



環球手冊

人道主義憲章與人道援助回應最低標準

何謂環球計畫？

人道主義憲章

保護原則

人道主義核心標準

供水、環境衛生與個人衛生宣導

糧食安全與營養

收容與安置

醫療衛生



環球協會 (Sphere Association)

3 Rue de Varembe

1202 Geneva, Switzerland

電子信箱：info@spherestandards.org

網址：www.spherestandards.org

2000 年第一版

2004 年第二版

2011 年第三版

2018 年第四版

版權 © 環球協會，2018 年

《人道主義品質與責信核心標準》版權 © 人道主義核心標準聯盟 (CHS Alliance)、環球協會 (Sphere Association) 和緊急、復原與發展集團 (Groupe URD)，2018 年

版權所有，翻印必究。本手冊受版權保護，若在版權所有者同意之下，可無償用於培訓、研究和計畫活動等教育目的。本手冊不得轉售。如在其他情況下欲複製、線上發佈、在其他出版物中重新使用，或進行翻譯及改編時，必須事先發送電子郵件至 info@spherestandards.org，獲得版權所有者的書面許可。

本出版品的編目紀錄收錄典藏於大英圖書館和美國國會圖書館。

ISBN 978-1-908176-400 PBK

ISBN 978-1-908176-608 EPUB

ISBN 978-1-908176-707 PDF

引用：環球協會。(2018)。環球手冊：人道主義憲章與人道援助回應最低標準，第四版。日內瓦，瑞士。www.spherestandards.org/handbook

「環球計畫」於 1997 年由多家非政府組織及國際紅十字與紅新月運動共同發起，旨在為人道援助回應行動的核心領域建立一套通用的最低標準，即《環球手冊》。手冊的目的在於改善災害和衝突局勢中人道援助的品質，並提升人道援助行動對受危機影響人群的責信。

《人道主義憲章》和《人道援助回應最低標準》是集結眾多工作者與機構集體經驗的產物，因此不應被視為任何一間機構的觀點。2016 年，環球計畫註冊為「環球協會」。

本手冊由 Practical Action Publishing 及其代理商與代理人，協助環球協會於全球發行。Practical Action Publishing (英國公司註冊號碼：1159018) 是由 Practical Action 獨立出資的出版社，其營運僅為支援母公司的各項慈善公益目標。

Practical Action Publishing, 27a, Albert Street, Rugby, CV21 2SG, United Kingdom

電話：+44 (0) 1926 634501；傳真：+44 (0)1926 634502

網站：www.practicalactionpublishing.org

設計單位：Non-linear Design Studio, Milan, Italy

印製單位：Shortrun Press, United Kingdom.

排版單位：vPrompt eServices, India

目錄

前言	IV
繁體中文版序	V
致謝	VI
繁體中文版致謝	X
何謂環球計畫？	1
人道主義憲章	23
保護原則	29
人道主義核心標準	49
供水、環境衛生與個人衛生宣導	91
糧食安全與營養	157
收容與安置	233
醫療衛生	281
附錄	357
附錄一：環球計畫的法律基礎	359
附錄二：行為準則	371
附錄三：縮寫與字首語	377
索引	379

前言

隨著《環球手冊》第四版的出版，《環球手冊》步入第 20 個年頭。第四版是一整年連續密集動員全球人道援助行動者的成果，反映了人道援助工作者這 20 年來，在從事第一線救援工作、政策發展和倡議行動中所使用的標準，以維護原則性的品質和責任。

本手冊以人道主義的法律和倫理為基礎，具備明確且以人權為本的架構，輔以實務的指導方針、全球的良好實務作法以及彙整的實證資料，來支持在世界各地服務的人道援助工作者。

《環球計畫》在人道援助領域以及不斷演變的人道援助地景中，一直佔有獨特的地位。舉例來說，第四版的手冊充分體現了各國在 2016 年首屆世界人道主義高峰會、2030 年永續發展議程和其他全球倡議所做的承諾。

然而，儘管政策地景不斷演變，我們深知在衝突與災害中，人們最迫切的生存需求與受危機襲擊的情境大致相同。《環球計畫》透過呼籲各界有必要提供負責任的援助，協助人們有尊嚴地生存、復原及重建其生活，支持並促進推動全球和地方的政策過程。

《環球計畫》的優勢和對全球影響力，在於它是屬於所有人的。當標準由使用者自身重新檢視及修訂時，這份自主權的意識每隔幾年便會再次被喚醒。每次修訂都是集體重申承諾，並共同許諾用更好的行動來確保在各地工作的實務工作者皆能獲得最完善資訊的時刻。這使得《環球計畫》成為一份在強調尊重人性尊嚴，以及確保人們充分參與的核心參考文獻，並且提醒且影響他們各方面的決策。

《環球計畫》作為人道援助工作的其中一項基礎，可以是人道援助新進行動者的入門手冊，亦是資深工作者的常備參考書，它為應優先採取哪些行動，以及可以在哪裡找到更詳盡的技術資料提供了指引。至於《環球計畫》標準未提及的特定領域，則由合作夥伴提供進一步相關支持，用以協助人們的復原和發展。

2018 年版的手冊歸功於至少 65 個國家、450 多家機構和數千人所投入的心血。此全球影響力反映了來自多元的脈絡、特別的挑戰與不同型態行動者的豐富經驗。若沒有各位的堅定承諾，這些標準不可能問世。我們衷心感謝各位為了修訂標準，以及過去 20 年間為人道援助領域所做出的貢獻。

我們期許在您使用本手冊時，可以繼續推動這項重要的工作，並持續與您共同學習。



Martin McCann
Sphere Board Chair
環球董事會主席



Christine Knudsen
Executive Director
執行長

繁體中文版序

拜地理環境所賜，臺灣是個擁有豐富災害應變經驗的島國。近年來，我們從被救援的對象，轉變為救援他人的幫手，身為世界公民一份子的我們，無論在世界的哪個角落發生重大災害，都願意貢獻己力，積極投入人道援助及緊急救援，在災害援助中實踐 Taiwan Can Help 的理念。

賑災基金會的成立，是在公部門的視野以外，妥善運用社會資源，統合民間力量，協助各種重大災害的應變。多年來，基金會參與過各項重大災害的後續援助。無論是重創台灣南部的莫拉克風災、美濃大地震，或者造成嚴重燒燙傷的八仙塵燃事件，我們從中體會到救援團隊的配備與能力、救災資源的整合與分配、災民的溝通與參與以及不同援助團隊的動員與協調，對於有效完成人道援助與緊急救援任務至關重要。而預防始終重於治療，防範才是最好的應變。基金會也投入災害的整備與減災倡議，提出具體有效的行動方案。

所謂人道，便是在災難發生時感同身受的心意，同時，人與人、國與國之間的界限也隨之透明。基金會近年來持續致力於提升臺灣政府與民間從事災害援助的專業與知能，期冀打造更完善的公私協力救災平台，而且不僅在國內落實，更要回饋國際社會。

環球計畫 (Sphere Project) 起源於 1997 年，25 年來已經成為全球民間與官方人道援助機構在面對現今複雜的人道援助挑戰時所使用的共通語言。然而對於國人而言，環球計畫仍是一個不熟悉的概念，因此我們希望藉由將環球計畫的理論和實務做法引介至臺灣，讓從事緊急救援與人道援助任務的政府部門、企業與民間組織可以藉此認識環球計畫，並提升第一線緊急救援工作者的知能，在因應國際間各項重大災難的同時，透過此共通的協作標準，更能與國際間各援助機構在符合國際的準則、方法和責信的前提下有效合作。

我們有幸與臺灣經驗豐富的實務工作者，共同參與出版《環球手冊》2018 年版繁體中文版，希望能藉此引進新知，接軌國際，促進臺灣各界更瞭解認識國際上通用的人道援助與緊急救援理念和原則，體現人道援助的 3 大準則：人道、平等、公正，保障受災害或衝突影響群體的尊嚴。為臺灣的人道援助及緊急救援工作帶來持續的學習與反思，並在世界各地展現臺灣作為災害救援領航者的執行力與影響力。

賑災基金會 謹識

2022 年 9 月 1 日

致謝

我們將以「第七章：收容與安置」來紀念**葛拉罕桑德斯**，他是此章節於 2004 年版和 2011 年版的作者，也是發展 2018 年版初期的顧問。

葛拉罕是實至名歸的人道主義者，也是收容領域的翹楚。他的遠見、領導力和無窮精力促使人道援助中的收容議題逐漸獲得重視，亦為下一代的收容實務工作者開拓了此領域，並持續致力於改善實務作法，提升此領域的專業知能。我們將永遠懷念這位先鋒、專家與摯友。

第四版手冊歷經了《環球計畫》有史以來最多元且最廣泛的諮詢過程。本次修訂收到來自 190 個組織提供了將近 4,500 則的線上評論，並有 1,400 多人參加了在 40 國由合作夥伴舉辦的 60 場實體活動。《環球計畫》獻上誠摯的謝意，感謝來自包括在地的、全國性與國際性的非政府組織、政府當局與相關部會、各國紅十字與紅新月會、大學、聯合國組織和個人實務工作者各界的貢獻，其規模與廣度備受肯定。

修訂過程由《環球計畫》辦事處負責協調，各章節則由主要作者群負責編寫，並有來自跨領域特定主題的專家和人道援助領域資源人士的支援。多數的作者和主題專家是由他們服務任職的機構推薦，時間和心力作為對該領域的實質貢獻

為了支援作者群和主題專家們的工作，我們也設立了寫作小組和參考小組。《環球計畫》誠摯感謝在 2017 年至 2018 年期間所有參與人員寶貴的貢獻。各工作小組與參考小組的完整成員名單都列在《環球計畫》網站：spherestandards.org。下列為主要作者和專家名單：

基礎章節

- 人道主義憲章和附錄一：Dr. Mary Picard
- 保護原則：Simon Russell（全球保護群組）與 Kate Sutton（人道主義諮詢小組）
- 人道主義核心標準：Takeshi Komino（日本基督教國際救濟會）與 Sawako Matsuo（日本國際協力 NGO 中心）

技術章節

- 供水、環境衛生與個人衛生宣導：Kit Dyer（挪威教會援助）與 Jenny Lamb（英國樂施會）
- 糧食安全：Daniel Wang'ang'a（世界展望會）
- 營養：Paul Wasike（美國救助兒童會）
- 收容與安置：Seki Hirano（美國天主教救濟會）與 Ela Serdaroglu（紅十字會與紅新月會國際聯合會）

- 醫療衛生：Dr. Durgavasini Devanath（紅十字會與紅新月會國際聯合會）、Dr. Julie Hall（紅十字會與紅新月會國際聯合會）、Dr. Judith Harvie（國際醫療團）、Dr. Unni Krishnan（澳洲救助兒童會）與 Dr. Eba Pasha（獨立顧問）

脆弱性、能力與實際運作環境

- 兒童與兒童保護：Susan Wisniewski（世界兒童權利組織）
- 年長者：Irene van Horssen 與 Phil Hand（國際助老會）
- 社會性別：Mireia Cano（性別平等備用能力計畫）
- 性別暴力：Jeanne Ward（獨立顧問）
- 身心障礙者：Ricardo Pla Cordero（國際助殘組織）
- 愛滋病毒帶原者及感染者：Alice Fay（聯合國難民署）
- 精神健康與社會心理支持：Dr. Mark van Ommeren（世界衛生組織）與 Peter Ventevogel（聯合國難民署）
- 持續性危機：Sara Sekkenes（聯合國開發計畫署）
- 城市地區：Dr Pamela Sitko（世界展望會）
- 軍民協調：Jennifer Jalovec and Mark Herrick（世界展望會）
- 環境：Amanda George and Thomas Palo（瑞典紅十字會）
- 減災：Glenn Dolcemascolo and Muthoni Njogu（聯合國國際減災策略組織）
- 現金援助和市場：Isabelle Pelly（現金學習夥伴）
- 供應鏈管理和物流：George Fenton（人道物流協會）
- 監督、評估、責信與學習：Joanna Olsen（美國天主教救濟會）

環球協會董事會（2018年5月）

全球眾教會共同行動聯盟（Alwynn Javier）*、德國援助行動組織（Karin Settele）*、國際關懷協會（Phillipe Guiton）*、國際明愛會（Jan Weuts）*、加拿大人道援助應變網絡（Ramzi Saliba）*、美國國際志工行動協會（Julien Schopp）*、國際志願服務機構協會（Ignacio Packer）*、紅十字會與紅新月會國際聯合會（David Fisher）*、國際醫療團（Mary Pack）*、世界信義宗聯會（Roland Schlott）*、非洲發展與合作辦公室（Mamadou Ndiaje）*、西班牙樂施會（Maria Chalaus Freixa）*、國際計劃（Colin Rogers）*、RedR International（Martin McCann）*、救助兒童會（Unni Krishnan）*、印度環球計畫（Vikrant Mahajan）*、救世軍（Damaris Frick）* 與世界展望會（Isabel Gomes）。

另要感謝發起並指導修訂的離任董事會成員：Sarah Kambarami（教會共同行動聯盟）*、Anna Garvander（瑞典教會／世界信義宗聯會）*、Nan Buzard（國際志願服務機構協會）*、Barbara Mineo（西班牙樂施會）* 與 Maxime Vieille（救助兒童會）。

贊助單位

除上述董事會組織的貢獻外，下列機構為本手冊修訂提供經費支持：

丹麥國際發展署 *、德國外交部 *、愛爾蘭援贈計畫 *、澳洲政府—外貿部 *、歐盟委員會人道援助與平民保護部門（透過紅十字會與紅新月會國際聯合會）*、美國國際開發署海外災害援助辦公室 *、瑞典國際開發合作署（透過瑞典教會）*、瑞士發展合作署 *、聯合國難民署 * 與美國國務院人口、難民和移民事務局。

手冊修訂團隊

Christine Knudsen（環球協會執行長）

Aninia Nadig（環球協會倡議與網絡經理）

編輯：Kate Murphy 與 Aimee Ansari（無國界譯者）

修訂協調人：Lynnette Larsen 與 Miro Modrusan

感謝環球協會員工的支持：

Tristan Hale（學習與培訓經理）

Wassila Mansouri（網絡與宣傳專員）

Juan Michel（公關經理，至 2017 年 9 月）

Barbara Sartore（公關經理，自 2017 年 10 月開始）

Loredana Serban（行政與財務專員）

Kristen Pantano 與 Caroline Tinka（實習生）

線上諮詢與支援：Markus Forsberg（人道援助與保護專業人員）

手冊設計：Non-linear (www.non-linear.com)

紙本編輯、排版與印刷：Practical Action Publishing

(www.practicalactionpublishing.org)

Kimberly Clarke 與 Megan Lloyd-Laney (CommsConsult)

特別鳴謝在手冊修訂過程中提供額外支持的人士：James Darcy、Malcolm Johnston、Hisham Khogali、Ben Mountfield、Dr Alice Obrecht、Ysabeau Rycx、Panu Saaristo、Manisha Thomas 與 Marilise Turnbull。

舉辦手冊修訂實體諮詢的環球計畫協調單位：

阿根廷安息日會發展及援助機構（ADRA Argentina，與 ADRA 南美區共同辦理區域諮詢）

阿富汗救濟協調機構

菲律賓環球計畫倡議聯盟 (ASAP)

愛德基金會 (人道標準工作組之成員，環球計畫中國聯絡人)

BIFERD (剛果民主共和國)

亞洲世界社區服務 (泰國與巴基斯坦)

Daniel Arteaga Galarza* (厄瓜多國家災害管理系統環球計畫顧問)

Dr Oliver Hoffmann* 與德國環球計畫協調人

玻利維亞 Grupo Esfera Bolivia

薩爾瓦多 Grupo Esfera El Salvador

宏都拉斯 Grupo Esfera Honduras

Illiassou Adamou* 與兒童保護次群組 (尼日)

印尼災害管理協會 (MPBI)

法國 Institut Bioforce

美國國際志工行動協會

衣索比亞機構間責信工作小組

韓國非政府組織海外發展委員會

孟加拉環球計畫社群

印度環球計畫

烏克蘭非政府組織論壇

智利聯合國開發計劃署

(標註 * 為協調人)

繁體中文版致謝

為使《環球手冊》2018 年版繁體中文版更貼近台灣緊急援助與災難救助的發展脈絡與現況，邀集多家積極參與人道援助工作的公民社會組織、專家與學者，共同協助提供翻譯修改意見，給予實務運用的建議，並推動《環球計畫》，最後由社團法人台灣海外援助發展聯盟負責總體校對和修訂。

在此感謝《環球手冊》繁體中文版編輯委員會成員，提供諸多寶貴意見與實務建議，名單如下：

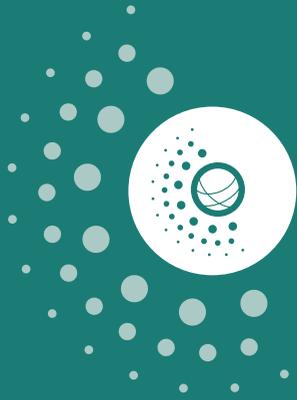
- 陳宗良副執行長（財團法人賑災基金會）
- 林德昌教授（國立中山大學中國與亞太區域研究所）
- 顧義發處長（中華民國紅十字會總會）
- 吳正吉主任（財團法人世界展望會）
- 徐秋蘭資深專員（財團法人世界展望會）
- 全國成處長、吳秉翰主任（財團法人基督教芥菜種會）
- 黃玉琪專員（財團法人中華民國佛教慈濟慈善事業基金會）
- 高小玲執行長（彰化基督教醫院海外醫療中心）
- 洪智杰理事長（社團法人台灣海外援助發展聯盟）

校對：林德昌教授

潤稿：白宜君資深編輯

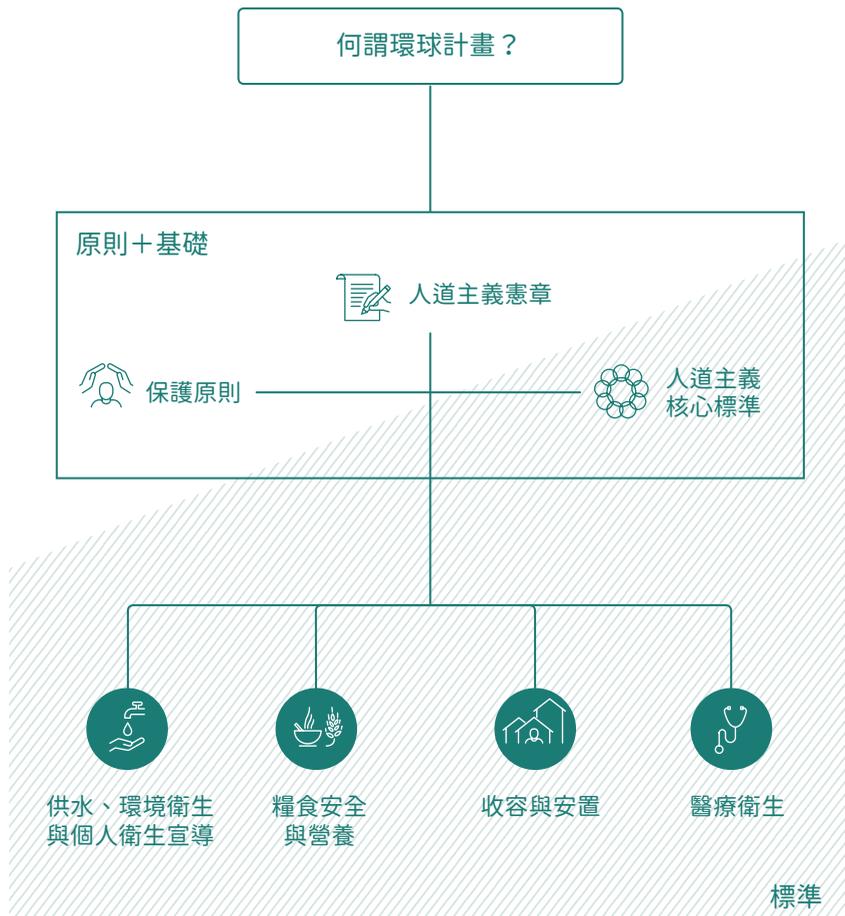
出版社：松慧文化

環球手冊 2018 版繁體中文版的問世得到臺灣許多從事緊急救援與人道援助 NGOs 以及專家學者的協助，讓這本手冊更貼近臺灣的脈絡。



何謂 環球計畫？

環球手冊



附錄 1：環球計畫的法律基礎

附錄 2：行為準則

附錄 3：縮寫與字首語

本章目錄

何謂環球計畫？	04
1. 本手冊	04
四篇基礎章節與四篇技術章節	04
《人道援助回應最低標準》旨在促進各方採取一致性的作法	06
各項標準的結構	06
採用關鍵指標	06
與其他標準之聯結	07
2. 根據情境使用標準	07
適用於計畫週期各階段的標準	08
前期評估與分析	08
策略發展與計畫設計	08
計畫執行	09
監督、評估、責信與學習	09
認識脆弱性與能力	09
數據分類	11
兒童	11
年長者	11
社會性別	12
性別暴力	12
身心障礙者	12
愛滋病毒帶原者及感染者	13
多元性別族群	13
精神健康和社會心理支持	13
認識實際運作環境	14
支持國家和在地的行動者	14
持續性危機	14
城市地區	15
公共安置	15
國內或國際軍隊的背景	16
人道援助回應對環境的影響	16
本章附錄：透過市場提供援助	17
參考資料與延伸閱讀	22



何謂環球計畫？

《環球計畫》(Sphere Project，即目前簡稱的《環球》)，是由人道非政府組織與國際紅十字和紅新月運動等團體，於 1997 年所發起。其目的是要改善他們的人道援助回應的品質，並對他們的行動負起責任。環球計畫的哲理是奠基在兩個核心信念之上：

- 受災害或衝突影響的人們，有權過著有尊嚴的生活，因此，也有獲得援助的權利。
- 必須採取所有可能的手段，以減輕人類因災害或衝突所招致的痛苦。

《環球手冊》由四份文件共同組成。《人道主義憲章》與《人道援助最低標準》將這些核心信念付諸實踐；《保護原則》適用於所有人道援助行動，而《人道主義核心標準》包含了支持各領域對於責信的承諾。《環球手冊》已發展成為全球最廣為參考的人道援助資料之一。

1. 本手冊

《環球手冊》的主要使用者，為負責規劃、管理或執行人道援助回應的實務工作者。這些行動者包括了回應危機的地方、國家與國際人道援助組織的職員與志工，以及受災者本身；《環球手冊》亦可用於人道倡議——即在符合人道主義的原則下，提升援助和保護的品質和責信。《環球手冊》被政府、捐助者、軍隊或私部門所廣泛採用，以引導行動，且使他們能與其他依循標準的人道援助組織進行建設性的合作。

《環球手冊》首次試行於 1998 年，後續修訂版本出版於 2000 年、2004 年、2011 年及 2018 年。每次修訂的過程都倚賴於與個人、非政府組織、政府和聯合國機構等進行全面性地諮詢。所有產出的標準和指導原則，都有實證上的支持，並反映了全球實務工作者 20 多年來的田野經驗。

第四版的《環球手冊》(2018 版)，不但是第廿週年紀念，也反映了在過去這些年來人道主義領域的變遷。其包括了在城市地區的工作、提出在持續性危機中生活的《最低標準》，以及透過市場機制提供符合標準的援助等新的指導原則。技術章節都已反映當前的實務工作而更新，並以協調的《人道主義核心標準》取代先前的《核心標準》。

四篇基礎章節與四篇技術章節

本手冊反映了《環球計畫》對一個有原則、以權利為基礎的人道援助回應之承諾。這是建立在對人們有權充份參與災後重建決策的基本尊重。

這四篇基礎章節描繪了人道援助回應的倫理、法律和實務基礎，它們是所有技術領域和計畫項目的基礎，並描述了確保良好品質人道援助回應的承諾與過程，鼓勵回應者對受其行動影響的人們負起責任。這些章節有助於使用者在任何的情境下，都能夠更有效地應用《最低標準》。如果跳過基礎章節，則在閱讀技術章節時，就會有遺漏重要標準元素的風險。四章基礎章節包括：

何謂環球計畫？(本章)：概述《環球手冊》的結構、用途和基本原則。更重要的是，

本章說明了如何在實務工作中使用本手冊。

人道主義憲章：是《環球手冊》的基石，闡明人道主義行動者的共享信念：即受到危機影響的所有人民，都有權利獲得保護和援助，此權利確保了有尊嚴生活的基本條件。《人道主義憲章》對《保護原則》、《人道主義核心標準》，以及《最低標準》等，皆提供了倫理和法律上的依據。其主要是建立在 1994 年《國際紅十字和紅新月運動及從事救災援助的非政府組織行為準則》的基礎上。此《行為準則》仍是環球手冊中不可或缺的一部分。⊕詳見《附錄二》

構成《人道主義憲章》法律依據的重要文件，⊕請參考《附錄一》

保護原則：將《人道主義憲章》中概述的法律原則及權利，務實地轉化為所有人道主義回應的四大原則。

人道主義核心標準：指出重要程序和組織責任的九項承諾，以確保實踐《最低標準》的品質和責信。

四篇技術章節包含了在關鍵回應領域的《最低標準》：

- 供水、環境衛生與個人衛生宣導
- 糧食安全與營養
- 收容與安置
- 醫療衛生

在實務上，人道主義需求無法明確地劃分到各個具體的領域之中。有效的人道援助回應必須整體性地解決人們的需求；而為了要做到這一點，則在各個領域之間也應相互協調與合作。在持續性危機的情況下，由於需要與發展行動者密切合作，可能會超越人道援助回應的範圍。本《手冊》納入了相互參照，以協助建立上述聯結。讀者必須熟稔所有章節，以發展出全面性的回應。

《行為準則》：十大核心原則

1. 人道主義使命為首要。
2. 不應考慮受援者的種族、宗教信仰或國籍，且不應帶有任何形式的差別。援助的優先性僅依需求狀況。
3. 援助不應用來推動某一特定政治或宗教立場。
4. 我們應努力使自己不論為政府外交政策的工具。
5. 我們應尊重文化與習俗。
6. 我們應嘗試根據地方的能力，建構災害回應。
7. 應設法讓計畫受惠者參與救災援助的管理。
8. 救災援助應該致力於減少災難的脆弱性，並滿足其需求。
9. 我們對我們所致力援助的人，以及那些提供我們資源的人均負有責任。
10. 在我們發佈的資訊、宣傳和廣告活動中，應將受災者視為有尊嚴的人，而非絕望的個體。

《國際紅十字和紅新月運動及從事救災援助的非政府組織行為準則》，⊕全文請見《附錄二》



《人道援助回應最低標準》旨在促進各方採取一致性的作法

《最低標準》是依照可資採用的實證與人道主義經驗所制定。其呈現了建立在廣泛共識之上的最佳實踐、反映了人權的不可剝奪性，因此是可以普世適用的。然而，人道援助回應的發生背景與脈絡，必須要被了解、監督和分析，才能有效運用這些標準。

各項標準的結構

各項標準都使用同樣的結構，協助讀者了解實踐標準的普世論點，以及一系列的關鍵行動、關鍵指標和指引說明。

- 標準源自於人類有尊嚴生活的權利原則。這些標準在本質上是普遍性和質化的，闡述在任何危機時必須要滿足的最低標準。這相當於《人道主義核心標準》(CHS)中的「承諾」和「品質標準」。
- 關鍵行動概述要達到《最低標準》的實際步驟。這些行動只是建議，未必適用於所有情境。實務工作者應該要選擇與當下情境最相關的行動。
- 關鍵指標是衡量是否達到標準的一種信號。在與標準相對照下，以及在整個回應周期中，這些指標提供了一種可資掌握過程和計畫成效的方法。最低的量化要求指的是達到指標最低可接受的程度，並且只有在各領域達成共識的情況下才會被納入。
- 指引說明提供附加資訊，包括《保護原則》、《人道主義核心標準》及《手冊》中其他標準，以供關鍵行動者參照。亦可見諸於《人道主義標準夥伴關係》中的其他標準相互參照。

採用關鍵指標

《環球計畫》的關鍵指標，是一種測量是否達到標準的方法；這些指標不能與標準本身混淆。標準是具有普遍性的，但關鍵指標，如同關鍵行動一樣，都必須依據人道援助回應的背景和時期加以考量。《環球》指標可分成三類：

- 過程指標是用來檢視是否有滿足最低的需求。例如：運用標準化協定 (standardized protocols) 來分析糧食安全、生計和因應策略。⊕請參閱《糧食安全和營養評估標準 1.1：糧食安全評估》
- 進度指標提供測量的單位，用以監督標準的達成度。此測量單位被使用來設定基準線，與合作夥伴和利害關係人共同設定目標，以及監測實踐目標時的變化。例如：觀測隨時將飲用水安全儲放於乾淨且有蓋容器內之家庭的百分比。⊕請見《供水標準 2.2：供水品質》。雖然百分之百的達成率是最佳指標，但實務工作者應將指標與現實情況相結合，監督針對基準線的改進，以及追求所設定目標的進展。
- 目標指標是明確的、可量化的目標，其代表著可量化的最低值，一旦低於該數值即表示未能達到標準。必須盡快達成「目標」，無法達成則有損整體計畫的成效。例如：6個月至15歲兒童的麻疹疫苗接種率：目標為95%。⊕請參閱《必要醫療照護—兒童健康標準 2.2.1：兒童接種可預防疾病之疫苗》

與其他標準之聯結

《環球手冊》無法涵蓋所有支持人們有權過著尊嚴生活之人道援助的各個層面。建立在和《環球計畫》相同的理念和承諾上，合作夥伴組織已在許多領域上發展出一些補充性的標準。這些資訊可以從《環球計畫》、《人道主義標準夥伴關係》及其合作夥伴組織的網站上獲得。

- 家禽緊急應變指南與標準：LEGS 計劃
- 在人道主義行動中保護兒童的最低標準：人道主義行動兒童保護聯盟
- 教育的最低標準：準備、應變、復原：緊急教育跨機構網絡 (INEE)
- 經濟復甦最低標準 (MERS)：小型企業教育及推廣網絡
- 市場分析最低標準 (MISMA)：現金學習夥伴 (CaLP)
- 年長者暨身心障礙者之人道考量標準：年長與障礙聯盟



2. 根據情境使用標準

人道援助回應發生在許多不同的情境下，《最低標準》如何應用到支持人們有權利過著有尊嚴生活的實務環境，受到許多因素的影響。這些因素包括：

- 開展人道援助回應的環境；
- 人口結構的差異和個體的多樣性；
- 操作和物流現況，將影響人道援助回應的進行方式和類別；以及
- 在不同情境設置精確的基準值和指標，包括界定關鍵詞和設定目標。

文化、語言、回應者的能力、安全、是否獲准進入災區、環境條件和資源，皆會影響回應行動。預先設想回應行動可能產生的任何潛在負面效果，以及採取限制這些負面效果的行動，也是重要的。☉請參閱《保護原則1、2》和《人道主義核心標準之承諾3》

《環球手冊》是一個追求品質和責信的自發性行為準則，旨在推廣盡可能被廣泛使用與共享的標準。手冊並非要指導援助該「怎麼做」，而是勾勒人們如果要在危機中有尊嚴的活下來和復原，哪些是必須到位的最低條件。

遵守《環球標準》，並不意味着要執行所有的關鍵行動，或滿足所有標準中的關鍵指標。一個組織可以符合標準的程度，會受到許多因素影響，而其中有些因素是超越本身所能控制的範圍。比如能否接觸到受災人民，或政治或經濟上的不安全，都可能導致標準在一些情境下不可能實現。

若地主社區 (host community) 的生活條件比最低標準還不如，則要考慮如何減少潛在張力，如提供以社區為本的服務。在某些情況下，國家當局可以制定比《環球計畫最低標準》還高的最低標準。

《環球標準》表達了關於有尊嚴生活的基本權利，而且這些標準依然是不變的。至於指標和最低需求則可能需要調整，使其有意義符合情境。在那些未能符合標準的地區，則減少最低需求的建議，都必須要審慎考慮。任何變更皆須經過集體同意，而未能符合最低標準的實際進程，須提出報告。此外，人道援助組織必須評估未達到標準對人們所造成的負面影響，並且採取措施以極小化任何傷害。對回應的缺失進行倡議，並致力於儘快實現指標。

適用於計畫週期各階段的標準

整個計畫週期均應採用《環球標準》。從前期評估、分析，透過策略發展、規劃和計畫設計、執行與監督，最終完成評估與學習。

前期評估與分析

《環球計畫最低標準》為各領域的需求評估和分析提供了基礎，其中每一章節都備有前期評估檢核表。在危機發生時，《環球標準》有助於定調當前立即性的需求，並優先化可以滿足這些需求的行動。在全球層面概述了規劃數據和最低援助的程度，有助於制定最低回應的成果。因此，這些標準亦能協助提升跨組織與領域間的協調。

策略發展與計畫設計

《人道主義核心標準》和《人道援助回應最低標準》有助於規劃回應行動，並在正確的時間對最需要的人提供適切的人道援助。受災群體的充分參與，以及與中央和地方政府的協調配合，是達成目標的關鍵。

關鍵行動和關鍵指標提供了一個可以確認優先性、決定規劃數據，以及跨領域協調的架構。此有助於確保各領域回應的相互強化，並支持人們滿足本身需要的自我能力。關鍵行動和關鍵指標亦概括描述了應達成的援助品質、提供進行回應分析的基礎，並找出一種最佳的方式，來滿足已明確界定的需要，並將潛在、有害的副作用降到最低。

計畫規劃通常包含幾個人道援助回應選項的分析。例如物資援助、現金援助、直接服務的提供、技術支援或混和上述各項元素。當時選定回應方案的特定組合，通常也會隨著時間而演變。《最低標準》聚焦在哪些事是必須要完成的，而非如何提供援助。

以現金為基礎的援助做為一種以市場經濟為基底的規劃形式，越來越常被使用來滿足人道需求。使用現金援助的考慮，皆已納入《環球手冊》的各章節中。現金援助可用於滿足多重領域和特定領域的需求，也可用以解決一些歧視性的作法，如限制婦女使用資產及其在資產管理上的決策。可以多用途使用的援助贈款，是一種能夠提供跨領域援助和滿足標準的有效方式。所有現金援助都應參考多層次的需求分析、變動中的情勢、市場機能，以及可行性評估。

並非所有領域都可適用於以市場為基礎的計畫，尤其是提供直接服務或技術援助的專業工作者。醫療和營養專業的協助途徑可以是透過現有醫療服務管道或介入調停地方公共衛生系統，這些都與市場運作機制有所不同。

為了要決定最適當的援助方式，以下幾點都是必須的：和人們商議、市場分析、對服務提供方式的認知，以及對供應鏈和物流量能的了解。人道援助回應的分析也應隨著情勢的變化，不斷進行檢視。⊕參見《本章附錄：透過市場提供援助》

計畫執行

若《環球手冊》的標準無法符合部分或群體災民的期待，則應調查原因、解釋落差，以及瞭解需要改變的部份。評估以下負面影響，包括保護和公共衛生的風險。記錄這些議題，主動與其他部門及災民合作，找出讓潛在傷害降到最低的適當方法。

監督、評估、責信和學習

監督、評估、責信和學習（MEAL）支持即時且有實證根據的管理決策，使人道援助計畫可依據變動的情境進行調整。《最低標準》中有可供監督的相應指標，用以檢視是否正在達成指標、在達成的過程中對不同災民是否公平，或是還須滿足多少需求。評估有助於學習，改善政策及未來工作的實踐，以及強化責信。MEAL 系統亦有助於學習各種更具效能的人道援助行動。



認識脆弱性與能力

本《手冊》中廣義地使用「人們」（people）一詞，反映《環球計畫》強調每個人都擁有權利過著有尊嚴的生活，因此也有權獲得援助的信念。「人們」包含女性、男性、男童和女童，與他們的年齡、身心障礙、國籍、種族、族群、健康狀況、政治傾向、性傾向、性別認同，或用來界定自我的任何特徵皆無關。

並非所有人都可平等地支配權力和資源。在人群中的個人和團體，都有不同的能力、需求和脆弱性，而這些能力、需求和弱點也會隨著時間而變化。年齡、性別、身心障礙、身份的合法性或健康狀態等個人因素，可能會限制人們獲得援助，這些與其他因素可能也是故意歧視的基礎。系統性地與不同年齡和背景的婦女、男人、女童、男童進行個別或混和的對話，是設計一個好計畫的基礎。不管是年輕或年長，是婦女或女童，並不是身為身心障礙者或少數族群就會成為弱勢。毋寧說這是在特定背景下許多因素的相互作用，不論是強化能力、增加韌性，或破壞任何個人或團體獲得援助的管道，皆有可能。

在許多情境中，即使是整個社區和群體也可能是脆弱的，也許因為他們居住在偏遠、不安全或無法進入的地區，或是因為他們在地理上過於分散，而無法獲得援助和保護。也有些群體可能因為國籍、族群、語言、宗教或政治傾向，而未得到應有的服務或被歧視，因此需要特別關注，以體現出公平性的原則。

當不同群體都能共同參與計畫設計時，人道援助回應會更具全面性及包容性，並且可以產生更永續的成果。納入受災群體，並讓他們能夠參與，對於他們活出有尊嚴的生命是基本且重要的。



瞭解應用標準的情境 (圖 1)

數據分類

在許多情況下，關於人口的統計數據並不容易取得或確認。然而，細緻化分類的數據能顯現出不同團體的特定需求，以及各種行動對他們的影響。細緻化分類數據也有助於辨識那些風險最高的族群，指出他們是否能獲得且使用人道援助；而為了要接觸到這些災民，還有哪些更迫切需要進行的工作。數據應儘可能的以適合脈絡的分類，來了解在生理或社會性別、年齡、身心障礙、地理位置、族群、宗教、種姓，或任何其他可能限制獲得公正援助等因素的差異性。

關於年齡的一般數據，可使用與國家數據資料庫系統相同的分層。若沒有國家年齡分層，則建議可以使用下列表格。針對特定的群體，如嬰兒、兒童、青年、婦女或年長者，可能需要更精細的分層。

兒童

兒童是在任何危機中，都容易受影響且被忽視的族群。然而，根據兒童的生理年齡和發展階段，他們的能力和需求會有所差異，必須採取特別保護兒童的措施，來確保他們免於受到傷害，且能公平地獲得基本服務。

危機期間，兒童面臨的是危及生命的特定風險：包括營養不良、與家庭離散、人口販運、被招募加入武裝團體，以及受到身體或性暴力（虐待），上述所有問題都需要採取立即的因應措施。

兒童保護的風險經常受到諸多因素的影響。例如，青少年或男孩比較可能被武裝部隊和團體招募為士兵，或成為最惡劣形式的童工；青少年則更有可能成為性奴或被販賣；身心障礙的兒童較容易被遺棄或忽視；而有身心障礙的女孩需要特別關注，因為她們面對著更大的性暴力、性剝削和營養不良風險。

生理性別	身心障礙情況	年齡（歲）									
		0-5	6-12	13-17	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
女	無										
	有										
男	無										
	有										

積極尋求不分性別、年齡和背景的孩童觀點，讓他們可以提供如何傳送、監督和評估援助的影響力。《兒童權利公約》強調未滿 18 歲的人就是「兒童」，分析受災群體如何定義兒童，有助於確保沒有兒童或年輕人，會被排除在援助之外。

年長者

在多數國家中，老年人口的比例正快速增長，但是在進行人道援助回應時，他們經常被忽略。

在許多文化中，所謂的年長是和自身情況（如身為祖父母）或生理特徵（如有白頭髮）有關，而非根據年齡來認定。儘管許多資料定義老年為六十歲以上，但在一個人道危



機發生的背景下，以五十歲作為分野或許更為恰當。

年長者可以提供災害因應策略的知識和經驗，並能擔當照顧者、資源管理者、協調者和創造收入來源。他們體現了當地的傳統和歷史，並可作為文化的參照點。孤立、身體虛弱、家庭和社區支持結構的瓦解、慢性疾病、功能退化和心智能力下降，都會增加年長者在人道援助情境中的脆弱性。

確保在人道援助回應行動的每個階段中，年長者都能夠獲得諮詢和參與。思慮要顧及提供適合年齡和可資獲得的服務、環境和資訊，並使用年齡細分的數據等，來共同作為計畫的監督與管理。

社會性別

「社會性別」（Gender）指的是男性與女性在其生命週期中，由社會所建構而出的差異性。此可能隨著時間演進，以及在不同文化與背景之間而有所改變。社會性別通常決定了男孩、女孩、男人和婦女的不同角色、責任、權力和獲取資源的機會。了解這些差異性，以及其在危機期間如何發生變化，對於制定有效的人道援助計畫與人權的落實至關重要。危機可以成為一種解決性別不平等，以及賦權婦女、女孩、男孩、男人的機會。

社會性別不等同於生理性別 (Sex)，生理性別指的是一個人的生理特徵。

「社會性別」並非意指「僅限女性」。儘管婦女和女孩最常受到性別角色的限制，但男人和男孩也會受到對男子氣概的嚴格期望所影響。在規劃性別平等的計畫中，需要將他們納入更平等關係的發展，以及婦女、女孩、男人和男孩的公平參與。

性別暴力

「性別暴力」所描述的暴力，是建立在男性和女性性別差異的基礎上。其強調這種在男性和女性之間的不平等，如何在全球各地成為對婦女和女孩採取最多暴力形式的基礎。人道危機會加劇多種形式的性別暴力，包括親密伴侶暴力、童婚、性暴力和人口販運等。

各組織有責任採取一切必要的措施，來防止災民受到性剝削和性虐待，在組織內部規劃的活動中亦然。若發現不當行為的指控屬實，主管機關應追究加害人的責任，並以公開透明的方式處理案件。

身心障礙者

全世界約 15 % 的人口患有不同形式的身心障礙。身心障礙者包括那些長期具有身體、心理、智能或感官障礙的人，再加上與其他障礙的交互作用，可能會妨礙他們和其他人一樣充份和有效的參與社會。

在人道援助的脈絡下，身心障礙者更可能在物理環境、交通運輸、資通訊，以及人道設施或服務上遭遇到阻礙。規劃災害回應和整備，應考慮到所有身心障礙者的能力和需求，並致力於消除會影響他們獲取及參與援助的障礙，尤其是在身體、溝通與態度等方面。性別不平等和歧視，可能會加劇身心障礙婦女和女童所面臨的風險。⊕請參見參考文獻：《華盛頓小組關於身心障礙狀況數據分類之提問》及《納入年長者及身

《心障礙者之人道援助標準》

愛滋病毒帶原者及感染者

瞭解特定背景下愛滋病毒的盛行率，對於評估族群脆弱性與風險，以及規劃出一個有效的人道援助行動是有必要的。流離失所的處境會增加愛滋病患者的脆弱性，而危機亦可能導致預防、檢測、照護、治療和支持服務的中斷。為保護高風險群體免受暴力和歧視，則經常必須採取特別措施。災民會因身心障礙狀態、性別認同和性傾向所造成的性別不平等和歧視，而處於更為惡化的處境，因而導致愛滋病毒帶原者在危機期間，即使有獲得服務的機會，但尋求服務的意願降低。暴力、歧視和消極的因應策略（如性交易）等脆弱處境，都會增加愛滋病毒的傳播性，尤其是對婦女、女童及多元性別族群（LGBTQI）而言。那些處在最高風險的人，包括了那些與男性發生性行為的男性、藥物注射者、性工作者、跨性別者、身心障礙者，以及身處監獄或其他封閉空間的人群。⊕請參閱《必要醫療照護—性與生殖健康標準 2.3.3: 愛滋病毒》

有一些因素，如隨著時間降低人口流動，以及受危機影響的災民獲得更多服務，都可以減少感染愛滋病毒的風險。應消除對關於愛滋病毒帶原者，以及愛滋病毒擴散的任何可能誤導，以避免產生歧視性的作法。愛滋病毒帶原者有權利過有尊嚴的生活、免於歧視，以及應能不受歧視地獲得服務。

多元性別族群

被認為是女同性戀者、男同性戀者、雙性戀者、跨性別者、酷兒或雙性人（LGBTQI）等族群，經常面臨更多的歧視、羞辱，以及性暴力和肢體暴力等風險。他們可能會在取得醫療照護、住房、教育、就業、資訊和人道設施等方面，遭遇到阻礙。例如，多元性別族群在援助計畫上經常遭遇到歧視，因為緊急安置或糧食分配等規畫，常是以傳統的家庭單位為基礎。這些阻礙影響了他們的健康和生存，也可能對他們是否融入社會產生深遠影響。在整備和規劃計畫上，應包含明確的、安全的和包容性的保護回應。在人道援助回應的每一個階段中，要確保和多元性別族群的個人和組織進行有意義的諮詢。

精神健康和社會心理支持

人們對人道危機的壓力會出現不同反應。有些人很可能過於痛苦，尤其是如果他們被迫流離失所、與家人分離、在暴力中倖存，或在過去即有過精神健康問題的人。對預防災民的痛苦和解決歧視問題而言，以一種符合社會和文化的方式來提供基本的服務和安全，這可說是至關重要。

加強社區的社會心理支持和自助，讓災民彼此相互協助復原社會功能與情緒，可以創造出一個保護性的環境。針對個人、家庭或團體的介入，包括臨床上的照護，雖然有其重要性，但並不必然一定要透過精神健康的專業人員來提供，也可以由受過訓練和接受督導的非專業人士所提供。⊕請參閱《必要醫療照護標準 2.5：精神健康照護》

受災群體經常會表達出一種心靈或宗教上的認同，並可能與宗教信仰社群有所關聯。這通常是他們在因應策略的一個重要環節，也會影響到許多領域回應的適切性。有越來越多的證據顯示，當人道援助工作者能考量到受災群體的宗教信仰認同時，則將有



利於受災群體。現有的宗教信仰團體也有很大的潛力，可對人道援助回應行動做出貢獻。以人為本的策略，需要人道援助工作者了解受災群體的宗教認同，已有越來越多的方法，可以協助此一目標的實現。

認識實際運作環境

人道援助回應可能發生在截然不同的環境中，從都市到鄉村，從武裝衝突到突發性災害，且時常隨時間推移出現多種因素的相互混合。在滿足受災群體的需求上，人道援助回應的有效性將取決於地理、安全性、社會、經濟、政治與環境等因素。雖然《最低標準》已經發展出對即時拯救生命的重視，但是他們也可以適用於持續數天、數週、數月或甚至數年的人道援助回應中。隨著時間推進，需要改變和調整人道援助回應，並要避免災民依賴援助。對背景和情勢的持續性分析，將可指出何時應針對一個變動的環境調整計畫，比如出現了新的安全議題，或如洪水這種季節性的制約因素。

針對人道援助回應進行持續性的評估是非常重要的，去評估回應如何影響地方動能，如物資和服務的採購，或交通工具的租用，以確保人道援助行動不會加劇衝突情勢。（[⊕請參見《保護原則2》](#)）。當危機是持續性的，潛在的系統性弱點可能會更突顯需求和脆弱性，這就需要額外的保護和建構韌性的力量。透過發展行動者，或與他們共同合作，有些問題將可以獲得更好的解決。

需要建立有如群組體系的協調機制，來進行明確的責任分工，以及辨識涵蓋範圍與品質的不足。為了要避免重複工作，以及浪費資源，上述的作法是重要的。在利害關係人之間共享的資訊與知識，再加上聯合規劃和整合性的活動，皆有助於確保組織有著更好的風險管理，以及改善人道援助回應的成效。

支持國家和在地的行動者

認同地主國的首要角色與責任，《環球手冊》旨在指導所有參與人道援助回應者在支持地主國的責任上，人道組織所可以扮演的角色。在衝突中，國家或非國家的行動者是否願意協助人道援助回應者接觸受災群體，此將具有決定性的影響。

國家在領導或協調人道援助回應所扮演的角色，會受到許多因素影響，包括：

- 一個專門負責協調和執行人道援助回應的政府機構之存在（通常指的是國家災害管理當局或機構）
- 政府各部會制訂標準的角色與優勢，如營養標準，以及必備藥物和醫療人員的標準等；
- 如在一個衝突的區域內，缺乏有效運作的國家機構，在這些特殊的案例上，人道主義行動者可能需要建立他們自己的協調機制。

持續性危機

當人道援助回應很明顯地需要持續數月或數年以上時，則必須要考慮使用不同的方式，來滿足災民的需求及支持災民過有尊嚴的生活。探索與現有的服務提供者、地方政府、在地社區、社會保護網絡或發展行動者的合作機會，以協助滿足災民的需求。

前期評估需要考慮當地的背景與保護問題，以及受災群體的權利會如何受到影響。讓所有性別、年齡、身心障礙與背景的個人，包含自我界定的社群，皆能參與計畫的分析、前期評估、決策、監督與評估，儘早制訂長期和永久性的解決方案。當人道主義行動者有機會建立長期的解決方案時，這些方案應該優於臨時性的措施。

認可受災群體經常會最先回應他們自己的需求以保護他們自己。中央和地方政府、公民社會組織、宗教信仰組織，以及其他團體等，則提供關鍵援助。留意當地原有的援助網絡，並找出支持，而非削弱或重複他們工作的方法。

城市地區

當全球越來越多的人口遷移到城鎮地區時，人道援助工作者就必須要準備好在城市脈絡中進行回應。城市和其他援助背景有所差異，主要在於：

- 密度：在相對較小的區域中，有較高密度的人口、住房、基礎建設、法律和文化；
- 多元：社會、族群、政治、語言、宗教和經濟上的多元族群，居住在緊密毗鄰的地區；
- 動態：城市環境是流動的和變動的，具有高度流動性及快速變遷的權力關係。

地方政府通常是主要的權力機關，並與其他地方政府的行動者和相關部門相互連結。如何獲得基本服務、糧食安全和日常生計，以及任何歧視情形，都應該被審慎的評估。城市居民使用現金來支付房租、購買食物和取得醫療照護，無論是以什麼方式來提供援助，都應該符合《最低標準》所強調的有尊嚴生活。

《環球計畫最低標準》可以用於在城市地區提供援助的多元切入點，包括透過安置、或以鄰里 / 地區為主的途徑等。具有共同利益的既有團體，如學校、社團、婦女團體和計程車司機等，也能提供有效的切入點。和地方行動者（如私部門、地方政府、街坊領袖和社區團體）合作，而非取代這些服務，在重啟、支持和加強現有服務等方面是很重要的，同時還要注意人道援助如何支持投資市政規劃，俾能在危機期間和更長遠的時間內創造出價值。

如同在其他情境中，對城市環境的背景分析，需要注意到現有的資源和機會，如商業、現金、技術、公共空間、專業技術人士、社會和文化的多樣性，但也伴隨著風險和保護的觀點。該分析應提出回應的方案選項，以及提供援助方式的最終選擇，如決定提供物資或現金的援助（以及最佳的執行方式）。以現金為基礎的城市經濟，提供了與市場和科技行動者的合作契機，此有助於使用現金援助。

公共安置

有計畫的進行公共安置和公共營地，以及集體中心和自發安置，可以為數百萬被迫流離失所者提供住所。《環球計畫》的相關標準，可應用來確保社區環境的援助品質。這些標準亦有助於確認多重領域計畫中的優先事項，如解決公共衛生問題，以及在自發安置點提供基本服務等。

在公共安置區域內，專業的營地管理能力有助於強化責任，以及提供相互協調的服務，然而，公共安置也存在著特定的保護風險。舉例來說，當離開安置點的行動自由權利



被拒絕時，人們可能無法前往市場或謀求日常生計。應該要特別關注安置點的地主社區，因為在實際或認知上的差別待遇，可能會造成緊張情勢或衝突的加劇。於此情況下，提出一個取代營地的方案，以及解決地主社區的需求，亦有助於確保受災群體能過著有尊嚴的生活。

國內或國際軍隊的背景

當人道援助組織與國內或國際軍隊在相同區域進行人道援助回應時，了解彼此的任務、運作模式、能力和侷限性是很重要的。在災難和衝突的環境中，人道援助組織可能發現自己與各種軍隊密切合作，包括地主國政府軍隊、非國家武裝團體，以及國際維和部隊等。人道主義行動者應認知到，地主國政府有義務為境內災民提供援助與保護，而國內軍隊則常被賦予此項任務。

在所有層面和階段的互動中，所有人道援助組織與軍隊之間的對話與協調，都必須受到人道主義準則所規範。資訊共享、計畫擬定與任務分工，可說是有效達到軍民合作的三個基本要素。雖然人道主義行動者和軍事行動者可以資訊共享，但仍須依據實際執行活動的情境而定。人道援助機構不得分享會使衝突中的一方獲得戰略優勢，或可能危及平民安全的資訊。

人道援助組織有些時候可能需要利用軍隊獨特的能力，來支援人道援助行動。軍隊對人道援助組織的協助，應限於基礎建設的支援和間接的援助；而直接援助則是最後的手段。

與軍方合作對人道援助組織的中立性和運作獨立性，有其實質或認知上的影響，因此應事先經過審慎考慮。國際通用的指導文件，須述及任何人道援助組織和軍隊的協作安排。⊕請參閱《人道主義核心標準之承諾 6》及《參考文獻》。

人道援助回應對環境的影響

人們居住和工作的環境，對他們的健康、福祉，以及從危機中復原是至關重要的。因此，了解受災群體如何依賴環境來協助復原，也有助於計畫的規劃，並促成克服未來的衝擊和降低未來的風險更永續的回應。。

人道援助行動會對環境造成直接與間接的影響。於是，有效的人道援助回應需要審慎地評估環境風險，並進行更廣泛的前期評估和情勢分析。援助計畫應極小化對環境的影響，並考慮到採購、交通運輸、材料的選擇，或土地和自然資源的使用，會如何更進一步保護或破壞環境。⊕請參見《收容與安置標準 7：環境永續》。

處於貧窮、脆弱的制度與生態環境的國家和地區，遭遇到自然災害和不穩定的風險會較高，也會是社會和環境退化的惡性循環，對人們的健康、教育、生計，以及其他安全、尊嚴和福祉等，都會產生影響。環境的永續性是一個良好品質的人道援助回應重要的組成元素。⊕請參見《人道主義核心標準之承諾 3》和《收容與安置標準 7：環境永續》。

本章附錄

透過市場提供援助

關於利用市場以實現《最低標準》，以及協助人們在危機之後能滿足他們的需求，本附錄補充了《環球手冊》的引言，提供了更進一步的資訊與指導。

本附錄立基於基礎章節之上，並與各技術章節相互參照。因此，它是《環球手冊》不可或缺的一部分。為了要有效進行回應，人道主義行動者必須要了解需求是什麼，以及如何實際滿足這些需求。

此分析的部份目的，是要了解市場如何運作，以及在地方、國家、區域和國際層次上，有那些商品和服務是可以獲得的。透過此一了解，也使得人道援助計畫可以在回應之際，繼續支持市場的運作，或至少不會擾亂其運作。

市場分析作為回應分析之一環

一旦完成了需求及能力評估，並確認優先事項之後，接著應針對如何回應及滿足需求的不同作法進行分析。回應分析應該要確保，在提供援助時，不論是運作上、計畫的，以及情境的風險都應該有系統的被考慮，此有時被稱為「模式選擇」（choice of modality）。

確認滿足需求援助的最佳方式，需要：

- 在跨領域和時間的演變下，細分關於優先事項，以及人們想要如何獲得援助之資訊。
- 了解在危機前和危機造成的經濟脆弱性。

作為災害回應分析的一環，市場分析有助於確認為了滿足優先需求，哪一種是最有效的方式，是物資援助、服務提供、現金援助，或是依情境混合使用這些項目。市場分析有助於辨識出對市場的一些限制因素，包括供需議題，或是制約市場運作的政策、規範、習俗或基礎建設等。

不論選擇何種援助回應方案，都必須保持對市場的敏感度，並致力於維護當地的生計、就業與商業活動。《環球計畫》是建立在對災民的基本尊重上，以及支持他們選擇自己的復原方式。在考慮人民如何與當地市場互動以獲取商品、服務和收入時，市場分析即體現了一個以人為本的工作途徑。

計畫規劃與市場

在地方、國家或區域的層次上，可以透過市場而採取不同援助方式。以市場為基礎的規劃，可以直接用之於執行援助，或市場本身就可以用來為受災群體提供更好的服務。

- 地方或區域性的採購商品及非糧食物品，可支持市場的供應端。
- 現金援助有助於人們購買當地可獲得的物品或服務，可支持市場的需求端。



- 支持基礎建設，如改善到市場的道路；或進行法律改革，以防止操控價格，都有助於市場為受災群體提供更好的服務。

生理性別、族群或身心障礙，經常會直接影響人們在身體、財務和社會上與市場的聯結。男人、婦女、青年和年長者進入市場的方式有何不同？來自特定種族 / 族群的商人，可以獲得貸款服務嗎？諸如此類的因素，影響了個人參與市場的積極程度。

在制訂以市場為基礎的計畫時，應該要衡量倫理和環境的因素，要確保避免發展過度剝削自然資源、生態系統和環境的市場，那會使人們處於更大的風險中。

商品、服務與市場：在回應優先的人道需求時，商品與服務兩者皆需納入考量。大多數的《環球計畫》標準，都牽涉到供應商品和取得物資。然而，在醫療和教育的社會部門上，其特色在於提供或改善獲得服務的管道，而不是透過市場來提供服務。在與第三方服務提供者或承包商合作時，必須要共同採取措施來密切監控服務和產品的品質。⊕請見《醫療系統標準 1.4：醫療經費籌措》

規劃以市場為基礎提供直接服務，在某些情況下是合適的。現金援助可用來支付前往醫療設施所需的交通費用，或獲得教育的機會（購買制服和教材）。追蹤家庭的開銷情況，可以對服務成本提供清晰的數據。對現金援助結果的監測，也有助於監控家庭的支出。

如果可以達到有品質的標準，則以服務為主的產業，也可以考慮採用以市場為基礎的規劃來提供物資，如防蟲蚊帳、補充性餵食食品和藥品等。⊕請參見《醫療系統標準 1.3：必備藥物及醫療器材》

在多數情境下，綜合運用多種以市場為主的介入手段有其必要性。以市場為主的規劃，很可能需要其他活動的支援，如提供技術協助。這種組合也會隨著計畫進程而有所改變，且可能會從實物援助，轉變為現金、代用券等，或反之亦然。與計畫監督一樣，市場監測對確認或調整援助形式也是很重要的。

在任何時候，供應鏈、物流和計畫功能之間的協力，都是必要的。關於討論此選擇和分析工具的進一步指引資訊，⊕請參見《參考資料》。

檢核表

現金援助之檢核表

本節列出了透過市場提供援助所需的注意事項。其遵循計畫管理週期，並包含採用此一方法來滿足《最低標準》時，應考慮的其他重要因素。每一個情境都有所不同，而且發放機制的方案，也會因基礎建設、數據保護、成本效益和金融包容性等因素，而有所差異。

計畫設計

- 根據計畫目標來制訂所欲選定的標準，納入針對現金援助的明確考慮。
- 依據明確的風險評估，以及權衡所有的保護顧慮，審慎考量在一個家庭中誰該領取現金援助。

- 根據計畫的背景、目標和規模，以及受援者的金融知識與喜好，確認安全、便利且有效的援助提供機制。
- 依據需求，以及滿足這些需求所需的成本，來估算發放金額。
- 按照需求、季節性、金融服務提供者的能力，以及保護的風險，來設定發放頻率與持續時間。
- 在可能和可行的範圍內，採用跨領域視角。
- 界定關鍵議題和相關指標，以監督計畫的過程、活動、產出和成果。

計畫執行

- 包含考量特定背景，及任何金融服務供應商投標的相關層面，然後建立明確的選擇標準。
- 考慮使用現有熟悉的發放機制來實現社會保護。
- 在合適的發放機制和保護個人資料之下，確立受助者的登記與身份驗證系統。
- 確保登記和驗證系統，已涵括了金融服務提供者所需的資料。
- 運用及記錄資料保護措施。
- 在儘可能的範圍內，建立與不同組織協力的數位資料機制（「相互可操作系統」）。
- 明確界定現金發放流程的程序、角色與職責，以及風險管理機制。
- 確保現金援助的發放流程是便利且有效的。
- 在計畫執行期間，確保所有受災群體皆可使用其所選取的發放機制。
- 確保受助者了解計畫目標及提供現金援助的時間，使他們能夠在被通知後做出消費決定。
- 透過管理和監督合約，確保金融服務提供者對受助者負起責任。⊕請參見《人道主義核心標準之承諾 4 和 5》

監督，評估與學習

- 監督現金援助相關的流程、活動、產出和風險，包括發放現金後的情形。
- 監督現金或代用券是否安全、準時、足額的交到正確的人手上。
- 除了監測價格外，也要持續監控市場及其供應鏈。
- 監測家庭開支，並與市場數據進行三角驗證，藉此評估透過現金援助是否已確實滿足需求，以及減少負面的因應策略。
- 監控現金援助的潛在風險，包括保護風險，以及對自然資源的負面影響。
- 評估與現金援助相關的效益。
- 定期評估選用現金援助是否可以有效滿足不斷變化的需求，並依此調整計畫，以及協助持續學習，以作為未來計畫的借鑑。

供應鏈管理和物流檢核表

本節列舉了供應鏈管理和物流的相關注意事項。其遵循計畫管理週期，並涵蓋其他需



考量的要素。

供應鏈管理（SCM）始於商品或服務的選擇。其包括了確定需求物資的來源、採購、品管、風險管理（含保險）、包裝、裝運、交通運輸、倉儲、庫存管理、運送與分配等。供應鏈涉及許多不同的合作夥伴，因此相互協調活動有其重要性。⊕請參見《人道主義核心標準之承諾 6》

供應鏈管理的專業知識是必要的。相關專業知識的特定類型，包括了契約管理、交通運輸和倉儲管理、庫存管理、管道分析和資訊管理、貨運追蹤和進口管理等。管理和監督的實際操作，應能確保商品安全運送至發放地點。然而，人道援助組織也要負責確保產品和服務（包括現金援助服務），可以送到那些需要援助的人手中。

地方和區域性的採購，可刺激當地市場發展，以及給予農民和製造商生產更多商品的誘因，進而推動地方經濟發展。然而，在供給早已相對有限的情況下，地方或區域性的採購也可能會給其他市場帶來問題，或破壞現有的商業網絡。另一方面而言，進口也會排擠在地或區域的生產者，並破壞現有的商業網絡。

計畫設計

- 在向外地採購之前，先評估在地獲得所需物資與服務的可得性。
- 考慮與當地或區域信譽良好的運輸廠商合作，因為他們熟知地方法規、程序和設施，此有助於確保對遵守地主國的法律，並加速交貨時程。
- 在衝突環境中，應對服務提供者採取特別嚴格的審查流程。
- 謹慎地確保在地方上尋求資源，不會引起或惡化敵意。
- 思考自然資源的使用是否為永續的，以及是否因使用自然資源帶來進一步的資源爭奪。
- 訂定一個透明、公平、公開的合約授與程序，並應考慮地方、國家和國際的選擇方案。
- 若有多個組織共同參與，則要儘可能的協調地方資源。

執行

- 與供應商、地方商家及服務提供者建立良好關係。
- 藉由合約，以及倫理的、環境永續的實際作法，堅持商品和服務的適當品質。
- 培訓和督導供應鏈各層面的員工，以維持產品的品質，並遵守安全流程（對受助者和員工而言），以及符合倫理和環境永續的實際作法。
- 讓合作單位及服務提供者的員工共同以當地的語言進行培訓。
- 包含供應、運輸、貯存規劃、庫存管理、報告和財務系統等在內，建立責信的流程。
- 避免以糧食來支付物流運作（如倉庫卸貨）。這些成本應該被列在核心預算中。
- 建議將糧食與非糧食物品存放在不同的倉庫。在選擇倉庫時，應確認該倉庫未曾儲存過危險物品，以及沒有感染的危險。同時還需要考慮包括了安全、儲存量、交通便利、結構堅固，以及沒有任何淹水威脅等因素。

- 評估與管理交通運輸路線和倉庫的安全風險。
- 在衝突局勢中，建立管控系統，並監控供應鏈的各個環節，將被交戰方洗劫或徵用的風險降到最低。
- 分析並處理更廣泛的政治和安全影響，如挪用庫存而引發武裝衝突的可能性。⊕
請見《保護原則 2》
- 將供應鏈各環節的產品損失降至最低，並據實回報。
- 由合格的稽查員（如食品安全專家或公衛實驗室）來檢驗受損或不適當的商品，並經證明後可對這些商品進行處置。
- 在受損的商品對健康和 safety 造成危險之前，必須儘快加以處理。商品處置的方式，包括販賣（如用來當作動物飼料的糧食）、掩埋和焚化等，都必須獲得授權，而且應該由相關政府單位所見證。在任何情況下，不合格的商品不能夠再進入供應鏈、破壞環境或污染到水源。⊕*請見《供水、環境衛生與個人衛生宣導：固體廢棄物管理標準 5.1 至 5.3》*
- 日常管理需求，應對供應鏈的任何延遲或偏差，能提出即時和透明的報告。在物資接收、存放及發放的各地點，要使用當地語言來做充份的記錄和表格，保留交易記錄的稽核軌跡。

監督、評估與學習

- 監督與管理商品的管道，以避免分配被轉移和中斷，以及避免市場的扭曲。
- 定期通知利害關係人，關於供應鏈的工作績效。
- 與供應鏈中的利害關係人，分享庫存量、預計抵達時間，以及分配等相關資訊。利用追蹤庫存量，及時點出預期的缺貨與問題。在合作夥伴間的資訊共享，有助於促進貸款，避免供應管道的中斷。資源若是不足，則需考量商品的優先順序。在考慮解決方案時，必須要諮詢利害關係人。
- 確保責信與溝通機制，以反映運送過程的具體情況。
- 確保商品追蹤和資訊管理系統，從進行介入一開始就已到位。
- 定期評估援助在滿足不斷變動的需求上是有效的，且應據此調整計畫，並支持持續的學習，以為未來計畫的借鑑。



參考資料與延伸閱讀

認識脆弱性與能力

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

以信仰為基礎的計畫設計

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>

市場分析與以市場為基礎的計畫設計

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

現金援助

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

供應鏈管理與物流

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

延伸閱讀

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



人道主義憲章

人道主義憲章

《人道主義憲章》為《環球手冊》所遵循的《保護原則》、《人道主義核心標準》和《人道援助最低標準》，提供了倫理和法律基礎。《人道主義憲章》是對既定法律權利和義務的一種論述，也是對共同信念的一種聲明。

就法律權利和義務而言，《人道主義憲章》闡述了那些與遭到災害或衝突影響群體之福祉，最有關聯的核心法律原則。就共同信念而言，其試圖在人道援助組織之間，獲取關於管理回應災害或衝突之原則的共識，包括各個參與行動者的角色與責任。

《人道主義憲章》形成支持《環球計畫》之人道援助組織所做承諾的基石，同時也邀請所有參與人道援助的行動者，共同採取相同的原則。

我們的信念

1. 《人道主義憲章》表達了作為人道援助機構的共同信念，即受到災害或衝突影響的所有群體，皆有權獲得保護與援助，以確保有尊嚴生活的基本條件。我們相信《人道主義憲章》所描述的原則，是廣泛適用於那些受到災害或衝突影響的群體，不管他們身在何處；同時也適用於所有致力於提供援助或保護災民安全的人道援助工作者。這些原則反映在國際法中，他們的動力源自於人道（humanity）的基本道德原則：即人人生而自由，在尊嚴及權利上一律平等。

據此原則，我們確定了人道主義使命的首要性：即必須採取行動，以避免或減輕因災害或衝突所造成的人類苦難，以及沒有任何東西可以凌駕在此一原則之上。

作為地方的、全國的或國際性的人道援助組織，我們承諾提倡並遵守《人道主義憲章》中的原則，並致力於援助和保護災民，以實現《最低標準》。我們邀請所有從事人道援助活動的組織，包括政府和私部門行動者在內，認同如下所述的普遍性原則、權利和義務，作為人道主義信念的共同聲明。

我們的角色

2. 我們承認儘管受到災害或衝突影響，但先憑藉災民自己的努力，以及社區和地方組織的支持，災民的基本需求能獲得滿足。我們也肯定受到影響的國家，在提供災民即時援助、保護人民安全，以及提供他們復原支持上，扮演首要角色和責任。我們相信官方和自願行動者合作，對於有效的預防和回應是重要的；因此，各國的紅十字會和紅新月會，以及其他公民社會的行動者，也在支持政府當局上扮演了一個重要的角色。當國家力有未逮時，我們也肯定較大範圍的國際社會，包括援助國政府和區域組織在內，在履行援助受災國責任上所扮演的角色。我們認可並支持聯合國授權機構，以及紅十字國際委員會所扮演的特殊角色。

3. 作為人道援助組織，我們認為我們的角色，與受災群體的需求與能力，以及他們的政府或當權者的責任有所關聯。我們提供的援助會反映出現實，即那些負有首要責任者並不一定可以完全履行責任—或是他們也不願意如此做。若能盡可能與《憲章》

中滿足人道主義使命等原則具有一致性，則我們將會支持相關當局對災民的保護與援助。我們呼籲所有國家與非國家的行動者，應尊重人道援助機構公正、獨立和無黨派的角色，並排除非必要的法律上和實務上障礙，保障人道援助機構的安全，並使他們能夠及時與持續地接觸到受災群體。

普遍性原則、權利和義務

4. 作為人道援助機構，我們在人道原則和人道主義使命基礎上所提供的服務，是承認所有受到災害或衝突影響的人，包括婦女、男人、男孩和女孩等皆有受到保護和援助的權利；也反映在國際人道法、人權法和難民法的條款中。基於《人道主義憲章》的目的，我們總括這些權利如下：

- 這些權利包括了有尊嚴生活的權利；
- 獲得人道援助的權利；以及
- 獲得保護與安全的權利

雖然這些權利在國際法中，並沒有特別使用這些術語，但他們描述了一系列的既有法律權利，並賦予人道主義使命更具全面性的內涵。



5. 有尊嚴生活的權利可見諸國際法中的條文，此一人權觀念具體地包含了關於生存、適當的生活水準，以及免於酷刑或殘忍、不人道或有辱人格對待或懲罰等的權利。生存權意指當生命受到威脅時，有保護生命的義務；隱含的意涵是，不可撤回或阻撓提供拯救生命的援助。而尊嚴的活著不只是侷限於健全的身體，還有把人視為全人的尊重。包含個人和受影響社區的價值觀和信念、尊重他們的人權，自主、理念自由和宗教禮拜等。

6. 獲得人道援助的權利是實現有尊嚴生活權利的基本元素。此也涵蓋了獲得適當生活水準的權利，包括獲得足夠的食物、飲用水、衣物、住所，以及身體健康等必要條件，這些權利在國際法中都有明確保障。《人道主義核心標準》和《人道援助最低標準》反映了這些權利，並給予了實務相關論述，尤其是針對如何提供援助給那些受到災害或衝突影響的人。不論是國家或非國家的行動者，當他們無法提供這些援助時，則必須要允許來自其他組織的協助。這些援助都必須依據需求的基礎和需求的比例，以公正的原則提供，此也體現了更廣泛的不歧視原則：即沒有一個人可以基於任何地位的理由而遭到歧視，包括年齡、社會性別、種族、膚色、種族、性傾向、語言、宗教、身心障礙、健康狀況、政治或其他意見，以及國籍或社會出身等。

7. 獲得保護與安全的權利根植於國際法的條文、聯合國和其他政府間組織的決議，以及主權國家在其司法管轄範圍內對所有人民的保護責任中。安全和社會保障乃是人道主義特別關注的議題，包括了保護難民和國內流離失所者。正如法律所承認，有些人可能會因為他們的年齡、社會性別或種族，而特別容易遭到迫害和歧視，因此需要保護和援助的特別措施。在這些情況下，一個國家若在某種程度上缺乏保護人民的能力，則我們相信其必須要尋求國際援助。

有關保護平民和流離失所者的法律，需要特別注意如下各點：

i. 在武裝衝突期間，根據國際人道法的定義，針對那些未涉入武裝衝突者，制定了關於保護和援助的明確法律條款。1949年的《日內瓦公約》和1977年的《附加議定書》，對國際性和非國際性武裝衝突的各方，皆強制他們應遵守的義務。我們強調平民應豁免於攻擊和報復，下述各點尤其重要：

- 在平民與武裝人員之間，以及在民用物體與軍事目標間的區別原則；
- 使用武力時的比例原則和攻擊時的預警原則；
- 有責任避免任意使用武器，或本質上會造成過多傷害或不必要痛苦的武器。
- 允許提供公正救援的義務。

無法遵守這些基本原則，是導致在武裝衝突中，造成許多平民必須處於原可避免的痛苦中。

ii. 尋求庇護或避難的權利，對保護那些面臨迫害和暴力的人，仍然是很重要的。受到災害或衝突影響的人們，經常被迫離開他們的家園，尋找安全和維持生計的方法。1951年的《關於難民地位的公約（修訂版）》，以及其他國際和區域性條約之條款，為那些無法從原籍國或原居國獲得保護，而被迫在別的國家尋求安全的人們，提供了基本的保護。其中最重要的就是不遣返原則：即沒有人應該被遣送回到可能威脅他們生命、自由、人身安全或可能遭到酷刑或其他殘酷、不人道或有辱人格對待或懲罰的國家。相同的原則可以延伸適用於國內流離失所的人們，此體現在國際人權法中，也詳述於1998年的《國內流離失所問題的指導原則》，以及相關的區域和國家法律中。

我們的承諾

8. 我們本著受災群體是人道援助行動之核心理念來提供服務，並且認可災民的積極參與，包括那些弱勢和社會邊緣族群，對於以最能滿足他們需求的方式來提供援助是非常重要的。我們將致力於支持地方在預防、整備以及回應災害與衝突影響上所做出的努力，並強化各層級地方行動者的能力。

9. 我們意識到在試圖提供人道援助時，有時可能會帶來無法預期的不良影響。我們的目標是與受影響社區和政府當局協力，極小化人道援助行動對地方社區或環境所造成的任何負面影響。關於武裝衝突，我們認為提供人道援助的方式，可能會有造成平民更易遭受攻擊的潛在風險，或有時會對衝突的一方或多方帶來非預期的效益。在不違反前述原則的前提下，我們承諾將不利的影響降到最低。

10. 我們的行動將會依循《憲章》中的人道援助行動準則，以及1994年的《國際紅十字和紅新月運動及從事救災援助的非政府組織行為準則》

11. 建立在人道援助機構對有尊嚴生活基本最低需求的了解，以及他們提供人道援助經驗的基礎上，《人道主義核心標準》和《人道援助最低標準》為本《憲章》的普遍性原則，提供了實務上的內涵。儘管達成標準取決於一系列的因素，而有許多因素可能超越我們所能掌控的範圍，但我們仍承諾將致力於實現這些標準，並承擔相應責任。

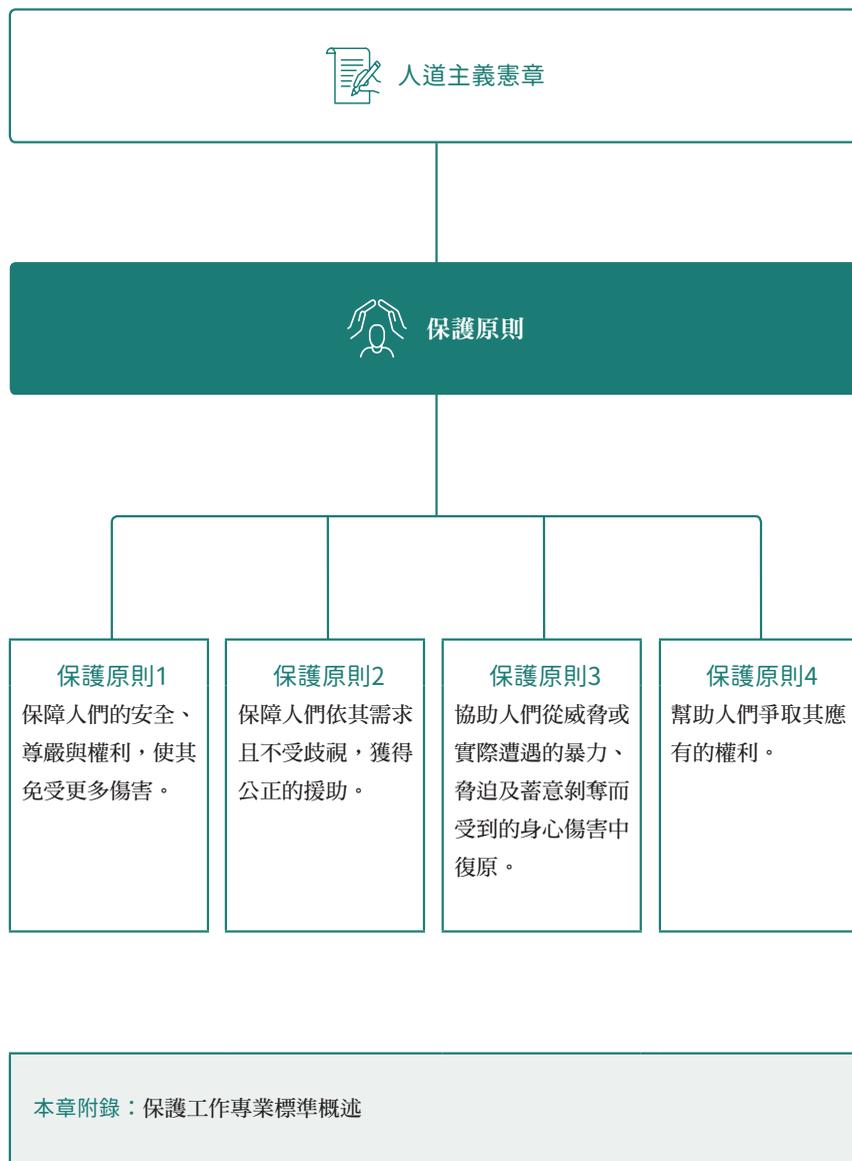
我們呼籲各方，包括受災國和援助國政府、國際組織，以及私營和非國家行動者，採用《人道主義核心標準》和《人道援助最低標準》，作為公認的規範。

12. 透過遵循《人道主義核心標準》和《人道援助最低標準》，我們承諾將竭盡所能確保那些受到災害或衝突影響的人，至少能獲得有尊嚴生活和對安全的最低需求：包括足夠的飲用水、環境衛生、糧食、營養、收容與醫療照護等。為此，我們將持續倡議各國政府和其他各方，履行他們對受災群體的道德及法律義務。就我們而言，如同《人道主義核心標準》和《人道援助最低標準》所詳述，我們承諾將透過完善的評估和監測多變的地方背景、資訊和決策的公開透明，以及與各層行動者協調與合作，讓我們的人道援助回應更有效、更適切和更具責任。我們特別承諾要與受災群體建立合作夥伴關係，尤其強調他們主動參與人道援助回應。我們承認，對於那些我們主動去提供援助的人們，必須負起基本的責任。





保護原則



本章目錄

保護原則	32
保護原則 1	33
保護原則 2	35
保護原則 3	36
保護原則 4	38
本章附錄：保護工作專業標準概述	40
參考資料與延伸閱讀	41



保護原則

下列四項《保護原則》適用於所有人道援助行動及其人道主義行動者：

1. 保障人們的安全、尊嚴與權利，使其免受更多傷害。
2. 保障人們依其需求且不受歧視地獲得公正的援助。
3. 協助人們從威脅或實際遭遇的暴力、脅迫及蓄意剝奪而受到的身心傷害中復原。
4. 幫助人們爭取其應有的權利。

《保護原則》旨在擁護《人道主義憲章》中所列舉的權利：有尊嚴生活的權利、獲得人道援助的權利，以及獲得保護與安全保障的權利。《保護原則》闡述了人道主義行動者在協助保護災民時所應扮演的角色。然而，人道主義行動者的角色及職責相較於國家來說是次要的，國家或其他有關當局，對其控制或領土範圍內人民之福祉、以及平民在武裝衝突情境中的安全才負有法律責任。歸根結底，有責任透過行動或限制來保障人民安全的是政府當局，人道主義行動者的角色則是去鼓勵或說服政府當局履行其職責，並在他們做不到的時候，協助災民處理相關後果。

本章為人道援助組織該如何透過協助災民保障安全、獲得援助、從暴力中復原以及爭取權利來促成全面的保護，提供了指引說明。

保護主要是關心受災害或武裝衝突影響人們的安全、尊嚴與權利。聯合國機構間常設委員會（IASC）將保護定義為：「……所有按照國際法（國際人道法、人權法和難民法）條文與精神，旨在使所有個體的權利得到充分尊重的活動。」

廣義來說，保護涵蓋了各人道主義及人權行動者做出的所有努力，以確保在國際法規範下受影響人們的權利，以及責任負擔者之義務可以在不受歧視的情況下被理解、尊重、保護與實踐。

保護就是採取相關行動，使人們免於受到暴力、脅迫和蓄意剝奪的傷害。在既定的人道主義情境中，時常存有一系列攸關整個社區的優先保護問題，若欲有效解決這些問題，必須採取協調一致的行動。為了進行以保護為主軸的人道援助回應行動，必須瞭解並嘗試解決受影響人們面臨的關鍵風險，包括因為未遵守國際人道法、人權法或難民法而引發的嚴重傷害。

實踐保護原則

所有應用環球計畫最低標準的人都須遵守《保護原則》的指引—即便他們沒有明確的保護任務或不具備與保護工作相關的專業能力。指引包括瞭解當地情境，以及採取行動以避免、限制及終止會侵害或危及人們安全的狀況發生。有必要提供災民資訊、支持他們既有的能力，讓他們能為自身的處境與復原做出知情的決定。

專業的保護行動者除了必須達到特定補充性標準，還要實現保護原則。專業的保護行

動者通常著重於特定的關注領域，開展獨立工作，這些領域包括：

- 兒童保護；
- 性別暴力；
- 住居、土地和財產權；
- 排雷行動；
- 法治與正義；
- 法律諮詢；
- 人權倡議與捍衛者；
- 國內流離失所人口；以及
- 難民權利。

⊕請見《參考資料》和《本章附錄：保護工作的專業標準概述》，其中包括了尋親服務、文件更新、資料保護和其他領域。

保護活動

保護相關的活動可分為預防、回應、補救和環境建構等四類。維護《保護原則》需要綜合下列活動：

- **預防**：預防會對安全、尊嚴或權利所造成的威脅，或降低人們暴露於這些威脅之下及脆弱性。
- **回應**：透過立即回應暴力、脅迫與剝奪等事件，以制止不間斷的違法或傷害行為。
- **補救**：藉由提供醫療照護（含社會心理支持）、法律扶助或其他協助，來補救正在發生或過往的傷害，幫助人們回復尊嚴。
- **環境建構**：致力於打造一個在政策、社會、文化、體制和法律上皆支持全面尊重受影響人口權利的環境，包括鼓勵按照國際法保障尊重各項權利。



不論是公開或私下進行，倡議普遍存在於前述四類活動中。當對受影響人口的威脅來自蓄意的決策、行動和政策，人道援助組織或人權組織就應該倡議去改變這些會威脅受影響人口權利的決策、行動和政策。這可能包括去影響或改變那些帶來威脅的個人或組織之行為，以及試圖去改變歧視性政策或法律架構；同時還包括支持人們為維護自身安全所做的努力，及減少他們面臨的風險。

保護原則 1：

保障人們的安全、尊嚴與權利，使其免受更多傷害

人道主義行動者應採取行動，減少人們面臨的全部風險與脆弱性，包括人道援助計畫潛在的負面影響。

此原則包括：

- 瞭解當地情境的保護風險；
- 在人們有尊嚴地滿足所需時提供援助，以減少可能遭遇的風險；
- 在不會讓人們進一步暴露於傷害、暴力和虐待風險的安全環境下提供援助；
- 支持人們自我保護的能力。

此原則的重要核心精神在於避免人道援助計畫帶來任何負面影響。⊕請見《人道主義核心標準之承諾3》。

指引說明

情境分析：瞭解當地脈絡，並預測人道援助行動可能對受影響人口的安全、尊嚴和權利所造成的影響。因情況會隨時間而變化，因此需與合作夥伴、受影響的婦女、男性、男孩和女孩等不同群體共同進行定期的風險分析。

下列問題並不詳盡，但可作為這類分析的基礎：

- 全體人口遭遇哪些保護威脅和風險，其脆弱性為何？他們具備哪些能力可協助將前述問題降至最低？
- 是否有某些群體會遭遇特定風險？原因為何？考慮例如種族、種姓、階級、社會與生理性別、年齡、身心障礙或性傾向等不同群體。
- 有哪些阻礙致使人們無法獲得援助或參與決策？阻礙可能包括安全、社會或生理上的障礙，或者是資訊提供的方式。
- 當地社區做了哪些保護自己的措施？人道援助組織如何在不破壞這些努力的情況下提供協助？自我保護的人們還面臨哪些風險？
- 人們是否採取因應災害的負面策略，例如性交易、早婚、童工或具風險的遷徙等？可以採取哪些行動以降低潛在的脆弱性？
- 人道援助活動是否帶來非預期的負面影響，例如在物資發放點是否造成人們的風險？或是造成社區內部或與地主社區的矛盾？可以採取哪些行動來降低這類風險？
- 是否存有有可能造成安全風險的懲罰性法律，例如強制檢驗愛滋病毒、將同性關係定罪或其他？

建立並維護與社區（包含處於風險中的社區）的資訊交流和責信機制，以辨識及解決保護相關的問題。

避免成爲違反人權的同謀，不應涉入賦予政策正當性的活動以及會造成問題的實務作法。比如包括基於政治或軍事緣由而強制人民遷徙的活動，或是因為未審慎選擇合作夥伴或承包商而間接加劇了衝突。這類分析往往涉及艱難的選擇與決策，但當情況出現變化時仍應明確地考量及檢視。

人道援助：提供援助的方式與環境也有可能使人們更容易受到傷害、暴力和脅迫。

- 盡可能在最安全的環境中提供援助，並積極尋求將威脅和脆弱性減到最小的方法。例如，在所有人都能安全抵達之處提供教育和醫療照護。⊕請參考《INEE 手冊》
- 在提供和管理援助時應採取適當的措施，以保護人們免於受到身體攻擊或性侵害。例如貴重商品或現金援助可能使領取人遭遇被洗劫的傷害風險。
- 協助人們可以找到滿足基本需求的安全選項，減少暴露在可能的風險，例如提供燃料作為替代方案以減少他們到危險環境撿拾柴火的需求。
- 設計可以保護女孩和男孩以及確保不會造成額外風險的活動，這些風險包括招募童兵、綁架、與家人失散等。⊕請參考《CPMS 手冊》
- 與政府當局及專業機構協調，於受援地區進行排雷和清除未爆彈行動。⊕請參考《國際排雷行動標準》
- 考慮到對環境造成的任何非預期衝擊，可能會影響到人們的安全、尊嚴和權利。
- 諮詢社區中的不同群體，包括處於風險中的族群與他們信任的組織，以瞭解最佳的援助方式－例如與身心障礙者一起決定提供援助的方式。應確保援助不會帶給他們或他們所信任代為接受援助的人額外風險。

社區保護機制：瞭解人們保護自身、家庭與社區的方法。支持社區主導的自助行動。人道干預不應削弱人們保護自己與他人的能力。

敏感資訊：確保人道主義行動者記錄和分享資訊的方式不會致使人們落入險境。制定關於收集與轉介敏感資訊的政策。應定義資訊可以被轉介的情況，並尊重知情同意的原則。若無法確實做到則可能會危害倖存者和工作人員的安全。



保護原則 2：

保障人們依其需求且不受歧視，獲得公正的援助。

人道主義行動者應查明人們獲取援助的阻礙，並採取相關措施以確保援助能公正地依需求比例且不受歧視地提供。

此原則包括：

- 運用人道主義原則及相關法律來挑戰任何蓄意剝奪人們基本需求的行動⊕參見《人道主義憲章》；
- 確保人們依其需求獲得協助，不會因為任何理由而受到歧視；
- 確保所有受影響人口的群體都能獲得援助。

此原則的核心概念在於社區能獲得他們所需的人道援助。⊕參見《人道主義核心標準之承諾 2》。

指引說明

公正性：僅根據需求決定援助的優先順序並提供相應需求的援助，是於《國際紅十字和紅新月運動及從事救災援助的非政府組織行為準則》中確立的公正性原則。☉請見《附錄二》和《人道主義憲章》。人道援助組織不應只專注於救助特定團體（例如在某個營區的流離失所者或某些少數族群），此針對性會危害到受影響人口中其他有需求的群體。

獲得人道援助的權利：為受影響民眾獲得人道援助的權利進行倡議。當人們的基本需求無法獲得滿足且政府當局無法提供援助時，有關當局不應拒絕公正人道援助組織的介入。尤其在武裝衝突的狀況下，拒絕人道援助組織介入有可能違反國際法。受危機影響的民眾無須具備特殊法律地位也有權利獲得人道援助與相關保護。

政府當局不應否認對於人道援助需求的存在，亦不應利用官僚障礙來限制人道援助工作者的活動。

獲取援助的阻礙：監督人們取得人道援助的情形，辨認和理解他們可能遇到的阻礙，並盡可能採取行動以解決這些阻礙。

- 考量到會限制人們行動自由或實質取得援助的阻礙，例如封鎖、地雷和檢查哨等。在武裝衝突中，交戰方都可能設立檢查哨，但不得因此對分屬不同類別且受影響的民眾進行差別待遇，或過分阻撓他們取得人道援助的管道。
- 解決可能會限制某些群體和個人獲得援助，進而導致援助不均的阻礙。有的阻礙可能會造成針對婦女、兒童、年長者、身心障礙者或少數族群的歧視；有的阻礙則可能造成人們因其種族、宗教信仰、政治理念、性傾向、性別認同、語言等因素而無法獲取援助。
- 以易於理解的形式和語言來提供有關權利和回饋機制的資訊。推廣針對「潛藏」處於風險中的族群（如身心障礙者、街童或位處偏遠地區的人們）進行外展服務，促使他們能安全地獲取援助。

保護原則 3：

協助人們從威脅或實際遭遇的暴力、脅迫及蓄意剝奪而受到的身心傷害中復原。

人道主義行動者為被侵犯而受到傷害的人提供立即且持續的協助，包括在適當情況下轉介至其他服務。

此原則包括：

- 轉介倖存者至相關的支持服務；
- 採取所有可以保護受影響人口免於承受進一步暴力、脅迫或剝奪的適當措施；
- 支持人們為了在社區內為回復其尊嚴和權利以及維護自身安全所做的努力。

此原則的核心在於受危機影響的社區和民眾可以獲得協調一致且相互補充的援助。⊕參見《人道主義核心標準之承諾 6》。

指引說明

轉介：瞭解現有的轉介系統，並幫助受暴力影響的人們安全地獲取適當的服務。有些人被侵犯後可能不會尋求協助，應採取相關措施以瞭解阻礙人們尋求援助的癥結點為何，並據以調整轉介系統。

支持受到身體或性別暴力的倖存者取得諸如醫療照護、警政援助，精神健康與社會心理支持及其他服務。這些服務應對人們的性別、年齡、身心障礙、性傾向和其他相關因素具有敏感度。⊕參見《將性別暴力干預措施納入人道援助行動指導方針》。

建立與運用安全且有效的兒童保護服務轉介機制，提供遭受暴力、剝削、虐待和疏忽的兒童倖存者支持。

社區行動：支持社區行動和自助活動，協助人們恢復自主性及加強自我保護。

支持家庭、社區和個人對於保護、精神健康及社會心理支持的回應機制。這些機制可能包括為人們創造機會，讓他們可以共同討論自身處境、選擇特別需要被解決的保護威脅、制定並執行解決這些威脅的措施。

幫助當地的青年、婦女或宗教等團體以非暴力的方式進行自我保護，並支持弱勢群體。

盡可能不拆散家庭成員（包括非傳統家庭在內），並讓來自特定村落或支持網絡的人們住在同個區域。

支持正向的社區應對機制，例如文化上適宜的葬禮、宗教儀式和習俗，以及其他不會造成傷害的社會與文化活動。

持續性的侵害行為，監督與回報：瞭解人權侵害的通報機制，並遵循現有的程序和政策，以安全地分享敏感的資訊。⊕參見《保護原則 1》和《本章附錄：保護工作專業標準》。

應與合作夥伴和專業機構一起思考及解決持續性的人權侵害。然而，保護人民仍是政府和其他有關當局的主要責任。應與專業機構合作，找出具有法律責任或能力提供保護的相關單位，並提醒他們履行義務。

安全與執法機構、警察、軍隊與維和部隊在確保人民人身安全上扮演重要的角色。在適當且安全的情況下，向警察、執法單位或軍事行動者通報人權侵害的情形。

在武裝衝突期間，應考慮監督提供必要服務且受國際人道法特別保護的機構，例如學校和醫院，並回報其所受到的各類攻擊。需特別致力於減少在這些地方可能發生綁架或強迫從軍的風險和威脅。

管理敏感資訊：人道援助組織應制定明確的政策和程序，以指導工作人員在得知或目睹虐待事件時該如何回應，以及該如何轉介至專家或專業機構。政策中還應說明相關資訊的保密性。



諸如證人證詞、人口輪廓和圖片等可用以識別人員身份的證據是高度敏感資訊，且可能致人於險境。應由具備必要技能、系統、能力和協定的專業機構來收集有關虐待或侵犯等敏感資訊。⊕參見《本章附錄：保護工作專業標準概述》。

保護原則 4：

幫助人們爭取其應有的權利。

人道主義行動者利用相關資料和證明文件協助受影響社區爭取其權利，並支持強化尊重人權的各種努力。

此原則包括：

- 支持人們維護自身權利並取得政府和其他來源的救濟；
- 協助人們獲取證明其權利所需的證明文件；
- 倡議應充分尊重人權和國際法，致力於完善更強而有力的保護環境。

此項原則的核心在於受危機影響的人們應瞭解自身權利和權益。⊕參見《人道主義核心標準之承諾 4》

指引說明

容易取得的資訊：提供教育與資訊，讓人們能夠瞭解和倡議自己的權利。告知人們其所擁有的權利，例如有關返回原居地和異地安置的選項。與專業法律扶助機構合作，告知人們在國內法規下可享有的權利。

以受影響人們可以理解的語言提供資訊。運用多種形式（書面、圖表或語音），讓資訊盡可能廣泛地觸及到更多人。先與不同群體進行測試是否理解訊息內容，還應考量年齡、性別、教育程度與母語的差異。

證明文件：不論是否持有特定證明文件在身，人們是普遍享有權利的。然而，若未能出具像是出生證明、結婚證書、死亡證明、護照、地契或學歷證書等證明文件，人們可能會無法順利獲得應有的權利與權益。應將他們轉介至可以提供或更換相關文件的機構。

