

## 2000년대의 환경변화에 대응한 건강접근전략

### 변 중 화

(한국보건사회연구원 수석연구원)

#### 목 차

I. 서론	2. 환자 자신의 자조적 질병치료운동
II. 2000년대의 보건환경여건변화 전망	3. 일본의 건강가꾸기운동
1. 인구의 고령화와 성인병 증가	IV. 건강접근전략
2. 생활수준의 향상과 소비패턴의 변화	1. 기본전제
3. 현대산업사회의 발전과 건강문제	2. 접근방향
III. 외국에서의 새로운 건강접근경향	3. 접근전략
1. 건강문제에 대한 학제간 통합적 접근경향	

### I. 서론

우리나라는 1960년대 이후 약 30년간에 달하는 6차에 걸친 경제사회발전5개년 계획의 추진으로 급속한 경제발전과 함께 국민생활수준이 크게 향상되었고, 이에 따라 국민들의 건강 및 의료이용에 대한 욕구가 한층 증대되었다.

따라서 정부에서는 국민들의 의료욕구충족을 위한 수단으로서 전국민의료보험의 실시와 함께 농어촌 의료취약지 공공보건의료시설을 확대강화해 왔으며, 이에 따라 국민들의 의료이용이 용이해졌으며, 소득계층간 또는 도시농촌지역간 의료의 불균형이 크게 해소되었다.

이처럼 국민들의 보건의료에 대한 환경여건이 크게 개선되었음에도 국민들의 건강문제가 모두 해결된 것은 아니며, 과거와는 다른 건강문제가 대두되고 있다.

첫째 1980년 이후 국민소득증대와 전국민의료보험

실시로 의료이용이 급증하고 의료기술의 발전과 함께 의료공급자 및 이용자의 비용의식 결여로 의료서비스가 다양화 되고 고가화함으로써 국민의료비지출이 증대되고 있다.

둘째 인구의 고령화 및 생활양식의 변화로 만성퇴행성 질환등의 성인병이 증가하고 있으며 현대 산업사회로의 발전과 함께 스트레스 증가로 위장장애, 심장장애, 정신장애 등의 질환과 성병 및 마약중독이 증가하고 있다.

셋째 산업화와 도시화에 따른 환경공해, 산업재해 및 각종 사고발생등 건강위험 요인이 증가하고 있다.

이러한 건강문제는 선진국에서도 경험하는 것으로 우리나라의 경우 2000년대의 경제사회적 발전에도 불구하고 적절한 대응책이 없이는 더욱 심화될 것으로 생각된다.

따라서 본 주제에서는 2000년대의 환경여건변화와 이에 따른 보건문제를 분석하고, 선진국들에서의 건강 접근경향을 고찰함으로써 2000년대의 건강문제에 효과적으로 대응하기 위한 건강접근 방향 및 전략을 모색코저 하였다.

\*김수춘등의 「국민건강실천운동에 관한 종합연구」에서 주요내용만을 발췌 요약한 것임.

## II. 2000년대의 보건환경여건변화 전망

### 1. 인구의 고령화와 성인병 증가

우리나라는 1960년대 중반부터 경제사회 발전계획의 일환으로 가족계획사업을 추진해옴으로써 출산율이 크게 저하되었고 이에 따라 인구증가율이 1960년대 3%에서 1990년에는 1%이하로 떨어졌으며, 향후 인구증가율은 점점 둔화되어 2023년경에는 제로 상태에 이를 것으로 추정된다.<sup>1)</sup>

우리나라 인구구조는 출산력의 저하와 함께 사망율의 감소로 평균수명이 증가함으로써 14세이하의 연소층 인구비율은 줄어드는 대신에 15세이상의 생산연령 및 노령층 인구 비율이 증가하고 있어 2000년대에는 선진국형의 인구 구조를 나타내는 종형의 인구모형을 이루게 될 것으로 전망된다(표 1 참조).

1990년 현재 우리나라의 65세이상 노령층 인구비율은 4.7%에 불과하지만 2020년에는 그 비율이 11.4%로 증가함으로써 현재의 일본과 같은 인구구조를 갖게 될 것으로 보인다.

이러한 인구의 노령화는 선진국에서 볼 수 있듯이 결국 성인병을 증가시키고 노인인구의 증가와 해가축화 현상이 심화되어 노인보건 및 복지문제가 사회문제로 대두될 것이다.

1988년 우리나라의 5대 사인별 사망비율을 보면 제1위가 악성신생물(18.2%), 제2위 뇌혈관질환(13.4%), 제3위 사고(11.4%), 제4위 고혈압(7.3%), 제5위 기타심질환(7.3%)으로 일본이나 미국등 선진국과 유사한 형태를 보이고 있다(표 2 참조).

표 1. 연령별 인구 구성비 전망

연령	한국 <sup>1)</sup>		일본 <sup>2)</sup>	
	0-14	15-64	65세이상	65세이상
1990	25.9	69.4	4.7	11.9
2000	21.7	72.0	6.3	16.3
2020	16.5	72.1	11.4	23.6

자료1) 경제기획원 조사통계국, 인구동태신고결과 및 장래 인구추이, 1989, 10.

2) 김수춘, 국민건강실천운동에 관한 종합연구, 한국보건사회연구원, 1990.

### 2. 소비생활의 패턴변화와 건강문제

우리나라는 1962년 처음으로 경제사회개발5개년계획을 수립 착수한 이래 그 동안 6차에 걸친 계획의 추진으로 1990년 현재 1인당 국민소득이 5천불을 상회하고 있으며, 제7차계획이 끝나는 1996년에는 1인당 국민소득을 1만불로 계획하고 있어 2000년대에는 선진국 수준에 이를 것으로 전망된다.

이러한 경제적인 풍요로움으로 사람들은 생활의 질적향상을 추구하게되고 특히 건강에 대한 욕구가 증대될 것이며, 국민소득 수준향상과 전국민 의료보장으로 의료이용이 증가하고 의료기술의 발달에 의한 서비스의 다양화와 고가화로 의료비증가가 예상되며, 의료사고로 인한 의료분쟁발생이 사회문제로 대두될 것이다.

또 소득 수준의 향상에 따라 소비패턴이 다양화되고 고급화되어 일상생활의 소비지출중 식료품 비중이 줄어들면서 주거생활비와 의료 및 문화비에 대한 지출비중이 크게 증가할 것이다.

표 2. 사인별 사망비율의 국제비교

사인 순위	한국(1988) <sup>1)</sup>		일본(1987) <sup>2)</sup>		미국(1986) <sup>2)</sup>	
	사인	비율(%)	사인	비율(%)	사인	비율(%)
1	악성신생물	18.2	악성신생물	26.6	악성신생물	22.3
2	뇌혈관질환	13.4	뇌혈관질환	16.5	허혈성심질환	12.3
3	사고	11.4	기타심질환	12.6	뇌혈관질환	7.1
4	고혈압	7.3	폐염	6.5	사고	4.5
5	기타심질환	7.3	사고	3.8	폐염	3.2

자료 : 1) 경제기획원 조사통계국, 사망원인 통계연보, 1988.

2) 세계보건기구, 세계보건통계, 1988.

권<sup>6)</sup>의 추계자료에 의하면 1975년 GNP대 국민의료비의 비율이 3.0%이던 것이 1985년에는 4.8%로 증가하고 있으며, 1인당 GNP가 10,000불(1975년 불변가격)선에 이르는 2000년에는 GNP대 국민의료비의 비율이 8.5%로 엄청난 증가를 함으로써 이것이 국민경제생활에 크나큰 압박요인으로 작용하게 될 것이다.

