

厚生省委託昭和61年度歩行指導員養成講習会（第16期）研究論文

国立大学医学部附属病院におけるリハビリ  
テーション導入に関する一考察

名古屋大学医学部附属病院

伊藤 浩美

はじめに

国立大学医学部附属病院（以下、大学病院と略す）は、民間医療機関の中核として、先頭に立ってその地域の医療を推進していかねばならないという立場にある。また、臨床医学の教育・研究を目的とした機関として、最新の医療を提供している。そのため、治療という面では最先端にあるが、その治療の結果、失明という状態に陥った人々、又はその可能性のある人々に対しては、その後のフォローが十分になされていないように思われる。

過去、多くの人々が病院における眼科のリハビリテーション（以下、リハビリと略す）について述べているが、ここでは大学病院に限定し、リハビリのあり方について考察する。

I. 障害の受容とりハビリテーション

視覚障害者の早期リハビリの必要性については、以前から言られてきているが、それにもかかわらず、実際には、失明してからリハビリ訓練を受けるまでに長い年月を費やしている人が多い。そして、その長い年月の後、リハビリの過程にのった人でさえ、障害の受容がしっかりとなされていない場合がある。その原因是、果たしてどこにあるのだろうか。

リハビリを考えるにあたって、その前段階として、障害の受容について考えることが重要である。トマス・J・キャロルは「失明者が失明に当って最初になすべきことは、失明という現実を受け入れ、失明の問題に真正面から取り組むことである。」（1977, P21）と言っている。真なる障害の受容なくして

はリハビリの効果は十分に發揮されないとと思われる。患者が、失明という事実に直面した時に、周りにアドバイスをする人間がいなければ、患者はすべきことがわからないまま無駄に時間を過ごすことになる。そうすれば、当然障害の受容もなされないままになってしまう。しかし、障害の受容に向けての適切な援助・指導を受けていれば、新たな視覚障害者としての人生に向けて、より早く出発ができるだろう。無駄な時間をいかに短かくするか、つまり、いかに障害の受容をしっかりとさせるかは、眼科医によって行われる断固たる「失明宣言」を境に、患者から障害者へ移行する段階に携わる医療従事者の役割だと思われる。失明という事実を知らせる医療機関のその時の対応如何によって、その人の自立時期が決定されると言っても決して過言ではない。故に、医療従事者は、障害者としての人生の第一歩となるべき時の患者の心理をしっかりと把握しなければならない。そして、まずはその個人をそのまま無条件に受け入れ、個人の状態に応じた対応をし、障害の受容と今後の生活を考えてのリハビリの導入に向けて援助を進めていかなくてはならない。

では、実際にリハビリ導入はどのような形で行なわれるのが望ましいのであろうか。「失明当初、私をおそったのは、“自分には何もできない。”というただ漠然とした不安であった。」（村上、1984）と言うように、誰もが、失明が動かせない事実であると知った時、まず「自分には何もできない。」と感じるであろう。また、家族も「見えないから何もできない。すべてしてあげなくてはいけない。」と考える場合が多い。まず、この「何もできない。」という気持ちを取り除くところに、医療機関でのリハビリ導入の大きな目標があると思う。障害の受容ができていない時に、白杖や点字をやりましょうと働きかけても、あまり効果は期待できない。それよりも、できることを一つ一つ見つけ出して、「あれもできる。これもできる。」という小さな発見の中から、障害の受容とリハビリ導入とを相互に作用させて、徐々に自立へと導いていくようになることが最良だと考える。

この過程の途中で忘れてならない事に、患者のニードの変化に関する問題がある。図1より明らかなように、失明と同時に医療的なニードは低下の一途を

たどり、逆に社会・職業的ニードが高くなっていく。それは、視覚障害者のリハビリが、視覚機能の回復を目的としているのではなく、視覚以外の残存諸感覚を最大限に活用して、社会生活を容易にさせることを目的としているためである。よって、医療のニードが低下し、社会・職業的ニードが高くなった時点で退院の日を迎える。そして、この時期に、リハビリチームの中心が、医療から福祉へバトンタッチされるのである。では、このバトンタッチを円滑に行うために、大学病院は何をするべきなのだろうか。次章では、この点について考えることにする。

