
北海道視覚障害リハビリテーション協会の現状と課題

北海道視覚障害リハビリテーション協会

新井 久子 新井 宏

はじめに

1988年6月9日、民間の任意団体として北海道視覚障害リハビリテーション協会（以下リハビリ協会という）を設立してから5年が経過した。北海道に「視覚障害リハビリテーションの種を植え、それを育てていこう」と5人の運営委員によりスタートさせたのは、かなりの冒険ではあった。しかし、訪問によるリハビリテーションの提供と、身体障害者手帳を持つ以前の患者に対してのアプローチが大切であるという考え方を可能にするには、このような形でしか実現できなかったというのは事実である。

早期リハビリテーションをまず第一の目的とし、リハビリテーション＝訓練ではなく「自分を取り戻す生命の復活」という基本姿勢にたったからこそ病院訪問を可能にした。早期リハビリテーションの考え方を含め、これまでの5年間の活動を報告する。

I 北海道視覚障害リハビリテーション協会設立の目的

札幌市において中途失明者社会適応訓練事業が始まったのは1983年からだった。歩行訓練やADL、点字訓練のための自宅訪問が開始されたが、その時出会った人々は異口同音に「目が見えなくなり5年も6年も悶々としていたんですよ」と言われたのである。中には「20年前に知っていたら、白杖を使ってどこにでも出かけられたのに」と悔しい胸の中を打ち明ける人もいた。

失明からくる生活の不安や将来の生活に対しての戸惑いも、多く聞くように

なった。「もっと早くにリハビリテーションを知っていればこんなに長く悩まなかったのに」という声も聞かれたが、それらを解決に結び付ける相談窓口や社会的サービスには限界があった。しかも、そのような活動の中で、どうしても取り残されてしまう部分がある。それは身体障害者手帳の交付を受けていない人々であった。

病状が安定せずにいる入院中の患者、また入退院を繰り返している人も多い。手帳交付の対象には至らないが、「いつ見えなくなるか不安でたまらない」と常に不安を感じながら生活している人もいた。

「見える」か「見えない」かだけが最大の関心事だった。

まさに視覚障害を取り巻く環境は「できない」からのスタートを強いられているのが現状であり、リハビリテーションは「できるようになるための訓練」と無条件に解釈されていたのである。それは心理的ケアを含めた人間全体を顧る事を忘れさせてしまう。過去があり、現在があり、未来があるという一人の人間の全体を見えなくさせてしまうのである。どのような状況下であっても「今からがスタート」であり、可能性のない人間は誰もいない。しかも、それまでに積み重ねてきた人生を捨てる必要はない。人生の中で捨てるようなできごととは何ひとつないのである。

このような現実の中、なるべく早い時期に患者と会い、実際に今、不自由だと感じているところから解決の糸口を見いだす援助の必要があった。それには医療スタッフとの連携が必要不可欠であり、そして、なによりも視覚障害者自らが主人公でなければ、自律の道を歩むことはできないのである。

北海道視覚障害リハビリテーション協会設立はこのような問題に対して「誰もやらないのなら自分たちの手で」とやむにやまれず立ち上がった団体である。民間の任意団体として、どこからの助成も受けずにゼロからスタートした。しかし、それは現状を充分に見極めた上での自然発生的な選択でもあった。

II 事業内容

事務所は、患者団体である北海道難病連相談室の机を1つ借用し、1台の電話を引いてスタートした。難病連とは、それまでに患者の相談や用具に関連し

て関わりを持っていたが、このスタートは非常に恵まれた環境といえる。医療、福祉に関しての様々な問題点について理解を深めることができた。発足から2年間、専任1名のみであらゆる課題に取り組まなければならなかったが、結果として相当量の仕事をこなす姿勢を鍛えられた。

事業内容で最初に記したいのは電話による相談窓口の開設である。まず電話で相談を受け、必要な人はこちらから訪問する。訪問先は病院、施設、自宅など問わず、その人の住んでいるところすべてである。

