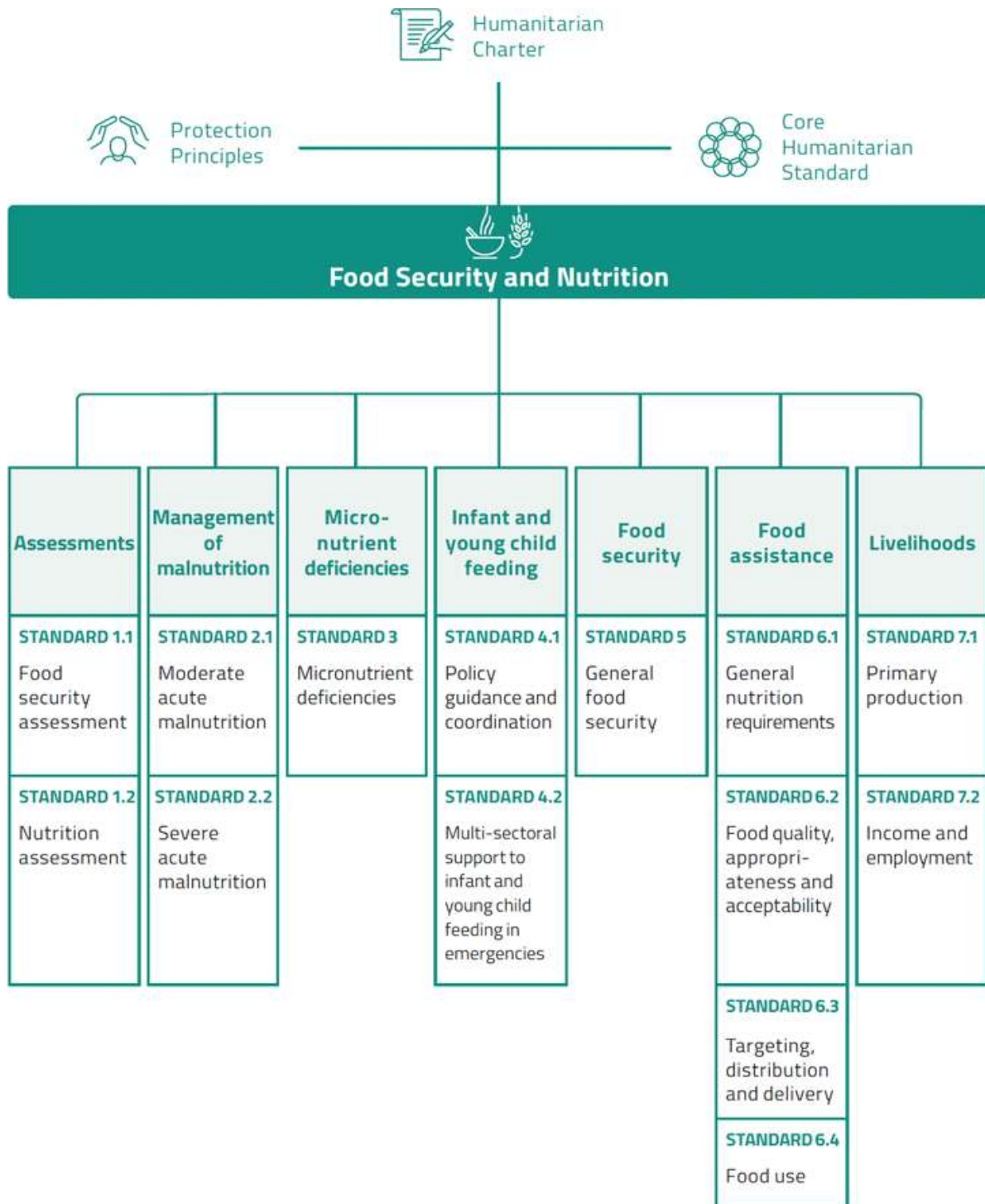


## 6. 食料安全保障と栄養

DRAFT



**APPENDIX 1** Food security and livelihoods assessment checklist

**APPENDIX 2** Seed security assessment checklist

**APPENDIX 3** Nutrition assessment checklist

**APPENDIX 4** Measuring acute malnutrition

**APPENDIX 5** Measures of the public health significance of micronutrient deficiencies

**APPENDIX 6** Nutritional requirements

## 目次

[食料安全保障と栄養の基本的概念](#)

[1. 食料安全保障と栄養評価](#)

[2. 栄養不良の管理](#)

[3. 微量栄養素欠乏症](#)

[4. 乳幼児の食事](#)

[5. 食料安全保障](#)

[6. 食料支援](#)

[7. 生計](#)

[付記 1: 食料安全保障および生計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](#)

[付記 3: 栄養評価チェックリスト](#)

[付記 4: 急性栄養不良の判定](#)

[付記 5: 微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重要性の判定](#)

[付記 6: 栄養所要量](#)

[参照・参考文献](#)

## 食料安全保障と栄養の基本的概念

すべての人は飢えから守られ、十分な食料を得る権利がある。

食料安全保障と栄養に関するスフィア最低基準 e は、十分な食料への人道上の権利を具体的に示したものである。本基準は、人道憲章に示されている信念、原則、義務、権利に基づいており、生命と尊厳への権利、保護と安全への権利、必要に応じて人道支援を受ける権利を含んでいる。

人道憲章に関する主要な法律と政策文書のリストは、人道支援従事者への説明と共に [付録 1](#) 参照。

低栄養は人びとの認知機能や病気に対する免疫を低下させ、慢性疾患の可能性を増やし、生計の機会を限定的にして、コミュニティへ参加する能力を妨げる。また、レジリエンス（回復力）を低下させ、支援への依存を助長することになる。

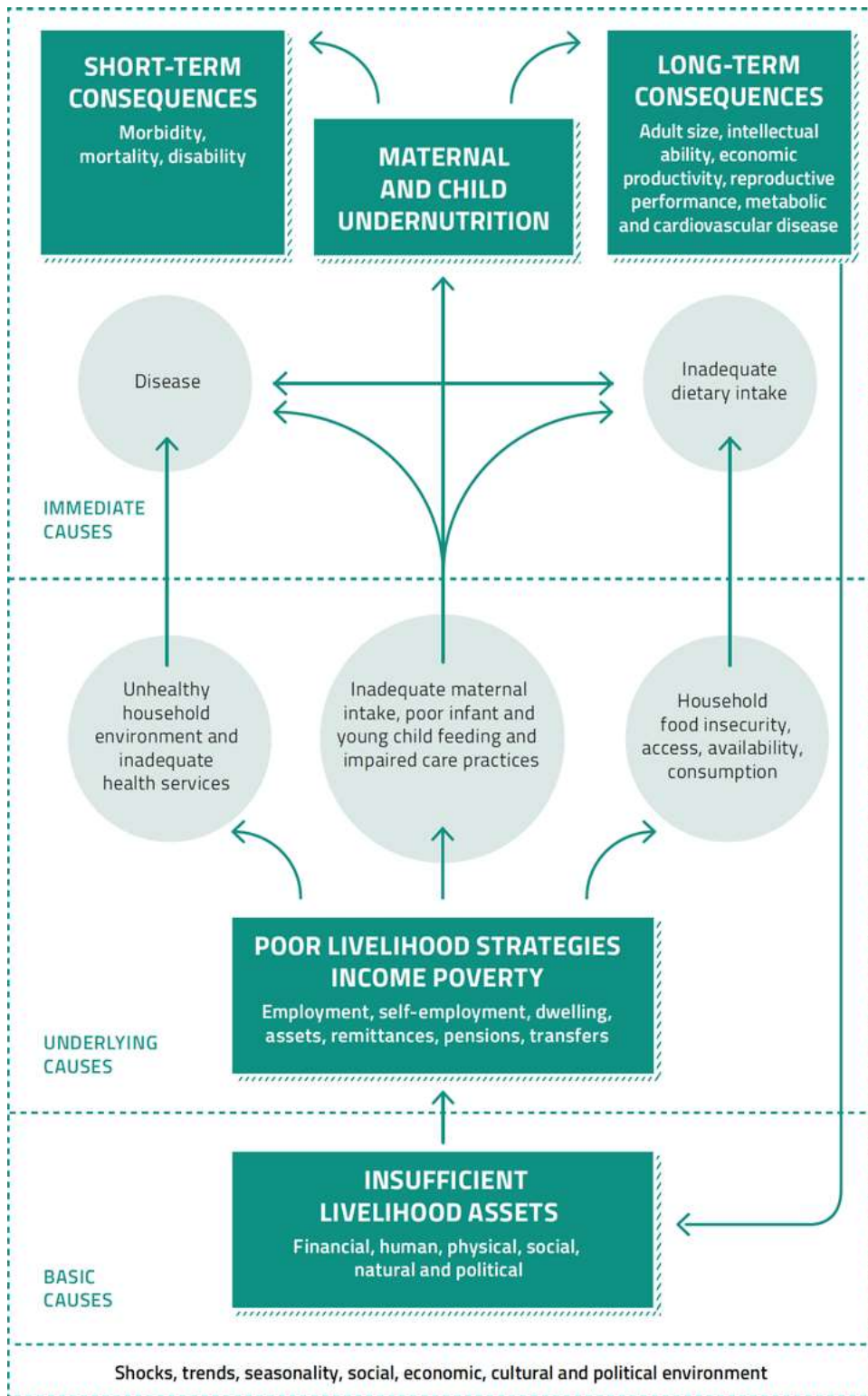
低栄養は複合的な要因がある。

低栄養の直接的な原因は不十分な食事と度重なる病気への罹患である [図 7](#) 参照。根本的な原因としては、家庭における食料不足、不適切な食事の摂取方法、不健全な家庭環境、不十分な保健医療等があげられる。

これらの根本的原因はそれぞれ繋がっている。例えば、食料不足に対して食料を提供するだけでは、他の原因に対策を講じない限り、問題の中長期的な解決にはならない。よって、食料と栄養の支援は、水と衛生、避難所および避難先の住居、保健医療分野と連携して行わなければならない。例えば、栄養のある食事をつくり、安全な方法で食事をするには、十分な良質の水が必要である。また、衛生施設へのアクセスは感染症のリスクを下げることができる。適切な避難所へのアクセスは調理施設へのアクセスを可能にし、厳しい気候から人びとを守り、病気のリスクを下げることができる。また、良質な保健医療へのアクセスがある人びとは、栄養状態がより良い傾向がある。これらのアクセスにより、人びとはより多くの生計向上の機会を得るようになる。

低栄養は、根本的原因の解決により防ぐことができる。影響を受けた人びとが生計を得るために用いる資機材、原材料、土地、知識、機能している市場へのアクセス等の手段を守ることは、他の低栄養の原因を防ぐ能力を高めるために不可欠である。食料と栄養の支援は、栄養不良率に関わらず、生計の保護と向上に貢献し、生計の向上に向けて多角的に取り組まなくてはならない。

食料安全保障と栄養: 栄養不良のさまざまな原因 (図 7)



人びとの危機への対処方法や生計手段への確保は、危機発生後の社会、経済、文化、政治的变化に影響される。これらの外的要因を安定させることは、収入機会の増加につながり、最終的には低栄養の原因を減らすことにつながる。

### 都市部での労働は特有の課題をもたらす

都市化により、食料確保や栄養に関する新たな課題が生まれている。都市部では雇用や収入の機会が増えるが、人口と共に、住宅やサービスへの需要が増える。既存の土地の利用計画、政策は予期せぬ

需要に応えることができないことが多く、人口過密、空気汚染、劣悪な廃棄物管理、スラムの衛生施設の不足等が、急性疾患のリスクを高める。よって、人びとが生計機会を十分に活用できず、低栄養の根本的原因となることがある。

### 特に低栄養になりやすいグループがいる。

適切な食料支援には、妊婦、授乳中の女性、乳幼児、高齢者、障がい者等の特定の栄養が必要である人びとに対する理解が不可欠である。また、世帯ごとの食料確保を改善するには、例えば、食事の準備は主に女性が担っているなど、それぞれの家庭での役割の理解が必要である。

データは、性別、年齢、障がいにより細分化することが重要である。これにより、誰がどのような食料を必要としており、誰が主要な栄養素を得られていないかが分かる。配給後のモニタリングも同様に細分化し、支援を通して十分な食料と栄養へのアクセスが公平に提供されていることを確認する。

低栄養の予防は、急性栄養不良の治療と同様に大切である。食料確保、栄養対策は、短期的な栄養と健康状態を左右し、長期的には生存や福祉につながる。

### 本基準は単独で適用しない。

本章の最低基準は食料への基本的権利を反映するもので、この権利の普遍的な実現を目標としている。

十分な食料への権利は、水衛生、保健、避難所に関する権利と関連している。各分野におけるスフィア最低基準の達成は、他分野における進捗に影響するため、効果的な支援を行うには、他の分野、現地機関、他の支援組織との密接な調整と協力が必要である。これによりニーズが満たされていること、同じ支援が繰り返されていないこと、食料の確保と栄養対策の質が最大化されていることを確認できる。本ハンドブックの相互参照には他の分野との関連性が示されている。

例えば、必要な栄養が得られていない場合、人びとの病気への脆弱性が高まり、水衛生対策の必要性が高まる。HIV 感染率の高い地域、高齢者や障がい者の多い地域も同様である。このような場合、保健サービスの有無も大きく関連するため、支援分野間で共有される情報を基に優先事項を決定し、状況に応じて見直す。

国の基準が本基準より低い場合、人道支援組織は政府と協力し、基準を引き上げるよう努める。

### 十分な食料への権利は、国際法により明確に保護されている。

飢餓からの自由、十分な食料への権利は国際法により保護されている。これには、十分な食料への物理的および経済的アクセスが常に必要である。危機等によって難民、国内避難者を含む個人や組織が十分な食料へアクセスできない場合、国家はこの権利を保障する義務がある<sup>⑥</sup> [付録 1 参照](#)。

国は、自国の資源が足りない場合、国際支援を要求することができるが、以下の点を守らなければならない：

- 十分な食料への既存のアクセスを尊重し、継続させる。
- 個人や組織が他人の十分な食料へのアクセスを妨げないよう、個人のアクセスを守る。
- 必要とされる資源を与え、人びとが生計を立て、食料を確保できるよう積極的に支援する。

ジュネーブ条約は、武力紛争の一環として市民から十分な食料へのアクセスを奪うことを禁止している。また、作物、家畜、食料品、灌漑設備、飲料水、給水施設、農地を、攻撃、破壊、撤去、または使用不可にすることは禁止されている。

国際人道法により、占領下にある地域では、占領者が十分な食料を人びとに保証する義務がある。占領地域の物資が不十分な場合は、食料を輸入することも義務に含まれる。

### 権利保護の原則および人道支援の必須基準 (CHS) との関係

食料と栄養の支援は、対象者の搾取や侵害等の権利違反につながりやすい。支援は影響を受けた人びとと共に支援を画策し、彼らの安全や尊厳を尊重する方法で実施する。職員や資源の適切な管理、徹底した監督が必要であり、すべての支援従事者が行動指針を遵守しなければならない。また、影響を受けた人びとのフィードバックの仕組みを構築し、迅速に問題の解決にあたる。支援従事者は子どもの保護に関する研修を受け、子どもやその他の人びとに対する暴力、虐待、搾取に関する照会システムの活用法を知る必要がある\* [権利保護の原則 1](#) および [人道支援の必須基準 \(CHS\) コミットメント 5](#) 参照。

ロジスティックス等での民軍協力は、すべての状況において注意して調査する。特に紛争下においては慎重に行う\* [スフィアとは](#) および [権利保護の原則](#) 参照。

本基準を適用する際は、責任ある食料と栄養の支援の基本として、人道支援の必須基準 (CHS) の 9 つのコミットメントを遵守する。

DRAFT

# 1.食料安全保障と栄養に関するアセスメント (事前調査)

食料安全保障と栄養に関するアセスメント(事前調査)は、危機を通して実施されなければならない。アセスメント(事前調査)により、状況の変化を確認し適切に対策を講じることができる。食料安全保障と栄養に関するアセスメント(事前調査)は並行して行うことが理想的であり、適切な食料と栄養の入手可能性やアクセス、および阻害要因を特定する。食料安全保障と栄養に関するアセスメント(事前調査)を同時に実施することは、コスト面でも効率がよく、栄養に関する取り組みを一般的な食料支援に反映させることができる。

アセスメント(事前調査)は、広く受け入れられている原則に基づき、国際的に認められた方法で、公正、公平に、人道支援機関と政府間の調整を図りながら実施する。また、補完的、一貫性があり、比較可能でなければならない。利害関係者は、適切なアセスメント(事前調査)方法について合意する必要がある。アセスメント(事前調査)は影響を受けた人びとの多様性に配慮し、リスクの高いグループを考慮する。大規模な危機や広域のアセスメント(事前調査)には、複数の支援分野による合同実施が効果的である。

食料安全保障と栄養に関するアセスメント(事前調査)は、以下の目的で実施する：

- 現状とニーズの把握、ニーズを満たす方法の理解
- 支援が必要な人数の推定
- リスクの高いグループの特定
- 人道支援の影響をモニタリングする基準値の設定

アセスメント(事前調査)は、危機のさまざまな段階で実施することができる：

- 2-3日内の初期調査(食料支援をすぐに開始するため)
- 2-3週間内の簡易調査(支援計画の基本となる仮定および推定に基づく)
- 3-12ヶ月内の詳細調査(状況が悪化している場合、復興支援の構築に追加情報が必要な場合)

詳細な**食料安全保障のアセスメント(事前調査)**では、生計手段、資産、危機への対処方法を特定し、これらが危機によりどのように変化し、世帯の食料確保に影響したかを調査する。詳細な調査により、食料確保のためにこれらの生計手段をどのように保護、または強化すべきかを特定する。

詳細な**栄養評価**では、代表的データを収集、分析し、急性栄養不良の罹患率、乳幼児の栄養摂取等のケア方法を調査する。これらのデータ、栄養不良の根本的原因、健康と食料確保の分析は、「**栄養原因分析(Nutrition Causal Analysis)**」を用いて、栄養支援の計画、実施、モニタリングに有益である。

都市部と農村部どちらであっても、市場は食料確保と栄養に極めて重要な役割を果たす。評価には、「**市場分析の最低基準(Minimum Standard for Market Analysis: MISMA)**」や「**経済復興最低基準(Minimum Economic Recovery Standard: MERS)**」の評価と分析基準に基づいた市場の分析を含む<sup>⑥</sup> [市場を介した支援の提供](#)参照。

以下の食料安全保障と栄養評価は、人道支援の必須基準(CHS)のコミットメント1に基づき、影響を受けた人びとにとって適切な食料と栄養の支援を計画するためのものである<sup>⑦</sup>事前評価チェックリストは、[付記1, 2 と 3](#)および [LEGS ハンドブック](#)参照。



## 食料安全保障と栄養評価基準 1.1: 食料安全保障のアセスメント (事前調査)

食料不安のリスクがある場合、アセスメント (事前調査) を通して、食料不安の程度と最も影響を受ける人を特定し、最適な対応を決定する。

### 基本行動

1. 危機の初期および途中で食料確保に関する情報を収集、分析する。
  - 環境の悪化、治安、市場へのアクセス等の食料確保に関わる要因の分析を含む。
2. 影響を受けた人びとの栄養状況への食料確保の影響を分析する。
  - 不十分なケア、不健全な家庭環境、医療不足、社会保護制度へのアクセス不足等を含めた、低栄養の根本的原因の調査を含む。
  - 状況の変化が激しく、農村部より把握が難しい都市部では、より頻繁にデータを収集する。
3. 人命を救い、生計を保護、推進する対策を特定する。
  - 市場評価、政府等を含む支援関係者の能力評価を含む。
4. 調理用火器や燃料の種類、鍋や食器の入手可能性、使用可能な料理資源と方法を分析する。
  - 影響を受けた人びとが危機発生前はどのように食料、料理燃料、収入を確保、保存していたのか、また現在はどのようにしているのかを分析する。
  - 燃料収集、調理の責任を多くの場合担う女性と少女の権利と保護に注意する。

### 基本指標

食料安全保障、生計、危機への対処方法の分析に、標準化された手順 (プロトコル) が使用されている。

調査結果を統合し、かつ調査手法と実施上の制約に言及している分析レポートの割合

### ガイダンスノート

**危機発生前のデータ** は、地理的情報と組み合わせることで、危機による影響の概要を示すことができる。しかし、都市部の明確な状況を示すには、詳細な分析が難しい場合が多い。

**評価の情報源、ツール、情報システム**：情報源には、作物に関する評価、衛星写真、家計の評価、特定の属性の人びととの話し合い、主要情報提供者のインタビューが含まれる。食料消費スコア (Food Consumption Score)、世帯における世帯栄養多様性スコア (Household Dietary Diversity Score) 危機への対処方法指数 (Reduced Coping Strategies Index) 等のツールは、世帯における食料確保に関する簡易調査に有益である。また、さまざまな地域的な食料安全保障情報システム (飢饉への早期警報システム等) がある。標準化された手順 (プロトコル) を使用し、また可能な場合は総合的食料安全保障レベル分類 (Integrated Food Security Phase Classification, IPC) を使用し、懸念地域の急性食料不安の深刻度、原因を分類する。調査結果の分析に基づき、食料支援を計画する。

