/$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf

Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-Habitat and UNHCR (2007), Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the ‘Pinheiro Principles’, IASC. Geneva. www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c2.html

国内避難民

Bagshaw, S and Paul, D (2004), Protect or Neglect? Towards a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons – An Evaluation. Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division. Washington DC.
www.brookings.edu/papers/2004/1123humanrights_bagshaw.aspx

Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement (2005), Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility. Washington DC.
www.brookings.edu/projects/idp/20050401_nrframework.aspx

Global Protection Cluster (2010), Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons.
www.unhcr.org/refworld/docid/4790cbc02.html

IASC (2004), Implementing the Collaborative Approach to Situations of Internal Displacement – Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=10

IASC (2010), Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons.
www.brookings.edu/reports/2010/0305_internal_displacement.aspx

UN Economic and Social Council (1998), UN Guiding Principles on Internal Displacement. E/CN.4/1998/53/Add.2. www.idpguidingprinciples.org/ or www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d2e008c61b70263ec125661e0036f36e?Opendocument

メンタルヘルスと心理社会的サポート

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support.
www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-default

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know.
www.psychosocialnetwork.net/explore/tags/mhpss/

地雷対策

The International Mine Action Standards:
www.mineactionstandards.org/imas.htm#english

高齢者

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – An essential brief for humanitarian actors. WHO–HelpAge International. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=24

コア基準

The Core Standards

本章の使い方

コア基準は、全てのセクターで共有される必須のプロセス基準である。これらの基準は、このハンドブックの全ての基準を支える、単一の参照ポイントを提供する。従って各章は、その基準を実現する助けとして、コア基準を併せて使うことが求められる。

コア基準は以下の6つである：

人々を中心とした人道対応
調整と協働
事前評価
設計と対応
成果、透明性と学習
援助職員の成果

各コア基準は、以下のように構成されている：

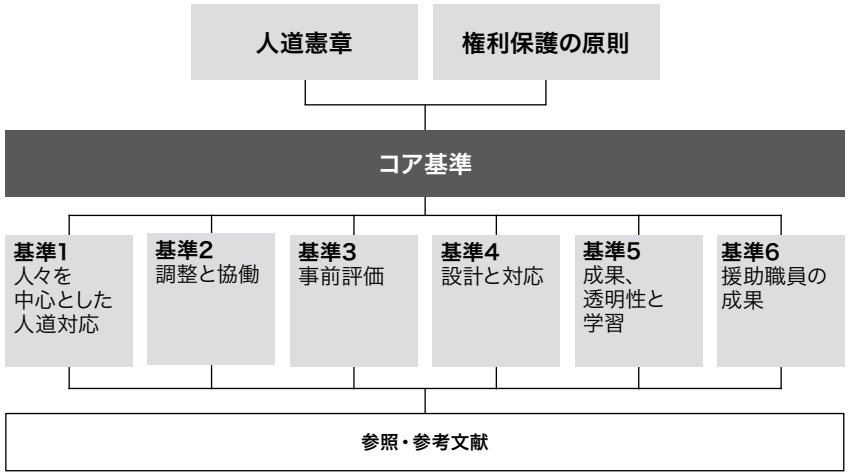
- **コア基準：**本来質的なものであり、人道対応において達成すべきレベルを定めている。
- **基本行動：**基準を満たすことを助ける、推奨行動とインプットである。
- **基本指標：**基準が実現されているかどうかを示す「シグナル」である。基本行動のプロセスと結果を測定し報告するための手段を提供する。基本指標は最低基準に関連しており、基本行動とは関連していない。
- **ガイダンスノート：**コア基準や基本行動、基本指標を、異なる状況で適用する際に考慮すべき具体的な点が含まれる。現実の困難に取り組む際の指針や、優先すべき課題についてのベンチマークやアドバイスを提供する。また、基準や行動、指標に関する重要な論点を含み、現在の知見におけるジレンマ、争点またはギャップを説明している。

コア基準の基本指標は、各利用者の適用や状況に応じて幅広いバリエーションに対応する。測定可能で期限を定めた各指標の仕様は、高度に状況やセクターに特有のものである。従って利用者は、基本指標を各自の特定の状況に応じて適切に適用しなければならない。

本章の最後には参照・参考文献リストが掲載されている。

目次

はじめに 49
コア基準 51
参照・参考文献 68



はじめに

コア基準は、全てのスフィア最低基準を達成するために必須のプロセスを示している。それはスフィア人道憲章の原則の実務上の表現であり、紛争や災害の被災者の尊厳ある生活を支える援助を受ける権利にとって根本となるものである。コア基準は、（基本指標によって示されるように）コミュニティベースであれ、地域、国家、国際レベルであれ、人道機関が達成すべき、対応の最低レベルを定義している。

コア基準はまた、他の重要な説明責任の取り組みと関連しており、説明責任について一貫性を推進し、共通したコミットメントを強化している。例えば、「人道支援の説明責任と品質管理に関するHAP（人道説明責任パートナーシップ）基準2010」ベンチマークとコア基準は、相互補完的な要件が含まれている。援助職員の成果基準は、「People In Aid 行動基準（Code of Good Practice）」と一貫している。Emergency Capacity Building (ECB)プロジェクトの「Good Enough Guide」、Groupe URDの「Quality Compas」、およびALNAP（Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action）は、特にコア基準1および5に反映されている。コア基準は、INEE（Inter-Agency Network for Education in Emergencies）の「教育最低基準：対策、対応、復旧（Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery）」と対となっている。

すべてのセクターに共通するコア基準の重要性

コア基準1は、被災者 — 全ての世代の女性・男性・少女・少年 — の参加と、尊厳ある生存への彼らの能力と戦略は、人道対応にとって不可欠のものであるとしている。コア基準2は、公平な人道行動に関わる他の機関や政府当局と調整され実施された効果的な対応への必要性に言及している。

コア基準3は、災害の状況を理解し、誰がどのように被害を受けたか特定し、人々の脆弱性と能力を評価するための、体系的なアセスメントの必要性を説明している。この基準は、政治的、社会的、経済的および環境的な状況と広域の人口との関連においてニーズを理解することの、重大な重要性を示している。コア基準4に合致した機関は、その行動をニーズの公平な評価に基づいて設計し、被災者や被災国家が自らのニーズを満たす能力や状況との関連で、満たされないニーズに対応している。

コア基準5は、その対応の有効性や質、適切さについて継続的に評価している機関によって達成されている。機関は、モニタリングした情報と被災者からのフィードバックに基づいてかれらの戦略を適応させ、活動の実績について情報を共有し

ている。彼らは偏りのない見直しと評価に投資しており、その結果をかれらの方針や実行の改善に用いている。

コア基準6は、人道機関は被災者に対して、効果的な人道対応を提供するための適切な知識、スキル、行動や態度を有した援助職員を雇用する責任を有していることを示している。同じく、機関は効果的なマネジメントと職員の精神および身体の健康のための支援を通じて、援助職員が十分な活動をできるようにする責任を有している。

脆弱性

スフィアは、災害や紛争の被災者の緊急の生存ニーズに対応することに焦点を当てている。しかし、コア基準はまた、将来のリスクと脆弱性を減らし、早期の回復について能力を高め促進する、災害対策とアプローチにも役立てることができる。そのようなアプローチは、人道対応が自然環境や周辺状況に与えるインパクトを考慮するものであり、受け入れ地域や周辺人口のニーズに強く関連する。

ハンドブックを通じて、「脆弱性」は、自然災害や人工の災害、紛争の影響を特に受けやすい人々を指している。人々は、身体的、社会的、環境的および政治的要素の組み合わせによって、災害に対してより脆弱である、または脆弱となる。彼らは、その民族、年齢、性別、障がい、階級や階層、政治的所属あるいは宗教によって、その社会から疎外されることがある。脆弱性の組み合わせ及び時に変動する状況の影響は、異なる理由や異なる方法で人々を脆弱にすることにすべて寄与する。全ての被災者と同様、脆弱な人々は、災害に対応し、回復する様々な能力を有している。脆弱な人々の能力と人道援助にアクセスするにあたって彼らが直面することがある障壁の十分な理解は、人道対応においてそれを最も必要としている人々のニーズに対応するために重要である。

コア基準

コア基準1：人々を中心とした人道対応

尊厳ある生存のための人々の能力と戦略は、人道対応の設計とアプローチにおいて不可欠のものである。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 最初期にコミュニティグループと社会ネットワークを確認することで地元の能力を支援し、コミュニティベースおよび自助の取り組みを活かす（ガイダンスノート1参照）。
- 災害や紛争の被災者が恒常的にフィードバックを提供できプログラムに影響を与えられる様な、体系的で透明性ある仕組みを構築する（ガイダンスノート2参照）。
- 被災集団との協議において、脆弱性のある人々がバランスよく代表されることを確保する（ガイダンスノート3参照）。
- 人道機関やそのプロジェクト、人々の権利について、被災集団に対してアクセス可能な形態と言語によって情報を提供する（ガイダンスノート4参照）。
- コミュニティのミーティングと情報共有のために安全で適切な空間を、出来る限り早い段階で被災集団に提供する（ガイダンスノート5参照）。
- 人々がプログラムについての苦情を容易かつ安全に申し出ることができるようにし、対応と救済のための手立てとして、透明性があり迅速な手続きを確立する（ガイダンスノート6参照）。
- 地域経済に利益を与え、復興を促進するため、実現可能であれば地元の労働力や環境的に持続可能な資源、および社会的責任を果たす事業を用いる。
- 可能な場合、地元住民によって重要と考えられている、有用な文化的、精神的、そして伝統的な習慣を受け入れ、尊重する形でプロジェクトを設計する（ガイダンスノート7参照）。
- 対応の過程で、意志決定やプログラムのオーナーシップにおける、被災者の立場を順次高める。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- プロジェクトの戦略は、コミュニティベースの能力と取り組みに明確に関連づけられている。

- 災害対応をどのように組織し実施するかについて、被災者が定期的なミーティングを指揮、または積極的に参加している（ガイダンスノート1〜2参照）。
- 災害対応の期間内に、被災コミュニティおよび地方当局によって行われる自助の取り組みの件数が増加している（ガイダンスノート1参照）。
- 提供された援助に関しての苦情について、人道機関が調査し、適切であれば行動している。

ガイダンスノート

1. **地元の能力**：被災者は、災害に取り組み、対応し、回復するスキル、知識、能力を有しており、獲得している。人道行動への積極的な参加は、「災害救援における国際赤十字・赤新月運動およびNGOのための行動規範」（付録2（p.350）参照）の原則6と7に確認された、尊厳ある生活への権利の必須の基礎となるものである。自助とコミュニティ主導の取り組みは、被災者の尊厳と一定のコントロールを取り戻すことを通じて、心理的および社会的な福祉に貢献する。拡大された家族や宗教ネットワークと儀式、友人、学校、コミュニティ活動を通じた社会的、財政的、文化的および感情的な支援へのアクセスは、個人とコミュニティの自尊とアイデンティティを再び創りだし、脆弱性を弱め、回復力を高める。地元の人々は、助けとなるネットワークと自助グループを見つけ、適切であればそれらを再活性化、もしくは設立できるよう支援されるべきである。人々がどの程度関わるか、どのように関わるかは、どの程度最近に災害が発生したかや、物理的、社会的、および政治的な状況によって左右される。従って、参加度合いを示す指標は、状況によって選ばれるべきであり、また全ての被災者を代表すべきである。災害においてまず最初に対応するのは通常地元の人々であり、対応の早期段階においても一定の参加は常に可能である。早期段階での、人々の話を聞き、相談し、関与させる明確な努力は、後にプログラムの質とコミュニティマネジメントの度合いを高めるであろう。
2. **フィードバックの仕組み**は、影響を受ける全ての人に、プログラムの計画と実施に影響を与える手段を提供する（HAPの「参加」ベンチマーク参照）。これは、フォーカスグループでの討議、調査、インタビューや、すべての被災集団の代表となる人々との「学び」についての会議を含む（ECBの「Good Enough Guide」のツールとガイダンスノート3〜4参照）。そこでの発見と、フィードバックに対応した機関の活動は、被災者との間で体系的に共有されなければならない。
3. **代表的参加**：異なる人々が直面する参加への障壁を理解しこれに対処することは、バランスの取れた参加のために決定的に重要である。被災者の全てのグループ—若年・高齢、男性・女性—のメンバーが参加することを保障する手段が取られるべきである。十分に代表されていなかったり、疎外されていたり（例：民族や宗教を理由として）、そのほか「見えない」（例：家から出られない又は施設に入れられている）状態にある人々を含めるための特別な手段が取られなければならない。若年層や子どもの参加は、それが彼らの最大の利益に合致している限り促進されるべきであり、また彼らが迫害や危険にさらされないように保障される手段が取られなければならない。
4. **情報共有**：人々は、彼らのためにとられている行動に関する正確で最新の情報を得る権利を有する。情報は不安を減らし、コミュニティの責任とオーナーシップの必須の基盤である。最低でも、機関はその権限とプロジェクト、人々の有する資格や権利、いつどこで援助にアクセスできるかを、知らせなければならない（HAPの「情報共有」ベンチマーク参照）。情報共有の一般的手段には、告知板や市民集会、学校、新聞やラジオ放送などがある。情報は、全対象者によってアクセス可能となるよう様々な受け入れられたメディアを通じて、人々の状況への十分な理解を示すべきであり、地域の言語で伝えられるべきである。例えば、子どもや文字を読めない大人のために口頭のコミュニケーションや絵を用いたり、複雑でない言葉を用いたり（すなわち地元の12歳児でも理解できる程度）、視覚に不自由がある人に印刷で伝える場合には大きな文字を用いたりする。ミーティングは、高齢者や聴覚に障害がある人でも聴けるようにする。
5. **安全でアクセス可能な空間**：公のミーティングスペースは安全な地域に設置し、文化的規範により公的なイベントへの参加が制限されている女性を含め、移動に制限がある人でもアクセスができるようにする。子どもたちが遊んだり学んだり、他者と交流したり成長したりできるよう、子ども向けの空間も設置する。
6. **苦情**：人々は機関に対して苦情を述べ、対応する回答を求める権利を有する（HAPの「苦情対応」ベンチマーク参照）。苦情および補償への公的なメカニズムは、人々に対する機関の説明責任の必須の要素であり、被災集団が自らの生活へのコントロールを再構築する助けとなる。
7. **文化的に適切な習慣**、例えば葬儀や宗教的儀式、習慣は、しばしば人々のアイデンティティ、尊厳や災害から回復する能力にとって重要な要素となる。一部の文化的に受け入れられた習慣は、人々の人権を侵害するものであり（例：少女への教育の禁止や、女性器切除）は、支持されるべきでない。

コア基準2：調整と協働

人道対応は、公平な人道行動に関わり、最大の効果、対象範囲および効率性のために協働している、関連当局や人道機関、市民社会組織と調整して計画・実施されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 当初から、全般および関連する領域の調整メカニズムに参加する（ガイダンスノート1〜2参照）。

- 国や存在する場合には調整グループの責任や目的、調整に関する役割を把握する（ガイダンスノート3参照）。
- 機関の責務、目的、およびプログラムを調整グループに知らせる。
- 事前評価に関する情報を関連する調整グループに適時に、他の人道機関がすぐに用いることができる形態で共有する（「コア基準3」（p.56）参照）。
- 他の人道機関からのプログラム情報を用い、分析、地理的エリアの選択と対応プランに反映させる。
- 調整グループに対して、主な遅延や機関の不足、代替の能力について、定期的に進捗を更新する（ガイダンスノート4参照）。
- 重大な人道上の共有された課題についてのアドボカシーを強化するため、他の人道機関と協働する。
- 人道機関ではない主体との関わりについて、人道原則や目的に基づいて、明確な方針と実践を確立する（ガイダンスノート5参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 事前評価レポートやプログラムの計画や進捗に関する情報が、関連する調整グループに定期的に提出されている（ガイダンスノート4参照）。
- 同じ地域内もしくは事業領域内の他の機関と、人道行動が重複していない。
- 調整会議でなされたコミットメントが、実際に行動に移され、適時に報告されている。
- 機関の対応が、他の人道機関や市民社会組織、関連する当局の能力と戦略を考慮している。

ガイダンスノート

1. **調整された対応**：適切なプログラムの実施範囲や適時性、質を実現するためには、集合的な行動が必要である。調整のための努力への積極的な参加は、調整リーダーが、労働力と責任を適時に明確に切り分け、どのニーズがどの程度集合的に満たされているかを計り、重複を減らし、カバー度合いや品質のギャップを見いだすことを可能にする。調整された対応や適時の機関間の評価と情報共有は、いくつもの調査チームから同じ情報を要求される被災者の負担を減らす。調整と、可能であれば資源や機材の共有は、コミュニティや近隣住民、受け入れ国政府、資金提供者および異なる責務や専門領域を持つ人道機関の能力を最適化する。災害に先だっての調整メカニズムへの参加は、関係を構築し、災害対応における調整をより良くする。地元の市民社会組織と当局は、もし調整メカニズムが国際機関にのみ関連すると見えれば、参加しないであろう。会合やその他の共有のコミュニケーションにおいては、地域の言語（複数あることもある）の使用を尊重する。対応に関係している地域の市民社会の主体やネットワークを特定し、彼らや他の地域的・国際的人道機関に参加を勧める。調整会議において機関を代表するスタッフは、適切な情報、スキルと、計画と意志決定に寄与する権限を与えられるべきである。
2. **共通の調整メカニズム**は、ミーティング―一般（全てのプログラムに関するもの）、領域別（例えば保健分野に関するもの）、領域横断（例えばジェンダー）―および情報共有メカニズム（例えば事前評価や状況情報のデータベース）を含む。異なる領域が一緒に参加するミーティングを行うことにより、人々のニーズについて分断されずに全体としての対処が可能となる（例：シェルターや水、公衆衛生、衛生促進、心理社会的なニーズは、相互に関係している）。関連する情報は、全てのプログラムを横断して統合された調整がなされるよう、異なる調整メカニズムの間で共有されるべきである。全ての調整の文脈において、機関の参加へのコミットメントは調整メカニズムの質に影響される：調整リーダーはミーティングと情報がよく管理され、効率的で、結果志向であることを確保する責任を有している。もしそうでないならば、参加した機関は調整メカニズムの改善を主張し、支持するべきである。
3. **調整の役割**：支援組織の人道行動を調整するのは被災国の役割である。人道機関は、国会の調整機能を支援することによって主要な役割を果たす。しかし、状況によっては、例えば国家当局自体が迫害と暴力に責任があったり、当局の支援が公平でなかったり、国家は調整役を担う意志はあるが能力がない場合などの場合には、代替調整メカニズムが適切であることもある。このような状況では、調整会議は地元当局と国連もしくはNGOとで分けて行うこともあれば共同で行うこともある。多くの大規模な人道危機においては、主導的役割を果たす機関の下で同じ領域で働く機関をグループ化する、「クラスターアプローチ」によって調整されることが典型的である。
4. **効率的なデータ共有**は、情報が使いやすく（明確・適切・簡潔）、他の機関のデータと技術的に共用可能な国際的な人道対応の実施手順に従うことにより、強化される（「コア基準3」（p.56）参照）。情報共有の正確な頻度は機関や状況に依るが、適切なものであるよう促されるべきである。機密情報の秘密は守られなければならない（「コア基準3～4」（p.56～60）参照）。
5. **軍事および民間セクター**：民間セクターと外国および当該国の軍は、救援のための取り組みの一部としての役割を高めており、調整の取り組みに影響を及ぼしている。軍は、安全保障や後方支援、運輸や通信を含む、特定の専門性と資源を提供する。しかしながら、かれらの活動は人道的な目的と軍事もしくは政治的政策との重要な区分を曖昧にし、将来の安全上のリスクを生み出すことがある。いかなる軍との連携も、推奨されたガイドラインに基づき、人道機関のために行われ、人道機関に主導されるべきである。一部の機関は運用上の効率性を確保するために最低限の対話を維持し（例：基礎的なプログラムの情報共有）、一部の機関はより強い関係を作りだすであろう（例：軍の資産の利用）。全てのケースにおいて、人道機関の独立性、信頼性、安全性および被災者へのアクセスに関して疑念を抱かせるかも知れない政治的もしくは軍事的政策との関連性が実際に生まれ、もしくはそう受け取られるような事

態を避けるため、人道機関は軍との明確な区分を確保しなければならない。民間セクターは人道機関に対して、商業的な効率性や補完的な専門性や資源を提供できる。重複を避け、人道機関のよい取り組みを促進するため、情報共有が求められる。民間ー人道協力は、厳格に人道目的に寄与するものでなければならない。

コア基準3：事前評価

被災者の優先的なニーズは、状況や尊厳ある生活へのリスク、および被災者や関連する当局の対応能力についての、体系的な事前評価を通じて特定されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 地元の人道的な能力や、被災地や周辺の人口、状況、その他人々の災害からの影響の受けやすさを増す従前からの要因について、災害前の情報を探し、利用する（ガイダンスノート1参照）。
- 災害前の情報に基づき災害による状況の変化を評価し、脆弱性を生み出しもしくは増加させる新たな要素を特定する、初期調査をすぐに実施する（ガイダンスノート2参照）。
- 迅速な調査を出来る限り実施し、その後時間と状況が許す範囲で後続のより深い調査を行う（ガイダンスノート3参照）。
- 人口データを、最低でも、性別と年齢により分類する（ガイダンスノート4参照）。
- 調査において、全ての年齢の女性や男性、少女、少年、および災害によって影響を受けたその他の脆弱性の高い人々、および周辺人口の、包括的な範囲の人々から話を聞く（「コア基準1」（p.51）、ガイダンスノート5〜6参照）。
- 多領域、合同、もしくは機関間の評価に、可能な限り参加する。
- 多様な手法を用いて情報を体系的に集め、複数の情報源や機関から集めた情報により多角的に情報を把握し、集められたとおりに情報を記録する（ガイダンスノート7参照）。
- 被災者の対応能力やスキル、資源、および回復への戦略を評価する（ガイダンスノート8参照）。
- 国の対応計画と能力を評価する。
- 個人やコミュニティの心理社会的福利に対する、災害のインパクトを評価する。

- 対応が紛争を悪化させたり、被災集団と受け入れ人口の間の緊張を生み出したりする可能性を含む、現在および可能性としての被災集団および援助職員の安全上の懸念を評価する（ガイダンスノート9参照）。
- 評価情報を、適時に、他の人道機関もアクセス可能な形態で共有する（「コア基準2」（p.53）、ガイダンスノート10参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 評価されたニーズが、被災者および対応すべき国家の能力と明確にリンクしている。
- 迅速な評価レポート及び詳細な評価レポートが、脆弱性の高いグループや周辺人口を含む、全ての被災者を代表する視点を含んでいる。
- 評価レポートは、最低限、性別および年齢により分類されたデータを含んでいる。
- 詳細な評価レポートが、脆弱性、状況および能力についての情報と分析を含んでいる。
- 評価フォーマットが合意され広くサポートされている場合、それが用いられている。
- 迅速な評価の後、介入先として選択された集団についての詳細な事前評価が行われる。

ガイダンスノート

1. **災害前の情報**：既存の情報の共同での蓄積は、初期および迅速な評価にとって貴重である。状況（例：政治、社会、経済、安全保障、紛争、および自然環境）および人々（性別、年齢、健康、文化、精神的なこと、および教育など）に関する相当な量の情報は、ほぼつねに得られる。この情報源には、関連する国家の省庁（例：保健や人口データ）、学術もしくは研究機関、コミュニティベースの組織、および災害前から存在していた地元および国際的な人道機関などがある。災害対策および早期警戒の取り組み、共有されたウェブベースの地図化やクラウドソーシング、携帯電話プラットフォーム（Ushahidi（訳注：日本では東日本大震災時にsinsai.infoとして活用された）など）の新たな進展もまた、関連する情報のデータベースを作り出している。
2. **初期評価**、典型的には災害後の最初の数時間に実施されるものは、ほぼ完全に二次情報と既存の情報を基礎とすることとなる。それらは、迅速な救援ニーズを知る上で必須であり、迅速に実施され共有されなければならない。
3. **段階的評価**：評価はプロセスであり、単独のイベントではない。初期と迅速評価は、それに続く、それまでの評価による発見を掘り下げる（しかし繰り返さない）詳細評価の基礎を提供する。ジェンダーに起因する暴力のようなデリケ

ートな権利保護上の懸念に関する度重なる評価は、コミュニティと個人に対して利益よりも害が大きいことがあるため、配慮が必要である。

4. **データの分類**：初期に詳細な分類が可能なことは稀だが、子どもと全ての年齢の大人との異なるニーズと権利を特定することは、決定的に重要である。できる限り早い機会に、性別と年齢に基づき、さらに以下の分類を行う：0-5歳の子ども・男/女、6-12歳・男/女、13-17歳・男/女、その後10歳区切り（例：50-59歳）・男/女、60-69歳・男/女、70-79歳・男/女、80歳以上・男/女。保健の章での生理学的な年齢分類と異なり、これらの分類は権利や社会、文化の課題につながる年齢関連の相違に対応している。

5. **代表的評価**：ニーズに基づく評価は、全ての被災集団を対象とする。例えばキャンプにいなかったりアクセスしにくい地域にいたり、ホストファミリーの元にいるなど、到達しにくい場所にいる人々について評価するための、特別な努力が必要である。同じことが、アクセスが容易でないがしばしばリスクにさらされる人にも当てはまる。例えば障がい者、高齢者、家にこもりきりの個人、子どもや若年層である。彼らは子ども兵として狙われたりジェンダーに起因する暴力の対象となり得る。一次情報源には直接の観察、フォーカスグループでの議論、調査、および可能な限り広い範囲の人やグループ（例：地元当局、男女のコミュニティリーダー、高齢の男女、保健関連のスタッフ、教師やその他の教育人員、商人、および他の人道機関）との議論が含まれる。オープンに話すことは、一部の人々にとっては難しいか、危険なことがある。子どもが大人の前で話す見込みはうすく、また子ども自身を危険にさらすこともあるため、子どもとの対話は分けて行う。多くの場合、女性や少女とは別の場所を選んで話し合うべきである。虐待や暴力の被害者から体系的に情報を収集する援助職員は、安全かつ適切に行うために必要なスキルと体系を有していなければならない。紛争地域においては、情報は誤って用いられ、人々をさらなる危険にさらしたり、機関の運営能力を危険にさらすことがある。個人に関する情報は同意がある場合にのみ他の人道機関や関連機関と共有できる（「権利保護の原則1」（p.31）参照）。全ての被災者をすぐに評価することはできないことがある：除外したエリアやグループは評価報告に明記すべきであり、できる限り早い機会で評価を行う。

6. **脆弱性の評価**：災害の後に人々が直面するリスクは、グループや個人によって異なる。一部の人は、個々人の要素、例えば年齢（特に非常に若いか非常に高齢か）や疾病（特にHIVおよびAIDSと共に生きている人）によって脆弱となる。しかし、個々の要素はそれだけでは自動的にリスクを増加させない。脆弱性に寄与する社会・状況の要素、例えば差別や疎外（例：女性や少女の地位と権力の低さ）、社会的孤立、環境悪化、気候変動、貧困、土地保有の欠如、ガバナンスの弱さ、民族、階級や階層、宗教的・政治的所属など、を評価する必要がある。後の詳細評価では、将来起こりうる危険、例えば環境悪化（例：土壌浸食や森林伐採）、気候変動や地質学的要因（例：サイクロン、洪水、旱魃、地滑り、海面上昇）によるリスクパターンの変化などを特定する。

7. **データ収集とチェックリスト**：人口移動と人数を含む評価情報は、クロスチェックされ、検証され、可能な限り多くの情報源により参照されなければならない。もし当初複数領域による評価ができない場合、他の個別の領域や権利保護、および分野横断的な評価との関連に特に注意を払う。情報源と情報の分類レベルは注記されるべきであり、5歳以下の子どもの死亡率と罹患率は最初から示されるべきである。広く受け入れられた人道基準に基づいた、多くの評価チェックリストが入手可能である（いくつかの技術的章に付記されているチェックリストを参照）。チェックリストによって、他の機関にとってのデータの一貫性と利用しやすさが増し、全ての主要なエリアが調査され、組織や個人のバイアスを抑えることを確保できる。機関を越えた共通の評価フォーマットが災害前に作られ、もしくは対応を通じて合意されることがある。全てのケースにおいて評価は、目的と手法を明確化し、被災者に対する災害の影響についての公平な情報を提供しなければならない。状況において適切な、質的および量的な手法の組み合わせが用いられなければならない。評価チームは、可能な限り、男女が含まれ、ジェネラリストと専門家が含まれ、ジェンダーに関する課題の情報を集められるスキルと子どもとコミュニケーションをとれるスキルを有した人を含むべきである。チームは、言語と地域に詳しく、文化的に適切な方法で人々とコミュニケーションを取れる人を含むべきである。

8. **能力の評価**：コミュニティは、事態に対応し、回復できる能力を有している（「コア基準1」（p.51）参照）。多くの対応メカニズムは持続可能で有用だが、他方、例えば資産の売却やアルコールの多量摂取など、長期的に害悪のある結果をもたらす可能性があるネガティブな方法もある。評価は、回復力を増大させるポジティブな戦略と共に、ネガティブな戦略の原因を特定しなければならない。

9. **安全の評価**：被災者、および受け入れた人々の安全と安全保障に関する評価は、初期及びそれに続くすべての評価において実施されるべきであり、それによって暴力の脅威や、あらゆる形態の抑圧、最低限の生活や基本的人権の否定を特定する（「権利保護の原則3」（p.35）参照）。

10. **評価の共有**：評価レポートは、他の人道機関にとって貴重な情報を提供し、基礎となるデータを作り、対応の意志決定についての透明性を増す。個々の機関の設計の相違にかかわらず、評価レポートは明確で簡明なものでなければならず、利用者が行動の優先付けをできるようにするもので、データの信頼性を示し必要な場合に比較分析を可能とするようその方法論を説明するものでなければならない。

コア基準4：設計と対応

人道対応は、状況や直面しているリスク、また、事態に取り組み回復する被災者と国家の能力に関連して、被災集団の評価されたニーズに見合っている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- ニーズや状況、直面しているリスク、および被災集団の能力についての公平な評価に基づき、プログラムを設計する（「コア基準3」（p.56）参照）。
- 国家や被災者によっては満たすことができなかったり、満たされないニーズに対応するよう、プログラムを設計する（ガイダンスノート1参照）。
- 災害直後の状況においては、基本的かつ緊急の生存ニーズに応える、生命を守る行動を優先する。
- 分類された評価データを用い、災害が異なる人々や人口に対してどのように影響を与えたか分析し、彼らの特定のニーズに応えるプログラムを設計する。
- 脆弱性の高い人々が援助と権利保護のサービスに完全にアクセスできるよう対応を設計する（ガイダンスノート2参照）。
- プログラム設計とアプローチが、被災者および被災集団の尊厳の全側面をサポートすることを確保する（「コア基準1」（p.51）およびガイダンスノート3参照）。
- 人々の脆弱性を増大させる全ての状況要素を分析し、人々の脆弱性を次第に減少させるようプログラムを設計する（「コア基準3」（p.56）およびガイダンスノート4参照）。
- 人々を危険にさらし、紛争の力学を悪化させ、不安定な状況を生み出し、搾取と虐待の機会を作り出すようなリスクを最小化するようプログラムを設計する（ガイダンスノート5および「権利保護の原則1」（p.31）参照）。
- 評価された状況とスフィア最低基準のギャップを次第に埋め、スフィアの指標を満たすか越えるようにする（ガイダンスノート6参照）。
- 早期の回復を推進し、リスクを減らし、被災者が将来の災厄の影響を防いだり、最小化したり、またはうまく対応したりする能力を増大させるプログラムを設計する（ガイダンスノート7参照）。
- 関連性と適切性を維持するためプログラムを継続的に適応させる（「コア基準5」（p.63）参照）。
- プログラム実施の早期段階において被災者と共に出口戦略を計画し話し合うことで、持続的な回復を促進する。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- プログラムの設計が、異なるグループの人々が直面している特定のニーズやリスクについての分析に基づいている。
- プログラムの設計が、人々のニーズと、彼ら自身もしくは国家のそのニーズを満たす能力とのギャップに対応している。
- プログラムの設計が、状況やリスク、および人々のニーズと能力の変化を反映して見直されている。
- プログラムの設計が、将来の災厄に対する人々の脆弱性を減らし、それらに対応し取り組む能力を高める行動を含んでいる。

ガイダンスノート

1. **既存の能力をサポートする**：被災者に対して迅速な救援と保護を提供するのは、国家の一次的な役割かつ責任である（「人道憲章第2節」（p.18）参照）。介入は、被災集団および/もしくは国家が十分な対応能力を有しない場合（特に対応の初期において）、もしくは国家や支配している当局が特定のグループの人および/もしくは被災地を能動的に差別している場合に実施する。全てのケースにおいて、被災集団の全てのメンバーに対する国家の能力と意図が、人道行動の規模と種類に影響する。
2. **アクセス**：援助は、それを必要としている人々全てに対して差別なく提供される（「権利保護の原則2」（p.33）参照）。人々の援助へのアクセスと、援助を用いそこから利益を得る能力は、適時の情報提供と、かれらの特定のニーズと文化的および安全上の配慮（例えば、食糧配給において高齢者や子どものいる女性を別の列にするなど）に合致した設計を通じて、増強される。それは、全ての年齢の女性、男性、少女、少年が設計に参加することによって、改善される。注意深く設計された対象設定基準および、広く協議され、コミュニティで理解され、体系的にモニターされるプロセスを通じて、アクセスは改善される。技術的各章において説明される行動は、安全な地域に施設を設置するなど、考えられた設計を通じて平等なアクセスを促進する。
3. **尊厳のある生活の基礎**は、基本的サービス、安全および人権尊重へのアクセスを保障するものである（「人道憲章」（p.17）参照）。同じく、人道対応が実施される方法は、被災者の尊厳と福利に強く影響する。各個人の固有の価値を尊重し、彼らの宗教的文化的アイデンティティを支え、コミュニティベースの自助を促進し、前向きな社会的サポートネットワークを促進するプログラムのアプローチは、全て心理社会的な福利に貢献し、尊厳ある生活に対する人々の権利の不可欠な要素となる。
4. **状況と脆弱性**：社会的、政治的、文化的、経済的、紛争および自然環境要素は、人々の災害の影響の受けやすさを増大しうる：状況の変化は新たに脆弱性の高い人々を作り出しうる（「コア基準3」（p.56）参照）。脆弱性の高い人々は、複数の要素に同時に直面していることがある（例えば、疎外された民族

グループに属する高齢者）。リスクを高める個人的および状況的要素の相互作用は分析されるべきであり、プログラムはそれらのリスクに対処・軽減し、脆弱性の高い人々のニーズを対象とするよう設計されるべきである。

5. **紛争に関する配慮**：人道行動は、意図せざる負の影響を有することがある。貴重な援助リソースは、搾取と虐待を増加させることがあり、援助をめぐる争いや乱用、悪用につながることがある。飢餓は戦争の武器たり得る（例：特定エリアでの故意の人口減少や強制的な資産の移転）。援助は、広い範囲の人口に負の影響をもたらし、男女間を含む異なるグループ間の不平等な力関係を増幅させることがある。注意深い分析と設計によって、援助が紛争や危険（自然災害におけるものを含む）を増加させる可能性を減らすことができる。援助の公正な分配と公正な対象設定を確保するよう設計することが必要である。個人の秘密情報を尊重することにより人々の安全と尊厳を保護すべきである。例えば、HIVやAIDSと共に生きる人々は烙印を押されるかもしれず、人権侵害の生存者は安全で秘密の援助を保障されなければならない（「コア基準3」（p.56）参照）。

6. **スフィア最低基準を満たすこと**：最低基準を満たすために必要な時間は状況によって異なる：それは、資源やアクセス、危険、および災害前のその地域の生活水準によって影響される。被災者が受け入れ側の集団や周辺の集団よりも高い生活水準を達成した場合、もしくは受け入れ・周辺人口の状況を悪化させた場合、緊張が起こりうる。例えば、周辺の自然環境や経済への悪影響を軽減し、受け入れ側の集団の水準を高めるよう支持することなどにより、不均衡やリスクを最小化する戦略を構築する。時と場合により、可能であれば、対応の範囲に受け入れ側の集団を含める。

7. **早期回復とリスク削減**：地元の能力を高め、地元のリソースと共に働き、サービスや教育、市場と生計の機会を復旧させる最初期の機会においてとられる行動は、早期の経済復興と外部からの援助終了後の人々のリスク管理能力を促進する（「コア基準1」（p.51）参照）。少なくとも、人道対応は将来世代の生活の質を下げたり害を与えたり、将来の危険に意図せず寄与したりしてはならない（例えば、森林伐採や自然資源の持続不可能な利用によって）。生命への即時の脅威が安定した段階で、現在および（複数の）将来の危険を分析する（例えば気候変動によって生み出されるものなど）。将来の危険を減らすよう設計する。例えば、対応においてリスク削減に投資する機会を持ち、「より安全に作り直す」こと。その例としては、地震やハリケーンに耐えられる家の建設や、押し寄せる嵐を緩和する湿地帯の保護、早期警戒と災害対策についての政策形成やコミュニティによる取り組みへのサポートが含まれる。

コア基準5：成果、透明性と学習

人道機関の成果は継続的に検証され、ステークホルダーに伝えられている。プロジェクトは、成果に対応して適応されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 全ての関連するスフィア基準とプログラムが示す原則、結果および活動に関する進捗状況を観察するため、体系的だが簡潔で適時、そして参加型のメカニズムを構築する（ガイダンスノート1参照）。
- 機関の運営および品質管理システムに関し、機関の全体的な成果を観察する基本的なメカニズムを構築する（ガイダンスノート2参照）。
- 結果と、可能であれば被災集団と周辺の集団に対する人道対応の初期の影響を観察する（ガイダンスノート3参照）。
- 観察したデータや変化するニーズ、および発展していく状況に対応してプログラムの戦略を適応させるための、体系的なメカニズムを構築する（ガイダンスノート4参照）。
- 人道対応の実施の全体を通して、定期的な反省と学習の取り組みを実施する。
- プログラムの最終評価もしくはその他の形態の客観的な学習的見直しを、その示した目的、原則、および合意された最低基準に照らして実施する（ガイダンスノート5参照）。
- 可能な限り、合同、機関間、およびその他の共同での学習の取り組みに参加する。
- 主要な観察結果、および適切であれば、事後評価の結果や、被災集団や関連当局および調整グループとの他の主要な学習プロセスからの発見について、迅速に共有する（ガイダンスノート6参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- プログラムは、観察および学習から得た情報に応じて適応されている。
- 観察および評価の情報源は、人道対応の対象者を代表するだけの数の視点を含んでおり、もしそれらと異なるのであれば受け入れコミュニティも含んでいる。

- 正確で最新の、秘密でない進捗情報が、人道対応の対象者、関連する地元当局、および他の人道機関と、定常的に共有されている。
- 成果は、スフィアの全てのコア基準および関連する技術的最低基準（および関連する世界的な、もしくは機関の成果基準）に応じて定常的に観察され、主な結果は主要なステークホルダーと共有されている（ガイダンスノート6参照）。
- 機関は、主な人道対応について、広く認められた評価方法の標準に従い、客観的な事後評価や学習見直しを一貫して実施する（ガイダンスノート6参照）。

ガイダンスノート

1. **観察**は、意図と結果を比較する。観察によって、プロジェクトの目的と指標に対する進捗と、脆弱性と状況に対するプロジェクトの影響を測定する。観察情報はプロジェクトの見直しを誘導し、対象選定の基準と援助が意図した人々に届いているかを検証する。それによって、意志決定者がコミュニティからのフィードバックに応え、新たに起こっている問題と流れを認識することを可能にする。観察はまた、機関が情報を収集するのと同じく、提供する機会ともなる。効果的な観察は、特定のプログラムと状況に合致した手法を選択し、適切に質的および量的データを組み合わせ、一貫した記録を維持している。観察情報についての公開性とコミュニケーション（の透明性）は、被災者に対する説明責任をよりよくする。被災集団自身による観察は、透明性と質と、情報に対する人々の当事者性をさらに増す。データの意図された利用方法と利用者が誰かの明確さによって、何が集められ、どのように示されるか定めるべきである。データは、情報共有と意志決定を促進する、簡潔でアクセス可能な形態で示されるべきである。
2. **機関の成果**は、そのプログラムの成果の範囲を測定するに留まらない。成果は、機関の機能全体―他の機関との関係、人道的な実施規範や規約・原則の厳守、管理システムの有効性と効率性などの側面において進展があったか―をカバーする。Groupe URDの*Quality Compas*などの品質保証アプローチは、機関の全体的な成果を評価するために用いることができる。
3. **影響の観察**：次第に、影響（短期から中期的な、正もしくは負の、意図されたもしくは意図されない、介入の広い影響）の事前評価が人道対応において実施可能でかつ重要なものであるとみられるようになった。影響評価は重要な新興領域であり、特定の人道的な貢献を、複雑で相互に関係する人口と状況の変化につなぐものである。被災者は、かれらの生活の変化に対する最高の審判である：従って、結果や影響評価は、人々のフィードバックや、自由回答のヒアリング、その他の参加型の質的アプローチを、量的アプローチと同様に含めなければならない。
4. **妥当性の維持**：観察によって、プログラムが被災集団にとって妥当なものであり続けているか、定期的にチェックしなければならない。そこでの発見は、プログラムが適切なものとなるような見直しにつながらなければならない。

5. **成果検証方法**：成果や学習、説明責任の異なる目的には、異なるアプローチが適している。観察と評価、参加型の影響評価とヒアリング、品質保証ツール、監査および内部学習・反省活動を含む、多様な方法が用いられる。プログラムの事後評価は典型的には対応の終了時に実施され、機関の方針や将来のプログラムの変更を推奨する。成果の観察や「リアルタイム評価」は、対応の最中に実施され、方針や取り組みの即時の変更につながる。事後評価は通常独立した外部の評価者によって実施されるが、客観的な方法をとる限り内部スタッフもまたプログラムを評価できる。このスタッフは通常、対応自体には関わっていないスタッフである。人道評価は、DAC（Development Assistance Committee、開発援助委員会）基準として知られる、8つの次元のセットを用いる：妥当性、適切性、関連性、一貫性、適用範囲、効率性、有効性、および影響。
6. **領域全体の成果**：調整グループとの、スフィア最低基準に向けての各機関の進捗についての情報共有は、対応全体での観察を支え、領域全体での成果データの貴重な情報源となる。

コア基準6：援助職員の成果

人道機関は適切な管理と監督的・心理社会的サポートを提供し、援助職員が人間性と尊重を備えた効果的な人道行動を計画し実施する知識、スキル、行動および態度を有することができるようにしている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 管理者に対して、適切なリーダーシップトレーニング、重要な方針の熟知、および効果的な管理のためのリソースを提供する（ガイダンスノート1参照）。
- できる限り多くの適切な候補者に魅力を感じさせるような、体系的、公正かつ透明な採用手順を構築する（ガイダンスノート2参照）。
- チームの多様性が地元の文化と状況において適切であるよう、女性と男性、民族、年齢および社会的バックグラウンドのバランスのとれたチームを採用する。
- 援助職員（国内および国際スタッフ、ボランティア、コンサルタント）に対して、適切で適時の導入、状況説明、明確なレポーティングライン、および最新の職務説明書を提供し、職員がその責任、職務の目的、組織の価値、重要な方針および地元の状況を理解できるようにする。
- 安全確保および退避ガイドライン、健康および安全方針を策定し、それらを用いて援助職員が機関において仕事を始める前に説明を行う。

- 援助職員が医療ケアおよび心理社会的サポートを得られるように確保する。
- 援助職員の行動規範を策定し、被災者が性的虐待、汚職、搾取およびその他の人権侵害から守られるようにする。その規程を、被災者とも共有する（ガイダンスノート3参照）。
- 被災集団に対する尊敬の文化を促進する（ガイダンスノート4参照）。
- 苦情受け付け手順を策定し、機関の行動規範に対する違反が確認された際には援助職員に対して適切な懲罰的措置を取る。
- スタッフとボランティアに対して定期的な評価を行い、職務の目的、知識、スキル、行動および態度に関する成果についてのフィードバックを行う。
- 援助職員に対して、かれらの業務量の管理と、ストレスの最小化についてサポートする（ガイダンスノート5参照）。
- スタッフと管理者が共同で、継続的な学習と成長のための機会を特定できるようにする（ガイダンスノート6参照）。
- 極度に悲惨な事件を体験するか目撃した援助職員に対して適切なサポートを提供する（ガイダンスノート7参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- スタッフとボランティアの成果への評価が、彼らの知識、スキル、行動態度、および彼らの職務説明書に記載された責任に応じた、適切な能力レベルを示している。
- 汚職や虐待的態度を禁止する行動規範に違反した職員は、公式に罰せられている。
- People In Aid Code of Good Practiceの原則、もしくは同様のものが、機関の方針や実行に反映されている。
- 援助職員の病気、怪我、およびストレス関連の健康問題の発生率が、災害対応を通じて安定している、もしくは減少している。

ガイダンスノート

1. **マネジメントに関する優れた実践**：人員管理のシステムは機関や状況によって左右されるが、管理者と監督者は、計画、採用、管理、学習および成長、契約終了時点における移行、国際機関においては人員配置に関する方針と指針を含んだ、People In Aid Code of Good Practiceに詳しくなければならない。
2. **採用手順**は、全てのスタッフと応募者に開かれており、理解可能でなければならない。このような透明性には、各ポストの最新で妥当な職務説明書の作成と共有を含み、それは多様性があり有能なチームを作るために不可欠である。既存のチームは、必要なときに新たな採用を行うことにより、その適切さと多様性を増すことができる。急なスタッフの拡大は、経験あるスタッフによってサポートされることが必要な、経験の浅いチームメンバーを採用することにつながる。
3. 貴重な援助リソースの管理と配置に関する**援助職員による統制**は、彼らを被災集団に対して権力がある地位に置くことになる。援助に依存し、保護的な社会ネットワークが機能していない、もしくは破壊された人々に対するこのような権力は、収賄や虐待につながりうる。女性、子どもや障がい者はしばしば性的な虐待状況を無理強いされる。性的な活動は、決して人道援助や保護の対価として要求されてはならない。人道行動に関係するいかなる個人（援助職員、軍、国家や民間セクターの人員）も、虐待や収賄、性的搾取に関わってはならない。人道的な配給に関わる者による、大人や子どもの強制労働、禁止薬物の使用や人道物資・サービスの取引もまた、禁止される。
4. 被災集団の価値や尊厳を**援助職員は尊重しなければならず**、被災者にとって文化的に受け入れられない行動（不適切な服装など）は避けなければならない。
5. **援助職員はしばしば長時間労働**を、危険でストレスの多い状況で行う。職員のケアに関する機関の責任には、福利を促進し、長期間の疲労や怪我、病気を防ぐ行動を含んでいる。管理者は職員に対して危険を認識させなければならず、例えば効果的な安全保護管理、適切な休息や回復、合理的な時間での勤務に向けた積極的なサポート、および心理的サポートへのアクセスなどにより、職員がその身体的および心理的な健康に対して不必要な危険にさらされないよう保護しなければならない。管理者は、良い取り組みをモデル化し、個人的に方針に従う事で、注意義務を促進できる。援助職員はまた、自らの福利を管理するための個人的な責任も取らなければならない。
6. **災害の初期段階においては**、スタッフの能力開発には制約がある。時間を経て、成果レビューやスタッフからのフィードバックを経て、管理者は学習と開発が必要なエリアを特定し、サポートしなければならない。災害対策はまた、人道関連の能力を特定し、開発する機会となる。
7. **心理的な救急対応**は、極度に悲惨な事件を経験したか目撃した援助職員に対してすぐに提供されなければならない（「必須保健サービス － メンタルヘルス基準1」（p.314）および参照・参考文献参照）。心理的デブリーフィングは効果的でなく、用いられてはならない。

参照・参考文献

情報源

人々を中心にした人道対応

Emergency Capacity Building (ECB) Project (2007), Impact Measurement and Accountability in Emergencies: The Good Enough Guide. Oxfam Publishing. Oxford. www.oxfam.org.uk/publications

Human Accountability Partnership (HAP) International (forthcoming), Standard in Accountability and Quality Management. Geneva. www.hapinternational.org/projects/standard/hap_2010_standard.aspx

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva

調整と協働

Global Humanitarian Platform (2007), Global Humanitarian Principles of Partnership. A Statement of Commitment Endorsed by the Global Humanitarian Platform. Geneva.
www.globalhumanitarianplatform.org/pop.html

IASC (2008), Guidance Note on using the Cluster Approach to Strengthen Humanitarian Response. Geneva.

IASC, Global Cluster Approach:
http://oneresponse.info/GlobalClusters/Pages/default.aspx

IASC and United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2008), Civil-Military Guidelines and Reference for Complex Emergencies. New York.
http://ochaonline.un.org/cmcs/guidelines

OCHA (2007), Guidelines on the Use of Foreign Military and Civil Defence Assets In Disaster Relief – “Oslo Guidelines”. Rev. 1.1. Geneva.
http://ochaonline.un.org/cmcs

事前評価

IASC (2003), Initial Rapid Assessment (IRA) Guidance Notes for Country Level. Geneva.
www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page?/clusters%20page?s?/health%20cluster/RT/IRA_Guidance_Country%20Level_field_test.doc

IASC (forthcoming), Needs Assessment Task Force (NATF) Operational Guidance for Needs Assessments.

Ushahidi mobile phone-based information gathering and sharing: www.ushahidi.com

設計と対応

Conflict Sensitivity Consortium: www.conflictsensitivity.org/

Early Recovery Tools and Guidance: http://oneresponse.info/GlobalClusters/Early%20Recovery/Pages/Tools%20and%20Guidance.aspx

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities (The Gender Handbook in Humanitarian Action). Geneva. http://oneresponse.info/crosscutting/gender/Pages/Gender.aspx

Provention Consortium (2007), Vulnerability and Capacity Analysis Guidance Note 9. Geneva. www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/tools_for_mainstreaming_GN9.pdf

United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) (2005), Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the resilience of nations and communities to disasters. Geneva. www.unisdr.org/eng/hfa/docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf

成果、透明性と学習

Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2009), 8th Review of Humanitarian Action. Overseas Development Institute (ODI). London.
www.alnap.org/initiatives/current/rha/8.aspx

Collaborative Learning Projects (2007), The Listening Project (LISTEN). Cambridge, Mass. www.cdainc.com/cdawww/pdf/other/cda_listening_project_description_Pdf.pdf

Groupe URD (2009), Quality Compas.
www.compasqualite.org/en/index/index.php

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (1999), Guidance for Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. Paris. www.oecd.org/dac

援助職員の成果

People In Aid (2003), The People In Aid Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel. London.
http://peopleinaid.org

World Health Organization, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Geneva.
www.who.int/mental_health/emergencies/en/

参考文献

事前評価と対応

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) and World Food Programme (WFP) (2008), Joint Assessment Mission Guidelines. 2nd Edition. Rome. www.unhcr.org/45f81d2f2.html

子ども

Action for the rights of children (ARC) (2009),
www.arc-online.org/using/index.html

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) and The Sphere Project (2009), Integrating Quality Education within Emergency Response for Humanitarian Accountability: The Sphere–INEE Companionship. Geneva

障がい者

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response.
www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf

Women's Commission for Refugee Women and Children (2008), Disabilities among Refugees and Conflict-affected Populations: A Resource Kit for Fieldworkers. New York.
www.womensrefugeecommission.org/docs/disab_res_kit.pdf

環境

Joint United Nations Environment Programme and OCHA Environment Unit: www.reliefweb.int/ochaunep

Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International. London.

UNHCR and CARE International (2005), Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-related Operations: Toolkit for practitioners and managers to help assess, monitor and evaluate environmental circumstances, using mainly participatory approaches. Geneva. www.unhcr.org/4a97d1039.html

UNHCR and International Union for the Conservation of Nature (2005), UNHCR Environmental Guidelines. Geneva.
www.unhcr.org/3b03b2a04.html

ジェンダー

Gender and Disaster Network: http://gdnonline.org

WFP (2009), WFP Gender Policy.
www.wfp.org/content/wfp-gender-policy

HIV/AIDS

IASC (2010), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. Geneva.
www.humanitarianinfo.org/iasc/page?loader.aspx?page?=content-products-products&sel=9

高齢者

HelpAge International: www.helpage.org

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – an essential brief for humanitarian actors. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&sel=24

ODI (2005), Network paper 53: Assisting and protecting older people in emergencies. London. www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=357&title=protecting-assisting-older-people-emergencies

成果、観察、事後評価

ALNAP Annual Review (2003), Humanitarian Action: Improving Monitoring to Enhance Accountability and Learning. London. www.alnap.org

ALNAP (2009), Real Time Evaluations of Humanitarian Action (Pilot Version). London. www.alnap.org

Catley, A et al (2008), Participatory Impact Assessment. Feinstein International Center, Tufts University. https://wikis.uit.tufts.edu/confluence/display/FIC/Participatory+Impact+Assessment

Groupe URD (2009), Quality COMPAS Companion Book. www.compasqualite.org/en/index/index.php

OECD (1999), Guidance for the Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. Paris. www.oecd.org/dac

Further information on evaluation (including training modules) and approaches to learning can be found on ALNAP: www.alnap.org

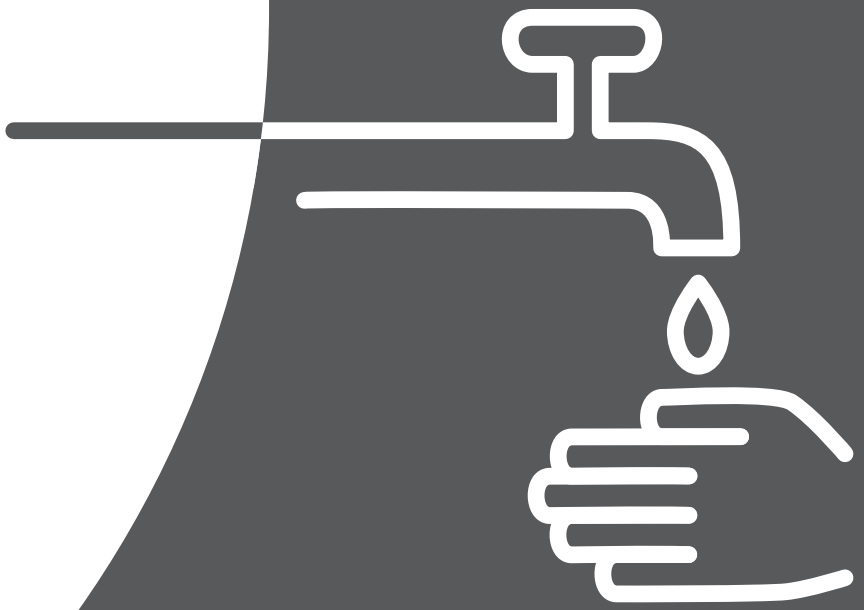
対象設定

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2003), World Disasters Report 2003 – Chapter 1: Humanitarian ethics in disaster and war. www.ifrc.org/publicat/wdr2003/chapter1.asp

UNISDR (2001), Countering Disasters, Targeting Vulnerability. Geneva. www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2001/pdf/Kit_1_Countering_Disasters_Targeting_Vulnerability.pdf

給水、衛生、衛生促進に関する最低基準

Minimum Standards in Water Supply, Sanitation and Hygiene Promotion



本章の使い方

本章は、以下の7つの主要な節に分かれている：

給水、衛生、衛生促進(WASH)
衛生促進
給水
し尿処理
病原体媒介生物対策
固形廃棄物管理
排水

権利保護の原則と、コア基準は、この章と共に用いられるべきである。

最低基準は、主に災害への人道対応について示すことを第一の意図としているが、同時に災害対策や復旧活動への移行においても考慮されうる。

各節は次のように構成されている。

- **最低基準：**本質的に質的なものであり、給水と衛生、衛生促進に関する人道対応において達成すべき最低レベルを定めている。
- **基本行動：**基準を満たすことを助ける、推奨される行動とインプットである。
- **基本指標：**最低基準が達成されているかどうかを示す「シグナル」である。基本行動のプロセスと結果を測定し報告するための手段を提供する：基本指標は最低基準に関連しており、基本行動とは関連していない。
- **ガイダンスノート：**最低基準や基本行動、基本指標を、異なる状況で適用する際に考慮すべき具体的な点が含まれる。これらは、現実の困難に取り組む際の指針や、優先すべき課題についてのベンチマークやアドバイスを提供する。また、基準や行動、指標に関する重要な論点を含み、現在の知見におけるジレンマ、論争やギャップを説明している。

要求される基本指標と基本行動が達成されない場合、結果として被災集団に対してどのような悪影響があるか評価すべきであり、適切な緩和活動を実施するべきである。

事前評価のチェックリストは付記1、ガイドライン・ノートは付記2〜6に含まれている。また、この章に関連する特定の問題と総論的問題との情報源を示す参照・参考文献のリストも提供されている。

目次

はじめに 77
1. 給水、衛生、衛生促進（WASH） 81
2. 衛生促進 84
3. 給水 89
4. し尿処理 97
5. 病原体媒介生物対策 103
6. 固形廃棄物管理 109
7. 排水 113
付記1：給水、衛生、衛生促進に関する事前評価チェックリスト 115
付記2：施設その他で使用する最低水量 120
付記3：被災状況下での公共の場所および施設における最低トイレ数 121
付記4：水とし尿に関係する疾患と感染メカニズム 122
付記5：コレラ治療センター（Cholera Treatment Centres, CTCs）のための最低限の衛生、衛生促進および隔離 123
付記6：家庭用水の扱い方と貯蔵の方法（樹形図式） 124
参照・参考文献 125

はじめに

人道憲章および国際法との関係

給水、衛生、衛生促進（water supply, sanitation and hygiene promotion, WASH）に関する最低基準は、人道機関の共通の信念とコミットメントおよび人道憲章に謳われている人道行動を統べる共通の原則、権利および義務を具体的に示したものである。人道の原則に基づき、国際法に反映されている通り、これらの原則は生命と尊厳への権利、保護と安全への権利、および必要に基づいた人道援助を受ける権利を含んでいる。人道憲章に反映されている主要な法的、政策的文書のリストは付録1（p.338）に、援助職員のための説明と共に示した。

上記権利に対しては国家が主要な義務を有するが、人道機関もこれらの権利に沿った形で被災者と共に活動する責任を有する。これらの一般的権利から、数々のより具体的な権利が導き出される。そこに含まれるのは、コア基準の基礎となる参加、情報、および非差別に関する権利であり、さらに、コア基準やこのハンドブックの最低基準を支える水・衛生・食糧・シェルター・健康に関する具体的な権利である。

すべての人は水と衛生への権利がある。この権利は国際的な法律文書の中で認められており、個人や家庭が、安全で基準を満たした十分な量の水を、適当な料金で実際に入手できることと、衛生設備を利用できることを規定している。脱水症による死亡を防ぎ、水に関係する疾病を患う危険を軽減し、飲料や調理、個人・家庭の衛生保持のために、十分な量の安全な水が必要である。

水と衛生への権利は、健康への権利、住居への権利、十分な食糧への権利など、その他の人権と密接に関係している。つまり、水と衛生への権利自体が、人間が生きていく上で不可欠な保証の一部なのである。政府や非政府組織には水と衛生への権利を実現する責任がある。例えば、武力紛争の際、飲料水設備や灌漑施設を攻撃、破壊、撤去、または使用不可能とすることは禁止されている。

本章の最低基準は、水と衛生への権利について詳細に記載するものではないが、スフィアの基準は、水と衛生への権利の中心となる内容を反映しており、世界中での同権利の発展的な実現に貢献するものである。

災害における給水、衛生、衛生促進（WASH）の重要性

水と衛生は、災害の初期段階において生存を左右する重要な要素である。被災者は、一般的に疾病にかかり、死亡する確率が非常に高く、その原因のほとんどは不十分な衛生、不十分な給水と衛生状態を維持できないことによるものである。これらの疾病のうち最も深刻なのは、排泄物一口経路で感染する下痢と感染症である（付記4「水とし尿に関係する疾患と感染メカニズム」参照）。他に、水と衛生に関する疾患として固形廃棄物や水因性の病原体媒介生物によるものなどがある。スフィア・ハンドブックの中の「衛生」という言葉は、し尿処理、病原体媒介生物対策、固形廃棄物処理、排水を指している。

災害時における「WASH」プログラムの主要な目的は、下記の事項の促進を通して、排泄物一口経路による疾患の感染と病原体媒介生物に触れる危険を軽減することである。

- 衛生的な生活習慣
- 安全な飲料水の供給
- 環境面における健康上の危険の軽減
- 健康・尊厳・快適さ・安全を保ちながら生活できる環境

単に十分な水と衛生設備を提供するだけでは、最適な利用や公衆衛生に対する最大の効果は期待できない。対応から最大の成果を引き出すためには、水や衛生に関係する疾病の予防について被災者が必要な情報、知識、理解を得ること、設備の設計および維持について被災者の参画を促すことが不可欠である。

例えば難民や避難民が共同の給水場や衛生設備を使用する際、女性や少女は性的暴力などジェンダーに起因する暴力の被害を受けることが増える。この危険を最小限に抑え、援助活動の質を向上させるためには、給水・衛生プログラムへの女性の参画を確保することが重要である。計画・決定・自主管理への女性と男性の公平な参画により、被災者全体が給水と衛生サービスへの安全で容易なアクセスを保証され、サービスも適切なものとなる。

公衆衛生におけるより良い災害援助は、より良い災害対策によって確保される。そのような対策は、これから起こりうる、あるいは差し迫った災害のインパクトを予想し効果的に対応するための、政府や人道機関、地域市民社会組織、コミュニティ、個人によって育まれた能力、結びつき、知識の賜物である。それはリスク分析に基づいており、早期警戒システムと強い関連を有する。災害対策には、危機管理計画立案、機器や物資の備蓄、緊急サービスおよび待機の手配、人員の訓練、およびコミュニティレベルの計画トレーニングや演習などがある。

他章との関係

他の章に含まれる多くの基準が本章に関係している。ある分野の基準達成の進捗状況は、他分野の進捗状況に影響を及ぼすことが多く、また、進捗状況を決定づける場合もある。効果的な対応を行うためには、他セクターとの密接な調整と協働が必要になる。ニーズを満たし、取り組みの重複を回避し、給水・衛生に関する介入の質を最適なものにするためには、地元当局やその他の対応機関との調整も必要である。

例えば、栄養に関する基準が達成されていない場合、人々は疾病にかかりやすくなるため、水と衛生の基準向上が急務となる。HIV感染者やAIDS患者の多いグループ、高齢者や障がい者の比率が高いグループについても同様のことが言える。状況に合わせ、各セクター間で共有する信頼できる情報に基づいて、優先事項を決定する必要がある。関連する基準や補足的な基準についても、該当する場合は言及する。

権利保護の原則とコア基準との関係

このハンドブックの基準を守るためには、たとえ明確な保護の責務や保護の専門家としての能力を有していないとしても、全ての人道機関が権利保護の原則を守らなければならない。権利保護の原則は「絶対的」なものではない。機関がどの程度原則を満たすことができるかは、状況によって制約されうると認識されている。しかしながら、原則は、常に行動の指針とされるべき普遍的な人道上の懸念を反映している。

コア基準は、全てのセクターによって共有されている、プロセスおよび人員に関する主要な基準である。6つのコア基準は、人々を中心とした人道対応、調整と協力、事前評価、設計と対応、成果・透明性と学習、および援助職員の成果をカバーしている。コア基準は、ハンドブックのその他の全基準を支えるアプローチについて、単一の参照ポイントを提供する。従って技術的各章は、その基準の達成を助けるため、コア基準と共に用いられることが求められる。特に、あらゆる対応の適切性と質を確保するため、被災者の参加―災害において最もしばしばリスクにさらされるグループと個人を含む―は最大化されるべきである。

被災者の脆弱性と対応能力

この節はコア基準と併せて読まれ、コア基準を補強することを想定して書かれている。

重要なことは、若者や高齢者であったり、女性であったり、障がいを持っていたりHIVであったりすること自体は、個人を脆弱にしたりリスクを増したりするわけではないことである。むしろ、様々な要素の相互作用が脆弱性やリスクに影響する。例えば、70歳を越して一人で暮らし健康状態が悪い人は、同じ年齢や健康状態でも大家族と共に住み十分な収入を有している人よりも脆弱性が高くなりがちである。同じように、3歳の少女は、保護者がいない場合には責任ある両親の元で養われている場合よりも脆弱性が高い。

WASH基準および基本行動の実施にあたり、脆弱性および能力分析を行うことにより、援助を受ける権利を有する人が差別なく、また最も必要とする人が、災害対応の取り組みによって支えられることが確保される。そのためには、地元の状況と、その元々有していた脆弱性（例：極度の貧困や差別）や権利保護への様々な脅威への露出（例：性的搾取を含むジェンダーに起因する暴力）、疾病の発生や蔓延（例：HIVや結核）および集団感染の可能性（例：麻疹やコレラ）によって特定の危機が特定のグループにどのように影響するのかを、徹底的に理解することが求められる。災害は、既存の不平等をさらに悪化させることがある。しかしながら、人々の対処戦略、回復力、および復旧能力をサポートすることが重要である。人々の知識、スキルおよび戦略は支えられるべきであり、社会的、法的、経済的および心理社会的サポートへのアクセスは支持されるべきである。また、このようなサービスへ正当なやり方でアクセスする際に直面しうる様々な身体的、文化的、経済的および社会的障害への対応も必要である。

以下に、脆弱性が高い人々の権利と能力が配慮されることを確保するいくつかの主要領域を示している。

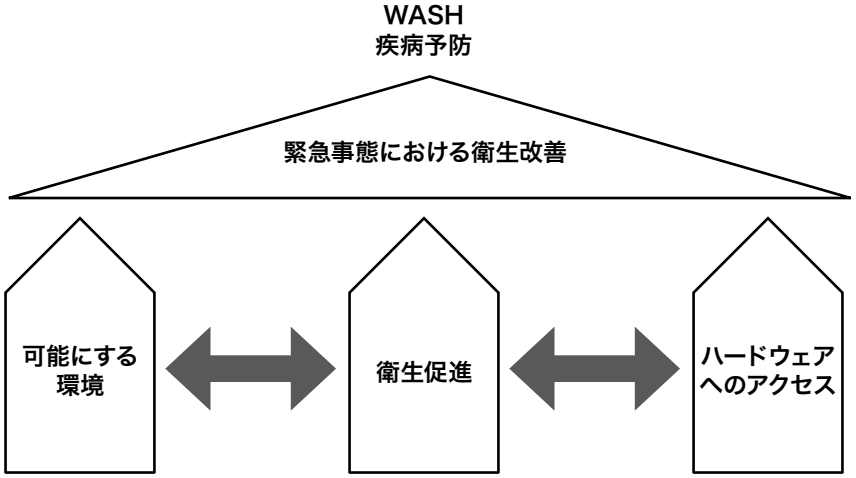
- 人々の参加を最大化する。その際、全ての代表的グループが含まれていること、その中でも特に見えづらい人々（例：コミュニケーションが難しい人、移動が難しい人、施設で暮らしている人、汚名を着せられた若年層、その他のあまり/全く代表されていないグループ）が含まれていることを確保する。
- 評価において性別および年齢（0歳〜80歳以上）によってデータを分類する—これは、WASHの領域において適切に人々の多様性を考慮することを保障する重要な要素である。
- 受給資格についての情報を得る権利が、誰も排除せず、コミュニティの全ての構成員がアクセス可能な方法で伝えられていることを確保すること。

最低基準

1. 給水、衛生、衛生促進（WASH）

あらゆるWASHプログラムの目的は、健康を守るための個人および環境の衛生状態の向上にある（下図参照）。効果的なWASHプログラムには、援助機関と被災者が情報交換を行い、基本的な衛生問題や文化的に適切な解決策を突き止めることが必要である。最適な給水や衛生施設の利用を確保し、安全な衛生管理を実施することは、結果的に公衆衛生に対する最大の効果を実現する。

衛生促進はWASHに関する介入の成功のために必要不可欠である。衛生促進の分野は、総論的でもあり、各論的でもある。概して、衛生促進は全てのセクションに必須であり、また給水、し尿処理、病原体媒介生物対策、固形廃棄物管理、排水に関する指標に反映されている。より具体的には、この章では二つの衛生促進基準に焦点をあて、特定の衛生促進活動に関連させて紹介する。



WASH基準1：WASHプログラムの策定と実行

被災集団のWASHへのニーズが満たされ、利用者が施設の設計、運用、維持管理に適切な形で参画している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 被災集団との協議により、公衆衛生を損なう恐れのある主要なリスクを明らかにする（ガイダンスノート1、「コア基準1,3〜4」（p.51〜60）参照）。
- 被災者の公衆衛生に関するニーズにつき、彼らの優先順位に沿って情報提供し、対処する。
- あらゆる利用者のグループから、WASHプログラムの活動における、衛生施設と衛生促進の方法との両方の策定と容認性についてフィードバックを体系的に集める。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 被災集団の全てのグループが、WASH資源と施設を公平かつ安全に利用でき、提供された施設を使用し、公衆衛生のリスクを軽減するための活動に取り組んでいる（「衛生促進基準2」（p.86）参照）。
- 全てのWASHプログラムのスタッフが、被災者と明確にかつ敬意をもって意思伝達を行い、プロジェクトの情報を隠さず被災者と共有する。これは、コミュニティの構成員からのプロジェクトに関する質問にどのように答えるか把握することも含む。
- 衛生施設を適切に運用・維持するためのシステムが存在し、それぞれのグループが公平に貢献している（ガイダンスノート1参照）。
- 全ての利用者が、WASHプログラムの策定・実行が安全性向上と尊厳の回復に結びついていることに満足している。

ガイダンスノート

1. **ニーズの事前評価**：事前評価を行い、脆弱性を高める可能性のある危険な習慣を明らかにし、WASH施設の提供と衛生促進活動との両方の達成可能な成果を予測することが必要である。主要な危険は、施設を利用する際の物理的安全、施設利用に影響を与える疎外グループの差別、トイレの使用・維持方法、石鹸やその代用品で手を洗わないこと、不衛生的な水の収集・貯蔵方法、そして不衛生的な食糧の貯蔵・調理方法に集中しがちである。事前評価は、促進活動が効果的・関連的・実践的なものとなるよう、地元の知識・習慣だけでなく人々が利用可能な資源に注目すべきである。安全な衛生習慣の順守を容易にしうる、（そして/あるいは）阻害しうる社会的・文化的規範は、初期・中間評価の一部として明らかにされるべきである。事前評価では脆弱性が高い人々のニーズに特に注意を払うべきである。脆弱性の高い人々のどのグループとも協議できない場合には、その旨を事前評価レポートに明言すべきであり、少しでも早く聞き取り調査に取り組むべきである（「コア基準3」（p.56）参照）。

2. 衛生促進

衛生促進とは、人々が水、衛生、衛生状態に関わる病気を予防し、重症化を防ぐ取組みを実施できるようにするための計画的、体系的アプローチである。これはまた、WASHプログラムにおけるコミュニティ参画、説明責任、モニタリングを促進する実用的な方法も提示している。衛生促進は、被災集団の知識、習慣、資源を利用することを目指すべきであり、また公衆衛生の最適な確保のための方策決定にあたり近年のWASHプログラムの経験の蓄積も利用すべきである。

衛生促進は、人々が与えられた給水、衛生、衛生促進のための施設・サービスを有効に使うことを保障すること、および効率的な施設の運用・維持を含む。3つの主要要素は下記の通りである：

1. 情報と知識の相互共有
2. 被災コミュニティの動員
3. 重要な物資・施設の提供

人々が自らの健康を守るために行動をおこすよう奨励することを重視する必要があり、コミュニティの動員は災害の期間中は特に有用である。促進活動は、メッセージの大規模な拡散に集中しすぎるよりも、可能な場合には双方向的な手法を含むべきである。

衛生促進基準1：衛生促進の実施

被災した全ての年代の男性、女性、子どもが公衆衛生の主要な危険を認識しており、衛生状態の悪化を防ぐための手段をとること、提供された施設を利用・維持することに動員されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 妥当なマスコミのルートを使い、衛生関連の危険や予防行動に関する情報を体系的に提供する（ガイダンスノート1〜2参照）。
- コミュニティ内の様々な社会グループに動機付けをすると思われる特定の社会的、文化的、宗教的要素を明らかにし、それらを衛生促進の伝達に関する戦略の土台として使用する（ガイダンスノート2参照）。

- 被災者との継続的な対話と議論を保障するために、適所で双方向的な衛生の伝達手段を使用する（ガイダンスノート3参照）。
- 被災者コミュニティと協力し、主要な衛生的な生活習慣と供給された施設の利用を定期的に観察する（ガイダンスノート3、「コア基準5：ガイダンスノート1, 3〜5」（p.64〜65）参照）。
- コミュニティを動員するための期間や条件の定義を、被災集団や主要ステークホルダーと取り決める（ガイダンスノート5参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 全ての利用者グループが、衛生状態の悪化を予防するために彼らが実施したことを説明し、実際にやってみせることができる。
- 全ての提供された施設が適切に使用され、定期的に手入れをされている。
- 全ての人々が排便後、子どものお尻を拭いた後、食事前、調理前に手を洗う。
- 全ての衛生促進の活動とメッセージは、主要な行動習慣と間違った考えに対処するものであり、全ての利用者グループを対象としている（ガイダンスノート6参照）。
- 全ての利用者グループからの代表者が、衛生促進活動のプラン策定、研修、実施、モニタリング、事業評価に参画している（ガイダンスノート1〜6、「コア基準1：ガイダンスノート1〜5」（p.52〜53）参照）。
- 幼児や乳児の世話をする人に、子どもの排泄物を安全に処理する手段が確保されている（「し尿処理基準1」（p.97）、ガイダンスノート6参照）。

ガイダンスノート

1. **優先すべき衛生面のリスクと行動習慣の対象選定**：各グループの衛生面のリスク、役割、責任に関する事前評価から得た知識に基づいて援助活動のプラン策定と優先順位付けを行うべきであり、それによって人道援助機関と被災集団との間の情報の流れが適切にターゲット設定されたものとなり、見いだされた間違った考えは正されるようにする。
2. **被災者のあらゆる階層への浸透**：災害の初期段階では、できるだけ多くの人々が健康上の危険についての重要な情報を受け取ることができるようにするために、マスメディアに頼ることが必要な場合もある。情報が全ての人々に行き渡るようにするためには、対象となるグループに応じ、適切な伝達ルートを通して様々な情報、教育、伝達のための素材を利用することが必要である。このことは、読み書きのできない人々、意思伝達が困難な人々、ラジオやテレビに触れることができない人々にとって特に重要である。人気のあるメディア（ドラマ、音楽、路上劇、ダンス等）もまたこの場合には効果的である。教育クラスターとの協力は、学校で衛生活動を実施するための機会を提供するために重要である。

3. **双方向的方法**：文化的に妥当な参画型の素材や方法は、被災者が自身の衛生状態の向上のためのプランを策定し、モニタリングするための有用な機会を提供する。それらはまた、場合によっては、プログラムへの提案や不満を伝える機会も提供する。衛生促進のプラン策定は、必ず文化的に妥当でなければならない。衛生促進活動は、自らとは異なる信条や生活習慣をもつグループと協力して作業を行うことのできる性質と技能を持つ人物を中心に実施される必要がある（例えば、女性は見知らぬ男性と話してはならないという文化もある）。
4. **過剰負担**：被災集団の中である特定のグループ（例：女性）だけに衛生促進活動や活動の管理の過剰な責任を負わせないようにすることが重要である。訓練や雇用機会といった利益は、女性、男性、疎外されたグループに提供されるべきである。
5. **コミュニティ動員のための規約**：訪問活動スタッフあるいは家庭訪問員を活用することで、多くの人々とより双方向的な方法で接することが可能になるが、この活動員たちは円滑化のための技術を磨くためのサポートを必要としている。大まかな目安として、難民キャンプの場合、被災者1,000人につき2人の衛生促進・コミュニティ動員係が必要である。コミュニティ動員係はまた、その国の法律の範囲内で、契約雇用、あるいはボランティアで、日ベースでの仕事でも良い。彼らが賃金を受け取るか受け取らないかは、緊迫化を回避し、かつ既存システムの長期的な持続性を阻害しないために、被災集団、活動中の機関、クラスターと話し合われるべきである。
6. **各グループの行動に向けての活性化**：重要なのは、健康は必ずしも行動習慣の変更につながる動機付けとはならない、ということを意識することである。プライバシー、安全、利便性、宗教的・文化的規範を守ること、社会的地位、尊厳への要求の方が、より良い健康状態の確保よりも強い原動力となることがある。これらの動機付け要因は、促進活動をデザインする際に考慮される必要があり、エンジニアのチームと協力して施設の設計と配置に効果的に組み込まれなければならない。個人の行動習慣の変更だけでなく、社会的動員やグループとの活動も強調されるべきである。

