

精神科病院における小林法のコース検査

小林 俊雄

Kobayashi's assessment system of the Kohs Block-design Tests in the mental hospital

Toshio KOBAYASHI

Abstract

I engaged in research for the practical utility of Kobayashi's assessment system of the Kohs Block-design Tests in the mental hospital. The large samples of mental patients were registered at a clinical psychology service in the mental hospitals from the year 1975 to the year 1982. And I drew out mental patient of 93 who were tested the Kohs Block-design Tests usually in the mental hospitals by me from the sample of below thirty years 256 patients. But I do not administered Kobayashi's assessment system of the Kohs Block-design Tests in the mental hospital. I convert the 93 patients test data of the Kohs Block-design Tests data into the Kobayashi's assessment system of the Kohs Block-design Tests data to investigate the utility of Kobayashi's assessment system of the Kohs Block-design Tests in the mental hospital.

As a result I find high correlation ($r=0.957$) in the patients IQ between the IQ of Kobayashi's assessment system of the Kohs Block-design Tests data and the IQ of Kohs Block-design Tests data. I find high correlation ($r=0.90$) in the 5 point rating between the 5 point rating of the Kobayashi's assessment system of the Kohs Block-design Tests data and the 5 point rating of the Kohs Block-design Tests data. And I find low correlation ($r=0.682$) in the total test time required between the total test time required of the Kobayashi's assessment system of the Kohs Block-design Tests and the total test time required of the Kohs Block-design Tests. As to the total test time required there is statistically significant difference between the Kobayashi's assessment system of the Kohs Block-design Tests and the Kohs Block-design Tests ($\chi^2=14.70$ $df=1$, $P<0.001$). The Kobayashi's assessment system of the Kohs Block-design Tests is useful for helping the mental patients from the point of view of practical utility in the mental hospital.

Key words : Kohs Block-design Tests, Kobayashi's assessment system, mental hospital

キーワード : コース検査, 小林法心理評価システム, 精神科病院

I 研究の目的

コース検査のはじまり

コース検査（正式名称はKohs Block Design Tests）はSamuel C. Kohs（1890-1984）が1920年¹⁾に発表した知能テストである。「積み木」(Block)を使用するのでBlock Design Testといわれる。コース検査の「積み木」(Block)は、おもちゃの製造会社「the Embossing Co.」¹⁾の製造である。コース検査は1922年に「the Block-design Tests」という名称でマクミラン社から出版²⁾された。

コース検査では、検査者が練習図を見ながら積み木4個を組み合わせて見本図と同じ模様を作るということを受検者にやって見せる³⁾。次に受検者にやってもらふ。受検者は一人で練習図を見ながら積み木4個を組み合わせて見本図と同じ模様を作ると、練習図の課題に合格となる。練習図には制限時間がない。受検者が練習図を3回までの試技で完成するとすぐに本試行の試技（課題図No1～課題図No17）に入る。コース検査の課題図は、全部で18枚ある。最初の課題図は練習図である。コース検査は平易な練習図から始まって段々難しい課題図になっていく。本試行の課題図No10と課題図No11は積み木を9個使用する。課題図No12から最終の課題図No17までは積み木を16個使用する。本試行にはすべて制限時間がある。制限時間内に完成しなければ失敗とされる。コース検査は受検者が課題図を2問連続して失敗すると終了する規定である（Kohs S. C.のコース検査手引書³⁾ p12）。受検者が課題図を2問連続して失敗するまではコース検査を終えることが出来ないのである。

コース検査の採点の手順は、まず受検者の生活年齢（Chronological Age）を修正する。受検者の生活年齢が18歳以上の場合は一律に生活年齢16歳0ヵ月として修正する。受検者の生活年齢が13歳2ヵ月から17歳11ヵ月までの場合は「暦年齢修正表」⁴⁾

（Kohs S. C.のコース検査手引書p17）で調べて修正する。

次に「得点算出表」⁵⁾（Kohs S. C.のコース検査手引書p15）を参考にして受検者のコース検査の得点の合計を出す。「得点」は、受検者が課題図の通りに早く完成させるとボーナス点ができる。コース検査の最高得点は131点である。練習図に不合格の受験者は得点0になる。コース検査の得点0の患者はMA 5歳3ヶ月以下として算定される。次に「精神年齢換算表」⁶⁾（Kohs S. C.のコース検査手引書p16）を参考にして、受検者のコース検査の合計得点から精神年齢（Mental Age）を算定する。最後に受検者の生活年齢と精神年齢で知能指数IQ（=精神年齢MA/修正暦年齢CA×100）を計算する。実際に精神年齢や修正暦年齢を求める場合には、1年の12ヶ月を10で均等割りして計算しなければならないので手間がかかる。

日本におけるコース検査

コース検査の日本における正式名称は「コース立方体組み合わせテスト³⁾」（Kohs Block Design Test⁷⁾）である。コース検査を日本に紹介した大脇義一は、聴覚障害児童の知能を測定するために必要な非言語式検査としてコース検査を位置づけた。大脇義一は、大脇三恵子や丹野由二らと共に聾学校で聴覚障害児約500名（6歳～16歳）を対象にコース検査の標準化をした³⁾ということである。原作者Kohs S. C.は、1966（昭和41）年に来日して日本では三京房でコース検査が製造販売できるようになった。Block Design Testは1939年のウエクスラーベルビュースケールの積み木問題Block Design⁸⁾にも応用されている。「コース検査は問題を分析したり総合したりする能力を測定する検査である」³⁾（Kohs S. C.のコース検査手引書³⁾ p 1 引用）という。浅川和夫は脳障害の患者にコース検査を使用してコース検査の有用性を示した⁹⁾。長谷川和夫¹⁰⁾はコース検

査が高齢者や脳障害者、聴覚障害児などにも適用しやすい知能検査であることを報告した。石田絢子、斉藤千佐子、長谷川和夫らは老人の研究でコース検査がウエクスラー成人知能検査の動作性検査と相関が高いと報告¹¹⁾した。

精神科病院におけるコース検査

1975年から私は常勤の臨床心理士として精神科病院で患者の心理治療と心理検査を行ってきた。心理検査メニューのひとつとしてコース検査も普通に実施してきた。市販されているコース検査の検査用紙¹²⁾には練習図の記載項目欄が欠落しているなどの不備が見られたので修正して、心理治療の臨床場面で使いやすいように「コース検査の小林の検査用紙」¹³⁾を作成して用いた。