**環境の破壊**は食料不安につながり、食料不安は環境の破壊につながる。例えば、薪を集めて伝統的な木炭をつくることは料理や販売による収入創出を可能にするが、森林破壊につながる。支援は、食料の確保を保護、サポートを行うと同時に、環境への負の影響を最小化するものにする。

**リスクの高いグループ**: 性別、年齢、障がいの有無、経済的状況等の関連性の高い要因でデータを細分化する。家庭の栄養状態に関する役割は男女によって異なり、相補するものである。食料の確保、食事準備、家庭が有する資源に関し、男女共に、または場合によっては別々に意見を聞く。高齢者や障がい者は、食料が家庭内で共有される際に除外される可能性があることに注意する。除外される可能性があることに注意する。

少年や少女、子どものみの世帯、保護者のいない子ども、養育者から離れた子ども、障がいのある子ども、代替養護施設にいる子どもをアセスメント（事前調査）の対象に含める。さまざまな危機の状況で、子どもに配慮する。例えば、感染症発生の場合、モニタリングや一時的な保護を受けている子どもや、治療施設にいる子どもを含める。紛争時は、動員解除施設にいる子どもを含める。

**危機への対処方法**: 危機への対処方法と、その有効性、負の影響を考慮する。中には、土地の売却、家族全員の移住、森林破壊等によって来的な食料の確保を難しくするものもある。女性、少女、少年の危機への対処方法は、強制されている場合もあり、彼らの健康、心理、社会的統合等に影響する。例えば、金銭や生存目的の性交、婚姻によって得られる収入を目的に娘を結婚させること、女性や少女が最後に一番少ない食事をとること、児童労働、危険な移住、子どもの密売等がある。

**代替手法**: 食料の消費は、世帯における各個人のエネルギーや栄養摂取量を反映する。初期調査で実際のエネルギーや栄養摂取量を測定することは実用的でないため、代替の指標を用いる。例えば、個人や世帯が消費した食品群の数や、一定期間の消費の頻度は、食生活の多様性を示す。1日の食事の回数と多様性の変化は、特に世帯の社会経済状態と関連づけた際、食料安全保障を調査する良い代替手法となる。

食料消費パターンの調査ツールには、世帯における世帯栄養多様性スコア（Household Dietary Diversity Score）、世帯食料不安定性アクセススケール（Household Food Insecurity Access Scale）、食料消費スコア（Food Consumption Score）がある。世帯における飢餓スケール（Household Hunger Scale）も食料不安の代替指標である。食料消費スコア等一般的な指標の中には、都市部の食料不安の調査には適していないものもある。選んだ調査方法と危機への対処方法調査方法を複数の方法を用いて行い、食料へのアクセスに係る課題を把握する。

食費の家計に対する割合とその基準値は、都市部の世帯の調査には複雑すぎる。これは、共に食事をする他の世帯の人がいたり、家庭外で食事をしたり、複数人が世帯の収入に寄与する場合があるからである。

**市場分析および食費**: 市場へのアクセス、金融資本、生計、経済的脆弱性に関する情報を得る。これらは、物価、収入を得る機会、賃金等に関連し、食料の確保に影響を及ぼす。公式および非公式を問わず市場システムは、種子や農具等の生産財を供給し、生計を保護することができる。\*[食料安全保障と栄養 - 生計基準 7.1](#) および [7.2](#) 参照。

初期調査と後続の調査には、市場分析を含める。市場分析では、現地の市場が栄養ニーズを満たすことができるかを評価し、典型的な世帯の栄養ニーズを満たすために必要な最低限の食費、入手可能性を調査する。\*[市場を介した支援の提供](#) 参照。

市場ベースの支援が農村部では増えており、都市部では一般的である。このような支援では、影響を受けた人びとのニーズを満たすために、商人、市場、現地食料品、輸送機関を使うため、リスクの高いグループの市場へのアクセスを把握することが重要である。\*[MISMA ハンドブック](#) 参照。

## 食料安全保障と栄養評価基準 1.2 : 栄養のアセスメント (事前調査)

栄養のアセスメントは、一般的な手法を使用し、低栄養のタイプと程度、リスクが最も高い人びと、適切な対応を特定する。

### 基本行動

1. 危機発生前の情報を収集、初期調査を実施し、栄養状況とその深刻度を評価する。
  - 国や地域の対応と支援能力、他の栄養に関する支援組織を評価する。
2. 簡易上腕周囲径 (Mid Upper Arm Circumference :MUAC) 測定、災害時の乳幼児の栄養 (Infant and Young Child Feeding in Emergencies: IYCF-E) 評価を行い、危機初期の栄養状況を評価する。
3. 栄養支援を最も必要としているグループを特定する。
  - 1次または2次情報源から、コミュニティの認識、意見や低栄養の原因に関する情報等を収集する。
  - 年齢、性別、障がい、慢性疾患等の要因に配慮しながら、コミュニティと協力し、リスクの高いグループを特定する。
4. 状況と緊急性の理解に基づき、適切な対応を決定する。
  - 横断的な栄養不良の発生率ではなく、長期的な栄養状態の傾向を考慮し、状況が安定しているか、悪化しているかを判断する。
  - 予防や治療策を検討する。

### 基本指標

標準化された手順 (プロトコル) を使用し、栄養不良を評価、原因を特定する。

評価手法や課題に言及している評価レポートの割合

### ガイダンスノート

**状況情報** : 低栄養の原因に関する情報は、健康および栄養分析表、調査報告書、早期警報情報、保健施設の記録、食料安全保障に関する報告書等の一次または二次情報源から得ることができ、以下のような例を含む :

- 保健統計 (Demographic Health Surveys)
- 複数指標クラスター調査 (Multi-Indicator Cluster Surveys)
- 国の栄養に関する情報データベース
- その他の国内保健、栄養調査
- 国の栄養に関するモニタリングシステム
- 既存の栄養不良対応支援の入院率やカバー率

- HIV感染率、罹患率、死亡率（リスクや負担の大きいグループを含む）<sup>⑥</sup> [必要最低限の保健医療サービス—セクシュアル・リプロダクティブヘルスの基準 2.3.3: HIV](#) 参照。

現地機関とコミュニティも、調査、結果の解析、対応の計画にできる限り積極的に参加する。

**簡易対策：**危機初期における一般的な食料配給や当面の栄養不良治療を、簡易調査、初期報告、現時点の対応能力に基づき決定する。詳細な分析は、深刻な段階における対応を遅らせないよう、後で実施する。

**分析範囲：**詳細調査は、集めた情報が不十分である場合、または支援計画、結果測定、権利擁護等に追加情報が必要な場合に実施する。身体状況、微量栄養素摂取状況、乳幼児の食事状況、母親によるケア、その他低栄養の要因を把握するため、住民の質的、量的調査の必要性を特定する。調査の計画と準備では、保健、水衛生、食料安全保障の各支援分野が協力する。

**身体測定調査：**栄養不良率を推定するための評価で、無作為抽出または特定のスクリーニングを用いる。世界保健機関（WHO）基準に基づき、体重身長比の Z スコアを報告し、全米保健医療統計センター（NCHS）の参考値を元に、過去の調査結果と比較する。上腕周囲径（MUAC）測定による衰弱および重度の衰弱ケースも調査に含む。最も一般的な手法は、6-59 ヶ月児の栄養不良レベルを全人口の代表として調査することである。より栄養リスクが高いグループがいる場合は、評価に含む。<sup>⑥</sup> [付記 4: 急性栄養不良の判定](#) 参照。

栄養性浮腫率も評価し、別途記録する。評価の質を保証するため、栄養不良率の信頼区間も報告する。これには、緊急と復興移行期の標準化されたモニタリング評価（Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions）方法論マニュアル、難民の標準化詳細栄養調査（Standardised Expanded Nutrition Survey (SENS) for Refugee Populations）、緊急時栄養評価（Emergency Nutrition Assessment）ソフトウェア、Epi Info ソフトウェア等の既存ツールを使用する。

**乳幼児の食事評価：**災害時の乳幼児の栄養（IYCF-E）のニーズと優先度を評価し、人道支援の実施の有無が乳幼児の食事状況にもたらす影響をモニタリングする。早期の意思決定には、危機前のデータが有益である。災害時の乳幼児の栄養（IYCF-E）関連の質問を他の支援分野の調査に含んでもらうよう協力し、複数の支援分野のデータを評価する<sup>⑥</sup> [付記 3: 栄養評価チェックリスト](#) 参照。

評価には、授乳カウンセラー、訓練された保健医療従事者、その他サービスや能力を含める。詳細評価では、単独の災害時の乳幼児の栄養（IYCF-E）評価や統合調査を行う。無作為抽出、システムティックサンプリング、または集落抽出法を用いて実施する。統合調査ではサンプルのサイズが限られ、結果の代表性が下がる場合がある。

**その他指標：**栄養状況の全体評価には、追加の情報を注意して考慮する。指標には、特にはしかをはじめとした予防接種と栄養支援のカバー率、ビタミン A やヨウ素等の微量栄養素の不足量、罹患率、健康探求行動が含まれる。未分析の 5 歳未満の乳幼児の死亡率と死亡原因も、可能であれば考慮する。

**低栄養レベルの解釈** 介入の必要性を特定するには、参照人口の規模、密度、罹患率、死亡率の詳細な分析が必要である。また、健康状態、季節変動、災害時の乳幼児の栄養（IYCF-E）指標、危機前の低栄養レベル、世界の急性栄養不良に対する重度栄養不良の比率、微量栄養素欠乏レベル等の情報も必要となる<sup>⑥</sup> [必要最低限の保健医療-子どもの保健医療基準 2.2.2: 新生児および小児期の疾患対策](#) および [付記 5: 微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重要性の判定](#) 参照。 参照。

補完的な情報システムを組み合わせたモニタリングは、コスト面で最も効率が良いとされる。食料の確保、生計、保健医療、栄養等のさまざまな変数を考慮した意思決定モデルとアプローチが適切だろう<sup>⑥</sup> [食料安全保障と栄養評価基準 1.1: 食料安全保障評価](#) 参照。

## 2. 栄養不良の管理

人道危機において、栄養不良の予防と治療は重要な考慮事項である。慢性的栄養不良は予防が可能だが、回復や治療の可能性を示すエビデンスは少ない。一方、危機発生時に起こりやすい急性栄養不良は、適切な栄養支援により予防と治療が可能である。

栄養支援は、影響を受けた人びとの罹患率と死亡率を減らすために重要だが、栄養不良の複雑な根本的原因を理解した上で実施しなければならない。各原因や相互作用を解決するには、複数の支援分野からのアプローチが不可欠である。

**中程度の急性栄養不良の管理：**危機発生時の中程度の急性栄養不良の予防や治療の一次戦略としては、栄養補助食の提供が一般的である。

一般的な栄養支援には、予防を目的とした総合的な栄養支援と、中程度の急性栄養不良の治療と重度の急性栄養不良の予防を目的とした特定栄養支援の二種類がある。どちらを使うかは、急性栄養不良のレベル、支援対象グループの脆弱性、急性栄養不良の増加リスクに基づいて決定する。

総合的な栄養支援は、食料の確保が難しく、中程度の急性栄養不良以外に介入を広げる必要がある場合に推奨され、影響を受けた世帯への一般食料配給と同時に実施する。総合的な栄養支援に特定のインパクト指標はないが、カバー率、遵守、受容性、配給量のモニタリングが重要である。中程度の急性栄養不良の管理指標は、主に特定の栄養支援を指す。

特定の栄養支援の主な目的は、中程度の栄養不良者の重症化を防ぎ、回復させることである。このような支援では、中程度の栄養不良者、妊婦、授乳中の女性、その他の要配慮者への食料配給で補助食品を提供することが一般的である。

**重度の急性栄養不良の管理：**治療ケアにはさまざまなアプローチが使われている。最も好まれるアプローチは、地域に根付いた急性栄養不良の管理であり、以下の活動が含まれる：

- 合併症のある重度の急性栄養不良者への入院治療
- 6ヶ月未満の重度の急性栄養不良児への入院治療
- 合併症のない重度の急性栄養不良者への外来治療
- コミュニティへのアウトリーチ
- 中程度の急性栄養不良者へのその他の状況別サービスと支援

重度の急性栄養不良者への支援は、栄養支援、コミュニティの動員と同時に実施し、アウトリーチ、積極的な症例発見、患者紹介システム、フォローアップ等を支援する。

### 栄養不良の管理基準 2.1 : 中程度の急性栄養不良

中程度の急性栄養不良を予防、管理する。

#### 基本行動

1. 支援初期に、介入の立ち上げと終了時の明確な戦略、目的、基準を取り決める。
2. 支援開始時より、コミュニティの参加を通して、中程度の急性栄養不良に対する介入へのアクセスとカバー率を最大化する。
  - 地域の利害関係者と協力し、脆弱性の高い人と世帯を特定する。
3. 国内外の身体測定基準に基づき、入院と退院の基準を設定する。
  - パフォーマンス指標を報告する際は、退院の基準を記載する。
  - 治療の中断や効果が見られない治療、死亡者数の増加があった場合は、これらの原因を調査し、対応する。
4. 中程度の急性栄養不良の管理を、重度の急性栄養不良の管理と既存の保健医療サービスに繋ぐ。
5. その場での栄養摂取が必要であるという明確な根拠がない限りは、乾燥食品やインスタント補助食品を配給する。
  - 週単位、または2週間ごとに配給する。配給量や構成を決める際は、家族構成や人数、食料確保状況、家族内共有の可能性を考慮する。
  - 補助食品の衛生的な準備や保管の方法、食事時間や方法等の情報を提供する。
6. 授乳、補完食、衛生の保護と支援、推進を強調する。
  - 母子の身体的および心理的健康のために、6ヶ月まで完全母乳育児、6-24ヶ月まで母乳育児を継続することの重要性に関する情報を提供する。
  - 急性栄養不良の6ヶ月未満の乳児に授乳している母親には、母親の栄養状態に関わらず、栄養補給を実施する。

---

## 基本指標

1日以内（治療時間を含む）に居住地と乾燥食品の配給地を往復できる人びとの割合

- 90%を超える

1時間以内に支援を受けられる場所にアクセスできる人びとの割合

- 90%を超える

治療へアクセスできる中程度の急性栄養不良(MAM)件数の割合（カバー率）

- 農村部：50%を超える
- 都市部：70%を超える
- 難民キャンプ、避難所等：90%を超える

死亡、回復、または治療を中断し、特定の栄養支援の対象から除外される人の割合

- 死亡：3%未満
- 回復：75%を超える
- 中断：15%未満

## ガイダンスノート

**支援計画**：保健医療施設へのアクセス、人口の地理的分布、治安等を考慮し、既存の保健医療システムの能力を向上させるような支援を計画する。入院や外来治療ケア、妊婦ケア、マラリア予防、子どもの疾病スクリーニング、HIV や結核の治療などの支援と、食料や現金、クーポンの配給等による食料支援との連携を保つ。

栄養支援は、通常の食事に代わるものではなく、補完するものである。水衛生、保健医療、乳幼児の栄養（IYCF）、一般食料配給等の補完的サービスと共に、複数セクターのアプローチの一部として計画することが重要である。支援の計画時は、国内外の市場における補助食品の入手可能性を勘案し、輸送上の課題も考慮する<sup>⑥</sup> [市場を介した支援の提供](#) 参照。

**予防と治療**：総合的アプローチにより栄養不良を予防し、特定アプローチにより治療する。どちらを使うかは以下の点に基づき決定する：

- 急性栄養不良のレベル、患者の数
- 罹患率の増加リスク
- 食料確保レベルの低下リスク
- 人口移動、密度
- 身体測定基準により支援対象となる人びとをスクリーニング、モニタリングする能力
- 入手可能な資源、支援対象となる人びとへのアクセス

特定の栄養支援では、急性栄養不良者のスクリーニングとモニタリングに時間と労力がかかるが、特化した食料資源は少なくてもよい。総合的なアプローチは職員の専門性が少なくてもすむが、特化した食料資源が必要となる。

**効率的なコミュニティの動員**：コミュニティの動員および関与は、人びとの支援に関する理解を深め、支援の実施を効率化させる。影響を受けた人びとと協力し、支援実施場所を決定する。この際、場所へのアクセスが難しいグループも考慮する。音声、映像、書面等によるさまざまな情報提供方法を使い、現地の言葉で、実施する支援に関する明確で包括的な情報を提供する。

**カバー率**：治療が必要な人数に対し、治療を受けている人数の割合を指す。カバー率は以下の点に影響される：

- 実施場所やアクセスの容易さを含む、支援の受容性
- 治安状況
- 配給頻度
- 待ち時間
- 動員程度、家庭訪問とスクリーニングの程度
- 男女の栄養に関わる職員のスケジュール
- 入院基準とカバー率の調整
- 栄養不良を特定するケア提供者の能力

カバー率の測定はコストがかかり、熟練の職員が必要である。カバー率測定が難しい場合は、国のガイドラインを参照し、代替となる手段を用いる。また、スクリーニング、患者紹介、入院等の日常的な支援のデータを使い、カバー率を推定する。

カバー率測定は、支援地域に人口移動、新しい薬剤の導入、標準化された手順（プロトコル）等の大きな変化がない限り、定期的を実施する必要はない。

**入院基準：**国内外のガイドラインと一致する基準を用いる。6 ヶ月未満の乳児、および身体状況が分からないグループの入院基準には、臨床状態と母乳育児状況を含める\* [付記 4:急性栄養不良の判定](#) および [参照・参考文献参照](#)。

IHIV 感染者またはそれが疑われる人、結核または慢性疾患のある患者は、入院基準を満たしている場合、差別されることなく、公平に治療にアクセスできる必要がある。HIV と共に生きる人、結核または慢性疾患のある患者、退院したが再発防止のため治療が必要な人、障がい者等、急性栄養不良の身体的基準を満たさない人でも、栄養補給が必要な場合がある。このような場合は、モニタリングや報告システムを調整する。

入院基準を満たさない HIV と共に生きる人の多くは、栄養支援を必要としている。彼らの支援は、危機発生時における重度の急性栄養不良の治療とは別に実施する。彼らと家族に、コミュニティまたは家庭での治療、結核治療センター、母子伝染の予防支援等さまざまなサービスを提供する。

**退院基準、モニタリング：**退院人数の統計には、回復した人、死亡した人、治療を中断した人、回復しなかった人を含む。保健医療等の補完的なサービスを紹介された人は治療を終えておらず、治療を継続、または後に治療を再開する。他の場所へ移された人や治療を終えていない人は退院統計に含めない。

治療終了後に栄養支援に参加する人は、別途報告し、結果が偏ることを防ぐ。障がい、唇や口蓋疾患、外科的問題等、他の要因により急性栄養不良の症状が出ている人も報告に含む。治療へのアクセスや治療中断、回復に性別がもたらす影響を調査する。

退院統計は以下の通り計算する：

- 回復退院率=回復者数/全退院人数x100
- 死亡退院率=死亡者数/全退院人数x100
- 中断退院率=中断者数/全退院人数x100
- 非回復退院率=非回復者数/全退院人数x100

上記の指標に加え、以下の点もモニタリングする：

- 人びとの参加
- 支援の受容性（中断率とカバー率で代替可）
- 食料の質と量
- カバー率
- 特に重度の急性栄養不良に悪化する子どもなど、他の支援が必要になる理由
- 入院患者数、治療中人数

以下の外的要因も考慮する：

- 罹患パターン
- 人びとの低栄養レベル
- 世帯と人びとの食料確保レベル



- 一般食料支援、同様の支援を含む人びとが利用可能な補完的介入支援

**保健等の他の支援分野との連携：**総合的および特定栄養の支援は補完的サービスを提供するプラットフォームとして使うことができる。予防目的の総合的栄養支援は危機に対応することができ、戸籍等を通して人びとへのアクセスを提供したり、地域のスクリーニングや中程度や重度の急性栄養不良に対する支援への紹介が可能である。また、下記のような子どもの生存に関わる介入も可能だ：

- 駆虫薬
- ビタミンA
- 鉄分、葉酸（マラリアのスクリーニングや治療と合わせる）
- 亜鉛（下痢の治療）
- 予防接種

⊕ [必要最低限の保健医療-感染症基準 2.1.1](#) から [2.1.4](#) と [必要最低限の保健医療-子どもの保健医療基準 2.2.1](#) および [2.2.2](#). 参照。

