

국민건강증진을 위한 영양 부문의 2000년 잠정목표와 전략

김 혜 련[†]

한국보건사회연구원 보건정책연구실

Provisional National Nutrition Targets and Strategies for Health Promotion of Koreans

Hye Ryun Kim[†]

Korea Institute for Health and Social Affairs, Seoul, Korea

ABSTRACT

This study attempts to propose a priority of national nutrition targets and strategies for health promotion by the year 2000 in Korea, as a part of the task set for national health promotion objectives and strategies. Among all of the important health issues raised, ten were chosen, nutrition was one priority area. In the first part, the current status of the nutrition-related health problems and risk factors are reviewed, in conjunction with the newly arisen health phenomena, such as changes in prevalence of lifestyle disease and causes of death, changes of food consumption patterns in our country. In the second section this study suggests six feasible national nutrition targets, eight implementing strategies and current major tasks on the basis of the assessment of present status and in consideration of the other health promotion goals and strategies, with reference to that of other developed countries.

The main targets and strategies are suggested as follows :

Firstly, the national nutrition monitoring and surveillance system should be established for identifying the nutritional problems for our people, and current National Nutrition Survey is a strong need for improvement to a more comprehensive and reliable one.

Secondly, effective administrative mechanism should be operation at national level for the development of nutrition policy. Ministry of Health and Welfare (MOHW) as well as local health department must be remarkably renewed and strengthened the nutrition section. And it is recommended that MOHW organize and operate "The Council of Nutrition", in which all government authorities related with foodstuffs and nutrition would incorporated. The Council of Nutrition would act as an adjustor as well as a coordinator in nutrition related policy-making.

Thirdly, healthy eating pattern will be supported by activities of introducing a nutrition labeling for providing consumers with the necessary information and skills for food selection.

Fourthly, nutrition education, and nutrition intervention programs will be carried out in various settings such as health centers, schools, and clinical fields and workplace.

Fifthly, the current dietary guidelines shall be continuously improved in detail, and publicly circulated to particular levels of people by age group and by health condition.

And finally, researches and epidemiological studies particularly in regard to diet for deve-

[†]교신저자 : 김혜련, 122-040 서울시 은평구 불광동 산 42-12 전화) 02) 355-8003, 팩스) 02) 352-9129

lopment of chronic diseases are needed for more investigation and up-to-date national health and nutrition data should be collected with the support and cooperation from the various medical professional teams. (*Korean J Community Nutrition* 1(2) : 161~177, 1996)

KEY WORDS : target and strategies · lifestyle · health promotion · Council of Nutrition · nutrition labeling.

목표설정의 배경

오늘날 우리나라는 암, 심혈관질환, 뇌혈관질환 및 기타 만성퇴행성질환과 사고 등 생활양식이 원인이 되는 질병으로 인한 사망이 모든 사망의 70퍼센트 이상을 차지하고 있다. 따라서 이로 인하여 조기사망이 초래되고, 평균여명이 길어졌음에도 건강장애 및 불구로 인하여 삶의 질을 저해하고 있다.

오늘날 이러한 만성퇴행성질환은 선진국은 물론 후진국에서도 크게 증가하고 있어 이들 성인병 및 사고 예방에 초점을 두고 주요 위협요인이 되는 생활양식 및 환경 개선에 역점을 두는 건강증진개념이 새롭게 도입되고 있다. 구미 선진국에서는 전염병의 관리가 제 1의 공중보건의 혁명이라면 건강증진을 제 2의 공중보건 혁명으로 간주하고 있다.

우리나라에서는 1995년 건강증진법령을 제정공포하고 이의 실현을 위하여 건강증진사업의 활성화를 위한 여러가지 시책을 수립하고자 정책의 목표설정과 전략의 개발을 촉구하고 있다. 이러한 배경에서 한국보건사회연구원에서는 건강증진 목표를 우선적으로 10개 분야 - 흡연, 영양, 신체활동, 음주, 심혈관질환예방, 암예방, 당뇨병예방, 성병 및 AIDS, 모자보건, 구강보건 - 에 대하여 각 분야의 2000년의 목표와 그 목표의 달성을 위한 전략 즉 시행방안을 제시하였다. 즉 국민의 건강증진을 위하여 국가와 사회가 어떤 역할을 해야 할 것인가에 대한 조치를 명확하고 가급적 측정가능한 목표로 제시하였고, 사회제도적으로 필요한 지원대책을 제시하였다. 단, 제시된 목표는 우리나라의 여건에서 대부분의 분야가 장기간의 추이에 관한 구체적인 통계를 가지고 있지 않기 때문에 객관적인 통계에 근거하여 산출되지 못한 못한 부분이 많다. 그러므로 제시된 목표는 잠정목표로서 우리나라의 보건목표설정의 1차 기초작업의 성격을 가지며 향후 후속작업이 뒤따라야 할 것이다.

이 소고에서 제시한 영양부문의 목표와 시행방안은 상기한 건강증진 목표설정작업의 하나로 추진된 것이다.

단, 여기서 제시된 목표와 전략이 국가의 정책을 바로 반영하는 것은 아니며 앞으로 국가나 지역이 자신들이 속한 집단의 우선순위가 높은 영양건강문제에 대처하여 채택하도록 하기 위한 기본틀과 권고사항이라고 할 수 있다.

외국의 목표설정 동향

선진국에서는 1960년대부터 영양과 질병과의 관계를 논의하기 시작하였으며, 라이프스타일과 건강증진 개념이 도입되면서 더욱 영양문제에 대한 관심을 높아지고 여러나라에서 국가영양정책과 전략 등이 제시되고 있다

1. 미 국

미국이 1979년 미국은 보건성에서 1990년을 목표로 하는 "Healthy People : The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention" 을 제시하였고(US DHHS 1979), 그 후 이 목표와 내용을 확장하여 1990년부터 2000년까지의 국민건강증진을 위한 국가전략을 세운 Healthy People 2000을 1990년에 발간하였다(US DHHS 1990). 이 보고서는 건강증진, 건강보호, 예방보건서비스의 3대 영역으로 나누어 22개 우선분야에 대한 목표와 전략을 제시하고 있다. 이 22개 우선분야 속에 영양이 포함되어 있으며 이 속에는 1995년 추가된 목표까지 포함하여 27개의 영양목표를 아래 Table 1과 같이 제시하고 있다. 제시된 목표와 서비스 전략들은 미국내의 방대한 각종 국가통계에 바탕을 두고 있으며 3년의 작업기간 동안 각계 전문가, 공공 및 민간 기관, 시민 등의 방대한 전문가의 참여와 획기적인 협조를 구하고, 종적으로는 County단위의 지방보건 담당자의 의견을 취합하고 다시 State단위의 보건담당자의 의견을 수차의 Workshop을 통하여 취합하는 과정을 거쳤다. 이와 같이 미국은 국가의 보건목표에 설정하는데 합의를 도출하는 과정에 막대한 노력을 기울였다는 데에 큰 의미를 가지고 있다.

또한 미국에서는 기아문제가 미국내에서 아직도 해결되지 않았다는 데에 학자들의 의견이 모아져서 미국내

기아를 1995년까지 퇴치하고 2000년까지는 미국의 모든 가정이 식량의 자족과 식량의 보장(food security)을 이룩할 수 있도록 제안하는『Medford Declaration』이 1992년 발표되었다(Nutrition Reviews 1992).

2. 유 럽

유럽에서는 1985년에 2000년까지 모든 사람에게 건강을 실현시키는 것을 목표로 하는 'Target for health for all'를 제시하였고, 1993년에는 수정본으로 'Health for all Targets'으로 제시하였다(WHO 1993). 'Health for all targets'은 목표단계, 전략단계, 지원단계로 나누어 총 38개 목표를 세워 포괄적인 건강대책 전반을 다루고 있다. 영양부분은 건강한 생활양식, 식품의 질과 안전관리, 공공보건정책 수립 분야에서 Table 2와 같이 다루어져 있다. 한편 WHO Europe Region에서

는 일반인을 위한 영양목표를 Table 3과 같이 제시하고 있다(WHO 1990).

3. 호 주

호주는 보건성이 구성한 1985년 「Better Health Commission」에서 심혈관질환, 영양, 사고를 호주국민의 건강증진을 위한 3대 우선과제로 선정하여 국가의 목표를 설정하고 전략을 제시하고 있으며 1995년과 2000년의 영양목표를 Table 4와 같이 설정하고 있다(Australia, DOCSH 1987).

이러한 목표를 달성하기 위한 전략으로는 다음 사항을 제시하고 있다.