不應將由有關當局認可的法律文件與人道援助組織核發的文件（例如配給證或登記文件）混淆。政府核發的文件亦無權決定誰有資格獲得人道機構的援助。

獲得法律扶助和使用司法系統：若人們的權利遭受侵害，他們有權向政府或有關當局尋求法律和其他救濟管道。這些包括賠償損失或歸還財產。同時，人們亦有權期待政府將侵權者繩之以法。

協助選擇透過法律救濟的人可以安全運用司法機制。轉介若要有效，便需要對哪些機構可以提供法律協助有一定的瞭解。

若司法過程可能會對受害者造成更進一步的傷害，則應避免提倡訴諸司法。例如醫療

照護提供者和性別暴力轉診網絡應清楚瞭解該國的法醫體系及性暴力的相關法規。告知倖存者其所揭露的資訊可能因強制性通報法規而無法完全保密。雖然這可能會影響倖存者繼續就醫或通報的意願，但不論決定為何，皆須尊重當事人。⊕見《醫療衛生：性與生殖健康標準：2.3.2》。

危機期間，受影響社區可能使用替代性和非正式的爭端解決機制，例如社區層級的調解。若有類似機制存在，請告知人們並說明該如何取得相關服務。

土地使用權和所有權可能會是最主要的爭論點，鼓勵當地政府和社區一同合作解決與土地使用權或所有權有關的議題。



本章附錄

保護工作專業標準概述

在武裝衝突或其他暴力情境下，保護可能暴露於傷害與痛苦的平民至關重要。有效的保護回應行動需要專業能力以及依循適用於所有的保護行動者的公認最低標準。

《保護工作專業標準》的制定是為人道主義行動者與人權行動者的保護工作建立共同基礎，並極大化受影響人口保護工作的效能，使《保護原則》更加完備。

本標準體現了採取行動的核心就是「人」的觀點。就分析、發展、監督、回應其所面臨的威脅與風險的保護回應行動裡，人們扮演著富有意義的角色。保護工作不單只著重於改善人身安全，還包括促進人們尊重處於風險中的另一群人或遭受侵犯和虐待者的權利、尊嚴與操守。

人道主義行動者開展的活動範圍差異很大，而所有行動者有必要依循《保護原則》將保護工作整合進實務工作中。《保護工作專業標準》主要是針對在武裝衝突與其他暴力情境下，提供給專責於執行保護工作的專業人士和組織所使用。

本標準提供組織一個堅實基礎，讓他們據此檢視與擬定內部的政策、指南和培訓教材。本標準還可提供在外地負責設計並執行保護策略的實務工作者參考，甚至還可以作為靈感來源。此外，還可作為有益的參考依據，協助其他行動者和利害關係人瞭解專業的保護行動者是如何以安全的方式執行活動，提升對個人和社區的保護。

本標準並不是要規範保護工作或限制其多樣性，而是要補充其他專業原則，並鼓勵保護行動者將這些標準整合進自己的實務作法、指南和培訓中。

《2018年版的專業標準》架構如下：

1. 保護工作的首要原則；
2. 保護策略管理；
3. 保護架構概述；
4. 建構保護工作的法律基礎；
5. 提倡保護工作的互補性；
6. 保護工作成效的數據與資訊管理；
7. 確保專業能力。

本標準中亦納入對於資訊與通訊科技（ICT）以及日益增加的資料保護法規等含意的觀點，以及針對管理保護資料的具體指引。

人道主義行動者、人權行動者、聯合國維和行動及其他國際授權軍隊和警察部隊必須經常對話和交流，以維護保護成果。《保護工作專業標準》也為如何在這些互動中堅持原則性策略方法提供了相關指引。

《保護工作專業標準》亦提及如何透過反恐立法，在國家、區域以至於國際層級共同致力於解決「暴力極端主義」，並闡明這類立法可能如何影響保護行動者的活動。

請至紅十字國際委員會（ICRC）的電子書網站下載《保護工作專業標準》：

<https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook.html>。

參考資料與延伸閱讀

一般性保護工作：相關背景和工具

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.interagency-standingcommittee.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>

性別暴力

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

住居、土地和財產權

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



國內流離失所者

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

精神健康和社會心理支持

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

排雷行動

International Mine Action Standards. www.mineactionstandards.org

年長者與身心障礙者

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

兒童與兒童保護

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>

延伸閱讀

有關延伸閱讀的建議，請至：www.spherestandards.org/handbook/online-resources

延伸閱讀

一般性保護工作：相關背景和工具

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



自我保護策略與能力

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

現金干預措施

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

身心障礙者

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

性別暴力

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

住居、土地和財產權

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/4693432c.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/>

國內流離失所者

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

精神健康和社會心理支持

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



年長者

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

兒童與兒童保護

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

愛滋病毒

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/

多元性別 (LGBTQI) 族群與多元性傾向、性別認同及表達，以及性徵

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





人道主義 核心標準

人道主義憲章與保護原則是對人道主義核心標準的直接支持。
這三章共同建構了環球標準的原則與基礎。



人道主義核心標準（圖 2）

本章附錄 監督關鍵行動和組織職責的指導性問題

本章目錄

一套核心標準，九項承諾	52
承諾 1	54
承諾 2	56
承諾 3	58
承諾 4	61
承諾 5	64
承諾 6	66
承諾 7	69
承諾 8	71
承諾 9	74
本章附錄：監督關鍵行動和組織職責的指導性問題	78
參考資料與延伸閱讀	85



一套核心標準，九項承諾

眾多機構和個人經常參與人道援助回應行動。因此，若有共同的原則與工作方式將有助於促進有效的回應行動。若欠缺共同的策略方法，成效不僅不一致，也難以預測。

《人道主義品質與責信核心標準》（簡稱「人道主義核心標準」，Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability, CHS）提出九項承諾，讓參與人道援助回應行動的組織和個人可據此提高援助的品質和成效，並促進對受危機影響的社區與民眾、工作人員、捐助者、政府和其他利害關係人更大的責信。若這些人瞭解人道援助組織所作出的承諾，則將使他們敦促這些組織負起責任。對個人與組織而言，《人道主義核心標準》都是一套自發性的框架。

此標準在回應與計畫層次，以及回應的各個階段皆可應用。然而，九項承諾並非試圖要對應計畫週期中的任何特定階段。某些承諾與計畫週期的特定階段較相關，而某些承諾（例如與受災民眾的溝通）則適用於所有階段。

《人道主義核心標準》與《人道主義憲章》和《保護原則》一起為《環球手冊》提供了強而有力的基礎，並支持所有的技術標準。在整本手冊中，技術章節和這些基礎章節皆可供相互引用和參照。

關於人道主義核心標準更多詳細資訊，包括如何協助使用者將此標準應用於實務工作中，都可在 corehumanitarianstandard.org 找到。

獨特架構

《人道主義核心標準》是透過人道援助領域的共同努力，融合了環球計畫、國際人道責任夥伴組織（HAP）、援助中的工作者（People in Aid）以及救援、重建與發展集團（Groupe URD）等組織發展出的核心標準所制定的一個統一架構。《人道主義核心標準》現由環球計畫、人道主義核心標準聯盟（CHS Alliance）以及緊急復原發展小組共同擁有版權，並共同代表人道援助領域來管理此一標準。

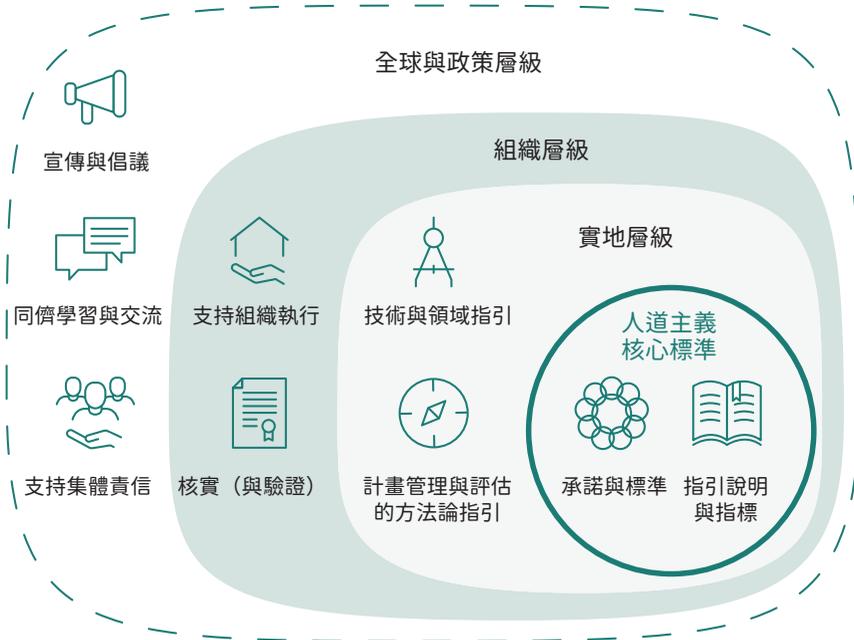
九項承諾各自聚焦於回應行動的特定面向，綜合使用時便形成了堅實的策略方法，指引如何提供有效且具責信的人道援助行動。

《人道主義核心標準》的架構與其他環球計畫標準略有不同：

- 承諾闡明了受危機影響社區和民眾對於提供人道援助的組織與個人的期待為何。
- 品質標準勾勒出「承諾」實現的情況，以及人道援助組織及工作人員應如何致力於達成「承諾」。
- 績效指標是用來衡量達成「承諾」的進展，驅動學習與改進，並可考慮進行不同時間與地點的差異比較。
- 關鍵行動和組織職責點出工作人員應提供的援助，以及為了確保人道援助組織工作人員提供高品質且具責信的人道援助，所應具備的政策、流程與系統。
- 指引說明為「關鍵行動」和「組織職責」提供範例和額外資訊。

- 指導性問題用於協助規劃、評估和檢視活動。⊕請見《本章附錄》
- 參考資料針對特定主題提供額外學習資源。

下表呈現如何在不同層級應用《人道主義核心標準》。環球計畫、Groupe URD 以及 CHS Alliance 也提出了輔助工具，可參考下列網站：corehumanitarianstandard.org。



運用人道主義核心標準 (圖 3)

承諾 1

受危機影響的社區及民眾獲得適合其需求的援助。

品質標準

人道援助回應是適當且切合需求的。

績效指標

1. 受危機影響的社區及民眾認同回應行動顧及他們特定的需求、文化與偏好。
2. 提供的援助與保護有對應到評估所發現的風險、脆弱性與需求。
3. 回應行動有將需要援助與保護民眾的能力、技能與知識納入考量。

關鍵行動

- 1.1) 針對情境與利害關係人，進行系統性、客觀且持續的分析。
 - 評估當地政府、其他政治和非政治行動者的角色與能力，以及危機對他們造成的影響。
 - 評估當地現有的能力（物資、人力與市場），以滿足當前最優先的援助與保護需求，並瞭解這些能力會隨時間而變化。
 - 交叉檢查和驗證資訊，承認初期評估所得的資料並不完善，但不應阻礙挽救生命之行動。
 - 評估受影響、流離失所及地主接待群體的安全與保全問題，找出可能存在的暴力威脅、各式脅迫、剝奪生存或剝奪基本人權的情況。
 - 需評估性別有關的權力動態以及社會邊緣化的情形，以訂定更為有效且永續的回應行動。
 - 與其他組織相互協調，避免社區被多次評估而加重負荷。聯合評估及其調查結果應與有利關係的機構、政府和受影響群體分享。
- 1.2) 基於對需求和風險的公正評估，以及對於不同群體的脆弱性和能力的理解，設計並執行適切的計畫。
 - 評估男人、婦女、兒童與青少年、偏遠地區居民，以及身心障礙者、年長者、社會孤立者、女性為戶長的家庭、語言及族群少數、被污名化的群體（如愛滋病毒感染者）等處於風險中的群體，其保護與援助方面的需求。
- 1.3) 因應需求、能力和情境的變化，調整計畫內容。
 - 監測政治局勢，並據此調整對利害關係人的分析及安全措施。
 - 定期監控流行病學及其他數據，為持續性的決策提供資料；並排定挽救生命干預措施的優先順序。

- 保持足夠彈性，在需求發生變化時重新設計干預措施，並確認有取得捐助者的同意。

組織職責

- 1.4 政策承諾會根據受危機影響的社區與民衆需求和其能力，提供公正的援助。
 - 組織維持支持對人道主義原則及包容性承諾的政策、流程與系統。
 - 所有工作人員皆明白其職責以及有可能會被追究其責任。
 - 組織將這些政策公開透明地與其他利害關係人分享。
- 1.5 政策承諾顧及社區的多元性（包含弱勢及邊緣族群），並收集細緻化的數據。
 - 應詳列評估和報告所需的數據分類類別。
- 1.6 確保進行情境適當且持續分析的流程已到位。
 - 人道援助工作者擁有相關的管理支援系統，以獲得管理與進行評估時所需的知識、技能、行為和態度。

指引說明

評估與分析是個過程，而非單一事件。若時間允許，應開展深入分析。不應用「假設」來了解受影響社區與民衆的能力和需求，而是應透過他們持續參與討論後的評估來確認，並藉此找出最適當的回應行動。

考慮為參與評估的工作人員提供心理急救的基礎培訓，這有助於他們處理在評估期間變得哀傷痛苦的民衆。

確保為可能遭遇保護風險的群體進行專業評估，例如分別針對婦女、男人、男孩與女孩進行評估，以了解他們各自遭遇到的暴力、歧視和其他傷害。

公正的評估：公正行事並不是代表只用同樣的方式對待所有人。提供以人權為本的援助必須瞭解人們的不同能力、需求與脆弱性；他們可能因諸如年齡、性別、身心障礙、健康情況、性傾向或性別認同等個人因素受到歧視而變得脆弱，也可能因為照顧其他脆弱群體而被歧視。

脆弱性：人們也可能會因為社會與脈絡因素而變得脆弱。這些因素包括歧視、邊緣化、社會孤立、環境惡化、氣候變異、貧窮、缺乏土地租住權、不當治理、族群、階級、種姓、宗教與政治傾向。

既有能力：受危機影響的民衆、社區、組織和政府當局原已具備因應及回應危機並從中復原的技能、知識和能力。為了維護有尊嚴的生存權，必須積極讓受影響的人群參與會影響他們的決策，還可能需要採取一些較有針對性的努力，讓婦女、兒童、年長者、身心障礙者以及語言及族群少數等未被充分代表的群體可以參與其中。

數據分類：數據分類可以協助了解不同行動或事件對不同群體的影響。在最低限度下良好的實務作法應該去鼓勵按照性別、年齡和身心障礙別來細分化資料，而額外的因



素則依情境而定。

分析細分化的資料對於在情境中運用標準以及監督計畫是有必要性的。妥善運用細分化的資料可以顯現出誰受影響最大、誰能夠獲得援助，以及在哪些方面需要更努力，才能幫助處於風險中的群體。⊕詳見《何謂環球計畫？》

持續分析及有效運用數據：人力資源系統應要足夠靈活以迅速招募跟派遣評估團隊。應依需求來配置計畫的預算與資源，經費則應支持對援助與保護需求的持續分析，以及相應的計畫調整與修正，包括加強獲得支援的其他途徑（例如外展機制、所需設施和通訊的可近性等）。

承諾 2

受危機影響的社區及民眾能適時獲得所需的人道援助。

品質標準

人道援助回應是適當且切合需求的。

績效指標

1. 受危機影響社區及民眾（包含最弱勢的族群）認為自己獲得援助與保護的時機是適當的。
2. 受危機影響社區及民眾認為援助確實滿足其需求。
3. 監督與評估報告顯示人道援助回應的時機、品質與數量皆達到設定的目標。

關鍵行動

- 2.1) 設計可以解決限制因素的計畫，使提議的行動對於社區而言是實際可行且安全的。
 - 若無法評估並進而滿足特定區域（如難以到達之處）或族群的需求，需清楚指出及說明相關限制。
 - 在應變規劃中顯示為脆弱或未來可能難以觸及的地區或人口，應優先支持當地預先的回應能力。
- 2.2) 適時提供人道援助回應，避免決策與行動中不必要的延誤。
 - 注意居住條件、文化慣習、季節、農民曆，以及其他可能影響適時提供適當服務的因素。
 - 將援助提供時程和監督系統納入計畫規劃中，預測並標記延誤情況。
 - 承認在緊急危機初期必須依據片面資訊進行決策；並在能取得更多資訊後修正決策。
 - 與其他單位相互協調，擬定共同策略，以解決會阻礙提供及時援助的共通性問題。

- 2.3 將未滿足的需求轉介至具備相關專業知識和使命的組織，或倡議滿足這些需求。
- 這些需求包括未被滿足的資訊需求，以及保護和援助需求。
- 2.4 根據整體人道援助領域所運用的相關技術標準和良好實務作法，以規劃與評估計畫。
- 若有國家技術標準，則使用國家技術標準，並調整以符合人道援助情境。
 - 協調相關利害關係人，以倡導使用全球公認的標準來補充國內既有標準之不足（包括環球計畫以及相關領域合作夥伴的標準）。
- 2.5 監督人道援助回應的活動、產出和成效，以便調整計畫和改善不佳的績效。
- 訂定具有時限和情境特定的績效指標。定期檢視指標以衡量滿足援助和保護需求的進展。
 - 除了活動與產出（如建造設施的數量），也應納入達成計畫目標以及績效指標的進度。監督計畫成效是否符合預期效益，例如設施的使用情況和實務作法上是否改變。
 - 定期檢視系統，確保只收集有用的資訊以及最新的情境資訊（例如當地市場運作情況及局勢是否安全等的變化）。

組織職責

- 2.6 計畫的承諾符合組織的能力。
- 組織的政策反映了使用共通的人道援助技術品質標準，以及在所選擇干預的領域上發展專業知識的重要性。
 - 組織必須認可在某些情境下可能需要提供自身專業領域以外的服務，直至其他組織可以提供相關援助為止。
- 2.7 組織的政策須承諾確保：
- a. 系統性、客觀的且持續監督與評估計畫活動及其成效；
 - b. 依據監督和評估所得的實證以調整和改善計畫；以及
 - c. 及時做出決策，並據此分配相應的資源。



指引說明

解決限制因素並規劃實際可行的計畫：當組織無法觸及某個群體或滿足所發現的需求時，則有責任將這些需求轉介給合適的行動者（包括政府或非政府行動者）。⊕請見《保護原則 3》

在災前運用預測和預警系統來制定應變計畫，這有助於社區、政府當局和相關機構在需要時得以迅速回應，也讓受影響民眾能在生命及生計受威脅前，預先保護其資產。

訂定足夠彈性的決策流程，以回應從持續評估中獲得的新資訊。組織內部應盡可能將決策和分配資源的權力下放至執行現場。

紀錄最終決策以及決策流程，以展示組織的透明度。決策過程應以諮詢、有意義的參與和協調各方意見為基礎。⊕請見《承諾6》

監督活動、產出與成效：監督活動所能提供的資訊包括修正計畫，驗證受助者選定標準以及確認援助是否觸及最需要的人。記錄所有依照監督結果而做出的計畫調整，並建立能讓受影響民眾以及關鍵利害關係人共同參與的監督系統。⊕請見《承諾7》

在可行的情況下，應使用整體回應行動通用的監督指標。

組織決策：需清楚界定並瞭解組織內部的權責與決策流程，包括由誰主責、需諮詢誰的意見、以及決策需參考哪些資訊等。

組織政策、流程與系統：組織應記錄人道援助行動如何運用系統性且嚴謹的監督與評估，改善計畫成效。展示如何應用監督與評估而得的資料來調整計畫、政策與策略，並強化整備工作，以及在時限內改善績效。⊕請見《承諾7》，這可能還包括準備緊急回應資金，或在有需要時，能夠迅速招募和派遣符合資格的工作人員。

承諾3

受危機影響的社區及民眾並未因人道援助行動而受到負面影響，而是使他們面對災害變得更加準備充分、更具韌性，以及風險降得更低。

品質標準

人道援助回應加強當地既有能力，避免造成負面影響。

績效指標

1. 受危機影響社區與民眾認為人道援助行動幫助他們可以更妥善地面對未來的衝擊與壓力。
2. 主責回應危機的地方當局、領導人和組織認為自己的能力有所提升。
3. 受危機影響社區和民眾（包括弱勢與邊緣人群）認為人道援助行動並未造成負面影響。

關鍵行動

- 3.1 確保計畫建立於當地既有能力的基礎上，並努力提升受危機影響社區和民眾的韌性。
 - 設計能減輕危害影響的服務（例如旱災管理、具防洪、防颶風或抗震結構的設施）。
 - 支持自助的倡議與社區災害整備行動。
- 3.2 使用現有的社區危害與風險評估結果以及備災計畫來指導活動。
 - 了解並解決不同群體面臨不同程度風險時的需求與能力。

- 3.3 增進發展在地領導與組織在未來危機事件中作為第一線回應者的能力，並採取措施以確保邊緣與弱勢族群獲得適當的代表性。
- 盡可能與縣市當局或地方政府共同合作。
 - 倡議將在地行動者視為具有設計／領導回應行動自主性的平等夥伴。
 - 支持在地團體與組織的倡議，作為學習與能力建構的平台，以強化他們未來在第一線回應危機的能力。
 - 應考慮到人口的多樣性，盡可能雇用在地與本國工作人員，而非聘僱外籍人士。
- 3.4 在人道援助計畫初期就規劃過渡或退場策略，確保計畫可帶來長期的正面影響，以及減少產生依賴的風險。
- 為強化國內和社區既有的體系提供協助，而非建立回應行動結束後便不復存在的平行系統。
- 3.5 規劃且執行促進早期災害復原和有益於當地經濟復甦的計畫。
- 採取措施以恢復社會服務、教育、市場、匯兌機制以及生計機會，為弱勢群體提供所需。
 - 在分析何種援助形式（現金、代用券或物資）可以帶來最大效益時，應充分考量市場現況。
 - 盡可能採購當地的物資和服務。
 - 盡可能減緩對市場造成的間接影響。
- 3.6 及時且有系統性地發現並解決潛在或實際發生的非預期負面影響，包括下列面向：
- a. 人們的安全、保護、尊嚴與權利；
 - b. 工作人員所犯下的性剝削與性侵害；
 - c. 文化、性別以及社會與政治關係；
 - d. 生計；
 - e. 當地經濟；
 - f. 環境。



組織職責

- 3.7 應制定政策、策略和相關指引，用於：
- a. 避免計畫產生任何負面影響，例如防止工作人員剝削、虐待或歧視受危機影響社區與民衆。
 - b. 強化當地能力。
- 3.8 應建立系統以保護向危機影響社區和民衆所收集的個資，避免置他們於風險中。
- 建立明確且完善的資料保護政策，包括電子登記和發放系統。
 - 告知受助者與資料保護有關的權利，確保他們知道如何取得機構所持有的個人資料，以及如何提出攸關資訊被濫用的疑慮。

指引說明

社區韌性與在地領導：社區、在地組織和地方當局在危機發生時可以最快回應，並且他們也最深入瞭解當地情況和特定需求。應將這些在地行動者視為平等夥伴，並給予他們在設計與帶領回應行動時的自主權。這需要國際和在地機構雙方皆願意承諾調整工作方式，並參與開放且具建設性的對話與批評。應儘可能使用當地的金融基礎設施／服務，而非創造新的平行系統。

過渡與退場策略：與當地政府和受影響人口共同合作，儘速設計在緊急援助計畫結束後仍會持續的服務（例如引入成本回收措施、使用在地可得的原料或強化在地管理能力等）。

負面影響及「不傷害」原則：高價值的援助資源以及人道援助工作者的強勢地位可能引發剝削與虐待、競爭、衝突，甚至是濫用或侵佔援助等情形。援助可能會破壞生計和市場系統、引發資源爭奪，加深不同群體間權力關係的不平等。需預想潛在的負面影響及密切監督情況，如果可能的話還應採取預防措施。

注意可能會對某些群體造成負面影響的文化慣習，例如對女孩、男孩或特定種姓的偏見、女孩面臨不平等的教育機會、拒絕疫苗接種，以及其他形式的歧視或優惠待遇。

安全且有回應的回饋與申訴機制可以減少濫用和誤用資源。工作人員應歡迎且主動找出更多建議與投訴，同時也應接受培訓，學習如何運用保密以及轉介敏感資訊，例如揭露剝削與虐待事件。

防範工作人員進行性剝削與性侵害：所有工作人員都有責任防止剝削和侵害的發生。不論在組織內部或外部，工作人員只要懷疑或目睹案件，就有呈報責任。應注意到兒童（尤其是女孩）通常更為脆弱，因此政策應明確地保護兒童不受到性剝削或性侵害。

⊕請見《承諾5》

環境顧慮：人道援助回應可能會導致環境惡化（例如土壤侵蝕、地下水耗竭或汙染、過度捕撈、廢棄物製造與森林濫伐）。環境惡化可能加劇危機以及人們脆弱性的程度，並降低他們對於衝擊的韌性。

減緩環境惡化的措施包括森林復育、雨水收集、有效運用資源以及道德採購政策和實務。進行大型營建活動之前應先完成環境評估。⊕請見《承諾9》

預防負面影響及強化在地能力的組織政策：鼓勵組織制定明確記錄的風險管理政策與系統。非政府組織（NGOs）若無法透過自身反收賄的政策與程序，或是透過與其他NGOs的共同合作行動，有系統地打擊不道德的行為或貪污，將會增加其他行動者的貪污風險。

相關政策和程序應反映保護弱勢族群的承諾，並具體列出預防和調查濫用職權的方法。謹慎的招募、篩選與雇用工作人員等實務作法，有助於降低員工發生不當行為的風險，而行為守則中也應載明、列舉哪些行為舉止是被禁止的。工作人員應正式同意遵循守則，並清楚違反守則時將會面臨的懲處。⊕請見《承諾8》

保護個資：應將所有從個人和社區收集而來的個資視為機密，尤其是處理與保護相關、

舉發侵犯行為、投訴虐待與剝削，以及與性別暴力有關的案件。建立可以確保保密性的系統才可以預防更進一步的傷害。⊕請見《保護原則》和《承諾5和7》

越來越多人道援助回應行動使用電子登記和發放系統，凸顯了訂定明確且完善的資料保護政策有其必要，而規範銀行和商業組織等第三方資料保護的協議是必不可少的。制定關於資料收集、儲存、使用與刪除的指引，並符合國際標準及當地資料保護法律，是十分重要的。應建立可降低資料遺失風險的系統，還應將已不需要的資料馬上銷毀。

承諾 4

受危機影響的社區及民眾知曉其權利與權益，可以有獲得資訊的管道並參與制定影響他們的相關決策。

品質標準

人道援助回應行動是建立於溝通、參與及回饋的基礎上。

績效指標

1. 受危機影響社區及民眾明白自身的權利與權益。
2. 受危機影響社區及民眾認為自己及時取得明確且與他們有關的資訊，包括可能會置他們於進一步風險的議題。
3. 受危機影響社區及民眾滿意他們具有影響回應行動的機會。
4. 所有工作人員皆獲得關於受影響人口權利的培訓及相關指引。



關鍵行動

- 4.1 提供受危機影響社區和民眾關於組織、所遵循的原則、工作人員行為守則、執行的計畫以及預期提供的援助等資訊。
 - 將資訊本身視為保護工作中重要的一環。若無法獲得關於援助及自身權益的正確資訊，人們將變得更容易受到剝削與虐待。⊕請見《保護原則1》
 - 應清楚地與民眾溝通人道援助工作者應有的行為，以及他們不滿時可如何投訴。
- 4.2 與社區中不同的群體溝通，尤其是與弱勢和邊緣族群溝通時，使用淺顯易懂、尊重且合乎文化的適當文字、形式與媒介。
 - 使用現有的通訊系統，並諮詢民眾的偏好。考慮不同形式和媒體所需的隱私程度。
 - 確保不論新舊的通訊科技都是被安全且有效地使用。
- 4.3 確保所有群體的代表具有包容性，並在回應工作的各階段增進受危機影響社區與民眾的投入和參與
 - 關注一直以來被排除在權力核心及決策過程外的個人和群體。有系統性地考量可以讓他們合乎倫理且參與的方式，以尊重其尊嚴和避免加深污名化。

- 思考在回應的不同階段，如何兼顧「社區直接參與」以及「透過遴選代表間接參與」此兩種方法的平衡。

4.4 鼓勵和促進受危機影響社區與民衆提供對於援助品質與效能的滿意度回饋，應特別注意回饋者的性別、年齡和多樣性。

- 培訓工作人員如何獲得並維持民衆對他們的信任、知道該如何回應正反兩面的回饋，以及觀察不同社區成員對所提供服務的反應。
- 將收集到的回饋整合至較廣泛的跨組織或跨領域策略方法中，以利檢視與分析回饋並據此採取行動。
- 與社區分享對回饋意見的回應。

組織職責

4.5 資訊分享的政策到位，並促進開放溝通的文化。

- 制定並紀錄資訊分享的流程。
- 致力於將組織成功和失敗的經驗以資訊公開的方式與各式各樣的利害關係人分享，以推動整體系統的開放與責信文化。

4.6 讓受危機影響社區與民衆可參與的政策到位，這樣一來，在所有的工作階段中皆可反映出社區與民衆確認的優先事項與風險。

- 概述應如何鼓勵並培訓工作人員促進社區的參與和決策、傾聽受影響群體身處的不同社區，並處理負面回饋。
- 設計政策和策略，協助創造社區對話、決策與自助的空間與時間。

4.7 在外部溝通時，包括用於募款的資訊，都要是正確、合乎道德且尊重人的，將受危機影響社區與民衆呈現為有尊嚴的人。

- 根據風險評估來分享資訊，並考量可能對群體造成的潛在傷害。例如分享有關現金發放或特定安置點的人口資訊，可能會使人們面臨遭受攻擊的危險。
- 謹慎小心地使用用來探討與描繪受影響民衆的故事和影像，如果未經當事人的同意，則可能侵犯他人的隱私權且違反保密原則。⊕ 請見《保護原則 1》的《知情同意》

指引說明

與社區共享資訊：分享正確、即時、簡明易懂和容易取得的資訊。可以強化信任感、深化參與程度以及進改善計畫成效。關鍵在於保持公開透明。與社區分享財務資訊可以提升成本效益，並協助社區找出浪費與舞弊行為。

若組織沒有適當地與預計要協助的民衆分享資訊，可能會導致誤會與延誤，以及產出資源浪費的不良計畫，進而引發對組織的負面觀感，還可能造成民衆出現憤怒、挫折和不安的情緒。

有效、安全、容易取得且具包容性的溝通：不同群體的溝通、資訊的需求與來源皆不

盡相同。他們可能會需要一些時間在安全且隱密的環境互相對談分享，以便消化資訊與理解其含意。

知情同意：需注意有些人可能在尚未充分瞭解其含意時就表示同意。雖然這並非理想情況，但最初必須依據這些人參與計畫活動的意願、觀察、知識，法律或其他相關文件（例如與社區簽訂的協議書），先假定一定程度的同意和參與。⊕ 請見《保護原則1》

參與和投入：在回應的初期就啟動諮詢受影響民眾及當地機構，以將當地既有知識作為基礎，並發展正向且相互尊重的關係。早期諮詢會比之後再修正不當決策更具效率，在緊急回應行動初期，或許只能諮詢為數不多的受影響民眾，但隨著時間演進，將有更多機會讓更多人與族群共同參與決策。

要注意在某些衝突環境，鼓勵團體討論與共同決策可能會被視為是某種政治組織的手段，並且可能對當地人造成傷害。考慮使用多元方法並搭配回饋機制來增進社區的參與，例如使用社區記分卡。

回饋：可以透過特定評估（如團體討論或訪談）、發放後的監測或問卷調查來取得正式的回饋；在日常互動中獲得的非正式回饋也可持續用於發展信任與改善計畫。收集婦女、男人、男孩與女孩的回饋，瞭解他們是否感覺被尊重，並且滿意於自己對於決策的影響力。民眾可能會對發放的援助感到滿意，但也有可能會不滿意於自己對決策的影響力。

人們可能害怕提供批判性的回饋會帶來負面影響，也可能基於文化因素認為批評干預措施是不被接受的。嘗試提供可正式及非正式回饋的不同方法，包含保密的回饋分享方法。

與其他機構共同設計回饋機制，並確保所有人都便於取得。雖然實務上接受回饋與投訴的形式有所重疊，但仍應分開設立回饋機制與處理嚴重違反實務作法與行為的申訴機制。⊕ 請見《承諾5》。確認與追蹤收到的回饋，並在適當的時候依此調整計畫。將回饋機制納入組織的監督與評估系統之中。

提倡開放溝通的文化：組織應（在網站或受影響民眾可取得的宣傳品上）公開表明特定的政治或宗教認同，有助於利害關係人可以更瞭解組織的性質以及可能的隸屬單位與政策等。

組織對於參與及傾聽社區的承諾：性別與多元化政策有助於促進組織的價值與承諾，並提供期望行為的具體範例。策略與計畫發展也應參考受影響民眾的回饋。

限制資訊、保密性與不揭露：並非所有資訊都可以或應該與所有利害關係人分享。要思考收集到可識別某些群體（人口統計資料）或個人的資訊，會不會製造或增加他們的脆弱性，或為保護他們造成更多新的威脅。⊕ 請見《保護原則》

合乎道德的外部溝通策略方法：脫離脈絡的募款素材與照片時常造成誤導，也可能增加保護的風險。必須提供所有工作人員關於外部溝通的政策與指南，並協助確保不犯下這類錯誤。

附帶於圖片和包含在故事中的細節不得使人有機會追蹤到當事人（特別是針對兒童）的住所和社區。而拍照時亦應停用地理標籤功能。



承諾 5

受危機影響的社區及民眾可以取得安全且有回應的申訴處理機制。

品質標準

投訴是受歡迎並可獲得處理的。

績效指標

1. 受危機影響社區與民眾，包含弱勢與邊緣族群，皆知道有設立供他們使用的申訴機制。
2. 受危機影響社區與民眾認為申訴回覆機制容易取得、有效、保密且安全。
3. 申訴案件會在明列的時限內進行調查、解決，並將結果回饋給投訴人。

關鍵行動

- 5.1) 就設計、執行及監督投訴流程，諮詢受危機影響的社區與民眾。
 - 按性別、年齡和身心障礙別細分資料，因為這些條件可能影響人們對於使用及阻礙申訴機制的看法。
 - 針對如何遞交投訴、可能會阻礙民眾與工作人員進行申訴的因素，以及希望收到回應的方式達成共識。考慮如何紀錄及追蹤申訴案件，以及如何將從中學到的經驗整合至未來的規劃中。
 - 與其他機構、合作夥伴和第三方承包商探索聯合申訴機制的可能性。
 - 培訓負責處理申訴機制的工作人員。
- 5.2) 對投訴抱持歡迎與接受的心態，並宣傳投訴機制的使用方式及其能處理的議題範圍。
 - 考慮辦理資訊推廣活動，以提升民眾對申訴系統與程序的意識，期間人們亦可進一步詢問機制如何運作的相關問題。
- 5.3) 以即時、公平且適當的方式處理投訴，並將在各階段皆將保護投訴人及受影響者的安全列為優先事項。
 - 即使許多投訴涉及相似議題，仍需個別處理每個案件。
 - 在特定的時限內提供申訴回覆，並讓投訴人知道預計何時可收到回覆。
 - 考慮讓社區管理或參與申訴處理系統。

組織職責

- 5.4) 處理受危機影響社區與民眾的申訴回應流程已明文規定且已到位。流程應涵蓋計畫規劃、性剝削與性侵害，以及其他濫用職權的行為。

- 紀錄如何設立申訴機制、決策標準、申訴案件、投訴回覆的方式，以及處理的時效。
- 注意確保投訴資訊是維持保密，並嚴格遵循資料保護政策。
- 為了減少社區及工作人員對申訴機制感到困惑，與其他組織就申訴機制共同合作。

5.5 建立重視投訴，並依據所制定的政策及流程處理申訴的組織文化

- 公開分享組織對於服務對象的照護義務、員工行為守則、以及如何保護潛在弱勢群體（如婦女、兒童和身心障礙者）等的相關政策。
- 建立正式調查程序，遵守保密、獨立和尊重的原則。以徹底、及時且專業的方式進行調查，並符合法律標準和當地勞動法規要求。針對指定的管理人員提供關於調查以及處理員工不當行為的培訓，或提供取得專家建議的管道。
- 納入處理員工投訴的相關程序和舉報政策，並確保所有員工都知道相關規定。

5.6 受危機影響社區及民眾充分了解人道援助工作者的預期行為，包括組織在預防性剝削與性侵害方面所做的承諾。

- 為受危機影響社區與員工說明申訴流程，包括處理敏感議題（例如涉及貪污、性剝削與性侵害、嚴重不當行為或瀆職等）和一般投訴（例如對遴選標準運用的不滿）的機制。

5.7 超出組織職權範圍的投訴，應以符合良好實務作法的方式轉介給相關單位。

- 明確指導哪些投訴在機構的職權範圍內，以及應於何時以何種方式轉介給其他服務提供者。

指引說明

設計申訴機制：在決定何為與社區互動的最佳方式之前，必須考慮社會與權力動態。關注年長者、婦女與女孩、男孩與男人、身心障礙者及其他邊緣人群的需求。確保他們可以對申訴系統的設計與執行表達意見。

提升如何進行申訴的意識：需要時間和資源來保障受影響民眾瞭解從人道援助組織中可預期獲得哪些服務，以及員工的態度與行為。他們也該知道如果人道援助組織無法達成這些承諾時，該如何以及在何處進行申訴。

機制的設計要使民眾確信他們隨時可以在保密的狀況下進行申訴，而無需害怕遭受報復。

需管理民眾的期望。因為社區可能以為申訴流程可以解決所有的問題，但若此預期超過機構可控制的範圍時，就會導致挫折與失望。

處理申訴案件：當申訴內容超出組織控制與職責範圍時，應向投訴人明確說明。在可能的情況下，與投訴人達成共識，協助將申訴案件轉介給適合的組織；與其他機構和領域相互協調，確保轉介有效運作。

只有受過培訓的工作人員可以調查關於人道援助工作者的性剝削與性侵害指控。



依據投訴人的意願，協助進行保密轉介以讓投訴者獲得額外的照護與支持（例如精神健康、社會心理支持或其他醫療照護服務）。

因為無法確認消息來源，匿名且惡意的投訴會是特殊挑戰。對組織來說，這可能是某種警告信號，說明潛在的不滿，在進行任何後續追蹤時，應調查清楚先前是否有未確認的投訴原因。

保護投訴人：在決定組織內誰需要知道哪些資訊時應特別注意。舉發性侵害的受害者可能會遭受社會污名，以及面對來自加害者和自身家庭的危害。應設計可以確保申訴保密性的機制，並制定舉報政策，以保護指出計畫或同事行為不當的員工。

資料保護政策應涵括特定類型資訊的保存期限，並依據相關資料保護法規而訂定。

申訴處理流程：確保組織的員工及其服務的社區皆有機會提出申訴，並將這些投訴視為改善組織及其工作的契機。申訴可以指出干預措施的影響力和適切性、潛在的風險與脆弱性，以及了解民眾對所提供的服務的滿意程度。

對受影響民眾的性別剝削與性侵害：組織及其高階主管有責任確保申訴機制與流程是到位的，同時也是安全、透明、保密且易於使用的。在適當情況下，組織應考慮將合作調查性剝削與性侵害案件的具體聲明納入與合作夥伴的協議之中。

組織文化：主管與資深員工應作為表率，並提倡員工、合作夥伴、志工、受危機影響民眾之間相互尊重的文化。他們對於執行社區申訴機制的支持至關重要。員工也應知道該如何處理申訴以及濫權的指控。如果申訴案件涉及犯罪活動或違反國際法，員工必須知道如何聯繫有關當局。與合作夥伴共事的組織應就雙方如何提出並處理申訴（包含針對彼此的投訴）達成共識。

員工行為及行為守則：組織應有一份由高階主管認可並對外公開的員工行為守則。應要求所有員工和合作夥伴遵守兒童保護政策，並應提供對於期望行為標準的入職訓練與在職培訓。員工應知道且瞭解違反行為守則的後果。⊕ 請見《承諾3》和《承諾8》

承諾 6

受危機影響的社區及民眾獲得協調一致且互補的援助。

品質標準

人道援助回應是經過協調且相互補充的。

績效指標

1. 各組織可以藉由相互協調的行動，將受影響社區與合作夥伴所指出的服務缺口和重複情況減至最低。
2. 從事回應行動的組織（包括在地組織）可以透過正式或非正式的協調機制來共享資訊。
3. 組織之間應就需求評估、人道援助發放以及監督援助計畫執行等事項進行協調。

4. 在地組織在協調機制中獲得充分參與，並可以推派代表。

關鍵行動

- 6.1 辨別不同利害關係人的角色、責任、能力和關注焦點。
- 應考慮相互協調，以最佳化社區、地主國政府、捐助者、私部門以及具備不同任務和專業的人道援助組織（在地、國內或國際）的能力。
 - 建議並領導跨組織和其他利害關係人的聯合評估、培訓和考核，以確保採用協調一致的策略方法。
- 6.2 確保人道援助回應和國家、地方政府和人道援助組織的行動相輔相成。
- 應認知到救援工作的整體規劃與協調最終仍是地主國政府的責任，而人道援助組織在支持國家的回應與協調運作上扮演不可或缺的重要角色。
- 6.3 參與相關協調機構以及與其他單位合作，以極小化對社區的要求，並最大化更廣泛的人道援助服務提供與覆蓋範圍。
- 透過相互協調，提倡共同使用及遵循公認的品質標準和指南。運用協調機構將標準脈絡化，特別是指標的部分，以利於共同監督及評估活動和整體回應行動的成效。
 - 界定活動與承諾的範圍，確認是否與其他協調機構有所重疊並決定該如何處理，例如與責任、性別和保護方面有關的協調。
- 6.4 透過合適的溝通管道，與合作夥伴、協同團體和其他相關行動者分享必要資訊。
- 在會議和其他溝通場合中應尊重使用當地語言。檢視可能的溝通障礙，以利當地的利害關係人都能參與。
 - 清楚地溝通。避免使用術語和俗語－尤其是當其他參與者並不會說同一種語言的時候。
 - 如有需要，應提供口譯和筆譯人員。
 - 會議地點應考量方便性，以便讓當地行動者參與。
 - 與在地的公民社會組織網絡共同合作，確保納入所有成員的貢獻。



組織職責

- 6.5 組織的政策和策略應納入與其他單位（包括國家和地方當局）進行協調與合作的明確承諾，同時不背離人道主義原則。
- 應將協調納入組織的政策和資源策略中。組織還應就如何與合作夥伴、地主國政府以及其他人道主義或非人道主義行動共同合作，發表聲明。
 - 代表機構參加協調會議的工作人員應具有適當的資訊、技能和職權來參與規劃和決策。應在員工的職位描述中清楚闡明其協調職責。
- 6.6 與合作夥伴的合作應受到明確且一致的協議所管理，尊重合作夥伴的使命、義務

和獨立性，並承認各自的限制和承諾。

- 在地和國內組織在與其他單位共同參與或合作時，應相互理解彼此的組織使命、相互的角色和職責，以進行有效且具責任的行動。

指引說明

與私部門合作：私部門可為人道援助組織帶來商業效率、互補的專業知識和資源。合作應至少包含資訊共享，以避免工作重複且可提倡良好的人道援助實務作法。確保合作的企業承諾維護人權，而且過去並無深化不平等或歧視性行為的記錄。與私部門的合作應確保受危機影響民眾可明確受益，同時認知到私部門的行動者自身可能還有其他目的。

軍民協調：人道援助組織應明確區別自己與軍隊不同，避免實際上或感知上與政治或軍事議程有所關聯，因而危及機構的中立性、獨立性、可信度、安全以及觸及災民的管道。

軍隊在安全、後勤、運輸與通訊等方面具有其特定的專業知識與資源。然而，任何與軍隊的合作皆須依照公認的指導原則，為人道援助機構提供服務，並由人道援助機構所主導。⊕請見《何謂環球計畫？》、《人道主義憲章》、《保護原則》。有些組織只會與軍隊維持最低程度的對話，以保障運作效率，有些組織則可能與其建立更強的連結。

軍民協調包含三個關鍵要素，分別為資訊共享、規劃與任務分工。在任一情境與所有層級中，雙方都應保持對話。

互補的援助：在地組織、地方政府和公民社會網絡擁有諸多情境特定的知識與經驗。受到危機影響，他們可能需要支持來協助重建自身，並且需要有代表參與協調回應行動。

若政府當局屬於衝突中的一方，人道主義行動者應運用其對於政府當局獨立性的判斷，以受影響人口的利益作為決策重點。

協調：比起各自單獨行動，跨領域的協調可以更全面地解決民眾的需求。例如精神健康和社會心理支持相關服務，必須仰賴醫療、保護和教育領域相互協調，可以透過由各領域專家所組成的技術工作小組來進行。

協調領導人有責任確保妥善安排會議及資訊共享機制，同時是有效率且以成果為導向的。若會議使用的語言或舉辦地點只與國際機構有關，在地行動者可能就不會參與協調機制；可能需要在國家和次國家的層級都設立協調機制，並應設有明確的呈報途徑。

各單位如能於災前即參與協調機制，有助於彼此建立關係，並強化回應時的協調。將緊急協調架構與長期的發展計畫以及協調機構（若存在的話）進行鏈接。

緊急情況下的國際跨機構協調機制應支持國家現有的協調機制；而在援助難民方面，則應使用聯合國難民署（UNHCR）所設立的協調機制。

資訊共享（含財務）：與不同的利害關係人以及不同的協調機制共享資訊，會使援助

計畫的缺口或工作重疊更容易被辨識出來。

與夥伴單位合作：與不同夥伴單位可能有不同的合作形式，從單純的契約合作到共同決策與共享資源都有可能。應尊重夥伴組織的使命、願景及其獨立性，在合作時找出相互學習和發展的機會，找出合作雙方皆可從夥伴關係中受惠之處，提升彼此的知識和能力，以確保更好的回應整備以及更多元的回應方案。

地方和全國性的公民社會組織與國際組織之間的長期合作可以提升所有合作夥伴的知識和能力，並確保更好的回應整備以及更多元的回應方案。

承諾 7

隨著人道援助組織從經驗和反思中學習，受危機影響的社區及民眾可以期待組織提供更好的援助。

品質標準

人道主義行動者持續不斷地學習與改進。

績效指標

1. 受危機影響社區和民眾指出隨著時間演進，他們獲得的援助與保護亦有所改善。
2. 由於從當前的回應行動中學習，援助和保護干預措施進而獲得改善。
3. 提供的援助和保護反映了從其他回應行動的學習參考。

關鍵行動

7.1 規劃計畫時，參考過去所學到的經驗與教訓。

- 設計簡單且容易使用的監督系統，認知到資訊需代表不同族群的情況，並清楚闡明哪些人從過往的計畫受益而哪些人則無。
- 失敗與成功的經驗皆具參考價值。

7.2 在監督與評估結果以及回饋與申訴情形的基礎上，學習、創新並落實改革。

- 使用開放式的傾聽與其他質性的參與式策略方法。受危機影響民眾是獲取關於需求與形勢變化等資訊的最佳來源。
- 與社區分享及討論所學到的教訓，詢問他們是否有不同的作法，以及如何強化他們在決策或管理上所扮演的角色。

7.3 在組織內部、與受危機影響社區和民眾，以及與其他利害關係人分享學習與創新。

- 將藉由監督和評估所收集到的資訊，以易於使用的形式呈現，以利分享與進行決策。⊕ 請見《承諾 4》
- 找出支持整個體系學習活動的方式。



組織職責

7.4 組織的評估與學習政策已到位，且具備可從經驗中學習並改善實務工作的方法。

- 組織應在其學習週期中依據可測量的客觀指標來制定績效檢視和改進計畫。
- 全體員工皆了解他們有責任監督自身的工作進度，以及學習如何促進他們的專業發展。

7.5 組織具備記錄且讓所有員工皆可取得知識與經驗的機制。

- 組織的學習應帶來實質的變革（例如改善執行評估的策略、為了更團結的回應行動而重組團隊，以及更清楚闡明決策的相關責任）。

7.6 與同儕及領域中的其他組織共同促進人道援助回應中的學習與創新。

- 彙編及出版人道援助回應的成果報告，內容包括所學到的重要教訓以及對未來回應行動提出修正實務作法。

指引說明

從經驗中學習：不同的策略與方法適合績效、學習和責信等不同的目的：

監督—定期收集方案活動及績效的資料，用於修正後續的計畫方向，同時運用質化、量化資料來進行監督與評估，並多重檢核資料以及維持一致性的紀錄方式。注意收集、處理和回報資料的倫理規範，根據預計使用目的及資料使用者來決定要收集哪些資料及其呈現方式。切勿收集不會被分析或使用的資料。

即時檢視—邀集計畫執行人員參與一次性評估活動，用於修正後續的計畫方向。

回饋—從受影響民眾取得的資料，或許不具結構性，但因為他們有最資格評斷生活是否有所改善，仍可用於修正計畫方向。

行動後檢視—在計畫結束後，邀集計畫執行人員參與一次性的評估活動，以了解在未來計畫中值得保留和應該改變的部分。

評估—通常由方案以外的人員來進行客觀判斷一個活動、方案或計畫價值的正式活動。評估可以是即時的（協助修正計畫方向）或在計畫結束後執行，以作為類似情況的學習參考並提供政策建議。

研究—涉及針對人道援助行動中具體定義的問題進行系統性調查，通常用於政策建議。

創新：因為人們和組織為了適應變動的環境，危機回應行動通常可以促成創新。當受危機影響民眾在適應自身不斷變化的情境時就是在創新，而他們也可以從更有系統性地參與創新與發展過程中受惠。

合作與經驗分享：組織的專業義務是與其他機構、政府、非政府組織以及學術單位共同協作學習、引進新觀點與看法，以及將有限的資源做最佳利用。協同合作亦有助於減少在同一個社區重複進行評估所造成的負擔。

許多組織已開始使用同儕學習活動，用於即時監督計畫進度或作為危機後的反思學習。

不論是在實地或行動後的檢討或學習論壇上，實務的網絡及社群（包括學術界）都可以創造同儕團體相互學習的機會，對於改變組織實務作法或促進整個體系的學習都有重要的貢獻。同儕彼此分享遭遇到的挑戰以及成功經驗，皆可使人道援助工作者能夠辨別風險和避免未來犯錯。

跨領域可得的實證特別有用處；相較於單一組織內部所學到的教訓，組織之間的相互學習與檢視實證，更有可能促成組織變革。

由受危機影響民眾自己來做監督，可提高援助的透明度和品質，亦可促進資訊所有權。

評估與學習政策：除非在當下或後續的回應行動中出現明顯改變，否則無法證明每個重要教訓和待改進之處都會被系統性地處理，也無法證明已經學到了教訓。

知識管理與組織學習：知識管理涉及收集、開發、分享、儲存以及有效運用組織的知識和學習。長期聘僱的國內員工往往是保存在地知識和關係的關鍵。學習也應延伸到全國、區域和地方的行動者，協助他們制定或更新自身的危機整備計畫。

承諾 8

受危機影響的社區及民眾從有能力和管理良好的工作人員與志工獲得所需的援助。

品質標準

工作人員受到支持有效地開展工作，並獲得公平且平等的對待。

績效指標

1. 所有工作人員都感到組織支持他們做好自己的工作。
2. 工作人員可以達成令人滿意的績效目標。
3. 工作人員在知識、技能、行為和態度等方面對受危機影響社區和民眾而言是具有成效的。
4. 受危機影響社區和民眾瞭解人道主義行為守則，也知道如何通報違規情況。

關鍵行動

- 8.1 工作人員根據機構的使命和價值觀以及議定的目標和績效標準開展其工作。
 - 不同類型或級別的员工所適用的合約與條款可能有所不同。國內勞動法規通常是規範個體的身份，必須予以尊重。所有工作人員（無論是本國或外籍）必須瞭解自身的法律和組織身份。
- 8.2 工作人員應遵守與自身有關的政策，並瞭解不遵守政策的後果。
 - 在所有情況下（包括緊急調派或擴增人力），都需要就組織的使命、政策和行為守則辦理入職訓練和在職培訓。



8.3) 工作人員應發展和運用必要的個人、技術和管理能力，以履行其職責，並瞭解組織可以如何協助他們做到這一點。

- 在回應行動的初期，正式的工作人員發展機會可能有限，但管理者應至少提供入職訓練和在職培訓。

組織職責

8.4) 組織具備執行計畫的管理能力與員工及能力。

- 聘用能夠增加服務可及性，且避免製造在語言、族群、性別、身心障礙別和年齡等方面歧視觀感的員工。
- 應預先考慮如何解決對可勝任員工需求的高峰。釐清國家層級員工的角色與職責，以及組織內部的決策責任和溝通。
- 避免短期部署工作人員，以免造成員工的高流動率，這會破壞計畫的延續性和品質，並可能導致員工逃避承擔工作責任。
- 採用合乎道德的招募方式，避免削弱當地非政府組織的能力。
- 培養在地招募且願意長期投入的員工。在肩負多重使命的機構中，主責發展工作的員工應接受人道援助回應相關培訓，以在必要時可提供支援。

8.5) 聘僱員工的政策和程序是公平、透明且不歧視的，並符合當地就業法規。

- 組織具備提拔本國員工擔任管理和領導階層的政策和實務作法，以確保延續性、組織經驗傳承，以及更適合當地脈絡的回應行動。

8.6) 職位描述、工作目標和回饋流程應到位，以便員工可以清楚瞭解組織對他們的要求。

- 職位描述是正確且保持在最新狀態。
- 員工為個人工作期待與能力訂定目標，並將其記錄在發展計畫之中。

8.7) 落實行為守則，最低限度是規範員工不剝削、虐待或歧視他人。

- 組織的所有代表（包括員工、志工、合作夥伴和承包商）都瞭解、簽署並維護組織的行為守則，確保所有人清楚何為期望的行為標準，以及違反守則時將面臨的後果。

8.8) 支持員工提升其技術和能力的政策到位。

- 組織應具備考核員工績效、評估能力缺口和培養人才的相關機制。

8.9) 具備保障員工安全和福祉的政策。

- 機構有關心其員工的義務。管理者應讓人道援助工作者意識到可能的風險，並保護他們免於暴露在對身心健康不必要的威脅。
- 可採取的措施包括有效的安全管理、預防性的健康建議、積極支持合理工時以及提供心理支持。
- 制定對於職場騷擾與虐待的零容忍政策，包括性騷擾和性侵害。

- 訂定全面性的預防和回應策略，來解決員工所經歷或犯下的性騷擾和暴力事件。

指引說明

工作人員與志工：所有被組織指派的代表，包括有支薪的本國、外籍、長期或短期雇員，以及志工和顧問，均被視為工作人員。

組織應增加工作人員和志工的敏感度、提升對邊緣族群的認識，以及避免污名化或歧視的態度和實務作法。

遵循組織使命、價值觀與政策：員工應在組織的法律範疇、使命、價值觀和願景下行事，這些規範應明確定義並向工作人員傳達，要求工作人員依此開展工作。除了對組織的角色與工作方式有更廣泛理解外，每個人還應與主管就個人目標和績效期望達成共識，進而開展工作。

政策應明確達到對工作人員和志工性別比例平衡的承諾。

政策應致力於打造對身心障礙者是開放、包容且無障礙的工作環境。這可能包括：辨別和消除工作場所中無障礙設施的阻礙、禁止對身心障礙的歧視、提倡平等機會和同工同酬，以及在工作場域中為身心障礙者進行合理的職務調整。

外部的合作夥伴、承包商和服務提供者也應瞭解適用於他們的政策和行為守則，以及違反規定的後果（例如終止合約）。

績效標準和能力發展：工作人員及其雇主對於提升工作人員技能，包括管理知能，是相互有責任的。明確的目標和績效標準可協助工作人員瞭解目前職位所需的技術、能力和知識，同時他們也應獲知可利用的或組織所要求的成長與發展機會。可以透過經驗、培訓、引導或指導來提升其能力。

有許多方法可用於評估工作人員的技能和行為，包括觀察、檢視工作產出、直接與工作人員討論以及訪談其同事。定期記錄的績效評估可以讓主管發現員工需加強支持和培訓的面向。

工作人員的能力：人事管理系統雖然會因機構與情境而有所差異，但仍應參考良好的實務作法，並應於高階管理層的支持下，在策略層級進行思考與規劃。組織和方案計畫必須考慮員工能力和性別比例平衡，並在對的時間、對的地點，部署足額且具合適技能的工作人員，來實現組織的短期與長期目標。

組織應確保其工作人員具備傾聽社區需求、支持其決策和行動所需的能力，並讓他們接受應用標準作業程序（SOP）的培訓，以便為更高程度的授權與更快速的回應行動做準備。

績效考核時程必須有足夠的彈性來涵蓋短期及開放式契約的工作人員。組織應充分關注工作人員在傾聽、增進包容性、促進社區對話，以及使社區能夠進行決策和倡議等能力。夥伴組織還應就員工應達成議定承諾所需的能力達成共識。

工作人員政策和程序：工作人員政策和程序的風格和複雜性取決於各機構的規模和脈絡。無論機構的組成是簡單或複雜，工作人員都應盡可能參與制定和檢視政策，以確



保政策能充分代表他們的觀點。員工手冊可以增進工作人員瞭解政策與獲得諮詢，以及知道違反規定時的後果。

工作人員指引：每位工作人員皆應找出個人目標，涵蓋其工作志向及期望發展的能力，並將這些資訊記錄在發展計畫中。

有效的回應行動不只是確保有技能的工作人員在現場，也仰賴於具備良好的人員管理。針對緊急情況的研究發現，對於確保有效的回應行動而言，有效的管理架構和程序與工作人員的技能同樣重要，甚至更為重要。

安全與福祉：工作人員長時間在危險且高壓的情境下工作，機構對於本國和外籍工作人員負有照護責任，包括促進身心福祉、避免長期疲勞、倦怠、受傷或生病。

主管可透過親身示範良好的實務作法以及遵守組織政策來落實照顧員工的義務。人道援助工作者也有責任好好管理自己的福祉。組織應為經歷或目睹極度苦難事件的工作者提供立即的心理急救服務。

組織應培訓員工知道該如何接收同事遭遇性暴力的資訊，並提供完善的調查和嚇阻措施，以促進信任和責信。倘若事件確實發生，採取以倖存者為核心的醫療和社會心理支持策略方法，包括辨別替代性創傷。所提供的支持必須可以同時回應且涵蓋外籍和本國工作人員的需求。

在本國和外籍員工和志工經歷潛在創傷事件後的 1 至 3 個月內，應有一位文化且語言合宜的精神健康專業人員與他們聯繫、評估倖存者現況，並視需要轉介他們接受臨床治療。

承諾 9

受危機影響的社區及民眾可以預期協助他們的組織會以有效能、有效率且合乎倫理的方式管理相關資源。

品質標準

資源獲得良好管理，並依其預定用途，有責任地被運用。

績效指標

1. 受危機影響的社區和民眾瞭解社區層級的預算、實際支出和成果。
2. 受危機影響的社區和民眾認為可用資源有被妥善運用：
 - a. 用於預定的用途；
 - b. 並未被挪用或浪費。
3. 根據議定的計畫、目標、預算和期程，為回應行動所籌措的資源獲得使用及監督。
4. 以符合成本效益的方式開展人道援助回應。

關鍵行動

- 9.1 規劃計畫及執行流程，以確保有效利用資源，並於回應各階段都能在品質、成本和時效性等因素間取得平衡。
- 在遇到快速發作的危機時需調整程序，以加快財務決策和因應相關挑戰（例如缺乏足夠的供應商來參與競標）。
- 9.2 妥善管理及依其預定用途使用資源，將浪費降至最低。
- 確保具有專門技能的員工及系統到位，以妥善控制與採購、現金援助和庫存管理相關的風險。
- 9.3 對照預算規劃，監督並回報支出情形。
- 建立財務規劃和監督系統，以確保順利達成計畫目標，包括可減緩重大財務管理風險的程序。
 - 追蹤每筆財務交易。
- 9.4 使用當地資源和自然資源時，考慮對環境的影響。
- 回應行動或計畫應儘早進行快速環境影響評估，以確定相關風險並確保減緩措施到位。
- 9.5 管理貪污風險，並於發現貪腐行為時採取適當行動。
- 記錄經費補助條件和經費來源。保持計畫資訊的公開透明。
 - 鼓勵利害關係人通報濫權的情況。

組織職責

- 9.6 指導資源使用和管理的政策和流程到位，包括組織進行下列活動：
- 以合乎倫理和法律的方式來接受和分配資金與物資；
 - 以對環境負責任方式來使用資源；
 - 預防並處理貪污、舞弊、利益衝突和資源濫用的問題；
 - 進行審計、遵循驗證法規，並透明地呈報；
 - 持續地評估、管理和降低風險；以及
 - 確保接受資源不會損害其獨立性。

指引說明

有效率地運用資源：「資源」係指組織為完成使命所需的投入，一般來說包括資金、員工、物資、設備、時間、土地和環境等，但不限於此。

在備受矚目的緊急危機中，機構通常承受必須快速回應的壓力，以及向外界展示有在處理當地的情況。這可能導致方案設計不夠周詳，或未能充分探索不同服務計畫和可以提供較高性價比的財務方案（如現金援助）的可能性。又因在這種情況下的貪腐風



險容易升高，提供工作人員培訓和支持，並建立防範體系內貪腐行為的申訴機制便十分重要。**⊕請見《承諾3》和《承諾5》。**

此時派遣有經驗的資深工作人員有助於降低風險，並可在提供及時回應、維持標準要求以及減少浪費三者間取得平衡。

組織之間（或與社區間）的合作協調也有助於強化回應行動的效率（例如進行聯合評估或評核，以及支持跨機構的登記和物流系統）。

在方案結束時，應將餘下的資產和資源負責任地轉贈、出售或歸還。

將資源用於預定用途：所有人道主義行動者都必須對捐助者和受影響民眾負責，且應能證明資源獲得明智地、有效率地運用，並產生良好的成效。

會計記錄應符合公認的國家和／或國際標準，並應系統性地在機構內應用。

舞弊、貪汙和浪費會使最需要的人無法取得資源。然而，若因人員或資源不足而導致干預措施成效不彰仍是不負責任的情況。節省並不總是符合經濟效益，組織需在節約資源、效能和效率間找到平衡。

監督和報告支出情形：確保妥善管理財務是所有工作人員的責任。組織應鼓勵工作人員舉報任何涉嫌舞弊、貪汙或濫用資源的情況。

環境影響以及使用自然資源：人道援助回應行動可能對環境產生負面影響。例如，製造大量廢棄物、破壞自然資源、導致地下水位枯竭或汙染，以及造成森林砍伐以及其他環境危害。生態系統攸關人類福祉且能緩衝自然災害，任何對環境的影響都可能對生命、健康和生計造成更長遠且持久的損害，因此必須作為跨領域的議題來共同解決。在這過程中，關鍵在於邀集受影響民眾參與並讓他們表達顧慮，將對當地自然資源管理的支持整合至計畫設計中。

管理貪腐風險：各文化對貪腐行為的定義和理解不盡相同，明確定義工作人員（含志工）和合作夥伴的預期行為，是預防此風險的根本。**⊕見《承諾八》。**以尊重的態度與社區成員互動，並與利害關係人建立現場監督機制及保持資訊透明，都有助於降低貪腐風險。

實物餽贈可能造成道德困境。送禮在許多文化中是重要的社會規範，拒收可能會顯得不禮貌；但若收禮則會使人產生虧欠感，受贈者則應禮貌地拒絕。如已接受贈禮，重要的是公開此事，若仍有顧慮，應與主管討論。藉由提供工作人員指引並鼓勵公開透明，減少可能影響組織運作獨立性和公正性的風險，而員工應瞭解此類政策以及可能出現的困境。

自然資源和環境影響：組織應承諾環境友善的政策和實務作法（包括行動計畫和快速環境影響評估），並利用現有的指南來協助處理緊急情況下的環境問題。綠色採購政策有助於減少對環境的衝擊，但管理時需將延誤提供援助的機率減至最低。

貪腐和舞弊：舞弊包括竊盜、挪用貨物或財產，以及偽造如核銷支出憑證等記錄。各組織都必須保留每筆財務交易的正確記錄，以展示資金的用途和流向。建立可確保財務資源內部控制及預防舞弊與貪腐的系統和程序。

組織應支持在財務管理和報告中使用公認的良好實務作法。組織政策也應確保採購系統是健全且透明的，並納入相關反恐措施。

利益衝突：工作人員必須確保組織的目標與他們的個人或經濟利益並無衝突。例如，工作人員不得將合約簽給會讓他們自身或家人獲得經濟利益的供應商、組織或個人。

利益衝突的形式有很多種，且有時人們並未意識到自己已經違反組織的規定和政策。例如，未經許可使用組織資源或收受供應商的贈禮，都可能被視為利益衝突。

營造讓人們覺得可以公開談論及宣告任何潛在或實際利益衝突的文化，是管理利益衝突的關鍵。

審計與透明度：審計可以有諸多形式：內部稽核主要檢查是否依照程序行事；外部審計則驗證組織的財務報表是否屬實和公正。當組織懷疑有特定問題時（通常是舞弊），則應展開調查審計。



本章附錄

監督關鍵行動和組織職責的指導性問題

以下是與人道主義核心標準中的關鍵行動和組織職責相關的指導性問題。這些問題可用於支持計畫設計，也可作為檢視方案、回應行動或政策的工具。

承諾 1 受危機影響的社區及民衆獲得適合其需求的援助。

用於監督關鍵行動的指導性問題

1. 是否已進行全面性與諮詢性的能力和需求評估，並將評估結果用於回應行動的規劃上？
2. 在評估需求、風險、能力、脆弱性和情境脈絡時，是否有諮詢受危機影響的社區與民眾、當地機構和其他利害關係人的意見（包括婦女、男人、女孩和男孩的代表團體）？評估和監督的資料是否依性別、年齡和身心障礙進行細緻化分類？
3. 如何辨別處於風險中的族群？
4. 在需求和情境分析中，是否有考慮相關的跨領域議題？
5. 回應行動是否有依據受影響人口的需求和偏好而調整提供援助的方式（如提供實物或現金）？針對不同的人口族群，是否提供不同類型的援助和保護？
6. 根據需求、能力、風險和情境的變化，並為了調整回應策略以適合不同的人口族群，採取何種行動？

用於監督組織職責的指導性問題

1. 組織是否有明確的政策，承諾提供以人權為本、公正且獨立的人道援助行動？工作人員是否了解這些政策？
2. 相關利害關係人是否認為組織是公正、獨立且不歧視的？
3. 工作流程是否包括持續收集按性別、年齡、身心障礙和其他相關特徵分類資料的機制？
4. 這些資料是否會被定期用於指導計畫的設計與執行？
5. 組織是否具備經費、人員配置政策及計畫彈性以因應不斷變化的需求而調整回應行動？
6. 組織是否系統性地進行市場分析，來決定合宜的援助形式？

承諾 2 受危機影響的社區及民衆能適時獲得所需的人道援助。

用於監督關鍵行動的指導性問題

1. 是否定期與受影響人口共同找出和分析限制（例如物理性的障礙或歧視）以及風險因素，並依此調整計畫？

2. 規劃是否有考量天氣、季節、社會因素、交通便利性或衝突等因素，找出開展活動的最佳時間？
3. 是否有監督並解決在執行計畫和活動時出現的延誤情形？
4. 是否使用了早期預警系統和應變計畫？
5. 是否使用並達到公認的技術標準？
6. 是否找出並處理了尚未被滿足的需求？
7. 是否有根據監督結果調整計畫？

用於監督組織職責的指導性問題

1. 在擬定計畫承諾前，是否具備明確的流程來評估組織是否有足夠的能力、經費及合適可供部署的工作人員？
2. 是否具備明確的政策、流程和資源來協助進行監督和評估，並將結果應用於管理和決策？員工對此是否了解？
3. 是否有明確流程來界定資源分配決策的相關職責和時間表？

承諾3 受危機影響的社區及民衆並未因人道援助行動而受到負面影響，而是使他們面對災害時變得更加準備充分、更具韌性，以及風險降得更低。

用於監督關鍵行動的指導性問題

1. 是否已辨識出當地的韌性能力（包括結構、組織、非正式團體、領導人物和支持網絡等）？是否有加強這些能力的計畫？
2. 風險、危害、脆弱性和相關計畫等現有資訊是否運用於計畫活動之中？
3. 計畫是否考慮了當地公民社會、政府或私部門機構能否及如何提供服務？若這些組織要接手提供相關服務，支持他們的計畫是否到位？
4. 是否有諮詢受影響民眾與社區對設計降低風險及建構韌性的策略和行動的建議，或由他們所指導？
5. 以何種方式（正式與非正式）諮詢地方領袖和／或當局，以確保回應行動策略符合當地和／或國家的優先事項？
6. 工作人員是否充分支持當地自發的行動（包括社區為本的自助行動），特別是針對邊緣群體和少數族群，以及強化第一時間回應災害與建構未來回應的能力？
7. 回應行動的設計是否旨在促進早期復原？
8. 有否逐步增加當地人的自主性和決策權？
9. 是否已完成市場評估，並確定該計畫對當地經濟可能的影響？
10. 是否在諮詢受影響民眾和其他利害關係人之後，擬定了明確的過渡和／或退場策略？



用於監督組織職責的指導性問題

1. 是否具有要求在組織的計畫區域內為弱勢族群進行風險評估和降低風險行動的政策？員工是否都了解相關規定？
2. 是否有相關政策和程序，用以評估和減緩回應行動的負面影響？員工是否都了解相關規定？
3. 用來處理性剝削、虐待或歧視（包括基於性取向或其他特徵所造成的）的政策和程序是否到位？員工是否都了解相關規定？
4. 是否具備應變計畫以因應新出現或持續演化的危機？員工是否都了解相關規定？
5. 工作人員是否瞭解在攸關保護、安全和風險等議題上，對他們的期望為何？
6. 組織是否協助且提倡社區主導的與自助的行動？

承諾 4 受危機影響的社區及民衆知曉其權利與權益，可以有獲得資訊的管道並參與制定影響他們的相關決策。

用於監督關鍵行動的指導性問題

1. 是否有依不同受影響群體的需求，以易於使用且適當的方式提供關於組織及其回應行動的相關資訊？
2. 婦女、男人、女孩和男孩（尤其是邊緣和弱勢族群）是否都能獲得由組織所提供的資訊，並理解其內涵？
3. 是否有徵詢受影響民衆的看法（特別是弱勢和邊緣族群），並將其運用於指導設計計畫和執行？
4. 受影響社區中的所有群體是否都知道該如何針對人道援助回應行動提供回饋？使用這些管道時是否感到安全？
5. 回饋意見是否被採納？計畫中是否有些環節已根據回饋而有所改變？⊕參見《關鍵行動 1.3 和 2.5》。
6. 是否找出並解決提供回饋時所面臨的障礙？
7. 從回饋機制收到的資料是否依據性別、年齡、身心障礙和其他相關類別再加以細分？
8. 透過電子轉帳提供援助時，回饋管道是否仍適用於所有人，即便他們與員工並無直接接觸？

用於監督組織職責的指導性問題

1. 政策和計畫是否涵蓋資訊分享的相關規定，包括哪些資訊可／不可共享的標準？員工是否都了解相關規定？
2. 政策和計畫是否納入資料保護的相關規定？是否有安全儲存資料的標準（紙本文件置於上鎖的櫃子，而電子文件以密碼保護）、限制存取權限、遇撤離情況時銷毀資料以及資訊分享協定？這類協定是否詳細說明哪些資訊可以分享、與誰分享以及在何種情況下分享？切記應嚴格遵守只與有必要知情的人分享的原則，同時

除非必要，分享時不應包含可供識別的細節或個案經歷。

3. 政策是否涵蓋如何處理機密或敏感的資訊以及有潛在可能使員工或受影響民眾面臨風險的資訊？員工是否都知情？
4. 關於如何在外宣傳或募款素材中呈現受影響民眾的方式，是否有相關的政策承諾和指南？員工是否都了解相關規定？

承諾 5 受危機影響的社區及民眾可以取得安全且有回應的申訴處理機制。

用於監督關鍵行動的指導性問題

1. 是否諮詢過受影響社區和民眾對於設計申訴機制的意見？
2. 在設計申訴處理流程時，是否考慮到所有人口族群的偏好，尤其是在安全和保密方面？
3. 是否有將申訴機制如何運作，以及哪些類型的申訴可以透過此管道提出等相關資訊提供給所有人口族群，並確認他們都理解？
4. 調查及解決申訴案件的時程是否被同意且受到尊重？是否有紀錄從申訴建檔至問題解決之間的時間？
5. 涉及性剝削、虐待和歧視的申訴案件，是否由具備相關能力和適當權限的工作人員即刻展開調查？

用於監督組織職責的指導性問題

1. 處理申訴的具體政策、預算和流程是否到位？
2. 是否有為所有員工提供關於組織如何處理申訴之政策和流程的入職訓練和進修培訓？
3. 組織的申訴處理政策是否納入對於性剝削、虐待和歧視的規定？
4. 組織是否將防止性剝削、虐待和歧視的政策承諾和流程公開讓受影響民眾周知？
5. 是否有及時將組織無法處理的申訴案件轉介至其他相關組織？

承諾 6 受危機影響的社區及民眾獲得協調一致且互補的援助。

用於監督關鍵行動的指導性問題

1. 是否及時與其他回應危機的單位分享有關組織自身能力、資源、服務地區和工作領域等資訊？
2. 是否可取得及使用有關其他組織（包括地方當局和中央政府）的能力、資源、服務覆蓋地區和工作領域等資訊？
3. 是否已確認並支持現有的協調機制？
4. 當設計、規劃與執行計畫時，是否有同步考量其他組織和政府當局的計畫？
5. 是否已找到並解決覆蓋範圍內服務缺口和重複工作等問題？



用於監督組織職責的指導性問題

1. 組織政策和／或策略是否有與其他行動者合作的明確承諾？
2. 是否有就遴選合作夥伴、合作與協調等面向建立了相關標準或條件？
3. 正式的合作協議是否到位？
4. 合作協議是否包括對合作各方的角色、職責和承諾的明確定義，包括各個合作夥伴將如何共同致力於達到人道主義原則？

承諾 7 隨著人道援助組織從經驗和反思中學習，受危機影響的社區及民衆可以期待組織提供更好的援助。

用於監督關鍵行動的指導性問題

1. 是否有參考類似危機回應行動之評估與檢討，並將有相關的部份納入計畫設計中？
2. 監督、評估、回饋和申訴處理流程是否有促成計畫設計與執行的變革和／或創新？
3. 是否有系統性地記錄相關學習？
4. 是否使用專門系統與利害關係人（包括受影響民衆和合作夥伴）分享學習經驗？

用於監督組織職責的指導性問題

1. 是否具備評估和學習的政策和資源？工作人員對此是否了解？
2. 對於如何記錄和傳播學習經驗，是否有明確的指引（包括適用於人道危機的具體指導方針）？
3. 發生在計畫的層級學習是否有在組織內部記錄和分享？
4. 組織是否是學習和創新論壇中的活躍成員？組織如何在論壇中有所貢獻？

承諾 8 受危機影響的社區及民衆從有能力和管理良好的工作人員與志工獲得所需的援助。

用於監督關鍵行動的指導性問題

1. 是否有將組織的使命與價值觀傳達給新進工作人員？
2. 是否有管理工作人員的績效、處置績效不彰的工作人員，並肯定績效良好的工作人員？
3. 工作人員是否簽署行為守則或具類似具約束力的文件？若有，相關培訓是否支持他們對政策的瞭解？
4. 是否有收到針對工作人員或合作夥伴員工的投訴？如何處理這類投訴？
5. 工作人員是否知道哪裡有培養工作所需能力的支持資源？他們是否正在使用這些資源？

用於監督組織職責的指導性問題

1. 是否具備相關程序，評估計畫規模與服務範圍相關的人力資源需求？
2. 組織規劃中，是否有為未來的領導需求和培育新人才做準備？
3. 員工政策和程序是否符合當地勞動法規，員工管理是否遵循公認的良好實務作法？
4. 工作人員的安全和福祉政策是否有顧及到受危機影響的當地雇員實際和社會心理需求？
5. 在招募、培訓和考核工作人員時，是否將能仔細傾聽及解釋說明受危機影響民眾的回饋等軟技能列入考量？
6. 所有工作人員是否都有即時更新的職位描述和目標，包括具體職責？
7. 薪資福利與結構是否公平、透明且一體適用？
8. 所有工作人員是否都接受關於績效管理和員工發展政策／流程的入職培訓，且獲得最新的訊息？
9. 是否要求所有員工（以及承包商）簽署行為守則（涵蓋防止性剝削和性侵害），且提供關於行為守則適當的簡介說明？
10. 與金融服務提供者和商業行動者的合約中，是否包含防止性剝削和其他剝削的明確聲明／條款／行為守則？
11. 組織是否設有針對特定地點的內部申訴處理機制指南？工作人員是否都了解相關規定？
12. 工作人員能否理解、識別並回應在其計畫和活動中出現的歧視？

承諾9 受危機影響的社區及民衆可以預期協助他們的組織會以有效能、有效率且合乎倫理的方式管理相關資源。

用於監督關鍵行動的指導性問題

1. 在進行關於支出的決策時，工作人員是否遵循組織的協定？
2. 是否定期監督支出情形，並將與所有計畫管理層級分享報告？
3. 是否透過公開競標流程進行服務和物資的採購？
4. 有否監控對環境（水、土壤、空氣、生物多樣性）的潛在影響，並採取相關行動以減緩影響？
5. 安全的舉報程序是否到位，並讓工作人員、受影響民眾和其他利害關係人都知道？
6. 是否有監督成本效益和社會影響？



用於監督組織職責的指導性問題

1. 是否具備合乎道德的採購、使用和管理資源的政策和程序？
2. 是否納入以下方面的規定：
 - 資金的收受與分配？
 - 捐贈物資的收受與分配？
 - 環境影響的減緩和預防？
 - 預防舞弊、處理疑似和證實的貪污及資源濫用？
 - 利益衝突？
 - 審計、驗證和報告？
 - 資產風險評估和管理？

參考資料與延伸閱讀

關於人道主義核心標準的額外資訊：corehumanitarianstandard.org

CHS Alliance: www.chsalliance.org

CHS Quality Compass: www.urd.org

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

責信

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 Sexual Exploitation and Abuse by UN and non-UN Personnel. PSEA Task Force, IASC Taskforce, 2009. www.pseataaskforce.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

援助工作者之績效

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

評估

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>

現金援助

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

兒童

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

協調

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

計畫設計與回應行動

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

身心障礙者

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.eccentre.org

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

性別

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>

性別暴力

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>

以人為本的人道援助回應

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

績效、監督和評估

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

復原

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

韌性

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

延伸閱讀

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

延伸閱讀

責信

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

援助工作者之績效

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

計畫設計與回應行動

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

以人為本的人道援助回應

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/

績效、監督和評估

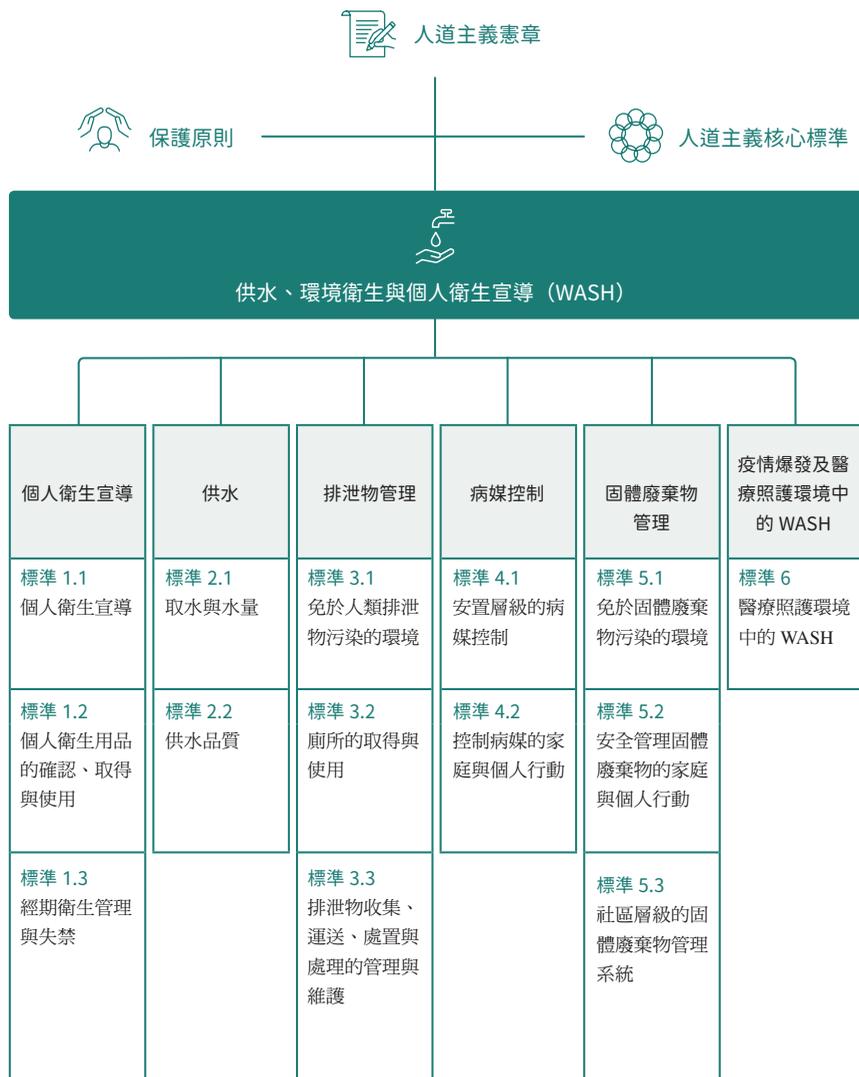
Buchanan-Smith, M. Cosgrave, J. Evaluation of Humanitarian Action: Pilot Guide. ALNAP, 2013. www.alnap.org/help-library/evaluation-of-humanitarian-action-pilot-guide

Norman, B. Monitoring and Accountability Practices for Remotely Managed Projects Implemented in Volatile Operating Environments. ALNAP, Tearfund, 2012.

www.alnap.org/resource/7956



供水、環境衛生 與個人衛生宣導



- 本章附錄 1 供水、環境衛生與個人衛生宣導之初期需求評估檢核表
- 本章附錄 2 F 圖：腹瀉疾病的糞口傳染途徑
- 本章附錄 3 最低用水量：生存數據與量化用水需求
- 本章附錄 4 最少廁所數量：社區、公共場所與機構所需數量
- 本章附錄 5 與水和環境衛生相關的疾病
- 本章附錄 6 家庭用水處理與貯存的決策樹

本章目錄

供水、環境衛生與個人衛生宣導的基本概念	94
供水、環境衛生與個人衛生宣導的標準：	
1. 個人衛生宣導	98
2. 供水	106
3. 排泄物管理	113
4. 病媒控制	120
5. 固體廢棄物管理	125
6. 疫情爆發及醫療照護環境中的 WASH	129
本章附錄 1：供水、環境衛生與個人衛生宣導之初期需求評估檢核表	136
本章附錄 2：F 圖：腹瀉疾病的糞口傳染途徑	140
本章附錄 3：最低用水量：生存數據與量化用水需求	141
本章附錄 4：最少廁所數量：社區、公共場所與機構所需數量	142
本章附錄 5：與水和環境衛生相關的疾病	143
本章附錄 6：家庭用水處理與貯存的決策樹	145
參考資料與延伸閱讀	146



供水、環境衛生與個人衛生宣導的基本概念

每個人皆有獲得用水與環境衛生的權利

《環球計畫最低標準》所提及的供水、環境衛生和個人衛生宣導（下稱 WASH，Water Supply, Sanitation and Hygiene Promotion），就是在人道援助的背景中，對有權獲得用水和環境衛生的一種實務陳述。這些標準以建立在《人道主義憲章》所宣示的信念、原則、責任和權利為基礎。其中包括了過有尊嚴生活的權利、獲得保護和安全的權利，以及在需求的基礎上獲得人道援助的權利。

關於《人道主義憲章》的主要法律和政策文件清單，請參見《附錄 1：環球計畫的法律基礎》。

受到危機影響的人們，更容易受到疾病的感染而造成生病和死亡，尤其是腹瀉和傳染疾病。這些疾病與不適當的環境衛生和供水，以及貧乏的個人衛生知識有著相當密切的關係。WASH 計畫的目標，就是要降低公共衛生的風險。

病原體感染人類的主要途徑，就是糞便、液體、手指、蒼蠅和食物。在人道援助回應行動中，WASH 計畫的主要目標，就是要透過對這些感染途徑設立屏障，以降低公共衛生的風險，[詳見《本章附錄 2：F 圖》](#)。主要活動包括：

- 宣導良好的個人衛生習慣；
- 提供安全的飲用水；
- 提供適當的衛生設施；
- 降低環境健康風險；以及
- 確保人們得以過著健康、尊嚴、舒適和安全的生活條件。

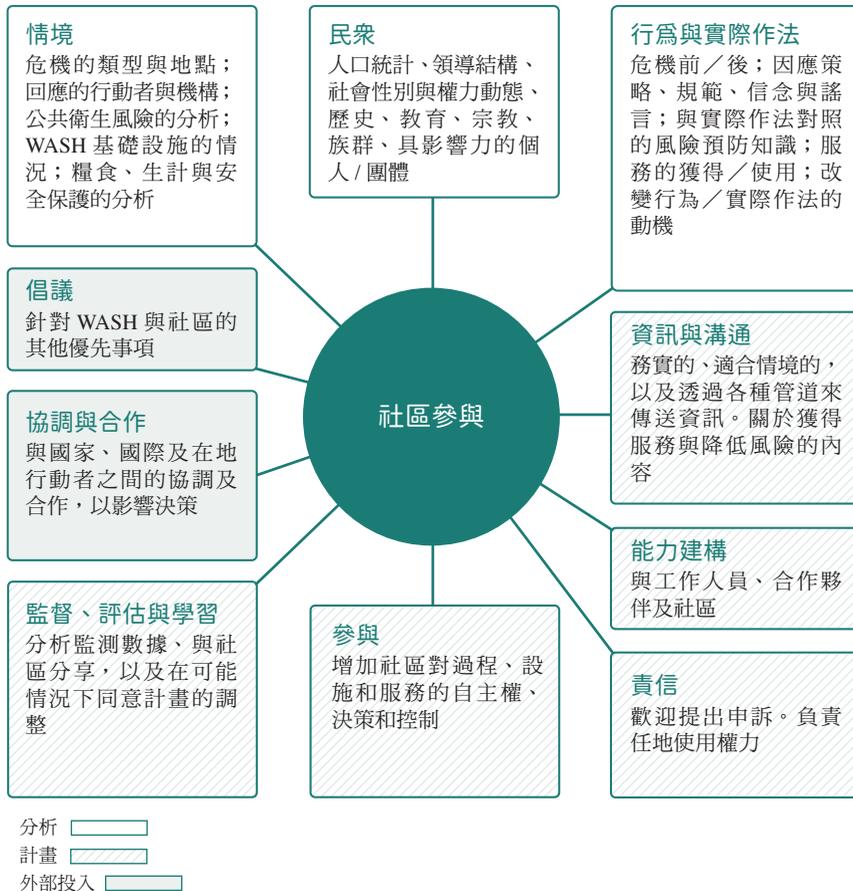
WASH 計畫的重點如下：

- 管理整個供水鏈：包括水源、用水處理、分配、收集、家庭貯存和使用；
- 以整合的方式，管理整個環境衛生鏈；
- 推動正面的健康行為；以及
- 確保可取得個人衛生用品。

社區參與是關鍵

社區參與 WASH 計畫，是一個動態的過程，連結社區和其他利害關係人，俾使受危機影響的人們，可以對人道援助回應及其影響有更大的掌控能力。社區和回應團隊之間有效的連結，可以極大化社區影響力，以減少公共衛生的風險、提供合適且可取得的服務、改善計畫的品質以及建立責任，並且也會更清楚社區管理和維護 WASH 系統的能力和意願。[詳見《圖 4：WASH 的社區參與》](#)。

與社區連結，會創造出在對認知、需求、回應機制、能力、現行規範、領導結構、優先事項，以及所應採取適當行動等的基本瞭解。包括回饋機制的監督和評估可以顯示 WASH 的回應是否適切或需要調整等。[詳見《人道主義核心標準之承諾 4 與 5》](#)。



WASH 的社區參與 (圖 4)



供水、環境衛生與個人衛生宣導在城市地區需要特殊考量

在城市地區，社區的參與可能更加困難，因為那裡的人口密度較高，而處於風險中的群體也較不明顯。然而，在城市地區，公共空間、媒體和科技可以提供更廣泛與更有效的對話機會。資產的多元所有權（在農村地區的家庭，在城市地區的公-私混合），都會影響人道援助回應行動方案及其提供方式的選擇。

需要多種方式的結合

以市場為基礎的援助，可以有效率和有成效地滿足 WASH 的需求，如確保取得個人衛生用品。現金援助（包括直接提供現金、代用券），應要和其他 WASH 活動結合，如技術援助和社區參與。在實際執行方面，從基礎建設、個人衛生宣導，以及社區動員等都可以是許多不同的方案選項：可以立即提供發電機或臨時廁所；而全面檢修供水

處理服務，則屬於長期計畫。對於確保健康與安全而言，品質管控和技術援助至關重要。技術援助必須是及時且適當的，且為了可持續地提供，應具有一致性、易於取得，以及可達成的。

WASH 的回應行動，應要能強化社區的長期目標，並將對環境的影響降至最低；整合性的供水和環境衛生管理，應滿足人們的需求，以及保護生態系統。行動會影響科技的選擇、活動的時間點與階段、社區參與、私部門與市場的參與，以及資金來源方案等。

各項最低標準不應單獨運用

獲得適足供水與環境衛生的權利，與住居、糧食和健康等權利相關。在其中一個領域實現《最低標準》的有效進展，也會影響到其他領域的進展。與其他領域的緊密協力與合作，以及與地方政府和其他回應機構最佳協調，皆有助於確保滿足需求、工作不會重複，以及 WASH 回應行動品質的最佳化。舉例來說，當未達到營養標準時，人們受到疾病感染的脆弱性會增加，所以滿足供水和環境衛生標準的急迫性會變得更高，此同樣適用於愛滋病毒感染率較高的群體。在整本《手冊》的相互參照中，指出了一些潛在關聯性。

當國家的標準低於《環球計畫最低標準》時，人道援助組織應與政府合作，以逐步提高這些標準。

國際法明訂保障取得供水與環境衛生之權利

此權利包括取得足夠、安全和可負擔的個人和家庭供水，以及獲得有隱私、安全和乾淨的環境衛生設施。在危機期間，國家有義務要確保此一權利。[⊕詳見《附錄 1：環球計畫的法律基礎》](#)。

安全的供水和適切的環境衛生設施，對以下各點是重要的：

- 維持生命、健康與尊嚴；
- 預防因脫水而死亡；
- 降低與供水、環境衛生和個人衛生相關疾病的風險；以及
- 可供飲用、烹飪及個人和家庭衛生需求的足量用水。

獲得供水和環境衛生的權利乃是普世人權，對人類的生存和尊嚴至關重要，國家和非國家行動者都有責任來落實此一權利。例如，在武裝衝突期間，攻擊、破壞、移除供水設施或灌溉系統，或造成這些設施無法運作，都是被禁止的。

與《保護原則》和《人道主義核心標準》的連結

水資源的運用會影響到關於保護的問題。武裝衝突和不公平，會影響到個人和團體的用水安全。如果短期和長期活動規劃不良，則對於飲用、家庭和生計等多重需求的用水目的，也會引起保護方面的問題。在 WASH 回應行動中，「保護」經常是從個人保護與安全的觀點來加以考量；即指出個人在取水、排便或經期衛生管理等期間的特殊脆弱性。這些個人的保護要素是不可或缺的，但對保護更廣泛層面的關切也很重要。一開始可以採取一些簡單的措施，如廁所可上鎖、足夠的照明，以及設施的區隔，皆可減少傷害或暴力的風險。

為了避免歧視、降低潛在風險，以及增進服務的使用或品質，適宜的與包容性的計畫設計是必要的。例如，確保身心障礙者都可使用個人衛生設施，以及婦女或兒童都有合適尺寸的容器盛水。在回應行動的所有階段都有個人和社區的參與，有助於將對保護問題的考量，納入 WASH 的計畫之中。

援助工作者應接受兒童保護方面的培訓，並在面對與兒童有關的暴力、虐待或剝削等疑似案件時，知道如何使用轉介系統。

對人道援助組織而言，應該審慎考慮在衝突期間，軍民之間的合作與協調，對中立性和公正性的觀感，可能會影響社區的接受程度。人道援助組織在某些情況下，可能必須要接受軍方的協助，例如在運輸和物資發放方面。然而，這對人道主義原則所造成的影響，必須要謹慎地考量，並致力於降低保護的風險。⊕詳見《人道主義憲章》，以及本手冊《第一章：何謂環球計畫？》中的「國內與國際軍隊的背景」一節。

在應用《人道援助最低標準》時，《人道主義核心標準》的九項承諾必須被視為是提供一個有責信的 WASH 計畫的基石。



1. 個人衛生宣導

與供水、環境衛生和個人衛生有關的疾病，在發生危機時，會引起嚴重的可預防疾病和死亡。支持可以降低疾病風險的行為、社區參與、行動等的個人衛生宣導，對一個成功的 WASH 回應行動有其重要性。

依賴教學訊息和分配個人衛生用品的制式作法，不太可能具有很好的成效。風險，以及對風險的認知，也因不同情境而有所差異。人們有著不同的生活經歷、因應策略，以及文化與行為上的習慣，根據分析這些因素和情境，對於策略方法的調整而言是很重要的。有效的個人環境宣導須仰賴下列各點：

- 與社區合作，以展開行動和做出有貢獻的決策
- 針對風險、優先事項與服務進行雙向溝通和回饋；以及
- 獲得與使用 WASH 設施、服務與物資。

個人衛生的宣導，應建立在人們本身對風險和疾病預防的了解之上，以推廣積極追求健康的行為。

定期監督活動及成果，以確保個人衛生宣導和 WASH 計畫有所進展。與醫療衛生行動者協調合作，以監測 WASH 相關疾病，如腹瀉、霍亂、傷寒、沙眼、腸道寄生蟲，以及血吸蟲病（schistosomiasis）的發病率等。⊕詳見《必要醫療照護—傳染病標準 2.1.1 至 2.1.》4 和《醫療系統標準 1.5》。

