

ムーブメント

新体制・改革プランの実施に向けて

日本健康心理学会理事長 田中宏二(岡山大学名誉教授・相談役)



第25回大会(東京家政大学)において、理事長講演「新しい風を学会に」と題して、発信力と持続的発展を目指す学会運営について述べました。ここでは改革プランのキーポイントと実施状況について述べます。

◆ 機関誌の電子化とオープンアクセス化

研究者にとって、所属(投稿)する学会機関誌が魅力的で、評価の高いことは重要です。「健康心理学研究」は、2013年Vol.26 No.1から、これまでの印刷媒体から電子版ジャーナルとなり、J-STAGE(文科省所管のJSTが運営する電子ジャーナルの無料公開システム)に参加する予定です。それによって、格段に掲載論文の引用数が高まり、機関誌の評価向上が期待されます(従来の冊子体機関誌を希望される方には有償で配布予定)。

◆ 日本・アジアからの研究情報の発信

研究情報の発信は国際性を前提としていますが、自然科学や生命科学などに比べ心理科学では国際的な情報発信は十分とは言えません。健康心理学会の情報発信力を高めるために、休刊している英文誌の見直しをワーキンググループにおいて検討中です。短期的には英文特集号を、中長期的にはアジア健康心理学研究誌(電子版)の発刊を目指しています。また英語論文の投稿を促進するためにも、国際委員会で、若

手研究者の国際会議派遣の助成策(年間10人程度)を行っています。ぜひ奮って応募して頂きたい。

◆ 研究・実践活動の推進と助成

健康心理学研究や実践は、心理学を始め医学、看護学、体育学など多様な研究背景を持つ方々によって行われています。また研究は個人の関心テーマが優先しがちです。そこで我が国の健康心理学アイデンティティを深めていくために、学会が主体的に方向性のある研究や実践を推進していきたいと考えました。その施策の一つが、研究推進委員会による、医学と連携する研究グループの公募です。研究グループの育成に1件10万円程度の助成をし、年間3~4件採択予定です。他は研究・実践活動支援委員会による、理論と実践の橋渡しとなる実践研究の推進策です。実践活動の学会奨励賞を創設し、本年度は既に4件が選考され、第25回大会社員総会にて表彰(副賞5万円)されました。

◆ 会員管理の委託化

本年度から事務局体制の効率化と財政健全化を図るために、会員管理を国際文献社に委託しました。正確で安定した会員情報管理や会員コミュニケーションができると思います。ご理解とご協力をお願い致します。

バーンアウトへの介入

—仕事とうまくつき合うための6つの戦略



慶應義塾大学看護医療学部 増田真也

はじめに

対人援助職の離職要因の1つとして、以前よりバーンアウトが指摘されており、バーンアウトの予防と回復は、従業者の定着化と業務の質の向上の有効な対策になると考えられている。バーンアウトは情緒的消耗感 (emotional exhaustion)、非人間化 (depersonalization)、個人的達成感 (personal accomplishment) の低下の3つを主な特徴とし、対人援助職に特有の職務ストレスであるとされてきたが、現在では対人援助職に限らない職業一般の症状であるとされている。そして、先の3つを含むより大きな概念である疲弊感 (exhaustion)、シニシズム (cynicism)、職務効力感 (job efficacy) の低下で捉えるようになった。しかしいずれにしても、変数間の関連を検討した調査研究がほとんどであり、予防や回復を目指した介入研究は、特に我が国では非常に少ない。

バーンアウトへの介入研究

バーンアウトを含む職務ストレスへの介入法は、個人を対象にするか、組織や環境を対象にするかで区別され、リラクゼーション、認知行動的技法といった個人への取り組みの方がよく用いられている。しかし個人への介入は、情緒的消耗感や身体症状の訴えを減らすものの、非人間化や個人的達成感には効果が無いことが指摘されている。このことは、消耗感だけが一般的なストレス症状と重なり、個人を対象とした通常のストレスマネジメント法の多くが、仕事の問題自体の改善を目指していないことを考えれば当然ともいえる。しかしながら一方で、職場や環境に焦点を当てた介入についてのメタ分析では、有意な効果は見出されていない。すなわち、バーンアウトに対する有効な介入法は依然として存在せず、探索的な検討を続けざるをえない状況なのである。

