

A Study on the Service Network for Mental Health and Welfare in Japan

일본 정신보건복지 서비스네트워크에 관한 연구

Lim, Yen Jung* 임은정 | Lee, Hae Kyung** 이해경 | Chai, Choul Gyun*** 채철균

Abstract

Purpose: Economic and social pressures are driving Korea to reform its mental health services. However, it is not easy for the governments to find to the proper method for the mental health service network. This study is to find the mental health service network in Japan. **Methods:** The survey was conducted by researches and field studies. 1) Researches for mental health service network and facilities. 2) Field study is for Mental Health and Welfare Network in Tokyo. **Results:** The result of this study can be summarized into three points. The first one, Reform measures are beginning to promote the concept of "normalization" in japanese society. The second one, Facilities of Mental health and welfare system designed by level that can be providing places for people with mental problems. The third one, Facilities consist of barrier-free environment for people with mental problems.

Keywords Mental Health, Health and Welfare facilities, Healthcare Service Network, Normalization

주 제 어 정신보건복지, 건강복지시설, 보건서비스 네트워크, 노멀라이제이션

1. Introduction

1.1 Background and Objective

최근 우리나라는 정신적 질환으로 인해 발생하는 여러 가지 사회문제로 지역사회 정신보건의 중요성을 절감하고 있다.

1995년 우리나라는 최초로 정신보건센터가 개소하면서 본격적인 지역사회 정신보건사업이 추진되었다. 당시의 지역사회 정신보건사업이란 만성정신질환자가 병원에 입원하지 않고, 지역 내에서 생활할 수 있는 환경을 제공하는 것으로, 만성정신질환자 중심이었다. 그러나, 2000년대 이후 자살이나, 우울증 등 정신질환의 종류가 세분화되고 환자수가 급증하면서, 기존의 정신보건사업 방향에 대한 의구심이 증가하게 되었다.

2012년 보건복지부에서 발표한 “정신건강증진종합대책”에 따르면 정신보건사업을 정신건강증진사업으로 방향 전

환함과 동시에 정신보건법¹⁾ 및 정신보건센터²⁾ 등의 “정신보건”을 “정신건강증진”으로 개칭하였다.

사회적 변화와 정책의 발전으로 정신보건서비스체계의 재구축이 요구되고 있지만, 우리의 정신보건환경은 아직도 인력부족, 예산부족, 시설 환경부족 등 다양한 어려움 속에 처해있다. 따라서 본 연구의 목표는 우리나라의 정신보건 서비스네트워크 재구축에 필요한 기초자료를 제시하고자 하는 것에 있으며, 이를 위해 우리와 사회구조가 유사한 일본의 정신보건환경³⁾에 대한 연구를 하고자 한다.

1.2 Methods and Scope of Research

본 연구는 1900년대 이후 일본을 대상으로 사회적 변화,

- 1) 정신보건법은 정신질환의 예방과 정신질환자의 의료 및 사회복귀에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진에 이바지함을 목적으로 제정된다.
- 2) 정신보건센터는 지역사회 정신보건사업의 핵심기관으로, 만성정신질환, 우울증, 자살, 소아·청소년 사업 등 지역 내 정신보건사업을 담당하고 있다.
- 3) Kwon, Jin Sook, 2012, Social Welfare in Mental Health, PP.26~27
일본은 경제·사회적 환경의 급속한 변화로, 국민의 정신건강와해의 심각성을 일찍이 인지하게 된다. 따라서 1964년 보건소를 중심으로 지역사회 정신보건센터를 설립하고 정신보건서비스 네트워크를 구축하였다.

* Member, Doctoral Student, Department of Architecture, Kwangwoon University
** Member, Doctoral Student, Department of Architecture, Kwangwoon University
*** Member, Professor, Dr.-ing, Department of Architecture, Kwangwoon University(Corresponding author: chai@kw.ac.kr)

정책, 법과 제도 등과 관련된 이론적 접근 및 분석, 사용자와 공간이용현황분석을 위한 현장 방문조사, 그리고 의료진 및 전문가 인터뷰를 통한 공공의료 지원현황 및 요구도 조사를 토대로 진행하였다. 면밀한 조사·분석을 위하여 다음과 같이 조사유형별로 대상 범위를 한정하였다.

1) 이론적 접근 및 분석: 일본의 사회적 변화, 정책, 법과 제도 등에 대한 이론적 분석을 통하여 정신보건서비스 네트워크 환경의 변화과정을 조사·분석하였다.

2) 공공의료 지원현황 및 요구도 분석: 이론적 측면에서 조사·분석된 결과를 토대로 대상지역을 선정하였으며, 선정지역을 중심으로 현장 방문조사를 실시하였다. 방문조사는 전문가 인터뷰와 병행하였으며, 이를 통해 서비스 네트워크 환경에 따른 구체적 지원 내용 및 현황 등을 조사하였다. 대상시설로는 도쿄도 내에 위치한 도쿄도중부종합정신보건센터와 미나토구의 보건소⁴⁾, 생활지원센터인 아이하트 미나토를 선정하여 2012년 11월 19일부터 11월 23일까지 현장방문 및 전문가 인터뷰를 실시하였다.

3) 사용자 및 공간이용현황 분석: 도쿄의 정신장애자를 위한 정신보건복지시설의 환경요인과 시설유형 및 특징, 공간이용 현황 등을 중심으로 분석하였다.

연구의 대상지인 도쿄도 중부종합정신보건복지센터의 경우, 사진촬영이 불가하여 본 연구논문에 불가피하게 삽입할 수 없었다.

1.3 Definition of Terms

일본의 경우 정신보건 관련 정책, 시설명 등 우리와 유사한 용어를 사용하고 있어 시설유형 및 체계를 이해하는 데 혼란을 초래할 수 있다. 본문에 사용하고 있는 용어들을 본문에 들어가기에 앞서 다음과 같이 정의를 하였다.

