



大阪+知的障害+地域+おもろい=創造

知の知の知の知

社会福祉法人大阪手をつなぐ育成会 社会政策研究所情報誌通算 3516号 2017.2.16 発行

福祉相談と心理的ケア…生活困窮、心の問題と連動 京都大などが共同研究

読売新聞 2017年2月15日

失業、貧困、引きこもりなどで、福祉の相談窓口を訪れる人の中には、心理面のケアが必要な人が少なくない——。そんな問題意識から、京都大学こころの未来研究センターと千葉市の自立相談支援機関が、生活困窮者の実態を調査し、その傾向を分析する共同研究に取り組んでいる。

千葉市の生活自立・仕事相談センター稲毛。相談者は30～50歳代が多い

相談者に多くみられる課題 (複数回答)

2016年4～6月に対応した78人分 (千葉市生活自立・仕事相談センター稲毛)



も相談窓口も別々だった。しかし、現代社会で生活に行き詰まる人の問題の多くは、両方の領域にまたがり、切り離しては対応できないと感じる」

研究代表者を務める京都大学教授の広井良典さん(前千葉大学教授)は、こう言う。

例えば、引きこもり問題。典型的なのは学生時代に不登校になり、そのまま中高年に至るケースだが、最近では、不況で就職先が見つけれず、大学を卒業してから、こもり始める例もあるという。いずれにしろ、親が高齢になって収入が減ったり、亡くなったりすると生活が成り立たない。

「少年期からの心の問題の要素にせよ、社会経済情勢の影響にせよ、複合的な要因が関わっており、心理的ケアや就労支援、住宅支援などを含む包括的な対応が必要になっている」と広井さん。有効な支援策を考えるために、生活困窮者の重複する課題の傾向を分析しようと昨年4月から、千葉市の自立相談支援機関である「生活自立・仕事相談センター稲毛」と共同研究を始めた。

まだ研究途中だが、昨年4～6月に相談を受けた78人の抱える課題(複数回答)を集計すると、「経済的困窮」「住まい(家賃など)」「就職」「心の健康」「病気」「家族関係」などが多かった。約7割が、三つ以上の課題を抱えていた。

配偶者や恋人からの暴力(DV)なども含め、「家族関係」に問題を持つ20人のうち、18人は「心の健康」にも課題があった。「就職」問題を抱える26人でも、約半数の12人は「心の健康」にも課題があった。

集計した同センター長の菊地謙さん(精神保健福祉士)は「元々の生活保護、就労支援

などの公的福祉の対応は、法律・制度で守備範囲を限定してきた面がある。現実には相談に来る人にはコミュニケーション力や行動力が弱い人も多く、縦割りの対応では済まないことが多い」と話す。

浪費癖があり借金がかさんで相談に来た60歳男性は、社会福祉協議会の通帳管理サービスを利用することにして家計が安定した。同時に、うつ病も抱えていたため、精神科受診についても菊地さんと話し合った。「支援制度だけでなく、メンタル面の相談にも親身に乗ってもらえてとても助かった」と男性は話す。

就労などの相談で来た人でも、心の問題を抱えているとみられる場合は、臨床心理士の無料相談会につないだりすることもあるという。

広井さんは「心理的なケアのようなことは、かつては家族や職場、地域の中で対応されていた。しかし、家族の多様化、都市化、不況、雇用環境の悪化などの流れの中で、その支えが弱まり、『心のケアの社会保障制度』が求められるようになってきている。さらに研究を進め、効果的な支援策のあり方を提案したい」と話している。

自立相談支援機関 失業や病気などで生活に困る人を、生活保護を受ける手前で支える相談窓口。2015年4月に始まった生活困窮者自立支援制度に伴い、福祉事務所のある902自治体に設置されている。一人一人の状況に応じた支援プランを作る。(高橋圭史)

