

지역사회에서의 영양개선사업 활성화 대책

서 은경

대한 영양사회 회장, 영등세브란스병원 영양과장

복지사회의 가장 중요한 목표의 하나는 지역사회 주민의 건강을 최적의 상태로 증진시키는 것이며, 이러한 목표에 가장 근접하는 수단이 삶의 질을 높이기 위한 영양상태의 개선이라는 것은 이미 과학적으로 증명된 바이다. 이 시점에서 지역사회 영양사업의 중요성을 논하는 것은 바로 올바른 식생활의 실천이 오늘날의 여러 만성적 질환의 예방이나 치료에 필수적이라는 인식 아래 영양문제가 이미 개인의 문제 뿐만 아니라 사회전체의 문제라는 인식이 보편화되고 있기 때문이다. 그 때문에 이를 해결할 영양사업이야말로 비용측면에서 경제적 효용성이 높다는 것이 세계 여러 나라의 보고에서 수없이 지적되고 있는 것이다.

건강증진과 질병예방이 1960년대 이후 선진각국에서 보건의료의 핵심적 개념과 방법론으로 자리잡아 가고 있으며, 미국, 일본을 비롯한 여러 나라에서는 경제적 성장에 따른 만성질환의 증가와 고도 성장의 혜택을 골고루 나누어주기 위한 복지정책으로 지역사회에서의 영양사업이 이미 주요사업으로 시행되어 오고 있다.

영양과 만성성인병에 대한 여러 연구결과가 알려지면서 미국은 1977년 상원에서 "Dietary Goal for United States" 라는 맥거번 보고서를 공표하기에 이르렀고, 또한 미국 버클리대 영양학 교수인 조지 브릿스 박사는 의회 특별위원회에 낸 보고서를 통해 미국은 영양문제를 개선함으로써 의료비 지출을 1/3정도 줄일 수 있을 것이라는 점을 강조하였다.

1988년도 한국보건사회연구원 조사에서도 10가지 건강생활습관의 실천(이중 식생활 내용이 60%이상임)을 9가지 이상 지킬 경우 현 유병자의 25%가 질병을 예방할 수 있고, 45.2%의 의료비 절감효과를 가져와 7천억 이상의 비용을 줄일 수 있다는 추정을 보고한 바 있다.

우리나라에서도 1992년부터 시행되고 있는 제 7차 경제사회발전 5개년 계획에 건강증진과 보건교육이 한 분야로 채택되어 1995년 1월부터 국가적 차원에서 건강증진 전략을 추진하기 위한 국민건강 증진법이 제정되고 이어 9월에 시행령이 구비되면서 만성성인병의 예방을 위한 방향으로 보건정책이 마련되고 있다. 그러나 이처럼 핵심적 전략으로서의 건강증진은 아직 구체적인 내용과 접근법에 대한 토의가 원활하게 이루어지지 못하고 있고, 주요사업인 영양개선사업도 당위성은 인정하고 있지만 제도적인 지원책 마련이 지극히 미흡한 편이다. 그러면 지역사회영양분야는 얼마큼 이러한 시대의 변화에 대처하고 있는가를 되돌아보아야 할 것이다.

우선 국민영양조사와 통계에서 나타난 지역사회영양을 둘러싼 환경의 변화를 알아

보고, 선진국의 지역사회 영양정책의 발전을 참고해보면서 국내의 건강증진법에서 요구하는 영양분야의 역할을 진단하여 미래에서의 나아가야 할 방향을 제시하여 보고자 한다.

1. 지역사회영양을 둘러싼 환경의 변화

모든 사회환경의 변혁에 따라, 우리도 현재의 변화를 올바르게 파악하고 이 다음단계에서 우리가 할 수 있는 가장 효과적인 일이 무엇인가를 예측할 수 있어야 한다. 우리는 변화하는 미래에 대비하여 실행하기 위한 비전을 키워가야 한다. 이러한 미래에 대한 준비는 곧 현실로 나타날 수 있다. 우리의 미래를 창조하기 위한 노력은 현재를 진단하고 과거의 우리의 행적을 되돌아 보는 자세가 기본이 되어야 할 것이다.

1) 인구 구성의 변화

우리나라의 인구구조는 다른 선진국에서와 같이 65세이상의 노인인구의 증가로 나아가고 있다. 미국의 경우 노인인구 비율이 1990년 자료에 의하면 13%이며, 일본도 1990년 조사에서 12%로 나타나 우리나라의 1990년 통계의 5.0%보다는 2.5배 정도가 더 많다. 하지만 1980년에 전체인구 중 3.8%를 차지하던 비율이 1990년에는 5.0%로 늘어났으며 2000년에는 6.8%로 빠르게 증가하고 있다. 따라서 노인인구 증가에 따른 만성성인병의 증가가 만연되고 있으므로 노인질병 예방을 위한 영양프로그램의 개발과 활동 능력이 없는 노인과 혼자사는 노인의 영양결핍등의 예측가능한 상황에 대한 영양정책도 고려되어야 할 것이다.

하지만 아직도 우리나라 인구의 24% (1993년)는 0-14세의 영유아 및 어린이가 차지하고 있다. 이는 미국의 22%, 일본의 18%보다 높은 비율이다. 임산부의 영양상태가 중요한 원인이 될 수 있는 저체중 영아 출생비율은 9%(1990년)로 미국의 6%(1990년), 일본의 6%(1990년)보다 훨씬 높은 수준으로 중국, 아르헨티나, 알제리와 같다.(1994년 UNICEF자료) 또한 1990년 영아 사망율의 국가간 통계를 비교하여 보았을때 우리나라는 1000명당 12.8명으로 미국 9.1명, 일본 4.6명보다 매우 높은 것을 볼 수 있다.