コース検査の小林の検査用紙

「コース検査の小林の検査用紙」の利点を以下に挙げる。①患者の練習図課題の所要時間と得点を記載できる項目欄を設定した。②1年の12ヶ月を10で均等割りした数値を掲示したので、精神年齢の計算がしやすい。③高い頻度で使われる課題図No13までの課題図を検査用紙に略図で掲示したので、患者の積み木の動かし方が簡単に記録できる。④積み木の色別（赤色、青色、黄色）に記録の仕方を掲示したので、患者の積み木の動かし方の様子が簡単に記録できる。⑤コース検査の実施手続の重要な情報（「練習は3回まで」「2問連続失敗すると検査終了」「CA18歳以上はCA16.0歳」など）を掲示したので使いやすい。⑥「精神年齢MAの参考表」を掲示したので検査者がコース検査を実施しながらリアルタイムに患者の精神年齢（Mental Age）の目安をつけることができる。⑦知能指数IQの計算式（ $MA/CA \times 100$ ）に空欄を設けたので、患者の知能指数が出しやすい。⑧「患者の右手の情報」, 「患者の左手の情報」, 「検査者の説明に対する患者の理解力の情

報」, 「患者の歩行の可能性の情報」, 「患者の生年月日」, 「年齢」, 「性別」, 「施行年月日」, 「学校歴」, 「他テストの情報」, 「他テストのIQ」, 「診断名」, 「初診情報」など患者の臨床的な個人情報と「検査者氏名」が記載できる空欄を用意したのでコース検査の分析がしやすい, などである。

リハビリテーション病院における小林法のコース検査

1982年から私はリハビリテーション病院の常勤の心理カウンセラーとして勤務した。リハビリテーション患者の心理治療の臨床経験を蓄積してきた^{14) ~ 25)}私は、心理検査の場面でも患者に接客接遇をするという配慮を持って心理検査をおこなうことが望ましいと気がついた。リハビリテーション病院では精神科病院と違って、原作者のマニュアルで心理検査を実施すると心理検査が不能になる患者が多いことも体験した。リハビリテーション患者に心理評価をするためには、原作者のマニュアルを修正して負担の軽い心理検査のやり方を開発していく必要があることに気がついた。1988年頃から私はADL検査²⁶⁾, 長谷川検査²⁷⁾, コース検査^{3) 4)}, ベンダー図形検査²⁸⁾, HTP絵画検査^{29) 30) 31)}, ロールシャッハ検査³²⁾などの心理テストについて負担の軽いやり方を創案して実施するようになった。そしてこれらの6種類の心理検査をひとつの心理テストセットとして実施するようになった。この心理テストセットは2012年に「小林法の心理評価システム」^{33) 34)}という名称で発表した。「小林法の心理評価システム」は、負担の軽い心理検査方法である。「小林法の心理評価システム」は心理検査の場面でも患者に接客接遇をするという職業意識で心理治療的な接し方をすることも特徴である。

「小林法の心理評価システム」を開発するために私は、1975年4月1日から2003年7月31日までの期間に心理面接を実施した患者全員（3,567名）の臨床心理記録（2歳から93歳）に注目した。患者全員

(3,567名)の中から交通事故の受傷で入院した30歳以下の新患リハビリテーション患者62名の臨床心理記録をすべて抽出した。30歳以下の交通事故の新患リハビリテーション患者62名は男性患者50名女性患者12名(CR=4.69 P<0.01)である。この30歳以下の交通事故の新患リハビリテーション患者62名の臨床心理記録を研究対象にして私は、ADL検査³⁵⁾、長谷川検査³⁶⁾、コース検査³⁷⁾、ベンダー図形検査³⁸⁾などについて心理検査用紙と検査結果の分析法と検査データの研究結果などを報告した。これらの研究報告の臨床心理記録は、ひとりの心理カウンセラーで心理面接が実施された信頼性の高いものである。

「小林法の心理評価システム」ではADL検査³⁵⁾、長谷川検査³⁶⁾、コース検査³⁷⁾、ベンダー図形検査³⁸⁾、HTP絵画検査³⁹⁾、ロールシャッハ検査⁴⁰⁾など6種類の心理検査の結果をすべて5段階評定で判定するというやり方³³⁾である。つまりこの6種類の心理検査の結果はどれも「判定5優秀」「判定4正常」「判定3軽病」「判定2中病」「判定1重病」のなかのどれかに入れられるのである。「小林法の心理評価システム」で使われている6種類の心理検査の判定の結果は「小林法の心理評価システムの評価シート」⁴¹⁾に記入して分析する。「小林法の心理評価システム」の6種類の心理検査の判定結果については、5段階判定のそれぞれについて分析報告書の例文³⁴⁾を開発した。リハビリテーション病院で検査者が患者の検査結果に該当する分析報告書の例文³⁴⁾を、それぞれ貼り付けコピーのやり方で貼り付けていくとすぐにリハビリテーション患者の心理検査結果の分析報告書が出来るという心理検査技術を研究開発した。

「Kohs S. C.のコース検査」

コース検査についても同様である。リハビリテーション患者の場合には原作者Kohs S. C.のマニュアル

で心理検査を実施することは難しいことが多い。コース検査のやり方の問題点は、患者が連続して2回失敗するまで試技を続けさせるということである。このためコース検査は、検査の所要時間が長いことが問題点である。コース検査の所要時間は「平均して35分間」(Kohs S. C.のコース検査手引書³⁾ p 1から引用)で長い。コース検査はリハビリテーション患者には負担の重い検査である。また、原作者Kohs S. C.のやり方のコース検査は医療の無危害原則⁴²⁾の視点からみても倫理的に問題なのである。つまりコース検査は患者が連続して2回失敗するまで試技を続けさせるということなので、リハビリテーション患者がコース検査を終了するときにはいつも「私は全く出来ない人間だ」という挫折感を2回もいだけせられることになる。身体障害に陥ったリハビリテーション患者はコース検査をうけるとさらに自信をなくして自尊心を著しく傷つけられる場合が多いと考えられる。

以下に本研究では原作者Kohs S. C.のやり方のコース検査³⁾を「Kohs S. C.のコース検査」と表記する。小林法のやり方のコース検査^{33) 34) 37)}を「小林法のコース検査」と表記する。

「小林法のコース検査」

小林法のやり方のコース検査³³⁾では受検者が1問失敗するとすぐに終了する。「小林法のコース検査」では、検査が失敗の体験で終わらないように工夫する。「小林法のコース検査」では患者が急にミスを始めたらずちに中止する。しかしコース検査場面における患者の積み木の並べ方と患者の発言については詳しく記録する。「小林法のコース検査」³³⁾は、所要時間2分間を目安に行う。

