

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 25 年 5 月 29 日現在

機関番号：14101

研究種目：研究活動スタート支援

研究期間：2011 年度～2012 年度

課題番号：23810012

研究課題名（和文） 過疎・高齢化災害被災地の医療・福祉保障制度のあり方に関する研究

研究課題名（英文） The research on social security system in distressed areas with problems of depopulation and an extremely elderly population

研究代表者

井口 克郎（INOKUCHI KATSURO）

三重大学・人文学部・研究員

研究者番号：10572480

研究成果の概要（和文）：200 字程度

東日本大震災をはじめ、近年、過疎・高齢化地域における甚大な災害が頻発する中、継続的に被災者の医療・福祉（ケア）などの生活保障を行い、住み続けられる地域を創ることが課題である。本研究は、災害被災地の人々の生活問題の現状を把握し、とくに東日本大震災被災地では津波による高台移転や、原発事故により、地域コミュニティが脆弱化し、「自助」「共助」の限界に至る所に表れていることを明らかにした。その上で、被災者の生活の復興のため、国家による社会保障制度の役割の重要性や、拡充の必要性について考察した。

研究成果の概要（英文）：

This research has grasped the present condition of livelihood problems (medical, welfare, employment, income and residence) of people in distressed area, including the Tohoku Earthquake. It was shown clearly that the power of mutual aid in each community has become weak. Lastly, this study presents the importance of social security system by the state for reconstruction of disaster victims' livelihood.

交付決定額

（金額単位：円）

| | 直接経費 | 間接経費 | 合計 |
|---------|-----------|---------|-----------|
| 2011 年度 | 1,200,000 | 360,000 | 1,560,000 |
| 2012 年度 | 400,000 | 120,000 | 520,000 |
| 総計 | 1,600,000 | 480,000 | 2,080,000 |

研究分野：社会科学

科研費の分科・細目：社会システム工学・安全システム

キーワード：震災・災害、過疎・高齢化、医療・福祉保障制度、住民参加、人権保障

1. 研究開始当初の背景

2011 年 3 月 11 日に発生した東北地方・太平洋沖地震は、東北地方をはじめとする日本全体に直接的・間接的に甚大な被害をもたらしている。そのような状況下で、災害被災者の生活を社会制度によってどのように復興するかが緊急の課題となっている。

特に、同地震による東日本大震災は、東北地方を中心に大きな被害をもたらしている。東北地方は、産業基盤が脆弱で、高齢化の進んだ過疎地域が多い。そのような地域で、巨

大な災害が起きたことを考えると、高齢者がいかにして地域に住み続けることを保障するかが大きな課題である。人間の高齢期の生活を支えるシステムとしては、特に医療・福祉制度及び資源の問題を抜きに論じることはできない。そこで、本研究は特に医療・福祉制度及び体制に焦点を当て、現在被災者が抱える問題および生活の復興への課題を明らかにする必要性に迫られた。

2. 研究の目的

東日本大震災のみならず、近年、過疎・高齢化地域における甚大な災害が頻発している。日本の各地で過疎・高齢化が常態化する中、地震発生後から継続的・長期的に被災者の医療・福祉（ケア）をはじめとする生活保障を行い、住み続けられる地域を創っていくことが緊急の課題である。本研究の目的は、第1に災害被災地における被災者の「生活」（特に医療・福祉）に焦点を当て、どのような問題が生じているか現状把握を行うことである。第2に、そこから過疎・高齢化災害被災地のケアの受け手と、ケアのない手双方の権利保障を双方実現しうる、医療・福祉保障制度を構築するための課題を提起する。

3. 研究の方法

研究の方法は、以下の3つの柱からなる。第1は、現在及び過去の災害被災地における住民、医療・福祉専門職、行政、復興に取り組む諸団体へのヒアリング調査や、災害現場の現地視察調査による被災状況及び復興状況の把握である。以上から被災者が現在、どのような医療や福祉をはじめとする生活問題やニーズを抱えているか、そしてそのような問題を克服するための体制がどのように構築されているかを考察した。

第2は、災害被災者の医療・福祉（ケア）に関する政策分析及び文献研究である。災害、医療・福祉など被災者生活保障に係る制度・政策動向を分析・整理した。

第3に、日本の被災者支援のための政策的対応を客観的に評価するべく、本研究では海外の大災害被災国の経験や特色ある防災および医療体制の調査を行った。具体的には、ハリケーン対策や国民の平等な医療へのアクセスを保障したプライマリ・ヘルス・ケアという医療体制で世界的に高い評価を得ているキューバ共和国と、スマトラ島沖地震で甚大な津波被害を受け、高台移転などの問題を経験しているインドネシア共和国である。それらを比較することにより、日本の被災地及び復興施策の状況を客観的に把握し、人々の「生活の復興」に向けた課題を分析した。

