정책보고서 97-17, 206쪽, 800부

保健所 營養事業의 現況과 政策課題

金 惠 蓮
朴 惠 蓮

韓國保健社會硏究院

머 리 말

1995年 國民健康增進法이 制定된 이후 保健所의 역할이 저소득층 주민을 위한 진료 중심에서 전체 地域住民의 健康增進으로 예방적 차원이 강화되는 轉機가 마련되었다. 과거의 保健所法도 地域保健法으로 개정되어 地域住民의 營養改善과 그를 통한 慢性退行性疾患의 예방을 중요시하게 되었고 주민건강관리를 위한 전문인력에 營養士를 포함하여 확보하도록 규정하고 있다.

한편 주민의 요구와 보건의료인의 인식이 높아지면서 1994년부터 일부 지역에서 示範營養事業이 實施되고 있다. 따라서 주민의 營養改善을 위한 營養서비스의 제공이 保健所의 새로운 役割로 부각되고 있어 영양적으로 취약한 계층의 住民을 대상으로 필요한 서비스를 효율적으로 제공하고자 하는 試圖는 과학적인 管理運營方案의 도출과 標準化된 營養事業의 개발을 요구하고 있다.

그러나 영양사업 여건이 취약한 현 상황에서 일선에 배치된 日傭職 營養士들이 바람직한 영양사업을 개발하기에는 역부족이며 이들의 활동을 위한 政策的인 배려 역시 아직까지 미흡한 상태이다. 따라서 태동기에 있는 보건소 영양사업의 지속성과 성공적인 수행을 위한 정책적인 배려와 事業與件의 조성이 시급하며 사업의 實行과 評價를 위한 方案의 모색이 절실히 요구되고 있다.

本 硏究는 우리나라 保健營養事業의 與件 및 現況과 시범영양사업의 成果를 分析하고 바람직한 영양사업의 정착을 위한 다각적인 政策方案을 提案하고 있다. 특히 보건소 배치 營養人力의 확보와 資質의 향상, 事業의 定着과 活性化를 위한 다각적인 方案을 제시하고 있으

며, 영양사업을 실시하고 있는 지역에서 필요한 保健營養事業의 運營 모델을 開發하여 제시하였다. 이를 위하여 보건소 영양사업의 현황과 문제점을 분석하고 美國 및 日本의 事例를 통하여 도입단계에 있는 우리나라 지역영양사업의 방향설정에 示唆點을 찾고자 하였다.

本 硏究結果가 政府當局의 政策樹立과 地域 保健關係者의 營養事業 發展方案 모색에 有用한 資料로 活用되기를 바라며 關係專門家에게도 參考가 되기를 바란다.

硏究는 當院 金惠蓮 責任硏究員의 책임하에 수행되었으며 朴惠蓮 明知大學校 敎授가 공동연구자로 참여하여 외국의 보건영양사업 추진 현황과 보건영양사업개선방안의 일부 원고를 집필하였다.

本 硏究陣은 이 報告書를 作成함에 있어 많은 도움을 준 保健福祉部 保健政策課 關係者, 地域의 市·道 保健課長 및 保健所長, 保健所 職員, 특히 示範保健所 營養士들에게 감사하고 있다. 그리고 原稿를 읽고 귀중한 論評을 해 준 本院의 李相暎 副硏究委員과 尹京一 責任硏究員에게 感謝하고 있으며 연구자료의 수집·정리를 위해 수고해 준 文柄尹 主任硏究員에게 감사하고 있다.

끝으로 本 報告書에 수록된 모든 내용은 著者의 개인적인 意見이며 本院의 公式見害가 아님을 밝힌다.

1997年 12月

韓國保健社會硏究院

院長 延 河 淸

目 次

要 約 ····· 13

Ⅰ. 序 論 ····· 24
1. 硏究背景 및 目的 ····· 24
2. 硏究方法 ····· 27
3. 保健營養事業의 理論的 考察 ····· 31

Ⅱ. 保健所 營養事業의 現況과 問題點 ····· 33
1. 營養事業 推進 與件의 變化 ····· 33
2. 營養 프로그램의 開發·運營 現況 ····· 43
3. 營養事業 擔當 人力 現況 ····· 69
4. 營養事業 豫算 및 機資材 確保 現況 ····· 80
5. 營養事業 擔當者의 敎育·訓練 現況 ····· 87
6. 營養事業에 대한 事業擔當者의 認識 ····· 97

Ⅲ. 外國의 保健營養事業 推進現況과 示唆點 ····· 114
1. 美國 ····· 114
2. 日本 ····· 131
3. 우리나라에서의 示唆點 ····· 145

