

일본의 정신과 작업치료의 역사와 현재

야마네 히로시

교토대학교 의학대학원 인간건강과학과 교수
일본작업치료사협회 부회장

국문초록

본 연구를 통하여 일본의 정신보건 역사와 작업치료의 현재, 작업치료사 양성 교육과 그 외에 사안들에 관하여 간략히 소개하였다. 한국도 산업화에 따른 직종 및 구조의 변화, 도시화 등 사회경제 구조의 급격한 변화로 인해 가족 제도의 변화와 더불어 정신질환자가 눈에 띄게 증가할 수 있으므로 정신보건 체제의 구조전환이 필수적이라고 할 수 있다. 정신보건전문요원으로서는 작업치료사 역할에 대한 인식의 초기 단계에 있는 한국의 정신보건영역은 일본의 생활치료요법이 시행되었던 시대, 작업치료사가 정신보건영역에 처음 참여하게 되었을 때와 유사한 상황에 처해 있다. 우리가 일본에서 경험한 과정들을 기초 삼아 본 연구가 한국의 정신과 작업치료의 체계적 구축과 발전에 다소의 기여가 될 수 있었으면 하는 바이다.

주제어 : 역사, 일본, 정신과 작업치료

I. 서 론

일본에서 작업과 활동을 치료의 수단으로 사용하기 시작한지 100년, 공식적으로 작업치료사가 배출된 지는 40여 년이 되었다. 작업치료는 생활 속에서 이루어지는 다양한 활동을 치료의 매개체로 하는 것으로, 단순히 환자의 문제를 치료하는 것만이 아닌 환자 주변의 환경에서의 생활, 일, 여가, 직업, 생산 활동과 같은 일상적 문제들을 중재하는 것을 포함하고 있다. 초창기 작업치료의 목적은 병을 “고친다”는 것에 중점을 두었으나 점차 “치료한다”는 것으로 변화되었고, 이후 “병을 극복한다”로 변화되어 환자가 자신의 삶을 다시 재건할 수 있도록 하는 역할을 수행하고 있다. 2009년 3월, 정신보건전문요원으로 작업치료사가 인정된 한국의 경우도 일본의 정신과 작업치료의 역사와 비슷한 상황이며 또한 같은 과제를 가지고 있다고 생각된다. 여러 역사적 사건들을 거쳐 현재 일본의 정신보건의료복지는 “입원의료 중심”에서 “지역사회 중심”으로

변화하는 큰 전환기를 맞이하고 있다. 대한작업치료사협회와의 학술 연계를 통해 일본의 정신과 작업치료 역사와 현재 모습, 그리고 작업치료사 양성 교육 및 기타 그 밖의 것들에 대해 소개하려 한다.

II. 본 론

1. 정신과 작업치료의 역사적 배경

일본의 정신과 작업치료 분야는 정신보건의료복지의 발달 과정과 함께 이루어지고 있는데, 정신보건의료복지의 법과 제도의 변천 과정은 표1에 간략하게 정리하여 제시하였다.

1) 작업치료의 시작

작업과 활동이 치료에 도움이 된다고 인식되어 치료적으로 적용하기 시작한 것은 1901년 영국 유학을 마치고

귀국한 의사 쿠레 슈우조우(呉秀三)가 작업과 여가 활동을 치료에 접목시킨 이도요법(移導療法)을 시작하면서부터다. 그 이전에는 격리 나 관리 감독, 또는 기구로 구속하는 방법 등을 사용하여 환자를 치료하였으나, 작업과 활동을 사용하여 환자를 구속으로부터 벗어나도록 하려는 정신의료의 개방화 운동이 시작된 것이다(呉秀三, 1916). 이러한 치료적 접근은 이후 의사 카토우(加藤普佐次郎)에 의해 계승되었다. 환자의 능력과 상태를 고려하여 작업을 선택하였는데, 생산적 활동뿐 아니라 정신적 활동과 여가

활동 등으로 확대하여 작업을 선택하게 되었고, 병적 상태의 회복, 자발적 행동 유도, 환자와 치료사 간의 관계 개선을 위해 적용되었다. 그리고 이를 작업치료라고 명명하였다(加藤, 1925). 이 시기는 부국강병을 중시하는 국가 정책 때문에 크게 발전하지는 못했지만 계속적으로 계승되어 현재의 작업치료의 원천이 되었다.