「支援で変わる認知症」鈴鹿で講演

読売新聞 2017年02月15日



認知症について講演する玉田さん

鈴鹿市南玉垣町の市ふれあいセンターで14日、介護支援専門員の玉田浩一さん(63)が「支援で変わる認知症の人の毎日」をテーマに講演した。

講演会は認知症について学ぶ「認知症サポーター養成講座」を兼ねて行われ、約300人が参加。認知症の基本的な知識や対応の仕方を学んだ。

市内で介護施設の施設長を務める玉田さんは、「考えるスピードが遅くなる」「二つ以上のことが重なるとうまく処理できなくなる」など理解力や判断力の障害に対し、「急がせない、シンプルに伝えることが大事」と解説。徘徊、妄想、暴行などの症状が出ると「地域にとっても頭の痛い問題になる。そのためにも早期発見、早期治療が

大切」と話した。

また、認知症の人の要望を無視しない、子ども扱いしないなど、寄り添う姿勢が必要だと訴えた。

同市の認知症サポーターは昨年12月末現在、約8300人。養成講座の問い合わせは市健康福祉政策課(059・382・9012)。

重症心身障害児者施設 来春にも開所見通し【大分県】西日本新聞 2017年02月15日

市埋蔵文化財センター跡地。現在、解体工事が進められている



日田市南友田町の市埋蔵文化財センター跡地(市有地)で計画されている重症心身障害児者施設が、2018年4月にも開所する見通しになった。

施設は市の公募で決まった社会福祉法人「すぎのこ村」(同市)が県などの補助金を受けて整備、運営。総事業費は約1億700

万円。関係者によると、施設は主に昼間の介護をする生活介護事業所(定員10人)と、

主に夜間、入浴や排せつなどの介護をするグループホーム事業（同4人）と介護者の負担軽減のため短期間の預かり介護などをする短期入所事業（同2人）が行える施設の2棟を建設する。県は、新年度当初予算案に生活介護事業所の整備補助のための約2300万円を計上した。

施設整備をめぐるのは、日田・玖珠地域に重症心身障害児者施設がなく、県外や中津、別府両市などの療育機関へ通所を余儀なくされていたことから、家族会が建設を求め、10年から県や市に要望。同法人は15年に県へ整備費補助のための事業計画書を提出したが、優先順位や運営面での課題などを理由に16年度事業の補助対象から外れ、計画書を精査した上で16年7月に再度提出していた。

措置入院直後に第3者審査へ 精神保健福祉法改正案 井上充昌

朝日新聞 2017年2月15日

重い精神疾患を原因とする強制的な措置入院が決まったら、直後にその判断の妥当性を第三者がチェックする仕組みを厚生労働省が導入する。相模原市の障害者殺傷事件をきっかけに措置入院が強化されることを受け、対応を慎重にして人権上の配慮をする。今国会に提出する精神保健福祉法改正案に盛り込む。

措置入院は同法に基づき2人の精神保健指定医が判断する。この判断のチェックは各地の精神保健福祉センターに事務局が置かれている第三者機関「精神医療審査会」が実施。措置入院に関わっていない指定医と弁護士、精神保健福祉士ら計5人で構成されている。

審査会は入院から3カ月後と半年後、その後は半年ごとに入院継続の妥当性について審査する。ただ、審査会が開かれないことも多いため、今回の法改正案で直後のチェック機能を強化。措置入院が必要でないと結論づければ、都道府県知事や政令指定市長に通知し、患者を退院させる。

措置入院は指定医が「自傷や他害の恐れ」があると判断した患者を強制的に入院させる制度。事件の再発防止に向け、厚労省は措置入院中から支援計画をつくり、退院後も患者を孤立させない法改正案を準備しており、今回の仕組みも併せて盛り込む。（井上充昌）

