スフィア ハンドブック

人道憲章と人道支援における
最低基準

Sphere

2018

スフィア
ハンドブック

人道憲章と人道支援における最低基準

スフィアとは？

人道憲章

権利保護の原則

人道支援の必須基準（CHS）

給水、衛生および衛生促進（WASH）

食料安全保障および栄養

避難所および避難先の居住地

保健医療

Sphere Association
3 Rue de Varembé
1202 Geneva, Switzerland
Email: info@spherestandards.org
Website: www.spherestandards.org

2000 年 第 1 版発行（日本語版：2001 年第 1 版発行）
2004 年 第 2 版発行（日本語版：2004 年第 2 版発行）
2011 年第 3 版発行（日本語版：2012 年第 3 版発行）
2018 年第 4 版発行（日本語版：2019 年第 4 版発行）

著作権 © Sphere Association, 2018
「事業の質と説明責任に関する人道支援の必須基準 (CHS)」の著作権
© CHS Alliance, Sphere Association and Groupe URD, 2018

不許複製。本書は著作権で保護されているが、研修、研究および支援活動など教育目的での使用の場合、著作権保持者に連絡の上、無償で複製することが可能である。この資料は再販を目的としたものではない。他の理由でのコピー、オンラインでの投稿、他の出版物への転載または翻訳、改作については info@spherestandards.org. にメール連絡し、事前に書面による許可を得なければならない。

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可能。

ISBN 978-1-908176-400 PBK
ISBN 978-1-908176-608 EPUB
ISBN 978-1-908176-707 PDF

引用：Sphere Association　スフィアハンドブック：人道憲章と人道支援に関する最低基準、2018 年発行 第 4 版、スイス、ジュネーブ
www.spherestandards.org/handbook

スフィアプロジェクトは人道支援の中核を形作る普遍的な最低基準、すなわちスフィアハンドブックを作成するため、NGO のグループと赤十字・赤新月運動によって 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支援の質および影響を受けた人びとへの、人道支援活動の説明責任を向上させることである。人道憲章と人道支援に関する最低基準は、多くの支援組織と支援に携わる人びとの経験の蓄積に基づき作成されたものであり、特定の支援組織の見解を示すものではない。2016 年、スフィアプロジェクトは Sphere Association として登録された。

Practical Action Publishing および世界中にある代行業者と代理店と連携して、本ハンドブックは Sphere Association が管理している。Practical Action Publishing（英国企業登録番号 1159018）は Practical Action が 100% 出資する出版社で、慈善目的の取引のみを行っている。

Practical Action Publishing, 27a, Albert Street, Rugby, CV21 2SG, United Kingdom
Tel +44 (0) 1926 634501; Fax +44 (0)1926 634502
Website: www.practicalactionpublishing.org/sphere

デザイン：Non-linear Design Studio、ミラノ、イタリア
印刷：Shortrun Press、イギリス
組版：vPrompt eServices、インド
日本語版編集・発行：
支援の質とアカウンタビリティ向上ネットワーク（JQAN）
〒 169-0051 東京都新宿区西早稲田 2 − 3 − 18 アバコビル 5 階　国際協力 NGO センター内
Tel: 03-5292-2911、Fax: 03-5292-2912
Email: qa@janic.org
Website: https://jqan.info/

2001 年　初版発行
2004 年　第 2 版発行
2012 年　第 3 版発行
2012 年 6 月　第 3 版第 2 刷発行
2012 年 7 月　第 3 版第 3 刷発行
2018 年 9 月　第 3 版第 4 刷発行
2019 年 10 月　第 4 版発行
2020 年 1 月　第 4 版第 2 刷発行

ISBN 978-4-9911021-0-3 PBK
ISBN 978-4-9911021-1-0 WEB

「スフィアハンドブック：人道憲章と人道支援における最低基準　日本語版第 4 版」は、Sphere Association の了解に基づき、文部科学省補助金事業：東北大学・福島県立医科大学「コンダクター型災害保健医療人材の養成」プログラム、特定非営利活動法人ジャパン・プラットフォームの協力により翻訳、発行された。

引用：Sphere Association　スフィアハンドブック：人道憲章と人道支援における最低基準　日本語版、第 4 版、東京、日本、2019　https://jqan.info/documents/

協力：東北大学・福島県立医科大学「コンダクター型災害保健医療人材の養成」プログラム、特定非営利活動法人ジャパン・プラットフォーム

印刷製本：ベーテルフォト印刷株式会社

目次

序文 v
謝辞 vii
スフィアとは？ 1
人道憲章 27
権利保護の原則 33
人道支援の必須基準（CHS） 49
給水、衛生および衛生促進 89
食料安全保障および栄養 157
避難所および避難先の居住地 237
保健医療 289
付録 371
付録１：スフィアの法的根拠 374
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 385
付録３：略語・頭字語 393
索引 395

序文

スフィアハンドブックは発行 20 周年を迎え、第 4 版発行の運びとなった。本ハンドブックは世界中の人道支援従事者による 1 年間に及ぶ奉仕の結果であり、ハンドブックには、20 年にわたり支援の最前線で基準を適応してきた経験と、支援の質と説明責任への政策開発およびアドボカシーが反映されている。

このハンドブックは権利に基づく枠組みを備え、人道主義の法的および倫理的基盤の上に成り立ち、実践的なガイダンスと世界中の良き先例と根拠を示すことで、あらゆる人道支援従事者がどこで支援に携わろうとも役立つようにできている。

スフィアは支援分野を越え、流動的な人道的な状況の中で特異な位置付けを持つ。2018 年発行の第 4 版は、2016 年の第 1 回世界人道サミット、2030 年の持続可能な開発アジェンダ、および国際的なコミットメントを反映している。

しかしながら、政策への提言が採用され進捗が大きくとも、紛争や災害に見舞われた人びとの直後の生存ニーズは、危機の内容に関わらずほぼ同じであることを私たちは知っている。スフィアは、支援は人びとの生存を確保し、尊厳ある生活の回復および再建を促すような透明性のある支援を提供することであることを、国際社会と地域社会に喚起し、政策に反映されるよう働きかける。

スフィアの長所とその世界規模で広がりの理由は、スフィアがすべての人にあてはまるからである。当事者としての意識は、数年ごとに人道支援従事者自身によって行われる基準の見直しと改定のプロセスを通して刷新される。この作業を通して、私たちは自分たちのコミットメントを再表明し、支援活動従事者がどこで活動をしていようとも、最良の情報を得られるように私たちの活動を改善していくことに合意するのである。この取り組みがスフィアを支援の参考にすべき資源の中核たらしめ、支援における、人間の尊厳および人びとの自らが意思決定する権利の根源的な重要性を私たちに再認識させる。

スフィアは人道活動の基盤の 1 つである。人道支援従事者にとってスフィアは、新人の出発点であり、経験豊富な職員へ優先順位の高い活動に関する指針や詳細な技術情報の入手場所などを

示してくれる普遍的なよりどころである。スフィア基準パートナー組織は、人びとの生存および回復のための特定の支援領域においてスフィアが言及している以上に詳しい情報を提供している。

第 4 版ハンドブックは、世界中の少なくとも 65 カ国にある 450 以上の組織に関わる何千人もの人びとによるインプットから成り立っている。そしてこの世界をまたぐ協力が、多様な状況や課題に直面してきたさまざまな分野の支援経験をハンドブックに反映させることを可能にした。すべての基準は協力者のみなさんのコミットメントなしには作り得なかったものばかりである。改訂中、そしてもちろんこの過去 20 年間の貢献に心から感謝を表する。

これからもこの重要な仕事に大きなやりがいを感じながら、すべてのハンドブックを使う者と共に学習し続けていきたいと願う。

Martin McCann
Sphere Board Chair
スフィア理事長

Christine Knudsen
Executive Director
スフィア事務局長

謝辞

本スフィアハンドブックは、スフィア史上、最も広範囲かつ多様な数々の協議を経て完成した。約 4,500 のオンラインコメントが 190 もの団体から寄せられ、40 カ国のパートナー組織が主催する 60 の対面型イベントに 1,400 名もの人びとが参加した。スフィアは、コミュニティ、国内、国際に関わらずあらゆる規模の NGO、国家機関や官庁、赤十字と赤新月社連盟、大学、国連機関および個人の支援活動従事者による多大な貢献に感謝する

改訂作業はスフィア事務局の調整により進められた。各章は主導執筆者によって書かれ、各テーマの専門家および人道分野の人材が分野を超えた執筆作業のサポートを行った。多くの執筆者と各テーマの専門家は彼らの所属機関から推薦され、自分たちの時間と力を各領域に投入してくれた。

避難所および避難先の居住地に関する第 7 章を故 **Graham Saunders** 氏に捧げる。彼は 2004 年および 2011 年版でこの章の執筆を担当し、2018 年版改定の初期段階にはアドバイザーを務めた。

Graham 氏は真の人道家であり、シェルター領域の傑出した人材であった。彼のビジョン、リーダーシップ、あふれるエネルギーによって、シェルターの問題が世界に認識され、次世代のシェルター領域の実践者に引きつがれていくことを可能にした。彼は常に支援の改善と領域の専門性を高める努力を惜しまなかった。先駆者、専門家そして友人として、彼を決して忘れることはないだろう。

執筆グループと参考情報グループが立ち上げられ、彼らは主執筆者と各テーマの専門家のサポート業務にあたった。スフィアは 2017 年および 2018 年にわたる、これら個人の多大な貢献に感謝の念を表する。全作業グループおよび参考情報グループのメンバーリストはスフィアウェブサイト spherestandards.org. に掲載。主導執筆者と専門家は以下に記載。

第 1 ～ 4 章（基本的なことが書かれた章）

- **人道憲章および付録 1：**Mary Picard 博士
- **権利保護の原則：**Simon Russell (Global Protection Cluster)、Kate Sutton (Humanitarian Advisory Group)
- **人道支援の必須基準（CHS）：**小美野剛（CWS Japan）、松尾沢子（JANIC）

第 5 ～ 8 章（技術的なことが書かれた章）

- **給水、衛生および衛生促進：**Kit Dyer (NCA) and Jenny Lamb (Oxfam GB)
- **食料安全保障：**Daniel Wang'ang'a (World Vision International)
- **栄養：**Paul Wasike (Save the Children USA)
- **避難所および避難先の居住地：**Seki Hirano (CRS) and Ela Serdaroglu (IFRC)
- **保健医療：**Dr Durgavasini Devanath (IFRC), Dr Julie Hall (IFRC), Dr Judith Harvie (International Medical Corps), Dr Unni Krishnan (Save the Children Australia), Dr Eba Pasha (independent)

脆弱性、能力および実施環境

- **子どもおよび子どもの保護：**Susan Wisniewski (Terre des Hommes)
- **高齢者：**Irene van Horssen and Phil Hand (HelpAge)
- **ジェンダー：**Mireia Cano (GenCap) ジェンダーに基づく暴力：Jeanne Ward (フリーランス)
- **障害のある人びと：**Ricardo Pla Cordero (Humanity and Inclusion)
- **HIV と共に生きる人びとおよび HIV の影響を受けた人びと：**Alice Fay (UNHCR)
- **精神保健および心理社会サポート：**Dr Mark van Ommeren (WHO), Peter Ventevogel (UNHCR)
- **長期化した危機：**Sara Sekkenes (UNDP)
- **都市部：**Pamela Sitko (WVI)
- **民軍調整：**Jennifer Jalovec and Mark Herrick (WVI)
- **環境：**Amanda George and Thomas Palo (Swedish Red Cross)
- **災害リスク削減：**Glenn Dolcemascolo and Muthoni Njogu (UNISDR)
- **現金給付型支援および市場：**Isabelle Pelly (CaLP)
- **サプライチェーン管理およびロジスティクス：**George Fenton (Humanitarian Logistics Association)
- **モニタリング、評価、説明責任および学習：**Joanna Olsen (CRS)

スフィア理事会（2018 年 5 月現在）

Action by Churches Together (ACT) Alliance (Alwynn Javier) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Karin Settele) * CARE International (Phillipe Guiton) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * Humanitarian Response Network, Canada (Ramzi Saliba) * InterAction (Julien Schopp) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ignacio Packer) * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (David Fisher) * International Medical Corps (IMC) (Mary Pack) * The Lutheran World Federation (LWF) (Roland Schlott) * Office Africain pour le développement et la coopération (OFADEC) (Mamadou Ndiaje) * Oxfam International - Intermón (Maria Chalaux Freixa) * Plan International (Colin Rogers) * RedR International (Martin McCann) * Save the Children (Unni Krishnan) * Sphere India (Vikrant Mahajan) * The Salvation Army (Damaris Frick) * World Vision International (WVI) (Isabel Gomes).

上記に加え、改定に着手し主導してくれた今までの理事達に感謝を表す。

Sarah Kambarami (ACT Alliance) * Anna Garvander (Church of Sweden/LWF) * Nan Buzard (ICVA) * Barbara Mineo (Oxfam International – Intermón) * Maxime Vieille (Save the Children).

資金提供者

上記の理事会組織に加え、以下の団体からもハンドブック改訂プロセスへの資金が提供された：

Danish International Development Agency (DANIDA) * German Ministry of Foreign Affairs * Irish Aid * Australian Government – Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) * European Commission's Humanitarian Aid and Civil Protection Department (ECHO) through International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) * USAID's Office of United States Foreign Disaster Assistance (OFDA) * Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA) through Church of Sweden * Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) * United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) * United States Department of State Bureau of Population, Refugees and Migration (US-PRM).

ハンドブック改訂チーム

Christine Knudsen, Executive Director (Sphere)
Aninia Nadig, Advocacy and Networking Manager (Sphere)
Editors: Kate Murphy and Aimee Ansari (Translators without Borders)
Revision coordinators: Lynnette Larsen and Miro Modrusan

スフィア事務局職員によるサポート
Tristan Hale, Learning and Training Manager
Wassila Mansouri, Networking and Outreach Officer
Juan Michel, Communications Manager through September 2017
Barbara Sartore, Communications Manager from October 2017
Loredana Serban, Administration and Finance Officer
Kristen Pantano and Caroline Tinka, Interns
オンラインコンサルテーション技術支援：Markus Forsberg, (PHAP)
デザイン：Non-linear (www.non-linear.com)
編集、レイアウトおよび製作：Practical Action Publishing (www.practicalactionpublishing.org)
Kimberly Clarke and Megan Lloyd-Laney (CommsConsult)

ハンドブック改訂プロセスのさまざまな段階で James Darcy, Hisham Khogali, Ben Mountfield, Ysabeau Rycx, Panu Saaristo and Manisha Thomas によるサポートを受けた。

対面コンサルテーションを調整したスフィア担当者

ADRA Argentina（ADRAs 南アフリカとの地域別相談）
Agency Coordinating Body for Afghan Relief（アフガニスタン）
Alliance of Sphere Advocates in the Philippines (ASAP)

Amity Foundation (member of The Benevolence Standards Working Group, 中国のフォーカルポイント)
BIFERD（コンゴ共和国）
Community World Service Asia（タイおよびパキスタン）
Daniel Arteaga Galarza*, Sphere advisor to the National Risk Management System（エクアドル）
Dr Oliver Hoffmann* with the Sphere Focal Point for Germany
Grupo Esfera Bolivia
Grupo Esfera El Salvador
Grupo Esfera Honduras
Illiassou Adamou* with the Child Protection sub-cluster（ニジェール）
Indonesian Society for Disaster Management (MPBI)
Institut Bioforce（フランス）
InterAction（アメリカ）
Inter-Agency Accountability Working Group（エチオピア）
Korea NGO Council for Overseas Development Cooperation（大韓民国）
Sphere Community Bangladesh (SCB)
Sphere India
Ukraine NGO Forum
UNDP Chile

* 個人資格

謝辞　日本語版翻訳発行に際して

「スフィアハンドブック：人道憲章と人道支援における最低基準　日本語版第 4 版」の翻訳、発行に際しては、次の方々のご協力をいただきました。ここに厚く御礼申し上げます。（敬称略、氏名 50 音順）
翻訳監修委員会：
五十嵐豪　AAR Japan 難民を助ける会マネージャー、JQAN 幹事会メンバー、QA トレーナー
木村万里子　プロジェクトコーディネーター、QA トレーナー
原田奈穂子（リーダー）宮崎大学医学部教授、国立保健医療科学院客員研究員、QA トレーナー
分野別専門家：
岩本健良／甲斐聡一朗／笠岡宜代／熊谷賀代／香田将英／小坂健／児島淳／小西竜太／佐藤隼人／新福洋子／岳中美江／堤敦朗／野村周平／藤原野乃花／林健太郎／福田紀子／藤木啓／元野広慈／守屋章成／山口順子／渡邉暁洋／渡辺鋼市郎
ボランティア：
赤池花菜／五十嵐ゆかり／稲垣真梨奈／蛯原エミリー／岡野谷純／工藤悠公美／笹川千晶／白川恵／須原敦／千島佳也子／成田明花／松本幸子／山本大樹／山本泰美
協力：
東北大学・福島県立医科大学「コンダクター型災害保健医療人材の養成」プログラム、特定非営利活動法人ジャパン・プラットフォーム

スフィアとは

ハンドブック

付録 1　スフィアの法的根拠
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
付録 3　略語・頭字語

目次

スフィアとは 4
1. ハンドブックについて 4
４つの基本的なことが書かれた章および４つの技術的なことが書かれた章 5
最低基準が促進する一貫性のあるアプローチ 6
最低基準の構成 6
基本指標の活用 7
他の基準との関連性 7
2. 状況にあわせた最低基準の使用 8
支援プログラムサイクルを通じた基準の適用 9
アセスメント（事前調査）および分析 9
戦略対応計画の策定および支援プログラム計画 9
実施 10
モニタリング・評価・説明責任・学習 10
脆弱性と対応能力の理解 10
細分化されたデータ 12
子ども 12
高齢者 13
ジェンダー 13
ジェンダーに基づく暴力 14
障がいのある人びと 14
HIV と共に生きる人びとおよび影響を受けた人びと 15
性的マイノリティ（LGBTQI の人びと） 15
精神保健および心理社会的サポート 15
支援活動を取り巻く状況の把握 16
国内および地域支援組織への支援 16
長期化した危機 17
都市部における危機 17
避難先の共同住居 18
国内あるいは国際軍事力との調整 18
人道支援における環境への影響 19
付録：市場を介した支援の提供 20
参照・参考文献 26

スフィアとは

これまでスフィアプロジェクトとして知られてきたスフィアは、1997 年に複数の人道支援を行うNGOと赤十字・赤新月運動によって始められた。スフィアは、人道支援の質と説明責任の向上を目的としている。スフィアの原理は 2 つの基本理念に基づいている：

- 災害や紛争の影響を受けた人びとには、尊厳ある生活を営む権利があり、従って、支援を受ける権利がある。
- 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なくてはならない。

人道憲章および最低基準はこの 2 つの基本理念を実践へと導くものである。権利保護の原則はすべての人道支援活動にあてはまる事項であり、人道支援の必須基準 (CHS) はすべての支援分野が説明責任を遵守するための標準的な工程を示している。スフィアハンドブックはこれらの内容を含み、人道支援に際し、世界で最も広く参照されるよう作られた。

1. ハンドブックについて

スフィアハンドブックは人道支援の計画、管理、実施に携わる支援活動従事者向けに作られている。想定される読者には危機対応に関わる地域や国、世界すべてのレベルの人道支援組織に所属する職員とボランティア、そして、影響を受けた人びと自身が含まれる。ハンドブックは、人道原則に基づいた支援の質と説明責任の向上および保護の強化のためにも使える。ハンドブックは以前にも増して、政府、支援組織、軍、または民間支援分野に、自らの活動の指針として使用されており、スフィア基準に則して活動する他の人道支援組織との建設的な協働を可能にしている。

このハンドブックは 1998 年に試版が、続いて 2000 年、2004 年、2011 年、そして今回の 2018 年改訂版が発行されている。改訂プロセスには、各支援分野の個人や NGO、政府および国連機関など多くの幅広い関係者が協議に関わった。基準とガイダンスは、科学的根拠と世界中の支援者による 20 年間の現場検証の結果から導かれたものである。

スフィアハンドブックの 20 周年の節目にあたり改訂された第 4 版は、近年の人道支援分野における変遷を反映している。改訂に際し、新たなガイダンスが組み込まれた。都市環境での活動の指針、長期にわたる危機への支援における最低基準の使用、および基準を満たすための一手法としての市場を介した支援などである。すべての技術的なことが書かれた章は近年の実践を反映するように更新されており、前版までのコア基準は人道支援の必須基準 (CHS) に置き換えられている。

4 つの基本的なことが書かれた章および 4 つの技術的なことが書かれた章

ハンドブックは全編を通して、スフィアの基本理念と権利に基づいた人道支援に言及している。また、人びとが自らの復興に関わる意思決定に参加する権利はハンドブック内で常に尊重されている。

4 つの基本的なことが書かれた章では、人道支援の倫理的、法的、実践的な基礎を概説している。これら 4 つの章はすべての技術的支援分野と支援プログラムの土台となるものである。また、質の高い人道支援を保証するコミットメントと工程を説き、支援者自らの行動によって影響を受ける人びとに対し説明責任を負うよう説いている。これらの章は、いかなる状況においても支援者が最低基準を遵守することを促している。基本的なことが書かれている章を読まず、技術的なことが書かれている各章のみを読むと、最低基準の不可欠な要素の理解を欠いてしまう恐れがある。基本的なことが書かれている章は次のとおり：

スフィアとは（本章）：ハンドブックの構成、その使用方法、および基本理念の概説と、ハンドブックの具体的な利用方法が説明されている。

人道憲章：スフィアハンドブックの基礎であり、危機によって影響を受けたすべての人びとが保護と支援を受ける権利を保有するという、人道支援に関わる人びとの共通認識を明文化している。尊厳ある生活はこの権利によって保証されている。本憲章は権利保護の原則、人道支援の必須基準 (CHS) と最低基準の倫理的および法的な根拠を示している。また、1994 年に提唱された「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」の上に成り立っている。この行動規範はスフィアハンドブックに不可欠な構成要素である ⊕ 付録 2 参照。

人道憲章の法的根拠となる主要文書のリストは ⊕ 付録 1 参照。

権利保護の原則：人道憲章に記載された法律原理と権利を、すべての人道支援に適用すべき 4 つの権利保護の原則にまとめている。

人道支援の必須基準 (CHS)：最低基準の達成を目的とし、人道支援の質の保証と説明責任を実現するために、不可欠な工程と組織的責任を示す 9 つのコミットメントから成る。

技術的なことが書かれた 4 章は、主な支援分野の最低基準について言及している：

- 給水、衛生および衛生促進 (WASH)
- 食料安全保障および栄養
- 避難所および避難先の居住地
- 保健医療

実際には、人道支援ニーズは特定の支援分野に画一的にあてはまるものではない。効果的な人道支援とは人びとのニーズを包括的に捉え、それぞれの支援分野が調整、協力しながら活動を実施することである。長期化した危機では人道支援の範囲を超えて、開発支援関係者との密接な調整、協働が必要になることもある。このハンドブックは、支援分野を超えたつながりを実現するために必要な共通言語である。読者は包括的な支援を実現可能にするためにハンドブックすべての章を習熟すべきである。

行動規範：10 の主原則

1. 人道的見地からなすべきことを第一に考える。
2. 支援はそれを受ける人びとの人種、信条あるいは国籍に関係なく、またいかなる差別もなく行われる。支援の優先度はその必要性に基づいてのみ決定される。
3. 支援は、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。
4. 私たちは、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。
5. 私たちは、文化と慣習を尊重する。
6. 私たちは、地域の対応能力に基づいて支援活動を行うように努める。
7. 支援活動による受益者が支援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。
8. 支援は、基本的ニーズを満たすと同時に、将来の災害に対する脆弱性を軽減させることにも向けられなければならない。
9. 私たちは支援の対象者となる人びとと、私たちに寄付をしていただく人びとの双方に対して説明責任を有する。
10. 私たちの行う情報提供、広報、宣伝活動において、災害等の影響を受けた人びとを、希望を失った存在ではなく、尊厳ある人間として取り扱うものとする。

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　全文は ⊕ 付録 2 参照。

最低基準が促進する一貫性のあるアプローチ

最低基準は、既存の科学的根拠や人道支援の経験知によって形作られており、多くの合意に基づいた最良の実践方法が示されている。最低基準は人の奪うことのできない権利を反映しているため、全世界で例外なく適用される。

しかしながら、基準を効果的に適用するには支援現場の状況の理解、モニタリング、分析が不可欠である。

最低基準の構成

読者の理解が高まるように、最低基準は共通の構成から成り立っている。最低基準となる普遍的な提言が述べられ、基本行動、基本指標、ガイダンスノートが続く構成である。

- **最低基準**は尊厳ある生活への権利の原則に基づく。これらの基準は包括的かつ質的な表現であり、どの危機的状況下でも達成されるべき最低基準である。人道支援の必須基準 (CHS) においては「コミットメント」と「質の規範」が同等の意味を持つ。
- **基本行動**は最低基準を達成するための実践的過程を説明している。これらは提言であり、すべての状況に当てはめられない可能性がある。支援者は状況に合わせて最も適切なものを選択するべきである

- **基本指標**は最低基準が達成されているかを示す目安である。最低基準と照らし合わせた支援活動の工程と結果を捉える方法を示している。量的指標は許容範囲の下限であり、支援分野における合意がある場合のみ示されている。
- **ガイダンスノート**は基本行動を支える追加情報である。権利保護の原則、人道支援の必須基準 (CHS) およびハンドブックに記載されている他の基準と相互に参照されている。加えて、人道支援基準パートナーシップ（the Humanitarian Standards Partnership, HSP）が発行している他の基準においても相互に参照がなされている。

基本指標の活用

スフィア基本指標の役割は、基準が満たされているかを測定することであり、最低基準ではないことに留意する。最低基準は普遍的だが、基本指標は基本行動と同様に、現場の状況や時期に応じて適用されるべきである。指標には以下の 3 つがある。

- **工程指標**は、最低要件が達成されているかを判断する。例：食料の確保、生計、対処戦略の分析において標準化された手順が使われている ⊕ 食料安全保障と栄養に関するアセスメント（事前調査）基準 1.1：食料安全保障のアセスメント（事前調査）参照。
- **進捗指標**は、基準がどれくらい達成されているかの測定単位である。ベースライン値の設定、パートナー、関係者とともに行う目標設定および最低基準の達成を目指すためのモニタリングに使用される。例：清潔で蓋のある容器で水を常に保存していることが確認された世帯の割合 ⊕ 給水基準 2.2: 水質参照。目指す目標は 100%（いくつかの項目では 0%）ではあるが、現場の状況と指標を照らし合わせ、ベースライン値と比較しながら改善状況をモニタリングし、合意した目標値に時間をかけてでも近づけることが求められる
- **目標指標**は、最低基準を満たすために必要な定量的指標である。これらの目標を下回ることは支援プログラムの成果を損なうため、できるだけ迅速な達成が求められる。例：6か月〜1５歳の麻疹ワクチン接種を受けた子どもの割合：95%を目標とする。 ⊕ 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: 子どもの時のワクチンで予防できる疾患参照。

他の基準との関連性

スフィアハンドブックは、尊厳ある生活を営む権利を支える人道支援の全側面を捉えられているわけではない。連携組織によっては、スフィアと同じ基本理念とコミットメントに基づいて、複数の支援領域間で補完的な基準を設けている。これらは、スフィア、人道支援基準パートナーシップ、各組織のウェブサイトから入手できる。

- 緊急時の家畜に関するガイドラインと基準 (LEGS): LEGS プロジェクト
- 人道行動における子どもの保護の最低基準 (CPMS): Alliance for Child Protection in Humanitarian Action
- 教育ミニマムスタンダード（緊急時の教育支援のための最低基準）- 準備・対応・復興 -(INEE)

- 経済復興の最低基準 (MERS): 小規模企業教育促進のためのネットワーク (SEEP)
- 市場分析の最低基準 (MISMA): Cash Learning Partnership (CaLP)
- 高齢者と障がい者の人道的包摂に関する最低基準：Age and Disability Consortium

2. 状況にあわせた最低基準の使用

人道支援はさまざまな状況下で行われる。以下のような支援の実施環境は、尊厳ある生活を営む権利を守ることを目的とする支援への、最低基準の適用方法に影響する。

- 人道支援が行われる状況
- 集団における特徴と個人の多様性
- 人道支援の内容や手段に影響を与える運用面での条件
- さまざまな状況下での正確なベースラインと指標、例えば、重要な用語の定義と目標設定

文化、言語、支援者の能力、安全性、アクセス、環境条件、資源も支援に影響する。また、行われる支援があらゆる負の影響を予測し、軽減する行動をとることも重要である ⊕ 権利保護の原則 1 と 2, および 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 3 参照。

スフィアハンドブックは、できるだけ多くの組織と個人における活用と当事者性の保持の促進を意図した、（自主性に基づいた）支援の質の保証と説明責任についての規範である。これは「ハウツー」本ではなく、危機状況下で人びとが尊厳ある生存と回復をするために最低限、何が必要かを示している。

スフィアの基準を遵守することは、すべての基本行動の実施、またはすべての基準における全基本指標の達成を意味するものではない。各組織が基準を満たせる程度はさまざまな要因により、そのいくつかは組織がどうすることもできないものである。影響を受けた人びとへのアクセス、または政治的、経済的な不安定性などは最低基準の達成を妨げることがある。

最低限の必須条件が、受け入れコミュニティや受援地域の生活状態レベルを上回る場合、地域社会に根ざした支援を提供するなどして、潜在的なリスクを軽減する方策の検討を行う。時には、国がスフィアの最低基準よりも高い最低要件を設定することもある。

スフィア基準は、尊厳ある生活に関する基本的権利を表しており、変わることはない。指標と最低限の必須条件は、状況に応じて適用される必要がある。最低基準に満たない場合、最低限の必須条件を状況に応じて変更することが可能であるが、その検討は極めて慎重に行われるべきである。変更された内容は関係者の同意を得て、最低基準が満たされていないことを広く周知しなければならない。さらに、人道支援組織は、基準が満たされなかったことによる人びとへの負の影響を見極め、影響を最小限に抑えるための措置を取る必要がある。支援のギャップを政策提言に活かし、できるだけ早く指標を達成することに尽力する。

支援プログラムサイクルを通じた基準の適用

スフィア基準は、アセスメント（事前調査）と分析、戦略対応計画の策定、計画と立案、実施とモニタリング、評価と学習に至るまで、支援プログラムサイクル全体を通じて適用されるべきである。

アセスメント（事前調査）および分析

スフィア最低基準は、各支援分野のアセスメント（事前調査）と分析の基本を説明し、各章で事前調査チェックリストを提供している。スフィア基準は、喫緊のニーズを満たす支援計画と国際的に推奨されている最低限必要な支援の水準を示している。よって、危機が発生した際、喫緊のニーズを特定し、活動の優先順位を決定するのに役立つ。スフィア最低基準は支援全体に求められる最低限の成果を導くのに役立ち、また、組織や支援分野間の調整の改善にも有用である。

戦略対応計画の策定および支援プログラム計画

人道支援の必須基準 (CHS) とスフィア最低基準は、適切な人道支援を、適時に、最も必要としている人びとへ届けることを計画する一助となる。どの支援分野においても、影響を受けた人びとの全面的な参画と国および地方行政との連携が不可欠である。

基本行動と指標は、優先順位付けや計画の決定、支援分野間の調整の枠組みを示している。これは、各支援分野の活動がお互いを強化し、影響を受けた人びと自身のニーズを満たす力を増幅することに役立つ。基本行動と指標は達成されるべき支援の質を表し、さらに、活動の質の分析を行う礎にもなる。分析結果は、ニーズを満たす最善策と起こりうる二次被害を最小限に抑えることを可能にする。

支援プログラム計画では大抵の場合、物資支援、現金給付型支援、直接的支援、技術的支援またはこれらの複合型など、複数の支援方法を選択肢として考える。多くの場合、選ばれた支援方法の組み合わせは支援プログラムが進むにつれ変化していく。最低基準は支援提供のあるべき形よりも、何がなされなければならないかを重視している。

市場を介した支援のひとつである現金給付型支援が、人道支援の方法として選ばれることが増えてきている。現金給付型支援の使用はこのハンドブック全章に組み入れられている。現金給付型支援は支援分野横断型、特定支援分野内および両方のニーズを満たすために活用され得る。さらに、女性の財産へのアクセスと財産管理に関する意思決定における差別行為防止に取り組むことも可能にする。多目的型助成金は、効果的な支援の提供と多様な支援分野でのニーズの充足を促す。すべての現金給付型支援は、ニーズ、状況における力関係、市場の機能性、実現可能性評価など複数の支援分野間で行う分析に基づいて決定されるべきである。

しかしながら、すべての支援分野で市場を介した支援が有用というわけではない。特にサービスを直接、または技術的に支援する際にあてはまる。保健医療と栄養に関する支援者は、保健医療や地域の公衆衛生を担う機関といった、市場機能を持たない既存の機関へのアクセスを支援内容として選択する場合もある。

最善の支援提供の方法を知るためには、受益者との対話、市場分析、サービス提供に関する知識、そしてサプライチェーンと輸送機能の把握が必要である。このような支援内容の分析は状況の変化に従い、継続的に行われるべきである ⊕ 付記 : 市場を介した支援の提供参照。

実施

影響を受けたすべての人びと、もしくは特定のグループがスフィア基準の満たされていない状況に置かれている場合は、その理由、基準と現実の差を明確にし、改善策を探る。支援分野を問わず、安全への脅威や公衆衛生リスクを含む負の影響について、アセスメントを行う。把握された問題を記録し、他の支援分野および影響を受けた人びとと積極的に協働しながら、その負の影響が起こし得る被害を最小限に抑える適切な方策を見出す。

モニタリング・評価・説明責任・学習

モニタリング・評価・説明責任・学習 (monitoring, evaluation, accountability and learning, MEAL) は、適切な時期に根拠に基づいた管理と運用の決定を行うために有用である。MEAL は、人道支援を変化する状況に適応させることを可能にする。すべての最低基準には指標が示されている。支援が行き渡っているか、すべての人びとに公平に届いているか、満たされるべきニーズの程度は、指標によって把握できる。評価は支援の指針と将来の活動の改善に役立ち、説明責任を促進する。MEAL は、効果的な人道支援の知の蓄積に貢献する。

脆弱性と対応能力の理解

このハンドブックを通して、スフィアは「人びと」という言葉を広い意味で使用している。これは、尊厳ある生活を営む権利がすべての人間にあり、それゆえ、支援を受ける権利がすべての個人にあるというスフィアの基本理念が反映されているからである。「人びと」は、年齢、障がい、国籍、人種、民族性、健康状態、支持政党、性的指向、ジェンダー、自身が定義する特徴に関わらず、女性、男性、少年、少女を含むすべての人を象徴する言葉と捉えられるべきである。

すべての人に同じだけの力と資源があるわけではない。それぞれの個人や集団は、異なった能力、ニーズ、脆弱性があり、それらは時とともに変化する。年齢、性別、障がい、法的または健康の状態など個人が有する要素は、支援へのアクセスを制限する可能性がある。また、これらおよび他の類似要素は差別を引き起こすかもしれない。よい支援計画立案には、年齢と背景ごとに女性、男性、少女、少年を含むすべての人びととの体系的な対話ー個別と混成グループの２つの対話方法を通してーを持つことが欠かせない。若いか老いているか、女性か少女か、障がいがあるか、少数民族か、など、その要素自体は必ずし

現状評価と経時的な傾向

- 影響を受けたのは誰か
- ニーズおよび脆弱性
- 対処方法および能力
- 避難しているか、移動しているか
- 影響を受けた人びとの優先課題

- 保護の脅威とリスク
- 安全の状況と法の原則
- 支援へのアクセス
- より支援を必要とする人びとへのアクセス
- 季節ごとに変化する危機（ハザード）

- 利害関係者および権力関係
- 支援者の能力および意図
- 当局および他機関の支援計画
- 受け入れ先の人びとの役割

- 適切な支援物資およびサービス
- 市場システムおよびサプライチェーン
- インフラの程度
- 金融及び他分野での支援サービスの供給者
- ロジスティックスの程度および制約

↓

分析と優先順位付け

解決すべき課題は何か。どの集団の人びとに対してか。どの地域においてか。期間はどれ位か。基準に反するものは何か。

↓

選択肢の確認および支援の提供方法の決定

置かれた状況下での適切な選択肢の検討

- 直接の支援サービスの提供
- 物資配布
- 技術支援
- 市場を介した支援プログラム
- 現金給付型支援

以下の点を考慮し、実施したアセスメント（事前調査）に基づき支援を選択する。

- 緊急性および適時性
- 実行性
- 能力
- 尊厳
- 保護の脅威、リスク
- 効率性、費用対効果
- 回復力（レジリエンス）
- 国の主体性
- 政府の方針

↓

支援の質と説明責任に基づいた支援プログラムの設計

必要不可欠な視点

- 性別、年齢別、障がいの有無により細分化されたデータ
- 脆弱性および保護
- 継続性あるいは移行

コミュニケーションと説明責任

- フィードバックと苦情対応
- 調整
- 組織化されたコミュニティの参画

モニタリングの内容、工程、進捗および結果

- 指標の選定
- 適切なデータ分類

移行および出口戦略

- 地域の関与と主体性
- 国家システムと主体性
- パートナーシップ

図 1 基準を適用するための状況の把握

もその個人を脆弱にするわけではない。むしろ、これらの要素は状況下で相互に作用し、結果としてすべての個人または集団の能力を高めたり、回復力（レジリエンス）を築いたり、支援へのアクセスを阻害したりする。

多くの状況下で、コミュニティやグループ全体が脆弱な場合がある。遠隔地、危険地、もしくはアクセスが悪い場所に住んでいる場合、または、支援と保護へのアクセスが限られながら地理的に分散して住んでいる場合などである。特定の人びとは、国籍、人種、言語、宗教や支持政党などの理由から差別されている、かつ支援が行き届いていない可能性がある。従って、公平性の原則に則った特別な配慮を要する。

多様な人びとが支援計画立案に参画すると、人道支援はさらに広範囲で包括的になり、持続性のある成果が多くもたらされる。多様な人びとの参画は、尊厳ある生活への基盤である。

細分化されたデータ

世界では、国勢データの特定や入手が難しいことが多い。しかし、異なるグループの特定ニーズや、活動が与える効果などを見出すことができるため細分化されたデータは重要である。細分化データは、リスクに最もさらされている人びとが人道支援へアクセスできているかどうか、また、支援を届けるためにさらに必要なことはあるか、などを示してくれる。状況に応じたカテゴリーを使いできるだけ広範囲のデータを集め、性別、ジェンダー、年齢、障がい、地理、人種、地域、宗教、カースト、その他の公平な支援へのアクセスを制限するような要因を理解するためにデータを細分化する。

一般的な年齢別データには、国勢調査方法と同じ年齢グループを使用する。年齢グループを用いた国勢調査が存在しない場合は、以下の表を参照すること。乳児、子ども、青少年、女性、高齢者など、特定のグループを見る場合にはさらに細かな細分類されたデータ収集が必要になる。

子ども

子どもは危機にさらされた地域を問わず、影響を受けた人びとの中では大きな割合を占めるが、しばしば見えにくい存在である。子どもの能力とニーズは生物学的な年齢と発達段階により異なる。彼らが危害から守られ、基本のサービスにアクセスできるように、特別な対策がとられなければならない。

危機状況下では、子どもたちの生命を脅かす特定のリスクがある。栄養不良、家族からの別離、人身売買、武装勢力への勧誘、身体的または性的暴力と虐待などがリスクであり、どれも即時の対応が必要である。

保護に関するリスクには、しばしば多様な要因が混ざり合っている。例えば、少年や青年は武力勢力や集団に勧誘されやすく、また、劣悪な児童労働を強いられやすい。思春期の女子においては、児童売春や売買のターゲットにされやすい。障がいのある子どもはしばしば捨てられたり、養育放棄の対象になる。障がいのある少女の場合は、性暴力や性的搾取、栄養不良の危険性がさらに高くなることから、特に注意を払う必要がある。すべての年齢および背景の少

年少女から積極的に話を聞き、聞き取った情報が支援の提供、モニタリング、評価に反映されるようにする。

子どもの権利条約における子どもとは、18 歳未満のすべての人間と定義づけられている。影響を受けた人びとの中では子どもがどう定義づけられているかを分析し、どの子ども、若者も支援から取り残されないよう注意を払う。

性別	障がいの有無	年齢									
		0–5	6–12	13–17	18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+
女性	無し										
	有り										
男性	無し										
	有り										

高齢者

高齢者はほとんどの国で、人口の大きな割合を急速に占めつつあるものの、人道支援の場面では取り残されがちな人びとである。

多くの文化で老いとは、年齢そのものよりも、孫がいるといった状況や、白髪といった身体的な特徴に結びつけて考えられていることが多い。高齢者を６０歳以上の人と定義している情報は多いが、人道的な危機状況下では 50 歳以上と定義するほうが適切である。

高齢者は、豊富な知識と経験に基づく適応能力があり、他者の世話ができ、資源の管理や、運営、収入を生み出すなど、さまざまな面で貢献できる人材である。さらに、彼らは伝統や歴史を引き継いでおり、文化のアドバイザー的存在でもある。孤立、身体的な弱さ、家族またはコミュニティからのサポートの途絶や慢性疾患、自立性と精神活動性の低下などが人道危機での彼らの脆弱性を強めてしまう。

高齢者とよく対話をし、彼らが人道支援の各段階に関わるようにする。年齢に合ったアクセスしやすいサービス、環境、情報を考え、支援のモニタリングと管理には年齢別に細分類されたデータを使用する。

ジェンダー

ジェンダーとは男女の生涯を通じて、社会的に形づくられた違いである。この違いは時代とともに、または、文化や状況によって変化する可能性がある。しばしば、ジェンダーは、女性、少女、少年、男性など人びとの異なった役割や責任、権力、資源へのアクセスを決定づける。このようなジェンダーに根差した違いと、危機状況下においてそれらがどのように変化したかを理解することは、効果的な人道支援の計画立案と人権を守る上でとても重要である。危機的状況は、ジェンダーに根差した差別問題が取り上げられ、女性、少女、少年、男性などの人びとの能力と社会的地位を向上につながる機会になり得る。

ジェンダーは、生物学上の特徴を表す性別とは同様ではない。

さらに、ジェンダーは「女性専用」を指す言葉ではない。女性、少女がジェンダーによって定められた役割に束縛される問題は多いが、男性、少年も同じく、男らしさに対する強い期待に影響を受ける。女性、少女、男性、少年などの人びとの平等な参画のために、ジェンダーに配慮した支援計画を行う必要がある。

ジェンダーに基づく暴力

「ジェンダーに基づく暴力」とは、男女が持つジェンダーによる違いを理由に行われる暴力のことである。男女間の不平等は、世界各地で女性と少女に対する暴力の根源になっている。危機状況下では、近親者間の暴力、児童婚、性的暴力や人身売買など、多くの形のジェンダーに基づく暴力が起こりやすい。

支援組織は自分たちの活動を含め、影響を受けた人びとを性的搾取や虐待から守るためのあらゆる必要措置をとる責任がある。不正行為の疑惑が事実だと認められた場合は、法的権限がある関係機関が犯人の責任追及をし、その間のすべてのプロセスを透明性を持って進めることが重要である。

障がいのある人びと

世界人口の約 15% の人びとは、何らかの障がいがある。障がい者とは長期の身体的、精神的、知能的、感覚的な機能障がいがあり、それにより数多くの障壁に直面し、他の人びとと同じような全面的または実質的な社会参加が容易でない人たちである。

人道的状況下、障がい者は、物理的環境、移動、情報やコミュニケーション、人道支援における施設やサービス利用において、障壁や問題に直面することが多い。支援や防災計画立案の際は、障がい者の能力とニーズを考慮に入れ、意識して、物理的、またはコミュニケーションや周囲の差別的概念などの問題を取り除き、彼らの支援へのアクセスと参加を促進するようにする。障がいのある女性と少女はジェンダーの不平等や差別のため、リスクが増す可能性もある。

⊕ 参考文書：ワシントングループー障がいの細分類化されたデータについての質問、および更なる情報についての参照 ⊕ 高齢者および障がい者の人道的包摂基準

HIV と共に生きる人びとおよび影響を受けた人びと

ある状況における HIV 有病率を把握することは、脆弱性やリスク状況を理解し、有効な対応を周知するために重要である。危機は人びとが HIV の予防、検査、ケア、治療、支援サービスを適時に受けられない状況を引き起こす可能性を高める。高リスクの人びとに対する暴力や差別から彼らを守るための、特化した対策がしばしば必要となる。障がい、ジェンダー、性的指向、ジェンダーを取り巻く不平等と差別によって、暴力や差別のリスクは増幅する。これらのリスクは、緊急時に HIV と共に生きる人びとが利用できるはずのサービスの利用を拒む原因になる可能性がある。暴力、差別や、性取引などは、特に、女性、少女、性的マイノリティ（LGBTQI）コミュニティの HIV と共に生きる人びとの感染への脆弱性を高める。一番高いリスクの人びとは、男性と性関係を持つ男性、薬物を注射摂取する者、セックスワーカー、トランスジェンダーの人、障がい者、刑務所内の人とその他閉鎖的な環境にいる人びとである ⊕ 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。

危機状況にさらされ影響を受けた人びとが時間とともに定住化することや、支援サービスへのアクセスが拡大することは、HIV リスクを減少させる要素となる。HIV の人と一緒にいると HIV に感染するという間違った認識を払拭し、差別的な行動の防止に努める。HIV と共に生きる人びとにも、差別を受けない、尊厳ある生活を営む権利がある。彼らにも差別なくサービスへのアクセスが確保されるべきである。

性的マイノリティ（LGBTQI）の人びと

レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、クィア、インターセックス (LGBTQI) などの人びとはしばしば差別、偏見や性的または身体的暴力の高いリスクにさらされる。LGBTQI の人びとは、保健医療サービス、住居、教育、雇用、情報、人道支援施設を利用する際に障壁に直面する可能性がある。例えば、このような人びとは緊急時の避難所、食料配給など「典型的」な家族を想定した支援プログラムにおいて、たびたび差別にみまわれる。これらの障壁は彼らの健康状態や生存に影響するだけでなく、社会参加への長期的な負の影響をもたらす可能性がある。準備と計画の際に、特化した安全かつ包摂的な保護対応を含めるべきである。人道支援の各段階にて、LGBTQI の人びとと支援組織との建設的な対話を常に行うべきである。

精神保健および心理社会的サポート

人道危機により引き起こされるストレスへの反応は、人によってさまざまである。特に強制的に住む場所を移動させられたり、家族から引き離されてしまったり、暴力を経験したり、過去に精神的不調を経験した人びとは、大きな苦痛に苛まれやすい。基本サービスと安全を、社会的、文化的に適切な形で提供することが影響を受けた人びとの苦痛を軽減し、差別を防ぐために重要となる。

人びとは、地域での心理社会的サポートの実践と自助力を高めることで、お互いに社会的にも個人的にも回復が促される環境を作り出すことができる。臨床的介入を含む集中的な個人、家族、グループへの介入は重要ではあるが、必ずしも精神医療専門家による介入である必要はない。これらの介入は、研修

を受けるか監督を受けながら一般人が行ってもよい。 ⊕ 必要最低限の保健医療サービス—精神保健基準 2.5: 精神保健参照。

影響を受けた人びとの中にはしばしばスピリチュアルや宗教的なアイデンティティを示し、信仰ベースのコミュニティとの関わりがある人たちもいることがある。多くの場合、このような関わりは彼らの対処方法の重要な部分であり、さまざまな分野の支援がより適切に実施されることを可能にする。人道支援従事者が、影響を受けた人びとの信仰アイデンティティを尊重することの有益性を示すエビデンスが近年増えてきている。信仰を拠り所にしたコミュニティは、人道支援に貢献する高い可能性を秘めている。人びと中心のアプローチでは、人道支援従事者が影響を受けた人びとの信仰アイデンティティを把握することが不可欠である。このアプローチを達成するための方法は数多く存在し、増え続けている。

支援活動を取り巻く状況の把握

人道支援は多彩な状況下で行われる。例えば都市と地方、紛争や急性的な災害等のようにさまざまである。また経過とともに、これらの事象が複合的に発生するような場合も多くある。地理条件、治安、社会状況、経済状況、政治背景、環境は、影響を受けた人びとのニーズに応える支援効果を決める要因である。最低基準は基本的に緊急期における生命を守る支援を考え作成されたものではあるが、数日から数年の長期に渡る人道支援でも適用が可能である。人道支援は変化する時と状況に適応するよう変更されるべきであり、同時に、支援への依存を避けなければならない。継続的に状況と状態を分析することで、支援は新たな安全の問題や洪水など季節的な問題が発生するといった変化する環境に柔軟に対応できる。

支援がどのように地域の力関係に影響を与えるかを継続的に評価することは、人道支援が紛争悪化を招くような事態を防ぐ上でとても重要である。物資、サービス、移動手段の調達などは地域の力関係に影響を与える事例である。⊕ 権利保護の原則 2 参照。長期にわたる危機は、潜在的な支援システムの問題を顕在化し、影響を受けた人びとのニーズや脆弱性を高めかねない。このような状況は、保護活動や回復力（レジリエンス）構築についての追加支援の必要性を高める可能性がある。これらの支援システムの問題は、開発支援組織と連携すると明確になる。

クラスターシステムのような支援調整の仕組みは、作業と責任の明確な割り当てと、支援が行われる範囲と支援の質の差を明確化するのに不可欠である。支援の重複や資源の無駄を防ぐことは重要である。利害関係者間での情報と知識の共有は、共同での計画立案や連携活動と同じように組織のリスク管理を改善し、支援の効果を高める。

国内および地域支援組織への支援

ハンドブックは、支援の受け入れ当局が担うべき役割と責任を認識しながら、人道支援に関わるすべての人のための指針を示し、受入れ当局が責務を遂行することを人道支援組織が支援する際の役割を示している。政府または非政府支援組織が人道支援組織に対して、影響を受けた人びとへの円滑なアクセスを与える意思が有るか否かは、紛争下における支援効果に影響を及ぼす。

当局の主導や支援調整の役割は、以下のような多くの要素によって形づくられる：

- 国家防災委員会のような、人道対応を行う政府の専門機関の有無
- 栄養基準、必須薬剤、および医療識者などの基準を定める官庁の役割と実行力
- 紛争地域などにおいて、政府が機能していない地域があるといった特殊な場合、人道支援従事者は独自の支援調整の仕組みを構築しなければならない可能性がある。

長期化した危機

人道支援が数ヶ月または数年に及ぶのが明らかな場合は、緊急対応時とは異なる手段での尊厳ある生活および必要なニーズの支援を考える必要がある。そのような支援を行うには、既存のサービス提供者、地方自治体、地域社会、社会的セーフティネットや開発支援組織との連携を模索するべきである。アセスメント（事前調査）の際には、状況、安全課題、影響を受けた人びとの権利への潜在的影響を考慮に入れなければならない。分析、アセスメント（事前調査）、意思決定、モニタリングや評価の際には、自称コミュニティを含む、あらゆる性別、年齢、障がい、背景がある人びとに参加してもらいながら行い、できるだけ速やかに長期的または恒久的対策を模索する。人道支援従事者が長期的解決策を確立できる場合は、どの暫定的な対策よりも優先すべきである。

多くの場合、影響を受けた人びとは、どの支援者よりも早くから彼ら自身のニーズに対応し、安全の確保に努めており、その能力があるということを支援者は認識しなければならない。国及び地方自治体、市民社会団体や信仰に基づく支援組織、その他の団体は重要な支援の提供者である。現地の既存支援ネットワークを尊重し、彼らを軽視したり重複した支援をするのではなく、彼らを支える方法を模索する。

都市部における危機

世界的に人口が都市と市街に集中していくに従い、人道支援組織は都市での支援への対応力を持つことが強く求められている。都市での支援は概して、以下の点において他の状況下での活動と異なる：

- **密度：**比較的小さな地域内での高い人口密度、住宅、インフラ、法律や文化の集中と密集度の高さ
- **多様性：**社会的、民族的、政治的、言語的、宗教的、経済的に多様なグループが近い距離に生活をしている。
- **流動性：**都市部の環境では、人の流動性は高く、社会的な力関係が目まぐるしく変わるなど、流動的で常に変化している。

多くの場合、地方自治体は重要な行政機関であり、政府関係組織や省庁などの担当部門とつながりを持っている。基本サービス、食料確保、生計手段へのアクセスについては、差別の有無を含めて精度が高い調査（アセスメント）を行う必要がある。都市や市街に住む人びとは家賃、食費、医療費の支払い

には現金を使う。支援の形に関わらず、尊厳ある生活のための最低基準は適用される。

スフィア最低基準は、居住地、近隣地区、ある地域に特化したアプローチを含めた都市部におけるあらゆる支援提供の機会に使用できる。学校、クラブ、女性団体、タクシー運転手などといった共通事項を持つグループは、有力な支援提供者になり得る。地域の組織（例：民間企業や団体、地方行政、地域のリーダーや自治会）と連携して、既存のサービスを再開、援助、強化することは重要であり、外部からの支援は彼らを追いやることがあってはならない。人道支援は地方の投資計画へ寄与できるかということと、緊急期および長期的な価値の創出に貢献できるかということを常に念頭に置く。

どの環境下でも言えることではあるが、都市環境の状況分析では、商業活動、現金、科学技術や公共の場所、専門技術者、社会および文化的多様性など、既存の資源と活用の機会を、リスクと安全性を合わせて確認するべきである。分析することで、支援の選択肢と最終的に選ばれる支援の提供方法が決定する。例えば分析によって、物資配布もしくは現金給付のどちらがより適切かを判断することができる。都市や市街では貨幣経済に基づいているため、市場や科学技術分野の支援組織と連携する機会が多く、現金給付型の支援実施が促進されうる。

避難先の共同住居

計画的な避難先の共同住居 や難民キャンプや避難所、さまざまな仮設住宅、自主設置避難所は、強制的に移住を余儀無くされた大勢の人びとが暮らす場所である。スフィア基準は、このようなさまざまな避難先の共同住居における支援の質を確実なものに導いてくれる。基準は複数の分野にまたがる支援プログラムの優先項目を決定することや、公衆衛生上の問題や自主設置避難所での基本的サービス提供などの優先順位を決めるのにも役立つ。

優れた避難先の共同住居運営能力は、説明責任の遂行と調整された支援の提供を可能にする。しかし、避難先の共同住居は同時に、その場所特有の安全リスクが発生する場所でもある。例えば、避難先の住居にいる人びとが他の場所への移動の自由の権利を否定された場合、市場へ買い物に行ったり、日々の生活を送ることが困難になってしまう。受け入れ先のコミュニティにも特別な配慮が必要である。各コミュニティが実質的に受けているまたは認識している扱われ方の違いが、緊張や対立を助長する場合があるからである。このような場合には、難民キャンプや避難所のような環境の代替案を提案し、受け入れ先のコミュニティのニーズへの取り組みも行うことが影響を受けた人びとの尊厳ある生活の確保につながる。

国内あるいは国際軍事力との調整

人道支援組織が、国内外の軍事力と同じ場所で支援活動をすることになった場合、お互いの任務、活動の手法、能力とその限界を知ることがとても重要である。災害や紛争状況下では人道支援組織が、受け入れ政府の軍、非政府の武装勢力、国際平和維持軍など、いろいろな軍隊と共同で働く場面がありうる。人道支援従事者は、受け入れ政府には危機により影響を受けた人びとへの支援と保護の義務があることを認識しておくべきである。国内軍事力にこの任務が課されることは少なくない。

支援のすべての段階、すべてのやりとりで起こる人道支援組織と軍隊間の対話と調整において、人道原則は第一の指針として扱われなければならない。情報共有、計画、役割分担は効果的な民軍調整の上でとても重要な 3 つの要素である。支援活動の状況によっては、人道支援組織と軍事機関間の情報交換が行われてよい場合もある。人道支援組織は、対立集団の片方にだけ戦略的利益を与えてはならない。さもなければ市民を危険にさらすようなことになる。

時に、人道支援組織は軍が持つ能力を人道支援活動に必要とすることがある。人道支援組織への軍の協力はインフラ関連のサポートおよび間接的な支援に留めるべきであり、直接的な支援は最終手段とするべきである。

軍との連携は、人道支援組織の中立性や活動の独立に実質的な影響、または社会からの認識に関して影響を与えうることから、事前によく検討される必要がある。人道支援組織と軍隊間の協働調整は、国際的に合意された指針文書に則り行われる必要がある ⊕ 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 6 および 参考文献参照。

人道支援による環境への影響

人びとの生活および労働環境は彼らの健康、ウェルビーイング、危機からの回復に不可欠である。また、環境が影響を受けた人びとの回復を左右するかを理解することが、支援計画や、将来の被害およびリスク軽減を核にしたより持続可能な支援の構築に役立つ。

人道支援活動は環境に直接的にも、間接的にも影響を及ぼす。そのため、効果的な人道支援には、丁寧な環境リスク調査およびアセスメント（事前調査）と状況分析を含めるべきである。支援計画では環境への影響を最小限に抑えるべきであり、備品調達、輸送、物資の種類、土地または天然資源の使用が、支援が実施される地域の環境を保全または損ねうるかをよく考えるべきである ⊕ 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。

貧困問題を抱える国や地域、脆弱な政府組織や生態系といった要因は自然災害や社会の不安定性といった大きなリスクを呼び、社会および環境の増悪という悪循環を引き起こす。この悪循環は健康、教育、生活や他の安全、尊厳、ウェルビーイングに影響する。環境保全は質の高い人道支援を提供する上でとても重要な要素である ⊕ 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 3, 9 および 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。

付記
市場を介した支援の提供

本付記では、最低基準を達成することで危機の影響を受けた人びとのニーズに対応するために、どのように市場を活用するかについて述べる。市場の活用については、基本的なことについて書かれた章の上に成り立ち、技術的なことが書かれた各章でも言及されている。従って、付記とはいえスフィアハンドブックの重要な一部分である。効果的な支援を行うには、支援者がどのようなニーズがあり、どのように実現すべきかを理解することが必要である。分析には、市場の機能性と、地域、国、地方、国際レベルで入手可能な物資とサービスを把握することが含まれる。この分析から得る理解が既存の市場を活性化する、もしくは少なくとも妨害しない人道支援につながる。

支援方法の分析の一部としての市場分析

ニーズと能力が調査され優先項目が把握できた後は、ニーズ達成のための複数の支援方法を検討するべきである。検討の際には、支援の計画と実施、そして状況についてのリスクと機会に関する体系的分析が含まれなくてはならない。これは時に「支援方法の選択」と呼ばれる。

ニーズに即した最善の支援方法を選択するには以下の要件が必要である：

- 支援分野を横断し中期的な視点に基づいた、優先順位とアクセスに関する細分化されたデータ
- 既存のもしくは危機により新たに発生した経済的な脆弱性に関する情報

支援方法の分析の一環として、市場分析は優先度の高いニーズを満たすための、最も効果的な方法を特定するのに役立つ。方法としては、物資支援、サービス提供による支援、現金給付型支援またはこれらの混合タイプがある。市場分析は同時に、需給問題、政策、慣習、ルールや市場のインフラなど、市場の機能が損なわれている要因を特定するのにも役立つ。

どの支援方法を採用するにせよ、市場を常に意識し、人びとの生活、地域の仕事や事業を守る努力をすべきである。スフィアは影響を受けた人びと、および彼ら自身が決めた自分たちの回復に関する選択への全面的な支持と尊重に基づいている。人びとがいかに地域の市場で物資、サービス、収入を得るかを考慮することによって、市場分析は人びとを中心とした支援を具現化することができる。

支援計画と市場

支援は、地域、国、地方のあらゆる市場を通して行うことができる。市場を介した支援は、支援の直接提供にも利用できたり、市場を通じて、影響を受けた人びとに対してより良い支援を提供することが可能になる。

- 地域や地方での物資や食料以外の生活必需品（Non Food Item:NFI）の調達は市場の供給面を支える。
- 現金給付型支援は人びとが地域で手に入る商品を購入するのを促し、市場の需要面を支える。
- 市場へつながる道路などのインフラの整備や価格の固定化などの法整備は市場を支え、影響を受けた人びとをより良い形で支援することになる。

性別や、民族、障がいはしばしば直接的に人びとの物理的、金銭的、社会的な市場へのアクセスに影響を及ぼす。男性、女性、若者、高齢者といった背景で市場へのアクセス方法は変わるのか。ある特定の民族性を有する商売人は、信用供与の対象になり得るのか。このような要因が、各個人の市場への参画の度合いに違いを生み出す。

倫理的そして環境への配慮は、市場を介した支援計画をたてる時には特に重視されるべきである。天然資源、生態系、環境に負の影響を与えている市場が、人びとをさらなるリスクにさらさないようにするべきである。

物品、サービス、市場：人道支援のニーズに対応する際は、物品とサービス両側面についてよく考慮する。ほとんどのスフィア基準は何らかの物資や物資支援について言及している。しかし、医療や教育などの支援分野では、サービスへのアクセス確保やサービスは直接提供されているため、市場を通しての提供は現実的ではないかもしれない。支援サービスを提供する第三者や請負業者と協働している時は、彼らの提供サービスや物品の質を丁寧にモニタリングできるような手段を講じること ⊕ 保健医療システム基準 1.4: 保健医療の財政基盤参照。

時には、市場でのサービスにアクセスを促すような間接的な支援が適切な場合もある。現金給付型支援は医療機関への移動手段の提供や、制服、文具を買うなど教育へのアクセスを可能にする。各世帯の支出調査は、サービスにアクセスする費用の正確な算出を可能にし、無料化すべき項目も明確になる。各世帯の支出調査は、常に現金給付型支援の効果のモニタリングと同時に行われるべきである。

サービス提供型の支援でも、一定水準を満たした蚊帳、離乳食、医薬品などを市場型の支援計画に組み入れることを考慮する ⊕ 保健医療システム基準 1.3: 必須医薬品と医療機器参照。

多くの状況では、市場を介した支援計画を複数組み合わせて行うことが必要となる。市場型の支援計画はほとんどの場合、技術援助など他分野の活動からのサポートが必要となる。介入の組み合わせは支援が進むにつれ変化し、物資支援から現金やクーポン配給型の支援へ移行することもあれば、その逆の順番で支援方法が変わることもありうる。支援のモニタリングと同じく、市場のモニタリングも支援の形態を評価し、最適化するために欠かせない。

サプライチェーン、物流、支援計画の連携はいかなる時も必要である。分析と適切な手段の選択をするためのさらに詳しいガイダンスは ⊕ 参考文献参照。

チェックリスト

現金給付型支援のチェックリスト

本節では、市場を介した支援提供における懸案事項を集めたリストを提示する。リストは支援プログラム運営のサイクルを踏襲しており、最低基準を満たすために現金給付という方法を用いる際の重要な事項を記載している。各危機により状況は異なり、支援の提供手段もインフラ、データ保護、コスト効率やファイナンシャルインクルージョン（金融包摂）によって大きく異なる。

支援プログラムの設計

- 対象者の選択基準を定め、現金給付特有の考慮事項を盛り込む。
- リスク評価と安全面での懸念を踏まえて、各世帯の誰が現金給付を受けるべきなのか熟考する。
- 状況、目的、支援プログラムの規模、支援の受け取り手の経済面に関する知識や好みを考慮し、安全で、有効、受け取りやすい仕組みを特定する。
- 対応すべきニーズとそのための必要金額に基づいて給付金額を試算する。
- 現金給付の回数や期間をニーズ、季節、給付を実施する組織の能力や安全面でのリスクを考えた上で設定する。
- 現実的でより適切である場合は、複数の支援分野の視点を取り入れる。
- 重要と思われる事項を抽出し、また、それに関するモニタリングの工程、活動、結果と成果レベルの提示に必要な指標を定める。

実施

- 状況に応じた配慮および現金給付を行う組織の入札に関連するあらゆる側面を考慮し、明確な選択の基準を設定する。
- すでに安全であると広く認められており、受け手に馴染みのある受け渡し方法の利用を考慮する。
- 現金給付の方法と個人情報保護に則した、受取人の登録および身分照会システムを設置する。
- 現金を給付する組織が必要とする情報が、登録と照会データに過不足なく含まれているように確認する。
- データ保護対策を実施し、文書化する。
- 他組織と可能な限りデジタルデータを共有する仕組み（組織間運営システム）を設置する。
- 現金給付における手順、役割、責任、リスク管理の仕組みを明確に設定する。
- 現金給付型支援の給付の工程が受け取り手にとってアクセスしやすく、効果的であることを確認する。
- 支援プロジェクトのどの時点においても、影響を受けたすべての人びとによる現金給付型へのアクセスが確保されなければならない。

- 受給者に支援プログラムの目的、給付期間などの情報を正しく伝え、彼らが支援プログラムを理解した上で支出計画を立てられるようにする。
- 現金を給付する組織には、受給者に対する説明責任があることを契約管理とモニタリングを通じて明確にする ⊕ 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 4 および 5 参照。

モニタリング、評価、説明責任、学習

- 現金の給付後、支援の工程、活動、成果とリスクのモニタリングを行う。
- 適切な支援者が予定された金額の現金やクーポンを、安全かつ予定通りに受け取る事ができたかをモニタリングする。
- 市場価格だけでなく、市場とサプライチェーンを定期的にモニタリングする。
- 世帯支出のモニタリング、および市場データとの比較するためには、現金給付型支援がニーズを満たし、人びとの負の対処方法が減少したのかを評価することが必要である。
- 現金給付型支援から発生しうる安全リスクと、天然資源への負の影響をモニタリングする。
- 現金給付型支援の成果を評価する。
- 現金給付型支援が変化するニーズに対応できている場合でも、支援プログラムを定期的に評価し、適切に調整して、将来に活かせるよう支援者の継続学習に反映する。

サプライチェーン管理と物流のチェックリスト

本節では、サプライチェーンおよび物流に関する懸案項目のチェックリストを提示する。このリストはプログラム運営のサイクルに準じており、他の重要な要素も含まれている。

サプライチェーン管理 (Supply Chain Management, SCM) は扱う物品とサービスの選択から始まり、以下の項目について明確にすることが求められる。SCM とは、必要な物の支給元や調達、品質管理、リスク管理（保険を含む）、梱包、出荷、輸送、保管、商品目録管理、配達と配給を含む。SCM には多種多様なパートナー組織が関係するため、活動の調整が重要である ⊕ 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 6 参照。

SCM の特定の専門知識が必要である。特定の専門知識とは、契約管理、輸送、在庫管理、商品目録管理、流通ルート分析、情報管理、物流追跡、輸入管理を含む。管理とモニタリングを通して、物資が配布場所まで安全に到着するよう手配しなければならない。しかし、人道支援組織は同時に物資やサービス（現金給付型を含む）が支援を必要とする人びとの手に届くまでの責任を有する。

支援組織による地域や地方での物資購入は地域市場を活気づけ、農家や製造業者のモチベーションを高め、さらなる生産を促し、それが地域経済を活性化させる。しかし、供給が相対的に少ない場合は、地域や地方での物資購入は他の市場にも影響を及ぼし、商業ネットワークを損ねる可能性がある。逆に、

輸入は地域や地方の生産者を締め出してしまう恐れがあり、これも同じく商業ネットワークを損ねる事がある。

プログラム設計

- 必要な物資やサービスは外から入手する前に、現地で調達できる可能性を探る。
- 現地の規則と手順や施設に精通した信頼のおける地域の輸送業者と協働することは、受け入れ国の法を遵守することと支援提供を迅速化させる。
- 紛争下における業者の選定では、特に厳重な入札プロセスを設ける。
- 地域を活用することで、敵意を生み出したり、憎悪を生み出すことがないよう注意を払う。
- 天然資源の利用は持続可能なのか、また、利用することが資源に関するさらなる争いに繋がらないか考える。
- 地域内、国内または国際的な物資調達の選択方法を考慮し、契約の締結時は透明性、オープンさを担保する。
- 複数の組織が関係している場合、可能な限り、現地で物資調達を行うことを推進する。

実施

- 企業や地域の小売業者と良い関係を築く。
- 契約を通じて物資とサービスの適切な質を担保し、倫理的で環境保護の視点をもつ持続可能な支援を行う。
- サプライチェーンのあらゆるレベルで職員を訓練、監督することにより、品質、受け取り手と職員両方のための安全手順、倫理性、環境保護の持続可能性を担保する。
- パートナー組織およびサービス提供者も研修の参加者に含める。そして、研修は地域の言語で実施する。
- 供給、輸送、保管計画、商品目録管理、報告、財政システムに至るまでの説明責任の手順を設定する。
- 倉庫での荷下ろしなどの流通業務の報酬を、食料で支払うことは避ける。このような労働のへ対価は支援プログラムの予算に組み込まれるべきである。
- 食料と食料以外の生活必需品 (NFI) の倉庫は別個にすることが推奨される。倉庫を選ぶ際は、有害物質の倉庫として使われていなかったこと、および、汚染の恐れがないことを確認する。安全性、収容能力、アクセスのしやすさ、建物の丈夫さ、浸水リスクのないことを考慮する。
- 輸送ルートや倉庫での安全リスクを事前に調査し、対応する。
- 紛争下では、略奪や武装勢力からの物資提供の要求を最小限に抑えるため、サプライチェーンのすべての段階を監督できる運用システムを設置する。
- 在庫物資の転用が軍事紛争増悪の要因になるなど、政治面と安全面での起こりうる影響を幅広く分析し、課題に対処する ⊕ 権利保護の原則 2 参照。

- サプライチェーンのすべての段階で物資の損失の最小限に抑え、発生した際の報告を徹底する。
- 食品安全の専門家や検疫官などの資格のある検査官が、損傷もしくは不適切な物資の検品を行い、破棄する場合の承認を行う。
- 損傷している物資は速やかに破棄し、衛生や安全面で危害が発生することを避ける。物資破棄の方法としては、販売する（例えば、家畜の餌として）、埋める、燃やすなどがある。すべての方法は関係当局の承認、立ち会いのもとに行われなければならない。いずれの場合においても、適切でない物資は環境や水源汚染を招く恐れがあるため、サプライチェーンに戻すべきでない。 ⊕ 給水、衛生および衛生促進（WASH）固形廃棄物管理基準 5.1 ～ 5.3 参照。
- 日々の管理には、サプライチェーンでの遅延と逸脱に関する迅速かつ透明性のある報告が含まれる。十分な資料と報告フォーマットを地域の言語で作成し、すべての物資配布、保管、そして配布場所で入手可能にしておく。この仕組みにより書面による工程の追跡ができる。

モニタリング、評価および学習

- 物資の流通ルートのモニタリングと管理を行い、配布の変更や中断、市場への負の影響を避ける。
- サプライチェーンにける質の保証への取り組みは利害関係者に定期的に報告する。
- 在庫状況、予想入荷時期、配送に関する適切な情報をサプライチェーンの利害関係者と共有する。予期される物資の不足や問題を随時に見極めることができるように在庫状況を追跡する。パートナー組織間での情報共有は組織間での貸与のやりとりを促し、流通ルートの切断を防ぐ。資源が不十分な場合は、生活必需品が優先されなくてはならない。利害関係者とも議論し、解決策を探る。
- 説明責任とコミュニケーションの仕組みは輸送工程の特性をふまえたものにする。
- 物資の追跡と情報管理システムは支援介入の開始時から設置する。
- 支援プログラムは変化するニーズに適応し、変化する状況に見合っているか、また、将来の支援プログラムに向けた継続学習につながるものであるかといった視点で支援を定期的に評価する。

参照・参考文献

脆弱性と能力の理解

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. HelpAge, 2018. www.helpage.org

信仰に基づいた支援プログラム

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org

市場分析と市場を介した支援プログラム

Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Core Standard 2 and Assessment and Analysis Standards. The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. https://seepnetwork.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

現金給付型支援

CBA Programme Quality Toolbox. CaLP. http://pqtoolbox.cashlearning.org

サプライチェーン管理および物流

Cargo Tracking: Relief Item Tracking Application (RITA). Logistics Cluster. www.logcluster.org

HumanitarianResponse.info: Logistics references page. UNOCHA. https://www.humanitarianresponse.info

Logistics Operational Guide (LOG). Logistics Cluster. http://dlca.logcluster.org

Oxfam Market Systems and Scenarios for CTP – RAG Model 2013. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Toolkit for Logistics in C&V. Logistics Cluster. www.logcluster.org

参考文献

For further reading suggestions please go to www.spherestandards.org/handbook/online-resources

人道憲章

人道憲章

人道憲章は権利保護の原則、人道支援の必須基準 (CHS) そして最低基準に関する倫理的および法的な根拠を示している。人道憲章は、既存の法的権利と義務の抜粋であり、支援に携わる者の共通の信念を明文化したものでもある。

災害や紛争の影響を受ける人びとに最も関係の深い主要な法的原則を、法的権利と義務の観点から要約している。共通の信念は、災害や紛争時の支援に携わる組織間で、関係組織の役割と責任を含め遵守すべき合意に言及している。

よって人道憲章は、スフィアを支持する人道支援組織のコミットメントの基盤であり、人道支援に従事するすべての組織に対し、共通した原則を支援活動に適用することを促すものである。

私たちの信念

1. 人道憲章は、すべての災害や紛争から影響を受ける人びとは尊厳ある生活を営む権利を有しており、そのための保護と支援を受ける権利を保有するという、人道支援に関わる人びとの共通認識を明文化している。人道憲章に示されている原則は普遍的であり、いかなる場所のあらゆる影響を受けた人びとにも適用される。また、すべての支援者と保護を提供しようとする人びとにも適用される。これらの原則は国際法を反映しているが、根底にはすべての人間は生まれつき自由であり、尊厳と権利において平等であるという、**人間性**における基本的な道徳原理に基づいている。私たちはこの原則に基づき、災害や紛争から生じる人びとの苦しみを防止または緩和するための措置がなされなければならず、いかなる場合でもこの原則を変えるべきではないという**人道的責務**の優位性を認める。

地域、国内および国際人道支援組織として、私たちは本憲章の原則を推進、遵守し、影響を受けた人びとの支援と保護活動の最低基準を満たすことに力を尽くす。私たちは、行政および民間組織を含む、人道支援に従事するすべての人が以下に示した共通の原則、権利および義務を共通の人道的信念の声明として支持するよう呼びかける。

私たちの役割

2. 災害や紛争の影響を受けた人びとの基本的なニーズをまず満たすのは、影響を受けた人びと自らの努力と、地域社会や地域の機関を通じての支援である。影響を受けた人びとへ必要な時に必要な支援を提供すること、人びとの保護と安全を確保すること、彼らの回復への支援を提供することについては、その国の政府が主導権と責任を有する。公的な活動と自発的な行動の連携が、

効果的な防災や支援に重要であり、この観点から、赤十字・赤新月運動やその他市民社会組織は、公的機関をサポートするにあたって重要な役割を担っている。国の対応能力が不十分な場合は、他国政府からの支援や地方行政含む国際社会は、その国が第一義的責任を全うできるよう支援する。国連の各機関や国際赤十字委員会が持つ特定の役割を認識し、これを支持する。

3. 人道支援組織は、影響を受けた人びとのニーズと能力、そして、彼らの政府や統治権力組織の責任を常に考えながら自分たちの役割を見出す。本来は、第一義的責任を持つ者がその役割を必ずしも常に遂行できるわけではなく、また時によっては責任を果たす意志を持たないことがある現実が、私たちの役目を示唆している。可能な限り、人道上の責務やその憲章に記されているその他の原則に則りながら、私たちは影響を受けた人びとを守り、支援しようとする関連当局の努力をサポートする。すべての国および民間組織に対して、私たちは公平性と独立性を保ち、中立である人道支援組織の役割を尊重することを求める。また私たちは、国および民間組織に対して不要な法制度や実務上の障害を取り除くことで支援活動従事者の安全を確保し、影響を受けた人びとへの迅速で安定したアクセスを認めることによって、人道支援活動が円滑に行われるように配慮することを求める。

共通の原則、権利および責務

4. 私たちは人道支援組織としての支援を人道原則と人道上の責務に基づいて提供し、女性、男性、少年、少女、すべての影響を受けた人びとの権利を重要視している。これらは、国際人道法、人権法、難民法を反映しており、保護と支援を受ける権利を含んでいる。人道憲章は以下の 3 つの権利のもとに成立すると私たちは考える：

- **尊厳ある生活への権利**
- **人道支援を受ける権利**
- **保護と安全への権利**

3 つの権利は国際法では、同じ表現で記されてはいないものの、確立されている法的権利を要約したものであり、人道上の責務を明文化している。

5. **尊厳ある生活への権利**は国際法の規定、特に、生存権、適切な生活水準への権利、拷問および残虐行為、非人道的または品位を傷つける扱われ方や、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。生存権とは、生命が脅威にさらされている状況での生命を守る義務を伴うものである。生命を守る支援の提供を差し控えたり、妨げたりしない義務を示唆する。尊厳は身体的に健やかである以上のことを意味している。個人や被災コミュニティの価値観や信仰を含む全人的な尊重を求めるものであり、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する。

6. **人道支援を受ける権利**は、尊厳ある生活への権利の達成に不可欠な要素である。この権利は国際法で保証されている、十分な食料と水や衣服、避難所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。人道支援の必須基準 (CHS) とスフィア最低基準はこれらの権利を反映し、特に、災害や紛争の影響を受けた人びとへ支援を提供することに関連し、実践に即して書かれたものである。国や民間組織自らが支援を行わない場合は、他団体が支援することを認めなければならないと私たちは考える。いかなる支援も、**公平性**の原則に従って提供されなければならず、支援は、すなわち、必要性の程度のみに基づいて提供されなければならない。これは、いかなる人も、年齢、性別、人種、肌の色、民族、性的指向、言語、宗教、障がい、健康状態、政治やその他の見解、国籍や社会的出自などの背景によって差別されてはならないという、**非差別**の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、国連や他政府間機関の決議、および、管轄下にあるすべての人びと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影響を受けた人びとの安全と保護は特に人道上懸念される問題である。法律が言及するように、一部の人びとはその年齢、性別、人種など、特定の身分のために虐待や不利な差別に対して特に脆弱性が高く、保護や支援に特別な配慮が必要となる。このような状況にある人びとを守る能力を国家が有していない状況では、国際的な支援が模索されるべきだと私たちは考えている。

市民や避難者の保護に関する法律は、以下の問題について、特別な配慮を呼びかけている。

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びとの保護と彼らへの支援のための特別な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、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。私たちは、攻撃や報復からの包括的な市民の保護、特に以下の原則と義務について強調する：

- 市民と戦闘員の**区別**や民間施設と軍事施設の**区別**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
- 無差別的な兵器、過剰な損害や不必要な苦痛を与える兵器の使用を避ける義務
- 公平な救援の提供を許可する義務

武力紛争時に市民が被る本来回避可能な被害の多くは、これらの基本原則が遵守されなかったことに起因する。

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びとを保護するために依然として重要である。災害や紛争の影響を受けた人びとは、たびたび安全と生存の手段を求め、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と同議定書やその他の国際的および地域的な条約は、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びと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・ルフールマンの原則**、すなわち、いかなる者もその生命や自由、身体の安全が危険にさらされる、または、拷問や、他の残虐、非人道的または品位を傷つける扱い、または、刑罰にあう可能性がある国へ送還されるべきではないという原則である。同原則は国際人道法に反映され、1998 年の国内避難民に関する指導原則および関連した地域や国内法に詳細に記述されているように、国内避難民に関しても適用される。

私たちのコミットメント

8 私たちは、人道支援活動の中心には影響を受けた人びとが位置するという信念から支援を実施する。また、脆弱性が高く社会的に疎外されている人びとを含む影響を受けた人びとのニーズを最大限に満たす支援を行うためには、影響を受けた人びとの積極的な参画が重要であるということを認識する。私たちは、災害や紛争の影響に対して予防、備え、支援を行う地域の努力を支え、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. 私たちは人道支援を提供しようとする試みは、時に予期しない負の影響をもたらすことを自覚している。影響を受けた地域社会や当局と協力し、人道支援がもたらしうる地域社会や環境へのあらゆる負の影響を最小限に抑えることを目指す。武力紛争下での人道支援を提供する方法によっては、攻撃に対して市民をより脆弱に、もしくは、紛争の一方または複数の当事者を意図せず有利にする可能性があることを私たちは留意している。私たちは、上述の原則に従う限りこのような負の影響を最小限にとどめることを誓う。

10. 私たちは、本憲章に示された人道支援の原則と「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」（1994年）の具体的な指針に従い行動する。

11. 人道支援の必須基準 (CHS) とスフィア最低基準は、この憲章に示された共通原則を具体的に示しており、人道支援組織が持つ尊厳ある生活の基本的な最低必須要素への認識と、過去の人道支援活動の経験から成り立っている。基準の多くは私たちのコントロールの範囲を超えることもありうるが、私たちは一貫して基準の達成を目ざし続け、行動の責任をとることを自らに課す。私たちは被災した政府や支援国政府、国際機関、民間と非国家組織を含むすべての関係者が、人道支援の必須基準 (CHS) と最低基準を共通認識として持つことを勧める。

12. 人道支援の必須基準 (CHS) **と最低基準を遵守することにより、災害や紛争の**影響を受けた人びとが尊厳ある生活と、適切な水、衛生、食料、栄養素、避難所および保健医療などの最低必須要素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約束する。この目的達成のため、国家やその他の組織は影響を受けた人びとに対する倫理義務と法的義務を果たす責務を有することを、私たちは提唱し続ける。私たち自身は、私たちの支援がより効果的、適切、かつ説明責任を果たせるようにするため、変化する地域の状況を的確に把握して評価し、情報と意思決定の工程を透明化する。同時に、人道支援の必須基準 (CHS) と最低基準に明記されているように、あらゆるレベルの関係組織とより有効な調整と協働を行う。特に、影響を受けた人びとが支援活動へ積極的に参画することを重視し、影響を受けた人びととのパートナーシップのもとに支援を行う。私たちが有する根本的な説明責任は、支援を受ける人びとに対するものである。

権利保護の原則

付記　保護支援活動の専門的基準

目次

権利保護の原則 36
原則 1 38
原則 2 40
原則 3 41
原則 4 43
付記 : 保護支援活動の専門的基準 45
参照・参考文献 47
関連文献 F1

権利保護の原則

あらゆる人道支援および人道支援従事者の活動は、以下の 4 つの権利保護の原則に準じて行われる。

1. 人びとの安全、尊厳、権利の保障を高め、人びとを危害にさらさないこと
2. 人びとがニーズに応じた支援を、差別なく受けられるようにすること
3. 脅迫、暴力、抑圧、意図的な剥奪により身体的または精神的な影響を受けた人びとの回復を支援すること
4. 人びとが自らの権利を主張できるようにすること

権利保護の原則は、人道憲章に定められた尊厳ある生活への権利、人道支援を受ける権利、保護と安全への権利を堅持する。これらの保護原則は、人びとを守る活動において、すべての人道支援従事者の役割を明示している。しかしながら、保護責任は国が第一義的に有しており、人道支援従事者の役割および責任はそれを補完するものである。国および他の行政機関は管理下にある区域の人びとの福祉、そして武力紛争の危険に脅かされる市民の安全保障において法的責任を担う。支援や制限などを介して人びとの安全を保障する最終的な責任を有するのは、国および他の行政機関である。人道支援従事者の役割は、行政機関がその責を果たすことを促し、機関が十分にその責務を果たせない際には、引き起こされた結果に直面する人びとへの支援を行うことである。

この章では、人道支援組織が人びとの安全、支援へのアクセス、暴力からの回復や、権利の主張などの支援を通して、どのように保護に貢献できるかの指針を示している。

権利保護とは、災害や武力紛争の影響を受けた人びとの安全、尊厳、権利に関わるものである。機関間常設委員会（The Inter-Agency Standing Committee, IASC) は、以下のように権利保護を定義している。

> 「国際人権法、国際人道法、国際難民法などの関連する法律と精神に則り、個人の権利を完全に尊重することを目的としたすべての活動」

広義での権利保護は、影響を受けた人びとの権利および国際法において義務を負う者の義務内容が差別なく理解、尊重、保護され、履行されることを確実にするために活動する人道支援および人権保護の取り組みすべてを包含する。

保護とは人びとを暴力、強要、意図的な剥奪から守るための行動をとることである。どのような人道危機においても、地域社会全体が影響を受けるような優先度の高い保護に関する問題は発生することが多く、効果的な対応が求められる。保護に関する支援には、影響を受けた人びとへの国際的な人道主義、難民、人権の 3 つの国際法規の軽視から発生する深刻な被害を含めたリスクを理解し、対処することが必須である。

