

## 학생 비만사업의 New Paradigm

김 혜 련\*

한국보건사회연구원 연구위원

### New Paradigm of School-Based Overweight and Obesity Prevention Program for Child and Adolescent

Kim, Hye Ryun\*

Korea Institute for Health and Social Affairs

#### 1. 서론

##### □ 비만의 원인

- 최근에는 에너지 섭취가 소비에 관여하는 유전적 경향, 지방세포의 생성과정 등 생물학적 요인과 함께 사회적 환경, 물리적 환경, 행태적 요인 등이 비만을 유인하는 것으로 파악됨.
- 비만의 발생은 가족력, 정신적 인자, 환경적 인자 및 식습관과 밀접하게 관련되어 있으며, 가족력은 유전, 체질과 함께 식습관이 가족에서 유사하게 세대로 전달되기 때문인 것으로 보고 있음.
- 정신적으로는 사회문화적 압박, 욕구불만, 고독감, 시간적 여유, 스트레스에 대한 자제력이 약할 경우 포식하는 경향이 높은 것으로 보이며, 신체활동 부족과 에너지밀도가 높은 가공식품, 패스트 푸드도 주요 요인으로 작용하고 있음.

##### □ 비만의 질병부담

- 비만은 당뇨병, 심혈관계질환, 암 등 주요 만

성질환의 위험요인이면서 건강수명을 감소시키고, 삶의 질을 저하시킴. 유럽에서는 전체의료비의 7%가 비만에 기인하는 것으로 밝혀짐.

우리나라에서도 최근 비만·과체중으로 인한 질병부담이 높은 것으로 추정되어 비만 예방관리의 중요성과 심각성을 제기하고 있음.

- 정영호 등(2006) : 비만과 과체중이 2조 1600억 원으로 전체 질병부담의 6.6%로 추정
- 비만으로 인한 치료비, 성인병 등 각종 합병증, 조기사망 등에 따른 사회적 비용을 약 1조 8,715억원으로 추정(안병철과 정효지, 2005)
- 사망과 질병의 사망 원인이 비전염성질환(NCD)에 기인하고 있으며 *The world health report 2002*에 의하면 가장 중요한 위험은 고혈압, 혈중 고콜레스테롤, 과일과 채소 섭취 부족, 과체중 또는 비만, 신체활동 부족, 흡연으로 이들 위험요인중 흡연을 제외한 5개가 식사 및 신체활동에 밀접하게 관련되어 있음.

\*Kim, Hye Ryun, Korea Institute for Health and Social Affairs, San 42-14, Bulgwang-dong, Eunpyung-ku, Seoul, Korea, Tel : +82-2-380-8206 Fax : +82-2-382-4581 E-mail : hrkim@kihasa.re.kr

## 2. 아동 및 · 비만의 판정

□ 비만은 체내에 지방조직이 과다하게 축적된 상태로 총지방 함량 자체보다는 체내 지방조직의 분포가 더 건강과 연결되어 있으며, 일반적으로 신체계측(체중과 신장, 피하지방 두께, 신체둘레, 체지방 측정기)을 통해 평가함.

□ 일반적으로 체중과 신장의 비 (weight/ height ratio)를 많이 이용  
체중과 신장의 비는 흔히 비만자수 또는 체질량지수라고 하며 소아보다는 주로 성인에게 적용되고 있음

1) 표준체중과 비교 (relative weight):

조사대상자의 체중을 신장이 동일한 집단의 평균 체중치(표준체중)와 비교하여 백분율로 나타냄.

$$\text{비만도} = \frac{\text{실측체중} - \text{신장별 표준체중}}{\text{신장별 표준체중}} \times 100(\%)$$

2) 체격지수(weight-height index): wt/ht<sup>2</sup>(kg/cm<sup>2</sup>)  
인 Quetelet지수를 체질량지수(Body mass index, BMI)라고 하여 가장 널리 사용함.

$$\text{BMI} = \text{Quetelet's index} = \frac{\text{wt}}{(\text{ht})^2}$$

□ 아동과 청소년의 비만 진단 기준

- 특히, 아동과 청소년은 과체중과 비만 판정 기준이 각양 각색이어서 혼란을 초래하고 있어 BMI 기준 등으로 일반화할 필요가 있음.

