



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

강 경 선 교수 지도

석사학위 청구논문

서울형 데이케어센터의  
음악치료 프로그램 시행 실태 조사

2014

성신여자대학교 대학원

음악치료학과

이루다

서울형 데이케어센터의  
음악치료 프로그램 시행 실태 조사

강 경 선 교수 지도

이 논문을 석사학위논문으로 제출함

2014년 5월

성신여자대학교 대학원

음악치료학과

이 루 다

# 인 준 서

이루다의 석사학위 논문으로 인준함

2014년 5월

심사위원장 \_\_\_\_\_ (인)

심 사 위 원 \_\_\_\_\_ (인)

심 사 위 원 \_\_\_\_\_ (인)

성신여자대학교 일반대학원

## 논문개요

본 논문은 서울형 데이케어센터의 음악치료 프로그램 시행 실태에 대해 알아보하고자 실시되었다. 연구 대상은 172개소의 서울형 데이케어센터 중 1차 전화조사에서 음악치료 프로그램을 시행하는 센터 88개소(51.1%)로 선정하였다. 그리고 설문 참여 의사를 밝힌 56개소에 우편, e-mail, 전화, 방문을 통한 2차 설문조사를 진행하여 38개의 설문지를 회수하였다. 수집된 자료는 SPSS 19.0 프로그램을 사용하여 빈도, 백분율, 평균 산출 후 분석하였다. 통계분석 결과, 서울형 데이케어센터의 음악치료 프로그램 실태는 다음 4가지로 요약할 수 있다.

첫째, 예산 지원, 악기 구비 현황, 참여 보조자, 음악치료실과 같은 치료 제반 사항이 안정적이지 않다.

둘째, 획일화 된 프로그램 진행 형태 및 진행 시간, 타 프로그램 치료사 및 센터 종사자와의 미교류로 인해 체계적이고 유기적인 치료가 어렵다.

셋째, 음악치료사의 처우에 대한 기준이 없어 고용 형태, 4대 보험 가입 여부, 지급 임금이 다양한 양상을 보인다.

넷째, 음악치료 프로그램을 시행하는 센터가 2011년 27.2%에서 2014년 51.5%로 향상했고, 1회 이상 음악치료를 시행한 센터가 95개소로 시행 후 현재까지 진행하는 센터는 88개소(92.6%)이다.

위와 같은 결과를 통해 현재 서울형 데이케어센터의 음악치료 프로그램은 시행 욕구가 증가하고 있으나 치료의 제반 사항 및 시스템 불안정, 치료사의 고용 불안정에 대한 개선이 필요함을 알 수 있다.

# 목 차

## 논문개요

I. 서론 .....	1
1. 연구의 필요성 및 목적 .....	1
2. 용어의 정의 .....	3
II. 이론적 배경 .....	5
1. 서울형 데이케어센터 .....	5
2. 노인과 음악치료 .....	12
III. 연구방법 .....	19
1. 연구대상 및 연구기간 .....	19
2. 조사도구 및 연구범위 .....	19
3. 자료 분석 .....	20
IV. 연구결과 .....	21
1. 응답자의 일반적 특성 .....	21
2. 음악치료 프로그램의 진행 환경 .....	22
3. 음악치료사의 일반적 특성 .....	22
V. 결론 및 논의 .....	23

참고문헌

ABSTRACT

부록

## 표 목 차

<표 II-1> 자치구별 서울형 데이케어센터 인증 현황 .....	5
<표 II-2> 노인부양비 및 고령인구 1명당 생산 가능 인구수 .....	7
<표 II-3> 서울시 인증 데이케어센터 인증지표 .....	9
<표 II-4> 서울시 인증 데이케어센터 보조금 지원내역 .....	1· 1
<표 III-1> 설문지의 구성 내용 .....	0 2
<표 IV-1> 응답자의 일반적 특성 .....	1 2
<표 IV-2> 치료실 환경 및 치료사간 교류 .....	3· 2
<표 IV-3> 음악치료 프로그램 진행 횟수, 시간, 형태 .....	4· 2
<표 IV-4> 예산 확보 및 보조금 지원 유무 .....	5· 2
<표 IV-5> 보유 악기 종류 .....	6 2
<표 IV-6> 음악치료사 유무, 고용 형태, 임금 .....	7· 2
<표 IV-7> 고용 우선 자격, 고용 음악치료사 특성 .....	8· 2
<표 IV-8> 보조자 참여 유무 및 특성 .....	9 2

# I. 서론

## 1. 연구의 필요성 및 목적

고령 인구의 증가와 함께 노인성 질환도 증가하고 있다. 이러한 현상은 서울과 같은 대도시에서 두드러지게 나타나는데 통계청의 자료에 의하면 서울의 고령인구비율은 2011년 10.19%, 2012년 10.84%, 2013년 11.45%로 지속적인 증가 추세를 보이고 있다고 한다(통계청, 2014). 또한 대표적인 노인성 질환인 치매의 경우 2014년 현재 서울의 유병 인구는 약 8만 명이다. 통계청은 지금과 같은 인구 증가 추세라면 치매의 유병률 또한 증가하여 10년 후 서울의 치매 유병 인구가 2배 증가 될 것이라고 추정하고 있다(서울시 광역치매센터, 2014; 통계청, 2014).

치매는 몸과 마음, 사회기능을 파괴하는 만성 소모성 질환으로 부양요구가 높고 장기적인 보호를 요하여 가족성원들의 부양부담을 가중시킨다(조경숙, 서영희, 2012). 실제로 치매 노인의 부양가족 중 73.6%가 부양에 부담을 느끼며 가장 큰 부담은 지속적인 부양 자체에 있다고 한다(이슬아 외, 2013). 또한 부양부담에서 비롯된 신체, 심리적 소진이 부양가족 전체의 유대관계에 손상을 입혀 가정이 붕괴되는 등 사회적 측면에서 심각한 문제를 야기한다(김재엽, 최장원, 2011). 이러한 현실은 과거 개인이나 가족의 문제였던 고령 인구의 문제가 더 이상 개인의 문제가 아닌 사회, 국가가 함께 해결해야 하는 주요 문제로 등장하게 되었음을 시사한다(조경숙, 서영희, 2012).

이에 따라 서울시에서는 개인적 부양부담을 사회적 부양부담으로 나누려는 복지 개념이 확대되었고, 치매 걱정 없는 서울을 목표로 시설 인증제를 도입한 '서울형 데이케어센터'를 운영 중이다(서울특별시, a2013). 서울의 데이케어센터

는 1992년 3개소를 시작으로 센터 입소를 원하는 이용자들의 욕구를 충족시키기 위해 2008년 90개소, 2011년 206개소로 증설하였고, 이에 따라 이용정원 또한 2008년 1,677명, 2011년 3,985명으로 크게 증가하였다(통계청, a2013).

서울형 데이케어센터의 이용자 중 치매노인 비율은 약 70%로 치매노인을 위한 맞춤 서비스를 제공하여 이용자들의 만족도를 제고했는데, 특히 치매노인을 위한 프로그램에 변화를 시도하여 서비스의 질을 향상하였다는 평가를 받고 있다(이영주, 2011). 센터에서는 치매노인의 인지기능 강화를 목표로 의료행위 외에 대체의학 프로그램으로 미술치료, 요리교실, 웃음치료, 원예치료, 음악치료, 작업치료, 종이접기, 회상치료 등을 지원하고 있다(이순덕, 장유진, 박천호, 2012; 서울특별시, 2014).

음악치료의 경우 인지기능 강화에 효과성을 인정받아 서울형 데이케어센터 인증지표 중 여가지원서비스 항목에 포함되어 있다. 이는 음악치료 프로그램이 시행되는 센터 현장에서 효과성에 대한 높은 인식도가 긍정적인 영향을 미친 것으로 보인다(이순덕, 장유진, 박천호, 2012; 보건복지부 어르신복지과 담당자 개인적 교류, 2014, 3, 6).

이처럼 노인 대상의 음악치료 프로그램에 대한 관심이 높아지면서 노인 음악치료 연구 또한 활발하게 이루어지고 있다. 연구자가 학술연구정보서비스(Research Information Sharing Service : RISS)에서 2014년 3월 1일 노인음악치료를 검색어로 검색했을 때 1997-2014년까지 103편의 논문이 노인 관련 음악치료의 효과성을 주제로 다루고 있었다. 특히 치매 노인을 위한 음악치료의 효과성에 관한 논문은 중복되는 것을 제외하고 학술지 논문 10편, 학위 논문 32편이 검색됐다. 반면 실태에 관한 논문은 조혜영이 2005년 발표한 “노인 음악치료의 제도적 실태 분석, 문헌 고찰 및 음악치료 서비스 법안 법제화 과정 조사”, 김은숙이 2011년 발표한 “전라북도 내 노인복지관의 음악프로그램 실태와 개선방안 연구” 2개가 전부로 미비한 실정이다. 더욱이 치매 노인의 음악치료

실태에 관한 논문은 전무하다.

따라서 본 연구는 음악치료 프로그램에 참여하는 개인 및 부양가족에게 치료 여건에 대한 기초정보를, 음악치료사에게는 근무여건 정보를 제공하고, 더 나아가 현 음악치료 프로그램 시행에 있어 정책적으로 미비한 부분의 기본지표 수립 및 개선을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

## 2. 용어의 정의

### 1) 데이케어센터(day care center)

노인복지법 제38조 1항에 의해 재가노인복지서비스에 속하는 데이케어센터는 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 노인을 주간 또는 야간 동안 보호 시설에 입소시켜 보건, 식사, 상담, 재활, 기타 활동의 제공을 통해 생활안정, 심리, 사회적 기능의 유지·향상을 도모하고, 그 가족의 부양부담을 덜어주기 위한 서비스이다(황지나, 김관수, 2011; 국가법령정보센터, 2013).

노인복지법 제29조에 의하면 센터에 필요한 인력은 사회복지사, 간호(조무)사, 물리(작업)치료사, 영양보호사 1급의 실무경력 5년 이상인 자로 상근해야하며 다른 업무와 겸직할 수 없다. 시설 면적은 연면적 90제곱미터 이상으로 이용 정원이 6명 이상의 경우 1명 당 6.6제곱미터 이상의 공간을 추가로 확보해야 된다. 또한 생활실(거실), 사무실, 의료 및 간호사실, 프로그램실, 물리(작업)치료실, 식당 및 조리실, 화장실, 세면장 및 목욕실, 세탁장 및 건조장의 시설 기준을 만족해야하며, 이러한 시설은 일조, 채광, 환기 등 이용자의 보건 위생상 재해 방지를 고려한 공간이어야 한다(보건복지가족부, 2009; 유재현, 박재승, 유종옥, 2012; 국가법령정보센터, 2013).

## 2) 치매(dementia)

치매는 라틴어의 'dementatus'에서 유래된 말로서 '없다'라는 'de'와 '정신'이라는 'ment'를 합해 '정신이 없다'라는 의미가 있다(최애나, 류기광, 2007; 유재현, 2012; 한설희, 정충기, 2012). 정상적으로 성숙한 뇌가 후천적인 외상이나 질병 등에 의해서 손상 되거나 파괴되어 지능, 학습, 언어 등의 인지기능과 인성이 점진적으로 손상되며, 이로 인하여 사회적, 직업적 기능 또는 타인과의 관계를 유지하는 능력을 상실하는 복합적인 임상증후군을 일괄하여 지칭하는 것이다(O'shea & Reilly, 2000). 치매는 65세 이상의 약 5-10%, 80대의 20-30%가 질환자로(민성길, 2006), 알츠하이머병(Alzheimer's disease), 픽병(Pick disease), 파킨슨병(Parkinson's disease), 헌팅턴병(Huntington's disease) 등에 의한 퇴행성 치매와 뇌혈관 이상에 의한 국소적 신경학적 결손이 원인인 혈관성 치매, 크게 두 유형으로 구분한다(한설희, 정충기, 2012; 김도관, 김재경, 1999; 이효진 외, 2013).