個人衛生宣導標準 1.1：

個人衛生宣導

人們意識到與供水、環境衛生和個人衛生有關的重大公共衛生風險，且能夠採取個人、家庭和社區的措施，來降低這些風險。

關鍵行動

- 1) 辨別主要的公共衛生風險，以及當前造成這些風險的個人衛生習慣。
 - 建立一個社區的概況分析，指出哪些個人和團體易於受到 WASH 相關風險的影響，及其原因何在。
 - 辨識可激發正向行為與預防行動的因素。
- 2) 與受影響群體合作，共同設計與管理個人衛生宣導，以及更廣泛的 WASH 回應行動。
 - 制定溝通宣傳策略，利用大眾媒體及社區對話，以分享實務資訊。
 - 辨識與培訓具影響力的個人、社區團體與外展服務工作人員。

3 利用社區回饋機制和健康監測數據，調整與改善個人衛生的宣導行動。

- 監測 WASH 設施的取得和使用，以及個人衛生宣導活動如何影響行為和實際作法。
- 調整活動並確認尚未獲得滿足的需求。

關鍵指標

受影響家庭可以正確指出三項預防 WASH 相關疾病措施的百分比

目標群體可以正確舉出兩個關鍵洗手時間的百分比

目標群體離開公共廁所會使用洗手台的百分比

受影響家庭使用肥皂和水洗手的百分比

受影響群體從改善的水源取水的百分比

以乾淨和有蓋容器儲存飲用水的家庭百分比

照顧者回報安全處置兒童排泄物的百分比

使用失禁產品（護墊、尿壺、便盆、便盆椅）家庭回報安全處置成人失禁排泄物的百分比

受影響家庭適當棄置固體廢棄物的百分比

已提供回饋意見，並指出已被使用來調整和改善 WASH 設施和服務者的百分比

地方環境沒有人類與動物的糞便

指引說明

了解和管理 WASH 的風險：在危機初期優先考慮和降低 WASH 的風險，可能具有挑戰性。應先聚焦於安全用水、排泄物的管理，以及洗手等，因為這些對預防疾的擴散可以產生最重大的影響。若要評估與 WASH 相關的公共衛生風險，以及降低這些風險的措施，則需要了解如下各點：

- 當前使用 WASH 設施與服務的情況；
- 重要家庭衛生用品的取得。⊕詳見《個人衛生宣導標準 1.2 與 1.3》；
- 當前的因應策略、地方習俗和信仰；
- 社區的社會結構和權力動態；
- 人們獲取醫療照護的管道（包括傳統治療者、藥局、診所等）；
- 誰負責操作和維護 WASH 基礎設施；
- 與 WASH 有關的疾病監測數據；
- 獲取 WASH 設施與服務的社會、身體與溝通障礙，尤其是針對婦女、女孩、年長者和身心障礙者；
- 收入水準的差異；以及
- 疾病的環境條件和季節性趨勢。

為了維持推動力，行為上的改變和實際作法必須要簡單易行。對所有使用者而言，設施必須是便利、無障礙，而且也必須是安全、有尊嚴、乾淨以及文化上合宜的。應該



將男女皆納入衛生宣導活動中，但男人對衛生行動的積極支持，可能會對發生在家庭內的行為產生決定性的影響。

社區動員：與現有的組織合作，以確保男女都可以平等地獲得有償或自願的服務機會。受人尊敬的社區和信仰領袖、外展工作人員，以及可信任的地方行動者—如婦女或青年團體等，皆有助於強化動員及預防措施。

普遍性的作法是每一千人分配兩名外展工作人員。外展工作人員和志工應具備良好的溝通技巧，能與地方社區建立相互尊重的關係，並充分瞭解地方的需求和關切的議題。如有必要，對外展工作人員的激勵誘因，應經過地方協調會議的認可，以展現公平和避免服務中斷。

社區衛生工作者可能與 WASH 外展工作人員的角色類似，但卻有著不同的責任。⊕詳見《醫療系統標準 1.2：醫療人力》。

與兒童合作：兒童可以向他們的同儕和家庭推廣健康行為。教育或社會服務部門可以利用機會前往學校、安置機構、兒童為戶長的家庭，還有針對流浪兒童等，進行個人衛生宣導。在宣導訊息的討論過程中，應將兒童包含在內。⊕詳見跨組織緊急狀況教育網絡 (INEE) 和《CPMS 手冊》。

溝通管道和方式：以多種形式（書面、圖像、音訊）和語言來提供資訊，讓資訊可以盡可能廣泛被取用。為了兒童和身心障礙者的需求，應改編這些資訊，並進一步發展和測試，以確保不同的年齡、性別、教育程度、語言的兒童，都能夠了解這些訊息。

社區層面的對話，有助於解決問題和規劃行動；大眾媒體可以將一般的資訊，傳播到更廣大的人群範圍。如果針對特定的目標群體，則兩種方法都有效。與使用者共同設計合適的回饋機制，並監督這些機制的成效，將回饋意見傳達給社區，並鼓勵他們予以回應。⊕詳見《人道主義核心標準之承諾 5》。

用肥皂洗手是防止腹瀉疾病傳播的重要方法。洗手設施需要能正常的提供用水、肥皂和安全的排水。要注意洗手設施的擺設位置，在觸摸食物之前（如飲食、準備食物或餵養小孩），以及在接觸排泄物之後（如廁或清潔兒童屁股），都可以方便洗手。⊕詳見《供水標準 2.2：供水品質》。

宣導廁所的使用：對個人衛生宣導人員來說，使用排泄物的處理設施以及相關工具就是關鍵議題。除了在乎清潔和臭味外，人們使用廁所的主要考量還包括尷尬、文化禁忌、身體的可及性，以及在乎隱私和安全。⊕詳見《排泄物管理標準 3.2：廁所的取得與使用》。

安全地收集、運送和儲存飲用水，是降低污染風險的關鍵；家庭需要使用不同的容器來收集和儲存飲用水。⊕詳見《個人衛生宣導標準 1.2》和《供水標準 2.1 及 2.2》。

流動的人群：尋找機會與流動的人群接觸，無論是暫時與他們同行，或者在休息區與他們會面。使用如廣播、簡訊、社群媒體群組與免費熱線等溝通管道，來提供個人衛生資訊，並徵求回饋意見。設計「家庭用品」包，放入行動電話或太陽能充電器，有助於傳遞個人衛生訊息，也使得人們可以與他們的家庭聯繫、獲得訊息，以及提供回饋意見等。

個人衛生宣導標準 1.2：

個人衛生用品的確認、取得與使用

有利於支持個人衛生、健康、尊嚴與福祉的是適當用品，可以被受影響的民眾獲得和使用。

關鍵行動

- 1 確定個人、家庭和社區所需的必備個人衛生物品。
 - 考量男女、年長者、兒童和身心障礙者的不同需求。
 - 確認並提供額外維護環境衛生的公用物品，例如固體廢棄物容器與清潔器具。
- 2 及時提供必備物品。
 - 評估透過地方、區域或國際市場來取得這些物品的可得性。
- 3 與受影響群體、地方政府和其他行動者合作，規劃人們如何獲得或購買個人衛生用品。
 - 提供有關現金援助和／或個人衛生物品的發放時間、地點、內容和發放對象等資訊。
 - 與其他領域協調，提供現金援助與個人衛生用品，並決定發放機制。
- 4 就所選個人衛生物品的適當性，以及獲得這些物品機制的滿意度，徵求來自受影響人們的回饋意見。

關鍵指標

所有受影響的家庭，都能取得最低數量的個人必備個人衛生物品：

- 每戶兩個貯水容器（10 至 20 公升，一個用於取水，一個用於儲水）；
- 每人每月 250 公克的沐浴皂；
- 每人每月 200 公克的洗衣皂；
- 洗手台備有肥皂和用水（每間共用廁所或每個家庭配置一個洗手台）；以及
- 處置兒童糞便的便盆、剷子或尿布。

在發放個人衛生用品後，回報或觀察有定期使用的受影響民眾百分比

家庭收入用於採購優先需要的個人衛生用品的百分比



指引說明

確認必備物品：根據文化和背景，配置個人衛生物品和個人衛生包。在初期階段，必備的用品（如肥皂、貯水容器，以及經期與失禁所需的物品），要優先於那些「可有可無」（如髮梳、洗髮精、牙膏、牙刷等）的物品。而有些群體會有特定需求。⊕可參考「[指引說明—處於風險中的群體](#)⊕詳見下文」。

貯水容器：指定一個 10 到 20 公升的貯水容器，用於收集和儲存飲用水與生活用水。容器的大小和種類，要適合經常取水者的年齡和承載能力。容器應該要有蓋子，並保持清潔和可以確實蓋好。貯水容器應該要有一個窄小的頸口或塞子，以確保安全收集、儲存和使用飲用水。

如果供水是斷斷續續的，則應提供較大的貯水容器。在城市地區或集中供水的地區，家庭儲水要能滿足在兩次取水之間的正常使用（包括相關的用水高峰期）。

處於風險中的群體：由於年齡、健康狀態、身心障礙、行動力或失禁等因素，有些人會需要不同或更多數量的個人衛生物品。身心障礙人士或行動障礙者，可能需要額外的物品：包括更多的肥皂、失禁用品、貯水容器、便盆、便盆椅，或床墊的塑膠套等。在顧及他們尊嚴的前提下，詢問人們或他們的照顧者，是否需要協助收集和處理他們的排泄物。要與他們及其家人、照顧者協調，以提供最適切的支援。

以市場為本的個人衛生用品規劃：個人衛生用品的提供，應盡可能支持當地市場（例如提供現金或代用券，或改善倉儲基礎建設等）。評估市場與分析家庭收入，要包括家庭支出決策中的性別角色，並據此提出個人衛生用品的取得與使用計畫。監測市場是否提供足夠數量和品質的產品，並在必要時進行調整。⊕詳見《[透過市場提供援助](#)》。

發放：在規劃任何發放行動時，應優先考慮群體的安全與防護。⊕詳見《[保護原則 1](#)》。

成立專責的發放團隊，提前通知人們發放的時間、地點、物資清單，以及任何符合資格的標準，反對歧視或污名化。如果有必要的話，可直接發放給家庭，或經由不同的發放路線，找出並排除通往發放地點或發放系統的任何障礙，尤其對那些婦女和女童、年長者和身心障礙者而言。

補充消耗品：確保能可靠、定期供應消耗品，如肥皂、經期和失禁所需物資。

聯合發放的協調：規劃共同社區諮詢，以了解各領域的需求和因應機制。同時，為了目標群體的便利性，以及在各領域間節省時間和金錢，則應解決他們的多重需求。在發放物資後，要確保家庭能夠將物資安全運送到家。

流動的人群：當人們在移動時，要確認個人衛生物品的可攜帶性（如旅行用小尺寸肥皂）。讓人們選擇他們所想要攜帶的物資，而不是發放制式的用品包。在人群流動處建立一個收集和處置包裝廢棄物的系統。

個人衛生宣導標準 1.3：

經期衛生管理與失禁

處於經期年齡的婦女和女孩，以及患有失禁的男女性，都應能獲得有利於他們尊嚴和福祉的個人衛生用品和 WASH 設施。

關鍵行動

- ① 了解有關經期個人衛生管理和失禁管理的實際作法、社會規範和迷思，並使個人衛生用品和設施合用。
- ② 與婦女、女孩和失禁者討論相關設施（廁所、沐浴、洗衣、排泄物處理和供水等）的設計、選址和管理等。
- ③ 提供適當的經期衛生管理和失禁用品、肥皂（用於沐浴、洗衣和洗手），以及其他個人衛生物品。
 - 關於發放部分，應選定不同的地點來提供這些物品，以確保尊嚴與減少羞辱感，並針對不熟悉的物資說明正確使用方式。

關鍵指標

經期婦女和女孩獲得經期個人衛生管理之適當物品的百分比

受領者滿意經期衛生管理物資和設施的百分比

使用適當失禁用品和設施之失禁患者的百分比

受領者滿意失禁管理物品和設施的百分比

指引說明

處理危機中的經期衛生管理和失禁問題：有效管理經期衛生和失禁問題，有助於人們過有尊嚴的生活，並從事日常活動。除了提供個人衛生用品外，與使用者討論在家庭，以及在類如學校、機構等公共設施建立廢棄物處理機制也很重要。廁所設施應有所調整，並提供洗衣、乾衣設施所需的空間。⊕詳見《排泄物管理標準 3.1 和 3.2》。

關於月經的禁忌：對月經的看法、規範和禁忌，會影響到人道援助回應行動的成功與否。在危機初期或緊急的階段，不太可能調查這些議題，但也應該盡快完成。

失禁在某些背景中，可能不是廣泛使用的名詞，在醫學界亦然。失禁是複雜的健康和社會議題，當一個人無法控制自己排泄尿液或糞便時，就是失禁。這個狀況會導致高恥辱感、社會孤立、壓力，以及無法獲得服務、教育和工作的機會。由於許多人將失禁視為秘密，因此盛行率看似較低，然而很多人可能都有失禁的問題。這些人包括：

- 年長者；



- 身心障礙者和行動不便者；
- 生產過的婦女或女孩，罹患瘻管的風險較高；
- 哮喘、糖尿病、中風或癌症等慢性病患者；
- 曾遭受過性暴力或經歷過女性割禮的女孩和婦女；
- 做過攝護腺切除手術的人；
- 更年期的婦女；以及
- 心理遭受到衝突或災害影響的幼兒及兒童。

失禁個人衛生管理的不當，可能會再緊急情況下成為疾病傳播的主要來源，因此，取得更大量的用水和肥皂至關重要。失禁患者和他們的照護者，每個人所需的肥皂和用水是其他人的五倍。失禁的行動不便者必須要諮詢醫療或身心障礙專業人員，以便了解如何預防和管理感染和褥瘡，因為這些情況都可能是致命的。

供給物資和設施：與受影響的人們討論各種選項，瞭解他們的偏好，需要一次性或可重複使用的用品；家庭、學校、保健中心和公共設施的廢棄物處置機制；洗衣、乾衣設施；以及廁所及沐浴設施等。供應物資的類型和數量，可能會隨著時間而變化，所以要特別考慮各年齡層的習慣與偏好；對於他們不熟悉的用品，要提供說明。

對於不同嚴重程度的大小便失禁，需要有不同類型的護墊。護墊尺寸的大小，對於安全使用是重要的。應提供不同尺寸和種類的大小便失禁護墊。

要考慮到失禁患者與廁所的鄰近度。如果他們能夠很快地前往廁所，則有一些人也許可以預防失禁的發作。此外，廁所也可能需要提供便盆椅、便盆、尿壺。

最低供應量：針對經期和失禁的衛生管理：

- 有蓋的專用容器，用於浸泡衣物和存放護墊與衣物；以及
- 晾曬用的繩子和衣夾。

針對經期個人衛生：

- 根據婦女和女孩的偏好，準備吸水棉質材料（每年4平方公尺）、拋棄式衛生棉（每月15個），或可重複使用的衛生棉（每年6個）；
- 內褲（每年6件）；
- 額外的肥皂（每月250公克）。⊕詳見《[個人衛生宣導標準 1.2：個人衛生用品的確認、取得與使用](#)》。

對失禁者而言，物資的供給將取決於失禁的嚴重程度、類型及患者的偏好。

建議的最低數量為：

- 吸水軟性棉質材料（每年8平方公尺）、拋棄式失禁護墊（每月150個），或可重複使用的失禁用內褲（每年12件）；
- 內褲（每年12件）；
- 額外的肥皂（每月500公克沐浴用肥皂，以及500公克洗衣皂）；
- 2個可洗式防漏床墊保護套；

- 額外的盛水容器；
- 漂白劑或類似的消毒清潔用品（每年 3 公升未稀釋產品）；
- 便盆和尿壺（男用與女用）、便盆椅（如情況允許）。

供給物資的補給：規劃如何與何時要補充物資。隨著時間推進，可能會採取不同的方式提供現金援助或物資發放。可以探討由小型企業提供，或由人們自行製造等方案。

⊕詳見透過市場提供援助。

學校、安全空間和學習中心：支持學校和安全空間內的 WASH 方案，必須要考慮到 WASH 的基礎設施，以及教師培訓。這些設施應該有分離式的廢棄物處理機制：一個有蓋且附有收集和處置系統的容器，或連接廁所到焚燒爐的滑槽。設置維護良好且按性別區隔的 WASH 設施，並安裝掛鉤和架子，用來放置經期個人衛生用品。鼓勵教師將經期衛生管理教育，作為標準課程的一部分，並培訓教師關於以下各點：

- 支持女孩經期個人衛生的實際作法；
- 在學校放經期個人衛生用品；
- 支持因危機影響心理狀態而出現失禁現象的學生。⊕詳見《INEE 手冊》。

收容所：與收容領域合作，以確保在家庭或公共收容所內的經期衛生和失禁管理能保有足夠的隱私。這些可能包括使用個人幕簾，或獨立的更衣空間。

流動的人群：當人們經過供應點時，應提供他們經期衛生和失禁管理相關用品。



2. 供水

不足的供水量和不良的水質，是在危機情勢中，造成大多數公共衛生問題的根本原因。由於可能無法提供足夠的用水量以滿足基本需求，因此提供維持生存的安全飲用水乃是重要的。優先要考慮的事項，就是儘管僅是中等水質，也要提供足夠水量。在達到《人道援助最低標準》的水量和水質之前，這可能還是必要的措施。

由於衝突、自然災害或缺乏有功能的維護系統，水龍頭、水井和輸水管線經常陷入破損失修狀態。剝奪取得水資源，可能是衝突各方所使用的蓄意策略，但此為國際人道法所嚴格禁止的。

諮詢社區成員和相關利害關係人，瞭解他們如何獲得和使用水資源，是否有任何取得的限制，以及這些限制如何因季節而可能有所變化。

供水標準 2.1：

取水與水量

為了滿足飲用和家庭需求，人們皆可公平且可負擔地，取得足量的水資源。

關鍵行動

- ① 考慮潛在的環境影響，找出最合適的地下水或地表水源。
 - 考慮水資源供需的季節性變化，以及取得飲用水、家庭用水與生計用水的機制。
 - 瞭解不同的水源、供應商和營運商，以及社區和家庭的供水管道。
- ② 判定需用多少水量，以及所需的輸水系統。
 - 與利害關係人合作，確定所有社區成員皆可使用安全和公平的供水點。
 - 建立營運和維護系統，賦予明確的職責，並納入可持續取得的未來需求。
- ③ 確保在家庭和公共的洗滌、沐浴與烹飪區域，以及洗手設施等處，都有合適的排水系統。
 - 尋求重複使用水的機會，如用於菜園、製磚或灌溉。

關鍵指標

每戶使用於飲水和家庭衛生的平均用水量

- 每人每日至少 15 公升。
- 根據人道援助回應的情境與階段來決定用水量。

使用供水設施的最大人數

- 每個水龍頭 250 人（基於每分鐘 7.5 公升的流速計算）。
- 每個手壓泵浦 500 人（基於每分鐘 17 公升的流速計算）。

- 每個開放式水井 400 人（基於每分鐘 12.5 公升的流速計算）。
- 每個洗衣設施 100 人。
- 每個沐浴設施 50 人。

購買飲用水和家庭衛生用水所佔家庭收入的百分比

- 目標為 5% 或更低

知道下次何地與何時可取得用水的目標家庭百分比。

任一家庭到最近供水點的距離。

- 少於 500 公尺

在供水點的排隊時間。

- 小於 30 分鐘

在公共水源分配點沒有積水的百分比。

具有功能和責信管理制度的供水系統／設施之百分比

指引說明

水源的選擇應考慮：

- 充足水量的可得性、安全性、鄰近性和可持續性；
- 無論是大量或家庭層面淨水處理的必要性與與可行性上；以及
- 影響水源控制的社會、政治或法律因素，可能具有爭議性，尤其是在衝突期間。

在危機初始階段，往往需要結合多種途徑何來源來滿足生存需求。儘管地表水源需要較多的處理程序，但可能是當下最快的解決方案；地下水源和／或由重力引流的泉水，則是更好的水源。地下水需要較少的處理程序，且重力引流並不需要使用馬達抽水。定期監測所有水源，以避免過度抽取。⊕詳見《收容與安置標準 2：地點和安置點規劃》。

需求：飲用、個人衛生和家庭用水所需的水量，取決於人道援助回應行動的情境與階段，也會受到許多因素的影響，如危機前的使用和習慣、儲糞池的設計，以及文化習慣等。⊕詳見《個人衛生宣導標準 1.1》中的「了解和管理 WASH 的風險」，以及《排泄物管理標準 3.2》。

每人每天至少使用 15 公升的水，已經是一種慣例。但這並非是一個「最大值」，也不一定適用於回應行動的所有情境或階段。舉例來說，當人們已流離失所多年，這個標準就不適用。在嚴重乾旱的時期，短期內每人每天 7.5 公升的用水可能是適當的；而在一個中產收入的城市脈絡下，每人每天 50 公升的用水可能是維持健康和尊嚴可接受的最低數量。

對照與 WASH 相關疾病的發病率和死亡率，應加以檢視提供不同用水量所造成的結果，並與其他 WASH 行動者協調，就當時的情況取得最低用水量的共識。制定人類、牲畜、機構和其他用途供水量的引導原則，⊕請參考《必要醫療照護—傳染病標準



2.1.1 至 2.1.4》和《本章附錄 3》。關於緊急情況之牲畜用水需求，[⊕]請參考《LEGS 手冊》。

需求	數量（每人每日公升數）	根據下列情境因素進行調整
生存：攝取水量（飲用與進食）	2.5 至 3 公升	氣候與個人生理機能
個人衛生實務	2 至 6 公升	社會與文化規範
基本烹飪	3 至 6 公升	食物種類、社會與文化規範
基本用水量總計	7.5 至 15 公升	

最低基本生存用水需求：在群體中，對水的需求會因人而有所差異，尤其是身心障礙者、行動不便者，或是在不同宗教習俗的團體之間。

測量：不要只是單純地將供水量除以總服務人數。相較於測量卡車運送、馬達抽取，或手壓泵浦的水量，家庭調查觀察和社區討論團體，才是收集有關使用和消耗水資源等數據更有效的方法，並用家庭報告來驗證供水系統報告。

取得與公平性：供水點應包含公共沐浴、烹飪和洗衣設施及廁所，以及公共機構，如學校或醫療設施等。

最低供水量的目標人數是依據供水點每天應可持續供水八小時的假設^{⊕詳見前述關鍵指標}。要謹慎使用這些目標數字，因為無法保證最低的供水量，或取水的公平性。

應公平地處理接待群體和流離失所群體的需求，再採取供水與環境衛生的回應行動，以避免緊張局勢和衝突。

在計畫設計期間，應考慮在不同年齡層、生理性別，以及身心障礙者或行動不便者，不同的需求差異。將供水點設置在距離家庭夠近的地方，以降低保護方面的風險。

告知受影響的群體，預期供水的時間和地點、他們有權獲得公平的分配，以及知道如何提供回饋意見。

往返和等候時間：往返取水和排隊等候時間過長，表示供水點的數量不足，或是取水處的供水量不足。這會導致減少個人用水量，並增加使用未被保護的地表水源，進而造成從事教育或創造收入活動的時間變得更少。排隊等候取水的時間，也會影響在取水處發生暴力的風險。^{⊕詳見《保護原則 1》和《核心人道主義標準之承諾 1》}。

適當的貯水容器：^{⊕詳見《個人衛生宣導標準 1.2：個人衛生用品的確認、取得與使用》}。當使用家庭式用水處理和安全貯存（household-level water treatment and safe storage, HWTSS）設施時，應調整貯水容器的數量和尺寸。例如，在一個凝結、絮凝與消毒的過程中，會需要兩個水桶、一塊過濾布和一個攪拌器。

以市場為基礎的供水計畫：在危機前後，分析家庭如何取得用水和容器。這個簡單的市場評估，可以決定如何在短期和長期內提供永續的用水。考慮以一種結合家庭現金援助、補助金，以及建構小販、供應商技術能力的綜合方法，或其他的方式，來決定如何運用、支持和發展供水市場，按時追蹤家庭開銷中每個月水和燃料的市場價格，

並利用這些趨勢指出計畫設計是否需要進行調整。⊕詳見《[透過市場提供援助](#)》。

支付水費：用水成本不應超過家庭收入的3%到5%。同時要注意家庭在危機期間，要負擔較高成本，並採取相關措施來抵銷負面的因應機制。⊕詳見《[保護原則1](#)》。並確保以透明方式來管理財務系統。

供水系統與基礎設施之管理：與社區和其他利害關係人合作，來決定供水點的選址、設計和使用（包括立即的與長期的計畫），此應包括沐浴、烹飪和洗衣設施、廁所，以及如學校、市場和醫療設施等公共機構。還應利用回饋意見來調整和改善供水設施的使用。

應考量先前的和現在的水資源治理結構、人們支付供水和衛生服務的能力與意願，以及成本回收的機制。還需考慮對供水系統進行資本投資，以帶來長期節省成本或規模經濟。在持續性危機情況下的城市地區和公共安置點，比較一些替代方案，如太陽能抽水泵或使用運水車的管線供水系統。

透過 WASH 委員會，或與公私部門之間的夥伴關係，提供人們營運和維護供水系統的方法。

瓶裝水的使用：由於運輸、成本、品質和產生廢棄物等因素，與瓶裝水相比，淨化水可說更具成本效益、更合適，且技術上更健全。短期內使用瓶裝水，是可接受的例外情況（例如流動的人口），應建立一個適當的塑膠廢棄物管理系統。

洗衣、洗滌和沐浴設施：如果家庭不可能設置單獨的沐浴設施，則應為男女提供分隔設施，以確保安全、隱私和尊嚴。

諮詢使用者，特別是婦女、女孩和身心障礙者，以決定設施的位置、設計和安全。在特定情況下，如對疥瘡的

處理以及在氣候變遷之際，都要考慮取得沐浴和洗衣用的熱水。

供水點、洗衣區、沐浴設施與洗手台的排水：在建造和修復配水點和取水點時，要確保廢水不會對健康造成威脅，或成為病媒滋生的溫床。與現場規劃人員、收容領域，以及市政當局協調，建立一個全面性的排水計畫。

設計 WASH 系統和基礎設施時，應符合排水要求。例如，水龍頭的水壓級別、供水點和／或洗衣台的大小，以及水龍頭到儲水容器底部的高度，都應適當規劃。⊕詳見《[收容與安置標準 2：地點和安置點規劃](#)》。

供水標準 2.2：

供水品質

水應該是口感良好的，且水質足供飲用和烹飪所需，亦可供個人和家庭衛生所用，而不會對健康造成危險。



關鍵行動

- ① 找出與可用水相關的公共衛生風險，以及降低風險的最適當方式。
 - 保護水源，定期更新關於水源和供水點的環境衛生調查。
- ② 找出最合適的方法，確保在喝水處或用水點，有安全的飲用水。
 - 處理的方案選項包括大量水的淨化和分配、家庭層級的用水安全收集和儲存，或家庭層級的用水處理和安全貯存。
- ③ 在喝水處或用水點時，將水質在輸送後受到污染的風險降至最低。
 - 為家庭配備收集和儲存飲用水的安全容器，以及安全取水的工具。
 - 測量輸水點和用水點的水質參數包括自由餘氯（free residual chlorine, FRC）與大腸菌群形成單位（coliform-forming unit, CFU）。

關鍵指標

從受保護水源取得飲用水的受影響群體之百分比。

受觀察家庭在任何時候都安全地將水儲存在乾淨和有蓋的容器中的百分比

水質檢測符合最低水質標準的百分比。

- 在供水點（未氯化的水），每 100 毫升的 CFU（大腸菌群形成單位）小於 10。
- 在供水點（氯化的水），FRC（自由餘氯）大於或等於 0.2 至 0.5 毫克。
- 水質濁度小於 5 NTU（nephelometric turbidity unit，標準濁度單位）。

指引說明

維護安全的供水鏈：與水相關的疾病，對供水鏈的完整會造成風險。阻斷疾病透過糞口傳播的方式，有包括排泄物控制、在食物上加蓋、在關鍵時刻洗手，以及安全地收集和儲存用水等。⊕詳見《個人衛生宣導標準 1.1》；《排泄物管理標準 3.2》與《本章附錄 2：F 圖》。

從水源到飲用水貯存容器的供水鏈，其風險評估包括：

1. 供水點的環境衛生調查；
2. 觀察使用不同的容器來集水與儲水；
3. 觀察使用乾淨且有蓋的飲用水容器；以及
4. 水質檢測。

當水資源不安全的可能性很高時，上述行動可以觀察出明顯的風險，而毋需動員大量人力進行家庭水質檢測。

環境衛生調查主要是為了評估可能在供水點造成公共衛生風險的情況和行為。此調查會考量供水點的結構、排水系統、圍欄設置、排便習慣，以及固體廢棄物管理方法等是否為可能的污染源。同時，該調查也會檢視家庭的貯水容器。

水質：當委託開發新水源時，需檢測水的物理、細菌和化學參數。測試要在當地季節變化的前後進行。切勿忽略對可能導致長期健康問題的化學參數（如氟化物和砷含量）進行分析。

糞便型大腸菌類（其中超過 99% 為大腸桿菌）顯示水中人類和動物糞便的污染程度，以及可能存在其他的有害病原體。如果出現了任何糞便型大腸菌群，就必須進行淨水處理。即便沒有發現大腸桿菌，水也很容易在沒有消毒劑殘留的情況下，再度受到污染。

在水已氯化處理（在進行分配或家庭淨水之前）的地區，就應該對家庭實行抽查，檢測 FRC（自由餘氯）含量，並於必要時進行淨水處理。供水頻率、水溫和儲水時間的長短，都會影響到家庭 FRC 的測量（因為氯可能已經消散）。

宣導使用受保護的水源：人們可能較喜歡使用未經保護的水源，如河流、湖泊和水井，原因在於口感、鄰近性與社交的便利性。瞭解根本的原因，並制定宣導使用受保護水源的相關訊息與活動。

口感良好的飲用水：如果安全飲用水的味道不好（由於人民不太習慣鹽度、硫化氫或氯含量等），則人們可能會飲用口感較佳，卻不安全的水源。碰到這種情況，可以透過社區參與和個人衛生活動，來宣導取用安全飲用水。

水消毒：如果水源或輸水後受到污染的風險較高，則應使用殘留消毒劑（如氯）來淨化水。此一風險取決於人口的密度、排泄物的處理安排、個人的衛生習慣，以及腹瀉疾病的盛行率。水的濁度應低於 5 NTU（標準濁度單位），如果濁度較高，則可培訓使用者在淨水處理前，先過濾、沉澱，再輕輕將水倒出來，以降低濁度。如果沒有其他選擇，則考慮在短期內使用雙倍劑量氯化。要注意氯的消散程度會取決於儲存時間的長短和溫度而有所差異，因此，要把時間與溫度的因素納入劑量投放和接觸時間的考量中。⊕詳見《本章附錄 6：家庭用水處理與貯存的決策樹》。

水量與水質的對比：如果水量和水質不可能滿足《最低標準》，則應優先考慮水量而非水質。即使中等水質的水，都可以被用來防止脫水、減輕壓力和預防腹瀉疾病。

輸送後污染：在分發點還是安全的水質，可能會在飲用水的收集、儲存和取用的過程中受到污染。透過安全的集水和貯水作法，可將這種風險降到到最低。定期清潔家庭或安置點的儲水槽，並培訓社區採取相同的作法。⊕詳見《個人衛生宣導標準 1.1 和 1.2》。

家庭式用水處理和安全貯存（HWTSS）：當無法使用集中運作的淨水系統時，就要採用 HWTSS。可以減少腹瀉，並改善家庭貯水中微生物質量的 HWTSS 方案，包括煮沸、氯化、日光消毒、陶瓷過濾、慢砂過濾、薄膜過濾，以及絮凝與消毒等。與其他領域合作，針對家庭的燃料需求以及煮沸水的取得有所共識。避免在危機和流行病期間，引進不熟悉的淨水方案。有效的使用 HWTSS 方案，需要定期的追蹤、支持和監測，而且也是採用 HWTSS 作為一種替代淨水處理方式的必要條件。⊕詳見《本章附錄 6：家庭用水處理與貯存的決策樹》。

公共機構的水質：使用氯或其他殘留消毒劑，來淨化學校、醫院、健康中心和餵養中



心的所有供水。⊕詳見《本章附錄 3：最低用水量：生存數據與量化用水需求》。

化學和放射性污染：根據水文地質記錄，或工業、軍事行動的訊息，當供水可能含有化學或放射性的公共衛生風險時，就應進行化學分析。只有對健康影響進行徹底分析，並與地方當局確認後，方能決定是否使用可能受到污染的水資源做為長期性的供水。

3. 排泄物管理

沒有人類排泄物的環境，對人們的尊嚴、安全、健康和福祉至為重要。此包括自然的環境，以及生活、學習和工作的環境。安全的排泄物管理是 WASH 的優先事項。在危機的情況下，與提供安全用水同等重要。

所有人都應該可以使用合適、安全、乾淨和穩妥的廁所。有尊嚴的排便，是一件非常隱私的事情。是否合適的因素，取決於文化習俗、人們的日常習慣、觀念，以及個人過去是否曾使用過衛生設施。未加管理的人類排泄物，會對健康造成較高的風險，尤其是在人口密度高、人們流離失所，以及潮濕或悶熱的環境中。

在 WASH 的領域中，會使用不同名詞來界定排泄物管理設施。在本手冊中，「廁所」指的是可直接盛裝排泄物、且在人與排泄物間建立第一道屏障的任何設施或裝置。[⊕]詳見《本章附錄 2：F 圖》。在整本手冊中，「廁所」一詞的使用，是以廁所 (toilet) 取代茅坑 (latrine)。

將人類排泄物放在遠離人群的地方，減少疾病傳染的直接和間接路徑，創造了與排泄物相關疾病的第一道屏障。[⊕]詳見《本章附錄 2：F 圖》。排泄物的存放，應該要和收集、運送、淨化和處置等流程相整合，以極小化公共衛生風險和對環境的衝擊。

在生活、學習和工作環境中，若發現人類糞便，則顯示了保護的問題。人們在使用衛生設施時，可能會覺得不安全，尤其是在人口稠密的地區。

在本章中，「人體排泄物」界定為從身體排出的廢物，尤其是糞便、尿液和經期排泄物。本節所提及的標準，涵蓋了從最初的控制到最終處理的整個排泄物管理鏈。

排泄物管理標準 3.1：

免於人類排泄物污染的環境

所有排泄物都安全地就地管控，以避免污染自然、生活、學習、工作和公共環境。



關鍵行動

- 1 在新建的公共安置點，或嚴重損壞的基礎建設，都要設立衛生設施，才能立即控制排泄物。
- 2 對任何遭到糞便污染的生活、學習和工作場所，或地表水源，應立即淨化。
- 3 依據鄰近地表水源或地下水源的潛在污染風險評估，設計和建造所有排泄物的管理設施。
 - 評估當地的地形、土壤狀況，以及地下水源和地表水源的情況（包括季節性變化），以避免污染水源，並提供技術選項。
- 4 安全地處理、密封兒童與嬰兒的糞便。

5) 設計及興建所有的排泄物管理設施，將病媒接觸排泄物的機會降到最低。

關鍵指標

在人們生活、學習和工作的環境中，沒有人類的排泄物。

所有排泄物的存放設施，要有適當的設置地點，且與任何地表或地下水源保持足夠距離。

指引說明

階段劃分：在一個危機過後，要立即把控制戶外隨地排便，視為緊急事件。劃設排便區域、地點和興建公共廁所，展開協力的個人衛生宣導。防止在所有水源（無論是否為飲用水）、貯水和淨水設施附近排便。在安置點的上坡或上風處，不要設置排便區域。也不要沿著公共道路、毗鄰公共設施（尤其是醫療和營養設施），或鄰近食物儲存和準備區等地方設置排便區域。

推動個人衛生宣導的活動，鼓勵安全的排泄物處理，以及提出需要更多廁所的訴求。

在城市地區發生危機時，要評估現有排污系統的損害程度。考慮設置流動廁所，或使用可以定期清淤的化糞池或儲存槽。

與水源的距離：確保來自相關儲存設施（溝渠廁所、坑式廁所、拱頂廁所、化糞池、滲水坑）的排泄物不會污染水源。雖然除非跟飲用水源有關，排泄物污染不是立即性的公共衛生問題，但是對環境的破壞仍須避免。

在可能的情況下，進行土壤滲透檢測，以判斷廢棄物穿透土壤的速度（滲透率）。利用這個數值來決定，排泄物儲存設施和水源間所需的最短距離。滲透率會根據土壤飽和程度、水源是否有被抽取，以及排泄物的性質（偏水狀的排泄物會比偏固狀排泄物滲透速度快）而定。

若無法進行土壤滲透檢測，則在排泄物儲存設施與水源之間的距離，至少要有 30 公尺，而糞坑底部應至少要比地下水位高 1.5 公尺。若遇到岩石裂隙和石灰岩環境，則應再增加兩者距離；若是細粒土壤，則可縮短兩者距離。

在高地下水位或洪水氾濫的情況下，確保排泄物存放的基礎設施是不透水的，以極小化地下水的污染程度。或是興建墊高的廁所或化糞池，以存放排泄物，防止排泄物污染環境；還要避免化糞池的排水或溢出物對地表水源或地下水源造成污染。

如果懷疑污染事件發生，應立即確認並控制污染源，並啟動淨水處理。有一些水質的污染，可以透過如加氯等淨化方式來處理。然而，如果污染源是硝酸鹽，則需要加以確認和掌控。比如，變性血紅素血症（methemoglobinemia）與飲用水中的硝酸鹽含量過高有關，這是一種急性，但卻視情況可改善的疾病。⊕詳見《供水標準 2.2：供水品質》。

兒童糞便的存放：嬰兒和兒童的糞便，通常比成人的糞便更危險。發生在兒童身上與排泄物有關的疾病感染，機率通常較高，而且兒童可能尚未對傳染病產生抗體。提供父母和照護者有關安全處理、洗滌嬰兒排泄物的實際作法，以及使用尿布、尿桶或鏟

子等資訊，以確保安全的處置方式。

排泄物管理標準 3.2：

廁所的取得與使用

有足夠、適當與可接受的廁所，使人們可隨時快速地、安全地，以及安心地使用廁所。

關鍵行動

- 1 決定最合適的技術選項來設置廁所。
 - 設計和興建廁所，極小化對使用者和維修人員的安全和保護的威脅，尤其是對婦女和女孩、兒童、年長者與身心障礙者。
 - 在合適的情況下，要按性別和年齡來加以區隔所有的公共或共用廁所。
- 2 根據公共衛生風險、文化習俗，以及用水的收集與儲存，來量化受影響群體的廁所需求。
- 3 針對任何共用或公共廁所的選址、規劃和興建，要諮詢利害關係人代表。
 - 要考量到不同的年齡、性別、身心障礙、行動不便、愛滋病毒帶原者、失禁者，以及性別少數族群如何前往和使用廁所。
 - 將公共廁所設置在距離家庭夠近的地方，使人們能夠安全的前往廁所；也要保持足夠的距離，以免家庭不會因為毗鄰廁所而遭到污染。
- 4 在廁所內提供適當的設施，用於清洗、晾曬或處理經期個人衛生和失禁用品。
- 5 確保技術方案的供水需求，可以被確實被滿足。
 - 提供充足的水，使人們可以使用肥皂洗手、清潔肛門，以及沖水或用於個人衛生密封裝置（如選用）。



關鍵指標

共用廁所的比率

- 最少每 20 人就有一間共用的廁所。

住宅與共用廁所的距離

- 最遠不超過 50 公尺。

可以從裡面上鎖且照明充足的廁所百分比

婦女和女孩認為安全的廁所百分比

婦女和女孩對她們經常使用的廁所所提供經期衛生管理選項感到滿意的百分比

指引說明

*何謂足夠、適當與可接受的？*採用何種廁所類型取決於回應的階段、未來使用者的偏好、現有的基礎設施、沖水和水封系統用水的可得性、土壤構成，以及建築材料的可得性。

一般而言，如果廁所是足夠的、適當的與可接受的，就要能夠：

- 讓所有群體都可以安全使用，包括兒童、年長者、孕婦和身心障礙者；
- 所處位置可以減少對使用者的安全威脅，尤其對婦女、女孩，以及其他具有特別保護顧慮的人；
- 距離住宅不超過 50 公尺；
- 提供符合使用者期望的隱私；
- 方便使用並保持清潔（一般而言，乾淨的廁所會更頻繁地被使用）；
- 不會對環境造成危害；
- 對不同的使用者而言，都具備足夠的空間；
- 可以從裡面上鎖；
- 可以輕鬆取得洗手、清潔肛門與沖水的用水；
- 可以有尊嚴地清洗、晾曬和丟棄婦女經期個人衛生物品，以及兒童與成人的失禁用品；
- 儘量減少蒼蠅和蚊子的繁殖；
- 以及儘量減低臭味。

也要為患有如愛滋病等慢性病的患者，提供方便前往的廁所－他們經常遭受慢性腹瀉與行動不便之苦。

監督人們如何使用，以及回報他們對廁所是否滿意的百分比。使用此一訊息來了解哪些團體不滿意，以及如何改善。要考慮性別、年齡、身心障礙、行動不便、愛滋病毒帶原者和失禁者如何使用與到達廁所。

無障礙環境：所選擇的技術選項，應該要尊重包括身心障礙者在內，所有人都有可以安全使用衛生設施的權利。為了兒童、年長者和身心障礙者或失禁者，可能需要興建、調整或購置無障礙廁所，或增建現有廁所。作為引導原則，設有斜坡或與地面等高的入口，或在上部建築內有加強無障礙措施的單一入口性別友善廁所，最低比例應為每 250 人就要設有一間。

安全和有保障的設施：不適當的廁所位置，可能導致婦女和女孩更容易受到攻擊，尤其是在夜間。確保所有處於風險中的群體，包括婦女和女孩、男孩、年長者和其他有特定保護需求者，在白天和夜間使用廁所時，皆能有安全感。要有足夠的照明設施，甚至考慮提供手電筒給有風險的群體。詢問當地社區，尤其是最有風險者，如何加強他們的安全。諮詢學校、健康中心和診所、兒童友善空間、市場和營養餵食中心的利害關係人。

要注意，若是只向婦女和兒童諮詢有關安全和有尊嚴的 WASH 設施，顯然是不夠的。因為在許多脈絡中，是男性控制著婦女和兒童的活動。要了解這些社會階層和權力動態，並主動與決策者互動，以加強婦女和兒童安全使用廁所和沐浴間的權利。

公共設施的照明不僅可以讓廁所更易於使用，也可以吸引人們為了其他目的而使用照明。與社區一起合作，尤其是那些安全遭到最大威脅風險的社區，共同尋求減少暴露在風險之中的方法。

量化廁所的需求：考慮如何依據實際情況來調整對廁所的需求，藉此反映在危機前後的生活環境、對公共區域的需求，以及任何特定公共衛生風險上的變化。在突然爆發的危機的第一階段，以每 50 人設置一間公共廁所的最低比例，乃是即時的解決方案，而且也要儘快加以改善。中期的最低比例是每 20 人要設置一間廁所，其中女廁和男廁的比例為 3 比 1。關於廁所的規劃圖表和數量，[⊕詳見《本章附錄 4》](#)。

家用、共用或公用？就使用者的安全、保障、便利和尊嚴而言，家用廁所被認為是最理想的選擇，同時展現了自主權和安全感的關聯性。有時候，一小群的住戶共用一間廁所，可能是一種習慣。設計和建造公共或共用廁所，也能以未來朝向設置家用廁所為目標。舉例來說，在安置點預留衛生通道，提供在收容所附近興建公用廁所的空間，然後在預算允許時興建家用廁所。衛生通道確保人員可以執行清淤、維護和拆除等工作。

在一些公共或公用場所，如醫療設施、市場地區、餵食中心、學習環境，以及接待或行政區域等，也會需要設置公共廁所。[⊕詳見《本章附錄 4：最少廁所數量：社區、公共場所和機構所需數量》](#)。

在一個快速回應時期所建造的公共衛生設施，具有特定的運作和維護要求。社區可以共同議定廁所清潔人員的薪資，這是一項臨時的措施，且需有明確的退場策略。

清水和肛門清潔物品：在設計設施時，要確保有足夠的供水、衛生紙或其他清潔肛門的物品。與使用者諮詢最合適的清潔物資，並確保安全的丟棄處理，以及物品供應的可持續性。

洗手：確保設施設有洗手空間，包括在使用廁所後的用水和肥皂（或灰粉等替代品）、清洗排便後兒童的下半身，以及在飲食和準備食物之前。

經期衛生管理：廁所應備有丟棄經期用品的適當容器，以避免排水管堵塞，或造成清潔糞坑或化糞池的困難。規劃廁所空間、取得清洗用水的管道，以及晾曬區域等，應諮詢婦女和女孩。



排泄物管理標準 3.3：

排泄物收集、運送、處置與處理的管理與維護

安全地管理與維護排泄物管理設施、基礎建設與系統，以確保服務的提供，並對周遭環境的衝擊降到最低。

關鍵行動

- 1 透過與負責排泄物管理的地方政府單位合作，建立符合當地系統的收集、運送、棄置和處理系統。
 - 採用現行的國家標準，確保不增加對現有系統的任何額外負載，也不會對環境或社區造成不利的影響。
 - 使用土地作為任何場外的處理和棄置，要與地方政府和地主達成共識。
- 2 界定廁所的短期和長期管理系統，尤其是關於底部結構（例如坑洞、地洞、化糞池與滲水坑等）。
 - 設計並估算底部結構的尺寸，以確保所有排泄物都能安全地存放，而糞坑可以安全地清淤。
 - 建立明確且具責任的角色和職責，並確定未來運作與維護的資金來源。
- 3 安全地清理排泄物存放設施，並考慮收集排泄物的工作人員及其周圍人們的安全。
- 4 確保人們擁有興建、清理、修理和維護廁所的資訊、方法、工具和材料。
 - 針對廁所的使用、清潔和維護，推動個人衛生宣導活動。
- 5 確認排泄物運送的用水需求，可以自可得的水源處取得，而不會對水源造成過大的壓力。

關鍵指標

所有的人類排泄物，都以對公共衛生和環境安全的方式處置。

指引說明

清淤是指將（未經處理和已部分處理的）排泄物從坑洞、地洞或儲存槽中移除，並載運至場外的處理和棄置設施。如果清淤是必須的，則一開始就應納入營運和維護的流程和預算中。

污泥或家庭廢水，在與人類排泄物混合後，被歸類為污水。除非安置點位於已設有污水處理系統之處，否則家庭廢水不應與人類排泄物混合。比起家庭廢水，處理污水更為困難，且成本更高。

規劃：在初期，規劃每人每天 1-2 公升的排泄物量。長期而言，規劃每人每年 40-90 公升的量；因為排泄物的數量會隨著分解而減少。實際的數量將取決於是否使用水沖洗、是否使用物品或水來清潔肛門、是否使用水和其他物資清潔廁所，以及使用者的飲食習慣等。確認用於清潔、烹飪、洗衣和沐浴的家庭用水，不會流入排泄物存放設施，因為過量的水意味著要更常進行清淤。在儲糞坑頂部保留 0.5 公尺的距離，作為回填的用途。

關於特定公共衛生情況，如霍亂爆發等，[詳見《WASH 標準 6：醫療照護環境中的 WASH》](#)。

地方市場：在適合的地區，使用當地可以取得的材料和勞動力來興建廁所，如此可以加強地方參與使用和維護設施。

在艱困環境中的排泄物存放：在洪水或城市的危機狀況中，提供適當的排泄物存放設施，難度特別高。在這些情況下，可考慮使用加高的廁所、糞尿分離式廁所、污水集中槽，以及配有適當收集與處理系統的一次性塑膠袋。透過個人衛生宣導活動，來支援這些不同作法。

排泄物作為資源：排泄物也是一種潛在資源。現有科技已可以將處理過的淤泥轉化為能源，例如作為燃料磚或沼氣。生態廁所或堆肥可以從人類排泄物與有機廚餘的混合物中，回收有機成分和營養物質，而由此產生的堆肥，可以作為家庭花園的土壤調節劑或肥料。



4. 病媒控制

病媒係指疾病傳播的媒介。病媒創造了一條從疾病源頭到人類身體的通路。在許多人道援助環境中，病媒傳播疾病是導致疾病和死亡的主要因素。大多數病媒主要是昆蟲，例如蚊子、蒼蠅和蟲子；然而嚙齒類動物也可以是病媒。有些病媒也會造成疼痛感的咬傷。固體廢棄物、排水或排泄物的管理問題、不當的位置選擇，或更廣泛的安全與防護問題等，都可能是造成病媒出現的原因。

病媒傳播疾病可能會很複雜，若要解決病媒相關的問題會需要專業的建議。然而，有一些簡單且有效的措施，可以預防此類疾病傳播。

如果針對錯誤的病媒採用無效的方法，或在錯誤的地點或時間點處理正確的病媒，病媒控制計畫可能都不會產生效果。病媒控制必須要鎖定目標，並建立在了解病媒生命週期和生態環境之上。

病媒控制計畫旨在減少病媒密度、病媒繁殖地點，以及人類與病媒間的接觸。在制定控制計畫時，應參考既有研究，並尋求來自國內與國際衛生組織的專家建議。針對疾病模式、繁殖地點，以及病媒數量與發病率的季節性變化，尋求在地意見。

本節所列出的標準，著重於減少或消滅問題病媒，以防止病媒傳播疾病與降低傷害。此外，病媒控制需要跨多重領域的共同合作。⊕詳見《收容與安置標準 2》、《必要醫療照護—傳染病標準 2.1.1》和《糧食援助標準 6.2》。

病媒控制標準 4.1：

安置層級的病媒控制

在人們居住的環境中，病媒的繁殖點與覓食處已被鎖定，進而降低病媒相關問題的風險。

關鍵行動

- 1 評估特定區域的病媒傳播疾病風險。
 - 確認地區的發病率，是否高於世界衛生組織或國家的既定傳染病標準。
 - 依據在地的專業知識與對重要病媒的認識，瞭解可能的病媒繁殖點和生命週期，尤其是病媒的覓食處。
- 2 人道援助的病媒控制行動，應與地方病媒控制計畫或系統，以及國家指導準則、計畫或政策維持一致。
- 3 根據對病媒生命週期的瞭解，決定在家外使用的化學或非化學的病媒控制方案是否有效。
 - 告知大眾使用化學方案做病媒控制的潛在風險，以及使用化學物品的時程表。

- 培訓並對所有會使用化學物品的人員，配備個人的防護裝備（personal protective equipment, PPE）和衣物。

關鍵指標

已阻斷病媒生命週期且已獲確認的繁殖點百分比

指引說明

公共安置點：若要極小化受影響群體暴露於病媒傳染疾病的風險，地點的選擇是重要的。在考慮可能的地點時，這應是關鍵因素之一。例如，為了要控制瘧疾，應該將公共安置點設立於離大型病媒繁殖地（如沼澤或湖泊），約 1 至 2 公里的上風處，但要確保其他乾淨水源的可取得性。要考慮設置一個新安置地點，可能會讓問題病媒出現在鄰近的接待社區。⊕詳見《收容與安置標準 2：地點和安置點規劃》。

評估風險因素：對於病媒控制回應的決定，建立在對潛在疾病和其他風險，以及病媒傳染疾病問題的流行病和臨床證據的評估之上。檢視過去 2 年間，在特定區域內的疑似和確診案例。影響此一風險的其他因素包括：

- 群體的免疫狀況，包括先前的病媒接觸史，以及營養與其他壓力；
- 在流離失所期間，人們從無地方性流行病，移動到有地方性流行病的區域；
- 病媒和人類體內的病原體類型與盛行率；
- 病媒的種類、數量、行為和生態（季節與繁殖點），以及這些因素有何重要關聯性；以及
- 由於鄰近性、安置模式、收容類別、現有的個人保護和防護措施等，導致增加與病媒的接觸。

移除或調整病媒繁殖點和覓食點：許多 WASH 的活動，可以對病媒繁殖點和覓食點帶來重大影響，包括：

- 消除在用水的分配點、沐浴區和洗衣區周圍的積水或潮濕地帶；
- 在家庭層面上，在收集及運送固體廢棄物期間，以及在處理和處置場所，都要管理固體廢棄物的存放；
- 為貯水容器提供蓋子；
- 管理排泄物；
- 清潔廁所地板和上部建築，以避免病媒滋生；
- 密封偏遠的坑式廁所，以確保無糞便進入環境中，且問題病媒不會進入坑洞內；
- 推動一般清潔議題的個人衛生宣導計畫；以及
- 水井保持加蓋，並投放殺幼蟲劑，例如在登革熱流行的地區。

傳播疾病的蚊子主要有三種：

- 家蚊（絲蟲病和西尼羅病毒），在含有有機物的死水中繁殖，例如廁所；



- 瘧蚊（瘧疾和絲蟲病），在相對未受污染的地表水中繁殖，如水坑、水流緩慢的溪流，以及水井；以及
- 斑蚊（登革熱、黃熱病、屈公病和茲卡病毒），在瓶子、桶子和輪胎等儲水容器中繁殖。

生物和非化學控制法：生物控制法係指引入生物，針對目標病媒加以捕食、寄生、對抗或減少目標病媒數量。例如，以幼蟲為食的魚類和淡水甲殼類動物，可以抑制黑斑蚊（登革熱病媒）。其中最為希望的一項策略，即是利用沃爾巴克氏共生菌（*Wolbachia endosymbiotic bacteria*），來減少登革熱病毒的傳播。生物控制法在某些特定運作環境中是有效的，而且實證顯示在大規模使用時也是有效的。

雖然生物控制法可以避免對環境造成化學污染，但可能會有操作上的限制，以及造成非預期的生態後果。生物控制法僅在針對未成熟階段的病媒蚊較為有效，且通常僅限於使用在大型混凝土或袖面粘土的儲水容器或水井中。地方社區是否有意願接受將生物體放入儲水容器，也很重要。在發放控制生物體，以及有必要監督和補充貯水容器時，最好讓社區一起參與。

環境工程回應行動：有幾種基本的環境工程措施，可以減少病媒滋生，包括：

- 妥善處置人畜排泄物、廁所正常運作，坑式廁所的蹲式便座維持加蓋的狀態；
- 妥善處置固體廢棄物以控制昆蟲和嚙齒動物；
- 確保在安置點的良好排水；以及
- 排除積水，清除開放式河渠和池塘附近的植被，以控制蚊蟲滋生。

這些措施可降低一些病媒的群體密度。但就長期來看，在安置點內部或附近所有病媒的繁殖、覓食和棲息點而言，可能不會產生足夠的影響。在此情況下，要考慮在地化的化學控制或個人的防護措施。在受感染的空間噴灑藥物，可以減少成蠅的數量，並預防腹瀉的流行病，或有助於在流行病期間，最大限度地減緩疾病的負擔。室內滯留噴灑（Indoor Residual Spraying, IRS）可降低傳播瘧疾或登革熱的成蚊密度；毒餌則可以減少嚙齒動物的數量。

國內和國際協定：世界衛生組織公佈了明確的國際協定和規範，指出化學藥物在病媒控制上的選擇與應用，以及人員的保護和培訓要求。病媒控制措施提出了兩個主要的關切點：即有效性與安全性。關於化學藥物的選擇，若是國家的規範低於國際標準，則應諮詢和遊說國內相關單位，取得他們的同意去遵守國際標準。

提供所有處理化學藥物的人員培訓、防護衣和沐浴設施，以及限制接觸化學藥物的時數，以保護他們的健康。

與瘧疾治療的協調：在早期診斷和治療瘧疾的同時，也施行瘧疾病媒控制策略。⊕詳見《必要醫療照護—傳染病標準 2.1.1：預防》。

病媒控制標準 4.2：

控制病媒的家庭與個人行動

所有受影響的人們皆有足夠的知識和方法，來保護他們自己和家人免遭病媒所引起對健康或福祉的重大風險。

關鍵行動

- 1 評估在家庭層面上，目前預防或遏止病媒的實際作法，作為整體個人衛生宣導計畫的一環。
 - 找出採取更有效行動和動機的障礙。
- 2 採取參與式和易於理解的宣導活動，讓大眾瞭解問題病媒、高風險傳染的時間與地點，以及預防的措施。
 - 明確地追蹤高風險族群。
- 3 針對關連性強且有效的預防措施，進行地方市場評估。
 - 考慮強化市場作為提供預防性措施的可持續來源。
 - 如果當地市場無法滿足需求，就與社區、地方政府和其他領域協力，擬定一個病媒控制物資的採購、發放與實施計畫。
- 4 就問題病媒與病媒控制計畫培訓社區進行監測、報告和提出回饋意見。

關鍵指標

受影響人們能夠正確描述傳染方式和家庭有效病媒控制方法的百分比

已採取適當行動保護自己免受相關病媒傳播疾病的人數百分比

對儲存食物有適當保護的家庭百分比



指引說明

個人瘧疾保護措施：及時的、有系統的保護措施，如驅蟲帳篷、窗簾和蚊帳等，皆有助於預防瘧疾。長效型驅蟲蚊帳也可以提供一些保護，以防備頭蝨、體蝨、跳蚤、壁蝨、蟑螂和臭蟲等。還可以使用其他保護方法，如長袖衣物，家用燻蒸劑、燃燒蚊香、噴霧式殺蟲劑和驅蚊劑等。對具有最高風險的群體，如五歲以下兒童、免疫缺乏症患者，以及孕婦等，鼓勵採用上述方法。

高風險族群：社區中的一些族群，會比其他人更容易受到與病媒相關疾病的影響，尤其是嬰幼兒、年長者、身心障礙者、患病者、孕婦和哺乳期婦女。確認高風險族群，並採取具體行動以降低風險。要注意避免污名化。

社會動員和溝通：為了要減少病媒幼蟲棲息地和成蟲病媒數量，在個人和社區的層面上，行為的改變是必要的。社會動員和溝通活動應該利用不同的管道，和病媒預防與

控制的工作完全整合在一起。

對其他病媒的個人防護措施：良好的個人衛生和定期清洗衣物及被褥，是對抗體蝨最有效的防護措施。透過個人防護（使用粉劑）、大規模洗滌，或除蟲活動來控制體蝨的侵擾。為剛抵達安置點的人們，制定和使用治療協定：一個乾淨的家庭環境、有效的廢棄物處置方案，以及適當儲存熟食和生食，可以防止老鼠、其他齧齒類動物和昆蟲（如蟑螂）進入屋內或收容所。⊕詳見《個人衛生宣導標準 1.1：個人衛生宣導》。

5. 固體廢棄物管理

固體廢棄物管理是處理有機和無機固體廢棄物的流程。包括：

- 規劃固體廢棄物管理系統；
- 在源頭處理、分離、貯存、分類和加工廢棄物；
- 轉運至廢棄物收集點；以及
- 運送與最終處置、重複使用、再利用或回收。

廢棄物可能在家庭、機構或社區中產生，同時還會包括醫療廢棄物。廢棄物可能是有害或無害的。不適當的固體廢棄物管理會產生有利昆蟲、嚙齒動物和其他病媒的棲息地，造成公共衛生風險。⊕詳見《病媒控制標準 4.1：安置層級的病媒控制》。未經處理的廢棄物會污染地表水和地下水。兒童也有可能在不當管理的固體廢棄物中玩耍，面臨受傷或生病的危險。對於在垃圾場撿拾可重複使用物品，以換取金錢的拾荒者，則可能處於受傷或感染傳染病的風險中。

固體廢棄物會堵塞排水系統，產生停滯不流動和污染的地表水，此可能成為病媒的棲息地，並製造出其他公共衛生風險。

這些標準並不涵蓋化學廢水或滲出污水的處理或處置。有關管理和處理危險廢棄物的建議資訊，⊕請參閱本章的《參考資料與延伸閱讀》。關於醫療廢棄物，⊕詳見《WASH 標準 6：醫療照護環境中的 WASH》。

固體廢棄物管理標準 5.1：

免於固體廢棄物污染的環境

固體廢棄物被安全地存放，以避免污染自然、生活、學習、工作和公共環境。



關鍵行動

- 1 依據公共衛生風險、家庭和機構所產生的廢棄物評估，以及現行作法，規劃固體廢棄物處置計畫。
 - 評估地方在重複使用、再利用、回收或堆肥的能力。
 - 瞭解婦女、男人、女孩和男孩在固體廢棄物管理中的角色，以避免產生額外的保護風險。
- 2 與地方或市政當局及服務提供者合作，以確認現有系統和基礎設施並未超出負荷，尤其是在城市地區。
 - 確保所有人都能使用全新的，以及現有的場外處理和處置設施。
 - 制定時程表，儘快與地方衛生標準或政策在固體廢棄物管理上相吻合。

- 3) 組織定期或是針對特定固體廢棄物的清運行動，並確保必要的基礎設施到位，以支持清運行動的進行。
- 4) 為收集和處理固體廢棄物的人員，以及參與固體廢棄物重複使用或再利用的人員提供防護衣以及免疫措施。
- 5) 確保廢棄物處理場所獲得適當、充分和安全的管理。
 - 使用所有安全和適當的處理及處置方法，包括掩埋、有管理的垃圾填埋與焚化等。
 - 管理廢棄物處理場所，以預防或極小化保護風險，特別是針對兒童。
- 6) 與負責發放糧食和家庭用品的組織合作，儘可能減少包裝材料和減低固體廢棄物的負擔。

關鍵指標

在指定的鄰里或社區公共收集點附近，沒有堆積固體廢棄物。

指引說明

流動人群會丟棄過重或不再需要的物品。在物資發放點產生固體廢棄物，可能會增加流動人群和當地社區的緊張關係。如果發放給家庭的物品不符合實際需要，則也會增加固體廢棄物的數量，而這些固體廢棄物可能和地方所產生的垃圾材質不同，因此需要採取不同處理或處置的方法。

城市地區：城市的固體廢棄物管理基礎設施，可以與其他服務系統整合。與當前的政府當局和系統合作，共同處理額外的固體廢棄物負擔。

對廢棄物處理人員的保護：提供防護衣給每一位參與固體廢棄物管理的人員。在最低限度下，要提供手套；在理想狀況下，還應提供靴子和防護面罩。在必要時，應提供注射破傷風和 B 型肝炎疫苗。確保現場有肥皂和水，可用於洗手和洗臉。告知並培訓工作人員正確的廢棄物運送和處置方法，以及與不當管理的相關風險。⊕詳見《**必要醫療照護—傳染病標準 2.1.1：預防**》。

廢棄物處理人員可能會被污名化為骯髒或貧困的，社區諮詢可以協助改變這種態度。確保廢棄物處理人員有適當的裝備，並且可以維持整齊清潔，也有助於改變大眾觀感。

公共安置點和農村地區：在公共安置點和人口密度較低的地區，家庭固體廢棄物處理是可行的，甚至是較好的方法。根據評估家庭的大小和廢棄物流，來決定家庭固體廢棄物掩埋或焚燒坑洞的大小。在家庭廢棄物的處理坑洞周圍，應適當地用柵欄圍起來，以防止兒童和動物進入，在理想的情況下，應至少距離住宅 15 公尺。

對於鄰里或公共廢棄物的收集點，初期應每 40 戶家庭提供一個 100 公升的廢棄物箱；就長期而言，每 10 戶家庭應提供一個垃圾箱，因為家庭製造的廢棄物很可能會隨著時間而增加。另外，作為指導原則，每千人應配置一個 2.5 人的維護小隊。

重複使用、再利用與回收：除非對固體廢棄物進行重複使用、再利用或回收處理會帶來重大的公共衛生風險，否則鼓勵社區這樣做。可以考慮發展小規模商業機會的潛力，

或來自廢棄物回收的額外收入，以及家庭或公共有機廢棄物堆肥的可能性。

固體廢棄物管理標準 5.2：

安全管理固體廢棄物的家庭與個人行動

人們可以在家戶中安全地收集固體廢棄物，且有處理固體廢棄物的可能性。

關鍵行動

- 1 為家庭提供方便、大小適中，且有蓋的家用垃圾桶，或為小群住戶提供垃圾儲存容器。
 - 考慮家庭對重複使用和回收垃圾箱的數量和大小偏好。
- 2 設置有清楚標示和圍欄的公共鄰里廢棄物收集點，以供住戶每日存放垃圾。
- 3 建立一個系統，定期從指定的公共收集點，清運家庭與其他廢棄物。
- 4 確保安全地管理家庭或社區的固體廢棄物掩埋或焚燒坑洞。

關鍵指標

可使用指定鄰里或公共固體廢棄物收集點，且與住家距離在可接受範圍內的家庭之百分比。

回報在家中有適當且足夠的垃圾儲存容器的家庭百分比。

指引說明

規劃：人們所產生的固體廢棄物數量，取決於如何獲得及烹煮食物，以及在家中或住家附近從事哪些活動。垃圾量的變化可能是季節性的，而且經常反映物資發放或市場的日程。假設每人每天製造 0.5 公斤的固體垃圾，依據常用的固體廢棄物密度，以每立方公尺為 200 至 400 公斤換算，相當於每人每天約製造 1 至 3 公升的垃圾。



固體廢棄物管理標準 5.3：

社區層級的固體廢棄物管理系統

在指定的公共廢棄物收集點，沒有溢出廢棄物，且廢棄物的最終處理或處置是安全且妥善的。

關鍵行動

- 1 確保在如學校、學習中心、兒童友善空間，以及行政辦公室等機構，設置有清楚標示、合適且足夠收集該地點所製造廢棄物的有蓋現場儲存設施。
- 2 對在公共區域所產生的廢棄物，提供清楚標示和有圍欄的儲存設施，尤其是在正規或非正規的市集、中轉中心和登記中心。

關鍵指標

具備適當及足夠廢棄物儲存設施的學校和學習中心百分比

具備適當及足夠廢棄物儲存設施的公有市場百分比

在學校、學習中心、公有市場和其他公共機構的固體廢棄物掩埋坑或焚化爐有安全管理的百分比

指引說明

市場廢棄物：因為公共區域的固體廢棄物管理，經常缺乏指定的所有權和權責分工，因此需要特別注意市場。應採用與處理家庭固體廢棄物一樣的態度，來處理大部分的市場廢棄物。

屠宰場廢棄物：確保屠宰是衛生且符合當地法律的。許多屠宰場和魚市場所產生的固體廢棄物，都可以視為家庭固體廢棄物來處理，但要特別留意液體廢棄物。如果合適，應在屠宰場或漁產加工廠旁邊的有蓋坑洞中，處理這些廢棄物。透過有蓋排水槽將血液和其他液體廢棄物排放入坑洞內，以減少昆蟲進入坑洞中，還要提供用水供清潔使用。

6. 疫情爆發及醫療照護環境中的 WASH

WASH 和醫療行動者，皆致力於降低公共衛生風險、預防疾病傳播，以及控制疫情爆發。與政府部門和合作夥伴（跨兩個領域）的協力，對於解決社區和醫療照護環境中的公共衛生風險，乃是必要的。本標準建立在 WASH 的第 1 至 5 項標準，以及醫療衛生章節的基礎上，應完整參考這些章節，並據以引導所有的技術干預工作。

感染預防與控制（infection prevention and control, IPC），是在任何情勢下和疫情爆發回應行動中，預防疾病的重要活動，其對病患、醫療照護工作者和社區，都至關重要。醫療機構有責任確保在醫療照護環境可以符合《最低標準》的要求，但要做到這點需要來自 WASH 行動者的結構性協力與支援。

在社區和醫療照護環境中，良好且持續應用 WASH 實務作法，可以減少傳染病的傳播，並有助於控制疫情爆發。在此標準中的最低限度行動，可應用到正在進行中的回應行動，並凸顯在疫情爆發時可以擴大處理的地方。

以社區為本的疫情爆發回應

若欲對 WASH 計畫的每個環節都做出回應是不切實際的。應聚焦於當前的公共衛生風險，並與社區建立信任和責信關係。根據流行病學的研究結果、風險因素的評估、傳播途徑（尤其是糞口之外的途徑）、每一次干預的預期影響，以及可資運用的資源等，應排列回應行動的優先順序。

為了防止疾病的擴散，社區參與依舊是疫情爆發回應行動的關鍵環節。現有的社區觀念和信念可能支持或阻礙因應行動，因此了解並指出這些觀念和信念是重要的。為了預防疾病的傳播，可能需要修正某些社會規範。舉例來說，與社區合作共同找出可以取代握手的替代問候方式。

在受影響社區內，鼓勵特定疾病的預防和治療措施，包括使用蚊帳來預防瘧疾，或提供兒童口服補液鹽和鋅以治療腹瀉。

如果社區外展工作人員要主動執行病例探查或相關任務，則必須經過培訓。將所有數據，併入整體疫情爆發的調查和回應之中。快速追蹤疫情爆發的擴散程度，以及對誰產生了影響，對一個及時的回應行動是不可或缺的；而且，將數據整合到一個共同的系統中，可避免重複計算或漏失關鍵區域。⊕詳見《必要醫療照護—傳染病標準 2.1.4：疫情爆發之整備和回應》。

因為新出現的疾病會有不同的風險和影響，在任何疫情爆發期間，都要遵循最新的技術指引。在特定疾病預防感染的 IPC 中，有廣泛的指引必須優先遵循。⊕詳見本章《參考資料》。本標準提供了最低限度必須考慮的議題，並描述了 WASH 和醫療衛生領域之間的合作。下圖提供了疫情爆發期間，關鍵社區 WASH 行動的概要。關於醫療衛生行動，⊕詳見《必要醫療照護—傳染病標準 2.1.1 至 2.1.4》。





疫情爆發時期在社區的 WASH 行動原則（圖 5）

標準 6：

醫療照護環境中的 WASH

在所有醫療照護環境，都維持最低限度的 WASH 感染預防和控制標準，包括在疫情爆發時。

關鍵行動

- 1 提供適合醫療照護環境使用且有足夠水質和水量的可靠供水。
 - 儲存至少 48 小時可使用的安全水量（自由餘氯濃度 0.5mg/l），以確保穩定的供水。
 - 疫情爆發時期：增加供水量，並根據疾病的類型、風險和需求，調整水中的氯含量。
- 2 提供足夠的排泄物處理設施，以限制疾病傳播。
 - 提供便盆椅和桶式馬桶給行動不便者。
 - 使用水和清潔劑清洗衛生設施（包括廁所、淋浴間和洗滌區等），避免在廁所使用 效清潔劑。
 - 疫情爆發時期：在醫療照護環境中的每個區域提供排泄物處理設施。
 - 疫情爆發時期：為特定疾病調整提供的物資和補給品：如霍亂專用病床，及排泄物桶或嘔吐桶。
 - 疫情爆發時期：判斷是否需要針對排泄物設施與設備，進行清潔、移除與清淤所需的額外預防措施。
- 3 為醫護人員、病患和訪客提供足夠的清潔用品和設備，以維護個人衛生。
 - 在關鍵地點的洗手站，提供安全用水、肥皂或酒精乾洗手液。洗完手自然風乾，或使用「一次性」毛巾。
 - 疫情爆發時期：在每個區域提供洗手站。
 - 疫情爆發時期：建立額外的個人衛生習慣，如用加氯水洗腳，或在穿戴或脫下個人裝備前先洗手，並依疾病而定是否進行噴灑消毒用品等。
 - 疫情爆發時期：在病患出院前，提供特定的個人衛生用品和培訓。
- 4 保持清潔與衛生的環境。
 - 每天用水和清潔劑清潔地板和水平工作檯面。
 - 用 0.2% 濃度的含氯溶液，清潔和消毒可能被污染的物體表面。
 - 根據風險情況，在每次使用可重複性的醫療器材前先進行清潔、消毒或殺菌。
 - 如果床單有明顯污漬，浸濕後使用 0.1% 濃度的含氯溶液進行消毒；對手術室的所有床單進行消毒。
 - 疫情爆發時期：清潔地板和受污染的表面時增加消毒強度以。考慮建立消毒床單的專門機制。



- 5) 正確地處理和處置廢棄物。
 - 使用三桶分類處理法 (three-bin method)，就地分類醫療廢棄物。
 - 對所有負責分類和管理廢棄物的醫護人員進行培訓。
 - 確保指定的工作隊伍應穿戴個人防護裝備，以收集、處理和處置廢棄物（最少需穿戴手套和靴子）。
 - 疫情爆發時期：加強廢棄物處理的預防措施，根據疾病類型使用完整的個人防護裝備。
- 6) 確保所有醫護人員、病患和照顧者，皆能使用適當的個人防護裝備。
 - 依據暴露方式和隔離預防措施類別，提供個人防護裝備。
 - 訓練醫護人員、患者和設施內其他人士，選擇、使用和移除個人防護裝備。
- 7) 依據公共衛生實務，以有尊嚴、符合當地文化和安全的方式來管理和埋葬死者。
 - 考量地方傳統，以及身份確認的必要，並將死者交還給家屬。
 - 疫情爆發時期：如果一般實務作法不安全，則與社區共同議定替代方案。
 - 疾病爆發時期：訓練和配備工作團隊適當的個人防護裝備，以執行埋葬儀式。

關鍵指標

在每次接觸病人前後，所有醫護人員都使用肥皂或酒精乾洗手液來清潔雙手。

在處理和食用食物之前，以及在使用完廁所之後，所有病患和照顧者都有洗手。

所有的洗手站皆能提供肥皂或酒精乾洗手液（或在疫情爆發時期提供 0.05 %濃度的含氯溶液）

洗手站的數量

- 最小值：每 10 名住院病患配置 1 個洗手站

供水點的飲用水品質

- 最小值：每公升 0.5 至 1 毫克的自由餘氯 (FRC)

可供使用的安全用水量

- 最小值：每名門診病人每天 5 公升
- 最小值：在霍亂治療中心，每名患者每天 60 公升
- 最小值：在病毒性出血熱治療中心，每名患者每天 300 至 400 公升

無障礙廁所數量

- 最小值：每個門診設施設置 4 間（男性、女性、兒童和醫護人員分開使用）
- 最小值：每 20 名住院患者設置 1 間（男性、女性、兒童和醫護人員分開使用）

指引說明

感染預防和控制計畫在所有醫療照護環境中是不可或缺的，包括救護車和社區衛生計

畫。同時需要在標準預防、傳染預防，以及臨床無菌技術上，制定指導原則。在每個醫療機構都要有專責的感染預防和控制團隊，並對醫護人員進行培訓。監測系統應監督與醫療照護相關的感染情況，以及微生物抗藥性的情形。醫療照護環境應配置適當的人員和工作量，且一張病床僅能容納一名患者。應該在安全和適當的環境提供醫療照護服務，並配備充足的 WASH 基礎設施和設備，以維持安全的個人衛生習慣。⊕詳見《醫療系統標準 1.1 和 1.2》。

水量和水質：在計算所需的用水量時，⊕請參考《本章附錄 3》的數值，並依據實際情況進行調整，⊕詳見本章《附錄 3：最低用水量》。流動診所應致力於提供相同的 WASH 標準給門診病患，包括可取得安全水源與廁所。確保每個設施至少有 48 小時的供水量（和儲存量）。針對像是伊波拉和霍亂的疫情爆發，則應準備 72 小時的供水量。關於社區 WASH 計畫的基準，⊕詳見《供水標準 2.1 和 2.2》。

下表為在醫療照護環境中不同用途所需的含氯溶液：

含氯溶液	醫療照護設施活動
0.05%	洗手 洗衣（清潔後）
0.2%（霍亂） 0.5%（伊波拉）	清潔後擦拭水平工作檯面（僅限霍亂） 清潔用品、圍裙、靴子、餐具和餐盤 沖洗便盆、桶子 清洗被體液污染的物體表面 準備處理屍體（伊波拉爆發時）
2%	準備處理屍體（霍亂爆發時） 添加進盛裝排泄物與嘔吐物的桶子（霍亂）
1%	氯化水母液

排泄物管理：有關一般排泄物管理的指引，⊕詳見《排泄物管理標準 3.1 至 3.3》；而關於所需資料的具體訊息，⊕詳見《個人衛生宣導標準 1.3：經期衛生管理與失禁》。

應提供在技術與文化上皆適當的廁所設施，有著可以單獨上鎖且光線充足的廁所間，並讓照顧者有足夠的空間協助病患如廁。所有的衛生設施（廁所、淋浴間與洗滌區等）皆應使用水和清潔劑進行清潔。因為強效消毒劑會破壞某些病原體的自然生物分解過程，應避免在廁所內使用（尤其是在化糞池內）。

在疫情爆發期間，進行清潔、移除與清淤排泄物設施和設備時，要採取額外的預防措施（例如用含氯溶液清潔、用生石灰或氯來處理）。

灰水：在最低限度上，要使用油脂分離器和滲水坑來棄置灰水。確認這些處理設施設有圍欄，以防民眾破壞。

醫療照護廢棄物若含有傳染性生物體，如愛滋病毒和 B 型肝炎等，也會污染土壤和水源。一旦產生此類廢棄物時，至少應儘快使用三桶分類處理法，來收集和分離廢棄物：



種類	範例	容器顏色／標示
一般廢棄物 無危險性	紙類	黑色
使用過的尖銳物品 有危險性 具傳染性	針頭、手術刀、輸液器具、碎玻璃、空藥水瓶	黃色，標示「尖銳物品」，需防漏與防刺穿
非尖銳物品 有危險性 具傳染性	被體液污染的物品，例如棉花棒、敷料、縫線、實驗室培養物	黃色，應加標示及防漏

包含病理的（人體組織）、藥品的和化學的（實驗室試劑）廢棄物，可能需要更進一步的分類。至少要每天在醫療區域收集分類後的廢棄物，如果廢棄物具高度傳染性，則應立即收集。透過固定路線，使用手推車將廢棄物運送至指定區域，並限制民眾接近。廢棄物容器、手推車和儲存區域必須定期消毒，並為所有醫療廢棄物的處理人員，接種 B 型肝炎和破傷風疫苗。

根據可得的設施來處理和處置廢棄物：

種類	處理和處置方式
一般廢棄物	回收、焚燒或掩埋 市立垃圾掩埋場
使用過的尖銳廢棄物	尖銳物品掩埋坑 於掩埋場封裝及掩埋 焚燒（非藥水瓶）後於灰燼坑中掩埋（處理時要小心，因為銳器可能尚未鈍化）
有傳染性（非尖銳）的廢棄物	置入掩埋坑（用生石灰覆蓋廢棄物） 焚燒後在灰燼坑中掩埋 高壓滅菌或化學處理
病理廢棄物	依社會文化規範而定： 墓坑（例如胎盤坑）或掩埋場 火化
藥品廢棄物	如果可行則依照國家規定或退回給供應商 在掩埋場封裝及棄置 使用特殊焚化爐（大於攝氏 1,200 度）
化學廢棄物	如果可行則依照國家規定或退回給供應商 量少時可焚化或封裝 送至處置場或旋轉窯處理

焚化爐的溫度應超過攝氏 900 度，並應有兩個燃燒室。低品質的焚化爐會排放有毒氣體和空氣污染物，並且無法完全消毒。所有掩埋坑和焚化爐都應按照現有的國家和國際標準建造，並安全地營運、維護和拆除。

個人保護裝備 (PPE) 必須要遵循 IPC 協定，以確保病患、家屬和工作人員不會暴露於更大的風險中。

評估預期的暴露方式（潑濺、噴灑、接觸或碰觸）和疾病傳播類型。使用合身、耐用

與合適的裝備（例如抗體液的或防體液等的裝備）。

基本的個人防護裝備可以保護穿戴者避免接觸到血液、體液、分泌物或排泄物。這些裝備包括：碰觸傳染物質時的手套、當衣物或外露皮膚會接觸到傳染物質時穿的隔離衣與圍裙、防止潑濺、滴漏或飛沫的臉部保護，如口罩、護目鏡或面罩等。依據疾病傳播的類型，也可能必須要穿戴額外的個人防護裝備（或延長穿戴基本個人防護裝備的時間）：包括接觸類（例如在有病患的環境中穿戴隔離衣和手套）；飛沫類（距離患者 1 公尺範圍內要穿戴外科口罩）；以及空氣傳播類（穿戴防護微粒呼吸器）等。

將一次性個人防護裝備丟入更衣區入口處的垃圾桶（如 220 公升的桶子）中。收集垃圾箱後，運送至指定的廢棄物管理區域。將可重複使用的個人防護裝備（如耐用型手套和護目鏡等），放在裝有 0.5 % 濃度含氯溶液的箱子中，妥切地清潔、洗滌、修護，並儲存。

在每個脫衣步驟後，都應提供 0.5 % 濃度的含氯溶液，以清洗戴著手套的雙手。另外單獨設置提供洗手台 0.05 % 濃度含氯溶液的洗手台，作為脫衣過程的最後一個步驟。

死者遺體管理：宣導以安全、有尊嚴且文化合宜的方式埋葬死者，包括確認所有死者的身份。讓人們確認其家屬的身份，並舉行葬禮。不要隨便將屍體棄置於萬人塚。集體埋葬有可能成為取得提出法律要求所需的死亡證明的障礙。在安葬暴力事件受害者時，應考慮潛在的法律問題。⊕詳見《醫療系統標準 1.1：提供醫療服務》。

在疫情爆發時可能會視病原體及其傳播情況需要，擬定特別的預防措施，如使用含氯溶液清洗死者遺體。雖然清理和照顧死者遺體的儀式，可能會增加疾病傳播的可能性，但若未尊重文化敏感度，亦可能導致秘密舉行葬禮且不上報。

醫護人員和殯葬隊伍應一直穿戴個人防護裝備，為社區殯葬工作者提供社會心理服務。與社區領袖合作，以避免擔任此角色的人遭到污名化。

停止使用：諮詢社區、地方政府和人道主義行動者，共同決定在人道援助回應期間，如何讓臨時醫療設施停止運作。



本章附錄 1

供水、環境衛生與個人衛生宣導之初期需求評估檢核表

這份問題清單主要用於評估需求、確認資源，以及描述當地的情況。但本清單並不包括決定需要哪些外部資源，來補充立即且地方可得資源的問題。

一般性問題

- 有多少人受影響，以及他們現在在哪裡？按性別、年齡、身心障礙等面向，進行資料分類。
- 人們可能移動的情況為何？受影響民眾和潛在救援回應的安全因素為何？
- 當下、盛行或可能的 WASH 相關疾病有哪些？
- 誰是應該要諮詢或聯繫的關鍵人員？
- 誰是群體中最脆弱的人？為什麼？
- 現有的設施，包括公共場所、健康中心和學校，是否都能讓人公平使用？
- 對婦女、女孩、男孩和男人，有那些特殊的安全風險？處於風險群體的特殊安全風險又是什麼？
- 在危機發生前，人們用水、環境衛生和個人衛生方面的實際作法為何？
- 正式和非正式的權力結構為何（例如社區領袖、長老和婦女團體等）？
- 家庭和社區如何作出決策？
- 是否可以使用地方市場？在危機發生之前，以及在發生之際，可以從市場取得哪些重要的 WASH 用品和服務？
- 人們是否可取得現金和貸款？
- 是否有值得注意的季節性變化，例如在收成期間可能會限制取得或增加勞力需求？
- 誰是應聯絡並合作的關鍵政府當局？
- 誰是該地理區域的在地夥伴，如在 WASH 與社區參與方面具備類似能力的公民社會團體？

個人衛生宣導

- 在危機發生前，人們習慣於哪些供水、環境衛生和個人衛生方面的實務作法？
- 哪些現有的實際作法對健康是有害的，誰這麼做以及為什麼？
- 哪些人仍在進行正向的個人衛生行為，以及促使和激發他們如此做的原因為何？
- 對現有實際作法提出任何改變的建議，優點和缺點為何？
- 現有的正式和非正式溝通和外展管道有哪些？（如社區衛生工作者、傳統接生員、傳統治療者、社團、合作社、教堂和清真寺等）
- 當地可接觸到哪些大眾媒體？（例如廣播、電視、影片和報紙等）
- 有哪些在地媒體組織和非政府組織？
- 人口中的哪些族群可以且應該成為被鎖定的目標？（例如母親、兒童、社區領袖與宗教領袖等）

- 在此背景下，何種外展系統類型可以適用於立即和中程的動員？（例如社區個人衛生志工，或工作者或宣導人員、學校衛生社團，以及 WASH 委員會等）
- 個人衛生宣導人員和社區外展工作者，其學習需求為何？
- 根據偏好和需求，有哪那些可取得的非糧食物品？最迫切需要哪些物品？
- 人們從哪裡可以透過市場購買他們必要的個人衛生用品？自從危機發生以來，此管道是否有所改變？（成本、多樣性與品質）
- 家庭如何取得他們必要的個人衛生用品？關於要買或先買哪一種，需由誰決定？
- 醫療照護環境的個人衛生實際作法成效如何？（在流行病爆發時尤為重要）
- 婦女和女孩對於經期個人衛生實務的需求和偏好為何？
- 失禁患者的需求和偏好為何？

供水

- 現有的供水水源為何？而目前的使用者是誰？
- 每人每天可以使用多少水？
- 每天和每週可得的供水頻率是多少？
- 水源的供水是否可以滿足所有群體短期和長期使用的需求？
- 取水點是否距離人們居住的地方夠近？取水點是否安全？
- 目前的供水可靠嗎？能持續多久？
- 人們是否有大小和類型適當，且數量足夠的貯水容器（用以收集和儲存）？
- 水源是否受到污染或存在污染的風險（微生物的、化學的或放射性的）？
- 是否備有水處理系統？是否有必要加以處理？有可能加以處理嗎？哪種處理是必要的？
- 有必要消毒嗎？就水的口感和接受度而言，社區對於水中含氯的味道和氣味是否覺得有問題？
- 附近有其他替代水源嗎？
- 與水的收集、儲存和使用有關的傳統信仰和實務有哪些？
- 現有的供水水源在使用上有任何障礙嗎？
- 如果水源不足，群體有可能遷徙嗎？
- 如果水源不足，替代方案為何？
- 有與個人衛生有關的任何傳統信仰和作法嗎？（例如海地在霍亂爆發期間，該疾病被認為與巫毒文化有關）？這些信仰或作法是有益的或有利的？
- 與供水有關的重要個人衛生議題為何？
- 人們有在購買水嗎？如果有，在哪裡購買？購買成本為何，以及購買的目的為何？這種取水管道的（成本、水質和運送的規律性等）是否有所變化？
- 人們是否有辦法符合個人衛生習慣地使用水？
- 供水點、洗衣區和沐浴區的排水是否良好？
- 對於來自供水點、洗衣區和沐浴區的廢水，土壤條件是否適合進行就地或場外處理？是否已進行了土壤滲透測試？
- 在流離失所的農村，牲畜的常用水源為何？
- 可能的供水干預措施、抽水和水源的使用會對環境造成哪些影響？



- 目前還有哪些其他使用者在使用這些水源？如果新來的群體也使用相同的水資源，是否存在衝突的風險？
- 與私部門和（或）政府部門合作供水的機會為何？當前有哪些瓶頸和機會，可能會影響到回應的分析和建議？
- 哪些操作和維護的責任是必要的？有什麼能力可以在短期和長期內履行這些目標？而誰應該負起責任？
- 是否有現有或潛在的財務機制或系統可以回收營運和維護成本？
- 接待群體如何取得供水，以及如何確保水在使用點是安全的？

排泄物處置

- 環境中是否沒有糞便？
- 如果有人戶外排便，是否有在指定區域內？
- 有任何現有的設施嗎？如果有，它們有被使用嗎？是否足夠？是否順利運作？能否擴建或調整？
- 設施是否安全且顧及使用者的尊嚴？是否有照明、配備門鎖與隱私屏幕？人們在白天和夜間都可以使用廁所設施嗎？如果夜間無法使用，有哪些替代方案？
- 接待群體的排泄物管理實際作法為何？
- 目前的排便習慣對供水（地表水或地下水）或居住區域，以及整體環境有威脅嗎？
- 在廁所設計方面，有任何社會文化規範要考慮嗎？
- 人們熟悉廁所的設計、建造和使用嗎？
- 可獲得用來興建廁所的地方材料為何？
- 對於堆肥的現有接受度與實際作法為何？
- 兒童從幾歲開始使用廁所？
- 如何處理嬰幼兒的糞便？
- 地形的坡度為何？
- 地下水位是多少？
- 土壤條件適合進行就地處置排泄物嗎？
- 目前的排泄物處置安排是否助病媒滋生？
- 有物品或水可供清洗肛門嗎？人們通常如何處置這些物品？
- 人們會在排便後以及在準備食物與進食前，洗手嗎？在廁所旁或家庭中，有肥皂或其他清潔用品和用水嗎？
- 婦女和女孩如何管理月經？有適當的物品或設施可供使用嗎？
- 在醫療場所內有提供身心障礙者、愛滋病毒帶原者、失禁者，或行動不便者能無障礙使用的專門衛生設施或設備嗎？
- 是否已對環境考量進行評估：例如為了營建目的抽取沙子和礫石等原料，以及保護環境免受糞便污染？
- 社區中有如泥水工和木工的技術工人，以及非技術工人嗎？
- 有可使用的坑洞清空機器或清淤車嗎？現在處置已收集的糞便廢棄物的方法是否適當且安全？
- 排泄物管理，包括儲存、清空、處理和處置的適當策略為何？

病媒傳播疾病

- 病媒傳播疾病的風險為何？其嚴重性有多高？
- 地方病媒在繁殖、棲息和覓食方面的日常或季節性模式為何？
- 有與病媒和病媒傳播疾病相關的傳統信仰和實際作法（例如，相信髒水會導致瘧疾）嗎？這些信仰或作法是有益或是有害的？
- 如果病媒傳播疾病的風險很高，處於風險中的人們可獲得個人保護嗎？
- 有可能改變當地環境（尤其如透過排水、清除灌木叢、排泄物處置、固體廢棄物處置等方法）來抑制病媒繁殖嗎？
- 需要使用化學方法來控制病媒嗎？在使用化學物質控制病媒方面，現有的計畫、法規和資源為何？
- 需要提供給家庭的資訊和安全預防措施為何？

固體廢棄物管理

- 堆積的固體廢棄物是否造成問題？
- 人們如何處置他們的廢棄物？產生固體廢棄物的類型和數量為何？
- 固體廢棄物是否可以就處棄置，抑或需要被收集和進行場外處置？
- 受影響人們正常棄置固體廢棄物的實際作法為何？例如堆肥和（或）垃圾坑、收集系統、垃圾桶？
- 有會產生廢棄物的醫療設施和活動嗎？這些廢棄物如何處置？由誰負責？
- 有處置一次性衛生物品（例如，兒童尿布、經期衛生物品和失禁物品）的地方嗎？它們的處置是慎重的和有效的嗎？
- 現階段固體廢棄物處置對環境的影響為何？
- 私部門和政府部門固體廢棄物的管理能力為何？

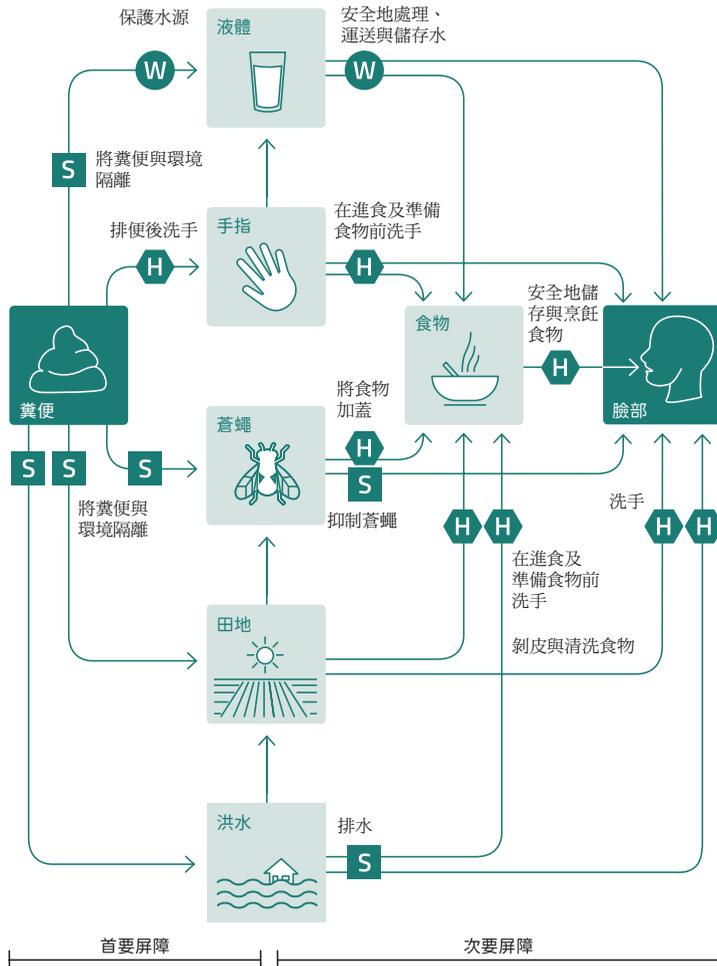


本章附錄 2

F 圖：腹瀉疾病的糞口傳染途徑

- W** 水
- S** 環境衛生
- H** 個人衛生

屏障可以阻斷疾病傳播，這些可分為首要的（避免與糞便初始接觸）和次要的（防止糞便被新的人碰觸）。也可以透過供水、環境衛生和個人衛生干預措施加以控制。



備註：本圖為各種途徑的概要；其他相關途徑可能也很重要。例如骯髒的貯水容器可能會污染飲用水，或不乾淨的炊具可能會污染食物。

5Fs：糞便 (faeces)、液體 (fluids)、手指 (fingers)、蒼蠅 (flies) 及食物 (food)。

資料來源：水、工程與發展中心 (WEDC)

本章附錄 3

最低用水量：生存數據與量化用水需求

生存需求：攝取水量 (飲用和進食)	每人每日 2.5 至 3 公升 (視氣候與個人生理機能而定)
基本個人衛生習慣	每人每日 2 至 6 公升 (視社會與文化規範而定)
基本烹飪需求	每人每日 3 至 6 公升 (視食物種類，以及社會與文化規範而定)
健康中心和醫院	每名門診病患 5 公升 住院病患每人每日 40 至 60 公升 每次手術治療和分娩 100 公升 洗衣設備、沖水馬桶廁所等可能需要額外用水量
霍亂治療中心	每名病患每日 60 公升 每名照顧者每日 15 公升
病毒性出血熱中心	每名病患每日 300 至 400 公升
治療性餵食中心	每名病患每日 30 公升 每名照護者每日 15 公升
就診人數不多的流動診所	每名患者每日 1 公升
就診人數多的流動診所	每名患者每日 5 公升
口服補液鹽供應點	每名患者每日 10 公升
接待／中轉中心	若停留超過一天，則每人每日 15 公升 若僅限日間停留，則每人每日 3 公升
學校	每名學生每日 3 公升，供飲用與洗手 (不包括如廁，詳見下方的「公共廁所」)
清真寺	每人每日 2 至 5 公升，供洗手與飲水之用
公共廁所	每名使用者每日 1 至 2 公升，供洗手之用 每間廁所每日 2 至 8 公升，供清潔之用
所有沖水馬桶	與下水道相連的傳統沖水馬桶，每名使用者每日 20 至 40 公升 一般按壓式沖水馬桶，每名使用者每日 3 至 5 公升
肛門沖洗	每人每日 1 至 2 公升
牲畜	大型或中型動物每隻每日 20 至 30 公升 小型動物每隻每日 5 公升



本章附錄 4

最少廁所數量：社區、公共場所與機構所需數量

場所	短期	中長期
社區	每 50 人一間廁所 (公用)	每 20 人一間廁所 (家庭共用) 每 5 人或一個家庭一間廁所
市場	每 50 個攤位一間廁所	每 20 個攤位一間廁所
醫院／醫療中心	每 20 床或每 50 名門診病患 一間廁所	每 10 床或每 20 名門診病患一間 廁所
治療性餵食中心	每 50 名成人一間廁所 每 20 名兒童一間廁所	每 20 名成人一間廁所 每 10 名兒童一間廁所
接待／中轉中心	每 50 人一間廁所 女廁與男廁比例為 3:1	
學校	每 30 名女孩一間廁所 每 60 名男孩一間廁所	每 30 名女孩一間廁所 每 60 名男孩一間廁所
辦公室		每 20 名員工一間廁所

資料來源：改編自 2002 年出版之《哈維、巴赫力與瑞德 (Harvey, Baghri and Reed)》

備註 1：若情境許可，一開始即以家庭共用廁所為目標，最好是各家庭都能安裝廁所，以增進接受度、自主權和文化適當的環境衛生干預措施。

備註 2：在社區裡，應提供相同廁所數量的沐浴設施：短期每 50 人一間，或長期每 20 人一間

本章附錄 5

與水和環境衛生相關的疾病

1. 與水相關感染之環境分類

類別	感染疾病	病原體
1) 糞口（水媒傳染或缺乏衛生用水） a) 腹瀉和痢疾	阿米巴痢疾 纖毛蟲症 彎曲桿菌腸炎 霍亂 隱孢子蟲症 大腸桿菌引發的腹瀉 梨形鞭毛蟲症 輪狀病毒腹瀉 沙門氏菌感染症 桿菌性痢疾 耶氏桿菌症	原蟲 原蟲 細菌 細菌 原蟲 細菌 原蟲 病毒 細菌 細菌
b) 腸熱病	傷寒 副傷寒 小兒麻痺症 A 型肝炎 鉤端螺旋體病 蛔蟲症 鞭蟲症	細菌 細菌 病毒 病毒 螺旋體 蠕蟲 蠕蟲
2) 缺乏衛生用水所導致 a) 皮膚和眼睛感染	傳染性皮膚疾病 傳染性眼部疾病	其他 其他
b) 其他	蟲媒介性斑疹傷寒 蟲媒介性回歸熱	立克次體 螺旋體
3) 以水為生的 a) 滲入皮膚	血吸蟲病	蠕蟲
b) 攝入	幾內亞線蟲症 中華肝吸蟲症 闊節裂頭條蟲症 肺吸蟲症 其他	蠕蟲 蠕蟲 蠕蟲 蠕蟲 蠕蟲
4) 與水相關的昆蟲病媒 a) 在近水處叮咬	昏睡病（非洲錐蟲病）	原蟲
b) 在水中繁殖	絲蟲病 瘧疾 河盲症（蟠尾線蟲病） 蚊媒病毒 黃熱病 登革熱 其他	蠕蟲 原蟲 蠕蟲 病毒 病毒 病毒

資料來源：「對抗飢餓組織（Action contre la Faim, ACF）」出版之
《面臨風險群體之供水、環境衛生與個人衛生》，附錄 5，第 675 頁。

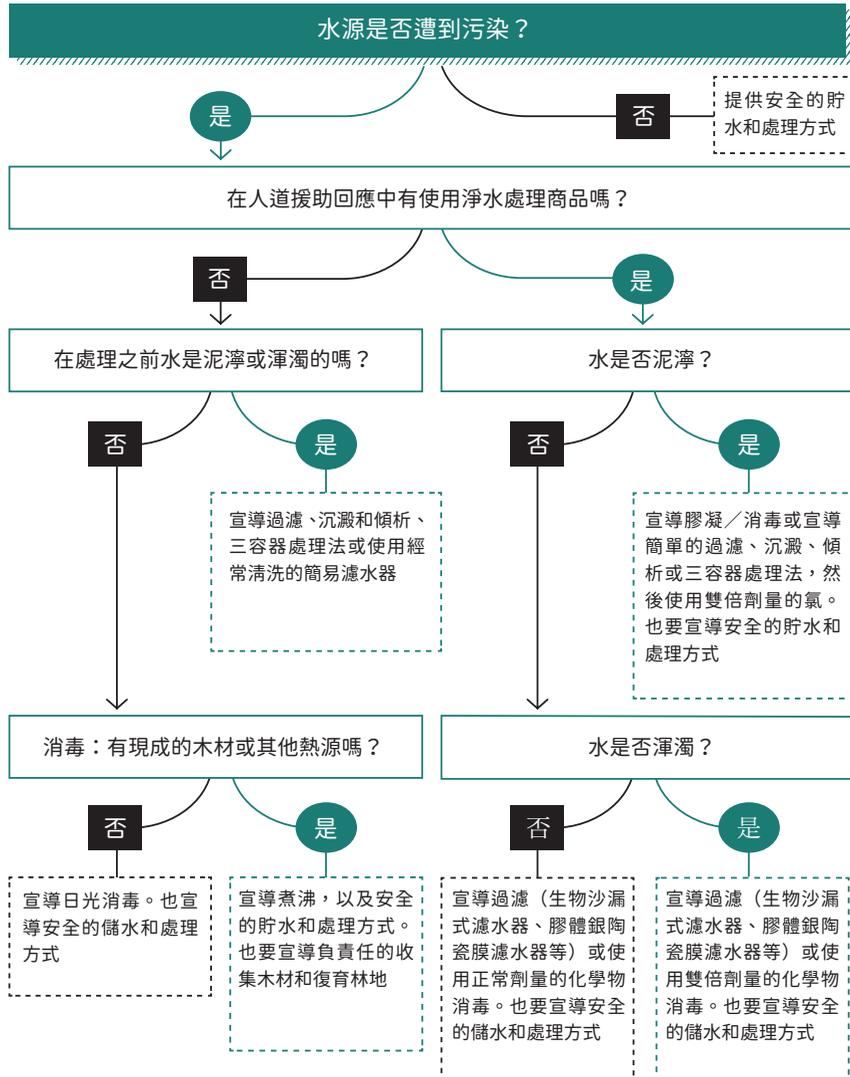


2. 與排泄物相關感染之環境分類

類別	感染	病原體	主要傳播機制	主要控制方法 (工程措施以斜體顯示)
1) 糞口 (非細菌) 無潛伏期，低感染劑量	小兒麻痺症 A 型肝炎 輪狀病毒腹瀉 阿米巴痢疾 梨形鞭毛蟲症 纖毛蟲症 蟯蟲病 膜樣條蟲病	病毒 病毒 病毒 原蟲 原蟲 原蟲 蠕蟲 蠕蟲	人與人接觸傳染 家庭污染	提供生活用水 改善住居 提供廁所 衛教
2) 糞口 (細菌) 無潛伏期、中等或高感染劑量、持續性中等且能夠繁殖	腹瀉和痢疾 彎曲桿菌腸炎 霍亂 大腸桿菌引發的腹瀉 沙門氏桿菌症 桿菌性痢疾 耶氏桿菌症 腸熱病 傷寒 副傷寒	細菌 細菌 細菌 細菌 細菌 細菌 細菌 細菌	人與人接觸傳染 家庭污染 水污染 農作物污染	提供生活用水 改善住居 提供廁所 於排泄物再利用或移除前先進行處理 衛教
3) 藉由土壤傳播的蠕蟲 有潛伏期且持續性長，沒有中間宿主	蛔蟲病 (線蟲) 鞭蟲症 (鞭蟲) 鉤蟲 糞小桿線蟲病	蠕蟲 蠕蟲 蠕蟲 蠕蟲	庭院污染 公共排便區地面污染 農作物污染	提供有乾淨地面的廁所 在土地利用之前先進行排泄物處理
4) 牛肉和豬肉中的條蟲 有潛伏期且持續性長，以牛或豬為中間宿主	條蟲病	蠕蟲	庭院污染 田地污染 飼料污染	提供廁所 在土地利用前先進行排泄物處理 烹煮食物與檢查肉類
5) 以水為生的蠕蟲 有潛伏期且持續性長，以水中生物為中間宿主	血吸蟲病 肝吸蟲病 裂頭條蟲病 肺吸蟲病	蠕蟲 蠕蟲 蠕蟲 蠕蟲	水污染	提供廁所 移除排泄物前先進行處理 控制動物感染 烹煮食物
6) 排泄物相關的昆蟲病媒	絲蟲病感染 (由尖音家蚊傳播) 第 1 至 4 類的感染，特別是第 1 和第 2 類可能透過蒼蠅和蟑螂傳播	蠕蟲 其他	在各種被糞便污染的地方所繁殖的昆蟲	找出和消除潛在的昆蟲繁殖點 使用蚊帳

本章附錄 6

家庭用水處理與貯存的決策樹



家庭用水處理與貯存的決策樹（圖 6）

資料來源：改編自紅十字會與紅新月會國際聯合會（The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, IFRC）於 2008 年版的《緊急情況下家庭用水處理與安全貯存手冊》



參考資料與延伸閱讀

一般性／用水權

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

WASH 對健康的影響

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.