本研究の目的は、精神科病院における「小林法のコース検査」³³⁾の適用性を考察することである。具体的には精神病院で普通にやっていた「Kohs S. C.のコース検査」³⁾の検査データを、「小林法のコース

検査」のやり方³³⁾で検査データを処理をしたらどうなるか研究することである。「コース検査のIQ」「コース検査の判定」「コース検査の検査所要時間」などについて研究する。

II 研究の方法

1. 調査対象

本研究のコース検査の調査対象は、私が精神病院で患者に普通に心理セッションを実施して得られた全ての臨床心理記録である。この中から30歳以下の患者のコース検査の臨床心理記録を抽出して研究する。具体的には私が常勤の臨床心理士として勤務していた1975年4月1日から1981年7月31日までに臨床心理台帳に登録された精神病院の30歳以下の全ての患者と、非常勤の臨床心理士として勤務していた1981年8月1日から1982年3月31日までに臨床心理台帳に登録された精神科の30歳以下の全ての患者である。

2. 調査方法

調査対象の1975年4月1日から1982年3月31日までの間の精神病院の患者に対するコース検査のやり方は普通の「Kohs S. C.のコース検査」³⁾である。その「Kohs S. C.のコース検査」の検査資料を「小林法のコース検査」のやり方³³⁾で処理してみるという調査方法である。

III 研究調査の結果と分析

1. 患者の研究結果

1) 患者の人数の調査

調査の結果、私が1975年4月1日から1981年7月31日までに心理セッションを実施した精神科病院の30歳以下の患者合計は256名である(表1)。内訳は常勤の1975年4月1日から1981年7月31日までに心理セッションを実施した精神科病院の患者は223名である。非常勤の1981年8月1日から1982年3月31日までに心理セッションを実施した30歳以下の精神科の患者は33名である。これらの患者256名の中で「Kohs S. C.のコース検査」を実施した患者は合計93名(実施率36.32%)である。精神病院の30歳以下の患者223名に対する「Kohs S. C.のコース検査」の実施患者は88名(実施率39.46%)である。精神科の30歳以下の患者33名に対する「Kohs S. C.のコース検査」の実施患者は5名(実施率15.15%)である。「Kohs S. C.のコース検査」を実施した精神科病院の30歳以下の患者93名は、男性患者46名と女性患者47名である。男女比は1:1.02である。有意な男女差はない(CR=0.19)。

2) 患者の診断の調査

精神科病院の患者全体(93名)の診断について調査した。患者全体(93名)の診断が複雑なので類似の診断名をまとめて9分類の診断群に編成した(表2)。患者の出現率%の高い順に診断群を掲載すると統合失調症群(29.0%)、知的障害群(22.5%)、てんかん群(11.8%)、神経症群(9.6%)、問題行動群(9.6%)、診断保留群(7.5%)、心因性症状群(4.3%)、躁うつ病群(3.2%)、中毒群(2.1%)などである。

表1 「Kohs S. C.のコース検査」の患者数(30歳以下)

精神科病院の種類	30歳以下の精神科患者数	「Kohs S. C.のコース検査」実施の30歳以下の患者数	「Kohs S. C.のコース検査」未施行の30歳以下の患者数	「Kohs S. C.のコース検査」の実施率%
常勤の精神病院	223名	88名	135名	39.46%
非常勤の精神科	33名	5名	28名	15.15%
合計	256名	93名	163名	36.32%

表2 「Kohs S. C.のコース検査」の9分類診断群 N=93

9分類の診断群	患者数	出現率%	診断の詳細
統合失調症群	27名	29.0%	Shizophrenie 27。
知的障害群	21名	22.5%	Oligophrenie12。Oligophrenie (Epilepsie合併) 1。 Oligophrenie (Shizophrenie合併) 3。Oligophrenie (就学指導) 4。 Oligophrenie (就学指導。Epilepsie合併) 1。
てんかん群	11名	11.8%	Epilepsie11。
問題行動群	9名	9.6%	問題行動3。問題行動(脳外傷合併) 1。問題行動(職場不適応) 1。 就学指導(学業不振) 1。非行2。夜尿症1。
神経症群	9名	9.6%	N (Neurose) 4。N (離人症) 5。
診断保留群	7名	7.5%	診断保留(検査受診) 7。
心因性症状群	4名	4.3%	心因性精神病1。心身症1。ヒステリー 1。情緒障害(就学指導) 1。
躁うつ病群	3名	3.2%	MDI (manisch-depressives Irresein) 2。Aty. (atypische Psychose) 1。
中毒群	2名	2.1%	シンナー中毒2。
合計	93名	99.6%	

備考：() 内の記載は、合併症や特記事項である。数値は患者の人数である。

3) 患者の年齢の調査

患者全体(93名)の平均年齢について診断群別に調査した。患者全体(93名)の平均年齢は19歳9月である。患者の平均年齢の高い順に診断群を掲載すると躁うつ病群(26歳0月)、統合失調症群(24歳9月)、神経症群(23歳2月)、てんかん群(22歳2月)、中毒群(19歳10月)、知的障害群(17歳6月)、心因性症状群(14歳8月)、問題行動群(12歳7月)、診断保留群(8歳11月)などである(表3)。

表3 「Kohs S. C.のコース検査」の患者の平均年齢 N=93

9分類の診断群	患者の平均年齢
躁うつ病群	平均年齢26歳0月
統合失調症群	平均年齢24歳9月
神経症群	平均年齢23歳2月
てんかん群	平均年齢22歳2月
中毒群	平均年齢19歳10月
知的障害群	平均年齢17歳6月
心因性症状群	平均年齢14歳8月
問題行動群	平均年齢12歳7月
診断保留群	平均年齢8歳11月
合計	平均年齢19歳9月