현대인의 직장 또는 가정에서의 생활은 과학기술의 발달로 사무자동화와 함께 교통편의 시설, 주택편의시설, 가전제품의 보급등으로 생활의 편리를 가져오긴 하였으나 운동부족 현상을 가져오고 있다.

또 식생활의 변화로 총섭취량은 줄어들고 있으나 섭취열량은 현저히 증가하고 있다. 이는 열량이 많은 동물성식품의 섭취량이 증가하기 때문이며, 향후 술, 커피 등의 기호식품과 가공식품에 대한 소비량은 현저히 증가할 것으로 생각된다.

이러한 식생활의 변화로 과다한 영양섭취 특히 지방 및 단백질의 과다한 섭취는 비만증을 가져오고 심장병, 고혈압, 당뇨병 등 성인병발생의 유인요소가 되며 가공식품에 의존하는 경향이 높아 영양섭취의 불균형을 초래하게 되어 건강에 악영향을 가져올 수 있다.

표 3. 식품 및 영양소 섭취량의 변동추세

구분	'76	'81	'87
열량(kcal)	1,926	2,040	2,819
총섭취량(g)	949.0	971.5	921.8
식물성	886.2	874.0	735.4
동물성	62.8	97.5	186.4
영양소별(g)			
단백질	60.4	69.9	79.2
동물성 단백질	12.2	22.5	35.9
당질	380.0	394.2	308.5
지방	20.0	20.3	29.7

자료 : 경제기획원 조사통계국, 한국의 사회지표, 1989.

### 3. 현대 산업사회의 발전과 건강문제

현대 산업사회의 발전과정은 농수산업 등을 중심으로 하는 1차 산업의 비중은 줄어드는 대신 공업을 중심으로 하는 제2차 산업과 서비스업을 중심으로 하는 3차 산업의 비중이 증가되며 이에 따라 육체적 노동에 의존하던 생산방식에서 고도의 기술을 요하는 기계와

장비를 이용한 자동화된 생산활동이 주류를 이루게 되어 직장에서의 육체적 노동은 줄어들게 될 것이다.

그러나 우리나라의 경우 2000년까지는 공업중심의 산업발달과 자동차 사용의 증가로 환경공해, 산업재해 및 사고 등의 건강 위험요소가 증가할 것이다.

산업연구원의 추계자료에 의하면 2000년의 우리나라 자동차 보유대수는 850만대이며, 승용차 보유대수만도 480만대로 승용차 보급율이 인구 1천명당 97대에 이를 것으로 추정하고 있다. 따라서 평균 2.5가구마다 1대 꼴의 승용차를 소유하게 될 것이다.<sup>7)</sup>

이러한 자동차의 증가는 결국 도로면적율이 적은 우리나라의 경우 자동차사고의 발생율이 높아질 것이고 이로 인한 손상 및 사망율이 증가할 것임은 분명하다.

표-2에 나타난 1988년 우리나라의 사망원인별 사망비율을 보면 각종 사고로 인한 사망비율이 11.4%로 악성신생물(18.2%), 뇌혈관질환(13.4%)에 이어 세번째로 높은 비율을 보이고 있어 3대 사망원인중의 하나로 등장하고 있다. 이는 우리나라 보다 자동차의 보급율이 훨씬 높은 일본이나 미국에 비하여 매우 높은 사망비율을 보이고 있다. 즉 일본과 미국의 경우 사고에 의한 사망비율이 각각 3.8%와 3.2%로 사인 순위 5위와 4위에 머무르고 있다.

한편 현대 산업사회의 발전과 함께 사회구조의 복잡화와 과학기술의 발달로 취급해야 할 많은 정보와 극복해야 할 갈등요인등으로 스트레스가 가중되어 결국 위장장애, 심장장애, 정신장애 등을 일으키고 있다.

현대 산업사회의 과학기술발달은 우리들의 일상 생활에서 매우 편리하게 사용할 수 있는 자동차, 농기계, 가전제품등의 편의시설을 제공하고 있으며, 우리들이 즐겨먹게되는 술, 담배나 가공식품들을 만들어 내고 있으나 이들 편의시설이나 가공 또는 기호식품들이 우리들 인간의 건강을 해치거나 때로는 살인무기의 역할도 한다는 것은 아이러니컬한 일이다.

### III. 외국에서의 새로운 건강접근 경향

#### 1. 건강문제에 대한 학제간 통합적 접근경향

오늘날의 주요건강문제가 과거 급성전염성 질환에서 만성 질환으로 바뀌었고, 이에 따라 단일적 원인의 건강 및 질병 모델이 다요인적 건강 및 질병 모델로 바뀌

었다.<sup>8)</sup>

따라서 오늘날의 건강 및 질병문제를 다루는데 있어서는 건강 및 질병의 접근방식에 대한 재고 즉 탐구초점의 재조준(refocusing of perspective)이 요구된다.

과거 급성전염성 질환의 예방관리에 매우 성공적이었던 병원체에 대한 연구는 오늘날 중요시되는 고혈압, 심관상동맥질환 및 심부정맥 등의 건강문제에는 효과적인 대응책이 되지 못하고 있다.

이러한 질병의 예방관리를 위해서는 오늘날 건강문제의 다면성을 이해하는 보다 종합적인 접근방식이 요구되고 있으며, 건강과 질병에 대한 보다 광범한 다각적인 접근을 필요로 하기 때문에 Schwartz와 Weiss 등은 만성 질환에 대한 다각적인 접근방법을 성공적으로 개발하기 위해서는 다차원적으로 문제해결에 필요한 여러분야의 전문가들이 보다 나은 협력관계를 발전 유지하고, 현안과제에 대하여 다각적인 공동대응을 효과적으로 할 수 있도록 상호간의 학문적 원리와 이론, 언어, 개념, 투시법 등을 잘 이해해야만 할 필요성이 있음을 지적하고 있다.<sup>8)</sup> 이것은 건강문제의 접근은 바로 학제적 접근(interdisciplinary approach)의 필요성을 말해주는 것이기도 하다.

이러한 학제적 접근방식은 영국의 Jan C. Smuts가 주창한 전체론(holism)<sup>9)</sup>의 시각에서 본 건강론에 기초를 두고 있다.

전체론적인 시각에서 본 건강은 전통적인 의학에서처럼 단순히 질병이 없는 상태로 보는 것이 아니라 신체적인 안녕상태는 물론 정신적, 정서적, 영적 안녕상태(mental, emotional, spiritual well-being)를 포함하는 적극적인 안녕상태를 말한다.<sup>10)</sup>

세계보건기구(World Health Organization)의 헌장에 나타난 건강의 정의를 보면 "건강은 질병이나 허약의 부재뿐만 아니라 완전한 신체적, 정신적, 사회적 안녕상태이다."라고 되어 있어 바로 전체론적인 시각에서의 건강의 개념을 잘 나타내고 있다.

또 전체론적인 시각에서의 의료는 환자를 평가·치료하는데 있어 질병보다 건강에 초점을 둔 환자중심의 의료를 강조하고 있으며, 심신의 불가분성을 강조하고 건강을 유지하는데 있어 자신의 타고난 자연적 잠재력 즉 자연적 치유력(vis medicatrix naturae)을 중시함으로써 약물이나 다른 인조적인 치료방법(artificial aids)

보다는 자연요법적 치료방법을 이용하려는 경향이 있다.<sup>11)</sup>

이러한 전체론적 의료(holistic medicine)에서는 개인의 건강은 자신의 책임을 강조하고 있으며, 환자는 자신의 질병치료를 위한 어떤 노력에도 적극적으로 참여하여야 한다는 것이다. 그리고 전체론적 의료에서는 질병의 치료보다는 질병의 예방과 건강향상에 목표를 두고 있다.