電話だからといって「ではこちらに一度来てください」と簡単にすませることはできない。最後まで、時間がかかっても話を聞いていねいに聞いていく事が大切である。この電話相談という方法を全国的な規模でやる事ができたら、視覚障害リハビリテーションも普及していくであろうと考える。

リハビリ協会スタート時に新聞、テレビなどで事業の内容を紹介されたこともあり、その月の相談件数は88件にも上った。そのほとんどが失明に対する不安と社会的な福祉制度を知らないために生ずる生活上の不安であった。

相談を受けるスタッフは、専門的な知識や技術を持っていることが望ましい。また常に新しい情報を収集し、社会の動きにも敏感でなければならない。様々な関連分野でのチームワークも必要不可欠である。また、医療に関する直接的な問題は、専門の医師に相談するなど役割分担をした上での対応が必要である。失明早期のリハビリテーションが大事だと感じている人に、具体的な解決策の第一歩としてチームワークを組んだ相談窓口の開設を期待する。

視覚障害を取り巻く社会的な保障はまだまだ遅れているが、気がついた人の第一歩が社会を変えていくと信じている。

次に示すのは具体的な事業内容である。

1. 視覚障害リハビリテーションについての相談窓口

相談の受付は電話、来所、訪問などによる。電話相談から失明早期の患者にアプローチできる事が多い。電話による匿名性から誰にも相談できなかった心の不安を訴える事ができる。そして、相談を受けた者が充分話を聞くことにより、来所や訪問によるリハビリ訓練へと移行していくきっかけとなる。

2. 視覚障害リハビリテーション訓練

来所、訪問による。訪問は自宅、病院、施設など場所を問わない。訓練内容は、歩行、コミュニケーション、ADL等すべてを提供する。身体障害者手帳の有無は問わない。

3. 補装具、日常生活用具の取り扱い

見積書作成から用具の発注、受け渡しまでを担当する。電話での注文、問い合わせが多く、直接利用する本人だけでなく、家族、福祉事務所の担当、看護婦、MSWなどからである。

この時点で様々な相談に発展していくことも多い。これは一般的な用具取り扱い業者と違っている点であり、逆に何の説明や情報も受けられずに点字器や白杖などの用具を受け取っているという点に問題を感じる。また、身長に合わせた白杖ではなく、腰くらいの短い杖を渡されて、どのように使っているかわからず相談に来る人もいる。この相談がきっかけとなり訪問で白杖歩行訓練を受けるようになったり、点字教室に通うようになった人も多い。

また、日常生活用具のテープレコーダーや電磁調理器なども視覚障害者が使いやすい物を選択し、提供する必要がある。受け渡しの時に適切な説明を加えたり、テープでの取り扱い説明書も作成し添付している。

4. 介護福祉学校等の講師

障害形態別介護「視覚障害」の授業担当。

北海道介護福祉学校（栗山町）

介護福祉士科30時間 15回 2クラス

日本福祉学院（札幌市）

介護福祉士科22時間 11回 2クラス

ソーシャルワーカー科22時間 11回 2クラス

日本ハイテクノロジー専門学校（恵庭市）

視能訓練科20時間 10回 1クラス

5. テープ雑誌「白い杖」発行

読者からのお便りテープと様々な情報をC90のテープ1本に編集し、バックに音楽を入れ、2ヶ月に1回発行。全国に250名の読者がいる。

また、「白い杖」読者の集いとして「土曜喫茶」を2ヶ月に1回難病センター会議室で開催している。会議室はテーブルクロスと季節の花で飾り、BGMを流す。ひきたてのコーヒーと薔薇やペパーミント、アップルなどのハーブティーを楽しみに、入院中の患者もタクシーで来るほど、リハビリ協会の行事として定着している。特別な事をせず、あくまでも普段と変わらない「喫茶店」を作り、リハビリ協会のスタッフはマスターとウェイトレスに専念することで、気負いのない自然な会話が生まれる。これは札幌だけではなく、道内各地に行っても開催しており、広まってほしいと思う。参加者は毎回20名程度で、時には難病連の職員や、会議で来られた患者会の人、ほっと一息、コーヒーを飲んで帰る事もある。