1) 정신보건과 정신보건복지: 현재 우리나라는 1995년 제정된 정신보건법에 근거하고 있으나, 동일한 시기에 일본은 정신보건법에서 정신보건복지법으로 개정하였다. 이를 구분하기 위하여 본 연구에서는 한국의 경우, 정신보건으로, 일본의 경우는 정신보건복지로 용어를 통일하여 기술하였다.

2) 정신보건복지센터(精神保健福祉センター): 한국의 정신보건센터는 광역형과 표준형으로 구분된다. 일본의 경우 우리의 정신보건센터 광역형의 기능을 정신보건복지센터가 담당하며, 표준형 정신보건센터의 역할은 보건소가 담당하도록 하고 있다. 여기에서 유의해야 할 것은 한국의 정

4) 본 연구는 도시의 정신보건체계를 살펴보기 위한 첫 번째 연구이다. 해외 사례의 연구는 우리의 정신보건환경을 구축하기 위한 기초자료로써 활용될 수 있다. 따라서 우리나라에서도 정신보건환경이 가장 잘 구축되었다고 사료되는 서울과 인구 규모가 비슷하며, 서비스 네트워크가 유사하다고 판단된 도쿄의 미나토구를 연구의 대상지로 선택하게 되었다. 미나토구는 보건소 1개소를 중심으로 정신보건 서비스 네트워크를 형성하고 있다.

신보건센터 광역형과 일본의 정신보건복지센터의 기능이 상이하다는 것이다. 이 부분은 본문에서 설명하고자 한다.

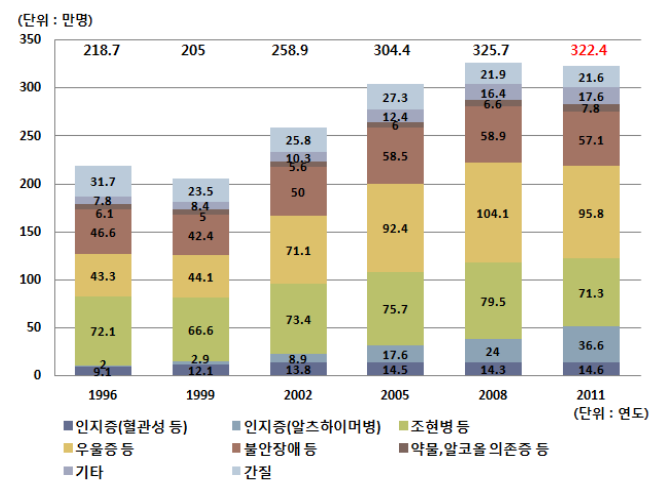
2. Mental Health and Welfare Service Environment of Japan

일본의 정신보건복지 환경은 사회적 변화에 대응하기 위한 정책 및 건축적 요구에서 구축되기 시작한다. 사회적 환경이 급변하면서 정신질환의 유형이 의학적 측면에서 세분화되고, 정신장애를 갖고 있는 질환자의 수적 증가가 가속화된다. 따라서 특별한 계층의 질병, 또는 개개인의 질병으로서 대처함에 있어 현실적 한계에 부딪치게 되었다. 이러한 현상을 극복하기 위하여 국가와 지자체 단위에서 대책을 수립하고, 이를 통하여 설립된 각각의 시설에서 서비스가 제공되게 된다.

일본의 정신보건복지서비스 환경을 체계적으로 분석하기 위해서 본 장에서는 사회적 측면, 정책적 측면, 건축적 측면으로 조사·분석하였다.

2.1 Social Aspects

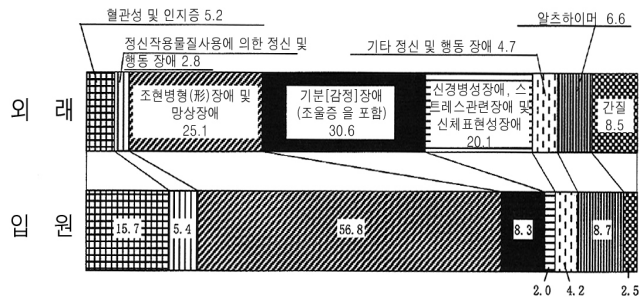
일본사회에서 정신보건 관련 정책은 1900년대 초반 정신질환자의 감호(監護)를 시작하면서 마련되기 시작한다. 1917년 전국적으로 시행한 조사에 의하면, 64,941명이 정신질환자인 것으로 파악되었다. 이후 정신질환자는 해마다 급증해서 2005년에는 300만 명을 넘었고, 2011년에는 320만 명에 달한 것으로 조사되었다(Figure 1).



[Figure 1] Number of mental patients
Reference <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>

정신질환을 앓고 있는 환자의 증상유형을 살펴보면 1996년 조현병이 가장 많은 빈도수를 보였으나, [Figure 1]과 [Figure 2]를 비교 분석한 결과에 따르면 2005년도부터 유병률이 가장 높은 질환은 우울증인 것으로 파악할 수

있다. 이러한 현상은 조현병 환자의 감소에서 기인된 것이 아니라, 우울증 환자의 급증으로 나타난 상황이다.



[Figure 2] A Proportion of inpatient and outpatient(2005)
Reference 太陽美術出版部, 2011, わが国の精神保健福祉(精神保健福祉ハンドブック)-2011年度版, p.773

그러나 입원과 외래를 비교했을 때, 입원 치료의 경우 조현병 및 망상장애가 가장 높은 비율을 차지하고 있음을 알 수 있다. 이를 통해 지역사회에서 담당해야 할 환자의 질병 종류에 따른 비율을 예측해 볼 수 있다.