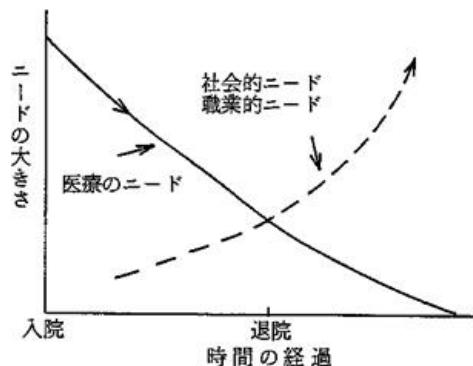


図1 リハビリテーションの過程模式図

## I. 大学病院におけるリハビリテーションのあり方

### (1) 現状と問題点

大学病院におけるリハビリのあり方を考えるにあたって、その一助となればと思いアンケート調査を実施した。方法としては、全国の大学病院の中から無作為に20病院を抽出し、アンケート用紙を郵送した。回収率は50%であった。その結果(図2～10)を以下に記す。

#### I. リハビリテーション導入について

- (1) 眼科的リハビリテーションを必要だと思いますか。(図2)  
 (2) 入院中リハビリテーションを行なっていますか。(図3)

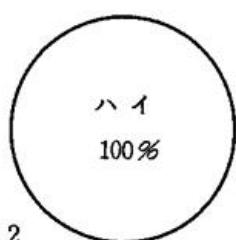


図2

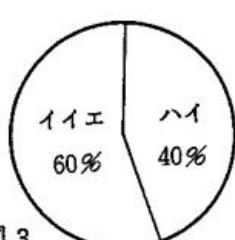


図3

I-(1),(2) リハビリの必要は感じているが、実際に行なっている病院は少ない。

## 国立大学病院におけるリハ

(3) 具体的な指導内容

- 盲学校紹介、◦ 白杖、◦ 点字、◦ 料理、◦ 手引き歩行、◦ 日常生活指導

(4) 誰が行っていますか。 (図4)

(5) 導入時期

- 安静解除に伴って
- 精神的安定が見られた時
- やる気が見られた時
- ケースに応じて

(6) Dr. Ns. MSWとの連携はとれていますか。 (図5)

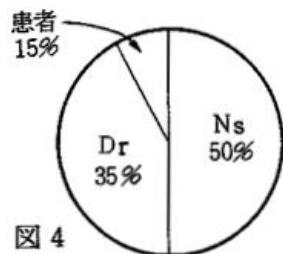
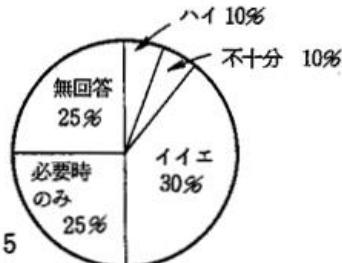


図4



I-(3) 指導内容は主に施設紹介であり、白杖等導入していくどこまで充実した指導ができているかは明らかでない。

I-(4) 主な指導者はNsであるが、中には、同時期に失明し訓練を受けていた患者に依頼して行った例もある。

I-(5) 導入時期は、心理面を重視している。導入時期の問題点として安静制限がある。

I-(6) 医療チーム内での連携は十分ではない。

I-(7) リハビリ目的の入院は不可能である。

(7) リハビリのための入院は可能ですか。



図6

I. 退院後について

(1) 病棟と外来の連携はとれていますか。 (図7)

(2) 他の医療機関との連携はとれていますか。 (図8)

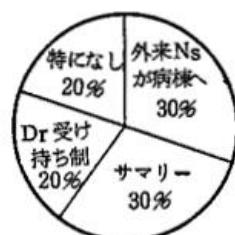
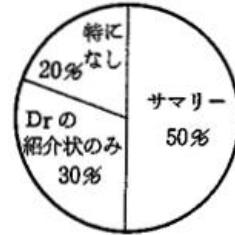


図7



I-(1) 病棟と外来の連携は十分ではない。

I-(2) 他院との連携はサマリー使用が多いが、何もしていない病院もある。  
(尚、サマリーとは看護連絡表を意味する)