リハビリ協会にとってなくてはならない行事のひとつになっている。

6. 講習会の開催

発足当時直ちに企画したことは「医療と福祉の連携」をとるための「視覚障害リハビリテーションセミナー」だった。入退院を繰り返している、あるいは失明直後の患者にとって一番身近なところが医療機関だったからである。

失明の告知についての深刻な問題もあるが、まずは視覚障害リハビリテーションの理解を深めるため、看護や相談にかかわる人を中心に開催したセミナーである。その結果、参加した人達からの共感、理解が得られ、早期リハビリテーションの浸透に寄与した。

参加者は看護婦、保健婦、MSW、OTなど医療・保健関係者が多かった。

早期リハビリテーションについては別に詳しく述べることとする。

1) 第1回視覚障害リハビリテーションセミナー1988年9月～12月 全4回

①視覚障害リハビリテーションとは

講師 リハビリ協会スタッフ 参加者 46名

②リハビリ訓練について

講師 リハビリ協会スタッフ 参加者 37名

③各地の医療と福祉の連携について

講師 豊中市 歩行訓練士 牛尾登美氏

大阪市 歩行訓練士 速水 洋氏他 参加者 35名

④視覚障害者の自律について

講師 日本ライトハウス所長 日比野清氏 参加者 45名

⑤視覚障害者の自律について (視覚障害者、家族に対する講演)

講師 日本ライトハウス所長 日比野清氏 参加者 43名

2) 第2回視覚障害リハビリテーションセミナー1989年8月～2月 全5回

①視覚障害リハビリテーション協会の訪問活動

講師 リハビリ協会スタッフ

②失明早期の患者へのアプローチ

講師 日本ライトハウス所長 日比野清氏

③アメリカの視覚障害リハビリの現状

講師 リハビリ協会スタッフ

④患者会の働き

講師 北海道難病連事務局長 伊藤たてお氏

⑤糖尿病と健康管理・足

講師 全国ベッチェット協会江南施設 深沢みどり氏

3) 第3回視覚障害リハビリテーションセミナー1991年9月

①アメリカの現状

講師 日本ライトハウス 荒川輝男氏

4) 「手引き」などの講習会

視覚障害リハビリテーション協会主催と他機関主催の講習会とがある。年々他の機関からの依頼が増加しており、中でも医療関係者からの依頼を受けることが多くなった。

III 相談・訓練の内容、件数 (1988年度から1991年度)

相談からリハビリ訓練へ、相談から福祉機器の紹介、そして訓練へと関わりあってひとつの流れを作っている (表1、相談は延べ件数ではなく実人数である)。

補装具・日常生活用具は他の福祉機器と同じように、使い方を覚えてはじめて意味を持つ。見積や用具を受け取るため来所した時に「今まで調理をしてい

表1 相談・訓練の内容、件数

	88年度	89年度	90年度	91年度	合計
相談件数	297	184	233	318	1032
リハビリについて	150	92	98	114	454
福祉機器について	52	24	69	79	224
職業について	21	7	7	19	54
福祉制度について		12	11	19	42
療養生活について		3		11	14
その他	74	46	48	76	244

補装具・日常生活用具取扱	103	227	310	330	970
--------------	-----	-----	-----	-----	-----

訓練内容	88年度	89年度	90年度	91年度	合計
歩行訓練	13	25	32	37	107
コミュニケーション	18	45	35	26	124
点字	18	45	27	16	106
カナタイプ			8	6	14
AOKワープロ				2	2
オブタコン				2	2
ADL	4	6	4	4	18
ハンドクラフト			7	7	14
合計	35	76	78	74	263

