

Health Psychologist

日本健康心理学会

2016/3

No. 69 Ψ

ヘルス・サイコロジスト

ムーブメント 『公認心理師法』 誕生

—日本健康心理学会への期待—

宮脇 稔 (全国保健・医療・福祉心理職能協会 (全心協) 会長)



2015年9月、第189回国会において『公認心理師法』が全会一致で可決成立し、公布されました。2016年3月には試験・登録機関が決定し、4月からは有識者委員会が組織され、大学及び大学院カリキュラムや試験科目、現任者の定義や実務年数、受験資格および特例措置などについて、省令で具体化する作業が進められます。そして2017年9月15日までに法が施行され、2018年度末までには第1回試験が実施される予定です。試験・登録機関には日本心理研修センターが指名される予定です。

公認心理士資格は医療・保健、福祉、教育、産業、司法といった広い領域を対象とした資格です。

国家資格誕生までの関わり

1993年6月26日に90余名の仲間と共に、クライアントのための医療・保健・福祉領域の資格創設を目指して「全国保健・医療・福祉心理職能協会 (全心協)」をできたばかりの東京都庁で立ち上げました。ここから私は国家資格に関わり始めました。

その後は全心協から厚生省の研究班に代表を送り、心理職に加えて医師、ソーシャルワーカー、看護師の参加で10年にわたり検討を重ねましたが実らず、2001年度で閣法としての資格法は断念されました。

そこで議員立法提案として2002年には「医療保健心理士」の名称での資格化をめざし、全心協が呼びかけた23団体で医療心理師国家資格制度推進協議会 (推進協) を結成して2005年には「医療心理師」と名称

を変えて資格化に臨み、法案まではできましたが最後の壁を乗り越えられずに断念しました。さらに2009年からは推進協、推進連、日心連の代表による3団体談話を立ち上げ、100の団体が結束した結果、ようやく「公認心理師」の成立に至りました。全心協にとっては名称を変えながら3度にわたる挑戦でした。

3度目の国家資格は医療領域に限定しない汎用性の高い資格として誕生しましたが、それには四半世紀近い時間が必要でした。

日本健康心理学会への期待

広範な領域を対象とする公認心理師資格ですが、日本健康心理学会にはその独自性を活かした産業領域におけるメンタルヘルス活動に期待します。リラクゼーション、ストレスマネジメントを柱としたマインドフルネス、ポジティブ心理学などを研究、実践、理論化できる指導健康心理士の養成をお願いしたいです。つまり指導健康心理士資格を国家資格の上位資格に位置づけ、産業領域を対象とした健康増進、レジリエンスを活かしたリワーク支援や健康カウンセリングを実践する指導者資格にさせていただきたいと思います。

改正労働安全衛生法が施行され、労働者の健康の保持増進を図るための専門職として医師、保健師が定められていますが、この専門職に公認心理師が位置づけられ、その養成・指導に指導健康心理士が活躍する日がくることを心より期待しています。

〈アディクションと予防教育〉

国立大学法人兵庫教育大学大学院教授 野田哲朗



今年2月、清原元野球選手が覚醒剤取締法違反の容疑で逮捕されました。有名人が転落するスキャンダルだけにマスコミは連日、面白おかしく書き続けていますが、しばらくすれば、記憶の彼方に薄れて行くことでしょう。

しかし、専門家として見落としてはいけないのは、覚醒剤使用障害は薬物アディクションに分類されるれっきとした精神疾患であり、治療が必要であって罰することでは回復しないということです。

あれほどの大記録を打ち立てた選手が、社会的地位をすっからかんにしてしまう違法薬物に何故手を染めてしまったのか？私達は、その動機に関心を持ちたいものです。清原容疑者は現役時代から、覚醒剤に手を染めていたのではないかと報道されていますが、ドーピングは常に問題になっています。もし、現役時代から使用していたのだとすれば、ファンの期待を一身に背負いながら、気力、体力が衰えるなか、良い成績を出そうと興奮系の違法薬物に手を出してしまったと考えることはできないでしょうか。