衛生促進基準2：衛生用品の確認と使用

個人の衛生保持、健康、尊厳、福利を保証する為に、被災者が衛生用品へのアクセスを確保され、かつ衛生用品の確認および使用の促進に関与している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- すべての年齢の男性、女性、子どもに、必要で優先順位の高い衛生用品について相談する（ガイダンスノート1, 3〜4参照）。
- コミュニティの緊急の要請に対応して、必要なタイミングでの衛生用品の分配に取り組む（ガイダンスノート2〜3参照）。
- 分配後のモニタリングを実施し、受領者が分配された衛生用品の利用および満足度について評価する（ガイダンスノート3, 5参照）。
- 衛生用品の分配の代替措置を調査し、査定する。例えば、現金、バウチャー、そして/または食糧以外の物品（ノン・フードアイテム）を提供する（「食糧の確保 ー 現金・バウチャー配給基準1」（p.188）参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 女性、男性、子どもが衛生用品を利用することができ、健康、人間の尊厳、福利を維持するために効果的に利用されている（ガイダンスノート1, 7, 9参照）。
- 生理のある年齢の全ての女性、少女が、被災集団との協議のもとに、衛生的で適切な生理用品を供給されている（ガイダンスノート5, 8参照）。
- 全ての女性、男性、子どもが、使い慣れない衛生用品を安全に使用するための情報を得、訓練を受けることができる（ガイダンスノート5参照）。
- ノン・フードアイテムの分配の時間、場所、内容、対象となるグループに関する情報が被災集団に利用可能なようにされている（ガイダンスノート3〜5を参照）。
- ノン・フードアイテムの分配時に、被災集団とスタッフの安全が最優先されている（「権利保護の原則1：ガイダンスノート1〜3」（p.31〜32）参照）。

ガイダンスノート

1. **基本的衛生用品**：最低限の基本的衛生用品のパックには、水の容器（バケツ）、入浴・洗濯用石鹸、衛生生理用品が含まれる。

基本的衛生用品リスト

10〜20リットルの水を持ち運ぶための容器	家庭毎に1つ
10〜20リットルの水を貯蔵するための容器	家庭毎に1つ
入浴用石鹸250グラム	毎月1人当たり1つ
洗濯用石鹸200グラム	毎月1人当たり1つ
許容範囲内の衛生生理用品（例: 洗濯可能な綿布）	1人1つ

2. **調整**：毛布のような、基本的衛生用品の中に含まれていない追加的なノン・フードアイテムが必要かどうか、シェルターのクラスターや被災集団と共に議論する（「ノン・フードアイテム基準1」（p.254）参照）。
3. **衛生用品の分配の適時性**：衛生用品を必要なときに確実に分配するためには、主要な一般的物品（石鹸、ジェリー缶など）については被災集団との合意なしで分配し、将来の分配に関しては協議によって合意を形成することが必要となりうる。
4. **優先度の高いニーズ**：優先度の高いニーズが適切に満たされない場合には人々は供給物品の売却を選ぶこともあるため、分配の計画策定の時点で人々の暮らしが考慮される必要がある。
5. **妥当性**：使い慣れていないために使用されない、あるいは誤って使用される可能性のある物（例えば、食糧と間違えられる可能性のある物品）を指定することを避けるように、注意が払われるべきである。文化的に適切、あるいは好ましい場合には、洗濯用石鹸の代わりに粉末洗剤を特定することも可能である。
6. **交換**：必要な場合は消耗品の交換について検討する。
7. **特別なニーズ**：特別なニーズをもつ人々（例えば、失禁症や深刻な下痢）は、石鹸などの個人の衛生用品をより多く必要とする可能性がある。障がい者や寝たきりの人々は、ベッド用トイレのような追加的物品を必要とする可能性がある。いくつかの物は、衛生的使用のために改造することが必要かもしれない（例えば、穴の開いたスツール椅子や、トイレ用の椅子）。
8. **衛生生理用品**：衛生生理用品の洗浄や廃棄を目立たずに行えるよう、確保しなければならない。
9. **追加的物品**：既存の社会的、文化的習慣によって、追加的な個人の衛生用品の利用が必要となることもある。利用可能性によって、下記の物品を含む（一人当たり、毎月）：
   - 歯磨き粉75ml/100g
   - 歯ブラシ1つ
   - シャンプー250グラム
   - 2歳未満の乳幼児用ローション250ml
   - 使い捨て剃刀1つ
   - 月経のある年齢の女性、少女用の下着
   - ヘアブラシおよび/または櫛1つ
   - 爪切り
   - おむつとおまる（家庭のニーズに合わせて）

3. 給水

給水は生きるため、健康と人間としての尊厳を守るために必要不可欠である。緊急事態において、基本的ニーズを満たすほどの充分な水がないことがしばしばであり、そのような場合、生存に必要な量の安全な飲料水を供給することは極めて重要である。たいていの場合、主要な健康問題は不十分な給水を原因とする不衛生と汚染水の使用とによって引き起こされている。

給水基準1：アクセスと給水量

すべての人々が、飲料用、調理用、個人・家庭の衛生保持用の十分な量の水への、安全かつ平等なアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 水量と水源への環境的影響を考慮しながら、状況に見合った水源を確認する（ガイダンスノート1参照）。
- 優先順位をつけて、被災集団の必要性を満たすよう水を提供する（ガイダンスノート2, 4参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- どの家庭も、飲料用、調理用、個人の衛生保持用として、平均で1人1日最低15リットルの水を使用している（ガイダンスノート1〜8参照）。
- どの住居も500メートル以内に給水所がある（ガイダンスノート1, 2, 5, 8参照）。
- 給水所で水汲みを待つ時間は30分を越えない（ガイダンスノート7参照）。

ガイダンスノート

1. **水源の選定**：水源の選定に際して、以下の3要素が考慮されるべきである：十分な量の水の利用可能性、近接性、持続可能性；処理が必要かどうか；そして、水源に関する社会的、政治的または法的な要素の存在を含めた実行可能性。一般的に、地下水源や湧水からの自然流下によるものは、処理の必要が

少なく、汲み上げの必要も無いため、望ましい。災害の初期段階では、様々なアプローチと水源を組み合わせることが必要となる場合がしばしばある。過剰利用を防ぐため、全ての水源を定期的に観察する必要がある。

2. **ニーズ**：家庭用に必要な水の量は、状況によって異なり、また気候、利用できる衛生設備、人々の生活習慣、宗教的・文化的な風習、調理する食物、着衣などによって異なる。水源が住居から近いほど、一般的に水の消費量は増加する。その地域の基準が高い場所では、可能であればその地域の基準に合わせて1人1日15リットルという基準を超えてもよい。

生存に必要な基本的な水の量

生存に必要な水：水の摂取量（飲料および食物）	2.5〜3L/日	気候、生理的個人差による
基本的な衛生上の行動	2〜6L/日	社会的・文化的規範による
基本的な調理ニーズ	3〜6L/日	食物の種類、社会的・文化的規範による
基本的な水のニーズ総計	7.5〜15/日	

施設その他で使用する最低水量についてのガイダンスについては、「付記2：施設その他で使用する最低水量」を参照。緊急時の家畜用の水のニーズについては、「家畜の緊急ガイドラインと基準」にあたること（参照・参考文献を参照）。

3. **測定**：水の使用と消費に関するデータ収集のための方法としては、水道管のネットワークの中に流入した水量の測定や手動ポンプの稼働の測定よりも、家庭調査、観察、コミュニティでのディスカッション・グループの方がより効果的である。

4. **量/対象範囲**：災害発生時、質量ともに水の最低基準が満たされるまでは、たとえ質はほどほどであっても十分な量の水を公平に供給することが優先される。被災者は非常に疾病にかかりやすい状態にあるため、被災者または受入側の集団の基準よりも高い場合でも、水の利用可能性と量の指標を達成する必要がある。HIV感染者やAIDS患者のような特別な健康状態にある人たちのために他の人よりも余分に水を確保すること、干ばつ時には家畜や穀物のための水需要を満たすことについても特に気をつけなければならない。対立を避けるために、水と衛生の対象範囲が、受入側と被災者両方のニーズを平等に取り組むことが推奨される（「付記2：施設その他で使用する最低水量」参照）。

5. **水源1つあたりの最大利用者数**：水源1つあたりの利用者数は、各水源の水の湧出量と利用可能性によって決まる。大まかなガイドラインは以下のとおりである。

蛇口1つあたり250人	基準流出量：毎分7.5リットル
手動ポンプ1台あたり500人	基準流出量：毎分17リットル
1人用開放井戸1基あたり400人	基準流出量：毎分12.5リットル

これらのガイドラインは、水場が1日およそ8時間のみ使用でき、この時間の間は継続的に水が供給されるという前提に基づいて算出されている。それよりも長時間使用できる場合には、人々は1日の必要最低量の15リットルを上回る量の水を調達できることになる。しかしこれらの目標値を達成しているからといって、必ずしも最低基準水量や公平な使用が保証されるわけではないため、この目標値を使用する際には注意が必要である。

6. **待ち時間**：過度の待ち時間は、水場の数の不足または水源からの湧出量の不足が原因で、水が十分に利用できないことを示す指標である。過度の待ち時間によって生じる潜在的なマイナス作用は、1人あたりの水の消費量の減少、衛生処理がされていない地上の水源からの消費の増加、水を調達する人たちが生存のために不可欠な他の作業に費やす時間の減少、である。

7. **アクセスと公平性**：たとえ最低限必要な基準量を満たす十分な水が使える場合でも、すべてのグループが公平に利用できるようにするために、さらなる対策が必要となる。水場は、例えばジェンダーや民族的背景といったことに関係なく、すべての人々がアクセスできる場所に設置する必要がある。一部の手動ポンプと集水容器を、HIV感染者やAIDS患者、高齢者、障がい者、子ども用に設計・改良する必要がある場合もある。水が配給されたり、汲み上げが決まった時間に行われるような場合、女性の受益者を含む使用者と協議したうえで計画を立てる。

給水基準2：水質

水の味がよく、飲料用・調理用・個人や家庭の衛生保持用に十分な水質で、健康に危険を及ぼすことがない。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 迅速な衛生調査を実施し、時間と状況が許すならば水源のための水安全計画を実施する（ガイダンスノート1〜2参照）。

- 給水後の水質汚染を最小化するために必要な全ての手順を実施する（ガイダンスノート3〜4、「衛生促進基準1」（p.84）参照）。
- 水道管による給水をする場合、または下痢の流行の恐れがある場合の給水は、消毒薬による水の処理を行い、蛇口において、残留塩素は1リットルあたり0.5mgに、混濁度は5NTU（ネフェロ分析濁度ユニット、Nephelometric Turbidity Units）以下になるようにする。特定の下痢の流行の場合には、残留塩素が1リットルあたり1mg以上となるようにする（ガイダンスノート5〜8参照）。
- 家庭における水の処理が提示される場合、適切な促進、訓練、モニタリングがともなうようにする（ガイダンスノート3, 6参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 配給場所と使用場所において、100mlあたりの水に含まれる大腸菌がない（ガイダンスノート2, 4〜7参照）。
- 実施された家庭におけるどの水処理も、微生物に関する水質の改善に効果的で、適切な訓練、促進、モニタリングをともなっている（ガイダンスノート3〜6参照）。
- 化学物質（残在処理薬を含む）や放射性物質により汚染された水の短期使用による健康への悪影響がなく、また、調査結果でもそのような兆候が検出されない（ガイダンスノート8参照）。
- すべての被災者が、他の容易に利用できる水源よりも優先して、保護された、または浄水処理された水源の水を飲んでいる（ガイダンスノート3, 6参照）。
- 水から発生する、あるいは水と関連する疾病が発生していない（ガイダンスノート1〜9参照）。

ガイダンスノート

1. **衛生検査と水の安全計画**：衛生検査は、公衆衛生上の危険となり得る状況や習慣に関する評価である。評価の対象は、水源、搬送中、家庭における汚染の可能性や、排便の習慣、排水、固形廃棄物管理である。コミュニティ地図の作成は、公衆衛生の危険のある場所を特定し、それらの危険を軽減させる方法の割り出しにコミュニティを参加させるために特に効果的な方法である。動物の排泄物は、人間のし尿ほど有害ではないが、クリプトスポリジウム、鞭毛虫、サルモネラ菌、カンピロバクター菌、カリシウィルス、その他人間の下痢の一般的原因となる菌などの微生物を含んでいる可能性があり、そのため深刻な健康上の危険となることに留意する。WHOはその水安全計画（water safety plan; WSP）の使用を推奨しており、その全体的アプローチが網羅するものは、補助的プログラムの開発を含む、災害の特定やリスク評価、改善/アップグレード計画、制御方法のモニタリング、管理手順である（参照・参考文献を参照）。

2. **微生物に関する水質**：糞便性大腸菌（そのうち99パーセント以上は大腸菌(E. coli)）は、人間および/または動物の排泄物による水質汚染の水準と、有害な病原菌が存在する可能性を示す指標である。少しでも糞便性大腸菌が存在している場合は浄水処理を施さなければならない。
3. **保護された水源の利用促進**：保護された水源や浄水処理済みの水を供給しても、人々が水の健康上のメリットを理解して使用しない限り、効果はほとんど期待できない。人々は、味、近接性、社会的利便性といった理由から、例えば河川、湖、保護されていない井戸などの保護水源以外を好んで使用する場合がある。このような場合、専門技術者、衛生促進を行う人たち、コミュニティを動員する人たちは、彼らの嗜好の根拠を理解し、促進メッセージや話し合いの中にその考慮を含める必要がある。
4. **供給後の汚染**：供給時点では安全な水であっても、調達、保管、汲みだしの段階における再汚染により、深刻な健康上の危険となる可能性がある。こうしたリスクを最小限に抑えるために取り得る措置として、日常的な調達・保管方法の改善と清潔で適切な調達・保管用容器の配布がある（「給水水準3」（p.94）参照）。水は日常的に使用時点でのサンプルを取り、配給後の汚染の程度を監視する。
5. **水の殺菌**：供給源あるいは配給後の汚染の恐れが大きい場合は、塩素のような残効性殺菌剤で水の処理をする。このリスクは、人口密度、し尿処理の在り方、衛生習慣、下痢性の疾病の罹患率のような居留地の状況により左右される。下痢の流行の危険性がある、あるいは下痢が流行している場合、全ての供給飲料水が分配前か家庭にて消毒される必要がある。適切に水を殺菌するために、混濁度は5NTU以下にする。しかし、緊急時の短期的使用については、混濁度の低下が達成されるまでフィルターを通した後に2倍の塩素を投入することによって、混濁度の高い水は十分に除染可能である（「付記6：家庭用水の扱い方と貯蔵の方法（樹形図式）」参照）。
6. **家庭における水の除染**：中央管理された水の処理システムの利用が不可能である場合、家庭での使用時に行う水の処理（point-of-use water treatment; PoUWT）が1つの選択肢となる。下痢を減らし、保管された家庭用水の微生物学的水質を改善するための様々なタイプのPoUWTとして含まれるのは、沸騰消毒、塩素殺菌、日光消毒、セラミックスによる濾過、砂による低速濾過、凝集/消毒である。どんな状況においてもPoUWTの最適な選択は、その場の水と衛生の状況、水質、文化的許容性、選択肢の実現可能性に左右される。十分な材料や道具、受益者のための適切な訓練の提供がPoUWTの成功のために必要である。災害状況において実証されていない水処理の方法の導入は避けるべきである。危険が心配される地域では、緊急援助を円滑化するために、PoUWTの道具の事前配置が考慮されるべきである。その地域で利用可能な道具の使用については、災害後も継続使用が望まれる場合には、優先度を高くするべきである。効果的なPoUWTの利用は定期的フォローアップ、援助、モニタリングを必要とし、PoUWTを代替水処理アプローチとして採用するためにはそれらの措置が必須であるべきである。

7. **PoUWTの塩素使用**：高い混濁度に対しては、代替水源がない場合、1回の使用量の2倍の塩素による殺菌が考慮される。この方法を試みるのは、短期間のみであるべきで、かつ処理をする前にフィルターにかけ、混濁物を沈殿させ、上澄みを移すことによって混濁度を低下させることを利用者に教えてからであるべきである（「付記6：家庭用水の扱い方と貯蔵の方法（樹形図式）」参照）。
8. **化学物質と放射性物質汚染**：産業活動と軍事活動についての水分地質学上の記録や知識から、化学物質や放射性による健康障害の恐れが考えられる場合、化学的分析調査によりリスクを早急に評価する。水の短期使用による健康上の弊害と利点の双方を考慮した決定が必要である。さらに、汚染の可能性のある水の長期使用は、健康への影響についてのより詳しい調査と分析に基づいて決定する。
9. **水の味**：味自体は直接的な健康問題ではない（例えば、わずかに塩分を含んだ水には健康上の危険性はない）が、安全な供給水の味が悪ければ、使用者は安全でない水源の水を飲み、健康上のリスクとなる。このようなことを避けるために、確実に安全な水だけを使用させる衛生促進活動が必要である。
10. **保健センターの水質**：病院、保健センター、給食センターの水は、全て塩素その他の残効性殺菌剤で浄水処理すべきである。供給の中断によって水の使用が制限される可能性が高い場合、センターでは十分な量の水を保管して使用できるようにしておき、通常通りの水量を中断することなく供給する（「付記2：施設その他で使用する最低水量」および「付記5：コレラ治療センターのための最低限の衛生、衛生促進および隔離」参照）。

給水基準3：給水施設

飲料用、調理用、個人の衛生保持用に十分な量の水を調達・保管・使用し、また飲料水が消費されるまで確実にその安全性を保つための、適切な設備が確保されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 適切な水の調達・保管設備を被災集団に提供する（ガイダンスノート1、「衛生促進基準2」（p.86）参照）。
- すべての被災した個人と弱者層に対して、水場の配置と構想、洗濯と入浴の施設の設計といった活動に参加するよう積極的に促す（ガイダンスノート2参照）。
- 水の分配所とコミュニティの洗濯場において、女性が下着や生理用衣類を洗濯・乾燥するための専用の洗濯場所とスペースを設ける（ガイダンスノート2、「衛生促進基準2」（p.86）参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 各家庭に10〜20リットル用の清潔な水調達容器が最低2個、保管用に1つと移送用に1つある（ガイダンスノート1、「衛生促進基準2：ガイダンスノート1」（p.87）参照）。
- 安全な汲みだし、移動のために、および確実に使用できるために、水の調達・保管容器は口が狭くなって、さらに/またはバケツ用の蓋がついている、あるいはその他の保管のための安全な方法がとられている（ガイダンスノート1参照）。
- 100人あたり少なくとも1つの洗濯場所と、女性が利用できるプライベートな洗濯と入浴の場所がある。入浴と洗濯のために十分な水が利用可能な状態にされている（ガイダンスノート2参照）。
- 家庭における水は常時汚染されていない（ガイダンスノート1参照）。
- 全ての人が、水の調達、保管、入浴、手洗い、洗濯のための施設が十分であることに満足している（ガイダンスノート2参照）。
- 設置されたシステムと施設の定期的なメンテナンスが確保され、可能ならば利用者がメンテナンスに関わっている（ガイダンスノート3参照）。

ガイダンスノート

1. **水の調達と保管**：水を調達、保管し、それを飲料、調理、洗濯、入浴用に使用するためには容器が必要である。こうした容器は、汚れがなく衛生的で、持ち運びやすく、大きさ、形、デザインが地元のニーズと習慣に適したものであるべきである。子ども、障がい者、高齢者、HIVやAIDSと共に生きる人々には、小さめ、または特別に設計された水を運ぶ容器が必要になる場合がある。必要な貯水容量は世帯規模と給水の安定度によって異なる。例えば、毎日定期的に供給される状況であれば、1人あたりおよそ4リットルが適量となる。安全な調達、保管、汲みだしの促進とモニタリングは、脆弱性が高い人々、特に女性や子どもと水質汚染の問題について話し合う機会である。
2. **共同洗濯場と入浴施設**：プライバシーと尊厳を保つことができる入浴スペースが必要である。家庭で確保できない場合、男女別々の共同施設が必要とされるだろう。石鹸が手に入らない場所では、灰、清潔な砂、ソーダ、洗浄やこすり洗いに適した多様な植物などのよく使用される代用品を提供しても良い。衣類、とりわけ子どもの服の洗濯は衛生上必要不可欠な作業であり、また調理器具や食器も洗う必要がある。施設の数、設置場所、設計、安全性、適合性、利便性は、利用者、特に女性、思春期の少女、障がい者との協議に基づいて決定する。施設の設置場所を、主要な場所で、行きやすく、周囲がよく見える明るい照明のある場所にすることで、使用者の安全確保に貢献することができる。

3. **給水システムのメンテナンス**：提供されたシステムを管理・維持するための全ての必要な方法を、被災集団が認識し、かつそれが与えられていることが重要である。

4. し尿処理

安全なし尿処理は、し尿を媒介とする感染症に対する第一の防御策であり、直接・間接のルートによる感染の削減に資するものである。したがって、安全なし尿処理は重要な優先事項であり、たいていの災害時では、安全な水の供給と同じく、すばやく精力的に対処しなければならない。適切な排便施設の供給は、人々の尊厳、安全、健康、福利のために欠くことのできない緊急対応活動の一つである。

し尿処理基準1：人間の排泄物がない環境

一般的な生活環境と、特に居住地、食糧生産の場所、公共施設、飲料水の水場の周囲が、人間の排泄物によって汚染されていない。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- し尿を格納する適切な手段をただちに取る（ガイダンスノート1参照）。
- 安全なし尿処理と衛生習慣について、迅速に被災集団と協議する（「衛生促進基準1：ガイダンスノート1～6」（p.85～86）参照）。
- 安全なし尿処理と適切な施設の利用に関する協調的な衛生促進キャンペーンを実施する（「衛生促進基準1：ガイダンスノート1～6」（p.85～86）を参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 被災者の居住環境が人間の排泄物によって汚染されていない（ガイダンスノート1～2参照）。
- 全てのし尿を格納する手段、例えば溝式トイレ、竪穴式トイレ、排水穴が、地下水源から少なくとも30メートル離れている。トイレや排水用穴の底が、地下水面より少なくとも1.5メートル上にある（ガイダンスノート3参照）。
- 洪水や水位の高い状況では、排泄物による地下水源汚染の問題に取り組むため、適切な方法がとられている（ガイダンスノート3参照）。
- 排便施設からの排水やもれた汚物が地表水源や地下水源を汚染していない（ガイダンスノート3参照）。

- トイレは可能な限り最も衛生的な方法で使用されており、また子どもの排泄物はすぐに衛生的に処理されている（ガイダンスノート4参照）。

ガイダンスノート

1. **安全なし尿処理**：安全なし尿処理の目的は、無秩序なもしくは撒き散らされた人間の排泄物から環境を守ることである。災害の直後やし尿処理の管理計画が実施されている間は、初期段階の清掃キャンペーンの実施、用便区域との境界線の設定や隔離、共用トイレの設置や建設を考慮する。状況に応じて、衛生問題に対処するために手近な段階的アプローチをとることは非常に効果的である。被災集団の中の全グループを安全なし尿処理活動の実施に参画させる。被災者が伝統的にトイレを利用してこなかった場合、安全なし尿処理を促し、より多くのトイレを必要だと感じさせるために、協調的な衛生促進キャンペーンを行うことが必要だろう。都市部で起きた災害で下水設備に破損の可能性がある場合、状況を評価し、仮設トイレの設置、あるいは浄化槽や定期的に汲みとり可能な格納槽の使用を考える。沈積物の汲みとり、取り扱い、移送や最終処分については、十分な配慮がなされる必要がある。
2. **用便区域**：初期段階で利用可能な土地がある場合には、用便のための土地を区分けしたり、溝式トイレを設置したりする。この方法は、用便区域が正しく管理・維持され、被災集団が提供された設備の重要性と所在位置を理解している場合にしか有効でない。
3. **水源から用便施設への距離**：水源からの排水穴、溝式トイレ、トイレの距離は少なくとも30メートル、穴の底部は地下水面より少なくとも1.5メートル上にあるべきである。必要な距離は、裂か岩盤や石灰石の地質では長くする必要があり、きめの細かい土壌では短くなる。災害対応において、地下水が直接飲料用に使われない場合、その汚染は問題にならないこともある。その代わり、家庭における水の処理やその他の代替措置が導入されるべきである（「給水基準2：ガイダンスノート6」（p.93）参照）。洪水や水位が高い状況においては、排泄物を封じ込め環境汚染を防ぐために、高架トイレや高架浄化槽を設置する必要があるだろう。タンクからの排水やもれた汚物が地表水源や地下水源を汚染しないことも必須である。
4. **子どもの排泄物による汚染**：子どもの排泄物には特別な注意を払う。なぜならそれは一般的に成人のものよりも危険なためである（し尿に関係する疾患は成人よりも子どもへの感染率が高いことが多く、また子どもは抗体ができていないことがある）。両親や保護者には、幼児の排泄物の安全な廃棄、洗濯習慣、安全な処理を効果的に行うためのオムツ、おまる、シャベルの使い方について、情報を提供すべきである。

し尿処理基準2：適切で十分な数のトイレ設備

人々は住居の近くに、昼夜を問わずいつでもすぐに安心かつ安全な使用ができる、十分な数の適切かつ受け入れられるトイレ設備を有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 衛生設備の設置場所、デザイン、適切さについて、全ての利用者（特に女性や移動に不自由のある人）に意見を求め、賛同を得ている（ガイダンスノート1～4、「権利保護の原則1～2」（p.31～33）参照）。
- トイレ設備の建設、維持管理、清掃のための手段、道具、材料が被災者に与えられている（ガイダンスノート6～7参照）。
- 手洗いや水洗、封水機能のついたトイレのために十分な量の給水を行い、従来の掘り込みトイレでの肛門の清拭に適した用品を提供する（ガイダンスノート7～8参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 下記の要件を満たすよう、トイレが適切に設計、建造、設置されている：
  - 子ども、高齢者、妊婦、障がい者を含む被災集団全員が安全に使うことができる（ガイダンスノート1参照）。
  - 日中も夜間も、利用者、特に女性や少女の安全上の危険が最小化されるように設置されている（ガイダンスノート3、「権利保護の原則1：ガイダンスノート1～6」（p.31～32）参照）。
  - 利用者の規範に従い一定のプライバシーを提供する（ガイダンスノート3参照）。
  - 使用や清潔維持が十分に容易で、周囲の健康への危険とならない。状況によっては、手洗いや水洗のための水が適切に提供されている（ガイダンスノート7～8参照）。
  - 女性が生理衛生用品を処理できるようにし、女性に生理衛生用品の洗濯や乾燥のための必要なプライバシーを提供する（ガイダンスノート9参照）。
  - 蝿や蚊の繁殖を最低限に抑える（ガイダンスノート7参照）。
  - 万が一トイレが封をされたり、長期使用のためのものであったり、空にする必要に迫られた場合に、汲み取り、移送、適切な処分のための仕組みが備え付けられている（ガイダンスノート11参照）。
  - 水位が高い、あるいは洪水の状況では、地下水や環境の汚染を最低限に抑えるために、し尿の穴や格納槽は防水加工されている（ガイダンスノート11参照）。

- 最大で20人が同じトイレを使用している（ガイダンスノート1〜4、「付記3：災害状況下での公共の場所および施設における最低トイレ数」参照）。
- 公共の場所、例えば市場、配給センター、保健センター、学校等で、内側から施錠できる男女別のトイレが利用可能である（ガイダンスノート2、「権利保護の原則1〜2」（p.31〜33）参照）。
- トイレは住居から50メートル以内である（ガイダンスノート5参照）。
- トイレの使用が世帯別・性別、またはその両方になっている（ガイダンスノート2〜5参照）。
- 全ての被災集団が協議のプロセスと提供されたトイレ設備とに満足しており、適切にトイレ設備を利用している（ガイダンスノート1〜10参照）。
- 人々が、トイレの使用後や食事・調理の前に手を洗っている（ガイダンスノート8参照）。

ガイダンスノート

1. **受け入れられる設備**：し尿処理プログラムの成功は、利用者の多様なニーズへの理解と利用者の参画による。全てのグループに受け入れられることは不可能かもしれない。子ども、高齢者、障がい者用に、例えば便座付きや手すり付きのトイレや寝たきり用便器、おまる、室内用便器等の特別なトイレを作る必要がある場合もある。導入される衛生施設のタイプは、介入のタイミング、対象となる利用者の嗜好と文化的習慣、既存のインフラ、水の入手しやすさ（水洗式・封水式）、土壌生成、設置のための資材の入手可能性に左右される。災害対応の様々な段階における様々なし尿処理の種類は、下記の表のとおりである。

安全なし尿処理のための可能な方法

	安全なし尿処理の種類	実施上の注意
1	区分けされた用便区域（例えば、シートで覆われた区域）	第一段階：多数の人々が仮設の施設を必要とする最初の2，3日
2	溝式トイレ	第一段階：2カ月まで
3	簡単な竪穴式トイレ	長期使用のために最初から策定する
4	換気機能付き改良型穴式（VIP）トイレ	状況に応じた中・長期対応
5	し尿分離する環境に優しい衛生設備（Ecosan）	状況に応じて：水位が高く洪水の状況への対応として、開始直後からまたは中〜長期
6	浄化槽	中〜長期の段階

2. **公衆トイレ**：公共の場所では、トイレは定期的に適切な方法で清掃、維持するシステムとともに提供される。分類された被災集団のデータを利用して、女性用と男性用のトイレの個室数の比率が3：1となるように計画する。可能であれば、男性用小便器も設置する（「付記3：災害状況下での公共の場所および施設における最低トイレ数」参照）。
3. **家族用トイレ**：家族用トイレは、それが可能ならより好ましい選択肢である。トイレ1つあたりの割り当ては最大20人である。既存のトイレが一つもない場所では、1つあたり50人から始めてできるだけ速やかに20人まで減らすことも可能である。状況によっては、場所の広さの制限によってこの数字の達成できないこともある。そのような場合、使用場所の拡張を強く主張しなければならない。しかし、最大の目的は人間の排泄物による汚染のない環境の提供と維持であることを念頭に置くべきである。
4. **共用施設**：共用トイレの設置場所と設計、清掃と維持に対する責任について家庭は協議されるべきである。一般的に、清潔な公衆便所の方がより頻繁に利用される。HIV感染者やAIDS患者のような慢性疾患をもつ人は、しばしば慢性的な下痢を患っていたり移動に不自由をきたしていたりすることがあるため、そのような人々が容易にトイレを使用できるよう配慮する必要がある。
5. **安全な施設**：不適切な場所にトイレを設置すると、特に夜間は女性や少女が襲われる危険が高くなる。女性と少女が安心して、そして安全に提供されたトイレを使用できるようにしなければいけない。可能な限り共同トイレに照明を設置するべきであり、それができなければ家庭に懐中電灯を支給すべきである。使用者の安全性を高める方法については、コミュニティに参考意見を求めるべきである（「権利保護の原則1〜2」（p.31〜33）参照）。
6. **地域の建設資材と道具の使用**：地域でトイレの建設用資材が利用可能ならばそれを使うことは強く推奨される。それは、被災者の施設の利用・維持への参画を拡大する。人々に建設道具を提供することもこの目的の達成につながる。
7. **水と肛門の清拭用品**：水洗式トイレや衛生的封水機能付きトイレ用に水を供給する必要がある。従来の竪穴式トイレには、トイレットペーパーまたはその他肛門の清拭に適したものを提供する必要があるかもしれない。文化的に清拭に適した用品や安全な処理用法については使用者と協議する。
8. **手洗い**：トイレの使用後、用便した子どものお尻をきれいにした後、そして食事と調理の前に、石鹸やその代用品（灰など）で手を洗う手段が必要である。この目的のため、トイレの近くには常時水が使える水源があるべきである。
9. **生理**：生理のある年齢の女性や少女は、女学生を含めて、経血を吸収・処理する適当な材料を入手できる必要がある。文化的にどのようなものが適当か、女性と少女に相談しなければならない。適切な生理用品の処理や専用の洗濯施設もトイレには含まれるべきである（「衛生促進基準2：ガイダンスノート2，8」（p.88）参照）。

10. **汲み取り**：それが適切である場合、ニーズによるが、トイレ、浄化槽、し尿格納槽からの汲み取りは、最終下水処理場の設置を含め、最初から考慮される必要がある。

11. **困難な環境下のトイレ**：洪水や都市部での災害では、適切なし尿処理施設の提供がたいていの場合困難である。そのような状況では、高架トイレ、し尿分離トイレ、下水格納タンク、適切な回収・処理体制の中での臨時処理用ビニール袋のような、人間の排泄物を格納する多様な仕組みが考慮されるべきである。これらの多様な試みは、衛生促進活動に支えられる必要がある。

5. 病原体媒介生物対策

病原体媒介生物とは病気を媒介する生物のことで、災害時の多くの場合、病原体媒介生物性疾患が病気や死亡の主要な原因である。蚊は、罹患率や死亡率の最大要因の一つであるマラリアを伝染させる病原体媒介生物である。蚊はまた、黄熱病、デング熱、出血熱といった他の疾病も伝染させる。イエバエ、クロバエ、ニクバエといった刺さない蝿や人間環境に生息する蝿は、下痢の伝染に大きく影響する。人を刺す蝿、ナンキンムシ、ノミは刺されると痛みを伴う不快な害虫であり、場合によっては発疹熱、疥癬、ペストといった深刻な疾病を伝染させることもある。ダニは回帰熱を伝染させ、他方でヒトジラミは発疹チフスと回帰熱を伝染させる。ドブネズミやハツカネズミはレプトスピラ病やサルモネラ症といった疾病を伝染させるだけでなく、ラッサ熱、ペスト、その他の伝染病を媒介するノミなどの他の病原体媒介生物の宿主となる場合もある。

病原体媒介生物性疾患は、適切な用地選定とシェルターの供給、適切な給水、し尿処理、固形廃棄物管理、排水、保健サービスの提供（コミュニティ動員、健康増進を含む）、化学的対策の実施、家族・個人での防御、貯蔵食糧の効果的な保護等、様々なイニシアティブを通して抑制することができる。病原体媒介生物性疾患の性質はしばしば複雑で、病原体媒介生物に関連する問題への取り組みには専門家の助力を必要とすることもある。しかし、ひとたび疾病、その病原体媒介生物、それらとヒトとの間の相互作用が特定されると、たいていの場合、簡単かつ効果的な方法で、このような疾病の拡大を少しでも防ぐための大きな成果を出すことができる。

病原体媒介生物対策基準1：個人と家族の保護

全ての被災者が、健康や快適な生活を危険にさらす原因となる病原体媒介生物や害虫から身を守る知識と手段を有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 病原体媒介生物に関係する疾病を引き起こす可能性のある原因、感染形態、可能な予防対策について、病原体媒介生物性疾患の危険にさらされている全ての被災者の意識を高める（ガイダンスノート1～5参照）。

- 最も蚊に刺されやすい時間に、提供された利用可能なあらゆる無害な手段（蚊帳、虫よけローション等）を使って、被災集団が蚊から逃れることができるよう支援する（ガイダンスノート3参照）。
- 妊婦や授乳期の母親、乳幼児、高齢者、自由に移動できない人、病人といった危険度の高いグループの保護には特別の注意を払う（ガイダンスノート3参照）。
- 発疹チフスや回帰熱が発生する恐れのある地域では、ヒトジラミ対策を実施する（ガイダンスノート4参照）。
- 寝具と衣類は定期的に風に当て、洗濯することを確保する（ガイダンスノート4参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 全ての集団が、病原体媒介生物のすみかとなったり増殖を助長したりすることがなく、適切な病原体媒介生物対策により保護されているシェルターを利用できる（ガイダンスノート3〜5参照）。
- 病原体媒介生物性疾患の危険にさらされている全ての集団が、感染形態を理解し、自ら自衛のための行動をとっている（ガイダンスノート1〜5参照）。
- 殺虫剤浸透蚊帳を与えられた人々が、それを効果的に使用している（ガイダンスノート3参照）。
- 家庭に保管された食糧が、蝿、その他の昆虫、ネズミ類等の病原体媒介生物による汚染から守られている（ガイダンスノート4参照）。

ガイダンスノート

1. **病原体媒介生物性疾患の危険の特定**：病原体媒介生物対策は、潜在的危険度の評価と病原体媒介生物性疾患の臨床的証拠に基づいて決定する。危険を左右する要素には以下のものがある：
   - 過去の発症歴や栄養その他の面でのストレスを含む人々の免疫状態。被伝染病流行地域から流行地域への移動（例：難民、国内避難民）はよくある疾病の流行の原因である。
   - 病原体媒介生物と人間の両方についての病原体のタイプと罹患率。
   - 病原体媒介生物の種、行動、生態。
   - 病原体媒介生物の数（季節、繁殖地等）。
   - 病原体媒介生物との接触機会の増加：近接性、居留地のパターン、シェルターのタイプ、既存の個人的防御及び予防手段。
2. **病原体媒介生物対策プログラムの指標**：病原体媒介生物対策活動の効果の測定に一般的に用いられる指標は、病原体媒介生物性疾患罹患率（対応ごとに異なるが、疫学的データ、コミュニティベースのデータ、代理指標から導く）と寄生虫の数（簡易診断キットまたは顕微鏡検査を用いる）である。
3. **マラリアの個人的防御手段**：マラリアが発生する重大なリスクがある場合、殺虫剤処理を施した用具、すなわちテント、カーテン、蚊帳といった防御手段を体系的かつ適時に供給することが望ましい。薬剤処理済み蚊帳には、ヒトジラミ、アタマジラミ、ノミ、ダニ、ゴキブリ、ナンキンムシをある程度防ぐ効果がある。長袖の衣服、家庭内消毒、蚊取り線香、エアゾールスプレー、防虫剤も、その他の蚊対策の手法として利用可能である。保護対策を効果的なものにするためには、利用者に防御の重要性と防虫具の正しい使用方法を確実に理解させることが不可欠である。資源が不足している場合、5歳未満の子供、免疫性のない人、妊婦といった最もリスクの高い個人、グループに資源を集中させるべきである。
4. **その他の病原体媒介生物に対する個人的防御手段**：個人の衛生管理と衣類や寝具の定期的な洗濯が、ヒトジラミに対する最も効果的な防御手段である。ヒトジラミの侵入は、個人による処置（パウダーの使用）、集団洗濯・シラミ駆除運動により、および避難民が新たに居留地に到着した際の処置手順によって防御することができる。適切な廃棄物処理や食糧保管（調理済みと未調理）と併せて清潔な家庭環境を作り上げることにより、住居やシェルターへのネズミやその他のげっ歯類、虫（ゴキブリ等）の侵入を阻止することができる。
5. **水因性疾患**：人々に健康上の危険に関する情報を提供し、住血吸虫症、糸状虫症、またはレプトスピラ病（哺乳動物、特にネズミの尿に接触することによる感染。「付記4：水とし尿に関係する疾患と感染メカニズム」参照）といった疾病に感染する危険があることが分かっている河川や湖などに入らないようにする。機関は、被災集団と協力して代替水源を見つけるか、全ての使用目的の水が適切な浄水処理を施されるよう確保することが必要となる場合がある。

病原体媒介生物対策基準2：物理的、環境的、化学的な保護手段

被災者が置かれた環境において、疾病を引き起こす有害な病原体媒介生物に被災者がさらされず、可能なら、それらの病原体媒介生物を減少させたレベルが維持されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 避難民を、病原体媒介生物、特に蚊の被害を最も受けにくい場所に居留させる（ガイダンスノート1参照）。

- 実行可能な場合には、病原体媒介生物の繁殖地と生息地を取り除く、あるいは変えさせる（ガイダンスノート2〜4参照）。
- 人口過密な居留地で下痢の流行の恐れがあるか、現に発生している場合、集中的な蝿対策を行う（ガイダンスノート2参照）。
- マラリア感染者が早期診断と治療を受けるための機能的な紹介メカニズムをつくる（ガイダンスノート5参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 蚊の数が、過度の伝染や感染の危険がない程度に抑えられている（ガイダンスノート4参照）。
- 病原体媒介生物に関係する健康問題の被害を受けている人が減少している（ガイダンスノート1〜5参照）。

ガイダンスノート

1. **拠点選定**は被災者が病原体媒介生物性疾患に罹患するリスクを最小限に抑えるのに重要である。これは候補地を検討する際の主要な要素の一つである。例えば、マラリア対策については、他に清潔な水源を供給することができる限り、難民キャンプは沼地や湖といった蚊の大規模繁殖地から1〜2km風上に設営する（「シェルター・居留地基準2：ガイダンスノート5〜9」（p.243〜245）参照）。
2. **環境的・化学的手段による病原体媒介生物対策**：様々な環境整備により、媒介生物の繁殖を抑えることができる。これらには例えば、人間や動物の排泄物の適切な処理（「し尿処理」の節（p.97）参照）、蝿やネズミ抑制のための適切なごみ処理（「固形廃棄物管理」の節（p.109）参照）、水たまりの排水、蚊の発生を抑えるために覆いのない運河や池の周りに生えている不要な草木を取り除くこと（「排水」の節（p.113）を参照）等が含まれる。こうした優先的な環境衛生手段により、ある種の病原体媒介生物の数をある程度抑えることができる。しかし、居留地や周辺の病原体媒介生物の繁殖や棲息全体に十分な抑制効果を上げることは、長期的に見ても不可能かもしれず、化学薬品による局地対策や個人的防御手段が必要となる場合もある。例えば、薬剤空中散布を行えば蝿の成虫が駆除されて下痢の流行を防ぐことができ、また現に流行している場合には流行が緩和されることもある。
3. **対策の検討**：病原体媒介生物対策は、対象となる生物を誤る、効果のない方法を用いる、または対象は正しくても場所や時期を誤ると、疾病に対して効果がないことがある。病原体媒介生物対策は、最初は次に挙げる3つの目標に向かって取り組む：1）病原体媒介生物の個体数を減らす、2）人間と病原体媒介生物との接触機会を減らす、3）病原体媒介生物の繁殖地を減らす。不適切なプログラムの実施はかえって逆効果となる可能性がある。綿密な調査と、多くの場合は専門家の助言が必要であり、国内外の保健機関に助言を求めるべきである。さらに、局地的な疾病パターン、繁殖地、病原体媒介生物数・疾病罹患率の季節的変動などについて地元ベースの助言を求めるべきである。
4. **蚊に対する環境対策**：環境対策の最大の目的は、蚊の繁殖地の除去である。疾病を伝染させる蚊は主に3種類あり、イエカ（フィラリア症）、ハマダラカ（マラリア、フィラリア症）、ヤブカ（黄熱病、デング熱）である。イエカはトイレなど有機的物質を多く含む澱んだ水、ハマダラカは水たまり、流れの緩やかな川、井戸といった比較的きれいな地表水、ヤブカはビン、バケツ、タイヤなど水のたまる容器でそれぞれ繁殖する。蚊に対する環境対策の例としては、適切な排水、正しく機能する換気機能付き改良型穴式（VIP）トイレの設置、穴掘り式トイレの排便用の穴および貯水容器へのフタの使用、井戸へのフタの使用か薬剤処理またはその両方（例：デング熱が風土病の地域）などがある。
5. **マラリア治療**：蚊の個体数の削減を目的とするマラリア対策を実施する際には、マラリアの早期診断、効果的な抗マラリア剤による早期治療も同時に行う。マラリア対策には、繁殖地の除去、日常的な駆除、人間を刺す機会の制限が含まれる。早期診断、治療を促進する運動は、起こし継続させる必要がある。訓練を受けた訪問活動スタッフが積極的に疾病を発見し、効果的な抗マラリア剤を使って治療する統合アプローチの方が、集中化された保健サービスを通して受動的に疾病を発見するよりもマラリアが緩和される確率が高い（「必須保健サービス ー 感染症対策基準2：ガイダンスノート3」（p.297）参照）。

病原体媒介生物対策基準3：化学的対策の安全性

化学的な病原体媒介生物対策は、スタッフ、被災者、地元の環境が適切に保護され、使用する化学物質に対する化学的耐性を生じさせないような形で実施されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 研修の実施、防護服の支給、入浴施設の使用、適切な指導、化学薬品を取り扱う時間の制限により、スタッフを保護する（ガイダンスノート1参照）。
- 被災者は、化学薬品による病原体媒介生物対策で使用される化学物質の潜在的危険性と散布スケジュールについて情報を提供されている。有害薬物や殺虫剤の散布中・散布後は、国際的に定められた手順に従って人々が保護される（ガイダンスノート1参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 病原体媒介生物対策における使用化学薬品の品質、保管と移送の方法を選択する際には、国際基準、国際規範と照らし合わせる。病原体媒介生物対策

のための化学薬品による悪影響が報告されたり観察されたりすることがない（ガイダンスノート1参照）。

- 全ての病原体媒介生物対策のための化学薬品が常に説明されている（ガイダンスノート1参照）。

ガイダンスノート

1. **国内的および国際的実施要綱**： WHOによって公表された明確な国際的実施要綱・基準があり、いかなるときもそれを遵守しなければならない。その要綱は、病原体媒介生物対策における化学薬品の選択と散布の双方のためのものであり、人の保護と訓練基準を含む。病原体媒介生物対策では、有効性と安全性という2つの主要な問題に取り組む必要がある。化学薬品の選択に関する国内基準が国際基準を下回っており、その結果、対策の効果がほとんどまたはまったくない、または健康と安全を脅かしている場合、機関は関係国家当局に働きかけ、国際基準に従って活動を行うことへの承認を求める必要がある。

6. 固形廃棄物管理

固形廃棄物管理とは、もし放置されると被災者に公衆衛生上のリスクをもたらし、環境に悪い影響を与える可能性のある、有機的で危険な固形廃棄物の取り扱いと処理のプロセスのことである。そのようなリスクは、固形廃棄物を食べて生育する蝿やネズミの繁殖（「病原体媒介生物対策」の節（p.103）参照）や、家庭、診療所、工場からの廃棄物の混合から出た浸出液による地表・地下水源の汚染から生じうる。放置されたまま堆積した固形廃棄物、自然災害や紛争後の瓦礫は、気の滅入るような見苦しい状況を生み、環境的保健のその他の側面を改善する意欲を挫けさせるかもしれない。固形廃棄物はしばしば排水溝をふさいで洪水のリスクを高め、結果として淀んで汚染された地表水とともに環境衛生問題を引き起こす。廃棄物の山の中から再利用可能なものを集め、それにより少しの収入を得ている廃棄物収集者はまた、家庭ごみと混ざった医療廃棄物から伝染性の病気を拾う危険にさらされている。

固形廃棄物管理基準1：収集と処理

被災集団は、医療廃棄物も含め、固形廃棄物による汚染のない環境で暮らし、またそれぞれの家庭の廃棄物を便利かつ効果的に処理する手段を有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 被災集団を固形廃棄物プログラム策定・実施に参画させる（ガイダンスノート1参照）。
- 定期的な固形廃棄物の清掃キャンペーンを組織する（ガイダンスノート1参照）。
- 廃棄物リサイクルによる、小規模ビジネスや補助的収入の可能性について考慮する（ガイダンスノート3参照）。
- 被災集団と共に、焼却または特定のゴミ処理場での埋め立て処理のための定期的回収用に、家庭廃棄物が容器に収められていること、診療その他の危険廃棄物が一連の処理の流れの中で完全に別離されていることを確実にするシステムを組織する（ガイダンスノート3参照）。

- 家庭廃棄物が健康上危険または迷惑になる前に、居留地から除去する（ガイダンスノート2〜6参照）。
- 災害時の追加的な廃棄物の集積を考慮して、受け入れ家族には追加の廃棄物の保管、収集設備を提供する。
- 目立つように印をつけられ、適切に囲いをつけられた廃棄物用の穴、容器または特定埋め立て区域を、市場、魚の加工場、食肉解体場等の公共の場に設置する（ガイダンスノート3〜6参照）。
- 定期的なゴミ収集システムが導入されていることを確保する（ガイダンスノート3〜6参照）。
- 固形廃棄物の最終処理を、受入側および被災集団の健康と環境を害すことのない方法と場所で行う（ガイダンスノート6〜7参照）。
- 適切な保護服を着用し、破傷風やB型肝炎の予防接種を受けた、固形廃棄物の回収・処理に取り組む人材やリサイクル用品回収に関わる人たちを送り込む（ガイダンスノート7参照）。
- 遺体を適切にかつ尊厳をもって扱うことが最優先である場合、担当機関や当局とともに取り組む（ガイダンスノート8参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 全ての家庭が、最低でも週に二度空にされるごみ容器を使用でき、共同ごみ捨て場から100メートル以内のところに居住している（ガイダンスノート3参照）。
- 居留地に住む人々が出した全ての廃棄物が、毎日住環境の近くから撤去され、最低週に二度居留地から撤去されている（ガイダンスノート1〜3参照）。
- 用地内にごみを埋めることができない場合、10家族あたり100リットルのごみ容器を少なくとも1個配備する（ガイダンスノート3参照）。
- 適時かつ管理された安全な固形廃棄物の処理が、結果的に最小限の環境汚染のリスクで済むように行われている（ガイダンスノート4〜6参照）。
- 全ての医療廃棄物（ガラス、針、包帯、薬品などの危険な廃棄物を含む）が分離されており、各保健施設の敷地内にある、適切に設計、建造、管理されたごみ穴、または深い灰だめ付きの焼却炉において別々に処理されている（ガイダンスノート4〜7参照）。

ガイダンスノート

1. **策定と実施**：固形廃棄物の処理は、被災集団、関係機関、関係当局と緊密に協議、調整しながら策定、実施されるべきである。この策定と実施は、固形廃棄物の問題が被災者の主要な健康上のリスクとなる前に、援助の初期段階で始められるべきである。状況によっては、被災集団や責任のある地元当局と協議しながら、定期的な清掃キャンペーンを組織する必要がある。
2. **廃棄物の埋設処分**：廃棄物を家庭または共同のごみ穴に埋める場合、蝿やネズミといった病原体媒介生物が寄り付いて繁殖地になりそうな場所では、毎日、その上に薄く土をかぶせるようにする。特に子どもの排泄物やオムツを処理する場合にはすぐに土をかぶせる。事故の発生や子どもや動物が近づくことを防ぐために、処理場には囲いを作る必要がある。浸出水により地下水が汚染されないように注意する。
3. **ごみの種類と量**：居留地でのごみの構成と分量は、経済活動や使われる主要食品の種類と量、地元のリサイクルや廃棄物処理の状況により大きく異なる。固形廃棄物がどの程度人間の健康に害を与えるのか評価すべきであり、必要であれば適切な行動が取られなければならない。家庭廃棄物は、埋立てや焼却用のごみ穴に処分しに行くため、ごみ容器に集積されるべきである。各家庭にごみ容器を提供することが出来ない場合、コミュニティ用の容器を提供すべきである。コミュニティ内で固形廃棄物のリサイクルをできるならば、健康上重大な影響を与えない限り奨励する。包装や加工の方法により、大量の固形廃棄物を発生させるような物資の配布は避ける。
4. **医療廃棄物**：医療関連の廃棄物を適切に管理しないと、人々、医療従事者、廃棄物取扱者が感染、中毒作用、けがの危険にさらされることになる。災害時に最も危険な廃棄物となる可能性が高いものには、感染源となる鋭利器具とそうでないもの（創傷包帯、血の付いた布、胎盤などの有機物など）がある。種類の異なる廃棄物は、最初から分別すべきである。感染源となる恐れのない廃棄物（紙、ビニール包装紙、食品廃棄物など）は固形廃棄物として処理することができる。汚染された鋭利器具、特に使用済みの注射針・注射器は、使用直後に安全ボックスに入れる。安全ボックスやその他の感染の恐れのある廃棄物は、現地において埋設処分、焼却、または他の安全な方法で処理してよい（「保健システム基準1：ガイダンスノート11」（p.283）参照）。
5. **市場の廃棄物**：ほとんどの市場の廃棄物は、家庭廃棄物と同様に処理することができる。屠殺場と魚市場の廃棄物は、液状廃棄物を処理するため、また屠殺が衛生的な条件の下で現地の法律に従って行われるようにするために、特別な取り扱いと施設が必要な場合がある。屠殺場廃棄物は、屠殺場や魚加工工場のすぐ隣にある覆いの付いた大きな穴で処理されることが多い。血などは厚い板で覆いをされた溝を通り、屠殺場や魚加工工場から穴に流れ込むようにする（これによってハエがこなくなる）。洗浄のために水が利用できるようにする。
6. **管理ごみ処理場**：大規模な廃棄物処理は、敷地外の管理ごみ処理場で行うべきである。この方法は、十分なスペースがあるか、機械設備が利用できるかどうかによって左右される。可能であれば、ごみあさりや病原体媒介生物の繁殖を防ぐために、1日の終わりに処理した廃棄物の上に土をかぶせるのが望ましい。

7. **スタッフの厚生**：廃棄物の収集・搬送・処理を行う固形廃棄物管理スタッフ全員に、少なくとも手袋、理想を言えばつなぎ、安全靴、保護マスクを含む防護服を支給する必要がある。必要であれば、破傷風やB型肝炎の予防接種も用意する。また手洗いや洗顔のために水とせっけんを使用できるようにする。医療廃棄物に触れるスタッフには、正しい保管、搬送、処理方法と、廃棄物を適切に管理しなかった場合のリスクを明確に伝える。

8. **遺体の処理**：自然災害による遺体の管理や埋葬は、適切かつ尊厳をもって取り組むべきである。たいていは担当政府機関や当局と協力しながら捜索隊や救護隊が対処する。感染症により死亡した人たちの埋葬もまた、適切に、保健関係の当局と協議、協力しながら執り行われる必要がある（「保健システム基準1：ガイダンスノート12」（p.284）参照）。遺体の埋葬の適切な取扱い方法についてのさらなる情報は、参照・参考文献より得られる。

7. 排水

居留地やその近辺の地表水は、家庭や水場からの生活廃水、トイレや下水の漏れ、雨水、洪水から生まれる。地表水に関係する主な健康上のリスクは、供給された水や居住環境の汚染、トイレや住居の損傷、病原体媒介生物の繁殖、そして溺れることである。雨水や洪水は居留地内の排水状態悪化の原因となり、さらに汚染の危険が高まる可能性がある。用地計画と敷地内の小規模な排水による廃水処理を通じて、雨水排水に対処する適切な排水計画を実施し、被災集団に対する潜在的な健康上の危険を軽減する。本節では小規模な排水問題と活動について取り上げる。大規模な排水は一般的に用地選定と開発によって解決する（「シェルター・居留地基準2：ガイダンスノート5」（p.243）参照）。

排水基準1：排水作業

人々は、暴風雨、洪水、生活廃水、医療施設からの廃水などによる浸食やよどみ水によって生じる、健康上の危険やその他の危険が最小限に抑えられた環境を有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 住居地域と給水所に廃水が溜まることがなく、また雨水用排水路がきれいに保たれるよう、適切な排水設備を提供する（ガイダンスノート1〜2，　4〜5参照）。
- 排水問題への対処方法について被災集団との合意を目指し、必要な場合には小規模な排水活動と維持のための十分な数の適切な道具を提供する（ガイダンスノート4参照）。
- 全ての水場と手洗い設備が、泥だらけの状態を防ぐための効果的な排水設備を備えている（ガイダンスノート2参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 水場の排水がよく策定、建設、維持されている。水の集積所や手洗い施設だけでなく洗濯や入浴場所からの排水も含む（ガイダンスノート2, 4参照）。
- 地表水あるいは地下水源、または両方が排水による汚染を受けていない（ガイダンスノート5参照）。
- シェルター、道、給水・衛生施設が溢水・浸食していない（ガイダンスノート2〜4参照）。
- 排水によって引き起こされた侵食がない（ガイダンスノート5参照）。

ガイダンスノート

1. **用地選定・計画**：排水問題を避ける最も効果的な方法は、居留地の選定とレイアウトによる（「シェルター・居留地基準1〜2」（p.237〜241）参照）。
2. **廃水**：汚水や生活廃水は、人間の排泄物と混ざると、下水に分類される。したがって、居留地に既存の下水道システムがない限り、生活廃水とし尿を混ぜてはならない。下水は生活廃水よりも処理が難しく費用もかかる。可能であれば、水場と洗濯・入浴区域に小さな菜園を造り、廃水を利用することを推奨する。洗濯・入浴区域から出た廃水が水源を汚染することがないよう特別な注意を払う。
3. **排水とし尿処理**：構造的な損傷や漏れを防ぐため、トイレや下水を洪水から保護することに特別な注意が必要である。
4. **促進**：被災集団は排水の自然な流れや水路を設けるべき場所をよく知っていることが多いため、小規模な排水路の工事には被災集団を参画させることが不可欠である。さらに、被災者が健康上および物理的なリスクについて理解し、排水システムの工事に協力することにより、被災者自身が積極的にそれを維持する可能性が高くなる（「病原体媒介生物対策」の節（p103）参照）。その場合には、技術的支援と道具が必要になることがある。
5. **敷地内での処理**：可能な場合および土壌が適していれば、水場、洗い場、手洗い場からの排水は、維持が困難でたびたび詰まることのある開水路を経由せず、敷地内で処理すべきである。ソークピット（訳注：穴に砂利を入れて、生活廃水を流しても詰まらないようにした排水口）やバナナの木の植樹といった簡単で安価な技術を使って、廃水を敷地内で処理することができる。敷地外でしか処理できない場合には、パイプより水路を使用することが望ましい。水路は、乾期には沈殿物を押し流すだけの水流を供給し、また豪雨の雨水も排出するように設計すべきである。傾斜が5%を上回る場合には、過度の侵食を避けるために工学技術を応用しなければならない。浄水処理の残留物の排水については、人々がそのような水を使うことのないようにし、またその水が地表や地下の水源を汚染することがないように、慎重に管理しなければならない。

付記1

給水、衛生、衛生促進に関する事前評価チェックリスト

この質問リストは、基本的にはニーズを調査し、その土地固有の資源を明らかにし、地域の実情を描くためのものである。地元で即座に入手できるものに加えて必要とされる外的資源を決定する質問はここには含まれていない。

1　概要

- 被災者数と場所は？　性別、年齢、障がいなど、項目別に可能な限りデータを分類すること。
- 予想される人々の動きは？　被災集団と、行われうる援助活動に対しての安全上の要因は何か？
- 現状における水と衛生に関係する疾患の危険は何か？　その広がりと今後の進展は？
- 相談や連絡をとるべき要となる人は誰か？
- 被災者の中でも特に弱者は誰か、なぜ弱者なのか？
- すべての人が、公共の場所にあるもの、健康センター、学校を含む既存の施設を平等に利用しているか？
- 女性、少女、弱者層に特有の安全上の危険は何か？
- 緊急事態以前、水と衛生に関して人々にはどのような行動習慣があったか？
- 公式、非公式な権力構造（例：コミュニティ・リーダー、長老、女性のグループ）　はどうなっているのか？
- 家庭やコミュニティにおいて、意思決定はどのようになされるか？

2　衛生促進

- 被災前に人々が慣れていた水や衛生に関する習慣はどのようなものだったか？
- どのような習慣が健康を害するのか、誰がそれらの習慣を行うのか、それはなぜか？
- 誰が未だに実用的な衛生行動をとっているか、それを可能にしているものは何か、かれらがそのような行動を取る動機は何か？
- 実践において提案された変更の利点と弱点は何か？
- 既存の公式、非公式の意思疎通や普及活動の経路（コミュニティの保健従事者、伝統的な助産師、伝統的な信仰治療師、クラブ、協同組合、教会、モスク等）は何か？
- 地域でのマス･メディアへのアクセスはどのようなものがあるか（ラジオ、テレビ、ビデオ、新聞等）？
- 地域の報道組織または非政府組織（NGO）　にはどのようなものがあるか？
- どの部分の被災者が対象とされるべきか（母親、子ども、コミュニティ･リーダー、コミュニティの調理場労働者等）？
- 初期段階と中期的動員両方の視点から、その状況では、どのような種類の普及制度が機能するか（ボランティア、健康クラブ、委員会等）？
- 健康促進活動に従事するスタッフおよびボランティアの学習上のニーズは何か？
- 食糧以外の物品では何が利用可能か、そして嗜好とニーズを鑑みて、何が最も緊急か？
- 健康に関する施設における衛生習慣がどれほど効果的か（流行性の病気が発生している状況では特に重要）？

3　給水

- 現在の給水源は何で、誰が使用しているか？
- 1人1日あたりの使用可能水量はどのくらいか？
- 1日あたりまたは1週間あたりの給水可能回数は？
- 現在の水源で使用できる水量は、被災者グループすべての短期的および長期的ニーズを満たすのに十分か？
- 給水場が居住地の近くにあるか？　そこは安全か？
- 現在の水の供給源は信頼しうるか？　どのぐらいの期間、水を供給できるか？

- 人々は適切な容量・種類の水の容器を十分持っているか？
- 水の供給源は汚染されているか？　またはその恐れがあるか（微生物学的、化学的、放射性）？
- 水処理システムは存在するか？　水処理は必要か？　処理は可能か？　どのような処理が必要か？
- 供給水が汚染されていない場合でも、殺菌が必要か？
- 近くに水の代替供給源があるか？
- 水の調達・保管・使用に関係する伝統的信仰と習慣にはどのようなものがあるか？
- 利用可能な供給水源を使用する上で何か障害があるか？
- 水の供給源が不適切な場合、被災者の移動は可能か？
- 水源が不適切な場合、タンク車による水供給は可能か？
- 給水に関する衛生面での基本的な問題は何か？
- 人々に水を衛生的に使用する手段があるか？
- 地方への移動がある場合、家畜のための通常の水源は何か？
- 給水に関して行いうる介入、汲み上げ、水源の利用による環境への影響は起こりうるか？
- 最近、どのような他の利用者が水源を利用しているか？　水源が新しい人々によって利用されると、対立が発生する危険性はあるか？

4　し尿処理

- 現状の用便の習慣は？　野外用便なら特定の場所が設けられているか？　その場所は安全か？
- し尿処理に関し、ジェンダー特有の慣習を含め、人々の考えや習慣はどのようなものか？
- 既設のトイレがあるか？　あるとすればそれは使用されているか、数は十分か、支障なく使用されているか？　拡張や補修は可能か？
- 現状の用便の慣習が水の供給源（地表水または地下水）あるいは生活区域、そして環境全体を脅かしているか？
- 人々は用便の後や調理と食事の前に手を洗うか？　せっけんかその他の洗剤は入手できるか？
- 人々はトイレの建設や使用に慣れているか？
- トイレの建造に利用できる地元の資材には何があるか？

- 人々は穴掘り式トイレ、野外トイレ、溝式トイレなどを使う用意があるか?
- 野外トイレ、穴掘り式トイレ、通常のトイレなどのスペースは十分か?
- 一帯の土地の傾斜度はどうか?
- 地下水面の高さはどのぐらいか?
- 土壌条件はし尿の埋め立て処理に適しているか?
- 現状のし尿処理方法が病原体媒介生物の繁殖を助長しているか?
- 肛門を清拭する物資や水があるか?通常、人々は物資をどのように処理しているか?
- 女性は生理をどのように処理しているか?　適切な生理用品、用具はあるか?
- 障がい者や医療機関から動くことの出来ない人々が衛生的でいられるようにする、特定の設備や備品は存在するか?
- 環境面での憂慮が想定されるべきか?

5　病原体媒介生物性疾患

- 病原体媒介生物性疾患の危険は何か、その危険はどの程度深刻なものか?
- 病原体媒介生物や病原体媒介生物性疾患に関係する伝統的信仰と習慣（例えば、マラリアは汚水によって感染する）は存在するか?　その中に有益なものや有害なものはあるか?
- 病原体媒介生物性疾患の危険が高い場合、危険にさらされている人々は身を守る手段を持っているか?
- 病原体媒介生物の繁殖を食い止めるために、（排水、洗浄浄化、し尿処理、ごみ処理などにより）その地域の環境を変えることができるか?
- 化学的手段で病原体媒介生物を駆除する必要があるか?　病原体媒介生物駆除と化学薬品の使用について、どのような計画、規制、資源があるか?
- 家庭に伝える必要があるのはどのような情報や予防策か?

6　固形廃棄物管理

- 固形廃棄物が問題となっているか?
- 人々は廃棄物をどのように処理しているか?　固形廃棄物の種類と量は?
- 廃棄物処理は用地内でできるか、または収集して用地外処理を行う必要があるか?
- 被災者は、通常どのように固形廃棄物を処理しているか?（堆肥／ごみ穴、収集システム、ごみ箱等）

- 医療施設や医療活動の結果として廃棄物が出されているか?　その処理はどのように行われているか?　責任者は誰か?
- 生理用パッドはどこで処分されているか、目立たず効果的な処分は行われているか?
- 現在の固形廃棄物の処分が環境に与える影響は何か?

7　排水

- 排水に問題はあるか?（水で溢れたシェルターやトイレ、病原体媒介生物の繁殖場所、汚水による居住地域や給水場の汚染）
- 土壌は水浸しになりやすいか?
- 人々は住居や野外トイレが局部的に水浸しにならないよう防護する手段を持っているか?
- 水場や入浴場所はきちんと排水されているか?

付記2

施設その他で使用する最低水量

保健施設・病院	外来患者1人あたり5リットル 入院患者1人1日40〜60リットル 洗濯機、水洗トイレなどのためにさらに追加が必要な場合もある
コレラセンター	患者1人1日60リットル 支援者1人1日15リットル
食事療法センター	入院患者1人1日30リットル 支援者1人1日15リットル
受入／一時滞在センター	1日以上いる場合、1人1日15リットル 日中に限られる場合、1人1日3リットル
学校	飲料および手洗い用：生徒1人1日3リットル （トイレ用は含まない：下記「公衆トイレ」参照）
モスク	手洗用・飲料用1人1日2〜5リットル
公衆トイレ	手洗用1人1日1〜2リットル トイレ洗浄用1個室1日2〜8リットル
水洗トイレ	下水道と連結した従来型水洗トイレ用1人1日20〜40リットル 注水式水洗トイレ用1人1日3〜5リットル
肛門清拭	1人1日1〜2リットル
家畜	大中型家畜1頭1日20〜30リットル 小型家畜1匹1日5リットル

付記3

被災状況下での公共の場所および施設における最低トイレ数

機関	短期	長期
市場	露店50につき1基	露店20につき1基
病院・医療センター	ベッド数20床または外来患者50人につき1基	ベッド数10床または外来患者20人につき1基
給食センター	成人50人につき1基 子ども20人につき1基	大人20人につき1基 子ども10人につき1基
受入／一時滞在センター	50人につき1基 女性対男性の割合は3:1	
学校	少女30人につき1基 男子60人につき1基	少女30人につき1基 男子60人につき1基
事務所		スタッフ20人につき1基

出典：Harvey, Baghri and Reed (2002) より改訂

付記4

水とし尿に関係する疾患と感染メカニズム

水因性疾患 または 水の供給不足 による疾患	コレラ、細菌性赤痢、 下痢、サルモネラ症など 腸チフス、パラチフスなど アメーバ赤痢、 ランブル鞭毛虫症 A型肝炎、ポリオ、 ロタウィルス性下痢症	排泄物 ー 口 細菌性 排泄物 ー 口 非細菌性	水質汚染 不十分な衛生 不十分な個人的衛生 農作物汚染
水の供給不足 または 欠乏による疾患	皮膚・目の感染症 シラミ発疹チフス、 シラミ媒介型回帰熱		水不足 不十分な個人的衛生
し尿関連 ぜん虫	回虫、鉤虫、鞭虫など	土壌感染 ぜん虫	屋外での排便 土壌汚染
牛肉および 豚肉サナダムシ	条虫症	人間 ー 動物	生焼けの肉 土壌汚染
水が原因の 疾患	住血吸虫症、糸状虫症、 肝吸虫症など	病原菌を含む水に 長時間漬かる	水質汚染
水に関連する 病原体媒介虫	マラリア、デング熱、 睡眠病、フィラリア症など	蚊、蝿が刺す	水の近くで摂食 水中で繁殖
し尿に関連する 病原体媒介昆虫	下痢、赤痢	蝿とゴキブリ による感染	不潔な環境

付記5

コレラ治療センター（CTC）のための最低限の衛生、衛生促進および隔離

全ての保健施設およびCTCが従うべき、必須原則：

1. 深刻な症例を隔離する
2. すべての排泄物（糞便および嘔吐物）を封じ込める
3. 患者ごとに1人の介護者のみとする
4. 塩素水で手を洗う
5. すべての床は洗浄可能でなければならない
6. センターを出るときに足を消毒する
7. センターを離れる前に感染した人の服を消毒する（煮沸または消毒）
8. センターの床と全領域の定期的な洗浄を行う
9. 患者と介護者のための独立したトイレ、入浴エリアを提供する
10. センター内で調理する。外から持ってきた場合、コレラの原因となる微生物（ビブリオ）を使用後の容器が持ち出すことを防ぐために、入り口で容器から食事を移す必要がある
11. 患者の家族や親戚をフォローアップし、他に症がないことを確認する。家を消毒し、衛生情報を与える
12. 人々が公共交通機関で来る場合、車両を消毒する
13. 隔離されたキャンプ内で、雨と廃水からの流出を封じ込め、処理する
14. 隔離されたキャンプ内で廃棄物を扱う

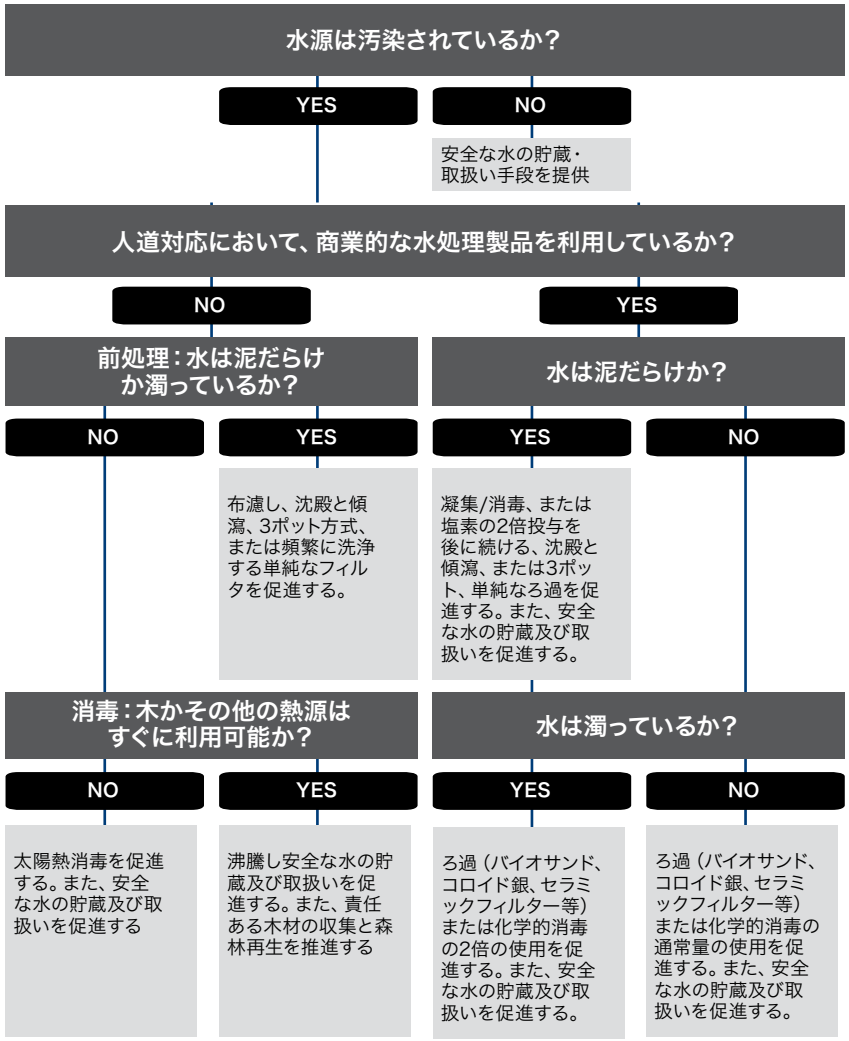
CTCのための塩素溶液

各用途のための塩素濃度	2%溶液	0.2%溶液	0.05%溶液
	廃棄物および し尿 遺体	床 物/ベッド 足湯 衣類	手 肌

注：光と熱により溶液は弱められるため、溶液は毎日新たに準備する必要がある。

付記6

家庭用水の扱い方と貯蔵方法（樹形図）



出典：IFRC (2008), Household water treatment and safe storage in emergencies manualより改変

参照・参考文献

情報源

国際的な法律文書

The Right to Water (articles 11 and 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR, General Comment 15, 26 November 2002. UN Doc. E/C.12/2002/11. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

全般

Davis, J and Lambert, R (2002), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. Second Edition. RedR/IT Publications. London.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. New York. www.ineesite.org

Médecins sans Frontières (1994), Public Health Engineering in Emergency Situations. First Edition. Paris.

Walden, VM, O'Reilly, M and Yetter, M (2007), Humanitarian Programmes and HIV and AIDS; A practical approach to mainstreaming. Oxfam GB. Oxford.
www.oxfam.org.uk/what_we_do/emergencies/how_we_work/resources/health.htm

衛生検査

British Geological Survey (2001), ARGOSS manual. London.
www.bgs.ac.uk

ジェンダー

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (no date), Gender and Water, Sanitation and Hygiene in Emergencies. IASC Gender Handbook. Geneva.
www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/WASH/Gender%20Handbook_Wash.pdf

衛生促進

Almedom, A, Blumenthal, U and Manderson, L (1997), Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water- and Sanitation-Related Hygiene Practices. The International Foundation for Developing Countries. Practical Action Publishing. UK.

Ferron, S, Morgan, J and O'Reilly, M (2007), Hygiene Promotion: A Practical Manual for Relief and Development. Practical Action Publishing. UK.

Humanitarian Reform Support Unit. WASH Cluster Hygiene Promotion Project. www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=160

給水

Action against Hunger (2006), Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. Paris. www.actioncontrelafaim.org/english/

House, S and Reed, R (1997), Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment. Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Loughborough University. UK.

食糧確保のための水の需要

Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAO Water: www.fao.org/nr/water/index.html

家畜のための水の需要

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). Practical Action Publishing. UK.
www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf

水質

World Health Organization (WHO) (2003), Guidelines for Drinking-Water Quality. Third Edition. Geneva.
www.who.int/water_sanitation_health/dwq/guidelines2/en/

水の安全計画

WHO (2005), Water safety plans: managing drinking-water quality from catchment to consumer.
www.who.int/water_sanitation_health/dwq/wsp0506/en/

し尿処理

Harvey, P (2007), Excreta Disposal in Emergency, An inter-agency manual. WEDC, Loughborough University, UK.
http://wedc.lboro.ac.uk/

病原体媒介生物対策

Hunter, P (1997), Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology. John Wiley & Sons Ltd. Chichester, UK.

Lacarin, CJ and Reed, RA (1999), Emergency Vector Control Using Chemicals. WEDC, Loughborough University, UK.

Thomson, M (1995), Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations. Oxfam GB.

固形廃棄物

Centre for appropriate technology (2003), Design of landfill sites.
www.lifewater.org
International Solid Waste Association: www.iswa.org

遺体の管理

WHO (2009), Disposal of dead bodies in emergency conditions. Technical Note for Emergencies No. 8. Geneva.
http://wedc.lboro.ac.uk/resources/who_notes/WHO_TN_08_Disposal_of_dead_bodies.pdf

医療廃棄物

Prüss, A, Giroult, E and Rushbrook, P (eds) (1999), Safe Management of Health-Care Wastes. (Currently under review.) WHO. Geneva.

排水

Environmental Protection Agency (EPA) (1980), Design Manual: On-Site Wastewater Treatment and Disposal Systems, Report EPA-600/2-78-173. Cincinnati, USA.

参考文献

全般

WHO and Pan American Health Organization (PAHO), Health Library for Disasters: www.helid.desastres.net/en

WHO (2002), Environmental health in emergencies and disasters. Geneva.

し尿処理

Harvey, PA, Baghri, S and Reed, RA (2002), Emergency Sanitation, Assessment and Programme Design. WEDC, Loughborough University, UK.

病原体媒介生物対策

UNHCR (1997), Vector and Pest Control in Refugee Situations. Geneva.

Warrell, D and Gilles, H (eds) (2002), Essential Malariology. Fourth Edition. Arnold. London.

