

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 4 月 28 日現在

機関番号：14401

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2013～2015

課題番号：25670351

研究課題名(和文)大規模災害における後遺障害に対する統合医療的戦略

研究課題名(英文)Tactics of integrative medicine for posttraumatic residual disability by wide-scale disaster

研究代表者

伊藤 壽記(Ito, Toshinori)

大阪大学・医学(系)研究科(研究院)・特任教授

研究者番号：20231152

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,900,000円

研究成果の概要(和文)：大規模災害後の身体的・精神的苦痛を訴える患者に各種補完代替医療(カウンセリング、鍼治療、アロマセラピー、ヨーガ療法、思考場療法)を含む統合医療的な介入プログラムが実施可能であるか検討した。脱落はなく明らかな有害事象を認めなかった。大規模災害被害者をケアするものストレスマネジメントとして、認知行動療法やヨーガ療法、思考場療法による統合的な介入の安全性と有効性を評価した。脱落は多かったものの明らかな有害事象を認めなかった。「ネクストクライシスへの備え、自助・互助・共助・公助で出来ること」と題した市民公開講座を2016年3月に千里金蘭大学にて開催した。約500人の市民の参加があった。

研究成果の概要(英文)：Operability assessment of integrative medicine including counseling, acupuncture, aromatherapy, yoga therapy and thought field therapy for posttraumatic residual disability by large-scale disaster was checked out. No one dropped out. No adverse event occurred. Operability assessment of integrative medicine including cognitive behavioral therapy, yoga therapy and thought field therapy for caregiver of patients who have posttraumatic residual disability by large-scale disaster. Not so small number of people dropped out. No adverse event occurred. Public program titled "Preparation for next crisis (coming large-scale disaster), What can we do by self-support system, mutual support system, common support system and governmental support system. Survival or not is up to you." was held at Senri Kinran University on March 6, 2016. 500 citizens assembled themselves to enjoy this symposium.

研究分野：統合医療

 キーワード：統合医療 ヨーガ療法 思考場療法 認知行動療法 アロマトリートメント セルフケア 大規模災害
補完代替医療

1. 研究開始当初の背景

(1) 本邦では近年、東日本大震災や阪神淡路大震災、JR 福知山線脱線事故などの大規模災害に遭遇しているが、災害後の身体的ならびに心的外傷後後遺障害(以下、後遺障害)では、しばしば一般医療のみでは対応が困難となり、補完代替医療(Complementary Alternative Medicine: CAM)を活用する者も少なくない。

国内としては未だ CAM についての学術的背景は乏しく、CAM の地位は低いと言わざるを得ない。米国においては国立衛生研究所(NIH)下の国立補完代替医療センター(NCCAM、2014年12月より NCCIH、国立補完統合衛生センターに呼称変更)において様々な CAM による臨床試験が行われている。2010 年度には NIH から NCCAM に対し \$128,844,000 (約 100 億円)の CAM に関する研究資金が賄われ、これは 2009 年度に比して 2.7% 増加しており、この傾向に衰える気配はない¹⁾。

2011 年 10 月より研究責任者らは、主に JR 福知山線脱線事故の被害者らに対し医師の管理下において鍼灸、アロマトリートメント、ヨガ療法を取り入れた統合医療的介入を行っている²⁾。これまでの結果として安全性のみならず、痛みやうつ症状の改善などを確認している。中でもヨガはセルフケアにも用いられ、すでに乳癌をはじめとする癌サバイバーやうつ、高齢健常者など様々なコホートに対して精神的、身体的に効果があることが示されている³⁻⁹⁾。日本でも安全性を追求したヨガであるヨガ療法が 1000 人ほどいる日本ヨガ療法学会認定ヨガ療法士を中心に広められている。

思考場療法(TFT)は 1979 年にアメリカの臨床心理士、ロジャー・キャラハンによって始められた治療法であり、今困っていることをイメージ(思考場へチューニング)しながら東洋医学で用いられている経絡(ツボ)を症状に合わせた順番で、人差し指と中指の二本の指でトントン叩く(タッピング)というシンプルなもの、そのストレス軽減効果はロジャー・キャラハンの経験をもとに作られたアルゴリズムに則った単純な方法でも 70~90%と報告されている¹⁰⁾。TFT のアルゴリズムには不安や自責感、怒り、イライラなど単純な精神的ストレスから恐怖症、トラウマなど複雑な精神的ストレスの他に、体の痛みや凝りなど身体的ストレスに対するものもあり、安全で適応範囲が広いのが特徴である。TFT も不安などのストレスに対する RCT が施行されており¹¹⁾、安全性や有効性が確認されている。