4. 研究成果

(1) 災害被災地の状況：東日本大震災被災者の医療・福祉ケアの現状と課題

東日本大震災をはじめとする過疎・高齢化災害被災地の復興が課題となっているが、「復興」とは、人々が住み慣れた地域に住み続けられることであり、そのためのシステムを構築していくことにほかならない。その視点に立った時、医療・福祉の問題はとりわけ

過疎・高齢化被災地にとって重要な問題である。すべての人々が十分な質と量のサービスを受けることができなければ、地域にとどまることはできない。医療・福祉制度の弱体化は、過疎・高齢化地域の衰退に直結する。

本研究では、主に東日本大震災が発生後1～2年目の被災地の状況や被災者の医療・福祉をはじめとする生活問題、被災者の生活問題に対応できていない現在の日本の社会保障制度の問題点を解明することに取り組んだ。被災地を訪れ、被災者や医療・福祉専門職、行政、支援団体などから被災の状況や復興への課題についてヒアリングを行った（岩手県陸前高田市、南三陸町、宮城県仙台市、石巻市、福島県いわき市、南相馬市、飯館村、福島市など）。紙数の関係上、その中でも今回の震災の典型を表していると思われる陸前高田市といわき市の2市の事例を取り上げながら、被災地の状況をはじめに考察する。

①岩手県陸前高田市

陸前高田市は、東北地方太平洋沖地震により地震と津波によって大きな被害を受けた。人口2万4000人中、死者や行方不明者数などは、2100名に上る。津波によって、中心市街地も大きな被害を受け、市庁舎をはじめ、県立高田病院などの医療機関、商店街などが大きく被災した。

現在、市庁舎や県立高田病院は市内の高台の上に仮設のものが建設され、そこで業務が行われている。また、仮設住宅も建設され、住居を失った住民はそこで生活している。

陸前高田市の復興に向けた大きな論点は、津波を受けた元の場所にまちを再建するか、高台移転をするかということである。陸前高田市の復興計画は、沿岸部に12.5メートルの防潮堤を建設し、沿岸部に近い旧市街地をメモリアル公園や産業用地とし、嵩上げた土地や高台に住居を建設するものである。

陸前高田市の主要産業の一つは漁業・水産業であるが、それらに従事する住民は、自宅から海が見える土地でなければ仕事ができない。また、高台に住居を移転しても、近くに医療機関や買い物店舗等がなければ生活は営めない。市役所をどこに再建するかによって、県立高田病院などの医療機関や公共機関の再建計画にも影響する。具体的にどのようなまちづくりを行い、人々が地域に住み続けられる環境を整備していくかについて、まだまだ議論すべき点や課題は多い。

陸前高田市の生活の復興に向けて課題は多いが、今後の津波に備える防災のまちづくりの過程で、住民がすぐに元の居住地に戻れないという問題をどうするかが課題である。

②福島県いわき市

第2は、福島県いわき市である。いわき市

は、福島第1、第2原発の近隣の浪江、双葉、大熊、富岡、楢葉、広野町のなどの南に位置する市である。人口は、約33万人、東日本大震災による地震や津波では、市内で441名の方が亡くなった（2013年2月11日現在）。

いわき市は、2011年3月の東北地方太平洋沖地震の際は、地震及び津波で大きな被害を受けた。特に、小名浜、豊間、薄磯、久之浜地区など沿岸部は、地震による津波によって、住宅などが流され甚大な被害が生じた。市の中心部は海からは離れているものの、地震による被害を受けた。同市では、沿岸部の地区で、津波による被害、および福島第1原発事故による放射能汚染の問題が深刻である

たとえば豊間、薄磯地区はいわき市沿岸中部に位置する。沿岸部でも、特に津波による被害が大きかった。これらの地区では、住民が域外にばらばらに避難し、地域の自治会が脆弱になっている。薄磯地区は地震・津波による被害により、300戸中20戸しか住居が残らなかった。住民650名中、120名が亡くなった。地震・津波後、いわきのグローバル・ミッションという団体の支援もあり、地区の丘の上に、集落を集団移転させる議論や計画が進められているという。また、市沿岸北部に位置する久之浜、大久地区は、地震や津波と同時に、火災にも見舞われた。いわき市の中でも福島第1原発に近いことから、放射能の汚染や、除染が深刻な課題となっている。福島第1原発の事故当時も、住民は高線量に曝されたが、行政からの確かな避難に関する情報はなく、住民は被曝の健康への影響の不安を感じている。現在も地域住民の多くが域外に離散し、自治会など地域コミュニティの存続に課題が多い。そこで、地元有志からなる「北いわき再生発展プロジェクトチーム」の住民たちが地域の復興に取り組んでいる。