최근 텔레비전 방송을 통해서 일대 센세이션을 일으켰던 이상구 박사의 건강론도 결국은 인간이 타고난 자연적인 잠재력을 바탕으로 한 자연요법적인 치료방법에 중점을 둔 건강론으로서 적당한 영양섭취, 운동실시, 평안한 마음의 유지등 3가지 요소를 건강관리의 기본요건으로 하고 있다.

1970년대부터는 이러한 전체론적인 시각에서의 건강과 의료문제를 다루려는 활동이 한층 활발해졌으며, 1977년 7월 미국의 샌디에고에서는 제1차 전체론적 건강학회가 개최되었고, 이후 전체론적 의학회의 결성에 이어 전체론적 건강에 관한 여러 학회와 연구기관들이 전국적으로 확대설립되었으며, 1979년 9월 샌디에고의 주립대학에서 제1차 국제 전체론적 건강학회 회의가 개최되었다.<sup>11)</sup>

이러한 전체론적인 시각에서의 건강에 대한 연구활동으로 "Holistic Health Review"와 "Journal of Holistic Health" 등의 여러 전문학술지들이 정기간행물로 출간되고 있다.

또 미국과 캐나다등에서는 주요건강문제가 되고 있는 만성 질환의 발생에 있어 행동 및 생활양식 요인(behavioral and lifestyle factors)의 역할의 중요성을 지적하고, 이에 대한 연구확대의 필요성을 강조하는 여러 연구보고서들이 출간된 바 있다.<sup>12,13,14)</sup>

따라서 최근 만성 질환의 예방관리에 있어 식사, 운동, 스트레스, 체중조절, 흡연행동 등은 새로운 연구영역으로 부상되었다.

그러나 질병발생에 있어 환경 및 행동요인의 역할 즉 환경 및 행동요인들이 생체기관의 손상과 기능장애를 초래하게 되는 생리적, 생화학적 및 호르몬적 연쇄반응에 있어 상승적, 촉매적, 선동적, 조절적, 매개적 작용을 하는 인자로서의 역할구명은 향후 생체의학과 행동과학계가 풀어나가야 할 가장 중요한 과제의 하나가

되고 있다.

이러한 공동문제를 해결하기 위하여 생체의학과 행동과학의 연구자들이 각기 독립적인 시도를 하였으나 거의 모두가 만족할 만한 결과를 가져오지 못하였으며, 따라서 이러한 다요인적인 공동문제에 효과적으로 대응하기 위해서는 학제간의 긴밀한 협력관계가 필요하다는 인식을 하게 되었고, 학제간의 협력관계에 의한 상호작용의 협동적 노력들은 어떤 산물을 만들어 내는데 있어 서로 상승적이고, 촉매적인 작용을 하게 되므로 그 산물의 전체는 각 부분적 노력의 산술적 합계보다 클 것이라는 전체론의 이론에 부합되는 결과를 가져올 수 있다는 것이다.<sup>8)</sup>

특히 오늘날의 주요건강문제가 되고 있는 만성 질환들의 대부분이 환경 및 생활양식등과 밀접한 관계가 있는 다요인적인 성격을 지니고 있기 때문에 이들 질병의 효과적인 예방관리를 위해서는 무엇보다도 생체의학과 행동과학자의 공동협력적인 협력을 필요로 하였으며, 이에 따라 1977년 2월 미국의 예일대학에서의 행동의학에 대한 회의가 개최됨으로써 행동의학(behavioral medicine)의 정식출범을 보았다. 이듬해인 1978년 4월 국립과학원(National Academy of Sciences)에서의 제2차 행동의학 연구학회 회의를 통하여 진일보한 행동의학의 정의가 채택되었으며, 그 내용은 다음과 같다.<sup>8)</sup>

행동의학(behavioral medicine)은 건강과 질병을 이해하는데 있어 행동과학이나 생체의학의 지식과 기술을 통합·발전시키고 이러한 지식과 기술을 질병의 예방, 진단, 치료 및 재활에 응용하려는 학제적 분야(interdisciplinary field)이다.

행동의학은 건강과 질병문제를 다루는 데 있어 생체의학과 행동과학이라는 두가지의 서로 다른 전통적인 학문원리를 통합·발전시켜가고 있는 학제적 협력의 좋은 예이다.

또 이러한 행동의학의 통합적인 모델에 관한 연구훈련 프로그램이 미국의 여러 의과대학과 종합대학교에서 실시되고 있으며,<sup>15)</sup> 미국의 주요 생체의학의 연구기관인 국립보건연구원(National Institutes of Health)에서도 생체의학과 행동과학에 기초를 둔 질병예방관리의 통합적 모델 개발을 하고 있다고 한다.<sup>8)</sup>

#### IV. 환자 자신의 자조적 질병치료 운동

과거 50년대에는 사망과 불구의 주원인이 자연의 병원체였으나 70년대이후 부터는 자연적인 병원체가 아니라 인간이 만들어낸 병원체 즉 담배, 술, 자동차, 무기, 환경오염 등으로서 주요상병발생이 생물학적인 병인론에서 생활환경과 생활양식의 문제로 바뀌었다. 예를 들면 전천후적인 도로, 자동차, 전신, 전화기 등의 교통 및 통신수단의 발달은 우리들 인간생활을 편리하고 윤택하게 만들긴 하였으나 이러한 문명의 이기사용은 결국 운동부족, 환경오염 및 스트레스 등의 증가를 가져오게 됨으로써 각종 만성질환 및 교통사고 등의 발생을 증가시키고 있다는 것이다.<sup>16)</sup>

또 한편으로는 의료기술의 발달과 함께 질병의 진단과 치료에 있어 값비싼 고급의료장비를 많이 사용하게 됨으로써 의료비가 크게 증가되고 있으며, 의료사고로 인한 분쟁이 증가하고 있다.

이러한 보건의료적 환경여건의 변화로 미국과 캐나다 등에서는 전문의료인보다는 환자 자신이 할 수 있는 자조적 질병치료 및 건강관리를 지향하는 운동(medical self care movement)이 일어나고 있다.

이러한 환자자신에 의한 자조적 질병치료나 건강관리운동의 타당성을 뒷받침하는 몇가지 예를 들어보면 다음과 같다.<sup>16)</sup>

미국의 경우 어느 하루의 전체의료수요의 약 80%는 1차진료에 해당되며, 2차와 3차 진료에 해당되는 의료수요는 각각 15%와 5%에 불과하다고 한다. 이처럼 1차 진료에 해당되는 의료수요가 매우 높는데 비하여 이러한 진료서비스를 줄 수 있는 의료인은 전체 의료인중 50%이하로서 의료수요와 공급간에는 적어도 30%의 차이가 있어 의료수급상에 불균형을 초래하고 있다는 것이다.

또 1차 진료소이용에 관한 연구에서 의사방문건수의 30%~40%는 부적절한 경우이거나 방문할 필요조차 없는 경우로서 이러한 방문은 교육적인 노력에 의하여 줄일 수 있는 것이므로 위에서 언급한 환자 자신의 자조적인 질병치료 및 건강관리 운동은 결국 의료수급상의 불균형을 완화시킬 뿐아니라 불필요한 의료비낭비를 막을 수 있다는 것이다.