## 3. 학생비만 현황

- 비만유병률은 전세계적인 현상으로 미국, 유럽 등 구미국가에서는 지난 20년간 3배가 증가하여 현재 가장 심각한 공중보건의 도전이 되고 있음.
  - EU의 과체중 및 비만 유병률은 성인 인구의 50% 이상
  - 국가에 따라 학령기 아동의 3~35% (13세), 5~28%(15세)가 과체중 및 비만으로 나타남.
- 소아비만의 급증
  - 소아 및 청소년기의 비만은 대부분 성인기에

전달되고 다음 세대의 의료비 부담을 증가시키기 때문에, 전 세계적으로 소아 및 청소년기의 비만 예방과 관리가 특히 중요함.

- 우리나라에서도 2005년 성인 비만율은 32.4%로 지난 10여년 동안 1.6배 증가하였으며, 소아와 청소년의 비만율은 더욱 빠르게 증가하고 있음.
- 1998년 국민건강영양조사 결과 남녀 소아/청소년(10-18세)비만의 유병률이 모두 6.8%에 불과하였으나, 2005년에는 12%(남아는 14.4%, 여아는 9.3%)로 급증함.

□ 교육인적자원부는 초·중·고등학생의 2006년 신체발달 상황 및 건강검진 결과

- 초·중·고생의 비만율은 11.62%로 매년 증가추세이며, 또한 저학년에서 고학년으로 갈수록 높아지고, 남학생이 여학생보다 비만율이 높음(표 1).
- 비만도 현황 : 비만 11.62% (경도 6.46%, 중등도 4.32%, 고도 0.84%)

□ 청소년건강행태조사 결과

남여, 중학생, 고등학생에 따라 5.6~11.7%가 비만 학생임.

## 4. 학생 비만관리 관련 정책과 운영 프로그램 현황

### 4.1. 관련 정책

#### 4.1.1. 새 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)

• 건강생활 실천 영양부문:

- 1) 적정체중 성인인구의 비율을 70% 이상 증가시킨다.
- 2) 권장 에너지 이상의 섭취 인구 비율을 감소시킨다.
- 3) 권장 에너지 중 지방섭취 비율 증사 추세를 억제한다.

• 예방중심 질병관리: 과체중과 비만 부문 :

- 1) 적정체중 성인인구의 비율을 70% 이상 증가시킨다.
- 2) 청소년 비만인구 비율을 현 수준으로 유지한다.

- 3) 소아 비만인구 비율을 현수준으로 유지한다.
- 4) 복부비만인 성인 인구 비율을 현 수준으로 유지한다.
- 건강생활 실천 운동부문:
  - 1) 청소년의 규칙적 (중강도)운동 실천을 16% 이상으로 증가시킨다.
  - 2) 청소년의 규칙적 (고강도)운동 실천을 40% 이상으로 증가시킨다.
- 4.1.2. 교육부 학생건강증진종합대책, 2007~2011)
  - 비만학생 예방 프로그램 운영·정착, 2011년 까지 학생비만을 15%로 감소
  - 학교급식 영양표시제 운영, 학교 내 탄산음료 판매 금지
  - 신체활동 강화 프로그램 운영, '웰빙 건강 체조' 실시, 신체활동 중심의 교육과정 운영
  - 학교스포츠클럽 운영
  - 학생건강체력평가시스템 도입
  - 학교건강환경평가제 도입
- 4.1.3. 교육부 학교급식종합대책, 2007~2011)
  - 학교급식 영양관리기준, 학교급식 영양표시제

- 학교급식 품질관리 및 안전성 강화
- 영양관리 및 식생활지도 강화
- 지역거점 학교급식 지원센터 설치 운영
- 4.1.4. 식약청 어린이먹거리안전종합대책, 2007~2010
  - 식품안전보호구역 지정관리
  - 어린이 기호식품 광고 등 규제 강화
  - 어린이 기호식품의 첨가물 사용 규제 강화
  - 어린이 단체급식 지원체계 구축, 어린이 급식관리 지원센터' 설치·운영
  - 식품안전·영양 교육 및 홍보 강화
  - 우수한 제품에 대한 소비자 접근성 제고 (영양성분 신호등표시제 도입 등)
  - 어린이 식생활안전관리특별법 마련
  - 당, 나트륨, 트랜스지방 등 영양위해 성분 저감화
- 4.1.5. 보건복지부·질병관리본부 '국가비만종합대책'
  - 2005년 11월 '국가 비만관리 종합대책' 발표
  - 내용: 국가비만대책위원회' 구성, 비만치료의 보험급여화, 패스트푸드 광고 제한, 학교 탄

<표 1> 초·중·고등학생의 2006년 비만도 현황 (교육인적자원부)