## II. 이론적 배경

### 1. 서울형 데이케어센터

서울시에서는 2009년 「9988 어르신 프로젝트」의 핵심 시책인 ‘치매 걱정 없는 서울’ 아래 거주지에서 이동시간 10분, 운영시간 오후 10시, 자치구별 10개소의 기본 이념 3-ten을 강조하며 노인 복지 수준 향상을 위한 인증제를 도입, 안심서비스 기준에 준하는 데이케어센터를 서울형 데이케어센터로 선정하여 운영하고 있다(서울형 데이케어센터 앱, 2014). 2013년 9월 6일 기준으로 서울시 소재의 데이케어센터는 210개소이고, 인증제를 통해 인증된 서울형 데이케어센터는 172개소이며, 2015년까지 200개소로 확장 할 계획이다(서울특별시, a2013; 서울특별시, b2013).

<표 II-1> 자치구별 서울형 데이케어센터 인증 현황(서울특별시, b2013)

자치구	종로구	중구	용산구	성동구	광진구	동대문구	중랑구
n	3	3	3	6	3	11	6
자치구	성북구	강북구	도봉구	노원구	은평구	서대문구	마포구
n	8	5	6	9	11	7	10
자치구	양천구	강서구	구로구	금천구	영등포구	동작구	관악구
n	7	9	7	5	6	8	7
자치구	서초구	강남구	송파구	강동구			
n	6	9	7	9			

## 1) 데이케어센터의 필요성

한국은 고령인구의 증가로 현대사회의 노인문제가 제기되고 있다. 특히 산업화 및 도시화에 따른 급속한 핵가족화에서 비롯된 전통적인 가족의 기능 약화가 가정 내에서 해결되어 왔던 부양 문제를 사회적 문제로 확대 시켰고, 부양자와 고령인구의 재가복지서비스 사용 욕구가 높아지면서 재가복지서비스의 수요가 증가하고 있다. 재가노인 복지시설의 이용정원 92% 이상이 데이케어센터 이용정원으로 지역사회 중심의 서비스 제공 및 국가의 정책적 지원이 시급하여 데이케어센터의 필요성은 지속적으로 증가될 것이다(이영주, 2011; 통계청, a2013).

### (1) 고령인구의 증가

한국의 고령인구비율은 1990년 5.1%, 2000년 7.2%, 2010년 11.0%, 2012년 11.8%, 2013년 12.2%로 지속적인 증가 추세를 보이며 2000년에 이미 고령화 사회(Aging Society, 고령인구 7% 이상)에 진입하여, 고령화 사회의 다음 단계인 고령 사회(Aged Society, 고령인구 14% 이상)로의 진입을 목전에 두고 있다(통계청, 2014). 2010년 일본 국립사회보장 인구 문제 연구소의 인구 통계 자료집에 따르면 한국은 고령화 사회에서 고령 사회로 도달하기까지 약 18년이 소요되었으며, 고령 사회에서 초고령 사회(Post-Aged Society, 고령인구 20% 이상)로 도달하기까지는 약 8년이 소요 될 것이라고 예상하고 있다(통계청, b2013). 이는 고령화 속도가 느린 프랑스에 비해 각 각 7배, 4배 빠른 추세이다. 하지만 한국은 평균 수명 신장과 더불어 세계 최저 수준의 저출산율로 고령화 진행속도가 빨라 준비 없이 고령화 사회를 맞이하여 고령인구는 지식과 정보사회에 적응하기 힘든 상실감과 더불어 빈고, 질병, 고독의 사각지대에 놓이게 됐다(장영수, 2014; 김양명, 오석연, 2008).

## (2) 노인부양부담 및 부양자부양부담 증가

총 인구 중 생산 가능 연령층인 15-64세 인구 100명당 65세 이상의 고령인구 비율을 노인부양비라 한다. 한국의 노인부양비는 1990년 7.4, 2000년 10.1, 2010년 15.2로 지속적인 증가 추세를 보인다. 최근 2012년 노인부양비는 16.1로 생산 가능 인구 6.2명이 고령인구 1명을 부양하고, 2013년 노인부양비는 16.7로 생산 가능 인구 6명이 고령인구 1명을 부양한다(통계청, c2013).

<표 II-2> 노인부양비 및 고령인구 1명당 생산 가능 인구수(통계청, d2013)

구분	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2060
노인부양비	7.4	10.1	15.2	22.1	38.6	57.2	71.0	80.6
고령인구 1명 부양 생산 가능 인구(명)	13.5	9.9	6.5	4.5	2.5	1.7	1.4	1.2

노인부양비: 생산가능 인구 100명당 노년인구 비율

노인부양비 증가는 고령인구 부양을 위해 생산가능인구의 조세, 사회보장비 부담 증가로 이어지고, 연금 수급권자 증가에 따른 연금재정 위기, 노인의료비 증가에 따른 건강보험 재정 불안 등 생산가능인구의 경제적 부담을 초래한다(통계청, d2013). 또한 고령인구의 증가와 함께 의존도가 높아지는 유병 장수의 고령후기 고령자가 증가하고 있음에도 탈시설화를 지향하여 시설을 이용하는 고령자 0.3%를 제외하고 99.7%의 고령자가 재가하고 있어 부양자들의 부양부담이 증가하고 있다. 부양자의 부양부담은 고령자의 건강상태, 유병기간, 의존도와 부양자의 부양기간, 경제수준, 고령자와의 관계 등의 영향요인에 따라 다르게 나타난다. 그러나 대부분의 부양자가 정신적 스트레스, 신체적 문제, 여가나 사회적 활동의 제

한, 가족과의 관계 악화, 경제적 부담 등의 부양부담을 경험하게 된다(조경숙, 서영희, 2012; 모선희, 최세영, 2013).

이와 같이 고령자 증가는 고령가구, 노인부양비, 부양자의 부양부담의 증가에 영향을 미치고 있다. 이는 고령화 사회에 대한 실상을 반영하는 것으로 고령화 사회에 대한 대응 필요성을 부각시킨다(통계청, d2013).

### (3) 치매노인의 증가

한국은 급속한 고령화로 치매 유병률이 증가하고 있다. 보건복지부의 조사에 의하면 2008년에 고령자 중 8.4%인 42만 명이 앓았고, 2012년에는 9.1%인 54만 명의 고령자가 치매를 앓고 있다고 한다. 또한 치매 유병률은 20년마다 약 2배씩 증가하여 2030년 약 127만 명, 2050년 약 271만 명으로 치매 인구가 증가할 것이다. 하지만 2008년에 이루어진 조사에서 추산한 결과에 비해 2012년에 이루어진 조사에서의 유병률이 높게 나타나 유병률이 빠르게 증가하고 있으므로 2배 이상의 증가를 보일 수도 있을 것으로 사료된다(한국보건사회연구원, 2013).

한국의 치매 질환자의 부양은 사회적 제도권에서의 부양보다 가족 내에서의 부양을 우선시 하고 있어 재가복지시설의 역할이 중요시 되고 있다. 특히 여성의 사회 진출 증가와 탈시설화에 대한 선호가 높아지면서 의존성이 높은 치매 질환자를 재가복지시설, 즉 데이케어센터에서 보호하는 경우가 증가하고 있어 치매 질환자와 그 가족을 지원하여 지역사회 내의 사회구성원으로 살아갈 수 있도록 지지하는 서비스 체계를 확충해야 한다(이경남, 2004; 유금순, 2012).

## 2) 인증절차 및 인증지표

서울시 인증 데이케어센터로 인증을 받고자 하는 시설은 신청서를 작성하여

관할 자치구 어르신복지 담당부서에 제출하면 자치구에서 기본요건 등 충족여부를 확인 후 신청서 원본은 서울시, 사본은 서울복지재단에 제출한다. 그 후 자치구에서 신고시설 여부, 운영 시간, 행정처분, 기타 민원야기, 부정적 보도사례 여부 등을 확인하고, 현장실사단의 현장 확인 의견서를 서울복지재단에 제출하여 재가노인복지 관련 전문가로 구성된 데이케어센터 인증심의위원회의 인증여부 심의가 이루어진다. 인증여부 심의는 자치구 인증추천 및 인증신청서, 현장실사단의 의견서를 토대로 진행되고, 4개 상위영역 38개 인증지표를 통해 취득한 점수를 100점 기준으로 환산하여 모든 상위영역이 평균 70점 이상일 때 인증 시설로의 선정이 가능하다. 서울복지재단은 심의에서 선정된 인증시설을 서울시에 통보하고, 통보 된 인증 데이케어센터는 서울시를 통해 인증을 부여 받는다. 이때 부여 받은 인증 기간은 3년으로 만료가 도래할 경우 인증갱신을 통해 재인증 받도록 한다(서울특별시, 2014).

<표 II-3> 서울시 인증 데이케어센터 인증지표(서울특별시, 2014)

상위영역	하위영역	인증지표
기본요건	1. 기관의 비전	기관의 비전
		사업계획 및 평가
	2. 인적자원	운영위원회
		전문인력
	3. 시설환경	교육 및 슈퍼비전
		쾌적한 환경
		공간 및 설비
		윤리경영
4. 윤리경영	재정 회계 관리	

		정보 문서관리 서비스 표준화
맞춤케어	1. 서비스계획과 평가	서비스 계획 사례회의 재사정
	2. 영양서비스	영양을 고려한 식사 위생적인 조리공간
	3. 치매대응전략	치매성 노인 대응 서비스
	4. 송영서비스	송영서비스 송영 중 응급상황대처
	5. 기능회복서비스	기능회복 서비스
	6. 여가지원서비스	여가지원 서비스 야간이용 서비스
안심케어	1. 응급상황관리	안전설비 시설 내 · 외부 위험요인 방지 화재 및 재해 대책 교육 화재 및 재해 대책 교육 사고 대책 마련 전염병 발생 대책 마련
	2. 위생청결서비스	신체청결 서비스 환경청결 서비스
	3. 건강체크시스템	건강관찰 투약관리
이용권보장	1. 서비스안내	시설이용 정보제공

서비스 계약 안내	
2. 가족지원서비스	이용자와 가족의 의견반영
	이용자권리 및 사생활보장
3. 이용자권리보호	이용자 의사 존중
	정보접근성

서울시에서는 인증절차를 통해 인증부여 된 시설을 대상으로 환경개선비를 지원하며 신규 인증 시 1회, 규모별 차등 지원한다. 규모는 정원을 기준으로 하며 14-21인 8백 만 원, 22-28인 9백 만 원, 29인 이상 1천 만 원을 지원한다. 운영 보조금 또한 주간운영 보조금의 경우 시설규모 및 설치유형별 차등 지원하며, 야간운영 보조금은 이용자 수에 따라 차등 지원한다(서울특별시, 2014).

<표 II-4> 서울시 인증 데이케어센터 보조금 지원내역(서울특별시, 2014)

주간보조금		지원액	야간보조금		지원액
14-21인	단독	53,000	3-10명		25,000
	병설	11,000			
22-28인	단독	40,000	11명 이상		35,000
	병설	10,000			
29-35인	구분 없음	11,000	단, 3개월 평균 3명 이상 야간이용, 3명 미만인 경우 보조금 환수		
36인 이상		지원 없음			

### 3) 데이케어센터의 이용자

서울형 데이케어센터의 이용 대상자는 등급 판정을 받은 장기요양급여수급 1-3등급자 및 등급 판정을 받지 않았으나 돌봄이 필요한 기초생활수급자, 일반노인질환자와 같은 등외자를 포함한다. 기초생활수급자의 경우 서울시의 지원으로 무료 이용이 가능하지만 장기요양급여수급자의 경우 등급과 이용 시간에 따라 공단 85%, 본인 15%의 이용료를 지불하며, 일반노인질환자는 월 20일 기준 27만5천 원 이내의 본인 부담액을 지불하게 된다(서울형 데이케어센터 앱, 2014).