첫째, 영양정책의 개발과 데이터 베이스의 구축, 영양위원회(Nutrition Committee)의 실질적인 운영을 통한 정책조정, 연령계층별 영양자료의 확보, 효과적인 영

Table 1. Nutrition objectives of U.S.A. for the year 2000

	Baseline(1987)	Objectives by the 2000
1. 건강수준목표		
1) 관상동맥 심장질환 감소	인구 10만명당 135	100
2) 암사망 증가 감소	인구 10만명당 134	130
3) 체중과다인구 감소	20~74세의 26%(1976~80년)	20세 이상 성인의 20%
4) 저소득층 영유아의 성장지연 감소	12~19세 청소년의 15%(1976~80년) 5세 이하의 11%(1988년)	12~19세 청소년의 15% 10%
2. 위험요인 감소목표		
5) 지방섭취 감소	총섭취에너지의 36%(1989~91년)	30%이하
포화지방섭취 감소	총섭취에너지의 13%(1989~91년)	10%
6) 복합탄수화물과 섬유소 섭취 증가	- 1일 곡류섭취 5.8serving(1989~91년) - 1일 야채·과일 섭취 4.1serving (1989~91년)	- 1일 6serving 이상의 곡류 섭취 - 1일 5serving 이상의 야채·과일 섭취
7) 12세 이상 체중과다인구의 체중조절을 위한 식사관리(운동포함)실천율 제고	체중과다 남자 25%, 여자 30%가 실천	체중과다 성인의 50%가 실천
8) 1일 칼슘원 식품을 평균 3serving이상 섭취	(1989~91년) 11~24세 인구의 20%, 임산부의 22%, 2~10세 어린이의 48%, 25세 이상 성인의 21%	11~24세 인구의 50% 임산부의 50% 2~10세의 75% 25세 이상 인구의 50%
9) 식염 및 Na섭취 제한	(1989~91년) 가정식 조리자의 43%가 소금 가미 억제 60%의 인구가 식탁소금 사용 제한 20% 인구가 저염식품 구입	가정식 조리자의 65%가 소금가미 억제 최소 80% 인구가 식탁소금 사용 제한 40% 인구가 저염 식품구입
10) 철분결핍증 감소	(1976~80년) 1~2세 9%, 3~4세 4%, 20~44세 여자 5%	1~4세의 3% 미만 가임기 여성의 3%미만
11) 모유수유율 제고	(1988년) 산후 54%, 5~6개월 21%	산후 75%, 5~6개월 50%
12) baby bottle tooth decay 감소	(1991년) 6~23개월의 보육자가 baby bottle tooth decay 감소 억제 방법실천	75%의 보육자가 실천
13) 식품선택에서의 식품성분표시의 사용 증가	(1988년) 18세 이상 인구의 74%	18세 이상 인구의 85%가 사용

Table 1. Continued

	Baseline(1987년)	2000년 목표
3. 서비스 목표		
14) 영양표시의 확대를 통한 유용한 영양 정보 제공	60%의 FDA규제 가공식품(1988) 77%의 프레쉬 식품(1993) 75%의 프레쉬 어류(1993)	모든 가공식품 40%의 즉석요리 식품, 90%의 프레쉬 육류, 가공류, 어류, 야채, 과실류
15) 저지방, 저포화지방 가공식품의 종류 증가	2,500품목(1986년)	5,000품목
16) 저칼로리, 저지방, 메뉴를 가진 식당, 급식기관의 확대	패스트 푸드점과 가족식당(350개 이상 체인점 가진곳)에서 1개 이상의 저지방 저칼로리 메뉴 실시(1989년)	90%의 식당과 급식기관의 저지방, 저칼로리 메뉴 확보
17) 미국영양지침에 따른 학교급식의 실천학교 증가	1%의 학교가 급식에서 지방의 에너지 비율 30%이하를 준수(1992년)	90%의 학교가 급식에서 미국영양지침(지방의 에너지비율 30%이하)준수
18) 65세이상 식사준비 불가능한 노인가구 및 급식요구 가구에 대한 가정식 배달서비스 확대	7%(1991년)	80%
19) 학교 보건교육의 일환으로 학령전~1,2학년 학생에 대한 영양교육 확대	60%(1991년)	75%
20) 영양교육 및 체중관리 프로그램 수용사업장(50인 이상 고용업체) 확대	17% 영양교육 제공, 15% 체중관리 프로그램 운영(1985년)	50%
21) 일차 의료인의 환자 영양평가, 영양상담 실시 및 영양 전문가에 의뢰 확대	40~50%의 환자가 1차 의료인의 영양 상담을 받음(1988년)	75%
1995년 추가목표		
4. 보건수준 목표		
22) 뇌졸중 사망 감소	인구 10만명당 52.5	27
23) 결장 및 직장암 사망 감소	인구 10만명당 14.4	13.2
24) 당뇨병 사망 감소	인구 10만명당 2.9(1986~'88년)	2.5
5. 위험요인 감소 목표		
25) 240mg/dL 이상의 증상자의 감소	20~74세의 27%(1976~'80년)	성인의 20%
26) 고혈압 증상자의 고혈압관리 향상	18~74세의 11%(1976~'80년)	고혈압 증상자의 50%
27) 성인의 평균 콜레스테롤치 감소	213mg/dL(1976~'80년)	200mg/dL

Note : If any specification, baseline data is the figure of 1987.

Source : U.S. DHHS(1990) : Healthy People 2000.

양행정체계의 구축, 식품소비패턴의 파악 등이 이루어져야 한다.

둘째, 영양분야 요원의 적절한 확보를 확대하고 훈련 기회를 증가시킨다. 즉 영양사 인력의 수를 인구 100만당 65명에서 1995년까지는 120명, 2000년까지는 140명으로 증가시킨다(1987년 뉴질랜드는 115, 캐나다는 140, 미국은 220임).

세째, 저지방식품생산의 촉진 등 제도적 법적 지원조치를 실시한다.

4. 대 만

대만에서는 보건성에서 1994년 6월 "만인건강의 목표를 지향하여"란 보건백서를 발표하였다(ROC, DOH 1994). 이 백서는 국민의 건강수준 향상을 위하여 7개의

대 목표를 설정하였고 이들 목표를 달성하기 위한 4개의 전략과 20개의 세부전략을 수립하였다. 그중에서 영양에 대해서는 1994년 대만의 향후 5년간의 보건의 목표의 일환으로 영양목표와 시행 전략을 Table 5와 같이 설정하고 있다.

이와 같이 미국, 유럽, 호주, 대만 등 여러나라들이 2000년까지 국민보건수준을 목표를 설정하고 그 나라 보건의료에서 우선적으로 해결하여야 할 목표를 설정하는데 있어서 영양을 주요 분야로 포함하고 있다. 이들 영양목표는 그 국가의 영양문제에 따라 양상이 다르지만 접근전략은 상당한 공통점을 가지고 있으며 우리나라에서도 적용이 필요한 부분들을 제시하고 있음을 볼 수 있다. 또한 실질적으로 보건목표를 가진 이들 국가나 지역에서는 보건통계의 생산, 중앙과 지방의 보건의료서비스

Table 2. Nutrition targets and strategies of the European Region for the year 2000

현황 (유럽지역의 영양문제)	<ul style="list-style-type: none"> - 지방섭취와 당분섭취의 과다 - 섬유소 섭취의 부족 - 요오드(Iodine) 부족지역의 상존 - 가임여성의 철결핍성 빈혈 - 영양의 불균형이 식사에 대한 지식의 부족에서 비롯되며 광고가 이를 조장함. - 음식질과 패스트푸드점에서의 메뉴선택의 영향이 커짐
목표	<ul style="list-style-type: none"> - 식이지침과 권장량에 따라서 건강한 식이패턴의 실천 <p>[관련지표]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 총에너지 섭취량중 지방과 단백질의 비율 • 체중 2500g 이상의 신생아 비율 • 바람직한 연령대비 체중 또는 신장 대비 체중을 가진 아동 비율 • 성별, 연령별 BMI 30 이상의 인구비율 <ul style="list-style-type: none"> - 식품의 안전성 확보를 위한 품질관리와 유해물질 및 미생물오염에 대한 감시의 강화
추진전략	<ul style="list-style-type: none"> - 식품생산업자와 판매자의 협조하에 건강한 식습관을 위한 캠페인 및 영양교육의 공동 실시를 통해 실천적 환경 조성 - 증가하는 가정외의 식사 - 급식, 외식, 주문식 등 - 에 대한 특별한 고려 - 식품표시제도 도입에 의한 소비자에 대한 정보제공을 통하여 건강한 식품선택의 지지환경 조성 - 학교보건교육과 학교급식 서비스의 확대로 장래 성인에 대한 효과적인 식습관 형성 도모 - 직장에서의 급식서비스와 영양교육 - 식사문제를 가진 사람들의 자조 그룹(self-help group) 형성지원 - (특히 동구 및 중부 유럽지역의) 식품의 안전성과 영양의 확보를 위한 모니터링과 식중독관리 및 역학조사

Source : WHO Regional Office for Europe(1993) : Health for All Target, European Health for All Series, No. 4.

Table 3. Comparison of the WHO Study Group's recommended population nutrient goals

	WHO Study Group's population nutrient goal		National upper or lower limit recommendation		
	Lower limit	Upper limit	Lowest	Highest	Median
Total energy	"	"			
Total fat(% total energy)	15	30 ²⁾	15	35	< 30
SFA(% total energy)	0	10	8	15	< 10
PUFA(% total energy)	3	7	10	13	10
Cholesterol(mg/day)	0	300	0.45	1.2	1.0
Total CHO(% total energy)	55	75	225	300	< 300
Complex CHO(% total energy)	50	70	40	70	55
Dietary fiber (g/day)			-	-	-
As NSP	16	24	-	-	-
As total dietary fiber	27	40	20	35	30
Free sugars(% total energy)	0	10	9	25	< 10
Protein(% total energy)	10	15	-	-	-
Salt(g/day)	-	6	5	10	7

Note : 1) Energy intake needs to be sufficient to allow for normal childhood growth, for the needs of pregnancy and lactation, and for work and desirable physical activities, and to maintain appropriate body reserves of energy in children and adults.

