

일본의 건강증진 정책의 방향 -생활습관병 대책을 중심으로-

이정수* · 이원철** · 이경수*** · 고광욱**** · 최은진***** · 박천민*****

* 동경대학 의학계연구과 건강증진과학분야
** 가톨릭의과대학교 예방의학교실
*** 영남대학교 의과대학 예방의학교실
**** 고신대학교 의과대학 예방의학교실
***** 한국보건사회연구원
***** 계명대학교 자연과학대학 공중보건학과

〈목 차〉

I. 서론	Abstract
-------	----------

I. 서론

현재 일본에서는 심혈관 질환을 포함한 생활습관병 (Life-style related diseases)의 예방이 건강증진 정책의 가장 큰 과제이다. 생활습관병은 사망률, 유병률, 의료비 및 질병의 합병증 증가 등과 삶의 질의 저하 등으로 인한 사회적 부담도 가장 크다.

지금까지 생활습관병 대책으로서의 건강증진 정책은 국가의 주요정책으로 지속적으로 전개되어 왔으나, 객관적인 지표 평가에서는 큰 효

과를 보여주지 못하고 있다.

이러한 배경으로, 향후의 생활습관병 대책과 추진에 관한 새로운 방향과 의료제도 개혁의 청사진이 2005년에 발표되었다. 현행의 의료보험 제도를 지속 가능하게 하려면, 의료비 증가의 억제가 필요하고, 의료비 증가의 억제를 위한 의료제도 개혁의 중요내용 중 생활습관병 대책이 우선순위가 가장 높게 선정되었다.

2006년 의료개혁 관련 법안이 제정됨으로써 새로운 생활습관병 대책이 수립되어 시행되었다. 새로 시작된 생활습관병 대책의 특징은,

교신저자:

전화번호: FAX: E-mail:

- 투고일
- 수정일
- 게재확정일

2006년에 제정된 “고령자의 의료 확보에 관한 법률”에 의하여, 2008년4월1일부터 의료보험자는 대사증후군(Metabolic Syndrome)의 개념을 도입한 “특정검진”과 “특정보건지도”를 피양자를 포함한 가입자에게 계획을 세워서 제공하는 것이 의무화된 점이다.

지금까지 시행되 오던 지역주민을 위한 지방자치단체에 의한 검진과 보건지도(노인보건법에 의한 기본검진), 노동자를 위한 사업장검진과 보건지도(노동안전위생법에 의한 일반검진)가 통합되고, 검진내용이 조정되었다.

이는 대사증후군이 생활습관병의 위험인자라는 과학적 근거가 축적되었고, 국민 개개인의 입장에서 내용 이해하기 쉽고 구체적인 지표로 구성되어 있다는 점 등이 배경이 되었다.

“특정검진”은 보건지도가 필요한 검진수진자를 대사증후군의 기준에 따라 판정하여 선정하는 것을 목적으로 하는 검진으로, 보건지도를 위하여 수진자를 3단계로 분류하여 계층화한다. “특정 보건지도”는 위험별로 분류된 검진수진자에게 계층화된 보건지도를 시행한다.

보건지도의 기본은 생활습관행동의 변용이고, 생활습관행동의 변용에 의해 각종 검사치의 개선을 도모하여, 결과적으로 대사증후군에 해당하는 자와 대사증후군의 예비군을 감소시키는 것을 목표로 한다.

국가가 제시한 목표는, 2015년 특정검진의 실시율 80%, 특정보건지도의 실시율60%와 함께, 대사증후군에 해당하는 자 및 예비군의 감소율을 2008년과 비교하여 25% 감소시켰다는 목표수치가 설정되었다. 이와 같이 제시된 국가 목표의 달성을 위하여, 각 의료보험자의 특성을 고려한 조절 목표를 설정하여, 특정검진 실시율, 특정보건지도 실시율, 대사증후군 해당자

및 예비군의 감소율의 목표수치를 평가하여, 2013년부터는 매년, 각 의료 보험자에 대한 후기고령자 의료지원금의 가산 또는 감산이 시행된다.

2008년은 새로운 건강증진정책이 시작된 원년이므로, 정책에 대한 효과의 평가를 하기에는 아직 시기가 이르다. 그러나 1차 예방과 2차 예방 전략을 동시에 전개하는 점, 검진수진자 전원에게 생활습관의 행동 변용을 위한 건강지원을 시행한다는 점 등은 지금까지의 건강증진정책의 단점을 보완하고, 향후의 건강증진정책의 방향을 제시했다는 측면에서 긍정적으로 평가할 수 있다. 또한 민간참여를 전면 개방하였고, 마스크 등을 통한 대대적인 홍보를 통하여, 새로 시작된 건강증진정책을 국민들 전체에게 신속하게 알렸으며, 일본국민을 대상으로 한 전략으로서 인구집단접근(Population Approach)이 일정 수준 달성되었다고 평가할 수 있다.

그러나 생활습관 행동 변용의 지도를 할 수 있는 전문가가 많이 부족하다는 점 등은, 정책의 원활한 시행을 위하여 우선적으로 해결해야 하는 과제도 많이 남아있는 실정이다.

또한 건강한 생활습관행동을 쉽게 행할 수 있는 생활환경과, 건강한 생활습관행동을 지속시키는 생활환경은 어떠한 환경인가에 대한 연구부족으로 인하여, 국가가 전략적으로 어떠한 생활환경 조성을 해 나가야 할 것인가에 대한 과학적인 근거가 부족하므로 이에대한 구체적인 방향제시가 필요하다.

이 논문에서는 새로 시작된 일본의 건강증진정책의 배경, 목표, 내용을 파악하였고, 향후 과제에 대해 논의하였다.

1. 새로 시작된 건강증진정책의 배경

1) 질병구조의 변화

일본의 평균수명은 세계에서 가장 높은 수준이다. 한편, 인구의 급격한 고령화가 계속 진행되고 있으며, 질병의 구조가 변화하여 암, 순환기 질환(심장병, 뇌졸중), 당뇨병, 치주염 등의 이른바 생활습관병의 증가와 일상생활의 보조가 필요한 인구의 증가 등이 심각한 사회 문제로 대두되고 있다.

