保健敎育 · 健康增進學會誌 第21卷 第3號(2004. 9) pp.19-33
Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, Vol.21, No.3(2004)

한국과 일본의 건강증진정책 비교

남은우* · 조은주** · 남정자*** · Hasegawa Toshihiko****
*연세대학교 보건과학대학 보건행정학과 · **고신대학교 대학원 보건과학과 · ***한국보건사회연구원 보건의료연구실 · ****Division of Policy Sciences, National Institute of Public Health, Japan

〈목 차〉

Ⅰ. 서론
Ⅱ. 연구방법
Ⅲ. 결과
Ⅳ. 결론 및 제언
참고문헌
Abstract

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 배경

한국은 최근 질병 구조의 변화와 인구의 고령화로 인하여 의료비가 급증하고 있는 상황이며, 이러한 이유 중의 하나는 생활습관의 변화이다. 이러한 일련의 변화에 대응하기 위해서 정부는 1995년도에 국민건강증진법(health promotion act)을 제정하여 범국민적인 건강증진사업을 전개할 토대를 마련하였고, 이에 근거하여 보건교육의 실시, 금연지역의 설정, 담배세의 징수 등 다양한 건강증진정책을 전개하고 있다(한국보건사회연구원, 1995; Nam, 2003). 이러한 획기적이고도 성공적인 법안의 제정과 추진에 의거 다양한 사업이 이루어지고는 있으나, 아직까지도 한국인의 건강수준은 2002년도 평균수명(life expectancy at birth)의 경우 남자는 71.8세, 여자는 79.4세로서 남여 평균 75.6세이다. 이는 일본의 남자 78.4세, 여자85.3세 등 평균 81.8세에 비하여 6.2세가 떨어지는 수준이다(WHO, 2002). 즉, 일본의 건강수준이 세계 1위임에 비하여 한국은 51위, 건강달성도가 일본이 1위 임에 비하여 한국은 35위이다(표 1).

한국 정부는 위와 같이 국민의 건강수준이 일본에 비하여 뒤떨어지는 문제의 심각성을 잘 인식하여, 이에 대한 극복(克服) 정책을 신속히 내놓아야 할 것이다.

그간 한국보건사회연구원은 <2010년 국민건강증진 목표설정과 전략 개발>(2000) 보고서를 통해, 국민의 질병관리 방향 및 국민의 보건 행태(health behaviour)가 바뀌어야 함을 강조하면서, 관리해야 될 건강증진 목표를 선정하였다.

또한, 한국의 건강증진 사업에 대하여 연구된

교신저자 : 남은우
강원도 원주시 흥업면 매지리234 연세대학교 보건과학대학 보건행정학과
전화번호: 033-760-2413, E-mail: koreahealth@empal.com

<표 1> 한국과 일본의 보건의료수준 비교

지 표	한국	일본
건강수준	51위	1위
평등성	37위	3위
건강달성도	35위	1위
의료비지출	31위	13위
보건제도 성과	58위	10위

자료: World Health Organization, World Health Report, 2002

주요 결과를 보면, 김공현(1996)은 <건강증진사업의 기획과 관리 보고서>에서 건강증진 사업의 합리적인 기획을 강조 하였고, 이동재(1996)는 건강증진 사업에는 예방사업이 효과적이라는 의견을 제시하기도 하였다. 그럼에도 불구하고, 아직까지 비정부 민간단체에 의한 일부 사업의 경우를 제외하고는 지역수준에서의 건강증진사업은 대부분 지방정부가 주체가 되어 시.군.구 보건소를 중심으로 전개하고 있고, 지역내 타 조직에 의한 건강증진사업은 거의 전개되고 있지 못하고 있는 상황이다(변종화 등 1997; 변종화 1999).

이명순(1999)은 보건교육이 이루어져야 할 장소로서 병원, 의원, 학교, 사업장, 지역사회 등으로 열거하고 있다. 그러나, 한국의 경우는 어느 곳에서도 보건교육이 활발히 이루어지고 있지 못하고 있는데, 이의 이유로서 보건교육적인 방법론이 적용되고 있지 못하다는 지적을 하고 있다. 또한, 이규식(2003)은 건강증진기금에 의해 확보된 건강증진사업 기금의 활용 방안으로서 신공중보건 개념(new public health) 도입에 의해, 한국의 공중보건사업의 전면적인 재검토가 필요하다는 문제제기를 하며, 기금 확보에 따른 건강증진사업 인프라 구축이 필요하다는 주장을 하였다.

아울러, 김대희(1999)는 건강증진사업의 정책방향의 일환으로서, 보건행태(health behavior)의 변화가 중요함을 지적하면서, 건강증진 내용별, 증진 요소별, 필수질병군별, 연령별, 현장별 등으로 우선순위가 체계화되는 것이 좋다는 의견을 제시하기도 하였다. 이를 위해 합리적인 정보의 제공과 지원체계가 필요함을 제시하고 있다.