原則を実践すること

スフィア最低基準を実践する者は、明確な保護の義務や保護の専門スキルがなくても、権利保護の原則に従って支援を行わなければならない。実践には現地の状況を把握し、暴力および人びとを危険にさらすリスクを防止、制限、または終了させる行動を含む。情報を提供し、人びとが自分の状況や回復について、よく理解した上での意思決定を行う支援をすることは不可欠である。

権利保護に特化した支援組織は、これらの原則も満たした上で、補完的基準を満たすことが求められるべきである。権利保護に特化した支援とは、次のような特定分野に焦点を当てた単独のプログラムがある。

- 子どもの保護
- ジェンダーに基づく暴力
- 住宅、土地、財産の権利
- 地雷対策
- 法の支配と司法
- 法律相談
- 人権擁護と弁護
- 国内避難民
- 難民の権利

家族の捜索、文書の更新、データの保護、その他保護支援活動の専門的基準については、⊕ 参考文献 および 付録 : 保護支援活動の専門的基準参照。

権利保護の活動

権利保護関連の活動は防止、対応、救済、環境整備の側面で行われる。保護原則を守るにはこれらの活動を組み合わせる必要がある。

- **防止：**安全、尊厳、権利への脅威の発生を防止すること。またはこれらの脅威が起こす被害や脆弱性の軽減を行うこと
- **対応：**暴力、抑圧、剥奪の事態に即座に対処し、目の前の暴力・権利侵害を止めること
- **救済：**人びとの尊厳回復のために、心理社会的支援を含む保健医療、法的支援、その他の支援を提供し、進行中または過去の人権侵害に対する救済を提供すること
- **環境整備：**影響を受けた人びとの権利の完全な尊重を促進する政策、社会的、文化的、制度的、そして法的な環境の整備。国際法に基づいて、権利の尊重を促進することも含まれる。

アドボカシーは、公的か民間かに関わらず上述の 4 つの活動すべてに共通する。人びとに影響を与える脅威が、意図的な決断、行動や政策から来る場合、人道支援や人権保護に取り組む組織は影響を受けた人びとの権利を脅かす決断、行動または政策の変更要求を主張すべきである。アドボカシーには、差別的な政策や法的枠組みの変更を求めるだけでなく、脅威を引き起こす個人や組織の言動に影響を与えたり、実際に変えさせるよう働きかけることも含ま

れる。また、安全確保およびリスクへの曝露を減らすために、影響を受けた人びと自身が努力することを支援することも含まれる。

権利保護の原則 1：人びとの安全、尊厳、権利の保障を高め、人びとを危険にさらさないこと

人道支援従事者は、人道支援が起こしうる負の影響も含めた、人びとにおよぶ全体的なリスクと脆弱性を減らすための措置を講じる

この原則には以下の要素も含む：

- 各状況下での権利保護に関するリスクを理解する
- 尊厳を持って自身のニーズを満たそうとする人びとにおよぶリスクを軽減する
- 人びとをさらなる身体的な危険、暴力、虐待にさらさない環境下で支援を提供する
- 人びとが持つ自らを守る能力が発揮できるよう擁護する

この原則の中心となるのは、人道支援の計画によって引き起こされる負の影響を回避することの重要性である ⊕ 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 3 参照。

ガイダンスノート

状況分析：状況を理解し、人道支援が引き起こしうる人びとの安全、尊厳、権利への影響を予期する。影響を受けた女性、男性、少女、少年の個人やグループと協力して、時間の経過の中で起こる状況の変化に応じて定期的なリスク分析を行うこと。

以下のリストは網羅的ではないが、分析の基礎となりうる項目である。

- 影響を受けた人びとのグループ全体の権利保護への脅威、リスク、脆弱性要素はどのようなものか。それらのリスクを最小限に抑えるために人びとは何ができるか。
- 特定のリスクに直面しているグループは存在するか。存在するときの原因は何か、民族、カースト、階級、ジェンダー、年齢、障がいまたは性的指向などを可能性のある原因として考えてみる。
- 人びとが支援を受けることや、意思決定に参加することを妨げる障壁はあるだろうか。安全面、社会的または物理的障壁、情報提供のなされ方などが可能性のある障壁である。
- 地域のコミュニティは自分たちの安全確保のためにどのような取り組みをしているだろうか。どのように人道支援組織がこれらの努力を損なうことなく、支援していけるだろうか。自分たちを守ろうとしている人びとにおよぶリスクはあるだろうか。

- 性取引、児童婚、児童労働、危険を伴う移住など好ましくない対処方法を行っている人びとは存在しているか。潜在的な脆弱性を緩和するために何ができるか。
- 人道支援が人びとを物資配布拠点で危険にさらしたり、受援地域コミュニティ内やコミュニティ間の分裂を引き起こすなど、意図しない負の影響を及ぼしていないか。このリスクを減らすためできることは何か。
- 強制的な HIV 検査、同性愛関係の違法化など権利保護の原則を脅かすような懲罰的な法律が存在するか。

高リスクな人びとを含んだ地域社会との情報交換と説明責任を果たす仕組みを確立、維持し、権利保護に関する課題を特定し課題に対処する。

課題の原因となっている政策やその政策の実施に正当性を与える活動を行うことで、**人びとの権利侵害に加担することがないようにする。**例えば、政治的または軍事的理由による強制的な人びとの移動を支援、または不適切な協力者や業者との取引は紛争を間接的に悪化させることがある。支援には難しい選択と決断が伴うことが予測されるが、状況が変化するに応じて、再検討される必要がある。

人道支援：支援が提供される方法と実施環境によっては、危害、暴力、抑圧に対する人びとの脆弱性が増す恐れがある。

- 可能な限り安全な環境で支援を提供し、脅威や脆弱性を最小限に抑える方法を積極的に探す。例えば、すべての人びとが安全にアクセスできる場所で教育と保健医療を提供する、など。 ⊕「INEE ハンドブック」参照。
- 身体的および性的暴力から人びとを守る支援を行う際には、可能な限りの適切な措置を取る。例えば、貴重品や現金給付型支援は略奪の対象となり、受け取り手に害がおよぶ危険性がある。
- 人びとが、リスクを避けながら基本的なニーズを満たせる安全な方法を見つける手助けをする。例えば、危険地域で薪を集める必要性を減らせるように代替燃料を提供する。
- 少年少女を保護し、児童労働、拉致、家族からの離別などのさらなるリスクを生みださない活動を計画する ⊕「CPMS ハンドブック」参照。
- 政府当局および専門機関と連携し、支援提供地域からの地雷除去と不発弾を撤去する。 ⊕「国際地雷対策基準」参照。
- 人びとの安全、尊厳、権利に影響を与えうる、環境への意図しない影響を考慮する。
- 高リスクグループや彼らが信頼する組織を含めた、地域社会のさまざまな人びとや組織と話しあい、最も適した支援の方法を把握する。例えば、障がいのある人びとと協議して支援方法を決定する。彼らまたは彼らの代理として支援を受け取る人びとのウェルビーイングにさらなるリスクが発生するようなことがあってはならない。

コミュニティ保護の体制：人びとが自分や家族、コミュニティを守るための手段を理解する。地域社会が主体となる自助努力を支援する。人道的介入によって、人びと自身や他人を守る能力が損なわれてはならない。

取り扱い注意の情報：人道支援従事者が情報を記録し共有した結果、人びとを危険にさらすことがないように厳重に注意する。情報の収集と使用に関する方針を設ける。その方針をもって、情報が安全に使用され、インフォームドコンセントの原則を遵守することができる状況をつくる。このような配慮なくしては、生存者と職員に危険がおよぶ可能性がある。

権利保護の原則 2：人びとがニーズに応じた支援を、差別なく受けられるようにすること

人道支援従事者は、人びとが支援にアクセスする際の障壁を特定し、ニーズに応じた支援が差別なく提供されるよう措置を講じる。

この原則には以下の要素を含む：

- 関係する法律および人道の原則に基づき、人びとの基本的ニーズを故意に奪う行為に対して対抗措置をとる ⊕ 人道憲章 参照。
- 人びとがニーズに基づいた支援を受け、いかなる差別も受けないことを保証する。
- 影響を受けたすべての人びとに支援が行き届くことを保証する。

この原則の中心となるのは、地域社会には必要とする人道支援へのアクセスが保証されていなければならないという理念である。 ⊕ 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 2 参照。

ガイダンスノート

公平性：ニーズのみに基づいて支援の優先順位を決定し、ニーズに応じた支援を提供する。これが、「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」に定められている公平性である ⊕ 付録 2 および 人道憲章参照。人道支援組織が特定の集団（避難所／難民キャンプ内の避難者や特定の少数グループ）のみに集中した支援を行い、他の人びとに不利益をもたらすような支援は避けなくてはならない。

人道支援を受ける権利：危機の影響を受けた人びとの持つ人道支援を受ける権利を擁護する。人びとの基本ニーズが満たされず、関係行政機関が対応することが難しい場合、人道支援組織による公平な支援は拒否されるべきではない。このような拒絶は特に武力紛争状況では、国際法に違反する。危機の影響を受けた人びとが、人道支援と保護を受けるために特別な法的根拠は不要である。

政府機関は、人道的なニーズの存在を否定したり、官僚的な障壁を使って人道支援従事者の活動を制限すべきではない。

アクセス障壁：人道支援への人びとのアクセスをモニタリングし、彼らが直面しているかもしれない障壁を特定し把握、可能な限りの対応措置を行う。

- 移動の自由の権利や人道支援への物理的なアクセスを妨げる障壁を考慮する。これには、封鎖、地雷、検問所などが含まれる。武力紛争下で検問所を設けられることがあるが、その際に影響を受けた特定の人びとが差別されたり、人道支援へのアクセスが不当に妨害されてはならない。
- 特定のグループや個人により公平な支援へのアクセスが妨げられ、不公平な支援が引き起こされる可能性に留意する。このような公平な支援へのアクセスの妨げは、女性、子ども、高齢者、障がい者や少数民族の差別につながっている可能性がある。同時に、民族、宗教、政治、性的指向、ジェンダー、言語、その他の事柄も人びとの支援へのアクセスを妨げる可能性がある。
- 権利とフィードバックの仕組みを、理解しやすい形式と言葉で伝える。障がい者、路上生活をする子ども、またはアクセスしにくい地域に住む子どもなど見えにくい脆弱グループへのアウトリーチを進め、支援への安全なアクセスを促進する。

権利保護の原則 3：脅迫、暴力、抑圧、意図的な剥奪により身体的または精神的な影響を受けた人びとの回復を支援すること

人道支援従事者は、あらゆる形の侵害や暴力の被害者に対して、適時、追加支援へつなげることを含む、即時かつ継続的な支援を提供する。

この原則には以下の要素を含む：

- 被害者を適切な支援サービスにつなげる。
- 影響を受けた人びとがさらなる暴力、抑圧、剥奪の対象にならないよう適切な措置を講じる。
- 地域社会における人びとの、尊厳と権利の回復、そして安全を守る自助努力を支援する。

この原則の中心となるのは、危機状況から影響を受けた地域社会や人びとが、調整され相互補完的な支援を受けるべきであるという理念である。 ⊕ 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 6 参照。

ガイダンスノート

照会：既存の支援ネットワークの有無を確認しながら、暴力からの影響を受けた人びとが適切なサービスに安全にアクセスすることを支援する。人びとのなかには被害を受けても支援を求めない人もいる。このような場合、支援を求めることを妨げる障壁を把握し、障壁に応じた支援ネットワークを活用する。

身体的またはジェンダーに基づく暴力の被害者が、保健医療サービス、警察による保護、精神保健、心理社会的支援、その他のサービスにアクセスできるような支援をする。これらのサービスの内容は、性別、年齢、障がい、性的指向、およびその他の関連した項目に配慮がなされたものでなくてはならない ⊕「人道行動におけるジェンダーに基づく暴力への統合的介入のための機関間常設委員会ガイドライン」参照。

暴力、搾取、虐待、ネグレクトの被害者である子どもを支援する、安全で効果的な児童保護サービスに関わる支援ネットワークの確立と運用を行う。

コミュニティの活動：コミュニティの人びとの主体性を回復させ、コミュニティの安全性を高める地域活動や自助活動を支援する。

個人、家族およびコミュニティに対する保護の仕組みと精神保健・心理社会的サポートの仕組みを支援する。上述の仕組みの支援には、人びとが状況を話しあったり、保護に関する懸案事項を特定し、具体的な対策を立案計画することが含まれる。

ユースグループ、女性グループ、宗教団体などの地域の団体が、非暴力的な自己防衛をする取り組みや、脆弱性の高い人びとを支援することを援助する。

慣習にとらわれない多様な形の家族を含めた世帯が、可能な限り各家族一緒に過ごせるようにする。また、同じ集落や互助機能のあるグループが同じ区域に住めるようにする。

文化的に適した埋葬、宗教儀式および慣習、無害な文化的または社会的慣習など、公共性と有益性が高い地域の活動を支援する。

現在進行中の迫害に対するモニタリングおよび報告：人権侵害の報告の方法を把握し、取り扱いに注意を要する情報の安全な共有に関する手続きと政策をモニタリングする。 ⊕ 権利保護の原則 1 および 付記：保護支援活動の専門的基準 参照。

進行中の迫害についても協働機関および専門機関とともに議論、対処する必要がある。人びとの保護責任を第一に担うのは、現地の政府および他の関係行政機関である。専門機関と協力し、法的責任または保護を提供する能力を有する組織を特定し、責任を全うするよう働きかける。

警察、軍隊、平和維持軍など治安や法の執行を司る機関は、人びとの物理的な安全を確保する上で重要な役割を果たしている。適切かつ安全であるならば、支援者は人権侵害の発生を警察、法執行機関、軍従事者に知らせることを躊躇してはならない。

武力紛争下では、国際人道法に明記されている学校や病院など重要なサービスを提供する機関に目を配り、それらに対するいかなる攻撃も報告する。これらの場所で起こりうる拉致または強制連行のリスクを減らすよう、具体的な努力をする

取り扱いに注意を要する情報の管理：人道支援組織は、人権侵害を把握した際や、虐待を目撃した際の対応方法と、専門家や専門機関への相談の方法に関する指針と手順を備え、支援者が実践できるよう指導すべきである。情報の守秘義務は、上述の活動方針の中で明記されているべきである。

目撃証言、ある特定集団の詳細な情報、人物を特定できる画像は、人びとを危険にさらす可能性を持つ機微情報である。特定の虐待または迫害に関する取り扱いに注意を要する情報は、専門技術、システム、能力、取り扱い手順を持つ専門機関が収集すべきである ⊕ 付記：保護支援活動の専門的基準参照。

権利保護の原則 4：人びとが自らの権利を主張できるようにすること

人道支援従事者は、影響を受けたコミュニティが情報や文書を通じて自らの権利を主張し、権利の尊重を推進する彼らの努力を支援する。

この原則には以下の要素を含む：

- 人びとが自分たちの権利を主張することを支援し、政府や他団体からの救済にアクセスすることを支援する。
- 人びとが必要とする証明書類を確保することを支援する。
- 人びとの権利と国際法の十分な尊重を擁護し、より強固な人権保護環境の構築に貢献する。

この原則の中心にあるのは、危機の影響を受けた人びとが自分たちの権利と資格を認識すべきだという理念である。 ⊕ 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 4 参照。

ガイダンスノート

アクセス可能な情報：人びとが自分の権利を理解し主張できるよう、教育の機会と情報を提供する。例えば、帰還と移住の選択肢に関して、人びとが有する権利に関する情報を提供する。国の法律や規制に基づいて人びとに権利を伝えるためには、法的支援を提供する専門機関と協力する。

影響を受けた人びとが理解できる言語で情報を提供する。可能な限り広くアクセスできるように、複数の形式（書面、写真やイラストなどの画像媒体、音声など）を使用する。年齢、性別、教育レベル、母語の違いを考慮して、複数のグループで情報の理解度を確認すること。

文書：人びとは一般に、特定の証明文書を有しているかどうかにかかわらず、権利を有する存在である。ただし、出生証明書、結婚証明書、死亡証明書、パスポート、土地の所有権利書、教育に関する証明書などのいくつかの書類の所持していないことは、権利や資格を主張することを難しくする場合がある。こうした場合、これらの文書の発行した組織または代理発行できる組織に問い合わせる。

行政によって認められている法的文書は、人道支援組織が発行する配給カードや登録書類などの文書と混同されるべきではない。人道支援組織から誰が支援を受けられるかは、行政が発行した文書に左右されてはならない。

法的支援と司法制度へのアクセス：人びとは権利を侵害された時、政府や関係行政機関に法的措置と救済措置を求める権利を持つ。救済措置には損失に対する補償や返還も含む。人びとにはまた、法のもとに加害者が裁かれることを要求する権利がある。

法的救済を求めることを選んだ人びとが安全に司法制度にアクセスできるよう支援する。照会状が有効なものであるためには、支援者は法的支援を提供できる機関を特定した上で作成しなければならない。

司法プロセスが被害者にさらなる害を及ぼす可能性がある場合は、司法へのアクセスを促すことは避ける。例えば、保健医療提供者とジェンダーに基づく暴力に関する支援関係者は、医療における法制度や国内の性暴力に関する法律がどのようなものであるか知らなくてはならない。被害を受けた患者情報の開示を制限する法律が存在する場合は、その旨を被害者に伝えなくてはならない。このような法制度は被害者の治療の継続や通報についての意思決定を左右する事柄ではあるが、支援者は被害者の意思を尊重しなくてはならない
⊕ 保健医療 : セクシュアル・リプロダクティブヘルス基準 2.3.2 参照。

危機状況下、影響を受けた地域社会は、コミュニティレベルでの仲裁といった通常とは異なる非公式の紛争解決の手段がとられることがある。このようなサービスがある場合は、人びとにその存在とアクセス方法を周知させる。

土地と所有権は、係争の大きな要因になる可能性がある。行政と地域社会が協働して、居住権や所有に関する問題を解決するよう支援する。

付記
保護支援活動の専門的基準

武力紛争とその他暴力的な状況下では、危害を被る可能性のある一般市民の保護が不可欠である。効果的な保護支援活動には、専門的能力に加えて、保護に関する支援を行うすべての支援者が、最低基準を共通認識として持ち、遵守することが求められる。

保護支援活動の専門的基準は、人道支援および人権保護活動の中で共通認識として共有され、影響を受けた人びとへの保護が有効かつ有益であるために定められた。この基準は権利保護の原則を補完するものである。

専門的基準は、人びとを中心とした人道支援でなくてはならないことを強調している。そして、直面する脅威やリスクに対する保護支援を分析、計画、モニタリングする上で重要な役割を果たす。人びとの物理的な安全を高め、さらに、支援は暴力や迫害といった危機にさらされている人びとの権利や尊厳が確固たるものになるよう働きかけなければならない。

人道支援従事者によって行われる活動の支援は幅広いが、すべての支援者が権利保護の原則に沿った保護の意識を支援に組み込むことが不可欠である。専門的基準をまず遵守すべき支援者は、武力紛争とその他の暴力的状況下における保護に関する支援を行う専門職者とその組織である。

本基準は、組織が組織方針、ガイドラインや研修資料を作成、改訂する際の基盤にすべき事項を示している。支援現場で保護に関する支援を立案し、実施するための参考資料でもあり、さらには、新たな着想を与えてくれるかもしれない。本基準は他の分野の支援者や利害関係者にとって、危機の影響を受けた人びととコミュニティの安全を高める支援が専門職によって行われる重要性を理解するのにも有益である。

専門的基準は、保護支援の活動を規制したり、支援の多様性を妨げたりするのではない。むしろ、他の専門的原則を補完し、保護支援の実践者が基準を指針と研修に組み入れられるようになることを意図している。

2018 年度版の専門的基準は次のように構成されている：

1. 保護支援における原則を広く周知すること
2. 保護に関する戦略を精錬する
3. 保護に関する制度を明文化する
4. 保護に関する法の基盤を構築する
5. 相互補完性を高める
6. 保護支援の成果のデータ化と情報を管理する
7. 専門的能力を担保する

この基準は、保護情報管理に関する具体的なガイダンスとともに、情報通信技術（Information and Communication Technology, ICT）の可能性と、データの保護に関する法律の整備についても考慮している。

人道支援組織、人権擁護組織と国連平和維持活動およびその他国際的に使命を持った軍隊や警察間での対話は、人びとの保護を保証し支援成果を出すためにしばしば必要になる。専門的基準はこの対話において原則に基づいたアプローチを保つ中核となる。

国、地域、国際レベルでのテロ対策法に基づいた「暴力的過激派」への対抗努力も専門的基準で取り上げられており、本法がどのように保護活動に影響するかも解説している。

保護支援活動の専門的基準は、国際赤十字委員会（ICRC）e-book ストアからダウンロード可能（英語）：
https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook.html.

参照・参考文献

保護活動全般：背景と手段

Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia, 2008. https://drc.ngo

Policy on Protection in Humanitarian Action. IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org

Professional Standards for Protection Work Carried Out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence. ICRC, 2018. https://shop.icrc.org

ジェンダーに基づく暴力

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. IASC, 2015. gbvguidelines.org

居住、土地、財産の権利

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

国内避難民

Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. Global Protection Cluster, 2010. www.globalprotectioncluster.org

精神保健、心理社会的サポート

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007. https://interagencystandingcommittee.org

地雷対策

International Mine Action Standards. www.mineactionstandards.org

高齢者および障害のある人びと

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. HelpAge, 2018. www.helpage.org

子どもおよび子どもの保護

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. INEE, 2010. www.ineesite.org/en/minimum-standards

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. http://cpwg.net

参考文献

For further reading suggestions please go to www.spherestandards.org/handbook/online-resources

関連文献

保護活動全般：背景と手段

Aide Memoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. OCHA, 2016. https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Aide%20Memoire%202016%20II_0.pdf

Enhancing Protection for Civilians in Armed Conflict and Other Situations of Violence. ICRC, 2017. www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

FMR 53: Local communities: first and last providers of protection. University of Oxford and Refugee Studies Centre, 2016. www.fmreview.org/community-protection.html

Giossi Caverzasio, S. *Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards.* ICRC, 2001. https://www.icrc.org/en/publication/0783-strengthening-protection-war-search-professional-standards

Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. IASC, 2002. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_Growing_Sheltering_Tree_2002_EN.pdf

Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters. IASC, 2011. www.ohchr.org/Documents/Issues/IDPersons/OperationalGuidelines_IDP.pdf

O'Callaghan, S. Pantuliano, S. *Protective Action: Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response.* HPG Report 26. ODI, 2007. https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/1640.pdf

Protection and Accountability to Affected Populations in the HPC (EDG Preliminary Guidance Note). IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org/system/files/edg_-aap_protection_guidance_note_2016.pdf

Protection Mainstreaming Training & Sector-Specific Guidance. Global Protection Cluster. www.globalprotectioncluster.org/en/areas-of-responsibility/protection-mainstreaming

Safety with Dignity: A field manual for integrating community-based protection across humanitarian programs. Action Aid, 2009. www.actionaid.org/sites/files/actionaid/safety_with_dignity_actionaid_2009.pdf

Statement on the Centrality of Protection in Humanitarian Action. IASC, 2013. https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/centrality_of_protection_in_humanitarian_action_statement_by_iasc_princi.pdf

Slim, H. Bonwick, A. *Protection – An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies.* ALNAP, 2005. www.alnap.org/resource/5263

自己防衛対策と能力

Local Perspectives on Protection: Recommendations for a Community-based Approach to Protection in Humanitarian Action. Local to Global Protection, 2015. www.local2global.info/wp-content/uploads/L2GP_pixi_Final_WEB.pdf

Thematic Policy Document no 8 – Humanitarian Protection: improving protection outcomes to reduce risks for people in humanitarian crises, page 24. DG ECHO, EC, 2016. ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/policy_guidelines_humanitarian_protection_en.pdf

現金給付型支援

Guide for Protection in Cash-based Interventions. UNHCR and partners, 2015. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/cash-based-interventions/erc-guide-for-protection-in-cash-based-interventions-web_en.pdf

障がいのある人びと

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action: Child Protection. UNICEF, 2017. training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html

Need to Know Guidance: Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement. UNHCR, 2011. www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

Washington Group on Disability Statistics. 2018. www.washingtongroup-disability.com

ジェンダーに基づく暴力

Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-based Violence Programming in Humanitarian Settings: A Toolkit for GBV Practitioners. Women's Refugee Commission & International Rescue Committee, 2015. www.womensrefugeecommission.org/?option=com_zdocs&view=document&id=1173

Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. WHO, 2007. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43709/9789241595681_eng.pdf;jsessionid=9834DA17763D28859CAD360E992A223B?sequence=1

Gender-based Violence Against Children and Youth with Disabilities: A Toolkit for Child Protection Actors. Women's Refugee Commission, ChildFund International, 2016. www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1289-youth-disabilities-toolkit

居住、土地、財産の権利

Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery. Global Protection Cluster, Housing, Land and Property Area of Responsibility, 2009.

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

Land and Natural Disasters: Guidance for Practitioners. UN Human Settlements Programme. UN-Habitat, FAO, Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster, 2010. https://unhabitat.org/books/land-and-natural-disasters-guidance-for-practitioners/

国内避難民

Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility. Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement, 2005. https://www.brookings.edu/research/addressing-internal-displacement-a-framework-for-national-responsibility/

Bagshaw, S. Paul, D. *Protect or Neglect? Toward a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons.* Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division, 2004. https://www.brookings.edu/research/protect-or-neglect-toward-a-more-effective-united-nations-approach-to-the-protection-of-internally-displaced-persons/

Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010. www.brookings.edu/research/iasc-framework-on-durable-solutions-for-internally-displaced-persons/

Implementing the Collaborative Response to Situations of Internal Displacement: Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators and Country Teams. IASC, 2004. www.refworld.org/pdfid/41ee9a074.pdf

UN Guiding Principles on Internal Displacement. UN Economic and Social Council, 1998. www.unhcr.org/protection/idps/43ce1cff2/guiding-principles-internal-displacement.html

精神保健、心理社会的サポート

Community-based Protection and Mental Health & Psychosocial Support. UNHCR, 2017. www.unhcrexchange.org/communities/9159/contents/347734

Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know? IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, 2010. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/MHPSS%20Protection%20Actors.pdf

高齢者

Humanitarian Action and Older Persons: An essential brief for humanitarian actors. WHO, HelpAge International, IASC, 2008. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_HumanitarianAction_OlderPersons_EN.pdf

子どもおよび子どもの保護

Handbook for Professionals and Policymakers on Justice in matters involving child victims and witnesses of crime. UNODC, 2009. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/hb_justice_in_matters_professionals.pdf

Integrated Disarmament, Demobilization, and Reintegration Standards. UN-DDR, 2006. www.unddr.org/iddrs.aspx

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. ICRC, International Rescue Committee, Save the Children, UNICEF, UNHCR and World Vision, 2004. www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_1011.pdf

INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence against Children. WHO, 2016. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/

Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful Recruitment or Use by Armed Forces or Groups. UNICEF, 2007. https://www.unicef.org/protection/57929_58012.html

Responding to the Worst Forms of Child Labour in Emergencies. CPWG, 2010. http://cpwg.net/wp-content/uploads/sites/2/2014/12/Review_Responding_to-_WFCL_in_Emergencies_final.pdf

HIV

Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. Update. WHO, 2016. www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/

Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical guidance for collaborative interventions. UNDP, 2016. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgend.html

Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs: Practical guidance for collaborative interventions. UNODC, 2017. www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/practical-guidance-for-collaborative-interventions.html

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical approaches from collaborative interventions. WHO, 2013. www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical guidance for collaborative interventions. UNFPA, 2015. www.who.int/hiv/pub/toolkits/msm-implementation-tool/en/

Joint United Nations Statement on ending discrimination in health care settings. WHO, 2017. www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/

LGBTQI の人びとと多様な性的指向、性自認と表現、性的特徴

Joint UN Statement on ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) people. OHCHR, 2015. www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/JointLGBTIstatement.aspx

Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence – LGBTI Refugees. Women's Refugee Commission, 2016. https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/document/download/1284

Training Package on the Protection of LGBTI Persons in Forced Displacement. UNHCR, 2015. www.unhcrexchange.org/old/topics/15810/contents

The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity. International Commission of Jurists, 2007. www.yogyakartaprinciples.org

Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender & Intersex Persons in Forced Displacement. UNHCR, 2011. www.refworld.org/pdfid/4e6073972.pdf

人道支援の必須基準（CHS）

人道憲章および権利保護の原則は直接、人道支援の必須基準（CHS）をサポートする。
これら 3 つの章をあわせて、スフィア基準の原則と基盤を構成している。

図 2 人道支援の必須基準（CHS）

付記： 基本行動および組織の責任をモニタリングする際の質問項目

目次

9 つのコミットメントから成る 1 つの必須基準 52
コミットメント 1 54
コミットメント 2 56
コミットメント 3 59
コミットメント 4 63
コミットメント 5 66
コミットメント 6 70
コミットメント 7 73
コミットメント 8 76
コミットメント 9 80
付記 : 基本行動および組織の責任をモニタリングする際の質問項目 A1
参照・参考文献 85
関連文献 F1

9つのコミットメントから成る1つの必須基準

現在では、多くの組織や個人が人道支援に携わることが普遍的になりつつある。そのため、効果的な支援を行うために知識や手法を共有することが求められる。共通の取り組みがなければ、成果には一貫性がなくなり、予測を立てるのが難しくなる。

「人道支援の質と説明責任に関する必須基準（CHS）」は、人道支援に携わる組織や個人が、質の高い効果的な支援を提供するために9つのコミットメントを設定している。また、人道支援の必須基準（CHS）に則った支援には影響を受けた地域社会や人びと、支援組織の職員、資金提供者、政府、その他の関係者に対するより良い説明責任の履行につながる。基準を遵守する人道支援組織は、受援側からの信頼を得やすくなるであろう。本基準は、個人と組織の双方が自発的に取り組むことが求められる。

本基準は、全体の対応と個別の支援の両方に、対応と支援のあらゆる時期に適用される。9つのコミットメントは、支援プログラム運営のサイクルにおける特定の場面に対応することを意図しているわけではない。例えば、影響を受けた人びととのコミュニケーションのように特定の場面により深く関わるものもあるが、すべての場面に適用されることを意図したものもある。

人道支援の必須基準は、人道憲章と権利保護の原則とともにスフィアハンドブックの基盤となっており、すべての技術的な基準の土台である。これら基盤となる章と技術的な基準の章は、相互参照されている。

人道支援の必須基準に関するより詳細な情報と支援に活かすための情報は、corehumanitarianstandard.org から検索可能（英語）。

人道支援の必須基準の構成

人道支援の必須基準は、スフィア、人道支援の説明責任と品質管理に関するHAP基準（HAP）、People In Aid、グループURDの基準を統一するため、人道支援組織の協働によって作成された。現在は、スフィア、CHS アライアンス、グループURDが共同で著作権を所有し、管理している。

9つのコミットメントはそれぞれ特定の支援の側面を示すものであり、全体が1つの基準として、効果的で責任ある人道支援活動への強固な取り組みを徹底するものである。

人道支援の必須基準の構成は、他のスフィア基準とは以下の点で異なっている。

- 影響を受けた地域社会や人びとに対する**コミットメント**は、人びとが支援組織や個人に何を期待してよいかを明示している
- **質の規範**は、コミットメントが達成されている状況を示し、コミットメント達成のために組織と職員がどう取り組むべきかを表明している
- **パフォーマンス指標**は、コミットメントの達成度を測り、学習と改善を促進し、時間と場所を超えた達成度の比較を可能にしている。
- **基本行動**および**組織の責任**は、質の高い支援を遂行するために職員が行うべき事柄と組織が必要とする指針、手順、システムを説明している。
- **ガイダンスノート**は、基本行動と組織の責任を事例とともに補完的に説明している。
- **基本行動と組織の責任をモニタリングする際の質問項目**は、計画、評価、振り返りの際に活用できる。 ⊕ 付記 1 参照。
- **参考文献**は、特定の事項に関するさらなる情報を提供する。

次の表は、人道支援の必須基準がさまざまなレベルにおける利用可能性を示している。スフィア、グループ URD、CHS アライアンスが提供する参考資料は corehumanitarianstandard.org から入手できる（英語）。

図 3 人道支援の必須基準（CHS）の利用

コミットメント 1

影響を受けた地域社会や人びとはニーズに合った支援を受けられる。

質の規範

人道支援は状況にあわせて適切に実施されている。

パフォーマンス指標

1. 人道支援は影響を受けた地域社会や人びとの特定のニーズ、文化、嗜好を考慮に入れている。
2. 提供される支援や保護は事前調査で把握されたリスク、脆弱性、ニーズに対応したものになっている。
3. 人道支援は、支援と保護を必要としている人びとの能力やスキル、知識を考慮に入れている。

基本行動

1.1 影響を受けた地域社会や人びとの背景や状況、関係者と団体の体系的、客観的、継続的な分析を行う。

- 地方行政やその他の公的または民間組織の役割と能力、それらの組織に危機が与えた影響を評価する。
- 物資、人、市場など既存の地域の能力を評価し、優先順位は経時的に変化することを理解した上で、優先度の高いニーズから支援と保護を提供する。
- 初期のアセスメント（事前調査）データは不完全であることを認識し、情報を再検証していく。ただし、人命救助活動を妨げてはならない。
- 影響を受けた人びと、避難した人びと、受け入れ側の人びとの安全を評価し、暴力の脅威、さまざまな形の抑圧、生存または基本的人権の侵害の有無を特定する。
- より継続性と効果の高い支援を行うために、ジェンダーと社会的地位を起因とする格差や社会的差別を精査する。
- 調査を繰り返すことで影響を受けた地域社会に負担をかけないよう、合同調査を行い、調査結果を関係組織、政府機関、影響を受けた人びとと共有する。

1.2 支援プログラムを計画実施する際は、公正にニーズやリスクを把握し、さまざまなグループの脆弱性や能力を理解する。

- アウトリーチがしにくい地域に居住する女性、男性、子ども、青少年の保護と支援のニーズを評価する。また、高リスクグループと呼ばれる障がいのある人びと、高齢者、社会から孤立した人、母子家庭、少数民族、少数言語民族、例えば、HIV と共に生きる人びとなど蔑視される人びとなどの保護と支援のニーズも評価を行う。

1.3 変化するニーズや影響を受けた人びとの能力や状況に応じながらプログラムを実施する。

- 政治状況を把握し、利害関係者分析の結果と安全に関する方針を適応する。
- 疫学データや他のデータの経時的なモニタリングに基づき意思決定を行い、人命に関わる介入を優先させる。
- 変化するニーズに柔軟に支援内容を変更することで対応する。変更の際には必要に応じて資金提供者の同意を得る。

組織の責任

1.4 影響を受けた地域社会と人びとのニーズや能力に基づいて公正な支援が行われるよう、方針が立てられている。

- 支援組織は、人道原則と包摂性に対するコミットメントを遂行するための政策、工程、システムを保持する。
- 職員全員が自らの責任が何かを理解し、責任をとる立場であることを認識している。
- 支援組織は自らの方針を関係者と透明性を保ちつつ公開している。

1.5 社会的に弱い立場の人びとや、自ら声を上げにくい人びとなど、多様なグループに配慮し、それぞれに情報収集を行った上で支援方針を立てる。

- 評価と報告用のデータを細分化する指標が明示されている。

1.6 実施プロセスが確実に適正で継続的な状況分析に基づいている。

- 人道支援組織は、活動従事者がアセスメント（事前調査）の運用と実施に必要な知識、技能、行動、態度を身につけられるように管理者としてサポートを行う。

ガイダンスノート

アセスメント（事前調査）と分析は経時的なものであり、単回性の作業ではない。影響を受けた人びとや地域社会の能力やニーズは推察に基づくものであってはならない。彼らとの継続的な対話によって見出されたニーズに基づいた適切な支援を行う。

アセスメント（事前調査）に従事する職員を対象に、心理的応急処置（サイコロジカルファーストエイド）の基本的な研修を行うことを検討する。この研修によって、職員はアセスメント（事前調査）の実施中に精神的な苦痛を経験した人たちに対処することができる。

保護に関するリスクに直面する可能性のあるグループに帰属する人びとに特化した評価を徹底する。女性、男性、少年、少女たちが暴力、差別その他の危害への暴露の有無やその程度を理解するための具体的な評価が一例である。

公平な評価：公平とは、すべての人びとを同じように扱うことではない。権利に基づく支援を提供するには、能力、ニーズ、脆弱性を区別して理解する必要がある。年齢、性別、障がい、健康状態、性的指向、性自認または脆弱な人びとへのケア提供者など、個々の背景に対する差別のためにその人が脆弱な立場におかれることがある。

脆弱性：差別や社会的疎外、社会的孤立、環境悪化、気候変動、貧困、地権問題、脆弱な統治、民族性、階級、カースト、宗教、所属政党などの社会的要因と状況も人びとの脆弱性に寄与している。

既存の能力：危機の影響を受けた人びと、地域社会、組織、行政機関は、もともと危機に対処し、対応し、回復する技能、知識、能力を有している。危機の影響を受けた人びと自身が自身に関わる事柄に積極的に関与することは、尊厳ある生活につながる。女性、子ども、高齢者、障がいのある人びと、少数言語民族、少数民族など、代表性を持ちにくいグループの参加を推奨するため、彼らに特化した取り組みが必要な場合もある。

データの細分化：データの細分化は、ある支援活動や事象がさまざまなグループに与える影響を理解するために重要である。優れた実践と見なされるためには、最低でも性別、年齢、障がいの有無によるデータの細分化が行われるべきであり、状況に応じてさらなる細分化も行なわれなくてはならない。

状況に応じた基準の活用とモニタリングのためには、細分化されたデータの分析が必要である。細分化されたデータは、誰が最も影響を受けているか、誰が支援にアクセスできるか、高リスクの人びとに支援を届けるニーズの有無があるかを明らかにすることができる ⊕ スフィアとは参照。

データの継続的分析と効果的活用：評価チームの人員確保や迅速な派遣のためには、人事システムが十分に柔軟でなくてはならない。プログラム予算と資源はニーズに応じて割り当てる。資金は支援と保護のニーズの継続的な分析に使用され、また、支援へのアクセスを向上するためのプログラムの適応と修正にも活用されなくてはならない。支援へのアクセス向上の一例としては、アウトリーチの仕組みづくり、施設へのアクセスのしやすさ、コミュニケーション方法の改善があげられる。

コミットメント 2

影響を受けた地域社会や人びとは、必要な時に必要な人道支援を受けられる。

質の規範

変化する状況にあった、効果的な人道支援が行われている。

パフォーマンス指標

1. 最も脆弱なグループを含む、影響を受けた地域社会と人びとが自分達が受けている支援および保護のタイミングは適切であると考えている。

2. 影響を受けた地域社会や人びとが自分達のニーズは支援活動によって満たされていると考えている。
3. 人道対応がタイミング、質、量の面で目的を果たしていることを、モニタリングと評価報告が示している。

基本行動

2.1 支援プログラム策定の際は、さまざまな制約条件を考慮し、実行可能で地域社会の安全も確保されるような計画を立てる。

- 到達することが困難な場所などの特定の地域、もしくは特定のグループのニーズを評価し充足させることが困難な場合は、あらゆる制限を明確に特定し、記録する。
- 危機対応計画において、地域やグループが脆弱なことが明白で、将来アクセスすることが困難になる可能性がある場合は、アクセスが可能な間に地域の対応能力向上への支援を優先して行う。

2.2 人道支援は、時機を逃さず、変化する状況に応じて意思決定し実施する。

- 生活習慣、文化的慣習、季節、農事暦などは適切な支援を適切な時期に提供するのに欠かせない考慮すべき事項である。
- 支援計画のスケジュールをたてる際には、活動実施とモニタリングの期間も含める。遅延が予想される場合は、その遅れも含めたスケジュールを作成する。
- 突発的な危機の初期対応においては、限定的な情報に基づいて意思決定がなされることを認識し、追加情報に基づいて適宜修正を重ねる。
- 時機を得た支援を困難にさせるような支援全体に関わる課題を解決するために、団体間で調整を行い、戦略を構築する。

2.3 自ら対応できていないニーズについては、それに対応できる実績や権限のある関係者や団体につなぐか、もしくは広く対応を求める。

- 自組織の持つ専門的技術や知識、政策提言力では対応しきれないようなニーズには、情報、保護、支援を含む。

2.4 プログラムの計画や評価にあたっては、人道分野全般にわたり実践されている関連基準や優れた取り組みを活用する。

- 国内基準があれば、現場の状況に合わせて適用する。
- 国の基準を補完するためには、国際的に承認された基準（関連分野におけるスフィアとその関連基準も含む）を関係団体と連携の上、使用する。

2.5 支援プログラムが適切に行われるように、また成果の出ていない活動について対処できるようにするためにも、人道支援活動とその成果や効果についてモニタリング調査を行う。

- 期間と状況を特定した上での実施状況を評価するパフォーマンス指標を定義する。支援と保護のニーズを充足できるよう進捗しているか指標を用いて定期的に見直す。
- 活動や成果（建設された施設の数など）に加えて、目的やパフォーマンス指標に照らし合わせて進捗状況を見直す。施設の使用状況や実施することによる状況の変化といった、支援活動の効果と期待していた結果の差をモニタリングする。
- 最新状況の情報（地域の市場が機能しているか、治安状況の変化など）に加えて、必要な情報のみが収集されるように定期的にモニタリングの方法を見直す。

組織の責任

2.6 支援プログラムの方針・内容・計画は組織の専門性や能力にあったものである 。

- 組織の方針は、人道支援の質に関わる国際基準を遵守しており、組織としての専門分野を開発する姿勢が含まれている。
- 該当する専門支援団体が介入するまでは、専門外の支援分野でも支援提供しなければならない可能性を認識する。

2.7 活動方針の策定にあたっては以下の点を保証する。

a. 活動内容とその効果について、体系的、客観的、継続的なモニタリングと評価を行う。
b. モニタリングと評価の結果をプログラムの修正と改善に活用する。
c. 資源（資金・人・もの）の配分の決定をタイムリーに行う。

ガイダンスノート

制約の認識と現実的な支援計画：組織が影響を受けた人びとにアクセスできない、またはニーズを充足できない場合には、責任をもって適切な公的、民間を含む他の組織に照会する。）⊕ 権利保護の原則 3 参照。

危機対応計画の予測と早期警告システムの使用は、地域と自治体と関係機関の迅速な対応を可能にする。これにより人びとは生活や生計だけでなく、資産をも守れるようになる。

継続的な評価がもたらす新たな情報に対応できるよう、柔軟な意思決定機能を構築する。組織内では、意思決定と資源の配分の決定権はできる限り支援現場で活動を行う職員に委ねる。

決定した事項と意思決定の工程を文書化することで透明性を確保する。協議と参画と調整が意思決定の工程には不可欠である。⊕ コミットメント 6 参照。

活動、成果、効果のモニタリング：モニタリングは支援プロジェクトの修正を促し、予め選択した基準を用いた検証を可能にし、支援を最も要する人びとに届いているかどうかを確認することを可能にする。モニタリングから生じた支援プログラムの修正をすべて文書化し、影響を受けた人びとや主要な関係者の参加と協力によって行われるモニタリング機能を構築する。 ⊕ コミットメント 7 参照。

可能であれば支援全体で共通のモニタリング指標を使用する。

組織における意思決定：組織内での意思決定の責任と工程が明確に定義され、理解されていなければならない。定義されるべき事柄は、責任者は誰か、誰が意見を求められるか、意思決定ために必要な情報はどのようなものかが含まれる。

組織の方針、プロセス、システム：組織モニタリングと評価を用いて、人道支援活動がどう効果をあげているかを記録しなくてはならない。モニタリング評価から得たデータが、支援計画と方針と戦略を適正化し、危機への備えを強化し、支援成果を向上するためにどのように活用されたかを、適時、提示しなくてはならない。 ⊕ コミットメント 7 参照。示す内容には、緊急支援活動向け助成金、または適切な職員を迅速に雇用もしくは派遣することが組織として可能かどうかも含まれる。

コミットメント 3

影響を受けた地域社会や人びとは、人道支援の結果、負の影響を受けることなく、よりよい備えや回復力（レジリエンス）を得て、より安全な状態におかれる。

質の規範

人道支援が地域の対応力を高め、負の影響を未然に防いでいる。

パフォーマンス指標

1. 人道支援の結果として、影響を受けた地域社会と人びとは将来の災害に備えることができたと感じている。
2. 災害対応に責任をもつ立場の地方行政、リーダー、組織が、災害対応能力の向上を感じている。
3. 最も脆弱な者を含む影響を受けた地域社会と人びとが、人道支援活動による負の影響を感じていない。

基本行動

3.1 影響を受けた地域の能力を高め、地域や人びとの回復力を増すような支援プログラムである。

- 干ばつ、洪水、台風、地震といったハザードが引き起こす影響を軽減するような構造を備えたサービスを計画する。
- 地域社会による備えの取り組みを積極的に支援する。

3.2 地域社会の危険やリスク評価など既存の調査結果や防災計画を活動の指針に用いる。

- 異なるレベルのリスクにさらされているさまざまなグループのニーズと能力を理解し、対応する。

3.3 将来的な危機に備え、災害発生初期から対応できる地域のリーダーや組織の育成を図り、取り残されがちな社会的弱者が適切に代表されるような方策を講じる。

- 地方行政と可能な限り協働する。
- 地域の支援者たちは対応を計画し牽引する自律性を持つ存在であり、対等なパートナーとして扱うことを推進する。
- 将来の初期対応に関する知識と能力の強化に向けた基盤として、地域に根差したグループや組織の主体的な取り組みを支える。
- 外部からではなく可能な限り地域や国内の職員を、多様性を念頭におきながら採用する。

3.4 支援に依存する危険性を避け、プログラムの長期的な成果を得るために、初期段階から段階的な引き継ぎや支援終了に向けた計画を立てる。

- 支援期間を超えて継続することが難しい新たな取り組みを始めるよりも、既存の地域社会制度を強化するような支援を実施する。

3.5 早期の災害復旧を促進し、地域経済に貢献するプログラムを策定し実施する。

- 脆弱なグループのニーズに応えて、社会サービス、教育、市場、輸送、生計を回復するための支援を実行する。
- 市場の状況を熟慮し、最良の結果を得るためにはどのような支援形態（現金、クーポン、物資）が適切か分析する。
- 物資やサービスはできる限り現地で調達する。
- 可能な限り地域経済への負の影響を避ける。

3.6 潜在的、あるいは予期せぬ負の影響を把握し、迅速かつ適正な手順をふまえて対応する。下記のような分野が含まれる。

a. 人びとの安全と治安、尊厳、人権
b. 支援者による性的搾取と虐待
c. 文化、ジェンダー、社会的・政治的な関係
d. 生計
e. 地域経済
f. 環境

組織の責任

3.7 方針、包括的な計画、ならびに指針は次の点に留意して策定する。

a. 影響を受けた地域や人びとに対する、支援者による搾取・虐待・差別などのようなプログラムの負の影響の防止。

b. 地域対応力の強化

3.8 影響を受けた地域や人びとから収集した個人情報が危険にさらされないようなシステムを整備する 。

- 電子登録および配信システムなどを含む、データ保護に関する明確で包括的な方針を確立する。
- 支援を受ける人びとに対し、データ保護に関する権利について、組織が保持する個人情報へのアクセス方法、情報の誤用に関する問い合わせ方法について通知する。

ガイダンスノート

地域社会の回復とリーダーシップ：地域社会、地方行政と地域団体は危機に際しての第一対応者であり、状況や特定のニーズに深い示唆を与えるような知識を有している。これらの地域に根差した組織は対等なパートナーであり、対応の計画と実施において彼らの自立性を尊重しなくてはならない。国内外の組織は、地域に根差した組織を尊重し、開かれたコミュニケーションを図り、建設的な批評を受けれなくてはならない。既存のものと重複するシステムを作成するのではなく、可能な限り地域の金融機関やサービスを使用する。

移行と出口戦略：地方行政や影響を受けた人びと協力して、緊急支援プログラム終了後の活動計画をできるだけ早期から作成する。例えば、費用回収方法の紹介、地域で入手可能な資材の使用、地域の管理能力の強化が含まれる。

負の影響と「Do No Harm」：支援物資のもつ高い価値や支援従事者の有する強い力が原因で、搾取や虐待、競争、論争、支援の不正使用、流用を招く場合がある。支援は生計や市場を弱体化させ、物資をめぐる争いを引き起こし、グループ間の不平等な力関係を増幅させることもある。このような負の影響の可能性を常にモニタリングし、可能な限り事前に防止しなければならない。

少女、少年、特定のカーストを対象にした偏見、女子に対する不平等な教育の機会、予防接種の拒否、さまざまな形態の差別や不当な優遇など、グループによっては悪影響を受ける可能性のある文化的慣習に留意する。

安全かつ迅速な対応と苦情対応の仕組みは、虐待や不正の減少につながる。支援従事者は意見や苦情に耳を傾け、積極的に求めなくてはならない。支援組織は、守秘義務の遵守、搾取や虐待といった繊細な情報の開示を伴う照会方法について支援従事者に研修を受けさせなければならない。

職員による性的搾取と虐待：すべての職員には、搾取や虐待を防ぐ責任がある。職員が虐待を目撃したり疑わしい事例に気づいた際には、それが自分の団体か他の団体かにかかわらず、報告義務がある。往々にして子ども（特に少女）は被害を受けやすいことに留意し、組織の方針には子どもたちを搾取と虐待から守ることが明確に記されていなければならない。 ⊕ コミットメント 5 参照。

環境問題：人道支援は、土壌浸食、水源の汚染や枯渇、魚の乱獲、廃棄物の問題、森林伐採などの環境悪化を引き起こすことがある。環境の悪化は危機的な状況を悪化させ、より脆弱な状態を引き起こし、人びとの回復力を低下させることがある。

環境悪化を抑制する対策には、植林、雨水利用、資源の効率的使用、倫理的な物資調達指針や実践などが含まれる。大規模な建設を行う際は、事前の環境評価がない限り着手してはならない。 ⊕ コミットメント 9 参照。

負の影響を抑制し、地域の能力を高める組織の方針：組織には、危機管理方針と体制について明確に文書化していることが望まれている。贈収賄防止に対する方針や施策を通して、体系的に不正行為の防止に取り組むことを怠っている非政府組織（Non-Governmental Organization, NGO) が、他の NGO と共同で仕事をした場合には、結果的に他の NGO が不正行為を行うリスクが高まる。

方針と施策には、脆弱な立場の人びとを保護する取り組みが反映され、職権濫用についての予防策や調査の概要が記載されていなければならない。人材募集、審査、採用を慎重に行うことで、職員の不正行為リスクを軽減できる。行動規範には禁止行為が明確に示されているべきである。職員は公式にそれらの規範を遵守することに合意し、違反した場合の罰則を認識していなければならない。 ⊕ コミットメント 8 参照。

個人情報保護：影響を受けた地域および人びとから収集されたすべての個人情報とする。機密扱いする事項には、保護に関するデータ、暴力の報告、虐待や搾取の申し立て、性的暴力などの取扱いが含まれる。二次被害を防ぐためにも機密を保守するシステムは不可欠である。 ⊕ 権利保護の原則およびコミットメント 5 および 7 参照。

人道支援において、電子的登録と配信システムの使用はますます増えているため、明確で包括的なデータ保護方針の確立が急務である。銀行や企業などの第三者機関とは、適切な情報保護対策を義務づける契約を結ぶことが必須である。国際基準と国内の情報保護法に基づいたデータの収集、保管、使用、破棄の明確な指針を持つことが重要である。個人情報紛失のリスクを軽減するシステムを整備する。個人情報は不必要になったらすみやかに破棄する。

コミットメント 4

影響を受けた地域社会や人びとが自らの権利や保障されるべき内容を知り、必要な情報を確保でき、自身が関係する事柄の意思決定に参加できる。

質の規範

人道支援はコミュニケーション、参加、ならびに影響を受けた人びとの意見に基づいて行われている

パフォーマンス指標

1. 影響を受けた地域社会や人びとは、自分たちの権利と資格を理解している 。
2. 影響を受けた地域社会や人びとは、タイムリーに適切で明確な情報を入手できていると認識している。
3. 影響を受けた地域社会や人びとは、人道支援に自分たちの声を反映できる機会に満足している。
4. すべての職員は、影響を受けた人びとの権利についての指針についての訓練を受けている。

基本行動

4.1 支援組織は、自組織について、理念、職員の行動規範、現在と将来の支援計画についての情報を、影響を受けた地域社会や人びとに対して開示する。

- 情報そのものが保護の重要な要素であると考える。支援内容と支援を得られる権利に関する正確な情報がなければ、影響を受けた人びとが搾取や虐待に対して脆弱になる可能性がある。 ⊕ 権利保護の原則 1 参照。
- 支援にあたる職員に何を期待できるか、また、支援に満足していない場合の相談窓口を、影響を受けた人びとに伝える。

4.2 地域社会の多様な構成員、とりわけ脆弱で取り残されがちなグループの人びとに、相手を尊重した、文化的に適切でわかりやすい言語、形式および媒体を使って情報をやりとりする。

- 既存の情報伝達手段を活用し、彼らが希望するコミュニケーション方法がどのようなものかを相談のうえ使用する。形式や媒体によって配慮すべきプライバシーの程度が異なることを考慮する。
- 既存または新規の通信技術の効果性と安全性を確保する。

4.3 支援のあらゆる段階において、影響を受けた地域社会や人びとの参加と関与を確保する。

- 現在まで権力や意思決定プロセスから排除されてきたグループや個人には注意を払う。彼らの尊厳を尊重しつつ、倫理的に関われるような体系的な仕組みについて模索する。このような取り組みの結果、さらなる社会的排除を避ける。

- 支援のさまざまな段階において、地域社会の直接参加と選出された代表者による間接参加のバランスを考慮する。

4.4 影響を受けた地域社会や人びとのなかでも、特にジェンダー、年齢、多様性を有する配慮が必要な人びとに、支援の受け手として感じる質や効果についての満足度に関して、意見が出しやすいように働きかけ、その環境を作る。

- 人びとの信頼を得て維持すること、肯定的な意見にも否定的な意見にも対応できること、実施された支援に対する異なる地域住民の反応を観察することが実践できるように、職員を訓練する。
- フィードバックを集約し、団体間もしくは支援分野を超えて、フィードバック内容の確認と分析を行った上で対処する。
- フィードバックへの対応を地域社会と共有し還元する。

組織の責任

4.5 情報共有のための方針を策定し、開かれたコミュニケーションの文化を醸成する。

- 情報共有のための工程を定義し、明文化する。
- 支援に関する組織としての成果と失敗についての情報をより多くの関係者に伝える最大限の努力をし、組織全体の開示性と説明責任の文化を醸成する。

4.6 地域社会の参加と意思決定を促し、多様な地域社会の話に耳を傾け、批判的な意見への対応について、職員が受ける研修の概要を明示する。

- 地域社会の参加と意思決定を促し、多様な地域社会の話に耳を傾け、批判的な意見への対応について、職員が受ける研修の概要を明示する。
- 地域社会との対話、意思決定、自助のための場所と時間を創出するのに役立つ組織としての方針と戦略を策定する。

4.7 資金調達をはじめとする対外的なコミュニケーションにおいては、影響を受けた地域社会や人びとの人間としての尊厳を尊重し、正確かつ、倫理的で敬意を持った表現をする。

- リスク評価に基づいて情報を共有する。現金給付や特定の居住区にいる人びとの属性などの情報共有は、人びとを身の危険にさらす可能性があることに留意する。
- 影響を受けた人びとをとりあげた記事や画像を使用する際には、許可を得ていない場合にはプライバシーの侵害や守秘義務違反の可能性があることに注意する。 ⊕ 権利保護の原則 1 取り扱い注意の情報参照。

ガイダンスノート

地域社会との情報共有：正確でタイムリー、理解しやすく、アクセスしやすい情報を共有することは地域社会からの信頼を高め、さまざまなレベルでの地域の参加を促進し、支援効果の向上につながる。組織としての透明性を保つことが要である。影響を受けた地域社会へ支援に関する予算などの情報を共有することは、費用対効果を高め、地域社会が無駄や不正行為に対する関心を高め、言及することを促進する。

組織がその活動を支援しようとする人びとに対して、適切に情報を共有しなければ、誤解や支援の遅延、資源を浪費するような不適切な支援計画、組織に対する悪印象が発生しうる。このような事態は、人びとの怒り、失望、不安を引き起こす。

効果的で安全、アクセスしやすいあらゆる人たちのためのコミュニケーション：コミュニケーションの方法は、それぞれのグループで異なり、異なる情報のニーズと情報源をもっている。人びとは情報を理解し意味付けをするために、安全でプライバシーが確保された状況で彼ら自身が話し合う時間が必要な場合がある。

インフォームドコンセント：人びとが意味合いを十分に理解しないうちに、同意を示す場合があることに留意する。理想的ではないが、初期の段階では、支援プロジェクトへの活動、観察、知識、または法的その他の書面を通して参加が表明されたのであれば、一定のレベルで同意したとみなさなければならない場合もある（例：地域社会との合意契約など）。 ⊕ 権利保護の原則 1 参照。

参加と関与：支援の早い段階で、影響を受けた人びとや地域行政が今までに築いてきた知見を求め、相互の信頼と尊敬に基づいた関係を築く。早期に協議することは、事後に不適切な決定を修正するといった時間の浪費を避けることができる。緊急対応の初期段階では、協議できる影響を受けた人びとは限られた数であるかもしれないが、時間の経過とともに、より多くの影響を受けた人びとやグループが意思決定に関与する機会は増えていく。

紛争状況下では、グループでの議論や意思決定を促すことが政治的な行為であるとの印象を与え、地域の人びとに害を引き起こす可能性があることに留意する。フィードバックの仕組みを通して地域社会の関与を高める方法を検討する。コミュニティスコアーカードの使用などもひとつの例である。

フィードバック：特定の評価（グループディスカッションやインタビュー）、支援実施後のモニタリングまたは質問紙調査は、正式なフィードバックを入手する手段である。日常的な接点から得られるような非公式のフィードバックも、信頼の構築とプログラム改善のために持続的に活用されるべきである。女性、男性、少女、少年を含むすべての人が、自分が尊重されていると感じ、自らが意思決定に影響を与えたことに満足しているかどうかについての意見を収集する。人びとは、受けた支援には満足していても、自らの意見が意思決定に反映されたかどうかには不満を抱いていることもある。

批判的な意見を出すことは、受ける支援に負の影響を与えるのではないかと不安に感じる人びともいる。支援活動を批判すべきではないとする文化的な理由

がある場合もある。公式、非公式に関わらずさまざまなフィードバックの方法を模索し、フィードバック内容の匿名性を保障するような手段を講じなくてはならない。

他団体と連携して意見集約の仕組みをつくり、すべての人びとがアクセスできるようにする。その仕組みは、支援活動における重大な違反や逸脱行動に対する苦情対応とは切り離して捉えられるべきである。 ⊕ コミットメント 5 参照。しかしながら、実際にはフィードバックと苦情の内容は重複していることがほとんどである。受け取ったフィードバックに対しては、事後フォローも含めて適切に対応し、適宜、支援プログラムを修正する。フィードバックの仕組みを組織のモニタリングと評価の仕組みに組み込む。

開かれたコミュニケーション文化の醸成：組織は、影響を受けた人びとがアクセス可能なウェブサイトまたは広報の資料を用いて、政治団体や宗教団体などとの利害関係を公表しなければならい。これにより、関係者は組織の基本的なあり方、所属、方針をより良く理解できるようになる。

地域社会の参加と意見聴取への組織的関与と責任：ジェンダーや多様性に関する指針は、組織の価値観やコミットメントを広め、自身に期待される行動の具体例を示すものである。影響を受けた人びとからのフィードバックは、支援の戦略や計画についても反映されなければならない。

情報制限、守秘義務、機密保持：すべての情報をすべての関係団体と共有することは不可能であり、目指すべきことでもない。グループの属性や個人を特定できるような情報の集約は、人びとを脆弱化もしくは脆弱性を高め、人びとの安全性が脅かされる可能性があることを考慮しなければならない。 ⊕ 権利保護の原則参照。

広報におけるに倫理的な取り組み：資金調達用に使用する記事や写真は、本来の状況などの説明が取り除かれることがあるため、誤解を招き、保護のリスクを増大させることがある。このような間違いが起こらないことを徹底するために、全職員が広報に関する方針や指針にアクセスできるようにしなければならない。

写真に含まれる情報や記事に含まれる詳細な記述によって、人びと（特に子ども）の家や地域社会が特定できないようにする。写真を撮る際には、画像のジオタグ（地理情報システム）を無効にする。

コミットメント 5

影響を受けた地域社会や人びとは、安全に苦情や要望を述べることができ、迅速な対応を受けられる。

質の規範

苦情や要望を積極的に受け入れ、適切な対応をしている。

パフォーマンス指標

1. 疎外され立場の弱い人びとも含め、影響を受けた地域社会や人びとに対して苦情対応の仕組みがあり、その利用方法は認識されている。
2. 影響を受けた地域社会や人びとは、苦情対応の仕組みが利用しやすく、効果的で、プライバシーが守られ、安全であると感じている。
3. 苦情が調査、解明され、決められた期限までに通報者に結果が伝えられる。

基本行動

5.1 苦情対応の手順の計画、実施、モニタリングについて、影響を受けた地域社会や人びとと協議する。

- 性別、年齢、障がいなどの分類に基づきデータを細分化し、人びとが苦情対応の仕組みをより使いやすくする。
- 苦情を伝える方法、何が人びとや職員が苦情を発することを妨げているか、苦情対応の報告方法について合意を得る。苦情の記録の方法とフォローの方法や、苦情から学んだことをどのように将来の計画に組み込んでいくかを考える。
- 他組織、パートナー、請負業者と連携した苦情対応の仕組みをつくる。
- 職員が苦情対応の仕組みについての研修を受ける。

5.2 苦情や要望を快く受け入れ、苦情を申し出る方法やその対応範囲を予め伝える。

- 苦情対応の仕組みや手続きについての認識を高めてもらうためのキャンペーンを検討し、人びとが苦情対応の仕組みや手続きについて詳しく知る機会をつくる。

5.3 苦情や要望対応は、公平かつタイムリーに行い、申立人や事業によって影響を受ける人びとの安全を最優先する。

- すべての苦情はたとえ他に類似したものがあっても個別に扱う。
- 決められた時間内で回答を提供する。苦情を提出した人にいつ回答するか知らせる。
- 地域社会が苦情対応の仕組みに運用や参画できるように検討する。

組織の責任

5.4 影響を受けた地域社会や人びとの苦情や要望の対応手順は記録され保管される。同手順は、事業運営、性的搾取や虐待、その他の権力の悪用に関する内容を含める。

- 苦情対応の仕組みの設置方法、判断基準、出された苦情内容、対応方法、対応時間を記録する。
- データ保護指針に厳密に従い、苦情に関する情報の機密が徹底して守られるよう注意する。
- 他組織と連携して苦情対応の仕組みに取り組むことで、地域社会や職員が混乱することを防ぐことができる。

5.5 明確な方針と手順に基づき、苦情や要望が真摯に受け止められ対応が行われるような組織文化を確立する。

- 支援対象者に対して組織が持つ注意義務に関する指針、行動規範、女性、子ども、障がい者など社会的に弱い立場のグループをどう守るかなどを公表し、十分に周知する。
- 苦情および報告者に対する守秘義務、独立性、尊重に則った組織立った調査手順を整備する。調査は法的基準と現地の労働法に則り、包括的でタイムリー、専門的な方法で行う。苦情対応担当の役職者は調査法、職員の職権濫用の対処法について研修を受けるか、専門家の助言を得られるようにする。
- 職員に対する苦情対応の手順と内部通報制度を確立し、職員に周知する。

5.6 性的搾取、虐待の防止に対する組織の誓約や人道支援組織の職員に要求される行動やふるまいについて、影響を受けた地域社会や人びとが十分に理解している。

- 汚職、性的搾取、虐待、または職権濫用、不正行為などの重大な問題と、支援対象者の選定基準に対する不満などの一般的な苦情を分け、それぞれに対する苦情対応の手順を地域社会と職員に説明する。

5.7 支援組織の対応可能範囲を超えている苦情や要望については、対応手順に従って適切な関係機関へ託す。

- 組織の権限の範囲内で取り扱える苦情はどれか、いつ、どうやって他の支援組織に委託するかについての指針を明確にする。

ガイダンスノート

苦情対応の仕組みの作成：地域社会の権力構造を把握することは、苦情対応のやりとりにおける最良の方法を決めるのに有用である。高齢者、女性、少女、少年、男性、障がい者、疎外されている人びとらのニーズに配慮し、彼らの意見が苦情対応の仕組みの策定と実施に反映させる。

苦情を伝える方法について周知をはかる：影響を受けた人びとが支援組織に期待できるサービス、職員の態度と行動について知ることができるように、支援組織は必要な時間と資材を惜しんではならない。また人びとには、支援組織がこれらの責務を果たさなかった場合、どこでどのように苦情を伝えられるかを周知する。

苦情対応の仕組みは、人びとが報復を恐れることなく、いつでも匿名で通報をできるような仕組みである。

地域社会はすべての苦情が解決されると信じている場合があるため、誤解のないような対応をする。苦情の内容がその支援組織の権限が及ばない場合、地域社会の不満と不信を引き起こすことがある。

苦情の対応：苦情の内容が組織の責任や能力の範囲外である場合は、報告者にその旨を明確に伝える。可能な場合は報告者との合意の上で、適切な他の団体に対応を依頼する。効果的に対応していくためには他組織や他セクターとの連携が不可欠である。

職員による性的搾取、虐待の訴えがあった場合は、研修を受けた職員のみが調査する。

苦情申立人が希望した際は、守秘義務を守りながら精神保健および社会心理的支援、その他の保健医療などの追加のケアと支援が得られるよう関係機関に照会する。

匿名かつ悪意のある苦情は、発信元がわからないものの、より注意深く取り組む必要がある。これらは組織に潜む不満から出された警告の可能性もあるため、過去に認識されなかった苦情に原因がないかなど追跡調査が必要となる。

苦情の保護：組織内の誰にどの情報がいつ必要かを見極める際には熟慮する必要がある。性的虐待に伴い社会的に被る不名誉や、虐待の報告者が加害者や被害者自身の家族から加えられる報復の危険を考慮し、苦情の機密を苦情対応の仕組みに組み入れる。支援プログラムまたは同僚について懸念を報告した職員の安全が保障されるよう、内部告発に関する指針を整える。

関連するデータ保護法に従い、データ保護方針には特定の種類の情報がどれだけの期間保管されるべきか定める。

苦情対応過程：支援組織の職員と支援対象地域の人びとの両方が、確実に苦情を届ける機会を持てるようにする。苦情は、組織や支援活動を向上させる好機と考える。苦情は、支援活動の適切さと効果の程度、潜在するリスクと脆弱性、人びとの支援への満足度を示してくれる。

影響を受けた人びとが受けた性的搾取、虐待 (Sexual Exploitation and Abuse, SEA)：組織とその管理者は、安全で透明性があり利用しやすく、かつ機密性のある性的搾取と虐待の苦情の対応を扱う仕組みと手順を整備する責任がある。可能であれば、性的搾取と虐待の調査協力のために支援組織間で具体的な取り決めを行い、パートナーシップ契約に盛り込むことを検討する。

組織文化：管理者や役職者は、その他の職員、パートナー、ボランティア、影響を受けた人びととの間で相互に尊重しあう関係を促し、模範を示すべきである。苦情対応の実施には、そのような立場の人びとが行うサポートが極めて重大である。職員は、苦情や虐待の申し立てへの対応方法を知っていなければならない。犯罪行為や国際法に抵触している場合、職員が適切な当局に連絡する方法を知っていることが肝要である。パートナーと協力して活動する組織は、組織間の苦情を含んだ苦情の報告と取り扱い方法について取り決めなければならない。

職員の行動と行動規範：組織には、管理者により公的に承認された職員の行動規範があり、公表されていなければならない。子どもの保護方針はすべての職員やパートナーに適用され、子どもの保護方針に関する行動基準についての研修を実施しなければならない。職員は行動規範の逸脱が招く結果を認識し、理解していなければならない。 ⊕ コミットメント 3 および 8 参照。

コミットメント 6

影響を受けた地域社会や人びとは、関係団体の間で調整され、それぞれが専門分野を補いあいながら過不足のない支援を受けられる。

質の規範

人道支援は調整されており、相互補完的である。

パフォーマンス指標

1. 支援組織は、影響を受けた地域社会やパートナーとの協働により明らかになった支援の不足や重複を最小限にしている。
2. 影響を受けた地域組織も含め、支援組織間では公式、非公式の調整機能を通じて関連情報を共有している。
3. 支援組織はニーズ評価、支援の提供と実施のモニタリングを行っている。
4. 地域組織は、支援の調整の機能に十分な代表性を持ち、かつ参画している。

基本行動

6.1 各関係者の役割、責任、能力、利害を把握する。

- 異なる責務と専門性を持つ地域組織、受入国政府、支援組織、民間セクター、（地域、国内、国際を問わず）人道支援組織の能力を最適化できる協働を模索する。
- 支援組織や他の関係者との間で合同アセスメント（ニーズ調査）、研修、評価を提案、牽引し、より一貫性のある支援を実施する。

6.2 人道支援は、自治体および国など他の人道支援組織ができていないことを補完するものである。

- 支援活動の全体的な計画と調整は、第一義的には受入国政府の責任であることを認識する。人道支援組織は、国の対応と調整機能を支える重要な役割を担っている。

6.3 適切な支援分野の調整グループに参加し、他の支援組織と協働する。それにより、影響を受けた地域社会の負担を最小限にし、受けられる支援の範囲やサービスを最大限にできる。

- 認知された支援の質の基準と指針を適用し、遵守することを調整を通して推進する。例えば、支援の指標といった人道支援における基準を文脈化するために、また、支援活動と全体の対応を集合的なモニタリングと評価をするために、調整機能を活用する。
- 説明責任、ジェンダー、保護の調整などの問題について自組織の活動と責任の範囲、および他の調整機関との重複を明らかにし、どのように対応するかを決定する。

6.4 必要な情報を、適正な伝達手段を通して、パートナー団体、調整グループ、ならびに他の支援関係者と共有する 。

- 会議や通信にはできるだけ現地の言葉を使用する。地域の関係者の参加を妨げるようなコミュニケーションの阻害要因を特定する。
- 特に他の参加者が自組織と同じ言語を話さない場合には、わかりやすい言葉を選び、専門用語や口語を避ける。
- 必要な場合は、通訳や翻訳者を用意する。
- ミーティングは地域の関係者が参加しやすい場所で開催する。
- 地域の市民社会組織のネットワークと協働し、支援の中にはそれら市民社会組織の構成員による貢献を確実に含める。

組織の責任

6.5 人道原則を損なうことなく、国、および自治体、他の人道支援組織との調整および協力することを明確にした方針および戦略をたてる。

- 組織の方針と資源の活用戦略には、協働することを組み込む。支援組織は、パートナー、受入国と自治体、その他の人道支援組織あるいはその他の関係者との関わり方について明示すべきである。
- 調整会議に組織を代表して参加する職員は、計画と意思決定に参加できる適切な情報、資質、権限を持っていなければならない。支援組織の一員として調整を行う責任を有することを職務内容に明記する。

6.6 パートナー団体との協働する際には、各団体の任務、義務、および自立性を尊重し、各団体の制約や具体的な関わり方（コミットメント）を認識し、明確で一致した合意によらなければならない。

- 地域や国内の支援組織は、効果的で責任ある行動のために、お互いの組織の権限と相互の役割と責任を理解し、その理解を共有した上で、パートナーと協力して仕事をする。

ガイダンスノート

民間セクターとの連携：民間セクターは商業効率、補完的に自組織にはない専門性や資源を人道支援組織にもたらすことができる。情報の重複を防ぎ、より良い活動実践を進めていくため、最低でも情報共有は必要である。パートナー企業に人権意識が十分にあり、過去も含めて不平等や差別的慣習がないことを確認する。民間セクターとのパートナーシップにおいては、民間セクターが独自の目的を持つ可能性を認識しつつ、影響を受けた地域社会や人びとに明確な利益があることを確認しなければならない。

軍との連携：人道支援組織は軍とは異なるものであることを明らかにし、組織の中立性、独立性、信頼性、安全性、影響を受けた人びとへのアクセスを損なう可能性を伴う、政治的あるいは軍事的な意図に関わる現実的な関係を持つこと、もしくは関係があると第三者に思われるようなことは避けなければならない。

軍は安全保障、物流管理、輸送手段、通信手段といった特定の専門性と資源を有する。しかし、いかなる時でも軍との関わりあいは、合意されたガイドラインに従い、人道支援組織が主導する活動にならなければならない。
⊕ スフィアとは、人道憲章および権利保護の原則参照。軍との関わりを最小限に抑える組織もあれば、軍とより強く連携する組織もありうる。

民軍協働における３つの重要な要素は、情報の共有、計画立案、役割分担である。あらゆる状況において、対話がすべてのレベルで行われるべきである。

補完的な支援：地域組織、自治体、市民社会ネットワークは特定の地域に関する豊富な知見を有している。被災後の彼ら自身の活動や体制の立て直しに支援が必要な場合があるため、支援の調整に参加し関与すべきである。

国家が紛争の当事者である場合、人道支援組織は国家の独立性について、彼らの意思決定の中心には被災者の利益があることを踏まえた上で判断する。

調整：支援分野内での調整のみではなく、分野横断的な調整は、人びとのニーズへの包括的な取り組みを可能にする。例えば、健康、保護、教育の各分野が横断的な調整を通して専門家も含めた作業グループをつくり、精神保健や心理社会的支援を行う。

調整を牽引する者は、適切に運用され、効率的で成果がもたらされるような話し合いと情報共有が確実に実施される責任を担う。言葉や場所の制約のため、調整機能は国際組織だけに関係すると地域組織が感じた場合、彼らは参加しない恐れがある。国家間および行政組織間の調整の仕組みが必要とされる場合には、報告の仕組みが明確になっていなければならない。

災害が発生する前からの調整の取り組みへの参画は関係性を構築し、支援の調整が促進される。緊急時の調整体制と、通常時における地域振興や開発の調整体制を繋げていく。

緊急時における国際的な組織間での調整の仕組みは、国内での調整機関をサポートするものでなくてはならない。難民支援では、国連高等難民弁務官事務所（UNHCR）が難民調整の取り組みを行っている。

資金情報を含む情報の共有：さまざまな関係者と調整機関の間での情報共有は、不足や重複を特定しやすくする。

パートナーとの連携：パートナーとの連携のあり方には、契約上だけのものから、意思決定を共同で行ったり、資源を共有するまでのさまざまな方法がある。パートナー団体の責務とビジョン、独立性を尊重する。そのうえで、相互学習と発展の機会を模索する。双方が知見と能力を高めると共に、パートナーシップから得られるものを見定め、より良い支援準備、より多様な対応策を確保する。

地域や国の市民社会組織と国際組織は、長期的な協働を通じて、すべての参画者が知見と能力を高めることができ、より良い支援の準備とより多様な支援の選択ができるようになる。

コミットメント 7

影響を受けた地域社会や人びとは、支援組織が経験や振り返りから学ぶことで、より良い支援が提供されることを期待できる。

質の規範

人道支援従事者は継続的に学習し、改善している。

パフォーマンス指標

1. 影響を受けた地域社会や人びとは受けている支援と保護が改善されていると認識している。
2. 現在の人道支援活動から学習したことを活かし、支援や保護の対応を改善している。
3. 支援や保護の在り方について他の支援活動から学んだことが活かされている。

基本行動

7.1 支援プログラムを策定する際には、過去の教訓や経験を生かす。

- モニタリングの仕組みはシンプルで利用しやすくし、さまざまなグループを代表するような情報を集め、既に支援を受けた者、未だ受けていない者を含めなければならない。
- 失敗事例は成功事例と同様に重要である。

7.2 モニタリングや評価、影響を受けた人びとからの意見や苦情を基に学び、支援活動を改善する 。

- 影響を受けた人びととの対話と参加を促すような傾聴を活用する。状況の変化やニーズは、影響を受けた人びとが最も良く把握している。
- 地域社会と話し合い、彼らがより好む方法と、意思決定や運用において彼らの役割が強化できる方法を聞く。

7.3 組織内での学び改善を、影響を受けた地域社会や人びとや他の関係者、団体と共有する 。

- 共有と意思決定が容易な形式に則って、モニタリングと評価を行い、情報を収集し、提示する。 ⊕ コミットメント 4 参照。
- 組織としての学習を促進する方法を見出す。

組織の責任

7.4 評価や学習の方針を整備し、経験から学んで活動を改善できるような方法を構築する 。

- 継続学習においては、計測可能かつ客観的な指標に基づいた実績の確認と計画の見直しを組織として行う。
- すべての人道支援組織の職員は、取り組みの進捗状況をモニタリングし、そこで学んだことを専門分野に還元する責任について理解している。

7.5 知識と経験を記録し、組織全体がそれを利用できるよう、仕組みを整える。

- 組織としての学習は、実践的な改変を導く。例えば、アセスメント（事前調査）が実施されるように戦略を改善すること、より緊密な支援を行うためにチームを再編成すること、意思決定の責任を明確化することなどがある。

7.6 支援組織は人道支援に関する学びや改善について、同じ分野で活動する関係者、団体間で共有できるよう努める。

- 重要な教訓や将来の支援に対する改善策を含む、人道支援に関する報告書を作成し、公表する。

ガイダンスノート

経験からの学び：実践方法、学習、説明責任といった異なる目的に適した取り組み方や手法を選択する。

モニタリングー支援活動の進捗と実績に関するデータを、定期的に収集することで、活動を適切に軌道修正できる。モニタリングと評価のために、質的データと量的データを用いる。質と量の両方のデータを統合し、評価を行い、一貫性のある記録を残す。データの収集、管理、報告に関する倫理面を考慮する。

データ使用の意図と使用者がどのデータを収集し、どのように示しているのかを見定める。分析も使用もされないデータは収集しない。

リアルタイム評価ー支援従事者を含めた簡易な評価の取り組みは、支援活動の軌道修正に使用できる。

フィードバックー影響を受けた人びとから受け取る情報は、構造化された情報でなくとも、支援活動の軌道修正に使用できる。影響を受けた人びとは、支援による彼らの生活の変化の良し悪しを判断する、最良の人材である。

支援活動終了時の評価ー支援活動完了後に行う、支援従事者を含めた簡易な評価の取り組み。全体の支援を構成するそれぞれの体系立った支援活動（プロジェクト）において、継続する事柄と変更する事柄を明確にする。

評価ー全体の支援活動（プログラム）、全体の支援を構成するそれぞれの体系立った支援活動（プロジェクト）、体系立った支援活動を構成する活動（アクティビティ）を客観的に判断する公式に行う取り組み。通常は組織外の人間によって実施される。この評価は、軌道修正をするために活動期間中に行うこともまた、体系立った支援活動（プロジェクト）の実施後に似たような前例を学び、組織の政策に反映させるために行うこともある。

調査 ー人道支援活動に関しての客観的かつ体系的な調査。通常、組織方針の改良のために使用される。

イノベーション：影響を受けた人びとと組織が変化する環境に適応することができる時は、緊急時の支援は革新に結びつくことが多い。変化する状況に自らを適応することができる影響を受けた人びとは、革新的である。革新と発展の過程において、影響を受けた人びとが参画できるような組織的な取り組みのある支援は、影響を受けた人びとが恩恵を受けやすくなる。

連携と学びの共有：他組織、政府、非政府組織、学術機関との共同学習は専門家としての義務であり、斬新な視点やアイデアを提供し、限られた資源を最大限に活用する一助となりえる。連携によって、同じ地域社会が繰り返し調査を受ける負担を防ぐこともできる。

相互学習はさまざまな組織で行われており、その取り組みは進捗の確認や支援後の振り返りを目的として実施されている。

支援ネットワークと学術機関を含む地域社会は、支援現場、活動後の振り返り、そして学習会といった相互組織間で学ぶ機会を作り出す。このような学習は、支援活動の実践と組織全体としての学習に大きく貢献する。支援関係者同士で課題と成功を共有することで、支援者はリスクを特定し、将来の過ちを防ぐことが可能になる。

支援分野間での実例の共有は特に有用である。組織間で学習や実例の振り返りをもつことは、単一の組織内で学ぶよりも組織改革により寄与することが期待できる。

影響を受けた人びと自身がモニタリングを行うと、その結果の透明性と質は向上し、情報の所有者としての主体性をも向上させる。

評価と学習方針：改善に有効である内容と項目が体系的に整理されていない場合もある。改善が現行もしくは次の支援活動に具現化されていない限り、教訓を生かしているとはみなされない。

知識の蓄積と組織的学習：知識の蓄積とは、知識の収集、開発、共有、保管に加え、組織で効果的に知識と学習を活用することである。長く働いている現地職員は、地域の知識や関係について情報を蓄積していることが多い。国、地方、地域の当事者も意識して学習し、彼ら自身の危機準備計画の策定や更新に役立てる。

コミットメント 8

影響を受けた地域や人びとは必要な支援を、十分な能力のある管理の行き届いた職員やボランティアから受けられる。

質の規範

職員は効率的に職務を行えるよう、自らもサポートを受けられ、適正かつ公平な扱いを受けている。

パフォーマンス指標

1. すべての職員は自分の活動が組織に支えられていると感じている。
2. 職員は活動成果の目標にみあった成果を出している。
3. 影響を受けた地域社会や人びとは、例えば、知識、スキル、行動、態度において職員の働きが効果的であると評価している。
4. 影響を受けた地域社会や人びとは、人道支援における行動規範を認知しており、逸脱の懸念がある場合の表明の仕方を知っている。

基本行動

8.1 職員は組織の責務と意義、そして合意に基づいた職務の条件と内容に沿って支援活動に従事する。

- 雇用条件によって、職務分掌の内容はさまざまである。国の雇用に関する法律は多くの場合、職員の地位を定めており尊重されなければならない。すべての職員に、国内または国際法規上の法的および組織としての立場を認識させなければならない。

8.2 職員は自分に適応する規範を遵守し、背いた場合に被る結果を理解している。

- 緊急派遣時や、組織の急展開時などいかなる場合であっても、組織の責務、方針、行動規範を伝達する初期研修は必要である。

8.3 職員は、自らの役割を果たすために必要な個人的、技術的、管理的能力を向上させ、活用するとともに、組織がどのように支援してくれるかを理解している。

- 緊急対応の初期では、正式な職員に対する教育と研修の機会は限られている場合もあるが、管理職は最低でも、導入研修と職場実地研修を提供しなくてはならない。

組織の責任

8.4 支援組織は、プログラム実施に必要な管理体制や職員の技能、実務能力を整えている。

- 支援サービスへのアクセスを向上させるような人、言語、民族、ジェンダー、障がいの有無、年齢などによる差別意識を持たない人を採用する。
- 有能な職員の需要が最大になる時期をどう乗り越えるのか、組織は事前に検討する。国内職員の意思決定責任と役割を明確にし、かつ組織内の意志決定責任とコミュニケーションを明確にする。
- 短期間での職員の配置換えは離職率を増悪させ、支援の質と継続性に影響を及ぼし、職員が業務責任を回避することを招くため可能な限り行わない。
- 倫理的な採用基準を適用し、地域のNGOの能力を損なわないようにする。
- 現地採用の職員は長期雇用される可能性が高いため、積極的に育成する。複数の責務を持つ組織では、開発支援に携わる職員も人道支援の訓練を受け、緊急時に出動できるようにしておく。

8.5 職員の人事方針および手続きは、公正、透明かつ非差別的で、地域の雇用法に準拠している 。

- 継続性があり、組織的な経験値の蓄積、より状況に適した支援が実施されるために、現地職員が管理運営と責任を担うレベルでの、組織的な方針の確立とその実践を推進する。

8.6 業務内容、業務目標、ならびにフィードバックの方法を整備し、職員が自身に求められている業務を明確に理解できるようにする。

- 業務内容は的確にし、常に更新する。
- 職員は、自らのキャリアアップ、能力開発のため個別の目標を定め、能力開発計画書を作成する。

8.7 行動規範を整備し、職員が搾取や虐待を行わないよう、また人びとに対して差別を行わないよう、最低限の義務を定める。

- 期待される行動および逸脱行為の結果を示した組織の行動規範が、組織を代表する立場のすべての人（職員、ボランティア、パートナー、請負業者など）に理解、同意、尊重されている。