정신질환은 모든 연령층에서 발생하는 것으로서 이로 인하여 소득 능력의 저하를 비롯하여, 개인 생활의 질 저하 등 사회적 측면에서의 손실을 동반한다. 따라서 정신질환의 높은 유병률로 인한 일본 사회 내에서 사회경제적인 손실은 일본 사회의 부담을 가중시키고 있는 실정이다.

2.2 Political Aspects

일본의 정신보건정책을 관련 법률의 제정과 변화를 통해 분석하면 다음과 같은 4단계의 흐름을 가진다.

첫째, 정신장애에 대한 이해와 법률 제정의 시작: 정신보건복지와 관련하여 제정된 최초의 법은 1900년에 공포된 정신병자감호법(精神病者監護法)이다. 이후 일본신경학회 및 일본정신의학회 등이 창립되면서 일본 정신보건 분야의 발전을 촉진하게 된다. 또한 정신병원법이 공포되었으며, 일본정신위생협회 및 일본심리학회 등 정신보건과 관련된 다양한 학회들도 1900년대 초반에 구축된다.

둘째, 국가 차원의 정신보건 활동의 움직임: 국가적 차원에서 정신보건 관련 움직임이 일어나기 시작한 것은 1940년대 이후이다. 이후 1950년 정신위생법이 공포되고 국립정신위생연구소가 설치되었으며, 1954년 처음으로 전국단위의 정신위생실태조사가 이루어진다.

셋째, 지역사회단위의 정신보건의 시작: 1965년 정신위생센터의 설립과 보건소 업무에 정신위생이 추가된다. 그리고 1967년 지역정신의학회가 설립되면서부터 지역사회단위의 정신보건사업이 시작되었다. 정신과 작업요법이나 데이케어 등이 시작되고, 사회보험진료보수로 점수화, 관련 시설 정비를 위하여 예산을 편성하였다. 1988년에는 정신보건법이 제정되어 국민 보건으로서 정신의 문

제를 다루게 된다. 도도부현(都道府県)⁵⁾에 대한 정신과병원의 설치 의무부여나 지정 입원 제도의 창설을 실시해, 자택이나 지역에 있어서의 처우 문제를 개선하는 관점으로부터, 정신과병원에서의 입원을 중심으로 한 처우가 진행되어 왔다.

넷째, 정신질환자의 노멀라이제이션(normalization): 정신질환자의 노멀라이제이션은 정신질환자를 특별한 그룹으로서 분리하던 것을 지역공동체 내 일원으로 흡수될 수 있도록 하는 근간이 되고 있다. 정신질환자의 처우에 대한 개념을 바꾸고자 사회복지개념을 도입한 것이다. 1995년 정신보건복지법의 제정으로 정신보건 사회복지사제도 및 2005년 “장애인자립지원법”과 “정신보건및정신장애자복지에관한법률”의 개정이 이루어진다. 이들 법률에서는 정신장애자가 지역에서 자립하여 함께 생활할 수 있도록 하며, 국가 및 지방 공공단체 뿐만 아니라 모든 국민은 정신장애자에 대한 이해와 사회복지를 위해 공동 노력을 해야 함을 명시하고 있다.

이들 4가지 흐름 외에 “정신보건의료복지의 개혁비전⁶⁾”이 있다. 2004년 9월부터 10년을 목표로 진행되는 이 사업은 다음의 4가지 목표를 가진다. 첫째, 국민의식 변혁, 둘째, 정신의료체계의 재편, 셋째, 지역생활 지원 체계의 재편, 넷째, 정신보건의료복지정책의 기반 강화이다.

2.3 Architectural Aspects

정신보건과 관련 시설 환경의 관계에 대한 논의는 보건체계를 구축하고자 했던 초기부터 시작되었다.

1959년 세계보건기구(WHO)에서는 각국 정신의료시설의 목표로 “정신의료서비스와 건축(Psychiatric Services and Architecture)”을 간행했다. 이것의 의의는 정신보건에서 물리적 환경의 중요성을 인식하고, 시설이 치료적 수단으로서 무엇보다 가치 있는 부분임을 밝히고 있다는 점이다.⁷⁾

일본의 정신보건복지정책은 시설환경에 관한 예산 및 기준 수립 등에 대한 사항을 구체적으로 제시하고 있다. 이와 관련하여 2011년 발표된 “보건위생시설등시설정비실시계획의내시(内示) (2011.5.20.기준)”에서 정신과 데이케어시설 7건 140,425천만엔, 정신과병원 7건 191,420천만엔, 정신보건복지센터 1건 16,372천만엔의 예산을 사용하고 있는 것으로 조사되었다.

또한 시설의 이용의 편의를 제공을 위하여, 2006년부터

5) 도도부현(都道府県, Prefectures of Japan)은 일본의 광역 자치 단체인 도쿄도, 홋카이도, 오사카 부, 교토 부, 나머지 현 43개소를 칭한다.

6) 厚生労働省, 2004, “精神保健医療福祉の改革ビジョン(概要)”, 精神保健福祉対策本部

7) 建築思潮研究所, 2003, 建築設計資料, 38精神医療・保健施設一病院から社会復帰施設まで, 株式会社建築資料研究社, p.5

“고령자, 신체장애자들의 공공교통기관을 이용한 이동의 원활화의 촉진에 관한 법률(이하, 교통배리어프리법)”과 “고령자, 신체장애자들이 원활하게 이용할 수 있는 특정 건축물의 건축의 촉진에 관한 법률(이하, 하트빌딩법)”을 통합하고 확충시킨 “고령자, 장애자들의 이동 등의 원활화의 촉진에 관한 법률(이하, 배리어프리신법)”이 실시하도록 하고 있다⁸⁾. 기존 법률의 “고령자, 신체장애자”를 “고령자, 장애자”으로 수정함으로써, 지적장애자, 정신장애자, 발달장애자 등 정신장애자가 이용하는 모든 시설이 이 법의 적용대상이 되었다.