이러한 통계치가 시사하는 바는 전반적인 보건의료의 수준뿐만 아니라 일생중 영양상태가 가장 민감하게 건강에 영향을 미칠 수 있는 임산부와 영유아에 대한 영양정책이 미흡하다는 것을 추론할 수 있다.

2) 국민영양상태의 변화

영양권장량에 대한 영양소별 섭취비율의 연차적 추이를 보면 다음과 같다. 에너지 섭취량의 경우 83년도에는 90.3%, 93년도 90%로 별 변화가 없었고, 단백질은 96.9%에서 99.2%로 약간 증가하였으며 식품군별 섭취비율에서는 동물성섭취의 비율이 32.2%에서

46.4%로 늘어나 육류식품의 섭취가 증가한 것을 볼 수 있다. 전체 섭취열량에 대해 단백질은 83년에 12.5%에서 93년에는 15.9%로 늘어났으며 지방의 증가폭은 더욱 커서 12.5%에서 18.2%까지로 증가하였다. 이러한 지방과 단백질의 섭취 증가는 영양섭취의 질적인 향상을 가져옴과 동시에 만성성인병의 원인도 되어 이 질병을 예방하기 위한 체계적인 지역사회 건강 프로그램이 요구되고 있다.

만성성인병의 증가와 식품으로 인한 알러지의 증가의 원인을 영아기때부터의 잘못된 식습관에 기인한 것이 아닌가를 추측하여 볼 수 있다. 우리나라 6개월 이내의 영아 모유 수유율은 1991년 44.4%에서 1993년에 26.7%로 불과 3년 사이에 약 20%가 감소한 것을 볼 수 있다. 이러한 모유수유의 급격한 감소는 1990년대 들어서면서부터 미국과 같은 선진국에서는 강력한 모유권장 정책에 힘입어 모유 수유율이 증가한 것과는 정반대의 현상이다. 젖을 떼는 시기도 1991년에 3개월이 17.1%에 비해 1993년에 26.4%로 점점 빨라지고 있다. 이와 함께 이유식의 시작 시기도 빨라져 6개월 미만에 보충식을 하는 비율도 1991년에 47.3%에서 1993년에 55.5%이며 음식의 종류도 알러지를 일으키기 쉬운 단백질 식품의 이용이 증가하고, 시판용 이유식의 이용비율이 38.6%에서 53.9%로 큰 증가를 보인 것으로 나타나고 있다.

또하나의 대표적 건강문제로 제기될 수 있는 것이 10대 청소년 비만으로 1984년 8.0%에서 1988년 12.4%로 급속히 증가하였고, 1992년의 조사에서는 14.5%로 지속적으로 증가하는 추세를 보이며 이는 향후 우리나라의 심각한 성인병 문제를 제시해 준다고 할 수 있겠다. 국민영양조사 보고에서는 연령별로 보고되고 있지 않아 청소년 영양상태를 파악하는 데 어려움이 있으나, 의학계의 조사에서 비만의 발생에 따른 연령분포를 보면 비만도가 20%이상인 자를 대상으로 했을 때 남아의 경우는 11세(25.0%), 10세(23.0%)의 순이고, 여아의 경우는 17세(20.9%), 16세(17.4%), 15세(15.1%)의 순을 나타내었다. 1988년도 보고에서는 비만의 발생빈도가 가장 높은 연령이 15세에서 17세 사이인데 비해 1992년도 보고에는 가장 높은 빈도가 11세 즉, 국민학교 소아에서 특히 고도 비만이 많은 점등으로 미루어 비만층의 연령이 점차 낮아지는 경향을 보이고 있다.

이러한 통계치가 시사하는 바는 만성성인병의 증가와 노인 비율의 증가에 따라 성인과 노인의 건강에 관심이 몰리고 있는 사이 영양적 취약계층인 임산부, 영유아 뿐만 아니라 소아 및 청소년 계층도 무방비 상태에서 매스컴과 잘못된 정보들에 노출되어 바람직하지 못한 방향으로 식습관이 형성되고 있었던 것이다. 따라서 영양적 취약집단에 대한 올바른 평가와 함께 이에 적합한 프로그램들의 개발이 요구된다고 하겠다.

2. 미국의 영양정책

미국에서의 영양정책은 보건성(DHHS; Dept. of Health and Human Services)과 농무성(USDA; U.S. Dept. of Agriculture) 양 부서에서 연방정부내의 각 부처간의 활동, 주정부의

활동전반에 필요한 정책의 수립 및 시행을 하고 있다. 미국의 영양정책에 근간이되는 요소들은 1)합리적인 가격으로 적절한 식품을 공급하고 2)안전하고 위생적인 식품 공급을 보장하며 3)소득에 관계없이 식품 구매가 용이하도록 하고 4)바람직한 식품선택을 독려하기 위한 교육 프로그램과 연구에 의한 정보들을 제공하고 5)식품과 영양을 기본으로 하는 연구를 위한 지원과 6)보건체계의 부분으로서 영양 서비스를 위한 일관된 지원으로 이루어지고 있다. 지역사회의 복지증진을 위해 가장 필수적인 것은 모든 지역 주민이 건강한 신체를 가지기 위한 바람직한 영양환경을 제공하는 것이다. 미국의 경우 이러한 개념에 입각하여 1960년대초 케네디 대통령은 영세민에 대한 무료 식품공급 프로그램인 *Food Stamp*를 시작하였으며, 1969년 닉슨 대통령에 의한 "*War on Hunger*" 정책이 공표되면서 미농무성내에 연방 식품 보조 프로그램을 담당하기 위한 *Food and Nutrition Service* 부서가 설치되었다. 이후 수많은 지역사회 영양 프로그램들이 개발되었으며 지금까지 성공적으로 진행되고 있다.