8.8 職員のスキルや能力の向上を支援する方針を整える。

- 組織は職員の業績を評価し、伸ばすべき能力を特定し、その能力を育成するための仕組みを兼ね備えなくてはならない。

8.9 職員の安全および福利厚生に関する方針を整える。

- 組織は、職員を援助する義務を負う。管理者は人道支援従事者に身体的、心理的なリスクを認識させ、彼らの健康が不用意に脅威にさらされることのないよう保護する。
- 福利厚生の手法としては、効果的なセキュリティ管理、予防的健康管理、妥当な労働時間の保守、心理的支援へのアクセスの確保などが含められる。
- 職場でのセクシュアルハラスメントやいじめを含むハラスメントと虐待に対して、組織は一切許容しない方針を確立する。
- 職員が受けた、または職員が行ったセクシュアルハラスメントや暴力事件に対処するための包括的な予防と対応戦略を策定する。

ガイダンスノート

職員とボランティア：支援を受ける国での雇用、国外から来る職員の雇用、終身および短期雇用、およびボランティアとコンサルタントといった、組織の代表として支援に貢献する人びとは皆、職員とみなされる。

支援組織は、職員とボランティアが疎外されている人びとに対する意識を高め、差別的な態度や支援を行わないように教育しなくてはならない。

組織の責務、意義、方針の遵守：職員は法律に則り、組織の使命、意義、組織としての方向性に沿って活動することが期待されている。組織はそれらを定義したうえで、職員に周知しなければならない。職員は、組織の一員としてその役割や組織の在り方を理解した上で、個人としての職務上の目標と役割を設定し、自身の上司の合意のもと働く。

組織は、職員とボランティアのジェンダーバランスを適切に保つ努力を方針として掲げなければならない。

組織は、障がいのある人びとにとって、バリアフリーで包摂的、アクセスしやすい職場環境を推進しなければならない。職場へのアクセスに対する障壁を特定し排除すること、障がいによる差別の禁止、均等な雇用機会の推進、同じ労働に対する平等な対価、職場における障がいのある人びとへの合理的な便宜などがその方針に盛り込まれ得る。

外部の関係者、請負業者、サービス提供業者も、彼らに適用される活動方針および行動規範、さらにこれらを守らなかった結果（契約の解消など）を熟知していなければならない。

業績水準と能力向上：自らの管理能力を含む技能の向上に対して、職員と雇用者は相互に責任がある。支援活動の目標と業績水準に照らし合わせ、自分に与えられた職務を全うするために、どの技能、能力、知識が必要であるかを理解する。また、職員には業務に活かせる、または必須とされる能力向上の機会は広く周知されなくてはならない。能力は経験、研修、他者からの指導や助言を通して伸びるものである。

職員の技能や行動の評価には、観察、活動成果の検証、本人との話し合い、同僚へのインタビューなどさまざまな方法がある。業績評価記録の継続的な作成によって、管理職が職員に対するサポートと研修に関する課題を特定する。

職員の能力と素質：人事管理の仕組みは組織や状況によってさまざまであるが、優れた実践を参考にすべきである。人事管理は、計画策定の段階から管理職のサポートを受けながら行う。組織、プロジェクト計画は職員の能力とジェンダーバランスを考慮し、組織の短期および長期の目標達成のため、適切な時期に、適切な数の適材適所な人材の配置を徹底しなければならない。

組織は、地域の人びとから意見を聞き出すことや、彼らが意思決定を行うこと、彼ら主体の活動をサポートするために、職員が必要な能力を有し、適切に配置されるよう努めなければならない。組織は職員に対して、組織内の標準的な業務手順に則りつつ、状況に適用できるような研修機会を提供しなくてはならない。その結果、より高次元での権限移譲や即時対応が可能となる。

業績評価を検証するスケジュールは、短期間契約、期間の定めのない雇用契約の職員を対象に行う柔軟性を備えていなければならない。地域の人びとの声を聞き、参画を促し、地域社会における対話を促進し、地域社会の意思決定と主体性を引き出す能力について、詳細な評価を行うべきである。合意された公約を達成するために、連携する組織の間では職員の能力水準について合意しなければならない。

職員の規程と手順：職員の規程と手順の様式と完成度は、各組織の規模と状況により異なる。しかし組織の規模と状況に関わらず、職員は可能な限り規程の作成と見直しに関わり、自分たちの意見を組み込むべきである。職員用マニュアルは規程の理解と参照することを促し、規程の違反時の結果についても記載されていなくてはならない。

職員のガイダンス：各職員は、自らのキャリアップのために能力向上を目指し、個別の目標を作成し、能力開発計画書に記載する。

効果的な支援の実現のためには熟練した職員を確保するだけでなく、各職員にいきわたるような適切な人材管理が重要である。緊急対応の研究結果は、効果的な職員の管理、仕組み、手順およびその実践が、時には、技能に長けた人材の確保より重要であることを示唆している。

安全と福利厚生：職員は危険で高ストレスの環境下で長時間働くことも多い。国内および国外の職員に対する組織の保護責任は、身体および心理的健康の促進と、遷延的な疲労、バーンアウト、傷病の防止を行うことなどである。

管理職自身が規程に従い模範を示すことは、職員保護義務を推進する。また、支援従事者も自分の心身の健康管理に責任を持つべきである。極度のストレスを引き起こすような惨事を経験または目撃した職員には、心理的応急処置（サイコロジカルファーストエイド）を速やかに提供すべきである。

組織内の職員が経験した性的暴力被害を正しく受け止められるよう、職員への研修を行う。信頼と説明責任を醸成するような、事実調査と防止策へのアクセスを提供する。事故が発生した場合、被害者中心の対応を行う。この対応方法は、医療的サービスにおいてもまた、二次受傷を含めた心理社会的サービスにおいても実践する。国内および国外の職員問わず、ニーズに包括的に対応する。

トラウマを引き起こすような可能性のある事象の１～３ヶ月後に、文化的かつ言語的に適切な精神保健の専門職は、すべての国内外の職員およびボランティアに接触する。専門職は被害者を評価し、必要時には治療を受けるよう適切な機関に照会する。

コミットメント９

影響を受けた地域社会や人びとは、資源が支援組織によって効果的、効率的、倫理的に管理されることを期待できる。

質の規範

資源は管理され、本来の目的のために責任を持って活用されている。

パフォーマンス指標

1. 影響を受けた地域社会や人びとは地域レベルでの予算の支出、成果について認識している。
2. 影響を受けた地域社会や人びとは利用可能な資源は以下のように使用されていると考えている。
   a. 本来の目的のために
   b. 転用、無駄がないように
3. 支援活動のために確保された資源は提示されている計画、目標、予算と時間枠に沿って使用されモニタリングされている。
4. 費用対効果の高い人道支援が行われている。

基本行動

9.1 支援プログラムの企画および実施にあたっては、各時期における人道支援の質、費用、タイミングなどのバランスを考えて、資源を確実かつ効率的に活用する。

- 急激な危機的状況が発生した場合、資金に関する迅速な意思決定と、競争入札が不可能な場合などの諸問題に対処する方法をとる。

9.2 資源を管理し活用することで、本来の目的を達成し、無駄を最小限に抑える。

- 調達、現金給付型の支援および在庫管理に関連するリスクを管理する特別な技能を備えた職員を確保し、仕組みを整備する。

9.3 予算に対する支出をモニタリングし、報告する。

- 財務破綻の回避策を含めている支援目標が確実に達成できる財務計画、およびモニタリングの仕組みを確立する。
- すべての支出の記録を行う。

9.4 地域資源や天然資源を利用する場合には、環境への影響を考慮する。

- リスクを特定し、支援活動に可能な限り早期にリスク緩和を講ずるために、簡易環境影響評価（Rapid Environmental Impact Assessment, REA）を実施する。

9.5 不正行為が起こらないようにリスクを管理し、行為が確認された場合には、適切な措置を講じる。

- 予算をつける基準と資金源を明文化する。支援に関する資金の流れは公開可能な透明性のあるものにする。
- 権力の濫用があった場合は関係者に報告を促す。

組織の責任

9.6 支援組織は資源の活用、管理を統括する方針や工程は以下のように定め実施する。

a. 資金や物品贈与の倫理的、合法的な受領および分配
b. 資源の環境に配慮した活用
c. 不正行為、詐欺、利害対立、資源の悪用の防止および対処
d. 監査の実施、法令遵守の検証と透明性のある報告
e. 継続的なリスクの調査、管理および軽減
f. 資源の受入れが支援組織の独立性を損なわないことの保障

ガイダンスノート

資源の効率的な使用：「資源」という用語は、組織がその責務を果たすために必要な投入物を指し、資金、職員、物資、設備、時間、土地、環境全般などのことである。

緊急性の非常に高い危機においては、組織は迅速な対応を求められ、状況に対処すべく何かをしていることを証明しなければならないという圧力を感じることがよくある。このような状況は、質の悪い支援計画を招き、現金給付型の支援の活用などコストパフォーマンスを高めるような経済面でのより良い支援の方法を十分に模索することを妨げる。このような状況では不正行為のリスクが高まる。そのため職員に研修と支援を行うことと、組織内における不正防止のための苦情対応の仕組みを確立することが重要である ⊕ コミットメント 3 および 5 参照。

このような状況の場合は、経験ある職員を配置することにより、リスクを軽減することができる。また、迅速な対応、支援水準の維持、無駄の回避を考慮した資源の最大活用を可能にする。

組織間および組織と地域社会の連携と調整により、効率の高い支援活動が促進できる。例えば、共同で調査や評価を実施したり、組織間の共通の人材登録や、物流システムを構築することである。

支援終了時には、残った資産と資材は責任を持って寄付、売却あるいは返却する。

本来の目的に沿った資源の活用：すべての人道支援従事者は資源提供者と影響を受けた人びとの双方に対して説明責任があり、資源が効率良く効果的で正しく使用されたことを開示できるようにしていなければならない。

会計記録は、受け入れ国の基準と国際基準のいずれか、もしくは両方に準拠し、組織全体に適用されなければならない。

不正行為や汚職、浪費は、資源を最も必要としている人たちからそれらを奪うことになる。しかし、職員や資源の不足は効果的な支援活動が行えないという理由にはなりえない。経済的であることは必ずしもコストパフォーマンスのみを意味しない。経済性、効果、効率のバランスを維持することが重要である。

支出のモニタリングと報告：すべての職員が財務の管理責任を共有しており、資源に関して不正行為、汚職、不適切な使用の疑いを感じた場合には報告することが求められている。

環境への影響と天然資源の利用：人道支援は、環境に負の影響を及ぼす可能性がある。例えば、大量の廃棄物を排出し、天然資源を劣化させ、水源の汚染や枯渇、森林破壊、その他の環境破壊を引き起こす。生態系は人間らしい生活にとって不可欠であり、自然災害の影響度を緩和する。生態系を脅かすことは人命、健康、生活に多大かつ長期的な被害をもたらす可能性がある

ため、環境への影響は支援領域を超えた問題として取り組まなければならない。この取り組みに、影響を受けた人びとと彼らが持つ環境に対する懸念を取り込むことが重要である。現地が行っている天然資源の管理に対する支援は、全体の支援計画に組み入れられなければならない。

不正行為のリスク管理：不正行為の定義や理解は文化によって異なる。ボランティアを含む職員とパートナーに望まれている行動を明確に定義することは、リスクを明らかにするうえで不可欠である。⊕ コミットメント 8 参照。地域社会の人びとへの敬意、現場でのモニタリングの仕組みの確立、関係者に対する透明性の維持は、不正行為のリスクを軽減する。

贈り物の受領：贈り物の受領は倫理的問題を引き起こす事がある。多くの文化で物を贈る行為は重要な社会的慣習であり、受け取りを拒否することは無礼になりえる。贈り物を受け取ることで負い目を感じる場合は、受け取り手は丁寧に断るべきであり、受領した場合にはそのことを公にし、懸念がある場合は、上司に相談する。贈り物の受領に関する職員向けのガイドラインを作成し、透明性を確保することによって、組織としての独立性と公平性に関するリスクを回避する。組織は職員に対して、贈り物に関する指針と心理的葛藤の可能性について周知しなくてはならない。

天然資源と環境への影響：組織は環境に配慮した方針と実践（行動計画と簡易環境影響評価など）に責任を持ち、既存のガイドラインを使用して緊急支援時の環境問題に取り組む。環境に配慮した調達方針（グリーン購入）を実施する際には、支援提供の遅れを最小限にする方法で行なわなければならない。

汚職、不正行為：不正行為には窃盗、物資や資産の流用、経費報告などの記録の改ざんなどがある。各組織は、資金をどのように用いたかの収支を正確に記録しなくてはならない。資金の内部管理を徹底し、汚職や不正行為を防止する仕組みと手順を確立する。

組織は財務管理と報告が模範的な手法で行われることをサポートする。組織の調達システムに関する方針は、透明かつ強固なものであり、テロ対策をも想定していなければならない。

利益相反：職員は組織での業務と自分自身の個人的、金銭的な利益相反を避けなければならない。例えば、自分自身や家族が金銭的利益を得ることになる取引業者、組織、個人とは 契約を結んではならない。

利益相反にはさまざまな形態があり、組織の規範、方針に反いていたとしても認識していないことがある。許可無しに組織の資源を使う、取引業者から贈物を受け取ることは利益相反の例になりうる。

職員が利益相反の事実やその可能性を躊躇なく議論し、開示できる文化を築くことが、利益相反に対処する要となる。

監査と透明性：監査にはさまざまな方法がある。外部監査は、組織の財務報告が正確で公正であるかを検証するものである。一方、内部監査は、本来従わなければならない手順で財務処理が行われたかどうか確認するものである。調査監査は、組織が特定の問題、多くの場合は不正行為を疑っている時に行われる。

付記
基本行動と組織の責任をモニタリングする際の質問項目

以下は、人道支援の必須基準 (CHS) における基本行動と組織の責任についての質問項目である。これらの質問は支援活動全体の考案のため、また、各支援活動、対応、方針の見直しのためのツールとしても使用できる。

コミットメント 1　影響を受けた地域社会や人びとはニーズに合った支援を受けられる。

基本行動をモニタリングする際の質問項目

1. 影響を受けた地域社会と、人びとの能力とニーズに関する包括的かつ協議的な事前調査（アセスメント）が実施され、支援計画に活かされているか。
2. ニーズ、リスク、能力、脆弱性、状況を評価する際、女性、男性、少女、少年を含む影響を受けた地域社会や人びと、地域の団体、関係者との協議を行っているか。事前調査（アセスメント）とモニタリングのデータは、性別、年齢、障がいの有無によって細分化されているか。
3. リスクの高いグループはどのように特定されているか。
4. ニーズと状況の分析に、分野横断的な問題が考慮されているか。
5. 影響を受けた人びとのニーズや傾向に合わせた物資、現金などの支援を提供しているか。多様な対象にあわせた種類の支援と保護策があるか。
6. 変化するニーズ、能力、リスクと状況に基づき、さまざまなグループにも対応できる戦略をとることができる活動とは何か。

組織の責任をモニタリングする際の質問項目

1. 人権に則り、公平かつ独立した人道支援の確固たる方針が組織にあるか。職員はそれを 認識しているか。
2. 関係者は組織の在り方が、公平で独立した差別のないものであると実感しているか。
3. 支援の工程には、性別、年齢、障がいその他の関連項目で細分化したデータの継続的な収集の仕組みが含まれているか。
4. 上記のデータは定期的に支援計画の策定、実行に活かされているか。
5. 組織は、変化するニーズに応えるための資金調達方法、人員配置方針、支援計画の柔軟性を備えているか。
6. 組織は、適切な支援形態を決めるために体系的に市場分析を実施しているか。

コミットメント２　影響を受けた地域社会と人びとは、必要な時に必要な人道支援を受けられる。

基本行動をモニタリングする際の質問項目

1. 物理的障壁、差別、リスクなどの制約条件は定期的に特定、分析され、影響を受けた人びとと協議の上で計画を改変しているか。
2. 天候、季節、社会要因、アクセスのしやすさ、紛争などを考慮に入れた上で、最適な時期に活動が実施されるように計画されているか。
3. 支援の計画と実施の遅れはモニタリングされ対処されているか。
4. 早期警報システムや危機対応計画が活用されているか。
5. スフィアなどのハンドブックに記載されている技術的な基準が使われ、守られているか。
6. まだ対処されていないニーズが特定され、対応されているか。
7. モニタリングの結果は支援計画に反映されているか。

組織の責任をモニタリングする際の質問項目

1. 組織には支援計画に着手する前の段階で、十分な能力、資金、派遣可能かつ適切な能力を有する職員が揃っているかを評価する明瞭な手順があるか。
2. モニタリングと評価を実施し、その結果を運営や意思決定に活かすための明確な方針、手順、資源が整備されているか。それらは職員に周知されているか。
3. 資源の割り振りに関する意思決定の責任および時期を示す明確な手順はあるか。

コミットメント３　影響を受けた地域社会や人びとは、人道支援の結果、負の影響を受けることなく、よりよい備えや回復力（レジリエンス）を得て、より安全な状態に置かれる。

基本行動をモニタリングする際の質問項目

1. 体制、組織、任意のグループ、指導的立場の人びと、支援ネットワークなど地域社会がもつ回復力（レジリエンス）を把握し、彼らの能力を高めるための計画を備えているか。
2. リスク、ハザード、脆弱性、関連した計画などの既存の情報が支援活動に活用されているか。
3. 支援活動に際して、地域の市民団体、行政機関、民間組織自らが実施できているかどうか、また、どのように実施できるかが検討されているか。地域組織が支援活動を引き継ぐ際には、その地域組織を支援する計画がなされているか。

4. リスク削減と回復力（レジリエンス）の促進を目指す戦略と行動は、影響を受けた地域社会や人びととの協議を通して、または彼らが先導する形で計画されているか。
5. 地域や国の優先事項に沿った支援活動を徹底するため、地域の指導者や政府との協議が、公式、非公式に関わらずどのように行われているか。
6. 地域社会、特に疎外されている少数グループが主体となった互助、初期対応、今後の対応のための能力の育成を支援組織の職員は、効果的に支持しているか。
7. 支援は早期の回復を促すものか。
8. 主体性と意思決定権は、段階的に地域の人びとに移譲されているか。
9. 支援活動が地域経済に及ぼしうる影響を明らかにするために、地域の市場と経済の評価が完了しているか。
10. 影響を受けた人びとおよび関係者と協議した上で立てられた、支援活動の移行と終了の明確な計画を有しているか。

組織の責任をモニタリングする際の質問項目

1. 組織に、支援活動を実施する地域の脆弱な立場におかれた人びとのリスク評価と、そのリスクを軽減するための取り組みの実施を必須としているか。それらを職員に周知しているか。
2. 支援による負の影響を把握し、軽減する方針と手順があるか。それらを職員に周知しているか。
3. 性的搾取、虐待、差別に関して、性的指向および性自認の多様性に対する差別も含め、それらに対応する方針と手順が定められているか。それらを職員に周知しているか。
4. 新たに起こる、または変化する危機に対する危機対応計画はあるか。それらを職員に周知しているか。
5. 職員は保護、安全、リスクについて自分たちに何が求められているか理解しているか。
6. 組織は、地域社会が主導する活動や自助を促しているか。

コミットメント４　影響を受けた地域社会や人びとが自らの権利や保障されるべき内容を知り、必要な情報を確保でき、自身が関係する事柄の意志決定に参加できる。

基本行動をモニタリングする際の質問項目

1. 影響を受けたさまざまなグループが、支援組織、支援内容に関する情報を入手できるように、情報が適切な方法で提供されているか。
2. 女性、男性、少女、少年、特に疎外されている人や弱い立場にいる人を含むすべての人びとが、提供された情報を入手でき理解できているか。

3. 影響を受けた人びとの意見、その中でも最も弱い立場の人びとや疎外されている人びとの意見を特定し、支援活動の立案や実施に反映されているか。
4. 影響を受けた地域社会におけるすべてのグループは、自分たちが受ける人道支援についての意見を述べる方法を知っているか。この方法が安全だと感じているか。
5. 意見は活用されているか。支援活動は、フィードバックに基づいて変更された部分を特定しているか。 ⊕ 基本行動 1.3 および 2.5 参照。
6. 影響を受けた地域社会や人びとがフィードバックを行うことに対する障壁を、支援組織は認識し対応しているか。
7. フィードバックの仕組みにより寄せられた意見をまとめたデータは、年齢、性別、障がい、その他必要に応じ分類されているか。
8. インターネットを介した支援が提供される場合、職員との対面する機会がなくてもフィードバックを人びとが行う複数の方法が用意されているか。

組織の責任をモニタリングする際の質問項目

1. 方針や支援計画には情報共有に関する決まりがあり、情報共有すべきものとすべきでないものの基準があるか。それらを職員に周知しているか。
2. 方針や支援計画にはデータ保護に関する決まりがあるか。ハードコピーは鍵のかかる場所に、ソフトコピーはパスワードで保護するなどの安全なデータ保存、アクセス制限、緊急退避時のデータの消去、情報共有の手順に関する決まりがあるか。情報共有の手順は、どの状況でどの情報を誰と共有すべきかを詳述しているか。情報は、それを厳密に知っておく必要がある場合にのみ共有すべきであり、不必要に個人を特定可能にする詳細や事例の履歴を含むべきではない。
3. 方針には、機密情報、慎重に扱うべき情報、職員や影響を受けた人びとを危険にさらす可能性がある情報の取扱方法が記されているか。それらを職員に周知しているか。
4. 広報や渉外および資金調達関係の文書には、影響を受けた人びとのことをどのように伝えるかについての方針や指針はあるか。それらを職員に周知しているか。

コミットメント 5　影響を受けた地域社会や人びとは、安全に苦情や要望を述べることができ、迅速な対応を受けられる。

基本行動をモニタリングする際の質問項目

1. 苦情対応の仕組みをつくる際、影響を受けた地域社会と人びとの意見を取り入れたか。
2. すべての多様なグループ、特に安全とプライバシー保護に配慮が必要な人びとを考慮に入れて、苦情対応の手順を決めたか。

3. 苦情対応の仕組みがどのようなものか、どのような苦情が受け付けられるかなどの情報が、すべての人びとに提供され、理解されているか。
4. 苦情に対する調査や対応の期限が合意されており、それらは守られているか。苦情の受付から解決までの時間は記録されているか。
5. 性的搾取、虐待に関する苦情は、即時に適切な権限を持つ有能な職員により調査されているか。

組織の責任をモニタリングする際の質問項目

1. 苦情対応のための具体的な方針、予算、手順が定められているか。
2. 組織の苦情対応に関する方針や手順について、研修およびそれらに関する定期的な再研修をすべての職員に行っているか。
3. 組織の苦情対応方針には、性的搾取、虐待、差別に関する特段の決まりがあるか。
4. 性的搾取、虐待、差別防止についての組織の方針と手順は、影響を受けた地域社会や人びとに認識されているか。
5. 組織が期限内に解決できなかった苦情が、迅速に他の適切な組織に託されているか。

コミットメント 6　影響を受けた地域社会や人びとは、関係団体の間で調整され、それぞれが専門分野を補いあった過不足のない支援を受けられる。

基本行動をモニタリングする際の質問項目

1. 組織の能力、資源、支援対象地域、支援分野に関する情報は、経時的に他の支援組織と共有されているか。
2. 地方行政と中央行政を含む他の組織の能力、資源、活動範囲、支援分野の情報を入手し、活用しているか。
3. 組織は既存の調整機能を特定し、参画しているか。
4. 支援の立案計画と実施の際、他の組織や行政主導の支援も考慮した上で行われているか。
5. 支援の漏れや重複が把握され対処されているか。

組織の責任をモニタリングする際の質問項目

1. 他の支援組織との協働を実践するための、組織の方針や戦略が明確に示され、取り組まれているか。
2. 協働する団体の選択基準と、協働と調整の方法や条件は確立しているか。
3. 正式な組織間協定の取り決めは整備されているか。
4. 組織間協定には各組織が人道支援の原則に則り貢献するかを含め、明確な役割、責任、取り組みが記載されているか。

コミットメント７　影響を受けた地域社会や人びとは、支援組織が経験や振り返りから学ぶことでより良い支援が提供されることを期待できる

基本行動をモニタリングする際の質問項目

1. 支援を立案する際に、過去の類似した危機における人道支援の評価や改善点が支援計画に反映されているか。
2. モニタリング、評価、フィードバックや苦情対応といった機能からの情報は、支援の計画と実施の際の柔軟性のある対応や改善につながっているか。
3. 組織として学習し蓄積した知識は、系統的に記録されているか。
4. 影響を受けた人びとや協働する組織を含んだ、関係個人と組織に学習したことを共有するための仕組みがあるか。

組織の責任をモニタリングする際の質問項目

1. 評価と学習のための方針や資源は確保されているか。それらを職員に周知しているか。
2. 人道危機に特化した指針など、組織としての経験や学習の記録や普及に関する明確な指針はあるか。
3. 支援を通して学習したことは組織内で記録され、共有されているか。
4. 組織は、人道支援に関連した公開討論ができる機会や組織に積極的に関わっているか。また、その組織はそのような場にどのような貢献をしているか。

コミットメント８　影響を受けた地域社会や人びとは、必要な支援を、十分な能力のある管理の行き届いた職員やボランティアから受けられる。

基本行動をモニタリングする際の質問項目

1. 新しい職員は、組織の使命や価値観を教育され理解しているか。
2. 組織は、職員の業績を把握し、業績が不振な時は対策を施し、良い業績を評価しているか。
3. 職員は、行動規範もしくは同様の拘束力のある文書に署名をしているか。その場合、方針の理解を深めるために、規範または関連する方針についての研修を職員に提供しているか。
4. 自組織もしくは協働する組織の職員についての苦情を受け付けているか。それらの苦情はどのように対応されているか。
5. 職員は自分の役割遂行に必要な能力向上のためのサポートが受けられる事を認識しているか。そのサポートは活用されているか。

組織の責任をモニタリングする際の質問項目

1. 支援の規模と焦点に沿った人材の質と量を選定する手順は、整備されているか。
2. 組織規模の計画には、将来のリーダー育成と新たな能力の開発を視野に入れているか。

3. 人事方針と関連業務の手順は地域の労働法に準じ、職員管理における過去の良き事例を踏襲しているか。
4. 職員の安全と福利厚生に関する方針は、危機により影響を受けた可能性のある現地職員に対する実務的および心理社会的ニーズに対応するものであるか。
5. 職員を採用、訓練、査定する際に、影響を受けた人びとからの声に耳を傾け、意見に対応できる能力に関連した資質を考慮しているか。
6. すべての職員は、具体的な責任を含む最新の職務内容と目的を認知しているか。
7. 報酬や手当の仕組みは公平で透明性があり、一貫して適用されているか。
8. すべての職員は、業績管理、職員の能力開発方針やその手順について説明を受け、常に最新の情報を受け取っているか。
9. すべての職員と請負業者は、性的搾取と虐待防止に言及した行動規範に署名することが義務づけられ、任命時に規範について重要事項の説明を受けているか。
10. 金融業者や商業組織との契約に、性的搾取や他の搾取を防ぐための明確な声明、条項、行動規範が含まれているか
11. 組織には、活動地域の特性を踏まえた内部告発に対応する仕組みについて指針があるか。職員はそれを認識しているか。
12. 職員は支援計画と実施におけるあらゆる差別の可能性を理解し、認識し、対応しているか。

コミットメント 9　影響を受けた地域社会や人びとは、資源が支援組織によって効果的、効率的、倫理的に管理されることを期待できる。

基本行動をモニタリングする際の質問項目

1. 職員は支出の決定を組織の実施要綱に従って行っているか。
2. 支出は定期的にモニタリングされ、報告はその支援関係者全員に伝えられているか。
3. サービスや物資は競争入札を経て調達されているか。
4. 水、土壌、大気、生物多様性などへの潜在的な環境汚染はモニタリングされ、その軽減対策がとられているか。
5. 内部告発が安全に行える手順があり、それは職員、影響を受けた人びと、その他の関係者に認識されているか。
6. 費用対効果と社会的影響はモニタリングされているか。

組織の責任をモニタリングする際の質問項目

1. 資源の倫理的な調達、利用、管理に関する方針と手順は整備されているか。

2. 方針と手順に以下の条項が含まれるか。
   - 資金の受領と配分
   - 贈与物資の受領と配分
   - 環境負荷の軽減と防止
   - 不正行為の防止、汚職または汚職容疑への対応、資源の不正使用
   - 利益相反
   - 監査、検証、報告
   - 資産リスク評価と管理

参照・参考文献

人道支援の必須基準（CHS）に関する関連資料：
corehumanitarianstandard.org

支援の質とアカウンタビリティー向上ネットワーク：
https://jqan.info/documents/chs/

CHS Alliance: www.chsalliance.org

CHS Quality Compass: www.urd.org

Overseas Development Institute (ODI): www.odi.org

説明責任

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

Complaints Mechanism Handbook. ALNAP, Danish Refugee Council, 2008. www.alnap.org

Guidelines on Setting Up a Community Based Complaints Mechanism Regarding SexualExploitation and Abuse by UN and non-UN Personnel. PSEA Task Force, IASC Taskforce, 2009. www.pseataskforce.org

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Lewis, T. Financial Management Essentials: Handbook for NGOs. Mango, 2015. www.mango.org

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

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. https://seepnetwork.org

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies INEE, 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Munyas Ghadially, B. *Putting Accountability into Practice*. Resource Centre, Save the Children, 2013. http://resourcecentre.savethechildren.se

Top Tips for Financial Governance. Mango, 2013. www.mango.org

支援者のパフォーマンス

A Handbook for Measuring HR Effectiveness. CHS Alliance, 2015. http://chsalliance.org

Building Trust in Diverse Teams: The Toolkit for Emergency Response. ALNAP, 2007. www.alnap.org

Protection Against Sexual Exploitation and Abuse (PSEA). OCHA. https://www.unocha.org

Protection from Sexual Exploitation and Abuse. CHS Alliance. https://www.chsalliance.org

Rutter, L. Core Humanitarian Competencies Guide: Humanitarian Capacity Building Throughout the Employee Life Cycle. NGO Coordination Resource Centre, CBHA, 2011. https://ngocoordination.org

World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological First Aid: Guide for Field Workers. WHO Geneva, 2011.www.who.int

アセスメント（アセスメント (事前調査)）

Humanitarian Needs Assessment: The Good Enough Guide. ACAPS and ECB, 2014. www.acaps.org

Multi-sector Initial Rapid Assessment Manual (revised July 2015). IASC, 2015. https://interagencystandingcommittee.org

Participatory assessment, in *Participation Handbook for Humanitarian Field Workers* (Chapter 7). ALNAP and Groupe URD, 2009. http://urd.org

現金給付型支援

Blake, M. Propson, D. Monteverde, C. *Principles on Public-Private Cooperation in Humanitarian Payments.* CaLP, World Economic Forum, 2017. www.cashlearning.org

Cash or in-kind? Why not both? Response Analysis Lessons from Multimodal Programming. Cash Learning Partnership, July 2017. www.cashlearning.org

Martin-Simpson, S. Grootenhuis, F. Jordan, S. *Monitoring4CTP: Monitoring Guidance for CTP in Emergencies.* Cash Learning Partnership, 2017. www.cashlearning.org

子ども

Child Safeguarding Standards and how to implement them. Keeping Children Safe, 2014. www.keepingchildrensafe.org

調整

Knox Clarke, P. Campbell, L. *Exploring Coordination in Humanitarian Clusters*. ALNAP, 2015. https://reliefweb.int

Reference Module for Cluster Coordination at the Country Level. Humanitarian Response, IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

支援計画・実行・改善（PDCA）

The IASC Humanitarian Programme Cycle. Humanitarian Response. www.humanitarianresponse.info

障がいのある人びと

Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations. https://www.un.org

Washington Group on Disability Statistics and sets of disability questions. Washington Group. www.washingtongroup-disability.com

環境

Environment and Humanitarian Action: Increasing Effectiveness, Sustainability and Accountability. UN OCHA/UNEP, 2014. www.unocha.org

The Environmental Emergencies Guidelines, 2nd edition. Environment Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org

Training toolkit: Integrating the environment into humanitarian action and early recovery. UNEP, Groupe URD. http://postconflict.unep.ch

ジェンダー

Mazurana, D. Benelli, P. Gupta, H. Walker, P. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies*. ALNAP, 2011, Feinstein International Center, Tufts University.

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs, Equal Opportunities, A Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2006. https://interagencystandingcommittee.org

ジェンダーに基づく暴力

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. GBV Guidelines, IASC, 2015. http://gbvguidelines.org

Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings. United Nations, UNICEF, November 2010. https://www.un.org

人びとを中心とした人道支援

Bonino, F. Jean, I. Knox Clarke, P. *Closing the Loop – Effective Feedback in Humanitarian Contexts*. ALNAP, March 2014, London. www.alnap.org

Participation Handbook for Humanitarian Field Workers. Groupe URD, ALNAP, 2009. www.alnap.org

What is VCA? An Introduction to Vulnerability and Capacity Assessment. IFRC, 2006, Geneva. www.ifrc.org

パフォーマンス、モニタリングおよび評価

Catley, A. Burns, J. Abebe, D. Suji, O. *Participatory Impact Assessment: A Design Guide*. Tufts University, March 2014, Feinstein International Center, Somerville. http://fic.tufts.edu

CHS Alliance and Start, A. *Building an Organisational Learning & Development Framework: A Guide for NGOs*. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org

Hallam, A. Bonino, F. *Using Evaluation for a Change: Insights from Humanitarian Practitioners*. ALNAP Study, October 2013, London. www.alnap.org

Project/Programme Monitoring and Evaluation (M&E) Guide. ALNAP, IRCS, January 2011. https://www.alnap.org

Sphere for Monitoring and Evaluation. The Sphere Project, March 2015. www.sphereproject.org

保護

Slim, H. Bonwick, A. *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies*. ALNAP, 2005. www.alnap.org

復興

Minimum Economic Recovery Standards. SEEP Network, 2017. https://seepnetwork.org

回復力（レジリエンス）

Reaching Resilience: Handbook Resilience 2.0 for Aid Practitioners and Policymakers in Disaster Risk Reduction, Climate Change Adaptation and Poverty Reduction. Reaching Resilience, 2013. www.reachingresilience.org

Turnbull, M. Sterret, C. Hilleboe, A. *Toward Resilience, A Guide to Disaster Risk Reduction and Climate Change Adaptation*. Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org

参考文献

For further reading suggestions please go to www.spherestandards.org/handbook/online-resources

関連文献

説明責任

Hees, R. Ahlendorf, M. Debere, S. *Handbook of Good Practices: Preventing Corruption in Humanitarian Operations*. Transparency International, 2010. www.transparency.org/whatwedo/publication/handbook_of_good_practices_preventing_corruption_in_humanitarian_operations

Value for Money: What it Means for UK NGOs (background paper). Bond, 2012. www.bond.org.uk/data/files/Value_for_money_-_what_it_means_for_NGOs_Jan_2012.pdf

支援者のパフォーマンス

Centre of Excellence – Duty of Care: An Executive Summary of the Project Report. CHS Alliance, 2016. https://www.chsalliance.org/files/files/Resources/Articles-and-Research/Duty%20of%20Care%20-%20Summary%20Report%20April%202017.pdf

CHS Alliance and Start, A. *HR Metrics Dashboard: A Toolkit*. CHS Alliance, 2016. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/CHS-Alliance-HR-metrics-dashboard-toolkit.pdf

CHS Alliance and Lacroix, E. *Human Resources Toolkit for Small and Medium Nonprofit Actors*. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/HR%20Toolkit%20-%202017.pdf

Debriefing: Building Staff Capacity. CHS Alliance, People In Aid, 2011. http://chsalliance.org/files/files/Resources/Case-Studies/Debriefing-building-staff-capacity.pdf

Nightingale, K. *Building the Future of Humanitarian Aid: Local Capacity and Partnerships in Emergency Assistance*. Christian Aid, 2012. www.christianaid.org.uk/resources/about-us/building-future-humanitarian-aid-local-capacity-and-partnerships-emergency

PSEA Implementation Quick Reference Handbook. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/what-we-do/psea/psea-handbook

支援計画・実行・改善（PDCA）

Camp Management Toolkit. Norwegian Refugee Council, 2015. http://cmtoolkit.org/

IASC Reference Module for the Implementation of The Humanitarian Programme Cycle (Version 2.0). IASC, 2015. https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda/documents-public/iasc-reference-module-implementation-humanitarian

環境

Environment and Humanitarian Action (factsheet). OCHA and UNEP, 2014. www.unocha.org/sites/dms/Documents/EHA_factsheet_final.pdf

人びとを中心としたアプローチ

A Red Cross Red Crescent Guide to Community Engagement and Accountability (CEA): Improving Communication, Engagement and Accountability in All We Do. IFRC, 2016. http://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2017/01/CEA-GUIDE-2401-High-Resolution-1.pdf

Communication Toolbox: Practical Guidance for Program Managers to Improve Communication with Participants and Community Members. Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org/our-work-overseas/research-publications/communication-toolbox

How to Use Social Media to Better Engage People Affected by Crises. FRC, 2017. http://media.ifrc.org/ifrc/document/use-social-media-better-engage-people-affected-crises/

Infosaid Diagnostic Tools. CDAC Network, 2012. www.cdacnetwork.org/tools-and-resources/i/20140626100739-b0u7q

Infosaid E-learning course. CDAC Network, 2015. www.cdacnetwork.org/learning-centre/e-learning/

パフォーマンス、モニタリングおよび評価

Buchanan-Smith, M. Cosgrave, J. *Evaluation of Humanitarian Action: Pilot Guide*. ALNAP, 2013. www.alnap.org/help-library/evaluation-of-humanitarian-action-pilot-guide

Norman, B. *Monitoring and Accountability Practices for Remotely Managed Projects Implemented in Volatile Operating Environments*. ALNAP, Tearfund, 2012. www.alnap.org/resource/7956

給水、衛生および衛生促進(WASH)

付記 1　給水、衛生および衛生促進に関する事前調査チェックリスト
付記 2　F 図：糞口感染による下痢性疾患
付記 3　最低必要水量：生存に必要な水量とその数値化
付記 4　コミュニティ、公共の場や施設における最低必要トイレ数
付記 5　水と衛生関連の疾患
付記 6　樹形図を用いた家庭用水の浄水処理と保管方法

目次

給水、衛生および衛生促進の本質的概念.....92
給水、衛生および衛生促進の基準
1. 衛生促進.....96
2. 給水.....105
3. し尿処理.....113
4. 病原体媒介生物対策.....121
5. 固形廃棄物管理.....126
6. アウトブレイク（集団感染）と保健医療における WASH.....131
付記 1： 給水、衛生および衛生促進に関するアセスメント (事前調査) チェックリスト.....139
付記 2： F 図：糞口感染による下痢性疾患.....144
付記 3： 最低必要水量：生存に必要な水量とその数値化.....145
付記 4： コミュニティ、公共の場や施設における最低必要トイレ数.....146
付記 5： 水と衛生関連の疾患.....147
付記 6： 樹形図を用いた家庭用水の浄水処理と保管方法.....150
参照・参考文献.....151
関連文献.....F1

給水、衛生、衛生促進の本質的概念

誰もが水と衛生への権利を有する。

給水、衛生および衛生促進（WASH）に関するスフィア最低基準とは、人道支援における水と衛生にアクセスする権利を具体的に示すものである。これらの最低基準は人道憲章に宣言されている信念、原則、義務および権利に基づいており、尊厳をもって生活を営む権利、保護と安全への権利およびニーズに基づいた人道支援を受ける権利を含んでいる。

人道憲章に明記されている主要な法的および政策文書のリスト ⊕ 付録 1 スフィアの法的根拠参照。

危機の影響を受けた人びとは疾病にかかりやすく、特に下痢や感染症といった病気により死亡する確率が高い。これらの疾病は不適切な衛生設備と給水、衛生環境が大きく関係している。WASH に関する支援は、公衆衛生上のリスクの軽減を目標としている。

人間への感染の主な病原菌は排泄物、体液、指、ハエおよび食べものである。そのため WASH に関する支援の主な目的は、これらの病原菌に対する防壁をつくることによって公衆衛生上のリスクを軽減することである。 ⊕ 付記 2：F図 参照。基本的な活動は下記である。

- 衛生的な生活習慣の促進
- 安全な飲料水の供給
- 適切な衛生設備の供給
- 環境による健康リスクの軽減
- 人びとが健康、尊厳、快適さ、安全を保ちながら生活できる環境の確保

WASH に関する支援として重要な事項：

- 水全般に関する管理を行う：水源、浄水処理、分配、調達、家庭での保管と消費
- 統合的に衛生全般を管理する
- 健康に結びつくような行動を可能にする
- 衛生用品へのアクセスを確保する

地域社会の関与は不可欠である

WASH に関する支援における地域社会の関与は、地域社会とその他の利害関係者をつなぐダイナミックな工程である。この工程により、危機による影響を受けた人びとは、支援や支援が彼らにもたらす影響を制御することができる。地域社会の効果的な関与は、公衆衛生上のリスクを減らし、適切かつアクセス可能なサービスを提供し、支援の質を高め、説明責任を果たすことに対する地域社会の影響を最大限にするために、地域社会と支援関係者とを結びつ

ける。このことは、地域社会が WASH の仕組みを維持管理する能力を築き、自主性を引き出す。⊕ 図 4：WASH に関するコミュニティの関与 参照。

地域社会との関わりを深めることは、認識、ニーズ、対処方法、能力、既存の規範、リーダーシップ体制、優先順位やどのような対応が適切かということを理解するために重要である。フィードバックの仕組みを含め、モニタリングと評価は、WASH に関する支援活動が適切だったか、調整が必要かどうかを明確に示してくれる。⊕ 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 4 および 5 参照。

図 4 WASH に関するコミュニティの関与

都市部における WASH への特別な配慮の必要性

都市部では人口密度が高く、リスクを抱えるグループが見えにくいため地域社会の関与が難しい場合もある。逆に都市部では、公共施設、メディアや技術を駆使することにより、広範囲かつ効率的な対話の機会がもたらされることが期待できる。農村地域の世帯の規模や、都市部における公的および私的な資

源の混在など、多様な資源のあり方が支援および支援提供の手段の選択に影響する。

支援のアプローチを組み合わせる必要性

例えば衛生用品へのアクセスの確保など、市場を介した支援によって WASH に関するニーズを効率的かつ効果的に満たすことができる。現金やクーポン、あるいは双方を直接手渡す現金給付型支援の場合は、技術支援や地域社会の関与などその他の WASH に関する支援によって補完されるべきである。実際の支援としては、インフラの建設から衛生促進や地域社会の人びとを結集させる活動など幅広い選択肢がある。発電機や仮設トイレなどはすぐに設置できるが、一方で、浄水処理施設の整備は長期の支援活動になる。また、健康と安全を確保するためには品質管理および技術支援が不可欠である。技術支援は必要な時に適切に実施されなければならない。そして持続可能性を実現するためには一貫した、アクセスがしやすく達成可能な支援を実施しなければならない。

WASH に関する支援は地域社会の長期目標を達成し、環境への負荷を最小限に抑えるべきものでなければならない。水と衛生を総合的に管理することは、人間の基本的ニーズを満たし、生態系を保護するものでなければならない。このことは使用する技術、活動のタイミングや段階、地域社会の関与、民間企業や市場の関与、資金調達方法といった選択に影響を及ぼす。

WASH の最低基準は単独で実施しない

十分な水や衛生への権利は、避難所や食料、保健に関する権利とも関係している。ある分野のスフィア最低基準を効果的に達成するためには、他の分野での進捗状況が影響してくる。ニーズを満たし、支援の重複を回避し、質の高い WASH の支援を最大限に活用するためには、他の分野、地域の行政機関やその他の人道支援組織との密接な調整と協働が必要になる。例えば栄養に関する最低基準が満たされていない場合、人びとは疾病にかかりやすくなるため、水と衛生に関する最低基準を満たすことが急務となる。HIV の感染率が高い地域の人びとついても同様のことが言える。スフィアハンドブックの他の章を参照して、関連性を確認できる。

国内の基準がスフィア最低基準より低い場合、人道支援組織は当該国の政府に働きかけ、最低基準を引き上げる必要がある。

給水と衛生に関する権利は、国際法により保護されている

この権利は、個人や家庭で十分な水量を安全かつ手頃な価格で入手できる権利、そしてプライバシーが確保され、清潔な衛生設備を利用できる権利を含んでいる。危機的状況下でも、国家はこれらの権利を保障する義務を負っている ⊕ 付録 1：スフィアの法的根拠 参照。

安全な水と適切な衛生施設は下記の点において、必要不可欠である。

- 生命、健康と尊厳の維持
- 脱水症による死の予防

- 水および衛生関連の疾病の罹患リスクの軽減
- 飲料や調理、個人、家庭の衛生保持に必要な十分な量の水の消費

水と衛生に関する権利は、人間の生存や尊厳にとって必要不可欠な普遍的な権利の一部であり、国家および民間の支援者はこの権利を実現する責任を負っている。例えば、武力紛争の際、飲料水の設備や灌がい設備を攻撃、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。

権利保護の原則と人道支援の必須基準（CHS）との関連性

水の使用は保護に影響を及ぼす。武力紛争や不平等によって、個人やグループに対する水の安全性が脅かされる。短期および長期の支援活動が適切に計画されないと、家庭および生計維持に必要な水の消費に関するさまざまな需要は保護の問題に発展する。WASH に関する支援における保護とは、個人の保護と安全の観点から、特に水の調達、排便や月経に関わる衛生管理上の脆弱性を考慮している。個人の保護も重要だが、広い意味合いでの保護の問題もまた重要である。トイレに鍵を設置する、適切な照明を取り付ける、個室にするなどの簡単な方法でも虐待や暴力の抑止となる。

差別せず、リスクの可能性を軽減し、サービスの使用状況を改善し、質を向上するためには、適応性が高く包括的な支援計画が欠かせない。例えば、障がいのある人びとが衛生施設へアクセスできるようにしたり、女性や子どもが持ち運びしやすい適切なサイズの給水タンクを支給したりすることである。また、すべての支援段階で個人や地域社会の関与を促すことにより、WASH に関する支援の中に保護に対する配慮を取り込むことが可能になる。

支援従事者は、子どものセーフガーディングの研修を受け、子どもを含む暴力、虐待や搾取などの疑いがある場合に照会の仕組みをどのように活用するかについて知らなければならない。

特に紛争下では、人道支援組織は民軍連携と調整について慎重に考慮する必要がある。中立性や公平性の観点から、地域社会の受け入れに影響を及ぼす可能性がある。人道支援組織は、例えば輸送や配布といった活動において軍による助けを受ける必要があるかもしれない。その場合でも、人道原則の影響を慎重に考慮し、保護のリスクを軽減する努力が必要である ⊕ 人道憲章およびスフィアとは、から国内あるいは国際軍事力との調整参照。

最低基準を適用するにあたり、人道支援の必須基準（CHS）における 9 つのすべてのコミットメントが責任ある WASH の支援を提供するための基礎として尊重されるべきである。

1. 衛生促進

危機的状況においては、給水、衛生および衛生促進に関連する疾病が予防可能な病気や死亡につながることがある。WASH に関する支援を成功させるためには、地域社会の活動や関与を促し、疾病のリスクを軽減するための行動に対する支援が基本となる。

メッセージを伝えたり、衛生用品を配布するだけのような標準化されたアプローチでは、十分な効果が得られないことが多い。何がリスクか、そしてそのリスクをどう捉えるかは状況によって異なる。人びとは異なった人生経験や適応能力、文化に則した慣習を持っているからである。重要なのは、状況と同様にこれらの要素の分析に基づいた支援のアプローチを採用することである。効果的な衛生促進活動は、下記の要因によって決定される。

- 地域社会の人びとの結集や意思決定の場への参加を促進するために地域社会と共に活動すること
- リスク、優先順位やサービスに関しての双方向のコミュニケーションとフィードバック
- WASH の設備、サービスや機材へのアクセスと利用

衛生促進を通じて、個々人がリスクや疾病予防に関する知識を持ち、健康的な生活が促進されるべきである。

衛生促進および WASH に関する支援が展開するように、活動や結果を定期的にモニタリングする。保健医療関係者と調整しながら、下痢、コレラ、腸チフス、トラコーマ、腸内寄生虫や住血吸虫症等の WASH 関連の疾病の発生をモニタリングする ⊕ 必要最低限の保健医療サービス – 感染症基準 2.1.1 ～ 2.1.4 および 保健医療システム基準 1.5. 参照。

衛生促進基準 1.1：衛生促進

人びとは水、衛生、衛生促進に関する公衆衛生リスクを認識し、個人、世帯および地域社会のそれぞれのレベルでリスク軽減の対策を講じることができる。

基本行動

1 主な公衆衛生リスクと、リスクに関わる衛生習慣を特定する。

- どのような個人やグループが WASH 関連のリスクが高いのか、またその理由を見極めるために地域社会についての概要を作成する
- 積極的な行動や予防活動を動機付けしうる要素を明らかにする。

2 影響を受けた人びとと協力して、衛生促進とより広範囲な WASH に関する支援の立案と運用を行う。

- 実用的な情報を共有するため、マスメディアや地域社会との対話を利用し、コミュニケーションに関する戦略を立てる。
- 影響力のある個人、地域社会のグループや訪問活動を行っている支援従事者を特定し、研修を行う。

3 地域社会からのフィードバックと健康調査データを利用して、衛生促進を改善させる。

- WASH 施設へのアクセスと利用、衛生促進の活動が行動や実践にどのような影響を及ぼすかモニタリングする。
- まだ満たされていないニーズを特定し、支援活動に組み込む。

基本指標

影響を受けた世帯のうち、WASH 関連の疾病の正しい予防法を 3 つ述べられる割合（%）

対象人口のうち、必ず手を洗わなければいけない状況を 2 つ述べられる割合（%）

対象人口のうち、共同トイレの使用後に手洗い場を利用している割合（%）

影響を受けた世帯のうち、手洗い用の石鹸と水がある世帯の割合（%）

影響を受けた人びとのうち、改善された水源から水を調達する人の割合（%）

飲料水を清潔で覆われた容器に保管している世帯の割合（%）

子どもの排泄物を安全に処分していると報告した子どもの世話をする人びとの割合（%）

尿パッド、尿瓶、差し込み便器、ポータブルトイレなどの失禁用品を使用し、成人の失禁による排泄物を安全に処分していると報告している世帯の割合（%）

影響を受けた世帯のうち、固形廃棄物を適切に廃棄している割合（%）

フィードバックを提供した人のうち、自身の意見が WASH 施設やサービス改善に役立ったと回答している割合（%）

地域の環境に人間や動物の排泄物がない

ガイダンスノート

WASH に関するリスクの理解と管理：危機の初期段階で、WASH のリスクに優先順位をつけリスクを軽減することは難しい。まずは疾病の感染予防に最も効果的であると考えられる安全な水の使用、排泄物の管理と手洗いを優先

する。WASH 関連の公衆衛生リスクを軽減するためにリスクと措置を評価するにあたり、下記の確認が必要となる。

- 現在利用されている WASH 施設とサービス
- 家庭の必須衛生用品へのアクセス ⊕ 衛生促進基準 1.2 および 1.3; 参照
- 現在の適応能力、地域の習慣や信仰
- 地域社会の社会構造と権力構造
- 人びとが保健医療を受ける場所（伝統的治療者、薬局、クリニックを含む）
- WASH に関するインフラの運営と維持責任者
- WASH が関連する疾病調査データ
- 特に女性と少女、高齢者、障がいのある人びとが WASH 施設とサービスにアクセスするための社会的、物理的およびコミュニケーションの障壁
- 所得水準の多様性
- 疾病の環境状況と季節的な傾向

モチベーションを維持し、行動や習慣の変容を促す活動は容易であるべきである。また、すべての利用者にとって便利かつアクセス可能であり、安全で尊厳を保つことができ、清潔かつ文化的に適切な施設であるべきである。男性の積極的な衛生促進への関与は、家庭内での行動に決定的な影響を与える可能性があるため、男性と女性両方とも衛生促進に参加するよう促す。

地域社会の動員：有償の活動と無償のボランティア活動の機会が男女ともに平等に保証されるように、既存の体制と協力して取り組む。尊敬されている地域社会のリーダーや信仰に基づいた指導者、訪問活動の従事者や女性および青年団体など信頼されている地域の活動者は、地域社会の人びとの動員や予防活動を推進する。

通常は、1,000 人に対して 2 人の訪問活動の従事者を配置する。訪問活動の従事者やボランティアは優れたコミュニケーション能力を有し、地域社会と尊重しあう関係を築き、地域のニーズや課題を幅広く理解している必要がある。訪問活動の従事者への奨励金が必要である場合、公平性を保ち、混乱を回避するために地域にある調整の場を通して合意すべきである。

WASH に関する訪問活動の従事者とコミュニティヘルスワーカーが似たような役割を担っている場合もあるが、責任分担が異なる ⊕ 保健医療システム基準 1.2: 保健医療従事者、参照。

子どもと活動をする場合：子どもは、同年代の仲間や自分の家族に対して健康的な行動を促進することができる。教育省や社会福祉省は、学校や住宅地、世帯主である子どもや路上で暮らす子どもへの衛生促進の機会を特定することができる。伝達するメッセージの内容は子どもと一緒に作成する ⊕「INEE および CPMS ハンドブック」参照。

情報伝達媒体およびアプローチ：可能な限り広範囲に伝わるよう、文章、図、音声など複数の形態と言語で情報を提供する。異なる年齢、性別、教育レベルや言語など、さまざまな層の子どもや障がいがある人びとが理解できるように、彼ら向けに情報を修正し、作成したメッセージ内容をテスト配信する。

問題解決をしたり行動計画を作成する際には、地域社会レベルでの対話が有効である。また、広範囲に一般的なメッセージを伝える場合はマスメディアの活用が有効である。利用者とともに適切なフィードバックの仕組みを設計し、有効かどうかモニタリングする。フィードバックに順次対応することを伝えながら、地域社会へフィードバックを行う ⊕ 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 5 参照。

石鹸を使った手洗いは下痢性疾患の感染を予防するために重要である。手洗い場には定期的な給水、石鹸と安全な排水設備が必要である。食事、調理、子どもに食事を与えるなど食べ物に触れる前、およびトイレを使用した後や子どものお尻を拭いた後など、し尿に触れた後に手洗いができる場所に手洗い場を設置する ⊕ 給水基準 2.2: 水質参照。

トイレ使用の促進：すべての人びとがし尿処理施設や機材を利用できるようにすることが、衛生促進に携わる人びとにとって重要な課題である。清潔感や臭いの問題に加え、トイレの利用を躊躇する人びとにとっての大きな問題は、恥ずかしさ、文化的タブー、物理的なアクセスのしやすさ、プライバシーと安全性などがあげられる ⊕ し尿管理基準 3.2: トイレへのアクセスと使用参照。

安全な飲料水の調達、運搬と保管は汚染のリスクを軽減するために重要である。調達用と保管用別々の飲料水タンクが各家庭に必要である ⊕ 衛生促進基準 1.2 と 給水基準 2.1 および 2.2 参照。

定住しておらず、移動している人びと：一時的に移動に同行したり、休憩所で落ち合ったりするなどして定住しておらず移動している人びとと関わりを持つ機会をつくる。ラジオ、ショートメッセージ、各種ソーシャルメディアや無料のホットラインなどの伝達手段を利用して衛生に関する情報を提供し、フィードバックを求める。そのために携帯電話やソーラー式充電器などを含む「家庭用品セット」を考案することによって、彼らが家族と連絡をとったり、情報にアクセスしたりフィードバックをもらったりすることができる。

衛生促進基準 1.2：衛生用品の特定、入手および使用

影響を受けた人びとが、衛生、健康、尊厳、ウェルビーイングを保障するために適切な衛生用品を入手および使用することができる。

基本行動

1. 個人、家庭および地域社会それぞれで必要不可欠な衛生用品を特定する。
- 男女、高齢者、子どもや障がいのある人びとそれぞれのニーズを把握する。
- 固形廃棄物用の容器や掃除用具などの環境衛生維持のために必要な、共同利用する追加の用品を特定し、供給する。

2 必要不可欠な衛生用品にはタイムリーにアクセスできるようにする。

- 地域、国内および国際的市場にて商品の在庫状況を確認する。

3 人びとがどのように衛生用品を調達または購入できるのか計画をたてるために、影響を受けた人びと、地方行政や他の機関と協働する。

- 現金給付や衛生用品の支援について、期日、場所、内容および予定された受給者の情報を伝える。
- 現金給付や衛生用品を提供する他の支援分野と調整を行い、配布の仕組みを決定する。

4 選定した衛生用品の適切性やアクセスする仕組みの満足度について、影響を受けた人びとにフィードバックを求める。

基本指標

影響を受けたすべての世帯が、最低限必要な量の必要不可欠な衛生用品へアクセスすることができる

- 1家庭につき 10 ～ 20 リットルの水を入れる容器 2 つ（調達用 1 つ、保存用 1 つ）
- 1人毎月、入浴用石鹸 250 グラム
- 1人毎月、洗濯用石鹸 200 グラム
- 手洗い場用の石鹸と水（共用トイレの手洗い場に1組、または家庭用トイレに手洗い場に 1 組）
- 子どもの排泄処理用のおまる、シャベルやオムツ

影響を受けた人びとのうち、配布された衛生用品を定期的に使用したと報告する、または使用が観察された割合（%）

世帯収入に占める、優先度が高い衛生用品を購入した割合（%）

ガイダンスノート

必要不可欠な衛生用品を特定する：文化的または状況に適した衛生用品や衛生用品セットを用意する。ヘアブラシ、シャンプー、歯磨き粉、歯ブラシなど「あったら良い」というものよりも、石鹸、水を入れる容器、月経や失禁用品など初期段階で必要不可欠だと思われるものを優先する。特別な必需品を有するグループもある ⊕ リスクのあるグループのガイダンスノート 下記参照。

水を入れる容器：飲料水と生活用水を調達し、保存するために 10 ～ 20 リットル入りの水の容器を複数用意する。容器のサイズや形は、普段水を調達し、運んでくる役を担っている人の年齢や運ぶ力に合わせたものにすべきである。容器はふた付きで、清潔かつ覆われている必要がある。飲料水を安全に調達、保存、飲めるように給水口が細くなっているタイプであること。

もし水の供給が断続的である場合、大きめの保存容器を提供する。都市部や給水が一元化されている場所では、通常の消費量であれば補充の間に使用する保存容器のみで十分である（関連するピーク時の消費を含む）。

リスクのあるグループ：年齢、健康状態、障がい、移動に不自由があり、失禁症状のある人など通常より多くの量、また通常とは異なる個人用の衛生用品が必要な人びとがいる。障がいのある人びとや移動が不自由な人びとは、追加の衛生用品が必要になる場合がある。追加の石鹸、失禁用品、水を入れる容器、病人用の便器、ポータブルトイレやマットレスの上に敷くビニールシートなどが含まれる。し尿処理の介助が必要かどうか、当事者の尊厳を損なわずに処理する方法について、当事者か彼らの世話をする人たちに確認する。最も適切な支援について、当事者やその家族、またはケア提供者に相談する。

衛生用品のための市場を介した支援：市場が機能している地域では、例えば、現金やクーポンの給付や倉庫設備の改善を通じて衛生用品が供給されることにより、地域の市場を支えるべきである。衛生用品へのアクセスと使用計画を立案する際には、市場アセスメント (事前調査) と支出を決めるジェンダーの役割を含む世帯収入分析などを考慮するべきである。市場で衛生用品が供給されているか否か、供給量や質についてモニタリングを行い、必要であれば調整を行う ⊕ 市場を介した支援の提供参照。

配布：衛生用品の配布を行う際は、人びとの安全確保を最優先する ⊕ 権利保護の原則 1 参照。

配布専門のチームをつくる。配布の時期、場所、配布物資の内容や受給資格の基準などについて事前に人びとに通知する。必要であれば、差別や非難されている人びとを守るために家庭に配布したり、並ぶ列を分ける。特に女性や少女、高齢者や障がいのある人びとにとっての配布場所へのアクセスや配布の仕組みにおける障壁を明らかにし、それらに対処する。

消耗品の補充：石鹸、生理用品や失禁用品などの消耗品は定期的に補充する。

合同配布の調整：ニーズと横断的な支援分野における対処方法を理解するために、地域社会との対話を計画する。同時に、支援対象の人たちの利便性、時間と資金の節約を考慮し、一度で支援分野をまたぐ複数のニーズに応えられるようにする。配布後、各家庭が物資を安全に持ち帰れるよう配慮する。

定住しておらず、移動している人びと：移動している人びとには、旅行用の小さいサイズの石鹸など持ち運びが容易な衛生用品を提供する。標準のセットを供給するのではなく、当事者自身が欲しいものを選べるようにする。人びとが移動している場所で包装紙などの廃棄物を集め、廃棄する仕組みをつくる。

衛生促進基準 1.3：月経と失禁衛生用品の管理

月経のある年齢の女性と少女や、失禁症状のある男女が尊厳とウェルビーイングを保ち、安心して生活を送れるように衛生用品と WASH 関連の施設にアクセスできる。

基本行動

1. 月経と失禁に関する習慣、社会的慣習や迷信を理解したうえで衛生用品や施設を供給する。

2. 女性や少女、失禁症状のある人びとと相談しながらトイレ、入浴場、洗濯場、汚物廃棄や給水施設の設計管理と設置場所の決定を行う。

3. 適切な生理用品と失禁用品、入浴、洗濯、手洗い用の石鹸やその他の衛生用品へのアクセスを提供する。
   - 尊厳を保ち、負のレッテルを軽減する目的で目立たない場所で衛生用品の配布を行う。また、使い慣れない衛生用品を配布する場合は適切な使用方法を教える。

基本指標

月経がある年齢の女性と少女のうち、適切な生理用品にアクセスできる割合（%）

生理用品を使用した人の満足度（%）

失禁症状のある人びとのうち、適切な失禁用品や器具を使用している割合（%）

失禁用品や器具を使用した人の満足度（%）

ガイダンスノート

危機の際の月経や失禁への衛生管理：適切に月経や失禁の衛生管理を行うことによって、人間としての尊厳を保ちながら日々の活動を行うことができる。衛生用品の配布とともに、家庭または学校などの施設内での廃棄方法についても当事者に相談することが重要である。トイレの設備は洗濯や乾燥する場所にも設置されるべきである ⊕ し尿管理基準 3.1 および 3.2. 参照。

月経についてのタブー 月経の衛生管理に対する支援が上手くいくかどうかは、月経に関する信仰、慣習やタブーが大きく影響する。危機的状況下や支援初期の段階でこれらの課題を調査するのは難しいかもしれないが、可能な限り早く対処する。

失禁は、医療関係者の中でもあまり広く使われている用語ではない。失禁とは複雑な健康上、社会上の問題で、自分で尿や排便をコントロールすることができない状態にあることを指す。失禁症状は非難、社会からの孤立、ストレスにつながり、さまざまなサービスにアクセスできず教育や就業機会を失う場合もある。多くの失禁症状のある人びとは口外したがらないため統計上の患者数は多くないとみられるが、多くの人が失禁症状に悩んでいる。下記の人びとが含まれる：

- 高齢者
- 障がいのある人びとおよび移動が難しい人びと
- 瘻孔（ろうこう）のリスクの高い出産経験のある女性および少女
- 喘息、糖尿病、脳卒中や癌などの慢性疾患を患っている人
- ジェンダーに基づく暴力を受けたり、女性器切除の経験がある女性や少女
- 前立腺除去手術など外科的処置を受けた人
- 更年期の女性
- 紛争や災害で心理的な影響を受けた子ども

不適切な失禁の衛生管理は、緊急時には感染病の大きな原因となり得る。非常に大量の水と石鹸へのアクセスが重要である。失禁のある人びととケア提供者 には、通常の 5 倍の石鹸と水が必要である。失禁があり寝たきりの人びとは、致命傷になりうる感染症や褥そうの管理や処置について保健医療または障がいの専門家と相談する必要がある。

物資と施設：影響を受けた人びとの嗜好を理解するために、廃棄可能または再利用可能な素材について、家庭内、学校、保健センターや公共施設での廃棄の仕組み、洗濯と乾燥設備、トイレと入浴設備における選択について彼らと話し合う。必要な物資の種類や量は時間の経過とともに変わるため、年齢別に適切な慣習や嗜好を把握する。使い慣れない物資を配布する場合は、使用方法を教える。

尿失禁と便失禁、または失禁症状の重症度によってさまざまな種類の失禁パッドが必要である。安全に使用するためにはパッドのサイズも重要となる。さまざまなサイズと種類の尿失禁と便失禁用のパッドを支給する。

失禁症患者はトイレに距離的に近いことが重要である。トイレへすぐアクセスできれば失禁の失敗を予防することができる人もいるかもしれない。室内用トイレ、おまるまたは尿瓶なども提供する必要があるかもしれない。

最低限の物資：月経および失禁に共通の衛生用品：

- パッドや布、汚れたそれらを別々に保管しておくためのふた付きの専用の容器
- 布を乾燥させるためのロープと洗濯ばさみ

生理用品

- 女性や少女の好みにより吸水性のある綿の素材（4m^2/ 年）、使い捨ての生理用ナプキン（15 個 / 月）または再利用できる生理用ナプキン（6 個 / 年）
- 下着（6 着 / 年）
- 追加の石鹸（250 グラム / 月）⊕ 衛生促進基準 1.2: 衛生用品の特定、入手および使用参照

失禁用品は、失禁の重症度と種類、当事者の好みによって異なる。最低限必要とされる用品：

- 吸水性のある柔らかい綿の素材（8m^2/ 年）、使い捨ての失禁用パッド（150 枚 / 月）または再利用できる失禁用下着（12 着 / 年）
- 下着（12 着 / 年）
- 追加の石鹸（入浴用 500 グラム / 月、洗濯用 500 グラム / 月）
- 洗濯可能な防漏タイプのマットレスカバー 2 枚
- 水を入れる追加容器
- 漂白剤または類似の消毒剤（原液 3 リットル / 年）
- 差し込み型便器と尿瓶（男性と女性用）、ポータブルトイレ（必要に応じて）

物資の補給：いつどのように物資を補給するか計画を立てる。状況や時間の経過を見極め、現金給付または物資配布など異なる方法を時期によって使い分ける。物資調達の際に小規模の店で購入するか、または人びとが自作の衛生用品を作るかの選択を模索する ⊕ 市場を介した支援の提供参照。

学校、安全な空間と学習センター：学校や安全な空間で WASH の支援を実施する場合、WASH に関する基幹設備と教師への研修を検討する必要がある。施設はふた付きの容器を設置、廃棄物を収集し廃棄する仕組み、またはトイレから焼却炉までの傾斜台（ダストシュート）といった別個の廃棄の仕組みを持っていなければならない。きちんと維持管理され、性別ごとに仕切られた WASH に関する設備を設置する。生理用品が置けるように棚やフックをつける。

標準的な授業の一部として、月経に関する衛生教育に取り組むよう教師を促す。教師は下記に関する研修を受ける。

- 少女への衛生的な月経管理の支援
- 生理用品を学校で備蓄する
- 危機からの心理的影響で失禁症状のある生徒へのサポート ⊕「INEE ハンドブック参照」

避難所：避難所に関わる支援領域と協力して、家族や共同の避難所内で適切かつプライバシーを保ちながら月経と失禁に関する対応が行われるようにする。プライバシーを保つためには仕切りを設けたり、更衣室を別に設置することも含まれる。

定住しておらず、移動している人びと：配布場所を通過する際に、生理用品や失禁用品を受け取れるようにする。

2. 給水

危機の状況における主な公衆衛生問題の根本原因は、質量ともに不十分な水である。基本的ニーズを満たすために必要な水がない場合、生存に必要な量の安全な飲料水を供給することは必要不可欠である。例え水質は最良ではなくても、十分な量の給水を行うことが優先される。給水の量と質の最低基準が満たされるようになるまで、この対応が必要となるかもしれない。

紛争、自然災害や保守管理の仕組みが維持されていないことによって、蛇口、井戸やパイプはたびたび破壊され荒廃する。紛争下では、紛争に関わっている組織が意図的戦略として給水へのアクセスを絶つ場合もある。このような行為は国際人道法で固く禁じられている。

水の利用用途とアクセスについて理解するため、地域社会のメンバーや利害関係者に対し、給水アクセスへの制約があるかどうか、それらが季節によってどのように変動するかについて情報を求める。

給水基準 2.1：アクセスと給水量

人びとは公正かつ良心的な値段で、安全で十分な量の飲料水や家庭用水へアクセスできる。

基本行動

1 環境に及ぼす影響に配慮しながら、最も適切な地下水や地表水の水源を特定する。

- 季節的に変動する給水の需要と供給、飲料水、家庭用水や生活用水へアクセスする仕組みについて考慮する。
- 異なる水源、給水元や事業者、そして地域社会と世帯の給水へのアクセスについて理解する。

2 必要な水量と供給の仕組みを決める。

- 地域社会のすべての人びとが、利害関係者と協働して、安全で公平にアクセスできる場所に給水所を設置する。
- 将来的なニーズを満たすための持続可能なアクセスを見据えた運営維持管理の仕組みを構築し、明確な責任分担を行う。

3 世帯や共同の洗濯場、入浴場、調理場や手洗い場での適切な排水場所を確認する。

- 野菜畑への水やり、レンガ造りや灌漑など水を再利用する方法を探す。

基本指標

各世帯の飲料水と家庭における衛生を保つために必要な水の平均使用量

- 1 人 1 日、最低 15 リットル
- 支援の状況と段階によって量を決める

水関連施設の最大利用者数

- 蛇口1つにつき、250 人（基準流出量：毎分 7.5 リットル）
- 手動ポンプ 1 台につき、500 人（基準流出量：毎分 17 リットル）
- 解放井戸 1 基につき、400 人（基準流出量：毎分 12.5 リットル）
- 洗濯施設 1 か所につき、100 人
- 入浴施設 1 か所につき、50 人

世帯収入に占める飲料水と家事衛生用水の割合（%）

- 5%あるいはそれ以下

次回の給水日と場所を知っている対象世帯の割合（%）

家庭から一番近い給水所への距離

- 500 メートル未満

水源で並ぶ時間

- 30 分未満

共同の給水所の水が澱んでいない割合（%）

機能的かつ責任の所在が明確に運営されている給水の仕組みおよび施設の割合（%）

ガイダンスノート

水源の選定時に考慮すること :

- 十分な量の水の利用可能性、安全性、近接性と持続可能性
- 一括処理または家庭レベルで処理が必要かどうか、または実現可能かどうか
- 特に紛争下では論争の的になるような、水源の管理に影響を与える社会的、政治的または法的な要素

危機の初期段階で生存に必要なニーズを満たすためには、さまざまなアプローチと水源の組み合わせが必要である。地表水源はより多くの処理が必要であるものの、最も迅速な解決策かもしれない。地下水源か、または湧き水からの自然流下によるものは処理の必要が少なく、くみ上げの必要もないため望ましい。過剰利用を防ぐためすべての水源を定期的に監視する必要がある ⊕ 避難所と避難先の居住地基準 2: 立地および避難先の居住地の計画立案 参照。

ニーズ：飲用、衛生用と家庭用に必要な水の量は支援の状況や段階によって異なる。また、危機が発生する以前の使用、生活習慣、し尿をためておく手段や文化的習慣などの要素にも影響される ⊕ 衛生促進基準 1.1 の WASH に関するリスクの理解と管理および し尿管理基準 3.2. 参照。

一般的な慣行では、生存に必要な最低水量は 1 人あたり1日 15 リットルとされている。しかし、15 リットルは「最大値」ではなく、支援の状況や段階によっては適切ではない場合もある。例えば、長期間避難生活を送っている人にとっては適切ではない。深刻な干ばつの場合、しばらくの間は 1 人あたり 1 日 7.5 リットルの水が適切かもしれない。都市部の中間所得層では、健康と尊厳を保つためには最低でも1人あたり 1 日 50 リットルが適切な量であるかもしれない。

異なる水量を供給することによって生じる結果については、WASH が関連する疾病の罹患率および死亡率と照合し、検証すべきである。WASH 支援を行う他の組織と調整し、状況に応じた最低限の水量について共通の合意を得る。人間用、家畜用、施設用やその他の用途で使用する水量を決定する際の説明については ⊕ 必要最低限の保健医療サービス – 感染症基準 2.1.1 ～ 2.1.4 および WASH 付記 3 参照。緊急時における家畜の給水ニーズについては ⊕「LEGS ハンドブック参照」。

ニーズ	量 (リットル / 人 / 日)	状況に応じて考慮される事項
生存に必要な水：水の摂取量（飲料および食べ物）	2.5–3	気候や生理的個人差による
衛生上の行動	2–6	社会的および文化的規範による
基本的な調理	3–6	食べ物の種類や社会的および文化的規範による
基本的な水の総量	7.5–15	

生存に最低限必要な水へのニーズ：特に障がい者、移動が難しい人びとやさまざまな宗教上の慣習などにより、水のニーズは人びとの間で異なる。

必要水量の算定：供給した水量をただ単に対象人口で割るだけでは不十分である。水の使用量や消費量を算定する方法は、給水車が給水した水量や手動ポンプの使用の算定よりも世帯調査、観察、地域社会でのグループディスカッションなどの手法がより効果的である。給水の仕組みに関する報告書と世帯に関する報告書を照らし合わせて確認する。

アクセスと公平性：給水所は共同の入浴場、調理と洗濯施設やトイレ、そして学校や保健所などの施設をも含む。

最低限必要な基準量（上記の基本指標参照）は、安定供給されている給水所へのアクセスが 1 日 8 時間であることを想定している。この基準量は最低限必要な水の量や給水所への公平なアクセスを保障するものではないため、基準量を使用するときには注意が必要である。

給水と衛生に対する支援は、敵対状況や紛争を避けるために、受入側と避難民両方のニーズを公平に満たす必要がある。

年齢、性別の違いと同様に、障がい者や移動に不自由をきたす人びとなどグループによって給水のニーズが異なることを支援の計画段階から認識する。あらゆる保護リスクにさらされることを抑えるため、家庭に近く、アクセスしやすい場所に給水所を設置する。

影響を受けた人びとに、給水の期日と場所、公平な支援を受ける権利とフィードバック方法を周知する。

給水所への往復と待ち時間：過度な給水所への往復と待ち時間は、給水所の数と水源からの湧出量が不十分であることを示す目安になる。1 人あたりの水の消費量の減少や衛生処理がされていない地上の水源からの消費の増加につながり、結果的に、教育や収入創出の活動などに費やす時間も減少する。待ち時間の長さは、給水所での暴力のリスクにも影響を及ぼす ⊕ 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 1 参照。

水を入れる適切な容器：⊕ 衛生促進基準 1.2: 衛生用品の特定、入手および使用 参照。家庭レベルでの浄水処理と安全な保存（Household-level Water Treatment and Safe Storage, HWTSS）を行っているところでは、水の容器の数とサイズを調節する。例えば、凝固、凝集と消毒を行う工程にはバケツが 2 つ、濾布と攪拌棒が必要である。

給水のための市場を介した支援：危機が発生する前と後で各家庭がどのように水と容器にアクセスしているか分析する。この簡単な市場のアセスメント（事前調査）により、短期と長期的に給水へ継続してアクセスする方法がわかる。世帯への現金給付型支援や助成金、事業者や供給業者への技術能力の開発支援やその他の手段を組み合わせた複合アプローチを用いて、給水市場を利用、サポートし、開発する方法を決める。時間ごとの世帯支出に対する市場価格（水、燃料）を毎月確認し、それらの傾向を支援計画の修正に反映させる ⊕ 市場を介した支援の提供参照。

支払い：水の費用は世帯収入の 3 ～ 5%以内に収めるべきである。危機下でいかに各世帯が高い費用を補うか注視し、良くない対処方法への対案を考える ⊕ 権利保護の原則 1 参照。財務の仕組みが透明性をもって管理されているか確認する。

給水の仕組みとインフラの管理：地域社会やその他の利害関係者と協働して当座および長期的な給水所の場所、設計や使用について決定する。入浴、調理と洗濯施設、トイレ、そして学校、市場や保健機関などの施設の給水所も含む。利用者からフィードバックをもらい、給水施設へのアクセス向上に反映させる。

以前と現在の水の管理構造、人びとが給水や衛生サービスにお金を払う資金力や意思があるか、そして費用回収の仕組みについても考慮する。長期的な貯蓄や規模の経済性が求められる給水供給の仕組みへの設備投資について考

慮する。特に都市部や共同体の避難先の住居で危機が長期化している場合、ソーラー式ポンプやパイプ式給水車などの代替案と比べてみる。

WASH に関わる組織の共同体、民間や公的な領域とのパートナーシップを通じて、人びとに給水の仕組みを運営、維持する手段を提供する。

ボトル入りの飲料水：費用面、水質やごみの発生量を考慮すると浄水処理済の水の方がボトル入りの水より費用対効果が高く、適切かつ技術的に信頼できる。例えば移動している人びとなど、例外として短期間使用することはできる。プラスチックごみの適切な管理の仕組みを構築する。

洗濯、洗い場と入浴施設：世帯で個別に入浴ができない場合、安全で、プライバシーと尊厳を保つ形の男女別の入浴施設を提供する。

利用者、特に女性、少女や障がい者と相談しながら施設の設置場所、設計と安全性について決定する。疥癬への支援や天候など特別な状況の場合、入浴と洗濯施設ではお湯へのアクセスも考慮する。

給水所、洗濯場、入浴施設と手洗い場での排水：給水所や水を利用する所を建設または修復をする際、排水によって健康被害を引き起こしたり、病原菌の繁殖地にならないよう注意する。現場の計画立案者、避難所の支援分野に関わる人たち、または地方行政と調整をとりながら総合的な排水計画を作成する。

排水基準に応じるように、WASH の仕組みとインフラを設計する。例えば、蛇口の圧力規格、給水所か、または洗濯施設のサイズ、蛇口から水を保存する容器の下までの高さなどが適切であるべきである ⊕ 避難所と避難先の居住地基準 2: 立地および避難先の居住地の計画立案参照。

給水基準 2.2：水質

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

基本行動

1. 水利用に関する公衆衛生上のリスクと適切なリスク軽減方法を特定する。
   - 水源を保護し、水源や給水所で定期的に衛生調査を実施する。
2. 水を消費または使用する場所で、安全な飲料水を確保する最も適切な手段を決定する。
   - 浄水処理の選択肢としては、一括処理して配布することや家庭レベルで安全な調達と保管をする、または家庭レベルでの浄水処理と安全な保管が考えられる。

3 水を消費または使用する場所で、給水後の水質汚染を最小化する。

- 飲料水を調達し保管するための安全な容器と、容器から安全に飲料水を汲みだす手段を各世帯に設置する。
- 水の供給、消費または使用する場所で、遊離残留塩素（FRC）や大腸菌群形成単位 (CFU) などの水質に関するパラメーターを測る。

基本指標

影響を受けた人びとのうち、安全な水源から飲料水を調達している割合（%）

常に安全で覆われた清潔な容器に水を保管していると観測された世帯の割合 (%)

水質検査が水質基準を満たしている割合（%）

- 塩素処理されていない水の給水時に大腸菌群形成単位（CFU）が 100ml あたり 10 未満
- 塩素処理された水の給水時に遊離残留塩素（FRC）が 1 リットルあたり 0.2–0.5mg かそれ以上
- ネフェロ分析濁度（NTU）の値が 5 未満

ガイダンスノート

安全な水の連鎖システム維持：水に関連する疾病は、水の連鎖全体をリスクにさらす。糞口感染予防としてし尿処理、食べ物を覆う、要所で手洗いをする、そして安全な水の調達と保管が考えられる ⊕ 衛生促進基準 1.1; し尿管理基準 3.2 および 付記 2: F 図参照。

水源から飲料水を保管する容器までの給水の一連の流れに関するリスク評価は、下記を含む。

1. 給水所の衛生調査
2. 水の調達と保管に関して、別々の容器を使用しているか観察確認
3. 飲料水を入れる容器が清潔であり上部が覆われているかの観察確認
4. 水質検査

水が汚染されている可能性が高い場合、上記を確認することにより、家庭の水質調査などに労力を費やさなくても、リスクと考えられるものを明らかにすることができる。

公衆衛生検査では、給水所における公衆衛生上のリスクとなりうる状況や慣習について評価する。その際、給水所や排水の構造、囲い、排便の習慣、固形廃棄物の管理の状況が汚染の要因として考えられる。検査では、家庭の水を保管する容器についても調べる。

水質：新しい水源の発掘を試みる場合は、物理学的、細菌学的および化学的側面から水源を検査する。現地の季節が変わる前後に検査を行う。長期的な

健康問題につながる可能性があるため、フッ化物やヒ素濃度などの科学的パラメーター分析を軽視しないこと。

糞便性大腸菌（そのうち 99%以上が大腸菌（E.Coli））は、人間および動物の排泄物による水質汚染の水準と、その他の有害な病原菌が存在する可能性を示す指標である。わずかでも糞便性大腸菌が存在する場合は、浄水処理を施す。例え大腸菌が検出されなくても、水の中に残効性消毒剤が存在しなければ再び水が汚染される可能性がある。

配給より手前の時点、または家庭レベルでの浄水処理の前に塩素処理された水については、家庭の水を抜き取って遊離残留塩素（FRC）値を測り、必要であれば浄水処理を行う。水の配給頻度、温度や保管時間すべてが家庭の遊離残留塩素（FRC）値（塩素の消散値）に影響する。

水源の保護：味、近接性や社会的利便性のために、河川、湖、安全ではない井戸の水などの保護されていない水源を好む人びともいる。このような場合、彼らの嗜好の根拠を理解した上で、保護された水源の利用を促進するメッセージの作成や促進活動を行う。

水の味：人びとが慣れ親しんだ塩分、硫化水素や塩素の濃度と異なる場合、安全な飲料水の味が悪ければ、利用者は安全ではないが味は良い水源の水を飲む可能性がある。地域社会の関与や衛生活動を通じて、安全な水を飲むことを促す。

水の殺菌：供給源または供給後の感染の恐れが大きい場合は、塩素などの残効性殺菌剤で浄水処理を行う。感染リスクは人口密度、し尿処理の方法、衛生慣習や下痢性疾患の蔓延によって左右される。混濁度は 5NTU 以下にする。それより混濁度が高い場合は浄水を行う前に、水の濁りを除去するために利用者に対し水をフィルターにかけ沈殿させて静かに水を注ぐ（デキャンタ）方法の研修を行う。他の選択肢がない場合は、短期的に塩素濃度を 2 倍にする。塩素の消散値は保管期間や気温によって変動するため、塩素を使用する際には留意する ⊕ 付記 6: 樹形図を活用した世帯用の浄水処理と保存の選択方法参照。

量か質か：給水の量と質の両方の最低基準を満たすことができない場合は、質より量を優先する。ほどほどのレベルの水質であっても脱水症状の予防、ストレスの軽減や下痢性疾患の予防につながる。

供給後の汚染：供給した時点では安全な水であっても、調達、保管、飲用に汲みだす段階で汚染する可能性がある。安全な調達と保管習慣によってこのようなリスクを最小限に抑える。地域の人びとが定期的に家庭用および避難先の住居用の保管タンクの清掃を担えるように研修を実施する ⊕ 衛生促進基準 1.1 および 1.2. 参照。

家庭での浄水処理と安全な保管 (Household-level Water Treatment and Safe Storage, HWTSS)：中央管理された浄水処理システムの利用が不可能である場合、HWTSS を行う。下痢を減らし、保管された家庭用水における微生物学的水質を改善するための HWTSS の選択肢として、沸騰消毒、塩素殺菌、日光消毒、セラミックスによるろ過、砂による低速ろ過、膜ろ過、凝集や消毒がある。他の支援分野と協働しながら、家庭用燃料に関する要件やお湯のアクセスについての合意を得る。危機や伝染病が流行している時には、使い慣れない浄水処理の選択肢を提供しないこと。効果的な HWTSS の選択肢を使用する際には、定期的なフォローアップ、サポートとモニタリングが必要であり、これら HWTSS を代替の浄水処理の選択肢として取り入れる場合にも、同様である ⊕ 付記 6: 樹形図を用いた家庭用水の浄水処理と保管方法参照。

施設の水質：学校、病院、保健センターや給食センターの水は、すべて塩素やその他の残効性殺菌剤で浄水処理を行う ⊕ 付記 3: 最低必要水量 : 生存に必要な水量とその数値化 参照。

