

A Study on the Management System and the Facility Type of Mental Health and Welfare Center in Japan (1)

일본 정신보건복지센터의 운영체계 및 시설유형 분석연구 (1)

Lim, Yenjung* 임은정 | Chai, Choul-Gyun** 채철균

Abstract

Purpose : Mental health service desire has been diversified according to the increase of economic level and rapid social change. Mental Health and Welfare Center(MHWC) is a provider of mental health services in Japan. This is a basic stage study which will suggest the architectural planning guidelines for MHWC. **Methods :** Data were collected through literature research, field surveys, and expert interviews to 69 MHWC in Japan. 1) Research for the policy and legal aspects of mental health support system. 2) Research for structural aspects of MHWC: Characteristics of establishment, management, and regional factors. 3) Research for the physical environment aspects of MHWC: Classification and evaluation of MHWC's Type by locational characteristics in Japan. **Results :** The result of this study can be summarized into three points. The first one, Mental Health and Welfare Center's service has being expanded to suicide, depression and stress from chronic mental illness, to reflect social needs. The second one, The average population of area installed at Mental Health and Welfare Center was 2,307,570 person, and average area of the regions were 5,745m². The third one, Mental Health and Welfare Center is divided into single-structure type and combine-structure type. And combine-structure type is divided into medical-combine type, welfare-combine type, and public-combine type.

Keywords Mental health, Medical Facility, Welfare Facility, Mental Health and Welfare Center

주 제 어 정신보건, 의료시설, 복지시설, 정신보건복지센터

1. Introduction

1.1 Background and Objective

건강에 대한 관심은 시대별로 변화의 양상을 나타내고 있다. 최근의 화두는 정신건강으로, 정신건강의 영역은 우울, 자살, 중독 등으로 확대되고 있다. 한국사회는 산업화와 근대화 과정으로 경제적·사회적 변화를 겪으며 정신질환자가 급증해 왔으며, 그에 따른 정신보건서비스에 대한 국가의 역할이 중요시되고 있다.

한국 정신보건서비스 제공을 위한 핵심기관은 정신건강증진센터이다. 전국에 설치된 정신건강증진센터는 광역 14개소,

기초 191개소가 각각 설치되어 있으며, 33개 지자체는 센터의 설치가 이루어지지 못하고 있다(보건복지부, 2012: 20). 1995년 센터의 설치가 최초로 이루어진 이후 10년이 경과하는 시점인 지난 2012년 6월 25일 보건복지부의 “정신건강증진 종합대책 안내”에서 정신건강증진센터를 통한 공공정신보건 서비스 제공 확대를 위한 정신보건 서비스 인프라 구축계획을 밝혔다.

한편, 일본의 정신보건서비스 핵심기관은 정신보건복지센터이다. 서비스 영역은 한국의 광역정신건강증진센터와 유사하며, 1950년대 정신위생상담소로 설치되기 시작해 현재 센터의 형태를 갖추기까지 여러 차례 법개정과 더불어 시설의 모습이 변화해왔다. 현재, 일본의 정신보건서비스는 의료에서 복지, 만성질환자 중심에서 국민전체를 포괄하는 생활전반에 대한 종합적인 서비스를 지원하는 체제로써, 한국에서 요

* Member, Doctoral Student, Department of Architecture, Kwangwoon University

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

구되는 정신보건 서비스 영역과 상당히 일치된다. 상이한 점이 있다면, 일본의 정책은 물리적 환경구축과 동반하여 이루어진다는 점이다. 일본의 보건 및 복지와 관련된 시설은 사회적 요구에 적합한 운영 프로그램으로의 개선과 더불어 시설 환경 구축을 위하여 노력하고 있다. 국민의 건강과 관계되는 보건시설은 도시 구조를 형성하는 요소로서 설치시기와 규모, 개수에 따라 생활환경에 영향을 미치고 있음을 인지하고 있기 때문인 것으로 판단된다.

따라서 본 논문은 한-일간의 보건정책, 의료문화, 운영프로그램, 공간구성 등을 포함하는 정신보건서비스 통합체계의 비교분석을 통하여 향후 개선방안 도출을 목적으로 진행한 1단계 연구의 조사결과를 토대로 작성하였다. 이에 따라 수행한 본 연구는 향후 연구 기반의 구축을 위하여 일본의 정신보건서비스의 중추적 시설인 정신보건복지센터를 중심으로 정책, 법률, 구조적 측면에서의 현황조사분석을 목적으로 진행하였다.

1.2 Methods and Range

본 연구는 앞에서 언급한 목적에 따라 일본에 설치된 69개소의 정신보건복지센터(A1~A69)를 대상으로 하여, 다음과 같은 방법으로 진행하였다(Table 3).

1) 정책 및 법률적 측면: 사회적 환경변화와 더불어 정책, 법과 제도의 변이과정 등에 대한 이론적 분석을 통하여 현재의 정신보건복지센터의 형성과정을 조사분석하였다. 후생노동성, 지역별 정신보건복지센터 관련 자료 그리고 정신보건복지센터 연보 및 전문지에 게재된 자료를 중심으로 조사분석하였다.

2) 구조적 측면: 정신보건복지센터의 연도별 설치 현황 및 특성, 입지 및 규모 특성 등을 조사분석하였다.

3) 유형적 측면: 도시 내 정신보건복지센터의 설치기준에 대한 분석과 더불어 센터의 입지 및 운영형식을 유형화하고, 각 특성을 조사분석하였다.

2. Mental Health Environment

2.1 Aspects of Social Requirement

정신건강과 관련된 사회적 환경의 구축은 각 시대의 질병관과 환자에 대한 사회적 지위 등을 반영하여 나타난다. 시대별로 나타난 사회적 변화를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 개인 및 가족중심의 치료: 1900년대까지 정신질환의 치료는 개인 및 가족의 역할이 주도적이었다. 그러나, 이후 급격히 진행된 산업화 및 도시화와 더불어 핵가족체계의 가족구성 변화 등으로 인하여 개인 및 가족 중심의 정신질환치료는 많은 문제에 봉착하였으며, 이에 대한 해결책으로 공공의료서비스체계로의 전환이 요구되었다.