미국의 경우 행정구역 단위의 보건영양사의 직책에 따라 자격의 기준을 명확히 하고 있으며(*Director, Supervisor, Nutritionist, Nutritionist RD* 등), 이는 구체적인 영양정책 수립과 프로그램 실행에 전문적인 역할을 부여하여 실제로 지역사회주민의 건강 증진에 크게 이바지하게 하고 있다.

미국의 영양정책의 고려사항 중 특기할 만한 것은 위생적이고 안전한 식품을 합리적인 가격에 구입할 수 있도록 하고 경제적 능력에 상관없이 식생활은 충족되게 공급받을 수 있도록 한다는 전제를 배경으로 하고 있다. 우리나라 도시가구당 월평균 식료품 구입비 비율은 29%(1993년)로 미국의 8.4%에 비한다면 3배가 넘는다. 미국의 경우 캐나다의 12.1%와 비교하여도 낮은데 그 이유를 식품 수급체계의 효율성을 들고 있다. 결과적으로 아무리 경제적 수준이 낮더라도 적어도 식품섭취 부족으로 인한 영양결핍과 같은 상태에 이르지 않도록 육체적 건강은 국가가 기본적으로 보장해 준다는 철학을 갖고 있는 것이다.

정책결정시 철학의 차이는 프로그램의 기획과 평가에서 큰 차이를 나타낼 수 있다. 사업을 시작할때 값싸고 손쉽게만 할 것이 아니라 궁극적인 목표를 정한 후에 예산의 낭비를 신중히 고려하여 성공적인 결과를 얻는 쪽으로 프로그램을 개발하여야 할 것이다. 미국에서는 국가 영양정책을 형성하고 영양 지침들을 개발하기위한 수많은 시도들이 있어왔다. 그 중요한 부분들을 보면 1969년에 식품, 영양과 건강에 대한 백악관 회의가 열렸으며, 1977년에는 상원의회에서 '미국인을 위한 식사 목표가 만들어 지면서 이후로 영양정책의 발전이 크게 이루어졌다. 특히 사업을 전반적으로 지원하고 목표 달성 정도를 평가하기 위한 '사업감시 및 자료관리체계'를 강조하고 있으며 *Center for Disease Control and Prevention(CDC)*와 *the National Center for Health Statistics(NCHS)*를 중심으로 다양한 자료원을 통하여 매년 평가서를 발간하고 있다.

미국의 영양정책은 이렇게 달성해야 할 구체적인 목표들을 세워놓고 다양하고도 체계적인 영양 프로그램들을 진행하고 있다. 영양 프로그램에 많은 예산을 투자하고 있

는 미농무성의 경우 대표적인 프로그램인 *Food Stamp*의 경우 전인구의 10%(1992년)가 혜택을 받고 있으며, 영양취약계층인 영세민 영유아와 임산부를 위한 *Special Supplemental Food program for Women, Infants, and Children(WIC)*의 경우 그 효과 평가에서 1달러의 투자로 3달러의 의료비 절감을 가져 왔다는 매우 성공적인 결과를 보여주고 있다. 미농무성에서 주관하는 영유아, 청소년만을 위한 프로그램 이외에도 5가지 프로그램(*Commodity Supplemental Food Program(CSFP), School Lunch Program, School Breakfast Program, Child Care Food Program, Summer Food Service Program*)이 더 시행되고 있다. 모든 프로그램들은 주단위의 보건기관과 협력하여 진행되고 있으며 그 자료원은 CDC로 집합, 분석되고 있다. 예를 들어 CDC에서 매년 발간하는 영아 영양조사 보고서의 자료원은 일선에서 진행되고 있는 영양 프로그램인 WIC에서 72%, 조기 진단 및 치료 프로그램인 EPSDT 18%, Well Child 프로그램 9.4% 기타 1%이하로 구성되고 있다. 이는 지속적인 업무를 통하여 축적된 자료를 분석함으로써 비용절감을 가져오면서 효과적인 지역사회 진단을 할 수 있도록 하고 있다. 또한 매 보고서에는 반드시 2000년대의 목표치가 명시되어 있어 현재와 원하는 미래를 비교해 가면서 현재의 위치를 파악할 수 있도록 하고 있다.

이러한 일련의 노력들은 건강한 미국사회를 만들기 위해서는 예방가능한 질환으로 인한 자원의 낭비를 감소시키자는 의도가 내포되어 있다. 우리도 미국의 모델을 참고로 하여 우리나라 실정에 맞는 프로그램을 개발하는 것이 필요할 것이다.

3. 건강증진과 우리나라 지역사회 영양사업

건강증진의 개념이 지역사회의 보건의료 활동에 포함된 것은 오랜 역사를 가지고 있으나 공식적으로 이 용어가 사용된 것은 1960년대 중반이며, 프로그램의 독자성을 가지게 된 것은 1970년대 말로서 미국 연방정부와 세계보건기구의 노력에 의한 작업에 의해 이루어 졌다. 1977년 알마아타 선언에서 전인류의 건강수준 향상을 위한 일반적인 전략으로 일차 보건의료(*Primary Health Care*)의 개념과 방법론이 마련된 이후, 1984년 세계보건기구의 주도로 건강증진의 개념과 원칙을 정리하였고, 1986년 오타와에서 열린 건강증진에 관한 제1차 국제회의에서 개념과 논의를 정리하였다.