결론적으로 일본 정부는 정신보건 관련 시설환경의 중요성을 인지하고, 예산과 법제정 등을 통해 이용자의 편의를 도모할 뿐만 아니라 더 나아가 물리적 환경이 치료의 역할을 담당하도록 하고 있다.

3. Mental Health Service Network and Type of Facilities

“일본의 정신보건복지-정신보건복지핸드북(わが国の精神保健福祉-精神保健福祉ハンドブック)”에서 정신보건복지의 정의를 “사람들의 건강 중에서도 주로 정신적 측면의 건강을 대상으로 하고, 정신장애를 예방, 치료하고, 또는 정신적 건강을 유지·향상시키기 위한 모든 활동을 일컫는다.”라고 밝히고 있다. 여기서 정신적으로 건강한 상태란 “정신적 질환에 걸리지 않은 것은 물론, 개인이 사회에 잘 적응해서 생활할 수 있는 것이다.”⁹⁾라 정의된다. 정신보건복지는 질병의 치료에서 더 나아가 일상생활 적응 단계 전반에 걸쳐 이루어지는 것으로, 정신질환이 있는 사람으로부터 사회에 부적응해서 생활에 곤란을 겪는 사람까지 그 대상을 포괄하여 적용하고 있다.

본 장에서는 정신보건복지 서비스 네트워크를 파악하기 위해 의료시설 및 보건시설, 그리고 사회복지 시설 등을 조사·분석하였다.

3.1 Medical facilities

의료법에서 의료기관은 병원, 일반진료소, 치과진료소, 정신과병원, 결핵요양소, 일반병원으로 분류된다(Table 1).

2009년 10월 기준으로 정신과 병상수는 348,121병상으로 전국 병원 병상의 21.7%를 차지한다.¹⁰⁾ 각 의료기관은 정신질환자의 지역사회 내 자립적 생활을 위하여 정신과병원의 개방화, 단기입원과 조기퇴원, 야간병원(night

hospital) 등을 통해 지역사회와의 관계를 늘이고, 통원치료, 데이케어 등 가능한 환자가 일상생활을 영위하면서 치료를 진행할 수 있도록 하고 있다.¹¹⁾ 이들 사업을 적극적으로 추진하기 위하여 의료비 지원을 실시하며, 지원 비율은 [Table 2]와 같다.

[Table 1] Classification of medical institutions at the medical law in Japan

의료기관	정의	규모기준
병원	의사 또는 치과의사가 의업 또는 치과의업을 행하는 기관	환자 20인 이상의 입원시설을 가진 곳
일반 진료소	의사 또는 치과의사가 의업 또는 치과의업을 행하는 기관 (치과의업만을 행하는 기관은 제외)	환자의 입원시설을 가지지 않은 곳 또는 19인 이하의 입원시설을 가진 곳
치과 진료소	치과의사가 치과의업을 행하는 의료기관	환자의 입원시설을 가지지 않은 곳 또는 19인 이하의 입원시설을 가진 곳
정신과 병원	정신병동만을 가진 병원	
결핵 요양소	결핵병상만을 가진 병원	
일반 병원	상기 이외의 병원 (1998년 까지는 전염병원도 제외)	

[Table 2] The proportion of mental health care costs of national health expenditure (Unit: billion yen)

Category	2004	2005	2006	2007	2008
국민의료비	321,111	331,289	331,276	341,360	348,084
정신의료비	19,506	18,863	19,369	19,378	17,987
비율(%)	6.7	6.6	6.7	6.7	6.7
공비부담 의료비	21,671	21,987	22,125	23,002	23,310
정신보건 및 정신장애자 복지관련 법률	1,242	1,350	65	66	65
자립지원 의료	-	-	1,508	2,424	2,687

Reference 太陽美術出版部, 2011, わが国の精神保健福祉(精神保健福祉ハンドブック)-2011年度版, p.70

[Table 2]에서 국민의료비는 꾸준히 증가하고 있으나, 정신의료비는 감소하는 것으로 나타난다. 그리고 “정신보건 및 정신장애자 복지에 관한 법률(이하 정신보건복지법)”에 의거한 의료비가 2006년 급격하게 감소하고 있는 것을 알 수 있다. 정신의료비와 정신보건복지법 부분의 비용감소는 2006년부터 실시된 자립지원의료비에 갱생(更生)의료, 육성(育成)의료, 정신통원의료비가 포함되도

8) 沼尻 恵子, 林 隆史, 藤村 万里子, 2008, 知的障害者、精神障害者、発達障害者に対応したバリアフリー化施策に係る調査研究, 国土交通省総合政策局安心生活政策課, p.1
9) 太陽美術出版部, 2011, わが国の精神保健福祉(精神保健福祉ハンドブック)-2011年度版, p.13
10) Ibid., p.72
11) Ibid., p.64

록 변경되어 나타난 현상이므로, 실질적 비율은 2007년부터 급격히 증가하고 있음을 알 수 있다.

3.2 Health Center

1964년 일본에서 정신질환자에 의한 미국대사 상해 사건이 일어났다. 이를 계기로 정신질환자의 관리에 대한 문제가 불거졌으며, 이듬해인 1965년 정신위생센터가 설치·운영되고, 보건소의 업무영역에 정신위생이 포함되었다. 이때부터 보건소는 일본의 정신보건 사업을 담당하게 되었다.

보건소 운영체제는 의료서비스 중심의 전달체계를 활용하고 있으며, 장점은 지역주민 특성에 맞는 욕구 충족, 적은 비용의 사업 추진, 정부 보조금의 예산 확보, 지역자원개발을 통한 복지서비스 제공, 타 기관과의 연계가능 등 지역사회 기반이 약한 국가에서 유용한 운영방식이다. 단점으로 언급되는 것은, 상부 하달식의 구조, 지역주민의 접근성 저하, 전문 인력의 부족으로 인한 전문성 결여, 자율성, 독립성 제한 등이 언급되고 있다.