化学物質と放射性物質による汚染：水文地質学上の記録、産業に関する知識や軍事活動によって、水の供給が科学的または放射線に関わる公衆衛生上のリスクが引き起こされる可能性があるところでは、化学分析を実施する。汚染の可能性がある水を長期間供給することは、地方行政とともに行う健康への影響について分析と検証に基づいて決定する。

3. し尿管理

人びとの尊厳、安全、健康とウェルビーイングのためには、人間の排泄物がない環境があることが重要である。自然環境はもちろん、生活、学習や働く環境でも同様である。安全なし尿管理は WASH の優先課題である。危機の時には、し尿管理は安全な水の供給と同様に重要である。

すべての人びとが適切で、安全、清潔かつ信頼性のあるトイレへのアクセスを有するべきである。尊厳のある排泄行為は、極めて個人的な問題である。文化的慣習、日常の習慣や風習、見方、そして個人が衛生施設を以前利用したことがあるかによって、適切かどうかが決まる。無秩序な人間の排泄は人口密度が高い場所、人びとが避難している場所や水分あるいは湿気が多い環境では特に大きな健康リスクをもたらす。

WASH の支援分野においてし尿管理を定義する際、異なる用語を使用する場合もある。このハンドブックの中で「トイレ」とは即座に排泄物を格納し、人間と排泄物の間に第一の防御壁を築く施設や器具のことを指す ⊕ 付記 2: F 図参照。このハンドブックでは、「便所」という言葉の代わりに「トイレ」という言葉を使用する。

人間の排泄物を人間から離れた場所に格納することは、直接および間接のルートによる伝染を削減することにより、し尿を媒介とする感染症に対する最初の防御策となる。 ⊕ 付記 2: F 図参照。排泄物の格納は収集、運搬、浄化と処理を同時に実施することによって、公衆衛生上のリスクや環境への負荷を軽減することができる。

生活を送り、学習し、働く環境における人間の排泄物は、保護の問題を示す証拠である。特に人口密度が高い地域では、人びとは安心してトイレを使えないかもしれない。

本章では、「人間の排泄物」とは体から排出された物体、特に便、尿や月経の汚物を指す。本章における基準は、最初の排泄物格納から最終処理までの排泄物に関する一連の流れにあてはまる。

し尿管理基準 3.1：人間の排泄物のない環境

自然、生活、学習、仕事や共用の環境への汚染を防ぐために、すべての排泄物が敷地内で安全に格納されている。

基本行動

1 即座にし尿を格納するために、新しく建設された避難先の共同住居または損壊の大きなインフラにはトイレを設置する。

2 し尿で汚染されている生活、学習、仕事場、あるいは地表の水源からただちに汚染物質を除去する。

3 汚染の可能性がある近場の地表の水源や地下水源のリスク評価に基づいて、し尿を管理するすべての施設の設計と建設を行う。

- 水源の汚染を防ぎ、技術的な選択肢についての情報を知るために、現地の地形学、地表条件、地下水源や地表の水源（季節変動を含む）を調査する。

4 子どもや乳児の排泄物を安全に格納し処理する。

5 すべてのし尿処理の施設は、し尿と病原体媒介生物との接触を最小限に抑えるように設計と設置をする。

基本指標

人びとが生活、学習や仕事をする場に人間の排泄物が存在しない。

排泄物を格納するすべての施設が、適切な場所に設置され、かつ地表の水源または地下水源から適正に離れた距離に作られている

ガイダンスノート

対応時期に則した対処：見境なく撒き散らされた排泄物は緊急事項としてすぐに対処する。排便場所を決め共同トイレを建設し、協調しながら衛生キャンペーンを実施する。飲用かどうかに関わりなくすべての水源、水の保管場所や浄水処理施設の近くでの排泄を避ける。避難先の住居の高台や風上方向に排泄場所を作らない。また、公共の道路沿い、共同施設（特に保健医療と栄養に関する施設）の近く、食料の保管場所や調理場近くへの設置をしない。

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ような衛生促進キャンペーンを実施する。

都市部における危機では、既存の下水システムの被害状況を調査する。持ち運びできるトイレの設置、あるいは浄化槽や定期的にくみ取りできるタンクの設置を考える。

水源への距離：トレンチ（溝）式トイレ、ピット（便槽）式トイレ、地下格納容器、浄化槽、排水槽などの格納施設の中の排泄物が水源を汚染しないよう注意する。汚染水源から水を消費しない限り、排泄物による汚染は当座の公衆衛生上の問題にはならないが、環境汚染は避けなければならない。

排泄物が土壌を移動する速さ（浸透速度）を測定するために、可能であれば土壌の浸透性検査を実施する。検査結果を基に、格納施設から水源への必要最低距離を決定する。

土壌の飽和度、水源からの抽出や、水分を多く含む排泄物は固形物より早く移動するという排泄物の性質によって浸透速度が左右される。

土壌の浸透性検査が実施できない場合、格納施設から水源への距離は最低30 メートルとし、穴の底部から地下水面へは最低 1.5 メートルの距離を保つ。亀裂性岩盤や石灰石の地質では距離を長くし、細粒土壌では距離を短くする。

高い地下水位や洪水の状況では、地下水源の汚染を最小化するために、格納インフラを防水にする。または、排泄物を閉じ込め、環境汚染を防ぐために高架化トイレや高架化した浄化槽を設置する。浄化槽からの排水や漏れた汚物が地表の水源や地下水源を汚染しないよう注意する。

もし汚染の疑いがある場合、ただちに汚染源を特定、抑制し、浄化処理を開始する。塩素などの浄化方法で除去できる汚染物質もある。ただし、窒素などの汚染物質は特定し制御する必要がある。例えば、飲料水の窒素濃度が高い場合、メトヘモグロビン血症という深刻であるが治療可能な症状を引き起こす ⊕ 給水基準 2.2: 水質参照。

子どもの排泄物の格納：一般的に、乳児や子どもの排泄物は成人のものよりも危険である。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場合がある。乳児の排泄物の安全な廃棄、洗濯習慣やオムツ、おまるやシャベルの使い方について保護者や養育者へ情報提供を行う。

し尿管理基準 3.2：トイレへのアクセスと使用

人びとは十分な数の、適切かつ受け入れられるトイレを安心で安全にいつでもすぐに使用することができる。

基本行動

1 技術的に最も適したトイレの選択肢を決定する。

- 利用者と維持管理者、特に女性や少女、子ども、高齢者や障がい者に及ぶ安心と安全に対する脅威を最小限に抑えるトイレの設計と建設を行う。
- すべての共同あるいは共有のトイレは、必要に応じて性別と年齢別に分ける。

2 公衆衛生上のリスク、文化的習慣や水の調達と保管方法に基づき、影響を受けた人びとが必要なトイレの数を定める。

3 共用あるいは共同トイレの場所、設計や設置は利害関係者の代表者に意見を求める。

- 年齢、性別、障がい者、移動に不自由をきたす人びと、HIV とともに生きる人びと、失禁症患者や性的あるいはジェンダーマイノリティによるアクセスと使用について考慮する。
- 共同トイレは家庭から安全にアクセスできるよう十分な近さの距離にあり、その家庭がトイレに近接していることにより非難されないような場所に設置する。

4 手を洗ったり乾燥したり、月経や失禁の汚物を適切に廃棄する設備をトイレの中に設置する。

5 給水のニーズにみあう技術的な選択が実行可能であること。

- 肛門洗浄に必要な適切な量の石鹸と水を用意する。また、水洗式トイレや衛生的封水機能が付いたトイレを設置する場合には、必要な水量を用意する。

基本指標

共用トイレの割合

- 20 人につき、最低 1 つ

住居と共用トイレの間の距離

- 最大 50 メートル

内側から施錠でき、適切な照明が付いているトイレの割合（%）

女性や少女によって安全であると報告されたトイレの割合（%）

女性と少女が定期的に使用するトイレのうち、月経衛生管理の選択肢に満足している割合（%）

ガイダンスノート

適正、適切かつ受け入れられる設備とは。導入するトイレのタイプは支援の段階、対象となる利用者の好み、既存のインフラ、水洗式または封水式トイレ用の水の入手しやすさ、土壌の構造や設置のための資材の入手可能性に左右される。

一般的に、下記要因を満たしていれば適性、適切かつ受け入れられるトイレと考えられる。

- 子ども、高齢者、妊婦や障がい者を含むすべての人びとが安全に利用できる。
- 利用者、特に女性や少女とその他特別に保護を必要とする人びとに対し、安全上の脅威が最小化されるように設置されている。

- 住居から 50 メートル以内に設置されている。
- 利用者の求めているプライバシー管理が提供されている。
- 使用や清潔を維持することが容易である（一般的に清潔なトイレの方が使用頻度が高い）。
- 環境に負荷がかかっていない。
- さまざまな利用者向けに適切なスペースが設置されている。
- 中から鍵がかけられる。
- 手洗い用、肛門洗浄用と水洗用の水がたやすく供給される。
- 尊厳をもって女性用の生理用品、子ども用や成人用の失禁用品を洗濯、乾燥または処理することができる。
- ハエや蚊の繁殖が最小限に抑えられている。
- 臭いが最小限に抑えられている。

HIV 感染などの慢性疾患患者は慢性的な下痢を患っていたり移動に不自由をきたしたりするため、簡単にトイレにアクセスできるよう配慮する。

利用者のニーズに合致しているという報告を受けたトイレの割合と使用をモニタリングする。満足していないグループを特定し、状況の改善を図るためにそれらの情報を活用する。性別、年齢、障がい者や移動に不自由をきたす人びと、HIV とともに生きる人びとや失禁症患者など異なるグループのアクセスと使用も考慮する。

アクセスのしやすさ：障がい者を含むすべての人びとの権利を尊重し、安全に衛生施設にアクセスできる技術的選択をする。子どもや高齢者、障がい者や失禁症患者用のトイレを新たに建設するか既存施設の改修、または購入する必要がある場合もある。参考としては、個室で、性別に関係なく、スロープ付きかフラットなままでアクセスでき、多様な人びとがアクセスしやすい構造になっているトイレは**最低 250 人に 1 つは**存在すべきである。

安心で安全な施設：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、少女、少年、高齢者やその他特別な保護が必要な人を含むリスクを抱えるすべてのグループが、昼夜を問わず安全と感じ、実際に安全にトイレを使用できるようにしなければならない。施設の中は適切な照明を設置し、リスクを抱えるグループには懐中電灯を支給する。特に最もリスクを抱えるグループの安全を高める方法については、地域社会に意見を求める。学校、保健センターやクリニック、子どもに優しい空間、市場や給食センターなどの利害関係者からも意見を求める。

安全で尊厳をもって使用できる WASH 施設について、女性や子どもたちだけに意見を求めるのは不十分であることにも注意する。多くの場合、女性や子どもの行動は男性が制御している。このような社会的序列や力関係に留意しながら意思決定者と積極的に話し合い、女性や子どもが安全にトイレやシャワーにアクセスできる権利を強化する。

共同施設内の照明はアクセス向上が期待できる反面、人びとが照明を他の用途に利用する可能性もある。危険にさらされるリスクを軽減する方法を見出すために、地域社会、特に安全に関して最も脅威を抱えるグループと協働する。

トイレの要件を定量化する：危機の前と後における生活環境の変化に対し、特に公共の場や公衆衛生上のリスクがある場所でどのようにトイレの要件を適用させるか考える。突然起こる危機の初期段階では、**迅速な解決策として共同トイレは 50 人に最低 1 基とし**、可能な限り速やかに状況を改善する。**中期段階になると共同トイレは 20 人に最低 1 基とし**、女性用と男性用の割合が 3 対 1 となるようにする。必要なトイレの数を計算する際は ⊕ 付記 4 参照。

家庭用、共用もしくは共同か。安心なこと、安全性、利便性、尊厳、当事者意識や維持管理面を考慮すると家庭用トイレが理想と考えられる。小さな住居グループのための共用施設が標準となっている場合もある。共用または共同トイレは、将来家庭用トイレが設置されることを前提に設計し建設する。例えば避難先の住居に防疫線をつくると、避難所近くに共同施設を建設する場所ができ、その後予算があれば家庭用の施設も建設することが可能になる。防疫線があることで、ヘドロをかき出したり、維持管理や解体作業へのアクセスを確保できる。

保健施設、市場、給食センター、学習する場所や受付や行政手続きを行う場所などの公共や共同スペースにおいて共同トイレは必要になる ⊕ 付記 4: コミュニティ、公共の場や施設における最低必要トイレ数、参照。

緊急支援として共同の衛生施設を建設した場合、特定の運営維持管理の要件が発生する。例えば、臨時措置としてトイレ清掃者への支払いをすることを地域社会と合意する場合は、明確な支援の出口戦略をもって行う。

水と肛門清拭用品：施設設計の段階で十分な水の供給、トイレットペーパーやその他の肛門清拭用品が確保できるようにする。最も適切な清拭用品や汚物の安全な廃棄方法および素材の供給の持続性について、利用者と相談する。

手洗い：トイレを使用した後、排便した子どものお尻を清拭した後や食事と調理前に、水と石鹸（または灰などの代用品）を配備した手洗い場を確保する。

月経衛生管理：下水のパイプ詰まりや浄化槽のくみ取り時に問題が発生しないよう、月経の汚物を廃棄する適切な容器をトイレ内に設置する。洗濯や乾燥のための給水所所やアクセスを確保するために、トイレの設計について女性や少女に相談する。

し尿管理基準 3.3：
排泄物の収集、運搬、廃棄および処理に関する維持管理

排泄物の管理施設、インフラやシステムは適切にサービスが提供され、周辺環境への影響を最小限に抑えるよう、安全に維持管理されている。

基本行動

1. し尿管理を担当する地方行政機関と協働することによって、現地のシステムに合致する排泄物の回収、運搬、処理と廃棄システムを確立する。
   - 既存の国家基準を適用し、既存システムに通常以上の負荷がかかることによって、環境や地域社会に悪影響を与えないよう注意する。
   - 敷地外での処理や廃棄に関する土地利用について、地方行政機関や地主と合意する。
2. 特にトイレの基礎構造（穴、地下格納容器、浄化槽や排水槽）の短期および長期的管理のための仕組みを構築する。
   - すべての排泄物が安全に格納でき、穴からくみ取りができるような基礎構造の設計とサイズにする。
   - 明確で説明責任を伴う責任分担を行い、将来の運営維持に必要な資金源を明らかにする。
3. 排泄物回収者と周りの人たちのことを考慮し、格納施設から安全に汲み取りを行う。
4. 人びとがトイレを建設、清掃、修復および維持するために必要な情報、手段や資材を提供する。
   - トイレの使用、清掃方法や維持についての衛生促進キャンペーンを実施する。
5. 利用可能な水源から排泄物の運搬に必要な水が供給できるようにし、水源に過度の負担がかからないようにする。

基本指標

すべての人間の排泄物が、公衆衛生上または環境に負荷がかからない方法で廃棄されている

ガイダンスノート

汲み取りとは穴、地下格納容器やタンクから処理されていない、または半分処理された排泄物を取り出し、敷地外処理施設まで運搬することを指す。汲み取りが必要な場合は、最初の段階から運営および維持の工程を設計に盛り込む必要がある。

汚水または生活排水が人間の排泄物と混合した場合は、下水に分類される。既存の下水システムがない場所に避難先の住居がある場合、生活排水は人間の排泄物と一緒にすることはできない。生活排水より下水の方が浄水することが難しく費用がかかる。

計画：初めは、1 人 1 日あたり 1 ～ 2 リットルの排泄物を想定して計画をたてる。長期的には年間 1 人あたり 40 ～ 90 リットルの排泄物を想定する。排泄物は分解すると量が減る。排泄物を流すのに水が使用されているか、肛門清拭用品や水が使われているか、トイレの清掃に水や他の物が使われているか、そして利用者の食習慣などによって実際の量は左右される。余分な水が流入すると汲み取り量が増えるため、清掃や調理、洗濯や入浴などの生活排水が格納施設に流入しないよう注意する。埋め戻しのため、穴の上部には 50 センチの余裕を持たせる。

コレラの発生など特定の公衆衛生問題については ⊕ WASH 基準 6: 保健医療における WASH 参照。

地域の市場：必要に応じて、現地で入手可能な建材や労働力を用いてトイレを建設する。それによって施設の利用や維持への参画を広げる。

困難な環境下での排泄物格納について：洪水や都市部における危機では、適切な排泄物格納施設の提供が特に困難である。そのような状況では高架化トイレ、し尿分離トイレ、下水格納タンクや適切な収集と廃棄システムを伴った臨時処理用ビニール袋の利用などを考慮する。このような異なるアプローチは衛生促進の活動とともに実施する。

資源としての排泄物： 排泄物はまた、資源としての可能性も持つ。例えば、処理済の汚泥を可燃性レンガやバイオガスなどのエネルギーに変換する技術がある。し尿分離する環境にやさしい衛生設備や、堆肥をつくる工程を通じて人間の排泄物や生ごみから有機物や栄養分を取り戻すことができる。この堆肥は、家庭菜園の土壌改良剤や肥料として使用できる。

4. 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あり、病原菌から人間への感染路をつくる。人道支援が必要な多くの状況において、病原体媒介生物性疾患は病気や死亡の主な原因である。ほとんどの病原体媒介生物は蚊、ハエやシラミなどの虫であるが、げっ歯動物も病原体媒介生物の一種である。刺されたり噛まれたりすると痛みを感じる場合もある。病原は、固定廃棄物や下水またはし尿の不適切な管理もしくはより規模の大きな安全と保護に関する問題を示唆する指標でもある。

病原体媒介生物性疾患は複雑で、問題解決には専門家の助言が必要となる。しかし、簡単で効果的な対処法によってもそのような病気の蔓延を防ぐことができる。

病原体媒介生物対策プログラムを実施する場合、もし対象となる生物を誤ったり、効果のない手法を用いたり、または対象は正しくても場所や時期を誤ったりすると全く効果がない。病原体媒介生物のライフサイクルと生態系に基づき制御することを目標としなければならない。

対策プログラムは病原体媒介生物の個体数、繁殖地と人間との接触機会を減らすことを目的とする。対策プログラムを計画する際には、既存の研究資料や国内外の保健機関に助言を求める。疾病パターン、繁殖地と病原体媒介生物数や疾病罹患率の季節的変動については、地域の人たちの助言を求めるべきである。

本節の基準は問題を起こす病原体媒介生物を除外し、病原体媒介生物性疾患を予防し不快さを軽減することを目的とする。病原体媒介生物対策は複数のセクターで横断的に対処することが必要である ⊕ 避難所と避難先の居住地基準 2, 必要最低限の保健医療サービス – 感染症基準 2.1.1 および 食料支援基準 6.2 参照。

病原体媒介生物対策基準 4.1：避難先の居住地における病原体媒介生物対策

人びとは病原体媒介生物が繁殖し、接触する場所であっても、病原体媒介生物に関する問題のリスクが軽減されている環境に住んでいる。

基本行動

1 特定の地域で動物由来感染症のリスクがあるか調査する。

- その地域の罹患率が、国際保健機関 (WHO) または国内機関が定める数値を超えているかどうか確認する。

- 重要な病原体媒介生物に関する地域の専門家の助言や文献に基づき、病原体媒介生物の繁殖地、特に摂食活動などのライフサイクルを理解する。

2 人道的な病原体媒介生物対策を、地域の病原体媒介生物対策計画やシステムおよび国のガイドライン、プログラムや政策と合致させる。

3 病原体媒介生物のライフサイクルに基づき、家庭の外で化学的または化学薬品を使用しない病原体媒介生物対策のどちらが適切かを決める。

- 病原体媒介生物対策で使用する化学物質の危険性と散布日程について、人びとに周知する。
- 化学物質を扱う人たち全員に個人用防護具 (Personal Protection Equipment, PPE) と衣服の扱い方に関して研修を行い、それらを支給する。

基本指標

病原体媒介生物のライフサイクルを破壊したと特定された繁殖地の割合（%）

ガイダンスノート

避難先の共同住居が病原体媒介生物性疾患に感染するリスクを最小限に抑えるためには、場所の選択が重要となる。これは避難先の住居を選定する際の主要な要素の 1 つとなるべきである。例えば避難先の共同住居のマラリア感染対策としては、沼地や池などの大型繁殖地から 1 ～ 2 キロ風上に場所を選定したうえで、追加で清潔な水源が利用できるようにする。新しい避難先の住居における病原体媒介生物の問題が、近隣の受入れ地域社会に影響を与える可能性について考慮する ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 2: 立地および避難先の居住地の計画立案、参照。

リスク要因の調査：病原体媒介生物性疾患に関する問題の疫学的および臨床的根拠と同様に、疾病やその他のリスクの可能性に関する調査に基づき、病原体媒介生物対策を実施する。特定された地域で、過去 2 年間疑いがあったまたは実際に感染が確認された事例の確認を行う。その他のリスク要因には下記がある。年間疑いがあったまたは実際に感染が確認された事例の確認を行う。その他のリスク要因には下記がある。

- 過去の発症歴、栄養面やその他の面でのストレスを抱える人びとの免疫状況
- 避難の間に発生する非伝染病流行地域から流行地域へ人びとの移動
- 病原体媒介生物と人間の両方の病原体のタイプと罹患率
- 病原体媒介生物の種類、数、行動や生態（活動季節、繁殖地）および関係性
- 近接性、避難先のパターン、避難先の住居のタイプ、既存の個人防御方法および予防手段による病原体媒介生物との接触機会の増加

病原体媒介生物の繁殖地や生息地の除去および改善：多くの WASH に関する下記のような活動によって、病原体媒介生物の繁殖および生息地を抑制することができる。

- 給水所、入浴や洗濯場近くのよどんだ水たまりや湿地帯の除去
- 家庭での固形廃棄物の保管、回収、運搬、処理や廃棄場の管理
- 水を入れる容器用のふたの配布
- し尿管理
- 病原体媒介生物が生息できないようにするためのトイレの床スラブや基礎構造の清掃
- 便槽内の排泄物が周囲に漏れたり、厄介な病原体媒介が便槽に侵入しないような穴やパイプの仕組み
- 清掃全般についての衛生促進プログラムの実施
- 井戸にふたをする、あるいは例えばデング熱が流行している地域での幼虫駆除剤の投与

疾病を伝染させる蚊は、主に 3 種類ある。

- イエカ（フィラリア症と西ナイルウイルス）：トイレなどの有機的物質を含むよどんだ水の中で繁殖する
- ハマダラカ（マラリアやフィラリア症）：水たまり、緩やかな流れの場所、井戸といった比較的きれいな地表水の中で繁殖する
- ネッタイシマカ（デング熱、黄熱病、チクングニア熱、ジカ熱）：ビン、バケツ、タイヤなど水のたまる容器の中で繁殖する

生物学的または化学物質を使用しない対策方法：生物学的対策とは、対象とする病原体媒介生物の種を摂食、寄生、競合または減らす微生物を取り込こむことである。例えば、蚊の幼虫を捕食する魚や淡水甲殻類はネッタイシマカ（デング熱の病原菌）を制御することができる。最も有効な戦略の 1 つはボルバキア内共生細菌の使用であり、デング熱の伝染を減らすことができる。いくつかの現場で生物学対策は効果をあげており、効果を証明する証拠もある。

生物学的対策は環境の化学汚染を防ぐ一方で運用には制限があり、好ましくない生態学的結果を引き起こす場合もある。また、生物学的対策は蚊を病原菌とする病原体媒介生物の発達期かつ、大型のコンクリートや釉薬をかけた粘土材質の容器の中でのみ効果的である。水を入れる容器に微生物を導入することに関して、現地の地域社会が好意的に受け入れてくれることが重要である。微生物の配布、補充や容器内のモニタリングの際には地域社会の関与が望ましい。

環境工学支援：下記を含むいくつかの基本的な環境工学対処法により媒介生物の繁殖を抑えることができる。

- 人間と動物の排泄物の適切な廃棄、適切に機能しているトイレ、便槽式トイレのしゃがむ穴を覆う
- 害虫やげっ歯動物制御のため固形廃棄物の適切な廃棄
- 避難先の住居における適切な排水

- 蚊の繁殖を抑えるために水たまりの排水、または覆いのない運河や池のまわりに生えている不要な草木の除去

上記の対処法により、特定の種類の病原体媒介生物の数を減らすことができる。しかし、避難先の住居や周辺のすべての病原体媒介生物の繁殖や摂食に十分な抑制効果をあげることは、長期的にみても難しい。その場合、現地に適した化学薬品による対応や個人的防御手段を検討する。感染場所に薬剤散布すればハエの成虫の数を減らし、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。室内散布は、マラリアやデング熱の感染を引き起こす成虫の蚊の数を抑制できる。毒薬入りの餌を使用すれば、げっ歯動物の個体を減らすことができる。

国内および国際の実施要綱：病原体媒介生物対策に使用する化学薬品の選択と散布、職員の保護と研修の要件に関しては、世界保健機関（WHO）が公表している明確な国際の実施要綱および規範がある。病原体媒介生物対策は、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いる場合は、関係する国家機関に働きかけ、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。

研修の実施、防護服の支給、入浴施設の使用や化学薬品を取り扱う時間を制限することにより、薬品を扱う全員を保護する。

マラリアの治療に関する調整：マラリアの病原体媒介生物対策は、マラリアの早期診断および抗マラリア ⊕ 必要最低限の保健医療サービス – 感染症基準 2.1.1: 予防 参照。

病原体媒介生物対策基準 4.2：病原体媒介生物を制御するための世帯および個人の行動

影響を受けたすべての人びとが、健康やウェルビーイングに対する重大なリスクをもたらす病原体媒介生物から自分自身と家族の身を守るための知識と手段を有している。

基本行動

1 総合的な衛生促進プログラムの一部として、現時点での家庭における病原体媒介生物予防習慣を調査する。

- より効果的な行動および動機付けとなるものを受け入れない障壁を特定する。

2 病原体媒介生物に関する問題、伝染しやすい時間や場所、予防方法についての情報を人びとに周知するために、参加型でアクセスしやすい啓発活動を行う。

- 高リスクグループには特に経過観察を行う。

3 妥当性があり効果的な予防対策に関して、地域の市場のアセスメント（事前調査）を行う。

- 持続可能な予防対策が講じられるよう市場の強化策を講じる。
- もし地域の市場が要求を満たせない場合、地域社会、地方行政や他の支援分野と協力して病原体媒介生物対策に必要な物資の調達、配布と実施の計画を作成する。

4 問題のある病原体媒介生物や制御プログラムのモニタリング、報告とフィードバックを提供できるよう、地域社会に対し研修を行う。

基本指標

影響を受けた人びとのうち、家庭レベルでの正しい感染経路と効果的な予防対策を述べられる割合（%）

病原体媒介生物性疾患から自身を守るために、適切な予防対策をとった人びとの割合（%）

貯蔵食品を適切に保護している世帯の割合（%）

ガイダンスノート

マラリアに対する個人的防御手段：殺虫剤処理を施したテント、カーテンや蚊帳などを使用して適時かつ体系的なマラリアの防御対策を実施する。殺虫剤処理が長持ちする蚊帳は、ヒトジラミ、アタマジラミ、ノミ、ダニ、ゴキブリやトコジラミをある程度防ぐ効果がある。長袖の衣服、世帯用燻煙剤、蚊取り線香、蚊よけスプレーや防虫剤などの他の保護対策も使用する。5 歳未満の子ども、免疫力がない人びとや妊婦といった最も高リスクなグループへは、上記のような保護対策の支援を行う。

高リスクグループ：地域社会の中には乳幼児、高齢者、障がい者、病気を抱えた人、妊婦や授乳中の女性など、病原体媒介生物性疾患に対して脆弱性が高いグループがある。高リスクグループを特定し、リスクを軽減するための具体策を実施する。彼らが非難されないように注意する。

地域社会の動員とコミュニケーション：幼虫と成虫両方の病原体媒介生物の生息地と個体数を減少させるためには、個人と地域社会両方のレベルにおいて行動変容が必要である。病原体媒介生物予防と対策にはさまざまな手法を使用し、地域社会の動員とコミュニケーションの活動を十分に組み込む必要がある。

その他の病原体媒介生物に対する個人的防御手段：ヒトジラミに対しては、個人の衛生管理と衣類や寝具の定期的な洗濯が最も効果的な防御手段である。ヒトジラミの侵入防御は、個人による処置（パウダーの使用）または集団での洗濯やシラミ駆除のキャンペーンを実施する。避難先の住居に新しく入居してきた人びとを対象にした手順書を作成し、使用する。清潔な家庭環境、適切な廃棄物処理や調理済みおよび未調理の食料を保管することにより、ネズミやその他のげっ歯動物や虫（ゴキブリなど）が家や避難所へ侵入することを阻止できる

⊕ 衛生促進基準 1.1: 衛生促進参照。

5. 固形廃棄物管理

固形廃棄物管理とは、有機か無機物かを問わず排出された固形廃棄物の管理工程を指す。これらは下記を含む。

- 固形廃棄物管理システムの計画
- 廃棄物発生場所での取り扱い、分離、保管および仕分けの工程
- 回収場所への運搬
- 運搬、最終処理、再利用、別の用途への利用、またはリサイクル

廃棄物は一般的に、家庭、施設や地域社会レベルで発生し、医療廃棄物も含む。それらは有害かもしれないし、無害かもしれない。不適切な固形廃棄物管理は、公衆衛生上のリスクをもたらし、虫、げっ歯動物やその他の病原体媒介生物が好む生息環境を作る ⊕ 病原体媒介生物の管理基準 4.1: 避難先の居住地における病原体媒介生物対策参照。また、未処理の廃棄物は地表水源や地下水源を汚染する。適切に管理されていない固形廃棄物の中で子どもが遊ぶと、怪我や病気を患う可能性がある。廃棄物の中から再利用可能なものを集め、それにより収入を得ている廃棄物収集者も怪我をしたり、感染症にかかる危険にさらされる。

固形廃棄物は排水システムを詰まらせたり、淀みや地表水の汚染を引き起こし、病原体媒介生物の生息地になったり、その他の公衆衛生上のリスクをもたらす可能性がある。

本基準は化学廃液や浸出水の処理や廃棄は対象としない。有害な廃棄物の取り扱いや処理については ⊕ 参照・参考文献 参照。医療廃棄物については ⊕ WASH 基準 6: 保健医療における WASH 参照。

固形廃棄物管理基準 5.1：固形廃棄物のない環境

自然、生活、学習、仕事や共同の環境が汚染されないよう、固形廃棄物が安全に格納されている。

基本行動

1 公衆衛生上のリスク、家庭や施設から排出された廃棄物の調査および既存の慣習に基づき固形廃棄物管理プログラムの設計を行う。

- 現地で廃棄物の再利用、別の用途への利用、リサイクルまたは堆肥化できる可能性があるか確認する。
- 追加の保護リスクが発生しないように女性と男性、少女と少年の固形廃棄物管理に関する役割分担を理解する。

2 特に都市部で既存のシステムやインフラに負荷がかかり過ぎることを防ぐために、地方行政もしくは自治体やサービス提供者と協働する。

- すべての人びとが新しいまたは既存の敷地外の廃棄施設を使用できるようにする。
- 固形廃棄物管理が地域の保健医療基準や政策にできる限り早く適合するような行程表を作る。

3 キャンペーンをサポートできるような適切なインフラを整え、定期的または対象を絞った固形廃棄物清掃キャンペーンを実施する。

4 固形廃棄物の回収および処分を行い、再利用や別の用途に加工する作業に携わる人びとに防護服を支給し、予防接種を行う。

5 処理場が適切、的確かつ安全に管理されている。

- 埋設、管理された埋め立て地や、焼却場など安全で適切な処理と廃棄方法を採用する。
- 特に子どもの保護リスクを最小限に抑えるまたは防止するよう、廃棄物処理場を管理する。

6 食料や家庭用品の配布を担当している機関と協働することによって、包装材を最小化し、固形廃棄物の排出量を減らす。

基本指標

指定された近隣の場所や公共の共同回収所付近に、固形廃棄物があふれていない

ガイダンスノート

定住しておらず、移動している人びとは重いものや不要なものを廃棄する。物資の配布所における固形廃棄物の排出は、受入側との緊張状態を高める可能性がある。配布された家庭用品が彼らのニーズを満たしていない場合は、固形廃棄物の量が増える。これらの廃棄物は地域の素材と異なる場合があり、処理や廃棄方法が異なる場合もある。

都市部：都市部における廃棄物処理のインフラは、他のサービスのシステムと統合されている場合がある。追加の固形廃棄物量の受入るために、既存の行政機関やシステムと協働する。

廃棄物処理を扱う人の保護：廃棄物処理に関わるすべての人に防護服を支給する。手袋は最低限支給し、保護靴や保護マスクも支給することが望ましい。必要に応じて、破傷風や B 型肝炎の予防接種も行う。手洗いや洗顔用の石鹸と水を用意する。正しい廃棄物の運搬や廃棄方法と不適切な管理による危険性について職員に周知し、研修を行う。⊕ 必要最低限の保健医療サービス – 感染症基準 2.1.1: 予防参照。

廃棄物を取り扱う人びとは汚い、貧乏と非難されることがある。地域社会との協議を通じて、人びとの態度を変えることは可能である。廃棄物取扱者に適切な用具を支給し、清潔さを保つことも役立つ。

避難先の共同住居と農村部：避難先の共同住居や人口密度の低い場所において、家庭での固形廃棄物処理は可能であり、また奨励されている。家庭用の固形廃棄物の埋設もしくは焼却容器の大きさは、家族の人数や排水流に合わせる。子どもや動物が侵入できないように家庭用格納容器をフェンスで囲い、住居から最低 15 メートル離れた場所に設置することが望ましい。

近隣の場所もしくは共同回収所には、初期段階では 40 世帯につき 100 リットルの容器 1 つを支給する。長期的には廃棄物の排出量が時間とともに増える可能性が高いため、10 世帯につき容器 1 つを支給する。参考としては、1,000 人につき 2.5 人の維持管理チームが必要である。

再利用、別の用途への利用、リサイクル：公衆衛生上高いリスクが発生する可能性がある場合を除き、地域社会の廃棄物の再利用、別の用途への利用やリサイクルを推進する。廃棄物のリサイクル、家庭や共同の有機廃棄物を堆肥化する小規模ビジネスや副収入を得る可能性を検討する。

固形廃棄物管理基準 5.2：固形廃棄物を安全に管理するための世帯および個人の行動

人びとが固形廃棄物を安全に収集でき、家庭内で処理できる可能性がある。

基本行動

1. 家庭の廃棄物用もしくは世帯の小グループ用に、便利で、適切な大きさでふた付きの固形廃棄物保管用の容器を配布する。

- 再利用やリサイクルのために、家族の人数や大きさといった好みにあわせて容器を支給する。

2. 家庭が毎日固形廃棄物を捨てる公共の廃棄物回収所は、目立つように印をつけフェンスで囲う。

3. 指定された公共の廃棄物回収所から、家庭やその他の廃棄物を定期的に回収するシステムを構築する。

4. 家庭または共同用での固形廃棄物の埋設や、焼却用の穴を安全に管理する。

基本指標

指定された近隣の場所や共同の固形廃棄物回収所が、住居から適切な距離に設置されている世帯の割合（%）

家庭で適切かつ十分な廃棄物の保管を行っていると報告した世帯の割合（%）

ガイダンスノート

計画：人びとが排出する固形廃棄物の量は、どのように食料を手に入れ調理しているか、家庭内あるいは周辺でどのような活動が行われているかに左右される。季節や、配布あるいは市場のスケジュールにより変動する。1 人当たり 1 日 500 グラムの固形廃棄物を排出すると想定する。つまり、1 人当たり 1 日 1 ～ 3 リットルの固形廃棄物を 200 ～ 400kg/m^3 の密度で排出していると考える。

固形廃棄物管理基準 5.3：コミュニティレベルでの固形廃棄物管理体制

指定された公共のごみ回収所が廃棄物であふれかえっていない。最終処理場や廃棄物の処分が安全に行われている。

基本行動

1. 学校、学習の場、子どもに優しい空間や事務所などの施設内で排出された廃棄物を保管するための廃棄物収容容器に目立つように印を付け、きちんと覆い、適切かつ適正な管理がされている。
2. 公設あるいは私設市場や受入および一時滞在センターなどの共同の場所から排出された廃棄物が目立つように印をつけられ、フェンスで囲われた場所に保管されている。

基本指標

適切かつ適正な廃棄物収容容器が設置されている学校や学習センターの割合（%）

適切かつ適正な廃棄物収容容器が設置されている公設市場の割合（%）

学校、学習センター、公設市場やその他の公共施設の固形廃棄物用の穴や焼却炉が安全に管理されている割合（%）

ガイダンスノート

市場の廃棄物：共同の場所は固形廃棄物処理の当事者意識が薄く、責任者が分かりにくいため、市場は特別な注意を払う必要がある。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。

食肉解体・処理施設の廃棄物：食肉の解体は、衛生的かつ地域の法律に沿って行われるようにする。食肉の処理施設や魚市場から排出された多くの固形廃棄物は、家庭廃棄物と同様に処理できるが、液状廃棄物には留意する。適切とみなされた場合、排出された廃棄物は食肉の処理施設や魚の加工工場の隣に設置した覆いの付いた穴に廃棄する。虫の侵入を防ぐため、血やその他の液体は厚い板で覆いをした溝を通して流す。溝の洗浄のために水が利用できるようにする。

6. アウトブレイク（集団感染）と保健医療における WASH

WASH および保健医療関係者は双方とも公衆衛生上のリスクを軽減し、疾病の伝染を防ぎ、アウトブレイク（集団感染）の制御に取り組んでいる。地域社会と医療現場における公衆衛生上のリスクに取り組むためには、WASH および保健医療両方の支援分野の政府組織およびパートナーとの強固な連携が必要である。本基準 WASH 基準の 1 ～ 5 と保健の章に基づいており、それは全体の中で捉えられ、すべての技術的介入の指針となるべきである。

いかなる状況下でも感染予防制御（IPC）は疾病予防や集団発生に対する支援の中で重要な活動であり、患者、保健医療従事者と地域社会にとって重大である。保健医療の現場で最低基準を遵守することは保健医療機関の責任であるが、そのためには WASH 関係者との体系的な協力や支援が必要である。

地域社会と保健医療現場の両方で WASH の良い習慣を一貫して実施することによって、感染症のリスクを減らし、アウトブレイク（集団感染）を制御することができる。支援活動の最中に最低限の WASH 基準を適応し、アウトブレイク（集団感染）が発生した際には規模を大きくする。

アウトブレイク（集団感染）に対するコミュニティベースの支援

常にすべての WASH の項目に支援を行うことは現実的ではない。まずは緊急の衛生上のリスクに対応し、地域社会と信頼関係を築き説明責任を果たす。疫学分析に基づいた支援、リスク要因分析、感染経路（特に糞口感染）、それぞれの介入の影響の見通しや利用可能な資源の入手を優先する。

疾病の蔓延を防ぐための地域社会の関与は、アウトブレイク（集団感染）への支援における重要な要素である。既存の地域社会の認識や信仰は支援活動のサポートとなるが、逆に妨げになる場合もあるためそれらを理解しながら取り組むことが重要となる。疾病の感染を予防するためには、社会規範の一部を変える必要がある場合もある。例えば、握手の代わりに他の挨拶をする方法を見出すために地域社会と協働する。

影響を受けた人びとには、特定の疾病予防法と処置法を奨励する。マラリア予防のための蚊帳の使用や、下痢予防のための経口補水液や子どもに対する亜鉛の支給などを含む。

地域社会への訪問活動を行う者が疾病を発見するなど似たようなことが起こっている場合は、彼らに対する研修を行わなければならない。すべてのデータをアウトブレイク（集団感染）に関する全体の調査と支援に統合する。タイムリーな支援のために、感染の広がりや誰が感染したかを迅速に調査することは重要であり、共通システムの中に総合データベースを作成することにより重複計算を避け、未確認の地域をなくすことができる ⊕ 必要最低限の保健医療サービス – 感染症基準 2.1.4: アウトブレイク（集団感染）の対策および対応参照。

新興感染症は異なるリスクや影響を与える恐れがある為、アウトブレイク（集団感染）が発生した場合、常に最新の技術指導に従う。感染予防制御（IPC）における特定の疾病予防と制御対策については幅広い指導書が存在するので、優先的に従う ⊕ 下記参考資料参照。本基準の中には、最低限検討すべき課題や WASH と保健医療の支援分野との連携が記載されている。下記の図には、アウトブレイク（集団感染）が発生した時のコミュニティベースの主な WASH 活動の概要が記されている。保健医療活動については ⊕ 必要最低限の保健医療サービス – 感染症基準 2.1.1 および 2.1.4 参照。

図 5：アウトブレイク（集団感染）時のコミュニティにおける WASH 行動原則

基準 6：
保健医療における WASH

すべての保健医療施設は、アウトブレイク（集団感染）を含めた WASH が関わる疾病予防と対応の最低基準を維持している。

基本行動

1 保健医療施設に対して、十分な量と質の給水を行う。

- 水の安定供給を保つため、最低 48 時間分の安全な水（1 リットルあたり 0.5mg の遊離残留塩素（FRC））を保管する。
- **アウトブレイク（集団感染）：**水量を増やし、疾病の種類、リスクとニーズによって塩素液の濃度を適応させる。

2 疾病の感染を抑えるため、適切なし尿処理設備を提供する。

- 移動に不自由をきたす人用に、室内用トイレやポータブルトイレを用意する。
- 水と洗剤で、トイレ、シャワー、洗い場等の衛生施設を洗浄する。トイレの洗浄は強すぎる薬品を使用しないこと。
- **アウトブレイク（集団感染）：**保健医療施設の各部署に、し尿処理設備を設置する。
- **アウトブレイク（集団感染）：**例えばコレラ用患者のベッド、し尿や吐しゃ物専用のバケツなど物資や器具を特定の疾病用に使用する。
- **アウトブレイク（集団感染）：**し尿用設備や機材の洗浄、汲み出しや廃棄に必要な特別な予防措置について決定する。

3 衛生を維持するために、保健医療従事者、患者や来訪者の十分な量の洗浄必要物品を提供する。

- 要所ごとに安全な水、石鹸やアルコール消毒液を配備した手洗い場を設置する。ハンドドライヤーまたは使い捨てペーパータオルを設置する。
- **アウトブレイク（集団感染）：**各部署に手洗い場を設置する。
- **アウトブレイク（集団感染）：**個人用防護具 (Personal Protection Equipment, PPE) を着脱する際は、疾病の種類によって塩素水の足浴あるいは噴霧、手洗いなど追加の衛生慣習を導入する。
- **アウトブレイク（集団感染）：**患者の退院時に特定の衛生用品を支給し、使い方の研修を行う。

4 清潔で衛生的な環境を保持する。

- 床および作業スペースの表面を水と消毒液で毎日洗浄する。
- 汚染の可能性がある表面を 0.2%の塩素溶液で洗浄および消毒する。
- 再利用可能な医療器具を使用する前に毎回洗浄、消毒と殺菌処理を施す。
- 明らかに汚れているシーツなどの布類はすべて、0.1%の塩素水に浸し消毒する。手術室で使用する布類はすべて殺菌消毒する。

- **アウトブレイク（集団感染）：**床や汚染された表面を洗浄する場合は、消毒液の濃度を強める。シーツなどの布類の消毒に関する特別な処理工程を考慮する。

5 廃棄物は正しく取り扱い、処理し、廃棄する。

- 医療廃棄物は、廃棄物が発生する場で3つのゴミ箱方式で分離する。
- 廃棄物の分離と管理について、すべての保健医療従事者に研修を行う。
- 廃棄物の収集、処理と廃棄を任命されたチームは個人用防護具（PPE）を着用する。最低限、手袋と長靴は着用する。
- **アウトブレイク（集団感染）：**廃棄物処理対応を強化する。完全な個人用防護具（PPE）を着用し、疾病の種類によって使い分ける。

6 保健医療従事者、患者とケア提供者が、適切な個人用防護具（PPE）を着用する。

- 感染症の種類と隔離のレベルに合った個人用防護具（PPE）を支給する。
- 保健医療従事者、患者や施設内にいるその他の人びとに個人用防護具（PPE）の選定、使用と着脱方法について研修を行う。
- **アウトブレイク（集団感染）：**感染症の種類を予測し、感染予防に必要な個人用防護具（PPE）を準備する。

7 遺体の管理や埋設は、尊厳をもち、文化的に適切かつ公衆衛生上安全な方法で取り扱う。

- 現地の慣習、遺体の確認や家族に返す必要がある場合についても考慮する。
- **アウトブレイク（集団感染）：**通常の慣習が安全ではない場合、地域社会とともに代替案を特定する。
- **アウトブレイク（集団感染）：**埋葬を担当するチームには適切な個人用防護具（PPE）を支給し、使用法の研修を行う。

基本指標

すべての保健医療従事者は、患者に接触の前と後に石鹸やアルコール消毒液を使って手を清潔に保つ

すべての患者とケア提供者は、調理および食事の前とトイレに行った後に手を洗う

すべての手洗い場に石鹸またはアルコール消毒液（またはアウトブレイク（集団感染）が発生した場合は 0.05%の塩素溶液）が設置してある

手洗い場の数

- 最低基準：10 人の入院患者につき手洗い場1つ

給水所における飲料水の質

- 最低値：1 リットルにつき 0.5 ～ 1mg 遊離残留塩素（FRC）

安全な水の量

- 最低値 : 外来患者 1 人あたり 1 日 5 リットル
- 最低値 : コレラ処置センターでは、患者 1 人あたり 1 日 60 リットル
- 最低値 : ウイルス性出血熱処置センターでは、患者 1 人あたり 1 日 300 ～ 400 リットル

多目的トイレの数

- 最低値 : 外来施設の中に 4 つ（男女、子どもと保健医療従事者用に分ける）
- 最低値 : 入院患者 20 人につき 1 つ（男女、子どもと保健医療従事者用に分ける)

ガイダンスノート

感染予防と制御プログラムプログラムを含むすべての保健医療施設において重要であり、標準予防対策、感染症別の措置と臨床無菌技術に関するガイドラインの開発が必要である。専属の感染予防および防御チームを各施設に配置し、保健医療従事者に研修を行う。病原性の感染や抗菌薬耐性を監視システムでモニタリングする。施設では適切な人材を配置し、業務量に配慮する。ベッド 1 つにつき患者 1 人の受け入れとする。安全な衛生的習慣を保持するため、安全で適切な環境、そして適切な WASH のインフラと器具が設置されている場所で保健医療サービスは提供されるべきである ⊕ 保健医療サービス基準 1.1 および 1.2 参照。

給水の量と質：必要な給水量を計算する場合は、付記 3 における数値を参照し、状況に応じて調整する ⊕ 付記 3: 最低必要水量参照。移動診療所でも、外来患者に対する安全な水やトイレへのアクセスなど同様の WASH 基準を提供できることを目標とする。各施設は、最低 48 時間分の供給量の確保と保管を行う。エボラやコレラのアウトブレイク（集団感染）の場合は、72 時間分の供給量を確保する。地域社会での WASH プログラムの根幹となる給水の水質については、⊕ 給水基準 2.1 および 2.2 参照。

さまざまな保健医療現場で必要な塩素溶液については、下記参照。

塩素溶液	保健医療施設での活動
0.05%	手洗い 洗濯（洗浄後）
0.2% (コレラ) 0.5% (エボラ)	洗浄後に作業スペースの表面を拭く（コレラのみ） 物品、エプロン、長靴、調理器具と皿を洗う おまる、バケツの洗浄 体液で汚染された物品の表面洗浄 遺体処理（エボラ）
2%	遺体処理（コレラ） し尿と吐しゃ物が入ったバケツの中に投入（コレラ）
1%	塩素処理水の母液

し尿管理：し尿管理全般に関しては、⊕ し尿管理基準 3.1 ～ 3.3 参照。物資に関する具体的な情報に関しては、衛生促進基準 1.3: 月経および失禁衛生管理 参照。

文化的および技術的に適切で、鍵と照明つきで患者を介助するために十分なスペースがある個室トイレを提供する。すべてのトイレ、シャワー、洗い場等の衛生施設は水と消毒剤で洗浄する。強力消毒剤はいくつかの病原体の自然分解の工程を妨げるため、トイレの中での使用は控える（特に浄化槽があるトイレ）。

生石灰や塩素を使った塩素ベースの洗浄剤を使って排泄物や処理器具の洗浄を行う際は、特に注意する。

家庭雑排水：生活雑排水は、最低限グリーストラップや排水溝を設置して廃棄する。また、一般市民が勝手に触れないように囲いで覆っておく。

医療廃棄物は HIV や B 型肝炎などの感染性有機物を含むため、土壌や水源の汚染にもつながる。廃棄物が発生した時点で、収集と分別するために最低限、3 つのゴミ箱システムを使用する。

種類	例	容器の色／ラベル表示
無害な一般廃棄物	紙	黒
使用済の刃物、有害、感染性ごみ	針、メス、輸液セット、ガラス片、バイアル	黄色 漏洩しない密閉容器や耐貫通性のある容器に「鋭利」とラベル表示
鋭利ではない危険物、感染性ごみ	針、メス、輸液セット、ガラス片、バイアル	黄色 ラベル表示と漏洩しない密閉容器

人間の細胞組織などの病理、薬剤や試薬などの科学性廃棄物は、さらなる分離が必要な場合もある。分別された廃棄物は最低毎日、または非常に感染性の高い場合は直ちに臨床現場から回収する。廃棄物は決まったルートを通り、一般の立ち入り禁止の指定された廃棄場所まで台車に載せて運搬する。廃棄物用の容器、台車と保管場所を定期的に消毒する。保健医療廃棄物を扱う人は、B 型肝炎と破傷風の予防接種を受ける。

廃棄物の処理および廃棄は、適切な施設にて行う。

種類	処理および廃棄
一般	リサイクル、焼却、または自治体の埋立地
使用済みの刃物	鋭利物専用の埋める穴 密閉し、埋立地に埋める ガラス片を除き焼却後、灰だめに埋める（鋭利なものはそのまま残っている可能性があるため、注意する）
感染性（鋭利ではない）	埋設場（廃棄物を生石灰で覆う） 焼却後、灰だめに埋める 湿熱滅菌または化学処理

種類	処理および廃棄
人体組織廃棄物	社会文化的規範による： 埋設場（例：胎盤を埋める穴）や埋葬所 土葬
薬剤廃棄物	国内ガイドラインに準ずる。可能であれば供給元に返却する 密封し埋立地に廃棄 特殊な焼却炉（1200℃以上）
化学系廃棄物	国内ガイドラインに準ずる。可能であれば供給元に返却する 少量であれば、焼却もしくは密封 処理施設または回転炉にて処理

焼却炉は 900℃以上の温度で加熱処理ができ、二重構造であるべきである。低性能の焼却炉を使用した場合、毒ガスや大気汚染物質が排出され、完全に滅菌されない。すべての廃棄物を埋める穴や焼却炉は、既存の国内および国際基準を遵守して建設され、安全に運営、維持および廃炉が行われる。

個人用防護具（PPE）を着用することは患者、家族や職員をさらなるリスクにさらさないため、感染の予防と制御（Infection Protection and Control, IPC）の慣例上の義務である。

飛沫、噴霧、接触等の予測可能な曝露の種類と感染症の種類を調査する。体型に合った、撥水や防水など耐久性のある適切なものを使用する。

基本的な個人用防護具 (PPE) は、血液、体液、分泌物やし尿に着用者がさらされることを防ぐ。個人用防護具 (PPE) には次のものも含まれる。手袋の着用は、感染性物質を触った時に防護する。白衣やエプロンは洋服や露出している皮膚に感染性物質が触れた時に防護する。マスク、防護メガネやフェイスシールドなど顔を防護するものは、感染性物質を含む液体がはねたり、飛沫や噴霧からの感染を防ぐ。疾病感染の種類により、追加の個人用防護具 (PPE) が必要となる。例えば、感染している患者と接触する場合は白衣と手袋を着用して防護し、飛沫感染を防ぐため感染患者の 1 メートル以内に近づく場合は手術用マスクを着用する。また、空気感染の可能性がある場合は微粒子用マスクを着用する。

使い捨ての個人用防護具 (PPE) は、例えば 220 リットルサイズの容器といった廃棄物容器に廃棄するよう、容器を更衣室の入口に設置する。収集した容器は、指定された廃棄場所へ持っていく。高耐久性の手袋や防護メガネなど何度も使用する個人用防護具 (PPE) は、0.5% の塩素溶液入りの容器に入れて消毒する。使用済み器具は、消毒、洗濯、修理し、適切な場所に保管する。

手袋をはずす場所に 0.5% の塩素溶液を設置し、毎回手を消毒する。防護具をはずす最後の場所には、0.05% の塩素溶液を配備した手洗い場を設置する。

遺体の管理：尊厳が守られ、文化的に適切で安全な遺体の埋葬を推進する。また、すべての遺体の身元確認を行う。家族には身元確認や葬式を行う機会を与える。集団墓地にぞんざいに埋葬することは避ける。大量埋葬は、法的請求を行う際に必要な死亡証明書を取得するための障壁となりうる。暴力の被害者を埋葬する場合は、法律上の問題が起こる可能性を考慮すべきである

⊕ 保健医療システム基準 1.1: 保健医療サービスの提供 参照。

アウトブレイク（集団感染）が発生している場合、疾病の病原菌の種類や感染経路によって、遺体を塩素溶液で洗浄するなどの特別な配慮が必要になる場合もある。遺体をきれいに拭いたり、ケアをするといった儀式は、感染症のリスクを高めるが、文化的配慮を怠った場合、秘密裏や報告されずに遺体の埋葬が行われてしまうことがある。

保健医療従事者や埋葬担当チームは常に個人用防護具 (PPE) を着用する。地域社会の埋葬担当者には心理社会的サポートを行う。埋葬者への非難を回避するために、地域社会のリーダーと協働する。

撤去：支援中の仮設の保健現場の撤去方法については、地域社会、地方行政や人道支援従事者に助言を求める。

付記 1
給水、衛生および衛生促進に関する事前調査チェックリスト

下記の質問リストは、基本的にはニーズを調査し、資源を特定し、地域の状況を把握するためのものである。リストの中には、外部からの供給が即座に必要な資源や地域で入手可能な資源を決めるための質問は含まれていない。

全般

- 影響を受けた人びとの人数と場所はどこか。性別、年齢、障がいなどの項目別にデータを分類する。
- 人びとはどのように移動すると予想できるか。影響を受けた人びとや想定される支援活動に対しての安全上の要素は何か。
- 現在流行している、またはその可能性がある WASH 関連の疾病は何か。
- 相談や連絡をとるべき要となる人物は誰か。
- 脆弱性の高い人びとは誰か。なぜ脆弱性が高いのか。
- すべての人びとが、公共の場所、保健センターや学校を含む既存の施設に平等にアクセスできているか。
- 女性、少女、少年と男性特有の安全上の危険は何か。またリスクのあるグループは何か。
- 危機が発生する以前、給水と衛生に関して人びとにはどのような行動習慣があったか。
- 例えば、地域社会リーダー、長老、女性のグループ等の公式または非公式な権力構造はどのようになっているのか。
- 家庭や地域社会において意思決定はどのようになされているか。
- 地域の市場へはアクセス可能か。危機の前と最中にどのような WASH 用品やサービスが市場で入手可能だったのか。
- 人びとは、現金や信用取引へのアクセスを有しているか。
- 例えば利用の制限や、収穫時に労働力の需要が高まるなどの季節的な変動はあるか。
- 連携し、調整をとるべき主要な機関はどこか。
- 例えば市民社会グループなど WASH と地域社会関与に関して同様の能力がある地域のパートナーは誰か。

衛生促進

- 危機前に人びとが慣れ親しんでいた給水や衛生に関する習慣はどのようなものか。
- どのような既存の習慣が健康を害するのか、誰がその習慣を行っているのか、そしてなぜ行っているのか。

- それでもなお正しい衛生行動をとっているのは誰か、それを可能にしているもの、または動機は何か。
- 実践において提案された変更の利点と弱点は何か。
- 既存の公式および非公式の意思疎通や普及活動の経路（例：コミュニティヘルスワーカー、伝統的な助産師、伝統的治療者、クラブ、協同組合、教会やモスク）は何か。
- 現地のラジオ、テレビ、ビデオや新聞等のマスメディアへのアクセスにはどのようなものがあるか。
- 現地の報道機関や NGO にはどのようなものがあるか。
- どのグループの人たちが対象になりえるか、または対象にするべきか（例：母親、子ども、地域社会リーダーや宗教的リーダー）。
- 初期および中期的両方における人びとの動員の観点から、現状況ではどのような種類の地域社会への働きかけアウトリーチの仕組みが機能するか（例：地域社会の衛生活動ボランティアや職員、推進者、学校の保健クラブや WASH に関わる組織の共同体）。
- 衛生促進活動に従事する職員や地域社会への働きかけ活動を行っている職員の学習上のニーズは何か。
- 食料品以外の生活必需品には何があるのか、そして好みとニーズを鑑みて最も緊急に必要とされているものは何か。
- 必要な衛生用品を購入するために、人びとはどの市場にアクセスしているか。これらのアクセス（値段、多様性や品質）は危機が発生して以降に変化があったか。
- 家庭で必要な衛生用品にどのようにアクセスしているのか。どの品物を購入するか、また優先順位付けは誰が決定しているのか。
- 保健医療施設における衛生習慣はどれほど効果的であるか（流行性の疾病が発生している状況では特に重要）。
- 月経に関する衛生習慣における女性と少女のニーズと好みは何か。
- 失禁症患者のニーズと好みは何か。

給水

- 現在の給水源は何であり、誰が使用しているか。
- 1 人 1 日あたりの使用可能な水量はどのくらいか。
- 1 日または 1 週間あたりの給水可能回数は何回か。
- 現在の水源で使用できる水量は、すべてのグループの短期的および長期的ニーズを充たすのに十分であるか。
- 給水所が居住地の近くにあるか。そこは安全であるか。
- 現在の水の供給源は信頼できるか。水源はどのぐらいの期間水を供給できるか。
- 人びとは適切な容量および種類の水を入れる容器を十分な数持っているか（給水と保管用）。
- 水の供給源は微生物学的、化学的または放射能性物資により汚染されているか、あるいはその恐れがあるか。
- 浄水処理システムは存在するか。処理は必要か。処理は可能か。どのような処理が必要か。

- 殺菌処理は必要か。塩素処理してある水の味やにおいについて地域社会は問題なく受け入れているか。
- 近くに水の代替供給源があるか。
- 水の調達、保管および使用に関する伝統的信仰や習慣にはどのようなものがあるか。
- 利用可能な給水源を使用する上で、障害となるものが存在するか。
- 水源が不適切な場合、人びとが移動することは可能か。
- 水源が不適切な場合、どのような代替案があるか。
- 衛生に関して伝統的信仰や慣習はあるか（例：ハイチにおけるコレラのアウトブレイク（集団感染）はブードゥー文化が関連している）。これらの信仰や慣習は衛生上有用か、それとも有害か。
- 給水に関する衛生面での基本的な問題は何か。
- 人びとは水を購入しているか。購入しているのであれば、購入場所、値段、また何の目的で使用しているか。値段、品質、給水の規則性といった購入行動に変化はあるか。
- 人びとは水を衛生的に使用する手段を有しているか。
- 給水所、洗濯場と入浴場はきちんと排水されているか。
- 給水所、洗濯場と入浴場からの汚水を処理する際に、敷地内または敷地外の土壌状態は適切か。土壌浸透検査は行われているか。
- 地方において避難民が発生した場合、家畜のための通常の水源は何か。
- 給水に関する介入、汲み上げや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。もし新たなグループが水源を利用することになる場合、対立が発生するリスクはあるか。
- 給水について民間か、または公的機関とどのような連携の可能性があるか。支援の分析や提言に対して、どのような障壁および好機があるか。
- どのような運営や維持管理の任務が必要か。短期的および長期的に見てそれらの任務を遂行するための能力はあるか。誰が説明責任を負うのか。
- 運営や維持管理費用を回収できる既存または潜在的な資金のメカニズムが存在するか。
- 受け入れ先の住民はどのように水へアクセスし、使用する際の安全性を確保しているか。

し尿処理

- まわりに排泄物がない環境であるか。
- 現在、屋外で排泄している場合は、そのための特定の場所が設けられているか。
- 既存の施設はあるか。あるとすれば、それらは使用されているか。数は十分か。きちんと使用できる状態であるか。拡張や補修を行うことは可能か。
- 例えば、照明、鍵付き、仕切りのある安全で尊厳のある施設設計になっているか。人びとは昼夜問わずトイレ施設にアクセスできるか。もし夜に使用できない場合の代替案はどのようなものか。
- 受け入れ地域の住民は、し尿処理に関してどのような慣習をもっているか。

- 現状の排便の慣習が水の水源（地表水源または地下水源）あるいは生活区域、そして環境全体を脅かしているか。
- トイレを設計する際に、どのような社会的、文化的規範に留意すればよいか。
- 人びとはトイレの設計、建設や使用に慣れているか。
- トイレ建設に利用できる地域の資材にはどのようなものがあるか。
- 人びとは既に堆肥化を受け入れているか。または堆肥化の慣習はあるか。
- 子どもは何歳からトイレを使い始めているか。
- 幼児や幼い子どもたちのし尿はどうなっているか。
- 一帯の土地の傾斜度はどのぐらいか。
- 地下水面の高さはどのぐらいか。
- 土壌の状況は、敷地内のし尿の埋め立て処理に適しているか。
- 現在のし尿処理方法は、病原体媒介生物の繁殖を助長しているか。
- 肛門の清拭用品や水があるか。通常人びとはこれらの用品をどのように処理しているか。
- 人びとは、排便の後や調理および食事の前に手を洗っているか。トイレの横または家族内で石鹸またはその他の洗剤と水は入手できるか。
- 女性と少女はどのように月経の汚物処理をしているか。適切な生理用品、設備はあるか。
- 障がい者、HIV とともに生きる人びと、失禁症患者、保健医療機関から動くことの出来ない人びと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。
- 環境に対する配慮についての評価を実施する。例えば、砂や砂利の建設原料の採取や、糞や便などから環境を保護することがある。
- 地域社会の中に石工、大工などの熟練工はいるか。また未熟練労働者はいるか。
- 廃棄物が入った容器を空にしたり、汲み出し用のトラックはあるか。現在、回収したし尿廃棄物は適切かつ安全に廃棄されているか。
- 例えば、し尿を格納したり、空にしたり、排出、処理や廃棄を含むし尿処理管理について適切な戦略は何か。

病原体媒介生物性疾患

- 病原体媒介生物性疾患のリスクは何か。そのリスクはどの程度深刻なものか。
- 地域の病原体媒介生物の繁殖、生息および摂食にはどのような毎日または季節的なパターンがあるか。
- 病原体媒介生物や病原体媒介生物性疾患に関する伝統的信仰や慣習（例：汚水でマラリア感染すると信じられていること）は存在するか。その中に有用あるいは有害なものはあるか。
- 病原体媒介生物性疾患のリスクが高い場合、リスクを抱えている人びとは身を守る手段を持っているか。
- 例えば、とりわけ排水、洗浄浄化、し尿処理や固形廃棄物処理によって、病原体媒介生物の繁殖を阻止するために地域の環境を変えることはできるか。

- 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を目的とした化学薬品の使用について、どのような既存の計画、規制や資源があるか。
- 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。

固形廃棄物管理

- 堆積した固形廃棄物が問題となっているか。
- 人びと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排出量はどれくらいか。
- 廃棄物は敷地内で処理できるか、もしくは収集して敷地外で処理を行う必要があるか。
- 影響を受けた人びとは通常どのように固形廃棄物を処理しているか（例：堆肥化および／またはごみ穴、回収システム、ゴミ箱）。
- 医療施設や医療活動で排出された廃棄物はあるか。どのように処理されているか。責任者は誰か。
- 子ども用おむつ、生理用品や失禁症患用品等の使い捨ての衛生用品はどこに処分されているか。目立たず効果的に処分されているか。
- 現在の固形廃棄物の処分は、環境にどのような影響を与えているか。
- 民間および公共機関の固形廃棄物処理能力はどのくらいか。

付記 2
F 図：糞口感染による下痢性疾患

W 水
S 公衆衛生
H 個人衛生

疾病の感染は、防御により食い止めることができる。防御には、一次的（排泄物との接触を避ける）または二次的（他者が体内に取り込まれることを防ぐ）なものがある。感染は水や衛生面での取り組みにより抑制することが可能である

注記　図表は複数ある経路の概要であり、その他の関連経路も重要となる場合がある。例えば、飲料水は容器の汚れにより汚染されたり、食料は汚染された調理器具により感染を引き起こすことがある。
© WEDC

図 6：5 つの F：し尿 (Faeces)、指 (Fingers)、液体 (Fluids)、ハエ (Flies)、食料 (Food)
出典：水工学開発センター（Water, Engineering and Development Centre :WEDC）

付記 3
最低必要水量：生存に必要な水量とその数値化

生存のニーズ：水分摂取（飲料水および食料）	1 人 1 日 2.5 ～ 3 リットル（気候や個人の生理機能による）
基本的な衛生慣習	1 人 1 日につき、2 ～ 6 リットル（社会および文化的規範による）
基本的な調理ニーズ	1 人 1 日につき、3 ～ 6 リットル（食料の種類や社会および文化的規範による）
保健センターおよび病院	外来患者 1 人につき、5 リットル 入院患者 1 人 1 日につき、40 ～ 60 リットル 外科的処置および手術 1 回につき、100 リットル 洗濯機、水洗トイレなどのために追加が必要な場合もある。
コレラセンター	患者 1 人 1 日につき、60 リットル 介助者 1 人 1 日につき、15 リットル
ウィルス性出血熱センター	患者 1 人 1 日につき、300 ～ 400 リットル
食事療法センター	入院患者 1 人 1 日につき、30 リットル 介助者 1 人 1 日につき、15 リットル
不定期の移動診療所	患者 1 人 1 日につき、1 リットル
頻繁に行われる移動診療所	患者 1 人 1 日につき、5 リットル
経口補水塩補給所 (ORPs)	患者 1 人 1 日につき、10 リットル
受入 / 一時滞在センター	1 日以上滞在する場合：1 人 1 日につき、15 リットル 日中のみの滞在の場合：1 人 1 日につき、3 リットル
学校	飲料および手洗い用：生徒 1 人 1 日につき、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	お清めおよび飲料：1 人 1 日につき、2 ～ 5 リットル
公衆トイレ	手洗い用：1 人 1 日につき、1 ～ 2 リットル トイレ清掃用：個室 1 つ 1 日につき、2 ～ 8 リットル
水洗トイレ	下水道と直結した従来型の水洗トイレ：1 人 1 日につき、20 ～ 40 リットル 注水式の水洗トイレ：1 人 1 日につき、3 ～ 5 リットル
肛門清拭	1 人 1 日につき、1 ～ 2 リットル
家畜	大および中型の動物：1 頭 1 につき、20 ～ 30 リットル 小型の動物：1 頭 1 日につき、5 リットル

付記 4
コミュニティ、公共の場や施設における最低必要なトイレの数トイレ数

場所	短期	中長期
地域社会	50 人につき、1 基（共同）	20 人につき、1 基（家族で共有） 5 人につき、1 基または 1 家族につき、1 基
市場	50 店舗につき、1 基	20 店舗につき、1 基
病院 / 医療センター	20 床または外来患者 50 人につき、1 基	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	成人 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 女性用と男性用の割合は、3：1	
学校	少女 30 人につき、1 基 少年 60 人につき、1 基	少女 30 人につき、1 基 少年 60 人につき、1 基
事務所		職員 20 人につき、1 基

出典：Harvey, Baghri and Reed (2002) から引用

注意：状況が許す限り、家族でトイレを共有できるようにすることを目的とする。またはトイレの使用促進と当事者意識の育成、そして文化的に適切な衛生介入のために最初から家族用のトイレを設置する。

地域社会に提供する入浴施設の数は、トイレと同様に短期的には 50 人につき 1 ヶ所、長期的には 20 人につき 1 ヶ所とするべきである。

付記 5
水と衛生関連の疾患

1. 水に関連した感染症の環境分類

種類	感染症	病原体
1) 糞口感染（水因性疾患または水の供給不足による疾患） a) 下痢とビブリオ性赤痢	アメーバー赤痢 バランチジウム症 カンピロバクター腸炎 コレラ クリプトスポリジウム症 下痢原性大腸菌 ランブル鞭毛虫症 ロタウイルス性下痢症 サルモネラ症 細菌性赤痢 エルシニア症	原虫 原虫 細菌 細菌 原虫 細菌 原虫 ウイルス 細菌 細菌 細菌
b) 腸炎	腸チフス パラチフス 急性灰白髄炎 A 型肝炎 レピトスピラ症 回虫症 鞭虫症	細菌 細菌 ウイルス ウイルス スピロヘータ 寄生蠕虫 寄生蠕虫
2) 水の供給不足による疾患 a) 皮膚と眼の感染	感染性皮膚疾患 眼の感染症疾患	混合型 混合型
b) その他	シラミ媒介性発疹チフス シラミ媒介性回帰熱	リケッチア スピロヘータ
3) 水が原因の疾患 a) 皮膚貫通	住血吸虫症	寄生蠕虫
b) 摂取	糸状虫症 肝吸虫症 裂頭条虫症 肺吸虫症 その他	寄生蠕虫 寄生蠕虫 寄生蠕虫 寄生蠕虫 寄生蠕虫
4) 水に関連する病原体媒介虫 a) 水際で刺すもの	睡眠病	原虫
b) 水中で繁殖するもの	フィラリア症 マラリア 河川盲目症 蚊媒介性ウイルス 黄熱病 デング熱 その他	寄生蠕虫 原虫 寄生蠕虫 ウイルス ウイルス ウイルス

出典：ACF：リスクを抱えた人びとのための水、下水および衛生、付記 5、675 ページ

2. し尿に関連した感染症の環境分類

種類	感染症	病原体	主要な感染経路	主な感染防止対策（工学的対策方法は、斜字体で示す）
1) 糞口（非細菌性） 非潜在性、 低感染量	急性灰白髄炎 A 型肝炎 ロタウイルス性下痢 アメーバ赤痢 ランブル鞭毛虫症 バランチジウム症 蟯虫症 膜様条虫症	ウイルス ウイルス ウイルス 原虫 原虫 原虫 寄生蠕虫 寄生蠕虫	人から人へ接触 家庭内での汚染	家庭用給水 住宅の改善 トイレの供給 保健教育
2) 糞口（細菌性） 非潜在性 中または高感染量 適度に持続性があり、繁殖する	下痢と赤痢 カンピロバクター腸炎 コレラ 下痢原性大腸炎 サルモネラ症 細菌性赤痢 エルシニア症 大腸炎 腸チフス パラチフス	細菌 細菌 細菌 細菌 細菌 細菌 細菌 細菌	人から人へ接触 家庭内での汚染 水の汚染 農作物の汚染	家庭用給水 住宅の改善 トイレの供給 再利用または排出前のし尿処理 保健教育
3) 土壌感染性寄生蠕虫 潜在性有 持続性有 中間宿主なし	回虫症（回虫） 鞭虫症（鞭虫） 鉤虫 糞線虫症	寄生蠕虫 寄生蠕虫 寄生蠕虫 寄生蠕虫	敷地汚染 共同のし尿場所の土地汚染 農作物の汚染	床を清潔に保っているトイレの供給 土地活用の前にし尿処理を施す
4) 牛肉および豚肉サナダムシ 潜在性有 持続性有 中間宿主：牛・豚	条虫症	寄生蠕虫	敷地汚染 田畑の汚染 飼料の汚染	トイレの供給 土地活用の前にし尿処理を施す 調理と肉の検査
5) 水が原因の寄生蠕虫 潜在性有 持続性有 中間宿主：魚類	住血吸虫症 肝吸虫症 裂頭条虫症 肺吸虫症	寄生蠕虫 寄生蠕虫 寄生蠕虫 寄生蠕虫	水の汚染	トイレの供給 排出前のし尿処理 病原菌を持つ家畜の制御 調理

種類	感染症	病原体	主要な感染経路	主な感染防止対策（工学的対策方法は、斜字体で示す）
6) し尿に関連する病原体媒介昆虫	フィラリア症（アカイエカによって伝染 感染分類 1 ～ 4 特に 1 と 2 はハエやゴキブリによって伝染する	寄生蠕虫 混合型	排泄物で汚染された様々な場所で虫が繁殖する	繁殖の可能性のある場所の特定と除去 蚊帳の使用

付記 6
樹形図を用いた家庭用水の浄水処理と保管方法

出典：IFRC（2008 年）緊急時における家庭用水の浄水処理と安全な保管マニュアルより引用

参照・参考文献

水への権利全般

The Rights to Water and Sanitation (Information Portal). www.righttowater.info

United Nations General Assembly Resolution 64/292 The human right to water and sanitation. 2010. www.un.org

保健医療における WASH の影響

Bartram, J. Cairncross, S. *"Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health." PLoS Med*, vol. 7, 2010, e1000367.

Blanchet, K. et al. *An Evidence Review of Research on Health Interventions in Humanitarian Crises*. LSHTM, Harvard School of Public Health, 2013. www.elrha.org

Campbell, O.M. Benova, L. et al. "*Getting the basic rights: the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework." Trop Med Int Health*, vol. 20, 2015, pp. 252-67.

Fewtrell, L. Kaufmann, et al. *"Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis." Lancet Infectious Diseases*, vol. 5, 2005, pp. 42-52. www.thelancet.com

Ramesh, A. Blanchet, K. et al. *"Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A Systematic Review." PLoS One*, vol. 10, 2015, e0124688.

Wolf, J. Pruss-Ustun, A. et al. *"Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low- and middle-income settings: systematic review and meta-regression." Trop Med Int Health*, vol. 19, no. 9, 2014.

効果的な WASH プログラムの計画

Compendium of accessible WASH technologies. WaterAid and WEDC, 2014. www.wateraid.org

Davis, J. Lambert, R. *Engineering in Emergencies* (2nd ed). ITDG Publishing & RedR UK, 2002.

Efficacy and effectiveness of water, sanitation, and hygiene interventions in emergencies in low- and middle-income countries: a systematic review. https://www.developmentbookshelf.com

Public Health Engineering in Precarious Situations. MSF, 2010. http://refbooks.msf.org

WASH Manual for Refugee Settings: Practical Guidance for Refugee Settings. UNHCR, 2017. http://wash.unhcr.org

Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. ACF, 2005. www.actionagainsthunger.org

保護および WASH

House, S. Ferron, S. Sommer, M. Cavill, S. *Violence, Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit - Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services.* WaterAid/SHARE, 2014. http://violence-WASH.lboro.ac

Humanitarian Inclusion Standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. https://www.cbm.org

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. INEE, 2010. www.inees ite.org

Jones, H.E. Reed, R. *Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: Designing services to improve accessibility.* Loughborough University, UK, 2005. wedc-knowledge.lboro.ac

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. http://cpwg.net

衛生促進 / 行動変容

Curtis, V. Cairncross, S. *"Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review." Lancet Infect Dis*, vol. 3, 2003, pp. 275-81.

De Buck, E. Hannes, K. et al. *Promoting handwashing and sanitation behaviour change in low- and middle income countries. A mixed method systematic review. Systematic Review 36.* International Initiative for Impact Evaluation, June 2017. www.3ieimpact.org

Ferron, S. Morgan, J. O'Reilly, M. *Hygiene Promotion: A Practical Manual from Relief to Development.* ITDG Publishing, Rugby, UK, 2000 and 2007.

Freeman, M.C. Stocks, M.E. et al. *"Hygiene and health: systematic review of hand-washing practices worldwide and update of health effects." Trop Med Int Health*, vol. 19, 2014, pp. 906-16.

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design. WEDC, 2002. https://wedc-knowledge.lboro.ac

Hygiene Promotion in Emergencies. Training package. WASH Cluster. http://washcluster.net

Hygiene Promotion Guidelines. UNHCR, 2017. http://wash.unhcr.org

Rabie, T. Curtis, V. *"Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review." Trop Med Int Health*, vol. 11, 2006, pp. 258-67.

Watson, J.A. Ensink, J.H. Ramos, M. Benelli, P. Holdsworth, E. Dreibelbis, R. Cumming, O. *"Does targeting children with hygiene promotion messages work? The effect of handwashing promotion targeted at children, on diarrhoea, soil-transmitted helminth infections and behaviour change, in low- and middle-income countries." Trop Med Int Health*, 2017.

月経に関わる衛生

Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters: Training guide for practitioners.* WaterAid. https://washmatters.wateraid.org

Sommer, M. Schmitt, M. Clatworthy, D. *A Toolkit for integrating Menstrual Hygiene Management (MHM) into Humanitarian Response.* Colombia University, Mailman

School of Public Health and International Rescue Committee. New York, 2017. www.rescue.org

失禁症

Groce, N. Bailey, N. Land, R. Trani, J.F. Kett, M. "*Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development." Journal of Water and Health*, vol. 9, 2011, pp. 617-27.

Hafskjold, B. Pop-Stefanija, B. et al. *"Taking stock: Incompetent at incontinence - why are we ignoring the needs of incontinence sufferers?" Waterlines*, vol. 35, no. 3, 2016. www.developmentbookshelf.com

し尿管理

Clasen, T.F. Bostoen, K. Schmidt, W.P. Boisson, S. Fung, I.C. Jenkins, M.W. Scott, B. Sugden, S. Cairncross, S. "*Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea." Cochrane Database Syst Rev*, 2010, CD007180.

Freeman, M.C. Garn, J.V. Sclar, G.D. Boisson, S. Medlicott, K. Alexander, K.T. Penakalapati, G. Anderson, D. Mahtani, A.G. Grimes, J.E.T. Rehfuess, E.A. Clasen, T.F. "*The impact of sanitation on infectious disease and nutritional status: A systematic review and meta-analysis." Int J Hyg Environ Health*, vol. 220, 2017, pp. 928-49.

Gensch, R. Jennings, A. Renggli, S. Reymond, Ph. *Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies.* German WASH Network and Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology (Eawag), Berlin, Germany, 2018.

Graham, J.P. Polizzotto, M.L. "Pit latrines and their impacts on groundwater quality: A systematic re*view." Environmental Health Perspectives*, vol. 121, 2013. http://hsrc.himmelfarb.gwu

Harvey, P., *Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual.* An Inter-Agency Publication, WEDC, 2007. http://wash.unhcr.org

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int

浄水処理

Branz, A. Levine, M. Lehmann, L. Bastable, A. Imran Ali, S. Kadir, K. Yates, T. Bloom, D. Lantagne, D. *"Chlorination of drinking water in emergencies: a review of knowledge to develop recommendations for implementation and research needed." Waterlines*, vol. 36, no. 1, 2017. https://www.developmentbookshelf.com

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. *"Point-of-use water treatment in emergencies." Waterlines*, vol. 31, no. 1-2, 2012.

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. *"Use of household water treatment and safe storage methods in acute emergency response: Case study results from Nepal, Indonesia, Kenya, and Haiti." Environmental Science and Technology*, vol. 46, no. 20, 2012.

Rayner, J. Murray, A. Joseph, M. Branz, A.J. Lantagne, D. *"Evaluation of household drinking water filter distributions in Haiti." Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, vol. 6, no. 1, 2016.

水質

Bain, R. Cronk, R. Wright, J. Yang, H. Slaymaker, T. Bartram, J. *"Fecal Contamination of Drinking-Water in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." PLoS Med*, vol. 11, 2014, e1001644.

Guidelines for Drinking-Water Quality. WHO, 2017. www.who.int

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. *"Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: a systematic review."* PubMed, 2015.

病原体媒介生物対策

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. New Edition. World Health Organization, Geneva, 2009. Chapter 3, Vector management and delivery of vector control services. www.who.int

Handbook for Integrated Vector Management. WHO, 2012. www.who.int

Lacarin, C.J. Reed, R.A. *Emergency Vector Control Using Chemicals*. WEDC, Loughborough University, 1999. UK. https://wedc-knowledge.lboro.ac

Malaria Control in Humanitarian Emergencies: An Inter-agency Field Handbook. WHO, 2005. www.who.int

Thomson, M. *Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations.* Oxfam GB, 1995. https://policy-practice.oxfam.org

Vector Control: Aedes aegypti vector control and prevention measures in the context of Zika, Yellow Fever, Dengue or Chikungunya: Technical Guidance. WASH WCA Regional Group, 2016. http://washcluster.ne

固形廃棄物の管理

Disaster Waste Management Guidelines. UNOCHA, MSB and UNEP, 2013. www.eecentre.org

Technical Notes for WASH in Emergencies, no. 7: Solid waste management in emergencies. WHO/WEDC, 2013. www.who.int

アウトブレイク（集団感染）時の WASH 支援

Brown, J. Cavill, S. Cumming, O. Jeandron, A. *"Water, sanitation, and hygiene in emergencies: summary review and recommendations for further research." Waterlines*, vol. 31, 2012.

Cholera Toolkit. UNICEF, 2017. www.unicef.org

Essential environmental health standards in health care. WHO, 2008. http://apps.who.int

Guide to Community Engagement in WASH: A practitioners guide based on lessons from Ebola. Oxfam, 2016. https://policy-practice.oxfam.org

Infection prevention and control (IPC) guidance summary: Ebola guidance package. WHO, 2014. www.who.int

Lantagne, D. Bastable, A. Ensink, J. Mintz, E. *"Innovative WASH Interventions to Prevent Cholera." WHO Wkly Epid Rec*. October 2, 2015.

Management of a Cholera Epidemic. MSF, 2017. https://sherlog.msf.org

Rapid Guidance on the Decommissioning of Ebola Care Facilities. WHO, 2015. http://apps.who.int

Taylor, D.L. Kahawita, T.M. Cairncross, S. Ensink, J.H. *"The Impact of Water, Sanitation and Hygiene Interventions to Control Cholera: A Systematic Review." PLoS One*, vol. 10, e0135676. Doi: 10.1371/journal.pone.0135676, 2015. http://journals.plos.org

Yates, T. Allen, J. Leandre Joseph, M. Lantagne, D. *WASH interventions in disease outbreak response. Humanitarian Evidence Programme.* Oxfam GB, 2017. https://policy-practice.oxfam.org

Yates, T. Vujcic, J.A. Joseph, M.L. Gallandat, K. Lantagne, D. *"Water, sanitation, and hygiene interventions in outbreak response: a synthesis of evidence." Waterlines, vol.* 37, no. 1, pp. 5–30. https://www.developmentbookshelf.com

感染の予防と制御 (IPC)

Aide Memoire for infection prevention and control in a healthcare facility. WHO, 2011. http://www.who.int

Essential water and sanitation requirements for health structures. MSF, 2009.

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies. WHO, 1999. www.who.int

Hand Hygiene Self-Assessment Framework. WHO, 2010. www.who.int

Incineration in Health Structures of Low-Income Countries. MSF, 2012. https://sherlog.msf.org

Laundries for Newbies. MSF, 2016. https://sherlog.msf.org

Management of Dead Bodies after Disasters: A Field Manual for First Responders. Second Edition. ICRC, IFRC, 2016. https://www.icrc.org

Medical Waste Management. ICRC, 2011. https://www.icrc.org

Safe management of wastes from health-care activities. Second edition. WHO, 2014. www.who.int

Sterilisation Guidelines. ICRC, 2014. http://icrcndresourcecentre.org

WASH in health care facilities. UNICEF, WHO, 2015. www.who.int

Waste Zone Operators Manual. MSF, 2012. https://sherlog.msf.org

WASH および栄養

Altmann, M. et al. *"Effectiveness of a household water, sanitation and hygiene package on an outpatient program for severe acute malnutrition: A pragmatic cluster - randomized controlled trial in Chad." The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 98, no. 4, Apr 2018, pp. 1005-12. https://www.ajtmh.org

BABYWASH and the 1,000 days: a practical package for stunting reduction. Action Against Hunger (ACF), 2017. https://www.actionagainsthunger.org

Null, C. et al. (2018) *"Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster randomised control trial." The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e316-e329. https://www.sciencedirect.com

Oxfam and Tufts University WASH and Nutrition Series: Enteric Pathogens and Malnutrition. Technical memorandum 1. Oxfam, Tufts. https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com

WASH'NUTRITION 2017 Guidebook: Integrating water, sanitation, hygiene and nutrition to save lives. Action Against Hunger (ACF), 2017. www.actionagainsthunger.org

WASH、現金および市場

CaLP CBA quality toolbox. http://pqtoolbox.cashlearning.org

参考文献

For further reading suggestions please go to
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

関連文献

水への権利全般

2.1 billion people lack safe drinking water at home, more than twice as many lack safe sanitation. WHO, 2017. www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/water-sanitation-hygiene/en/

The Right to Water: Fact Sheet 35. OHCHR, UN-HABITAT and WHO, 2010. www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet35en.pdf

環境全般

Environment Marker – Guidance Note. UN OCHA & UNEP, 2014. www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Environment%20Marker%2BGuidance%20Note_Global_2014-05-09.pdf

効果的な WASH プログラム

Disaster risk reduction and water, sanitation and hygiene: comprehensive guidance: a guideline for field practitioners planning and implementing WASH interventions. www.preventionweb.net/publications/view/25105

WASH および保護

Including children with disabilities in humanitarian action. WASH Booklet. UNICEF, 2017. http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html

WASH, Protection and Accountability, Briefing Paper. UNHCR, 2017.