또 실제적인 경험으로 볼 때 의료전문인이 아니더라도 보통 상병의 약 1/3은 관리할 수 있기 때문에 많은 사람들이 자기 자신이 질병관리를 하려는 생각을 갖고 있을

뿐만아니라 자신에 의한 자조적인 질병치료 및 건강관리를 위한 학습과정이나 프로그램에 대한 관심이 높아지고 있다는 것이다.

이러한 프로그램의 첫 시도는 1970년 환자를 대상으로 한 학습과정(The Course for Activated Patients)과 일반인을 대상으로 한 학습과정(The Health Activated Person) 등으로서 이러한 학습과정에서는 개인들이 자신의 건강관리와 가족의 건강관리에 있어 보다 적극적인 역할을 할 수 있도록 하는 기술과 경험을 제공하는 것이다.

이러한 학습과정의 전형적인 교과과정은 보통 2시간씩의 16개 강좌로 구성되어 있으며, 주요학습내용은 5가지로 건강관리를 위한 보건의료제도의 적절이용, 의사와 환자의 역할과 협력관계, 상병의 관찰 및 치료방법, 건강에 대한 개인의 책임과 건강관리와 관련된 의사결정, 건강증진과 자기통제등이다.<sup>12)</sup>

이러한 개인들의 보다 적극적인 참여와 역할을 통한 건강활성화 사업(Health Activation Program)은 미국의 40개주 이상과 캐나다의 몇 주에서 실시되고 있으며, 이러한 교육과정을 이수한 사람의 수가 5천~6천명 이상에 달한다고 한다.<sup>16)</sup>

현재 많은 기업체, 대학 및 대학교와 보건의료기관들이 질병 및 건강관리를 위하여 개인들이 할 수 있는 여러가지 의학적인 자조사업(medical self-help programs)을 개발하고 있을 뿐만아니라 교육·문화·사회·경제적인 요인들에 의하여 자기자신에 의한 질병치료 및 건강관리사업(medical self-care programs)은 보다 향상된 정밀성과 효과도를 갖고 더욱 확대발전될 것으로 전망하고 있다.

### 3. 일본의 건강가꾸기 운동\*

#### 1) 배경

일본은 1960년대초부터 인구의 고령화와 함께 만성 퇴행성 질환을 중심으로 하는 사인구조의 변화를 가져왔으며, 1961년에는 국민개보험이 실시되고 1966년 집단암검진 사업의 실시와 모자보건사업을 본격적으로 추진하였다.

1970년대에 들어서는 고도경제성장 위주의 정책에서 사회복지부문을 중시하는 정책변화를 가져와 1973년 노인의료의 무료화와 건강보험의 고액의료비 급여제도를 도입하였다.

그러나 이러한 복지제도의 도입과 함께 노인인구의 압력과 물가상승의 요인여파로 인하여 국민의료비의 GNP에 대한 비중이 1960년대의 3.0%에서 1978년에는 4.84%로 증가하였으며 또 이러한 의료비의 증가현상이 계속될 것이라는 것은 명약관화한 것이어서 근본적이고 종합적인 건강대책으로서 1978년 「국민건강가꾸기 운동」을 본격적으로 추진하게 되었다.

일본의 국민건강가꾸기운동은 제1차, 제2차로 나누어 실시되었다.

#### 2) 제1차 사업개요

1978년 후생성은 「제1차 국민건강가꾸기 대책」을 발표, 고령화시대에 대비한 종합적인 대응책으로서 종래의 보건의료행정에서 제1차 예방(건강증진 및 질병예방)과 제2차 예방(조기발견, 조기치료)을 중시하는 정책방향의 전환을 가져왔고 이 기간동안에 건강진단제도의 충실, 시정촌 보건센터의 정비, 시정촌 보건부 배치 등 국민건강을 지키기 위한 기초적인 조직 및 제도의 정비작업이 이루어 졌으며, 주요사업내용은 다음과 같다.

첫째 생애를 통한 건강가꾸기 체계로서 모자건강확보를 위한 영유아 및 임산부 대상의 건강진단과 보건지도, 가정부인 대상의 암 및 순환기질환 검진과 보건지도, 직장인 대상의 결핵검진 및 정기건강진단, 학생대상의 건강진단, 노인대상의 건강상담, 가정방문간호 및 건강지도사업 등을 실시하였다.

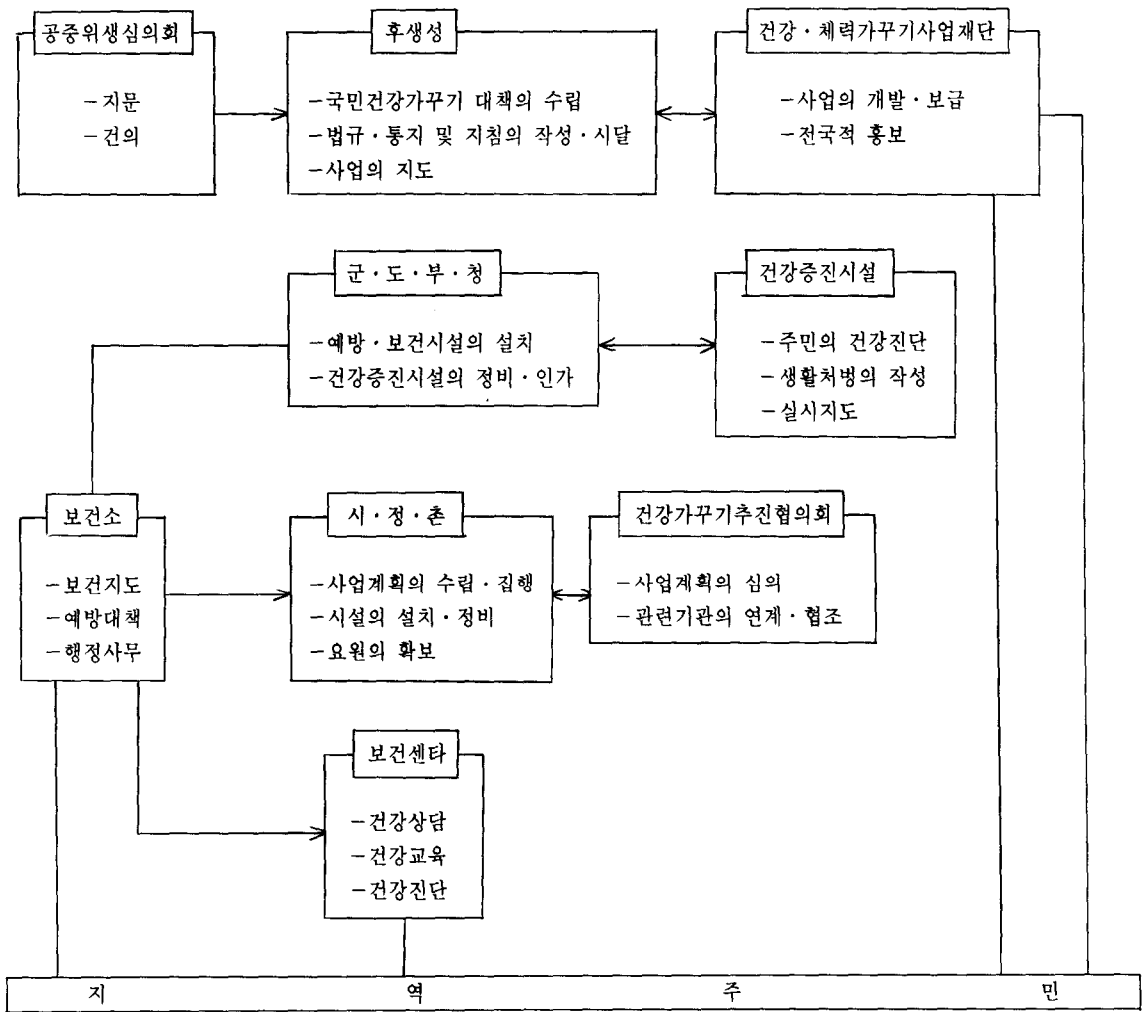
둘째 건강가꾸기의 기반정비로서 인력과 시설을 정비하였다. 즉 1972년부터 설치운영해 오던 전국 17개 건강증진센터를 시정촌의 보건센터를 흡수하여 1988년 현재 시정촌 보건센터의 수는 979개소에 이른다.