アメリカの研究では、元アスリートにギャンブル障害が多いことが明らかにされていて、実は、スポーツとアディクションは密接な関係があると考えられています。ドーパミンを常に分泌して、戦闘態勢をとらなくてはならないアスリートは、ギャンブル（賭博）や薬物などの嗜癖行動でドーパミンを出し続けようとするうちにアディクションに陥ってしまうのかもしれませんが。

スポーツ選手を例に挙げましたが、私達の中には、日常の憂さを晴らしたり、不快な気分を変えようと、飲酒、パチンコ、競艇、競馬などのアディクション行動に親しむ人も少なくありません。しかし、アディクション行動はやがて個人だけでなく家庭や社会生活に支障をきたすアディクションに陥りかねないので、要注意なのです。

アディクションは、アルコール、タバコ、薬物などによる物質アディクション、ギャンブル、インターネット、ストーカー、窃盗、買い物、仕事などによ

るプロセスアディクションに分類されてきましたが、2013年に改訂された「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引（医学書院）」では、ギャンブル障害が物質アディクションに加えられたといった画期的なことが起きました。

アルコールやタバコなどの依存性物質は、過剰摂取により直接、脳の報酬系の活性化を引き起こし、快感を生み出すため、使用し続けているとやがて適切な使用ができなくなります。アルコールは、適切な使用をしていれば、未永く使用できますが、覚醒剤、ヘロインなどの違法薬物は、使用すると早期に依存が形成され、幻覚妄想などの精神症状が出現するため、法律で厳しく取り締まられているわけです。ところが、ギャンブル障害も研究が進むにつれ、物質アディクションと同じような病態が認められることがわかってきたのです。

DSM-5 によるギャンブル障害の診断基準は、過去12ヶ月に以下のうち4つ以上があることになっています。

- 1) 興奮を得たいために、掛け金の額を増やし賭博をする欲求。
- 2) 賭博をするのを中断したり、または中止したりすると落ち着かなくなる。またはいらだつ。
- 3) 賭博するのを制限する、減らす、または中止したりするなどの努力を繰り返し成功しなかったことがある。
- 4) しばしば賭博に心を奪われている（例：過去の賭博体験を再体験すること、ハンディをつけること、または次の賭けの計画を立てること。賭博をするための金銭を得る方法を考えること、を絶えず考えている）。
- 5) 苦痛の気分（例：無気力、罪悪感、不安、抑うつ）のときに、賭博をすることが多い。
- 6) 賭博で金をすった後、別の日にそれを取り戻しに帰ってくる人が多い（失った金を、“深追いする”）。
- 7) 賭博へののめり込みを隠すために、嘘をつ

く。

- 8) 賭博のために、重要な人間関係、仕事、教育、または職業上の機会を危険にさらし、または失ったことがある。
- 9) 賭博によって引き起こされた絶望的な経済状態を免れるために、他人に金をだしてくれるように頼む。

賭博をアルコールに置き換えてみると、アルコール使用障害と類似した離脱症状や飲酒コントロール喪失などの病態がギャンブル障害にも認められることがわかります。

2014年、厚生労働省の研究班は、成人男性8.7%、成人女性1.8%、有病率4.8%、約536万人のギャンブル障害が日本に存在すると報告しました。米国1.6%、香港1.8%、韓国0.8%ですので、日本が際立って高くなっていますが、これはパチンコ・スロットのせいです。競馬、競艇、競輪、オートレース、オートレースなどが公営競技、パチンコ・スロットは遊技機とされて、これらはいずれも、ギャンブルではないとされていますが、ギャンブルそのものです。ドレスコードのあるカジノと違って、つっかけで駅前にも行けば、気楽にパチンコ・スロットができるわけですから、日本は世界に例を見ないギャンブル大国といっても過言ではありません。パチンコ・スロットのCMは野放し状態ですから、有病率が高くなるのも当然です。

