

**일본의 메타볼릭 신드롬(특정
건강검진/보건지도) 사업 관련 자료
수집을 위한 출장보고서**

2011. 6.

한국보건사회연구원
건강증진연구실장 이상영

1. 출장개요

□ 추진배경

- 일본의 건강관리서비스 일환인 메타볼릭 사업 운영 현황 파악
- 일본의 건강관리서비스 일환인 메타볼릭 사업 관련 자료 수집

□ 출장내용

- 출장 기간: 2011. 5. 16~5. 20(5박 4일)
- 출장 장소 및 방문기관: 일본(동경)
- 출장자: 건강증진연구실장 이상영

□ 출장장소 및 방문기관

- 동경도
- 동경도 이다바시구 보건소
- 국립사회보장인구문제연구소
- 후생노동성
- 고령사회 NGO연계협의회
- 후토츠바시대학교

2. 국외출장 결과

1) 동경도 방문

- 방문처 및 방문인사: 동경도 보건복지국 보건정책부 건강정책과 후지와라 방문 및 정보 수집
- 방문일시: 2011.5.17 10:00-11:30분, 동경도 회의실
- 동경도의 경우 특정 건강검진 및 보건지도와 관련하여, 구 단위에서 이루어지는 특정 건강검진 및 보건지도에 대한 비용지원 등의 역할 담당
 - 구단위 건강보험에서 비용이 부족하여 타 구의 예산을 지원받거나 또는 특정구의 사업대상자를 타 구에 의뢰하여 사업을 추진하는 경우는 없는 것으로 나타남.

－ 즉, 재정이 열악한 구에서 특정 건강검진 및 보건지도 사업을 충분히 수행할 수 없어서 타구의 지원을 받는 사례는 없었음.

○ 이에 따라 동경도 단위에서도 재정문제와 관련한 조정기능을 수행하는 것은 없었음.

□ 현실적으로 사업의 시행은 구단위가 주로 실시함에 따라 사업추진과 관련한 동경도의 역할은 크지 않은 것으로 판단되었음.

□ 동경도는 메타볼릭 신드롬에 대한 포괄적인 도단위 계획을 수립하고 구단위의 사업수행을 총괄적으로 지도·감독하는 기능을 하는 것이 바람직하다는 의견이었음.

○ 메타볼릭 신드롬을 포함한 전반적인 건강관리계획을 기획하고 이를 뒷받침할 수 있는 자원, 사업추진 조직 등을 마련하는 역할이 바람직함.

□ 일본의 건강보험조합 단위에서 이루어지는 경로도 있어 이를 포괄적으로 조정하고, 전반적인 측면에서의 사업성과를 평가하여 새로운 추진전략을 마련하는 기능이 보장되어야 할 것으로 판단됨.

2) 이다바시구 보건소

□ 방문처 및 방문인사: 동경도 이다바시구 보건소

보건소장: 原田美江子, 國保特定健診保健指導係長 Hioki Tomoko, 國保特定健診保健指導係 담당 須藤利里子

□ 방문일시: 2011.5.17 14:00-16:00분, 이다바시구 보건소 회의실

<이다바시구 보건소 특정간건강검진 및 보건지도 사업 현황>

특정건강검진 /특정보건지도

1 실시목적:

□ 의료 제도 개혁의 주요 내용 가운데 하나로서 고령화 및 의료 고도화에 따른 의료비 급증에 대비

□ 전국민 의료보험제도를 유지하기 위하여 의료제도 개혁 가이드라인 (2005년 12월)

- 안심하고 신뢰할 수 있는 의료를 확보하고 예방을 중시

- 의료비 적정화를 종합적으로 추진
- 초고령사회를 내다 본 새로운 의료 보험제도 체계 실현

2. 지금까지의 건강검진과 다른 점

(1) 지금까지의 건강검진 과 비교

[지금까지의 건강검진](기본 건강검진)

[특정건강검진] 2008년도부터

병 조기 발견/조기 치료	대사증후군에 중점을 둔 생활습관병 예방
직장 등 건강검진 기회가 없는 35세 이상 구민	40~74세 피보험자(피부양자 포함)
자치단체가 주체	보험자에게 의무화(이타바시구 국민건강보험 보험자→이타바시구)

- (2) 고령자 의료 확보에 관한 법률에 따라 특정건강검진과 특정보건지도를 실시하기 위한 계획을 수립

<이타바시구 국민 건강 보험 특정건강검진진단 등 실시 계획>

- 국가가 정한 목표치 참고 표준과 과거의 이타바시구 건강검진 분석 결과에 따라 2008년도부터 2012년도까지 5년간 특정건강검진 수진률, 특정 보건지도 실시율 목표치를 책정
- 목표를 달성하지 못하였을 경우 → 후기 고령자 지원금 10%를 한도로 가산/감산
(예) 이타바시구 국민건강보험
후기 고령자 지원금 70억엔 → 10% 7억엔
최고 77억 엔을 지불할 가능성도 있음.