WHO, Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance. www.who.int.

遺体の管理

PAHO and WHO (2004), Management of Dead Bodies in Disaster Situations.Disaster Manuals and Guidelines Series, No 5. Washington DC. www.paho.org/English/DD/PED/ManejoCadaveres.htm

医療廃棄物

WHO (2000), Aide-Memoire: Safe Health-Care Waste Management. Geneva.

WHO, Healthcare waste management: www.healthcarewaste.org

WHO, Injection safety: www.injectionsafety.org

障がいと一般的な脆弱性

Jones, H and Reed, R (2005), Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: designing services to improve accessibility. WEDC, Loughborough University, UK.
http://wedc.lboro.ac.uk/wsdp

Oxfam GB (2007), Excreta disposal for physically vulnerable people in emergencies. Technical Briefing Note 1. Oxfam, UK. www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN1_disability.pdf

Oxfam GB (2007), Vulnerability and socio-cultural considerations for PHE in emergencies Technical Briefing Note 2. Oxfam, UK. www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN2_watsan_sociocultural.pdf

食糧の確保と栄養に関する最低基準

Minimum Standards in Food Security and Nutrition

本章の使い方

本章は、以下の4節に分かれている：

食糧の確保と栄養に関する事前評価
乳幼児の摂食
急性栄養失調および微量栄養素欠乏症の管理
食糧の確保

第4節「食糧の確保」は、3つのパートに分かれている：「食糧の確保－食糧配給」、「食糧の確保 － 現金・バウチャー配給」、「食糧の確保 － 生計手段」。

権利保護の原則と、コア基準は、この章と共に用いられるべきである。

最低基準は、主に災害への人道対応について示すことを第一の意図としているが、同時に災害対策や復旧活動への移行においても考慮される。

各節は次のように構成されている。

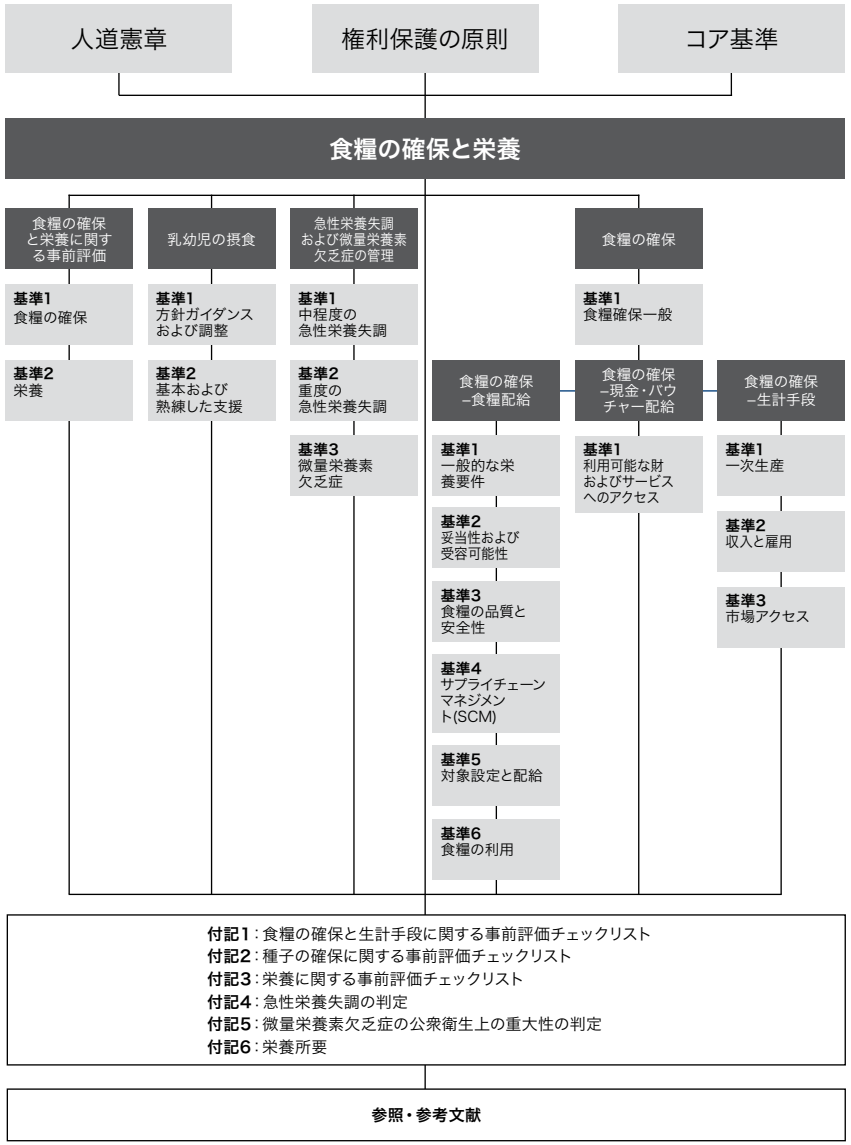
- **最低基準：**本質的に質的なものであり、食糧の提供と栄養に関し、人道対応において達成すべき最低レベルを定めている。
- **基本行動：**基準を満たすことを助ける、推奨される行動とインプットである。
- **基本指標：**最低基準が達成されているかどうかを示す「シグナル」である。基本行動のプロセスと結果を測定し報告するための手段を提供する。基本指標は最低基準に関連しており、基本行動とは関連していない。
- **ガイダンスノート：**最低基準や基本行動、基本指標を、異なる状況で適用する際に考慮すべき具体的な点が含まれる。これらは、現実の困難に取り組む際の指針や、優先すべき課題についてのベンチマークやアドバイスを提供する。また、基準や行動、指標に関する重要な論点を含み、現在の知見におけるジレンマ、論争やギャップを説明している。

要求される基本指標と基本行動が達成されない場合、結果として被災集団に対してどのような悪影響があるか評価すべきであり、適切な緩和活動を実施するべきである。

付記には、事前評価チェックリスト、急性栄養失調や、公衆衛生における微量栄養素欠乏症の重大性の判定のためのガイダンス、所要栄養素が含まれている。また、本章に関係する一般的問題と特定の専門的問題に関する情報の出典を示す参照文献のリストが、情報源とさらなる文献とに分けられ、掲載されている。

目次

はじめに 135
1. 食糧の確保と栄養に関する事前評価 142
2. 乳幼児の摂食 149
3. 急性栄養失調および微量栄養素欠乏症の管理 155
4. 食糧の確保 165
4.1. 食糧の確保 － 食糧配給 169
4.2. 食糧の確保 － 現金・バウチャー配給 187
4.3. 食糧の確保 － 生計手段 191
付記1：食糧の確保と生計手段に関する事前評価チェックリスト 201
付記2：種子の確保に関する事前評価チェックリスト 203
付記3：栄養に関する事前評価チェックリスト 205
付記4：急性栄養失調の判定 207
付記5：微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重大性の判定 211
付記6：栄養所要量 214
参照・参考文献 217



はじめに

人道憲章および国際法との関係

食糧確保と栄養に関する最低基準は、人道機関の共通の信念とコミットメント、および人道憲章に謳われている人道行動を統べる共通の原則、権利および義務を具体的に示したものである。人道の原則に基づき、国際法に反映されている通り、これらの原則は生命と尊厳への権利、保護と安全への権利、および必要に基づいた人道援助を受ける権利を含んでいる。人道憲章に反映されている主要な法的・政策的文書のリストは付録1（p.338）に、援助職員のための説明と共に示した。

上記権利に対しては国家が主要な義務を有するが、人道機関もこれらの権利に沿う形で被災者と共に活動する責任を有する。これらの一般的権利から、数々のより具体的な権利が導き出される。そこに含まれるのは、コア基準の基礎となる参加、情報、および非差別に関する権利であり、さらに、コア基準やこのハンドブックの最低基準を支える水・食糧・シェルター・健康に関する具体的な権利である。

すべての人は、十分な食糧への権利を有する。この権利は国際法の文書に認識され、飢餓からの自由への権利を含む。個人やグループが、そのコントロールできない理由で、彼らが行使可能な手段によっては十分な食糧への権利を享受できない場合、国家がその権利を直接保障する義務を有する。食糧への権利は、以下の責任を国家に課す：

- 「十分な食糧への既存のアクセスを尊重する」ことは、国家の機関に、そのようなアクセスを妨げる結果につながるいかなる手段も取らないよう要請する。
- 「保護する」ことは、企業や個人が、十分な食糧への個々人のアクセスを奪うことがないことを保障する方策をとることを国家に要請する。
- 「満たす」（促進する）ことは、資源への人々のアクセスと利用を強化することを意図した活動に国家が積極的に関わること、および食糧確保を含むかれらの生活を保障することを意味する。

災害時には、国家は食糧を必要とする人々に食糧を供給するか、自らのリソースが不十分な場合には国際的な救援を要請しなければならない。国家はまた、国際的な救援に対して、安全で妨げられないアクセスを促進しなければならない。

ジュネーブ条約および追加議定書は、武力紛争や占領時の食糧アクセスへの権利を含んでいる。文民を飢えさせることを交戦手段として用いてはならず、食糧、

食糧を生産する農地、収穫物、家畜、飲料水設備および供給、および灌漑施設を攻撃、破壊、除去、もしくは無用とすることは禁止されている。ある国家が他国を武力で占領した場合、国際人道法によって占領者は人々に十分な食糧を保障し、占領地域のリソースが不十分な場合には必要な供給をしなければならない。国家は、難民や国内避難民が常に十分な食糧へアクセスできるようあらゆる努力をしなければならない。

本章の最低基準は、食糧への権利の中心となる内容を反映しており、世界中での同権利の発展的な実現に貢献するものである。

災害時における食糧の確保と栄養の重要性

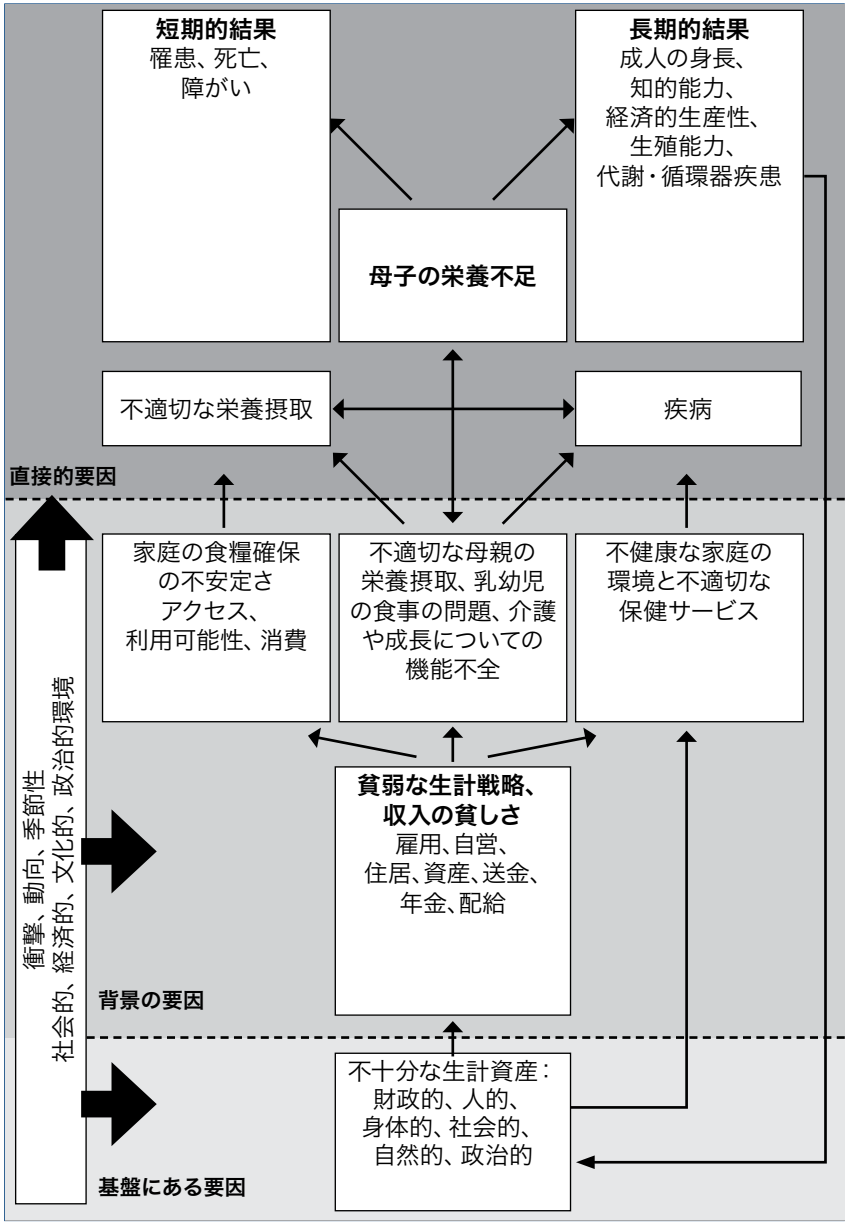
食糧へのアクセスと適切な栄養状態の維持は、災害時において生存を左右する重要な要素である（「人道行動におけるスフィアの位置付け」（p.9）参照）。被災者はしばしば、災害発生時にすでに長期的な栄養不足にある。栄養不足は重大な公衆衛生問題であり、直接的であれ間接的であれ、死亡の主要な原因の一つである。

栄養不足の原因は複合的である。概念的フレームワーク（p.138）は、栄養不足をもたらす複数の要素の相互の関係を示す分析ツールである。栄養不足の直接的な原因は、病気および/もしくは不十分な食糧の摂取であり、それは貧困や家庭における食糧の不足、家庭やコミュニティでの不適切な治療習慣、水や衛生状態、衛生設備の不十分さ、医療への不十分なアクセスが背景にある。サイクロンや地震、洪水、紛争や旱魃のような災害はすべて栄養不足の背景にある原因に直接的に影響する。家庭やコミュニティの脆弱性は、これらの衝撃への暴露に取り組む能力を決定する。関連するリスクに対応する能力は、家庭やコミュニティの特徴、特にその資産や対処・生計戦略によって大きく決定される。

本章では、用語を下記のように定義する。

- **食糧の確保**は、すべての人々が、栄養上のニーズを満たし健康的で活動的な生活を送るための食糧嗜好を満たす、十分な量の安全で栄養のある食糧を、物理的、社会的および経済的にいつでも入手可能となる場合に実現する。食糧の確保のこの定義は、以下の三つの要素を含む：
  - **入手可能性**は、被災地における食糧供給の量、質および季節性を示す。それは、地元の生産によるものと（農業、畜産、漁業、野生生物）、貿易により輸入された食糧（政府や機関の介入が入手可能性に影響しうる）を含む。人々に食糧を届けられる地元の市場は、入手可能性を左右する主要な要素である。
  - **アクセス**は、家族全員の栄養ニーズを満たす十分な食糧を家庭が安全に調達できる能力を示す。これは、家庭での生産や貯蔵、購入、交換、ギフト、借り入れや食糧・現金・バウチャー配給の組み合わせによって、必要な食糧を獲得する家庭の能力を測定する。
  - **利用**は、貯蔵、加工・調理、および家庭内での配布を含む、家庭がアクセス可能な食糧の利用を示す。また、栄養を摂取し代謝させる個人の能力でもあり、疾病や栄養失調に影響する。
- **生計手段**は、生存と将来の幸福のための、家庭の能力、財産（自然、物質的および社会的資源を含む）、活動を含む。生計戦略とは、人々がその資産を用いて収入を得たりその他の生計手段のゴールを実現したりするための具体的手段や活動のことである。対応戦略とは、食糧不足に対する一時的な対応手段のことである。衝撃に対応しそこから回復でき、その能力や生産的資産を維持し強化することができるとき、家庭の生計手段は守られる。
- **栄養摂取**は、成長や発達、生殖、身体活動および健康維持のための食事、消化、および身体による食糧の利用に関わるプロセスを示す、幅広い用語である。「栄養失調」は厳密には、栄養不足と栄養過剰を含む。「栄養不足」は、急性栄養失調、慢性栄養失調、および微量栄養素欠乏症等の、多様な状態を含む。急性栄養失調は、消耗（痩せ）および/または栄養性浮腫となるが、慢性栄養失調は発育阻害（低身長）となる。発育阻害と消耗は、成長不良の二つの形態である。この章では、我々は栄養不足に言及し、栄養失調は特に急性栄養失調を指す。

栄養不足の要因についての概念的フレームワーク



このフレームワークは、リスクへの暴露は自然および人工の衝撃の頻度と程度、およびその社会経済的および地理的範囲によって決定されることを示している。対処能力の決定要因には、家庭の経済的、人間的、身体的、社会的、自然的、および政治的資産のレベル、生産、収入、消費のレベル、および収入源と消費を多様化しリスクの影響を緩和する能力が含まれる。

乳幼児の脆弱性は、かれらの栄養に関する取り組みを優先すべきであることを意味する。栄養不足の予防は、急性栄養失調への処置と同じく重要である。食糧の確保に関する介入は、短期的には栄養や健康を決定し、長期的にはかれらの生存と福利を決定する。

女性は、家庭の食糧を計画し調理するにあたりしばしば大きな役割を果たす。災害の後、家庭の生計戦略は変化する。家庭の栄養における明確な役割を認識することは、家庭レベルにおける食糧の確保を向上させるための鍵となる。妊婦や授乳期の女性、若年層の子ども、高齢者や障がい者の特有の栄養ニーズを理解することは、適切な食糧対応を行うために重要である。

より良い食糧確保や栄養面の災害援助は、より良い対策によって達成される。そのような対策は、これから起こりうる、切迫した、もしくは現在の災害のインパクトを予想し効果的に対応するための、政府や人道機関、地域市民社会組織、コミュニティおよび個人によって育まれた能力、結びつき、知識の賜物である。対策は、リスク分析に基づいており、早期警戒システムと強い関連を有する。これは、危機管理計画立案、機器や物資の備蓄、緊急サービスと待機の手配、通信、情報管理および調整対応、人員の訓練およびコミュニティレベルの計画、訓練を含んでいる。

このハンドブックでカバーされている災害時の食糧確保と栄養への介入の主要領域は、乳幼児の摂食、急性栄養失調と微量栄養素欠乏の管理、食糧配給、現金・バウチャー配給、および生計手段である。

他章との関係

他の章に含まれる多くの基準が本章に関係している。ある分野の基準達成の進捗状況は、他の分野の進捗状況に影響を及ぼすことが多い。効果的な対応を行うためには、他セクターとの密接な調整と協働が必要になる。ニーズを満たし、取り組みの重複を回避し、食糧の確保および栄養に関する介入の質を最適なものにするためには、地元当局やその他の対応機関、およびコミュニティベースの機関との調整も必要である。

栄養不足の概念的フレームワーク（p.138参照）は、栄養失調の背景にある原因として、貧しい家庭環境および不適切な保健サービスを示している。栄養失調を予防し直す対応は、この章およびWASH（給水、衛生、衛生促進）、シェルター、および保健の各章の最低基準を達成することを必要とする。また、コア基準の達成

と、権利保護の原則への取り組みも必要とする。全てのグループの食糧の確保と栄養が、かれらの生存を保障し尊厳を高める方法で確保されるためには、単にハンドブックのこの章の基準を達成するだけでは不十分である。

関連する範囲で、他の章の特定の基準やガイダンスノート、関連基準や補完的基準への参照を行っている。

権利保護の原則とコア基準との関係

このハンドブックの基準を満たすためには、たとえ明確な保護の責務や保護の専門家としての能力を有していないとしても、全ての人道機関が権利保護の原則を守らなければならない。権利保護の原則は「絶対的」なものではない。機関がどの程度原則を満たすことができるかは、状況によって制約されうると認識されている。しかしながら、原則は、常に行動の指針とされるべき普遍的な人道上の懸念を反映している。

コア基準は、全てのセクターによって共有されている、プロセスおよび人員に関する主要な基準である。6つのコア基準は、人々を中心とした人道対応、調整と協力、事前評価、設計と対応、成果・透明性と学習、および援助職員の成果をカバーしている。コア基準は、ハンドブックのその他の全基準を支えるアプローチについて、単一の参照ポイントを提供する。従って技術的各章は、その基準の達成を助けるため、コア基準と共に用いられることが求められる。特に、あらゆる対応の適切性と質を確保するため、被災者の参加—災害において最もしばしばリスクにさらされるグループと個人を含む—は最大化されるべきである。

被災者の脆弱性と対応能力

この節はコア基準と併せて読まれ、コア基準を補強することを想定して書かれている。

重要なことは、若者や高齢者であったり、女性であったり、障がいを持っていたりHIVであったりすること自体は、個人を脆弱にしたりリスクを増したりするわけではないことである。むしろ、様々な要素の相互作用が脆弱性やリスクに影響する。例えば、70歳を越して一人で暮らし健康状態が悪い人は、同じ年齢や健康状態でも大家族と共に住み十分な収入を有している人よりも脆弱性が高くなりがちである。同じように、3歳の少女は、保護者がいない場合には責任ある両親の元で養われている場合よりも脆弱性が高い。

食糧の確保と栄養に関する基準と基本行動の実施にあたり、脆弱性および能力分析を行うことにより、援助を受ける権利を有する人が差別なく、また最も必要とする人が、災害対応の取り組みによって支えられることが確保される。そのためには、地元の状況と、その元々有していた脆弱性（例：極度の貧困や差別）や権利保護への様々な脅威への露出（例：性的搾取を含むジェンダーに基づく暴力）、疾病の発生や蔓延（例：HIVや結核）および集団感染の可能性（例：麻疹やコレラ）によって特定の危機が特定のグループにどのように影響するのかを、徹底的に理解することが求められる。災害は、既存の不平等をさらに悪化させることがある。しかしながら、人々の対処戦略、回復力、および復旧能力をサポートすることが重要である。人々の知識、スキルおよび戦略は支えられるべきであり、社会的、法的、経済的および心理社会的サポートへのアクセスは支持されるべきである。また、このようなサービスへ正当なやり方でアクセスする際に直面しうる様々な身体的、文化的、経済的および社会的障害への対応も必要である。

以下に、脆弱性が高い人々の権利と能力が配慮されることを確保するいくつかの主要領域を示している。

- 人々の参加を最大化する。全ての代表的グループが含まれていること、その中でも特に見えづらい人々（例：コミュニケーションが難しい人、移動が難しい人、施設で暮らしている人、汚名を着せられた若年層、その他のあまり/全く代表されていないグループ）が含まれていることを確保する。
- 評価において性別および年齢（0歳〜80歳以上）によってデータを分類する—これは、食糧の確保および栄養の領域において適切に人々の多様性を考慮することを保障する重要な要素である。
- 受給資格についての情報を得る権利が、誰も排除せず、コミュニティの全ての構成員がアクセス可能な方法で伝えられていることを確保すること。

最低基準

1. 食糧の確保と栄養に関する事前評価

深刻な危機において即時に対応するためには、複数セクターにおける初期迅速事前評価は、即時の援助が必要かどうかを判断するためには十分かもしれない。初期迅速事前評価は、特定の状況についての迅速かつ明確な見通しをすぐに得るために設計されている。おそらく、適切に実施するためには相当な時間とリソースを要する、さらなるより深い食糧の確保と栄養に関する事前評価を実施する必要が生じるだろう。事前評価は継続的なプロセスであり—特に長引く危機においては—、対応管理の一貫として対象者設定と意志決定に反映されるべきである。

理想的には、食糧の確保と栄養に関する事前評価は重なり合い、適切な栄養への障壁を特定するとともに、利用可能性、アクセスおよび適切な利用を改善するための介入行動を特定すべきである。事前評価チェックリストは「付記1：食糧の確保と生計手段に関する事前評価チェックリスト」、「付記2：種子の確保に関する事前評価チェックリスト」、および「付記3：栄養に関する事前評価チェックリスト」として示されている。

食糧の確保と栄養に関する二つの評価基準は、コア基準3（p.56参照）に基づき、いずれも食糧の確保と栄養に関する介入が計画されるときや主張されるときには常に用いられる。

食糧の確保と栄養に関する事前評価基準1：食糧の確保

人々が食糧不足の増大するリスクにさらされている場合、評価は受け入れられた方法で、食糧不足の種類、程度、規模を理解し、最も影響を受けた者を特定し、最も適切な対応を決定するために実施されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 広く受け入れられた原則に忠実な手法を用い、それを評価レポート内で総合的に説明する（ガイダンスノート1参照）。

- 事前評価の初期段階で情報を集め、分析する（ガイダンスノート2参照）。
- 人々の栄養状態に対する食糧不足の影響を分析する（ガイダンスノート4参照）。
- 可能な場合には常に、公式および非公式の機関を含む、地元の能力を踏まえて事前評価を行う（ガイダンスノート9参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 個人、家庭およびコミュニティの食糧確保と生計手段が介入をガイドするために調査されている（ガイダンスノート3〜9参照）。
- 事前評価の結果は、最も脆弱性が高い個人とグループを対象とした行動の明確な提案を含む分析レポートと統合されている（ガイダンスノート1〜10参照）。
- 対応は人々の当面の食糧ニーズに基づいているが、生計戦略の保護と促進についてもまた考慮している（ガイダンスノート10参照）。

ガイダンスノート

1. **分析手法**：事前評価のスコープおよびサンプリングの手順は、例え非公式のものであっても、重要である。食糧の確保に関する事前評価は、明確な目的を有し、国際的に受け入れられた手法を用いるべきである。異なる情報源（例：収穫評価、衛星画像、家庭調査）による確認は、一貫した結論を得るために重要である（「コア基準3」（p.56）および参照・参考文献参照）。
2. **情報源**：災害前の状況について、二次情報が存在することがある。家庭の栄養面での福利を得るにあたり女性と男性は異なる相互補完的な役割を有するため、この情報は可能な限り性別で分類されるべきである（「コア基準3」（p.56）および「付記1：食糧の確保および生計手段についての事前評価チェックリスト」参照）。
3. **食糧の入手可能性、アクセス、消費および利用**：（食糧の入手可能性、アクセスおよび利用の用語定義についてp.136参照。）食糧消費は、家庭における個人のエネルギーおよび栄養摂取を反映している。これらの事前評価において、実際のエネルギー含有量や栄養の詳細を測定することは現実的でない。災害前後の食事の回数の変化は、シンプルだが、食糧確保の変化についての明確な指標である。一定の参照期間における、個人や家庭において消費される食品グループの数および消費頻度は、食の多様性を反映している。これは代理としてよい指標であり、特に家庭の社会経済的地位と、また食事からのエネルギー摂取の全体や食事の質と相互に関係しているときには特にそうである。食事消費のパターンおよび問題を図る豊富な測定法を提供できるツールには、季節カレンダー、家計食事多様性スコア（Household Dietary Diversity Score）、家計食糧不安定性アクセススケール（Household Food Insecu-

rity Access Scale）や食糧消費スコア（Food Consumption Score）などがある。

4. **食糧不足および栄養状態**：食糧不足は、栄養不足の背景にある3つの原因のうちの一つである。しかしながら、栄養不足の単一の原因であると見なしてはならない。

5. **状況**：食糧不足は、広範なマクロ経済および構造的な社会政治的要素の結果であることがある。この要素には、被災集団の栄養的に適切な食糧へのアクセスおよび地元の環境悪化に対して影響する国内および国際的な政治、プロセス、もしくは機関が含まれる。これは通常、災害の影響により悪化することがある構造的な脆弱性に起因する長期的な状況としての、慢性的な食糧不足として定義される。飢饉早期警戒システムおよび統合的食糧確保フェーズ分類を含む、地元および地域の食糧確保の情報システムは、情報分析において重要なメカニズムである。

6. **対応分析**：食糧確保の状況は、人々の生活、所在地、市場システム、地域の市場へのアクセス、社会的地位（性別および年齢を含む）、年間の時期、災害の特徴および対応によって異なる。事前評価の焦点は、被災者が災害前にどのように食糧と収入を得ており、現在はどのように対処しているかについて、言及すべきである。人々が移動させられた場合には受け入れ集団の食糧確保について検討する必要がある。事前評価はまた、現金配給の場合には市場、銀行、金融機関またはその他の地元の配給メカニズムを、また食糧のサプライチェーンについて、関連したリスクと共に、分析しなければならない（「権利保護の原則1」（p.31）参照）。これは、現金もしくは食糧の配給による介入の実現可能性の評価と、安全で効率的な配送メカニズムの設計を助ける。

7. **市場分析**は、初期およびそれに続く事前評価の一部として含めるべきである。市場の分析は、価格動向、基本的なモノおよびサービスの入手可能性、市場構造への災害の影響、および予想される回復期間を含むべきである。災害後の雇用、食糧、基本的アイテムの供給についての市場の能力を理解することにより、地域経済を向上させることができる、適時で費用対効果が高く適切な対応を設計できるようになる。市場システムは、災害後の短期のニーズを越えて、生産アイテム（種子やツールなど）を供給し、雇用への需要を維持することで、生計手段を守ることができる。プログラムは、可能な場合には地元の購買を支えるよう設計されるべきである（「食糧の確保 ー 食糧配給基準4：ガイダンスノート2〜3」（p.178〜179）、「食糧の確保 ー 生計手段基準1：ガイダンスノート7」（p.195）、「食糧の確保 ー 生計手段基準3：ガイダンスノート2」（p.199）参照）。

8. **対処戦略**：事前評価と分析においては、異なるタイプの対処戦略を考慮し、誰がいつその戦略を適用しているか、戦略はどの程度うまく機能しているか、逆効果（あるとすれば）の性質は何か、を考慮すべきである。対処戦略インデックス（Coping Strategies Index）のようなツールが推奨される。戦略は多様であるが、対処には明確に異なる段階がある。いくつかの対処戦略は通常であり、ポジティブであり、支持されうる。他の、時には危機戦略と呼ばれる戦略は、将来の食糧確保を永久に衰えさせるかも知れない（土地の売却、困窮による全家族の移住、もしくは山林伐採）。女性や少女に用いられる、または強制される一部の対処戦略は、彼女らの健康、心理的福利、および社会的統合に対して重大で不利益な影響を与えうる。対処戦略はまた、共有の自然資源の過剰な利用など、環境に影響を与えることがある。全てのダメージを与えないオプションが使い尽くされる前に、食糧確保が守られ支持されることを保障する対応の最も適切な組み合わせを特定するため、生計手段のしきい値が分析によって決定されるべきである（「権利保護の原則1〜2」（p.31〜33）参照）。

9. **脆弱性の参加型分析**：評価の全段階において、女性や男性の異なるグループや適切な地元組織や機関の有意義な参加は重要である。プログラムは地元の知識に基づき、ニーズに基づき、地元の状況に沿っているべきである。頻発する自然災害や長期間にわたる紛争にさらされている地域は、地元の早期警戒および緊急対応システムもしくはネットワーク、および事前評価に取り入れられるべき災害対応計画を有していることがある。プロジェクトの設計と実施において、女性を関わらせることは重要である（「権利保護の原則2〜4」（p.33〜37）参照）。

10. **即時のニーズと長期計画**：即時の食糧ニーズを満たすことを目的とする介入には、食糧配給および現金・バウチャー配給を含むことができる。これらは、単独で行うことも、その他の生計手段に関する介入と組み合わせることもできる。即時のニーズを満たし生産資産を守ることは危機の始まりにおいては重要性が高いが、対応は常に、悪化した環境の回復に対する気候変動の影響の認識を含め、長期間における計画を意識しなければならない。

食糧の確保と栄養に関する事前評価基準2：栄養

人々が栄養不足の増大する危険にさらされている場合、栄養不足の種類、程度と規模を理解し、誰が最も影響を受けるか、最もリスクにさらされているか、適切な対応は何かを特定する、国際的に受け入れられた方法を用いた事前評価が実施されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 災害前の情報と初期評価の情報をまとめ、栄養状態の性質と深刻さを明らかにする（ガイダンスノート1〜6参照）。
- 最も栄養面のサポートのニーズを有するグループと、栄養状態に影響する可能性を有する潜在的な要素を特定する（ガイダンスノート1〜2参照）。

- 身体測定の状態や微量栄養素の状態、乳幼児の摂食、妊婦管理および栄養不足に関連する潜在的な決定要因をよりよく測定し理解するために、集団レベルでの質的もしくは量的な事前評価が必要か、決定する（ガイダンスノート1〜2参照）。
- 栄養不足の潜在的な決定要因に関する、地元コミュニティおよびその他の地元のステークホルダーの意見を考慮する（ガイダンスノート7参照）。
- 対応を主導し、また/もしくはサポートする国家や地元の能力に対する事前評価を含める（ガイダンスノート1および8参照）。
- 栄養評価の情報を、事態が安定しているか悪化しているかを決定するために用いる（ガイダンスノート7〜8参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 広く受け入れられた原則に忠実な標準化指標を含む評価・分析方法が、身体測定評価においても非身体測定評価においても採用されている。
- 評価結果が、最も脆弱性の高い個人とグループを対象とした行動の明確な提案を含む、分析的レポートにおいて示されている（ガイダンスノート3〜6参照）。

ガイダンスノート

1. **状況情報**：栄養不足の原因についての情報は、既存の健康および栄養分析表、調査レポート、早期警戒情報、保健センターの記録、食糧確保レポート、およびコミュニティグループを含む、1次もしくは2次情報から集められることがある。評価や介入の可能性がある特定の地域について情報が得られない場合、例えば人口保健調査（Demographic Health Surveys）、複数指標クラスター調査（Multi Indicator Cluster Surveys）、その他の国家の保健・栄養調査、WHO栄養ランドスケープ情報システム（Nutrition Landscape Information System）、WHO ビタミンおよびミネラル栄養情報システム（Vitamin and Mineral Nutrition Information System）、複合緊急データベース（Complex Emergency Database, CE-DAT）、危機における栄養情報システム（Nutrition in Crisis Information System, NICS）、国家の栄養調査システム、および栄養失調管理に関する既存プログラムの入院率とカバー率など、が参考とされるべきである。代表的なデータが得られる場合、一定の時点での栄養失調の流行よりも、長期間における栄養状態のトレンドを見ることが望ましい（「付記3：栄養についての事前評価チェックリスト」参照）。栄養事前評価は、より広い事前調査、特に公衆衛生および食糧確保にフォーカスしたものの中で考慮されるべきである。既存の栄養に関する取り組み、彼らの運営能力および地元と国家の対応能力に関する情報は、ギャップを認識し対応の指針とするため、集められるべきである。

2. **分析範囲**：情報ギャップが確認され、プログラムの意志決定に反映させ、プログラムの結果を測定するか啓発を目的としてさらなる情報が必要な場合のみ、初期の事前評価（「コア基準3」（p.56）参照）の後、徹底した事前評価が行われるべきである。徹底した栄養事前評価は、身体測定調査、乳幼児の摂食評価、微量栄養素調査、および因果関係分析を含む、いくつもの可能な調査アプローチを参照する。栄養監視およびモニタリングシステムもまた、用いることができる。
3. **方法論**：いかなる種類の栄養調査も、明確な目的を持ち、国際的に受け入れられた方法を用い、栄養的に脆弱性が高い個人を特定し、栄養不足に寄与している要因への理解をつくらなければならない。事前評価と分析のプロセスは、文書化され、論理的で透明性がある方法で適時のレポートとして示されなければならない。事前評価のアプローチは公平で、人々を代表しており、補完的で一貫し比較可能となるよう複数の機関および政府の間でよく調整されていることが必要である。複数機関による事前調査は、大規模で複数の技術的側面を持ち広い地理的エリアを対象とする調査では有用である。
4. **身体測定調査**は、ランダムサンプリングもしくは徹底したスクリーニングに基づく、代表的な領域横断調査である。身体測定調査は、栄養失調（急性および慢性）の蔓延状況の推測を提供する。これは、WHO基準に基づいたZスコア（訳注：測定値と準拠集団の中央値との差を標準偏差値で割ったもの）によるW/H（体重身長比）を第1に報告しなければならない（「付記4：急性栄養失調の測定」参照）。全米保健医療統計センター（NCHS）によるW/HのZスコアも、過去の調査との比較を可能とするものとして報告されうる。上腕周囲経（MUAC）の測定による衰弱および深刻な衰弱は、身体測定調査に含まれるべきである。栄養性浮腫は、分けて評価され記録されるべきである。栄養失調の蔓延についての信頼区間が報告され、調査の品質が保証されるべきである。これは、既存のツール（例：復旧・移行事業の標準化モニタリング評価（Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions, SMART）方法論マニュアルおよびツール、もしくはENA（緊急時栄養評価, Emergency Nutrition Assessment）ソフトウェアおよびEpiInfoソフトウェア）を利用することにより可能である。最も広く受け入れられた方法は、6〜59ヶ月の子どもを人口全体の代替として栄養失調のレベルを評価することである。しかしながら、他のグループが広く影響を受けているか、より大きい栄養面のリスクにさらされている可能性がある場合には、事前評価を行うことを考慮しなければならない（「付記4：急性栄養失調の判定」参照）。
5. **非身体測定指標**：身体測定への追加情報は重要であるが、注意深く考慮されなければならず、身体測定調査に附属させるときには調査の質を下げないよう限定的でなければならない。このような指標には、予防接種のカバー率（特に麻疹）、ビタミンAの補給状況、微量栄養素欠乏症の状況、およびWHOの乳幼児の摂食（IYCF）に関する指標が含まれる。未分析の、5歳未満の乳幼児の死亡率は、適切であれば測定される。

6. **微量栄養素欠乏症**：もし対象人口が災害前からビタミンAやヨウ素、亜鉛が欠乏していたり、鉄分欠乏による貧血を患っていたりする場合、災害により悪化しやすい。ペラグラ（訳注：皮膚・消化器・精神の障害を症状とする病気。ニコチン酸の欠乏による）、脚気、壊血病や、評価を計画し分析する際に考慮されるべきその他の微量栄養素欠乏症の流行が起こりうる。もしこれらの欠乏症を患う個人が保健センターに現れたとき、それは適切な栄養へのアクセスが欠如していることを示しており、おそらく集団全体の問題を示している。微量栄養素欠乏症の調査は、直接もしくは間接で行われる。間接的調査には、集団レベルでの栄養摂取推計および、食糧へのアクセス、利用可能性、利用についての利用可能なデータを評価すること（「食糧の確保と栄養に関する事前評価基準1」（p.142）参照）や食糧配給の適切さを評価すること（「食糧の確保 ー 食糧配給基準1」（p.169））による欠乏リスク推論が含まれる。実施可能な場合の直接評価には、臨床的・準臨床的な個人の患者や集団からのサンプルによる欠乏の測定が含まれる。例えば、貧血の蔓延の調査の中でのヘモグロビンの測定は、鉄分の欠乏についての測定の代用として用いることができる。

7. **栄養欠乏のレベルの解釈**：栄養欠乏のレベルが介入を必要とするかどうかを決定するためには、参照集団の規模と密度、および罹患率と死亡率の観点における状況の詳細な分析を必要とする（「必須保健サービス基準1：ガイダンスノート3」（p.293）参照）。また、保健関連指標、季節変動、IYCF指標、栄養不足の災害前のレベル、微量栄養素欠乏症のレベル（「付記5：微量栄養素欠乏の公衆衛生上の重大性の判定」参照）、世界の急性栄養失調に関連しての深刻な急性栄養失調の比率、および栄養不足の原因となるその他の要素を参照することも必要である。補完的な情報システムの組み合わせは、状況を監視する方法として最もコスト効率的かも知れない。可能な場合には常に、地元の機関および集団が、監視活動や見いだされた事実の解釈、およびあらゆる対応の計画に参加しなければならない。食糧の確保や生計手段、および健康と栄養を含む様々な変数を考慮した意志決定モデルおよびアプローチの適用が適切である（「食糧の確保と栄養に関する事前評価基準1：ガイダンスノート5」（p.144）参照）。

8. **意志決定**：評価結果は、栄養失調の管理を目的とした対応の決定に反映されなければならない。災害の急性フェーズにおける一般的な食糧配給もしくはその他の予防的もしくは即時の治療介入を実施するという意志決定は、詳細な事前評価の結果を待つ必要はない。事前評価が行われる場合、その結果は行動に反映されなければならない。意志決定は、概念的フレームワークで示したような栄養不足への理解、栄養についての事前評価の結果、および既存の対応能力に基づかなければならない。

2. 乳幼児の摂食

不十分な乳幼児の摂食は、栄養不足や疾病、死亡への脆弱性を増大させる。このリスクは、災害において高まり、最も若い者が最も脆弱性が高い。生後24ヶ月未満の子どもの生存率を最大化し死亡率を減少させる最適な摂食方法は、完全母乳育児の早期開始、6ヶ月間の完全母乳育児、生後24ヶ月までまたはそれ以降の母乳育児の継続、および生後6ヶ月時点での十分で適切で安全な補完的食事の導入、である。

IYCF（infant and young child feeding, 乳幼児の摂食）は、母乳育児および非母乳育児の乳幼児の栄養ニーズを守り支えるための介入に関係している。優先的な介入には、母乳育児の保護と支援、人工栄養のリスクの最小化および適切で安全な補完的食事の実現を含む。特に困難な状況にある乳幼児、例えばHIVが流行している集団、孤児、低出生体重（LBW）および深刻な栄養失調の乳児などは、特別な注意を向けられる必要がある。妊婦と授乳中の女性の栄養的、身体的およびメンタルの健康への保護と支援は、母子への福利の中心となる。祖父母や単身の父親、兄弟が保護者である場合の特定のニーズは考慮されなければならない。乳幼児およびその母親の幅広い栄養面のニーズを保護し、適切に間に合うように満たすために、領域横断での関与が重要である。IYCFは、この章の多くの基準において不可分のものであり、他の章と重なっている。

乳幼児の摂食基準1：方針ガイダンスおよび調整

集団における安全で適切な乳幼児の摂食が、主要な政策指針および強力な調整の実施によって保護されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 緊急事態における乳児の摂食（IFE）に関する運営ガイダンスの規定や、人工ミルク販売促進マーケティングコード（International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes）およびそれに続く関連したWHO総会決議（あわせて「コード, Code」として知られる）を支持する（ガイダンスノート1〜2参照）。

- 人工ミルク（BMS）、その他の乳製品、ボトル、およびほ乳瓶の乳首の寄付を頼んだり受け付けたりしない（ガイダンスノート2参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- IYCFに対処しIFEに関する運営ガイダンスを反映した国家および/もしくは機関の方針が、実施されている（ガイダンスノート1参照）。
- 全ての緊急事態において、IYCFに関する主導的立場にある調整機関が指名されている（ガイダンスノート1参照）。
- 人工ミルク、その他の乳製品、ボトル、およびほ乳瓶の乳首の寄付に対応する機関を指名している（ガイダンスノート2参照）。
- コードへの違反が監視され、報告されている（ガイダンスノート1〜2参照）。

ガイダンスノート

1. **方針ガイダンス、調整およびコミュニケーション**：緊急時プログラム用の主要方針ガイダンス文書は、IFEに関する運営ガイダンス、およびコードを含む。追加のガイダンスは、参照・参考資料において示されている。WHO総会決議63.23（2010）は、国家および国際的な災害対策計画および緊急対応が、IFEに関する運営ガイダンスに従うことを保障するよう、締約国に要請している。災害対策には、方針の作成、IFEに関するオリエンテーションおよびトレーニング、コードに従ったBMSおよび補完的食糧の供給源の指定が含まれる。IYCFに関して主導的立場にある調整機関が、全ての緊急事態において指名されなければならない。コードへの違反に対する監視と報告は、機関の説明責任に対して重要な貢献となる。被災集団との、およびプレスリリースにおける明確で一貫したコミュニケーションは、対応に重大な影響を与える。
2. **ミルクおよび乳製品の取扱い**：ミルクおよび乳製品は、対象を絞らない配給に含めてはならない（「食糧の確保 ー 食糧配給基準2：ガイダンスノート5」（p.175）参照）。人工栄養に関する指標および管理は、IFEに関する運営ガイダンスおよびコードに従わなければならず、理想的には指名されたIFE調整機関のガイダンスの下にあるべきである。BMS、乳製品、ボトル、およびほ乳瓶の乳首の寄付は、緊急時に求められたり受け付けられたりしてはならない。到着したいかなる寄付も、指名された機関およびIFE調整組織によって決定された管理の下に置かれなければならない。

乳幼児の摂食基準2：基本および熟練した支援

乳幼児の母親および保護者は、リスクを最小化し栄養摂取、健康および生存結果を最適化する、適時で適切な摂食支援へのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 統合的な複数セクターでの介入をおこない、安全で適切なIYCFを保護し支援する（ガイダンスノート1参照）。
- 妊婦および授乳期の女性の、食糧・現金・バウチャー配給およびその他の支援的な介入へのアクセスを優先する（ガイダンスノート1参照）。
- 妊婦および授乳期の女性、および生後0〜24ヶ月の子どもを対象とした介入に、熟練した授乳カウンセリングを統合する（ガイダンスノート2〜7参照）。
- 全ての新生児を持つ母親を対象とし、完全母乳育児の早期開始を支援する（ガイダンスノート3参照）。
- 適時、安全、適量かつ適切な補助的摂食を支援する（ガイダンスノート5参照）。
- 人工栄養を必要とする乳児の母親および保護者に対し、適量の適切な人工ミルクおよび関連した支援へのアクセスを実現する（ガイダンスノート6参照）。
- 特に困難な状況にある乳幼児（孤児、急性栄養失調の子ども、低出生体重の乳児、およびHIV感染者）への食糧支援について、特別な考慮を払う（ガイダンスノート4〜7参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 母乳育児の早期開始、生後6ヶ月未満の子どもにおける完全母乳育児の率、および1〜2歳での母乳育児の継続率についての標準WHO指標の測定（ガイダンスノート2〜3, 5〜6参照）。
- 保護者が、生後6ヶ月以上24ヶ月未満の子どもの適時で、適切で、栄養的に適量で、安全な補完的食事へのアクセスを有する（ガイダンスノート5〜6参照）。
- 母乳育児をしている母親が、熟練した母乳育児についてのサポートにアクセスできる（ガイダンスノート1〜3参照）。

- 適切な人工ミルクのコードを満たした供給と、人工栄養を必要とする子どもへの関連したサポートにアクセスできる（ガイダンスノート5参照）。

ガイダンスノート

1. **簡潔な測定と基本的な介入**が、IYCFへの保護的で支援的な環境を作るために必要である。生後0〜24ヶ月の子どもの母乳育児や補完的食事、および/もしくは人工栄養に関しての困難について、注意し、レポートを調査する。母乳育児をしていない乳児は緊急のサポートを必要とする。サポートは、母親、保護者、および妊婦と授乳している女性を優先すべきであり、それにより即時の重要なニーズを満たす。24ヶ月未満の子どもを有する家庭と全ての新生児の母乳育児をしている母親は、適切な食糧へのアクセスを保障されるよう、登録され、食糧確保プログラムにリンクづけられるべきである。母親や保護者への登録されたシェルターは、同じ立場の者同士の、および基本的なIYCFのサポートへのアクセスを可能とする。母乳育児のサポートは、リプロダクティブヘルスやプライマリヘルスケア、心理社会的サービスおよび選択的食事プログラムのような主要サービスの中に、最初から統合されているべきである。

2. **妊婦および授乳中の女性**：妊娠中または授乳中の女性の栄養摂取が不十分であれば、妊娠合併症、妊産婦の死亡、出生時の低体重の危険性が高まり、母親の栄養状態が悪化すれば母乳に含まれる特定の栄養素が不足するようになる。懐妊中の母親の低体重は、乳児の低出生体重と強く関連し、また思春期妊娠の特徴である。妊婦および授乳中の女性は、強化された配給食糧を受け取っていてもそうでなくとも、母体蓄積分および母乳成分を保護するために、複数の微量栄養素の1日必要分を提供する日々のサプリメントを受け取るべきである。鉄分および葉酸サプリメントは、すでに提供されている場合には、続けるべきである。女性はまた、ビタミンAを出産後6〜8週間の間に受け取るべきである。微量栄養素のサプリメントは、その使用量とタイミングについて、国際的な推奨に従うべきである。心理社会的サービスへの紹介が必要となることがあり、特にトラウマを経験している人々においてはそうである。思春期妊娠した母親への栄養のサポートは重要であるが、思春期妊娠を防ぐプログラムが、低出生体重の発生に対して最もインパクトを与えやすい。

3. **完全母乳育児の早期開始**（出生後1時間以内）は、母子の健康を守る優先度の高い介入である。低出生体重の乳児およびその母親は、出生時の継続的な肌と肌のふれあいと完全母乳育児の早期開始により特に利益を受ける（「必須保健サービス ー 子どもの保健基準2：ガイダンスノート1」（p.305）参照）。

4. **母乳育児**：完全母乳育児は、必要な微量栄養素のサプリメントや医薬品を例外として、水やその他の液体や固体を与えず母乳のみを与えることを要件とする。生後6ヵ月までは、母乳育児によって食事と水分が確保され、母乳に含まれる免疫物質によって防御機能も高まる。母乳はまた、特に水、衛生設備、衛生条件が不足している状況で高年齢の乳児や子供を保護するため、生後24ヶ月までまたはそれ以降も授乳を維持することが重要である。母親、家族、地域社会と医療従事者は母乳の回復力を再確認すべきである：信頼は重大な緊急事態によって損なわれていることがある。計画と資源配分によって、ストレスにさらされた集団および6ヶ月未満の急性栄養失調児（「急性栄養失調および微量栄養素欠乏症の管理基準2」（p.159）参照）、混合栄養が普及している集団、およびHIVの状況での幼児の摂食（ガイダンスノート7参照）を含むさらなる困難な状況の管理において、熟練した母乳育児のサポートを可能にしなければならない。

5. **補助的な摂食**は生後6ヶ月以降に母乳（または非母乳の乳児における適切な母乳代替品）に加えて、他の食べ物を与えるプロセスである。補助的摂食期間（6〜24ヶ月）において、母乳育児は引き続き、食品や流動体の確保に大きく貢献する。非母乳の乳児は、栄養不足を補うためのサポートを必要とする。食糧確保プログラムとのリンクが、補助的な摂食をサポートするために不可欠である。集団が食糧援助に依存している場合、適切な微量栄養素強化食品を通常の配給食糧に含める必要があり、補助的食品を全体に提供することが必要になることがある。補助的摂食期間の脂質ベースの栄養サプリメントの包含、使用および期間についての、異なる緊急事態の状況に対応した明確な基準が必要である。すぐに使える治療食は、補助的食品ではない。補助的食品の流通には、調理に関する実践的な指導と実演を伴う必要がある。ビタミンAを含む微量栄養素の補助食品の使用は、最新の勧告に従わなければならない。低出生体重の乳幼児は、鉄分補助食品の恩恵を受ける可能性がある。集団がマラリア流行地域にいる場合、適切なマラリア対策と共に、鉄分補給を貧血と鉄分欠乏の子どもを対象として行う必要がある。

6. **人工栄養**：母乳育児をされていない乳児は、摂食の選択肢を模索するために、熟練した担当者が早期に識別し、評価することを必要とする。母親の母乳が利用できない場合は、ドナー母乳、特に母乳を与える乳母は、特に若年および低出生体重の乳児の摂食において貴重な役割を有している。人工栄養が行われている場所では、母親や保護者は、必要がある限り（乳児が少なくとも6ヶ月になるまで）、関連する本質的なサポート（水、燃料、貯蔵施設、発育の観察、医療、時間）と同じく、適量の適切な人工ミルクへのアクセスが保障される必要がある。混合摂取をしている6ヶ月未満の幼児は、完全母乳育児への移行をサポートされる必要がある。哺乳ビンは、洗浄が困難なため使用するべきではない。人工栄養をサポートするプログラムは、母乳育児が損なわれないことを保障するため、標準的な指標を使用してコミュニティのIYCF慣行を観察する必要がある。罹患率の調査は、下痢に特に焦点を当て、個人と集団のレベルで実施されるべきである。低用量のビタミンAの補給は、6ヶ月未満の非母乳育児の乳児のために検討されるべきである。

7. **HIVと乳児の摂食**：HIVに感染していない子供の生存率を最大化することが、HIV感染の母親から生まれた乳児に最適な摂食のオプションを決定する際の第1の考慮すべき事項である。HIV感染が不明もしくは陰性の母親は、集団のための一般的なIYCFに関する勧告に従って母乳育児をサポートされる必要がある（ガイダンスノート3〜5参照）。HIV陽性の母親の場合は、抗レトロウイルス（ARV）の介入と母乳育児を組み合わせることで、大幅に出生後HIV

感染を減らすことができる。ARV治療へのアクセスを促進することが優先されるべきである（「必須保健サービス ー 性および生殖に関する保健基準2」（p.309）参照）。緊急時においては、代替食糧に関連した乳児へのリスクはより大きい。すなわち、母乳育児は、HIV感染の母親から生まれた乳児の生存とHIV感染児の生存の可能性を高めることを意味しており、それはARV治療がまだ入手できない場合を含む。既に代替食糧の摂食が確立された乳児のためには、緊急の人工栄養の支援が必要である（ガイダンスノート6参照）。

3. 急性栄養失調および微量栄養素欠乏症の管理

急性栄養失調と微量栄養素欠乏症は、被災者の罹患率と死亡率のリスク増加と関連している。したがって、このような有病率やリスクが高いとき、栄養不良を治し予防するサービスへのアクセスを確保することが必要である。栄養不良の根本的な原因が、健康、WASH（給水、衛生、衛生促進）、食糧配給と食糧の確保をサポートするための他の介入によって同時に解決されていない場合、これらのサービスの効果は大幅に削減されてしまう。

中程度の急性栄養失調は多くの方法で対処することができる。災害時において、栄養補給は多くの場合、中程度の急性栄養失調の予防および治療、および深刻な急性栄養失調の予防のための第1の戦略である。これは、急性栄養失調のレベル、脆弱な集団のグループ、および急性栄養失調の増加のリスクに応じて包括的に、もしくは対象を絞って対応される。「急性栄養失調および微量栄養素欠乏症の管理基準1」の指標は、主に対象を絞った栄養補給を想定している。包括的な栄養補給に関する規定された効果指標はないが、カバー範囲、受容状況と提供された配給食糧のモニタリングは重要である。

重度の急性栄養失調は、治療的ケアで対応され、それは様々なアプローチを通じて提供することができる。コミュニティベースでの急性栄養失調の管理は、条件が許す場合には、優先的アプローチでなければならない。重度の急性栄養失調に取り組むプログラムは、コミュニティの動員（効果的なコミュニケーション、能動的な症例発見、紹介とフォローアップを含む）、合併症のない急性栄養失調の外来治療、および合併症がある患者や乳幼児のための入院管理を含んでいるべきである。

微量栄養素欠乏症は、多くの状況において、識別することが困難である。深刻な欠乏症の臨床徴候は診断するのが非常に簡単なことがあるが、集団の健康と生存率により大きな負担を与えるのが、無症状の欠乏症であることがある。微量栄養素欠乏症が流行していることが知られている場合、これは災害によって悪化すると想定してよい。これらの欠乏症は、集団全体への介入と、個々人への治療により取り組むことが必要である。

急性栄養失調および微量栄養素欠乏症の管理基準1：中程度の急性栄養失調

中程度の急性栄養失調への対応がなされている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 介入の当初から、立ち上げと終了のための、明確に定義し合意された戦略、目標および基準を確立する（ガイダンスノート1参照）。
- 介入の当初から集団の関与を通じて、アクセスとカバー範囲を最大化する（ガイダンスノート2および「コア基準1」（p.51）参照）。
- 国内外で受け入れられている身体測定基準による評価に基づき、個人の入院と退院を決定する（ガイダンスノート3〜4、「付記4：急性栄養失調の判定」、「付記5：微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重大性の判定」参照）。
- 可能な場合には、中程度の急性栄養失調の管理を、重度の急性栄養失調の管理および既存の保健サービスと関連させる（ガイダンスノート5〜6参照）。
- オンサイトでの摂食を合理化する明確な根拠がない限り、乾燥または適切なすぐに使用できる補助食品を配給する（ガイダンスノート8参照）。
- 中断や不十分な対応の原因を調査し、対応する（ガイダンスノート5〜6参照）。
- 母乳育児の保護、サポートおよび推進に特に重点を置いて、IYCFに対応する（ガイダンスノート7参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

他の年齢もプログラムに含まれうるが、この指標は主に6〜59ヶ月の年齢グループに適用される。

- 対象人口の90%以上は乾燥食糧の栄養補給プログラムの拠点から1日未満（治療のための時間を含む）で歩いて戻ることができ、オンサイトでの栄養補給プログラムから1時間の徒歩圏内にある（ガイダンスノート2参照）。
- 農村部では50%超、都市部70%超、キャンプ状況においては90%越のカバー率である（ガイダンスノート2参照）。
- 栄養補給プログラムの対象から外れる原因の比率は、死亡が3%未満、回復が75%より多く、中断が15%未満である（ガイダンスノート4参照）。

ガイダンスノート

1. **プログラムの設計**は、栄養状況の複雑さとダイナミクスへの理解に基づいている必要がある。栄養補給は、対象を絞ったアプローチも、包括的なアプローチも取ることができる。採用すべき方法に関する決定は、急性栄養失調のレベルと件数、急性栄養失調の増加のリスク、身体計測基準を用いたスクリーニングとモニタリング能力、利用可能なリソースと被災者へのアクセスに依存する。ターゲットを絞った栄養補給は、一般的に、急性栄養失調について個人を選定し観察するために多くの時間と労力が必要だが、必要な食糧資源は少なくて済む。包括的アプローチは、一般的にスタッフの専門知識は少なくて済む一方で、より多くの食糧資源を必要とする。効果的なコミュニティの動員は、集団のプログラムへの理解とプログラムへの有効性をサポートする。治療的ケア、保健システム、HIVとエイズと結核（TB）のネットワーク、食糧・現金またはバウチャー配給を含む食糧確保プログラムとの連携が重要である。被災集団は、プログラムの拠点設置場所の決定に関与すべきである。サイトへのアクセスにおいて困難に直面する可能性がある脆弱性の高い人々に対して配慮がされるべきである。出口戦略や長期的な支援のための計画は、介入当初から考慮されるべきである。
2. **カバレッジ**は、実際に治療を受けている人々に対して、治療を必要とする人々を指す。カバレッジは、プログラムの受容状況、プログラムの拠点の場所およびアクセス可能性、治安状況、配布の頻度、待機時間、サービス品質、動員の程度、家庭訪問とスクリーニングの程度、および受給条件の調整によって影響を受けることがある。プログラムの拠点は、幼児とともに長距離を移動することによるリスクとコストと、避難させられた人々にとってのリスクを軽減するため、対象集団の近くに設置されるべきである。カバレッジを測定するための方法は、生成された情報の信頼性のレベルと種類において様々である。報告時に、使用した方法が述べられている必要がある。特定の状況においてどの方法が適切かを判断するときに、最新のガイダンスを参照する必要がある。カバレッジの評価は管理ツールとして見られるべきであり、したがって緊急サポート期間の最後まで残されるべきではない。
3. **入院基準：**身体計測の基準によって急性栄養失調と判断される者以外の個人もまた、栄養補給の恩恵を受ける可能性がある：例えば、HIVと共に生きる人々（PLHIV）または結核と共に生きる人々、再発を避けるための治療的ケアを終えた人、その他の慢性疾患を持つ個人、もしくは障がい者。身体計測の基準から外れていた個人が含まれる場合には、観察と報告のシステムを調整する必要がある。
4. **退院基準**は、国が定めるガイドライン、または国のガイドラインがない場合には国際的なガイドラインに従っていなければならず、パフォーマンスの指標を報告する際には明記される必要がある（ガイダンスノート5を参照）。
5. **パフォーマンス指標**は、治療を終了し退院した個人に関連している。退院する個人の総数は、回復、死亡、中断した、または回復しなかった人の合計によ

り構成される。補完的なサービス（たとえば、保健サービスなど）を紹介された個人は治療を終了させておらず、治療を継続するか、後に治療を継続するために戻る。他の拠点に移された個人は治療を終了させておらず、パフォーマンス指標には含まれるべきではない。パフォーマンス関連の指標は次のとおりである：

回復退院率＝

$$\frac{\text{回復した個人の人数}}{\text{退院全人数}} \times 100\%$$

死亡退院率＝

$$\frac{\text{死亡者数}}{\text{退院全人数}} \times 100\%$$

中断退院率＝

$$\frac{\text{中断者数}}{\text{退院全人数}} \times 100\%$$

非回復退院率＝

$$\frac{\text{回復しなかった個人の人数}}{\text{退院全人数}} \times 100\%$$

治療的ケアを終えた後に入院した個人は、回復率を上げる方向のバイアスを回避するため、別個のカテゴリーとして報告されるべきである。急性栄養失調で、身体障害、口蓋裂や外科的な問題などへの二次的疾患を有する子どもは、プログラムの報告から除外されるべきではない。報告において、コアグループは月齢6ヶ月から59ヶ月の子どもである。成果を分析する際には上記で示した指標に加え、集団の参加、プログラムの受容性（このよい尺度が中断率とカバー率である）、提供された食事の量と質、カバレッジ、他のプログラムへの移送の理由（特に栄養状態が重度の急性栄養失調に悪化した子ども）および入院治療中の人数を、モニターすべきである。外的要因、例えば罹患率のパターン、集団の栄養不足のレベル、家庭および集団の食糧不足のレベル、集団が利用可能な補完的介入（一般的な食品配給もしくは同等のプログラムを含む）およびサービス提供のための既存システムの能力などを、考慮すべきである。中断や治療への適切な対応に失敗した原因は、継続的に調査されなければならない。

6. **保健に関するインプットおよび考慮事項**：対象を絞った栄養補給プログラムは、病気をスクリーニングし参照するための重要なコンタクトポイントである。プログラムは、既存の保健サービスの能力を考慮し、殺蠕虫薬、ビタミンAの栄養素、マラリアのスクリーニングおよび治療と組み合わせた鉄分および葉酸、下痢の治療と予防接種のための亜鉛の提供を確保しなければならない（「必須保健サービス　ー　感染症対策基準2」（p.296）、「必須保健サービス　ー　子どもの保健基準1〜2」（p.302〜304）参照）。HIV感染率が高い地域では、HIV検査と予防的治療が利用可能でなければならず、栄養補助食品の配給の質と量には、特別な配慮を与えられるべきである。

7. 6ヶ月未満の急性栄養失調児の**母乳育児をしている母親**は、母親の栄養状態にかかわらず、栄養補給を受ける必要がある。中程度の栄養失調の母親は正常に授乳することができ、自らの栄養状態を保護するために十分な栄養サポートを必要とする。母親は、栄養補給食品の配給、完全母乳育児についての熟練したサポート、および安全で栄養価の高い補助的摂食についてのアドバイスを受ける必要がある。急性栄養失調の6ヶ月未満の乳児は、必要に応じて、熟練した母乳育児のサポートや入院治療へ適切に紹介されるべきである。

8. **配給食糧**：毎週または隔週で提供される乾燥食糧またはすぐに使える食糧の方が、オンサイトでの摂食よりも好まれるが、その内容や量は、家庭の食糧確保と共有の可能性を考慮しなければならない。どのように衛生的な方法で補助食品を調理し保管するか、それらはどのようにいつ消費すべきか（「食糧の確保　ー　食糧配給基準6：ガイダンスノート1」（p.186）参照）、および24ヶ月未満の子どもへの継続的な母乳育児の重要性について、明確な情報が提供されなければならない。移動についての課題があるなど脆弱性の高い人々については、特有のニーズに合わせてプログラムを変えることが必要である。

急性栄養失調および微量栄養素欠乏症の管理基準2：重度の急性栄養失調

重度の急性栄養失調への対応がなされている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 既存のサービスへのサポートの立ち上げや増加、およびスケールダウンもしくは閉鎖についての、明確に定義され合意された基準を当初から確立する（ガイダンスノート1参照）。
- 重度の急性栄養失調の管理のため、国および国際的に認識されたガイドラインに従った栄養的および医療的ケアを提供する。
- 対象集団の関与を通じて、当初からアクセスとカバー率を最大化する（ガイダンスノート1〜3、「コア基準1」（p.51）参照）。
- 重度の急性栄養不良の管理のため、国および国際的に認識されたガイドラインに従った栄養的および医療的ケアを提供する。

- 退院基準に、身体測定および非身体測定の両方の指標を含むことを確保する（ガイダンスノート6参照）。
- 中断および非対応、もしくは死亡増加の原因について、調査し対応する（ガイダンスノート6〜7参照）。
- 母乳育児の保護、サポートおよび推進を特に強調し、IYCFに対応する（ガイダンスノート9〜10参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

他の年齢層もプログラムに含まれうるが、この指標は主に月齢6〜59ヶ月のグループに適用される。

- 対象人口の90%以上は、プログラムの拠点から1日未満（治療のための時間を含む）で歩いて戻ることができる。
- カバレッジは、農村部で50%超、都市部においては70%超、キャンプの状況においては90%超である（ガイダンスノート3参照）。
- 治療的ケアから外れる原因の比率は、死亡が10%未満、回復が75%以上、中断が15%未満である（ガイダンスノート6参照）。

ガイダンスノート

1. **プログラム設計**：プログラムは、可能な限り既存の保健システムの能力に基づき、サポートするように設計されるべきである。重度の急性栄養失調への効果的な管理を確保するために必要な追加サポートのレベルは、既存の保健施設およびコミュニティレベルの能力、被災者の人数と地理的な広がりおよび安全状況に基づいて決定されるべきである。はじめから、プログラムは出口戦略または緊急事態を超えた長期的な支援のための計画を考慮する必要がある。終了またはプログラムの移行のための基準は、既存の能力と既存システムに統合する機会を考慮する必要がある。
2. **プログラムの構成要素**：重度の急性栄養失調の管理に対処するプログラムは、合併症を持つ個人と急性栄養失調を持つ6ヶ月未満のすべての乳児への入院治療と、合併症を持たない子どものための分散型外来治療によって構成されるべきである。入院治療は、直接の実施または紹介を通じる可能性がある。プログラムはまた、栄養補給、HIVとエイズと結核のネットワーク、一次保健サービスや、食糧・現金もしくはクーポンの配給を含む食糧確保プログラムなど、栄養不足の直接・間接の原因に対応するその他のサービスにもリンクしていなければならない。効果的なコミュニティの動員は、プログラムの受け入れ、利用可能性、およびカバレッジを達成するために役立つ。外来プログラムの拠点は、幼児とともに長距離を移動する人のリスクとコスト、および避難している人たちへのリスクを減らすために、対象集団の近くに設置するべきである。

3. **カバレッジ**：中程度の急性栄養失調と同様に、カバレッジはプログラムの受容状況、プログラムの拠点の場所およびアクセス可能性、一般的な治安状況、配給の頻度、待機時間、サービス品質、動員の程度、家庭訪問とスクリーニングの程度、およびスクリーニングと入院の基準の調整によって影響を受けることがある。カバレッジを測定するための方法は、生成された情報の信頼性のレベルと種類において様々である。報告時に、使用された方法が述べられている必要がある。特定の状況においてどの方法が適切かを判断するときに、最新のガイダンスが参照されなければならない（「急性栄養失調および微量栄養素欠乏症の管理基準1：ガイダンスノート2」（p.157）参照）。
4. **ガイドライン**：国のガイドラインが存在する場合は、それらに従わなければならない。国のガイドラインがないか、それらが国際基準に到達しない場合、国際的なガイドラインを採用すべきである。国際的に受け入れられているガイドラインは、参照・参考文献において見付けることができる。
5. **入院基準**は、国内および国際的なガイダンスと整合している必要がある（「付記4：急性栄養失調の判定」、および参照・参考文献参照）。6ヶ月未満の乳児と、身体の状態を判断するのが困難なグループの入院基準には、臨床的状態および母乳育児の状態を考慮に含めるべきである。HIV陽性と判定されている、もしくはそれが疑われる人、および結核を患っているか慢性疾患のある人は、入院基準を満たしている場合、治療に平等にアクセスできる必要がある。入院基準を満たしていないHIVと共に生きる人々はしばしば栄養補給を必要とするが、これは災害時の重度の急性栄養失調治療の文脈では十分には提供されない。これらの個人とその家族は、地域在宅ケア、結核治療センターや母子感染の予防プログラムを含む様々なサービスを通してサポートされる必要がある。
6. **退院基準と回復**：退院した個人は、合併症がなく、食欲を取り戻し、栄養関連の浮腫なく適切な体重増加を達成し、維持していなければならない（2回の連続した計量において）。母乳育児の状態が、6ヶ月未満の乳児とともに24ヶ月までの子供にとっても特に重要である。非母乳育児は、密接なフォローアップを必要とする。早すぎる退院に伴うリスクを避けるため、退院条件は守られなければならない。ガイドラインは、治療のための滞在平均期間の制限を定義し、回復期間が長引くことを避けることを目的としている。滞在平均期間は、使用されるガイドラインによって異なり、そのため国の状況と現行のガイドラインに合わせる必要がある。体重増加の平均は、栄養性浮腫のある人とない人とで、別個に計算される必要がある。HIV、エイズと結核は、一部の栄養失調の個人において、治療に対応できないという結果につながる事がある。長期的な治療やケアのためのオプションは、保健サービスやその他の社会およびコミュニティのサポートサービスと併せて考慮されるべきである（「必須保健サービス － 性および生殖に関する保健基準2」（p.309）参照）。
7. 重度の急性栄養失調の管理のための**パフォーマンス指標**は、入院と外来診療の結果を、ダブルカウントすることなく（すなわち、2つの要素間での移送を除去して）結合する必要がある。これが不可能な場合、結果の比率の解釈は、状況に応じて調整する必要がある、例えば、外来診療のみを実施している場合

には良い値を期待すべきであり、入院治療のみを行っている場合には複合治療のために示された値に向けて努力すべきである。重度の急性栄養失調を経て退院した人々は、回復した人、死亡した人、中断した人、もしくは回復しなかった人で構成される（「急性栄養失調および微量栄養素欠乏症の管理標準1：ガイダンスノート4」（p.157）参照）。他のサービス（例：医療サービス）に紹介された個人は、治療を終了していない。外来治療のみについてのプログラムの報告を行う際には、パフォーマンス評価において入院治療への移行数を報告しなければならない。入院の一定の割合がHIV陽性の場合、HIVの臨床面の複雑さなどの要因が、死亡率に影響を与える。パフォーマンス指標はこれらの状況に合わせて調整されていないものの、それらを考慮することは解釈において重要である。退院指標に加えて、新規入院、治療中の子どもの人数およびカバレッジは、パフォーマンスを観測する際に評価されるべきである。再入院、臨床状態の悪化、中断および対応失敗の原因は調査され、継続的に文書化される必要がある。これらの定義は、使用中のガイドラインに合わせるべきである。

8. **保健治療提供**：重度の急性栄養失調の管理のためのすべてのプログラムには、国や国際的なガイダンスに従った体系的な治療と、結核やHIVなどの原因疾患の管理への定常的な紹介を含める必要がある。HIV陽性率の高い地域では、栄養失調を治療するための戦略は、HIVの感染を防ぐことを狙った介入と、母子の生存率をサポートする介入とを考慮しなければならない。結核とHIVの検査とケアのための効果的な紹介システムが不可欠である。

9. **母乳育児へのサポート**：入院治療のために入院している乳児は、もっとも重症な患者に含まれる傾向がある。特に6ヶ月未満の子どもについて、栄養リハビリと回復の一環として、母親は熟練した母乳育児支援を必要とする。このために、十分な時間とリソースが提供されるべきである―熟練したサポートの対象となり、母親同士のサポートを実現する指定エリア（授乳コーナー）は、助けとなるかもしれない。6ヶ月未満の重度の栄養失調児を母乳育児している母親は、治療のために自ら入院するべきレベルの深刻な急性栄養失調を示す身体測定的基準を満たさない限りは、栄養状態に関わらず栄養補助食品の配給を受けるべきである。

10. **社会的および心理社会的支援**：遊びを通した感情面と物理面での刺激は、リハビリ期間中の重度の急性栄養失調児のために重要である。そのような子どもの保護者は、子どもを治療に繋げる社会的、心理社会的支援を、しばしば必要としている。これは、将来の障害と認知障害を治療し予防する、刺激と相互作用を強調する動員プログラムを通じて達成することができる（「権利保護の原則4」（p.37）を参照）。アドバイスや実演、保健・栄養情報の提供を通じて、重度の栄養失調児のすべての保護者が治療期間中に子どもに食べさせ、世話をすることが出来るようにしなければならない。

急性栄養失調および微量栄養素欠乏症の管理基準3：微量栄養素欠乏症

緊急事態に伴う一般的な疾患を減らし、微量栄養素欠乏症に対応するため、公衆衛生や他の栄養面での介入と共に、微量栄養素についての治療介入が行われている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 微量栄養素欠乏症をどのように識別し、どのように扱うかについて、医療スタッフのトレーニングを行う（ガイダンスノート1〜2参照）。
- 集団が危険にさらされる可能性がある微量栄養素欠乏症のタイプに効果的に対応する手順を確立する（ガイダンスノート2を参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 微量栄養素欠乏症の症例は、最新、最善の治療法に従って治療される（ガイダンスノート1〜2参照）。
- 微量栄養素に関する介入は、麻疹（ビタミンA）と下痢（亜鉛）などの緊急事態に関連する一般的な疾患を減らす公衆衛生上の介入とともに行われる（ガイダンスノート3〜4参照）。

ガイダンスノート

1. **臨床的微量栄養素欠乏症の診断と治療**：いくつかの臨床的微量栄養素欠乏症の診断は簡単な検査で可能である。評価の正確性を保証するためにスタッフの慎重な訓練が必要であるが、これらの欠乏症の臨床的指標は、保健や栄養の監視システムに組み込むことができる。症例定義は難しく、緊急時には医療スタッフのもとに自ら訪れる個人による栄養補給への反応を通じてのみ判断されることがある。微量栄養素欠乏症の治療には、能動的な症例発見と、定められた症例定義と治療ガイドラインの使用が含まれるべきである。症例発見と治療は、保健システムと、食糧プログラムの双方で実施されるべきである（「食糧の確保と栄養に関する事前評価基準2：ガイダンスノート6」（p.148）参照）。微量栄養素欠乏症の有病率が公衆衛生のしきい値を超える場合（「付記5：微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重大性の判定」参照）、栄養補給による集団全体の包括的な治療が適切である。壊血病（ビタミンC）、ペラグラ（ナイアシン）、脚気（チアミン）とリボフラビン欠乏症（リボフラビン）は、食糧援助に依存した集団における微量栄養素への不十分なアクセスに起因する最も一般的に観察される流行病である。これを考慮した上で、欠乏症は個人の治療に加えて、集団全体への介入によって取り組むことが必要である。

2. **無症状の微量栄養素欠乏症の診断と治療**：無症状の微量栄養素欠乏症は、健康への悪影響を示す事があるが、生化学検査なしで直接識別することはできない。例外は貧血であり、フィールドで比較的容易に実施できる生化学的検査が可能である（「食糧の確保と栄養に関する事前評価基準2：ガイダンスノート6」（p.148）、「付記5：微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重大性の判定」参照）。間接的な指標は、被災者の欠乏症のリスクを評価し、食事の改善や栄養補給の使用がいつ必要となるかを判断するために利用することができる（「食糧の確保と栄養に関する事前評価基準2：ガイダンスノート6」（p.148）、「付記5：微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重大性の判定」参照）。

3. **予防**：微量栄養素欠乏症の予防のための戦略は「食糧の確保 ー 食糧配給」の章に簡単に記載している（「食糧の確保 ー 食糧配給基準1」（p.169）参照）。予防には、微量栄養素の蓄積を激減させる、急性呼吸器感染症などの疾患、麻疹や、マラリアや下痢などの寄生虫感染のコントロールが必要である（「必須保健サービス ー 子どもの保健基準1〜2」（p.302〜304）参照）。治療のための準備には、症例定義と治療ガイドラインの作成と、能動的な症例発見のためのシステム構築が含まれる。

4. **一般的な疾患の治療における微量栄養素の使用**：微量栄養素の補給は、特定の疾患の予防と治療に統合されるべきである。これは、麻疹ワクチン接種に伴うビタミンAの栄養補給と共に、下痢治療のガイドラインにおける、亜経口補水塩（ORS）への亜鉛の投入を含む（「必須保健サービス一子どもの保健基準1〜2」（p.302〜304）および「乳幼児の摂食基準2」（p.151）参照）。

4. 食糧の確保

食糧確保への対応は、短期的なニーズを満たし、”危害を与えず”、潜在的に有害な対処戦略を採用することへの被災集団のニーズを減らし、長期的な食糧確保の回復に貢献することを目指さなければならない。