仕事とうまくつきあうための6つの戦略

本稿では、Leiter & Maslach(2005)が提唱した「仕事とうまくつき合うための6つの戦略」(six strategies for improving your relationship with work、以下6つの戦略)を試みた結果について報告する。「6つの戦略」は、先行研究から導かれた職務ストレスの6領域(仕事の負担(work load)、裁量権(control)、報酬(reward)、共同体(community)、公平性(fairness)、価値観(value))のどこで不適合が生じているかを明らかにし、具体的な解決策を自ら計画実行することを助けようとする。すなわち、この方法は個人を対象とするが、問題を抱えた本人が職場や仕事上の問題に取り組むことを主眼としている点で、従来の介入法と異なっている。

「6つの戦略」によるバーンアウト改善のプロセスは、①仕事上の問題のアセスメント、②問題解決のためのプランの作成、③プランの実行、④経過の振り返りの4段階からなる。①仕事上の問題のアセスメントには、職務ストレスの6領域について尋ねる「仕事との関係テスト(My Relationship with Work Test)」を用いる。そして領域ごとの得点から、何が問題であるのかを検討して目標を定め、改善のためのプランを作成する。例えば、報酬領域の項目9、10の得点が特に高い場合は、「仕事に満足できない」ことが問題であると考えられ、「仕事の割りふりを良くする」ことが目標となる。

すなわち「6つの戦略」は、全体として個人-環境適合モデルを基盤とし、適合-不適合が生じる具体的な領域として、要求-コントロールモデル、ソーシャルサポート、公平感といった従来の研究で見出されてきた要因を包含している。またアセスメントの後に、いわゆるplan-do-seeのプロセスを辿る。したがって、新しい特別な方法というよりは、これまでの研究成果を統合し、使いやすくなるよう工夫したものであるといえる。

介護福祉士への介入事例

「6つの戦略」を実際に試行した、男性介護福祉士A氏への介入事例を紹介する。

A氏は、週当たり数十軒の利用者宅に出向いて介護を行っている他、ホームヘルパーの業務調整をしたり、利用者からの相談を受けたりしている。多忙であるが、利用者の様子が気になることから、自ら休日を返上することも多い。本人は自分を生真面目と評しており、仕事のストレスが強く、バーンアウトしていると感じていた。

初回面談時に、一般用マスラックバーンアウト測定尺度 (Maslach Burnout Inventory-General Survey: MBI-GS) と「仕事との関係テスト」への回答を求めたところ、疲弊感4.0、シニシズム2.0、職務効力感2.2であった。筆者が以前に在宅介護従事者を対象に行った調査での平均値は、疲弊感2.7、シニシズム1.6、職務効力感2.6であったことから、A氏のバーンアウトレベルは高いと判断された。

「仕事との関係テスト」に関しては、「報酬」や「公平性」で得点が高かった。内容を検討すると、特に仕事の評価が適切にされておらず、一部のみにだけ給与が多く支払われていることに不満を感じていた。ただしこのことは、上司が介護業務経験者でないために生じていると考えられた。さらに本来上司がすべき仕事自分がまわってくるということが、多忙の原因にもなっていた。

以上からA氏は、改善のためのプランの作成において、「裁量権」領域の「リーダーが無能である」という問題を選び、「リーダーシップを共有する」ことを目標にした。「6つの戦略」では、目標達成のための具体的なアクションがいくつか提案されているが、A氏は新しい企画をたくさん上げるという「創造的な戦略をとる」ことにした。それは上司を変えるということが現実には難しく、自らの裁量権の拡大を目指す方が実現可能性が高いと思われたからであった。

またA氏は筆者との話し合いから、企画を提案すれば、その採択の有無にかかわらず、上司の考えを深く理解できるようになると考えるようになった。すなわち、提案を通じてコミュニケーションをはかる機会にしようと思うようになった。そして具体的な行動として、現在使用している書類が使いにくいと感じていたことから、新しい書類の形式を提案することを思いついた。

2ヶ月後に、再び面談を行った。A氏が提案した書類の形式変更は、一部認められた。A氏はこれまで、上司に何を言っても無駄と考えていたが、この経験からいろいろと試してみようと思うようになった。そこで次に、経費削減の検討のために、会計書類を見たいとの要望を上司に伝えたところ、業務上の問題の把握と解決に熱心であると思われるようになったためか、これも受け入れられた。経費削減のための具体案はまだないが、上司から一方的に言われるだけでなく、自ら関わる余地が得られるようになったことから、「裁量権」の拡大に成功したと感じている。