(3) 患者の生活地域との連携はとれていますか。 (図9)

(4) 施設紹介をしていますか。 (図10)

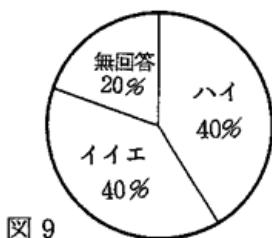


図9

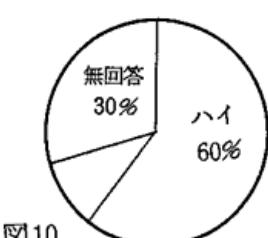


図10

I-(3) 生活地域との連携

は不十分である。

I-(4) 施設紹介では、盲学校が多い。

#### 主な施設

- 盲学校
- 視力障害センター
- 生活・職業訓練施設
- 点字図書館
- 視覚障害者援護施設

#### 注

Dr = Doctor

Ns = Nurse

MSW=Medical Social

Worker

以上に見られる結果から、リハビリ導入が満足に行えていないことがわかる。その原因がどこにあるのか、考えられる問題点を以下に列挙し、各々について簡単な説明を加えることにする。

#### (i) 患者が、失明直後の精神的に不安定な状態にあること。

前章でも述べた通り、患者から障害者への移行期にあるため、障害の受容に向けての心理的援助に重点がおかれる。また、手術直後の視力の安定しない時期であるため、その後3ヶ月～6ヶ月たたないと、視力回復の予測がたたない。そのため、患者も期待を持っており、この時期に訓練を導入することは、おのずと、「失明宣言」を自然に行なってしまうことになる。その結果、逆に患者に精神的ダメージを与えてしまうことになりかねない。故に、具体的な訓練の導入時期の判断が困難となる。

#### (ii) 安静制限があること。

手術後間もないこともあり、行動が制限される。たとえ患者が白杖訓練を希望しても医師から許可が出ず、また、行動許可が出た時には、即退院となる場

## 国立大学病院におけるリハ

合もあり、入院期間の短さが問題となってくる。しかし、治療を受けるために入院待ちしている多くの患者をかかえ、それが大学病院の責務である以上、この点についての改善は困難であると思われる。

(iii) リハビリ目的の入院は不可能なため、指導が中途半端な時期に退院となること。

(ii)とも関係し、安静解除となって訓練を始めてもすぐ退院となり、指導が中途半端に終わってしまう場合が多い。また、次の施設への連携も不十分で、中途半端な状態のまま患者は家庭に帰される。そして、帰宅と同時に外界からの働きかけがストップしてしまい、リハビリ開始を遅らせる原因となってしまう。

(iv) 看護要員の不足

看護婦は、その日一日の業務をこなすことに追われ、患者とゆっくり接する時間的余裕をもてない。それは、特に外来に顕著であり、患者数に見合うだけの看護婦が配置されておらず、そのため診察介助に追われ、患者一人一人のニードにまで対応しきれないのが現状である。

(v) 外来と病棟・病院同士・病院と専門施設の連携が不十分であること。

(iii)と関連し、外界からの働きかけがストップしないように、退院後の通院施設及び、生活地域へと確実に連携してゆくことが必要である。が、現場のスタッフのほとんどが、その必要性を認めていないのに、実践に結びついていないのが現実であり、それは、(iv)の看護要員の不足という問題とも大きく関係している。

(vi) 主な指導者は、医療従事者であり、指導内容についての専門知識が欠如していること。

リハビリの重要性や他施設との連携の必要性を感じていても実践に結びついていないのは、それが教科書的な理解にとどまり、具体的に何をすべきかを理解していないためではないかと思われる。忙しい業務の中でもチームでの勉強会等を頻繁に行い、絶えず問題意識を持って、医療サービスの総体的な向上をはかることが必要である。

### (2) 大学病院におけるリハビリテーションの目標

現状から考えられる問題点と、治療機関である大学病院の機能をふまえた上で、大学病院におけるリハビリについて考えると、それは専門訓練に入るための準備的リハビリと言ってよいと思われる。では、専門的訓練は各専門施設に任せるとして、大学病院のリハビリをそこへ至るための援助としてとらえた場合まず何をするべきなのだろうか。