たけれど、目が見えなくなってガスを使うのは危ないと家族に言われ、電磁調理器を申請しようと思った」とか「白杖はあまり使わないので短い杖がいい」「もう年だから点字は無理だと言われた」などのことばが聞かれた。そのどれもがどこかで歪められ、誤解をまねく情報である。

しかし、今この場で視点を少し変えることはできる。用具の説明をしながらその人の抱えている問題にふれることがある。時間をかけて話しているうち「今までできないことばかり考えてきたけれど、できることを考えて生活して

もいいんですね」と気付いた人もいる。

リハビリテーションを提供するきっかけはいたるところにある。チャンスはその場で生まれることがある。

現在リハビリ協会で訪問している人の中で年齢が一番上の方は84才で、歩行と点字を練習している。特別養護老人ホームに入所しているが、82才からリハビリ訓練を始め、3階建ての建物を歩行訓練により自由自在に歩けるようになった。点字もすらすらとはいかないが、食堂のテーブルに自分の名前を書いて貼る、手紙を書くなどの日常生活では十分に役割を果たすようになってきている。

先にふれたように「何才だからもう無理」というのはリハビリテーションの概念にはない。始めようと思った時がスタート地点だという考え方からリハビリ協会は発足した。

AOKワープロでは今までにワープロを触ったこともないという人でもひとりひとりに合わせた方法で指導していけば使えるようになる。仕事に、カウンセリング講座の論文に、そして友人に出す手紙や年賀状にとその利用方法も様々である。オプタコンは「主人の給料明細を読みたいんです」と始めた人もいる。リハビリ協会には眠っている備品は今のところない。

IV 地方へのデリバリサービス事業

北海道は四国と九州を合わせた位の面積があり、交通機関も決して恵まれているとは言えない。しかも冬という厳しい環境を合わせ持った地域でもある。病院は札幌に集中しており、半数の患者が札幌市以外に住んでいる。つまり、のちに述べる早期リハビリテーションのフォローのためにも、退院後の地域訪問は必然的課題となる。一方では視覚障害リハビリテーションが知られていない土地でその必要性を訴えても理解されにくく、「リハビリテーションを受けに来てください」と待っているだけでは不十分であった。札幌に出てくるだけでも7～8時間かかる所は多い。また、札幌と地方とでは環境の違いも大きい。

以上の条件を考えあわせた結果、始めたのが地方へのデリバリサービスである。機材一式を積んで出かけ、1回の日程は1週間程。1地域につき、年2回から4回訪問する。

人口2,000人から30,000人程度の町村が多い。

3年目の1991年からようやく北海道と、帯広の近くにある音更町から事業委託を受けるようになった。北海道からは年間80万円の予算で、リハビリ協会デリバリサービス事業の半額が補助されている。経済的な苦しさには変わりはなかったが、北海道内に広めるにはいいチャンスであった。同じ年に音更町からは2週間で44万5千円の事業委託を受けた（1992年度は50万円に増額）。また、1992年からは釧路の近くにある標茶町と50万円で契約が成立し、1993年度は新たに士別市との契約が可能になった。少しずつではあるが植えた種が芽を出してきているのを実感する。

初めての土地では必ず「福祉機器展と相談会」「手引き講習会」を開催することになっている。一般の人の理解を深めることも忘れてはならないと考えているからである。また、協力を求めるのは役場の福祉課だけではなく保健婦やMSWにも必ず連絡をとるようにしている。つまりチームワークがとれるかどうかのポイントとなる。ある時は専門家が必要であり、ある時は多くのボランティアが必要な時もある。それぞれの力を出し合えばいいものができる。

V 早期リハビリテーション

北海道視覚障害リハビリテーション協会が発足当初から積極的にとりくんできた課題に、失明後早期のリハビリテーションの導入の試みがある。現在、その効果が少しずつあらわれ始めているので報告する。