障害者グループホームの防犯 東大和市が補助金支給 産経新聞 2017年2月15日

相模原市の障害者施設「津久井やまゆり園」で19人が殺害されるなどした事件を受けて、東大和市は平成29年度の新規事業として、障害者が入所する民間グループホームの緊急防犯対策に着手する。防犯設備が未整備なホームに、防犯カメラ、警察への非常通報装置などの設置について補助金を支給する。新年度予算案に10カ所分、600万円を計上した。同市内には20カ所以上の障害者グループホームがあり、1カ所当たり5人ほどが暮らしているという。このうち、防犯設備が整備できていないホームを中心に、設備導入費用として1カ所60万円を上限に補助する。

想定している設備は、防犯カメラなどのほかに、部外者が建物内に簡単に入れないようにするための門扉やフェンス、接近者関知センサー、カメラ付インターフォンなど。新年度入り後、早急に実施し、年内に整備を終えたい意向だ。

滋賀・野洲市の障害者施設で34人食中毒…ノロウイルス検出

産経新聞 2017年2月14日

滋賀県は14日、同県野洲市の障害者福祉施設で昼食を食べた利用者や職員の男女34人が下痢や嘔吐などの症状を訴え、発症者や調理に関わった人からノロウイルスを検出したと発表した。県によると、7日の昼食が原因とみられる。女性職員（40）が入院したが、ほかは軽症で、いずれも快方に向かっている。

昼食を提供したのは大阪市の給食サービス会社「魚国総本社」が運営する野洲市内の調理施設で、草津保健所は同施設を14日から3日間の営業停止処分にした。

発達障害児の初診、9カ月待ち 京都府の施設、専門医不足で

京都新聞 2017年02月15日

発達障害に関する診断・診療を行っている京都府立こども発達支援センター（京田辺市）で、申し込みから初診までに9カ月間の待機が発生している。この待機期間は全国でも最長クラスとみられる。申込者数の増加や専門医の不足が要因で、府は2017年度、医師を増員するなど対策に乗り出す。

支援センターは発達障害の専門医療機関として、府南部での拠点になっている。高校生以下の自閉症やアスペルガー症候群、学習障害などの発達障害を診断できる常勤医3人や非常勤医を配置している。

一方、発達障害に関するセンターの診察件数は12年度以降、毎年約500人ずつ増えている。これに伴い、現在の初診の待機者数は約150人と2年前と比べて3倍に増え、9カ月間の待機が発生している。総務省が昨年、専門医のいる全国27医療機関を対象に行った全国調査で、最長の待機期間は10カ月間だった。

背景には、発達障害の認知度が高まっていることや、専門医のいる民間医療機関が少ないことがあるとみられる。発達障害は早期に治療や訓練を行うことで、障害程度が改善するケースも多く、早期診断の実現は大きな課題になっている。

府は17年度、非常勤医1人を増やして診察体制を強化する。発達障害を診断できる地域の医師を増やすための養成研修も開く。支援センター内に臨床心理士らが相談に応じる窓口を開設し、医療や福祉へのつなぎ役を担う。こうした取り組みにより、府は待機期間の半減を目指す。

17年度一般会計当初予算案に関連経費1億8700万円を計上する。府障害者支援課は「相談や診察の窓口を増やすことで、早期発見、早期療育につなげていきたい」としている。

ゲノム編集で将来子どもも 米学術機関、条件付き容認 共同通信 2017年2月15日

【ワシントン共同】生物のゲノム（全遺伝情報）を自由に改変できる「ゲノム編集」の技術を使って子どもをもうけることについて、米科学アカデミーは14日、将来技術的な課題が解決されれば、遺伝性の深刻な病気を防ぐ目的に限り、条件付きで容認できるとする報告書をまとめた。人の精子や卵子、受精卵の遺伝子にゲノム編集で改変を加える。子どもをもうけると、影響が子孫へと受け継がれるため否定的な意見も強い。遺伝子の間違っただけを改変するミスもまだ多く技術的課題が山積みだが、アカデミーは「技術の進歩は速い」として、世界で初めて実施に向けた道筋を示した。