大学病院におけるリハビリ対象者は、主に中途失明者であり、性別・年齢等により、最終的な到達目標は違ってくる。しかし、どのケースにおいても総じて言えることは、日常生活場面における身辺処理の自立ではないだろうか。老人ならば、身辺処理の自立が最終目標となるかもしれない。また、若者や働き盛りの中高年層ならば、それは社会・職業的自立へ向けての一つのステップとなるだろう。そして、「自分のことは自分でできる。」という自信を持たせ、帰宅後の不安を少しでも軽減させると共に、次なる専門的訓練への動機づけをしていくことが大切である。

また、我々医療従事者は、24時間患者と接するわけであり、患者にとっては、病院が、失明後初めての生活の場となる。そのため、障害受容過程の初期にある患者に対して、訓練であると意識させることなく指導することが可能である。さらに、失明に対してショックを受けているのは、患者だけでなく、その家族も同様であるということを忘れてはならない。患者同様に障害の受容に苦しみ、また対応の仕方もわからず不安な状態にある家族の気持ちを十分理解し、患者にとっても家族にとってもより快適な生活が送れるように援助・指導していくことも重要である。

以上のことから、大学病院におけるリハビリ導入の目標をまとめると、以下の4項目となる。

- ① 障害受容に向けての心理的リハビリ
- ② 日常生活における身辺自立
- ③ 専門的訓練への動機づけ
- ④ 家族指導

そして、速やかに且つ確実に次の施設へと連携して、患者がスムーズにリハ

国立大学病院におけるリハ

ビリ過程にのれるように最善を尽くすことは言うまでもない。

但し、ここで問題となることは、病院のような医療設備の整った所でこそ訓練を必要としている人がいるということである。糖尿病、ペーチェット病、腎臓透析等、全身疾患を伴う場合、訓練施設への入所は困難であり、確かな医療のコントロールの下で訓練を行うことが望ましい。また、今日、社会的問題となっている高齢化の問題がある。現場を見ても65歳以上の高齢者の割合は増加傾向にあり、彼らの退院後の訓練施設や学校への入所は困難である。だから、各ケースの能力に応じて、入院生活の延長上で訓練を行うことが望ましい。これらの問題は、その性質上大学病院で行うことは困難であるから、大学病院以外の一般医療機関の受け入れに期待するしかない。そして、そのためには、まず大学病院と一般医療機関が一体となって取り組める体系を作り出していくことが必要である。

### (3) リハビリテーション評価項目

大学病院におけるリハビリ導入目標の4項目の中で、特に身辺自立を中心に、それに伴う身体移動として歩行をとらえ、また、失明後初めての社会生活の場であるということからコミュニケーションを織り混ぜて評価表を作成した。

これらの評価項目には指導順序ではなく、その場その場に応じて必要なことを助言・指導していくことが望ましい。また、あくまでも入院生活の中で偶然性を持って行うことが大切であり、指導者側には訓練・アドバイスという意識を必要とするが、患者に対し訓練と意識させずに行うことにも意義がある。そのため、患者に監視されている、指導を押しつけられている、といった感情を持たせない配慮が必要である。また、将来的に永久に失明状態が続くとは限らない患者に対しても、現在の状態をより生活しやすくするために訓練を導入する、つまり、現在の生活の不自由さの解消という意識を1人1人に持たせることも大切である。さらに、各個人のパーソナリティを尊重しながら行なうことは言うまでもない。