구분	성별	정상	비만도 현황			
			경도	중등도	고도	계
초	남	86.92	7.24	4.98	0.86	13.08
	여	90.65	5.78	3.15	0.42	9.35
	평균	88.77	6.52	4.07	0.64	11.23
중	남	86.36	7.01	5.45	1.18	13.64
	여	91.27	5.12	3.07	0.54	8.73
	평균	88.80	6.08	4.26	0.86	11.20
고	남	84.94	7.40	6.11	1.55	15.06
	여	89.42	6.07	3.67	0.84	10.58
	평균	87.19	6.73	4.88	1.20	12.81
<b>전체 평균</b>		<b>88.38</b>	<b>6.46</b>	<b>4.32</b>	<b>0.84</b>	<b>11.62</b>

주: 비만도(%) = (실측체중 - 신장별표준체중) / 신장별표준체중 × 100  
 경도비만(20-29%), 중등도비만(30-49%), 고도비만(50% 이상)으로 구분하며, 표준체중은 대한소아과학회에서 제시한 신체발육 표준치의 성별 표준체중 사용

산음료 자판기 제한, 보건소 비만클리닉 운영 등 계획

- 추진 상황: 구체적 세부실행방안 마련과 실제 추진 미흡

#### 4.2. 우리나라의 비만 프로그램 운영 현황 및 특성

가. 학교 비만예방 프로그램 시범사업 (서울시 등)

- 서울시 교육청·서울시 학교보건진흥원 비만관리 매뉴얼 개발
- 비만 예방사업 중점 추진학교 선정 건강교실(비만교실) 운영 (초등 50개교, 중등 50개교)
- 각 구 보건소, 생활체육협의회와 협력 (HI 건강짱 프로그램 등)
- 비만관리 프로그램 운영 : 학생건강검사 결과 중증도 비만아동을 대상으로 생활습관, 영양교육, 신체활동 강화, 행동수정 프로그램을 각 8~12주 과정으로 개별활동시간이나 방과후 운영
- 음악줄넘기 등 신체활동의 강사 지원, 신청 학교당 연간 60만원 운영비 지원

나. 보건복지가족부 및 관련기관의 사업과 프로그램

1) 보건소 건강증진사업의 영양·비만 프로그램

- 보건소 건강증진사업의 영양 및 비만사업으로 추진 : 2006~2007년 보건소 건강증진 영양사업의 필수사업으로 아동 및 성인 비만사업 시행
- 적정 체중인구비율 및 체중관리 실천율이 주요 평가지표

2) 보건소 비만클리닉 사업

- 2006년부터 보건복지부 질병정책과를 중심으로 5개 보건소에서 시범사업 추진
- 2007년 10개 보건소로 확대 (부산 기장군, 대구 서구, 울산 북구, 경기 안산시 단원군, 경기 수원시 장안구, 경기 평택시, 강원 태백시, 전북 군산시, 경북 칠곡군, 경남 창원군 보건소)
- 예산 : 2008년 1개 보건소에 5,000만원
- 아동청소년 및 취약계층의 비만자를 대상으로 영양상담, 운동지도, 행동요법 등 비만관리를 위한 서비스를 보건소 만성질환관리 내소자

대상 프로그램과 학교, 사업장 등 외부기관 연계 프로그램은 필수사업으로 운영, 교육홍보 사업, 환경개선사업은 선택사업으로 운영

3) 비만바우처 사업

- 2007년 8월부터 보건복지부 사회서비스 사업의 일환으로 추진
- 비만도 20% 이상 초등학생 대상으로 소득, 재산기준에 제한없이 신청자에게 월 4만원의 바우처를 제공하고, 2개 사업자(국민체력센터, 에버케어)가 서비스 제공
- 서비스 내용 : 운동처방 신체활동 중심으로 서비스 제공 (운동지도, 식습관지도, 전화상담 등), 구체적인 사업지침과 가이드라인의 부족함
- 서비스 가격은 사업자가 자유로이 결정할 수 있으며, 공급기관별로 차별화된 서비스 제공이 가능해 수요자의 가격 및 서비스에 대한 선택 폭이 넓은 것이 특징. 이 서비스는 해당 사업을 선택한 지자체에 한해 지원이 이뤄지며, 서비스 가격에서 바우처 지원액을 제외한 나머지는 본인이 부담