단 현재로서는 실시되지 않을 가능성도 있음. 다음 계획에서 내용 재검토

- 수진율을 올리고 대사증후군 해당자/예비군의 감소율을 낮추기 위한 방안 및 시스템 구축은 각 의료 보험자의 수완에 달려 있음.

3 특정건강검진 /보건지도(이타바시구 국민건강보험의 경우)

(1) 특정건강검진

- ① 검사 내용(팜플렛 참조)
기본적인 건강검진 항목 및 상세 건강검진 항목 → 국가에서 정한 항목
추가 건강검진 → 구 독자적으로 실시하는 항목
- ② 수진기간-6월~10월 수진권 송부 시기-5월 말일
- ③ 실시기관-이타바시구 의사회, 네리마(練馬)구 의사회 소속 의료기관

(2) 특정 보건지도

- 수진 결과, 허리둘레 및 BMI가 일정 기준 이상이며, 혈압/혈당치/중성지방 또는 HDL콜레스테롤 등 수치에 따른 리스크 갯수에 의해 “정보제공” “동기부여 지원” “적극적 지원” 3등급으로 나눔

“동기부여 지원” “적극적 지원”에 해당하는 사람들은 개인 또는 그룹 차원의 특정 보건지도를 받게 됩니다. 자신의 목표를 세우거나 실행을 할 때 전문직(의사/보건사/관리영양사 등)의 조언을 받을 수 있음.

- ① 실시기간-6월~이듬해 3월
- ② 실시기관-이타바시구 의사회(의료기관에서 실시), 사업자(proposal을 통해 선정, 구 체육관 회의실에서 실시)

(3)수진률/실시율

별첨: 이타바시구 국민건강보험
특정 건강검진 등 실시 계획

2008년
도쿄도 이타바시(板橋)구

서장

계획을 수립하면서

1. 특정건강검진 /특정보건지도 도입의 취지

전국민 의료보험제도가 시행되는 가운데 일본은 세계적으로 가장 긴 평균 수명과 높은 보건 의료 수준을 달성해 왔다. 그러나 고령화의 급속한 진행과 국민 의식의 변화로 인해 환경이 크게 변하고 있어 지속 가능한 의료 제도를 만들기 위한 구조 개혁을 서둘러야만 하는 상황이다. 이에 따라 고령자 의료 확보에 관한 법률 (이하, 본 계획에서 “법률”이라 한다.)에 입각하여 보험자는 피보험자와 피부양자를 대상으로, 당뇨병 등 생활습관병에 관한 건강검진(특정건강검진)을 실시하고, 건강검진 결과에 따라 건강을 유지할 필요가 있는 사람을 대상으로 보건지도(특정보건지도)를 실시하게 되었다.

2. 대사증후군 (내장 지방 증후군)에 주목한 의의

2005년 4월 일본 내과학회 내과계 8학회가 합동으로 대사증후군이라는 질환의 개념과 진단 기준을 제시하였다. 내장 지방형 비만으로 인해 발생하는 당뇨병과 지질이상증¹⁾, 고혈압은 예방이 가능한 병이며, 발병하였다 하더라도 혈당과 혈압 등을 조정하여 중증화를 방지할 수 있다는 것이 기본적인 개념이다.

대사증후군(내장 지방 증후군)의 개념에 따라, 내장 지방 축적과 체중 증가 등이 여러 질환의 원인이 된다는 사실을 데이터화 할 수 있게 되어, 건강검진 수진자의 생활 습관을 개선하기 위한 분명한 동기를 부여할 수 있게 되었다.

3. 계획 성격

이 계획은 국가의 특정건강검진 등 기본 지침(법률 제18조)에 따라 이타바시구 국민건강보험이 책정한 계획으로서 도쿄도 의료비 적정화 계획에 부합하는 것이다.

4. 계획 기간

이 계획은 1 기 5년 단위의 계획이며, 제1기가 2008년도에서 2012년도까지 실시되고 5년 단위로 재검토가 이루어진다.

5. 계획 목표치

이 계획의 목표는 대사증후군 (내장지방증후군) 해당자 및 예비군을 2015년도까지 25% 줄이는 것이다. 목표 달성을 위해 특정건강검진 수진률과 특정보건지도 실시율 목표치를 정하였다.

제1장 이타바시구 현황

1. 이타바시구 동향

(1) 이타바시구 인구 상황 (2006년 1월 "이타바시구 기본 계획"에서)

이타바시구 인구는 2007년 4월 1일 현재 약 52.7만 명으로 최근 들어 인구가 증가하고 있는 추세이다. 이타바시구 기본 계획 (2006년 1월 수립)에서는 앞으로 인구 감소 사회를 맞이하여 저출산 고령화가 점차 진행될 것으로 예측하고 있다.