## 食事について

項 目	留 意 点	身 体 移 動
-----	-------	---------

1. 食前の手指の清潔  2. 箸・スプーン・フォークの使用  3. 配膳・食器内の盛りつけの位置確認  4. 調味料のかけ方  5. お茶をつぐ  6. 食べ残しの確認  7. 食べこぼしの確認  8. 箸・湯のみを洗う  9. 下膳ができる  10. パンにバター・ジャムをつける  11. 魚の骨を取り出す  12. ゆで卵の殻をむく  13. 果物の皮をむく  14. 缶詰を開ける	1-1 洗面台の使用  1-2 ぬれた手の後始末  2-1 持ち方  2-2 立てに応じた使い分け  3-1 クロックポジションの理解  3-2 テーブル上での手指の動かし方  4-1 適量かける  4-2 必要なところへかける  4-3 定量ボットの紹介  5-1 ポット・やかん・きゅうすの使用  5-2 適量つぐ  7-1 テーブル上・膝の上の確認  8-1 洗面台の使用  8-2 確実に汚れを落とす  8-3 洗い終わった物の後始末  10-1 適量つける  10-2 むらなくのばす  11-1 箸の使い方  11-2 骨のよけ方  12-1 むいた殻の処理の仕方  13-1 ナイフの使い方  13-2 皮のむき残しの確認  13-3 むいた皮の処理の仕方  14-1 缶切りの使用  14-2 あき缶の処理の仕方	1-1 室内移動  1-2 洗面台までの歩行  1-3 室内のメンタルマップ形成  8-1 室内移動  8-2 洗面台までの歩行  9-1 室内移動  9-2 下膳場所までの歩行
		1-1 室内移動
		1-2 洗面台までの歩行
		1-3 室内のメンタルマップ形成
		8-1 室内移動
		8-2 洗面台までの歩行
		9-1 室内移動
		9-2 下膳場所までの歩行

国立大学病院におけるリハ

15. 食べ方	15-1 一品ばかり続けて食べない 15-2 盆に口を持っていかない 15-3 正しい姿勢 15-4 服を汚さない	
---------	--	--

排泄について

項目	留意点	身体移動
1. スリッパをはきかえる	1-1 自分のスリッパを間違えないための工夫	○室内移動 ○トイレまでの歩行
2. 便器	○汚さずに使用できる	○ドアの開閉
水栓レバー トイレットペーパー	○万一汚した場合、その確認と後始末ができる	○トイレ内の移動
ナースコール	○衛生的配慮ができる	○居室とトイレの位置関係の把握
汚物入れ 手すり		
3. 和式・洋式とも使える		
4. 用便のあとよく手を洗う		
5. 女性の場合、生理の始末ができる		
6. 蓄尿ができる	6.	
7. 採尿ができる	7. 病院内特有のことである	
8. 尿器を正しい位置から取り元に戻せる	8.	

入浴について

項目	留意点	身体移動
1. 更衣・ロッカーの利用	1-1 汚れ物ときれいな物を区別しておく 1-2 自分の衣類はまとめておく 1-3 かご等の利用	○室内移動 ○浴室までの歩行 ○浴室内での移動
2. お湯の温度の調節		○浴室内でのメンタルマップの形成
3. 洗い場と浴槽の位置関係の把握	3-1 石けんの泡などを浴槽へとばさない配慮	○居室と浴室の位置関係の把握

4. シャワーの使用		
5. 使用後、浴室内を清潔に保つ	5-1 石けんなど流し忘れない 5-2 次の人への配慮	

## 衣類の着脱について

項目	留意点	身体移動
1. 衣服の区別(下着・上着)	衣服の収納として ロッカー・収納箱の使用	室内移動 ロッカーまでの歩行
2. 衣服の表裏・前後の区別		
3. 衣服の汚れがわかる		
4. 正しい着方	4-1 確認する習慣づけ	
5. 収納の仕方	5-1 使用時を考えて、整理して収納する	

## 歯みがきについて

項目	留意点	身体移動
1. 口臭予防		室内移動
2. 歯ブラシに歯みがき粉をつける		洗面所までの歩行
3. 含嗽	3-1 周囲にとばさない	洗面所と居室との位置関係の把握
4. 服を汚さない		館内移動の基礎技術習得
5. 洗面所を清潔に保つ	5-1 汚さないように使う 5-2 汚した場合の確認と、後始末の仕方	

## 洗顔について

項目	留意点	身体移動
1. 石けんの使用	1-1 顔のすみずみまで洗い、石けんの落とし忘れない 1-2 周囲へとばさない	歯みがきと同じ
2. 服を汚さない		
3. 洗面所を清潔に保つ	3-1 汚さないように使う 3-2 汚した場合の確認と後始末の仕方	