着床前スクリーニング 臨床研究に参加の女性 登録開始

NHK ニュース 2017年2月15日

体外受精の際に、受精卵のすべての染色体を調べ、異常がないものだけを選んで子宮に戻す着床前スクリーニングについて、日本産科婦人科学会は、流産を減らすなどの効果があるかどうかを調べる臨床研究を行うため、研究に参加する女性の登録を開始したと明らかにしました。

この着床前スクリーニングは、体外受精の際に、アレイCGHという方法を使って受精卵のすべての染色体を解析し、染色体の数に異常がないものだけを選んで子宮に戻すものです。

日本産科婦人科学会は14日夜に会見し、このスクリーニング法によって流産を減らしたり、出生率を上げたりすることができるかどうかを調べる臨床研究について、参加する女性の登録を開始したと発表しました。

対象となるのは、35歳から42歳までの、流産を2回以上経験した女性90人と、体外受精を3回以上しても成功しなかった女性90人の合わせて180人で、スクリーニングを行ったグループと行わなかったグループの2つに分け、流産の確率や出生率に差が出るかなどを調べるということです。

今回の着床前スクリーニングをめぐるのは、染色体の数に異常があるとして子宮に戻されない受精卵の中に、ダウン症など出産の可能性のある受精卵も含まれていて、専門家からは、こうした技術が、今後広まることになれば、命の選別につながるという指摘もあがっています。

学会の倫理委員会の苛原稔委員長は「着床前スクリーニングについては、諸外国で、流産を減らしたり、妊娠率が上がるといった報告が出始めていて、日本での有用性を判断しなければいけない時代に入った。倫理的な課題についても検討していきたい」と話しています。

誰のためのリハビリテーションなのか？——障害という経験を哲学する

稲垣論 / 現象学、システム論、リハビリテーションの科学哲学

シノドスジャーナル 2017年02月15日

障害という経験

「障害」とは、それを抱えて生きる本人にとって最も見通しがわるく、その実感を容易にもてないものである。それなのに、そうした人の多くは、自分が障害をもつということに、社会や他者からの対応や言葉によって無理やり気づかされてしまうところがある。

それによって彼らが生きる不自由のなかった世界に、半ば暴力的に気づきと否定と負荷とがもたらされる。障害という経験は、当人のあずかり知らぬところからいつでも遅れてやってくる。その意味では、一次障害がすっぽりと抜け落ちた二次障害としてでしか障害は成立しないのかもしれない。

重度脳性麻痺を患う小児患者の中には、言葉を発することはもちろん、首が座ることも、物を視線で追いかけることも困難な人たちがいる。それを外から見て、障害だというのは、健常の世界に安住する傍観者の粗野な物言いにすぎない。この人たちは、誰にとっての障害者だということのか。

そもそも彼らには、障害のない状態、障害をそれとして比較する基準がない。彼らは、彼らの世界の中でただひたすら一生懸命、生を継続している。そこには障害という経験も、言葉も、思考もない。しっかりと生を刻んでいることを示す、彼らの細やかで固有な生の多彩さがあるだけである（注1）。

何が障害であることを決めるのか？

たとえば私たち人類は、ビタミンCを体内で生成できない。そのせいで数世紀前の大航海時代には、ビタミンC欠乏症（壊血病）が起こり、多くの船乗りが航海中に死亡した（注2）。

犬も猫も自前でビタミンCを合成できるのに、人間はそのための遺伝子を欠損している。だからといって私たち現代人は、それを障害だとはいわないし、そういわれてもピンとこない。スーパーには大量の果物が並び、サプリメントがいつでも手に入るため、現代社会ではビタミンC欠乏症はほとんど起こらないからだ。

障害をもつということは、社会や環境の変化、そこで生きる人々の注意の向き先と切り離せない複合的な出来事である。客観的に認定可能な事実と決めつけられないものがそこには多分に含まれている。