そして、ギャンブル障害が侮れないのはうつ病やアルコール使用障害を合併したり、借金で多重債務

になり、詐欺、横領、一家崩壊、追い詰められての自死など悲惨な結果を招くことがあるからです。

そのため、予防がなにより大切なのですが、ギャンブル障害は精神疾患としての認識がほとんどなされておらず、研究も進んでいません。従って、治療機関も乏しく、不幸な転帰をとる人が後を絶ちません。

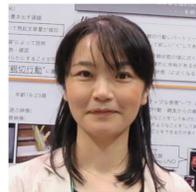
先の厚生労働省研究班は、インターネット使用障害が421万人いると報告しましたが、複雑化する現代社会は、今後も人々の心隙を狙うような様々なアディクションを産み落としていくことでしょう。

アディクションの代表格がアルコール使用障害ですが、精神疾患として認められたのは、1950年代のアメリカで、それほど古くはありません。それまでは単なる悪癖とされ医療の対象にもなりませんでしたが、研究により精神疾患であることが明らかになると、治療法が確立して、今ではアルコール類のCMには規制がかかり、予防を重視する施策が展開されています。

人々が精神的に健康な生活を送ることを保障するためにも、アディクションの研究をすすめ、人生の早期に予防教育をする必要があります。まさに健康心理学うってつけの研究課題ではないでしょうか。

注：従来、依存症が使われていましたが、DSM-5では、使用障害にとってかわることになりました。

〈非喫煙者の受動喫煙行動からみた新しい喫煙ステージの提案：予防対策における健康心理学の役割〉



関西学院大学 大竹恵子

受動喫煙への対策とその必要性

禁煙指導や喫煙防止教育等の喫煙対策では、喫煙しないことが行動目標とされますが、「非喫煙者」であっても受動喫煙による被害から自分の身を守る行動をとるかどうかは、人によって異なる可能性があります。

受動喫煙の健康リスクとして、例えば、妊婦の受動喫煙による流産や早産、胎児や新生児への悪影響、近年では衣類や身体、部屋等に付着した残留有害物質の吸入による三次喫煙（残留受動喫煙）と呼ばれる健康被害も指摘され始めています。

世界保健機関（WHO）が提唱したタバコ規制枠組条約（Framework Convention on Tobacco Control：FCTC）の第8条によると、屋内でタバコ煙濃度を安全なレベルまで下げて受動喫煙による被害をなくすためには、換気や喫煙区域設置などの分煙では不可能であり、全ての公共空間は全面禁煙すべきとされています。これを受けてわが国でも2010年に厚労省が都道府県や政令指定都市に対して多数の者が利用する公共的な空間を原則全面禁煙とすることを求め、通知を行いました。健康増進法や通知は努力義務で罰則規制等の法的な拘束性や実効性が強くないため、より一層の受動喫煙対策が求められています。

喫煙防止のためのステージモデル

喫煙行動の修正や予防には、対象者の「ステージ」を考えることが有効です。Prochaska & DiClemente（1983）は、喫煙者が禁煙するという習慣化した不健康行動の修正過程を5つのステージから理解し、ステージに応じた治療や介入の効果を実証しています。

私はこのモデルを予防行動に応用し、非喫煙者が喫煙習慣を獲得するという行動変容の過程を4つのステージ（前熟考期、熟考期、準備期、実行期）から理

解できることを提案しました（Otake & Shimai, 2001）。そして中学生に喫煙防止教育を行い、ステージに応じた介入の効果を実証しました（Otake & Shimai, 2003, 2004）。このように従来の喫煙防止対策では、非喫煙者である「前熟考期」を増やすことを目標としてきました。しかしながら、先にも述べたように、自身が喫煙をしなくても、受動喫煙による健康被害を受けていれば、喫煙防止対策としては十分だとは言えません。