有效的 WASH 計畫

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

保護與 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.ineesite.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>

個人衛生宣導／行為改變

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 handwashing 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.

經期個人衛生

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. Columbia University, Mailman School of Public Health and International Rescue Committee. New York, 2017. www.rescue.org

失禁

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

排泄物管理

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. Rehfuss, 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 review.” *Environmental Health Perspectives*, vol. 121, 2013. <http://hsr.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

用水處理

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.

供水品質

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.

病媒控制

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.net>

固體廢棄物管理

Disaster Waste Management Guidelines. UNOCHA, MSB and UNEP, 2013. www.eccentre.org

Technical Notes for WASH in Emergencies, no. 7: Solid waste management in emergencies. WHO/WEDC, 2013. www.who.int

疫情爆發時的 WASH

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>

感染預防與控制

- 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 與營養

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、現金與市場

CaLP CBA quality toolbox. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

延伸閱讀

關於延伸閱讀的建議清單，請至下列網站查詢：www.spherestandards.org/handbook/online-resources



延伸閱讀

一般性／用水權

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

一般性／環境

Environment Marker – Guidance Note. UN OCHA & UNEP, 2014. www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Environment%20Marker%20Guidance%20Note_Global_2014-05-09.pdf

有效的 WASH 計畫

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 與保護

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/>

個人衛生宣導／行為改變

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](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/

經期個人衛生

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/jkxooof256/files/Menstrual%20hygiene%20matters%20low%20resolution.pdf>

排泄物管理

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

供水品質

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.

Villeneuve, 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

病媒控制

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/4afacfd9.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.

疫情爆發時的 WASH

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 與營養

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>

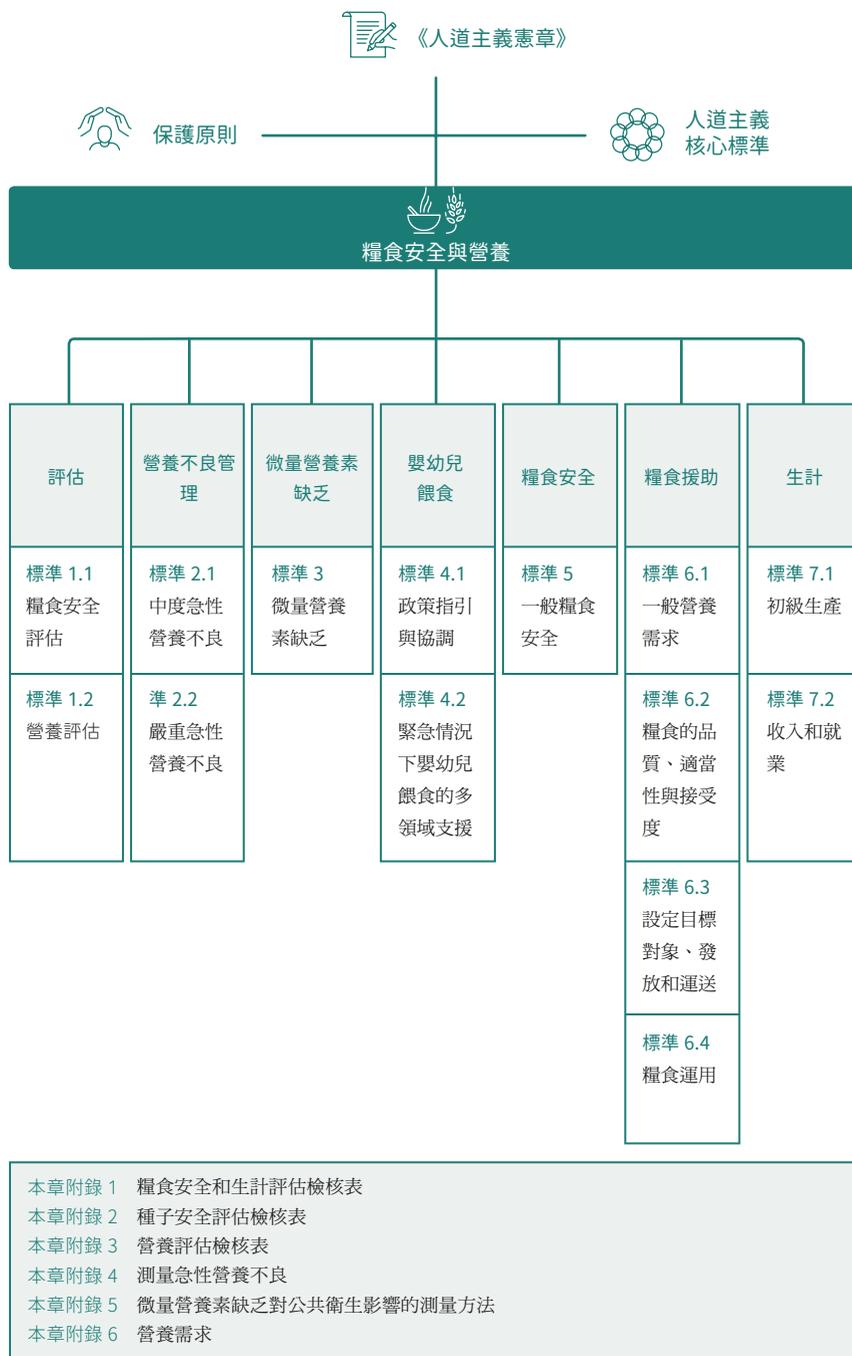
WASH、現金與市場

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



糧食安全與營養



本章目錄

糧食安全與營養的基本概念	160
1. 糧食安全與營養評估	164
2. 營養不良管理	170
3. 微量營養素缺乏	178
4. 嬰幼兒餵食	181
5. 糧食安全	187
6. 糧食援助	190
7. 生計	201
本章附錄 1：糧食安全和生計評估檢核表	207
本章附錄 2：種子安全評估檢核表	209
本章附錄 3：營養評估檢核表	211
本章附錄 4：測量急性營養不良	213
本章附錄 5：微量營養素缺乏對公共衛生影響的測量方法	216
本章附錄 6：營養需求	219
參考資料與延伸閱讀	221



糧食安全與營養的基本概念

人人都享有免於飢餓的自由以及取得適足糧食的權利

《環球計畫》的糧食安全與營養最低標準實際體現了人道主義脈絡下的適足糧食權。這些標準以《人道主義憲章》宣示的信念、原則、義務和權利為基礎。這些權利包括有尊嚴生活的權利、獲得保護和安全的權利，以及依據需求接受人道援助的權利等。

關於《人道主義憲章》的主要法律和政策文件清單，包含對人道援助工作者的說明意見，[☉詳見本手冊《附錄 1》](#)。

營養不良會降低人們在危機後的復原能力，還會損害認知功能、降低對疾病的免疫力、增加罹患慢性疾病的可能性、限制生計機會，並減少投入社區活動的能力。同時還會破壞韌性，並可能增加對現有支援行動的依賴。

營養不良的成因十分複雜

導致營養不良的直接原因是糧食攝取不足和反覆罹患疾病，[☉詳見下方《圖 7》](#)。而根本原因則是家庭糧食不安全、不良的餵食和照護方法、不健康的家庭環境和欠缺醫療照護等。

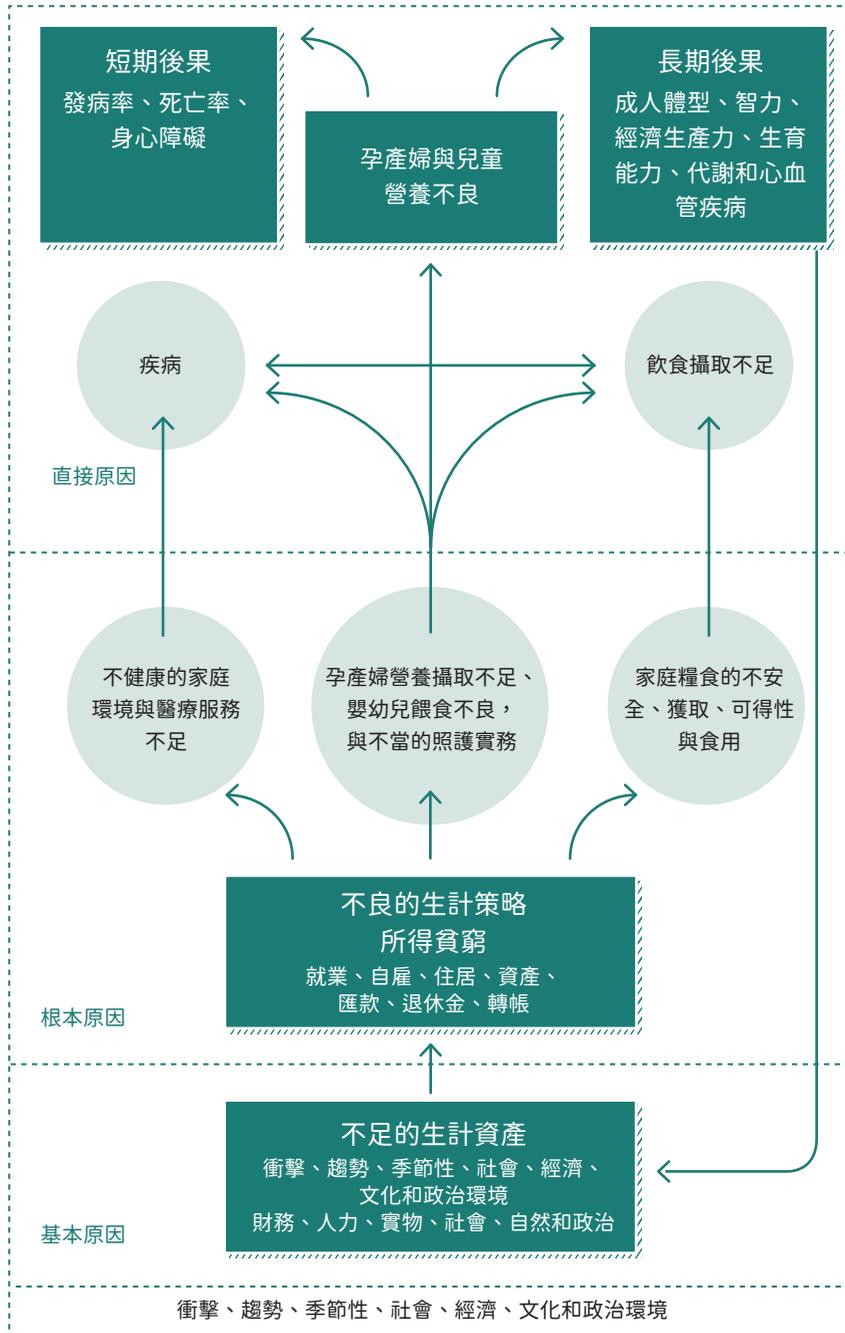
這些根本原因是相互連結的。因此，儘管糧食不安全是造成營養不良的一個原因，但除非其他原因也能同時得到解決，否則提供糧食援助不太可能帶來持久的解決方案。糧食和營養回應行動應當與供水、環境衛生與個人衛生宣導（WASH）、收容與安置，以及醫療照護回應行動相互協調配合。舉例來說，人們需要質與量都足夠的水，來準備有營養的糧食以及採行安全的餵食作法。若可以使用環境衛生與個人衛生設施，將減少疫情爆發的風險。而能夠獲得適當的住所，則可以使用烹飪設施，並保護人們免於受到極端氣候的影響，從而進一步降低罹病風險。當人們可以獲得良好的醫療照護時，他們的營養狀態就可能更好，也因而提升尋求生計機會的能力。

控制根本原因可以預防和降低營養不良情況。若人們保留生計的資產，則可以提升人們解決其他潛在營養不良成因的能力。因此，保留這些資產對於控制營養不良是至關重要的。維持生計的資產包括設備和機械、原物料、土地、知識以及可以順利進入營運中之市場的機會。糧食安全與營養的回應行動應該有助於保護和開發這些資產，從而支援不同的生計策略，無論營養不良率是否偏高。

危機發生後的環境中的社會、經濟、文化和政治變化，都會影響家庭的因應策略以及獲得生計資產的機會。穩定這些外部因素將有助於增加獲得收入的機會，最終將減少人們暴露於營養不良成因的風險中。

在城市地區工作帶來特殊的挑戰

日益都市化為糧食安全與營養領域帶來新的挑戰。都市環境本身就潛在地提供更多就業和創造收入的機會，然而隨著都市人口增加，這些地區對於住房和服務的需求也會增加。在許多情況下，現有的土地使用規劃政策與策略已無法滿足這些超乎預期的需求。過度擁擠、空氣污染、廢棄物管理不當，以及貧民窟缺乏衛生設施等，都增加了



糧食安全與營養：營養不良的成因（圖 7）

罹患急性疾病的機會，這也降低了人們利用改善生計機會的能力，並經常引發造成營養不良的根本原因。

部分族群特別容易營養不良

若要發展適當的糧食回應行動，需要充分瞭解孕婦和哺乳期婦女、嬰幼兒、年長者和身心障礙者的獨特營養需求。改善家戶層面的糧食安全也需要瞭解各種不同的角色。舉例來說，女性往往在為家庭規劃和準備食物方面，扮演著更重要的角色。

在最低限度上，需要依性別、年齡和身心障礙來進行數據分類，這顯示了誰需要何種糧食，以及誰可能缺乏重要的營養元素。以同樣的方式將糧食發放後的監測結果進行分類，以確認各項計畫干預措施是否提供了公平取得充足和適當糧食與營養的機會。

預防營養不良與治療急性營養不良同樣重要。糧食安全與營養干預措施可以確定短期的營養和健康狀況，以及長期的生存和福祉議題。

各項最低標準不應單獨運用

本章所列舉的各項《最低標準》，反映了取得糧食權的核心內涵，並有助於在全球逐步實現這項權利。

適足糧食權與取得供水和衛生設施、健康和住所的權利息息相關。在其中一個領域實現《最低標準》的進展，也會影響在其他領域的進步。因此，有效的回應行動需要與其他領域、地方政府和其他回應機構密切協調與合作，這將有助於確保需求得以滿足、各項努力不會重複，以及糧食安全與營養回應行動品質的最佳化。在整本《手冊》的相互參照中，指出了一些潛在關聯性。

舉例來說，如果無法滿足營養需求，對 WASH 的需求會變得更大，因為人們面對的疾病脆弱性增加了。這同樣也適用於愛滋病毒盛行或是很大比例是年長者或身心障礙者的群體。在這些情況下，醫療照護資源也需要加以調整。根據領域間共享的資訊來判定優先事項，並隨著情況演變進行檢視。

當國家標準低於《環球計畫最低標準》時，人道援助組織應與政府合作，以逐步提高這些標準。

國際法明訂保障取得適足糧食的權利

國際法保障免於飢餓與適足糧食權，要求在任何時候都能在實質與經濟層面獲得適足的糧食。當包括難民和國內流離失所者在內的個人或群體在危機來臨時無法取得足夠的糧食，國家有義務確保這項權利。⊕詳見本手冊《附錄 1》。

如果本國資源不足，政府可請求國際援助。這樣做時，這些國家應該：

- 尊重既有取得適足糧食的管道，並允許繼續這種取得管道；
- 保障個人取得適足糧食的機會，確保任何組織或個人都不能剝奪其取得糧食的機會；以及
- 藉由提供人們所需資源，積極支持他們以確保生計和糧食安全。

《日內瓦公約》禁止扣押本應提供給平民的適足糧食作為戰爭手段。公約也禁止對農

作物、牲畜、食品、灌溉工程、飲用水設施和供應，以及生產糧食的農業區進行攻擊、破壞、遷移或致使無用等行為。

在佔領的情況下，國際人道法要求佔領勢力確保當地人口有適足的糧食，包括若被佔領地內糧食不足時，需開放進口。

與《保護原則》和《人道主義核心標準》的連結

糧食和營養援助如果遭到濫用，就有可能導致嚴重的人權侵害，尤其是剝削或虐待計畫的參與者。必須與受影響群體一起設計各項計畫，並以有助於他們安全、尊嚴和誠信的方法執行。對工作人員和資源進行適當的管理和強力監督都是必要的，同時要求參與執行援助計畫的人員嚴格遵守和執行所有行為準則。與受影響的群體共同建立明確的回饋機制，並迅速回應所有顧慮。援助工作者接受兒童保護相關的培訓，並知道如何使用轉介系統，處理包括針對兒童的疑似暴力、虐待或剝削案件。⊕詳見《保護原則 1》和《人道主義核心標準之承諾 5》。

無論在任何情況下，都應審慎評估軍民合作與協調，例如後勤支援等，特別是在衝突環境中。⊕詳見《何謂環球計畫？》以及《保護原則》。

在應用《最低標準》時，《人道主義核心標準》的所有九項承諾都應納入考慮，作為提供有責任的糧食安全和營養計畫之基礎。



1. 糧食安全與營養評估

在整個危機期間需要進行糧食安全和營養評估。這些評估可以顯示情境如何演變，並可以適時調整回應行動。在理想情況下，糧食安全和營養評估應該同時進行，因為它們都能指出對營養充足以及糧食供應、取得和使用的障礙。糧食安全與營養聯合評估可以提高成本效益，並將營養與糧食安全計畫相互連結。

評估應遵循廣泛採納的原則，運用國際公認的方法，並在人道援助組織和政府間保持公正、具代表性和協調良好。各項評估還應具互補性、一致性和可比較性。利害關係人必須就適合的研究方法達成共識，還應該納入所有受影響的群體，並特別關注處於風險中的族群。多領域評估可以用於協助評估大規模危機和廣泛地理區域。

糧食安全和營養評估的目的可以是：

- 瞭解情況、當前需求以及如何滿足這些需求；
- 估算有多少人需要援助；
- 找出風險最高的族群；以及
- 提供基準線來監督人道援助回應行動造成的影響。

評估可以在危機的不同階段進行。例如：

- 在最初的 2 到 3 天內進行前期評估，以立即開始發放糧食援助；
- 在 2 到 3 周內進行快速評估，根據假設和預測為援助計畫設計提供基礎；
- 若危機情況似乎正在惡化或需要更多資訊來制定復原計畫，則在 3 至 12 個月內進行詳細評估。

詳細的糧食安全評估可以確認生計策略、資產和因應策略，並考量在危機中這些要素發生了什麼變化，以及對家庭糧食安全造成什麼後果。詳細評估應該確定如何才能最好地保護或推廣這些生計策略，以達成糧食安全目標。

詳細的營養評估包含收集和分析具代表性的資料，以確認急性營養不良的盛行率、嬰幼兒餵食，以及其他照護實務。這些資料，結合對營養不良的其他根本原因分析，以及對健康和糧食安全的評估，共同呈現營養的因果分析，將有助於規劃、執行和監督營養計畫。

在城市和農村環境中，市場在糧食安全和營養方面皆扮演關鍵角色。所有的評估都應該包含符合市場分析最低標準（Minimum Standard for Market Analysis, MISMA）和經濟復甦最低標準（Minimum Economic Recovery Standard, MERS）的市場分析。⊕請參閱《透過市場提供援助》。

下列糧食安全和營養評估標準係以《人道主義核心標準之承諾 1》為基礎，為受影響的人群設計適當的糧食安全和營養回應行動。評估檢核表，⊕請見《本章附錄 1、2、3》以及《牲畜緊急情況指南與標準手冊》（LEGS 手冊）。

糧食安全與營養評估標準 1.1：

糧食安全評估

在人們面臨糧食不安全風險的地方進行評估，以判定糧食不安全的程度和範圍、找出受影響最嚴重的群體，並議定最適當的回應行動。

關鍵行動

- 1 在危機初期及期間收集並分析糧食安全相關資訊。
 - 納入與糧食安全有關的關鍵議題分析，例如環境惡化、安全和市場管道等。
- 2 分析糧食安全對受影響群體營養狀態之影響。
 - 納入檢視造成營養不良的根本原因，包括不適當的照護、不健康的家庭環境、缺乏醫療照護財務或無法取得社會保障系統等。
 - 在城市環境中應更頻繁地收集資料，因為相較於農村環境，城市環境情況變化可能更快速也更難觀察。
- 3 找出有助於拯救生命以及保護與促進生計可能的回應行動。
 - 納入市場評估以及政府和其他行動者回應需求的能力等考量。
- 4 分析可得的煮食資源和方法，包括爐子和燃料的類型，以及可取得的炊具與餐具等。
 - 分析人們在危機發生前如何取得和儲存糧食以及煮食用燃料、在危機前的收入情形，以及現在如何因應等資訊。
 - 應注意婦女和女孩的權利和保護需求，因為大多數是由她們負責收集燃料和準備糧食。

關鍵指標

使用標準化協定來分析糧食安全、生計與因應策略。

整合包括評估研究方法和所遭遇限制的研究結果之分析報告百分比



指引說明

危機發生前的資料，加上地理資訊系統資料，可以提供危機潛在影響的概觀。然而，其不太可能細分到足以清楚呈現一個城市的情況。

評估來源、工具和資訊系統：資訊來源包括農作物評估、衛星影像、家戶評估、焦點團體討論，以及對關鍵資訊提供者的訪談等。有用的工具包括糧食消耗評分（Food Consumption Score）、家庭飲食多樣性評分（Household Dietary Diversity Score）和減少因應策略指數（Reduced Coping Strategies Index）等，用來快速測量家庭的糧食安全情況。另外還有許多地方和區域的糧食安全資訊系統，包括飢荒預警系統。在可行

時使用整合糧食安全階段分類（Integrated Food Security Phase Classification），並運用標準化協定，針對關注地區的急性糧食不安全程度和原因進行分類。糧食安全計畫的設計應奠基於使用評估結果而建立的明確回應分析之基礎上。

環境惡化可能會導致糧食不安全，而糧食不安全也可能造成環境惡化。舉例來說，收集木柴製造傳統木炭，讓人們得以烹煮食物，並透過出售木炭獲得收入。然而，這也可能導致森林濫伐。回應行動應該保護及支援糧食安全，同時也需限制對環境的負面影響。

處於風險中的族群：根據性別、年齡、身心障礙、財富群組和其他相關因素細分資料。在保障家庭營養福祉方面，婦女和男人可能扮演不同的互補角色。針對與糧食安全、糧食準備和家戶資源相關的實務作法，對雙方進行諮詢，必要時可以分別與之討論。要注意年長者和身心障礙者有可能在家庭內部分配糧食援助時被排除在外。

還要將女孩和男孩納入考量，特別是以兒童為戶長的家庭、失散或無人陪伴的兒童、身心障礙兒童以及生活在替代照顧環境中的兒童。應留意處於不同危機情境中的兒童。舉例來說，在傳染病爆發期間，應考慮到在觀察中心、臨時照顧中心和治療中心的兒童。而在衝突環境中，也應將在復員中心的童兵納入考量。

因應策略：考慮各類因應策略，它們的有效性和負面影響。有些因應策略，例如出售土地、舉家搬遷或砍伐森林等，有可能永久破壞未來的糧食安全。有些婦女、女孩和男孩所使用或強加在他們身上的因應策略，可能會影響他們的健康、心理福祉和社會融合。這些因應策略包括交易的或「為生存而進行的」性行為、為了金錢而嫁女兒、婦女和女孩最後才能吃飯且吃得最少、童工、危險移居以及買賣和販運兒童等。

替代測量方法：攝食量反映了家戶中個人攝入的熱量和營養。在進行前期評估時，量測實際的熱量和營養攝取量是不切實際的，因此要使用替代指標。舉例來說，一個人或一個家庭所攝入的糧食類型與數量，以及在一段時間內的攝食頻率，可以反映其飲食多樣性；每日用餐次數的變化和飲食的多樣性，是糧食安全很好的替代測量值，特別是能夠對應家庭的社會經濟地位。

測量糧食消耗模式的工具包括家庭飲食多樣性得分、家庭糧食不安全獲取量表（Household Food Insecurity Access Scale）和糧食消耗評分等。家庭飢餓量表（Household Hunger Scale）是另一個適合用於衡量糧食不安全的替代指標。有些常用的指標，像是糧食消耗評分，有可能無法充分反映城市環境中的糧食不安全狀況。將所選定的測量方法與因應策略的測量方法進行交叉比對，以瞭解獲取糧食的各種不同限制。

糧食支出占比（Food Expenditure Share）及既定的門檻，可能過於複雜而無法在都市家庭中實施。原因包括可能家庭中有多人負責採購糧食、家庭成員在外用餐，以及有多名家庭成員共同貢獻家庭收入等。

市場分析和飲食成本：要獲取關於進入市場、財務資本、生計和經濟脆弱度的資訊，這些要素與影響糧食安全的商品價格、賺取收入機會，和工資率息息相關。正規和非正規的市場體系，都可以透過提供像種子或工具等生產性物品來保護生計。⊕詳見《糧食安全與營養—生計標準 7.1 和 7.2》。

將市場分析納入前期和後續情境評估之中。市場分析應評估當地市場是否足以支撐營養需求，並建立滿足典型家庭營養所需糧食的最低成本和負擔能力。⊕請參閱《[透過市場提供援助](#)》。

以市場為基礎的人道援助回應，在農村地區不斷地增加，而在城市地區也是常態。運用攤販、市場空間、當地食品和運輸服務來滿足受影響群體的需求。因此瞭解處於風險族群能否進入市場這點，顯得非常重要。⊕詳見《[MISMA 手冊](#)》。

糧食安全與營養評估標準 1.2：

營養評估

使用公認的方法來進行營養評估，以確認營養不良的類型、程度和範圍、風險最高的族群，以及適當的回應行動。

關鍵行動

- 1 彙整危機發生前的資訊並進行前期評估，以確定營養狀況的本質和嚴重性。
 - 評估國家和地方政府以及其他營養議題行動者的領導或支援回應行動的能力。
- 2 進行快速「上臂中圍」（mid upper arm circumference, MUAC）篩檢和「緊急情況下的嬰幼兒餵食」（infant and young child feeding in emergencies, IYCF-E）評估，以評量危機發生時的營養狀況。
- 3 找出最需要營養支援的族群。
 - 從第一手與第二手資料蒐集營養不良成因的資訊，包括社區的觀感與看法。
 - 與社區共同找出處於風險中的族群，特別關注年齡、性別、身心障礙、慢性病或其他因素。
- 4 根據對當地脈絡和緊急狀態的理解，決定適當的回應行動。
 - 判斷當前情況是穩定的或持續惡化中，檢視營養情況隨時間演進的趨勢變化，而非僅探討特定時間點的營養不良盛行率。
 - 應同時考量預防和治療的選項。



關鍵指標

使用標準化協定來評估營養不良狀況，並找出成因。

包含評估研究方法與所遭遇限制的評估報告百分比。

指引說明

情境資訊：營養不良成因的資訊可從第一手和地二手資料中蒐集，包括健康和營養概況、研究報告、預警資訊、醫療設施記錄、糧食安全報告和其他來源等。範例包括：

- 人口統計分類健康調查；
- 多重指標群組調查；
- 國家營養資訊資料庫；
- 其他國家級健康和營養調查；
- 國家營養監測系統；
- 既有營養不良管理計畫的加入比例率和覆蓋度；以及
- 愛滋病毒盛行率、發病率和死亡率，包括高風險或感染人數較多族群的分析。⊕詳見《必要醫療照護—性與生殖健康標準 2.3.3：愛滋病毒》。

在地機構和社區本身應儘可能積極投入參與評估、詮釋調查結果以及規劃應變措施。

快速回應：在危機發生後的第一階段，有關整體糧食分配或營養不良立即處理之決定，應以快速評估、前期調查結果和現有回應能力為基礎，之後再進行深入分析，然而不應延誤嚴重時期的回應行動。

分析範圍：在已確認有資訊落差，以及需要更多資訊進行計畫設計，以衡量計畫成果或進行倡議時，應進行深入評估。判斷是否需要進行全體人口的質化與量化評估，以瞭解人體測量狀態、微量營養素狀況、嬰幼兒餵食、孕產婦照顧實務作法，以及營養不良相關的潛在決定因素等。並與醫療衛生、WASH 和糧食安全等相關領域共同協調，設計和準備評估的進行。

人體測量調查：這些調查是用來檢視人體的生理比例，並提供慢性與急性營養不良率的估算。調查可以依據隨機抽樣或特定篩選調查對象。調查還應根據世界衛生組織制定標準，描述「身高別體重 Z 分數」（weight-for-height Z score）的測量結果，並根據所得的 Z 分數，與國家衛生統計中心（National Center for Health Statistics, NCHS）過去所公布的調查結果進行比對，同時還應納入依據「上臂中圍」數據資料測量出的營養不良性消瘦與嚴重營養不良性消瘦資料。最廣為接受的作法，是評估 6 至 59 個月大的兒童其營養不良的程度，當作全體人口的替代數據；但是如果有其他族群面對更大的營養風險，就應考慮將其一併納入評估中。⊕詳見《本章附錄 4：測量急性營養不良》。

確認營養不良性水腫比例，並分開建檔。報告營養不良率的信賴區間，並說明調查的品質保證。使用現有的工具，例如救援與過渡的標準化監督與評估（Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions, SMART）研究方法手冊、難民人口的標準化擴充營養調查（Standardised Expanded Nutrition Survey, SENS），以及緊急營養評估軟體或 Epi Info 統計軟體等。

嬰幼兒餵食評估：評估緊急情況下嬰幼兒餵食（IYCF-E）的需求和優先事項，並監督人道援助行動和不作為對於 IYCF-E 實務所造成的影響，危機發生前的資料可為早期決策提供資訊。與其他領域合作，將 IYCF-E 相關提問納入其他領域的評估之中，並運用現有的多領域資料為評估提供資訊。⊕詳見《本章附錄 3：營養評估檢核表》。

納入可得的哺餵母乳輔導員、受過培訓的醫療工作者和其他支援服務的數量及其能

力。若欲進行更深入的評估，可採取隨機抽樣、系統抽樣或群組抽樣等方法。可以單獨進行 IYCF-E 調查，或是以整合性調查來進行。然而，整合性調查可能造成樣本數不足，而降低調查的代表性。

其他指標：可仔細考慮營養狀況的全面評估是否要納入額外的資訊，像是疫苗接種和營養計畫的覆蓋率，特別是麻疹、維生素 A、碘或其他微量營養素缺乏症、發病率和求醫行為等資訊。若可取得嬰兒和 5 歲以下兒童的粗死亡率與死因等資料，亦可考慮一併納入。

詮釋營養不良的程度：需要對參考群體的規模和密度及其死亡率和發病率進行詳細分析，以決定營養不良是否已達到需要干預的程度。同時還需要蒐集健康狀況、季節性波動、IYCF-E 指標、危機前的營養不良程度、嚴重急性營養不良對應全球急性營養不良的佔比，以及微量營養素缺乏程度等資訊。⊕詳見《必要醫療照護標準 2.2.2：新生兒和兒童疾病管理》和《本章附錄 5：微量營養素缺乏對公共衛生影響的測量方法》。

互補性資訊系統的組合可能是監督趨勢最具成本效益的方法。考慮到像是糧食安全、生計以及健康與營養等變量的決策模式和策略，可能是比較適當的作法。⊕詳見《糧食安全與營養評估標準 1.1：糧食安全評估》。



2. 營養不良管理

營養不良的預防和治療皆是人道主義危機中很重要的考量。慢性營養不良是可以預防的，但顯示可以逆轉或治療的實證卻很有限；另一方面，在危機時可能觸發的急性營養不良，則可以透過正確的營養回應行動加以預防和治療。

營養回應行動是降低受影響群體發病率和死亡率的關鍵。然而，這需要瞭解造成營養不良的複雜成因。若要解決所有的成因及其相互作用，多領域的策略方法至關重要。

中度急性營養不良之管理：在危機時期，補充性餵食（supplementary feeding）往往是預防和治療中度急性營養不良的主要策略。

常見的補充性餵食計畫有兩種，分別是基於預防目的之全面性補充性餵食（blanket supplementary feeding）計畫，以及治療中度急性營養不良和預防重度急性營養不良的針對性補充性餵食（targeted supplementary feeding）計畫。應視急性營養不良的程度、人口族群的脆弱程度，和急性營養不良情況增加的風險等因素而決定應開展何種計畫。

當糧食不安全程度很高，而干預措施又需要擴大到比中度急性營養不良更多的個案時，建議採用全面性補充性餵食計畫，同時還應對受影響的家戶進行一般性糧食發放。全面性補充性餵食計畫沒有明確定義的成效指標，但重點是要監督覆蓋率、順應性、接受度和提供的配給等。管理中度急性營養不良的指標通常是指針對性補充餵食計畫。

而針對性補充餵食計畫的主要目的是預防中度營養不良者轉變為嚴重營養不良者，並使他們能夠獲得復原。這些計畫通常會為中度營養不良的個人、孕婦和哺乳期母親，以及其他處於風險中的個人提供一般配給以外的糧食補充品。

嚴重急性營養不良之管理：有許多策略方法可以運用於治療性照護。條件允許時，以社區為本的急性營養不良管理是較好的策略選擇。其內容包括：

- 為出現嚴重急性營養不良症狀及併發症的患者提供住院護理；
- 所有 6 個月以下患有嚴重急性營養不良的嬰兒之住院護理；
- 患有嚴重急性營養不良，但無其他併發症患者的門診護理；
- 社區外展；以及
- 針對中度急性營養不良之個人所提供的情境特定服務或計畫。

解決嚴重急性營養不良的計畫，應以補充性餵食計畫和社區動員加以支援，以支持外展、積極找尋個案、轉介以及追蹤等行動。

營養不良管理標準 2.1：

中度急性營養不良

中度急性營養不良獲得預防與管理。

關鍵行動

- 1 在計畫初始時期即針對干預措施的開始和結束設立明確定義和議定的策略、目標和標準。
- 2 從一開始便透過讓社區投入和參與，讓中度急性營養不良干預措施的覆蓋範圍達到最大。
 - 與社區的利害關係人合作，找出最脆弱的個人和家庭。
- 3 根據國家和國際公認的人體量測標準，制定納入和移出計畫的協議。
 - 當報告績效指標時，應詳細說明移出計畫的標準。
 - 當放棄治療和治療無效，或死亡案例增加時，應展開調查並採取行動。
- 4 將中度急性營養不良的管理，與嚴重急性營養不良的管理和現有的醫療服務相互連結。
- 5 除非有在現場進行餵食的明確理由，否則應提供帶回家的乾糧或合適的補充性食物配給。
 - 每週或每兩週提供配給。在設定配給的多寡與內容物時，應考慮家庭組成和規模、家庭糧食安全情況以及分享的可能性等因素。
 - 提供關於如何安全衛生地準備和儲存補充性食品，以及食用方式與時間點的明確資訊。
- 6 強調保護、支持和推廣哺餵母乳、補充性餵食和個人衛生。
 - 提供明確的資訊，說明為了母親和嬰兒的身心健康，提供 6 個月以下嬰兒純母乳哺育，以及為 6 至 24 個月的嬰兒持續餵食母乳的重要性。
 - 先不考慮母親的營養狀況，讓有 6 個月以下嚴重營養不良嬰兒的哺乳期母親加入補充性餵食計畫。



關鍵指標

目標群體可當天步行往返（含接受治療時間）乾糧補充性餵食點的百分比

- 大於 90%

目標群體可於 1 小時內獲得現場計畫服務的百分比

- 大於 90%

可獲得治療服務的中度急性營養不良（MAM）個案的百分比（覆蓋率）

- 農村地區大於 50%

- 城市地區大於 70%
- 在安置營區大於 90%

因死亡、康復或放棄治療而移出針對性補充性餵食計畫的人數比例

- 死亡：小於 3%
- 康復：大於 75%
- 放棄治療：小於 15%

指引說明

計畫設計：應依據和支持現有的醫療體系能力來設計計畫，並考慮醫療設施的使用、人口的地理分佈與安全性等因素。應與住院和門診治療護理、產前護理、瘧疾預防、兒童疾病和篩檢、愛滋病毒和結核病護理以及糧食安全等計畫（包括糧食、現金或代用券發放）相互結合。

補充性餵食計畫不是要取代正常飲食，而是要作為補充。關鍵就在於將這些計畫設計成多領域途徑的一部分，作為像是 WASH、醫療衛生、嬰幼兒餵食與一般糧食發放的補充性服務。評估在國內或國際市場上補充性糧食的供應情形，並將潛在的通路限制因素納入計畫規劃。⊕詳見《[透過市場提供援助](#)》。

預防或治療：採取全面性策略方法來預防營養不良，或採取針對性策略方法以治療營養不良。相關決定將取決於：

- 急性營養不良程度與受影響人數；
- 發病率增加的風險；
- 糧食安全降低的風險；
- 人口流離失所程度與密度；
- 使用人體測量標準篩選及監測受影響群體的能力；以及
- 可用資源及能否觸及受影響人群。

針對性補充性餵食通常需要花費更多時間和精力，以篩選和監測急性營養不良患者，但卻需要較少的特殊糧食（specialised food）資源；而全面性的策略方法則不太需要具備專業知識的工作者，但卻需要更多特殊糧食（specialised food）的資源。

有效的社區動員：社區動員和參與會提升人們對計畫及其可能成效的瞭解。與目標群體共同決定計畫執行地點，還要考慮處於風險中的族群若想要前往計畫地點時可能遭遇的困難。以淺顯易懂的語言分享清楚且全面的資訊，告知有哪些可用支援，包括透過語音、視覺和書面等多種形式和管道來分享。

覆蓋率係指接受治療的人數在需要治療人數的佔比。覆蓋率可能受到下列因素影響：

- 計畫的接受度，包括計畫選址的地點和可近性；
- 安全情況；
- 發放頻率；
- 等待時間；

- 動員、家訪和篩選的程度；
- 可用的男性與女性營養計畫工作人員；
- 接受治療的標準與覆蓋率的一致性；以及
- 照顧者可辨識營養不良徵兆的能力。

覆蓋率評估研究方法的成本頗高，且需要受過專業訓練的工作人員來執行。如果覆蓋率調查不可行，在決定替代方法時，可參考國家指引。使用常態計畫資料，如篩選、轉介和納入計畫等數據來估算覆蓋率。

除非計畫區域發生重大變化，例如人口移動或有新的治療產品或協定，否則不需要定期進行覆蓋率評估。

決定誰可以納入計畫的標準，應符合國家與國際指引。6個月以下的嬰兒，及人體測量狀態難以確認的族群是否可納入計畫的標準，應包含臨床與哺餵母乳狀態。[⊕詳見《本章附錄4：測量急性營養不良》和《參考資料與延伸閱讀》。](#)

HIV 陽性（或疑似個案）、患有結核病或其他慢性疾病的人，若符合接受治療的標準，則不應受到歧視，且應享有平等接受照護的機會。有些人體測量標準不符合急性營養不良的個人，則也許透過補充性餵食計畫獲益。這些可能包括像是愛滋病毒帶原者，結核病或其他慢性疾病的患者、不再接受照護但仍需要治療性協助以避免復發的患者，或是身心障礙者。如果這些人不符合人體測量標準時，就該調整監測與報告系統。

不符合納入計畫標準的愛滋病毒帶原者往往需要營養支持，而在危機中，這些支持最好在治療嚴重急性營養不良的情境之外提供。為這些人及其家人提供一系列的服務，包括社區和家庭照護、結核病治療中心，以及預防母嬰垂直傳染計畫。

移出計畫的標準和監測：移出計畫的人數應包括已經康復、死亡、治療無效或無法康復的人數。轉介到補充性服務（例如醫療照護等）的人尚未結束療程，將繼續接受治療，或之後再回歸治療計畫。因此統計移出計畫人數時不要包括轉到其他地點，或尚未結束治療的人。

如果有人從治療性照護移出後又加入了營養計畫，應在報告中將他們列入單獨一個類別，以避免出現偏誤結果。若有人因為其他因素（例如身心障礙、唇顎裂或手術問題）而出現急性營養不良症狀，亦將他們納入計畫報告中。要調查患者的性別會如何對其取得治療、治療無效以及康復造成影響。

以下列方式計算移出計畫的統計數字：

- 因康復而移出計畫者之百分比 = 康復人數 / 總移出計畫人數 × 100
- 因死亡而移出計畫者之百分比 = 死亡人數 / 總移出計畫人數 × 100
- 因放棄治療而移出計畫者之百分比 = 放棄治療人數 / 總移出計畫人數 × 100
- 因無法康復而移出計畫者之百分比 = 無法康復人數 / 總移出計畫人數 × 100

除上述各項指標外，監測系統還應包括：

- 群體的參與；
- 計畫本身的接受度（放棄治療和覆蓋率可以作為此項的替代測量值）；



- 糧食的數量與品質；
- 覆蓋範圍；
- 移轉至其他計畫的原因（尤其是營養狀態惡化至嚴重急性營養不良的兒童）；以及
- 納入計畫且正在接受治療的人數。

還需考慮如下列之外部因素：

- 發病模式；
- 群體中營養不良的程度；
- 家庭和群體中糧食不安全的程度；
- 群體可獲得的補充性干預措施（包括一般糧食援助或同等的計畫）；以及
- 現有服務提供系統的能力。

與醫療衛生和其他領域之連結：全面性補充性餵食和針對性補充性餵食都可當作提供補充性服務的平台。在諸多情況下，預防性質的全面性補充性餵食計畫可以支援危機回應行動。例如可以藉由普查登記、社區篩檢和轉介嚴重急性營養不良和中度急性營養不良的管理機制，觸及到目標群體，同時還可提供兒童生存的干預措施，例如：

- 驅蟲藥；
- 維生素 A 補充劑；
- 結合瘧疾篩檢和治療的鐵和葉酸；
- 用來治療腹瀉的鋅；以及
- 疫苗接種。

⊕詳見《必要醫療照護—傳染病標準 2.1.1 至 2.1.4》以及《必要醫療照護—兒童健康標準 2.2.1 及 2.2.2》。

脆弱性較高的群體，例如愛滋病毒盛行率高以及行動不便或餵食困難的人，可能需要調整計畫以滿足他們的需求，包括調整補充性食物配給的品質和數量。⊕詳見《嬰幼兒餵食標準 4.1》。

營養不良管理標準 2.2：

嚴重急性營養不良

嚴重急性營養不良獲得治療。

關鍵行動

- 1) 在計畫初始時期即針對干預措施的設立和結束制定明確定義和議定的策略、目標和標準。
 - 納入足夠的人員配置並具備相關能力、專業知識與技能。
- 2) 在嚴重急性營養不良的管理中，加入住院照護、門診照護、轉介與社區動員等要素。

- 3 依據國內和國際公認的嚴重急性營養不良管理指南，提供營養和醫療照護。
- 4 建立包括人體測量標準和其他指標的移出計畫標準。
- 5 當放棄治療及治療無效，或死亡案例增加時，應調查原因並採取行動。
- 6 保護、支持並宣導哺餵母乳、補充性餵食、個人衛生宣導，以及良好的親子互動。
 - 提供明確的資訊，說明為了母親和嬰兒的身心健康，提供 6 個月以下嬰兒純母乳哺育以及為 6 至 24 個月的嬰兒持續餵食母乳的重要性。

關鍵指標

目標群體中可當天步行往返（含接受治療時間）乾糧補充性餵食點的百分比

- 大於 90% 的目標群體

可獲得治療服務的嚴重急性營養不良（SAM）個案的百分比（覆蓋率）

- 農村地區大於 50%
- 城市地區大於 70%
- 在安置營區大於 90%

因死亡、康復或放棄治療而移出治療性照護的人數比例

- 死亡：小於 10%
- 康復：大於 75%
- 放棄治療：小於 15%。

指引說明

計畫組成部分：可直接或經由轉診提供住院照護。計畫應該為沒有醫學併發症的兒童提供分散的門診服務。門診的計畫地點應靠近目標群體，以減少攜帶幼兒旅行相關的風險和成本，以及降低進一步演變成流離失所的風險。⊕詳見《[兒童健康標準 2.2.2：新生兒和兒童疾病管理](#)》。

將計畫與其他相關服務連結，例如：

- 補充性餵食；
- 愛滋病毒和結核病醫療網絡；
- 康復計畫；
- 基礎醫療服務；以及
- 糧食安全計畫，包括糧食或現金援助。

嚴重急性營養不良的**覆蓋率**評估方法和中度急性營養不良計畫類似。⊕詳見《[營養不良管理標準 2.1：中度急性營養不良](#)》。

決定誰可以**納入計畫的標準**，應符合國家與國際指引。6 個月以下的嬰兒，及人體測量狀態難以確認的族群是否可以納入計畫接受治療的標準，應包含臨床與哺餵母乳狀態。⊕詳見《[本章附錄 4：測量急性營養不良](#)》和《[參考資料與延伸閱讀](#)》。



HIV 陽性（或疑似個案）、患有結核病或其他慢性疾病的人，若符合接受治療的標準，則應享有平等接受照護的機會，且不應受到歧視。有些人體測量標準不符合急性營養不良的個人，也能透過補充性餵食計畫獲益。這些可能包括像是愛滋病毒帶原者，結核病或其他慢性疾病的患者、不再接受照護但仍需要治療性協助以避免復發的人，或是身心障礙者。如果這些人不符合人體測量標準時，就該調整監測與報告系統。

不符合納入計畫標準的愛滋病毒帶原者往往需要營養支持，而在危機中，這些支持最好在嚴重急性營養不良治療的情境之外提供。為這些人及其家人提供一系列的服務，包括社區和家庭照護、結核病治療中心，以及預防母嬰垂直傳染計畫。

移出計畫標準與康復：移出計畫的個案必須沒有醫療併發症。此外，他們都應已恢復食慾，並且在沒有與營養相關水腫的情況下（例如連續兩次的秤重結果）達到並維持適當的增重。分別替患有和沒有營養相關水腫的人計算體重平均增加數。哺餵母乳對 6 個月以下的嬰兒，以及 6 至 24 個月大的幼兒特別重要，沒有餵母乳的嬰兒將會需要密切追蹤。遵守移出計畫標準以避免造成過早移出計畫相關的風險。

為了縮短恢復期，應在急性營養不良的社區管理指南明訂接受治療的平均停留時間。在計算平均停留時間時，要遵循既有的國家指南，因為這些指標需要因地制宜。患有愛滋病毒、結核病和其他慢性疾病，營養不良的人可能對治療沒有反應，與醫療服務和其他社會與社區支援服務合作，找出適用於這些病患較長期的治療選項。⊕詳見《[必要醫療照護—性和生殖健康標準 2.3.3：愛滋病毒](#)》。

管理嚴重急性營養不良的績效指標：移出計畫的嚴重急性營養不良群體，是由已康復、死亡、放棄治療與無法治療者所組成。⊕詳見《[營養不良管理標準 2.1：中度急性營養不良](#)》之指引說明。

應結合住院和門診照護的結果來管理嚴重急性營養不良的績效指標，但不可重複計算在門診和住院間轉換的個案。若無法做到，就要調整對結果比率的詮釋。舉例來說，當只提供門診照護時，計畫應預期最終績效較佳；而當只提供住院護理時，計畫就應致力於達成綜合照護的目標。

被轉介到例如健康中心等其他服務的個人，並沒有結束治療。在評估門診治療績效時，要報告移轉至住院護理的人數，以準確顯示計畫績效。

績效指標並未考慮愛滋病毒的臨床複雜度。愛滋病毒的臨床複雜度會影響死亡率。在這種情況下，詮釋計畫績效時必須考量到此因素。

除了移出計畫的指標外，在監督績效時還應檢視細分化的數據（依性別、年齡及身心障礙等），包含新納入計畫的人數、接受治療的兒童人數和覆蓋率等。要持續調查並記錄重新接受治療、臨床狀態惡化，以及無法接受治療與沒有療效的案例佔比及原因。應將這些定義調整到正在使用的指南中。

醫療資源投入：根據國家或國際指南，配置系統化的治療來進行所有嚴重急性營養不良的計畫，包括以有效的轉診機制來管理如結核病和愛滋病毒等的基礎疾病。在愛滋病毒高度盛行的地區，營養不良計畫應考量避免愛滋病毒的傳染，以及支持母親和幼兒存活等干預措施。在愛滋病毒感染普遍（亦即愛滋病毒盛行率超過 1%）的環境中，

從檢驗兒童是否營養不良的情形，確認其愛滋病毒感染情況，並判斷他們是否需要抗反轉錄毒藥物治療。

針對哺餵母乳的協助：住院嬰兒的母親需要哺餵母乳技巧的協助，作為營養康復和痊癒的一環，這對 6 個月以下的嬰兒和身心障礙的母親尤其重要。提供足夠的時間和資源，例如指定的隱密哺乳區，進行哺餵母乳技巧培訓及促進同儕支持。育有 6 個月以下嚴重營養不良嬰兒且正在哺餵母乳的母親，無論其營養狀況如何，都應接受補充性糧食配給。如果這些母親本身符合嚴重急性營養不良的人體測量標準，就要安排她們接受治療。

社會心理支持：在嚴重急性營養不良兒童的康復期間，透過遊戲給予情感與生理的刺激是很重要的，也可以促進依附關係和正面的母親情緒。這些孩童的照顧者通常需要社會和社會心理支持，才會帶他們的孩子去接受治療，有些母親可能還需要協助取得治療產後憂鬱症的精神健康照護服務。可藉由動員計畫，強調在治療以及預防兒童未來的身心障礙和認知障礙中，刺激和互動的重要性；讓所有嚴重營養不良兒童的照顧者，在治療期間都能餵養及照顧他們的孩子，並對照顧者提供建議、示範，以及健康和營養資訊。還應注意治療對照顧者及孩童之兄弟姐妹造成的影響，要確保有適當的托育安排、避免家庭分離、造成最少的社會心理沮喪，並最大化對潛在的治療順從性。

與其他行動者建立連結：與從事兒童保護和處理性別暴力的夥伴進行協調，建立轉介的管道和資訊共享協議。培訓營養工作者如何為遭受肢體、性或情緒暴力、剝削或虐待孩童的照顧者提供支持性和保密性轉診服務。



3. 微量營養素缺乏

在許多國家中，微量營養素缺乏會造成社會經濟發展的限制，對人民的健康、學習能力和生產力都會有很大的影響。缺乏微量營養素會助長營養不良、低度發展和貧窮的惡性循環，影響本已處於弱勢的族群。

在許多情境下，微量營養素缺乏是難以辨識的。儘管嚴重微量營養素缺乏的臨床病徵很容易診斷，但對健康和生存負擔較大的群體而言，很可能其微量營養素缺乏的臨床症狀並不顯著。要預先假設危機將會使群體中現有的微量營養素缺乏情況惡化。運用針對全體人口的干預措施和個別治療等方法來解決微量營養素缺乏的問題。

控制微量營養素缺乏有三種策略方法：

- 補充 (Supplementation)：通常來說，提供高吸收型態的微量營養素可以最迅速控制個人或目標群體的微量營養素狀態。例如透過補充鐵劑來對抗貧血、讓孕婦補充葉酸，以及針對 5 歲以下兒童補充維生素 A 等的微量營養素補充計畫。
- 強化 (Fortification)：在食品中添加微量營養素，是控制微量營養素缺乏的有效策略，例如含碘鹽、微量營養素粉或維生素 A 強化植物油等。
- 糧食為本的策略方法：預防微量營養素缺乏所需的維生素和礦物質，其實存於許多食物中。各項政策和計畫應確保可全年攝取適當種類、數量和品質的安全且富含微量營養素的食物。

儘管在危機時上述三種策略方法皆會採用，但最常見和廣泛使用的是補充方法。

微量營養素缺乏標準 3：

微量營養素缺乏

微量營養素缺乏已獲得改善。

關鍵行動

- 1 收集危機前的情況資訊，以判斷最普遍的微量營養素缺乏情形。
- 2 培訓醫療人員辨識和治療微量營養素缺乏症。
- 3 建立回應微量營養素缺乏風險的流程。
- 4 將微量營養素缺乏與公共衛生回應行動相結合，以減少與危機相關常見的疾病，例如使用維生素 A 來控制麻疹，以及使用鋅來控制腹瀉等。

關鍵指標

沒有壞血病、癩皮病、腳氣病或核黃素缺乏的病例

- ⊕詳見《本章附錄 5：微量營養素缺乏對公共衛生影響的測量方法》，按照年齡組別和全體人口對公共衛生影響之定義。

- 使用國家或特定情境的指標（如果有這些指標的話）。

乾眼症、貧血、碘缺乏的比例對於公共衛生不構成重大影響

- ⊕詳見《本章附錄 5：微量營養素缺乏對公共衛生影響的測量方法》，按照年齡組別和全體人口對公共衛生影響之定義。
- 使用國家或特定情境的指標（如果有這些指標的話）。

指引說明

診斷臨床微量營養素缺乏：應由合格的醫事人員進行臨床微量營養素缺乏診斷。當這些缺乏症的臨床指標被納入健康或營養監測系統時，應培訓工作人員進行基本評估並據此轉診。定義病例通常是有困難的；在危機期間，可透過微量營養素補充的回應行動來加以確定。

無臨床症狀的微量營養素缺乏是還沒有嚴重到呈現容易辨識症狀的病例。然而，它們仍可能對健康產生不良影響。辨別這些病例需要專門的生化檢驗，貧血是例外情況，貧血的基本檢測可輕易在現場進行。

可用間接指標評估微量營養素缺乏的風險，並確定何時可能需要補充品或改善飲食攝取。間接評估涉及估算總人口的營養攝取量和推斷微量營養素缺乏的風險。可以檢視現有關於糧食取得、可得性和食用的資料，並評估糧食配給是否充足。

預防：關於微量營養素缺乏的預防策略將於下文的第六節中說明（⊕詳見《糧食援助標準 6.1：一般營養需求》）。疾病控制是預防微量營養素缺乏的關鍵。急性呼吸道感染、麻疹、如瘧疾等寄生蟲感染和腹瀉，都是會耗盡微量營養素儲量的疾病範例。治療的準備將涉及制定病例定義和治療指南，以及主動發現病例系統。⊕詳見《必要醫療照護—兒童健康標準 2.2.1 和 2.2.2》。

微量營養素缺乏的治療方法：發現病例和治療都應在醫療系統和糧食計畫內進行。當微量營養素缺乏比率超出公共衛生臨界值時，對所有人採行全面性治療並提供補充品可能是適當的做法。壞血病（維生素 C 缺乏）、癩皮病（菸鹼酸（維生素 B3）缺乏）、腳氣病（硫胺酸（維生素 B1）缺乏症和核黃素缺乏症（維生素 B2 缺乏））都是最常見由微量營養素缺乏所引起的疾病。⊕詳見《本章附錄 5：微量營養素缺乏對公共衛生影響的測量方法》。

控制微量營養素缺乏的公共衛生措施包括：

- 為 6 至 59 個月大的兒童搭配疫苗接種，提供維生素 A 補充；
- 為所有 12 至 59 個月大的兒童施行驅蟲；
- 在糧食籃中添加含碘鹽和其他強化微量營養素的產品，例如維生素 A 和 D 強化植物油，並提供微量營養素粉或碘化油補充劑；
- 為 6 至 59 個月大的兒童提供含鐵的多種微量營養素產品；
- 為孕婦和哺餵母乳的婦女每日提供包括葉酸在內的含鐵多種微量營養素補充品。

若是無法取得含鐵的多種微量營養素產品，請每日為孕婦和在過去 45 日內分娩的婦女提供鐵和葉酸補充品。



使用依性別區分的間接指標來評估受影響群體的微量營養素缺乏風險，並判斷是否需要加強改善飲食攝取或使用補充品。舉例來說，維生素 A 缺乏的間接指標可能包括出生體重過輕、消瘦或發育不良等。[⊕]詳見《糧食安全與營養評估標準 1.2：營養評估》。

4. 嬰幼兒餵食

適當且及時地提供在緊急情況下的嬰幼兒餵食（IYCF-E）可以挽救生命，並保護兒童的營養、健康和發展。不適當的嬰幼兒餵食實務則更容易增加營養不良、疾病和死亡的脆弱性，以及危害孕產婦健康。危機會增加這些風險。有些嬰幼兒特別脆弱，包括：

- 出生時體重過輕的嬰兒；
- 失散和無人陪伴的兒童；
- 憂鬱母親所生養的嬰幼兒；
- 2 歲以下沒有親餵的兒童；
- 來自中度或高度愛滋病毒盛行率群體的嬰兒；
- 身心障礙兒童，尤其是有餵食困難的兒童；以及
- 患有急性營養不良、發育不良或微量營養素缺乏的嬰幼兒。

IYCF-E 提出了不論是否有哺餵母乳，應致力於保護和支持 0 至 23 個月大嬰幼兒營養需求的行動和干預措施。優先的干預措施包括：

- 保護和支持哺餵母乳；
- 適當和安全的補充性餵食；以及
- 對無法進行哺餵母乳的嬰兒進行人工餵食管理。

支持孕婦和哺乳期婦女對其子女福祉至關重要。「純母乳哺餵」是指嬰兒除母乳及必要的微量營養素補充劑或藥物外，不攝取任何流質和固體食物，用以保障嬰兒在出生後 6 個月的糧食和水分安全，並提供積極的免疫保護。哺餵母乳亦可確保嬰幼兒大腦的最佳發育，尤其是在缺乏 WASH 狀況的情境中持續保護嬰幼兒的健康。哺餵母乳還可以延緩月經，保護產婦健康及預防乳癌，亦能藉由強化與孩童的依附關係及回應性，促進母嬰心理健康。

本節提及的關鍵行動反映了《緊急情況下嬰幼兒餵食操作指南》（Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies，下稱《操作指南》）的內容。《操作指南》是跨機構工作小組合作的產物，旨在針對如何確保遵循適當的 IYCF-E 與《國際母乳代用品銷售守則》（International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes，下稱《守則》），提供簡明實用的指引。



嬰幼兒餵食標準 4.1： 政策指引與協調

政策指引和協調可確保安全、及時且適當的嬰幼兒餵食。

關鍵行動

- 1 在危機協調機制內建立 IYCF-E 的主管單位，並確保所有領域通力合作。
 - 若有可能，假定政府就是協調主管單位。

- 2 在國家和人道援助組織關於備災的政策指引中，納入《操作指南》的規定。
 - 在沒有政策的情況下，與國家主管單位合作制定指引並發表聯合聲明。
 - 盡可能強化相關的國家政策。
- 3 在所有回應的施層級，支持針對 IYCF-E 的健全、協調且及時的溝通。
 - 盡快通知人道援助組織、捐助者和媒體關於已到位的 IYCF-E 政策和實務作法。
 - 與受影響群體就可得服務、IYCF-E 實務和回饋機制進行溝通。
- 4 避免接受或募集母乳代用品、其他液態乳製品，以及奶瓶和奶嘴的捐贈。
 - 確實送到的捐贈物品應由指定的主管單位依據《操作指南》和《守則》進行管理。
 - 確保嚴格的發放對象及使用、採購、管理和分配母乳代用品。這必須基於需求和風險評估、資料分析和技術指引來進行。

關鍵指標

在緊急情況下所採行的嬰幼兒餵食政策中反映《操作指南》規定的百分比。

沒有通報違反《守則》。

及時處理違反《守則》的母乳代用品、液態乳製品以及奶瓶與奶嘴等捐贈物品的百分比。

指引說明

與受影響人們、應變工作者和媒體的溝通：需要針對提供援助的各類團體，以及社會大眾溝通現有的服務內容及健康的嬰幼兒餵食實務，提供適宜的訊息。在製作訊息時，應考慮是否需要協助不同身份的照顧者，包括祖父母、單親父母、以兒童為戶長的家庭或兄弟姐妹，以及身心障礙的照顧者和愛滋病毒帶原者等。

國際母乳代用品銷售守則：《守則》藉由確保安全使用母乳代用品，從而保護人工餵食的嬰兒。《守則》基於公平且正確的資訊，且適用於所有情境；應在備災階段納入立法中，並在危機回應期間執行。在國家沒有立法的情況下，至少應執行《守則》的規定。

《守則》並不限制取得或禁止使用母乳代用品、奶瓶或奶嘴，而僅是限制行銷、採購和發放這些物品。危機中常見的違反守則行為源於標示問題和沒有針對性的發放。在危機期間，應監督並將違反守則的情形向聯合國兒童基金會、世界衛生組織和當地政府報告。

在有標準指標時予以使用，若沒有標準指標時則制定特定情境的指標。定義 IYCF-E 的基準，以判定進展和成果，並考慮干預的時間範圍。鼓勵在調查研究和所有計畫執行單位使用一致的 IYCF-E 指標，並反覆進行評估或進行部分的基準線評估，作為監督 IYCF-E 干預措施的一環。使用年度調查研究來判定干預措施的成效。

人工餵食：所有母乳代用品必須符合《食品法典》（Codex Alimentarius）和《守則》的規範。若要將緊急情況下的人工餵食風險降至最低，則取得適當的 WASH 相關服務是不可或缺的。母乳代用品發放系統與干預措施的規模要視情境而定，不要將嬰兒配

方奶粉和其他母乳代用品納入一般或全面性的糧食發放系統，也不要將奶粉產品與液態奶當作單一商品進行發放。人工餵食的指示和管理都應符合《操作指南》和《守則》的規定，並在指定的 IYCF-E 協調主管單位的指導下進行。

嬰幼兒餵食標準 4.2：

緊急情況下嬰幼兒餵食的多領域支援

嬰幼兒的母親與照顧者皆可取得及時且適當的餵食支援，這些支援顧及文化敏感度，可將風險降至最低，且讓營養、健康與生存的成效達到最佳。

關鍵行動

- ① 優先讓孕婦和哺乳期婦女獲得糧食、現金或代用券以及其他支持性干預措施。
- ② 為孕婦和哺乳期母親提供哺餵母乳技巧輔導服務。
- ③ 將所有新生兒的母親作為目標族群，支持她們儘早開始純母乳哺餵。
 - 在產婦服務中提供純母乳哺餵的簡易指導。
 - 保護、宣導及支持 0 至 5 個月大嬰兒接受純母乳哺餵，以及持續親餵 5 個月至 2 歲大的兒童。
 - 若 0 至 5 個月大的嬰兒是混合餵食，支持轉換為純母乳哺餵。
- ④ 為需要人工餵食嬰兒的母親和照顧者提供適當的母乳代用品、餵食用具和相關支援。
 - 在嬰兒不是由母親親餵的情況下，思考重新再餵母乳和使用乳母的安全性和可行性。考量這個情況下的文化脈絡及服務可得性。
 - 如果母乳代用品是唯一可接受的選項，則應將煮食和餵食用具、WASH 支援，以及取得醫療照護服務等項目納入支持計畫的必要服務組合。
- ⑤ 支持及時、安全、充足且適當的補充性糧食支援計畫。
 - 評估家庭中的糧食是否適合作為兒童的補充性食品，並針對補充性餵食提供情境特定的建議與支持。
 - 確保可以取得餵食設備和煮食器具，並考慮有餵食困難兒童的需求。
- ⑥ 為特別脆弱的嬰幼兒提供餵食支持。
 - 在營養計畫中，提供支持嬰兒的刺激活動和幼兒發展與照顧實務作法。
- ⑦ 視情況提供微量營養素補充劑。
 - 無論婦女是否收到強化糧食配給，為孕婦和哺乳期婦女提供每日補充品，包括每日所需的微量營養素，以維持母體存量和母乳養分。
 - 若已經提供補充鐵和葉酸，應持續提供。



關鍵指標

能獲得哺餵母乳技巧輔導的哺乳期母親百分比

照顧者能夠取得符合《守則》規定且適當的母乳代用品，以及獲得提供給需要人工餵食嬰兒相關支援的百分比

照顧者能為 6 至 23 個月大的嬰幼兒取得及時、適當、營養充足和安全的補充性糧食的百分比。

指引說明

緊急情況下得嬰幼兒餵食 (IYCF-E) 評估和監督：評估 IYCF-E 回應行動的需求和優先事項，並監督 IYCF-E 干預措施造成的影響。⊕詳見《糧食安全與營養評估標準 1.2：營養評估》。

多領域協調合作：各領域辨識和支援 IYCF-E 的切入點包括：

- 產前和產後護理；
- 疫苗接種地點；
- 兒童成長監測；
- 幼兒發展；
- 愛滋病毒治療服務（包括預防母嬰垂直感染）；
- 急性營養不良治療；
- 社區衛生、精神健康和社會心理支持；
- WASH 服務；
- 工作場所；以及
- 農業技術推廣工作。

目標群體：所有 5 歲以下兒童的評估和計畫資料都應按性別和年齡細分，年齡依據 0 至 5 個月、6 至 11 個月、12 至 23 個月與 24 至 59 個月這四個區間分類，此外也建議從 24 個月開始，另依身心障礙情況細分資料。

確認並提供滿足身心障礙兒童、失散和無人陪伴嬰幼兒的營養和照顧需求服務。將失散和無人陪伴的兒童轉介至兒童保護合作單位，找出孕婦和哺乳期婦女的比例。

考量中度與高度愛滋病毒盛行率、失散和無人陪伴、出生體重過輕、身心障礙和餵食困難、2 歲以下未喝母乳，以及急性營養不良的兒童群體。特別注意，若母親患有憂鬱症，則小孩往往有較高的營養不良風險。

孕婦和哺乳期婦女：如果在糧食以及現金或代用券援助計畫中，無法滿足孕婦和哺乳期婦女的需求，則應為她們提供強化食品，並根據世界衛生組織的建議提供微量營養素補充劑。

為沮喪的母親提供社會心理支持，包括在必要時轉介精神健康服務，並為身心障礙母親安排適當的協助。為哺乳期婦女在安置營區和其他集體環境中，打造安全的場所，比如嬰兒友善的專屬哺乳空間。

哺餵母乳的嬰兒：在艱困的情況下，計畫規劃與資源分配皆應考量能夠提供哺餵母乳技巧的支援，包括針對 0 至 6 個月大急性營養不良的嬰兒、混合性餵食普遍的群體，以及在愛滋病毒感染下的嬰兒餵食等。

未喝母乳的嬰兒：在所有危機中，應保護未喝母乳的嬰幼兒，並協助滿足他們的營養需求；沒有母乳哺餵的後果會因孩童的年齡而有差異，年齡最小的孩童最容易感染傳染病。這些後果如何還取決於能否保證取得適當的母乳代用品、燃料、設備和 WASH 條件等因素。

嬰兒配方奶和其他母乳代用品：嬰兒配方奶是適合 0 至 5 個月大嬰兒的母乳代用品。相較於粉狀奶粉，優先考慮即食的液體配方奶，因液體配方奶不需沖泡準備且安全風險較少。

正確使用和小心存放即食嬰兒配方奶的餵食餐具，並保持清潔衛生是非常重要的。即食嬰兒配方奶的體積較大，因此運輸和儲存成本都較昂貴。對 6 個月以上的嬰兒，請使用其他液態奶替代，包括來自乳牛、山羊、綿羊、駱駝或水牛且經巴氏殺菌後的全脂牛奶、超高溫殺菌液態奶、液狀發酵乳或優酪乳等。

是否餵食 6 個月以上兒童嬰兒配方奶，取決於危機前的實務作法、可用資源、替代液態奶的來源、補充性食品的充足性，以及人道援助組織的政策等因素。使用母乳代用品的指示可能是短期的或較長期的，也沒有必要為 6 個月以上嬰兒購買成長液態奶和幼兒液態奶等產品。

合格的醫療或營養工作者可以經由個人評估、後續追蹤和支援協助來決定是否需要嬰兒配方奶。如果無法進行個人評估，就諮詢協調主管機關以及技術型人道援助組織，獲取有關評估和目標群體標準的建議。直到嬰兒開始哺餵母乳，或至少六個月大以後，就不用再提供嬰兒配方奶粉。當提供母乳代用品給有需要的嬰兒時，應避免無意間鼓勵哺乳期母親使用此類代用品。

不要使用奶瓶，因為不容易清洗。鼓勵並支持使用杯子來餵食。

維持在個人和總群體層級監測發病率，並特別關注腹瀉疾病。

補充性餵食是從純餵母乳已無法滿足嬰兒的營養需求後，到需要其他食物與液體搭配母乳餵食的過程。不論是由工業生產的或當地製造的補充性食物與液體，都應提供給 6 至 23 個月大的兒童。

原有與當前的營養落差是決定補充性糧食支援計畫選項的關鍵。其他要考慮的因素還包括營養飲食的負擔能力和可得性、糧食供應的季節性，以及是否能獲得當地可取得的優質補充性食物等。補充性糧食回應行動的選項包含：

- 現金援助，用於購買當地可取得的強化和營養豐富的食物；
- 發放營養豐富的家庭食物或強化食品；
- 為 6 至 23 個月大的孩童提供含有多種微量營養素的強化食品；
- 補充微量營養素的家庭強化食品，像是微量營養素粉或其他補充劑等；
- 生計計畫；以及
- 安全網計畫。



可考慮搭配現金援助進行培訓或訊息傳遞，以確保受影響的人們瞭解達到營養成效的最佳現金運用方式。

微量營養素補充：未獲強化食品的 6 至 59 個月大的兒童，可能需要補充多種微量營養素以滿足營養需求，建議要攝取維生素 A 補充劑。在瘧疾流行地區，提供各種形式的補充鐵劑，包括微量營養素粉，並持續與瘧疾診斷、預防和治療策略相互結合。提供經殺蟲劑處理的蚊帳和病媒控制計畫、及時診斷瘧疾和使用有效的抗瘧疾藥物治療，都是關於瘧疾預防策略的案例。不要提供鐵質給沒有納入瘧疾預防策略的兒童，並依據最新的指引，提供鐵和葉酸或多種微量營養素補充劑給孕婦和哺乳期婦女。

愛滋病毒和嬰兒餵食：應支持身為愛滋病毒帶原者的母親在接受抗反轉錄病毒治療時，至少哺餵母乳 12 個月，甚至 24 個月或更久。如果無法取得抗反轉錄病毒治療藥物，就選擇最可能讓嬰兒不受愛滋病毒感染且存活的策略。要在愛滋病毒傳播風險，以及兒童非因愛滋病毒死亡的風險之間取得平衡。根據這些策略來支持母親和照顧者。優先處理加速取得抗反轉錄病毒治療藥物。⊕詳見《必要醫療照護—性與生殖健康標準 2.3.3：愛滋病毒》。

輔導未感染愛滋病毒的哺乳期母親和乳母，以及愛滋病毒感染狀況不明的母親，鼓勵她們嬰兒出生後的 6 個月內純餵母乳，之後可以開始使用補充性食品，並持續哺餵母乳到小孩滿 24 個月或更久。已進行替代性餵食的嬰兒需要緊急確認和提供支持。

諮詢現有的國家和次國家政策，並評估政策是否符合世界衛生組織最新的建議。判斷在新的危機情境中這些政策是否恰當，考慮暴露在非愛滋病毒傳染病風險的變化、緊急狀況可能持續的時間、進行替代性餵食的可能性，以及能否取得抗反轉錄病毒藥物等。需要向母親與照顧者公布更新後的臨時指引，並與他們溝通。

性別暴力、兒童保護和營養：性別暴力、性別不平等和營養往往相互關聯。家庭暴力可能對婦女及其子女的健康和福祉構成威脅。營養工作者應當為遭受性別暴力或虐待的照顧者或兒童，提供支持性與保密性的轉介服務。其他整合要素包括諮商輔導、致力於建立婦女和兒童友善的治療場所，以及定期監測放棄治療的比率與治療無效的情形。考慮將性別暴力與兒童保護的專業個案工作者，納入營養計畫工作人員中。⊕詳見《保護原則 3 和 4》。

公共衛生緊急事件：在發生公共衛生危機時，應採取預防措施，避免獲得醫療與餵食支援服務中斷、確保家庭糧食安全和生計得以持續，並透過哺餵母乳將疾病傳播風險降至最低，以及大幅減少孕產婦疾病和死亡。若需要針對霍亂、伊波拉和茲卡病毒（Zika Virus）的指導，請參考世界衛生組織的指引。

5. 糧食安全

當所有人都能在生理和經濟上取得充足、安全與營養的糧食，且可以滿足他們為了積極健康生活的飲食需求與糧食偏好，這就是糧食安全。

糧食安全受總體經濟、社會政治和環境因素影響。國家和國際政策、進程或制度都可能衝擊受影響人群取得營養充足糧食的機會。因氣候變遷引起的當地環境惡化和持續變化的極端氣候，也會影響糧食安全。

在人道主義危機中，糧食安全的回應行動應將目標訂於滿足短期需求，及減低受影響群體採用具潛在破壞性因應策略的需求。隨著時間演進，回應行動應該要保護和恢復生計、穩定或創造就業機會，並促進恢復長期糧食安全，且不該對天然資源和環境產生負面影響。

家庭糧食不安全是營養不良的四個根本原因之一，另外三個原因包括不良的餵食和照護實務、不健康的家庭環境，以及醫療照護不足。

本節所提及的標準，同時考慮到可滿足一般群體，以及營養風險增加群體所需的糧食需求資源，例如 5 歲以下的兒童、愛滋病毒帶原者或愛滋病患者、年長者、慢性病患者以及其身心障礙者等。

如果不能滿足一般民眾的糧食需求，旨在治療營養不良的回應行動的影響力將十分有限。從營養不良中康復但無法維持足夠糧食攝取的人，其情況會再度惡化。

依據性別細分的需求、家庭偏好、成本效率和效能、保護風險以及季節性變化，進行全盤的分析，以選擇最具成效和效率的危機回應行動。同時，分析還應指出所需糧食的特定種類和數量，以及發放糧食的最佳方式。

糧食是弱勢家庭最主要的支出項目。現金援助可以讓受助者更好管理整體資源，儘管如此，仍取決於發放金額的多寡而定。協作分析和計畫目標可指導如何設定目標對象、發放金額訂定及發放的潛在條件。

糧食安全回應行動應逐步將目標集中於透過或支持當地市場運作；在地、全國或區域採購的決策應基於對市場和金融服務提供者的理解。以市場為基礎的計畫，例如提供貿易商補貨的經費，也能支援市場運作。⊕詳見《[透過市場提供援助](#)》和《[最低經濟復甦標準手冊](#)》（MERS 手冊）。



糧食安全標準 5：

一般糧食安全

人們獲得糧食援助，確保其生存、維護其尊嚴、避免資產流失，並建立韌性。

關鍵行動

- 1 根據糧食安全評估資料，設計回應行動以滿足當前的立即需求，並考慮支援、保障、促進和恢復糧食安全的措施。
 - 考慮糧食籃（Food Basket）中提供實物和現金兩種選項。
- 2 儘早為所有糧食安全計畫制定過渡和退場策略。
 - 將各項計畫與其他領域的回應行動相互整合。
- 3 確保受助者可取得必要的知識、技能與服務，來因應及支持他們的生計。
- 4 保護、保存和恢復自然環境，避免更加惡化。
 - 考量煮食燃料對環境的影響。
 - 考慮採用不會造成森林濫伐或土壤侵蝕的生計策略。
- 5 監督不同團體和個人接受和獲得人道援助糧食安全干預措施的程度。
- 6 確保有事先諮詢受助者關於回應行動的設計，並以尊重和有尊嚴方式對待他們。
 - 建立提供回饋的機制。

關鍵指標

糧食消耗評分（Food Consumption Score）為可接受的目標家庭百分比

- 大於 35%，若有提供油與糖，則大於 42%

飲食多樣性評分（Dietary Diversity Score）為可接受的目標家庭百分比

- 日常食用主食種類大於五種

因應策略指數（Coping Strategies Index）為可接受的目標家庭百分比

受助者針對有尊嚴地接受治療進行申訴或回報負面回饋的百分比

- 所有的申訴都有定期監督且迅速回應。

指引說明

脈絡情境：監督更廣泛的糧食安全狀況，以評估回應行動的持續相關性。決定逐步停止活動的時機，以及何時進行計畫修正或推展新計畫，並確認是否有進行倡議的需求。

在城市環境中，採取措施將家庭糧食支出指標脈絡化，特別是在人口密集的低收入聚落。舉例來說，在城市情境下，糧食支出佔比及既定的臨界值可能不太準確，因為像房租與暖氣等非糧食支出相對會更高。

退場和過渡策略：從計畫初始時期，就要開始制定退場和過渡策略。在計畫結束或過渡之前，應確定現況已改善且其他行動者能夠接著承擔責任的證明。在有糧食援助的情況下，這表示需要瞭解現有的或已規劃的社會保障或長期的安全網系統。

糧食援助計畫可以與社會保障系統相互協調，亦可替未來建置相關系統奠定基礎。人道援助組織還可以倡議建立解決長期糧食不安全的系統，並在可行情況下，將長期糧

食不安全的分析納入考量。⊕詳見《MERS 手冊》。

處於風險中的族群：使用以社區為本的風險評估和其他參與式監督，以應對任何會危害特定族群或個人的模式。舉例來說，發放燃料和／或可節省燃料的爐灶，可以降低婦女和女孩遭受肢體暴力和性侵害的風險。發放補充性現金，尤其是針對弱勢家庭或個人（例如以婦女和兒童為戶長的家庭，或家中有身心障礙者的家庭），可以降低性剝削和淪為童工的風險。

社區支持結構：與服務使用者共同規劃社區支持結構，以便可以適當且充分地維護這些結構，且更可能在計畫結束後保留下來。在規劃的過程中，要考慮弱勢個體的需求。舉例來說，失散或無人陪伴的女孩和男孩，有可能錯失在家庭內部發生的資訊和技能發展。⊕詳見《人道主義核心標準之承諾 4》。

生計支持：⊕詳見《糧食安全與營養一生計標準 7.1 和 7.2》、《MERS 手冊》和《牲畜緊急情況指南與標準手冊》（LEGS 手冊）。

環境影響：生活在安置營區的人們會需要燃料煮食，而這可能加速當地森林濫伐。考慮提供像是燃料發放、高效爐灶和替代能源等選項。還可以考量提供指定用於兌換環境永續商品和服務代用券的潛在環境效益。過往可能會造成環境惡化的飲食和煮食的習慣，應找尋改變的機會，同時考慮氣候變遷的趨勢。優先考慮可在短期內提供救助並可在中長期降低危機風險的活動。舉例來說，適度縮減牲口數量，可以在乾旱期局部減輕牧場的壓力。⊕詳見《收容與安置標準 7：環境永續性》。

可及性與接受度：人們較有可能參加易於使用且可以接受活動內容的計畫。對所有受影響群體的成員進行參與式計畫設計，確保全面覆蓋並避免差別待遇。雖然某些糧食安全回應行動會鎖定在經濟上較為活躍的人，但回應行動應該讓所有人都方便取得。為處於風險中的族群克服限制，並與他們積極合作來設計活動跟建立適當的支持結構。



6. 糧食援助

當可取得的糧食品質和數量或取得糧食的管道，均不足以預防過高的死亡率、發病率或營養不良時，就需要提供糧食援助。糧食援助包括改善糧食可得性和可及性、營養意識和餵食實務等方面的人道援助回應行動。這些回應行動還應保護及強化受影響人群的生計。回應行動的選項包含糧食物資、現金援助、生產支援和市場支持。儘管在危機初期時，優先事項是滿足當下立即的需求，但回應行動仍應保存與保護資產、協助恢復因危機而損失的資產，並增強對未來威脅的韌性。

糧食援助還可用於防止人們採取負面的因應機制，像是出售具生產力的資產、過度開發或破壞自然資源，或債務累積。

糧食援助計畫有各種不同可用的工具，包括：

- 一般糧食發放（提供糧食物資，以及現金援助以購買糧食）；
- 全面性補充餵食計畫；
- 針對性補充餵食計畫；以及
- 提供相應的服務和投入資源，包括轉移技術或知識。

一般的糧食發放，是為最需要糧食的人提供支持。當受助者可以透過其他方式生產或取得糧食時，則應停止發放糧食。還可能需要過渡性安排，包括有條件的現金援助或生計支援。

有特殊營養需求的人除了一般糧食配給外，還需要補充性糧食。這些人包括 6 至 59 個月大的兒童、年長者、身心障礙者，愛滋病毒帶原者以及孕婦或哺乳期婦女。在許多情況下，補充性餵食可以挽救生命。只有在人們無法自行煮食時，才可以進行現場餵食；而在危機發生後、人口移動期間，或可能讓領取配給的人面臨危險的不安全情況時，現場餵食可能也是必須的。現場餵食還可用於緊急狀況下的學校餵食，但也可以由學校發放帶回家食用的糧食配給。要顧慮到未就學的孩童將無法獲得糧食發放，所以應為這些孩童規劃外展機制。

為了要有效管理商品，糧食援助需要良好的供應鏈管理和物流能力。

任何現金支付系統的管理，必須是健全且有責任的，並且需要系統化監控。[⊕詳見《透過市場提供援助》](#)。

糧食援助標準 6.1：

一般營養需求

受影響民眾，包括最脆弱的族群在內的基本營養需求獲得滿足。

關鍵行動

1) 測量可取得足夠數量與有品質糧食的程度。

- 經常評估可取得糧食的程度，以確認情況是穩定的或可能會惡化。
 - 評估受影響民眾能否進入市場。
- 2 設計糧食和現金援助，以滿足熱量、蛋白質、脂肪和微量營養素的前期評估需求標準。
- 規劃糧食配給，以彌補營養需求與人們可自行取得的糧食之間的落差。
- 3 保護、宣導和支持受影響民眾取得營養食物和獲得營養支援的機會。
- 確保 6 至 24 個月大的兒童可以取得補充性食物，以及孕婦和哺乳期婦女可以取得額外的營養支持。
 - 確保家中有患有慢性病的成員、愛滋病毒帶原者與結核病感染者、年長者和身心障礙者的家庭可以獲得適當的營養糧食與營養支持。

關鍵指標

小於 5 歲的兒童（按性別區分）和大於 24 個月的兒童（按身心障礙區分）的營養不良盛行率

- 使用世界衛生組織（WHO）分類系統：最低可接受飲食量（Minimum Acceptable Diet, MAD）及女性最低飲食多樣性（Minimum Dietary Diversity for Women, MDD-W）。
- 有細拆分身心障礙之依據，請使用聯合國兒童基金會（UNICEF）／華盛頓身心障礙統計小組之兒童功能模組。

糧食消耗評分（Food Consumption Score）為可接受的目標家庭百分比

- 大於 35%；若有提供油與糖，則大於 42%

飲食多樣性評分（Dietary Diversity Score）為可接受的目標家庭百分比

- 日常食用主食種類大於五種

取得最低糧食熱量需求（每人每天 2,100 大卡）以及建議的每日微量營養素攝取量的目標家庭百分比。

指引說明

監督取得糧食情形：考慮糧食安全程度、進入市場的管道、生計、健康和營養等變量。這將有助於判斷情況是穩定的或者惡化中，以及是否需要糧食干預措施。使用諸如攝食量評分或飲食多樣性工具等替代指標。

援助形式：為確保糧食安全，使用適當的援助形式（現金、代用券或實物），或前述形式之組合。在使用現金援助時，應考慮發放補充性或輔助性糧食，以滿足特定族群的需求。考慮市場是否可以滿足特定的營養需求，並使用包括最低健康飲食成本（the minimum cost of a healthy diet）評估工具等特定的研究方法。

糧食配給和營養品質的設計：有許多可用的糧食配給規劃工具，例如 NutVal。有關規



劃一般糧食配給，[⊕詳見《本章附錄 6：營養需求》](#)。若糧食配給是設計用來提供飲食中全部的熱量，則必須包含足量的所有營養素。如果糧食配給僅提供飲食中部分的熱量需求，則於下列兩種方法中擇一來進行設計：

- 若無法得知人口可取得其他糧食的營養成分，則設計可提供與糧食配給熱量成正比的均衡營養成分。
- 如果已知人口可取得其他糧食的營養成分，則將糧食配給設計為可用於補充現有糧食中不足的營養成分。
- 應使用下列人口最低營養需求的估算方式來規劃一般糧食配給，並根據實際情況進行調整。
- 每人每天總熱量 2,100 大卡，其中由蛋白質提供的熱量佔 10% 至 12%，而脂肪所提供的熱量佔 17%。[⊕詳見《本章附錄 6：營養需求》](#)，以查閱更多詳細資訊。

當可取得的糧食種類有限時，保證提供包含足夠營養成分的糧食配給可能頗具挑戰性，可考慮提供含碘鹽、維生素 B3、維生素 B1 和維生素 B2 等。改善糧食配給營養品質的選項包括：強化主食產品，包含強化混合性食品，以及鼓勵使用代用券購買當地生產的新鮮食物。考慮使用補充性產品，例如脂類為基礎、營養密度高以及可即食的食品，或多種微量營養素的錠劑或粉末。提供緊急情況下嬰幼兒餵食資訊，確保提倡最佳的哺餵母乳和補充性餵食方法。[⊕詳見《嬰幼兒餵食標準 4.1 和 4.2》](#)。

在規劃糧食配給時，應諮詢當地社區以考量在地與文化偏好。如果燃料稀缺，則選擇不需長時間烹煮的食物。一旦配給有所變化，儘早與全體社區分享資訊，使氣憤的程度降至最低，並降低對女性家暴的風險，因為她們可能會因配給減少而被責怪。在計畫一開始時，為了要管理社區的期待、減少焦慮，並讓家庭可以做出相關決定，因清楚地溝通關於退場的規劃。