이용자들은 노화로 인한 질병을 겪을 가능성이 높아 센터 종사자들을 대상으로 질병별 대처방법 및 교육을 실시하고 있다. 질병의 종류는 다양하지만 2010년 서울형 데이케어센터 출범 1주년을 맞아 조사된 자료에 의하면 이용자 중 69%가 치매 질환자, 중풍 질환자 17%, 기타 질환자 14%로 치매 질환자와 중풍 환자가 높게 나타났다(이영주, 2011). 이에 따라 치매 노인 대응 서비스를 인증지표 중 하나로 제시했으며, 서울특별시 노인복지과에서는 치매 질환자를 위해 활용 가능한 프로그램을 운영지침에 제시하여 선택적으로 치매 프로그램을 제공하도록 권고하고 있다(서울특별시 노인복지과, 2010).

## 2. 노인과 음악치료

노인은 노화가 진행되면서 신체 기능의 저하로 인한 질환을 앓게 된다. 이러한 질환을 노인성질환이라 하고 통계법 제22조에 따라 분류된 19개의 질병코드에 의해 치매 질환군, 뇌출혈 질환군, 뇌경색 질환군, 파킨슨병 질환군, 한방코드로 분류한다(최영환, 2010). 노인성질환은 단독으로 나타나지 않고 3-4가지 이상의 노화 증상과 질환을 동반하는 특징이 있다. 2012년 통계청 보고에 따르면 65세 이상의 노인 중 1가지 질환자 20.3%, 2가지 질환자 24%, 3가지 이상 질환자 44.3%로 노인은 하나의 질환이 아닌 다수의 질환을 앓고 있다(통계청, 2012).

또한 노인성질환은 만성적이고 퇴행적인 경과를 보이기 때문에(박병석, 2009) 노인을 대상으로 한 음악치료는 음악적 자극을 제공함으로써 잔존 기능을 유지하고 삶의 질을 향상하는 것에 치료적 의미를 둔다(Clair & Memmott, 1996).

## 1) 치매노인의 기능별 음악치료 중재

최근 노인성질환자의 외래 및 입원 통계를 살펴보면 뇌출혈, 뇌경색 질환자가 감소하는 반면 치매 질환자는 급격하게 증가했다(최영환, 2010). 치매는 유병률 또한 증가 추세로 데이케어센터 이용자 중 69%가 겪고 있어 음악치료 프로그램이 데이케어센터의 치매 맞춤형 서비스로 시행되고 있다(성가정 데이케어센터 사회복지사 성혜원 개인적 교류, 2014, 6, 5).

### (1) 인지 기능

음악은 정신적인 활동을 요구하므로 인지장애를 겪는 치매 노인에게 음악적 자극이 주어졌을 때 회상, 장·단기기억, 지남력, 현실인식, 언어 등의 인지기능을 촉진 시킬 수 있다(Byrne, 1982). 특히 음악은 치매 노인의 인지장애 심화 정도나 학습적 경험에 관계없이 참여가 용이하여 효과적인 치료 중재로 사용될 수 있는데(이금휘, 2008), 선호도가 높을수록 능동적인 참여와 치료적 효과가 향상된다(김도연, 2011). 이는 음악이 주는 익숙함이 정서 담당 기능을 각성시키게 되면 인지를 담당하는 기능과 연합하여 인지기능 향상에 시너지 효과를 보이기 때문이다. 이를 뒷받침 하는 연구로 이남원(2014)은 익숙한 멜로디 중심의 인지재활 프로그램을 실시했을 때 인지기능 향상과 긍정적인 정서가 지지됐다는 연구 결과를 제시했고, 김희경과 이옥란(2000)은 치매노인에게 선호곡을 제공하여 운동, 동작, 악기연주, 노래 부르기를 실시한 결과 시간 경과에 따라 인지기능 향상과 문제행

동이 감소됐음을 보고하였다.

또한 음악은 감정과 동기를 유발하는 변연계를 직접 자극하므로 행복감을 느끼게 하는 도파민 생성 및 학습과 기억, 감정 행동을 조절하는 해마를 자극하여 정서와 인지기능의 손상을 막는 촉진제 역할이 가능하다. 양혜경(2006)은 과거를 회상할 수 있는 노래 중심의 구성으로 음악치료를 진행하여 음악이 치매노인의 우울과 무기력한 감정을 쇄신시키고, 지남력, 기억력, 이해 판단 능력 향상시키기에 효과적임을 입증하였다. 더불어 낱자, 년도, 시간의 개념인 계절 노래를 활용하거나 같은 노래를 반복적으로 사용했을 때 현실감을 주지시켜 현실 소재 인식과 지남력 향상이 가능하다. 운영지(2008)는 현실감을 느낄 수 있는 선곡으로 노래 부르기와 악기 연주를 했을 때 지남력이 향상됐다는 연구결과를 통해 음악치료가 지남력 향상에 긍정적인 영향을 미친다는 주장을 지지하였다. 홍영규와 강영실(2009)은 치매노인에게 음악치료의 시작을 알리는 음악을 지속적으로 들려줬을 때 현실인식에 대한 지남력과 초기 집중력이 증가하였음을 보고하였다. 이는 음악이 사건과 함께 장기기억 형태로 저장 되어 현실인식의 단서로 제공될 수 있음을 보여준다.

위에서 언급한 선호도, 익숙함, 멜로디와는 달리 리듬의 경우 새로운 유형의 반복적 제시로 학습을 가능하게 하여 단기기억 향상에 활용이 용이한 음악적 요소이다. 길태숙과 장석진(2012)은 리듬 액션 게임을 활용한 음악치료가 몰입도와 단기기억 향상에 효과적이라고 보고했고, 이영(2007)은 시간적 개념인 리듬을 주요 자극제로 사용해 단순한 리듬에서 점차 변형된 리듬 활동을 반복적으로 수행할 때 단기기억을 향상시킬 수 있음을 보고하였다.

그리고 몸 자체가 악기가 되어 음악을 경험할 수 있는 가창은 반복적인 발화를 통해 발음 개선과 단어, 문장, 어순 등의 언어적 기술을 유지 및 습득할 수 있도록 한다(윤혜연, 권도하, 2012). 이연옥(2013)은 민요 부르기, 개사하기, 회상 주제 토론하기 등의 언어적 개입을 중심으로 가창 활동을 진행했을 때 한국판 간

이 정신상태 검사(Mini Mental State Examination-Korea, MMSE-K)의 언어기능 영역 점수가 향상했음을 보고하였다. 또한 김미애(2003)는 멜로디를 동반한 말하기가 치매 환자의 기억 등록을 확고히 하여 단어 회상 및 장기 기억화를 촉진한다는 연구 결과로 가창이 언어 기능 향상에 효과적임을 입증하였다. 더불어 정영주, 민순(2001)은 노래 부르기가 계산력 향상에 효과적이라고 보고했다.

뿐만 아니라 가창은 호흡패턴을 규칙적으로 하고, 횡격막, 복근 등의 근육을 균형 있게 하여 호흡을 강화하며(한유미, 2009), 가창 시 리듬과 음성 강도는 에너지 수준을 조절하여 그에 따른 말의 속도, 호흡량을 증진시킬 수 있다(정현주, 2005). 전희운과 김수지(2011)는 가창을 포함하는 음성 훈련프로그램이 참여 노인의 음성 강도, 기본주파수, 최대발성지속시간, 일련운동속도를 향상시킨다고 보고하였다.

## (2) 행동 기능

치매 노인들은 인지장애 외에도 행동장애를 보이는데 이는 부양자의 부양부담을 가중시켜 치매 노인의 시설 입소 주요 원인으로(조경숙, 서영희, 2012) 음악치료는 이러한 치매 노인의 문제행동을 감소시키는데 있어 효과적이다. Clair와 Memmott(1996)는 음악적 자극이 심리학적 반응인 혈압, 호흡, 심박, 분노, 불안, 인내심에 영향을 끼쳐 부정적인 반응을 긍정적으로 변화시킨다는 연구 결과를 제시했고, Loew와 Sikerstone(1971), Brotons, Koger & Pickett-Cooper(1997)는 음악이 무절제, 배회, 공격성, 동요 등의 문제 행동을 조절하는 데에 있어서 대체 의학으로서 효과적이라고 보고하였다. Pollack과 Namazi(1992)는 중기 혹은 말기 치매 환자에게 노래 부르기, 동작 활동, 악기 연주 중 선호하는 음악활동에 참여하게 했을 때 사회적 행동이 증가하고 문제행동이 감소한 결과를 통해 음악치료의 효과성을 입증하였다.

### (3) 사회 및 정서 기능

치매로 인한 기능 저하는 노인들에게 무기력, 자신감 상실, 우울증, 수면장애, 자존감 상실, 불안 장애 등을 경험하게 하여 원만한 대인 관계와 사회생활을 불가능하게 만든다(김태유, 2012; 유금순, 2012). 음악치료에서는 이러한 문제를 겪고 있는 치매 노인들에게 음악을 통한 성공적인 경험을 제공하여 불안정한 정서를 지원하고(우지원, 2010), 격리감을 감소시켜 사회적 상호작용의 개선 여지를 확장하는 등 사회·정서 기능에 긍정적인 영향을 미친다(McCloskey, 1985). 박정희, 이드보라(2013)의 연구에 의하면 치매 노인 그룹 치료에서 노래 부르기과 가사 토의를 통한 타인과의 상호작용, 유대감, 소속감을 경험할 수 있는 환경 제공이 심리적 안녕감을 느낄 수 있게 한다고 한다. 또한 김영숙(2004)은 회상 위주의 집단음악치료가 협동, 언어교류, 자기표현에 긍정적인 영향을 미치고, 부정적인 사회적 관계를 새로이 형성할 수 있는 기회를 제공해 결과적으로 사회·정서 기능에 긍정적인 영향을 미침을 입증하였다. 뿐만 아니라 단순한 리듬을 모방하는 과제 수행은 우울감 감소, 자존감 향상, 자기효능감을 향상 시키고(길태숙, 장석진, 2012), 그룹 가창 활동은 자기표현, 자발적 언어 소통을 가능하게 하며 치료에 임하는 구성원들과의 눈 맞춤, 비언어적 상호작용을 가능하게 하여 유대감, 소속감을 경험하고 사회성 향상을 증진시킨다(이숙영, 2008). 또한 최애나, 류기광(2007)은 연구를 통해 그룹 음악 치료가 치매노인의 과민, 불안, 우울, 초조, 낙담, 탈억제 감소에 효과적이며, 이로 인한 삶의 질 향상과 정신행동증상 개선이 가능함을 입증하였다.

### (4) 운동 및 감각 기능

노인은 음악적 요소인 빠르기(tempo), 두드림(beat), 셈여림(dynamic)에 반응하여 신체의 움직임이 확장되고, 유동적이 되므로 운동 기능 자극 시 음악을 활용하면 효과적이다(Johnson, Otto & Clair, 2001; 정현주, 2005). 특히 치매 노인의 경우 음악과 동작이 결합된 과제 수행으로 팔과 다리의 힘, 운동성과 운동 범위가 증가한다(Cotter, 1959; Olson, 1984; Wedeman, 1986). 이때 단순한 리듬 패턴과 신체동작을 모방하는 활동만으로도 운동 기능을 향상시킬 수 있고(최진희, 2012), 감각 훈련을 통한 음악치료로 일상생활 동작 증진이 가능하다(김현주, 2014). 또한 동작 모방과 연주 외에 음악의 청각적 자극을 수용하여 고개를 끄덕이거나 박수를 치며 미소를 짓고, 몸을 좌우로 흔들거나 발을 두드리며, 춤을 추는 등 잔존 능력을 통한 신체 반응이 지속적으로 발생하여 운동 기능을 활성화하는 것이 가능하다(이은재, 2000).

그러나 노인은 노화와 함께 청력 저하를 경험하여 고주파수를 인지하는 것에 어려움이 발생하고, 고음 보다는 저음에서의 반응이 높아진다(백혜정, 심현용, 김진숙, 2013). 노인성 난청은 발병 후 회복이 어려워 영구적 난청이 된다는 특징이 있고, 이러한 특징이 의사소통에 부정적 영향을 끼쳐 점진적으로 사회적인 고립감과 자존감 감소를 경험하게 된다. 특히 치매노인의 경우 이미 여러 영역에서 기능장애 증상을 보여 난청 발병 시 부정적인 경험이 더욱 심화되므로 잔존하는 청각 기능을 지속적으로 자극할 필요가 있다(신은영, 2012).