표 1. 일본 정신보험의료복지 : 법,제도의 역사

	법, 제도	작업치료관련	비고
1900	정신질환장애인관리		관리감독 의무규정(자택감시의 시작)
1902	감독법공포	이도요법(呉 秀三)	작업치료의 시작
1919			관리감독에서 보호와 의료로 작업을 치료로
1925	정신병원법공포	작업치료(加藤普佐次郎)	이용한 첫 의학논문
1950	정신위생법공포		병원에 보호수용(자택감시폐지)
1954	정신병원설치		정신병원 개설 활성화
1956	국정감사의 보조	생활요법(小林八郎)	
1963		작업치료사양성학교개설	
1965		작업치료국가시험	일본최초작업치료양성학교
1966	물리치료사 및	일본작업치료사협회설립	작업치료 제1회 국가시험(20명)
1967	작업치료사법	제1회 일본작업치료학회	
1972		WFOT정회원	
1974	작업치료를 보험수가 대상	작업치료, Daycare로 인정	
1988	정신보건법실행		입원환자의 인권옹호, 사회복귀촉진에
1993	장애인기본법공포		정신장애인 최초 포함
	정신보건법 일부 개정		수용시설(group home)의 시작
1994	지역보건법공포	Daycare, Night care 신설	자립과 사회참여(보호작업장, 정신장애인
1995	정신보건복지법공포		보건복지수첩)
1996	장애인 플랜 개시		정신장애인지역생활복지사업
1998	정신보건복지사업법	평생교육단위인정제도승인	정신보험복지사의 국가자격화
2000	간병보험제도실시		사회보장제도의 전환
2002	정신보건복지법 일부 개정		지역 단위로 장애인 대응
2003	정신장애인기본계획		정신장애인 주택생활 지원사업
2004	중점시책실시 5개년 계획		사회참여 목표
2005	정신보건복지개혁 비전	사법(司法)정신작업치료개시	홈헬퍼(home helper)의 시작
2006	장애인고용촉진법개정		입원의료중심에서 지역생활 중심으로
	의료관찰법 시행		정신장애인고용대책의 강화
	장애인자립지원법실시		

2) 작업치료사의 탄생

제2차 세계 대전 이후, GHQ에서 정신장애인의 의료와 보호를 목적으로 한 “정신위생법(1950년)”이 공포되면서 자택감시는 폐지되고 각 도시마다 정신병원 설립이 의무화되었다. 이 법안이 통과된 후, 국정감사를 통해 부족한 병상수를 확인하게 되면서 이를 보완하기 위한 정신병원 건립이 적극적으로 추진 되었지만 의사와 간호사는 여전히 부족한 상태였다. 이런 상황에서 라이샤(ライシャ) 주일 미국 대사가 폭객(정신분열증 환자로 알려진)의 칼에 찔리는 사건이 발생하면서 정신질환자를 장기 보호하는 수용입원이 시작되었다.

이 시기, 병원 활성화에 일조한 것은 생활요법(生活療法)(小林 외, 1962)이었다. 생활요법은 생활지도, 레크리에이션요법, 직업요법(仕事療法)(당시 작업치료라고도 칭해졌었음) 등을 합친 것으로 정신과 의사인 로버트미(ロボトミ)가 큰 역할을 하여 만들어진 것으로 알려져 있다. 그 당시는 약물치료의 도입과 정신병원 건립의 활성화 속에서 체계적으로 생활지도를 해야 한다는 인식이 정립되지 않아 생활요법은 이론적 틀의 정립 없이 환자가 병원 안에서 청소나 식사 준비하기 등을 하는 것으로 시행되어 전국으로 퍼지게 되었다.

간호와 관련된 모든 활동을 치료라고 명칭화한 생활요법은 폐쇄적이고 활기 없던 병원을 활성화시키고, 병원 운영을 개선시키는 성과를 이뤄냈다. 그러나 환자를 구속 및 관리하는 환경, 개별치료와 치료의 거절에 대한 자유가 보장되지 않는 집단 관리 체계, 병원의 경제난을 이유로 작업 활동 제한 및 인권 침해 등의 많은 문제들이 여전히 존재하고 있었다(山根, 2000a).

이런 배경 속에서 세계보건기구의 권장에 따라 1963년 작업치료사 양성 학교가 성립되었고, “물리치료사 및 작업치료사 법”에 의해 1966년 국가고시가 실시되어 처음으로 작업치료사가 배출 되었다. 하지만 작업치료가 기반을 다져가는 과정에서, 원어인 occupational therapy가 작업요법으로 번역되었는데, 그 당시 생활요법 내 직업요법(仕事療法)을 작업치료라고도 칭하였기 때문에 용어 사용에 혼란이 야기되었다. 1974년에 일본신경정신학회는 사회보험진찰점수화(社會保險診療点数化)에 대한 이의를 제기하였는데, 기존의 생활요법 속 직업요법의 실태와 운영에 대한 비판이었다. 그러나 명칭 혼돈 때문에 작업치료에 대한 비판으로 인식되어 이후 정신과 분야에서 작업치료를

를 이해시키고 발전시키는데 장애로 작용하기로 하였다.