셋째 건강가꾸기의 계몽보급활동으로서 종래 보건소 중심의 활동전개에서 1978년 전국 규모의 계몽보급활동전개로서 건강·체력 가꾸기 사업재단 발족과 함께 전국 시정촌에 건강가꾸기 추진협의회를 설치운영하였다.

#### 3) 제2차 사업개요

제2차 국민건강가꾸기 사업은 인구의 고령화와 생활양식의 변화에 따른 성인병의 증가와 의료비의 증대현상이 심화되는 여건에 대한 보다 적극적인 대처방안으로서 적당한 영양, 운동, 휴식 등 건강의 3요소중 「운동」에 역점을 두고 그 기반정비에 주력함으로써 건강증진을 위한 건강정책을 추진하였다.

그림 1. 일본의 건강가꾸기사업 추진체계도



일본 후생성은 1988년 제2차 국민건강가꾸기 대책을 발표하고 그 목표로서 다음과 같은 4가지 사항에 역점을 두었다.

(1) 활력있는 장수사회의 건설

일본의 평균 수명은 세계의 최고수준으로 장수사회에서 국민들이 고령이 되어도 사회의 일원으로서 적극적인 역할을 담당하고 활력을 유지 향상시킬 수 있도록, 생애를 통한 건강가꾸기에 역점을 두었다.

(2) 성인병의 예방

성인병을 예방하기 위해서 균형잡힌 영양섭취, 적당한

운동, 충분한 휴식 등 일상적인 생활양식의 개선을 통한 건강증진을 도모한다.

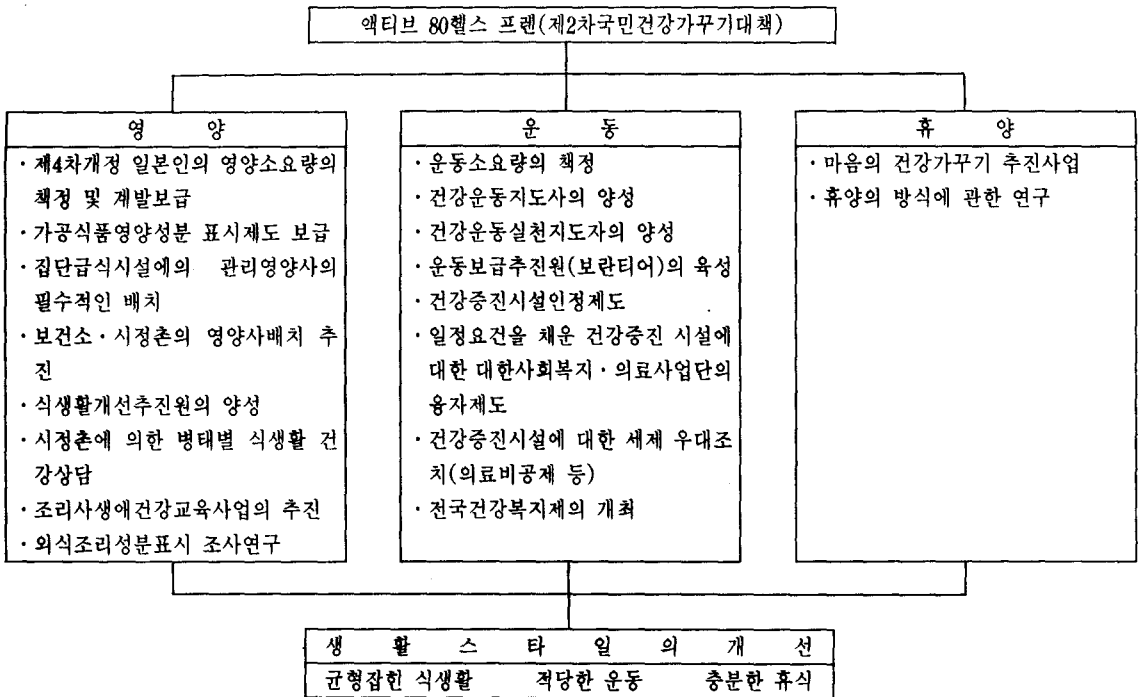
(3) 증대하는 의료비억제

고령화에 따른 성인병 증가로 인한 국민의료비증가에 대비 질병예방 및 건강증진을 통한 국민의료비 부담의 완화를 도모한다.

(4) 국민의 건강요구에의 대응

생활수준의 향상에 따라 국민의 최대 관심사는 건강 문제라는 점을 고려 건강증진을 포괄의료의 일환으로 파악함과 동시에 독립된 정부시책의 목표로서 적극 추

그림 2. 제2차 국민건강가꾸기대책의 개요



진한다.

이러한 목표달성을 위한 제2차 국민건강가꾸기 대책의 개요는 그림 2와 같다.

4) 건강보험조직의 보건시설 사업

일본의 건강보험조직에는 자영자를 대상으로 한 국민건강보험조직과 피용자를 대상으로 한 건강보험조직이 있는데 이들 건강보험조직에서도 보험급여를 위한 보건시설로서 직영진료소와 건강증진 및 질병예방을 위한 보건시설을 운영함으로써 다양한 보건의료활동을 벌이고 있다.

이러한 보건시설들에서는 질병치료, 건강진단, 건강교육, 적정수진지도, 건강관리 강화, 교육자료의 제작 배포, 건강체조보급, 성인병·충치예방을 위한 검진 및 사후관리 등의 각종 보건관리 사업을 추진하고 있다.

### IV. 건강접근 전략

#### 1. 기본전제와 접근방향

(1) 기본전제

국가보건정책의 최상의 궁극적인 목표는 국민건강향상에 있으며, 이는 국민들이 일생을 살아가는데 있어 질병의 고통없이 건강하게 장수하도록 하는 것이다.

따라서 여기서 모색코자 하는 건강접근전략도 이러한 국가보건정책의 목표달성이 가능하도록 해야 하며, 그것도 한정된 보건의료자원을 활용해야 하므로 가장 효과적이고 효율적인 접근이 모색되어야 한다.

또 여기서의 건강접근전략의 모색은 현 시점에서의 접근전략이 아니라 올 2000년대의 환경여건변화에 대응한 건강접근전략이라는 점에서 2000년대의 환경여건변화에 효과적으로 대응할 수 있어야 한다.

생활수준의 향상에 따른 인간생활의 질적향상추구, 건강 및 의료에 대한 욕구증대와 수요의 다양화, 의료비 증가 등으로 이러한 환경여건변화에 효과적이고 효율적으로 대응할 수 있는 건강접근방법이나 추진전략이 모색되어야 할 것이다.