(2) 이타바시구 국민건강보험 피보험자 현황

이타바시구 국민건강보험 피보험자수는 2007년 4월 1일 현재 203,648명이며 이타바시구 인구 전체에 접하는 비율은 약 38.6%이다. 2007년 4월 1일 현재 피보험자 연령 구성 비율을 보면 연소자 (0세~14세) 피보험자 6.8%, 생산 연령 (15세~64세) 피보험자 55.1%, 고령 (65세 이상) 피보험자 38.1%이다. 해마다 고령 비율이 증가하고 있으며 그 중에서도 70세 이상의 피보험자 수가 증가하고 있다.

국민건강보험 피보험자 연령 구성은 구 전체 연령 현황에 비해 고령자가 접하는 비율이 약간 높은 상태이다. 피보험자 전체의 남녀 비율은 거의 비슷하나 75세 이상은 여성 비율이 높다.

(3) 이타바시구 사망 통계 (2007년판 "이타바시구 보건 위생"에서)

이타바시구 주요 3대 사망 원인은 악성신생물(이른바 암 등), 심장 질환, 뇌혈관 질환이며 최근 수년 동안 순위가 바뀌지는 않았으나 악성신생물은 계속 증가하고 있다.

또한 악성신생물을 제외한 생활습관병 (심장 질환, 뇌혈관 질환, 당뇨병, 고혈압성 질환)이 차지하는 비율은 30%였다.

2. 기본 건강검진 분석

(1) 기본 건강검진 수진 현황

35세 이상 구민을 대상으로 실시하는 기본 건강검진 2006년도 수진자 수는 92,120명으로 수진자 연령대 구분을 보면 35~64세가 45.8%, 65세 이상 고령자가 54.2%이다.

2006년도 수진자 남녀 비율은 남성 36%, 여성 64%로 모든 연도가 거의 비슷했다. 남성 쪽이 여성보다 수진자가 적었다.

연령대별 수진자 변화는 거의 없었으나 후기 고령자(75세 이상)의 경우 약간 증가하였다.

(2) 국민건강보험 피보험자 수진 상황

국민건강보험 피보험자 가운데 2006년도에 실시한 기본 건강검진을 수진한 사람은

60,979명으로 구 전체 수진자 92,120명의 약 66%였다. 수진자를 연령대 별로 보면 35~64세가 31.7%, 65세 이상 고령자가 68.3%이다. 또한 특정건강검진대상 연령인 40~74세 수진자의 비율은 65.9%였다. 단 해마다 이 연령층의 수진자 비율은 약간 감소하였으나 실제 수치는 약간 증가하였다. 2006년도 수진자 남녀 비율은 남성 38%, 여성 62%로 남성이 여성보다 적었다. 각 연도 모두 이 비율은 거의 비슷하다.

(3) 기본건강검진 결과 분석

① 기본건강검진 수진자 중 치료 중인 사람의 비율

2006년도 기본 건강검진 수진 결과에 따르면 이상이 없는 사람은 여성이 많았으며 남성은 35~39세 경부터 치료를 요하는 병이 늘어나고 (치료 중 및 치료 필요), 여성은 50세 경부터 치료를 요하는 병이 늘어났다. 무슨 병이 됐든 병으로 치료를 받은 사람의 비율은 남녀 모두 65~69세에서 약 40%, 70~74세에서 50%였다.

②유소견자 출현 비율의 연령대 별 추이(치료 중인 사람 포함)

소견 항목 가운데 남성은 30대부터 고지혈증 출현 비율이 40%이상으로 높았고 50~54세에서 56%(반 이상)로 정점에 달한 후 그 이후 연령대에서 서서히 줄어든다.

여성 역시 고지혈증 출현 비율이 가장 많은데 40대부터 급격하게 늘어 55~59세의 경우 남성 피크보다 높은 58%까지 올라가며, 그 이후에는 거의 비슷한 상태를 유지한다.

고혈압, 심장 질환은 남녀 모두 연령이 높아지면서 증가한다.

(4) 특정 보건지도 대상자 추계 (기본 건강검진 결과로부터)

BMI 등 유소견2) 및 기타 유소견 중복 상황에 대하여, 별도 기재한 "보건지도 수준의 계층화 분류 방법"을 이용하여, 특정보건지도 대상자 출현 수를 계층화 (동기부여 지원 및 적극적 지원) 해 보았다.

각각의 출현 비율을 보면, 국가가 제시한 특정보건지도 대상자 추계를 위한 출현 비율 ("2004년도 국민 건강, 영양 조사 및 대사증후군 대책 종합 전략 사업" 추계에서의 출현 비율)과 상당이 차이를 알 수 있다.