일본의 경우는 1970년대에 제1차 건강 가꾸기(Kenkou-tsukuri) 사업을 시작하여 전국적인 영양 개선(榮養 改善) 사업의 전개를 통한 국민의 영양상태 개선 효과를 보았고, 그 후 제2차 건강가꾸기사업을 통해서는 운동(運動)을 강조하여, 국민의 체력을 향상시켜오고 있다(小野寺, 1987), 그 후 일본 국민의 질병 양상이 급성기(急性期)질환에서 만성기(慢性期) 질환 위주로 바뀌게 되고, 이의 원인이 불건전한 생활습관(unhealthy life style)에 있음을 알고, 제3차 건강 가꾸기 사업(주, 일본에서는 이에 대하여 건강일본 21(kenkou nippon 21, Healthy Japan 21)을 시작하게 되었다. 이 건강일본 21사업은 주로 건강에 대한 책임을 개인(個人)에게 두고 있는 점이, 기존의 제1차, 그리고 제2차 건강 가꾸기 사업과 다른 점이다(Hasegawa, 2002).

특히, 유럽연합(EU)과 국제보건교육건강증진

학회(International Union for Health Education and Promotion)에서 발표하였듯이 최근에는 건강증진사업 효과에 대한 증거(Evidence)를 강조하는 것이 국제적인 추세이기도 하다(한국보건교육·건강증진학회 역, 2003). 따라서 앞으로의 건강증진사업은 그 사업에 대한 효과와 효율에 대한 증거(evidence)를 제시하는 방향으로 전환될 것으로 보인다. 이러한, 건강증진사업의 주요 방향은 영양, 운동, 휴식을 강조하는 종합적인(total health promotion)사업으로 전개되어야 할 필요성이 있다.

2. 연구의 목적

한국은 건강증진법(Health Promotion Act)을 1995년도에 제정하였고, 일본은 2000년도에 건강증진법을 제정하여 건강증진사업을 위한 제도를 확립하였다. 본 연구는 이러한 양국의 건강증진정책의 역사적인 발전과정을 세밀히 검토 분석하여, 21세기 한국의 건강증진 정책 추진에 필요한 정책적인 함의를 제공하는데 연구의 목적을 두고 있다.

구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

1) 양국간의 건강증진사업 추진조직과 사업의 목표를 비교 분석하고
2) 광역단위 / 중간 자치단체 / 기초자치단체 수준에서의 건강증진 사업의 추진에 대해 양국을 비교
3) 건강증진사업추진 비용에 대하여 양국간의 비교를 함으로서, 한국의 건강증진사업의 방향 설정 수정과 개선에 의미를 부여해 줄 수 있을 것이다.

Ⅱ. 연구방법

1. 조사도구

이상의 연구 목적을 달성하기 위하여 영국에서 개발된 The Health Promotion Discovery Tool(이에 대한 자세한 설명과 관련 설문지는 http://caint.com/HP-souce.net/frontend을 참고하면 된다)을 일부 수정하여 한국과 일본의 건강증진정책을 비교 분석한다. 이 Health Promotion Discovery Tool은 일명 HP Source라고 부르고 있는데, 이 HP Source는 건강증진에 대한 정책(policies), 하부구조(infrastructure), 및 실제 경험(practice)에 대한 종합적인 Database이다. 이 도구는 유럽연합(European Commission)의 재정적인 지원에 의해 영국의 런던대학(London School of Hygiene and Tropical Medicine)팀에 의해 2003년도에 개발된 도구이다.

2. 조사항목

HP Source 조사도구는 건강증진정책의 형성, 건강증진정책의 평가 수준, 모니터링과 보고 시스템, 건강증진의 조사 연구, 국가적인 차원에서의 사업 시행, 건강증진전문 인력, 재정 등의 항목으로 구성되어 있어, 국제간의 건강증진정책을 비교하는데 적합한 도구이다.

3. 조사 과정 및 비교 분석

본 조사는 선정된 HP Source(영문)에 의해, 한국의 경우는 한국어로 HP Source를 번역 조사 내용을 기입하였고, 일본의 경우는 건강일본

21 연구를 수행중인 국립보건의료과학원(National Institute of Public Health) 소속 협력연구원이 내용을 읽고 기입하여, 양 국가간의 건강증진정책을 비교 분석하였다. 자료 조사 기간은 2003년 8월부터 9월 까지였다.

Ⅲ. 결 과

1. 국가적인 수준에서의 건강증진 정책

국가수준에서의 건강증진사업의 추진의 경우, 한국과 일본 모두 건강증진에 대한 국가적인 보고서가 있으며, 한국은 Health Plan 2010과 Healthy Korea 2010이 있고, 일본은 Healthy Japan 21 보고서가 있다.

사업의 진행부문은 한국은 보건복지부의 건강증진국이며, 일본은 후생노동성 건강국이다. 보고서에 대한 책임은 한국에서는 보건복지부가 일본에서는 후생노동성이 맡고 있었다. 양국 모두 건강증진법을 갖고 있었고, 한국은 1995년도에 일본은 2000년도에 제정하여 시행하고 있다(표 2).

2. 건강증진 사업의 목표

국민건강증진 사업의 정책목표에 대해 한국과 일본을 비교해 본 결과, 한국은 건강수명(health life expectancy), 흡연, 음주, 운동, 영양, 정신보건, 구강보건, 허혈성 심질환, 생식보건, 고혈압, 뇌혈관계 질환, 관절염, 당뇨병, 암 등 14개의 건강증진 목표가 있었고, 일본은 영양, 운동, 정신보건, 흡연, 음주, 구강보건, 당뇨병, 심혈관계 질환, 암 등의 9개의 건강증진 목표가 있었다. 한국은 일본보다 생식보건(reproductive health)과, 관절염, 뇌혈관계 질환 등 항목이 추