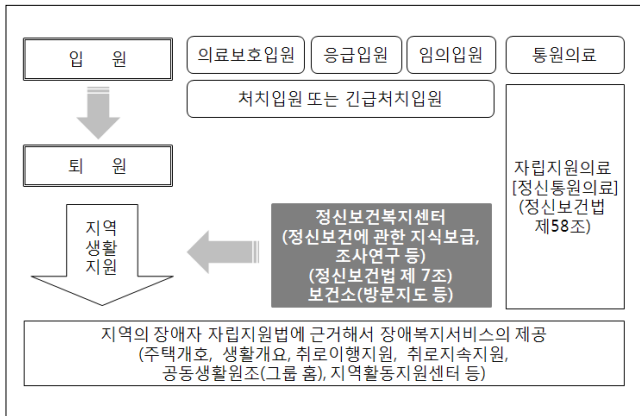
둘째, 입원중심 치료의 시작: 1900년대 중반 정부는 의료보험, 의료보호제도의 도입과 더불어 정신병원에 입원시키는 정책을 추진함으로써 일본 내 정신과 병상이 급격히 증가하였다. 그러나 정신과 병상이 급증하는 가운데 정신질환자의 인권에 대한 중요성을 일깨우는 사건¹⁾들의 발생과 더불어 OECD 국가 중 가장 많은 입원병상을 보유한 국가로 국제사회에서 많은 비난을 받게 되었다. 이러한 현상을 기점으로 정신병상 감소와 함께 지역사회를 기반으로 하는 정신보건시스템을 갖추기 위한 노력을 시작하였다.

셋째, 외래중심의 낮병원으로의 전환: 정신과 환자의 인권 문제, 국제사회의 비난 등으로 인하여 병상수 감소를 위한 정책의 일환으로 의료보험, 의료보호제도의 개선을 통한 정신과 낮병원의 수가 인상 그리고 외래 낮병원의 본인부담비율을 낮추는 낮병원 진흥정책을 실시하였다. 그러나 정신과 병상 대부분을 민간의료시설에서 운영하고 있어 정부의 예상과는 달리 초기에는 입원 병상수의 두드러진 감소세는 나타나지 않았다(The Korea Institute for Health and Social Affairs, 2001: 19-20). 낮병원 진흥정책의 지속적인 시행에 따라 1991년 이후 정신과 입원환자가 감소하고, 1993년 이후에는 정신병상 자체가 감소하기 시작하여, 1999년까지 약 4,500개의 정신병상이 감소하였다(Ministry of Health, Labour and Welfare, 2000).

넷째, 지역사회 중심의 정신보건복지정책 시행: 지역공동체의 일원으로 지역사회 내에 정신질환자를 수용하고자 하는 정책의 변화와 함께 1995년에 시행한 정신보건복지법에 이어 2005년 장애인복지지원법이 도입되었다. 이는 정신질환에 대한 질병관 변화, 정신질환자의 사회적 지위 향상과 더불어 시민으로서 관련 복지 제공 등으로 수용이 아닌 생활지원 중심으로 변모되었다.

2004년에 정신보건복지대책본부는 「정신보건의료복지 개혁비전」과 함께 「입원의료로부터 지역생활중심으로」라는 정신보건복지정책의 기본 방침을 공표했으며, 2010년부터는 「정신장애자 지역이행·지역정착 지원사업」이 「정신장애자 지역이행 지원 특별 대책사업」으로 추진되고 있다. 현재 사업의 추진을 위해 지역이행 추진원과 지역체제 정비 코디네이터의 배치를 추가하였으며, 의료시설 내 진료 후에 퇴원한 정신장애자에 대한 지원체제의 구축과 정신질환으로의 초기대응을 행하기 위한 사업을 추가하고, 공동지원(peer-support) 활동비용을 계상함과 동시에 정신장애자와 지역 교류촉진사업도 추진하고 있다(Ministry of Health, Labour and Welfare, 2000).

1) 1964년 정신질환자에 의한 미국대사 상해 사건 외.



[Figure 1] Community-based system

Note: <http://www.mhlw.go.jp>

2.2 Aspects of Political Requirement

국가단위의 행정조직으로 후생노동성 사회·원호국 장애보
 건복지부 장애보건과 및 정신·장애보건과가 주관기관으로
 되어 있으며, 부속기관으로써 국립정신·신경센터 정신보건연
 구소와 사회보장심의회 및 의도심의회가 설치되어 있다
 (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2000). 도도부현과
 정령시의 행정조직은 위생주관부국 등 정신보건복지주관과
 에서 담당한다. 각 지역자치단체는 1965년 정신위생법 개
 정과 함께 지역정신보건센터를 설치·운영하고 있다. 최근 정
 신보건법이 개정되면서 정신보건심의(심)원회의 기능 등 일부
 행정기능을 지역자치단체에서 광역의 정신보건센터로 이양
 하여, 일반보건과 정신보건행정이 지역자치단체와 일부 분
 리되고 있는 상황이다(The Korea Institute for Health and
 Social Affairs, 2001: 32). 정신보건복지센터는 지역자치단
 체의 정신보건 심의(심)원회, 지역정신보건사업 기술지원단,
 지역자치단체의 정신보건서비스 제공 기능을 모두 통합하여
 운영하고 있다. 정신보건복지센터의 인력은 공무원으로서,
 정신보건복지센터 뿐만 아니라 보건소 및 행정기관에서 근
 무하며, 관련 부서 간 연계가 용이하도록 하고 있다. 지역자
 치단체의 산하기관으로서 보건소는 시·정의 행정단위와 일치
 하지 않는 즉, 여러 개의 시·정이 하나의 보건소 관할지역인
 경우가 많다.²⁾

2.3 Facility Management Law & Legal Definition

세계보건기구(WHO)는 정신건강 영역에 있어 물리적 환경
 의 치료적 효과에 대해 제안해 왔다(建築思潮研究所, 2003:
 5). 일본은 이 제안의 중요성을 인지하고 정신보건시설의 건
 축적 가능성에 대해 꾸준히 연구해 왔다.