이는 기본 건강검진에서는 허리둘레를 재지 않았기 때문이고, 기본 건강검진을 분석할 때 2단계 리스크 중 c 약물 치료를 받는 경우를 카운트하지 않았을 뿐만 아니라, 유소견자와 흡연 상황을 관련 짓지 않았기 때문이라 생각된다.

이 때문에 후술하는 실시 계획의 출현 비율은, 국가가 제시한 추계치를 이용하였다.

보건지도 계층화 분류 방법

(1단계)

허리둘레와 BMI를 가지고 내장 지방 축적 리스크를 판정한다.

(1)허리둘레 : 남성

BMI값 (체중(kg)÷신장(m)÷ 신장(m))25 (인원수는 추계치)

(2단계)

아래 ①~③ 판정 항목 중 몇 개에 해당이 되는지 (추가 리스크가 몇 개가 있는지)를 카운트 한다.

- ① 혈당 a 공복 시 혈당 100mg/dl 이상 또는 b 헤모글로빈 A1c의 경우 5.2% 이상 c 약물 치료를 받고 있는 경우
- ② 지질 a 중성지방 150mg/dl이상 또는 b HDL 콜레스테롤 40mg/dl미만 c 약물치료를 받고 있는 경우
- ③ 혈압 a 수축기 혈압 130mmHg 이상 또는 b 확장기 혈압 85mmHg이상 c 약물 치료를 받고 있는 경우
- ④ 흡연력 있음 (①에서 ③리스크가 1개 이상인 경우에 카운트)

2 이 실시 계획 가운데 "BMI 등 유소견"이란 "BMI값 (체중÷신장(m)÷신장(m))dI 25이상" (인원 수는 실제 수치)와 "BMI값이 25미만이고 허리둘레가 남성 85cm이상 여성 90cm이상"(인원 수는 추계치) 가운데 어느 하나에 해당되는 사람을 말한다.

(1)의 경우			
	①~③의 리스크 수	흡연력	보건지도 계층 수준
	2	흡연력 있음	적극 지원 수준
		흡연력 없음	적극 지원 수준
	1	흡연력 있음	적극 지원 수준
		흡연력 없음	동기 부여 지원 수준
	0		정보 제공 수준
(2)의 경우			
	①~③의 리스크 수	흡연력	보건지도 계층 수준
	2	흡연력 있음	적극 지원 수준
		흡연력 없음	동기 부여 지원 수준
	1	흡연력 있음	동기 부여 지원 수준
		흡연력 없음	동기 부여 지원 수준
	0		정보 제공 수준

(3단계)

1, 2단계에서 보건지도 수준을 그룹으로 분류한다.

(1) 의 경우 ①~④가운데 추가 리스크가

2 이상인 대상자는 적극 지원 수준

1인 대상자는 동기 부여 지원 수준

0인 대상자는 정보 제공 수준

(2)의 경우 ①~④가운데 추가 리스크가

3이상인 대상자는	적극 지원 수준
1 또는 2인 대상자는	동기 부여 지원 수준
0인 대상자는	정보 제공 수준

보건지도 수준의 계층화 분류표

(4단계)

○전기 고령자(65~74세)의 경우 65세 까지 특정 보건지도가 이미 이루어지고 있는데, 일상 생활 동작 능력, 운동 기능 등을 고려하여 QOL(생활의 질) 저하를 배려한 생활 습관 개선이 중요하기 때문에, 적극 지원 대상으로 분류되었다 하더라도 동기 부여 지원을 한다.

○혈압 강하제 등을 복용 중인 사람은 의료 기관에서 의학 관리의 일환으로 계속 필요한 보건지도를 해야 하므로 특정 보건지도 대상에서 제외한다.

3. 이타바시구 구민 건강 보험 의료비 분석

(1) 생활습관병 관련 진료비 청구명세서 건수/ 비용

2006년 5월분 진료비 청구명세서 건수, 금액 가운데 악성 신생물을 제외한 생활습관병 관련 질환(고혈압성 질환, 당뇨병, 뇌졸중, 허혈성 심장 질환, 기타 심장 질환, 동맥경화)이 차지하는 비율을 보면 모든 진료비 청구명세서 건수에 점하는 비율은 26%, 합계 금액에 점하는 비율은 25%였다.

생활습관병 관련 질환 중 진료비 청구명세서 건수, 금액 비율을 보면 건수 기준으로 고혈압이 60.8%로 압도적으로 많았으며 이어서 뇌졸중 28.0%, 당뇨병 17.8%였다. 건수, 금액 모두 고혈압 비율이 높다.

(2) 연령대별 생활습관병 관련 질환 진료비 청구명세서 건수

연령대별 진료비 청구명세서 건수를 살펴보면 40대부터 고혈압, 당뇨병이 늘고, 특히 고혈압 증가율이 현저하다. 뇌졸중, 심장 질환은 50대부터 늘어나는 경향을 보이고 있다.