WASH, Protection and Accountability Briefing Paper. UNHCR, 2017. http://wash.unhcr.org/download/wash-protection-and-accountability/

衛生促進 / 行動変容

ABC – Assisting Behaviour Change Part 1: Theories and Models and Part 2: Practical Ideas and Techniques. ACF France. 2013.

Choose Soap Toolkit. London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), 2013.

Communication for Behavioural Impact (COMBI) A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response. WHO, 2012. www.who.int/ihr/publications/combi_toolkit_outbreaks/en/

Curtis, V. Schmidt, W. et al. *"Hygiene: new hopes, new horizons." Lancet Infect Dis*, vol. 11, 2011, pp. 312-21.

Guidelines on Hygiene Promotion in Emergencies. IFRC, 2017. www.ifrc.org/en/what-we-do/health/water-sanitation-and-hygiene-promotion/hygiene-promotion/

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. *Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design.* WEDC, 2002. https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=16676

or http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20(WEDC).pdf

Kittle, B. *A Practical Guide to Conducting a Barrier Analysis.* Helen Keller International, New York, 2013. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JMZW.pdf

Service, O. et al (The Behavioural Insights Team) *EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights.* In partnership with Cabinet Office, Nesta, 2014. www.behaviouralinsights.co.uk/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/

月経に関わる衛生

House, S. *Considerations for selecting sanitary protection and incontinence materials for refugee contexts*. UNHCR Publication, 2016. http://wash.unhcr.org/download/considerations-for-selecting-sanitary-protection-and-incontinence-materials-for-refugee-contexts/

House, S. Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters; A resource for improving menstrual hygiene around the world.* WaterAid/SHARE, 2012. https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Menstrual%20hygiene%20matters%20low%20resolution.pdf

し尿管理

Majorin, F. Torondel, B. Ka Saan Chan, G. Clasen, T.F. *"Interventions to improve disposal of child faeces for preventing diarrhoea and soil-transmitted helminth infection." Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014.

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/fs3_4.pdf

水質

Fewtrell, L. *"Drinking water nitrate, methemoglobinemia, and global burden of disease: A discussion." Environ Health Perspectives,* vol. 112, no. 14, Oct 2004, pp. 1371-74. doi: 10.1289/ehp.7216. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247562/

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. *"Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: A systematic review." Science of The Total Environment*, vol. 514, 2015, pp. 333-43.

Villenueava, C.M. et al. *"Assessing Exposure and Health Consequences of Chemicals in Drinking Water: Current State of Knowledge and Research Needs." Environmental Health Perspectives*, vol. 122, 2014, pp. 213-21. pdfs.semanticscholar.org/d037/3e8020adfaa27c45f43834b158cea3ada484.pdf

病原体媒介生物対策

Benelli, G. Jeffries, C.L. Walker, T. *"Biological Control of Mosquito Vectors: Past, Present, and Future." Insects*, vol. 7, no. 4, 2016. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27706105

Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance. WHO, 1997. http://apps.who.int/iris/handle/10665/63504

Hunter, P. *Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology.* John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK, 1997. www.wiley.com/en-us/Waterborne+Disease%3A+Epidemiology+and+Ecology-p-9780471966463

Malaria Control in Humanitarian Emergencies. Working Group GFATM in Humanitarian Emergencies, 2009. www.unhcr.org/4afacdfd9.pdf

Manual for Indoor Residual Spraying: Application of Residual Sprays for Vector Control, 3rd Ed. WHO, 2007. http://apps.who.int/iris/handle/10665/69664

Malaria vector control policy recommendations and their applicability to product evaluation. WHO, 2017. www.who.int/malaria/publications/atoz/vector-control-recommendations/en/

Rozendaal, J.A. Vector Control: Methods for use by individuals and communities. WHO, 1997. www.who.int/whopes/resources/vector_rozendaal/en/

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

アウトブレイク（集団感染）が発生した際の WASH に関する支援

Cholera Outbreak Guidelines: Preparedness, Prevention and Control. Oxfam, 2012. https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/cholera-outbreak-guidelines-preparedness-prevention-and-control-237172

Ebola: Key questions and answers concerning water, sanitation and hygiene. WHO/UNICEF, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144730/1/WHO_EVD_WSH_14.2_eng.pdf

Schiavo, R. Leung, M.M. Brown, M. *"Communicating risk and promoting disease mitigation measures in epidemics and emerging disease settings." Pathog Glob Health*, vol. 108, no. 2, 2014, pp. 76–94. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24649867

WASH および栄養

Dodos, J. Mattern, B. Lapegue, J. Altmann, M. Ait Aissa, M. *"Relationship between water, sanitation, hygiene and nutrition: what do Link NVA nutritional causal analyses say?" Waterlines, vol. 36, no. 4,* 2017. https://www.developmentbookshelf.com/doi/abs/10.3362/1756-3488.17-00005

Luby, S. et al. (2018) "*Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: a cluster randomised control trial." The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e302-e315. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17304904

WASH、現金および市場

Cash and Markets in the WASH Sector: A Global WASH Cluster position paper. Global WASH Cluster, 2016. www.emma-toolkit.org/sites/default/files/bundle/GWC%20-%20Cash%20and%20Markets%20Position%20Paper%20-%20Dec%202016.pdf

Cash Based Interventions for WASH Programmes in Refugee Settings. UNHCR, 2014. www.unhcr.org/59fc35bd7.pdf

食料安全保障と栄養

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
付記 2　種子の確保に関する事前調査チェックリスト
付記 3　栄養に関するアセスメント（事前調査）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

目次

食料安全保障と栄養の基本的概念 160
1. 食料安全保障と栄養に関するアセスメント（事前調査） 165
2. 栄養不良の管理 172
3. 微量栄養素欠乏症 182
4. 乳幼児の食事 185
5. 食料安全保障 193
6. 食料支援 197
7. 生計 211
付記 1: 食料安全保障および生計に関するアセスメント (事前調査) チェックリスト 219
付記 2: 種子の確保に関するアセスメント (事前調査) チェックリスト 221
付記 3: 栄養に関するアセスメント（事前調査）チェックリスト 223
付記 4: 急性栄養不良の判定 225
付記 5: 微量栄養素欠乏症の公衆衛生上の重要性の判定 228
付記 6: 栄養所要量 231
参照・参考文献 233
関連文献 F1

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病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。

図 7：食料安全保障と栄養：栄養不良のさまざまな原因

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、政治的変化に影響される。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 有病率の高い地域、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 ⊕ 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。

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、人道支援組織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**な栄養に関するアセスメント（事前調査）**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 ⊕ 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に関するアセスメント（事前調査）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⊕アセスメント (事前調査) チェックリストは、⊕ アセスメント (事前調査) 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に関するアセスメント（事前調査）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、また現在はどう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に関するアセスメント（事前調査）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 有病率、罹患率、死亡率（リスクや負担の大きいグループを含む）
  ⊕ 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。 ⊕ 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)、緊急時栄養に関するアセスメント（事前調査）(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 ⊕ 付記 3: 栄養に関するアセスメント（事前調査）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、システマ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 ⊕ 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。

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 ⊕ 食料安全保障と栄養に関するアセスメント（事前調査）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 ⊕ 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よい。総合的なアプローチは職員の専門性が少なくてすむが、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、定期的に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。

HIV と共に生きる人びとまたはそれが疑われる人びと、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 と共に生きる人びと、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 と共に生きる人びとの多くは、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
- 既存システムのサービス提供能力

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 有病率の高い地域の人、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。

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 と共に生きる人びとまたはそれが疑われる人びと、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。

保健医療サービス等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 有病率の高い地域では、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 有病率が 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：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。

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、⊕ 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、⊕ 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 ⊕ 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 ⊕ 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 ⊕ 食料安全保障と栄養に関するアセスメント（事前調査）基準 1.2: 栄養に関するアセスメント（事前調査）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 有病率の中程度ないし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 と共に生きる人びとを考慮する。

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。

標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。
- 0-5 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 ⊕ 食料確保と栄養に関するアセスメント（事前調査）基準 1.2: 栄養に関するアセスメント（事前調査）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 有病率の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、感染症のリクスが高まる。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、十分で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 と共に生きる人びと、高齢者、慢性疾患者、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

⊕ 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 5：一般的な食料安全保障

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%を超える（油と砂糖が配給されている場合：42%を超える）

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：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：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 ⊕ 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 4 参照。

生計支援：⊕ 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 ⊕ 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 と共に生きる人びと、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。
   - 慢性疾患者のいる世帯、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%を超える（油と砂糖が配給されている場合：42%を超える）

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：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。

障がいのある人びと：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挙げることのできる対象世帯の割合

- 50%を超えることを目標とする

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っ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っ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っ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 と共に生きる人びと等、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 と共に生きる人びと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 と共に生きる人びとは、ケア、治療を受けている保健医療施設での配給に「慢性疾患者」として含む。HIV と共に生きる人びとのリストは公表、共有してはならない。また、コミュニティリーダーは HIV と共に生きる人びと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

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 ⊕ 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 と共に生きる人びとは、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：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 ⊕「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ず、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：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 ⊕「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べるようにする。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ーネットを検討する。

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。

- 仕事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：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：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：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、キャッシュフォーワーク（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。

キャッシュフォーワーク（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：食料支援やキャッシュフォーワーク（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。キャッシュフォーワーク（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。

付記 1
食料安全保障と生計に関するアセスメント（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る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。

危機発生前の状況（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。

危機発生時の食料安全保障

- 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、消費が可能なほど、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。

種子の供給と需要評価：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。農家が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 ⊕ 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 ⊕ 食料安全保障と栄養に関するアセスメント（事前調査）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
⊕ 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 ⊕ 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はしかの推定予防接種率は何パーセントか ⊕ 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。
- は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 ⊕ 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 有病率は高いか。
- 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、栄養に関するアセスメント（事前調査）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上げている場合もある。
- 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	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 から – 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 18.5–21.0cm	MUAC 18.5cm
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 ⊕ 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て用いる。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。

障がいのある人びと

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、デミスパン、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。

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場合が多い。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、高齢者の精神的および身体的健康、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 μ mol/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)	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
		中程度欠乏	20–49
		重度欠乏	<20
鉄分欠乏			
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
脚気			
臨床兆候	全人口	軽度	症例 1 件、<1%
		中程度	1–4
		重度	5

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 (%)
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
ナイアシン欠乏症			
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 件以上かつ人口の 1% 未満
		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
壊血病			
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	550μg レチノール活性当量 (RAE)
ビタミン D	6.1μg
ビタミン E	8.0mg α - トコフェロール当量 (alpha TE)
ビタミン K	48.2μg
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)	2.2μg
葉酸	363μg 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	138μg
亜鉛	12.4mg
銅	1.1mg
セレン	27.6μg
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 有病率は平均所要量に影響する場合がある。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、⊕「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

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.seepnetwork.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

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. 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

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

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

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

Food and Nutritional Needs in Emergencies. WHO, UNHCR, UN Children's Fund, WFP, 2004. www.who.int

International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. WHO, 1981. 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

Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. IFE Core Group, 2017. https://www.ennonline.net

子ども

Growth reference for school-aged children and adolescents. WHO, 2007. 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

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

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://seedsystem.org

Seeds in Emergencies: A Technical Handbook. FAO, 2010. 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

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

E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines. CaLP, 2013. www.cashlearning.org

Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers. ACF International, 2012. www.actionagainsthunger.org

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

ジェンダー

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. 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

障がいのある人びと

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

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

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/asg2009.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

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

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

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

Vulnerability and Capacity Assessment Guide. IFRC. 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

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/ and 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

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS). FIVIMS, 2013. 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

Integrated Food Security Phase Classification, Technical Manual. Version 1.1. IPC Global partners and FAO, 2008.h 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

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

IYCF 評価

Infant and young child feeding practices, Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide. CARE, 2010. www.ennonline.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

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

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/

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.ennonline.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

Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. IFE Core Group and collaborators, 2007. www.ennonline.net/ifemodule2

Protecting infants in emergencies, Information for the media. IFE Core Group, 2009. www.ennonline.net//ifecoregroup

UNICEF Programming Guide on Infant and Young Child Feeding 2011. 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.ennonline.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

対象選定、食料配給

Catalogue and Standard Operating Procedures. UN Humanitarian Response Depot, 2010. 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.

Moderate 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

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 Xeropthalmia, Second Edition. WHO, 1997.

避難所および
避難先の居住地

付記 1　避難所および避難先の居留地のアセスメント (事前調査) チェックリスト
付記 2　避難先の居住地で想定される状況に関する記述
付記 3　避難先の居住地で想定される状況に関するその他の特性
付記 4　支援の選択肢（オプション）
付記 5　実行の選択肢（オプション）
付記 6　避難先の居住地で想定される状況に関連する支援の可能性と実行の選択肢（オプション）

目次

避難所および避難先の居住地に関する基本的概念 240
避難所および避難先の居住地基準
1. 計画立案 246
2. 立地および避難先の居住地の計画立案 249
3. 居住スペース 254
4. 家庭用品 258
5. 技術支援 262
6. 借地借家権の確保 266
7. 環境の持続可能性 270
付記 1: 避難所および避難先の居住地のアセスメント (事前調査) チェックリスト 274
付記 2: 避難先の居住地で想定される状況に関する記述 278
付記 3: 避難先の居住地で想定される状況に関するその他の特性 280
付記 4: 支援の選択肢（オプション）..... 282
付記 5: 実行の選択肢（オプション）..... 285
付記 6: 避難先の居住地で想定される状況に関連する支援の可能性と実行の選択肢（オプション）
参照・参考文献 286
関連文献 F1

避難所および避難先の居住地に関する基本的概念

すべての人びとは、適切な居住への権利を有する。

避難所と避難先の居住地に関するスフィア最低基準は、人道的な状況下での適切な居住への権利を具体的に示すもので、人道憲章でうたわれている信条、原則、義務およびより広範な権利に基づいている。これらの中には、尊厳のある生活を営む権利、保護と安全への権利、また必要に応じて人道支援を受ける権利が含まれる。

人道憲章の土台となる主要な法的文書および政策文書のリストは、⊕ 付録 1 参照。

避難所と避難先の居住地は相互に関連しており、一体として捉える必要がある。「避難所」とは、家族が暮らす居住スペースであり、日常の生活を送るために必要な物資が含まれる。「避難先の居住地」とは、人びとやコミュニティが暮らすより広域な場所を示す。

避難所と避難先の居住地における支援は、安全な生活環境の提供を目的とする。

タイムリーな支援により、危機の初期段階で人命を救うことができる。避難所は、天候から身を守るとともに、健康を増進し、家族やコミュニティの生活を支える。また、暮らしに尊厳と安全をもたらし、生計手段を得やすくする上でも欠かせない。⊕ 下図 8 参照。

人びとの平均的な避難の期間は年々長期化している。数年、時には数十年におよぶ避難生活では、避難所や避難先の居住地の立地が、危機の影響を受けた人びとが尊厳を保ち、また彼らの回復を支える上でも重要となる。避難所設営地の近隣やコミュニティにおけるまちづくりの計画も、同様に重要である。

避難所や避難先の居住地への支援は、影響を受けた家族、コミュニティ、市民社会および政府が元来有する強みを活かす形で行われるべきである。そうすることにより、影響を受けた人びとの自立や自己管理が促されるといった地域に根ざした戦略を策定する機会が増える。再建に向けた道のりを開始するには、安心感やコミュニティの存在、そして社会的結束が欠かせない。

避難所および避難先の居住地での支援の選択肢は、ハードウェアや資材あるいは避難所の建設にとどまらない。土地および避難所、住居、そして家庭用品の入手をサポートすることも、必要な支援の選択肢に含まれる。影響を受けた人びとがより良い、より安全に生活が再建できるよう (ビルドバックベター) 励まし、技術支援を行うことや、支援の質を確保することもその一例である。また、居住、土地、財産法に関する国の法的枠組みの把握が必須となる。難民等に関する国の法律や認定手続きについての理解も、同様に重要である。

提供される支援の形態を問わず、既存のコミュニティの構造を尊重し、社会的結束を促すことは重要である。

図 8：避難所によりもたらされるもの

適切な機能を持った緊急時の避難所：避難所の支援は、これらのニーズにあわせて家族をサポートするものであるべきである。

各家庭やコミュニティが必要とする支援は、程度および種類ともに異なる。借地借家権および住民関連の書類を確保することは、安全な避難所を得るための基礎的な要件となる。しかしながら、紛争下、または土地の所有権に関する既存の問題があるところでは、避難所に関する支援は、特に複雑になりやすい。 ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 6: 借地借家権の確保参照。

避難先の居住地の計画立案において、長期化する避難生活および復興を考慮する必要性が増している。避難生活は多くの場合、限りがある既存の資源を圧迫し、受け入れ先の周辺コミュニティとの対立を生じかねない。従って支援の質を高めるためには、環境への悪影響についての理解と予防および軽減策を盛り込む必要がある。もし環境問題に配慮しない場合は、短期的な結果が新たな問題をもたらし、さらなる投資が必要とされるため、避難所および避難先の居住地に対する支援は最終的に非効率的なものとなるであろう。 ⊕ 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。

都市部における避難所および避難先の居住地の支援には、特殊な専門性が求められる。

都市部の人びと対する支援は、高い人口密度、インフラの必要性、政府による諸規制、コミュニティ内部の社会的な多様性などの理由で、複雑になりうる。危機の最中、また終了後においては、流動的な人びとと連絡を取って支援することは容易ではなく、特に十分な生活スペースを確保することが難しくなる。例えば高層ビルなど技術的に複雑なインフラがもし影響を受けた場合、人道支援組織には、複数の所有者、賃借人あるいは非正規の移民が絡み合った土地借用に関する複雑な手続きを調整する必要がでてくる。

都市部における支援では、都市計画やデザインの専門性、居住、土地および財産に関する権利、規則、法律および政策の知識が求められる。地域の住宅や、金融市場の深い理解も欠かせない。市民社会や民間セクターと、関係性を築くための準備も重要となる。民間セクターは、持続可能な市場を活用した解決策を提供する役割を担うことができる。民間セクターの対応は地域の慣習と既存サービスに基づいて行われ、支援の重複を回避する。避難先の居住地、近隣地域、地区レベルにおける総合的な対策を通じて、都市部における影響を受けた人びとのウェルビーイングを、より確実に高める持続的な寄与が期待できる ⊕ 市場を介した支援の提供参照。

危機発生後に避難先の居住地で想定され得るさまざまな状況を検討する必要がある。

影響を受けた人びとがどこで、どのように避難所を確保するかは、彼らが同じ場所に滞在できるか、または移動せざるを得ないかという状況によって異なる。まずは危機後の状況の体系的な把握が、避難所や避難先の居住地支援の選択肢を見出す出発点となる。住居を失った避難者、直接的な影響を受けたが避難していない人びと、または間接的影響を受けた人びとなど、それぞれの状況によって異なるアプローチへの理解が重要である ⊕ 下図 9 参照。

事情が許すのであれば、人びとは故郷に残って持ち家に暮らすことを選び、あるいは賃借人としてまたは非公式に占有している、宿泊施設あるいは土地で暮らすことを選択する。そのような避難をしていない家族への支援は、既存の住居施設の修理や再建を含むことがある。

移動を余儀なくされた避難者らは、その地域内や居住国の他の地域、または国境を越えて分散することが考えられる。そのような状況下では、避難者は宿泊施設を借りるか、自主的に定住または受け入れ先に滞在することになるであろう。避難した家族の中には、集団住宅あるいは計画的に設営される避難先の居住地に集まる家族、または無計画の避難先の居住地にある避難所に身を寄せることを選ぶ家族もいる。

避難先の居住地で想定しうるさまざまな状況をもとに、危機を理解することは、支援戦略の立案にも役立つ。例えば、影響を受けた人びとが属する区分に応じて、最も効果のある最適な支援方法を選択し、さらにその支援の届け方の工夫を挙げられる。恒久的な解決策を見出すためにも、まずは徐々なる回復へと繋がるような寄与が望まれる。本章の諸基準および付記は、こうした論理に基づくもので、本文と併用できるよう設計されている ⊕ 付記 2: 避難先の居住地で想定される状況に関する記述 および 付記 3: 避難先の居住地で想定される状況に関するその他の特性参照。

これらの最低基準は単体で適用されるべきではない

本章に示される最低基準は、適切な避難所への権利の中心的内容を反映しており、上述の権利が、世界各地において発展的に実現することに寄与するものである。

適切な避難所への権利は、水と衛生、食料および保健医療の各権利と結びつく。よって、スフィア最低基準の一分野における進展は、他の領域の進展にも

図 9：危機発生後に想定される避難先の居住地

影響を与える。効果的な支援には、他の支援分野との密接な連携や協力が求められる。地方行政やその他の関連機関との連携により、ニーズを満たして支援が重複しないように、食料の安全性および栄養面での支援の最適化を促すことができる。本ハンドブックの他の箇所を相互参照することは、これらの連携の可能性の探求につながる。

例えば、避難先の居住地における適切な水の供給と衛生設備は、影響を受けた人びとの健康や尊厳を守る上で必要である。必要不可欠な調理器具、食器および調理のための燃料は、食料支援により必要な栄養の要件を満たすことを可能にする。

国内基準がスフィアの最低基準よりも低く設定されている場合、人道支援組織は、政府とともにそれらの基準を段階的に高める働きかけを行う。

国際法により、適切な避難所への権利は明確に保護されている。

適切な居住への権利は、国際法により保障されている。それは、安全に平和でかつ尊厳を持ち暮らす権利である。この権利には、それぞれの住まいを選択する権利や借地借家権の確保のような自由権が含まれる。そして強制立退きからの保護を含む、権利保護の原則がうたわれている。各国政府は、危機的な状況を含めて、難民や国内避難者をはじめとする個人やグループが適切な住居にアクセスできない場合、この権利が保障されるための義務を負う ⊕ 付録 1: スフィアの法的根拠参照。

「適切」という概念は、四方の壁と屋根があることのみが家ではないことを意味する。避難所の支援では、避難先での滞在期間と文化的アイデンティティを包含すべきであり、またさまざまなサービスを利用できる重要性を強調する。「適切」とされる住居、あるいはその他の形態の避難所は、借地借家権の確保をもたらすとともに、下記の点が含まれる。

- 手の届く価格で、各家族が尊厳を持ち生活するために不可欠なその他の物資やサービスを入手できること
- 居住可能で身体的安全、適切で保護された居住スペースであること、安全な飲み水、適切な水と衛生（WASH）の設備を利用でき、食品の調理と保管が行えること
- 文化的に受容可能であること
- 移動に関して、障がいがある人びとにとってもアクセス可能で利用できること
- 生計をたてるための機会および必要不可欠なコミュニティサービスを利用できる立地であること

権利保護の原則と人道支援の必須基準（CHS）との関連性

危機は、従来から存在する不公平な状況を悪化させることもあり得る。従って、公平で状況に応じた支援を行うことが重要となる。特に、自力で危機を脱することが困難と思われる人びとに対しての配慮が求められる ⊕ 権利保護の原則 2 参照。

身体的、文化的、経済的または社会的な障壁を理由として、避難所や避難先の居住地における支援の利用が困難な人びともいる。これらを理解して支援するためには、以下の点に留意しなければならない。

- **各個人の法的地位**（例：難民、国内避難民、無国籍者、移住労働者、難民申請者、ホームレスまたは土地を所有しない者、あるいは市民的自由を剥奪され、公共サービスまたは社会的セーフティネットを利用できない場合）
- 以下の理由で、**保護に関わる特有の危険にさらされる人びと**、または**差別や社会的排除といった高いリスクを抱えるグループ**
  - 民族、国籍、カースト、先住民グループ、宗教的信条または所属政党
  - 土地の所有に関する状況、避難状況、非公式の居住者または借家人としての地位
  - アクセスしにくい住居の立地、または危険で不安定な地域にある都会の避難先の居住地や非公式の避難先の居住地
  - 社会における脆弱性や地位 ⊕ スフィアとは および 権利保護の原則参照。

人道支援従事者は、子どもに対するものを含む暴力、虐待、搾取が疑われるケースにおいて、専門部署への照会システムの利用方法を知り、子どものセーフガーディングに関する研修を受けるべきである。

最低基準の適用に際しては、「人道支援の必須基準（CHS）にある９つのコミットメント」のすべてが信頼できる避難所および避難先の居住地の支援活動を提供するための基盤として尊重されなくてはならない。

1. 計画立案

地方、国、機関、コミュニティレベルにおける計画立案は、諸対策の効果を最大限に引き出す上で、極めて重要である。危機発生前後の状況に対する理解を通じて、危機が人びとの生活環境にもたらす直接的または間接的影響、そして社会的、経済的、政治的結果を把握することができる。ニーズを見出し、適切な対応策を練ることは、十分な計画のもとに調整された避難所および避難先の居住地の支援を行う土台となる。

避難所および避難先の居住地基準 1：計画立案

避難所および避難先の居住地における介入が十分な計画のもと調整されており、影響を受けた人びとの安全とウェルビーイングに寄与し、復興を促進している。

基本行動

1. 影響を受けた人びと、国、および地方行政との協力のもと、避難所および避難先の居住地に関するニーズと潜在能力に関するアセスメント（アセスメント (事前調査) を行う。
   - 危機発生前からの状況変化に関するアセスメント（アセスメント (事前調査))、避難者と避難していない人びとの切迫したニーズと能力の特定。
   - 現地の住宅、土地賃貸市場における居住可能で占有可能な土地、建物、共同住宅および部屋の特定。
2. 利害関係者と連携して、最も効果的で適切な支援策の選択肢と、その提供方法を特定する。
3. 関係当局および影響を受けた地域社会との連携のもと、避難所および避難先の居住地の計画を策定する。
   - 影響を受けた人びとおよび現地政府のニーズと優先傾向に応じた支援を提供する。
   - 費用効率、技術の質、スピードおよびタイミング、実施規模と再現可能性を最適化する。

基本指標

避難所および避難先の居住地計画には対象者の必要不可欠なニーズが含まれ、対象者と関係当局により合意されている

避難所および避難先の居住地支援が、ニーズと優先順位に沿ったものであり、より恒久的な解決へ寄与していることが示された影響を受けた人びとの割合

ガイダンスノート

アセスメント（アセスメント (事前調査) ：アセスメント（アセスメント (事前調査）実施時には、危機発生後の避難所および避難先の居住地の環境変化と最初から起こり得る保護リスクについても確認する。受け入れ先のコミュニティによる捉え方、避難先の居住地へのアクセスに伴うリスク、サービスへの安全なアクセスあるいは追放のリスクも含まれるかもしれない。

社会的、経済的、政治的結果を含めて、危機が人びとの生活状況に及ぼす直接的または間接的影響についても検討する。

人びとは危機によりさまざまな面で影響を受けるため、避難所および避難先の居住地のニーズは、対象者によってそれぞれ異なる。避難所を利用するにあたり、特に障壁に直面するグループ（障がい者、女性世帯主の家族、高齢者、民族および言語的少数派など）への働きかけが必要となる ⊕ 付記 1: 避難所および避難先の居住地のアセスメント (事前調査) チェックリスト , 権利保護の原則 2 および 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 4 参照。

支援および実行オプション：背景、潜在能力、利用可能な資源、想定される避難先の居住地の状況、支援の局面などに基づき、最も効果の高いオプションを選択する。考慮すべき他の要因として、立地、住居の種類（現地の建築工法を含む）、土地の所有権、市場、そして法的枠組みがある。人びとの元々の住まい（または住居があった敷地）への帰還を出来る限り優先させる。元々の住居に戻ることのできない、または戻ることを望まない人に対しては、それぞれのニーズに適合したオプションを利用できるよう支援する ⊕ 付記 2 ～ 6 参照。

切迫するニーズを満たすために、効率、技術の質、実行の規模、現場の能力および再現可能性を考慮しつつ工程表を定める。コミュニティの長期的復興や将来の危機に備えてレジリエンス（回復力）を高くするためのオプションを検討する。

下記の組み合わせも含め、選択したオプションを提供するさまざまな方法を検討する。

- 財政的支援
- 物資支援
- 請負業務／委託労働
- 技術支援／品質保証サポート
- 能力強化

時間の経過による状況変化に応じて、オプションの組み合わせを再検討し、調節する。

避難者：避難者は、避難所という切迫するニーズを抱えると同時に、避難所に関して利用できる解決策の情報を十分に得た上で、意思決定を行う具体的なサポートを必要としている。例えば、故郷に帰還できるとしたらいつか、避難先での統合方法、または新たに別の土地に定住すべきか、といったことに関わる情報である。

避難していない世帯もまた、元々の生活環境に戻るためのサポートを必要としており、適切な避難所支援をしなくてはならない。復興に時間を要する場合や、

安全な状況でない時には、一時的なオプションとして受け入れ家族による支援、賃貸支援、または一時的、暫定的な避難所などの方策を模索する。危機により治安や安全状況が変化した場合、移住が必要になることもある。

受け入れコミュニティも公共スペースや私的空間を共有することで、危機から生じた結果を経験することになる。具体例として、保健所、学校などのサービスの共有、または受け入れ家族としての役目を務めることなどがある。仕事、各種サービス、インフラ、資源をめぐり避難者との間で、実際のまたは認識された競合関係が生まれることもある。解決に当たっては、さらなるリスクや脅威を高めることなく、公正で的を絞ったサポートの検討が求められる ⊕ 権利保護の原則 1 参照。

市場分析：質の高い避難所支援を行うためには、地域レベル、国家レベル、また広域地方レベルの周辺市場に関する理解が重要である。避難所のオプションに関わるさまざまな選択肢の情報を提供し、賃貸、その他の避難先の居住地サービス業務に関する情報を集める。 ⊕ 市場を介した支援の提供の提供 , 「MISMA ハンドブック」および「MERS ハンドブック」参照。

瓦礫撤去：危機後、早急に瓦礫管理を開始すること。瓦礫は、再利用、リサイクルすることができ、分離、回収、処理用として指定する。労働対価による支援（キャッシュフォーワーク）プログラムの機会を創出にもつながるかもしれない。但し、重要な課題として、人体、構造的に危険な立地、または危険物質を伴う資材の存在がある。瓦礫の撤去には特殊な専門性や機材が必要なこともあり、他分野の専門家とともに計画を立てなければならない ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 7: 環境の持続可能性 , 保健医療の最低基準および WASH の最低基準参照。

生計手段を得る機会：避難先の居住地を選択するにあたり、危機発生前に人びとが従事していた生計手段、また危機発生後に存在する機会についての検討は有効である。たとえ一時的であったとしても、人びとが住む場所を選ぶ際、土地の利用可能性に加えて、栽培、放牧用地への安全な出入り、市場へのアクセス、その他の雇用機会の有無などが影響する ⊕ 食料安全保障と栄養 – 生計基準 7.1 と 7.2,「LEGS ハンドブック」および「MERS ハンドブック」参照。

帰還：危機の影響を受けた大部分の人びとにとっては、自らの土地や住居への帰還は大きな目標の一つである。住居の修復や避難所の改良の必要性については、影響を受けた人びと自身が決定できるようにするべきである。帰還を通じて、共同体の対処方法をサポートし、避難先の居住地の確立された行動様式やインフラを保持できる。避難者の帰還に向けて、学校、給水系統、病院、市場などの共同体のインフラの修復あるいは再建は、やはり重要である。安全上の懸念、軍による財産や土地の占拠、暴力的な紛争の継続、民族あるいは宗教的な緊張関係、迫害を受ける恐怖、地雷や不発弾などの状況は、帰還を妨げ、遅らせることにもなる。土地や財産に関する不十分または差別的な法律あるいは慣習的手続きは、母子家庭、危機により未亡人や孤児となった人びと、障がいを負った人びとの帰還を阻害する。また、復興活動を担うことのできない避難者のグループは帰還を思いとどまり、帰還を妨げられることにもなりかねない。

2. 立地および避難先の居住地の計画立案

立地と避難先の居住地の計画立案では、安全で許容でき、利用しやすい居住スペースを提供することで、基本的なサービスと生計手段を得ることができる機会、また、より広範なネットワークと繋がる機会を与えるべきである。

避難所および避難先の居住地基準 2：
立地および避難先の居住地の計画立案
避難所および避難先の居住地が、安全で安心な地域に立地している。そして、暮らしに欠かせないサービスと生計手段を得るための適切なスペースおよびアクセスが提供されている。

基本行動

1 既存の計画のプロセスや規則のもとで活動を行い、受け入れ先コミュニティや関係当局と諸条件について合意する。

- 現実のまたは将来起こり得る脅威から離れた場所に新しい避難先の居住地を築き、実存する危険からのリスクを最小限にとどめる。
- 想定される避難先の居住地の存続期間を考慮し、必要不可欠なサービスとして拡充または導入すべきことを決定する。

2 用地の選定と避難先の居住地の計画立案に際しては、影響を受けた人びと自身のグループも含む多様な利害関係者（ステークホルダー）を巻き込む。

- 性別、年齢、障がいの有無、民族あるいは言語上のアイデンティティ、またジェンダーによる役割および責任を考慮して、立地や敷地のレイアウトに影響すると思われる要因を特定する。
- 都市部においては、地理的条件によるエリアまたは地域区分によるアプローチを用いることで、コミュニティの力関係をより深く理解する。

3 生活手段を得るための機会を含めた必要不可欠なサービスや施設を、影響を受けた人びとが確実に利用できるようにする。

- 必要不可欠なサービスや施設までの距離が許容範囲内で、かつ安全に移動（または輸送）できるよう他分野とも協力する。
- 必要不可欠なサービスや生計手段を得る機会が存在しない場合は、サービスの供給者と連携して優先的にそれらを届けられるようにする。

4 土地の使用については、すべての機能を果たすための十分なスペースを確保し、すべての避難所とサービスにアクセス可能であること、また避難先の居住地全体にわたり適切な安全対策が講じられるように計画を策定する。

- 水および衛生設備、共同の調理施設、チャイルド・フレンドリー・スペース（Child Friendly Space, CFS）、集いの場、宗教的な意味合いのある場所、食料配給場所などの共有資源の計画を含める。
- 各避難先の居住地内において、必要不可欠なサービスの配置が、安全、保護、尊厳に関する諸基準に従っていることを確かめる。

5 用地の選定および避難先の居住地の開発にあたっては、降雨や洪水に備えた排水路の計画を盛り込む。

- 適切な排水設備を提供し、すべての居住エリアとサービス施設に水が滞ることなく、風雨時に排水溝が詰まらず流れるようにする。
- 病原体媒介生物の繁殖場所を事前に予測して対処できるよう、管理する。

基本指標

避難所および / または避難先の居住用地のうち、自然による、もしくは人為的な脅威、リスクおよび危険を全く受けない、またはその影響が最小限である地域の割合

避難所および / または避難先の居住用地のうち、許容できる時間と距離の範囲内で必要不可欠なサービスを安全に利用できる割合

避難先の居住地における支援の受益者のうち、避難所または避難先の居住地の立地が安全であると感じている人の割合

状況に適したプライベートまたは公共の野外活動を行う十分なスペースを有する避難先の居住用地の割合

- キャンプ型避難先の居住地では、1 人あたり 45m^2（世帯の区画を含む）
- 計画避難先の居住用地外で共同体サービスを行うことができる場合は、1 人あたり 30m^2（世帯の区画を含む）
- 居住スペースと区画の大きさの最小比率は 1 対 2、出来るだけ早期に 1 対 3 以上に移行する。

ガイダンスノート

計画立案の工程と原則：危機発生後、政府および地方行政は、再建禁止区域、安全地域あるいは緩衝地帯に関する新たな方針を導入することが多い。リスクを周知する計画立案、および適切な支援のための政策提言を行う。「再建禁止区域」は、「支援をしない区域」を意味するものではなく、避難所や避難先の居住地の支援を遅らせてはならない。

土地または財産の所有状況について把握する ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 6: 借地借家権の確保参照。

既存の社会的および文化的慣習を支援するために、スペースの算定と整理に影響を受けた人びとの参加を促す。また、女性やリスクを抱えるグループが避難所と避難先の居住地の計画立案や実施に関与できるようにする。

必要不可欠なサービスおよび施設：元の家に帰還する人びと、仮設住居や避難先の居住地に滞在する人びとは、安全安心にかつ公平に利用できる、以下の不可欠なサービスや施設を必要としている。

- WASH 設備 ⊕ WASH 給水基準参照。
- 公共および家庭用の照明。
- 食料の保管、加工施設（調理用火器および燃料を含む）⊕ 食料安全保障と栄養に関するアセスメント（事前調査）基準 1.1 および 食料支援基準 6.4 参照。
- 保健医療施設 ⊕ 保健医療サービス基準 1.1: 保健医療サービスの提供参照。
- 固形廃棄物処理 ⊕ WASH 固形廃棄物管理基準参照。
- 学校 ⊕「緊急時の教育のための最低基準 ー準備・対応・復興（INEE）」ハンドブック参照。
- 礼拝場所、待ち合わせ場所、余暇を楽しむ場などの社会的な施設。
- 文化的に適切な埋葬場所、または関連儀式をと執り行う場所。
- 家畜の収容場所（居住スペースから適切な距離を置く）⊕「LEGS ハンドブック参照」。

一時的な避難先の居住地のための用地選定：用地の配置は、都市計画およびまちづくりの原則に基づくべきであり、出入り口、交差点、公共スペースなどの接続部分を有する。これらの構成要素は、身体的、社会的、環境的および経済的要因を考慮しており、新規の避難先の居住地の空間に関する計画を成す。避難先の居住地の計画立案は、既存の社会的ネットワークを支援するとともに、新規ネットワークを立ち上げる機会を与え、安全と安心に貢献し、影響を受けた人びとによる自己管理を可能にさせる。

一時的な避難先の居住地区画の配置を作成する際、各世帯のプライバシーと尊厳を維持できるようにする。各世帯の避難所が共有スペースまたは仕切られた空間に面し、他の避難所の入り口と向き合わないようにする。脆弱性があると思われるグループには、安全な居住区域を提供するが、1 つの区域に集めると彼らの脆弱性がかえって高まることになるため、避けなくてはならない。一方、社会的なつながりを保持するために、家族、拡大家族、背景が似たグループを集める。年齢、性別、障がい者のグループに応じるさまざまなニーズ、嗜好、習慣を考慮する。

計画された避難先の居住地または自主的な定住による避難先の居住地における表面積：計画された避難先の居住地においては、使用可能な表面積は、キャンプ型避難先の居住地での 1 人あたり最低 45 ㎡）である（世帯の区画を含む）。これには、道路や通路のための空間、外部または共有の調理区域、教育および余暇区域、医療保険施設、衛生、防火帯、管理事務、貯水、用地排水、宗教施設、食料配給区域、市場、倉庫および個々の限定的な家庭菜園（大規模な農業活動や家畜は除く）を含むものとする。既存や追加施設において共同体サービスが提供できる場合、表面積は 1 人あたり最低 30 ㎡とする。最低表面積を提供することが不可能な場合、高い人口密度の占有による影響への対応策を積極的に探る。避難先の居住地の計画立案においては、人口動態も考慮する。

都市部の運営においては、既存サービスまたは使用可能な住居を利用する。各世帯間に十分な距離間隔を設け、プライバシーを守り、また必要な施設のための空間をあらかじめ確保する。

避難所の区画サイズ：避難所の土地占有面積と区画サイズの比率は、世帯にとって不可欠な野外活動を行う十分なスペースを確保するためにも、1 対 2、または 1 対 3 が推奨される。しかしながら、1 対 4 または 1 対 5 の比率に近づけることがより望ましい。比率の決定には、文化的および社会的規範、そして現実的な空間の利用可能性を考慮する。

降雨および洪水に備えた排水：降雨や洪水に備えた排水設備が粗末な場合、人びとの居住スペース、移動、サービスへのアクセスを制限し、大きな支障をきたす。一般的には、用地選定とインフラ整備により、大規模な排水設備の性質が決定されることになる。特に密集して狭いスペースでは安全、安心が損なわれうるため、氾濫原にある用地の選定は回避する。生活、学習および労働環境における浸水や停滞水は、さまざまな形で人びとの健康、尊厳、ウェルビーイングを脅かす。

トイレや下水管が溢れないよう保護し、構造的なダメージと水漏れを防ぐ。公衆衛生の脅威は主に不十分な下水設備と関連するもので、汚染水との接触により下痢性疾患に暴露する危険が高まる。

管理されていない水は、その他のインフラ、居住施設および持ち物にも損害を与え、生計を立てる手段を制限し、ストレスの原因となる。排水の設備が不十分であることは、媒介生物を繁殖させる条件を整えることにもなる
⊕ WASH 病原体媒介生物対策基準 4.1 および 4.2. 参照。

アクセス：救援物資やその他の物資支援のために、地域の道路状況や交通拠点までの距離を把握する。救援物資の支援のせいで地域の道路インフラに損害を与えてはならない。季節による制約、危険性、安全面でのリスクも考慮する。用地、主要な保管場所と食料配給場所は、大型トラックによる全天候型舗装道路へのアクセスを可能にしなければならない。その他の施設については、小型乗用車でアクセス可能とする。避難先の居住地内においては、安全で安心できる道路や通路を提供し、すべての個々の居住施設と共同施設へは、天候に関わらず出入り可能とする。移動やアクセス面で困難に直面する人びとのニーズも考慮する。

火災時の安全確保：火災の危険に関するアセスメント（事前調査）は、用地の計画立案に有益な情報を示すため重要である。市街地におけるキャンプ型の場合は、300m ごとに 30m の防火帯を設ける。建物の間には最低 2m の距離を設ける。崩壊する建造物が隣接の建物に接触しないためには、その建物の高さの 2 倍の距離を設けることが望ましい。

調理用火器の種類やよく設置される場所など、現地の調理や暖房の慣習を考慮する。また、安全な調理用火器や火災安全装置および住民に対する意識向上を図る研修の実施を検討する。防火用の資材および家庭用品を選ぶ。また、火災予防、防火管理および避難計画について、移動やアクセス面で困難に直面する人びとを含む住民に周知する。

犯罪の減少：避難先の居住地の設計を通じて、犯罪やジェンダーに基づく暴力の減少に貢献できる。避難所、建物および施設、夜間照明の配置やそれらの利便性、また避難所からトイレや入浴区域までの距離、目が届く施設配置

のような受動的監視の検討を行う。集会所として利用されている建物については、代替の避難路を設けなければならない。

変化する脅威とリスク：状況の変化とともに、普段の状況、危険性およびリスクに関する評価を定期的に実施する。これには季節に特有の危険性、治安状況の変化、以前または現在の紛争によりもたらされた用地内の不発弾、その他人口動態の変化による結果などが含まれるかもしれない。

集会所および地域のインフラの安全：技術専門家は、地域の建造物、集合住宅、その他危機により影響を受けた住宅区域内の建造物の構造的安定性について、アセスメント（事前調査）を行わなくてはならない。

生計支援：災害前の経済活動と、災害後の状況下で生計手段を得る可能性を探る。耕作および放牧に適した土地、あるいは市場および / または雇用の機会へのアクセスを特定する。避難所および避難先の居住地の支援は、例えば、技術支援、支援物資、労働市場における役割といった地域での雇用を創出する可能性を秘めている。研修や教育プログラムを通じて地域の能力を高めることは、定められた期限内に成果を上げることにもつながる ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 5 と 食料安全保障と栄養 – 生計基準 7.1 および 7.2. 参照。

運用および維持：設備、サービスおよび水、衛生、排水、廃棄物管理、学校などの公益性のあることを効果的に行うため、運用および維持計画を作成する。本計画の主な構成要素には、コミュニティの参加、利用者のグループづくり、役割と責任の明確化、原価回収および費用分担計画の作成がある。

用地の閉鎖および受け渡し：適切な環境再生の方策により、一時的な避難先の居住地内および周辺の自然再生を増進することができる。用地については閉鎖に向けた計画を有しておく必要がある。理想的には、介入の設計段階で策定されているべきである ⊕ 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。

持続可能な土地の管理技術を地域住民のグループに伝授することは、用地と地域の環境の確実な回復につながる。可能な場所では清掃や瓦礫撤去の活動に地域の労働力を活用する。

3. 居住スペース

人びとのウェルビーイングにとって、居住スペースは非常に重要である。家族が安心感を持ち、家庭にとって必要不可欠なさまざまな活動を営み、暮らす場所を所有することは、人間として中核をなすニーズであり権利でもある。

避難所および避難先の居住地基準 3：居住スペース

人びとは安全および適切であり、尊厳をもって家庭生活や生計を立てるために必要不可欠な活動を行うことができる居住スペースへのアクセスを有している。

基本行動

1 影響を受けた世帯は、基本的な家庭活動を行うための適切な居住スペースを有している。

- 地域の文化や生活習慣を尊重する形で、睡眠、調理、食事に関する家族のメンバーの多様な要求に対応した居住スペースを提供する。
- 居住者とその家族の財産を守るため、必要最低限である屋根と四方の壁を提供し、身体的安全、尊厳、プライバシーおよび天候からの保護を得られるよう取り計らう。
- 最適な照明条件、換気、温度の快適さを提供する。

2 居住スペースを直接取り囲む空間が、基本的な活動を安全に行うことに役立つよう確かめる。

- 調理、トイレ、洗濯、入浴、生計手段を得る活動、社交と余暇のための適切な区域を含む。

3 文化的および社会的に許容可能であり、環境持続可能性のある避難所での解決方法、建築技法および資材の使用を促進する。

基本指標

避難所内、またはそのすぐ周辺に、日常的な活動を営むための適切な居住スペースを有する影響を受けた人びとの割合

- 1 人あたり最低 3.5m^2 の居住スペース（調理スペース、入浴区域、衛生設備を除く）
- 寒冷気候または都市部において、調理スペースと入浴および／または衛生設備が居住スペース内に設置される場合、1 人あたり、最低 4.5 ～ 5.5m^2
- 内部天井高の最高点が、少なくとも 2m（高温気候の場合、2.6m）

合意されている技術および性能基準を満たし、文化的にも受容できる避難所の割合

避難所支援を受けた中で、避難所が安全であると感じている人の割合

ガイダンスノート

居住スペース：居住スペースは、睡眠、調理、食事、洗濯、身支度、食料の保管や貯水など、日常の活動を行うために、また家庭の所持品やその他の財産を守る上で適切でなくてはならない。文化的および社会的規範に応じて、同一世帯内においても、性別、さまざまな年齢のグループや家族に求められるプライバシーおよび距離間隔を確保する必要がある。 ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 2: 立地および避難先の居住地の計画立案参照。

居住スペースは、家族のメンバーが集い、幼児、子ども、病気や怪我をしている人びとを世話する場でもある。昼夜で変化するスペースの利用状況に注意を払う必要がある。内部スペースおよび台所や遊び場などと隣接する外部スペースを最大限に活用できるように、窓、ドアと仕切りの配置を設計する。

尊厳を持ってこれらの活動を行う場を提供するためには、適切な床面積に加えて、避難所には囲われた空間（壁、窓、ドア、屋根）が必要である。過度の混雑や外部にさらされることは、感染症の発生や不健康のリスクを高めることもなり得る。狭小なスペースは保護リスクを引き起こし、安全やプライバシーを低下させることがある。

最低限の居住スペースは、文化的および社会的慣習、状況、支援の段階、また中央行政や人道支援分野からの指導や助言が反映されるべきである。最低限の算定面積（1 人あたり 3.5m^2、寒冷気候では 4.5m^2）の承認により起こり得る影響を慎重に検討し、それらの適用についてパートナーと合意をして、すべての人びとのためにできるだけ迅速に最低基準に近づける。

生命維持のため早急に行動する必要がある場合、初期の支援として以下のいずれかの事項を検討する。

- 最低限の居住スペースに屋根を設置し、その後、壁、ドア、窓の支援を行う。
- 避難所を狭小な床面積で建設し、後に床面積を拡張させる。

面積の基準は、場合により物理的な制約を受けることが考えられる。例えばスペースが限られた避難先の居住地や、密集する都市部、また避難所に必要な資材の入手が容易でない過酷な気候条件下の状況がある。提示された最小限の面積は、緊急段階においても、また一時的で仮設避難所の解決策にも適用される。滞在期間が長期化する場合、居住可能なスペースの算定は見直されなければならない。復興段階においては、受け入れ可能な現地の基準、また出口戦略を考慮に入れなければならない。

提供される支援を選定する際、影響を受けた地域社会と世帯が、出来る限り関与することが望まれる。また、屋根付きの居住スペースでより多くの時間を費やした人びと、また移動およびアクセスの障害を有する人びとと協議を行う。

居住スペースが障がいがある人びとと彼らと同居する人びとにとってもアクセスの可能性を確保する。障がい者は、特に知的障がいや心理社会的な障がいがある場合、より多くのスペースを必要とすることがある。

文化的慣習、安全、プライバシー：既存の慣行や慣習を尊重し、それらが、壁やカーテンのように内部を再分割する資材の必要性にどのような影響を与えるかを考慮する。例えば、拡大家族のメンバーや同一世帯でも異なる家族が睡眠をとる場合のさまざまな配置に対応した、住居の設計がある。

共同の宿泊施設では、個人や世帯スペースに区切られている居住区域へのルートが良く計画され、十分な光量の明かりで灯されていることにより、個人のプライバシーや安全が守られる。

共同の宿泊施設では、仲間のグループでスペースを共有する選択肢を持つことを認める。例えば、性的指向および性自認などにより困難を抱えているLGBTQI の人びとの中には、自らの家族より友人や仲間と暮らすことを好む人もいる。

保護：居住スペースから複数の退出経路があること、そして内部空間が公共の区域に向けて開かれているようにする。家庭内暴力または虐待、暴力、児童搾取または育児放棄のような保護に関する懸念事項があれば、職員がそれらについて照会する方法を確実に心得ているようにする。女性、少女および個々の衛生について支援を必要とする人は、追加のスペースをしばしば必要とする ⊕ WASH 衛生促進基準 1.3: 月経と失禁衛生用品の管理参照。

一時的な集合宿泊施設が使用される場合、性的搾取や性的暴力が起こらないように特別に対策を講じる必要がある。これらのリスクを理解して取り組むためにコミュニティと協働し、迅速かつ検証可能な方法で行動を起こすことのできる強力な苦情受付の仕組みを構築する。

心理社会的な考慮：社会の接触機会が増えるような、家族が過ごす開放的な公共スペースを、宿泊施設の配置または設計に含めるようすべきである。

温暖湿潤気候地域においては、風通しを最大化させるよう避難所を設計および設置し、直射日光の差し込みを最小限に抑える。天井を高くすることで空気循環を良くする。外部に屋根付きの付属スペースを設けることで直射日光を減らし、また雨よけにもなる。隣接する日陰または屋根付きの外部スペースを活用して食材の準備や調理を行うと、その他の日常活動とのスペースを分けることができる。強風の被害に遭いやすい地域を除き、屋根は雨水排水のために傾斜して、大きく張り出しているべきである。避難所の建設は、木材など熱容量が低く軽量なものを使うべきである。また、屋根のある居住区域への浸水を防ぐために高床を用いる。 ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 2: 立地および避難先の居住地の計画立案参照。

熱帯乾燥気候地域においては、土あるいは石などの重い建築資材は、昼夜の気温差にもかかわらず温度の快適さを保証する。代用としては、適切な断熱効果のある軽量の資材を用いることもある。地震のリスクがある地域においては、重い素材を用いた建築物の構造設計には注意が必要である。可能および適切である場合、日陰または換気ができる場所を設ける。プラスチックシート

またはテントしか入手できない場合、放射熱の蓄積を防ぐために 2 層の間について通気の層を設けたダブルスキン構造の屋根を提供する。ドアおよび窓は、卓越風が当たらない向きに設置する。埃や病原体媒介生物の侵入を防ぐために、建物内部の床と外壁の間の隙間をなくして接するようにする。

寒冷気候においては、暖房を必要とする室内の体積を減らすために、天井高を低くすることが好ましい。一日中滞在する避難所は、熱容量が高く、重い素材の建造物である必要がある。夜間のみ使われる避難所であれば、熱容量の低い軽量の建築物にしっかりとした断熱材を使用することがより適している。部屋の暖房や調理用火器の換気は適切に行いつつ、特にドアや窓の近くでは空気の循環を最小限にすることで個々人の快適さが保たれる。

適切な換気は、健康的な内部環境の維持に役立ち、結露を防ぎ、感染症の蔓延を減らす。室内の家庭用調理用火器からの煙を減らし、呼吸器感染や眼科疾患を引き起こす原因を軽減させる。また、出来るだけ自然な換気を心がける。

病原体媒介生物の制御：低平地、瓦礫や空き家は、病原体媒介生物の繁殖場となり、公衆衛生リスクをもたらす。共同の避難先の居住地では、用地の選定および媒介生物を減らすために積極的な策を講じることが媒介性疾病の影響を軽減するために肝心である ⊕ WASH 病原体媒介生物対策基準 4.2: 病原体媒介生物を制御するための世帯および個人の行動参照。

4. 家庭用品

家庭用品に関する支援は、健康の回復と維持、尊厳、安全、家の中および周辺における家庭の日常的な活動をサポートする。この基準では、睡眠、調理と食料の保管、飲食、温度の快適さ、照明、衣服に関わる物資を取り上げる。蚊帳、バケツ、貯水および衛生用品などは WASH の章で詳述する。

避難所および避難先の居住地基準 4：家庭用品

家庭用品の支援により、健康の回復と維持、尊厳、安全が支えられ、また家の中や周辺における家庭での日常の家庭の活動がサポートされている。

基本行動

1 各世帯が家庭にとって必要不可欠な活動を取り戻し、維持するために必要な物資に関してアセスメント（アセスメント (事前調査)）し、それらを入手できるようにする。

- 年齢、性別、障がいの有無、社会的および文化的な慣習、家族の人数などにより異なるさまざまなニーズに配慮する。
- 家庭における活動、個人の衣服と衛生、安全と健康を支えるための物資の入手を優先的に行う。

2 家庭用品に関する支援を、効果的かつ適切に届ける方法を決定する。

- 現金またはクーポンの利用を通じて現地で資源となりうるもの、あるいは物資配布のために地域、地方または国際的に調達するものについて検討する。
- 物資の梱包、または配布に関わる環境問題について考慮する。

3 必要に応じて家庭用品の利用可能性、品質および使用状況についてモニタリングを行い、適応させる。

- 避難先での滞在期間が長引く場合、補充計画を立てる。
- 選定した各市場における物資の入手可能性、価格と品質についてモニタリングをする。状況の進展に応じて、支援の提供方法を適用する。

基本指標

十分な量と適切な質の衣服を所有している人の割合

- 1 人あたり衣服一式を最低 2 セット、サイズが合っており、文化、季節および気候、またその他の特別なニーズがあれば適応していること

安全、健康的でかつ良質な睡眠をとるための十分な量と適切な質の物資を所有している人の割合

- 1 人あたり、最低毛布 1 枚とベット（フロアーマット、マットレス、シーツ）。寒冷気候では、追加の毛布あるいは断熱性の床
- 必要に応じて、殺虫剤加工をした長持ちするネット

調理、食事および食料の保存のために十分で適切な物資を所有している人の割合

- 各世帯、または 4 ～ 5 人のグループごとに、取っ手と蓋つきの家庭用料理鍋を 2 つ、調理または盛り付け用のボール、キッチンナイフ 1 本、取り分け用のスプーン 2 本
- 1 人あたり、皿 1 枚、食器一式を 1 組、飲み物用のコップ 1 つ

温度の快適さ、調理、照明を維持するための安全で手頃な価格のエネルギー源を十分に有している影響を受けた人びとの割合

調理用火器の使用または燃料保管および調達する人びとが負傷した事件数

- 基準値の設定および損害ゼロに向けた進捗状況の測定

ガイダンスノート

必要不可欠な家庭用品は、以下の事項や品目で、十分な量と質を兼ね備えておく

- 睡眠、温度の快適さ、個々人の衣服
- 貯水、食料の準備と保管、飲食
- 照明
- 調理、熱湯と暖房、燃料エネルギーを含む ⊕ 食料安全保障と栄養基準 5: 食料安全保障参照。
- 生理用品あるいは失禁用品を含む衛生 ⊕ WASH 衛生促進基準 1.2 および 1.3; 参照。
- 病原体媒介生物からの保護（例：蚊帳）⊕ WASH 病原体媒介生物対策基準 4.2 参照。
- 火災および煙の安全対策

適切な家庭用品の選択：家庭用品は、包括的な計画の一部として支援されるべきである。物資の種類、量、質の選定にあたっては生命維持に必要な物資を優先し、以下の事項を考慮する。

- 個人、世帯、またはコミュニティレベルにおける重要な日常の活動
- 文化的規範、適切さと伝統
- 最低限の追加説明や技術支援でまかなえる使用時の安全性と利便性
- 耐久性、消費の割合、補充の必要性
- 現在の生活環境および調整
- 地域での入手可能性

- 女性、少女、男性、少年、幼児、高齢者、障がい者、その他の脆弱性のある個人や集団といった影響を受けた人びとの属するグループに応じた特定のニーズ
- 選定した物資が環境に及ぼす影響 ⊕ 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。

安全：プラスチック製品はすべて食品に用いるプラスチック素材で作られるべきである。金属製品はすべてステンレス鋼、またはエナメル加工をする必要がある。

調理用火器と避難所の構成物の間は安全に分離されていることを確認する。屋内用調理用火器は不燃性の土台に設置する。煙突が外部に達するために避難所の構造を通過する場合には、煙突の周りは不燃性の覆いを装着する。調理用火器は入り口から離して置くことで使用中でも安全に出入りできるようにする。燃料は調理用火器本体から離れたところに収納し、灯油のようなあらゆる液体燃料は子どもや幼児の手の届かない場所に保管する。

温度の快適さとは、人びとが心地よい暖かさあるいは涼しさを感じ、屋根に覆われており、濡れないことである。衣服、毛布や寝具は、人びとに快適さを与える。敷布団や可動式ヒーターおよびクーラーは、相応しい生活環境を整えるであろう。低体温症や熱中症を防ぐために、個人または世帯レベルで可能なすべての対策を講じるべきである。

手頃な価格の燃料と家庭用エネルギー供給：燃料や、その他のエネルギー源は、照明、調理、温度の快適さおよび通信に欠かせない。燃料やエネルギーを集めたり、その料金の支払うことは継続的な必要経費であり、その点を考慮した支援計画を立てなければならない。低燃費の調理用火器の使用、薪の準備、火の管理、食材の準備に関する技術および調理を合同で行うなどして、エネルギー効率の良い調理法を促進する。燃料を集める場所や手段について、危機の影響を受けた人びとや受け入れ先のコミュニティと協議をして、個人の安全や環境の持続可能性について取り組む。

照明技術は、避難先の居住地内およびその周辺において、全体を明るくする照明が利用できない時に個人の安全を守る必要性に応じて提供すべきである。マッチとロウソクに加えて、エネルギー効率の良い発光ダイオード（LED）や太陽電池パネルなど、照明技術の使用を検討する必要がある。

家庭用品向けの市場に基づいたプログラム立案：家庭用品の市場評価は、より広い意味の市場システム評価の一部として行われるべきである。可能な場合、家庭用品の支援は地域の市場で調達するなどサポートすべきである。これらの物資の出費については、世帯の全体的な支出パターンの中で分析する。経時的なモニタリングを行い、必要に応じて適応および調整を行う ⊕ 市場を介した支援の提供の提供参照。

配給：地方行政および影響を受けた人びととの協議のもと、効率的で公平な配布方法を計画する。脆弱性の高い人びとまたは世帯が配布対象リストに含まれているか確認し、配布に関する情報のみならず、実際に配布物資を入手できるようにする。配布場所は、歩く距離、車両および住居用の支援物資な

ど大型の物資の輸送時の実用性を考慮して、慎重に選定する必要がある。個人や世帯用の物資を保管および輸送するためのコンテナについても検討する。

配布後のモニタリング：配布の工程および家庭用品自体の適切さの両方に関する評価を行う。物資が使われていなかったり、市場で転売されていたり、入手するまでに遅延があった場合は、工程や物資を変更する。また時間とともにニーズも変わることに気をつけ、それらの変化に順応できるよう支援プログラムを作成する。

5. 技術支援

技術支援は、避難所および避難先の居住地の支援に欠かせない部分である。影響を受けた人びとの自己回復を支援し、避難所および避難先の居住地の質と安全性を向上させる。影響を受けた世帯または地域社会自体が、宿泊施設の選定、避難所の設計、用地の配置と資材の選定、避難所や他の建設の実行および監督など積極的に関わることは肝心である。

避難所および避難先の居住地基準 5：技術支援

人びとが適切な技術支援を、タイミング良く利用できている。

基本行動

1 危機発生前の計画や工事施工の状況、そして利用可能な資材、専門性、潜在的な可能性について理解する。

- 影響を受けた人びとや現地の建設専門家や当局と協議を行い、建設施工と資材の品質保証のために必要な専門的技術の確認と合意を得る。

2 建設の工程において、影響を受けた人びと、地方自治体および現地の専門家の参画を求め、彼らを支援する。

- 避難所の想定寿命や避難先の居住地および世帯介入に応じて適用される、設計と建築基準、また資材の仕様と品質基準に従う。
- 建設工事を生計手段の機会として最低限活用する。

3 現在の避難所に関するニーズを満たし、かつ将来のリスクを軽減するようなより安全な工事手法を推進する。

- 被害を受けたり破壊された家屋と避難所については、構造上のリスクや危険性、不具合の理由、また今後破損する可能性のある箇所を特定する。
- 現地の建築手法に学ぶとともに、可能であればさらに向上させ、新しい技術を取り入れる。適切な工事手法を推進するために、効果的に知識の提供を行う。

4 人びとが適切な技術支援を確実に利用できるようにする。

- 特定の熟達した専門知識の必要性、建築規定および基準を遵守する方法、影響を受けた人びとの技術的能力の強化を検討する。
- 建設工事を安全かつ技術に基づいた方法で行い、被害を受けなかった物件の占有について交渉する能力または機会が減少した人びとがいないか注意を払う。

5 質の高い成果を確実に得るためにも、資材、財政、労務、技術支援および規制の認可要件の過程に関する適切な支援プロジェクト管理を確立する。

- 入札、応札、調達、契約、建築管理の工程、行動規範について適切な方法で従う。
- 現地で継続的に入手が可能で以前から使われている技術、道具や資材の利用を奨励する。また、避難所の維持および改修には現地の人材を雇用する。

基本指標

地方行政が関与する建築基準の規定や建設活動のモニタリングの割合

影響を受けた人びとの積極的な関与が認められる建設工事の割合

特定の状況と危険性を鑑みて合意された安全な建設工事により、建設、修理、改造、改良、維持されている避難所設備の割合

適切な技術支援や助言を受けた旨を報告する世帯の割合

ガイダンスノート

影響を受けた人びとの参加と関与：避難所における活動や建設活動は、地域の既存の慣習に沿った形で行われるべきである。研修プログラムや実習制度は、建設期間中、影響を受けたすべての人びと（直接的な影響を受けた人びとと受入れ先コミュニティ）を対象にして参加の機会を与える。女性や障がい者が参加できる機会を提供する。肉体作業が困難な人びとは、用地のモニタリング、在庫管理、運営事務のサポート、建設作業に従事する人びとが必要とする子どもの保育や調理などを行うことで参画できる。影響を受けた人びとには他にもやらなければならないことがあり、時間的な制約があるかもしれない点に留意する。ボランティアによる地域の労働者集団または契約労働者は、母子家庭、子ども、高齢者、障がい者世帯の家屋建設を支援できる。上述のグループは建設支援を依頼する時に性的搾取を被る危険性があるため、彼らへの支援は重要である。

若者による建設工事への関与：若者は、建設プロジェクトに参加することで貴重なスキル、自信、自尊心および地域社会とのつながりを得ることができる。

避難所建設や、労働対価による支援（キャッシュ・フォー・ワーク）での避難所支援に、就業最低年齢に満たない子どもが含まれていないか確かめる。就労の最低年齢（大抵 14 歳か 15 歳）と 18 歳の間の年齢の子どもについては、それぞれの年齢と成長段階に相応しい形で参加すべきである。彼らの参加にあたっては、関連の国内法に従っているかを確認する必要がある。年齢に満たない児童の就労を防止するためには、国際基準と国内の労働法が忠実に守られるための対策を講じなければならない。児童労働が疑わしい案件や、質

問がある場合は、子どもの保護の専門家や社会福祉サービスに照会を求める必要がある ⊕「CPMS ハンドブック 参照」。

専門的知識：用地と空間の設計、現地の建設技法、被害の測定、取り壊しと瓦礫撤去、建設、用地管理、既存の利用可能な建築物の評価、借地借家権の確保などの諸課題に関して助言を行う。それらを通じて、避難所が建築基準を満たすことを保証できる。資材や労働市場に関する知識、また法的支援や運営上の支援があると役立つ ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 6: 借地借家権の確保参照。

建築基準の遵守：地域または国の建築基準が、常時遵守されているか調べる。守られていない場合は従うように働きかける。これらの基準は地域の居住文化、気候条件、資源、建設と維持能力、利用しやすさと購入能力を反映する必要がある。避難所支援を通じて、特に避難所のニーズを満たすために現金給付型の支援を行う場合、世帯が合意された基準や規定を満たせるよう、または段階的に目標に到達できるようにする。既存の基準が存在しない場合は、地方行政や利害関係者（可能であれば影響を受けた人びとを含む）と協力して、安全と性能要件を確保するための最低基準を設置する。

技術的能力の向上：影響を受けた人びと、地方行政、地域の建設専門家、熟練および非熟練労働者、地主、法律専門家、地域の協力者を交えた研修や啓発活動に貢献することで、地域社会全体の能力を強化させる。

季節による、または周期的な危機に対する脆弱性が高い地域においては、技術的専門家および地域での適切な解決策や好事例に通じる地元の専門家を巻き込む。これらの人びとは、より良い解決策の立案に必要な設計や建設施工についての情報を提供することができる。

資材の調達：適切な建設資材の迅速な供与により、影響を受けた人びとが自らの手で住居を建設することができる。そのような住居の解決策は、適切な工具も含む分割された部品、または組立部品キットとして構成されうる。市場に関する迅速なアセスメント（事前調査）や分析および環境影響評価の情報をもとに、資材の選定を行う。

資材の現地調達は、地域経済、労働力または自然環境に影響を与えることがある。適切で良質の資材は現地で入手不可能な場合もある。そのような場合は、代替的な資材と工程の選択、または商業的住居資材を調達するが、地域文化に馴染みのない資材を用いる場合はその影響について検討する。地域の労働者や児童の搾取により生産された資材の使用は避ける。

公共建物の安全性：学校、保健所などの仮設および常設の公共建物を建設または修復する際は、公衆衛生のリスクを減らし災害に強いものにする。このような施設は、建築基準と認可手続きに従う必要がある。移動や意思疎通を図る上で困難に直面する人びとを含め、すべての人が安全にアクセスできるよう確かめる（可能な場合、障がい者の代表団体と連携する）。上記の建物を修復または建設する場合、関係当局と協議を行う。その際、経営的に負荷のない運営および維持戦略を立てる。

調達および建設管理：建設工程表には、開始日、終了日、また避難者の移動に関わる日程や期間など、重要な目標となる項目を含める。上述の内容は、建設工事の管理が所有者あるいは請負業者により行われるか否かに関わらず適用される。工程表には、予測される季節の始まりや天候の変化の訪れを記し、予期せぬ出来事に備えて危機管理計画を明記しなくてはならない。資材、労働、用地の監督に向けた建設管理とモニタリング制度を構築する。その制度を用いて、選定、調達、輸送、運営事務の全工程に対処することができる。

地域の労働者に必要なスキルを増やし、影響を受けた人びと生活の支えとなるように出来る限り彼らを雇用する。特定の作業を担うためには専門家（エンジニア、建築家、都市計画の設計者、契約管理者、弁護士など）を雇う。

環境面の懸案事項に目が向けられているか確かめる。廃品回収が社会的に許容され資材の権利関係および質が保証される場合、それらの再利用を推進する ⊕ 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。

性能の向上および維持：初期の避難所支援は、屋根と仕切りがあるだけの居住スペースの提供が典型的である。しかしながら、より長期的なニーズを満たすためには、初期の建設方法において各世帯が自らの避難所を維持、適応、改善させていくことを可能にする必要がある。適応作業は安全になされるべきであり、可能な場合、手頃な価格で現地にて入手できかつ使いやすい工具や資材を用いる。

共有の工具：共有または共同利用する工具と資材の使用、維持および安全な保管方法について手続きを策定する。

6. 借地借家権の確保

借地借家権の確保とは、人びとが強制退去の恐怖を覚えることなく、自らの家に住み続けられることを意味する。共同の避難先の居住地、非公式の避難先の居住地、受け入れ先コミュニティ、または帰還後の状況に左右されることはない。このことは、適切な住居への権利および他の多くの人権が拠り所になっている。人道的な場面では、着実な段階的アプローチが最適と言えよう。避難者がさまざまなタイプの宿泊施設において、自らの生活状況の改善に向けた支援を受けられることを示す。支援にあたり必ずしも所有者を優遇したり、永続性を伝達したり、所有を意味するものでない。住居の支援関係者は最も脆弱で借地借家権がない人びとへの住居支援を設計するために「有権利」に対する知識を培ってきた。「有権利」の概念、および適正評価（デューディリジェンス）の詳細については、⊕ 参考文献：「Payne and Durand-Lasserve (2012)」参照。

避難所および避難先の居住地基準 6：借地借家権の確保

影響を受けた人びとが避難所および避難先の居住地の選択肢おいて、借地借家権を有している。

基本行動

1 プログラム設計と実施にあたり、適正評価（デューディリジェンス）を行う。

- さまざまな背景や制約の中で、土地所有権に関する法的な確実性を出来る限り達成する（権利を有する認識に基づいたアプローチ）。
- 地方行政、法律専門家および関係機関間のフォーラムと調整および連携を図る。

2 法的枠組みおよび現場における現実を理解する。

- 危機発生後の避難所および避難先の居住地において想定されるさまざまな状況において、土地所有制度や協定を割り出し、最もリスクの高いグループに及ぼす影響を特定する。
- 地方行政との協力のもとどのような規制適用を受けるか把握し、関連する時間枠についても理解する。
- 土地所有に関する関係性がどのように管理され論争が解決されているか、また危機発生以降、どのように変化したかを把握する。

3 土地所有に関する制度、協定および慣行が、高いリスクを抱えるグループの「借地借家権の確保」に対してどのような影響を及ぼすかについて理解する。

- 脆弱性を示す指標に「借地借家権の確保」を盛り込む。
- プログラムにおいて、参加者に求められる書類の種別について把握する。最も脆弱な立場にある人びとは、これらの書類を所有または入手できない場合があることに留意する。

- 支援において持ち家所有者またはフリーホールド（自由保有権）を有する者が、偏った見方で扱われることのないよう確かめる。

4 借地借家権の確保を支援する避難所および避難先の居住地支援プログラムの実施。

- 特に脆弱なグループのために、土地所有のさまざまな形態に応じて避難所および避難先の居住地の支援計画に適合させるべく現地の専門知識を用いる。
- 土地所有に関する契約をはじめとする書類が正確に準備され、すべての関係者の権利が反映されていることを確かめる。
- 避難所支援プログラムにより、コミュニティ内または周辺コミュニティとの緊張を発生あるいは助長させるリスクが高まらないよう配慮する。

5 強制立退きに対しての保護支援

- 立ち退きを求められたり迫られる危険性がある場合、代替避難所における解決策や他の部門の支援を特定するために照会を行う。
- 紛争解決に関する支援を行う。

基本指標

少なくとも特定の住居支援プログラムの期間中は、自らの住居または避難先の仮住まいの借地借家権を有する受益者の割合

自らの住居の選択肢（オプション）について、借地借家権に関する適切な協定に基づいた住居支援を受けた受益者の割合

法的サービスや裁判外紛争解決制度を利用した人のうち、土地所有に関する問題を抱える住居支援を受けた受益者の割合

- ⊕ 権利保護の原則 4 参照。

ガイダンスノート

土地の所有：土地の所有は、居住および土地に関して制定法、慣習法、非公式の協定あるいは宗教的な取り決めによって確立される集団と個人の関係性を示す。土地所有制度は、誰がどの資源をどのくらいの期間、どのような条件下において使用できるのかを決定する。土地所有の協定には、完全な所有権、正式な賃貸契約、非公式な避難先の居住地における緊急時の住居や土地の占有を含め、さまざまな形態が存在する。該当する土地所有の協定に関わらず、すべての人は居住、土地、財産に関する権利を保持する。非公式の避難先の居住地に暮らす人びとは多くの場合、国内避難者であり、土地を使用する法的な権利を有していない可能性がある。それでもなお、適切な住居への権利、そして自らの家から強的立ち退きから守られる権利を有する。借地借家権の確保の適切な環境が整っているかを見極めるためには、土地所有に関する書面や適正評価（デューデリジェンス）の方法が組織的に利用されていることを示す情報が必要となる。

借地借家権の確保：土地所有は、適切な住居への権利に欠くことのできない一部である。強制立ち退き、ハラスメントやその他の脅しに対して、法的保護を保障することで人びとが安心して自宅で平和に尊厳を持ち暮らすことを可能にさせる。女性を含むすべての人びとは、ある程度の借地借家権を確保するべきである。裁判以外の紛争解決制度を含めて土地所有の関係性がどのように管理、実行されているかを理解し、危機発生以降それがどのように変化したのかを知ることが重要である。借地借家権の確保を評価するデータには、関連する係争件数、立ち退きの比率、借地借家権の確保の認知がある。

段階的な土地所有：社会的な正当性をある程度有する、既存の土地所有制度に基づき事を進めることは、借地借家権の確保を強化させるための最も効果的な方法の一つである ⊕ 参考文献：「UN Habitat and GLTN Social Tenure Domain Model」および「Payne and Durand-Lasserve (2012)」参照。

都市部での検討事項：都市部における避難者の大部分は非公式の避難先の居住地で暮らすか、正式な所有権、リース契約および / または使用合意書を保持せずに賃貸宿泊施設に滞在している。従って、強制立ち退きのリスクとそれに関連するさまざまな形態の搾取やハラスメントが彼らの生活を特徴づける事柄である。都市部における避難所、避難先の居住地支援は土地所有権の複雑な状況に対処すべきであり、賃貸人、非正規の移民、無断居住者、その他の人びとに対しては段階的な土地所有の方法も検討する。

負の影響を避けること：場合によって、住居への人道的な介入は脆弱なグループの立ち退きを引き起こすことがあり得る。借地借家権の問題を正攻法で取り上げることで、脆弱なグループの立ち退きに対するリスクを高めてしまうこともある。適正評価（デューデリジェンス）アプローチとは、さまざまなグループが直面する借地借家権の確保に関するリスクを特定することである。借地借家権に関わるリスクが大きすぎると思われる場合、何も行動を起こさないことが最善策であることもある。

強制立ち退きを引き起こす主な要因：立ち退きの脅威は、さまざまな要因が複雑に絡み合って起こる。それらの多くは以下に示す搾取や虐待の原因でもある。：

- 多くの場合、就労の権利など生活上の制約に起因して家賃を支払うことができない
- 家主との賃貸契約書の欠如は、家賃値上げや立ち退きに対して人びとを脆弱にさせる
- 家主との紛争
- 影響を受けた人びとに対する差別
- 建築許可に違反している建築物の住民は常に強制立ち退きの脅威にさらされており、居住環境の改善に制約がある
- 建築可能な地域の利用者や居住者が行政から滞在許可を得ることができない。
- 慣習や宗教的な枠組みで住居の取引がなされているため制定法のもとで認知されない、またはその逆の場合

- 女性に対して：離婚、親密なパートナーによる暴力、その他の形態の家庭内暴力、夫との死別など
- 父親または夫の書類に含まれている女性および、その他の社会から取り残されたグループあるいは迫害を受けているグループにおける身分証明書の欠如

退去と移住：自然災害や有害な環境にさらされる住民の健康と安全を守るために、また重要な環境資源の保全を目的として移住することは人権法と矛盾しないこともある。しかしながら、真のリスクが存在せず、他の選択肢があるにもかかわらず公衆の衛生や安全の保護を目的としてさまざまな規制を悪用することは、国際人権法に反するものである。

7. 環境の持続可能性

環境の持続可能性とは、支援は次世代のニーズ対応能力を損なうことなく、現在の世代のニーズを満たす責任を有することを喚起している。短期的に環境問題を軽視することは復興を阻害し、既存の問題を悪化させ、新たな問題を引き起こすことにもなりかねない ⊕ 権利保護の原則 1 と 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 3 および 9 参照。

避難所および避難先の居住地基準 7：環境の持続可能性

避難所および避難先の居住地の支援は、自然環境に対する悪影響を最小限に抑えている。

基本行動

1 すべての避難所および避難先の居住地の計画立案に環境アセスメント（環境影響評価）と管理を統合させる。

- 危機が環境へ及ぼす影響、環境リスクおよび脆弱性の算定を行い、避難所および居住地の選択肢への悪影響を最小限に抑える。
- 運用とモニタリング手続きに、環境管理計画を組み込む。

2 実行可能な選択肢の中から環境に配慮した資材と技法を選ぶ。

- 現地の天然資源を消耗したり、長期的な環境ダメージの要因にならない選択肢をとる。
- 瓦礫を含めた入手可能な資材を回収、再利用、リサイクルまたは別の用途に使う。

3 すべての避難先の居住地において、文化的に慎重で環境に配慮した方法で安全で迅速に固形廃棄物を管理する。

- 水と衛生（WASH）、保健医療、公共事業、民間セクター、その他の行政や関係者と連携して廃棄物処理業務を設置または再設置する。

4 安全で信頼できる、手頃な価格の環境持続エネルギーの供給システムを構築、修復および推進する。

- 既存のエネルギー供給システムが天然資源、公害、健康と安全の面において環境へ負の影響を与えていないか究明する。
- エネルギー供給に関する新規または変更内容が利用者のニーズを満たすよう確保し、必要に応じて研修やフォローアップの場を設ける。

5 一時的な避難先の居住地のような操業場所の環境的価値を、操業期間中と操業後において保護、修復および改善する。

- 利用する土地の環境基準値および利用可能な天然資源のアセスメント（事前調査）を行い、過去の商業または産業による環境ハザードの有無を特定する。
- 当該地域から明らかなハザードを排除し、深刻な環境悪化があれば修復を行う。その際、天然植物の駆除または自然排水の中断は最小限にとどめる。
- 地域住民が直ちに利用出来る状態で用地を受け渡し、可能であれば以前よりも良い状態で受け渡す。

基本指標

環境調査に基づいて行われる避難所および避難先の居住地での活動の割合

環境管理およびモニタリング計画に基づいた勧告のうち実施された件数

低炭素排出の建設資材および調達方法を用いた住居建設の割合

用地において再利用、別途目的で使用、リサイクルされた固形廃棄物の割合

- 目標容量の７０％を超える

一時的な避難先の居住地のうち、環境条件が使用前よりも改善する形で修復された割合

ガイダンスノート

環境アセスメント（環境影響評価）は、以下の３つの要素で構成される。すなわち、評価実施に用いられる地域の環境を示すベースライン値、提案されている活動内容とその環境に与えられる影響度の把握、および脅威の可能性と脅威が起きた場合の帰結についての理解である。

適切な環境関連機関と協議を行うことは有効であろう。環境アセスメントにおける主な検討事項は下記の通り：

- 危機発生前の燃料、建築資材、水源、廃棄物を含む現地の天然資源の利用方法と使用状況
- 現地で入手可能な天然資源と、それらの資源に危機が及ぼす影響
- 支援の持続可能性に影響を与え、全体的な支援効果と効率を向上させうる社会的、経済的および文化的課題（ジェンダーによる役割を含む）

資材の調達：水、木材、砂、土、草、レンガや屋根のタイルを焼成するための燃料などの天然資源の調達時には、環境への影響に意識を向ける。複数の調達源の利用、回収資源の再利用、代替資源の生産を推進する。森林の再生は、環境に配慮した建築資材を生産する良い方法である。大人や子どもを搾取して生産された資材の使用は避ける ⊕ 市場を介した支援の提供 参照。

用地の選定：用地の選定は、環境アセスメントを基にして行われるべきである。例えば、既存のインフラ設備が整った付近に避難先の居住地を設けると、新規のインフラ建設にかかる環境の影響を減らすことができる。気候に関わるリスクの暴露を検討する ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 2: 立地および避難先の居住地の計画立案参照。

浸食：木々とその他の植生を守り土壌を安定させ、日陰を最大限に活用することで気候から身を守る。自然の地形を利用した道路、通路、排水網などを通じて、浸食と洪水を最小限に抑える。必要に応じて、排水溝、道路下の排水管、植樹を用いた盛土を設置して土壌浸食を防ぐ。5%以上の傾斜があるところでは、過度の浸食を防ぐために工学技術が適用されなければならない。

瓦礫の管理および廃棄物の利活用：危機発生直後の廃棄物管理計画は、再利用できる瓦礫の回収、別目的での再利用、また安全な廃棄処理を促進する。

人道支援では固形廃棄物を再利用、または別目的で再利用できる可能性がある。より体系化された固形廃棄物戦略の一部として人道支援の中で資源が再利用され、戦略は廃棄物処理に関する文化的な姿勢、そして分別された資材購入に意欲を示す事業者との近接に依存する。人道支援では、資材の再利用の工夫を行う機会が与えられる ⊕ WASH し尿管理基準 3.1 と WASH 固形廃棄物管理基準 5.1 および 5.3. 参照。

エネルギー：エネルギー消費について取り組む際、気候、利用可能な天然資源、屋内外での汚染と健康への影響、安全性および利用者の優先傾向を配慮する。可能であれば、支援を介して家庭のエネルギー需要を減らす。エネルギー効率の良い設計や、構造物の冷暖房に自然エネルギー利用、太陽光ランプなど省エネの家庭用品を使用して、家計の支出と環境への影響を抑制する ⊕ 食料安全保障と栄養基準 5: 食料安全保障参照。

電線、プロパンガスの漏れ、あるいは燃料貯蔵タンクの損傷をはじめ、エネルギーの供給への被害が一般市民にもたらすリスクを特定する。地方行政やエネルギー供給業者と協力して、エネルギーサービスの修復、配給、維持を行う。補助金、その他の誘因は安全を確保して、汚染や天然資源の需要を減らす上での選択肢の 1 つである。

天然資源の管理：人間の居住地の大幅な増加に耐えうる天然資源がない場合、資源管理計画は不可欠である。必要に応じて、外部の専門家に助言を求める。資源管理計画の作成により、外部からの燃料供給の可能性や天然資源に依存する家畜放牧、農業生産、その他の生計手段の活用への選択肢を明らかにすることができる。小さな居住地は点在することが多く、管理やモニタリングの視点では難しく、管理とモニタリングのしやすい大規模な居住地の方が環境保全性が高くなると言えるかもしれない。しかしながら大規模な居住地

は、前述の小規模な居住地に比べると近隣の受け入れコミュニティへはより負荷をかけることもある。避難所の関係者は、自らの介入が受け入れ先の人びとの天然資源の需要に及ぼす影響を常に心がけるべきである ⊕ 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 9 および「LEGS ハンドブック」参照。

都市部との農村部での状況：農村部の人びとは都会の人びとに比べて、ごく身近にある天然資源により依存している場合が多い。しかしながら、都市部は、木材、砂、セメント、レンガ、その他の建築資材などの天然資源をより広域から調達し大量に消費する。都市部と大規模の住居支援は大量の建築資材を使用する場合は、より広域での環境保全を視野に入れた上で支援を決定することが求められる。避難所設置地域をはるかに超えた環境への影響リスクを常に念頭に置かねばならない。