2) The Korea Institute for Health and Social Affairs, 2001: 33-시·
 정의 크기는 우리나라의 자치단체(시·군·구)와 동사무소 중간
 정도이다.

정신장애자를 위한 시설은 과거 의료시설의 기능을 하였
 으나 일상생활 및 사회복지의 중요성이 인식되고 이에 따라
 관련법 정비 등이 시행됨에 따라 의료지원에서 사회복지지
 원으로 그 기능이 확대되어왔다. 이는 정신장애자에 대한 의
 료적 관리를 통한 치료환경으로서 뿐만 아니라 동시에 장애
 자의 인권을 고려한 기본 생활을 영위할 수 있는 복지환경을
 보장하기 위한 것이다(Architectural Institute of Japan, 2003:
 45). 복지환경 구축을 위한 관련법과 제도로는 시설환경 측
 면에서 건축기초법, 소방법, 배리어프리법, 지진개수축진법,
 주택품질확보법, 복지 마을 만들기 조례 등이 있으며 사회복
 지환경 측면에서는 노인복지법, 개호보험법, 아동복지법, 정
 신보건복지법, 장애인자립지원법, 고령자주거법 등을 갖추고
 있다.

3. Characteristics of Mental Health and Welfare Center

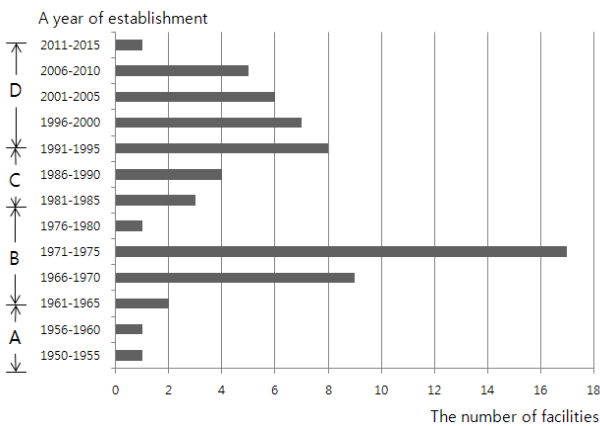
3.1 History of Mental Health and Welfare Center

정신보건서비스는 1950년대 정신위생상담소의 개설과 더
 붙어 시작되었다. 이후, 정신보건복지센터의 원형이라 할 수
 있는 정신위생센터는 1965년 정신위생법의 일부개정에 따라
 설치되었으며, 1960년대와 70년대에 걸쳐 보건소와 더불어
 정신장애자의 지역생활지원을 추진하기 위한 중심 전문기관
 으로서 역할을 담당하였다. 정신보건복지서비스 요구 수용과
 행정개혁을 통하여 정신장애자의 지역생활지원뿐만 아니라,
 일반주민의 정신건강문제를 포함하는 종합거점시설의 역할
 을 담당하게 되었다. 또한 2002년부터 시·정·촌 정신보건복
 지업무 실시 및 정신의료심사회 등 본청업무의 센터 이관과
 더불어 행정적인 역할을 담당, 시·정·촌 및 정령시에 위치한
 센터에 대하여 연계 및 지원을 실시하고 있다(Sukegawa
 Yukio, 2002: 46)(Table 1).

첫째, 정신위생센터의 급증: 1965년 이후 정신위생법의 개
 정으로 정신위생센터의 개소가 활발히 이루어진다. 특히,
 1971년~1975년 사이 가장 많은 센터가 설치되고 있는 것으
 로 조사되었다. 둘째, 정신보건복지센터의 설치 의무화: 1995
 년 정신보건복지센터로의 개명과 더불어 도도부현에 설치·운
 영이 의무화됨에 따라 센터의 양적 성장이 이루어진다. 셋째,
 설치 의무 지역의 확대: 2002년 도도부현 및 정령시까지 의무
 설치 지역으로 정해지면서 현재까지 69개소의 정신보건복지
 센터가 설치·운영되고 있다.

[Table 1] History of Mental Health and Welfare Center

구분	연도	주요 사항
A	1950	정신위생상담소 개설 (상담, 생활요법 등)
B	1965	정신위생법개정: 「정신위생센터」(임의설치)
C	1987	정신보건법으로 개정: 「정신보건센터」 - 환자 인권보호 사회복귀촉진
	1993	그룹홈 제도 시작
D	1995	정신보건복지법으로 개정 : 「정신보건복지센터」로 명칭 개정 - 정신장애인보건복지수첩/보호작업장
	2002	지방분권 추진으로 인한 조직 강화: 정신의료심사회의 심사국 등 행정사무 담당, 도도부현 및 정령시의 설치의무화
	2005	정신보건복지개혁



3.2 Establishment and Management

3.2.1 Establishment of Mental Health and Welfare Center

정신보건복지센터는 정신보건복지법에 따라 설치·운영되며, 세부내용은 아래와 같다.

- 설치 및 운영: 정신보건의 향상 및 정신장애자의 복지 증진을 도모하기 위한 기관으로써 정신보건복지센터를 설치·운영하며, 또한 이는 정신보건 및 정신장애자의 복지에 관한 종합적 기술센터로서 지역정신보건복지활동추진의 핵심기능을 담당하는 기관이다(제6조).
- 이용 대상자: 정신장애자, 조현병, 정신작용물질에 의한 급성중독증 또는 그 의존증, 지적장애, 정신병질 그 외 정신질환을 가진 자로 이용 대상자를 규정하고 있다(제5조).
- 설치단위: 정신보건의 향상 및 정신장애자의 복지 증진을 도모하기 위한 정신보건복지센터를 도도부현(都道府県) 단위에 설치하도록 하고 있다(제6조).
- 예산지원: 도도부현이 전조의 시설을 설치한 경우, 정령에서 정하는 바에 의해, 그 시설에 필요한 경비에 대해서는 2분의 1, 그 운영에 필요한 경비의 3분의 1을 국비 보조를 하고 있다(제7조).

3.2.2 Management of Mental Health and Welfare Center

정신보건서비스 체계는 광역자치단체 단위의 정신보건복지센터에서 행정적 기능을 일부 수용하면서 점차 일반보건과 분리운영을 하고 있으나 광역자치단체 이하의 단위에서는 보건소 또는 보건지소에서 정신보건과 관련된 행정적인 기능을 일반보건과 통합하여 수행하고 있다.