미국이 주도하는 건강증진의 주요정책의 골자는 개인의 책임과 행위로서 자신들 각자가 건강을 유지, 증진시킬 수 있는 열쇠임을 강조하고 흡연과 음주, 육체적·정신적 건강유지와 영양실천에 관심을 갖도록 하는 것이며, 이러한 실천과 기회가 모든 시민에게 주어지도록 하며 궁극적으로 예방정책으로 가능한 한 자원의 소모를 감소시키자는 것이다. 1979년에는 연방정부가 국민건강에 주된 영향을 미치는 요소로서 영양의 중요성을 명백히 인정하였고 1990년을 목표로한 *'Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention'*를 발간하면서 내용이 보편화 되었다. 이 문서는 2년동안의 토의를 걸쳐서 만들어 졌으며, 1990년에 달성되기 원하는 분야의 226개

항목의 목표들이 들어있다. 또한 1990년에는 2000년을 내다보고 'Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives'를 세웠다. 여기에는 1980년보다는 범위가 좀 더 확대되어 300개의 세부목표들을 세워놓고 있다.

세계보건기구(WHO)에서 지역사회주민의 건강증진을 위하여 가장 우선적으로 추천하는 사업은 보건교육과 영양부문의 사업이다. 우리나라 정부에서도 국민건강증진을 위한 정책의 요구가 증대되고 있는 것에 적극 대응하여 선진외국의 나라들처럼 국민의 평생건강관리체계의 구축을 위하여 1995년 1월5일에 공포된 국민건강증진법은 제1조(목적)에서 이 법은 국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강행위를 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함을 목적으로 한다라고 목적을 밝히고 있다. 이 법안이 종래의 보건관계 법과 다른 점은 사업대상이 환자에서 건강한 자로, 사업내용이 약물투여, 기술적 치료에서 금연, 절주, 영양개선등 생활습관의 변화 유도, 질병관리에서는 감염성질환에서 만성퇴행성질환으로, 재원은 국고 및 지방비에서 국고, 지방비 및 담배사업자등의 기금등으로 바뀌었다.

제2조(정의)에서는 이 법에서 사용하는 용어 정의 중 '국민건강증진사업'의 정의를 '보건교육, 질병예방, 영양개선 및 건강생활의 실천등을 통하여 국민의 건강을 증진시키는 사업'이라고 하고 있다. 또한 제15조(영양개선)에서는 국민영양개선을 위한 사업을 명시하고 있으며 16조(국민영양조사)에서는 영양에 관한 지도업무를 행하기 위한 공무원들을 들 것을 명시하고 있다. 이 법령은 영양에 대한 중요성이 우리나라에서는 최초로 구체적으로 부각되었다는 점에서 영양정책 발전에 큰 기여를 하게 될 것으로 기대한다.

보건소는 다양한 계층의 일반주민과 손쉽게 접촉할 수 있는 공익의 1차 의료기관으로서 정보의 제공 및 질병의 예방치료를 위한 지역사회영양관련 업무는 보건소를 통해 이루어지는 것이 가장 효과적이므로 보건복지부에서 1994년 8월부터 28개 보건소를 시범보건소로 선정, 대한영양사회의 지원으로 자원봉사 영양사를 교육 배치하면서 지역사회 영양사업은 시작되었다.

하지만 현행 법은 영양지도원을 영양사에만 국한하지 않고 영양사가 없는 경우 의사, 간호사로의 범위를 두고 있으며, 광역단위 시·도 및 각 시·군·구의 영양지도원의 업무 구분에 따른 자격의 차이를 두지 않고 있다.

미국의 경우 행정구역 단위의 보건영양사의 직책에 따라 자격의 기준을 명확히 하고 있으며(Director, Supervisor, Nutritionist, Nutritionist RD 등), 이는 구체적인 영양정책 수립과 프로그램 실행에 전문적인 역할을 부여하여 실제로 지역사회주민의 건강 증진에 크게 이바지하게 하고 있다.

지역사회에서의 영양사업을 포괄적 의미로 우리나라에서 언제 시작했는가를 살펴보면 농촌진흥청에서 시작한 농촌생활개선사업을 들 수 있다. 농촌생활개선사업은

1956년에 시작하여 1968년 UN/ICEF/FAO 협력 응용영양사업 협정으로 농촌 여성과 영유아의 영양향상을 위한 프로그램을 본격적으로 실시하였으며 그후 81년까지 협정사업을 연장하여 실시하였다. 응용영양 시범마을 및 아동영양 시범마을의 육성으로 좋은 성과를 거두어 농촌 식생활 개선에 큰 기여를 하였다. 우리나라가 아직 경제적 성장을 하지 못하던 시절에 시작되었던 이 농촌생활 개선사업은 의,식,주에 걸쳐서 전반적인 농촌생활의 향상을 목적으로 향토음식의 개발, 전수및 식품 저장법등의 실용적인 식품 이용법을 가르침으로써 식품조리를 이용한 영양교육에 큰 비중을 두었다.