제2차 세계대전 후까지 사망원인 1위는 감염성 질환인 결핵이었으나, 1951년에는 뇌혈관 질환이 사망원인의 1위를 차지하게 되었고, 1958년부터는 사망원인에 뇌혈관 질환, 암, 심장병과 같은 만성질환이 상위를 차지하게 되었다

암, 심장병, 뇌졸중, 당뇨병과 같은 이른바 생활습관병은 총사망자 수의 약 60%, 국민 의료비의 약 30%를 차지하고 있고, 일상생활의 보조가 필요한 환자 발생요인의 약 30%를 차지하는 중대한 선행질환이다. 특히 당뇨병, 심질환, 뇌혈관 질환 등 발병의 위험인자가 되는, 당뇨병이 강하게 의심되는 자가 740만명, 가능성이 있는 자가 1,620만명으로 추정되고 있다.

2) 성인병으로부터 생활습관병으로

성인병이라는 용어는 후생노동성이 1955년부터 사용하기 시작한 행정용어이며, 1957년에 개최된 “성인병 예방대책협의 연락회”의 회의록에 의하면, “성인병은 주로 뇌졸중, 암 등의 악성질환, 심장병 등으로, 40세 전후부터 급격하게 사망률이 높아지고, 또한 전체사인에서도 상위를 차지하고, 40세로부터 60세 정도의 한창 일할 때에 많이 발생하는 질환”으로 기술되어 있다.

후생노동성은 1952년 전후부터 이러한 질환

에 관하여, 치료방법 뿐만이 아니라, 조기발견, 집단검진, 건강관리 등에 관하여 연구를 추진하고, 1956년에 설치한 전문가로 구성된 “성인병 예방협의 연락회의”의 의견 제안을 받아, 암, 순환기 질환의 실태조사, 국립암센터와 국립순환기병 센터의 설치 및 검진 추진 등의 각종 정책을 추진해 왔다.

이러한 질환은 연령의 증가에 따라서, 발생빈도가 높아지는 특징이 있기 때문에, 인구의 고령화에 따라서 더욱 더 증가할 것이 예상된다. 그리고, 생활습관과 이러한 질환의 발생과의 인과관계가 명확해졌고, 최근에는 건강한 생활습관을 실천에 의해 질병 발생을 예방하는 “1차 예방”이 중요시되고 있다. 이를 위하여 국민에게 생활습관의 중요성을 강조하고, 건강관리에 대한 자발성을 촉진하고, 생애를 통한 생활습관개선을 위한 개인의 노력을 사회 전체가 지원하는 체제를 정비하기 위하여, “생활습관병”이라고 하는 개념의 도입이 제안되었다(공중위생심의회 의견제안, 1996년 12월 18일). 1997년7월1일에 “생활습관병 대책실”이 후생노동성에 설치되고, 생활습관병 대책을 추진하였다. 생활습관병은 “식생활, 운동습관, 휴양, 흡연, 음주 등의 생활습관이 질병의 발생이나 진행에 관여하는 질환군”으로 정의되어 있다.

1997년7월30일“공중위생 심의회 건강증진 영양부회”와 “성인병 난치병대책부회”의 합동부회에 의한 생활습관병 대책전문위원회가 작성한 “향후의 생활습관병 대책에 관하여 (중간보고)”를 받아, 2000년3월에, 21세기에서의 국민건강 증진운동 “건강일본21”이 책정되었다.

3) 건강일본21

후생노동성에서는 2000년도부터, 생활습관병

의 대책을 중심으로한 중장기적인 국민건강 증진운동으로 “건강일본21”을 추진하고 있다.

“건강일본21”은 달성목표를 채택한 공중위생정책으로 경영학에서 이용되어 온 목표관리 방법을 보건의료부문에 응용한 것이다. 이 방법은 명확한 목표를 설정하는 것에 의하여 특정 결과를 실현하기 위한 관계자의 활동이 한층 효과적으로 시행될 수 있다는 것을 근거로 하고 있다. 또한, 근거중심의학(Evidence Based Medicine, EBM)과 부합하는 것으로, 건강정책에서 목표설정이나 검진서비스 등의 보건정책을 시행하는 것에 있어서도, 지금까지 축적되어 온 과학적 지식을 종합적으로 평가하고, 나온 결론에 따라 평가하고 시행해야 한다는 인식, 즉 근거중심보건의료(Evidence Based Healthcare, EBH)”의 생각이다. 건강일본21의 계획에는, 지금까지 축적되어 온 과학적 근거를 참고함과 동시에, 건강일본21기획검토위원회, 계획책정 검토위원회 등의 각종 전문가 위원회의 검토, 지방 공청회에 의하여 의견을 수렴한 후에 목표설정이 이루어졌다.

건강일본21에서는 1978년에 시작된 제1차 국민건강 증진대책과 1988년에 시작된 제2차 국민건강 증진대책보다도 한 단계 더 높은 시도를 시작했다. 제1차 국민건강 증진대책으로는 생애주기를 고려한 건강증진정책의 추진, 생활습관(영양, 운동, 휴양)의 3개 요소를 고려한 건강증진정책을 전개해 왔다. 1988년부터는 제2차 국민건강 증진대책 “Active 80 Health Plan”으로써 제1차 국민건강증진대책에서 실시해 온 정책을 진행함과 동시에, 건강증진 인정시설의 지정과 건강운동지도자 양성 등의 운동에 관련한 사항을 추가하여 추진해 왔다. 제1차 국민건강 증진대책과 제2차 국민건강 증진

대책은 모두 어느정도 성과를 달성했다고 생각할 수 있으나, 국민의 건강상태가 어느 정도 개선되었는가 하는 객관적 평가나 이러한 평가를 다음 대책의 수립에 고려하고 연계시키는 것이 어렵다는 과제가 있었다.

건강일본21에서는 (1) 건강을 증진하여 질병 발생을 예방하는 “1차 예방”으로 정책의 중점을 전환하고, (2) 개개인의 자유로운 의사결정에 따른 주체적인 실천을 지원하는 환경의 조성, (3) 건강증진의 구체적인 목표를 설정하여, 건강증진정책을 평가할 수 있게 하고, (4) 보험자, 기업, 의료기관, 대중매체, 비영리단체 등의 광범위한 건강 관련 단체 등의 참가와 협력을 구하여, 각 단체의 기능을 활성화시킴으로써 개인의 건강증진을 효과적으로 지원할 수 있는 사회 환경을 적극적으로 구축해 나간다는 4가지의 기본방침 하에서 추진하고 있다.

구체적인 목표는 <표 1>에 정리한 것처럼, 9개분야에 대해 70개항목으로 구성된 보건의료수준의 목표를 설정하고, 각각의 지표에는 기준치와 함께 2010년까지의 도달목표 수치를 제시하고 있다.