3) 입원의료 중심에서 지역사회 중심으로

이러한 상황에서 일부 정신병원에서 어려운 사건이 계속 되었다(山下, 1987). 1983년, 전문 자격이 없는 직원의 폭행으로 입원 환자가 사망한 우도미야 병원(宇都宮病院) 사건을 계기로 강제 입원이나 장기 수용이 국제적인 문제로 야기되면서 “정신위생법”은 1987년에 “정신보건법”으로 개정(1988년 시행) 되었다.

“정신보건법”은 “장애인기본법(1993년)”이 만들어지면서 “정신보건 및 정신장애인 복지에 관한 법률(정신보건복지법, 1995년)”로 개정 되었다. 그리고 “정신보건의료복지의 개혁 비전”에 의해 “입원의료 중심에서 지역사회 중심으로”라는 기본 방침이 제시되면서 정신보건의료복지 체계가 개편되었다. 2005년에는 “장애인 자립지원법”이 설립되었다.

작업치료의 초기 목적은 작업 활동의 감각 및 운동성(山根, 2002)을 회복시켜 심리적 증상을 경감시키고 만성화를 예방하는데 있다(山根, 2003). 회복기 작업치료는 작업에 의미를 두어 구체적으로 접근하고 개인의 능력에 맞도록 자기 결정을 하는 것을 돕는 것이 목적이며, 유지 단계에서는 개인이 속한 환경에 초점을 두어 사회적 불이익을 줄이고 생활을 안정화시키는 것이다(山根, 2003).

생활요법 내의 직업요법(仕事療法)과의 혼동으로 일본 신경정신학회로부터 작업치료를 치료라 아니라는 지탄을 받아 왔는데, 작업치료사가 배출된 40년 후, 작업치료를 이런 오해를 극복하고 정신사회 분야에 종사하는 작업치료사가 7,000명으로 증가하였고, 인지재활 분야에서 근무하는 작업치료사까지 합치면 총 15,000명에 이르고 있다. 앞으로 정신사회 및 인재재활 분야에서 환자의 재활을 위한 독립과 적응을 지원해주는 작업치료가 더욱 발달할 것으로 기대된다.

4) 새로운 영역: 의료관찰법

2005년7월에 시행된 “신체 기능상실 등의 상태에서 타인에게 중대한 피해를 끼치는 행위를 한 자에 대한 의료 및 감찰 등에 관한 법률(이하 의료관찰법)”은 정신의료법에 사법(司法)을 조합한 정신보건복지법의 특별법이다. 이는 신체 기능상실 또는 신체기능 쇠약의 상태에서 타인에게 중대한 피해를 끼친 자에 대해 적절한 의료 또는 그

확보를 위해 필요한 감찰 등의 치료적 개입을 제공하여 사회복귀를 촉진하는 것이 목적이다.

“의료관찰법”의 대상자에 대한 작업치료는 지정 입원 의료기관과 지정 외래 의료기관에서 이루어진다(그림 1). 이 법의 단기 목표는 재범을 방지하는 것이며 최종 목표는 사회복귀를 촉진하는 것이다. 이 법에 따라 입원과 외래 치료의 지원제도가 정비된다면, 이를 계기로 “입원의료 중심에서 지역사회 중심으로”의 시스템 정비도 더욱 진척될 것이라 기대된다.

2. 작업치료 교육과 현황

1) 작업치료 교육

일본에서 작업치료 교육은 1963년 3년제 몇몇 학교에서 시작되어, 1979년 3년제 전문대학, 1992년 4년제 대학, 1996년에는 대학원 교육이 시작되었다. 1999년에는 교육내용이 크게 강화되어 시간제에서 단위제로 변경되었다. 교육이 강화됨에 따라, 다른 의료관련 직종의 양성 교육과정과 공통되는 3개의 교육 분야(기초분야, 기초전문분야, 전문분야)로 나누어져, 분야별로 교육의 내용과 단위가 명시되었다(표 2).

또한 교육이 강화됨으로써 과목명이 없어지고 교육과목의 구성과 교육의 총 시간수도 각 학교 및 양성시설의 자율재량이 되었다. 또한 임상실습과 관련해 “임상실습은 의료기관 이외의 시설에서 1/3를 초과하지 않는 범위 내에서 행할 수 있음”이라는 문구가 추가되어, 보건 및 복지

표 2. 물리치료사, 작업치료사 교육시설 설치규칙

교육내용		단위
기초분야	과학적 사고의 기반	14
	인간과 생활	
전문기초분야	인체의 구조와 기능 및 심신의 발달	12
	질병과 장애의 발병 및 회복과정의 촉진	12
	재활치료 및 의료보험의 개념	2
전문분야	기초작업치료	6
	작업치료평가	5
	작업치료	20
	지역사회작업치료	4
	임상실습	18
	합계	93

표 3. 2009년도 학교 및 양성시설의 수 및 정원

	구분	학교수	정원
대학교 (교육부장관 지정)	4년제	57 (국립12) (공립 9) (사립36)	2101 (국립 240) (공립 255) (사립1606)
	2,3년제	2	80
	계	59	2181
양성시설 (후생노동대사지정)	국, 공립	1	20
	사립	119	5444
	계	120	5464
합 계		179	7645

영역에서 임상실습이 가능해졌다.