일본의 보건소에서는 정신보건복지법을 시작으로 관계 법령에 근거해 업무를 처리할 뿐만 아니라, 지역주민의 수요에 부응하여 광범위하게 정신보건복지서비스 사업을 실시하고 있다. 또한 필요에 따라 상담과 지도를 위해 방문을 하거나 정신보건복지상담원이 배치된다. 이는 도도부현의 지사 및 보건소가 설치되는 시의 장에 의해 행해진다.

각 지역에서 정신보건복지행정에 중심적 역할을 담당하고 주 업무 실시기관인 보건소의 설치 현황은 아래와 같으며, 여기에 보건지소는 포함하고 있지 않다(Table 3).

[Table 3] Changes in the number of health centers established for each municipality(anchor date: 2012.4.1)

설치주체	2007	2008	2009	2010	2011	2012
도도후켄	394	389	380	374	373	372
지정도시	58	58	59	50	50	51
중핵시	35	39	41	40	41	41
정령시	8	8	7	7	8	8
특별구	23	23	23	23	23	23
합 계	518	517	510	494	495	495

3.3 Mental Health and Welfare Center

정신보건복지센터 관련 법적 규정인 정신보건복지법 제 2장 제 6조에서 정신보건의 향상 및 정신장애자의 복지 증진을 도모하기 위한 기관으로 정신보건복지센터를 설치·운영하도록 하고 있다. 정신보건복지법(제 5조)에서 시설 이용 대상자는 “정신장애자, 조현병, 정신작용물질에 의한 급성중독증 또는 그 의존증, 지적장애, 정신병질 그 외 정신질환을 가진 자”로 정의하고 있다.

센터의 조직은 원칙적으로 총무부문, 지역정신보건복지

부문, 교육연수부문, 조사·연구부문, 정신보건복지 상담부문, 정신의료심사회 사무부문 및 자립지원의료(정신통원의료)/정신장애자 보건복지수첩판정부문 등으로 구성된다.

각 조직의 업무는 다음과 같다. 기획입안, 기술지도 및 기술원조, 인재육성, 보급개발, 조사연구, 정신보건복지상담, 조직육성, 정신의료심사회의 심사에 관한 업무, 자립지원의료 및 정신장애자보건복지수첩의 신청에 대한 판정업무와 자립지원의료 지급인정 업무 등이 있다. 이밖에 진료 기능이나 데이케어, 장애자자립지원법에서 규정하는 장애 복지서비스 등 재활기능을 가지는 것이 바람직하다고 기술하고 있다. 이러한 업무를 시행하기 위한 센터의 인력은 의사, 정신보건복지사, 임상심리기술자, 보건사, 간호사, 작업요법사 외에 센터의 업무를 행하는데 있어 필요한 직원들로 구성된다.¹²⁾

정신보건복지센터의 시설 설치 규정은 인구 400만 명당 1개소로, 일본 전체 48개소에서 68개소(2011년 기준)로 증가한 것으로 나타났다.

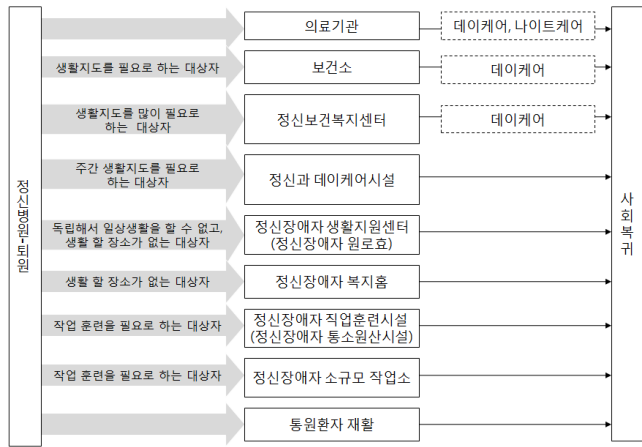
3.4 Social rehabilitation facilities and residential support

지역사회 내 정신건강의 실현은 사회복귀시설의 구축 정도와 밀접한 연관성을 가진다. 사회복귀시설과 관련하여서는 “정신장애자 사회복귀시설의 설비 및 운영에 관한 기준(1950년 법률 제123호)”에서 정신장애자 이용시설을 다음의 5가지로 분류하고 있다. 정신장애자 생활훈련시설(제 13~22조), 정신장애자 수산시설¹³⁾(제 23~29조), 정신장애자 복지홈(제 30~34조), 정신장애자 복지공장(제 35~38조), 정신장애자 지역생활지원센터(제 39~43조)이다. 이 법률에서 제시하고 있는 것은 운영규정을 뿐만 아니라, 의료 기관과의 연계, 그리고 지역과의 연계 등을 포함하고 있다.

3.5 Use Characteristics Comparison of Local Networks Available Facilities

정신보건복지에 관한 모든 활동들은, 정신질환의 예방, 초기발견, 조기치료 및 정신장애자의 사회복귀와 자립지원 등을 촉진시키기 위해 실시된다. 이를 위해서는 지역주민의 정신건강이라는 하나의 목적을 두고, 환자의 질병 단계에 적합한 시설을 이용할 수 있도록 하는 단계적 서비스를 제공하는 것이 중요하다. 일본은 질환의 중증정도 및 이용자의 특성에 따라 단계적으로 시설을 아래 [Figure 3]과 같이 갖추고 있다.

12) 東京都立中部総合精神保健福祉センター、2012、事業概要、p.14
 13) 정신장애자수산시설은 고용되기 어려운 정신장애자를 대상으로, 스스로 생활을 할 수 있도록 저비용으로 직업 훈련을 받을 수 있게 하기 위한시설이다.