<표 1> 건강일본21의 목표분야

목표분야
영양 / 식생활
신체활동 / 운동
휴양 / 마음의 건강증진
담배
알코올
구강건강
당뇨병
순환기 질환
암

“건강일본21”은 장기적인 방향을 명확하게 하기 위하여, 이념과 목적에 중점을 둔 전국수준에서 전략적인 기본계획으로 국가 전체의 상황을 파악하여, 국가수준의 도달해야 할 목표를 설정하였다. 그러나 목표는 각 지역이나 집단에 따라 다를 수 있기 때문에 독자적인 계획의 작성이 필요하다. 일본의 모든 도도부현(都道府縣)에는 지방계획이 수립되어있지만, 2006년 현재 1,817개의 시구정촌(市區町村)에서는 약 60%를 상회하는 지방계획이 수립되어 있는 실정이다.

건강일본21의 주요 추진 전략은, (1) 다양한 경로를 이용한 홍보, (2) 사업추진체제의 정비와 지방계획지원, (3) 각종 보건지도의 효율적이고 일관성있는 추진, (4) 과학적인 근거에 따른 사업의 추진 등의 4가지를 중점적으로 추진하고 있다.

후생노동성에서 홍보는, 생활습관병 예방 주간, 금연 주간 등의 각종 행사, 세미나, 심포지엄의 후원을 통한 홍보, 정부홍보 등의 활용, 포스터, 리플렛 및 비디오 등의 홍보 수단의 개발, 건강일본21의 상징마크의 작성과 보급, 인터넷에 의한 정보제공(<http://www.kenkounippon21.gr.jp/>), i mode에 의한 정보제공(<http://www.kenkounippon21.gr.jp/i/>) 등을 실시해 왔다. 또한 각 도도부현에서 건강일본21의 전국대회를 개최했다. 홈페이지를 이용한 정보제공은 다수의 도도부현에서도 실시하고 있고, 위의 <http://www.kenkounippon21.gr.jp/> 에는 도도부현의 홈페이지의 링크를 작성하고 있다.

추진체제의 정비를 위하여 후생노동성에 건강일본21의 추진본부와 함께 폭넓은 국민 각층으로 구성되는 건강일본21을 추진하기 위한 국민회의가 설치되어 있다. 또한 건강일본21의 취

지에 찬성하는 민간단체로 구성된 건강일본21 추진 전국연합회의가 구성되어 활동하고 있다. 후생노동성에서는 지방계획의 지원을 위하여, 도도부현 주관의 과장회의, 건강일본21 지방계획의 지원을 위한 세미나를 개최하고, 지방계획과 관련한 “건강일본21실천메뉴얼”을 작성하여 발표를 하고 있다. 각종 보건사업의 효율적이고 일관성있는 추진과 관련해서는, 개별건강교육의 추진, 지역과 사업장 연계의 강화를 진행 중에 있다. 또한 조사와 연구의 추진 등, 건강일본21의 추진을 위한 과학적 근거의 축적에도 힘을 쓰고 있고, 2010년에서의 목표달성을 위해 노력하고 있다.

더불어, 의료제도개혁의 일환으로써, 국민의 건강증진과 질병예방을 위한 노력에 대한 지원을 강화해 가기로 하고 있고, 건강일본21을 강력하게 추진하기 위한 법적 정비를 위하여 건강증진법이 제정되어 2003년 5월 1일부터 시행되었다.

4) “건강일본21”의 중간평가 결과

“건강일본21”은, 건강증진에 관한 각종 지표에 관해목표를 설정하고, 국민이 일체가 되어 건강증진운동에 동참함으로써, 국민의 건강지표 산출을 위한 각종 자료의 체계적이고 지속적인 감시, 관찰 및 평가가 가능해졌다.

“건강일본21”에 관해서는 2005년도에 중간평가를 했으며, 이를 바탕으로 보면, 뇌졸중, 허혈성 심질환의 연령조정 사망률의 개선경향이 보이고 있으나, 고혈압, 당뇨병의 환자 수는 특히 중 고령 남성에서는 개선되지 않았다. 또한 비만자의 비율이나 일상생활에서의 일일 보행수와 같은, 건강일본21책정 시의 기준치보다도 개선되지 않은 항목이나, 악화하고 있는 항목이

보이는 등 지금까지의 진행상황을 보면 전체적으로 모든 면에서 충분한 성과를 거두고 있다고 평가하기는 어려운 상황이다.

중간평가결과, (1) 포괄적으로 너무 많은 목표 분야를 설정했기 때문에 목표가 명확하지 않다는 점, (2) 목표달성에 향한 효과적인 프로그램과 도구의 적용이 충분하지 않다는 점, (3) 정부전체나 산업계를 포함한 사회 전체의 참여가 충분하지 않다는 점, (4) 의료보험자, 지방자치단체 등의 관계자의 역할분담이 명확하지 않다는 점, (5) 보건사¹⁾, 관리영양사²⁾ 등의 의료관계자의 자질향상에 관한 대책이 충분하지 않다는 점, (6) 현상의 파악, 정책평가를 위한 자료의 수집, 정비가 충분하지 않다는 점 등이과제로 평가되었다.

이러한 문제점을 고려한 향후의 추진방향으로서는, (1) 대표적인 목표항목을 선정하는 것 등에 의해 인구집단접근(Population Approach)에 의한 건강증진의 국민운동화, (2) 의료보험자에 의한 40세 이상의 피보험자와 피부양자에

대한 “대사증후군”에 초점을 맞춘 검진과 보건지도의 시행 등으로 고위험군접근(High Risk Approach)에 의한 효과적인 검진과 보건지도의 시행, (3) 산업계와의 연계추진, (4) 인재의 육성, (5) 근거에 의한 정책의 전개를 시행하는 것으로 하고 있고, 건강일본21에 있어서의 분야별 전개를 이와 같은 방향성에 맞추어 가면서 달성해 가는 것으로 하고 있다.

2. 대사증후군의 개념의 도입과 진단기준의 설정

2005년4월에는 당뇨병, 고혈압 등은 내장지방형 비만과 밀접한 관계가 있고, 이 질환들이 중복 이환된 상태는 심질환 또는 뇌혈관 질환 등의 발생 위험이 크나, 내장지방을 감소시키는 것에 의하여, 당뇨병 등의 여러 가지 병태의 개선 및 심질환과 뇌혈관 질환 등의 발생 위험의 저하를 도모할 수 있다는 생각에 의하여, 허리둘레(Waist Circumference) 등에 의해 규정된 진단기준이 내과학회 등의 관련 8개 학회의 공동위원회에 의해 발표되었다(표 2).