## 身だしなみについて

国立大学病院におけるリハ

項目	留意点	身体移動
1. 整髪	1-1 地肌を清潔にする 1-2 周囲に髪を落とさない 1-3 ブラシの清潔	
2. ひげそり	2-1 かみそりの使用 2-2 そり残しの確認	
3. 爪の手入れ	3-1 爪の間のあかをとる 3-2 爪を切る 3-3 切った爪の処理の仕方	

整理・整頓について

項目	留意点	身体移動
1. ロッカーの使用	1-1 自分のロッカーの区別 1-2 錠の使用	○室内移動 ○ベッド周囲の物の位置
2. 床頭台の使用	2-1 ひき出しの利用	関係の把握
3. オーバーテーブルの使用		
4. ごみの処理とごみ箱の使用		
5. 寝具の整理・整頓	5-1 布団・毛布をのばす 5-2 布団・毛布とカバーのずれを直す 5-3 ベッド上の汚れがわかる	

診療に関するこ

項目	留意点	身体移動
1. 診察を受ける		1. 診察室・検査室までの歩行
2. 内服ができる	2-1 散剤の袋を切ることができる 2-2 錠剤を取り出すことができる 2-3 薬の殻の処理の仕方	
3. 点眼ができる	3-1 数種類の点眼薬を区別して収納できる 3-2 時間点眼できる →時を知る	

→盲人用時計の紹介  
3-3 ふき綿の処理の仕方

## 趣味・嗜好（安静度・欲求に応じて）

項目	留意点	身体移動
1. ナースコールの利用		
2. 電灯スイッチの利用		
3. 自販機の利用	3. ①貨幣の弁別	○各々までの歩行
4. 電話のかけ方	4. ②財布の整理の仕方	○位置関係の把握
5. 売店の利用	5. ③コミュニケーション ○援助依頼	○階段昇降
6. テープレコーダーの使用	6-1 同室者への配慮 6-2 正しい操作方法	
7. 喫煙	7-1 灰のしまつ、灰皿の利用 7-2 マッチ・ライターの利用 7-3 周囲への配慮 7-4 すいがらの後始末	7-1 ロビーまでの歩行 7-2 椅子の座り方
8. 湯わかし室の利用	8-1 湯わかし室 8-2 火のあと始末 8-3 清潔に保つ	8-1 湯わかし室までの歩行 8-2 湯わかし室内の移動

## 歩行訓練について

項目	留意点
1. 単独歩行	1-1 ADLに付隨して行う 1-2 安静解除に伴い、徐々に行動範囲の拡大をはかる 1-3 防御、伝い歩き、方向のとり方等基礎技術を習得させる 1-4 院内の歩行を通して、物の位置関係、方向の概念を把握させる
2. 手引き歩行	2-1 院内散歩 Ⅰ 体力をつける Ⅱ 気分転換をはかる Ⅲ 患者の気持ちを引き出す Ⅳ 今後のことについての面接もかねる
3. 白杖歩行	3-1 ケースに応じて導入する

### 国立大学病院におけるリハ

	3-2 どのケースにも紹介は行う
	3-3 白杖操作の基本技術習得程度を目標とする
4. 盲導犬歩行	4.1 ケースに応じて紹介する
5. 電子機器の利用	5.1

#### コミュニケーションについて

項目	留意点
1. 点字	1-1 どのケースにも紹介は行う 1-2 ケースに応じて導入する 1-3 五十音習得程度を目標とする
2. すみ字	2-1 どのケースにも紹介は行う 2-2 ケースに応じて導入する

#### 家族指導について

項目	留意点
1. 過剰援助の防止	1-1 何もかも手を出して援助するのではなく、患者本人が自分でやろうという意識を持つように言葉掛けをしてゆく
2. 手引きの習得	2-1 アイマスク体験 2-2 院内散歩に同行する
3. 書類の諸手続	
4. 盲人用補助具の紹介	
5. 諸施設の紹介	