非喫煙者の受動喫煙行動からみた予防対策のための新しい喫煙ステージ

『健康心理学研究（大竹，2014）』の研究では、従来のステージに基づく喫煙防止研究の発展として、非喫煙者の受動喫煙行動に焦点をあて、前熟考期のステージ細分類を行いました。現在及び将来も喫煙しないと回答した非喫煙者である「前熟考期」の大学生を4つのステージ（嫌煙高期、嫌煙中期、嫌煙低期、受動喫煙容認期）に分類できることを提案し、各ステージの特徴を検討しました。その結果、嫌煙高期から実行期へと喫煙ステージが不健康な方向に移行するにしがって自己効力感の低下と誘惑されやすさの増加がみられ、意思決定バランスのうち喫煙に対する利益は増加し、損失は低下することも確認されました。また、喫煙風景に対する画像評定では、嫌煙高期がもっとも喫煙に対して否定的な印象を持っており、喫煙行動が進むにしがって喫煙風景に対する印象が肯定的になることがわかりました。

今回提案した「前熟考期」の新しいステージ分類と評価法を今後、実践研究で活用しながら効果的な予防対策の実現につなげたいと考えています。心理学の知見を健康行動の予防に応用することこそ、健康心理学的アプローチとして社会から強く期待されている重要なひとつの役割だと思えます。

〈医療、福祉分野における健康心理士の役割〉

昭和大学医学部リハビリテーション医学講座
小島寿子（専門健康心理士）



研究と実践

私は現在、1つの研究機関で研究に従事し、2つの福祉現場で非常勤講師として勤務しています。これらの現場でどのように専門健康心理士として関わっているのかについてご紹介させていただきます。

研究としての取り組み

昭和大学医学部リハビリテーション医学講座では、脳卒中による麻痺や失語症、高次脳機能障害などの後遺症をもつようになった患者に対し、音楽療法を使用した治療効果の研究に携わっています。私の研究テーマとして、“患者の心理状態の調査と音楽活動による精神健康度の改善”についての研究を行っています。脳卒中後の患者は重篤な精神疾患ではありませんが、身体の病気により軽度のうつ状態や社会性の不適応障害があるため、これらの症状を改善させるためや、リハビリテーションに対するモチベーションを向上させる働きかけが重要です。こうした分野は専門健康心理士の得意分野であり、活躍していく分野であると考えます。私は音楽をツールとして心身に働きかけるアプローチを行っていますが、健康心理士が使用できる音楽メソッドの開発にも取り組んでいきたいと考えています。

中途障害者地域支援センターにおいて

中途障害者とは、人生の半ばで事故や病気により障害をもつようになった人です。センターでは職場復帰や地域で再び活動できるようになることを目指し、行政と協力した支援を行っています。私は横浜市栄区の中途障害者地域支援センターでリハビリ教室の非常勤講師として10年近く関わっています。利用者は脳卒中による後遺症をもっており、機能訓練と心理的なサポートが重要です。音楽セッション

では、季節の歌や馴染みの曲から見当識訓練を行ったり、リズムに合わせて身体を動かしたり、音楽によるリラクゼーションを行っています。特に退院して間もない利用者は緊張が強く精神的にも不安定であるため、出来るだけ声かけをして話しを聞くように心がけ、専門健康心理士として関わっています。

療育現場における役割

ここでは、発達の遅れや自閉症スペクトラム障害の児童に対し、音楽による発達訓練や社会性の向上を目的としたセッションを行っています。子ども達は音楽が大好きですし、叩けば音がなる太鼓は操作が簡単なうえ、音による刺激が反応を促進します。協調運動が苦手であったり、多動による注意や集中力の欠如がありますが、楽器の操作により微細運動の発達を促進させたり、順番を待ったり、他の子の演奏を聞くことで他者への関心を高めたりといった楽しみながらの発達訓練ができます。また、未就学児に関しては、親御さんから現在の状況や問題点についてお聞きし、問題や目標を共有するよう努めています。こうした支援も専門健康心理士の重要な役割であると感じています。



