



Special Issue: Mindfulness-Based Cognitive Therapy
Practice News

Challenges of Mindfulness Based Cognitive Therapy Targeting Anxiety and Well-being at University Hospital

Online first published: January 24, 2018

[Received: May 13, 2017 Accepted: December 20, 2017]

Mitsuhiro Sado (*Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine/
Center for Stress Research, Keio University*)

Akira Ninomiya (*Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine/
Center for Stress Research, Keio University*)

Teppei Kosugi (*Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine*)

Sunre Park (*Keio University Faculty of Nursing and Medical Care/
Palliative Care Center, Keio University Hospital*)

Yasuko Sato (*National Hospital Organization Tokyo Medical Center*)

Yuka Takita (*Keio University Faculty of Nursing and Medical Care*)

Noriko Tamura (*Department of Neuropsychiatry and Medical Education Center,
Keio University School of Medicine*)

Mari Takeuchi (*Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine/
Palliative Care Center, Keio University Hospital*)

Daisuke Fujisawa (*Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine/
Palliative Care Center, Keio University Hospital*)

Abstract

Attention paid to mindfulness has rapidly increased recently. Although the number of clinical research has increased abroad, few relevant studies has been conducted in Japan. We introduce our challenges of MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) for anxiety and well-being. We also discussed about four issues when implementing MBCT.

Keywords: Mindfulness Based Cognitive Therapy, Anxiety, Well-being

Correspondence concerning this article should be sent to: Sado Mitsuhiro, Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8582, Japan (E-mail: mitsusado@keio.jp).



特集「マインドフルネス認知療法」
実践情報

大学病院におけるマインドフルネス認知療法の取り組み

不安障害, ウェルビーイングを中心に

早期公開: 2018 年 1 月 24 日

[受稿: 2017 年 5 月 13 日・受理: 2017 年 12 月 20 日]

佐渡 充洋 (慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室/慶應義塾大学ストレス研究センター)
二宮 朗 (慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室/慶應義塾大学ストレス研究センター)
小杉 哲平 (慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室)
朴 順禮 (慶應義塾大学看護医療学部/慶應義塾大学病院緩和ケアセンター)
佐藤 寧子 (国立病院機構東京医療センター)
瀧田 結香 (慶應義塾大学看護医療学部)
田村 法子 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室/医学教育統轄センター)
竹内 麻理 (慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室/慶應義塾大学病院緩和ケアセンター)
藤澤 大介 (慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室/慶應義塾大学病院緩和ケアセンター)

概 要

マインドフルネスに対する関心が、近年急速に高まっている。諸外国ではマインドフルネス的介入についての実証的研究成果が蓄積される一方、日本では、まだその効果に関するエビデンスがほとんどない。そこで、我々の大学で進めている、不安障害やウェルビーイングに対する介入研究について、先行研究の結果を含めて紹介する。そのあとで、われわれの取り組みから見えてきた、マインドフルネス認知療法 (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) を実施するにあたっての注意点や課題について、適用、個人の問題の解決法を扱わない点、不快な体験の強度の問題、ネットを用いたアドヒアランスを高めるための工夫の 4 点について考察を行った。

キーワード: マインドフルネス認知療法, 不安障害, ウェルビーイング

連絡先: 〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35 慶應義塾大学医学部精神・神経科 佐渡 充洋
(E-mail: mitsusado@keio.jp)

はじめに

マインドフルネスに対する関心が、急速に高まり続けている。それを裏付けるように、マインドフルネスに関連する論文数は、2000年以降指数関数的に増加している(American Mindfulness Research Association, 2017)。マインドフルネスのこうした急速な認知度の向上は、主にアメリカや西ヨーロッパに端を発したものである。筆者らが本格的にマインドフルネスについて取り組み始めた2010年頃には、こうした国々では、一般向けのマインドフルネスの書籍も数多く出版されるなど、マインドフルネスはすでに一定の社会的認知をえていた。一方、当時日本では、医療者の間でもマインドフルネスに馴染みのある者はほとんどおらず、マインドフルネスについて同僚に説明しても興味をもたれることはほとんどなかった。