正確な評価は、潜在的な応答オプションの妥当性と実現可能性を調査する（「食糧の確保と栄養に関する事前評価基準1」（p.142）参照）。この節での食糧確保への対応は、食糧確保一般、食品配給、現金・バウチャー配給、及び生計手段の対応の基準にグループ化される。

食糧が必要な場合は、配給の適切な形態を考慮されるべきであり、食品の組み合わせは、慎重に現物とクーポンの両方のために選択されるべきである。生計手段の対応は、一次生産、所得、雇用、および市場の財とサービスへのアクセスが含まれる。

現金およびバウチャーの配給は、食糧確保における様々な財やサービスや、他の領域のために使用することができる。市場の能力と適切な配布様式を理解することは、食糧確保に関する介入を策定するために重要である。

食糧確保の基準は、一般集団と、栄養面でリスクが増加している特定の脆弱性が高い人々の、双方の食糧ニーズを満たす資源を考慮している。これらのニーズが満たされるまでは、栄養失調から回復する人が不十分な食物摂取の状況に戻り、彼らの栄養状態が悪化しやすいため、栄養失調の治療を目的とするいかなる対応も効果は限定的となる。

対象選定、配送および配布方法は、包含と除外のエラーのリスクを減らさなければならない。これには、食品、現金やその他の支援が戦闘員によって流用される危険性が含まれている。食糧確保の介入が紛争を悪化させるために流用されないことが重要である。

食糧確保基準1：食糧確保一般

人々は、彼らの生存を保証し、彼らの尊厳を高め、できる限り彼らの資産の侵食を防止し、回復力を構築する人道的食糧援助への権利を有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 即時のニーズを満たす初期対応を策定する（ガイダンスノート1参照）。
- 食糧確保をサポートし、保護し、促進するための方策をとることを検討する（ガイダンスノート2参照）。
- 対応を、有効な分析、人々の利益、関連するリスクとコスト、そして人々の対処戦略に基づいて定める（ガイダンスノート3参照）。
- 災害への全ての対応への移行・出口戦略を構築し、それらへの意識を高め、それらを適切に適用する（ガイダンスノート4参照）。
- 受益者が、必要な知識、技能およびサービスの提供を含む適切な支援にアクセスできることを確保する（ガイダンスノート5参照）。
- 全ての対応において、自然環境をさらなる悪化から保護し、保全する（ガイダンスノート6参照）。
- 異なるグループや個人による介入の受け入れとアクセスのレベルを判断するためにモニタリングを行い、被災人口が差別なく全体的にカバーされることを確保する（ガイダンスノート7参照）。
- 地元の経済、社会的ネットワーク、生計手段および自然環境への対応の影響を測定するために評価し、所見が効果的に共有され、その後の介入に影響するために利用されることを確保する（ガイダンスノート8参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 食糧確保への対応を必要とするすべての被災者が、彼らの主要ニーズを満たし、資産の侵食を防ぎ、彼らに選択肢を与え、彼らの尊厳を促進する援助を受けている。
- 家庭が、負の対処戦略を使用していない（ガイダンスノート3参照）。
- 現金、バウチャーまたはこれらの組み合わせの選択が、徹底的な評価と分析に基づいている（「食糧の確保　ー　現金・バウチャー配給基準1」（p.188）参照）。

ガイダンスノート

1. **救命対応の優先順位付け**：食糧、現金またはバウチャー、またはこれらの組み合わせの配布は、深刻な食糧不足への最も一般的な初期対応である。食糧補助、一時的な手数料の免除、雇用プログラム、生計手段への生産的なサポート、在庫調整、飼料の提供、および市場へのサポートなど、他のタイプの対応も考慮されるべきである。市場が機能しアクセスでき、インフレの深刻なリスクがない場合、市場の通常の状態を再確立し、雇用を生み出す経済活動を再活性化することが優先される（参照・参考資料における、市場および食糧確保介入のセクションを参照）。このような戦略は、生計手段を支援し、将来の脆弱性を削減し、尊厳を高める利点が提供される場合、食糧配給よりも適切である。人道機関は、他機関が何をしているかを考慮し、対応の組み合わせが相互補完的なインプットとサービスを提供するよう確保する必要がある。
2. **食糧確保の支援、保護、促進**：これには、広範囲の対応とアドボカシーが含まれる。災害の初期段階では即時のニーズを満たし、生産的資産を保全することが優先されるが、対応は長期的な視点で計画され、他の領域からの対応と統合される必要がある。短期的には、人々自身の生計戦略によって食糧の確保を達成することは不可能かもしれない。しかし、食糧の確保に寄与し尊厳を維持する既存の戦略は、サポートされる必要がある。食糧確保の対応は、資産の一層の浸食を防ぎ、災害によって失われた資産の回復に向けて主導し、将来の災害への回復力を増やす必要がある。
3. **対処戦略に伴うリスク**：食糧の確保と尊厳に寄与する対処戦略は支持されるべきである。しかし、対処戦略は、コストを伴うか、脆弱性を増すリスクを生じさせる可能性がある（「食糧の確保と栄養に関する事前評価基準1」（p.142）参照）。リスクは可能な限り早期に認識される必要があり、人々がそのような戦略への依存を回避するのを助けるために早期介入が実施されなければならない。例えば、木材の配布および/または燃料効率の高いストーブにより、天然資源の過剰な使用と安全性が低い地域への移動を避けることができ、現金交付は資産と土地の困窮による売却を避けることができる（「権利保護の原則1」（p.31）参照）。
4. **出口および移行の戦略**は、対応が長期的な影響を有するかも知れないときには特に、最初から考慮されていなくてはならない。例えば獣医サービスなど、通常は有料のサービスが無料で提供されると、有料での再開は難しくなるかも知れない。プログラムを終了したり、新たな段階へ移行したりする前に、改善の証拠や、他のより良い配置の当事者が責任を果たすことができることの証拠が必要である。食品、現金および/またはバウチャーの配給の場合には、既存の社会的保護や長期的なセーフティネットシステムとの関連、または慢性的な食糧不足に対応したシステムを確立するよう政府やドナーへ提唱することを意味することがある。

5. **知識、技能およびサービスへのアクセス**：組織構造は、可能であれば介入期間を越えて適切かつ十分に維持されるように、利用者と共に設計され、計画されなければならない。一部の個人は非常に具体的なニーズを有する。例えばAIDSを有している結果孤児になった子どもたちは家庭内で行われる情報やスキルの移転を逃してしまうかも知れないが、それらは適切なサービスによって提供されうる。

6. **環境への影響**：被災集団（および受け入れ先の集団）の生産と生計手段の基礎となる天然資源は維持されるべきである。環境への影響は、いかなる対応においても事前評価と計画の期間に考慮するべきである。例えば、キャンプに住む人々は調理のための燃料を必要としているが、それは地元の森林破壊を加速する。長い調理時間を要する食品の配布はより多くの調理の燃料を必要とし、潜在的に環境に影響を与える（「食糧の確保 ー 食糧配給基準2」（p.173）参照）。対応はまた、環境の悪化からの回復を助けることもできる。例えば、在庫調整は旱魃時の牧草地への負荷を軽減でき、家畜の生存のためにより多くの放牧を利用できるようになる。可能であれば対応は、特に生産資源を供給する場合には、人々が自然資源を管理する能力を構築しなければならない。対応が天然資源をめぐる緊張を生み、その結果として紛争を激化させるリスクは、評価され、緩和されるべきである（「権利保護の原則1」（p.31）参照）。

7. **カバレッジ、アクセスおよび受容性**：受益者とその特性を評価し、性別と年齢によって細分化された人数を、異なるグループ（脆弱性の高い人々に特に注意を払う）の参加レベルを判断する前に、推定すべきである。参加は、アクセスの容易性や、活動の参加者の受容性によって部分的に判断される。いくつかの食糧確保の対応は経済的に活発な者を対象としているが、それらの対応は脆弱性が高い人々を不当に差別すべきではなく、彼らがアクセスできる必要があり、子どもを含む被扶養者を保護する必要がある。働く能力の低下、家庭での仕事量の負担、妊娠、子どもの食事と世話、病気や障害を含む制約によって、参加が制約されることがある。制約の克服は、グループの能力の範囲内での活動の特定や、適切な支援体制の設置を含む。自己選択に基づく対象設定のメカニズムは、集団のすべてのグループとの十分な協議の後に確立されるべきである（「権利保護の原則2」（p.33）参照）。

8. **モニタリングと事後評価**：介入の継続的な妥当性を評価するため、いつ特定の活動を廃止するかを決定するため、変更や新たなプロジェクトを導入するため、もしくはアドボカシーの必要性を認識するため、広く食糧確保の状況を監視することが必要である。事後評価は、確立された基準であるOECD記録の開発援助委員会（DAC）基準に基づいているべきであり、それは以下を評価する：妥当性、つながり、一貫性、適用範囲、効率性、有効性及び効果。

4.1. 食糧の確保 ー 食糧配給

食糧配給の目的は、人々が十分な質と量の食糧への安全なアクセスを有し、安全に調理し消費する手段を有することを確保することである。

一般的な（無料の）食糧配布は、それが必要であると評価された場合に導入され、食品を最も必要とする人々を対象にしており、そして受益者が他の手段を通じて食糧を生産したりアクセスしたりする能力を回復したときに廃止される。受益者は、条件付きの配布や生計手段への対応など、援助の他の形態への移行を必要とする場合がある。リスクのある個人（例：6〜59ヶ月の子どもと妊娠中または授乳中の女性）に対しては、一般的な配給に加えて栄養補給が必要になる場合がある。これは、状況に応じて、包括的、もしくは対象を絞った方法で行うことができる（「急性栄養失調および微量栄養素欠乏症の管理基準1」（p.156）参照）。

一般的な食品配給と栄養補給のいずれにおいても、可能な場合には、持ち帰りの配給食糧が提供されている。オンサイトでの摂食は、調理手段を人々が有していなかったり（災害直後や人口移動の最中）、不安定さが持ち帰り配給食糧の受給者を危険にさらしたり、緊急時の学校給食（しかし持ち帰りの配給は学校を通じて実施される）の際にのみ実施される。

サプライチェーンマネジメント（SCM）は、特に堅牢で説明責任を果たせなければならない―生命はすぐに危機にさらされるため、食糧配給はしばしば災害対応の主要な割合を占める。配送と配布システムはコミュニティレベルを含む全ての段階で監視されなければならず、効果的なコミュニケーションによる透明性が重要な役割を果たしうる。定期的な事後評価は、調査結果を広め、被災集団や地元機関を含むステークホルダーと議論されるべきである。

食糧の確保 ー 食糧配給基準1：一般的な栄養要件

最もリスクが高い者を含む被災集団の栄養ニーズが満たされていることを確保する。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 状況が安定しているか不安定化しやすいかを判断するため、十分な量と質の食糧へのアクセスがどの程度あるかについての水準を用いる（ガイダンスノート1, 4〜5参照）。
- エネルギー、たんぱく質、脂肪、微量栄養素の標準的な初期計画の要件に基づいて食糧配給を策定し、地元の状況の必要に応じて調整する（主要な指標、ガイダンスノート2, および「付記6：栄養所要量」参照）。

- 適切な栄養価の高い食品と栄養補給への人々のアクセスが、保護され、推進され、サポートされていることを確保する（ガイダンスノート3〜8参照）。
- 6〜24ヶ月の子どもが栄養価の高い、エネルギー密度の高い補助的食品へアクセスでき、妊娠中や授乳中の女性が追加的な栄養補給へアクセスできることを確保する（ガイダンスノート2参照）。
- HIV患者を含む慢性疾患を有するメンバー、および特定の障がいや脆弱性を有するメンバーがいる家庭が、適切な栄養価の高い食品と十分な栄養補給へアクセスできることを確保する（ガイダンスノート6〜8参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 主食（穀物または塊茎）、豆類（または動物製品）および脂肪源を含む様々な食品に十分なアクセスがあり、あわせて栄養所要量を満たしている（ガイダンスノート2〜3, 5参照）。
- 世帯の大部分（90%より多い）において、ヨード塩への十分なアクセスがある（ガイダンスノート2〜4、および「付記6：栄養所要量」参照）。
- 主食がトウモロコシやソルガムの場合は、ニコチン酸の追加供給源（例：豆類、木の実、干し魚）への十分なアクセスがある（ガイダンスノート2〜3、「付記5：微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重大性の判定」、「付記6：栄養所要量」参照）。
- 主食が白米の場合、チアミンの追加供給源（例：豆類、木の実、卵）への十分なアクセスがある（ガイダンスノート2〜3参照）。
- 人々が非常に限られた食糧に依存している場合、リボフラビンの十分な供給源への十分なアクセスがある（ガイダンスノート2〜3参照）。
- 壊血病、ペラグラ、脚気やリボフラビン欠乏症の事例がない（ガイダンスノート5、「付記5：微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重大性の判定」参照）。
- ビタミンA欠乏症、鉄欠乏性貧血およびヨード欠乏症の有病率は、公衆衛生上重大な程度でない（ガイダンスノート5、「付記5：微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重大性の判定」参照）。

ガイダンスノート

1. **食糧へのアクセスを分析する**：食糧へのアクセスは、食糧消費スコアや食事多様性ツールなどの分析ツールによって測定することができる。食糧確保、市場・生活・健康および栄養へのアクセスを含むいくつもの変数を考慮するアプローチは、状況が安定しているかまたは悪化しているか、もしくは食糧に関する介入が必要かを決定するのに適切である可能性がある（「食糧の確保と栄養に関する事前評価基準1」（p142）参照）。

2. **栄養所要量と配給食糧計画**：ある集団の最低所要量のための以下の見積もりが、「付記6：栄養所要量」に説明したように個々の集団に応じて調整した上で、一般的な配給を計画するために使用されるべきである：

   - 2,100 kcals/人/日
   - 総エネルギーの10%は蛋白質で提供される
   - 総エネルギーの17%は脂肪で提供される
   - 十分な微量栄養素の摂取

   一般的な配給食糧は、配給食糧計画ツール（例えばNutVal）を使用して策定することができる。人々がまったく食糧へアクセスできない場合には、配布される配給食糧は彼らの栄養所要量全体を満たしている必要がある。被災集団がアクセス可能な食糧の平均量の推定につき合意を達成する必要がある（「食糧の確保と栄養に関する事前評価基準1」（p.142）参照）。配給食糧は、栄養所要量と、人々が自身のために提供できる栄養との差を補うよう計画される必要がある。従って、標準的な所要量が2,100kcals/人/日であり、評価の結果対象集団の人々が平均的に自身の努力や資源により500kcals/人/日を獲得していると判断された場合、配給食糧は2,100-500＝1,600kcal/人/日を提供するように設計されるべきである。食事のエネルギー量に加え、食糧計画においてはたんぱく質、脂肪とビタミンやミネラルへの配慮が不可欠である。

   配給食糧が食事のすべてのエネルギー含量を提供するように設計されている場合、十分な量のすべての栄養素が含まれている必要がある。食事のエネルギー所要量の一部だけを提供することを目的としている場合、配給食糧は2つのアプローチのいずれかを用いて設計することができる。もし集団が利用できる他の食品の栄養素含有量が不明な場合は、配給食糧はそのエネルギー含量に比例してバランスのとれた栄養含量を提供するように設計されるべきである。集団が利用できる他の食品の栄養素含有量が分かっている場合は、配給は栄養ギャップを埋めることによって、これらの食品を補完するように設計することができる。一般的な配給のための平均値の計画においては、妊娠中や授乳中の女性の追加的ニーズを考慮する。栄養分を強化したブレンド食品など、幼児のための適切かつ受容される食品を一般的な配給食糧に含める必要がある（「乳幼児の摂食基準2」（p.151）参照）。類似した被災集団と集団のサブグループに対して類似した食糧配給が行われるよう、公平性が確保されなければならない。計画者は、隣接するコミュニティにおいて異なる配給規模となっていることが緊張を引き起こす可能性があることに注意する必要がある。微量栄養素　の過剰な摂取は有害となる可能性があり、もしいくつかの異なる栄養強化食品が含まれる場合には、特に配給計画に留意する必要がある。

3. **急性栄養失調と微量栄養素欠乏症の予防**：主要な食糧指標が満たされる場合には、麻疹、マラリアや寄生虫感染などの病気を防ぐために適切な公衆衛生上の対策が実施されている限り、一般集団の栄養状態の悪化は防げるだろう（「必須保健サービス　ー　感染症対策基準1〜2」（p.294〜296）参照）。

食糧援助の配給食糧の十分な栄養素含有量を確保することは、利用できる食品の種類が限られる状況では、困難である。配給の栄養価を改善するためのオプションには、主食の栄養強化、栄養強化されたブレンド食品を含めること、失われた栄養素を提供する地元で購入された商品を含めること、および／または脂質ベース、高栄養密度、すぐに使える食品もしくは複数の微量栄養素の錠剤や粉末などの栄養補助食品の使用が含まれる。これらの製品は、6〜24ヶ月または6〜59ヶ月の子ども、または妊婦と授乳中の女性など、脆弱性の高い個人を対象とすることができる。例外的に、栄養豊富な食品が地元で得られる場合、さらなる食糧の交換を許容するよう一般的な配給の中の食糧の量を増やすことは考慮されるが、費用対効果と市場への影響は考慮されなければならない。微量栄養素欠乏症の予防のために考慮されうるその他のオプションには、栄養価の高い食品へのアクセスを促進するための食糧確保対策が含まれる（「食糧の確保と栄養に関する事前評価基準1」（p.142）、「食糧の確保 ー 生計手段基準1〜2」（p.192〜196）参照）。輸送、貯蔵、加工および調理において起こりうる微量栄養素の損失、およびビタミンやミネラルの異なる化学形態の生体利用効率は考慮に入れられるべきである。

4. **食糧配給の利用率のモニタリング**：主要指標は食品へのアクセスに言及しているが、食糧の利用率や栄養生物学的利用可能性を定量化していない。栄養素摂取量の直接測定は、情報収集のために非現実的な要件を課すだろう。しかし、利用率は、さまざまなソースからの情報を用いて間接的に推定することができる。これらの情報源には、家庭レベルでの食糧の利用可能性と利用状況を観察すること、食品価格と食糧の利用可能性を地元の市場で評価すること、食糧援助の配布の計画と記録を調べること、野生の食物の寄与を評価すること、食糧確保の評価を実施することが含まれる。世帯内の食糧の割り当ては、常に公平なわけではなく、脆弱な人々が特に影響を受ける可能性があるが、これらの側面を測定することは通常は不可能である。適切な配布メカニズム（「食糧の確保 ー 食糧配給基準5」（p.181）参照）、食糧の選択および被災集団との議論は、世帯内での食糧配分の改善に寄与するだろう（「コア基準1」（p.51）参照）。

5. **高齢者**は特に災害によって影響を受けることがある。食品へのアクセスを削減し、栄養の要件を増加させるリスク要素には、疾患や障がい、孤立、心理社会的ストレス、家族の人数、寒さと貧困が含まれる。高齢者は食糧源（食糧配給を含む）に簡単にアクセスできなければならない。食糧は、調理と消費が容易であるべきであり、高齢者のタンパク質と微量栄養素への追加要件を満たす必要がある。

6. **HIVと共に生きる人々（PLHIV）**は多くの要因の結果として、栄養失調の高いリスクに直面する可能性がある。これらには食欲の減退や食事の難しさによる食物摂取の減少、下痢、寄生虫や腸の細胞の損傷に起因する栄養素の吸収の悪化、代謝の変化、および慢性の感染症や病気が含まれる。PLHIVのエネルギー必要量は、感染の段階に応じて増加する。PLHIVは、AIDSの発症を遅らせるため、可能な限り栄養摂取や健康を維持することを保障される必要がある。食糧の製粉や栄養強化、栄養強化されブレンドされた、または専門的な補助食品の提供は、適切な食事へのアクセスを改善するために考えられる戦略である。状況によっては、食品配給の全体のサイズを大きくすることが適切な場合がある。抗レトロウイルス療法（ART）の提供と、この治療への耐性と堅持に果たす栄養の支持的な役割に配慮がされるべきである。

7. **障がい者**：障がい者は、災害で肉親と日常の介護者から分離されるという特定の危険にさらされる可能性がある。彼らはまた、食糧へのアクセスに影響を及ぼす差別に直面する可能性がある。食糧への物理的なアクセスを確保し、食事をサポートするメカニズムを開発し（例：スプーンとストローの提供、家庭訪問やアウトリーチのためのシステムの開発）、エネルギー密度と栄養密度が高い食品へのアクセスを確保する事により、上記のリスクを特定し低減する努力がなされなければならない。栄養面の特有のリスクには、咀嚼・嚥下障害（食物摂取の減少と窒息につながる）、食事時の不適切な位置や姿勢、食糧や日光へのアクセスに影響を与える移動可能性の減少（日光はビタミンDの状態に影響を与える）、例えば脳性麻痺者に影響を与える可能性がある便秘が含まれる。

8. **介護者と彼らが世話をしている人**は、特定の栄養面の障壁に直面する可能性がある。例えば、彼らが病気であったり病人を介護したりしていることにより食糧へアクセスする時間が少ない事がある。また、損なわれている可能性がある衛生上の慣行を維持する強いニーズを持つことがある。治療費や葬儀費用のために食糧に交換できる資産が少ないことがあるさらに、社会的烙印を押されコミュニティの支援メカニズムへのアクセスが減少していることもある。介護者がサポートされ、脆弱性の高い人々の介護が損なわれないことが重要である。提供されるサポートは、食事、衛生、健康と心理社会的支援と保護に対処する必要がある。既存の社会的ネットワークは、これらの分野で責任を果たすために選ばれたメンバーへのトレーニングを提供するために用いることができる（「権利保護の原則4」（p.37）参照）。

食糧の確保 ー 食糧配給基準2：妥当性および受容可能性

提供される食糧品は、受給者が家庭レベルで効率的および効果的に用いることができるよう、適切で受容可能である。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 食糧品の受容可能性、なじみやすさと妥当性に関し、事前評価とプログラム設計時に、被災者に相談し、その結果が食品の選択に関する決定につながっていることを確保する（ガイダンスノート1参照）。

- 食品の種類を選択する際に、人々の、食糧貯蔵能力、水および燃料へのアクセス、調理時間と浸すための必要条件を評価する（ガイダンスノート2参照）。
- なじみのない食べ物が配布される時には、食べ物を調理する人に対して、適切な調理方法について、できれば現地の言語で、説明を提供する（ガイダンスノート1参照）。
- 全粒穀物が配布される場合は、対象者が家庭で製粉・処理する手段を有しているか、製粉・処理施設へのアクセスを有しているかを確保する（ガイダンスノート3参照）。
- 被災者が調味料を含む文化的に重要なアイテムにアクセスできることを確保する（ガイダンスノート4参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- プログラムの決定は、食品の選択の対象となるすべての人々の完全な参加に基づいている（ガイダンスノート1, 4参照）。
- プログラムの設計は、水、調理用燃料や調理器具へのアクセスを考慮している（ガイダンスノート2〜3参照）。
- 粉末・液体ミルクや乳製品が単一商品として、一般的に配布されていない（ガイダンスノート5参照）。

ガイダンスノート

1. **なじみやすさと受容可能性**：食糧の詰め合わせを選択する際には栄養価が主な検討事項であるが、農産物は受取人にとって馴染みがあり、妊娠中または授乳中の女性のためのあらゆる食糧のタブーを含む宗教的、文化的伝統と整合している必要がある。脆弱性が高い人々が食べ物の選択に関する協議に参加する必要がある。なじみのない食品が使用される場合には、地元で口に合う可能性がなければならない。事前評価報告書とドナーへの要請において、食糧の選択（含むものと除外するもの）について説明されなければならない。災害によって調理設備へアクセスできない場合、すぐに食べられる食糧が提供されなければならない（「乳幼児の摂食基準2」（p.151）参照）。調理設備がなければ、なじみのない食品を提供する以外の代替手段がないことがあり、特別な「緊急配給食糧」も考慮される可能性がある。
2. **食品の保管と調理**：食品を保存するための人々の能力に応じて、商品を選択しなければならない。水の要件については、「給水基準1」（p.89）を参照すること。燃料の評価は食品の選定に反映されることが必要であり、健康上のリスクを回避し、環境の悪化と過剰な木材燃料の収集を通じて起こりうる安全上のリスクを防ぐため、受益者が食糧を十分に調理することができることを確保する。一般的に、提供される食物は長い調理時間または大量の水を必要としてはならない。粉砕粒は通常、調理時間と燃料使用量を削減する。調理器具については、「食糧の確保 ー 食糧配給基準6」（p.185）および「ノン・フードアイテム基準3〜4」（p.257〜258）を参照すること。
3. **食品加工**：全粒穀物は、より長い貯蔵期間という利点を持ち、受給者にとってより高い価値を有する可能性がある。家庭レベルでの製粉が伝統的であるか、地元の製粉所へのアクセスがある場合、全粒穀物を配布することができる。低抽出商業製粉のために施設の提供が可能である。それは、タンパク質含有量を低減するが、胚芽、オイルと酵素（酸敗を引き起こす）を取り除き、大幅に貯蔵寿命を長期化させる。トウモロコシに関しては製粉は重要な課題である。製粉されたトウモロコシは6〜8週間の貯蔵寿命しか持たないため、製粉は消費の直前に行われるべきである。全粒穀物の輸入と流通に関する国の法律は尊重されるべきである。受給者にとっての製粉コストは現金かバウチャー、追加の穀物というあまり好ましくないアプローチ、もしくは製粉機の提供によって満たされる可能性がある。
4. **文化的に重要なアイテム**：事前評価によって、文化的に重要な調味料や日々の食習慣の不可欠な部分（例えばスパイス、茶）であるその他の食品を識別し、人々のこれらのアイテムへのアクセスを把握しなければならない。食品の詰め合わせは、特に長期間配給食糧に依存している場合には、このことに従って設計されるべきである。
5. **ミルク**：単一の商品としての特殊調製粉乳や粉ミルク、液乳、または乳製品（お茶と混合するために意図されたミルクを含む）の無料もしくは補助金つきの対象者を絞らない配給は、無差別な使用が深刻な健康被害を引き起こす可能性があるため、一般的な食糧配給や持ち帰りの栄養補給プログラムとして実施されてはならない。ミルクに関連するすべての介入は、IFEに関する運用ガイダンス、BMSのマーケティングに関する国際規準、およびそれに続く関連したWHO総会決議に従う必要がある（「乳幼児の摂食基準1〜2」（p.149〜151）参照）。

食糧の確保 ー 食糧配給基準3：食糧の品質と安全性

配給される食品は、人間の摂取にふさわしく、適切な品質である。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 被援助国の国内基準やその他の国際基準に準拠している食品を選択する（ガイダンスノート1〜2参照）。
- 消費期限の前に、または「賞味期限」に十分に収まる日までに食糧を配給する（ガイダンスノート1参照）。

- 配給された食糧の品質に関して受給者と協議し、提起された課題に迅速に対応する（ガイダンスノート3参照）。
- 持ち運び、保管し、配布するのに頑丈、便利で、環境に害を与えない適切な食品包装を選択する（ガイダンスノート4参照）。
- 適切な言語で食品パッケージのラベルを記載する：包装された食品においては、製造日、生産地、潜在的に危険な食品の消費期限と、栄養分の詳細を示している（ガイダンスノート4参照）。
- 倉庫管理におけるベストプラクティスを用い、食品の品質に関する体系的なチェックを行い、適切な状態で食糧を輸送し保管する（ガイダンスノート5参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 全ての受給者が、「目的に合致した」食品を受け取っている。安全については、食品は健康へ危険をもたらしてはならない。品質については、食品は品質仕様に合致し栄養が十分になければならない（ガイダンスノート1～2, 4参照）。
- アカウンタビリティのモニタリングが、受益者からのすべての苦情の受付および解決について追跡している（ガイダンスノート3参照）。

ガイダンスノート

1. **食糧の品質**：食糧は、被援助国政府および/または品質、包装、ラベルと「目的への適合」に関するコーデックス規格の食品基準に準拠している必要がある。食糧は、常に「摂食に適合」する必要があるだけでなく、「目的に適合」していなければならない。食糧が意図的された方法で使用されるための品質を有していないときは、それがたとえ摂食に適合している場合でも、目的には適していない（例：安全に消費できる品質の小麦粉でも、家庭レベルでのパン焼きはできない場合がある）。品質テストのために、試料はサンプリング計画に基づいて抽出されるべきであり、購入機関によって品質が適切であることを体系的にチェックされるべきである。求められたときには、地元で購入された食糧でも輸入された食糧でも、植物検疫証明書や他の検査証明書が添付されなければならない。ランダムサンプルテストが貯蔵品に対して実施されるべきである。燻蒸は、適切な製品を使用し、厳格な手順に従わなければならない。大量の食糧が関わるときや、品質についての疑問や論争がある場合、独立した品質調査者が貨物を調査しなければならない。食糧貨物の鮮度と質に関する情報は、サプライヤの証明書、品質管理の検査レポート、パッケージのラベルおよび倉庫のレポートから得ることができる。目的に適さない食糧は慎重に廃棄しなければならない（「食糧の確保 ー 食糧配給基準4：ガイダンスノート10」（p.180）参照）。

2. **遺伝子組み換え食品**：遺伝子組み換え食品の受け入れと使用に関する国の規則を理解し、尊重しなければならない。輸入品を使用すると想定される食糧配給を計画する際にそのような規制を考慮する必要がある。
3. **苦情対応のメカニズム**：機関は、受領者への説明責任のために食糧の品質と安全性についての適切な苦情対応メカニズムが整えられているよう確保しなければならない（「コア基準1：ガイダンスノート2」（p.52）参照）。
4. **包装**：可能であれば、包装は再測定（例えば柄杓）または再梱包することなく直接配布できるようなものとしなければならない。適切な包装サイズは、食糧配給基準が満たされていることを確保するために役立つ。食品包装には、政治的または宗教的なメッセージや対立を引き起こしうる性質のメッセージを掲載してはならない。環境リスクは、包装の選択と空になった包装（袋や缶など）の管理によって、最小限に抑えることができる。すぐに使用できる食品の包装（ホイル包装など）は、安全に処分するために特定のコントロールが必要な場合がある。
5. **貯蔵エリア**は、乾燥して衛生的で、気象条件から適切に保護され、化学的または他の残基によって汚染されないようにしなければならない。貯蔵エリアはまた、昆虫やげっ歯類などの害虫から保護されなければならない（「食糧の確保 ー 食糧配給基準4」（p.177）、「固形廃棄物管理基準1」（p.109）も参照）。

食糧の確保 ー 食糧配給基準4：サプライチェーンマネジメント（SCM）

商品および関連したコストは、公平で、透明性が高く反応性が良いシステムを用いてよく管理されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 実現可能な場合、地元の能力を利用して、調整され効率的なSCMシステムを確立する（ガイダンスノート1～3参照）。
- 透明、公正かつオープンな契約発注手順を確保する（ガイダンスノート1～2, 4参照）。
- サプライヤおよびサービスプロバイダとの健全な関係を構築し、倫理的な実務を実施する（ガイダンスノート1～2、4～5参照）。
- 食糧の品質と安全についての手順を遵守するため、SCMシステムのあらゆるレベルにおいて職員を訓練し、監督する（ガイダンスノート5参照）。
- 在庫リスト、報告および財務システムを含む適切な説明責任の手続を確立する（ガイダンスノート6～8参照）。

- 盗難を含む損失を最小化し、全ての損失を計上する（ガイダンスノート9〜11参照）。
- 違法な転用や配給の中断を防ぐ全ての可能な手段が取られるよう食糧の供給を監視・管理し、サプライチェーンのパフォーマンスについて全てのステークホルダーに定期的に通知される（ガイダンスノート12〜13参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 食糧が、意図した配布ポイントに到達している（ガイダンスノート1, 7参照）。
- 商品追跡システム、棚卸会計・報告システムは、介入当初から適切に実施されている（ガイダンスノート7〜8、11〜13参照）。
- SCM事前評価報告書が、事前評価の証拠と地元のSCM能力、地元の食糧の利用可能性および地元の物流インフラを示している（ガイダンスノート2〜3参照）。
- SCMの報告が以下を示している：
  - 契約発注のための透明、公正かつオープンなシステムの証拠
  - サプライヤ/サービスプロバイダのパフォーマンス管理と報告の証拠
  - 訓練されたSCM職員の数及び割合
  - 文書の完全性と精度
  - 損失が最小化され2%未満で維持されており、全ての食品が計上されている
  - 定期的な供給分析と食品供給とサプライチェーンに詳しい関連ステークホルダー

ガイダンスノート

1. **サプライチェーンマネジメント**は、物流についての統合されたアプローチである。商品の選択から始まり、調達、購買、品質保証、梱包、出荷、輸送、倉庫保管、在庫管理と保険を含んでいる。SCMにはさまざまなパートナーが関与しており、活動が調整されていることが重要である（「コア基準2」（p.53）参照）。管理・監視業務は、商品が配布ポイントまで安全に運ばれることを確保しなければならない。しかし、人道機関はまた、食糧が対象となる受益者に到達することにも責任を持つ（「食糧の確保 ー 食糧配給基準5〜6」（p.181〜185）参照）。
2. **地元のサービスの利用**：エリア外から調達する前に、地元の能力の利用可能性と信頼性についての事前評価が行われていなければならない。地元での調達が、対立の原因となったり対立を悪化させたりせず、またコミュニティに害を為さないことを確保するよう、注意が払われなければならない。評判の良い地元や地域の輸送業者および貨物フォワーダーは、地元の規制、手続き、および施設について貴重な知識を有しており、ホスト国の法律の遵守を確保し迅速な配達がなされることを助けることができる。紛争下では、サービスプロバイダの審査は特に厳格にする必要がある。
3. **地元での調達 対 輸入**：物資の地元での利用可能性、および食品―地元生産と輸入のいずれも―の地元の生産・市場システムへの影響について、環境の持続可能性を含めて評価されなければならない（「食糧の確保と栄養に関する事前評価基準1」（p.142）、「食糧の確保 ー 生計手段基準1，3」（p.192〜198）参照）。地元または地域で食品を購入することで、市場は刺激されサポートされる。生産を増やすインセンティブを農民に与え、地域経済の活性化に資することができる。複数の組織が関与する場合、地元での調達は可能な限り調整されるべきである。その他の国内での商品調達には、既存の食糧プログラム（ドナーの合意が必要となる場合がある）または国の穀物備蓄からの借り入れもしくは再割り当て、または商業的供給業者からの借り入れまたは交換がある。
4. **公平性**：公平で透明な契約手続きが、便宜供与や汚職の疑いを避けるために不可欠である。サービスプロバイダのパフォーマンスを評価し、ショートリストを更新しなければならない。
5. **技能と訓練**：経験豊富なSCMの実務家やプログラムマネージャを、SCMシステムを立ち上げスタッフを訓練するために動員するべきである。関連する専門知識の種類として、契約管理、輸送・倉庫管理、在庫管理、供給経路分析と情報管理、出荷追跡と輸入管理が含まれる。訓練は、パートナー組織やサービスプロバイダのスタッフを含み、現地の言語で行う必要がある。
6. **食糧は支払いには使用されない**：倉庫や配給ポイントでの荷下ろしなどの物流オペレーションの対価としての食糧の使用は、避けるべきである。現金での支払いが不可能で食糧が使用される場合、本来の受給対象者に当初計画された分量の食糧が配給されるよう、配給ポイントに送られる食糧の分量が調整されるべきである。
7. **報告（物流クラスターと機関間を含む）**：ほとんどの食糧のドナーは、特定の報告要件を持ち、サプライチェーンの管理者はこれらの要件を認識し、それらを満たすシステムを確立する必要がある。日々の管理のニーズには、サプライチェーン内のあらゆる遅延や逸脱を迅速に報告することが含まれる。供給経路情報と他のSCMのレポートは、透明性のある方法で共有する必要がある。
8. **文書**：取引についての文書化された監査証跡を残すために、商品を受け取り、保管し、および/もしくは、発送するすべての拠点において、十分な文書や用紙（運送状、在庫台帳、報告要旨、等）が地元の言語で用意されていなければならない。
9. **倉庫**：食糧専用倉庫は共有施設よりも適切であるが、後者のリスクは良好な管理により最小限に抑えることができる。倉庫を選択する場合は、以前有害物資が保管されておらず、汚染の危険がないことが確保されなければならな

い。考慮すべき要因には、安全性、容量、アクセスの容易さ、構造的な堅牢性（屋根、壁、ドアと床）および洪水の危険がないことなどがある。

10. **食用に適さない商品の処分**：損傷した商品は、資格のある検査官（食品安全の専門家や公衆衛生研究所など）によって検査され、食用に適するか適さないか認定されなければならない。食品が健康に対して危険になる前に迅速に処分する必要がある。食用に適さない商品の処分方法には、動物の飼料としての販売と関連当局による承認・立ち会いのもとでの埋葬/焼却などがある。動物飼料としての処分には、この目的に合致するために、認定が取得されるべきである。すべてのケースにおいて、食用に適さない商品は人間や動物の食糧のサプライチェーンに再び入って来てはならず、処分によって環境に悪影響を与えたり水源を汚染したりしてはならない。

11. **サプライチェーンへの脅威**：武力紛争や一般的な不安定な状況では、食糧が紛争当事者によって略奪されたり接収されたりする危険性があり、輸送ルートと倉庫の安全へのリスクを管理する必要がある。サプライチェーンのすべての段階で盗難の可能性がある。リスクを最小化するため、全ての倉庫、引き渡し・配布ポイントに管理システムを設置し監督する必要がある。内部統制システムにより、共謀のリスクを軽減するための責任分担を確保すべきである。在庫は、食品の不正流用を発見するために定期的にチェックする必要がある。サプライチェーンの完全性を保証するだけでなく、転用された在庫が武力紛争を助長する可能性など、広汎な政治面および安全面の影響を分析し対処するために、対策が取られなければならない（「権利保護の原則1」（p.31）参照）。

12. **供給経路分析**は定期的に行われ、在庫レベル、到着予想および配布に関連する情報がサプライチェーンに関わるステークホルダーの間で共有されなければならない。在庫レベル追跡と予測は、解決策の発見のために、予期される不足と問題を遅れずに示さなければならない。パートナー間の情報共有は、供給が切れるのを防ぐための融資を支援することがある。資源が不十分な場合、供給の途絶は避けられないかも知れない。そのようなケースでは、資金に応じて資源を計画している（例：何を買うか選択する）のであれば、食品の詰め合わせ内のアイテムの優先順位付けが必要となるだろう。ステークホルダーと協議する必要があり、解決策には全体の配給食糧のサイズ削減や受益者が（物理的、経済的に）最もアクセスを有している種類の食品の削減や除外が含まれうる。

13. **情報提供**：関連情報は誤解を避けるために、すべてのステークホルダーにではなく、適切なステークホルダーに提供されるべきである。地元メディアや、伝統的なニュースの普及方法および現在の技術（携帯電話のテキストメッセージ、電子メール）は、配送についての情報を地元関係者および受益者が得られ続け、透明性を強化する方法として考慮されるべきである。

食糧の確保 ー 食糧配給基準5：対象設定と配給

対象を設定した食糧配給の方法が、反応が良く、適時で、透明かつ安全であり、尊厳を支え、地域の状況に適している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 適切なステークホルダーと協議し、ニーズに基づいて食糧の受給者を特定し対象として設定する（ガイダンスノート1〜2参照）。
- パートナー組織、地元のグループおよび受給者との協議により、尊厳を支える効率的で公平な食糧配給方法を設計する。設計プロセスには、女性や、障がい者、高齢者および移動が不自由な個人の代表者の積極的な参加を得なければならない（ガイダンスノート1〜4参照）。
- 受給者にアクセスの容易さと安全性を確保する適切な配給ポイントについて、地元のステークホルダーと協議する（ガイダンスノート5〜6参照）。
- 配布計画と配給食糧の質と量について、事前に受給者に通知する（ガイダンスノート7〜8参照）。
- 対象を設定した食糧配給の実施状況を監視し、評価する（ガイダンスノート9参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 対象設定の基準は、脆弱性の徹底的な分析に基づいている（ガイダンスノート1参照）。
- 対象設定の仕組みが、被災集団内で合意されている（ガイダンスノート1〜2参照）。
- 移動が不自由な人のための、妥当な代替配給モデルが存在している（ガイダンスノート3〜4参照）。
- 受給者は配給拠点まで10キロ以上、すなわち4時間以上を歩く必要がない（ガイダンスノート5参照）。
- 配給に際して、食糧配給を示す配給食糧カード、旗印および/または案内表示が存在している（ガイダンスノート7〜8参照）。
- モニタリングおよび/または受益者への説明責任メカニズム（ガイダンスノート9参照）が、以下を追跡している：
  - 配給方法についてのステークホルダーの嗜好

- 配給について受益者に提供されている情報
- 受益者/食品の受領状況：実際対計画（適時性、量、質）

ガイダンスノート

1. **対象設定**：食糧は、最も必要としていると評価された人々、すなわち最も深刻に食糧が不安定な状況にある家庭および栄養失調の個人、を対象とする必要がある（「被災集団の脆弱性と対応能力」（p.140）、「食糧の確保と栄養に関する事前評価基準1〜2」（p.142〜145）参照）。初期段階だけでなく、介入の全体を通して対象設定が必要である。除外のエラー（生命を脅かすこととなるかも知れない）と包含のエラー（潜在的に破壊的であるか無駄）の間の正しいバランスを見つけることは複雑であり、さらに、エラーを削減することは通常コストの増加を伴う。急性の緊急事態では、包含のエラーは除外のエラーよりも許容されるだろう。包括的な配給は、すべての世帯が同じような損失を被ったか、またはアクセスができないために詳細な対象設定のための評価が不可能な、突然発生した災害において適切な場合がある。対象設定に関与する機関の選定は、その公平性、能力と責任に基づく必要がある。設定機関には、地元の年長者、地元で選出された救援委員会、市民社会組織（CSO）、現地NGO、現地政府機関、または国際的なNGOが含まれる場合がある。機関には、女性を選定することが強く勧められる。緊張を作り出し危害を生むことを避けるために、対象設定アプローチは明確で、受給者と受給者以外の集団の両方に受け入れられる必要がある（「コア基準1：ガイダンスノート3」（p.52）、「権利保護の原則2」（p.33）参照）。

2. **登録**：食糧を受け取るための世帯の正式な登録は、実現可能となればすぐに実施し、必要に応じて更新されるべきである。受益者に関する情報は、効果的な配給システムを設計し（配給組織に影響する人口のサイズと人口統計プロファイル）、受益者のリスト、集計シートおよび配給カード（発行する場合）を作成し、特定のニーズを持つ人々を識別するために不可欠である。キャンプでは、特に避難民が身分証明書類を持っていない場合、登録は多くの場合困難に直面する（「権利保護の原則4：ガイダンスノート4〜5」（p.38）参照）。地元当局からのリストおよびコミュニティが作成した家庭リストは、独立した評価によってそれが正確かつ公平であると証明できた場合、利用することができる。被災集団の女性たち自身が登録プロセスを手伝うよう奨励されるべきである。機関は、脆弱性が高い個人、とくに家から離れられない人が配布リストから除かれていないか確認しなければならない。通常世帯主が登録されるが、女性が自分の名前で登録される権利を持つべきである。女性は家庭において、配給をより適切に利用できることがある。もし災害の初期段階では登録が不可能な場合には、状況が安定次第、すぐに登録が完了されるべきである。これは、もし食糧配給が長期間必要な場合にはとくに重要である。苦情対応メカニズムを、登録プロセスにおいて確立すべきである（「コア基準1：ガイダンスノート2, 6」（p.52〜53）参照）。

3. **「乾燥」食糧の配布方法**：配布方法は通常、時間の経過と共に発展する。一般への食糧配給は、通常受益者が自分の家で調理する乾燥食糧の形態で行われる。配給を受け取るのは、個人または家庭で配給カードを保有している人、家庭のグループの代表、伝統的なリーダーもしくはコミュニティベースで対象を設定した配給の場合にはそのリーダーである。現場の状況によって最適な受給者が決定され、状況の変化によって受給者も変化することがある。代表者またはリーダーを経由した配給に固有のリスクは、慎重に評価しなければならない。受給者の選定においては、作業負荷への影響や家庭内暴力を含む暴力のリスクの可能性（「権利保護の原則1〜2」（p.31〜33）参照）を考慮する必要がある。配給の頻度は、配給食糧の重量と受益者の家庭への運搬手段を考慮する必要がある。高齢者や障がい者がかれらの受け取るべき配給を確保できるような特別な手立てが必要となることがある。他のコミュニティメンバーが手伝うことも可能であるが、毎週もしくは隔週での配給が毎月での配給よりも対応しやすいだろう。脆弱性が高い人々を対象とする試みは、彼らがすでに経験している烙印を増やすものであってはならない。これは、HIVやエイズと共に生きる人々が多い集団において特定の問題となることがある（「権利保護の原則4：ガイダンスノート1, 9〜11」（p.38〜39）参照）。

4. **「ウェット」食糧の配布方法**：例外的に、深刻な緊急事態の当初期間において、一般への食品配給が、調理された食事やすぐに食べられる食品となることがある。こういった配給は、例えば、人々が移動中であるときや、非常に不安定な状況にあり家庭へ食糧を持ち帰ることが受益者を盗難や暴力の危険にさらす場合、高いレベルの虐待もしくは課税が、脆弱性が高い人々を排除する場合、大規模な避難により人々がその資産（調理器具および/もしくは燃料）を失ったり自らのために調理するには衰弱しすぎていたりする場合、地元のリーダーが配給を流用している場合や、環境上の懸念がある場合（例：薪の収集を防ぐことで脆弱な生態環境を保護する）には、適切であることがある。学校給食や教育担当者のための食糧インセンティブは、緊急時における配布メカニズムとして使用することができる（「INEE教育最低基準」参照）。

5. **配給ポイントと移動**：配給ポイントは、受給者にとって安全で最も便利な場所に設置すべきであり、機関にとっての輸送上の利便性に基づいてはならない（「権利保護の原則3：ガイダンスノート6〜9」（p.36）参照）。配給ポイントの決定においては、地形と、その他のサポート（飲料水、トイレ、医療サービス、日蔭、避難所、女性のための安全なスペース）との近接性を考慮すべきである。配給ポイントは、人々が軍や武装されたチェックポイントを越えるか安全な通行を交渉しなければならない区域を避ける必要がある。配給頻度と配給ポイントの数は、受給者が配給ポイントまで移動する時間と物資輸送の実用性とコストとを考慮に入れなければならない。受給者が、1日以内に配給ポイントに移動して戻れるようにしなければならない。それが不可能な人や隔離されているかもしれない人（例：移動に困難がある人）に到達するために、配給の代替手段が作られるべきである。歩行速度は平均5km/時であるが、貧弱な地形や斜面においてより遅くなる：所要時間は年齢と移動可能性のレベルによって異なる。配給へのアクセスの問題は、災害の状況において、疎外

され排除された人々にとって、一般的な不安要素である。配給は日々の活動への混乱を最小化するためにスケジュールを設定すべきであり、受給者を保護し受益者が夜間滞在すること—追加のリスクを生む—を避けるために、昼間に配給ポイントへ移動できるような時間にするべきである（「権利保護の原則1」（p.31）参照）。

6. **安全上のリスクを最小化する**：食糧配給は、流用や暴力を含む、安全上のリスクを生み出すことがある。配給の間、緊張が高まることがある。女性、子供、高齢者や障がい者は、給付を受ける権利を奪われてしまう危険性が特に高い。リスクは事前に評価され、最小化するための手立てが取られなければならない。これらには、訓練を受けたスタッフによる配給の監視、および被災集団自身が配給ポイントを守ることが含まれている。必要に応じて地元の警察を関与させることがあるが、彼らを食糧配給の目的に敏感にさせる必要がある。配給ポイントでの拠点レイアウトを注意深く計画することにより、群衆の制御と安全上のリスク低下を促進することができる。食糧配給に関連した性的搾取を含め、ジェンダーに基づく暴力を予防し、監視し、対応するために、特別な措置が取られなければならない。この措置には、例えば物理的な障壁を介したり、または別の配給時間を提供したりするなどの男女の分離、性的虐待についての適切な行動および罰則について全ての配給チームに通知すること、荷下ろし、登録、食糧の配給および配給後について女性の「監視者」を含めることが含まれる（ガイダンスノート5、「権利保護の原則2」（p.33）も参照）。

7. **情報発信**：受信者は、以下について知らされる必要がある：

   - 配給される食糧の量と種類と、計画との相違の理由；配給についての情報は、配給拠点において、人々が得られるものを認識できるよう、文字を読めない人やコミュニケーションに困難がある人がアクセスできる形式（例：地元の言語で記載、および/もしくは絵を用いて描画、および/もしくは口頭で伝達）で目立つように示されていなければならない。
   - 配給計画（日、時間、場所、頻度）とそのすべての変更
   - 食糧の栄養面での品質と、必要に応じて、その栄養価を守るために受給者に求められる特別な注意
   - 食糧の安全な取り扱いおよび使用のための要件
   - 子どもへの食糧の最適な使用のための具体的な情報（「乳幼児の摂食基準1〜2」（p.149〜151）参照）
   - プログラムや苦情受け付けプロセスの詳細情報を受給者が得るための適切な方法（「コア基準1：ガイダンスノート4〜6」（p.53）参照）

8. **プログラムの変更**：食糧が十分に入手できないことによる食品詰め合わせや配給食糧のレベルの変更は、配給委員会、コミュニティのリーダーおよび代表機関を通じて、受給者と議論しなければならない。行動指針は、配給が行われる前に共同で作られる必要がある。配給委員会は、変更、その理由、およびいつ通常の配給が再開されるのかについて人々に知らせる必要がある。以下のオプションが考慮されうる：

   - すべての受給者の配給を減らす（利用可能な物資の均等なシェアまたは縮小した食品詰め合わせ）。
   - 脆弱性が高い個人へ「完全」配給し、一般の個人には「縮小」配給を行う。
   - 最後の手段として、配給を延期。

   計画的な配給の実施が不可能な場合、不足分は、必ずしもその後の配給で修正する必要はない（すなわち、遡及的提供は適切ではない）。

9. **モニタリングおよび事後評価**は、サプライチェーンのあらゆるレベルで、および消費地点について、実施されるべきである（「コア基準5」（p.63）参照）。配給ポイントでは、準備が万端であることを、配給を実施する前に確認すること（例：登録、セキュリティ、情報発信）。配給管理の制度と公平さを測定するため、世帯が得た配給についてのランダムな計量を、受給者へのインタビューと共に、行うべきである。世帯へのランダムな訪問は、配給の受容可能性と有用性を把握できるようにし、また、選定基準を満たしているが食糧を受給していない人を見付けることができる。そのような訪問はまた、余分な食糧が受給されているか、それがどこから来て、どのように誰に使われているかも発見することができる（例：徴発、動員または、性的またはそれ以外の搾取の結果として）。モニタリングにおいては、受益者の安全に対する食糧配給の影響を分析する必要がある。食糧配給の広い効果、例えば農業サイクル、農業活動、市場の状況と農業生産に必要なアイテムの利用可能性への影響、も評価されるべきである。

食糧の確保 ー 食糧配給基準6：食糧の利用

食糧は、家庭およびコミュニティの双方のレベルにおいて、安全かつ適切な方法で貯蔵、調理および消費されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 不適切な食糧の取扱いや調理から、受益者を保護する（ガイダンスノート1参照）。
- 食糧の受給者に食品衛生の重要性に関する適切な情報を発信し、食品を取り扱う際の衛生的な習慣への十分な理解を促進する（ガイダンスノート1〜2参照）。
- 調理された食糧を配給する場合には、食糧の安全な保管と取扱い、調理、不適切な扱いに起因する潜在的な健康への危険についてスタッフを訓練する（ガイダンスノート1参照）。

- 配給した食糧の貯蔵、調理、および消費について、および脆弱性の高い人々への対象を絞った提供の影響について受益者と協議（および必要であれば助言）し、発生する問題に対応する（ガイダンスノート1〜2参照）。
- 家庭が適切な調理器具、燃料、飲料水および衛生資材にアクセスできることを確保する（ガイダンスノート1〜4参照）。
- 食糧を調理できない、もしくは自ら食べることができない個人のために、必要であれば適切な食糧を調理し、摂食を施す介護者へのアクセスを確保する（ガイダンスノート5参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 配給した食糧による健康上の危害の事例がない。
- 十分な食品衛生への受益者の意識を高める（ガイダンスノート1〜2参照）。
- すべての関連するスタッフが、食品の取扱いと、不適切な取扱いに起因する危険性について訓練されなければならない（ガイダンスノート1参照）。
- 適切かつ安全な食品調理道具および機器へ、家庭が完全なアクセスを有している（ガイダンスノート3〜4参照）。
- 特別な支援ニーズを持つすべての個人のために介護者が常時存在している（ガイダンスノート5参照）。

ガイダンスノート

1. **食品衛生**：災害により、人々の通常の衛生習慣が中断されることがある。食品衛生の促進と、地域の状況や疾病パターンに応じた対策を積極的にサポートすることが必要となる場合がある。例：食品を取り扱う前に手を洗うこと、水の汚染の回避、および害虫管理措置をとることの重要性の強調。食糧の受給者に対して、家庭レベルで安全に食品を保管する方法について教えるべきである。保護者は、子どもの食事のための家庭の資源の最適利用と、安全な調理方法について、情報を提供されるべきである（「衛生促進基準1〜2」（p.84〜86）参照）。被災集団に温かい食事を提供するコミュニティのキッチンが設置されている場合には、キッチンの拠点選定と、拠点のアクセス可能性、安全性と衛生条件、調理用および飲用の水の利用可能性、および食事スペースについて、特別な注意が必要である。
2. **情報源**：情報を共有し、受益者、特に女性からのフィードバックを収集するための仕組みが必要である（「コア基準1：ガイダンスノート2，6」（p52〜53）参照）。食糧についての指示を伝えるために、学校や安全な学習スペースが、適切な場所として考えられる。アクセス可能なフォーマットや図表が、コミュニケーション上の異なる要件を持つ人々のために必要になる場合がある（「コア基準1：ガイダンスノート4」（p.53）参照）。

3. **燃料、飲料水や家庭用品**：必要に応じて、適切な燃料を提供するか、薪の主な採取者である女性と子どもの安全のための監督の下で、植樹または収穫プログラムが設置されるべきである（ストーブと燃料について、「ノン・フードアイテム基準4」（p.258）参照）。水へのアクセス、量、質及び施設については、「給水基準1〜3」（p.89〜94）を参照。調理・食事器具と水の容器については、「ノン・フードアイテム基準3」（p.257）を参照。
4. 穀物製粉機などの**食品加工施設へのアクセス**は、人々がかれらの選んだ形態で調理すること、またその他の生産的活動のために時間を節約することを可能とする。製粉などの家庭レベルでの食品加工は、調理に必要な時間や水の量、燃料を減らすことができる（「食糧の確保 ー 食糧配給基準2：ガイダンスノート2」（p.174）参照）。
5. **特定のニーズ**：食事に関する支援を必要とする個人には、幼児、高齢者、障がい者、およびHIVと共に生きる人々が含まれる（「乳幼児の摂食基準2」（p.151）、「食糧の確保 ー 食糧配給基準1：ガイダンスノート5〜7」（p.172〜173）参照）。支援プログラムや追加サポートとフォローアップが、扶養家族に食糧を提供するための能力が低下した一部の人々（例：精神疾患を持つ両親）をサポートするために必要となる場合がある。

4.2. 食糧の確保 ー 現金・バウチャー配給

現金やバウチャーの配給は、援助の2つの形式を表している。現金配給は人々に現金を提供するが、バウチャー配給は食糧などの特定の商品を定まった量（商品ベースバウチャー）もしくは定まった現金価値分（金額ベースバウチャー）購入することができるクーポンを人々に提供する。それらの目的と設計は異なるが、現金およびバウチャー配給は、受益者が購買力を提供されるという市場ベースのアプローチであるという点で共通している。

現金やバウチャーの配給は、基本的な食品と非食品のニーズを満たすため、もしくは人々が経済活動を再開できるように資産を購入するために使用される。無条件の（または対象非選定または「共通」）の現金の支給は、資金がどのように使用されるべきかについての条件は設定されていないが、もし事前評価によって基本的なニーズが特定されている場合、資金がこれらのニーズをカバーするために使用されることが期待される。生活や生産活動への支援がニーズとして特定されている場合は、配給されるお金は、そのために使用されることが期待される。無条件の現金支給は、緊急事態の開始時に適切な場合がある。条件付現金支給は、受給者が特定の目的のために現金を使用するという条件を課している（例：家の再建、労働力の提供、生計手段の確立または再確立、および/または保健サービス）。バウチャーは、様々な範囲の所定の商品（例：食糧、家畜、種子、道具）またはサービス（例：製粉所、輸送、市場や売り場へのアクセス、銀行融資）へのアクセスを与える。バウチャーは、あらかじめ指定された店舗で、指定された業者やサービスプロバイダにより、または市場で使用できる、現金価値または商品価値のいずれかを

持つことができる。バウチャープログラムは、当該分野の基準を参照する必要がある。たとえば、食糧のバウチャープログラムは、「食糧の確保 ー 食糧配給基準1〜3, 6」(p.169〜185) を参照すること。

適切な配給形態 (食品、現金またはバウチャー) の選択には、コスト効率、流通市場への影響、配給や対象選定の柔軟性、不安定性と汚職のリスクを含む、状況固有の分析が必要である。

食糧の確保 ー 現金・バウチャー配給基準1：利用可能な財およびサービスへのアクセス

現金およびバウチャーは、基本的ニーズに対応し、生計手段を保護・再建する手段として認識されている。

基本行動 (ガイダンスノートと併せて読むこと)

- 事前評価、策定、実施、モニタリングおよび事後評価において、受益者、地域社会の代表者と他の主要なステークホルダーと協議し関与させる (ガイダンスノート1, 3, 6〜7、「コア基準1〜3」(p.51〜56) 参照) 。
- 他の配給方法と比較してコスト効率が高い方法で地元の市場から必要とするものを購入できるか、評価、分析し、市場の連鎖を分析する (ガイダンスノート2参照) 。
- 被災者と地元経済にとっての、最も好ましい配給メカニズムと期待される利益に基づき、現金またはバウチャー、もしくはその組み合わせを選択する (ガイダンスノート1〜3, 5〜6参照) 。
- 不正流用、不安定、インフレ、有害な使用や弱者への悪影響のリスクを軽減する対策を行うこと。対象設定のシステムには特に注意が必要である (ガイダンスノート4, 7参照) 。
- 現金および/またはバウチャーが最も適切な配給手段であり続けているか、調整が必要かどうかを評価するため、モニタリングを行う (ガイダンスノート8参照) 。

基本指標 (ガイダンスノートと併せて読むこと)

- すべての対象集団は、地元の市場からの購入を通じて、一部またはすべての彼らの基本的な食品のニーズやその他の生活のニーズ (例：生産的資産、健康、教育、交通、住居、輸送) を満たしている (ガイダンスノート1〜2, 8参照) 。

- 現金および/またはバウチャーが、特に女性やその他の脆弱性が高い人々など、すべての対象集団に好まれる配給形態である (ガイダンスノート3〜8参照) 。
- 配給が、反社会的な支出につながっていない (ガイダンスノート4, 8参照) 。
- 配給が、不安定さを生み出さない (ガイダンスノート3〜4, 8参照) 。
- 地域経済が、災害から回復するためにサポートされている (ガイダンスノート1〜2, 8参照) 。

ガイダンスノート

1. **現金やバウチャー配給はツールである**：現金とバウチャーは、それ自体は介入ではなく、望ましい目標を達成するためのメカニズムである。慎重な比較評価により、現金および/もしくはバウチャーが適切であるかどうか、また現金/バウチャーだけで使われるべきか現物支給など他の対応と組み合わせて使われるべきか、示さなければならない。現金およびバウチャーの配給は、災害時のさまざまな段階で使用することができる。対応は、受益者の基本的ニーズや生計手段を満たすことや生計手段を再建することの効率性と有効性のみではなく、関連リスクを低下させることへの期待度によっても決定されるべきである。現金やバウチャーは、現物での対応よりもより多くの選択肢と柔軟性を提供することができ、また受給者により大きな尊厳の意識を与えることができる。現金やバウチャーはまた、評価時に考慮すべき、地域経済における正の乗数効果を生み出すことができる。現金やバウチャーは以下のように用いることができる：

   - 現金の支給 ー 様々なニーズを満たす、1回または複数回の条件付きまたは無条件の現金の支給
   - 商品または金額ベースのバウチャー ー バウチャーの価値に応じて特定の物品または様々な物品と交換できる紙または電子バウチャーの支給
   - キャッシュ・フォー・ワーク (CFW) ー 指定された活動 (通常は肉体労働を必要とする活動) に参加することによる収入としての現金の支給

   計画、実施、モニタリングには、政府、地方自治体、コミュニティ組織と代表者、協同組合、団体、地元団体や受益者などの地元のステークホルダーを関与させるべきである。これにより、関連性と持続性を確保するのに役立つ。出口戦略は、策定段階から主要な利害関係者と計画しておくべきである。

2. **地域経済と市場システムへの影響**：市場事前評価では、災害前後の状況、および現在のニーズに応えるための市場の競争状況と統合状況を分析しなければならない。分析はまた、異なる市場関係者の役割、商品 (生計資産、シェルター材料、食品や目的に応じたその他のもの) の取得可能性および価格、季節性および、脆弱性が高い人々の異なるグループの物理的、社会的、経済的なアクセスを示さなければならない。現金およびバウチャーは、市場が機能していてアクセス可能な場合、また食品やその他の基本的な物品が必要な分量、妥

当な価格で得られる場合に、適切である。このような配給は、地域経済のより迅速かつ持続的な回復を刺激することがある。市場の反応は、現地調達と既存市場の関係者の能力のより有効な利用を促進できる。状況が不適切な場合に現金もしくはバウチャーを使用することは、市場を歪め、インフレなどのマイナスの影響を与えることがある。地域経済と人々に対する現金やバウチャーの影響を理解するためには、市場の観察が不可欠である。

3. **現金およびバウチャー配布メカニズム**：現金やバウチャーは、地元の銀行、店舗、業者、地元の送金会社、他の送金会社や郵便局を介して配布することができる。配布は、物理的にまたはモバイルバンキングや携帯電話網などの技術を通じて行うことができる。銀行は通常、効率的かつ効果的であるが、脆弱な人々にとってアクセスしにくいかも知れない。銀行にアクセスできる場合、もしかするとモバイルバンキングを通じてかも知れないが、それはより安全なオプションとなるだろう。配布形態の選択には、オプションの評価と受信者との協議が必要である。考慮すべき問題は、受信者にとってのコスト（銀行手数料、移動の時間やコスト、受け取り場所での時間）、組織にとってのコスト（業者の手数料および立ち上げ費用、立ち上げと運営にかかるスタッフの時間、受給者の輸送、安全、教育および訓練）、効率性及び有効性（信頼性、回復力、説明責任、透明性、モニタリング、柔軟性、財務管理、金融セキュリティと脆弱な人々によるアクセス）である。コストが掛かるように見えるアプローチが、依然として最も適切な配給メカニズムであることがある。

4. **リスクの考慮**：現金やバウチャー配給のリスクに対する一般的な懸念には、現金とバウチャーがインフレに寄与するという懸念（被災者、そして他の人を、購買力が低いままにする）、反社会的な目的のために現金とバウチャーが使用されるという懸念（例：アルコールおよび/またはタバコの乱用）、および現物と比較して女性と男性との間で現金へのアクセスが異なるという懸念が含まれる。他の懸念には、現金を輸送することが実施スタッフや被災集団に安全上のリスクを生み出す可能性があること（「権利保護の原則1」（p.31）参照）、および現金の魅力が対象者の絞り込みを困難にし不正な流用や武装勢力による押収のリスクを増すことがある。しかし、現物の配給にもリスクはある（「食糧の確保　ー　食糧配給基準4〜5」（p.177〜181）参照）。現金やバウチャーのリスクは、適切な設計、徹底したリスク分析と適切な管理を通じて最小限に抑えることができる。意思決定は、科学的根拠に基づく協議に基づいていなければならない。根拠のない懸念がプログラムの計画に影響を与えてはならない。

5. **現金またはバウチャー配給の金額/価値の設定**：配給する金額/価値は、状況によって異なる。算定は、他の機関と調整され、被災集団の優先事項やニーズ、地元の市場で購入することが想定される主要な物資の価格、すでに与えられているおよび/もしくは与えられるであろうその他の援助、追加の関連費用（例：移動が制限される人への移動支援）、支払いの方法、規模と頻度、季節に関連した支払いのタイミング、およびプログラムと配給の目的（例：食品詰め合わせによる食糧ニーズのカバー、もしくは日次雇用率に基づいた雇用の提供）に基づいてなされなければならない。価格変動が、現金・バウチャー配給の成功を阻害することがある。市場の観察に基づいて配給の金額/価値を調整したり、商品を追加したりするために、予算の柔軟性が不可欠である。

6. **現金またはバウチャー配給の種類の選択**：配給の適切なタイプは、プログラムの目的と地元の状況による。現物支援や季節に応じた変化を含むアプローチの組み合わせが適切な場合がある。機関は、情報に基づいた協議を通じて、被災者が考える配給の最も適切な形態（複数の場合も）が何であるかを見いださなければならない（「食糧の確保　ー　生計手段基準2」（p.196）参照）。

7. **現金やバウチャー配給プログラムの対象設定**：この課題は、現物の商品やサービスについてと同じく重要であるが、現金やバウチャーの魅力のため、排除と包摂のエラーを最小限にするために特に注意が必要である。配給は、直接の対象設定（被災世帯または集団に対して）によっても、間接的な対象設定（例：地元の業者やサービスプロバイダによる）によっても、人々に到達することが可能である。安全でない状況では、間接的アプローチが必要になる場合がある（「権利保護の原則1」（p.31）参照）。ジェンダーは、現物給付の場合と同じく、現金またはバウチャーの受け取り先として登録される世帯メンバーの決定に影響を与える（「食糧の確保 ー 食糧配給基準5」（p.181）参照）。現金給付を提供する政府の福祉及び社会的保護プログラムを含むステークホルダーとの連携は、（現物給付と同様）対象選定に不可欠である。

8. **現金・バウチャー配給のモニタリング**：配給プログラムの実施前、実施中、実施後を観察し、市場における現金とバウチャーの直接的および間接的な影響を考慮するにあたり、基準となる情報が必要である。介入における変化は、事態の状況と市場の状況の変化に対応していなければならない。観察には、重要な財の価格、地域経済での乗数効果、および物価変動を含める必要がある。重要な質問は以下のとおりである：人々は提供された現金やバウチャーを用いて何を購入しているか。人々は現金を安全に受け取り使用できているか。現金やバウチャーは流用されているか。現金またはバウチャーの使用方法について女性は影響力を持っているか（「コア基準5」（p.63）参照）。

4.3. 食糧の確保 ー 生計手段

人々の生計手段の回復力と食糧不安への脆弱性は、主に彼らが利用可能なリソース（または資産）、および彼らが災害によってどのように影響を受けたかにより大きく決定される。これらのリソースは、金融資本（現金、クレジット、貯蓄など）を含み、また物理的（家屋、機械）、自然的（土地、水）、人的（労働力、技能）、社会的（ネットワーク、規範）、政治的（影響力、政策）な資本を含む。食糧を生産する者にとっての鍵は、彼らが生産をサポートできる土地にアクセスできるか、および農作を継続できる手段を有しているか、である。食糧を得るための収入を必要としている者にとっての鍵は、彼らが雇用、市場及びサービスへのアクセスを持っている

か、である。被災者のために、かれらの食糧確保と将来の生計手段に必要な資源の保全、回復及び開発が優先されなければならない。

長引く政情不安、治安の悪さや紛争の脅威が、生活のための活動および市場へのアクセスに重大な制限を加えることがある。世帯は、置き去りにしたり破壊されたり、紛争当事者によって取られたりして、その土地を放棄したり資産を失ったりせざるを得ないことがある。

3つの基準は、一次生産、所得創出と雇用、および商品やサービスを含む市場へのアクセスに関連している。

食糧の確保 ー 生計手段基準1：一次生産

一次生産メカニズムが、保護され支援されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 生活の一次生産を支えるための介入を、生計手段の評価、状況分析、および必要な投入やサービスおよび市場の需要へのアクセスと利用可能性を含む生産システムの実現可能性への実証された理解に基づいて決定する（ガイダンスノート1参照）。
- 新規技術を、地元の生産システム、文化的慣習および自然環境へのその影響が、食糧生産者及び地元の消費者に理解され受け入れられる場合にのみ導入する（ガイダンスノート2参照）。
- 戦略立案、生産管理およびリスク削減における柔軟性を与えるために、生産のための資源もしくは様々な資源を購入するための現金を、生産者に対して提供する（ガイダンスノート3参照）。
- 適時に生産資源を提供し、それが地元として許容可能で適切な品質基準に準拠していることを確保する（ガイダンスノート4〜5参照）。
- 生産資源とサービスを注意深く導入し、例えば希少な天然資源への競争を増大させたり、既存の社会的ネットワークにダメージを与えることなどにより、脆弱性を悪化させたりリスクを増加させたりしない（ガイダンスノート6参照）。
- 可能かつ適切な場合には、食糧生産者によりよい経営慣行を訓練する（ガイダンスノート1〜2、5〜6参照）。
- 可能であれば、それが地元の生産者や市場、消費者に悪影響を与えない限り、生産資源およびサービスを地元で購入する（ガイダンスノート7参照）。

- 生産資源が受益者に適切に用いられているか評価するため、定期的なモニタリングを行う（ガイダンスノート8参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 評価されたニーズを持つすべての世帯は、それが正当化されるときには、農業暦に従って、災害前のレベルの一次生産を守り再開するために必要な材料へのアクセスを有する（ガイダンスノート1〜6参照）。
- すべての対象世帯は、それが運用可能であると考えられる（またはそう評価される）場合には、必要な生産資源の市場価値の現金もしくはバウチャーを与えられ、生計手段のためのオプションについて選択肢を与えられている（ガイダンスノート3, 5, 7参照）。

ガイダンスノート

1. **一次生産の実行可能性**：実行可能であるためには、食糧生産戦略は、適切に開発され継続可能である合理的なチャンスがなければならない（参照・参考資料に示した、「家畜緊急ガイドライン・基準（LEGS）」参照）。これは、以下を含む様々な要因によって影響されることがある：
   - 十分な天然資源（農地、牧草地、飼料、水、河川、湖沼、沿岸海域など）へのアクセス：例えば、限界地の乱獲、漁業における乱獲、もしくは特に都市周辺部における水質汚染などにより、生態系のバランスが危険にさらされてはならない。
   - スキルと能力のレベル：これらは集団が災害によって深刻な影響を受けている場合や、教育や訓練がいくつかのグループに対して禁止されている場合には制限される。
   - 既存の生産のパターンと主要な農業・水産養殖業の活動のタイミングに関連した労働力の利用可能性
   - 農業や水産養殖業の生産に必要な資源の利用可能性とアクセス

   災害前の生産レベルは良いレベルではないことがあり、そのレベルに戻ろうとする試みは「害を為さない」という原則と矛盾することがある（「権利保護の原則1」（p.31）参照）。
2. **技術開発**：「新」技術には、改良された作物品種、家畜や漁業品種、新しいツール、肥料や革新的な経営慣行を含む。可能な限り、食糧生産活動は、既存のパターンの上に構築されるかそれを強化し、また/もしくは国家の開発計画とリンクしていなければならない。新技術は、もしそれが地域で以前からテストされており、受益者にとって適応され受け入れられると知られている時にのみ、災害後に導入されるべきである。新技術が導入されるときには、適切なコミュニティでの協議や、情報の提供、訓練やその他の関連するサポートが伴っていなければならない。可能な場合には常に、新技術の導入は民間および公

的な相談事業の提供者および生産資源の供給者と調整して行われるべきであり、それにより継続的なサポートと将来の技術へのアクセス可能性と、決定的には商業的な実行可能性を確保する。

3. **選択の向上**：生産者により多くの選択肢を提供する介入には、生産資源の代わり（または補完として）の現金や信用、および農家に種子や家畜の品種を選ぶ機会を提供するバウチャーを用いた種子・家畜市場などがある。生産への支援については、独自の生産を通した、またはこの生産によって得られる現金を介しての栄養豊富な食品へのアクセスなどの、栄養に関する潜在的な影響を評価する必要がある。干ばつ時の動物飼料の供給は、人々に食糧配給を行うよりもより直接的に、人間の栄養に対する利益を牧畜民に提供することができる。生産資源へのアクセスを提供するために家庭に現金を配給することの実行可能性は、地元での物資の利用可能性、市場へのアクセス、および安全で購入可能な配給メカニズムの利用可能性に基づいていなければならない。

4. **適時性と受容可能性**：生産資源の例としては、種子、ツール、肥料、家畜、釣り道具、狩猟道具、融資および信用供与、市場の情報や交通機関などがある。現物資源の代替は、現金またはバウチャーによって人々が自らの選択で資源を購入できるようにすることである。農業の生産資源と獣医サービスの提供は、関連する農業や畜産の季節に合わせてタイミングを合わせる必要がある。例えば、種子やツールの提供は、種植えの季節の前に行われなければならず、早魃期の家畜の緊急の在庫調整は過剰な家畜の死亡が発生する前に行われる必要があり、在庫補充は回復が十分に保障されているとき、例えば次の雨期の後に、開始されるべきである。

5. **種子**：農民が品質を確立するために独自の基準を用いることができるようにするため、すでに地元で使用されている農作物や品種の種子に優先順位が与えられるべきである。提供される作物は、来シーズンの優先順位がもっとも高いものでなければならない。特定の品種は、農家や地元の農業専門家によって承認されなければならない。最低限、種子は、地元の農業経済と農民自身の管理条件に受け入れられ、病気への耐性があり、洪水や干ばつ、海面上昇などの将来の気候変動シナリオを考慮して選択される必要がある。地域外から持ち込まれた種子は、十分に品質をテストされ、地域の状況に対して適切かをチェックする必要がある。農家自身がその特定の農業システムにおいて何がベストかについての戦略を立てられるよう、いかなる種子に関連した介入においても、作物や品種の範囲に対して農家はアクセスを与えられるべきである。ハイブリッド種子は、農家がこれに精通しており、育てた経験がある場合には適切な場合がある。これは対象集団との協議を通じてのみ決定できる。もし種子が無料で提供され、農家がトウモロコシを育てているときには、農家はそうでなければ購入価格が嵩むという理由で、在来種よりもハイブリッド種子を好むかも知れない。ハイブリッド種子に関する政府の政策も、配布の前に遵守されるべきである。遺伝子組み換え（GMO）種子は、地元当局によって承認されていない限り配布されるべきではない。GMO種子を配布するケースでは、農民にも援助にGMO種子が含まれていることを認識させる必要がある。

6. **農村生活への影響**：重要な天然資源が不足していたり、特定の集団にとってのアクセスが欠如（例：土地を失った人々）していたりする場合、主要な食糧生産は維持できない（もし天然資源が災害前から減少していた場合には長期的には持続可能ではない）。地元で利用可能な天然資源へのアクセスを増加する（または変化する）必要がある生産を促進することは、地元集団との緊張を高めることがあり、その結果水やその他の主要なニーズへのアクセスが制限されることがある。リソースを提供する際には、それが現物であっても現金であっても、受給者に治安上のリスクを増加させたり紛争を生み出したりしないように注意が必要である（「食糧の確保　ー　生計手段基準2」（p.196）、「食糧の確保　ー　現金・バウチャー配給基準1」（p.188）参照）。また、生産資源の無料での提供は、民間セクターをビジネスから退場させ将来の生産資源へのアクセスを危うくすると共に、社会的サポートおよび再配分のための伝統的機構を乱す可能性がある。

7. **生産資源の地元での購入**：獣医サービスや種子などの、食糧生産のための生産資源およびサービスは、可能であれば既存の地元の合法的で検証可能な供給システムを通じて得られるべきである。地元の民間企業をサポートするために、現金やバウチャーのような仕組みが、一次生産者を直接サプライヤーに繋ぐために用いられるべきである。地元での購買を可能にするそのようなシステムを設計するにあたり、インフレのリスク（例：希少アイテムの価格上昇）と生産資源の品質を前提に、適切な生産資源の利用可能性と供給業者の供給を増やす能力が考慮されるべきである。輸入した生産資源を直接供給することは、地元での代替が不可能なときにのみ行うべきである。