未就学児とのグループセッション

〈脳卒中リハビリテーションにおける健康心理学的アプローチ—活動的な生活への変容をめざして—〉



早稲田大学大学院人間科学研究科 小沼佳代

筆者は、理学療法士としてリハビリテーションに関わっている。理学療法士は、リハビリテーション専門職のひとつである。理学療法士についてご存知の方は、「理学療法士によるリハビリテーション」と聞くと、身体機能および動作能力の向上を目的とした運動療法（関節可動域運動、筋力増強運動、歩行練習など）を想像されるのではないだろうか。たしかに、運動療法によるアプローチも重要なリハビリテーションであるが、対象者の生活の質（Quality of life, 以下 QOL）向上を目指すには、健康心理学的なアプローチが必須であると感じている。そのため、筆者は、竹中研究室にて健康心理学を学んでいる。

本稿では、脳卒中者を対象とした、活動的な生活への変容を支援するプログラムについて紹介する。

脳卒中について

脳卒中とは、脳に循環障害が起こり、脳の一部が破壊される疾患である。脳卒中に罹患すると、たとえ死を免れたとしても、後遺症として障害が生じる。脳卒中の後遺症には、運動麻痺、感覚障害、運動失調、失語、失認などあり、身体および認知機能に永続的な障害を呈する（本多・重野, 1989；日本脳卒中学会, 2015）。今後、脳卒中は、高齢者の増加、および糖尿病や高脂血症の増加に伴って、さらに増えると予測されている。日本脳卒中学会（2015）によると、患者数は、2020年頃に最大となり、287万5千人に達する見込みである。

リハビリテーション医療のながれ

リハビリテーション医療は、発症からの時期に応じて、急性期、回復期、および維持期（生活期）に分けられる。急性期および回復期リハビリテーションは、主に入院中におこなわれ、リハビリテーション専門職による集中的な介入を受けることができる。維持期（生活期）になると、リハビリテーション専門職による介入機会は減少する。したがって、維持期（生活期）においては、専門職による介入量

に依存しない、脳卒中者自身による行動変容が重要になる。

病院から在宅へ—脳卒中者の場合—

回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中者のうち、在宅へ復帰する者の割合は70%以上である（千野, 2002）。つまり、脳卒中者の多くは、なんらかの後遺症を有しながら、在宅で生活していく。そのため、脳卒中者を対象としたリハビリテーションにおいては、後遺症ばかりにとらわれず、いかにしてQOL向上をめざしていくかが課題である。

在宅脳卒中者のQOL向上をめざして

脳卒中者のQOLに関連する要因は多く検討されてきた。その要因は、個人因子、環境因子、心身機能、活動・参加状況など多岐にわたる。脳卒中者は、前項で述べたように、永続的な後遺症を有している。そのため、在宅脳卒中者のQOL向上をめざすには、後遺症の程度に依らず、変容の可能性がある活動・参加状況、すなわち「活動的な生活」を支援することが有効である。

在宅復帰後の活動的な生活は、QOL向上に寄与する（Almborg et al., 2010；Boosman et al., 2011；原田他, 2001；小泉他, 2000；小沼他, 印刷中）。たとえば、原田他（2001）は、趣味活動をおこなっていたり、地域活動に参加したりしている脳卒中者ほど、QOLが高いことを報告している。したがって、在宅脳卒中者のQOL向上を目的として、活動的な生活への変容を促す支援プログラムの開発が望まれる。

活動的な生活への変容を支援する介入プログラムの開発に向けて

筆者らは、在宅脳卒中者の活動的な生活への変容を支援する介入プログラムの開発に向けて、活動的な生活をおこなおうとする「意図」と「活動」の関係に着目し、関連要因を検討した。