2. 「Kohs S. C.のコース検査」の研究結果

1) 「Kohs S. C.のコース検査」のIQの研究

「Kohs S. C.のコース検査」のIQについて診断群別に調査した。調査では「Kohs S. C.のコース検査」を拒否した患者が問題行動群の中に1名いる。精神科病院の患者全体(93名)におけるコース検査の拒否率は1.07%となる。この拒否患者1名は、問題行動(職場不適応)の事例である。この拒否患者1名は、コース検査は子供の遊びのように見えるということで立腹して、コース検査に取り組むことを拒否したのであるが性格検査には回答した。コース検査には、このように患者のプライドを傷つける危険性があることが分かった。本研究では以下にこの1名を除外して患者全体(92名)ということでコース検査の研究を続ける。患者全体(92名)の「Kohs S. C.のコース検査」の平均IQはIQ84.40 (SD31.48)である。患者の平均IQの高い順に診断群を掲載すると診断保留群(平均IQ130.00)、心因性症状群(平均IQ112.50)、問題行動群(平均IQ107.50)、躁うつ病群(平均IQ92.60)、中毒群(平均IQ86.0)、神経症群(平均IQ85.44)、統合失調症群(平均IQ80.25)、てんか

表4 「Kohs S. C.のコース検査」のIQ平均の結果
N=92名

9分類診断群	患者数	「Kohs S. C.のコース検査」IQ平均
診断保留群	7名	IQ平均130.00
心因性症状群	4名	IQ平均112.50
問題行動群	8名	IQ平均107.50
躁うつ病群	3名	IQ平均 92.60
中毒群	2名	IQ平均 86.00
神経症群	9名	IQ平均 85.44
統合失調症群	27名	IQ平均 80.25
てんかん群	11名	IQ平均 79.80
知的障害群	21名	IQ平均 57.38
全体平均	92名	IQ平均 83.58

ん群（平均IQ79.80）、知的障害群（平均IQ57.38）などである（表4）。

2) 「Kohs S. C.のコース検査」の「判定」の研究

原著者Kohs S. C.のコース検査には、「判定」という結果の処理手続きがない。コース検査の判定は「小林法のコース検査」のやり方で行われる処理の仕方である。「小林法のコース検査」の判定は患者のIQに基づいて検査者が5段階評定⁴⁴⁾で行う。「小林法のコース検査」の判定基準は「判定5優秀」IQ110以上、「判定4正常」IQ90-IQ109、「判定3軽病」IQ61-IQ89、「判定2中病」IQ31-IQ60、「判定1重病」IQ1-IQ30などである（表5）。

患者一人ひとりの「Kohs S. C.のコース検査」のIQについて「小林法のコース検査」の5段階評定の判定基準（表5）で「判定」してみた。「Kohs S. C.のコース検査」の患者全体（92名）の判定の平均は「判定3軽病」（平均判定3.93）である。診断群別に調査すると、「判定5優秀」の診断群はない。「判定4正常」の診断群は診断保留群（平均判定4.57）、心因性症状群（平均判定4.25）、問題行動群（平均判定4.2）、躁うつ病群（平均判定4.0）などである。「判定3軽病」の診断群は中毒群（平均判定3.5）、神経症群（平均判定3.5）、てんかん群（平均判定3.27）、統合失調症群（平均判定3.18）などである。「判定2中病」の診断群は知的障害群（平均判定2.47）で

表5 「小林法のコース検査」の5段階評定の判定基準

「小林法のコース検査」の「判定」の名称	判定基準
「判定5優秀」	IQ110以上を「判定5優秀」と判定する。
「判定4正常」	IQ90-IQ109を「判定4正常」と判定する。
「判定3軽病」	IQ61-IQ89を「判定3軽病」と判定する。
「判定2中病」	IQ31-IQ60を「判定2中病」と判定する。
「判定1重病」	IQ1-IQ30を「判定1重病」と判定する。

表6 「Kohs S. C.のコース検査」の「判定」結果
N=92名

9分類診断群	「Kohs S. C.のコース検査」の「判定」（判定平均）
診断保留群	「判定4正常」（判定平均4.57）
心因性症状群	「判定4正常」（判定平均4.25）
問題行動群	「判定4正常」（判定平均4.20）
躁うつ病群	「判定4正常」（判定平均4.00）
神経症群	「判定3軽病」（判定平均3.50）
中毒群	「判定3軽病」（判定平均3.50）
てんかん群	「判定3軽病」（判定平均3.27）
統合失調症群	「判定3軽病」（判定平均3.18）
知的障害群	「判定2中病」（判定平均2.47）
全体平均	「判定3軽病」（判定平均3.93）

ある（表6）。

3) 「Kohs S. C.のコース検査」の「検査所要時間」の研究

「Kohs S. C.のコース検査」の「検査所要時間」について診断群別に調査した。患者全体（92名）の「Kohs S. C.のコース検査」の平均「検査所要時間」は一人平均12分53秒である。患者の平均「検査所要時間」の短い順に診断群を掲載すると知的障害群（平均6分40秒）、問題行動群（平均13分15秒）、てんかん群（平均13分32秒）、統合失調症群（平均13分41秒）、診断保留群（平均14分30秒）、神経症群（平均15分23秒）、心因性症状群（平均19分1秒）、躁うつ病群（平均19分44秒）、中毒群（平均22分26秒）などである（表7）。

表7 「Kohs S. C.のコース検査」の「検査所要時間」平均の結果 N=92名

9分類診断群	人数	「Kohs S. C.のコース検査」の「検査所要時間」平均
中毒群	2名	「検査所要時間」平均22分26秒
躁うつ病群	3名	「検査所要時間」平均19分44秒
心因性症状群	4名	「検査所要時間」平均19分1秒
神経症群	9名	「検査所要時間」平均15分23秒
診断保留群	7名	「検査所要時間」平均14分30秒
統合失調症群	27名	「検査所要時間」平均13分41秒
てんかん群	11名	「検査所要時間」平均13分32秒
問題行動群	8名	「検査所要時間」平均13分15秒
知的障害群	21名	「検査所要時間」平均6分40秒
患者全体	92名	「検査所要時間」平均12分53秒

3. 「小林法のコース検査」の研究結果

実際に精神科病院の患者に実施したコース検査は、普通のやり方の「Kohs S. C.のコース検査」である。その「Kohs S. C.のコース検査」のデータを「小林法のコース検査」のやり方で処理した研究結果について報告する。精神科病院の患者に実際に「小林法のコース検査」を実施したわけではないことを明記する。

1) 「小林法のコース検査」のIQの研究

「小林法のコース検査」で処理したIQについて診断別に調査した。患者全体(92名)の「小林法のコース検査」の平均IQは平均IQ77.22 (SD28.85)である。患者の平均IQの高い順に診断群を掲載すると診断保留群(平均IQ123.28), 心因性症状群(平均IQ104.50), 問題行動群(平均IQ97.25), 躁うつ病群(平均IQ80.00), 中毒群(平均IQ83.00), 神経症群(平均IQ76.77), 統合失調症群(平均IQ74.11), てんかん群(平均IQ70.50), 知的障害群(平均IQ56.00)などである(表8)。