<표 2> 국가수준에서의 건강증진 사업의 추진

내 용	한 국	일 본
1. 보고서의 출처	Health Plan 2010, Healthy Korea 2010	Healthy Japan 21
2. 보고서의 수준	governmental white paper	governmental white paper
3. 주요 참고문헌의 목록	Healthy People 2000, 2010, USA Healthy Japan 21	Healthy people 2000, 2010, USA
4. 사업에서의 권고내용	국민들이 자기 건강에 책임이 있다는 인식의 확립과 건강의 가치에 대한 인식의 강화	건강의 유지 증진은 개인에게도 있음을 강조하고 있음
5. 사업진행 부문	보건복지부의 건강증진국	후생노동성 건강국
6. 사업에 대한 책임	보건복지부	후생노동성 건강국 생활습관병대책실
7. 관련법의 제정	1995	2000

주: 위의 항목 중 7은 연구자가 추가한 항목임

가되어 있었다(주; 한국의 고혈압과 허혈성심질환은 일본의 경우 심혈관계로 분류된다)(표 3).

국민건강증진사업의 정책목표에 대한 목적 및 목표의 경우, 한국은 총 14개항목의 정책목표에 37개의 목표를 가지고 있었고, 일본은 총 9개 항목의 정책목표에 세부적으로 48개의 목적과 80개의 목표들을 가지고 있었다. 일본은 한국에 비해 하나의 정책목표 당 각각의 범위와 대상에 따라 목적과 목표들이 세분되어 있었다. 한국은 암에 대한 목적 및 목표가 14개로 가장 많았으며, 일본은 영양에 대한 목적 및 목표가 14개의 목적과 16개의 목표를 가지고 있어 가장 많았다(표 4).

<표 3> 국민 건강증진 사업의 정책 목표 비교

한 국	일 본
1. 건강수명	1. 영양
2. 흡연	2. 운동
3. 음주	3. 정신보건
4. 운동	4. 흡연
5. 영양	5. 음주
6. 정신보건	6. 구강보건
7. 구강보건	7. 당뇨병
8. 허혈성심질환	8. 심혈관계질환
9. 생식보건	9. 암
10. 고혈압	
11. 뇌혈관계질환	
12. 관절염	
13. 당뇨병	
14. 암	

<표 4> 건강증진사업의 목적 및 목표 비교

한 국		일 본	
항목	목적/목표	항목	목적/목표
1. 건강기대/2개		1. 영양	
2. 흡연/4개		5개 목적 : 영양범위, 7개 목표	
3. 음주/2개		6개 목적 : 지식과 행태범위, 6개 목표	
4. 운동/1개		3개 목적 : 환경범위, 3개 목표	
5. 영양/2개		(소계 : 14개 목적, 16개 목표)	
6. 정신건강/4개		2. 운동	
7. 구강보건/3개		3개 목적 : 성인대상, 3개 목표	
8. 허혈성심질환/1개		3개 목적 : 노인대상, 3개 목표	
9. 생식보건/4개		(소계 : 6개 목적, 6개 목표)	
10. 고혈압/1개		3. 정신보건	
11. 뇌혈관계질환/없음		3개 목적 : 스트레스, 수면, 자살, 4개 목표	
12. 관절염/1개		4. 흡연 : 4개 목적, 4개 목표	
13. 당뇨병/1개		5. 음주 : 3개 목적, 3개 목표	
14. 암/11개		6. 구강보건	
		1개 목적 : 노인대상, 3개 목표	
		1개 목적 : 유아대상, 3개 목표	
		1개 목적 : 아동대상, 3개 목표	
		1개 목적 : 성인대상, 4개 목표	
		(소계 : 4개 목적, 13개 목표)	
		7. 당뇨병 4개 목적, 8개 목표	
		8. 심혈관계질환 6개 목적, 12개 목표	
		9. 암 4개 목적, 12개 목표	
계: 14개 목적/37개 목표		계: 48개 목적/80개 목표	

3. 건강증진사업의 추진과 평가

광역단위 / 중간 자치단체 / 기초자치단체수준에서의 건강증진 사업의 추진에 대해 양국을 비교한 결과, 일본은 광역단위 수준과 기초단체 수준에서 건강증진 정책이 결정되었고, 광역단위 수준에서의 정책보고서가 있었으며, 정책보고서의 작성기관은 각 광역단위 정부의 보건행정과 또는 건강증진과 등 이었으나, 정책보고서 책임기관은 도 · 도 · 부 · 현이다.

한국은 광역단위 수준(예, 서울특별시, 부산광역시 등)의 정책보고서가 발간되었고, 정책보고서 작성기관은 시 · 도 보건위생국이었다. 중간 자치단체 수준(예, 경기도 수원시, 경상북도 울산시 등)에서의 건강증진 사업은 중간 자치단체 수준에서 정책보고서가 발간되었고, 정책보고서의 책임기관은 각 지방정부의 보건 부서로 나타났다(표 5).

건강증진 정책에 대한 평가에 대해 양국을 비교한 결과, 한국과 일본 모두 국민 건강증진정책의 평가는 아직 없는 것으로 나타났다. 한국의 경우 Health Plan 2010의 평가는 아직 시행되고 있지 않은 단계이나, 2005년에는 중간평가를 그리고, 2010년에는 최종평가가 시행될 예정이다. 일본의 경우도, Healthy Japan 21에 대한 평가가 아직 까지는 없었으나, 2005년에 중간평가, 2010년에 최종평가가 시행될 예정이다(표 6). 체계적인 모니터링과 보고시스템의 경우 한국은 아직 없었고, 일본은 현재 모니터링 보고시스템을 고안 중 이었다(표 7).