<표 2> 일본의 대사증후군의 진단기준

내장지방의 측정	
허리둘레 남자 85cm이상 여자 90cm이상 (내장지방면적 100cm ² 이상에 해당)	
위의 기준에 해당하고, 아래의 기준 중 2 기준이상 해당	
고중성지방혈증	150 mg/dL이상
저HDL-C혈증	and / or < 40 mg/dL이상
수축기혈압	130 mmHg이상
확장기혈압	and / or 85mmHg이상
공복시 혈당	110 mg/dL이상

- 1) 보건사: 간호사 자격증을 취득한 후, 문부과학 대신이 지정한 [지정학교]에서 6개월 이상 보건사가 되기 위해 필요한 학과를 이수한 후 보건사 국가시험에 합격한 자, 또는 후생노동대신이 지정한 보건사 양성소 [지정양성소]를 졸업하고 보건사 국가시험에 합격한 자
- 2) 관리영양사: 영양사의 면허취득 후, 관리영양사의 국가시험에 합격한 자. 단, 관리영양사의 국가시험수험자격은 (1) 2년 간의 영양사 양성시설 졸업 후 영양사 면허를 취득한 자는, 후생노동성령에 의한 시설에서 3년 이상 영양지도업무에 종사, (2) 3년 간의 영양사 양성시설 졸업 후 영양사 면허를 취득한 자는, 후생노동성령에 의한 시설에서 2년 이상 영양지도업무에 종사, (3) 4년 간의 영양사 양성시설 졸업 후 영양사 면허를 취득한 자는, 후생노동성령에 의한 시설에서 1년 이상 영양지도업무에 종사, (4) 4년 간의 영양사 양성시설 졸업 후 영양사 면허를 취득한 자

Metabolic Syndrome의 개념은, 그림1에 표시한 것처럼, 당뇨병, 고혈압, 고지혈증 등은 각각의 병태가 따로 진행되는 것이 아니고, “하나의 빙산으로부터 수면상에 나온 몇 개의 산”과 같은 상태로, 투약으로서는 “빙산의 하나의 산을 삭제”하는 것에 불과하고, 근본적으로는 운동 습관의 철저와 식생활의 개선 등 생활습관의 개선에 의해 “빙산 전체를 축소시키는”것이 가능하다고 생각하는, 질병의 예방에 중점을 둔 생각으로 전환되어, Population Approach 로서, “1에 운동, 2에 식사, 철저한 금연, 마지막에 약”이라는 생각 하에 국민운동으로써 진행하고 있다.

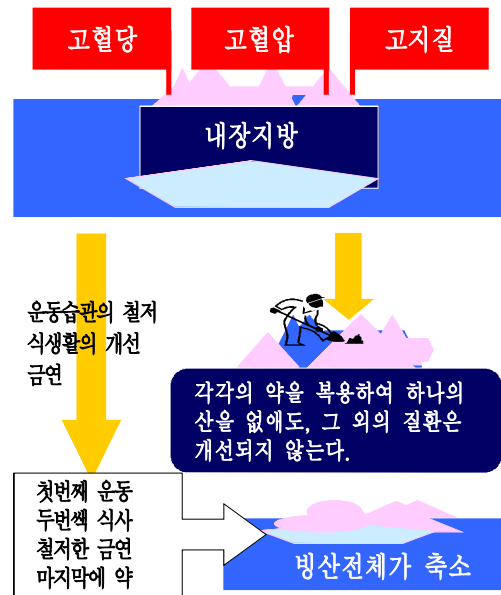
3. 의료제도개혁

2006년6월에는 의료제도 개혁 관련 법안이 국회에서 통과되었다. 의료제도개혁에서는 (1) 공적의료보험의 재편성, (2) 주요 질환을 대상으로 한 지역수준에서의 의료의 질적 관리(신 의료계획), (3) 의료비의 적정화(의료비 적정화 계획)가 2008년부터 모든 도도부현 단위로 시행된다.

의료제도개혁에서 의료비 적정화 계획은 (1) 당뇨병, 고혈압증, 지질이상증의 환자와 잠재군(예비군)의 감소, (2) 평균 입원일수의 단축을 목적으로 한다. 목적이 달성되지 않았을 때는 해당 도도부현에만 적용되는 특례적인 의료진료보수의 설정 등의 담보조치가 마련되어 있다. 또한 의료보험제도의 근본적인 개혁(2003년3월 28일 국회의 결정)에 의해 도도부현을 단위로 한 공적의료보험의 재편성을 하여, 도도부현 별로 위험에 대한 조정을 할 수 있도록 하였다.

후생노동성에서는 2000년도부터 건강일본21을 수립하고, 2003년에는 건강증진법을 시행함으로써 국민의 건강증진과 질병예방을 한층 더 적극

적으로 추진하고 있다. 또한 2004년에는 자민당에서 “건강프론티어전략”이 결정된 것에 따라서 정부로서도 “경제재정운영과 구조개혁에 관한 기본지침2004”에 있어서의 중요정책의 하나이다.



<그림 1> 대사증후군의 개념
(후생노동성의 Home Page로부터 인용)

이와 같은 상황에서 후생노동성에서는 향후의 생활습관병 대책의 추진방침을 검토하여, 2005년 12월에 발표 한 “의료제도 개혁 대망”에 포함했다.

의료제도개혁에서는 생활습관병의 예방을 장기적인 의료비 적정화 대책의 주축의 하나로써, 대사증후군의 개념을 도입하여 (1) 국민의 영양, 운동, 흡연 등의 건강한 생활습관의 형성을 위한 “예방”의 중요성에 대한 이해를 촉진하기 위한 국민운동의 전개, (2) 의료보험자³⁾의

3) 의료보험자: 일본의 의료보험에는, 국민건강보험과 피고용자보험이 있다. 국민건강보험은 농

역할을 명확하게 하기 위한, 당뇨병 등의 예방에 초점을 둔 검진과 보건지도의 계획적인 실시를 의무화하여 효과적이고, 효율적인 검진과 보건지도의 철저함을 도모하는 것으로 하고 있고, 향후 의료제도개혁의 시행을 위한 내용으로서는 (1) 검진과 보건지도의 중점화와 효율화, (2) 도도부현의 건강증진 계획을 충실하게 실행하는 것으로 하고 있다. 특히 검진과 보건지도에 관해서는 의료보험자의 역할을 명확하게 하고, 국민건강보험 및 피고용자 보험의 의료보험자에게, 40세 이상의 피보험자 및 피부양자에 대하여 당뇨병 등의 예방을 목적으로 한 검진과 보건지도의 계획적인 실시를 의무화하여, 검진과 보건지도의 중점화를 도모하는 것으로 하고 있고, 2008년도부터 실시하기 위하여 준비 해왔다.