ここで伝えられるべき、見過ごされてならないこととは、「障害をもっていると社会や他

人から認定されることと、その人がどのような世界を生きているのかは、全く対応していない」ということだ。

本人には障害の実感がないのに、それを外部から明示的にであれ、非明示的にであれ、「障害だ」と伝えられることほど、本人を混乱させるものはない。この落差が、障害という経験に対する他者の、社会の、家族の、医療従事者のかかわりを極めて困難にしている。

リハビリテーションと生の深さ

私はこれまで、現代哲学のひとつである「現象学」というメソッドを用いながら、リハビリテーション医療の現場で働くセラピスト（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の人たちと一しょに、多くの患者さんが抱える問題にアプローチしてきた（注3）。

現象学というのは、ドイツの哲学者、E.フッサールが開発した、「気づいたときにはすでに成立し（変容し、解体し）ている主体と世界の間広がる経験の層を解明する」ための哲学である。それは、自然科学や他の学問がいまだ特定できていない経験の発見を行うための技法でもある。

病院やリハビリテーションの訓練室で出会う人々は、脳に損傷を負った方、骨折した方、脳性麻痺の方、発達障害といわれる方というように、何らかの形で「障害」という経験に触れざるをえず、かつ、自分（身体）と世界との関係性をもう一度、あるいは最初から、立ち上げていかざるをえない状況にある。

たとえば、脳梗塞によって左半身に強い麻痺が出ている70代のお婆さんがいる。その方に目を閉じてもらい、自分の左手がどこにあるかを尋ねてみると、お婆さんは、「え、左手?」、「ああ、冷蔵庫に忘れてきた」とあっけらかんに言う。

麻痺のある身体は、いつでも自由に動いてくれる身体とはかけ離れた実感を伴っていることがしばしばある。

こうした場面で、セラピストが「お婆ちゃん、何いつているの。左手はここにあるでしょ」といって、左手をさすってあげるような対応が、ごく一般的な選択なのだと思う。

しかしそうした対応は、お婆さんの発言を否定し、おかしい思考を修正しようとする強い意志を含むものでもある。

確かに、物体としての左手はそこにあるし、日常的判断としては正しいのかもしれない。とはいえ、そのような発言の中に、お婆さんの経験の深みが隠されている可能性も否定できないのだ。

そこで一体どのような身体の実感が、お婆さんにそのような発言をさせているのかを、注意深く自問するという別の選択肢が浮かんでくる。その場合、どこから、何から、考えればよいのか。

真夜中、自分の腕を枕にして寝ていて急に目覚める経験をしたことがあるだろうか。何かおかしいことが自分の身に起きていて、ぎょっとする経験である。左手に力が入らない。暗闇の中で自分の手に触れると、ぶよとした脂肪状の塊が体にくっついていて、気持ちが悪い。このとき、目を閉じて左手がどこにあるかを探してみると、全く分からないのである。手があるという感触がごそっと抜け落ちている。

この手の痺れ（しびれ）というありふれた経験を手がかりに、腕がないのに、その腕の冷たさだけがくっきりと残っている場面をイメージしてみる。「存在しない手の冷たさ」とはどのようなものか、どう体験すればいいのか。さらにその場合、自分の左手はどこにあるとえばいいのか。

もしかすると、あのお婆さんの発言は、自分の身体に伴う実感を、かなり正確に言い当てようとしていた可能性がある。

麻痺という経験をもっていない人が、そうした経験をもつ人に近づくためには、安易に理解した気になってはいけない。何度も問いを自分の中で繰り返しながら、その人の固有な経験が浮かび上がるポイントまで近づいていく、待つ姿勢が必要となる。