2) 「小林法のコース検査」の「判定」の研究

コース検査の「判定」は「小林法のコース検査」のやり方で行われる処理の仕方である。「判定」は患者のIQに基づいて検査者が5段階評定で行う(表5)。本研究では患者一人ひとり(患者全員92名)

表8 「小林法のコース検査」の「IQ」平均の結果 N=92名

9分類の診断群	患者数	「小林法のコース検査」の「IQ」平均
診断保留群	7名	IQ平均123.28
心因性症状群	4名	IQ平均104.50
問題行動群	8名	IQ平均97.25
中毒群	2名	IQ平均83.00
躁うつ病群	3名	IQ平均80.00
神経症群	9名	IQ平均76.77
統合失調症群	27名	IQ平均74.11
てんかん群	11名	IQ平均70.50
知的障害群	21名	IQ平均56.00
患者全体	92名	IQ平均77.27 (SD28.85)

について、「Kohs S. C.のコース検査」のデータを「小林法のコース検査」で処理して得られたIQに基づいて「小林法のコース検査」の判定基準(表5)で「判定」する。患者全体(92名)の「小林法のコース検査」の判定の平均は「判定3軽病」(平均判定3.93)である。診断群別にみると、「判定4正常」は診断保留群(平均判定4.57), 心因性症状群(平均判定4.00)などである。「判定3軽病」は問題行動群(平均判定3.75), 躁うつ病群(平均判定3.33), 中毒群(平均判定3.00), 神経症群(平均判定3.22), 統合失調症群(平均判定3.00)などである。「判定2中病」

表9 「小林法のコース検査」の「判定」平均の結果 N=92

9分類の診断群	患者数	「小林法のコース検査」の「判定」(平均判定)
診断保留群	7名	「判定4正常」(平均4.57)
心因性症状群	4名	「判定4正常」(平均4.00)
問題行動群	8名	「判定3軽病」(平均3.75)
躁うつ病群	3名	「判定3軽病」(平均3.33)
神経症群	9名	「判定3軽病」(平均3.22)
統合失調症群	27名	「判定3軽病」(平均3.00)
中毒群	2名	「判定3軽病」(平均3.00)
てんかん群	11名	「判定2中病」(平均2.90)
知的障害群	21名	「判定2中病」(平均2.38)
患者全体	92名	「判定3軽病」(平均3.10)

表10 「小林法のコース検査」の「検査所要時間」平均の結果 N=92

9分類診断群	患者数	「小林法のコース検査」の「検査所要時間」平均
知的障害群	21名	「検査所要時間」平均 3分 7秒
中毒群	2名	「検査所要時間」平均 5分47秒
躁うつ病群	3名	「検査所要時間」平均 7分 7秒
問題行動群	8名	「検査所要時間」平均 7分35秒
統合失調症群	27名	「検査所要時間」平均 7分37秒
てんかん群	11名	「検査所要時間」平均 8分22秒
神経症群	9名	「検査所要時間」平均 8分51秒
診断保留群	7名	「検査所要時間」平均 9分27秒
心因性症状群	4名	「検査所要時間」平均 9分45秒
患者全体	92名	「検査所要時間」平均 6分58秒

はてんかん群（平均判定2.90）、知的障害群（平均判定2.38）などである。（表9）。

3) 「小林法のコース検査」の「検査所要時間」の研究

「小林法のコース検査」の「検査所要時間」について調査した。患者全体(92名)の「小林法のコース検査」の「検査所要時間」平均は一人平均6分5秒である。「小林法のコース検査」の「検査所要時間」の短い順に診断群を掲載すると知的障害群（平均3分7秒）、中毒群（平均5分47秒）、躁うつ病群（平均7分7秒）、問題行動群（平均7分35秒）、統合失調症群（平均7分37秒）、てんかん群（平均8分22秒）、神経症群（平均8分51秒）、診断保留群（平均9分27秒）、心因性症状群（平均9分45秒）などである（表10）。

4. 「小林法のコース検査」の有効性の研究

1) 負担の軽い「小林法のコース検査」の「検査所要時間」の短縮効果の有効性の研究

「Kohs S. C.のコース検査」の問題点のひとつは、「検査所要時間」が長いことである。「Kohs S. C.のコース検査」の「検査所要時間」が長い理由は二つある。理由のひとつは「Kohs S. C.のコース検査」は患者が2回続けて失敗するまで試技を続けなければならないという規定になっているからである。

「Kohs S. C.のコース検査」は1回失敗しただけでは終了することが出来ない規定なので、「Kohs S. C.のコース検査」は「検査所要時間」が長くなる。「小林法のコース検査」は1回の失敗ですぐにコース検査を中止するというやり方に改良している。「小林法のコース検査」は「検査所要時間」の短縮効果があると予想される。もうひとつの理由は、知能の高い患者に見られる現象であるが、1回も失敗しないで最後の課題図No17まで「コース検査」を完遂するからである。知能の高い患者の場合には「小林法のコース検査」が実効しない事例があると考えられる。「コース検査」は最後の課題図No17までやると「検査所要時間」が非常に長くなる。

本研究では「小林法のコース検査」に「検査所要時間」の短縮効果があるかどうか「検査所要時間」について調査した（表11）。「Kohs S. C.のコース検査」の「検査所要時間」は、患者全体（92名）で一人平均12分53秒である。「小林法のコース検査」の「検査所要時間」の平均は、患者全体（92名）で一人平均6分58秒である。「小林法のコース検査」の平均的な「検査所要時間」は「Kohs S. C.のコース検査」の約半分（短縮率54.19%）である。「小林法のコース検査」は「Kohs S. C.のコース検査」の「検査所要時間」を約5割に短縮させる効果があると考えられる。患者全体（92名）の「Kohs S. C.のコース検査」の「検査所要時間」と「小林のコース検査」の「検査所要時間」の相関係数は低い（ $r=0.682$ ）。

「Kohs S. C.のコース検査」の「検査所要時間」の平均12分53秒を分岐点にして患者の出現人数を求めると「Kohs S. C.のコース検査」の患者全体（92名）と「小林法のコース検査」の患者全体（92名）の間に0.1%レベルの有意差（ $\chi^2=14.70$ df=1, $P<0.001$ ）をみとめた。また「小林法のコース検査」の「検査所要時間」の平均6分58秒を分岐点にして患者の出現人数を求めると「Kohs S. C.のコース検査」の患者全体（92名）と「小林法のコース検査」の患者全