2) 작업치료 학생수 및 회원수

작업치료사는 1965년 “물리치료사 및 작업치료사 법”의 제정에 의해, 그 다음 해에 20명의 작업치료사가 탄생하였다. 그러나 사회보전진찰점수 제도의 대상이 되기까지 학교 및 양성시설은 증가하지 않았으며, 사회보험진찰점수가 인정된 1974년 이후에 증가하기 시작하였다. 유자격자가 10,000명이 넘는 것은 1998년으로, 법 제정 후 33년 후의 일이다.

2009년9월1일 현재, 작업치료사 유자격자 47,759명, 일본작업치료협회회원 38,570명(가입율80.8%), 남녀비3 : 7, 양성시설은179개 기관(그 중 대학교는 59교)에 199개 과정, 입학 정원은 7,645명이다 (일본작업치료사협회, 2009) (표3). 이러한 이유로 40년 이상의 역사를 가지고 있음에도 불구하고 평균연령이 약 31세이고, 유자격자의 40%가 경력이 5년 미만(2008년3월말 기준)의 젊은 층으로, 그 중 정신 및 행동 장애와 관련해 취업한 자가 약 19%이다(일본작업치료사협회, 2009). 이러한 정황으로 본다면, 매년 500~800명 정도가 정신장애 영역에 취업을 하고 있으며, 인지 관련 영역도 포함을 한다면 1000~1500명 정도가 취업하고 있다고 추정된다.

3) 졸업 후 교육(평생교육)

1990년 이후 교육기관과 회원수의 급증으로 인해 작업치료사의 질적 수준을 보장하기 위해 조직적인 관리의 필요성을 느끼게 되었다. 그래서 1992년에 평생교육 강화를

실시하였으며, 1998년에는 평생교육 단위인정 제도를 도입하고 2004년에는 인정 작업치료사 제도를, 2009년에는 전문작업치료사 제도를 창설하였다(표 2).

3. 정신과 작업치료의 관련 규정과 현주소

1) 정신과 작업치료 규정

1974년에 정해진 정신과 작업치료에 관한 규정(표4)은 보조를 포함한 2명의 직원제로 1단위25명, 하루 3단위 75명으로 기준이 정해졌는데, 이는 그 당시 장기 입원 환자를 대상으로 한 생활요법(生活療法)에서의 작업을 기준으로 결정된 것으로 추정된다.

이 규정은 2007년4월, 전문 자격이 없는 보조를 포함시키지 않고 작업치료사만으로도 가능하다고 개정되었고, 작업치료사 한 명이 관리하는 환자 수가 하루 3단위 75명이 너무 많기 때문에 하루 2단위50명으로 개정되었다(표 4). 위의 개정 모두 작업치료의 전문성과 질을 향상시키기 위해 개정된 것이지만, 작업치료사협회에 대한 의견을 충분히 수렴하지 않은 채로 수정되었다. 이전까지는 1명 이상의 보조를 동반하여 하루 75명(직원 1 명당 1일 37.5명 이내)이었던 것이 개정된 두 개의 조항에 의해 보조를 동반하지 않고 작업치료사 1명이 하루 50명의 진료가 가능하다는 해석이 된다. 이러한 이유로 해석에 따라서는 근로조건이 더 열악해지는 새로운 문제가 발생하게 되었다.

표 4. 정신작업치료에 관한 시설 기준 및 보험수가

	1974~2006	2007~
전임자	작업치료사가 최소 한 명	작업치료사가 최소 한 명
보조규정	1명 이상의 조수를 둘 것	삭제
대상자수	작업치료사 한 명에 대해 25명을 한 단위로 하루 3단위 75명 이내를 기준으로 함.	작업치료사 한 명에 대해 25명을 한 단위로 하루 50명 이내를 기준으로 함.
시설	작업치료를 실시하기에 적합한 전용시설로 작업치료사 한 명에 대해 75㎡가 기준	작업치료를 실시하기에 적합한 전용시설로 작업치료사 한 명에 대해 50㎡가 기준
기계 및 도구	필요한 전문 기계 및 도구를 구비할 것	변경 사항 없음
실시시간	환자 한 명당 하루에 2시간을 기준으로 함.	변경 사항 없음
보험수가	2006년 시점으로 220점(1점 당 10엔)	변경 사항 없음