與醫療衛生計畫連結：糧食援助可以預防受影響群體營養情況的惡化，尤其是當與預防像是麻疹、瘧疾和寄生蟲感染等疾病的公共衛生措施結合時。[⊕詳見《醫療系統標準 1.1：醫療服務提供》](#)和[《必要醫療照護—傳染病標準 2.1：預防》](#)。

監測糧食使用情況：糧食援助的關鍵指標可以測量可取得的糧食，但無法量化糧食的使用。直接測量營養攝取量並不切實際，間接測量是較好的替代方法。可運用來自各種來源的資訊，包括在家庭層面的糧食可得性和使用情況，以及評估當地市場的糧食價格、糧食可得性和煮食燃料等。其他選項還包括檢視糧食援助發放計畫和記錄、評估是否有野生食物可食用，以及進行糧食安全評估等。

處於風險中的族群：在設定可獲得糧食援助的資格標準時，應與不同族群協商，找出是否有任何有可能遭到忽略的需求。在一般糧食配給中，納入適當且可接受的糧食，例如提供 6 至 59 個月大的兒童食用的強化混合性食物。還需要關注到一些特定的人口族群，包括年長者、愛滋病毒感染者，身心障礙者和照顧者。

年長者：慢性疾病和身心障礙狀態、與外界隔絕、家庭人口眾多、寒冷的天氣和貧窮，都會降低糧食取得以及增加營養需求。年長者要能夠輕鬆獲得糧食來源和糧食的轉運。糧食應易於準備和食用，並應滿足年長者對蛋白質和微量營養素的額外需求。

愛滋病毒帶原者：由於糧食攝取減少、營養吸收不良、新陳代謝變化，以及慢性感染和疾病等因素，愛滋病毒感染者的營養不良風險較高。愛滋病毒帶原者的熱量需求因感染階段而有所不同。研磨和強化食物，或者提供強化、混合或特殊食物補充品，都是改善其獲得適當飲食的可行策略。在某些情況下，增加整體糧食配給量的作法可能是合宜的。若可行，可將營養不良的愛滋病毒帶原者轉介至針對性補充性餵食計畫。

身心障礙者，包括社會心理方面的障礙者，在危機發生時可能面臨與直系親屬和平時的照顧者失散的特殊風險，還可能遭受歧視。可以透過確保可實際取得糧食、獲得熱量密度高和營養豐富的食物，以及提供餵食支持的機制等手段來降低風險。餵食支持的機制包含提供手動攪拌機、湯匙和吸管，或開發家訪或外展系統。此外，也要考慮到身心障礙兒童不太可能就學，因而錯過以學校為本的糧食計畫。

照顧者：支持弱勢個體的照顧者是非常重要的。照顧者及其照顧的人可能面臨特別的營養障礙。舉例來說，照顧者可能因為自己生病或需要照顧病人而較沒有時間取得糧食，以及也有可能更需要維持個人衛生習慣。由於醫療或喪葬費用的支出，他們可用於交換糧食的資產也相對較少；同時，還可能需要面對社會的污名，以及較少獲得社區的支持機制。運用既有的社會網絡來培訓群體中選定的成員，來支援照顧者。

糧食援助標準 6.2：

糧食的品質、適當性與接受度

提供的食品要具有適當的品質。是可接受的，並可高效率且高效能地運用。

關鍵行動

- 1 挑選符合地主國政府國家標準和其他國際公認品質標準的糧食。
 - 針對糧食庫存進行隨機抽樣檢驗。
 - 在規劃使用進口糧食時，應了解並遵守有關接收與使用基因改造食品的國家法規。
- 2 選擇合適的糧食包裝。
 - 以易於使用的形式和當地語言，在標籤上註明生產日期、原產國、到期日或「最佳賞味期限、營養分析表和烹煮說明，尤其是針對不太熟悉或不太常用的糧食。
- 3 評估取得用水、燃料、爐灶和糧食儲存設施的情形。
 - 當危機阻礙取得煮食設施時，應提供即食食品。
- 4 在提供全穀類食品時，應提供適當的研磨和加工設施。
 - 使用現金或代用券來支付穀物研磨成本，或提供額外的穀物以及研磨設備等次佳的選項。
- 5 在適當狀態下運送和儲存糧食。
 - 遵循儲存管理的標準，並對糧食品質進行系統性查驗。
 - 用一致的單位測量糧食數量；避免在計畫執行期間更改單位和測量程序。



關鍵指標

受影響群體回報所提供的糧食是品質適當且符合在地偏好的百分比

受影響群體回報收到糧食的機制是適當的百分比

家庭回報所收到的食品是易於準備與儲存的百分比

受助者提出關於糧食品質的申訴或負面回饋的百分比

- 所有申訴皆有定期監控並迅速回應。

計畫所呈報的糧食損耗百分比

- 目標值為低於總噸數的 0.2%
-

指引說明

糧食的品質：糧食必須符合地主國政府的糧食標準，還必須符合《食品法典》（Codex Alimentarius）中關於品質、包裝、標示和適用目的之標準。如果糧食達不到預計用途所需的品質，就不適合該目的。即使適合人類食用，此前提仍然適用。舉例來說，當麵粉的品質無法用於家庭烘焙時，即使是安全可食用也不能使用。當地購買和進口的糧食必須附有植物檢疫證明或其他檢驗證書。進行燻蒸消毒時應使用適當的產品，並遵循嚴格的程序。確保由獨立的品質調查人員檢驗大量的批次貨物，並於對品質有疑慮或爭議時，聘用獨立的品質調查人員。

確保地主國政府儘可能持續地參與相關流程。從供應商證明、品質管理檢驗報告、包裝標籤和倉儲報告中獲取關於糧食批次貨物的寄售的時間與品質等資訊。建立由政府當局頒發的成分分析檢驗報告（Certificates of Analysis, CoA）資料庫，以證明產品的品質和純度。

評估在當地、國內或國際市場上糧食商品可得性的情形。如果糧食援助來自當地，必須是永續的，並且不會進一步耗損當地自然資源或破壞市場。將潛在的糧食供應限制因素納入計畫規劃之中。

糧食的包裝：糧食損耗可於倉庫端和最終發放點進行回報。糧食損耗可能是因為在發放環節中包裝不良所導致。包裝應該是堅固且便於處理、儲存和發放，且對年長者、兒童和身心障礙者都應該是容易使用的。如果可能，包裝應當讓糧食可以直接發放，而無需重新測量或重新包裝。

糧食的包裝不應帶有任何政治或宗教動機或具分裂性質的訊息。

包裝不應構成危害。人道援助組織有責任避免環境中充斥著發放物資或以現金或代用券所購買物品的包裝。使用最少的包裝（可能的話使用生物可分解的材料）和適當當地的材料，若有可能就與當地政府和包裝材料製造商建立合作關係。提供可以重複使用、回收或重新使用的糧食容器。運用防止環境惡化的方式來處理廢棄的包裝材料。即食食品的包裝（例如鋁箔紙）可能需要特殊管理以便安全處置。

在亂丟垃圾的情況發生時，要定期與社區辦理清掃活動。這些活動應是社區動員和意

識提升的一環，而非以工代賑。⊕詳見《WASH 固體廢棄物管理標準 5.1 至 5.3》。

糧食的選擇：儘管營養價值是提供糧食援助的主要考量因素，仍應選擇受助者所熟悉的商品，同時還需符合宗教和文化傳統，包括考慮到對孕婦或哺乳期婦女的飲食禁忌。就糧食選擇諮詢婦女和女孩，因為在許多環境中，婦女和女孩均負有準備糧食的主要責任。同時還需支持祖父母、單身男性戶長的家庭，以及負責照顧手足且沒有外援的青年，因為他們再取得的糧食上可能存在風險。

在城市情境中，家庭可能取得比農村地區更多樣化的糧食，但飲食的品質可能受到限制，需要不同的營養支持。

嬰兒餵食：不應在一般糧食發放時，將捐贈或補助的嬰兒配方奶、奶粉、液體奶或液態乳製品作為單獨的商品發放。這些物品也不該在可帶回家食用的補充性餵食計畫中發放。⊕詳見《嬰幼兒餵食標準 4.2》。

全穀類食品：當家庭使用傳統研磨方法，或當地有磨坊時，可以發放全穀類食品。全穀類食品的保存期限相較其他穀物更久，因此對計畫參與者而言更有價值。

提供可以去除導致酸敗的細菌、油脂和酵素等物質的低萃取商業研磨設施。儘管低萃取商業研磨降低了蛋白質含量，但卻可延長保存期限。研磨過的玉米只有 6 到 8 週的保存期限，因此研磨應在食用前不久進行。研磨的穀物通常僅需較少的烹煮時間，研磨所需的條件有時會讓婦女或青少年暴露於更高的剝削風險。與婦女和女孩合作，共同確認可能的風險和解決方案，例如支持由婦女經營的磨坊。

糧食的儲存和準備：家庭儲存糧食的能力應作為選擇所要提供糧食的依據。確保受助者了解如何避免與糧食準備相關的公共衛生風險。提供節能爐灶或替代燃料，以將環境惡化程度降至最低。

糧食儲存區域應保持乾燥衛生，並充分保護不受天氣影響，且無化學或其他污染。確保儲存區域免受例如昆蟲和齧齒動物等有害動物的侵入。在適當情況下，請衛生部官員認證供應商和貿易商提供的糧食之品質。

糧食援助標準 6.3： 設定目標對象、發放和運送

糧食援助所設定的目標對象和發放是反應迅速、及時、透明且安全的。



關鍵行動

- 1) 根據需求以及諮詢適當的利害關係人，找出並確定糧食援助的受助者。
 - 提供清楚、公開，且皆獲受助與非受助群體認可的目標對象設定方法，以避免製造緊張和造成傷害。
 - 啟動正式的家庭登記，一旦情況可行，便讓他們盡快收到糧食，並於必要時更新資訊。

- ② 設計有效率、公平、安心、安全、容易使用且具成效的糧食發放方法或直接發放現金和代用券的機制。
 - 諮詢包括青少年和青年在內的女性和男性，並鼓勵潛在弱勢族群或邊緣化族群的參與。
- ③ 將發放點和運送點設置於對受助者而言是易於到達、安全且最方便的位置。
 - 將人們抵達發放點的風險降至最低，定期監視各檢查哨或安全狀況是否產生變化。
- ④ 預先提供受助者糧食發放計畫和時程表、糧食配給的品質和數量、或是現金或代用券的金額，以及預計涵蓋的範圍等方面的細節。
 - 應以尊重人們的交通及工作時間，以及酌情優先考慮處於風險中的族群之適合方式來規劃發放時程。
 - 在發放前，與社區一同界定及建立回饋機制。

關鍵指標

將納入和排除目標對象錯誤減至最低的百分比

- 目標值小於 10%

從住家至最終發放點或市場（若使用代用券或現金）的距離

- 目標值小於 5 公里

受助者（按性別，年齡和身心障礙細分）回報在往返計畫點途中和在計畫點遭遇安全問題的百分比

回報遭遇發放或遞送實務相關之性剝削或權力濫用的個案數量

有後續追蹤回報遭遇發放或遞送實務相關之性剝削或權力濫用個案的百分比

- 100%

可以正確舉出糧食援助應得權利的目標家庭百分比

- 目標值：大於目標家庭的 50%

指引說明

設定目標對象：確保因地制宜地設定目標對象的工具和方法。設定目標對象應橫跨整個干預措施的期間，而非僅限於初始階段。在可能造成生命威脅的排除錯誤（exclusion error）以及可能造成破壞與浪費的納入錯誤（inclusion error）之間，要取得正確與平衡是一件複雜的事。在快速發生的危機中，相較於排除錯誤，納入錯誤是更容易接受的。當危機中的所有家庭都遭受類似損失，或者因無法進入而不可能進行詳細設定目標對象評估時，採用一般糧食發放可能比較合適。

6 至 59 個月大的兒童、孕婦和哺乳期婦女，愛滋病毒帶原者以及其他弱勢族群可以成為補充性糧食的援助目標，或者與營養治療和預防策略相連結。對愛滋病毒帶原者而言，這將增加他們每日的熱量攝取，並協助讓他們繼續接受抗反轉錄病毒治療。

任何有針對目標對象的計畫，都應小心避免造成污名或歧視。例如，可將愛滋病毒帶原者涵括至需要發放糧食的「慢性疾病患者」中，並透過他們接受照顧與治療的健康中心來提供服務。絕對不可以公佈或分享愛滋病毒感染者的名單，而且在大多數情況下，社區領袖也不應令自己介入成為愛滋病毒帶原者的代理人。

目標對象的代理人／委員會：與社區中受影響的人群和群體建立直接聯繫，同時還要儘量避免社區守門員的影響。設立由目標對象組成的委員會，其中應包括下列族群的代表：

- 婦女和女孩、男人和男孩、年長者和身心障礙者；
- 在地選出的委員會、婦女團體和人道援助組織；
- 在地和國際的非政府組織；
- 青年組織；以及
- 地方政府機構。

註冊登記流程：當流離失所的人沒有身份證明文件，在收容營區進行註冊登記特別具有挑戰性。若經獨立評估結果證明，由地方政府提供的名單或社區產生的家戶清單，是正確及公正的話，將很有幫助。鼓勵受影響的婦女參與設計登記註冊流程。將處於風險中的個人納入發放清單中，尤其是那些行動不便的人。

若在危機發生初期無法進行登記註冊，則應在情勢穩定後立即完成。為登記註冊流程建立回饋機制，讓所有受影響的人群，包括婦女、女孩、年長者和身心障礙者都可使用。婦女有權以自己的名字進行登記，若有可能及需要，分別向男性和女性諮詢應由誰來代表家戶收取援助物資，或領取現金援助。這項諮詢搭配有風險評估作為參考依據。

為單身男性或女性為戶長的家庭、以兒童和青年為戶長的家庭，以及與家人失散或無人陪伴的兒童提供特殊安排，讓他們得以安全地代表家戶領取援助。在發放點鄰近處提供托育服務，讓單親家庭以及育有年幼子女的婦女，可以在子女有人照料的情況下領取援助。在有一夫多妻制家庭的環境中，將每位妻子及其子女視為單獨的家戶。

「乾糧」的發放：一般糧食發放通常只提供乾糧，領取後可自行在家中烹煮。受助者可能包括個人或家戶配給卡持有人、家戶群的代表、傳統領袖和女性領導者，或發放目標社區的領導者。發放的頻率應考慮糧食配給的重量，以及受助者將糧食配給安全帶回家的方法。年長者、孕婦和哺乳期婦女、失散與無人陪伴的兒童，以及身心障礙者有可能需要特殊的協助，以確保可以領取和保留他們應得權利。考慮讓社區其他成員協助他們，或更頻繁地提供他們較小份的配給。

「濕式口糧」的發放：在特殊情況下，例如突發危機的初期，可以使用熟食或即食食品作為一般糧食發放。當人們在移動中，或若受助者將糧食帶回家時可能遭遇竊盜、暴力、虐待或剝削的風險時，發放濕式口糧或許較為適當。在緊急情況下，提供學校膳食以及給予教育人員糧食獎勵作為發放機制。

發放點：在決定發放點時，要考慮到地形，並嘗試提供獲得其他支持來源的適當管道，例如乾淨和安全的用水、廁所、醫療服務、遮蔽處和收容所，以及兒童和婦女的安全



空間等。一定要考慮到在發放點周遭是否有武裝檢查哨和軍事活動，將對平民的威脅降至最低，並讓他們可以安全獲得援助。進出發放點的道路應清楚標示、容易通行，且讓社區其他成員經常使用。還應考量運送商品的實用性和成本。⊕詳見《*保護原則 2*》。

為了觸及距離發放點較遠或有功能障礙的人，需開發替代的發放方式。對於在危機中受到邊緣化和排除的人而言，能否取得發放物資是常見的焦慮來源。對已經在機構中的群體直接發放物資。

發放時程安排：發放時程應安排在讓受助者可於白天從自家往返發放點的時間，避免造成需要過夜的情況，因為這會帶來額外的風險。發放時程的安排還應最大程度減少對日常活動的干擾，考慮為處於風險中的族群建立快速通道或優先領取物資的動線，並且設立配有社工的服務台，讓社工可以為無人陪伴和失散的孩童辦理登記。將訊息廣泛傳播，事先提供有關糧食發放和發放時程安排的資訊。

發放糧食、代用券和現金期間的安全性：採取可以讓參與糧食發放的人風險降至最低的措施，包括適當的人潮管控、由訓練有素的工作人員監督發放，以及由受影響群體成員自行守衛發放點等。如有必要，可請當地警察介入，告知警察和官員糧食發放的目的。仔細規劃發放點的佈局，以確保這些地點對年長者、身心障礙者和具功能障礙者皆是安全且便於前往的。還應告知所有糧食發放團隊適當且符合預期的行為舉止，包括對於發生性剝削和性侵害的懲罰。納入女性管理員來監督糧食的卸貨、登記註冊，發放和發放後的糧食監督。⊕詳見《*人道主義核心標準之承諾 7*》。

提供資訊：在糧食發放點的顯眼處擺放配給的資訊，並以不識字或有溝通困難的人可以了解的語言及形式呈現。藉由書面、音訊、簡訊和語音訊息，通知人們下列相關訊息：

- 糧食配給計畫，詳細說明糧食配給的種類與數量，或者現金和代用券的金額，以及預計涵蓋的內容；
- 與先前計畫有所差異的原因（發放時機、數量、品項，及其他）；
- 發放計畫；
- 糧食的營養品質，如有必要，告知受助者保存糧食營養價值需特別注意之處；
- 安全處理和使用糧食的要求；
- 兒童最佳糧食使用方式及明確資訊；以及
- 獲取更多資訊或提供回饋的選項。

至於現金援助，配給資訊中應包括發放金額。應於發放點、現金提領處或代用券兌換處提供這些資訊，或者以當地語言印製傳單以提供資訊。

變更所提供食物：由於缺乏可取得的糧食、資金不足或其他原因，糧食配給或現金援助的發放金額可能會產生變化。若發生這種情形，則透過發放委員會、社區領袖和代表組織向受助者傳達相關變動資訊。發放前應制定聯合行動方案，而發放委員會應將變動之處、變動的原因，以及恢復正常配給的日期和計畫告知大眾。變動的選項包括：

- 對所有受助者減少配給；

- 對弱勢民眾提供足量配給，但向一般民眾提供減量配給；或者
- 延遲發放（此為最後的手段）。

監督發放和運送：藉由隨機秤量家庭領取的糧食配給重量，以定期監督糧食發放的準確性和公平性。訪談受助者，並確保訪談樣本中的男、女性人數相同，還應包含青少年和青年、身心障礙者和年長者。由至少 1 名男性和 1 名女性組成訪談小組進行隨機訪視，有助於確認糧食配給的接受度和實用性。訪視可以找出符合遴選標準，卻沒有獲得糧食援助的人，還能找出從其他地方獲取的糧食、來源和用途。此外，訪視還可辨識出可能使用武力以奪取財產、強迫招募入伍，或者性剝削與其他方面的剝削等情形。⊕詳見《[透過市場提供援助](#)》。

糧食援助標準 6.4：

糧食運用

在家庭和社區層級的糧食儲存、準備和食用皆是安全且適當的。

關鍵行動

- 1 保護受助者，避免他們採用不適當的糧食處理或準備方式。
 - 告知大眾食品衛生的重要性，並宣導處理糧食時的良好個人衛生習慣。
 - 若提供熟食時，對工作人員進行安全儲存、處理和準備糧食的培訓，並且說明不當操作對健康的潛在危害。
- 2 就儲存、準備、烹飪和食用糧食方面，向受助者進行諮詢並提供建議。
- 3 確保家庭可以安全取得適當的炊具、燃料、節能爐灶，乾淨用水和個人衛生用品。
- 4 確保有照顧者照料無法自己準備糧食或需要餵食的人，讓照顧者在可能和適當的情況下，協助需要照顧的人。
- 5 監督家庭中糧食資源的使用方式。

關鍵指標

回報發放的糧食對健康造成危害的案件數量

可以安全儲存和準備糧食的家庭百分比

能夠描述三個或更多個人衛生意識訊息的目標家庭百分比

回報可以取得適當的炊具、燃料、飲用水和個人衛生用品的目標家庭百分比

指引說明

糧食衛生：危機有可能破壞人們正常的衛生習慣。宣導配合當地條件和疾病模式而調整的糧食衛生習慣。強調避免水污染、控制害蟲和在處理糧食前務必洗手的重要性。



告知領取糧食的人該如何在家中安全儲存糧食。⊕詳見《WASH 個人衛生宣導標準》。

糧食加工與儲存：可使用像穀物研磨機等糧食加工設備，讓人們可以自行選擇形式來準備糧食，並節省時間從事其他有生產力的活動。若有提供易腐壞的食品，則應考慮使用適當的設備來儲存。例如不透水容器、冷藏箱和冷凍櫃等。高溫、低溫和潮濕皆會影響易腐壞糧食的儲存狀況。

在儲存糧食、烹煮和餵食方面可能需要援助的人包括幼兒、年長者、身心障礙者和愛滋病毒帶原者等。如果人們在提供家人糧食上有困難，例如父母是身心障礙者，則需要實施外展計畫或提供額外支援。

家庭內糧食使用監測：人道援助組織應監督和評估家庭內部使用糧食的情況及其適當性和充足性。在家庭層面，食品有可能如預期食用，也可能用來交易或交換。以物易物交換的目的可能是為了獲取其他更偏好的糧食、非糧食物品或支付服務費用，例如學雜費或醫療費用等。家庭內部的糧食分配評估還應按性別、年齡和身心障礙細分，監督糧食使用情況。

現金和代用券的使用：當家庭領到現金或代用券後，管控搶購風險是非常重要的。在發放前、發放時和發放後，都要讓商家和受助者做好準備。舉例來說，考慮是否一整個月都可取得糧食，或是安排再一個月之內交錯發放。若是何事，以小面額發行代用券，讓人們可以每週進行兌換。同樣的原則也適用於發放現金，不論現金是透過自動提款機，或其他數位、人工支付的方式來兌換。

7. 生計

人們保護生計的能力，與他們面對危機的脆弱性有直接關連。了解他們在危機前、危機期間以及危機後的脆弱性，將會使得提供適當的援助，以及找出社區如何恢復與改善他們生計的方法，變得更為容易。

危機會破壞人們賴以維持生計的諸多因素。受危機影響的人群可能會失業，或必須放棄他們的土地或水源。在衝突或自然災害期間，資產可能遭到破壞、污染或盜竊，而市場亦會停止營運。

在危機的初始階段，滿足基本生存需求是當務之急。但隨著時間推移，恢復支援生計的系統、技能和能力，亦有助於人們以有尊嚴的方式從災害中復原。協助難民促進生計往往會帶來特有的挑戰，像是受制於庇護國的難民營或當地限制性的法律和政策架構。

生產糧食的人需要取得可以支持生產的土地、水資源、牲畜、支援服務和市場。他們必須擁有工具方可持續生產，而不損害其他資源、人員或系統。⊕詳見《LEGS手冊》。

在城市地區，危機對生計所造成的影響可能與在農村地區有所不同。家庭組成、技能、身心障礙情況和教育，都會決定了人們參與不同經濟活動的程度。一般而言，城市地區中貧困的人與農村地區貧困的人相比，其生計因應策略較不多樣化。舉例來說，在某些國家，城市地區中貧困的人無法取得土地來種植糧食。

將失去生計的人，以及可以影響如何創造新機會的人聚集在一起，將有助於訂定生計回應行動的優先事項，而這將反映在對於勞動、服務和相關產品市場的分析。所有生計干預措施皆應考慮如何運用和支持在地的市場。⊕詳見《MERS手冊》。

生計標準 7.1：

初級生產

初級生產機制獲得保障和支持。

關鍵行動

- 1 協助農民獲取生產投入的資源和／或資產。
 - 在市場仍然運作且可協助市場復甦時，提供現金或代用券應是首選，因其給予農民較多彈性可以選擇他們偏好投入的資源、種子、魚類或牲畜品種。
 - 在危機發生後，除非已經在類似情境下進行測試或調整，方可引入新技術。
- 2 提供當地可接受、符合適當品質規範，並按最佳季節性使用時機的投入資源。
 - 優先考慮投入資源在已經使用且下一季仍有需求、同時也適合當地的牲畜以及其他在地的作物品種。



- ③ 確保投入資源和服務不會增加受助者的脆弱性，或在社區內製造衝突。
 - 評估因稀有自然資源（例如土地或水資源）而產生的潛在競爭，以及對現有社交網絡可能的危害。
- ④ 讓受影響的男、女性公平地參與初級生產回應行動的規劃、決策、執行和監督。
- ⑤ 培訓從事作物、漁業、水產養殖、林業和畜牧業的生產者了解永續生產和管理的實務。
 - 評估市場，並刺激對在地生產的作物、蔬菜和其他農產品的需求。

關鍵指標

與正常年度相比，目標人口生產（糧食或收入來源）差異的百分比

回報可替農產品取得適足儲存設施的家庭百分比

因計畫干預而有增加實際進入運作市場的目標家庭百分比

指引說明

生產策略：生產策略必須具備可以在情境中發展和成功的適當機會。這取決於許多因素，包括能否取得：

- 充足的自然資源、勞動力、農場投入資源和財務資本；
- 適應當地條件的多種類優質種子，以及；
- 代表關鍵糧食安全資產的高產能動物。⊕詳見《LEGS 手冊》。

此外，策略一定要考慮現有的生計技能、社區偏好、實際環境，以及可擴充性的潛力。

在當地推廣多元的生計活動，但要避免過度使用自然資源。環境破壞不僅會增加危機發生的風險，也會加劇社區間的緊張關係。在情況許可下，生計干預措施應盡可能宣導對氣候變遷的調適，例如選擇較適宜的種子品種。

防止生計相關活動出現童工，還需留意生計計畫對兒童造成的間接影響。例如因為父母工作時，兒童會被要求幫忙養家餬口而缺課。

能源：考慮機械化勞動、糧食加工、通訊、糧食保存冷鏈，以及高效燃燒設備的能源需求。

改良：可考慮引進改良的作物品種、牲畜或魚群物種、新工具、肥料，或創新的管理方法等。根據維持危機發生前的模式，和／或與國家發展計畫相連結的方式，來強化糧食生產。

新技術：在生產者和當地消費者採用新技術之前，必須先了解，並接受這些新技術對當地生產系統、文化慣習以及自然環境的意義。在引進新技術時，需提供適當的社區諮詢、資訊和培訓，還應確保具遭受歧視風險的族群（包括婦女、年長者、少數民族和身心障礙者）也可以取得新技術。若有可能，則與生計專家和政府部門協調，確保持續提供技術支援、未來的技術可近性，並評估其商業可行性。

現金援助或信貸：現金援助或信貸可供於種子和牲畜展售會上使用。瞭解所選定的方法對人們的營養將產生何種潛在結果，並考慮是否會讓人們自行生產高營養價值的糧食，或者是否提供現金來採購糧食。評估運用現金援助來購買生產投入資源的可行性，考量商品的可得性、進入市場的管道，以及是否存在安全、可負擔且具性別敏感度的現金發放機制。⊕詳見《MERS 手冊》和《LEGS 手冊》。

季節性和價格波動：配合相關的農牧業季節，提供農業投入的資源和獸醫服務。例如，在播種季節前提供種子和工具。乾旱期間先行縮減牲口數量，而非等到牲畜死亡率變得過高後再進行。當氣候恢復的可能性很高時，例如在下一個雨季之後，就可開始增加牲口數量。必要時，或可提供糧食援助以保護種子和投入的資源。投入資源時就必須具備對不同族群的能力、需求和風險的敏感度，包括婦女和身心障礙者在內。極端的季節性價格波動會對貧窮的農業生產者造成不利影響。這些生產者通常是在收成後，農產價格正是最低時立即出售農產品。這些波動也對必須在乾旱期間出售牲口的飼主造成負面影響。相對地，可支配所得有限的消費者也無力投資在糧食儲備，而必須依賴少量多次的採購。因此，即使在價格高昂的時候，例如乾旱期間，他們也必須購買糧食。關於牲畜的相關指導，⊕詳見《LEGS 準手冊》。

種子：農民與當地農業專家應同意使用特定品種。種子應適合當地的農業生態，以及農民自身的管理條件；同時還應具抗病力，並能承受因氣候變遷而引發的潛在惡劣天氣狀態。測試外來種子的品質，並檢驗是否適合當地條件。在進行任何與種子有關的干預措施時，讓農民可以獲得多樣的作物和品種，以便他們找出最適合其特定耕作系統的作物和品種。舉例來說，種植玉米的農民，相較於當地的品種，可能偏好雜交種子。遵循關於使用雜交種子的政府政策，未經當地政府許可，不可發放基因改造種子，還應告知農民是否收到了基因改造種子。當農民使用代用券或參加種子展售會時，鼓勵他們向當地正規供應商購買種子。農民可能更喜歡已適應當地情況的傳統品種，而這些種子價格相對較低，意味著用相同金額的代用券，農民可以獲得更多的種子。

社區緊張關係和安全風險：當從事生產需要取得的可用自然資源有所變化時，就可能引發流離失所者與在地人口之間，或受影響社區內部的緊張關係。為了競爭水資源或土地，可能會限制流離失所者使用。若長期缺乏重要的自然資源，初級糧食生產也可能無法進行。如果某些群體（例如無土地者）缺乏獲得資源的管道，初級糧食生產也是不可行的。提供免費的投入資源可能會破壞傳統的社會支持、危害再分配機制，或影響私部門營運商，這反而會製造緊張關係，並降低未來取得投入資源的機會。⊕詳見《保護原則 1》。

供應鏈：使用現有的在地且可驗證的供應鏈，以取得糧食生產的投入資源和服務，例如獸醫服務及種子等。為了支持當地的私部門，可使用像是現金或代用券等直接讓初級生產者與供應商連結的機制。在設計當地採購系統時，應考慮是否具備適當的投入資源，以及供應商增加供應量的能力，評估通貨膨脹的風險和投入資源品質的永續性。監督並減緩回應行動對市場價格的負面影響，包括大規模的採購和發放在地化糧食，還應考量到在地糧食採購和進口對當地經濟的影響。在與私部門合作時，應找出並解決性別不平等的問題，並公平地分享利潤。⊕詳見《MERS 手冊》。



監督生產者是否如預期確實使用提供的投入資源。從投入資源的績效、接受度，以及生產者的偏好等方面來檢視投入資源的品質。評估計畫如何影響家庭層級的糧食可得性。舉例來說，研究儲存、食用、交易或贈送的糧食數量和品質。如果計畫的目標是要增加特定糧食類型的產量（動物或魚類產品、富含蛋白質的豆類），則需調查家庭對這些產品的使用方式，還應納入針對這些產品對家庭中不同成員益處的分析，比方說婦女、兒童、年長者與身心障礙者等。

收成後的存放：很大比例的農產品（估計平均值為 30%）在收成後由於耗損是無法使用的。協助受影響人群透過管理處理、儲存、加工、包裝、運輸、行銷以及其他收成後的活動，將損失降至最低。建議他們可以妥善存放收成，以避免潮溼和黴菌所引起的黃麴毒素，也使他們能夠加工作物，尤其是穀物。

生計標準 7.2：

收入和就業

在創造收入與就業為可行的生計策略的情況下，女性與男性皆可平等獲得適當賺取收入的機會。

關鍵行動

- 1) 以具性別敏感度的市場評估為基礎，做出賺取收入活動的決策。
 - 確保參與賺取收入的機會並不會損害兒童照護或其他照顧責任，降低營養不良和其他公衛危機的風險。
 - 瞭解社區成員的薪資水準，以及政府規定的非技術和技術工作的最低工資。
- 2) 根據參與式分析，選擇支付類型（實物、現金、代用券、糧食或前述類型的組合）。
 - 瞭解當地的能力、安全與保障福利、立即的需求、公平的取得管道、現有的市場體系以及受影響人群的偏好。
- 3) 依據該地區的工作型態、當地法規、生計恢復的目標，以及普遍認可的支付水準來訂定支付水準。
 - 考慮採取安全網措施，例如為無法參加工作計畫的家庭提供無條件的現金補助和糧食發放。
- 4) 採行並維護包容性、安全且可靠的工作環境。
 - 監控工作場所中性騷擾、歧視、剝削和虐待的風險，並迅速回應投訴。
- 5) 促進與私部門和其他利害關係人的夥伴關係，以創造永續的就業機會。
 - 公平地提供資本資源，以促進生計恢復。
- 6) 在可能的情况下，選擇具有環境敏感度的創造收入選項。

關鍵指標

在規定期間內，淨收入增加的目標人口百分比

獲得信用貸款的家庭百分比

從事多種創造收入活動的目標人口百分比

在規定期間內（6 至 12 個月）受僱（或自僱）於永續生計活動的目標人口百分比

能實際上和經濟上進入正常運作市場和／或取得其他支持生計服務（正式或非正式）的受影響人口百分比

指引說明

分析：進行具性別敏感度的勞動和市場分析，對於證明和界定各項活動、促進復原和韌性，以及維持成效而言至關重要。理解家戶中的角色與責任，對於處理任何機會成本，如照顧兒童或年長者，或者取得像是教育或醫療照護等服務來說，也是非常重要的。

使用既有的工具來瞭解市場和經濟體系。應該根據危機前後的市場功能，以及改善貧困人口生活條件的潛力來制定糧食安全回應行動。在目標族群中，討論處於風險中的族群（例如青年、身心障礙者、孕婦或年長者）的替代或調適方案。分析他們的技能、經驗與能力，以及潛在的風險和減緩策略。探查家庭成員是否會因從事季節性工作而經常遷徙。瞭解受影響人口中的族群進入市場和取得謀生機會所受到的限制，並支持他們獲得相關管道。

安全網措施：有些女性和男性可能無法參與創造收入的活動，例如年老夫婦。由於責任或健康狀況產生變化，危機本身可能會讓人無法參與就業行列。可以藉由短期安全網措施與現有的國家社會保障系統連結，來支援這些個案，並在需要的時候，推薦新的安全網措施。安全網措施的提供，必須能支持公平的資源分配。確保婦女和女孩在適當情況下，可以直接取得資源，同時，與安全網服務個案合作，找出可以讓他們轉銜到安全且永續創造收入的方法。一旦有機會，就要連結以現金為本的應變措施與現有的安全網計畫，作為作永續性和社會保障策略的一環。

支付報酬：在實施任何有薪工作計畫前，先進行市場分析。報酬可以是以現金、糧食或綜合兩者的方式支應，並應能讓糧食不安全的家庭滿足他們的需求。事先應就計畫目標、人道援助組織對工作者的期望、工作的環境條件，以及酬勞金額和請款流程等事項進行溝通。

讓工作酬勞成為人們改善自身狀況的誘因，而非只是社區中任何工作的津貼。考慮人們的購買需求，以及提供現金或糧食，創造家庭收入後去滿足如學校、醫療照護和社會義務等基本需求所造成的影響。根據每個個案情況來決定報酬的類型和水準。應進行監督以確保所有女性和男性都依議定的工作量而獲得同等的報酬，而且沒有特定族群遭受歧視。

在報酬是實物且作為收入進行發放時，考慮轉賣價值對當地市場造成的影響。應當強



化新的創造收入活動，而非取代現有的收入來源類別，而工作報酬也不應對當地勞動市場產生負面影響，例如造成工資通膨、將勞動力從其他活動中轉移過來，或破壞必要的公共服務等。

購買力：提供現金可能對當地經濟產生正面的加乘效果，但也可能導致關鍵商品在當地的通貨膨脹。糧食發放也會影響受助者的購買力。與特定糧食或糧食組合相關的購買力，會影響受助者的家庭選擇要食用或出售。某些商品（例如油）會比其他商品（例如混合糧食）更容易以好的價格售出。在評估糧食發放計畫較廣泛的影響時，要先建立對家庭糧食銷售與購買的理解。

工作中的安全：運用實際程序來降低公衛風險或治療傷害。例如在必要時提供培訓、防護衣和急救包，還應將暴露在傳染病和愛滋病毒的風險降至最低。設立進入工作地點的安全通道，若通道照明不佳，應提供工作者手電筒。使用鈴聲、哨音和廣播以對威脅提出警示。鼓勵集體移動，以及避免在天黑後走動。確保所有參與者都知道緊急程序，並且能夠接觸到預警系統。婦女和女孩應同樣受到保護，且應處理工作場所中任何歧視性的規範。

管理家戶和家庭責任：定期與受影響的人群交談，包括分別與女性和男性談話，了解他們對於創造收入、以工代賑機會，以及其他家戶與家庭需求的偏好和優先事項。還應與他們討論因為傳統性別角色的變化，以及婦女對資產的控制權增加，而導致家中的工作量與緊張情勢升高等問題。

以工代賑的活動時程表應考慮到男女的體能狀況、日常的例行工作，以及文化上是否適當。舉例來說，時程規劃應考量禱告時間和國定假日。工作時間不應不合理地佔用到人們的作息時間，計畫也不該將家庭資源從現有的生產活動中轉移出去，也不應對取得就業或教育機會產生不利影響。應遵照國家法律對最低就業年齡的規範來決定誰可以參與創造收入，通常不可低於完成義務教育的年齡。如果有幼童的照顧者參加了此類計畫，則建議在工作場所設置配有適當經費的兒童托育設施。

環境管理：透過糧食和以工代賑計畫，支持人們參與植樹、營地清理和環境恢復等環保活動。這些活動雖然是暫時性的，但會提升人們對維護周遭環境的參與度。

考量工作環境的可及性和安全性，確保需要清除的廢物堆不含有害物質。以工代賑計畫不應涉及任何在工業或廢棄物管理場所的清理活動。

推廣生產環境永續建築材料，以作為創造收入的活動，並提供相關的職業訓練。培訓並鼓勵人們將可生物分解的廢棄物做成堆肥後作為肥料使用。

私部門：私部門在促進生計保障和恢復方面扮演重要的角色。若有可能，與私部門建立夥伴關係以創造就業機會。這些夥伴關係也可協助建立和發展微型、小型和中型企業。企業和科技育成中心亦能提供財務資本以及知識轉移的機會。⊕詳見《MERS 手冊》。

本章附錄 1

糧食安全與生計評估檢核表

糧食安全評估經常根據受影響人口獲得收入或糧食的來源與策略，將他們大致進行分類。這還包括依據財富群組或階層，對受影響人口進一步細分。重要的是將當前狀況與危機發生前的糧食安全經歷進行比較，以「正常年度」作為基準，考慮女性與男性的特定角色和脆弱性，以及這些特點對家庭糧食安全的意義。

下列問題清單涵蓋了糧食安全評估中需要考量的廣泛領域：

生計群體的糧食安全

- 人口中是否有採用相同生計策略的群體？這些群體該如何根據其主要糧食或收入來源來加以分類？

危機發生前的糧食安全（基準線）

- 危機發生前不同的生計群體如何獲取糧食或收入？在過去一年中，他們主要的糧食和收入來源是什麼？
- 一年之中，這些不同的糧食和收入來源在季節性和地理位置上有何變化？製作一份季節性年曆可能有所幫助。
- 所有群體是否皆獲得品質夠好的糧食而營養充足？
- 所有群體是否皆透過正當無害的方式，賺取足夠收入來滿足其基本需求？應考慮糧食、教育、醫療照護、肥皂、其他家庭用品、衣物和生產投入資源，例如種子和工具。（最後這兩個提問會顯示是否存在長期性的問題。既有的問題可能因為危機而惡化，問題是長期性或急性的會影響適當的回應行動為何。）
- 回顧過去 5 到 10 年間，每年的糧食安全狀況如何變化？製作一個時間軸或糧食安全歷程表可能有所幫助。
- 不同的生計團體擁有哪些類型的資產、儲蓄與其他儲備品？例如糧食儲備、現金儲蓄、擁有的牲畜、投資、信用貸款與未收回的債務等。
- 在一周或一個月之內，家庭的支出包括哪些項目？每個支出項目的佔比為何？
- 家庭中由誰負責管理現金以及現金的支出項目？
- 距離最近的市場是否容易取得基本物資？考慮諸如距離、安全性、移動便利性、市場資訊的可得性、可近性，以及交通運輸等因素。
- 必備物資（包括糧食在內）的可得性和價格為何？
- 危機發生前，基本需求（糧食、農業投資源入與醫療照護等）和收入來源（經濟作物、牲畜與工資等）之間的平均交易條件為何？

危機期間的糧食安全

- 危機如何影響每個已確認的生計群體不同的糧食和收入來源？
- 危機如何影響這些不同群體慣常的季節性糧食安全模式？
- 危機如何影響使用金融服務提供者、進入市場、市場的可利用性和必備物資的價格？
- 對於不同的生計群體，其不同的危機因應策略為何？參與其中的人數佔比為何？



與危機前的情況相比又有哪些變化？

- 哪個群體或人口受到的影響最大？
- 因應策略對人們的財務和其他資產的短期和中期影響有哪些？
- 對所有生計群體和處於風險中的人而言，因應策略對他們的健康、整體福祉以及尊嚴有何影響？是否存在與因應策略相關的風險？

本章附錄 2

種子安全評估檢核表

下列為用於種子安全評估的範例問題。評估種子安全應考慮到國家對於雜交種和基因改造品種的相關立法。

危機前的種子安全（基準線）

- 農民最重要的作物是為何？這些作物的用途為何？是用於食用、當作收入還是兩者皆有？這些作物是否每季皆可種植？在逆境時期，還有哪些其他農作物可能變得重要？
- 農民通常如何取得這些作物的種子或其他耕種材料？考慮所有管道。
- 每種主要作物的播種參數為何？平均種植面積有多少？播種量為何？增殖速度為何（指收成的種子或穀物與種植的種子之比率）？
- 是否有特定作物的重要或首選品種（已適應當地氣候的品種）？
- 哪些生產投入資源對於特定作物或品種而言為必要的？
- 家庭中由誰負責在生產期間與生產完成後等不同階段進行決策、作物管理和作物產品處置？

危機後的種子安全

- 從受助者的角度來看，與農業相關的干預措施是否可行？
- 哪些農作物受危機影響最大？是否應該特別關注這些作物？應該或不應該的理由為何？
- 農民是否對當前的局勢穩定和安全有足夠的信心讓他們可以成功種植、收成、出售或食用某個作物？
- 農民是否有足夠的管道取得農田和其他生產工具（肥料、農具和役用動物等）？
- 農民是否準備好重新投入農業生產？

評估種子的供需：家庭儲備

- 能否獲得足夠數量可供播種的自製種子？自製種子包括農民從自己收成取得的種子，以及透過社會網絡（例如鄰居）獲得潛在可用的種子。
- 此種作物農民仍想要種植嗎？是否已適應當地條件？需求仍然存在嗎？
- 農民自產的品種仍然適合下一季繼續種植嗎？種子的品質是否符合農民的正常標準？

評估種子的供需：當地市場

- 儘管發生危機，市場一般而言是否仍能正常運作（市場是否依舊營業，以及農民能否自由進出、出售和購買產品等）？
- 目前可得種子或穀物數量，是否與在正常情況下前幾季同期的數量相當？
- 農民在市場上所找到的作物與品種，是否適合種植？
- 種子或穀物現時的市場價格，是否與前幾季同期價格相當？如果有價差，價差幅度是否會對農民造成問題？



評估種子的供需：正規部門

- 正規部門目前提供的作物和品種，是否已適應特定的逆境地區？有無證據顯示農民會使用這些作物與物種？
- 可得的正規部門種子，能否滿足危機所引發的需求？若無法滿足，這些種子可以滿足農民需求的比例為何？

本章附錄 3

營養評估檢核表

下列範例問題可用於檢驗造成營養不良的根本原因、營養風險程度及評估可能的應變措施。這些問題是根據營養不良成因的概念架構而訂。⊕詳見《圖 7 糧食安全和營養：營養不良的原因》。這些資訊可從多種來源取得，收集資訊將需要各種評估工具，包括訪談關鍵資訊提供者，以及二手資料的觀察與檢視等。

緊急情況發生前的狀況

在受影響人群中，有哪些關於營養不良的性質、規模和原因等相關資訊是已經存在的？⊕詳見《糧食安全與營養評估標準 1.1》。

當前營養不良的風險

與可取得的糧食減少相關的營養不良風險為何？

⊕詳見《本章附錄 1：糧食安全與生計評估檢核表》。

與嬰幼兒餵食與照顧實務有關的營養不良風險為何？

- 是否因工作和社會模式變化（由於遷徙、流離失所或武裝衝突等）而影響家庭中的角色與責任？
- 家庭的一般組成有無變化？有無大量的失散兒童？
- 正常的照顧環境是否遭受干擾（例如流離失所），因而影響獲得次要照顧者，以及影響取得糧食或用水？
- 有無沒有接受母乳哺餵的嬰兒？是否有嬰兒接受人工餵食？
- 在危機時期，嬰兒餵食常規是否有減少的證明或疑慮？特別是開始哺餵母乳或純母乳哺餵的比例有無降低？而人工餵食的比例有無增加？沒有哺餵母乳的嬰兒比例有無增加？
- 能否取得年齡適當且營養充足的安全補充性食品，以及以合乎衛生方式準備食物？
- 是否有證據或疑慮顯示捐贈或購買的母乳代用品，例如嬰兒配方奶粉、其他乳製品、奶瓶和奶嘴等物品，已普遍發放？
- 在畜牧社區，牧群是否已經長時間遠離幼兒？而取得牛奶的管道是否有不正常情況？
- 愛滋病毒是否影響家庭層級的照顧實務？
- 有無根據年長者與有餵食困難的人的需求而調整一般糧食配給？評估這些糧食配給的熱量組成以及微量營養素含量。評估這些糧食產品的接受度（適口性、咀嚼力和消化性等）。

與公共衛生不佳相關的營養不良風險為何？

- 有無任何可能影響營養狀況的疫情爆發報告，例如麻疹或急性腹瀉疾病？有無發生疫情爆發的風險存在？⊕詳見《必要醫療照護—傳染病標準 2.1》。



- 受影響人群的麻疹疫苗接種預估覆蓋率為何？⊕詳見《*必要醫療照護—兒童健康標準 2.2.1*》。
- 是否固定搭配麻疹疫苗接種提供維生素 A？預估的維生素 A 補充覆蓋率為何？
- 是否有任何死亡率（粗死亡率或 5 歲以下死亡率）的預估？預估的死亡率為何？以及是以何種方法推算？⊕詳見《*醫療衛生的基本概念*》。
- 環境溫度是否已經或將會顯著下降，並可能對受影響人群的急性呼吸道感染盛行或能源需求有所影響？
- 愛滋病毒的盛行率高嗎？
- 人們是否已經因為貧窮或健康情況不佳的緣故而容易營養不良？
- 是否有過度擁擠的現象？或者具有結核病的風險或高盛行率？
- 是否有糖尿病、關節炎、心血管疾病和貧血等非傳染性疾病的通報病例？
- 瘧疾的發病率高嗎？
- 人們是否長期在水裡、穿著濕的衣服，或暴露在其他惡劣的環境條件中？

目前已到位並可作為輸送潛在干預措施管道的正式和非正式在地結構為何？

- 當地的衛生部、宗教組織、社區支持團體、哺餵母乳支援團體、長期間或短期運作的非政府組織之能力為何？
- 哪些營養干預措施或社區為本的支援活動已經到位並且由在地社區、個人、非政府組織、政府機構、聯合國機構或宗教組織所安排？而有哪些營養政策（包括過去的、進行中的和失效的）、計畫好的長期營養回應行動，以及為了回應當前情況正在執行或規劃中的計畫？

本章附錄 4

測量急性營養不良

在重大的營養緊急情況下，可能需要將 6 個月以下的嬰兒、懷孕和哺乳期婦女、年齡較大的兒童、青少年、成人和年長者都納入營養評估或營養計畫內。

6 個月以下的嬰兒

因為仍在進行這個年齡層的研究，評估和管理的實證基礎仍然有限。大多數的準則仍建議，針對 6 個月以下的嬰兒，使用與 6 至 59 個月的較大兒童相同的急性嬰兒營養不良人體測量病例定義（除了上臂中圍這一項目前不建議對 6 個月以下的嬰兒使用）。納入計畫標準應著重在目前嬰兒的體型大小，而非對生長發育的評估。

當標準從美國國家衛生統計中心（National Center for Health Statistics, NCHS）兒童生長參考標準，轉換為世界衛生組織（WHO）於 2006 年提出的兒童生長標準後，有更多 6 個月以下的嬰兒被記錄為消瘦，可能導致更多嬰兒需加入餵食計畫，或讓照顧者開始擔心純母乳哺餵是否足夠。評估和考慮下列事項是至關重要的：

- 嬰兒的縱向生長—儘管體型較小，但增高率是否良好？（某些嬰兒可能出生時體重較輕，但後續可能「迎頭趕上」）
- 嬰兒餵食方法—嬰兒是否為純母乳哺餵？
- 臨床狀態—嬰兒有無任何醫學上的併發症或病症？是可被治療的或讓嬰兒承受較高風險的？
- 孕產婦因素—舉例來說，懷孕的母親是否缺乏家庭支持或處於憂鬱狀態？高危險的嬰兒應優先住院，並接受治療性餵食計畫。

6 至 59 個月大的兒童

下表顯示了經常使用於 6 至 59 個月大兒童的急性營養不良臨界值。以 WHO 於 2006 年提出的兒童生長標準來計算身高別體重指數。身高別體重 Z 值（根據 WHO 的標準）是回報人體測量調查結果的首選指標。上臂中圍則是定義急性營養不良的獨立標準，也是死亡率的最佳預測指標之一。低上臂中圍的盛行，亦可用來推估補充性餵食和治療性照顧計畫的病例數。經常使用的臨界值是小於 11.5 公分時就是嚴重急性營養不良，而介於 11.5 至 12.5 公分時，則為中度急性營養不良。較高的上臂中圍臨界值還會作為兩階段篩選過程的一部分。儘管上臂中圍可以作為是否納入餵食計畫的唯一標準，但不應單獨使用於人體測量調查中。



	總體急性營養不良	中度急性營養不良	嚴重急性營養不良
6 至 59 個月大的兒童	身高別體重 Z 值小於 -2； 和/或 上臂中圍小於 12.5 公分； 和/或 營養不良性水腫	身高別體重 Z 值介於 -3 至 -2 和/或 上臂中圍介於 11.5 至 12.5 公分	身高別體重 Z 值小於 -3 和/或 上臂中圍小於 11.5 公分 和/或 營養不良性水腫
年長者	上臂中圍 21 公分	上臂中圍介於 18.5 至 21 公分	上臂中圍 18.5 公分
孕婦和哺乳期婦女	上臂中圍小於 23 公分（某些情境下可能小於 21 公分）	上臂中圍介於 18.5 至 22.9 公分	上臂中圍小於 18.5 公分
成人（包括愛滋病毒或結核病帶原者）	身體質量指數（BMI）小於 18.5	身體質量指數（BMI）介於 16 至 18.5	身體質量指數（BMI）小於 16

5 至 19 歲的兒童

使用 WHO 的 2007 年生長標準，來決定 5 至 19 歲兒童的營養狀況。這些成長參考標準曲線，與 WHO 對 6 至 59 個月大兒童的生長標準，以及成人的建議臨界值皆非常吻合。考慮對較大的兒童和青少年使用上臂中圍的測量結果，尤其是在愛滋病毒感染環境中。由於這是一項開發中的技術領域，因此參考最新的指引和技術更新非常重要。

成人（20 至 59 歲）

關於成人的急性營養不良，目前尚沒有意見一致的定義，但有證據顯示嚴重急性營養不良的臨界值，可能是身體質量指數（BMI）低於 16 的時候，而輕度與中度急性營養不良，則是在 BMI 低於 18.5 時會出現。成人營養不良的調查應該旨在收集有關體重、身高和坐高，以及上臂中圍等測量數據，而這些數據即可用來計算 BMI。BMI 只有在不同人口間進行比較時，才可根據 Cormic 指數（即坐高占身高的比例）進行調整。此項調整可能大幅改變成年人營養不良的明顯盛行情形，並可能對制定計畫產生重大影響。應經常測量上臂中圍。若是需要立即結果或資源嚴重受限時，調查可以僅建立在依據上臂中圍的測量結果上。

缺乏已驗證的功能成效數據和基準，將使人體測量結果的詮釋變得更加複雜。在詮釋數據和基準時，應使用詳細的情境資訊。關於評估的指引，[⊕詳見《參考資料與延伸閱讀》](#)。

在篩選納入或移出營養照護計畫的人選時，應以人體測量指數、臨床徵兆（特別是虛弱與近期體重減輕）以及社會因素（例如取得糧食、有無照顧者、收容等）作為綜合考量。需注意到成人的水腫有可能是由營養不良以外的因素所導致，因此，臨床醫生應對成人水腫進行評估，以排除其他原因。個別的人道援助組織在決定判定一個人能否取得照顧服務的指標時，應考慮到 BMI 已知的缺點、缺乏上臂中圍的資訊，以及使用這些指標對計畫的意涵等因素。由於這也是一項開發中的技術領域，因此需參閱

最新的指引和技術更新。

上臂中圍也可作為孕婦的篩檢工具，例如當作納入餵食計畫的標準。由於孕婦有營養的額外需求，她們可能比其他群體面臨更大的風險。上臂中圍不會因懷孕而發生顯著變化，但是若上臂中圍小於 20.7 公分時，表示胎兒有嚴重的生長遲緩風險，而小於 23 公分則表示有中度風險。建議的風險臨界點視各國情況而異，但一般範圍皆為介於 21 公分到 23 公分之間。將上臂中圍小於 21 公分視為在緊急情況下，挑選處於風險中的婦女之適當臨界值。

年長者

關於年長者的急性營養不良，目前尚沒有意見一致的定義，然而，年長者在危機中可能面臨營養不良的風險。WHO 建議的成人 BMI 臨界值也適用於 60 歲以上的人。但由於脊椎曲度（彎曲）和脊椎骨壓迫，測量身高的準確性會受到影響。雙手伸展距離（臂距，Arm span），以及胸骨切口中心點至中指的水平距離（半臂距，Demi-span）可用於代替身高，然而，用來計算身高的增殖因數會因人口而有差異，目測評估仍是必要的。上臂中圍在衡量老年人營養不良情況會是有用的工具，但關於適當臨界點的研究仍在進行當中。

身心障礙者

目前還沒有關於測量肢體障礙者的指南。而欠缺指南這點往往讓他們被排除在人體測量調查之外，因此目測評估是必要的。當肢體障礙者可能會鍛鍊上臂肌肉以幫助移動時，測量上臂中圍有可能產生誤導。除了標準的測量身高外，還有其他替代選項，包括身長、臂距或半臂距，或小腿長度等。必須參考最新的研究，以決定最合適測量障礙者的方法，因為對他們而言，標準的體重、身高和上臂中圍等測量方法皆不適當。



本章附錄 5

微量營養素缺乏對公共衛生影響的測量方法

緊急治療個人的臨床微量營養素缺乏症。臨床微量營養素缺乏症的個案病例，通常也表示人口層面存在潛在的微量營養素缺乏現象。在人口層面，進行對微量營養素缺乏的測量和分類，對於規劃和監督干預措施相當重要。

生化檢驗提供了微量營養素狀態的客觀測量結果。然而，蒐集測試用的生物樣品的任務，通常會在物流、人員培訓、冷鏈及有時在接受度方面遭遇挑戰。而且，生化測量通常無法做到具敏感度和明確的要求。與測量急性營養不良相同，根據採集樣本的時段與季節，都可能造成生化測量結果的差異。在選擇由哪間實驗室進行樣本檢驗時，應考慮良好的品質管控，這一點至關重要。

在評估微量營養素狀態時，應考慮攝取過多和不足這兩種可能性。當使用多種高度強化食品或補充劑來補充微量營養素時，這一點尤其值得關注。

微量營養素缺乏對年長者的身心健康、免疫系統和功能能力會造成嚴重後果。

下表顯示運用不同指標，對於選定的微量營養素所造成的公共衛生影響類別。有關生化檢驗和公共衛生臨界值的資訊，請參考最新文獻或尋求專家建議。

微量營養素缺乏指標	盛行率調查的建議年齡層	公共衛生問題的定義	
		嚴重程度	盛行率 ((%)
維生素 A 缺乏			
夜盲症 (XN)	24 至 71 個月	輕度	0 ≤ 1
		中度	1 ≤ 5
		嚴重	5
畢托氏斑 (X1B)	6 至 71 個月	未明示	> 0.5
角膜乾燥 / 潰瘍 / 角膜軟化症 (X2, X3A, X3B)	6 至 71 個月	未明示	> 0.01
角膜結疤 (XS)	6 至 71 個月	未明示	> 0.05
血清視網醇 (濃度 ≤ 0.7 μmol/l)	6 至 71 個月	輕度	2 ≤ 10
		中度	10 ≤ 20
		嚴重	20
碘缺乏			
甲狀腺腫大 (顯而易見且可觸摸到)	學齡兒童	輕度	5.0 - 19.9
		中度	20.0–29.9
		嚴重	30.0
尿碘濃度中位數 (mg/l)	學齡兒童	攝取過多	> 300
		攝取適度	100–199
		輕度缺乏	50–99
		中度缺乏	20–49
		嚴重缺乏	< 20
缺鐵			
貧血 (非懷孕婦女血紅素 <12.0g/dl; 6 至 59 個月大兒童 <11.0g/dl)	婦女、6 至 59 個月大的兒童	低度	5–20
		中度	20–40
		高度	40
腳氣病			
臨床症狀	全體人口	輕度	1 個病例且 <1%
		中度	1–4
		嚴重	5
飲食攝取量 (<0.33mg/ 1,000Cal)	全體人口	輕度	5
		中度	5–19
		嚴重	20–49
嬰兒死亡率	2 至 5 個月大的嬰兒	輕度	比率無增加
		中度	比率中有微峰
		嚴重	比率中有標記的峰值



癩皮病			
調查年齡層的臨床症狀 (皮膚炎)	全體人口或超過 15 歲的女性	輕度	1 個或以上的病例且 < 1%
		中度	1-4
		嚴重	5
菸鹼酸當量的飲食攝取量 <5mg/day	全體人口或超過 15 歲的女性	輕度	5-19
		中度	20-49
		嚴重	50
壞血病			
臨床症狀	全體人口	輕度	1 個病例且 <1%
		中度	1-4
		嚴重	5

本章附錄 6

營養需求

在危機初期使用下表進行規劃。表中所列，為應用於評估一般糧食配給的最低營養需求。這些需求並非用來評估補充性或治療性照護配給的適當性，也不是為了評估特定族群的糧食配給情形，像是結核病或愛滋病毒帶原者等。

營養素	最低人口需求
熱量	2,100 大卡
蛋白質	53 公克 (佔總熱量的 10%)
脂肪	40 公克 (佔總熱量的 17%)
維生素 A	550 微克視網醇活性當量 (Retinol Activity Equivalent, RTE)
維生素 D	6.1 微克
維生素 E	8.0 毫克 α -生育醇當量 (Alpha-tocopherol Equivalent, Alpha TE)
維生素 K	48.2 微克
維生素 B1 (硫胺素)	1.1 毫克
維生素 B2 (核黃素)	1.1 毫克
維生素 B3 (菸鹼酸)	13.8 毫克菸鹼酸當量 (Niacin Equivalent, NE)
維生素 B6 (吡哆醇)	1.2 毫克
維生素 B12 (鈷胺素)	2.2 微克
葉酸	363 微克之膳食葉酸當量 (Dietary Folate Equivalent, DFE)
泛酸	4.6 毫克
維生素 C	41.6 毫克
鐵	32 毫克
碘	138 微克
鋅	12.4 毫克
銅	1.1 毫克
硒	27.6 微克
鈣	989 毫克
鎂	201 毫克

資料來源：取自聯合國糧農組織 (FAO) / 世界衛生組織 (WHO) 於 2004 年發佈的第二版《人類營養中的維生素和礦物質需求》(Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition) 中的《營養素參考攝取量》，用於計算除了銅以外的所有維生素和礦物質需求。銅的需求量則取自 WHO 於 1996 年發佈的《人類營養與健康中的微量元素》(Trace Elements in Human Nutrition and Health)。



這些平均人口的最低需求，包含了所有年齡層和性別的需求，同時這些數據並不針對任何單一年齡層或性別，因此不應作為針對個人需求的標準。這些需求是依據推估的人口統計概況、假設的環境溫度，以及人們的活動程度等因素進行推算。這些數據還考慮了孕婦和哺乳期婦女的額外需求。

所有關於營養素的需求，除了熱量以及銅以外，皆以營養素參考攝取量（RNI）表達。關於主要營養素和微量營養素資訊的更新和進一步研究，可在聯合國糧農組織（FAO）和世界衛生組織（WHO）的網站中找到。

為下列各細項調整人口熱量需求（增加或減少）：

- 人口結構，尤其是 5 歲以下人口的百分比，女性和年長者，以及青少年的百分比；
- 成人平均體重和實際、一般或理想體重；
- 維持有生產力生活的活動水準（如果活動水準超出「輕度」或基礎代謝率的 1.6 倍時，這些需求將會增加）；
- 平均環境溫度，以及收容場所與衣物的量能（如果平均環境溫度低於攝氏 20 度，則需求將會增加）；
- 人口的營養和健康狀況（如果人口是營養不良，且有趕上正常發育的額外需求，這些需求將會增加。愛滋病毒盛行率也可能影響平均人口的需求。根據情境分析和當前國際建議，調整一般糧食配給的份量以滿足這些需求）。

關於計算調整的指引，請參考聯合國難民署（UNHCR）、聯合國兒童基金會（UNICEF）、世界糧食計畫署（WFP）以及 WHO 於 2002 年發佈的《緊急情況下的糧食和營養需求》（Food and Nutrition Needs in Emergencies），以及 WFP 於 2001 年發佈的《糧食與營養手冊》（Food and Nutrition Handbook）中有關計算調整的指引。

如果無法藉由評估獲得此類資訊，則使用上表中的數據作為最低需求。

為瞭解人口結構，若有需要可再進一步依性別、年齡和其他標準加以細分，使用國家基準線數據或參考「世界人口展望」網站：<https://esa.un.org/unpd/wpp/>。

參考資料與延伸閱讀

一般

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>

評估

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>

營養

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

急性營養不良管理

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>

參與式研究方法

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

嬰幼兒餵食

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.enonline.net>

兒童

Growth reference for school-aged children and adolescents. WHO, 2007. www.who.int

糧食安全

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.

糧食援助

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>

種子干預措施

Seed System Security Assessment (SSSA). CIAT and DEV, 2012. <https://seedssystem.org>

Seeds in Emergencies: A Technical Handbook. FAO, 2010. www.fao.org

市場和現金援助 (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

性別

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

身心障礙者

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

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

生計

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

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

環境

Flash Environmental Assessment Tool. UNOCHA. www.eecentre.org

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>

延伸閱讀

關於延伸閱讀的建議，請參考：www.spherestandards.org/handbook/online-resources

延伸閱讀

前期評估

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.

糧食安全評估

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.

種子安全評估

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.

生計評估

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

糧食攝取

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/

參與式研究方法

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.

營養和糧食安全資訊系統

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. 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>

人體測量評估

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/>

微量營養素評估

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

嬰幼兒餵食評估

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



嬰幼兒餵食

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.enonline.net/ifemodule1

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

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

Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. IFE Core Group and collaborators, 2007. www.enonline.net/ifemodule2

Protecting infants in emergencies, Information for the media. IFE Core Group, 2009. www.enonline.net/ifecoregroup

UNICEF Programming Guide on Infant and Young Child Feeding 2011. www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf

一般糧食安全

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

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

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

Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition. IASC, 2005.

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

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

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

設定目標對象與糧食發放

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.

種子干預措施

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.

一般緊急狀態下的營養手冊

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.

弱勢人群

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.

急性營養不良管理

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.

微量營養素缺乏

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.enonline.net/attachments/893/micronutrientssup.pdf>

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

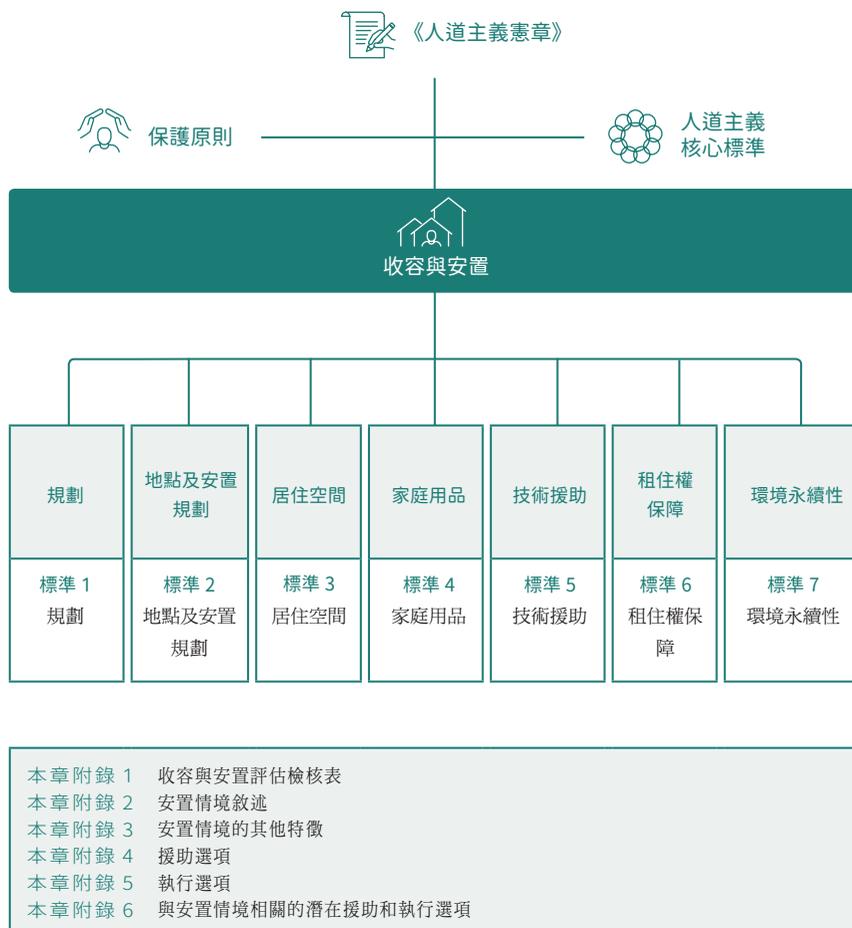
Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999.

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





收容與安置



本章目錄

收容與安置的基本概念	236
收容與安置的標準：	
1. 規劃	241
2. 地點及安置規劃	244
3. 居住空間	248
4. 家庭用品	251
5. 技術援助	254
6. 租住權保障	257
7. 環境永續性	260
本章附錄 1：收容與安置評估檢核表	263
本章附錄 2：安置情境敘述	266
本章附錄 3：安置情境的其他特徵	268
本章附錄 4：援助選項	269
本章附錄 5：執行選項	272
本章附錄 6：與安置情境相關的潛在援助和執行選項	273
參考資料與延伸閱讀	276



收容與安置的基本概念

人人有權享有適足住房

《環球計畫》中，收容與安置的最低標準是人道主義情境中擁有適足住房權的實際體現。這些標準以《人道主義憲章》中宣示的信念、原則、義務和更廣泛的權利作為基礎，其中包括享有尊嚴的生命權、保護和人身安全權，以及在需要時獲得人道援助的權利。

關於指導《人道主義憲章》之關鍵法律和政策文件清單，以及針對人道援助工作者的解釋性意見，[⊕請參考本手冊《附錄 1》](#)。

因收容與安置相互關聯，所以需要整體考量。「收容」指的是家庭的居住空間，包括支持日常活動所需的用品；「安置」則是提供人們和社區居住的更廣闊的地點。

收容與安置回應行動旨在提供安全的居住環境

在危機初期，提供及時的收容與安置協助可以挽救生命。收容除了提供免受日曬雨淋的保護之外，對於宣導健康、支持家庭和社區生活，以及提供尊嚴、安全和取得生計方面都是必要的。[⊕詳見下方《圖 8》](#)。

近年來，人們流離失所的平均時間持續增加。隨著流離失所的時間持續數年甚至數十年，收容與安置點的位置，以及收容場所所在的鄰里與社區規劃，對於支持受危機影響人群的尊嚴及其復原更顯重要。

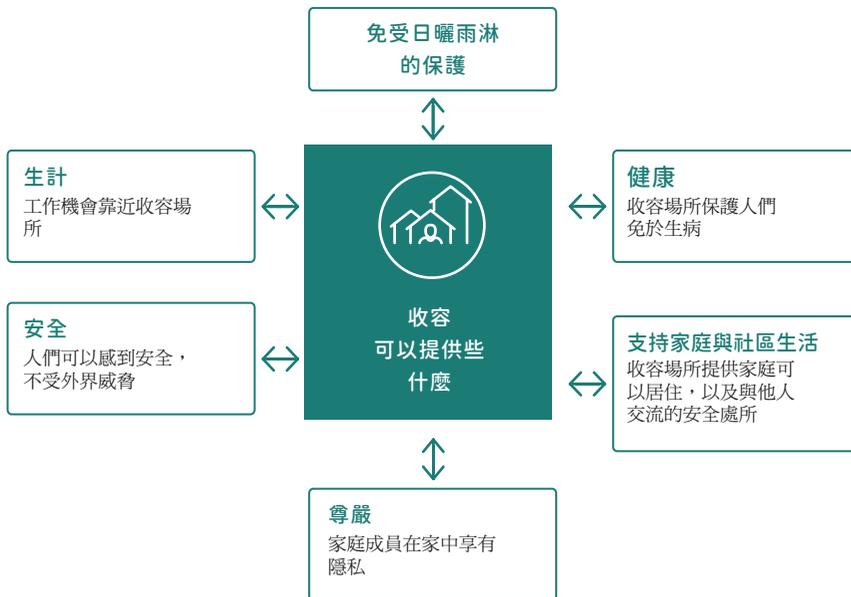
收容與安置的援助，應當支持和利用受影響家庭、社區、公民社會與政府現有的優勢，以增加發展在地化策略的機會，從而鼓勵受影響人群的自給自足和自我管理。對於啟動復原的過程而言，安全感、社區和社會凝聚力至關重要。

收容與安置的回應行動的選項，並不限於建造收容場所或提供建造所需的硬體與材料。回應行動的選項還應包括提供支持，以取得土地並獲得收容住所、住房或生活用品等。同時，還需包含技術援助與品質保證，以培力與動員受影響的人口，讓他們更好及更安全地重建家園。有必要了解關於土地和財產的國內法律架構，以及了解國家難民法規和確認難民身份的相關流程亦十分重要。

無論提供何種形式的支持，重要的是，始終要尊重現有的社區結構，並促進社會凝聚力。

每個家庭和社區都需要不同程度和類型的支持。租住權保障和充分的公民身份證明文件，是獲得安全收容的基本要求。然而，在衝突環境或存有未解決的土地使用權爭議時，收容的支持可能變得特別複雜。[⊕詳見《收容與安置標準 6：租住權保障》](#)。

在安置規劃中，對長期流離失所和復原的考量需求越來越高。流離失所可能對現有且通常已十分有限的資源造成壓力，並加劇與鄰近接待社區的緊張關係。有品質的安置規劃，應包括理解、預防和減緩對環境的負面影響。因為短期成效可能造成需要



收容可以提供些什麼（圖 8）

上圖所列為適當緊急收容的部分功能。收容計畫應當支持家庭滿足這些需求。

進一步投入資源的新問題，所以如果不加以考慮環境議題，收容與安置計畫最終將毫無效率。⊕詳見《收容與安置標準 7：環境永續性》。

城市環境中的收容與安置回應行動需要特定的專業知識

由於高人口密度、基礎設施需求、政府法規，以及社區內的社會多樣性，協助居住於城市地區的人會變得十分複雜。不論是在危機期間和危機之後，要與高度流動的人互相溝通，以及提供協助都相當困難，尤其是在要找到足夠的居住空間方面。如果技術複雜的基礎設施（例如高樓層建築）受到影響，人道援助組織就需要進行繁雜的租住安排，其中會涉及多個房東、房客或非正式居住者。

在城市環境中開展工作需要都市計劃和設計方面的專業知識，以及與住房、土地和財產相關的權利、規範、法律和政策等方面的知識。對於當地住房和金融市場的深入了解是非常關鍵的，應準備好與公民社會和私部門交流。在提供市場為本的永續解決方案這方面，私部門可以發揮作用。回應行動應以當地規範和服務為基礎，並避免製造平行結構。在安置點、鄰里或地區層級，發展整體性的回應行動，更有可能為城市地區受影響人口的福祉帶來永續的貢獻。⊕詳見《透過市場提供援助》。

需考量到各種危機發生後的安置情境

受影響的人們該在何處以及如何尋找收容場所，將視他們可以留在原地的能力或者遷離的需求而有所不同。系統性地考慮危機發生後的情境，是規劃收容與安置援助選項



的第一步，同時也必須瞭解到，針對流離失所者、直接受影響但非流離失所者，或間接受影響者，會有不同的策略重點。⊕詳見下方《圖9》。

如果條件允許，人們可以選擇作為屋主自用人繼續留在原居住地，或者留在租用的或非正式佔用的住所或土地上。支持非流離失所家庭的方式可以包括修復或重建現有的住房。

流離失所人口可能分散在當地、原居國內其他地點，或跨越邊界至其他國家。在這些情況下，他們有可能租賃住所、自行安置或寄宿在別人家中。一些流離失所的家庭可能選擇聚集在集體住所或規劃好的安置場所，或者在規劃外的安置場所避難。

瞭解這些危機下的安置情境，將有助於規劃援助策略，包括根據受影響人口的特定類別，選定最有效且最適當的援助形式，以及選擇援助提供的方式。援助應促成漸進式復原，並在理想情況下達成持久性的解決方案。本章所提及的標準和附錄皆是遵循此一邏輯，而所有的內容應一起使用，⊕詳見《本章附錄2：安置情境描述》及《本章附錄3：安置情境的其他特徵》。

各項最低標準不應單獨運用

本章所列舉的各項《最低標準》反映了適足住房權的核心內涵，並有助於在全球逐步實現這項權利。

適足住房權與取得供水和衛生設施、糧食與健康的權利息息相關。在其中一個領域實現《最低標準》的進展，也會影響在其他領域的進步。因此，有效的回應行動需要與其他領域、地方當局和其他回應機構密切協調與合作，這將有助於確保需求得以滿足、各項努力不會重複，以及收容與安置回應行動的品質得以最佳化。在整本《手冊》的相互參照中，指出了一些其潛在的關聯性。

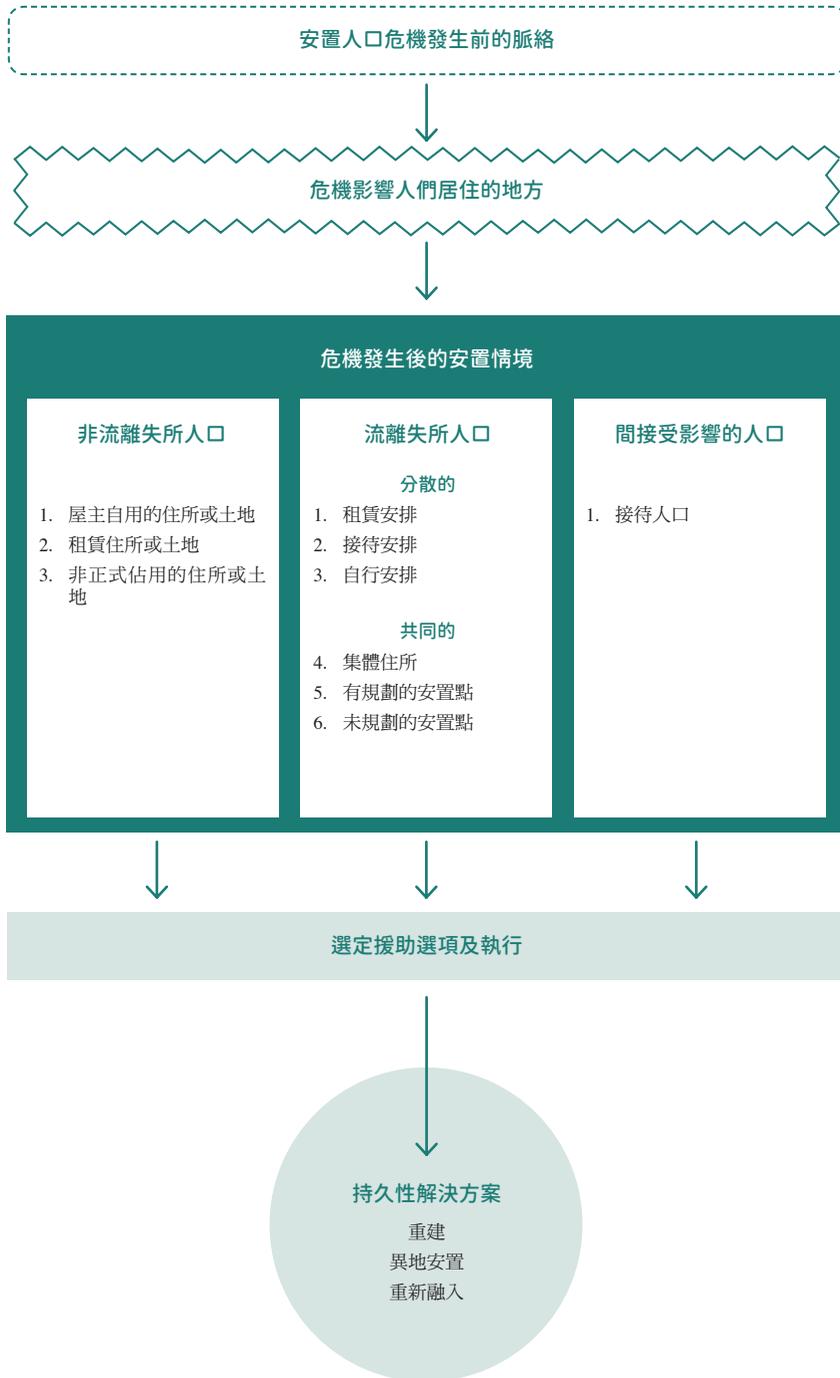
舉例來說，在安置點需要充足的供水和衛生設施，以確保受影響人口的健康與尊嚴。必要的炊具、餐具以及煮食燃料，也使人們能夠使用糧食援助並滿足營養需求。

當國家標準低於《環球計畫最低標準》時，人道援助組織應與政府合作，以逐步提高這些標準。

國際法明訂保障適足住房權

適足住房權是受國際法所保障的。適足住房權代表了安全、和平與有尊嚴地居住於某處的權利。這項權利包含如有權選擇住所的自由，以及租住權保障等權利。它奉行像免於強迫驅逐之類的保護原則。當包括難民和國內流離失所者在內的個人或群體無法享有適足住房時，國家有義務確保這項權利，即使處於危機時亦然。⊕詳見《附錄1：環球計畫的法律基礎》。

「適足」一詞的概念，表示住房不單是四面牆和一個屋頂。它強調了在收容回應行動中需包含安置視角、文化認同以及服務可得性的重要性。「適足」的住房或其他



危機發生後的安置情境 (圖9)

形式的收容皆應提供租住權的保障，並且是：

- 可負擔的，讓家庭可以獲得其他有尊嚴生活的必需品和服務；
- 適合居住的，可以提供人身安全、受保護且適當的居住空間、可取得安全飲用水、充足的供水、環境衛生和個人衛生（WASH）設施，以及糧食的準備和儲存；
- 文化上可接受的；
- 無障礙且與可使用的，包括對有行動障礙的人而言；以及
- 位於可提供取得生計的機會和必要的社區服務之處。

與《保護原則》和《人道主義核心標準》的連結

危機會使原已存在的不平等更加惡化。因此，提供公正且具情境敏感度的援助十分重要，特別是對於無法自行從危機中復原的人。⊕詳見《保護原則 2》。

有些人可能由於生理、文化、經濟和社會的阻礙，難以取得收容與安置援助。在瞭解與回應這些情形時，要留意以下幾點：

- 個人的法律地位（例如難民、國內流離失所者、無國籍人士、移民、尋求庇護者、無家者或無土地者，以及其他被剝奪公民權與無法取得公共服務或社會安全網服務的人）；以及
- 由於下列原因而面臨特殊保護風險的人，以及特別容易遭受歧視和社會排除的群體：
 - 其族群、國籍、種姓、原住民群體，或宗教或政治派系；
 - 其租住權狀況、流離失所狀況、非正式居住者或承租人狀態；
 - 不易進入其居住地點、位於危險地區、不安全區域、都市安置點或非正規安置點；以及
 - 在社會中的脆弱度和地位。⊕詳見什麼是環球計畫和保護原則。

援助工作者應接受兒童保護相關培訓，並知道如何在處理針對包含兒童在內的暴力、虐待或剝削疑似個案時，運用轉介系統。

在應用《最低標準》時，《人道主義核心標準》的所有九項承諾都應納入考慮，作為提供有責信的收容與安置計畫之基礎。

1. 規劃

規劃對於在區域、國家、機構或社區等層級的最佳回應行動成效至關重要。瞭解危機前後的情境，可以評估危機對人們居住條件的直接和間接影響，以及任何對社會、經濟和政治的後果。找出各項需求，進而制定適當的回應行動選項，是規劃與協調良好的收容與安置回應行動之基礎。

收容與安置標準 1：

規劃

良好的收容與安置干預措施是完善規劃與協調，以增進受影響人群的安全和福祉，並促進復原。

關鍵行動

- 1 與受影響人口以及國家和地方政府當局合作，評估收容與安置的需求和能力。
 - 根據危機前的環境評估變化，找出流離失所和非流離失所人口的可立即需求與能力，並考慮處於風險中群體的特殊需求。
 - 找出當地住房和土地租賃市場內，可居住或可佔用的土地、建築物、公寓和房間的供應情形。
- 2 與利害關係人合作，找出最具成效且最適當的援助選項，以及提供這些選項的方式。
- 3 與有關當局以及受影響的社區共同協調，制定收容與安置計畫。
 - 提供依據受影響人口與政府當局的需求和偏好，而量身定制的援助計畫。
 - 優化成本效益、技術品質、速度和時機、計畫執行規模以及可複製性。

關鍵指標

收容與安置計畫滿足目標人口的基本需求，並獲得目標人口以及有關當局的同意
受影響人群表示收容與安置援助有反映其需求和優先事項，並促進持久的解決方案的百分比。

指引說明

評估：進行評估時，檢視危機發生後收容與安置狀態的變化，並從一開始就納入可能的保護風險。這些風險包括接待社區的觀感、進入安置點相關的風險、安全取得服務，或被驅離的風險等。

考量危機對人們居住條件造成的直接和間接影響，包括社會、經濟和政治的後果。



危機會以不同方式影響人們，因此不同的人會有不同的收容與安置需求。與可能面對特定阻礙而無法獲得收容服務的群體合作，例如身心障礙者、女性為戶長的家庭、年長者或少數民族或語言少數族群等。⊕詳見《本章附錄 1：收容與安置評估檢核表》、《保護原則 2》，以及《人道主義核心標準之承諾 4》。

援助與執行選項：依據脈絡、能力、可用資源、安置情境與回應行動階段，選擇最有成效的回應行動選項。其他需要考慮的因素尚包括地點、住房類型（包括當地建築技術）、租住權，以及市場和法律架構等。在可能情況下，將支持人們返回原有住所（或住居所在地）當作優先選項。協助無法或不願返回原有住所的人獲得為他們需求量身打造的選項。⊕詳見《本章附錄 2 至 6》。

定義出符合立即需求的時間軸，同時考慮效率、技術品質、計畫執行規模、當地能力和可複製性等因素。探索可提升社區未來面對危機的長期復原力與韌性的選項。

考慮以不同的方式來提供所選擇的回應行動選項，包括下列各項的組合：

- 財務支援；
- 實物物資援助；
- 承包工程／委任勞力；
- 技術援助／品質保證支援；以及
- 能力建構。

隨時視情況變化檢視和調整選項組合。

流離失所者：除了有迫切的收容需求之外，流離失所者還需要特定的協助，以便讓他們就適合的收容解決方案做出充分知情的決定。協助的範例選項包括：提供他們能否，以及何時可以重返家園的資訊、如何在流離失所處融入當地，或者是否前往第三地異地安置等。

非流離失所的家庭將需要協助恢復原有的居住條件，並應獲得適當的收容援助。如果重建需要較長時間或人們並不安全，則調查諸如接待家庭援助、租賃援助，或提供臨時或中繼收容場所等暫時性選項。如果危機已經改變了居住環境的保全與安全，異地重建可能是必要的。

接待社區也會經歷危機造成的後果，因為社區必須分享其公共與私人空間，這包括共享醫療中心或學校等服務，或擔任接待家庭等；還可能會與流離失所者在工作、服務、基礎設施和資源方面存在實質或感受上的競爭。解決方案必須同時考慮公平性與針對性的支持，以免在社區中製造額外的風險或威脅。⊕詳見《保護原則 1》。

市場分析：了解當地、國家和區域層級的周邊市場，對於制定良好品質的收容回應行動非常重要，並可為選定收容選項提供資訊，還能取得租金，和其他與安置相關服務的訊息。⊕詳見《透過市場提供援助》、《市場分析最低標準手冊》（MISMA 手冊）和《最低經濟復甦標準手冊》（MERS 手冊）。

瓦礫碎片清除：危機發生後立即進行碎瓦殘骸管理。瓦礫碎片可以重複使用、回收或分類、收集或處理。同時也可以提供進行以工代賑計畫的機會。關鍵議題包括出現人

類遺體、建築結構危險的地點以及有害物質等。清除瓦礫碎片可能需要專業知識和設備，因此務必與其他領域的專家一起規劃。⊕詳見《收容與安置標準 7：環境永續性》、《醫療衛生標準》和《WASH 標準》。

生計機會：人們在危機前從事的生計，以及危機後仍存在的機會與決定安置選項息息相關。土地的可用性、安全進入耕作和放牧地點、進入市場和取得其他就業機會等因素，即便是暫時性的，都會影響人們選擇居住何處。⊕詳見《糧食安全與營養一生計標準 7.1 和 7.2》，《牲畜緊急情況指南與標準手冊》（LEGS 手冊）和《MERS 手冊》。

重返家園：返回自己的土地和住所，是大多數受危機影響人們的主要目標。受影響人群應當可以決定是否需要整修其原有住所，或改善其收容場所。重返家園可以支持公共的因應策略，並保留既定的安置模式和基礎設施。整修或重建像是學校、供水系統、診所或市場等公共基礎設施，對於讓流離失所者得以重返家園亦十分重要。然而，某些情況可能會妨礙或延遲重返家園，例如安全顧慮、武裝部隊佔領房舍或土地、持續的暴力衝突、族群或宗教緊張局勢、對迫害的恐懼，或地雷和未爆彈等。不適當或歧視性的土地與財產法規，或其他慣例程序，都有可能阻止女性為戶長的家庭、因危機而喪偶或成為孤兒的人，或身心障礙者重返家園。沒有能力開展重建活動的流離失所人口，重返家園的行動亦可能面臨受挫或阻礙。



2. 地點及安置規劃

地點及安置規劃，應增進安全、可接受且易於使用的居住空間，並提供取得基本服務、生計以及連結更廣泛人際網絡的機會。

收容與安置標準 2：

地點及安置規劃

收容場所及安置點都位在安全且無危險之處，提供適足空間、並可取得必要服務與生計。

關鍵行動

- 1 運用現有的規劃流程和法令規範，並與接待社區和有關當局達成協議。
 - 將新的安置點設在與實際或潛在威脅都保持安全距離之處，並讓既有危害造成的風險降至最低。
 - 考慮安置點預期需存在多久，決定可能需要拓展或開發哪些必要服務。
- 2 在選址與安置點規劃時，需讓包括受影響群體中各種族群的多元利害關係人參與。
 - 找出可能影響地點或空間規劃的因素，還需考慮性別、年齡、身心障礙、族群或語言認同，以及性別角色和責任。
 - 在城市情境中，透過依地理上界定，且以地區為本的策略方法，以便更了解社區動態。
- 3 確保受影響人口可獲得基本服務與設施，包括謀生機會。
 - 與其他領域合作，商議取得必要服務與設施所需的可接受距離和安全移動（或運輸）情形。
 - 與服務提供者協調，優先考慮並提供目前還沒有的必要服務和謀生機會。
- 4 規劃土地使用，提供充足的空間進行各種用途、確保所有收容場所與服務的可近性，並且確認整個安置點皆有適當的安全措施。
 - 將諸如供水和衛生設施、公共烹調設施、兒童友善空間、集會區域、宗教需求和糧食發放點等共享資源納入規劃。
 - 確保在安置點內必要服務的安排符合對於安全、保護與尊嚴的標準。
- 5 在選址與安置點的發展計畫中納入降雨或洪水排水規劃。
 - 提供適當的排水設施，讓所有居住區域與服務設施沒有積水殘留，且暴雨排洪系統保持暢通。
 - 預測和管理病媒的繁殖點。

關鍵指標

位於沒有或極少已知的自然或人為威脅、風險和危害地區的收容場所和／或安置點百分比

可於可接受的時間或距離之內，安全獲得必要服務的收容場所和／或安置點百分比

對於收容場所或安置點的位置感到安全的受助者百分比

提供足夠的可用面積用來開展適當地情境的私人與公共戶外活動之安置點百分比

- 在營地型安置點每人 45 平方公尺，包括家庭用地；
- 若可於規劃安置區外提供社區服務，則每人 30 平方公尺，包括家庭用地；
- 有遮蔽的居住空間與土地表面積的最小比例為 1：2；應儘速增加至 1：3 或更多。

指引說明

規劃過程和原則：政府或地方當局經常在危機發生後推行禁建區、安全區或緩衝區等新政策。倡導風險告知規劃以及適當的援助選項。「禁建區」並不代表「無援助區」，也不應拖延收容與安置的回應行動。

瞭解土地與財產所有權情形，[⊕詳見《收容與安置標準 6：租住權保障》](#)。

讓受影響人群參與計算和安排空間，用以支持現有的社會和文化慣習。讓婦女和其他處於風險中的群體參與設計和執行收容與安置的規劃。

必要服務和設施：重返家園者以及居住在臨時住所或安置點的人們具有安全、不危險，且公平取得必要服務和設施的需求，例如：

- WASH 設施，[⊕詳見《WASH 供水標準》](#)；
- 公共和家戶的照明解決方案；
- 糧食儲存和加工設施（包括爐灶與燃料），[⊕詳見《糧食安全與營養評估標準 1.1》和《糧食援助標準 6.4》](#)；
- 醫療照護設施，[⊕詳見《醫療系統標準 1.1：醫療服務提供》](#)；
- 固體廢棄物處置，[⊕詳見《WASH 固體廢棄物管理標準》](#)；
- 學校，[⊕詳見《INEE 手冊》](#)；
- 社交設施，例如敬拜場所、集會地點和休憩區域等；
- 文化合宜的安葬與相關儀式舉辦空間；以及
- 飼養牲畜的空間（需與住宅空間有所區隔），[⊕詳見《LEGS 手冊》](#)。

臨時安置點的選址規劃：空間規劃應以都市設計和城鎮規劃的原則為基礎，並設置像是出入口、十字路口與公共空間等連接元件。這些受物理、社會、環境與經濟因素影響的元件，形成了新安置點的空間計畫。安置點規劃應支持現有的社會網絡、為形成新網絡提供機會、促進安全與保全，並使受影響人群能夠自我管理。

為臨時安置點進行平面空間規劃時，需維護獨立家戶的隱私和尊嚴。每個家庭的收容



場所應可通往公共空間或隱蔽的區域，而非通往另一個收容場所的入口處。為所有潛在的弱勢族群提供安全的居住區域，但應避免將他們聚集在一起，因為這會增加他們的脆弱性。將家庭、延伸家庭和背景相似的族群聚集在一起，以維持社會連結。考慮不同年齡、性別和身心障礙族群的需求、偏好和習慣。

規劃的或自行安頓的安置點之表面積：在規劃的安置點中，營地型安置點，包括家庭用地在內的最小可用表面積應為每人 45 平方公尺，這還包括道路和人行道、屋外或公共的烹調區、教育和休憩區、醫療照護設施、衛生設施、防火線、行政機關、儲水、排水、宗教設施、糧食發放區、市場、倉庫和各家庭的小型菜園（不包含大型的農業活動或飼養牲畜）等設施所需的空間。當規劃安置點之外的既有或附加的設施仍可提供公共服務時，則最小可用表面積則應為每人 30 平方公尺。如果無法提供最小可用表面積，應積極採取措施，設法解決高密度群居的後果。安置點規劃還應考量到人口的變化。

當在城市地區進行安置點規劃時，利用現有的服務和住房存量；確保各個家庭之間有適當的區隔與隱私，並為必要的設施預留空間。

收容場所用地面積：建議採用收容場所占用地面積比例為 1 比 2 或 1 比 3 的原則，以便為家庭最必要的戶外活動保留足夠空間。然而，若比例接近 1 比 4 或 1 比 5 則更合適。這個比例應考慮到文化與社會規範，以及實際可用空間。

降雨和洪水之排水：不良的降雨或洪水排放系統，可能嚴重限制人們的居住空間、行動能力和取得服務的機會。一般而言，安置點選址與基礎設施開發會決定大型排水系統的性質。避免於洪水氾濫區域選址，這可能會危及安全與保障，尤其在擁擠或狹窄的空間。在人們的居住、學習和工作環境，進水和積水會對健康、尊嚴和福祉造成普遍的威脅。

應保護廁所和下水道免受洪水侵襲，以避免損壞結構和滲漏。與排水不良相關的主要公共衛生威脅，就是因接觸到受污染的水，而增加暴露於罹患腹瀉疾病的風險。

未妥善控制的降水還會破壞其他基礎設施、住宅與財產，也會限制謀生機會並製造壓力。排水不良也是病媒繁殖的溫床。⊕詳見 [WASH 病媒控制標準 4.1 和 4.2](#)。

進出管道：為了救災援助物資和其他物品的供應，必須要考慮當地道路的狀況，以及接近運輸交通樞紐。提供救援協助時，必須避免破壞當地的道路基礎設施，還要考慮季節性限制、危害與安全風險。重型卡車必須可以全天候在安置點、主要倉庫，以及任何糧食發放點的道路通行；其他設施則必須讓輕型車輛通行。應在安置點內設置安全且無危險的道路和通道，並且可以全天候到達所有個別住宅和公共設施。另需考慮行動或出入不便者的需求。