4) 국민건강보험공단 비만사업

- 2007년 전국 23개 국민건강보험공단 지사에서 각 1개교를 시범 선정하여 '어린이 비만교실' 운영 600여명 참여
- 비만아동을 대상으로 검진(신체계측, 혈압 및 혈액검사) 후 12주 교육실시후 평가
- 12주 프로그램(영양교육, 운동요법, 행동수정요법, 조리실습)

5) 민간 의료기관 비만클리닉

- 비만증가에 따른 환자 증가로 비만클리닉 수요 증가
- 비급여 수익사업으로 운영, 클리닉의 난립, 일부 클리닉의 서비스 오남용

#### 5. WHO의 건강증진학교와 미국의 Coordinated School Health Program

가. 건강증진학교 (Health promoting schools, HPS)

- WHO(2004)는 모든 나라에서 대부분의 어린이들의 삶에 영향을 미치며, 학교 정책과 프로그

램은 건강한 식사와 신체활동의 채택을 지지  
 ○ 5가지 영역 중 비만과 관련된 내용은 다음과 같음.

1. 학교보건정책 (Health School Policies)
2. 학교의 물리적 환경 (The School's Physical Environment)
3. 학교의 사회적 환경 (The School's Social Environment)
4. 지역사회 연계 (Community Links)
5. 건강생활을 위한 행동 능력 (Action Competencies for Healthy Living)

나. 미국의 Coordinated School Health Program (CHSP)

□ 미국 통합적 학교건강프로그램(CHSP)는 CDC가 주도적으로 개발 및 지원하여 학생의 건강문제를 해결하기 위해서 가족, 보건의료인, 미디어, 종교기관, 지역사회 기관, 종교기관 등이 참여하여 다음 8가지 요소를 충족시키도록 요청함.

1. 보건교육 (Health Education)
2. 체육교육 (Physical Education)
3. 보건서비스 (Health Services)
4. 영양서비스 (Nutrition Services)
5. 상담과 심리서비스 (Counseling and Psychological Services)
6. 건강한 학교 환경 (Healthy School Environment)
7. 학교 교직원들의 건강증진 (Health Promotion for Staff)
8. 가족과 지역사회의 참여 (Family/ Community Involvement)

**6. 학교 비만 관련 법령**

□ 학생의 비만과 관련된 현행 법령을 보면 2006년 전면 개정된 학교급식법과 시행령, 2008년 제정된 어린이식품안전특별법률과 학교보건법, 국민건강증진법 등을 들 수 있음. 개별법 차원이 아니라 학생의 건강과 보건교육, 영양관리, 신체활동을 위한 종합적이고, 총괄적인 법정비가 필요

□ 관련 법령

○ 학교급식법 개정 내용

제11조 (영양관리)	① 학교급식은 학생의 발육과 건강에 필요한 영양을 충족할 수 있으며, 올바른 식생활습관 형성에 도움을 줄 수 있는 식품으로 구성되어야 한다. ② 학교급식의 영양관리기준은 교육인적자원부령으로 정한다.
제14조 (영양상담)	학교의 장은 식생활에서 기인하는 영양불균형을 시정하고 질병을 사전에 예방하기 위하여 저체중 및 성장부진, 빈혈, 과체중 및 비만학생 등을 대상으로 영양상담과 필요한 지도를 실시한다.

○ 학교급식법 시행규칙

제5조 (학교급식의 영양관리 기준 등)	① 법 제11조제2항에 따른 학교급식의 영양관리기준은 별표 3과 같다. ② 제1항의 기준에 따라 식단작성시 고려하여야 할 사항은 다음 각 호와 같다. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 전통 식문화(식문화)의 계승·발전을 고려할 것</li> <li>2. 곡류 및 전분류, 채소류 및 과일류, 어육류 및 콩류, 우유 및 유제품 등 다양한 종류의 식품을 사용할 것</li> <li>3. 염분·유지류·단순당류 또는 식품첨가물 등을 과도하게 사용하지 않을 것</li> <li>4. 가공적 자연식품과 계절식품을 사용할 것</li> <li>5. 다양한 조리방법을 활용할 것</li> </ol>
-----------------------	--

○ 어린이식품안전특별법률 제정

제5조 (어린이 식품안전보호구역 지정)	① 시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 안전하고 위생적인 식품판매 환경의 조성으로 어린이를 보호하기 위하여 학교와 해당 학교의 경계선으로부터 직선거리 200미터의 범위 안의 구역을 어린이 식품안전보호구역(이하 "어린이 식품안전보호구역"이라 한다)으로 지정·관리할 수 있다.
제8조 (고열량·저영양 식품의 판매 금지 등)	① 식품의약품안전청장은 고열량·저영양 식품의 영양성분 기준을 정하여 고시할 수 있다. ② 식품의약품안전청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장소에서는 고열량·저영양 식품의 판매를 대통령령으로 정하는 바에 따라 제한하거나 금지할 수 있다. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 학교</li> <li>2. 우수판매업소</li> </ol>