의료보험자를 중심으로 한 검진과 보건지도의 추진, 국민운동으로서의 생활습관병 대책의 전개를 향해 국가가 제시한 기본방침에 따라, 건강증진법에 의한 도도부현의 건강증진 계획을 충실하게 실행하기 위한 준비를 해왔다.

4. 새로 시작된 생활습관병 대책

지금까지 시행되어 온 생활습관병 대책으로서

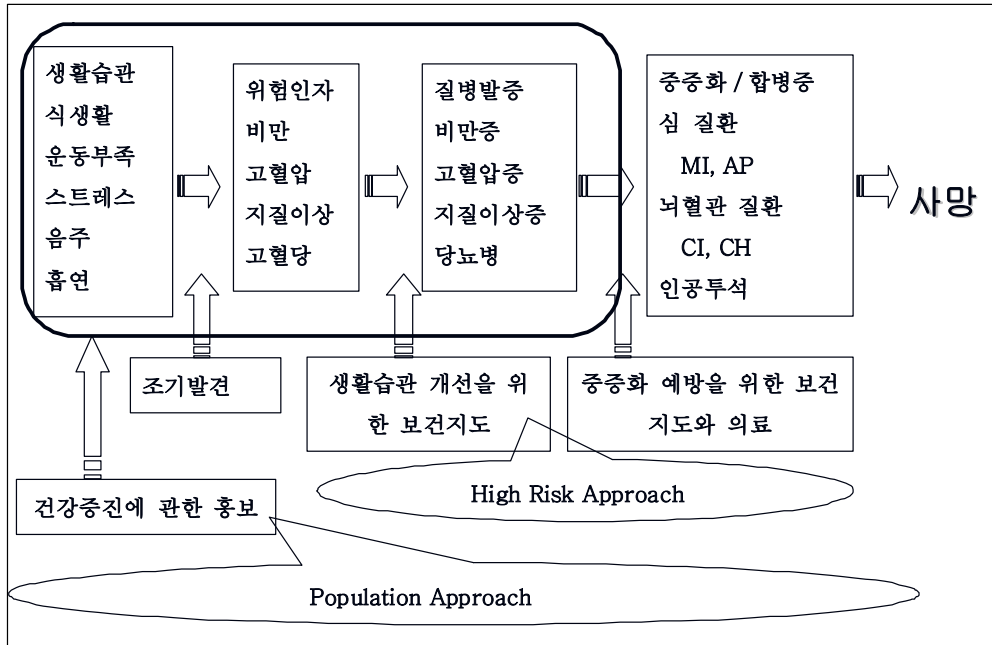
업, 어업, 수산업 등을 포함한 자영업자 및 퇴직자가 피보험자, 보험자는 시구정촌으로, 2006년 현재 2531개의 보험자가 있다. 이외에 사업업무형태 별로 구성된 국민건강보험조합은 166개의 보험자가 있다. 피고용자보험에는, 정부관장건강보험, 조합관장건강보험, 공제조합이 있다. 정부관장건강보험은 중소기업의 종업원이 피보험자이고, 정부가 보험자가 된다. 조합관장건강보험에는 사원 700명이상으로 설립하는 단독조합과 여러회사가 공동으로 설립하는 종합건강보험조합이 있고, 현재 1520개의 보험자가 있다. 공제조합은 국가공무원, 지방공무원, 사립학교교원등이 피보험자가 되고, 보험자수는 각 21, 54, 1개이다. 이외에 선원건강보험조합이 있다

의 건강증진 정책의 문제점을 정리하면, (1) 검진의 추파적 사업으로 생활습관 개선사업이 시행되어 왔고, (2) 개별 질환의 조기발견·조기치료가 중심이었고, (3) 검진 결과의 전달과 생활습관에 관한 일반적인 정보를 제공해 왔고, (4) 지도가 필요하다고 판정된 자 중에서, 건강지원사업에 참가한 자를 대상으로 사업을 해 왔고, (5) 한 시점의 검진결과에 따른 보건지도가 주류였으며, (6) 사업의 시행량(시행 횟수, 참가 인원 수)을 중시해 왔다는 점 등을 지적할 수 있다.

이와 같은 생활습관병 대책으로서의 건강증진 정책의 개선방향은, (1) 생활습관병의 예방을 위한 생활습관 개선의 지원이 필요한 자를 선택하기 위한 검진, (2) 비만과 같은 생활습관 또는 위험 중복자에 초점을 맞춘 조기개입과 행동변용, (3) 개개인 스스로의 선택과 행동변용(신체대사와 생활습관과의 관계의 이해)을 위한 건강지원사업, (4) 검진 수진자 모두에게, 필요에 따라, 단계별 건강지원을 제공, (5) 검진 결과의 경시적 변화 및 장래 예측에 따른 건강지원 (6) 결과를 중시(당뇨병 환자와 예비군의 25% 감소 등)하는 정책으로의 방향전환으로 정리할 수 있다

이러한 배경에 의해 2008년 4월 1일부터 생활습관병의 예방을 위하여 대사증후군의 개념을 도입한 특정검진과 특정보건지도가 40세 이상의 모든 일본 국민을 대상으로 시작되었다.

새로 시작된 생활습관병 대책은 <그림 2>에 표시한 것처럼 1차 예방으로서의 인구집단접근과 2차 예방으로서의 고위험군접근을 동시에 전개한다는 점이 지금까지의 정책과의 다른 점이라고 할 수 있다. 또한 2015년까지의 전국 목표로, 고혈압 등의 생활습관병의 유병자 및 예비군을 25% 감소시키는 목표와 함께, 검진 실시율, 보건지도 실시율의 목표치를 설정했다<표 3>



<그림 2> 대사증후군의 발생과 중증화 예방

1) 검진의 표준화와 보건지도 프로그램의 책정

고혈압 등의 생활습관병의 유병자 및 예비군을 25% 감소시키려면, 효과적인 보건지도의 시행과 생활습관병의 삭감목표가 달성되었는가를 검토하기 위한 평가시스템이 불가결하기 때문에, 후생노동성에서는 표준적인 검진과 보건지도의 프로그램을 작성하여 제시했다. 표준적인 검진과 보건지도의 프로그램에서는 검진항목에 <표 4>와 같이 혈액검사항목이나 설문항목 등을 표준화했고, 검진판정기준을 <표 5>와 같이 표준화했으며, 혈액검사의 정도 관리를 표준화하기 위한 표준물질의 개발, 보건지도 대상자의 계층화 기준을 표준화했으며, 검진과 보건지도 자료와 의료비 자료의 통합분석 및 <표 6>에 표시한 것처럼 외부위탁기준 등을 설정하고 있다.