それから数年がたち、日本でも状況は一変した。マインドフルネスや瞑想が脳科学的知見と結び付けられて語られるようになり、それが極めて科学的なアプローチであること、極めて有効なストレス対処法であることが、医療界のみならず、広く社会一般にも、認知されるようになってきている。

このようにマインドフルネスの概念が、広く社会に認知されることは、それに関わるものとして大変喜ばしいことである。

一方で、現状では、医療、特に精神医学や臨床心理学の領域において、マインドフルネス的介入の実証研究の大半が諸外国のものであり、残念ながら我が国のデータが充実しているとは言いがたい。こうした状況を考えると、研究機関としての大学がマインドフルネスに関わる大きな意義のひとつは、科学的エビデンスの提供にあると思われる。そうした考えのもと、筆者らは、これまで主に研究ベースでマインドフルネス認知療法(Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT)の実践を行い、その知見を社会に還元する取り組みを継続している。

そこで本稿では、我々が、当院で実施している研究ベースでのMBCTの取り組みについて紹介する。我々はこれまで、不安障害、乳がん、ウェルビーイング、医療従事者などを対象に研究を実施してきたが、本稿では、不安障害とウェルビーイングに絞って紹介し、乳がん、医療従事者に対する介入研究については、本誌別稿(藤澤他, 2017)で触れることにする。最後にこうした研究からみえてきたMBCTを実施する際の注意点や課題について考察して、日本におけるマインドフルネス

の介入研究の実状およびその課題を概観する。

なお、本稿では、「マインドフルネス」は、介入技法にかぎらず概念も含む、より包括的な意味合いで用いることとし、「MBCT」は、文字通り介入技法としてのマインドフルネス認知療法を意味する。また、マインドフルネスストレス低減法(Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR)など、MBCT以外にもマインドフルネスをベースとした介入法があるが、MBCTを含めたこうした介入技法をまとめて「マインドフルネス的介入」と呼ぶことにする。

大学病院における取り組み

不安障害に対する介入研究

ここでは、最初に不安障害に対する効果についてのエビデンスについて概観した上で、当院における取り組みについて報告する。

①不安障害に対する効果についてのエビデンス

不安障害に対するマインドフルネスの効果に関するエビデンスについて、2009年のCochrane review (Krisanaprakornkit, Sriraj, Piyavhatkul, & Laopai-boon, 2006)では、Randomized Controlled Trial (RCT)が2つ報告されているのみであるが(Raskin, Bali, & Peeke, 1980; Shannahoff-Khalsa et al., 1999)、その後、いくつかのRCTが実施されるようになってきている。ここでは、Khoury et al. (2013)とStrauss, Cavanagh, Oliver, & Pettman (2014)によるメタアナリシスの結果を概観する。

Khoury et al. (2013)の研究では、マインドフルネス的介入209本の論文について包括的なメタアナリシスを実施している。その中で、不安障害に絞って結果を見てみると、待機統制群を含む4本の研究が検討の対象とされている。効果量[95%信頼区間]をHedge's g で評価したところ、その値は、1.00 [.48 – 1.52]と高い値を示している。一方、Strauss et al. (2014)は、不安、うつ症状をターゲットにしたマインドフルネス的介入の効果の評価している。12本の研究が検討の対象とされ、不安に絞って結果を見ると、その効果量[95%信頼区間](Hedge's g)は、0.55 [-0.09 – 1.18]と有意なものではなかった。2つの研究で、効果量の有意差についても、点推定値についても大きな開きがあるが、これは、Khoury et al. (2013)が待機統制群を対照群として設定しているのに対して、Strauss et al. (2014)では、12本の研究のうち、5本の研究でアクティブコントロールが対照とし

て設定されていることに由来すると考えられる。このように対照群の設定の仕方によって効果量には差が出てくるため、結果を解釈する際には、十分な注意が必要になるが、ノンアクティブな対照に対しては、高い効果量が期待できることが示唆されると考えられる。