보건 조직에 영양분야가 들어온 것은 1993년 5월로 수원시 권선구 보건소에 영양사가 배치되어 영양사업을 시작하여, 그 이후 1994년 8월부터 전국에 40여명의 영양사가 20여개 보건소에서 제대로 지원받지 못하고 있는 여건하에서 사업을 실시하고 있다.

보건소에서 지역주민 개개인이 식생활지도를 받을 수 있도록 창구를 마련하고, 연령별 영양교육 프로그램을 상설하며, 식단작성 및 조리지도, 임신부 등록제를 통한 철저한 모자영양관리로 보건소가 지역사회에서 신뢰받는 건강증진센터로서의 역할을 담당할 수 있는 방향으로 현재 노력중이다.

아직 국가에서 지역사회를 위한 영양사업 활성화에 대하여 선진국과 같이 확실한 철학적 배경이라든가 정책방향은 이루어지지 못하고 있으나, 국민건강증진법의 발효와 함께 사회적 변화에 맞는 통합적이고 체계적인 영양정책이 수립이 시급히 필요한 때임을 절감하게 된다. 그동안 30여년의 역사를 가지고 있는 농촌진흥청의 응용영양지도사와 이제 막 지역사회영양 분야에 뛰어든 보건소 영양사간의 업무에 대한 서로간의 이해와 협력이 이루어질때 보다 진취적인 방향의 지역사회를 중심으로 하는 정책이 수립될 수 있을 것으로 생각한다.

• 우리나라 보건소 영양사업의 현황

보건소법이 제정(1962. 9. 24)되면서부터 보건소의 업무에 영양의 개선이 명시되었고, 국민영양개선령의 제정(1969. 8. 14)과 함께 영양개선의 지도및 관리를 위하여 특별시·직할시·도 및 시·군·구에 영양지도원을 두도록 하였다. 영양지도원의 자격기준은 다음의 표와 같이 변화되어 왔으나 아직도 선진국처럼 전문분야에 전문인을 제대로 사용하는 상황이 되지 못하고 있다.

< 관련법상 영양지도원 자격 기준 변천 과정 >

	관 련 법	자 격 기 준	
1969. 8.-1994. 2. 15	국민영양개선령	의사·약사·간호원 또는 영양사	
1994. 2. 16-1995. 8.	"	의사 또는 영양사	없을 경우 약사 또는 간호사
1995. 9. 1 이후	국민건강증진법 시행령	영양사	없을 경우 약사 또는 간호사

(국민건강증진법 시행령 시행과 더불어 국민영양개선령 폐지됨.)

1992. 6. 보건복지부 훈령 제 639호로 「보건소 보건의료 전문인력 배치기준」에 영양사가 포함(간호사중 대체 가능 인력)되었고, '94년부터 보건복지부 보건사업지침에 영양사업 실시하도록 지침이 각 시도 관련기관에 전달되었다.

보건복지부에서는 1994년 8월부터 12월까지 5개월간 전국 28개 보건소를 선정, 자원 봉사 영양사를 배치하여 영양사업을 실시하였고, 1995년부터 시·도별로 24개 보건소에서 영양사를 일용직으로 채용하여 영양사업을 수행하고 있으며, 1단계('94 하반기): 영양사업 기반조성, 2단계('95-'96): 시범영양사업 실시 및 영양사업 전국확대, 3단계('97): 전국 보건소 영양사 배치를 목표로 하고 있다.

국민건강증진법이 금년 1월 5일 제정(9월 1일부터 시행)되어 국가 및 지방자치단체는 국민의 영양상태를 조사하여 국민의 영양개선 방안을 강구하고, 영양에 관한 지도를 실시하여야 하며, 보건소장은 영양관리사업을 하여야 할 책임을 갖게 된 것이다.

***문제점**

1995년 9월 현재 영양사업을 실시하는 보건소는 전국 269개 보건소중 24개 시범보건소에 불과하다. 1995년부터 시범보건소에 시·도별로 영양사를 일용직으로 채용하여 영양사업을 수행하고 있으나 기본적인 사업예산이 확보되지 못하여 사업수행에 어려움을 겪고 있다. 현재 24개 시범보건소에 배치되어 있는 영양사들은 정규직이 아닌 일용직 신분이므로 책임을 지고 영양사업을 추진하기가 어려운 실정이다. 국민건강증진법상에 영양개선사업 수행자로 영양지도원을 두도록 하고, 영양사의 자격을 가진 자 중에서 임명하도록 되어 있으나, 영양사가 없을 경우 의사 또는 간호사의 자격을 가진 자로 임명할 수 있도록 되어 있으며, 「보건소 보건의료 전문인력 배치기준」에도 영양사가 간호사 대체인력으로 되어 있어 영양사 정원 확보에 걸림돌로 작용하고 있다. 영양개선사업 수행자로 보건소에 영양사 배치가 필수적이거나 내무부에서 지방공무원 정원 동결이라는 원칙을 고수하고 있어 영양사 배치가 어려운 실정이다. 보건소의 보건의

료 전문인력 배치기준에 의거, 배치된 타직종 보건의료 인력에 비하여 영양사의 보수 기준이 낮게 책정되어 있고, 영양사업 수행에 필요한 전문적인 교육을 받을 수 있는 기회가 적어 근무의욕 저하를 가져오는 것이 큰 애로사항이다.

4. 효과적인 보건소 영양개선사업 수행을 위한 건의

1) 영양행정 체계의 수립 및 영양전담부서가 설치되어야 한다.