[Figure 3] Psychiatric hospitals · health facilities – Plan corresponding to the flow of mental health
 Reference 建築思潮研究所, 2003, 建築設計資料38精神医療・保健施設一病院から社会復帰施設まで, 株式会社建築資料 研究社, p.32

4. Mental Health and Welfare Network in Tokyo

3장까지 일본의 정신보건복지에 대해서 이론적 측면에서 접근한 것을 본 장에서는 각 지방에서 어떻게 적용하고 시행하고 있는지에 대하여 도표를 사례로 들어 설명하겠다. 도쿄의 정신보건은 정신보건복지센터 3개소가 3개의 영역으로 분할하여 관리한다. 이중 본 연구에서는 도쿄도중부종합정신보건복지센터를 대상으로 하였고, 그 관할 지역 내의 보건소와 보건지소, 생활지원센터를 대상으로 하였다.

4.1 Mental Health and Welfare Network

도쿄도에서 밝히고 있는 정신보건복지시책은 아래와 같다. 예방과 증진, 그리고 의료와 사회복귀로 나누어 세부사업내용을 제시하고 있다(Table 4).

[Table 4] Mental health and welfare service system in Tokyo (anchor date: 2012.4.1.)

구분	세부사업 내용	
발생예방과 정신적 건강	보급개발사업	보건소 보급 개발사업
		민간단체위탁
	상담사업	정신보건 상담
		노인 정신보건 상담, 알코올·약물상담 등
방문지도	야간정신 전화상담	
	정신보건 방문지도, 노인 정신보건 방문지도, 알코올 방문지도 등	
의료 및 보호	입원의료	정신장애자 지정의 진찰/호송
		처치입원환자 의료비 조성사업
		정신병원 및 응급병원 지정
		정신병원 실지지도

의료 및 보호	통원의료	자립지원의료(정신통원의료)	
		통원환자의료비조성사업	
	구급의료	야간휴일 구급진료사업 위탁	
		구급의료체제 정비	
	합병증 의료	정신과환자신체합병증 진료 위탁	
	질병대책	소아정신장애자 입원의료비조성사업	
자폐아동 요양비 조성사업			
치매 고령자 의료대책		전문병동보조사업	
		고령자정신의료상담(센터)	
알코올 정신질환의료 대책	전문병동 보조사업		
시설정비	의료시설근대화 시설정비사업		
심신실조자등의료관찰법제정			
사회복귀 및 자립과 사회참여	장애자 자립지원 법에 근거한 서비스	개호	주택개호(홈헬프)
			단기입소(숏스테이)
			요양개호
			생활개호
			공동생활개호(케어홈)
	훈련 등	자립훈련(생활훈련)	
		취로이행지원	
		취로지속지원(A형)(B형)	
	지역생활지원 사업	공동생활원조(그룹홈)	
		지역생활지원 사업	상담지원사업
장애자권리옹호상담원조			
지역생활지원센터(Ⅰ형),(Ⅱ형),(Ⅲ형)			
복지홈			
전문성이 높은 상담지원사업 (발달장애, 고차뇌기능장애)			
정신장애자 사회복귀 시설(경과 처치시설)	정신장애자 생활훈련시설		
	정신장애자 통소원산시설		
	정신장애자 소규모 통소(通所) 원산시설		
정신보건 복지법 등에 근거한 서비스	정신장애자 보건복지수첩		
	정신장애자 도영(都營)승차증발행사업		
	퇴원 촉진 지원사업		
	정신장애자 사회적응훈련사업(통원환자재활)		
	전문그룹워크(보건소 사회복귀촉진사업)		
정신보건 복지센터	중부종합 정신보건 복지센터	공동작업소	
		기획입안, 기술원조, 교육연수, 보급개발, 조사연구, 정신보건복지상담, 조직육성, 데이케어(작업훈련), 정신훈련심의회사무, 자립지원 의료(정신통원의료)및 정신장애자 보건복지수첩의 판정, 아웃리치지원	
		* 종합센터 사업	
		아웃리치지원에 근거한 단기숙박사업	
부속기관	도쿄도지방정신보건복지심의회		

정신장애와 연계되는 부서로서는 건강복지부, 복지부, 지역복지부가 있으며, 과(課)로는 장애자복지과, 복지과, 아동복지과, 복지건강과, 지역복지과, 장애복지과, 복지서비스지원실 등이 있다. 또한 계(系)에는 상담지원계, 장애복지계, 장애자지원계, 장애계, 정신담당, 보건복지계, 장애자지원담당 등이 있는 것으로 조사되었다.

4.2 Tokyo Central Mental Health and Welfare Center

1972년 의료시설의 형태로써 도쿄도세타가야재활센터로 개설하여, 1985년 도쿄도중부종합정신위생센터로 그 용도가 변경된다. 설립 당시 담당지역은 특별구 내 10개 구와 타마지구 전 지역이었다. 이후 1995년 도쿄도중부종합정신보건복지센터로 개명되게 된다. 현재는 특별구 내 10개 구의 인구 약 453만명을 담당하고 있다.

시설 설치와 운영의 측면에서 도쿄도중부종합정신보건복지센터는 10개구의 중심이 되는 위치에 위치하고 있으며, 역에 인접하고 있어 접근성이 매우 뛰어나다. 시설 규모는 대지면적 189,595.05m²이며, 연면적 5,519.49m²이며, 높이 5층으로 되어있다. 층별 시설용도는 아래 표와 같다(Table 5).

[Table 5] Tokyo Central Mental Health Center

구분	실의 구성
1층	대기홀, 사무, 상담, 강당, 작업요법, 식당 등
2층	연수, 세미나, 데이케어, 병실
3층	입원=정신장애자원호료
4층	입원=정신장애자원호료
5층	입원=정신장애자원호료

시설 이용자를 위해 단체 견학 및 개인 견학을 실시하고 있으며, 한 달에 약 4~5회에 걸쳐 이루어진다. 단체 견학은 보건소 및 보건지소, 그리고 종합지소 등의 기관연계로 이루어진다.