<표 5> 광역단위 / 중간 자치단체 / 기초 자치단체 수준에서의 건강증진 사업의 추진

내 용	한 국	일 본
1. 정책결정 수준	광역 단위 수준과 중간, 기초 자치단체 수준	광역 단위 수준과 기초 자치단체 수준
2. 광역단위 정책 보고서	있음	있음
3. 광역단위 정책보고서	자치단체에 따라 다름	각 도도부현 모두 갖고 있음
4. 광역단위 정책보고서 작성기관	시도 보건위생국	각 광역단위 정부의 보건행정위생과
5. 광역단위 정책 보고서 책임기관	시 · 도	도 · 도 · 부 · 현
6. 중간 자치단체 정책보고서	있음	있음
7. 중간 자치단체 정책보고서	자치단체에 따라서 다름	자치단체에 따라서 다름
8. 중간 자치단체 정책 보고서 책임기관	각 지방정부의 보건부서	시 · 정 · 촌

<표 6> 건강증진정책에 대한 평가

내 용	한 국	일 본
1. 국민건강 증진 정책의 평가여부	Health Plan 2010은 아직 평가되지 않고 있으나 향 후 시행할 예정임	Healthy Japan 21에 대한 평가는 아직 없었으나, 곧 시행할 예정임
2. 최근의 정책평가 보고서와 다음보고서의 발행날짜	보건복지부는 평가기구 설립계획이 있음 2005년에 중간평가, 2010년에 최종평가 예정	후생노동성에 평가기구 설립계획이 있음 2005년에 중간평가, 2010년에 최종평가 예정

건강증진을 위한 조사연구 체계에서 한국의 경우, 건강증진의 이론과 연구에 관련된 중요한 기관은 한국보건사회연구원(KIHASA)이었고, 건강증진 프로그램의 개발에는 한국보건사회연구원과 보건복지부가 관련된 중요 기관이었다. 건강증진 프로그램의 평가는 국민건강증진기금 사업단의 주도하에 평가도구를 개발하려는 작업이 구상중이다.

일본의 경우는 건강증진의 이론과 연구에 관련된 중요한 연구를 하는 기관은 국립보건의료과학원(National Institute of Public Health)이었고, 건강증진 프로그램의 개발과 평가를 위해서는 후생노동성내에 연구위원회가 설치 운영되고 있다(표 8).

4. 건강증진 전문인력의 양성과 활용

한국의 경우 Health Plan 2010의 수행책임이 보건복지부에 있고, 일본은 Healthy Japan 21의 책임기관은 후생노동성 건강국이다. 한국은 구체적인 사업 추진 기관이 없고, 단 보건소를 중심으로 한 사업이 이루어지고 있는 반면에, 일본은 지방자치단체와 건강·체력 가꾸기 재단이 사업의 일부를 담당하고 있었다.

건강증진 사업 수행 책임기관으로 한국은 정부 보건 분야에서는 한국보건사회연구원이, 다른 공공분야에서는 국민건강보험공단, 한국금연운동협의회, NGO로는 한국건강관리협회, 대한보건협회, 한국가족보건협회 등이 각 대학에서는 각 대학의 보건대학(또는 대학원), 의학, 간호학과 등이 관련되어 있다. 일본의 경우는 국립보건의료과학원과 의과대학 간호대학, 건강증진과 관련된 많은 학술협회가 건강증진 사업수행의 책임기관이다(표 9).

건강증진 전문가 인력에 대한 양국의 현황을 비교한 결과, 학사수준에서의 학습과 자격이 대

<표 7> 건강증진사업에 대한 정기적인 모니터링 시스템

내 용	한 국	일 본
1. 체계적인 모니터링과 정기적인 보고 시스템	고안 예정임	고안중임
2. 참여기관	한국보건사회연구원	국립보건의료과학원

<표 8> 건강증진을 위한 조사연구 체계

내 용	한 국	일 본
1. 이론과 연구	한국보건사회연구원(Korea Institute for Health And Social Affairs) http://www.kihasa.re.kr	국립보건의료과학원 (National Institute of Public Health) http://www.niph.go.jp
2. 프로그램의 개발	KIHASA : 학술적으로 관련된 기관들이 많음 보건복지부 : 연구위원회 설립 많은 학술단체가 관련됨	후생노동성에 연구위원회 설치
3. 프로그램의 평가	국민건강증진기금사업단 주도하에 평가도구 작성 구상 중	후생노동성에 연구위원회 설치 운영 중