一般医療と CAM を組み合わせ、医師を中心としたチームで行う統合医療的戦略においては安全性、有効性の改善が期待できる。このような戦略のエビデンスを構築し、ネクストクライシスにおける統合医療的戦略が期待される。

(2) CBT は、うつ病などの気分障害をはじめ、

不安障害や身体表現性障害等の非薬物療法として欧米を中心に世界的に広く使用されており、わが国でも臨床現場でそのエビデンスが積み重ねられてきている。また、英国では 1 対 1 で実施する高強度 CBT (high intensity CBT) 以外に、集団教育やインターネットを利用した低強度 CBT (low intensity CBT) を導入することで、より多くの人に心理的サポートを提供しようとする試みが始まっている。インターネットを活用した CBT の臨床試験は世界では多く発表されており¹²⁾、費用対効果もオランダで確認された¹³⁾。国内ではコニカミノルタ社での社員研修プログラムとして活用された例が報告されている(第 110 回日本精神神経学会にて)。

(1) で述べたようにヨガ療法や TFT もストレスマネジメントとして活用可能であり、CBT とヨガ療法、TFT との組み合わせは客観視を精神のみならず肉体からも培うことができ、その効果は相乗的と考えられる。特に外的な肉体の客観視からの介入は内的な精神に比べて導入がスムーズである。

ケアを行うものがまずはセルフマネジメントとして身につけることができれば、それをケアに活かすことも期待される。

(3) 大規模災害に対する啓蒙活動は近年活発になっているが限られた範囲に特化したものが多く、自助・互助・共助・公助を連携した統合的なものが少ない。

2. 研究の目的

(1) 外傷後の身体的・精神的苦痛を訴える患者に一般医療に補完代替医療を組み合わせた統合医療的介入プログラムが実施可能であるか、さらに効果、継続率に影響を及ぼす要因を検討する。

(2) 大規模災害被害者のケアを行うものに対する統合的なストレスマネジメントの安全性と有効性を評価する。

(3) 自助・互助・共助・公助を連携した統合的な市民公開講座を行う。

3. 研究の方法

(1) 外傷後後遺障害に対する統合医療の実施可能性に関する検討と題して以下の選択基準を全て満たし、除外基準のいずれにも該当しない患者を対象とした。

選択基準

1) 偶発的な外傷後 1 年以上経過した身体的苦痛を訴える者(精神的苦痛の有無、イベントの種類は問わない)

2) 本試験の参加にあたり十分な説明を受けた後、十分な理解の上、被験者本人の自由意思による文書同意が得られた者

3) 年齢 20 歳以上であること

除外基準

1) せん妄、認知症などの認知障害や躁うつ病、統合失調症などの精神疾患を認める患者

2) 医学的な治療が必要と思われる患者、もしくは医学的な治療を受けているが治療途中のため状態が落ち着いていない患者

3) 予後不良と考えられる患者

- 4) 日本語の読み書きが困難な患者
- 5) その他、主治医が対象として不適当と判断した症例

募集は大阪大学大学院生体機能補完医学寄附講座(現:統合医療学寄附講座)ホームページ上で呼びかけ、FAX、郵送にて受け付けた。

初回面接時に先立ち、かかりつけの医師より情報提供および臨床試験参加の承諾を得ることによって身体的、精神的疾患の有無をスクリーニングし、他科での一般的保険診療が必要と思われる症例に関しては医療を優先し、落ち着いた時点でエントリーを再度受け付けることとした。初回面接ではこれまでの経緯に加え、身体状態と心理状態の評価を行った。