2) 정신과 작업치료의 현주소

정신과 작업치료의 현주소로 1995년의 작업치료보고서(일본작업치료사협회, 1996)에 따르면 48.9%의 시설이 개별 작업치료를 실시하고 있으며, 1997년의 조사(杉原 이외, 1990)에 따르면 42%의 시설에서 개별 작업치료를 실시하고 있었다. 나아가 2000년의 작업치료보고서(일본작업치료사협회, 2001)에 의하면 한 명의 작업치료사가 담당하는 환자수는 한 명 이상의 보조를 동반하는 기존의 기준을 적용하여 하루 평균 진료청구건수는 32.9건이었으며, 1997년도 조사(杉原 이외, 1999)결과 31건이었다. 법 규정에 상관 없이 대상층의 요구 변화에 대처하기 위해 동일한 그룹치료에서 조기 대응과 사회 복귀를 위한 평가 및 지도 등의 개별 치료나, 소집단으로 이루어지는 과제 프로그램 등을 실시하고 있다. 이러한 이유로 현실에 맞는 법 개정이 필요하게 되었고, 작업치료사협회는 매년 교육부(厚勞省)에 개정기준을 명시하여 요구하고 있다.

실제로 정신장애 영역에 있어 작업치료 대상은 작업치료보고서(일본작업치료사협회, 1991)에 따르면 성인 인격 및 행동 장애(8.4%)와 아동청소년기의 인격 및 행동 장애(2.3%)가 대상질환자의 10%를 넘는 것으로 조사되었다. 또한 시설의 65.1%가 성인 인격 및 행동 장애를, 25.6%가 아동청소년기의 인격 및 행동 장애를 치료하고 있으며, 40% 이상의 시설이 약물의존이나 정신신체질환, 섭식장애, 치매, 정서장애 등을 대상으로 작업치료를 실시하고 있다. 5년마다 갱신되는 보고서의 자료를 비교해보면, 만성 정신분열증의 처방이 중점이었던 작업치료의 처방대상이 명확히 변화하고 있는 것을 알 수 있다.

3) 작업치료 실시현황

작업치료 실시현황은 개인작업치료와 집단작업치료로 나누어 살펴볼 수 있다. 개인작업치료는 일대일로 한 장소에서 각 개인의 기능수준에 맞는 활동을 하는 것을 말한다(山根, 2000b). 집단작업치료는 소집단 단위의 프로그램이나 레크레이션과 같은 둘 이상의 인원이 함께 참여하는 프로그램 등으로 목적이나 활동의 내용에 따라서 참여 인원수가 정해진다. 이러한 개인프로그램과 집단프로그램을 대상자 개개인의 회복수준에 맞게 활동을 계획함으로써, 급성기의 병적 상태에서 벗어나는 것은 물론 조기퇴원, 지역사회 참여에 이르기까지의 치료와 지원이 작업치료의 특징이다.

4. 정신과작업치료의 동향

“정신과작업치료법의 역사적 배경에서도 기술하였다시피, 20세기의 대부분을 장기보호수용이라는 일본의 정신보건의료 분야가 큰 전환기를 맞이하고 있다.

1) 의료영역

정신보건의료 분야의 개혁에 따라 정신과응급의료시스템, 병상 기능의 세분화, 조기 재활치료를 통한 조기퇴원 시스템, 장기입원방지시스템, 장기입원 환자에 대한 퇴원 촉진시스템, 중증 정신장애인을 위한 포괄적 생활지원시스템, 중증 정신장애인이거나 장기입원 고령자에 대한 입원 요양시스템 등 회복의 정도에 따른 치료 및 지원이 이루어지고 있다.

회복 정도에 따른 작업치료에 대한 연구들(杉原 이외, 1999 ; 山根 이외, 1999 ; 2000; 2001) 즉 “회복 정도에 따른 재활치료와 작업치료(山根, 2003)”가 임상에서 시도되고 있다. 이러한 시도로부터 표5와 같은 급성기 및 초기, 회복기, 유지기, 완화기의 각 시기에 따른 치료가 행해지고 있다. 감각, 리듬, 운동과 같은 작업활동의 신체적 측면을 이용함으로써, 불쾌하지 않은 심리적 거리를 유지하면서 기능장애의 경감과 2차적 장애 예방을 목적으로 실시하는 초기작업치료를 시작으로, 회복 정도 및 개인의 능력에 맞는 자립과 적응을 위한 지원과 지도를 행한다.