MBI-GSと「仕事との関係テスト」に再度回答を求めた結果、「裁量権」の得点はわずかに低下しただけであったが、6領域のすべてで適合度が向上していた。またMBI-GSに関しても、疲弊感、シニシズムが低下し、職務効力感が高くなって、バーンアウト状態が軽快していた。

以上はあくまでも一事例にすぎず、我が国で「6つの戦略」を活用するためには様々な知見を蓄えていくことが必要である。しかしこの方法によって、バーンアウトの解決の糸口を見出せるようになることが期待できる。

引用文献

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005) Banishing burnout: Six strategies for improving your relationship with work. Jossey-Bass. (増田真也・北岡和代・荻野佳代子(訳) バーンアウト:仕事とうまくつきあうための6つの戦略 金子書房 2008).

青森県南部町における自殺対策に関わって

日本大学文理学部
坂本真士

名川町での取り組み

筆者らのグループは、1999年から、青森県名川町（現：南部町）の一地区において、地元の保健師たちと自殺対策を展開してきた。当時は国内における地域の自殺対策の先行例がほとんどなく、希少な成功例である、新潟大学医学部のグループによる新潟県松之山町の取り組みを参考にした。すなわち、自殺との関連が指摘されているうつ病を、住民健診などで自己記入式尺度を利用して早期に発見し、治療に結びつける医学モデルを採用していた。名川町では高齢者の自殺率が高かったことから、高齢者を介入対象としていたが、それまでの研究で用いられていた自己記入式尺度は項目数も多く、回答に負担がかかった。そこで、住民健診などで実施しやすいよう、短縮版の尺度を開発した。また家族や地域でうつ病のサインを見逃さないよう、うつ病の啓発活動を行ってきた。

他にも地元の保健師との話し合いの中で、高齢者が地域で孤立しており、それが自殺につながる可能性が指摘された。そこで、社会的な面からの対策として、地域における高齢者同士の交流を高める試みを行った。

名川町における取り組みは功を奏し、近隣の対照地区や町村と比較して、女性高齢者における自殺率の減少がみられた（Oyama et al., 2006）。

町村合併と新たな対策の実施

名川町は2006年1月1日に、南部町および福地村と合併し、南部町となった。自殺対策は新たに誕生した南部町においても全町的に展開されることとなったが、それに伴い自殺対策を実施する対象が大きく広がった。名川町では高齢化率の高い一地区での展開だったため、これまでとは異なる新たな対策が求められた。そこで、保健師たちとアイデアを出し合い、新たな展開

を模索した。

ビデオを利用した啓発活動

名川町以外では町独自の自殺対策がとられていなかったため、南部町全体に町の自殺対策を周知する必要があった。しかし「自殺はやめよう」と正面から呼びかけても、「うん、そうだよね」と表面的な同意だけで終わったり、自分の問題として受け止めてもらえないことが懸念された。また単なるスローガンの連呼だけでは自死遺族への配慮に欠くと考えられた。さらに、自殺を防ぐためには、家族や近所における見守りや公的機関が提供する援助・相談サービスを積極的に活用してもらうことが有効であることが、名川町での実践からわかってきた。

そこで、旧町村名が消え、新たに南部町としてスタートしたことも考慮に入れ、家族・近所・公的機関（保健師）のつながりと心の健康をテーマとしたビデオ「いのちをつなぐ わ（私・和）の町」（上映時間約35分）を作成することにした。このビデオは、大筋を精神科医、保健師、心理学者がアイデアを出して作成し、保健師1名が脚本を書き、町のボランティアに働きかけて作成した。南部町で兼業農家をしているあるお父さんが、リストラされて落ち込み、将来を悲観して自殺を考えるようになるが、家族や近所の友人・知人、保健師などの協力を得て立ち直り、リンゴ農家として力強く生きていくという、地元密着型のストーリーとなっている。町の企画により住民ボランティアが参画し、心の健康啓発のためのビデオを制作するというユニークな取り組みであり、いくつかのマスコミの取材を受けた（例：2007年4月22日デーリー東北「心の健康ビデオ」製作に奮闘／南部町民有志）。このビデオは、2008年に町内で開かれた催し「心の健康フォーラム」で披露された後、町内の各戸で視聴してもらった。すなわち、回覧板と同様に各町内会にビデオを配布し、各家庭でビデオを視聴した後、隣家に