思考場療法はアルゴリズムによるものでタッピング手順を簡単にまとめた「つぼトントンで元気になってね」(<http://p.booklog.jp/book/76723>)を使用して思考場療法アルゴリズムレベルの講習を受けた医師、臨床心理士により行われた。症状に合わせて毎回30分程度施行、介入の直前直後にはTAS9(株式会社YKC製)を使用して心拍変動の測定を行なった。ヨーガ療法は認定ヨーガ療法士により症例の見立て、それに合わせた各種アーサナ技法の実習の後、自宅でも行なって頂けるようにCDによる実習を行なった。24分のCDにはボディースキャンと呼ばれる身体の各部分への意識化に続き、呼吸法としてお腹に手を当てた腹式呼吸法、片鼻を呼気時のみ交互に閉じる呼吸法、吸気時も片鼻を閉じる呼吸法、「ソー」という言葉をイメージしながら、鼻から息をゆっくりと深く吸い込み、「ハム」という言葉を思い浮かべながら、鼻からゆっくりと息を吐くソーハム瞑想を行なった。

アロマトリートメントはパッチテストでアレルギーを確認後、エッセンシャルオイルの濃度3%で調節、今回はこれまでに効果の高かった¹⁴⁾グレープフルーツとペパーミントの2つの精油を無作為割付して施術、痛くない範囲での全身へのハンドトリートメントを毎回20分程度施行した。

表1 外傷後後遺障害に対する統合医療的アプローチスケジュール

| Week | 0 | 1~8 | 9 |
|----------------------------|---|-----|---|
| 介入(TFT、ヨーガ療法、アロマトリートメント) | | | |
| PHQ-9、VAS(身体的、精神的苦痛)、心拍変動 | | | |
| VAS(介入の満足度、介入直後の身体的、精神的苦痛) | | | |
| IES-R、MAAS、脳波 | | | |

臨床試験スケジュールを表1に示す。思考場療法、ヨーガ療法、アロマトリートメントは希望に応じて併用し、Week 1~8まで毎週1回計8回行った。毎回の介入時に

Visual Analog Scale(VAS:介入に対する患者満足度、介入直前直後の身体的苦痛、精神的苦痛の自己評価)及び、PHQ-9(10点以上でうつを疑う)、心拍変動を評価した。介入1週間前のWeek 0と介入終了1週間後のWeek 9にはVAS(身体的苦痛、精神的苦痛)及び、PHQ-9、心拍変動に加えMAAS(マインドフルネスの尺度)、IES-R(25点以上でPTSDを疑う)、脳波を評価した。

(2)大規模災害被害者のケアを行うものに対する統合的なストレスマネジメント介入研究と題して以下の選択基準を全て満たし、除外基準のいずれにも該当しない西日本旅客鉄道株式会社(JR西日本)福知山線脱線事故ご被害者対応本部に所属する職員を対象とした。

選択基準

1)本試験の参加にあたり十分な説明を受けた後、十分な理解の上、被験者本人の自由意思による文書同意が得られた者

2)年齢20歳以上であること

除外基準

1)K6(うつ病・不安障害等の精神疾患の簡便なスクリーニング)において15点以上のもの

2)医学的な治療が必要と思われるもの、もしくは医学的な治療を受けているが治療途中のため状態が落ち着いていないもの

3)予後不良と考えられるもの

4)日本語の読み書きが困難なもの

5)その他、担当医が対象として不適当と判断したもの

募集は西日本旅客鉄道株式会社(JR西日本)福知山線脱線事故ご被害者対応本部に所属する職員に対して説明会を開き、書面にて同意が得られるものを対象とした。

最初の1ヶ月がTFTの介入、次の1ヶ月がヨーガ療法の介入、その次の1ヶ月がCBTの介入を行った。各介入開始時に2時間程度のワークショップを開いた後、セルフケアのホームワークを課し、毎週1回、各介入3回づつのグループ介入を行った。TFTでは研究協力者である日本TFT協会理事長の森川綾女監修の「TFTセルフ <http://tftjp.com/free/el>」を用いたセルフケア、ヨーガ療法では研究協力者である日本ヨーガ療法学会理事長木村慧心監修のCD、DVDを用いたセルフケア、CBTでは研究分担者である日本認知療法学会理事長大野裕監修の「うつ不安ネット <http://www.cbtjp.net/>」を用いたセルフケアを行った。