영양사업의 활성화를 위해서는 영양정책이 일관성있게 추진되어야 하며, 이를 위해서는 세계 어느 나라에서나 있는 것과 같이 국민영양 정책의 수립 및 시행을 담당할 중앙 및 지방자치단체에서의 영양 행정 체계가 하루 빨리 수립되고, 영양전담부서가 설치되어야 한다. 이를 위해 정부 중앙부서에는 보건국내에 영양과가 신설되고, 지방자치단체에서도 시도에는 영양증진과, 보건소에는 건강증진과 및 보건지도과에 영양계가 마련되어야 한다. 일본의 영양행정은 후생성, 도도부현, 보건소의 *Line*으로서, 후생성에는 보건의료국내에 건강증진영양과가 있으며, 지방의 도도부현에는 위생주관과에 영양건강증진담당계가 설치되어 있으며, 국가 영양정책 시행의 하부체계로 보건소의 예방과에 영양담당계에서 영양사 주임이 영양사업을 담당하고 있다.

2) 모든 보건소(269개)에서 영양개선사업이 조속히 실시되어야 한다.

모든 보건소에서 영양관리사업의 정착으로 통일 한국에서 새롭게 대두될 북한주민의 영양상의 문제점까지 함께 효과적으로 대처할 수 있는 기초를 마련하여야 한다.

3) 영양개선사업 수행 전문인력으로 영양사가 모든 보건소에 배치되어야 한다.

국민건강증진법 시행령상의 영양지도원을 영양사의 자격을 가진 자로만 임명하고, 보건소 보건의료 전문인력 배치기준에 영양사 배치를 정식으로 명시하고, 보건소법 시행령상에 영양전담 공무원의 배치를 규정하여 영양사를 정규직원으로 임명하는 것이 효과적인 영양사업 수행을 위해서는 필수적이다. 일본의 경우 1991년도에 1267명의 영양사가 보건소에 배치되어 있고 772명의 영양사가 시정촌 보건센터에서 영양과의 업무를 수행하고 있다.

일본은 *GNP*가 가장 낮은 시기로 볼 수 있는 1948년도부터 보건소에 영양사가 배치되었으나, *GNP* 10,000불에 점입하고 있는 우리나라에는 현재 1명의 정규 영양사도 보건소에 없다는 것은 건강증진을 위한 정부의 영양정책수준과 인식도를 가늠해 볼 수 있을 것이다.

4) 영양개선사업 추진에 필요한 기본적인 사업비가 책정되어야 한다.

사업 수행에 필요한 적정예산이 시, 도 지방자치단체별로 정규예산 편성시 확보되어

야 한다.

5) 영양사 일용직 보수단가가 타 보건의료 직종과 형평성이 유지되어야 한다.

5. 우리나라 지역사회 영양사업의 활성화 대책

여러 선진국에서 이루어져 온 영양정책을 우리나라와 비교하여 보았을 때 뚜렷이 내세울만한 대표성이 있는 프로그램이 없다는 것은 우리가 앞으로 해야 할 부분이 그만큼 많다는 것을 시사하고 있다. 과거와 현재에 대한 각성으로 미래의 비전을 세워야 할 때이다. 여러 분야의 전문가들이 힘을 합하여 지역사회에 대한 기여를 할 때 그 국가의 발전이 이루어질 것이라는 것을 염두에 둔다면 이제까지 미비했던 지역의 영양 분야에 대한 관심을 적극적이고 진취적인 방향으로 바꾸는 것이 우리의 역할이라는 것을 절감하게 된다.

인간의 의식주 생활 중에서 어느 부분이 가장 기본적인가를 물어본다면 누구나 식생활 분야라고 대답할 것이다. 그러나 아직까지 우리나라에서는 국민 식생활의 방향이 어디로 흘러가고 있는지 어느 지역에서 어떤 영양적 문제가 발생하여 건강한 주민의 생활을 저해하고 있는 지에 대해서 자신있게 말할 수 있는 근거 자료도 부족할 뿐만 아니라 주민을 위한 보건영양 프로그램도 매우 미미한 형편이다. 이런 현실은 국가 예산 중 국민 건강증진을 위한 보건영양사업에 투자되고 있는 비율이 얼마나 되는지를 보면 알 수 있을 것이다.

영양문제는 문제의 심각성에 비해 걸음으로 표출되는 양상은 미약하고, 건전한 식생활을 유도하기 위한 교육, 홍보등을 포함한 영양관련사업은 눈에 보이는 결과가 즉시 나타나지 않기 때문에 공공부문에서 국민건강을 위하여 많은 투자를 하여야 한다.

정부에서 이러한 사정을 인식한다면 이 분야의 중요성을 당연히 부각시키고 국가적 수준의 영양정책과 각 지역사회에서의 영양사업 프로그램을 활성화시킬 수 있을 것이다.

정부가 아직 인식하고 있지 못하다고 하여서 지역사회 영양의 중요성을 알고 있는 학계 및 현장에서의 영양사들조차 현실에 안주하여 목소리를 낮추고 있을 수는 없다. 우리는 무엇이 우리가 달려가야 할 방향이며 무엇이 우선순위인지를 생각하여야 한다. 우선 그 방향에 관하여 제언을 하여보고자 한다.

1) 영양개선사업 전담부서 설치를 규정하여야 한다.

국가 및 지방자치단체가 국민건강증진법상에 명시된 국민의 영양개선 방안을 강구하고, 영양에 관한 지도를 실시하며, 다양한 영양개선사업을 효과적으로 수행하기 위해서는 이를 전담하는 부서의 설치가 반드시 필요하다. 시행 규칙상에 「영양개선 사업 전담부서 설치」 조항을 신설, 국가 및 지방자치단체에 전담부서를 설치하여 일관성 있고 체계적인 장·단기 국가영양정책 수립 및 시행이 가능하도록 하여야 한다.