表11 「Kohs S. C.のコース検査」の「検査所要時間」平均と「小林法のコース検査」の「検査所要時間」平均の比較

9分類診断群	人数	「Kohs S. C.のコース検査」の「検査所要時間」平均	「小林法のコース検査」の「検査所要時間」平均	「検査所要時間」の短縮率%	検定 (**1%) (*5%)
中毒群	2名	22分26秒	5分47秒	25.80%	
躁うつ病群	3名	19分44秒	7分7秒	36.09%	
知的障害群	21名	6分40秒	3分7秒	46.66%	
心因性症状群	4名	19分1秒	9分45秒	51.27%	
統合失調症群	27名	13分41秒	7分37秒	55.73%	$\chi^2=6.00*$
問題行動群	8名	13分15秒	7分35秒	57.27%	
神経症群	9名	15分23秒	8分51秒	57.60%	
てんかん群	11名	13分32秒	8分22秒	61.88%	
診断保留群	7名	14分30秒	9分27秒	65.17%	
全体平均	92名	12分53秒	6分58秒	54.19%	$\chi^2=14.70**$

短縮率の計算式は、短縮率 = 「小林法のコース検査の検査所要時間」秒 / 「Kohs S. C.のコース検査の検査所要時間」秒 × 100である。

体 (92名) の間に0.1%レベル ($\chi^2=13.58$ df=1, $P<0.001$) の有意差をみとめた。「小林法のコース検査」は「Kohs S. C.のコース検査」の「検査所要時間」を有意に短縮していると考察される。診断群別に「小林法のコース検査」の「検査所要時間」の平均6分58秒を分岐点にして患者の出現人数を調査した。統合失調症群において「Kohs S. C.のコース検査」と「小林法のコース検査」の間に5%レベルの有意差 ($\chi^2=6.00$ df=1, $P<0.05$) をみとめた。

どのような診断群で「検査所要時間」の短縮効果が大きいのか。診断群別に「検査所要時間」の短縮率について調査した。短縮率の計算式は短縮率 = 「小林法のコース検査の検査所要時間」秒 / 「Kohs S. C.のコース検査の検査所要時間」秒 × 100である。短縮率が小さいほど「検査所要時間」の短縮効果が大きいのである。「検査所要時間」の短縮効果が大きい診断群から順にあげると、中毒群 (短縮率25.80%)、躁うつ病群 (短縮率36.09%)、知的障害群 (短縮率46.66%)、心因性症状群 (短縮率51.27%)、統合失調症群 (短縮率55.73%)、問題行動群 (短縮率57.27%)、神経症群 (短縮率57.60%)、

てんかん群 (短縮率61.88%)、診断保留群 (短縮率65.17%) などである。

短縮率が0.0%の患者つまり「Kohs S. C.のコース検査」の「検査所要時間」と「小林法のコース検査」の「検査所要時間」が完全に一致している患者にはどのような特徴があるか調査した。患者全体 (92名) の中で「検査所要時間」の短縮率が0.0%の患者は10名いる (出現率10.86%)。短縮率が0.0%の患者については二つのタイプに分けることが出来ることがわかった。IQの高いタイプの患者 (9名) と知的障害のタイプの患者 (1名) である。知的障害のタイプの患者 (1名) は練習問題が合格できない。IQの高い患者 (9名) の場合は1回も失敗しないので「小林法のコース検査」のやり方を適応することができないまま最後の課題図No17まで試技が続くのである。IQの高いタイプの患者 (9名) の「Kohs S. C.のコース検査」の平均IQはIQ125.66である。

2) 負担の軽い「小林法のコース検査」の「判定」の有効性の研究

「小林法のコース検査」では患者のIQを5段階評定で判定する (表5) という分析手順がある。「Kohs

S. C.のコース検査」の分析手順に判定の作業はないが、本研究では普通に「Kohs S. C.のコース検査」を実施して得られた患者一人ひとりのIQに基づいて「小林法のコース検査」の判定を実施した。「Kohs S. C.のコース検査」の判定と「小林法のコース検査」の判定の相関係数は高い ($r=0.8984$)。患者全体 (92名) の「Kohs S. C.のコース検査」の判定と「小林法のコース検査」の判定の一致率について調査した。「Kohs S. C.のコース検査」の判定と「小林法のコース検査」の判定が一致した患者は71名なので患者全体 (92名) の判定の一致率は77.17%である。判定の一致率が高い診断群は、診断保留群 (判定の一致率100.00%)、知的障害群 (判定の一致率90.47%)、統合失調症群 (判定の一致率81.48%) などである (表

12)。

患者全体(92名)の場合、「Kohs S. C.のコース検査」の判定と「小林法のコース検査」の判定が一致しない患者は21名 (判定の不一致率22.8%) である。判定の一致率が低い診断群は、躁うつ病群 (判定の一致率33.33%)、中毒群 (判定の一致率50.00%) などである。躁うつ病群、中毒群などについては、判定の一致率が低いので「小林法のコース検査」を適用しない方がよいと思われる。

3) 負担の軽い「小林法のコース検査」のIQの確からしさの研究

患者全体 (92名) について「Kohs S. C.のコース検査」のIQと「小林のコース検査のIQの相関係数を調査した。患者全体 (92名) の「Kohs S. C.のコー

表12 「Kohs S. C.のコース検査」の判定と「小林法のコース検査」の判定の一致率 N=92

9分類の診断群	患者数	判定の一致事例	判定の不一致事例	判定の一致事例の出現率
診断保留群	7名	7名	0名	100.00%
知的障害群	21名	19名	2名	90.47%
統合失調症群	27名	22名	5名	81.48%
心因性症状群	4名	3名	1名	75.00%
てんかん群	11名	8名	3名	72.72%
神経症群	9名	6名	3名	66.66%
問題行動群	8名	5名	3名	62.50%
中毒群	2名	0名	2名	50.00%
躁うつ病群	3名	1名	2名	33.33%
患者群全体平均	92名	71名	21名	77.17%

表13 「Kohs S. C.のコース検査」のIQと「小林のコース検査」のIQが一致した事例の出現率%

9分類診断群	患者数	IQの一致事例数	IQの一致事例の出現率
知的障害群	21名	17名	80.95%
診断保留群	7名	4名	57.14%
てんかん群	11名	5名	45.45%
分裂病群	27名	11名	40.74%
躁うつ病群	3名	1名	33.33%
問題行動群	8名	2名	25.00%
心因性症状群	4名	1名	25.00%
神経症群	9名	2名	22.22%
中毒群	2名	0名	0.00%
患者群全体平均	92名	43名	46.73%