介入の前後とセルフケアのフォローアップとして介入終了5ヶ月後(介入開始8ヶ月後)に評価を行った。

主要評価項目として仕事の満足度「この1ヶ月におけるあなたの仕事の満足度はどれくらいでしたか?(5:とても満足している~1:全く満足していない)」、副次的評価項目として1)K6、2)各介入法の実施率、3)思考

場療法に関わる主観的評価として ストレス観察能力「今自分に掛かっているストレスを把握していますか？（5：よく把握している～1：全く把握していない）」 ストレスとの距離「ストレスと適切な距離を取ることができますか？（5：非常に自信がある～1：自信がない）」、4) ヨーガ療法に関わる主観的評価として 注意集中能力「今ここに注意集中することができますか？（5：非常に自信がある～1：自信がない）」 平常心「平常心でいることができますか？（5：非常に自信がある～1：自信がない）」、5) 認知行動療法に関わる主観的評価として 考え方のクセの理解「自分の考え方のクセを理解していますか？（5：よく理解している～1：理解していない）」 発想の転換能力「自分をいつも苦しめている考え方に気付いて、発想を切り替えることができますか？（5：よくできる～1：できない）」 ストレス対処力「ストレスを自分で対処できる自信がありますか？（5：非常に自信がある～1：自信がない）」 問題解決力「問題を解決しようとする時はできるだけ多くの選択肢を考えますか？（5：とてもあてはまる～1：あてはまらない）」 自尊心「だいたいにおいて自分に満足していますか？（5：とても満足している～1：全く満足していない）」を評価した。
 (3)「ネクストクライシス(来るべき大規模災害)への備え、自助・互助・共助・公助で出来ること-生き残るのはあなた次第-」と題した市民公開講座を2016年3月6日に千里金蘭大学にて開催した。

4. 研究成果

(1) 参加者の背景は JR 福知山線脱線事故の負傷者 5 名、その他の事故 6 名、女性 7 名、男性 4 名、年齢は 40 代から 70 代までであった。

すべての症例が思考場療法を希望され、ヨーガ療法とアロマトリートメントは各 1 名を除いて希望された。

主要評価尺度である脱落率は 0 %、すべての症例で最終評価まで完遂することができた。重篤な有害事象は認めなかった。当初思考場療法の満足度の平均は 70/100mm 前後、ヨーガ療法は 80/100mm 前後、アロマトリートメントで 90/100mm 前後とばらつきがあったが最終的にはすべての介入で 90/100mm 前後の高い満足度が得られた。

表 2、3 に介入直前直後の身体的苦痛、精神的苦痛の変化を示す。点線は平均を示す。参加者には「苦」が精神的なもの、「痛」が身体的なものとして伝え別に評価したが、介入直前はほぼ同じ値であり、平均で 55/100mm 前後を示したが介入直後は身体的苦痛で 30/100mm 前後、精神的苦痛で 20/100mm 前後と精神的苦痛で特に大きな改善を認めた。

介入 1 週間前の Week 0 と 8 回の介入が終わった 1 週間後の Week 9 の身体的苦痛、精神的苦痛の変化では双方ともに有意な改善を認めず、長期的には苦痛に対する明らかな効

果を認めるには至らなかった。

表 2 介入直前直後の身体的苦痛 (VAS Week 1 ~ 8 の平均)

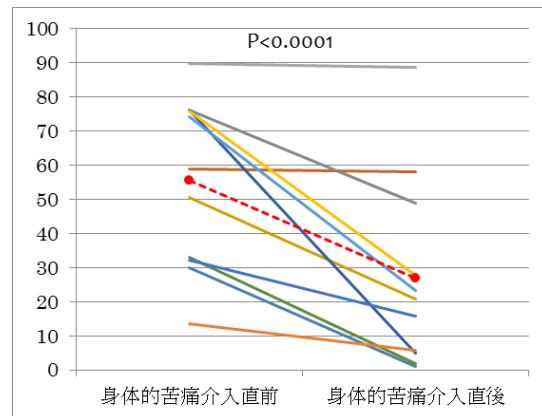
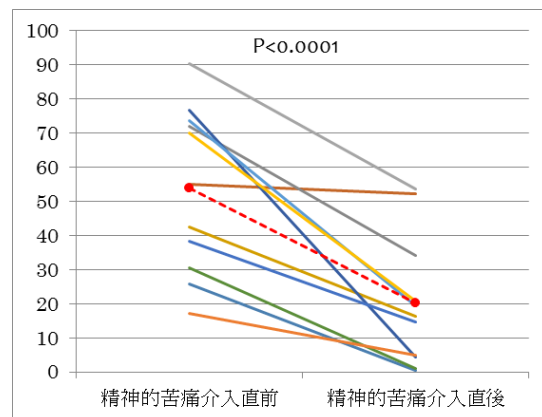