센터의 역할은 지역주민의 정신건강의 유지와 증진, 정신장애의 예방 등 정신의료의 제공으로부터, 사회복귀 촉진, 자립과 사회경제활동의 참여 촉진을 위한 지원에 이르기까지 광범위하다. 이와 더불어 보건소 및 시·정·촌이 행하는 정신보건복지업무의 효율적 운영을 위해 적극적인 기술지도 및 원조 외에, 의료, 복지, 노동, 교육, 산업 등의 정신보건복지관련 기관과의 밀접한 연계를 유지하고 있다(정신보건복지센터의 운영요령, 2013).

센터의 조직은 기본적으로 총무부문, 지역정신보건복지부문, 교육연수부문, 조사연구부문, 정신보건복지상담부문, 정신의료 심사회 사무부문 및 정신통원의료부문, 정신장애자 보건복지수첩판정부문으로 구성된다. 센터의 인력은 의사, 정신보건복지사, 임상심리기술자, 보건사, 간호사, 작업요법사를 중심으로 구성된다. 각 조직은 기획입안, 기술지도 및 기술원조, 인재육성, 보급개발, 조사연구, 정신보건복지상담, 조직육성, 정신의료심사, 자립지원의료 및 정신장애자보건복지수첩의 신청에 대한 판정, 자립지원의료 지급인정 등의 업무를 담당한다. 이밖에 진료기능이나 데이케어, 장애자자립지원법에서 규정하는 장애복지서비스 등 재활관련 사업을 권장하고 있다(Tokyo Metro- politan Central Part Mental Health and Welfare Center, 2012: 14). 또한, 센터는 지역주민을 위한 정신건강증진사업, 정신질환 편견해소를 위한 홍보계몽활동, 정신보건 관련 조사연구, 상담, 외래치료, 데이케어, 단기입원 시설, 14일 이내 머무를 수 있는 단기거주(short-stay)시설, 3개월 이내 머물 수 있는 호스텔, 직업재활, 가정방문 등의 지역사회정신보건사업을 수행하며, 현재 약 50%의 정신보건센터에서 생활훈련시설이나 수산시설(직업재활시설)과 같은 사회복지시설을 부설로 운영하고 있다.

1999년도부터 약물남용 방지 정책에 기초하여 각 도도부현, 정령시의 정신보건복지센터는 약물남용에 의한 정신장애에 대해 기술지도 및 기술원조, 지식 보급, 가족교실개최 등 약물관련 사업을 실시하고 있다(Park Sejin, Han Sohyun, No Seong woon, 2011: 117). 이와 더불어 2010년부터 정신보건복지센터 내에 히키코모리 제 1차 상담기관으로서 히키코모리 지역지원센터가 신설되는 등 최근에는 발달장애지원센터, 자살예방정보센터, 히키코모리지원센터(ひきこもり支援センター) 등의 운영도 맡고 있는 것으로 조사되었다.

3.3 Types of Health and Welfare Center

3.3.1 Naming of Mental Health and Welfare center

정신보건복지센터는 지역사회 내에서의 사회적 인식전환 및 방문의 용이성을 확보하기 위하여 다양한 명칭을 사용하고 있다. 69개소의 정신보건복지센터를 대상으로 조사한 결과 센터의 명칭은 「정신보건복지센터」, 「마음건강센터(こころの健康センター)」, 「마음건강증진센터(こころの健康増進センター)」, 「마음건강상담센터(こころの健康相談センター)」, 「정신보건복지종합센터(精神保健福祉総合センター)」, 「마음과 몸 상담센터(心と体の相談センター)」, 「아동·여성·장애자 지원센터(こども・女性・障害者支援センター)」 등으로 다양하게 사용되고 있었다[Table 2]. 정신보건복지센터라는 시설명은 2005년 마음의 배리어프리(こころのバリアフリー)사업 추진과 더불어 건강 혹은 건강증진, 복지적 측면이 부각되는 이름으로 개칭하려는 움직임이 반영되고 있는 것으로 조사되었다.

[Table 2] Naming of Mental Health and Welfare Center

(2014. 9)

분류	명칭	비율(%)
1	정신보건복지센터(精神保健福祉センター)	63.77
2	마음건강센터(こころの健康センター)	20.28
3	마음건강상담센터(こころの健康相談センター)	1.45
4	마음건강증진센터(こころの健康増進センター)	1.45
5	정신보건복지종합센터(精神保健福祉総合センター)	8.70
6	마음과 몸 상담센터(心と体の相談センター)	2.90
7	아동·여성·장애자 지원센터 (こども・女性・障害者支援センター)	1.45
총합		100

3.3.2 Locational Characteristics of Mental Health and Welfare Center

일본의 행정구역은 도도부현 47개소, 정령시 20개소, 시정촌 1,725개소로 나뉘며, 특별지방공공단체로서 23개소의 특별구가 있다. 시·정·촌이 기초적인 지방공공단체(지방자치법 2조4항)인 반면, 도도부현은 시·정·촌을 포괄하는 광역 지방공공단체(지방자치법 2조5항)로 광역업무와 시·정·촌에 관한 연계사업 등을 수행한다.³⁾ 정신보건복지법에 근거한 정신보건복지센터의 설치의무에 따라 도도부현과 정령시로 현재 67개 지역이 있으며, 특별행정구역인 도쿄도에 예외적으로 2개소가 추가로 설치되어 총 69개소를 운영하고 있다(2013년 10월 1일 기준).

정신보건복지센터의 설치규정에 따라 행정구역별로 센터의 설치 특성을 파악하기 위해 행정단위별 인구수와 정신보건복지센터의 개수를 조사한 결과는 [Table 3]과 같다.

