

Community Health Promotion Programs in Japan

Takashi Eto, M.D., Dr.Med. Sc.

Professor and Chairperson

Department of Physical and Health Education

Graduate School of Education

The University of Tokyo

3-1, Hongo 7-chome, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033, Japan

Community Health Promotion Programs in Japan

Takashi Eto, M.D., Dr.Med. Sc.

Professor and Chairperson

Department of Physical and Health Education

Graduate School of Education

The University of Tokyo

3-1, Hongo 7-chome, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033, Japan

1. Introduction

Before considering health promotion programs carried out in Japan, I would like to explain a summary of today's health conditions of Japan for a while. Current major concern in public health world as well as political or economic world is an aging society. To say more precisely, it would be an aging society with relatively small children's population. Estimated total population is 126,166,000 in 1997. Among these, almost 10% population lives in Tokyo Metropolitan Area. Age group distribution of the population is as follows: Age between 0 and 14 accounts for 15.3%, age between 15 and 64 accounts for 69.0%, and age 65 or over accounts for 15.7%. The proportion of 65 years old or over becomes increasing. That is why we call an aging society has come. On the other hand, birth rate becomes lower in these days. Since 1990, it has been equal to or below 10.0 per 1,000 population. That of 1997 was 9.5. Low birth rate is one of the reflections of low fertility. The average number of live birth in women at age between 15 and 49 is called "Total fertility rate," which has been below 1.6 since 1990 and is 1.39 in 1997. Life expectancy in Japanese population is one of the longest in the world. In 1997, that of male is 77.19 years and that of female is 83.82 years. People are apt to die in later their lives except in cases of congenital disorders, injuries, or suicide. We can see this tendency from Proportional Mortality Index (PMI), which is 92.3% in 1997. If you look at death rate in each age group, you can easily notice that Japan is relatively higher death rate country in age between 1 and 4 among selected established market economy countries, whereas rather lower in other age groups. Top three

causes of death are malignant neoplasm, cerebrovascular diseases, and heart diseases. If you calculate years of potential life lost (YPLL) by age 65, you will find unintentional injuries and suicide stand top class as well as malignant neoplasm and cerebrovascular diseases.

2. Health Promotion Policy at Government Level

In general, Japanese health and sanitary administration has three levels, which are government level, prefecture level, and municipal level including cities, towns, and villages, though some particular cities are given authority to take charge of health and sanitary administration independent from prefectures. 38 cities designated by ordinance, and 23 special wards in Tokyo are such particular cities. Total number of prefectures is 47.

There are three ministries, which govern health promotion related programs. These are Ministry of Health and Welfare, Ministry of Labor, Ministry of Education, Science, Culture, and Sports.

2-1 Health Promotion Policy through Ministry of Health and Welfare (MHW)

2-1-1 Short History

It was 1964 that the first Olympic game in Asia was held in Tokyo. After this big event, many people were interested in health and physical strength promotion. In 1970, "Nutrition and Health Class" were open in health centers, which were managed by prefectures or special cities or wards. Here health promotion was taught in relation to nutrition and food habit. Since 1972, Health Promotion Model Centers were built one by one in some selected area. This institution was remodeled to "Health Science Center" in 1995.

To prepare for the coming aging society, building cheerful and active society was thought to be a goal and the 1st National Health Promotion Plan was proposed in 1978. It had three components. First one was comprehensive health screening strategies, which meant creating geriatric health programs adding to ante-natal, post-natal, infant, child and housewife health checkup programs would contribute to make the life long health care system. The second component of the plan was building municipal health center and increasing health manpower such as disposition of public health nurses in each municipal as basic arrangements. The third component was establishing Health and Physical Strength Promotion Foundation in order to disseminate and educate people to make more concern to health creation in daily life.

Life expectancy became longer year by year, and to live after the age 80 was not a dream at all to ordinary people. The 2nd National Health Promotion Plan named "Active 80 Health Plan" was aimed to make people live active after the age 80. The goal is that elderly people can take care of themselves and also can attend social activities with satisfaction.

Now the next general health promoting strategy named "Healthy Japan 21" is under discussion.