2) An interim goal for nations with high fat intakes

Source : WHO, Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases(1990) : WHO Technical Report Series 797, Geneva.

Table 4. Nutrition targets for improving the health of Australians for the year 2000

Objectives	Latest data available	1995	2000
- 25~64세 인구의 비만(과대충)유병률 감소(%)	38	30	25
- 전체 섭취열량 중 지방비율 감소(%)	38	35	33
- 전체 섭취열량중 설탕(refined sugar)의 비율 감소(%)	14	12	12
- 섬유소 섭취 증가(g/1일)	17	25	30
- 전체 섭취열량중 알코올 섭취량 감소(%)	6	5	5
- 소금섭취 감소(mmol/1일)	165	130	100
- 모유수유 실천율 증가(%)			
· 산후	88	95	95
· 3개월	55	75	80
- 상수 불화물 지역 인구 비율(%)	66	85	90

Source : Australia Department of Community Services and Health(1987) : Looking Forward to Better Health, Vol. 2, Better Health Commission.

Table 5. Nutrition objectives of Taiwan for the Six-Year Taiwan Development Plan

영양 목표	시행을 위한 과제
① 영양관련 법규체계의 구축	영양과 만성질환의 연관성이 밝혀짐에 따라 전문적인 영양지식과 식이 요법이 중요해지면서 영양사 및 영양상담 기관의 효과적인 관리를 위한 법적 규정의 필요에 따라 영양사법 개정
② 국가 영양법의 상정	국가의 영양체계를 효과적으로 체계적으로 개발하고 영양사의 수요를 결정하고 국민의 영양상태를 개선하기 위한 국가 영양정책을 개발하기 위한 국가 영양법안의 제정
③ 효과적인 영양사 인력 활용	가용 영양사 인력이 적절하게 활용되기 위해서는 영양사 인력이 의료기관에 국한되지 않고 지역 보건서비스에 활용되도록 함
④ 국민 영양에 관한 조사 연구의 강화	- 국민영양조사의 방향 설정 - 관련조사 연구의 계획 및 조정 - 조사 연구결과의 수집과 분석 - 조사 연구체계의 구축 - 인력 및 자원의 효과적 활용
⑤ 영양교육프로그램의 강화	타이완 국민의 칼슘섭취는 권장량의 81.9% 수준으로 칼슘이 풍부한 식품의 섭취를 권장하는 영양교육의 착수와, 만성질환의 효과적 예방관리를 위하여 일반인의 영양과 질병에 대한 인식을 제고하기 위하여 민간기관 및 시민단체와의 교육활동을 공동으로 추진
⑥ 영양성분 DB 구축	의료 및 영양 분야에서 요구되는 영양정보를 제공하기 위하여 1997년까지 영양성분 DB를 완료하고 일반인을 위한 식품영양책자 개발
⑦ 국가 영양지표의 개선	생활수준과 신체활동의 변화가 급속히 이루어지고 있는 현실을 고려하여 주요 영양지표를 신속하게 수정하기 위한 자료수집과 전문가의 참여 확대
⑧ 특수 영양식품의 관리 강화	특수 영양식품의 심사 및 승인을 강화하고, 외국의 새로운 규정과 표준을 수집. 식품의 영양성분 표시제도를 적절한 시기에 도입하기 위하여 정확한 라벨링 방법의 공고, 소비자에 대한 정보제공 실시. 관리의 효율성을 도모하기 위해 정보관리 체계 구축

Source : Republic of China Department of Health(1994). Toward Goal of Health for All : A Health White Paper

시행, 연구과제선정, 전문단체나 협회의 활동에 이들 목표와 전략을 반영하고 있다.

향상과 국제화에 따라 우리국민의 식생활이 전통적인 식생활에서 더욱 서구화될 전망이 높다. 식품산업의 발달에 따른 공급의 확대는 에너지 밀도가 높은 식품, 지방과 설탕을 가미한 가공식품의 증가로 섬유소 부족, 식품의 과다소비 현상을 초래하여 활동량 감소와 함께 영양과 보건문제를 야기하고 있다. 이에 따라 비만이 증가하고 질병패턴도 고지혈증, 순환기계 질환, 당뇨병, 암 등 만

현황 및 문제점

1. 질병양상의 변화와 의료비의 증가

2000년대에는 인구의 노령화가 진전되고 경제수준의

Table 6. Total death, percent of total deaths and death rates for the 10 leading causes of death in Korea, 1994

Rank	Cause of death	Number(% total death)	Death rate(per 10,000 pop.)
	Total death	230,677(100.0)	538.8
1	Cerebrovascular diseases(a)	36,713(15.9)	85.8
2	Heart diseases(a)	19,138(8.3)	44.5
3	Traffic accidents	15,351(6.7)	35.8
4	Stomach cancer(a)	12,553(5.4)	29.3
5	Chronic liver diseases(b)	11,540(5.0)	27.0
6	Hypertensive diseases(a)	11,232(4.9)	26.2
7	Liver Cancer(b)	10,029(4.3)	23.4
8	Lung Cancer	8,196(3.6)	19.1
9	Diabetes mellitus(a)	7,380(3.2)	17.2
10	Bronchitis, asthma	5,440(2.4)	12.7

Note : (a) Causes of death in which diet plays a part

(b) Causes of death in which excessive alcohol consumption plays a part

Source : National Statistical Office(1995), 1994 Annual Report on the Cause of Death Statistics.

Table 7. Trends in death rates of major diseases in which diet plays a part, 1985 - 1994 (Unit : per 100,000 pop.)

Cause of death	1985	1987	1990	1992	1994
Cerebrovascular diseases	103.3	98.8	95.7	87.0	85.8
Cancer(Total cancer)	85.9	94.5	110.4	110.9	114.5
Stomach cancer	42.3	42.1	37.8	37.8	29.3
Colon cancer	3.2	3.7	4.5	1.7	5.7
Breast cancer	2.4	2.8	3.5	2.0	3.9
Oesophagus cancer	2.3	2.7	3.3	1.7	3.1
Hypertensive diseases	48.2	45.2	35.6	27.5	26.2
Myocardial infarction	3.8	6.2	6.8	2.2	12.8
Diabetes millitus	6.8	7.7	11.8	4.3	17.2

Source : National Statistical Office(1986-95), Annual Report on the Cause of Death Statistics.

성퇴행성 질환이 더욱 높아질 전망이다.

1980년대 이후 사망 및 질병 동향을 보면 식이섭취와 생활양식이 발병원인에 큰 영향을 미치는 것으로 밝혀지고 있는 순환기계질환 및 암으로 인한 사망이 전체사망 중 우선순위를 차지하고 있으며 그 비중이 또한 지속적으로 높아가고 있다. Table 6과 같이 1994년 사망통계에서 10대 사인원인¹⁾을 보면 식생활과 관련된 질환이 5개(뇌혈관질환, 심장병, 위암, 고혈압성질환, 당뇨병)를 차지하고 있어 사망패턴이 서구화 되고 있음을 보여 준다(통계청 1995). 질병의 유병률을 볼때도 식습관이 운동부족 등 타요인과 복합적으로 연관되어 발병하는 것으로 밝혀진 암과 고혈압, 당뇨병, 허혈성 심질환 등이 증가하고 있다(Table 7).

만성퇴행성질환은 치료가 어렵고 사망에 이르기까지 지속되어 의료비 부담을 가중시키며 의료보험제정에 부담을 주어 사회적인 문제로 대두되고 있다. 이에 따라 국

민의 질병예방과 건강관리에서 보다 예방적이고 비용절감적이며 삶의 질을 높이기 위한 접근방법의 필요성이 강조되면서 영양과 식이섭취의 중요성이 부각되고 있다.

1993년 세계은행의 연차보고서(Investing in Health)는 의료비의 급속한 상승(우리나라의 1985~91년 기간 중 연평균 증가율은 18.7%(한국의료관리연구원 1994))을 억제하기 위해서는 기존의 의료적 접근 방법만으로는 한계가 있으며 고가진료를 억제하고 필수적인 기본의료와 보건교육, 영양, 건강행위의 실천을 포함한 건강증진과 예방서비스의 우선순위를 높이는 것이 비용절감적이라는 사실을 제시하고 있다(World Bank 1993).

2. 식품소비의 다양화에 따른 국민영양관리의 필요성 증대

우리나라와 같은 급속한 발전도상에 있는 국가는 사회계층에 따라 영양상태도 다양화되어 영양불량과 영양과잉 현상이 국민들간에 상존하게 되었다. 한편, 가공식품 소비와 외식의 비중이 높아지고 있으며, 경제수준의 향상

1) 암질환의 경우 다빈도 암에 대하여는 나누어 사망순위를 정함.