[Table 3] Regional population and establishment of an institution

(2013. 10)

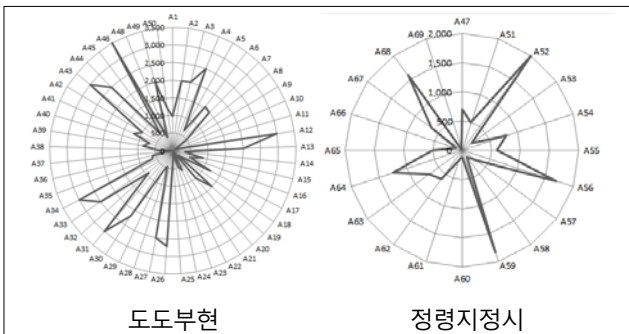
구분	행정단위	인구(명)	면적(m ²)	인구밀도	개소
A10,A21,A45	東京都	13,286,735	2,188.67	6,070.69	3
A3	神奈川県	9,081,742	2,416.05	3,758.92	1
A48	大阪府	8,860,280	1,901.42	4,659.82	1
A18	愛知県	7,434,996	5,165.16	1,439.45	1
A5	埼玉県	7,221,806	3,798.08	1,901.44	1
A17	千葉県	6,193,007	5,156.62	1,200.98	1
A8	兵庫県	5,556,788	8,396.47	661.8	1
A15	北海道	5,430,909	78,421.34	69.25	1
A9	福岡県	5,090,712	4,979.42	1,022.35	1
A5	静岡県	3,715,901	7,780.6	477.59	1
A44	茨城県	2,933,381	6,095.84	481.21	1
A41	広島県	2,840,211	8,479.81	334.94	1
A37	京都府	2,620,210	4,613.26	567.97	1
A13	新潟県	2,330,797	12,583.84	185.22	1
A32	宮城県	2,328,143	7,285.8	319.55	1
A20	長野県	2,120,076	13,562.23	156.32	1
A2	岐阜県	2,053,286	10,621.17	193.32	1
A14	栃木県	1,987,119	6,408.28	310.09	1
A39	群馬県	1,984,334	6,362.33	311.89	1
A50	福島県	1,947,580	13,782.76	141.31	1
A22	岡山県	1,930,446	7,113.24	271.39	1
A40	三重県	1,829,063	5,777.35	316.59	1
A27	熊本県	1,801,495	7,404.89	243.28	1
A12	鹿児島県	1,679,848	9,188.99	182.81	1
A23	山口県	1,420,003	6,114.14	232.25	1
A46	滋賀県	1,416,952	4,017.36	352.71	1
A31	沖縄県	1,416,587	2,276.72	622.21	1
A25	愛媛県	1,405,051	5,678.51	247.43	1
A16	長崎県	1,396,461	4,105.88	340.11	1
A42	奈良県	1,383,549	3,691.09	374.83	1
A49	青森県	1,336,155	9,644.74	138.54	1
A29	岩手県	1,294,453	15,278.89	84.72	1
A33	大分県	1,178,775	6,339.82	185.93	1
A6	石川県	1,159,015	4,186.21	276.86	1
A26	山形県	1,141,260	9,323.46	122.41	1
A30	宮崎県	1,120,450	7,736.08	144.83	1
A4	富山県	1,076,158	4,247.62	253.36	1
A35	秋田県	1,050,244	11,636.32	90.26	1
A11	香川県	985,387	1,876.58	525.1	1
A36	和歌山県	979,354	4,726.32	207.21	1
A19	山梨県	845,956	4,465.37	189.45	1
A38	佐賀県	839,615	2,439.67	344.15	1
A24	福井県	794,492	4,189.89	189.62	1
A1	徳島県	769,844	4,146.81	185.65	1
A28	高知県	745,070	7,105.20	104.86	1
A34	鳥根県	702,237	6,707.98	104.69	1
A43	鳥取県	577,642	3,507.31	164.7	1
A60	横浜市	3,702,551	437.57	8,461.62	1
A55	大阪市	2,683,487	223.00	12,033.57	1
A59	名古屋市	2,271,380	326.43	6,958.25	1

3) <http://ja.wikipedia.org>

구분	행정단위	인구(명)	면적(m ²)	인구밀도	개소
A54	札幌市	1,936,460	1,121.12	1,727.25	1
A58	神戸市	1,539,751	552.26	2,788.09	1
A56	福岡市	1,506,313	341.70	4,408.29	1
A51	京都市	1,470,742	827.90	1,776.47	1
A61	川崎市	1,448,196	142.70	10,148.54	1
A62	埼玉市	1,243,436	217.49	5,717.21	1
A47	広島市	1,183,156	905.41	1,306.76	1
A52	仙台市	1,068,511	785.85	1,359.69	1
A53	北九州市	968,122	489.60	1,977.37	1
A59	千葉市	964,055	272.08	3,543.28	1
A64	堺市	840,862	149.99	5,606.12	1
A65	新潟市	809,934	726.10	1,115.46	1
A66	浜松市	793,437	1,558.04	509.25	1
A69	熊本市	739,541	389.54	1,898.50	1
A68	相模原市	720,570	328.83	2,191.31	1
A67	岡山市	713,433	789.92	903.17	1
A63	静岡市	709,702	1,411.93	502.65	1
평균		2,307,570	5,745	1,578	

Note: http://uub.jp/rnk/p_j.html

69개소의 평균 인구는 2,307,570명이며, 면적은 5,745m²로 분석되었다. 센터의 설치는 총인구수를 기준으로 하며 인구밀도는 고려되지 못하고 있는 것으로 조사·분석되었다. 센터의 이용자가 환자이거나 장애자라는 것과 센터의 설치가 광역단위로 설치된다는 것을 고려하여 교통수단 및 이동거리 등을 고려한 접근성분석을 실시하였다.



[Figure 2] Distance of the Center from the Public Transportation's

이용권역을 고려한 이동거리에 대한 조사로서, 대중교통수단인 지하철, 버스를 이용한 접근 시간을 기준으로 실시하였다. 각 센터의 센터 이용안내에서 제시하는 안내지도와 교통지도를 통해 거리와 시간을 조사 한 결과 다음과 같은 결과가 도출되었다. 첫째, 이동수단으로 버스를 이용하였을 때, 모든 센터가 정류소에서 5분 이내의 거리에 위치하고 있어 버스를 이용한 접근성이 매우 양호한 것으로 파악되었다. 둘째, 기차 혹은 지하철을 이용한 이동시 가장 가까운 역과의 거리를 조사한 결과, 도도부현의 경우 최대 3km, 최소 20m로 조사되었으며, 정령지정시의 경우 최대 2km, 최소 20m로 조사되었다 (Figure 2).