끝으로 전제되어야 할 점은 접근방법상 큰 저항이나



어려움이 없이 용이하게 실시될 수 있어야 한다는 것 등이다.

## 2) 기본접근방향

국가보건정책이 추구하는 궁극적인 목표는 「모든 국민들이 일생을 살아가는데 있어 질병의 고통없이 건강하게 장수하도록 하는 것」으로 건강접근전략도 이러한 보건정책의 목표달성이 가장 효과적이고 바람직하게 이루어질 수 있도록 하는 방향에서 모색되어야 하며, 오늘날 현대 산업사회에서 가장 중요시되는 보건문제의 해결에 초점을 맞추어야 한다.

오늘날 또 앞으로 가장 문제시되는 중요한 보건문제는 인구의 고령화에 따른 성인병의 증가와 현대산업사회에서 흔히 볼 수 있는 사고와 성병 및 약물중독이며, 이로 인한 의료비의 증가이다.

이러한 보건문제의 근본적인 해결책은 무엇보다도 질병예방과 건강증진을 통해서 가능하다. 따라서 건강접근의 제1차적인 초점은 질병예방 및 건강증진에 두어야 하며, 제2차 초점은 질병의 조기발견, 조기치료에 두어야 한다.

이를 위해서는 보건교육의 강화로 개인의 건강에 대한 책임의식의 함양과 함께 국민들의 적극적인 건강생활실천이 유도되어야 한다.

건강접근의 기본방향을 왜 질병예방 및 건강증진에 두어야 하는지에 대한 이유와 타당성을 살펴보면 다음과 같다.

첫째 질병예방 및 건강증진은 보건정책이 추구하고 있는 궁극적 목표인 「모든 국민들이 질병의 고통없이 건강하게 장수하도록 한다」는 목표달성에 가장 잘 부합된다.

질병의 치료는 병이 난 후의 대책이므로 질병의 고통을 겪게 되고 또 난치병일 경우 사망에 이르게 될수도 있다는 데서 위의 목표와는 거리가 있다. 그러나 질병치료는 발병후 고통을 없애주고, 이환 질병으로 인한 조기사망을 막을 수 있다는 점에서 차선책이 될 수 있다.

둘째 질병예방 및 건강증진은 국가 보건비용이나 국민의료비 부담을 크게 절감시킬 수 있다.

한국보건사회연구원의 조사보고서에 의하면 우리나라 45세이상 인구가 10가지 기본적인 건강실천사항을 모두 지킬 경우 이로 인한 질병예방 및 건강증진효과로 45.2%의 의료비 절감효과를 가져오게 되어 1990년 의료비

절감 총액은 약 7천억원이상에 달할 것으로 추정하고 있다.<sup>17)</sup>

최근 국민의료비 증가추세로 볼때 2000년대의 의료비증가는 더욱 심화될 것으로 보여지며, 이에 대한 근본적인 억제대책은 국민들의 건강생활실천을 통한 질병예방 및 건강증진에 있음을 알 수 있다.

그리고 국민건강향상을 위한 질병예방 및 건강증진은 건강에 대한 책임의식의 함양과 건강생활실천의 유도에 있으며, 이에 대한 이론적 근거는 다음과 같다.

질병예방 및 건강증진은 개개인이 적극적인 건강생활실천을 통해서 가능한 것으로 적극적이고 지속적인 건강생활실천은 많은 인내와 노력을 필요로 하기 때문에 먼저 자신의 건강에 대한 가치인식과 책임의식이 함양되었을 때 이루어 질 수 있는 것이다. 자기자신이 스스로 건강을 지키고 가꾸려는 의지나 노력이 전제되지 않는 한 적극적이고 지속적인 건강생활실천은 기대할 수 없기 때문에 건강에 대한 책임의식의 함양은 바람직한 건강생활실천의 행동변화를 유도하는데 있어 기본전제가 된다.

오늘날 현대산업사회에서의 가장 문제시되는 중요한 상병은 앞서 기술한 바와 같이 암, 순환기계 질환 같은 만성퇴행성 질환과 사고와 성병 및 약물중독 등으로서 이러한 상병의 발생은 주로 환경 및 생활양식과 밀접한 관계가 있다.

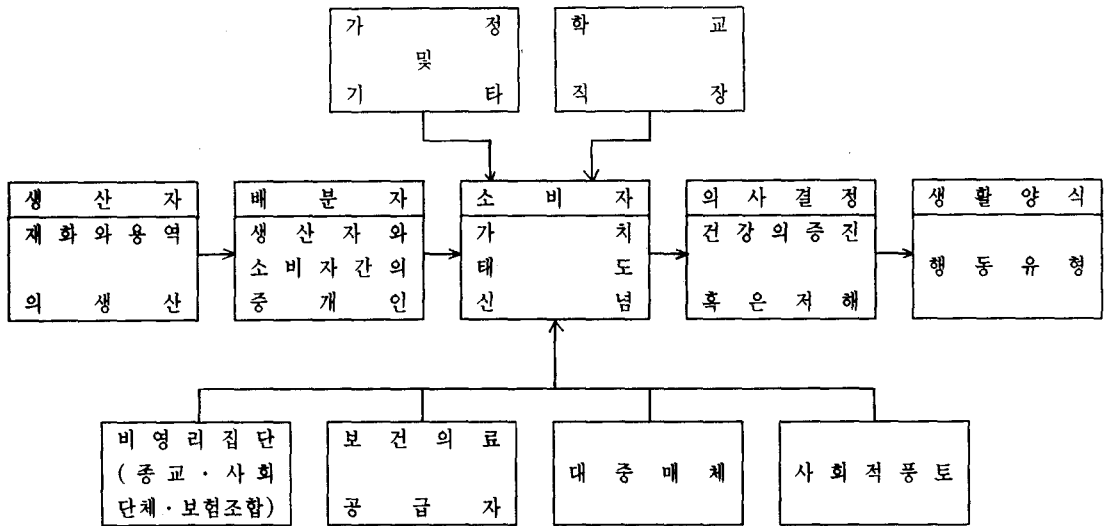
이를 뒷받침하는 여러 연구들이 발표되고 있는 바 그 중 몇가지 예를 들어 보면 다음과 같다.

1970년 캐나다 후생성의 한 보고서에 의하면 건강에 영향을 미치는 환경, 생활양식, 보건의료조직, 인간의 생물학적 요소중 환경과 생활양식에 의한 건강효과가 전체 건강효과의 2/3에 해당되는 것으로 보고하고 있다.<sup>12)</sup>

Belloc와 Breslow는 많은 질병과 조기사망이 다음과 같은 6가지 기본적인 건강습관을 실천할 경우 예방될 수 있다는 연구결과를 제시하고 있다.<sup>18)</sup>

- (1) 간식없이 하루 세끼의 정규적인 식사
- (2) 일주일에 적어도 3번이상의 적당한 운동실시
- (3) 매일밤 7시간내지 8시간의 수면
- (4) 금연
- (5) 정상적인 수준의 체중유지
- (6) 술을 마시지 않거나 적당히 마실 것

그림 3. 소비자의 생활양식에 영향을 미치는 사회적 환경요인



자료 : Eugene C. Nelson etc., "Incentives for Health promotion : The Government's Role", Strategies for for Public Health, ed. Lorenz K. Y. Ng and Devra Lee Davis, op. cit., p. 226.