Table 8. Trends in expenditure¹⁾ for processed food and eating-out, 1970-1994 (단위: 원, %)

	1970	1975	1980	1985	1990	1993	1994	94/70 ¹⁾ (배)
Total food expenditure(A)	118,516 (100.0)	120,328 (100.0)	148,026 (100.0)	162,771 (100.0)	219,500 (100.0)	241,034 (100.0)	250,148 (100.0)	2.1
Expenditure for processed food(B) (A/B)	15,246 (12.9)	16,175 (13.4)	24,416 (16.5)	30,776 (18.9)	44,800 (20.4)	53,937 (22.4)	56,483 (22.6)	3.7
Expenditure for eating out(C) (A/C)	3,684 (3.1)	3,835 (3.2)	7,688 (5.2)	14,016 (8.6)	44,800 (20.4)	57,061 (23.7)	65,682 (26.3)	17.8

Note : 1) Calculated based on the cost in 1990

Source : National Statistical Office(1970~1994), Annual Report on the Family Income and Expenditure Survey.

에 따라 전통적인 식생활이 무너지고 식생활의 서구화가 가속화되고 있어 식품의 공급자의 역할과 소비자의 식품 선택의 중요성이 높아지고 있다(채범석 등 1996). 이에 따라 식품권리와 연계된 영양행정의 역할증대가 요구되고 있다. 또한 국민의 식생활 소비행태와 식습관을 바람직한 방향으로 유도하기 위하여 국민식생활권리와 보건 의료서비스의 연계가 이루어져야 할 시기에 와 있다.

현재는 영양행정을 실시할 수 있는 정부조직(중앙, 시·도, 시·군·구)이 미흡하며, 식품정책과 영양정책을 상호연계한 정책이 부족한 실정이다. 더구나 식품행정과 보건행정이 중앙 및 지방에서 분리되어 있는 우리나라의 현실에서 국민영양조사 및 영양에 대한 관리가 이제까지 식품위생법에 근거하여 왔기 때문에 보건업무와 연계되지 못하여 왔다. 지역보건서비스에서의 영양업무의 필요성에 대해서는 1992년 전국보건소 조사에서 보건소 당국자가 응답한 향후 보건소의 업무 중 확충되어야 할 사업으로 34.7%의 보건소에서 영양사업이 확충, 강화하여야 할 사업으로 꼽히고 있으며, 만성병관리를 위한 지역보건 서비스의 일환으로 지역영양서비스가 요청되고 있다²⁾. 최근의 지역보건법 개정에 따른 보건소 활성화 방안을 제시하기 위하여 조사된 자료를 보면 대부분의 조사대상 보건소에서 영양사업이 앞으로 확대되어야 할 업무이며 이를 위하여 영양사 인력 1~2명을 요청하고 있다³⁾.

3. 식품소비구조의 변화

실질적으로 일상생활에서 우리 국민의 식생활에 지출하는 가계지출에서 다른 어느 부분보다도 많은 비중이 식료품비에 지출되고 있다⁴⁾. 소득수준의 향상으로 연간 소비지출에서 식료품비가 차지하는 비율은 점차 감소하고 있으나, 식품산업의 발달로 가공식품의 소비가 증가하고 외식산업 성장됨에 따라 가공식품 지출비와 외식비의 지출은 계속 증가하여 1993년에는 전체 식료품비에서 각각 22.6%와 26.3%를 차지하고 있다. 1970년에 비

해 1993년에는 1990년 불변 가격기준으로 가공식품 구입비는 3.7배, 외식비는 17.8배 증가하였다(Table 8).

4. 국민의 영양상태를 모니터링하는 기초자료의 미비

우리나라의 영양문제가 무엇이며 어느 수준에 있는가를 파악하는 것은 국가의 영양관리 목표를 세우고, 목표 달성에 필요한 대책을 세우는데 있어서 기본이 된다. 그러나 우리나라에서는 보건복지전반의 충분한 통계자료를 갖추고 있지 못하고 있으며 그 중에서도 정책적·사회적 우선순위가 낮으면서도 조사방법에 기술을 요하는 영양분야는 더욱 자료가 빈약한 실정이다.

국민의 영양상태를 파악할 수 있는 통계자료의 종류가 다양하지 못하고 범위가 매우 한정적이며, 제한된 자료조차 조사방법 자체의 표준화나 정확도 측면에서 많은 문제가 있다(박혜련 1996). 현재 유일하게 전국적으로 실시되고 있는 국민영양조사도 매년 실시되고 있으나 우리 국민의 전반적인 영양상태를 파악하기에는 미흡하다. 그 이유는 조사 예산의 영세성과 조사원 훈련 미흡, 가구 선정의 강제성, 조사관리체계의 미비 등 여러가지 상황으로 조사가 충실히 이루어지지 못하기 때문이다.

국민영양조사 이외에도 식품섭취조사, 식습관, 영양지식, 태도 등에 대한 다음과 같은 별도의 기초조사 및 연

2) 임종권·김혜련·장동현(1992) : 『지방자치체에 따른 보건소 기능 및 행정체계 개선방향』, 한국보건사회연구원 조사자료를 이용하여 산출.

3) 한국보건사회연구원(1995) : 지역보건 활성화 방안(미발표 자료).

4) 1993년도 연간 소비지출 중 도시지역은 29.2%, 농촌 지역은 21.9%가 식료품비에 지출되고 있다(자료 : 도시가계연보 1993 ; 농촌경제조사 1993). 미국은 1992년 전체 소비자 지출에서 식료품비(담배 구입비는 제외)가 차지하는 비율은 13.4%였다(자료 : U.S. Department of Commerce, Statistical Abstract of the United States 1994, p.463).

Table 9. Trends in total calorie intake and rates of calorie composition during the selected years, 1971 - 1993

	1971	1976	1980	1985	1990	1993	일본 1993
Total calories ntake(kcal)	2,150	1,926	2,052	1,936	1,868	1,848	2,034
Ratio of energy compositon(PFC ratio)							
Protein(%)	12.6	12.5	13.1	15.4	16.9	15.9	15.6
Fat(%)	8.9	9.6	9.6	13.7	13.9	18.2	25.7
Carbohydrate(%)	78.5	79.0	77.3	70.9	69.2	65.9	58.7

Source : 1) Ministry of Health and Welfare(1995), 1993 National Nutrition Survey Report.
 2) Japan Ministry of Health and Welfare(1995), 1993 National Nutrition Survey Report.

구자료가 필요하나 절대적으로 부족한 현황에 있다.

- ① 영양상태의 평가방법 및 평가도구의 표준화에 관한 연구
- ② 식품 섭취 조사방법에 관한 연구
- ③ 식생활과 질병과의 관련성에 관한 연구
- ④ 식품성분표와 영양 데이터 베이스
- ⑤ 식품소비행태와 영양지식, 태도, 행동 등에 관한 연구

5. 영양섭취의 변화와 영양불균형 섭취 현황

1993년 국민영양조사결과 우리 국민의 영양섭취상태를 보면 곡류의 열량비는 1970년 81.2%에서 1993년에는 63.8%로 비중이 낮아졌으며, 동물성 단백질의 비율은 동기간 동안 14.7%에서 46.4%로 높아졌다. 건강과 관련된 중요한 지표인 지방의 에너지의 구성비는 1993년 18.2%를 섭취하고 있어 아직까지 일본 및 서구 국가에 비하여는 낮으나 1971~1991년 기간 중 8.9%에서 18.2%로 지속적으로 증가하고 있다(Table 9).

우리나라는 국민전체의 소득수준의 향상에 따라 절대빈곤은 감소하고 있으나 최저생계비의 50~60% 이하에 속하는 상대빈곤층은 증가하고 있다(박순일 1994). 최저생계비 연구결과 4인 가구의 최저생계비는 66.7만원으로 이 중 식품비는 27.5만원으로 나타났으며 노인가구와 저소득층의 비중이 높은 2인 가구의 최저생계비는 35.6만원으로 나타나고 있다(박순일 등 1994). 현재 인구의 4.3%에 해당되는 생활보호대상자의 전체 생계비 지원수준이 1인당 월평균 6.5만원(보건사회부 1995) 임을 감안하여 볼 때 저소득층의 식생활수준은 매우 불량할 가능성이 높다. 이것은 우리나라에서 최저 식생활수준을 유지하지 못하고 있는 저소득층에서 아직까지도 영양섭취불량이상수준 존재할 가능성을 시사하는 것이다.

이를 종합하여 볼 때 우리사회에는 영양을 과소섭취하는 계층과 과다섭취하는 계층이 생활양식, 사회경제상태, 연령에 따라 공존하고 있음을 시사하는 것으로 이러한 계층간 불균형섭취를 해소하기 위한 다각적인 사회적

노력이 필요함을 보이고 있다.

6. 우리나라의 주요 영양 문제

우리나라에서 가장 큰 영양문제들이 무엇인지, 또 그 정도는 어떠한지를 명확하게 파악할만한 관련 조사통계는 앞서 제기한 바와 같이 매우 미비한 상태에 있다. 1969년 이후 매년 실시된 국민영양조사와 그간의 소규모 연구조사, 우리 국민의 보건문제를 통해 제기되고 있는 영양문제로는 체중과다, 고지혈증의 증가와 빈혈, 칼슘섭취와 연관된 골다공증, 노인계층의 취약한 영양상태 등을 들 수 있다. 인구 전체적으로는 건강식품에 대한 높은 의존도를 들 수 있다.