Ⅳ. 保健營養事業의 改善方案 ····· 147
1. 基本方向 ····· 148
2. 營養事業 人力의 確保 및 財源調達方案 ····· 150

3. 營養事業 推進組織의 强化 및 關聯組織間 役割 分擔方案 … 164
4. 營養事業의 持續性을 위한 政策的 支援方案 …… 170
5. 保健所 營養事業의 評價體系 構築 …… 174
6. 地方自治團體의 營養計劃樹立을 위한 支援 强化 …… 177
7. 保健營養事業 運營 모델 開發 …… 180

Ⅶ. 結 論 …… 197

參考文獻 …… 201

表 目 次

〈表 Ⅰ- 1〉 調査對象 保健所 …… 28
〈表 Ⅰ- 2〉 示範地域과 一般地域의 調査 內容 …… 29
〈表 Ⅰ- 3〉 地域社會 營養計劃 關聯 理論의 變化 …… 32
〈表 Ⅱ- 1〉 65歲 以上 老人人口數 및 構成比 推移와 展望
(1960～2020年) …… 33
〈表 Ⅱ- 2〉 1995年 10大 死因別 死亡數 및 死亡率 …… 35
〈表 Ⅱ- 3〉 食餌攝取와 關聯된 主要疾患의 死亡率 推移
(1985～1995年) …… 35
〈表 Ⅱ- 4〉 地域別 國民 1人當 1日 平均 營養素 攝取量 推移 …… 36
〈表 Ⅱ- 5〉 1人 1日當 食品攝取量을 通한 熱量構成比(PFC Ratio)의
推移(1970～1995年) …… 37
〈表 Ⅱ- 6〉 家口當 食料品費 支出 推移(1965～1993年) …… 38
〈表 Ⅱ- 7〉 都市家計 月平均 加工食品費 및 外食費 支出推移
(1970～1994年) …… 38
〈表 Ⅱ- 8〉 示範地域 保健所의 營養業務 方法別·部門別
實施 現況 …… 46
〈表 Ⅱ- 9〉 示範地域의 保健所 來所者에 대한 月平均
營養相談 實績 …… 47
〈表 Ⅱ-10〉 示範地域의 營養프로그램 種類 및 實績
(營養敎育, 特別 行事) …… 49
〈表 Ⅱ-11〉 示範地域에서 運營된 定期營養敎室·講座 種類別
運營與否 …… 53

〈表 Ⅱ-12〉 示範地域의 特別行事 및 캠페인 實施 與否 ····· 53
〈表 Ⅱ-13〉 示範地域에서 實施한 地域住民 營養 評價方法 ····· 55
〈表 Ⅱ-14〉 示範地域에서의 營養教育資料 確保方法 ····· 59
〈表 Ⅱ-15〉 示範地域에서 開發된 營養教育資料의 內容과
教育媒體 類型 例示 ····· 60
〈表 Ⅱ-16〉 營養業務 內容別 業務時間 配分, 業務 難易度,
利用者 呼應度(營養士 自己評價) ····· 62
〈表 Ⅱ-17〉 一般地域의 營養事業 遂行狀態(保健所 擔當部署
職員調査) ····· 64
〈表 Ⅱ-18〉 一般地域의 營養業務 實施 形態(保健所 擔當部署
職員調査) ····· 65
〈表 Ⅱ-19〉 一般地域의 營養指導員 또는 營養業務 擔當職員 與否와
業務 遂行程度 ····· 66
〈表 Ⅱ-20〉 一般地域 營養業務擔當者의 營養業務 遂行狀態 ····· 67
〈表 Ⅱ-21〉 一般地域 營養業務 擔當者의 業務遂行 充實程度
(自己評價) ····· 67
〈表 Ⅱ-22〉 營養業務 部門別 保健所에서의 事業遂行 必要性에 대한
見解(一般地域 保健所長 意見) ····· 68
〈表 Ⅱ-23〉 一般地域의 營養業務 部門別 遂行程度
(保健所長 意見) ····· 69
〈表 Ⅱ-24〉 示範地域의 營養士 配置 및 地域別 營養事業
實施 現況 ····· 70
〈表 Ⅱ-25〉 示範地域의 營養士 確保 現況 및 事業始作 時期 ····· 71
〈表 Ⅱ-26〉 示範地域의 營養士 人的 特性 ····· 72
〈表 Ⅱ-27〉 示範地域의 營養士(日傭職) 人件費 支給現況 ····· 73
〈表 Ⅱ-28〉 一般地域의 營養事業 實施 現況(保健所長 調査) ····· 75