1. 発端—大学病院での取り組み

病院訪問の取り組みは、在宅視覚障害者の訪問時に、「私は5年も6年も悶々としてきた」という方があまりにも多く、なぜ失明後の長い時期を無為に過ごさねばならないのかという、素朴な疑問が発端である。

視覚障害は病気や事故が原因で生じるが、いずれにしても医療とは切り離せない関係がある。即ち、医療機関の中で取り組むべき課題があるのでは？という発想である。

我々が最初に訪問したのは大学病院であった。医療の第一線では看護婦らが、「視覚障害リハビリテーション」の概念のない状況で、失明によるパニック状

態の患者への対応におわれていた。やがて、この訪問がきっかけとなり、この大学病院では患者へのリハビリテーションの提供が始まった。ただ、この時にひとつ問題があった。「リハビリテーションとは即ち白杖歩行訓練のこと」と解釈されていたことである。

患者の全体像や過去経験、経歴や生活歴、家族構成、現職と職歴、病歴などの情報は、患者自身の将来を見据えたリハビリテーションの提供には必要不可欠のものである。患者が何を欲し、現状をどうとらえ、将来に何を託しているのか、その重要な問題点を無視して、歩行訓練のみを提供しても、それは本来的な意味でのリハビリテーションとはなりえない。

訓練としては十分な効果をあげたとはいえるが、これらを「リハビリテーション」といい切る自信はない。つづく節では病院訪問を通して得られた経験論的なアプローチの方法についてまとめてみる。

2. 医療関係者との信頼関係

我々が訪問を開始した当初は看護詰所に入ることもすら困難であったが、患者のより安定した積極的な発言や行動などの態度変容が、リハビリテーションの効果であることが、看護サイドに徐々に理解される時期が必ず来るはずである。

信頼関係は患者の明確な態度の変容によって仲介される。そしてリハビリテーションはその存在価値を再評価されるのである。

3. 情報交換

看護記録は客観的な記録であるが、そこには患者の心理状態が反映されている。この記録をもとに医療者とリハビリテーション提供者の間で、患者の全体像を把握するための情報交換が開始される。この時に、リハビリテーション担当者は、説明される内容から患者の行動パターンにあらわれる特徴、傾向、問題点などを把握する努力をしなければならない。また、いかなる問題に対しても、最適と思われるアドバイスや意見を提出し、疑問を感じる部分については、積極的に聞き取らなければならない。

患者の問題点を即座に把握し、患者への接近の方法とリハビリテーション提供の方針を決定し、患者の退院後の将来的予測をも含めたビジョンを提供することが必須となる。

患者との初回面接に先だつ看護の流れの把握は、患者へのアプローチを円滑に進めるに必要な手続きといえる。そこには医療者とリハビリ提供者との合意と信頼関係の確立が条件である。

4. 患者へのアプローチ

失明への進行過程のまっただ中にある患者への接近で、注意しておかなければならないことがある。

まず、患者は、治療に強い期待感を抱いている。落ち着いているように見えても、「治療方針が立たない」と言われて平然としておれるものではない。入院している間中、常にドクターからの「悪い知らせ」がないことを強く願い、時には、それを完全に頭の中から追い払うことによって、自分自身の平静さを支えていることもある。

そんな患者に対して、いきなり「白杖」「点字」「盲導犬」など、明白なイメージを持つ用語を用いるのは、あまりにも配慮を欠いた行為といえる。患者はこれらのことばに過敏に反応する。最も聞きたくないことばでもある。それを承知の上で接近をはからなければならないし、そんな時に「白杖歩行訓練しかない」となれば、患者へのアプローチはほとんど不可能である。

事前に医療者から「予後不良」と聞いていても、患者自身がまだ知らされていないこともある。そういう場合の患者は我々の話に、まず興味を示さないし、悪くすると拒絶される。いったん拒絶されたら、まず二度とアプローチし直すことは不可能と心得るべきであろう。たとえできたとしても、ギクシャクした関係に陥りやすい。