2-1-2 Health Promotion Programs

One of the ways of thinking on health promotion is analytical one, which consists of three factors, nutrition, exercise, and rest.

Every five year, MHW announced Recommended Dietary Allowance (RDA). The latest version is version 5 in 1994. The next version has almost completed and will be soon announced. RDA is often used as the basic principle in considering health promotion. Version 6 RDA will somewhat be different from former one. The purpose of RDA is not limited to upper level of each nutrient, but sometimes it gives information of prevention for excessive intake of the nutrients such as oil soluble vitamins, vitamin A, D, E, and K.

National Nutrition Survey is done every year in November. In this survey, 5,000 households are selected and studied. The major subjects of this survey are physical condition, nutrition Intake, and diet condition. In each survey, there is a specific theme. In 1996 survey, "Obesity in men and Slimming Diet in Young Women" was the one.

Concerning exercise, "Recommended Exercise Allowances for Health Promotion" was open to public in 1993. It gages people the idea how they actually do exercise in daily life to create their health. More over, "Guideline to Exercise and Fitness" was announced. Training system for fitness and exercise specialists or instructors was established in late 80s, and these specialists are working in municipals to contribute to residents' health promotion.

Rest and recreation are another factor of health promotion. Some people have much concern of rest and recreation on the base of thinking about too much work, prevention of life style related diseases, and stressful society. Corresponding to such situation, MHW announced "Guideline to Rest and Recreation for Health Promotion" in 1994.

Another general strategy is "Creative Strategies for Healthy and Cultural Cities." It is one of the modifications of healthy city initiative advocated by world health organization, European Regional Office.

2-2 Health Promotion Policy through Ministry of Education, Science, Culture, and Sports (MESCS)

In Japan, school health has history of over a hundred years. School health consists of two major components, health education and health administration. The former is divided into health instruction and health guidance, and the latter is divided into health checkup, health counseling and school environment sanitation. Special programs such as AIDS education or dental health promotion program may be added. In school health field, there is a lot of discussion of innovation to fit today's children's health condition from either mental or physical aspects. Introduction of the idea of health promotion was written in the government report in 1997. The function of health room in each school and importance of nurse teacher were discussed, too.

2-3 Health Promotion Policy through Ministry of Labor (ML)

Considering aging society and simultaneous health problems, ML made a plan of physical and mental health promotion for laborers. It is called "Total Health Promotion Plan." This plan has two steps. The first step is health measurement by industrial physician. It contains history taking, questionnaire about daily life including works and exercise history, physical diagnosis, medical examinations including blood sampling, and exercise. The second step has two essential components and two optional components. The former is exercise guidance and health guidance. The latter are psychological counseling and nutrition guidance.

3. Health Education Specialist

There is still neither qualified nor trained health education specialist or health educator in Japan. Historically, short course of health education was settled in a few institutions such as the Institute of Public Health, Juntendo University, and Kitazato University in the 50s. A short course (about a month) is still opened once a year at National Institute of Public Health, Tokyo. Most of audience is officers from health centers. Some of them are physician, dentist, public health nurses, or nutritionists.

Apart from above, Japanese Association of Health Education planned special workshop named "A Workshop on Training for Health Educator" in 1998. This trial was affected by the training system in U.S.

4. Health Promotion Practice in Community Level

There is another opinion about health promotion, which is different from analytical way of thinking. They think health promotion itself should be total activities, which cover daily life. One application of this idea was found in the plan of some township. Main title is "Healthy and Cultural Cities with Community Participation." The concept here is to realize the creation of healthy towns by people's participation in several levels. Two major components are "Health Creation in Human Being" and "Health Creation in Communities." Both components affect each other. In the first component, there are two contents, "Creating Healthy Life Styles" and "Lifelong Health Creation." In the second component, there are also two contents, "Creating Healthy Environment" and "Community Innovation Particularly in Health and Culture."

5. Future Issue

Now, there has been a lot of discussion on administrative efficacy, and one of the solutions was announced from the government last year. That is reorganization of ministries, whose number will be reduced. Other administrative innovation would be put into practice in near future.