<표 3> 목표치

항목	2012참작 기준(안)	2015 목표치
① 특정검진의 실시율	70%	80%
② 특정보건지도의 실시율	45%	60%
③ MetS 해당자 및 예비군의 감소율	10% (2008년과 비교)	25% (2008년과 비교)

2) 보건지도 대상자를 선정하기 위한 검진

대사증후군의 개념을 도입함으로써 보건지도의 목표가 명확해 졌다. 목표가 된 고혈압 등의 생활습관병의 유병자 및 예비군을 적절하게 감소시키기 위해서는, 위험인자의 중복이 있는 대상자에게 조기에 개입하여, 행동변용으로 연결하는 것과 동시에, 위험인자의 갯수에 의한 우선순위를 정하여 보건지도를 시행하는 것이 중요하다.

이러한 보건지도의 시행을 위하여 검진은 보건지도 필요성의 판정과 보건지도의 수준을 판정하기 위한 것이고, 대사증후군에 초점을 맞춘 검진이 시행된 후에 판정하는 절차를 거친다. 따라서 검진에는 보건지도의 대상자를 선정하여 계층화하는 것이 목적이다<표 5>.

<표 4> 표준적 검진항목

필수 항목
조사표(복약 이력, 흡연 이력 등)
신체 측정(신장, 체중, BMI, 허리둘레)
신체적 검사
혈압 측정
혈액 검사
· 지질 검사(TG, HDL-C, LDL-C)
· 혈당 검사(FPG 또는 HbA1c)
· 간기능 검사(GOT, GPT, γ-GTP)
소변검사 (노당, 뇨단백)
추가 항목
(일정 기준 아래에서, 의사가 필요하다고 인정했을 경우)
심전도 검사(ECG)
안저 검사(Funduscopy)
빈혈 검사(RBC, Hb, Ht)

<표 5> 보건지도 대상자의 선정과 계층화

Step 1. 내장지방 축적에 초점을 맞추어 리스크를 판정		
· 허리둘레	남자 85cm이상, 여자 90cm이상	→ (1)
· 허리둘레	남자 85cm미만, 여자 90cm이상 또는 BMI 25이상	→ (2)
Step 2		
① 혈당	(a) FPG 100mg/dl 이상 또는 (b) HbA1c 5.2% 이상 또는 (c) 약제치료를 받고 있을 경우 (조사표)	
② 지질	(a) TG 150mg/dl 이상 또는 (b) HDL-C 40mg/dl 미만 또는 (c) 약제치료를 받고 있을 경우 (조사표)	
③ 혈압	(a) SBP 130mmHg 이상 또는 (b) DBP 85mmHg 이상 또는 (c) 약제치료를 받고 있을 경우 (조사표)	
④ 조사표	흡연이력 ①부터 ③의 위험인자가 하나 이상인 경우 만 계산)	
Step 3. Step 1, 2 로 부터 보건지도 대상자를 그룹으로 분류		
(1) 의 경우	①-④ 의 위험인자로 부터 위험인자가 2 개 이상의 대상자는 1 개인 대상자는 0 인 대상자는	적극적인 지원수준 동기를 갖도록 하는 지원수준 정보제공수준으로 한다
(2) 의 경우	①-④ 의 위험인자로 부터 위험인자가 3 개 이상의 대상자는 1 개 또는 2 인 대상자는 0 인 대상자는	적극적인 지원수준 동기를 갖도록 하는 지원수준 정보제공수준으로 한다
Step 4		
○ 복약 중인 사람은 의료보험자의 특정보건지도 대상으로 하지 않는다(필요하면 실시가 가능).		
○ 의료기관에서는 생활습관병 지도관리료, 관리영양사에 의한 외래 영양식사 지도료, 집단 영양식사 지도료 등을 활용하는 것이 바람직하다.		
○ 지방자치단체의 일반위생부문은 의료보험자와 연계하여 복약 중인 자의 보건지도를 해야 한다.		
○ 전기고령자(65세 이상 75세 미만)의 경우는 적극적 지원수준의 대상으로 되었을 때도 동기를 갖도록 하는 지원수준으로 한다		
유의사항		
○ 동기를 갖도록 하는 지원, 적극적 지원 대상자 이외에도 보건지도를 시행하는 것이 가능하다.		
○ 일반위생부문은 의료기관을 수진하고 있지 않은자에 대해 보건지도를 시행해야 한다.		
○ 보건지도를 시행할 때는 의료기관을 수진할 필요가 있는 경우에는(치료 중단자를 포함) 치료가 필요한 것을 지도하는 것이 중요하다.		
○ 검진 자료·의료비 청구 자료에 따라 치료 중단자를 파악하여 치료의 계속이 필요한 것을 지도하는 것이 중요하다.		

<표 6> 보건지도의 실시에 관한 외부위탁기준

○ 수진율의 향상→ 개인 생활습관의 개선을 지원하는 보건지도
○ 대상으로 되는 보건지도 업무 「정보제공, 「동기를 갖도록 하는 지원, 「적극적인 지원」의 전면위탁 또는 부분위탁 * 검진·보건지도사업의 기획 및 평가에 관하여는 의료보험자가 직접 시행
○ 유의사항
1) 위탁하는 업무 목적을 명확하게 위탁사업자에게 전달
2) 보건지도의 질을 기준으로 사업자 선정을 하고 업무 평가
3) 위탁한 업무와 생활습관병 대책 전체와의 연동 고려
4) 의료보험자 전문직의 기술의 유지·항상
5) 모니터링에 의한 문제처리
6) 보건지도의 성과를 평가하여, 가격에 반영해 가는 것이 중요
7) 위탁 기준의 작성과 위탁 방법의 투명화
8) 개인 정보의 관리
9) 수익 사업과의 구분의 명확화
위탁기준의 기본적 생각
· 검진·보건지도의 사업의 기획 및 평가에 관해서는 의료보험자가 직접 시행
· 개인정보에 관해서는, 성격과 중요성을 충분히 인식하여 적절하게 취급
· 의료보험자가 직접 시행하는 때도 같은 기준을 준수