HIV 感染率の高い地域の人、移動や食事が困難な人等、脆弱性の高い人びとには、ニーズに合わせ、配給する補助食品の種類や量等の支援内容を調整する⊕ [乳幼児の食事基準 4.1](#). 参照。

## 栄養不良の管理基準 2.2 : 重度の急性栄養不良

重度の急性栄養不良への対処がなされている。

### 基本行動

1. 支援初期に、介入の立ち上げと終了時の明確な戦略、目的、基準を取り決める。
  - 十分な数のスタッフ、関連能力、専門性を含む。
2. 入院治療、外来治療、患者照会、コミュニティの動員を、重度の急性栄養不良の管理に含める。
3. 重度の急性栄養不良に関する国内外のガイドラインに基づき、栄養と治療を提供する。
4. 身体測定基準等を含む退院基準を設定する。
5. 治療中断や効果の無い治療、死亡者数の増加の原因を調査し、対応する。
6. 授乳、補完食、衛生、母子のふれあいを保護、支援、推進する。
  - 母子の身体的および心理的健康のために、6ヶ月まで完全母乳育児、6-24ヶ月まで母乳育児を継続することの重要性に関する情報を提供する。

### 基本指標

- 1 日以内（治療時間を含む）に居住地と支援の実施場所を徒歩で往復できる人びとの割合
  - 90%を超える

治療へアクセスできる重度の急性栄養不良(SAM)件数の割合

- 農村部：50%を超える
- 都市部：70%を超える
- 難民キャンプ、避難所等：90%を超える

死亡、回復、または治療を中断し、治療ケアから除外される人の割合

- 死亡：10%未満
- 回復：75%を超える
- 中断：15%未満

---

### ガイダンスノート

**支援構成**：入院治療は、直接または患者照会を通して提供する。合併症のない子どもの外来治療は地域に分散させる。外来の支援は人びとがアクセスしやすい場所で実施し、乳幼児との移動にかかるリスクとコストや、強制移動のリスクを減らす。\* [子どもの保健医療基準 2.2.2: 新生児および小児期の疾患対策](#) 参照。

下記のような他の関連サービスと支援をリンクさせる：

- 栄養補給
- HIVおよび結核に関するネットワーク
- リハビリテーション
- 一次保健サービス
- 食料支援（食料や現金の給付を含む）

**カバー率**：中程度の急性栄養不良対応支援と同じ手法で評価する\* [栄養不良の管理基準 2.1: 中程度の急性栄養不良](#) 参照。

**Admission criteria** should be consistent with national and international guidance. Admission criteria for infants below six months and for groups whose anthropometric status is difficult to determine, should include clinical and breastfeeding status

**入院基準**：国内外のガイドラインと一致する基準を用いる。6ヶ月未満児、および身体状況が分からないグループの入院基準には、臨床状態と母乳育児の状況を含める\* [付記 4: 急性栄養不良の判定](#) および [参照・参考文献](#) 参照。

HIV 感染者またはそれが疑われる人、結核または慢性疾患のある患者は、入院基準を満たしている場合、差別されることなく、公平に治療にアクセスできる必要がある。HIV と共に生きる人、結核または慢性疾患のある患者、退院したが再発防止のため治療が必要な人、障がい者等、急性栄養不良の身体的基準を満たさない人でも、栄養補給が必要な場合がある。このような場合は、モニタリングや報告システムを調整する。

入院基準を満たさない HIV と共に生きる人の多くは、栄養支援を必要としている。彼らの支援は、危機発生時における重度の急性栄養不良治療とは別に実施する。コミュニティまたは家庭での治療、結核治療センター、母子伝染予防支援等、彼らと家族にさまざまなサービスを提供する。

**退院基準、回復：**退院者は合併症や栄養性浮腫がなく、食欲があり、例えば2回の計測で連続した体重増加など、適切な体重増加を達成し、維持していなければならない。栄養性浮腫がある患者とない患者で別々に平均体重増加を計算する。母乳は6ヶ月未満児と6-24ヶ月児に重要であり、母乳を与えられていない乳幼児は密接にフォローアップする。退院基準を順守し、早すぎる退院に伴うリスクを防ぐ。

急性栄養不良に関する地域の管理ガイドラインには、平均治療期間が示されており、回復期間を短くすることを目的としている。平均治療期間は状況に応じて変わるため、平均治療期間を計算する際は、国の既存ガイドラインに従う。HIV、結核等の慢性疾患がある栄養不良者には治療が効かない場合があるため、保健医療サービス等の社会やコミュニティ支援サービスと連携し、長期的な治療法を決定する。必要最低限の保健医療-セクシュアル・リプロダクティブヘルスの基準 2.3.3: HIV. 参照。

**重度の急性栄養不良の管理に関するパフォーマンス指標：**重度の急性栄養不良治療を受けて退院する者は、回復、死亡、中断、回復しなかった人びとが含まれる。栄養不良の管理基準 2.1: 中程度の急性栄養不良のガイダンスノート. 参照。

重度の急性栄養不良の管理に関するパフォーマンス指標は、入院、外来治療の成果を、両方の患者を重複して集計することなく合計したものである。これが難しい場合、成果率の解釈を調整する。例えば、外来治療のみ提供する場合は、より良いパフォーマンスが予想できる。入院治療のみの場合は、複合治療の成果値を目標とする。

保健医療サービスなど他の支援へ照会した患者は、治療を終えていないとみなす。外来治療のパフォーマンスを評価する場合は、入院治療への移行数を報告し、成果を厳密に評価する。

パフォーマンス指標では、HIVの臨床的複雑性は考慮しない。HIVの臨床的複雑性は死亡率に影響する。このような場合、パフォーマンスの解釈を考慮する。

退院指標に加え、性別、年齢、障がいの有無など新規入院の細分化データ、治療中の子どもの数、カバー率も調査する。再入院、臨床状態の悪化、治療の中断、治療無効の割合や原因を定期的に調査、記録する。これらの定義は、使用中のガイドラインに従う。

**治療提供：**すべての重度急性栄養不良に対応する支援に、国内外のガイダンスに基づいた体系的な治療を含める。また、HIV、結核等根底にある病気を管理するための効率的な患者照会システムを含める。HIV感染率が高い地域では、HIV感染を防止し、母子の生存を支援する栄養不良対応支援を実施する。HIV感染率が1%以上ある地域では、栄養不良の子どもを検査し、HIVの有無、抗HIV薬治療の必要性を確認する。

**授乳支援：**栄養回復の一環として、入院中の乳児の母親は専門教育を受けた人材による授乳支援が必要である。特に6ヶ月未満の乳児の母親、障がいのある母親については必要性が高い。十分な時間と授乳コーナー等などの環境を提供し、ピアサポートの仕組みを実現する。6ヶ月未満の重度の栄養不良児に授乳中の母親には、栄養状態に関わらず、補助食品を配給する。母親が重度の急性栄養不良の身体基準を満たす場合は、入院治療する。

**心理社会的支援 1：**重度の急性栄養不良児のリハビリ期間中は、遊びを通して感情的および身体的刺激を与え、ポジティブな母子関係を築くことが大切である。多くの保護者は、子どもの治療に社会的、心理社会的サポートを必要としている。中には、産後うつの治療にメンタルヘルスサポートが必要な母親もおり、動員支援が必要となる。これらの支援では、刺激とふれあいが、子どもの障がいや認知障がいの治療と予防に重要であることを強調する。重度の栄養不良児の保護者は、治療中も自分の子どもに食事を与え、世話ができるようにする。また、アドバイスと手本を見せながら保健医療と栄養に関する情報を提供する。治療が保護者と子どもの兄弟姉妹にもたらす影響を考慮し、適切な保育サービスを手配する。また、家族が離れ離れになることを防ぎ、心理社会的苦痛を抑え、治療に集中できるよう配慮する。

**他の支援分野との連携：**子どもの保護や性的暴力対策に関わるパートナーと協力し、患者照会システムや情報共有プロトコルを設定する。栄養関連の職員は、身体的、性的、心理的暴力、搾取、虐待を受けている保護者と子どもの安全な照会方法に関する研修を受ける。

DRAFT

### 3. 微量栄養素欠乏症

微量栄養素欠乏症は人びとの健康、学習能力、生産性に大きく影響し、多くの国で社会や経済の発展を妨げる要因の一つとなっている。微量栄養素欠乏症は、栄養不良、発育不全、貧困の悪循環につながり、すでに恵まれていないグループに影響している。

微量栄養素欠乏症は、特定が難しい場合が多い。重度の場合の臨床症状は診断しやすい一方、無症状の場合は人びとの健康と生存に大きく栄養する。微量栄養素欠乏症は危機により悪化するため、全人口を対象とした対応と個人別治療を通して対応する。

微量栄養素欠乏症の管理には、3つのアプローチがある：

- **栄養補給**：微量栄養素の迅速な管理には、例えば、鉄分補給による貧血対策支援や、妊婦の葉酸補給、5歳未満の幼児のビタミンA補給等、吸収しやすい形態で微量栄養素を提供する。
- **添加**：例えば、ヨウ素添加塩、微量栄養素パウダー、ビタミンA添加植物油等、食品への微量栄養素の添加も効果的である。
- **食事アプローチ**：微量栄養素欠乏症の予防に必要なビタミンとミネラルはさまざまな食品に含まれている。微量栄養素を多く含む安全な食品の消費を向上させる方策と支援を実施する。

これら3つのアプローチはすべて危機発生時に用いられるが、栄養補給が最も一般的である。

#### 微量栄養素欠乏症に関する基準3： 微量栄養素欠乏症

微量栄養素の欠乏が補正されている。

#### 基本行動

1. 危機発生前の状況に関する情報を収集し、最も一般的な微量栄養素欠乏症を特定する。
2. 微量栄養素欠乏症の特定し、治療に関する研修を保健医療従事者に行う。
3. 微量栄養素欠乏症リスクへの対応方法を決定する。
4. 微量栄養素対応と公衆保健医療対応を関連させ、はしかの管理にビタミンA、下痢の管理に亜鉛等、危機発生時に起こりやすい病気を抑える。

#### 基本指標

壊血病、ナイアシン欠乏症、脚気、リボフラビン欠乏症の症例がない。

- 年齢グループ別、全人口別の公衆衛生の重要性の定義は、Ⓜ [付記5: 微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重要性の判定](#) 参照
- 国または状況に応じた指標があれば使用する。

眼球乾燥症、貧血、ヨウ素欠乏症は公衆衛生上の危機を示すものではない。

- 年齢グループ別、全人口別の公衆衛生の重要性の定義は、④ [付記 5: 微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重要性の判定](#) 参照。
- 国または状況に応じた指標があれば使用する。

#### ガイダンスノート

**微量栄養素欠乏症の診断:** 微量栄養素欠乏症の症状は、資格を持つ保健医療従事者が診断する。欠乏症の臨床的指標が保健医療や栄養のモニタリングシステムに組み込まれている場合、基本評価の方法を職員に教育し、指標を参考にする。症例の定義は難しいため、危機発生時は栄養補給への反応を見て判断する。

**無症状の微量栄養素欠乏症:** 症状が特定できるほど重度でない場合でも、健康に悪影響を及ぼすことがある。診断には専門の生化学検査が必要である。ただし、貧血の場合は、現場で簡単に実施できる簡易検査がある。

間接的指標は、微量栄養素欠乏症リスクを評価し、補助食品や食事を改善する必要性を特定するために用いる。間接的評価は、人口レベルでの栄養摂取量の推定、欠乏リスクの外挿等を含む。また、食料のアクセス、入手可能性、使用方法に関する既存データを見直し、食料配給の適性を評価することが必要である。

**予防:** 微量栄養素欠乏症の予防に関しては、④ [食糧支援基準 6.1: 一般的な栄養所要量](#) を参照。微量栄養素欠乏症の予防には、疾病対策が不可欠である。微量栄養素の蓄積量が減る病気には、急性呼吸器感染症、はしか、マラリア等の寄生虫感染症や下痢がある。治療の準備には、症例の定義、治療ガイドラインの作成、積極的な症例発見のシステム構築が含まれる④ [必要最低限の保健医療サービス – 子どもの保健医療基準 2.2.1 および 2.2.2](#) 参照。

**微量栄養素欠乏症の治療:** 症例発見と治療は、保健医療システムと食料支援の両方で実施する。微量栄養素欠乏症率が公衆衛生基準を上回る場合、補助食品を使った人口の包括的治療が適切である。壊血病（ビタミンC欠乏）、ペラグラ（ナイアシン欠乏）、脚気（チアミン欠乏）、リボフラビン欠乏症（リボフラビン欠乏）は、微量栄養素欠乏症が原因で頻繁に起こる病気である④ [付記 5: 微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重要性の判定](#) 参照。

微量栄養素欠乏症の公衆衛生対策は以下を含む：

- 6-59ヶ月児にビタミンA補助食品と予防接種を提供
- 12-59ヶ月児の蠕虫駆除
- 栄養添加食品（ヨウ素添加塩、ビタミンA・D添加植物油等）を食料バスケット、微量栄養素パウダー、ヨウ素添加油サプリメントに追加
- 6-59ヶ月児に鉄分等の複数の微量栄養素食品を提供
- 複数の微量栄養素補助食品（鉄分、葉酸等）を妊婦と授乳中の女性に日常的に提供

鉄分を含む複数の微量栄養素食品が入手できない場合は、鉄と葉酸の補助食品を妊婦、45日以内に出産した女性に日常的に与える。

性別別の間接的指標を使い、影響を受けた人びとの微量栄養素欠乏症リスクを評価し、食事の改善や補助食品摂取の必要性を特定する。例えば、ビタミンA欠乏の間接的指標には、低出産体重、衰弱、発育不全が含まれる④ [食料安全保障と栄養評価基準 1.2: 栄養評価](#) 参照。

## 4. 乳幼児の食事

災害時の乳幼児の栄養（Infant and Young Child Feeding in Emergencies, IYCF-E）に関する適時適切な支援は、命に関わり、子どもの栄養、健康、発育を守るものである。不適切な食事方法は、発育不全、病気、死亡のリスクを増やし、母子の健康を脅かす。危機発生時はこれらのリスクが更に増える。以下のような乳幼児は、特に脆弱性が高い：

- 低出生体重児
- 保護者のいない子ども、養育者から分離された子ども
- うつ病の母親をもつ子ども
- 母乳を与えられていない2歳未満の子ども
- HIV感染率が中・高程度の地域の子ども
- 障がいのある子ども（特に食事が困難な場合）
- 急性栄養不良、発育不全、微量栄養素欠乏症の乳幼児

IYCF-E は、0-23 ヶ月児（母乳を与えられている乳児、そうでない乳児両方）の栄養ニーズを満たす支援対応・介入を定めている。優先的介入は以下を含む：

- 母乳育児の保護と支援
- 適切、安全な補完食
- 母乳を得ることができない乳児への人工栄養補給

子どもの健康には、妊婦と授乳中の女性のサポートが不可欠である。「完全母乳育児」とは、母乳以外の液体類、必要な微量栄養素補助食品や薬以外の固形物を乳児に与えないことである。6 ヶ月まで乳児を、不衛生な食料、液体類を摂取する可能性から守り、免疫力を強化することができる。また、母乳育児は脳の発達に最適であり、特に安全な水と衛生状態が欠如している場合、6 ヶ月以上の乳幼児の健康も守ることができる。また、授乳は母親の健康も守り、月経の再開を遅らせ、乳がんを予防することもできる。母子間の絆やふれあいを深めることで、心理的な健康も促進する。

本章の基本行動は、災害時の乳幼児の栄養に関する行動指針(Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies)（以下、IYCF-E 指針）に基づいている。これは、複数の機関で構成されたワーキンググループにより、IYCF-E と母乳代用品のマーケティングに関する国際基準（International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes）（以下、母乳代用品基準）の適切な実施に関する簡潔で実践的な指針を提供するために作成された。

### 乳幼児の食事基準 4.1： 方針ガイダンスおよび調整

政策指針と調整は、安全で適時適切な乳幼児の食事を可能にする。

#### 基本行動

1. 危機対応組織にIYCF-E対応機関を設置し、セクター間で連携する。
  - 可能な限り、政府を対応機関だと考える。
2. 行動指針を関連政府や人道支援組織の準備に関する政策指針に含む。
  - 政策がない場合、指針と共同声明を国内機関と作成する。
  - 国の関連政策をできる限り強化する。
3. すべての対応レベルにおいて、IYCF-Eに関する効果的で調和された情報を適時発信する。
  - 実施中のIYCF-E政策と活動を、人道支援組織、資金提供者、メディアになるべく早く伝える。
  - 利用可能なサービス、IYCF-E活動、フィードバック制度についての情報を、影響を受けた人びとに伝える。
4. 母乳代用品、液体ミルク、哺乳瓶、哺乳瓶用乳首の寄付は、受け取ったり、頼んではならない。
  - 送られてきた寄付品は、指定機関がIYCF-E指針と母乳代用品基準に基づき管理する。
  - 母乳代用品の対象者選定、調達、管理、および配給は、ニーズやリスク評価、データ分析、技術指針に基づき、厳格に実施する。

---

## 基本指標

### IYCF-E 指針に基づいた IYCF-E 政策を実施している割合

#### 母乳代用品基準の違反が報告されていない

母乳代用品基準の違反率。母乳代用品、液体ミルク、哺乳瓶、哺乳瓶用乳首の寄付への対応が適時実施されている

---

## ガイダンスノート

**影響を受けた人びと、他の支援者、メディアとのコミュニケーション:** 利用可能なサービスや乳幼児の健康的な食事に関する情報を発信する際は、支援提供グループ向けと一般人向けにメッセージを調整する。メッセージ作成時は、サポートが必要な祖父母、片親、子どものみの世帯、兄弟姉妹、障がい者等) 保護者や HIV と共に生きる人を考慮する。

**市場に流通する母乳代用品に関する国際基準:** 母乳代用品の安全性を保証し、人工乳を与えられている乳児を守ることを目的としている。公平で正確な情報に基づき、あらゆる状況に適用できる基準である。準備段階で法律に含め、危機対応時に施行する。国の該当する法律がない場合、最低限の規定を適用する。

この基準は、母乳代用品、哺乳瓶、哺乳瓶用乳首の入手可能性や使用を制限するものではないが、これらのマーケティング、調達、流通を制限している。危機発生時の主な基準違反としては、ラベル表示や、対象不定の配給がある。危機発生時の基準違反はモニタリングし、国連児童基金 (UNICEF)、世界保健機関 (WHO)、現地機関等に報告する。

基準指標がある場合はそれを使用し、ない場合は状況に応じて指標を設定する。IYCF-E ベンチマークを設定し、介入期間を考慮しながら、進捗および達成事項を決定する。パートナーとの調査において



は、一貫した IYCF-E 指標を使用する。IYCF-E 介入のモニタリングの一環として、評価またはベースライン評価の一部を繰り返し実施する。また、年次調査を通して、介入のインパクトを評価する。

**人工授乳：**すべての母乳代用品は、国際食品規格（Codex Alimentarius）と母乳代用品基準に従わなければならない。十分な WASH サービスへのアクセスは、緊急時の人工授乳のリスクを最小限にするために不可欠である。母乳代用品は、介入の状況や規模に応じて配給する。乳児用粉ミルク等の母乳代用品は一般または包括的食料配給に含まない。また、乾燥液体ミルクと液体ミルクを一つの物資として配給してはならない。人工授乳に関する指示や管理は、IYCF-E 指針と母乳代用品基準に基づき、指定 IYCF-E 調整機関の下実施する。

#### 乳幼児の食事基準 4.2： 複数の支援分野による緊急時の乳幼児に対する食事支援

乳幼児の母親や保育者は、リスクを最小化し、栄養、健康、および生存に最も良い結果をもたらす、現地文化を考慮した適時適切な栄養支援を受けることができる。

#### 基本行動

1. 妊婦と授乳中の女性が優先的に、食料、現金、クーポン等の支援へアクセスできるようにする。
2. 妊婦と授乳中の女性に、専門的な母乳育児カウンセリングを提供する。
3. 出産後のすべての母親を対象に、完全母乳育児開始の支援を実施する。
  - 母子サービスにおいて、簡単な完全母乳育児教育を提供する。
  - P-5ヶ月児の完全母乳育児、および6ヶ月-2歳児の継続した授乳を保護、推進、支援する。
  - 0-5ヶ月児を混合育児している場合、完全母乳育児への移行を支援する。
4. 人工授乳が必要な母親や保育者に、適切な母乳代用品、授乳用品や関連のサポートを提供する。
  - 母乳を与えられていない乳児がいる場合、授乳の促しや乳母の採用の安全性と可能性を検討する。現地文化や利用可能なサービスも考慮する。
  - 母乳代用品しか選択肢がない場合、調理および授乳用品の基本支援パッケージや、水衛生支援、保健医療サービスへのアクセスも提供する。
5. 安全で十分な補助食品を適時提供する。
  - 世帯の食料を調査し、子どもの補助食品としての適性を確認する。状況に応じたアドバイス、補助食品支援を提供する。
  - 食事が困難な子どもを考慮し、食事や調理用品へのアクセスを可能にする。
6. 特に脆弱性の高い乳幼児に栄養支援を提供する。
  - 栄養支援の一環として、刺激を促す活動や幼児発達ケアを提供する。
7. 必要に応じて、微量栄養素補助食品を提供する。