<표 9> 건강증진사업 시행의 비교

내 용	한 국	일 본
1. 정책 시행의 책임기관	보건복지부가 국민건강증진사업수행의책임이 있음. 정부의 역할은 국가와 지역기관이 건강증진 프로그램을 시행하는 데 있어 계획을 세우고 지원하는 것임.	Healthy Japan 21의 책임 기관은 후생노동성임. 정부의 역할은 각 개인이 건강이 자기책임이라고 인식하도록 지원하는 것임.
2. 사업기관	구체적인 사업기관 없음	건강 · 체력 가꾸기 재단이 일부 담당 각 도도부현과 시정촌
3. 건강증진사업 수행 책임 기관	주로 보건소를 중심으로 건강증진사업이 진행 중임 정부보건부문 : · 한국보건사회연구원 http://www.kihasa.re.kr 다른 공공부문 : · 국민건강보험공단 · 한국금연운동협의회 NGO : · 한국건강관리협회 · 대한보건협회 · 한국가족보건협회 · 대학 : 각 대학의 보건학부/보건대학원, 의과대학, 간호학과 · 연구소 : 한국보건사회연구원 한국보건산업진흥원	국립보건의료과학원 http://www.niph.go.jp 의과대학, 보건학부, 간호대학 및 건강증진분야와 관련된 많은 학술대회 예) 일본공중보건협회 (http://www.jpha/jpha) 예) 건강교육을 위한 일본학회 (http://www.onyx.dti.ne.jp) 예) 건강증진과 복지정책을 위한 학회 (http://www.gakkai.umin.ac.jp) · 최근 민간기업의 건강증진사업 참여가 증가 하고 있음.
4. 건강증진자료 개발 책임기관	정부보건부문 : KIHASA의 건강증진개발센타 다른 공공부문 : 보건소 NGO : 한국금연운동협의회 등 대학 : 다양한 교재 만듦	위(건강증진 사업수행 책임기관)와 동일함
5. 홍보의 기획과 실시 책임기관	정부보건부문 : KIHASA, 보건복지부 다른 공공부문 : 보건소 NGO : TV, 라디오, 신문, 한국금연운동협의회 등	후생노동성 건강국 건강·체력 가꾸기 재단
6. 건강증진 사업의 개입 (정책, 프로그램, 홍보, 사업)평가 책임기관	구체적인 책임기관은 없으나 한국건강증진기금에 의해 매년 몇 개의 모델사업이 평가되어짐. 특히, 보건소는 매년 평가되고 있음.	구체적인 책임기관이 없으나, 개입이 시범사업 또는 연구의 일종이라면 노동후생성 연구 평가 틀에 의해 평가 이루어짐.
7. 건강증진기금 홍보 및 사업 책임기관	보건소와 한국보건사회연구원내의 건강증진개발센타의 각 모델사업들이 기금홍보사업을 가진다. 평가는 만약 개입이 시범사업이나 연구의 일종이라면 한국건강증진기금의 연구 평가 틀에 의해 평가됨.	위(건강증진사업의 개입평가 책임기관)와 동일함.

학원에서 이용가능한지에 대해서는 양국 모두 가능하지 않은 것으로 나타났다. 석사학위과정(M.A/M.Phil) 수준에서는 양국 모두 이용 가능한 것으로 나타났다. 한국의 경우 연세대학교의 보건대학원 건강증진학과에서 일본의 경우 국립보건의료과학원(National Institute of Public Health)에서 이에 대한 교육이 실시되고 있다. 박사(Ph. D) 수준에서의 교육과 자격이 대학원에서도 이용가능한지에 대해 한국은 이용 가능하지 않은 상황이며(이의 판단 기준은 학과의 명칭이 건강증진학과 인지 아닌지로 판단함) 반면에 일본은 가능한 것으로 나타났다.

건강증진에 대한 교육이 academic post-graduate non-degree courses/symposia or similar와 non-academic course에서 이루어지고 있는지에 조사한 결과, 양국 모두 교육이 이루어지고 있는 것으로 나타났다. 전문가 인력의 교육기관의 경우, 한국은 석사학위(M. A/M. Phil) 수준은 연세대학교 보건대학원의 건강증진학과, 이화여자대학교 보건교육학과 등에서, academic post-graduate non-degree courses/ symposia or similar는 한국보건교육협회에서 담당하고 있었고, 일본은 National Institute of Public Health(국립보건과학원)과 쥰텐토(順天堂) 대학, 오까야마(岡山) 대학, 류뀨(琉球)대학 등에서 이루어지고 있었다.

<표 10> 전문가 집단

내 용	한 국	일 본
1. 학사 수준에서의 교육 기관	1. 있음	1. 있음
2. 석사학위 수준의 기관명과 web-site address	2. 연세대학교 보건대학원 건강증진학과, 한국, 서울 http://www.yonsei.ac.kr	2. 국립보건의료과학원 (http://www.niph.go.jp) 쥰텐토대학(http://www.juntendo.ac.jp/-4)
3. Ph. D 수준의 기관명과 web-site address	3. 없음	3. 없음
4. Dr. PH 수준 기관명과 web-site address	4. 없음	4. 국립보건의료과학원 http://www.niph.go.jp
5. academic post-graduate non-degree courses/ symposia or similar 기관명	5. 한국보건교육협회 (http://www.kahe.or.kr)	5. 국립보건의료과학원 National Institute of Public Health(http://www.niph.go.jp)
6. non-academic course 기관의 이름과 web-site address	6. KIHASA, NIH	6. National Institute of Public Health(http://www.niph.go.jp)
7. 보건교육이나 건강증진 인력의 국가고시 유무	7. 한국은 2003년도 8월 국회에서 보건교육사 1급 자격의 국가고시를 실시하기로 결정함. 따라서 2009년 도에 국가고시를 실시할 예정임.	7. 보건교육사의 국가고시화는 아직 안되어 있음.

주: 1. 교육기관의 경우는 학과의 명칭이 건강증진학과로 되어 있는 대학인 경우만을 산정함. 그러나, 이화여자대학교 보건교육학과, 연세대학교 보건행정학과 등 한국 대학보건관리학교육협의회에 가입한 10여개 대학들의 경우에 보건교육학 및 건강증진학 등의 과목들을 최근에 많이 개설하여 교육시키고 있는 중에 있음.
2. 위 항목의 7번 항목은 연구자가 추가한 사항임.