장기입원환자는 사회적 입원이라고 불리우는 50~60세 중심으로 한 연세적장기입원군(歴史的長期在院群)과 인지치료군과 인지요양군 등의 인지손상 환자와 정신병리 중증 요양군으로 나뉜다. 연세적장기입원군에는 사회생활에서 장기간 입원 격리된 사람과 고령화에 의해 이동, 음식 섭취, 배변 및 배설 등의 기본적인 생활유지기능이 저하된 사람들이 포함된다. 그렇기 때문에 고령화 및 장기간 입원 등에 따른 생활기능저하(生活機能低下)를 유발하지 않는 것이 중요하며, 생활기능저하의 회복과 방지를 위한 프로그램이 필요하다.

뿐만 아니라 시설에서 퇴원에 대한 지원이 중요하다. 신체적 기능이나 질환의 정도에 따라 퇴원이 곤란한 경우는 의료적 환경에서 실시되는 생활프로그램이 필요하다. 퇴원을 위해서 가족과의 관계에 대한 치료적 개입, 퇴원할 장소, 경제적 상황, 질환의 관리, 통원치료, 일상생활의 자립 정도, 지원의 필요성 등 사회적입원예비군(社會的入院

予備軍) 환자의 전반적인 문제에 개입하게 된다.

또한 3개월 이내의 퇴원이 곤란한 급성기 및 초기의 작업치료 대상을 장기입원 환자로 만들지 않는 것이 중요한 과제이다. 이러한 대상에게 작업치료는 사회복귀를 위한 재활 및 1년 이내 퇴원을 목표로 중요한 역할을 하게 된다.

2) 보건복지영역

보건복지영역에서는 환자의 치료 및 관리를 바탕으로 일상생활과 사회생활 지원에 대한 과제가 남아있다. 약물 복용과 금전관리 등의 기본적인 생활유지기능 치료와 훈련은 대상자의 생활에 맞는 개별지원이 필요하다.

보건복지영역에서 가족과 사회복지시설의 지도자, 홈헬퍼(home helper), 복지관련 직원, 봉사자 등 의료 이외의 전문직 및 비전문직에 이르기까지 폭넓은 사람들이 관여하므로 영역이 중복될 수 있는 특징을 지닌다. 작업치료사는 의학적인 지식을 배경으로 생활기능의 평가 그리고 그 평가를 바탕으로 한 대상자의 생활에 따른 구체적인 생활활동의 관리 및 지도 등을 실시한다.

기본적인 생활지원이란 복지시설, 요양원, 그룹 홈, 홈헬퍼(home helper) 파견 등 거주지에서 제공되는 일상생활의 훈련, 지도, 지원 등을 말한다. 하지만 작업치료사의 배치에 대한 규정이 없어서 작업치료사, 간호사, 정신보건사, 헬퍼(helper) 등 다양한 직종이 생활지원에 관여하고 있다. 앞으로는 의학적인 지식을 배경으로 한 생활기능 평

가와 그 평가를 바탕으로 한 구체적인 생활지원이 가능한 작업치료사가 적극적으로 관여할 것으로 기대된다.

소규모 작업장, 정신장애인 생산시설, 정신장애인복지공장, 지역생활지원센터 등에서 활동과 노동지원이 이루어지고 있으나 노동이 곤란한 자를 대상으로 한 생활기능의 평가나 훈련, 일반노동의 가능 여부 등에 대한 판정은 노동 지원 장소에 대한 노동지원법의 개정으로 가능하게 되었다.

3) 의료관찰법

의료관찰법에 의하면 지정입원의료기관의 경우, 30개 병상 기준으로 2명의 작업치료사가 배치되어 타 직종과 연계하여 의뢰된 환자를 대상으로, 약 1년 반의 집중치료를 통한 퇴원을 목표로 한다. 환자가 퇴원하게 되면 지정된 통원의료기관에 배치된 작업치료사는 외래 작업치료나 주간 보호(daycare), 방문치료 등을 제공하며, 환자의 안정된 지역 생활 영위와 구체적인 생활 과제 해결을 위해 다직종으로 이루어진 팀의 일원으로 환자를 지원한다(그림 1). 통원치료는 원칙적으로는 3년, 최대 5년을 목표로 사회참여를 촉진하기 위해 제공된다.

의료관찰법에 기초한 작업치료의 주된 역할은 심신의 상실로 인해 타인에게 중대한 위해(危害)를 끼칠 수 있는 사람들을 대상으로 일상생활을 되찾아 주기 위해 대상자가 스스로 일상생활이나 사회생활에 필요한 활동들을 다

표 5. 작업치료에 의한 치료 및 지원의 기간과 장소

	급성기		회복기		유지기	완화기
	안정을 필요로 하는 시기	아급성기	회복기 전기	회복기 후기		
	급성기 및 초기 OT			회복기OT	유지기OT	완화기OT
입원	1~2주간	~1개월	~3개월	~1년	—	필요에 의해
	정신과 응급 및 급성기 병동			회복기 재활치료병동	요양병동	완화병동
통원	—			1~2년 정도	—	
	—			Day care		
				외래작업치료		
생활지원	—			필요에 의해		
	—			생활지원센터 등의 복지시설		