3.3.3 Physical Environment of Mental Health and Welfare Center

시설 규모에 대한 조사는 수집 가능한 22개소의 자료를 근거로 실시하였다. 규모가 가장 큰 센터는 A45센터로 면적은 6,243m²이며, 가장 작은 센터는 A40센터로 356m²로 조사되었다. 센터의 규모의 차이가 현저히 나타나는 것은 센터의 운영 및 관리가 지방자치단체의 조례에 의해 정하도록 되어 있기 때문인 것으로 판단된다. 조사대상지의 평균면적은 1,613.7m²로 조사되었다.

[Table 4] Size of Mental Health and Welfare Centers

구분	연면적 (m ²)	건축 면적 (m ²)	대지 면적 (m ²)	센터 면적 (m ²)	구분	연면적 (m ²)	건축 면적 (m ²)	대지 면적 (m ²)	센터 면적 (m ²)
A3	4,700	1,852	10,557	4,700	A30	-	417	-	417
A6	1,761	-	3,141	1,761	A35	-	373	-	373
A8	5,094	-	18,700	393	A39	970.9	-	-	971
A9	4,206	1,338	3,000	4,206	A40	-	3,448	23,880	356
A13	1,827	922	-	1,827	A41	1,737	1,120	6,601	1,737
A14	1,462	1,011	5,222	1,462	A44	11,689	-	-	2,356
A15	982	672	4,230	982	A45	6,243	-	9,023	6,243
A17	-	1,385	5,119	1,385	A50	-	-	-	814
A19	-	367	-	367	A59	-	-	-	417
A20	-	550	-	550	A69	1,436	838 /598	4,440	1,436
A24	556	-	-	556					
A27	1,436	-	4,440	1,436					
	367	-	-	367					

3.3.4 Manpower

센터의 인력은 일반적으로 의사, 간호사, 임상심리기술사, 정신보건복지사, 작업요법사, 소셜워커, 촉탁의, 데이터케어 관계자 등으로 구성된다. 센터의 인력규모와 구성은 센터의 운영과 직접적인 관계되는 것으로, 조사결과 적게는 20명에서 많게는 80명에 이르기까지 인력규모에 많은 차이가 있는 것으로 조사되었다. 특히 상근의 의사가 7명에 이르는 센터가 있어 의료서비스의 비중이 정신보건복지센터에서 높은 것으로 나타났다.

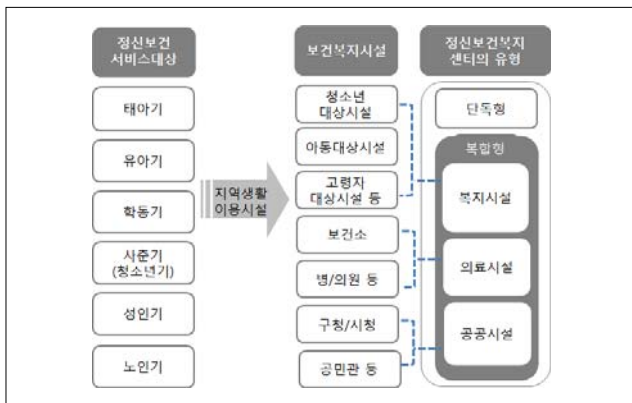
[Table 5] Status table of Retention Manpower (2013)

구분	상근	비상근	계	구분	상근	비상근	계	구분	상근	비상근	계
A2	35(3)	-	35	A17	24(3)	26	50	A38	31(4)	15(5)	46
A6*	28(2)	18(3)	46	A18	19(1)	-	19	A39	12(1)	24	36
A8	15(2)	10(3)	25	A19	8(1)	10	18	A45	60(7)	2	62
A9	27(2)	1	28	A21**	75(7)	5	80	A48	38(7)	46	82
A13	9(4)	10	19	A27	10(1)	21(10)	31	A50	12(2)	3	15
A14	15(3)	19(9)	34	A30	9(1)	17	26	A55*	25(5)	6	31
A15	20(1)	-	20	A36	8(1)	6(4)	14				

Note: ()안은 의사 수, * 2011년 기준, **2012년 기준

3.3.5 Classification of Mental Health and Welfare Center Considering Locational Characteristics

정신보건서비스 대상은 태아기, 유아기, 학동기, 사춘기, 성인기, 노인기로 구분된다. 또한 이러한 생애주기 내에서 국가 및 각 지방자치단체의 지원을 통해 이용 가능한 시설은 복지시설, 의료시설, 공공시설로 분류된다. 복지시설로는 청소년 대상 복지시설, 아동 대상 복지시설, 성인 대상 복지시설 및 고령자 대상 복지시설 등이 있으며, 의료시설로는 병/의원과 보건소/보건지소 등이 있다. 또한 공공시설로 구청 또는 시청, 공민관, 종합지소 등이 있다(Figure 3).

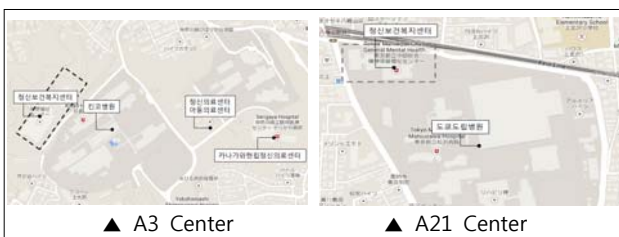


[Figure 3] Health and welfare environment in life cycle

정신보건복지센터의 시설설치 유형은 정신보건의 네트워크 환경에 영향을 미치는 주요인으로서 해당시설의 분산과 복합화는 중요한 화두가 되고 있다. 단위시설의 설치 특성을 살펴본 결과, 독립적으로 단독 건물을 사용하고 있는 단독유형과 다른 보건시설과 공동으로 운영하는 복합유형으로 조사 분석되었다.