(3) 연령대별 진료비 청구명세서 건수 가운데 생활습관병 관련 질환이 차지하는 비율
연령대별 생활습관병 관련 질환 비율을 살펴보면 남녀 모두 30대부터 늘기 시작하여 40대, 50대의 증가율이 크다.

4. 생활습관 체크표 분석

기본 건강검진 시에 실시하는 생활습관에 관한 양케이트(생활습관 체크표)의 2005년도 분석 결과를 통해 다음과 같은 경향이 있음을 알 수 있었다.

(1)흡연 상황

흡연 유무에 대하여 질문을 하였는데 남성 흡연율은 32.6%, 여성은 12.0%였다.

2007년판 “도쿄도민 건강/영양 상황”에 따르면 남성은 37.6%, 여성은 16.7%이었는데 이에

비하면 남녀 모두 흡연율이 낮았으나 연령대 별로 보면 40대, 50대는 남성 40%이상, 여성 20%대로 높은 비율을 나타내었다.

(2)운동 상황

현재 운동을 하는 습관이 있는가 여부와 지금은 하지 않아도 앞으로 할 생각이 있는가에 대하여 질문하였다.

남녀 모두 연령이 높아질수록 운동을 하는 사람의 비율이 높아졌다. 운동을 시작하고자 하는 사람들의 비율까지 합치면 80%이상의 사람들이 이미 운동을 하고 있거나 앞으로 하려고 생각하고 있었다.

(3)식사 섭취 상황

식사 섭취량은 “배가 많이 부를 때까지 먹는다”의 빈도를 질문하였는데 “언제나 배가 많이 부를 때까지 먹는다” 비율은 50대 이하에서는 남성 비율이 높았으나 그 이후 연령대에서는 항상 여성의 비율이 높았다. 특히 “항상 배가 많이 부를 때까지 먹는다” “가끔 배가 많이 부를 때까지 먹는다” 비율은, 남성의 경우 45세 이후에 줄어드는데 반해 45~49세 여성은 별로 변화가 없었다.

(4)알코올 섭취량 상황

음주 습관 여부와 습관적인 음주량에 대하여 질문하였다.

술을 마시지 않는 사람의 비율은 남성 35%, 여성 69.5%였다. 절도 있게 마시는 적당한 음주량의 기준인 “1홉 미만” 이상을 마시는 비율은 남성이 34.7%, 여성이 5.2%였다. 특히 남성 40~64세의 경우 “1홉 이상 음주” 비율이 40%를 넘어섰다.

(5)건강 상태에 대하여

자신의 건강 상태를 좋다고 생각하는지 질문하였는데 남녀 모두 70세 이상의 경우 자신의 건강상태가 별로 좋지 않다고 생각하는 비율이 높았다.

특히 남성 보다 여성의 비율이 높았다.

5. 정리 (고찰)

(1) 분석 정리

2006년 기본 건강검진을 받은 국민건강 보험 피보험자(40~74세)의 기본 건강검진 수진률은 38.4%였다. 남녀 구성을 보면 여성에 비해 남성의 수진이 적었다. 수진자 연령 구성을 보면 70%가 65세 이상의 고령자였으며 특히 후기 고령자(75세 이상) 수진자가 해마다 늘어나고 있다.

한편 40~64세는 28.5%로 수진률이 낮았으며, 65세 이하 세대, 특히 남성의 건강검진 수진자를 어떻게 늘려갈 것인가가 과제로 남아있다.

기본 건강검진, 의료비 분석 결과를 통해 비만, 고지혈증, 고혈압 예방의 중요성을 고찰해 볼 수 있었다. 남성은 특히 30대부터 비만, 고지혈증, 고혈압 리스크의 단독 또는 중복 출현 비율이 여성보다 높다. 또한 여성은 남성에 비해 비만, 고지혈증, 고혈압 리스크 출현률은 낮으나 나이가 들면서 서서히 증가해 간다는 특징이 있었다.

보건지도 계층화 출현 비율에 대하여는, 기본 건강검진 결과를 통해 대상자를 계층화 (동기 부여 지원과 적극적 지원)해 보려 하였으나 조건이 달라 국가가 제시한 특정 보건지도 대상자 추계의 출현 비율과 상당한 괴리가 있었다. 이 때문에 후술하는 실시 계획에서는 출현 비율은 국가가 제시한 추계치를 사용하였다.

생활 습관 체크표를 통해 남성의 경우 적당량 이상의 음주, 여성은 연령대에 맞는 식사 섭취, 또한 남녀 모두 40대, 50대의 흡연 대책이 과제라는 것을 알 수 있었다.

이러한 건강 과제를 생활습관병 예방을 위한 보건지도 및 일반 건강교육 등 population approach를 도입하여 해결해가는 것이 중요한 포인트이며 2008년도부터 시작되는 특정건강검진 /보건지도를 통해서도 이와 같은 건강 과제를 개선해 나아가야 한다.