東日本大震災における災害は、地震や津波などの自然現象によるものと、原発推進政策や原発事故等に起因する人為的なものが絡み合っている。そのことが、地域住民の避難生活や生活の復興への道程をより複雑にしている。いわき市の場合、被災者や避難者と言った場合、さしあたり、二通りのケースを考えなければならない。

・いわき市民の被災者

第1に、元々いわき市に居住する人々の避難生活についてである。市内で津波の被害を受けた地区では、元の地区に戻れるのか、戻れないのかの葛藤が続いている。また、放射線量が高い地区でも同様の葛藤があり、除染が課題である。市内で地震・津波等で家を失った人達は、一般的なプレハブや木造などの

いわゆる応急仮設住宅ではなく、専ら借り上げアパート（みなし仮設）に入居している。

借り上げアパートにおける避難生活の問題点は以下である。この一般の賃貸住宅に入居し避難する方法の場合、元住んでいた地域で近所同士であった人々が、色々などところに移転していくことになる。よって、元々の自治会・町内会などの住民組織や人間関係（コミュニティ）が解体してしまう。ときに、どの住民がどこに避難したかが把握できず、また、避難先では、被災者は孤立しがちな状況となる。特に高齢者や障害のある人の場合、孤立、必要なケアが受けられないといった問題が生じている。

・原発近隣自治体から避難してきた被災者

第2は、福島第1原発事故による放射能汚染で立ち入りや居住が難しくなっている、原発周辺の自治体からの避難者である。いわき市には複数の原発近隣自治体住民や役場機能が避難してきている。市内に建設されている仮設住宅のほとんどは、いわき市民向けではなく、これら他の原発周辺自治体から避難してきた人が入居している。自治体によって状況は異なるが、原発事故によって元の地域に戻るめどが立たない自治体は、避難生活の長期化が懸念され、継続的な住民の生活支援をどのように行っていくかが課題である。

・いくつかの課題

いわき市における、被災者・避難者の問題は、以上のようにいわき市民の問題と、原発周辺自治体から避難してきた人々の問題を両方考えなければならない。さしあたり課題として挙げられるのは以下である。

第1に、元の住んでいた地域に戻る事ができるのかという問題である。これは、津波の被害を受けた地区では、今後再び起こるかもしれない津波災害の懸念から、放射能に汚染された地区では、除染ができるのかという理由から生じる。両方をいっぺんに抱えている地区もある。この問題は、いわき市の一部と原発近隣自治体に共通の課題である。

第2に、地域コミュニティの解体の危機と、地域から離散した住民の生活支援である。これはいわき市内の被災者により顕著である。先述のようにいわき市住民で被災した人々は、応急仮設住宅として建設された集合住宅にまとまって入居するのではなく、市内の民間賃貸住宅にそれぞれ入居する。その避難の過程で、元々の地区の人間関係や自治会のつながりが疎遠になる傾向にある。離散及び孤立した住民の生活をどのように支援するが課題である。特に、高齢者や障害のある人、貧困家庭などの支援が必要である。

第3に、原発近隣自治体の地域毎の帰還に向けたモチベーションの違いや、仮設住宅間の住民の雰囲気や温度差である。いわき市の仮設住宅は、おおよそ自治体毎に避難者がまとまって入居しているが、自治体ごとに仮設の雰囲気はやや異なる。たとえば、元住んでいた地区に戻れる可能性のある地区（たとえば広野町）の仮設住宅は、仮設内で住民の一定のまとまりが見られる。しかし、戻れるかどうかわからない地区（たとえば大熊町など）の仮設は、戻ることを希望する住民と半ばあきらめ気味の住民とで温度差があり、住民が孤立し・引きこもりがち傾向にある。