한국은 2003년도 8월 국회에서 보건교육사 1급 자격의 국가고시화가 결정되어 2009년도에 국가고시를 실시할 예정이고, 2003년도 현재 까지 한국보건교육협회와 대한보건협회에서 공동으로 양성하는 민간 자격으로서 보건교육사 2급 소지자가 약 600여명 있다. 아울러, 일본은 보건교육사의 국가고시 화는 아직 안되어 있다. 최근에는 일본건강교육학회에서 민간자격증의 일환으로서 2002년도에 7명에게 수여되었다(표 10).

전문적인 단체의 경우, 한국은 건강증진 연구에서는 정부 산하 기관으로서 한국보건사회연구원이 있고, 학회로는 한국보건교육·건강증진학회와 건강증진학회가 있고, 건강증진 사업 수행기관으로는 건강관리협회와 보건소가, 그리고 건강증진정책 결정은 보건복지부, 보건사회연구원 및 건강증진기금사업단에서 하고 있다. 일본의 경우는 정부 기구로는 국립보건의료과학원과 국립영양·건강연구소이 학회로는 일본건강교육학회가 이 분야의 연구를 주로 담당하고 있다. 그리고 건강증진사업을 수행하는 기구로는 보건소 및 건강·체력 가꾸기 재단과 각 지방자치단체가 있다(표 11).

5. 건강증진기금의 비교

한국은 담배에 부과되는 부담금으로 조달되는 건강증진기금이 별도로 마련되어 있어 건강증진 프로그램의 재원이 되지만, 실제로 건강증진기금의 97%가 국민건강보험 재정에 쓰이고, 나머지 3%만이 국민건강증진 프로그램에 할당

<표 11> 전문적인 단체 및 협회

내 용	한 국	일 본
1. 건강증진 연구	1. 보건사회연구원 한국보건교육·건강증진학회	1. 국립보건의료과학원 국립영양·건강연구소 일본건강교육학회
2. 건강증진 사업	2. 건강관리협회 보건소, 금연운동협의회 등	2. 보건소, 건강·체력 가꾸기 재단, 각 지방자치단체
3. 건강증진 정책결정	보건복지부, 보건사회연구원, 건강증진기금사업단	후생노동성

<표 12> 한국과 일본의 건강증진기금 비교

내 용	한 국	일 본
1. 국가차원에서의 수입	목적세에 의한 건강증진기금 조성	건강증진기금이 아닌 일반재원에서 배정
2. 재원의 종류	담배에 부과되는 건강증진 부담금(궐련 20개비 1갑당 150원)	
3. 담배부담기금에 재원	2002년도(결산)의 경우 건강증진기금 운영규모는 5,342억원이었고, 이 중 약 230억원만이 건강증진기금으로 활용되고 있다. 건강보험 급여비 지원이 4,392억원이다.	일본은 건강증진 활동만을 위한 국가적인 수준에서의 재정은 없다.

되는 것으로 나타났다(Nam, 2003).

반면에, 일본은 건강증진만을 위한 별도의 재정이 없으며 노인, 아동, 모성 등을 대상으로 하는 건강 가꾸기 프로그램 틀 안에 예산이 집행되고 있는 것으로 나타났다(표 12).

Ⅳ. 결론 및 제언

한국은 1995년도에 건강증진법이 제정된 이후 국민건강증진 향상을 위한 다양한 건강증진 정책을 개발 시행하고 있다. 일본도 2000년도에 건강증진법을 제정하여 그간의 건강 가꾸기 사업을 확대하여 건강증진사업을 국민운동화 하고 있다. 양국의 건강증진정책을 비교한 결과를 요약하고, 이에 대한 정책 제언을 하면 다음과 같다.

1. 연구결과로부터의 결론

본 연구는 이러한 양국의 건강증진정책을 비교 분석하기 위하여, 유럽연합에서 개발된 The Health Promotion Discovery Tool을 사용하여 국가간의 비교를 하였다. 이의 결과를 요약하면 다음과 같다.

1) 양국 모두 국가적인 차원에서의 국민건강증진정책을 갖고 있으며, 이에 대한 국가보고서를 갖고 있었다. 아울러, 한국은 1995년도에 국민건강증진법을 제정하였고, 일본은 2000년도에 국민건강증진법(Health Promotion Act)을 제정하였다.

2) 국민건강증진 사업의 경우, 한국은 14개 목적을 일본은 48개의 정책 목적을 갖고 있었다. 양 국가 모두 갖고 있는 중점 목표는 흡연, 음주, 영양, 운동, 정신보건, 구강보건, 당뇨병, 뇌혈관계질환, 심혈관계질환, 그리고 암 등의 항목이었고, 한국의 경우는 생식보건(生殖保健), 관절염, 뇌혈관 질환 등이 일본에 비해 추가되어 있다.

3) 한국은 총 14개 항목의 목적과 37개의 목표를 갖고 있었다. 일본은 총 9개의 정책목표에 비해 세부적으로는 48개의 목적과 80개의 목표를 갖고 있었다. 이중 일본의 경우는 영양, 운동, 구강보건 등의 항목이 자세하게 설정되어 있다.

4) 건강증진사업의 추진은 한국은 보건소를 중심으로 사업이 이루어지고 있는 반면에 일본은 건강·체력 가꾸기 재단에 의해 사업의 지원이 이루어지며, 보건소, 지방자치단체 그리고 민간단체가 이 사업에 참여하고 있었다.