* 기간은 입원치료에 관해서는 입원일로부터, 통원치료에 관해서는 퇴원시 또는 daycare, 외래작업치료의 처방일을 기준으로, 최소한으로 실시해야 한다고 생각되는 기간을 표시한 것

시 경험 할 수 있도록 지원하는 것이다. 작업치료사는 대상자 개개인의 평가 및 치료뿐만 아니라, 환경 수정 영역에서도 타 직종과 협력하여 팀의 일원으로 활동한다. 특히 입원치료의 경우 대상자가 독립적으로 일상 생활을 영위할 수 있도록 보호와 치료의 균형이 유지되는 환경이 만들어질 수 있도록 타 직종과 협력하며 지원하는 것이 중요하다.

의료관찰법의 초기 단계인 현시점에서 작업치료의 기본 역할은 대상자에 대한 치료와 지원, 대상자 개개인의

특성평가, 평가로부터 얻은 정보의 효과적 제공에 있다. 이 과정에서 작업치료의 역할이 타 직종과의 연관성이 크다는 것이 작업치료의 특이성이라 할 수 있을 것이다.

의료관찰법에 기반한 작업치료 역시 일반 정신과 의료로부터 파생된 작업치료와 기본적으로 큰 차이는 없지만, 대상자가 정신병리를 원인으로 타인에게 중대한 피해를 끼쳤던 사람이라는 것을 충분히 고려하는 것이 필요하다.

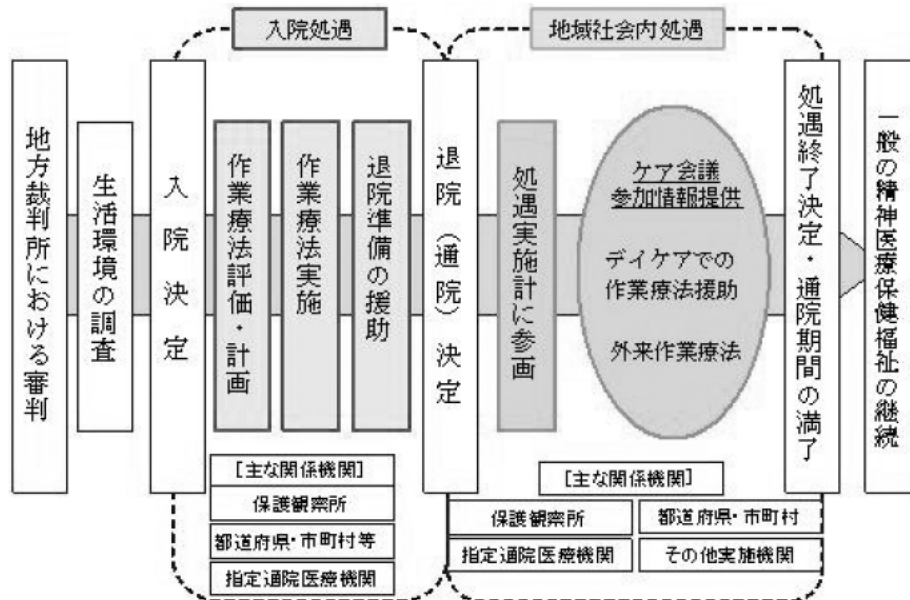


그림 1. 사법정신의료작업치료(司法精神医療世作業療法)