5. 身近な問題を解決する

こういう場合には、もっと身近な問題点について、患者自身が何を不便に思っているか、できなくなったこと、困っていることがないかを聞き取る必要がある。大抵は次のような具体的な問題をかかえ、悩んでいることが多い。

- ①トイレに一人で行けなくなった
- ②お金の区別ができなくなった
- ③電話がかけられなくなった
- ④引出しの中の整理が自分でできなくなった

⑤時刻が分からなくなって、昼か夜か区別できない

⑥外に出られなくなった

などである。

これらの悩みは、簡単にしかも効果的に解決することができる。ここであえて記述することはしないが、人間の持つ能力には計り知れないほどの底力があり、自分の能力に気づき、発見し、発揮することで、上にあげたような行動は自らの意志でコントロールできるものである。

見えていたところに行っていた当り前の行動を話題とするのも有効である。例えば、「髪を鏡に映しながらでないと洗髪できなかったか?」、「風呂の温度を目で見て何度?とはいわず、手をつっこんでいたろう」等である。そんな身近な「目をつかわない」行為が新鮮に感じられるような話題の提供は、患者を安心させるに必要であり、また身近であるがゆえに理解しやすいものである。

6. 関係者に望まれるもの

患者が自らの視力の現状をうすうすと感じながらも治療に期待し、その期待に反して視力の回復の望みが打ち消される瞬間に、葛藤やパニックが極に達することは知っておくべきである。いままでリハビリ関係者は、パニックの現場から遠い場所で、訓練に明け暮れていたことを反省する必要があるだろう。

医療関係者は患者のパニックをベッドサイドで確認してきている。そして、その受け止めきれない心の葛藤を、患者自らが処理してくれることを祈っていたのではないかとも思える。看護技術の中には「視覚障害リハビリテーション」という項目がないのである。

ここで指摘しておかなければならない問題がある。そのひとつが患者の誘導方法である。

病棟や外来で患者を誘導する看護婦は、たいてい後ろ向きになって、患者の両手を前からとり、支えるようにして後ろ向きに進む。当然看護婦の身体が先行するため患者の前方はクリアである。つまり障害物はないから、実に安全な方法と思われている。ただこの方法は、明らかな欠陥を持っている。

両手を支えられて歩くのは人生のいったいどの段階に起こるかを考えなければならない。つかまり立ちによる歩行は、ようやくハイハイから両足で立ち上

がった幼児期にあらわれる。社会経験を経た今になって、幼児体験を強いられる。これが心理的にどれほどの問題を含むかは、充分考えなければならない。

患者誘導は標準的な「手引き」によって行うべきである。患者は失明によって心理的、生理的に極端なストレスにさらされている。そんな場面で、患者の自由を束縛するような方法は導入すべきではない。むしろ、患者自身が自らの主体的行為として、手引き者のヒジを持つことは、極めて重要な意味を持っていることを明記しておく。

この他にも看護、医療者との連絡調整、あるいは研修などを通じて、訓練はリハビリテーションの中のひとつの要素であって、全てではないことをよく知らせておく必要がある。

もうひとつは、患者自身の選択の幅を広げるために、様々な情報を常に更新し、社会資源を得る手段や手続きにも通じている必要がある。すなわち患者の利益を最優先した取り組みが必要なのである。

7. 患者の心理への配慮

家族や周囲の者たちが発することばにも十分な注意が必要になる。本人がリハビリテーションに積極的に取り組み始めた矢先に、「他にいい治療法や医療機関がないのか」など、可能性のない、水を差すような発言は控えるべきである。人生を選択し、決定するのは患者自身の自由意思であって周囲が決めることではない。