8. **利用のモニタリング**：食品の生産、加工および流通のプロセスとアウトプットの指標は、例えば植え付け面積、ヘクタールあたり植え付け種子量、家畜の子孫の収量と数など、推計することができる。生産者が生産資源をどのように用いているか（すなわち、種子が実際に植えられていること、およびツール、肥料、ネットや漁具が意図されたとおり使用されていること）、もしくは現金がどのように生産資源に使われているかを把握することが重要である。生産資源の品質も、その性能、それらの受容性と生産者の嗜好の観点から評価されるべきである。評価に重要なことは、家庭が利用可能な食糧、例えば家庭での食糧備蓄、消費される食糧の量と質、もしくは取引されたり贈与されたりする食糧の量、にプロジェクトがどのように影響するかを考慮することである。プロジェクトが動物や魚製品もしくはタンパク質が豊富なマメ科植物などの特定の食糧タイプの生産を増加させることを意図している場合、家庭におけるこれら製品の使用を調査しなければならない。

食糧の確保 ー 生計手段基準2：収入と雇用

所得創出と雇用が実現可能な生計戦略である場合、女性と男性が、適切な収入獲得の機会への平等なアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 収入創造活動についての意志決定を、市場評価および活動に関わる家庭の能力についての適切な参加型分析に基づいて行う（ガイダンスノート1〜2参照）。
- 報酬の種類（現金、バウチャー、食糧またはこれらの組み合わせ）を、地元の能力、当面のニーズ、市場システムおよび被災者の嗜好についての有効な分析に基づいて決定する（ガイダンスノート3参照）。
- 報酬のレベルを、ニーズや生計手段再建の目的、および地元の労働力率に基づいて定める（ガイダンスノート4参照）。
- 安全で、堅実な作業環境を提供するための手順を確実する（ガイダンスノート5参照）。
- 多額の現金を伴うときには、転用および/または不安定化を避けるための措置を取る（ガイダンスノート6参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- すべての対象の人々が、彼らの活動を通じて収入を生みだし、彼らの基本的なニーズおよびその他の生活のニーズを満たすことに貢献している。
- 雇用機会を提供する対応は、女性と男性が平等に利用可能であり、地元の市場や通常の生計活動に悪影響を与えない（ガイダンスノート7参照）。
- 全ての家庭メンバーが食糧確保に対する貢献としての報酬について平等であることを、人々が認識し理解している（ガイダンスノート8参照）。

ガイダンスノート

1. **イニシアチブの妥当性**：市場分析は、活動を正当化し定義する基礎となる。市場と経済システムを理解するための既存のツールが用いられるべきである（参照・参考資料の市場セクション参照）。プロジェクトの設計と適切な活動の特定のため、現地人材を最大限に活用すべきである。特定のグループ（例えば、妊婦、障がい者や高齢者など）に対して、どのような代替策が適切か、当事者内で議論されるべきである。避難民（難民や国内避難民）が大規模に存在する場合、避難民と受け入れ住民の両方に雇用とスキルを提供する機会が考慮されるべきである。活動の場所は、攻撃の脅威、安全へのリスク（地雷敷設地域など）および環境に適さないエリア（例：汚染された土地や、地盤沈下や洪水になりやすい土地、過度に急勾配の土地）について考慮する必要がある（「権利保護の原則1〜3」（p.31〜35）参照）。
2. **参加への能力が限定的な世帯への所得移転**：多くの家庭が雇用と収入向上活動を利用することができるが、一部の世帯に対する災害の影響により、彼らがこれらの機会を活用することができないことや、適切なリターンを得るための期間が長すぎることがある。そのような家庭に対して、無条件の現金および/または食糧の配給などのセーフティネット対策を実施することが、既存の社会的保護システムとの連携の計画や、必要であれば新たなセーフティネットを提唱することと共に、考慮されなければならない。
3. **報償の種類**：報償は、現金または食糧またはこれらの組み合わせで行われる可能性があり、食糧の確保に不安がある世帯がそのニーズを満たせるようなものでなければならない。報償は、コミュニティでの仕事への対価というよりも、人々が自分自身に直接的な利益をもたらすタスクを行うことを後押しするインセンティブという形態をとりうる。人々の購買ニーズと他の基本的なニーズ（例えば学校や、保健サービスや社会的な義務へのアクセス）のために現金や食糧のいずれかを与えることの影響を考慮する必要がある。報償の種類とレベルは、上記の要因、現金および食糧の利用可能性、および地元の労働市場に影響を与える可能性を考慮し、ケースバイケースで決定されるべきである。
4. **支払い**：報償のレベルを設定するための普遍的に受け入れられたガイドラインはないが、報酬は現物でかつ所得移転として提供されている場合、ローカル市場での（例えば食糧の）再販価値が考慮されなければならない。プログラム活動への参加を通じた個人の所得の総額は、彼らが他の活動に時間を費やした場合よりも大きくする必要がある。これは、作業の対価としての食糧と現金に適用され、またビジネス立ち上げへの信用供与にも適用される。収入獲得の機会は、収入源の範囲を強化し、既存の収入源を置き換えないようにしなければならない。報償は、例えば賃金のインフレをもたらしたり、他の活動から労働力を転用したり、不可欠な公共サービスを損なうことなどにより、地元の労働市場に対してマイナスの影響を有してはならない。
5. **作業環境のリスク**：リスクの高い作業環境は、リスクを最小限に抑えたり、怪我を治療したりするための実用的な手続き、例えば必要に応じた説明会、防護服や救急キットなど、によって回避されるべきである。これには、HIVへの曝露のリスクを最小限にすることを含める必要がある。移動中の安全を向上させるための取り組みには、職場への安全なアクセスルートの確保、ルートがよく照明されていることの確保、懐中電灯の提供、早期警戒システムの利用（鐘、笛、ラジオや他のデバイスを利用するものを含む）と、グループで移動する、暗くなってからの移動を避けるなどの安全規範などがある。女性や少女、その他性的暴行の危険にさらされる人に対しては、特定の注意が払われなければならない。すべての参加者が緊急時の手順を知っており、早期

警戒システムにアクセスできることを確保すること（「権利保護の原則1，3」（p.31〜35）参照）。

6. **安全の低下と転用のリスク**：仕事への対価としての食糧や現金（例：完了した仕事に対しての貸付または支払い）の形態で資源を配布することは、プログラムのスタッフと受給者両方に対して、安全上の懸念をもたらす（「食糧の確保 ー 食糧配給基準5：ガイダンスノート6」（p.184）、「食糧の確保 ー 現金・バウチャー配給基準1：ガイダンスノート4」（p.190）参照）。

7. **介護の責任と生計**：収入を得る機会に参加することによって、育児やその他の介護の責任を損なってはならない。そのような事態は、栄養不足やその他の健康上のリスクを高めることがあるからである。プログラムは、介護者の採用や、介護施設の提供を検討する必要がある。人々の生活における仕事、特に女性の仕事を増加させることは適切ではない。プログラムは、他の雇用や教育等の他の機会へのアクセスに悪影響を与えたり、すでに行われている生産活動から家庭の資源を流用したりしてはならない。所得創出への参加は、通常義務教育の終了年齢以上とされる雇用最低年齢についての国内法を尊重しなければならない。

8. **報償の使用**：公正な報償とは、生み出された収入が食糧の確保に必要なリソースのかなりの割合に寄与していることを意味する。現金もしくは食糧配給の家庭での管理（家庭内での配布と最終使用を含む）は、配給方法が既存の緊張を悪化もしくは拡散させることがあり、家庭のメンバーの食糧確保の状況に異なる影響を与えるため、理解されなければならない。収入と雇用を創出する対応は、食糧確保に影響を及ぼすコミュニティレベルのリソースなど、複数の食糧確保の目標をしばしば有している。例えば、道路の修復は市場や医療へのアクセスを改善し、ウォーター・ハーベスティング（訳注：乾燥地における水の利用手法）や灌漑システムの修復や構築は生産性を向上させる。

食糧の確保 ー 生計手段基準3：　市場アクセス

生産者や消費者、取引業者としての被災集団の市場の物資やサービスへの安全なアクセスが、保護され促進されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 生産者、消費者や取引業者のための手が届く価格の運営市場へのアクセスを保護し強化する（ガイダンスノート1参照）。
- 食糧の確保と生計に関する対応を、地元の市場が機能しているか崩壊しているかについての実証された理解と、市場強化の潜在的可能性とに基づいて決定する（ガイダンスノート2参照）。

- 改善と政策変更についてのアドボカシーを、介入前に実施した市場分析に基づいて行う（ガイダンスノート3参照）。
- 脆弱性の高い人々の市場アクセスを促進しサポートするための手順を実行する（ガイダンスノート4参照）。
- 食糧の購入と配給を含む、人道対応の地元の市場への悪影響を制御する（ガイダンスノート5参照）。
- 市場での極端な季節性やその他の異常な価格変動の負の影響を最小限に抑える（ガイダンスノート6参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 介入は、直接的な介入を通して、もしくは現金および/もしくはバウチャープログラムを介した地元取引業者の促進を通して、市場の回復をサポートするように設計されている。
- すべての対象集団が、プログラムの期間を通して、市場の財、サービス及びシステムに対して安全かつ完全なアクセスを有する。

ガイダンスノート

1. **市場の需要と供給**：市場への経済的アクセスは、購買力、市場価格や利用可能性に影響される。購買可能性は、必需品（食糧、種子などの基本的な農業生産資源、ツール、ヘルスケアなど）間の取引条件と収入源（換金作物、家畜、賃金など）によって決まる。資産の侵食は、商業の劣化によって人々が必需品を（法外な価格で）購入するために資産を売却する（しばしば低価格で）ことを余儀なくするときに発生する。市場へのアクセスはまた、政治や安全の環境によって、また文化的または宗教的な配慮―少数民族などの特定のグループのアクセスを制限するもの―によっても影響を受ける。

2. **市場分析**：脆弱性が高い個人を含むすべての被災者のための、機能している市場へのアクセスについて、考慮されるべきである。現金、バウチャーや食糧による報償支払いや生産資源の提供という対応に先立ち、供給された商品の市場分析が適切なレベルで行われるべきである。余剰品の現地購入は、地元の生産者をサポートするが、副作用のリスクも特定する必要がある。輸入品は現地価格を低下させる可能性が高い（「食糧の確保と栄養に関する事前評価基準1：ガイダンスノート7」（p144）参照）。

3. **アドボカシー**：市場は、ローカル市場の状況に影響する、広範な国家経済および世界経済の中で動いている。たとえば、価格および貿易政策を含む政府の政策は、アクセスと利用可能性に影響を与える。このレベルでの行動は災害対応の範囲を超えているが、機関共同でのアプローチの機会や、政府や他の機関と共同での改善への提言機会があるかも知れないため、これらの要因を分析する必要がある（「権利保護の原則3」（p.35）参照）。

4. **脆弱性が高い人々**：市場へのアクセスと生活の機会が制限されている人々を特定する脆弱性分析を実施すべきである。障がい者、HIVと共に生きる人々、高齢者および介護の責任を持つ女性は、市場アクセスについてサポートされる必要がある。

5. **介入の影響**：食糧、種子又はその他の物品の現地調達は、消費者が不利になるが地元の生産者の利益にはなるローカルなインフレを引き起こす可能性がある。逆に、輸入食品は価格を押し下げ、地域の食糧生産への阻害要因として作用する可能性があり、潜在的に食糧不安を増大させる。現金の提供は、地域経済にプラスの乗数効果を与えることがあるが、主要物品の地元のインフレを引き起こす可能性がある。調達の責任者は、これらの影響を観察し考慮する必要がある。食糧配給はまた、所得移転の一形態であるため、受益者の購買力に影響を与える可能性もある。一部の商品は他の商品と比較してより良い値で売りやすい。例えばブレンド食品に対して油。与えられた食品または食品のバスケットに関連した「購買力」は、それが受益者の家庭で食べられるか売却されるかに影響する。家庭の売却と購買への理解は、食糧配給プログラムの広汎な影響を判断する上で重要である。

6. **異常に極端な季節的価格変動**は、価格が最も低いときに（通常は収穫後）商品を売却しなければならない貧しい農業生産者や、旱魃時に売却を余儀なくされる家畜所有者に悪影響を及ぼす。逆に、可処分所得が少ない消費者は、食糧の備蓄に投資できず、代わりに少ないが頻繁な購入に依存する。従って、例え価格が高いときでも（例：旱魃時）、購入を余儀なくされる。これらの効果を最小化することができる介入の例には、改善された輸送貯蔵システム、分散型の食糧生産および危機における現金もしくは食糧配給などがある。

付記1

食糧の確保と生計手段に関する事前評価チェックリスト

食糧の確保に関する事前評価では、人々の収入や食糧の獲得先とその戦略により、被災集団を大体の生計グループに分けることがしばしばある。これには経済状態や階層による分類も含まれる場合がある。現在の状況と被災前の食糧確保の動向とを比較することが重要である。いわゆる「平年」を基準として考える。女性と男性のそれぞれ固有の役割と脆弱性と、家庭の食糧の確保に対する影響を考慮する。

以下のチェックリストでは、食糧の確保に関する事前評価において、一般的に考慮される幅広い領域を網羅している。

1. 生計グループの食糧の確保

- 集団の中で、同一の生計戦略を共有しているグループがあるか？　これらのグループは、主たる食糧源や収入源によりいかなる分類ができるか？

2. 災害前の食糧の確保（基準）

- 各生計グループは、災害前にはどのように食糧や収入を得ていたか？　最近の平年における食糧源と収入源は何であったか？
- 上記の異なる食糧源と収入源は、平年にはどのような季節的変動があったか？（季節別カレンダーの作成は有用である。）
- 過去5年から10年を振り返り、食糧の確保は年々どのように変化してきたか？（好調な年と不調な年の時系列または履歴を作成すると役立つ場合がある。）
- 各生計グループには、どのような資産、貯蓄、その他の蓄えがあるか？（例：備蓄食糧、預金、家畜保有、投資、貸付金、無請求借入金等。）
- 1週間または1ヵ月間で、家庭ではどのような支出があり、各支出がどのぐらいの割合を占めるか？
- 家庭の中で誰が現金管理の責任を負っており、現金は何に支出されるか？

- 生活必需品を入手するのに、最も近いマーケットはどのぐらいアクセスしやすいか？（距離、治安、移動のしやすさ、マーケット情報の提供状況、交通等を考慮する。）
- 食糧を含む生活必需品の供給状況と価格はどれぐらいか？
- 災害前は、必須の収入源からの収入と食糧との平均取引条件はどれぐらいだったか？　例えば、賃金と食糧、家畜と食糧など。

3. 被災状況下での食糧の確保

- 識別された各生計グループの異なる食糧源と収入源に、災害がどのように影響しているか？
- 各グループの食糧の確保に見られた通常の季節別パターンに、災害がどのように影響しているか？
- マーケットへのアクセス、マーケットの利用可能性、生活必需品の価格に、災害がどのように影響しているか？
- 各生計グループの対処戦略はいかなるもので、どれぐらいの割合の人々がそれに関与しているか？
- これは災害前の状況と比較してどのように変化しているか？
- どのグループ、または集団が最も大きな影響を受けているか？
- 対処戦略は、短・中期的に人々の金融資産とその他の資産にどのような影響を及ぼすか？
- 対処戦略は、すべてのグループならびに弱者層の保健、全体的な福利、および尊厳に対してどのような影響を及ぼすか？　対処戦略に伴う危険はあるか？

付記2

種子の確保に関する事前評価チェックリスト

以下は、種子の確保に関する事前評価の質問例である。

1. 災害前（基準）

- 何が農家にとって最も大切な作物か？　彼らはそれを消費しているか、収入の糧としているか、その両方か？　これらの作物は毎シーズン育てるものか？　ストレス期に重要となりうる他の作物は何か？
- 農家は通常、作物のための種子やその他の植え付け資材をどのように得ているか？（全ての入手経路を考慮する。）
- それぞれの主要な作物の播種のパラメーターは何か？　平均的な植え付け面積はどの程度か？　種子率はいくらか？　増殖率（植え付けた種に対する収穫した種もしくは作物の比率）はいくらか？
- 特定の作物の重要なもしくは推奨される品種はあるか？
- 特定の作物や品種の生産のために、どのようなインプットが不可欠か？
- 生産過程や生産後の各段階において、意志決定、作物の管理や作物製品の処理に責任があるのは、家族の中で誰か？

2. 災害後

- 受益者の観点から、農業関連の介入は実現可能か？
- 農家は、状況が今や、彼らが正常に作物を栽培、収穫し、販売したり消費したりできるほど十分に安定して安全になっていると確信しているか？
- 彼らは、農地やその他の生産手段（肥料、農具、役畜）への十分なアクセスを有しているか？
- 彼らは農業に再び取り組む準備はあるか？

3. 種子の需要と供給の評価：家庭での備蓄

- 播種用に十分な量の自家製種子は利用可能か？　これには、農家自身の収穫による種子と社会的ネットワーク（例えば、隣人）を介して利用できる可能性がある種子の両方が含まれている。
- これは、農家がまだ植えたい作物か？　地域の実情に適応されているか？その作物への需要はまだあるか？
- 農家自身の生産で得られる品種は、次のシーズンに植えるために依然として適しているか？　種子の品質は、農家の通常の基準を満たしているか？

4. 種子の需要と供給の評価：地元市場

- 災害にもかかわらず、市場は概ね機能しているか（市場が立つ日があるか、農家は自由に移動、販売し、購入できるか）？
- 現在利用可能な種子や穀物の量は、過去の同時期における通常の条件の量に匹敵するか？
- 農家が栽培に適していると捉えている作物や品種は市場にあるか？
- 種子や穀物の現在の市場価格は、過去シーズンの同時期の価格に匹敵するか？　価格差がある場合は、その幅は、農民にとって問題になりそうか？

5. 種子の需要と供給の評価：公的セクターの種子

- 公的セクターから提供される作物や品種は、特定のストレスゾーンに合わせて適応されているか？　農家がそれらを好むという証拠はあるか？
- 利用可能な公的セクターの種子の量は、援助の必要性を満たすことができるか？　もし満たせないとすれば、農民のニーズの何割がカバーされる可能性があるか？

付記3

栄養に関する事前評価チェックリスト

以下に挙げる質問は、栄養不足の潜在的原因、栄養上のリスクと人道対応の可能性を調べる初期評価を実施する際に用いる質問例である。質問は栄養不足要因の概念的フレームワーク（p.138参照）に基づいている。情報は様々な情報源から入手できることが多く、収集には重要な情報提供者との面談、二次データの観察と見直しなど、様々な評価ツールが必要となる（「コア基準1, 3〜4」（p.51〜60）も参照）。

緊急事態の発生前

被災集団において、栄養不足の性質、規模、原因についてどのような情報がすでに存在しているか？（「食糧の確保と栄養についての事前評価基準2」（p.145）参照）

栄養不足の現状のリスク

1. 食糧へのアクセスの減少に伴う栄養不足のリスク　ー　「付記1：食糧の確保と生計手段に関する事前評価チェックリスト」を参照。
2. 乳幼児の摂食とケアの実践に伴う栄養不足のリスク：
   - 家庭における役割や責任が変化したことを意味する、仕事や社会的なパターンの変化があるか？（例：移住や移動、武力紛争による）
   - 世帯の通常の組成に変化はあるか？　世帯から分離された多数の子どもたちがいるか？
   - 二次的な介護者へのアクセスや、子どものための食糧へのアクセス、水へのアクセスなどに影響する、通常のケア環境の中断が起こっているか？（例：移動によって）
   - 母乳育児されていない乳児がいるか？　人工栄養によって育てられている乳児がいるか？
   - 緊急時における幼児の摂食慣行の衰退、特に母乳育児の開始率または完全母乳育児率の低下、人工栄養摂食率の増加、および/または母乳育児されていない乳児の割合の増加について、証拠または疑いがあるか？
   - 年齢に応じた、栄養的に十分で安全な補完的食品およびその調理手段は、衛生的にアクセス可能か？

- 乳児用ミルク、その他の乳製品、哺乳瓶や哺乳瓶用乳首などの母乳代用品に関し、寄贈または購入により一般への配給が行われているとの証拠または疑いがあるか？
- 地方のコミュニティでは、動物の群れが幼児から遠く離されているか？　牛乳の利用可能性は通常時から変化したか？
- 家庭レベルでHIVとエイズ患者のケアがなされているか？

3. 公衆衛生の貧困さに伴う栄養不足のリスク（保健の章（p.271）参照）：
   - 麻疹や急性下痢性疾患などの、栄養状態に影響を与える可能性がある病気の集団流行の報告があるか？これらの集団流行が発生するリスクはあるか？（「必須保健サービス ー 感染症対策基準1〜3」（p.294〜298）参照）
   - 被災集団の麻疹ワクチン推定接種率はどの程度か？（「必須保健サービス ー 子どもの保健基準1」（p.302）参照）
   - 麻疹の予防接種と共に定期的にビタミンAが与えられているか？　ビタミンA補給の推定カバー率はどの程度か？
   - 死亡率（粗死亡率または5歳未満児死亡率）の推定はされているか？　どの値とどの方法が用いられているか？（「必須保健サービス基準1」（p.292）参照）
   - 被災集団の急性呼吸器感染症の有病率やエネルギー必要量に影響を与える可能性がある周囲温度の大幅な低下があるか、もしくはありそうか？
   - HIVの有病率が高いか？
   - 人々は、貧困や病気に起因する栄養不良に対して既に脆弱か？
   - 人口過密か、結核の高い有病率かリスクがあるか？
   - マラリアの発生率が高いか？
   - 人々は長時間、水の中にいたり、服が濡れていたり、過酷な環境条件にさらされたりしているか？

4. 介入を行いうる、どのような公式、非公式な地元の組織が現在あるか？
   - 保健省、宗教団体、コミュニティの支援団体、母乳育児のサポートグループや、地域で長期または短期のプレゼンスがあるNGOのキャパシティはどのようなものか？
   - 地元コミュニティ、個人、NGO、政府機関、国連機関、宗教団体等による、どのような栄養面の介入やコミュニティベースのサポートがすでに実施されていたり組織されていたりするか？　栄養に関する政策（過去、現行、および廃止済み）はどのようなものか、現在の状況への対応として実施中または計画中の長期的な栄養面の対応やプログラムにはどのようなものがあるか？

付記4

急性栄養失調の判定

主要な栄養面での緊急事態においては、栄養に関する事前評価やプログラムに対し、生後6ヶ月未満の幼児、妊婦および授乳中の女性、子ども、青年、成人や高齢者を含めることが必要になる場合がある。

生後6〜59ヶ月の子ども以外の年齢層の調査は、以下の場合にのみ行うべきである：

- 栄養失調の原因分析を含め、状況の徹底的な文脈分析が行われている。この分析の結果、幼児の栄養状態が一般の人々の栄養状態を反映していないことが明らかな場合にのみ、他の年齢層の調査を考慮する。
- データ収集の質の高さ、十分な分析と正確なプレゼンテーションと結果の解釈を確保するために、技術的な専門知識が利用可能である。
- 調査の中で他の年齢層を含めたリソースおよび/または機会コストが考慮されている。
- 調査のための明確かつ十分に文書化された目標が策定されている。

6ヶ月未満の子ども

この年齢層のための研究は進行中であるが、評価と管理のための基礎となるエビデンスは、現在のところ限定的である。ほとんどのガイドラインは、6〜59ヶ月の子どもの急性栄養失調と同じ身体測定上の症例定義を推奨している（現在6ヶ月未満の乳児では推奨されていない中上腕周囲径（MUAC）を除く）。入院基準は、現在の身体のサイズではなく、成長を評価することに焦点を当てる。NCHS成長参照からWHO2006年成長基準に変更した結果、6ヶ月未満の乳児における消耗の症例が増加する。この変更の影響を考慮して対処する必要がある。潜在的な問題は、より多くの乳児が摂食の問題を示すことと、保護者が完全母乳育児の適切性について懸念を示すようになること等がある。以下を評価し、考慮することが重要である：

- 乳児の身長の成長 ー 身体のサイズは小さくても、良好な成長率であるか？（例えば一部の乳児は低出生体重から「キャッチアップ」するかもしれない）
- 乳児の摂食習慣 ー 完全母乳育児か？

- 臨床状況 ー 乳児に、治療可能または大きな危険となる何らかの医学的合併症や状態があるか?
- 母親の要因 ー 例えば、母親は家族からのサポートがなかったり抑圧されていたりするか? 高リスクの乳児は、集中栄養治療プログラムへの入院において優先順位を高くする必要がある。

6〜59ヶ月の子ども

下記の表には、生後6〜59ヵ月の子どもの栄養失調の程度を判定する際に一般的に用いられる指標が示されている。体重/身長比 (WFH) 指標は、WHO2006年児童成長基準を用いて算定すべきである。WFHのZ点 (WHO基準に準拠) は身体測定の結果を報告するのに適した指標である。上腕周径 (MUAC) は急性栄養失調についての単独の基準であり、死亡の予測に最も有効な指標の1つである。低MUACはまた、補完的な摂食や治療ケアプログラムの症例を予測する調査において用いられる。一般的に用いられる判定基準は、11.5センチ未満だと深刻な急性栄養失調、11.5〜12.5センチで中程度の急性栄養失調である。MUACはまた、より高い基準をあわせた、二段階スクリーニングプロセスにおいてもよく用いられる。身体測定の中で単独で用いるべきではないが、栄養プログラムへの受け入れ基準として単独で用いることはできる。

	全体的 急性栄養失調	**中度の 急性栄養失調**	**重度の 急性栄養失調**
子ども 6.0〜59.9 ヶ月	WFH Zスコア -2点未満 および/または MUAC 12.5センチ未満 および/または 栄養性浮腫	WFH Zスコア -3〜-2点未満 および/または MUAC 11.5〜12.5センチ 未満	WFH Zスコア -3点未満 および/または MUAC 11.5センチ未満 および/または 栄養性浮腫

5〜19歳の子ども

WHO2007年成長基準の使用は、5〜19歳の子どもの栄養状態を判断するために推薦される。これらの成長についての参照データ曲線は、1977年NCHS/WHO参照を再構築したものであり、6〜59カ月の子どもについてのWHO成長基準および成人の推奨カットオフ値に密接に沿っている。高年齢の子どもおよび青年におけるMUACの使用は、特にHIVの状況では、考慮することができる。これは発展途上の技術的エリアであるため、最新のガイダンスおよび技術的更新情報を参照することが重要である。

大人 (20〜59.9歳)

成人の急性栄養失調についての合意された定義はないが、重度の急性栄養失調のためのカットオフ値はボディマス指数 (BMI) が16より低いということであり、軽度および中程度の急性栄養失調については、18.5未満である。成人の栄養失調の調査は、体重、身長、座高およびMUAC測定値を収集することを目指すべきである。これらのデータは、BMIを計算するために使用することができる。BMIは、集団間の比較を行うためにのみ、Cormicインデックス (身長座高比) によって補正する必要がある。そのような調整は、成人の栄養不足の明らかな有病率を実質的に変更することとなり、重要なプログラム的問題となるかもしれない。MUAC測定は常に実施される必要がある。即時の結果が必要とされるか、またはリソースが厳しく制限されている場合、調査はMUAC測定値に基づくことができる。

身体測定結果の解釈は、検証済みの機能的なデータと結果の意味を判断するためのベンチマークが欠如していることによって複雑にされているため、そのような結果は、状況についての詳細な情報と一緒に解釈されなければならない。評価に関する指針は、参照・参考文献の中から見出すことができる。

栄養ケアの入院と退院について個人をスクリーニングするための基準は、身体測定指標の組み合わせ、臨床徴候 (特に衰弱、最近の体重減少) と社会的要因 (食糧へのアクセス、介護者の有無、避難所等) を含んでいる必要がある。成人の浮腫は、栄養失調以外のさまざまな理由が原因で発生する可能性があることに注意すべきであり、臨床医は、成人の浮腫について他の要因を除外するために評価する必要がある。BMIの既知の欠点と、MUACとそれらを使用するプログラムの影響に関する情報の欠如を考慮しながら、個々の機関が指標に基づいて、ケアのための適格性を判断しなければならない。これは発展途上の技術的エリアであるため、最新の指針および技術的更新情報を参照することが重要である。

MUACは、例えば給食プログラムへの参加の基準として、妊娠中の女性のためのスクリーニングツールとして用いることができる。妊婦の追加的栄養ニーズを考えると、彼女らは集団内の他のグループよりも高いリスクにさらされる可能性がある。MUACは、妊娠によっては大幅に変更されない。MUACが20.7センチ未満 (重篤なリスク) および23センチ未満 (中程度のリスク) である場合、胎児の成長遅延のリスクとなることが示されている。リスクのための推奨カットオフ点は、国によって異なり、21センチから23センチまでの幅がある。21センチ未満は、緊急事態においてリスクがある女性を選択する適切なカットオフ基準であることが示唆されている。

高齢者

現在のところ、高齢者の栄養失調についての合意された定義は存在しないため、このグループは緊急時に栄養失調の危険にさらされる可能性がある。WHOは、BMIの成人に対するしきい値は60〜69歳以上の高齢者にも適切かもしれないこと

を示唆している。しかしながら、脊柱湾曲（猫背）と脊椎の圧縮のために、測定の精度が問題となる。腕の長さやデミスパンは身長の代わりに使用されるが、身長を計算する乗算係数は集団に応じて変化する。目視評価を行うことが必要である。MUACは高齢者の栄養失調を測定するために有用なツールであるかもしれないが、適切なカットオフの研究は依然進行中である。

障がい者

現在のところ、身体障がい者の測定のためのガイドラインは存在せず、したがって、彼らは身体測定調査からしばしば除外される。目視評価を行うことが必要である。移動のために上腕の筋肉が鍛えられているかもしれない場合には、MUACの測定は誤解を招く可能性がある。長さ、腕の外周、デミスパンまたは下肢の長さを含め、標準的な身長測定を代替するものがある。標準体重、身長およびMUACの測定が適切ではない身体障がい者を測定する最も適切な方法を決定するために、最新の研究にあたる必要がある。

付記5

微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重大性の判定

臨床微量栄養素欠乏症が発見された場合、それは個別に緊急に治療されるべきである。臨床微量栄養素欠乏症の個々のケースはまた、通常、集団レベルでの微量栄養素欠乏の根本的な問題の指標となる。集団レベルでの微量栄養素欠乏症の判定と分類は、介入の計画とモニタリングのために重要である。

生化学検査は、微量栄養素の状態についての客観的尺度を提供するという利点がある。ただし、テストのための生物学的サンプル収集はしばしば、物流、スタッフのトレーニング、コールドチェーン、時には受容可能性の課題を提示する。生化学的測定はさらに、必ずしも想像されるほどには、明確に有用、すなわち高感度かつ特異的、というわけではない。また、急性栄養失調におけるように、サンプルが収集されたのが1日の中でいつなのか、年間のどの季節なのかに応じて変動があるかもしれない。優れた品質管理が不可欠であり、サンプルのテストのための検査室を選択する際に常に考慮すべきである。

微量栄養素　の状態を評価する際に、不足だけでなく、過度の摂取の可能性にも留意する必要がある。これは、複数の、高度に栄養強化された製品やサプリメントが被災集団へ微量栄養素を提供するために使用される場合の特有の懸念である。

以下の表は、さまざまな指標を使用した、いくつかの微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重要性の分類を示している。

微量栄養素欠乏症指標	発症率調査を行う対象として推奨される年齢グループ	公衆衛生上の問題の判定基準	
		深刻度	発症率（%）
ビタミンA欠乏症			
夜盲症（XN）	24〜71ヶ月	軽度	>0 〜 <1
		中度	≧1 〜 <5
		重度	≧5
ビトー斑点（X1B）	6〜71ヶ月	特定せず	>0.5
角膜乾燥症/潰瘍/角膜軟化症（X2, X3A, X3B）	6〜71ヶ月	特定せず	>0.01

微量栄養素欠乏症指標	発症率調査を行う対象として推奨される年齢グループ	公衆衛生上の問題の判定基準	
		深刻度	発症率 (%)
角膜瘢痕 (XS)	6〜71ヶ月	特定せず	>0.05
血清レチノール（≦0.7μモル/ L）	6〜71ヶ月	軽度	≧2 〜 <10
		中度	≧10 〜 <20
		重度	≧20
ヨウ素欠乏症			
甲状腺腫 (可視+触診可能)	学齢児童	軽度	5.0 〜 19.9
		中度	20.0 〜 29.9
		重度	≧30.0
尿中ヨウ素濃度中央値（mg/l）	学齢児童	過剰摂取	>300[1]
		適正摂取	100 〜 199[1]
		軽度欠乏症	50 〜 99[1]
		中度欠乏症	20 〜 49[1]
		重度欠乏症	<20[1]
鉄分欠乏症			
貧血（ヘモグロビン量 非妊婦：12.0g/dl未満、子ども6〜59ヶ月：11.0g/dl未満）	女性、6〜59ヶ月の子ども	低	5 〜 20
		中	20 〜 40
		高	≧40
脚気[1]			
臨床徴候	全人口	軽度	≧1件 & <1%
		中度	1 〜 4
		重度	≧5
食事摂取量（<0.33 mg/1000kcal）	全人口	軽度	≧5
		中度	5 〜 19
		重度	20 〜 49
乳児死亡率	乳児2〜5ヶ月	軽度	死亡率の増加なし
		中度	死亡率のわずかな上昇
		重度	死亡率の著しい上昇

微量栄養素欠乏症指標	発症率調査を行う対象として推奨される年齢グループ	公衆衛生上の問題の判定基準	
		深刻度	発症率 (%)
ペラグラ			
調査対象年齢層の臨床徴候（皮膚炎）	全人口または　女性>15歳	軽度	≧1件 & <1%
		中度	1 〜 4
		重度	≧5
ナイアシン等価物の食事摂取量 <5 mg /日	全人口または　女性>15歳	軽度	5 〜 19
		中度	20 〜 49
		重度	≧50
壊血病			
臨床徴候	全人口	軽度	≧1件 & <1%
		中度	1 〜 4
		重度	≧5

1 生化学的検査および公衆衛生のしきい値の詳細については、最新の文献を参照するか、専門家の助言を求めること。

付記6

栄養所要量

以下の数値は、災害の初期段階で計画目的に使用することができる。次ページの表に示した栄養素最低所要量は、集団をターゲットとした一般配給食糧の適切性を評価するために使用するべきである。所要量は、想定人口統計プロファイル、周囲温度についての前提条件、および人々の活動レベルに基づいて算定されている。所要量はまた、妊婦と授乳中の女性についての追加ニーズを考慮している。所要量は、補完的または治療的ケアのための配給の妥当性を評価することや、結核に苦しんでいる個人やHIVと共に生きる人々など、特定のグループを対象とした配給を評価することを意図したものではない。

次ページに記載されている所要量を使用する前に考慮すべき重要なポイントが2つある。第1に、これらの集団平均最低所要量には、あらゆる年齢層と男女が含まれている。したがって、これらは特定の年齢層やどちらかの性別に特有の数値ではなく、個人の所要量として用いられてはならない。第二に、栄養所要量は、特定の集団のプロファイルに基づいている。

栄養素	集団の最低所要量[1]
熱量	2,100 kcal
タンパク質	53 g（総熱量の10%）
脂肪	40 g（総熱量の17%）
ビタミンA	550 μg RAE*
ビタミンD	6.1 μg
ビタミンE	8.0 mgα-TE*
ビタミンK	48.2 μg
ビタミンB1（チアミン）	1.1 mg
ビタミンB2（リボフラビン）	1.1 mg
ビタミンB3（ナイアシン）	13.8 mg NE
ビタミンB6（ピリドキシン）	1.2 mg
ビタミンB12（コバラミン）	2.2 μg

栄養素	集団の最低所要量[1]
葉酸	363 μg DFE*
パントテン酸塩	4.6 mg
ビタミンC	41.6 mg
鉄分	32 mg
ヨウ素	138 μg
亜鉛	12.4 mg
銅	1.1 mg
セレン	27.6 μg
カルシウム	989 mg
マグネシウム	201 mg

* α-TE (α-tocopherol equivalents): α-トコフェロール当量
RAE (retinol activity equivalents): レチノール活動当量
DFE (dietary folate equivalents): 食事中葉酸当量
1 エネルギーと銅を除くすべての栄養素について、基準栄養摂取量（RNI）として表現
出典：「Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition. Second edition」（FAO/WHO (2004)）によるRNIが、銅を除く全てのビタミンおよびミネラルの所要量算定において用いられている（銅は同書に含まれていないため）。銅所要量は、「Trace Elements in Human Nutrition and Health.」（WHO (1996)）による。

以下の表は、世界での年齢層別平均人口構造の指標を示している。しかし、これは状況固有のものであり、大きく異なりうることに注意することが重要である。例えば、いくつかの農村地域では、ミドル世代の転出が、子供を世話する高齢者の不釣合いに高い数値をもたらしている。

分類	全人口に対する比率（%）
0〜6ヶ月	1.32
7〜11ヶ月	0.95
1〜3歳	6.58
4〜6歳	6.41
7〜9歳	6.37
10〜18歳：女性	9.01
10〜18歳：男性	9.52
19〜50歳：女性	17.42
51〜65歳：女性	4.72

19〜65歳：男性	27.90
65歳以上：女性	2.62
65歳以上：男性	2.18
妊婦	2.40
授乳婦	2.60

出典: United Nations (2003), World Population Prospects: The 2002 Revision, Interpolated Population by Sex, Single Years of Age and Single Calendar Years, 1950 to 2050.

集団の熱量所要量は、下記の要因に合わせて調整する。

- 母集団の人口構成。特に5歳未満児と女性の割合
- 成人の平均体重と、現在、通常または理想の体重
- 生産的生活を維持するための活動レベル。活動レベルが軽度（すなわち、1.6×基礎代謝率）を上回ると所要量は増加する。
- 周囲の平均気温とシェルターと衣服の性能。周囲の平均気温が摂氏20度を下回ると所要量は増加する。
- 母集団の栄養と健康状態。母集団が栄養失調に陥っており、成長の遅れを取り戻す特別な必要がある場合、所要量は増加する。HIV/AIDSの罹患率が母集団の平均所要量に影響を及ぼす場合がある（「食糧の確保 ー 食糧配給基準1」（p.169）参照）。こうしたニーズを満たすように食糧の一般配給量を調整するべきかは、状況分析と、その時点での国際勧告による。

こうした情報を事前評価から得られない場合、上記の表にある数値を最小値として使用するべきである。

参照・参考文献

情報源

Black et al (2008), Maternal and child undernutrition 1. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. www.thelancet.com, series, 17 January.

CARE (2008), Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual.

Castleman, T, Seumo-Fasso, E and Cogill, B (2004 rev.), Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings. FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance) technical note no. 7. Washington DC.

Coates, J, Swindale, A and Bilinsky, P (2007), Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access. Indicator Guide. Version 3. FANTA. Washington DC.

Committee on World Food Security (2004), Voluntary guidelines to support the progressive realization of the right to adequate food in the context of national food security. Rome.

IFE Core Group (2007), Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. www.ennonline.net/ife

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction (includes School Feeding in Emergencies). Geneva.

International Labour Office (ILO) (1973), Minimum Age Convention No. 138. www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). Practical Action Publishing, UK.
www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf

Pejic, J (2001), The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework. International Review of the Red Cross, vol. 83, no. 844, p. 1097. Geneva. www.icrc.org.

SMART (Standardised Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines: SMART methodology version.

Swindale, A and Bilinsky, P (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide. Version 2. FANTA. Washington DC.

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12. United National Economic and Social Council (1999). www.unhchr.ch

UNHCR, World Food Programme (WFP), University College London and IASC Nutrition Cluster (2006), NutVal 2006 version 2.2. www.nutval.net/2008/05/download-page.html

WFP (2006), Food Distribution Guidelines. Rome.

WHO (2009), Child Growth Standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children.

WHO (2007), Growth reference for school-aged children and adolescents. www.who.int/growthref/en/

WHO (1981), The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. The full code and subsequent relevant World Health Assembly resolutions: www.ibfan.org

参考文献

事前評価についての参考

初期事前評価

IASC (2009), Multi-sectoral Initial Rapid Assessment (IRA) Tool. Global Health, Nutrition and WASH Clusters.

食糧の確保についての事前評価

CARE (2002), Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners. USA.

FANTA-2 (2009), Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis. Washington DC. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

FAO and WFP (2009), Crop and Food Security Assessment Missions (CFSAM) Guidelines. Rome.

Save the Children (2008), The Household Economy Approach: A guide for programme planners and policy-makers. London.

WFP (2009), Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. Rome.

WFP (2009), Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. Rome.

種子の確保についての事前評価

Longley, C et al (2002), Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems. Disasters, 26, 343-355.

Sperling, L (2008), When disaster strikes: a guide to assessing seed system security. International Center for Tropical Agriculture. Cali, Colombia.

生計手段の事前評価

Jaspers, S and Shoham, J (2002), A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability. ODI. London.

IASC (2009), Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings.

市場

CARE (2008), Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid?: Market Information and Food Insecurity Response Analysis.

Mike, A (2010), Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit. Practical action, Oxfam GB.

食糧消費

Food and Nutrition Technical Assistance Project (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS).

WFP (2008), Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet. Rome.

参加型手法

ActionAid (2004), Participatory Vulnerability Analysis. London.

CARE (2009), Climate Vulnerability and Capacity Analysis handbook.

IFRC (2007), How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. Geneva.

Tearfund (2009), Climate change and Environmental Degradation Risk and Adaptation assessment CEDRA

栄養および食糧確保情報システム

Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET): www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS): www.fivims.net/index.jsp

Integrated Food Security Phase Classification (2008), Technical Manual. Version 1.1.

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture, FAO: www.fao.org

Shoham, J, Watson, F and Dolan, C, The use of nutrition indicators in surveillance systems, Technical paper 2. ODI. London.

身体測定評価

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and WFP (2005), A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Rome.

Collins, S, Duffield, A and Myatt, M (2000), Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations. Geneva.

UN ACC Sub Committee on Nutrition (2001), Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting in SCN News, 22, pp49–51. Geneva.

Save the Children UK (2004), Emergency nutrition assessment, and guidance for field workers. London

Young, H and Jaspars, S (2006), The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies. A primer for decision makers. London.

微量栄養素評価

Gorstein, J et al (2007), Indicators and methods for cross sectional surveys of vitamin and mineral status of populations.

Seal, A and Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions. Geneva

乳幼児摂食 (IYCF) の事前評価

CARE (2010), Infant and young child feeding practices. Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide. www.ennonline.net/resources

乳幼児の摂食 (IYCF)

IFE Core Group (2009), Protecting infants in emergencies, Information for the media. www.ennonline.net/ife

IFE Core Group and collaborators (2009), IFE Module 1: Orientation package on IFE. www.ennonline.net/ife

IFE Core Group and collaborators (2007), Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. www.ennonline.net/ife

UNICEF and WHO (2003), Global Strategy for infant and young child feeding. Geneva.

UNHCR (2009), Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations. www.ennonline.net/ife

USAID, AED, FANTA, University of California DAVIS, International Food Policy Research Institute (IFPRI), UNICEF and WHO (2007), Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington DC.

WHO (2010), HIV and infant feeding. Principles and recommendations for infant feeding inthe context of HIV and a summary of evidence. Geneva.

WHO (2004), Guiding Principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva.

食糧確保についての介入

全般

Barrett, C and Maxwell, D (2005), Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role. London.

IASC (2005), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition.

Maxwell, D et al (2008), Emergency food security interventions. ODI, Good Practice Review #10. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies. Geneva.

対象選定と食糧配給

Jaspars, S and Young, H (1995), General Food Distribution in Emergencies: from Nutritional Needs to Political Priorities. Good Practice Review 3. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

UNHCR (2003), UNHCR Handbook for Registration. Geneva.

WFP (2009), School Feeding Quality Standards. Rome.

WFP (2008), Food Assistance in the context of HIV: Ration Design Guide. Rome. WFP (2006), Targeting in Emergencies. Rome.

サプライチェーンマネジメントおよび食糧の品質と安全

CARE, Food Resource Management handbook.

Logistics Cluster (2010), Logistics Operational Guide. WFP. Rome.

United Nations Humanitarian Response Depot (2010), Catalogue and Standard Operating Procedures. www.unhrd.org

WFP (2010), Food Quality Control: http://foodquality.wfp.org

WFP (2003), Food Storage Manual. Natural Resources Institute and WFP. Chatham, UK and Rome.

World Vision International, World Vision Food Resource Manual. Second edition.

World Vision International, Food Monitors Manual.

現金・バウチャーによる介入

Action contre la faim (2007), Implementing Cash-Based Interventions. A guide for aid workers. Paris.

Adams, L (2007), Learnings from cash responses to the tsunami: Final report, HPG background paper.

Cash Learning Partnership (2010), Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK, Oxfam GB and British Red Cross, with support from ECHO. London.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies, Oxfam GB. London.

Harvey, P (2005), Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper. ODI. London.

Harvey, P (2005), Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper. ODI. London.

種子についての介入

Catholic Relief Services (CRS) (2002), Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS, incollaboration with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics.

Sperling, L and Remington, T, with Haugen JM (2006), Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10. International Centre for Tropical Agriculture and CRS. Rome.

一般的な緊急時の栄養マニュアル

IASC (2008), A toolkit for addressing nutrition in emergency situations.

IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group (2006), Harmonised Training Package (HTP).

Prudhon, C (2002), Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations. Paris.

UNHCR and WFP (2009), Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies.

UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies. Geneva.

WFP (2001), Food and Nutrition Handbook. Rome.

WHO (2000), The Management of Nutrition in Major Emergencies. Geneva.

脆弱性が高い人々

FANTA and WFP (2007), Food Assistance Programming in the Context of HIV.

FAO and WHO (2002), Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS.

HelpAge International (2001), Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. Nairobi. www.helpage.org/publications

HelpAge and UNHCR (2007), Older people in disasters and humanitarian crisis.

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities.

Winstock, A (1994), The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children. Winslow Press. Bicester, UK.

急性栄養失調対策

ENN, CIHD and ACF (2010), MAMI Report. Technical Review: Current evidence, policies, practices & programme outcomes.

ENN, IFE Core Group and collaborators (2009), Integration of IYCF support into CMAM. www.ennonline.net/resources

FANTA-2 (2008), Training guide for community based management of acute malnutrition.

Navarro-Colorado, C, Mason, F and Shoham, J (2008), Measuring the effectiveness of SFP in emergencies.

Navarro-Colorado, C and Shoham, J (forthcoming), Supplementary feeding minimum reporting package.

VALID International (2006), Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual.

WHO (1999), Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. Geneva.

WHO, WFP, UNSCN and UNICEF (2007), Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. A Joint Statement by the WHO, WFP, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and UNICEF.

微量栄養素欠乏症

Seal, A and Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions.

UNICEF, UNU and WHO (2001), Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. Geneva.

WHO (2000), Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999), Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999),Thiamine Deficiency And Its Prevention And Control In Major Emergencies. Geneva.

WHO (1997), Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xeropthalmia. Second Edition. Geneva.

WHO and UNICEF (2007), Guiding principles for the use of multiple vitamin and mineral preparations in emergencies.

シェルター、居留地、ノン・フードアイテムに関する最低基準

Minimum Standards in Shelter, Settlement and Non-Food Items

本章の使い方

本章は、以下の2節に分かれている：

シェルターと居留地

ノン・フードアイテム：衣料、寝具、家庭用品

各節は、避難民や避難していない集団のための様々な対応シナリオで使用する総合的な基準を定めている。これには、元々の拠点での一時的もしくは過渡的な個々の家庭のシェルター、修繕された家屋への帰還、受け入れ先家族との一時的住居、および/もしくは計画的一時キャンプや自主設営キャンプ、集合センター、通過もしくは帰還センターによって構成される一時的な共同居留地等が含まれる。

権利保護の原則とコア基準は、この章と共に用いられるべきである。

最低基準は、主に災害への人道対応について示すことを第一の意図としているが、同時に災害対策や復旧活動への移行においても考慮される。

各節は次のように構成されている。

- **最低基準：**本質的に質的なものであり、シェルターの提供に関する人道対応において達成すべき最低レベルを定めている。
- **基本行動：**基準を満たすことを助ける、推奨される行動とインプットである。
- **基本指標：**最低基準が達成されているかどうかを示す「シグナル」である。基本行動のプロセスと結果を測定し報告するための手段を提供する：基本指標は最低基準に関連しており、基本行動とは関連していない。
- **ガイダンスノート：**最低基準や基本行動、基本指標を、異なる状況で適用する際に考慮すべき具体的な点が含まれる。これらは、現実の困難に取り組む際の指針や、優先すべき課題についてのベンチマークやアドバイスを提供する。また、基準や行動、指標に関する重要な論点を含み、現在の知見におけるジレンマ、論争やギャップを説明している。

要求される基本指標と基本行動が達成されない場合、結果として被災集団に対してどのような悪影響があるか評価すべきであり、適切な緩和活動が実施されるべきである。

ニーズの事前評価チェックリストが、対応活動を特定しモニターするにあたっての最低基準の適用に用いられるために提供されており、実用的な「ハウツー」的ガイダンスを含むさらなる参照・参考文献のリストも含まれている。

目次

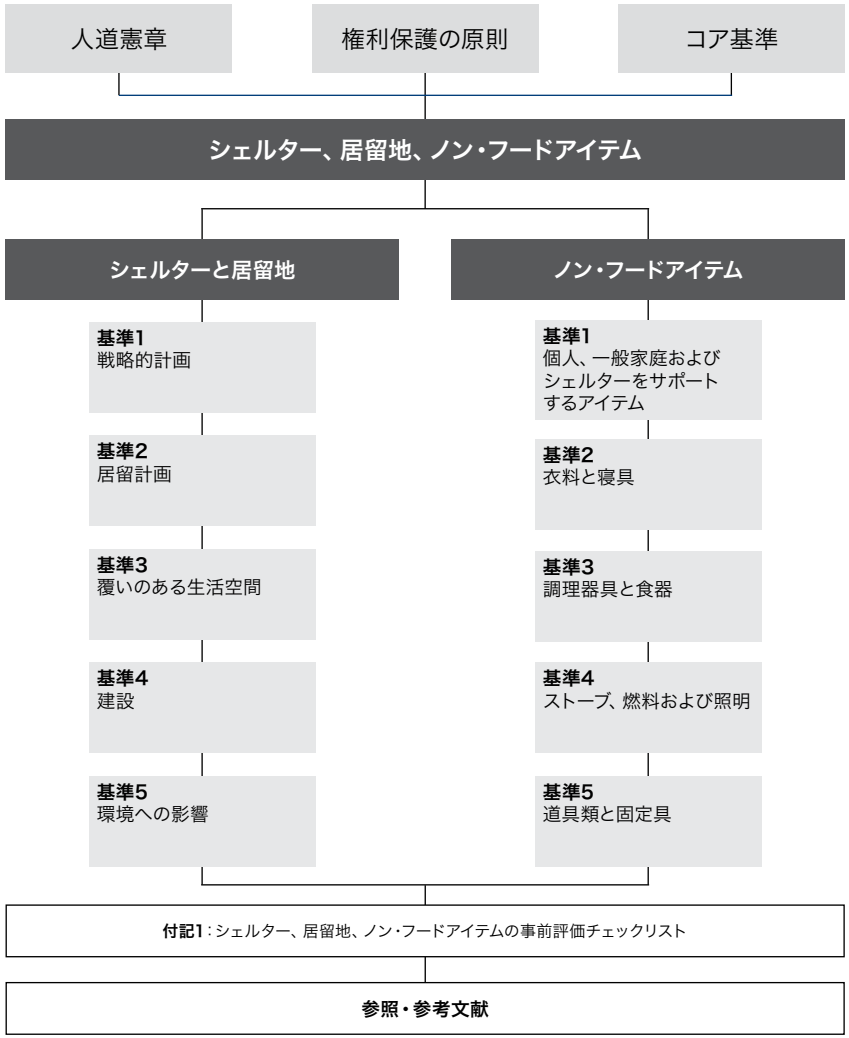
はじめに 231

1. シェルターと居留地 237

2. ノン・フードアイテム：衣料、寝具、家庭用品 253

付記1：シェルター、居留地、ノン・フードアイテムの事前評価チェックリスト 262

参照・参考文献 267



はじめに

人道憲章および国際法との関係

シェルター、居留地、ノン・フードアイテムに関する最低基準は、人道機関の共通の信念とコミットメント、および人道憲章に謳われている人道行動を統べる共通の原則、権利および義務を具体的に示したものである。人道の原則に基づき、国際法に反映されている通り、これらの原則は生命と尊厳への権利、保護と安全への権利、および必要に基づいた人道援助を受ける権利を含んでいる。人道憲章に反映されている主要な法的・政策的文書のリストは付録1（p338）に、援助職員のための説明と共に示した。人道的行動において、シェルター、居留地および関連したノン・フードアイテムは、人権法に記載されている居住の権利の範囲に含まれるよく知られた用語である。

すべての人は適切な居住への権利を有している。この権利は、国際的な主要法律文書の中で認められている（「参照・参考文献：国際法文書」参照）。これは、強制的退去からの保護や補償への権利および、安全かつ平和に、尊厳ある生活を営む権利と、所有権の保全を含む。これら文書は適切な住居を、以下を確保するものとして定義する：

- 十分なスペースと、低温、湿気、高温、雨、風、または構造上の危険性および病原体媒介生物を含むその他の健康に対する脅威からの保護
- サービス、施設、物資およびインフラの利用可能性
- 購入可能性、居住適性、利用可能性、場所、および文化的適合性
- 天然資源や共有資源、安全な飲料水、調理・暖房及び照明用の燃料、衛生及び洗浄施設、食糧の保管方法、ごみ処理、用地の排水、および緊急時のサービスへの持続可能なアクセス
- 医療サービス、学校、保育センターその他の社会的施設へのアクセス、ならびに生計手段を得る機会を提供する、居留地や住居の適切な配置
- 住居建設に関連した、建築資材および政策が、文化的独自性や住居の多様性の表現を適切に可能にすること

本章の最低基準は、関連する国際的な法的文書に規定された適切な住居への権利について完全に記載するものではない。それよりは、最低基準は、居住の権利

の中心となる内容を反映しており、この権利の発展的な実現に貢献するものである。

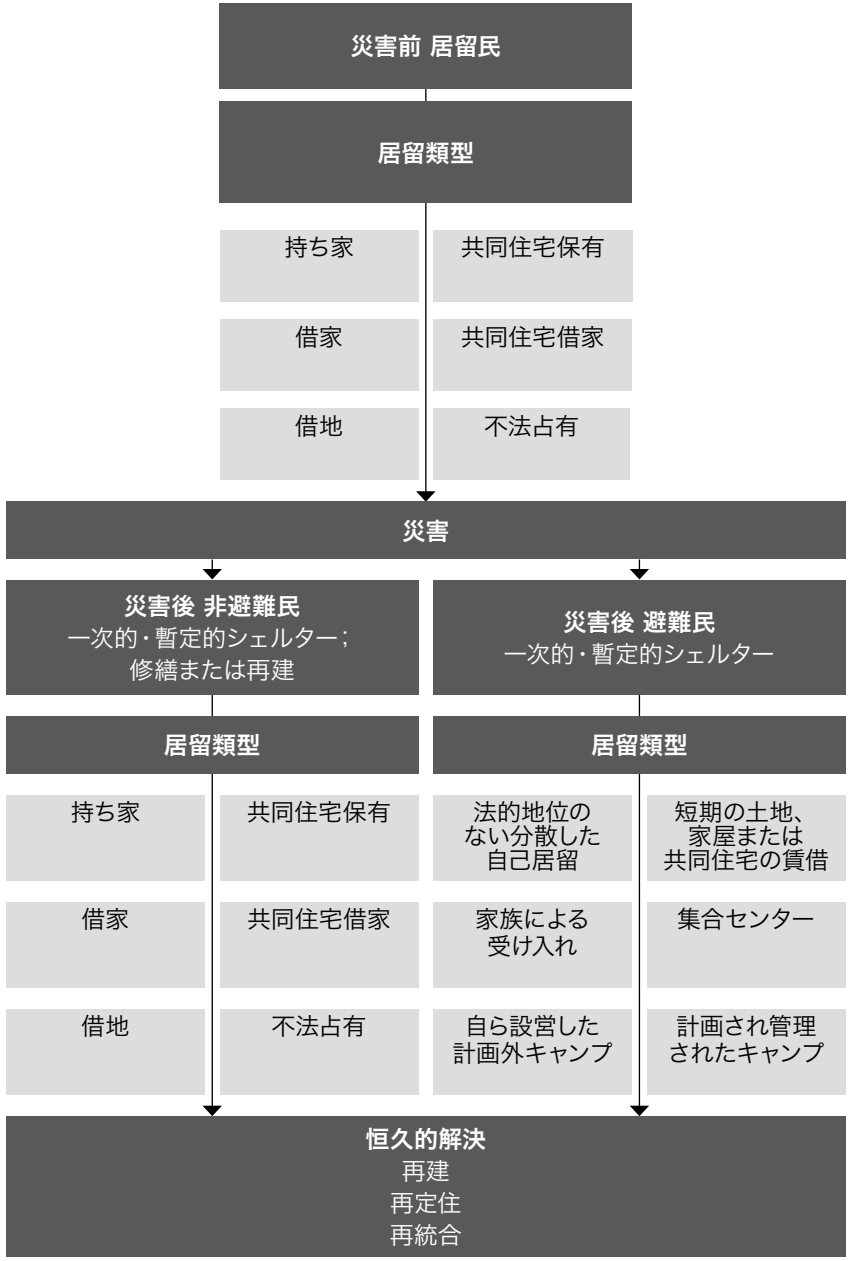
災害時におけるシェルター、居留地、ノン・フードアイテムの重要性

シェルターは、災害の初期段階において生存を左右する重要な要素である。シェルターは、生存手段というだけでなく、治安と個人の安全を守り、周囲の気候から身を守り、健康障害や疾患への耐性を強化する上で必要である。また、人間としての尊厳を守り、家族やコミュニティの生活を維持し、被災集団が災害の影響から回復できるようにするためにも重要である。シェルターと関連する居留地、ならびにノン・フードアイテムに関する対応は、既存の対応策を支援し、被災者による自給自足・自己管理を促進すべきである。地元のスキルおよび資源は、それが被災者や地元の経済に悪影響を与えない範囲で最大化しなければならない。いかなる対応も、既知の災害リスクを考慮に入れ、長期にわたる自然環境への悪影響を最小限に抑える一方で、被災集団が生計手段の支援活動を維持し、あるいは確立する機会を最大化するべきである。

温度の快適さ、気候の影響からの保護および個人の安全と尊厳は、個人自身のニーズや、彼らが住む覆いのある空間に関するニーズ、およびその所在場所のニーズの組み合わせが満たされることによって実現される。同様に、これらニーズを満たすためには、調理や食事手段、衣料および寝具、適切な覆いのあるエリアもしくはシェルター、必要に応じた暖房および換気手段、および必要不可欠なサービスへのアクセスの適切な組み合わせが求められる。

シェルター、居留地およびノン・フードアイテムについての被災集団のニーズは、災害の種類と規模および集団が避難する範囲によって決定される。対応はまた、避難した集団の、元々の居住地に戻り、復旧プロセスを開始することへの能力と意欲によって決定される。彼らが戻ることができなかったり望まなかったりする場合には、一時的または過渡的なシェルターと居留地の解決策を必要とする（次ページの図を参照）。被災地が農村部か都市部か、地元の気候や環境条件、政治及び安全保障情勢、および被災集団がそのシェルターへのニーズを満たすことに寄与する能力を含む、災害の地元での状況によって、対応が決定される。

シェルターと居留地オプションおよび対応シナリオ



極端な天候で、シェルターが生存に重要であるか、避難の結果として被災者が適切なシェルターを建設できない状況では、テントや類似のものなど迅速に展開可能なシェルターの解決策や既存の公共のビル内に提供される一時的な宿泊施設が必要となる。避難民は、ホストファミリーとの同居を手配するか、個々の家庭として、または既存の集落の中での家庭集団の中で居留するか、計画または管理されたキャンプや集団センターに一時的に収容されるかする必要がある。

既存の住居を修理または適応させたり、新しい構造を建設したりすることが可能な場合、被災集団はサポートされる必要がある。援助には、適切な建設資材、工具や固定具、現金またはバウチャー、技術指導および訓練またはこれらの組み合わせの提供を含めることができる。サポートや技術支援が、建設活動を実施する能力や専門知識を持っていない被災者に提供されるべきである。これらの災害避難者を受け入れている周辺の集団など、二次被害を受けている人の権利および義務もまた、考慮されなければならない。公共の建物、特に学校が、一時的な共同宿泊施設として使用されている場合には、通常の活動の再開を可能とできるように、受け入れられた集団の計画・管理された安全な移転ができる限り早く実施されるべきである。

いかなる対応も、自らの能力と資源を使って一時的または永久的な避難所を確保するために被災者が取る手順を反映していなければならない。シェルターによる対応は、被災者が段階的にアップグレードすること、および/または緊急時のものから耐久性のある住宅ソリューションへの移行を可能にする必要がある。

損傷した公共建築物の修復や、学校、医療センターやその他の公共施設として機能する一時的な構造物の提供が必要な場合もある。家畜などの生活資産のシェルターによる保護は、一部の被災集団にとって家庭用シェルターの提供への不可欠な補完となる可能性がある。災害対応は、場所、企画、設計および施工に関する既存のシェルターおよび居留地のリスクと脆弱性に基づいていなければならず、それらは、災害や気候変動の影響により悪化したものを含む。居留地の解決策とシェルターの建設の環境影響への配慮も、災害の長期的影響を最小限に抑えるために重要である。

より良い避難所、居留地およびノン・フードアイテムについての災害対応は、より良い対策によって達成される。そのような対策は、これから起こりうる、あるいは差し迫った、またはすでに起こっている災害の影響を予期し効果的に対応するための、政府、人道機関、地元の市民社会組織、コミュニティや個人によって育まれた能力、結びつきや知識の賜物である。対策は、リスクの分析と早期警戒システムの使用に基づく。

他章との関係

他の章に含まれる多くの基準が本章に関係している。ある分野の基準達成の進捗状況は、他分野の進捗状況に影響を及ぼすことが多く、また、進捗状況を決定づける場合もある。効果的な介入をするためには、他のセクターとの密接な調整と協働が必要になる。例えば、被災者の健康と尊厳を確保するためには、シェルターが提供されている場所において適切な給水や衛生施設などの提供が必要になる。同様に、適切なシェルターを提供すれば、避難世帯の健康と福利に役立つが、食糧援助を利用し、必要な栄養を満たすためには、最低限の調理器具や食器や調理用燃料が必要になる。ニーズを満たし、取り組みの重複を回避し、シェルター、居留地、ノン・フードアイテムの援助の質を最適なものにするためには、地元政府機関、その他の対応機関、およびコミュニティベースや住民代表の機関との調整も必要である。

権利保護の原則およびコア基準との関係

このハンドブックの基準を守るためには、たとえ明確な保護の責務や保護の専門家としての能力を有していないとしても、全ての人道機関が権利保護の原則を守らなければならない。権利保護の原則は「絶対的」なものではない。機関がどの程度原則を満たすことができるかは、状況によって制約されうると認識されている。しかしながら、原則は、常に行動の指針とされるべき普遍的な人道上の懸念を反映している。

コア基準は、全てのセクターによって共有されている、プロセスおよび人員に関する主要な基準である。6つのコア基準は、人々を中心とした人道対応、調整と協力、事前評価、設計と対応、成果・透明性と学習、および援助職員の成果をカバーしている。コア基準は、ハンドブックのその他の全基準を支えるアプローチについて、単一の参照ポイントを提供する。従って技術的各章は、その基準の達成を助けるため、コア基準と共に用いられることが求められる。特に、あらゆる対応の適切性と質を確保するため、被災者の参加—災害において最もしばしばリスクにさらされるグループと個人を含む—は最大化されるべきである。

被災者の脆弱性と対応能力

この節はコア基準と併せて読まれ、コア基準を補強することを想定して書かれている。

重要なことは、若者や高齢者であったり、女性であったり、障がいを持っていたりHIVであったりすること自体は、個人を脆弱にしたりリスクを増したりするわけではないことである。むしろ、様々な要素の相互作用が脆弱性やリスクに影響する。

例えば、70歳を越して一人で暮らし健康状態が悪い人は、同じ年齢や健康状態でも大家族と共に住み十分な収入を有している人よりも脆弱性が高くなりがちである。同じように、3歳の少女は、保護者がいない場合には責任ある両親の元で養われている場合よりも脆弱性が高い。

シェルター、居留地、ノン・フードアイテム基準および基本行動の実施にあたり、脆弱性および能力分析を行うことにより、援助を受ける権利を有する人が差別なく、また最も必要とする人が、災害対応の取り組みによって支えられることが確保される。そのためには、地元の状況と、その元々有していた脆弱性（例：極度の貧困や差別）や権利保護への様々な脅威への露出（例：性的搾取を含むジェンダーに基づく暴力）、疾病の発生や蔓延（例：HIVや結核）および集団感染の可能性（例：麻疹やコレラ）によって特定の危機が特定のグループにどのように影響するのかを、徹底的に理解することが求められる。災害は、既存の不平等をさらに悪化させることがある。しかしながら、人々の対処戦略、回復力、および復旧能力をサポートすることが重要である。人々の知識、スキルおよび戦略は支えられるべきであり、社会的、法的、経済的および心理社会的サポートへのアクセスは支持されるべきである。また、このようなサービスへ正当なやり方でアクセスする際に直面しうる様々な身体的、文化的、経済的および社会的障害への対応も必要である。

以下に、脆弱性が高い人々の権利と能力が配慮されることを確保するいくつかの主要領域を示している。

- 人々の参加を最大化する。全ての代表的グループが含まれていること、その中でも特に見えづらい人々（例：コミュニケーションが難しい人、移動が難しい人、施設で暮らしている人、汚名を着せられた若年層、その他のあまり/全く代表されていないグループ）が含まれていることを確保する。
- 評価において性別および年齢（0歳〜80歳以上）によってデータを分類する—これは、領域や地域が適切に人々の多様性を考慮することを保障する重要な要素である。
- 受給資格についての情報を得る権利が、誰も排除せず、コミュニティの全ての構成員がアクセス可能な方法で伝えられていることを確保すること。

最低基準

1. シェルターと居留地

避難していない被災者は、元の住居の拠点において、一時的または過渡的な世帯のシェルター、もしくは適切なシェルターの補修や建設のためのリソースによって支援されるべきである。そのような集団のための個々の世帯のシェルターは、提供される援助の範囲、土地使用権または所有権、必要不可欠なサービスの利用可能性と、シェルターの改良・拡大のための機会などを含む要因に影響を受け、一時的なものとも永久的なものともなる。元の家に戻ることができない避難民は、しばしば他の家族メンバーや、歴史的、宗教的または他の関係を共有する相手と共にいることを好むが、そのようにできるよう支援すべきである。そのような分散居留が不可能なときは、一時的な共同体での居留が、一時的または過渡的な世帯のシェルターとともに、または集団のセンターとして使用される適切な大規模な公共建築物や、計画的に設置されたか自ら設営したキャンプにおいて提供されることがある。

シェルター・居留地基準1：戦略的計画

シェルターおよび居留地の戦略は、避難している被災集団と避難していない被災集団の双方の治安、安全、健康および福利に貢献し、可能であれば復旧と復興を促進している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 被災者のシェルターおよび居留地へのニーズについて、関連する当局や被災者自身との協議を通じて、評価し分析する（ガイダンスノート1参照）。
- シェルターと居留地についての対応計画（可能であれば早期回復を含む）を、関係当局、対応している機関や被災者と調整し、開発する（ガイダンスノート1参照）。
- 可能な場合には、被災者の元々の住居または住居の拠点への帰還を優先し支援する（ガイダンスノート2参照）。
- 元の住居に帰還することができない、もしくはそれを望まない人について、他の家庭に受け入れられること、もしくは一時的な共同体の居留地に受け入れられることを支援する（ガイダンスノート3〜4参照）。

- 必要に応じ、ノン・フードアイテム、シェルター提供手段（テントやシェルターキットなど）、建設資材、現金、技術支援や情報またはこれらの組み合わせへのアクセスを確保する（ガイダンスノート5〜6参照）。
- 住居や集落が実際のまたは潜在的な脅威から安全な距離に位置し、既存の災害からのリスクが最小化されていることを確保する（ガイダンスノート7参照）。
- 災害に起因する瓦礫が、損傷または破壊された民家の拠点、一時的な共同体の集落、重要な公共建築物やアクセスルートを含む主要な場所から取り除かれていることを確保する（ガイダンスノート8参照）。
- 水と衛生サービス、医療施設、学校、レクリエーションや礼拝の場、および生活の支援活動の継続や発展のために使用される土地、市場やサービスへの安全なアクセスを計画する（ガイダンスノート9〜10参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 全ての被災者の主要ニーズを満たすシェルターと居留地の解決策が、被災者自身や関連する当局と、すべての対応機関との連携のもとで合意されている（ガイダンスノート1参照）。
- すべての一時的なシェルターと居留地の解決策が、安全かつ適切であり、より耐久性のあるソリューションが達成されるまで維持されている（ガイダンスノート2〜10参照）。

ガイダンスノート

1. **評価、協議および調整**：最初のニーズ評価が、被災集団のシェルターや居留地ニーズ、災害後リスク、脆弱性や能力、発生からの回復に対処するための機会と、環境への影響などより詳細な評価の必要性を特定するためには不可欠である。被災集団（特に特定ニーズを有する脆弱性が高い人々）を、関係当局とともに、そのような評価に関与させる必要がある。既存の危機管理計画は、関係当局、人道及び他の機関および被災集団と、合意された調整メカニズムを用いた調整を通じて、対応活動を行うために用いられなければならない。リソースの利用可能性、地元の状況（季節天候パターンを含む）、治安、および既存または新規の拠点や土地へのアクセスによって、対応計画は左右される（「コア基準1〜5」（p.51〜63）、「ノン・フードアイテム基準1〜5」（p.254〜260）、および「付記1：シェルター、居留地およびノン・フードアイテム評価チェックリスト」参照）。
2. **帰還**：ほとんどの被災者にとっては、自分の土地や住居に戻る機会を得ることが主要目標である。住居の修復または被災者自身によって決定されるシェルターの改善は、共同体の対処戦略をサポートし、確立された居留地のパターンを保持し、既存のインフラの使用を可能にする（「コア基準1」（p.51）参照）。帰還は遅延したり妨げられたりすることがあり、そのため他の場所での一時的な居留期間が必要になることがある。帰還に影響を与える問題には、発生中の洪水、地滑りや余震などの災害の継続、および財産や土地などの占領と返還の必要性など安全保障上の懸念、継続的な暴力的紛争、民族や宗教的な緊張、迫害や地雷、不発弾の恐怖などがある。学校の再建も、避難民が戻れるようになるために重要である。女性世帯主、災害によって死別または孤立した者、または障がい者の帰還は、不十分なまたは差別的な、土地や財産に関する法律や慣習手続によって阻害されることがある。復興活動を実施する能力を持っていない避難民はまた、帰還を勧められなかったり防止されたりすることがある。
3. **家族や地域社会による受け入れ**：元の家に戻ることができない避難民は、しばしば他の家族メンバーや、歴史的、宗教的または他の関係を共有する相手ととどまることを好む（「コア基準1」（p.51）参照）。このような受け入れのための支援には、避難世帯を受け入れる既存のホストファミリーのシェルターや施設の拡張や適用への支援、またはホストファミリーに隣接する追加の別のシェルターの提供が含まれる場合がある。結果として発生する人口密度の増加を評価すべきであり、社会的施設、インフラ整備、および天然資源への需要を評価し、緩和しなければならない。
4. **一時的な共同体の居留地**：それが既定の対応となってはならないが、被災集団が元の住居の拠点に戻ることができないかそれを望まず、他の家族での受け入れもオプションとならない場合には、一時的な計画キャンプを受け入れ先として用いることができる。このような居留地の解決策は、治安上の脅威が隔離された集団への危険を増加させるときや、基本的サービスや水、食糧や地元の建築資材などの資源へのアクセスが限定的なときには、必要とされることがある。集合センターとして使用される既存の建物は、天候からの迅速な一時的保護を提供することができる。そのような目的で使用される建物は、例えば、内部の仕切りや移動に障害がある人のためのスロープの設置など、適応またはアップグレードが必要になることがある。多くの国では、集合センターとして事前に指定された建物を使用することは、既知の災害に対しての確立された対応であり、関連した管理とサービス提供の責任を伴う。学校校舎は、しばしば被災集団を収容するために使用されるが、学校教育を継続できるよう、代替の建築物を指定しなければならない。一時的な共同体の居留地の計画は、個人の安全、居住者のプライバシーと尊厳、および重要施設へのアクセスに関する問題を考慮する必要がある。一時的な共同体の居留地がそれ自体として攻撃の対象となったり、周辺人口に治安上のリスクをもたらしたり、周囲の自然環境への持続不可能な需要を生み出したりしないようにすることが必要である。
5. **シェルター支援のタイプ**：異なる支援のタイプを組み合わせることが、被災者のシェルター需要を満たすために必要となる場合がある。基本的な支援には、衣料や寝具などの個人用品、またはストーブや燃料などの一般的な家庭用品を含めることができる。シェルター支援用品には、テント、ビニールシートとツールキット、建築資材、および永久的なシェルターの一部として再利用

できる材料を使用した一時的または過渡的なシェルターを含めることができる。単純労働または専門家の労働力は、無償のものも契約されたものも、適切な建設技術についての技術指導と同じく、必要とされる。地元のサプライチェーンと資源の利用を促進するための現金またはバウチャーの使用は、地域経済の機能に従い、考慮されるべきである。現金も、賃貸住宅の支払いに使用することができる。公共キャンペーンや地元のセンターを通じた、助成金、資材やその他の形態のシェルター支援についての情報やアドバイスの周知は、物資ベースの支援を補完することができる。

6. **過渡的なシェルター**：対応のフェーズよりはアプローチとして、過渡的なシェルターの提供は、災害後のシェルターへの取り組みはしばしば被災集団自身によって行われるという事実に対応しており、この自己管理はサポートされるべきである（「コア基準1」（p.51）参照）。より恒久的な建物での一部または全部の再利用や、一時的な場所から恒久的な場所への移転が可能な災害後のシェルターは、被災集団に対してより耐久性が高いシェルターへの移行を促進することができる。元の住居の拠点にいる避難していない集団のために、過渡的なシェルターは、家への第一歩を提供することができ、資源が許す限り時間と共に改善され、拡張され、置き換えられることができる。避難民のために、過渡的なシェルターは、彼らが元の家の拠点に戻るか新たな場所に移住するときに分解して再利用できる適切なシェルターを提供することができる。また、過渡的なシェルターは、隣接したシェルターの建設を受け入れることができる他の世帯によってホストされている被災者に提供することもできる。それらの構造物は、被災集団が元の拠点または他の場所に戻ることができるとき、撤去し再利用することができる。

7. **リスク、脆弱性と危険性の評価**：包括的なリスク・脆弱性評価を実施し定期的に確認する（「コア基準3」（p.56）参照）。この評価には、実際のまたは潜在的な治安上の脅威や、個別のリスクと脆弱性 - 年齢、性別、障がい、社会的または経済的地位　、被災集団の自然環境資源への依存度合い、および被災者と受け入れ集団間の関係性に起因する - を含まなければならない（「権利保護の原則3」（p.35）参照）。地震、火山活動、地滑り、洪水や強風などの自然災害によるリスクは、シェルターと居留地の計画に反映される必要がある。居留地の場所は、病気や汚染が起こりやすかったり、著しい病原菌媒介生物のリスクがあったりしてはならない。潜在的に有害な物質及び物品は、地震、洪水や台風などの自然災害の後に、堆積または露出することがある。地雷と不発弾は、以前または現在の紛争が原因で存在することがある。被災した居住地域の建築物の安定性は、技術的専門家によって評価されるべきである。集合センターに対しては、既存の建築物の追加負荷を受け入れられる能力、および床、内部隔壁、屋根などの建築物構成部品の故障のリスクの増加を、評価すべきである。

8. **瓦礫撤去**：自然災害や紛争後の瓦礫の除去は、シェルターの提供と適切な居留地の確立を可能にするために優先される。瓦礫がリサイクルされるか、分離、収集および/または処理を指定できるようにするために、災害後すぐに、瓦礫の管理計画が開始されるべきである（「シェルター・居留地基準5」（p.251）参照）。主要な問題には、識別と適切な取り扱いを必要とする遺体の存在、個人の所有物の取得、構造的に危険な場所や危険物質、および再利用または販売のために回収可能な物資の所有権などがある。瓦礫の撤去は、キャッシュ・フォー・ワークのための機会を提供し、また/もしくは、主要機器の利用および専門知識の使用が必要となる場合がある。処分場の使用、管理、所有権と環境への影響を考慮する必要がある。