このような仮設住宅の雰囲気は、支援に入ろうとする支援団体や専門職の振舞いに少なからぬ影響を与える。住民がまとまっている仮設の方が、一般にNPOなどの支援団体が入りやすく活動を行いやすい。しかし、住民がまとまっていない仮設は、自分たちの抱えている問題を外に向けて発信することも難しく、ボランティアな支援団体が入っていきこうにも切っ掛けが作りにくい。よって、最も生活困難を抱え孤立している人々に、支援が行きにくい状況が発生しうる。そのような住民の生活問題が顕在化しにくいところにこそ、公的責任による継続的な見守り体制や支援体制の構築が不可欠であると考えられる。

(2) 被災者生活保障にかかる政策動向：災害・復興関連政策と雇用・労働および医療・福祉政策の動向

以上のように、災害被災地では住民をはじめ、市町村など自治体役場も被災した。住民および多くの役場職員が亡くなっている。被災者は必要な支援が十分に受けられず疲弊した状態が続いている。このような状況の下で、被災者の生活保障に関する政策動向はどのようなになっているか。地域住民の生命や生活を災害から護り、復興を果たすための法・制度・政策の領域としてさしあたり取り上げるべき領域が2つある。それは、災害関連法・制度の領域と、雇用・労働や社会保障（医療・福祉）に関する法・制度の領域である。日本では、現段階ではこれらの領域は分立し相互を包括的に捉える視点は希薄である。

第1に、戦後日本の災害関連法・制度の特徴と動向である。日本では災害救助法（1947年）、災害対策基本法（1961年）、被災者生活再建支援法（1998年）など、大災害が起こる毎に災害関連法が制定されてきた。見ると、特に災害対策基本法のように、防災計画や基本的な方針を国や県が主に定め、具体的な実務や制度の運用、実動を主に末端の市町村が担う形をとっている。

第2に、雇用・労働及び社会保障（医療・福祉）分野である。1980年代に端を発する新自由主義のもと、同分野では財政抑制の思惑から国や自治体の役割・責任の範囲の縮小が追及されてきた（公立病院の統廃合や、営利事業者の福祉分野への参入促進等）。特に90年代中葉以降の「構造改革」政策路線の下、それはより顕著になっている。小さな政府や「新しい公共」論がそれを象徴している。公的責任による社会保障制度（基本的人権）にアクセスする前に、住民や近隣による自助・共助を国は住民に求めている。

以上のような政策方針は、東日本大震災の被災者の生活復興においても貫かれている。東日本大震災復興対策本部の「東日本大震災からの復興の基本方針」（2011年）においても、復興に向けては「民間の力」や「新しい公共」が強調され、NPOやボランティア、地域コミュニティなどの活動促進が掲げられている。その中で、国の役割は一定の資金的支援と既存制度の弊害除去を建前とした規制緩和が主である。被災者の生活を保障するための既存社会保障制度の拡充や、新制度の構築といった国や自治体の規模及び役割の拡大につながる事項は、挙げられていない。

(3) 海外被災地の経験：防災、復興の取り組みと医療・福祉制度

次に、日本の被災地の状況や、防災及び復興政策の動向を客観的に評価するために、海外被災地の取り組みをいくつか論じる。

① キューバ共和国における防災・医療体制：防災としての社会保障制度

東日本大震災から1年を迎えた2012年3月、キューバ共和国で防災及び医療体制に関する調査を行った。キューバ共和国は、世界中から防災体制、および医療体制（プライマリ・ヘルス・ケア）の面で注目を浴びている。これまでキューバの防災と医療体制の調査は、それぞれ別々に行われてきた。本調査では、両者を包括的にとらえて考察した。

・キューバの防災体制

キューバでは、ハリケーンなどの自然災害によって命を落とすことは稀であると言われている。キューバの優れた災害対応は、以下の4点から成り立っていると考えられる。

第1に防災教育である。小学校の段階から地域にどのような自然災害のリスクがあり、どのように対処するかを学校で日頃から教育している。大学においても災害に関する科目を履修することが必須となっている。第2にキューバ特有の災害概念である。キューバの災害（disaster）の概念は、自然災害のみならず、人間の病気や感染症、家畜の伝染病、

人間の技術的災害や戦争などを含む幅広いものである。それらからいかにして国家や人々の生命を守るかを重要視している。第3に防災に関する法制度・体制の整備である。disasterを防ぐために、政府が対応をしなければならないことが法律で定められている。第4に防災から復旧に向けた対策・対応のサイクルの構築と周知である。以上が有機的に機能して、災害で人命を極力失わない仕組みが成り立っていると考えられる。