表 3 介入直前直後の精神的苦痛 (VAS Week 1 ~ 8 の平均)



PHQ-9 は全体として改善の傾向を示した ($p=0.058$)。1 例で悪化 (3 → 5) を認めたが Week 1 の PHQ-9 は 7 であり、介入を行った Week 1 ~ 9 でみると改善を認めていた。IES-R は全体では有意な変化を認めなかった。MAAS はほぼ全症例で改善が認められ、全体でも有意な改善となった ($p=0.003$)。TFT で改善すると報告されている心拍変動の最終回の値は最終回の TFT 満足度と抑鬱傾向を示す最初の PHQ-9 の値と有意に相関を示した (相関係数 $r=0.81$, $p=0.0087$ および $r=0.74$, $p=0.0225$)。抑鬱傾向のない症例では TFT によって自律神経機能が改善しやすいこと、そのような症例では TFT の満足度も高く、効果も実感できたことが示唆された。ヨーガ療法選択者 10 名に行なった脳波とこの臨床試験に先立ち測定された健常人 10 人の脳波とを exact Low resolution brain electromagnetic tomography (eLORETA) 解析を用いて、電流源密度 (current source density; CSD) を比較した。ヨーガ療法後、健常者に比べ左下頭頂葉 (IPL) に 帯域 (26Hz から 70Hz) で有意な上昇 (permutation test による多重補正後 $p < 0.05$) を認めた。

この部位は self-awareness や内的な情報処理に関連していると報告されており¹⁵⁾、瞑想体験によって self-awareness や内的な情報処理に変化が生じたものとも考えられた。fMRI を用いた研究では、PTSD 患者の中で治療反応群は左 IPL の過活動を認めたと報告されており¹⁶⁾、治療抵抗性の状態から治療反応性の状態に移行したとも考えられた。

アロマトリートメントにおいてはグレープフルーツとペパーミントの 2 つの精油を無作為割付して施術したが、2 つの精油の効果に有意差を認めなかった。

(2) 71 名の被検者より同意取得が得られたが介入前の評価が得られたのは 63 名であった。平均年齢は 49.8 歳、女性は 4 名であった。勤務時間中の介入とインターネットでの回答のため最初の 1 ヶ月間の TFT 後の評価が得られたのは 30 名、次の 1 ヶ月間のヨーガ療法後の評価が得られたのは 17 名、最後の 1 ヶ月の認知行動療法後の評価が得られたのは 17 名、その 5 ヶ月後のフォローアップ時に評価が得られたのが 14 名と回答回収率が低く、結果の取り扱いには注意が必要である。主要評価項目の仕事の満足度は介入後 3 ヶ月間、8 ヶ月で有意な変化はなく、副次評価項目のストレスとの距離 ($p=0.006$)、考え方のクセ ($p=0.030$)、発想の切り替え ($p=0.024$)、ストレス対処 ($p=0.003$)、問題解決 ($p=0.015$)、自分への満足 ($p=0.027$)、5 段階評価 10 項目の合計点 ($p<0.001$) で有意な改善がみられた。副次評価項目の 8 ヶ月間で有意な変化を認めなかった。TFT、ヨーガ療法の前後では有意な改善を認めず、認知行動療法の前後で自分への満足、5 段階評価 10 項目の合計点で有意な改善がみられた。

K6 では 3 ヶ月間で有意な変化を認めなかった。8 ヶ月間では神経過敏 ($p=0.019$)、そわそわ ($p=0.013$)、気分 ($p=0.040$) で有意な悪化、TFT の前後ではそわそわ ($p=0.030$) で有意な悪化が見られた。ヨーガ療法、認知行動療法では有意な変化を認めなかった。