9. **学校、医療施設、コミュニティのインフラ**：必要不可欠なサービスへのアクセスは、学校、医療施設、安全な遊び場や共同体の会合場所を含め、確保すべきである。既存のまたは修理したサービスインフラを、必要であれば追加の一時的なサービスや設備とともに、利用すべきである。公共の建物の修復や建設が新たな居留計画の開発やその他の規制プロセスの対象である場合に、即時に、短期的な設備を提供するために一時的な建物が必要となる場合がある。一時的または永久的な建物を使用したこのようなサービスの提供は、定められた基準を満たしている必要がある（「WASH基準1」（p.82）、「保健システム基準1」（p.280）および「INEE教育最低基準：対策、対応、復旧」参照）。

10. **生計手段の支援**：被災集団の定着は、かれらの災害前の経済活動および災害後の状況の中での機会によって決定されるべきである（「食糧の確保と栄養に関する事前評価基準1〜2」（p.142〜145）および「コア基準1」（p.51）参照）。栽培や放牧のための土地の利用可能性とアクセス、および市場領域や特定の経済活動のための地元のサービスへのアクセスを考慮する必要がある。

シェルター・居留地基準2：居留計画

帰還、受け入れおよび一時的なコミュニティの居留地の計画が、被災集団による宿泊先および主要サービスの安全で安心な利用を可能にしている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 可能な場合、定められたベストプラクティスに基づき、居留のリスクと脆弱性を最小化する既存の計画プロセスを特定し利用する（ガイダンスノート1参照）。
- 住宅、土地や財産の所有権および/または建物や場所の使用権を特定する（ガイダンスノート2参照）。
- すべての避難所と居留地と必要不可欠なサービスへの、安全なアクセスを確保する（ガイダンスノート3〜4参照）。

- 既存の居留パターンと地形の特徴を利用し、自然環境への悪影響を最小限に抑える（ガイダンスノート5参照）。
- 必要に応じ、家族、近所や村のグループによる一時的な共同体の居留の計画に、被災集団を関与させる（ガイダンスノート6参照）。
- 一時的な計画キャンプおよび自己設営キャンプにおいて、十分な床面積と、火災対策のための十分な間隔を確保する（ガイダンスノート7〜8参照）。
- 媒介生物のリスクを最小限にする（ガイダンスノート9参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 合意された計画プロセスを通じて、シェルターの援助を受けた全集団が、彼らのシェルターや覆いのあるエリアの位置や、必要不可欠なサービスへのアクセスについて相談され、合意している（ガイダンスノート1参照）。
- すべての居留地プランが、シェルター、覆いのあるエリア、および必要不可欠なサービスの利用についてのリスクと脆弱性が特定され、軽減されていることを実証している（ガイダンスノート2〜9参照）。

ガイダンスノート

1. **計画プロセス：**地元での計画の実践が用いられ、それは、災害や危機、特定されたハザードの種類およびその被災集団への影響に基づいているべきである。居留に関するリスクと脆弱性を最小化するための、適切な対策がとられる必要がある。計画についての既存の規制は、関係当局に要求されている場合、およびそれが緊急のシェルターや居留地に関するニーズを満たすための人道的な要請を妨げない場合に、遵守すべきである。計画における決定の長期的な影響は、特に一時的な共同体の居留のための拠点については、特定されなければならない。

2. **住宅、土地や財産の所有、権利および使用**：避難していない集団と避難民の双方について、関連する土地、住宅や他の建物の所有権と正式なまたは慣習的な使用権の保有者を特定する。このような問題は、特に記録が保存されていないか、または紛争が占有に影響したかもしれない場合、しばしば議論の的となる。複数世帯同居の住居や混在して使用している建物は、共通または共有の所有権または占有権を伴う。脆弱性が高い人々の土地や財産への権利を確認することが求められ、特に女性や、災害によって夫を亡くした女性や孤児となった子、障がい者、賃借人、社会的な占有権保有者と非公式の入植者などの人々はサポートされなければならない。特に権利または権原の保持者が死亡したかも知れない災害の後には、正式、非公式もしくは暗黙の所有権や相続権について明確化する。災害前には公式な権利が存在していなかった場合、多数の家庭への共有権や類似の権利の提供は、そのような権利の漸進的な確立を助ける。シェルター支援の提供はまた、人道行動を抑制または妨げる土地所有権の主張の正当化として受け取られ、または利用されることがある。一時的な共同体居留のための土地利用は、受け入れコミュニティや周辺コミュニティの土地や自然環境資源の既存の利用権を考慮する必要がある（「シェルター・居留地基準5」（p.251）参照）。

3. **必要不可欠なサービスと施設**：元の住居の拠点に戻っている被災集団や、一時的な共同体の居留地で泊まったり収容されたりしている被災集団は全て、必要不可欠なサービスへの安全安心で公平なアクセスを必要とする。これらには、必要に応じて、水、衛生施設、調理用燃料や共同調理施設、医療、固形廃棄物処理、学校、社会施設、礼拝の場所、会合場所、子ども用の場所を含むレクリエーションエリア、および家畜を住まわせる場所（居住スペースと家畜との十分な分離を確保する）を含む。文化的に適切な埋葬と関連した儀式のために、十分なスペースが提供されるべきである。近隣もしくは受け入れコミュニティに悪影響を与えない限り、既存もしくは修復された施設の利用が最大化されるべきである。対象集団、とくに脆弱性が高い人々のニーズを満たす追加の施設やアクセス拠点が提供されるべきである。被災集団の社会構造とジェンダーの役割、および脆弱性が高い人々の要求は、例えば歩行に困難がある個人にとって合理的に歩ける距離にサービスがあることや、安全な母乳授乳のための場所をコミュニティの一時的な居留地に設けることを確保することなど、サービス提供において反映しなければならない。高齢者、身体障がい者や頻繁な利用を必要とする人たちのために、施設への適切なアクセスを確保すべきである。一時的な共同体の居留地の中で、行政事務所、倉庫、スタッフ宿泊施設と検疫領域を、必要に応じて提供するべきである（「WASH基準1」（p.82）、「保健システム基準1」（p.280）参照）。

4. **アクセス**：居留地へのアクセス、地元の道路設備の状況、および救援物資の供給のための輸送ハブへの近接性は、季節性の制約、災害と安全上のリスクを考慮し評価されなければならない。一時的な共同体の居留地の場合には、拠点自体と任意の一時倉庫および食糧配給ポイントが、全天候型の道路から大型トラックによりアクセスできなければならない。その他の施設は、軽車両によりアクセスできる必要がある。居留地内の道路や経路は、個々の住居や、学校、医療施設などの公共施設に、安全、安心で全天候型のアクセスを提供する必要がある。必要に応じて人工照明を提供する必要がある。一時的な共同体居留地や集合センター内では、アクセス・避難経路によって、利用者個人の安全に脅威を与えることがある孤立したもしくは隠された領域が作られないようにする必要がある。集合センターでの出口近くでの段差や階の変化は避けるべきであり、すべての階段とスロープに手すりが提供されるべきである。移動に困難がある者には、階の変更なく出口に近い、もしくはアクセスルートに沿った、1階の空間が提供されるべきである。集合センターとして使用される建物の居住者は、代替の避難経路を提供するため、少なくとも2つの出口から定められた妥当な距離に所在しなければならない。これらの出口ははっきりと見えなければならない。

5. **拠点選定と排水**：拠点を選択し、一時的な共同体の居留地を計画する際に、表面水の排水と、滞水や洪水のリスクを評価しなければならない。拠点の勾

配は、大規模な排水や浸食対策が取られない限り5%を越えてはならず、適切な排水を提供するために1%未満であってはならない。排水路が、洪水または滞水を最小限に抑えるためにさらに必要となる場合がある。サイトの最低高度点は、地下水面の推定最高レベルより3m未満であってはならない。地盤条件はトイレ用の穴を掘るのに適していなければならず、また地盤条件によってトイレやその他の施設の場所を定めなければならない（「し尿処理基準1〜2」（p.97〜99）、「排水基準1」（p.113）参照）。

6. **一時的な共同体の居留地のための拠点計画**：集合センター内の空間の配分および一時的な計画キャンプ内の家庭区画は、既存の社会的な慣行と、給水・衛生施設、共同調理、食品の流通などを含む共有資源の使用によって、決定されるべきである。近隣計画は、既存の社会的ネットワークをサポートし、治安に貢献し、被災者の自己管理を可能にする必要がある。一時的な計画キャンプでの区画レイアウトは、各家庭のシェルターの出入り口が、家庭での使用のために仕切られたエリアか共有空間に面し、他のシェルターの出入り口の向い側にならないようにすることで、個々のの家庭のプライバシーと尊厳を維持しなければならない。独り身の大人や親を亡くした子どもたちをかなりの数含む避難民のための、安全で、統合された生活空間を提供する必要がある。分散型居留地の場合、近隣計画の原則もまた適用されなければならない。例えば家庭のグループが特定の地理的領域に戻ることや、互いに近接した受け入れ家族を識別することなどである（「権利保護の原則1」（p.31）参照）。

7. **一時的な計画/自己定住キャンプの面積**：キャンプ型の定住では、1人あたり使用可能な面積として、家庭用の区画を含んで最低で45平方メートルが提供されるべきである。このエリアには、道路や歩道、戸外の世帯別調理エリアや共同調理エリア、教育施設やレクリエーションエリア、衛生、防火帯、行政、水の貯蔵、流通エリア、市場、倉庫、および個々の世帯のための限られた家庭菜園のために必要なスペースがなければならない。共同体のサービスが既存か追加の施設（居留地として計画されたエリアの外にあるもの）によって提供できる場合には、最低使用面積は1人あたり30平方メートルとなる。地域計画はまた、人口の変化を考慮する必要がある。最小面積を提供できない場合、高密度となることの影響は、例えば個々の世帯の間の十分な間隔とプライバシー、必要施設のためのスペース等の確保を通じて、緩和されるべきである。

8. **火災に関する安全性**：一時的な共同体居留地の敷地計画と個々の世帯のシェルターのグループ化において、火災リスクの評価を反映させる。リスク緩和のための取り組みには、家屋密集エリアの300メートルごとに30メートルの防火帯を設置すること、および隣接する建物が触れることで構造物が崩れることを防ぐために個々の建物やシェルターの間に最低で2メートル（しかし望ましいのは各建物の全体の高さの2倍である）を空けることを含まなければならない。好まれる調理習慣やストーブやヒーターの使用もまた、拠点全体の計画および家庭のシェルターの安全な分離に反映しなければならない（「ノン・フードアイテム基準4」（p.258）参照）。

9. **病原体媒介生物のリスク**：低地、災害によって生じた瓦礫、空きビル、および建設のための地元の土の使用に起因したものなどの掘削穴は、近隣の人々に健康上のリスクをもたらす害虫の繁殖地となる可能性がある。一時的な共同体居留地において、適切な拠点選定と媒介生物のリスク軽減が、被災集団の生物媒介性疾患の影響を減らすために重要である（「病原体媒介生物対策基準1〜3」（p.103〜107）参照）。

シェルター・居留地基準3：覆いのある生活空間

快適な温度、新鮮な空気と、気候変動からの保護を提供し、プライバシー、安全と健康を確保し、重要な家庭生活や生計のための活動を実施できるようにする、十分な覆いのある生活空間を、人々が有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 被災世帯が、十分に覆いのある生活空間を有していることを確保する（ガイダンスノート1〜2参照）。
- 男女間、異なる年齢グループの間、および家庭内の別々の家族間に求められる安全な分離とプライバシーを、必要に応じて可能にする（ガイダンスノート3参照）。
- 重要な家庭生活と生計のための活動が、覆いのある生活空間もしくはその隣接地域内で実施できることを確保する（ガイダンスノート4参照）。
- 被災集団にとってなじみのある、可能であれば文化的、社会的に許容され、環境的に持続可能なシェルターの方法と材料の使用を促進する（ガイダンスノート5〜6参照）。
- 最適な快適温度、換気と保護を提供するために、すべての季節の特定の気候条件を評価する（ガイダンスノート7〜10参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 全ての被災者が、覆いのあるフロアの初期の面積として1人あたり最低3.5平方メートルを有している（ガイダンスノート1〜2参照）。
- すべてのシェルターの提供方法や材料が、定められた技術的基準と性能基準を満たし、文化的に受け入れられている（ガイダンスノート3〜10参照）。

ガイダンスノート

1. **気候と状況**：寒冷気候地域では、生活は通常屋内で行われ、被災集団は快適な温度を確保するためにかなりの時間をその中で過ごすことがある。都会で

は、使用できる近隣の屋外スペースが少ないことが多いため、生活は通常屋内で行われる。こうした問題に対処するため、1人あたり3.5m²を超える居住空間が必要になることが多い。床から天井までの高さも重要な要素であり、温暖湿潤気候地域では通気性を良くするために天井は高い方が望ましく、寒冷気候地域では暖房が必要な室内空間をできるだけ狭くするために天井は低い方が望ましい。内部の床から天井までの高さは、最も高い箇所で最低2メートルなければならない。温暖気候地域では、調理や料理のため、シェルターの外側に隣接した日陰になる場所を設けることもできる。シェルターの提供方法は、寒い夜や冬から暑い日や夏までの気候の範囲に対応する必要がある。完全なシェルターのための材料を提供できない場合、最低限の覆いのあるエリアを提供するために屋根の材料が優先されるべきである。そのような場合、気候や安全からの必要な保護やプライバシーおよび尊厳の保護を提供できないことがあり、できるだけ早くこれらのニーズを満たすような手順が取られるべきである（ガイダンスノート2参照）。

2. **使用期間**：災害直後、特にシェルターの資材をすぐに提供できないような気候条件下では、救命用の短期シェルターを提供するため、1人あたり3.5m²以下の居住空間が適切な場合がある。この場合、受け入れられた人々の健康および福利への悪影響を最小化するため、覆いのあるエリアの面積が、できるだけ早く1人あたり3.5m²に達するようにしなければならない。1人あたり3.5m²が確保できない場合や、面積が被災集団や周辺住民により使用される通常の空間を超える場合、居住空間を減らすことにより、尊厳、健康、プライバシーに及ぶ影響を考慮する。1人あたり3.5m²未満の居住空間を提供するといういかなる決定も、被災集団に及ぼす悪影響を軽減する措置と共に明確に示されなければならない。いくつもの季節の気候を経て、数年間に及ぶこともある長期間にわたり十分なシェルターを提供するためには、一時的または過渡的なシェルターの提供方法が必要となる場合がある。地元当局や他の人と合意した対応計画においては、一時的または過渡的なシェルターが事実上の恒久住宅になることが許されないよう確保する必要がある。

3. **文化的風習、安全とプライバシー**：親戚の寝床の手配や居住など、生活空間の使用に関する地元の既存の風習を、必要な居住空間に関し考慮する。協議には脆弱性が高いグループやそのような個人を介護している者が参画しなければならない。各世帯のシェルター内では、内部でさらに仕切りを設けられるようにする。集合的な居住では、親族によるグループ分け、覆いのあるエリアを通るアクセス通路確保のための十分な計画、および個人や世帯の空間を区分する資材によって、適切な個人のプライバシーと安全の確保が容易になる。過密を最小限に抑えながらの、十分なスペースの提供とプライバシーを確保することの心理社会的な利点は、個々の世帯のシェルターと一時的な集団的宿泊施設の両方で最大化しなければならない（「権利保護の原則1」（p31）参照）。

4. **家庭生活および生計のための活動**：覆いのあるエリアは、以下の活動のために空間を提供しなければならない：睡眠・洗面・着替え、幼児・子ども・負傷者・衰弱者の世話、食糧・水・家族の所持品その他の重要な資産の保管、必要な場合は屋内での調理や食事、家族の集まり。覆いのあるエリアの計画は、特に開口部と分割された場所で、内部空間および隣接する外部領域を最大限に利用しなければならない。

5. **シェルターの提供方法、材料と構造**：地元にある災害後シェルターがすぐに利用できなかったり、不適切であったり、地元の自然環境により持続的に支持できなかったりする場合には、家族テント、シェルターキット、材料のパッケージやプレハブの建物などの確立されたシェルターの方法が提供されるべきである。強化プラスチックシートが緊急避難のための救援アイテムとして提供される場合、ロープ、工具、固定具および木材の柱または現地調達したフレーミング材料などの支持材料とともに提供されるべきである。そのような材料または確立したシェルターの提供方法は、定められた国内および国際規格および基準を満たしており、被災集団に受け入れられるものでなければならない。基本的なシェルターのための材料の一部のみ（例えば、プラスチックシート）が提供される場合、その他の必要資材（例：枠としての木材の柱）の調達による地域経済や自然環境への潜在的な悪影響を評価し、緩和する。被災集団の、シェルターを維持し修復する技術的、財務的能力はまた、材料や技術の仕様に反映される必要がある（「ノン・フードアイテム基準5」（p.260）参照）。シェルターの提供方法の性能が時間が経っても適切であることを確保するため、定期的なモニタリングを実施すべきである。

6. **参加型設計**：各被災世帯の全てのメンバーは、最大限可能な範囲で、提供されるシェルター援助の種類の決定に参画する。こうしたグループや覆いのある生活空間で長時間を過ごす必要がある個人や渉外関連の特定のニーズを有する人の意見を優先しなければならない。これは、既存の典型的住居の評価により情報を得られる。一般的でない「現代の」建設様式および家庭の社会的ステータスを高めるものと見られる資材の利点と欠点について、家庭に認識させなければならない（「コア基準1」（p.51）参照）。

7. **温暖湿潤気候地域において**：シェルターは、通気性が高く、直射日光を避けるように配置し、設計する。雨水排水を考え、屋根に傾斜をつけ、強い風にさらされる地域を除いて大きな軒を造る。室内に熱がこもらないよう、シェルターの構造は軽量にする。覆いのあるエリアに浸水するリスクを最小化するために、床を高くすることとともに、シェルター周辺の適切な地表水の排水を確保する。

8. **熱帯乾燥気候地域において**：シェルターは、高温に耐えることができる重厚な造りで、夜間・日中の寒暖の差に合わせて室温調節ができるもの、または軽量の場合は断熱材が入ったものにする。地震の危険がある地域では、重厚な造りの時には構造上の設計に注意を払う。ビニールシートやテントしか使用できない場合、放射熱による変形を避けるため、2重の屋根にして、屋根の間に風を通す。ドアや窓は、卓越風が当たらない向きにすることで、熱風や地面からの放射熱を最小限に抑えることができる。埃や媒介生物の拡散を最小化するため、床と外壁が切れ目なく接触するようにする。

9. **寒冷気候地域において**：1日中人がいるシェルターは、保温性に優れた重厚なものにする必要がある。熱容量が低く、断熱効果の高い軽量の建物は、夜しか人のいないシェルターに適している。シェルターの通気を、特にドアや開放している窓の周辺で、快適に過ごすことができる最低限のレベルに抑える一方で、室内暖房機と調理用コンロのための適切な換気を確保する。ストーブなどの室内暖房機の設置が不可欠であり、シェルターの構造に適したものである必要がある。ストーブやヒーターの使用による火災のリスクを評価し軽減する（「ノン・フードアイテム基準4」（p.258）参照）。表面水の排水がシェルターの周囲で提供されるべきであり、雨や雪解けによる水が覆われたエリアに入るリスクを最小化するために高床が用いられるべきである。床から体温を奪われないように、床に断熱材を入れ、さらに断熱効果のあるベッドマットやマットレスを敷くか、床揚げ式のベッドにする（「ノン・フードアイテム基準2」（p256）参照）。
10. **通気性および病原体媒介生物対策**：個別世帯のシェルターおよび学校や医療施設などの公共の建物内では、健康な環境を維持し、室内の家庭用ストーブからの煙の効果と、結果としての呼吸器感染や目の問題を最小化し、飛沫感染で広がる結核などの病気感染の危険を抑えるため、適切な通気を行わなければならない。地元の建築方法、避難民が使用するシェルターの態様、資材の選択について、病原体媒介生物対策に反映させなければならない（「必須保健サービス ー 感染症対策基準1」（p.294）、「病原体媒介生物対策基準1〜3」（p.103〜107）参照）。

シェルター・居留地基準4：建設

適切であれば地元の安全な建築方法、資材、専門性および能力が用いられ、被災集団の関与および地元の生計手段の機会が最大化されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 被災集団、地元の建築専門家および関連する当局を、地元の生計手段の機会を最大化する、適切で安全な建築方法、資材および専門性に関する合意に関与させる（ガイダンスノート1〜3参照）。
- 建設関連活動を行うための能力、才能や機会を持っていない被災者に、追加のサポートやリソースへのアクセスを確保する（ガイダンスノート1〜3参照）。
- 構造と材料についての適切な仕様を通じて、構造的なリスクと脆弱性を最小化する（ガイダンスノート4〜5参照）。
- 材料と仕事の質についての定められた基準を満たす（ガイダンスノート5〜6参照）。

- 適切な入札、調達、建設管理を通じて、材料の提供、労働力、技術支援と規制当局の承認を管理する（ガイダンスノート7参照）。
- 地元で利用可能なツールとリソースを使用して、個々の世帯のシェルターの維持と改良を可能にする（ガイダンスノート8参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 全ての建築物が、定められた安全な建築習慣と基準に従っている（ガイダンスノート2〜7参照）。
- 建設活動が、被災集団の関与と地元の生計手段の機会の最大化を実現している（ガイダンスノート1〜2, 8参照）。

ガイダンスノート

1. **被災世帯の参画**：シェルターと居留地の活動への被災者の参加は、家と居留地が計画され、建設され、維持される際の既存の方法に従って行われるべきである。研修や実習を行うことで、建設に参画する機会が促進される。研修や実習は、特に必要な建設技能や経験のない個人にとっては有用である。全ての年齢の女性は、シェルターおよび建設関連の活動やトレーニングに参加するよう勧められるべきである。肉体的・技術的に困難なため作業ができない人々は、現場の監視や在庫管理、建設作業に従事する人々のための子どもの世話または一時的な宿泊施設の提供や食事の調理、管理支援などの作業に貢献することができる。ボランティアのコミュニティ労働チームや請負労働者からの援助は、受益者の仕事を補うことができる。女性はシェルター建設への援助を求めるにあたって性的搾取の特有のリスクにさらされることがあるため、そのような援助は女性が世帯主である世帯にとって不可欠である（「コア基準1」（p.51）、「権利保護の原則2」（p.33）、「ノン・フードアイテム基準5」（p.260）参照）。移動に困難がある人、高齢者およびその他の建築活動を行うことができない人もまた、援助を必要としている。
2. **技術的な専門知識と経験**：適切な技術的設計、施工及び管理の専門知識によって、被災集団のスキルや理解を補い、確立された技術と規制プロセスについての経験を提供する必要がある（「コア基準6」（p.65）参照）。季節的または周期的な災害に対して脆弱な場所で、適切な、地元の方法か合意されたベストプラクティスについての従来の経験を有している技術的専門家の関与は、設計と建設のプロセスに反映させることができる。
3. **材料や労働力の調達**：シェルターやその材料や道具の提供により、個別の提供でも事前に定められたキットの形での提供でも、被災集団が自分自身でシェルターを構築できるようにすることができる。可能であれば、迅速な市場の評価分析を反映し、地元での建築材料や専門家の建築スキルおよび労働力の調達を通じて地域の生計が支援されるべきである。もし、地元での材料調達が地域経済や自然環境に重大な悪影響を及ぼす可能性がある場合、以下を用いることが必要になる場合がある：複数の供給源、代替となる材料や生産プ

ロセス、地域的または国際的に調達された材料、または独自のシェルターシステム（「シェルター・居留地基準5」（p.251）参照）。損傷した建物からの回収物の再利用は、それらの物資への権利を明確にした上で、促進されるべきである。

4. **防災とリスク低減**：建物の復元力は、既知の気候条件や自然災害と整合的であるべきであり、気候変動の局所的影響に対応した適応を考慮する必要がある。災害の結果としての建築基準や建築方法の変更は、被災集団および関係当局との協議の上で適用する必要がある。

5. **安全な公共建築物の設計と建設**：学校や医療施設などの一時的および永久的な公共建築物は、災害に強く、全ての人にとっての安全性とアクセスを確保するように、建設されるか補修されるかしなければならない。このような施設は、移動や視覚、コミュニケーションに困難がある人のアクセスに関する要件を含む、セクター特有の建築基準や承認手続きを遵守しなければならない。このような建造物の修復や建設は、適切な当局と協議して実施し、定められたサービスインフラおよび調達可能な維持管理戦略に従わなければならない（「INEE教育最低基準：対策、対応、復旧」参照）。

6. **建築基準**：主要な安全および性能の要件が満たされていることを保障するために、建築基準とガイドラインは関係当局と合意されている必要がある。該当する地域または国の建築基準法が慣習的に従われていないか施行されていない場合には、地元の住宅文化、気候条件、資源、建築および維持管理能力、アクセス可能性と購買可能性を反映し、漸進的に従うことが合意されるべきである。

7. **調達および建設管理**：活動を計画するために、建設スケジュールが作られるべきである。スケジュールには、対象の完了日、避難民の特定のシェルターおよび居留地への移転や、季節的天候パターンの開始など、主要なマイルストーンを含める必要がある。材料、労働力および現場監理のための、応答性がよく効率的かつ説明責任を果たせるサプライチェーンと施工管理システムも確立されるべきである。これは、必要に応じて開始ポイントからそれぞれの拠点までの全体において、調達、購買、輸送、取扱いおよび管理を含む必要がある（「食糧の確保 ー 食糧配給基準4」（p.177）参照）。

8. **アップグレードおよびメンテナンス**：シェルターについての初期対応は、一般的に屋内空間と物質的援助の最小レベルのみを提供するため、被災集団は提供される屋内空間の範囲や質を高めるための代替手段を模索する必要がある。建築と使用される材料の形態は、地元で入手可能なツールや材料を用いて個々の世帯が維持でき、彼らの長期的なニーズに合わせてシェルターを徐々に適応させるか、改良するかできるものでなければならない（「ノン・フードアイテム基準5」（p.260）参照）。

シェルター・居留地基準5：環境への影響

シェルターおよび居留地の提供方法と、物資調達および用いられる建設技術は、地元の環境への悪影響を最小限に抑えている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 地元の自然環境に関する災害の悪影響と環境リスクおよび脆弱性を評価し分析する（ガイダンスノート1参照）。
- 被災者の一時的または永久的な居住を計画する際に、利用可能な地元の自然資源の規模を考慮する（ガイダンスノート1〜3参照）。
- 被災集団の現在と将来のニーズを満たすために地域の自然環境資源を管理する（ガイダンスノート1〜3参照）。
- 建設資材の生産・供給および建設プロセスに起因しうる地域の自然環境資源への悪影響を最小化する（ガイダンスノート3〜4参照）。
- 保水性を向上させ、土壌の浸食を最小化し、日陰を提供することが可能な場合に、木々およびその他の植生を維持する（ガイダンスノート5参照）。
- 別途合意がない限り、一時的な共同体の居住地を、それらが不要になった後に元の状態に復元する（ガイダンスノート6参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- すべての帰還、受け入れまたは一時的な共同体の居留の計画が、自然環境への悪影響が最小化および/または軽減されていることを実証している（ガイダンスノート1〜6参照）。
- 建設プロセスとすべてのシェルターのための材料の調達が、地元の自然環境への悪影響が最小化および/または軽減されていることを実証している（ガイダンスノート4参照）。

ガイダンスノート

1. **環境アセスメント**：自然環境への災害の影響を、対応や必要な緩和活動に反映させるために評価しなければならない。地滑りなど多くの自然災害は、しばしば自然環境資源の不適切な管理の直接的な結果である。また、低平地での季節的な洪水や安全に収穫できる自然環境資源の不足など、既存の環境リスクや脆弱性の結果であることもある。これらのリスクの理解は、居留地の計画に反映し、気候変動の影響を含む既知の脆弱性が対応の一部として対処されることを確実にするために不可欠である。

2. **環境資源の持続可能性と管理**：居住者の大幅な増加を維持するための天然資源が限られている環境では、環境への持続不可能な要求は緩和しなければならない。そのような天然資源が得られる場合、一時的な共同体の居留地は環境へのダメージを最小化するよう管理されなければならない。持続可能な外部からの燃料の供給と、家畜放牧、農業生産、および天然資源に依存する生計手段の選択肢が提供され管理されなければならない。少数の大規模に管理された居留地は、管理しにくかったり監視しにくかったりする多数の小規模な分散型の居留地よりも、環境的に持続可能性が高い。被災者を受け入れた集団や被災地の近くに居留している集団の自然環境へのニーズによる影響が考慮されなければならない。

3. **長期的な環境への影響の軽減**：全ての計画レベルにおいて、自然環境資源の管理を考慮しなければならない。被災者へのシェルター提供が、地元の天然資源の枯渇によって環境に著しい悪影響を与える場合、補完的な環境管理と環境再生活動を通じて、長期にわたる影響を最小限に抑えなければならない。適切な環境保護機関との協議が推奨される。

4. **建築資材の調達**：天然資源（水、建設用木材、砂、土、草、レンガや瓦を焼くための燃料など）の調達による環境への影響を評価しなければならない。通常の利用者、抽出・再生率、および資源の所有権や管理を特定する。代替供給源や補足的な供給源は、地元の経済を支援し、長期にわたる地元の環境への悪影響を軽減することがある。複数の供給源や廃材の再利用、代替の資材、生産プロセス（安定した土レンガの使用など）は促進されるべきである。これは、補完的な再植林などの緩和方法とともになされるべきである。

5. **浸食**：土壌を安定させ、日陰を作り、気候から保護するため、既存の木々やその他の植生はそのまま残すよう、シェルターおよび居留地の提供方法を計画する。また土壌の浸食や洪水を防ぐよう、自然の地形を利用して道路や通路、排水溝の設置を計画する。これが不可能な場合、水の流出を防ぐため、掘削した排水溝、道路下の排水パイプ、作り付けの土崖など、浸食の可能性を押さえるための十分な措置を講ずる（「排水基準1」（p.113）参照）。

6. **明け渡し**：適切な環境の再生措置をとることで、一時的な共同体居留地の中や周辺で、環境の自然再生を促進しなければならない。このような居留地が最終的に閉鎖される場合は、再利用できない、または自然環境に悪影響を及ぼす可能性のあるすべての資材や廃棄物を十分に撤去することを確保するよう管理しなければならない。

2. ノン・フードアイテム：衣料、寝具、家庭用品

衣料・毛布・寝具は、気候から身を守り、健康やプライバシー、尊厳を維持する最も個人的なニーズを満たすものである。調理と食事をし、快適な温度を提供し、個人衛生のニーズを満たし、シェルターを建設・維持・修理するためには、基本的な物品や物資へのアクセスが必要になる（「衛生促進基準2」（p.86）、「給水基準1」（p.89）参照）。

すべての被災集団は、彼らが元の家の拠点に戻ることができるか、他の家に受け入れられたり一時的な共同体居留地に収容されたりするかにかかわらず、個人と家庭のノン・フードアイテムへのニーズを有し、これは適切に評価され満たされる必要がある。二次的に災害の影響を受ける集団もまた、特にホストファミリーにおいて、受け入れの追加的負担や地域経済とそのようなアイテムへのアクセスに対する災害の影響に対応するために、ノン・フードアイテムの援助を必要とする場合がある。

ノン・フードアイテムの配布は一般的な災害対応の活動であるが、地元の市場が依然として機能している場合にはノン・フードアイテムにアクセスするための現金またはバウチャーの提供を考慮すべきである（「食糧の確保 ー 現金・バウチャー配給基準1」（p.188）参照）。

個人または家庭用のアイテムは、通常、使用方法についての追加情報や説明を必要としない。しかし、建設材料、固定具やツールなど、シェルターの修復や建設をサポートするアイテムは通常、安全・効果的に使用するための追加の技術的指導が必要となる。同様に、個人の衛生ニーズを満たすためのアイテムは、適切な衛生推進活動によってサポートされる必要がある（「衛生促進基準1〜2」（p.84〜86）参照）。

ノン・フードアイテム基準1：個人、一般家庭およびシェルターをサポートするアイテム

被災集団が、かれらの健康、尊厳、安全および福利を保障するための、個人用品、一般家庭用品およびシェルターをサポートする十分なアイテムを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- ノン・フードアイテムへの被災者の個別のニーズを評価する（ガイダンスノート1〜2、および「給水基準3」（p.94）参照）。
- どのノン・フードアイテムが地元で調達可能か、もしくは現金またはバウチャー援助の提供を通じて被災集団自身によって入手可能か、特定する（ガイダンスノート3参照）。
- 提供されたパッケージ内のすべてのノン・フードアイテムの妥当性を検討する（ガイダンスノート4参照）。
- ノン・フードアイテムの、整然で透明性があり公平な配布のために計画する（ガイダンスノート5参照）。
- 必要に応じて、シェルターをサポートするアイテムの使用について、指示、技術指導や促進を行う（ガイダンスノート6参照）。
- 長期間避難している人々のためにノン・フードアイテムの補充を計画する（ガイダンスノート7参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 被災集団全体のノン・フードアイテムへの評価されたニーズが、満たされている（ガイダンスノート1〜7参照）。

ガイダンスノート

1. **ニーズ評価**：衣類や個人衛生などの個人用品、食品の貯蔵や調理などの一般的な家庭用品、およびビニールシート、ロープ、道具や基本的な建材などのシェルターニーズ対応アイテムへのそれぞれのニーズを評価するべきである。個人と共同体のニーズの間の区別は、特に調理や燃料において、なされなければならない。よく知られた地元で調達される商品の使用により満たされるノン・フードアイテムのニーズは特定されなければならない。避難民や移動中の集団の個人および家庭の物品を保管し輸送するための箱、袋または類似の容器の必要性は、ノン・フードアイテムの援助の一部に含めるよう考慮する必要がある。ノン・フードアイテムの供給は、全体的な災害対応計画の一部でなければならない（「コア基準1〜3」（p.51〜56）、「シェルター・居留地基準1」（p.237）参照）。
2. **共同体の施設**：学校やその他の公共施設に適切な、個人衛生、健康、料理や調理などをサポートするためのノン・フードアイテムが提供されるべきである。レクリエーションのための物資や学習教材へのアクセスが用意されなければならない。公衆衛生と衛生についてのメッセージがノン・フードアイテムの適切な使用をサポートすることを確保するために、保健部門と教育部門との間での連携が確立されるべきである（「衛生促進基準1〜2」（p.84〜86）、「INEE教育最低基準：対策、対応、復旧」参照）。
3. **ノン・フードアイテムの調達**：災害は地域経済やサプライチェーンに影響を与え、しばしばノン・フードアイテムを外部から調達し、個人、家庭やコミュニティへ直接配布することを必要とする。初期のニーズ事前評価の一環としての迅速な市場分析により、被災者に馴染みがあるノン・フードアイテムが地元もしくは隣接した被災していない地域から調達可能かどうかを判断できる。地域経済がまだ機能している場合、または調達やサプライチェーン管理への特定の援助を通して支持されることが可能な場合、現金および/またはバウチャーの提供は、被災集団が自ら救援アイテムへのニーズを管理することを可能にすることができる（「食糧の確保 ー 現金・バウチャー配給基準1」（p.188）参照）。このような支援については、脆弱な人々が不利にされず、その救援ニーズが満たされていることを確保するよう計画する必要がある。
4. **救援パッケージ**：ノン・フードアイテムはしばしば、パッケージ化され、標準仕様と内容に基づいて倉庫にあらかじめ配置されている。家庭用パッケージのノン・フードアイテムの量と規格は、一般的な家庭の人数、年齢、性別、特定のニーズを持つ人の存在、およびアイテムの文化的受容性について考慮されるべきである。
5. **配布**：効率的で公平な配布方法を、被災者と協議して計画しなければならない。人々は、そのようないかなる配布についても、参加が求められるいかなる登録や評価プロセスについても、知らされるべきである。正式な登録または引換券の配分を行うべきである。脆弱性が高い個人や世帯が配布リストから省かれず、情報と配布自体の両方にアクセスできることを確保する。苦情処理プロセスは、登録または配布の間に生じるいかなる懸念にも対処するために確立されるべきである。関連する地元当局は、どの配布場所が、ノン・フードアイテムへの安全なアクセスと受領、および受給者の安全な帰還のために最も適しているかについて協議される必要がある。歩行距離、地形や、シェルターのためのアイテムなどの大きな物資の輸送の実用性とコストへの影響を考慮する必要がある。提供されるノン・フードアイテムの配布と使用の監視は、配布プロセスおよびノン・フードアイテム自体の両方の妥当性と適切性を評価するために行われるべきである（「食糧の確保 ー 食糧配給基準5」（p.181）参照）。

6. **促進、説明および技術指導**：個人および一般家庭用のアイテムは、追加的な指導なしで使用できるよう、被災集団に馴染みがあるものである必要がある。しかし、建設資材、工具や固定具などのシェルターのためのアイテム提供を補完するために、必要に応じて技術指導と説明が行われるべきである（「ノン・フードアイテム基準5」（p.260）参照）。包装によって、安全で適切なシェルターを修復または構築するためにどのようにアイテムを安全に使用できるかを表す簡単な図を示すことができる。被災集団と地元の建設専門家は、必要な建設技術がより理解されるために、オンサイトでの啓発活動（例えば、実演用シェルターの修理または建築）に関与すべきである。家の損傷または破壊に寄与した可能性がある災害前のシェルターや居留地の設計や建設のいかなる弱点も、また災害に耐えたすぐれた実践の地元事例は、建設活動に関わる人々に明確に示されるべきである。
7. **補充**：救援配布の計画は、消費率、結果的な使用期間、およびそのようなアイテムを補充するための被災集団の能力を考慮する必要がある。

ノン・フードアイテム基準2：衣料と寝具

個人の快適さ、尊厳、健康および福利を確保する、十分な衣料、毛布と寝具を、被災集団が有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 乳児や脆弱性が高いか疎外された個人を含むすべての年齢の女性、少女、男性と少年のそれぞれの衣料へのニーズを特定し、正しいサイズで文化、季節や気候に適した必要アイテムへのアクセスを確保する（ガイダンスノート1〜5参照）。
- 被災者の毛布と寝具のニーズを特定し、十分な快適温度を提供し、適切な寝床の手配を可能にするために必要な毛布と寝具へのアクセスを確保する（ガイダンスノート2〜5参照）。
- 殺虫剤処理蚊帳の必要性を評価し、必要に応じて提供する（「病原体媒介生物対策基準1〜3」（p.103〜107）参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- すべての女性、少女、男性と少年が、文化、季節や気候に適した正しいサイズの服を、少なくとも2つフルセットで有している（ガイダンスノート1〜5参照）。
- すべての被災者が、十分な熱的快適性を確保し、適切な寝床の手配を確保するため、毛布、寝具、就寝マットやマットレス、および必要な場合には殺虫剤処理蚊帳の組み合わせを持っている（ガイダンスノート2〜5、「病原体媒介生物対策基準1〜3」（p.103〜107）参照）。

ガイダンスノート

1. **着替え**：快適な温度を確保するため、人間としての尊厳、健康および福利を維持するため、すべての被災者は十分な着替えへのアクセスを有している。これには、特に下着など、必要な衣料品を、洗濯できるように最低2セット支給することが必要となる。
2. **妥当性**：衣料（必要な場合に靴を含む）は、気候状況や文化風習に適したものにし、必要に応じたサイズでなければならない。2歳までの乳幼児は、適切な衣料に加えて毛布も必要とする。寝具は、文化的風習を考慮に入れ、必要な場合は、別々の寝床を手配できるよう十分な数量を支給する。
3. **保温能力**：保温能力に関しては、衣料や寝具の断熱性について、湿気の多い気候の及ぼす影響と同じく考慮に入れることが必要である。快適な温度を確保できるように衣料と寝具の適切な組み合わせを考慮しなければならない。地面から体温を奪われないようにするには、毛布を追加するよりも、断熱素材を使った敷布団かマットレスを利用する方が効果的な場合がある。
4. **耐久性**：支給される衣料や寝具は、通常の着用と長期利用に合わせて十分に耐久性があるものにしなければならない。
5. **特別なニーズ**：最もリスクにさらされている個人は、そのニーズに応えて追加の衣料と寝具を有していなければならない。これらの人々には、失禁症の患者、慢性疾患の人々、妊娠女性と授乳中の女性、高齢者と移動に制約のある人を含む。幼児や子ども、移動に制約がある人および高齢者は体温を奪われやすく、快適な温度を維持するためには衣料や毛布の追加などが必要になる場合がある。高齢者や病弱者、体の弱った者については、運動能力に欠けていることを考慮して特に注意を払う必要があり、マットレスや床揚げ式のベッドなどが必要になる場合がある。

ノン・フードアイテム基準3：調理器具と食器

被災集団が、調理や食料の保管、および料理、飲食のために文化的に適切なアイテムへのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 調理、食糧の保管、料理、飲食についての被災集団のニーズを特定し、必要に応じて文化的に適切なアイテムへのアクセスを可能にする（ガイダンスノート1〜2参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 各家庭や4〜5人のグループは、ハンドルと蓋のついた家庭用サイズの調理用ポット2つ、調理または配膳のためのボウル1つ、包丁1つおよびサービススプーン2つへのアクセスを有している（ガイダンスノート1〜2参照）。
- すべての被災者が、皿、スプーンまたは他の食器やマグカップや飲料容器へのアクセスを有している（ガイダンスノート1〜2参照）。

ガイダンスノート

1. **妥当性**：調理器具や食器の選択は、文化的に適切でなければならず、従うべき安全な習慣を実現できるものとする必要がある。アイテムを指定するときに、女性や一般的に調理を監督する者と協議する必要がある。調理器具の数量は、家庭内の異なるグループに異なる料理を提供することを必要とすることや、調理において特定の食材を分けることを必要とするなどの文化的な慣習に基づく必要がある。調理や食器の種類と大きさは、高齢者、障がい者や子どもに適したものでなければならない。
2. **素材**：すべてのプラスチック製品（バケツ、ボウル、ジェリー缶、貯水容器など）は食品用のプラスチック製にする。全ての金属製品（スプーン・フォーク類やボウル、皿、マグカップなど）は、ステンレス製またはほうろう加工にする。

ノン・フードアイテム基準4：ストーブ、燃料および照明

被災者は安全で、燃費効率の良いストーブへのアクセス、または燃料や家庭エネルギー、もしくはコミュニティでの調理施設へのアクセス可能な供給を有している。各家庭はまた、個人の安全を確保するため、持続可能な人工的な照明を提供する適切な手段へのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 安全で燃費効率の良いストーブへのアクセスや、燃料や家庭エネルギーや共同調理施設のアクセス可能な供給を確保することにより、家庭の調理と暖房へのニーズを特定し、満たす（ガイダンスノート1参照）。
- ストーブ を安全に使用することができ、火災のリスクを最小限に抑えていることを確保する（ガイダンスノート2〜3参照）。
- 環境と経済的に持続可能な資源や家庭エネルギーの供給源を特定し、優先順位付けする（ガイダンスノート4参照）。
- 燃料が安全で確実な方法で供給され、貯蔵されていることを確保する（ガイダンスノート5参照）。

- 人工照明と、マッチまたは燃料やろうそくに点火する適切な代替手段へのアクセスを提供する、持続可能な手段に対する家庭のニーズを特定し、満たす（ガイダンスノート6参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 燃料効率の良いストーブが、必要な燃料や家庭エネルギーの供給と共に、被災集団によって使用されている（ガイダンスノート1〜3参照）。
- ストーブの日常的な使用や燃料の調達と貯蔵において、人への危害が一件も報告されていない（ガイダンスノート4〜5参照）。
- 被災集団が、人工照明を供給する安全で持続可能な手段へのアクセスを有し、マッチもしくは燃料やろうそくに点火する持続可能な代替手段へのアクセスを有している（ガイダンスノート6参照）。

ガイダンスノート

1. **ストーブ**：地元の従来の習慣を考慮してストーブの仕様を決定する。エネルギー効率の良い調理方法を促進する。それは、燃料効率の良いストーブの使用、薪の準備、火の管理、下ごしらえ、共同調理などである。共同体での暮らしにおいては、火災の危険や室内の煙害を減らすため、各世帯にストーブを支給するよりも、共同または集中的な調理設備を支給する方が望ましい（「食糧の確保 ー 食糧配給基準2」（p.173）参照）。
2. **通気**：ガスや煙を安全な方法で屋外に排出するため、密閉空間においてはストーブに煙突を付けなければならない。天候から守られている通気孔が、適切な換気を確保し、呼吸障害のリスクを最小限に抑えるために用いられなければならない。
3. **火災の安全性**：ストーブとシェルターの要素の間に、安全な分離が確保されなければならない。室内ストーブは、煙突が外部に達するためにシェルターの構造を通過する場合、煙突の周りは非可燃性ベースと非引火性スリーブにする必要がある。ストーブは、入り口から離れ、使用中に安全なアクセスを可能にする場所に設置しなければならない。
4. **持続可能な燃料源**：燃料源は、特に受け入れコミュニティもしくは周辺コミュニティもその供給源に依存している場合には、管理されなければならない。資源は、供給の持続可能性を確保するために補充されなければならない。例えば既存の森林からの薪の抽出を削減または除去するために薪の植林を確立するなど。非伝統的な燃料源の使用は、例えばおがくずやその他の有機物から生成された練炭など、被災集団に受け入れられる場合には、サポートされなければならない。
5. **燃料の収集・保管**：被災集団、特に女性と少女は、身の安全を守るために、調理や暖房用の燃料を集める場所や方法についての協議に参加しなければならない。特に脆弱性が高い層（女性を家長とする世帯、慢性疾患患者や障がい

者を看護する人など）の燃料集めに関する要求を取り上げる。燃費効率の良いストーブとアクセス可能な燃料源を含めた、労働集約的でない燃料の使用が、促進されるべきである。燃料はストーブ自体から安全な距離に保管し、灯油などの液体燃料は、子どもや乳児の手の届かないところに保管すること。

6. **人工照明**：ランタンやろうそくは、それらを使用した場合の火災の危険性を評価する必要があるが、よく知られておりすぐに供給可能な照明を提供することができる。一般的な照明が利用できない場合、他のタイプの人工照明を提供することは、居留地の中および周辺において個人の安全に寄与する。発光ダイオード（LED）などのエネルギー効率の高い人工照明の使用、および地元での電気エネルギーを生成するソーラーパネルの提供は、考慮されるべきである。

ノン・フードアイテム基準5：道具類と固定具

シェルターの建設や維持、瓦礫撤去の責任が被災集団にある場合、被災集団は、必要なツール、固定具や補完的な訓練へのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- シェルターや共同体の施設の一部もしくは全体の安全な建設や、重要なメンテナンスの実施、または破片の除去に責任を有する集団の、ツールや固定具へのニーズを特定し、満たす（ガイダンスノート1〜2参照）。
- 道具や固定具が共同体もしくは共有での使用のために提供され、合意され一般に理解されている場合、それらの使用、メンテナンスおよび安全な保管の適切なメカニズムを確保する（ガイダンスノート1〜2参照）。
- ツールの使用および建設、メンテナンスや瓦礫除去に必要な場合、訓練や必要な指導を提供する（ガイダンスノート3参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- すべての世帯やコミュニティグループは、必要に応じて、安全に施工、メンテナンスや瓦礫除去作業を行うためのツールや機器へのアクセスを有している（ガイダンスノート1〜2参照）。
- すべての世帯やコミュニティグループは、提供されるツールと固定具の安全な使用について訓練と意識向上へのアクセスを有している（ガイダンスノート3参照）。

ガイダンスノート

1. **通常の道具類一式**：提供されるツールと固定具は、人々に馴染みがあり、状況に対して適切でなければならない。例えば様々なサイズのネジ、亜鉛メッキワイヤー、ロープ、位置決めおよび測定を助けるアイテムなどの固定具が考慮されるべきである。共同のツールは、このようなツールが、公共の建物で使用され一定の期間だけ必要とされ、またはそのようなリソースが限定的である場合に、提供されるべきである。そのような共同利用、メンテナンスと保管は、配給の前に合意されるべきである。
2. **生計手段**：可能な場合、生計手段確保に適した道具類を支給することが必要である。ツールの使用は、環境へのマイナスの影響（天然資源の許可されていない、もしくは持続不可能な伐採など）を避けるためと、そのようなツールの任意の共有や共同利用を避けるために、監視する必要がある。
3. **訓練と技術支援**：トレーニングや意識向上が、安全な使用とツールの簡単なメンテナンスや計画された活動で利用可能でなければならない。指定された建設や保守作業を行うための、親戚、隣人、または契約労働者からの援助は、女性世帯主の家庭やその他の特定された脆弱な人々に提供されるべきである（「シェルター・居留地基準4：ガイダンスノート1」（p.249）参照）。

付記1

シェルター、居留地、ノン・フードアイテムの事前評価チェックリスト

この質問リストは、災害後のシェルターおよび居留地対応に影響を及ぼす適切な情報を確実に入手するためのガイドとチェックリストである。質問リストは絶対的なものではなく、必要に応じて使用・適応する。災害の根本的な原因、治安状況、避難民と受け入れ先の基本的な人口統計、相談や問い合わせのための主要関係者に関する情報は、それぞれ別途入手することが想定されている（「コア基準3」（p.56）参照）。

1. シェルターと居留地

事前評価と調整

- 関係当局及び機関が合意した調整メカニズムが確立されているか？
- 被災集団についてどのような基礎データが利用可能であり、既知の危険性やシェルターと居留地のリスクと脆弱性は何か？
- 対応に影響する危機管理計画はあるか？
- どのような事前評価情報がすでに入手可能か？
- 機関間および/またはマルチセクターでの事前評価が計画されているか、そしてそれは、シェルター、居留地、およびノン・フードアイテムを含んでいるか？
-

人口統計

- 一般的な世帯の構成人数は？
- 被災集団において、保護者のいない子どもなど、一般的な世帯の形を取っていない個人、または世帯の規模が一般的ではない特定の少数派グループには、どれだけの人数（性別および年齢で分類）がいるか？
- 適切なシェルターを与えられていない被災家族の数はどれくらいか？　その居所は？

- 世帯の家族に含まれていない人で、シェルターを提供されていないまたは不適切なシェルターしか提供されていない人は何人（性別および年齢で分類）いるか？　その居所は？
- 移動しておらず、元の住居の拠点で支援を受けることが可能な、適切なシェルターを与えられていない被災世帯の数はどのくらいか？
- 移動しており、受け入れ家族の下か一時的な共同体の居留地内にてシェルターの援助を必要とする、適切なシェルターを与えられていない被災世帯の数はどのくらいか？
- 学校や診療所、コミュニティセンターなどの共同体施設へアクセスできない人は、男女および年齢別にどのくらいいるか？

リスク

- 適切なシェルターを与えられていない人の生命を脅かす直接的な危険は何か？　その危険にさらされている人は何人いるか？
- シェルターの提供に対する、災害の進行中の影響や、その他の既知の危険性の結果としての、被災集団の生命、健康、安全に関する潜在的なリスクは何か？
- 適切なシェルターを与えられていないことによる、女性、子ども、保護者のいない未成年者、障がい者もしくは慢性疾患を有する者など、脆弱性が高い人への特有のリスクは何か？　そしてそれはなぜか？
- 被災者がいることの、受け入れ先への影響は何か？
- 被災集団内で、グループ内もしくはグループ間の紛争や差別が起こりうる潜在的リスクは何か？

資源と制約

- 差し迫ったシェルターへのニーズの全部または一部に応える、被災集団の資材的、財務的、人的資源にはどのようなものがあるか？
- 差し迫ったシェルターの必要性に応じるにあたり、必要時の一次的な共同体での居留地を含む、土地の利用可能性、所有形態、および使用に関し、どのような争点があるか？
- 避難した集団を自らの住居や近隣の土地に受け入れる場合の、受け入れ先となる可能性がある集団が直面する争点は何か？
- 一時的に避難集団を収容するために、災害の影響を受けていない既存の利用可能な建物または建造物を利用するにあたり、どのような機会と制限があるか？

- 一時的な居留地として利用可能な空き地の使用について、地理的および環境上の適性はどのようなものか？
- シェルター対策を策定するにあたって、どのような地元政府機関の要件と制約があるか？

資材、設計と建設

- 被災集団やその他の関係者により、現在までにどのような初期のシェルター対策・資材が提供されたか？
- シェルターの再建に使用するために、破壊された拠点から回収できる既存の資材は何か？
- 被災集団の一般的な建築方法は何か、また構造フレームや屋根、外部を囲う壁にどのような資材が用いられているか？
- 代替となる設計や資材について、潜在的に利用可能で、被災集団にとって馴染みがあるか受け入れ可能なものは何か？
- 特に移動に困難がある者を含む被災集団の全構成員において安全を確保し、シェルターへ容易にアクセスし利用できることを保障するために、どのような設計上の特徴が必要とされるか？
- 見込まれているシェルター対策は、どのように将来のリスクと脆弱性を最小化することが可能か？
- シェルターは一般的にどのような方法で誰が建設するか？
- 建築資材は通常はどのように誰から入手するか？
- 女性、青年、高齢者は、彼ら自身のシェルター建設に参画するためにどのような研修・補助を受けることができるか？　またどのような制限があるか？
- 建設の能力や機会がない個人や世帯を支援するため、ボランティアや契約労働者もしくは技術的援助の提供による、追加の援助が必要とされるか？

家庭生活と生計のための活動

- 家庭生活と生計を支援するため、被災集団のシェルターの中や近隣でどのような活動が典型的に実施されるか、また結果としての空間の提供と設計は、これらの活動にどのように反映されるか？
- 資材の調達やシェルターと居留地の建設を通じて、法的・環境的に持続可能などのような生計支援の機会を提供することができるか？

必須サービスと共同体施設

- 飲料用・個人衛生用の水の利用可能性はどうか？　期待される衛生上の必要性に応じることができる可能性と制約にはどのようなものがあるか？

- 社会施設（診療所、学校、礼拝堂など）の現在の提供状況はどうか？　またこうした施設の利用にあたり、どのような制約や機会があるか？
- もし特に学校などの共同体の建物が避難民によりシェルターとして用いられている場合、本来の目的での使用に戻されるプロセスとタイムラインはどのようなものか？

受け入れ先コミュニティと環境への影響

- 受け入れ先コミュニティはどのような問題を懸念しているか？
- 受け入れ先コミュニティまたは一時的な居留地に避難集団が居住する際、どのような組織的、物理的な計画上の問題があるか？
- 建築資材を地元で調達することに関して、現地の環境についてどのような懸念があるか？
- 燃料、衛生、廃棄物処理、適当な場合は家畜放牧などについての避難集団のニーズに関して、現地の環境上どのような懸念があるか？

2. ノン・フードアイテム

ノン・フードアイテムへのニーズ

- 被災集団が必要とする、重要なノン・フードアイテムは何か？
- 必要とされるノン・フードアイテムのいずれかは、地元で入手することができるか？
- 現金またはバウチャーの使用は可能か？
- シェルターを支援するアイテムの提供を補完するため、技術支援が必要か？

衣料及び寝具

- 女性、男性、子ども、幼児、妊娠中の女性、授乳中の女性および高齢者に対して通常支給される衣料、毛布、寝具はどのようなものか？　また社会的・文化的に検討すべき特定の問題はどのようなものか？
- あらゆる年齢の女性、男性、子ども、幼児のうち、気候の悪影響から保護し、健康や尊厳、福利を維持するにあたって不適切・不十分な衣料、毛布、寝具しか持っていない人は何人いるか？
- 適切な衣料、毛布、寝具が必要な場合、被災集団の生命、健康、身の安全を脅かす可能性のある危険はどのようなものか？
- 世帯の健康と福利を保障するため、どのような病原体媒介生物対策、特に蚊帳の提供、が必要か？

調理用具、食器、ストーブ、燃料

- 一般的な世帯が、災害前に利用していた調理器具や食器はどのようなものか？
- 十分な調理器具や食器を利用できない世帯はどのくらいあるか？
- 被災集団は災害前には、一般的にどのように調理し暖房していたか？　調理はどこで行われていたか？
- 災害前に、一般的に調理と暖房のために利用されていた燃料は何か？　燃料はどこで入手していたか？
- 調理用・暖房用のストーブを利用できない世帯数はどのくらいか？　その理由は何か？
- 調理用・暖房用の燃料の適切な供給を受けていない世帯数はどのくらいか？
- 避難集団および受け入れ先集団の適切な燃料の調達に関する機会と制約（特に環境上の懸念）はどのようなものか？
- 適切な燃料の調達が、避難集団、特に全ての年齢の女性に、どのような影響を及ぼすか？
- 調理と食事に関して、どのような文化的な争点を考慮に入れるべきか？

道具と設備

- 世帯がアクセス可能であるべき、シェルターの修理、建設、維持に必要な基本的な道具はどのようなものか？
- シェルターの建設・維持および瓦礫撤去に使用される基本的な道具類を使用できる生計手段は何か？
- 道具の安全な使用を可能にするため、どのような訓練や啓発活動が必要か？

参照・参考文献

国際的な法的文書

The Right to Adequate Housing (Article 11 (1) Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CECSR General Comment 4, 12 December 1991. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1981); Article 14(2)(h).

Convention on the Rights of the Child (1990); Article 27(3).

International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1969); Article 5(e)(iii).

International Convention Relating to the Status of Refugees (1954); Article 21. Universal Declaration of Human Rights (1948); Article 25.

全般

Corsellis, T and Vitale, A (2005), Transitional Settlement: Displaced Populations. Oxfam. Oxford.

Davis, J and Lambert, R (2002), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. RedR/IT Publications. London.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. New York. www.ineesite.org

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2008), Shelter Projects 2008. IASC Emergency Shelter Cluster. Geneva.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (2010), Owner-Driven Housing Reconstruction Guidelines. Geneva.

IFRC and United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat) (2010), Shelter Projects 2009. IFRC. Geneva.

OCHA (2010), Shelter after disaster: strategies for transitional settlement and reconstruction. Geneva.

ProVention Consortium (2007), Tools for Mainstreaming Disaster Risk Reduction: Construction Design, Building Standards and Site Selection, Guidance Note 12. Geneva.

United Nations Disaster Relief Organization (UNDRO) (1982), Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance. Geneva.

UNHCR (2007), Handbook for Emergencies. Third Edition. Geneva.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), UN Refugee Agency (UNHCR), Office of the UN High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Food and Agriculture Organization of the UN (FAO), Norwegian Refugee Council (NRC) (2006), Handbook on the Implementation of the UN Principles on Housing and Property Restitution Rights for Refugees and Displaced Persons (The 'Pinheiro Principles').

World Bank (2010), Handbook for Post-Disaster Housing and Community Reconstruction. Washington DC.

一時的な共同体居留地

CCCM Cluster (2010), Collective Centre Guidelines. UNHCR and International Organization for Migration. Geneva.

NRC (2008), Camp Management Toolkit. Oslo.

環境

Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Center, University College London and CARE International. London.

Kelly, C (2005), Checklist-Based Guide to Identifying Critical Environmental Considerations in Emergency Shelter Site Selection, Construction, Management and Decommissioning. ProAct Network and CARE International.

UNHCR (2002), Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps. Geneva.

WWF and American Red Cross (2010), Green Recovery and Reconstruction Toolkit for Humanitarian Aid. Washington DC. www.worldwildlife.org/what/partners/humanitarian/green-recovery-and-reconstruction-toolkit.html

現金・バウチャーおよび市場の事前評価

Albu, M (2010), The Emergency Market Mapping and Analysis Toolkit. Practical Action Publishing. Rugby, UK.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies. Oxfam. Oxford

International Committee of the Red Cross (ICRC) and IFRC (2007), Guidelines for cash transfer programming. Geneva.

障がい者

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response. www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf

ジェンダー

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities: The Gender Handbook in Humanitarian Action. Geneva.

心理社会的サポート

IASC (2007), Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

学校および公共建築物

UN International Strategy for Disaster Reduction, INEE, World Bank (2009), Guidance Notes on Safer School Construction.

ノン・フードアイテム、緊急事態用アイテム

IASC Emergency Shelter Cluster (2007), Selecting NFIs for Shelter. Geneva.

IASC Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in humanitarian settings (2009), Decision Tree Diagrams on Factors Affecting Choice of Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Geneva.

ICRC and IFRC (2009), Emergency Items Catalogue. Third Edition. Geneva.

IFRC and Oxfam International (2007), Plastic Sheeting: a guide to the specification and use of plastic sheeting in humanitarian relief. Oxford.

Inter-Agency Procurement Services Offices (2000), Emergency Relief Items: Compendium of Generic Specifications. Vols 1 and 2. United Nations Development Programme. New York.

OCHA (2004), Tents: A Guide to the Use and Logistics of Family Tents in Humanitarian Relief. Geneva.

保健活動に関する最低基準

Minimum Standards in Health Action

本章の使い方

本章は、以下の2節に分かれている：

保健システム

必須保健サービス

保健サービスの計画、実施、モニタリング、評価への保健システムアプローチを、災害対応中の保健サービスを組織するためのフレームワークとして採用した。これは、優先的な保健ニーズを特定し、効率的かつ効果的な方法でこのニーズを満たすことを保証する最も良い方法である。国や地元の保健システムを支援することや、ツールやアプローチの調整・標準化などの原則が随所で強調されている。

権利保護の原則と、コア基準は、この章と共に用いられるべきである。

最低基準は、主に災害への人道対応について示すことを第一の意図としているが、同時に災害対策や復旧活動への移行においても考慮される。

各節は次のように構成されている。

- **最低基準：**本質的に質的なものであり、保健サービスの提供に関し、人道対応において達成すべき最低レベルを定めている。
- **基本行動：**基準を満たすことを助ける、推奨される行動とインプットである。
- **基本指標：**最低基準が達成されているかどうかを示す「シグナル」である。基本行動のプロセスと結果を測定し報告するための手段を提供する。基本指標は最低基準に関連しており、基本行動とは関連していない。
- **ガイダンスノート：**最低基準や基本行動、基本指標を、異なる状況で適用する際に考慮すべき具体的な点が含まれる。これらは、現実の困難に取り組む際の指針や、優先すべき課題についてのベンチマークやアドバイスを提供する。また、基準や行動、指標に関する重要な論点を含み、現在の知見におけるジレンマ、論争やギャップを説明している。

要求される基本指標と基本行動が達成されない場合、結果として被災集団に対してどのような悪影響があるか評価すべきであり、適切な緩和活動を実施するべきである。

この章の最後の付記には、保健サービスの事前評価のためのチェックリスト、サンプル調査の報告フォーム、主要な保健指標の算定式などを示している。参照・参考文献も提供されている。

目次

はじめに 275

1. 保健システム 280

2. 必須保健サービス 292

2.1. 必須保健サービス ー 感染症対策 294

2.2. 必須保健サービス ー 子どもの保健 302

2.3. 必須保健サービス ー 性および生殖に関する保健 306

2.4. 必須保健サービス ー 負傷 311

2.5. 必須保健サービス ー メンタルヘルス 313

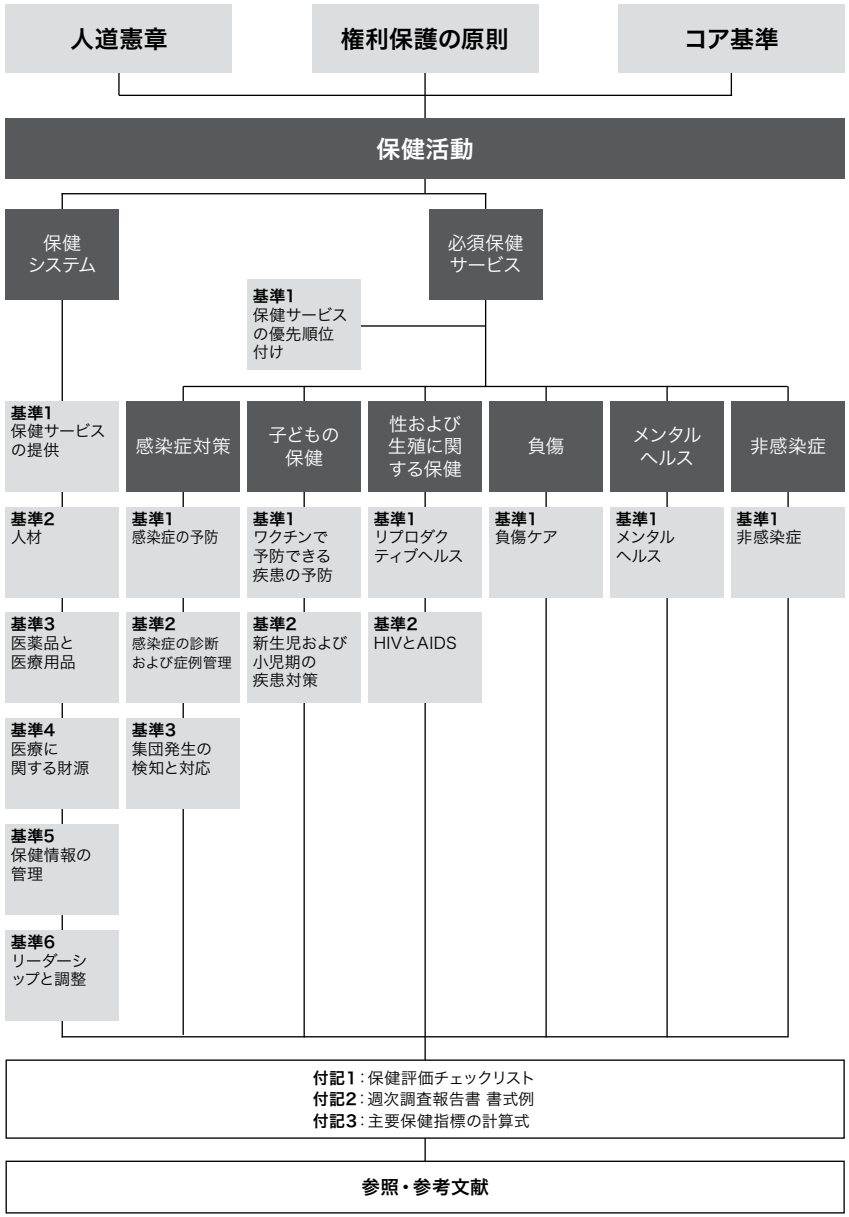
2.6. 必須保健サービス ー 非感染症 316

付記1：保健評価チェックリスト 318

付記2：週次調査報告書 書式例 320

付記3：主要保健指標の計算式 325

参照・参考文献 328



はじめに

人道憲章および国際法との関係

保健サービスに関する最低基準は、人道機関の共通の信念とコミットメント、および人道憲章に謳われている人道行動を統べる共通の原則、権利および義務を具体的に示したものである。人道の原則に基づき、国際法に反映されている通り、これらの原則は生命と尊厳への権利、保護と安全への権利、および必要に基づいた人道援助を受ける権利を含んでいる。人道憲章に反映されている主要な法的・政策的文書のリストは付録1（p.338）に、援助職員のための説明と共に示した。

上記権利に対しては国家が主要な義務を有するが、人道機関もこれらの権利に沿う形で被災者と共に活動する責任を有する。これらの一般的権利から、数々のより具体的な権利が導き出される。そこに含まれるのは、コア基準の基礎となる参加、情報、および非差別に関する権利であり、さらに、コア基準やこのハンドブックの最低基準を支える水・食糧・シェルター・健康に関する具体的な権利である。

すべての人は、多くの国際的な法律文書の中で認められているように、健康への権利を有している。健康への権利を保証することができるのは、人々が保護され、また、保健システムを担当する専門家が十分な訓練を受け、世界共通の倫理原則と専門家としての基準を守り、こうした専門家が活動する制度がニーズの最低基準を満たすように策定されており、さらに国家が安全で安定した状況を確立・確保する方向に向かっている場合に限られる。武力紛争下でも、民間の病院と医療施設は、いかなる場合も攻撃の対象であってはならず、健康と医療に携わるスタッフは、尊重され、保護される権利を有する。武器を携行するなど、医療施設の中立性を脅かす行動は禁止される。

本章の最低基準は、健康への権利について詳細に記載するものではないが、スフィアの基準は、健康への権利の中心となる内容を反映しており、世界中での同権利の発展的な実現に貢献するものである。

災害時における保健サービスの重要性

保健へのアクセスは、災害の初期段階において生存を左右する重要な要素である。災害はほぼ必ず被災集団の公衆衛生や福利に重大な影響を及ぼす。公衆衛生への影響には、直接的な影響（例：暴力や負傷からの死亡）と間接的な影響（例：感染症の発生率の増加、および/または栄養失調）がある。間接的な健康への影響は、質量共に不適切な水分補給、衛生設備の機能停止、保健サービスへのアクセスの途絶または減少、および食糧確保状況の悪化等に関係していることが多い。治安の欠如、移動の制限、人口移動、および生活状況の悪化（過密および不適切なシェルター）はまた、公衆衛生上の脅威となる。気候変動は、脆弱性とリスクを増す可能性がある。

人道危機への人道的な対応の主な目的は、過度の死亡と罹患を予防・削減することにある。主な目標は、粗死亡率（CMR）および5歳未満児死亡率（U5MR）を対象人口において災害前に記録されていた基準率の2倍未満に維持する、もしくはそこまで下げる事である（「地域別基準死亡率データ」（p.294）参照）。災害の種類によって、死亡率と罹患率の規模と傾向も異なり（「各種災害の公衆衛生への影響」（次ページ）参照）、被災集団の健康へのニーズは、災害の種類と範囲によって変化する。

人道対応への保健部門からの寄与は、健康上のリスクを減らすのに効果的な予防的・促進的介入などの必須保健サービスを提供することである。必須保健サービスは、超過死亡率と罹患率の主要な原因に対処するのに有効であり、優先されるべき衛生上の介入である。必須保健サービスの実施においては、保健システムを強化する行動によるサポートが必要である。災害への対応として衛生上の介入が計画、組織され提供される方法は、既存の保健システムおよびその将来の回復と発展を強化することも損なうこともある。

既存の保健システムの分析は、システムのパフォーマンスの水準を判断するため、および保健サービスの提供とアクセスについての主要な制約条件を特定するために必要である。災害の初期段階では情報が不完全な可能性があり、関連する全てのデータが得られないまま、重要な公衆衛生上の意思決定をしなければならないかも知れない。複数領域にわたる事前評価は、できるかぎり早く実施すべきである（「コア基準3」（p.56）参照）。

より良い災害対応は、より良い災害対策によって達成される。対策は、リスク分析に基づいており、早期警戒システムとよく連携している。対策には、危機管理対策、機器および消耗品の備蓄、救急サービスおよび待機取り決めの設立および/または維持、通信、情報管理と調整の手配、人材育成、地域レベルの計画、訓練および演習などがある。建築基準法を施行することで、地震に関連する死亡や重傷者の数を劇的に減らすことができ、医療施設が災害後も機能維持することを確保できる。

各種災害の公衆衛生への影響
注：以下に示した種類の災害であっても、罹患と死亡のパターンは状況によって大きく異なる。

影響	複合緊急事態	地震	強風（洪水を伴わない）	洪水	鉄砲水/津波
死亡	多い	多い	少ない	少ない	多い
重傷	状況による	多い	中程度	少ない	少ない
感染症のリスクの増加	高い	状況による*	低い	状況による*	状況による*
食糧不足	一般的	まれ	まれ	状況による	一般的
大規模な人口移動	一般的	まれ（大きく損害を被った都市部では起こりうる）	まれ（大きく損害を被った都市部では起こりうる）	一般的	状況による

*災害後の移動および集団の生活状況による。
出所：全米保健機構、2000年より作成

他章との関係

様々な決定要因が健康状態へ影響するため、他の章に含まれる多くの基準が本章に関係している。ある分野の基準達成の進捗状況は、他の分野の進捗状況に影響を及ぼすことが多く、また進捗状況を決定する場合もある。効果的に対応するためには、他セクターとの密接な調整と協働が必要になる。ニーズを満たし、取り組みの重複を回避し、資源の利用を最適化し、保健サービスの質を最適なものにするためには、地元政府機関やその他の機関、コミュニティベースの機関との調整も必要である。該当する場合には、他章に記載されている特定の基準やガイダンスノートへの参照を行っている。付随的および補完的基準への参照も行っている。

権利保護の基準とコア基準との関係

このハンドブックの基準を守るためには、たとえ明確な保護の責務や保護の専門家としての能力を有していないとしても、全ての人道機関が権利保護の原則を守らなければならない。権利保護の原則は「絶対的」なものではない。機関がどの程度原則を満たすことができるかは、状況によって制約されうると認識されている。しかしながら、原則は、常に行動の指針とされるべき普遍的な人道上の懸念を反映している。

コア基準は、全てのセクターによって共有されている、プロセスおよび人員に関する主要な基準である。6つのコア基準は、人々を中心とした人道対応、調整と協

力、事前評価、設計と対応、成果・透明性と学習、および援助職員の成果をカバーしている。コア基準は、ハンドブックのその他の全基準を支えるアプローチについて、単一の参照ポイントを提供する。従って技術的各章は、その基準の達成を助けるため、コア基準と共に用いられることが求められる。特に、あらゆる対応の適切性と質を確保するため、被災者の参加—災害において最もしばしばリスクにさらされるグループと個人を含む—は最大化されるべきである。

被災者の脆弱性と対応能力

この節はコア基準と併せて読まれ、コア基準を補強することを想定して書かれている。

重要なことは、若者や高齢者であったり、女性であったり、障がいを持っていたりHIVであったりすること自体は、個人を脆弱にしたりリスクを増したりするわけではないことである。むしろ、様々な要素の相互作用が脆弱性やリスクに影響する。例えば、70歳を越して一人で暮らし健康状態が悪い人は、同じ年齢や健康状態でも大家族と共に住み十分な収入を有している人よりも脆弱性が高くなりがちである。同じように、3歳の少女は、保護者がいない場合には責任ある両親の元で養われている場合よりも脆弱性が高い。

保健活動に関する基準および基本行動が実施される際、脆弱性および能力分析を行うことにより、援助を受ける権利を有する人が差別なく、また最も必要とする人が、災害対応の取り組みによって支えられることが確保される。そのためには、地元の状況と、その元々有していた脆弱性（例：極度の貧困や差別）や権利保護への様々な脅威への露出（例：性的搾取を含むジェンダーに基づく暴力）、疾病の発生や蔓延（例：HIVや結核）および集団感染の可能性（例：麻疹やコレラ）によって特定の危機が特定のグループにどのように影響するのかを、徹底的に理解することが求められる。災害は、既存の不平等をさらに悪化させることがある。しかしながら、人々の対処戦略、回復力、および復旧能力をサポートすることが重要である。人々の知識、スキルおよび戦略は支えられるべきであり、社会的、法的、経済的および心理社会的サポートへのアクセスは支持されるべきである。また、このようなサービスへ正当なやり方でアクセスする際に直面しうる様々な身体的、文化的、経済的および社会的障害への対応も必要である。

以下に、脆弱性が高い人々の権利と能力が配慮されることを確保するいくつかの主要領域を示している。

- 人々の参加を最大化する。全ての代表的グループが含まれていること、その中でも特に見えづらい人々（例：コミュニケーションが難しい人、移動が難しい人、施設で暮らしている人、汚名を着せられた若年層、その他のあまり/全く代表されていないグループ）が含まれていることを確保する。

- 評価において性別および年齢（0歳〜80歳以上）によってデータを分類する—これは、領域や地域が適切に人々の多様性を考慮することを保障する重要な要素である。
- 受給資格についての情報を得る権利が、誰も排除せず、コミュニティの全ての構成員がアクセス可能な方法で伝えられていることを確保すること。

最低基準

1. 保健システム

世界保健機関（WHO）は保健システムを、「保健活動の提供に専念しているすべての組織、機関およびリソース」と定義している。保健システムは、保健サービスの提供、財務および管理、健康の決定要因に影響を与えようとする取り組み、および直接医療サービスの提供に関与している全ての範囲のプレイヤーを含み、中央、地方、地区、地域社会や家庭の全てのレベルを包含する。

スフィアの保健システム基準は、WHOの保健システムのフレームワークに従い、6つの要素で構成される：リーダーシップ、人的資源、医薬品や医療用品、保健金融、健康情報の管理とサービス提供。これらの機能のそれぞれの間に多数の相互接続と相互作用があり、一つの要素に影響を与えるアクションが他の要素にも影響を与える可能性がある。これらの保健システムの要素は、主要保健サービスを提供するために必要な機能である。災害対応時の保健介入は、保健システム強化に貢献するように設計し、実施する必要がある。