또 45세의 남자가 위 건강습관들중 반수 이하만을 실천할 경우 평균기대여명이 21.6년인데 비하여 6가지 모두 또는 거의 모두를 실천할 경우는 평균기대여명이 33.1년으로 11년이상 더 길어지는 것으로 추정하고 있으며, 이러한 차이는 "1990년과 1960년 사이의 미국 백인들의 기대여명의 증가가 단 3년에 불과하다는 사실로 비추어 볼 때" 더욱 잘 理解될 수 있는 일이다.

또 한국보건사회연구원의 건강생활실천조사에서 10가지 실천사항중 5가지 이하만을 실천하는 하위실천그룹과 9가지 이상의 상위 실천그룹에서의 유별율이 각각 30.5%와 18.7%로서 현격한 차이를 보이고 있는 것은 건강증진 및 질병예방에 있어 건강생활실천의 중요성의 일면을 엿볼 수 있다.<sup>17)</sup>

이러한 연구 결과들은 건강증진 및 질병예방은 건강생활실천을 통해서 가능한 것임을 입증한 셈이다.

## 2. 건강접근전략

여기서의 건강접근은 질병예방 및 건강증진을 위한 바람직한 건강행동의 변화를 유도하기 위한 것으로 결국 국민들의 생활양식이나 행동변화에 영향을 미치는 사

회적 환경요인들을 중심으로 적극적인 보건교육과 예방보건서비스를 강화하는 것이며, 이를 위한 인력, 시설 및 사업조직들을 정비강화해야 한다. 다른 한편으로는 그러한 건강행동의 변화를 유도하기 위한 제도적인 유인 및 규제장치를 마련하는 것이다.

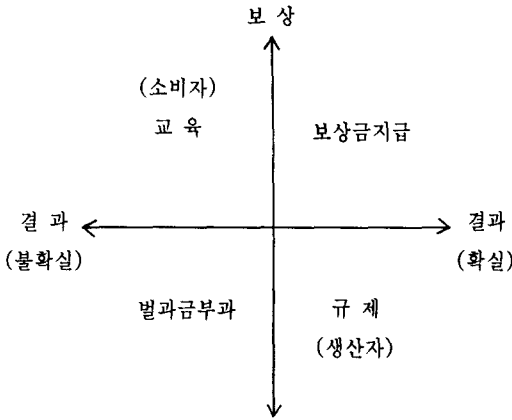
건강행동의 변화에 가장 크게 작용할 수 있는 사회적 환경요인으로는 가정, 학교, 직장과 최근 보급율이 높은 텔레비전, 라디오, 신문등의 대중매체와 보건의료조직, 의료보험조직 및 행정조직 등을 들 수 있다. 또 건강생활실천 등 바람직한 건강행동의 변화를 유도하기 위한 유인 및 규제적 조치로는 그림 3에 제시된 바와 같이 교육, 보상금지급, 벌과금부과 및 규제적 조치가 있다.

이러한 유인 및 규제적 조치들은 모두 처벌에 대한 두려움이나 보상에 대한 기대적 심리를 이용하여 바람직한 건강행동의 변화를 유도하는 것이다.

이러한 건강행동의 변화를 유도하기 위한 구체적인 접근방법은 다음과 같다.

### 1) 범국민건강실천운동 전개

인구의 고령화, 성인병증가, 소비생활의 패턴변화, 현대산업사회의 환경공해, 직업병 및 사고발생률 증가,



자료 : Eugene C. Nelson etc., op. cit., p. 223.

그림 4. 건강행동 변화를 유도하기 위한 유인 및 규제조치

의료수요 및 의료비의 증가 등 환경여건 변화에 효과적으로 대응하기 위해서는 건강의식 개혁과 건강생활 실천을 유도할 수 있는 범국민적인 건강혁명운동이 필요하다.

이를 위해서는 현재 일본에서 추진해 오고 있는 국민건강가꾸기 운동에서처럼 기존의 보건행정조직, 보협조직, 직장 및 학교 등 중앙 및 지방의 조직을 효과적으로 활용할 수 있는 사업설계와 조직 및 제도의 정비가 있어야 한다.

대한가족계획협회나 한국건강관리협회 등은 각 시도에 지방조직을 갖고 있으므로 이러한 민간단체들을 보건교육개발센터 또는 건강증진센터의 역할로 대체 활용하는 방안도 고려될 수 있다.

범국민 건강실천운동의 효과적 추진을 위해서는 이에 대한 모델개발이 필요하며, 이는 현재 한국보건사회연구원에서 개발한 모형을 이용할 수 있을 것이다.<sup>2)</sup>

### 2) 대중매체를 이용한 국민보건교육강화

우리나라의 T.V.나 라디오의 가구별 보급율은 거의 100%에 이르고 있으며, 이들 매체에 대한 시청률도 매우 높은 것으로 알려져 있다. 특히 T.V.의 경우 시청적인 효과로 이를 이용한 보건교육의 효과는 매우 클 것으로 생각된다.

따라서 이러한 대중매체를 이용한 보건교육의 효과를 높이기 위하여는 국민들의 건강생활실천 유도에 중점을

둔 다양한 보건교육프로그램을 개발하고 이러한 프로그램이 효과적으로 반영될 수 있도록 적극적인 지원책이 강구되어야 한다.

### 3) 국민학교학생중심의 집중적인 학교보건교육 개선 강화

학교에서의 보건교육은 그 대상이 학생들로서 이들은 특히 국민학생의 경우 습관이 형성되는 시기에 있고, 반복적인 교육효과와 선생님과 급우들의 영향으로 그 효과가 매우 크고, 자라나서도 그 효과가 지속된다.

또 이러한 교육효과가 가정이나 지역사회에 건강생활 실천 유도에도 많은 영향을 미치고 있다는 점에서 볼 때 매우 중요시해야 할 교육요소임에 틀림없다.

학교보건교육은 단기적으로 학생들의 건강생활실천을 유도함으로써 건강을 유지·증진시켜주고 능률적인 학습활동을 가능케 하고 있으며, 장기적으로는 국민건강생활의 기반조성에 기여함으로써 국민건강향상이나 의료비절감 효과를 가져올 수 있을 것으로 생각된다.

학교보건교육의 문제점은 보건교육을 담당할 적절한 교사가 없을 뿐만 아니라 교과서 및 교육과정상 보건교육의 내용이 빈약하여 학생들이 자신의 건강에 대한 책임의식과 건강관리능력이 부족한 편이다.

따라서 학교보건교육을 개선하기 위해서는 교원양성기관의 교육과정에 학교보건교육을 정규교과목으로 편성토록함으로써 제도적인 보완책을 강구하고, 초·중·고의 교육과정 및 교과서를 개편함으로써 학교보건교육을 강화해야 할 것이다.

### 4) 보건 및 의료보험조직을 통한 예방보건서비스강화

우리나라는 현재 전국민의료보험화되어 있는 상태에서 의료보험조직을 활용한 질병예방 및 건강증진서비스를 강화할 경우 장기적으로는 국민건강향상 및 의료보험재정의 안정화에도 크게 기여할 수 있을 것으로 보아진다. 보건행정조직으로부터의 행정 및 기술지원 협력하에서는 더욱 큰 효과를 기대할 수 있을 것이다.

의료보험에서의 예방서비스에 대한 보험급여는 재정형편에 따라 점진적으로 확대해나가는 방안이 강구될 수 있다.

2000년대의 경우 보험재정형편에 여유가 있을 경우 일본에서처럼 직접 보건시설을 설치하고 보건예방사업을 강화할 수도 있을 것이다.