1) 체중과다⁵⁾

아직까지 우리나라의 체중과다 유병율의 증가 패턴을 명확하게 제시하는 자료는 부족한 상태에 있다. 일부 지역이나 일부 계층을 대상으로 조사한 내용을 보면 성인을 대상으로 한 체중과다 실태조사는 90년대 이후 이루어지 성인의 체중과다의 연차적 추이는 아직 관찰하기 어려우나 Table 10에서 보는 바와 같이 약 20% 내외였다. 성인의 체중과다율은 판정기준과 판정방법이 조사에 따라 상이하기는 하나 조사대상에 따라 크게 차이가 있는데 남자보다 여자, 농촌보다 도시, 젊은층보다 중년층의 비만율이 높았다.

아동의 체중과다율도 전국적으로 파악된 자료는 없으나 70년대 이후 수행된 연구결과를 보면 대상과 지역에 따라 차이를 보이는데 1970년대에는 2~3% 정도에서 80년대 중반에는 평균 10% 정도이며, 1990년대 와서는 15% 내외를 보여 최근 10년 동안 체중과다율이 2배 이상 증가하고 있음을 볼 수 있다. 또한 대부분의 조사에

5) 우리나라의 기존의 연구들은 비만기준은 일정하지 않으나 대개는 BMI 25 이상 또는 표준체중의 20% 이상을 기준으로 하고 있다. 미국의 경우 비만의 기준을 보편적으로 BMI 30 이상으로 하고 있는데, 우리나라는 BMI 30 이상인 인구비율이 극히 적다. 따라서 기존의 연구에서 '비만'으로 표시한 내용은 엄밀하게는 '체중과다'로 구분될 수 있다.

Table 10. The prevalence of adult overweight

(Unit : %)

	Survey population	No. of surveyed	Rate of overweight		
			Male	Female	Total
Nation Nutrition Survey 1990 ¹⁾	Nationwide	7,332	16.3	17.4	16.9
1992 ¹⁾	Nationwide	7,215	19.3	19.9	19.6
National Health Survey('95) ¹⁾	Nationwide(15~69 years)	6,480	16.7	11.0	13.9
S.Y.Kim, et al.('90)	Housewives, country	144		37.5	
K.S.Park, et al.('90)	Housewives, large city	103		24.3	
K.Y.Lee, et al.('91)	Health Club Member, Seoul(35 years & over)	120	27.9	11.9	20
H.S.Park, et al.('91)	Seoul (20 years & over)	3,466			12.3
J.H. Lee et al.('91)	Seoul, other cities(20 years & over)	3,305			21.4
J.K.Kim, et al.('91)	Nationwide	1,800	20	26	22

Note : 1) Overweight is defined by BMI equal to or greater than 25

Source : 1) Adapted from the Proceedings of the Society of Korean Dietary Culture(1993), I.W. Lee

2) MOHSA(1992) : 1990 National Nutrition Survey Report.

3) MOHSA(1994) : 1992 National Nutrition Survey Report.

4) Nam, J.J. & Choi, J.S.(1995) : 1995 National Health Interview Survey.

Table 11. The prevalence of childhood overweight

	Survey population	No. of surveyed	Rate of overweight(%)		
			Boy	Girl	Total
K.S.Koh, et al.('74)	Primary school children, Seoul				2.0
E.J.Choi, et al.('79)	Primary school children, City	1,086	3.1	3.0	3.0
J.Y.Lee, et al.('85)	10 year old, Seoul	682	15.3	8.2	11.7
I.Y.Lee, et al.('85)	Middle school girls, Seoul	960		12.9	
H.K.Moon, et al.('86)	Primary school children, nationwide, 5th grade	10,751			5.8
Y.L.Kang, et al.('87)	Primary school children, 5th and 6th, Seoul	583	17.5	8.0	12.9
S.J.Jung, et al.('89)	Primary school children, Seoul	274	24.1		
H.S.Kim, et al.('90)	High school girls, cities	389		16.7	
Y.N.Lee, et al.('90)	Primary school children, Seoul	276			21.6
H.N.Moon, et al.('91)	6 - 7 years old, Seoul	6,580	15.8	13.1	14.5
S.L.Kim, et al.('94)	Primary school children, 4th and 5th grade, Seoul	361			13.3

Source : 1) Adapted from the Proceedings of the Society of Korean Dietary Culture(1993), I.W. Lee

2) Kim, S.L. & Park, H.R.(1995) : The Relationship of Obesity and Related Behaviors among 4th and 5th Grade Primary School Children, Korean J. Dietary Culture, Vol. 10, No. 1.

서 남아가 여아에 비해 체중과다율이 높은 것으로 나타나고 있다(Table 11).

2) 빈혈

세계보건기구의 보고에 의하면 철결핍성 빈혈은 선후진국, 어느 연령에서나 발생하여 선진국에서도 어린이, 임산부, 노인층에서는 빈혈증상이 흔히 나타나고 있는 것으로 파악되고 있다(Table 12).

우리나라에서는 빈혈에 대한 전국적인 표본조사가 실시되지 않았고 일부 소규모 조사도 진단기준이나 조사방법에 차이가 많다. 최근에는 식생활 개선으로 빈혈발생이 줄었을 것으로 보인다. 그러나 1993년 국민영양조사

결과는 WHO의 기준으로 볼 때 남자는 2~5세 아동의 7%, 6~12세 아동의 14%, 13~16세 아동의 35%, 17세 이상의 51%가, 여자는 2~5세 아동의 11%, 6~12세 아동의 17%, 13~16세 아동의 18%, 17세 이상의 29%가 적정수준 이하의 헤모글로빈 양을 나타내어 빈혈유병율이 성장기 아동이나 임산부에서는 상당수준에 이르고 있음을 보여주고 있다.

3) 노인 영양상태의 저조

우리나라 노인의 전반적인 영양섭취 실태가 파악된 자료는 없으나 일부 지역이나 시설이용자를 대상으로 한 조사결과를 보면 일반적으로 노인의 영양섭취는 영양권

Table 12. Estimated world prevalence of anaemia around 1980

(단위 : %)

	Children		Men	Women 15~49 years	
	0~4 years	5~12 years	15~59 years	Pregnat	All women
Developed regions	12	7	3	14	11
Developing regions	51	46	26	59	47
World	43	37	18	51	35

Note : Anemia is defined as a hemoglobin below WHO reference values for age, sex, and pregnancy status

Source : WHO(1990) : Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases, WHO Technical Report Series 797, p.25.

장량이 많이 미달하며 특히 에너지, 단백질, 칼슘, 철분, 비타민 A의 섭취가 부족하고 빈혈 유병률도 상당 수준을 유지하고 있으며 연령증가에 따라 이와같은 현상은 더욱 악화되고 있는 것으로 보고되고 있다(강명희 1994 ; 문현경 1987 ; 손숙미 등 1996 ; 오세영 1994 ; 천중휘 1988).

특히, 생활보호대상자 중에 노인인구가 많기 때문에 저소득층 노인의 영양섭취는 매우 불량할 가능성이 높다⁶⁾.

4) 비합리적인 건강행위의 상존

우리나라는 전통적으로 음식을 짜게 먹거나 맵게 먹는 식습관이 유지되고 있으며, 적절한 식이와 건강행위를 실천하기보다는 건강보조식품을 지나치게 과신하는 경향이 있다. 1992년 및 1995년 국민건강조사에서 우리나라의 건강실천양상을 보면 적절한 식이섭취와 운동을 통한 건강실천 행태의 합리화가 이루어지지 않고, 불건강한 식습관을 유지하며, 건강보조제의 지나친 복용과 과신의 경향이 높은 것으로 나타났다(남정자 등 1995 ; 송건용 등 1992).

영양 잠정목표설정

건강증진사업에서 중요한 요소인 영양사업을 시행하기 위해서는 위와 같은 여건에도 불구하고 기존자료를 바탕으로 하여 사업시행방향의 설정을 위한 목표 설정이 불가분하다. 그러나 우리나라는 국가적인 영양목표를 세우는 데 있어서 필수적인 기본지표를 산출하는데 필요한 통계를 충분히 가지지 못하고 있다. 지금까지 영양에 대한 국내 연구자료들은 국민영양조사를 제외하고는 단지

적인 내용에 국한되어 있다. 경시적으로 영양상태가 어떻게 변천하여 왔는가에 대한 통계자료나 기본지표들이 생산되어 있지 않기 때문에 중장기 목표를 설정하고 전망을 하는 것이 원칙적으로는 불가능하다. 비록 설정을 한다 하여도 단기적인 잠정목표로써 설정할 수밖에 없으며 이 잠정목표의 합리성을 평가하고 재조정하고 보완하기 위한 기초자료수집 및 자료체계 확립을 위한 기반연구들이 조속히 실시되어야 할 것이다. 따라서 본 연구에서는 첫째, 국민의 영양상태 파악을 위한 조사연구사업의 실시와 모니터링(감시)체계의 구축을 우선 목표로 제시한 후, 다음 목표들로서 국민의 영양수준 향상을 위해 현실적으로 요청되고 있는 목표들을 설정하였다.