付記 1
避難所および避難先の居住地のアセスメント（事前調査）チェックリスト

この質問リストは、危機発生後の避難所および避難先の居住地支援を行うにあたり、適切なデータが得られているか否かを確認するためのチェックリストである。質問リストは絶対的ではなく、適宜、利用され、適用されるものである。

危機の根底にある原因、治安状況、避難者と受入先集団の基本的な人口統計、主な関係者の相談および問い合わせ先については、別途入手する必要がある。

アセスメント（事前調査）および調整

- 関係機関および人道支援組織によって、合意に基づいた調整機能が構築されているか。
- 影響を受けた人びとに関してどのようなベースライン値が入手可能か、また既知の危険性および避難所と避難先の居住地のリスク、脆弱性は何か。
- 支援における危機管理計画はあるか。
- どのようなアセスメント（事前調査）の情報が利用可能か。
- 機関間および / または多部門によるアセスメント（事前調査）が計画されているか、その計画には避難所、避難先の居住地、家庭用品が含まれているか。

人口統計

- 平均的な世帯の構成人数は何人か。
- さまざまなタイプの世帯に何人の影響を受けた人びとが暮らしているか。同伴者がいない子どもたちなどの家族関係外のグループ、平均的な構成人数ではない世帯、その他の集団にも配慮する。性別、年齢、障がい、民族、言語、宗教的な属性に基づいて適宜、細分類する。
- 何組の影響を受けた世帯分の適切な避難所が不足しているのか、それらの人びとはどこにいるのか。
- 個々の世帯のメンバーに属さない者（性別、年齢、障がいの分類ごと）のうち避難所が一切ない、または不適切な避難所しか持たない人は何人いるか。彼らの居場所はどこか。
- 影響を受けた適切な避難所を持たない人びとのうち、避難せずに元々の住まいで支援を受けられる人は何人いるか。
- 影響を受けた適切な避難所を持たない人びとのうち、避難しており、受け入れ家族または一時的な避難先の居住地での支援を必要とするのは何人いるか。
- 性別および年齢により細分類された人びとのうち、学校、保健医療施設、コミュニティセンターなどの公共施設へのアクセスできない人は何人いるか。

リスク

- 適切な避難所の不足により、生命、健康、治安面で差し迫るリスクとはどんなものがあるか、そして何人が危険にさらされているか。

- 緊急性は低いが適切な避難所の不足により、人びとの生命、健康、治安面に及ぶリスクとは何か。
- 土地所有制度、協定および慣行は、脆弱性の高いグループおよび社会から取り残されたグループの借地借家権の確保にどのような影響を与えるか。
- 適切な避難所が不足することにより、女性、子ども、同伴者のいない未成年者、障がいや慢性的疾患を抱える人びとを含む脆弱性の高い人びとにとって特別なリスクとは何か。また、その理由は何か。
- 受け入れ先の人びとは、避難者の存在によりどのような影響を受けるか。
- 特に女性や少女といった影響を受けた人びとのグループの間で、対立や差別が起こった場合に潜むリスクは何か。

資源と制約

- 影響を受けた人びとの避難所に関する緊急的なニーズのいくつか、またはすべてを満たすために利用可能な資材、財政的および人的資源とは何か。
- 影響を受けた人びとの避難所に関する緊急的なニーズを満たすにあたって影響を及ぼす、土地の利用可能性、所有、使用に関する課題とは何か。
- 自らの居住地または近接の土地において、避難者を宿泊させることによって受け入れ先のグループに起こり得る危険性にはどのようなものがあるか。
- 影響を受けた人びとが、既存の利用可能な影響を受けていない建物や建造物を一時的な居住地として使用することでもたらされる機会また制約とは何か。
- 利用可能な空き地は、地形やその他の環境的制約の観点から一時的な居住地として適しているか。
- 避難所の解決策の策定に影響を与えると思われる、規制の要件や制約には何があるか。

資源、設計および建設

- 初期の住居の解決策または資材として、影響を受けた人びと、影響を受けた集団あるいはその他の関係者は何を提供されているか。
- 被害を受けた用地から回収できる既存の資材で、住居の再建に使用できるものは何か。
- 影響を受けた人びとにとって典型的な建築施工とは何か、また構造フレーム、屋根、外壁の囲いにどのような資材を用いているか。
- 代替的な設計または資材を用いた解決策として入手可能であり、また影響を受けた人びとにとっても親しみやすく受容できるものは何か。
- すべての影響を受けた人びとが安全に避難所にアクセスでき、使用できる設計にはどのような特色があるか。
- 特定された避難所の解決策は、将来のリスクと脆弱性をどのように最小限に抑えることができるか。
- 避難所は通常、どのように誰の手で建設されているか。
- 建設資材は通常どのように、誰が入手しているか。
- 女性、若者、障がい者および高齢者が自らの住居の建設に参加するためには、どのような研修や支援が考えられるか、またその制約は何か。

- 個人または家族が自らの住居を建設するための能力や機会が不足している場合、例えば、自発的または契約労働の供与、技術支援など彼らに対する追加支援は必要か。

家庭生活と生計手段を得るための活動

- 影響を受けた人びとによる避難所内または付近での家庭生活や生計を立てるための支援活動として、通常どのような活動が行われているか。それに伴うスペースの提供や設計は上述の活動内容を反映しているか。
- 資材調達、住居建設および避難先の居住地の解決策を通じて、どのような法的支援と環境的に持続可能である生活支援の機会が提供できるか。

必要不可欠なサービスおよび公共施設

- 飲用水および個人の衛生用の水について、現状の利用可能性はどうか。予測される公衆衛生のニーズを満たすにあたり、発展性と制約としてどのようなものがあるか。
- 社会的施設（診療所、学校、礼拝場所など）の提供の現状はどうか。これらの施設に出入りすることへの制約と、得られる機会にはどのようなものがあるか。
- 公共建物（特に学校）が避難者の避難所として利用される場合、本来の使用目的に戻すためのプロセスと期限はどのようなものか。

受け入れ先の人びとおよび環境への影響

- 受け入れ先の人びとは、どのような懸念事項を抱くか。
- 受け入れグループ内または避難先の一時的な居住地において、避難者に滞在場所を提供することに関連する組織的および物理的制約にはどのようなことがあるか。
- 建設資材の現地調達に関して、環境面ではどのような懸念があるか。
- 燃料、衛生、廃棄物処理、家畜の放牧などに対する避難者の要望について、環境面での懸念としてどのようなことがあるか。

家庭用品のニーズ

- 影響を受けた人びとが必要としている、必須のノンフードアイテム（食料以外の生活必需品）は何か。
- 必要とされるノンフードアイテムのうち、現地で入手可能なものはあるか。
- 現金またはクーポンの使用は可能か。
- 避難所関連の物品の提供を補うために、技術支援が必要となるか。

衣服と寝具

- 女性、男性、子ども、幼児、妊婦および授乳婦、障がい者および高齢者は、通常どのような種類の衣服、毛布、寝具を使用しているか。社会的および文化的に考慮すべきことはあるか。
- あらゆる年齢の女性と男性、子ども、幼児のうち、天候の悪影響から身を守り自らの健康、尊厳および幸福を維持するために適切で十分な衣服、毛布または寝具を有していないものは何人いるか。

- 適切な衣服、毛布または寝具のニーズが満たされない場合、影響を受けた人びとの生命、健康また個々の安全に及ぼされる可能性のあるリスクとは何か。
- 蚊帳の提供をはじめ、家族の健康とウェルビーイングを確保するために必要な病原体媒介生物を制御するための方策は何か。

調理と食事、調理用火器と燃料

- 一般的な世帯が危機以前に使用していた調理器具や食器はどのようなものか。
- 適切な調理器具や食器を利用できない世帯数はどのくらいか。
- 影響を受けた人びとは通常、危機が発生する以前はどのように調理を行い、また住まいを暖めていたか。調理はどこで行われていたか。
- 調理と暖房のために、危機が発生する以前はどのような燃料を使っていたか。それはどこで入手していたか。
- 調理用と暖房用火器を利用することができない世帯数、およびその理由。
- 調理用と暖房用の十分な燃料補給を利用することができない世帯数。
- 紛争によって影響を受けたグループと近隣住民のために、適切な燃料供給の調達をする際どのような機会と制約、特に環境面での懸念があるか。
- 適切な燃料補給の調達に際し、影響を受けた人びと、特にすべての年齢の女性に対してどのような影響が及ぼされるか。
- 調理や食事に関して、考慮すべき文化的な問題はあるか。

道具と設備

- 避難所の修復、建設あるいは維持をするために、世帯が利用できる必要最低限の道具には何があるか。
- 生計手段を支援する活動の中でどのようなものが建設、維持、瓦礫の撤去用の基本的な道具を利用できるか。
- どのような研修や啓発活動を行うことで、道具を安全に使用できるようになるか。

付記 2
避難先の居住地で想定される状況に関する記述

避難先の居住地類型は、影響を受けた人びとの滞在場所および滞在方法を、一次的に分類して示したものである。これらの避難先の居住地類型を通じて危機への理解を深めることは、支援戦略の策定時に役立つ。詳細な計画立案には、さらなる情報収集が求められる ⊕ 付記 3: 避難先の居住地で想定される状況に関するその他の特性参照。

影響を受けた人びとのグループ	想定される避難先の居住地の状況	説明	例
避難していない人びと	持ち家または土地保有	当該居住者が、物件および / または土地（所有権は正式または非公式の場合あり）を所有する、あるいは共同所有者の一人である。	家屋、共同住宅（アパート）、土地
	借家または借地	賃貸は、個人や世帯が民間または公的な所有者との書面または口頭の契約により、所有権の移行はせずに、ある一定の価格で特定の期間、住居または土地を使用することを可能にする。	
	住居または土地に非公式に居住	世帯が物件および / または土地を、所有者またはその敷地に任命された代表者の明確な許可なしに占有する。	空き家、 空きアパート、 空き地
避難者 分散した人々	賃貸契約	賃借は、所有権の移行はせずにある一定の価格で特定の期間、住居または土地を使用することを可能にする。民間または公的な所有者との書面または口頭の契約に基づく。自己資金により個別に、または共同体として交わされる、あるいは政府や人道支援組織の補助金を受けることがある。	既存の集合住宅の家屋、共同住宅、土地

影響を受けた人びとのグループ	想定される避難先の居住地の状況	説明	例
避難者	受け入れ契約	避難する集団や個別の家族のために、受け入れ先の人びとが避難所を提供する。	すでに受入れ先集団により所有、または利用可能なものとされた家屋、共同住宅、土地
	自然発生的な取り決め	避難者が関係各者（所有者、地方自治体、人道支援組織および / または受け入れ先の人びと）との合意を交わさずに、ある場所に自然発生的に移り住む。	空き家、 空きアパート、 空き地、 道路沿い
共同体	宿泊施設	複数世帯が避難する既存施設または建造物。インフラと基本的なサービスは共同体単位で提供、または利用できるように手配される。	公共建物、避難所およびレセプションセンター、トランジット（一時滞在）センター、放棄された建物、企業の宿舎、建設中の建物
	計画された避難先の居住地	避難者専用の避難先の居住地で、用地の設計および管理がなされ、インフラ、各種設備およびサービスの利用が可能。	政府、国連、NGO、市民社会により運営される正規の避難先の居住地、トランジット（一時滞在）センター、レセプションセンター、避難場所を含む
	計画外の避難先の居住地	複数の世帯が、ある場所に自然発生的または集合的に住みつき、新たな避難先の居住地が形成されたもの。世帯または共同体は地主との賃貸契約を交わしている場合もある。ただし、多くの場合、関係各者（所有者、地元政府および / または受入れ集団）との事前協定は結んでいない。現場での基本的サービスは、もともと計画されていない。	非公式の用地または避難先の居住地

付記 3
避難先の居住地で想定される状況に関するその他の特性

下記の表では、⊕ 付記 2 避難先の居住地で想定される状況に関する記述 において概説された類型の、二次的な特徴を詳説する。下表を用いて危機への理解を深めることで、詳細な計画立案の工程に役立つ情報を得ることができる。

注記：特性の選択および定義は状況に応じて異なるものであり、関連する手引きに従って整理されるべきである。特定の状況下で必要に応じて追加の特性を作成する。

分類	例	注記
避難者のカテゴリー	難民、難民申請者、国内避難者（IDP）、難民帰還者、IDP帰還者、その他の懸念対象の人びと（例：移住労働者など）	⊕ **人道プロファイル サポートガイダンス (www.humanitarianresponse.info) 参照。**
間接的な影響を受けた人びと	以前より存在する集団、受け入れ先の人びと	受け入れ側の人びとは、直接的に影響を受けた人びとにより影響を受ける。例：学校などの共同体サービスの共有、ホストファミリーとしての務め
地理的な状況	都市部、都市部周辺、農村部	都市部周辺：統合された都市部と農村地域の間に位置する地域
損害の程度	被害なし、一部損壊、全壊	損害の程度の分類は、当該の家や避難所が居住するのに安全であるかを判断する情報を示す。
期間／段階	短期、中期、長期、恒久、緊急、暫定、再建、耐久性	これらの用語の定義は変化するものであり、支援の程度に基づいて定められるべきである。
土地所有制度	制定、慣習、宗教的 混合	土地または住居の非公式な契約には、正規化された、または無秩序な無断占拠を含む。法的に所有する土地の無許可による再分割および非公式の賃貸協定。場合によっては、同一区画において各関係者が特定の権利を有し、複数の所有形態が共存する。
住居所有の形態	所有、所有権、賃借、 共同体による所有	
土地所有の形態	個人、共同体、集合的、開かれたアクセス、国／公共	

分類	例	注記
避難所の種類	テント、簡易避難所、暫定避難所、中核避難所、住居、共同住宅、大きな建物の一部を賃借、車庫、移動住宅、コンテナ	⊕ 付記 4: 支援の選択肢（オプション）参照。
用地管理	管理、遠隔または移動型の管理、自己運営、非管理	管理：地主からの反対を受けることなく、また当局からも承認される 遠隔または移動型の管理：１つのチームが数多くの用地を管理する場合 自己運営：コミュニティの指導者体制、または内部委員会によるもの

付記 4
支援の選択肢（オプション）

支援の選択肢（オプション）はさまざまな状況に応じて、影響を受けた人びとのニーズを満たすために組み合わせて用いることができる。それぞれの長所、短所を考慮して、最も適切と思われる支援プログラムを作成する。

支援の選択肢（オプション）	説明
家庭用品	⊕ 避難所および避難先の居住地基準 4: 家庭用品 参照。
避難所用キット（組み立て部品）	居住スペースの開発または改善に必要な建築資材、道具および備品。ポールやテント杭のような構造材料の提供が必要であるか、または世帯によって入手可能であるか検討する。補足的な説明、広報宣伝、教育または啓発の必要性についても検討する。
避難所用の道具一式	居住地と避難先の居住地の開発と改善に必要な建設道具および金物類
テント	覆いカバーと骨組付きで、運搬可能な組立式避難所
帰還および輸送に関する支援	故郷への帰還または新しい土地への移住を選択した影響を受けた人びとへの支援。それらの支援には、輸送、輸送費・商品券、道具、材料、植え付け用の種などの物品の提供をはじめとするさまざまなサービスが含まれる。
修繕	修繕の選択肢（オプション）は、建物への損傷や荒廃を健全で良好な状態へと修復し、求められる基準や仕様を満たすようにする。建物への被害が小さい場合は、より大掛かりな改造をすることをなく修復可能である。避難者が集合できる避難所として、共同センターの修復や学校など既存の建物の改善も必要となるであろう。
改造	建物の改造は、補強および / または建造物の構造システムの改良を含む。安全機能の装着により、将来の危険性に対する耐久性を持たせることが目的である。紛争により被害を受けた建物は、修繕に加えて、改造が必要なことがある。避難者の場合、受け入れ先の家が危険のリスクにさらされていると、その改造が必要となることがある。
受け入れ側への支援	元の家に戻ることができない人びとは、しばし家族や友達のもとに滞在し、または歴史的、宗教的、その他の結び付きを共有するコミュニティと暮らすことがある。影響を受けた人びとの保護の継続を目的とする、受け入れ側の人びとへの支援としては、受け入れ家族の既存住居の拡充や適応、維持費を賄うための財政および材料の支援が含まれる。

支援の選択肢（オプション）	説明
貸借支援	影響を受けた世帯が宿泊施設または土地を借りる場合、その支援として財政支援、公正な契約を結ぶため、また物件の基準に関して助言を得るためのものがある。家賃は継続的な出費であるので、自給自足の推進、また生計を立てる活動へと早期につなげるためにも出口戦略を策定する ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 3: 居住スペース および 基準 6: 借地借家権の確保参照。（注記：家賃の支援は、受け入れ先の人びとへ現金を投入することになり、市場を疲弊させ、インフレを引き起こす原因にもなる。）
仮設避難所	短期的な避難所の解決策は、同解決の次の段階が用意された時点での除去を想定している。よって、限られた経費で建設されていることが多い。
過渡期の避難所	簡易避難所で、より長持ちする構造への移行を想定する材料や技法にて設計。本避難所は、機能の向上、再利用、再販売が可能であり、一時的な用地から永続的な場所に移動できるものとする。
住居の中核部分	設備であり、完成形ではない。住宅の中核として、将来、各世帯が自らの手段と資源によって拡張を行うことを可能にさせる。水および衛生設備を備えた 1 部屋または 2 部屋に、家庭生活の必需品を加えて、安全で適切な居住スペースを作ることを目的とする ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 3: 居住スペース および 基準 4: 家庭用品参照。
再建／再構築	修復不能であるため、解体後に再建が必要な構造物
情報センター	情報センターは、影響を受けた人びとに対して助言と指導を提供する。現地のセンターで提供される情報は、支援を受ける権利、土地への権利、損害補償・技術助言／支援の利用方法、さらに帰還、統合、移住、仲裁や法的扶助を含む説明責任と損害補償の明確化に資する。
法律および行政の専門性	法律および行政の専門性を提供することは、影響を受けた人びとが自らの有する権利についての意識を高め、無償または割引料金で、必要な行政サポートを受ける手助けとなる。最も脆弱性の高いと思われるグループには、特別に留意する必要がある。
土地所有の確保	影響を受けた人びとの居住および / または土地を確保する権利に向けた支援を行うことは、強制立ち退き、ハラスメント、その他の脅威からの法的保護を保証し、安全、平和、尊厳を与える ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 6: 借地借家権の確保参照。
インフラおよび避難先の居住地計画	インフラと避難先の居住地計画の支援は、コミュニティのサービス向上のために用いられ、持続可能な移行期の避難先の居住地の計画立案、および再建に向けた解決策をサポートする。インフラと避難先の居住地計画立案への支援は主に住居部門により調整されているもの、そして主に他部門により調整される 2 つの区分に大別できる。
宿泊施設への支援	既存の建物は集会所または避難場所として用いられ、迅速な避難所を提供する。学校、公共の建物、屋根付きの遊び場、宗教的施設、または空き家の地所などがそれらの例である。上述の物件は、居住するために、適応や改良を必要とする場合がある ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 3: 居住スペース 参照。学校の建物を、紛争によって影響を受けた人びとを収容する場所として利用する場合は、学校教育を継続させるために、代替の建造物を直ちに特定後、使用することとする ⊕ **集会所に関するガイドライン および「INEE Handbook」参照。**
避難先の居住地および集会所の管理	⊕ **集会所に関するガイドライン 参照。**

支援の選択肢（オプション）	説明
瓦礫撤去および遺体の取扱い	瓦礫の撤去は、公共の安全と影響を受けた人びとの交通アクセスを向上させる。環境への影響についても検討する ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 2 および 7 参照。 死体の取扱いと特定を適切に行う。 ⊕ 保健医療システム基準 1.1 および WASH 基準 6 参照。
共有インフラの復旧および／または設置	ガイダンスとして、衛生、道路、排水、橋および電気といったインフラの復旧および建設 ⊕ 第 5 章 WASH と避難所および避難先の居住地基準 2: 立地および避難先の居住地の計画立案参照。
公共施設の復旧および建設	**教育：** 学校、子どもが過ごしやすいスペース、安全な遊び場 ⊕ **「INEE ハンドブック」参照** **保健サービス：**保健所と病院 ⊕ 保健医療システム基準 1.1: 保健医療サービスの提供参照 **治安：**警察駐屯地、コミュニティによる監視体系 **公共活動：** 意思決定を行う集会所、余暇と祈祷、燃料の貯蔵、調理施設、固形廃棄物の処理 **経済活動：** 市場、家畜のための土地と空間、生計活動および商売のためのスペース
都市部／村の計画および区画	危機後の住宅地域の再計画を行う際、地方行政および都市計画者の参加を得ることで、各規制およびすべての利害関係者の相互利益が尊重される ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 2: 立地および避難先の居住地の計画立案参照。
移転	移住は、家族またはコミュニティの住居、資産、公共インフラを別の場所に再建することを含む過程を示す。

付記 5
実行の選択肢（オプション）

支援の提供方法は、質、タイミング、規模と経費に影響を及ぼす。経済の再建をサポートするためには、日用品、労働、賃貸市場を含む地域の市場の理解に基づき、実行オプションを選択する ⊕ 市場を介した支援の提供の提供参照。選択した実行オプションによる影響を、参加と当事者意識、ジェンダーの動態、社会的結束、生計手段を得るための機会の度合いをもとに検討する。

実行の選択肢（オプション）	説明
技術支援および質の保証	技術支援は、その支援内容に関わらず、避難所および避難先の居住地における支援に欠くことのできない部分である ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 5: 技術支援参照。
財政支援	財政支援を通じて、家庭とコミュニティは物資やサービスを利用し、または自らの避難所および避難先の居住地でのニーズを満たすことができる。作業に伴うリスクと困難の度合いに応じて、技術支援と能力強化を交えた財政支援で補完する。市場を介した財政支援の選択肢（オプション）は下記の通り： **条件付きの送金：** 特定の条件（例：分割返済制度など）を満たすことが重要な場合に便利 **制限的な現金またはクーポン：** 特定の物資や業者の関与に便利 **無条件、無制限、または多目的** 貯蓄グループ、ローン、少額融資、各種保険・保障などの**財政サービスへのアクセス** ⊕ 市場を介した支援参照。
物資支援	現地の市場で、影響を受けた世帯に十分な質、量、迅速さで支援提供がされない場合、物資や資材の調達後、影響を受けた世帯に直接配給することも選択肢の１つである。 ⊕ 市場を介した支援参照。
労働の委託および請負契約	避難所および避難先の居住地の目標達成のため、所有者主導、契約者主導、または機関主導により、労働の委託および請負契約を交わす ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 5: 技術支援参照。
能力強化	能力の強化と研修は、利害関係者が個別のまたは集合的な対応能力を高める機会を与える。また、共通の課題とツール（例：建物の基準、規範の開発や実行など）について意見を交わし、協力のもと検討する可能性が生まれる ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 5: 技術支援参照。 能力強化が首尾よく行われることで、現地の利害関係者が取組む活動を専門家が監督することに集中でき、より多くの人びとに専門的な支援を提供できるようになる。

想定される避難先の居住地の状況に関連した可能性のある支援および選択肢（オプション）の実行についての表は、
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

付記 6
避難先の居住地で想定される状況に関連した支援の可能性と実行の選択肢（オプション）

避難先の居住地で想定される状況														
		避難していない人びと			避難している人びと									
					分散して居住			共同の場で居住						
		所有者住居の宿泊施設または土地	賃貸宿泊施設または借地	非公式に居住する宿泊施設または土地	賃借契約	受け入れ契約	自然発生的な取り決め	集合宿泊施設	計画された避難先の居住地	計画外の避難先の居住地		間接的影響を受けた人びと
支援オプション	世帯避難所基準の物差し											
	家庭用品	×	×	×	×	×	×	×	×	×		×
	避難所用キット	×	×	×	×	×	×	×	×	×		×
	避難所用道具一式	×	×	×	×	×	×	×	×	×		×
	テント	×	×	×	×	×	×		×	×		
	帰還、輸送支援				×	×	×	×	×	×		
	修繕	×	×	×	×	×		×				×
	改造	×	×	×	×	×						×
	受け入れ先への支援					×			×	×		×
	賃借支援				×							
	一時的避難所	×	×	×			×		×	×		
	暫定的避難所	×	×	×			×		×	×		
	住居の中核部分	×	×	×					×			
	再建／再構築	×							×			

			避難先の居住地で想定される状況									
			避難していない人びと			避難している人びと						
						分散して居住			共同の場で居住			
	避難先の居住地基準の物差し	情報センター	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		法的・運営管理の専門性	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		所有の確保		X	X	X	X	X	X	X	X	
		インフラと避難先の居住地計画			X			X		X	X	X
		都市部 / 村の計画と区画		X	X	X	X	X	X	X	X	
		宿泊施設支援							X			X
		避難先の居住地と集会所の管理							X	X	X	X
		瓦礫撤去および遺体の取扱い	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		共有インフラの復旧および / または建設	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

			避難先の居住地で想定される状況									
			避難していない人びと			避難している人びと						
						分散して居住			共同の場で居住			
		コミュニティ施設の復旧および / または設置	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		都市部 / 村の計画と区分	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		移転	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
実行オプション		技術支援と質の保証	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		財政支援	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		物資支援	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		委託労働および請負契約	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		能力強化	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

参照・参考文献

国際的な法制度

Article 25 Universal Declaration of Human Rights. Archive of the International Council on Human Rights Policy, 1948. www.claiminghumanrights.org

General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing (Art. 11.1 of the Covenant). UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1991. www.refworld.org

General Comment 7: The right to adequate housing (Art. 11.1 of the Covenant): forced evictions. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1997. www.escr-net.org

Guiding Principles on Internal Displacement. OCHA, 1998. www.internal-displacement.org

Pinheiro, P. *Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons*. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

Refugee Convention. UNHCR, 1951. www.unhcr.org

全般

Camp Closure Guidelines. Global CCCM Cluster, 2014. www.globalcccmcluster.org

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

Emergency Handbook, 4th Edition. UNHCR, 2015. emergency.unhcr.org

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UNOCHA, 2014. https://docs.unocha.org

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

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

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. https://seepnetwork.org

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

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Post-Disaster Settlement Planning Guidelines. IFRC, 2012. www.ifrc.org

UN-CMCoord Field Handbook. UN OCHA, 2015. https://www.unocha.org

避難先の居住地での想定

Humanitarian Profile Support Guidance. IASC Information Management Working Group, 2016. www.humanitarianresponse.info

Shelter after Disaster. Shelter Centre, 2010. http://shelterprojects.org

一時的な共同避難先の居住地

Collective Centre Guidelines. UNHCR and IOM, 2010. https://www.globalcccmcluster.org

現金、クーポン、市場アセスメント（事前調査）／障害

All Under One Roof: Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies. IFRC, 2015. www.ifrc.org

CaLP CBA quality toolbox. http://pqtoolbox.cashlearning.org

ジェンダーおよびジェンダーに基づく暴力

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2015. Part 3, section 11: Shelter, Settlement and Recovery. https://gbvguidelines.org

IASC Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2017. https://reliefweb.int

Security of Tenure in Humanitarian Shelter Operations. NRC and IFRC, 2014. www.ifrc.org

子どもの保護

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, Global Protection Cluster, 2012. http://cpwg.net

学校および公共施設

Guidance Notes on Safer School Construction (INEE Toolkit). INEE, 2009. http://toolkit.ineesite.org

都市部の状況

Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses. IDMC, 2015. www.internal-displacement.org

Urban Shelter Guidelines. NRC, Shelter Centre, 2010. http://shelterprojects.org

借地借家権の確保

Land Rights and Shelter: The Due Diligence Standard. Shelter Cluster, 2013. www.sheltercluster.org

Payne, G. Durand-Lasserve, A. *Holding On: Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges.* 2012. www.ohchr.org

Rapid Tenure Assessment Guidelines for Post-Disaster Response Planning. IFRC, 2015. www.ifrc.org

Securing Tenure in Shelter Operations: Guidance for Humanitarian Response. NRC, 2016. https://www.sheltercluster.org

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 25 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2014. www.ohchr.org

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 21 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2015. www.ohchr.org

参考文献

For further reading suggestions please go to
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

関連文献

Evictions in Beirut and Mount Lebanon: Rates and Reasons. NRC, 2014. https://www.alnap.org/help-library/evictions-in-beirut-and-mount-lebanon-rates-and-reasons

Housing, Land and Property Training Manual. NRC, 2012. www.nrc.no/what-we-do/speaking-up-for-rights/training-manual-on-housing-land-and-property/

Land and Conflict: A Handbook for Humanitarians. UN Habitat, GLTN and CWGER, 2012. www.humanitarianresponse.info/en/clusters/early-recovery/document/land-and-conflict-handbook-humanitarians

Rolnik, R. *Special Rapporteur on Adequate Housing (2015) Guiding Principles on Security of Tenure for the Urban Poor.* OHCHR, 2015. www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/StudyOnSecurityOfTenure.aspx

Security of Tenure in Urban Areas: Guidance Note for Humanitarian Practitioners. NRC, 2017. http://pubs.iied.org/pdfs/10827IIED.pdf

Social Tenure Domain Model. UN Habitat and GLTN. https://stdm.gltn.net/

建設管理

How-to Guide: Managing Post-Disaster (Re)-Construction projects. Catholic Relief Services, 2012. https://www.humanitarianlibrary.org/resource/managing-post-disaster-re-construction-projects-1

環境

Building Material Selection and Use: An Environmental Guide (BMEG). WWF Environment and Disaster Management, 2017. http://envirodm.org/post/materialguide

Environmental assessment tools and guidance for humanitarian programming. OCHA. www.eecentre.org/library/

Environmental Needs Assessment in Post-Disaster Situations: A Practical Guide for Implementation. UNEP, 2008. http://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/17458

Flash Environmental Assessment Tool. OCHA and Environmental Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org/feat/

FRAME Toolkit: Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-Related Operations. UNHCR and CARE, 2009. www.unhcr.org/uk/protection/environment/4a97d1039/frame-toolkit-framework-assessing-monitoring-evaluating-environment-refugee.html

Green Recovery and Reconstruction: Training Toolkit for Humanitarian Action (GRRT). WWF & American Red Cross. http://envirodm.org/green-recovery

Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment (REA) in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International, 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnads725.pdf

Shelter Environmental Impact Assessment and Action Tool 2008 Revision 3. UNHCR and Global Shelter Cluster, 2008. www.sheltercluster.org/resources/documents/shelter-environmental-impact-assessment-and-action-tool-2008-revision-3

Quantifying Sustainability in the Aftermath of Natural Disasters (QSAND). IFRC and BRE Global. www.qsand.org

保健医療

人道憲章
権利保護の原則
人道支援の必須基準（CHS）
保健医療
保健医療システム
必要最低限の保健医療サービス
感染症
子どもの保健医療
セクシュアル・リプロダクティブヘルス
外傷ケアおよびトラウマケア
精神保健
非感染症
緩和ケア
基準 1.1
保健医療サービスの提供
基準 2.1.1
予防
基準 2.2.1
子どもの時のワクチンで予防できる疾患
基準 2.3.1
生殖および妊産婦と新生児の保健医療
基準 2.4
外傷ケアおよびトラウマケア
基準 2.5
精神保健
基準 2.6
非感染症のケア
基準 2.7
緩和ケア
基準 1.2
保健医療従事者
基準 2.1.2
サーベイランス、アウトブレイク（集団感染）の検出および早期対応
基準 2.2.2
新生児および小児期の疾患対策
基準 2.3.2
性暴力とレイプへの臨床対応
基準 1.3
必須医薬品と医療機器
基準 2.1.3
診断とケースマネージメント
基準 2.3.3
HIV
基準 1.4
保健医療の財政基盤
基準 2.1.4
アウトブレイク（集団感染）の対策および対応
基準 1.5
保健医療情報
付記 1　保健医療に関する事前調査チェックリスト
付記 2　週次調査報告書書式例
付記 3　主要な保健医療指標の計算式
付記 4　中毒

目次

保健医療における基本的概念 292
1. 保健医療システム 297
2. 必要最低限の保健医療サービス 311
　2.1 感染症 311
　2.2 子どもの保健医療 322
　2.3 セクシュアル・リプロダクティブヘルス 327
　2.4 外傷ケアおよびトラウマケア 335
　2.5 精神保健 339
　2.6 非感染症 342
　2.7 緩和ケア 345
付記 1: 保健医療に関する事前調査チェックリスト 349
付記 2: 週次調査報告書書式例 351
付記 3: 主要な保健医療指標の計算式 356
付記 4: 中毒 358
参照・参考文献 360
関連文献 F1

保健医療における基本的概念

すべての人々は必要な時に適切な保健医療サービスを受ける権利を有する

保健医療に関するスフィア最低基準は、人道危機における保健医療サービスに関する実践的な事項に言及している。基準は、人道憲章に明記されている基本理念、原則、権利と義務を礎としており、尊厳ある生活を営む権利、保護と安全を求める権利、そしてニーズに応じた人道支援を受ける権利などが含まれる。

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: スフィアの法的根拠参照。

危機における保健医療サービスの使命は超過している死亡率と罹患率を引き下げることにある。

人道危機はほぼ必ずと言っていい程、影響を受けた人びとの健康とウェルビーイングに多大な影響をもたらす。危機の初期では救命救急医療が重要ではあるが、その後は健康推進、予防、治療、リハビリテーション、緩和ケアも同様に重要な役割を果たす。

危機は直接的にも間接的にも公衆衛生に影響を与える。負傷や危機そのものが原因による死亡が直接的な影響であり、対して生活環境の変化や強制的な移住、法的保護の欠落、保健医療へのアクセスの低下が間接的な影響である。

過密なシェルター、不衛生さ、水量と水質の不十分さ、食料確保の不安定性はいずれも、栄養不良と感染症流行のリスクを高める。極端なストレス要因は精神保健にも悪影響を及ぼす。社会的支援や自助の仕組みが損なわれると、不適切な対処方法の選択や援助希求行動の低下などを起こす可能性がある。保健医療サービスへのアクセスが悪くなり、医薬品の共有が途切れることで、周産期ケア、そして HIV、糖尿病、精神疾患および精神保健の治療の継続に支障をきたす恐れがある。

危機における医療支援の主な目的は、死亡率、罹患率の上昇を防ぎ、軽減することである。死亡率と罹患率のパターン、ひいては保健医療ニーズは、危機の種別と程度によって異なる。

危機の程度をモニタリングと評価をするのにもっとも有用な指標は粗死亡率 (Crude Mortality Rate, CMR) 、および、より感度が高いのは 5 歳未満児死亡率 (Under Five Crude Mortality Rate, U5CMR) である。CMR または U5CMR がベースライン値の 2 倍以上の場合は、公衆衛生の重大な緊急事態として、迅速な対応が求められる ⊕ 付記 3: 主要な保健医療指標の計算式参照。

ベースライン値が入手できない場合、以下の数値を限界値とする。

- 粗死亡率（CMR）が 1 件 /1 万人 / 日を超える場合
- 5 歳未満児死亡率（U5CMR）が 2 件 /1 万人 / 日を超える場合

緊急事態を示す限界値は、国レベルで判断しなければならない。例えば、U5CMR ベースライン値がすでに限界値を超えているにもかかわらず値が倍になるまで傍観することは非倫理的でしかない。

既存の保健医療システムを支援する

保健医療システムに基づいた支援アプローチは、危機とその復興の期間をまたぎ、健康への権利を発展的に具体化させるだろう。だからこそ、既存の保健医療システムを支援する方法を模索することは重要なのである。現地もしくは外国人職員の雇用は国の保健医療システムに短期的にも長期的にも影響を及ぼす。分析に基づき入念に計画された保健医療介入は、既存の保健医療システムを強化し、将来的な発展を可能にする。

危機の初期段階は、焦点化する健康指標の設定と、複数の支援領域に属する機関によって行われる迅速アセスメント（事前調査）を最優先に行う。不完全な情報やアクセスできない地域があったとしても、タイムリーな公衆衛生上の意思決定が遅れることがあってはならない。包括的なアセスメント（事前調査）を可能な限り早期に実施する。

都市型災害では既存とは異なる保健医療対応が要求される

都市部では、人口密度、施行中の環境政策、社会構造、既存の社会サービスを考慮して支援しなければならない。リスクを抱える人びとと、医療へのアクセス方法がない人びとを特定することは容易ではない。対応能力が需要を容易に凌駕する場合もある。過疎地域から都市部に避難してくる人びとは、既存の保健サービスへのアクセス方法をほとんど知らず、感染症のリスクを更に高める。訪問活動はこのような移住してきた人びとが抱えるシェルター、食料、保健医療、仕事、社会的支援ネットワークへの不十分なアクセスという都市におけるストレスを緩和するのに有効である。

噂や誤報は都市部では広まるのが早い。テクノロジーを活用して、保健医療サービスに関する正確な情報を迅速に提供する。都市部では二次、三次医療従事者がより活動的である場合が多いので、彼らのプライマリーヘルスケア提供能力を高める。彼らを感染症に対する早期覚知、対応システムに巻き込み、かつ、彼らの本来の専門能力を高める。

最低基準は単独で適用されるものではない

本章における最低基準は、適切な医療への権利を反映しており、世界中でこの権利が施行されることに寄与するものである。この権利は水、衛生、食料、居住への権利と相関する。ある分野でスフィア最低基準を達成することは、他分野でも向上が見込める。他分野とは緊密に調整と協働を行う。

ニーズを満たし、支援の重複を回避し、医療保健分野の支援の質を最大限にするために、地方行政やその他の支援組織と調整する。ニーズを平等に満たし、アクセスしにくい、リスクを抱えている、あるいは疎外された人びともケアにアクセスできることを確保するために必要な事柄である。保健医療支援組織間の調整は、ハンドブックを通じて提示されている。相互参照は、人道支援におけるあらゆる場面での連携の可能性を示唆している。

国内基準がスフィア最低基準を下回る場合、漸進的に基準を上げるよう政府と協働する。

信頼できる情報を支援分野間で共有し、その情報に基づいた優先順位付けを行うとともに、状況の変化に応じて見直す。

国際法による保健医療への権利の保障

保健医療は差別なく提供され、アクセス、水準、料金と質の面で適切でなければならない。国家は危機の際に、この権利を確保する義務がある ⊕ 付録 1: スフィアの法的根拠参照。

次の条件が満たされている場合に限り、保健医療への権利が保障されていると言える。

- 人びとが保護されている。
- 保健医療システムの従事者は十分な教育と研修を受け、世界共通の倫理原則と専門家としての基準を守っている。
- 保健医療システムがスフィア最低基準を満たしている。
- 国家には、保健医療が提供されうる安全で安定した状況を確立し維持する意志がある。

保健医療従事者、保健医療施設、保健医療搬送に対する攻撃、脅威、その他の暴力的な妨害は国際人道法に反する行為である。これらの保護は、負傷病者を尊重、保護する基本的義務に由来する。

人道支援組織は上記のような脅威がある際はその性質を慎重に考慮し、対処方法を検討する必要がある。例えば、国の軍による攻撃は地域社会からの脅迫とは違う脅威として考慮されるであろう ⊕ 保健医療を守るための特別な配慮 参照。

権利保護の原則および人道支援の必須基準（CHS）との関係

保健医療従事者は、負傷者および病人を人道的かつ区別や差別なく、ニーズに基づいてケアしなければならない。守秘義務、情報保護、プライバシーの確保は暴力、虐待、その他の問題から個人を守るために重要である。

ジェンダーに基づく暴力や児童虐待、育児放棄などの個人に対する暴力の場合、最初に対応するのは医療従事者であることが多い。保健医療従事者が事例を特定し、守秘義務扱いのコミュニケーション、照会システムを使って社会福祉や保護の機関に照会するための研修を行う。重篤な症状で集中医療を必要としているにもかかわらず、保護者の法的な同意が得られないような保護者のいない子どもや養育者から離れてしまった子どもは、特に保護が難しい。可能な場合は、子ども自身および地方行政に相談する。子どもの利益の最優先性を実現するためには生存権と保健医療への権利が不可欠であり、これらの権利が当事者同意の権利に優先する場合もある。状況および文化的規範、風習を慎重に考慮した上で判断しなければならない。保護者のいない子どもの国際医療搬送、照会、移動には、厳密な書類提出ならびに保護サービスと現地自治体の関与が求められる。

海上や国際水域、あるいは陸上に関わらず医療が提供されるべき事例が増えている。このような状況は、保護の問題と政治的複雑性を惹起し、慎重な計画、準備、保護リスクの軽減が必要となっている。

民軍協力に関して特に紛争時では慎重に評価する。軍や武装勢力は、民間人にとってもでさえも重要な保健医療の提供者となり得る。人道支援組織は、最終手段として、保健医療設備の電源を再確保するためのインフラ支援、あるいは保健医療機器の輸送や医療搬送などのロジスティクス支援など、軍の能力を利用せざるを得なくなる可能性がある。しかし、軍への依存は、保健医療へのアクセスの状況、ならびに中立性と公平原則を含めて検討するべきである ⊕ 人道憲章 および スフィアとは の 国内あるいは国際軍事力との調整 参照。

最低基準を適用するにあたり、人道支援の必須基準（CHS）における 9 つのコミットメントはすべて尊重する必要がある。保健医療支援が行われる場合は、フィードバックの仕組みが導入されていなければならない ⊕ 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 5. 参照。

保健医療を守るための特別な配慮

保健医療施設、救急車、医療従事者への攻撃を防ぐためには、国際、国家、地域の各レベルで持続的な取り組みが必要である。脅威の本質になる原因は状況によって大きく異なり、それらの認識と報告が必要である。保健医療を守るためには、保健医療機関はその職務において、また保健省とその他の関連組織への支援において、以下の課題を考慮する必要がある。

あらゆる緊急事態、特に紛争の際には、紛争当事者、地域社会、患者から十分な理解が得られない恐れがあるため、保健医療従事者は中立と公平性を維持し、態度と行動で示さなければならない。

救命医療サービスを提供する際は、人道原則に従い、ニーズのみに基づく公平な保健医療を提供する。中立性を推進するため、区別することなく負傷病者をケアし、患者の安全を保証し、保健医療情報と個人データの守秘義務を厳守する。

紛争が起きている地域社会、関係者、当事者から受け入れられることが保健医療の保護に役立つ場合がある。保健医療従事者は周囲の人びとを教育するとともに、周囲から公平性、中立性の保守が認識されていなければならない。保健医療施設におけるケアの基準、サービスの質、施設の立地もこのことに影響するだろう（例えば軍のキャンプ近くに設置されているか）。

保健医療施設は通常「武器禁止」の方針が適応され、武器は施設や救急車の外に置かれる。これにより中立的な環境が推進され、施設内で紛争にまつわる緊張や争いを回避し、施設自体が標的にされることを防げる可能性がある。

施設と職員を危険から守るために物理的な安全対策を取る。同時に、安全対策をとることが、保健医療施設に対する一般市民の認識と受け入れにどう影響するかを理解する。

人道支援組織は、支援を印象づける方法に対するリスクと利点を理解し、その印象が地域からの信頼と受け入れにどう影響するかというリスクと利点を考えなければならない。ある活動では資材や立地を目立たないようにすることが適切であるかもしれないし、またある活動では機材や敷地に大きく組織名を表示したほうがいい場合もある。

1. 保健医療システム

円滑に機能する保健医療システムは、エボラ出血熱アウトブレイク（集団感染）のような大規模な健康危機の発生時であっても、あらゆる保健医療ニーズに対応が可能である。軽度の疾患が平時と同様に診療され、母子保健プライマリケアは継続されることは、超過死亡と罹患率低下につながる。あらゆる保健医療を推進、復旧、維持する機関は、保健医療システム全体に貢献する。そして、保健医療システムには、国から地方、小行政区、コミュニティ、家庭のケア提供者までのあらゆるレベルを包含し、かつ軍や民間企業も含まれる。

危機においては、保健医療のシステムと供給はニーズが高まる更に前の段階で、すでに弱体化することが多い。医療従事者が死亡したり、医療品の供給が滞ったり、インフラが被害を受けたりするかもしれないからである。人道支援のための優先順位を決めるためには、保健医療システムに対する危機の影響度を理解することが重要である。

既存の保健医療システムがない状況下での緊急時、人道支援が活動することはほとんどない。システムが脆弱な場合、照会機能や保健医療情報の照合と分析を通じて補強し開発する必要がある。

本節の基準は、有効な保健医療システムの 5 つの中核について述べる。

- 質の良い保健医療サービスの提供
- 研修を受け、かつ意欲的な保健医療従事者
- 薬剤、診断資材、技術の適切な供給、管理、使用
- 適切な財政基盤
- 良質な保健医療情報と分析

これらの側面はさまざまな形で相互に影響している。例えば、保健医療従事者の能力が不十分であったり、必要最低限の薬剤の不足は、保健医療サービスの提供に影響を与えるであろう。

公平性を保ちながらニーズに対応するには、リーダーシップと調整が極めて重要である。通常は保健省（Ministry of Health, MoH）が主導的役割で対応を調整するが、他の保健医療機関からの支援を要請する場合もある。保健省は時に、効率的かつ公平にその役割を務める能力と意欲に欠けることがあり、その場合は別の機関が責任を担う必要がある。保健省が全土へのアクセスあるいは当該国の全域で受け入れられていない場合、特に緊急時には、人道支援組織は受け入れられている既存のシステムを支援しなくてはならない。非国家主体やその他の機関とどのように協働するか、また彼らの医療提供力と調整能力を慎重に判断する。

人びとへのアクセスは重要だが、人道原則を理解し、支援の公平性と中立性への影響を明確に判断したうえで検討しなければならない。調整には、国からコミュニティまで医療のすべてのレベルにおいて行われる調整、WASH、栄養、教育など他の支援分野との協働のための調整、保健医療分野内での精神保健および心理社会的支援、ジェンダーに基づく暴力（Gender Based Violence, GBV）、HIV など専門には別分野間での調整が含まれる。

保健医療システム基準 1.1：保健医療サービスの提供

人びとは安全、効果的、かつ患者中心の良質な包括的保健医療へのアクセスを有する。

基本行動

1 保健医療システムの各レベルで十分かつ適切な医療を提供する。

- 緊急事態においては、国もしくは現場に最も近いレベルで、危機の種類、疫学データ、保健医療システムの能力に基づいて、保健医療サービスの優先順位付けをする。
- 家庭、地域社会、保健医療施設、病院の各レベルが提供すべきケアの種類を特定する。

2 トリアージの仕組みと照会制度を確立または補強する。

- 紛争状況下での保健医療施設または野外地におけるトリアージの標準化された手順（プロトコル）を設置する。これは更なる治療のための照会搬送される前に、緊急治療が必要な患者が特定され、即時に治療もしくは安定化が開始されるために必要である。
- 安全な緊急搬送サービスと、栄養分野もしくは子どもの保護分野といったケアとサービスの異なる支援間での、効果的な照会機能を確保する。

3 保健医療サービス、ケースマネジメント、合理的な薬剤利用の、標準化された実施要綱を適応または使用する。

- 必要最低限の薬剤リストを含む国の基準を使用し、緊急状況に適応させる。
- 国内ガイドラインが古い場合、あるいは存在しない場合は国際的ガイドラインを使用する。

4 患者の尊厳、プライバシー、守秘義務、安全、インフォームドコンセントへの権利が保障された医療を提供する。

- HIV や性感染症 (sexually transmitted infections STIs) などスティグマ (差別) の対象となることの多い症状の患者を含め、すべての人びとがケアにアクセスできるよう安全とプライバシーを確保する。

5 安全な保健医療を提供し、危害、有害医療事象、虐待を防ぐ。

- 有害医療事象を報告、検証するシステムを実施する。
- いかなる虐待、性暴力も報告する原則を確立する。

6 すべての医療現場において、WASH 最低基準および医療廃棄物処理設備を含む適切な感染予防制御（infection prevention and control, IPC）対策を講じる。

- コレラやエボラ出血熱などが流行している際は、WHO、UNICEF、国境なき医師団（Médecins Sans Frontières, MSF）などの専門機関からの総合的なガイダンスを求める。

7 遺体の管理と埋葬は、公衆衛生上適切かつ安全で、尊厳が守られた文化的に適切な方法で行う。

基本指標

対象人口のうち、家からプライマリヘルスケアまでのアクセスが 1 時間の徒歩圏内である割合

- 最低 80%

優先度の高い保健医療サービスを提供する医療施設の割合

- 最低 80%

1 万人あたりの産科病床を除いた病床数

- 最低 18 床

次の段階のケアへの照会を必要とする人びとの比率

適時に照会される患者の割合

ガイダンスノート

保健医療へのアクセスは、すべての人びとにとって、物理的な距離、受容可能性、購買可能性を含む医療の利用可能性によって決まる。

利用可能性：保健医療はコミュニティ施設、可動または定置の保健医療施設の利活用を通じて提供可能となる。それぞれの施設の数、種類、場所は危機の状況によって異なる。定置保健医療施設の充足率を計画するための、大まかな目安は以下の通りである。

- 1 万人あたり 1 つの保健医療施設
- 25 万人あたり 1 つの地区病院または地方病院

しかしながら、これらの目安が達成されたからと言ってあらゆる現場での保健医療が充足されるわけではない。農村部では、5 万人あたり 1 つの施設、これにコミュニティのケースマネジメントプログラムと移動診療所を組み合わせ

る、という目標のほうが適切かもしれない。都市部では、最初の保健医療アクセスは二次医療施設という可能性もあるので、これによりプライマリーケアは 1 万人より多い人を充たしていることになる。

緊急事態において、保健医療の緊急対応能力を提供することは極めて重要である。資源が無駄になり、既存の施設における信頼が損なわれるので、既存のサービスとの重複は避ける。臨時の施設が閉鎖されたら、人びとが安心して既存の施設に戻って来られなければならない。

保健医療サービスの稼働率をモニタリングする。稼働率が低い場合、質の低さ、直接または間接費用の問題、他のサービスの選択、対象人数の過大評価、その他アクセスの問題が考えられる。稼働率が高ければ、公衆衛生上の問題の存在、対象人数の過小評価、あるいは別の地域でアクセスの問題が生じている可能性がある。すべてのデータを、性別、年齢、障がい、民族背景、その他状況に関連している可能性のある要素ごとに分析するべきである。稼働率の計算については、⊕ 付記 3 参照。

受容可能性：地域社会のさまざまな地域、すべての紛争当事者グループ、特にリスクを抱えるグループがサービスにアクセスするために、障壁を特定、対処するためにあらゆるグループに助言を求める。女性、男性、子ども、HIV と共に生きる人びととハイリスクの人びと、障がい者、高齢者と協働し彼らの健康に関する行動様式を理解するために、保健医療の立案段階へこれらの人びとが関わることで、患者としてのコンプライアンスやケアの適時性が推進されるだろう。

購買可能性：⊕ 保健医療システム基準 1.4: 保健医療の財政基盤参照。

コミュニティレベルのケア：プライマリーヘルスケアには家庭やコミュニティでのケアが含まれる。コミュニティヘルスワーカー（Community Health Workers, CHW）もしくはボランティア、ピアサポーターのような人材を通じて、あるいは村の健康推進組織と協働して、患者および地域社会との関わりを深める。予防プログラムから健康増進やケースマネジメントまで、状況に応じて幅広いケアを提供する。包括的なケア、臨床的なスーパーバイズ、プログラムのモニタリングを確保するため、どのプログラムも最寄りのプライマリーヘルスケア施設との連携を確立する必要がある。CHW が急性栄養不良をスクリーニングする際には、医療施設やその他の栄養サービスへの照会が必要となる ⊕ 食料安全保障と栄養に関するアセスメント（事前調査）基準 1.2: 栄養に関するアセスメント（事前調査）参照。WASH、栄養など他の分野のコミュニティプログラムとケアを統合させる ⊕ WASH 衛生促進基準 1.1 および 食料安全保障と栄養 – 栄養不良の管理基準 2.1 参照。

緊急照会システムは、既定の安全で確実な搬送機能を有するシステムとして、週 7 日 1 日 24 時間利用可能でなくてはならない。照会元と受け入れ先の保健医療従事者間での引き継ぎが必要である。

患者の権利：保健医療施設とサービスは、個室の相談室を設けるなどプライバシーと守秘義務を確保するように設計する。処置や手術に先立ち患者またはその保護者にインフォームドコンセントを求める。年齢、ジェンダー、障がい、言語、民族背景など、インフォームドコンセントと安全に影響する特別な事柄

へ配慮する。患者からのフィードバック制度を可能な限り早期に確立する。患者のデータを保護する ⊕ 保健医療システム基準 1.5: 保健医療情報参照。

適切で安全な施設：合理的な薬剤使用の実施要綱、および薬剤と医療機器の安全管理を適用する ⊕ 保健医療システム基準 1.3: 必須医薬品と医療機器参照。

緊急下であっても施設を適切な状態に保つ。診察のためのプライベートな空間、合理的な患者フロー、ベッド間に 1 メートルの空間設置、換気、病院には閉鎖的滅菌室、重要な医療器材への十分なエネルギー供給、適切な WASH の構造を確保する。アウトブレイク（集団感染）が起きている間は、インフラの必要最低限の条件の再確認、およびトリアージ、観察、隔離のエリアでのガイダンスを再確認する。

洪水や紛争などの危機の際でも、保健医療施設への安全で保護されアクセス可能であるように保つ対策を考案する。

感染の制御と予防（Infection prevention and control, IPC）は、すべての現場において病気と抗菌薬耐性を予防するための鍵である。平常時であっても、世界中の患者の 12%は医療を受けている間に感染を起こし、術後感染の 50%は一般的な抗生物質に耐性がある。

IPC の主な要素は、ガイドラインの策定と実施（標準予防策、感染経路別予防策、無菌操作について）、各現場への感染予防制御チームの配置、医療従事者へのトレーニング実施、プログラムのモニタリング、および医療関連の感染と抗微生物薬耐性検出をサーベイランスシステム内に導入することである。医療現場には、適切な職員配置と仕事量、病床稼働率（1 床患者 1 人の徹底）、施設環境、安全で衛生的な実践を維持するべきである ⊕ 保健医療サービス基準 1.2: 保健医療従事者参照、⊕ 前述の適切で安全な施設、および WASH に関するインフラと設備に関しては、⊕ WASH 基準 6: アウトブレイク（集団感染）（集団感染）と保健医療における WASH 参照。

標準予防策は IPC 対策の一部であり、以下を含む。

- 鋭利機材によるけがの予防 : 針、メス、その他の鋭利機材は、使用後の洗浄時や処分時の扱いに注意する。鋭利機材でけがをした者は全員、72 時間以内に HIV 曝露後予防（post-exposure prophylaxis, PEP）を受けなければならない ⊕ 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 3.3: HIV 参照。
- 個人用防護具（Personal Protective Equipment, PPE）の使用 : リスクと作業内容に基づき適切な PPE を配給する。予想される曝露の種類（液跳ね、噴霧、対面および接触など）および感染経路カテゴリーを事前調査する。防水または耐水といった作業に合わせた耐久性と適性や、防護具のフィット感を確認する。追加の PPE については感染経路によって決まる。接触（ガウン、手袋など）、飛沫（患者から 1 メートル以内に入る時はサージカルマスクを着用する必要がある）、空気感染（微粒子用マスク）がある ⊕ WASH 基準 6: アウトブレイク（集団感染）と保健医療における WASH 参照。

- その他の対策には、手指衛生、医療廃棄物管理、清潔な環境維持、医療機器の洗浄、咳エチケット、無菌法の理解がある ⊕ WASH 基準 6: アウトブレイク（集団感染）と保健医療における WASH 参照。

有害事象：人道危機以外の時でも、世界の入院患者の 10%が有害事象の被害を受けている。主な原因は安全でない外科処置、誤薬、医原性感染である。有害事象の記録登録の仕組みはすべての医療施設に必要最低限のであり、改善のための監査も必要である。

遺体の管理：現地の風習と信仰の実践にならい、故人への敬意を持って管理し、遺体は家族に返す。伝染病、自然災害、紛争、大量虐殺などの死因にかかわらず、遺体の管理には保健医療、WASH、法律、保護、法医学の各分野間の調整が必要とされる。分野間の調整が必要とされる。

遺体が直接的に健康リスクとなることはほとんどない。コレラ、エボラ出血熱などの特定の病気は特別な管理が求められる。遺体の復元には防護具、復元器具、搬送、保管場所ならびに記録が必要になる可能性がある ⊕ WASH 基準 6: アウトブレイク（集団感染）と保健医療における WASH 参照。

保健医療システム基準 1.2：保健医療従事者

人びとは、すべての保健医療のレベルにおいて、適切な技術を持った保健医療従事者へのアクセスを有する。

基本行動

1 現行の保健医療従事者の配置を、国の分類に照らして再確認し、ギャップおよび不充分な地域を特定する。

- 1,000 人あたりの配置を、機能と雇用場所ごとに追跡調査する。

2 国内基準または国際的なガイドラインに則り、保健医療従事者に役割に応じたトレーニングを行う。

- 緊急事態下に置かれた保健医療従事者は拡大した役割を担い、トレーニングと支援を必要としているかもしれないということを認識する。
- 離職率が高い場合はリフレッシュ研修を行う。

3 保健医療従事者が安全な職場環境で働けるよう支援する。

- 紛争地にいる医療従事者を守るために可能な限りの対策を実施、擁護する。

- 臨床従事者に、産業保健研修、および B 型肝炎と破傷風の予防接種を提供する。
- 保健医療従事者が任務を遂行するために適切な IPC と PPE を支給する。

4 保健省職員とその他の保健医療従事者との間の給与格差ならびに人材配置の不公平を最小化するため、褒賞と給与戦略を策定する。

5 保健医療従事者のデータと準備状況を、保健省と地域及び全国の関連団体と共有する。

- 紛争中の保健医療従事者の強制移動や離脱に注意する。

基本指標

1,000 人あたりのコミュニティヘルスワーカー（CHW）の数

- 最低 1 ～ 2 人のコミュニティヘルスワーカー

熟練した保健医療従事者（医師、看護師、助産師）による分娩の割合

- 最低 80%

1 万人あたりの熟練した分娩従事者（医師、看護師、助産師）の数

- 1 万人あたり最低 23 人

臨床に従事するすべての保健医療従事者が診療手順とケースマネジメントのトレーニングを受けている。

ガイダンスノート

医療従事者の利用可能性：医療従事者には、医師、看護師、助産師、クリニカルオフィサー、検査技師、薬剤師、CHW、ならびに管理やサポート職者が含まれる。医療従事者の数やプロファイルは人口や医療ニーズに合っていなければならない。人数が少ない場合、仕事量が過剰になり医療の質が担保されなくなる恐れがある。既存の医療従事者を緊急対応に組み入れる。

現地職員の募集とトレーニングを行う際は、国のガイドライン（入手不可能な場合は国際的なガイドライン）に従う。国外の保健医療従事者を募集する際は、国と省の規則に従う（特に臨床職の場合の資格証明など）。

紛争現場に近い場所も含め、農村部および都市部にいるアクセスしにくい人びとへのケアに配慮する。保健医療従事者は、すべての民族、言語、帰属の人びとにケアを提供しなければならない。地域でのアウトリーチ活動、移動診療所内のケースマネージメントの担当、有効な照会システムの構築のために、比較的低いレベルの医療従事者を募集し養成する。業務遂行が困難な地区での勤務には報償制度が必要かもしれない

コミュニティヘルスワーカー（Community Health Worker, CHW）：ボランティアを含む CHW とともにコミュニティづくりを行うことで、疎外された人びとやスティグマ（差別）を受けている人びとなど、アウトリーチしにくい人びとへのアクセスが改善される。地理的な制約や、多様なコミュニティにおける受容性の課題がある場合、1 人の CHW がサービスを提供できるのは 500 人ではなく実際には 300 人に減少する可能性がある。

CHW の仕事は多岐にわたり得る。応急処置やケースマネジメントのトレーニングを受けることになるかもしれないし、健康診断を任されるかもしれない。適切な監督と統合されたケアを確実なものにするため、CHW をそれぞれ最寄りの医療施設と協働できるようにしなければならない。緊急事態が沈静化すると、保健医療システムに CHW を吸収しきれない場合が多い。通常 CHW は過疎地域でのみ機能することを考えると、都市型の危機には別のモデルが必要となるかもしれない。

受容可能性：社会文化的な期待に応えることで、患者の関わりは強まる。さまざまな社会経済、民族、言語、性的指向グループの多様性と、適切なジェンダーバランスが保健医療従事者にも反映されるべきである。

質：保健医療従事者の知識が最新のものであり、実践が安全であることを確保するため、組織はトレーニングと監督を行わなければならない。トレーニングプログラムは国のガイドライン（緊急事態に適応されたもの）または合意された国際的なガイドラインに沿ったものにする。

以下についてのトレーニングを導入する。

- 診療手順とケースマネジメント
- IPC、医療廃棄物管理などの標準管理運営手順
- リスクのレベル見合った安全管理
- 例えば、医療倫理、患者の権利、人道原則、子どものセーフガーディング、性的搾取と虐待からの保護などの行動規範 ⊕ 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基準 2.3.2: 性暴力とレイプの臨床ケア および 人道憲章参照。

定期的な監督と質のモニタリングは優れた実践例を促進するだろう。1 度限りのトレーニングでは良い質は担保できない。誰がいつどこで何について誰からトレーニングを受けたかという記録を、保健省と共有する。

保健医療システム基準 1.3：必須医薬品と医療機器

人びとは安全および効果的で品質保証されている 必須医薬品と医療機器へのアクセスを有する。

基本行動

1 優先された保健医療課題対する標準化された必須医薬品と医療機器のリストを作成する。

- 対応初期に、既存の国内必須医薬品と医療機器のリストを再確認し、緊急状況下に適応させる。
- 利用可能性を確保するために特別な働きかけが必要な可能性のある規制医薬品に特に留意する。

2 安全な必須医薬品と医療機器の利用可能性を確保するため、効果的な管理システムを確立する。

- ワクチンの輸送、保管、コールドチェーン、ならびに血液製剤の収集と保管を含める。

3 薬剤と医療機器の寄付受け入れは、国際的に認められているガイドラインを遵守している場合に限る。

基本指標

必須医薬品が入手不可能な日数

- 30 日のうち最高 4 日

必須医薬品を備えている保健医療施設の割合

- 最低 80%

使用可能な必要最低限の医療機器を備えている保健医療施設の割合

- 最低 80%

患者に渡された薬剤はすべて有効期限内である。

ガイダンスノート

必須医薬品の管理：必須医薬品には薬品、ワクチン、血液製剤が含まれる。良質な薬剤管理は、利用可能性を確保するのみならず、安全でない薬剤や期限切れの薬剤の禁止も行う。管理の主要な要素は、選択、予測、調達、保管、配布の 5 つである。

選択は国の必要最低限の薬剤リストに基づいて行うべきである。非感染症、セクシュアル・リプロダクティブヘルス、緩和ケアと手術のための鎮痛剤、麻酔、精神保健、規制薬剤（下記参照）などに関するギャップがある場合は是正を主張する。

予測は消費、罹患率データ、および状況分析に基づいて行うべきである。国内製造機関の被害、倉庫の損壊、国際的な調達の遅延などの要素により、国内の薬剤供給が滞る可能性がある。

調達の方法は、国際調達に関する国の法律、税関規程、質保証メカニズムを遵守するべきである。遅延が生じた場合はメカニズムの改善を主張する（保健省、主導機関、国の危機管理局、または人道支援コーディネーターを通じて）。システムが存在しない場合、消費期限内で国または保健医療従事者の言語で記載されている事前の認可を受けた製品を調達する。

保管：薬剤は、薬品供給サイクル全体を通じて安全に保管されるべきである。条件は製品によって異なる。薬剤は床に直接置かない。期限切れのものは施錠し、可燃性の製品は通気性が良く防火対策のある場所で保管、規制薬剤にはセキュリティーの追加、コールドチェーンまたは温度管理が必要な製品は各々の保管場所を確保する。

配布：中央集積所から保健医療施設への、安全で保護され到着予測が可能、かつ記録が残る輸送の仕組みを確立する。パートナー組織は自動的に供給するプッシュ型、または需要対応のプル型のいずれかのシステムを使うであろう。

期限切れ薬剤の安全な処分：環境汚染および人びとへの危害を防ぐ。緊急事態に適応されている国の規制、または国際的なガイドラインを遵守する。超高温焼却は費用がかかり、薬剤の備蓄は短期間しか機能しない ⊕ WASH 基準 6: アウトブレイク（集団感染）と保健医療における WASH 参照。

必要最低限の医療機：国内外の法律に遵守した各医療レベルにおいて、実験用試薬と大型機を含む、必要な医療機器を選定し調達する。障がい者のための補助装置を含める。定期的なメンテナンスを行い、スペア部品の供給はできれば現地で調達し、機器の安全な使用を確保する。機器の廃用作業は安全に行う。補助装置を紛失した場合は代わりを配給または設置し、使い方とメンテナンスについての明確な情報を提供する。装具の適切なサイズ、フィッティング、使用、メンテナンスについてはリハビリテーションサービスに照会する。単回の配給は回避する。

事前認可されたキット：は、危機の初期段階や備えとしての事前配置に便利である。必要最低限の薬剤と医療機器が備えられており、想定している医療内容によって幅がある。WHO は、下痢や外傷などに対処するキットに加え、機関間緊急医療キットおよび非感染症キットの最大供給者である。国連人口基金（UNFPA）は性と生殖に関する保健医療キットの最大供給者である。

規制薬剤：鎮痛剤、精神科薬および抗分娩後出血薬剤は通常規制薬剤である。低所得国の 80%は十分な鎮痛剤を保有していないため、保健省と政府に利用可能性の改善を求める。

血液製剤：国立の輸血サービスが存在する場合は調整し協働する。自主的な血液提供者からのみ収集する。すべての製品に、血液型判定および適応性テストと合わせ、最低限 HIV、B 型と C 型肝炎、梅毒の試験を行う。製品の保管と配布は安全に行う。血液と血液製剤の正しい使用方法について臨床従事者にトレーニングを行う。

保健医療システム基準 1.4：保健医療の財政基盤

人道危機下では、人びとは無償の保健医療へのアクセスを有する。

基本行動

1. 政府のシステムを介して医療費が課金される場合、課金を廃止もしくは一時停止する計画を策定する。
2. 保健医療サービスへのアクセスと利用を阻む、間接費用とその他の経済的障壁を緩和する。

基本指標

無償の医療施設の割合（診察、治療、検査、処方を含む）

- 目標 100%

診察、治療、検査、処方を含む保健医療へのアクセスと利用に、直接的な費用負担が生じない人びとの割合

- 目標 100%

ガイダンスノート

医療費：緊急時にサービスに対する支払いを求めることは、保健医療へのアクセスを妨げ、人びとが保健医療を求めることを妨げる可能性がある。

政府による保健医療への支払いの停止は、必然的に財政圧迫をもたらすだろう。保健医療従事者の給与と褒賞、薬剤と医療機器および補助器具の補充について、保健省または保健医療提供者を支援することを検討する。一時的に無償化された場合、その期間と理由について利用者に明示し、アクセス可能性とサービスの質をモニタリングする。

間接費用は、地域社会に十分なサービスを提供し、計画的な移送と照会の仕組みを利用することで最小化できる。

現金給付型支援：ユニバーサルヘルスカバレッジ 2030 の目標は、人びとが不当な経済的困難に陥ることなく医療を受けられることである。人道支援における保健医療支援に対して現金支給型支援を使うことは健康指標にプラスの効果をもたらすという明確な根拠は、本 2018 年版の時点では存在しない

⊕ スフィアとは の 市場を介した支援の提供 参照。

以下の場合は、現金給付型支援が保健医療支援に有用かもしれないことが過去の経験から示されている。

- 緊急事態が安定化した状況
- 妊娠期ケアや慢性疾患など、予測可能性が高いサービスの存在
- 活発な健康追求行動が既存し、需要が高い場合
- 食料、シェルターなど、他の重要な家庭におけるニーズが満たされている場合

保健医療システム基準 1.5：保健医療情報

保健医療は、関連する公衆衛生データの収集と分析および利活用から導かれたエビデンスに基づいている。

基本行動

1 効果的で公平な保健医療対応のために、正確な最新情報を提供する保健医療情報システムを強化または構築する。

- 保健医療情報システムには、すべての利害関係者を含むこと、実践が容易なこと、対応を強化するための収集、分析、解釈が単純であることを確保する。

2 即時支援が求められるすべての危険に対する疾病早期警戒アラート対応 (Early Warning Alert and Response, EWAR) メカニズムを強化または構築する。

- 疫学的情報と緊急事態の状況に基づき、含むべき優先順位の高い疾患と事象を判断する。
- 指標に基づく要素と事象に基づく要素を両方導入する。

3 合意された共通の運用データと定義を使用する。

- 人口、家族構成、年齢別細分類など、母数の設定を考慮する。
- 行政区と地理コードを策定する。

4 保健医療情報を使用する際は、すべての保健医療機関が標準化された運営手順に合意する。

5 集団や人口データの報告の際には、データを安全に管理する仕組みを作り、個人情報保護の権利を保証する。

6 情報を収集分析し、すべての利害関係者がタイムリーかつ継続して保健医療情報を得ることができ、それらの情報に基づいて保健医療支援についての意思決定がなされるよう、主導機関を支援する。

- 保健医療サービスの適用範囲と利用状況および疫学データの分析を含める。

基本指標

早期警戒アラート対応 (EWAR) またはサーベイランス報告書一式が適時に公開される割合

- 最低 80%

主導保健医療機関が作成する保健医療情報報告書の発行頻度

- 最低月 1 回

ガイダンスノート

保健医療情報システム：機能的な保健医療情報システムは、健康の決定要因、保健医療システムのパフォーマンス、集団の健康状態に関する信頼性が高く適時な情報の収集、分析、発信、活用を確約する。データは質的なものも量的なものも含み、国勢調査、人口動態統計、人口調査、ニーズの調査、個人の保健医療記録、健康管理情報システムといった保健医療施設からの報告書など、様々な情報源から収集できる。アウトブレイク（集団感染）、保健医療システムや保健医療サービスの全面的な崩壊など、保健医療サービスにおける想定外の問題も考慮し組み入れる柔軟性が必要である。情報は、保健医療システムのすべてのレベルで問題とニーズの特定を可能にする。

不十分な情報は追加のアセスメントと調査から収集していく。人びとの越境移動、および必要な情報や利用可能な情報が何か常に考慮する。誰がどこで何をしているかの分析情報を定期的に提供する。

保健医療管理情報システム (Health management information system, HMIS) または定期的な報告は、医療提供実績を評価するために、医療施設からの情報を活用する。HMIS は特定の介入の実施状況、疾病治療、管理医薬品等の資材、人材、稼働率などをモニタリングするものである。

健康サーベイランスは、保健健康データの継続的かつ体系的な収集、分析、説明である。疾病サーベイランスは異なる疾病と状況を経時的に観察し、HMIS 報告書で報告されることが多い。

早期警戒アラート対応 (EWAR) は、健康サーベイランスシステムの一環である。化学中毒や易流行性疾患などの即時対応が必要な公衆衛生上の事象を、検出し広く警告する ⊕ 必要最低限の保健医療サービス－感染症基準 2.1.2: サーベイランス、アウトブレイク（集団感染）と早期対応参照。

標準運営手順：地理情報、保健医療施設が提供する保健医療レベルと従事者のレベルの情報を伝える、定義と伝達方法を確立する。少なくとも以下のことに合意する。:

- 報告症例の定義
- 観察事項の指標
- 報告元（移動診療所、野戦病院、ヘルスポストなど）
- 報告経路
- データ提出、分析、報告の頻度

データの細分類：情報データは、意思決定を導き、高リスクグループにとっての不平等を検出するため、性別、年齢、障がい、避難した側か受け入れ側か、状況（たとえば難民キャンプや避難所なのか在宅避難なのか）、および広域なのか小行政レベルなのか、という項目によって細分類されるべきである。細分類されるべきである。

EWAR では 5 歳以上と以下の子どもで死亡率と罹患率データを細分類する。目的は迅速に警告を発することであって、精度の低いデータであっても許容される。集団流行の調査データ、接触者追跡調査、ラインリスト、流行の傾向の詳細モニタリングには、細分類データが必要である。

データ管理、セキュリティ、守秘義務：個人情報とデータ保守の適切な予防策を講じる。保健医療従事者は、患者の許可なく、ケアに直接関係しない者と患者情報を共有してはならない。インフォームドコンセントを行う能力に影響を及ぼす知的、精神、感覚障がい者に配慮する。HIV などの背景を持つ人びとの多くは近しい家族にもそのことを打ち明けていないということに配慮する。性的暴行も含め、拷問その他の人権侵害による外傷に関わるデータは慎重に取り扱う。当事者が合意した場合、関係する情報を適切な機関もしくは施設に伝えることを検討する ⊕ 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 4 参照。

保健医療への脅威：保健医療従事者への脅威や、医療従事者を巻き込む暴力事件はいかなるものであれ、合意されている現地と国内の仕組みを使って通報する必要がある ⊕ 保健医療における基本的概念 (上述) および 参照・参考文献（後述）参照。

2. 必要最低限の保健医療サービス

必要最低限の保健医療は、危機の影響を受けた人びとの死亡率と罹患率の主な原因に対処する。どのサービスをいつどこで優先するか合意するため、保健省とその他の公的保健医療機関と調整を行う。状況、リスクアセスメント、根拠に基づいて優先順位をつける。

危機の影響を受けた人びとには新たなニーズもしくは既存のものとは異なるニーズが生じ、そのニーズは増大し続けるだろう。人口過密、度重なる避難、栄養不良、水へのアクセスの欠如、あるいは継続する紛争に直面するかもしれない。年齢、ジェンダー、障がい、HIV 感染、言語、民族アイデンティティがニーズに影響し、ケアへのアクセスの大きな障壁となるかもしれない。サービスが行き届いていない、あるいはアクセスが困難な場所に住んでいる人びとのニーズに配慮する。

罹患率と死亡率の原因である可能性が最も高いリスクに焦点を当て、優先サービスについて保健省とその他の保健医療機関と合意する。保健医療プログラムは、状況、ロジスティクス、必要な資源を考慮し、適切かつ効果的なケアを提供するべきである。状況が改善するか増悪するかによって優先順位が変わる可能性がある。入手可能な情報に基づき、また状況の変化に応じて、関係機関との合意形成は定期的に行うべきである。

死亡率が下がるか状況が安定化されれば、より包括的な保健医療サービスが実現可能になる。遷延化する場合は、ここに書かれていることが国レベルで定義される必要最低限の保健医療サービスとなるかもしれない。

本章では緊急対応時の必要最低限の保健医療を概説する。必要最低限の保健医療とは、感染症、小児保健、セクシュアル・リプロダクティブヘルス、外傷、精神保健、非感染症、緩和ケアである。

2.1 感染症

自然災害、紛争、飢饉などの原因にかかわらず、人道危機はしばしば感染症の罹患率と死亡率を高める。人びとが過密な共同居留地や避難所に入ってくるということは、下痢や麻疹などの病気が蔓延しやすいということでもある。汚水処理施設への被害や清潔な水の不足は、水および病原体媒介生物による感染症の感染の加速化を意味する。集団免疫力の低下はすなわち感染症が起きやすくなることを意味する。保健医療システムが崩壊すれば、HIV や結核の長期的治療やワクチンといった長期にわたる保健医療、加えて呼吸器感染症など単純な疾病の治療が滞る可能性がある。といった長期にわたる保健医療、加えて呼吸器感染症など単純な疾病の治療が滞る可能性がある。

危機の影響を受けた人びとの間では、依然として急性呼吸器感染症、下痢、麻疹、マラリアの罹患率が最も高い。急性の栄養不良はこれらの疾患を増悪させ、特に 5 歳未満の子どもと高齢者の急性の栄養不良を増悪させる。

危機における保健医療の目的は、危機発生時から感染症を予防し、どのような症例にも対応し、アウトブレイク（集団感染）が発生した場合は迅速かつ適切な対応体制を確保することである。

感染症対策には、予防、サーベイランス、アウトブレイク（集団感染）の検出、診断とケースマネジメント、アウトブレイク（集団感染）対応が含まれるべきである。

感染症基準 2.1.1：予防

人びとは、感染症を予防するための保健医療と情報へのアクセスを有する。

基本行動

1 影響を受けた人びとの感染症リスクを判断する。

- 入手可能であれば既存の保健医療情報、サーベイランスデータ、栄養状態、安全な水へのアクセスと衛生環境を再確認する。
- 地域の指導者と保健医療専門職を含む影響を受けた人びと、とともにリスクアセスメントを行う。

2 総合的な予防対策を策定し、地域レベルでの包括的な健康増進プログラムを確立するため、他の支援分野と協働する。

- 健康行動を蝕むような特定の恐怖、風評、共通認識に対処する。
- メッセージを統一するため、衛生促進担当者や地域の栄養関係職などのアウトリーチ活動を行っている他の分野と調整する。

3 疾病予防のためワクチン接種を実施する。

- リスク、実行可能性、状況に基づき、特定の感染症についてワクチン接種キャンペーンの必要性を判断する。
- 可能な限り早期に、既存の予防接種プログラムを通じてワクチンの定期接種を再開する。

4 必要に応じて疾病ごとの予防対策を実施する。

- マラリア流行地域では長期残効型蚊帳（Long-Lasting Insecticide-treated Nets, LLIN）を配布し、すべての入院患者による使用を徹底する。

5 リスクに応じて全保健医療レベルでの感染予防制御（Infection Prevention and Control, IPC）の対策を実施する ⊕ 保健医療システム基準 1.1 および WASH に関しては WASH 基準 6: アウトブレイク（集団感染）と保健医療における WASH 参照。

基本指標

保健医療教育活動とメッセージで推奨されている鍵となる行動を実践している人びとの割合

影響を受けた世帯のうち、感染症関連のリスクと予防行動に関する適切な情報を受け取ったと報告する世帯の割合

影響を受けた世帯のうち、実践している感染症予防対策を 3 つ説明できる世帯の割合

マラリア流行地域ではすべての入院患者が長期残効型蚊帳を使用している

危機発生以前のレベルと比較して、主要な感染症の発生率は変わらないもしくは増えていない

ガイダンスノート

リスクアセスメント：影響を受けた人びと、地域のリーダーおよび保健医療職者とともにリスクアセスメントを行う。人口が過密共同居留地や都市部など、状況と環境によってもたらされるリスクを分析する。疾病ごとの疫力が低いなどのリスク要因について、人口構成グループごとに前向きに検討する。前向きに検討する。

分野を超えた予防対策：適切な衛生管理、廃棄物処理、安全で十分な水、病原体媒介生物の管理など、総合的な予防対策を策定する。十分な数の避難所、避難先の居住地間の十分な間隔、および換気は感染を減らすのに役立つ。完全母乳育児と適切な栄養へのアクセスは、健康状態に直接貢献する ⊕ 人道支援の必須基準（CHS）コミットメント 3, WASH 衛生促進基準 1.1, WASH 給水基準 2.1 と 2.2, WASH 固形廃棄物管理基準 5.1 から 5.3, 避難所および避難先の居住地基準 2 および 食料安全保障と栄養 - 乳幼児の食事基準 4.1 と 4.2. 参照。

健康増進：高齢者、障がいのある人びと、女性、子どもがアクセスできる形態と言語で情報を提供するよう、コミュニティの関与を促す。繊細な問題に関するメッセージが伝わるかを時間をかけて確認し検証する。

ワクチン接種：ワクチン接種キャンペーンを実施する判断は次の 3 つの要素に基づいて行う。

- **一般的なリスク要素のアセスメント（事前調査）。**栄養不良、慢性疾患の高い負担、過密、不十分な WASH 状況、ならびに地形、気候、季節、集団免疫など疾病特有のリスクなど。
- **キャンペーンの実行可能性**は、ワクチン特性のアセスメントに基づく。ワクチン特性には、利用可能性、有効性、安全性、単抗原もしくは混合か、経口か注射か、安定性が考慮事項である。対照群へのアクセス、時間的制約、輸送、必要資材、費用、インフォームドコンセントを得る能力などの運用要素を考慮する。
- **状況**には地域住民からの反対、資源不足による不平等、政治的制約や安全の制約、ワクチン接種者に対する反発などの倫理的、実践的な制約が含まれる。

⊕ 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: 子どもの時のワクチンで予防できる疾患 および コレラ、髄膜炎、麻疹、ロタウイルスなど 23 の抗原 (病原体) を網羅する資料「深刻な人道危機におけるワクチン接種 : 意志決定のための枠組み WHO, 2017」参照。

マラリア予防：高度から中度のマラリア感染の認められる地域では、栄養不良が深刻な人びとおよび世帯、妊婦、5 歳未満の子ども、保護者のいない子ども、HIV と共に生きる人びとに長期残効型蚊帳を提供する。その後、栄養補給プログラムでは、5 歳未満の子どものいる世帯と妊婦のいる世帯を優先化する。国の実施要綱と耐性パターンに従って妊婦に予防的内服化学療法を行う。栄養不良と麻疹の死亡率が高い地域では、対象を絞った季節的マラリア 予防的内服化学療法を検討する。

シマカが媒介する病気：デング熱、チクングニア熱、ジカウイルス、黄熱はシマカが媒介し広がる。統合的な病原体媒介生物管理によって疾病予防する。個人は刺されるのを予防できる服を着用し、家庭では水と廃棄物の管理を徹底し、乳幼児が昼寝する際には虫よけか LLIN を使うべきである ⊕ WASH 病原体媒介生物対策基準 4.2: 病原体媒介生物を制御するための家庭および個人の行動参照。

感染症基準 2.1.2：サーベイランス、アウトブレイク（集団感染）の検出および早期対応

サーベイランス、報告システムはアウトブレイク（集団感染）の早期検出と早期対応につながる。

基本行動

1 流行疾病の状況に特化した、早期警戒アラート対応 (EWAR) メカニズムを強化または確立する。

- 疫学的リスクに基づき優先的な病気と事象を判断する。
- 優先度の高い病気の種類、保健医療当局に通報して警戒（アラート）を宣言するための仕組みについて、すべてのレベルの保健医療従事者をトレーニングする。
- 必要な行動を取るため、すべての関係者に EWAR 週報を送る。

2 アウトブレイク（集団感染）調査チームを構築する。

- 警戒宣言された場合の迅速な行動開始を確保する。
- 紛争現場など、チームが影響を受けた人びとにアクセスができない場合は、遠隔調査を開始する。

3 アウトブレイク（集団感染）を確認するため、検体を迅速診断検査または検査機関によって確定診断できることを確保する ⊕ 必要最低限の保健医療サービス－感染症基準 2.1.3: 診断とケースマネジメント参照。

基本指標

警戒（アラート）が 24 時間以内に発令される割合

- 90%

発令された警戒（アラート）が、24 時間以内に確認される割合

- 90%

確認された警戒（アラート）が、24 時間以内に調査される割合

- 90%

ガイダンスノート

早期警戒アラート対応 (EWAR)：保健省、関係機関、地域社会を含むすべての関係者と調整し、影響を受けた人びとに代わって EWAR システムを強化または確立する ⊕ 保健医療システム基準 1.5: 保健医療情報参照。このシステムは流言、異常事象、コミュニティの報告が把握できなければならない。

サーベイランスと早期警告：関係機関と EWAR システムを強化し、報告単位、データの流れ、報告ツール、データ分析ツール、症例定義、報告の頻度について合意する。

警戒宣言と報告：警戒はアウトブレイク（集団感染）の初期段階を示唆する、異常な健康事象である。疾病ごとに警戒（アラート）しきい値を定義し、可能な限り早期に報告する。症例が発生したら医療従事者が即時に報告できる方法を取るか、または指標に基づいた分析報告（週 1 回又はそれ以上）のどちらかを取る。すべての警戒（アラート）を即時に記録し、検証のためにアウトブレイク（集団感染）調査チームに報告する。

警戒の検証：警戒（アラート）情報を 24 時間以内に検証する。検証は電話など遠隔からでも良く、さらなるデータの収集と症例の分析などを進める。分析は症状、発症日時、場所、性別、年齢、転帰、鑑別診断の観点から行う。

アウトブレイク（集団感染）の検出：警戒（アラート）が実証された場合、24 時間以内に現地調査を行う。チームが警戒（アラート）の検証能力、現地調査、アウトブレイク（集団感染）疑いのある病原菌の検出、検体採取技術を有していることを確保する。調査によってアウトブレイク（集団感染）のしきい値に達しているものかの判定、または、警戒（アラート）は散発的な症例や季節的なピークを反映したものかの判定が明らかになるであろう。