### 5) 자기건강관리사업개발과 확대 실시

우리들이 흔히 경험하는 일반상병의 대부분은 반드시 고가의 전문적인 의료서비스를 받지않아도 치료가 가능한 것으로 알려져 있다.

미국의 경우 그림 7-4에서 볼 수 있듯이 어느 하루 동안의 총 보건의료수요중 80%가 일차진료이고, 2차진료와 3차진료는 각각 15%와 5%에 불과한 것으로 나타났다.

일반인들도 보통 상병의 1/3은 관리할 수 있다는 경험에 비추어 볼 때 자가치료 및 자기건강관리에 대한 사업을 개발하고 이를 확대 실시하는 방안이 강구되어야 할 것이다.

현재 일본이나 미국등에서 개발된 환자나 일반인을 대상으로 한 자기 자신에 의한 건강관리 프로그램을 도입 실시하는 것이 효과적일 수 있다. 이러한 사업의 실시는 결국 건강향상이라는 측면도 있겠으나 의료비 절감효과에서도 바람직하다.

### 6) 사업장의 작업환경개선 및 보건교육강화

이를 위하여는 사업장의 보건시설투자비용과 건강관리비용에 대하여는 세금의 감면이나 손비처리토록하는 등 세제상 혜택을 통하여 건강 및 안전시설등을 확보토록하고 건강 및 안전수칙등을 만들어 철저히 실시토록 함으로써 근로자의 건강을 증진토록 한다.

## 3. 결 론

오늘날 또 앞으로 가장 문제시되는 중요한 보건문제는 인구의 고령화에 따른 성인병의 증가와 현대산업사회에서 흔히 볼 수 있는 사고와 성병 및 약물중독 등이며, 이러한 상병의 진료로 인한 의료비증가이다. 이는 오늘날 선진국들이 당면하고 있는 공통적인 보건문제로 2000년대의 우리나라 경제·사회 및 보건의료적 환경여건이 개선된다해도 근본적인 해결책이 강구되지 않는 한 문제의 심각성은 한층 심화될 것으로 예상된다.

따라서 2000년대의 건강접근 전략은 이러한 보건문제의 근본적인 해결책에 초점을 두어 효과적이고 효율적인 접근방안이 모색되어야 할 것이다.

최근 선진국에서는 건강문제가 의료만으로 해결할 수 없는 생활양식과 환경의 문제로 인식하고 전체론적인 시각에서의 건강론이나 의료를 중시하고 있으며, 따라서 건강문제의 접근에 있어 학제간 통합적 접근 경향을

보이고 있다. 그 실례로서 행동과학과 생체의학을 통합발전시킴으로써 질병의 치료 및 예방과 건강증진 등을 효율적으로 도모하려는 행동의학이 출현하였다.

이렇게 볼 때 보건문제의 근본적인 해결책은 질병예방 및 건강증진과 질병의 조기발견·조기치료를 통해서 건강수준을 향상시킴으로써 상병의 이환율과 의료의 요구도를 저하시키는 것이다.

질병예방 및 건강증진과 질병의 조기발견, 조기치료를 위해서는 먼저 국민 개개인이 자신의 건강에 대한 책임의식과 자기건강관리 능력을 함양하고 적극적인 건강생활실천이 유도되어야 한다.

또 이를 위해서는 먼저 국민 개개인들이 바람직한 건강행동의 변화가 유도될 수 있도록 생활양식이나 행동변화에 영향을 미치는 사회적 환경요인 즉 가정, 학교, 직장, 대중매체, 보건의료조직, 보험 및 행정조직 등을 대상으로 보건교육 및 예방보건서비스를 강화하고 자기건강관리능력을 함양하기 위한 사업을 개발확대시시도록 하여야 한다.

이러한 보건예방사업의 활성화를 위해서는 지금까지 의료중심의 보건정책에서 탈피하여 보건예방중심의 보건정책으로의 일대변혁과 함께 적극적인 사업지원책이 수반되어야 한다.

## 참 고 문 헌

1. 경제기획원조사통계국, 인구동태신고결과 및 장래인구추이, 1989. 10.
2. 김수춘·권순원·이충섭, 국민건강실천운동에 관한 종합연구(1990년 12월 발간예정), 한국보건사회연구원.
3. 경제기획원 조사통계국, 사망원인 통계연보, 1988.
4. 세계보건기구, 세계보건통계, 1988.
5. 경제기획원 조사통계국, 한국의 사회지표, 1989.
6. 권순원, 의료비증가의 원인과 그 대책; 2000년을 향한 국가장기발전을 위한 학술연구 최종보고서, 1987, pp. 17, 42.
7. 노허목·박원장·윤익수·박병문, 2000년을 향한 국가장기발전구상 공업부분편, 서울: 산업연구원, 1985. 12.
8. Stephen M. Weiss and Gary E. Schwartz, *Behavioral*

- Medicine ; A New Perspective in Health Research and Practics*". *Strategies for Public Health*, ed. Lorenz K. Y. Ng. and Devra Lee Davis, op. cit., pp. 113-116, 124.
9. Jan C. Smuts, *Holism and Evolution*, London : Mac-Millan, 1926.
  10. A. Angyal, *Foundations for a Science of Personality*, Cambridge, Mass. : Havard University Press, 1941. p. 157.
  11. Paul J. Rosch, *Holistic Medicine : Health Care of the Future ?*", *Strategies for Public Health*, op. cit., pp. 60-61.
  12. M. A. LaLonde, *A Working Document*, Ottawa : Ministry of Health & Welfare, 1974.
  13. *Forward Plan for Health, FY 1977-81*(Publication No. (OS) 76-50024), Washington, D. C. : Dept. of H. E. W., 1975.
  14. D Banta, *Investigation of National Institute of Health (Publication No. 70-661)*, Washington, D. C. : Dept. of H. E. W., 1976.
  15. Stephen M. Weiss, "*ews and Developments : Research training in behavioral medicine*", *Journal of Behavioral Medicine*, 1978. pp. 241-247.
  16. Keith W. Sehnert, "*The Medical Self Care Movement : Past, Present, and Future*", *Strategies for Public Health*, op. cit., pp. 88-90.
  17. 변종화 · 장동현 · 최성옥 · 이준협, 의료비증가억제 방안 연구, 한국보건사회연구원, 1989.
  18. N. B. Belloc and L. Breslow, "*Relationship of Physical Health Status and Health Practices*", *Preventive Medicine* 1, no. 3, 1972. pp. 415-421.

〈Abstract〉

## **The Strategy of Health Approach to Cope with the Environmental Change in 2000's**

**Jong Hwa Byun**

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

This paper discusses the recent tendencies of health approach in the developed countries and suggests the strategy of health approach in order to cope with the changing environmental conditions of Korea in 2000's.

In 2000's, Korea will have the environmental conditions and health problems similar to those of the developed countries at present.

The American and European developed countries have shown the integrative approach trend by the interdisciplinary cooperation based on the holistic health conception, for example, as in the behavioral medicine, with the active drive of the medical self care movement and the national health practice movement.

The basic solution to the 2000's main health problems such as high morbidity of chronic diseases and high medical expenditure is to decrease the health need through the health promotion, disease prevention and early detection and early treatment of disease.

The above actions need to induce the public to change their health behavior in the desirable direction through the national health practice movement and the health self care movement.

The success of the movements depends upon how to use effectively the mass media, health and administrative organizations, schools, industrial and medical insurance organizations with the strong government support of health and preventive policies and programs.