제10조 (광고의 제한·금지 등)	① 어린이 기호식품을 제조·가공·수입·유통·판매하는 자는 방송, 라디오 및 인터넷을 이용하여 식품이 아닌 장난감이나 그 밖에 어린이의 구매를 부추길 수 있는 물건을 무료로 제공한다는 내용이 담긴 광고를 하여서는 아니 된다. (2010년 1월 1일부터 시행)
제12조 (영양성분 색상 표시)	① 식품의약품안전청장은 어린이 기호식품에 들어 있는 지방(脂肪), 당(糖), 나트륨 등의 영양성분에 대하여 기준을 정하고 그 기준에 맞는 식품을 우수식품으로 하며, 그 우수식품에 대하여 녹색 등 색상으로 표시(이하 "색상 표시"라 한다)하게 할 수 있다. (2010년 1월 1일부터 시행)
제21조 (어린이급식 관리지원 센터 설치·운영)	① 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 어린이에게 단체급식을 제공하는 다음 각 호의 집단급식소에 대한 위생 및 영양관리를 지원하기 위하여 어린이급식관리지원센터를 설치·운영할 수 있다. 이 경우 시장·군수·구청장은 연합하여 공동으로 어린이급식관리지원센터를 설치·운영할 수 있다.

- 학교보건법
- 국민체육진흥법
- 학생체력증진 및 비만관리에 관한 법률(안)  
발의: 학생 비만방지를 위한 특별법 2007년 7월 법안 제안으로 그 내용은 학생 신체활동 촉진, 학생 체력증진과 비만관리를 위한 기본 계획수립과 시책, 위원회 설치, 학생건강체력증진지원센터 설치 운영,
- 국민건강증진법: 국민건강증진종합계획 수립 등

**7. 학생 비만관리사업의 패러다임 변화와 정책 방향**

**7.1. 아동 청소년 비만 판정기준의 확립**

- 비만예방 프로그램을 전개하고 대상자를 판정하고, 사업결과를 평가하는데 있어서 각기 다른 기준(BMI, 상대체중 등)을 사용하고 있어 혼란이 있어 평가기준을 통일하거나 병행할 필요가 있음.

**7.2. 학생 건강증진 관리체계의 정립과 확충**

- 학생건강증진종합대책(2007~2011)의 실효성 있는 추진
  - 비만학생 예방 프로그램 운영·정착
  - 학교급식 영양표시제 운영, 학교 내 탄산음료 판매 금지

- 신체활동 강화 프로그램 운영, '웰빙 건강체조' 실시, 신체활동 중심의 교육과정 운영
- 학교스포츠클럽 운영
- 학생건강체력평가시스템 도입
- 학교건강환경평가제 도입

**7.3. 학교 비만예방 프로그램 지원 체계 확충**

- 일선 보건소나 학교에서 개별적으로 비만예방 프로그램을 운영하는데는 사업계획의 수립, 교육자료 및 프로그램 지침서 개발, 교사의 지식과 역량 개발, 효과적이고 지속적으로 프 효과적인 프로그램을 운영에 있어서 한계가 크므로 중앙정부(교육과학기술부, 보건복지가족부)와 지방교육청 차원에서 추진하고, 전문 지원기구(예: 서울시 학교보건진흥원)에서 표준 프로그램의 개발, 지침과 교육과정 및 자료의 개발 보급, 평가의 표준화 등 지원 체계가 요구됨.
- 비만 프로그램 운영에 행정적 지원과 협력체계의 개선이 필요
- 지역사회의 지지체계의 확보

**7.4. 학생 건강검진체계를 연계 활용한 비만 예방관리**

- 학생 신체발달 상황 및 건강검진 결과를 이용하여 학생 건강관리, 비만예방을 위한 기초 자료 및 Target 학생 관리에 효과적으로 활용

**7.5. 일선 학교보건 관련 전문 인력간의 협력 강화를 통한 사업 효율화**

- 우리나라는 학교를 기반으로 한 비만프로그램을 중재하기에 적합한 전문 인력과 자원(학교급식, 체육관련 시설, 보건실 등)을 학교에서 자체적으로 갖추고 있음.
- 보건교사와 영양교사, 체육교사가 협력할 수 있는 비만프로그램 방향을 확립하고, 협력을 유도할 수 있는 정책과 지침을 마련하며, 이를 지지하는 학회(예: 학교보건학회)를 통하여 이들 전문 인적자원이 보건교육, 영양교육, 체육교육을 통합적으로 운영하여 학생들에게 전달되도록 하여야 함.