- 強化配給の受給に関わらず、妊婦と授乳中の女性に、母親の栄養と母乳を守るために日常的に必要な複数の微量栄養素を含む日常的な補助食品を提供する。
- 鉄分、葉酸補助食品を提供している場合は継続する。

---

### 基本指標

専門家のカウンセリングにアクセスできる授乳中の母親の割合

母乳代用品基準に基づいた適切な母乳代用品、および人工授乳に関するサポートにアクセスできる保育者の割合

6-23 ヶ月児用の安全な栄養補助食品に適時アクセスできる保育者の割合

---

### ガイダンスノート

**IYCF-E 評価とモニタリング**: IYCF-E 緊急対応のニーズと優先度を評価し、IYCF-E 介入のインパクトをモニタリングする<sup>⑥</sup> [食料確保と栄養評価基準 1.2: 栄養評価](#) 参照。

**分野間連携**: 以下のような支援分野別の初期支援内容を特定し、IYCF-E を支援する:

- 妊婦健診、産後健診
- 予防接種
- 発育モニタリング
- 幼児発達
- HIV治療サービス (母子感染予防を含む)
- 急性栄養不良の処置
- コミュニティの保健医療、精神保健、心理社会的サポート
- 水衛生サービス
- 雇用機会
- 農業改良普及事業

**対象グループ**: 5歳未満の子どもに関する全評価・支援データは、性別と年齢別(0-5ヶ月、6-11ヶ月、12-23ヶ月、24-59ヶ月)に細分化する。24ヶ月以降は、障がいの有無でも細分化すると良い。

障がいのある子ども、保護者のいない子ども、養育者から分離された子どもの栄養とケアのニーズを満たすサービスを特定、構築する。保護者のいない子ども、養育者から分離された子どもを子ども保護パートナーに紹介する。妊婦と授乳中の女性の割合を特定する。

HIV 感染率が中程度ないし高程度の地域の住人、保護者のいない子ども、養育者から分離された子ども、低出生体重児、障がいのある子ども、食事困難な子ども、母乳を与えられていない2歳未満の子ども、急性栄養不良の子どもを考慮する。うつ病の母親をもつ子どもは栄養不良のリスクが高まることに注意する。

**妊婦および授乳中の女性**：食料、現金、またはクーポン支援が妊婦と授乳中の女性のニーズを満たしていない場合、強化食品を配給する。世界保健機関（WHO）の勧告に基づき、微量栄養素補助食品を提供する。

精神的に衰弱した母親への心理的サポートを提供し、必要であれば精神保健サービスへ紹介する。また、障がいのある母親への適切なサポートを手配する。授乳エリアのある乳児用スペースなど、女性が安全に授乳できる場所をキャンプや共同場所に設ける。

**母乳育児**：危機状況下であっても訓練を受けた人材による母乳育児サポートへの支援計画と資源配分を行う。支援には、0-6 ヶ月の急性栄養不良児、混合栄養が一般的な地域の住民、HIV に感染した乳幼児の栄養補給を含む。

**母乳育児ではない乳幼児**：すべての危機において、母乳を与えられていない乳幼児を保護し、栄養ニーズを満たす。母乳を与えられていない影響は年齢によって異なり、年齢が低いほど、感染症のリスクが高まる。また、適切な母乳代用品、燃料、用具、水衛生へのアクセスにも影響される。

**ベビーミルク等の母乳代用品**：ベビーミルクは、0-5 ヶ月児に適切な母乳代用品である。準備が不要で、粉ミルクより安全性が高いのは液体ベビーミルクであるため、優先的に提供する。

液体ベビーミルクは、授乳用品の適切な使用、保存、および衛生管理が不可欠である。また、液体ベビーミルクは重く、輸送や保管に費用がかかる。6 ヶ月以上の子どもには、牛やヤギ、羊、ラクダ、バッファローの低温殺菌全乳、発酵液体ミルク、ヨーグルト等の別の液体ミルクを与える。

6 ヶ月以上の子どもに対するベビーミルクの使用は、危機発生前の習慣、入手可能な物資、代替液体ミルク用の資源、補助食品の充足度、人道支援組織の方針により決める。母乳代用品の使用は短期でも長期でも起こり得る。6 ヶ月以上の幼児向けの商業的液体ミルク製品は不要である。

ベビーミルクの必要性は、個別評価、フォローアップ、サポートを通して、資格を持つ保健医療従事者または栄養士が決定する。個別評価が不可能な場合は、調整機関や技術支援組織から評価や対象選定基準に関するアドバイスを求める。子どもが再び母乳を与えられるまでの間、または最低 6 ヶ月間ベビーミルクを提供する。母乳代用品を提供する際は、母乳育児中の母親にも使用を推奨するような誤りがないように注意する。

哺乳瓶は洗浄が難しいため使用を避け、コップの使用を推奨、支援する。

個人単位と人口単位で罹患率、特に下痢に関する罹患率をモニタリングする。

**補完食**：母乳のみでは必要な栄養が足りず、母乳と共に他の食品や液体の摂取が必要な場合に与える。補完的な食料や液体は、工場または現地などの生産方法に関わらず、6-23 ヶ月児に与える

補完食支援においては、既存の栄養ギャップの把握が重要である。栄養的な食事の入手可能性、食料供給の季節変動、現地の良質な補完食へのアクセスも考慮する。補完食支援は、以下の活動を含む：

- 現地で入手可能な強化食品または栄養価の高い食品の購入のための現金給付
- 栄養価の高い家庭用食品または強化食品の配給
- 6-23 ヶ月児への複数の微量栄養素強化食品の提供
- 微量栄養素補助食品（微量栄養素パウダー等）による家庭での栄養強化
- 生計支援
- セーフティネット構築支援

現金を給付する際は、最も良い栄養結果を得るための現金の使い方を受給者に指導、助言する。

**微量栄養素補給**：強化食品を摂取していない 6-59 ヶ月児は、栄養ニーズを満たすために、複数の微量栄養素補助食品を必要とする場合があり、ビタミン A 補助食品が推奨される。マラリアが多い地域では、鉄分を微量栄養素パウダー等で提供すると同時に、マラリアの診断や予防、治療を実施する。マラリアの予防策としては、虫除けネット、病原体媒介生物の制御支援、早期診断、抗マラリア薬による治療等があるが、これらの予防策へアクセスのない子どもには鉄分を与えない。最新の指針に基づき、妊婦と授乳中の女性には、鉄分と葉酸、または複数の微量栄養素補助食品を与える。

**HIV と乳児の食事**：HIV と共に生きる母親は、抗 HIV 治療を受けながら、最低 12-24 ヶ月間、またはより長く授乳できるよう支援する。抗 HIV 薬が入手できない場合、乳児の HIV 感染リスクを最小化する手段を選び、HIV 感染リスクと HIV 以外の死亡原因にバランスよく対応する。状況に応じて、母親や保育者にサポートを提供する。また、抗 HIV 薬へのアクセスを優先する。◉ [必要最低限の保健医療サービス-セクシュアル・リプロダクティブヘルスの基準 2.3.3: HIV 参照](#)。

HIV に感染していない、または感染が不明の母親や乳母には、最初の 6 ヶ月間は完全母乳育児をするようアドバイスする。その後は 24 ヶ月またはそれ以上の期間、授乳を続けながら補完食を導入する。既に代用品を摂取している乳児は、緊急の特定と支援が必要である。

既存の国や地域の方針を参照し、最新の世界保健機関（WHO）の勧告と合致するか確認する。HIV 以外の感染症リスクの変動、緊急事態が続く見込み、代用食料や抗 HIV 薬の入手可能性等を考慮し、方針が現危機状況に適切か判断する。最新の暫定指針を発表し、母親や保育者に伝える必要がある場合もある。

**ジェンダーに基づく暴力、子ども保護と栄養の関係**：多くの場合、ジェンダーに基づく暴力、ジェンダー不平等、栄養は相互に関係している。家庭内暴力は、女性と子どもの健康を脅かす。栄養職員は、ジェンダーに基づく暴力や虐待の被害にあっている保護者や子どもを、関連サポートへ内密に照会する。また、カウンセリング、女性や子どもに配慮した治療場所の設置、中断率と治療無効率の定期的なモニタリングを実施する。ジェンダーに基づく暴力と子どもの保護の専門ケースワーカーを栄養スタッフに含むことも検討する。◉ [権利保護の原則 3 および 4 参照](#)。

**公衆衛生上の緊急事態**：公衆衛生上の危機にある場合、保健医療や食料支援へのアクセスの妨害を防ぎ、継続的な食料と生計の確保を保証する。また、授乳による病気伝染リスクを最小化し、母親の病気や死亡を防ぐ。コレラ、エボラ熱、ジカ熱に関しては、世界保健機関（WHO）の指針に従う。

## 5. 食料安全保障

食料安全保障とは、すべての人が、活動的で健康な生活を営むために必要な栄養ニーズと嗜好を満たし、十分に安全かつ栄養のある食料への物理的、経済的アクセスがある状態を指す。

食料安全保障は、マクロ経済、社会政治、環境等の要因に影響される。また、国内外の政策や過程、機関も、人びとの栄養のある食料へのアクセスに影響する。気候変動による環境の悪化、激しい天候の変化、異常気象も食料の確保に影響する。

人道危機における食料支援は、短期的なニーズを満たし、影響を受けた人びとが不利な危機への対処方法を選択することを防ぐ目的がある。時間とともに、生計の保護や回復、雇用機会の創出と安定化、長期的な食料の確保の回復に貢献する支援を行なう。自然資源や環境に負の影響を与えてはならない。

家族における食料不安は、不適切な食事やケア方法、不健全な家族環境、不十分な保健医療と共に、低栄養の4つの根本的原因となっている。

本章の基準は、一般の人びとと栄養リスクが高い人びと（5歳未満の子ども、HIV/AIDSと共に生きる人、高齢者、慢性疾患患者、障がい者等）の食料ニーズを満たすことのできる資源を考慮している。

一般の人びとの食料ニーズが満たされていない限り、栄養不良対策の効果は限られたものになる。栄養不良から回復しても、十分な食料を摂取できず、栄養状態が再度悪化する可能性があるからである。

最も効果的、効率的な支援の選定には、男女別ニーズ、家族の好み、コストに対する効率と効果、保護とリスク、季節の変動等の徹底的な分析が必要である。また、必要な食料の種類や量、最適な配給方法を特定する。

脆弱性の高い世帯にとって、食費は主要な支出である。現金給付は、給付額によるが、受給者が全体的な財産をより上手に管理できるようになる機会を提供する。共同分析と支援目的に基づき、対象者、給付額、給付条件等を決定する。

食料支援は、現地の市場の支援へとつなげていく。国、地域、現地レベルでの調達には、市場と金融事業者の理解に基づいて決定する。市場ベースの支援でも、商人への仕入れ補助金等を通して、市場を支援することができる<sup>④</sup> [市場を介した支援の提供](#) および [MERS ハンドブック](#) 参照。

### 食 料 安 全 保 障 基 準 5.1 :

一般食料安全保障

人びとの生存を可能にし、尊厳を維持し、資産を減らすことなく、回復力（レジリエンス）を高める方法で食料を確保する。

#### 基本行動

1. 食料安全保障評価に基づき、目下のニーズを満たす支援を計画する。また、食料の確保の支援、保護、推進、回復に関する対策を検討する。
  - 食料支援には、食料配布と現金給付の両方を検討する。

2. すべての食料支援に対して、なるべく早く移行戦略と出口戦略を策定する。
  - 他の支援分野との連携を支援に組み入れる。
3. 対処、生計サポートに必要な知識、スキル、サービス等へのアクセスを確保する。
4. 自然環境をさらなる破壊から保護、保全し、修復する。
  - 調理用燃料の環境への影響を考慮する。
  - 森林破壊や土地侵食への影響がない生計手段を考える。
5. 異なる組織や個人による人道的食料介入の受容性とアクセスをモニタリングする。
6. 対象者を支援の計画に参加させ、敬意と尊厳をもって接する。
  - フィードバック制度を構築する。

---

### 基本指標

#### 食料消費スコアが許容範囲内の対象世帯の割合

- 35%以上（油と砂糖が配給されている場合：42%以上）

#### 世帯栄養多様性スコアが許容範囲内の対象世帯の割合

- 5つ以上の主要食品グループを定期的に消費している

#### 対処方法インデックスが許容範囲内の対象世帯の割合

#### 尊厳のある扱いに関してクレームや否定的なフィードバックを報告する対象者の割合

- 定期的にモニタリングし、すべてのクレームに迅速に対応する。

---

### ガイダンスノート

**状況：**広域の食料確保状況をモニタリングし、対応の継続的な妥当性を評価する。対応の段階的な変更と終了や新プロジェクトの導入時期を決定し、政策提言のニーズを特定する。

都市部では、特に人口密集度が高く、所得が低い地域における世帯の食費指標を定める。例えば、食費が世帯の総支出に占める割合とその基準は、家賃や光熱費等の食費以外の支出が比較的大きい都市部では、あまり正確でない。

**出口戦略と移行戦略 t：**支援開始時より、出口戦略や移行戦略の策定を始める。支援終了または移行の際は、状況が改善した証拠、または他の支援組織が責任を引き継ぐ証拠を得る。食料支援の場合、既存または予定中の社会保護や長期的セーフティーネット制度を把握する。

食料支援は、社会保護制度を構築する基盤となり、既存の制度との連携が可能である。人道支援組織は、慢性的な食料不安の分析等を通して、慢性的食料不安に対する制度を提唱する。 [MERS ハンドブック](#) 参照。

**リスクの高いグループ：**コミュニティベースのリスク評価や参加型モニタリングを通して、特定のグループや個人への脅威に対応する。例えば、燃料や燃料効率の良い調理用火器を提供することにより、女性や少女への身体的および性的暴力のリスクを抑えることができる。また、女性と子どものみ

の世帯、障がい者世帯等の特に脆弱性の高い世帯への補助的な現金給付により、性的搾取や児童労働のリスクを減らすことができる。

**地域の支援制度 n** : 地域の支援制度を受援者と共に計画し、支援終了後も適切で十分に管理、維持されるようにする。計画時は、脆弱性の高い人びとのニーズを考慮する。例えば、保護者のいない子どもや養育者から分離された子どもは、平均的な家庭で学ぶ情報やスキルを得ることができない場合がある。④ [人道支援の必須基準 \(CHS\) コミットメント 4](#) 参照。

**生計支援** ④ [食料安全保障と栄養 – 生計基準 7.1](#) と [7.2](#), [MERS ハンドブック](#) および [LEGS ハンドブック](#) 参照。

**環境への影響** : キャンプ住民は調理用燃料が必要だが、現地の森林破壊を加速する恐れがあるため、燃料配給、燃料効率の良い調理用火器、代替エネルギー等の選択肢を検討する。また、環境的に持続可能な物資やサービスに特化したクーポンを支給することによる環境的な利点を考慮する。また、環境悪化の原因となる食事や調理習慣を変える機会を探す。気候変動の状況も考慮する。短期的な救済を提供し、中長期的に危機のリスクを最小化できる活動を優先的に実施する。例えば、在庫の削減は、干ばつ時の牧草地への負担を軽減できる。④ [避難所および避難先の居住地基準 7: 環境の持続可能性](#) 参照。

**アクセス、受容性** : アクセスしやすく、受容性の高い支援には、より多くの人々が参加する。参加型の設計を通して、影響を受けた人びとと共に差別のない包括的な支援を実施する。食料支援には経済活動人口を対象としているものもあるが、支援にはすべての人がアクセスできるべきである。リスクの高いグループが制約を克服できるよう、積極的に協力しながら活動を計画し、適切なサポートの仕組みを構築する。

## 6. 食料支援

食料支援は、入手可能な食料の量と質や食料へのアクセスが、死亡、罹患、栄養不良の増加を防ぐ際に必要となる。食料支援には、食料の入手可能性やアクセス、栄養知識、食事方法の向上を目的とした人道支援が含まれる。これらの支援は、影響を受けた人びとの生計を保護、強化するものでなければならない。支援の方法としては、食料配給、現金給付、生産支援、市場支援等がある。危機初期は目下のニーズを満たすことが優先事項だが、人びとの財産の保護、危機により損失した財産の回復、将来の脅威に対する回復力（レジリエンス）の強化も目的とする。

食料支援は、人びとが生産財産の売却、自然環境の過度な搾取や破壊、借金の増加等を含む負の影響への対処方法を取ることを防ぐ目的でも使われる。

食料支援では、さまざまなツールが用いられる：

- 食料配給や食料購入のための現金給付
- 包括的栄養支援
- 特定栄養の支援
- 関連サービスやスキル、知識等の提供

一般食料配給は、食料を最も必要としている人びとを対象とする。対象者が食料を自己生産、または別の手段で食料にアクセスできるようになった場合は、配給を終了する。条件付きの現金給付や生計支援等の移行支援が必要となる場合もある。

特定の栄養ニーズがある人びと（6-59 ヶ月児、高齢者、障がい者、HIV と共に生きる人、妊婦、授乳中の女性等）は、一般的な配給に加え、補助食品が必要となる場合もある。多くの場合、栄養補給は生命を救うことができる。配給場所での食事は、危機直後、移動中、配給を持ち帰る際に危険がある場合等、人びとが自分で調理できない場合のみ実施する。持ち帰り用物資は学校で配給されるが、緊急時の学校給食としても使われる。学校に通っていない子どもはこれらの配給にアクセスできないことを考慮し、別のアウトリーチ制度を計画する。

食料支援には、物資を効率的に管理するためのサプライチェーンマネジメント能力や輸送能力が必要である。

現金給付は、責任を持って徹底的に管理し、計画的にモニタリングする\* [市場を介した支援の提供](#) 参照。

### 食料支援基準 6.1 : 一般的な栄養所要量

最も脆弱性の高い人びとを含む、すべての影響を受けた人びとの基本的栄養ニーズを満たす。

#### 基本行動

1. 十分な量と質の食料へのアクセスを評価する。
- 定期的にアクセスを評価し、アクセスの安定性を確認する。



- 影響を受けた人びとの市場へのアクセスを評価する。
- 2. 初期計画段階のエネルギー、タンパク質、脂質、微量栄養素の要件を満たす食料や現金給付を計画する。
  - 栄養所要量と人びとが自力で入手可能な食料のギャップを満たす配給を計画する
- 3. 影響を受けた人びとの栄養のある食料やサポートへのアクセスを保護、推進、支援する。
  - 6-24ヶ月児の補完食へのアクセス、妊婦や授乳中の女性の追加的な栄養支援へアクセスを保証する
  - 慢性疾患のいる世帯、HIVおよび結核患者、高齢者、障がい者に、適切で栄養のある食料と十分な栄養面でのサポートを提供する。

---

### 基本指標

#### 5歳未満の子どもの栄養不良率（男女別、24ヶ月児からは障がいの有無別でも）

- 世界保健機関（WHO）の分類システムを使用（MAD、MDD-W）
- 障がいの有無での分類には、国連児童基金（UNICEF）とWashington Groupによる「国際生活機能分類-児童版-」を使用する。

#### 食料消費スコアが許容範囲内の対象世帯の割合

- 35%以上（油と砂糖が配給されている場合：42%以上）

#### 世帯栄養多様性スコアが許容範囲内の対象世帯の割合

- 5つ以上の主要食品グループを定期的に消費している

#### 最低必要摂取カロリー（1人1日当たり2100 kcal）と1日の微量栄養素推奨量を受給している対象世帯の割合

---

### ガイダンスノート

**食料へのアクセスのモニタリング：**食料安全保障レベル、市場へのアクセス、生計、保健、栄養等の不確定要素を考慮し、状況の安定性、食料介入の必要性を特定する。食料消費スコアや食多様性ツール等の指標を用いる。

**支援の形態：**現金やクーポンの支給、食料の配布など適切な支援の形態またはその組み合わせを通して、食料を確保する。現金給付では、特定のグループのニーズを満たすため、補助的な食料配給や補助食品の配給を実施する。市場が特定の栄養ニーズを満たすことができるかを考慮し、健康的な食事に係る最低費用の評価ツール等を使う。

**食料配給と栄養価の計画：**NutVal等の配給計画ツールの使用が可能である。一般配給の計画は、[付記6: 栄養所要量](#)を参照。配給食料が必要エネルギー量を全部提供している場合、十分な栄養も含んでいなければならない。必要エネルギー量の一部のみ提供されている場合は、以下の2つのアプローチのいずれかを使う：