保健システム基準1：保健サービスの提供

人々は、標準化され、受け入れられた手順とガイドラインに従った、効果的、安全および品質の良い保健サービスへの公平なアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 適切なレベルの保健システムにおいて、保健サービスを提供している。レベルには、家庭や地域社会、クリニックや健康ポスト、保健センターや病院などがある（ガイダンスノート1参照）。
- 国の基準とガイドラインを考慮し、最も一般的な疾患のための標準ケース管理手順を適応させるか、確立する（ガイダンスノート2参照）。
- 標準紹介システムを確立するか強化し、それがすべての機関によって利用されていることを確保する（ガイダンスノート1参照）。
- 緊急の徴候を有する者がすぐに治療を受けられることを保障するため、すべての保健施設において標準トリアージシステムを確立または強化する。

- 地域社会と保健施設レベルでの健康教育と健康促進を開始する（ガイダンスノート3参照）。
- 血液供給や血液製剤の安全かつ合理的な利用を確立し、従う（ガイダンスノート5参照）。
- 検査サービスが利用可能となっており、必要なときには利用されることを確保する（ガイダンスノート6参照）。
- 移動診療所や野戦病院を含め、代替または並列した保健サービスの設立を回避する（ガイダンスノート7〜8参照）。
- プライバシー、個人情報保護とインフォームドコンセントへの患者の権利を確保し得る方法で保健サービスを設計する（ガイダンスノート9参照）。
- 保健施設における適切な廃棄物管理の手順、安全対策と感染対策方法を実施する（ガイダンスノート10〜11、「固形廃棄物管理基準1」（p.109）参照）。
- 尊厳が守られ、文化的に適切で公衆衛生上の適切な実践に基づいている方法で、遺体を処分する（ガイダンスノート12、「固形廃棄物管理基準1：ガイダンスノート8」（p.112）参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 全被災集団の必須保健ニーズを満たすために十分な数の医療施設がある：
  - 1万人あたり1つの基本保健ユニットがある（基本保健ユニットは、一般的な保健サービスが提供される一次医療施設である）
  - 5万人あたり1つの保健センター
  - 25万人あたり1つの地区病院または地方病院
  - 1万人あたり10より多くの入院患者用および産科用ベッド（ガイダンスノート1参照）
- 保健施設での利用率は、被災集団においては年間1人当たり2〜4件の新規診察であり、地方および分散した集団においては年間1人当たり1件超の新規診察数である（ガイダンスノート4および「付記3：主要保健指標の計算式」）。

ガイダンスノート

1. **ケアのレベル**：保健施設は、その大きさと提供するサービスに応じて、ケアのレベルによる分類がなされる。必要な保健施設の数と場所は、状況によって変わることがある。保健システムはまた、ケアの連続性を担保するためのプロセスを開発する必要がある。これは、特に救命活動のために、効果的な紹介システムを確立することにより最大限達成される。紹介システムは、年中無休、24時間機能する必要がある。
2. **国の基準・ガイドライン**：一般的には人道機関は、治療プロトコルや必須医薬品リストを含む、災害対応が実施されている国の保健基準とガイドラインに準拠す

る必要がある。それらが古いか、または科学的根拠に基づいた実践を反映していないときには、国際基準を参照するべきであり、保健セクターの主導的機関はそれらを更新するために厚生省を支援するべきである。

3. **健康増進**：現行のコミュニティの健康増進プログラムは、女性と男性のバランスの取れた代表を確保しながら、地元の保健当局やコミュニティの代表者と協議して開始する必要がある。プログラムは、主要な健康問題、健康上のリスク、保健サービスの利用可能性と場所や、健康を保護し促進する行動についての情報、および有害な慣行に対応し阻止する情報を提供する必要がある。公衆衛生のメッセージと材料は、適切な言語やメディアを活用すべきであり、文化的に敏感で、理解しやすいものでなければならない。学校と子どものためのスペースは、情報を拡散し、子供と両親にリーチするために重要な会場である（「INEE教育最低基準 ー アクセスと学習環境基準3」参照）。

4. **保健サービスの稼働率**：状況によって変化するため、保健サービスの利用には最小しきい値はない。安定した農村と分散した集団の中では、稼働率は少なくとも年間1人あたり1件の新規診察が必要である。被災者の中では、平均して年間1人あたり2～4件の新規診察が期待される。稼働率が期待より低い場合、それは医療サービスへの不十分なアクセスを示している可能性がある。稼働率が高い場合、それは特定の公衆衛生上の問題や対象人数の過小評価に起因する過剰使用を示唆する可能性がある。稼働率を分析する際に、理想的には性別、年齢、民族や障害ごとの利用にも考慮されるべきである（「付記3：主要健康指標の計算式」参照）。

5. **安全な輸血**：国の輸血サービス（BTS）が存在する場合、取り組みは同サービスと調整することが必要である。血液の収集は、自主的な、無報酬の献血者からのみ行う必要がある。輸血感染性の感染症のスクリーニング、血液型判定、適合性テスト、血液成分の生産、血液製剤の貯蔵と輸送を含めて、試験実施基準が確立されるべきである。可能な場合には、輸血の代替製品（晶質およびコロイド）を含む、血液の効果的な臨床使用を通じて、不必要な輸血を削減することができる。該当する臨床スタッフは、安全な血液の提供とその効果的な臨床使用を確保するために訓練されるべきである。

6. **検査サービス**：最も一般的な感染症は、臨床的な方法（例：下痢、急性呼吸器感染症）や迅速診断検査または顕微鏡（例：マラリア）の使用により診断することができる。検査機関のテストでは、予想される流行の原因確認、ケースマネジメントの決定を支援するための文化および抗生物質への感応性のテスト（例：赤痢）、および集団での予防接種が必要とされる場合のワクチンの選択（例：髄膜炎菌性髄膜炎）において最も有効である。糖尿病などの特定の非感染性疾患については、診断と治療のために検査機関のテストが不可欠である。

7. **移動診療所**：災害時には、医療へのアクセスが制限されている孤立したか移動している集団のニーズを満たすために、移動診療所を運営することが必要となる場合がある。移動診療所はまた、マラリアの流行などの、多数の患者が予想される流行において治療へのアクセス増加に対応するために重要であると、実証されている。移動診療は、保健セクターの主導機関および地元当局との協議の後にのみ、導入すべきである（「保健システム基準6」（p.290）参照）。

8. **野戦病院**：時折、既存の病院が深刻な損傷を受けたまたは破壊されたときには、野戦病院が医療を提供する唯一の方法となることがある。しかし通常は、既存の病院にリソースを提供し、彼らが仕事を再開できたり、追加負荷に対応できたりするようすることが、より効果的である。野戦病院を展開することは、外傷の即時処置（最初の48時間）、外傷および日常的外科および産科の緊急事態の二次ケア（3～15日）、または損傷した地元の病院が再建されるまでの代替として、適切である。野戦病院は非常にビジビリティが高いため、野戦病院を展開するよう求めるドナー国政府からの実質的な政治的圧力がかかることがしばしばある。しかし、必要性と付加価値のみに基づいて野戦病院の展開を決定することが、重要である。

9. **患者の権利**：保健施設やサービスは、プライバシーと機密性を確保するように設計されるべきである。 医療や外科手術に先立ち、患者（もしくは、患者に判断能力がない場合には保護者）からのインフォームドコンセント（訳注：「正しい説明を受け、理解した上での、自主的な選択・同意・拒否」（日本弁護士連合会による定義））が求められるべきである。保健スタッフは、関連するそれぞれの手続きだけでなく、その期待される利益、潜在的なリスク、コストと期間について、患者に知る権利があることを理解しておく必要がある。

10. **医療現場や患者の安全性における感染対策**：災害時の効果的な対応のため、継続的な感染予防制御（IPC）プログラムは、国内および周辺の医療施設において、また様々な医療施設のレベルで、適用されるべきである。医療施設におけるIPCのプログラムには、以下が含まれている必要がある：

    - 明確なIPCの方針 （例：潜在的な脅威に対処する日常的および追加的感染制御対策）
    - 明確なスコープ、機能と責任とともに感染制御プログラムを実行する、資格要件を満たした専門の技術スタッフ （IPCチーム）
    - 感染症の流行を検出するための早期警戒監視システム
    - 緊急事態への対応における、活動 （例：スタッフのトレーニング） と物資のための明確な予算
    - 強化された標準予防策と流行病のために定められた追加の特定の注意事項
    - 管理上のコントロール （例：隔離政策） と、環境と工学のコントロール （例：環境の換気の改善）
    - 個人用保護具の使用
    - IPCの実践のモニタリングと、勧告の定期的な見直し

11. **医療廃棄物**：医療施設で発生する有害廃棄物は、感染性の非鋭利な廃棄物、鋭利な廃棄物、および非感染性の一般的廃棄物に区分できる。医療廃棄物のずさんな管理は、医療スタッフ、清掃業者、廃棄物処理業者、患者およびコミュニティ内のその他の者を、HIVやB型/C型肝炎などの感染症にさらす可能

性を生じさせる。感染の危険を最小化するため、廃棄物発生時点から最終的なカテゴリー別の特定廃棄手順まで、適切な分別が実施されなければならない。医療廃棄物の処理を担当する者は、適切に訓練され、保護具（手袋とブーツが最低要件）を着用しなければならない。廃棄物の種類に応じた取扱いが必要である：例えば、感染症以外の非鋭利な廃棄物は、鋭利な廃棄物と同様に、保護された穴に廃棄するか焼却処分しなければならない。

12. **遺体の処理**：災害により高死亡率となったときには、多数の遺体の管理が必要となる。集団墓地への多数の遺体の埋葬はしばしば、遺体はすぐに埋めたり焼いたりしなければ健康上のリスクとなるという誤った信念に基づいている。いくつかの特殊なケース（例：コレラや出血発熱に起因する死亡）に限り、遺体は健康リスクをもたらし、特定の予防措置を必要とする。遺体は集団墓地にぞんざいに捨ててはならない。人々は、家族を識別し、文化的に適切な葬儀を行う機会を与えられる必要がある。大量の埋葬は、法的請求を行うために必要な死亡証明書を取得するための障壁となりうる。埋葬されている者が暴力の被害者であるときは、法医学の問題を考慮すべきである（「シェルター・居留地基準2：ガイダンスノート3」（p.243）参照）。

保健システム基準2：人材

医療サービスが、被災集団の健康ニーズを満たす知識とスキルの適切な組み合わせを有する、訓練された有能な保健従事者によって提供されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 基本的な保健評価の重要な構成要素として、スタッフのレベルと能力を評価する。
- 可能な場合、スタッフの数、スタッフのスキルやジェンダーの構成、および/またはスタッフの民族比率の不均衡に対処する（ガイダンスノート1参照）。
- 地域の保健従事者を支援し、保健サービスに彼らを完全に統合し、彼らの能力を考慮に入れる（ガイダンスノート1参照）。
- 各保健施設でのサポート機能のために、適切な 補助的労働者を確保する。
- 診療手順やガイドラインの使用について、臨床スタッフを訓練する（ガイダンスノート2参照）。
- フィードバックの提供を含め、規格やガイドラインの遵守を確保するために、定期的にスタッフに協力的な監理を行う。
- トレーニングプログラムを標準化し、主要な保健ニーズと能力のギャップに応じて、それらに優先順位を付ける。

- 全ての機関と合意し、国家の保健当局と共同で、すべての医療従事者のための公正かつ信頼性の高い報酬を確保する。
- 全ての医療従事者のため、基本的な衛生と保護を含む、安全な作業環境を確保する。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 有資格の医療従事者（医師、看護師、助産師）が、少なくとも人口1万人あたり22人存在する（ガイダンスノート1参照）。
  - 医師が、少なくとも人口5万人あたり1人
  - 有資格の看護師が、少なくとも人口1万人あたり1人
  - 助産師が、少なくとも人口1万人あたり1人
- 地域保健ワーカー（Community Health Worker, CHW）が少なくとも人口1,000人あたり1人、10人の家庭訪問者に対して1人のスーパーバイザー、および1人のシニアスーパーバイザーがいる。
- 臨床医は、常に一日あたり50人より多くの患者を診察することを要求されていない。このしきい値を定期的に超える場合、追加の臨床スタッフが募集されている（ガイダンスノート1、および「付記3：主要保健指標の計算式」参照）。

ガイダンスノート

1. **スタッフのレベル**：医療従事者とは、医師、看護師、助産師、クリニカルオフィサーや医師のアシスタント、検査技師、薬剤師、CHW等だけでなく、管理やサポートスタッフを含めた広い範囲を含む人々である。人口あたりの医療従事者の最適なレベルについての合意は存在せず、状況によって異なる可能性がある。しかしながら、医療従事者の利用可能性と衛生上の介入がカバーする範囲との間には相関関係がある。例えば、1人の女性医療従事者か疎外された民族グループの代表がスタッフにいることで、保健サービスへの女性や少数民族の人々のアクセスを増やすことができる。人員配置の不均衡は、保健ニーズに対して重要なギャップが存在するエリアに医療従事者を再配置および/または採用することによって対処する必要がある（「コア基準6」（p.65）参照）。
2. **スタッフの研修と監督**：医療従事者は、その責任レベルに応じた、適切な訓練、技能及び監督的サポートを提供されている必要がある。人道機関には、スタッフの知識が最新のものであることを確保するために、スタッフを訓練し、監督する義務がある。訓練と監督は、特にスタッフが継続的な教育を受けていない場合や新しい手順が導入されている場合には、優先度が高い。研修プログラムは、主要な健康上のニーズおよび監督を通じて特定された能力ギャップに応じて、可能な限り標準化され優先順位を付けなければならない。誰が、いつ、どこで、何を誰によって訓練されたか、の記録を維持すべきである。これらは、地域の保健当局の人材部門と共有されるべきである（「コア基準6」（p.65）参照）。

保健システム基準3：医薬品と医療用品

人々は、必須医薬品や消耗品の継続的な供給へのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- その妥当性を判断するため、対応の初期において被災国の必須医薬品の既存リストを評価する（ガイダンスノート1参照）。
- 保健ニーズと医療従事者の能力レベルに応じて適切なアイテムを含む、標準必須医薬品と医療機器リストを確立し、承認する（ガイダンスノート1～2参照）。
- 効果的な医薬品管理システムを確立するか、適応させる（ガイダンスノート3参照）。
- 一般的な病気の治療のための必須医薬品が利用可能であることを確保する。
- 国際的に認知されたガイドラインに従っている場合にのみ医薬品の寄付を受け入れる。これらのガイドラインに従わない寄付品は利用せず、安全に処分する。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- どの医療機関も、選択された必須医薬品およびトレーサーについて1週間より長期の在庫切れがない（ガイダンスノート4参照）。

ガイダンスノート

1. **必須医薬品リスト**：ほとんどの国は、確立された必須医薬品リストを持っている。このリストは、対応初期段階での主導保健当局と妥当性判断についての協議を行った上で、必要に応じて見直されるべきである。時折、必須医薬品リストの変更が必要となる：例えば、推奨される抗菌剤に対する耐性の証拠がある場合。更新されたリストがすでに存在しない場合は、WHOによって確立されたガイドライン（例：必須医薬品WHOモデルリスト）に従う必要がある。標準的なパッケージ済みキットの使用は、災害の初期段階に限定する必要がある。
2. **医療機器**：それぞれの医療施設のレベルで利用できる必要機器のリストを特定する際には注意が必要である。これはまた、スタッフに必要な能力にリンクしている必要がある。

3. **薬剤管理**：医療機関は、効果的な薬剤管理システムを確立する必要がある。このシステムの目標は、高品質の医薬品の効果的・コスト効率的な利用、貯蔵、および、期限切れ薬品の正しい廃棄を保障することである。このシステムは、薬剤管理サイクルの4つの主要な要素 ー 選定、調達、流通および使用 ー に基づいていなければならない。
4. **トレーサー製品**：これには、薬剤管理システムの機能を定期的に評価するために選択されている必須／主要医薬品のリストが含まれる。トレーサー製品として選択すべきアイテムは、地元の公衆衛生の優先度に関連し、医療施設で常に利用可能でなければならない。例としては、アモキシシリンとパラセタモールなどがある。

保健システム基準4：医療に関する財源

人々は、災害の期間中、無料の一次医療サービスへのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 災害対応の期間中、被災者への配給拠点において無料医療サービスを提供するための財源を特定し、結集する（ガイダンスノート1を参照）。
- 政府のシステムを介して利用料が課金される場合、災害対応の期間中、課金が廃止または一時停止されるための手配を行う（ガイダンスノート2参照）。
- 廃止および/または一時停止された利用料によって生まれた財務上のギャップをカバーするため、また医療サービスの需要増大に対応するために、必要な財務的および技術的支援を保健サービスに対して提供する（ガイダンスノート1参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 災害対応の期間中、すべての政府と非政府組織の施設では、一次医療サービスが無料で被災集団に提供されている。

ガイダンスノート

1. **保健に関する資金調達**：基本的な保健サービスを提供するコストは、状況に応じて異なる。この状況には、既存の医療システム、災害の被害者、および災害によって生まれた特定の保健ニーズが含まれている。マクロ経済と保健に関するWHO委員会によると、必須保健サービスの最小パッケージを提供する費用は、低所得国では少なくとも年間1人あたりUS$40の支出を必要とする（2008年の数値）。災害時に医療サービスを提供することは、安定した状況での提供よりも高額となる可能性がある。

2. **利用料**は、サービス提供の時点で受益者によってなされる直接の支払いを指す。利用料の設定は医療へのアクセスを妨げ、貧困で脆弱性の高い人々が、医療が必要なときに適切な医療を求めないという結果につながる。基本的な人道原則は、援助機関が提供するサービスや物資は受給者において無償であるべきということである。これが不可能な状況では、被災者のメンバーに現金および/またはバウチャーを提供することで、保健サービスへのアクセスを可能とすることを考慮できる（「食糧の確保 ー 現金・バウチャー配給基準1」（p.188）参照）。利用料の無料化は、保健システムに対する、収入がなくなり利用が増加することへの埋め合わせとなる措置を伴わなければならない（例：医療スタッフへのインセンティブを支払う、追加の薬剤を提供する）。利用料の無料化後に、サービスのアクセス可能性と品質を監視する必要がある。

保健システム基準5：保健情報の管理

保健サービスの設計と内容は、関連する公衆衛生データの収集、分析、解釈および利用に基づいている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 既存の保健情報システム（health information system, HIS）を利用するか、適応させるか、もしくは代替のHISを使用するかを決定する（ガイダンスノート1参照）。
- 適切であれば、HISから得られないが優先する医療サービスを決定するために不可欠な情報を収集するため、評価と調査を実施する（ガイダンスノート2参照）。
- 全ての報告義務がある疾患と健康状態のための標準症例定義を開発し、また/もしくは利用し、それらがすべての機関によって使用されていることを確認する。
- 疾病の流行を検知するための監視・早期警戒（early warning, EWARN）システムをHISの要素として設計し、可能な場合にはそれを既存のHISにおいて構築する（「必須保健サービス ー 感染症対策基準3」（p.298）、「付記2：週次調査報告書書式例」参照）。
- 優先する病気・健康状態を、HISを通じて識別し、報告する。
- すべての対応機関は、人口などの共通の数値について合意し、それを使用する（ガイダンスノート3参照）。
- 医療施設や機関は定期的に、監視データおよびその他のHISデータを主導的役割を果たす機関に提出し報告する。これらの報告の頻度は、状況と情報の種類によって異なる。例：毎日、毎週、毎月。

- 監視データを解釈し意志決定を導くような、調査等の他の関連する情報源による、一貫した補完的データを使用する（ガイダンスノート2参照）。
- 個人および/または集団の権利と安全性を保証するため、データ保護のための適切な予防策を講じる（ガイダンスノート4参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- すべての保健施設や機関が、報告期間終了後48時間以内に、主導的機関へ定期的にHISレポートを提供する。
- すべての保健施設や機関が、流行しやすい疾患の症例を、発症後24時間以内に報告している（「必須保健サービス ー 感染症対策基準3」（p.298）参照）。
- 主導的機関は、保健サービスのカバー範囲と利用に関する報告書とともに、疫学的データの分析や解釈を含めた、定期的・全体的な保健情報のレポートを作成する。

ガイダンスノート

1. **健康情報システム（HIS）**：監視システムは、可能な限り既存のHIS上に構築するべきである。災害によっては、新規もしくは並列のHISが必要になる場合がある。これは、既存HISのパフォーマンスおよび妥当性と、発生した災害において必要な情報を評価することによって決定される。災害対応においては、健康データは以下を含める必要があるが、これらに限定されない：
   - 5歳未満の死亡を含む、医療施設で記録された死亡
   - 死因別死亡率
   - 原因別死亡率
   - 最も多い疾患の罹患率
   - 特定疾患の罹患率
   - 医療施設利用
   - 医師1人1日あたりの診察数
2. **データソース**：医療施設のデータの解釈と使用においては、情報ソースとその制約を考慮に入れる必要がある。意思決定のための補完的データを使用することは、包括的なHISにおいて不可欠である。例えば、疾患の流行や、健康志向の行動に関する情報などである。分析向上に寄与するデータのその他の情報源としては、集団ベースの調査、検査機関のレポートおよびサービス品質測定などがある。調査と評価は国際的に認められた品質基準に従い、標準化されたツールと手順を用い、可能であれば、ピアレビュープロセスに提出されるべきである。
3. **データの分類**：データは、意志決定を導くために実用的なレベルで、性別、年齢、特定個人・被災集団・受け入れ集団の脆弱性、および状況（例：キャンプ

内/キャンプ外）によって分類されるべきである。緊急事態の初期段階では、詳細な分類は難しいかもしれない。しかし、死亡率および罹患率のデータにおいて、少なくとも5歳未満の子供は切り分けるべきである。時間と条件が許す限り、潜在的な不平等と脆弱性が高い人々を検出するために、より詳細な分類が模索される必要がある（「コア基準3」（p.56）参照）。

4. **個人情報保護**：個人の安全性とデータ自体を保護するための、適切な予防措置がとられるべきである。スタッフは、患者の許可なしに、患者のケアに直接関与していない人に患者情報を決して提供してはならない。インフォームドコンセントを与える能力が侵害されている可能性がある、知的、精神的または感覚の障がいのある人に対して、特別な配慮がなされるべきである。性的暴行を含む拷問やその他の人権侵害によって引き起こされた傷害に関連するデータは、細心の注意を払って扱われなければならない。もし個人がインフォームドコンセントを与えた場合には、適切な関係者や機関に患者情報を渡すことが考慮されることがある（「保健システム基準1」（p.280）および「権利保護の原則1：ガイダンスノート7〜12」（p.32〜33）参照）。

   死亡、EWARNおよび罹患の監視に関するフォームは、付記2を参照。主要保健指標の計算式については、付記3を参照。

保健システム基準6：リーダーシップと調整

人々は、最大の効果を達成するために機関やセクター間で調整された保健サービスへのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 保健セクターの調整について、可能な場合、保健省の代表が指揮を執るか、最低でも密接にかかわることを確保する。
- 保健省に対応の指揮を執る必要な能力がないか、意志がない場合、保健セクターの調整を指揮するよう、必要な能力を有する代替機関が指定されなければならない（ガイダンスノート1〜2参照）。
- 保健セクターの中央、準国家および現場レベル、保健セクターと他のセクターとの間、および領域横断的テーマで、地元および外部パートナーのために保健についての定期的な調整会議を開催する（ガイダンスノート3、「コア基準2」（p.53）参照）。
- 集団を最適な形でカバーすることを確保するために、各医療機関の特定の責任と能力を明確にし、文書にまとめる（ガイダンスノート1参照）。
- 特定の状況が必要としたときにはいつでも（例：集団流行対策・対応、リプロダクティブヘルス）、保健調整メカニズムの中でワーキンググループを設立する。

- 更新情報と保健分野の速報を、定期的に生成し伝える。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 介入の優先順位を決定し、緊急対応開始時の主導的機関とパートナー機関の役割を明確にするために、主導的機関が保健セクターの対応戦略文書を作成している（ガイダンスノート2参照）。

ガイダンスノート

1. **主導的役割を果たす保健機関**：保健省は主導的役割を果たす保健機関となり、保健セクターの対応を主導する責任を持つべきである。状況によっては、保健省は効果的かつ公平な方法で主導的役割を引き受ける能力または意欲がないことがある。そのような場合、通常、WHOはグローバルな保健クラスターを主導する機関として、この役割を果たす。保健省とWHOの両方に能力がない場合、別の機関が活動を調整することを求められることがある。主導的役割を果たす保健機関は、事態に対応している保健機関が地元の保健当局と調整し、地元の保健システムの能力を支援することを確保する（「コア基準2」（p.53）参照）。
2. **保健セクター戦略**：主導的役割を果たす保健機関の重要な役割は、保健セクターの緊急事態対応に関する総合的な戦略を策定することである。保健セクターの優先事項や目的を明記し、これを達成するための枠組みを定める文書を作成することが理想的である。この文書は、関係機関やコミュニティの代表者と、可能な限りプロセスを包含的にすることを確保する協議を行った後に作成するべきである。
3. **調整会議**は行動を志向しなければならず、情報を共有し、優先事項を特定し、また監視し、共通の保健戦略を策定・採択し、特定の作業を割り当て、実施要綱と活動の標準化に関して合意するためのフォーラムとなる。会議は、すべての保健パートナーが、可能な限り共通の基準およびその他の関連数値、ツール、ガイドライン、基準を使用することを確保するために実施されなければならない。会議は、災害の初期においては、より頻繁に開催されるべきである。

2. 必須保健サービス

必須保健サービスとは、被災した集団の保健ニーズに対応するために適切な、予防的および治療的保健サービスである。それには、紛争や大量の死傷者が発生するイベントの結果としての感染性/非感染性疾患による過度の罹患率と死亡率を予防し減少させる、最も効果的な介入を含む。災害時には、死亡率は極めて高くなることがあり、罹患と死亡の主要な原因を特定することは適切な必須保健サービスの策定にとって重要である。保健に関する章のこの部分は、以下の6つの節に分類し、必須保健サービス基準の概要を示す：感染症対策、子どもの保健、性と生殖に関する保健、負傷、メンタルヘルス、および非感染症。

必須保健サービス基準1：保健サービスの優先順位付け

人々は、過度の死亡や罹患の主要原因に対処するために優先順位付けされた保健サービスへのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 地元の保健当局と連携し、過度の死亡と罹患の主な原因をターゲットにすることを目的として、健康上の問題とリスクに関するデータを収集して分析する（「コア基準3」（p.56）参照）。
- 特定の危険にさらされる可能性がある脆弱性が高い人々（例：女性、子ども、高齢者、障がい者等）を特定する（「権利保護の原則2」（p.33）参照）。
- 地元の保健当局と連携し、過度の罹患と死亡を減らすために、適切かつ実現可能で効果的な保健サービスを優先し、実行する（ガイダンスノート1参照）。
- 優先的な保健サービスへのアクセスを阻害する障害を特定し、それらに対処する実用的な対策を確立する（ガイダンスノート2参照）。
- 他のすべてのセクターおよび/またはクラスター、および横断的なテーマと連携し、優先的な保健サービスを実行する（「コア基準2」（p.53）参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 粗死亡率（CMR）を、文書に記録されている災害前の基準値の2倍未満に維持するか、その水準まで引き下げる（ガイダンスノート3参照）。
- 5歳未満児死亡率（U5MR）を、文書に記録されている災害前の基準値の2倍未満に維持するか、その水準まで引き下げる（ガイダンスノート3参照）。

ガイダンスノート

1. **優先的保健サービス**は、過度の死亡や罹患の主な原因に対処する効果的な必須保健サービスである。その活動は、災害の種類やその影響等、状況によって異なる。優先的保健サービスは可能な限り、根拠に基づいた医療（evidence-based practice, EBP）の原則に基づいており、実証された公衆衛生上の利益がある必要がある。死亡率がほぼ基準レベルまで下落した後は、より包括的な範囲の保健サービスを、時間をかけて導入することができる（「コア基準4」（p.60）参照）。
2. **保健サービスへのアクセス**は、ニーズに応じた差別がない公平なアクセスを保証する、公正と公平の原則に基づいている必要がある。実践においては、アクセスや対象範囲を最適なものとするよう、保健サービスの実施場所やスタッフの配置を検討する。弱者層の特定のニーズには、保健サービスの計画段階において対応する。アクセスへの障壁には、物理的、金銭的、行動的および/または文化的なものだけでなく、コミュニケーションの障壁もある。優先的な保健サービスへのアクセスに対してのそのような障壁を特定し、克服することが不可欠である（「コア基準3」（p.56）、「権利保護の原則2」（p.33）参照）。
3. **粗死亡率と5歳未満児死亡率**：粗死亡率（CMR）は、緊急事態の深刻さを監視し、評価するための最も有用な保健指標である。CMR基準値が2倍かそれ以上になることは、重大な公衆衛生上の緊急事態であることを示しており、即時対応が必要である。基準値が不明か有効性が疑わしい場合、人道機関は、少なくとも1.0件/10,000人/日未満に維持することを目標としなければならない。

   5歳未満児死亡率（U5MR）はCMRよりも敏感な指標である。5歳未満児の基準値が不明か有効性が疑わしい場合、人道機関は、少なくとも2.0件/10,000人/日未満に維持することを目標とする（「付記3：主要保健指標の計算式」参照）。

地域別基準死亡率データ

地域	CMR（死亡者数/10,000人/日）	CMR 緊急事態のしきい値	U5MR（死亡者数/10,000人/日）	U5MR 緊急事態のしきい値
サハラ以南アフリカ	0.41	0.8	1.07	2.1
中東及び北アフリカ	0.16	0.3	0.27	0.5
南アジア	0.22	0.4	0.46	0.9
東アジア及び太平洋地域	0.19	0.4	0.15	0.3
中南米及びカリブ海地域	0.16	0.3	0.15	0.3
中央及び東ヨーロッパ地域／CIS*及びバルト諸国	0.33	0.7	0.14	0.3
先進工業国	0.25	0.5	0.03	0.1
発展途上国	0.22	0.4	0.44	0.9
後発発展途上国	0.33	0.7	0.82	1.7
全世界	0.25	0.5	0.40	0.8

* Commonwealth of Independent States
出典：UNICEF 2009年世界子供白書（State of the World's Children 2009）（2007年データ）

2.1. 必須保健サービス ー 感染症対策

感染症による死亡率と罹患率は、災害によって増加する傾向にある。多くの紛争状況において、それが風土的に存在するときに、急性呼吸器感染症、下痢、麻疹、マラリアの4つの主な感染症のうちの1つが、死亡原因の60%から90%を占める。急性栄養失調は、特に5歳未満の子どもにおいて、これらの疾患を悪化させる。感染症の集団発生は、初期段階の自然災害と関係していることは少ない。その発生は一般的には、人口移動、過密、不適切なシェルター、不十分または安全でない水、および不適切な衛生などのリスク要素と関連している。

必須保健サービス ー 感染症対策基準1：感染症の予防

人々は、過度の罹患や死亡の主要原因となっている感染症を予防することを意図した情報やサービスへのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 他の関係セクターと協力し、総合的な予防対策を策定・実施する（ガイダンスノート1参照）。
- マラリア、デング熱および地元の疫学に応じた他の媒介生物性疾病のために、適切な媒介生物対策方法を実施する（ガイダンスノート2〜3参照）。
- 例えば麻疹に対する集団予防接種など、疾病ごとの予防策を実行する（「必須保健サービス ー 子どもの保健基準1」（p.302）参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 状況に関連した主要な感染症の発生率が安定している（増加していない）。

ガイダンスノート

1. **総合的な予防対策**：これには、良い拠点の計画、清浄な水と適切な衛生の提供、衛生施設へのアクセス、特定の疾病に対するワクチン接種、十分かつ安全な食糧供給、個人用保護具と媒介生物対策、およびコミュニティの保健教育と社会的な動員などがある。活動の大部分は、下記を含む他セクターと調整して策定される：
   - シェルター：適切な数のシェルターと、それらの間の十分なスペース。適切に換気し、昆虫対策を行い、よどんだ水から離れて立地しており、水・衛生施設に十分に近い（「シェルター・居留地基準1〜3」（p.237〜245）、「ノン・フードアイテム基準2」（p.256）参照）。
   - 給水、衛生、衛生促進：十分な水量の安全な水、適切な衛生施設および衛生促進（「衛生促進基準1〜2」（p.84〜86）、「給水基準1〜3」（p.89〜94）、「し尿処理基準1〜2」（p.97〜99）参照）。
   - 環境衛生および安全な廃棄物管理および媒介生物対策（ガイダンスノート2〜3、「シェルター・居留地基準4」（p.248）、「病原体媒介生物対策基準1〜3」（p.103〜107）、「固形廃棄物管理基準1」（p.109）、「排水基準1」（p.113）参照）
   - 食糧確保、栄養、食糧援助：適切な食糧と栄養失調管理の提供（「乳幼児の摂食基準1〜2」（p.149〜151）、「急性栄養失調および微量栄養素欠乏症管理基準1〜3」（p.156〜163）、「食糧確保基準1」（p.166）参照）。
   - 保健教育および社会的動員：上記の予防的措置が効果的に実施されることを確保するメッセージの構築
2. **マラリア予防**：感染の危険性、緊急事態のフェーズ、集団の移動性、シェルターのタイプおよび、マラリア流行地域における地元の媒介生物の行動に基づき、マラリアの予防措置を実行する。効果的な殺虫剤による屋内残留噴霧（indoor residual spraying, IRS）および長期間有効な殺虫剤処理を行った蚊帳（long-lasting insecticide-treated nets, LLINs）の配布などの媒介生物対策は、昆虫学的評価と専門知識によってガイドされるべきである。コ

ミュニティの管理手段として有効であるためには、IRSは少なくとも住居の80パーセントをカバーしている必要がある。LLINは、長期的な個人用保護を提供し、一般的に好まれる選択である。未処理のネットを配布することは勧められない（「ノン・フードアイテム基準2」（p.256）、「病原体媒介生物対策基準1〜3」（p.103〜107）参照）。

リスクグループへのLLINの配布における優先順位付けは、災害のフェーズとマラリア伝染のレベルに依存する。高から中程度のマラリアの感染があるエリアでの災害初期においては、入院患者、重度の栄養失調の人とその世帯のメンバー、妊婦および2歳未満の子供が優先されるべきである。次の優先順位は、栄養補給プログラムに含まれている人、5歳未満の子ども、妊婦および2歳未満の子どものいる世帯である。最終的には、リスクにさらされている集団全体がLLINsによる保護を必要とする。あまり伝染していない地域における災害の初期段階では、臨床現場でLLINを使用する必要がある（例えば、居住型集中栄養治療センターや病院）。

3. **デング熱予防**：媒介生物（幼生および成体）対策が、デング熱予防の主な方法である。デング熱媒介生物への対策は、ヒト症例の分布と媒介生物の密度の観測データによってガイドされるべきである。様々な、最もよく繁殖している場所を、対象とする必要がある。都市部では、シマカは、貯水容器や他の人工的な水の蓄積（プラスチック製コップ、中古タイヤ、壊れた瓶、植木鉢、等）において繁殖する。定期的な排水および容器の除去が、繁殖地の数を減らす最も効果的な方法である。家に保存している水は常に覆い、容器は毎週洗浄するべきである。被災集団は、蓋がある適切な水の貯蔵容器を提供されなければならない。承認された幼虫駆除剤による容器の処理はまた、幼虫を除去するのに有効である。殺虫剤の噴霧は、成虫の数を減らすのに効果的である。個人的な保護対策も促進されるべきである（「ノン・フードアイテム基準2」（p.256）、「病原体媒介生物対策基準1〜3」（p.103〜107）参照）。

必須保健サービス ー 感染症対策基準2：感染症の診断及び症例管理

人々は、感染症にかかった際、過度の罹患や死亡を予防できる効果的な診断と処置へのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 人々が発熱、咳、下痢などについて早期に治療にかかることを奨励するために、公衆衛生についての教育メッセージを作成する。
- 標準の症例管理手順、または小児疾患の統合的管理（integrated management of childhood illnesses, IMCI）および成人疾患の統合的管理（integrated management of adult illnesses, IMAI）（導入されている場合）に基づいた医療をすべての一次医療施設において提供し、重篤な病気への対応のために紹介を行う（ガイダンスノート1参照）。
- 肺炎、マラリア、下痢、麻疹、髄膜炎、栄養失調やデング熱のような症状の早期治療のためのトリアージ、診断および症例管理手順を導入し、治療手順についてスタッフを訓練する（ガイダンスノート2〜3、「必須保健サービス ー 子どもの保健基準2」（p.304）参照）。
- 認定されている基準が満たされた後にのみ、結核対策プログラムを導入する（ガイダンスノート4参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 一般的な感染症の診断と治療への標準化された患者処置方法がすぐに利用可能であり、一貫して用いられている（ガイダンスノート1〜3、「保健システム基準1」（p.280）参照）。

ガイダンスノート

1. **小児疾患の統合的管理（IMCI）および成人疾患の統合的管理（IMAI）**：伝染病による死亡率は、早期かつ正確な診断と適切な治療によって減らすことができる。IMCIおよびIMAI（導入されている場合）、または他の国家の診断手順を使用することは、トリアージに重要であり、種類や重症度に応じた病気の分類や、適切な治療を支援する。危険な兆候があれば、入院施設へ紹介する必要がある。標準症例管理手順により、適切な診断と合理的な薬物使用が可能となる（「必須保健サービス ー 子どもの保健基準2」（p.304）も参照）。
2. **肺炎**：肺炎による死亡率を削減するために重要なことは、国家の実施要綱に従った、アモキシシリンなどの抗生物質の経口薬の迅速な投与である。重症肺炎は、入院および非経口療法が必要になる。
3. **マラリア**：迅速かつ効果的な治療へのアクセスが、マラリア対策を成功させるために重要である。マラリア流行地域では、発熱の早期（24時間未満）診断と非常に効果的な第一選択薬による治療のための手順を確立する。アルテミシニンをベースにした併用療法（artemisinin-based combination therapies, ACTs）は、熱帯熱マラリア治療の標準である。薬剤の選択は、主導的立場にある保健機関および国家のマラリア対策プログラムとの協議で決定されるべきである。調達時には、薬剤の品質を考慮すること。マラリアは、治療開始前に、検査機関での検査（迅速診断テスト、顕微鏡検査）により診断されることが好ましい。しかしながら、検査機関での検査が使用できない場合に、マラリアの治療を遅らせるべきではない。
4. **結核対策**：結核対策プログラムの不適切な実施は有害無益である場合があり、伝染性を長引かせ、多剤耐性細菌を広めてしまう。緊急事態において個々の結核患者を処置することは可能であるが、結核対策の包括的プログラム

は、認められた基準が満たされた場合に限り実施する。これらの基準には、機関のコミットメントとリソース、少なくとも12〜15ヶ月の集団の確実な安定性と、高品質のプログラムを実施することができるか、などがある。実施する場合、結核対策プログラムは、国のプログラムと統合し、DOTS戦略（直接監視治療の短期戦略：Directly-Observed Therapy, Short-course）に従う。

緊急時の急性期においては、結核を含む全ての慢性疾患への全ての治療の中断の可能性と、患者のフォローアップを失うことが、重大な問題となり得る。緊急対応の医療従事者と確立された国家の結核プログラムとの間の強力なコラボレーションが確立されなければならない。これは、災害前にすでに治療を受けていた人々が治療を継続できることを確保する事を助ける（「必須保健サービス ー 非感染症基準1」（p.316）参照）。

必須保健サービス ー 感染症対策基準3：集団発生の検知と対応

集団発生は、対策され、検出され、調査され、時宜を得た効果的な方法で対処されている。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

検知

- 広範な保健情報システムの一部として、感染症の包括的なリスクアセスメントに基づいた疾患のEWARN（早期警戒）監視・対応システムを確立する（ガイダンスノート1、「保健システム基準5」（p.288）参照）。
- 医療スタッフと地域の保健従事者を、可能性がある集団流行を検知し報告するよう訓練する。
- 流行を起こしやすい疾患の症状と、どこへ助けを求めに行けば良いかについての簡潔な情報を、集団に提供する。

準備

- 集団発生の調査と対策についての計画を策定する（ガイダンスノート2参照）。
- 関連する治療手順を含む一般的な集団流行の調査と対策に関する実施要綱が、関係スタッフにおいて利用可能であり、配布されていることを確保する。
- 主要資材の予備があり、あらかじめ定めた供給源からすぐに調達可能であることを確保する（ガイダンスノート3参照）。
- コレラ治療施設など、感染症患者の隔離場所や治療場所を事前に特定する。

- 地元、地域、居住国または他国であるかを問わず、集団流行の確認を行うことが可能な臨床検査室を特定する（ガイダンスノート3を参照）。
- 適切な検査室に試料を輸送できるよう、突然の集団流行を伴う可能性のある病原菌のサンプリング用具と輸送培地が現地にあることを確保する（ガイダンスノート5参照）。

制御

- ハイリスク患者や適応された対策手段の特定につながる、時間、場所や人に応じた流行の記述を行う（ガイダンスノート6〜8参照）。
- 病気と状況に固有の適切な管理対策を実施する（ガイダンスノート9参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 書面による集団発生の調査・対応計画が、災害対応の初期に利用可能であるか作られている。
- 保健機関が、疑われる集団発生について、検出後24時間以内に保健システム内の次の適切なレベルに報告している。
- 主導的立場にある医療機関は、流行性疾患の報告された症例について、通知の48時間以内に調査を開始している。
- 致死率（case fatality rates, CFR）は、許容レベル以下に維持されている：
  - コレラ ー 1%以下
  - 赤痢菌赤痢 ー 1%以下
  - 腸チフス ー 1%以下
  - 髄膜炎菌性髄膜炎 ー 状況による：5〜15%
  - マラリア ー 状況による：重症マラリアの患者では5%未満を目指す
  - 麻疹 ー 状況による：紛争状況で2〜21%と報告され、5%未満を目指す（ガイダンスノート10参照）

ガイダンスノート

1. **集団流行の検出のための早期警戒システム**：そのようなシステムの主要要素には以下が含まれる：
   - 実施パートナーのネットワーク
   - 可能な場合、すべての保健施設や地域社会レベルでの実施
   - すべての潜在的な流行しやすい疾患の包括的なリスクアセスメント
   - リスク評価に基づいた、週次調査を行う少数（10〜12）の優先条件の特定と、即時の「警告」報告のためのいくつかの疾患の選択（「付記2：週次調査報告書書式例」参照）
   - 標準的調査報告書上の、各疾患または状態のための明確な症例定義

- それぞれの優先順位の疾患または状態について、調査を開始する警告しきい値の定義
- 関連する保健当局に公式または非公式の警告（噂、メディアの報道、等）を迅速に通知することを確保するコミュニケーション
- 即時の警告を記録し、対応するためのシステム
- 週次での、データの報告、標準データベースへの入力と、解析
- 全てのパートナーへの、週次の調査と即時警告情報のフィードバック
- レポートのデータ品質、適時性と完全性を確保するための定期的な監督
- 標準的な症例調査の実施要綱とフォーム
- 情報共有や集団感染時の対応を開始するための標準的な手順

2. **集団流行の調査と対策計画**：これは、全てのステークホルダーの完全な参加により準備されなければならない。下記事項が言及されている必要がある：

   - 集団流行対策チームを結成する基準
   - 集団発生対策チームの構成
   - 組織の具体的な役割と責任、チームにおける立場
   - 地方や国家レベルでの協議と情報共有の手配
   - 集団発生の調査や対策のために利用可能な資源と施設
   - 必須医薬品、物資および必要な診断法のリスト

3. **備蓄**：起こり得る集団流行に対応するために使用可能な資材を備蓄として現地に保管する。状況によっては、下痢性疾患やコレラへの包装済みキットが必要な場合もある。髄膜炎菌ワクチン等、現地での予備分の保管が実際にはできない場合もある。こうしたものに関しては、迅速な調達、発送、保管に関する手順を事前に決定し、迅速に入手できるようにする。

4. **診断検査室**：検査室でのテストは、集団予防接種が必要とされる（例：髄膜炎菌性髄膜炎）集団感染が疑われるときや、文化や抗生物質感受性テストが症例管理の決定に影響するとき（例：細菌性赤痢）、診断を裏付けるために有用である。麻疹、黄熱病、デング熱、ウィルス性出血熱の血清診断など、より高度な試験を行うことが可能な診断検査室を地域内または国外において指定することが必要である。

5. **輸送培地と迅速な検査**：サンプリング材料（例：直腸の標本）や輸送培地（例：コレラ、赤痢、O-157とサルモネラ用のCary-Blair）および冷蔵輸送材料が現地で利用可能かまたは簡単に入手できることが必要である。さらに、マラリアや髄膜炎など、現地で感染症をスクリーニングするのに有用な複数の簡易検査を利用できる。

6. **集団流行の調査**：集団流行を調査する10の重要ステップは以下である：

   1. 集団流行の存在を確認する。
   2. 診断を裏付ける。
   3. 症例を明らかにする。
   4. 症例を数える。

   5. 記述疫学（時間、人、場所）を実行する。
   6. 誰がリスクにさらされているかを判断する。
   7. 曝露と疾患を説明する仮説を構築する。
   8. 仮説を評価する。
   9. 調査結果を伝える。
   10. 対策措置を実施する。

   これらのステップは、厳格な順番で行われる必要はなく、対策措置を可能な限り早期に実施すべきである。

7. **集団流行の存在確認**：集団流行が存在するかの確認は必ずしも簡単ではなく、集団流行のしきい値もすべての疾患について明確に定義されているわけではない。しかしながら、以下の疾患に対してはしきい値が存在している：

   - 患者1名だけでも集団流行の徴候がある疾患：コレラ、麻疹、黄熱、ウィルス性出血熱。
   - 疾患の症例またはそれによる死亡の数が、その地域で予想される数か、前の週の平均値の2倍を超える場合、集団流行が疑われる疾患：細菌性赤痢―非流行地域および難民キャンプでは、単一の症例で集団流行の潜在的な可能性への懸念が発生する。
   - マラリア：定義は状況ごとに異なるが、特定の地域の特定の集団に関して期間中に予想される数よりも患者の人数が増えた場合が集団流行の徴候である。過去のデータがなければ、警告のシグナルには、過去2週間でマラリアとして確認された発熱症例の割合のかなりの増加と、過去数週間にわたる致死率の増加傾向が含まれる。
   - 髄膜炎菌性髄膜炎：髄膜炎地帯（訳注：セネガルからエチオピア・エリトリアに広がる地域）においては、人口30,000人以上の場合、1週間で100,000人あたり15人の患者が発生すれば集団流行であるとされる。ただし、集団流行の危険が高い（すなわち3年以上集団発生が起こっておらず、予防接種実施率が80%以下）場合、しきい値は1週間で100,000人あたり10人の患者に下がる。人口が30,000人未満の場合、1週間に発生件数が5件または3週間で患者が2倍に増えた場合、集団流行であることが確定する。キャンプにおいては、1週間に2件のケースが確認された場合、集団流行を示す。
   - デング熱 ー 3〜5日間の疾患のある発熱患者のIgGレベルの増加（連続血清サンプルのペア測定に基づく）と血小板数の減少（2万未満）を示す発熱症例の過去2週間での増加。

8. **集団流行への対応**：集団流行への対応の主要な要素は、調整、症例管理、監視と疫学、検査室、水と衛生の改善など疾患に応じた特定の予防措置、リスクコミュニケーション、社会的動員、メディアリレーションと情報管理、物流、安全確保である。

9. **集団流行対策**：集団流行の原因となる病原体が拡大することを防ぐための対策を具体的にたてる必要がある。多くの場合、病原体についての既存の知識は、特定の状況での適切な対策をたてるのに有用である。一般的に対策には、発生源の管理および/または露出の予防（例：改善された水源を通してのコレラの予防）、伝染阻害および/または感染の予防（例：集団予防接種による麻疹の予防や、LLINの使用によるマラリアの予防）および宿主防衛への変更（例：迅速な診断と治療や、予防的化学療法）が含まれる（「保健システム基準5」（p.288）、「給水基準1〜2」（p.89〜91）、「衛生促進基準1〜2」（p.84〜86）、「病原体媒介生物対策基準1〜3」（p.103〜107）参照）。
10. **致死率（CFR）**：感染症の許容可能なレベルの致死率は、一般的な状況や保健サービスの利用可能性および症例管理の質と迅速性によって異なる。一般的に、致死率をできるかぎり低く保つことを目標とする。致死率が規定のレベルを超える場合、許容可能なレベルに維持するよう対策手段を迅速に評価し、是正策を講じなければならない。

2.2. 必須保健サービス ー 子どもの保健

緊急時、子どもたちは、罹患率と死亡率の増加に対して特に脆弱である。それらの特定の保健ニーズに対応するために、子どもに焦点を当てた介入が必要である。子どもの保健に関する介入は、急性呼吸器感染症、下痢、麻疹、栄養失調や新生児期の原因を含む、過度の罹患率と死亡率の主要な原因に対処する介入を含む必要がある。

必須保健サービス ー 子どもの保健基準1：ワクチンで予防できる疾患の予防

6ヶ月から15歳までの子どもが、麻疹に対する免疫を有しており、状況が安定すれば拡大接種計画（expanded programme on immunization, EPI）の定期的なサービスへのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 集団感染の危険性を判断するために、災害対応の開始時に9ヶ月〜15歳児の麻疹ワクチン接種率の推定を行う（ガイダンスノート1参照）。
- 麻疹ワクチン接種率が90%未満または不明な場合は、6〜59ヶ月の子どもへのビタミンAの投与を含む、6ヶ月〜15歳の子どものための集団麻疹予防接種キャンペーンを実施する（ガイダンスノート1〜2参照）。

- 年齢が6〜9ヶ月の間にワクチン接種を受けたすべての乳児が、9ヶ月に達した時点で麻疹ワクチンの再度の投与を受けていることを確保する（ガイダンスノート3参照）。
- 移動していたり避難していたりする集団のために、キャンプやコミュニティへの6ヶ月〜15歳までの年齢の新入者の少なくとも95%が麻疹ワクチンを受けることを確保する継続的なシステムを確立する。
- 麻疹とその他の国の一覧表に含まれるワクチンで予防可能な病気に対して、定期的に予防接種を実施するよう、条件が許し次第EPIを再確立する（ガイダンスノート4参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 麻疹の予防接種キャンペーンの完了により：
  - 6ヶ月〜15歳の子供の少なくとも95%は、麻疹の予防接種を受けている。
  - 6〜59ヶ月の子供の少なくとも95%は、適切な量のビタミンAの投与を受けている。
- 一度定常的なEPIサービスが再確立されると、12ヶ月の子どもの少なくとも90%は、完全に予防接種を受けた子供の代理的指標であるDPT（ジフテリア、百日咳、破傷風）の3回の接種を受けている。

ガイダンスノート

1. **麻疹ワクチン接種率**：接種率のデータの評価により、被災集団の麻疹ワクチン接種率を判断する。この評価に基づき、定期的な麻疹予防接種率が過去5年間90%以上であったか、および/または過去12ヶ月に実施された麻疹ワクチンキャンペーンが9ヶ月〜5歳の子どもの90%以上に到達したかを判断する。もし麻疹ワクチン接種率が90%未満であるか、不明または接種率の推計について疑問が残る場合、接種率は集団流行を防ぐには不十分であるという仮定の下でキャンペーンが行われるべきである。
2. **麻疹予防接種の年齢範囲**：一部の年齢が高い子どもは、以前の麻疹予防接種キャンペーンと麻疹疾患の両方から逃れている可能性がある。これらの子どもは、麻疹のリスクが残り、病死リスクがより高い乳幼児への感染源となることがある。これが15歳までの予防接種が推奨される理由である。資源が乏しい環境では、6ヶ月〜15歳のすべての子どもにワクチンを接種できない場合がある。このような状況では、6〜59ヶ月の子どもを優先すべきである。ターゲットの年齢層のすべての子どもは、以前の予防接種の状況にかかわらず、麻疹の予防接種を受ける必要がある。
3. **6〜9ヶ月の子どもへの反復麻疹予防接種**：麻疹ワクチンを受けた6〜9ヶ月のすべての子どもは、9ヶ月に達した時点で麻疹ワクチンの追加投与を受けるべきであり、2回の投与の間には最低1ヶ月を空ける。

4. **国家のEPIプログラムの再確立**：麻疹に対する集団予防接種キャンペーンの準備と同時に、国家当局と連携してEPIプログラムを再確立する計画を開始する必要がある。EPIによるワクチン接種の早期再建は、麻疹、ジフテリア、百日咳などの病気に対して直接子どもを保護するだけでなく、呼吸器感染症のリスクを減らすという付加価値を有している。

必須保健サービス ー 子どもの保健基準2：新生児および小児期の疾患対策

子どもたちが、新生児や小児期の罹患および死亡の主要原因に対処するために設計された優先的な保健サービスへのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 新生児の任意の病気（発熱、咳、下痢、等）の早期治療を行うよう被災者を奨励する保健教育メッセージを作成する。保健教育メッセージの作成では、保護者となる大人がいない子どもたちに配慮する（「保健システム基準1：ガイダンスノート3」（p.282）参照）。
- 可能な場合、妊娠と出産の統合管理（integrated management of pregnancy and childbirth, IMPAC）ガイドラインに従い、不可欠な新生児ケアをすべての新生児に対して提供する（ガイダンスノート1参照）。
- 国家の実施要綱、またはIMCIのガイドライン（導入されている場合）を用いた一次保健施設における子どもへの医療と、重度の病気の子どもへの病院でのケアを提供する（ガイダンスノート2参照）。
- 緊急時の兆候を有するものはすぐに治療を受けられるように、子どもへの医療を提供するすべての保健施設において、標準化された緊急アセスメントとトリアージのシステムを確立する（ガイダンスノート3参照）。
- 保健サービスを受けている子どもたちは、栄養状態によってスクリーニングされ、栄養サービスへ紹介されることを確保する（「急性栄養失調および微量栄養素欠乏症の管理基準1〜3」（p.156〜163）参照）。
- ジフテリアと百日咳の集団流行の危険性が高い状況では、これらの病気の治療のための適切な症例管理の実施要綱を確立する（ガイダンスノート6参照）。
- 一般的な小児疾患の治療のために、適切な投与量と処方の必須医薬品を利用可能にする。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- マラリアを呈するすべての5歳未満の子どもは、その症状の発症後24時間以内に効果的な抗マラリア薬治療を受けている（「必須保健サービス ー 感染症対策基準2」（p.296）参照）。
- 下痢を呈したすべての5歳未満の子どもは、経口補水塩（oral rehydration salts, ORS）と亜鉛の両方の補給を受けている（ガイダンスノート3参照）。
- 肺炎を呈したすべての5歳未満の子どもは、適切な抗生物質の投与を受けている（ガイダンスノート5参照）。

ガイダンスノート

1. **新生児のケア**：すべての新生児は、理想的には、出生時に熟練したケアを（できれば医療施設で）受け、暖かく保たれ、早めに完全母乳育児を受けるべきである。すべての新生児は、何らかの問題がないか、特に食事に関する困難がないか、診断されなければならない。すべての病気の新生児は、敗血症や局所感染の可能性について診断すべきである。
2. **小児疾患の統合管理（IMCI）**：IMCIは、プライマリケアレベルでの5歳未満の子供のケアに焦点を当てた、子どもの保健への統合的なアプローチである。IMCIが国内で開発されており、臨床ガイドラインが適応されている場合、これらのガイドラインは、標準化された実施要綱に組み込まれ、医療専門家が適切に訓練されていることが好ましい。
3. **トリアージ**：迅速なトリアージおよび治療と共に組み合わせて使用することで、IMCIおよび関連したケアガイドラインを強化することができる。トリアージは、患者の医療ニーズ、利用可能なリソースおよび患者の生存可能性に応じて、優先度によって患者をグループ分けする選別である。病気の子供のケアに関わる臨床スタッフは、迅速な診断を行うために、緊急トリアージ、診断および治療（emergency triage, assessment and treatment, ETAT）ガイドラインを使用して訓練する必要がある。
4. **下痢の管理**：下痢のある子どもは、低浸透圧のORSで治療され、亜鉛の補充栄養素を受け取る必要がある。低浸透圧のORSは、下痢の発現期間を短縮し、静脈内輸液の必要性を軽減する。
5. **肺炎の管理**：咳がある子供は、頻呼吸かつ/または呼吸困難や胸部陥凹について診断すべきである。頻呼吸および/または呼吸困難がある者は、適切な経口抗生物質の投与を受けるべきである。胸部陥凹患者は病院に紹介されるべきである。
6. **百日咳やジフテリアの流行**：百日咳の流行は、集団の強制移動の状況において一般的に発生する。百日咳の流行に対応した予防接種キャンペーンは、全細胞DPTワクチンの接種経験者における有害事象への懸念により、通常は避けられる。しかし流行は、定期予防接種のギャップに対処するために使用することができる。症例への対応には、症例の抗生物質治療と、乳児や妊娠中の女性がいる家庭内での接触の早期の予防薬治療などがある。ジフテリアの流行

はあまり一般的ではないが、混雑している状況でジフテリアの免疫が低い集団では常に脅威となっている。ワクチンの3回の別々の投与の集団予防接種キャンペーンは、ジフテリアの流行に対応してキャンプにおいて行われている。症例への対応には、抗毒素と抗生物質の両方の投与などがある。

2.3. 必須保健サービス ー 性および生殖に関する保健

被災地に住んでいる人を含め、すべての個人は、リプロダクティブヘルス（reproductive health, RH）に対する権利を有する。この権利を行使するため、被災者は、自由で情報に基づく選択を行うための包括的なRHの情報やサービスにアクセスできる必要がある。質の高いRHサービスは、被災者のニーズに基づいている必要がある。普遍的に受け入れられた国際人権基準に準拠しつつも、それらサービスは、宗教的信念、倫理的価値観やコミュニティの文化的背景を尊重しなければならない。

必須保健サービス ー 性および生殖に関する保健基準1：リプロダクティブヘルス

人々は、緊急事態の初期には優先的なリプロダクティブヘルスサービスである初期の最小限の医療サービスパッケージ（Minimum Initial Service Package, MISP）への、そして状況の安定により、包括的なリプロダクティブヘルスへのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- MISPの調整と実施を促進する、保健セクターまたはクラスター内の主導的地位に立つリプロダクティブヘルス機関を特定し、リプロダクティブヘルス担当者（主導的機関によって指名）が就任し、保健セクターまたはクラスター内で機能していることを確保する（ガイダンスノート1参照）。
- 他の関連セクターやクラスターとの連携で、性的暴力のリスクを軽減する対策を実施する（ガイダンスノート3参照）。
- メンタルヘルスと心理社会的支援や法的支援へのアクセスを含む、性的暴力の臨床管理のためのサービスを確保する（ガイダンスノート3、「権利保護の原則2：ガイダンスノート7」（p.35）参照）。
- HIVの感染を減らすために、HIV予防、治療、ケアおよびサポートサービスの最低限の一式を確立する（「必須保健サービス ー 性および生殖に関する保健基準2」（p.309）参照）。

- 以下を含む、緊急産科と新生児ケアサービスが利用でき、アクセス可能になっていることを確保する：
  - 保健所において ー 通常の出産のための熟練した助産師と物資、緊急産科および新生児合併症の基本的な管理；基本的な緊急産科ケア（basic emergency obstetric care, BEmOC）と新生児ケア
  - 紹介病院において ー 産科と新生児合併症の包括的な管理のための熟練した医療スタッフと物資；包括的な緊急産科ケア（comprehensive emergency obstetric care, CEmOC）と新生児ケア
  - 産科と新生児の緊急事態を管理するために通信や交通システムが確立され、コミュニティから保健センターや、保健センターと紹介病院間で1日24時間、年中無休で機能している（ガイダンスノート4参照）。
- 熟練した医療従事者と医療施設へのアクセスが不可能なとき、清潔な自宅出産を可能にするため、妊娠が明らかな女性と助産師に清潔な出産キットを提供・配布する（ガイダンスノート4参照）。
- 性的暴力の被害者のための臨床サービスと、妊娠と出産の合併症のための緊急の紹介システムの利点と利用可能性について、集団に知らせる（ガイダンスノート3〜4参照）。
- 一般的な避妊方法が、需要を満たすレベルで利用可能であることを確保する（ガイダンスノート2参照）。
- プライマリー・ヘルスケアに統合された、包括的なリプロダクティブヘルスサービスを実施することを可及的速やかに計画する（ガイダンスノート1参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- すべての医療施設は、国やWHOの実施要綱に基づいて、強姦被害者の臨床管理のための訓練を受けたスタッフ、十分な物資や機器を有している。
- 妊娠後期のすべての妊婦は、清潔な出産キットを受け取っている。
- 50万人毎に、最低4つのBEmOCと新生児ケアの医療施設がある。
- 50万人毎に、最低1つのCEmOCと新生児ケアの医療施設がある。
- 帝王切開による分娩の割合は、5%未満もしくは15%以上ではない（ガイダンスノート4参照）。

ガイダンスノート

1. **初期の最小限の医療サービスパッケージ（MISP）**：MISPは、災害時において女性、男性、若者の間でリプロダクティブヘルス関連の罹患率と死亡率を防ぐための最も重要なサービスを定義している。それは、性的暴力の後遺症を防

止・処置し、HIV感染を軽減し、新生児や妊婦の過度の死亡・罹患を防止し、状況が安定し次第できる限り早期の包括的なRHサービスの計画を開始するために同時に実施しなければならない、調整された一連の優先的なリプロダクティブヘルスサービスで構成される。緊急事態の当初に、一次医療に品質の良い包括的なリプロダクティブヘルス活動を統合することを計画することは、ケアの連続性を確保するために不可欠である。総合的なリプロダクティブヘルスのケアには、既存のサービスのアップグレード、不足しているサービスの追加とサービス品質の追加が必要である。

2. **リプロダクティブヘルスの物資**：MISP用の物資は、集団がこれらの必須物資を得るのが遅れることのないよう、注文され、配布され、貯蔵されなければならない。関係機関間救急医療キットには、限られた量の患者曝露後予防薬、硫酸マグネシウムと、助産ケアのための機器と薬が含まれるが、MISPに必要な全ての物資を含むわけではない。危機におけるリプロダクティブヘルスに関する機関間作業グループによって開発された関係機関間リプロダクティブヘルスキットには、3か月間分の医薬品や物資が含まれている。

3. **性的暴力**：災害対応のすべてのアクターは、人道機関スタッフによる性的搾取や虐待を含む性的暴力のリスクを認識しなければならず、防止し対応するために活動する必要がある。報告されたインシデントに関する集計情報は、安全かつ倫理的にまとめられ、予防と対応活動に反映させるために共有されなければならない。性的暴力の発生率を監視する必要がある。被害者を支援するための措置は、すべての主要なレベルの医療施設で実施され、緊急避妊、HIVへの暴露後の予防、性感染症（sexually transmitted infections, STI）の推定治療、創傷ケア、破傷風の予防、B型肝炎予防を包含する臨床管理を提供する熟練したスタッフを含める必要がある。緊急避妊の使用は、女性自身のみが決定することができる個人的な選択である。情報に基づいた意思決定に達するように、女性は公平なカウンセリングを提供されるべきである。性的暴力の被害者は、臨床ケアを求め、紹介されることについて支援されなければならず、精神的健康と心理社会的支援へのアクセスがなければならない。

   被害者の要求に応じて、保護に関わるスタッフは、保護と法的支援を提供する必要がある。すべての検査と治療は、被害者のインフォームドコンセントにのみ基づいて行わなければならない。個人情報保護は全ての段階において必要不可欠である（「保健システム基準5：ガイダンスノート4」（p.290）、「権利保護の原則1：ガイダンスノート7〜12」（p.32〜33）参照）。

4. **緊急産科と新生児ケア**：被災人口の約4%が、妊娠中の女性である。すべての妊婦の約15%は、妊娠中もしくは出産時に、緊急の産科ケアを必要とする予期不可能な産科合併症を経験し、全ての出産の5〜15%は帝王切開などの手術を必要とする。合併症による妊産婦と新生児の死亡率と罹患率を防ぐため、すべての出産、BEmOCおよび新生児の蘇生において熟練した助産師が、すべての一次医療施設で利用可能であるべきである。BEmOC機能には、非経口抗生物質、非経口子宮収縮薬（オキシトシン）、非経口抗痙攣薬（硫酸マグネシウム）、適切な技術を用いた胎児の残余の手動での除去、胎盤用手剥離術、アシスト経膣分娩（吸引または鉗子分娩）と妊産婦と新生児の蘇生などがある。CEmOC機能は、BEmOCのすべての介入とともに、全身麻酔による手術（帝王切開、開腹手術）および合理的かつ安全な輸血などがある。

   紹介システムは、女性や新生児が紹介され、BEmOCと新生児ケアがある一次医療施設へ、またCEmOCと新生児ケアサービスがある病院へ/から移動する手段を持っていることを確保すること。

必須保健サービス ー 性および生殖に関する保健基準2：HIVとAIDS

人々は、災害の期間中、HIVを予防し、治療し、ケアし支える、最低限の一式へのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- すべての医療環境内での廃棄物処理のための、標準予防策と安全な手順を確立する（ガイダンスノート2、「保健システム基準1：ガイダンスノート10〜11」（p.283）参照）。
- 安全な血液供給と輸血の合理的使用を確立し、遵守する（ガイダンスノート2、「保健システム基準1：ガイダンスノート5」（p.282）参照）。
- 適切なコンドームの使用に関する情報を含む、高品質の無料の男性と女性のコンドームへのアクセスを確立する。
- 医療施設が、性感染症の症状を呈するすべての患者に症候管理を提供することを確保する。
- 曝露後予防法（post-exposure prophylaxis, PEP）のサービスが、HIVへの潜在的な暴露となる事件の72時間以内に個人に提供されていることを確保する（ガイダンスノート3参照）。
- 一般市民およびハイリスクグループ（例：セックスワーカー）の両方に、HIV予防に関する利用可能な形態での情報と教育を提供する。
- 避妊薬、清潔で安全な子どもの分娩（緊急産科ケアを含む）へのアクセスと抗レトロウイルス（ARV）薬の提供を確保することによって、HIV母子感染の予防（prevention of mother-to-child transmission, PMTCT）を確保する（ガイダンスノート4参照）。
- 乳児の摂食に関する指導やカウンセリングを含む、HIV陽性であることが知られている母親から生まれた乳児への治療、ケアとサポートを提供する（「乳幼児の摂食基準2」（p.151）参照）。

- HIVとともに生きる人々（PLHIV）が、HIVに関連した感染症に対するコトリモキサゾール予防を含めた健康管理を受けることを確保する。
- 抗レトロウイルス療法（ART）を以前に受けていた人々が、治療を受け続けることを確保する（ガイダンスノート4参照）。
- HIVと結核のプログラム間に、それらが存在する場合、連携を確立する。
- HIVへの曝露のリスクがより高い人々が、HIVの性的感染に対するHIV予防介入へアクセスでき、また清潔な注射器の提供サービスが存在する場合、注射器でのドラッグ利用者として知られている人々がそのようなサービスへアクセスできることを確保する。
- 災害後の段階で、HIV対策サービスの範囲を拡大する計画を開始する（ガイダンスノート1参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- HIVへの曝露のリスクが最も高い人が、HIV予防プログラムの対象とされている。
- HIV陽性であることが知られている妊婦は、母子感染の予防（PMTCT）のためにARV薬を受け取っている。
- 輸血された血液の100%が、HIVを含む輸血感染性の感染症についてスクリーニングされている。
- 潜在的にHIVに暴露している人（医療現場における職業曝露と非職業暴露）が、事件の72時間以内に暴露後予防法を受けている。
- すべての一次医療施設では、性感染症（STI）の症状を呈する患者に症候管理を提供するために抗菌薬を持っている。

ガイダンスノート

1. **HIV対策**：この基準の基本行動で説明されているHIVの予防、治療、ケア、およびサポートの最小セットは、保健セクターがHIV感染を予防し、ケアとサポートをHIVと共に生きる人々に提供するための行動によって構成されている。これはいかなる災害対応でも、初期段階で実施する必要がある。
2. **医療現場におけるHIV感染の予防**：医療現場（例：病院、医療クリニック、予防接種キャンペーン）でのHIVの感染予防は、災害対応の初期段階での優先事項である。必須行動は、標準予防策の適用の確保、安全かつ合理的な輸血の実践と医療廃棄物の適切な処分である（「保健システム基準1：ガイダンスノート5, 10〜11」（p.282〜283）参照）。
3. **暴露後予防（post-exposure prophylaxis, PEP）**：HIVの感染を防ぐためのPEPには、カウンセリング、HIVへの曝露のリスク評価、インフォームドコンセント、感染源の評価と抗HIV薬の提供が含まれる。しかし、PEPは、HIV陽性であることがわかっている人に提供されるべきではない。カウンセリングと検査は必須ではなく、テスト結果を待っている間にPEPの提供が遅れてはならない。
4. **抗レトロウイルス（anti-retroviral, ARV）薬**：災害下での母子感染の予防（PMTCT）およびPEPへのARV薬の提供と、長期的な抗レトロウイルス療法（ART）の提供は、実行可能である。災害前からすでに治療を受けている人々のためのARTの継続は、災害対応時の優先順位を考慮する必要がある。すでにARTを行っている妊娠中の女性は、中断することなくARV薬の服用を続けなければならない。HIV陽性であることが知られている妊婦は、できるだけ国の実施要綱に従い、母子感染予防のためのARV投与を受けるべきである。

注

国際カリタス（Caritas International）とそのメンバーは、いかなる形態の人的な生殖コントロールについても、その使用と配布を奨励しない。

2.4. 必須保健サービス ー 負傷

負傷は通常、地震などの突発性自然災害の後の過度な死亡率と罹患率の主な原因である。多くの突発性自然災害は、大量の死傷者が出るイベントであり、ローカルで利用可能なリソースが定常的な手順で管理できるよりも多くの人々が患者となる。物理的な暴力による傷害は、複雑な緊急事態に関連している。例えば、武力紛争時には、ほとんどの外傷関連の死亡は保健施設から離れた不安定な地域で発生するため、通常は医療で防ぐことができない。文民を保護することを目的とした介入が、これらの死亡を防ぐために必要である（「権利保護の原則3：ガイダンスノート1〜5」（p.35〜36）参照）。

必須保健サービス ー 負傷基準1：負傷ケア

人々は、避けられる罹患、死亡および障がいを防ぐために災害時に有効な負傷ケアへのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 地元の医療従事者や、保健セクターの対応を調整している者は、大量の死傷者の管理に精通している（ガイダンスノート1参照）。
- けが人が大勢いるイベントにおいて、評価や優先順位の決定、基本的な救急蘇生、搬送に関する明確なガイダンスにより、標準化されたトリアージシステムを確立する（ガイダンスノート1参照）。

- 応急処置や基本的な救急蘇生処置の実施についての基本的な原理およびスキルが、医療従事者の間で広く理解されていることを確保する（ガイダンスノート2参照）。
- 地元の医療従事者が、外傷管理についてのコア基準をよく知っているよう確保する（ガイダンスノート3参照）。
- 化膿した傷を持つ者や、救援またはクリーンアップ作業に関与した者へ、トキソイドを含む破傷風ワクチンを提供する（ガイダンスノート4参照）。
- 手術や手術後のケアを含む、より高度な治療へけが人を紹介する、標準化された実施要綱を確立する（ガイダンスノート5参照）。
- 最終的な外傷外科治療や、外傷後・手術後のリハビリテーションが、適切な専門知識と資源を備えた機関のみによって実施されることを確保する（ガイダンスノート5参照）。
- 負傷した患者や障がい者に対して、標準的な補助装置と移動補助手段（例：車椅子、松葉杖）を可能な限り早く利用可能にし、これらの援助が地元で修理可能になることを確保する（ガイダンスノート6参照）。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- すべての保健施設では、複数の死傷者の管理のためにスタッフやシステムを訓練している。

ガイダンスノート

1. **トリアージ**：トリアージとは、負傷や病状の程度に応じて患者を分け、資源や患者の生存の可能性に応じて治療の優先順位を決定するプロセスである。大量の負傷者がいる事象では、深刻な生命に関わるけがを負った患者が、生存率の高いけがよりも優先されない場合がある。トリアージシステムは標準化されておらず、国際的にはいくつかのシステムが使用されている。最も一般的な分類は4色のカラーコードシステムを採用したものである：赤は最優先、黄色は中程度の優先、緑は歩ける患者に用いられ、黒は死亡である。
2. **応急処置と基本的な治療**：重要な手順には、呼吸の回復と維持―気道の確保と保護を必要とすることがある―と、止血と必要に応じた静脈内輸液の投与などがある。これらの処置は、紹介した医療センターへの移送前に生存を脅かすけがを負った個人を安定させることを助け、重篤な傷害であっても生存可能性を大きく高めることができる。傷の消毒・手当や、抗生物質の投与や破傷風の予防措置など、他の手術以外の処置は同様に重要である。
3. **傷の管理**：ほとんどの災害では、多くの患者は損傷後6時間以上たってから、処置を求めて現れる。この遅れは、傷からの感染と、予防可能な死亡率の増加のリスクを非常に増大させる。従って、地元の医療従事者が、遅延一次縫合と傷の洗浄および異物や壊死組織の外科的除去を含む、傷口感染を予防し管理するための適切な原則と手順に精通していることが重要である。
4. **破傷風**：けがや外傷が通常多く発生する、突発性自然災害では、破傷風のリスクが比較的高くなることがある。集団での破傷風の予防接種は推奨されていないが、トキソイドを含む破傷風ワクチン（DTまたはTd―ジフテリアと破傷風のワクチン―またはDPT、年齢や予防接種歴に応じて）は化膿した傷を持つ者や、リスクを負うことになる救援や清掃に関わる人々に対して推奨される。以前に破傷風ワクチンを接種されていない化膿した傷を持つ個人は、可能であれば破傷風免疫グロブリン（TIG）の投与を受けるべきである。
5. **外傷と外科的治療**：外傷の外科治療と軍陣手術は、生命を守り、長期的な障害から守るが、ほとんどの機関が備えていない特定の訓練と資源を必要とする。不適切または不十分な手術は、何もしないよりも害を及ぼす可能性がある。また、いかなる即時のリハビリも提供されない手術は、患者の機能的能力の回復に対して完全な障害が発生することがある。従って、関連する専門知識を備えた機関と専門家のみが、生命を救い障害を防ぐこれらのサービスを確立すべきである。
6. **外傷関連の傷害のための手術後のリハビリテーション**：早期のリハビリが大幅に生存率を向上させ、負傷した生存者の生活の質を高めることができる。補助装置（人工器官や移動補助具など）が必要な患者にも、物理的なリハビリが必要である。可能であれば、コミュニティベースのリハビリテーションプログラムとの提携により、負傷生存者のための術後ケアとリハビリテーションを最適化することができる。

2.5. 必須保健サービス ー メンタルヘルス

メンタルヘルスと心理社会的な問題は、すべての人道的状況で発生する。恐怖、喪失、不確実性と、紛争やその他の災害に関連したその他の多数のストレス要因は、多様な社会的、行動的、心理的、精神的な問題へのリスクを高める。メンタルヘルスと心理社会的な面への支援には、多部門でのサポートが伴う（「介入ピラミッド」（p.315）参照）。これらのサポートは、クラスター横断、もしくは分野横断的なワーキンググループを通すなどの、調整された導入を必要とする。下記のメンタルヘルス基準は、保健関係の主体の行動に焦点を当てている。読者は、「コア基準1」（p.51）および「権利保護の原則3」（p.35）にもあたること。

必須保健サービス ー メンタルヘルス基準1： メンタルヘルス

人々は、精神衛生上の問題および関連する機能障害を防止または軽減する保健サービスへのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 介入が、確認されたニーズとリソースに基づいて行われていることを確保する。
- 疎外された人々を含むコミュニティの構成員が、コミュニティの自助と社会的支援を強化することを可能にする（ガイダンスノート1参照）。
- 保健サービスのボランティアやスタッフを含めた地域社会の労働者が、極端なストレス要因への曝露後に急性症状が発生した人々に対して心理的な応急処置を提供することを確保する（ガイダンスノート2参照）。
- 大人と子どもにおける多様で深刻な精神衛生上の問題を管理するスタッフが、すべての保健施設で少なくとも1人いることを確保する（ガイダンスノート3参照）。
- 施設の中にいるメンタルヘルスの問題を持つ人々の安全、基本的ニーズと権利に対処する（ガイダンスノート4参照）。
- アルコールや薬物に関連する害を最小限に抑える。
- 早期回復の一環として、持続可能な地域精神保健システムを作る計画を開始する（ガイダンスノート5参照）。

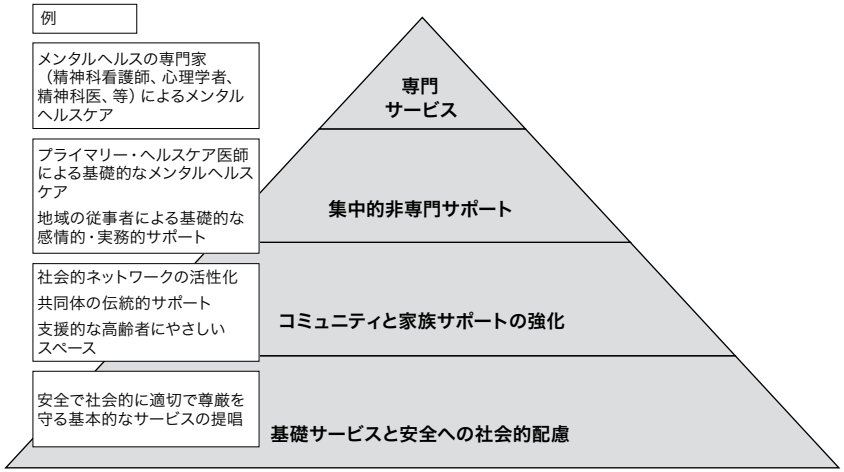
基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- すべての保健施設が、精神衛生上の問題の管理のための訓練されたスタッフやシステムを有している。

ガイダンスノート

1. **コミュニティでの自助および社会的支援**：コミュニティでの自助および社会的支援は、メンタルヘルスと心理社会的な多部門でのサポート全体の重要な要素を構成する（次ページ図参照）（「コア基準1」（p.51）、「権利保護の原則4：ガイダンスノート2〜4」（p.38）参照）。保健機関は、疎外された人々を含むコミュニティのメンバーによる自助と社会的支援を高めることができる、コミュニティワーカーとボランティアをしばしば雇用または従事させる。

介入ピラミッド



出典：メンタルヘルスと心理社会的サポートについての関係機関間運営委員会リファレンス・グループ（2010年）

2. **心理的な応急処置**：極端なストレス要因（例：外傷性のイベント）への曝露後の急性不安は、しばしば誤って臨床的介入と捉えられている、心理的な救急処置の原則に従ってよく管理される。それはむしろ、苦しんでおりサポートを必要とするかもしれない仲間の人間に対する人道的、支持的な対応を説明したものである。それは、基本的な、非侵入型の実用的なケアを伴い、話を聞くが話を強制せず、ニーズや懸念を評価し、基本的ニーズが満たされていることを確実にし、重要な他者からの社会的支援を奨励し、さらなる害から保護することに焦点を当てている。心理的デブリーフィング（すなわち、最近のストレスの多い出来事において経験した認識、思考や感情的な反応を簡潔にしかし体系的に物語ることを奨励することにより感情の表出を促進すること）は、良くても効果的でなく、適用されるべきではない。同様に、自然の回復を妨げる可能性があるため、ベンゾジアゼピンは急性症状の管理では避けるべきである。
3. **基本的なメンタルヘルスケア**：人々のメンタルヘルスの問題は、緊急事態に誘発されたものか、既存のものか、またはその両方である。重度のメンタルヘルスの問題を持つ人々には、コミュニティベースの社会的サポートのネットワークへのアクセスと共に、利用可能な医療サービス（例：一般病院、プライマリケア診療所、等）を通じた臨床ケアへアクセスできることが必要である。基本的な臨床メンタルヘルスケアを組成するときには通常、一般医療スタッフの迅速な訓練と監督を行うか、診療所へメンタルヘルス専門家を加えるかのいずれかを行う。重要な向精神薬と抗てんかん薬が使用可能でなければならない。危機の前にメンタルヘルスの治療を受けていた個人は、継続的な治療へアクセスできる必要がある。

4. **施設内の人々**：重度の精神の問題を持つ人々のための精神病院や住宅は、施設の人々の重大な怠慢や虐待の危険性が極めて高いため、特に危機の早期には、定期的に訪問する必要がある。安全性、基本的な物理的ニーズ（水、食糧、シェルター、公衆衛生と医療）、人権の監視と基本的な精神医学と心理社会的ケアは、危機を通じて提供される必要がある。
5. **早期回復**：人道危機は様々な精神疾患の率を高めるため、被災地全体をカバーする効果的なメンタルヘルスの治療へスケールアップするためのメンタルヘルスシステムを構築する計画を開始する必要がある（「コア基準4」（p.60）参照）。

2.6. 必須保健サービス ー 非感染症

人口の高齢化と平均寿命の増加により、低中所得国を含む多くの国々において、伝染病から非感染症（non-communicable diseases, NCD）へ病気のプロファイルがシフトしている。その結果、非感染症は災害において主要な公衆衛生問題としての重要性が高まっている。既存の慢性的な健康状態の悪化に起因する健康上の問題の増加は、多くの災害の一般的な特徴となっている。

必須保健サービス ー 非感染症基準1：非感染症

人々は、急性合併症または慢性的な健康状態の悪化に起因する罹患と死亡を減らすために不可欠な治療へのアクセスを有している。

基本行動（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- 非感染症の有病率を評価して文書化し、災害への対応機関とデータを共有する（ガイダンスノート1参照）。
- 緊急事態以前に治療を受けていた非感染症を持つ個人の識別を確実にし、彼らが治療を受け続けていることを確認する。治療の突然の中止は避けること。
- 生命に脅威となり（例：心臓病、重症高血圧）、個人に苦痛を与える（例：進行癌に起因する疼痛）非感染症が急性合併症となったり悪化したりした個人が、治療を受けていることを確保する。
- 非感染症の治療ができない状況では、紹介のための明確な標準運営手順を確立する。

- 定常的で継続的な非感染症の管理のための重要な診断装置、コア臨床検査および医薬品を、一次医療システムを通じて利用できることを確保する。この医薬品は、必須医薬品リストに指定する必要がある。
- 補助装置（例：歩行補助）を、移動やコミュニケーションに困難がある人々が利用できることを確保する。

基本指標（ガイダンスノートと併せて読むこと）

- すべての一次医療施設が、非感染症患者の二次と三次医療施設への紹介のための明確な標準業務手順書を有している。
- すべての一次医療施設が、緊急事態以前から治療を受けていた非感染症を持つ個人への治療の継続のために適切な医薬品を有している。

ガイダンスノート

1. **非感染症**には、心臓病、脳卒中、高血圧、慢性腎不全、気管支喘息、透析に依存する慢性腎不全、インスリン依存性糖尿病やてんかんなどがある。緊急時、慢性疾患を持つ個人は、状態の悪化、または二次感染などの合併症に対して特に脆弱であり、治療が中断されたときにはリスクにさらされる。臨床的安定と治療の維持を、人道的状況における保健セクターの対応の重要な柱とする必要がある。

   非感染症患者は、長期投薬とフォローアップを必要としている。一次医療のシステムを介し、必須医薬品リストの薬を使用して、定期的で継続的な非感染症の管理を可能にしなければならない。しかし、処方またはプログラムが緊急フェーズの後に継続する可能性がない場合には特に、救援活動中に慢性的な健康状態への対策として新しい治療法やプログラムを導入することは推奨されない。

付記1

保健事前評価チェックリスト

事前準備

- 被災集団に関する利用可能な情報を入手する。
- 利用可能な地図や航空写真を入手する。
- 人口統計や保健データを入手する。

セキュリティとアクセス

- 自然災害と人災による危害が現在も継続して存在するか確認する。
- 武力や軍隊が存在するかなど、全体的な治安状況を確認する。
- 人道機関が対象としている被災者に対するアクセスを確認する。

人口と社会構造

- 全被災者数と、年齢別・性別被災者数を確認する。
- 女性、子ども、高齢者、障がい者など、危険にさらされている人々を特定する。
- 1世帯の平均人数と女性や子どもが戸主の世帯の概数を得る。
- 権限や影響力のある立場など、既存の社会構造を確認する。 .