<표 7> 보건지도대상자별 보건지도의 목표

정보 제공
자기 자신의 신체상황을 인식함과 동시에, 건강한 생활습관의 중요성에 대한 이해와 관심을 깊게 하여, 생활습관을 재평가하는 계기가 되도록, 검진결과와 제공과 함께, 기본적인 정보를 제공하는 것
동기를 갖도록 지원
대상자가 스스로 자신의 건강상태를 자각하여, 생활습관의 개선을 위한 자주적 실행을 계속하여 하는 것이 가능해지는 것을 목적으로 하여 의사, 보건사 또는 관리영양사의 면접·지도 하에서 행동계획을 수립하여, 생활습관 개선을 위한 실행에 관한 동기를 가질 수 있도록 지원함과 동시에, 계획의 수립을 지도한 자가 계획의 실적을 평가(계획 책정한 날로부터 6개월 이상 경과한 후에 실시하는 평가)를 하는 보건지도
적극적 지원
대상자가 스스로 자신의 건강상태를 자각하여, 생활습관의 개선을 위한 자주적 실행을 계속하여 실시하는 것이 가능해지는 것을 목적으로 하여 의사, 보건사 또는 관리영양사의 면접·지도하에서 행동계획을 수립하여, 생활습관 개선을 위한 대상자의 주체적인 실행을 위하여 적절한 동기를 가질 수 있도록 상당 기간 계속해서 지원함과 동시에, 계획의 수립을 지도한 자가, 계획의 진척상황 평가와 계획의 실적 평가를 하는 보건지도

3) 보건지도의 표준화
검진에 의해 보건지도가 필요한 대상자를 선정하고 보건지도 대상자를 계층화하는데, 대상자의 계층화는 적극적인 지원수준, 동기를 갖도록 하는 지원수준, 정보제공 수준의 3단계로 판정한다<표 5>.

표준화 된 보건지도는 당뇨병 등의 생활습관병의 예비군을 대상으로 한 보건지도로 (1) 대상자의 일상생활에서 대상자가 자기 자신의 생활습관의 문제점을 깨닫고, 건강한 행동변용의 방향을 스스로 이끌어 나갈 수 있도록 지원하는 것과,

(2) 대상자에게 필요한 행동변용에 관한 정보를 제공하여, 스스로 결정할 수 있도록 지원하는 것으로, 이것에 의해 대상자가 건강한 생활습관을 유지할 수 있도록 지원하는 것을 목적으로 한다.

대상자별 보건지도 프로그램은 보건지도의 필요성에 따라 「정보제공」, 「동기를 갖도록 하는 지원」, 「적극적인 지원」으로 구분되지만, 각 보건지도 프로그램의 목표를 명확하게 하고 나서, 서비스를 제공할 필요가 있기 때문에, <표 7>에 표시한 것과 같이 보건지도의 목표가 설정되었다.

정보제공 수준의 대상자에게는 정보의 제공만을 시행한다. 동기를 갖도록 하는 지원수준의 대상자에게는 의사, 보건사, 관리영양사에 의한 면접을 하여, 불규칙한 생활습관을 개선하기 위한 행동변용의 동기를 갖도록 지원한다. 적극적인 지원수준의 대상자에게는 의사, 보건사, 관

리영양사에 의한 면접, 보건지도의 시행과 보건지도의 시행에 의한 결과 평가라고 하는, 적극적으로 계속적인 개입을 하여, 신체불활동이나 에너지의 과다섭취라고 하는 불규칙한 생활습관의 개선을 도모하기 위한 행동변용을 촉진하는 것으로 되어 있다.

4) 보건지도의 시행이 가능한 자의 자격규정

보건지도의 시행이 가능한 자의 자격규정이 결정되어, <표 8>에 표시한 것처럼 보건지도는 의사, 보건사, 관리영양사가 중심이 되어 하는 것으로 되었다. 한편, 지원계획에 따른 실천적 지도는 <표 9>와 같이 식생활개선 또는 운동지도에 관한 전문적 지식 및 기술을 갖는다고 인정되는 자의 자격규정이 별도 책정되었다.

<표 8> 보건지도의 시행이 가능한 자

○ 의사, 보건사, 관리영양사가 중심이 되어 하는 것으로 한다
○ 「동기를 갖도록 하는 지원」 및 「적극적 지원」에 있어서, ① 첫회면접, ② 대상자의 행동목표·지원계획 작성, ③ 보건지도 평가에 관한 업무를 수행하는 자는 의사, 보건사, 관리영양사일 것(5년만에 한하여, 보건지도 실무경험이 있는 간호사도 시행 가능).
○ 「동기를 갖도록 하는 지원」 및 「적극적 지원」 프로그램 중에서, 식생활·운동에 관한 대상자의 지원계획에 따른 실천적 지도는 의사, 보건사, 관리영양사가 시행, 그 외의 식생활, 운동지도에 관한 전문적 지식 및 기술을 가진 자(건강·체력 증진사업재단이 인정한 건강운동지도자 및 사업장에 있어서 노동자의 건강증진을 위한 지침에 의거한 운동지도, 산업 영양지도, 산업 보건지도 담당자 등)가 시행
○ 금연지도를 제공하는 경우에는 의사, 약제사와 연계하는 등 보건지도 내용이나 대상자의 심신 등에 배려하여 타 직종과의 연계를 도모하는 것이 바람직
○ 보건지도를 하는 자는, 보건지도를 위한 일정의 연수를 수료하고 있는 것이 바람직

<표 9> 식생활 개선 및 운동지도에 관한 전문적 지식 및 기술을 갖는다고 인정되는 자

제 1. 식생활의 개선지도에 관한 전문적 지식 및 기술을 갖고 있다고 인정되는 자 간호사, 영양사 등*으로, 식생활개선지도 담당자 연수(30시간)를 수강한 자 *: 치과 의사, 약제사, 조산사, 준간호사, 치과위생사
제 2. 운동지도에 관한 전문적 지식 및 기술을 갖고 있다고 인정되는 자 간호사, 영양사 등*으로, 운동지도 담당자 연수(147시간)를 수강한 자 *: 치과 의사, 약제사, 조산사, 준간호사, 이학요법사

<표 10> 지원형태와 포인트

지원형태	시간(분) 기준	포인트 기준
개별지원A	5분	20 (40-120)
개별지원B	5분	10 (10-20)
그룹지원	10분	10 (40-120)
전화A	5분	15 (15-60)
전화B	5분	10 (10-20)
e메일A	1 왕복	40
e메일B	1왕복	5