TFT やヨーガ療法はセルフケアとして平均週 1 回程度と回数は少ないが継続されていた。認知行動療法はセルフケアとしてはほとんど行われていなかった。それでも効果があったのはワークショップ、グループ介入の効果と考えられた。

介入期間中は 5 段階評価で改善を認めたが、セルフケアフォロー中は K6 で悪化を認めた。セルフケアに繋がる介入を構築すべくさらなる工夫が必要と考えられた。

(3) 大阪府、茨木市、吹田市、摂津市、豊中市、箕面市、茨木市教育委員会、吹田市教育委員会、箕面市教育委員会、関西広域連合、公益社団法人関西経済連合会、関西サイエンス・フォーラム、一般社団法人日本統合医療学会の後援の元、一般市民約 500 名が参加した。

第 1 部では基調講演として西川徹矢氏 (弁護士、元内閣官房副長官補(安全保障・危機管

理担当))より「我が国における危機管理 ~ 中央における流れの中で ~3.11 も踏まえて」と題して長年、国、地方を含め危機管理業務に色々携わってきた経験を踏まえ、主に 3.11 東日本大震災に際しての初動措置に従事した体験を参考にして、発災に際し国の中央ではどのように対応しようとし、またその際にどのような課題が見られたのか述べられ、佐藤喜久二氏 (株式会社総合防災ソリューション特任参与、茅ヶ崎市防災担当参与、元神奈川県防災局・防災担当参事、元自衛官(陸将補、第 6 師団司令部幕僚長))より「ネクストクライシスへの備え、共助と公助の連携」と題して自助・共助・公助の活動が決して独立したものではなく相互協力の関係にあること、一方で自助・共助・公助の有機的連携がままならない分野の一つである要配慮者への今後の取り組み、特に各自治体が腐心している要支援者の名簿作りや見守り体制の構築、避難誘導訓練などについて述べられた。

第 2 部のシンポジウムでは小早川義貴氏 (国立病院機構災害医療センター 災害医療企画運営部 福島復興支援室・DMAT 事務局運営室、医師)より「各災害期に必要なとされる医療」と題して平成 27 年 9 月関東・東北豪雨での DMAT の活動などを振り返りながら、災害発生後のそれぞれの時期にどのようなことが起こり、どのような対応が必要であるか、主に医療分野について述べられ、鈴木友理子氏 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健研究部災害等支援研究室長)より「災害時のこころのケア」と題して心理的応急処置 (サイコロジカル・ファーストエイド) や災害派遣精神医療チーム (DPAT) また、長期的な保健活動としては、地域の人びとが主体的に関与できる仕組みを作り、地域精神保健の底上げが図られている取り組みについて述べられ、諫山憲司氏 (広島国際大学保健医療学部准教授)より「ネクストクライシスの備え - 生態系から考察した災害対策 - 」と題して災害を抑制・緩和する方策として生態系を基盤 (活用) とした防災・減災 Ecosystem-based Disaster Risk Reduction (Eco-DRR) について述べられ、研究分担者の林 紀行 (大阪大学大学院統合医療学寄付講座助教)より「大規模災害に対する統合医療」と題して、(1) の臨床試験について述べられた。

第 3 部の総合討論では指定発言として堀口正剛氏 (大阪府鍼灸師会理事、日本鍼灸師会執行理事)より阪神・淡路大震災、東日本大震災、広島豪雨災害、関東東北豪雨災害等で行われた多くの鍼灸関連団体や鍼灸師個人の災害支援活動について述べられ、実際にセルフケアを実演、木村慧心氏 (一般社団法人日本ヨーガ療法学会理事長)より、東北大震災被災者支援やネパール大地震被災者支援、チェルノブイリ原発事故被災者支援について述べられ、その後講演者全員によるディス