청각 기능 자극 시 저음에 반응이 높은 노인의 신체 기능을 고려하여 저음 음역대의 악기를 사용하면 청각 자극에 효과적이다. 특히 타악기 연주는 도구 사용 주법 외에도 손을 사용하는 주법으로 청각적 자극뿐만 아니라 촉각 자극이 가능하다. 흔들기, 문지르기, 두드리기 등의 손사용 주법은 진동을 피부가 직접적으로 수용하여 뇌의 체감각 피질로 신호를 전달하므로 감각 자극에 효과적이다(Chesky & Michel, 1991; 김종인, 2005; Goldstein, 2007).

또한 악기 제공 시 색깔, 모양, 크기, 재질 등을 달리하면 시각 · 청각 · 후각

· 촉각적으로 다채로운 감각 자극에 용이하다. 연주뿐만이 아니라 음악 감상을 통해서도 청각 자극이 이루어지는데 이때 수용된 청각 자극은 호흡, 맥박, 혈압, 피부반응, 근육의 이완·긴장 등의 생리 반응도 이끌어낼 수 있다(이금선, 2004).

그러나 음악에 대한 반응 없이는 이러한 치료적 효과를 기대할 수 없으므로 참여 치매 노인의 동기유발이 필요하다. 반응을 유도하기 위한 쉬운 방법은 참여 대상자의 음악적 배경을 이용하는 것으로 선호도를 들 수 있다. Groene(2001)와 이남원(2014)의 보고에 따르면 음악치료 시 친숙도, 숙지도가 높은 선호음악 사용은 기억을 자극하여 회상 작용과 더불어 반응 유도에 효과적이라고 한다. Thaut(2002), 김미애(2003), 박정숙(2010) 또한 선호도가 높은 음악을 사용하면 음악 자체로 집중할 수 있는 환경을 조성하여 동기유발과 참여도를 향상시키고 결과적으로 부작용 없는 치료 중재가 가능하다고 언급하였다. 선호도 외에 반응을 유도하기에 용이한 것은 제공되는 배경 음악으로 Norberg와 Melin, Asplund(2003)는 녹음된 음악이 아닌 생음악(live music)을 사용하여 시각·촉각 자극을 청각적 자극과 동시에 제공하는 것이 반응 유도에 효과적이라고 보고하였다. 즉, 음악 치료는 목적에 따라 구조화를 달리 하여 진정과 자극이 가능하고(이금선, 2004), 치매의 초기단계에서부터 말기단계까지의 중재에 용이하며(Brotons et al., 1997), 치료 적용 가능 범위가 넓어 발병 원인이나 시기에 따라 다양한 증상이 관찰되는 치매 노인에게 효과적인 치료 중재이다(김남숙, 하승희, 2009).

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구대상 및 기간

본 연구는 서울형 데이케어센터 172개소 중 1차 전화조사를 통해 현재 음악 치료 프로그램을 실시하는 센터 88개소(51.1%)를 대상으로 하였다. 2차 설문조사는 설문 의도 및 안내를 충분하게 한 뒤 참여 의사를 밝힌 56개소를 대상으로 실시하였다. 설문지 배포 및 회수는 2014년 3월부터 2014년 4월까지 우편, e-mail, 전화, 방문조사 중 설문 참여가 용이한 방법을 채택하여 실시하였다. 설문지 배포 후 회수율이 저조하여 2차, 3차 시도를 하였으나 56개소 중 38개소에서 설문지 회수가 이루어졌다.

#### 2. 조사도구 및 연구범위

본 연구의 조사도구는 연구자가 개발한 설문지를 사용하였다. 설문지는 전산 처리가 용이하고 응답자가 쉽게 응답할 수 있도록 폐쇄형과 선다형(multiple choice)질문을 기본으로 하였고, 응답항목은 응답할 수 있는 모든 경우를 포함하는 포괄성, 응답항목이 중복되지 않는 상호 배타적인 특성을 갖도록 하였으며, 제시된 이외의 답변이 나올 가능성에 대비하여 기타 항을 배치, 구체적인 기입을 도왔다.

설문지는 일반적 특성, 음악치료 환경, 음악치료사에 관한 상위 3영역 총 27 문항으로 구성되어 있으며, 구성 내용은 <표Ⅲ-1>과 같다.

**<표 III-1> 설문지의 구성 내용**

조사영역	구성 내용	문항수
일반적 특성	센터 이용 현원 및 평균 연령	5문항
	음악치료 프로그램 참여 인원 및 시행 시작 연도	
음악치료 환경	치료실 유무 및 평수	13문항
	1회기 당 진행 시간 및 진행 형태	
	보조자 유무 및 전문성	
	타 치료사와의 교류 유무, 보유 악기 종류	
	예산 확보 방법 및 운영비 지원 유무	
음악치료사 특성	전문 음악치료사 유무, 성별, 연령, 고용 형태,	9문항
	고용 기준 및 자격증 보유 유무, 선호 성별	
	4대 보험 가입 유무, 지급 임금	

### 3. 자료 분석

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS(Statistical Package for the Social Sciences) for windows 19.0을 이용하여 빈도분석, 백분율, 평균 산출 후 기술통계 처리하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 응답자의 일반적 특성

본 연구의 설문 참여 센터는 38개소로 설문지 응답자는 모두 음악치료 프로그램을 담당하는 사회복지사이다. 센터를 이용하는 현원 평균은 21-30인이 44.7%(17개소)로 가장 많았고, 센터 이용자의 평균 연령은 80-85세 미만의 후기 노인이 52.6%(20개소)로 가장 많았다. 센터 이용자 중 음악치료 프로그램에 참여하는 이용자는 평균 15-20인 미만이 57.9%(22개소)로 가장 많았고, 남성과 여성의 참여 인원 평균은 남자 4.36명, 여성 15.63명으로 여성이 3배 이상 높은 참여율을 보였다. 한편 이용 정원이 31인 이상인 센터가 2개소인 것과 달리 음악치료 프로그램 참여 이용자 평균이 30인 이상인 센터가 3개소로 집계됐는데, 이는 요양센터에 소속된 데이케어센터가 요양센터와 함께 프로그램을 진행하고 있기 때문으로 밝혀졌다. 음악치료 프로그램 시행 시작 년도는 2005년부터 2014년까지 다양하게 분포하였고, 특히 2010년 21.1%(8개소), 2011년 31.5%(12개소)에 집중되어 있었다. 2010년과 2011년에 시행 시작 년도가 집중되어 있는 것은(총 52.7%, 20개소) 현장에서의 음악치료 프로그램 인식 변화에 2009년 7월부터 시행된 서울형 데이케어센터 인증제의 인증지표가 긍정적인 영향을 미쳤을 것으로 추측할 수 있다.

<표 IV-1> 응답자의 일반적 특성

	구분	n	%
센터 현원	10인 이하	0	0
	11-15인	4	10.5

	16-20인	15	39.5
	21-30인	17	44.7
	30인 이상	2	5.3
	합계	38	100.0
센터 이용자 평균 연령	65-70세 미만	0	0
	70-75세 미만	2	5.3
	75-80세 미만	16	42.1
	80-85세 미만	20	52.6
	85세 이상	0	0
	합계	38	100.0
음악치료 프로그램 참여 이용자 인원	10-15인 미만	6	16.8
	15-20인 미만	22	57.9
	20-25인 미만	7	18.4
	25-30인 미만	0	0
	30인 이상	3	7.9
	합계	38	100.0
음악치료 시행 시작 년도	2005	1	2.6
	2008	4	10.5
	2009	1	2.6
	2010	8	21.1
	2011	12	31.6
	2012	5	13.2
	2013	4	10.5
	2014	1	2.6
	모름	2	5.3
	합계	38	100.0

## 2. 음악치료 프로그램의 진행 환경

치료 진행 장소는 프로그램실이 81.6%(31개소)로 가장 높았고, 거실 15.8%(6개소), 음악치료실 2.6%(1개소) 순으로 나타났으며, 치료실은 평균 21.5평이었다. 음악치료 프로그램을 시행하는 장소에서 97.4%(37개소)가 타 프로그램도 장소를 공유했으며, 음악치료실에서 프로그램을 진행하는 1개소만이 치료실을 공유하지

않았다. 음악치료실을 보유한 센터에서는 음악치료실을 상담 진행 시 상담실로 사  
 용한다고 응답했고, 음악치료 프로그램을 진행하는 거실, 프로그램실을 공유하는  
 타 프로그램으로는 작업치료 2.7%(1개소), 미술치료 8.1%(3개소), 정서지원 프로  
 그램 78.4%(29개소) 순으로 응답하였다. 음악치료사가 타 프로그램 치료사와의  
 교류가 있는지에 대한 질문에 교류한다고 응답한 센터가 28.9%(11개소), 교류하  
 지 않는다고 응답한 센터가 68.4%(26개소)로 나타났다.

<표 IV-2> 치료실 환경 및 치료사간 교류

구분		n	%
치료 진행 장소	거실	6	15.8
	프로그램실	31	81.6
	음악치료실	1	2.6
	합계	38	100.0
타 프로그램과의 치료실 공유 여부	예	37	97.4
	아니오	1	2.6
	합계	38	100.0
치료실을 공유하는 타 프로그램	미술치료	3	8.1
	작업치료	1	2.7
	정서지원 프로그램	29	78.4
	미응답	4	10.8
	합계	37	100.0
타 프로그램 치료사와의 교류 여부	교류	11	28.9
	미교류	26	68.4
	미응답	1	2.6
	합계	38	100.0

음악치료를 진행하는 횟수는 주 1회가 84.2%(32개소)로 가장 높았고, 주 2회  
 7.9%(3개소), 격주 5.3%(2개소), 주 8회 2.6%(1개소)로 나타났다. 진행 시간은  
 120분 2.6%(1개소), 40분 7.9%(3개소), 60분 39.5%(15개소), 50분 50.0%(19개  
 소)로 50분이 가장 높은 비율을 차지하였다. 프로그램 진행 형태는 그룹 치료와

개별 치료를 각각 진행하는 센터가 15.8%(6개소), 그룹 치료만을 진행하는 센터가 84.2%(32개소)로 집계됐다.

<표 IV-3> 음악치료 프로그램 진행 횟수, 시간, 형태

구분		n	%
진행 횟수	격주	2	5.3
	주1회	32	84.2
	주2회	3	7.9
	주8회	1	2.6
	합계	38	100.0
진행 시간	40분	3	7.9
	50분	19	50.0
	60분	15	39.5
	120분	1	2.6
	합계	38	100.0
진행 형태	그룹치료	32	84.2
	그룹과 개별치료	6	15.8
	합계	38	100.0

음악치료 프로그램을 목적으로 책정된 예산을 확보하기 위한 방법으로는 시설에서 자체 조달하는 센터가 71.1%(27개소)로 가장 높았고, 보조금 23.7%(9개소), 기타 5.3%(2개소)으로 나타났다. 기타 2센터 중 1센터는 장기요양급여수입으로 예산을 확보하고 있고, 1센터는 대학원 실습 연계로 예산이 책정되지 않았다고 응답하였다. 또한 행정기관의 보조금 중 프로그램 운영비를 지원 받은 적이 있는냐는 질문에 있다고 응답한 센터가 36.8%(14개소), 없다고 응답한 센터가 63.2%(24개소)로 나타났다. 운영비를 지원 받았다는 센터 중 지원 시기나 금액을 공개한 센터는 8개소로 매년 지원 받고 있는 센터가 2개소로 나타났다. 한 센터는 지원 금액을 비공개 했고, 한 센터는 3백-5백 만 원을 지원받는다고 응답하였다. 일시적으로 프로그램 운영비를 지원받은 센터는 6개소로 이 중 4개소가 2013

년에 지원을 받았다고 응답하였다. 4개소 중 지원 금액을 비공개한 1개소를 제외하고 3개소가 3백 75만 원, 9백 만 원, 1천 만 원 순으로 다양하게 지원 받은 것으로 나타났고, 지원 시기는 알 수 없으나 6백 만 원, 8백 만 원을 각각 지원 받은 센터가 2개소로 나타났다.