<표 11> 적극적인 지원의 예

첫 번째의 면접지원	개별 지원 (20분 이상) 또는 그룹 지원 (80분 이상) 생활습관과 검진 결과 관계의 이해 및 생활습관의 재평가, 행동계획 및 행동목표의 설정 등, 동기를 갖도록 하는 지원의 내용을 포함한 지원 · 식생활에 관해서는, 식생활 중에서 에너지 과다 섭취에 관련되는 요인을 파악하여, 시정을 위하여, 요리나 식품의 적절한 선택 등을 스스로 할 수 있는 기술을 익혀, 확실하게 행동 변용 할 수 있도록 지원 · 운동에 관해서는, 생활활동과 운동 시행상황의 확인과 보행수의 파악 등을 실시하여, 확실하게 행동 변용할 수 있도록 지원
2주 후	전화 또는 e-mail 을 이용한 지원
1개월 후	전화 또는 e-mail 을 이용한 지원
2개월 후	전화 또는 e-mail 을 이용한 지원
3개월 후	개별지원(20분 이상) 또는 그룹지원(80분 이상) (중간 평가에 의한 체중과 복위 등을 측정하여 필요한 6개월 후의 평가까지의 행동목표와 행동계획의 수정을 포함)
4개월 후	전화 또는 e-mail 을 이용한 지원
5개월 후	전화 또는 e-mail 을 이용한 지원
6개월 후의 평가	개별지원(20분 이상) 또는 그룹지원(80분 이상) 다음 검진까지 확립된 행동을 유지할 수 있도록 지원

이와 같은 보건지도에 의하여, 불규칙한 생활 습관, 대사증후군, 당뇨병으로 가는 과정에 효과적인 개입을 하는 것에 의해 예방을 하고, 국민의 건강증진을 위하여 지원해 가는 것으로 하고 있다.

5) 보건지도에 포인트제를 도입

보건지도에는 포인트제를 도입하여 최저기준을 설정했다<표 9>. 적극적인 지원레벨의 경우,

보건지도의 포인트는 180 포인트 이상이 필수로 되어, 지원A를 160포인트 이상 + 지원 B를 20포인트 이상 시행하는 것으로 되었다.

지원A는 적극적으로 관여하여 생활습관개선을 위한 지원을 하는 것이고, 지원B는 적극적인 관여는 하지 않고, 주로 격려 등을 통하여 계속 가능하게 하는 지원을 의미한다.

6) 적극적인 지원의 예

적극적인 지원의 권고되고 있는 예는 <표 11>이 제시되어 있다.

5. 남겨진 과제

새로 시작된 일본의 생활습관병 예방대책으로서의 건강증진 정책은, 1차 예방과 2차 예방 전략을 동시에 전개한다는 점, 대중매체 등을 통한 대대적인 홍보를 통해 국민 전반에 빠른 시기에 새로 시작되는 정책을 주지시켰다는 점, 검진을 전국적으로 표준화했다는 점, 검진 수진자 전원에게 생활습관 개선을 위한 건강지원을 시행한다는 점, 민간참여를 전면 개방으로 보건 시장에 경쟁의 원리를 도입했다는 점, 검진과 보건지도의 모든 수진자의 자료가 파악 가능해진다는 점 등은 새로운 정책의 전략적 방향으로 평가할 수 있다

반면, 검진과 보건지도의 대상자를 40이상 75세 미만을 의무화했다는 점, 검진항목에서 각종 기준치에 관련된 전문가 간의 의견 불일치의 문제, 효과적인 보건지도 방법의 개발이 충

분하게 검토되지 않았다는 점, 생활습관개선의 지도가 가능한 전문가의 양성이 충분하지 않다는 점 등이 남은 과제라고 할 수 있다.

새로 시작된 건강증진정책을 성공적으로 이끌어 나가려면, 남은 과제를 나뉘어 해결해 나감과 동시에 생활습관을 개선시키기 위한 개입은 개개인의 사생활에 관여하는 것이므로 국민과의 합의 형성도 필요하다. 그러므로, 건강한 생활습관을 실행하기 쉽게 하는 지원환경의 조성 과 지원환경에 대한 연구와 함께 적극적인 정책도입이 필요하다.

參考文獻

1. (財)日本公衆衛生協會. 衛生行政大要 改訂第21版. 東京、2007.
2. (財)厚生統計協會. 國民衛生の動向・厚生 の指標 臨時増刊2007; 54: 78-92.
3. 厚生労働省健康局. 標準的な健診・保健 指導プログラム(確定版). 東京、2007.
4. 日本厚生協會. 平成20年度版 医療・介 護・福祉テキストブック. 東京、2008.

<ABSTRACT>

The New Health Promotion Strategy in Japan -focusing on life-style related diseases

Jung Su Lee* · Won Chul Lee** · Kyeong-Soo Lee*** · Kwang-Wook Koh****

Eun Jin Choi***** · Chun Man Park*****

* *The University of Tokyo*

** *Catholic University*

*** *YOUNG NAM University*

**** *Kosin University*

***** *Korea Institute for Health and Social Affairs*

***** *Kemyung University*

The prevention of life-style related diseases is an increasingly important issue in Japan, because not only have the number of patients with life-style related diseases increased but also medical care costs. This paper gives recent strategies for the prevention of cardiovascular diseases through life-style modification.

Health objectives for the year 2010, called “Healthy Japan 21”, were established in 2000 by the Ministry of Health, Labour and Welfare and the Health Promotion Act was enacted in 2002 to promote this health policy. However, the prevention efforts for life-style related diseases have not been effective in regard to the evaluation of the strategy objectives.

The reform of the medical care system which included a new nationwide prevention strategy for life-style related diseases was presented in 2006. The new strategy starting from April 2008 included a “specific health checkup” and “specific health education” for those with metabolic syndrome. The specific health checkup is used to screen people according to criteria of the metabolic syndrome and divide them into 3 groups. These groups will receive specific health education.

The purpose of this strategy is the early detection of those who have cardiovascular risk factors, and the early management of the clustering of cardiovascular risk factors of obese people aged 40-74 years old. It is mandatory for every insurer to conduct a specific health checkup and specific health education under the new Act. The implementation rate of the specific health checkup and the specific health education, and a reduction rate of individuals with metabolic syndrome among insured people will be evaluated every year. The national objective is to increase the rate of those undergoing the specific health checkup to 80% and the rate of those receiving the specific health education to 60% by the year 2015. The national objective also targeted a reduction rate of 25% for those with metabolic syndrome.

This new strategy will be the biggest intervention trial in the world, and it will produce a big health care market in Japan. Not only public administrative institutions but also private institutions are now preparing to take part in this new strategy. However, various tasks remain, such as training more professionals in health education, developing more evidence based practices, and encouraging cooperation with various sectors, to enforce this new strategy.

Key words : life-style related diseases, metabolic syndrome, health promotion strategy, Japan