ス検査」のIQと「小林のコース検査」のIQの相関係数は高い ($r=0.957$)。

患者全体 (92名) の中で「Kohs S. C.のコース検査」のIQと「小林のコース検査」のIQが完全に一致している患者は43名 (出現率46.73%) である (表13)。本研究の精神病院の患者の46.73%については、「小林法のコース検査」のやり方をしても「Kohs S. C.のコース検査」のIQと同じ結果が得られたであろうと想像することができる。精神病院の患者の46.73%については、「Kohs S. C.のコース検査」をすることで余計な負担をかけていたと考えられる。「Kohs S. C.のコース検査」のIQと「小林法のコース検査」のIQが一致している患者群43名のIQ平均は71.41 (SD15.55) である。診断群別にみると「Kohs S. C.のコース検査」のIQと「小林法のコース検査」のIQが完全に一致している患者の出現率が一番高いのは、知的障害群である。知的障害群 (21名) の患者17名 (出現率80.95%) については「Kohs S. C.のコース検査」のIQと「小林法のコース検査」のIQが一致している。「Kohs S. C.のコース検査」のIQと「小林のコース検査」のIQが一致している知的障害患者 (17名) のIQ平均はIQ56.00である。つまりIQ56.00以下の場合には「小林法のコース検査」を実施しても「Kohs S. C.のコース検査」のIQと同じ結果が得られるであろうと想像することができる。IQ56.00というのは例えば生活年齢が18歳以上の患者の場合は、課題図No6までに失敗するとIQ56.00以下になる。調査すると患者全体 (92名) の中で「IQ56以下」の患者は16事例である (知的障害群10, 統合失調症群4, てんかん群2)。16事例の全員が「Kohs S. C.のコース検査」のIQと「小林法のコース検査」のIQが一致している。

患者全体 (92名) の中で「Kohs S. C.のコース検査」のIQと「小林法のコース検査」のIQが一致していない患者は49名 (出現率53.26%) である。IQが一致していない患者群49名の場合、「Kohs S. C.のコー

ス検査」はIQ平均94.57 (SD26.16) で「小林法のコース検査」はIQ平均82.32 (SD26.87) である。「Kohs S. C.のコース検査」のIQと「小林法のコース検査」のIQが一致していない知的障害群患者 (4名) のIQは、「Kohs S. C.のコース検査」のIQ平均83.25と「小林法のコース検査」のIQ平均72.75などである。いずれもIQ56.00以上である。

IV 研究の結論

精神科病院における「小林法のコース検査」³³⁾の適用性を研究した。精神病院で私が普通にやっていた「Kohs S. C.のコース検査」³⁾の検査資料を、「小林法のコース検査」のやり方³³⁾でデータ処理をして研究した。精神科病院の患者に実際に「小林法のコース検査」を実施したわけではない。精神病院の30歳以下の患者256名について研究した。「Kohs S. C.のコース検査」は実施率36.32% (93名) である。「Kohs S. C.のコース検査」を実施した患者全体 (93名) の平均年齢は19歳9月である。調査期間は、1975年4月1日から1982年3月31日までである。コース検査は子供の遊びのように見えるということで立腹して、コース検査に取り組むことを拒否した患者が1名いた (コース検査の拒否率1.07%)。コース検査には、患者のプライドを傷つける危険性があることが分かった。

この1名を除外して集計した患者全体 (92名) の結果は次のとおりである。「Kohs S. C.のコース検査」と「小林のコース検査」はIQの相関係数が高い ($r=0.957$)。「Kohs S. C.のコース検査」と「小林のコース検査」は判定の相関係数が高い ($r=0.90$)。「Kohs S. C.のコース検査」と「小林のコース検査」は「検査所要時間」の相関係数が低いことが分かった ($r=0.682$)。「小林法のコース検査」は「Kohs S. C.のコース検査」の「検査所要時間」を約5割 (短縮率54.19%) に短縮させる効果がある。「検査

所要時間」について「Kohs S. C.のコース検査」の「検査所要時間」の間に0.1%レベルの有意差 ($\chi^2=14.70$ $df=1$, $P<0.001$) をみとめた。躁うつ病群, 中毒群については二つのコース検査の判定の一致率が低いので「小林法のコース検査」を使わないほうが無難である。1回も失敗せずに課題図No17まで

試技する患者には「小林法のコース検査」³³⁾を使う間もなく検査が終了する。課題図No6までに失敗する成人の患者 (IQ56.00以下) は「小林法のコース検査」³³⁾を使っても「Kohs S. C.のコース検査」と同じ検査結果が得られることが多い。