4.3 Minato Public Health Center

미나토구 보건소에서 실시하는 정신보건관련 업무는 아래 4가지로 나누어진다.

1) 예방, 조기발견, 조기치료: 정신보건복지에 관한 지식의 보급계발을 위해 일반주민, 지원자 등을 대상으로 강연회 등을 개최한다. 또한 조현병 등의 가족을 위한 가족교실을 개최하고 있다.

2) 정신보건상담: 일반정신보건상담과 인지증 등 전문의에 의한 상담을 실시한다. 지정의 4명이 월 1회 보건소에 방문하여 이들을 상담한다. 따라서 상담자는 주 1회 지정된 날짜에 예약을 통해 상담을 받을 수 있다. 정신보건사에 의한 상담은 상시가능하다.

3) 의료: 도쿄도의 사업의 일환인 소아정신장애자입원의료조성이 있다. 보건소에서 신청을 받아 도쿄도로 전달된다. 또한 정신장애자 입에도 보호자가 없어 입원에 필요한 동의를 행할 수 없는 경우 구(區)장이 보호자가 되어 입원 동의를 행하다.

4) 사회복귀: 사회복귀와 관련하여서는 정신장애자보건복지수첩을 신청 및 교부의 업무를 담당하고 있으며, 데이케어를 실시한다. 미나토구의 경우 주 2회 실시하는 것으로 조사되었다. 이 밖에 정신장애자 사회적응훈련사업을 실시를 위한 상담과 신청, 퇴원촉진 코디네이터 사업, 정신과 방문간호 사업이나 체험숙박 등의 사업을 실시한다. 체험숙박의 경우 도쿄도중부종합정신보건복지센터에서 가능하다.

이상의 업무 내용으로 살펴볼 때에 보건소의 주 업무는 지역주민의 정신보건에 대한 상담과 교육, 그리고 정신보건과 관련된 기관 연계라 할 수 있다.

미나토구 보건소의 시설 현황을 살펴보겠다. 미나토구 보건소는 리모델링하여 2012년에 오픈되었다. 총 8층으로 정신보건관련 업무는 4층에 위치한 보건 예방과와 건강추진과에서 담당한다. 4층은 사무공간과 데이케어 공간, 그리고 상담공간으로 구성되어 있다. 전체적으로 신배리어프리법에 의거하여 배리어프리 환경을 조성하고 있다. 접근성의 측면에서 인근에 역이 설치되어 있어 이용의 편의성을 높이고자 하고 있다. 1층에는 정신장애자 재활을 위한 카페가 설치되어 있다(Figure 5).



[Figure 4] Entrance of health center



[Figure 5] Health center cafe at the entrance

4.4 Living Support Center - Ai Heart Minato

정신장애자 사회복귀시설이나 주거지원사업 등은 “도쿄도보건의료계획”과 “노멀라이제이션추진도쿄플랜(도쿄도장애자계획)” 등에 의해, 계획적으로 정비해오고 있다. 그 중에서 사회복귀시설에 대해서는 도(都)도자의 계산에 의해, “활동의 장”, “생활의 장” 모두 절대적으로 부족한 것이 명확히 되어 2000년에 “정신장애자 사회복귀시설 존재방법 검토회”를 설치하고, 아래와 같이 정비 방향과 목표를 세웠다(Table 6).

아이하트 미나토는 지역생활지원센터로서 과거 미나토구에서 운영하던 것을 민간이 위탁받아 운영하고 있다. 위탁운영이기 때문에 해당 구에 살고 있는 사람들을 대상으로 하며, 이용료는 무료이다.

[Table 6] Direction and goals of the development of rehabilitation facilities in Tokyo

시설 구분	2005년	정비 방향성	최종목표
생활훈련 시설	계획	인구 30만 명당 1개소	전체 도(都)내 42개소
	실적		
복지홈	계획	인구 30만 명당 1개소	전체 도(都)내 42개소
	실적		
그룹홈	계획	인구 10만 명당 3개소	전체 도(都)내 381개소
	실적		
지역생활 지원센터	계획	전 구·시·정·촌 1개소이상 (인구 30만 명을 넘는 구·시·정·촌은 복수설치)	전체 도(都)내 91개소
	실적		
통소원산 시설	계획	전 구·시·정·촌 1개소 이상 (인구 10만 명당 1개소 정도)	전체 도(都)내 150개소
	실적		
소규모통소 원산시설	계획	공동작업소부터 순차전환	전체 도(都)내 174개소
	실적		
공동작업소	계획	소규모 통소원산 시설화 추진	
	실적		

시설 이용에 있어 자격요건은 없으며, 단순히 친구가 필요하거나, 상담을 원하는 사람들이 이용가능하다. 주로 정신에 장애가 있는 사람이나 그 가족들이 지역에서 안심하고 살 수 있도록 지원하고, 사회복귀와 자립 및 사회참여를 도모하기 위한 시설이다.

역으로부터 접근성이 뛰어나며, 지역순환버스를 이용 가능하다. 시설 규모는 높이 3층으로 1층에는 자원봉사자실이 있고, 사랑방기능의 다다미가 설치되어 있는 와실(和室)이 있으며, 2층에는 사무공간과 응접실, 그리고 주방과 식당 등이 있다(Figure 6, 7). 3층은 정신장애자 소규모 작업소가 위치한다.



[Figure 6] Kitchen and dining [Figure 7] Office and Drawing room

5. Conclusion

본 연구는 일본의 정신보건복지와 관련된 서비스 네트워크를 파악하고자 사회적 변화, 정책, 법과 제도 등에 대한 이론적 분석 및 현장 방문조사와 전문가 인터뷰 조사 등을 통하여 일본의 정신보건서비스 네트워크 환경 및 시설환경을 분석하고자 하였다. 주요 결과를 요약하면 아래와 같다.