②不安障害の介入研究（パイロット）

このように、世界的に見ると不安障害に対するマインドフルネスの効果に関するエビデンスは徐々に蓄積が進んでいるが、わが国では、筆者らが知る限りほとんどエビデンスがない。そこで、我々は、2012年から2013年にかけて、不安障害（パニック障害、社交不安障害、強迫性障害）の患者を対象に、対照群をおかない単群での前後比較研究を実施した。対象は、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th edition Text Revised (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) によって、パニック障害、社交不安障害、強迫性障害のいずれかの臨床診断を満たす患者 13 名で、介入は、毎週 2 時間全 8 回の MBCT としている。効果の指標としては、主要評価項目に The State-Trait Anxiety Inventory-state (STAI-state; 肥田野・福原・岩脇・蘇我・Spielberger, 2000) を設定し、副次評価項目として、The State-Trait Anxiety Inventory-trait (STAI-trait; 肥田野他, 2000), Kessler-6 (K-6; 古川・大野・宇田・中根, 2003), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised (CES-D; 島・鹿野・北村・浅井, 1985), EuroQol 5 Dimension (EQ-5D; 池田他, 2015), Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Sugiura, Sato, Ito, & Murakami, 2012) などを設定した。この研究結果については、現在投稿準備中であるが、これらの介入前後のスコアを対応のある t 検定を用いて両側検定したところ、主要評価項目である STAI-state、副次評価項目の STAI-trait をはじめとしたいくつかの項目で、有意な改善が認められた。指標によって結果に一定のばらつきを認めるものの、不安症状に関しては、有意な改善を認めることから、我々はこの結果を受けて、RCT による効果検証を実施することとした。

③不安障害の RCT

RCT では、Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (高橋, 2010) で、パニック障害、社交不安障害のいずれかの臨床診断を満たした患者 40 名を対象に、MBCT の効果をランダム化・待機統制群比較対照試験で検証した。介入群 (20 名) に対しては、通常治療 + 毎週 2 時間全 8 回の MBCT を、待機群 (20 名) は、通常治療のみ実施した。アウトカムは、主要評価項目として、

試験開始 8 週後の STAI-state, STAI-trait を、副次評価項目として、試験開始 8 週後の K-6, CES-D, EQ-5D, FFMQ などを設定した。現在結果をとりまとめ、投稿準備中であるが、STAI-state および STAI-trait の 8 週後のスコアは t 検定で統計上有意な群間差を認めた。またこの有意差は、試験開始前 STAI スコア、年齢、性別で補正した場合でも維持された。このことから、我が国においても、MBCT がパニック障害、社交不安障害に対して、その不安症状の軽減に有効であることが示された。一方で、この研究では、観察期間を介入開始後 8 週間としているため、症状改善の長期的な転帰については明らかでない。よって、今後はこうした効果の長期的な持続性についても検討が必要である。

主観的ウェルビーイング

前述のように、わが国では、マインドフルネス的介入の臨床効果を示すエビデンスはまだ数少ないが、世界的に見るとマインドフルネス的介入の症状改善効果が次々と示されるようになってきている。

一方で、マインドフルネスの効果は何も症状改善に限定されるものではない。近年では、ポジティブ心理学の台頭もあり、マインドフルネスが人間性の肯定的側面に与える影響についても注目され始めている。ポジティブ心理学とは、アメリカ心理学会会長であったセリグマンなどによって提唱されはじめた概念であるが、ウェルビーイングがそのテーマとなっている (Seligman, 2011)。セリグマンが、ポジティブ心理学を提唱しはじめた背景には、これまで心理学が、うつや不安といったネガティブな心理的側面を主な研究、実践の対象とし、ポジティブな側面をあまりその対象にしてこなかった歴史があると考えられる。そこで、我々は現在、マインドフルネスが主観的ウェルビーイングに与える影響についての研究を実施しているので、それについて報告する。ただ、主観的ウェルビーイングについては、まだ馴染みのない概念と思われるため、最初に主観的ウェルビーイングについて説明し、諸外国での実証的研究結果について概観した上で、我々の取り組みについて解説することとする。