在宅脳卒中者が、活動的な生活をおこなおうとするきっかけには、「専門家からの情報」、「脳卒中仲間」の存在、「自己の経験」、および「家族・友人からの推奨」がある(小沼, 印刷中)。

しかしながら、在宅脳卒中者は、活動的な生活をおこなおうという「意図」があったとしても活動性が低い、すなわち Sheeran (2002) の指摘する Intention-behavior gap が生じている(小沼他, 2014)。この Intention-behavior gap を解消する可能性のある要因として、「具体的なスケジュールの設定」、および「障害にあわせた活動環境・方法の調整」がある(小沼, 印刷中)。これは、Health Action Process Approach Model (Schwarzer, 1992) において、Intention-behavior gap の解消に寄与するとされている「行動計画」および「対処計画」にあたる。「行動計画」とは、いつ、どこで、だれと行動を行うかという計画であり、「対処計画」とは、行動をおこなうことが困難であった場合にどのように対処するかという計画である(Schwarzer, 1992)。

活動を継続していく段階においては、「他者からの評価」、「効果の実感」、および「支援者の存在」が必要である(小沼, 印刷中)。

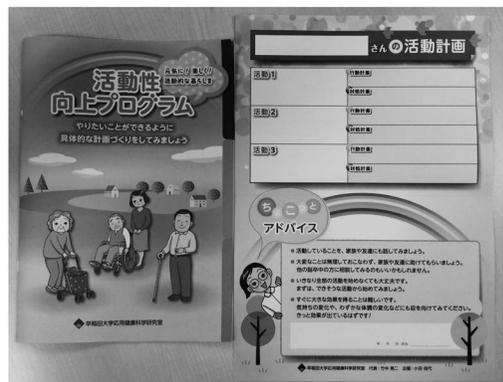
これらの知見に基づき、以下の3点を目的とした介入用冊子を開発した(写真参照)。3点の目的とは、①活動的な生活をおこなおうとする意図を高め、おこなう活動を決定する、②活動に対する行動計画および対処計画を立案する、③活動の継続を促す、ことである。

在宅脳卒中者の活動的な生活への変容を支援するプログラム

以下に、開発した冊子を紹介する。冊子は、第1部、第2部、および計画シートからなる。冊子を用いた介入は、脳卒中者とリハビリテーション専門職が1対1で進めることを想定している。

第1部は、①活動的な生活をおこなおうとする意図を高め、おこなう活動を決定することを目的とした。まず、「専門家からの情報」として、活動的な生活の肯定的な効果、および非活動的な生活の弊害を伝える。さらに、「脳卒中仲間」の存在として、脳卒中者の体験談をイラスト付きで掲載してある。続いて、おこなう活動を3つ決めるよう促すながれになっている。活動を定める段階においては、「自己の経験」や「家族・友人からの推奨」も考慮できるよう構成した。

第2部は、②活動に対する行動計画および対処



計画を立案することを目的とした。行動計画の立案では、3つの活動それぞれについて、いつ、どこで、だれと、どのように、どのくらいおこなうかについて考えさせる。対処計画の立案では、3つの活動それぞれについて、活動をおこなうことが困難な理由、および対処する方法を考えさせる。

計画シートは、③活動の継続を促すことを目的とした。計画シートは掲示できるようになっており、活動の合図となるよう構成した。計画シートは、第1部・第2部で考えた活動と活動に対する計画をまとめる表、およびアドバイスからなる。アドバイスには、「他者からの評価」が得られるよう、活動していることを他者に話すこと、および「効果の実感」が得られるよう気持ちの変化やわずかな体調の変化にも目を向けることなどが記載してある。