#### (4) まとめ

大学病院における眼科的リハビリ対象者は、ほとんどが中途失明者である。急激に失明する者よりも、眼疾患のために徐々に視力低下を来たし、何度も手術を繰り返した結果、失明に至ったケースが多い。故に、大学病院へ来た時点で、頭の片隅では失明するかもしれないという不安と覚悟をある程度持っている。反面、それ以上に大学病院なら治してくれるのではないかという期待も持って来院する。したがって、我々医療従事者は、その期待を裏切られた患者の心理を理解し、その患者が何を一番必要としているかを絶えず考え、より将来的な展望に立って、今何をするべきかを判断し、援助していくかなければならぬ。

また、一般的にも大学病院というのは、医療機関の中では中核的存在であるという認識がされている。だから普段、医者にかかるのも、まず近くの開業医、次に地域の病院（市民病院等）、それでもダメなら大学病院へと考え、実際にそのような経過を経て大学病院に来院する患者を多く見受ける。だからこそその施設が、決してただ治療技術という面だけの中心であってはならない。最新の医療機器を使いこなし、最新の手術を施行するだけの医療にとどまっていてはいけない。つまり、医療サービスを考える時、その一人間に特有な全人格的健康ということをあらゆる水準において考えることが必要なのである。それは疾患を持った部分だけを見るのではなく、身体的・社会的・精神的に一個人をとらえて必要なニードの充足を援助していく過程でなければならない。こうしたことをふまえ、医療サービスを希望する者に対して、最大限の医療を施す施設となってゆくことが今、大学病院に望まれることなのである。

以上、中途失明者を対象に述べてきたが、今一つ忘れてならないことは、乳幼児期に失明した子どもとその家族への指導・援助である。大学病院における小児科領域では、他の疾患により死に直面した子どもたちに多く接する。そのため、たとえ失明に至ったとしても命に別状ない状態であれば、重症視しない場合が多くみられる。しかし、小児であるからこそ成人した時点に目標をおき、失明から併発する概念形成の未熟さ等の問題をしっかりと認識する必要がある。そして、子どもにとって常に身近にいて指導者としての役割もになってゆくことになる親に対して、その子にとっての望ましい教育の仕方を助言・指導できるように早期に適切な指導を行なうことが重要である。医療従事者は、いつもこのことを念頭において接してゆかねばならないことを最後に付しておきたい。

### おわりに

大学病院に看護婦として就職し、たまたま配属された科が眼科病棟であった。そして、はじめて視覚障害というものにじかに触れるようになった。筆者はまだ看護婦としての経験が浅く、視覚障害というものがやっとほんの少しあかりかけてきたという段階である。今後、この仕事に携っていく上での基盤になれ

## 国立大学病院におけるリハ

ばと思いつこの研究に取り組んだ。アンケート調査では回収率の低さと記入状況のあいまいさから視覚障害に対する意識の低さを痛感した。一般の人たちと比べ、接する機会の多い病院においてさえそうなのだから、一般社会での状況はさぞや、と思わざるを得ない。まことに残念なことである。論文の内容としては、まだまだ未熟なものであるが、これを一つのステップとし、あくまでも医療従事者の立場で視覚障害というものに関わっていきたいと思う。

### 参考文献

- 阿曾洋子他、1986、医療技術短期大学部看護学科卒業生の継続看護に関する意識、看護展望、メデカルフレンド社
- 遠藤加寿実、1985、眼科病棟のリハビリについての一考察、第5回歩行指導員養成講習会フォローアップ研修会資料集、日本ライトハウス
- 竹村 晟、1986、国立大学病院の管理運営の現状と問題点、総務庁行政監察局
- 土屋三友、1982、視覚障害のための生活訓練、国立身体障害者リハビリテーションセンター
- トーマス・J・キャロル、樋口正純訳、1977、日本盲人福祉委員会
- 波多野梗子他、1982、看護学総論、系統看護学講座10、医学書院
- 原田政美、1971、視覚障害、リハビリテーション医学全書12、医歯薬出版株式会社
- 村上八千代、1984、失明の宣告・アドバイスの必要性とそのあり方について、関西学院大学卒業論文
- 雷坂浩之、1984、眼科医の「失明宣告」と視覚障害者のリハビリテーション過程に関する一考察、視覚障害研究第19号、日本ライトハウス