- 入手可能な他の食料の栄養量が分からない場合、食料のエネルギー量に相応するバランスのとれた栄養量を提供する。
- 入手可能な他の食料の栄養量が分かっている場合、栄養ギャップを補完できる食料を配給する。

以下の栄養所要量の推定を使い、状況に応じて一般配給を計画する。

- 1人1日当たり 2100 kcal (内タンパク質10-12%、脂肪17%) ⊕ [付記4: 栄養所要量に関する詳細参照](#)。

入手可能な食料の種類が限られている場合、配給で十分な栄養量を提供することは難しい。ヨウ素塩、ナイアシン、チアミン、リボフラビンへのアクセスを考慮する。配給食料の栄養量は、主要食品の強化(強化混合食品等)や、現地生産された新鮮な食料のクーポン購入の推奨を通して向上が可能である。栄養のある脂質ベースのインスタント食品、複数の微量栄養錠剤・パウダー等の補助食品の提供を検討する。最適な授乳と補完食摂取の方法を推奨するため、IYCF-E のメッセージを提供する ⊕ [乳幼児の食事基準 4.1](#) および [4.2](#) 参照。

配給を計画する際は、コミュニティと話し合い、地域や文化的な好みを考慮する。燃料が少ない場合は、調理に時間がかからない食料を選ぶ。配給に変更がある場合は、コミュニティ全体となるべく早く情報を共有して不満を防ぎ、配給量の減少について非難される恐れのある女性に対する家庭内暴力のリスクを最小化する。配給開始時から出口計画を明確に伝達することで、期待や不安に対応し、家族が適切な判断をできるようにする。

**保健分野の支援との連携 a:** 食料支援は、はしか、マラリア、寄生虫感染症等の病気の予防を目的とする公衆衛生対策と同時に実施された場合、影響を受けた人びとの栄養状態の悪化を特に防ぐことができる ⊕ [保健医療システム基準 1.1: 保健医療サービスの提供](#) および [必要最低限の保健医療サービス-感染症基準 2.1: 予防](#) 参照。

**食料使用のモニタリング:** 食料支援の主な指標は食料へのアクセスだが、食料の使用量は計らない。栄養摂取量の直接的な測定は現実的でない。さまざまな情報(食料の入手可能性、世帯レベルでの使用)に基づき、現地の市場における食料の値段や入手可能性、調理用燃料を評価する間接的測定が代替法となる。また、食料配給計画と記録の調査、自然から採取した食料の貢献度の評価、食料安全保障評価の実施も良い。

**リスクの高いグループ:** 食料支援の対象を設定する際は、さまざまなグループの意見を聞き、見落とされやすいニーズを特定する。一般的な配給には、十分な受容性のある食料(6-59ヶ月児の強化混合食品等)を含める。以下のグループは特に注意が必要である:

**高齢者:** 慢性疾患、障がい、孤立、大家族、寒い気候、貧困等により、食料へのアクセスが困難になり、栄養の必要性が高まる。高齢者が食料資源や配給に簡単にアクセスできるよう考慮する。食料は調理と消費が簡単で、高齢者のタンパク質と微量栄養素の追加ニーズを満たすものとする。

**HIV と共に生きる人びと:** HIV と共に生きる人びとは、食事量の減少、栄養の吸収不良、新陳代謝の変化、慢性的な感染や疾患等の原因で、栄養不良になるリスクが高い。必要エネルギー量は感染段階によって異なり、製粉や強化食品、強化混合補助食品等を通して、十分な食事へのアクセスを向上させることができる。また、食料配給の全体量を増やすことが適切な場合もある。特定栄養の支援がある場合は、HIV のある栄養不良者を照会する。

**障がい者:** 心理社会的障がい者も含んだ障がい者は、危機発生時に肉親や介護者から別離するリスクが高い。また、差別の対象となりやすい。彼らの食料への物理的アクセス、エネルギーと栄養のある食料へのアクセス、栄養支援制度等を保証することで、これらのリスクを抑える。泡だて器、スプーン、ストロー等の提供、家庭訪問やアウトリーチ制度の構築も良い。障がいのある子どもは学校に通っていない場合が多く、学校を拠点とした食料支援に参加できない可能性があることを考慮する。

**介護者**：脆弱性の高い人を介護する人びとを支援することも重要である。例えば、病気だったり、介護に時間がかかり、食料にアクセスする時間がない等、介護者と被介護者は、栄養面で特有の課題がある。また、家計の中で衛生用品や治療、または葬儀が大きな割合を占め、食料の確保に使える財産が少ない場合がある。社会的に不名誉に直面したり、コミュニティサポート制度へのアクセスが難しい場合もある。既存の社会的ネットワークを通して、住民の一部が介護者を支援できるよう訓練する。

### 食料支援基準 6.2： 食料の質、適性、受容性

配給される食料は、受容者に受け入れられる適切な質を有し、効率的、効果的に使用することができる。

#### 基本行動

1. 受け入れ側政府の基準と国際品質基準を満たす食料を選ぶ。
  - 在庫食料に無作為抽出検査を実施する
  - 食料の輸入を計画している場合、遺伝子組替え食品の輸入と使用に関する国内規制を理解、遵守する。
2. 適切なパッケージを選ぶ。
  - 生産日、生産国、賞味期限、栄養分析、料理法を分かりやすく、特に一般的でない食料の場合は現地の言葉でラベルに表示する。
3. 水、燃料、調理用火器、食料保管施設へのアクセスを評価する。
  - 危機発生時に調理施設へアクセスできない場合、インスタント食品を提供する。
4. 全粒穀物を配給する場合、十分な製粉、加工施設へのアクセスも提供する。
  - 現金やクーポンを使い、製粉費を提供する。穀物や製粉機の追加提供というアプローチもあるが、あまり推奨されない。
5. 適切な条件の下、食料を輸送、保管する。
  - 保管に関する基準に従い、定期的に食料の品質を確認する。
  - 量の測定には一貫した単位を用いる。プロジェクト中に単位や測定方法を変えることは避ける。

#### 基本指標

配給された食料が適切な質で、地域の嗜好に合うと報告する影響を受けた人びとの割合

食料の受給手順が適切だったと報告する影響を受けた人びとの割合

配給された食料の調理と保管が簡単だったと報告する世帯の割合

食料の質に関してクレームや否定的なフィードバックを報告する影響を受けた人びとの割合

- すべての苦情を定期的にモニタリングし、迅速に対応する。

#### 支援により報告された食品廃棄の割合

- 総量の0.2%未満を目指す。

#### ガイダンスノート

**食料の質:** 食料は、受け入れ側国の食品基準に従うものとする。また、品質、パッケージ、ラベル、適合性に関しては、国際食品基準に従う。意図された用途に適切な質でない場合、人間の消費に適していても、目的に適していないと判断する。例えば、小麦粉は、食べる分には安全でも、家庭でのパン作りには適していない場合がある。現地調達または輸入された食料には、植物検疫証明書等の検査証明書が必要となる。燻蒸には適切な器具を使い、厳密な手順に従う。大量の食料を取り扱い場合は、独立した品質調査官に調査させ、品質に疑いがある場合は意見を求める。

受け入れ側政府の関与をできる限り図る。サプライヤー証明書、品質管理調査書、パッケージラベル、倉庫報告書等に基づき、食料貨物の新しさや品質に関する情報を得る。商品の品質と純度を証明するために関連機関から発行された分析証明書 (Certificates of Analysis: CoA) のデータベースを作成する。

地域、国、国際市場における食料の入手可能性を評価する。配給食料を現地調達している場合、現地の自然環境や市場に損害を与えず、持続可能でなければならない。支援を計画する際は、食料供給に関する制約を推定する。

**パッケージ:** 食品廃棄は、倉庫と最終配給地で報告する。食品廃棄は、流通サイクルにおけるパッケージの質が悪いことが原因となる場合がある。取扱い、保管、流通に便利で頑丈なパッケージを使い、高齢者、子ども、障がい者も利用できるものにする。可能であれば、再測定や再包装の必要がなく、直接流通できるパッケージを使う。

政治的、宗教的なメッセージや、対立を煽るメッセージは掲載しない。

パッケージは有害であってはならない。人道支援組織は、配給または現金やクーポンで購入された食料のパッケージによる環境汚染を防ぐ責任がある。現地政府やパッケージ製造者と可能な限り協力し、現地に適した素材、かつ、できれば生分解性のパッケージを最小限使用する。再利用、リサイクル、または再割当てが可能な容器を提供する。必要なくなったパッケージは、環境を破壊しない方法で廃棄する。ホイル等のインスタント食品のパッケージは、特定の方法で安全に処理する必要がある。

ゴミが出る場合は、定期的なコミュニティの清掃活動を実施する。この活動は、収入目的の仕事ではなく、コミュニティの動員や啓蒙活動の一環として行う\* [WASH 固形廃棄物管理基準 5.1](#) から [5.3](#) 参照。

**食料の選択:** 食料支援における最も重要な考慮事項は栄養価だが、受給者が馴染みのある食料を選ぶようにする。また、妊婦や授乳中の女性にタブーとされている食料や、宗教や文化的習慣に合った食料を提供する。食料の選択に関しては、調理の責任を担うことが多い女性や少女の意見を求める。単独世帯主の祖父母や男性、兄弟姉妹を単独で世話している若者等、世帯における食料へのアクセスがリスクにさらされる可能性のある人びとを支援する。

都市部の世帯は、農村部の世帯より多様な食料にアクセスできるが、質が限られている場合もあり、別の栄養サポートが必要となる。

**乳幼児の食事:** 寄付または補助金による乳児用調整乳、粉ミルク、液体ミルク、液体ミルク商品は、一般食料配給において別途配給してはならない。また、持ち帰り用補完食支援でも配給しない\* [乳幼児の食事基準 4.2](#) 参照。

**全粒穀物**：家庭での製粉が伝統的な地域、製粉場へのアクセスがある地域では、全粒穀物を配給する。全粒穀物は他の同類穀物より保存期間が長く、支援参加者にとってより高い価値がある。

低抽出商業製粉用の施設を提供し、酸敗臭の原因となる胚、油、酵素の除去を可能にする。これはタンパク質量を減少させるが、保存期間を大幅に伸ばすことができる。製粉された全粒トウモロコシは6-8週間しか保存できないため、消費直前に製粉する。通常、製粉された穀物は調理の時間が短くなる。製粉の必要は、女性、少女の搾取のリスクを高める場合もある。女性や少女と協力し、リスクと女性が運営する製粉場を支援する。

**食料の保管と調理**：家庭の保管能力に応じて、配給する食料を選ぶ。受給者が、調理上の公衆衛生リスクの予防法を理解していることを確認する。燃料効率の良い調理用火器、または代替燃料を提供し、環境の悪化を防ぐ。

保管場所は乾燥しており、衛生的で、天候や化学汚染から十分守られていなければならない。また、有害生物やネズミへの対策を講じる。状況に応じて、保健省に販売会社や取引業者が供給した食料の質を保証してもらう。

### 食料支援基準 6.3： 対象選定、配給

食料支援の対象選定と配給は、透明性が高く安全な方法で、迅速に適時行う。

#### 基本行動

1. 適切な利害関係者との協議やニーズに基づき、対象者を特定する。
  - 対象者と非対象者の両方から認められた選定基準を公表し、対立や危害を防ぐ。
  - 実施が可能になり次第、食料を受け取る世帯の正式登録を始め、必要に応じてアップデートする。
2. 効率的、公平、安全、効果的でアクセスしやすい食料配給（または現金・クーポン支給）を計画する。
  - 青年や若者を含む男女の意見を求め、脆弱性の高いグループや疎外されたグループの参加を促進する。
3. 対象者がアクセスしやすく、安全で最も便利な場所に、配給拠点を設置する。
  - 定期的に検問所の有無や治安状況をモニタリングし、配給拠点に達するまでのリスクを最小化する。
4. 配給計画と予定、配給食料の質と量、現金やクーポンの価値や目的等の詳細を前もって対象者に知らせる。
  - 人びとの移動や労働時間を考慮して配給を予定する。必要に応じて、リスクの高いグループを優先する。
  - 配給前に、フィードバック制度を地域社会と構築する。

#### 基本指標

#### 対象選定と除外エラーの割合

- 10%未満を目標とする。

#### 居住地から最終配給地点（現金やクーポン配給の場合は市場）までの距離

- 5km未満を目標とする

支援実施場所への安全なアクセスに問題があると報告する対象者の割合（性別、年齢、障がいにより細分化）

#### 配給に関連した性的搾取や権力乱用の報告件数

#### 配給に関連した性的搾取や権力乱用のフォローアップの割合

- 100 %

#### 対象となる食料支援内容を上げることのできる対象世帯の割合

- 50%以上を目標とする。

---

#### ガイダンスノート

**対象選定**：状況に応じた対象選定ツール、手法を使う。対象は、初期段階だけでなく、介入期間全体を通して選定する。対象となる人を間違えて除外することは生命を脅かすことになり、対象でない人を間違えて含めてしまうことは混乱、無駄の原因となるため、適切なバランスを見つけることが重要である。緊急の危機発生時は、対象でない人を間違えて含む方が許容できる。一般食料配給は、全世帯が危機により同様の損害を受けた場合、または詳細な対象選定評価がアクセスの欠如により不可能な場合に適切である。

6-59ヶ月児、妊婦、授乳中の女性、HIVと共に生きる人等、脆弱性の高いグループは、補助食品の対象とするか、栄養治療や予防策につなげる。これにより、HIVと共に生きる人は日々のカロリー摂取量を増やすことができ、抗HIV薬治療のアドヒアランスをサポートできる。

特定の支援では、対象者が不名誉や差別の対象にならないよう注意する。例えば、HIVと共に生きる人は、ケア、治療を受けている保健医療施設での配給に「慢性疾患患者」として含む。HIVと共に生きる人のリストは公表、共有してはならない。また、コミュニティリーダーはHIVと共に生きる人の対象選定に参加すべきでない。

**対象選定者と委員会**：影響を受けた人びとや地域のグループと直接連絡を取り合う役割をもつ。地域社会の窓口となる人物はなるべく避ける。以下の人びとの代表を含む対象選定委員会を組織する：

- 女性、少女、男性、少年、高齢者、障がい者
- 地域の委員会、女性グループ、人道組織
- 現地および国際NGO
- 青年団体
- 地方行政機関

**登録プロセス:** 難民キャンプでは、特に避難者が身分証明書を持っていない場合、登録が困難である。現地当局やコミュニティの世帯リストは、中立的な評価によって正確かつ公平と証明された場合、有益である。登録プロセスの計画には、被災女性の参加を推奨する。特に移動が困難な人等、配給リストに載っているリスクの高い人びとを含める。

危機の初期段階に登録が不可能な場合は、状況が安定次第実施する。女性、少女、高齢者、障がい者を含むすべての影響を受けた人びとが利用できる登録プロセスのフィードバック制度を構築する。女性は自分の名前で登録する権利をもつ。家族のために誰が実際に物資または現金を受け取るのか、男女共から、または必要に応じて別々にできる限り意見を求める。この際は、リスク評価を考慮する。

独身男性、女性や子ども、若者が世帯主の家庭、保護者のいない子ども、養育者から分離された子どもには、特別な規定を設け、安全に支援を受けることができるようにする。配給拠点に隣接した保育施設を作り、一人親世帯や小さい子どもの母親が、子どもを放置することなく支援を受けることができるようにする。一夫多妻制の世帯の場合は、各妻とその子どもをそれぞれ一世帯として考える。

**乾燥食料の配給:** 一般食料配給では、家庭調理用の乾燥食料のみの提供が一般的である。個人、世帯配給カードの持ち主、複数世帯の代表、伝統的リーダー、女性リーダー、またはコミュニティベースの特定配給のリーダーが受給者となる。配給頻度は、食料の重さや、家まで安全に持ち帰る方法を考慮して決定する。高齢者、妊婦、授乳中の女性、保護者のいない子ども、養育者から分離された子ども、障がい者は、食料の受給および維持に特別なサポートが必要な場合がある。他のコミュニティメンバーによるサポートや、少ない配給の頻繁な実施を検討する。

**ウエット食料の配給:** 緊急事態の初期等特別な状況では、調理済みの食事、またはインスタント食品を一般食料配給で提供する。これらの食料は、人びとが移動中の場合、または食料を持ち帰る際に窃盗、暴力、虐待、搾取の危険がある場合に適切である。緊急時は、学校給食や教育者への食料報酬を配給メカニズムとして使う。

**配給拠点:** 配給拠点を設置する際は、地形を考慮し、安全な水、トイレ、保健サービス、日陰やシェルター、子どもや女性のための安全なスペース等他のサポートへのアクセスをできる限り提供する。武装された検問所や軍の活動を考慮し、一般市民に対するリスクを最小化し、支援への安全なアクセスを可能にする。配給拠点への道は、地域社会の人びとが頻繁に使う道を選び、明確な目印をつける。また、物資の輸送に係る実用性と費用も考慮する\* [権利保護の原則 2](#) 参照。

配給拠点から遠い場所に住んでいる人や移動が難しい人には、代替配給手段を検討する。危機発生時の配給へのアクセスは、疎外された人びとにとって不安の原因となる。施設にいる人には、直接配給を行なう。

**配給計画:** 配給は、日中に居住地と配給拠点を往復できる時間帯に予定する。宿泊の必要はさらなるリスクを生むため避け、日々の活動に支障が出ない計画を立てる。リスクの高いグループには、優先ラインを作る。保護者のいない子ども、養育者から分離された子どもの登録には、ソーシャルワーカーのいるデスクを設置する。さまざまな媒体を通して、配給予定や配給内容に関する情報を事前に発信する

**食料、現金、クーポン支給中の安全:** 混雑整理、訓練されたスタッフによる配給モニタリング、影響を受けた人びとによる配給拠点の警備等を通して、配給に参加する人びとのリスクを最小化する。また、必要に応じて現地警察を動員し、食料配給の目的を警察関係者または警察官に知らせる。配給拠点は、高齢者、障がい者、移動が難しい人が安全にアクセスできるよう、注意して設計する。行動規範および性的搾取や虐待の罰則を配給職員全員に知らせる。職員には、荷下ろし、登録、配給、配給後モニタリングを実施する女性も含める\* [人道支援の必須基準 \(CHS\) コミットメント 7](#) 参照。

**情報発信:** 配給に関する情報は、現地の言語で、文字が読めない人やコミュニケーションが困難な人も理解できる様式で、配給拠点に常に表示する。印刷物、音声、SMS、音声メッセージ等を使い、以下の情報を発信する:

- 食料配給計画、量と種類、または現金とクーポンの価値、支援の対象

- 計画に変更がある場合、時期、量、配給内容等の変更の理由
- 配給計画
- 食料の栄養価、および必要であれば、その栄養価を維持する方法
- 食料の安全な取り扱いと使用方法
- 子どもへの食料の最適な使用法
- 詳細情報を得る方法、フィードバック方法

現金給付の場合、配給拠点の現金給付、クーポン引換コーナーや現地言語のリーフレットに、現金の価値を表示する。

**食料配給の変更：**食料配給や現金給付は、食料の入手可能性や資金不足により、変更されることがある。変更時は、配給委員会、コミュニティリーダー、代表組織等を通して対象者に連絡する。配給開始前に、共同の行動手順を作成する。配給委員会は、変更内容と理由、通常配給の再開予定日等を人びとに知らせる。変更には、以下の選択肢が含まれる：

- 全対象者の配給削減
- 脆弱性の高い人に通常配給、一般の人びとの配給削減
- 配給の延期（最終手段）

**配給のモニタリング：**対象者が受け取った食料を無作為に計量し、配給の正確性と公平性を定期的に確認する。また、青年、若者、障がい者、高齢者を含む同じ数の男女を対象者にインタビューする。最低男性1人、女性1人で構成されたインタビューチームによるランダムな家庭訪問は、配給食料の受容性や有益性を確認し、配給基準を満たしているが配給を受け取っていない人や、他から受け取った食料とその配給者や目的を特定することができる。また、徴発、強制入隊、性的搾取等の可能性も特定できる\* [市場を介した支援の提供](#) 参照。

#### 食料支援基準 6.4 : 食料の利用

Storage, preparation and consumption of food is safe and appropriate at both household and community levels.