Corresponding to aging society, a new "Care Insurance System" will be introduced in 2000. It is a huge national project, and there are a lot of subjects to be solved. Actually, rather few people know what happens after this system is introduced. People aged 40 or over are basically the insured and certain insurance premium is deducted from his or her salary every month. When we consider health promotion program in community, there must be something related to care insurance system after the year 2000.

Any community plan will be affected by community's or nation's economic condition. In this meaning, economic stabilization makes a better environment to extend health promotion programs in communities. Whether industries are active or not, people's tax burden is heavy or not, the economic condition of medical insurance system is sound or not, all these matters are important economic environment.

In education fields, more attention should be paid to children's freedom, human rights,

sound spirit, or life skills to enjoy their lives as well as obtaining higher knowledge.

People are changing gradually. They realize the value of enjoying lives. We must also pay more attention to mutual aid in our society. To make an environment easy to work as a volunteer in community is one of the examples.

6. Conclusion

There are kinds of health promotion related programs planned by Ministry of Health and Welfare, Ministry of Labor, and Ministry of Education, Science, Culture, and Sports. Major objective of the program is prevention of life style related diseases through life. Other subjects are mental health in each age, and healthy and cultural cities projects including environmental preservation, supporting aged and handicapped people, and community participation. Finally, administrative, economic, educational, and people's behavioral innovation are essential to actualize health promoting society.

Reference

1. Tendency of Peoples Health, J. Health and Welfare Statistics, 45(9): 91-100, 1998 (in Japanese)

일본의 지역 건강증진 프로그램

오늘날 일본의 건강상황을 건강지표 등으로 평가하면 상당히 개선되어, 평균수명은 남성이 77.19세, 여성이 83.32세로 장수국가가 되었다. 65세 이상이 인구의 15.7%(1997)를 차지하는 고령화 사회에서 앞으로는 단지 질병이나 장애를 방지하고 장수하는 것만이 아니라, 더욱 충실한 인생을 보낼 수 있는 **quality of life**를 염두에 두지 않으면 안 된다. 따라서, 여기서는 생활의 질을 높이기 위해서 일본에서 행하여지고 있는 지역의 건강증진 사업을 중심으로 검토하려고 한다.

일본은 1964년 동경 올림픽 이후, 건강·체력 만들기의 분위기가 고조되었다. 1970년부터는 보건소에서 보건영양학급을 개설하고, 일상생활에서의 바람직한 영양·운동·휴양을 취하는 법 등에 대해서 구체적으로 지도하도록 하였다. 또, 1972년부터는 지역 건강증진의 거점으로서 건강증진 모델 센터의 설치가 추진되어 왔고, 1995년도부터는 이것을 건강과학 센터로 변경, 지역의 기술적 중핵시설로서의 설비를 도모하고 있다. 더욱이 1978년부터는 본격적인 장수사회의 도래에 대비해, 밝고 활력 있는 사회를 구축하는 것을 목표로, 제1차 국민 건강 만들기 대책이 개시되었다. 그 내용은 첫째로, 생애를 통한 건강 만들기의 추진책으로서 임산부, 영유아, 주부 등을 대상으로 한 건강검사와 노인보건사업의 종합적 실시를 도모하여, 태어나서부터 죽을 때까지 전 생애에 걸친 예방·검진의 체제를 정비해 가는 것, 둘째로, 건강 만들기의 기반정비의 일환으로 각 지역사회 보건센터 등의 인력 확보를 추진해 갈 것, 셋째로, 건강 만들기의 개발 보급책으로서 재단법인 건강·체력 만들기 사업재단 등에 의한 활동을 추진해 갈 것 등이었다.

그 후, 인생 80년 시대가 실현되고, 단순히 수명을 연장한다는 양적인 문제에 덧붙여 80년을 얼마나 의의있게 살아가는가 하는 질적인 문제가 더욱 중요하게 된 상황을 바탕으로, 1988년부터 제2차 국민 건강 만들기 대책을 실시해 왔는데, 「Active 80 Health Plan」이라고 칭하여지는 이것은 국민 한사람 한사람이 80세가 되어서도 자기 힘으로 일상생활을 해 나갈 수 있고, 사회참가도 할 수 있는 밝고 건강한 사회를 형성하려는 것이었다.