1. 건강수준 목표

목표 1. 국민의 영양상태 파악을 위한 영양감시체계를 구축한다.

필수적인 영양기초자료를 확보하기 위한 신뢰성 있고 정확한 영양조사를 몇가지 정기조사로 정착시켜 국민의 영양상태가 파악될 수 있도록 함으로써 영양감시체계를 구축한다. 이를 위해서는 다음과 같이 세부목표를 설정한다.

- ① 모든 연령층의 영양섭취 양상에 관한 국가적인 통계의 확보
- ② 취약계층(영양 고위험군)의 영양문제 파악
- ③ 취약 영양문제의 변화추이 파악
- ④ 국민의 식이행태 파악
- ⑤ 국민의 영양에 대한 인식조사

목표 2. 현재의 국민영양조사를 건강영양조사로 대폭 개선한다.

국민영양상태를 파악하기 위해서는 영양상태의 근본적이고 광범위한 파악과 영양과 건강과의 관계를 연계시켜 파악하는 것이 중요하다. 이를 위하여는 미국에서와 같이 건강검진조사와 통합된 건강영양조사의 실시가 필요하며, 이 영양건강조사의 내용과 방법을 발전시키고 지원하기 위해서는 영양학자 및 각방면의 의학자 등 광

6) 1993년 생활보호대상자의 연령구성을 보면 65세 이상 노인의 구성비가 거택보호 대상가구주 중에서는 56.2%, 가구원 중에서는 39.4%였으며, 자활보호대상자의 경우에는 65세 이상 노인의 구성이 가구주 중에서는 23.6%, 가구원중에서는 13.4%로 생활보호대상자의 상당부분이 노인이다(자료 : 보건사회부, 『93 생활보호대상자 현황분석』).

범위한 분야의 전문가가 참여하는 지원체계가 따라야 할 것이다.

현재의 국민영양조사가 국민건강증진법에 의하여 3년 주기로 실시되게 됨으로 과거의 국민영양조사를 대폭 개선하여 영양상태에 관련된 기본 생화학조사 및 개인별로 구체적인 영양섭취사항이 조사에 포함되도록 조사내용과 조사항목을 확충하고, 조사방법의 표준화, 조사방법의 개발 등을 통하여 조사의 질을 획기적으로 개선하도록 한다. 또한 국민영양조사 이외에 영양개선이 요구되는 영양취약대상에 대한 별도의 조사를 국민영양조사 기간 사이에 정기적으로 실시한다.

목표 3. 최저식생활 수준을 유지하지 못하는 계층을 감소시킨다.

우리나라에서 최저 식생활 수준을 유지하지 못하는 계층에 대한 통계는 제시되어 있지 않다. 그러나 국민영양조사에서 권장량에 75% 미만의 열량을 섭취하는 가구가 30%에 이르고 있음을 볼 때 간접적인 자료이기는 하나 아직까지 최저 식생활수준을 유지하지 못하고 있는 인구계층이 상당수 존재하고 있다고 본다. 이를 해소하기 위한 인구계층별 세부목표는 다음과 같다.

- ① 영유아 계층에 대해서는 5세이하 저소득층 어린이의 성장지연을 감소시키기 위하여 저소득층 지역에서 급식을 제공하는 보육원의 급식수준은 영양권장량을 고려한 수준으로 향상시킨다. 이를 위하여 보육원의 급식상태를 관리감독하고 지원을 확대하도록 한다.
- ② 청소년 계층에 대한 대책으로는 초·중·고교 및 근로청소년의 결식을 감소시킨다.
- ③ 저소득층 성인과 노인계층에 대해서도 결식 대상을 감소시킨다.

목표 4. 0세아의 모유수유 실천율을 향상시킨다.

	현황(1994년) ¹⁾	2000년 목표
모유 수유실천율	0개월 : 55.6%	0개월 : 75%
	6개월 : 28.8%	6개월 : 50%

자료 : 1) 박인화·황나미, 『모유수유실태 분석과 지원정책의 과제』, 한국보건사회연구원, 1994.

2. 위험요인 감소 목표

목표 5. 영양권장량과 식사지침에 입각한 건강을 지향하는 균형된 식생활의 실천을 유도한다.

- ① 지방으로부터 얻는 에너지 비중을 15~25%로 유

- 지한다.
- ② 청소년층 및 임신수유부의 칼슘섭취를 권장량 이상으로 증가시켜 노령화사회의 주요 영양문제인 골다공증을 예방한다
- ③ 유아(1~4세) 및 가임여성의 철결핍성 빈혈을 감소시킨다.
- ④ 소금의 섭취를 하루 10g 이하로 감소시킨다.

목표 6. 과다체중(overweight)과 비만의 증가를 억제한다.

- ① 성인인구의 체중과다(BMI 25.0 이상)를 인구의 15%로 낮춘다.
- ② 아동의 체중과다율을 10% 이하로 낮춘다.

체중과다 발생	현 황		2000년
	1992년 국민영양조사	1995년 국민건강조사	
성인			
남자	19.4%	16.7%	15%
여자	19.9%	11.0%	15%
아 동 (초·중·고생)	1992년 서울시 14.4%	학교건강 관리소	10%

주 : 체중과다기준 : BMI 25 이상.

시행전략

1. 영양사업 수행체계의 강화

1) 영양사업의 수행체계의 확립

영양이 국민건강에 미치는 중요성에 비추어 불 때 일본, 미국, 유럽의 선진국가와 같이 영양이 보건정책입안에서 비중있는 주요 부분으로 다루어지고, 목표 1~3과 국민건강증진시책에서 포함된 영양개선이 적극 실시되기 위해서는 현재 취약한 보건복지부의 영양행정체계를 보강하여 내실화와 전문화된 영양행정으로 강화하고 지방자치단체에 대한 기술 지원기능을 수립한다.

2) 영양정책심의회의 설치 운영

1)을 위해서는 정부내의 수개 부처(보건복지부, 농수산부, 교육부, 재정경제원, 문화체육부, 상공자원부)가 유기적인 연관성을 갖고 협조하며 식품산업체와도 협조체계를 갖추고 식량정책, 보건정책, 가격정책, 농업정책을 조정할 수 있도록 외국의 「Council of Nutrition」과 같은 영양 정책심의회를 설치하여 실질적인 운영을 통해 식량정책, 식품수급 및 판매정책과 연계된 종합적이고 장기적인 영양정책을 수립할 수 있도록 한다.

2. 영양조사 및 기초통계자료의 확보

1) 영양감시체계와 조사통계자료 확보

목표 1~2를 위하여 3년마다 실시될 국민영양조사는 미국의 건강영양검진조사(NHANES)와 같은 조사로 개편한다. 즉 기존의 가구당 식품섭취조사와 식생활조사의 내용을 개선하고 개인별 식품섭취조사와 생화학적 영양조사를 포함하여 정확히 실시할 수 있도록 조사의 규모, 내용을 대폭적으로 개선한다. 영양취약계층의 영양문제를 파악하기 위하여는 특수조사대상에 대한 추출물에 가중치를 두어 이들의 영양상태가 파악될 수 있는 표본선정 및 조사설계가 필요하다. 이와같은 조사가 여의치 않을 경우에는 현재 3년마다 실시되고 있는 국민건강조사와 보건영양조사, 건강영양조사를 건강검진조사와 통합하여 영양평가조사가 이루어지도록 한다. 또한 이러한 조사는 지방자치화에 따른 지역보건계획과 건강증진사업계획에 기초가 되는 지역별 영양진단자료로 활용될 수 있도록 조사설계되어야 한다. 건강영양조사는 심혈관계 질환예방 및 당뇨병예방 등 질병예방 대책부문에서도 요구되고 있으므로 관련 의료계와 공동으로 추진하는 것이 바람직하다.

2) 기존의 활용가능한 통계의 이용

(1) 보건소 통계

보건소 업무의 전산화가 점차 현실화 될 것으로 이를 통하여 기존의 영유아 기록부, 노인건강조사자료, 저소득층 보건서비스 이용자료 등을 활용하여 지역별 취약대상자의 영양상태를 모니터링한다. 예를 들면 영유아의 성장발육에 대한 자료는 보건소에서 예방접종시 체중과 신장계측을 하여 그 결과를 이용하도록 한다.

(2) 의료보험 통계

일반 의료보험 피보험자 및 피부양자에 대한 건강진단자료 및 산업상의 건강진단자료에 포함되고 있는 영양문진표를 좀더 체계적으로 개발하며 건강진단결과와 연계된 통계자료로 활용할 수 있도록 한다.

(3) 학교 보건통계

초·중·고 학생의 체위 및 건강상태조사 자료를 공개적으로 활용할 수 있도록 하고 측정방법에서 정도관리와 표준화를 기하도록 개선한다.

3. 영양교육 및 프로그램에 대한 대책

영양에 대한 국민들의 잘못된 인식과 건강식품에 대한

과신, 미신적인 사고가 아직도 만연해 있으므로 이를 과학적인 사고로 바꾸고 올바른 식습관을 실천할 수 있도록 하기 위해서는 바른 영양정보의 적극적인 보급이 필수적이다. 이러한 대국민 영양정보는 무엇보다도 국민들에게 저변 확대되어 올바른 식생활관리와 연결되도록 한다.