2) 지역사회 영양정책을 위한 궁극적인 철학과 뚜렷한 목적이 세워져야 한다.

앞에서 미국의 예를 들어 영양정책의 요소들에 관하여 언급하였지만, 어떤 정책의 입안을 위하여는 그 뒤에 뒷받침되는 철학이 필요하다. 지금까지 우리나라의 많은 정책들이 그 철학의 부재로 여론 및 상황에 밀려 호지부지 끝을 맺지 못하는 경우를 우리는 많이 보고 또한 경험하고 있다. 이러한 직·간접적 경험을 바탕으로 이 분야에서 만큼은 철학이 뒷받침되는 정책이 세워질 수 있도록 시도를 하여야 할 것이다.

예를 들면 미국의 *White House*나 상원의원과 같이 대통령 직속 또는 국회나 지방자치단체 단위의 지방의회에 영양정책담당 위원회가 구성되어야 한다. 이 위원회는 행정가 및 이 분야의 전문가들로 구성되어 국가적 단위 및 지방자치 단위에서 지역주민에게 영양서비스를 제공하게 하기 위해서 생각해야 할 기본적인 철학에 대한 토의가 이루어져 정리되어야 할 것이다. 무엇보다도 현실을 염두에 둔 영양정책 철학이 되어야 할 것이다. 그래야만 현장에서 일하는 실무 전문가인 영양사들도 그 철학을 마음에 새기고 일할 수 있기 때문이다.

3) 장·단기적 평가를 위한 목표가 각계의 전문가들과의 토론에 의해 세워져야 한다.

정책을 위한 철학이 세워진다면 결과 측정을 할 수 있는 장·단기적 목표가 세워져야 한다. 이 목표들은 반드시 현실을 고려하여 매우 구체적으로 세워져서 그 목표달성 시기가 되었을 때 평가가 가능하도록 한다. 이 부분이 정책 및 프로그램의 효율성을 가늠할 수 있는 부분이 될 것이다. 그러므로 이 목표를 세울 때는 이 분야의 실무자를 포함한 보건의료팀과 통계전문가가 반드시 참여하여야 할 것이다. 미국의 *'Healthy people 2000'* 은 이 부분의 좋은 예가 될 것이다.

4) 지역사회 주민의 건강증진을 위한 마케팅적 개념의 영양사업이 도입되어야 한다.

급격하게 다변화하는 사회적 추세에서 지역사회의 보건정책도 소비자, 즉 주민의 요구에 맞게 건강증진 서비스를 제공하려는 마케팅적 사고로의 인식의 전환을 하여야 할 때가 왔다. 즉, 주민의 건강유지를 위한 요구를 발견하고 이를 만족시키는 보건서비스를 개발하여 주민에게는 건강증진이라는 가치를, 국가에는 의료비 절감을 가져다 주는 광범위한 의료사회적 차원의 의미를 부여하는 영양정책사업이 이루어져야 한다.

예산을 자율적으로 운영하게 되는 지방자치 시대를 맞아 지역사회 주민들을 위한 공익의 1차 의료기관인 보건소가 주민의 요구에 맞는 영양사업을 주도해야 할 것이다.

현재 대도시에서는 국민들의 건강하게 살려는 욕구를 충족시키고자 예방의학적 측면에서 자기의 건강상태를 진단해 보는 건강진단센터의 개설이 나날이 증가되고 있고, 종합병원의 경우 예약이 장기간 밀려 있는 상황이다. 오늘날의 각종 성인병이 불규칙한 식사, 비만을 유발하는 과식, 동물성식품의 다량섭취, 무절제한 음주, 단당류 식품 및 기호식품의 지나친 섭취 등에 기인한다는 학계의 논문들에서만 아니라 실무자인 영

양사의 입장에서도 우리 국민의 식습관 문제의 심각성을 절감하고 있는 바이다.

이 문제점을 해결하고자 건강진단센터에서는 임상영양에 전문적 지식을 가진 영양사를 두고 영양상담실을 설치하여 수검자의 영양상태를 평가하고 식사와 건강, 질병의 관련성 등에 대한 교육과 올바른 식품선택 및 조리방법 등에 이르기까지 그들의 생활양식에 맞는 식사를 적용하게 하고, 질병에 따른 식사요법도 교육하여 좋은 영양상태를 유지하도록 노력하고 있다.

보건소에서 보건의료의 공공성을 위해서도 하루 빨리 주민들을 위하여 저렴한 비용으로 실시되어야 할 우선적인 사업은 주민의 요구에 맞는 영양사업이다. 그 지역사회의 특성에 적합한 여러가지의 보건영양사업을 통하여 지역주민의 생활양식에서 큰 비중을 차지하는 식생활 개선을 가져와 질병예방 및 건강증진에 큰 효과를 가져오게 될 것을 확신하는 바이다.

5) 지역사회 평가를 위한 정보를 파악할 수 있는 통계체계를 구축하여야 한다.