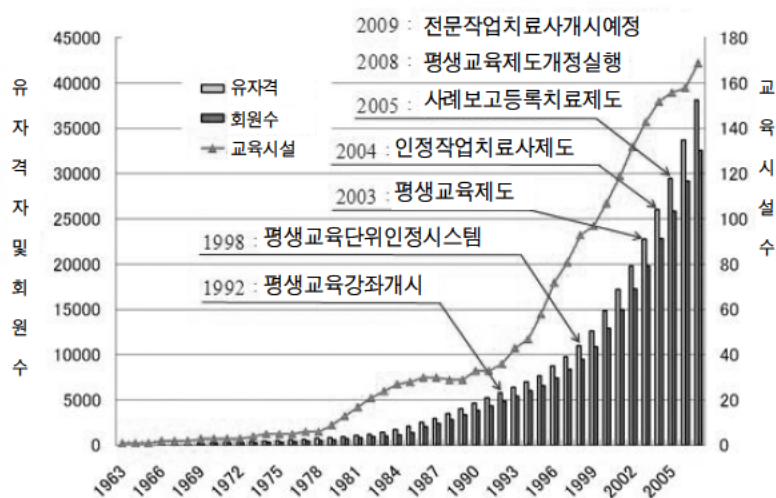


그림 2. 회원수 및 교육시설수의 추이와 졸업교육제도의 변천

III. 결 론

본 연구를 통하여 일본의 정신보건 역사와 작업치료의 현재, 작업치료사 양성 교육과 그 외에 사안들에 관하여 간략히 소개하였다. 한국도 산업화에 따른 직종 및 구조의 변화, 도시화 등 사회경제 구조의 급격한 변화로 인해 가족 제도의 변화와 더불어 정신질환자가 눈에 띄게 증가할 수 있으므로 정신보건 체제의 구조전환이 필수적이라고 할 수 있다. 정신보건전문요원으로서 작업치료사 역할에 대한 인식의 초기 단계에 있는 한국의 정신보건영역은 일본의 생활치료요법이 시행되었던 시대, 작업치료사가 정신보건영역에 처음 참여하게 되었을 때와 유사한 상황에 처해 있다. 우리가 일본에서 경험한 과정들을 기초 삼아 본 연구가 한국의 정신과 작업치료의 체계적 구축과 발전에 다소의 기여가 될 수 있었으면 하는 바이다.

참 고 문 헌

加藤普佐次郎(1925)정신병자에 대한 작업치료와 개방치료의 실시와 의의와 방법. 秋本波留夫, 富岡詔子·編著(1991)「新作業療法の源流」pp.171-204. 三輪書店.

吳 秀三(1916) 이동치료요법. 秋元波留夫, 富岡詔子·編著(1991)「新作業療法の源流」pp.128-145. 三輪書店.

小林八郎, 小林清男(1662). 레크레이션요법. 日本醫事新報1956, 35-41.

日本作業療法士協會(1991). 作業療法白書1990. 日本作業療法士協會.

日本作業療法士協會(1996). 作業療法白書1995. 日本作業療法士協會.

日本作業療法士協會(2001). 作業療法白書2000-21世紀への序章-. 日本作業療法士協會.

日本作業療法士協會(2009). 社団法人日本作業療法士協會뉴스332, 20.

杉原素子이외(1999). 精神科作業療法の향후의방향성에 관한 연구. 平成9年度 厚生科學研究「정신의료에 관한 co-medical의 방법에 의한 연구」報告書, 177-244.

山根 寬이외(1999). 정신과작업치료의 향후의 방향성에 관한 연구 1998年度 平成10年度厚生科學研究「정신의료에 관한 co-medical의 방법에 의한 연구」分担研究報告書.

山根 寬(2000a). 작업치료의 성쇠로 보는 정신장애자의 존엄. 精神医療 9, 61-66.

山根 寬(2000b). 場(トポス)을 살린다. 鎌倉矩子·他編「사람과집단·장소」pp.63-79, 三輪書店.

山根 寬ほか(2000). 정신과작업치료의 향후의 방향성에 관한 연구2-1999年度. 平成11年度厚生科學研究「정신의료보전복지의 전문직의 존재에 관한 연구」分担研究報告書.

山根 寬ほか(2001). 회복 과정에 따른 작업치료의 역할과 연계에 관한 연구 2000年度報告-. 平成12年度厚生科學研究「정신의료보전복지에 있어 전문직의 존재에 관한 연구」分担研究報告書, 2001.

山根 寬(2003). 정신장애에 대한 작업치료의 관점「정신장애자와 작업치료 제2판」pp.27-54, 三輪書店.

山根 寬(2005). 도구로써의 작업·작업활동. 鎌倉矩子·他編「사람과 작업·작업활동 第2版」pp.61-85, 三輪書店.

山下剛利(1987). 정신위생법의 전쟁사. 법학세미나창간「앞으로의 정신의료」 pp.206-211. 日本評論社.

Abstract

The History and Current State of Psychiatric Occupational Therapy in Japan

Hiroshi Yamane, Ph.D., O.T.R

Department of Human Health Sciences, Graduate school of Medicine, Kyoto University

Japanese Association of Occupational Therapists; Vice President

The purpose of this paper was to briefly provide an overview of the history of mental health, the current status of occupational therapy, and training curriculum of occupational therapists in Japan. With the marked change in the types of occupation, increasing urbanization, and rapid change in the socioeconomic structure resulting from industrialization, Korea is witnessing transformation in the family system in addition to significant increase in the number of individuals with mental illness. Such drastic change mandates a significant structural change in the mental health system in Korea. This period in Korea, where occupational therapists being only just recently allowed to participate and intervene in psychiatric hospitals and rehabilitation treatment activities is reminiscent of the time in Japan when occupational therapists began to serve in the mental health field during a period when daily living therapy was being offered. It is our hope that the experiences that we underwent in Japan may be able to assist in the formation and development of psychiatric occupational therapy in Korea.

Key words : History, Japan, Psychiatric Occupational Therapy