回す方法で町内を回した（合わせて近隣の相談機関連絡先一覧を記した資料を配付した）。他にも、町内各地の集会所で上映会を催したり、町内循環バス内で上映できるようにしたりした。

連載型チラシ配布

上記の取り組みにつづき、2010年11月より翌年8月までの10ヶ月間、町健康福祉課と協働して心の健康増進に関するチラシ（A4サイズ両面カラー印刷1枚）を作成し、月に1回町内各戸に配布した。チラシは町からの広報に挟み込んで配布した。この取り組みでは10ヶ月間の連載によって、さらに多くの人に、心の健康づくりに関心を持ってもらうことを目的とした。内容は、右記のとおりである。チラシの内容についても、精神科医、心理学者、保健師らがアイデアを出し合い、著者らがオリジナルに作成した。

小学校における健康教育

2008年度から、町内の小学校で地元の臨床心理士による「心の健康教室」を展開している。昨年度は、町内の全小学校（8校）の6年生を対象に、1時間（45分）の授業内で行われた。

授業実施後に受講した児童を対象にアンケート調査を行ったところ、授業に参加することで、自分の気持ちを家族や友人に伝えることの大切さや、家族や友人たちの気持ちを聞くことの大切さが理解されるなど、良好な結果が得られた。「心の健康教室」は参観した父母にも好評であり、小学校で保護者向けの講演会が実施され、町周辺の市町でも実施が広がった。

さいごに

筆者らの取り組みは、精神科医、保健師、臨床心理士、精神保健学者など、心理学以外の専門家との協働作業である。周辺領域の専門家と話をしていると、心理学は問題解決のための知識の宝庫であるとしばしば思う。その知識の宝

庫から、自殺対策に使える知識や研究・実践方法を見つけ出し活用する「何でも屋」的な役割が、心理学者には求められているのかもしれない。10年にわたる活動を振り返って思った。

2009年	
11月	お元気ですか?: あいさつは人間関係の基本、積極的に。
12月	お酒は楽しく、ほどほどに: 疲れた、眠れない、つらいときは、酒ではなく、睡眠・風呂・リラックス。
2010年	
1月	楽しみをふやしましょう: 楽しみや遊び、安らぐための自分の時間は、自分への投資と考える。
2月	一人で悩まず相談を: 借金で死ぬ必要はない。必ず解決策があるので専門家に相談を。
3月	ひとの話は最後まで: 人の話は、きちんと最後まで聞き、理解する。
4月	自分の思いをきちんと言葉に: 困ったときは早めに相談、言いたいことを正しく伝えるよう表現を工夫して。
5月	体の調子を整えましょう: 疲れたときは早めに休み、規則正しい生活を。
6月	心の調子を整えましょう: ストレスが強うつらいときは、早めに相談を。
7月	いまあなたができることは?: 悩んでいる人の話はじっくり聞いて、必要に応じて専門機関へ相談を。
8月	困ったときはまず相談: 南部町相談窓口一覧



日本人プロテスタントにおける宗教コーピングの 3段階プロセスモデルの提案と今後の課題

東京大学大学院教育学研究科 綾城初穂



メンタルヘルスと宗教の関係を扱った心理学研究は日本ではあまりなじみがないが、アメリカをはじめとする欧米圏では積極的に研究されている分野の一つである。本研究は中でも近年注目されている「宗教コーピング」という概念に焦点を当てたものである。

ストレス時に宗教信者は複数の宗教コーピング方略を用いていると考えられるが、これまでの宗教コーピング研究ではRCOPEという尺度を用いた横断的な質問紙調査が多く、複数の宗教コーピングがどのように用いられているのかについては不明瞭であった。そこで、従来の方法では分けられていた複数の宗教コーピングの相互関係を検討するため、本研究ではインタビューによる調査と質的な分析方法（グラウンデッドセオリー法）を採用した。