引用文献

- 1) Kohs S. C. (1920) The Block-Design Tests, 357-376, J. Ex. Psychol. 3.
- 2) Kohs S. C. (1923) Intelligence Measurement: A Psychological and Statistical Study Based upon the Block-design Tests, The Macmillan Co., New York, 1923.
- 3) Kohs S. C. (1979) 『コース立方体組み合わせテスト使用手引き』編者大脇義一, 三京房, 改訂増補版.
- 4) Kohs S. C. (1979) 「暦年齢修正表」17頁, 『コース立方体組み合わせテスト使用手引き』, 編者大脇義一, 三京房, 改訂増補版.
- 5) Kohs S. C. (1979) 「得点算出表」15頁, 『コース立方体組み合わせテスト使用手引き』, 編者大脇義一, 三京房, 改訂増補版.
- 6) Kohs S. C. (1979) 「精神年齢換算表」16頁, 『コース立方体組み合わせテスト使用手引き』, 編者大脇義一, 三京房, 改訂増補版.
- 7) Kohs, S. C. (1996) Kohs Block-design Test, 編者大脇義一, 三京房, 改訂増補版3版.
- 8) Rapaport, D., Gill, M.M., Schafer, R. (1972) Block Design 「the Wechsler Bellevue scale」149, Diagnostic Psychological Testing, Edited by Robert R. Holt, International Universities Press, INC. New York, 5th Printing.
- 9) 浅川和夫 (1996) 「資料2 構成失行と左・右半球障害」26頁-27頁, 『コース立方体組み合わせテスト使用手引き』編者大脇義一, 三京房, 改訂増補版3版.
- 10) 長谷川和夫 (1996) 「資料3 老人の知能測定」27頁, 『コース立方体組み合わせテスト使用手引き』編者大脇義一, 三京房, 改訂増補版3版.
- 11) 石田絢子, 齊藤千佐子, 長谷川和夫 (1996) 「資料3 老人の知能測定」27頁-29頁, 『コース立方体組み合わせテスト使用手引き』, 編者大脇義一, 三京房, 改訂増補版3版.
- 12) 三京房 (1974) コース立方体記録用紙, 三京房.
- 13) 小林俊雄 (2007) 「図1 コース検査の検査用紙」69頁, 「コース検査における交通事故リハビリテーション患者の男女差」67頁-81頁, 『吉備国際大学社会福祉学部紀要』第12号.
- 14) 小林俊雄 (1982) 「リハビリテーション病院における心理臨床家の役割と在り方」98頁-99頁, 『日本心理臨床学会第1回事例研究発表論文抄録集』.
- 15) 小林俊雄 (1983a) 「リハビリテーションにおける心理治療パラダイム」51頁-59頁, 『医学心理学』第1巻, 第1号.
- 16) 小林俊雄 (1983b) 「リハビリテーションにおける心理治療」32頁-33頁, 『日本心理臨床学会第2回大会発表論文集』.
- 17) 小林俊雄 (1984a) 「リハビリテーションにおける心理学アプローチ (2)」7頁-8頁, 『北海道心理学研究』第6号.
- 18) 小林俊雄 (1984b) 「リハビリテーションにおける心理治療Psychological Vocational Therapyの観点から」96頁-97頁, 『日本心理臨床学会第3回大会研究発表論文集』.
- 19) 小林俊雄 (1985a) 「リハビリテーションにおける心理学アプローチ (3報)」9頁-10頁, 北海道心理学研究, 第7号.

- 20) 小林俊雄 (1985b) 「リハビリテーションにおける心理治療-Family Psychotherapyを適用した症例」32頁-33頁, 『日本心理臨床学会第4回大会研究発表論文集』.
- 21) 小林俊雄 (1985c) 「脳卒中リハビリテーションにおける心理療法-心理療法フェイスシートDSM-Ⅲタイプの紹介」44頁-50頁, 『北海道リハビリテーション学会雑誌』第13巻.
- 22) 小林俊雄 (1986a) 「長期入院患者への心理誘導」59頁-66頁, 『北海道リハビリテーション学会雑誌』第14巻.
- 23) 小林俊雄 (1986b) 「脳卒中リハビリテーションにおける心理治療(第2報)」82頁-83頁, 『北海道リハビリテーション学会雑誌』第14巻.
- 24) 小林俊雄 (1987) 「リハビリテーション患者におけるMAS不安テストの標準化」47頁-51頁, 『北海道リハビリテーション学会雑誌』第15巻.
- 25) 小林俊雄 (1988) 「脳卒中患者のつらさとその対策-MASテストによる検討」83頁-89頁, 『現代とりハビリテーション』第2巻, 第1号.
- 26) 長谷川和夫 (1977) 「日常生活動作の評価」83頁-84頁, 「痴呆の臨床評価」79頁-84頁, 『臨床精神医学』第6巻, 第3号.
- 27) 長谷川和夫 (1977) 「知的機能衰退の評価」79頁-82頁, 「痴呆の臨床評価」79頁-84頁, 『臨床精神医学』第6巻, 第3号.
- 28) 高橋省己 (1980) 「ベンダー原法」27頁-29頁, 『ハンドブックベンダーゲシュタルト増補版』, 三京房, 1980, 改訂増補版3版.
- 29) 岡部祥平 (1969) 「描画法」206頁-222頁, 『臨床心理学講座第2巻人格診断』誠心書房.
- 30) カレン・マコーバー (1974) 『人物画への性格投影』深田尚彦訳, 黎明書房, 初版.
- 31) チャールズ・コッホ (1970) 『バウム・テスト』林勝造ほか訳, 日本文化科学社, 2版.
- 32) 片口安史 (1969) 『心理診断法詳説』牧書店, 16版.
- 33) 小林俊雄 (2012a) 「リハビリテーション病院における小林法の心理評価システムの開発研究」1頁-12頁, 『吉備国際大学臨床心理相談研究所紀要』第9号.
- 34) 小林俊雄 (2012b) 「リハビリテーション患者の心理評価-小林法の心理評価システムの臨床事例」1頁-13頁, 『吉備国際大学研究紀要(医療・自然科学系)』第22号.
- 35) 小林俊雄 (2005) 「ADLテストにおける交通事故りハビリテーション患者の男女差」125頁-136頁, 『吉備国際大学社会福祉学部紀要』第10号.
- 36) 小林俊雄 (2006) 「長谷川痴呆スケールにおける交通事故りハビリテーション患者の男女差」165頁-175頁, 『吉備国際大学社会福祉学部紀要』第11号.
- 37) 小林俊雄 (2007) 「コース検査における交通事故りハビリテーション患者の男女差」67頁-81頁, 『吉備国際大学社会福祉学部紀要』第12号.
- 38) 小林俊雄 (2008) 「ベンダーゲシュタルト検査における交通事故りハビリテーション患者の男女差」85頁-96頁, 『吉備国際大学社会福祉学部紀要』第13号.
- 39) 小林俊雄 (2009a) 「HTP描画検査における交通事故りハビリテーション患者の男女差」67頁-79頁, 『吉備国際大学研究紀要(社会福祉学部紀要)』第19号.
- 40) 小林俊雄 (2009b) 「ロールシャッハ検査における交通事故りハビリテーション患者の男女差」3頁-14頁, 『吉備国際大学院臨床心理相談研究所紀要』第6号.
- 41) 小林俊雄 (2012a) 「表1「小林法の心理評価システム」の評価シート」9頁, 「リハビリテーション患者の心理評価-小林法の心理評価システムの臨床事例」1頁-12頁, 『吉備国際大学研究紀要(医療・自然科学系)』第22号.
- 42) 滝本禎之, 赤林朗 (2008) 無危害原則「リハビリテーションにおける臨床倫理」561頁-566頁, 『総合リハ』36巻, 6号.
- 43) 小林俊雄 (2012a) 「表3小林法の心理評価システムの「コース検査」分析表」6頁, 「リハビリテーション病院における小林法の心理評価システムの開発研究」1頁-12頁, 『吉備国際大学臨床心理相談研究所紀要』第9号.