症例検討、検体採取、ならびにリスクアセスメントを行う。想定される結果は次の通りである。

- 症例ではない。
- 症例として認められるがアウトブレイク（集団感染）ではない。
- 症例として認められ、アウトブレイク（集団感染）が疑われる、あるいは確認される。

アウトブレイク（集団感染）の種類によっては、臨床検査でしか確認できないものもあるが、アウトブレイク（集団感染）が疑われる際は迅速な行動が必要な場合がある。

警戒（アラート）しきい値とアウトブレイク（集団感染）のしきい値

	警戒（アラート）しきい値	アウトブレイク（集団感染）のしきい値
コレラ	2 歳以上の急性水様下痢および重篤な脱水が 2 例、または 1 週間以内の同じ地域で急性水様下痢による死亡例が 2 例。 5 歳以上の重度急性水様下痢による死亡例が 1 例。 1 地域内で起きたコレラ迅速診断検査陽性の急性水様下痢 1 症例。	1 件確認
マラリア	状況に応じ国レベルで判断	状況に応じ国レベルで判断
麻疹	1 例	国レベルで判断
髄膜炎	1 週間に 2 例（人口 3 万未満） 1 週間に 3 例（人口 3 ～ 10 万）	1 週間に 5 例（人口 3 万未満） 1 週間に10万人あたり10件（人口 3 ～ 10 万） 1 避難所で 1 週間に確定診断例 2 件
ウィルス性出血熱	1 例	1 例
黄熱	1 例	1 例

アウトブレイク（集団感染）の調査と早期対応：アウトブレイク（集団感染）が確認されたか疑われた場合、精査を実施する。適切な対策を取るため、病原体と感染源、感染者の把握、感染経路、感染リスクのある者を確認する。

以下を含む記述疫学調査を行う。

- 流行曲線（感染者の時間的分布）とスポットマップ（感染者の地理的分布）を作成するための症例数、死亡件数、発症者、発症日時と場所。
- 各症例を追跡しアウトブレイク（集団感染）の程度を分析するラインリスト。例えば入院件数、合併症、死亡率など。
- 公的な人口の数値に基づいて、罹患率を計算する。

どのような曝露によって疾患が起きたか説明する仮説を設定する。病原体、感染源、感染経路を検討する。

仮説を評価し、アウトブレイク（集団感染）の症例定義を合意により決める。この定義はサーベイランスに使われる症例定義より厳密なものかもしれない。症例定義に従った複数の検体を使用した臨床検査で同一のアウトブレイク（集団感染）が確認されたら、更なる検体収集の必要性はないかもしれない。

調査結果を適時かつ定期的に伝え、更新する。可能な限り早期に集団に対する対策を実施する。

特にアウトブレイク（集団感染）が持続している間は、これらすべての活動が同時に行われる可能性がある ⊕ 必要最低限の保健医療ー感染症基準 2.1.4: アウトブレイク（集団感染）の対策および対応 参照。

感染症基準 2.1.3：診断とケースマネジメント

人びとは、集団罹患と死亡の原因になっている感染症への、診断と効果的な治療へのアクセスを有する。

基本行動

1 人びとが発熱、咳、下痢などの症状が出た際に保健医療ケアを求めることを促す明確なメッセージを策定する。

- 書面、ラジオ放送、携帯電話メッセージなど、人びとがアクセス可能な形態と言語を用いる。

2 承認されている標準的ケースマネジメント要綱に沿って、保健医療を提供する。

- マラリア、下痢、肺炎などへのコミュニティベースのケースマネジメントの実施を検討する。
- 重症例は高度な医療ケアや隔離のために照会入院させる。

3 適切な臨床検査と診断検査の対応能力、医療資機材と質の保証を提供する。

- 病原体の診断に迅速診断を用いるか実験室検査にするか、どのレベルの保健医療サービスにおいて医療を提供すべきかを判断する（例えばコミュニティでは迅速診断検査を用いる）。

4 結核や HIV など長期的な感染症治療を受けている人びとの治療の継続を確保する。

- 対象基準に適合した時にのみ、結核対策プログラムを導入する。
- HIV プログラムと共同で、HIV と結核の同時感染者への医療提供を確保する。

基本指標

特定の疾患のために、治療の標準化された手順（プロトコル）を使って危機の影響を受けた人びとをサポートしている、保健センターの割合

- 発生動向をモニタリングするために毎月記録のレビューを行う。

合意された診断方法によって確認された、感染疑い症例の割合

ガイダンスノート

治療の標準化された手順（プロトコル）：実施要綱には診断、治療、照会入院という一連が一括して含まれるべきである。危機状況下でこのような利用可能な一括されたものがない場合、国際ガイドラインの利用を検討する。特にマラリア、結核、腸チフスについては、現地の薬物耐性パターンと集団避難のパターンを理解する。2 歳未満の子ども、妊婦、高齢者、HIV と共に生きる人びと、急性栄養不良の子どもなど特定の感染症罹患リスクの高いグループに配慮する。

急性呼吸器感染：危機の際、人口過密、室内で煙がたかれ十分な換気が行われず、低栄養、ビタミン A の欠乏によって脆弱性が高まる。早期の感染者発見、抗生物質の経口薬投与、重篤な症例の照会入院を用いて致死率を下げる。

下痢と出血性下痢：家庭、地域、プライマリーヘルスケアの各レベルで、経口補水療法（oral rehydration therapy, ORT）と亜鉛補給へのアクセスと利用率を高めることによって、死亡率を抑える。地域の経口補水拠点で治療を行うこともできる。

地域ケースマネジメント：マラリア、肺炎、下痢の患者は、トレーニングを受けたコミュニティヘルスワーカーによってケアされ得る。すべてのプログラムが最近接の保健医療施設と関係し、監督されていることを確保する。すべての人びとにとって平等かつ公平なアクセスを確保する。

臨床検査：検体検査のために、地域内、国内、および国際間の臨床検査の照会ネットワークを構築する。マラリア、コレラ、デング熱の迅速診断とヘモグロビン濃度検査環境を設置する。コレラ用のキャリーブレア培地のように、他の病原体診断用の輸送培地を提供する。

診断方法、精度管理、検体採取、輸送、記録について保健医療従事者にトレーニングを行う。地域内、国内、国際間で行う確定診断の実施要綱を確立する。最終診断試験には、黄熱、ウイルス性出血熱、E 型肝炎に対する培養、血清および抗原検査、および RNA テストが含まれる。特にウイルス性出血熱やペスト、これらの類似疾患については、病原体の安全な輸送メカニズムに関する実施要綱を確立する。検体を空輸する際は航空規則を考慮する。

結核対策は、薬剤耐性の増加のため複雑なものになっている。プログラムを設置するのは、人びとへの継続的なアクセスとケアの提供が少なくとも 12 ～ 15 ヶ月間確証されている場合に限る。多剤耐性結核（MDR TB 、2 大結核治療薬であるイソニアジドとリファンピシンに耐性を持つ多耐性結核）および広範囲薬剤耐性結核（EDR TB、4 大結核治療薬に耐性を持つ）が同定されている。これらのタイプはいずれも、より長期的、高費用、複雑な治療を必要とする。危機においては、結核薬の正しい選択と使用を確保するために必要な診断と感受性テストへのアクセスが困難な場合が多い。

感染症基準 2.1.4：アウトブレイク（集団感染）の対策および対応

アウトブレイク（集団感染）への適切な対策がなされており、タイムリーで効果的な方法で管理されている。

基本行動

1 すべての関係者および分野と協力して、包括的なアウトブレイク（集団感染）への対策と対応を策定し周知する。

- トレーニング対象は、高リスク地域の主要保健医療従事者を中心とする。
- 流行しやすい地域、アクセスが限られている地域には、必須医薬品、医療機器、迅速な検査、個人防護具（PPE）およびコレラや下痢系の病気などへの対応キットをあらかじめ配置する。

2 アウトブレイク（集団感染）が検出されたらば、疾患別の対策を実施する。

- 対象を絞った予防接種キャンペーンの必要性を判断する。
- コレラ、E 型肝炎その他のアウトブレイク（集団感染）のための隔離区域設置を含む、感染予防対策対策をスケールアップする。

3 流行疾病に特化したロジスティクスと対応能力を構築し調整する。

- ワクチンのコールドチェーンを含む、薬剤と物資の輸送と保管機能を確保する。
- コレラや髄膜炎用テントなど、保健医療施設の対応能力を付加する。
- 臨床検査のための、地域内、国内、国際間レベルでのアクセスと輸送を確保する。

4 必要に応じ、子どもの保護分野を含む他の分野と調整する。

基本指標

リスクの高い地域の保健医療従事者が、アウトブレイク（集団感染）への対応計画と実施要綱についてトレーニングを受けている割合

致死率が受容可能レベルまで低下しているか

- コレラ、1%未満
- 髄膜炎、15%未満
- E 型肝炎、総人口の 4%未満、妊娠第三期の妊婦の 10 ～ 50%
- 呼吸器ジフテリア、5 ～ 10%
- 百日咳、1 歳児の 4%未満、1 ～ 4 歳児の 1%未満
- デング熱 1%未満

ガイダンスノート

アウトブレイク（集団感染）への対策と対応計画：保健医療関係機関、保健省、地域住民およびリーダーと共に策定する。WASH、栄養、シェルター、教育、支援の受け入れ国政府、該当する場合は刑務所ならびに軍も関与するべきかもしれない。アウトブレイク（集団感染）への対応期間中に他の重要な保健医療サービスに支障が生じないことを確保する。

計画では次のことを定義づけるべきである。

- 国、地方自治、地域レベルのアウトブレイク（集団感染）対応調整のしくみ
- 地域住民の動員とリスクコミュニケーションのためのしくみ
- EWAR の強化 : サーベイランス、アウトブレイク（集団感染）検出、疫学的なアウトブレイク（集団感染）調査
- ケースマネジメント
- 疾病と状況に沿った対策
- 支援分野を横断した対策
- 臨床検査のための、検体の安全な輸送と照会方法に関する実施要綱
- 治療センター内に隔離エリアを設けるなど、ケアの各レベルで保健医療サービスをスケールアップするための危機管理計画
- アウトブレイク（集団感染）対応チームの対応能力と緊急対応医療従事者の必要条件
- 必須医薬品、ワクチン、保健医療資機材、検査用品、保健医療従事者のための PPE、国際的な調達（例：国際的なワクチン備蓄）の利用可能性

アウトブレイク（集団感染）対策には適切なリスクコミュニケーションと集団流行対策専門チームが必要である。別の地域へ広がらないように、また流行地域での新たな症例を減らすために、アウトブレイク（集団感染）を包括的に阻止する。これには積極的な早期発見の取り組み、迅速な診断およびケースマネジメントが求められる。例えばコレラ、E 型肝炎などに対しては、必要に応じて隔離エリアを設ける。長期残効型蚊帳および衛生促進を通して感染への曝露を低減し、病原体媒介生物対策を推進する。

予防接種キャンペーン

髄膜炎 : 血清群 A、C、W および Y は、危機状況下での集団流行を引き起こす可能性がある。A と C のためのワクチンは流行感染における使用が可能である。危機における画一的なワクチン接種は勧められず、血清群 C と W については不可能である。ワクチン接種対象は、既知の罹患率に基づいた特定の年齢グループ、もしくは生後 6 ヶ月から 30 歳までのどちらかに絞る。確定診断のための脳脊髄液採取に対する、明確な症例定義を定める。

ウイルス性出血熱 : エボラ出血熱、ラッサ熱などウイルス性出血熱の管理と診断は、厳密な国内と国際的ガイドラインに基づく。新たなワクチンおよび革新

的な治療法についての実施要綱がこれに含まれる。アウトブレイク（集団感染）時は、効果的な地域との関わりが重要である。

黄熱：避難者の居住地域と避難者受け入れ地域において 1 症例が確認された場合、集団予防接種が推奨される。これを、媒介蚊の対策および厳密な感染者隔離と組み合わせる。

ポリオ：ポリオは WHO 拡大接種計画に含まれており、緊急事態の第一収束段階の後に予防接種が再開されるべきである。麻痺型ポリオが検出された場合、集団ワクチン接種を開始する。

コレラ：明確な治療とアウトブレイク（集団感染）に関する実施要綱が利用可能であり分野を横断して調整されている必要がある。コレラのワクチンは WHO の枠組みに従い、既存のコレラ対策戦略を補完するために用いる。

A 型、E 型肝炎：難民キャンプでは特にリスクが高い。衛生促進、安全な水へのアクセスによりアウトブレイク（集団感染）を予防する。

麻疹：⊕ 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: 子どもの時のワクチンで予防できる疾患 参照。

百日咳またはジフテリア：人びとが強制的に移動をさせられた際によく発生する。ジフテリア、百日咳、破傷風（DPT）の全細胞ワクチンは高齢者へのリスクの懸念があるため、百日咳の流行に対応した予防接種キャンペーンについては慎重に検討する。アウトブレイク（集団感染）を定期予防接種の格差是正の機会ととらえる。ケースマネジメントでは、発症者への抗生物質治療と、乳児や妊婦がいる家庭内での接触者への早期予防薬投与などがある。ジフテリアの流行はあまり一般的ではないが、ジフテリアの免疫が低い人びとが密集する状況においては、依然として脅威である。居留地におけるワクチンを 3 回に分けて投与する、ジフテリアワクチン集団接種キャンペーンがよく知られている。ケースマネジメントには、血清と抗生物質の両方の投与などがある。ケースマネジメントには、血清と抗生物質の両方の投与などがある。

致死率（Case Fatality Rate, CFR）：特定の疾患に関する受容可能な致死率は、状況と既存の免疫力によって異なる。可能な限り致死率を下げることを目指す。致死率が高い場合、適切な保健医療へのアクセスの欠如、受診とケースマネジメントの遅れ、集団における重大な併存疾患、医療の質の低さを示唆している可能性がある。こまめに致死率をモニタリングし、想定より高い場合は即時に改善対策を取る。

子どものケア：アウトブレイク（集団感染）が発生している間、プログラムを設計し実行する際には、子どもを特定のグループと見なす。保健医療分野と子ども保護分野との間で調整と照会を行う。子どもが両親から引き離されるリスクに対処する。リスクの原因としては、両親の罹患と死亡、またはプログラム設計自体が考えられる。家族の離散防止に焦点をあて、治療に対する親または子の合意を得る。必要な対策と保健教育に配慮しつつ、教育施設を閉鎖しないで継続するための対策を取る。

2.2 子どもの保健医療

危機に際して、子ども達は感染、疾病、その他の健康と生命へのリスクに対しさらに脆弱になる。生活状況が悪化するばかりでなく、予防接種プログラムも中断される。保護者のいない子ども、養育者から離れてしまった子どもにとって、リスクはさらに高くなる。

子どもに焦点を当てた協調的な対応が必要である。最初は救命医療に集中するが、最終的には苦痛を緩和し、成長と発達を促進する介入でなければならない。プログラムは罹患率と死亡率の主原因に対処するべきである。世界的にみて、急性呼吸器感染症、下痢、麻疹、マラリア、栄養不良、および新生児期の罹患と死亡の原因がリスク要因である。

子どもの保健医療基準 2.2.1：子どもの時のワクチンで予防できる疾患

生後 6 ヶ月から 15 歳までの子どもは、疾病に対する免疫力を有し、危機の間でも定期的な予防接種拡大計画（Expanded Programme on Immunization, EPI）サービスへのアクセスを有する。

基本行動

1 予防接種の必要性の有無、および緊急事態下での適切なアプローチを判断する。

- リスクアセスメント（例：人口、季節）、キャンペーンの実行可能性（例：複数回投与の必要性、利用可能性）、および状況（例：安全度、競合するニーズ）に基づいて判断する。このプロセスは危機の展開に合わせて継続するべきである ⊕ 必要最低限の保健医療－感染症基準 2.1.1: 予防 参照。

2 麻疹の予防接種率が 90%未満または不明の場合、麻疹ワクチン接種経験の有無にかかわらず、生後 6 ヶ月から 15 歳の子ども集団を対象に麻疹予防接種キャンペーンを行う。

- 生後 6 ～ 59 ヶ月の子どもにはビタミン A 注射を同時に行う。
- 生後 6 ～ 9 ヶ月でワクチン接種を受けたすべての乳児の、9 ヶ月後の追加投与を確実に行う。

3 320-321ページに記載されている予防接種拡大計画を可能な限り早期に再開する。

- 国で定められているワクチンで予防可能な疾病について、プライマリーヘルスケア施設または移動型医療チームによるアウトリーチのしくみが少なくとも月に 20 日サービスを提供することを目指す。

4 保健医療施設や移動型診療所を訪れる子どもの予防接種状況をスクリーニングし、必要なワクチン接種を行う。

基本指標

麻疹予防接種キャンペーンの終了時に、接種を受けている生後 6 ヶ月から 15 歳の子どもの割合

- 95%以上

麻疹予防接種キャンペーンの終了時に、適量のビタミン A 投与を受けている生後 6 ～ 59 ヶ月の子どもの割合

- 95%以上

DPT の投与を 3 回受けている生後 12 ヶ月の子どもの割合

- 90%以上

基本的予防接種拡大計画のサービスを少なくとも月に 20 日提供するプライマリーヘルスケア施設の割合

ガイダンスノート

予防接種：深刻な危機における死亡数の異常な増加を防ぐために、予防接種は重要である。国の指針は、緊急事態や国境を越えた人びとを考慮していない可能性があるため、遅滞なく必要な予防接種が何かを判断し、調達過程を含めた実施計画を作成する ⊕ リスクアセスメントとワクチン接種決定に関するガイダンスのための 必要最低限の保健医療－感染症基準 2.1.1 および ワクチンの調達と保管に関しては、保健医療システム基準 1.3: 必須医薬品と医療機器 参照。

麻疹ワクチン接種：危機における麻疹予防接種は優先されるべき保健医療介入である。

- 接種率：定期的な麻疹予防接種の接種率または麻疹キャンペーンが過去 3 年間に 90%を超えているかどうかを評価するため、強制移動させられた人びとおよび受け入れ先の人びとの接種率データを再確認する。ワクチン接種率が 90%未満、不明または疑問が残る場合、麻疹予防接種キャンペーンを行う。同時にビタミン A の補給も行う。居留地に新しく来た生後 6 ヶ月から 15 歳の子どものうち、少なくとも 95%が予防接種を受けることを確保する。
- 年齢層：年長の子どもの中には、定期的なワクチン接種や麻疹予防接種キャンペーンを経ておらず、麻疹免疫を獲得していない可能性がある。これらの子どもは麻疹感染のリスクが残り、麻疹による死亡リスクがより高い乳幼児に感染させる恐れがある。従って 15 歳までの子どもにワクチン接種を行う。それが不可能な場合、生後 6 ～ 59 ヶ月の子どもを優先する。
- 追加接種：生後 9 ヶ月から 15 歳のすべての子どもは、国の標準的な予防接種プログラムの一環として、麻疹ワクチンの投与を 2 回受けるべきである。麻疹の予防接種を受けた生後 6 ～ 9 ヶ月の子どもは（例：緊急キャンペーンなどの際の接種）、国が定めた接種計画で推奨される

年齢で 2 回の追加接種を受けるべきである（高リスク地域では、通常生後 9 ヶ月と 15 ヶ月）。

ポリオ：ポリオのアウトブレイク（集団感染）、または根絶プログラムへの脅威が存在する場合、「深刻な人道危機におけるワクチン接種：意思決定の枠組み」で決められたように、ポリオのキャンペーンを検討する ⊕ 必要最低限の保健医療－感染症基準 2.1.1: 予防参照。

国の予防接種拡大計画（EPI）プログラム：子どもを麻疹、ジフテリア、百日咳から守り、呼吸器感染のリスクを低減するために早期から EPI を再開する。国の EPI プログラムによっては、補足的な予防接種が必要になる場合がある ⊕ 必要最低限の保健医療－感染症基準 2.1.4: アウトブレイク（集団感染）への対策および対応 参照。

ワクチンの安全性：ワクチンの安全性を常に確保する。保管と保冷については製造会社の指示に従う ⊕ 保健医療システム基準 1.3: 必須医薬品と医療機器参照。

インフォームドコンセント：親または保護者から予防接種実施のためのインフォームドコンセントを得る。リスクと潜在する副作用の理解と合意を含む。

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

子どもたちは、新生児と小児期における罹患率、および死亡率を高める主要因疾患に対応する、保健医療サービスへのアクセスを有する。

基本行動

1 各医療レベル（保健医療施設、移動型診療所、または地域プログラム）で適切な保健医療を提供する。

- 必要最低限の新生児ケアについては「人道状況における新生児の保健医療」ガイドラインを使用する ⊕ 参照・参考文献 参照。
- 統合的コミュニティケースマネジメント（integrated Community Case Management, iCCM）および 小児疾患の統合的管理（Integrated Management of Childhood Illness, IMCI）の採用を検討する。

2 病気の新生児と子どもにケアを提供するすべての施設で、標準化されたアセスメントとトリアージのシステムを確立する。

- 危険な症状（水分や母乳を飲むことができない、口にした物はすべて嘔吐する、けいれん、昏睡状態、意識がない）を示す子どもへの即時治療開始を確保する。
- 外傷と中毒の高いリスクがある状況では、薬物中毒アセスメントを含める。

3 すべてのレベルでの保健医療において、一般的な小児疾患に対する適切な投与量と投与方法での必要最低限の薬剤を確保する。

4 子どもの成長と栄養状態をスクリーニングする。

- すべての栄養不良の子どもを栄養サービスへ照会する。
- 合併症を伴う重篤な急性栄養不良症に苦しむ子どもには、施設での治療を提供する。

5 アウトブレイク（集団感染）のリスクが高い状況においては、小児疾患およびジフテリア、百日咳などのワクチンで予防可能な疾患の治療のために、適切なケースマネジメント実施要綱を作成する。

- 可能な場合は、既存の実施要綱を使用する。

6 家族が健康行動と疾病予防実践に取り組むことを奨励する健康教育メッセージを策定する。

- 完全母乳育児、乳児栄養、手洗い、乳児の保温、幼年期の発達促進などについての行動を推奨する。

7 子どもや新生児が熱、咳、下痢を示した際に、早期に保健医療を求めることを人びとに奨励する健康教育メッセージを策定する。

- 世話をする大人や親がいない子どもへ、アウトリーチするための手順を踏む。

8 障がいや発達の遅れがある子どもを特定する。

- ケアやリハビリテーションサービスについて、助言と照会を行う。

基本指標

5 歳未満の子供の粗死亡率

- 1 日 1 万人あたり 2 例未満 ⊕ 計算方法は 付記 3 参照

マラリアに罹患している 5 歳未満のすべての子どもに、適時に効果的な抗マラリア治療を行う

- 発症から 24 時間以内に開始
- 重度の急性栄養不良を示す 5 歳未満の子どもは除く

下痢症状のある 5 歳未満のすべての子どもに、適時に経口補水塩（ORS）と亜鉛の補充栄養を行う

- 発症から 24 時間以内に開始

肺炎に罹患している 5 歳未満のすべての子どもに、適時に適切なケアを行う

- 発症から 24 時間以内に開始

ガイダンスノート

必要最低限の新生児ケア：すべてのこどもの出生時には、保健医療施設において専門の教育を受けた医療者のケアを、⊕「妊娠と出産の統合管理」（Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, IMPAC）および「人道支援における新生児の保健医療」ガイドラインに従って提供することが好ましい。 専門の教育を受けた医療者のケアの有無にかかわらず、必要最低限の新生児ケアは以下から成る。

- 保温ケア（入浴はすぐに行わず、肌と肌の接触で新生児を乾燥した暖かい状態に保つ）
- 感染予防（清潔な出産の実践、手洗い、清潔な臍帯、皮膚および目のケアを推進する）
- 授乳支援（即時の完全母乳育児、初乳を廃棄しない）
- モニタリング（感染の危険兆候や搬送が必要な可能性のある症状をアセスメントする）
- 産後ケア（最初の 24 時間の訪問産後ケアが最も重要であり、生後 1 週間は自宅または自宅の近くで産後ケアを提供する。生後 1 週間に 3 回の自宅訪問を目指す）

小児疾患の統合的管理（Integrated management of childhood illness, IMCI）は、5 歳未満の子どもに対するプライマリーヘルスケアレベルのケアに焦点化している。IMCI の確立後、臨床ガイドラインを標準実施要綱に組み入れ、保健医療専門家に適切なトレーニングを行う。

統合的コミュニティケースマネジメント（Integrated community case management, ICCM）はマラリア、肺炎、下痢の効果的な治療を、医療施設へのアクセスが限られている人びと、特に 5 歳未満の子どもに対しタイムリーに提供するための手法である。

下痢の管理：下痢のある子どもは低浸透圧の経口補水塩（ORS）と亜鉛の栄養補充治療を行う。亜鉛は下痢の発現期間を短縮し、ORS は脱水を予防する。発現期間中は母乳摂取を継続または増量し、その後はすべての摂食を増量するようケア提供者に奨励する。

肺炎の管理：子どもが咳をする場合、頻呼吸または呼吸困難および胸部陥凹について評価を行う。これらの症状がある場合、適切な経口抗生物質投与を開始する。危険な症状や重篤な肺炎がある子どもは優先的なケアのために搬送する。

頻呼吸の呼吸数は月齢、年齢によって異なる。

出生〜生後 2 ヶ月 : 毎分 60 回以上	生後 12 ヶ月 : 毎分 50 回以上
1 〜 5 歳 : 毎分 40 回以上	5 歳 : 毎分 20 回以上

HIV：HIV 有病率が 1%を超えている場合、重度の急性栄養不良があるすべての子どもを検査する。HIV に曝露された乳幼児の母親と養育者には、その旨を考慮したサポートとアドバイスが必要である ⊕ 食料安全保障と栄養基準参照。

養育者から離れている子どもの栄養：養育者から離れている子ども、保護者のいない子どものために、監修を受けている食事手段を手配する。

子どもの保護に関する懸念：定期的な保健医療サービスを通じて育児放棄、虐待、搾取を検知する。検知したケースを子どもの保護サービスに照会する。検知の手順およびジェンダーに配慮したケースマネジメントの手順を、母親、乳幼児、子ども、青少年のための定期的な保健医療サービスに統合する。

栄養に関する参考資料：⊕ 食料安全保障と栄養基準 3: 微量栄養素欠乏症 および 栄養不良の管理基準 2.2: 重度の急性栄養不良 ⊕ 参照。

家庭における空気汚染：煙を減らし、煙が原因となる呼吸器疾患を予防するため、代替の調理用コンロの提供を検討する ⊕ 避難所および避難先の居住地基準 3: 居住スペース および 基準 4: 家庭用品参照。

中毒：⊕ 付記 4 参照。

2.3 セクシュアル・リプロダクティブヘルス

危機の発生時から、性と生殖に関する救命ケアが利用可能でなければならない。可能な限り早期に総合的なサービスを確立する。

これらの重要なサービスは統合的な保健医療対応の一環であり、リプロダクティブヘルスキットが役立つ ⊕ 保健医療システム基準 1.3: 必須医薬品と医療機器 参照。

総合的なセクシュアル・リプロダクティブヘルスには、既存のサービスのグレードアップ、不足しているサービスの追加、質の改善が含まれる。保健医療システムの構造を理解することが、支援方法を決めるのに役立つ ⊕ 保健医療システム基準 1.1 から 1.5 参照。

人道危機におかれた人びとを含むすべての個人は、セクシュアル・リプロダクティブヘルスへの権利を有する。セクシュアル・リプロダクティブヘルスは、地域の文化的背景と宗教的信条を尊重するとともに、世界的に認識されている国際的な人権保護の基準を満たさなければならない。性的指向や性自認にかかわらず、若者、高齢者、障がいのある人びと、リスクを抱える人びとのニーズについては慎重に扱う。

緊急事態は、搾取や虐待を含む性暴力のリスクを高める。すべての支援組織は、保護分野と緊密に調整し、予防と対応のために協働するべきである。情報は安全かつ倫理的に取り扱う。データの共有は合意形成された実施要綱に従ってのみ行う ⊕ 権利保護の原則 および 保健医療システム基準 1.5: 保健医療情報参照。

セクシュアル・リプロダクティブヘルス基準 2.3.1：生殖および妊産婦と新生児の保健医療

人びとは、妊産婦と新生児の予防可能な罹患と死亡を防ぐ保健医療と家族計画へのアクセスを有する。

基本行動

1 清潔で安全な分娩、必要最低限の新生児ケア、産科と新生児ケアの緊急医療サービスが常に利用可能であることを確保する。

- コミュニティから医療施設や病院への、連絡と転送が常に可能な搬送システムを確立する。

2 専門教育を受けた保健医療従事者と医療施設へのアクセスが保証できない場合、外見上明らかに妊娠しているすべての女性に、清潔な出産パッケージを提供する。

3 避妊に対する地域の傾向、慣行、態度を理解するため地域に助言を求める。

- 男性、女性、若年層の少年と少女に、個別の話し合いを通じて参画を促す。

4 需要に基づき、幅広い種類の、長期作用型可逆的避妊法と短期作用型避妊法を、医療施設内のプライバシーと守秘義務が守られた環境で利用可能にする。

- 情報に基づく選択と有効性を重視したカウンセリングを提供する。

基本指標

産科と新生児ケアの緊急医療の、医療専門教育を受けた者のケア提供が常に利用可能

- 基本的な産科と新生児ケアの救急医療：50 万人あたり最低 5 つの施設
- 総合的な産科と新生児ケアの救急医療：50 万人あたり最低 1 つの施設

医療専門教育を受けた者が介助した出産の割合

- 最低目標：80%

産科と新生児ケアの緊急医療搬送システムが利用可能

- 週 7 日、1 日 24 時間利用可能

医療施設における帝王切開による分娩の割合

- 目標：5 ～ 15%

すべてのプライマリーケアセンターが、危機の発生から 3 ～ 6 ヶ月後に、少なくとも 4 つの避妊方法の利用可能性を報告する。

ガイダンスノート

産科と新生児への救急ケア：あらゆる人口集団の約 4%が妊婦であり、そのうち約 15%は妊娠中または出産時に、産科救急医療を必要とする予期不可能な産科合併症を経験する。出産の約 5 ～ 15%は帝王切開などの手術を必要とする。世界で 9 ～ 15%の新生児が救命治療を必要とする。新生児の 5 ～ 10%は出生時に自発的に呼吸をせず刺激を必要とし、そのうち半数は蘇生処置を必要とする。出生時無呼吸の主な原因には早産、および重篤な仮死状態を引き起こす急性分娩時事象がある ⊕ 必要最低限の保健医療サービス－子どもの保健医療基準 2.2.2: 新生児および小児期の疾患対策参照。

基本的な産科と新生児ケアの緊急医療には、非経口抗生物質、子宮収縮薬（非経口オキシトシン、ミソプロストール）、非経口抗痙攣薬（硫酸マグネシウム）、適切な機器による遺残した胎盤などの除去、用手的胎盤除去、介助経膣分娩（吸引分娩）、および妊産婦と新生児の蘇生などがある。

総合的な産科と新生児ケアの緊急医療には上記のすべてが含まれ、加えて、全身麻酔による手術（帝王切開、開腹手術）、標準的予防策に沿った合理的かつ安全な輸血などがある。妊娠中絶後のケアは産科と新生児ケアの緊急医療の一部を成す救命処置であり、流産（自然流産）の合併症や、安全でない中絶による死亡と苦痛を減らすことを狙いとする。治療には、止血（外科的処置の可能性がある）、敗血症、破傷風予防などがある。

基本的と総合的、2 つの産科と新生児ケアの緊急医療サービスが常に利用可能であることが不可欠である。

搬送システムは、女性や新生児が基本的な緊急産科と新生児ケアを提供するプライマリーヘルスケア施設へ向かう、またはそこから総合的産科と新生児ケアの緊急医療を提供する病院に搬送される際の往復交通手段を確保するべきである。

家族計画：家族計画に対する傾向と文化的姿勢を理解するため、地域のさまざまなグループと関わりを持つ。コミュニティが、避妊手段がどこにあり、どのようにアクセスできるかを把握していることを確認する。アクセス可能性を確実にするため、複数の形態と言語で情報を共有する。情報を発信するため、地域のリーダーを巻き込む。

対象者の嗜好、文化、状況に理解があり、トレーニングを受けた者が避妊カウンセリングを行うべきである。カウンセリングでは、守秘義務とプライバシー、自発的で情報に基づく選択と同意、医学的な方法と非医学的な方法の有効性、副作用の可能性、管理とフォローアップ、必要時の除去に関するガイダンスを重視する。

予想される需要に対応するため、幅広い種類の避妊手段が即時に利用可能であるべきである。保健医療提供者は長期作用型可逆的避妊具を除去する手技のトレーニングを受けていなければならない。

その他のサービス：産前、産後ケアを含む他の妊産婦と新生児へのケアを可能な限り早期に開始する。

他分野との調整：妊婦および授乳期の女性が、集中栄養補給プログラムなど適切な栄養支援サービスへ照会されることを確保するため、栄養分野と調整する ⊕ 食料安全保障と栄養 – 栄養不良の管理基準 2.1 および 2.2 参照。

セクシュアル・リプロダクティブヘルス基準 2.3.2：性暴力とレイプへの臨床対応

人びとは性暴力被害者の医療ニーズに対応する、安全な保健医療へのアクセスを有する。

基本行動

1 性暴力のリスクを低減し、照会先を確保し、被害者に対し全面的な支援を提供するための、複数の分野によるアプローチを調整する主導組織を特定する。

- 予防と対応能力を強化するために他の分野と調整する。

2 性暴力後に利用可能なサービス、および直後に医療ケアを求めることの重要性を、地域に情報発信する。

- 曝露から 72 時間以内の可能な限り早期に、HIV 曝露後予防薬を提供する。
- 120 時間以内に緊急避妊薬を提供する。

3 保健医療施設において 性暴力の被害者を受け入れ、医療ケアを提供し、照会を行える安全な空間を確保する。

- 明確な実施要綱および患者の権利のリストを提示、実践する。
- 支持的コミュニケーション、守秘義務の保持、被害者の情報とデータの保護について、医療従事者にトレーニングを行う。

4 性暴力被害者に対し、医療ケアとその他の支援サービスへの照会を可能にする。

- 生命を脅かすような重症に対する集中医療の搬送メカニズムを確立する。
- 保健医療、法律、保護、セキュリティ、心理社会、地域社会サービスの支援サービス間での照会のしくみを設置する。

基本指標

すべての医療施設が、国内外の実施要綱に基づいたレイプ被害者の臨床ケアのためのトレーニングを受けた保健医療従事者、十分な備品、および機器を有している。

すべての性暴力被害者が、安全で守秘義務が守られた医療を受けたと述べる。

対象となるすべての性暴力被害者が以下の医療サービス提供を受ける。

- 事件または曝露から 72 時間以内の曝露後予防薬
- 事件または曝露から 120 時間以内の緊急避妊薬

ガイダンスノート

性暴力とレイプの予防にはすべての支援分野を横断した行動が求められる ⊕ WASH 給水基準 2.1 参照。 ⊕ WASH し尿管理基準 3.2 参照。 ⊕ 食料安全保障と栄養 – 食料支援基準 6.3 および 生計基準 7.2; 避難所および避難先の居住地基準 2 と 3 参照。 ⊕ 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 4 と 8 参照。安全なケアを提供することに関するさらなる情報として ⊕ 保健医療システム基準 1.1 から 1.3 参照。

精神保健医療を含む臨床ケアおよび被害者への照会のしくみが、すべてのプライマリーヘルスケア施設と移動医療チームにおいて導入されている必要がある ⊕ 保健医療システム 1.2 および 必要最低限の保健医療サービス基準 2.5 参照。これには、すべての子ども、成人、高齢者に対し、共感的で、タイムリーかつ守秘義務が守られた治療とカウンセリングを提供できる経験のある保健医療従事者が含まれる。:

- 緊急避妊薬
- 妊娠検査、妊娠に関する選択肢の情報、法律の範囲内での安全な中絶施設への照会
- 性感染症の推定治療
- HIV 感染予防のための曝露後予防薬 ⊕ 必要最低限の保健医療サービス基準 2.3.3: HIV 参照。
- B 型肝炎予防
- 創傷処置と破傷風予防
- その他の保健医療、心理、法律、社会サービスなど、さらなるサービスへの照会

地域と患者の言語に堪能な医療従事者のジェンダー分布が平等であることを確保し、付き添いおよび通訳の男女が差別や偏見のないサービスを提供するよう指導する。支持的コミュニケーション、病歴と検査、治療およびカウンセリングに焦点を当てた、性暴力の被害者のための臨床ケアについて保健医療従事者をトレーニングする。実現可能かつ必要である場合、法医学制度と法医学的証拠の収集方法についてもトレーニングを行う。

子どもの性暴力被害者：子どもに対しては、子どものレイプ後ケアのトレーニングを受けた医療従事者がケアを行うべきである。医療従事者のジェンダーについては子どもに選択肢を与える。すべての場合において、迅速に保護専門機関を巻き込む。

コミュニティの参画：危機の間を通して、ケアへのアクセスと地域の受容を改善し、予防プログラムを提供するため、患者およびコミュニティと協働する。守秘義務が守られたフィードバックの仕組みと迅速なフィードバックを確立する。女性、男性、若年層の少女と少年、および障がいのある人びとやLGBTQI グループなど、リスクを抱える人びとを巻き込む。

法的枠組み：性暴力に関する国の法医学制度および関連する法律を把握する。報告を義務づける法律によって、患者からの情報に対する医療者の守秘義務が制限される可能性について被害者に説明する。患者のケアを受け続ける意志に影響するかもしれないが、これを遵守する。

多くの国で、レイプのような場合の人工妊娠中絶は合法である。その場合、アクセスまたは照会が差別なく提供されるべきである。

性暴力への取り組みが重要である一方、パートナーによる暴力、子どもの結婚、強制された結婚、女性器切除などの形態のジェンダーに基づく暴力（GBV）は、人道危機において蔓延するばかりでなく、場合によっては危機の際に増加し、特定の対応を必要とする個人の健康に対し重大で特徴的な影響（身体的、性的、精神的）を与える可能性がある。他の国際的なガイドラインは、性暴力だけでなく、その他の形態の GBV とその健康への影響を認識するようになってきた ⊕「人道行動におけるジェンダーに基づく暴力への介入を統合するための IASC ガイドライン」参照。

セクシュアル・リプロダクティブヘルス基準 2.3.3：HIV

人びとは HIV の感染を予防し、罹患と死亡を低減する医療へのアクセスを有する。

基本行動

1. 輸血の安全で合理的使用のための、標準予防策と手順を確立し遵守する。
2. 母子感染予防プログラムを受けている女性を含め、すでに治療を受けているすべての人びとに、抗レトロウイルス療法を提供する。

- 治療継続のため HIV と共に生きる人びとを積極的に追跡調査する。

3 潤滑剤付き男性用コンドームを提供する。すでに女性用コンドームが普及している地域では女性用も提供する。

- 地域での使用の状況を理解し、受容可能性を高め、コンドームの配布が文化的に適切であるようにするため、リーダーおよび影響を受けた人びとと協働する。

4 HIV 有病率が 1%を超えている場合、すべての妊婦に検査を提供する。

5 性暴力の曝露および職業曝露から可能な限り早期に、ただし遅くとも 72 時間以内に曝露後予防法（Post-Exposure Prophylaxis, PEP）を開始する。

6 以下の場合の日和見感染症に対しコトリモキサゾールの予防投与を行う。

a. HIV と共に生きる患者
b. HIV と共に生きる母親から生まれた生後 4 ～ 6 週の子ども。HIV 感染が否定されるまで継続。

7 プライマリーヘルスケア施設が抗菌剤を保有し、性感染症の症状を示す患者に 症状の治療を提供することを確保する。

基本指標

輸血されたすべての血液がスクリーニングされ、HIV を含む輸血感染症が否定される

以前から抗レトロウイルス療法（ART）を受け、ART 治療を継続している人びとの割合

- 90%

HIV 有病率が 1%を超えている場合、保健医療サービスにアクセスし HIV 検査を受けている女性の割合

- 90%

HIV に曝露した可能性があり医療施設に報告し、曝露から 72 時間以内に PEP を受けている個人の割合

- 100%

HIV に曝露し、生後 4 ～ 6 週でコトリモキサゾール予防投与を受けている乳幼児の割合

- 95%

ガイダンスノート

上記の基本行動は、現地の HIV 疫学データにかかわらず、すべての人道危機に適用されるべきである。

HIV サービスの提供においては、影響を受けたコミュニティと重要関係者（保健医療従事者、地域のリーダー、女性、LGBTQI の人びと、障がいのある人びと）に関わってもらい、彼らがどこで抗レトロウイルス（ARV）薬にアクセスできるかを知っていることを確認する。すでに HIV と共に生きる人びとの共同体が存在するのであれば、プログラム設計と実施について助言を求め、関わってもらう。

ピアグループ内では地域主導でコンドームを配布することは有用である。重要関係者と若年層の人びとは、自分たちの仲間がどこに集まるかを知っていることが多く、ボランティアがコンドームを配ることができる。正しい使い方と使用済みのコンドームの処分について、文化的に適切な言葉を用いて重要関係者を教育する。コミュニティ、支援組織の人間、支援支持者、支援組織の運転手などがコンドームを入手できるようにする。

輸血：⊕ 保健医療システム基準 1.1 および 1.3 参照。

曝露後のケアと治療には、カウンセリング、HIV 曝露リスクアセスメント、インフォームドコンセント、曝露源の評価、抗レトロウイルス薬の提供が含まれるべきである。HIV と共に生きていることが事前から分かっている人びとに PEP を提供してはならない。PEP 開始の前にカウンセリングと検査を行うことが推奨されるが、実現不可能な場合は PEP の開始を遅らせてはならない ⊕ 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 2.3.2: 性暴力とレイプの臨床ケア参照。

危機における総合的な HIV 関連活動：以下の活動を可能な限り早期に開始する。

HIV に対する意識：市民、特により高いリスクを抱える人びとに対し、HIV とその他の性感染症の予防について、アクセス可能な情報を提供する。

HIV 予防：薬物注射する人びとのための滅菌注射器やオピオイド代替治療などのサービスがすでに存在する場合は、それらの危害軽減サービスをリスクの高い人びとに提供する ⊕ 必要最低限の保健医療サービス基準 2.5: 精神保健参照。

HIV カウンセリングと検査：ART の開始に連動してカウンセリングと検査サービスを提供（または再開）する。HIV 検査の優先グループは、HIV 有病率が 1% を超えている地域の妊婦、妊婦のパートナー、重度の急性栄養不良のある子ども、およびその他の高リスクグループである。

スティグマと差別：支援戦略およびプログラムがスティグマを増強させないことを担保することが重要である。スティグマ指数と差別行動が多い地域では、積極的にスティグマと差別の低減を目指す。

ART 介入：可能な限り早期に、過去に導入された人びとに限らず、必要とするすべての人びとに抗レトロウイルス療法を拡大実施する。

母子感染の予防：妊婦とそのパートナーを検査し、早期乳児 HIV 診断を行う。HIV 陽性が既知の、もしくは新規で検査で判明した女性に ART を提供

脚注： カリタスインターナショナルおよびその構成員は、人工的避妊手段の使用もしくは配布を行うことはない。

する。陽性結果の乳児を小児科 HIV サービスに照会する。HIV と共に生きる女性に特化した乳児の授乳指導、および服薬の継続と順守のための支援を提供する ⊕ 食料安全保障と栄養 - 乳幼児の食事基準 4.1 および 4.2 参照。

HIV と結核の同時感染のためのサービス : HIV と共に生きる人びとへ結核スクリーニングと照会サービスを提供する。過去の治療プログラム登録者に結核治療を提供する ⊕ 必要最低限の保健医療サービス基準 - 感染症基準 2.1.3: 診断とケースマネジメント参照。罹患率が高い場合は結核と HIV の検査サービスを連携させ、保健医療の現場に結核感染対策を確立する。

2.4 外傷ケアおよびトラウマケア

危機において、外傷は罹患率および死亡率の原因の大きな割合を占める。トラウマケアへの支援の需要が増加すると、直ちに現地の保健医療システムの対応能力の限界を超えてしまう可能性が高い。外傷の影響および保健医療システム崩壊のリスクを低減するため、基本的な救急医療、安全な手術、リハビリテーションケアに並び、体系だったトリアージと大量負傷者管理を提供する。本節では身体的な外傷に対する保健医療システムの対応について取り上げる。中毒、精神保健、性暴力についての具体的なガイダンスは別項で言及する ⊕ 付記 4: 中毒 ; 必要最低限の保健医療サービス基準 2.5 および 必要最低限の保健医療サービスーセクシュアル・リプロダクティブヘルス基準 2.3.2 参照。

外傷ケアおよびトラウマケアの基準 2.4 : 外傷ケアおよびトラウマケア

危機の際に人びとは、回避可能な死亡、罹患、苦痛、障がいを回避するための安全で効果的な外傷ケアへのアクセスを有する。

基本行動

1 あらゆる保健医療施設レベルですべての外傷患者に対してケアを提供する。

- 保健医療施設間および影響を受けた地域から保健医療施設への、安全な照会システムを迅速に設置する。
- 固定した医療施設へ人びとがアクセスできない場合、移動型診療所または野戦病院を設置する。

2 保健医療従事者が外傷に関する知識と技術を有することを確保する。

- ファーストレスポンダーから手術と麻酔に携わる保健医療者まですべてのレベルの保健医療従事者を含める。

3 トリアージと外傷ケアおよびトラウマケアの標準実施要綱を作成または強化する。

- 子どもの保護、性暴力の被害者、および精神保健および心理社会的支援を必要とする人びとのための照会システムを含める。

4 外傷のリスクのある人、開放創患者、救援隊員、清掃業者などには破傷風予防接種を行う。

5 トラウマケアおよび外傷ケアを提供する野戦病院を含めたすべての施設において、最低限の安全と管理基準があることを確認する。

6 外傷患者のためのリハビリテーションサービス、補助装具、歩行器へのタイムリーなアクセスを確保する。

- 車いす、松葉杖、その他の歩行器具などの補助装具が現地で修理できることを確認する。

7 精神保健および心理社会的支援へのタイムリーなアクセスを確保する。

8 保健医療情報システムに外傷および心的トラウマに関するデータが含まれるように整備または強化する。

- すべての外傷およびトラウマ患者の個人医療記録などの基本的臨床記録の整備を優先する。
- 外傷診療情報を保険医療情報システムのデータに統合するための標準的な基準を用いる。

基本指標

大量の死傷者の管理を含む災害対応計画を有し、定期的に見直しと練習を行っている保健医療施設の割合

公式のトリアージ資機材を含めた、救急外傷患者に対する実施要綱を有する保健医療施設の割合

救急外傷患者に対する基礎トレーニングを受けている保健医療従事者がいる、保健医療施設の割合

入手可能なデータに基づき、罹患率と死亡率を減らすための医療の質改善対策を実施している保健医療施設の割合

ガイダンスノート

外傷ケアおよびトラウマケアに関する**トレーニングと能力向上**には以下を含むべきである。

- 大量の死傷者への対応者と対応の調整に携わる人の管理
- 基本的な応急処置
- 現地および保健医療施設における標準トリアージ
- 早期認知、蘇生、創傷管理、疼痛管理、時期にあった心理社会的支援

標準化された実施要綱は以下のことを網羅するために設置され、ない場合は策定されるべきである。

- アセスメント、優先順位付け、基本的蘇生処置、緊急照会の基準を含む、日常対応および緊急対応のための緊急度によるトリアージ分類
- アクセスポイントにおける前線救急医療ケア
- 手術、術後ケア、リハビリテーションを含む高次救急医療ケアへの照会

安全と質に関する最低基準：トラウマケアが急性事象や持続する紛争への対応として行われている時であっても、最低基準は保証されなければならない。含まれるべき分野には以下のものがある。

- サプライチェーンを含む医薬品、機器、血液製剤の安全で合理的使用
- 感染予防と対策
- 照明、通信、救急蘇生用具や滅菌オートクレーブなどの必要最低限の医療資機材利用のための電力供給
- 医療廃棄物の管理

コミュニティによる応急処置：非専門職によるタイムリーかつ適切な応急処置は、安全で体系的な方法で行われれば救命に寄与する。すべての応急処置提供者は、負傷者に対し構造化されたアプローチを取るべきである。洗浄や包帯など基本的な創傷管理が重要である。

家庭内およびコミュニティでの応急処置の実施を奨励し、保健医療的ケアを求めるタイミングと施設について指導する。不安定なインフラストラクチャ―や、救助活動中の負傷リスクなど、状況ごとのリスクに対する意識を高める。

トリアージとは、負傷の重症度と治療に対するニーズにより患者を分類するプロセスである。即時の医療介入によって最も恩恵を受ける人びとを特定する。複数のトリアージシステムが存在する。広く使われているシステムの１つは５色で分類を行い、最優先患者が赤、中程度優先患者が黄色、優先度が低い患者が緑、搬送先施設の技術的対応能力を超えているか緩和ケアを必要とする患者が青、死亡者が灰色である。

最前線における救急専門医療ケア：医師などの高レベルの医療従事者は全員が急性の傷病者に対する体系的なアプローチに熟練しているべきである。IFRC の応急処置と蘇生に関する国際ガイドラインにおける ABCDE アプローチについては、⊕「IFRC の応急処置と蘇生に関する国際ガイドライン参照」。患者をより高度な医療サービスへ搬送する前に、多くの場合は輸液と抗生剤の投与、出血コントロール、気胸の治療などの初期蘇生術と救急救命医療が行われる。

麻酔、外傷、外科的治療：救急医療、手術、リハビリテーションケアは適切な専門職者を有する組織によってのみ行われるべきである。保健医療従事者はそれぞれの専門領域の範囲内で、持続的な活動のための十分な資材を備えたうえで活動するべきである。不適切または不十分なケアは何もしないより有害となる可能性がある。適切な術前術後ケアおよび継続的なリハビリテーショ

ンを施さずに行われた手術の結果、患者の機能的能力の回復に失敗する恐れがある。

野戦病院：特に深刻な危機においては、仮設の野戦病院の使用が必要となる可能性があり、保健省もしくは主導的機関および他の保健医療機関と調整のうえ行われるべきである。ケアの基準と安全水準は、国内基準または国際的な基準に準ずるべきである⊕さらなるガイダンスについては、⊕ さらなるガイダンスについては、参照・参考文献 参照。

リハビリテーションと社会復帰：早期リハビリテーションは生存率を上昇させ、内科的外科的治療の効果を最大化し、外傷患者の生活の質を高めることを可能にする。入院機能を有する医療チームは、早期リハビリテーションを提供できなければならない。既存のリハビリテーション機能と照会方法をマッピングし、既存の社会福祉システムと現金給付型支援の関連性を理解する。継続的なケアのために、現地のリハビリテーションセンターまたは地域のリハビリテーション組織との関係を確立する。

退院に先立ち、入院前から障がいがある患者を含む外傷患者の継続的なニーズを検討する。医療とリハビリテーションのフォローアップ、患者とケア提供者の教育、補助器具（松葉杖、車椅子など）、精神保健及び心理社会的支援、他の必要最低限のサービスへのアクセスなどを確保する。身体的リハビリテーション専門職者と精神保健および心理社会的支援の技術を有するスタッフを含めた多職種チームによるケアプランを策定する。生活を一変させる程の外傷を負った人びとのための精神保健および心理社会的支援は、入院時から開始するべきである。継続中の支援サービスとの連携が不可欠である ⊕ 必要最低限の保健医療サービス基準 2.5: 精神保健ケア参照。

特別な配慮事項 – 疼痛管理：受傷後の適切な疼痛管理によって、肺炎及び深部静脈血栓症のリスクを下げ、患者の理学療法を開始することができる。生理的なストレス反応を軽減することで心血管疾患罹患率を下げ、心理的なストレスも軽減する。外傷による急性疼痛は、WHO の三段階鎮痛ラダーに従って治療するべきである。神経損傷による神経痛は入院時から存在する可能性があり、適切に治療するべきである ⊕ 保健医療システム基準 1.3: 必須医薬品と医療機器 および 必要最低限の保健医療サービス基準 2.7: 緩和ケア参照。 ⊕「WHO 鎮痛ラダー 参照」。

特別な配慮事項 – 創傷管理：ほとんどの危機的状況において、多くの患者は受傷後 6 時間以上経過した後に受診する。この受診の遅延は、創の感染と関連死亡率のリスクを非常に増大させる。受診の早い遅いにかかわらず、保健医療従事者は熱傷を含んだ創傷管理をして、感染を予防、治療するための実施要綱を知っていなければならない。標準化された手順（プロトコル）には適切な抗生物質の提供、異物と壊死組織の外科的除去、ドレッシングが含まれる。

破傷風：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。開放創のある患者には、トキソイドを含む破傷風ワクチン（年齢と予防接種の履歴に応じて、DT または Td ージフテリアと破傷風のワクチンもしくは DPT）

を投与する。破傷風の予防接種の未接種者で重度の汚染創の場合は、破傷風免疫グロブリン（TIG）の投与も行うべきである。

2.5 精神保健

すべての人道危機において、精神保健と心理的な問題は成人、若年層の人びと、子どもの間で普遍的に起こる。危機に関連する極端なストレス要因は、社会的、行動的、心理的、精神的な問題へのリスクを高める。精神保健および心理社会的支援には、多支援分野での活動を要する。本節では保健医療支援者による活動に特化して述べるが、分野横断での心理社会的介入に関するより詳しい情報については、⊕ 人道支援の必須基準（CHS）および 権利保護の原則参照。

精神保健基準 2.5：精神保健

すべて人は年齢にかかわらず、精神保健の状態やそれに関連する機能障害に対する保健医療へのアクセスを有する。

基本行動

1 精神保健および心理社会的支援を分野横断的に調整する。

- 精神保健および心理社会的支援に関する事項について、分野横断的な専門ワーキンググループを設置する。保健医療と人権保護を専門とする機関が共同で主導してもよい。

2 ニーズや使用可能な資源を特定して、それに基づきプログラムを策定する。

- 既存の精神保健システム、保健医療従事者が有する技術や能力、その他の資源やサービスを分析する。
- ニーズアセスメント（事前調査）は、精神保健の問題を以前から持っていた可能性、危機そのものによって持たらされた可能性、あるいはその両方の可能性を念頭に行う。

3 コミュニティの自助力と社会的支援を強化するため、周辺化された人びとを含む地域の人びとと協働する。

- コミュニティが持つ見識、経験、資源について丁寧に引き出しながら、協働して問題に取り組む方法についてコミュニティでの対話を促進する。
- 既存の支援メカニズム（女性、若者、HIV と共に生きる人びとのグループなど）の維持または再開を支援する。

4 保健医療従事者とボランティアに対し、心理的応急処置の提供方法について指導する。

- 心的トラウマを引き起こす可能性のある出来事を経験した後の急性ストレスに対処するために、心理的応急処置の基本原則を適用する。

5 すべての保健医療施設において、基本的かつ臨床的な精神保健医療を提供する。

- 一般の保健医療従事者が優先度の高い精神保健の状態を評価し対応できるように、短期間のトレーニングを実施し監督する。
- 精神保健の専門家、一般の保健医療従事者、コミュニティに根差した支援、その他のサービスの間での紹介メカニズムを構築する。

6 可能であれば、長期にわたるストレスのある人びとが心理的介入を利用できるようにする。

- 実現可能であれば、精神保健の非専門家をトレーニングし監督する。

7 地域、病院、施設において、重度の精神保健の症状がある人びとの権利を守る。

- 重度の精神保健の症状がある人びとのいる精神科病院や入居施設を危機の初期段階から定期的に訪問する。
- 施設におけるネグレクトや虐待に対応し、ケアを提供する。

8 アルコールと薬物に関連する害を最小化する。

- アルコールや薬物使用に関する検出や短期的介入、ハーム・リダクション、禁断症状や中毒症状への対応について職員をトレーニングする。

9 早期の回復計画および長期にわたる危機の間に、持続可能な精神保健システムを構築するために段階的な対策を講じる。

基本指標

精神保健の症状に対応するためのトレーニングと監督を受けている保健医療従事者とシステムをもつ二次医療施設の割合

精神保健の症状を対応するためのトレーニングと監督を受けている保健医療従事者とシステムをもつプライマリーヘルスケア施設の割合

地域の互助活動や社会的支援活動に参加している人びとの数

精神保健の症状に対する保健医療サービス利用者の割合

精神保健の症状に対するケアを受けて、機能の改善と症状の軽減を報告した人びとの割合

過去 30 日間で必須向精神薬の投薬が不可能だった日数

- 4 日未満

ガイダンスノート

多層的な支援：危機は人びとにさまざまなかたちで影響を及ぼし、求められる支援は多種多様である。精神保健および心理社会的支援を組織するための鍵は、下の図が示すように多様なニーズを満たす相互補完的な多層構造の支

援システムを構築することである。このピラミッドは、各層の支援がどのように互いに補完し合っているかを示している。このピラミッドのすべての層が重要であり、同時に実施することが理想である。

図 10：多層的サービスと支援ピラミッド

出典：災害・紛争等人道的緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC 準拠委員会 (2010)

アセスメント（事前調査）：いかなる危機においても精神保健の問題をもつ人びと割合は多くなる。サービスを開始するための有病率調査は、必須ではない。迅速な参加型アプローチを用い、可能であれば他の分野のアセスメントに精神保健を組み入れる。ひとつの臨床的問題に限定したアセスメントを行わない。

コミュニティの自助と支援：コミュニティヘルスワーカー、地域のリーダー、ボランティアに働きかけ、周辺化されている人びとを含む地域の人びとが、自助や社会的支援を促進できるようにする。安全な空間および地域住民が対話できる環境の創設などの活動も考えられる。

心理的応急処置：身体的暴力、性暴力、残虐行為の目撃、重い負傷の経験など、心的トラウマを引き起こす可能性のある出来事を経験した人びとには、心理的応急処置にアクセスできることが必要である。これは臨床的な介入ではない。苦痛に対する基本的、人道的、支援的な対応である。注意深く話に耳を傾けること、基本的なニーズを評価しそれが満たされること、社会的支援を利用するように支援をし、更なる害を受けることのないようにすることが含まれる。これは非侵入的な支援であり、苦しみについて語ることを何ら強要するものではない。短期間のトレーニングの後には、地域のリーダー、保健医療従事者、その他人道対応に関わる人びとは、必要な人びとに心理的応急処置を提供することができる。心理的応急処置は広くアクセス可能でなくてはならないが、包括的な精神保健および心理社会的支援はこれに限定するものではない。

単回の心理的デブリーフィングでは、大きなストレスのあった出来事に関しての認識、考え、そして感情的な反応について、簡潔かつ体系的に述べるように奨励することで、感情を表出させるものである。しかしながら現在では、科学的に効果がなくむしろ悪化させる可能性もあり、実施すべてきではないとされている。

その他の心理的介入：精神保健の専門家ではない他の分野の保健医療従事者が、抑うつ、不安、外傷後ストレス障害に対する心理的介入を提供するためには、十分なトレーニングと監督と支援を受けることが求められる。これには、認知行動療法や対人関係療法も含まれる。

臨床的精神保健ケア：すべての保健医療従事者とボランティアに対し、利用可能な精神保健ケアについて説明する。根拠に基づいた実施要綱に従って保健医療従事者をトレーニングする。可能な場合、一般的な保健医療施設に精神科看護師などの精神保健専門家を含める。診察のためのプライバシーの確保された空間を手配する。 ⊕「mhGAP Humanitarian Intervention Guide」参照。

緊急事態において、保健医療サービスで最も多く見られるものは、精神疾患、うつ、および神経学的疾病であるてんかんである。母親の精神保健は、母親の子どもに対するケアへ影響を与えかねないため、特別な配慮が必要である。

精神保健分野を保健医療情報システムに統合する ⊕ 付記 2: 週次調査報告書書式例 参照。

必須向精神薬：各薬効分類上最低 1 剤の必須向精神薬が途絶えることのないように供給する仕組みを作る（抗精神薬、抗うつ剤、抗不安薬、抗てんかん薬、および抗精神病薬の副作用への薬剤）⊕ 提唱される向精神薬のための「関係機関間救急医療キット」および 保健医療システム基準 1.3: 必須医薬品と医療機器参照。

精神保健の症状を持つ人びとの権利の保護：人道危機においても、重度の精神保健の症状を持つ人びとは、人権侵害を極度に受けやすい。それには虐待、ネグレクト、支援の放棄、避難所の欠如、食料や医療ケアの欠如などが含まれる。少なくとも施設にいる人びとのニーズに対応できる支援組織が 1 つは必要である。

危機後への移行：人道危機は、長期的に精神保健の罹患率を増加させるため、影響を受けた地域に対して、持続的な治療の提供を計画することが重要である。この計画は、国の既存の精神保健システムを強化し、そのシステムにおいて難民を含む周辺化されているグループの包括の促進することを含む。短期の緊急資金による実証プロジェクトは、持続可能性や科学性などの概念実証することによって、精神保健システム構築のためのさらなる支援と資金獲得を推進する力となる。

2.6 非感染症

人道危機において非感染症（Non-Communicable Diseases, NCDs）に焦点を当てる必要性は、世界的な平均寿命の延長、喫煙や不健康な食生

活などの行動リスク要因が組み合わさった結果を反映している。NCD による死亡の約 80%は低中所得国で発生しており、人道危機はこれを悪化させる。

平均的な 1 万人の成人のうち、1,500 ～ 3,000 人が高血圧、500 ～ 2,000 人が糖尿病を持ち、3 ～ 8 人は平常時の 90 日の期間に心臓発作を起こす可能性が高い。

疾病は多岐にわたるが、多いのは糖尿病、循環器疾患（高血圧、心不全、脳卒中、慢性腎疾患を含む）、慢性呼吸器疾患（喘息、慢性閉塞性肺疾患など）、およびがんである。

初期対応として急性合併症を管理し、かつ治療の中断を避け、その後より総合的なプログラムに移るべきである。

精神保健と緩和ケアについては、⊕ 必要最低限の保健医療サービス基準 2.5: 精神保健ケア および 2.7: 緩和ケア で詳述している。

非感染症基準 2.6：非感染症のケア

人びとは、非感染症の急性合併症および長期的な管理に対する、予防プログラム、診断、必要最低限の治療へのアクセスを有する。

基本行動

1 NCD に関するニーズを特定し、危機以前からあるサービスの利用可能性を分析する。

- インスリン依存性糖尿病や重度の喘息など生命に関わる合併症のリスクを抱える人びとを含む、優先度の高いグループを特定する。

2 救命優先順位と苦痛の緩和度に基づいたフェーズアプローチを実施する。

- 生命に関わる合併症（例：重度の喘息発作、糖尿病性ケトアシドーシス）と診断された患者が適切なケアを受けることを確保する。ケア提供が不可能な場合、緩和ケアと支持的ケアを提供する。
- 危機以前に診断された患者の治療が、突然中断されることを避ける。

3 すべてのレベルの保健医療システム内に NCD ケアを組み込む。

- 急性合併症および複雑な症例を、2次および3次高度ケアもしくは緩和と支持的ケアで対応するための、照会システムを確立する。
- 必要時患者を栄養または食料確保支援の分野に照会する。

4 国の NCD 対応プログラムを確立する。

- 備蓄または緊急時の医薬品供給リストに必要最低限の医薬品を含める。
- 患者個人が予備の医薬品を持つ準備を促し、危機の発生時にどこで救急ケアにアクセスができるかを伝える。

基本指標

優先度の高い NCD へのケアを提供しているプライマリーヘルスケア施設の割合

過去 30 日の間で、NCD の必要最低限の医薬品が利用不能だった日数

- 4 日未満

過去 30 日の間で、NCD 治療に使用する基本的医療機器が利用不能だった（あるいは作動しなかった）日数

- 4 日未満

NCD 治療を提供するすべての保健医療従事者が、NCD 対応のトレーニングを受けている

ガイダンスノート

非感染症の優先順位を特定するためのニーズとリスク事前調査（アセスメント：緊急事態の状況と時期に応じて計画する。記録レビュー、危機発生以前のデータの使用、分野横断的調査による世帯調査や疫学的アセスメントなどが考えられる。特定の NCD の罹患率と有病率に関するデータを収集し、生命を脅かすニーズおよび重篤な症状を特定する。

危機状況下における人びとの期待度と、保健医療システムの対応能力を評価するため、危機発生以前のがんや慢性腎疾患など特に複雑な疾病に関する保健医療サービスの利用可能性と利用率を分析する。中長期的な目的は、以前からのサービスを支援し再開することである。

高度な治療のニーズ：可能であれば人工透析、放射線療法、化学療法などの高度な医療ニーズを持つ患者に対し、継続的にケアを提供する。照会方法について明確で入手可能な情報を提供する。利用可能であれば緩和ケアサポートへの照会を行う ⊕ 必要最低限の保健医療サービス基準 2.7: 緩和ケア 参照。

保健医療システムへの非感染症ケアの組み入れ：国内基準がある場合はそれに則り、国内基準が存在しない場合は国際的な緊急事態ガイダンスに従ったプライマリーヘルスケアのレベルでの NCD の基本的な治療を提供する。

早期発見と照会を改善するためにコミュニティと協働する。CHW らをプライマリーケア施設に投入し、コミュニティのリーダー、伝統的な信仰治療師、民間業者と関わりを持つ。訪問活動を通じ、孤立している人びとに NCD 関連サービスを提供することができる。

主な NCD、すなわち高血圧、糖尿病、喘息、慢性閉塞性肺疾患、虚血性心疾患、てんかんを、既存の危機時の保健医療情報システムに組み入れるか、新しく策定する ⊕ 保健医療システム基準 1.5: 保健医療情報および 付記 2 参照。

医薬品と医療機器：NCD 治療のためのテクノロジーと基本臨床検査を含む、国の必要最低限の医薬品と医療機器リストを見直す。プライマリーヘルスケアに焦点を当てる ⊕ 保健医療システム基準 1.3: 必須医薬品と医療機器参照。必要に応じ、NCD に関する国際的または緊急対応ガイダンスに従って、主な必要最低限の医薬品と医療機器を含めることを提唱する。ケアが提供される適切な医療レベルにおいて、必要最低限の医薬品と医療機器を提供する。危機の初期段階での必要最低限の薬剤と医療機器の利用可能性を高めるため、国連機関間救急医療キット（inter-agency emergency health kits）と合わせて NCD キットを使うことが可能である。これらは長期的な目的には使用しない。

トレーニング：すべてのレベルの臨床医療従事者を対象に、優先度の高い NCD のケースマネジメントと照会の標準的手順ついてトレーニングを行う ⊕ 保健医療システム基準 1.2: 保健医療従事者 参照。

健康増進と教育：NCD 関連サービスおよびケアへのアクセスについて情報を提供する。健康に繋がる行動、リスク要素の改善、セルフケアの向上、治療アドヒアランスを促進するため、情報は高齢者と障がいのある人びとを含むすべての人びとが入手可能であるべきである。健康に繋がる行動には例としては定期的な運動、アルコールとたばこの消費削減が含まれる。年齢的、ジェンダー的、文化的に適切なメッセージの作成と周知戦略を策定するため、地域社会の様々な人びとと協働する。予防と管理の戦略には、限られた食料供給や人口過密などの制約と状況に適応させる。

予防と準備計画：国の緊急事態対応計画に NCD 対応を組み入れ、医療施設の種類ごと（例えば小さな保健センターか、透析設備を備えた大病院か）に策定する。不安定な状況もしくは災害多発地域に置かれている保健センターは、NCD サービスの提供準備をしているべきである。

重症やニーズ高い患者の登録名簿を作成し、危機の発生時に患者を照会するための標準化された実施要綱を策定する。

2.7 緩和ケア

緩和ケアとは、終末期ケアに関連する苦痛と心理的負担を予防し軽減するものである。痛みとその他の身体的、心理社会的、スピリチュアルなニーズを同定し、評価、対処（治療）されることが含まれる。患者または家族の要望に基づいた身体的、精神的、スピリチュアルなケアを統合する、患者、家族、ケア提供者への支援システムである。この終末期ケアは原因にかかわらず提供されるべきである。

緩和ケア基準 2.7：緩和ケア

人びとは痛みや苦しみを緩和し、患者の快適さと尊厳と生活の質を最大限にする緩和ケアおよび終末ケアへのアクセスを有し、そしてそれらは支援する家族にも提供される。

基本行動

1 一貫性のある緩和ケアためにガイドラインと政策を設置する。

- 保健医療施設では、疼痛と症状の管理に関する国内または国際ガイドラインを利用する。
- 患者の状態と予後、および医療資源の利用可能性に基づいた、トリアージガイドラインを策定する。

2 死にゆく患者へのケアプランを計画し、緩和ケアを提供する。

- 少なくとも緊急事態下の死に対する疼痛緩和と尊厳は確保されなくてはならない。
- 患者または家族の状況理解、心配なこと、価値、文化的な信条について尋ねる。

3 緩和ケアを、保健医療システムのすべてのレベルに組み入れる。

- 継続的な支援とケアを提供するための強力な照会ネットワークを確立する。
- 在宅ケアを含む、地域を主体にした対応を第一に考える。

4 保健医療従事者が痛みと症状の管理、精神保健及び心理社会的支援を含む緩和ケアを提供できるようトレーニングを行う。

- 国内基準を遵守し、国内基準が存在しない場合は国際的な基準に則る。

5 必要最低限の医薬品と医療機器を提供する。

- 保健医療施設に、緩和ケア薬剤およびおむつやカテーテルなどの適切な医療資機材を備蓄する。
- 必要最低限の医薬品全体の入手可能性を遅らせる可能性のある、規制薬剤に対する規制を把握する。

6 地域や自宅にいる患者、介護者、家族を支援する、地域のシステムやネットワークと協働する。

- 在宅ケアのニーズに応じて、おむつ、尿路カテーテル、創傷ドレッシング剤などの医療資材を提供する。

基本指標

過去 30 日の間で、必要最低限の緩和ケア薬剤の利用が不可能だった日数

- 4 日未満

各保健医療センター、病院、移動型診療所、野戦病院において、基本的な疼痛と症状管理または緩和ケアのトレーニングを受けた保健医療従事者の割合

保健医療システムによって終末期ケアの必要性があると特定され、かつ終末期ケアを受けた患者の割合

ガイダンスノート

人道支援における保健医療支援組織は、医療的判断、病気と苦痛および死に関する、地域の価値観と方法を把握し尊重するべきである。苦痛を緩和することは重要であり、致命的外傷か感染症か等の原因にかかわらず死にゆく患者は、安楽に焦点をおいたケアを受けるべきである。

ケアプランの策定：該当する患者を特定し、患者がケアについて十分な情報に基づいて意思決定する権利を尊重する。患者のニーズと期待を考慮しながら、偏りのない情報を提供する。ケアプランは患者の意向に基づいており、同意を得ているべきである。精神保健および心理社会的支援へのアクセスを提供する。

薬剤の利用可能性：鎮痛薬など一部の緩和ケア薬剤は、国連機関間救急医療キットの基本モジュールと補助モジュール、および WHO 必要最低限の医薬品モデルリスト含まれている。国連機関間救急医療キットは危機の初期段階には有用だが、遷延する状況には適さず、その場合はより持続可能なシステムを確立するべきである ⊕ 保健医療システム基準 1.3: 必須医薬品と医療機器 および 参照・参考文献 参照。

家族、地域、社会的な支援：患者と家族が統合的支援を受けられるよう、照会手順について他の支援分野と調整し合意する。国内の社会福祉システムの機能評価、または避難所、衛生と国連基本衛生キット、現金給付型支援、精神保健及び心理社会的支援、法的支援といった日常の基本的なニーズを満たすことが含まれる。

離散世帯の患者が家族と連絡が取れるように、追跡調査に関わる関連支援分野の組織と調整する。

地域ケアの仕組みの中にはトレーニングを受けた在宅ケアファシリテーターや心理社会支援従事者も多く含まれているため、患者と家族への更なる支援を提供したり、（HIV と共に生きる人びとなどへ）必要時在宅ケアを提供するために、彼らのような既存の地域のケアネットワークと協働する。

精神的、宗教的サポート：あらゆる支援は、患者または家族の要望に基づいて行われるべきである。現地の信仰指導者と協働して、患者の信仰や信条を共有するスピリチュアルケア提供者を特定する。このようなケア提供者は、患者、ケア提供者、人道支援組織の構成員に対する人的資源として役割を担うことができる。

深刻な健康問題に直面している患者に対する心理社会的支援の原則について、地域の信仰指導者に教示する。

患者、ケア提供者、家族が要望した場合、医療システムと精神的リーダー間の安全かつ相互的照会メカニズムを確立する。

協働して安全で尊厳ある埋葬のための支援を確保する ⊕ 保健医療システム基準 1.1: 保健医療サービスの提供参照。

付記 1
保健医療に関する事前調査チェックリスト

事前準備

- 危機の影響を受けた人口に関する利用可能な情報を入手する。
- 影響を受けた地域の利用可能な地図、航空写真、衛星映像、地理情報システム (GIS) データを入手する。
- 人口統計、行政、保健医療データを入手する。

セキュリティとアクセス

- 現在進行形の自然および人為的ハザードが存在するか判断する。
- 武力勢力の存在など、総合的な治安状況を判断する。
- 人道支援組織の危機の影響を受けた人びとに対するアクセスを確認する。

人口と社会構造

- 危機に影響を受けた人びとの人口規模を確認し、性別、年齢、障がい別に細分類する。
- 女性、子ども、高齢者、障がいのある人びと、HIV と共に生きる人びと、疎外されているグループなど、高リスクの集団を特定する。
- 1 世帯の平均人数と、女性または子どもが世帯主の世帯の概数を把握する。
- コミュニティや家庭において権限や影響力のある立場にある者の把握を含めた、既存の社会構造とジェンダーをとりまく環境を確認する。

保健医療に関連する情報

- 緊急事態の発生前から危機の影響を受けた地域に存在していた保健医療問題を確認する。
- 難民または国内避難民のもともとの居住地で存在していた保健医療問題を確認する。
- 流行性疾患の危険性など、健康への既存のリスクの有無を確認する。
- 良い慣習と有害な慣習を含む社会規範や価値観といった保健医療に対する既存の障壁を確認する。
- 危機発生前の保健医療の資源がどのようなものかを確認する。
- 保健医療システムのさまざまな側面とその機能性を分析する ⊕ 保健医療システム基準 1.1 から 1.5. 参照。

死亡率

- 粗死亡率を算出する。
- 5 歳未満の死亡率などの年齢別死亡率を算出する。
- 死因別死亡率を算出する。
- 死因別死亡割合を算出する。

罹患率

- 公衆衛生上重要な、主な健康問題の罹患率を確認する。
- 可能であれば主な健康問題の、年齢別と性別の罹患率を確認する。

利用可能な資源

- 危機により影響を受けた国の保健省の対応能力を判断する。
- 疾病別診療件数、建物の被害状況、アクセスを含めた国内の保健医療機関の状況を確認する。
- 保健医療従事者数と、利用可能な者の技能を確認する。
- 利用可能な保健医療予算と財務メカニズムを確認する。
- 予防接種拡大計画（EPI）などの既存の公衆衛生プログラムの対応能力と機能性を確認する。
- 標準化された実施要綱、必要最低限の医薬品と医療機器、ロジスティクスシステムの利用可能性を確認する。
- 既存の照会システムの状況を確認する。
- 医療施設における感染予防と管理基準のレベルを確認する。
- 既存の保健医療情報システムの状況を確認する。

関連支援分野から入手したデータ

- 栄養状態
- 環境と WASH の状況
- 穀倉地帯と食料確保
- 避難所 — 避難所の質
- 教育ー保健医療および衛生教育

付記 2
週次調査報告書書式例

2.1 死亡率調査書式（集計）*

場所：.....
調査機関：.....（月曜）から、.....（日曜）まで .....
週初め時点の総人口：.....
週の出生数：..... 週の死亡数：.....
週の流入人数（いる場合）：..... 週の流出人数：.....
週末時点の総人口：..... 5 歳未満児の総数：.....

	5 歳未満		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）					
下痢（血便）					
下痢（水様性）					
けが（事故以外）					
マラリア					
妊産婦死亡（直接的）					
麻疹					
髄膜炎（疑い）					
新生児死亡（0 ～ 28 日）					
非感染症（明記する）					
その他（明記する）					
不明					
年齢別・性別合計					
原死因（背景要因）					
AIDS（疑い）					
栄養失調					
妊産婦死亡（間接的）					
その他（明記する）					
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 ヶ月、1 ～ 4 歳、5 ～ 14 歳、15 ～ 49 歳、0 ～ 59 歳、60 ～ 69 歳、70 ～ 79 歳、80 歳以上）。
- 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、患者の定義をこの書式の裏面に記載する。

2.2 死亡率調査票（個別記録）*

場所：.....

調査機関：.....（月曜）から、.....（日曜）まで .....

週初め時点の総人口：.....

週の出生数：..... 週の死亡数：.....

週の流入人数（いる場合）：..... 週の流出人数：.....

週末時点の総人口：..... 5 歳未満児の総数：.....

			直接の死因													直接の死因						
番号	性別（男・女）	年齢（年＝y、月＝m、日＝d）	急性下気道感染症	コレラ（疑い）	下痢（血便）	下痢（水様性）	けが（事故以外）	マラリア	妊産婦死亡（直接的）	麻疹	髄膜炎（疑い）	新生児死亡（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	妊産婦死亡（間接的）	その他（明記する）	日付（日／月／年）	現場の場所（ブロック番号など）	死亡場所（病院または自宅）
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

* この書式は、個々の死亡に関するデータを記録する十分な時間がある場合に使用する。年齢による分析、場所ごとの集団発生調査、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）は死亡者数に応じて変更する。
- 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、患者の定義をこの書式の裏面に記載する。
- 実行可能であれば年齢をより詳細に分類する（生後 0 ～ 11 ヶ月、1 ～ 4 歳、5 ～ 14 歳、15 ～ 49 歳、0 ～ 59 歳、60 歳以上）。

2.3 週次早期警戒アラート対応 (EWAR) 報告書 書式例

この書式は、外傷、中毒や流行性疾患のアウトブレイクといった、公衆衛生上の出来事のリスクが高い緊急事態の急性期に使用される。

調査機関：.....（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
支援組織：.....
報告担当者 & 連絡先番号：.....
総人口：.....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					
急性水様性下痢					
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 ℃					
外傷					
化学中毒					
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する。
- 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。
- 早期警戒アラート対応 (EWAR) 調査の目的は、即時対応が必要な公衆衛生上の出来事を早期に発見することである。
- 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（発生率）よりもむしろ、流行状況についての調査（有病率）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 email をください。その際、日時、場所、症例数および死亡数について、最大限の情報を含めて下さい。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、外傷、化学中毒 (疾病のリストは、対象国の疫学状況によって異なる。)

2.4 保健医療管理情報システム (HMIS) 調査報告書 書式例

場所：.....
調査機関：..... （月曜）から、..... （日曜）まで .....
週／月初め時点の総人口：.....
週／月の出生数：.....週／月の死亡数：.....
週／月の流入人数（いる場合）：.....
週／月の流出人数：.....
週／月末時点の総人口：.....
5 歳未満児の総数：.....