①主観的ウェルビーイングとは

主観的ウェルビーイングは、日本語に翻訳するのが困難な用語であるが、「肯定的なものから否定的なものまで、人々が自分の生活に行うあらゆる評価と、人々が自身の経験に対して示す感情的反応を含む良好な精神状態」(Diener, Lucas, & Scollon, 2006) と定義される。主観的ウェルビーイングには、様々な要素が含まれる

が、① Life evaluation, ② Affect, ③ Eudaimonia, という大きく 3 つの要素から成り立つと考えられている (OECD, 2013)。ウェルビーイングに似た概念に幸福感 (happiness) がある。紙面の都合で詳細な説明は成書に譲るが、幸福感は、主に人生の満足度で計測されるが、それはポジティブな感情に大きく作用されることが指摘されている。ウェルビーイングは、幸福感の要素も含むより大きな構成概念と考えられており、理論的にはこの二つは区別されるものとされている (Seligman, 2011)。

②効果に関するエビデンス

さて、確かに主観的ウェルビーイングは重要な概念であるが、主観的ウェルビーイングが改善しても、医療に及ぼす影響は乏しいようにも思える。しかし、主観的ウェルビーイングが高いと、余命が長くなるとの報告も認められることなどから (Stephoe, Deaton, & Stone, 2015), 医学的な関心も近年高まりつつある。たとえば、de Vibe et al. (2013) は、ノルウェーの大学生 288 人に対する RCT で、MBSR 実施群と非実施群とに分けて、精神健康状態、バーンアウト、主観的ウェルビーイングなどについて評価を行っている。その結果、主観的ウェルビーイングは、効果量 [95% 信頼区間] を Hedge's g で評価したところ、その値は、0.40 [.27 - .63] であり、小程度であるが改善を認めることが明らかとなっている。

一方で、マインドフルネスの主観的ウェルビーイングに対する改善効果については、世界的に見てもまだ介入研究の実施例が少ないのが現状であり、日本においては我々が知る限り介入研究がほとんど実施されていないのが実情である。

③慶應義塾大学病院における試み

そこで、我々は、マインドフルネスの主観的ウェルビーイングに対する改善効果について、対照群をおかない単群前後比較の形でパイロット検証を実施している。介入は、MBCT で、最初の 8 週間は毎週 2 時間、その後 6 カ月間は、月 1 回 2 時間実施する形である。なお、健康状態の異なるサブグループ (例: 健常人と軽度精神疾患患者) で主観的ウェルビーイングの変化に違いがあるかどうかについては、まだ十分に明らかになっていないこともあり、対象には、健常人と軽度精神疾患患者、双方を含めている。本研究はエントリー 30 名が目標で、現在も進行中であるが、エントリー 10 名 (健常人 7 名、軽症精神疾患患者 (寛解しているうつ病, パニック障害, 社交不安障害, 適応障害等) 3 名) での、8 週間の介入終了時点での中間解析の結果を報告する。主観的ウェル

ビーイングについてはいくつかの評価尺度があるが、感情的な幸福感や充実感の視点からウェルビーイングを評価する WHO 5 well-being index (Awata et al., 2007) については、本研究では、介入前後で有意な改善を認めなかった。一方、人生に対する満足度でウェルビーイングを評価する the Satisfaction With Life Scale (角野, 1994) については、有意な改善が認められている。このことから、マインドフルネス的介入が、主観的ウェルビーイングを改善させる可能性があること、同じ主観的ウェルビーイングでも要素によって変化に違いがありうることを示唆された。本研究は現在も進行中であり、最終的な結果が待たれるが、今後は、その結果を踏まえた上で、対照群をおいた RCT を実施して、主観的ウェルビーイングについて知見を蓄積していく予定である。

考察

これまで述べた通り、我々は、症状および主観的ウェルビーイングという側面から MBCT の介入研究を実施している。こうした介入研究の経験からみえてきた課題や注意点について、若干の考察を加えてみたい。