14人の参加者への約1320分のインタビューデータを分析した結果、「日本人プロテスタントにおける宗教コーピングの3段階プロセスモデル」が生成された。概要を記すと、これは日本人プロテスタントの宗教コーピングが、①【神への問いかけ】（ストレスの具体的な解決を神に求めるといったコーピング）、②【神への委ね】（ストレスに対処することを止め、現状を神に一任するコーピング）、③【神の意図の受容】（過去のストレスイベントを神の意図によって起こったものと捉え、新しい意味を見出し受容するコーピング）という3つの段階を経て進行するというモデル化したものである。このモデルを見ると【神への問いかけ】というように「神」という存在がコーピングプロセスで想定されていることが分かる。このことは宗教コーピングが「神」という内的存在との関係の中で行われるプロセスである可能性を示唆する。そこで、この視点からデータを検討した結果、宗教コーピングでは神と自己との内的二者関係が想定されていること、そしてコーピングプロセスに沿ってストレスの所在が変化していることが示唆された。【神への

問いかけ】の段階では、自分側にあるストレスを神に願うことで解消しようとするが、【神への委ね】の段階では神の側にストレスを委譲し、解決を待つコーピングが主なものとなり、さらに、【神の意図の受容】では神に移譲したストレスが新たな意味を持つものとして再び自己に戻される。このように、宗教コーピングプロセスは、神—自己という内的二者関係において、ストレスの所在が移り変わることで進行するという可能性が示された。つまり、日本人プロテスタントの宗教コーピングは、個としての対処ではなく、神という存在との関係による対処である可能性がある。

本研究で見出された仮説的モデルは、比較的熱心な日本人プロテスタントからのデータによるものである。そのため即実践に応用できる知見とは言えず、今後はより幅広いサンプリングを行って精緻化していく必要がある。しかし、本研究から示されたように信者にとって宗教がコーピングの一つのリソースであること、そしてそれが神という内的存在を媒介とした心理的プロセスであることは、特に実践に携わる援助者側が認識しておくことは必要だろう。研究が進む欧米ですらセラピスト側に宗教問題を扱う準備がないと指摘されており、宗教に対して否定的になりがちな日本社会においてはこのような視点を意識的に持つことはより重要であると思われる。ただし、宗教がメンタルヘルスに及ぼす影響は複雑であり、宗教コーピング研究の第一人者であるPargamentが論文のタイトルにおいて「The bitter and the sweet」というメタファーを用いて巧みに表現しているように、宗教はメンタルヘルスに肯定的な影響だけでなく否定的な影響も与える。今後はこうした負の側面をも包括した検討を行っていく必要があるだろう。

高齢者介護施設で、 専門健康心理士として勤務して思うこと

有限会社より愛どころありがとう 中畑佑一



現在、私は小規模多機能型居宅介護施設で働いています。DTワーカーの資格を所得し、介護現場で実践を行なっています。

ダイバーショナルセラピー (diversional therapy; DT) は、オーストラリアで発祥しました。DTの起源は、第二次世界大戦の傷痍軍人のメンタルヘルスケアとも言われていますが、通説では、高齢者介護現場で勤務するOTやレクリエーションワーカーたちが、高齢者の心地よさや幸せを維持、向上するために、より効果的な精神的ケアのためのアクティビティーやセラピー、レクリエーションプログラムの開発に注目し、その領域で専門性を活かし始めたことが始まりと言われています。

現在、オーストラリアでは、ダイバーショナルセラピストは、高齢者介護施設、精神科病棟やクリニック、刑務所などで専門職として勤務しています。高齢者介護の現場では、ダイバーショナルセラピストは、高齢者のQOLの向上と精神面のケアに貢献しています。また、同時に介護のコスト削減にも成果を上げています。

日本では、2008年にDTワーカー養成講座がスタートしました。現在、多くのDTワーカーが誕生し、現場で活動をしています。

DTは、特定の療法ではありません。各個人が、楽しく価値のある日常生活を過ごすために必要なものやことを、計画的に探し、意図的に生み出していくためのあらゆる手段や手法であり、また、その哲学および思想です。

私は、大学院生の頃、一般病棟で非常勤看護職員として働いていました。私の介護に対するイメージは、現実の介護現場と異なっていました。主な業務内容は、排泄介助、食事介助、入浴介助でした。日々、業務を精一杯こなすだけで、高齢者のライフスタイルを支援できませんでした。高齢者の目に、気力が失われていくのを目の当たりにし、私は、無力感や罪悪感に苛まれました。大学院を卒業後、私は、小規模多機能型居

宅介護施設に就職しました。そこでは、介護職員が、高齢者のライフスタイルや生きがいを守っていました。職場研修でDTを学ぶ機会があり、DTを実践する機会が巡ってきました。現場での実践内容を紹介したいと思います。