セッションが行われた。

<引用文献>

- 1)「Funding Strategy: Fiscal Year 2010」
<http://nccam.nih.gov/grants/strategy/2010.htm>
- 2)林紀行、他：大規模災害の後遺障害に対する統合医療的アプローチ。日本統合医療学会誌，2013年，第6巻第1号 p.65-69
- 3) Moadel AB, et al: Randomized controlled trial of yoga among a multiethnic sample of breast cancer patients. J Clin Oncol 2007, 25(28):4387-4395.
- 4) Mustian KM, et al: Effect of YOGA yoga on sleep, fatigue, and quality of life: A URCC CCOP randomized, controlled clinical trial among 410 cancer survivors. J Clin Oncol 2010, 28 15s(15s):suppl; abstract 9013.
- 5) Raub JA: Psychophysiologic effects of Hatha Yoga on musculoskeletal and cardiopulmonary function. J Altern Complement Med 2002, 8(6):797-812.
- 6) Kirkwood G, et al: Yoga for anxiety: a systematic review of the research evidence. Br J Sports Med 2005, 39(12):884-891; discussion 891.
- 7) Sherman KJ, et al: Comparing yoga, exercise, and a self-care book for chronic low back pain: a randomized, controlled trial. Ann Intern Med 2005, 143(12):849-856.
- 8) Pilkington K, et al: Yoga for depression: the research evidence. J Affect Disord 2005, 89(1-3):13-24.
- 9) Oken BS, et al: Randomized, controlled, six-month trial of yoga in healthy seniors. Altern Ther Health Med 2006, 12(1):40-47.
- 10) R.J. キャラハン (2001). TFT 思考場療法入門. In 穂積由利子 (訳). 東京: 春秋社.
- 11) Irgens A, et al: Thought Field Therapy (TFT) as a treatment for anxiety symptoms: a randomized controlled trial. Explore (NY). 2012 Nov-Dec;8(6):331-8.
- 12) Gavin Andrews: Utility of computerised cognitive - behavioural therapy for depression. The British Journal of Psychiatry (2010) 196: 257-258
- 13) Gerhards SAH, et al: Evers. Economic evaluation of online computerised cognitive - behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. The British Journal of Psychiatry (2010)196: 310-318
- 14) 阪上未紀、他：大規模災害の後遺障害に対する総合医療的アプローチ アロマセラピーからの評価 日本アロマセラピー学会誌 2014 ; Vol.13 ; No.1 ; 12-16.
- 15) Fox KC, et al.: Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of

morphometric neuroimaging in meditation practitioners. Neurosci Biobehav Rev. 2014 Jun; 43:48-73.

16) van Rooij SJ, et al.: Neural correlates of inhibition and contextual cue processing related to treatment response in PTSD. Neuropsychopharmacology. 2015 Feb; 40(3): 667-75.

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 1 件)

林紀行(1番目)、平井 啓(11番目)、伊藤 壽記(18番目)、外傷後後遺障害に対する統合医療的アプローチ 3年目の報告、日本統合医療学会誌、査読有、第8巻第1号、2015年、pp.82-88. <http://imj.or.jp/new/wp/wp-content/uploads/gakkaishi201505.pdf>

〔学会発表〕(計 3 件)

林紀行、外傷後後遺障害に対する統合医療的アプローチ、日本トラウマティック・ストレス学会、平成27年6月20日、京都テルサ(京都府京都市)

林紀行、外傷後後遺障害への統合医療的アプローチ、日本ヨーガ療法学会、平成27年5月10日、神戸サンボホール(兵庫県神戸市)

林紀行、大規模災害の後遺障害に対する統合医療的アプローチ 日本統合医療学会、平成26年12月20日、パシフィコ横浜(神奈川県横浜市)

6. 研究組織

(1) 研究代表者

伊藤壽記 (ITO, Toshinori)

大阪大学・医学系研究科・特任教授

研究者番号: 20231152

(2) 研究分担者

大野裕 (OHNO, Yutaka)

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター・認知行動療法センター・センター長

研究者番号: 70138098

工藤喬 (KUDO, Takashi)

大阪大学・保健センター・教授

研究者番号: 10273632

柴田政彦 (SHIBATA, Masahiko)

大阪大学・医学系研究科・寄附講座教授

研究者番号: 50216016

田中克俊 (TANAKA, Katsutoshi)

北里大学・医療系研究科・教授

研究者番号: 30365176

平井啓 (HIRAI, Kei)

大阪大学・未来戦略機構・准教授

研究者番号: 70294014

中川敦夫 (NAKAGAWA, Atsuo)

慶應義塾大学・医学部・講師

研究者番号: 30338149

林紀行 (HAYASHI, Noriyuki)

大阪大学・医学系研究科・寄附講座助教

研究者番号: 80619510