適用

一つ目は、適用についてである。マインドフルネスは、効果的な治療法であるものの、万能な治療法ではない。適用に関して、これまでの介入研究は、うつ病であれば「寛解期」、不安障害でもパニック障害や社交不安障害など、特定の場面以外では比較的病勢が安定している患者を対象としたものが多く、いわゆる急性期を対象とした効果についてのエビデンスは筆者が知る限りほとんどない。これには様々な理由があると思われるが、その理由の一つに瞑想の実践の負荷があると思われる。MBCT では、セッションやホームワークで、瞑想を一定時間遂行することが求められるが、うつ病の急性期の患者にとって、こうした課題を遂行するのは困難であり、こうした要因が、急性期の患者への介入を難しくする大きな要因になっていると考えられる。よって、急性期の患者への適用は避けるなど、MBCT の適用疾患について十分に理解した上で介入を実施する必要がある

個別の問題の解決法ではなく、
不快な感情への「新たな関わり方」を学ぶ

MBCT に参加する前には、当然個別の症状のアセスメントが行われる。しかし、セッション中は参加者の個別具体的な問題の解決策について話しあうことはない。にもかかわらず、参加者の症状が改善するのは、ある意

味、不思議でもある。マインドフルネスでは、個別の問題の解決策を具体的に扱うよりむしろ、瞑想の実践や体験の共有というプロセスから、参加者の個別の問題に付随する不快な感情や感覚への「これまでと異なる新たな関わり方」を学ぶことを目指す。これは、筆者が参加したマサチューセッツ大学マインドフルネスセンターや、オクスフォード大学マインドフルネスセンターで実施されるリトリートやプログラムのなかでも、度々説明されることである。瞑想をしていると、集中できず、しばしば自分を責めてしまったり、「なんでこんなことしなければいけないのか」と焦燥感を強めてしまったりすることがある。そうした時に私たちは、こうした不快な気分や感覚を一刻も早く無くしてしまう方法を考えがちである。これは、不快な感覚を「嫌悪する関わり方」とも言える。マインドフルネスでは、そうした不快な感覚を嫌悪したり、避けようとしたりするのではなく、むしろそこに優しい好奇心をむけ、居場所を作っていく。これは、「受容する関わり方」とも言える。こうした不快な体験への関わり方は何も、瞑想に伴う体験だけに適用されるものではない。我々が日常生活で経験するあらゆる不快な体験に適用可能なものである。然るに、セッション中に個別の問題を扱わずとも、その関わり方を個別の問題に当てはめることで、個々の問題に対応が可能になるのである。このように、具体的な問題解決法を議論するのではなく、問題に対する関わり方そのものを変えるという意味で、マインドフルネスのアプローチは、「アプリケーションソフト」ではなく、「オペレーションソフト」を書き換えるアプローチと言えるかもしれない。

一方、こうした個別の問題を直接扱わない点が、治療上の限界にもなりうる。特に急性期の患者や症状が重い患者などにとっては、瞑想を実践すること自体が大きな負担になるだけでなく、そこで学ぶ新たな関わり方を個別の問題にどのように応用していくかという点に困難を感じることも多い。そうした患者に対しては、マインドフルネスの介入だけでなく、個人精神療法を併用するなどの工夫も必要になるかもしれない。

不快な体験の強度の問題

MBCT では、7 回目のセッションで「思考は事実ではない」ことを学んでいく。具体的には、瞑想の中で頭に浮かんでくる思考を「事実」としてでなく、「脳が作り上げた現象」として捉える実践を行う。そうすることで思考との新たな関わり方を学んでいく。その中で、過去に経験した「困難なできごと」を想起し、そこで生じる感情や身体感覚に優しい好奇心を向け、それを受け入れていく実践、つまり「イメージ暴露」も行っていく。しか