優れたセラピストの先生の臨床を見ていると、待つことがとてもうまいことが分かる。自分の言葉で患者さんの経験を埋めてしまうことがない。周囲の人には何をしているのか

よく分からないのに、患者さんとときに笑い合いながら、ときに真剣に治療訓練が行われ、最終的に患者さんの表情も身体も生き生きとしてくる。そして現実には、身体の動きが、本人の発話が変わる。

だからこそ、あの先生じゃなければリハビリ訓練はもう受けたくないという指名争いまで生じてしまう。全く同じ治療訓練のメニューを行っていても、身体の変化に大きな差が出てしまうのが、今のリハビリテーション医療の現状のひとつである。

これだけはいえることがある。心身を回復するリハビリテーションは、今も誤解は絶えないが、根性や努力物語ではない。絶対にちがう。痛ければ、苦しければ、我慢をすれば、治療が進むということは、神経科学がここまで進んだ現代においてはありえないことである（注4）。

その代わりに一番難しい問題となるのは、治療者が、その患者さんが生きている身体を、その身体でかかわる世界の輪郭を浮き彫りにしながら、その人にとって最適な、場合によっては次善の選択肢が何であるのかを、患者さんとともに見つけ出していくことである。

先入観、価値観をどこまでもカッコに入れて進む

上述した現象学というアプローチには、「現象学的還元（エポケー）」と呼ばれる思考操作がある（注5）。これは、目の前に現れている事象をありのままに受け入れ、細部に目を向けることで、体験の深みを発見する最初の手続きである。

それは、私たちが知らずに用いている価値観や思い込みを徹底的に排除し、それらが自分の判断や行為の中に忍び込むことを回避することから始まる。

この世界に同じ人間はいない。その意味で、人間は一人一人が他者である。そして他者とは、私ではなく、理解できないからこそ他者である。私たちがコミュニケーションをやめないのは、他者が理解できないからに他ならない。

以心伝心のように、何もかもが共有されてしまえば、そこにはもはや他者はいないし、対話も、議論も必要がない。

本来の他者という理解できないものを、分かった気になって対処することがないよう、自分の価値観や思い込みを、くりかえしカッコに入れる必要がある。典型的には、「障害を抱えていてかわいそうだ」、「自分は障害者への差別はもっていない」、「この障害者はこうしてほしいはずだ」という善意による健常者の思考や判断こそが、一番注意し、警戒しなければならない価値観である。

今も綿々と続いている職人などの徒弟制度で、親方は弟子に何のアドヴァイスも与えないことがある。生活をともにしながら、とにかく自分が仕事をしている様子を、ただじつくりと眺めさせ、何度も同じ場所にとどまらせて、安易な判断や、言葉で表現することなく、とにかく経験を蓄積させる。そうした局面を潜り抜けることと、臨床において他者に近づく試みは少し似ているところがある。

現代はとにかく、写メに取ったり、SNSに言葉を陳列することが容易な時代である。一度写メを取り、SNSにアップすれば、それで分かったこと、経験したこととして済まされ、素通りされてしまう。そうした経験の本来の深度は、そこにじつととどまり、佇んでみなければ、見えてこないものだ。

想像力のヴァージョンアップ

かつてフランスの精神分析家 J.ラカン は、人間は、自分の中にある非人間的なものを知っているがゆえに、「自分は人間である」とあえて断言することで人間になると述べていた（注6）。

それは、自分が人間ではないことを、非人間的の本質をもつものだとすることを暴露されないために、自分の外に人間ではないものを見出すことで安心する心理の裏返しである。「あの人は人間ではないと判定できるから、私は人間である」というように。これは、お互いの行動を監視し、非人間的ふるまいをするものを告発する管理社会的な不穏さにも通ずるところがある。

何が正常であるのかを特定するのはとても難しい。それなのに人は、異和的なもの、異

常なものを見抜く抜群に優れたセンサーだけはもっている。偏見や差別が止むことがないこと
の背景には、こうした心の機制が関係している（注7）。

また認知科学の成果が示しているように、人間の脳は、進化と文化の歴史の中で、多くの
バイアス（偏見）をかかえるようにそもそも組み立てられている。その方が生存戦略上、
有利だったからでもあろう。