・キューバの医療体制

キューバの医療体制は、プライマリ・ヘルス・ケアの先進事例として注目されている。特徴は、医療費の無料制度にとどまらず、ホームドクターが住民の身近な存在として配置され、病気の予防や早期の段階での治療に非常に力を入れていることである。普段から住民の病気の予防やヘルスプロモーション及び治療にあたるホームドクター、ホームドクターを束ねてそれらを一定の高度医療器材等を備えて支援する診療所（ポリクリニコ）が地区に配置され、その上に州・市レベルで病院、さらにその上に国の研究所が置かれている。物資面で貧しいキューバは、住民の病気を早期に発見し、軽症のうちに治療することによって、少ない医療資源で住民の生命と健康を守ることを試みている。

・ハリケーン時の対応

防災や医療体制が機能する上で欠かせないのが、末端での市民の役割である。キューバでは法律により、各省庁、州、市、工場・職場、居住地区（バリオ）ごとに、革命防衛委員会（CDR）という組織を設置することが定められている。日本で言えば、自治会のような組織である。CDRが、普段からの様々な活動や非常時の対応で活躍する。ハリケーン時には、CDRが防災から復旧に向けた対策・対応のサイクルのそれぞれの段階に応じて、避難者の支援などを行う。

また、ハリケーン時には地区のポリクリニコに災害対策本部が設置され、避難所にはポリクリニコの医師やホームドクターが高齢者やケアの必要な人の応援に駆けつける。地域住民のカルテは、ホームドクター、ポリクリニコで共有されているので、住民は避難した先でも円滑にケアを受けることができる。

キューバの事例から得られる重要な示唆は、普段からの医療システム（社会保障制度）の充実（医療の近接性など）と住民の草の根の取り組み（参加）が、災害などの非常時に効果を発揮するということである。

②インドネシア共和国：2004年スマトラ島沖地震による津波被害と高台移転の経験

もう一つ、日本の被災者の生活復興に向けて興味深い示唆を与えているのが、2004年のスマトラ島沖地震で津波に被災したインドネシア共和国のアチェ州である。2013年3月、現地において住民や行政、医療関係者らにヒアリング調査を行った。インドネシアにおける復興過程で特筆すべきは以下である。

・高台移転と住民の生活

バンダアチェでは、被災者の中に、元の地区に戻らず高台移転を行っている例が存在する。移転先の高台には政府やNGOなどの支援で公営住宅が建設されている。しかし、被災者の人々の生業は主に漁業や農業であり、移転先は仕事に不便である。また、公営住宅は建設されたものの、その周りには医療施設などが無い。故に、高台の公営住宅に転居した後、生活ができず、元の地区に戻って生活する人々が一定の割合存在する。

西アチェ県のムラボー地区では、高台移転にあたり、行政が住民向けのフォーラムを開催し、津波で被災した地区の今後のリスクなどを住民に丁寧に説明し、高台移転をどうかを議論した。ムラボーでは、地区によって移転した地区もあれば、移転していない人々がいる地区もある。

居住の場を高台に移し津波のリスクを回避するだけでは、人々が住み生活し続けられるまちを創ることはできない。仕事や医療・福祉施設、教育機関、その他の公共機関などをセットで考える必要がある。画一的な居住禁止区域の設定や、住民の意向を十分に反映しない移転の進め方は避けるべきであろう。

・災害を契機とした医療制度の拡充

インドネシアでは従来、医療について国民皆保険を実現していない。2010年以前は、公務員を対象とするASKES（保険方式）、労働者を対象とするJAMSOSTEK（保険方式）、貧困層を対象とするJAMKESMAS（税方式）が主な医療制度であった。しかし、自営業や零細企業等の人々がこれらの制度から漏れてしまう問題があった。特に震災や津波からの復興を目指す被災地でその問題は深刻である。そこで、アチェ州では州独自のJKAという制度を2010年から開始し、それによって保険適用から排除されていた人々を制度の対象にする政策を進めた。最近では、この災害を契機に生まれたアチェ州独自の制度を、他の州も真似て医療制度の拡充を図っている。

(4) まとめと今後の課題

本研究が行った数々の被災者や支援団体、行政、医療・福祉専門職等への聴き取りから明らかになったのは、被災者による自助・共助が限界に達し、末端市町村も過大な業務負担によって疲弊している実態である。これを乗り越えるためには、県、そして何よりも国が現場のニーズを満たすために財政的、制度的、人力的支援を行うことが不可欠である。