し、この実践に難しさを感じる者も多い。それは、困難な出来事に付随して生じる感情や身体感覚をそこにとどめておくことがあまりにも「不快」だからである。

そうした場合には、より強度の低い「困難なできごと」からの実践の開始、すなわち「段階的暴露」を行う必要がある。そうすることで、徐々に不快な体験へのこれまでと異なる関わり方を学んでいくことができる。

ウェブを用いたアドヒアランスを高めるための工夫

瞑想の実践の程度と、不安、落ち込みなどの症状の改善効果は相関することが報告されており (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney 2006), インストラクターは、参加者の瞑想実践のアドヒアランスを高めることを意識しておく必要がある。その方策の一つにネットの活用がある。筆者らは、セッションの期間中、参加者に対して毎週メールを配信し、セッションの意図、実践を継続するにあたってのコツなどを配信するようにしている。また、8 回のセッションが終了したあとのフォローアップ期間では、参加者からの体験記を匿名で全員に共有するシステムも作成している。こうした取り組みがアドヒアランスの維持にどの程度貢献しているか確たるエビデンスは存在しないが、参加者からは「あのメールにとっても励まされた」等の感想が寄せられていることから、一定の効果があるものと考えている。こうした取り組みに加えて、現在、ウェブから瞑想の音声インストラクションや動画、ハンドアウト資料などが必要に応じてダウンロードできるシステムの構築を進めているところである。

まとめ

マインドフルネスに対する関心は、近年急速に高まっている一方で、日本においては、まだその効果に関するエビデンスがほとんど蓄積されていない。最初にその実情について述べた。それを受けて、我々の大学で進めている、不安障害やウェルビーイングに対する介入研究の実際について紹介した。最後に、このような取り組みから MBCT を実施するにあたって見えてくる様々な注意点や課題について、適用、個人の問題を扱わない点、不快な体験の強度の問題、ネットを用いたアドヒアランスを高めるための工夫の 4 つを取り上げ、議論した。

引用文献

American Mindfulness Research Association. (2017).

- Mindfulness journal publications by year, 1980–2016. Retrieved from <https://goamra.org/resources/> (December 20, 2017)
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Awata, S., Bech, P., Yoshida, S., Hirai, M., Suzuki, S., Yamashita, M., ... Oka, Y. (2007). Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *61*, 112–119.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*, 27–45. doi:10.1177/1073191105283504
- de Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friberg, O., Rosenvinge, J. H., Sørli, T., & Bjørndal, A. (2013). Mindfulness training for stress management: A randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC Medical Education*, *13*, 107. doi:10.1186/1472-6920-13-107
- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, *61*, 305–314. doi:10.1037/0003-066X.61.4.305
- 藤澤 大介・朴 順禮・佐藤 寧子・瀧田 結香・田村 法子・竹内 麻理…佐渡 充洋 (2017). 慶應義塾大学病院におけるがん・緩和ケア領域のマインドフルネス介入の取り組み マインドフルネス研究, 2(2) Advance online publication. http://mindfulness.jp.net/Journal/advance_vol2no2/jjm22fujisawa171121/
- 古川 壽亮・大野 裕・宇田 英典・中根 允文 (2003). 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究 川上 憲人 (主任研究者) 厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業 平成 14 年度総括・分担報告書 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 (pp. 127–130)
- 肥田野 直・福原 真知子・岩脇 三良・蘇我 祥子・Spielberger, C. D. (2000). 新版 STAI マニュアル 実務教育出版
- 池田 俊也・白岩 健・五十嵐 中・能登 真一・福田 敬, 齋藤 信也・下妻 晃二郎 (2015). 日本語版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の開発 保健医療科学, *64*, 47–55.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *33*, 763–771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Krisanaprakornkit, T., Sriraj, W., Piyavhatkul, N., & Laopai boon, M. (2006). Meditation therapy for anxiety disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006*, (1). doi:10.1002/14651858.CD004998.pub2
- OECD. (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*: OECD.
- Raskin, M., Bali, L. R., & Peeke, H. V. (1980). Muscle biofeedback and transcendental meditation: A controlled evaluation of efficacy in the treatment of chronic anxiety. *Archives General Psychiatry*, *37*, 93–97.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, NY: Free Press. (セリグマン, M. E. P. 宇野カオリ (監訳) (2014). ポジティブ心理学の挑戦——“幸福”から“持続的幸福”へ——東京: ディスカヴァー・トゥエンティワン)
- Shannahoff-Khalsa, D. S., Ray, L. E., Levine, S., Gallen, C. C., Schwartz, B. J., & Sidorowich, J. J. (1999). Randomized controlled trial of yogic meditation techniques for patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, *4* (12), 34–47.
- 島 悟・鹿野 達男・北村 俊則・浅井 昌弘 (1985). 新しい抑うつ性自己評価尺度について 精神医学, *27*, 717–723.
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*, *385*, 640–648. doi:10.1016/S0140-6736(13)61489-0
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One*, *9* (4), e96110. doi:10.1371/journal.pone.0096110
- Sugiura, Y., Sato, A., Ito, Y., & Murakami, H. (2012). Development and validation of the Japanese version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire.