背景的な保健情報

- 被災地域の災害前の既存の保健問題を確認する。
- 難民の発生国（国内避難民の発生地域）における既存の保健問題を確認する。
- 流行性疾患の可能性など、健康への既存のリスクを確認する。
- 以前の保健実施者を確認する。
- 保健システムの機能の実績を分析する。

死亡率

- 全体的な死亡率 ー 粗死亡率（CMR）を算出する。
- 年齢別死亡率を算出する（例：U5MR＝5歳未満児の年齢別死亡率）。
- 死因別死亡率を算出する。
- 死因別死亡割合（PMR）を算出する

罹患率

- 公衆衛生上重視される主な疾患の発生率を確認する。
- 可能であれば主な疾患の年齢別・性別発生率を確認する。

使用可能な資源

- 被災国の保健省の能力を確認する。
- 国の保健機関の状況を確認する（治療の種類別総件数、物理的状況、アクセス等）。
- 対応可能な保健従事者の人数と技能を確認する。
- 既存の公衆衛生プログラムの能力と機能を確認する（予防接種拡大計画（EPI）など）。
- 標準化された実施要綱、必須医薬品、医療用品、設備の利用可能性を確認する。
- 既存の紹介システムの状況を確認する。
- 医療施設における環境衛生のレベルを確認する。
- 既存の保健情報システム（HIS）の状況を確認する。

他の関連セクターから入手したデータ

- 栄養状態
- 食糧および食糧確保
- 環境状況
- シェルター：シェルターの質
- 教育：保健および衛生教育

付記2

週次調査報告書　書式例

死亡率調査　書式1*

場所：

調査期間：（月曜）から（日曜）まで

週初めの被災者数合計：

週の出生人数：週の死亡人数：

今週、避難所へ新たに到着した被災者数（いる場合）：

今週、避難所から出た被災者数：

週末の被災者総数：5歳未満児の総数：

	0〜4歳		5歳以上		合計数
	男	女	男	女	
直接の死因					
急性下気道感染症					
コレラ（疑い）					
出血性下痢					
漿液性下痢					
けが（事故以外）					
マラリア					
妊婦の死亡（直接）					
麻疹					
髄膜炎（疑い）					
新生児の死亡（0〜28日）					
その他					
不明					
年齢別・性別合計					
原死因					
AIDS（疑い）					
栄養失調					
妊婦の死亡（間接的）					
非感染症（明記する）					
その他					
年齢別・性別合計					

* この書式は、死亡件数が多く、時間の制約により各死亡に関するより詳細な情報を収集できない場合に使用する。
- 状況や疫学的な傾向に応じて、その他の死因を追加する。
- 実行可能であれば年齢をより詳細に分類する（生後0〜11ヵ月、1〜4歳、5〜14歳、15〜49歳、50〜59歳、60〜69歳、70〜79歳、80歳以上）。
- 亡件数は、保健機関だけではなく、現場のリーダーや宗教的指導者、コミュニティスタッフ、女性グループ、紹介病院からも報告を受ける。
- 可能な場合は、患者の定義を書式の裏面に記載する

死亡率調査　書式2*

場所：

調査期間：（月曜）から（日曜）まで

週初めの被災者数合計：

週の出生人数：週の死亡人数：

今週、避難所へ新たに到着した被災者数（いる場合）：

今週、避難所から出た被災者数：

週末の被災者総数：5歳未満児の総数：

番号	性別	年齢（日＝d、月＝m、年＝y）	直接の死因													原死因				日付（日／月／年）	現場の場所（ブロック番号など）	（病院または自宅）死亡場所
			急性下気道感染症	コレラ（疑い）	出血性下痢	漿液性下痢	けが（事故以外）	マラリア	妊婦の死亡（直接）	麻疹	髄膜炎（疑い）	新生児の死亡（0〜28日）	非感染症（明記する）	その他（明記する）	不明	AIDS（疑い）	栄養失調	妊婦の死亡（間接的）	その他（明記する）			
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

* この書式は、各死亡についてデータを記録する十分な時間がある場合に使用する。年齢別分析、場所毎の集団発生調査、施設利用率の調査が可能になる。
- 報告頻度（毎日または毎週）は、死亡件数によって異なる。
- 状況に応じてその他の死因を追加する。
- 死亡件数は、保健機関だけでなく、現場のリーダーや宗教的指導者、コミュニティスタッフ、女性グループ、紹介病院からも報告を受ける。
- 可能な場合は必ず、患者の定義を書式の裏面に記載する。

週次早期警報システム（EWARN）報告書　書式例*

* このフォームは、流行性疾患のリスクが高い、緊急事態の急性期に使用される。

調査期間：．．．．．．．．．．．．．．．．（月曜）から　．．．．．．．．．．．．．．．．（日曜）まで

町/村/居留地/キャンプ：．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．

地方/州：．．．．．．．．．．地区：．．．．．．．．．．．．小地区：．．．．．．．．．．．．．．．．．．

拠点名：．．．・入院　・外来　・保健センター　・移動診療所

支援機関：．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．報告担当者＆連絡先番号：．．．．．．．．．．

被災者総数：．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．5歳未満児の総数：．．．．．．．．．．．．．．

A. 週間集約データ

新規件数：	罹患		死亡		総計
	5歳未満	5歳以上	5歳未満	5歳以上	
総入院数					
総死亡者数					
急性気道感染症					
急性漿液性下痢					
急性出血性下痢					
マラリア － 疑い/確定					
麻疹					
髄膜炎 － 疑い					
急性出血熱症候群					
急性黄疸症候群					
急性弛緩性麻痺（AFP）					
破傷風					
その他の発熱 >38.5℃					
負傷/傷					
その他					
合計					

- 複数の診断が可能であり、最も重要なものが記録されるべきである。各症例は一度だけカウントする必要がある。
- 調査対象週に観察された症例（または発生した死亡例）のみを含める。
- その週には、フォームに記載されている症候群のいずれについても症例や死亡例がなかった場合には、"0"（ゼロ）を記入する。
- 死亡例は、死亡の項目にのみ報告し、罹患の項目には報告しない。
- 調査における各条件の症例定義は、フォームの裏面に記載しなければならない。
- 罹患の原因は、疾患の疫学とリスクアセスメントに基づき、追加または削除することができる。
- 早期警戒（EWARN）調査の目的は、流行性疾患の早期検出である。
- 栄養失調のような状態についてのデータは、発生事例についての調査（監視）よりもむしろ、流行状況についての調査（集団全体の中での流行状況を把握するもの）を介して取得する必要がある。

B. 集団流行警報

以下の疾患のいずれかについての疑いを持ったときにはいつでも、＿＿＿＿＿＿＿＿にSMS（ショートメッセージ）か電話、もしくは＿＿＿＿＿＿＿＿までe-mail下さい。その際、時、場所、症例数および死亡数について、最大限の情報をお伝え下さい。

コレラ、細菌性赤痢、麻疹、ポリオ、腸チフス、破傷風、A型/E型肝炎、デング熱、髄膜炎、ジフテリア、百日咳、出血熱

（疾病のリストは、対象国の疫学状況によって異なる。）

罹患率定期調査報告書　書式例*

* 罹患率調査は必要に応じて、急性期の早期警報（EWARN）から疾病やその他の指標の監視へと拡張することができる。

場所：．．

調査期間：．．．．．．．．．．．．．．．．（月曜）から　．．．．．．．．．．．．．．．．（日曜）まで

週初め/月初の被災者数合計：．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．

週/月の出生人数：．．．．．．．．．．．．．．．．．．週/月の死亡人数：．．．．．．．．．．．．．．

今週/今月、避難所へ新たに到着した被災者数（いる場合）：．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．

今週/今月、避難所から出た被災者数：．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．．

週末/月末の被災者総数：．．．．．．．．．．．．．．5歳未満児の総数：．．．．．．．．．．．．

罹患率	5歳未満（新規症例）			5歳以上（新規症例）			合計	再診症例
診断*	男	女	合計	男	女	合計	新規症例	合計
急性気道感染症**								
急性漿液性下痢								
急性出血性下痢								
マラリア － 疑い/確定								
麻疹								
髄膜炎 － 疑い								
急性出血熱症候群								
急性黄疸症候群								
急性弛緩性麻痺（AFP）								
破傷風								
その他の発熱 >38.5℃								
AIDS － 疑い***								
眼疾患								
栄養失調****								
けが（事故）								
けが（事故以外）								
性感染症								
性器潰瘍性疾患								
男性の尿道分泌物								
膣帯下								
下腹部痛								
皮膚疾患								
非感染性疾患（例えば糖尿病）								
寄生虫								
その他								
不明								
合計								

* 複数の疾患が診断される可能性がある。状況や疫学的傾向に応じて罹患の原因を追加または削除する。
** 急性気道感染症：　国により、このカテゴリーは上気道と下気道に分類される。
*** HIVとAIDSの罹患率は、調査（集団全体の中での流行状況の調査）を通じて最大限評価される。
**** 栄養失調の罹患率は、調査（監視）では治療を求めてくる者しか把握できないため、迅速な調査（MUACまたは体重/身長スクリーニングによる、集団全体の中での状況を把握するもの）によって、最大限評価される。
- 実行可能であれば年齢をより詳細に分類する。

集団流行警報

以下の疾患のいずれかについての疑いを持ったときにはいつでも、_____にSMS（ショートメッセージ）か電話、もしくは_____までe-mail下さい。その際、時、場所、症例数および死亡数について、最大限の情報をお伝え下さい。
コレラ、赤痢/細菌性赤痢、麻疹、急性弛緩性麻痺（AFP）、腸チフス、破傷風、肝炎、デング熱、髄膜炎、ジフテリア、百日咳、出血熱

保健施設への外来回数	5歳未満			5歳以上			合計	
	男	女	合計	男	女	合計	男	女
外来回数合計								

利用率：1年間1人あたりの保健施設への外来回数＝1週間の外来回数合計／被災者総数×52週。
- 実行可能であれば年齢をより詳細に分類する（生後0〜11ヵ月、1〜4歳、5〜14歳、15〜49歳、50〜59歳、60歳以上）。

臨床医1人あたりの診察回数：来院者総数（新規患者と再診患者）／保健施設の臨床医（フルタイム換算）／1週間に保健施設が稼働している日数

付記3

主要保健指標の計算式

粗死亡率（CMR）

定義：性別及び年齢を問わず、死亡者数を人口総数で割った値

計算式：

$$\frac{\text{対象期間の死亡者総数}}{\text{期間中央でのリスクにさらされている全人口} \times \text{対象期間の日数}} \times 10{,}000\text{人} = \text{死亡者数}/10{,}000\text{人}/\text{日}$$

5歳未満児死亡率（U5MR）

定義：人口における5歳未満の子どもの死亡率

計算式：

$$\frac{\text{対象期間の5歳未満の子どもの死亡者総数}}{\text{期間中央での5歳未満の人口総数} \times \text{対象期間の日数}} \times 10{,}000\text{人} = \text{死亡者数}/10{,}000\text{人の5歳未満の子ども}/\text{日}$$

発生率

定義：ある疾患発生のリスクにさらされている集団の中で、一定期間中に発生した同じ疾患の新たな患者数

計算式：

$$\frac{\text{対象期間の特定疾患の新規患者数}}{\text{疾患発生の危険性のある人口数} \times \text{対象期間の月数}} \times 1{,}000\text{人} = \text{特定疾患の新規患者数/1,000人/日}$$

致死率（CFR）

定義：ある疾患で死亡した人数を同じ疾患の患者総数で割った値

計算式：

$$\frac{\text{対象期間の特定疾患による死亡者数}}{\text{対象期間において当該疾患を有していた人数}} \times 100 = X\%$$

保健施設利用率

定義：1年間1人あたりの外来利用数。可能な場合、新規と再診を区別し、**新規**診察数をこの率の計算に利用する。ただし、新規と再診を区別するのは困難であることが多いため、災害発生時の外来合計数としてまとめることが多い。

計算式：

$$\frac{\text{1週間の外来総数者数}}{\text{総人口}} \times 52\text{週} = \text{外来数/人/年}$$

1日の臨床医1名あたりの診察数

定義：1日1名の臨床医が行う合計診察件数の平均（新規患者及び再診患者）

計算式：

$$\frac{\text{1週間の診察総数}}{\text{保健施設内の臨床医のFTE*人数}} \div \text{1週間のうち保健施設を利用できる日数}$$

* FTE（フルタイム換算）は、保健施設に勤務している臨床医の相当数を指す。例えば、外来部門に勤務している臨床医が6名で、うち2名が半日勤務であれば、臨床医のFTE人数は、4名の常勤者＋2名の半日勤務者＝5名FTE人数の臨床医となる。

参照・参考文献

情報源

国際的な法的文書

The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General Comment 14, 11 August 2000. UN Doc. E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

World Health Organization (WHO) (2002), 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Issue No. 1. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690.pdf

保健システム

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. Geneva. www.exacteditions.com/exact/browse/436/494/2635/2/47?dps=on

Inter-Agency Steering Committee (IASC) Global Health Cluster (2009), Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster. WHO. Geneva.

Management Sciences for Health (1997), Managing Drug Supply, 2nd edition. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2009), Emergency Health Information System. www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html

Pan American Health Organization (PAHO) (2000), Natural Disasters: protecting the public's health. Scientific Publication No. 575. Washington DC.

WHO (1994), Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations. Geneva.

WHO (1999), Guidelines for Drug Donations, 2nd edition. Geneva.

WHO (2000), World health report 2000 – Health systems: improving performance. Geneva. www.who.int/whr/2000/en/index.html

WHO (2001), Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Geneva.

WHO (2009), Model Lists of Essential Medicines. Geneva. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

WHO (2008), The Interagency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People for Approximately 3 Months, 4th edition. Geneva.

WHO and PAHO (2001), Health Library for Disasters. Geneva. http://helid.desastres.net/

感染症対策

Heymann, David L (2008), Control of Communicable Diseases Manual, 19th edition. American Public Health Association. Washington DC.

WHO (2002), Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks. Geneva.

WHO (2005), Communicable disease control in emergencies. Geneva.

WHO (2005), Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Field Handbook. Geneva.

WHO (2007), Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced Populations: An Interagency Field Manual, 2nd edition.Geneva.

子どもの保健

WHO (1997), Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines. Macmillan. London.

WHO (2005), IMCI Handbook (Integrated Management of Childhood Illness). Geneva.

WHO (2005), Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO (2008), Manual for the health care of children in humanitarian emergencies. Geneva.

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2009), The State of the World's Children 2009. New York.
www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf

性および生殖に関する保健

IASC (2009), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (2010 revision for field review), Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.

Women's Commission for Refugee Women and Children (2006), Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health: A Distance Learning Module. http://misp.rhrc.org/

WHO (2006), Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice, 2nd edition. Geneva.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf

WHO and UNHCR (2004), Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons. Geneva.

WHO, United Nations Population Fund (UNFPA) and Andalucia School of Public Health (2009), Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery. Granada, Spain.

負傷

Hayward-Karlsson, J et al (1998), Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva.

PAHO (1995, reprint 2001), Establishing a Mass Casualty Management System. Washington DC. www.disasterpublications.info/english/viewtopic.php?topic=victimasmasa

WHO (2005), Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care tool kit: Disaster Management Guidelines. Geneva.
www.who.int/surgery/publications/Disastermanagguide.pdf

メンタルヘルス

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.
www.humanitarianinfo.org/iasc

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/

WHO (2010), mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva. www.who.int/mental_health/

WHO, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Geneva.

非感染症

Spiegel et al (2010), Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. Lancet, Vol. 375, 23 January 2010.

WHO (2008), The Management of Cardiovascular Disease, Diabetes, Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Emergency and Humanitarian Settings. Draft, 28 February 2008. Geneva.

WHO (2009), WHO Package of Essential Non-communicable Disease Interventions (WHO PEN). Geneva.

参考文献

国際的な法的文書

Mann, J et al (eds) (1999), Health and Human Rights: A Reader. Routledge. New York.

Baccino-Astrada, A (1982), Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts. ICRC. Geneva.

保健システム

Beaglehole, R, Bonita, R and Kjellstrom, T (2006), Basic Epidemiology, 2nd edition. WHO. Geneva.

IASC Global Health Cluster (2010), GHC position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Geneva.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2008), Public health guide in emergencies. Geneva.
www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp

Médecins sans Frontières (MSF) (1997), Refugee Health. An Approach to Emergency Situations. Macmillan. London.

Noji, E (ed) (1997), The Public Health Consequences of Disasters. Oxford University Press. New York.

Perrin, P (1996), Handbook on War and Public Health. ICRC. Geneva.
WHO (2006), The Interagency Emergency Health Kit 2006. Geneva.

必須保健サービス

Checchi, F and Roberts, L (2005), Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. Humanitarian Practice Network. Overseas Development Institute. London. www.odihpn.org

MSF (2006), Rapid health assessment of refugee or displaced populations. Paris.

SMART (2006), Measuring Mortality, Nutritional Status and Food Security in Crisis Situations: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition. www.smartindicators.org

UNHCR (2009), UNHCR's Priniciples and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern. Geneva.
www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=4b4c4fca9&query=referral%20guidelines

WHO (1999), Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies. Geneva.

感染症対策

Cook, GC, Manson, P and Zumla, AI (2008), Manson's Tropical Diseases, 22nd edition. WB Saunders.

Connolly, MA et al (2004), Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. The Lancet. London.

WHO (2004), Cholera outbreak, assessing the outbreak response and improving preparedness. Geneva.

WHO (2005), Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to shigella dysenteriae type 1. Geneva.

子どもの保健

WHO (2005), Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2003), Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Geneva.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546220.pdf

性および生殖に関する保健

Inter-agency Standing Committee (2006), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Emergencies. Geneva.

International Rescue Committee (2003), Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

UNFPA and Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations (2008), The Reproductive Health Kit for Emergency Situations.

UNHCR (2006), Note on HIV/AIDS and the Protection of Refugees, IDPs and Other Persons of Concern. Geneva.
www.unhcr.org/444e20892.html

UNHCR (2007), Antiretroviral Medication Policy for Refugees. Geneva. www.unhcr.org/45b479642.html

UNHCR and Southern African Clinicians Society (2007), Clinical guidelines on antiretroviral therapy management for displaced populations. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=46238d5f2&query=art%20guidelines

UNHCR, WHO and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2009), Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, Internally Displaced Persons and other Persons of Concern to UNHCR. Geneva. www.unhcr.org/4b508b9c9.html

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2000, reprint 2007), Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf

負傷

International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO) (2001), ISPO consensus conference on appropriate orthopaedic technology for low-income countries: conclusions and recommendations. Prosthetics Orthotics International. Vol. 25, pp 168–170.

ISPO Code of Conduct for International Non-Governmental Prosthetics, Orthotics, and Mobility Assistance: www.usispo.org/code.asp

Landmines Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Programme Guide: implementing P&O services in poor settings: guide for planners and providers of services for persons in need of orthopaedic devices. Geneva.

Landmine Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Project Guide: supporting P&O services in low-income settings a common approach for organizations implementing aid projects. Geneva.

MSF (1989), Minor Surgical Procedures in Remote Areas. Paris.

WHO (1991), Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology. Geneva.

メンタルヘルス

UNHCR and WHO (2008), Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide. Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/

WHO (2009), Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva. www.who.int/mental_health/

非感染症

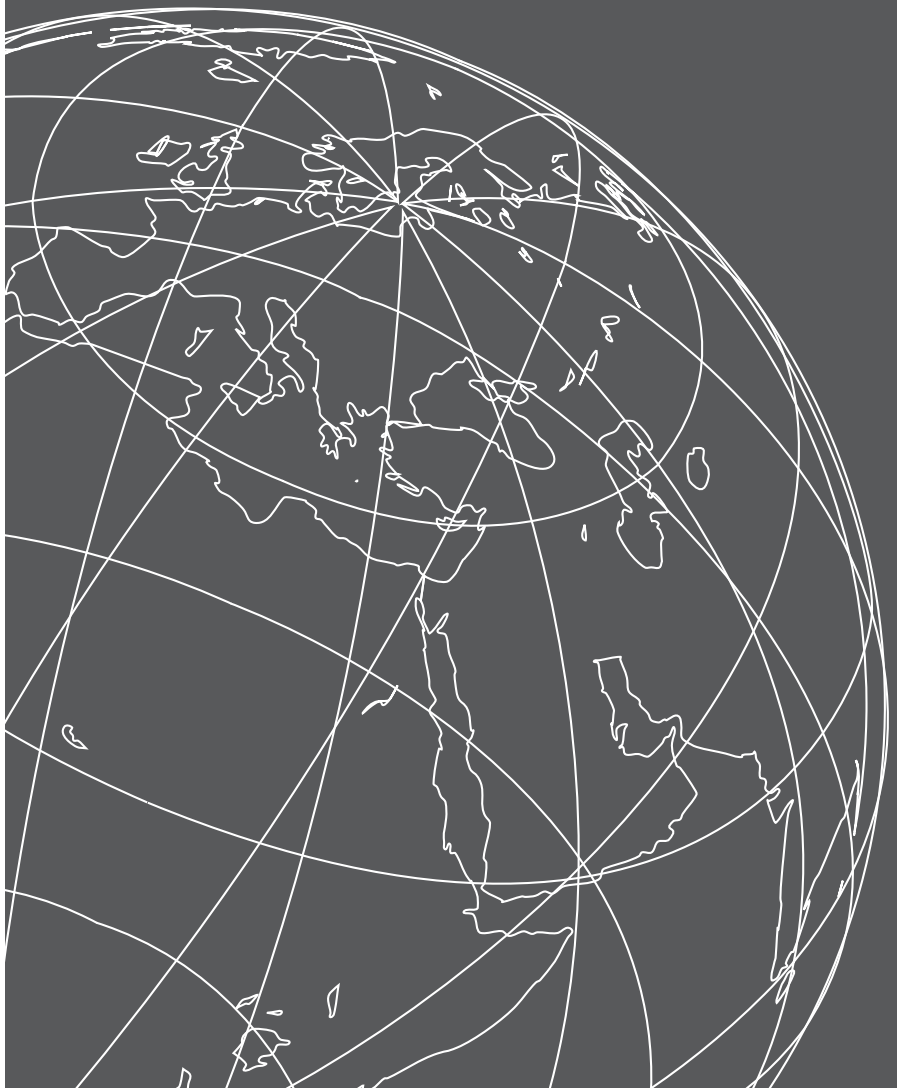
Fauci, AS et al (eds) (2008), Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th edition. McGraw Hill Professional. New York.

Foster, C et al (eds), The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers. Philadelphia.

Tierny, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds) (2003), Current Medical Diagnosis and Treatment, 42nd edition. McGraw-Hill/Appleton & Lange. New York.

付録

Annexes



付録1

人道憲章を支える主要文書

人道憲章は、災害や紛争の状況における人道行動と責任に関する共有された信念と共通の原則を設定し、これらが国際法に反映されていることを示している。以下の主要文書の注釈付きリストは、国際人権法、国際人道法（international humanitarian law, IHL）、難民法および人道活動に関連した、最も関連性が高い国際的な法的文書を含んでいる。このリストは、地域レベルの法や取り組みを示そうとはしていない。リストはまた、人道憲章の基盤となっている数々のその他のガイドライン、原則、基準および枠組みも含んでいる。これは、やむを得ず非常に選択的になっており、さらなる資料とこれらの文書へのウェブリンクは、スフィア・プロジェクトのウェブサイト（www.sphereproject.org）で入手できる。紙面の制約により、新しいか災害や紛争に関する特定の章を有しているため、導入や特別な説明が必要と思われる文書にのみ、注釈を付している。

文書は、以下の見出しにより、テーマ別にリスト化している：

1. **人権、権利保護および脆弱性**
2. **武力紛争と人道援助**
3. **難民と国内避難民（IDPs）**
4. **災害と人道援助**

各文書のステータスに関する透明性を確保するために、各章は以下のサブ見出しにより分類している：

1. **条約と慣習法（適切な場合）**
2. **国連やその他で正式に採択された政府間のガイドラインと原則**
3. **人道的な政策的枠組み、ガイドラインと原則**

1. 人権、権利保護および脆弱性

以下の文書は、主に普遍的な条約や宣言で認められた人権に関連している。年齢（子どもと高齢者）、ジェンダーおよび障がいに関する数々の主要文書も、それらが災害や紛争における脆弱性の最も一般的な原因の一部であるため、含まれている。

1.1. 人権、権利保護および脆弱性についての条約と慣習法

人権条約法は条約の当事者である国家に適用されるが、慣習法（拷問禁止など）はすべての国家に適用される。人権法は、2つの起こりうる例外を除いて、常に適用される。

- いくつかの限られた市民的及び政治的権利は、市民的及び政治的権利に関する国際規約第4条（「免脱」）に従い、宣言されている国家の非常時の間、停止されることがある。
- 認定された武力紛争において、人権法との間に矛盾がある場合は、国際人道法が最初に適用される。

1.1.1. 普遍的人権

世界人権宣言（UDHR）
1948年12月10日に、国連総会決議217A（III）として採択。
www.un.org/EN/documents/udhr/index.shtml

世界人権宣言は1948年に国連総会で宣言され、普遍的に保護されるべき基本的人権を初めて定めた。これは条約ではないが、国際慣習法の一部となっているとして一般的に合意されている。前文の第一文は人権の基本的な基礎としての人間の「固有の尊厳」の概念を導入し、第1条は「すべての人間は、生れながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利とについて平等である。」と述べている。

市民的及び政治的権利に関する国際規約（ICCPR, 自由権規約）
1966年12月16日に国連総会決議2200A（XXI）として採択、1976年3月23日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 999, p. 171 and vol. 1057, p. 407.
www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm

自由権規約第二選択議定書（死刑廃止を目的としたもの）
1989年12月15日に、国連総会決議44/128として採択、1991年7月11日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 1642, p. 414.
www2.ohchr.org/english/law/ccpr-death.htm

自由権規約締約国は、「人々」の自己決定の権利と男女の平等な権利を認識し、その領土内またはその管轄のもとにある全ての個人の権利を尊重し保障する必要がある。一部の権利（アスタリスク*を付けている）は、最も悲惨な国家の非常時においても、中断されてはならない。

権利：生命への権利*；拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱いをされない*；奴隷の状態に置かれない*;恣意的に逮捕され又は抑留されない*;抑留における人道、尊厳; 契約上の義務を履行することができないことのみを理由として拘禁されない*；移動の自由及び居住の自由；法律に基づいて行われた決定のみによる外国人の追放；法の前での平等、公正な審理、刑事裁判における無罪推定*；　法の前でひとしく認められる*；私生活；思想、宗教および良心の自由*；意見、表現および平和的集会の自由；結社の自由；婚姻と家族の生活の権利；子どもの保護；投票と公務への参加の権利；少数者がその自己の文化、宗教および言語を享受できる権利*

経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（ICESCR, 社会権規約）
1966年12月16日に、国連総会決議2200A（XXI）として採択され、1976年1月3日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3
www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm

締約国は、男性と女性が平等に享受すべき規約の権利を「漸進的に達成する」ために、その利用可能な資源の最大値をコミットすることに同意する。

権利：労働；公正な賃金；労働組合への加入；社会保障/保険；産後の母親の保護および搾取からの子どもの保護を含む、家庭生活；食糧、衣類及び住居を内容とする相当な生活水準；身体及び精神の健康；教育；文化的な生活及び科学と文化の進歩の利益の享受

あらゆる形態の人種差別の撤廃に関する国際条約（ICERD, 人種差別撤廃条約）
1965年12月21日に国連総会決議2106（XX）として採択され、1969年1月4日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 660, p. 195.
www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm

女子に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約（CEDAW, 女性差別撤廃条約）
1979年12月18日に国連総会決議34/180として採択され、1981年9月3日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 1249, p. 13.
www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm

児童の権利に関する条約（CRC, 子どもの権利条約）
1989年11月20日に国連総会決議44/25として採択され、1990年9月2日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3.
www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

武力紛争における児童の関与に関する児童の権利条約選択議定書
2000年5月25日に国連総会決議A/RES/54/263として採択され、2002年2月12日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 2173, p. 222.
www2.ohchr.org/english/law/crc-conflict.htm

児童の売買等に関する児童の権利条約選択議定書
2000年5月25日に国連総会決議A/RES/54/263として採択され、2002年1月18日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 2171, p. 227.
www2.ohchr.org/english/law/crc-sale.htm

子どもの権利条約は、ほぼ全世界の国家の加入を得られている。それは、子どもの基本的人権を表明し、彼らが特別な保護を必要とする時を特定している（家族から分離された場合など）。議定書は、締結国に対して、特定の子どもの保護に関する問題について積極的な行動を要請している。

障害者の権利に関する条約（CPRD, 障害者権利条約）
2006年12月13日に国連総会決議A/RES/61/106として採択され、2008年5月3日に発効。
United Nations Treaty Collection, Chapter IV, 15.
www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm

障害者権利条約は、すべての他の人権条約の下での障がい者の権利を支持し、また障がい者、非差別、およびサービスと施設についてのアクセシビリティについての意識喚起を特に扱っている。また、「リスクのある状況および人道上の緊急事態」について特別な言及も行っている（第11条）。

1.1.2. ジェノサイド、拷問およびその他の権利の犯罪的侵害

集団殺害罪の防止および処罰に関する条約（ジェノサイド条約）
1948年12月9日に国連総会決議260（III）として採択され、1951年1月12日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 78, p. 277
www2.ohchr.org/english/law/genocide.htm

拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は、刑罰に関する条約（拷問等禁止条約）
1984年12月10日に国連総会決議39/46として採択され、1987年6月26日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 1465, p. 85.
www2.ohchr.org/english/law/cat.htm

この条約は、非常に多数の締約国を有している。拷問の禁止はまた、現在では慣習国際法の一部として一般に認識されている。いかなる形態の公的な緊急事態や戦争も、拷問を正当化させない。国家は、いかなる人も彼または彼女が拷問の危険があると信じるに足る合理的な理由がある領域へ送還（ルフール）してはならない。

国際刑事裁判所に関するローマ規程（ICCローマ規定）
1998年7月17日にローマにおける外交会議において採択され、2002年7月1日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 2187, p. 3.
www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/585?OpenDocument

規程第9条（犯罪の構成要件）は、2002年に国際刑事裁判所（ICC）によって受諾され、戦争犯罪、人道に対する罪およびジェノサイドを詳細に記述し、従って慣

習国際刑事法の多くを成文化している。ICCは、条約締約国の国民によって、もしくはその領域内で行われたと主張される犯罪に加え、国連安全保障理事会が送致した事件について捜査し訴追することができる（例え訴追された個人の国家が条約締約国でなくとも）。

1.2. 人権、権利保護および脆弱性についての国連やその他で正式に採択された政府間の原則とガイドライン

高齢化に関するマドリッド国際行動計画（Madrid International Plan of Action on Ageing）
2002年にマドリッドで開催された国連第2回高齢化に関する世界会議において採択。
1982年12月3日に採択された国連総会決議37/51に基づく。
www.globalaging.org/agingwatch/events/CSD/mipaa+5.htm

高齢者のための国連原則（United Nations Principles for Older Persons）
1991年12月16日の国連総会決議46/91。
www2.ohchr.org/english/law/olderpersons.htm

1.3. 人権、権利保護および脆弱性についての人道的な政策的枠組み、ガイドラインと原則

自然災害の被災者の保護：人権および自然災害に関するIASC活動ガイドライン2006
（Protecting Persons Affected by Natural Disasters: IASC Operational Guidelines on Human Rights and Natural Disasters 2006）（訳注：2011年に、「自然災害時における人々の保護に関するIASC活動ガイドライン」と題する改定版が発行されている。）
Inter-Agency Standing Committee.
www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx

自然災害発生時に適用される国際法および基準（IDLO法的マニュアル）2009
（International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations (IDLO Legal Manual) 2009）
International Development Law Organization (IDLO).
www.idlo.int/DOCNews/352doc.pdf

保護者のいない子どもや保護者と分離された子どもについての機関間ガイド原則2002
（Inter-agency guiding principles on unaccompanied and separated children 2002）

赤十字国際委員会、UNHCR、UNICEF、ワールドビジョン・インターナショナル、セーブ・ザ・チルドレンUKおよび国際救援委員会（International Rescue Committee）によって作成。
www.icrc.org

人道行動におけるジェンダーハンドブック2006
（Gender Handbook in Humanitarian Action 2006）
Inter-Agency Standing Committee. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf_gender-genderh

緊急事態におけるメンタルヘルスおよび心理社会的支援についてのIASCガイドライン2007
（IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings 2007）
Inter-Agency Standing Committee. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf_mhps-default

緊急事態、慢性的危機および早期復興におけるINEE教育最低基準2007（2010年改訂）
（INEE Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction 2007, as updated 2010）
Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE)（2008年より、スフィアの付随基準として公式に認識されている）. www.ineesite.org/index.php/post/inee_minimum_standards_overview/

2. 武力紛争、国際人道法および人道援助

2.1. 武力紛争、国際人道法および人道援助についての条約と慣習法

国際人道法（IHL）は、暴力的紛争が「武力紛争」になるときのしきい値を指定し、その結果、この特別な法的制度が適用される。赤十字国際委員会（ICRC）は、人道法条約の公式な保管先であり、ジュネーブ条約とその議定書に関する公式の解説、および慣習国際人道法研究のルールなどの、豊富な情報と資料をそのウェブサイト（www.icrc.org）で提供している。

2.1.1. コアとなる国際人道法条約

1949年ジュネーブ4条約
ジュネーブ諸条約の国際的な武力紛争の犠牲者の保護に関する1977年追加議定書（議定書I）
ジュネーブ諸条約の非国際的な武力紛争の犠牲者の保護に関する1977年追加議定書（議定書II）
www.icrc.org/ihl.nsf/CONVPRES?OpenView

ジュネーブ4条約では―全ての国家が締約国であるものと、慣習法の一部として一般的に受け入れられているものも―負傷もしくは病気となった者の陸戦（I）と海戦（II）での保護と取扱いについて、また戦争捕虜の扱い（III）および武力紛争における文民の保護（IV）について扱っている。非国際的紛争を扱った共通第3条および非国際紛争における慣習法としてすでに受け入れられているいくつかのその他の要素を除き、これらの条約は主に国際的武力紛争に適用される。2つの1977年議定書は、特に戦闘員の定義と非国際的紛争の成文化について、その時点での条約の更新を行ったものである。いくつもの国家が、これら議定書に加盟していない。

2.1.2. 制限もしくは禁止される兵器および文化財についての条約

上記で概説した「ジュネーブ法」に加えて、しばしば武力紛争における「ハーグ法」として説明される法体系もある。これには、文化財の保護と、ガスやその他の生物化学兵器、無差別であるか不必要な苦痛を引き起こす通常兵器だけでなく、対人地雷とクラスター爆弾などの、制限もしくは禁止されている兵器の種類に関する多くの条約が含まれている。 www.icrc.org/ihl.nsf

2.1.3. 慣習国際人道法

慣習国際人道法は、各国家の国際人道法条約への加盟に関係なく、慣習的規則が全ての国家に適用されることを示す声明や政策、実践を通じて、国家に受け入れられた武力紛争に関する法を指す。慣習的規則についての承認されたリストはないが、最も権威ある解釈は、以下の研究である。

慣習国際人道法研究
（Customary International Humanitarian Law (CIHL) Study）
ICRC, Henckaerts, J-M and Doswald-Beck, L, Cambridge University Press, Cambridge & New York, 2005.
www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/612?OpenDocument

この研究では、武力紛争法のほとんど全ての領域をカバーしている。研究では161の特定のルールと、それぞれが国際的な武力紛争および/または非国際的武力紛争に適用されるかどうかをリストしている。いくつかの法学解説者がその方法論を批判しているが、慣習国際法研究は10年以上にわたる幅広い協議と厳密な研究のプロセスから生まれており、慣習的ルールの解釈としての権威が広く認識されている。

2.2. 武力紛争、国際人道法および人道援助についての国連やその他で正式に採択された政府間の原則とガイドライン

権利保護についての2002年国連安全保障理事会覚書（2003年改訂）（S/PRST/2003/27）
www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=S/PRST/2003/27

これは、国家を拘束する決議ではないが、幅広い国連機関およびIASCとの協議の結果作成された、平和維持と紛争の緊急事態に関連した国連安全保障理事会のためのガイダンス文書である。

国連安全保障理事会の武力紛争における性的暴力および女性に関する決議、特に決議番号1820（2008年）、1888（2009年）、1889（2009年）
年度および番号による国連安全保障理事会全決議は以下より：
www.un.org/documents/scres.htm

2.3. 武力紛争、国際人道法および人道援助についての人道的な政策的枠組み、ガイドラインと原則

武力紛争やその他の暴力状況における人道および人権機関によって実施される権利保護活動のためのプロフェッショナル基準
（Professional standards for protection work carried out by humanitarian and human rights actors in armed conflict and other situations of violence 2009）
ICRC: www.icrc.org

3. 難民と国内避難民（IDPs）

UNHCR（国連難民高等弁務官事務所）は、難民条約および議定書のもとで、難民の保護について特別な法的責務を有している。UNHCRはまた、国連総会によって、国内避難民の保護について国家と連絡を取り合うことを責務とされている。UNHCRはそのウェブサイトで、広範囲の資料を提供している。

3.1. 難民および国内避難民についての条約

国際条約に加え、この章ではアフリカ連合（旧アフリカ統一機構）の2つの条約に言及する。それらは歴史的な先例となっているためである。

難民の地位に関する条約（改正）
1951年7月25日にジュネーブで開催された難民と無国籍者の地位に関する国連全権会議において採択され、1954年4月22日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 189, p. 137.

難民の地位に関する議定書
1966年12月16日に国連総会において、決議2198（XXI）2に記録された。
United Nations, Treaty Series, vol. 606, p. 267.
www.unhcr.org/protect/PROTECTION/3b66c2aa10.pdf

難民についての最初の国際的協定として、難民条約は難民を以下の者として定義している：「人種、宗教、国籍若しくは特定の社会的集団の構成員であること又は

政治的意見を理由に迫害を受けるおそれがあるという十分に理由のある恐怖を有するために、国籍国の外にいる者であって、その国籍国の保護を受けることができないもの又はそのような恐怖を有するためにその国籍国の保護を受けることを望まないもの（以下略）」

アフリカにおける難民問題の特殊な側面を規定するアフリカ統一機構条約
1969年9月10日にアジスアベバで開催されたアフリカ統一機構の第6回通常会議において行われた首脳会議で採択された。
www.unhcr.org/45dc1a682.html

この条約は、その国を去ることを強いられた者として、迫害の結果によるものだけでなく、外部からの侵略、占領、外国の支配または重大な公共の秩序を乱す事件に起因している人を含める形で、1951年難民条約を受け入れ、拡張している。また、迫害の加害者として非国家グループを含め、さらに難民が彼ら自身と将来の危険性との間に直接のリンクを示すことを要求していない。

アフリカにおける国内避難民の保護と支援に関するアフリカ連合条約（カンパラ条約）
2009年10月22日にウガンダのカンパラで行われた、アフリカ連合特別サミットにおいて採択されたが、2010年10月現在発効していない。
www.unhcr.org/4ae9bede9.html

この条約は、国内避難民についての初めての多国間条約である。2009年10月に17ヶ国のアフリカ連合諸国によって調印されたが、発効するためには15ヶ国の公式の加入/批准が必要である（訳注：2011年末現在で9ヶ国のみ批准）。

3.2. 難民および国内避難民についての国連やその他で正式に採択された政府間の原則とガイドライン

国内強制移動に関する指導原則（Guiding Principles on Internal Displacement）
2005年9月にニューヨークで行われた世界首脳会議に集まった各国首脳と、国連総会決議60/L.1（132, UN Doc. A/60/L1）において「国内避難民の保護についての重要な国際的枠組み」として承認された。
www.idpguidingprinciples.org/

これらの原則は、国際人道および人権法と、類似した難民法に基づいており、国内避難民への援助と保護を提供することについて、政府、国際機関およびその他のすべての関係者を導く国際標準として機能することを意図したものである。

4. 災害と人道援助

4.1. 災害と人道援助についての条約

国際連合要員及び関連要員の安全に関する条約
1994年12月9日に国連総会決議49/59として採択され、1999年1月15日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 2051, p. 363.
www.un.org/law/cod/safety.htm

国際連合要員及び関連要員の安全に関する条約選択議定書
2005年12月8日に国連総会決議A/60/42として採択され、2010年8月19日に発効。
www.ocha.unog.ch/drptoolkit/PNormativeGuidanceInternationalConventions.html#UNSpecificConventions

条約では、国連が「例外的なリスク」を宣言していない限り、保護の対象は国連平和維持活動に限定されている―非現実的な要件である。議定書は、条約におけるこの大きな欠陥を修正し、緊急人道支援から平和構築と人道的、政治的および開発援助の提供にいたる、すべての国連の活動に法的保護を拡張する。

食糧援助規約
1999年改訂。1995年穀物貿易規約のもとの個別の法律文書であり、食糧援助委員会が国際穀物理事会（IGC）事務局を通じて管理している。

災害軽減及び救援活動への情報通信資源の供与に関するタンペレ条約
1992年6月4日から14日にかけてリオデジャネイロで行われた、環境と開発に関する国際連合会議（訳注：地球サミット）において採択され、1992年12月22日の国連総会決議47/195で歓迎され、1994年3月21日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 2296, p. 5.
www.unhcr.org/refworld/publisher,ICET98,,,41dec59d4,0.html

気候変動に関する国際連合枠組条約（UNFCCC, 気候変動枠組条約）
2005年12月8日に国連総会決議A/60/42として採択され、2010年8月19日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 1771, p. 107.
http://unfccc.int/essential_background/convention/items/2627.php

UNFCCC京都議定書
1997年12月11日に京都で行われた気候変動枠組条約第3回締約国会議（COP3）にて採択され、2005年2月16日に発効。
United Nations, Treaty Series, vol. 2303, p. 148.

http://unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/items/1678.php

気候変動枠組条約および京都議定書は、気候変動への適応とリスク低減のための戦略を実施すること、および特に自然災害が発生しやすい国において、地域の能力と回復力を構築することへの緊急の必要性に対応している。特に気候変動に関しては、防災戦略とリスク管理を重視している。

4.2. 災害と人道援助についての国連やその他で正式に採択された政府間の原則とガイドライン

国連の人道緊急援助の調整強化決議（付記に指導原則）
（Strengthening of the coordination of humanitarian emergency assistance of the United Nations, with Annex, Guiding Principles）
1991年12月19日の国連総会決議46/182。
www.reliefweb.int/ocha_ol/about/resol/resol_e.html

この決議は国連人道問題局（DHA）の設立に繋がり、その後DHAは1998年に国連人道問題調整事務所（OCHA）となった。

兵庫行動枠組2005-2015: 災害に強い国・コミュニティの構築
（Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the resilience of nations and communities to disasters）
2005年に行われた国連防災世界会議において採択。
www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm
これは、緊急対応、復旧および対策プログラムの実施において災害リスク削減を組み込み、それを持続可能な開発に統合し、回復能力を構築するための、国家と人道機関の戦略を定めている。

国際的な災害救援および初期復興支援の国内における円滑化および規制のためのガイドライン
（Guidelines for the domestic facilitation and regulation of international disaster relief and initial recovery assistance, (IDRL Guidelines)）
2007年の第30回赤十字・赤新月国際会議（ジュネーブ条約締約国を含む）において採択。
www.ifrc.org/what/disasters/idrl/index.asp

4.3. 災害と人道援助についての人道的な政策的枠組み、ガイドラインと原則

災害救援における国際赤十字・赤新月運動および非政府組織（NGOs）のための行動規範
（Code of Conduct for The International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organisations (NGOs) in Disaster Relief ）
（「付録2：行動規範」（p.350）参照）

国際赤十字・赤新月運動の基本原則
（Fundamental Principles of the International Red Cross and Red Crescent Movement）
1965年の第20回赤十字国際会議において採択。
www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp

人道支援の説明責任と品質管理のHAP基準
（HAP Standards in Humanitarian Accountability）
ヒューマニタリアン・アカウンタビリティ・パートナーシップ（認証を含む、人道セクターの国際的な自己統制組織）による。（訳注：原文では2007年版について言及されているが、すでに2010年版が発行されている。）
www.hapinternational.org

人道援助における原則と優れた実践
（Principles and Good Practice of Humanitarian Donorship）
2003年に援助供与国、国連機関、NGOおよび国際赤十字赤新月運動によるストックホルムでの会議で承認され、欧州委員会と16ヶ国によって調印された。
www.goodhumanitariandonorship.org

パートナーシップ原則：コミットメント声明
（Principles of Partnership: A Statement of Commitment）
2007年7月のグローバル・ヒューマニタリアン・プラットフォーム（GHP）会議（国連と非国連人道機関との対話メカニズム）にて承認。
www.globalhumanitarianplatform.org/ghp.html

付録2

災害救援における国際赤十字・赤新月運動および非政府組織（NGOs）のための行動規範

作成：国際赤十字・赤新月社連盟ならびに赤十字国際委員会[1]

目的

この「行動規範」の目的とするところは我々の行動に基準を設けることである。

それは食糧配給をどうするかとか、難民キャンプをどう設置するかといった実務上の問題を扱うのではなく、むしろ災害救援を行うNGOsや国際赤十字ならびに赤新月社運動がかくあるべしと願う高度の独立性、効率性、援助効果を維持する意図で作成されたものである。この「規範」は自発的なものであり、その中で規定された基準を受け入れようとする機関の自由意思によってのみ効力を発揮する。

武力紛争の場合には、この「規範」は国際人道法に準拠して解釈・適用される。

最初に「行動規範」本文があり、その後に三通の付属書がある。付属書では、人道的援助の効果的実施を促進出来るよう、援助受け入れ国政府および援助国政府と国際機関により整備して欲しい援助活動のための環境について記述してある。

定義

NGOs：非政府組織（Non-Governmental Organizations）とは、その出身国において政府と関係なく設立され、国内および国際的にも活動する組織を意味する。

1　*出資者：国際カリタス*、カトリック救援事業会*、赤十字・赤新月社国際連盟*、セーブ・ザ・チルドレン世界連盟*、ルーテル世界連盟*、オックスファム*、世界キリスト教協議会*、赤十字国際委員会（*印は人道対応促進委員会のメンバー）*

NGHAs：この「行動規範」では、非政府人道組織（Non Governmental Humanitarian Agencies）には国際赤十字・赤新月社運動の諸組織、即ち赤十字国際委員会、国際赤十字・赤新月社連盟とその構成メンバーたる各国赤十字・赤新月社および上記定義によるNGOを含むものとする。本「規範」においては特に災害救援を行うNGHAsを意味する。

IGOs：政府間機関（Inter-Governmental Organizations）とは2ヶ国以上の政府が参加して設立された組織を指す。従ってこの中には国連機関と世界各地域機関の全てが含まれる。

災害：災害とは人命の損失、人類にとっての甚大な被害と悲惨、および巨額の物質的損害をもたらす不幸な出来事を意味する。

行動規範
災害救援における国際赤十字・赤新月運動および非政府組織（NGOs）のための行動規範

1　人道的見地からなすべきことを第一に考える。

人道的援助を受け、あるいはそれらを与える権利は、全ての国で全ての市民に認められた基本的な人道的原則である。国際社会の一員として、我々は人道的援助が必要なところにはどこにでもそれを行う義務が有るものと認識する。従って、援助実施に際しては、被災者と何の支障もなく接触できることが極めて重要となる。

我々が災害救援活動を行う最大の動機は災害に対して最も脆弱な人々の苦痛を軽減したいという点にある。人道的援助の実施に当たっては、それは一部の人々のためや政治的な行為ではなく、またそのように見なされてはならない。

2　援助はそれを受ける人々の人種、信条あるいは国籍に関係なく、またいかなる差別もなしに行われる。援助の優先度はその必要性に基づいてのみ決定される。

救援の実施は、できるだけ被災者のニーズと、地元で調達可能なものとを充分に見極めてから行うものとする。

我々はあらゆる援助プログラムにおいて、比例への配慮を反映させて援助を実施する。人々の苦痛のあるところ、それは必ず軽減されなければならない。人命はどこにおいてもかけがえのないものである。従って、我々の行う援助は苦痛の軽減を要する度合により決められる。

こうしたアプローチを通じて我々は災害多発地域で女性の果たす役割の重要性を認識し、また我々の援助プログラムはこうした女性の役割を支援するものであって、これを縮小するものではないことを保証する。

このような普遍的で公平かつ独立した方針を貫くことは、我々と我々のパートナーが公正な援助に必要なだけの資源を調達出来て、全被災者に平等に接触できる場合にのみ効果がある。

3　援助は、特定の政治的あるいは宗教的立場の拡大手段として利用されてはならない。

人道的援助は個人、家族、地域社会のニーズに応じて行われる。NGHAsが特定の政治的、宗教的見解を支持する権利を持つことはあっても、我々は、援助を受ける人々がかかる見解を信ずるか否かにより、援助が左右されてはならないことを確認する。

我々は、特定の政治的、宗教的信条と結び付けて援助の約束、実行、配分を行うことはない。

4　我々は政府による外交政策の手段として行動することがないように努める。

NGHAsは政府からは独立して行動する機関である。それ故に我々は、独自の方針と援助実施戦略を持つものであり、政府の政策と我々の独自方針とが一致しない限り、いかなる政府の政策をも実行に移すことはない。

承知の上ではもとより、不注意でも、我々自身もしくは職員が、政府や、厳密に人道上の目的以外の活動をする機関のために政治的・軍事的・経済的にデリケートな性質の情報の収集に利用されることは絶対にあってはならず、また我々が、援助国政府の外交政策の手段として行動することもない。

我々は受領した援助物資を、ニーズに応じて使用するが、その援助は寄付者の余剰物資処分目的であったり、また特定の寄付者の政治的意図から行われるものであってはならない。

我々は、援助に関心のある個人が我々の援助活動を支援する為に自発的に提供する労力や資金援助は望んで受け入れ、またそれを要請するものであり、こうしたボランティア精神に基づいて行われる行為の自主性を認識するものである。

我々はこの自主性を守る為に、単一の資金提供者に依存することは勤めて避けるものとする。

5　我々は文化と慣習を尊重する。

我々は、我々が活動を行う地域社会や国において、その文化、社会構造、慣習を尊重するよう努力するものとする。

6　我々は地元の対応能力に基づいて災害救援活動を行うように努める。

すべての人々と地域社会は、災害時においても、脆弱性と同様に災害に対する対応能力を有している。我々は、可能な限り地元での人員雇用や資材調達、地元企業との取引を通じて、この能力の強化を図る。

我々は、可能な限り現地のNGHAsを計画・実行段階でのパートナーとし、適切であれば政府出先機関とも協力関係を結ぶものとする。

緊急援助活動の場合は、適切な調整の下に行われることに高い優先度を置く。その理由は、その国の中で最も直接に緊急援助活動に携わっている人々に協力してもらうことが最大の援助効果をもたらすからであり、その対象の中には国連関係機関も含まれる。

7　援助活動による受益者が緊急援助の運営に参加できるような方策を立てることが必要である。

災害救援は、その受益者に押しつけられるものであってはならない。効果的な援助と長期的復旧は、受益者が援助プログラムの計画、運営、実行に参加することにより最も良い結果を産むものである。我々の緊急援助および復旧プログラムには、地域社会による全面的な参加が得られるよう努力する。

8　救援は、基本的ニーズを充たすと同時に、将来の災害に対する脆弱性をも軽減させることに向けられなければならない。

すべての救援活動は、良きにつけ悪しきにつけ、長期開発の展望に影響を与える。この認識に立って、我々は、受益者の脆弱性が将来の災害においては積極的に軽減されるような援助プログラムを実施し、彼らが持続可能な生活様式を築けるよう援助努力するものとする。緊急援助プログラムの計画と運営には特に環境問題に注意する必要がある。また、受益者が長期にわたり外部からの援助に依存することがないように努め、人道的援助のマイナス面をなるべく少なくするように努力する。

9　我々は、援助の対象となる人々と、我々に寄付をしていただく人々の双方に対して責任を有する。

我々は、災害に際して援助を行おうとする人々と、援助を必要とする人々の間のパートナーシップ結成にあたりその接点として行動するものである。従って、我々は両者に対して責任を負うこととなる。

寄付者とその受益者との双方にかかわる点で、我々の立場は全てが公開され、透明性を有するものであることを示さなければならない。我々は、資金使途とその効果予測の両面から我々の活動を報告する必要性があると認識している。

我々は援助の配分に関する適切な監査と災害救援の効果に係わる定期的な評価を確実に行う義務があることを認識している。

我々は、我々の活動の効果と、それを制約し、あるいは促進するような諸要因についても隠さずに報告するよう努力する。

貴重な援助資源の浪費を最小限にとどめるべく、我々の援助プログラムは高水準の専門家意識と専門技術に裏づけされていなければならない。

10　我々の行う情報、広報、宣伝活動においては、災害による被災者を希望を失った存在としてではなく、尊厳ある人間として取り扱うものとする。

被災者には、行動をともにする同じ立場のパートナーとして尊敬の念を払うことを忘れてはならない。我々の広報においては、被災者の能力と願望が伝わるように被災状況を客観的に描写し、被災者の脆弱性と恐怖感だけが取り上げられないように留意する。

我々は、国民の災害救援への協力を高めるためにマスコミに協力するものであるが、全体的な緊急援助活動に最善を尽くすという原則を超えてまで内部もしくは外部からの圧力に屈することは許されない。

報道によって受益者への援助内容が損なわれたり、われわれのスタッフや受益者の安全が脅かされるような状況下にあっては、我々は報道に関して他の災害救援団体と競合することは避けるものとする。

活動環境

上記の「規範」の遵守に努力すると自らが決定した上で、次に我々は、災害救援に際して、NGHAsの効果的な参加を容易にするために、援助国政府、援助受入れ国政府および主に国連諸機関が含まれる政府間機関による活動環境の整備について、そのガイドラインを述べることとする。このガイドラインは一つのモデルとしてここに示すものである。このガイドラインは法的拘束力を持つものではなく、政府や政府間機関（IGOs）が署名をもってこれを承認する意向を示すことまで期待するものではないが、将来の目標としてこれを考えたい。我々は、公開性と協力の精神に基づいてこれらのガイドラインを発表するものであり、これにより我々が彼らに期待する理想の協力関係について、パートナー側の認識を深めてもらいたいと考えるものである。

第一付属書：被災国政府に対する勧告

1　政府はNGHAsの自主的、人道的、公平な行動を認識し、尊重しなければならない。

NGHAsは独立の団体である。この独立性と公平性は援助受け入れ国政府により尊重されなければならない。

2　援助受け入れ国政府は、NGHAsが迅速に被災者と接触できるよう取り計らわなければならない。

NGHAsが完全に人道的原則に基づいて行動する限り、その人道的援助の実施には、NGHAsが被災者に公平、かつ迅速に接触することが許可されなければならない。援助受け入れ国政府は、その主権遂行責任の一環として、NGHAsによる援助を妨げずに、その公平かつ政治とは無関係の援助活動を受け入れる義務がある。

援助受入れ国政府は、特に救援要員の乗り継ぎ、入国および出国用のビザ取得手続きの省略、手続きの迅速な処理を通じて救援要員の早急な入国を可能にする手配を行う必要がある。また緊急援助実施期間中は、国際緊急援助物資と要員を積載した航空機に上空通過権と着陸権を与えなければならない。

3　政府は、災害時の援助物資と情報のタイムリーな流通に便宜を図らなければならない。

援助物資や機材は人々の苦難軽減のみを目的として国内に持ち込まれるものであって、取引利益のためではない。救援物資は通常は自由かつ無制限に輸送を許可されるべきものであり、原産地証明用領事証明やインボイス、輸入／輸出許可証等の条件、あるいは輸入税、着陸料や港湾税などの手続きを免除されるべきものである。

援助受入れ国政府は、車両、軽飛行機、通信用機器などの緊急援助に必要な機材の臨時輸入には、ライセンスや登録制限などを一時的に停止してでも便宜を図るべきである。同様に、緊急援助終結の際は、政府が機材再輸出に制限を加えるべきではない。

災害時の通信を容易ならしめるために、受入れ国政府は、緊急援助団体が使用する国内と国際通信用の一定の無線通信用周波数を割当て、その周波数を事前に災害救援組織に通知しておくことが望ましい。政府は援助職員に対して、救援活動に必要なあらゆる通信手段を許可すべきである。

4　政府は調整のとれた災害情報および救援計画を提供するように心掛けねばならない。

救援の全体的な計画と調整は究極的には援助受入れ国政府の責任である。もしNGHAsに対して、救援のニーズ、計画作成および実施にあたる政府の機構についての情報、さらに救援組織が遭遇することもあり得る安全上のリスクに関する情報が与えられるならば、この計画と調整は極めて効率の高いものとなろう。政府には、こうした情報をNGHAsに提供することが望まれる。その効果的な調整と効率的な救援努力の実現のために、政府は単一の政府窓口を災害前に決定しておき、その国に駆けつけるNGHAsが政府機関と連携できるようにしておくことが望ましい。

5　武力紛争の場合の災害救援

武力紛争時には、救援活動は国際人道法の定めるところにより決定される。

第二付属書：援助国政府に対する勧告

1　援助国政府はNGHAsの自主的、人道的かつ公平な行動を認め、尊重しなければならない。

NGHAsは独立の機関であり、援助国政府はその自主性と公平性を尊重しなければならない。援助国政府は、NGHAsをいかなる政治的・思想的な目的の下で利用してはならない。

2　援助国政府は、援助活動の独立性を保証した上で資金を提供しなければならない。

NGHAsは被災者に提供する場合と同じく人道の精神と自主性に基づいて資金や物的援助を援助国政府から受入れる。救援活動の実施責任は最終的にはNGHAが負うものであり、その実施はNGHAの方針に従って行われるものである。

3　援助国政府はNGHAsが災害の被災者と接触できるように便宜を図らなければならない。

援助国政府は、NGHAのスタッフが被災地に向かう際の安全と自由を守るために一定の責任を果たすことの重要性を認識しなければならない。援助国政府は、必要ならばそのような事態に際して、援助受け入れ国政府に対する外交手段の行使も準備しておくことが必要である。

要ならばそのような事態に際して、援助受け入れ国政府に対する外交手段の行使も準備しておくことが必要である。

第三付属書：政府間機関に対する勧告

1　IGOsは、現地および外国のNGHAsを重要なパートナーとして認識しなければならない。

援助国政府は、NGHAのスタッフが被災地に向かう際の安全と自由を守るために一定の責任を果たすことの重要性を認識しなければならない。援助国政府は、必要ならばそのような事態に際して、援助受け入れ国政府に対する外交手段の行使も準備しておくことが必要である。

2　IGOsは、国際的および国内の災害救援のための全体的枠組調整を行うことにより援助受け入れ国政府を支援しなければならない。

NGHAsは通常、国際的な援助を必要とする大規模な災害に関しては全体的な枠組を定める調整権限を持たない。この責任は受け入れ国政府とそれに関連する国連機関が負うものだからである。彼らはその責任をタイムリーかつ効果的に果たして、被災国と国内および国際災害救援組織の活動に充分役立つものとしなければならない。NGHAsは、いずれにせよ自らの行う援助活動がその他の援助と整合性を持ち、効果を発揮するようにあらゆる努力を払わなければならない。

武力紛争に際しては、救援活動は国際人道法の定めるところによって律せられる。

3　IGOsは、国連機関に提供される安全保護をNGHAsにも与えなければならない。

政府間機関に対して安全上の手段が講じられている場合には、そのパートナーとして援助実務を担当するNGHAにも、その要請に基づいて便宜が提供されるべきである。

4　IGOsは、国連機関に提供されている関連情報がNGHAsにも利用できるように便宜を図らなければならない。

政府間機関は、効果的な災害救援活動の実施に関連するあらゆる情報を、その活動実務を担当するNGHAsと共有するよう求められる。

付録3
略語・頭字語

ACT　artemisinin-based combination therapy
アルテミシニンをベースにした併用療法

ALNAP　Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action
人道行動の説明責任とパフォーマンスのためのアクティブラーニングネットワーク

ART　anti-retroviral therapy　抗レトロウイルス療法

ARV　anti-retroviral　抗レトロウイルス

BCPR　Bureau for Crisis Prevention and Recovery
UNDP危機予防復興支援局

BEmOC　basic emergency obstetric care　基礎的緊急産科ケア

BMI　body mass index　ボディマス指数

BMS　breastmilk substitutes　母乳代用品

BTS　blood transfusion service　輸血サービス

CDC　Centers for Disease Control and Prevention
アメリカ疾病予防管理センター

CE-DAT　Complex Emergency Database　複合災害データベース

CEDAW　Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
女性差別撤廃条約

CEmOC　comprehensive emergency obstetric care
包括的緊急産科ケア

CFR　case fatality rate　致死率

CHW　Community Health Worker　コミュニティ保健従事者

CIHL　Customary International Humanitarian Law
慣習国際人道法

cm　centimetre　センチメートル

CMR　crude mortality rate　粗死亡率

CRC　Convention on the Rights of the Child　児童の権利条約

CRPD　Convention on the Rights of Persons with Disabilities
障害者権利条約

CRS　Catholic Relief Services　カトリック救援事業会

CTC　cholera treatment centre　コレラ治療センター

DAC　Development Assistance Committee
OECD開発援助委員会

DPT　diphtheria, pertussis and tetanus
ジフテリア、百日咳、破傷

ECB　Emergency Capacity Building (Project)　緊急時能力開発

ENA　Emergency Nutrition Assessment　緊急時栄養アセスメント

EPI　Expanded Programme on Immunization
拡大予防接種計画

ETAT　Emergency Triage, Assessment and Treatment
緊急時トリアージ、評価および治療

EWARN　early warning　早期警報

FANTA　Food and Nutrition Technical Assistance
食糧栄養技術協力

FAO　Food and Agriculture Organization of the United Nations
国際連合食糧農業機関

FTE　full-time equivalent　フルタイム換算

GMO　genetically modified organism　遺伝子組み換え作物

HAP　Humanitarian Accountability Partnership
ヒューマニタリアン・アカウンタビリティ・パートナーシップ

HIS　health information system　保健情報システム

IASC　Inter-Agency Standing Committee　機関間常設委員会

ICC　International Criminal Court　国際刑事裁判所

ICCPR　International Covenant on Civil and Political Rights
市民的及び政治的権利に関する国際規約（自由権規約）

ICERD　International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination
人種差別撤廃条約

ICESCR　International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights
経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（社会権規約）

ICRC　International Committee of the Red Cross
国際赤十字委員会

ICVA　International Council of Voluntary Agencies
国際ボランタリー団体評議会

IDLO　International Development Law Organization
国際開発法研究所

IDP　internally displaced person　国内避難民

IFE　infant feeding in emergencies　緊急時の幼児の摂食

IFPRI　International Food Policy Research Institute
国際食糧政策研究所

IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies 国際赤十字・赤新月社連盟
IGC	International Grains Council　国際穀物理事会
IHL	international humanitarian law　国際人道法
IMAI	Integrated Management of Adult Illness 成人疾患の統合的管理
IMCI	Integrated Management of Childhood Illnesses 小児疾患の統合的管理
IMPAC	Integrated Management of Pregnancy and Childbirth 妊娠出産の統合的管理
INEE	Inter-Agency Network for Education in Emergencies 緊急時における教育支援の諸機関ネットワーク
IPC	infection prevention and control　感染予防と制御
IRC	International Rescue Committee　国際救援委員会
IRS	indoor residual spraying　室内残留散布
ISPO	International Society for Prosthetics and Orthoticss 国際義肢装具協会
IYCF	infant and young child feeding　乳幼児の摂食
km	kilometre　キロメートル
LBW	low birth weight　出生時低体重
LEDS	light-emitting diodes　発光ダイオード
LEGS	Livestock Emergency Guidelines and Standards 家畜緊急時ガイドライン・基準
LLIN	long-lasting insecticide-treated net 長期耐久殺虫処理蚊帳
MISP	Minimum Initial Service Package 最小初期サービスパッケージ
MOH	Ministry of Health　保健省
MSF	Médecins sans Frontières　国境なき医師団
MUAC	mid upper arm conference　上腕周囲径
NCDs	non-communicable diseases　非感染症
NCHS	National Center for Health Statistics 危機における栄養情報システム
NFI	non-food item　ノン・フードアイテム
NGO	non-governmental organisation　非政府組織
NICS	Nutrition in Crisis Information System 危機における栄養情報システム
NRC	Norwegian Refugee Council　ノルウェー難民委員会
NTU	nephelolometric turbidity units　ネフェロ分析濁度単位
OAU	Organization of African Unity (now African Union) アフリカ統一機構（現アフリカ連合）
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs 国連人道問題調整事務所
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development 経済協力開発機構
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights 国連人権高等弁務官事務所
ORS	oral rehydration salts　経口補水塩
PAHO	Pan American Health Organization　全米保健機構
PEP	post-exposure prophylaxis　暴露後予防
PLHIV	people living with HIV　HIVと共に生きる人々
PLWHA	people living with HIV and AIDS HIVおよびAIDSと共に生きる人々
PMTCT	prevention of mother-to-child transmission (of HIV) (HIVの)母子間感染の予防
PoUWT	point-of-use water treatment　家庭内浄水
Q&A	quality and accountability　品質管理と説明責任
RH	reproductive health　生殖に関する保健
RNI	reference nutrient intakes　基準栄養所要量
SCM	supply chain management　サプライチェーンマネジメント
SEEP	Small Enterprise Education and Promotion (Network) 小企業教育促進のためのネットワーク
SKAT	Swiss Centre for Appropriate Technology スイス適正技術センター
SMART	Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions 復旧・移行事業の標準化モニタリング評価
STIs	sexually transmitted infections　性感染症
TB	tuberculosis　結核
TIG	tetanus immune globulin　ヒト破傷風免疫グロブリン
U5MR	under-5 mortality rate　5歳未満児死亡率
UDHR	Universal Declaration of Human Rights　世界人権宣言
UN	United Nations　国際連合
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 国連エイズ合同計画

UN-DDR	United Nations Disarmament, Demobilization and Reintegration 国連武装解除・動員解除・社会復帰計画
UNDP	United Nations Development Programme　国連開発計画
UNFCCC	United Nations Framework Convention on Climate Change 国連気候変動枠組条約
UNFPA	United Nations Population Fund　国連人口基金
UN-Habitat	United Nations Human Settlements Programme 国連人間居住計画
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UN Refugee Agency) 国連難民高等弁務官事務所
UNICEF	United Nations Children's Fund　国連児童基金
UNISDR	United Nations International Strategy for Disaster Reduction 国連国際防災戦略
USAID	United States Agency for International Development 米国国際開発庁
VCA	vulnerability and capacity analysis　脆弱性能力分析
VIP	ventilated improved pit (latrine)　通気改良型ピット式トイレ
WASH	water supply, sanitation and hygiene promotion 給水、衛生、衛生促進
WEDC	Water, Engineering and Development Centre 水・工学・開発センター
WFH	weight for height　体重身長比
WFP	World Food Programme　世界食糧計画
WHA	World Health Assembly　WHO総会
WHO	World Health Organization　世界保健機関
WSP	water safety plan　水安全計画

Visit the Sphere Project website

www.sphereproject.org

To order the Sphere Handbook please go to

www.practicalactionpublishing.org/sphere

日本語版

www.refugee.or.jp/sphere

人道憲章と人道対応に関する最低基準
尊厳のある生活への権利

スフィア・プロジェクトは、国際的なコミュニティが被災者の窮状に対応するための基準を決定し、促進するためのイニシアティブである。

このハンドブックを通して、スフィアは、災害の被害を受けた全ての人々がその生活と生計を再確立する権利が認識され、彼らの声が尊重され尊厳と安全が促進される方法でその権利が作用している世界を作るために、活動している。

このハンドブックは、以下の内容を含んでいる

» 人道憲章：被災集団の権利を反映した、法的および道徳的原則

» 権利保護の原則

» 「給水、衛生、衛生促進」、「食糧の確保と栄養」、「シェルター、居留地、ノン・フードアイテム」、「保健活動」の、生命保護のための4つの主要な人道活動領域についてのコア基準と最低基準。これらは、**被災集団が生き抜き、かつ安定した状態で尊厳ある形で回復できるために人道対応が実現しなければならないことを説明している。**

スフィア・ハンドブックは、各種機関や個人により幅広く当事者意識を持たれており、**災害や紛争の状況において品質と説明責任を実現するための共通言語**を人道領域に提供している。

スフィア・ハンドブックには複数の「関連基準」がある：緊急時の教育のためのINEE、緊急時の家畜に関する対応のためのLEGS、そして経済復興のためのSEEPである。スフィアはこれらによって、人道領域で明らかになったニーズに対応してその範囲を拡張している。

INEE
Inter-Agency Network for Education in Emergencies
Réseau Inter-Agences pour l'Éducation en Situations d'Urgence
La Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia
Rede Inter-Institucional para a Educação em Situação de Emergência
الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالات الطوارئ

LEGS

seep
Powering connections

スフィア・プロジェクトは、1997年に人道NGOのグループと赤十字・赤新月運動によって開始されたものである。