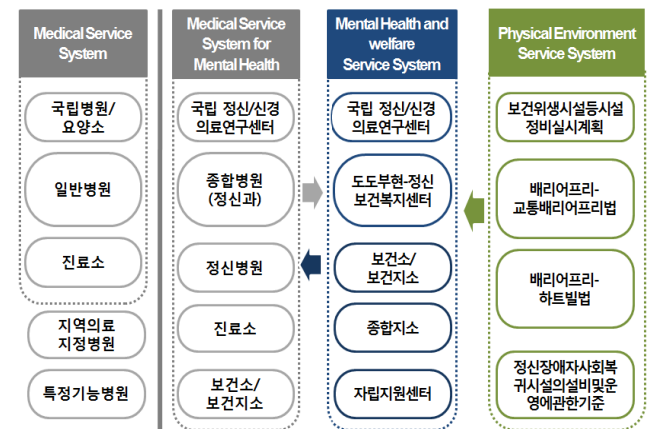
1) 사회적, 정책적, 건축학적 접근을 통한 이론적 분석의 결과는 다음과 같다.

- 사회적 측면에서는 조현병 환자가 주요 정신질환의 유형이었으나, 질병의 종류가 다분화되고 이와 더불어 최근 우울증 환자의 비율 급증하고 있다. 또한 조현병 환자의 경우 여전히 입원치료의 비율이 높으며, 우울증의 경우 통원 치료환자의 비율이 높다.

- 정책적 측면의 분석 결과, 현재 일본의 정신보건복지는 정신장애자의 노멀라이제이션을 추구한다. 따라서 정신장애자 역시 지역사회 내에 자립된 생활을 할 수 있도록 이에 적합한 복지환경을 구축하고자 하고 있다. 이용자가 질환의 상태에 적합한 시설을 단계적으로 이용 가능하도록 시설 이용의 대상자를 구분하고 있다.

- 건축적 측면의 분석 결과, 정신보건 환경 구축의 초기부터 시설환경은 중요시되어 법률에서 이들 관련 시설환경 구축 및 정비를 정신보건복지서비스의 세부 항목으로 수립하고 있다. 또한 이들 시설은 배리어프리화 하트빌딩법에 의해 이용편의를 지원하고 있다.

위와 같은 이론적 측면에서의 분석결과는 아래 [Figure 8]과 같다.



[Figure 8] Service Network System of Mental Health and Welfare in Japan

2) 정신보건서비스 네트워크와 시설 유형별 분석결과는 다음과 같다.

- 병원시설: 지역 내에서 정신질환자가 일상생활을 영위할 수 있도록 병원의 개방화와 야간병원, 그리고 데이케어 등을 운영하며, 의료비 지원과 더불어 활성화되고 있다.

-정신보건복지센터: 인구 400만 명당 1개소로 담당지역의 조사 및 정신보건 인력 양성과 보건소 등에서 담당하기 어려운 환자를 담당하고 있다. 데이케어 운영 및 단기 입소 시설을 갖추고 있으며, 상근의가 있어 보다 체계적인 정신보건서비스 제공을 하는 기관이다.

-보건소: 인구 10만 명당 1개소로 지역과 긴밀한 관계를

맡으며 정신보건복지의 중심 기관으로서의 역할을 담당한다. 주 업무로 지역 내 정신보건시설 인프라 활용을 위한 연계서비스 및 의료비 지원, 정신장애자 수첩접수 등을 행한다. 그리고 예방과 증진을 위해 상담과 데이케어, 강연회 등을 프로그램을 운영하고 있다.

-생활지원센터: 시정촌에 1개소 이상, 특히 30만 명이 넘는 경우 복수 설치하도록 되어 있다. 상담 및 데이케어 기능을 하고 있다. 보건소와 정신보건복지센터와의 가장 큰 차이점은 이용자들의 시간제약이 없는 자율적 참여가 가능한 시설이다.

본 연구에서는 일본을 대상으로 정신보건복지 시설의 체계를 정리하고 체계에 따른 시설을 조사하였다. 향후 정신보건 서비스네트워크의 구축운영을 위해서는 각국의 시설 유형별 건축적 요구와 더불어 정신보건정책 등의 변화추이 등에 대한 지속적 연구가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

Acknowledgements: This work was supported by the National Research Foundation of Korea Grant funded by the Korean Government (NRF - 2012 - 330-2012S1A3A2033798)

References

1. Moon, Sung Mi, 2000, A Comparative Analysis on the Community Mental Health System, Chung-ang University
2. 東海林文夫, 吉村伸子, 永井恵, 2007, “保健所組織の動向に関する調査”, 全国保健所長会-地域保健の充実強化に関する委員会
3. 建築思潮研究所, 2003, “建築設計資料38 精神医療・保健施設一病院から社会復帰施設まで”, 株式會社建築資料研究社
4. 東京都立中部総合精神保健福祉センター, 2012, “事業概要”
5. 東京都福祉保健局, 2012, “道しるべ”
6. 新宿区健康部・新宿区保健所, 2012, “新宿区の保健衛生(事業概要)”
7. 医療法人同和会千葉病院, 2012, “年報2012(2012年度活動報告)”
8. 沼尻 恵子, 林 隆史, 藤村 万里子, 2008, “知的障害者、精神障害者、発達障害者に対応したバリアフリー化施策について”, 国土交通省総合政策局交通安心生活政策課
9. 太陽美術出版部, 2011, “わが国の精神保健福祉(精神保健福祉ハンドブック)-2011年度版”
10. 厚生労働省, 2004, “精神保健医療福祉の改革ビジョン(概要)”, 精神保健福祉対策本部
11. 厚生労働省, 2013, “Number of mental Patients”, <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html> 2013.3.31

접수 : 2013년 3월 27일

1차 심사 완료 : 2013년 4월 19일

게재확정일자 : 2013년 4월 19일

3인 익명 심사 필