消防安全：安置點場地規劃應包含火災風險評估。在營地型安置點內的建築物密集區，每隔 3 百公尺應設置 30 公尺長的防火帶，而建築物之間應至少保持 2 公尺間距。在理想狀況下，間距應為建築物高度的兩倍，以防止倒塌的結構波及相鄰的建築物。

應考量當地的煮食和取暖的實務作法（例如爐灶的類型與偏好的擺放位置等）。可考慮提供居民安全爐灶、消防安全設備與意識培訓。儘量選用耐火的建築材料和家庭用

品。告知居民（包括行動或出入不便者）關於防火、管理與疏散計畫。

降低犯罪：安置點的設計有助於減少犯罪與性別暴力。應考慮到收容場所、建築物和設施的位置和可近性、夜間照明、收容場所至廁所和淋浴區的距離，以及透過視線，進行被動監測等因素。作為集體收容中心的建築物，必須具備替代逃生路線。

不斷變化的威脅和風險：隨情況變化而定期進行情境、危害與風險評估。這可能包括季節性危害、安全狀況的變化、先前或目前衝突遺留在現場的未爆彈，或人口結構變化的結果。

集體收容中心和社區基礎設施的安全：應由技術專家評估社區建築、集體收容中心和其他位於受危機影響居住區的建築物的結構穩定性。考慮實際和潛在的安全或健康威脅。

生計支持：考量災難前的經濟活動以及災難後情境中的潛在謀生機會。找出可供耕種和放牧的土地，或可取得的進入市場和就業機會。收容與安置回應行動需有提供當地就業機會的潛力，例如在技術援助、供應與勞動市場等方面的角色。利用培訓和教育計畫來提升當地的能力，以便於設定的時間內達到成效。⊕詳見《收容與安置標準 5》和《糧食安全與營養一生計標準 7.1 和 7.2》。

營運和維護：制定營運和維護計畫，以確保所有設施、服務和公用事業（例如供水、衛生、排水、廢棄物管理、學校等）有效運行。計畫的關鍵要素包括社區參與、建立使用者群組、定義角色和責任，以及訂定成本回收或成本分攤計畫等。

場所的退役和移交：恰當的環境恢復措施可以促進臨時安置點內及其周圍環境的自然再生。場所應該有退役計畫，最好在干預措施的設計階段就加以制定。⊕詳見《收容與安置標準 7：環境永續性》。

傳授當地居民永續的土地管理技術，可以確保場所與當地環境的復原。在場所的清理和退役活動中，盡可能使用當地的勞動力。



3. 居住空間

居住空間對人們的福祉至關重要。擁有可供家人居住、感到安全並進行各種必要家庭活動的住所，是人類的需求與權利。

收容與安置標準 3：

居住空間

人們可享有安全和適足的居住空間，得以有尊嚴地開展必要的家庭與生計活動。

關鍵行動

- 1) 確保每個受影響的家庭有適足的居住空間，以進行必要的家庭活動。
 - 提供滿足家庭成員多元需求的居住空間，如睡眠、糧食準備與飲食，尊重地方文化和生活方式等。
 - 為居住者及其家庭資產提供基本的屋頂和牆壁，給予人身安全、尊嚴、隱私和免受日曬雨淋的保護。
 - 提供最佳的照明條件、通風和保暖的舒適度。
- 2) 確保緊鄰居住空間的區域可支持人們安全從事基本活動。
 - 納入適當的烹調、如廁、洗衣、沐浴、生計活動、社交與遊樂區域。
- 3) 宣導使用在文化和社會方面可接受且環境永續的收容解決方案、建築技術和材料。

關鍵指標

在收容場所之內和周圍擁有適足的居住空間以進行日常活動的受影響人口百分比

- 每人至少有 3.5 平方公尺的居住空間，不包括烹飪區域、淋浴區和衛生設施。
- 在寒冷氣候或室內設有烹飪空間以及沐浴和/或衛生設施的城市地區中，每人應有 4.5 至 5.5 平方公尺的居住空間。
- 室內從地板到天花板最高點的高度至少 2 公尺（在氣候炎熱地區則為 2.6 公尺）

符合議定的技術和性能標準且在文化上可接受的收容場所百分比

在收容場所中感到安全的受助者百分比

指引說明

居住空間：居住空間應適合進行各項日常活動，例如睡覺、準備與食用糧食、洗滌、穿衣、儲存食物和用水，以及保護家庭財產和其他重要資產等。居住空間還必須根據文化和社會規範，確保家戶內按照性別、不同的年齡層和家庭的要求，享有隱私和區

隔。⊕詳見《收容與安置標準 2：地點及安置規劃》。

考量到讓家庭成員可以聚會，以及照顧嬰兒、兒童和生病或受傷的人所需的居住空間。注意白天和夜間的空間使用需求變化，並規劃門、窗和隔間的位置。最大化內部空間以及像是廚房或遊樂區的相鄰外部區域的使用。

為了有尊嚴地容納各項活動，收容場所必須是一個封閉空間（有牆壁、窗戶、門和屋頂），並有足夠的樓地板面積。過度擁擠或暴露於自然環境中會增加疾病爆發或患病的風險。縮小的空間也會造成保護風險，安全性和隱密性降低。

最小居住空間應反映文化和社會規範、情境脈絡、回應行動階段，以及國家當局或人道援助回應領域所提供的指引。仔細考量採用計算出最小所需空間（每人 3.6 平方公尺，寒冷氣候下則為 4.5 平方公尺）可能產生的潛在後果，並與夥伴商議各種調整，儘速讓所有人達到最小所需空間的要求。

若有迅速採取行動以挽救生命的需求，則考慮下列任一初步援助方案：

- 為最小所需居住空間建造屋頂，後續再協助興建牆壁與門窗；或者
- 建造一個佔地面積較小的收容場所，後續再增加樓地板面積。

在某些情況下，空間標準取決於實際限制，包括在狹窄的安置點、人口稠密的城市環境，或因極端氣候條件導致無法取得收容場所建材等情況。此處所指的最小空間是適用於緊急階段和臨時或中繼的收容方案。當居留時間延長時，則必須重新計算可居住空間的需求。在復原重建階段，必須考量到可接受的當地標準以及退場策略。

在決定該提供何種類型的援助時，儘可能讓受影響的社區與家庭一同參與。諮詢長時間待在有屋頂居住空間的人以及行動或出入不便者。確保身心障礙者及其同住家人可以順利進出居住空間。身心障礙者，尤其是在智能與社會心理方面的障礙者，有可能需要額外的空間。

文化慣習、安全和隱私：尊重現有的實務作法與習俗，以及它們如何影響家中內部隔間（如窗簾與牆壁等）的需求。例如依據可容納延伸家庭成員或同一家戶內不同家庭的睡眠空間空排，進行居住空間的規劃設計。

在集體住所中，穿過居住區的通道應規劃完善且光線充足，還應加上區隔個人與家庭空間的隔板，以便提供個人隱私與安全。

在集體住所中，應允許同儕團體可以選擇共享空間。例如有些多元性別族群（LGBTQI）就更希望與朋友及同儕同住，而非與自己的家人一起。

保護：確保住所有多個出口動線，且內部空間可通往公共區域。還應確認工作人員知道如何轉介任何關於家庭暴力或虐待、暴力、剝削或兒童疏忽照顧等保護問題。婦女、女孩和需要個人衛生協助者的人通常需要額外空間。⊕詳見《WASH 個人衛生宣導標準 1.3：經期衛生管理與失禁》。

若運用短期集體住所，應採取具體行動以防止性剝削和性暴力。與社區成員合作，了解並試圖解決相關風險，並建立可採取立即且核實行動的強力申訴系統。



社會心理考量：住宿地點的空間規劃和設計應包括可以增加社交互動的開放式家庭公共空間。

溫暖潮濕的氣候區，設計及定位收容場所應使其獲得最大程度的通風與最低程度的陽光直射。較高的天花板有助於空氣流通，附加有屋頂的室外空間則有助於減少陽光直射，且可避免被雨淋。考慮使用相鄰有遮陽或有屋頂的外部空間，作為準備與烹煮食物之用，並為其他居住活動設置獨立空間。屋頂應有斜度以利大型懸垂排放雨水，但易受強風影響的地方除外。收容場所的建築材料應使用重量輕且熱容量低的材質，例如木材。使用高架地板以防止水流入有屋頂的居住空間。⊕詳見《[收容與安置標準 2：地點及安置規劃](#)》。

炎熱乾燥的氣候區，儘管晝夜溫差變化大，可使用厚重的建築材料（例如泥土或石頭），確保熱舒適性。或可使用重量較輕的建築材料，搭配適當的隔熱處理。在易發生地震的風險區，要注意使用厚重建築材料的結構設計。在可能且適當的情況下，提供遮陽且通風的空間。若只有塑膠布或帳篷可用，則應提供雙層帷幕屋頂，並在夾層間進行通風處理，以減少輻射熱增益的情況。將門窗的開口位置設在遠離熱風的方向。室內地板與外牆間不可有縫隙，以防止灰塵和病媒進入。

寒冷的氣候區，較低的天花板是更好的選擇，以將需要暖氣的內部容積減至最小。全天都使用的收容場所需要高熱容量的厚重建築材料，而僅在夜間使用的收容場所，採用低熱容量，且具有良好隔熱性能的輕型建築材料結構可能更合適。儘量減少空氣流動，尤其是門窗周圍的孔洞，以確保個人舒適，同時提供室內暖器或爐灶足夠的通風。

適當的通風有助於維持健康的室內環境、防止冷凝，並減少傳染病的傳播，還可降低室內家用爐灶產生煙霧所造成的影響，這些煙霧可能導致呼吸道感染和眼睛問題。在情況允許下，考慮採用自然通風。

病媒控制：地勢低窪的區域，瓦礫殘骸和閒置建築物有可能變成造成公共衛生風險的病媒滋生地。對公共安置點而言，場址的選擇和積極的減緩病媒風險，是降低病媒傳染疾病影響的重要關鍵。⊕詳見《[WASH 病媒控制標準 4.2：控制病媒的家庭與個人行動](#)》。

4. 家庭用品

家庭用品援助可以協助恢復與維持健康、尊嚴和安全，以及在住家內部與周圍進行日常家庭活動。本項標準指出用於睡眠、準備和儲存糧食、飲食、熱舒適、照明和個人服裝的相關物品。WASH 一章則提供更多關於諸如蚊帳、水桶、貯水和個人衛生用品等物品的詳細資訊。

收容與安置標準 4： 家庭用品

家庭用品援助協助恢復與維持健康、尊嚴和安全，以及在住家內部和附近進行日常家庭活動。

關鍵行動

- ① 評估並確保可以取得能使家庭恢復與維持必要家庭活動的物品。
 - 根據年齡、性別、身心障礙、社會和文化慣習以及家庭規模等因素，考量其不同的需求。
 - 優先考慮取得家庭活動、個人衣物、個人衛生，以及支持安全和健康等用途的物品。
- ② 決定如何有效且適當地提供家庭用品援助。
 - 考慮可以藉由現金援助或代用券援助在當地獲得哪些物品，以及透過在地、區域或國際採購來進行實物發放。
 - 考慮物品包裝或遞送相關的环境議題。
- ③ 監督家庭用品的可得性、品質和使用情形，並於必要時進行調整。
 - 在持久的流離失所情況下，規劃補充各項用品。
 - 監督選定市場的可得性、物價和品質。並隨情況演進而調整提供援助的方式。

關鍵指標

人們有足夠且品質適當的衣物

- 每人至少有 2 套衣服，尺寸合宜且適當地文化、季節與氣候，並可因應特定需求予以調整

人們有足夠且品質適當的物品，以供安全、健康且有隱私的睡眠

- 每人至少有 1 張毯子和 1 套寢具（地墊、床墊、床單等）。在寒冷氣候區則需提供額外的毯子／隔冷墊。
- 若有需要則提供長效型驅蟲防蚊帳



人們有足夠且適當的物品，以準備、食用和儲存糧食

- 每個家庭或 4 到 5 個人的團體：2 個適合全家用的附把手和蓋子的鍋具、1 個用於準備或盛裝食物的食物盆，以及 1 把菜刀和 2 個公匙。
- 每人：1 個餐盤、1 套餐具，以及 1 個飲水器皿。

可取得足夠、安全且可負擔的能源供應，以維持熱舒適、準備糧食和提供照明的受影響人口百分比

因使用爐灶，或為了儲存或獲得燃料而對人造成傷害的事件數量

- 建立基準線並以朝向測量數值為 0 為目標

指引說明

下列**必要家庭用品**應具備足夠的數量與品質，以用於：

- 睡眠、熱舒適和個人衣物；
- 貯水、準備和儲存糧食，以及飲食；
- 照明；
- 煮食、燒水和取暖，包括所需的燃料或能源，[⊕詳見《糧食安全與營養標準 5：一般糧食安全》](#)；
- 個人衛生，包括經期衛生或失禁用品，[⊕詳見《WASH 個人衛生宣導標準 1.2 和 1.3》](#)；
- 免受病媒侵害；例如蚊帳，[⊕詳見《WASH 病媒控制標準 4.2》](#)；以及
- 消防與防煙安全。

選擇合適的家庭用品：家庭用品應作為整體計畫的一環予以提供。在指定物品的種類、數量和品質時，優先考慮可以挽救生命的物品。考慮下列因素：

- 個人、家庭和社區層級的必要日常活動；
- 文化規範、妥適性與傳統；
- 安全性且容易使用（只需提供最少的額外說明或技術指導）；
- 耐用性、消耗率和補充需求；
- 目前的居住條件和安排；
- 本地可得性；
- 根據受影響人口類別的具體需求，包括婦女、女孩、男人、男孩、嬰兒、年長者、身心障礙者和其他弱勢個體和群體；以及
- 所選用品對環境的影響。[⊕詳見《收容與安置標準 7：環境永續性》](#)。

安全性：所有塑膠製皆應以食品級塑膠原料製成。所有金屬製品都應為不銹鋼或琺瑯塗層材質。

確保爐灶與收容場所的構件之間保持安全間隔。將室內爐灶置於不可燃的底座上。在會穿過收容場所且通往外面的煙道周圍，安裝不可燃的套管。將爐灶放在遠離入口的

位置，並確保使用時可以安全地進出。存放燃料的地方應與爐灶保持安全距離，若是煤油等液態燃料，則應存放於兒童和嬰兒觸摸不到的地方。

熱舒適指的是人們可以舒適地感到溫暖或涼爽、有遮蔽物且保持乾爽。衣物、毯子和寢具可以提供個人舒適感。睡墊和小型暖氣與風扇置，可以創造合適的居住條件。在個人和家庭層面應採行所有可能措施，以防止失溫或中暑。

可負擔的燃料和家庭能源供應：燃料和其他能源是照明、煮食、熱舒適和通訊所必需的。收集燃料或能源或支付相關費用是一項經常性成本，因此必須相應地進行規劃。推廣節能烹調的實際作法，包括使用節能的爐灶、準備木柴、消防管理、糧食準備技術和共享烹調等。向受危機影響的人群和接待社區諮詢可以收集燃料的地點與方式，以解決個人安全和環境永續性等議題。

人工照明可於需要時提供，以便確保在沒有一般照明的安置點及其周圍的人身安全。除了火柴和蠟燭之外，還可以考慮使用節能的人工照明，例如發光二極體（簡稱LED）和太陽能板等。

以市場為本的家庭用品計畫設計：家庭用品的市場評估，應當作為更廣泛的市場系統評估的一部分。在可能情況下，提供家庭用品應當支援當地市場。分析這些用品的支出，視為整體家庭支出模式的一環。長期監督支出模式以進行相應的調適與調整。⊕
[詳見《透過市場提供援助》。](#)

發放：諮詢地方當局與受影響人群，規劃有效率且公平的援助物資發放方法。確保弱勢個體或家庭有納入發放名單之中，並可取得名單資訊與發放物資清單。需審慎挑選發放點，考量到步行距離、地勢以及運送，像是收容場所支援物品等較大型貨物的實際情況。發放用品應考慮納入可用於儲存和運送個人與家庭用品的容器。

發放後的監督：評估發放過程以及家庭用品本身的妥適性。如果發放的家庭用品沒有被使用或被拿去市場上販售，又或者在取得這些物品上有所延誤，就要調整過程或所提供的物品。還要注意到需求會隨時間而改變，計畫應配合這些變化而有所調整。



5. 技術援助

技術援助是收容與安置回應行動不可或缺的一環。技術援助可協助受影響人群自主復原，並改善他們收容場所和安置點的品質與安全。受影響的家庭或社區積極參與選擇其住所、收容場所的設計、場地空間規劃和使用材料，以及監督或從事建造收容場所及其他營造工作，這些都是必要的。

收容與安置標準 5： 技術援助

人們可以及時獲得適當的技術援助。

關鍵行動

- 1) 了解危機發生前的規劃和建築實務作法、可用材料、專業知識和能力。
 - 諮詢受影響人群、當地建築專家以及政府當局，就建築實務作法與材料達成共識，並找到品質保證所需的專業知識。
- 2) 在建造過程中讓受影響的人群、當地政府和當地專家參與並提供協助。
 - 遵守適用的規劃和建築規範、材料規格和品質標準，使其符合收容、安置和家庭干預措施的預期壽命。
 - 優化建築實務作法以及當地生計機會。
- 3) 宣導更安全的建築實務作法，以滿足當前的收容需求，並降低未來風險。
 - 對於受損或毀壞的房屋或收容場所，找出結構風險和危害、損壞的可能原因，或未來可能會損壞的緣故。
 - 盡可能學習、改進與創新當地的建築實務作法和技術，促進有效的知識轉移，以宣導適當的建築實務作法。
- 4) 確保人們可以獲得適當的技術援助。
 - 考量對於專門專業知識的需求、如何遵守建築規範和標準，以及如何提高受影響人口的技術能力。
 - 關注能力、技能或機會降低的人，他們恐無法以安全且技術健全的方式從事建築相關活動，或協商入住安全和技術可靠的現有住宅。
- 5) 為了符合監管核可要求，應建立適當的材料、財務、勞工、技術援助和流程的計畫管理，確保品質成效。
 - 遵循適當的招標、投標、採購、合約和建築管理流程以及行為準則。
 - 鼓勵使用當地可取得的、永續的且熟悉的技術、工具和材料，並雇用在地勞工來維護和改善收容場所。

關鍵指標

地方當局參與訂定建築標準與監督營建活動的計畫百分比

展現受影響人口有積極參與的營建活動百分比

根據議定的用於特定情境和危害考量的安全建築實務作法而進行建造、修繕、改造、改善或維護的收容場所百分比

回報已獲得適當技術援助和指導的家庭百分比

指引說明

受影響人群的參與和投入：參與收容和營建活動，應符合當地現行的實務作法。培訓計畫和學徒見習方案可以最大幅度增加所有受影響人群（直接受影響的人群和接待社區）在施工期間的參與機會，也應提供婦女和身心障礙者參與機會。較無法從事體力活工作的人，可以貢獻在例如現場監工、庫存管理、行政支援、兒童照顧，或者替從事建築活動的人準備食物或兒童托育等工作。要注意受影響的人可能在時間分配上會因衝突而有限制。志願的社區勞動團隊或約聘僱勞工可以支援個別家庭的營建工作，特別是那些以婦女、兒童、年長者或身心障礙者為戶長的家庭。提供這類援助非常重要，因為當這些群體在尋求營建援助時，可能面臨性剝削的風險。

鼓勵年輕人參與營建活動：讓年輕人成為營建計畫的一部分，可提供他們寶貴的技能、信心、自尊以及與社區的聯結。

確保比最低工作年齡規定還小的兒童不會參與收容場所的營建，或以工代賑的收容計畫。最低工作年齡（通常為 14 或 15 歲）至 18 歲之間的兒童，則應以適合其年齡與發展的方式參加。確保他們的參與符合當地相關的國家法律。必須採取相關措施，以確保遵循國際標準和國家勞動法規，避免出現危險和未成年的童工。任何關於童工的可疑議題或疑問，都應向兒童保護專家或社會服務機構通報。⊕詳見《人道主義行動中兒童保護的最低標準手冊》（CPMS 手冊）。

專業知識：就現場與空間規劃、當地營建技術、損害評估、拆除和清除瓦礫碎片、營建施工、工地管理、現有建築物存量評估和租住權保障等議題提供建議，可以確保收容場所符合既定標準。關於材料和勞動力市場的知識，以及法律和行政支援也都很有幫助。⊕詳見《收容與安置標準 6：租住權保障》。

遵守建築規範：調查是否常態性遵循或執行當地或國家建築法規。如果沒有，倡導使用並遵守這些法規。這些法規應反映當地的住居文化、氣候條件、資源、建築和維護能力、可近性和可負擔程度等。確保收容計畫能讓家庭達到或逐步達成議定的規範與標準，尤其是使用現金援助來滿足收容需求的計畫中。若沒有現行的標準，應與地方當局和利害關係人（在可能情況下納入受影響人群）共同合作制定出最低標準，確保這些標準可以達到安全和性能的要求。

提升技術能力：藉由向受影響人口、地方當局、當地建築專家、技術和非技術勞工、房東、法律專家和在地合作夥伴辦理培訓及提高意識活動，以提升社區能力。



在易受季節性或週期性危機影響的地方，邀請對合適的解決方案或最佳實務作法具相關經驗的技術專家和當地專家共同參與。這些專家可以提供設計和建築實務相關資訊，並協助發展改善解決方案。

材料來源：若可以迅速提供適當的建築材料時，受影響人口可以自己建造收容場所。這些收容解決方案只需要有適當的營建工具，可以由單獨的構件，或事先定義的套裝元件所組成。快速的市場評估和分析以及環境影響評估，可以為材料的選擇提供充分資訊。

從當地來源取得材料有可能影響在地經濟、勞動力或自然環境。在某些情況下，當地可能無法提供適當品質的材料。遇到這種情況則使用替代材料或生產流程，或者商用收容系統，但要考慮使用當地文化不熟悉的材料所造成的影響。避免使用透過剝削當地工人和兒童來生產的材料。

安全公共建築：建造或整修例如學校和健康中心等臨時性和永久性的公共建築，讓它們不會造成公共衛生風險，以及是具有災害韌性的。這些設施應符合建築標準和核准程序。確保所有人的安全和可以進出這些建築物，包括行動不便者和具溝通障礙的人（盡可能與代表身心障礙者的組織進行協調）。在整修和建造這類建築時，應諮詢有關政府當局。建立可負擔的營運和維護策略。

採購和施工管理：制定含有關鍵目標里程碑的施工時程表，例如開工與完工日期，以及流離失所者異地重建的日期與持續期間等資訊。無論施工是由屋主或承包商管理，這個時程表都適用。時程表應標記季節性氣候預計開始的時間，並包含當非預期事件發生時的應變計畫。建立材料、勞工與現場監工的施工管理與監督系統。此系統應處理整個施工過程的找尋貨源、採購、運輸、裝卸和管理等議題。

盡可能僱用當地勞工以提高他們的技能並支持受影響人群的生計。聘請專門的專家（例如工程師、建築師、都市計畫師、合約經理或律師等）來執行特定任務。

確保有設法解決環境顧慮。在所有權與品質皆可確認的情況下，推廣社會可接受的回收材料再利用。⊕詳見《收容與安置標準 7：環境永續性》。

改善與維護：前期的收容回應行動通常只提供最低程度有遮蔽或圍起來的居住空間。然而，初期的營建方法與材料應該要能讓住戶可以維護、改造或改善其收容場所，以滿足他們的長期需求。在可能情況下，應使用當地可取得的、熟悉的和可負擔的工具與材料，安全地進行改造工作。

公用工具：制定說明該如何使用、維護和安全儲存公用或共用工具和材料的流程。

6. 租住權保障

租住權保障表示人們可以居住在自己家中，無論是在公共安置點、非正規安置點、接待社區，或者重返家園之後，都不必擔心遭到強迫驅逐。租住權保障是適住房權與諸多其他人權的基礎。在人道主義情境中，漸進式或循序漸進的策略方法可能最為適當。這認可了可以支持流離失所者改善他們在不同類型住所的居住條件，但這並不代表優先考慮援助屋主，也不必然傳達永久性或所有權的意涵。收容行動者一直在定義何謂「足夠安全」，為了設計可以支援最脆弱以及租住權最沒有保障之人之相關收容選項。有關盡職調查和「足夠安全」概念的更多資訊，[詳見《參考資料：Payne and Durand-Lasserve \(2012\)》](#)。

收容與安置標準 6： 租住權保障

受影響的人口在其收容與安置選項中享有租住權保障。

關鍵行動

- 1 對計畫設計和執行階段皆進行盡職調查。
 - 考慮到情境與限制，盡可能達成租住權的法律確定性（也就是採用「足夠安全」的策略方法）。
 - 與地方當局、法律專家和跨機構論壇協調與合作。
- 2 了解法律架構和現場的實際情況。
 - 為不同的危機後收容與安置情境描繪租住權的系統與安排；指出這些因素如何影響風險最高的群體。
 - 與地方政府合作，了解哪些法規有在執行而哪些沒有，以及相關的時間範圍。
 - 了解租住權關係如何管理而糾紛是如何解決的，以及自危機爆發以來，租住權可能發生了哪些變化。
- 3 了解租住權系統、安排和實務作法如何影響處於風險中群體的租住權保障。
 - 將租住權保障納入脆弱性的指標之中。
 - 了解參與計畫的人可能需要哪些文件，並注意最弱勢的族群可能沒有或無法取得這些文件。
 - 確保回應行動沒有偏向自住屋主或永久產權的安排。
- 4 執行支持租住權保障的收容與安置計畫。
 - 利用在地專業知識來調整計畫，以因應不同類型的租住權，特別是弱勢群體的租住權。



- 確保例如租住權協議等文件均已準備妥當，並反映了各方的權利。
- 降低收容計畫可能造成或加劇社區內部以及與周圍在地社區緊張關係的風險。

⑤ 支持保障免於被強制驅逐。

- 當被驅逐或有被驅逐的危險時，進行轉介，並找出替代的收容解決方案和其他領域的協助。
- 協助解決爭議。

關鍵指標

至少在特定援助計畫期間，對其收容與安置選項擁有租住權保障的收容受助百分比

對其收容選項擁有適當租住權保障協議的收容受助者百分比

面臨問題而可以自行或透過轉介方式，取得法律服務或糾紛解決機制的收容受助者百分比

- ⊕詳見《保護原則4》

指引說明

租住權 (Tenure) 係指群體或個人之間有關住居與土地的關係，可透過法定的或是慣常的、非正式的或宗教的安排所建立。租住權制度決定了誰可以使用哪些資源，使用時間多長，以及在何種條件下使用。租住權安排有諸多形式，從完全所有權和正式租賃契約，到緊急住所以及在非正規安置點佔用土地等。無論租住權的安排為何，所有人都仍可維持住居、土地與財產權。生活在非正規安置點的人，往往在國內面臨流離失所的情況，他們可能沒有合法佔用土地的權利，但仍有權獲得適當的住居和保護，免於被強迫逐出家園。為了判定適當的租住權保障是否已臻完備，會需要例如租住權文件，和有組織運用盡職調查方法等資訊。

租住權保障 (Security of tenure) 是適足住房權不可或缺的一部份。租住權保障確保獲得法律保障，免於遭受強迫驅逐、騷擾和其他威脅，讓人們得以安全、和平且有尊嚴地居住於在自己家中。包含婦女在內的所有人皆應擁有一定程度的租住權保障。瞭解租住權關係，包括糾紛解決機制，是如何管理與落實的，以及理解自危機開始以來關係可能發生了哪些變化，都是十分重要的。評估租住權保障所需的資料可包括糾紛案件數量、驅逐比率以及對租住權保障的認知等。

遞增租住權 (Incremental tenure)：強化租住權保障最有效的方法之一，即是建基於目前享有一定社會合法性的租住權制度基礎之上，⊕詳見《參考資料：UN Habitat and GLTN Social Tenure Domain Model 與 Payne and Durand-Lasserve (2012)》。

城市中需考量的事項：大多數城市中的流離失所者皆居住在沒有正式所有權、租賃契約，和/或使用協議的非正式安置點或出租住居中。因此，被強迫驅逐以及相關形式的剝削與騷擾，就成為這些人生活的定義性特徵。城市地區的收容與安置援助選擇方案應該試圖解決複雜的租住權狀況，並為租屋者、非正規安置者、擅自佔地者和其他

人考量遞增租住權的策略方法。

不傷害原則 (Do no harm)：在某些情況下，人道援助收容干預措施可能導致弱勢群體遭到驅離。而在其他情況下，強調租住權保障的議題亦可能增加弱勢群體被驅逐的風險。盡職調查方法將能找出不同群體面對的租住權保障風險。而在租住權保障的風險過大的情況下，什麼都不做可能是最好的選擇。

驅逐的常見觸發原因：驅逐的威脅是由多種因素的複雜交互作用所造成，其中大部分也是觸發剝削和虐待的原因。它們包括：

- 無法支付租金，通常是由於工作權等生計上的限制；
- 欠缺與房東之間的書面租賃契約，使人們容易受到調漲房租和驅逐的威脅；
- 與房東產生糾紛；
- 對受影響人群的歧視；
- 對改善居住環境的限制，導致違反建築許可的人不斷面臨被驅逐的威脅；
- 可建造區域的房屋使用人或居住者無法獲得民政部門同意合法化其處境；
- 住房的交易發生於慣常或宗教的架構內，因而不被法律所承認，反之亦然；
- 對於女性：離婚、親密關係暴力以及其他形式家庭暴力，或丈夫死亡；以及
- 缺乏民事相關文件，包括婦女（因她們可能被包含在父親或丈夫的文件中）以及其他邊緣化或遭迫害的族群。

驅逐與異地重建：在保護遭受自然災難、環境危害的居民健康和 safety，或保存重要的環境資源上，異地安置可能是符合人權法的。然而，在缺乏真正風險，或有其他可運用選項的情況下，錯誤引用旨在保護公共衛生與安全或環境的法規，來合理化驅逐行動時，就違反了國際人權法。



7. 環境永續性

環境永續性說明了有責任的計畫設計要能滿足當代的需求，同時不損及下一代滿足他們自身需求的能力。短期內忽視環境議題可能影響復原進度、導致現有問題惡化，或造成新的問題等。⊕詳見《保護原則 1》和《人道主義核心標準之承諾 3 和 9》。

收容與安置標準 7：

環境永續性

收容與安置援助應將計畫對自然環境的負面影響降至最低。

關鍵行動

- 1 將環境影響評估與管理整合至所有收容與安置的規劃中。
 - 評估危機對環境的影響，以及環境風險和脆弱性，以將收容與安置選擇方案造成的負面影響降至最低。
 - 將環境管理計畫納入營運與監督流程中。
- 2 在各種可行的選項中挑選最永續的材料和技術。
 - 優先選擇不會耗盡當地自然資源或造成長期環境破壞的材料與技術。
 - 回收再利用、重複利用或重新利用可用的材料，包括瓦礫碎片。
- 3 在所有安置點以安全、及時、具文化敏感度且環境永續的方式管理固體廢棄物。
 - 與 WASH、醫療衛生、公共工程和其他政府單位、私部門和其他利害關係人協調，以建立或重新建立永續的廢棄物管理實務作法。
- 4 建立、恢復和推廣安全、可靠、可負擔且環境永續的能源供應系統。
 - 判定現有能源供應系統是否對自然資源、污染、健康與安全造成負面環境影響。
 - 確保任何新的或修正的能源供應選項可以滿足用戶的需求，並於需要時提供培訓並進行後續追蹤。
- 5 在使用期間和使用之後應保護、恢復並改善計畫執行地點（例如臨時安置點）的生態價值。
 - 評估每個地點的環境基準情況，和可用的當地自然資源。並找出環境危害，包括因先前作為商業或工業使用而造成的危害。
 - 移除該地區立即且明顯的危害，並修復任何嚴重的環境惡化情況，同時要將移除自然植物以及自然排水受到破壞的程度維持在最低限度。
 - 應將地點保持在當地居民可以立即使用的狀態，在可能的情況下，地點的狀態應較之前更好。

關鍵指標

- 有先進行環境評估的收容與安置活動百分比
- 已經執行的環境管理和監督計畫建議數量
- 使用低碳排放建築材料與採購方式營建的收容場所百分比
- 場地中被再利用、重新利用或回收的固體廢棄物百分比
 - 目標體積大於 70%
- 恢復到比使用前更美好環境條件的臨時安置點百分比

指引說明

環境影響評估包含三個要素：對將要進行評估的當地環境之基準敘述；對提議活動及其對環境的潛在威脅之瞭解；以及對威脅若成真時的後果之理解。

諮詢適當的環境機構可能會有幫助。環境影響評估中需要考慮的重點包括：

- 當地自然資源在危機發生前的取得和使用，包括燃料和建築材料、水源和廢棄物管理等；
- 可在當地取得自然資源的程度，以及危機對這些資源的影響；以及
- 可能影響回應行動的永續性並提升其整體效益與效率的社會、經濟和文化議題（包括性別角色）。

材料來源：在獲得例如水、木材、沙、土壤和草等天然資源，以及燒製磚塊和屋頂瓦片的燃料時，要留意對環境的影響。推廣使用多種來源、廢物材料再利用，以及生產替代材料。重新造林是製造永續建築材料的好方法。避免使用透過剝削成人和兒童的方式來生產的材料。⊕詳見《[透過市場提供援助](#)》。

選址：環境影響評估可以為選址提供資訊。舉例來說，將安置點設置於靠近現有基礎設施之處，可以減少與建造新的基礎設施有關的環境影響。考慮暴露於氣候相關風險的情形。⊕詳見《[收容與安置標準 2：地點及安置規劃](#)》。

侵蝕：保留樹木和其他植物以安定土壤，並最大程度增加遮蔭及防止氣候影響。將自然輪廓線用於道路、人行道和排水網絡等服務中，可以讓侵蝕與洪水氾濫程度降至最低。如有必要，設立排水溝渠、在道路下方鋪設排水管線，或設置土堤以防止水土流失。在坡度超過 5% 處，規定必須採用工程技術以防止過度侵蝕。

碎瓦殘骸管理和廢棄物再利用或重新利用：危機發生後立即進行碎瓦殘骸管理規劃，可以推動對瓦礫碎片廢物的再利用、重新利用或安全處置。

在人道援助環境中找到的固體廢棄物，有可能可以再利用或重新利用。在人道援助環境中，再利用的材料可作為更系統化的固體廢棄物管理策略，這可取決於當地對廢棄物處理的文化態度，以及附近是否有願意購買這些分離出來的材料的企業。人道援助環境提供了發明創造再利用材料的契機。⊕詳見《[WASH 排泄物管理標準 3.1](#)》與



《WASH 固體廢棄物管理標準 5.1 及 5.3》。

能源：在處理能源消耗時，應考量到氣候、可用自然資源、室內外污染、健康影響、安全和使用者的偏好等因素。若可行，計畫應降低家庭能源需求。節能設計、採用被動式供暖或冷卻建築結構，以及使用節能家庭用品（例如太陽能燈等），都可以減少家庭支出與環境影響。⊕詳見《糧食安全與營養標準 5：一般糧食安全》。

找出由於損壞的能源供應而對大眾造成的風險，例如供電線受損以及丙烷外洩，或燃料油儲存槽滲漏等。與當地政府及能源供應商互相協調，以恢復、輸送和維護能源服務。補貼或其他獎勵措施，或許都是確保安全且減少污染或對自然資源過度需求的選項。

自然資源管理：在僅有有限的自然資源來支援大量增加的人類住居的情況下，制定資源管理計畫是勢在必行的，必要時應諮詢外部專家。資源管理計畫可能會建議從外部取得燃料供應，以及放牧、農業生產與其他仰賴天然資源的收入來源等選擇方案。大型且管理良好的安置點，可能比眾多小型分散而不易管理或監督的安置點更有利於環境永續性。然而，大型的公共安置點，也可能較小型且分散的安置點，對附近的接待社區帶來更大的壓力。收容行動者應時常顧慮到這些干預措施，會對接待社區人口的自然資源需求造成哪些影響。⊕詳見《人道主義核心標準之承諾 9》和《LEGS 手冊》。

城市與農村環境：與城市居民相比，農村地區居民往往更依賴周遭環境中的自然資源。然而，城市地區會從附近更大範圍的區域吸取大量自然資源，例如木材、沙子和水泥、磚塊和其他天然的建築材料。若在城市或其他大規模收容計畫需要使用到大量的建材時，更需要作出充分知情的決定，因為這些計畫對環境造成的影響可能遠超出計畫執行的區域範圍。

本章附錄 1

收容與安置評估檢核表

下列問題清單可作為確保取得適當資料的檢核表，以替危機後的收容與安置回應行動提供資訊。這份問題清單並非強制的。可以視情況使用和調整。

有關危機的根本成因、安全局勢、流離失所者與接待地區群體的人口統計資料，以及應諮詢和聯繫的關鍵人物等資訊，應該個別去取得。

評估與協調

- 有關當局與人道援助組織是否已建立議定的協調機制？
- 有哪些可得的關於受影響人群的基準線數據？而已知的危害以及收容與安置風險和脆弱性又有哪些？
- 是否有可協助回應行動的應變計畫？
- 已經取得哪些前期評估資訊？
- 是否已規劃跨機構和／或多重領域評估？這些評估是否包括收容場所、安置點和家庭用品？

人口統計

- 一般家庭有幾個人？
- 有多少受影響人群生活在不同類型的家庭中？要考慮生活在家庭關係之外的群體，例如無人陪伴的兒童、非一般大小的家庭，或其他族群。並視情況按照性別、年齡、身心障礙與族群、語言或宗教派別加以細分。
- 有多少受影響的家庭缺乏適足收容場所？而這些家庭又在哪裡？
- 依照性別、年齡和身心障礙細分，有多少非個別家庭的成員沒有或缺乏適足收容場所？而他們又住在哪裡？
- 有多少沒有適足收容場所的受影響家庭並無流離失所，且可以在原有家園所在地獲得援助？
- 有多少缺乏適足收容場所的受影響家庭已流離失所，且需要提供接待家庭收容或臨時安置點的援助？
- 按性別與年齡細分，有多少人無法使用公共設施，例如學校、醫療照護設施和社區中心？

風險

- 因缺乏適足收容場所而會對生命、健康與安全造成的立即危險為何？又有多少人處於風險中？
- 因缺乏適足收容場所而會對人們的生命、健康與安全造成較不立即的危險又有哪些？
- 租住權的制度、安排和實務作法如何影響弱勢與邊緣化人口的租住權保障？
- 由於缺乏適足收容場所，而會對弱勢族群，包括婦女、兒童、無人陪伴的未成年人以及身心障礙者或慢性疾病患者等，造成的特殊風險有哪些？原因為何？



- 流離失所者的出現對接待地區人口有何影響？
- 受影響人口內的群體之間（尤其是婦女和女孩）發生衝突或歧視的潛在風險為何？

資源與限制

- 可用於滿足受影響人群之部分或所有緊急收容需求的材料、財務與人力資源有哪些？
- 關於土地可得性、所有權和使用方面的議題，哪些是會影響人們滿足其緊急收容需求的能力，包括必要時的臨時公共安置點？
- 將流離失所者收留在自己的住所內或鄰近土地上時，潛在的接待人口可能會面臨哪些風險？
- 影響使用現有可得且未受影響的建築物來收留流離失所者，所帶來的機會和限制有哪些？
- 考慮地形和其他環境限制後，可進入的空地是否適合當作臨時安置點？
- 哪些法規要求和限制可能會影響發展收容解決方案？

材料、設計和營建

- 受影響人群、受影響人口或其他行動者提供了哪些初始收容解決方案或材料？
- 有哪些既有材料可以從受損壞的地點回收後再利用於重建收容場所？
- 受影響人群典型的建築實務為何？他們使用何種材料來製作結構框架、屋頂和外牆？
- 受影響人群可能可以取得，且熟悉或可接受的設計或材料替代解決方案有哪些？
- 哪些設計特點可以確保所有受影響人群能安全且便利地取得與使用收容解決方案？
- 已確認收容解決方案如何將未來的風險和脆弱性降至最低？
- 收容場所通常是如何建造的？由誰建造？
- 建築材料通常如何取得？由誰取得？
- 如何培訓或協助婦女、青年、身心障礙者與年長者參與建造自己的收容場所？又會有哪些限制？
- 若個人或家庭缺乏能力或機會建造自己的收容場所，是否會需要額外的援助來協助他們？範例包括提供志願或約聘僱勞工，或是技術援助。

家庭與生計活動

- 哪些家庭與生計支持活動通常會在受影響人群的收容場所或附近展開？所衍生的空間準備與規劃又會如何反映這些活動？
- 透過獲得材料以及建造收容與安置解決方案，可以提供哪些合法且環境永續的生計支持機會？

必要服務與公共設施

- 目前飲用水和個人衛生用水的供應情況如何？為滿足預期的衛生需求，可能性和限制又有哪些？
- 目前提供的社會設施有哪些（例如醫療診所、學校和禮拜場所等）？使用這些設施的限制與機會又有哪些？

- 當公共建築（尤其是學校）被用於收容流離失所者時，回歸到原本用途的過程和時間軸為何？

接待人口與環境影響

- 接待人口關心的議題為何？
- 在接待人口或臨時安置點中收容流離失所者方面，會遇到哪些組織和實際限制？
- 關於在當地取得建築材料方面的環境顧慮為何？
- 有關流離失所者對於燃料、衛生、廢棄物處理和牲畜放牧等需求的环境顧慮為何？

家庭用品需求

- 受影響人群需要哪些必要的非糧食物品？
- 有哪些必要的非糧食物品可以在當地取得？
- 是否有可能使用現金或代用券？
- 是否需要技術援助來補充收容支援物品的供應？

衣物和寢具

- 婦女、男性、兒童和嬰兒、孕婦和哺乳期婦女、身心障礙者與年長者，通常使用哪些類型的衣物、毯子和寢具？有無特殊的社會和文化考量因素？
- 所有年齡層的男女性、兒童與嬰兒中，有多少人沒有適當或足夠的衣物、毯子或寢具，保護他們免受氣候的負面影響且能維持健康、尊嚴與福祉？
- 如果受影響人群的適足衣物、毯子或寢具的需求無法獲得滿足，對他們的生命、健康與人身安全有哪些潛在風險？
- 需要採取哪些病媒控制措施，尤其是提供蚊帳，以確保家庭的健康與福祉？

烹飪和進食、爐灶與燃料

- 在危機發生前，一般家庭可以取得哪些炊具和餐具？
- 有多少家庭無法取得足夠的炊具和餐具？
- 在危機發生前，受影響人群通常如何烹調食物和取暖？烹調食物是在哪裡進行？
- 在危機發生前，通常使用什麼燃料來烹調食物和取暖？這些燃料又從哪裡取得？
- 有多少家庭沒有爐子可供烹調食物和取暖？原因為何？
- 有多少家庭無法取得適當的燃料來烹調食物和取暖？
- 受危機影響的人口與鄰近地區人口若要獲得充足的燃料供應，有哪些機會和限制（尤其是環境顧慮）？
- 獲得充足的燃料供應對受影響人群，尤其是各年齡層的婦女，有何影響？
- 關於烹調食物和進食，有無需要納入考慮的文化議題？

工具與設備

- 家庭中有哪些可供整修、建造或維護收容場所的基本工具？
- 哪些生計支持活動可以利用營建、維護與清除瓦礫碎片所需的基本工具？
- 可以促進安全使用工具的培訓或意識提升活動為何？



本章附錄 2

安置情境敘述

安置情境考慮了受影響人群在何處及如何居住而進行了初級分類。透過這些安置情境來了解危機有助於規劃援助策略。收集額外的細節資料以便完成更詳細的規劃。⊕詳見《本章附錄 3：安置情境的其他特徵》。

人口群體	安置情境	敘述	實例
非流離失所者	屋主自住住所或土地	居住者擁有房產或土地（所有權可以是正式的或非正式的），或者是共同所有權人。	房屋、公寓和土地
	租賃住所或土地	依據與私有或公有房產或土地之所有權人以書面或口頭訂定契約，承租允許個人或家庭在指定的時間內以約定的價格使用該住所或土地，而所有權毋須轉讓。	
	非正規佔用的住所或土地	家庭未經屋主或指定代理人的明確許可而佔用房產或土地。	空屋、公寓和空地
流離失所者分散的	租賃安排	租賃允許個人或家庭，以既定的價格，在指定的時間內使用住房或土地，而無需轉讓所有權。這是基於與私有或公有所有權人以書面或口頭訂定契約。此類安排可以由個人自行支付或合資支應租金，也可由政府或人道救援社群資助。	既有房舍存量中的房屋、公寓和土地
流離失所者	寄宿安排	接待人口提供收容場所給流離失所的個人或家庭。	接待人口已經佔用或可提供的房舍、公寓、土地
	自行安排	流離失所的家庭在沒有與相關行動者（例如屋主、地方政府、人道援助組織和/或接待人口）達成協議的情況下，自行在某處安置。	空屋、空的公寓、空地與路邊

人口群體	安置情境	敘述	實例
公共的	集體住所	可收容多個家庭的現有設施或建物。基礎設施和基本服務以公共方式來提供，或讓家庭可以取得這些服務。	公共建築、避難中心，接待與中轉中心、廢棄建築物、公司園區、未完工的建築物
	有規劃的安置點	專門為流離失所者建造的安置點，場地規劃安排均妥善設計與管理，並提供基礎建設、各項設施和服務。	由政府、聯合國、非政府組織或公民社會管理的正式安置點。可能包括中轉或接待中心或緊急避難地。
	未規劃的安置點	多個家庭自行且集體定居在某一個地點，從而創造了一個新的安置點。各家庭或整個群體可能與地主簽訂租賃協定，但往往並沒有與相關行動者（例如所有權人、地方政府和／或接待人口）事先進行安排。現場的基本服務最初亦沒有規劃。	非正式地點與非正式安置點



本章附錄 3

安置情境的其他特徵

下表詳細描述了《本章附錄 2：安置情境敘述》所列各項安置情境的次要特徵。使用本表以便更詳盡地瞭解危機，應可為詳細規劃流程提供資訊。

備註：選擇適用的特徵及其定義因情境而異，並應符合相關指引。可視特定情境之需而創建更多的特徵。

類別	實例	備註
流離失所人口之類型	難民、尋求庇護者、國內流離失所者、返國難民、返鄉流離失所者、其他有關人員（例如移民）	⊕詳見《人道主義概況支援指引》（ www.humanitarianresponse.info ）。
間接受影響人口	現有的人口、接待人口	接待人口經常會受到直接受影響人口所影響，例如透過共享學校等公共服務，或擔任接待家庭等。
地理情境	城市、城市周邊、農村	城市周邊：介於在城市與農村之間的區域。
損壞程度	無損壞、部分損壞、全毀	對損壞程度進行分類應可判斷房屋或收容場所是否足夠安全以供居住。
持續時間／階段	短期、中期、長期、永久 緊急、中繼、復原、持久	這些名詞的定義各不相同，應於回應階段確認定義。
租住權系統	法定的、慣常的、宗教的、混合型	非正規的土地或住屋安排，包括合法化的以及缺乏規範、擅自佔用他人合法擁有的土地之一小部分，以及各種形式的非正式租賃安排。在某些情況下，同一塊土地上可能同時存在數種形式的租住權，而每一方都享有某些權利。
房屋租住權之形式	所有權、使用權、出租權、共同所有權	
土地租住權之形式	私有、公有、共有、開放任人使用、國有／公共	
收容場所類型	帳篷、臨時收容場所、中繼收容場所、核心住宅、房屋、公寓、大型房舍的租用空間、車庫、有篷卡車、貨櫃	⊕詳見《本章附錄 4：援助選項》。
場地管理	現場管理、遠端或行動管理、自我管理、無人管理	現場管理：土地擁有者不反對，並得到官方認可。 遠端或行動管理：由一個團隊管理多個場地。 自我管理：由社區領導結構或內部委員會來管理。

本章附錄 4

援助選項

可結合諸多針對特定情境的援助選項，以滿足受影響人群的需求。考慮每種選項的優缺點，並制定最適宜的計畫。

援助選項	敘述
家庭用品	⊕詳見《收容與安置標準 4：家庭用品》。
收容工具組	創造或改善居住空間所需的建築材料、工具和配件。考慮是否要提供例如柱子和釘子等結構材料，或者是否可由各家庭提供。考慮是否需要提供額外的指導、推廣、教育或意識提升等活動。
收容工具包	創造或改善居住空間和安置點所需的營建工具和硬體設備。
帳篷	有遮蔽和結構的預製可攜式收容場所。
返鄉和中轉支援	為選擇返回原居地或異地重建的受影響人群提供支援。此類支援可能包括更廣泛的服務，例如提供運輸、交通或代用券，或像是工具、材料和種子儲備等物資。
整修	整修意指將建築物從損壞或衰敗的狀態恢復到良好運作的狀態，並符合要求的標準和規格。若建築物遭受輕微損壞，則可能不需進行大規模的翻新即可加以修復。對流離失所者而言，整修集體收容中心或改善現有建築可能是必要的，例如作為群眾收容場所的學校。
翻新	建築物的翻新涉及建築物結構的強化和／或修改結構系統。目標是要藉由安裝安全特性，讓建築物更能抵禦未來的危害。遭危機破壞的建築物除了需要整修之外，可能還需要進行翻新。對流離失所者來說，若接待家庭的房舍處於危害風險中，則有必要進行翻新。
接待群體的援助	無法返回原居地的人通常會與家人、朋友或具共同歷史、宗教或其他聯結的社區居住在一起。支持這些接待家庭持續收容受影響人群的方式包括擴展或改造接待家庭現有的住居，或提供運營成本方面的財務和物資支持。



援助選項	敘述
租賃援助	針對受影響家庭租屋和承租土地的援助方式，包括經費補助、協助獲得公平的租約，或提供關於住宅標準的建議等。租金是一筆持續性支出，因此要規劃退場策略，及早推廣自給自足或能連接生計活動。⊕詳見《收容與安置標準 3：居住空間》和《收容與安置標準 6：租住權保障》。（註：租賃援助可能為接待人口注入資金，但也可能耗盡市場需求而導致通貨膨脹。）
臨時收容場所	一旦提供了下一階段的收容解決方案，短期收容解決方案就會被撤除。通常它們都是在有限的成本下建造的。
中繼收容場所	快速收容所是由為了能過渡到永久性建築物的材料和技術我設計而成。收容場所應是可改善的、可重複使用、可轉售或可從臨時據點搬遷至永久據點。
核心住宅	在規劃、設計和建造住房單位時會朝向成為永久屋的一部分來進行，但並非完整的一棟房舍。核心住宅允許家庭透過自身的方法與資源進行未來的擴建過程。目的在於創造一個有 1 到 2 個房間的安全適當居住空間，搭配供水和衛生設施，以及必要的家居用品等。⊕詳見《收容與安置標準 3：居住空間》和《收容與安置標準 4：家庭用品》。
重建／改建	拆除和改建無法修復的建築物。
資訊中心	資訊中心提供受影響人群建議和指引。藉由當地中心所提供的資訊，可以釐清獲得建議與援助的權利、返回原居地的選項與流程、土地權、取得補償、技術諮詢與援助、返鄉、融入與異地重建等選項；提供回饋的管道；以及尋求救濟的方式，包括仲裁和法律扶助等。
法律和行政專業知識	提供法律和行政專業知識，協助受影響人群知道他們的權利，並可免費或用較低費用取得到他們所需的行政支援。要特別注意最弱勢群體的需求。
保障租住權	協助受影響人群取得住所或土地佔用權，可以確保獲得法律保障，免於強迫驅逐、騷擾和其他威脅，並提供安全、和平與尊嚴。⊕詳見《收容與安置標準 6：租住權保障》。
基礎設施和安置點規劃	基礎設施和安置點規劃支援是用來改善社區的服務，並協助永續中繼安置點和重建解決方案的規劃。基礎設施和安置點規劃支援可分為兩類：一是主要由收容領域協調的支援，二是主要由其他領域協調的支援。

援助選項	敘述
集體住所支援	現有建築物可作為集體收容中心或避難中心，並提供快速收容。這些可以是學校、社區建築物、有遮蔽的操場、宗教設施或閒置住宅等。這些建物可能需要改造或改善以供人居住。⊕詳見《收容與安置標準 3：居住空間》。當使用校舍收容受危機影響群體時，應立即確認並運用替代建築物，以便繼續提供教育。⊕詳見《集體收容中心指南》和《INEE 手冊》。
管理安置點和集體收容中心	⊕詳見《集體收容中心指南》。
清除瓦礫碎片和死者管理	清除瓦礫碎片有助於改善公共安全，並讓受影響人群得以通行。同時也要考慮對環境的影響。⊕詳見《收容與安置標準 2 和 7》。 妥善處理及確認死者身份。⊕詳見《醫療系統標準 1.1》和《WASH 標準 6》。
修復或設置共用基礎設施	修復或建造例如供水、衛生、道路、排水、橋樑和電力等基礎設施。⊕詳見《WASH 章節》的指引，和《收容與安置標準 2：地點及安置規劃》。
修復或建造社區設施	教育：學校、兒童友善空間、安全遊樂場所。⊕詳見《INEE 手冊》； 醫療服務：健康中心和醫院。⊕詳見《醫療系統標準 1.1：醫療服務提供》； 安全：警察哨所或社區守望建築物； 社區活動：可供決策討論、休憩和禮拜的會議場所，燃料儲存、烹飪設施和固體廢棄物處置場；以及 經濟活動：市場、飼養牲畜的土地與空間、生計和商業使用的空間。
城市／村莊規劃和區域劃分	在危機後重新規劃住宅區時，讓地方政府和都市計畫人員參與，以尊重當地法規和所有利害關係人的共同利益。⊕詳見《收容與安置標準 2：地點及安置規劃》。
異地重建	異地重建指的是在不同的地點重建家庭或社區的房舍、資產和公共基礎設施的過程。



本章附錄 5

執行選項

援助提供的方法會影響援助的品質、時機、規模與成本。依據對當地市場的瞭解，包括商品、勞工和租賃市場，來選擇執行的方案，以支持經濟復甦。⊕詳見《*透過市場提供援助*》。考慮所選定的執行選項對參與程度和主導權意識、性別動態、社會凝聚力和生計機會的影響。

執行選項	敘述
技術援助和品質保證	無論提供何種援助，技術援助是任何收容與安置回應行動不可或缺的一部分。⊕詳見《 <i>收容與安置標準 5：技術援助</i> 》。
經費支持	透過經費支持，家庭和社區可以取得商品或服務，或滿足他們的收容與安置需求。根據任務的風險與複雜度，利用提供技術援助與能力建構來輔助提供經費支持。市場為本的發放包括下列選項： 有條件的現金發放：當滿足特定條件是重要事項時是可使用的，例如分期付款系統（Tranche system）。 有限制的現金或代用券：可使用於特定商品或參與的供應商。 無條件、不受限制或多種用途。 可取得金融服務，例如儲蓄團體、貸款、微額信貸、保險與擔保等。 ⊕詳見《 <i>透過市場提供援助</i> 》。
實物物資支援	若當地市場無法供應適當品質或數量的物資，又或是無法及時供應時，可以選擇直接採購及發放用品和物資給受影響家庭。 ⊕詳見《 <i>透過市場提供援助</i> 》。
委託勞務和承包	通過業主主導、承包商主導或機構主導等模式，委託或承包勞務，以實現收容與安置的目標。⊕詳見《 <i>收容與安置標準 5：技術援助</i> 》。
能力建構	技能提升和培訓提供利害關係人機會，以增強他們個別和集體的回應能力，以及互動和共同思考共通的挑戰和工具，例如制定與執行建築標準和規範。⊕詳見《 <i>收容與安置標準 5：技術援助</i> 》。 讓專家可以專注於監督由當地利害關係人從事的活動，並對更多受助者提供援助，才是成功的能力建構。

關於與安置情境相關的潛在援助與執行選項之圖表，請參考下列網站：

www.spherestandards.org/handbook/online-resources

本章附錄 6

與安置情境相關的潛在援助和執行選項

			安置情境										
			非流離失所			流離失所							
						失散的			公有的				
			屋主自用的房舍或土地	承租的房舍或土地	非正估用的房舍或土地	租賃安排	寄宿安排	自行安排	集體住所	有規劃的安置	未規劃的安置	間接影響	
援助 選項	家庭 收容 規模	家庭用品	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		收容工具組	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		收容工具包	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		帳篷	X	X	X	X	X	X			X	X	
		返鄉和中轉支援					X	X	X	X	X	X	
		整修	X	X	X	X	X	X		X			X
		翻新	X	X	X	X	X	X					X
		接待群體的援助						X			X	X	X
		租賃援助					X						
		臨時收容場所	X	X	X				X		X	X	
		中繼收容場所	X	X	X				X		X	X	
		核心住宅	X	X	X						X		
		重建／改建	X								X		



			安置情境								
			非流離失所			流離失所					
						失散的			公有的		
安置規模	資訊中心	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	法律和行政專業知識	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	保障租住權		X	X	X	X	X	X	X	X	
	基礎設施和安置點規劃			X			X		X	X	X
	城市／村莊規劃和區域劃分		X	X	X	X	X	X	X	X	
	集體住所支援							X			X
	管理安置點和集體收容中心							X	X	X	X
	清除瓦礫碎片和死者管理	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	修復或設置共用基礎設施	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

			安置情境									
			非流離失所			流離失所						
						失散的			公有的			
		修復或建造社區設施	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		城市／村莊規劃和區域劃分	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		異地重建	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
執行選項		技術援助和品質保證	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		經費支持	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		實物物資支援	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		委託勞務和承包	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		能力建構	X	X	X	X	X	X	X	X	X	



參考資料與延伸閱讀

國際法文件

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

一般

Camp Closure Guidelines. Global CCCM Cluster, 2014. www.globalccmcluster.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>

安置情境

Humanitarian Profile Support Guidance. IASC Information Management Working Group,

2016. www.humanitarianresponse.info

Shelter after Disaster. Shelter Centre, 2010. <http://shelterprojects.org>

臨時公共安置

Collective Centre Guidelines. UNHCR and IOM, 2010. <https://www.globalccmcluster.org>

現金、代用券、市場評估／身心障礙

All Under One Roof: Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies. IFRC, 2015. www.ifrc.org

CaLP CBA quality toolbox. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

性別與性別暴力

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

兒童保護

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, Global Protection Cluster, 2012. <http://cpwg.net>

學校與公共建築物

Guidance Notes on Safer School Construction (INEE Toolkit). INEE, 2009. <http://toolkit.ineesite.org>

城市情境

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>

租住權保障

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

延伸閱讀

有關延伸閱讀的建議，請至 www.spherestandards.org/handbook/online-resources

延伸閱讀

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.gltm.net/>

營建管理

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>



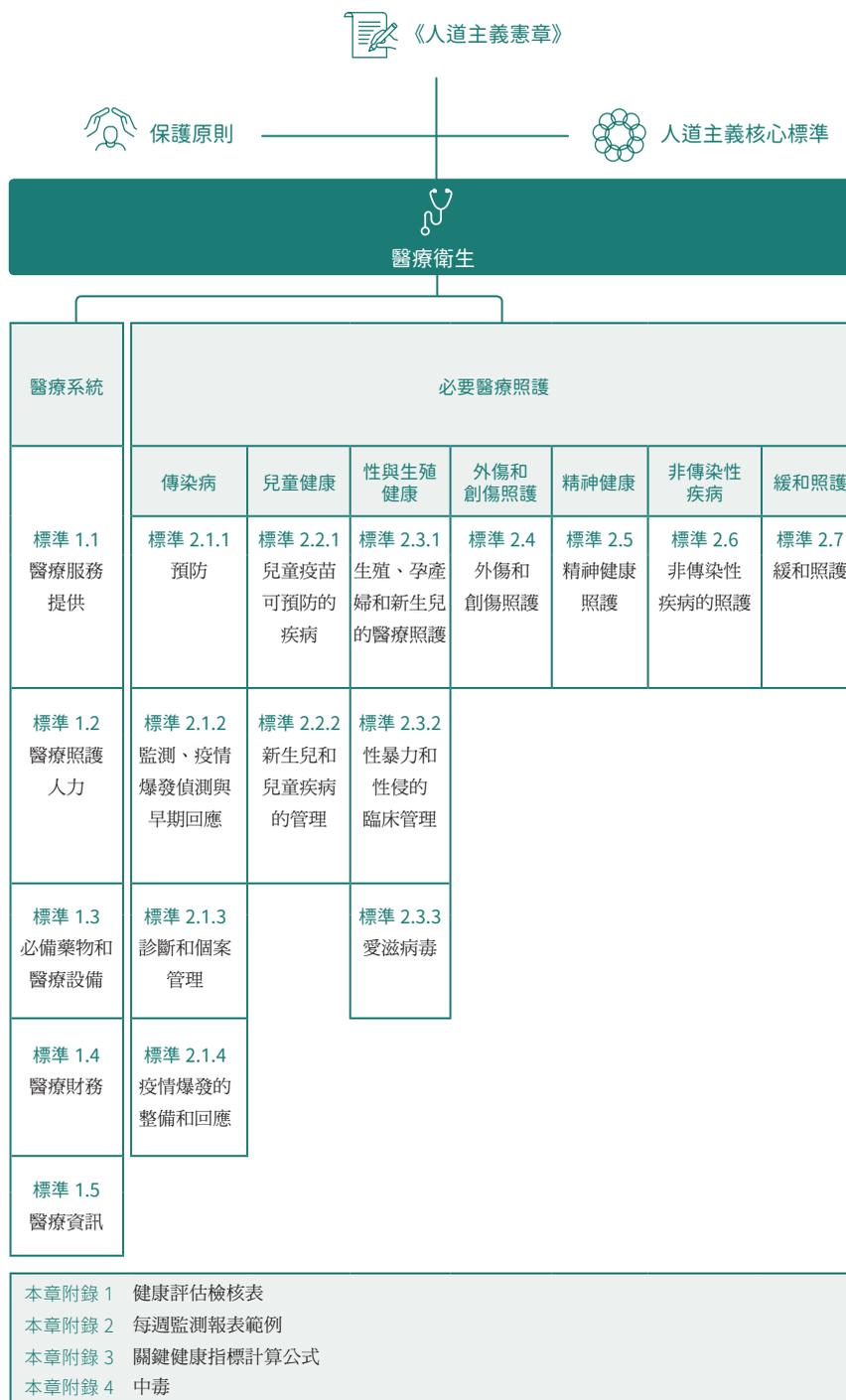
Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment (REA) in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International, 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnads725.pdf

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



醫療衛生



本章目錄

醫療衛生的基本概念	284
1. 醫療系統	288
2. 必要醫療照護	299
2.1 傳染病	299
2.2 兒童健康	308
2.3 性與生殖健康	312
2.4 外傷和創傷照護	318
2.5 精神健康	321
2.6 非傳染性疾病	324
2.7 緩和照護	327
本章附錄 1：健康評估檢核表	329
本章附錄 2：每週監督報表範例	331
本章附錄 3：關鍵健康指標計算公式	337
本章附錄 4：中毒	339
參考資料與延伸閱讀	341



醫療衛生的基本概念

人人有權享有及時且適當的醫療照護

《環球計畫》的醫療照護最低標準實際體現了人道主義脈絡下的醫療照護權。這些標準以《人道主義憲章》宣示的信念、原則、義務和權利為基礎。這些權利包括有尊嚴生活的權利、獲得保護和安全的權利，以及根據需求接受人道援助的權利等。

關於《人道主義憲章》的主要法律和政策文件清單，以及對人道主義工作者的說明意見，[詳見本手冊《附錄 1》](#)。

危機中醫療照護旨在降低過高的發病率和死亡率

人道危機會對受影響人口的健康和福祉造成重大衝擊。在緊急情況的初始階段，取得可以挽救生命的醫療照護非常重要。醫療照護還包括在任何回應階段的健康宣導、預防、治療、康復和緩和照護等。

危機對公共衛生的影響可以是直接的（如危機本身造成的傷害或死亡）與間接的（如居住條件有所變化、被迫流離失所、缺乏法律保障或獲得較少的醫療照護服務等）。

過度擁擠、不適當的收容場所、衛生條件差、水質和水量不足，以及糧食安全降低，都會增加營養不良和傳染病爆發的風險，極端壓力源則可能觸發精神健康狀況，而社會支持機制和自助體系的弱化，可能導致消極因應機制和尋求幫助行為的減少。此外，減少獲得醫療照護與藥物供應中斷，也可能破壞正在進行的治療，例如孕期醫療照護以及愛滋病毒、糖尿病和精神健康狀況的治療等。

危機期間醫療回應行動的主要目標，是預防和降低過高的死亡率和發病率。死亡率和發病率的模式，以及相應的醫療照護需求，則視每次危機的類型和程度而有所不同。

監測和評估危機嚴重程度最有用的指標，便是粗死亡率以及更具敏感度的 5 歲以下粗死亡率（Under 5 Crude Mortality Rate, U5CMR）。當粗死亡率或五歲以下粗死亡率的基準線數值倍增或變大時，就顯示發生了重大公共衛生緊急情況，需要立即做出回應。[詳見《本章附錄 3：關鍵健康指標計算公式》](#)。

若沒有基準數值，則以下列標準作為緊急情況的臨界值：

- 粗死亡率每日大於 1 / 10,000
- 五歲以下粗死亡率每日大於 2 / 10,000

緊急情況的臨界值必須在國家層級來訂定。舉例來說，當 U5CMR 的基準線數值已經超過緊急情況臨界值時，仍等待翻倍增加就是不道德的行為。

支持和發展現有的醫療系統

在危機與復原期間，醫療系統策略方法可以逐步落實健康權；因此，考量該如何支持現有系統就非常重要。招募國內外工作人員將對國家整體醫療系統帶來短期和長期的影響。經過分析後，完善規劃的醫療干預措施可強化現有醫療系統，及其未來的復原和發展。

在危機發生的第一階段，應優先考慮進行針對醫療以及多領域的快速評估。資訊不完整和無法進入該地區都不應防礙及時做出公共衛生決策，並應儘速進行更全面的評估。

城市危機的醫療回應行動需要不同的策略方法

城市回應行動必須考慮人口密度、既定的環境政策、社會結構和現有的社會服務等因素。找出處於風險中或無法獲得醫療照護的人群，可能相當具挑戰性。需求規模可能迅速超過所能提供的服務量。在城鎮中尋求避難的人幾乎都不知道既有的醫療服務，以及該如何取得這些服務，而這可能進一步增加傳染病的擴散。外展服務可以幫助人們因應新的城市壓力，例如無法獲得足夠的收容住所、糧食、醫療照護、工作，或社會支持網路等資源。

在城市中會迅速傳播謠言和錯誤資訊，可運用科技立即提供關於醫療照護和服務的正確資訊。在城市裡，二級和三級醫療照護提供者往往更為活躍，因此要提升這些服務提供者提供初級醫療照護的能力，讓他們參與傳染病的預警和回應系統，並加強他們提供日常專業化服務的能力。

各項最低標準不應單獨運用

本章所列舉的各項《最低標準》，反映了取得適當醫療照護權的核心內容，並有助於在全球逐步實現這項權利。這項權利與取得用水與衛生設施、糧食和收容的權利有關。在其中一個領域實現《最低標準》的進展，也會影響在其他領域的進步，應與其他領域緊密協力與合作。

與地方政府和其他回應機構相互協調，皆有助於確保需求得以滿足、努力不會重複，以及醫療照護回應行動品質的最佳化。醫療照護行動者之間的協調，對於公正地滿足需求以及確保難以觸及、處於風險中或被邊緣化的人也有機會獲得醫療照護服務亦十分重要。在整本《手冊》的相互參照中，指出了一些潛在關連性。

當國家的標準低於《環球計畫最低標準》時，人道援助組織應與政府合作，以逐步提高這些標準。

如何決定優先順序，應建立在各領域間共享健全資訊的基礎之上，並應隨事態演變進行檢視。

國際法明訂保障醫療照護權

應一視同仁地提供醫療照護，並且醫療照護也應是易於取得的，意即是可獲得、可接受、負擔得起且品質良好的。各國有義務在危機期間確保此項權利。⊕詳見《附錄 1：環球計畫的法律基礎》。

只有在下列條件滿足時，才得以確保實現醫療照護權：

- 人口獲得保護；
- 負責醫療系統的專業人員訓練有素，並致力於維護普世道德原則和專業標準；
- 醫療系統符合《最低標準》；以及
- 國家有能力並有意願建立和維持讓醫療照護得以提供的安全穩定狀態。



攻擊、威脅和其他以暴力阻撓醫護人員、設施和醫療運輸工作的行為，違反了國際人道法。這些保障源自尊重及保護傷病人員的基本義務。

人道援助組織應詳細考慮每項威脅的性質以及該如何應對。舉例來說，由國家軍隊發動的攻擊可能與來自當地社區的威脅會有不同的處理方式。[⊕詳見下述的保護醫療照護的特殊考量。](#)

與《保護原則》和《人道主義核心標準》的連結

醫療照護行動者必須人道地照顧傷者和病患，並依需求無差別地提供公正照護。對於保護個人免於暴力、虐待和其他問題而言，確保保密、資料保護和隱私至關重要。

針對個人的暴力事件，包括性別暴力以及兒童虐待與疏忽等，醫療工作人員往往作為第一線應變人員。培訓這些人員使用保密通訊以及轉介系統來辨識個案，並轉介至社會福利或保護行動者。若無人陪伴或失散的兒童需要重症醫療照護，卻沒有法定監護人在場同意，則會造成特別的保護挑戰。在可能狀況下，諮詢兒童以及相關地方當局。對於滿足兒童的最佳利益而言，生命權和醫療照護權是非常重要的，重要性甚至可能超過上述的同意權。決策必須慮及當地情境以及文化規範與實務。國際醫療後送以及無人陪伴兒童的轉院與運送，需要嚴格的文件證明，以及須有保護服務和地方當局的參與。

越來越多的醫療照護服務必須在海上提供（包括國際海域），或是人一旦被帶上岸後立即提供。這引發了特定的保護挑戰和政治複雜性，以及需要仔細地規劃、準備和減少保護風險。

審慎評估軍民合作，尤其是在衝突期間。軍事和武裝團體可以擔任重要的醫療照護提供者，甚至對平民提供服務。人道主義機構若必須使用軍隊的能力，應是作為最後的手段，例如提供基礎設施協助以重建醫療設施的電力供應，或是提供像是醫療物資載運或醫療後送等後勤支援。然而，必須在取得醫療照護服務以及中立與公正觀感的情境下，才能考慮仰賴軍隊能力。[⊕詳見《人道主義憲章》，以及本手冊「第一章：何謂環球計畫？」中的「與國內與國際軍事合作」一節。](#)

在應用最低標準時，《人道主義核心標準》的所有九項承諾都應納入考慮。在醫療照護回應行動中，回饋機制必須到位。[⊕詳見《人道主義核心標準之承諾 5》。](#)

保護醫療照護服務的特殊考量

需要國際、國家和社區各層級的持續努力，來預防對醫療照護設施、救護車和醫療照護工作者的襲擊。威脅的性質因情境而有極大差異，應該要解決這些威脅並回報。為了保護醫療照護服務，醫療行動者應在工作與支援衛生部或其他相關單位時，考量下列議題：

在所有緊急情況下，尤其在衝突發生期間，醫療行動者必須呈現出中立和公正的形象，並依據這些原則行事，因為衝突各方、社區或病患有可能並不理解這點。

在提供關鍵的拯救生命醫療服務時，應遵循人道主義原則，並單純依據需求提供公正的醫療照護服務。宣導中立性、一視同仁地照顧傷病患、確保病患安全，並維護醫療資訊和個人資料的保密性。

得到當地社區、官員和衝突各方的認可，可能有助於保護醫療照護。醫療行動者應該要教育周圍的人，還要維持公正和中立的感知。醫療照護機構的照護標準、服務品質與位置選擇（例如位於軍營附近）皆會影響這些感知。

醫療照護機構通常採行「禁止攜帶武器」政策，需將武器留在醫療設施或救護車外，如此促進了一個中立環境，可以協助避免設施內的緊張情勢或衝突升級，同時還可防止設施本身成為攻擊目標。

採取實質的安全措施，以保護醫療設施及其工作人員免於遭受危險。同時應了解安全措施可能如何影響大眾對醫療設施的觀感和接受度。

人道援助組織必須考慮到描述自己提供服務的方式，可能會造成的風險和優勢，以及這將如何影響社區的信任和接受度。在某些情況中，保持低調（例如不在資產或地點印上組織標誌）可能較為適當，而在其他情況中，在資產或地點上顯示大型識別標誌可能比較合適。



1. 醫療系統

一個運作良好的醫療系統，能夠回應危機發生時所有的醫療照護需求，因此即使像是在伊波拉病毒爆發等大規模醫療危機期間，其他醫療照護活動也能持續進行。容易治療的疾病仍將得到治療，婦幼保健初級醫療照護計畫也將繼續，以降低過高的死亡率和發病率。任何促進、恢復或維持醫療系統的行動者，都有助於整體醫療系統運行。醫療系統涵蓋各個層面，從國家、區域、地區和社區直到家庭照顧者、軍隊和私部門。

在危機期間，即使是在需求增加以前，醫療系統和醫療照護的提供往往已被削弱。可能會流失醫療照護人員以及中斷醫療用品供應，而基礎設施也可能受損。重要的是瞭解危機對醫療系統的影響，以確定人道援助回應行動的優先事項。

人道救援行動者很少在沒有既有醫療系統的緊急情況下展開行動。如果系統相當衰弱，就需要予以強化或開發（例如透過轉診途徑、健康資訊校對與分析等方法）。

本節提及的標準可用來說明一個運作良好的醫療系統所需的五個核心面向：

- 提供優質的醫療服務；
- 訓練有素且積極的醫療照護人力；
- 適當的藥物、診斷材料與技術之供應、管理和使用；
- 適當的醫療照護財務；以及
- 完善的醫療資訊和分析。

這些面向以多種方式相互影響。舉例來說，醫療照護人員不足或缺乏必備藥物將會影響醫療照護提供的服務。

在確保以公正的態度加以處理各項需求這部分，領導力與協調能力至關重要。衛生部通常帶領與協調回應行動，並可能要求其他醫療行動者提供支援。有時衛生部缺乏能力或意願，無法以有效且公正的態度承擔這個角色，另一個機構就應該擔起這個責任。如果衛生部無法進入或不被該國所有地區接納，人道主義行動者就應設法支援已被接受的既有體系，尤其在嚴重的緊急情況時更應如此。仔細評斷該如何與非政府行動者和其他組織合作，以及確認它們可為人口提供或協調醫療照護的能力。

可觸及到居民固然重要，但必須清楚瞭解人道主義原則以及公正與中立援助的意涵。應該在從國家到社區的醫療照護各層級內與之間進行協調，以及與像是供水、環境衛生與個人衛生（WASH）、營養與教育等領域相互協調，還要與跨領域的技術工作小組一起合作，例如精神健康與社會心理支援、性別暴力和愛滋病毒小組等。

醫療系統標準 1.1：

醫療服務提供

人們可以獲得安全、有效且以病患為中心的優質整合醫療照護服務。

關鍵行動

- 1 在醫療系統的各個層級提供充分且適當的醫療照護。
 - 根據危機類別、流行病學概況以及醫療系統量能，在國家層級或在嚴重緊急情況中最接近的運作層級，排定醫療服務的優先順序。
 - 找出在不同層級（家庭、社區、醫療照護設施和醫院等）所應提供的各類照護服務。
- 2 建立或強化分流機制和轉診系統。
 - 在衝突情況下，在醫療照護設施或現場實施分流協定，以利於在將患者轉診及運送到其他地方接受進一步治療前，可以優先辨別並迅速治療需要立即照護的患者，以穩定其病況。
 - 確保各層級之間的照護與服務可維持有效轉介，包括保全且安全的緊急載送服務，以及不同領域之間（例如營養或兒童保護等）亦維持有效轉介。
- 3 調整或運用標準化的醫療照護、個案管理和合理用藥協定。
 - 採用國家標準，包括必備藥物清單，並依緊急情況情境加以調整。
 - 如果國家標準已經過時或不存在，就採用國際標準。
- 4 提供保障病患尊嚴、隱私、保密、安全和知情同意權的醫療照護服務。
 - 確保提供安全和隱私，讓所有人都能獲得照料，包含通常與污名有關疾病的患者，如愛滋病毒或性傳染疾病等。
- 5 提供安全的醫療照護，並防止傷害、醫療不良事件或虐待。
 - 實施可通報與檢視醫療不良事件的系統。
 - 制定通報任何虐待或性侵害案件的政策。
- 6 在所有醫療照護環境中採用適當的感染預防和控制措施，包括 WASH 的最低標準，以及醫療廢棄物處置機制。
 - 在霍亂或伊波拉病毒等疾病爆發期間，向世界衛生組織（WHO）、聯合國兒童基金會（UNICEF）和無國界醫生（MSF）等專門機構尋求綜合性指引。
- 7 根據良好的公共衛生實務，以安全、有尊嚴，且文化合宜的方式來管理或埋葬死者。

關鍵指標

從住居步行 1 小時以內可獲得初級醫療照護的人口百分比

- 最少達到 80%

可提供重點醫療服務的醫療照護設施百分比

- 最少達到 80%

每萬人口病床數（不包括產房病床）

- 最少 18 張病床



轉診病患進入次級醫療照護之人口百分比

在適當時間內轉診的病患百分比。

指引說明

關於獲得醫療照護，取決於所有人的醫療照護可得性（包括實體可觸及）、接受度和可負擔度。

可得性：可以透過在社區層級、行動式和固定式醫療照護設施的組合來提供醫療照護。每種設施的數量、類型和地點都因情境而異。固定式醫療照護設施覆蓋率規劃的廣泛指南如下：

- 每萬人口擁有 1 個醫療照護設施；以及
- 每 25 萬人口擁有 1 間地區或鄉村醫院。

然而，上述指南無法確保在所有情況下都能具備充足的醫療照護覆蓋率。在農村地區，更好的目標應為每 5 萬人口就有一座醫療照護設施，並搭配社區個案管理計畫與行動診療所。在城市地區，次級醫療設施可能是取得醫療服務的第一站，因此需要覆蓋超過 1 萬人的初級醫療照護。

在緊急情況下，為醫療照護的突發的大量量能（Surge Capacity）作準備至關重要。應避免重複提供既有服務，因為這會浪費資源，並降低對現有設施的信任度。當臨時設施關閉後，人們需要可以有信心地返回既有的設施尋求服務。

應監督醫療照護服務的使用率。低使用率可能表示品質不佳、直接或間接的成本阻礙、偏好其他服務、高估目標人口數量，或在其他取得服務上的問題。較高的使用率則可能表示存在公共衛生問題或低估目標人口，也可能表示在其他地方取得服務有困難。所有資料都應按性別、年齡、身心障礙別、族群和其他與情境可能相關的因素進行分析。關於計算使用率，[☉詳見《本章附錄 3》](#)。

接受度：諮詢社區各界，找出並解決社區不同部分，以及衝突各方取得服務的障礙，尤其是處於風險中的族群。與婦女、男性、兒童、愛滋病毒帶原者和高風險感染族群、身心障礙者和年長者合作，瞭解其求醫行為。讓人們共同參與設計醫療照護計畫，可以建立病患參與度，增進照護的及時性。

可負擔度：[☉詳見《醫療系統標準 1.4：醫療財務》](#)。

社區層級照護：初級醫療照護包括家庭和社區照護。有可能透過社區衛生工作者或志工、同儕教育者，或與村莊健康委員會合作，取得初級醫療照護，並提升病患與社區的參與度。照護的範圍可以視情境而定，從預防計畫到健康宣導或個案管理。所有計畫都應與最近的初級醫療設施建立聯繫，以確保整合照護、臨床視導和計畫監督。如果社區衛生工作者正在進行急性營養不良篩檢，則轉介到醫療照護設施或其他地點的營養服務是有必要的。[☉詳見《糧食安全與營養評估標準 1.2：營養評估》](#)。將照護與其他領域的社區計畫整合，例如 WASH 以及營養計畫。[☉詳見《WASH 個人衛生宣導標準 1.1》和《糧食安全與營養—營養不良管理標準 2.1》](#)。

緊急轉診系統應具備預先決定、安全且受保護的運送機制，並提供全天候服務。轉診與接收病患的醫療照護提供者間應進行臨床交接。

病患權利：設計醫療照護設施與服務時，要確保隱私和保密，例如設置獨立的診察室。在進行診療流程或外科手術前，要先徵得病患或其監護人的知情同意。解決可能影響知情同意以及安全的所有特殊考量因素，例如年齡、性別、身心障礙別、語言或族群等。儘早建立病患回饋機制，還應保護病患資料。⊕詳見《醫療系統標準 1.5：醫療資訊》。

適當且安全的設施：運用合理用藥規範以及藥品與設備的安全管理。⊕詳見《醫療系統標準 1.3：必備藥物和醫療設備》。

確保提供的設施是合適的，即使在緊急情況下亦然。確保擁有私密的診療空間、有組織的病人流、病床間隔維持一公尺、通風、醫院消毒室（非露天）、充足的能源供應以支援關鍵設備運作，以及適當的 WASH 設施。在疫情爆發期間，應檢視基礎設施的要求以及指引，包括分流、觀察和隔離區等。

制定措施，以利醫療照護設施在像是洪水或衝突等危機期間，仍維持安全、受保護且可使用的狀態

感染預防和控制 (IPC) 是在所有環境中，預防疾病和避免抗生素抗藥性的關鍵。即使在非危機的環境中，全球仍有 12% 的病患在接受醫療照護時會發生感染現象，而 50% 的術後感染會對廣為周知的抗生素產生抗藥性。

感染預防和控制的核心理組成，包括訂定與執行指南（關於標準預防措施、傳播預防措施以及臨床無菌技術等）、在每種環境中皆設有 IPC 團隊、培訓醫療照護人力、監督計畫執行，以及將醫療照護相關的感染與抗生素抗藥性檢測，都納入監測系統之中。醫療照護環境應配備適當的人力和工作量、適量的病床數（每張床不超過 1 名患者）、適宜的環境，並應維持安全的個人衛生實務。⊕詳見《醫療系統標準 1.2：醫療照護人力》，以及前面所提及的「適當且安全的設施」。至於 WASH 基礎設施和設備，⊕詳見《WASH 標準 6：醫療照護環境中的 WASH》。

標準預防措施是 IPC 措施的一部分，包括：

- 預防銳器造成傷害：小心處理針頭、手術刀和其他銳器，例如在清潔用過的工具或丟棄用過的針頭時。任何被銳器所傷的人，都應在 72 小時內接受暴露愛滋病毒後預防性投藥（post-exposure prophylaxis (PEP) for HIV）。⊕詳見《必要醫療照護—性與生殖健康標準 2.3.3：愛滋病毒》。
- 使用個人防護裝備 (PPE)：根據風險以及所要執行的任務，提供適當的個人防護裝備。評估預期的暴露類型（例如飛濺、噴灑、接觸或觸摸等）以及疾病傳播的類別、針對任務所使用 PPE 的耐用度和適用度（例如抗流體或防流體裝備），以及設備是否合身等。是否需要額外的 PPE 將取決於疾病傳播的方式：接觸（例如長袍或手套）、飛沫（當距離病患 1 公尺內時需要佩戴外科口罩）或空氣傳播（防微粒呼吸器）。⊕詳見《WASH 標準 6：醫療照護環境中的 WASH》。
- 其他措施還包括手部個人衛生、醫療照護廢棄物管理、維持環境整潔、清潔醫療



設備、呼吸道與咳嗽衛生，以及瞭解無菌原則等。⊕詳見《WASH 標準 6：醫療照護環境中的 WASH》。

不良事件：全球約有 10% 的醫院病患遭遇到醫療不良事件（即使不是在人道主義危機中），主要源自不安全的外科手術流程、用藥錯誤和與醫療照護有關的感染等。每項醫療照護設施都應將不良事件登記在案，並進行稽核以增進學習改進。

死者管理：應用當地習俗和信仰實務，以尊重的態度管理及辨認死者，並將遺體歸還家屬。無論是在流行病、自然災害、衝突或大規模殺戮的情況下，對死者的管理都需要與醫療、WASH、法律、保護和法醫領域相互協調。

屍體很少構成立即的醫療風險。某些疾病（例如霍亂或伊波拉病毒）需要特別的管理。遺體的處理可能需要個人防護裝備，以及處理、運送和存放設備，另外也需證明文件。⊕詳見《WASH 標準 6：醫療照護環境中的 WASH》。

醫療照護系統標準 1.2：

醫療照護人力

人們可以在各層級的醫療照護中獲得具備適當技術的醫療照護人員。

關鍵行動

- 1 根據國家分類標準，檢視各層級既有人力配置水準和分配情況，以找出人力空缺和服務不足的區域。
 - 依職能和工作地點，追蹤每千人口分配到的醫療人力配置水準。
- 2 依據國家標準或國際準則，培訓工作人員履行其職責。
 - 體認到在嚴重緊急情況時，工作人員可能需要擔任功能更廣泛的角色，因此需要培訓和支持。
 - 在人員流動高的地方，引入進修培訓。
- 3 協助醫護人員可以在安全的環境中工作。
 - 執行和倡導所有可能的措施，以保護在衝突中的醫護人員。
 - 為臨床工作人員提供 B 型肝炎和破傷風疫苗接種及職業衛生培訓。
 - 提供適當的 IPC 和 PPE，讓醫療人員履行職務。
- 4 訂定獎勵和薪資策略，以將衛生部與其他醫療照護提供者的薪資差異以及人力分配不均的情況降到最低。
- 5 與衛生部和當地及國內其他相關機構，分享醫護人力資料和整備資訊。
 - 注意在衝突發生期間，醫護人員的撤換與離職的情況。

關鍵指標

每千人口中社區衛生工作者的人數

- 至少要有 1 至 2 名社區衛生工作者

由技術人員（醫生、護士、助產士等）接生的出生數占比

- 至少 80%

每萬人口的技術接生人員（醫生、護士、助產士等）數量

- 每萬人口中至少有 23 人

所有從事臨床工作的醫療人員皆受過臨床步驟準則和個案管理之培訓

指引說明

醫護人員之可得性：醫療照護人力包括醫生、護士、助產士、臨床人員、實驗室技術人員、藥師和社區衛生工作者，以及管理和支援工作人員等。人員數量和概況應符合當地人口與服務需求。人手不足可能導致工作量過大以及不安全的醫療照護。將現有醫護人員整合至緊急回應行動中。

在招募與培訓當地員工時，應遵守國家準則（若沒有國家準則可依循則採納國際準則）。招募國際工作人員時亦應遵循國內與衛生部的規範（例如資歷證明，尤其是臨床實務經驗）。

要考量對難以到達的農村與城市地區的人提供醫療照護，包括鄰近衝突地區的人。工作人員必須為所有族群、語言和派系的人提供照護。招募和培訓較低層級的醫護人員從事社區宣導、行動團隊或醫療站的個案管理，並建立強大的轉診機制。在艱困地區工作可能需要提供獎勵加給福利。

社區衛生工作者 (Community Health Workers, CHWs)：有社區衛生工作者（包括志工）參與的社區計畫，可以增加提供難以觸及人口服務的機會，包括邊緣化或被汙名化的人口。如果在不同社區中存在地理限制或接受度問題，1 名社區衛生工作者在實務上僅能服務 300 人，而非 500 人。

社區衛生工作者的工作內容各有不同。他們可能會接受急救或個案管理方面的培訓，也可能從事健康篩檢工作。他們必須與最近的醫療設施連結，以確保獲得適當監督及提供整合照護。社區衛生工作者往往在緊急情況平息後，不會被納入醫療系統中。在某些情況下，社區衛生工作者通常只能在農村環境中工作，因此在城市危機情況下可能需要採用不同的模式。

接受度：符合人們的社會文化期望，將能增加病患的參與度。醫療工作人員的組成應反映當地人口的多樣性，包含不同的社會經濟、族群、語言和性傾向群體，以及適當的性別平衡。

品質：組織必須培訓與監督工作人員，確保他們的知識是最新的，而他們的實務作法是安全的。讓培訓計畫與國家準則（針對緊急情況進行調整）或議定的國際指引維持



一致。

培訓應納入下列主題：

- 臨床步驟準則和個案管理；
- 標準作業程序（例如感染預防和控制以及醫療廢棄物管理）；
- 保全和安全（依據風險層級而調整）；以及
- 行為準則（例如醫療倫理、病患權利、人道主義原則、兒童保護、防止性剝削和性侵害等）。⊕詳見《必要醫療照護—性與生殖醫療標準 2.3.2：性暴力和性侵犯的臨床管理》和《保護原則》。

一次性培訓並無法保證良好的品質，定期的監督和品質監督將鼓勵良好的實務行為。與衛生部共享哪些人接受過哪些領域的培訓、由誰訓練，以及在何時何地接受培訓的記錄。

醫療照護系統標準 1.3： 必備藥物和醫療設備

人們可獲得安全、有效且品質有保證的必備藥物和醫療設備。

關鍵行動

- ① 為重點醫療照護，建立標準化的必備藥物和醫療設備清單。
 - 在回應行動初期即檢視既有的國家必備藥物和醫療設備清單，並配合緊急情況加以調整。
 - 特別注意可能需要特別倡議以確保供應不中斷的管制藥物。
- ② 建立有效的管理體系，確保安全的必備藥物和醫療設備的可得性。
 - 將疫苗的運輸、儲存和冷鏈，以及血液製劑的收集和儲存納入管理。
- ③ 僅在遵循國際公認準則的情況下，才接受藥物和醫療設備的捐贈。

關鍵指標

無法獲得必備藥物的天數

- 30 天中最多只有 4 天無法獲得

配有必備藥物的醫療設施百分比

- 最少達到 80%

配備運作正常的必備醫療設備的醫療設施百分比

- 最少達到 80%

所有配發給病患的藥物皆在有效期之內

指引說明

管理必備藥物：必備藥物包括藥品、疫苗和血液製劑等。完善的藥物管理不但能夠確保藥物的可得性，還可以阻絕不安全或過期的藥物。藥物管理的主要元素包括選擇、預測、採購、儲存和分配。

藥物選擇應以國家必備藥物目錄為準。應倡議縮小藥物選擇的缺口，例如用於非傳染性疾病、生殖健康、緩和照護與術後的疼痛緩解、麻醉、精神健康、管制藥物（詳見下文）或其他藥物。

預測應以用藥量、發病率資料和情境分析為基礎。如果當地製藥受到影響、倉庫受損或國際採購延遲等情況，國家藥品供應就有可能發生中斷。

採購方法應遵照國家法律、海關規範和國際採購的品質保證機制。如果出現延誤，則應提倡改善的機制（透過衛生部、主要帶領機構、國家災害管理當局或人道主義協調人員等）。如果這些系統不存在，就要在有效期限內以國家和醫療照護人力使用的語言，採購通過預審的產品。

儲存：在藥品供應週期，應全程安全儲存藥物。儲存的要求因產品而異。藥物不可直接存放在地上。確保為過期物品（應上鎖）、易燃產品（通風良好且具備防火措施）、管制物品（需附加安全措施），以及需要冷鏈或溫度控制的產品設置獨立的儲存區域。

分配：建立從中央庫存單位到醫療設施的安全、受保護、可預測且登記在案的運送機制。合作夥伴可以使用推式（自動補給）或拉式（有需求時供應）分配系統。

過期藥物的安全處置：避免環境污染以及對人體造成危害。遵守國家法規（視緊急情況而做調整）或國際指引。超高溫焚化成本很高，而藥物囤積只有短期成效。⊕詳見《WASH 標準 6：醫療照護環境下的 WASH》。

必備醫療設備：確認並採購符合國家或國際標準，且各級醫療照護所需的設備和器材（包括實驗室試劑與大型機器）。納入身心障礙者所需的輔具，確保安全使用設備，包括定期維護和供應備用零件，這些最好都能在當地取得，還應安全地將設備除役。分發或更換丟失的輔具，並提供明確的使用和維護資訊。關於合適的尺寸、配件、使用和維護等訊息，可轉介至復健服務，避免一次性配發。

預先審定的工具包在危機早期階段或災前整備的預先部署方面很有幫助。工具包包括預先通過審定的必備藥物和醫療設備，並依醫療干預措施而有差異。WHO 是機構間緊急醫療工具包以及非傳染性疾病工具包的主要提供者，除了用於管理腹瀉、創傷和其他疾病的工具包之外。聯合國人口基金（The United Nations Population Fund, UNFPA）則是性與生殖健康工具包的主要供應者。

管制藥物：緩解疼痛、精神健康與產後出血等方面的藥物通常都受到管制。當 80% 的低收入國家無法取得足夠的止痛藥物，應這些國家的衛生部和政府共同倡議，改善管制藥物的可得性。

血液製劑：若具備國家輸血服務，與之協調合作。只接受自願捐血者的捐血。至少要測試所有捐贈的血液是否有愛滋病毒、B 型和 C 型肝炎以及梅毒，並進行血型 and 相容性測試。安全儲存和配發血液製劑。培訓臨床工作人員合理使用血液和血液製劑。



醫療系統標準 1.4：

醫療財務

人們在危機期間可以取得免費的重點醫療照護。

關鍵行動

- 1 當使用費是透過政府體系收取時，應規劃取消收費或暫停收費。
- 2 降低取得與使用各項服務的間接成本或其他財務障礙。

關鍵指標

提供重點醫療照護服務（包括診療、治療、調查和提供藥物等）而沒有收取使用費的醫療設施百分比

- 目標為 100%

在取得或使用醫療照護服務時（包括診療、治療、調查和提供藥物等），沒有支付任何費用的人數百分比

- 目標為 100%

指引說明

使用費：在緊急情況時，要求支付服務費用可能會妨礙取得服務，並阻止人們尋求醫療照護。

暫停收取政府醫療照護提供單位的使用費，必然會造成財務壓力。考慮針對衛生部或其他相應服務提供者的設施、提供員工薪資和獎勵、額外藥物、醫療設備和輔具等。如果暫停收取使用費，應確認所有使用者都清楚了解時機和原因，並監控服務的可近性和品質。

間接成本可以藉由在社區提供適當的服務，以及使用規劃的運送和轉診機制來降至最低。

現金援助：根據「2030 年全民健康覆蓋」（The Universal Health Coverage 2030）所設定的目標指出，人們應可在不會造成過度經濟困難的情況下，獲得醫療照護。截至本手冊 2018 年版發行時，尚無明確證據顯示在人道主義情境中，專門針對醫療回應行動所使用的現金援助，對醫療成效具有正面的影響。⊕詳見《何謂環球計畫？》，以及《透過市場提供援助》一節。