世帯やコミュニティレベルで、食料が安全、適切な方法で保管、調理、消費されている。

#### 基本行動

1. 対象者による食料の不適切な取り扱いや調理を防ぐ。
  - 食料衛生の重要性を知らせ、食料の衛生的な取り扱いを促進する。
  - 調理済み食料を配給する場合、安全な保管、取り扱い、調理と不適切な行為による健康被害について職員を訓練する。
2. 食料の保管、準備、調理、消費に関して対象者と話し合い、アドバイスする。
3. 適切な調理器具、燃料、燃料効率の良い調理用火器、きれいな水、衛生用品への世帯の安全なアクセスを確保する。



4. 自ら食料を準備、食事できない人に、介護者へのアクセスを必要に応じて提供する。
5. 世帯で食料がどのように使われているのかモニタリングする。

---

### 基本指標

配給食料による健康被害の報告件数

安全に食料を保管、調理することができる世帯の割合

衛生意識啓発メッセージを3つ以上挙げることのできる対象世帯の割合

適切な調理器具、燃料、飲料水、衛生用品へのアクセスがある対象世帯の割合

---

### ガイダンスノート

**食料衛生：**人びとの衛生習慣は、危機により妨げられる場合がある。現地の状況と疾患パターンに応じた食料衛生対策を促進する。水汚染の防止、有害生物対策、食料を取り扱う際の手洗いの重要性を強調する。また、家庭での食料の安全な保管方法を知らせる<sup>⑥</sup> [WASH 衛生促進基準](#) 参照。

**食料の加工、保管：**穀物製粉場等の加工施設へのアクセスは、個人の好みに合った調理を可能にし、他の生産的活動に時間を費やすことができるようになる。熱、低温、水分に影響されやすく、腐りやすい食料を配給する場合は、適切な防水容器、保冷容器、冷凍容器等を使用している保管施設を検討する。

小さい子ども、高齢者、障がい者、HIV と共に生きる人は、保管、調理、食事のサポートが必要な場合がある。また、障がいのある親等扶養家族に食料を与えることが困難な人は、アウトリーチ支援や追加サポートが必要な場合がある。

**世帯における食料の使用のモニタリング<sup>⑦</sup>：**人道支援組織は、家庭における食料の使用、適性、充足性をモニタリングし、評価する。家庭における食料は、意図通りに消費される場合と取引や交換される場合がある。物々交換は、より好みに合った食料、食料以外の物資、学費、医療費等のサービスを得る目的で行われる。家庭内の配分評価では、性別、年齢、障がい別の食料の使用もモニタリングする。

**現金とクーポンの使用：**現金やクーポン支給の場合、購入パニックのリスク管理が重要である。配給前後または配給中には商人と受給者に指示を与える。1ヶ月を通して食料を入手できるようにするのか、1ヶ月のうち何回かに分けて入手できるようにするのか、といった方法を検討する。クーポンは、できる限り、週ごとに交換可能な小さい単位で発行する。自動支払機等の電子支払いや手動支払いにより交換可能な現金も同様である。

## 7. 生計

生計を守る能力は、人びとの危機発生時の脆弱性に直接関連している。適切な支援を提供し、地域社会が生計を回復、向上する方法を特定するには、危機発生前後と危機中の脆弱性を理解することが重要である。

危機発生時は、生計維持に必要な要因の多くが中断される。危機により、人びとは仕事を失ったり、土地や水資源を放置しなければならない場合がある。また、紛争や自然災害により、資産が破壊、汚染されたり、盗まれる可能性がある。市場は機能しなくなる可能性がある。

危機の初期段階では、基本的な生存ニーズを満たすことが優先事項である。その後は、生計をサポートするシステムやスキルや能力の回復が、尊厳のある復旧に重要となる。難民への生計支援には、キャンプや避難国における制限的な法律や政策の枠組み等の特別な課題がある。

食料生産者は、土地、水、家畜、生産支援、市場等へのアクセスが必要である。他の資源、人、制度に損害を与えることなく生産を続ける手段が必要とされる。◉ [LEGS ハンドブック](#) 参照。

都市部における危機の生計へのインパクトは、農村部とは異なる場合が多い。人びとのさまざまな経済活動への参加は、家族構成、スキル、障がいの有無、学歴等に影響される。一般的に、都市部の貧しい人は、農村部の貧しい人より、例えば、食料を育てる土地へアクセスすることができない等、生計における対処方法の選択肢が少ない。

生計を失った人と生計手段創出に影響力のある人びとをつなぐことにより、生計対策の優先事項を特定することができる。生計支援は、労働やサービス、関連市場の分析を反映するべきである。生計介入は、現地の市場の活用と支援を考慮する。◉ [MERS ハンドブック](#) 参照。

### 生計基準 7.1 : 一次生産

一次生産のメカニズムを保護、支援する。

#### 基本行動

1. 生産のための資機材と財産へのアクセスを農家に提供する。
  - 市場が機能しており、回復への支援が可能な場合は、現金またはクーポンの支給を優先し、資機材、種子、漁業資源、または家畜の選択肢を農家に与える。
  - 新しい技術は、同様の状況で試用または適用された場合のみ、危機発生後に導入する。
2. 現地の受容性と適切な品質基準に基づき、最適な季節に合わせて資機材を提供する。
  - 現地で既に使用されており、次のシーズンの需要がある作物品種と家畜などの資機材を選ぶ。
3. 資機材とサービスが対象者の脆弱性を高めたり、コミュニティにおける対立を生まないよう注意する。
  - 土地や水等の希少な自然資源への競争や、既存の社会ネットワークへの損害のリスクを評価する。

4. 一次生産対策の計画、意思決定、実施、モニタリングに被災した男女を公平に参加させる。
5. 農業、漁業、養殖業、林業、家畜業に関わる生産者に、持続可能な生産と管理に関する訓練を行う。
6. 市場を調査し、現地生産された穀物や野菜等の農産物の需要を増やす。

---

### 基本指標

例年と比較した人びとの食料生産や収入源の変化の割合

生産物の保管施設へ十分なアクセスがあると報告する世帯の割合

支援により、機能している市場への物理的アクセスが向上した対象世帯の割合

---

### ガイダンスノート

**生産戦略**：状況に応じて、発展、成功する可能性のある合理的な生産戦略を策定する。生産戦略は、以下へのアクセスを含む、さまざまな要因に左右される：

- 十分な自然資源、労働、農業のための資機材、資本金
- 現地条件に適した良質な種子品種
- 食料の確保に貢献する生産的な動物<sup>⑥</sup> [LEGS ハンドブック](#) 参照。

また、既存の生計スキル、コミュニティの嗜好、物理的環境、拡張の可能性を考慮する。

自然資源の乱用を防ぎながら、地域レベルでさまざまな生計活動を推進する。環境破壊は危機のリスクを高めるだけでなく、コミュニティ間の対立も生む。生計介入は、適応した種子品種の選択等、気候変動への適応をできる限り推進する。

生計に関連する子どもの労働を防ぐ。例えば、両親が働く間に家事を手伝わなければならない、学校に行けない場合等、生計支援の子どもへの間接的なインパクトに注意する。

**エネルギー**：機械労働、食料加工、通信、食料保管のコールドチェーン、効率的な燃焼機械に必要なエネルギーを考慮する。

**改善**：改善された作物品種、家畜、漁業資源、新しいツール、肥料、革新的な管理法の導入を検討する。危機発生前の習慣や国家発展計画に基づき、食料生産を強化する。

**新技術**：生産者と現地消費者は、新しい技術が現地生産システム、文化的習慣、自然環境にもたらす影響を、導入前に理解、容認する必要がある。新しい技術を導入する際は、適切なコミュニティの話し合いの場、情報、訓練等を提供する。女性、高齢者、マイノリティ、障がい者等差別を受けるリスクのあるグループのアクセスを確保する。可能であれば、生計の専門家や政府省庁と協力する。継続中の技術的サポートと将来の技術へのアクセスを確保し、技術の商業的可能性を評価する。

**現金給付または融資** <sup>s</sup>：種子や家畜の購入目的で提供する現金が、彼ら自身がより栄養価の高い食料を生産するのか、食料購入のために使われるのか等、選んだアプローチが人びとの栄養状態にもたらす影響を理解する。物資の入手可能性、市場へのアクセスや、安全に利用可能で、ジェンダーに配慮した現金給付システム等を考慮し、生産のための資機材購入のための現金給付の実行可能性を評価する<sup>⑥</sup> [MERS ハンドブック](#) および [LEGS ハンドブック](#) 参照。

**季節性、価格変動**：農業、畜産シーズンに合った農業のための資機材と獣医サービスを提供する。例えば、種子と農具は、種まきシーズンの前に提供する。干ばつ時の家畜の整理は、家畜の死亡率が増える前に実施する。家畜の補充は、次の雨季の後等回復の見込みがある場合に実施する。必要に応じ

て、種子、導入する資機材の保護のために食料を提供する。導入する資機材は、女性、障がい者を含むさまざまなグループの異なる能力、ニーズ、リスクを考慮して提供する。極端な季節価格変動は、価格が最も低い収穫直後に生産物を売る貧しい農家にとって不利となる。また、価格変動は、干ばつ時に家畜を売らなければならない畜産家にも不利な影響を与える。一方、収入が限られている消費者は、食料を備蓄できず、少量の頻繁な購入に頼るため、干ばつ時など価格が高い時に食料を買わなければならない\* [LEGS ハンドブック](#) 参照

**種子**：特定の品種は、農家と現地専門家の承認が必要である。種子は、現地の農業生態系や農家の管理条件に適したものを選ぶ。また、耐病性があり、気候変動に伴う厳しい天候への耐性がなければならない。他の地域が原産の種子は、質を検査し、現地条件への適性を確認する。種子介入では、さまざまな作物や品種へのアクセスを提供し、農家が自身の農業システムに最適なものを選ぶようにする。例えば、トウモロコシ農家は、現地品種よりハイブリッド種子を好む場合が多い。ハイブリッド種子に関する国の政策に従う。遺伝子組み換え種子は、現地当局の承認なしに配布せず、配布する場合は農家に伝える。農家がクーポンや種子の費用を使用する場合は、現地の正式供給者から種子を購入するよう奨励する。農家は、現地に適した伝統的な品種を好む傾向がある。これらは、低い価格で入手可能であり、同じクーポンでより多くの種子を得ることができる。

**コミュニティの対立、治安リスク**：生産活動により、自然資源へのアクセスの変化が必要となる場合、避難者と現地住民の間や、影響を受けたコミュニティ内で対立が起こる可能性がある。水や土地に関する対立は、これらの使用を制限することになる。一次食料生産は、必要な自然資源が長期的に不足している場合や、土地へのアクセスがない場合、実施することができない。無料の資機材の提供は、伝統的な社会サポートを中断し、再分配システムを損ねたり、民間企業に影響する。結果として対立が生まれ、資機材への将来的なアクセスが阻まれる恐れがある\* [権利保護の原則 1](#) 参照。

**サプライチェーン**：現地の既存または確認可能なサプライチェーンを通して、食料生産の資機材や獣医サービス、種子等のサービスを得る。現地の民間企業を支援するため、一次生産者とサプライヤーを直接つなぐ現金、クーポン等メカニズムを用いる。現地の購入システムを構築する際は、適切な資機材の入手可能性や、サプライヤーの供給強化能力を考慮する。インフレのリスクや、資機材の質の持続可能性を評価する。食料の現地での大量購入や配給等の支援が市場価格にもたらす負の影響をモニタリングし、緩和させる。現地食料の購入や輸入が現地経済にもたらす影響を考慮する。民間企業と協力する際は、ジェンダーの不平等を是正し、利益は公平に分配する\* [MERS ハンドブック](#) 参照。

**モニタリング**：提供した資機材が目的通りに使用されているかモニタリングする。資機材の性能、受容性や生産者の好みを調査する。プロジェクトが世帯レベルでの食料の入手可能性に及ぼした影響を評価する。例えば、備蓄、消費、売買、寄付された食料の量と質を調査する。プロジェクトが特定の動物、魚、タンパク質が豊富な野菜等の食料の生産の増加を目的とする場合、これらの食料の世帯での使用を調査する。女性、子ども、高齢者、障がい者等異なる世帯メンバーへの有益性の分析も含める。

**収穫後の保管**：推定すると平均して 30%もの大量の農産物が、損失により収穫後使えなくなっている。取り扱い、保管、加工、包装、輸送、マーケティング等の収穫後の活動を支援し、損失を最小化する。水分や、菌類により発生するアフラトキシンを避けて収穫物を保管する方法をアドバイスする。また、特に穀物を始めとした作物の加工を可能にする。

## 生計基準 7.2： 収入、雇用

収入創出と雇用が実現可能な場合、男女共、適切な収入機会への公平なアクセスを得る。

### 基本行動

1. ジェンダーに考慮した市場評価に基づき、収入創出活動に関する決定を行う。
  - 収入創出活動への参加が子どもの世話等の責任を阻まないように注意し、低栄養等の公衆衛生リスクを減らす。
  - コミュニティメンバーの労働率、熟練および非熟練労働者の国の最低賃金を理解する。
2. 参加型分析に基づき、食料、現金、クーポン、またはこれらの組み合わせなどの、支援の提供方法を決定する。
  - 現地の能力、安全性、目下のニーズ、公平なアクセス、既存の市場システム、影響を受けた人びとの好みを理解する。
3. 仕事の種類、現地の規則、生計の回復目標、現地の平均的な報酬レベルに基づき、報酬レベルを決定する。
  - 雇用支援に参加できない世帯への無条件の食料や現金給付などのセーフティネットを検討する。
4. インクルーシブ（包摂的）で安全な仕事環境を作り、維持する。
  - 職場におけるセクハラ、差別、搾取、虐待等のリスクをモニタリングし、クレームには迅速に対応する。
5. 民間企業等の利害関係者と協力し、持続可能な雇用機会を創出する。
  - 資本資源を公平に提供し、生計回復を促進する。
6. 環境に配慮した収入創出活動をできる限り選択する。

---

### 基本指標

一定期間中に純所得を増やすことのできた人びとの割合

融資へのアクセスがある世帯の割合

収入創出活動を多様化した人びとの割合

一定期間内（6-12 ヶ月）に持続可能な生計活動に関わった、または収入を得られる自営の人びとの割合

機能している市場や他の生計支援の公的または民間のサービスへの物理的または経済的アクセスのある人びとの割合

---

### ガイダンスノート

**分析：**ジェンダーを考慮した労働および市場の分析は、生計活動の正当化や定義、生計回復、回復力（レジリエンス）の向上、結果の維持に必須である。個人の家庭での役割を理解することは、子どもや高齢者の世話、教育や医療へのアクセス等の機会費用に対応する上で重要である。

既存のツールを使用し、市場と経済システムを理解する。食料支援は、危機発生前後の市場機能と、貧しい人びとの生活を向上させる可能性に基づいて実施する。若者、障がい者、妊婦、高齢者等リスクの高いグループの代替策や適応策を検討し、彼らのスキル、経験、能力、リスク、緩和策を分析する。世帯のメンバーが季節労働のために移住する習慣があるか調査する。市場や生計機会へのアクセスが影響を受けた人びとのさまざまなグループにとって困難であることを理解し、アクセスをサポートする。

**セーフティーネット e** : 高齢の夫婦等、収入創出活動に参加できない人びともいる。また、危機により、家庭での役割や健康状態が変わり、労働に参加できなくなる場合がある。このような場合、国の既存の社会保護制度と組み合わせた、短期的なセーフティーネットが有益である。必要に応じて、新しいセーフティーネットを推奨する。セーフティーネットの提供は、資源の公平な配分に基づき、必要に応じて女性や少女も資源へ直接アクセスできるようにする。同時に、セーフティーネット対象者と共に、安全で持続可能な収入創出活動への移行方法を検討する。現金給付は、持続可能性と社会保護戦略の一環として、既存のセーフティーネット構築支援と連携させる。

**報酬 a** : 有給の雇用支援を実施する際は、事前に市場分析を行なう。報酬は、現金、食料、またはこれらの組み合わせとし、食料の確保が難しい世帯のニーズを満たすものとする。プロジェクトの目標、労働者への期待、仕事条件、報酬量と方法を参加者に伝える。

報酬は、コミュニティにおける仕事に対する報酬としてではなく、人びとが自分の生活を向上させる励みとして与える。人びとの購入ニーズや、教育、医療、社会的義務等他の基本的ニーズを満たすことが可能になるために現金や食料を提供することによる影響を考慮する。報酬の種類やレベルはケースバイケースで決定する。取り決めた仕事において、男女の報酬が公平であることをモニタリングし、特定のグループに対する差別を防ぐ。

報酬が物資で支払われる場合、現地の市場における転売価格の影響を考慮する。新たな収入創出活動は、既存の収入源に取って代わるのではなく、促進させるものとする。報酬によって現地の労働市場に、賃金の上昇、他の活動の労働力を奪う、基本的な公共サービスを阻む等の負の影響を与えてはならない。

**購買力** : 現金給付は現地経済にポジティブな相乗効果を与えることができるが、主要物資の価格上昇を引き起こすこともある。食料配給も対象者の購買力に影響する。特定の食料、または食料の組み合わせの購買力は、対象世帯がその食料を消費するか、または売るかの選択に影響する。油等の商品は、混合食品等より低い価格で買うことができる。食料配給の全体的な影響を評価する際は、家庭における食料の売買を把握することが重要である。

**労働場所の安全** : 公衆衛生リスクの最小化や怪我の処置には、実践的な手順を使用する。例えば、研修、防護服、救急処置セット等を必要に応じて提供する。また、伝染病や HIV への感染リスクを最小化する。労働場所への安全な道を確保し、道が暗い場合は懐中電灯等を提供する。危険の警告には、ベル、笛、無線等を使用する。移動はグループで行うことを推奨し、夜の移動は避ける。労働者全員が緊急時の対応を知り、早期警報システムにアクセスできるようにする。女性や少女も同様に守られるよう、仕事場における差別に対応する。

**世帯における役割 kr** : 影響を受けた人びとと定期的に話し合い、また必要に応じて男女別に話し合い、収入創出活動、キャッシュフローワーク（労働対価による支援）、世帯のニーズ等に関する好みや優先事項を把握する。仕事量や、伝統的な男女間の役割分担の変化、女性による財産の管理が増えたことによる家庭内対立について話し合う。

キャッシュフローワーク（労働対価による支援）では、男女の身体状態や日課、例えば礼拝時間や祭日の文化的な適性を考慮する。支援は、人びとの時間を過度に要求するものであってはならない。また、既存の生産的活動から世帯の資源を奪ったり、他の雇用や教育へのアクセスを阻んではならない。収入創出活動への参加は、最低労働年齢に関する国の法律を遵守する。一般的な最低労働年齢は、義務教育修了の年齢である。小さな子どもの親が支援に参加している場合は、適切な予算配分がなされた保育施設を労働場所に設置すると良い。

**環境管理 t** : 食料支援やキャッシュフローワーク（労働対価による支援）を通して、植林、キャンプ清掃、環境復興等の環境活動への人びとの参加を促す。このような活動は、短期的ではあるが、周囲の環境への人びとの関与を促進することができる。

労働環境のアクセシビリティや安全を考慮する。撤去する瓦礫等が有害物質を含んでいないことを確認する。キャッシュフローワーク（労働対価による支援）では、産業施設や廃棄物処理施設の撤去は行わない。

環境的に持続可能な建築資材の生産を収入創出活動として促進し、関連した職業訓練を提供する。生分解性の廃棄物を堆肥にする方法を訓練、推奨する。

**民間企業**：民間企業は、生計の保護や回復において、重要な役割を果たす。可能な場合は連携し、雇用機会を創出する。また、マイクロビジネスや中小企業の設立も支援する。ビジネス・テクノロジーインキュベータは、資本金や知識転移の機会を提供できる\* [MERSハンドブック](#) 参照。

DRAFT

## 付記 1 食料安全保障と生計に関する事前調査チェックリスト

食料安全保障評価では、収入や食料源と戦略に基づいて影響を受けた人びとを、所有資産のグループや階層による人口の分類も加味した大まかな生計グループに分類するのが一般的である。平時をベースライン値として、危機発生前と現在の食料安全保障の状況を比較する。男女それぞれの役割と脆弱性や、それらが世帯の食料の確保に及ぼす影響を考慮する。