アルツハイマー型認知症 (alzheimer's disease; AD) 患者に対してDTによる介入を実施しました。AD患者の性別は男性で、要介護度はVでした。まず始めに、DTアセスメントシートおよび職場のフェイスシートを用いてAD患者の情報を収集しました。それらのデータを基に、家族へのインタビューを実施しました。アセスメントの結果、AD患者は、「甘樫の丘を散歩すること」、「神社仏閣にお参りすること」、「奥さんの手料理を食べること」が好きだったことが明らかになりました。それらのアセスメントデータから、介入を計画し、実施しました。介入の効果を評価するために、AD患者の笑顔の回数を記録しました。その結果、介入前に比べ介入後では、笑顔の回数が増加しました。

今後、質問紙や生理指標を用いてDTの介入効果を検証し、DTを介護現場に普及していきたいと考えています。将来、専門健康心理士として認知症高齢者のQOL向上の支援や介護コストの削減に貢献することができれば幸いです。





第25回大会 大会レポート

早稲田大学大学院
人間科学研究科
島崎崇史

「今年の学会はひと味違うから楽しみにしとけよー!」という指導教授でもあり本学会事務局長を務める竹中晃二先生(早稲田大学)のお言葉のもと、学会大会に参加させていただきました。私自身、学会大会に参加させていただくのは3度目でしたが、田中宏二理事長(岡山大学)が理事長講演でお話されていた、「新しい風」を感じることでできた学会大会だったのではないかと感じました。

学会大会前から、電子メールによるニュースレターの配信や、ホームページが充実していくのを見て、「健心変わってきたな」という所感をもって学会大会に参加致しました。また、理事長講演にて田中理事長がおっしゃられていた、査読の迅速化、国際研究集会への派遣支援、研究に関する賞の設置は、私のような学位の取得を目指す大学院生等、若手の研究者にとって大きな動機づけとなるご提案をいただいたように感じました。

私自身は、欧米を中心として実践研究が行われている、地域住民の身体活動、および健康的な食習慣の確立を目的としたポピュレーションアプローチ介入(地域に住む全住民を対象とする介入)について研究と実践を行っております。

学会大会では、ポスター発表をさせていただきましたが、研究者の視点、実践者の視点、様々な角度からご示唆をいただき、健康心理学が持つ「理論と実践」の両者を重視する魅力、そして新しい学会の魅力を感じ、有意義な時間を過ごすことができました。

最後になりますが、素晴らしい学会大会を準備、運営頂いた東京家政大学の福井至先生、および関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。宵の情報交換会では、素晴らしいマンドリンの演奏をありがとうございました。本学会の、健康心理学の魅力を高めようと起きている「新しい風」に少しでも応えていけるよう、これからも研究、および実践活動に力を注いでいこう、そう思うことができた学会大会でした。



▶先輩方からの
温かいご意見に感謝

ヘルス・サイコロジスト NO.59

Health Psychologist 2012.11

発行 2012年11月30日

編集・発行 日本健康心理学会

本部事務局 日本健康心理学会本部事務局

〒169-0801

東京都新宿区山吹町358-5

アカデミーセンター

TEL 03-5389-3025

FAX 03-3368-2822

ホームページ <http://jahp.world.coocan.jp/jahp/>

製作 ダイヤモンド社

入会のご案内

日本健康心理学会は、現在約2,300名の会員から構成され、毎月さまざまな方から入会のお申し込みをいただいております。当学会は専門の研究者——心理学、医学、教育学、社会福祉学、看護学、栄養学、体育学、公衆衛生学、生物学などの領域——はもちろん、健康心理学、心と体の健康問題に関係のある仕事をしている方々でも入会できます。企業の方々や小中高校の先生方なども入会しておられます。

入会されますと、年次大会(年一回)、セミナー、研究集会への参加ができ、ニュースレター「ヘルス・サイコロジスト」や学会機関誌「健康心理学研究」が送付されます。入会金3,000円、年会費7,000円です。

入会ご希望の方は上掲の入会申込書に必要事項をご記入のうえ、左記までFAXでお送りください。

【機関誌の原稿募集中】

『健康心理学研究』の原稿(和文・英文)を随時募集しています。左記住所「日本健康心理学会本部事務局機関誌編集委員会担当・高橋尚子まで」ご送付ください。