1) 일반국민에 대한 영양교육 대책

(1) 대중매체(멀티미디어, 방송매체, 인쇄매체 등)를 효과적으로 이용하여 영양교육을 실시하고, 표준화된 영양교육 메시지의 보급을 통하여 국민들이 쉽게 올바른 영양정보를 접할 수 있도록 한다. 즉 농촌의 영유아보충식 프로그램, 국민 고혈압예방 교육 프로그램, 당뇨병 예방을 위한 식이권장 사항 등과 같이 영양문제의 대상별로 표준화된 영양교육 프로그램을 개발 보급한다.

(2) 식품에 관한 부적절한 광고를 규제(관련법 제정 및 영양정책심의회 의 권고 및 심의사항에 근거)하여 국민들이 비건강을 초래하는 식품을 선택하는 것을 방지한다.

(3) 국민 식생활 지침과 식사 목표를 대상별(아동, 학생, 임산부, 노인, 대표적 성인병 예방)로 개발 보급한다. 대상별(아동, 학생, 임산부, 노인, 대표적 성인병 예방)로 식사의 선택에서 유용하고 실천이 용이한 구체적인 식사지침을 개발 보급하며 이를 생활화하기 위한 식단을 적극 보급한다. 이 식사지침과 목표는 국민식생활의 문제점에 맞추어 평가를 거쳐 정기적으로 수정보완되도록 한다.

(4) 영양에 관한 각종 교육·홍보 자료와 사업프로그램을 취합, 수집, 개발, 보급하는 영양정보은행 기능(National Nutrition Data Bases)과 정부 및 학계의 축적된 정보의 공동 포럼을 구축하는 체계를 갖는 기구를 정부나 관련 연구기관에 설치한다.

(5) 영양정보센터의 운영과 영양상담 전화(hot-line, health-line)(영양사협회 등에서 주관)실치를 통하여 국민에게 올바른 영양정보 및 상담을 상설 제공한다.

2) 피보험자에 대한 영양교육 대책

의료보험조합 및 생명보험회사의 대인서비스 활동으로 건강과 연관된 영양교육과 상담활동을 포함시키도록 촉구한다.

3) 보건소의 영양사업 도입

지역주민의 효율적인 건강관리와 영양서비스의 접근도를 높이기 위하여 보건소의 영양업무를 확충한다. 보건소에서는 포괄적인 만성퇴행성 관리와 건강증진사업의 제

공을 위하여 전문인력으로 영양사를 확보하여 지역주민의 요구도가 높은 영양서비스와 교육을 본격적으로 개발하여 제공하고 다음의 지역사회 영양관리를 실시한다.

- ① 보건소에서 주민의 영양교육 및 영양평가를 실시한다.
- ② 모자보건사업, 노인보건사업, 성인병 관리사업 등에 영양서비스를 도입하여 포괄적인 보건관리를 꾀하도록 한다.
- ③ 보건소에서 관할지역의 소규모 급식기관의 영양관리 및 감독업무를 수행한다.
- ④ 보건소에서 관할지역의 식품위생업소, 복지기관(노인, 아동, 장애자 시설 등), 보육기관의 영양관리 지도 및 감시기능을 수행한다.
- ⑤ 보건진료소와 보건진료소에 배치된 보건의료인력도 지역보건업무의 일환으로 지역주민의 영양개선사업에 참여하도록 한다.

4) 학교 및 사업장의 영양프로그램 도입

(1) 학 교

- ① 학교급식 확대
 식습관이 형성되는 초·중·고 학생들의 올바른 식습관형성 및 영양관리를 위하여 1차적으로 아래 표와 같이 전 초등학교에 학교급식을 확대한다. 또한 입시위주의 과중한 수업으로 결식과 편식 학생의 비율이 높은 중·고교에도 학교급식의 도입을 확대한다.

② 학생의 영양관리

	현 황	2000년 전략
학교 급식	초등학교 급식율(1995년) 학교수 57.4% 학생수 38.9% *1997년까지 전국 초등학교에 확대목표	초등학교의 100% 중고교의 30%
학교영양 교육실시	• 학교급식 영양사가 영양교육, 비만아 교실운영 등을 임의적으로 실시 • 영양사의 교사회 추진	영양사배치 학교의 100%

급식영양사는 학교 운영진 및 양호교사 및 체육교사 등과 협력하여 학생들에 대한 영양교육과 영양상 위험집단(소소득층 아동, 비만아, 빈혈아, 영양불량아 등)에 대한 영양관리를 관상하도록 한다. 이들의 활동을 지원하기 위한 교육훈련과 교육기술의 보급, 교육자료의 배포는 중앙의 건강증진사업 지원조직(보건복지부, 한국보건사회연구원 등)에서 지원하도록 한다.

(2) 사업장 영양관리

영양사가 배치된 사업장에서 영양사가 근무여력을 고려하여 급식대상 근로자의 영양교육과 영양프로그램의 운영관리를 맡도록 한다. 또한 영양사가 사업체 건강진단과 연계하여 근로자의 추구건강관리에서 영양관리를 담당하도록 한다.

학교에서와 같이 사업장 영양서비스 활동을 지원하기 위한 담당자의 교육훈련과 교육기술의 보급, 교육자료의 배포는 중앙의 건강증진사업 지원조직에서 이루어져야 할 것이다.

4. 임상의료에서의 영양서비스 강화

1) 기본적인 의료서비스에 영양서비스 포함

만성퇴행성질환을 효과적으로 예방, 관리하기 위해서는 건강교육과 식생활의 개선을 위한 영양지도서비스가 대상자의 의료서비스에 포함되어져야 하며 의료서비스와 영양서비스가 연계되어야 한다. 이는 의료비절감을 위한 전략으로서도 필수적이다. 병원 진료팀에 영양사를 포함시켜 환자의 포괄적인 건강관리를 도모하도록 한다. 즉, 만성병 관리에서 의사 및 간호사와의 협진체계가 이루어지도록 한다⁷⁾.

2) 영양교육상담에 대한 의료보험수가 적용

예방서비스의 일환으로 영양지도 서비스에 대한 의료보험수가 산정이 이루어져 건강 교육, 상담서비스가 보건의료기관에서 활성화 될 수 있도록 한다.

3) 의료인 양성 및 보수교육 과정에 영양 포함

의사·간호사 양성 교육과정, 직무훈련 과정에 영양과정을 일정시간 이상 삽입하여 Trainer's training을 실시함으로써 의료인이 환자관리에서 영양서비스의 필요성을 인식하도록 한다. 또한 1차 보건의료 종사자(가정의, 1차 진료의, 보건간호사, 보건진료원)가 환자에게 영양평가, 영양지도를 환자진료에서 포함하여 실시하도록 하며, 필요시 영양전문인에게 의뢰하도록 하여 영양상담을 활성화시킨다.

4) 의료기관의 평가제도에 영양서비스 포함

환자에게 질적이고 포괄적인 의료서비스를 제공하는

- 7) 현재 일부 병원에서는 의료인 회진팀에 영양사를 포함시키고 있는데 이를 다른 의료기관에 확대하도록 하여 영양관리나 식이요법이 필요한 환자에게 포괄적인 건강관리 서비스가 제공될 수 있도록 하여야 할 것이다.

데 있어서 필요한 조건 중의 하나로 과학적이며 적절하고 위생적인 급식관리를 들 수 있다. 그러나 현실 여건은 병원에서 적절하고 과학적인 식이요법과 영양관리가 이루어지지 못하고 있으며, 의료기관 운영에서도 급식관리가 소홀히 되고 있는 경우가 많다. 현재 도입하고 있는 의료기관 평가 항목에 영양·급식서비스를 포함하여 환자의 급식 및 영양관리가 개선되도록 한다.

5. 영양서비스의 확대

1) 영양전문인력의 확보

보건의료체계(보건복지부, 지방의 보건행정조직, 병원 및 학교와 사업장 등)에서 적절한 영양전문가의 확보를 권장하여 이들 기관에서 적절한 영양관리와 영양평가 업무가 수행되도록 한다.

2) 취약계층에 대한 영양공급 확대

(1) 취약계층의 영양공급을 확대하고 다양한 공급서비스를 활성화 시킨다. 즉, 노인의 영양향상과 노인복지를 위하여 65세 이상 결식노인, 식사준비가 곤란한 노인 가구에 대하여 종교단체나 각종 사회기관에서 식사지원 서비스(개인, 기관의 catering서비스)를 개발하도록 육성·지원한다.

(2) 빈곤층에 대한 생활보호대상자 지원을 최저생계비 수준까지 확대하되, 생계비지원방식을 현금지급에서 일부분은 외국의 Food Stamp와 같은 식료품구매 지원으로 전환하여 빈곤층이 기본적인 식생활과 영양상태를 유지하도록 유도한다.