罹患	5 歳未満（新規症例）		5 歳以上（新規症例）		総計		累計	
診断	男	女	男	女	男	女	新規	総計
急性気道感染症								
急性水様性下痢								
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 ℃								
HIV/AIDS								
眼疾患								
皮膚疾患								
急性栄養不良								
性感染症								
性器潰瘍性疾患								
男性器尿道口分泌物								
膣分泌物								
骨盤内炎症性疾患（PID）								
新生児結膜炎								
先天梅毒								
非感染性疾患（NCD）								
高血圧								
虚血性心疾患								

罹患	5 歳未満（新規症例）		5 歳以上（新規症例）		総計		累計	
診断	男	女	男	女	男	女	新規	総計
糖尿病								
喘息								
慢性閉塞性肺疾患								
てんかん								
その他の慢性 NCD								
精神保健								
アルコール / 物質使用障害								
知的障害、発達障害								
精神障害（双極性障害を含む）								
認知症 または せん妄								
中等度 - 重度感情障害 / うつ病								
医学的に説明がつかない身体愁訴（MUS）								
自傷（自殺企図を含む）								
その他の心理的愁訴								
外傷／損傷								
重度 頭部 / 脊髄の損傷								
重度 胴体の損傷								
重度 四肢の損傷								
中等度の外傷／損傷								
軽度の外傷／損傷								
総計								

実行可能であれば年齢をより詳細に分類する（生後 0 ～ 11 ヶ月、1 ～ 4 歳、5 ～ 14 歳、15 ～ 49 歳、0-59 歳、60 歳以上）。

付記 3
主要な保健医療指標の計算式

粗死亡率 (CMR)

定義 : 性別および年齢を問わず、死亡者数を人口総数で割った値

計算式 :

$$\frac{\text{対象期間の死亡者総数}}{\text{対象期間中央でのリスクを有する全人口} \times \text{対象期間の日数}} \times 10{,}000\text{ 人} = \text{死亡者数 /10,000 人 / 日}$$

5 歳未満死亡率 (U5MR)

定義 : 人口における 5 歳未満の子どもの死亡率

計算式 :

$$\frac{\text{対象期間の 5 歳未満の子どもの死亡総数}}{\text{対象期間中央での 5 歳未満の人口総数} \times \text{対象期間の日数}} \times 10{,}000\text{ 人} = \text{死亡者数 / 10,000 人の 5 歳未満の子ども / 日}$$

罹患率

定義 : ある疾患発生のリスクを持つ集団の中で、一定期間中に発生した同じ疾患の新たな患者数

計算式 :

$$\frac{\text{対象期間の特定疾患の新規患者数}}{\text{疾患発生のリスクを持つ人口数} \times \text{対象期間の月数}} \times 1{,}000\text{ 人} = \text{特定疾患の新規患者数 /1,000 人 / 月}$$

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 :

$$\frac{\text{対象期間の特定疾患による死亡者数}}{\text{対象期間において当該疾患を有していた人数}} \times 100 = \%$$

保健医療施設稼働率

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、災害発生時の合計外来数としてまとめることが多い。

計算式 :

$$\frac{\text{1 週間の外来患者総数}}{\text{総人口}} \times 52\text{ 週} = \text{外来数 / 人 / 年}$$

1 人の医師が 1 日に診察する患者数

定義 : 各医師が 1 日当たり診察する新患と再来を合わせた患者総数の平均

計算式 :

$$\frac{\text{1 週間の診察総数}}{\text{保健医療施設内の臨床医の FTE 人数}} \div \text{1 週間のうち保健医療施設を利用できる日数}$$

* FTE (フルタイム換算) は、保健医療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。

付記 4
中毒

中毒は、口、鼻、皮膚、眼、耳、経口摂取を通じて有毒化学物質に曝露された場合に起こる可能性がある。子どもは呼吸が成人に比較して速く、体重に対して表面積が広く、皮膚が薄く、身長が低く地面に近いため、リスクがより高い。有害物質への曝露は、成長の遅れや栄養不良など子どもの発達に悪影響を及ぼし、病気や死亡につながる可能性がある。

初期対応
患者が保健医療施設に来た時点で、化学物質への曝露がわかっている場合、あるいは化学物質曝露による症状がある場合、以下の対策を取る。

- 個人用保護具（PPE）の着用など、医療保健従事者のための適切な予防対策を取る。
- 患者をトリアージする。
- 救命処置を行う。
- さらなる曝露を防ぐため理想的には保健医療施設外で除染を行う（例えば患者の衣服を脱がせ、石けん水で該当部位を洗う）。
- 支持的治療など、その他の治療実施要綱に従う。

治療実施要綱
治療実施要綱は国によって異なる可能性がある。一般的には、解毒剤と補助呼吸などの支持的治療 が必要である。

下記の表は、化学物質への曝露による症状と、一般的に処方される解毒剤を示す。

有害化学物質への曝露による症状と可能な治療

有害化学物質の分類	曝露に共通する特徴	解毒剤 （ガイドラインは国により異なる）
サリン、タブン、VX などの神経ガス	縮瞳、頭痛、分泌過剰、胸の圧迫感、呼吸困難、吐き気、嘔吐、下痢、筋収縮、発作、失神	アトロピン オキシム（ プラリドキシム、オビドキシム） ベンゾジアゼピン（発作）
マスタードガスなどのびらん剤	涙目、眼刺激、結膜炎、角膜損傷、痛みを伴う皮膚の赤みおよび水疱、呼吸困難	チオ硫酸ナトリウムの支持治療 例：眼の洗浄、局所抗生物質、皮膚の洗浄、気管支拡張薬 重篤な症例にはチオ硫酸ナトリウムを使う
シアン化物	息切れ、発作、混乱、吐き気	亜硝酸アミル（応急） チオ硫酸ナトリウムと亜硝酸ナトリウム または 4 DMAP または ヒビロキソコバラミン または エデト酸ニコバルト
BZ などの無力化ガス .	口および皮膚の乾燥、頻脈、変性意識状態、妄想、幻覚、熱中症、協調運動障がい、瞳孔散大	フィゾスチグミン
催涙ガス、暴徒鎮圧剤	粘膜の刺痛、火傷 ; 流涙、流涎症、鼻水、胸の圧迫感、頭痛、吐き気	主に支持療法
塩素	赤目、鼻と喉への刺激、咳、窒息感、息切れ、喘鳴、声のかすれ、肺水腫	アセチルシステイン（NAC）
タリウム（殺鼠剤）	腹痛、嘔吐、下痢、発作、譫妄、鬱、頭髪と体毛の抜け毛、ニューロパチー、末梢神経障がい、運動失調、神経認知障がい	紺青
鉛	神経性無食欲症、嘔吐、腹痛、血色不良、注意散漫、衰弱、末梢性顔面神経麻痺	キレート
リン酸エステル（殺虫剤と神経ガスを含む）	流涎症、流涙、失禁、脱糞、胃痙攣、嘔吐	アトロピン オキシム （プラリドキシム、オビドキシム）

WHO 緊急事態における環境保健医療ガイダンスを改訂。

参照・参考文献

保健医療と人権

The Right to Health: Fact Sheet No.31. OHCHR and WHO, 2008. http://www.ohchr.org

民軍調整

Civil Military Coordination during Humanitarian Health Action. Global Health Cluster, 2011. www.who.int

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UN OCHA, 2014. http://www.unocha.org

保護および国際人道法

Ambulance and pre-hospital services in risk situations. ICRC, 2013. www.icrc.org

Common Ethical principles of health care in times of armed conflict and other emergencies. ICRC, Geneva, 2015. https://www.icrc.org

Ensuring the preparedness and security of health care facilities in armed conflict and other emergencies. ICRC, 2015. www.icrc.org

Guida*nce Note on Disability and Emergency Risk Management for Health.* World Health Organization, 2013. http://www.who.int

Health Care in Danger: The responsibilities of health care personnel working in armed conflicts and other emergencies. ICRC, 2012. www.icrc.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 Shelter and Child Protection. Child Protection Working Group (now the Alliance for Child Protection in Humanitarian Action), 2012. https://resourcecentre.savethechildren.net

Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on Grave Violations Against Children in situations of Armed Conflict. UN and UNICEF, 2014. http://www.mrmtools.org

調整

Health Cluster Guide. Global Health Cluster, 2009. http://www.who.int

Reference module for cluster coordination at the country level. IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

緊急時の保健医療

Blanchet, K et al *Evidence on public health interventions in humanitarian crises.* The Lancet, 2017: http://www.thelancet.com

Classification and Minimum Standards for foreign medical teams in sudden onset disasters. WHO, 2013. http://www.who.int

Ensuring Access to Health Care Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban Areas. UNHCR, 2011. http://www.unhcr.org

Public Health Guide in Emergencies. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, 2008. http://pdf.usaid.gov

Refugee Health: An approach to emergency situations. Médecins Sans Frontières, 1997. http://refbooks.msf.org

Spiegel et. al. *Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks.* The Lancet, 2010. http://www.thelancet.com

臨床ガイドライン

Clinical Guidelines - Diagnosis and Treatment Manual. MSF, 2016. http://refbooks.msf.org

保健医療システム

Analysing Disrupted Health Sectors. A Modular Manual. WHO, 2009. http://www.who.int

Elston et al. *Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone.* Journal of Public Health, 2015. https://academic.oup.com

Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO, 2007. http://www.who.int

The Health System Assessment Approach: A How to Manual 2.0. USAID, 2012. www.hfgproject.org

Parpia et al. *Effects of Response to 2014-2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV / AIDS and Tuberculosis West Africa. Emerging Infection Diseases Vol 22.* CDC, 2016. https://wwwnc.cdc.gov

Recovery Toolkit: Supporting countries to achieve health service resilience. WHO, 2016. http://www.who.int

Toolkit assessing health system capacity to manage large influx of refugees, asylum-seekers and migrants. WHO/UNHCR/IOM, 2016. http://www.euro.who.int

安全性

Comprehensive Safe Hospital Framework. WHO, 2015. http://www.who.int

Patient Safety: Making Health Safer. WHO, 2017. http://www.who.int

感染症予防と対応

Essential environmental health standards in health care. WHO,2008. http://www.who.int

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures. MSF, 2009. http://oops.msf.org

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. CDC, 2007 updated 2017. https://www.cdc.gov

Guidance for the selection and use of Personal Protective Equipment (PPE) in healthcare settings. CDC, 2004. https://www.cdc.gov

Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies. WHO, 1999. http://apps.who.int

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility level. WHO, 2016. http://www.who.int

Management of Dead Bodies after Disasters: A field Manual for First Responders, Second Edition. ICRC, IFRC, 2016. www.icrc.org

Safe management of wastes for health-care activities, Second edition. WHO, 2014. http://www.who.int

保健医療従事者

Classifying health workers: mapping occupations to the international standards. WHO. http://www.who.int

Global strategy on human resources for health. Workforce 2030. WHO, 2016. http://www.who.int

Human resources for Health Information System, Minimum Data Set for Health Workforce Registry. WHO, 2015. *http://www.who.int*

Health workforce requirement for universal health coverage and the SDGs. WHO, 2016. http://www.who.int

International Standard Classification of Occupation: Structure, group definitions and correspondence tables. ILO, 2012. http://www.ilo.org

WISN Workload indicators of staffing need, user's manual. WHO, 2010. http://www.who.int

Working together for health. World Health Report 2006. WHO 2006. http://www.who.int

医薬品

Emergency Reproductive Health Kit. UNFPA, 2011. https://www.unfpa.org

Guidelines of Medicine Donations. WHO, 2010. http://www.who.int

Interagency Emergency Health Kit. WHO, 2015. http://www.who.int

Model Formulary for children. WHO, 2010. http://apps.who.int

Model List of Essential Medicines 20th List. WHO, 2017. http://www.who.int

Non-Communicable Diseases Kit. WHO, 2016. http://www.who.int

Revised Cholera Kits. WHO, 2015. http://www.who.int

The Interagency Emergency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10 000 People for Approximately Three Months. WHO. 2017.

補助具を含めた医療機器

Core Medical Equipment. WHO, 2011. http://www.who.int

Decommissioning Medical Equipment and Devices. WHO http://www.who.int

Global Atlas of Medical Devices. WHO, 2017. http://www.who.int

Guidelines on the provision of Manual Wheelchairs in less resourced settings. World Health Organization, 2008. http://www.who.int

Medical Device technical series: Medical device regulations, medical devices by health care facilities, needs assessment for medical devices, procurement process resource guide, medical device donations, medical equipment maintenance programme overview. WHO, 2011. http://www.who.int

Priority Assistive Products List. The GATE Initiative, WHO and USAID, 2016. http://www.who.int

規制薬剤

Access to Controlled Medications Programme, WHO Briefing Note. WHO, 2012. http://www.who.int

Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes. International Narcotics Control Board and WHO, 2010. http://www.incb.org

Availability of narcotic drugs and psychotropic substances in emergency situations, INCD report, pages 36-37. International Narcotics Control Board, 2014. www.incb.org

Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances. Guidance for availability and accessibility of controlled medicines. WHO, 2011. http://www.who.int

血液製剤

Blood safety and availability. WHO, 2017. http://www.who.int

Guidelines on management of blood and blood components as essential medicines, Annex 3. WHO, 2017. http://apps.who.int

Universal Access to Safe Blood Transfusion. WHO, 2008. http://www.who.int

保健医療財政

Cash-based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review. UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Cash for Health: Key Learnings from a cash for health intervention in Jordan. UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. WHO, 2014. http://apps.who.int

Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Global Health Cluster and WHO, 2011. http://www.who.int

保健医療情報

IASC Guidelines: Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response. IASC, 2011 https://interagencystandingcommittee.org

Global Reference List of 100 Core Health Indicators. WHO, 2015. http://www.who.int

Standards for Public Health Information Services in Activated Health Clusters and Other Humanitarian Health Coordination Mechanisms. Global Health Cluster, 2017. www.humanitarianresponse.info

保健医療ニーズアセスメントと保健医療サービスの優先順位づけ

Assessment Toolkit: Practical steps for the assessment of health and humanitarian crises. MSF, 2013. http://evaluation.msf.org

Global Health Observatory Data Repository: Crude birth and death rate by country. World Health Organization, 2017. http://apps.who.int

Rapid Risk Assessments of Acute Public Health Events. WHO, 2012. http://www.who.int

SARA Service Availability and Readiness Assessment Survey. WHO/USAID, 2015. http://www.who.int

感染症予防

Integrated Vector Management in Humanitarian Emergencies Toolkit. MENTOR Initiative and WHO, 2016. http://thementorinitiative.org

Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making. WHO, 2017. http://www.who.int

感染症（特殊な疾病）

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control: New Edition. WHO, 2009. http://www.who.int

Guidelines for the control for shigellosis. WHO, 2005. http://www.who.int

Interim Guidance Document on Cholera surveillance. Global Task Force on Cholera Control and WHO, 2017. http://www.who.int

Liddle, K et al. *TB Treatment in a Chronic Complex Emergency: Treatment Outcomes and Experiences in Somalia.* Trans R Soc Trop Med Hyg, NCBI, 2013. www.ncbi.nlm.nih.gov

Managing Meningitis Epidemics in Africa. WHO, 2015. http://apps.who.int

Management of a measles epidemic. MSF, 2014. http://refbooks.msf.org

Meningitis Outbreak Response in Sub-Saharan Africa. WHO, 2014. http://www.who.int

Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. WHO, 2011. http://apps.who.int

アウトブレイク（集団感染）の知覚と早期対応

Early detection, assessment and response to acute public health events, Implementation of Early Warning and Response with a focus on Event-Based Surveillance. WHO, 2014. http://www.who.int

"Early warning, alert and response (EWAR): a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018. Weekly Epidemiological Record. WHO. http://www.who.int

Early warning, alert and response (EWAR) a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018. http://apps.who.int

Weekly Epidemiological Record. WHO. http://www.who.int

Outbreak Surveillance and Response in Humanitarian Crises, WHO guidelines for EWARN implementation. WHO, 2012. http://www.who.int

アウトブレイク（集団感染）対策および対応

Communicable disease control in emergencies, A field Manual. WHO, 2005. http://www.who.int

Epidemic Preparedness and Response in Refugee Camp Settings, Guidance for Public health officers. UNHCR, 2011. http://www.unhcr.org

Outbreak Communication Planning Guideline. WHO, 2008. http://www.who.int

子どもと新生児の保健医療

IMCI Chart Booklet. WHO, 2014. http://www.who.int

Integrated Community Case Management in Acute and Protracted Emergencies: case study for South Sudan. IRC and UNICEF, 2017. https://www.rescue.org

Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide Interim Version. IAWG RH in Crises, 2016. http://iawg.net

Overview and Latest update on iCCM: Potential for Benefit to Malaria Programs. UNICEF and WHO, 2015. www.unicef.org

Polio vaccines: WHO position Paper Weekly epidemiological record. WHO, 2016. http://www.who.int

Updates on HIV and infant feeding. UNICEF, WHO, 2016. http://www.who.int

セクシュアル・リプロダクティブヘルス

Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings. UNFPA and Save the Children, 2009. http://iawg.net

Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 5th Edition. UNFPA/IAWG, 2011. http://iawg.net

Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings. IWAG on Reproductive Health in Crises and WHO, 2018. http://www.who.int

Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use. WHO, 2015. http://who.int

Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: A distance learning module. IWAG and Women's Refugee Commission. 2011. http://iawg.net

Selected practice recommendations for contraceptive use, Third Edition. WHO, 2016. http://www.who.int

Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems. WHO, 2015. http://www.who.int

性暴力とレイプの臨床対応

Clinical Care for Sexual Assault Survivors. International Rescue Committee, 2014. http://iawg.net

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. IRC and UNICEF, 2012. https://www.unicef.org

Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Revised Edition, pp.44–47. WHO, UN Population Fund, and UNHCR, 2004. www.who.int

Clinical Management of Rape Survivors: E-Learning. WHO 2009. http://apps.who.int

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action, Reducing Risk, promoting resilience and aiding recovery. Inter-Agency Standing Committee, 2015. https://gbvguidelines.org

Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence. WHO, 2003. http://www.who.int

HIV

Consolidated Guidelines on the Use or ART Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach - Second edition. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. UNAIDS and IASC, 2010. http://www.unaids.org

Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrant and crisis-affected populations in Sub Saharan Africa. UNHCR, 2014. http://www.unhcr.org

Guidelines for management of sexually transmitted infections. WHO, 2003. www.emro.who.int

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. WHO, 2014. http://www.who.int

HIV prevention in emergencies. UNFPA, 2014. http://www.unfpa.org

PMTCT in Humanitarian Settings Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies Part II: Implementation Guide. Inter-Agency Task Team, 2015. http://iawg.net

WHO policy on collaborative TB/HIV activities Guidelines for national programmes and other stakeholders. WHO, 2012. http://www.who.int

外傷ケアおよびトラウマケア

American Heart Association Guidelines for CPR & ECC. American Heart Association, 2015 and 2017. https://eccguidelines.heart.org

Anaesthesia Handbook, Annex 3: ICRC Pain Management. Reversed WHO pain management ladder. ICRC, 2017. https://shop.icrc.org

Child Protection in Humanitarian Action Review: Dangers and injuries. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2016. https://resourcecentre.savethechildren.net

Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. WHO, 2016. http://apps.who.int

Disasters. WHO, 2013. http://www.who.int

eCBHFA Framework Community Based Health and First Aid. ICRC, 2017. http://ifrc-ecbhfa.org

EMT minimum data set for reporting by emergency medical teams. WHO, 2016. https://extranet.who.int

Guidelines for trauma quality improvement programmes. World Health Organization, 2009. http://apps.who.int

International First Aid and Resuscitation Guidelines. IFRC, 2016. www.ifrc.org

Interagency initiative comprising a set of integrated triage tools for routine, surge and prehospital triage allowing smooth transition between routine and surge conditions. WHO and ICRC. http://www.who.int

Recommended Disaster Core Competencies for Hospital Personnel. California Department of Public Health, 2011. http://cdphready.org

Technical Meeting for Global Consensus on Triage. WHO and ICRC, 2017. https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. European resuscitation council, 2015. https://cprguidelines.eu

The WHO Trauma Care Checklist. WHO, 2016. http://www.who.int

von Schreeb, J et al. *Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan.* Prehospital Disaster Med, NCBI, 2008. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

War Surgery, Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. International Committee of the Red Cross, 2010. https://www.icrc.org

精神保健

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org

A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. https://reliefweb.int

Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2012. http://www.who.int

Building back better: sustainable mental health care after emergencies. WHO, 2013. http://www.who.int

Facilitate community self-help and social support (action sheet 5.2) in guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007. https://interagencystandingcommittee.org

Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression. WHO, 2016. http://www.who.int

Inter-Agency Referral Form and Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. https://interagencystandingcommittee.org

mhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2015. http://www.unhcr.org

Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. WHO, 2016. http://www.who.int

Psychological First Aid: Guide for Field Workers. WHO, War Trauma Foundation and World Vision International, 2011. http://www.who.int

Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners. Save the Children, 2013. https://resourcecentre.savethechildren.net

Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings in Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know. IASC, 2010. http://www.who.int

非感染症

Disaster Risk Management for Health: Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011. WHO, 2011. http://www.who.int

Jobanputra, K. Boulle, P. Roberts, B. Perel, P. *Three Steps to Improve Management of Noncommunicable Diseases in Humanitarian Crises.* PLOS Medicine, 2016. http://journals.plos.org

Lozano et al. *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* The Lancet, 2012. https://www.ncbi.nlm.nih.gov

NCD Global Monitoring Framework. WHO, 2013. http://www.who.int

NCDs in Emergencies – UN Interagency Task Force on NCDs. WHO, 2016. http://www.who.int

Slama, S et al. *Care of Non-Communicable Diseases in Emergencies.* The Lancet, 2016. http://www.thelancet.com

WHO Package of Essential Non-Communicable Disease Interventions, Tools for implementing WHO PEN. WHO, 2009. http://www.who.int

緩和ケア

Caring for Volunteers Training Manual. Psychosocial Centre IFRC, 2015. http://pscentre.org

Disaster Spiritual Care Handbook. Disaster Services, American Red Cross, 2012. https://interagencystandingcommittee.org

Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. WHO, 2016. http://apps.who.int

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. IASC, 2007. http://www.who.int

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care. International Association for Hospice and Palliative Care, 2007. https://hospicecare.com

Matzo, M et al. *Palliative Care Considerations in Mass Casualty Events with Scarce Resources.* Biosecurity and Bioterrorism, NCBI, 2009.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov

Powell, RA. Schwartz, L. Nouvet, E. Sutton, B. et al. *Palliative care in humanitarian crises: always something to offer.* The Lancet, 2017. http://www.thelancet.com

Palliative Care, Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. WHO, 2007. http://www.who.int

Silove, D. *The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings.* War Trauma Foundation, 2013.
https://www.interventionjournal.com

Nouvet, E. Chan, E. Schwartz, LJ. *Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua.* Global public health, NCBI, 2016.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov

19th WHO Model List of Essential Medicines chapter 2 2, Medicines for pain and palliative care. WHO, 2015. http://www.who.int

中毒

Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons. WHO, 2015.
http://www.who.int

参考文献

For further reading suggestions please go to
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

関連文献

民軍調整

UN-CMCoord Field Handbook. UN OCHA, 2015. https://www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCoord/publications

調整

Global Health Cluster. http://www.who.int/health-cluster/en/

保健医療システム

Approach to Health Systems Strengthening. UNICEF, 2016. https://www.unicef.org/health/files/UNICEF_HSS_Approach_-_5Jun16.pdf

Health System Strengthening, from diagnosis to Planning. Action Contre Le Faim, 2017. https://www.actionagainsthunger.org/publication/2017/03/health-system-strengthening-diagnosis-planning

Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. WHO, 2010. http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/

Newbrander et al. *Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states.* NCBI, Disasters, 2011. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21913929

Strategizing national health in the 21st century: a handbook. WHO, 2017. http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/

van Olmen, J et al. *Health Systems Frameworks in their Political Context: Framing Divergent Agendas.* BMC Public Health, 2012. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-774

安全性

Diagnostic Errors: Education and Training, Electronic Tools, Human Factors, Medication Error, Multi-morbidity, Transitions of care. WHO, 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252410/9789241511636-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hospital Safety Index Guide for Evaluators, 2nd ed. WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/handle/10665/258966

Technical Series on Safer Primary Care: Patient engagement: Administrative errors. WHO, 2016. http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/

医薬品

Management of Drugs at Health Centre Level, Training Manual. WHO, 2004. http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js7919e/

補助具を含めた医療器材

Global Model Regulatory Framework for Medical Devices including in vitro diagnostic medical devices. WHO, 2017. http://www.who.int/medical_devices/publications/global_model_regulatory_framework_meddev/en/

List of Prequalified in vitro diagnostic products. WHO, 2011. http://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/PQ_list/en/

規制薬剤

Model Guidelines for the International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care. International Narcotics Control Board, 1996. www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/medical_care/Guidelines_emergency_Medical_care_WHO_PSA.pdf

保健医療財政

Doocy et al. *Cash-based approaches in humanitarian emergencies, a systematic review.* International Initiative for Impact Evaluation, 2016. http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2016/05/19/sr28-qa-sr-report-cash-based-approaches.pdf

Wenjuan Wang et al. *The impact of health insurance on maternal health care utilization: evidence from Ghana, Indonesia and Rwanda.* Health Policy and Planning, NCBI, 2017. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28365754

保健医療情報

Checchi et al. *Public Health Information in Crisis-Affected populations. A review of methods and their use for advocacy and action.* The Lancet, 2017. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30702-X/abstract

Creating a master health facility list. WHO, 2013. http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_CreatingMFL_draft.pdf

Thierin, M. *Health Information in Emergencies.* WHO Bulletin, 2005. http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/584.pdf

保健医療ニーズアセスメントと保健医療サービスの優先順位づけ

Checchi, F et al. *Public health in crisis-affected population. A practical guide for decision makers, Network Paper 61.* Humanitarian Practice Network, December 2007. https://odihpn.org/resources/public-health-in-crisis-affected-populations-a-practical-guide-for-decision-makers/

Prioritising Health Services in humanitarian crises. Health and Education Research Team, 2014. http://www.heart-resources.org/2014/03/prioritising-health-activities-in-humanitarian-crises/

Waldman, R.J. Pri*oritising health care in complex emergencies.* The Lancet, 2001. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04568-2/fulltext?_eventId=login

World Health Statistics, 2016: Monitoring for the SDGs. WHO, 2016. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

感染症予防

Vaccination in Humanitarian Emergencies, Implementation Guide. WHO, 2017. http://www.who.int/immunization/documents/general/who_ivb_17.13/en/

アウトブレイク（集団感染）知覚と早期発見

Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties. WHO, 2013. http://www.who.int/ihr/publications/checklist/en/

Integrated Disease Surveillance and Response Community Based Surveillance Training Manual. WHO, 2015. http://www.afro.who.int/publications/integrated-diseases-surveillance-and-response-african-region-community-based

アウトブレイク（集団感染）の対策および対応

Key messages for social mobilization and community engagement in intense transmission areas, Ebola. WHO, 2014. http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/social-mobilization-guidance/en/

子どもと新生児の保健医療

Disaster Preparedness Advisory Council, Ensuring the Health of Children in Disasters. Pediatrics. 2015. http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/10/13/peds.2015-3112

Hoddinott, J. Kinsey, B. *Child growth in the time of drought.* Oxford Bulletin of Economics and Statistics. 2001. https://are.berkeley.edu/courses/ARE251/2004/papers/Hoddinott_Kinsey.pdf

Including children with disabilities in humanitarian action, Health Booklet. UNICEF, 2017. http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html

Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities, evidence summaries. WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137319/1/9789241507813_eng.pdf

外傷ケアおよびトラウマケア

Emergency Trauma Care. World Health Organization, 2017. http://www.who.int/emergencycare/gaci/activities/en/

EMT initiative. WHO, 2017. https://extranet.who.int/emt/page/home

Global guidelines for the prevention of surgical site infection. WHO, 2016. http://www.who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/

Implementation Manual Surgical Safety Checklist, First Edition. WHO, World Alliance for Patient Safety, 2008 http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/

Joshi, GP et al. *Defining new directions for more effective management of surgical pain in the United States: highlights of the inaugural Surgical Pain Congress™.* The American Surgeon, NCBI, 2014. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666860

Malchow, Rj et al. *The evolution of pain management in the critically ill trauma patient: Emerging concepts from the global war on terrorism.* Critical Care Medicine, NCBI, 2008. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18594262

Providing Care for an Influx of Wounded. MSF, 2008. http://oops.msf.org/OCBLog/content/OOPSLOGV3/LOGISTICS/operational-tools/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf

精神保健

Toolkit for the Integration of Mental Health into General Healthcare in Humanitarian Settings. International Medical Corps, 2018. http://www.mhinnovation.net/collaborations/IMC-Mental-Health-Integration_Toolkit

非感染症

Action Plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases 2008/2013. WHO, 2009. http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/

Demaio, A. Jamieson, J. Horn,R. de Courten, M. Tellier, S. *Non-Communicable Diseases in Emergencies: A Call to Action.* PLOS Currents Disasters, 2013. http://currents.plos.org/disasters/article/non-communicable-diseases-in-emergencies-a-call-to-action/

Global Status Report on Non-communicable diseases. WHO, 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

The Management of cardiovascular disease, diabetes, asthma and chronic obstructive pulmonary disease in Emergency and Humanitarian Settings. WHO, 2008.

緩和ケア

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/inter-agency-faith'

Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response. Institute of Medicine. 2012. https://www.nap.edu/catalog/13351/crisis-standards-of-care-a-systems-framework-for-catastrophic-disaster

Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care: training manual. WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/196326/9789241549349_eng.pdf?sequence=1

Faith Leader Toolkit. Coalition for Compassionate Care in California, 2017. http://coalitionccc.org/tools-resources/faith-leaders-toolkit/

Knaul, F. Farmer, P.E. et al. *Report of the Lancet Commission on Global Access to Palliative Care & Pain Control.* The Lancet, 2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29032993

中毒

Chemical Hazards Compendium. UK Government, 2013. https://www.gov.uk/government/collections/chemical-hazards-compendium

Emergency preparedness and Response, Fact Sheets on Specific Chemical Agents. Center for Disease control and prevention, 2013. https://emergency.cdc.gov/chemical/factsheets.asp

Guidelines for the Identification and Management of Lead Exposure in Pregnant and Lactating Women. CDC, 2010. https://www.cdc.gov/nceh/lead/publications/leadandpregnancy2010.pdf

The Public Health Management of Chemical Incidents, WHO Manual. WHO, 2009. http://www.who.int/entity/environmental_health_emergencies/publications/Manual_Chemical_Incidents/en/index.html

A 付録

目次

付録 1：スフィアの法的根拠.....374
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 385
付録 3：略語・頭字語 393

付録 1
スフィアの法的根拠

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定め、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、特定の地域の法律やその枠組みを代表することを意図するものではない。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、基準および枠組みに関するさらなる資料とこれらの文書へのウェブリンクは、スフィアのウェブサイト www.spherestandards.org から入手できる。ここでは、説明を要するか、新たに付け加えられたか、あるいは災害か紛争に関する特定の項目に関する文書にのみ注釈を付している。

スフィアハンドブックは、国際的な法的枠組みの一部である事柄が反映されたものである。個人の安全と尊厳、差別からの自由、水と衛生、避難所および避難先の居住地、食料安全保障と栄養、保健医療に関する権利があまねく含まれている。これらの権利は特定の国際約款に明文化されているものがある一方で、市民権および政治的権利、あるいは経済、社会および文化的権利のいずれかの権利として、人権全般に言及した法律文書の中に含まれている。

この付録は、下記の 5 つのカテゴリーに分類されている。

1. **人権、保護および脆弱性**
2. **武力紛争と人道支援**
3. **難民および国内避難民**
4. **災害と人道支援**
5. **人道支援に関する政策枠組み、ガイドラインおよび人権における原則、緊急事態への備えや対応における保護および脆弱性**
   www.spherestandards.org/handbook/online-resources

上記のカテゴリーにおける各文書の位置づけを明確にするために、下記のような見出しを付けて分類している。a) 条約および慣習法 、b) 国連および他の公的に認められた政府間ガイドラインおよび原則。

1. 人権、権利保護および脆弱性に関する国際法律文書

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は、それらが災害や紛争における代表的な脆弱性の原因であるため、数々の主要文書に含まれている。

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、拷問禁止などの慣習法はすべての国家に適用される。人権法は、2 つの例外を除いて、常に適用される。

- いくつかの限られた市民的および政治的権利は、市民的および政治的権利に関する国際規約第 4 条「免脱」に従い、国家非常事態が宣言されている期間は停止されることがある。
- 認められた武力紛争において、人権法との間に矛盾がある状況では、国際人道法が優位に適用される。

1.1.1 普遍的人権

世界人権宣言（Universal Declaration of Human Rights, UDHR） 1948 年 12 月 10 日に、国連総会決議 217A（III）として採択。
www.un.org

> **注釈：**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、国際慣習法の一部になっていると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、第一条には「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」と書かれている。

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. www.ohchr.org

自由権規約第二選択議定書（死刑廃止を目的とした議定書） 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. www.ohchr.org

> **注釈：**自由権規約締約国は、「人びと」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すべ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 * を付記）は、最も凄惨な国家非常時においても、停止されてはならない。

自由権：生命への権利 *；拷問又は残虐な、非人道的な、刑罰の禁止 *；奴隷及び強制労働の禁止 *; 逮捕と交流に対する適正手続 *; 被告人、受刑者など身体を拘束されたものに対する人道的取扱い；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 *；居住移転の自由；外国人追放に対する適正手続；法の前での平等、公正な裁判、刑事裁判における推定無罪 *；法の前でひとしく認められる *；プライバシーの保護；思想、良心および宗教の自由 *；意見、表現および平和的集会の自由；結社の自由；家族の生活に対する保護と婚姻の権利；児童の保護；投票権と公務参加の条件の平等；文化的、宗教的、言語的少数民族の権利 *

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. www.ohchr.org

注釈：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確約することに同意する。

社会権：労働の権利；いかなる差別もない同一価値労働労働賃金；団結権；社会保険その他の社会保障についての権利；産前産後の母親の保護 および搾取からの子どもの保護を含む、家族に対する保護と援助；食糧、衣類及び住居を内容とする相当な生活水準；身体および精神の健康を享受する権利；教育についての権利；文化的な生活に参加する権利およ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. www.ohchr.org

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. www.ohchr.org

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. www.ohchr.org

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. www.ohchr.org

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. www.ohchr.org

> **注釈：**子どもの権利条約は、ほぼ全世界の国家の加盟を得られている。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対する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. www.ohchr.org

> **注釈：**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のある人びとの権利を支持し、また障がい、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に特化して言及している。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 集団殺害、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. www.ohchr.org

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. www.ohchr.org

> **注釈：**この条約は非常に多くの国に締結されている。また、拷問の禁止は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することはできない。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

> **注釈：**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集団殺害を詳細に記述し、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（たとえ訴追された個人の国家が条約締約国でない場合でも追訴が可能）。

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 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.ohchr.org

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。 www.ohchr.org

2. 武力紛争、国際人道法および人道支援に関する国際的な法律文書

2.1 武力紛争、国際人道法および人道支援についての条約と慣習法

国際人道法（International Humanitarian Law, IHL）は、暴力的紛争が「武力紛争」になる時の判定基準を定めるがゆえに、この特別な法制度が適用される。赤十字国際委員会（International Committee of the Red Cross, ICRC）は、人道法条約の公式な保管機関であり、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ウェブサイト上（www.icrc.org）で提供している。

2.1.1 主たる国際人道法条約

1949 年ジュネーブ諸条約

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

> **注釈：**ジュネーブ諸条約では、すべての国家が締約国である条約と、慣習法の一部として一 般的に受け入れられているものが含まれるが、以下の 4 つについて言及している陸戦（I）と海戦（II）にて負傷もしくは病気となった者の保護と取扱いについて、（III）戦争捕虜の扱い、（IV）武力紛争における文民の保護。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。多くのの国家はこれら議定書に加盟していない。

2.1.2 制限が議論されている兵器、地雷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関する「ハーグ法」と呼ばれる法体系がある。これには、文化財の保護の条約と、ガスやその他の生物 化学兵器、無差別もしくは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

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 and New York, 2005. www.icrc.org

> **注釈：**この研究では、武力紛争法のほぼすべての領域を網羅している。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化している。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支援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). undocs.org

> **注釈：**国家を拘束する決議ではないものの、幅広い国連機関および機関間常設委員会 (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、特に紛争下における女性に対する暴力を解決するにあたっての画期的な出来事として、女性、平和および安全に関する決議番号 1325（2000 年）、それに続くものとして、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入手可能：www.un.org

3. 難民と国内避難民（internally displaced persons, IDPs）に関する国際的な法律文書

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。この 2 条約は歴史的な先例だからである。

難民の地位に関する条約（改正）1951 年：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. www.unhcr.org

難民の地位に関する議定書 1967 年：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

> **注釈：**難民についての最初の国際協定として、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、国籍も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者」

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：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

> **注釈：**この条約は、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の結果その国を去ることを強いられた者を、1951 年難民条約に含めかつ拡大している。ま た、迫害の加害者には非国家グループを含めており、さらに難民が彼ら自身と将来の危険性との間に直接的な関連を示すことを要求していない。

アフリカの国内避難民の保護と支援条約（カンパラ条約）2009 年：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、2012 年 6 月に発効した。 au.int/en/treaties/african-union-convention-protection-and-assistance-internally-displaced-persons-africa

> **注釈：**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。

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）1998 年：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.ohchr.org

> **注釈：**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、国内避難民への支援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. 災害と人道支援に関する国際的な法律文書

4.1 災害と人道支援についての条約

国際連合要員及び関連要員の安全に関する条約 1994 年：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.

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：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. 2689, p.59. www.un.org

> **注釈：**この条約は、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るという非現実的な要件を示した。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、政治的および開発支援の提供にいたる、すべての国連の活動に法的保護を拡大している。

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 1998 年：1998 年の緊急における情報通信に関する政府間会議にて採択され、2005 年 1 月 8 日に発行。 United Nations, Treaty Series, vol. 2296, p. 5. www.itu.int

気候変動枠組条約（UNFCCC）1992 年：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国連環境開発会議において採択され、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. 1771, p. 107. unfccc.int

- **気候変動枠組条約に関する京都議定書 1997 年：**1997 年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. unfccc.int
- **パリ合意 2015 年：**2015 年 12 月にパリで行われた気候変動枠組条約第 21 回締約国会議（COP21）にて採択され、2016 年 11 月に発効。unfccc.int

> **注釈：**気候変動枠組条約、京都議定書およびパリ合意は 1 つの枠組条約の一部である。それらは気候変動への適応とリスク低減のための戦略実現すること、および特に自然災害が発生しやすい国における地域の能 力とレジリエンス構築への緊急の必要性を述べている。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 災害と人道支援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

国連の人道緊急支援における調整強化決議と指導原則の付記 1991 年 12 月 19 日の国連総会決議 46/182。 www.unocha.org

> **注釈：**この決議は国連人道問題局（Department of Humanitarian Affairs, 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。

災害リスク軽減のための仙台枠組 2005-2015（仙台防災枠組）
www.unisdr.org

> **注釈：**仙台防災枠組みは、兵庫行動枠組 (Hyogo Framework for Action, HFA) 2005–2015 の後継の法的文書である。災害に対し、国家およびコミュニティのレジリエンスを構築する。これは、2015 年に行われた第 3 回国連防災世界会議において採択され、国連総会にて発効した（国連総会決議 69/283）。国連国際防災戦略事務局 (UNISDR) がその実行を支援している。これは 15 年間の自主的な拘束力のない合意であるが、災害リスクや生命、生計および健康の損失を大幅に軽減するための目標を掲げている。

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

5. 緊急への備えや対応における人権、保護および脆弱性における人道的な政策的枠組、ガイドラインと原則

現在、緊急時の人道支援における全般的な知識に関するものから、特定の実施ガイダンスまで存在する。これらのツールはもはや軍事紛争と難民の発生や災害といった状況の区別をしていないため、ここでは基準全般を以下のテーマ見出しに沿って分類をする。すなわち、ジェンダー、平等およびジェンダーに基づく暴力からの保護、緊急時における子どもたち、難民および国内避難民 (IDPs) である。

1. 人道パートナー基準

人道行動における子どもの保護の最低基準 (CPMS) 子ども保護ワーキング・グループ（CPWG）2012 年
https://resourcecentre.savethechildren.net
http://www.savechildren.or.jp/news/publications/download/cpms.pdf

市場分析のための最低基準 (MISMA)。The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

教育ミニマムスタンダード (緊急時の教育のための最低基準)：準備・対応・復興 2010 緊急時における教育支援の諸機関ネットワーク (INEE), 2010. http://s3.amazonaws.com
http://s3.amazonaws.com/inee-assets/resources/_INEE_Minimum_Standards_Handbook_2010_Japanese.pdf（日本語）

緊急時の家畜に関するガイドラインおよび基準 (LEGS)。 LEGS Project, 2014. https://www.livestock-emergency.net

経済復興の最低基準 (MERS)。The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. https://seepnetwork.org

高齢者および障がい者のための人道のインクルーシブ基準。 Age and Disability Consortium, HelpAge International, Handicap International, 2018. https://reliefweb.int

2. その他のテーマ別規範、ガイダンスおよびマニュアル

2.1 保護全般および人道支援における質の基準

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 ⊕ 付録 2 参照。

国際赤十字・赤新月運動の基本原則 1965 年、赤十字第 20 回国際会議にて採択。www.ifrc.org

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（日本語版）。Inter-Agency Standing Committee and Brookings–Bern Project on Internal Displacement. 2011. https://www.brookings.edu

災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン 2007 年。UN Inter-Agency Standing Committee. www.who.int

人道行動における障がい者のインクルージョンに関する機関間常設委員会ガイドライン。https://interagencystandingcommittee.org

人道行動における保護に関する機関間常設委員会の政策 2016 年。UN Inter-Agency Standing Committee. https://interagencystanding-committee.org

人道支援寄贈者の原則と優れた取り組み（グットプラクティス）2003 年。支援国、国連機関、NGO および国勢赤十字・赤新月運動によるストックホルム会議で採択され、EU および 16 ヵ国により署名された。
www.ghdinitiative.org

保護活動のためのプロフェッショナル基準、2018 年。国際赤十字委員会 (ICRC)。 https://shop.icrc.org

自然災害状況下に適応可能な国際法および基準 (IDLO Legal Manual) 2009。International Development Law Organization (IDLO). https://www.sheltercluster.org

2.2 男女平等およびジェンダーに基づく暴力 (GBV) からの保護

ジェンダーに基づく暴力関連。Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016. https://sheltercluster.org

人道行動におけるジェンダーハンドブック 2006 年、「女性、少女、少年と男性、異なるニーズ―平等な機会、人道行動のためのジェンダーハンドブック」Inter-Agency Standing Committee. http://www.unhcr.org

キャンプ計画におけるジェンダーに関する心構え：居住計画、公式のキャンプ、非公式の居留地ガイダンス。Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016. https://www.sheltercluster.org

人道行動におけるジェンダーに基づく暴力への統合的介入のための機関間常設委員会ガイドライン　2015 年。New York; UN Inter-Agency Standing Committee and Global Protection Cluster. www.gbvguide-lines.org

コミュニティ主導の開発プログラムにおけるジェンダーに配慮した統合的災害リスク管理。Guidance Notes on Gender and Disaster Risk Management. No.6. World Bank. 2012. https://openknowledge.worldbank.org

ジェンダーに配慮した災害リスク削減：政策および実践ガイドライン。Geneva; UNISDR, UNDP and IUCN. 2009. https://www.unisdr.org

知るべきことガイダンス：強制移住における性暴力およびジェンダーに基づく暴力の男性および少年サバイバーとの協働。UNHCR. 2011.
www.globalprotectioncluster.org

知るべきことガイダンス：強制移住におけるレズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダーおよびインターセックスの人びと。UNHCR. 2011.
www.globalprotectioncluster.org

予測可能性、予防可能性：災害の際および災害後における対人間および自分に向けられた暴力を解決するための優れた取り組み（グットプラクティス）。Geneva; IFRC, Canadian Red Cross. 2012. www.ifrc.org

2.3 緊急下における子どもたち

保護者のいない子どもたちおよび保護者と別れた子どもたちに関するフィールドハンドブック 2017 年。2017. Inter-agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children; Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. https://reliefweb.int

人道行動における子ども保護のための機関間常設委員会の最低基準。2012. New York; UN Inter-Agency Standing Committee and Global Protection Cluster (Child Protection Working Group). cpwg.net

保護者のいない子どもたちおよび保護者と別れた子どもたちに関する組織間の指導原理。2004. ICRC, UNHCR, UNICEF, World Vision International, Save the Children UK and the International Rescue Committee. https://www.icrc.org

2.4 難民および国内避難民 (IDPs)

国連高等難民弁務官事務所 (UNHCR) は、難民の地位に関する条約および議定書に基づき、難民保護の法的任務を持っている。UNHCR の広範囲な資料はウェブサイトにある www.unhcr.org

国内避難民の保護のための機関間常設委員会ハンドブック (2010 年 3 月)。UN Inter-Agency Standing Committee. 2010. www.unhcr.org

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

本規範は、食料配給量の算出方法や難民キャンプの設置方法という実務上の詳細について言及しているものではない。むしろ、支援に携わる NGO と国際赤十字ならびに赤新月社運動が目指すべき独立性、効率性、効果における高い水準を示している。この規範は自発的なものであり、その中で規定された水準を受け入れようとする組織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、本規範は国際人道法に準拠して解釈および適用される。

本規範は、本文と 3 つの付属文書により構成される。付属文書には我々が支援受け入れ国政府および支援国政府と国際機関に対して希望する人道支援の効果的な実施のための活動環境について言及している。

定義

非政府組織 (NGOs)：非政府組織 (Non-Governmental Organisations) とは、その組織が設置された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。

非政府人道組織 (NGHAs)：非政府人道組織（Non Governmental Humanitarian Agencies）とは、国際赤十字と赤新月運動の各組織、すなわち赤十字国際委員会、国際赤十字と赤新月社連盟とその構成メンバーである各国赤十字と赤新月社、および上記定義による NGO を含めた組織を表す造語である。

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)

政府間機関 (IGOs)：政府間機関 (Inter-Governmental Organisations) とは、2 か国以上の政府によって構成された組織を指す。従って、すべての国連機関と世界各地域機関が含まれる。

災害：災害とは、人命の損失、人類にとっての惨禍、および広範囲な物理的損害をもたらす破壊的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。

人道支援を受ける権利と提供する権利は、あらゆる国のすべ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、我々は必要とされるのであればどこであろうとも人道支援を提供する義務を負うことを自認する。従って、この責務を全うするために、影響を受けた人びとへのいかなる妨げのないアクセスが極めて重要となる。我々の支援を行う最大の動機は、災害に対して最も脆弱な人びとの苦痛を軽減することである。人道支援の実施は、一部の人びとのためや政治的な行為であってはならず、またそのように見なされてはならない。

2. 支援はそれを受ける人びとの人種、信条あるいは国籍に関係なく、またいかなる差別もなく行われる。支援の優先度はその必要性に基づいてのみ決定される。

可能な限り、我々は被災者のニーズと、そのニーズに応えるために既に行われている地域の対応能力を詳細に評価したうえで、支援を実施する。我々はあらゆる支援プログラムにおいて、必要性を比例的に反映させて支援を実施する。人びとの苦痛のあるところでは、それは必ず軽減されなければならず、いずれの国においても同様である。従って我々の支援は、軽減を要する苦痛の程度により決められる。このようなアプローチの実践に際して、我々は災害が多発する地域社会での女性が果たす役割の重要性を認識し、また我々の支援プログラムはこのような女性の役割を支持するものであり、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支援に必要な資源を調達することができ、更にすべての被災者に同じ程度のアクセスが可能な場合にのみ効果がある。

3. 支援は、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。

人道支援は個人、家族、地域社会のニーズに応じて行われる。非政府人道組織 (NGHAs) は特定の政治的または宗教的見解を支持する権利を有するが、我々は、かかる見解を信ずるか否かによって受ける支援が左右されることがないことを保証する。我々は、特定の政治的または宗教的見解への迎合や受容に結びつけて支援の約束、実行、配分を行うことはない。

4. 私たちは、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。

非政府人道組織 (NGHAs) は、政府からは独立して活動する機関である。それ故に我々は、独自の指針と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。故意か過失かに関わらず、我々自身と職員が、政府もしくは他の機関のために、政治、軍事、経済に関する機密情報を収集することを目的として利用されることはあってはならない。また我々は、支援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、受領した支援物資をニーズに応じて使用するが、その支援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、支援に関心のある個人からの、我々の支援活動を支える為に自発的に提供する労力や資金援助を歓迎し、また促進するものであり、こうしたボランティア精神に基づいて行われる行為の独立性を認識するものである。我々はこの独立性を守る為に、単一の資金提供元に依存することを努めて避けるものとする。

5. 私たちは、文化と慣習を尊重する。

我々は、我々が活動する地域社会と国において、その文化、社会構造、慣習を尊重するべく最善を尽くす。

6. 私たちは、地域の対応能力に基づいて支援活動を行うように努める。

すべての人びとと地域社会は、災害時であっても、脆弱性と同様に対応能力を有している。我々は、可能な限り地元での人材雇用や資材調達、地元企業との取引を通じて、地域のもつ対応能力の強化を図る。我々は、可能な限り現地の非政府人道組織 (NGHAs) を計画・実行段階でのパートナーとし、適切であれば地方自治体とも協力関係を結ぶものとする。我々は、緊急支援活動が適切な調整のもとに行われることに高い優先度を定める。その国内で最も直接的に支援活動に携わっている人びとが協力しあうことが、最大の支援効果をもたらすからであり、この調整には支援に関係する国連機関も含む。

7. 支援活動による受益者が支援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。

支援は、どのような形であっても受益者に押しつけられるものであってはならない。受益者が支援プログラムの計画、運営、実行に参画することは、効果的な支援と長期的復旧の最も良い結果をもたらす。我々は、支援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、たゆみなく努力する。

8. 支援は、基本的ニーズを満たすと同時に、将来の災害に対する脆弱性を軽減させることにも向けられなければならない。

すべての支援活動は、良きにつけ悪しきにつけ、長期開発の方向性に影響を与える。この認識に基づき我々は、受益者の脆弱性が将来の災害では大幅に軽減されうるような支援を実施し、彼らが持続可能な生活様式を築けるような支援を最大限に行う。支援の計画と運営の際には、特に環境問題を踏まえて行う。また、受益者が長期にわたり外部からの支援に依存することがないように努め、支援の負の面を最小限にするように努力する。

9. 私たちは、支援の対象者となる人びとと、私たちに寄付をしていただく人びとの双方に対して説明責任を有する。

我々は往々にして、支援を必要とする人びとと、災害時に支援を行おうとする人びとの間での、パートナーシップ構築の接点として機能するものである。従って、我々は両者に対して説明責任を負う。我々が携わる、すべての寄付者との取引と受益者との取引は、我々の開示性と透明性を反映していなければならない。我々は、資金使途とその効果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、支援の配分に関する適切な監査と、災害支援の影響に関する定期的な評価を、確実に行う義務があることを認識している。我々は、支援活動の影響と、活動を制約あるいは促進するような諸要因についても率直に報告するよう努力する。貴重な支援の資源の浪費を最小限にとどめるべく、我々の支援は高水準の専門家意識と専門技術に基づいて行われる。

10. 私たちの行う情報提供、広報、宣伝活動において、災害等の影響を受けた人びとを、希望を失った存在ではなく、尊厳ある人間として取り扱うものとする。

被災者には、支援に関わる等しい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。我々が広報する際は、被災者が持つ能力と願望が強調され、彼らの脆弱性と悲哀だけが取り上げられないよう、客観性を保ちながら災害の状況を描写しなければならない。我々は民衆からの災害対応への協力を高めるためにメディアに協力することはあるものの、広報することへの内部もしくは外部からの圧力が、災害支援活動を最善のものにするという原則に優先されることはない。メディアによる報道によって、受益者への支援に不利益が生じたり、支援者もしくは受益者の安全が脅かされるような場合は、我々は報道に関して他の災害支援組織と競合することを避ける。

活動環境

上記の規範の遵守に努力することへの合意のもとに、我々は下に災害支援に際しての非政府人道組織 (NGHAs) の効果的な参加を促進するために、支援する国の政府、支援の受入国政府および、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関するガイドラインを示す。

このガイドラインは指針としてここに示すものである。本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、将来の目標としては署名承認を視野に入れたい。我々は、開示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. 政府は非政府人道組織 (NGHAs) の独立、人道、公平に基づいた行動を認識し、尊重しなければならない。

非政府人道組織 (NGHAs) は独立した団体である。この独立性と公平性は支援の受入国政府により尊重されなければならない。

2. 支援の受入国政府は、非政府人道組織 (NGHAs) が迅速に被災者にアクセスできるよう取り計らわなければならない。

非政府人道組織 (NGHAs) が完全に人道原則に則り行動する限り、その人道支援が提供されるように迅速かつ公平な被災者へのアクセスが確保されなくてはならない。支援の受入国政府は、その統治責任遂行の一環として、非政府人道組織 (NGHAs) による支援を妨げずに、その公平かつ政治とは無関係の支援活動を受け入れる義務がある。支援の受入国政府は、特に乗り継ぎ、入国、出国用のビザ取得手続きの省略、もしくは迅速処理を通して、支援者の早急な入国を可能にする手配を行う必要がある。また緊急支援期においては、政府は国際緊急支援物資と支援者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、災害時にタイムリーな支援物資と情報の流通に便宜を計らなければならない。

支援物資や機材は、人道危機の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、商業利益や営利のためではない。支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、原産地証明用の領事証明やインボイス、輸入と輸出、または他の制限に関する許可証、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。

支援の受入国政府は、車両、軽飛行機、通信用機器などの緊急支援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免除して迅速化を図るべきである。同様に支援終了の際は、政府は機材の再輸出に制限を加えるべきではない。

災害時の通信の推進のために支援の受入国政府は、支援組織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り当て、その周波数を事前に支援組織らに通知しておくことが望ましい。政府は、支援者に対して支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サービスと対応計画を提供することを模索せねばならない。

支援の全体的な計画立案と調整は、究極的には支援の受入国政府が責任を有する。もし非政府人道組織 (NGHAs) に対して、支援のニーズ、支援計画作成および実施を担当する政府の組織体系、さらに支援者が遭遇するかもしれない潜在的な安全上のリスクに関する情報が付与されるならば、計画と調整は極めて効率の高いものになり得る。政府は非政府人道組織 (NGHAs) に対し、そのような情報をただちに提供することが望まれる。

効果的な調整と効率的な支援の実施のために、政府は単一の連絡窓口を災害前に決定しておき、発災時入国してくる非政府人道組織 (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. 武力紛争における災害支援

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規定される。

第二付属書：支援国政府に対する勧告

1. 政府は非政府人道組織 (NGHAs) の独立、人道、公平に基づいた行動を認識し、尊重しなければならない。

非政府人道組織 (NGHAs) は独立した団体である。この独立性と公平性は支援の受入国政府により尊重されなければならない。支援国政府は、非政府人道組織 (NGHAs) をいかなる政治的または思想的な目的のために利用してはならない。

2. 支援国政府は、支援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。

非政府人道組織 (NGHAs) は被災者への支援は人道の精神と自主性に基づいて行われるのと同様に、資金や物的支援を支援国政府から受入れる際も同様の精神と自主性に基づく。支援活動の実施責任は最終的には非政府人道組織 (NGHAs) が負うものであり、その実施は非政府人道組織 (NGHAs) の方針に従って行われるものである。

3. 支援国政府は、非政府人道組織 (NGHAs) が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。

支援国政府は、非政府人道組織 (NGHAs) 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。援支援国政府は、必要ならばそのような事態に際しての支援の受入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. 政府間機関 (IGOs) は、現地および外国の非政府人道組織 (NGHAs) を重要なパートナーとして認識しなければならない。

非政府人道組織 (NGHAs) はより効果的な支援のために、国連及びその他の政府間機関と自主的に協働する。彼らは、すべてのパートナー団体の誠意と独立性を尊重するパートナーシップ精神に基づき協働するのである。政府間組織は非政府人道組織 (NGHAs) の独立性と公平性を尊重せねばならない。非政府人道組織 (NGHAs) は支援計画の準備に際して国連機関から助言を求められるべきである。

2. 政府間機関 (IGOs) は、国際的および国内の災害支援のための全体的な枠組の調整を行なうことを通して、支援の受入国政府を支援しなければならない。

非政府人道組織 (NGHAs) は通常、国際的支援を要する災害において、全体的な枠組を定める調整の権限を持たない。この責任は支援の受入国政府と関

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、被災国と国内および国際的な災害救援組織の活動に役立ように、タイムリーかつ効果的に果たさなければならない。いずれにせよ自らの行う支援活動がその他の支援と整合性を持ち、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。

武力紛争時には、救援活動は国際人道法の定めるところにより規定される。

3. 政府間機関 (IGOs) は、国連機関に提供するのと同じ安全保護を非政府人道組織 (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支援実務を担当する非政府人道組織 (NGHAs) にも、その要請に基づいて便宜が供与されるべきである。

4. 政府間機関 (IGOs) は、国連機関に提供する関連情報と同じ情報を非政府人道組織 (NGHAs) に提供しなければならない。

政府間機関 (IGOs) 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非政府人道組織 (NGHAs) と共有するよう求められる。

付記 3
略語・頭字語

ART	anti-retroviral therapy	抗レトロウイルス療法
BMI	body mass index	ボディマス指数
CBA	cash-based assistance	現金給付型支援
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	アメリカ疾病予防管理センター
CHS	Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability	人道支援の質と説明責任に関する必須基準
CHW	community health worker	コミュニティヘルスワーカー（コミュニティ保健医療従事者）
cm	centimetre	センチメートル
CMR	crude mortality rate	粗死亡率
CPMS	Child Protection Minimum Standards	子どもの保護に関する最低基準
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities	障害者権利条約
DPT	diphtheria, pertussis and tetanus	ジフテリア、百日咳、破傷風
EPI	Expanded Programme on Immunization	拡大予防接種計画
EWAR	Early warning alert and response	早期警報および対応
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance	食料栄養技術協力
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations	国際連合食糧農業機関
FRC	free residual chlorine	遊離残留塩素
GBV	gender-based violence	ジェンダーに基づく暴力
HMIS	health management information system	健康管理情報システム
HWTSS	household-level water treatment and safe storage	家庭レベルでの浄水処理および水の安全な保管
IASC	Inter-agency standing committee	機関間常設委員会
iCCM	Integrated Community Case Management	地域包括のケースマネージメント
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）
ICRC	International Committee of the Red Cross	国際赤十字委員会
IDP	internally displaced person	国内避難民
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies	国際赤十字・赤新月社連盟
IHL	international humanitarian law	国際人道法
IMCI	integrated management of childhood illness	小児疾患の統合的管理
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
IYCF	infant and young child feeding	乳幼児の食事
km	kilometre	キロメートル
LEGS	Livestock Emergency Guidelines and Standards	緊急時における家畜に関するガイドラインおよび基準
LGBTQI	Lesbian, gay, bisexual, trans, queer, intersex	レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、クィアー、インターセックス
LLIN	long-lasting insecticide-treated net	長期残効型蚊帳
MAM	moderate acute malnutrition	中程度の急性栄養失調
MEAL	monitoring, evaluation, accountability and learning	モニタリング、評価、説明責任および学習
MERS	Minimum Economic Recovery Standards	経済復旧に関する最低基準
MISMA	Minimum Standard for Market Analysis	市場分析のための最低基準
MOH	ministry of health	保健省
MSF	*Médecins sans Frontières* (Doctors without Borders)	国境なき医師団
MUAC	mid upper arm circumference	上腕周囲径
NCDs	non-communicable diseases	非感染症
NGO	non-governmental organisation	非政府組織
NTU	nephelometric turbidity units	ネフェロ分析の濁度単位
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
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights	国連人権高等弁務官事務所
PEP	post-exposure prophylaxis	暴露後予防
PPE	personal protective equipment	個人用防護具
RNI	reference nutrient intakes	栄養摂取の参照量
SEEP	Small Enterprise Education and Promotion (Network)	小規模企業の教育および促進ネットワーク
STIs	sexually transmitted infections	性感染症
TB	tuberculosis	結核
U5CMR	under-5 crude mortality rate	5 歳未満児死亡率
UN	United Nations	国際連合
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UN Refugee Agency)	国連高等難民弁務官事務所
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
WASH	water supply, sanitation and hygiene promotion	給水、衛生および衛生促進
WFH	weight for height	身長に対する体重
WFP	World Food Programme	世界食糧計画
WHO	World Health Organization	世界保健機関

I 索引

索引

日本語版の索引では主要用語はあいうえお順となっているが、関連用語についてはその通りでない。

あ

IMCI（小児疾患の統合的管理）326
ICCM（統合的コミュニティケースマネジメント）326
IGOs（政府間機関）
　定義 386
　提言 390
IPC（感染の予防と制御）135, 155, 301
アウトブレイク（集団感染）
　WASH 154
　警報 353
　検出 315
　しきい値 316
　対策 319
　対応 131
　調査 316
アクセス
　司法制度 44
　食料 199
　人道支援 40
　トイレ 115
　避難先の居住地 / 避難所 252
　法制度 44
　水 105
アクセスのしやすさ
　食料支援 196
　保健医療従事者 304
アセスメント（事前調査）
　参照・参考文献 86
　精神保健の状態 341
　非感染症 344
　避難所および避難先の居住地の計画立案 247
洗い場 109
安全性 あわせて参照：セーフガーディング
　火災 252
　家庭用品 260
　居住スペース 256
　公共建物 264
　人道支援 39
　トイレ 117
　トラウマケア 337
　配布・配給 101, 207
　避難先の居住地 240, 253
　保健医療施設 301
　保健医療従事者 310
　水の連鎖システム 110
　労働場所 217
　ワクチン 324
安全への権利 30

い

遺体の管理 137, 302
移行戦略
　食料安全保障 195
　全般 60
EWAR（早期警戒アラート対応）309, 315, 353
市場の廃棄物 130
移動している人びと
　WASH 99
　固形廃棄物の発生 127
EPI（予防接種拡大計画）322, 324
医薬品
　向精神薬 342
　必須 304, 345
　利用可能性 347
医療機器 304, 306, 345
インフォームドコンセント 65
飲料水 99

う

WASH、公衆衛生上のリスク 92
WASH 参照：給水、衛生および衛生促進（WASH）
飢えから守られる権利 160
受け入れ国政府 70, 389
受入国政府 参照：受け入れ国政府
受け入れ先のコミュニティ 248
ウイルス性出血熱 320

え

ART 介入 334
ARV 介入 334
エイズ 参照：HIV/ エイズ
HIV/ エイズ
　栄養不良 180
　概要 332
　子ども 327
　食料支援 200
　乳幼児の食事 191
　保護リスク 15
HIV、母子感染 334
衛生 あわせて参照：衛生促進
衛生用品 99
　食料 209
　生理用品 102, 118, 152
衛生促進
　衛生用品 99
　概要 96
　月経衛生 102
　参照・参考文献 152

失禁 102
チェックリスト 139
HMIS（保健医療管理情報システム）309, 354
栄養 あわせて参照：栄養不良
WASH 155
質 199
所要量 198, 231
評価 165, 169, 223
本質的概念 160
栄養不良 あわせて参照：栄養 ; あわせて参照：低栄養
管理 172, 173, 177, 6
全般 172
測定 225
栄養不良の管理、パフォーマンス指標 179
栄養補給 182
栄養マニュアル 5
MEAL（モニタリング、評価、説明責任、学習）10
F 図 - 糞口感染による下痢性疾患 144
NGOs（非政府組織）385
エネルギー
供給 260
消費 272
食料生産 213
LGBTQI の人びと 15
塩素溶液 135

お

黄熱 321
贈り物の受領 83
汚職 81, 83

か

外傷
鋭利機材による 301
およびトラウマケア 335
学習
人道支援組織 73, 92
連携 75
火災時の安全 252
家族計画 329
学校での WASH 104
家庭用水の浄水処理と保管方法（HWTSS）112, 150
家庭用トイレ 118
家庭用品 258
照明技術 260
チェックリスト 276
配布 260
瓦礫撤去 248
肝炎 321
環境
受け入れ先の人びと 276
参照・参考文献 87
食料安全保障 167, 195
人道支援 19, 62
天然資源 81, 82
避難先の居住地 / 避難所 270
病原体媒介生物対策 123
監査 84
感染 あわせて参照：結核（TB）
感染の予防と制御 (IPC）135, 155, 301
急性呼吸器 318
感染症
アウトブレイク（集団感染）の対策および対応 319
サーベイランス、アウトブレイク（集団感染）の検出および早期対応 314
診断とケースマネジメント 317
全般 311
予防 312
患者
権利 300
社会復帰 338
有害事象 302
リハビリテーション 338
患者の社会復帰 338
患者のリハビリテーション 338
管理 参照：サプライチェーン管理 ; 参照：ナレッジマネジメント ; 参照：遺体の管理 ; 参照：し尿管理 ; 参照：固形廃棄物管理 ; 参照：栄養不良の管理 ; 参照：創傷管理
緩和ケア 345, 4

き

気温の快適さ 260
危機初期の栄養分析 170
気候に応じた居住スペース 256
基準 あわせて参照：最低基準
構成 6
他の基準とのつながり 7
規制薬剤 306
傷つく あわせて参照：傷つけることなく危険にさらさないという考え方 38
基本行動 6
基本指標 7
機密性 66, 310
虐待 61 あわせて参照：ジェンダーに基づく暴力 ; あわせて参照：保護 ; あわせて参照：性的搾取および虐待（SEA）
キャンプ 参照：避難先の共同居住地
共有の工具 265
共用トイレ 118
居住スペース 254
居住、土地と財産の権利 47
給水、衛生および衛生促進（WASH）
アプローチ 94
衛生促進 96
栄養 155
活用した支援 151
給水 105
現金給付型支援 156
固形廃棄物管理 126
し尿管理 113
チェックリスト 139
病原体媒介生物対策 21
ヘルスケア 131
保護 152
本質的概念 92
リスク 97
急性呼吸器感染 318

く

苦情 66, 69, 90
軍事力 18, 72

け

ケア提供者への食料支援 201
ケアプラン 347
計画立案
　固形廃棄物管理 129
　避難先の居住地の立地 249
　避難所および避難先の居住地 246
外科的治療 337
血液製剤 306
結核（TB）318
月経衛生 102, 118, 152
下痢 144, 318, 326
現金給付型支援
　WASH 156
　参照・参考文献 26, 86
　全般 9
　チェックリスト 22
健康サーベイランスシステム 309
建材 264
建築基準 264
権利
　患者 300
　主張 43
　セーフガーディング 38
　暴力への加担 39
権利侵害への加担 39
権利保護の原則
　食料安全保障と栄養 163
　全般 5, 36
　タイムリーで適切な保健医療への権利 294
　適切な避難所の権利 244
　適用 / 実践 37
　水と衛生に関する権利関連 95

こ

高度な治療のニーズ 344
合同配布 101
公平な人道支援 40, 55, 386
行動規範
　概要 385
　基本的な人道原則 6, 386
公共施設 250, 276
向精神薬 342
購買力 217
高齢者
　栄養不良 227
　関連文献 47
　食料支援 200
　保護 13
抗レトロウイルス療法 334
高リスクのグループの病原体媒介生物対策 125
国際人道法
　ガイドライン 380
　条約 379
国際法 あわせて参照：国際人道法
　タイムリーで適切な保健医療への権利 294
　適切な避難所への権利 244
　水と衛生への権利 94
国内支援組織 16
国内支援組織への支援 16
国内避難民 参照：国内避難民（IDPs）
国内避難民（IDPs）
　ガイドライン 382
　条約 381
固形廃棄物管理
　概要 126
　コミュニテイレベル 129
　参照・参考文献 154
　世帯および個人の行動 128
　チェックリスト 143
個人用防護具（PPE）137, 301
子ども あわせて参照：ヘルスケア ; あわせて参照：乳幼児
　WASH 98
　栄養不良 225
　参照・参考文献 3, 86
　ジェンダーに基づく暴力 192
　疾患 324
　食事 185, 327
　食事に関する参照・参考文献 3
　人工授乳 187, 190
　性暴力 332
　排泄物 115
　離れている 327
　ヘルスケア 322
　保護 12, 327
　予防接種 322, 323
コミュニケーション あわせて参照：情報
　WASH 98
　食事 186
　組織の責任 64
　全般 63, 65
　病原体媒介生物対策 125
　倫理的 64, 66
コミュニティ
　回復力（レジリエンス）61
　苦情対応 66
　固形廃棄物管理 129
　コミュニティの対立 214
　応急処置 337
コミュニティ支援
　WASH 98
　支援制度 195
　精神保健 341
コミュニティの関与
アウトブレイク（集団感染）への対応 131
　WASH 92
　栄養不良 175
　環境管理 218
　性暴力 332
　病原体媒介生物対策 125
　ヘルスケア 300
　保護のメカニズム 40, 42
コミュニティヘルスワーカー（CHWs）304, 318
　あわせて参照：ヘルスワーカー
コレラ 321

さ

災害
　ガイドライン 384
　条約 383
　定義 386
災害 あわせて参照：HIV/ エイズ ; あわせて参照：感染 ; あわせて参照：アウトブレイク（集団感染）
　ウイルス性出血熱 320
　黄熱 321
　肝炎 321
　感染症の 311
　結核 318
　下痢 144, 318, 326
　コレラ 321
　ジフテリア 321
　シマカが媒介する 314
　髄膜炎 320
　肺炎 326
　非感染症 342
　百日咳 321
　糞口感染 144
　ポリオ 321, 324
　麻疹 323
　水と衛生に関連した 147
災害時の乳幼児の栄養に関するアセスメント（事前調査）189
災害情報サービスと対応計画 389
財政支援 213
最低基準 6
　飢えから守られる権利 160
　さまざまな状況下での活用 8
　支援プログラム計画 9
　実施 10
　十分な食料への権利 160
　全般 31
　戦略対応計画 9
　評価と分析 9
　MEAL 10
搾取 61 あわせて参照：性的搾取および虐待（SEA）
サプライチェーン管理 23, 26
参加 / 参画
　人道支援 63, 65
　避難所の建設 263

し

CHS 参照：人道支援の質と説明責任に関する必須基準（CHS）
CFR(致死率）319, 321, 356
CHWs（コミュニティヘルスワーカー）304, 318
支援 / サポート あわせて参照：コミュニティ支援 / サポート
　緩和ケア 347
　国の支援者 16
　職員 76
　心理社会的 15, 180
　地域支援者 16
　法的 44
　乳幼児の食事 187
支援国政府 390
CMR（粗死亡率）292, 325, 356
支援従事者 参照：職員 ; 参照：コミュニティヘルスワーカー（CHWs）; 参照：医療従事者
ジェンダー 13, 87
ジェンダーに基づく暴力
　関連文献 47
　参照・参考文献 87
　全般 14
ジェノサイド条約 377
支援物資と情報の流通 389
支援プログラム計画 あわせて参照：市場に基づいたプログラム
　栄養不良管理 174, 178
　現金給付型支援 22
　最低基準 9
　サプライチェーン管理 24
支援分析 20
資源 あわせて参照：天然資源
　管理 80
　し尿 120
市場分析
　参照・参考文献 26
　支援分析 20
　食料安全保障評価 168
市場を介した支援プログラム全般 9, 20
　衛生用品 101
　家庭用品 260
　参照・参考文献 26
　水 108
施設 あわせて参照：トイレ
　洗い場と入浴施設 109
　共同の / 共用の 250, 276
　失禁 103
事前認可されたキット 306
質
　栄養 199
　食料 201
　保健医療従事者 304
　水 109, 135
失禁 102, 153
実施
　現金給付型支援 22
　サプライチェーン管理 24
　避難所および避難先の居住地 247
疾病予防に関するリスクアセスメント 313
し尿 あわせて参照：し尿管理
　定義 113
し尿管理
　感染 148
　参照・参考文献 153
　全般 113, 136
　対応時期 114
　チェックリスト 141
　トイレへのアクセスと使用 115
　排泄物の収集、運搬、廃棄および処理 119
支払い 217
ジフテリア 321
死亡サーベイランス 351
司法制度 44
死亡率 349 あわせて参照：粗死亡率（CMR）; あわせて参照：EWAR（早期警戒アラート対応）

シマカが媒介する病気 314
十分な食料への権利 160, 163
受益者の関与 387
宗教
　緩和ケア 347
　人道支援 386
種子 214, 221
集団殺害 377
集団殺害罪 377
疼痛管理 338
授乳 180, 190
終末期ケア 参照：緩和ケア
障がい者／障がいのある人
　栄養不良の測定 227
　参照・参考文献 47, 86
　食料支援 200
　保護 14
処置
　栄養不良 174
　微量栄養素欠乏症 184
　マラリア 124
　水 153
消費
　エネルギー 272
情報 あわせて参照：コミュニケーション
　アクセスのしやすさ 43
　栄養に関するアセスメント（事前調査）169
　共有 65, 71, 73
　公衆衛生 308
　個人の 61, 62
　個人情報 40, 43
　守秘義務 / 機密保持 66, 310
　組織の責任 64
　データの細分化 12, 56, 310
　配布 207
　流通 389
情報システム
健康管理 309, 354
　栄養と食料安全保障 167
　保健医療 309
照明技術 260
小児疾患の統合的管理（IMCI）326
職員
　ウェルビーイング 78, 80
　職員の行動と行動規範 70
　能力 / 素質 77, 79
　〜による搾取や虐待 61
　〜による性的搾取や虐待 62
　能力向上 79
　〜のための支援 / サポート 76
　方針 77, 78, 79
　ボランティア 78
　利益相反 83
食事の加工 209
食費 168
食料
　アクセス 199
　衛生 209
　質 201
　選択 203
　配給 199, 204, 206, 208
　配布 / 配給 204, 208
　パッケージ 202
　保管と調理 204, 209
　保管 209, 215
　利用 / 使用 200, 208, 209
食料安全保障
　アセスメント（事前調査）165, 166
　受容性 196
　全般 193
　他の権利とのつながり 162
　チェックリスト 219
　本質的概念 160
食料安全保障のアセスメント（事前調査）167
食料安全保障評価、代替手法 168
食料支援
　栄養所要量 198
　現金とクーポン 210
　全般 197
　対象選定 205
食料支援における対象選定 205
食料支援の登録プロセス 206
食料生産 213
　エネルギー 213
　価格変動 213
　季節性 213
　財政支援 213
　サプライチェーン 214
　戦略 212
　モニタリング 214
食料配給 199, 206
食肉解体・処理施設の廃棄物 130
地雷 47, 379
地雷対策 47
人権
　ガイドライン 378
　条約と慣習法 375
人事システム 56
浸食 272
新生児のケア 326, 328
身体測定評価 170
診断中
　感染症 317
　微量栄養素欠乏症 183
人道憲章
　概要 28
　共通原則 29
　コミットメント 31
　全般 5, 374
人道支援
　アクセス 40
　安全性 39
　受ける権利 30, 386
　ガイドライン 384
　苦情 66
　軍事力 18, 72
　現金給付型支援 22
　公平性 40, 55, 386
　コミュニケーション 63
　参加 / 参画 63, 65
　支援活動を取り巻く状況 16
　宗教 386
　条約 383
　政治的立場 386

政府からの独立性 387
妥当な 54
地域の対応力 59, 387
調整 70
適時性 56, 86
適切性 54, 85
人びとを中心とした 87
フィードバック 63
負の影響 59
補完 70
有効性 56, 86
人道支援を受ける権利 30, 40, 386
人道支援組織
意志決定 59
改善策 73
学習 73, 92
苦情対応 68, 69
制約 58
ナレッジマネジメント 76
負の影響の抑制 62
モニタリング 59, 85
人道支援の質と説明責任に関する必須基準（CHS）
学習と改善 73
苦情対応 66
構成 52
効率性と適時性 56
効率性と適時性に関する権利関連
コミュニケーション、参加とフィードバック 63
職員 76
食料安全保障と栄養 163
全般 5, 52
地域の対応力と負の影響 59
調整と相互補完 70
適切さと妥当性 54
適切な避難所に関する権利関連 244
ヘルスケア 294
水と衛生に関する権利関連 95
心理社会的支援 15, 180
心理社会的介入 341

す

髄膜炎 320
スフィア 4, 374
スフィア関連基準 7
スフィアハンドブック
章 5
全般 4
スフィアの法的根拠 374

せ

生計
一次生産 211
収入と雇用 215
全般 211
チェックリスト 219
避難先の居住地 253, 276
政治 386
脆弱性のある人びと / 脆弱層 10, 56, 387
脆弱なグループ
参照・参考文献 5
低栄養 162
精神保健
概要 339
参照・参考文献 4
心理社会的支援 15, 3, 180
成人 あわせて参照：人びと
栄養不良 226
政府 参照：受け入れ国政府 ; 参照：支援国政府
ガイダンスノート 7
政府間機関（IGOs）
定義 386
提言 390
セーフガーディング
個人情報 61, 62
権利 38
尊厳 38
セーフティネット構築支援 216
性的搾取および虐待（SEA）
苦情対応 68, 69
職員による 62
性暴力 330
性暴力に関する法的枠組み 332
セクシュアル・リプロダクティブヘルス
HIV 332
性暴力 330
全般 327
世帯における食料の使用 209
世帯における役割 217
説明責任
最低基準 10
参照・参考文献 85
全般 388
戦略 あわせて参照：出口戦略 ; あわせて参照：輸送戦略 ; あわせて参照：対処方法
展開 9
全粒穀物 203

そ

早期警戒アラート対応（EWAR）309,315, 353
想定される避難先の居住地
危機発生後 242
特徴 280
類型 278
創傷管理 338
組織 / 団体 参照：人道支援組織
組織の責任
学習の方針 74
苦情 67
コミュニケーション 64
資源管理 81
情報 64
職員 77
人道支援への負の影響 61
適切で妥当な人道支援 55
フィードバック 65
モニタリング 85
有効性と適時性 58
連携 71
粗死亡率（CMR）292, 325, 356
尊厳
セーフガーディング 38, 388
〜への権利 29
尊厳ある生活への権利 29

た

退院基準、栄養不良管理 179
大気汚染 327
対処方法 168
タイムリーかつ適切な支援への権利
　権利保護の原則とのつながり 294
　国際法とのつながり 294
　人道支援の必須基準（CHS）と保健医療とのつながり 294
立ち退き 268
誰も傷つけないという概念 268
段階的な土地所有 268

ち

チェックリスト
　WASH 全般 139
　衛生促進 39
　栄養に関するアセスメント（事前調査）223
　給水 140
　固形廃棄物管理 143
　食料安全保障 219
　種子の確保に関する評価 221
　生計 219
　病原体媒介生物 142
地域社会のリーダーシップ 60, 61
地域の対応力 59, 387
致死率（CFR）319, 321, 356
中毒 358, 5
治療の標準化された手順（プロトコル）318
長期化した危機 17
調整
合同配布 101
　参照・参考文献 86
　人道支援 70
　分野横断的 72
　民軍 18, 72
　連携組織 73
調達

て

手洗い 99, 118
低栄養 あわせて参照：栄養不良
　原因 160
　特定の栄養が必要である人びと 162
　リスク 223
　～レベルの解釈 171
TB（結核）318
データ 参照：情報
データの細分化 12, 56, 310
適時性 56
適切な避難先の居住の権利
　権利保護の原則とのつながり 244
　国際法とのつながり 244
　人道支援の必須基準（CHS）とのつながり 244
　全般 240
　他の権利とのつながり 242
出口戦略
　食料安全保障 195
　全般 60, 61
添加 182
天然資源 272

と

トイレ
　アクセス 115
　共同 / 共有の 118
　世帯 / 家庭 118
　促進 99
　用語の使い方 113
　量 146
トリアージ 337
統合的コミュニティケースマネジメント（ICCM）326
頭字語 393
透明性 84
都市部
　WASH 93
　課題 17, 162
　固形廃棄物管理 127
　天然資源 273
　避難所および避難先の居住地 241
　保健医療対応 293
土地所有 / 借地借家権
　確保 266
　定義 267
トラウマ 参照：外傷

な

ナレッジマネジメント 76
難民
　条約 381

に

入院基準
　栄養支援 225
　栄養不良管理 175, 179
乳幼児の食事
　HIV 191
　栄養不良の測定 225
　概要 185
　授乳 180
　人工の 187
　補完 190
　複数の支援分野 187
乳幼児 あわせて参照：乳幼児の食事
疾患 324
　排泄物 115
　予防接種 322, 323
乳幼児への対応 190
乳幼児の人工授乳 187, 190, 203
入浴施設 109
妊産婦ケア 328
妊婦および授乳中の女性 189

ね

燃料 260

の

農村部 273

は

肺炎 326
廃棄物 あわせて参照：し尿管理 ; あわせて参照：市場の廃棄物 ; あわせて参照：固形廃棄物管理
　食肉解体・処理施設 130
　利活用 272
　リサイクル 272
廃棄物のリサイクル 128, 272
廃棄物処理を扱う人 127
配給 あわせて参照：配布
　食料 204, 208
排水
　降雨および洪水 252
　排水 109
配布 / 配給 / 給付
　ウェット食料 206
　家庭用品 260
　乾燥食料 206
　拠点 207
　支給中の安全 101, 207
　食料 204, 208
　情報 207
　スケジュール 207
　必須医薬品 306
廃棄
　医薬品 306
　し尿 119, 141
　廃棄物 126
パートナー組織 73
犯罪の減少 252

ひ

PPE（個人用防護具）137, 301
非感染症（NCDs）342
庇護や保護区域を求める権利 31
非政府人道支援組織 参照：非政府人道支援組織（NGHAs）
非政府人道支援組織（NGHAs）
　全般 389, 390
　定義 385
非政府組織（NGOs）385
必須医薬品 305
必須医薬品の選定 305
必須医薬品の予測 305
必要不可欠なサービス 250, 276
人びと あわせて参照：子ども ; あわせて参照：高齢者 ; あわせて参照：障がい者／障がいのある人 ; あわせて参照：乳幼児 ; あわせて参照：移動している人びと
　精神保健の症状を持つ人びとの権利 342
　定義 10
避難先の居住地 / 避難所
　アクセス 252
　安全性 240, 253
　運用および維持 253
　エネルギー供給 260
　温度の快適さ 260
　火災時の安全性 252
　家庭用品 258
　環境 270
　基本的な考え方 240
　居住スペース 254
　技術支援 262
　計画立案 246, 249
　支援の選択肢（オプション）282
　実行の選択肢（オプション）247, 285
　生計 248, 253, 276
　チェックリスト 274
　都市部 241
　土地所有 / 借地借家権 266
　犯罪の軽減 252
　必要不可欠なサービスおよび設備 250
　表面積 251
　用地計画 251
　用地の選定 122, 272
　用地の閉鎖および受け渡し 253
避難先の共同居住地
　固形廃棄物管理 128
　全般 18
　病原体媒介生物対策 122
避難先の居住地建設 262
避難所 参照：避難先の居住地 / 避難所
避難した人びと 247 あわせて参照：国内避難民（IDPs）
避難していない世帯 247
避難民の帰還 248
百日咳 321
評価
　最低基準 10
　参照・参考文献 87
病原体媒介生物対策
　環境工学支援 123
　居住スペース 257
　国および国際的なプロトコル 124
　参照・参考文献 154
　生物学的または化学物質を使用しない対策方法 123
　世帯と個人レベル 124
　全般 121
　チェックリスト 142
　避難先の居住地レベル 121
　マラリアの治療 124
微量栄養素欠乏症 182, 191, 228

ふ

ファーストエイド 337, 341
フィードバック
　人道支援 63
　組織の責任 65
武器の規制 379
負の影響
　虐待 61
　人道支援 59
不正行為 83

物資
　月経衛生 103
　失禁 103
プライバシー 256
武力紛争
　ガイドライン 380
　災害救援 390
　条約と慣習法 379
　法規定 30
文化 / 慣習 256, 387
文化財 379
文書化する 44
糞口感染による下痢症疾患 144

へ

ヘルスケア あわせて参照：保健医療システム
　アクセス 298
　WASH 131
　緩和ケア 345
　外傷ケアとトラウマケア 335
　子ども 322
　財政 307
　受容可能性 300
　精神保健 339
　セクシュアル・リプロダクティブヘルス 327
　他の権利とのつながり 293
　チェックリスト 349
　廃棄物 136
　非感染症 342
　必須の 311
　保健医療を守るための特別な配慮 295
　本質的概念 292
ヘルスワーカー 302, 310 あわせて参照：コミュニティヘルスワーカー（CHWs）

ほ

法的支援 44
暴力のモニタリング 42
補完 70
保管
　食料 209, 215
　必須医薬品 306
　水 100, 108, 112
補完的な食料支援 177
保健医療指標 356
保健医療管理情報システム（HMIS）309, 354
保健医療情報システム 309
保健医療システム あわせて参照：ヘルスケア
　公衆衛生データ 308
　財政 307
　支援と発展 293
　食料支援 200
　全般 297
　非感染症ケア 344
　必須医薬品と医療機器 304
　ヘルスケアの実施 298
　ヘルスワーカー 302
保護
　WASH 152
　HIV/ エイズの患者 15
　LGBTQI の人びと 15
　活動 37
　居住スペース 256
　権利 30
　高齢者 13
　子ども 12, 327
　参照・参考文献 47, 88
　障がい者 14
　メカニズム 40, 42
保護支援活動の専門的基準 45
保護と安全への権利 30
ボトル入りの水 109
母乳代用品 190
母乳代用品マーケティングに関する国際基準 187
ボランティア 78
ポリオ 321, 324

ま

麻疹 323
麻酔 337
マラリア
　処置 124
　予防 125, 314

み

水
　アクセス 105
　塩素溶液 135
　往復と待ち時間 108
　汚染 111
　感染 147
　供給 140
　供給後の汚染 111
　殺菌 111
　算定 107
　質 109, 135, 154
　仕組みとインフラ 108
　浄水処理 153
　水源の選定 106
　水源の保護 111
　貯水 100, 108, 112
　排泄物 114
　ボトル入りの 109
　慣れ親しんだ味 111
　容器 100, 108
　量 107, 135, 145
水と衛生の権利 92
権利保護の原則とのつながり 95
　国際法 94
　参照・参考文献 151
　人道支援の必須基準（CHS）とのつながり 95
　他の権利とのつながり 94
水の味 111
水の汚染 / 汚染水 111
水の殺菌 111
民間セクター
　人道支援 72
　生計保護 218

も

モニタリング
　一次生産 214
　栄養不良の管理 176
　現金給付型支援 23
　最低基準 10
　サプライチェーン管理 25
　参照・参考文献 87
　食料の使用 200, 209
　食料配給 208
　食料へのアクセス 199
　全般 59
　組織の責任 85
　暴力 42
モニタリング・評価・説明責任・学習（MEAL）10
野戦病院 338

ゆ

有害事象 302
輸血 334
ユニバーサルヘルスカバレッジ 2030 307

よ

養育者から離れている子ども 327
幼児 参照：乳幼児
予防接種
　キャンペーン 313, 320
　子ども 322, 323
　乳幼児 322, 323
予防 あわせて参照：予防接種
　HIV334
　栄養不良 174
　感染 135, 155, 301
　感染症 312
　微量栄養素欠乏症 183
　マラリア 125, 314
　リスク評価 313
用地
　計画立案 251
　選定 122, 272
予防接種拡大計画（EPI）322, 324

り

利害関係者 参照：受入国政府 ; 参照：人道支援組織
利活用
　固形廃棄物 128
　廃棄物 272
罹患率 350
略語 393
量
　トイレ 146
　水 107, 135, 145
リスク
　安全 214
　WASH 97
　低栄養 / 栄養不良 223
　病原体媒介生物対策 122
リスクにさらされたグループ
　衛生促進 101
　食料安全保障 167, 195
　食料支援 200
リプロダクティブヘルス 参照：セクシュアル・リプロダクティブヘルス
臨床検査 318

れ

レイプ 330
連携 71, 75, 189
連携と学び 75

ろ

ロジスティクス 26

わ

若者による建設工事への関与 263

スフィアハンドブックは、人道支援における質と説明責任に対する原則に基づいたアプローチを示している。災害や紛争により影響を受けたすべての人びとは尊厳をもって生きる権利と人道支援を受ける権利を持っている、というスフィアの中核をなす信念を具体的に記述したものである。

人道憲章はハンドブックの土台であり、権利保護の原則および人道支援の必須基準（CHS）はすべての支援分野に関わる基盤の役割を持つ。技術的なことが書かれた基準は、人命を保つために重要な４つの領域での支援を確実なものにするための優先順位について概説している。４つの領域とは、水、衛生および衛生促進；食料安全保障および栄養；避難所および避難先の居住地；保健医療である。

測定が可能な最低基準は、人びとの生存と尊厳ある生活を取り戻すために人道支援を介して満たされなければならないニーズが何かを示している。また、最低基準はどのように彼らの声を尊重すべきかについて言及している。基本行動、指標およびガイダンスノートはこれらの基準をさまざまな状況下でどのように適用するかを示唆している。すべての章は相互補完的な役割を持つ。

スフィアハンドブックの強みは、すべての人道的状況に対する普遍性および適用性にある。あらゆる支援分野で使用することが可能なため、それ故に、人道的な状況における支援の質と説明責任に関して、すべての関係者が協働するための共通言語を提供してくれる。

Sphere

Humanitarian Standards Partnership

spherestandards.org/
www.facebook.com/SphereNGO
www.twitter.com/spherepro

人道支援基準パートナー団体は基準提唱組織団体間の連携である。第１の目的は支援における根拠性を高め、専門家の意見や最良の実践事例を利用することであり、第２は人道支援における質と説明責任を改善するために第１の成果物を活用することである。

ISBN 978-4-9911021-0-3