<표 IV-4> 예산 확보 및 보조금 지원 유무

구분		n	%
예산 확보 방법	시설 자체 조달	27	71.1
	보조금	9	23.7
	기타	2	5.3
	합계	38	100.0
행정기관의 보조금 지원 유무	유	14	36.8
	무	24	63.2
	합계	38	100.0

설문에 참여한 모든 센터의 전체 보유 악기 종류는 총 31가지로 집계되었다. 31개의 악기 중 높은 보유율을 보인 5가지 악기는 탬버린(33개소), 키보드(29개소), 소고(27개소), 트라이앵글과 핸드벨(22개소)로 집계됐고, 음악치료사가 주로 사용하는 악기인 키보드를 제외하면 캐스터네츠(20개소)까지 포함 탬버린, 소고, 트라이앵글, 핸드벨, 캐스터네츠가 높은 보유율을 보이는 것으로 집계되었다. 또한 건반악기 및 현악기로 구분되는 키보드, 피아노, 기타와 에어로폰인 휘슬 4종류를 제외했을 때 27종류가 타악기로 타악기 보유 비율이 높게 나타났다.

또한 미응답 한 3개소(7.9%)를 제외했을 때 악기가 5종류 미만인 센터 23.7%(9개소), 5-9종류 42.1%(16개소), 10-14종류 23.7%(9개소), 16종류 2.6%(1개소)으로 집계됐다.

<표 IV-5> 보유 악기 종류

구분		n	구분		n
건반악기 및 현악기	키보드	29	나무 타악기	우드블럭	6
	피아노	3		캐스터네츠	20
멜로디 타악기	기타	9	기타 타악기	마라카스	11
	차임	4		리듬스틱	15
	톤차임	1		귀로	1
	핸드벨	22		롤리팝	1
가죽 타악기	실로폰	1	타악기	셰이커	16
	레조네이트벨	1		레인스틱	3
	드럼	2		카바사	5
	봉고	1		슬레이벨	1
금속 타악기	탬버린	33	한국 타악기	징글스틱	2
	패들드럼	2		북	14
	심벌즈	4		징	2
	트라이앵글	22		소고	27
	카우벨	1	에어로폰	장구	10
				휘슬	2

### 3. 음악치료사의 일반적 특성

전문 음악치료사가 센터에 종사하고 있는가에 대한 설문에서 그렇다고 응답한 센터가 84.2%(32개소), 그렇지 않다고 응답한 센터가 15.8%(6개소)로 나타났고, 음악치료사의 정식 고용 여부에 대한 응답에서 52.6%(20개소)이 정식 고용, 47.4%(18개소)가 정식으로 고용하지 않았다고 응답하였다. 정식 고용된 20개소 중 기간제(시간제) 고용이 85.0%(17개소)로 나타났다. 또한 음악치료사의 고용 여부나 형태에 관계없이 4대 보험 가입 여부를 물었을 때 미가입이 89.5%(34개소), 가입이 10.5%(4개소)로 나타났다. 음악치료사의 1회기 당 지급 임금에 대한 설문에서는 자원봉사로 무급 2.6%(1개소), 1만 원 2.6%(1개소), 실습연계로 무급 10.5%(4개소), 5만 원 이상 21.1%(8개소), 4만 원 이상 23.7%(9개소), 3만 원

이상 39.5%(15개소) 순으로 집계됐다.

<표 IV-6> 음악치료사 유무, 고용 형태, 임금

구분		n	%
전문 음악치료사 유무	유	32	84.2
	무	6	15.8
	합계	38	100.0
정식 고용 여부	정식	20	52.6
	비정식	18	47.4
	합계	38	100.0
고용 형태	기간제	17	85.0
	정직원	0	0
	미응답	3	15
	합계	20	100.0
4대 보험 가입 여부	가입	4	10.5
	미가입	34	89.5
	합계	38	100.0
1회기 당 지급 임금	자원봉사로 무급	1	2.6
	1만 원	1	2.6
	3만 원 이상	15	39.5
	4만 원 이상	9	23.7
	5만 원 이상	8	21.1
	실습연계로 무급	4	10.5
	합계	38	100.0

센터에서 음악치료사를 고용할 때 기준이 되는 우선 자격으로는 미응답 한 센터 1개소(2.6%)를 제외하고 음악치료학 학부 졸업 7.9%(3개소)와 음악치료학 석사 학위 취득 및 음악치료사 자격증 보유 7.9%(3개소), 음악치료학 석사 수료 10.5%(4개소), 음악치료학 석사 학위 취득 15.8%(6개소), 음악치료사 자격증 보유 44.7%(17개소) 순으로 나타났으며, 실습연계로 음악치료를 진행하고자 하는 센터가 10.5%(4개소) 있었다.

반면 현재 센터에 고용 된 음악치료사의 학력 및 자격에 대한 설문에서는 미

응답 1개소(2.6%)를 제외했을 때 대학원의 음악치료학과와 실습연계 10.5%(4개소), 음악치료학을 전공한 학부 졸업자 10.5%(4개소), 음악치료학 석사 과정 수료자와 음악치료사 자격증 보유자 각각 21.1%(8개소), 음악치료학 석사 학위 취득자 34.2%(13개소) 순으로 집계됐다.

한편 선호하는 음악치료사의 성별을 설문했을 때 특별히 선호하는 성별이 없다고 응답한 센터가 86.8%(33개소), 여성을 선호한다고 응답한 센터가 10.5%(4개소)로 나타났고, 실제로 남성이 음악치료사로 고용된 센터는 7.9%(3개소), 여성이 고용된 센터는 86.8%(33개소)로 집계됐으며, 남녀 모두 고용된 센터는 5.3%(2개소)로 집계됐다.

또한 고용된 음악치료사의 연령은 50대 13.2%(5개소), 40대 21.1%(8개소), 20대 26.3%(10개소), 30대 39.6%(15개소) 순으로 나타났다.

<표 IV-7> 고용 우선 자격, 고용 음악치료사 특성

구분		n	%
고용 시 기준 우선 자격	학부 졸업	3	7.9
	석사 수료	4	10.5
	석사 학위 취득	6	15.8
	자격증 보유	17	44.7
	석사 학위 및 자격증 보유	3	7.9
	실습연계	4	10.5
	미응답	1	2.6
	합계	38	100.0
음악치료사 학력 및 자격	학부 졸업	4	10.5
	대학원 음악치료학과 재학중	4	10.5
	석사 수료	8	21.1
	석사 학위 취득	13	34.2
	자격증 보유	8	21.1
	미응답	1	2.6
합계	38	100.0	
음악치료사 성별	남	3	7.9

	여	33	86.8
	남 · 여	2	5.3
	합계	38	100.0
음악치료사 연령	20대	10	26.3
	30대	15	39.5
	40대	8	21.1
	50대	5	13.2
	합계	38	100.0

프로그램 진행 시 음악치료사를 도와 프로그램 진행을 돕는 보조자 있는가를 설문했을 때 있다고 응답한 센터가 78.9%(30개소), 없다고 응답한 센터가 21.1%(8개소)고, 보조자가 있는 30개소를 대상으로 보조자 명수를 설문했을 때 3인 20.0%(6개소), 1인 26.6%(8개소), 2인 53.3%(16개소) 순으로 응답하였다. 또한 보조자가 음악치료에 대한 전문성을 갖췄는가에 대한 질문에 그렇지 않다가 86.6%(26개소), 그렇다가 13.3%(4개소)로 전문성을 갖춘 보조자가 있는 4개의 센터는 대학원의 음악치료학과에 재학 중인 학생 치료사가 실습을 목적으로 프로그램 시 보조자 역할을 수행하고 있는 것으로 조사되었다.

<표 IV-8> 보조자 참여 유무 및 특성

구분		n	%
보조자 유무	유	30	78.9
	무	8	21.1
	합계	38	100.0
보조자 명수	1인	8	26.6
	2인	16	53.3
	3인	6	20.0
	합계	30	100.0
보조자의 음악치료 전문성 유무	유	4	13.3
	무	26	86.6
	합계	30	100.0

## V. 결론 및 논의

본 연구를 통해 수집된 설문지를 분석했을 때 서울형 데이케어센터의 현재 음악치료 프로그램의 실태를 다음과 같이 요약할 수 있다.

### 1. 제반 사항이 안정적이지 않다.

첫째, 행정기관의 보조금을 지원 받지 못하는 센터가 많아 음악치료 프로그램에 필요한 비용을 센터에서 자체적으로 조달하거나 장기요양급여수입으로 감당하는 센터가 많았다. 더욱이 음악치료 프로그램에 대한 투자를 목적으로 예산을 책정하지 않고 필요에 따라 즉흥적으로 지원이 이루어지고 있어 금전적으로 해결해야 하는 것들에 어려움을 겪고 있었다. 미술치료와 원예치료의 경우 프로그램 진행에 필요한 기본 재료를 센터에서 지원 받아 진행되고 있는데 음악치료의 경우 일회성으로 소비되는 재료가 적으므로 매 회기 일정한 지원을 요하지는 않는다. 하지만 악기의 소모성과 치매 노인의 특성상 발생 가능한 악기 분실, 기타 음악치료 진행 시 필요한 소모품을 고려할 때 일정 기간을 주기로 예산 지원이 필요하다고 사료된다.

둘째, 2014년 현재 평균 3년 이상 지속적으로 프로그램이 진행되고 있음에도 구비된 악기의 종류나 수량이 참여자의 수를 충족하지 못하고 있다. 설문을 통해 집계된 모든 센터의 전체 보유 악기 종류는 총 31종류로 한 센터에서 평균 7.5종류의 악기를 구비하고 있고, 5종류 미만 23.7%(9개소), 5-9종류 42.1%(16개소)의 총 65.8%(25개소)가 9종류 이하의 악기를 보유하고 있다. 구비 악기는 대상자들이 연주하기에 용이하고, 참여도를 높일 수 있는 타악기 구비율이 높다. 그럼에도 불구하고 최다 구비 및 최다 수량 악기인 탬버린, 소고, 트라이앵글, 현

드벨, 캐스터네츠를 구비하고 있는 센터의 구비 수량 평균은 탬버린 10.9개, 소고 16.6개, 트라이앵글 9.4개, 핸드벨 2.5세트, 캐스터네츠 17.6개로 참여 인원 평균 대비 낮게 집계됐다. 이는 프로그램에 참여하는 평균 인원이 15-25인 미만(76.3%)에 집중된 통계 결과를 충족시킬 수 없는 수량이다. 그러므로 프로그램의 원활한 진행과 참여를 위해 참여 인원을 충족하는 악기를 구비하고, 악기를 접할 수 있는 기회가 적은 대상자들에게 새로운 경험이 가능하도록 다양한 악기를 보유하는 것이 좋을 것으로 사료된다.

셋째, 프로그램 진행 시 참여 인원 대비 보조자가 없거나 부족한 센터가 많았다. 프로그램의 참여 인원은 15-24(76.3%)명이 높은 비율을 차지하였는데 이러한 대그룹 치료의 진행 형태 특성상 대상을 1대 1로 면밀히 살필 수 없어 음악치료사와 보조자간의 상호 협력 하에 프로그램을 진행하는 것이 치료에 효과적이다. 그러나 설문 결과 음악치료사와 협업할 수 있는 보조자는 평균 1.9명이며, 보조자가 없는 센터가 8개소(21.1%)로 돌발 상황 대처 및 1대 1 개입이 어려워 치료의 질에 영향을 미칠 것으로 사료된다. 프로그램에 참여하는 보조자는 해당 센터에서 종사하는 요양보호사가 높은 비중을 차지한다. 이들은 치매에 대한 교육을 이수한 전문 인력으로 이용자 7명 당 1명 이상으로 배정되어(서울특별시, b2013) 센터 내에서 생활하는 이용자의 모든 활동을 보조하는 역할을 수행하게 된다. 따라서 요양보호사는 담당 대상자가 음악치료 프로그램에 참여할 때에 이용자를 도와 함께 참여하는 것이 바람직하나 음악치료에 대한 전문성과 이해도가 낮으므로 보조자 역할을 적절하게 수행하기에 어려움이 따른다. 이러한 문제의 해결 방안으로 센터 자체에서 음악치료사와 상담하여 치료사와 보조자간의 교류 및 교육이 이루어질 수 있도록 시도하는 것이 음악치료 프로그램 보조자로서의 역할 수행에 도움이 될 것으로 생각된다. 또한 이러한 시도가 성사됐을 때 보다 안정적이고 효과성 높은 치료를 이용자에게 제공 할 수 있을 것이다.