6. 영양표시제도의 점진적 도입

1) 가공식품 영양성분표시(Labeling)제도의 점진적 도입

식품성분 및 영양소 표기(Labeling)제도는 선진국에서 건강과 안전을 위한 사회적 규제의 하나로 확대되고 있는 추세이다. 1995년부터 우리나라도 특수영양식품 및 영양소 등 함량 강조 표시식품에 표시하도록 하고 있는데 미국, 유럽, 일본 등지에서 영양표시제도가 강제 또는 권장규정으로 확대되는 추세에 있음을 볼 때 우리나라도 가공식품과 외식요리의 영양표시를 점진적으로 확대 도입하여 소비자에게 식품을 선택하는데 필요한 영양 정보와 기술을 제공하도록 한다.

이 제도는 식품산업체가 밀접하게 연관되어 있으며, 식품산업과 건강에 미치는 장단기 효과와 비용을 고려하

여 세심한 준비작업이 뒷받침되어야 한다. 이를 위하여 식품행정분야와의 행정적, 기술적인 연계가 필요하며 사회정책의 일환으로써 식품산업계와의 협조체제가 요청된다.

2) 소비자의 영양표시 이용도 향상

앞으로 2000년대에는 영양표시가 확대될 가능성이 높다. 영양표시제도의 적용에는 소비자의 영양에 대한 지식과 인식 정도, 건강문제와 관련하여 식품영양표시에 대한 관심 등의 전제조건이 따라야 한다. 따라서 영양표시제도 도입에 대비하여 식품선택에서 표시의 이용 수준을 향상시킬 수 있는 영양교육과 소비자교육이 따라야 할 것이다.

7. 민간의 참여 확대

1) 민간의 영양프로그램 참여 활성화

국민의 식생활 향상은 사회 각계각층의 다각적인 협조에서 이루어질 수 있으므로 민간단체와 시민단체, 민간 자원의 지역영양사업 참여와 공동행사를 활성화시킨다. 이것은 영양교육의 전달을 위해서도 필수적으로 요청된다.

2) 자조그룹의 지원

의료기관, 보건소, 학교, 사업장 등에서는 식사행태에 문제가 있는 문제집단별로 자조(self-care)그룹의 조성을 활성화시키고 지원한다.

8. 영양연구의 지원 강화

기초 및 응용 영양연구의 활성화를 위한 연구비 지원을 확대한다. 사회인구계층별 영양문제 평가, 질병과 영양섭취에 관한 역학연구, 영양교육과 행동변화에 관한 행동과학적 연구, 영양권장량 연구, 지역영양프로그램의 개발 연구, 우리국민을 대상으로 한 Lifestyle에 관한 연구, 영양평가를 위한 표준지표 및 지수의 개발, 식이행태에 관한 연구 등의 확충을 통하여 영양프로그램과 영양교육을 지원할 수 있는 연구가 확충되도록 국가적인 투자와 지원환경 조성이 요청된다.

향후 정책과제

식이와 질병에 관한 계속적인 연구, 국가 영양모니터링 및 감시체계는 국가의 영양 목표(goal)를 개발하고 관련된 전략과 target를 평가하는데 필수적이다. 우리나라

라는 영양사업을 추진하는데 필요한 기초자료가 매우 부족한 상태이다. 따라서 현실정에서 제시된 잠정목표가 재평가되고 수정보완되며, 시행방안이 좀더 구체적인 시책으로 수립되기 위해서는 다음의 과제가 필수적으로 이루어져야 한다.

첫째, 우리 국민의 정확한 영양상태 파악을 위한 기초 통계와 자료산출을 위한 국가 영양모니터링 토대가 마련되어야 한다. 이 자료산출 체계는 영양부문 단독으로 조성되기보다는 심혈관계질환, 당뇨병, 구강보건, 암관리를 위한 대책과도 연계되어 협동적으로 개발해야 할 부분이다. 또한 영양감시 체계에는 현재 생산되고 있는 기존의 통계(보건소 사업통계, 의료보험통계, 병원서비스 통계 등)를 보완하여 활용하는 방안이 반드시 포함되어야 할 것이다.

둘째, 현재 대부분의 식생활과 건강, 질병과의 연관성에 대한 지식이 외국의 연구결과를 토대로 하고 있으나 우리나라의 식생활이 매우 독특하며 급격한 변화의 와중에 있으므로 질병과 식이요인의 위험인자에 대한 역학적 연구, 즉 위암, 유방암, 직장암, 심혈관계질환, 당뇨병 등과 식이요인과의 연관성에 관하여 인구집단대상의 역학연구가 필수적으로 이루어져야 할 것이다.

셋째, 두번째 과제와 연계하여 추후관리가 가능한 실험지역을 정하여 역학적 조사설계를 통하여 위험 식이요인을 규명한 후 중재프로그램을 투입하고, 효과를 평가하여 이에 근거한 합리적인 영양교육, 영양교육매체 개발, 영양프로그램의 개발이 이루어져야 할 것이다.

네째, 국가나 지역사회의 영양 목표(nutrient target) 내지 식사목표(diet goal)를 구체적으로 개발하기 위해서는 전문가 위원회를 구성하여 작업을 하고 그 지식을 국민이나 취약계층 확산 보급하여야 할 것이다.

참고문헌

강명희(1994) : 한국 노인의 영양상태. *한국영양학회지* 27(6)
 김혜련(1995) : 영양관리 목표설정 및 시행방안 간담회 자료. 한국보건사회연구원
 남정자 · 최정수 · 김태정 · 계훈방(1995) : 한국인의 보건의식 행태. 한국보건사회연구원
 남정자 · 최정수 · 김태정 · 계훈방(1995) : 한국인의 건강과 의료이용실태. 한국보건사회연구원
 명재일 · 이규식 · 홍상진 · 김상진(1995) : 국민의료비와 의료비 억제정책. 한국의료관리연구원
 문현경 외(1987) : 노인영양상태연구. 한국공업협회 식품연구소

박순일(1994) : 한국의 빈곤현실과 사회보장. *일신사회과학* 신서 4
 박순일 외(1994) : 최저생계비 계층조사연구. 한국보건사회연구원
 박인화 · 황나미(1994) : 모유수유 실태분석과 지원정책의 과제. 한국보건사회연구원
 박혜련(1996) : 연령층별 영양상태, 양극화된 지역사회 영양문제. 1996년 대한지역사회영양학회 춘계학술대회 자료집
 백희영(1994) : 노인 요양시설의 영양, 한국노년 · 노인병 · 노화학 학술대회 자료집
 보건복지부(각년도) : 보건사회통계연보
 보건복지부(1976~1995) : 국민영양조사결과 보고서, 1975~1993
 보건복지부(1994) : 보건사회백서
 보건복지부(1995) : 93 생활보호대상자 현황분석
 박양자 · 구재옥 · 보수미 · 윤혜영 · 승정자(1996) : 도시 저소득층 노인들의 영양 및 건강상태 조사와 급식이 노인들의 영양상태에 미치는 영향. *지역사회영양학회지* 1(1) : 79-88
 송건용 · 남정자 · 최정수 · 김태정(1993) : 1992년도 국민건강 및 보건의식 행태조사 - 보건의식행태조사결과. 한국보건사회연구원
 백인경 · 이종호 · 이양자(1994) : 일부 비만아동 및 청소년에 대한 임상 영양학적 조사연구. *한국영양학회지* 27(1) : 79-89
 오세영(1994) : 사회복지시설 어린이와 노인에 관한 영양학적 고찰. *한국영양학회지* 27(4) : 403-409
 임종권 · 김혜련 · 장동현(1992) : 지방자치제에 따른 보건소 기능 및 행정체계 개선방향. 한국보건사회연구원
 채범석 · 한정호(1996) : 한국 지역사회영양의 현황과 전망. *지역사회영양학회지* 1(1) : 9-27
 천종희(1988) : 도시지역에 거주하는 노인의 영양상태에 관한 연구. *영양학회지* 21(1) : 12-22
 통계청(1965~1993) : 도시가계연보
 통계청(1981~1994) : 사망원인 통계연보
 한국의료관리연구원(1994) : 국민의료비의 동향과 구조
 American Public Health Association(1991) : *Healthy Communities 2000 : Model Standards*, 3rd Edition
 Australia Department of Community Services and Health (1987) : *Looking Forward to Better Health*, Vol.1~Vol.3, Better Health Commission
 Nutrition Reviews(1992) : Vol. 50, No. 8
 Republic of China Department of Health(1994) : *Toward Goal of Health for All : A Health White Paper*
 US DHHS(1994) : *Health of United States*, 1994
 US DHHS(1979) : *Healthy People*
 US DHHS(1995) : *Healthy People 2000 : Midcourse Review and 1995 Revisions*.
 US DHHS(1990) : *Healthy People 2000 : National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*, Washington,

D.C.

US DHHS(1988) : *The Surgeon General's Report on Nutrition and Health*

US National Research Council(1989) : *Diet and Health*

WHO(1990) : *Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases*, WHO Technical Report Series, No.797

WHO Regional Office for Europe(1993) : *Health for All Tar-*

gets : The Health Policy for Europe, European Health for All Series, No.4

WHO Regional Office for Europe(1985) : *Target for Health for All 2000*, European Health for All Series, No.1, Copenhagen

World Bank(1993) : *World Development Report, Investing in Health*