現在、通所リハビリテーション施設の利用者、および回復期リハビリテーション病院から自宅へ退院する者を対象に、冊子の試用を進めている。

今後の展望

現段階では、試用中のため、脳卒中者の活動的な生活、および QOL への効果を示すことはできない。今後は、活動的な生活、および QOL への効果を検証するとともに、脳卒中者およびリハビリテーション専門職を対象としたプロセス評価をおこない、冊子の改良を図っていく。

平成 27 年度介護報酬改定において、「活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進」が重点項目に挙げられた。したがって、今後の維持期(生活期)リハビリテーションの焦点は、対象者の活動・参加、すなわち活動的な生活へと変遷していくであろう。本冊子が、脳卒中者の活動的な生活および QOL 向上に寄与でき、リハビリテーション専門職による支援の指針となるよう、研究をおこなっていきたい。

お知らせ

平素会員の皆様には本学会の運営にご協力いただき、心より感謝申し上げます。事務局より、ご案内とお願いをさせていただきたいと思っております。

第5回アジア健康心理学会議について

今年の7月23日(土)・24日(日)の2日間、パシフィコ横浜にて第5回アジア健康心理学会議(The 5th Asian Congress of Health Psychology)を開催いたします。アジアにおける健康心理学に関する研究発表やシンポジウム、また、最新の健康心理学に関する講演やワークショップといったプログラムを用意しております。

国際学会への参加、というのはなかなかハードルが高い面があります。開催国への旅費や、日本語が通じないスタッフとのやりとりなど、様々な苦労がありますが、今回は日本での開催ですので、旅費も通常の国際学会よりは少額ですし、スタッフは日本語が通じますので、通常の国際学会よりは参加しやすいかと思っております。

すでに参加申し込みが可能となっておりますので、国際学会へのデビューを考えている、健康心理学の国際的な動向を知りたい、という会員の方はこの機会を逃さず、是非本会議にご参加いただきますよう、お願いいたします。なお、参加申し込みは以下のURLからお願いいたします。

<https://cos.congre.co.jp/achp2016/e/reg.php>

年会費納入について

今回のHealth Psychologist 配信の前後で、2016年度の年会費納入のお願いが会員の皆様のお手元に届くかと思っております。年会費の納入をお願い申し上げます。

大変悲しいことではありますが、年会費の未納によって自然退会となる会員が毎年おられます。また、年会費未納の場合、年次大会への参加などができないなど、会員サービスの提供に支障が出る場合がございます。

本学会の運営は会員の皆様からの年会費によって行われております。皆様からの年会費の納入が滞りますと、学会運営に大きな支障が生じてしまいます。その結果、会員の皆様への質の高い会員サービスの提供を行えない場合が生じることもあります。

事務局としましては、そのような状況に陥らないよう、最大限の努力をいたしますが、会員の皆様のご協力があってこそその学会でもございます。

つきましては、会費納入のお願いが届きました際にはできるだけ早い会費の納入をお願いいたします。また、諸事情により今年度以前の会費納入がなされていない会員におかれましては、未納年度分を含めた会費納入を心よりお願い申し上げます。

Health Psychologist 2016.3 ヘルス・サイコジスト NO. 69

発行	2016年3月31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 〒162-0801 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.wdc-jp.com/
制作	株式会社国際文献社

新入会員の募集 一多くの方にお勧めください

日本健康心理学会は、現在2,100名の会員で構成され、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。本学会は、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、すなわち心と体の健康問題に関係のある仕事をしている方々も入会できます。企業や小中学校の先生方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、研究会への参加ができ、ニュースレター「ヘルス・サイコジスト」(電子版)および学会機関誌「Journal of Health Psychology Research」(電子版)の閲覧ができます。入会金3,000円、年会費7,000円です。

入会ご希望の方には、左記ホームページへのアクセスをお勧めください。

〈機関誌の原稿募集〉

「Journal of Health Psychology Research」の原稿(和文・英文)を随時募集しています。学会ホームページの電子投稿システムより、ご投稿ください。