たとえば、生活保護制度等を積極的に活用することにより、国の責任で被災者の生活保障を行うことが課題である。また、医療や福祉制度についても、キューバやインドネシアの制度に見るように、無償化など、災害を契機にすべての人がより障害なくアクセスできる制度に改善していく必要がある。医療・福祉の十分な保障をしようとする制度設計及び財政支援を国が行うことが不可欠である。

そこで実現を追求すべきは、健康権である。健康権 (right to health) は、「到達可能な最高水準の健康を享受する権利」であり、国連の世界人権宣言 (1948 年採択) や、WHO 憲章 (1948 年発効)、日本国憲法第 25 条などで認められ、国際人権規約 (1976 年発効、日本 79 年批准) 第 1 規約 (経済的、社会的及び文化的権利規約) 第 12 条で独立した人権としての地位を占めている。健康権は、人々が健康に関する潜在能力を発揮できる条件を国家に要求するものである。

健康権を実現する仕組みとしては、キューバが実践しているようなプライマリ・ヘルス・ケア体制の構築が有用であると考えられる。世界保健機関 (WHO) は、アルマ・アタ会議 (1978 年) でプライマリ・ヘルス・ケアを提起した。この概念は、健康を基本的人権として位置づける WHO の世界保健憲章や国際人権規約の思想を受け継いだ上で、具体的に保健・医療の水準の内容を定めるとともに住民参加を定式化した。プライマリ・ヘルス・ケアは、日本では医療・家庭医の住民への近接性や総合性、全人的ケア、予防のアプローチとして注目されているが同時に重視すべきは、医療制度・体制を民主的にコントロールするための医療・福祉 (ケア) への住民参加 (政策参加) の視点である。

以上を念頭に置くと、今後被災地住民の健康権保障を行うには以下の取り組みが課題である。第 1 に、住民の生活実態調査 (質的調査、量的調査) によって生活問題をより科学的、構造的に明らかにすることである。第 2 に、それを基に地域住民、医療・福祉専門職、行政等の中で問題共有を行い、当事者である住民が社会保障、医療・福祉政策策定過程に参加できる場を構築することである。それらによって、公的責任による社会保障制度を拡充していく必要がある。

なお、筆者の所属する三重大学人文学部「医療過疎地域における多角的評価によるアラートシステムの構築」プロジェクトは、これから南海トラフ地震で大きな被害が予想される三重県において、上記のような視点を持って調査及びプライマリ・ヘルス・ケア

体制構築に向けた取り組みを行った (詳細は三重大学人文学部『「医療過疎地域における多角的評価によるアラートシステムの構築」プロジェクト成果報告書』(2013 年) 参照)。このようなモデルを今後、被災地やその他全国の過疎・高齢化の問題を抱える地域へと広げていくことが求められる。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計 4 件)

- ① 井口克郎、「防災としての社会保障制度：キューバ共和国における防災・医療体制調査から」『日本科学者会議第 19 回総合学術研究集会予稿集』日本科学者会議、2012 年、252～253 ページ (査読なし)
- ② 井口克郎、「東日本大震災からの復興への視座—権利としての復興を—」『月刊ゆたかなくらし』No. 357、本の泉社、2012 年、36～39 ページ (査読なし)
- ③ 井口克郎、「震災による集団移転・高台移転と住み続ける権利—中国四川大地震被災地の経験から」『月刊ゆたかなくらし』No. 355、本の泉社、2011 年、42～45 ページ (査読なし)
- ④ 井口克郎、「石川県能登半島地震から考える人間の生活の復興」『月刊ゆたかなくらし』No. 354、本の泉社、2011 年、42～45 ページ (査読なし)

[学会発表] (計 3 件)

- ① 井口克郎、「防災としての社会保障制度：キューバ共和国における防災・医療体制調査から」日本科学者会議第 19 回総合学術研究集会 (大震災に学ぶこれからの防災の課題分科会) (岡山大学)、2012 年 9 月 16 日
- ② 井口克郎、「防災としての社会保障：キューバ共和国における防災・医療調査から」日本科学者会議三重支部 (三重短期大学)、2012 年 4 月 21 日
- ③ 井口克郎、「能登・東北の復興に向けて：生活の復興と住民の政策参加」、金沢大学主催/CODE 海外災害支援市民センター共催「3. 25 能登被災地交流集会：住み続ける権利を考える」(能登空港)、2012 年 3 月 25 日

6. 研究組織

(1) 研究代表者

井口 克郎 (INOKUCHI KATSURO)
三重大学・人文学部・研究員
研究者番号：10572480

(2) 研究分担者

なし。

(3) 連携研究者

なし。