모든 정책 및 사업들은 많은 예산을 필요로 한다. 하지만 우리나라의 실정을 본다면 그 많은 돈이 어디로 어떻게 흘러 들어가 쓰였고, 이후 어떠한 결과를 얻었는지에 대해 명쾌히 설명하여 줄 자료가 절대적으로 부족하다. 이 체계는 정책을 입안할 때 미리 고려되어야 하며, 어느 기관에서 어떻게 효율적이고 합리적으로 분석하여 그 결과물을 어디에 주고 이용하게 할 것인가가 명확하게 규정되어 있어야 할 것이다. 예를 들어 국민영양조사의 경우, 국가적 단위에서 적지 않은 예산을 들여서 전국에 걸쳐 약 2,000가구에 걸쳐 3년에 한번씩 조사를 한다. 그리고 그 결과물은 보통 2년 후에 각 보건소로 통보된다. 하지만 그 결과는 국가단위의 것이고 그 지역사회를 대표할 만한 통계자료와 분석은 되지 못하고 있다. 또한 통보시기가 너무 늦어 그 조사를 담당하였던 공무원은 그 결과를 보지 못하는 경우가 더 많다. 그러므로 그 다음 조사시 조사를 담당하는 공무원의 경우 동기부여가 되지 않는다. 더군다나 영양조사원은 보건영양사가 아니라 책임자 없이 단기 채용 영양사와 간호사였고, 보건소에는 통보되는 결과물을 해석할만한 영양전문가가 없다.

그러므로 국가단위의 국민영양조사와 더불어 각 지역단위의 영양조사가 이루어질 수 있는 보다 효율적인 프로그램 개발과 더불어 일선 단위기관에서 일관성있게 업무를 주관할 보건영양정책 책임자 및 보건영양전문가의 배치가 이루어져야 한다.

미국의 경우 CDC의 Nutrition Division에서는 국가적 Nutrition Monitoring의 책임을 맡은 많은 보건영양사와 통계전문가가 있어서 정확한 통계자료를 국가 단위뿐만 아니라 각 주별로 1년에 한번씩 통보하여주고 있다. 또한 그들은 보다 정확한 지역사회 영양상태 파악을 위한 연구도 끊임없이 하고 있다. 그 결과는 각 주 및 지역사회 단위의 보건기관의 보건영양사에 의하여 해석되어 주민을 위하여 이용하게 하고 있다.

6) 지역사회의 계층, 연령에 따른 다양한 프로그램의 개발과 정보교환을 할 수 있는

중심 연구기관의 설립이 필요하다.

지역사회는 경제적, 연령적, 심리적으로 여러가지 다양한 측면을 가진 사람들이 모여살고 있다. 그렇다면 이렇게 다양한 사람들에게 한가지의 획일적 프로그램으로는 효과를 얻기는 힘들 것이므로 각기 다른 상황을 고려한 프로그램을 개발하여야 할 것이다. 우선적으로 이런 프로그램은 중심 연구기관과 협의회가 구성되어 지역사회 주민의 합의에 의하여 도출될 수 있는 통로가 되어 줄 여러 프로그램들의 예를 든다면 다음과 같다.

- 그 지역사회를 파악하여 경제적으로 취약한 집단의 경우 식품공급이 이루어지는 영양프로그램 개발
- 영양적으로 매우 중요한 시기인 임신부와 영유아에게는 모유수유율 증가를 위한 효과적인 교육 프로그램 개발
- 직장인을 위한 직장내에서의 영양상태 *monitoring*와 교육 프로그램 개발
- 슈퍼마켓에서의 균형된 식품선택 프로그램

7) 지역사회 자원과 인적·물적자원을 개발하여 협력관계를 구축하여야 한다.

지방자치시대가 되면서 이제 모든 자원은 각 자치단체의 부담이 되어가고 있다. 그렇다면 이 자원을 마련하기 위한 노력도 이루어져야 할 것이다. 건강증진 영양정책을 펴기 위한 민간자본 유도도 한 방법이 될 수 있을 것이다.

8) 지역사회 영양증진을 위한 사명감과 전문성을 가진 영양사의 양성이 요구된다.

앞의 모든 일들을 실시하는 데는 영양 전문인력이 필요하다. 지역사회에 대한 안목을 가지고 정책 입안에도 기여할 수 있는 인력들을 양성시키는 일은 미래의 이 분야의 성패를 가르게 되는 주춧돌과 같은 중요성을 가진다. 이러한 전문인 양성을 위한 노력은 학계와 실무현장과의 협력하에 이루어져야 하며, 그러기 위해서는 우리가 보건 분야의 모든 직종과 협력하기 위한 마음가짐과 자세를 갖추어야 할 것이다.

<참 고 문 헌>

1. 연세대학교 보건대학원, 국민건강증진의 실현방향-추계 보건대학원 세미나, 연대보건 대학원, 1995
2. 보건사회부, 국민영양조사보고서, 보건사회부, 1993
3. 보건사회부, 93년 국민영양조사결과보고서, 보건복지부, 1995
4. 보건사회부, 보건사회통계연보, 보건사회부, 1994

5. 농촌진흥청, 농촌생활개선사업의 발자취(1958년-1993년), 농촌진흥청, 1993
6. *UNICEF, The State of the World's Children*, UNICEF, 1994
7. *CDC, 1994 Pediatric Nutrition Surveillance System Annual Summary*, CDC, 1995
8. *Reva T. Frankle and Anita L. Owen, Nutrition in the Community*, Mosby, Missouri, 1993
9. 조규범, 박순복, 박상철, 이동환, 이상주, 서성제, 학동기 및 청소년기 소아의 비만도 조사, *소아과*, 32:597-605, 1989
10. 문형남, 홍주중, 서성제, 서울지역의 학동기 소아 및 청소년의 비만증 이환율 조사, *한국영양학회지* 25:413-418, 1992.