(2)이타바시구 생활습관병 대책의 필요성

[생활습관병 유병자 및 예비군 상황]

고령화가 급속하게 진행되는 가운데 질병 구조가 변화하고 질병 전체에서 차지하는 허혈성 심장 질환, 뇌혈관 질환, 당뇨병 등의 생활습관병 비율이 증가하고 있다. 사망 원인 중 생활습관병(악성 신생물 제외)이 약 30%(2005년도)이며, 의료비에서 차지하는 생활습관병 비율 역시 전체의 약 3분의 1(도쿄도 국민건강보험단체연합회" 질병 별 의료비 분석 시스템" 2006년 5월 진료분)이을 점한다.

생활습관병 가운데서도 특히 심장 질환, 뇌혈관 질환 발병의 중요 위험 인자인 당뇨병, 고혈압증, 지질이상증 등의 병을 가지고 있는 사람들 및 예비군이 증가하고 있다. 발병 전 단계인 대사증후군 (내장지방증후군)이 강력하게 의심되는 예비군까지 합하면 남녀 모두 40대 이상의 연령대에서 그 비율이 높다.

전 생애에 걸쳐 구민들이 생활의 질은 유지하고 향상시켜 나가기 위해서는 당뇨병, 고혈압증, 지질이상증 등의 발병을 예방하고 중증화 및 합병증을 예방하기 위해 노력해야 하며 이는 시급한 과제이다.

제2장 특정건강검진 / 특정 보건지도의 도입

1. 목표치 설정

이 계획을 실행함으로써 특정건강검진 수진률 80%, 특정보건지도 실시율 60%, 내장지방 증후군 해당자/예비군을 25% 감소(2008년도 대비)를 2015년까지 달성한다.

또한 제1기 목표로 특정건강진단 수진률 65%, 특정보건지도 실시율 45%, 내장지방증후군 해당자, 예비군 10% 감소를 2012년도 까지 달성한다.

2. 이타바시구 국민건강보험 특정건강검진 /특정보건지도 목표치

특정건강검진 등 기본지침의 참고표준에 따라 이타바시구 국민건강보험 목표치를 다음과 같이 설정한다.

3. 목표달성을 위한 대책/방법

특정건강검진 /특정 보건지도 목표를 달성하기 위하여 ①모든 기회를 포착하여 철저히 홍보한다. ②특정건강검진 이외의 건강검진과 가능한 한 연계한다. ③다른 부문 (행정 및 민간)과 연계하며, 이타바시구 내에서 활용 가능한 지역 자원 정보를 제공한다.

4. 특정건강검진 /특정보건지도 실시

피보험자가 이용하기 쉬운 실시 체제를 구축한다.

(1) 실시 형태

가. 실시 장소

특정건강검진을 위탁 계약을 맺은 건강검진 기관에 위탁한다.

특정 보건지도는 구내 시설 등을 이용하여 순회하고, 위탁 계약을 체결한 보건지도 기관에 위탁한다.

나. 실시 기간

특정건강검진은 매년 6월부터 10월 사이(예정)

특정보건지도(첫 회 면접)는 8월부터 이듬해 3월까지(예정)

다. 실시 항목

[구체적 건강검진 항목]

1) 기본적 건강검진 항목

질문항목, 신체 계측(신장, 체중, BMI, 허리둘레), 이학적 검사(신체 진찰), 혈압 측정, 혈액 화학적 검사(중성지방, HDL콜레스테롤, LDL콜레스테롤), 간기능 검사(GOT, GPT, γ -GTP), 혈액검사(공복시 혈당 또는 HbA1c검사) 뇨검사(당뇨, 뇨단백)

2) 상세 건강검진 항목

심전도 검사, 안저 검사, 빈혈 검사(적혈구 수, 혈색소량, 헤마토크리트값) 가운데 일정 기준에 따라 의사가 필요하다고 판단한 자를 선택.

[보건지도 내용]

보건지도는 건강검진 수진자 전원에게 실시하되 건강검진 결과를 판정하여 보건지도의 필요성(생활 습관 리스크)에 따라 "정보제공"3), "동기부여 지원" "적극적 지원"으로 계층화하여 실시한다. 이와 같은 보건지도는 대상자의 행동을 바꾸고 대상자가 스스로를 관리할 수 있도록 하기 위한 것이다.

1) "정보 제공"

①대상자

건강검진 수진자 전원을 대상으로 한다.

②지원 빈도/기간

연 1회 건강검진 결과와 동시에 실시한다.

2) "동기부여 지원"

①대상자

건강검진 결과/ 질문표를 통해 생활 습관을 개선할 필요가 있다고 판단된 사람들 중 생활 습관을 바꾸기 위한 의사 결정을 지원할 필요가 있는 사람을 대상으로 한다.