根據經驗顯示，用於醫療回應行動的現金援助，可能在滿足下列條件時會有幫助：

- 緊急情況已漸趨穩定；
- 具有可預測的服務提供支援，例如產前護理或慢性病管理等；
- 具備既有的積極求醫行為與高度需求；以及
- 例如糧食與收容等重要家庭需求已經獲得滿足。

醫療系統標準 1.5

醫療資訊

透過收集、分析和運用相關公共衛生資料所得證據，為醫療照護提供指引。

關鍵行動

- 1 加強或開發醫療資訊系統，為有效且公平的醫療回應行動提供充足、準確和最新的資訊。
 - 確保醫療資訊系統納入所有利益關係人，且是易於執行與易於收集、分析和解釋資訊以指導回應行動。
- 2 針對需要立即回應的各種危害，強化或發展疾病的「早期預警、警示和回應」（Early Warning, Alert and Response, EWAR）機制。
 - 根據流行病學風險概況和緊急狀況情境，決定哪些重點疾病和事件要納入機制之中。
 - 同時納入以指標與事件為基礎的部分。
- 3 議定並使用共通的操作數據和定義。
 - 考慮母數數字，例如人口、家庭規模和年齡分類等。
 - 建立行政區域和地理區域的代碼。
- 4 所有醫療行動者在使用醫療資訊時，應同意遵循標準作業程序。
- 5 確保資料保護機制，以保障個人、回報單位和人口的權利和安全。
 - 支持主要行動者及時並定期彙編、分析、解釋和傳播醫療資訊，提供給所有利害關係人，以引導醫療計畫相關決策。
 - 納入醫療服務的覆蓋率和利用率，以及流行病學資料的分析和解釋。

關鍵指標

按時提交完整的早期預警、警示與回應（EWAR）／監測報告百分比

- 最少應達到 80%

由主要醫療行動者製作的醫療資訊報告頻率

- 最少每個月應提出

指引說明

醫療資訊系統：一個運作良好的醫療資訊系統應可確保可靠且及時的產出、分析、傳播和使用關於醫療決定因素、醫療體系績效和健康狀況等資訊。可以從各種來源收集資料，質化或量化的資料皆可，例如人口普查、人口動態登記、人口調查、感知需求調查、個人記錄和醫療照護設施報告（例如醫療管理資訊系統）等。醫療資訊系統



應該要具備足夠彈性，以納入和反映出乎意料的挑戰，例如疫情爆發或醫療系統或服務的全面崩潰。資訊應能指出醫療系統各層面的問題和需求。

透過進一步評估或調查來收集缺失的資訊。考慮人們的跨境移動，以及所需或可得的資訊。定期提供誰在哪裡、做哪些事情的分析報告。

醫療管理資訊系統 (Health Management Information Systems, HMIS) 或例行報告使用從醫療照護設施取得的醫療資訊，來評估醫療服務提供的成效。HMIS 會監督特定干預措施的提供、疾病狀況的治療，以及例如示蹤劑藥品的可得性、人力資源和使用率等資源。

醫療監測是指持續性和系統化的收集、分析與解釋醫療資訊。疾病監測專注於監測各種不同疾病及其發展模式，經常能在醫療管理資訊系統報告中看見此類資訊。

早期預警、警示和回應 (EWAR) 是例行醫療監測系統的一環。EWAR 可偵測出任何需要立即回應的公共衛生事件，並發出警示，例如化學中毒或流行病爆發等。⊕詳見《**必要醫療照護—傳染病標準 2.1.2：監測、疫情爆發偵測和早期回應**》。

標準作業程序：建立橫跨地理位置、照護層級以及醫療行動者的共同定義以及傳遞資訊的方式。至少必須就下列事項達成一致意見：

- 案例定義；
- 應監測的指標；
- 報告單位（例如行動診療所、野戰醫院、醫療站等）；
- 報告途徑；以及
- 資料提交、分析和報告的頻率。

資料細分：醫療資訊應按性別、年齡、身心障礙、流離失所人口和接待人口、情境（例如安置營地／非營地情況）和行政層級（區域與地區）進行細分分類，以指導決策並偵測處於風險中群體的不公平現象。

關於 EWAR，對 5 歲以下和 5 以上兒童的死亡率和發病率資料進行細分分類。目標是快速產生警示；不夠詳細的資料仍可接受。疫情爆發調查資料、接觸者追蹤、條列清單和進一步的疾病趨勢監測也都必須有細分的資料。

資料管理、安全性和保密性：採取適當的預防措施，以保護個人和資料的安全。工作人員不得在未經病患許可的情況下，與沒有直接參與病患照護的人分享病患資訊。要考量到因為智能、精神或感知障礙而影響他們表達同意權能力的患者。還要注意，許多像是愛滋病毒等病症的帶原者，可能沒有向至親透露病情。應謹慎處理遭到虐待，或其他包括性侵等人權侵害行為而造成傷害的相關資料。如果個人表達了知情同意許可，才考慮將此類資訊傳遞給適當的行動者或機構。⊕詳見《**保護原則 1**》和《**人道主義核心標準之承諾 4**》。

對醫療照護的威脅：對醫護人員的威脅，或任何涉及醫護人員的暴力事件，都應採用議定的當地和國家機制進行呈報。⊕詳見上述「**醫療衛生的基本概念**」和《**參考資料與延伸閱讀**》。

2. 必要醫療照護

必要醫療照護試圖解決受危機影響人口死亡率和發病率的主要成因。與衛生部門和其他官方醫療行動者協調，議定應當優先提供哪些服務，以及該在何時與何處提供。根據情境、風險評估和現有實證來決定優先順序。

受危機影響的人口會有新興且不同的需求，這些需求還會繼續演變。人們可能面臨過度擁擠、多次流離失所、營養不良、無法取得用水，或持續衝突等影響。年齡、性別、身心障礙、愛滋病毒感染情況、語言或族群認同等都可能進一步影響人們的需求，並可能成為取得照護的重大障礙。需考慮居住在服務不足或難以到達地區人們的需求。

與衛生部和其他醫療行動者就重點服務內容達成共識，關注最有可能發生並造成最高發病率和死亡率的風險。醫療計畫應提供適當且有效的照護，並考量情境、後勤補給與所需資源等。隨著情境改善或惡化，優先順序也可能發生變化。檢視工作應當根據可取得的資訊，並隨著情境變化而定期舉行。

一旦死亡率下降或情況漸趨穩定，就可能提供更全面的醫療服務。在持續的衝突環境中，更全面的服務有可能是國家層級定義的整套必備醫療服務。

本節概述緊急回應行動在下列關鍵領域應提供的最低必備醫療照護：傳染病、兒童健康、性與生殖健康、外傷與創傷護理、精神健康、非傳染性疾病和緩和照護。

2.1 傳染病

無論是由自然災害、衝突或飢荒所引起的人道危機，都會導致傳染病發病率和死亡率的增加。當人們搬進擁擠的公共安置點或收容場所，就意味著易於傳播腹瀉和麻疹等疾病。衛生設施損壞或缺乏乾淨用水，意味著藉由水和病媒傳播的疾病也會迅速擴散。人口免疫力下降，會造成疾病感染率上升。醫療系統崩潰可能中斷長期的疾病治療，例如常態的愛滋病毒與結核病疫苗接種，以及針對例如呼吸道感染此類簡易病症的治療等。

急性呼吸道感染、腹瀉、麻疹和瘧疾仍然是受危機影響人口中發病率最高的疾病。急性營養不良會使這些疾病惡化，尤其對 5 歲以下兒童和年長者。

在危機中的目標，是一開始就預防傳染病擴散、管理所有病例，並確保當疫情爆發時做出快速且適當的回應行動。因應傳染病的干預措施應包括預防、監測、疫情爆發偵測、診斷和個案管理，以及疫情爆發時的回應行動。

傳染病標準 2.1.1：

預防

人們皆可獲得醫療照護和資訊以預防傳染病。



關鍵行動

- 1) 判定受影響人口中罹患傳染病的風險。
 - 如果有的話，檢視既有的醫療資訊和監測數據，以及營養狀況和能否取得安全用水和衛生設施。
 - 與受影響群體一同進行風險評估，包括當地領袖和醫療專業人員。
- 2) 與其他領域合作，制定一般預防措施，並在社區層級建立整合醫療推廣計畫。
 - 解決可能破壞健康行為的特定恐懼、謠言和普遍觀念。
 - 與其他進行外展活動的領域相互協調，例如個人衛生宣導者或社區營養工作者等，以確保一致性的訊息傳播。
- 3) 實施疫苗接種以預防疾病。
 - 根據風險、可行性和情境來判定特定傳染病疫苗接種活動的需求。
 - 儘快透過既有的預防接種計畫，恢復常態疫苗接種。
- 4) 視實際需要實施針對特定疾病的預防措施。
 - 提供並確保所有瘧疾疫區的住院患者都使用長效型驅蟲蚊帳。
- 5) 根據風險大小，在各級醫療照護中實施感染預防和控制措施。⊕詳見《醫療系統標準 1.1》和《WASH 標準 6: 醫療照護環境中的 WASH》中關於 WASH 支援的內容。

關鍵指標

採用在衛教活動行為與訊息所宣導的關鍵實務的民衆百分比

回報已收到適當的關於傳染病相關風險和預防措施資訊的受影響家庭百分比

能描述採取的預防傳染病的其中三項措施的受影響家庭百分比

在瘧疾疫區的醫療機構中的所有住院病患都有使用長效型驅蟲蚊帳

相較於危機前水準，重大傳染病的發生率仍維持穩定或沒有增加

指引說明

風險評估：與受影響人口、當地領袖和醫療專業人員一同進行風險評估。分析情境和環境帶來的風險：如在擁擠的公共安置點和城市地區。積極考量不同群體的疾病特定因素、免疫力不足或其他風險。

跨領域的預防措施：訂定一般預防措施，例如適當的個人衛生、廢棄物處理、安全且充足的供水以及病媒管理等。適當的收容場所、收容空間間距與通風都能幫助減少疾病傳播。純餵母乳及取得充足營養有助於增進健康狀況。⊕詳見《人道主義核心標準之承諾 3》、《WASH 個人衛生宣導標準 1.1》、《WASH 供水標準 2.1 和 2.2》、《WASH 固體廢棄物管理標準 5.1 至 5.3》、《收容與安置標準 2》，以及《糧食安全與營養—嬰幼兒餵食標準 4.1 和 4.2》。

健康宣導：邀集社區以年長者、身心障礙者、婦女和兒童易於使用的形式和語言提供資訊。花費一點時間來測試和驗證有關敏感議題的相關訊息。

疫苗接種：決定是否執行疫苗接種活動主要基於下列三個因素：

- 評估一般危險因素，例如營養不良、較高的慢性疾病負擔、過度擁擠、WASH 條件不佳，以及地理、氣候、季節和群體免疫力等與疾病相關的風險。
- 疫苗施打活動的可行性：依據疫苗特性而進行的評估。包括可得性、有效性、安全性、單一或多種抗原、口服或注射，以及疫苗的穩定性等。還需考慮施打的操作因素，例如能否觸及到群體、時間限制、運輸、材料需求、成本以及得到接種者知情同意的能力等。
- 一般情境，包括倫理與實務上的限制。例如社區反對、因資源缺乏造成的不公平，以及政治或安全上的限制，或是對疫苗接種者已知的威脅等。

⊕詳見《必要醫療照護—兒童健康標準 2.2.1：兒童疫苗可預防的疾病》，以及 WHO 於 2017 年出版之《嚴重人道主義危機中的疫苗接種：決策制定架構》，此文件涵蓋了 23 種抗原，包括霍亂、腦膜炎、麻疹和輪狀病毒。

預防瘧疾：在瘧疾中度至高度流行地區，為嚴重營養不良的人和家庭、孕婦、5 歲以下兒童、無人陪伴兒童和愛滋病毒帶原者提供長效型驅蟲蚊帳。接著優先將接受補充性餵食計畫者、有 5 歲以下兒童及孕婦的家庭納入預防計畫。依據國家準則和抗藥性模式，提供孕婦預防性投藥。在嚴重營養不良和麻疹死亡率高的地區，考慮施行針對性的季節性瘧疾預防性投藥。

斑蚊傳播的疾病：登革熱、屈公病、茲卡病毒和黃熱病都是藉由斑蚊傳播的疾病。利用整合病媒管理來預防疾病。個人應穿著衣物以防止遭蚊蟲叮咬，家庭應運用良好的供水和廢棄物管理措施，並為在白天中睡覺的嬰幼兒使用驅蟲劑或長效型驅蟲蚊帳。

⊕詳見《WASH 病媒控制標準 4.2：控制病媒的家庭和個人行動》。

傳染病標準 2.1.2：

監測、疫情爆發偵測與早期回應

監測與回報系統提供及早的疫情爆發偵測與早期回應行動。

關鍵行動

- 1 加強或建立針對特定情境疾病的早期預警、警示和回應（EWAR）機制。
 - 根據流行病學風險決定應納入的重要疾病和事件。
 - 培訓各層級醫護人員關於重要疾病和相關機制，以利其知會醫療主管機關並發出警示。
 - 對所有利害關係人發佈每週 EWAR 報告，以便採取必要行動。
- 2 成立疫情爆發調查小組。



- 確保當疫情警示生成時可迅速觸發後續行動。
 - 在團隊無法觸及受影響人口時啟動遠端疫情調查，例如在衝突正盛地區時。
- ② 確保能進行快速診斷檢測或由實驗室檢測採集的樣本，以確認是否有疫情爆發情形。⊕詳見《必要醫療照護—傳染病標準 2.1.3：診斷和個案管理》。

關鍵指標

24 小時內回報的警示百分比

- 90%

在 24 小時內獲得驗證的回報警示百分比

- 90%

在 24 小時內展開調查的已驗證警示百分比

- 90%
-

指引說明

早期預警、警示和回應 (EWAR)：與所有利益關係人，包含衛生部、合作夥伴和社區等共同協調，強化或建立代表受影響人口的 EWAR 系統。⊕詳見《醫療系統標準 1.5：醫療資訊》。該系統應能捕捉到謠言、異常事件與社區報告等資訊。

監測與早期預警：與合作夥伴強化 EWAR 系統，並針對報告單位、資料流程、報告工具、資料分析工具、案例定義和報告頻率等事項達成共識。

警示生成和回報：警示係指可能示意疫情爆發早期階段的不尋常健康事件。定義針對每種疾病的個別警示門檻，並於發現時儘速回報。運用醫護人員所提出以事件為基礎的立即通報，或分析以指標為基礎的報告（每週或更頻繁）。應立即記錄所有的警示，並將其轉發至疫情爆發調查小組加以查證。

警示驗證：在 24 小時以內驗證警示資訊。可以遠端進行驗證，例如透過電話，而驗證流程包含收集更進一步的資料，以及根據症狀、發病日期、地點、性別、年齡、健康結果和鑑別診斷來分析病例。

疫情爆發偵測：如果警示已獲得證實，應於 24 小時內進行實地調查。確保團隊有足夠的技能來驗證警示、進行現場調查、偵測疑似的疫情爆發，和採集實驗室樣本。若調查結果確實達到流行病門檻，則確認有疫情爆發情況，或是調查結果也可以判斷警示是否反映了零星病例或季節性高峰。

檢視案例、採樣並進行風險評估。可能的結果分別為：

- 並非是病例；
- 病例確認，但並非是疫情爆發；或者
- 病例確認，且疑似或確認為疫情爆發。

有些疫情爆發只能透過實驗室分析加以確認；然而，即使只是疑似疫情爆發，也可能需要採取立即行動。

警示和疫情爆發門檻

	警示門檻	疫情爆發門檻
霍亂	同一地區於一週內出現 2 例 2 歲以上的人發生嚴重水瀉及嚴重脫水或死於嚴重水瀉 1 例 5 歲或以上的人因嚴重水瀉而死亡 該地區出現 1 例嚴重水瀉，並經快速診斷檢測為霍亂	1 例確診案例
瘧疾	依據情境於全國層級判定	依據情境於全國層級判定
麻疹	1 例	於全國層級判定
腦膜炎	一週內 2 例（人口少於 3 萬） 一週內 3 例（人口在 3 萬至 10 萬人）	一週內 5 例（人口少於 3 萬） 一週內每十萬人口數發生 10 例（人口在 3 萬至 10 萬人） 安置營區一週內 2 例確診
病毒性出血熱	1 例	1 例
黃熱病	1 例	1 例

疫情爆發調查及早期回應：若出現確認或疑似疫情爆發，則應進行進一步調查。判定疫情爆發的原因與來源、受影響群體、傳播方式和處於風險中的群體，以便採取適當的控制措施。

進行描述性流行病學調查，應包括下列項目：

- 病例數、死亡數與人名、發病時間和地點，用以繪製流行病曲線和點狀圖；
- 追蹤每個病例，並分析疫情爆發程度的條列式清單，例如入院人數、併發症、致死率；以及
- 根據議定的人口數計算疾病侵襲率。

發展出解釋暴露與疫病關連性的假設理論。要考慮病原體、傳播源和傳播途徑。

評估這個假設理論，並就定義疫情爆發病例取得共識，此定義可能較用於監測的病例定義更加具體。一旦實驗室調查證實疫情的爆發是來自許多不同的來源，則應立即遵循疫情爆發的病例定義；同時可能不再需要繼續收集樣本。

迅速且定期溝通與更新調查結果。儘快實施以全體人口為主的控制措施。

上述所有活動有可能同時發生，尤其是在疫情持續爆發期間。⊕詳見《必要醫療照護－傳染病標準 2.1.4：疫情爆發的整備和回應》。

傳染病標準 2.1.3：

診斷和個案管理

對於會造成重大發病率與死亡率的傳染病，人們皆可獲得有效的診斷和治療。



關鍵行動

- ① 制定明確的訊息，鼓勵人們在出現例如發燒、咳嗽和腹瀉等症狀時尋求治療。
 - 運用易於使用的形式和語言，制定推廣的書面資料、電台廣播或行動電話簡訊。
- ② 使用核可的標準個案管理協定來提供醫療照護。
 - 考慮實施社區為本的個案管理，針對例如瘧疾、腹瀉和肺炎等疾病。
 - 將嚴重病例轉介至更高層級的照護或進行隔離。
- ③ 提供適足的實驗室和診斷量能、物資供應和品質保證。
 - 決定是要使用快速診斷檢測或實驗室檢測病原體，以及應在哪個醫療照護層級提供（例如在社區層級提供快速診斷檢測）。
- ④ 確保正在接受長期照護的患者其治療不會中斷，如結核病和愛滋病毒等傳染病。
 - 只有在符合公認標準後，才引入結核病控制計畫。
 - 與愛滋病毒治療計畫協調，確保為同時感染愛滋病毒與結核病的病患提供醫療照護服務。

關鍵指標

針對指定疾病使用標準化治療療程來協助受危機影響人口的醫療中心百分比

- 使用每月記錄檢視以監測疫情趨勢

經由同意療程步驟而定的診斷方法所確診的疑似病例百分比

指引說明

治療療程：療程應包含整套的診斷、治療和轉診等措施。如果在危機期間沒有整套措施，就應考慮參考相關國際指引。了解當地的抗藥性模式（也需考慮流離失所的情況），應特別關注瘧疾、結核病和傷寒等疾病。還應考量臨床上的高風險族群，例如 2 歲以下的嬰兒、孕婦、年長者、愛滋病毒帶原者和嚴重營養不良的兒童，他們罹患某些傳染病的風險較高。

急性呼吸道感染：在危機期間，過度擁擠、室內煙霧和通風不良，以及營養不良和／或維生素 A 缺乏，都會增加群體的脆弱度。透過即時確認、口服抗生素和重症病例轉診等方式來降低致死率。

腹瀉和血便：為控制死亡率，透過在家庭、社區或初級醫療照護層級，加強提供與使用口服脫水補充液和鋅補充劑。可在社區的口服脫水補充液提供點進行治療。

社區個案管理：可由受訓過的社區衛生工作者治療瘧疾、肺炎或腹瀉患者。確認所有計畫都與最鄰近的醫療照護機構相互連結並受其監督。確保所有人都可公平且公正的取得服務。

實驗室檢測：建立全國、區域和國際間的實驗室設施轉介網絡以檢測樣本。確保能進行快速診斷檢測瘧疾、霍亂和登革熱等疾病，以及血紅素值。提供適當的檢體輸送介

質，以檢測其他病原體，例如使用 Cary-Blair 輸送介質來檢測霍亂。

培訓醫護人員學習診斷方法、品質保證以及檢體採集、輸送和建檔。制定在國家、區域或國際層級的參考實驗室進行確認檢驗的協定。確認檢驗包括來自於樣本、血清和抗原檢驗的培養，或是對黃熱病、病毒性出血熱和 E 型肝炎進行核糖核酸（RNA）檢驗。建立病原體安全運送機制的協議，特別是針對病毒性出血熱、鼠疫或其他類似疾病。要考慮透過空運載送樣本時的航空法規。

由於抗藥性增加，控制**結核病 (TB)** 變得相當複雜。只有在可以保證持續接觸人口以及提供照護至少 12 至 15 個月的情況下，才能制定相關計畫。目前已確定的為多重抗藥性結核病（MDR TB，對於目前主要的二種治療藥物異菸鹼 (Isoniazid) 和立汎黴素 (Rifampicin) 產生抗藥性），和廣泛抗藥性結核病（EDR TB，對四種核心治療藥物均產生抗藥性）。這兩種類型的結核病都需要更久、更昂貴且更複雜的治療方式。在危機期間，往往難以取得確保結核病用藥的正確選擇和使用所需的診斷和敏感性測試。

傳染病標準 2.1.4： 疫情爆發的整備和回應

因應疫情爆發已做好充分準備，並可及時且有效地控制。

關鍵行動

- 1 與所有利害關係人和各領域合作，共同制定和宣傳整合性疫情爆發整備和回應計畫。
 - 重點培訓於高風險地區的關鍵工作人員。
 - 在流行病易發地區和進入困難的地區預先放置必備藥物、醫療設備、快速檢測材料、個人防護裝備和檢驗工具包（例如霍亂和腹瀉的工具包）。
- 2 一旦偵測到疫情爆發，就實施針對特定疾病的控管措施。
 - 判定是否需要進行針對性疫苗接種推廣活動。
 - 規模化感染預防和控制措施，包括提供霍亂、E 型肝炎或其他疫情的隔離區。
- 3 針對特定疫情爆發建立和協調後勤和回應能力。
 - 確保藥物和補給品的運送和儲存量能，包括疫苗的冷鏈。
 - 增加醫療照護設施量能，例如霍亂或腦膜炎的帳篷。
 - 確保可進入和運送至地方、國家和國際層級的實驗室以檢驗樣本。
- 4 需要時與其他領域協調合作，包括兒童保護。



關鍵指標

高風險地區醫療人員接受過疫情爆發回應計畫和療程培訓的百分比

致死率降至可接受的程度

- 霍亂低於 1%
- 腦膜炎低於 15%
- 一般人口中，E 型肝炎在低於 4%，在懷孕後期的孕婦族群中則介於 10 至 50% 之間
- 白喉（呼吸道）低於 5 至 10%
- 百日咳在 1 歲兒童中低於 4%，在 1 至 4 歲兒童中則低於 1%
- 登革熱低於 1%

指引說明

疫情爆發整備和回應計畫：與醫療合作夥伴、衛生部、社區成員和領袖共同議定此計畫。WASH、營養、收容與教育領域的夥伴、地主國政府、監獄和軍隊（如果有相關的話）也應參與。確保在回應疫情爆發時，其他關鍵的醫療服務不會受到影響。

計畫應就下列事項進行規定：

- 國家、次國家和社區層級針對疫情爆發的協調機制；
- 社區動員和風險溝通之機制；
- 強化 EWAR：疾病監測、疫病爆發偵測、疫情爆發（流行病學）調查；
- 個案管理；
- 針對疾病和情境的控制措施；
- 跨領域措施；
- 為了實驗室調查樣本的安全運送和轉介途徑協議；
- 在各照護層級規模化服務的應變計畫，包括在治療中心設立隔離區；
- 疫情爆發控制團隊的能力與暴增的醫護人員需求；以及
- 提供給醫護人員的必備藥物、疫苗、醫療設備、實驗室物品和個人防護裝備之可得性，包括國際採購（例如疫苗的全球庫存）。

疫情爆發的控制仰賴充分的風險溝通和專責的疫情爆發控制團隊。全面控制疫情爆發，使其不會擴散到新的區域，並降低疫情爆發地點的新增病例數。這需要積極的病例發現和即時診斷與個案管理。在需要時提供隔離區（例如在發生霍亂或 E 型肝炎時）。改善病媒控制以減少接觸感染的風險、使用長效型驅蟲蚊帳，並改善個人衛生行為。

疫苗接種活動

腦膜炎：A、C、W 和 Y 血清群的腦膜炎都可能在危機發生時導致疫情爆發。其中抵

抗 A 和 C 型血清群的疫苗已可於疾病流行時接種。至於 C 和 W 血清群，在危機時期則不建議例行接種，實際上也都不可能進行。最好根據已知的侵襲率，針對特定年齡群組或 6 個月至 30 歲人口進行目標疫苗接種。由於需要進行腰椎穿刺才能確診，因此要建立明確的病例定義。

病毒性出血熱：對於病毒性出血熱的管理和診斷，例如伊波拉病毒或拉薩熱（Lassa fever），應依據嚴格的國家和國際準則進行，包括關於新疫苗和創新療法的協議。在疫情爆發期間，有效的社區參與至關重要。

黃熱病：一旦在流離失所者的安置點和接待人口中出現了一起確認病例，建議便需展開大規模疫苗接種。同時還應結合斑蚊病媒控制措施以及嚴格的病例隔離。

小兒麻痺：小兒麻痺是 WHO 的擴大預防接種計畫（Expanded Programme on Immunization, EPI）的一環，應在緊急情況的初始階段之後重新開始疫苗接種。若偵測到癱瘓性小兒麻痺的病例出現，就要開始實施大規模疫苗接種。

霍亂：應提供清楚明確的治療和疫情爆發協定，並協調各領域共同參與。應遵循 WHO 的架構來使用霍亂疫苗，並輔以現有的霍亂控制策略。

A 型和 E 型肝炎：尤其是在難民營中，出現這些疾病表示有重大風險存在。利用改善環境與個人衛生以及取得安全用水來預防和控制疫情爆發。

麻疹：⊕詳見《必要醫療照護—兒童健康標準 2.2.1：兒童疫苗可預防的疾病》。

百日咳或白喉：當人們流離失所時，百日咳的疫情爆發是很常見的。由於擔心全細胞的白喉、百日咳、破傷風混合疫苗對較年長接種者存在風險，因此與預防百日咳爆發相關的疫苗接種活動需特別謹慎。可以利用疫情爆發來處理例行疫苗接種的缺口。個案管理包括對病例進行抗生素治療，以及針對家中有嬰兒或孕婦的接觸者進行早期預防性治療等。白喉疫情爆發較不常見，但在白喉免疫力較低的擁擠環境中，仍然是一個威脅。在安置營區中，也曾進行分開接種三劑白喉疫苗的大規模疫苗接種活動。個案管理應包含抗毒素和抗生素的管理。

致死率：特定疾病的可接受致死率，會因情境和現有免疫力而異。目標是要盡可能降低致死率。高致死率可能表示缺乏獲得適當醫療照護的機會、延遲病例回報和個案管理、人口中存在重大的共病症，或醫療照護品質不佳等。應時常監測致死率，一旦致死率高於預期就應採行立即修正措施。

兒童照護：在疫情爆發期間設計和執行相關計畫時，應將兒童視為特定群體。在醫療和兒童保護領域間應相互協調與轉介個案，還應解決兒童與父母分開所面臨的風險。這些風險可能是由於父母的發病率和死亡率，或計畫設計所造成。專注於防止家庭分離，並確保在治療時取得父母或兒童的同意。採取措施以保持教育設施持續運作，留意必要的管控措施和衛教宣導。



2.2 兒童健康

在危機期間，兒童更容易遭受感染、罹患疾病和面臨其他健康和生命的危險。不只因為生活條件惡化，疫苗接種計畫也遭中斷，無人陪伴和失散的兒童將會面臨更高的風險。

以兒童為中心的協同回應行動是必要的。最初將著重於救命照護，但最終的干預措施必須要能減輕苦難，並促進成長和發展。這些計畫應試圖解決發病率和死亡率的主要成因。從全球角度來看，這些風險包含急性呼吸道感染、腹瀉、麻疹、瘧疾、營養不良，以及造成新生兒發病和死亡的原因。

兒童健康標準 2.2.1： 兒童疫苗可預防的疾病

6 個月至 15 歲大的兒童對疾病具有免疫力，並可於危機期間獲得擴大預防接種計畫的例行服務。

關鍵行動

- 1 判定是否需要接種疫苗，以及應對緊急情況的適當策略方法。
 - 根據對風險（例如人口、季節等）、接種活動可行性（包括多劑型的需求、可得性等）和情境（例如安全性、競爭性需求等）的評估而定。隨著危機演進，此類判斷是個持續的過程。⊕詳見《必要醫療照護—傳染病標準 2.1.1：預防》。
- 2 當預估麻疹疫苗覆蓋率低於 90% 或未知時，不論先前有無麻疹疫苗接種史，為 6 個月至 15 歲大的兒童進行大規模的麻疹疫苗接種。
 - 為 6 至 59 個月大的兒童搭配注射維生素 A。
 - 確認所有在 6 至 9 個月大期間，接種過疫苗的嬰兒，在 9 個月大時接種另一劑麻疹疫苗。
- 3 儘速恢復擴大預防接種計畫。
 - 目標是讓初級醫療照護設施或行動醫療團隊／外展系統每個月至少 20 日提供全國性可預防疾病的全國性疫苗接種時程。
- 4 篩查至醫療照護機構或行動診療所就診兒童的疫苗接種狀況，並施打任何需要的疫苗。

關鍵指標

麻疹預防接種活動完成後，接種麻疹疫苗的 6 個月至 15 歲大的兒童百分比

- 大於 95%

麻疹預防接種活動完成後，注射適當劑量維生素 A 的 6 至 59 個月大的兒童百分比

- 大於 95%

接種 3 劑白喉、百日咳、破傷風混和疫苗的 12 個月大兒童百分比

- 大於 90%

每個月至少提供 20 日基礎擴大預防接種計畫服務的初級醫療設施百分比

指引說明

預防接種：在嚴重危機時，疫苗對防止過多死亡案例至關重要。國家指引可能沒有涵蓋緊急情況或跨境移動人口的處理方式，因此應立即判定所需接種的疫苗，並制定包括採購流程在內的實施計畫。⊕詳見《必要醫療照護—傳染病標準 2.1.1》中針對風險評估和預防接種決策提供的指引，以及⊕《醫療系統標準 1.3：必備藥物和醫療設備》關於疫苗採購和儲存的說明。

麻疹疫苗接種：麻疹預防接種是危機中的一項優先醫療干預措施。

- 覆蓋率：檢視流離失所者和接待人口的覆蓋率資料，以評估過去三年的例行麻疹疫苗覆蓋率或麻疹疫苗接種活動覆蓋率是否高於 90%。如果疫苗接種覆蓋率低於 90%、未知或存有疑慮，就展開麻疹疫苗接種活動。同時也要施打維生素 A 補充劑。確保年齡介於 6 個月至 15 歲間的安置點新成員中，至少 95% 都有接種疫苗。
- 年齡區間：一些年齡較大的兒童可能錯過例行預防接種、麻疹疫苗活動，而且沒有得過麻疹。這些兒童仍然有罹患麻疹的風險，並可能傳染給嬰幼兒，而嬰幼兒死於麻疹的風險更高。因此，疫苗接種的年齡要到 15 歲。若無法達成，則優先考慮為 6 至 59 個月大的兒童施打。
- 重複接種：作為標準國家預防接種計畫的一部份，所有 9 個月至 15 歲的兒童都應接種兩劑麻疹疫苗。如果 6 至 9 個月大的嬰兒接種過麻疹疫苗（例如參與緊急疫苗接種活動），就應根據國家安排的時程（在高風險地區通常為 9 個月大和 15 個月大）在前述的建議年齡期間，再接種兩劑疫苗。

小兒麻痺：在小兒麻痺疫情爆發或存有對根除計畫的威脅，考慮推行小兒麻痺疫苗接種活動，係由 WHO 出版之《嚴重人道主義危機中的疫苗接種：決策制定架構》所訂定的。⊕詳見《必要醫療照護—傳染病標準 2.1.1：預防》。

國家擴大預防接種計畫：立即恢復預防接種計畫，以保護兒童免於罹患麻疹、白喉和百日咳，並降低呼吸道感染風險。國家擴大預防接種計畫可能需要補充施打疫苗。⊕詳見《必要醫療照護—傳染病標準 2.1.4：疫情爆發的整備和回應》。

疫苗安全性：應隨時確保疫苗的安全性。按照製造商的說明進行儲存和冷藏。⊕詳見《醫療系統標準 1.3：必備藥物和醫療設備》。

知情同意：應先獲得父母或監護人的知情同意後再接種疫苗。包括對風險和潛在副作用的了解。



兒童健康標準 2.2.2： 新生兒和兒童疾病的管理

兒童可獲得重點醫療照護，找出導致新生兒和兒童發病率和死亡率的主要成因。

關鍵行動

- 1) 在不同層級（醫療照護設施、行動診療所或社區計畫）提供適當的醫療照護。
 - 使用《人道主義環境中的新生兒健康》（Newborn Health in Humanitarian Settings）中關於必要新生兒照護的指南。⊕詳見《參考資料》。
 - 考慮採用整合社區個案管理（iCCM）以及兒童疾病整合管理（IMCI）等機制。
- 2) 在所有提供罹病新生兒或兒童照護的設施中，建立標準化的評估和檢傷分類系統。
 - 確保出現危險徵候（無法喝水或哺乳、嘔吐、抽搐，以及昏昏欲睡或失去意識等）的兒童皆立即接受治療。
 - 在風險增加的情況下，納入創傷與化學中毒的評估。
- 3) 確保可取得依照適當劑量和配方的必備藥物，以在各照護層級治療常見的兒童疾病。
- 4) 針對兒童的成長和營養狀況進行篩檢。
 - 將所有營養不良的兒童轉介至營養服務。
 - 為患有嚴重急性營養不良及其併發症的兒童提供機構式的治療。
- 5) 在疫情爆發風險很高的情況下，制定適當的個案管理協定，用於治療兒童及疫苗可預防的疾病，例如白喉和百日咳。
 - 盡可能使用現行的協定。
- 6) 設計衛教宣導訊息，鼓勵家庭參與健康行為和疾病預防實務。
 - 推廣例如純餵母乳、嬰兒餵食、洗手、嬰兒保暖，以及鼓勵兒童早期發展等行動。
- 7) 構思衛教宣導訊息，鼓勵人們面對兒童和新生兒的任何疾病時尋求早期照護，例如發燒、咳嗽或腹瀉等。
 - 採取相關措施設法觸及沒有成人或父母照顧的兒童。
- 8) 找出身心障礙或發育遲緩的兒童。
 - 提供關於照護或復健服務的建議與轉介。

關鍵指標

5歲以下兒童粗死亡率

- 每日每一萬人口數的死亡數低於2。⊕詳見《本章附錄3》的計算公式

及時對所有罹患瘧疾的 5 歲以下兒童，提供有效的抗瘧疾治療

- 症狀出現 24 小時內
- 有嚴重急性營養不良的 5 歲以下兒童為例外

及時對所有出現腹瀉症狀的 5 歲以下兒童提供口服脫水補充液和鋅補充劑

- 症狀出現 24 小時內

及時對所有罹患肺炎的 5 歲以下兒童提供適當的照護

- 症狀出現 24 小時內予

指引說明

新生兒的必要照護：最好能在醫療設施內，對所有新生兒在出生時就提供專業的照護，並依據⊕《懷孕及生產整合照護》（*Integrated Management of Pregnancy and Childbirth, IMPAC*）和《人道主義環境中的新生兒健康》所列出的指南。無論生產是否在專業護理下進行，必要的新生兒照護應包括：

- 保暖照護（延遲入浴，並透過肌膚接觸維持嬰兒乾燥和溫暖）；
- 感染預防（宣導乾淨生產方式、洗手、清洗臍帶以及皮膚和眼部照護）；
- 餵食支持（立即哺餵母乳以及純餵母乳，不將初乳丟棄）；
- 監測（評估可能需要轉診的感染或病症的危險徵候）；以及
- 產後護理（產後第一週應在家中或住家附近提供，產後 24 小時內的產後護理探視最為關鍵；將目標設定在生產後的第一週進行三次家訪）。

兒童疾病整合管理（IMCI） 著重於提供 5 歲以下兒童，初級醫療層級的照護。建立兒童疾病整合管理後，將此臨床指南納入標準療程中，並據以適當地培訓醫療專業人員。

整合社區個案管理（iCCM） 是難以前往醫療照護設施機會有限的人，特別是 5 歲以下的兒童，提供及時且有效的瘧疾、肺炎和腹瀉治療的策略方法。

腹瀉的處理：以低滲透壓口服脫水補充液和鋅補充劑來治療腹瀉的兒童。鋅可以縮短腹瀉持續的時間，而口服脫水補充液則可以避免脫水。鼓勵照顧者在腹瀉發作期間持續或增加母乳哺餵，並在治癒後增加各種餵食。

肺炎的處理：如果兒童出現咳嗽，評估是否有呼吸急促或困難以及胸部凹陷的狀況。如果出現此類徵兆，以適當的口服抗生素治療。轉介有危險病徵或嚴重肺炎的人接受重點照護。

呼吸頻率急促的定義因年齡而異：

出生至 2 個月大：大於每分鐘 60 次	12 個月大：大於每分鐘 50 次
1 至 5 歲大：大於每分鐘 40 次	5 歲大：大於每分鐘 20 次



愛滋病毒：在愛滋病毒盛行率大於 1% 的地方，對所有患有嚴重急性營養不良的兒童進行檢測。對暴露於愛滋病毒感染風險的嬰兒而言，其母親和照顧者需要適當的支持和建議。⊕詳見《糧食安全與營養標準》。

失散兒童的餵食：為失散或無人陪伴的兒童安排監督餵食。

兒童保護問題：使用例行性醫療服務，以找出對兒童的疏忽、虐待和剝削情況。將個案轉介至兒童保護服務。將辨識和具性別敏感度的個案管理流程整合至針對母親與嬰兒、兒童和青少年所提供的例行性醫療服務中。

營養轉介：⊕詳見《糧食安全與營養標準 3：微量營養素缺乏》，以及《營養不良管理標準 2.2：嚴重急性營養不良》。

家庭空氣污染：考慮提供爐灶的替代方案，以減少煙霧和廢氣，以及其所引起的呼吸道疾病。⊕詳見《收容與安置標準 3：居住空間》和《標準 4：家庭用品》。

中毒：⊕詳見《本章附錄 4》。

2.3 性與生殖健康

從危機剛開始時，必須提供關鍵且可拯救生命的性與生殖健康照護。應儘速建立綜合性的服務。

這些關鍵服務是整合醫療回應行動的一部分，並藉由使用生殖健康工具包來提供協助。⊕詳見《醫療系統標準 1.3：必備藥物和醫療設備》。

綜合性的性與生殖醫療照護涉及改善現有服務、增添缺失的服務項目以及提高服務品質。了解醫療系統的架構有助於決定該如何支援性與生殖醫療照護。⊕詳見《醫療系統標準 1.1 至 1.5》。

所有人，包括處於人道主義環境中的人，皆應享有性與生殖健康的權利。性和生殖醫療照護必須尊重社區文化背景和宗教信仰，同時符合普遍公認的國際人權標準。對青少年、年長者、身心障礙者和處於風險中群體的需求，應抱持敏感度，不管其性傾向或性別認同為何。

緊急狀況會增加性暴力發生的風險，包括剝削和虐待。所有行動者都應與保護領域密切協調，共同致力於預防和回應。安全且符合倫理地彙編資訊，並只根據協議好的議定分享資料。⊕詳見《保護原則》和《醫療系統標準 1.5：醫療資訊》。

性與生殖健康標準 2.3.1：

生殖、孕產婦和新生兒的醫療照護

人們可以取得預防孕產婦和新生兒過高的發病率和死亡率的醫療照護和家庭計畫服務。

關鍵行動

- 1 確保隨時提供乾淨且安全的生產、必要新生兒照護，以及緊急婦產科和新生兒照護服務。
 - 建立轉診系統，從社區到醫療照護設施或醫院間的通訊和運送隨時運作暢通。
- 2 當無法保證可前往專業醫療提供者和醫療設施時，為所有明顯懷孕的婦女提供乾淨的生產服務。
- 3 諮詢社區以了解當地對避孕的偏好、實務作法和態度。
 - 邀集成年男女性以及青春期男孩與女孩參與個別且隱私的討論對話。
- 4 依據需求，在醫療照護設施內，隱密且保密的環境中，提供多樣長效可逆性及短效的避孕方法。
 - 提供強調知情選擇與有效性的諮詢。

關鍵指標

隨時提供緊急婦產科與新生兒照護所需的專業照護

- 基礎緊急婦產科和新生兒照護：每 50 萬人口數至少有 5 所設施
- 綜合性緊急婦產科和新生兒照護：每 50 萬人口數至少有 1 所設施

由專業人員負責接生生產的百分比

- 最低目標：80%

可得的婦產科和新生兒急診轉診系統

- 每日 24 小時，每週 7 日全天候提供服務

在醫療設施內剖腹產生產的百分比

- 目標：5 至 15%

所有初級健康中心回報在危機爆發後的 3 至 6 個月間，至少可以提供 4 種避孕方法。

指引說明

緊急婦產科與新生兒照護：人口約 4% 是孕婦，而其中又有約 15% 的孕婦會在懷孕期間，或生產時遭遇不可預測的妊娠併發症，需要送入婦產科急診，且約有 5 至 15% 的生產需要進行例如剖腹生產的手術。全球有約 9 至 15% 的新生兒會需要救命的緊急照護，大約有 5 至 10% 的新生兒在出生時無法自主呼吸而需要接受外部刺激，其中有半數需要進行復甦。導致呼吸困難的主要原因，包括早產和急性產程事件，造成嚴重窒息。⊕詳見《必要醫療照護—兒童健康標準 2.2.2：新生兒和兒童疾病的管理》。

基礎緊急婦產科與新生兒照護包括非口服的抗生素、子宮收縮劑（非口服的催產素、米索前列醇（misoprostol））、非口服的抗癲癇藥物（硫酸鎂（magnesium sulphate））、使用適當裝置去除妊娠物殘留、進行胎盤取出術、輔助陰道分娩（真空吸引），以及孕產婦和新生兒復甦等。



綜合性緊急婦產科與新生兒照護除了包括上述所有內容，還包含全身麻醉下進行的手術（剖腹產與剖腹術等），以及在標準預防措施下的合理且安全輸血等。流產後護理則是一項挽救生命的干預措施，也是緊急婦產科與新生兒照護的一環，旨在減少因流產（自然流產）和不安全流產的併發症所造成的死亡與痛苦。治療內容包括控制出血（有可能透過手術干預措施）和敗血症，並提供破傷風的預防。

全天候提供基礎和綜合性緊急產科與新生兒照護服務是必要的。

轉診系統應確保婦女或新生兒有辦法往返提供基礎緊急婦產科與新生兒照護的初級醫療設施，以及前往提供綜合性緊急婦產科與新生兒照護的醫院。

家庭計畫：邀集社區內各群體參與，共同了解其偏好和文化態度。確保社區知道在何處以及如何獲得避孕措施。以多種形式和語言分享資訊，以確保資訊的可近性。讓社區參與傳播相關資訊。

由受過培訓且了解當事人偏好、文化和背景的服務提供者提供避孕輔導諮詢。輔導諮詢應強調保密和隱私、自願和知情選擇與同意、醫療及非醫療方法的有效性、可能的副作用、管理和後續追蹤，以及在必要時提供移除避孕裝置的指引。

應立即提供多種避孕方法以滿足預期需求，並應培訓服務提供者如何移除長效可逆性的避孕裝置。

其他服務：儘快啟動其他孕產婦和新生兒照護服務，包括產前與產後護理。

與其他領域相互協調：與營養領域協調，確保孕婦和哺乳期婦女在適當的時候獲得營養服務，例如針對性補充性餵食。⊕詳見《糧食安全與營養—營養不良管理標準 2.1 和 2.2》。

性與生殖健康標準 2.3.2：

性暴力和性侵的臨床管理

人們可獲得安全且能回應性暴力倖存者需求的醫療照護。

關鍵行動

- 1) 找出帶領組織來協調多領域的策略方法，以降低性暴力的風險，確保協助倖存者轉介並提供整體性的支持。
 - 與其他領域協調，強化預防和回應行動。
- 2) 告知社區可用的服務以及在遭遇性暴力事件後立即就醫的重要性。
 - 儘快（在暴露後 72 小時內）提供暴露愛滋病毒後的預防性投藥。
 - 在 120 小時內提供緊急避孕措施。
- 3) 在醫療照護設施中設立安全空間，以接受性暴力倖存者，並提供臨床照護和轉診。
 - 展示和使用明確的協議和病患權利清單。

- 培訓醫護人員關於支持性溝通、維護保密性以及保護倖存者資訊與資料。

4 為性暴力倖存者提供臨床照護及轉介至其他支持性服務。

- 確保具備為危及生命、複雜或嚴重的病症所設計的轉診機制。
- 在醫療、法律、保護、安全、社會心理和社區服務之間建立轉介機制。

關鍵指標

所有醫療設施都根據國家或國際協定具備訓練有素的工作人員、充足的物品和設備，可用於性侵犯倖存者服務的臨床管理

所有性暴力倖存者都表示他們以安全和保密的方式接受醫療照護服務

所有符合條件的性暴力倖存者都獲得下列服務：

- 事件或暴露發生後 72 小時內，採取暴露後預防性投藥
- 事件或暴露發生後 120 小時內，採取緊急避孕措施

指引說明

預防性暴力和需要所有領域共同行動。⊕詳見《WASH 供水標準 2.1》、《WASH 排泄物管理標準 3.2》、《糧食安全與營養—糧食援助標準 6.3 和生計標準 7.2》；《收容與安置標準 2 和 3》、《保護原則 1》和《人道主義核銷標準之承諾 4 和 8》，以及《醫療系統標準 1.1 至 1.3》等章節中，提及讓醫療設施是安全的以及提供安全照護相關更進一步的資訊。

臨床照護，包括精神健康照護和倖存者的轉診，必須在所有初級醫療設施和巡迴醫療團隊中到位。⊕詳見《醫療照護系統 1.2》和《必要醫療照護標準 2.5》。臨床照護服務包含專業的工作人員為所有兒童、成人和年長者提供富有同情心、及時且保密的治療和諮詢，服務內容如下：

- 緊急避孕措施；
- 在法律允許的範圍內進行驗孕、提供懷孕選擇資訊和協助安全流產轉介；
- 性傳染病（STIs）的推定性療法；
- 防止愛滋病毒傳播的暴露後預防性投藥。⊕詳見《醫療衛生標準 2.3.3:愛滋病毒》。
- 預防 B 型肝炎；
- 傷口照護和預防破傷風；以及
- 轉介以獲得更進一步的服務，例如其他醫療、心理、法律和社會服務。

確保精通當地語言和病患語言的醫護人員性別平等分布，並指導男女性隨行人員與口譯人員提供不歧視且公正的服務。培訓醫護人員對性暴力倖存者提供臨床照護，著重在支持性溝通、病史與檢查、治療與輔導等。在可行且有需要時，提供有關法醫系統和法醫證據採檢的培訓。

性暴力的兒童倖存者：兒童應由受過兒童遭受性侵犯後處置培訓的醫護人員照護。允許



兒童選擇醫護人員的性別。在所有情況下，都要迅速讓專業的保護行動者共同參與。

社區參與：與病患及社區一同合作，提升照護的可近性和接受度，並在整個危機期間提供預防計畫。確保保密的回饋機制與迅速反饋。讓男女性、青春期的女孩和男孩，以及例如身心障礙者和性別多元族群等處於風險中的群體都可以參與計畫。

法律架構：應瞭解國家法醫體系和與性暴力相關的法律規範。告知倖存者所有強制性通報的法規，因為法規可能會限縮病患向醫療照護提供者披露資訊的保密性。這有可能影響他們持續尋求照護的決定，但仍必須予以尊重。

在許多國家裡，在性侵等情況下進行人工流產是合法的。當這種情況成立時，應不歧視地提供相關服務或進行轉介。

雖然解決性暴力問題至關重要，但例如親密關係暴力、童婚和強迫婚姻，以及女性割禮等形式的性別暴力，不僅在人道主義危機中普遍存在，某些情境在危機期間甚至會增加，還可能對需要特定回應行動的個人造成重大的特殊健康影響（在生理、性和精神層面）。其他國際準則逐漸意識到性暴力的情況，亦承認其他形式的性別暴力及其對健康所造成的影響。⊕詳見聯合國機構間常設委員會（IASC）的《將性別暴力干預措施納入人道主義行動的指導方針》。

性與生殖健康標準 2.3.3：

愛滋病毒

人們可以獲得預防愛滋病毒傳播與降低因愛滋病毒引起的發病率和死亡率的醫療照護服務。

關鍵行動

- 1) 建立並遵循標準預防措施和程序，確保安全且合理的使用輸血。
- 2) 向所有已接受抗反轉錄病毒治療的人提供治療，包括參與預防母嬰垂直感染計畫的婦女。
 - 積極追蹤愛滋病毒帶原者繼續接受治療。
- 3) 提供潤滑型男用保險套，而人口中若已在用女用保險套，亦提供女用保險套。
 - 與領導人和受影響群體合作，了解當地保險套使用情況，提升保險套接受度，並確保發放保險套的實際作法符合當地文化。
- 4) 在愛滋病毒感染盛行率超過 1% 的地區，為所有孕婦提供檢測。
- 5) 儘速啟動暴露後預防措施，但對性暴力和因職業暴露的倖存者，應在暴露的 72 小時之內展開預防措施。
- 6) 為下列伺機性感染提供磺胺劑預防性投藥：
 - a. 愛滋病毒感染患者；以及
 - b. 由感染愛滋病毒的母親所生的孩子，在出生後 4 至 6 週時開始提供；直到確認排

除感染愛滋病毒為止。

- 7 確保初級醫療照護設施備有抗菌劑，並為出現性傳染病症狀的患者提供症候群管理。

關鍵指標

篩檢所有輸血，其中不含可經由輸血傳播的感染疾病，包括愛滋病毒。

已經接受抗反轉錄病毒治療且持續服用抗反轉錄病毒藥物的人數百分比

- 90%

在愛滋病毒盛行率超過 1% 的地區，獲得醫療服務並接受愛滋病毒檢測的婦女百分比

- 90%

可能暴露於愛滋病毒且向醫療設施回報，並於 72 小時內接受暴露後預防性投藥的人數百分比

- 100%

在 4 至 6 週大時，接受磺胺劑治療的暴露於愛滋病毒嬰兒百分比

- 95%

指引說明

無論當地愛滋病毒流行狀況如何，上述關鍵行動皆適用於所有人道主義危機。

讓受影響社區和關鍵群體（醫護人員、領導者、婦女、多元性別族群、身心障礙者等）參與提供愛滋病毒服務，並確保他們知道從哪裡獲得抗反轉錄病毒藥物。如果當地已經有愛滋病毒帶原者組織，向他們諮詢並邀集一起參與計畫的設計和執行。

由社區主導在同儕團體中發放保險套是有助益的。關鍵群體和青少年通常會知道他們的同儕在哪裡聚集，而志工就可以協助向同儕發放保險套。以符合當地文化的訊息教育關鍵群體，讓他們知道如何正確使用和處置用過的保險套。向社區、援助機構人員、穿著制服的工作人員、載送援助物資的貨車司機以及其他人員提供保險套。

輸血：⊕詳見《醫療系統標準 1.1 和 1.3》。

暴露愛滋病毒後的照護和治療應包括諮詢、愛滋病毒暴露風險評估、知情同意、感染源評估以及提供抗反轉錄病毒藥物。不要向已知的愛滋病毒感染者提供暴露愛滋病毒後的預防性投藥。儘管在開始進行暴露後預防措施之前，諮詢和檢測是被推薦的，但如果不可行，則不應延後暴露後預防措施的進行。⊕詳見必要醫療照護—性與生殖健康標準 2.3.2：性暴力和性侵犯的臨床管理。

危機中全面性愛滋相關的活動：應儘快展開下列活動：

認識愛滋：對大眾，尤其是風險較高的族群，提供有關預防愛滋病毒和其他性傳染病且易於理解的資訊。



愛滋預防：對高風險族群提供減害服務，例如提供消毒無菌的注射設備，以及針對注射毒品者提供鴉片類藥物替代療法（若這些服務已經存在的話）。⊕詳見《[必要醫療照護標準 2.5：精神健康照護](#)》。

愛滋諮詢和檢測：提供（或恢復）與開始接受抗反轉錄病毒治療有關的諮詢和檢測服務。愛滋病毒優先檢測族群包括孕婦及其伴侶、在愛滋病毒盛行率超過 1% 地區的嚴重急性營養不良兒童，以及其他處於風險中的族群。

污名化和歧視：確保相關策略和計畫不會使污名化惡化這點非常重要。應致力於在已知具高污名指數和歧視行為的地區，減少污名化與歧視。

抗反轉錄病毒治療干預措施：儘快擴大提供抗反轉錄病毒治療給所有需要的人，而非僅限於先前曾參與過治療的人。

預防母嬰垂直感染：為孕婦及其伴侶進行檢測，並對嬰兒進行早期愛滋病毒診斷。對愛滋病毒測試結果已知為陽性，或剛檢測為愛滋病毒陽性的女性提供抗反轉錄病毒治療。將檢測呈陽性的嬰兒轉診至兒科的愛滋病毒服務。針對感染愛滋病毒的婦女提供嬰兒餵食指導，以及持續接受治療與服藥順從性等支援。⊕詳見《[糧食安全與營養—嬰幼兒餵食標準 4.1 和 4.2](#)》。

愛滋病毒與結核病合併感染治療服務：為愛滋病毒感染者提供肺結核篩檢及轉診服務。為過去曾參加過治療計畫的人提供結核病治療服務。⊕詳見《[必要醫療照護—傳染病標準 2.1.3：診斷和個案管理](#)》。在高盛行率的環境中，將結核病和愛滋病毒檢測服務加以連結，並於醫療照護環境中建立結核病感染控制機制。

註：國際明愛會（Caritas Internationalis）及其會員並不提倡使用或發放任何形式的人工節育措施。

2.4 外傷和創傷照護

在任何危機中，高發病率和死亡率的疾病負擔可歸因於外傷。創傷護理服務需求的增加，有可能迅速超出當地醫療系統的量能。為了減少外傷造成的影響和降低醫療系統崩潰的風險，應該在提供基本緊急照護、安全作業與復健照護之外，提供系統化的檢傷分類和大量傷病患管理機制。本節將討論醫療系統對身體外傷的回應行動。至於中毒、精神健康和性暴力等議題的具體指南則請參閱本手冊其他章節。⊕詳見《[本章附錄 4：中毒](#)》；《[必要醫療照護標準 2.5](#)》和《[必要醫療照護—性與生殖健康標準 2.3.2](#)》。

外傷和創傷照護標準 2.4：

外傷和創傷照護

人們在危機期間可以獲得安全有效的創傷照護，以預防可避免的死亡率、發病率、疼痛和失能。

關鍵行動

- 1 為所有傷患提供各級創傷照護。
 - 儘速在各醫療設施之間，以及從受影響社區到醫療設施間建立安全的轉診系統。
 - 群體若無法在固定的醫療機構取得照護，則設立行動診療所或野戰醫院。
- 2 確保醫護人員具備處理外傷的技術和知識。
 - 將從第一線應變人員到提供確定性手術和麻醉護理所有層級的醫療人員都納入服務體系中。
- 3 建立或強化關於檢傷分類及外傷與創傷照護的標準化協定。
 - 納入兒童保護、性暴力倖存者，以及需要精神健康和社會心理支援的轉介系統。
- 4 為有受傷風險的人、有開放性傷口的傷者，以及參與救援和清淨傷口手術的工作人員提供破傷風預防措施。
- 5 確保所有提供外傷和創傷照護的醫療設施，包括野戰醫院在內，都符合最低安全和管理標準。
- 6 確保傷患都能及時獲得復健服務、重要輔具和助行器。
 - 確認可以在當地維修像是輪椅和拐杖等輔具或其他助行器。
- 7 確認可以及時獲得精神健康服務和社會心理支援。
- 8 建立或強化醫療資訊系統，納入外傷和創傷相關資料。
 - 優先考慮基礎臨床病例紀錄，例如所有傷患的個人醫療記錄。
 - 使用標準定義，將受傷記錄整合至醫療資訊系統的資料集之中。

關鍵指標

具備包括大量傷病患管理在內的災害計畫，且定期檢視和演練的醫療機構百分比
 具備嚴重傷者療程（包含正式檢傷分類制度文件）的醫療設施百分比
 工作人員接受過處理嚴重傷者方法基礎培訓的醫療設施百分比
 根據現有資料，實施品質改善措施以降低基準發病率和死亡率的醫療設施百分比

指引說明

關於外傷和創傷護理的培訓和技術發展應包括下列項目：

- 大量傷病患管理（針對應變和協調應變之人員）；
- 基礎急救；
- 在現場與醫療照護設施的標準化分流；以及
- 早期辨識、復甦、傷口管理、疼痛控制和緊急的社會心理支持。

應具備或應發展標準化療程，療程應涵蓋下列內容：

- 在常態和激增情況下適用的急診檢傷分類制度，包括評估、排定優先順序、基礎



復甦和急診轉診標準：

- 接入點的第一線緊急照護；以及
- 為急診照護和進階照護進行轉診，包括手術、術後護理和復健。

最低安全和品質標準：即便為了因應嚴重事件或持續衝突而提供創傷護理，也應確保維持最低標準。需要注意的領域包括：

- 安全且合理使用藥物、設備和血液製劑，包括供應鏈；
- 感染預防與控制；
- 提供照明、通訊和操作必要醫療設備（例如緊急復甦設備和高壓蒸汽滅菌器等）所需之充足電力供應；以及
- 醫療廢棄物管理。

社區為本的急救：由非專業人士提供及時且適當的急救，只要以安全且系統化的方式執行，也可以挽救生命。所有急救人員都應對傷者採用結構化的處理方式。基本傷口處理培訓，例如清潔傷口和包紮敷料等，都是非常重要的。

納入家庭和社區層級的急救，以及關於該在何時，與在何處尋求醫療協助的指引。提升對特定情境風險的意識，例如結構不穩定的基礎設施，或在救援行動中可能受傷的風險等。

檢傷分類是根據受傷的嚴重程度及其照護需求，對傷者進行分類的過程。檢傷分類可以辨識出最能從立即醫療干預措施中受益的傷患。檢傷分類系統各有不同，最廣為使用的系統採用五色分類：紅色代表最優先等級的傷患，黃色代表中等，綠色代表需求等級較低，藍色代表超出目前醫療設施的技術能力或需要緩和照護的病患，灰色則代表死者。

第一線專業緊急照護：例如醫生等較高層級的所有醫護人員，都應該熟練以系統性方法來處理急性傷病患。⊕詳見紅十字會與紅新月會國際聯合會出版的《國際急救與復甦指南》（*International First Aid and Resuscitation Guidelines*）中所提及之 **ABCDE 方法**。初步復甦和挽救生命的干預措施，例如提供輸液和抗生素、出血控制和氣胸治療等，都可以在許多情境下先進行，之後再將傷患移轉至進階的醫療服務。

麻醉、創傷和外科照護：只可由具備適當專門技術的組織提供急診、手術和復健照護。照護提供者應在其專業實務範圍內行事，並需具備足夠資源以維持其活動。不適當或不充分的照護可能會比什麼都不做造成更嚴重的傷害。在沒有適當的術前、術後照護以及持續復健情況下進行的手術，可能導致患者無法恢復正常的功能。

野戰醫院：運用臨時野戰醫院可能是必要的，尤其是在嚴重的危機中，同時還應當與衛生部或帶領機構和其他醫療行動者相互協調。照護的標準和安全性應符合國家和國際標準。⊕詳見《參考資料》以取得進一步的指引。

復健和重新融入社會：早期復健可以提高存活率，使醫療和外科干預措施的效益達到最大，並提升傷者的生活品質。具有治療住院患者能力的醫療團隊必須能夠提供及早復健服務。列出既有的復健量能和轉診途徑，並瞭解現有社會福利系統與現金援助之

間的連結。與當地復健中心或社區為本的康復組織建立關係，以持續提供照護。

在出院前，考量受傷和創傷患者持續的需求，包括已存在失能情況的傷患，確保後續進行醫療和復健追蹤、傷者和照顧者教育、提供必要輔具（如拐杖或輪椅）、精神健康和社會心理支持，以及取得其他必要服務。建立跨科的照護計畫和團隊，包括物理治療專家，以及熟悉精神健康照護和社會心理支持的工作人員。針對承受因生活改變而造成傷害的患者，提供精神健康和社會心理支持，並應從他們住院期間就開始。與現有、持續的支援服務相鏈接非常重要。⊕詳見**必要醫療照護標準 2.5：精神健康照護**。

特殊處置考量事項—疼痛控制：良好的傷後疼痛處置可以降低肺炎和深部靜脈栓塞形成的風險，並協助傷患開始進行物理治療。疼痛管理還可以減少生理壓力反應，從而降低心血管疾病發病率，並減輕心理壓力。創傷引起的急性疼痛應遵照 WHO 的三階梯止痛法（pain ladder），以反向方式進行治療。神經損傷引起的神經性疼痛可能從一開始就存在，應予以適當治療。⊕詳見《**醫療系統標準 1.3：必備藥物和醫療設備**》和《**必要醫療照護標準 2.7：緩和照護**》。另可參考 WHO 的《**三階梯止痛法**》。

特殊處置考量事項—傷口處理：在大多數危機中，許多傷患會在受傷超過 6 小時後才就診。延遲就醫會大幅增加傷口感染和相關死亡率的風險。醫護人員必須了解處理傷口（包括燒燙傷），以及預防和治療感染的協定，同時包括緊急或延遲就醫的情況。這些協定應涵括提供適當的抗生素、以手術移除異物和壞死組織，以及包紮敷料。

破傷風：在突發的自然災害中，出現破傷風的風險相對較高。為具有開放性傷口的傷患注射含有破傷風類毒素的疫苗（視年齡和疫苗接種史而定，可能單獨提供白喉或破傷風疫苗，或兩種皆提供，或者提供白喉、百日咳、破傷風混和疫苗）。傷口骯髒或高度污染的傷者，若尚未接種破傷風疫苗，也應該接種一劑破傷風免疫球蛋白。

2.5 精神健康

精神健康和社會心理問題在所有人道主義環境中的成人、青少年和兒童中都很常見。與危機相關的極端壓力源，使人們處於更大的社會、行為、心理和精神問題風險中。精神健康和社會心理支持涉及多領域行動。本節的標準聚焦於醫療行動者的措施。⊕詳見《**人道主義核心標準**》和《**保護原則**》，以得到更多關於跨領域社會心理干預措施的資訊。

精神健康標準 2.5：

精神健康照護

所有年齡的人都可以獲得協助解決精神疾病和相關功能障礙的醫療照護服務。

關鍵行動

1) 跨領域協調精神健康和社會心理支持活動。

- 成立跨領域的精神健康和社會心理議題技術工作小組。可由一個醫療組織和一個



從事保護工作的人道援助組織共同領導。

- 2 根據已確認的需求和資源而制定計畫。
 - 分析現有的精神健康系統、工作人員能力以及其他資源或服務。
 - 進行需求評估，應謹記精神疾病可能早已存在或受危機所引發，或二者兼俱。
- 3 與包括邊緣族群在內的社區成員一同合作，強化社區自助與社會支持。
 - 推廣社區對話，探討協同解決問題的方法，借鑒社區的智慧、經驗和資源。
 - 保留或支持重啟現有的支持機制，例如婦女、青年和愛滋病毒帶原者等團體。
- 4 使工作人員和志工熟悉關於如何提供心理急救。
 - 若近期暴露於潛在創傷事件後，應用心理急救原則來處理急性窘迫症。
- 5 在每個醫療照護設施，提供基礎臨床精神健康醫療照護。
 - 辦理簡略的培訓，並監督一般醫護人員，以評估和處理重點精神疾病。
 - 在精神健康專家、一般醫療照護提供者、社區為本的支持以及其他服務之間，建立轉介機制。
- 6 盡可能為受長期痛苦影響的人提供心理干預措施。
 - 在可行情況下，培訓並監督非專業人員。
- 7 保護在社區、醫院和機構中嚴重精神疾病患者的權利。
 - 從危機早期就定期訪視精神病院和療養院中的嚴重精神疾病患者。
 - 解決機構中存在的疏忽和虐待問題，並組織照護功能。
- 8 將酒精和毒品相關的傷害降至最低。
 - 提供工作人員關於檢測和簡易干預措施、減害以及戒毒與酒醉治療方面的培訓。
- 9 在早期康復規劃階段和持續性危機期間，應採取措施，建立永續的精神健康系統。

關鍵指標

具有受過培訓和接受監督的工作人員，以及管理精神疾病系統的次級醫療照顧服務百分比

具有受過培訓和接受監督的工作人員，以及管理精神疾病系統的初級醫療照顧服務百分比

參與社區自助和社會支持活動的人數

接受精神健康照顧服務的醫療服務使用者百分比

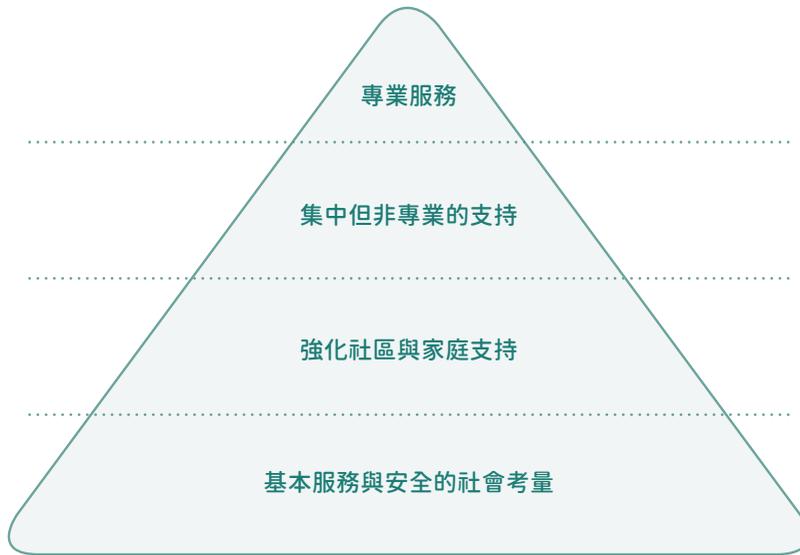
回報功能有所改善且精神疾病症狀減輕的精神健康照護接受者百分比

過去 30 日內無法獲得治療精神疾病必備藥物的天數

- 小於 4 日

指引說明

多層級的支持：危機以不同方式影響人們，因此也需要不同種類的支持。安排精神健康和社會心理支持的關鍵，在於開展多層級且互補的支持系統，以滿足不同的需求，如下方圖表所示。這個金字塔顯示各種不同行動如何互補，而金字塔的每一層都十分重要，所以理想上應同時實施。



多層級服務和支持的金字塔 (圖 10)

出處：聯合國機構間常設委員會 (IASC) 緊急環境下的精神健康和社會心理支持參考小組 (2010 年)

評估：在任何危機事件中，出現精神健康病症的比例通常很高。盛行率研究對於是否啟動服務並非必要的。使用快速參與式評估方法，並在可能情況下，將精神健康整合至其他評估之中。不要將評估侷限在單一臨床議題上。

社區自助與支持：讓社區衛生工作者、領袖和志工一同參與，使社區成員，包含邊緣化族群，都能強化自助和社會支持，活動可以包括創造社區對話的安全空間與條件。

心理急救：必須對遭遇潛在創傷事件的人提供心理急救，例如身體或性暴力、目睹暴行和受到嚴重外傷等。心理急救並非是臨床干預措施，而是對於苦難的基本、人道與支持性的回應。心理急救包括仔細傾聽、評估基本需求，並確保需求獲得滿足、鼓勵尋求社會支持，以及保護受害者免於遭受更進一步的傷害。心理急救屬於非侵入性治療，且不強迫人們談論他們內心的悲痛。經過簡短的說明後，社區領袖、醫護人員和其他參與人道援助回應的人員，都可以為遇險者提供心理急救。儘管心理急救應該廣泛可得，但整體精神健康和社會心理支持回應行動則不應僅限於此。



單次心理匯報是藉由鼓勵人們簡短卻系統性地詳細敘述在近期壓力事件中所經歷的感知、想法和情緒反應，以增進壓力宣洩。但它基本上成效不佳，不應被採用。

其他心理干預措施：非專業醫護人員若訓練有素且受到完善監督和支持的情況下，可以提供憂鬱、焦慮和創傷後壓力症候群的心理干預醫療措施。干預措施包括認知行為治療或人際取向治療。

臨床精神健康照護：向所有醫療人員和志工簡介目前可用的精神健康照護。依據以實證為基礎的協定，例如精神健康差距追趕計畫（Mental Health Gap Action Programme, mhGAP）等，來培訓醫療人員。在可能的情況下，於一般醫療照護設施中增加一名精神健康專業人員，例如精神科護理人員，並安排隱密空間進行會診。⊕詳見《mhGAP人道主義干預指南》。

在緊急情況中，醫療服務最常見的病症就是思覺失調、憂鬱和神經系統疾病，即癲癇。孕產婦的精神健康特別需要關注，因為對於兒童的照護具潛在影響。

將精神健康分類整合至醫療資訊系統中。⊕詳見《本章附錄 2：醫療管理資訊系統表格範本》。

治療精神疾病必備藥物：安排不間斷地供應治療精神疾病必備藥物，確保每個治療類別的用藥皆至少有一種（抗精神病藥、抗憂鬱劑、抗焦慮、抗癲癇藥以及治療抗精神病藥物副作用）。關於治療精神疾病用藥建議，⊕詳見《機構間緊急醫療工具包》，和《醫療系統標準 1.3：必備藥物和醫療設備》。

保障精神疾病患者的權利：在人道主義危機期間，嚴重精神疾病患者極易遭受到人權侵害的狀況，例如虐待、疏忽、遺棄和缺乏收容場所、糧食或醫療照護等。指定至少一個組織來處理醫療機構中精神疾病患者的需求。

過渡到危機發生後：人道主義危機會增加諸多精神疾病的長期發生率，因此很重要的一點，是應對整個受影響地區做好規劃，持續增加精神疾病治療的覆蓋率。這包括強化現有的國家精神健康系統，並促進將邊緣族群（包括難民）納入此系統之中。具有短期緊急經費支持的示範計畫，可以提供概念驗證，並創造吸引更多投入精神健康系統發展的支持和資金的動力。

2.6 非傳染性疾病

在人道主義危機中，有必要關注非傳染性疾病，其正好反映了全球預期壽命增加，加上以及吸煙和不健康飲食等行為的風險因素。大約 80% 非傳染性疾病導致的死亡案例，皆發生在中低收入國家，而緊急情況更加劇了這個現象。

在每一萬名平均成年人口數中，可能有 1,500 人至 3,000 人罹患高血壓、500 人至 2,000 人患有糖尿病，而每 90 日內可能有 3 至 8 例急性心臟病發作。

疾病雖有所不同，但通常包括糖尿病、心血管疾病（包括高血壓、心臟衰竭、中風、慢性腎臟病等）、慢性肺病（例如氣喘和慢性阻塞性肺病）和癌症。

初始的回應行動應治療急性併發症，並避免治療中斷，接著推廣更全面性的計畫。

關於精神健康與緩和照護，⊕在《必要醫療照護標準 2.5：精神健康照護》和《必要醫療照護標準 2.7：緩和照護》中均有說明。

非傳染性疾病標準 2.6：

非傳染性疾病的照護

人們可以獲得非傳染性疾病的急性併發症及其長期管理的預防計畫、診斷和必要治療。

關鍵行動

- 1 找出非傳染性疾病的醫療需求，並分析危機發生前各項服務的可得性。
 - 找出具有優先需求的族群，包括有危及生命併發症風險的族群，例如胰島素依賴型糖尿病或嚴重氣喘等。
- 2 依據拯救生命優先順序和減輕痛苦，實施分階段計畫。
 - 確保被診斷為有危及生命併發症（例如嚴重氣喘發作或糖尿病酮酸中毒）的患者得到適當的照護。若無法提供適當的照護，就提供緩和與支援性照護。
 - 危機前已確診患者的治療應避免突然中斷。
- 3 將非傳染性疾病照護整合至各層級醫療系統之中。
 - 建立轉診制度，在次級或三級照護層級處置急性併發症和複雜的病例，以及提供緩和和支持性照護。
 - 有需要時，將患者轉介至營養或糧食安全回應行動。
- 4 建立國家級的非傳染性疾病整備計畫。
 - 在預置的或應變緊急醫療用品中納入必備藥物和供給。
 - 為個別病患準備備用藥物供應，以及危機發生時可以在何處獲得緊急照護的說明。

關鍵指標

對重要非傳染性疾病照護，提供照護的初級醫療照護設施百分比

過去 30 日內，無法獲得非傳染性疾病必備藥物的天數

- 小於 4 日

過去 30 日內，無法獲得（或無法運作）非傳染性疾病基本設備的天數

- 小於 4 日

所有提供非傳染性疾病治療的醫護人員都接受過非傳染性疾病管理培訓

指引說明

確認重點非傳染性疾病的需求和風險評估：根據緊急情況的情境與階段，進行評估說



計。評估包括檢視記錄、運用危機前的資料，進行家庭調查，或包含橫斷面調查的流行病學評估。收集有關特定非傳染性疾病盛行率和發病率的資料，並找出可能危及生命的需求或重症病症。

分析危機前服務的可得性和使用情形，特別針對像是癌症或慢性腎臟病等複雜病例，以評估情境中的預期情況與醫療系統量能。中長期目標是支持和恢復提供這些服務。

複雜的治療需求：如果可能，提供具有複雜需求的患者持續性的照護，例如腎透析、放射治療和化療等。還應提供明確易懂、關於轉診途徑的資訊。若是可行，轉介病患至緩和照護。⊕詳見《必要醫療照護標準 2.7：緩和照護》。

非傳染性疾病照護整合至醫療系統：根據國家標準，在初級醫療照護層級提供非傳染性疾病的基礎治療；若沒有國家標準時，則提供符合國際緊急指引規範的治療。

與社區合作，改善早期發現和轉介。將社區衛生工作者納入初級照護設施中，並邀集社區領袖、傳統治療師和私部門共同參與。外展服務則可為孤立的群體提供非傳染性疾病醫療服務。

將現有的醫療資訊系統調整成符合危機情況或開發新系統，納入監測主要非傳染性疾病：包括高血壓、糖尿病、氣喘、慢性阻塞性肺病、缺血性心臟病和癲癇。⊕詳見《醫療系統標準 1.5：醫療資訊》和《本章附錄 2》。

藥物和醫療設備：檢視國家必要藥物和設備清單，納入技術和核心實驗室測試，以管理非傳染性疾病。著重於初級醫療照護。⊕詳見《醫療系統標準 1.3：必備藥物和醫療設備》。如有需要，在符合非傳染性疾病的國際和緊急指導原則下，倡導納入關鍵必備藥物和醫療設備。在適當的照護層級提供必備藥物和醫療設備。在危機早期階段，非傳染性疾病工具包可與機構間緊急醫療工具包結合運用，以增加必備藥物和設備的可得性。但這些工具包不應作為長期需求的供應來源。

培訓：對各級臨床人員進行非傳染性疾病的個案管理培訓，並對所有人員進行重點非傳染性疾病管理培訓，包括轉診的標準作業程序。⊕詳見《醫療系統標準 1.2：醫療照護人力》。

健康宣導與衛教：提供關於非傳染性疾病服務以及在何處取得照護的資訊。資訊應該讓所有人都可取得，包括年長者和身心障礙者，以推廣健康行為、改變風險因素，以及改善自我照護與治療順應性。舉例來說，健康行為可以包含定期體能活動，或減少飲酒量與抽菸量。與社區不同群體合作，制定訊息和發送策略，使這些訊息適合各年齡、性別和文化。需考量到有限的糧食供應或過度擁擠等限制因素，依據實際情境調整預防和控制策略。

預防和整備計畫：將非傳染性疾病管理納入國家災難和緊急計畫之中，確保計畫針對不同類型的醫療照護設施（例如小型健康中心或設有透析單位的大型醫院等）。位於不穩定或容易發生災害環境的健康中心，應為提供非傳染性疾病服務做好準備。

將病情複雜且具重大需求的患者登記造冊，並設立標準化操作協定，以便在發生危機時將他們轉診。

2.7 緩和照護

緩和照護是預防與減輕與臨終照護相關的痛苦與悲痛。緩和照護包括辨識、評估和治療疼痛，以及其他身體、心理和精神需求。僅根據病患或家屬的要求整合生理、心理和靈性照護，並納入幫助病患、家屬和照顧者的支持系統。無論病因為何，都應提供臨終照護。

緩和照護標準 2.7：

緩和照護

人們皆能獲得緩和與臨終照護，以減輕疼痛和痛苦，使病患的舒適度、尊嚴和生活品質提升至最高，並為其家庭成員提供支持。

關鍵行動

- 1 制定指南和政策以支持一致性的緩和照護。
 - 在醫療照護設施納入提供疼痛與症狀控制的國家或國際指南。
 - 根據病患的醫療情況和預後以及資源的可得性，制定分流指南。
- 2 為臨終病患制定照護計畫並提供緩和照護。
 - 最低限度需確保在嚴重緊急情況下，減輕患者疼痛與維持死亡時的尊嚴。
 - 探查病患或家屬對現況的了解，以及他們的顧慮、價值觀和文化信仰。
- 3 將緩和照護整合至所有層級的醫療系統之中。
 - 建立強而有力的轉診網絡，以提供持續的支持和照護。
 - 優先考慮包含居家照護的社區管理。
- 4 培訓醫護人員提供緩和照護，包括疼痛和症狀控制，以及精神健康和社會心理支持。
 - 應符合國家標準，或在沒有國家標準的情況下，應符合國際標準。
- 5 提供必要的醫療用品和設備。
 - 在醫療照護設施中，儲備緩和藥物和適當的醫療設備，例如失禁墊和導尿管。
 - 注意可能造成必備藥物供應延遲的管制藥物法規。
- 6 與當地系統和網絡合作，對在社區和家中的病患、照顧者和家庭提供支持。
 - 提供可滿足家庭照護需求的用品，例如失禁墊、導尿管和敷料包。

關鍵指標

過去 30 日內無法獲得必要緩和照護藥物的天數

- 少於 4 日



各個健康中心、醫院、行動診療所和野戰醫院中，接受基礎疼痛和症狀控制或緩和照護培訓的工作人員百分比

由醫療照護系統確認有需要並接受臨終照護的病患百分比

指引說明

人道主義醫療行動者應注意並尊重當地做出醫療決定的方式，以及與疾病、痛苦、瀕死和死亡相關的在地價值觀。減輕痛苦很重要，垂死的病患應要能受到舒適導向的照護，無論他們的疾病是由致命傷害、傳染病或其他原因所引起。

制定照護計畫：確認相關病患，並尊重其針對照顧做出知情決定的權利。提供不偏頗的資訊，並考量他們的需求和期望。應共同商定照護計畫，並奠基於病患的偏好。提供可獲得精神健康和社會心理支持的管道。

藥物可得性：例如止痛藥等一些緩和照護藥物，已包含在機構間緊急醫療包的基本和補充標準物件中，也在必備藥物清單中。機構間緊急醫療包在危機的早期階段很有助益，但較不適用於持續性衝突情況，此時更應該建立永續的照護系統。⊕詳見《醫療系統標準 1.3：必備藥物和醫療設備》與《參考資料與延伸閱讀》。

家庭、社區和社會支持：與其他領域共同協調，議定病患及其家屬的轉診途徑，以獲得整合性支持。這包含獲得由國家的社會和福利系統或組織所提供的收容、個人衛生和尊嚴用品包、現金援助、精神健康和社會心理支持以及法律援助，以確保基本日常需求獲得滿足。

協調有關領域追查失散的家屬，好讓病患可以與家屬取得溝通聯繫。

與現有的社區照護網絡合作，這些網絡中通常有受過訓練的居家照護輔導員，以及社區的心理工作者，他們可以為病患及其家屬提供額外支持，並在需要時協助提供居家照護（例如為愛滋病毒帶原者提供照護）。

靈性支持：所有的支援行動都應根據病患或家屬的要求而進行。與當地信仰領袖合作，找出與病患擁有相同信仰的靈性照護提供者。靈性照護提供者可以作為病患、照顧者和人道主義行動者的一項資源。

向地方信仰領袖說明，對面對重大健康問題的患者提供社會心理支持的關鍵原則。

為提出請求的任何病患、照顧者或家屬，在醫療照護系統與精神領袖之間，建立可靠的雙向轉診機制。

依據國家或國際指引，與當地社區合作，確保支持安全且有尊嚴的葬禮實務。⊕詳見《醫療系統標準 1.1：醫療服務提供》。

本章附錄 1

健康評估檢核表

準備

- 取得關於受危機影響人口的可用資訊。
- 取得關於受影響地區可用的地圖、空拍圖或衛星圖片，以及地理資訊系統資料。
- 取得人口統計、行政和健康資料。

安全和接觸管道

- 確認是否存在持續的自然或人為危害。
- 確認整體安全局勢，包括是否出現武裝部隊。
- 確認人道援助組織是否具有接觸受危機影響人口的管道。

人口統計和社會結構

- 確認受危機影響人口的規模，按性別、年齡和身心障礙別加以細分。
- 找出處於增加風險的族群，例如婦女、兒童、年長者、身心障礙者、愛滋病毒帶原者或邊緣族群。
- 判定平均家庭規模，以及預估以婦女和兒童為戶長家庭的數量。
- 確認現有的社會結構和性別規範，包括在社區和家庭中的權威地位和／或影響力。

健康相關背景資訊

- 找出受危機影響區域在緊急情況發生前已經存在的健康問題。
- 找出在難民原籍國或國內流離失所者原居地已經存在的健康問題。
- 找出現存的健康風險，例如潛在的流行病。
- 找出醫療照護、社會規範和信念中預先存在和現有的障礙，包括正向與有害的實務作法。
- 找出先前的醫療照護來源。
- 分析醫療系統的各個面向及其績效。⊕詳見《醫療系統標準 1.1 至 1.5》。

死亡率

- 計算粗死亡率。
- 計算年齡別死亡率（例如 5 歲以下兒童的死亡率）。
- 計算原因別死亡率。
- 計算比例死因比。



發病率

- 判定對公共衛生有重大影響的重大疾病發生率。
- 在可能情況下，確認年齡與性別特定的重大疾病發生率。

可用資源

- 確定受危機影響國家，其衛生部的能力。
- 確認國家醫療設施的現況，包括按提供照護類型分類的總數、基礎設施損壞程度和使用情況等。
- 判定可用醫護人員的人數和技術。
- 判別可用的醫療預算和財務機制。
- 確認現有公共衛生計畫的能量和運作狀態，例如擴大預防接種計畫。
- 確定標準化協定、必備藥物、醫療設備和裝備，以及物流系統的可得性。
- 判定現有轉診系統的狀態。
- 判定醫療設施中，感染預防和控制標準的水準。
- 判斷現有醫療資訊系統的狀態。

來自其他相關領域的資料

- 營養狀況。
- 環境以及供水、環境衛生與個人衛生狀況。
- 糧食組合和糧食安全。
- 收容—收容場所品質。
- 教育—健康和個人衛生教育。

本章附錄 2

每週監督報表範例

2.1 死亡率監測表（彙整）*

地點：.....

週一起算的日期：..... 週日日期：.....

本週開始時總人口數：.....

本週出生人數：..... 本週死亡人數：.....

本週到院人數（如果適用）：..... 本週離院人數：.....

本週結束時總人口數：..... 5 歲以下總人口數：.....

	小於 5 歲		5 歲以上		合計
	男性	女性	男性	女性	
直接死因					
急性下呼吸道感染					
霍亂（疑似）					
腹瀉—血便					
腹瀉—水瀉					
外傷—非意外					
瘧疾					
孕產婦死亡—直接					
麻疹					
腦膜炎（疑似）					
新生兒（0 至 28 日）					
其他					
未知					
依年齡和性別的總數					
原死因					
愛滋病（疑似）					
營養不良					
孕產婦死亡—間接					
非傳染性疾病（具體說明）					
其他					
依年齡和性別分列的總數					

* 當死亡人數較多時可使用本表，由於時間上的限制，因此無法收集更詳細的個人死亡資訊。

—可根據情境和流行病學模式於表格中增加其他死因。

—在可行情況下，年齡可進一步細分，例如 0 至 11 個月、1 至 4 歲、5 至 14 歲、15 至 49 歲、50 至 59 歲、60 至 69 歲、70 至 79 歲、80 歲以上。

—死亡人數統計不應僅計算來自醫療設施的回報，還應包括來自現場以及宗教領袖、社區工作者、婦女團體和轉診醫院的回報。

—在可能情況下，案例定義應附在本表背面。



2.2 死亡率監測表（個人記錄）*

地點：.....

週一起算的日期：..... 週日日期：.....

本週開始時總人口數：.....

本週出生人數：..... 本週死亡人數：.....

本週到院人數（如果適用）：..... 本週離院人數：.....

本週結束時總人口數：..... 5歲以下總人口數：.....

編號	性別 (男、女)	年齡 (日/月/年)	直接死因										原死因				在醫院或家中死亡					
			急性下呼吸道感染	霍亂 (疑似)	腹瀉—血便	腹瀉—水瀉	傷害—非意外	瘧疾	孕產婦死亡—直接	麻疹	腦膜炎 (疑似)	新生兒 (0至28日)	非傳染性疾病 (具體說明)	其他 (具體說明)	未知	愛滋病 (疑似)		營養不良	孕產婦死亡 (間接)	其他 (具體說明)	日期 (日/月/年)	現場位置 (例如區塊編號)
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

* 當有足夠時間記錄個人死亡資料時使用本表；本表可以按年齡、地點和設施使用率進行分析。

—報告頻率（每日或每週）取決於死亡人數。

—可根據情況酌情增加其他死因。

—死亡人數統計不應僅計算來自醫療設施的回報，還應包括來自現場以及宗教領袖、社區工作者、婦女團體和轉診醫院的回報。

—在可能情況下，案例定義應附在本表背面。

—在可行情況下，年齡可進一步細分，例如0至11個月、1至4歲、5至14歲、15至49歲、50至59歲、60至69歲、70至79歲、80歲以上。

2.3 預警、警示和回應（EWAR）預警回報表範本

本表適用於危機的嚴重階段，此時公共衛生事件發生的風險很高，例如創傷、中毒或流行性疾病疫情爆發等。

週一起算的日期：..... 週日日期：.....

城鎮／村莊／安置地點／營區：.....

省份：..... 區域：.....

次區域：..... 地點名稱：.....

• 住院 • 門診 • 健康中心 • 行動診療所

支持機構：.....

回報人員和聯絡電話：.....

總人口數：..... 5 歲以下總人口數：.....

A. 每週彙整資料

新案例：	發病率		死亡率		合計
	小於 5 歲	5 歲以上	小於 5 歲	5 歲以上	
總入院人數					
總死亡人數					
急性呼吸道感染					
急性腹瀉（水瀉）					
急性腹瀉（血便）					
瘧疾—疑似／確診					
麻疹					
腦膜炎—疑似					
急性出血熱症候群					
急性黃疸症候群					
急性鬆弛性癱瘓					
破傷風					
其他原因的發燒：超過攝氏 38.5 度					
創傷					
化學中毒					
其他					
合計					

— 有可能出現多個診斷；最重要的診斷應加以記錄。每個案例只應計算一次。

— 僅納入在監測當週期間看到（或死亡）的病例。

— 若當週內，上表所列舉之病症皆無出現病例或死亡，則註記為「0」。

— 死亡只需在死亡率欄位填報，不應在發病率欄位填寫。

— 每個監測病症的案例定義，應寫在本表的背面。

— 可根據流行病學和疾病風險評估，增加或移除發病率原因。

— 預警、警示和回應監控的目的，在於儘早發現需要立即回應的公共衛生事件。

— 諸如營養不良等情況的資料應透過調查（盛行率）取得，而非藉由監測（發病率）取得。



B. 疫病爆發警示

任何時候若懷疑下列任何疾病案例出現時，請傳簡訊或打電話至（電話號碼）或發送電子郵件至 (Email)，並提供關於時間、地點，以及病例與死亡人數等方面最多的資訊：霍亂、桿菌性痢疾、麻疹、小兒麻痺、傷寒、破傷風、A 型或 E 型肝炎、登革熱、腦膜炎、白喉、百日咳、流行性出血熱、創傷和化學中毒等。本疾病清單內容將視國家疾病流行病學而異。

2.4 例行醫療管理資訊系統 (HMIS) 監測報告表範本

地點：.....

週一起算的日期：..... 週日日期：.....

本週起始/月初的總人口數：.....

本週/月的出生數：..... 本週/月的死亡數：.....

本週/月抵達人數（如果適用）：.....

本週/月離開人數：.....

本週結束/月末總人口數：.....

5 歲以下總人口數：.....

發病率	不到 5 歲 (新案例)			5 歲以上 (新案例)			合計	重複案例	
	男	女	合計	男	女	合計		新案例	合計
診斷									
急性呼吸道感染									
急性腹瀉 (水瀉)									
急性腹瀉 (血便)									
瘧疾—疑似/確診									
麻疹									
腦膜炎—疑似									
急性出血熱症候群									
急性黃疸症候群									
急性鬆弛性癱瘓									
破傷風									
其他原因的發燒： 超過攝氏 38.5 度									
愛滋病/愛滋病毒									

發病率	不到 5 歲 (新案例)			5 歲以上 (新案例)			合計	重複案例	
	男	女	合計	男	女	合計		新案例	合計
診斷									
眼疾									
皮膚病									
急性營養不良									
性傳染病									
生殖器潰瘍									
男性尿道分泌物									
女性陰道分泌物									
骨盆腔發炎									
新生兒結膜炎									
先天性梅毒									
非傳染性疾病									
高血壓									
缺血性心臟病									
糖尿病									
氣喘									
慢性阻塞性肺病									
癲癇									
其他慢性非傳染性疾病									
精神健康									
酒精或其他物質使用疾患									
智能不足和發展障礙									
精神病疾患 (包括躁鬱症)									
失智或譫妄									
中重度情緒障礙/ 憂鬱症									
醫學上無法解釋的身體不適 抱怨									



發病率	不到 5 歲 (新案例)			5 歲以上 (新案例)			合計	重複案例	
	男	女	合計	男	女	合計		新案例	合計
診斷									
自殘 (包括自殺企圖)									
其他心理抱怨									
外傷									
嚴重的頭部／脊椎受傷									
嚴重的軀幹受傷									
嚴重的四肢受傷									
中度外傷									
輕微外傷									
合計									

年齡在可行情況下可進一步細分，例如 0 至 11 個月、1 至 4 歲、5 至 14 歲、15 至 49 歲、50 至 59 歲、60 歲以上。

本章附錄 3

關鍵健康指標計算公式

粗死亡率 (Crude Mortality Rate, CMR)

定義：包括所有年齡的女性及男性在內的全體人口死亡率。

計算公式：

$$\frac{\text{期間內總死亡人數}}{\text{處於風險中的中期人口數} \times \text{期間內天數}} \times 10,000 \text{ 人} = \text{死亡數} / 10,000 \text{ 人} / \text{天}$$

五歲以下兒童死亡率 (Under-5 Mortality Rate, U5MR)

定義：人口中 5 歲以下兒童的死亡率。

計算公式：

$$\frac{\text{期間內五歲以下兒童的總死亡人數}}{\text{5 歲以下兒童總人數} \times \text{期間內天數}} \times 10,000 \text{ 人} = \frac{\text{死亡人數}}{\text{10,000 名 5 歲以下兒童}} / \text{天}$$

發生率 (Incidence Rate)

定義：在特定期間內，具有罹患某種疾病風險的人口中發生該疾病的新增病例數。

計算公式：

$$\frac{\text{期間內就特定疾病的新增病例數}}{\text{有患病風險的人口} \times \text{期間內月份數}} \times 1,000 \text{ 人} = \frac{\text{特定疾病引起的新增病例}}{\text{1,000 人} / \text{月}}$$

$$\text{5 歲以下兒童總人數} \times \text{期間內天數}$$

個案死亡率 (Case Fatality Rate, CFR)

定義：死於某種疾病的人數除以患病總人數。

計算公式：

$$\frac{\text{期間內死於該疾病的人}}{\text{期間內罹患該疾病的人數}} \times 100 = x\%$$



醫療設施利用率 (Health Facility Utilisation Rate)

定義：每人每年的門診就診次數。在可能的情況下，區別初診與複診。計算利用率時，應使用初診次數。然而，通常初診與複診很難區分，因此在危機期間的總就診量會將初診與複診合併計算。

計算公式：

$$\frac{\text{一週內總就診次數}}{\text{總人口數}} \times 52 \text{ 週} = \text{就診次數/人/年}$$

每位臨床醫師每日的看診次數

定義：每位臨床醫師平均每日看診的次數（新病例和重複病例）。

計算公式：

$$\frac{\text{一週內總看診次數}}{\text{醫療設施中全職等量 * 的臨床醫師數量}} \div \text{醫療設施每週開放的天數}$$

* 全職等量 (Full-time equivalent, FTE) 指的是在醫療設施內工作的臨床醫師等值數量。舉例來說，如果有 6 名臨床醫師在門診部工作，但其中有 2 名為半職，則臨床醫師的全職等量 = 4 名全職 + 2 名半職 = 5 名全職等量的臨床醫師。

本章附錄 4

中毒

當人們經由嘴巴、鼻子、皮膚、眼睛或耳朵或透過攝入而暴露於有毒化學物質時，就可能發生中毒。兒童面臨更高的風險，因為他們呼吸頻率更快、相對於身體質量而言有更大的接觸面積、皮膚更容易滲透，以及更靠近地面。接觸有毒物質可能影響兒童發展，包括造成生長遲緩和營養受損，並可能導致疾病或死亡。

初期管理

當病患出現在醫療設施就診時，如果已知患者曾暴露過，或出現暴露於化學物質有關的跡象與症狀時：

- 為醫護人員採取預防措施，包括穿著適當的個人防護裝備；
- 分流病患；
- 進行挽救生命的干預措施；
- 消毒（例如脫掉病患的衣物，或用肥皂水沖洗受影響的區域），最好在醫療設施外進行，以防止進一步暴露；然後
- 遵循進一步的治療協定，包括支持性治療。

治療協定

協定內容可能因國家而異。一般而言，提供解毒劑和支持性治療（例如維持呼吸）是必要的。

下表顯示暴露化學毒物的症狀和常用的解毒劑。



接觸有毒化學物質的症狀和可能的治療方法

有毒化學物質類別	暴露於有毒化學物質的常見特徵	解毒劑 (國家指南會有所差異)
神經性毒劑，例如沙林、泰奔或 VX	尖針瞳孔、視力模糊、頭痛、大量分泌物、胸悶和呼吸困難、噁心、嘔吐、腹瀉、肌肉抽搐、癲癇發作，失去意識。	阿托品 (解磷定 / pralidoxime、雙復磷 / obidoxime) 苯二氮平作用劑 (用於癲癇發作)
糜爛性毒劑，例如芥子氣	流淚、眼睛刺激、結膜炎、角膜損傷、皮膚紅腫和起水泡並伴隨疼痛、呼吸窘迫。	支持性治療 + / - 硫代硫酸鈉 例如，眼睛沖洗、局部抗生素、皮膚清洗、支氣管擴張劑。對嚴重案例使用硫代硫酸鈉
氰化物	呼吸困難、窒息、癲癇發作、混亂、噁心。	亞硝酸戊酯 (急救用) 硫代硫酸鈉和亞硝酸鈉 或同時使欲 4-二甲氨基吡啶 或經鈷胺素 或乙二胺四乙酸二鈷
失能性毒劑，如畢茲 (BZ) 毒劑	口乾和皮膚乾燥、心跳過速、意識狀態改變、妄想、幻覺、體溫過高、運動失調、瞳孔放大。	毒扁豆鹼
催淚瓦斯和鎮暴劑	黏膜刺痛和灼熱、流淚、流涎症、流鼻涕、胸悶、頭痛、噁心。	主要採用支持性治療
氯	眼睛紅腫和流淚、鼻子和喉嚨刺激、咳嗽、窒息或窒息感、呼吸急促、喘鳴、聲音沙啞、肺水腫。	乙醯半胱胺酸 (NAC)
鉈 (老鼠藥)	腹痛、噁心、嘔吐、腹瀉、便秘、癲癇發作、譫妄、憂鬱、掉髮和體毛掉落、周邊神經病變性疼痛和遠端運動無力、共濟失調、神經認知缺損。	普魯士藍
鉛	厭食、嘔吐、便秘、腹痛、臉色蒼白、注意力不集中，虛弱，周邊神經麻痺。	螯合作用
有機磷 (包括一些殺蟲劑和神經毒氣)	流涎症、流淚、排尿、排便、胃痙攣、嘔吐。	阿托品 (解磷定、雙復磷)

修改自 WHO 出版之《緊急情況下的環境衛生指引》。

參考資料與延伸閱讀

健康與人權

The Right to Health: Fact Sheet No.31. OHCHR and WHO, 2008. <http://www.ohchr.org>

軍民協調

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>

保護和國際人道法

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

Guidance 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>

協調

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

緊急情況中的醫療衛生

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>

臨床指南

Clinical Guidelines - Diagnosis and Treatment Manual. MSF, 2016. <http://refbooks.msf.org>

醫療系統

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

Comprehensive Safe Hospital Framework. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Patient Safety: Making Health Safer. WHO, 2017. <http://www.who.int>

感染預防與控制

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>

醫療照護人力

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>

藥物

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.