しかし人間は、それらバイアスですら自覚できる存在である。そして明示的に、あるいは
無意識的に働いている偏見や差別を乗り越えていくほど自分の経験を高め、拡張する能
力も同時に手にしている。

それはつまり、社会に貢献できたり、生きるべき価値があったりという健常者の判断の
ずっと手前で、ただ生命として生きるということ、生きているその有り様を、人は深く
感じ取ることができ、そこから豊かな経験を汲み出せるということだ。

他者のもつ経験の深さに想像力をじわじわと染み込ませていけること、それは人間のも
つ優れた特質である。だからといって、楽観できるものでもない。

すでに現代は、「相手に対する、他者に対する、想像力をもちなさい」というだけでは足
りない局面に、しかも圧倒的に足りないところにきている。問われているのは、その先
にある想像力の質であり、多方向性であり、深さである。

「地獄への道は善意で舗装されている」という格言があるように、差別や偏見は、全く
の善意の中にも混入する。健常者や正常者、邦人といったカテゴリーに対置される障害者
や病人、外国人といった人に対して、配慮をし、気を回し、どこかよそよそしくするとき、
すでにそこに偏見の芽が生まれている。

腫れ物扱いと配慮することとの間には広大な経験がある。にもかかわらず、「配慮しさえ
すればいい」と言葉で表現してしまうことほど簡単に暴力的なこともない。

だから自分では理解できない他者に出会うとき、実は、自分の想像力の底が見透かされ
ている。そのとき私たちは、リハビリテーションという、自分の経験を拡張し、展開して
いくためのエクササイズが本当に必要なのは、障害を抱えているといわれる人なのか、健
常者だと自認している人なのか、本当は誰なのかが、身に迫る問いとして突きつけられる
ことになるのだ。

参考文献・脚注

（注1）人見眞理『発達とは何かーリハビリの臨床と現象学』（青土社、2012）。

（注2）太田博樹・長谷川眞理子『ヒトは病気とともに進化した』（勁草書房、2013）。

（注3）稲垣論『リハビリテーションの哲学あるいは哲学のリハビリテーション』（春風社、2012）。

（注4）EBM（根拠に基づいた医療）が、リハビリテーション医療の世界にも広がり始め、科学的に根拠
がない治療法が取り除かれつつあるのは確かだ。しかし他方、複雑な人間の身体や心を扱うには、科学的
データがまだ圧倒的に少なく、そのためリハビリテーション医療に非科学的なもの
が多分に含まれているのも事実である。

（注5）E.フッサール『イデー I 純粹現象学と現象学的哲学のための諸構想
(1-2)』（渡辺二郎訳、みすず書房、1984年）。

（注6）J.ラカン『エクリ I』（宮本忠雄、竹内迪也、高橋徹、佐々木孝次訳、弘
文堂、1972年）。

（注7）稲垣論『大丈夫、死ぬには及ばないー今、大学生に何が起きているのか』（学芸みらい社、2015）。

稲垣論（いながき・さとし） 現象学、システム論、リハビリ
テーションの科学哲学

東洋大学文学部哲学科准教授。専門は、現象学、システム論、リハビリテーション
の科学哲学。著書に『リハビリテーションの哲学あるいは哲学のリハビリテーション』
（春風社、2012）、『大丈夫、死ぬには及ばないー今、大学生に何が起きているのか』
（学芸みらい社、2015）、『現象学のパースペクティブ』（共編、晃洋書房、2017 近刊）
等がある。

月刊情報誌「太陽の子」、隔月本人新聞「青空新聞」、社内誌「つなぐちゃんベクトル」、ネット情報「たまにブログ」も
大阪市天王寺区生玉前町5-33 社会福祉法人大阪手をつなぐ育成会 社会政策研究所発行