②지원 빈도/기간/형태

원칙적으로 1회 지원한다.

면접(개별면접 20분 이상, 또는 그룹 지원 80분 이상)에 의한 지원과 통신 등을 이용한 6개월 후의 평가.

3) "적극적 지원"

①대상자

건강검진 결과/ 질문표를 통해 생활 습관을 개선할 필요가 있다고 판단된 사람들 중 그를 위해 전문직이 계속적으로 세세하게 지원해야 할 필요가 있는 사람을 대상으로 한다.

②지원 빈도/기간/형태

3개월 이상 계속적으로 지원한다.

면접(개별 면접 20분 이상, 또는 그룹 지원 80분 이상)에 의한 지원. 통신 등을 이용하여 3개월 이상 계속적으로 지원하고 6개월 후에 평가)

3) 국립사회보장인구문제연구소

□ 방문처 및 방문인사: 국립사회보장인구문제연구소

소장: 西村周三, 국제관계부 제2실장 小島克久

□ 방문일시: 2011.5.18 14:00-14:30분, 국립사회보장인구문제연구소 회의실

□ 일본은 현재 사회보장 부문 개혁을 추진중임.

□ 사회보장개혁의 원칙은 “참여보장”, “안심”, “전세대 대응”, “미래에 대한 투자“, ”포괄적 지원“, ”부담을 후세대로 미루지 않음“ 등임.

○ 지금까지의 사회보장 정책이 고령자를 중심으로 이루어지고 있었으나 이제는 전세대에 대해 사회보장 혜택을 확산하겠다는 정책적 의지를 가지고 있음.

○ 아동수당이 도입도 이러한 맥락에서 이해될 수 있음. 아동세대에 대한 지원은 확대하면서 국민연금 등에서는 효율성을 증대하고자 함.

○ 국민연금은 기초연금과 소득비례연금을 통합하여 국민최저수준을 보장하면서 소득비례형 개혁하려고 하고 있음.

□ 의료 및 개호 분야에서도 제공체계를 효율화하고 중점적 기능을 강화하는 방향으로 개혁을 추진하고 있음.

○ 시간제 근로자에 대한 건강보험 가입 범위확대, 본인부담총액제(의료, 개호, 보육 등과 관련하여 본인이 부담하는 비용을 합산하여 관리) 등을 도입하는 것에 대해 논의하고 있음.

○ 특히 재가의료와 개호체계를 강화하는 방향으로 서비스 공급체계를 개선하려는 움직임이 보이고 있음.

□ 특정건강검진 및 보건지도와 관련하여서는 현재와 같은 체계를 유지할 것으로 전망됨.

○ 이 제도가 국민의료비의 절감 등을 의한 의료개혁차원에서 추진되었지만 질병의 예방을 중시하는 정책방향이라는 점에서 이번의 사회보장 개혁으로 인해 커다란 제도적 변화가 있을 것으로는 판단되지 않음.

- 오히려 대사불균형 증후군을 가진 건강고위험군에 대한 효과적으로 관리 차원에서 오히려 이 사업은 강화될 전망이다.
- 아직까지도 특정건강검진의 수검률이 낮기 때문에 이를 제고하기 위한 노력과 건강검진결과 대사불균형 증후군을 가진 것으로 판명된 계층의 건강관리 참여율을 높이기 위한대책이 강화될 것으로 판단됨.

4) 후생노동성

- 방문처 및 방문인사: 일본후생노동성 참사관 伊奈川秀和
- 방문일시: 2011.5.19 10:00-11:30분, 후생노동성 회의실
- 후생노동성은 현재 사회보장개혁과 관련하여 전체적인 개혁방향, 원칙 등을 수립해 놓은 상태임.
 - 현재 매우 broad한 상태의 개혁안을 마련해 놓고 있어 추후 세부적인 개혁방향과 과제발굴 등이 노력이 추가될 것으로 판단됨.
 - 아울러 현재 집권당이 개혁을 집중력 있게 추진해 나갈 수 있을지에 대한 회의론도 등장하고 있는데 이와 관련한 국민적 합의 도출도 중요한과제로 판단됨.
- 사회보장 개혁에 소요되는 재정 특히 아동수당인상 등과 관련한 재정 확보를 위해 현재 5%인 소비세를 10%로 인상하는 방안에 대해 검토하고 있음.
 - 소비세 인상은 국민의 저항이 큰 사안으로 볼 수 있으나 정부는 다른 대안은 찾기 어렵다는 입장을 가지고 있었음.
- 특정 건강검진 및 보건지도에 소요되는 예산은 국고, 도비, 건강보험자 부담 등으로 구성되는데, 이와 관련한 재원은 큰 변화가 없을 것으로 판단됨.
 - 이 사업을 시작한 이후 수검률의 제고와 건강관리율 제고 등을 노력하고 있는 시점에서 새로운 변화를 시도하기는 어려울 것으로 판단됨.
- 의료분야와 관련하여서는 수혜범위와 지원내용을 확대하는 것으로 의견이 수렴되고 있는 것으로 알려지고 있음.

