

# 音楽療法を取り入れてみませんか？



H20年4月 兵庫県・兵庫県音楽療法士会



## 音楽療法の補助制度

兵庫県音楽療法士会が県の補助を受けて、医療・福祉施設等に対し、音楽療法の実施経費の一部を補助します

### 補助対象施設

施設利用者を対象として、音楽療法士による音楽療法を、新たに概ね週1回（月2回以上）概ね半年以上、継続して実施する県内の医療・福祉施設

### 補助内容

音楽療法士の謝金の1/2

（一回当たりの補助額の上限は2,500円）

音楽療法士の旅費で2,000円を超えた分の1/2

（ただし、旅費については、北播磨、西播磨、但馬、淡路地域の施設に地域外の音楽療法士が派遣された場合のみに限る）

### 補助対象期間

概ね半年間以上1年間（40回）以内（H21.3月まで）

### 申し込み

別添「音楽療法活用計画」を下記へFAX送付

## これまで補助を受けて音楽療法を実施した施設の声

利用者の方がなじみの歌に合わせて手足を動かされることで、心身の活性化につながっている。

失語症の方が言葉が出せるようになったり、表情が明るくなった方もあり導入した効果は大きいと見られる。

脳卒中等による四肢関節等の麻痺、障害の方で、音楽と共に自然に可動域を広げた方もいます。

普段は徘徊される方も集中して参加されています。

音楽療法を通じて会話もはずみ仲間意識が生まれた様に思います。

歌を楽しく歌うだけでなく身体を動かしたり楽器を鳴らしたり内容も変化に富んでいます。



## 【申込み・お問い合わせ先】

兵庫県音楽療法士会事務局

コーディネーター 鞆本(ツヅム)

〒650-0004 神戸市中央区中山手通 6-1-30

兵庫県社会福祉研修所 4F

TEL・FAX 078-341-9601

E-mail : [hmta\\_02@ybb.ne.jp](mailto:hmta_02@ybb.ne.jp)

URL <http://hmta.cool.ne.jp>

## 一度試してみませんか？

ご希望があれば相談に応じます  
音楽療法士の紹介もいたします

## 音楽療法活用計画

(施設名)	(施設種別)
(施設所在地)〒	
(tel)	
(fax)	
(e-mail)	
(担当者氏名)	
(公共交通機関によるアクセス方法)	

以下の質問に当てはまる項目の数字を で囲んでください。

Q1 音楽療法の実施希望の有無

1. ある 2. ない(「ない」とされた理由 )

(Q1で「1.ある」とされた場合のみ以下の質問にご回答ください。)

Q2 実施したい音楽療法の頻度(当てはまる項目の数字を で囲んでください。)

1. 週1回以上 2. 月3回 3. 月2回 4. 月1回

( 補助対象となりうるのは、新たに概ね週1回(月2回以上)の頻度で音楽療法を実施する  
場合です。)

Q3 実施したい音楽療法の実施期間(当てはまる項目の数字を で囲んでください。)

1. 半年 2. 1年 3. 1年以上

( 補助対象となりうるのは、概ね半年以上継続して音楽療法を実施し、補助対象期間(半  
年~1年以内)終了後も、音楽療法を継続して実施する意向を有する場合です。)

Q4 仮に補助が受けられたとして、補助対象期間(半年~1年以内)が終了した後も継続し  
て音楽療法を実施する意向はありますか。

1. ある 2. ない

Q5 音楽療法士へ支払う謝金・報酬(予定額)

1回当たり( 円)交通費は別

Q6 これまでの音楽療法の実施状況

1. 今まで全く音楽療法士が活動していない。
2. ボランティアで音楽療法士に活動してもらっている。
3. 音楽療法士が有償で活動していた。

該当する実施頻度に をつけてください。(月1回未満、月1回、月2回、月3回、月4回以上)

Q7 音楽療法士紹介の要否（当てはまる項目の数字、記号を で囲んでください。）

1. すでに音楽療法士の確保の目処が立っている。

音楽療法士の

氏名

音楽療法士がお持ちの認定資格；

ア.兵庫県認定 イ.日本音楽療法学会認定 ウ.その他( )

2. 音楽療法を実施する音楽療法士を紹介してほしい。

【希望する音楽療法】(複数回答可)

(7において「2」と回答された場合のみ回答ください。なお、実際の導入促進事業においては、必ずしも希望された条件の音楽療法士を紹介できるとは限りませんのでご了承ください。)

Q8 対象者の人数（何組かグループがある場合は、何組かも記載してください。）

1. 個人( 組) 2. 小集団(2~9人)( 組)

3. 中集団(10~20人)( 組) 4. 大集団(20以上)( 組)

5. その他( )

Q9 対象者の区分

子どもを対象とする分野

1. 知的障害 2. 自閉症 3. 肢体不自由 4. 脳性麻痺 5. 重症心身障害

6. 軽度発達障害 7. ダウン症 8. その他( )

成人を対象とする分野

9. 統合失調症圏(分裂病圏) 10. 躁鬱病圏 11. 嗜癖 12. 境界型人格障害

13. 心身症 14. 神経症圏 15. 摂食障害 16. 身体疾患 17. 知的障害 18. 身体障害

19. その他( )

高齢者を対象とする分野

20. 認知症 21. 脳神経疾患 22. 脳血管障害 23. 介護予防

24. その他( )

その他

25. その他( )

Q10 対応可能な設備等

1. ピアノ(グランド・アップライト)、電子ピアノ、エレクトーン、キーボード、  
打楽器( )その他( )

( 該当の項目を で囲んでください。)

2. 音楽療法の実施にあたり、活動スタッフとして対応可能な職員は有無( 人)

3. その他( )

Q11 音楽療法を希望する日時（希望する曜日、時間帯に をご記入ください。）

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
夕方以降							