Mindfulness, 3, 85–94.

角野 善司 (1994). 人生に対する満足尺度 (the Satisfaction With Life Scale (SWLS)) 日本版作成の試み 日本教育心理学会第 36 回総会発表論文集, 192.

高橋 三郎 (監修) (2010). 精神科診断面接マニュアル SCID 東京：日本評論社

◆著者の役割分担

研究テーマは佐渡, 朴が着想した。研究デザインには佐渡, 二宮, 小杉, 藤澤, 朴が関わった。介入の実施には, 著者全員が関わり, データ収集は佐渡, 二宮, 小杉が行い, 分析は佐渡の指導のもと, 二宮, 小杉が担当した。佐渡が草稿を仕上げ, 著者全員がそれを推敲し, 最終稿は全著者が承認済みである。

◆利益相反の有無

本論文の執筆と公表にあたり, 利益相反がないことを申告する。

◆研究助成

本論文で報告した, 当大学における研究は, 平成 24 年度慶應義塾学事振興資金, 平成 25–27 年度文部科学研究基盤 C, 平成 28 年度大和証券ヘルス財団調査研究助成の助成を受けて実施している。

◆付 記

本稿の一部は, 二宮 朗・佐渡 充洋・朴 順禮・佐藤 寧子・高橋 智子・別所 晶子・新井 万佑子・三浦 有紀・山本 和広・石原 智香・田淵 肇・白波瀬 丈一郎・加藤 元一郎・三村 将. 不安障害に対するマインドフルネス認知療法の効果検証—— preliminary study 第 1 報—— 第 18 回日本精神保健予防学会 (東京, 2014 年 11 月 15 日), 二宮 朗・佐渡 充洋・朴 順禮・佐藤 寧子・猪飼 紗恵子・高橋 智子・新井 万佑子・別所 晶子・中川 敦夫・藤澤 大介・吉村 公雄・田淵 肇・白波瀬 丈一郎・加藤 元一郎・三村 将. 不安障害に対するマインドフルネス認知療法の効果検証—— preliminary study 第 2 報—— 第 111 回日本精神神経学会学術総会 (大阪, 2015 年 6 月 5 日), 二宮 朗・佐渡 充洋・朴 順禮・藤澤 大介・佐藤 寧子・猪飼 紗恵子・中川 敦夫・高橋 智子・新井 万佑子・三浦 有紀・山本 和広・石原 智香・田淵 肇・白波瀬 丈一郎・三村 将. マインドフルネスは不安障害に対して効果があるのか? —— RCT による効果検証—— 第 112 回日本精神神経学会学術総会 (千葉, 2016 年 6 月 3 日), 小杉 哲平・二宮 朗・佐渡 充洋・朴 順禮・佐藤 寧子・藤澤 大介. マインドフルネスによる well-being の改善についての単群前後比較効果研究——第 1 報—— 日本マインドフルネス学会第 3 回大会 (東京, 2016 年 11 月 6 日) で発表した。