넷째, 음악치료실이라는 명칭의 치료실이 존재하는 센터는 38개소 중 1개소로

음악치료실이 거의 없다. 프로그램에 참여하는 이용자 외에 비참여자들이 프로그램실 또는 거실(생활실)로 불리는 공간에 공존하여 프로그램 진행과는 관계없는 환경에 노출 된다. 이러한 경우 치료가 이루어지는 공간과 별개로 외적인 공간에서 이루어지는 변화에 반응하여 주의집중력이 흐려질 수 있다. 또한 한 공간에서 다수의 프로그램이 진행되고 있어 참여자들은 공간에 대한 경계가 흐려지고, 공간의 변화로 얻을 수 있는 단서가 없어 각 프로그램의 인지에 어려움이 있다. 따라서 안전하고 실용성 있는 음악치료실을 확보하여 치료에 긍정적인 영향을 미칠 수 있는 환경으로 개선하는 것이 바람직하다.

## 2. 체계적이고 유기적인 시스템이 부재하다.

첫째, 그룹 치료 형태에 집중 된 진행 형태를 보인다. 음악치료 프로그램을 그룹 치료로 진행하는 센터 32개소(84.2%), 그룹 치료와 개별 치료를 병행하여 진행하는 센터 6개소(15.8%)로 이용자 개개인별 증상을 고려한 치료를 진행하기에 고충이 있다. Brotons, Koger & Pickett-Cooper(1997)는 치매 노인을 위한 음악치료에서 치료적 효과를 성공적으로 이끌기에 가장 적합한 세팅으로 3-5명의 그룹 치료 또는 개인 치료를 제시하였다. 이는 현재 음악치료가 진행되는 현장의 15인 이상 그룹 치료 세팅에 부합하지 않는 것으로 효과적인 치료를 위해 유연성 있는 진행 형태로의 변화를 재고해볼 필요가 있다.

둘째, 50-60분에 집중 된 진행 시간의 재고가 필요하다. 인간의 주의력 유지 시간은 제한적이고, 뇌의 발달과 퇴화에 따라 변화가 온다. 초·중·고등학교의 수업 시간이 다른 이유가 여기에 있다. 학교의 수업 시간은 초등학교 40분, 중학교 45분, 고등학교 50분으로 비슷한 나이 대 인간이 집중할 수 있는 평균 시간을 산출하여 정해진 것이다. 데이케어센터의 음악치료 프로그램 진행 시간은 평균 50분 50.0%, 60분 39.5%로 집계됐다. 이는 고등학생의 수업 시간과 같거나 긴

것으로 이미 뇌의 퇴화가 진행 되어 인지장애를 보이는 치매 노인이 감당하기에는 무리가 있을 것으로 판단된다. 따라서 치료 시간을 각 센터 이용자들의 주의 집중력 유지 시간에 따라 유연성 있게 조정하는 것이 바람직할 것으로 사료된다.

셋째, 타 프로그램 치료사 및 센터 종사자 간의 교류가 적어 유기적인 치료가 어렵다는 것이다. 미술치료, 원예치료, 음악치료 등 정서지원 프로그램을 한 장소에서 진행하면서도 기간제(시간제)의 고용 형태로 인해 마주할 기회가 없어 대상에 대한 정보를 공유하거나 치료 방향성에 대한 소통이 적게 이루어지고 있다. 데이케어센터 이용자들은 치료뿐만 아니라 매일 다양한 프로그램을 접하고 있는데 모두 목적 또는 방향성을 갖고 진행된다. 이 중 ‘치료’를 목적으로 하는 프로그램의 치료사들은 치료의 목적 달성 및 효과성을 높이기 위한 유기적 소통이 필요하다고 생각 된다. 만약 프로그램을 담당하는 치료사들이 각기 다른 목적과 방향성을 가지고 프로그램을 진행한다면 한 병원의 여러 의사가 동일한 환자에게 각기 다른 진단과 처방을 내리고 있는 모습과 같다고 할 수 있다. 치료의 목적이 모두 같을 수는 없어도 소통을 통해 유기적인 방향성 설정과 종결, 재사정이 가능하다. 이러한 시너지효과를 발휘하기 위해 일정한 간격으로 센터 주최의 평가제 또는 간담회를 추진하여 타 프로그램의 치료사와 교류를 권장하는 것이 좋을 것으로 사료된다.

### 3. 음악치료사의 처우에 대한 기준선이 없다.

첫째, 고용안정을 위한 4대 보험 가입 여부가 미비하다. 음악치료사의 고용 형태는 정식 고용과 비정식 고용의 비율이 비슷하나 정식 고용의 경우 기간제로 고용한 경우가 많고, 4대 보험(국민연금, 고용보험, 산재보험, 건강보험)에 가입된 센터는 4개소(10.5%)이다. 고용 형태로 기간제(시간제) 정식 고용 비율이 높은 것은 음악치료 프로그램이 평균 주 1회, 일정한 시간의 치료 형태로 진행되기 때

문이다. 이는 위에 언급한 바와 같이 치료 형태가 유연성을 갖게 되면 음악치료사의 고용 형태 변화를 야기하여 4대 보험의 가입 여부에도 영향을 미칠 것이다.

하지만 현재 데이케어센터의 음악치료사 고용 형태는 4대 보험 가입 자격인 한 달 60시간 이상의 근로 시간을 충족하지 못하고, 한 센터에서 지급 받는 임금이 100만 원 이하의 금액이므로 그에 대한 세금 책정이 어렵다. 또한 4대 보험을 가입했을 때 센터와 치료사가 각각 세금 지출을 해야 하므로 가입을 꺼려하고 있는 실정이다. 데이케어센터의 음악치료사가 4대 보험에 가입하려면 1개월 이상의 근로 계약 기간을 계약서로 작성한 일용직근로자로서 가입이 가능하다. 이러한 경우 세금 납부 금액이 높은 국민연금과 건강보험은 제외하더라도 실업과 휴직, 산업재해에 대비할 수 있는 고용보험과 산재보험에 가입할 수 있어 안정적인 고용 환경을 구축할 수 있다. 그러므로 센터와 음악치료사는 근로 계약 시 4대 보험 가입 여부에 대한 충분한 의사소통을 통해 고용자와 피고용자 양쪽 모두 만족할 수 있도록 의견을 조율할 필요가 있다.

둘째, 음악치료사에게 지급되는 임금이 다양하다. 자원봉사 또는 실습연계로 임금을 지급하지 않는 센터 5개소(13.1%)를 제외하고 1회기 당 3만 원 이상(39.5%), 4만 원 이상(23.7%), 5만 원 이상(21.1%)의 임금이 지급되어 평균 3만 7천 원 이상의 임금을 지급하고 있다. 미술치료의 경우 데이케어센터에서 주 1회 50분 그룹 치료 진행 시 월 5만 원 미만 35.7%, 10만 원 미만 10.7%, 15만 원 미만 14.3%, 20만 원 미만 10.7%의 임금을 지급하고(유영은,2009), 원예치료의 경우 적정 임금으로 1회기 당 5-6만 원(65.2%)을 주장하고 있으나 3-5만 원 미만(83.3%)의 임금을 지급하고 있다(조원근 외, 2007). 위에 언급한 미술치료, 원예치료는 음악치료와 함께 서울형 데이케어센터에서의 실시 비율 및 효용성이 높게 인식 된 프로그램이다(이순덕, 장유진, 박천호, 2012). 이와 같이 음악치료뿐만 아니라 타 치료 프로그램에서도 지급 임금이 다양하게 나타나고 있어 정확한 비교는 어려우나 두 프로그램의 치료사 임금과 비교했을 때 음악치료사의 임금이

많거나 비슷한 수준으로 나타났다. 음악치료 프로그램의 경우 한국치매협회와 연계된 데이케어센터들이 회의를 통해 1회기 당 3만 5천원의 임금을 지급하자는 의견이 채택된 것 외에 지급 임금에 대한 뚜렷한 기준선이 없다(용산 데이케어센터 팀장 유희석 개인적 교류, 2014, 4, 7). 적정선을 제시하는 근거 기준의 부재로 임금을 지급하는 측의 주관적 기준 혹은 협회의 의견에 따라 임금이 지급되고 있는 것이다. 따라서 현장에서 일하는 음악치료사의 안정적인 임금 지급과 처우 개선이 될 수 있도록 지급 임금의 적정선에 대한 고찰이 필요하다.

셋째, 한국에서의 음악치료사 자격증은 민간자격증이 전부로 센터에서 음악치료사를 고용할 때 가장 우선시 하는 조건으로 학력 보다 자격기본법에 등록된 민간자격 발급기관의 민간자격증 유무를 중요시 하고 있다. 통계 결과를 봤을 때 음악치료사 고용 시 음악치료사 자격증 보유자를 희망하는 센터가 17개소(44.7%)로 가장 많았고, 음악치료학 석사 학위 취득과 함께 자격증도 보유하고 있는 치료사를 희망하는 센터 3개소(7.9%), 음악치료학 석사 학위 취득자를 희망하는 센터 6개소(15.8%)로 집계됐다. 그 이유는 데이케어센터 평가 시 자격증을 보유한 치료사를 고용한 센터에 한해 전문성을 높이 사 가산점이 주어지기 때문이다(성가정 데이케어센터 사회복지사 성혜원 개인적 교류, 2014, 3, 10). 하지만 실제로 고용된 음악치료사의 경우 자격증을 보유한 자(21.1%)가 대학원의 음악치료학과를 수료한 자(21.1%)와 같게 나타났고, 음악치료학 석사 학위 취득자(34.2%)보다 적게 나타났다. 이러한 현상으로 미루어보아 현장에서는 음악치료사 자격증을 보유한 치료사보다 음악치료사로서의 전문인을 양성하는 교육 기관 즉, 대학원을 통해 배출된 치료사를 선호하고 있음을 알 수 있다.

#### 4. 음악치료 프로그램 시행 센터 증가 및 1년 이상 시행 유지기간.

한국에서 음악치료학의 정규학위 과정이 개설된 것은 1997년이요(정은이,

2001), 서울형 데이케어센터가 발족 된 것은 2009년이다. 전문 교육 기관의 개설 및 서울형 데이케어센터의 발족 기간이 짧음에도 음악치료 프로그램을 시행하는 센터가 2011년 27.2%(이순덕, 장유진, 박천호, 2012)에서 2014년 51.5%로 약 2배의 큰 상승폭을 보인다. 또한 음악치료 프로그램을 1회 이상 시행한 센터는 95개소이며 시행을 중지한 센터 3개소(3.1%), 프로젝트성 시행 센터 2개소(2.1%), 2014년 4월 이후 재시행 예정 센터 2개소(2.1%)를 제외했을 때 시행 후 현재까지 진행하는 센터는 88개소(92.6%)이다. 즉, 음악치료 프로그램을 시행하는 센터가 증가했고, 음악치료 프로그램 시행 유지 기간이 평균 3년 3개월로 1년 이상 유지하였음을 알 수 있다.