以下のチェックリストでは、食料安全保障評価でカバーすべき広範な質問を挙げている。

### 生計グループの食料安全保障

- 人口の中に、同じ生計戦略をもつグループがいるか。これらのグループは、主要な食料や収入源に基づき、どのように分類できるか。

### 危機発生前状況ベースライン値

- 危機発生前、異なる生計グループはどのように食料や収入を得ていたか。平年の彼らの食料や収入源は何だったか。
- これらの食料や収入源は、季節や地域により平時はどのように変化していたか。季節別カレンダーの作成が便利である。
- すべてのグループは、適切な質の十分な食料を得て、十分な栄養を摂取していたか。
- すべてのグループは、基本的ニーズを満たすために十分な収入を無害な方法で得ていたか。食料、教育、医療、石鹸等の家庭日用品、服、種子、農具等の生産のための資機材を考慮する。(最後の2つの質問により、慢性的な問題の存在を特定する。既存の問題は危機により悪化するため、問題が慢性的、急性的であるかに基づき、適切な対応を行なう。)
- 過去5-10年の間、食料の確保状況は毎年どのように変化したか。タイムラインや履歴の作成が便利である。
- 異なる生計グループは、食料備蓄、現金貯蓄、家畜、投資、融資、未請求の借金等を含め、どのような財産、貯蓄、その他の備蓄を保持しているか。
- 1週間または1ヶ月の世帯の出費には何が含まれているか。各アイテムの占める割合は。
- 世帯で現金を管理しているのは誰か。現金は何に使われているか。
- 生活必需品が入手可能な一番近い市場へのアクセスはどうか。距離、治安、移動のしやすさ、市場情報の入手可能性、アクセス、輸送等を考慮する。
- 食料等の生活必需品の入手可能性と価格はどのくらいか。
- 危機発生前の、食料や農業のための資機材、保健などの基本ニーズと、換金作物、家畜、賃金等の収入源と平均的な交換条件はどうだったか。

### 危機発生時の食料保障



- 特定された各生計グループのさまざまな食料と収入源に、危機はどのように影響したか。
- 各グループの通常時の季節別食料安全保障パターンに、危機はどのように影響したか。
- 金融サービスへのアクセス、市場、生活必需品の入手可能性と価格に、危機はどのように影響したか。
- 各生計グループの危機への対処方法は何か。関与している人の割合は。これは、危機前と比べてどのように変化したか。
- どのグループや人口が最も影響を受けているか。
- 危機への対処方法は、人びとの金融資産やその他資産にどのように短期的または中期的影響するか。
- すべての生計グループや脆弱性の高い人びとの対処方法は、彼らの健康、福祉、尊厳にどのように影響するか。対処方法に伴うリスクはあるか。

## 付記 2

### 種子の確保に関する事前調査チェックリスト

以下の質問は、種子の確保を評価するための質問例である。種子の確保に関する評価では、ハイブリッド種子と遺伝子組み換え種子に関する各国の規制を考慮する。

#### 危機前の状況（ベースライン値）

- 農家にとって最も大切な作物は何か。また、その作物を消費、収入、または両方のためにどう使っているか。その作物は毎シーズン作られているか。危機発生時に重要となる他の作物は何か。
- 農家は、これらの作物の種子や植え付け道具をどのように手に入れているか。すべての入手経路を考慮する。
- 各主要作物の播種パラメータは何か。平均的な作付面積、播種量、植えた種に対する収穫した種や穀物の比率によって導く増殖率は。
- 特定の作物の中で、重要または好まれている品種および現地の気候に合った品種はあるか。
- 特定の作物や品種にとって不可欠な生産のための資機材は何か。
- 生産中や生産後の各段階における意思決定、作物の管理、作物製品の処理に責任があるのは世帯の誰か。

#### 危機後の状況

- 農業関連の介入は、対象者の観点からして実施可能か。
- 危機により最も影響を受けた作物は何か。その作物に焦点を当てるべきか。または、当てるべきでないか。その理由は。
- 農家は、作物の栽培、収穫、販売、消費が可能にまで、状況が安定し、安全になったと確信しているか。
- 農家は、農地や肥料、農具、役畜などその他の生産手段へアクセスできるか。
- 農家は、農業に再び取り組む準備ができているか。

#### 種子の供給と需要評価：家での備蓄

- 種蒔きに十分な量の、農家自身が収穫した種子、または隣人等の社会的つながりを通して得た種子を含む自前の種子はあるか。
- 農家はその作物をまだ植えたいか。その作物は現地条件に適しているか。需要はあるか。
- 農家自身の生産で得た品種は、次のシーズンの植え付けに適しているか。種子の質は、農家の通常の基準を満たしているか。

### 種子の供給と需要評価：現地の市場

- 危機に関わらず、市場は通常機能しているか。市場開催日があるか、農家は自由に移動し、売買することができるか。
- 入手可能な種子や穀物の量は、通常時の同時期の量と同等か。
- 農家が栽培に適していると考えられる作物や品種は市場に出回っているか。
- 種子や穀物の現在の市場価格は、通常時の同時期の価格と同等か。価格に差がある場合、農家にとって問題になるか。

### 種子供給と需要評価：公的制度

- 公的制度が提供する作物・品種は、特定のストレスゾーンに適しているか。農家はその作物や品種を使用する証拠はあるか。
- 入手可能な公的制度の種子は、危機による需要を満たすことができるか。満たすことができない場合、農家のニーズをどの程度満たすことができるか。

## 付記 3 栄養に関する事前調査チェックリスト

以下の質問例は、低栄養の根本的原因、栄養に関するリスクのレベル、対応の可能性を評価するためのものである。これらの質問は、低栄養の原因の概念的フレームワークに基づいている<sup>Ⓜ</sup> [図 7 食料安全保障と栄養の基本的概念: 栄養不良のさまざまな原因](#) 参照。情報収集には、主要情報提供者のインタビュー、2次データのモニタリング、レビュー等さまざまな情報源と評価ツールが必要となる。

### 緊急事態の発生前

影響を受けた人びとの低栄養の性質、レベル、原因に関して、どのような情報がすでにあるか<sup>Ⓜ</sup> [食料安全保障と栄養評価基準 1.1](#) 参照。

### 現在の低栄養リスク

食料へのアクセスの減少に伴う低栄養のリスクは何か<sup>Ⓜ</sup> [付記 1: 食料安全保障および生計に関する事前調査チェックリスト](#) 参照。

乳幼児の食事とケアに伴う低栄養のリスクは何か。

- 家庭での役割と責任に影響するような、移住、国内避難、紛争等の労働や社会パターンの変化はあるか。
- 通常の家族構成に変化はあるか。養育者から分離された子どもは多いか。
- 通常のケア環境が避難等により中断され、2次介護者や食料と水へのアクセスに影響を及ぼしているか。
- 母乳を与えられていない幼児はいるか。人工母乳を与えられている幼児はいるか。
- 危機発生時に乳児の食事状況が悪化した証拠や疑いはあるか。母乳育児の開始率や完全母乳育児率の低下はあるか。人工母乳率や、母乳を与えられていない乳児の割合に増加はみられるか。
- 年齢に応じた、十分に栄養的で安全な補助食品、およびそれらを準備する方法への衛生的なアクセスはあるか。
- 寄付または購入されたベビーミルク、他乳製品、哺乳瓶、哺乳瓶用乳首等の母乳代用品および関連用品の一般配給の証拠や疑いはあるか？
- 牧畜民コミュニティにおいて、家畜は幼児から離れた場所で長期間遊牧されているか。ミルクへのアクセスは平時から変化したか。
- HIVは世帯レベルでのケアに影響を及ぼしているか。
- 一般食料配給は、高齢者や食事が困難な人に適応しているか。一般食料配給のエネルギー・微量栄養素量を測る。食料の嗜好性、咀嚼性、消化性などの受容性を確認する。

劣悪な公衆衛生に伴う低栄養のリスクは何か。

- 栄養状態に影響するはしか、急性下痢性疾患など病気の流行は報告されているか。流行のリスクはあるか<sup>Ⓜ</sup> [必要最低限の保健医療 – 感染症基準 2.1](#) 参照。

- 影響を受けた人びとのほしかの推定予防接種率は何パーセントか<sup>⑥</sup> [必要最低限の保健医療 – 子どもの保健医療基準 2.2.1. 参照](#)。
- ほしかの予防接種と共に、ビタミンAは定期的に提供されているか。ビタミンAの推定補給率は何パーセントか。
- 粗死亡率または5歳未満死亡率を含む死亡率の推定はされているか。推定死亡率は何パーセントか。どのような手法で計算されたか<sup>⑥</sup> [保健医療における本質的概念](#) 参照。
- 急性呼吸器感染症の罹患率やエネルギー必要量に影響する可能性のある気温の大幅な低下はあるか。または、予測されているか。
- HIV感染率は高いか。
- 貧困や病気により、既に低栄養のリスクが高い人はいるか。
- 結核の罹患率やリスクが高く、人口が過密しているか。
- 糖尿病、関節炎、心臓病、貧血等の非伝染病は報告されているか。
- マラリア感染率は高いか。
- 長時間水の中にいたり、濡れた服を着ているなど、過酷な環境に晒されている人はいるか。

介入の実施が可能な現地の公的または民間機関はあるか。

- 長期的および短期的に現地に存在している保健省、宗教団体、コミュニティサポートグループ、母乳保育サポートグループ、NGO等には、どのような能力があるか。
- 現地コミュニティ、個人、NGO、政府機関、国連機関、宗教団体等により既に実施されている栄養面の介入やコミュニティベースの支援にはどのようなものがあるか。過去や現在、または中止された栄養政策、予定中の長期支援、実施中または予定中の支援にはどのようなものがあるか。

## 付記 4 急性栄養不良の判定

主要な栄養面での緊急状態においては、栄養評価や栄養支援に、6 ヶ月未満の乳児、妊婦、授乳中の女性、子ども、青年、成人、高齢者を含むことが必要となる場合がある。

### 6 ヶ月未満の乳児

この年齢層はまだ研究対象群であり、評価や管理に使える基本的エビデンスは限定されている。多くのガイドラインは、6 ヶ月未満児には推奨されていない上腕周囲径 (MUAC) 測定を除き、6-59 ヶ月児の急性栄養不良の場合と同様、身体測定による症例定義を推奨している。入院基準は発達状態ではなく、測定サイズに焦点をあてる。

NCHS (National Center for Health Statistics) 発育基準から世界保健機関 (WHO) の発育基準 2006 年版 (世界保健機関 (WHO) 2006 Growth Standards) に基準を変更したことにより、より多くの 6 ヶ月未満の乳児の衰弱が報告されるようになった。結果として、より多くの乳児が栄養支援に参加したり、保護者が完全母乳育児の適性について懸念を示すことがある。以下の点を評価、考慮することが重要である：

- ・ 乳児の身長：身体のサイズではなく、成長率が良いか。低出生体重から追いつけている場合もある。
- ・ 乳児の食事状況：完全母乳育児か。
- ・ 健康状態：乳児には治療可能な疾病もしくは合併を示していたり、潜在的なリスクがないか。
- ・ 母親の状態：家族のサポートがない状況や、抑うつ状態であるか。入院での治療栄養支援では、高リスクの乳児を優先する。

### 6-59 ヶ月児

以下の表は、6-59 ヶ月児の急性栄養不良の一般的な基準を示している。世界保健機関 (WHO) の子供発育基準 2006 年版 (世界保健機関 (WHO) 2006 Child Growth Standards) に基づき、体重身長比を計算する。体重身長比の Z スコア (世界保健機関 (WHO) 基準に基づく) は、身体測定結果の報告に最も適している。MUAC は急性栄養不良の独自の基準であり、死亡率の予測に最も適している。低 MUAC 率は、補完食と治療の対象者数の予測にも用いることができる。一般的な基準では、11.5cm 未満が重度の急性栄養不良、11.5-12.5 cm が中程度の急性栄養不良とされる。MUAC は、二段階のスクリーニングの一部として、高いカットオフ値でも使用される。MUAC は身体測定で単独で用いられるべきではないが、栄養支援の単独の入院基準としては用いることができる。

	全体的急性栄養不良I	中程度の急性栄養不良	重度の急性栄養不良
6-59ヶ月児	WFH < -2 Z score および (または) MUAC < 12.5cm および (または) 栄養性浮腫	WFH -3 to -2 Z score および (または) MUAC 11.5-12.5cm	WFH < -3 Z score および (または) MUAC < 11.5cm および (または) 栄養性浮腫
高齢者	MUAC 21cm MUAC 21cm	MUAC 18.5-21.0cm MUAC 18.5-21.0cm	MUAC 18.5cm MUAC 18.5cm

	全体的急性栄養不良 <sup>1</sup>	中程度の急性栄養不良	重度の急性栄養不良
妊婦、授乳中の女性	MUAC < 23cm (状況に応じて < 210mm)	MUAC 18.5–22.9cm	MUAC < 18.5cm
成人(HIV・結核患者を含む)	BMI <18.5	BMI 16–18.5	BMI <16

### 5-19 歳の子ども

5-19 歳の栄養状態の判断には、世界保健機関（WHO）の発育基準 2007 年版（世界保健機関（WHO）2007 Growth Standards）を使用する。この基準は、6-59 ヶ月児の世界保健機関（WHO）子供発育基準（世界保健機関（WHO）Child Growth Standards）および成人の推奨カットオフ値に密接に沿っている。年齢の高い子どもと青年には、特に HIV がある場合、MUAC を用いることを検討する。この技術分野はまだ発展中のため、常に最新の指針と技術を参照する。

### 成人（20-59 歳）

成人の急性栄養不良に関する合意された定義はないが、重度の急性栄養不良のカットオフ値は、ボディマス指数（BMI）が 16 未満、軽中程度の急性栄養不良は 18.5 未満とされている。成人の栄養不良の判定では、体重・身長・座高・MUAC を収集することを目的とし、これらのデータで BMI を計算する。BMI を Cormic Index（座高身長比）に補正する際は、人口間の比較のみに使用する。このような補正は、成人の低栄養率を大幅に変化させ、支援計画に大きく影響する。MUAC は常に測定する。即時の結果が必要な場合や、資源が著しく限定されている場合は、MUAC 測定値のみを調査に用いる。

有効な立証済みデータとベンチマークがない場合は、身体測定結果の解釈が複雑になるため、具体的な状況の情報を考慮して解釈する。評価の指針は⑥ [参照・参考文献](#) 参照。

栄養状態の入院と退院に関するスクリーニングでは、身体指標、臨床症状、特に衰弱や最近の体重減少、食料へのアクセス、介護者の有無、避難所など社会的要因を組み合わせ用いる。成人の浮腫の原因は必ずしも栄養不良ではないことに注意し、他の原因を排除するために臨床医が診察するべきである。各人道組織は、BMI の欠点、MUAC の情報不足度、これらの使用が支援に与える影響を考慮した上で、ケア対象者の選定に使用する指標を決定する。この技術分野はまだ発展中のため、常に最新の指針と技術を参照する。

MUAC は、栄養支援に参加する妊婦のスクリーニングツールとしても用いることができる。妊婦は栄養ニーズが高いため、他のグループよりリスクが高いことがある。MUAC は妊娠中に大きく変化するものではない。MUAC が 20.7cm 未満（重度）または 23cm 未満（中程度）の場合、胎児の成長障害のリスクを示す。リスクの推奨カットオフ値は国ごとに異なり、21-23cm の間である。緊急時にリスクがある女性への適切なカットオフ値は 21cm 未満と考える。

### 高齢者

高齢者の栄養不良に関する合意された定義はないが、高齢者は危機発生時の栄養不良のリスクが高いグループである。世界保健機関（WHO）によると、成人の BMI 基準が 60 歳以上にも適切である。しかし、背骨湾曲（猫背）や脊椎の圧縮により、高齢者の正確な測定は難しい。身長の代わりに腕の長さやデミスパンの測定が可能だが、身長計算の乗算係数は人口により異なる。また、目視評価が必要である。MUAC は高齢者の栄養不良の測定に有効だが、適切なカットオフ値はまだ研究中である。

### 障がい者

身体障がい者の測定に関するガイドラインは現在存在しないため、身体障がい者は身体測定から除外されることが多く、目視評価が必要である。移動のために上腕筋が鍛えられている場合、MUAC 測定

は正確ではない。標準的な長さ、腕の長さ、デミспан、下肢の長さを含む身長測定には代替法がある。体重、身長、MUAC の標準的な測定が適切でない場合は、最新の研究を参照し、最適な方法を決定する。

DRAFT



## 付記 5 微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重要性の判定

臨床的微量栄養素欠乏症は、個別に緊急治療する。個別の臨床的微量栄養素欠乏症は、人口レベルの微量栄養素欠乏症の根本的な問題を示していることが多い。介入の計画とモニタリングには、微量栄養素欠乏症を人口レベルで評価・分類することが重要である。

生化学的検査は、微量栄養素状態の客観的な目安となる。ただし、検査用の生体サンプルの収集には、ロジスティックス、スタッフ訓練、コールドチェーン、受容性等の課題がある。また、生化学的検査は、必ずしも感度や特定性が高いわけではない。例えば、急性栄養不良では、生体サンプルが収集された時間や季節により、結果が変化してしまう。検査には優れた品質管理が不可欠であり、検査機関を選ぶ際に常に考慮する必要がある。

微量栄養素状態を評価する際は、欠乏だけでなく、特に複数の高度強化食品や補助食品が提供されている場合は、過剰摂取の可能性も考慮する。

微量栄養素欠乏症は、高齢者の精神のおよび身体的健康、免疫システム、機能的能力に大きく影響する。

以下の表は、いくつかの微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重要性を、さまざまな指標を元に分類したものである。生化学的検査や公衆衛生基準に関する情報は、最新の出版物や専門家の意見を参照する。

微量栄養素欠乏指標	発症率調査に適した年齢層	公衆衛生問題の定義	
		重症度	発症率 (%)
ビタミンA欠乏			
夜盲症 (XN)	24-71 ヶ月	軽度	0 ≤ 1
		中程度	1 ≤ 5
		重度	5
ビトー斑 (X1B)	6-71 ヶ月	指定なし	>0.5
角膜乾燥症、潰瘍、角膜軟化症 (X2, X3A, X3B)	6-71 ヶ月	指定なし	>0.01
角膜瘢痕 (XS)	6-71 ヶ月	指定なし	>0.05
血清レチノール (≤ 0.7 μmol/L)	6-71 ヶ月	軽度	2 ≤ 10
		中程度	10 ≤ 20
		重度	20
ヨウ素欠乏			
甲状腺腫 (目視・触知可能)	School-age children 就学年齢児	軽度	5.0-19.9
		中程度	20.0-29.9
		重度	30.0
尿中ヨウ素濃度中央値 (mg/l)	就学年齢児	過剰摂取	>300
		適量摂取	100-199
		軽度欠乏	50-99

スフィアハンドブック 2018 日本語版 6. 食料安全保障と栄養(本文のみ)

微量栄養素欠乏指標	発症率調査に適した年齢層	公衆衛生問題の定義	
		重症度	発症率 (%)
		中程度欠乏	20-49
		重度欠乏	<20
<b>鉄分欠乏</b>			
貧血 (非妊娠女性ヘモグロビン < 12.0g/dl、6-59ヶ月児 < 11.0g/dl)	女性、子ども 6-59ヶ月	低	5-20
		中	20-40
		高	40
<b>脚気</b>			
臨床兆候	全人口	軽度	1 case and <1%
		中程度	1-4
		重度	5
摂取量 (< 0.33mg/1,000kCal)	全人口	軽度	5
		中程度	5-19
		重度	20-49
乳児死亡率	乳児 2-5ヶ月	軽度	増加なし
		中程度	若干増加
		重度	顕著な増加
<b>ナイアシン欠乏症</b>			
調査対象年齢グループの臨床兆候 (皮膚炎)	全人口または 16歳以上の女性	軽度	症例1件以下、 <1%
		中程度	1-4
		重度	5
ナイアシン当量摂取 < 5mg/日	全人口または 16歳以上の女性	軽度	5-19
		中程度	20-49
		重度	50
<b>壊血病</b>			
臨床兆候	全人口	軽度	症例1件、 <1%
		中程度	1-4
		重度	5

## 付記 6

### 栄養所要量

以下の表は、危機の初期段階における計画に使用する。記載した栄養所要量は、一般配給の評価に使用する。栄養補給、治療配給や、結核、HIV と共に生きる人等の特定のグループに向けた配給の評価では使用しない。

栄養素	最低所要量
エネルギー	2,100kCal
タンパク質	53g (全エネルギーの10%)
脂肪	40g (全エネルギーの17%)
ビタミン A	550 $\mu$ g レチノール活性当量 (RAE)
ビタミン D	6.1 $\mu$ g
ビタミン E	8.0mg $\alpha$ -トコフェロール当量 ( <i>alpha TE</i> )
ビタミン K	48.2 $\mu$ g
ビタミン B1 (チアミン)	1.1mg
ビタミン B2 (リボフラビン)	1.1mg
ビタミン B3 (ナイアシン)	13.8mg ナイアシン当量 (NE)
ビタミン B6 (ピリドキシン)	1.2mg
ビタミン B12 (コバラミン)	2.2 $\mu$ g
葉酸	363 $\mu$ g 食事性葉酸当量 (DFE)
パントテン酸	4.6mg
ビタミン C	41.6mg
鉄分	32mg
ヨウ素	138 $\mu$ g
亜鉛	12.4mg
銅	1.1mg
セレン	27.6 $\mu$ g
カルシウム	989mg
マグネシウム	201mg

出典：「Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition, 2nd edition」（国連食糧農業機関（FAO）/世界保健機関（WHO），2004）による RNI を、銅を除くすべてのビタミン・ミネラルの所要量に使用（銅は同書に含まれていない）。銅の所要量は、「Trace Elements in Human Nutrition and Health」（世界保健機関（WHO），1996）参照。

一般人口の所要量は、全年齢層と男女の所要量を組み入れたものであり、特定の年齢層、性別や個人に向けたものではない。所要量は、人口統計プロフィール、気温、人びとの活動レベルの推定に基づいている。また、妊婦や授乳中の女性の追加的ニーズも考慮している。

所要量は、エネルギーと銅を除き、基準栄養摂取量（Reference Nutrient Intake, RNI）として示している。

マクロおよび微量栄養素に関する最新情報や研究は、国連食糧農業機関（FAO）と世界保健機関（WHO）のウェブサイトに掲載されている。

エネルギー所要量は、以下の要因に合わせて調整する：

- 人口構成（特に、5歳未満、女性、高齢者、青年の割合）
- 成人の平均体重、現在、平時、理想の体重
- 生産的生活を維持するための活動レベル（活動レベルが軽度を超える場合（1.6 x 基礎代謝量の所要量は増加する）
- 現地の平均気温、住居や衣服の性能（平均気温が20度未満の場合、所要量は増加する）
- 人びとの栄養と健康状態（人口が栄養不良状態にあり、成長の遅れを取り戻す必要がある場合、所要量は増加する。HIV感染率は平均所要量に影響する可能性がある。状況分析や国際勧告に基づき、これらのニーズを満たす一般配給を調整する。）

調整の計算方法に関しては、[④ UNHCR, UNICEF, WFP および WHO \(2002\), 緊急時の食料および栄養ニーズと WFP \(2001\), 食料と栄養 ハンドブック](#) 参照。

このような情報を評価から得ることができない場合、上記の数値を最低所要量として用いる。

性別、年齢等による人口構成の分類に関しては、国のベースラインデータ、または世界人口予測（World Population Prospects）を参照する：<https://esa.un.org/unpd/wpp/>

---

## 参照・参考文献

### 全般

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Emergency Preparedness and Response Package. WFP, 2012. <http://documents.wfp.org>

Harvey, P. Proudlock, K. Clay, E. Riley, B. Jaspars, S. Food Aid and Food Assistance in Emergencies and Transitional Contexts: A Review of Current Thinking. Humanitarian Policy Group, 2010.