5) 건강증진정책 추진사업에 대한 평가는 아직 시행되고 있지 않다. 단, 양국 모두 2005년도에는 중간 평가를 그리고 2010년에는 최종 평가를 할 계획으로서, 평가 지표의 개발 등이 시급한 것으로 나타났다.

6) 보건교육 및 건강증진 전문 인력 교육의 경우, 학부 수준, 대학원 수준 모두 충분하지 않은 것으로 나타나, 이들 인력에 대한 양성이 시급한 것으로 밝혀졌다. 그러나 한국의 경우는 2003년도 8월에 국회에서 통과된 보건교육사 국가고시 자격을 통하

여 이들 인력의 충원이 가능할 것으로 기대된다.

2. 제언

이상의 연구 결과를 토대로 한국의 건강증진 사업의 활성화를 위한 몇 가지 제언을 하면 다음과 같다.

1) 한국민의 건강수준 향상을 위해서는 건강증진 사업이 더욱 활성화 되어야 하며, 이를 위해서는 정부 차원에서의 강력한 지원 및 통제 정책의 개발이 필요하다.

2) 건강증진사업은 보건소 중심의 사업에서 탈피하여, 전국적인 차원에서 접근하는 것이 사업의 효율성을 높일 것이므로 새마을 운동과 같은 전국민 건강운동(National Movement for Health Promotion)으로 승화시키는 작업이 필요하다.

3) 이를 위해 Health Plan 2010이라는 영문 명칭을 모든 국민과 외국인이 잘 알 수 있게 재 명명할 필요가 있다. 일부 외국 국가에서는 Health Plan이라는 용어를 의료보험조합의 일종으로 사용 하기 때문이다. 건강증진사업에 대한 국제적인 명칭을 보면, 카나다의 건강증진 사업은 Health Canada, 일본은 건강일본 21, 영국은 Our Healthier Nation 등으로 부르고 있다. 이를 볼 때, 한국은 현재의 **국민건강종합대책** 이라는 명칭보다는 ***건강한국 2010*** 으로 하고, 영문은 ***Health Promotion 2010*** 과 같이 부르기 쉽고, 건강증진적인 의미를 내포하는 쉬운 명칭으로 바꾸는 것이 보건소 요원이나 건강증진 사업 추진들이 타 부서나 일반 국민들에게 설득력이 클 것이다.

4) 건강증진사업을 추진할 전문 인력이 부족한 현 상황을 고려해 볼 때, 2009년도부터 시행하기로 국회에서 결정된 국가고시 보건교육사(health educator)의 조기 시행과 아울러, 각 보건소와 대규모 직장단위에서는 이들 보건교육사를 활용토록 국민건강증진법을 강화할 필요가 있다. 일본은 이미 오래전부터 보건사(保健師)가 각 보건소에 배치되어 보건교육 및 건강증진 사업을 추진하고 있고, 미국은 각 지방정부 단위에 보건교육사(certificate of Health educator)가 다양한 보건교육사업을 실시하고 있는 것을 볼 때, 비용 효과적인 보건교육사의 도입 활용은 시대에 맞는 건강증진정책이다.

5) 아울러, 건강증진사업의 개발과 지원을 위해 **한국건강증진사업재단(Korea Health Promotion Foundation)**을 보건복지부 산하에 신설할 필요가 있다. 이 재단은 일본의 체력.건강가꾸기재단과 같이 지방자치단체의 건강증진 사업을 지원하고, 산하에는 프랑스와 같이 국립건강증진연구소(National Institute of Health Promotion and Education)를 설립하여, 정책개발은 물론이고, 각 시도의 건강증진사업을 조사평가할 필요가 있다. 아울러, 현재 유명 무실한 건강생활실천협의회를 시도별로 확대 구성해 건강생활실천위원회로 확대 개

편한다.

6) 건강증진기금(Health Promotion Fund)의 경우는 고유의 건강증진사업에만 활용하는 것이 목적세 징수 원칙에 부합될 것이며, 아울러 이 기금의 중요성과 기금사용에 대한 국민적인 이해를 증진시켜 이의 필요성을 더욱 부각 시켜야 할 것이다.

아울러, 향후 보건교육사 1급에 대한 교육과정, 시험 과목 그리고 역할 개발 등에 대한 충분한 검토와 아울러, 일본 건강일본 21의 경험을 토대로 한 종합적인 건강증진사업(total health promotion)의 연계 시스템 개발에 대한 연구 검토가 필요하다.<접수일자: 3월4일, 게재확정일자: 9월12일>

<감사의 글>

본 글은 일본 국립보건의료과학원의 여러 연구원들의 자료 협력을 받아 이루어 졌다. 이에 이 지면을 통해 고마움을 표하며, 특히 이글을 읽고 비판과 조언을 해주신 사독위원에게도 감사의 뜻을 표합니다.

참고문헌

김공현. 건강증진사업의 기획과 관리, 한국보건행정학회 전기 학술대회 연제집, 한국보건행정학회 1996.

김영복, 김 명, 김초강. 보건교육 전문인력의 양성 및 활용 방안, 한국보건교육.건강증진학회지 1Vol. 16 No.2. 1999, 235-236.

남정자. 2001 국민건강.영양조사-보건의식행태편-, 보건복지부 2002, 12.