위와 같은 통계 결과를 종합해 보면 현재 서울형 데이케어센터에서 음악치료 프로그램은 치매 노인에게 효과적인 프로그램으로 인정받아 시행 센터가 증가하고 시행 후 최소 1년 이상의 시행 유지 기간을 보이지만, 치료 제반 상황이 좋지 않고, 체계적 시스템이 없으며, 치료사에 대한 적절한 처우에 어려움을 겪고 있다. 이러한 문제를 해결하여 보다 나은 음악치료 프로그램 진행 환경과 성공적인 치료를 제공하기 위해서는 행정기관과 센터 내에서의 예산 책정 및 보조금 지원과 타 프로그램 치료사 및 센터 종사자들과의 협력적 연계가 필요할 것으로 사료된다. 또한 치료사 처우의 공식적인 기준선을 마련하여 치료사에 대한 처우가 적절하게 이루어지기 위해 힘써야 한다.

## 참 고 문 헌

- 구승준 역. “뇌의 퇴행을 유발하는 헌팅턴병“. 2011, 8, 27. <http://www.brainmedia.co.kr/brainWorldMedia/ContentView.aspx?contIdx=7628>(2014, 4, 20).
- 국가법령정보센터(2013, 6, 4). “노인복지법“. <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=140926&efYd=20131205#0000>(2014, 5, 9).
- 길태숙, 장석진(2012). 리듬 액션 게임을 활용한 노인 대상 음악 치료에서 우울감, 자아존중감 변화에 대한 게임 효과 분석. **한국컴퓨터게임학회논문지**, 25(3), 93-103.
- 김남숙, 하승희(2009). **사회복지실천을 위한 음악치료의 이해**. 서울: 양서원.
- 김도관, 김재경(1999). 치매의 원인질환. **노인정신의학**, 3(1), 3-13.
- 김도연(2012). **회상을 유도한 노래 중심의 음악치료가 치매노인의 인지기능 및 행동심리증상에 미치는 효과**. 석사학위논문, 성신여자대학교 일반대학원 음악치료학과.
- 김동주, 박금주(2012). **음악치료의 방법과 적용**. 서울: 교육아카데미.
- 김미애(2003). 노래부르기가 초기치매 환자의 단어 회상에 미치는 효과. **한국음악치료학회지**, 5(1), 71-82.
- 김양명, 오석연(2008). 고령화 사회의 노인문제와 교육·노동·복지 연계정책. **복지상담학연구**, 3(1), 1-23.
- 김영숙(2004, 1). 시설 노인의 사회성 향상을 위한 집단음악치료 사례 연구. **2004년 한국예술치료학회 제23회 월례학술발표회**, 익산.
- 김은숙(2011). **전라북도 내 노인복지관의 음악프로그램 실태와 개선방안 연구**. 석사학위논문, 전북대학교 교육대학원.

- 김재엽, 최장원(2011). 한국의 문화: 치매 노인을 둔 가족의 부양의식과 부양 부담이 가족관계 변화에 미치는 영향. **한국사상과 문화**, 60, 495-525.
- 김종인(2005). **음악치료 악기론**. 서울: 지식산업사.
- 김태유(2012, 1). 치매 질환과 치매 노인에 대한 올바른 이해. **2012년 제20회 한국재활심리학회 연수회**, 부산.
- 김현주(2014). **감각 훈련을 활용한 음악활동이 치매노인의 인지기능과 일상생활 동작 증진에 미치는 영향**. 석사학위논문, 숙명여자대학교 음악치료대학원.
- 김희경, 이옥란(2000). 음악요법이 치매노인의 인지기능, 치매행동 및 정서에 미치는 영향. **성인간호학회지**, 12(3), 463-376.
- 남기민(2006). **고령화 사회와 노인복지**. 파주: 양서원.
- 모선희, 최세영(2013). 노인장기요양서비스 이용가족의 부양부담 변화. **비판사회정책**, 41, 7-31.
- 박병석(2009). **노인성질환 부양자의 부양부담에 영향을 미치는 요인**. 석사학위논문, 대구한의대학교 대학원.
- 박정숙(2010). 음악치료 노래활동이 노인 우울증과 언어표현에 미치는 영향. **특수교육교과교육연구**, 3(1), 19-36.
- 박정희, 이드보라(2013). 독거노인의 우울과 심리적 안녕감에 트로트와 민요를 이용한 노래회상음악치료의 비교 연구. **노인복지연구**, 61(1), 319-338.
- 백혜정, 심현용, 김진숙(2013). 노인성 난청의 단어인지도 특성분석. **청능재활**, 9(1), 49-59.
- 보건복지가족부(2009). **2010 노인보건복지사업안내**. 서울: 보건복지가족부.
- 서울특별시(a2013, 5, 20.). "서울시 인증 데이케어센터, 치매 어르신 돌보미 역할 특독". <http://welfare.seoul.go.kr/archives/9588> (2014, 3, 6).
- 서울특별시(b2013, 9, 6). "서울시에서 운영하는 '데이케어센터' 궁금하세요?"

- “ . <http://welfare.seoul.go.kr/archives/528>(2014, 3, 6).  
서울특별시(2014, 3, 4). "2014년 1단계 『서울시 인증 데이케어센터』 선정계획“. <http://welfare.seoul.go.kr/archives/24626>(2014, 3, 6)  
서울특별시 광역치매센터(2014). <http://www.seouldementia.or.kr/business/history.asp> 로부터 2014년 3월 7일 검색.  
서울특별시 노인복지과(2010). 서울형 데이케어센터 운영지침.  
서울형 데이케어센터 앱(2014). <http://nuriapp.com/sunjin1286.app> 로부터 2014년 4월 2일 검색.  
신은영(2012). 노년기 청력에 따른 삶의 질 평가 척도. **청능재활**, 8(2), 224-237.  
양혜경(2006). 음악을 활용한 치료레크리에이션이 치매노인의 인지기능에 미치는 효과. **한국노년학**, 26(4), 749-765.  
오병훈(2002). **치매 이해와 치료의 바른 길잡이**. 서울: 무지개사.  
왕중신, 문옥곤, 박주현(2013, 11). 노인병원에 입원 중인 치매노인의 인지기능과 일상생활동작 및 배설 기능의 상관관계. **2013년 한국엔터테인먼트 산업학회 추계학술대회**, 청주.  
우지원(2010). **치매노인을 위한 음악치료 연구 조사 및 활동정리**. 석사학위논문, 서울장신대학교 전인치유선교학과.  
유금순(2012). 치매노인을 위한 사회복지서비스 활성화 방안 연구. **사회복지 지원학회지**, 7(1), 111-129.  
유영은(2009). 노인주간보호시설 미술치료의 실태와 발전방안에 관한 연구. 석사학위논문, 명지대학교 사회교육대학원.  
유재현, 박재승, 유종욱(2012). 치매노인을 고려한 서울형 데이케어센터 공간 계획 연구: 치매협회와 연계된 서울형 데이케어센터를 중심으로. **한국생태환경건축학회 논문집**, 11(6), 109-115.

- 윤영지(2008). 악기 연주를 사용한 인지 훈련이 치매 환자의 인지기능에 미치는 효과. **한국음악치료학회지**, 10(1), 35-50.
- 윤혜연, 권도하(2012). 노래부르기 과업이 브로카 실어증자의 읽기와 조음 능력에 미치는 영향. **재활과학연구**, 30(1), 11-22.
- 이경남(2004). 치매노인을 위한 지역사회서비스 관리체계. **부산여자전문대학 논문집**, 26, 227-257.
- 이금선(2004). **치매 노인 음악치료의 효과와 활성화 방안**. 석사학위논문, 성산효도대학교 대학원 사회복지학과.
- 이금휘(2008). **치매환자의 인지기능을 위한 음악치료 활동집**. 석사학위논문, 숙명여자대학교 음악치료대학원.
- 이남원(2014). **선율 중심 인지재활 프로그램이 경증 알츠하이머 치매노인의 단기기억력에 미치는 효과**. 석사학위논문, 이화여자대학교 대학원 음악치료학과.
- 이봉효, 전원경, 한창현(2011). 혈관성 치매의 육경적 해석 및 침구 치료의 방향에 관한 소고. **대한경락경혈학회지**, 28(4), 169-175.
- 이상일(2000). **치매 빨리 알면 쉬워요**. 서울: 동학사.
- 이숙영(2008). **노래 부르기를 통한 경증치매노인의 자기표현 향상에 관한 연구**. 석사학위논문, 이화여자대학교 교육대학원.
- 이순덕, 장유진, 박천호(2012). 서울형 데이케어센터의 원예치료 프로그램 인식과 실태. **한국인간·식물·환경학회지**, 15(2), 79-84.
- 이슬아, 이미현, 지연경, 한지원, 박재영, 김태희, 김기웅(2013). 치매노인 주부양자의 심리적 조호부담 경감을 위한 인지행동적 집단프로그램 개발: 예비연구. **한국심리학회지: 임상**, 32(4), 853-874.
- 이연옥(2013, 5). 민요중심 음악치료가 알츠하이머형 치매노인의 인지기능에 미치는 효과. **2013년 한국노인복지학회 춘계학술대회**, 서울.

- 이영(2007). 치매 노인의 단기 기억력 증진을 위한 리듬활동 연구. 석사학위 논문, 이화여자대학교 교육대학원.
- 이영민, 김어수, 박제민(2012). 혈관성 치매. *노인정신의학*, 16(2), 82-88.
- 이영주(2011). 노인주간보호센터 보호자 만족도 조사에 따른 개선방안에 관한 연구. 석사학위논문, 경희대학교 행정대학원.
- 이영휘, 임지영, 김주연, 조효임, 고국진(2011). 치매노인 부양자의 부양부담과 생활만족도 예측모형. *노인간호학회지*, 13(3), 204-214.
- 이은재(1999). 알츠하이머형 치매환자의 인지기능과 음악적 잔존 능력간의 관련성 연구. 석사학위논문, 숙명여자대학교 음악치료대학원.
- 이채우(2009). 파킨슨병 치매에 대한 고찰. *고령자 치매작업치료학회지*, 3(2), 59-71.
- 이효진, 이옥상, 정선희, 박미숙, 임성실(2013). 알츠하이머병, 파킨슨병 및 혈관성치매 환자들의 우울증에 대한 약물 치료 평가. *한국임상약학회지*, 23(1), 33-41.
- 임영진(2012, 1). 신경 심리평가의 이론과 실제. 2012년 제20회 한국재활심리학회 연수회, 부산.
- 장영수(2014). 고령화 사회와 사회국가의 미래: 노인복지의 발전방향을 중심으로. *안암 법학*, 43, 761-796.
- 전희운, 김수지(2011). 음악요소와 노래 부르기를 활용한 호흡 및 구강훈련이 정상노인의 음성애 미치는 영향. *한국콘텐츠학회논문지*, 11(10), 380-397.
- 정영주, 민순(2001). 운동과 음악을 이용한 노래부르기가 노인의 생리적 변화, 인지기능 및 우울에 미치는 효과. *기초간호자연과학회지*, 3(2), 35-50.
- 정은이(2001). 한국음악치료의 역사 - 1960년대부터 1996년까지-. *한국음악치료학회지*, 3(2), 21-39.
- 정현주(2005). *음악치료학의 이해와 적용*. 서울: 이화여자대학교출판부.