현재, 일본은 세계에서 손꼽히는 건강수준을 누리게 되었으나, 암, 뇌졸중, 심장병 등 생활습관병 대책 등 국민적 과제도 많이 남아 있다. 앞으로 이러한 문제를 더욱 개선하고 한층 더 건강증진을 도모하기 위해서는 종래의 건강에 관한 계획을 질적으로도 크게 전환하여 새로운 방침에 의한 계획을 책정하고 실시할 필요성이 있다. 이 「건강 일본 21 종합 전략」(가칭)은 젊은이의 사망을 줄이고, 고령자의 건강하게 생활할 수 있는 기간을 연장하는 것과 생활의 질 향상을 목적으로 관계자의 협력을 얻어, 국민의 건강증진, 질병예방을 위해 보건의료상 중요한 과제가 되는 대상분야를 설정하고 보건의료수준의 지표가 되는 구체적 수치 목표를 정하여, 그것을 달성하기 위한 모든 시책을 체계화하는 것이다. 이 계획은 2010년을 마지막 해로 정하고 2000년부터 실시해 갈 예정이다.

건강 만들기를 추진해 가기 위해서는 영양·운동·휴양 면에서 균형잡힌 생활습관을 확립하는 것이 중요하다.

현재, 일본에서는 영양소요량으로 1994년에 개정(제5차 개정)된 것이, 1995년부터 1999년의 5년간 사용되고 있다. 1998년도에 「제6차 개정」이 검토되고 그 내용이 최근 공표되었다. 종래의 영양소요량(Recommended Dietary Allowances : RDAs)을 대신하여 영양섭취기준량(Dietary Reference Intakes : DRIs)이라는 새로운 개념이 채택되었는데, 이 영양섭취기준량이란 Estimated Average Requirement(EAR), Recommended Dietary Allowance(RDA), Adequate Intake(AI), Tolerable Upper Intake Level(UL)의 4가지 기준 수치를 총칭하는 것이다. 국민 영양조사는 영양 개선법을 바탕으로 국민의 영양상태 등을 파악하기 위해 매년 실시되고 있으며, 건강 만들기의 추진을 위한 기초자료로 제공되고 있다. 매년 11월에 전국에서 무작위 추출한 약 5,000가구의 약 15,000명을 대상으로 신체 상황, 영양섭취 상황, 식생활 상황에 관한 조사를 실시하고 있다. 1996년 조사에서는 특히 「남성의 비만과 젊은 여성의 다이어트」를 주제로 삼았다.

1993년, 국민의 운동부족을 해소하고 건강에 대한 불안을 경감시키기 위해 바람직한 운동량의 기준을 「건강 만들기를 위한 운동소요량」으로 나타내었다. 또 1997년에 「생애 건강 만들기를 위한 신체활동 검토회」의 결과도 보고되었다. 운동을 통한 국민의 건강 만들기를 추진하기 위해서는 적절한 운동지도를 행할 수 있는 인재를 육성하는 것이 중요하다. 이 때문에 후생성에서는 1988년에 「건강 만들기를 위

한 운동지도자의 지식 및 기능의 심사·증명사업의 인정에 관한 규정」을 고시하고 현재 이에 기초하여 건강운동지도사(1988년도 ~) 및 건강운동실천지도자(1989년도 ~)의 양성사업을 행하고 있다. 또, 건강증진을 위한 운동을 안전하고 적절하게 행할 수 있는 시설을 1988년부터 인정하고 있다.

건강증진의 관점에서 휴양에 대해서 검토하고, 1994년 4월에 일반인을 대상으로 하는 「건강 만들기를 위한 휴양지침」을 책정하였다. 1993년부터는 「건강문화와 쾌적한 생활의 지역사회 창조 계획 사업」을 실시하고, 건강문화를 기조로 한 지역사회 만들기의 추진을 도모하고 있다. 휴양면에서의 건강 만들기 시책에 대해서는 「건강휴가의 권장」에서 건강 만들기를 위한 휴가의 보급 및 휴가를 위한 「건강휴양지」의 필요성이 제언되었다(1997).