**7.6. 학생 건강관리 관련 법령 사항의 충실한 이행과 정비**

- 학교보건법, 학교급식법, 어린이식품안전특별법 등이 충실한 이행 필요
- 이와 함께 '학생의 체력증진 및 비만관리에 관한 법률안' 등이 제안되고 있으나 개별법 차원이 아닌 학생의 종합적인 건강관리를 위해 상충되는 법률의 종합적인 조정과 정비가 요구됨.

**7.7. 포괄적인 학생 비만프로그램으로 전환**

- 비만 중재 프로그램 대상 : 일반학생 전체 vs. Target 학생
  - 최근 선진국 동향은 학교에서 비만아동만을 대상으로 하는 프로그램 운영이 드물어짐. 비만 아동이 사회적으로 낙인감을 느끼거나 놀림을 당할 가능성, 심리적 위축과 정신적 스트레스, 자아효능성 감소 등 문제 초래
  - 비만 아동을 포함하는 전체 아동을 포함하는 예방 프로그램의 진행이 효율적이고 부작용이 감소

**7.8. 비만프로그램 접근 전략: 포괄적 종합적인 학생건강증진 프로그램 체계의 일환으로 운영**

- WHO의 Health Promoting School (건강증진 학교)의 확산
  1. 학교보건정책
  2. 학교의 물리적 환경
  3. 학교의 사회적 환경
  4. 지역사회 연계
  5. 건강생활을 위한 행동 능력
- 미국의 Coordinated School Health Program (CHSP)
 

8가지의 통합적인 접근 전략, 보건교육, 체육교육, 보건서비스, 영양서비스, 상담과 심리서비스, 건강한 학교 환경, 학교 교직원의 건강증진, 가족과 지역사회의 참여

**7.9. 학생 비만 추이의 모니터링체계의 개선 발전**

- 청소년건강행태조사
- 교육부처 학생체력조사
- 국민건강영양조사

- 비만 예방 프로그램 사업 결과의 모니터링 자료 확보

**8. 결론**

- 우리나라에서 학생, 아동과 청소년에 대한 비만 프로그램이 개발되고, 학생들에게 서비스가 이루어지기 시작한다는 불과 10년이 안되지만 그동안 다양한 학교기반 프로그램들이 보건소, 학교, 교육청, 보건복지부 등에서 개발되어 시범사업이 이루어져 오고 있으며, 프로그램 운영이 역량이 축적되고 있음.
- 또한 학교에 비만예방 관리를 위한 전문인력 (보건교사, 영양교사, 체육교사)이 확보되어 있으며, 학생 건강상태를 모니터링할 수 있는 청소년건강행태조사 시스템이나 교육과학기술부의 학생 신체발달 및 건강검진시스템이 갖추어져 있어 사업의 모니터링 체계가 갖추어져 있어 학교보건에서 중요한 인프라가 어느 정도 갖추어져 있으며, 최근 '학생건강증진종합계획', '학교급식종합대책'등의 정책이 추진되고 있어 학생의 비만 예방관리를 위한 여건이 조성되고 있음.
- WHO, 유럽국가, 미국, 싱가포르 등의 외국 경험과 그동안 우리나라의 사업경험에 비추어 다음과 같은 방향으로 학생 비만 프로그램의 패러다임 변화가 요구됨.
  - 아동 청소년 비만 판정기준의 확립
  - 학생 건강증진 관리체계의 정립과 확충
  - 학생건강증진종합대책의 실효성 있는 추진
  - 학교 비만예방 프로그램 지원 체계 확충
  - 산재되어 있는 관련 국가사업의 연계체계 구축과 조정 필요
  - 학생 건강검진체계를 연계 활용한 비만 예방 관리
  - 일선 학교보건 관련 전문 인력간의 협력 강화를 통한 사업 효율화
  - 학생 건강관리 관련 법령 사항의 충실한 이행과 정비
  - 포괄적인 학생 비만프로그램으로 종합적인 학생건강증진 프로그램 체계의 일환으로 운영
  - 학생 비만 추이의 모니터링체계의 개선 발전