患者がまるで無力のような接し方も問題である。無力なのではなく、方法が分からないというだけなのだ。特に中途失明の場合、今までつちかっていた「目で見た方法」が通用しなくなり、混乱している。その時期に、混乱に拍車をかける言動はつつしまなければならない。目が見えなくても耳は聞こえているのである。遠まわしな言い方も、患者は敏感に察知することがある。

8. 早期リハビリテーションの問題点

早期リハビリテーションは始まったばかりで、解決すべき問題が続出することと思う。今までの施設型リハビリテーションにおいては、身体障害手帳を取得した視覚障害者のみが対象であったが、今後取り組むべき早期リハビリテーションでは、身体障害手帳取得以前の患者がその範疇に入ってくる。当然、何

の目的で、何を、そして誰が提供するのかは、クローズアップされるべき課題でもある。

骨折後や脳卒中後の片麻痺が起こった時にリハビリテーションがあるように、視覚に重篤な障害が生じた時にもやはり、リハビリテーションは必要だというのが我々の主張のひとつである。そして、視覚障害リハビリテーションは、手帳取得以前には対応する制度がないという現状を指摘しておきたい。

VI 今後の課題と展望

早期リハビリテーションを実現させようと病院を訪問し、地方を訪問して5年が経過した。北海道は32市180町村ある。その全てをまわる事はできないが、リハビリテーションの拠点を つくる事は可能と考えている。

1992年から日高管内浦河町に支部ができ、訪問により相談や訓練を提供している。地元で活動できる人がいるというのは頼もしいことである。

民間の任意団体が全くどこからの助成もなしに活動を始めるのはやはり大変な経済的な負担を覚悟しなければならない。リハビリ協会の活動資金は2年目までは寄付と会費、用具の取り扱い手数料のみであった。3年目以降はこれらの他に北海道や市町村の委託契約、共同募金会の配分、バザーやメロンゼリーの販売、その他の事業収入などが活動資金に加わった。また札幌市内の眼科病院と救護施設との月契約が1件ずつある。

少しずつではあるが理解は深まってきている。

おわりに

北海道だけではなく、まだまだ視覚障害のリハビリテーションを受けられない人々が日本中そして世界中に生活しているという現状を考えると、何とかならないものかと思う。

以前スウェーデンに行った時、「すべての人が参加できなければ社会は貧しくなる」という言葉を聞いた。誰でもが知っているやさしい言葉と、心を使って社会は豊かになれると感じた。感じた者がそれを行動に移していく。その結果が北海道視覚障害リハビリテーション協会の活動である。

参考文献

- 上田 敏 1987 リハビリテーションの思想, 人間復権の医療を求めて. 医学書院.
- 社会保障研究所編 1990 スウェーデンの社会保障 東京大学出版会.
- 難病患者生活実態調査委員会 1991 北海道難病白書～難病患者, 障害者, 高齢者が安心して暮らせる社会づくりをめざして.
- 全国訪問型白杖歩行訓練士の会編 1993 青い空と白いつえ・訪問編.

《インフォメーション1 図書-1》

- ヘレン・ケラー 光の中へ (ヘレン・ケラー著 島田恵訳 高橋和夫監修)
1992年10月刊 ¥1545 めるくまーる
- 見えないお母さん絵本を読む 見えるあなたへのメッセージ (岩田美津子)
1992年10月刊 ¥1300 せせらぎ出版
- ロービジョン 理論と実践 (Randall T. Jose編 築島謙次・石田みさ子監
訳) 1992年10月刊 日本盲人福祉委員会
- 心身障害者の援助技術書 弱視レンズの選択と指導 1992年10月刊 東京
都心身障害福祉センター
- 補助用具・器具評論 糖尿病の管理ー視覚障害者用の機器 (キャロルセン
ター・フォー・ザ・ブラインド AAR No. 6 訳本) 1992年2月刊
¥600 ジオム社
- 補助用具・器具評論 ハンドライティングの手引き (キャロルセンター・
フォー・ザ・ブラインド AAR No. 3 訳本) 1992年9月刊 ¥350
ジオム社