- 건강보험에 가입할 수 있는 기간제 근로자의 주단위 근로시간 기준을 완화하고, 본인부담총액제를 논의하는 것도 이러한 맥락에서 이루어지는 것으로 판단됨.
- 특정건강검진 및 보건지도는 소득계층에 상관없이 지원되고 있는데, 소득을 기준으로 계층을 제한하는 등의 조치는 현실적으로 불가능 할 것으로 판단됨.

5) 고령사회 NGO 연계협의회

- 방문처 및 방문: 고령사회NGO연계협의회

회장 Tsutomu Hotta, 전무이사 吉田成良

- 방문일시: 2011.5.19 14:00-16:00분, 고령사회NGO연계협의회 회의실
- 고령사회NGO연계협의회 회장 Tsutomu Hotta는 현재 일본정부가 추진중인 사회보장 개혁과 관련하여 개호제도의 개혁을 제안하고 있었음.
- Tsutomu Hotta가 가진 가장 큰 문제의식은 일본 노인의 상당수가 가정에서 버스를 받고 싶어 하지만 현실적으로는 시설입소가 장려되고 있다는 것임.
 - 재가개호는 인건비의 비중이 높아서 현재의 지원기준으로는 노인들이 2시간밖에 서비스를 받을 수 없는 상황임.
 - 따라서 24시간 순회서비스 체제로 전환하는 것을 제안하고 있었음.
 - 즉, 개호등급에 따라 노인이 필요한 서비스만을 이용하도록 하되 노인이 원할 때는 언제라도 개호사를 가정으로 부를수 있도록 한다는 것이 었음.
 - 서비스 공급자의 입장에서는 한사람의 개호사가 여러 개의 call을 접수하여 서비스를 제공한다면 인건비 부담을 경감할 수 있을 것으로 인식하고 있었음.
 - 다만, 노인들이 집중된 도시지역에서는 가능하지만 농어촌 지역에 적용하는 것은 한계가 있는 것으로 판단됨.
- 특정건강검진 및 보건지도와 관련하여서는 개호서비스와 보건지도 서비스가 통합되어야 할 필요성이 있는데, 개호보험에 의한 요양병원이 모두 폐지되었기 때문에 결국 서비스의 통합은 재가서비스에서 이루어져야 할 것임.

- 다만 특정보건지도 서비스가 지역사회 내에서 단체로 실시되는 경우가 있으므로 이 경우 서비스의 형태에 따른 통합방안이 별도로 마련되어야 할 것임.

6) 히토츠바시대학교

- 방문처 및 방문인사: 히토츠바시대학교 다카야마 노리유키 교수
- 방문일시: 201.5.20 14:00-16:00분, 동경시내 별도 회의실
- 일본의 경우 저출산고령화 문제가 정도의 차이는 있더라도 우리나라와 매우 유사한 형태로 진행되고 있음.
 - 저출산의 원인도 초혼연령이 상승, 미혼이 증가 등 일본과 한국이 매우 유사한 형태를 띠고 있음.
 - 완결출산력은 약 2명 수준을 유지하고 있으나 결혼력(nuptiality)이 하락하면서 전체적으로 출산율이 낮아지고 있음.
- 이와 같은 저출산 고령화추세를 고려할 때 질병의 예방이 가장 우선적인 정책방향이 될 수밖에 없으며, 특정건강검진 및 보건지도 사업이 충실히만 수행된다면, 투입비용 대비 편익이 더 클 것으로 보임.
- 일본정부가 다양한 영역의 정책중에서 메타볼릭만을 중점적으로 다루게 된 것은 메타볼릭 신드롬의 고위험성 뿐 아니라 비용 투입에 대비한 효과가 가장 클 것으로 기대되기 때문이었음.
 - 메타볼릭을 주된 관리영역으로 설정한 것은 정책의 집중도를 높이기 위한 것이기는 하지만 건강과 타 사회정책영역간의 연계성을 보다 고려할 필요가 있음.
 - 즉, 사회정책과의 연계성을 고려하여 보다 다양한 정책적 수단을 개발하지 않고 단순히 특정건강검진 및 보건지도라는 공공사업만에 의존할 경우 건강성과(health outcome) 측면에서 효과가 크지 않을 수도 있음.
 - 자신이 건강관리에 보다 많은 관심을 가지도록 하고, 직장 등에서의 근무 여건을 무릅쓰고 건강관리에 시간적 비용을 투입하도록 유도하기 위해서는 단순한 공공사업으로서의 접근을 떠나 포괄적인 사회정책으로서의 특성을 보다 많이 감안할 필요가 있음.