- 정현철(2008). 목관악기 호흡운동 프로그램이 노인의 신체적, 심리적 기능에 미치는 영향. **성인간호학회지**, 20(4), 588-599.
- 조경숙, 서영희(2012). 입소한 치매노인 주부양자의 부양부담에 미치는 영향 요인 연구. **21세기사회복지연구**, 9(2), 209-229.
- 조원근, 조문경, 임은애, 손기철(2007). 원예치료사의 활동실태 및 위상 제고 방안에 관한 연구. **한국인간·식물·환경학회지**, 10(2), 120-138.
- 조혜영(2005). 노인 음악치료의 제도적 실태 분석, 문헌 고찰 및 음악치료 서비스 법안 법제화 과정 조사. 석사학위논문, 이화여자대학교 교육대학원.
- 최병철(2006). **음악치료학**. 제2판. 서울: 학지사.
- 최성주(2007). 리코더 연주를 통한 뇌졸중 노력성 폐활량과 호흡 효율성 향상 연구. **인간행동과 음악연구**, 4(1), 31-46.
- 최애나, 류기광(2007). 집단음악치료가 치매노인의 인지기능 우울정서 삶의 질 및 정신행동증상에 미치는 효과. **특수교육재활과학연구**, 46(3), 143-174.
- 최영환(2010). 19개 노인성 질환의 의료이용 및 의료비의 시계열 비교. 박사학위논문, 건국대학교 의학대학원.
- 최진희(2012). 신경학적 음악치료 기법을 활용한 이중과제 프로그램이 초기 치매노인의 낙상예방에 미치는 효과. 석사학위논문, 명지대학교 사회교육대학원.
- 통계청(2012). 노인실태조사: 노인(65세 이상)의 일반특성별 만성질환 수. [http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT\\_11771\\_2011N035&vw\\_cd=&list\\_id=&scrId=&seqNo=&lang\\_mode=ko&obj\\_var\\_id=&itm\\_id=&conn\\_path=K1&path=](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11771_2011N035&vw_cd=&list_id=&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=K1&path=) 로부터 2014년 6월 5일 검색.
- 통계청(a2013). 재가노인 복지시설: 2008년 이후. [http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT\\_117N\\_B00003&vw\\_cd=MT\\_OTITLE&list\\_id=117\\_11736&seqNo=&lang\\_mode=ko&language=kor&obj\\_var](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_117N_B00003&vw_cd=MT_OTITLE&list_id=117_11736&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var)

- [\\_id=&itm\\_id=&conn\\_path=K2](#) 로부터 2014년 3월 1일 검색.
- 통계청(b2013). 남녀별 연령별 인구구조. [http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx\\_cd=1010](http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1010) 로부터 2014년 3월 1일 검색.
- 통계청(c2013). 2013 고령자통계. <http://kostat.go.kr/wnsearch/search.jsp> 로부터 2014년 3월 27일 검색.
- 통계청(d2013). 노년부양비. [http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx\\_cd=1430](http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1430) 로부터 2014년 4월 23일 검색.
- 통계청(2014). 고령인구비율. [http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=1011&tblId=DT\\_1YL0000&vw\\_cd=&list\\_id=&scrId=&seqNo=&lang\\_mod\\_e=ko&obj\\_var\\_id=&itm\\_id=&conn\\_path=K1&path=](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=1011&tblId=DT_1YL0000&vw_cd=&list_id=&scrId=&seqNo=&lang_mod_e=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=K1&path=) 로부터 2014년 4월 22일 검색.
- 한국보건사회연구원(2013). 5월 보건복지동향. **보건복지포럼**, 200(6), 129-153.
- 한설희, 정충기(2012). 치매, 예방이 가능한가. **대한토목학회지**, 60(3), 72-75.
- 한유미(2009). 노래 부르기 활동을 통한 뇌졸중 노인의 조음 정확도 증진에 관한 연구. 석사학위논문, 이화여자대학교 교육대학원.
- 홍영규, 강영실(2009). 음악프로그램이 치매노인의 인지기능과 문제행동에 미치는 영향. **노인간호학회지**, 11(1), 5-15.
- 홍창형, 차경렬, 오병훈(2003). 전측두엽 치매 증례. **노인정신의학**, 7(2), 185-190.
- 황순희, 최진남(2013). 알츠하이머형 치매환자의 동사 사용 양상 분석. **언어과학**, 20(3), 143-173.
- 황지나, 김관수(2011, 10). 노인요양병원의 데이케어센터에 관한 연구. **2011년 대한건축학회 추계학술발표대회**, 서울.
- Byrne, L. A. (1982). Music therapy and reminiscence: A case study. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 1(2), 76-77.

- Brotons, M., Koger, S. M., & Pickett-Cooper, P. (1997). Music and Dementia: A Review of literature. *Journal of Music Therapy*, 34(4), 204-245.
- Chesky, K. S., & Michel, D. E. (1991). The music vibration table(MVT): developing a technology and conceptual model for pain relief. *Music Therapy Perspectives*, 9(1), 32-38.
- Clair, A. A., & Memmott, J. (1996). *Therapeutic uses of music with older adults*. 노인음악치료연구회 (역). (2009). **노인음악치료**. 서울: 시그마프레스.
- Douglass, D. (1981). *Accent on Rhythm: Music Activities for the Aged*. Salem, OR: LaRouz Enterprises.
- Goldstein, E. B. (2007). *Sensation and perception*. 김정오, 곽호완, 남종호, 도경수, 박권생, 박창호, 정상철 (역). (2007). **감각과 지각**. 제7판. 서울: 시그마프레스.
- Groene, R. (2001). The effect of presentation and accompaniment styles on attentional and responsive behaviors of participants with dementia diagnoses. *Journal of Music Therapy*, 38(1), 36-50.
- Johnson, G., Otto, D., & Clair, A. A. (2001). The effect of instrumental and vocal music on adherence to a physical rehabilitation exercise program with persons who are elderly. *Journal of Music Therapy*, 38(2), 82-96.
- McCloskey, L. J. (1985). Music and the Frail Elderly. *Activities, Adaptation & Aging*, 7(2), 73-73.
- Norberg, A., Melin, E., Asplund, K. (2003). Reactions to music, touch and object presentation in the final stage of dementia: an exploratory

- study. *International Journal of Nursing Studies*, 40(5), 473–479.
- Olson, B. K. (1984). Player piano music as therapy for the elderly. *Journal of Music Therapy*, 21(1), 35–45.
- Pollack, N. J., Namazi, K. H. (1992). The effect of music participation on the social behavior of Alzheimer's disease patients. *Journal of Music Therapy*, 29(1), 54–67.
- Thaut, M. H. (2002). Neuropsychological processes in music perception and their relevance in music therapy. In M. H. Thaut & R. G. Unkefer (Eds.), *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: Theoretical bases and clinical interventions* (pp. 2–32). New York: MMB Music.
- Whitcomb, J. B. (1986). In the glass half empty or half full? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other*, 1(2), 9–14.

# ABSTRACT

## The Actual Condition of Music Therapy Program at Seoul Type Day-Care Center

Lee, Lu-Da

Department of Music Therapy

Graduate School of

Sungshin Women's University

This study is a survey in order to investigate the conditions of music therapy programs at Seoul type day care centers. The subjects of study were the 88(51.1%) Seoul day care centers which answered by telephone that they had music therapy programs among the total 172 centers. Surveys were sent by mail, e-mail, telephone, or personally delivered to the 56 centers which accepted to reply, and 38 surveys were collected. The frequency, percentage, and average of collected data was calculated and then analyzed by SPSS 19.0 program. After analysis of the statistics, the present condition Seoul day care center music therapy can be summarized into 4 findings.

First, material needs musical therapy including budget support, possession of musical instruments, participation of assistants, and existence of musical treatment room was not sufficient.

Second, systematic and organic therapy was difficult due to unified programs

and time, and absence of interaction with therapists in other institutes.

Third, there was no standard for labor conditions of the music therapist, resulting in various forms in the conditions of employment such as the 4 major insurances and wage.

Fourth, the percentage of centers having music therapy has risen from 27.2% in 2011, to 51.5% in 2014. Also, the number of centers which continue to have music therapy programs after trial was 88(92.6%) of the 95 centers surveyed.

In conclusion of the findings above, at present, the demand for music therapy programs at Seoul day care centers is rising. However, inadequate supplies and conditions, unstable system, and unstable employment of the therapist were needed to be improved.

<부록 1>

# 서울형 데이케어센터 및 서울시 자치구 지역치매지원센터의 음악치료 프로그램 실태 조사

안녕하십니까? 바쁘신 와중에도 본 설문에 참여해주신 것을 진심으로 감사드립니다.

본 설문의 내용은 서울형 데이케어센터 및 서울시 자치구 지역치매지원센터의 음악치료 프로그램의 실태에 관한 연구의 기초 자료를 수집하기 위한 설문조사입니다.

응답하신 모든 내용은 오로지 학문적인 목적을 위해서만 사용되며, 익명 통계처리 되오니 다소 번거로우시더라도 제시된 응답문항에 솔직하게 응답하여 주시면 감사하겠습니다. 본 연구가 음악치료 활성화에 기여 할 수 있도록 제출기한 내 회신하여 주시기를 부탁드립니다.

귀사의 무궁한 발전과 건승을 기원합니다.

♪ 제출기한 : 2014년 4월 25일(금)까지

♪ 제출방법 : 동봉한 회송봉투를 이용하여 우편송부

E-mail: antiwoong@naver.com

♪ 문의 : 이루다 H.P 010-9696-7369

2014. 3월

성신여자대학교 일반대학원 음악치료학과

석사과정 : 이 루 다

지도교수 : 강 경 선





14) 귀 센터의 음악치료 프로그램 보조자는 음악치료학을 전문적으로 공부한 사람입니까?

①예

②아니오

15) 귀 센터에서는 클라이언트를 위해 음악치료사가 음악치료 외의 치료사들과 교류가 있습니까?

①예 ☞ ①미술치료사 ②작업치료사 ③물리치료사 ④언어치료사 ⑤기타( )

②아니오

16) 귀 센터의 보유 악기 및 수량에 관한 설문표입니다. 해당하는 것에 모두 표기하시고, 수량 또한 기재 하십시오.

악기 명	체크	수량	악기 명	체크	수량
키보드			북		
피아노			징		
기타			소고		
드럼			휘슬		
레조네이트벨			콰이어혼		
차임			레인스틱		
톤차임			카바사		
핸드벨			징글스틱		
심벌즈			슬레이벨		
봉고			셰이커		
쿵가			귀로		
탬버린			리듬스틱		
패들드럼			마라카스		
게더링드럼			캐스터네츠		
트라이앵글			우드블럭		
아고고벨			장구		
기타	♫ 제시된 악기 외 보유 악기 및 수량을 기재 해 주세요.				

17) 귀 센터의 음악치료 프로그램에 소요되는 예산 확보는 어떻게 이루어집니까?

①시설 자체 조달 ②proposal 응모 ③보조금 ④후원금 ⑤기타( )

18) 귀 센터는 행정기관의 보조금 중 프로그램 운영비를 지원 받는 적이 있습니까?

①예 ☞프로그램 운영비 ( 원/ 년도)

②아니오

♪ 다음은 음악치료사에 관한 일반적 질문입니다. 응답문항에 따라 해당하는 보기에 표기 하고, 기타항에는 구체적으로 기입하여 주세요.

19) 귀 센터의 음악치료 프로그램을 진행하는 전문 음악치료사가 있습니까?

①예

②아니오

20) 귀 센터의 음악치료사는 센터에 정식 고용 되었습니까?

①예 ☞①기간제(시간제) ②정직원

②아니오

21) 귀 센터의 음악치료사 고용 기준 학력 및 자격은 어떻게 됩니까?(중복 체크 가능)

①음악치료 학부 전공 ②음악치료 석사 수료 ③음악치료 석사 학위 취득

④음악치료사 자격증 소지 ⑤기타( )

22) 귀 센터의 현재 고용 된 음악치료사의 학력 및 자격은 어떻게 됩니까?(중복 체크 가능)

- ①음악치료 학부 전공 ②음악치료 석사 수료 ③음악치료 석사 학위 취득  
④음악치료사 자격증 소지 ⑤기타( )

23) 귀 센터의 음악치료사의 성별은 어떻게 됩니까?

- ①남성  
②여성

24) 귀 센터에서는 음악치료사의 성별에 따라 선호하는 성별이 있습니까?

- ①예 ☞①남성 ②여성  
②아니오

25) 귀 센터의 음악치료사 연령은 어떻게 됩니까?

- ①20대 ②30대 ③40대 ④50대 ⑤기타( )

26) 귀 센터에서 음악치료사에게 1회기 session 당 지급되는 pay는 어떻게 됩니까?

- ①2만원 이상 ②3만원 이상 ③4만원 이상 ④5만원 이상 ⑤기타( 원)

27) 귀 센터에 고용 된 음악치료사는 4대보험 가입이 되어 있습니까?

- ①예  
②아니오

♪감사합니다♪