包含輔具的醫療設備

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>

管制藥物

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>

血液製劑

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>

醫療財務

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>

醫療資訊

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

醫療需求評估與醫療照護服務的優先順序

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>

傳染病預防

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>

傳染病（特定疾病）

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>

疫情爆發偵測與早期回應

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 EWAR implementation. WHO, 2012. <http://www.who.int>

疫情爆發整備和回應

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>

兒童與新生兒健康

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>

性和生殖健康

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. IAWG 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. IAWG 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>

性暴力與性侵的臨床管理

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>

愛滋病毒

Consolidated Guidelines on the Use of 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>



外傷和創傷護理

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>

精神健康

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>

非傳染性疾病

Disaster Risk Management for Health: Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Jobanputra, K. Bouille, 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>

緩和照護

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>

延伸閱讀

關於建議的延伸閱讀內容，請前往 www.spherestandards.org/handbook/online-resources

延伸閱讀

軍民協調

UN-CMCoord Field Handbook. UN OCHA, 2015. <https://www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCoord/publications>

協調

Global Health Cluster. <http://www.who.int/health-cluster/en/>

醫療系統

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

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/



藥物

Management of Drugs at Health Centre Level, Training Manual. WHO, 2004. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js7919e/>

包含輔具的醫療設備

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/

管制藥物

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

醫療財務

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

醫療資訊

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](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>

醫療需求評估與醫療照護服務的優先順序

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://www.hpn.org/publications/network-paper-61-public-health-in-crisis-affected-population>

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-crisis/>

Waldman, R.J. Prioritising health care in complex emergencies. *The Lancet*, 2001. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)04568-2/fulltext?_eventId=login](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/

傳染病預防

Vaccination in Humanitarian Emergencies, Implementation Guide. WHO, 2017. http://www.who.int/immunization/documents/general/who_ivb_17.13/en/

疫情爆發偵測與早期回應

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>

疫情爆發整備與回應

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/>

兒童與新生兒健康

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

外傷和創傷護理

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>

精神健康

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

非傳染性疾病

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/>

Demaiio, 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.

緩和照護

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





附錄

本章目錄

附錄一：《環球計畫》的法律基礎	359
附錄二：國際紅十字和紅新月運動及從事救災援助的非政府組織 行為準則	371
附錄三：縮寫與字首語	377

附錄一 《環球計畫》的法律基礎

《人道主義憲章》闡述了在災難或衝突局勢中，有關人道援助行動與責任之共同信念與原則，並指出這些信念原則皆反映於國際法之中。下列附有註釋的重要文件清單，包括與國際人權法、國際人道法 (IHL)、難民法以及人道援助行動最為相關的國際法律規約，但這些文件並不代表各區域的法律和發展。更多可協助落實這些法律的其他指南、原則、標準和架構的相關資源和網址，可參考《環球計畫》網站 www.spherestandards.org。僅針對需要解釋的文件、新增內容以及與災害或衝突有關的特定章節提供註解說明。

《環球手冊》體現了部分國際法律架構特定關注的事項。一般來說，包括：擁有人身安全和尊嚴的權利、免於歧視、取得用水和環境衛生、住居、糧食保障和營養以及醫療照護的權利。雖然這些權利都在特定的人權公約中有詳細說明，但在一般的人權法律文件中，他們不是包含在公民與政治權利中，就是在經濟、社會和文化權利中。

本附錄涵括的文件依主題分為五類：

1. 人權、保護和脆弱性；
2. 武裝衝突和人道援助；
3. 難民和國內流離失所者；
4. 災害和人道援助；以及
5. 在災害整備和回應中，關於人權、保護和脆弱性的人道主義政策架構、指南以及原則，www.spherestandards.org/handbook/online-resources

為闡明上述各類別中每份文件的法律位階，將其區分為：a) 條約和習慣法、b) 聯合國和其他正式通過之政府間指南和原則。

1. 有關人權、保護和脆弱性的國際規約

下列文件主要與普世性條約及宣言所認可的人權有關，亦包括與年齡（兒童和年長者）、性別和身心障礙別有關的重要文件，因他們是災害或衝突中最常見的脆弱性基礎。

1.1 有關人權、保護和脆弱性的條約和習慣法

人權條約法適用於相關條約的締約國，然而習慣法（例如禁止酷刑）則適用於所有國家。除了在下述兩種特殊例外情況之外，人權法在任何時候皆適用：

- 95% 宣布進入全國緊急狀態期間，某些公民和政治權利可能會受到限縮，這符合《公民與政治權利國際公約》的第四條（「減免履行」）。
- 在武裝衝突期間，若國際人道法與人權法有任何相互矛盾之處，則應先遵循國際人道法。

1.1.1 普世人權

1948年《世界人權宣言》(UDHR)，1948年12月10日經由聯合國大會第217 A (III) 號決議通過。www.un.org

注釋：1948年，在聯合國大會中宣布的《世界人權宣言》，第一次提出需要受到普世保障的基本人權。雖然世界人權宣言並非條約，但被普遍遵循而成為國際習慣法的一部分。序言中的第一句話簡介了作為人權基礎的人類「固有尊嚴」概念，並在宣言第一條聲明「人皆生而自由；在尊嚴及權利上均各平等」。

1966年《公民與政治權利國際公約》(ICCPR)。1966年12月16日經由聯合國大會第2200A (XXI) 號決議通過，並於1976年3月23日正式生效，被編入在聯合國條約彙編第999卷，第171頁以及第1057卷，第407頁。www.ohchr.org

1989年《公民與政治權利國際公約》第二項任擇議定書（旨在廢除死刑）。1989年12月15日經由聯合國大會第44/128號決議通過，並於1991年7月11日正式生效，被編入聯合國條約彙編第1642卷，第414頁。www.ohchr.org

注釋：《公民與政治權利國際公約》締約國必須尊重並確保在其領土境內或管轄範圍內所有人之權利，同時承認「人民」有自決權，以及男女享有平等權利。某些（標註星號*）權利即使在國家進入最嚴重的緊急狀態時，亦不得被中止。

ICCPR 權利：生命權*；禁止酷刑和其他殘忍、不人道或有辱人格的待遇*；禁止奴役*；禁止任意逮捕或拘禁；拘留期間的人道和尊嚴對待；不因無力履行契約而予以監禁*；遷徙及居住自由；僅可依法驅逐外國人；法律之前人人平等、接受公正審判和刑事審判的無罪推定；刑事犯罪禁止溯及既往*；獲法律平等承認*；私生活；思想、宗教和良心自由*；發表意見、言論及和平集會之自由；結社自由；婚姻和家庭生活的權利；兒童保護；選舉權和參與公共事務的權利；少數群體享有其文化、宗教或語言之權利*。

1966年《經濟社會文化權利國際公約》(ICESCR)，1966年12月16日經由聯合國大會第2200A (XXI) 號決議通過，並於1976年1月3日正式生效，被編入聯合國條約彙

編第 993 卷，第 3 頁。www.ohchr.org

注釋：締約國同意盡其資源能力所及，「逐步實現」公約中的各項權利，並使男女平等地享有這些權利。

ICESCR 權利：工作權；享有同等報酬的權利；加入工會之權利；獲得社會安全或保險的權利；家庭生活的權利，包括保護分娩後的母親和保護兒童免於剝削；獲取包括糧食、穿著和住房，以達到適當生活程度的權利；身體和精神健康之權利；受教權；參加文化生活、享受科學與文化進步之惠的權利。

1969 年《消除一切形式種族歧視國際公約》(ICERD)。1965 年 12 月 21 日，經由聯合國大會第 2106 (XX) 號決議通過，並於 1969 年 1 月 4 日正式生效，被編入聯合國條約彙編第 660 卷，第 195 頁。www.ohchr.org

1979 年《消除對婦女一切形式歧視公約 (CEDAW)》。1979 年 12 月 18 日，經由聯合國大會第 34/180 號決議通過，並於 1981 年 9 月 3 日正式生效，被編入聯合國條約彙編第 1249 卷，第 13 頁。www.ohchr.org

1989 年《兒童權利公約》(CRC)。1989 年 11 月 20 日，經由聯合國大會第 44/25 號決議通過，並於 1999 年 9 月 2 日正式生效，被編入聯合國條約彙編第 1577 卷，第 3 頁。www.ohchr.org

2000 年《關於兒童捲入武裝衝突問題之兒童權利公約任擇議定書》。2000 年 5 月 25 日，經由聯合國大會第 A/RES/54/263 號決議通過，並於 2002 年 2 月 12 日正式生效，被編入聯合國條約彙編第 2173 卷，第 222 頁。www.ohchr.org

2000 年《關於買賣兒童、兒童賣淫和兒童色情製品問題之兒童權利公約任擇議定書》。2000 年 5 月 25 日，經由聯合國大會第 A/RES/54/263 號決議通過，並於 2002 年 1 月 18 日正式生效，被編入聯合國條約彙編第 2171 卷，第 227 頁。www.ohchr.org

注釋：幾乎全球所有國家皆簽署了《兒童權利公約》。它重申了兒童的基本人權，並辨識兒童何時需要特別保護（例如與家人失散時）。議定書要求締約國針對特定兒童保護問題採取積極行動。

2006 年《身心障礙者權利公約》(CRPD)。2006 年 12 月 13 日，經由聯合國大會第 A/RES/61/106 號決議通過，並於 2008 年 5 月 3 日正式生效，被編入聯合國條約彙編第 4 章，第 15 項。www.ohchr.org

注釋：《身心障礙者權利公約》支持在所有其他人權條約中，落實身心障礙者的權利，並專門處理提升對身心障礙者、不歧視以及無障礙服務與設施的認識，其中亦特別提及「危險情況與人道緊急情況」（第 11 條）。

1.1.2 種族滅絕、酷刑和其他刑事人權侵害

1948 年《防止及懲治滅絕種族罪公約》。1948 年 12 月 9 日，經由聯合國大會第 260 (III) 號決議通過，並於 1951 年 1 月 12 日正式生效，被編入聯合國條約彙編第 78 卷第 277 頁。www.ohchr.org

1984年《禁止酷刑和其他殘忍、不人道或有辱人格的待遇或處罰公約》。1984年12月10日，經由聯合國大會第39/46號決議通過，並於1987年6月26日正式生效，被編入聯合國條約彙編第1465卷，第85頁。www.ohchr.org

注釋：此公約締約國眾多。禁止酷刑現在亦普遍被認為是國際習慣法的一部分。任何形式的公共緊急情況或戰爭都不能作為正當化施行酷刑的藉口。若具有合理根據相信，他或她返回該區域後將有遭受酷刑的危險，任何國家都不得遣返（驅逐）任何人。

1998年《國際刑事法院羅馬規約》於1998年7月17日在羅馬舉行的外交會議獲得通過，並在2002年7月1日正式生效，被編入聯合國條約彙編第2187卷，第3頁。www.ohchr.org

注釋：國際刑事法院（ICC）在2002年通過的《國際刑事法院羅馬規約》之第9條（犯罪要件）中，詳細描述了戰爭罪、反人類罪和種族滅絕罪，從而編纂了習慣國際刑事法的大部分內容。ICC可以調查和起訴由聯合國安理會提交的事項（即使被告所在國並非條約締約國），亦可針對本條約締約國人民或涉嫌在締約國領土內犯下罪行的人進行調查和起訴。

1.2 聯合國和其他政府間正式通過的關於人權、保護和脆弱性之原則和指南

2002年《馬德里老齡問題國際行動計畫》，於2002年在馬德里召開的聯合國第二屆老齡問題世界大會中通過，並援引聯合國大會於1982年12月3日通過的第37/51號決議。www.ohchr.org

1991年《聯合國老人綱領》於1991年12月16日經由聯合國大會第46/91號決議通過。www.ohchr.org

2. 有關武裝衝突、國際人道法和人道援助的國際規約

2.1 有關武裝衝突、國際人道法和人道援助的條約和習慣法

國際人道法 (IHL) 明確規定暴力衝突演變為「武裝衝突」的門檻，從而適用於此特定的法律制度。紅十字國際委員會 (ICRC) 是國際人道法條約的官方資料庫，在其網站提供了廣泛的資訊和資源，包括對日內瓦公約及附加議定書的正式評註，以及習慣國際人道法研究的規則。www.icrc.org

2.1.1 核心的國際人道法條約

1949 年《日內瓦公約》(4 個公約)

1977 年《附加議定書：關於國際性武裝衝突中平民的保護》(第一附加議定書)

1977 年《附加議定書：關於非國際性武裝衝突中平民的保護》(第二附加議定書)。

www.icrc.org

注釋：世界各國均為締約國，且普遍被接受為習慣法一部分的日內瓦公約，涉及保護和處置戰地武裝部隊 (日內瓦第一公約) 和海上武裝部隊 (日內瓦第二公約) 的傷病者、戰俘的待遇 (日內瓦第三公約)，以及在武裝衝突中保護平民 (日內瓦第四公約)。日內瓦公約主要適用於國際性武裝衝突 (除了公約中共同的第 3 條僅適用於非國際性武裝衝突)，然而公約中的部分要素現已被接受為適用於非國際性武裝衝突的習慣法。1977 年的兩項附加議定書進一步更新了當時的公約，特別是戰鬥員的定義，以及將非國際性衝突入法。然而，迄今仍有一些國家尚未同意這兩項議定書。

2.1.2 關於限制武器、地雷以及文化資產的條約

規範武裝衝突的公約，除上述的《日內瓦公約》之外，尚有通常稱之為關於《海牙公約》的法體，包括保護文化資產的公約，以及許多關於限制或禁用武器 (包括有毒氣體、其他化學和生物武器、會濫殺濫傷或造成不必要痛苦的常規武器，以及殺傷性地雷和集束彈藥等) 的公約。www.icrc.org

2.1.3 習慣國際人道法

習慣國際人道法，係指各國透過聲明、政策和實踐所接受的武裝衝突法規。不論國家是否簽署了國際人道法條約，都受此一適用於所有國家的習慣性規定約束。雖然沒有一份公認的習慣法清單，但最具權威性的詮釋則為下列研究。

紅十字國際委員會，Henckaerts, J.-M. 和 Doswald-Beck, L. (2005) 《習慣國際人道法 (CIHL) 研究》。劍橋和紐約：劍橋大學出版社。www.icrc.org

注釋：該研究幾乎涵蓋了武裝衝突法的全部範圍。它列出了 161 項具體法規，並指出各項法規是否適用於國際武裝衝突和／或非國際性武裝衝突。雖然有些法律評論家批評此研究之研究方法，但此一研究是歷經十多年廣泛的諮詢，以及嚴謹

的研究過程而完成的，做為習慣性法規的收集和解釋，其已是公認的權威。

2.2 聯合國和其他政府間正式通過的關於人權、保護和脆弱性之原則和指南

2002 年聯合國安全理事會關於保護的《備忘錄》，2003 年修訂 (S/PRST/2003/27)。
undocs.org

注釋：這份決議對各國並不具有約束力，而是聯合國安全理事會在諮詢眾多聯合國機構和機構間常設委員會（IASC）後，所通過的一份有關維和與緊急衝突局勢的指導文件。

聯合國安全理事會關於武裝衝突中的性暴力和婦女之決議，尤其是 2000 年首次通過的有關婦女、和平和安全的第 1325 號決議，是解決武裝衝突局勢中對婦女之暴力行為的里程碑。相關決議亦包括後續在 2008 年通過的第 1820 號決議，以及 2009 年的第 1888 號與 1889 號決議。聯合國安全理事會的所有決議，可至聯合國官網按年份和編號查詢 (www.un.org)。

3. 有關難民和國內流離失所者（IDP）的國際規約

3.1 有關難民和國內流離失所者的條約

本節除了國際條約外，還包括兩項由非洲聯盟（前身為非洲團結組織，簡稱 OAU）開創歷史先例的條約。

1951 年《難民地位公約》（修訂版），是 1951 年 7 月 2 日至 25 日於日內瓦召開的聯合國難民和無國籍人士地位全權代表會所通過，並於 1954 年 4 月 22 日正式生效，被編入在聯合國條約彙編第 189 卷，第 137 頁。www.unhcr.org

1967 年《關於難民地位的議定書》。1966 年 12 月 16 日，經聯合國大會通過第 2198 (XXI)2 號決議加以注意，並被編入聯合國條約彙編第 606 卷，第 267 頁。www.unhcr.org

注釋：作為第一個關於難民的國際協議，該公約將難民定義為「因有正當理由畏懼由於種族、宗教、國籍、屬於某一社會團體或具有某種政治見解的原因，留在其本國之外，並且由於此項畏懼而不能或不願受該國保護的人，或因為害怕遭到迫害而不願返回該國之人 ...」。

1969 年《非洲團結組織關於非洲難民問題某些特定方面的公約》，是 1969 年 9 月 10 日經由在阿迪斯阿貝巴舉行的第六屆非洲團結組織國家元首和政府領導人會議通過。www.unhcr.org

注釋：此公約接受並擴展了 1951 年《難民地位公約》對難民的定義。從此，難民不只是因為迫害，還包括因外來侵略、佔領、被外國統治或嚴重擾亂公共秩序事件而被迫離開自己國家的人。公約還承認非國家團體也可以是迫害的元兇，並且不再要求難民自行證明未來會遭遇到的危險。

2009 年《非洲聯盟關於保護和援助非洲境內流離失所者的公約》（坎帕拉公約），經由於坎帕拉舉行的非洲聯盟特別高峰會通過，並於 2012 年 12 月 6 日正式生效。au.int/en/treaties/african-union-convention-protection-and-assistance-internally-displaced-persons-africa

注釋：這是首部關於國內流離失所者（IDPs）的多邊公約。

3.2 聯合國和其他政府間正式通過的關於難民和國內流離失所者之原則和指南

1998 年《國內流離失所問題指導原則》，2005 年 9 月在紐約由參加聯合國大會世界高峰會的國家元首和政府領導人通過第 60/L.1 (132, UN Doc. A/60/L.1) 號決議，承認此文件為「保護國內流離失所者的重要國際架構」。www.ohchr.org

注釋：這些原則奠基於國際人道法和國際人權法以及類似的難民法，旨在作為指導政府、國際組織和所有其他相關行動者，在為國內流離失所者提供援助和保護時的國際標準。

4. 有關災害和人道援助的國際規約

4.1 有關災害和人道援助的條約

1994年《聯合國人員和有關人員安全公約》。1994年12月9日，經由聯合國大會通過第49/59號決議，並於1999年1月15日正式生效，被編入聯合國條約彙編第2051卷，第363頁。

2005年《聯合國人員和有關人員安全公約任擇議定書》。2005年12月8日，經由聯合國大會第A/60/42號決議通過，並於2010年8月19日正式生效，被編入聯合國條約彙編第2689卷，第59頁。www.un.org

注釋：在公約中，保護的適用範圍，僅限於聯合國維和行動—除非聯合國宣布有「特殊風險」，而這是一項不切實際的要求。因此議定書糾正了公約中此項重大缺陷，並將法律保障的範圍擴及至所有聯合國的行動（從緊急人道援助到和平建構，以及提供人道、政治和發展援助）。

1998年《關於為減災和救災行動提供電信資源的坦佩雷公約》。經1998年緊急電信問題政府間會議批准，並於2005年1月8日正式生效，被編入聯合國條約彙編第2296卷，第5頁。www.itu.int

1992年《聯合國氣候變化綱要公約》（UNFCCC）。1992年6月4日至14日，經由在里約熱內盧舉行的聯合國環境與發展會議通過，並於1992年12月22日，由聯合國大會第47/195號決議認可，最後於1994年3月21日正式生效，被編入聯合國條約彙編第1771卷，第107頁。unfccc.int

1997年《UNFCCC之京都議定書》。於1997年，在日本京都舉行的UNFCCC第三次締約國大會（COP-3）通過，並於2005年2月16日正式生效，被編入聯合國條約彙編第2303卷，第148頁。unfccc.int

2015年《巴黎協定》。於2015年12月在法國巴黎舉行的UNFCCC第二十一屆締約國大會（COP-21）通過，並於2016年11月正式生效。unfccc.int

注釋：《聯合國氣候變化綱要公約》、《京都議定書》和《巴黎協定》三者是在同一個條約架構下，並試圖回應實施氣候變遷調適與減低風險策略，以及建構當地能力和韌性的迫切需求（特別是在易發生自然災害的國家）。其重點在於強調減災策略和風險管理，尤其是針對氣候變遷。

4.2 聯合國和其他政府間正式通過的關於災害和人道援助之原則和指南

《加強聯合國緊急人道援助的協調》及其附錄和指導原則，於1991年12月19日經由聯合國大會第46/182號決議通過。www.unocha.org

注釋：這促成了聯合國人道事務部門的成立，並於1998年更名為聯合國人道事務協調廳（OCHA）。

《2015-2030 年仙台減災綱領》(仙台減災綱領) 。 www.unisdr.org

注釋：《仙台減災綱領》是承繼《2005-2015 年兵庫行動綱領 (HFA)：建構國家與社區的災害韌性》的法律規約。它於 2015 年，在第聯合國 3 屆世界減災會議上，以宣言形式通過，獲聯合國大會（第 69/283 號決議）認可，並由聯合國國際減災策略署（UNISDR）協助執行。這項為期 15 年、屬自願性且不具約束力之協定，旨在大幅減少災害風險，以及因災害而所導致的生命、生計和健康損失。

2007 年《國際救災及災後初期恢復的國內協助及管理準則》(IDRL 準則)，由第 30 屆紅十字與紅新月國際會議（包含日內瓦公約締約國）通過。 www.ifrc.org

5. 緊急災害整備與回應中關於人權、保護和脆弱性之人道主義政策架構、指南和原則

針對緊急情況中的人道援助回應行動，現在已有一系列通用和專門的操作指南。由於這些工具不再區分武裝衝突、難民情況和災害回應的不同，我們依下列主題標題選擇了一些指南以供參考：一般標準；性別平等和防止性別暴力；緊急情況下的兒童；難民和國內流離失所者（IDPs）。

1. 環球夥伴標準

《人道主義行動中的兒童保護最低標準》（CPMS）。人道主義行動兒童保護聯盟（The Alliance），2012年。<https://resourcecentre.savethechildren.net>

《市場分析最低標準》（MISMA）。現金學習夥伴（CaLP），2017年。www.cashlearning.org

《教育的最低標準：整備、回應、復原》。緊急教育跨機構網絡（INEE），2010年。<http://s3.amazonaws.com>

《牲畜應急指南與標準》（LEGS）。LEGS計畫，2014年。<https://www.livestock-emergency.net>

《經濟復甦最低標準》（MERS）。小型企業教育及推廣網絡（SEEP），2017年。<https://seepnetwork.org>

《年長者暨身心障礙者之人道考量標準》。年長與障礙聯盟，國際助老會，國際助殘組織，2018年。<https://reliefweb.int>

2. 其他按主題分類之準則、指南及手冊

2.1 人道援助回應行動中的一般性保護和品質標準

《國際紅十字和紅新月運動及從事救災援助的非政府組織行為準則》。⊕請見《附錄二》

1965年《國際紅十字與紅新月運動基本原則》，於第20屆紅十字國際會議通過。www.ifrc.org

《機構間常設委員會（IASC）自然災害情況下人員保護操作指南》。聯合國機構間常設委員會和布魯金斯研究院—伯恩大學針對境內流離失所問題之計畫，2011年。<https://www.brookings.edu>

2007年《IASC 緊急環境中的精神健康和社會心理支持指南》。聯合國機構間常設委員會。www.who.int

《IASC 人道援助行動中納入身心障礙者指南》。<https://interagencystandingcommittee.org>

2016年《IASC 人道援助行動中的保護政策》。聯合國機構間常設委員會。<https://interagencystandingcommittee.org>

2003年《人道主義捐助的原則和良好做法》，獲得由捐助國、聯合國所屬機構、非政府組織以及國際紅十字與紅新月運動共同召開的斯德哥爾摩會議肯認，並獲歐盟執委會和16個國家簽署。www.ghdinitiative.org

《保護工作專業標準》。2018年。紅十字國際委員會 (ICRC)。<https://shop.icrc.org>

2009年《適用於自然災害情況的國際法和國際標準》(IDLO 法律手冊)，國際發展法律組織 (IDLO)。<https://www.sheltercluster.org>

2.2 性別平等和保護免於遭受性別暴力 (Gender-based Violence, GBV)

《性別暴力隨身卡 (GBV Constant Companion)》。全球庇護群組 (Global Shelter Cluster)，庇護計畫中的性別暴力工作小組，2016年。<https://sheltercluster.org>

2006年《人道主義行動中的性別手冊》，《婦女、女孩、男孩和男人，不同的需求—相同的機會，人道主義行動中的性別手冊》。聯合國機構間常設委員會。<http://www.unhcr.org>

《具性別整備的營地規劃：安置規劃、正式營地、非正式安置點指南》。全球庇護群組 (Global Shelter Cluster)，庇護計畫中的性別暴力工作小組，2016年。<https://www.sheltercluster.org>

《IASC 關於將性別暴力干預措施納入人道主義行動的指導方針》。2015年。紐約；聯合國機構間常設委員會和全球保護群組 (Global Protection Cluster)。www.gbvguidelines.org

《將具性別敏感度的災害風險管理納入社區主導的發展計畫》。性別和災害風險管理指引說明。2012年世界銀行第6號報告。<https://openknowledge.worldbank.org>

《具備性別敏感度的減災：政策及實務指南》。日內瓦；聯合國國際減災策略署 (UNISDR)、聯合國開發計畫署 (UNDP) 和國際自然保護聯盟 (IUCN)。2009年。<https://www.unisdr.org>

《須知指引：協助被迫流離失所中遭受性暴力和性別暴力的男人與男孩倖存者》。聯合國難民署。2011年。www.globalprotectioncluster.org

《須知指南：協助被迫流離失所中的女同性戀、男同性戀、雙性戀者、跨性別者及雙性人》。聯合國難民署。2011年。www.globalprotectioncluster.org

《可預測亦可預防：解決災害期間及災後人際暴力和自我暴力之最佳做法》。日內瓦；紅十字會與紅新月會國際聯合會，加拿大紅十字會。2012年。www.ifrc.org

2.3 處於緊急情況中的兒童

《無人陪伴和失散兒童的實地工作手冊》。2017年。無人陪伴和失散兒童的跨機構工作小組；人道主義行動兒童保護聯盟。<https://reliefweb.int>

《IASC 人道主義行動中的保護兒童最低標準》。2012年。紐約；聯合國機構間常設委員會和全球保護群組 (兒童保護工作小組)。cpwg.net

《無人陪伴和失散兒童的跨機構指導原則》。2004年。紅十字國際委員會、聯合國難

民署、聯合國兒童基金會、世界展望會、英國救助兒童會和國際救援委員會。<https://www.icrc.org>

2.4 難民和國內流離失所者 (IDPs)

根據《難民地位公約》及其《議定書》，聯合國難民署 (UNHCR) 具有保護難民的特別法律授權。可至聯合國難民署網站查閱更廣泛的資源。www.unhcr.org

《IASC 保護國內流離失所者手冊》(2010 年 3 月)。聯合國機構間常設委員會。2010

附錄二

國際紅十字和紅新月運動及從事救災援助的非政府組織行為準則

本文件由紅十字會與紅新月會國際聯合會和紅十字國際委員會共同準備¹

目的

本《行為準則》試圖維護我們的行為標準，而與具體的操作細節無關。例如應該如何計算糧食配給或如何設立難民營；相反地，它致力於維護獨立、效能與影響的高標準，期許從事災害回應行動的非政府組織以及國際紅十字與紅新月運動皆可達成。這是一份自願性的準則，由願意接受的組織所執行，以維護準則所確立的標準。

在武裝衝突事件中，本《行為準則》將依據符合國際人道法的方式加以解釋和應用。

首先介紹《行為準則》，爾後是其三個附件，分別描述了我們期待地主國政府、捐助國政府及政府間國際組織所創造的工作環境，以利我們得以有效地提供人道援助。

定義

非政府組織 (Non-governmental Organizations, NGOs)：於本準則中係指在某一國家設立，且獨立於該國政府之外的全國性與國際性組織。

非政府人道主義機構 (Non-governmental Humanitarian Agencies, NGHAs)：在本文件中，創造了「非政府人道主義機構」一詞，以涵蓋國際紅十字與紅新月運動的成員（紅十字國際委員會、紅十字會與紅新月會國際聯合會及各成員國的紅十字會）以及前述定義的非政府組織。而本準則特指那些參與救災援助行動的非政府人道主義機構。

政府間國際組織 (Inter-governmental Organizations, IGOs)：係指由兩個或兩個以上政府所組成的組織。因此，其包括所有聯合國所屬機構以及區域性組織。

災害 (Disaster)：係指會造成死亡、巨大人類苦難與悲痛，以及大規模實體毀損的災難性事件。

1. 贊助單位：國際明愛會 (Caritas International)*；天主教救濟服務 (Catholic Relief Services)；紅十字會與紅新月會國際聯合會*；國際救助兒童聯盟 (International Save the Children Alliance)*；世界信義宗聯盟 (Lutheran World Federation)*；樂施會 (Oxfam)*；普世教會協會 (The World Council of Churches)*；紅十字國際委員會。（標註*號者為人道援助回應指導委員會成員組織）

行為準則

國際紅十字與紅新月運動及從事災害回應計畫的非政府組織行為原則

1. 人道主義使命為首要。

各國公民皆應享有接受人道援助以及提供人道援助的權利，此為最基本的人道主義原則。作為國際社會的一員，我們承認具有向任何有需要的地方提供人道援助的義務。因此，為履行我們的責任，得以不受阻礙地觸及受影響人口至關重要。我們回應災害最主要的動機，在於減輕人類的苦難，尤其是那些最無法承受災害所導致之壓力的民眾。我們提供人道援助，並不是黨派或政治行動，也不應被視為如此。

2. 援助的提供，不應考慮受援者的種族、宗教信仰或國籍，且不應帶有任何形式的差別。援助的優先性將僅依需求狀況來計算。

我們會盡可能詳盡評估受災者的需求，及當地可滿足這些需求的既有能力，以此作為提供救災援助的基礎。我們執行的所有援助計畫亦將考量比例原則，不論在何處，只要發現有人受苦，就應減輕其痛苦；任何國家或地區的人，其性命都同樣珍貴。因此，我們提供的援助將反映出試圖減輕的苦難之程度。在執行此一策略方法時，我們認識到生活在易受災社區的婦女所能扮演的關鍵角色，並確保她們的角色可獲得援助計畫的支持而非貶低。唯有在我們及合作夥伴可以獲得提供公平援助所需的資源以及且平等觸及所有災民的管道時，我們方可有效貫徹此一普遍、公正且獨立的政策。

3. 援助不應用來推動某一特定政治或宗教立場。

人道援助是根據個人、家庭和社區的需求來提供。我們不反對 NGHAs 支持特定政治或宗教觀點的權利，但我們要聲明，援助並不取決於受援者是否認同這些觀點。我們不會將承諾、提供或發放援助，與是否採納或接受特定的政治或宗教信念相互扣連。

4. 我們應努力使自己不淪為政府外交政策的工具。

NGHAs 是獨立於政府運作的機構。因此，我們制定自己的政策及執行策略，除非政府政策剛好與我們自身的政策相符，否則不會試圖去執行任何政府的政策。我們永遠不會故意或因為疏忽，而允許我們自己或我們的員工被利用，來為各國政府或其他組織收集有關政治、軍事或經濟的敏感資訊，來服務人道主義以外的目的；並且，我們也不會使自己成為捐助國外交政策的工具。我們會運用我們接受的援助來回應人們的需求，但這些援助並不是受到捐助國處置過剩商品的需求所驅使，亦非被任何捐助國的政治利益所驅動。我們重視並鼓勵有志之士自願付出努力和財力來支援我們的工作，並認同這種自發性動機所促成的行動獨立性。為了維護我們的獨立性，我們將致力於避免依賴單一的經費來源。

5. 我們應尊重文化與習俗。

我們會盡力尊重我們工作所在地區的社區與國家之文化、社會結構和習俗。

6. 我們應嘗試建構當地災害回應的能力。

所有人和社區皆同時擁有能力以及脆弱性，即使在災害中亦然。我們會盡可能透過雇

用當地工作人員、採購當地物資，以及與當地公司進行交易等方式，來強化在地的能力。在規劃與執行方面，亦會盡可能透過當地的 NGHAs 作為夥伴開展工作，並在適當情況下，與當地政府機關合作。我們非常重視妥善協調我們的緊急回應行動。協調最好由那些直接參與救災行動的組織在地主國內進行，並應納入相關的聯合國機構代表。

7. 應設法讓計畫受惠者參與救災援助的管理。

災害回應援助絕不能強加於受惠者身上。唯有讓受惠者共同參與援助計畫的設計、管理和執行，才有可能達成有效的援助與持久的復原。我們將努力讓社區得以充分參與在我們的救援和復原計畫之中。

8. 救災援助必須致力於減少面對未來災害的脆弱性，並滿足基本需求。

所有救助行動都會以正面或負面的方式，影響長期發展的前景。意識到這一點，我們將致力於推動可以積極降低受惠者面對未來災害的脆弱性，並且能幫助他們創造永續生活方式的救災援助計畫。對於救助計畫的設計和管理，亦會特別關注環境問題，努力避免受惠者長期依賴外部援助，將人道援助的負面影響降至最低。

9. 我們對我們所致力援助的人，以及那些提供我們資源的人均負有責任。

我們經常作為有意提供援助的人和災害中需要援助的人兩者間的機構連結，因此，我們必須要求自身對雙方負責。我們與捐助者和受惠者的所有互動，都應反映出一種公開和透明的態度，並認識到我們有必要同時從財務的觀點以及效能的角度，報告我們的活動，還有義務確保適當監督援助發放的情況，並定期評估災害援助的影響。我們也會試圖以公開的方式，報告我們工作所產生的效益，以及限制或提升這些效益的相關因素。為了盡可能減少浪費寶貴的資源，我們的計畫將會建立在高度專業精神及專業知能的基礎之上。

10. 在我們發佈的資訊、宣傳和廣告活動中，應將受災者視為有尊嚴的人，而非絕望的個體。

永遠要記得尊重受災者，並將他們視為行動中的平等夥伴。我們所發佈的資訊應客觀描述災害局勢，強調受災者的能力和期待，而非僅是他們的恐懼和脆弱性。雖然我們會與媒體合作以加強大眾的響應，但絕不會允許內、外部的宣傳需求逾越將援助效益最大化的原則。若媒體報導可能會對我們提供給受惠者的服務或是對工作人員或受惠者的安全帶來負面影響，我們會避免與其他災害回應機構爭奪媒體版面。

工作環境

在單方面同意努力遵守上述行為準則後，我們提出以下幾個指導方針，描述我們期待捐助國政府、地主國政府以及政府間國際組織（主要是聯合國機構）所能創造的工作環境，用以促進 NGHAs 得以更有效地參與災害回應行動。

這些指導方針僅供指導之用，並不具有法律約束力。我們也不期望各國政府和政府間國際組織透過簽署任何文件來表明自己接受這些指導方針，但這有可能是未來努力的目標。我們以開放與合作的精神公開分享這些文件，以便我們的合作夥伴皆瞭解我們希望與他們建立的理想關係為何。

附件一：給受災國（地主國）政府的建議

1. 政府應認可並尊重非政府人道主義機構 (NGHAs) 所開展的獨立、人道且公正的援助行動。

NGHAs 是獨立的機構，地主國政府應尊重其獨立性與公正性。

2. 地主國政府應協助 NGHAs 迅速觸及到受災者。

若 NGHAs 完全遵守人道主義原則時，基於提供適當人道援助的目的，應可獲得迅速且公正觸及災民的管道。地主國政府有義務行使主權責任，但不阻撓 NGHAs 提供援助，並接受其公正且非政治性的行動。地主國政府應加速讓救援人員進入災區，特別是藉由免除轉機和出入境簽證的要求，或安排加速簽證取得程序。於緊急救援階段，政府應給予運送國際救援物資和人員的飛機飛越上空許可和降落權。

3. 災害發生期間，政府應協助加速救援物資和資訊的及時流通。

將救援物資和設備運送至某國的唯一目的是要減輕人類的苦難，而非為了商業利益或營利。一般而言，政府應允許這類物資得以在不受限制且無需繳交任何費用的狀況下通關，更無需提供原產地之領事認證或商業發票、進出口許可或滿足其他限制的要求，也不應向其徵收關稅、卸貨費或港埠費用。

受援國政府為加速運抵必要救援物資（包括車輛、輕型飛機和通訊設備等），應暫時免除進口許可證或登記限制。同樣地，政府也不應在救災行動結束後，限制救災設備的再出口。

為便利救災通訊，應鼓勵地主國政府指定某些無線電頻道作為救災通訊專用頻道，並以供救援組織在災時進行國內或國際通訊之用；還應鼓勵地主國政府於災前便向災害回應社群公布這些頻道。地主國政府亦應授權救援人員在救災行動中，運用所有救援行動所需的通訊方式。

4. 政府應致力於提供協調一致的災害資訊與規劃服務。

救災工作的總體規劃和協調仍是地主國政府的責任。若 NGHAs 可以獲得相關資訊，包括援助需求、政府規劃和執行救災工作的體系，以及可能遭遇的潛在安全風險等，將有助於大幅提高救災工作的規劃和協調。應敦促政府將上述這些資訊提供予 NGHAs。

為了促進有效的協調，以及有效利用援助能量，應敦促地主國政府在災前即指派單一聯繫窗口，以利前來的 NGHAs 可以透過窗口與國家當局進行聯絡溝通。

5. 武裝衝突事件下的救災援助。

在武裝衝突事件中，救援行動應受相關的國際人道法條文規範。

附件二：給捐助國政府的建議

1. 捐助國政府應認可並尊重 NGHAs 所開展的獨立、人道且公正行動。

NGHAs 是獨立的機構，其獨立性和公正性應受到捐助國政府的尊重。捐助國政府不應利用 NGHAs 去達成任何政治或意識形態目標。

2. 捐助國政府在提供經費的同時還應保證 NGHAs 行動的獨立性。

NGHAs 接受捐助國政府的資金和物資時所秉持的精神，應與提供資金與物資予受災者時所秉持的精神一致，即奉行人道原則以及行動獨立性。開展救災行動是 NGHAs 的職責，亦將依據該 NGHAs 的政策來執行。

3. 捐助國政府應運用其斡旋影響力，協助 NGHAs 獲得觸及受災者的管道。

捐助國政府應認知到其接受 NGHAs 員工安全且自由進出災害現場一定程度責任的重要性。如有必要，捐助國政府應準備就緒，就這些問題與地主國政府進行外交斡旋。

附件三：給政府間國際組織（IGOs）的建議

1. IGOs 應承認當地和外國的 NGHAs 為重要的合作夥伴。

NGHAs 願意與聯合國和其他 IGOs 共同合作，以開展更好的災害回應行動，並本著尊重所有夥伴的誠信和獨立的夥伴關係精神。因此，IGOs 也必須尊重 NGHAs 的獨立性與公正性。在制定救災援助計畫時，聯合國機構也應徵詢 NGHAs 的意見。

2. IGOs 應協助地主國政府為國際投入和在地發起的救災援助提供一個全面性協調架構。

NGHAs 通常不具備權責，提供需要國際援助投入的全面性災害協調架構，此應由地主國政府及相關的聯合國機構主責，且應及時且有效地為受影響國家以及國內及國際災害回應社群提供服務。任何情況下，NGHAs 都應盡全力確保自身服務的有效協調。在武裝衝突事件中，救援行動應受相關的國際人道法條文規範。

3. IGOs 應將其為聯合國機構提供的安全保護，擴及至 NGHAs。

提供給 IGOs 的保安服務，若有提出要求時，亦應擴及至其 NGHAs 執行夥伴。

4. IGOs 應提供聯合國機構與 NGHAs 相同取得相關資訊的管道。

鼓勵 IGOs 與其合作的 NGHAs 執行夥伴，分享所有可以幫助有效執行救災援助行動的資訊。

附錄三 縮寫與字首語

ART	anti-retroviral therapy 抗反轉錄（愛滋）病毒治療
BMI	body mass index 身體質量指數
CBA	cash-based assistance 現金援助
CDC	Centers for Disease Control and Prevention 疾病管制與預防中心
CHS	Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability 人道主義品質與責信核心標準
CHW	community health worker 社區衛生工作者
cm	centimeter 公分
CMR	crude mortality rate 粗死亡率
CPMS	Child Protection Minimum Standards 兒童保護最低標準
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities 身心障礙者權利公約
DPT	diphtheria, pertussis and tetanus 白喉、百日咳和破傷風
EPI	Expanded Programme on Immunization 擴大預防接種計畫
EWAR	Early warning alert and response 早期預警、警示和回應
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance 糧食與營養技術援助
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations 聯合國糧食及農業組織
FRC	free residual chlorine 自由餘氯
GBV	gender-based violence 性別暴力
HMIS	health management information system 醫療健康管理資訊系統
HWTSS	household-level water treatment and safe storage 家庭式用水處理和安全儲存
IASC	Inter-agency standing committee 聯合國機構間常設委員會
iCCM	Integrated Community Case Management 整合社區個案管理
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights 公民與政治權利國際公約
ICRC	International Committee of the Red Cross 紅十字國際委員會
IDP	internally displaced person 國內流離失所者
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies 紅十字會與紅新月會國際聯合會
IHL	international humanitarian law 國際人道法
IMCI	integrated management of childhood illness 兒童疾病整合管理
INEE	Inter-Agency Network for Education in Emergencies 緊急教育跨機構網絡
IPC	infection prevention and control 感染預防和控制
IYCF	infant and young child feeding 嬰幼兒餵食
km	kilometer 公里

LEGS	Livestock Emergency Guidelines and Standards	牲畜應急指南和標準
LGBTQI	Lesbian, gay, bisexual, trans, queer, intersex	性別多元群體（女同性戀、男同性戀、雙性戀、跨性別者、酷兒、雙性人等）
LLIN	long-lasting insecticide-treated net	長效型驅蟲蚊帳
MAM	moderate acute malnutrition	中度急性營養不良
MEAL	monitoring, evaluation, accountability and learning	監督、評估、責信和學習
MERS	Minimum Economic Recovery Standards	經濟復甦最低標準
MISMA	Minimum Standard for Market Analysis	市場分析最低標準
MOH	ministry of health	衛生部
MSF	Médecins Sans Frontières (Doctors without Borders)	無國界醫生
MUAC	mid upper arm circumference	上臂中圍
NCDs	non-communicable diseases	非傳染性疾病
NGO	non-governmental organization	非政府組織
NTU	nephelometric turbidity units	標準濁度單位
OUA	Organization of African Unity (now African Union)	非洲團結組織（現為「非洲聯盟 (African Union)」）
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs	聯合國人道援助事務協調廳
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights	聯合國人權事務高級專員辦事處
PEP	post-exposure prophylaxis	暴露愛滋病毒後預防性投藥
PPE	personal protective equipment	個人防護裝備
RNI	reference nutrient intakes	營養參考攝取量
SEEP	Small Enterprise Education and Promotion (Network)	小型企業教育及推廣網絡
STIs	sexually transmitted infections	性傳染病
TB	tuberculosis	結核病
U5CMR	under-5 crude mortality rate	五歲以下兒童死亡率
UN	United Nations	聯合國
UNFPA	United Nations Population Fund	聯合國人口基金
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UN Refugee Agency)	聯合國難民事務高級專員辦事處（聯合國難民署）
UNICEF	United Nations Children's Fund	聯合國兒童基金會
WASH	water supply, sanitation and hygiene promotion	供水、環境衛生和個人衛生宣導
WFH	weight for height	身高別體重
WFP	World Food Programme	世界糧食計劃署
WHO	World Health Organization	世界衛生組織



索引

索引

A

- abattoir waste (屠宰場廢棄物) 128
- abbreviations (縮寫) 377
- abuse (虐待)
 - 參見 gender-based violence (性別暴力)；參見 protection (保護)；參見 sexual exploitation and abuse (SEA) (性剝削與性侵害)
- acceptability (接受度)
 - food security (糧食安全) 189
 - healthcare workers (醫護人員) 293
- access (可取得／可獲得)
 - food (糧食) 191
 - humanitarian assistance (人道援助) 34
 - justice systems (司法體系) 38
 - legal support (法律支持) 38
 - settlements/ shelter (安置／收容) 246
 - toilets (廁所) 114
 - water (用水) 106
- accountability (責信)
 - general (簡介) 373
 - Minimum Standards (最低標準) 9
 - references/further reading (參考資料／延伸閱讀) 78
- acronyms (字首語) 377
- acute malnutrition (急性營養不良) 213
- admission criteria (納入計畫標準)
 - feeding programmes 餵食計畫 213
 - malnutrition management 營養不良管理
- adults (成人) 172, 175
 - 參見 people (民衆、人們)
- malnutrition (營養不良) 214
- adverse events (不良事件) 292
- aedes mosquito-transmitted diseases (斑蚊傳播的疾病) 301
- AIDS (後天免疫缺乏症候群／愛滋病)
 - 參見 HIV/AIDS (愛滋病毒／愛滋病)
- aid workers (援助工作者)
 - 參見 staff members (員工)；參見 community health workers (CHWs) (社區衛生工作者)；參見 healthcare workers (醫護人員)
- air pollution (空氣污染) 312
- anaesthesia (麻醉) 320
- anthropometric surveys (人體測量調查) 168
- anti-retroviral therapies (抗反轉錄 (愛滋) 病毒治療) 317
- armed conflicts (武裝衝突)
 - disaster relief (災害救助) 374

- guidelines (指南) 364
- legal provision (法律條文) 26
- treaties and customary laws (條約與習慣法) 363
- artificial feeding (人工餵食) , infants and young children (嬰幼兒) 182, 185, 195
- artificial lighting (人工照明) 253
- ART interventions (抗反轉錄病毒治療干預措施) 318
- ARV interventions (反轉錄病毒干預措施) 318
- Assessments (評估)
 - mental health conditions (精神健康病症) 323
 - NCDs (非傳染性疾病) 326
 - references/further reading (參考資料／延伸閱讀) 86
 - shelter and settlement planning (收容與安置規劃) 241
- at-risk groups (處於風險中的群體)
 - food assistance (糧食援助) 191
 - food security (糧食安全) 165,188
 - hygiene promotion (個人衛生宣導) 99
- auditing (審計 / 稽核) 77

B

- bathing facilities (沐浴設施) 109
- beneficiaries (受惠者) , involvement (參與) 373
- blood products (血液製劑) 295
- blood transfusions (輸血) 317
- bottled water (瓶裝水) 109
- breastfeeding (哺餵母乳) 177, 185
- breastmilk substitutes (母乳代用品) 185
- building codes (建築法規) 255
- building materials (建築材料) 256

C

- Camps (營區)
 - 參見 communal settlements (公共安置)
- caregiver (照顧者) , food assistance (糧食援助) 193
- care plans (照護計畫) 328
- case fatality rates (CFR) (個案死亡率) 306, 307, 337
- cash-based assistance (現金援助)
 - checklist (檢核表) 18
 - general (簡介) 9
 - references/further reading (參考資料／延伸閱讀) 22, 86
 - WASH (供水、環境衛生與個人衛生宣導) 155
- CFR (case fatality rates) (個案死亡率) 306, 307, 337
- checklists (檢核表)
 - food security (糧食安全) 207
 - hygiene promotion (個人衛生宣導) 136
 - livelihoods (生計) 207

- nutrition assessment (營養評估) 211
- seed security assessment (種子安全評估) 209
- solid waste management (固體廢棄物管理) 139
- vector control (病媒防治) 139
- WASH general (供水、環境衛生與個人衛生宣導, 簡介) 136
- water supply (供水) 137
- children (兒童)
 - 參見 healthcare (醫療照護) ; 參見 infants and young children (嬰幼兒)
- faeces (糞便) 114
- feeding (餵食) 181, 312
- feeding (餵食) , artificial (人工) 182, 185
- feeding (餵食) , reference/further reading (參考資料/延伸閱讀) 221
- gender-based violence (性別暴力) 186
- healthcare (醫療照護) 308
- illnesses (疾病) 310
- malnutrition (營養不良) 213
- protection (保護) 11, 312
- references/further reading (參考資料/延伸閱讀) 41
- separated (失散的) 312
- sexual violence (性暴力) 315
- vaccination (預防接種) 308, 309
- WASH (供水、環境衛生及個人衛生宣導) 100
- chlorine solutions (含氯溶液) 133
- cholera (霍亂) 307
- CHS (人道主義核心標準)
 - 參見 Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability (CHS) (人道主義品質與責任核心標準)
- CHWs (community health workers) (社區衛生工作者) 293, 304
- Climate (氣候) , living spaces (居住空間) 250
- CMR (crude mortality rates) (粗死亡率) 284, 310, 337
- Code of Conduct (行為準則)
 - Core Principles (核心原則) 5, 372
 - Overview (概述) 371
- collaboration (合作/協作) 67, 70, 184
- collaborative learning (協作學習) 70
- communal facilities (公共設施) 245, 264
- communal settlements (公共安置)
 - general (簡介) 15
 - solid waste management (固體廢棄物管理) 127
 - vector control (病媒防治) 121
- communal toilets (公用廁所) 117
- communal tools (公用工具) 256
- communicable diseases (傳染病)
 - diagnosis and case management (診斷與個案管理) 303
 - general (簡介) 299

- outbreak preparedness and response (疫情爆發的整備與回應) 305
- prevention (預防) 299
- surveillance (監測) , outbreak detection and early response (疫情爆發偵測與早期回應) 301
- communication (傳播)
 - 參見 information (資訊)
- communications (宣傳)
 - ethical (倫理的) 62, 63
 - feeding practices (餵食實務) 181
 - general (簡介) 61, 62
 - organisational responsibilities (組織職責) 62
 - vector control (病媒防治) 123
 - WASH (供水、環境衛生與個人衛生宣導) 99
- communities (社區)
 - complaints mechanisms (申訴機制) 64
 - first aid (急救) 320
 - resilience (韌性) 60
 - solid waste management (固體廢棄物管理) 127
 - tensions (緊張關係) 203
- community engagement 社區參與
 - environmental management (環境管理) 206
 - health care (醫療照護) 290
 - malnutrition (營養不良) 172
 - outbreak response (疫情爆發回應) 129
 - protection mechanisms (保護機制) 35, 37
 - sexual violence (性暴力) 315
 - vector control (病媒防治) 123
 - WASH (供水、環境衛生與個人衛生宣導) 94
- community health workers (CHWs) (社區衛生工作者) 293, 304
 - 參見 healthcare workers (醫護人員)
- community support (社區支持)
 - mental health (精神健康) 323
 - structures (結構) 189
 - WASH (供水、環境衛生與個人衛生宣導) 99
- companion standards (夥伴標準) 368
- complainants (申訴人) 65
- complaints (申訴) 64, 95
- complementarity (互補性) 66
- complicity (同謀) , violation of rights (權利侵害) 34
- confidentiality (保密性) 63, 298
- construction (營建) , shelters (收容場所) 254
- consumption (消耗)
 - energy (能源) 262
- contamination (污染) , water (水) 111
- controlled drugs (管制藥物) 295
- coordination (協調)

- civil-military (軍民) 16, 68
- cross-sectoral (跨領域) 68
 - humanitarian response (人道援助回應行動) 67
 - joint distributions (發放) 102
 - partner organisations (夥伴組織) 69
 - references/further reading (參考資料／延伸閱讀) 86
- coping strategies (因應策略) 166
- Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability (CHS)
(人道主義品質與責任核心標準)
 - appropriateness and relevance (妥適性與相關性) 54
- communication, participation and feedback (宣傳、參與和回饋) 61
- complaints mechanisms (申訴機制) 64
- coordination and complementarity (協調與互補) 66
- effectiveness and timeliness (有效性和及時性) 56
- food security and nutrition (糧食安全與營養) 162
- general (簡介) 4, 52
- learning and innovation policies (學習和創新政策) 69
 - links to right on adequate shelter (與適足住房權的連結) 240
 - links to right to timely and appropriate healthcare
(與取得及時且適當醫療照護權利的連結) 286
 - links to right to water and sanitation (與取得供水和衛生設施的權利相連結) 96
 - local capacities and negative effects (地方能力和負面影響) 58
 - staff members (員工) 71
 - structure (架構) 52
- corruption (貪腐) 76
- cost of diet (飲食成本) 166
- crime reduction (降低犯罪) 247
- criminal abuse of rights (刑事人權侵害) 361
- crude mortality rates (CMR) (粗死亡率) 284, 310, 337
- cultural properties (文化資產) 363
- culture/customs (文化／習俗) 249, 372

D

- data (資料、數據)
 - 參見 information (資訊)
- dead management (死者管理) 125, 292
- debris removal (碎瓦殘骸移除) 242
- delivery (提供)
 - 參見 distribution (分放)
- food (糧食) 195, 199
- desludging (清淤) 118
- diagnosing (診斷)
 - communicable diseases (傳染病) 303
 - micronutrient deficiencies (微量營養素缺乏) 179
- diarrhoea (腹瀉) 140, 304, 311
- dignity (尊嚴)

- right to (權利) 25
- safeguarding (保護) 34, 373
- diphtheria (白喉) 307
- disabled persons (身心障礙者)
 - 參見 persons with disabilities (身心障礙者)
- Disaggregation, of data (分類, 資料或數據) 11, 55, 298
- disaster information and planning service (災害資訊和計畫服務) 374
 - disasters (災害)
 - definition (定義) 371
 - guidelines (指南) 366
 - treaties (條約) 366
- discharge criteria, malnutrition management (移出計畫標準, 營養不良管理) 176
- diseases (疾病) . 參見 HIV/AIDS (愛滋病毒/愛滋病) ; 參見 infections (感染) ; 參見 outbreaks of diseases (疫情爆發)
 - aedes mosquito-transmitted (斑蚊傳染病) 301
 - cholera (霍亂) 307
 - communicable (傳染性) 299
- diarrhoea (腹瀉) 140, 304, 311
- diphtheria (白喉) 307
 - faecal-oral transmission (糞口傳播) 140
 - hepatitis (肝炎) 307
 - measles (麻疹) 309
 - meningitis (腦膜炎) 306
 - non-communicable (非傳染性) 325
 - pertussis (百日咳) 307
 - pneumonia (肺炎) 311
 - polio (小兒麻痺) 307, 309
 - tuberculosis (結核病) 305
 - viral haemorrhagic fever (病毒性出血熱) 307
 - water- and sanitation-related (與水及衛生相關) 143
 - yellow fever (黃熱病) 307
- disinfection, water (消毒, 水) 111
- displaced people (流離失所者) . 參見 internally displaced persons (IDPs) (國內流離失所者)
- disposal (處置)
 - excreta (排泄) 118, 138
 - medicines (藥物) 295
 - waste (廢棄物) 125
- distribution (發放)
 - dry rations (乾糧) 197
 - essential medicines (必備藥物) 295
 - food (糧食) 195, 199
 - household items (家庭用品) 253
 - information (資訊) 198
 - points (點) 197
 - safety during (期間的安全) 102, 198

- scheduling (時程安排) 198
- wet rations (濕式口糧) 197
- documentation (文件) 38
- do no harm concept (「不傷害」概念) 259
- donor governments (捐助國政府) 375
- drainage (排水)
 - rainfall and floodwater (降雨和洪水) 246
 - waste water (廢水) 109
- drinking water (飲用水) 100
- drugs, controlled (藥物, 管制) 295

E

- Early Warning Alert and Response (EWAR) (早期預警警示和回應) 197. 302. 333
- end of life care (臨終照護) . 參見 palliative care (緩和照護)
- energy (能源)
 - consumption (消耗) 262
 - food production (糧食生產) 202
 - supply (供應) 253
- environment (環境)
 - food security (糧食安全) 165. 192
 - host population (接待人口) 265
 - humanitarian response (人道援助回應行動) 16. 61
 - natural resources (自然資源) 75. 76
 - reference/further reading (參考資料/延伸閱讀) 85
 - settlements/shelter (安置/收容) 260
 - vector control (病媒防治) 122
- EPI (Expanded Programme on Immunization) (擴大疫苗接種計畫) 308. 309
- erosion (侵蝕) 261
- evaluation (評估)
 - Minimum Standards (最低標準) 7
 - references/further reading (參考資料/延伸閱讀) 85
- evictions (驅逐) 258
- EWAR (Early Warning Alert and Response) (早期預警警示和回應) 297. 298. 301. 302. 303
- excreta management (排泄物管理)
 - access to and use of toilets (廁所的取得與使用) 115
 - checklist (檢核表) 138
 - collection, transport, disposal and treatment (收集、運輸、處置和處理) 117
 - general (簡介) 113. 134
 - infections (感染) 144
 - phasing (分階段) 114
 - reference/further reading (參考資料/延伸閱讀) 148
- exit strategies (退場策略)
 - food security (糧食安全) 187
 - general (簡介) 59. 60

Expanded Programme on Immunization (EPI) (擴大疫苗接種計畫) 308. 309
Exploitation (剝削) . 參見 sexual exploitation and abuse (SEA) (性剝削和性侵害) 60

F

- Facilities (設施) . 參見 toilets (廁所)
 - communal (公共的) 245. 264
 - incontinence (失禁) 103. 104
 - washing/bathing (洗滌/沐浴) 109
- faecal-oral transmission, diseases (糞口傳播, 疾病) 140
- family duties (家庭義務) 206
- family planning (家庭計畫) 314
- F diagram (F圖) 140
- feedback (回饋)
 - humanitarian response (人道援助回應行動) 61
 - organisational responsibilities (組織職責) 62
- feeding assessments (餵食評估) 168
- field hospitals (野戰醫院) 320
- financial assistance, food production (財務援助, 糧食生產) 202. 203
- fire safety (消防安全) 246
- first aid (急救) 320. 323
- flow, relief goods/information (流通, 救援物資/資訊) 374
- food (糧食)
 - access (取得) 191
 - choices (選擇) 195
 - deliveries (運送) 195. 199
 - distributions (發放) 195. 199
 - hygiene (個人衛生) 199
 - packaging (包裝) 194
 - preparation/processing (準備/加工) 195. 200
 - quality (品質) 194
 - rations (配給) 191
 - storage (儲存) 200. 204
 - use (運用) 192. 199. 200
- food assistance (糧食援助)
 - cash and vouchers (現金和代用券) 200
 - general (簡介) 190
 - nutrition requirements (營養需求) 190
 - targeting (針對性) 196
- food production (糧食生產)
 - energy (能源) 202
 - financial assistance (財務援助) 203
 - price fluctuations (價格波動) 203
 - seasonality (季節性) 203
 - strategies (策略) 202
 - supply chains (供應鏈) 203
- food security (糧食安全)

acceptability (接受度) 189
 assessments (評估) 164. 165
 checklist (檢核表) 207
 essential concepts (基本概念) 160
 general (簡介) 187
 linked to other rights (與其他權利相連結) 162. 163
 forecasting, essential medicines (預測, 必備藥物) 295
 fortification, food products (強化, 食品) 178
 fraud (舞弊) 76
 fuel (燃料) 253

G

gender (性別) 12. 87
 gender-based violence (性別暴力)
 further reading (延伸閱讀) 43
 general (簡介) 12
 references/further reading (參考資料/延伸閱讀) 87
 genocide, treaties (種族滅絕, 條約) 361
 gifts-in-kind (實物捐贈) 76
 governments (政府). 參見 host governments (地主國政府); 參見 donor governments (捐助國政府)
 guidance notes (指引說明) 6

H

handwashing (洗手) 100. 117
 harm (傷害). 參見 do no harm concept (「不傷害」概念)
 avoidance of exposure (避免接觸) 33
 healthcare (醫療照護). 參見 health systems (醫療系統)
 acceptability (接受度) 290
 checklist (檢核表) 329
 children (兒童) 308
 essential (必備) 299
 essential concepts (基本概念) 284
 financing (財務) 296
 injury and trauma care (外傷與創傷照護) 318
 linked to other rights (與其他權利相連結) 285
 mental health (精神健康) 321
 non-communicable diseases (非傳染性疾病) 324
 palliative care (緩和照護) 326
 sexual and reproductive health (性與生殖健康) 312
 special considerations to protect (保護的特別考量) 286
 WASH (供水、環境衛生與個人衛生宣導) 129
 waste (廢棄物) 133
 healthcare workers (醫護人員) 292. 298. 參見 community health workers (CHWs) (社區衛生工作者)
 health indicators 健康指數 337

- health information systems 醫療資訊系統 297
- health management information systems (HMIS) 醫療管理資訊系統 298. 334
- health surveillance systems (醫療監測系統) 298
- health systems (醫療系統) . 參見 healthcare (醫療照護)
 - essential medicines and medical devices (必備藥物和醫療設備) 294
- food assistance (糧食援助) 192
 - general (簡介) 288
- health care delivery (醫療照護提供) 288
- health care workers (醫療照護人員) 292
 - NCD care (非傳染性疾病照護) 325
 - public health data (公共衛生數據) 297
 - support and development (支持和發展) 284
- hepatitis (肝炎) 307
- high-risk groups, vector control (高危險群體, 病媒防治) 123. 124
 - HIV/AIDS (愛滋病毒/愛滋病)
 - children (兒童) 312
 - food assistance (糧食援助) 193
 - infant feeding (嬰兒餵食) 186
 - malnutrition management (營養不良管理) 176
 - overview (概述) 316
 - protection risks (保護風險) 13
- HMIS (health management information systems) (醫療管理資訊系統) 298. 334
- host communities (接待社區) 242
- host governments (地主國政府) 67. 374
- household duties (家庭義務) 206
- household items (家庭用品) 251
 - artificial lighting (人工照明) 253
 - checklist (檢核表) 264. 265
 - distribution (發放) 253
- household-level water treatment and safe storage (HWTSS) (家庭式用水處理和安全儲存) 111. 145
- household toilets (家用廁所) 117
- housing, land and property rights (住房, 土地和財產權) 41
- human excreta (人類排泄物) . 參見 excreta management (排泄物管理)
 - definition (定義) 113
- humanitarian assistance (人道援助)
 - access (取得) 35
 - cash-based assistance (現金援助) 18
 - guidelines (指南) 366
 - right to receive (有權接受) 25. 372
 - safety (安全) 35
 - treaties (條約) 366
- Humanitarian Charter (人道主義憲章)
 - commitment (承諾) 26
 - common principles (普通性原則) 25

- general (簡介) 4. 359
- overview (概述) 24
- humanitarian organisations (人道援助組織)
 - complaint mechanisms (申訴機制) 65. 66
 - constraints (限制) 57
 - decision-making (決策) 58
 - innovation policies (創新政策) 69
 - knowledge management (知識管理) 71
 - learning (學習) 69. 82
 - monitoring (監督) 58. 78
 - policies to prevent negative effects (避免負面影響的政策) 60
- humanitarian response (人道援助回應行動)
 - appropriateness (妥適性) 54
 - communication (溝通) 61
 - complaints (申訴) 64
 - complementarity (互補性) 66
 - coordination (協調) 66
 - effectiveness (有效性) 56
 - feedback (回饋) 61
 - impartiality (公正性) 36. 55. 372
 - local capacities (地方能力) 58. 372
 - military forces (軍隊) 16. 68
 - negative effects (負面影響) 58
 - operational setting (實際運作環境) 14
 - participation (參與) 61. 63
 - people-centred 以人為本) 87
 - politics (政治) 372
 - relevance (相關性) 54
 - religion (宗教) 372
 - timeliness (時效性) 56
- human resources systems (人力資源系統) 56
- human rights (人權)
 - guidelines (指南) 362
 - treaties and customary laws (條約和習慣法) 360
- hygiene (個人衛生) . 參見 hygiene promotion (個人衛生宣導)
 - food (糧食) 199
 - items (用品) 101
 - menstrual (經期) 103. 117. 147
- hygiene promotion (個人衛生宣導)
 - checklist (檢核表) 136
- hygiene items (個人衛生用品) 101
 - incontinence (失禁) 103
 - menstrual hygiene (經期個人衛生) 103
 - overview (概述) 98
 - references/further reading (參考資料/延伸閱讀) 146

I

- ICCM (Integrated Community Case Management) (整合社區個案管理) 311
- IDPs (國內流離失所者) . 參見 internally displaced persons (IDPs) (國內流離失所者)
- IGOs (inter-governmental organisations) (政府間國際組織)
 - definition (定義) 371
 - recommendations (建議) 374. 375. 376
- IMCI (Integrated Management of Childhood Illness) (兒童疾病整合管理) 311
- impartiality, humanitarian response (公正性, 人道援助回應行動) 35. 55. 372
- implementation (執行)
 - cash-based assistance (現金援助) 18
 - shelter and settlement (收容與安置) 241
 - supply chain management (供應鏈管理) 19
- incontinence (失禁) 103. 148
- incremental tenure (遞增租住權) 258
- infant feeding (嬰兒餵食)
 - artificial (人工) 182
 - breastfeeding (哺餵母乳) 177
 - complementary (補充性) 185
 - HIV (愛滋病毒) 186
 - malnutrition measuring (營養不良測量) 213
 - multi-sectorial support (多領域支援) 183
 - overview (概述) 181
- infant formula (嬰兒配方奶) 185
- infants and young children (嬰幼兒) . 參見 infant feeding (嬰兒餵食)
 - faeces (糞便) 114
- illnesses (疾病) 310
 - vaccination (預防接種) 308. 309
- infections (感染) . 參見 tuberculosis (TB) (結核病)
 - prevention and control (IPC) (感染預防和控制) 132. 155. 301
 - respiratory (呼吸道的) 304
- information (資訊) . 參見 communications (溝通/傳播)
 - accessibility (可及性) 38
 - confidentiality (保密) 63. 298
 - disaggregation (細分) 11. 55. 298
 - distributions (發放) 197
 - flow (流通) 374
 - nutrition assessment (營養評估) 167
 - organisational responsibilities (組織職責) 62
 - personal (個人的) 59. 60
 - public health (公共衛生) 297
 - sensitivity (敏感度) 35. 37
 - sharing (分享) 62. 67. 68
- information systems (資訊系統)
 - health (醫療) 298
 - health management (醫療管理) 298. 334

- nutrition and food security (營養和糧食安全) 165
- informed consent (知情同意) 63
- injuries and trauma care (外傷和創傷照護) 318
 - from sharps (尖銳物品) 291
- Integrated Community Case Management (ICCM) (整合社區個案管理) 311
- Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) (兒童疾病整合管理) 311
- inter-governmental organisations (IGOs) (政府間國際組織)
 - definition (定義) 371
 - recommendations (建議) 374. 375. 376
- internally displaced persons (IDPs) (國內流離失所者)
 - guidelines (指南) 365
 - treaties on (條約) 365
- International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes (國際母乳代用品銷售守則) 182
- international humanitarian law (國際人道法)
 - guidelines (指南) 364
 - treaties (條約) 363
- international law (國際法) 96. 參見 international humanitarian law (國際人道法) 363
 - right to adequate shelter (適足住居權) 240
 - right to timely and appropriate healthcare (及時取得適當健康照護的權利)
 - right to water and sanitation (取得供水和衛生設施的權利) 96
- intra-house food use (家庭內部糧食運用) 199
- IPC (infection prevention and control) (感染預防和控制) 259
- IYCF-E assessment (緊急情況下的嬰幼兒餵食評估) 123

J

- joint distributions (聯合發放) 293
- justice systems (司法系統) 39

K

- key actions (關鍵行動) 5
- key indicators (關鍵指標) 6
- knowledge management (知識管理) 71

L

- laboratory testing (實驗室檢測) 304
- landmines (地雷) 363
- learning (學習) 70
 - collaboration (合作/協作) 67
 - humanitarian organisations (人道援助組織) 201
- legal foundation, Sphere (法律基礎, 環球計畫) 374
- legal frameworks, sexual violence (法律架構, 性暴力) 316
 - Legal support (法律扶助) 252
- LGBTIQI people (性別多元族群, 包括女同性戀、男同性戀、雙性戀、跨性別、雙性、酷兒、性疑惑者) 13
- livelihoods (生計) 207

- checklist (檢核表) 17
- genera (簡介) 12
- income and employment (收入和就業) 204
- primary production (初級生產) 201
- settlements (安置) 236
- living spaces (居住空間) 248
- local actors, support (在地行動者, 支持) 14
- local capacities (當地能力) 58
- local leadership (地方領導) 59
- logistics (物流) 22

M

- Malaria (瘧疾) 123
 - prevention (預防) 299
 - treatment (治療) 123
- malnutrition (營養不良) . 參見 nutrition (營養) ; 參見 undernutrition (營養不良) 213
 - general (簡介) 12
 - managing (管理) 170
 - measuring (測量) 213
- management (管理) .
 - 參見 supply chain management (供應鏈管理) 74 ;
 - 參見 knowledge management (知識管理) 71 ;
 - 參見 dead management (死者管理) 72 ;
 - 參見 excreta management (排泄物管理) 117 ;
 - 參見 solid waste management (固體廢棄物管理) 125 ;
 - 參見 營養不良: 管理; 參見 wound management (傷口管理) 318
- market analysis (市場分析) 17
 - food security assessment (糧食安全評估) 165
 - references/further reading (參考資料/延伸閱讀) 22
 - response analysis (回應分析) 17
- market-based programming (以市場為基礎的計畫設計) 187
 - general (簡介) 12
 - household items (家庭用品) 251
 - hygiene items (個人衛生用品) 101
 - references/further reading (參考資料/延伸閱讀) 22
 - water (供水)
- market waste (市場廢棄物) 128
- maternal care (孕產婦照護) 312
- MEAL (monitoring, evaluation, accountability and learning) (監督、評估、責信和學習) 9
- measles (麻疹) 308
- medical devices (醫療設備) 294
- medicines (藥物) 294
 - availability (可得性) 325
 - essential (必備)
 - psychotropic (治療精神病) 324

- meningitis (腦膜炎) 306
- menstrual hygiene (經期個人衛生) 103
- mental health (精神健康) 321
 - overview (概述) 129
 - psychosocial support (社會心理支持) 327
 - references/further reading (參考資料／延伸閱讀) 22
- micronutrients deficiencies (微量營養素不足)
- military forces (軍隊) 21
- mine actions (排雷行動) 41
- Minimum Standards (最低標準) 5
 - assessment and analysis (評估和分析) 8
 - general (簡介) 12
- MEAL (監督、評估、責信和學習) 11
 - programme design (計畫設計) 8
 - right to adequate food (適足糧食權) 160
 - right to be free from hunger (免於飢餓的權利) 162
 - strategy development (策略發展) 9
 - use in context (於情境中使用) 8
- monitoring (監督) 78
 - cash-based assistance (現金援助) VIII
 - food access (糧食取得) 199
 - food delivery (糧食提供) 200
 - food distributions (食物發放) 199
 - food production (糧食生產) 203
 - general (簡介) 12
- malnutrition management (營養不良管理) 174
- Minimum Standards (最低標準) 164
 - organisational responsibilities (組織職責) X
 - references/further reading (參考資料／延伸閱讀) 22
 - supply chain management (供應鏈管理) 190
 - violations (暴力) 36
- monitoring, evaluation, accountability and learning (MEAL) (監督、評估、責信和學習)
- morbidity rates (發病率) 329
- mortality rates (死亡率) . 參見 crude mortality rates (CMR) (粗死亡率) ；參見 EWAR (Early Warning Alert and Response) (早期預警警示與回應) 329
- mortality surveillance (死亡率監測) 331
- mother-to-child transmission, HIV (母嬰垂直感染，愛滋病毒) 316

N

- national actors, support (國家行動者，支持) 16
- natural resources (自然資源) 75
- negative effects (負面影響) 58
 - abuse (虐待) 59
- humanitarian response (人道援助回應行動) 58
- newborn care (新生兒照護) 310
- NGHAs (非政府人道主義機構) 375.

- 參見 non-governmental humanitarian agencies (NGHAs)
- NGOs (non-governmental organisations) (非政府組織) 371
- non-communicable diseases (NCDs) (非傳染性疾病) 378
- non-displaced households (非流離失所的家庭) 242
- non-governmental humanitarian agencies (NGHAs) (非政府人道主義機構) 373
 - definition (定義) 248
 - general (簡介) 12
- non-governmental organisations (NGOs) (非政府組織) 371
- nutrition (營養) . 參見 malnutrition (營養不良) 123
 - assessment (評估) 181
 - essential concepts (基本概念) 160
 - quality (品質) 78
 - requirements (需求) 65
 - WASH (供水、環境衛生與個人衛生宣導) 92
- nutrition manuals (營養手冊) 230

O

- obstetrics (婦產科) 312
- older people (年長者) 199
 - food assistance (糧食援助) 199
 - further reading (延伸閱讀) 22
 - malnutrition (營養不良) 101
 - protection (保護) 125
- organisational responsibilities (組織職責) 62
 - appropriateness and relevance humanitarian response (人道援助回應行動的妥適性與相關性) X
 - collaboration (合作/協作) 67
 - communication (溝通) 67
 - complaints (申訴) 67
 - effectiveness and timeliness (有效性和及時性) 56
 - feedback (回饋) 61
 - information (資訊) 61
 - learning policies (學習政策) 70
 - monitoring (監督) 69
 - negative effects of humanitarian response (人道援助回應行動的負面影響) X
 - resources management 資源管理) 71
 - staff members (員工) 72
- organisations (組織) . 參見 humanitarian organisations (人道援助組織) 72
- outbreaks of diseases (疫情爆發) X
 - alerts (警示) 301
 - control (控制) 301
 - detection (偵測) 301
 - investigations (調查) 305
 - responses (回應) 321
 - thresholds (臨界值) 363
 - WASH (供水、環境衛生與個人衛生宣導) 92

P

- pain control (疼痛控制) 318
- palatability, water (適口性, 水) 175
- palliative care (緩和照護) 325
- participation (參與) 61
 - humanitarian response 人道援助回應行動 61
 - shelter construction (收容場所的營建) 254
- partner organisations (夥伴組織) 69
- patients (病人) 131
 - adverse events (不良事件) 167
 - rehabilitation (復健) 320
 - rights (權利) 322
 - social reintegration (重新融入社會) 321
- payments (支付報酬) 205
- people (人們／人群) . 參見 children (兒童) ; 參見 older people (年長者) ; 參見 persons with disabilities (身心障礙者) ; 參見 infants and young children (嬰幼兒) ; 參見 people on the move (流動人群) 115
 - definition 定義 248
 - rights of, with mental health conditions (權利, 患有精神健康病症) 313
- people on the move (流動人群) 125
 - solid waste generation (產生固體廢棄物) 125
 - WASH (供水、環境衛生與個人衛生宣導) 92
- performance indicators, malnutrition (績效指標, 營養不良) 171
 - management (管理) 171
- personal protective equipment (PPE) (個人保護裝備) 257
- persons with disabilities (身心障礙者) 115
 - food assistance (糧食援助) 120
 - malnutrition measuring (營養不良測量)
- protection (保護) 201
 - references/further reading (參考資料／延伸閱讀) 22
- pertussis (百日咳) 305
- planning (規劃) 313
 - location and settlement (地點和安置點) 244
 - shelter and settlement (收容與安置) 244
 - solid waste management (固體廢棄物管理) 125
- poisoning (中毒) 339
- Polio (小兒麻痺) 307. 309
- politics (政治) 375
- PPE (personal protective equipment) (個人保護裝備) 134. 291
- pre-crisis data, food security assessment (危機發生前的資料, 糧食安全評估) 164
- preparation/processing, food (準備／加工, 糧食) 200
- prequalified kits (必備醫療設備 / 預審合格裝備) 295
- prevention (預防) . 參見 vaccination (預防接種)
 - communicable diseases (傳染病) 299
 - HIV (愛滋病毒) 316
 - Infections (感染) 132. 150. 291

- Malaria (瘧疾) 122. 301
- malnutrition (營養不良) 170
- micronutrient deficiencies (微量營養素不足) 178
- risk assessments (風險評估) 300
- privacy (隱私) 249
- private sector (私部門)
 - humanitarian response (人道援助回應行動) 52
 - livelihood protection (生計保護) 201
- procurement, essential medicines (採購, 必備藥物) 295
- Professional Standards for Protection Work (保護工作專業標準) 40
- programme design (計畫設計) . 參見 market-based programming (以市場為基礎的計畫設計)
 - cash-based assistance (現金援助) 18
 - malnutrition management (營養不良管理) 170
 - Minimum Standards (最低標準) 6
 - supply chain management (供應鏈管理) 19
- protection (保護)
 - activities (活動) 33
 - Children (兒童) 11. 310
 - HIV/AIDS patients (愛滋病毒感染者/愛滋病患者) 13
 - LGBTIQI people (多元性別族群, 包括女同性戀、男同性戀、雙性戀、跨性別、雙性、酷兒和性疑惑人) 13
 - living space (居住空間) 248
 - Mechanisms (機制) 35. 37
 - older people (年長者) 11
- persons with disabilities (身心障礙者) 12
- references/further reading (參考資料/延伸閱讀) 41. 85
- right (權利) 25
- WASH (供水、環境衛生與個人衛生宣導) 129
- Protection Principles (保護原則)
 - application (應用) 32
 - food security and nutrition (糧食安全與營養) 160
 - General (簡介) 4. 32
 - links to rights to adequate shelter (與適足住居權相連結) 238
 - links to right to timely and appropriate (與獲得及時且適當權利相連結)
 - healthcare (醫療照護) 285
 - links to right to water and sanitation (與取得供水和衛生設施的權利相連結) 92
- protracted crises (持續性危機) 14
- proxy measures, food security (替代測量方法, 糧食安全)
 - assessment (評估) 164
- psychological interventions (心理干預措施) 323
- psychosocial support (社會心理支持) 13. 177
- psychotropic medicines (治療精神病藥物) 324
- public health risks, WASH (公共衛生風險, 供水、環境衛生與個人衛生宣導) 94
- purchasing powers (購買力) 206

Q

- quality (品質)
 - food (糧食) 193
 - healthcare workers (醫護人員) 293
 - Nutrition (營養) 191. 194
 - Water (供水) 109. 133
- quantities (數量)
 - toilets (廁所) 143
 - Water (供水) 107. 133. 141

R

- rape (性侵) 314
- rapid responses, nutrition assessment (快速回應，營養評估) 167
- Rations (配給) 191. 197
- recipient governments (接待國政府) . 參見 host governments (地主國政府)
- recycling, waste (回收，廢棄物) 125. 261
- refugees (難民)
 - treaties (條約) 365
- registration processes, food assistance (登記流程，糧食援助) 197
- rehabilitation, patients (復健，病人) 320
- religion (宗教)
 - humanitarian response (人道援助回應行動) 368
 - palliative care (緩和照護) 327
- reproductive health (生殖健康) . 參見 sexual and reproductive health (性與生殖健康) .
- resources (資源) . 參見 natural resources (自然資源)
 - excreta as (排泄物) 117
 - management (管理) 75
- respiratory infections (呼吸道感染) 304
- response analysis (回應分析) 17
- restricted weapons (限制武器) 363
- return, displaced people (返家，流離失所者) 242
- reuse (再利用)
 - solid waste (固體廢棄物) 125
 - waste (廢棄物) 261
- rights (權利)
 - claiming (主張) 38
 - complicity in violation (違反的同謀) 34
 - patients (病人) 289
 - safeguarding (維護) 33
- right to adequate food (適足糧食權) 160
- right to adequate shelter (適足住居權)
 - general (簡介) 240
 - links to Core Humanitarian Standard (與人道主義核心標準相連結) 240
 - links to international law (與國際法相連結) 238
 - links to other rights (與其他權利相連結) 238

- links to Protection Principle (與保護原則連結) 240
- right to be free from hunger (免於飢餓的權利) 160
- right to life with dignity (過有尊嚴生活的權利) 25
- right to protection and security (獲得保護和安全的權利) 25
- right to receive humanitarian assistance (獲得人道援助的權利) 25, 26
- right to seek asylum or sanctuary (尋求庇護或避難的權利) 26
- right to timely and appropriate healthcare (取得及時且適當醫療照護權)
 - links to Core Humanitarian Standard (與人道主義核心標準相連結) 286
 - links to international law (與國際法相連結) 285
 - links to Protection Principles (與保護原則相連結) 286
- right to water and sanitation (取得供水和衛生設施的權利) 94
 - international law (國際法) 96
 - linked to other rights (與其他權利相連結) 96
 - links to Core Humanitarian Standard (與人道主義核心標準相連結) 96
 - links to Protection Principles (與保護原則相連結) 96
 - reference/further reading (參考資料/延伸閱讀) 146
- risk assessments, disease prevention (風險評估, 疾病預防) 300
- risks (風險)
 - security (安全) 203
 - undernutrition (營養不良) 211
 - vector control (病媒控制) 120
 - WASH (供水、環境衛生與個人衛生宣導) 96
- rural areas (農村地區) 262

S

- Safeguarding (維護)
 - dignity (尊嚴) 33
 - personal information (個人資訊) 59, 60
 - rights (權利) 33
- safety (安全). 參見 safeguarding (維護)
 - distributions (發放) 102, 197
 - fire (消防) 246
 - healthcare facilities (醫療照護設施) 291
 - healthcare workers (醫護人員) 298
 - household items (家庭用品) 253
 - humanitarian assistance (人道援助) 34
 - living spaces (居住空間) 249
 - public buildings (公共建築) 256
- settlements (安置) 236, 247
 - toilets (廁所) 116
 - trauma care (創傷照護) 320
 - vaccines (疫苗) 309
 - water chain (供水鏈) 110
 - work (工作) 206
- safety-net measures, livelihoods (安全網措施, 生計) 205

- schools, WASH (學校, 供水、環境衛生與個人衛生宣導) 105
- security, right (安全, 權利) 26
- seeds (種子) 203, 209
- selection, essential medicines (挑選, 必備藥物) 295
- separated children (失散的兒童) 312
- settlement scenarios (安置情境)
 - characteristics (特徵) 268
 - descriptions (敘述) 266
 - post-crisis (危機後) 237
- settlements/shelter (安置/收容)
 - access (進出管道) 246
 - assistance options (援助選項)
 - checklist (檢核表) 269
 - crime reduction (降低犯罪) 247
 - decommissioning and handover (退役和移交) 247
 - energy supply (能源供應) 253
 - environment (環境) 260
 - essential services and facilities (必要服務和設施) 245
 - fire safety (消防安全) 246
 - household items (家庭用品) 251
 - implementation options (執行選項) 242, 272
 - key concepts (關鍵概念) 236
 - livelihoods (生計) 243, 247, 264
 - living space (居住空間) 248
 - operation and maintenance (運作和維護) 247
 - planning (規劃) 241, 244
- safety (安全) 236, 247
- site planning (選址規劃) 245
- site selection (選址) 121, 261
- surface areas (表面積) 246
 - technical assistance (技術救助) 254
 - tenure (租住權) 257
 - thermal comfort (熱舒適性) 253
 - urban areas (城市地區) 237
- sexual and reproductive health (性與生殖健康)
 - general (簡介) 312
 - HIV (愛滋病毒) 316
- sexual violence (性暴力) 314
- sexual exploitation and abuse (SEA) (性剝削和性侵害)
 - by staff members (員工所為) 60
 - complaint mechanisms (申訴機制) 65, 66
 - sexual violence (性暴力) 314
- shelter (收容). 參見 settlements/shelter (安置/收容)
- site (地點)
 - planning (規劃) 245
 - selection (選址) 121, 261

- social reintegration, patients (重新融入社會, 病人) 320
- solid waste management (固體廢棄物管理)
 - checklist (檢核表) 139
 - community level (社區層級) 127
 - household and personal actions (家庭和個人行動) 127
 - overview (概述) 126
 - reference/further reading (參考資料/延伸閱讀) 149
- Sphere (環球計畫) 4, 359
- Sphere Handbook (環球手冊)
 - Chapters (憲章) 5
 - general 一般 4
 - staff members (員工)
 - behaviour and codes of conduct (行為和行為守則) 66
 - competencies (能力) 72, 73
 - conflicts of interest (利益衝突) 77
 - exploitation and abuse by (遭到剝削和虐待) 60
 - policies (政策) 72, 77, 73
- sexual exploitation and abuse by (遭到性剝削和性侵害) 60
- skills development (技能發展) 73
- support for (支持) 71
 - volunteers (志工) 73
 - well-being (福祉) 72, 74
- stakeholders (利害關係人). 參見 host governments (地主國政府); 參見 humanitarian organisations (人道援助組織)
- Standards (標準). 參見 Minimum Standards (最低標準)
 - links with other standards (與其他標準相連結) 7
- structure (結構) 6
- storage (儲存)
 - essential medicines (必備藥物) 295
 - food (糧食) 200, 204
 - water (儲水) 101, 108, 111
- strategies (策略). 參見 exit strategies (退場策略); 參見 transition strategies (過渡策略); 參見 coping strategies (因應策略)
 - development (發展) 8
- supplementary feeding programmes (補充性餵食計畫) 174
- supplementation, micronutrients (補充, 微量營養素) 178
- supplies (供應)
 - incontinence (失禁) 103
 - menstrual hygiene (經期個人衛生) 103
- supply chain management (供應鏈管理) 19, 22
- support (支持). 參見 community support (社區支持)
 - infant and young child feeding (嬰幼兒餵食) 183
 - legal (法律) 32
 - local actors (在地行動者) 14
 - national actors (國家行動者) 14
 - palliative care (緩和照護) 328

psychosocial (社會心理的) 13, 177
staff members (員工) 71
surgical care (外科照護) 320

T

targeting, food assistance (針對性, 糧食援助) 196
TB (tuberculosis) (結核病) 305
Tenure (租住權)
 definition (定義) 258
 security (安全) 257
thermal comfort (熱舒適性) 253
timeliness (及時性) 55
toilets (廁所)
 access (取得) 115
 communal (公共) 117
 household (家用) 117
 promotion (宣導) 100
 quantities (數量) 142
 use of word (名詞使用) 113
torture (酷刑) 361
transition strategies (過渡策略)
 food security (糧食安全) 188
 general (簡介) 59
transparency (透明度) 77
traumas (創傷) . 參見 injuries (外傷)
treatment (治療)
 malaria (瘧疾) 122
 malnutrition (營養不良) 171
 micronutrient deficiencies (微量營養素不足) 179
 water (淨水) 148
treatment needs, complex (治療需求, 複雜) 326
treatment protocol (治療療程) 306
triage (檢傷分類) 320
tuberculosis (TB) (結核病) 305

U

Undernutrition (營養不良) . 參見 malnutrition (營養不良)
 Causes (成因) 160
 interpreting levels of (解釋層次) 170
 risks (風險) 181
 vulnerable groups (弱勢族群) 162
Universal Health Coverage 2030 (2030 年全民健康覆蓋) 305
urban areas (城市地區)
 challenges (挑戰) 14, 162
 health responses (醫療回應行動) 292

- natural resources (自然資源) 262
- settlement and shelter (安置與收容) 241
- solid waste management (固體廢棄物管理) 125
- WASH (供水、環境衛生與個人衛生宣導) 74

V

- vaccination (預防接種)
 - campaigns (活動) 300, 308
 - children (兒童) 308, 309
- infants and young children (嬰幼兒) 308, 309
- vector control (病媒防治)
 - biological and non-chemical control (生物和非化學控制法) 122
 - checklist (檢核表) 139
 - environmental engineering measures (環境工程措施) 122
 - general (簡介) 120
 - household and personal level (家庭和個人層級) 123
 - living space (居住空間) 248
 - Malaria treatment (瘧疾治療) 122
 - national and international protocols (國家和國際協定) 122
 - reference/further reading (參考資料/延伸閱讀) 151
 - settlement level (安置層級) 120
- ventilation (通風) 250
- violations, monitoring (違反, 監督) 36
- viral haemorrhagic fever (病毒性出血熱) 305
- volunteers (志工) 71
- vulnerabilities (脆弱性) 9, 55 387
- vulnerable groups (弱勢群體)
 - references/further reading (參考資料/延伸閱讀) 9
 - undernutrition (營養不良) 162

W

- WASH (供水、環境衛生與個人衛生宣導) . 參見 Water Supply, Sanitation and Hygiene Promotion (WASH)
- washing facilities (沐浴設施) 109
- waste (廢棄物) . 參見 excreta management (排洩物管理) ; 參見 market waste (市場廢棄物) ; 參見 solid waste management, abattoir (固體廢棄物管理, 屠宰場)
 - abattoir (市場廢棄物) 128
 - recycling (回收) 261
 - reuse (再利用) 261
- waste handlers (廢棄物處理者) 125
- water (水)
 - access (取得) 106
 - bottled/treated (瓶裝/淨水) 109
 - chlorine solutions (含氯溶液) 133
 - containers (容器) 102, 108
 - contamination (污染) 111

- disinfection (消毒) 111
- faecal material (排泄物) 113
- infections (感染) 143
- measurement (測量) 108
- palatability (適口性) 111
- post-delivery contamination (發放後污染) 111
- protected source (受保護的水源) 111
- quality (品質) 109, 133, 154
- quantities 數量) 107, 133, 142
- round-trip and queuing time (往返和等候時間) 108
- source selection (水源的選擇) 107
- storage (貯水) 102, 108, 111
- supply (供水) 137
- systems and infrastructure (系統和基礎設施) 109
- treatment (淨水) 154
- Water Supply, Sanitation and Hygiene Promotion (WASH) (供水、環境個人與個人衛生宣導)
 - approaches (策略方法) 95
 - cash-based assistance (現金援助) 151
 - checklist (檢核表) 136
 - essential concepts (基本概念) 94
 - excreta control (排泄物控制) 113
 - health care (醫療照護) 129
 - hygiene promotion (個人衛生宣導) 98
 - impact on health (對健康的影響) 146
 - nutrition (營養) 151
 - programming (計畫設計) 146
 - protection (保護) 147
 - risks (風險) 49
 - solid waste management (固體廢棄物管理) 125
 - vector control (病媒控制) 120
- water supply (供水) 106
- wholegrain cereals (全穀物) 195
- women, pregnant and breastfeeding (婦女，懷孕和哺乳期) 184
- wound management (傷口管理) 321

Y

- yellow fever (黃熱病) 307
- young children (幼兒) . 參見 infants and young children (嬰幼兒)
- youths, construction activities (青年，營建活動) 25

國家圖書館出版品預行編目資料

環球手冊：人道主義憲章與人道援助回應最低標準/台灣海外援助發展聯盟 主譯;程敏淑、劉體中 譯.-- 初版.-- 臺北市：松慧有限公司, 2022.10
面；公分
譯自：The Sphere Handbook : Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, 4th ed.
ISBN 978-986-7599-98-8 (平裝)
1.CST: 社會工作 2.CST: 人道主義 3.CST: 手冊 4. CST : 緊急援助
547.026 111000767

環球手冊：人道主義憲章與人道援助回應最低標準

The Sphere Handbook : Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response (Fourth Edition)

主 編：台灣海外援助發展聯盟
譯 者：程敏淑、劉體中
執行編輯：白宜君、李晏榛
校 對：林德昌
出 版 者：松慧有限公司
地 址：105 台北市新中街7-1號
服 務 專 線：02-24300648
網 址：www.songhui.com.tw
電 子 信 箱：songhui.pub@msa.hinet.net
初 版：2022年10月
I S B N - 13：978-986-7599-98-8

本書由財團法人賑災基金會贊助出版

◎ 版權所有・侵權必究

本書如有缺頁、破損、或裝訂錯誤，請寄回更換。