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. [www.refworld.org](http://www.refworld.org)

IASC Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010.

Lahn, G. Grafham, O. Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs. Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. [www.参照。 pnetwork.org](http://www.pnetwork.org)

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Assistance. CPWG, 2016. <http://cpwg.net>

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. [www.ineesite.org](http://www.ineesite.org)

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. [www.cashlearning.org](http://www.cashlearning.org)

Pejic, J. The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework. International Review of the Red Cross, 2001. <https://www.icrc.org>

Safe Fuel and Energy Issues: Food Security and Nutrition. Safe Fuel and Energy, 2014. [www.safefuelandenergy.org](http://www.safefuelandenergy.org)

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12). United Nations Economic and Social Council, 1999. [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)

The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction. UNISDR. <https://www.unisdr.org>

### アセスメント (事前調査)

RAM-OP: Rapid Assessment Method for Older People. [www.helpage.org](http://www.helpage.org)

SMART (Standardized Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines and Methodology. SMART. <http://smartmethodology.org>

### 栄養

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

Chastre, C. Duffield, A. Kindness, H. LeJeane, S. Taylor, A. *The Minimum Cost of Diet: Findings from piloting a new methodology in Four Study Locations*. Save the Children UK, 2007.

<https://resourcecentre.savethechildren.net>

Codex Alimentarius. *Standards, Guidelines and Advisory Texts*. FAO and WHO. [www.fao.org](http://www.fao.org)

*Food and Nutritional Needs in Emergencies*. WHO, UNHCR, UN Children's Fund, WFP, 2004. [www.who.int](http://www.who.int)

*International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes*. WHO, 1981. [www.who.int](http://www.who.int)

### 急性栄養不良対策

Black, RE. Allen, LH. Bhutta, ZA. Caulfield, LE. de Onis, M. Ezzati, M. Mathers, C. Rivera, J. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences*. *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 2008, pp. 243–260. <https://doi.org>

### 参加型手法

Bonino, F. *What Makes Feedback Mechanisms Work*. ALNAP, 2014.

### 乳幼児の食事

*Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children*. WHO, 2009.

*Early Childhood Development in Emergencies: Integrated Programme Guide*. UNICEF, 2014.

<https://www.unicef.org>

*Integrating Early Childhood Development Activities into Nutrition Programmes in Emergencies: Why, What and How?* UNICEF & WHO Joint statement, 2010. [www.who.int](http://www.who.int)

*Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies*. IFE Core Group, 2017.

<https://www.enonline.net>

### 子ども

*Growth reference for school-aged children and adolescents*. WHO, 2007. [www.who.int](http://www.who.int)

### 食料安全保障

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

Caccavale, O. Flämig, T. *Collecting Prices for Food Security Programming*. World Food Programme, 2015.

<http://documents.wfp.org>

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

*Food Safety and Quality*. FAO and WHO. [www.fao.org](http://www.fao.org)

*Food Security Cluster Urban Group Tools and Pilot Projects*. Food Security Cluster. <http://fscluster.org>

*Food Security Cluster Core Indicator handbook*. Food Security Cluster. <http://fscluster.org>

*Humanitarian, Impact areas*. Global Alliance for Clean Cookstoves, 2018. <http://cleancookstoves.org>

*Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3*. IPC Global Partners, 2018.

*Save Food: Global Initiative on Food Loss and Waste Reduction – Extent, Causes and Reduction.* FAO and WHO. <http://www.fao.org>

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

*Technical Guidance Note: Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis (FCS-N).* WFP, 2015. <https://www.wfp.org>

*Tier ranking from the IWA interim ISO standards.* Global Alliance for Clean Cookstoves. <http://cleancookstoves.org>

*Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security.* Committee on World Food Security, 2005.

### 食料支援

*Guide to Personal Data Protection and Privacy.* WFP, 2016. <https://docs.wfp.org>

*Integrated Protection and Food Assistance Programming.* ECHO-DG, Final Draft. <https://reliefweb.int>

*NutVal 2006 version 2.2: The planning, calculation, and monitoring application for food assistance programme.* UNHCR, WFP, 2006. [www.nutval.net](http://www.nutval.net)

*Protection in Practice: Food Assistance with Safety and Dignity.* UN-WFP, 2013. <https://reliefweb.int>

*Revolution : From Food Aid to Food Assistance – Innovations in Overcoming Hunger.* WFP, 2010. <https://documents.wfp.org>

### 種子介入

*Seed System Security Assessment (SSSA).* CIAT and DEV, 2012. <https://参照。dsystem.org>

*Seeds in Emergencies: A Technical handbook.* FAO, 2010. [www.fao.org](http://www.fao.org)

### 市場を介した支援の提供および現金給付型支援(CBA)

*CaLP CBA quality toolbox:* [pqtoolbox.cashlearning.org](http://pqtoolbox.cashlearning.org)

*Cash and Vouchers Manual.* WFP, 2014. <https://www.wfp.org>

*E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines.* CaLP, 2013. [www.cashlearning.org](http://www.cashlearning.org)

*Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers.* ACF International, 2012. [www.actionagainsthunger.org](http://www.actionagainsthunger.org)

*Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action.* IASC, 2015. [www.gbvguidelines.org](http://www.gbvguidelines.org)

### ジェンダー

*Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action.* IASC, 2015. [www.gbvguidelines.org](http://www.gbvguidelines.org)

*Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists.* WHO and Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2005. [www.who.int](http://www.who.int)

### 障がい者

*Including Children with Disabilities in Humanitarian Action, Nutrition booklet.* UNICEF.  
<http://training.unicef.org>

*Module on Child Functioning and Disability.* UNICEF, 2018. <https://data.unicef.org>

### 生計

*CLARA: Cohort Livelihoods and Risk Analysis.* Women's Refugee Commission, 2016.  
<https://www.womensrefugeecommission.org>

*Sustainable Livelihoods Guidance Sheets.* DFID, 2000. <http://www.livelihoodscentre.org>

### 環境

*Flash Environmental Assessment Tool.* UNOCHA. [www.eecentre.org](http://www.eecentre.org)

*Handbook on Safe Access to Firewood and Alternative Energy.* WFP, 2012.

*Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3.* IPC Global Partners, 2018.

*Lahn, G. Grafham, O. Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs.* Chatham House, 2015.  
<https://www.chathamhouse.org>

*Moving Energy Initiative.* Chatham House, 2018. <https://mei.chathamhouse.org>

### 参考文献

For further reading suggestions please go to [www.spherestandards.org/handbook/online-resources](http://www.spherestandards.org/handbook/online-resources)

---

## 関連文献

### 初期評価

*Joint Assessment Mission (JAM): Guidelines Second Edition.* UNHCR/WFP, 2009.

*Multi-sector Initial Rapid Assessment (MIRA) Tool.* IASC, 2015.

*Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA).* WFP and UNICEF, 2016.

### 食料安全保障評価

*Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis.* FANTA, 2009. [www.fantaproject.org/publications/asq2009.shtml](http://www.fantaproject.org/publications/asq2009.shtml)

*Comparing Household Food Consumption Indicators to Inform Acute Food Insecurity Phase Classification.* FANTA, 2015. <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/HFCIS-report-Dec2015.pdf>

*Crop and Food Security Assessment Mission (CFSAM) Guidelines.* FAO and WFP, 2009. [www.wfp.org/food-security/assessments/crop-food-security-assessment-mission](http://www.wfp.org/food-security/assessments/crop-food-security-assessment-mission)

*Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines.* WFP, 2009.

*Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSHA) – second edition.* WFP, 2009.



*Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners.* CARE, 2002.

*Vulnerability and Capacity Assessment Guide.* IFRC. [www.ifrc.org/vca](http://www.ifrc.org/vca)

*The Household Economy Approach: A Guide for Programme Planners and Policy-makers.* Save the Children, 2008.

### 種子の確保に関する評価

Longley, C. Dominguez, C. Saide, M.A. Leonardo, W.J. *Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems.* Disasters, NCBI, 2002.

Sperling, L. *When Disaster Strikes: A guide to Assessing Seed System Security.* International Center for Tropical Agriculture, 2008.

### 生計評価

Jaspers, S. Shoham, J. *A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability.* ODI, 2002.

*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.* IASC, 2009.

### 市場

Adams, L. *Learning from Cash Responses to the Tsunami: Final Report, HPG background paper.* HPG, 2007. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/4860.pdf>

*Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid? Market Information and Food Insecurity Response Analysis.* CARE, 2008.

Creti, P. Jaspars, S. *Cash Transfer Programming in Emergencies.* Oxfam GB, 2006.

*Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies.* Save the Children UK, Oxfam GB and British Red Cross, with support from ECHO, CaLP, 2010.

Harvey, P. *Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper.* ODI, 2005.

*Implementing Cash-Based Interventions: A guide for aid workers.* Action contre la faim, 2007.

*Minimum Standard for Market Analysis (MISMA).* CaLP, 2013.

Mike, A. *Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit.* Oxfam GB, 2010.

*Multi-Sector Initial Rapid Assessments (MIRA) Guidance.* IASC, 2015.

### 食料消費

*Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet.* WFP, 2008. [www.wfp.org/content/technical-guidance-sheet-food-consumption-analysis-calculation-and-use-food-consumption-score-food-s](http://www.wfp.org/content/technical-guidance-sheet-food-consumption-analysis-calculation-and-use-food-consumption-score-food-s)

*Household Dietary Diversity Score (HDDS).* Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2006.

*Reference Nutrient Intake (RNI) publications.* WHO. [www.who.int/nutrition/publications/nutrient/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/nutrient/en/) and [www.who.int/elena/nutrient/en/](http://www.who.int/elena/nutrient/en/)

## 参加型手法

*Climate Vulnerability and Capacity Analysis handbook*. CARE, 2009.

*Climate Change and Environmental Degradation Risk and Adaptation Assessment (CEDRA)*. Tearfund, 2009.

*How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers*. IFRC, 2007.

*Participatory Vulnerability Analysis*. ActionAid, 2004.

## 栄養および食料安全保障情報システム

*Famine Early Warning Systems Network*. USAID. [www.fews.net](http://www.fews.net)

*Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS)*. FIVIMS, 2013. [www.fao.org/3/a-x8346e.pdf](http://www.fao.org/3/a-x8346e.pdf)

*Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture*. FAO. [www.fao.org/ES/gIEWS/english/index.htm](http://www.fao.org/ES/gIEWS/english/index.htm)

*Integrated Food Security Phase Classification, Technical Manual. Version 1.1*. IPC Global partners and FAO, 2008. [www.fao.org/docrep/010/i0275e/i0275e.pdf](http://www.fao.org/docrep/010/i0275e/i0275e.pdf)

Shoham, J. Watson, F. Dolan, C. *The Use of Nutrition Indicators in Surveillance Systems, Technical paper 2*. ODI, 2001. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3970.pdf>

## 身体測定評価

*A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality*. Centers for Disease Control and Prevention and WFP, 2005.

*Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting*, pp. 49–51. UN ACC Sub Committee on Nutrition, 2001.

Collins, S. Duffield, A. Myatt, M. *Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations*. ACC, Sub-Committee on Nutrition, 2000. [https://www.unscn.org/web/archives\\_resources/files/AdultsSup.pdf](https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/AdultsSup.pdf)

*Emergency Nutrition Assessment and Guidance for Field Workers*. Save the Children UK, 2004.

Young, H. Jaspars, S. *The Meaning and Measurement of Acute Malnutrition in Emergencies: A Primer for Decision Makers*. HPN, 2006. <https://odihpn.org/resources/the-meaning-and-measurement-of-acute-malnutrition-in-emergencies-a-primer-for-decision-makers/>

## 微量栄養素評価

Gorstein, J. Sullivan, K.M. Parvanta, I. Begin, F. *Indicators and Methods for Cross Sectional Surveys of vitamin and Mineral Status of Populations*. Micronutrient Initiative and CDC, 2007. [www.who.int/vmnis/toolkit/mcn-micronutrient-surveys.pdf](http://www.who.int/vmnis/toolkit/mcn-micronutrient-surveys.pdf)

## IYCF 評価

*Infant and young child feeding practices, Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide*. CARE, 2010. [www.enonline.net/resources](http://www.enonline.net/resources)

## 乳幼児の食事

*Baby Friendly Spaces Manual, Chapter 4 Feeding of the Non-Breastfed Infant.* ACF International, 2014.

*ECHO Infant and Young Children Feeding in Emergencies: Guidance for Programming.*  
[https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/toolkit\\_nutrition\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/toolkit_nutrition_en.pdf)

*Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.* UNICEF and WHO, 2003.

*Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations.* UNHCR, 2009.  
[www.ibfan.org/art/367-6.pdf](http://www.ibfan.org/art/367-6.pdf)

*Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies.* WHO, 2004.

*Global Nutrition Targets 2025, Breastfeeding Policy Brief.* WHO/UNICEF, 2014  
[www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025\\_policybrief\\_breastfeeding/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/)

*HIV and Infant Feeding: Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence.* WHO, 2010.

*IFE Module 1: Orientation package on IFE.* IFE Core Group and collaborators, 2009.  
[www.enonline.net/ifemodule1](http://www.enonline.net/ifemodule1)

*Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices.* USAID, AED, FANTA, IFPRI, UNICEF and WHO, 2007.

*Infant and Young Child Feeding Practices: Standard Operating Procedures for the Handling of Breast Milk Substitutes in Refugee Children 0–23 months and the Annex.* UNHCR, 2015. [www.unhcr.org/55c474859.pdf](http://www.unhcr.org/55c474859.pdf)

*Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations.* IFE Core Group and collaborators, 2007. [www.enonline.net/ifemodule2](http://www.enonline.net/ifemodule2)

*Protecting infants in emergencies, Information for the media.* IFE Core Group, 2009.  
[www.enonline.net/ifecoregroup](http://www.enonline.net/ifecoregroup)

*UNICEF Programming Guide on Infant and Young Child Feeding 2011.*  
[www.unicef.org/nutrition/files/Final\\_IYCF\\_programming\\_guide\\_2011.pdf](http://www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf)

## 食料安全保障全般

*Barrett, C. Maxwell, D. Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role.* Routledge, New York, 2005.  
<https://www.gordon.edu/ace/pdf/F06F&E4748BR5McNamara.pdf>

*Food and Nutrition Needs in Emergencies.* UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.

*Food Assistance Manual Series, General Distribution.* World Vision International, 2017.

*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.* IASC, 2005.

*Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action.* Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/minimum-standards-child-protection-humanitarian-action>

*Maxwell, D. Sadler, K. Sim, A. Mutonyi, M. Egan, R. Webster, M. Emergency Food Security Interventions, Good Practice Review #10.* Relief and Rehabilitation Network, ODI, 2008.  
<https://www.enonline.net/attachments/882/hpn-emergency-food-security-interventions.pdf>

*The Right to Adequate Food: Fact Sheet No.34.* OHCHR and FAO, 2010.  
[www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34en.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34en.pdf)

## 対象選定、食料配給

*Catalogue and Standard Operating Procedures. UN Humanitarian Response Depot, 2010. [www.unhrd.org](http://www.unhrd.org)*

*Food Quality Control. WFP, 2010. <http://foodqualityandsafety.wfp.org/>*

*Food Storage Manual. Natural Resources Institute and WFP, 2003.*

*Food Assistance Main Manual, Third edition. World Vision International, 2017.*

*Food Assistance in the Context of HIV: Ration Design Guide. WFP, 2008.*

*Food Resource Management handbook. CARE.*

*Jaspars, S. Young, H. General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities, Good Practice Review 3. Relief and Rehabilitation Network, ODI, 1995.*

*Logistics Operational Guide. WFP, Logistics Cluster, 2010.*

*School Feeding Quality Standards. WFP, 2009.*

*Targeting in Emergencies. WFP, 2006.*

*UNHCR handbook for Registration. UNHCR, 2003.*

## 種子介入

*Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics, 2002.*

*Sperling, L. Remington, T. Haugen, JM. Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10. International Centre for Tropical Agriculture and CRS, 2006.*

## 緊急時の栄養全般マニュアル

*A Toolkit for Addressing Nutrition in Emergency Situations. IASC, 2008.*

*Food and Nutrition Needs in Emergencies. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.*

*Food and Nutrition handbook. WFP, 2001.*

*Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies. UNHCR and WFP, 2009.*

*Harmonised Training Package (HTP). IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group, 2006.*

*Khara, T. Dolan, C. Technical Briefing Paper: The Relationship between Wasting and Stunting, Policy, Programming and Research Implications. ENN, 2014.*

*Medium Acute Malnutrition: A Decision Tool for Emergencies. GNC MAM Task Force, 2014.*

*Prudhon, C. Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations. ACF, 2002.*

*The Management of Nutrition in Major Emergencies. WHO, 2000.*

## 脆弱性の高い人びと

*Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. HelpAge International, 2001. <http://nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/4/2015/06/Nutrition-FINAL.pdf>*

*Food Assistance Programming in the Context of HIV. FANTA and WFP, 2007.*

*Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS. FAO and WHO, 2002.*

*Older People in Disasters and Humanitarian Crisis. HelpAge and UNHCR, 2007.*

*Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities. IASC, 2006.*

*Winstock, A. The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children. Winslow Press, 1994.*

### 急性栄養不良対策

*Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual. VALID International, 2006.*

*Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. WHO, WFP, UNSCN and UNICEF, 2007.*

*Integration of IYCF support into CMAM. ENN, IFE Core Group and collaborators, 2009.*

[www.ennonline.net/resources](http://www.ennonline.net/resources)

*MAMI Report, Technical Review: Current Evidence, Policies, Practices & Program Outcomes. ENN, CIHD and ACF, 2010.*

*Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. WHO, 1999.*

*Navarro-Colorado, C. Mason, F. Shoham, J. Measuring the Effectiveness of SFP in Emergencies. HPN, 2008.*

*Navarro-Colorado, C. Shoham, J. Supplementary Feeding Minimum Reporting Package. HPN, Forthcoming.*

*Training Guide for Community-based Management of Acute Malnutrition. FANTA, 2008.*

### 微量栄養素欠乏

*Guiding Principles for the Use of Multiple Vitamin and Mineral Preparations in Emergencies. WHO and UNICEF, 2007.*

*Iron deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Program Managers. UNICEF, UNU and WHO, 2001.*

*Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 2000.*

*Seal, A. Prudhon, C. Assessing Micronutrient Deficiencies in Emergencies: Current Practice and Future Directions. UN Standing Committee on Nutrition, 2007.*

<https://www.ennonline.net/attachments/893/micronutrientssup.pdf>

*Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999.*

*Thiamine deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999.*

*Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A deficiency and Xerophthalmia, Second Edition. WHO, 1997.*