1) 단독유형

단독유형의 경우, 독립된 시설을 운영하는 유형으로서 조사대상 시설 중에서 24.6%의 센터에서 계획운영하고 있으며, 사례시설로는 A1, A3, A10, A14, A15, A17, A21, A27, A31, A33, A34, A35, A37, A38, A39, A41, A45센터가 있다. 또한 관련 시설간 상호 연계성을 고려하여 정신의료시설들이 설치된 지역에 인접 또는 동일 대지 내 배치되어 있는 특징을 가지고 있다(Figure 4).



[Figure 4] Single type - A3, A21Center

2) 복합유형

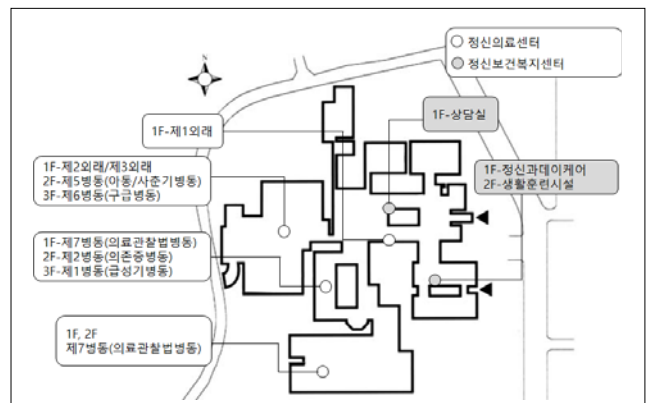
복합유형(75.4%)은 연계기관의 유형에 따라 의료시설 복합형, 복지시설 복합형, 공공시설 복합형, 기타시설 복합형으로 분류되며, 유형별 특징은 다음과 같다.

[Table 6] Complex Types

구분	특징	복합시설종류	설치현황	비율
의료 시설 복합형	-정신의료관련 시설과의 복합	-보건소 -정신의료기관 등	A4, A5, A8, A25, A28, A30, A32, A40, A42, A44, A47, A49, A50, A51, A54, A57, A62, A63	34.6
복지 시설 복합형	-신체 및 정신관련 복지 시설과의 복합	-정신장애자 가족회 연합회 -신체장애자 복지시설	A6, A9, A12, A13, A16, A19, A20, A22, A29, A36, A43, A46, A52, A56, A65, A67, A69	32.7
공공 시설 복합형	-정부 공공청사 등과 복합	-구청 등 -시청 등	A2, A7, A11, A18, A23, A24, A26, A48, A53, A55, A64, A66, A68	25.0
기타 시설 복합형	-기타 시설과의 복합	-근린 상가	A58, A59, A60, A61	7.7

(1) 의료시설 복합형

조사대상시설중에서 가장 많이 운영(34.6%)하고 있는 의료시설 복합형은 치료적 측면을 토대로 해당 프로그램을 정신의료 기관 또는 보건소 등과 통합운영하고 있는 유형이다.



[Figure 5] Complex Types - A5 Center

Note : <http://www.pref.saitama.lg.jp>

A5센터의 경우, 1990년 개소한 이후 정신보건복지센터와 정신의료센터를 통합하여, 현 단위 지역정신보건의료의 중심적 역할을 담당하고 있다. 의료시설 복합형은 A5센터와 같이 대규모 의료시설과 복합되거나, 보건소 등에 복합적으로 설치되어 치료 및 재활의 기능에 적합한 시설을 갖추고 있는 것으로 조사되었다.

(2) 복지시설 복합형

복지시설 복합형(32.7%)은 정신건강과 관련된 복지기관 및 단체와 결합되어 있는 센터유형이다. 예를 들면 A13센터의 경우, 현(県)내에 정신건강의 유지 및 증진을 위해 관·민협력으로 종합적 기능을 가진 시설로서 관련 기관 및 단체 즉 정신보건복지센터, 정신장애자가족회 연합회, 생명의 전화 사무국, 청소년서포트센터, 정신보건복지협회, 마음케어센터, 임상심리사회, 피해자지원센터가 하나의 시설에서 통합운영을 하고 있다. 복지시설과 복합되는 형태는 예방 및 재활의 측면에서 정신과 관련된 다양한 복지시설들과의 연계를 꾀하고 있다는 점에서 정신보건영역과 복지영역의 결합을 용이하게 한다는 특징을 가지고 있다.

(3) 공공시설 복합형

공공시설 복합형(25%)은 구청 및 시청 등의 행정시설과 결합되어 있는 유형으로 주로 구청과 시청에 위치하고 있는 것이 특징이다. 공공시설 복합형의 경우, 일반적으로 주변시설과의 접근성이 양호하며, A2, A7, A11, A18, A23, A24, A26, A48, A53, A55, A64, A66, A68센터에서 운영하고 있다.

(4) 기타 복합형

기타 복합형은 센터의 설치대상이 정령시로 확대되면서 나타나고 있는 유형(7.7%)으로, A58, A59, A60, A61센터에서 운영하고 있으며 주로 상업지구 내 근린상가에 입주해 있는 것이 특징이다. 타 정신보건시설과의 연계성의 측면에서는 다른 유형에 비해 단점을 가지고 있지만, A58, A59, A60, A61센터는 모두 접근성이 좋은 지역에 설치되고 있어 시설 설치시 시설 이용자의 접근성 측면이 가장 큰 영향을 미친 것으로 판단된다.

4. Conclusion

본 연구는 일본의 정신보건지원체계 및 정신보건복지센터의 특징을 이론적 분석, 현장 방문조사와 전문가 인터뷰 조사 등을 통하여 분석함으로써 정신건강서비스체계분석 및 향후 네트워크 구축을 위한 기초자료 도출을 목적으로 진행하였다. 주요 결과를 요약하면 아래와 같다.

1) 정책적 및 운영적 측면

- 정신보건 서비스 영역의 확대와 정책 및 법적 지원: 정신적 질환에 따른 사회적 문제의 증가로 인해 정신보건 영역이 확장되었으며, 정신보건지원체계는 이러한 요구를 수용하기 위하여 지속적으로 변화해 오고 있다. 이와 더불어 정신보건복지센터의 영역은 자살, 우울, 스트레스 등 만성정신질환자 중심에서 지역사회 주민들을 포함하는 정신보건 업무를 담당하는 기관으로 변화하고 있다.