남정자, 남은우. 각급행정단위의 건강증진 지침서. 보건복지부. 한국보건사회연구원 2004. 75-78

남은우. 일본의 의료연구. 계축문화사 1995. 144-145

남은우. 일본의 건강일본 21에 대한 고찰. 한국보건교육·건강증진학회지 2004;21(2):249-250

보건복지부. 국민건강증진종합계획 추진실적 점검 2003년 10월.

변종화, 김진수, 김은주. 지역단위 건강증진 사업실태 및 개선 방안. 한국보건사회연구원 서울 1997.

변종화. 국민건강증진사업 현황과 향 후 발전 방향, 한국건강증진학회 창립총회 및 기념 학술제, 서울 1999. 3.26.

이규식. 건강증진기금사업의 체계적 정비 및 발전 방안. 국민건강증진사업단 용역과제 보고서 미발표 논문 2003. 12.

이동재. 건강증진과 보건예방사업. 한국보건행정학회 전기 학술대회 연제집. 한국보건행정학회 1996.

이명순. 지방자치단체의 건강증진 사업 활성화 방안. 한국보건교육건강증진학회지 1999;16(2): 194-195.

정영일, 남은우. 국민건강증진을 위한 보건교육 전문인력 활용 방안. 한국보건교육학회지 1997:14(2);185-195.

한국보건사회연구원. 국민건강증진 목표와 전략 개발. 한국보건사회연구원 1995.

한국보건사회연구원. 2010년 국민건강증진 목표설정과 전략 개발-분야별 작업결과-Healthy Korea 2010: Objectives and Strategies. 한국보건사회연구원· 보건복지부 2000.11.

한국보건교육·건강증진학회 역, IUHPE 저. 건강증진 효과의 Evidence. 계축문화사 2003.12.

Hasegawa Toshihiko. Healthy Japan 21, National Institute of Public Health. Japan 2002.

Han Sang-Tae, Han Joong Kim, Eun Woo Nam. International Health. Korea Medical Publisher Co 2002, 368-369.

Nam Eun-Woo. Heath Promotion and Non

Smoking Policy in Korea, Promotion and Education, International Union for Health Promotion and Education, March 2003;X (1):7-10.

Nam Jung-Ja. Seminar on health Policy and Program Management, 8 October-20 October 2001, Korea International Cooperation Agency & Korea Institute for Health and Social Affairs 221.

長谷川 敏彦 等. 健康日本 21計劃의 基本槪念과 推進手段에 關한 計劃. 國立醫療.病院管理硏究所 200年 3月(平成 12年).

小野寺 伸夫. 健康つくりへの 政策. Medical brand 社 1987.

小西正光 編. 健康日本 21을 指標로한 健康調査와 保健支援 活動. Life Science Center 2001.

多田羅浩三 編集. 健康日本 21 推進 Guideline. ぎょうせい、2001

財團法人 健康.體力 가꾸기 財團. 2002年 3月.

<ABSTRACT>

Comparative Study on the Health Promotion Policy in Korea and Japan

Eun Woo Nam* · Eun Ju Jo** · Jung Ja Nam*** · Hasegawa Toshihiko****

* *Department of Health Administration, College of Health Sciences, Yonsei University, Wonju, Korea*
** *Department of Health Sciences, Graduate School, Kosin University, Busan, Korea*
*** *Korea Institute of Health and Social Affairs, Seoul, Korea*
**** *Division of Policy Sciences National Institute of Public Health, Japan*

The focus of this paper is to critically evaluate the contemporary health promotion policy of g Korea and Japan. The primary purpose of this comparative research project is to stimulate policy debate and to strengthen the design and implementation of evidence-based policies that improve population health and reduce health related disparities.

For the purpose of the research object we adopted analysis of health promotion(HP) sources. The HP Source which is still under development in Europe, is a potentially valuable tool for global use. This European Commission funded project lead by the London School of Hygiene and Tropical Medicine has brought together organisations from all of the European Union Member States, plus Norway, Iceland, Latvia, Switzerland and the Czech Republic to contribute their data.

The findings of this research will be conclude by making recommendations for further comparative studies and in particular how EUHPID and the HP Source tool and database can be expanded for use at global level through the IUHPE. The result as follows:

1. The Health Promotion Act enacted 1995 in Korea and 2000 in Japan. The government has a national document on HP titled Health Plan 2010 and Healthy Korea 2010 in Korea and Healthy Japan 21 in Japan.
2. The Health Plan 2010 of Korea contains 14 goals, i.e. life expectancy, smoking, nutrition, mental health, dental health, reproductive health, hypertension, cerebrovascular diseases, arthritis, diabetes mellitus, cardiovascular diseases, and cancer. It should be emphasized that the Korean HP national document adds 3 goals of health expectancy, reproductive health, and arthritis to its Japanese counterpart. Health Plan 2010 of Korea specifies 37 objectives in 14 goals, and Healthy Japan 21 proposes 48 objectives and 80 targets in 9 goals.
3. Health Plan 2010 and Healthy Japan 21 have not been evaluated yet, and no regular systematic monitoring reporting of HP policies is available in Korea and Japan yet.
4. National Health Promotion Fund is a financial source of HP programs at the national level in Korea. Its annual amount is 736 billion Won(equivalent to approximately 640 million US$), otherwise no specific Health Promotion Fund in Japan.

Key words: Health Promotion Policy, Healthy Korea 2010, Healthy Japan 21, Health Promotion Fund