그 외에 건강정보망 시스템이 정비되어, 누구나가 질병의 예방, 건강의 유지 증진 등에 도움이 되는 건강정보를 쉽게 이용할 수 있게 되었다. 또, 건강정보망 거점 시설로부터의 제공수단으로는 인터넷(<http://www.healthnet.or.jp>) 등도 활용되고 있다.

1993년에는 알콜 관련문제 예방대책이 실시되어 건강교육을 더욱 충실히 할 것과 주류의 선전·광고에 관한 분석, 주류 자동판매기의 철폐 등이 검토되었다.

마음의 건강 만들기 대책으로는 阪神淡路 대지진 후 PTSD(심적 외상 후의 스트레스 증후군)에의 대응의 중요성이 인식되었다. 또, 사회생활환경의 복잡화 등은 여러 가지 정신적 스트레스를 증가시킴과 동시에 불면증 등의 수면장애도 일으키고 있다. 이러한 문제에도 대처하기 위해 스트레스·수면장애 대책사업의 필요성이 대두되었다.

한편, 학생들의 건강증진을 도모하기 위해서 보건교육(보건학습, 보건지도), 건강진단, 건강상담, 학교 환경위생의 유지 개선 등이 행하여지고 있고, 그 외에도 「AIDS 교육」, 「학교치과보건」사업도 실시되고 있다.

노동성에서는 노동자의 심신 건강의 유지, 증진 조치가 적극적으로 추진되고 있다. 이 건강유지, 증진 조치는 「Total Health Promotion Plan(THP)」이라고 칭하여지고, 건강측정의 결과에 기초하여 산업의가 중심이 되어 심신양면에서 건강지도를 행하는 것이다.

지역사회의 장래상을 「주민 참가로 쾌적한 건강문화도시」라고 하여, 주민 누

구나가 건강하고 보람된 충실한 생활을 할 수 있도록 개인의 주체적인 심신 건강 만들기를 지원하고, 그것을 뒷받침하는 사회생활(가정, 학교, 직장, 지역)의 건강 만들기도 지원하고 있다. 구체적으로는 어린이, 청소년, 성인, 고령자, 장애자의 건강 만들기를 추진하여 생애를 통한 건강한 life style이 형성되도록 하는 것이다. 또, 주민 누구나가 안전하고 쾌적한 생활을 하기 위해, 양호한 녹지보전에 힘쓰고, 고령자, 장애인 등이 안심하고 생활할 수 있는 더 좋은 사회적 기반의 정비를 추진하는 것이다.

지역, 학교, 직장에서 이러한 건강증진 사업을 성공시키기 위해서는 건강교육 전문가의 역할이 중요하다. 일본에는 건강교육 전문가 양성을 위해 각 대학의 건강관련학과 이외에도 국립 공중위생원에 건강교육 코스를 두고 있다. 또, 1998년에는 일본 건강교육학회의 주최로 건강교육 전문가 양성을 위한 워크숍이 개최되었다.

앞으로 소규모의 조직으로 효율적인 사업이 이루어질 수 있는 행정개혁이 있어야겠다. 2000년부터 시작되는 개호(介護)보험도, 그 본래의 기능을 다 할 수 있도록 착실한 검토가 이루어져야 하겠다. 산업, 세금의 문제, 의료보험 등을 재평가하여 경제적인 안정을 추구하고, 교육에 있어서도 지식만을 강조하는 것이 아니라 자유, 인권, 건전한 정신, life skill 등을 염두에 두지 않으면 안 된다. 그래서, 인생을 즐기고, 자원봉사 활동에도 참가하는 서로 돕는 지역사회를 만들어 가야 할 것이다.

건강증진에 관한 여러 가지 프로그램이 후생성, 노동성, 문부성에 의해 실시되고 있다. 이러한 프로그램의 주목표는 생애에 걸쳐 생활 습관병을 예방하는 것이다. 그 외에 연령에 맞는 정신보건과, 환경을 보전하고 고령자와 장애자를 지원하는 주민 참가의 건강문화도시 구상이 현재 검토되고 있다. 마지막으로 넓은 의미에서 행정개혁, 경제개혁, 교육개혁, 사람들의 행동개혁이 필요하다고 생각된다.

요약 : 임희진(동경대학 대학원 건강교육학전공 박사과정)