- 소규모 상담소에서 정신보건복지센터로의 확대: 정신보건 정책의 변화는 보건소 내 정신위생상담소를 시작으로 정신위생센터, 정신보건센터를 거쳐 정신보건복지센터로 센터의 유형으로 확대운영하고 있다.

- 행정단위별 센터의 설치 및 운영: 정신보건복지센터는 행정단위를 기초로 설치되며 직영으로 운영됨으로써 원활한 서비스 제공 및 기관간의 상호연계체계를 구축하고 있다.

- 정신보건복지센터의 공공성 강화: 정신보건의 공공영역 확대와 더불어 정신보건복지센터를 중심으로 발달장애지원센터, 자살예방정보센터, 히키코모리지원센터 등 다양한 프로그램을 연계운영하고 있는 것으로 조사되었다. 또한 이와 함께 정신보건복지에 관한 정신보건복지수첩 판정업무, 자립지원의료(정신통원의료)의 판정업무, 정신의료심사회 업무 등을 통하여 센터의 공공성 강화를 위하여 노력하고 있다.

2) 센터의 물리적 환경

- 최근 도도부현 단위의 행정구역에서 소규모 정령시까지 정신보건복지센터의 설치 의무화를 확대하는 것은 일본 내에서 정신보건의 중요성에 대한 인식변화와 이에 대한 공공영역에서의 의료복지서비스제공의 확대를 의미한다.

- 69개소의 평균 인구는 2,307,570명이며, 면적은 5,745m²로 조사분석되었으며, 해당지역의 인구비율의 차이는 약6배로 나타났다. 이는 행정단위기준으로 설치·운영한 결과로서 인구수와 밀도의 변화와 연계된 설치단위에 대안이 요구되고 있다.

- 정신보건복지센터는 각 행정구역별 자율적 운영으로 인하여 인력구성 및 규모, 시설 규모, 운영프로그램 등이 매우 상이한 것으로 분석되었다. 이는 경우에 따라 의료복지전달체계의 보편성을 저해할 수도 있다. 따라서 지역사회의 복지체계구축을 위해서는 필수영역과 선택영역으로 구분하여 운영함으로써 보편적 복지제공과 지역특성이 반영된 복지체계를 통합하여 구축할 수 있는 방안이 고려되어야 할 것으로 판단된다.

- 정신보건복지센터는 지역사회 내에서의 공공보건 및 복지서비스를 제공하는 중심기관으로서의 역할이 중요시되고 있다. 이를 수행하기 위해서는 운영프로그램 수립과 더불어 시설계획 시 접근성에 대한 검증이 필수적으로 이루어져야 한다.

- 입지 및 운영형식을 기준으로 정신보건복지센터는 단독유형(24.6%), 복합유형(75.4%)으로 분류되며, 복합유형으로는 의료시설 복합형(34.6%), 복지시설 복합형(32.7%), 공공시설 복합형(25%), 기타시설 복합형(7.7%)으로 세분된다. 센터는 초기의 단독형에서 지역적 요구에 대한 통합대응 및 해당지역의 특성을 반영하여 의료시설, 복지시설, 공공시설 등과 연계프로그램을 운영 등을 위한 복합유형으로 변화하고 있다.

본 논문은 일본의 정신건강지원체계에 대한 1단계 연구결과로서 정책·법률적 측면 및 정신보건복지센터를 중심으로 하는 운영유형 및 규모 등을 조사·분석함으로써 정신건강서비스 체계 구축을 위한 기초자료를 제시하는 것을 목적으로 하였다. 향후 정신건강관련시설의 건축도면 및 사용환경 분석, 지역거주자 및 사용자심리분석 등에 대한 연구가 지속적으로 수행됨으로써 한·일간의 정신보건관련 환경 및 지역사회 특성화 프로그램, 각 시설 및 부문간의 연계 및 구성요소에 대한 비교 및 대안 제시가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

Acknowledgements: The present Research has been conducted by the Research Grant of Kwangwoon University 2014 / This work was supported by the National Research Foundation of Korea Grant funded by the Korean Government (NRF - 2012 - 330 - 2012S1A3A2033798)

References

- Aichi Prefecture of Mental Health and Welfare center, 2014, Annual report on Mental Health and Welfare center 2013
- Architectural Institute of Japan, 2003, "Welfare-Medical", p.45
- Hiroshi Yamane, "The History and Current State of Psychiatric Occupational Therapy in Japan", The Journal of Korean Society of Occupational Therapy, 2010, Vol.18, No.3
- Hukuoka Prefecture of Mental Health and Welfare center, 2012, Annual report on Mental Health and Welfare center
- Lim Yunjung, Lee Haekyung, Chai Choulgyun, 2013, "A Study on the Service Network for Mental Health and Welfare in Japan", KIHA, pp.41~49
- Ministry of Health & Welfare, 2011, "The handbook of Mental Health and Welfare in Japan", p.59
- Park Sejin, Han Sohyun, No Seongwoon, 2011, "Status of Mental health Policy in Japan", Mental Health Policy Forum, vol.5, p.117
- Shizuoka Prefecture of Mental Health and Welfare center, 2013, Annual report on Mental Health and Welfare center 2012. vol 43.
- Sukegawa Yukio, 2002, "The study of innovation on public mental health and welfare services for psychiatric disorders in Japan", Human Welfare studies vol. 5, pp.35~50
- Tokyo Metropolitan Central Part Mental Health and Welfare Center, 2012, Annual report on Mental Health and Welfare center 2012
- <http://law.e-gov.go.jp>
- <http://www.pref.saitama.lg.jp>
- http://uub.jp/rnk/p_j.html
- <http://ja.wikipedia.org>
- <http://www.mhlw.go.jp>
- 建築思潮研究所, 2003, "建築設計資料38 精神医療・保健施設 - 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

접수 : 2014년 09월 30일
 1차 심사 완료 : 2014년 10월 15일
 게재확정일자 : 2014년 10월 15일
 3인 익명 심사 필