〈表 Ⅱ-29〉 一般地域의 營養士 人力 確保形態(保健所長 調査) …… 75
〈表 Ⅱ-30〉 一般地域中 營養士가 確保된 保健所의
營養事業始作 時期 …… 76
〈表 Ⅱ-31〉 一般地域의 營養士 確保現況(1997年 7月 現在) …… 77
〈表 Ⅱ-32〉 一般地域의 營養士 免許者의 職給 및 月給與水準 …… 78
〈表 Ⅱ-33〉 一般地域의 營養業務 擔當者 特性 …… 79
〈表 Ⅱ-34〉 示範地域의 營養事業 豫算 確保狀態別 保健所 分布 … 81
〈表 Ⅱ-35〉 示範地域의 營養事業 豫算 確保現況
(地方自治團體 豫算, 國庫補助額 除外) …… 82
〈表 Ⅱ-36〉 示範地域의 1997年 營養事業 豫算內譯 例示 …… 83
〈表 Ⅱ-37〉 示範地域 保健所의 營養業務 環境造成 狀態 …… 86
〈表 Ⅱ-38〉 示範地域 保健所의 營養業務 機資材 保有現況 …… 87
〈表 Ⅱ-39〉 保健所에 配置된 營養士의 敎育·訓練內容 …… 88
〈表 Ⅱ-40〉 保健所 營養士의 敎育訓練課程 履修 現況 …… 90
〈表 Ⅱ-41〉 保健所 配置 後 再敎育過程 履修 回數 …… 90
〈表 Ⅱ-42〉 示範地域 營養業務 擔當者의 敎育訓練
分野別 訓練 要求程度 …… 91
〈表 Ⅱ-43〉 示範地域 營養士의 業務遂行能力 自己診斷 結果 …… 93
〈表 Ⅱ-44〉 一般地域 營養業務 擔當者의 營養業務關聯
訓練 履修 現況 …… 95
〈表 Ⅱ-45〉 營養業務 遂行에 대한 業務訓練 및
補修敎育의 必要性에 대한 意見 …… 96
〈表 Ⅱ-46〉 一般地域 營養業務 擔當者의 敎育·訓練 分野別
訓練 要求程度 …… 96
〈表 Ⅱ-47〉 保健所의 새로운 事業의 受容과 遂行에 影響을
미치는 要素의 優先順位(保健所長 意見) …… 99

〈表 Ⅱ-48〉 地方自治團體長의 營養事業에 대한 認識
程度(保健所長 意見) ····· 100
〈表 Ⅱ-49〉 保健所長의 他保健所와의 營養事業에 대한
論議 程度 ····· 100
〈表 Ⅱ-50〉 保健所에서 營養事業이 實質的으로 實施되지
못했던 理由(一般地域 保健所長 意見) ····· 101
〈表 Ⅱ-51〉 營養事業을 實施하지 않는 一般地域의 事業
非遂行 理由(保健所長 意見) ····· 102
〈表 Ⅱ-52〉 營養事業의 試圖에서 가장 必要한 事項에 대한
見解(一般地域 保健所長 意見) ····· 103
〈表 Ⅱ-53〉 營養事業 試圖에서 現實的인 問題點의
優先順位(一般地域 保健所長 意見) ····· 103
〈表 Ⅱ-54〉 營養事業에 대한 住民들의 要求度
診斷(保健所長 意見) ····· 104
〈表 Ⅱ-55〉 地域住民들의 營養事業 要求內容(保健所長 意見) ····· 105
〈表 Ⅱ-56〉 營養業務의 內容과 役割에 대한 保健所長의 認識 ···· 106
〈表 Ⅱ-57〉 向後 營養業務의 方向 設定에 대한
保健所長의 見解 ····· 107
〈表 Ⅱ-58〉 示範地域 保健所 職員들의 營養業務에 대한 關心度 ··· 108
〈表 Ⅱ-59〉 一般地域 保健所 職員들의 營養業務에 대한 關心度 ··· 109
〈表 Ⅱ-60〉 示範地域에서의 營養事業與件 造成狀態의
充足度에 대한 營養士의 意見 ····· 109
〈表 Ⅱ-61〉 示範地域 營養士의 業務與件에 대한 滿足度 ····· 110
〈表 Ⅱ-62〉 一般地域에서의 營養事業遂行 與件 造成狀態의
充足度에 대한 意見 ····· 111

〈表 Ⅱ-63〉 一般地域에서 營養業務를 充實하게 遂行하지
못하는 理由 ····· 112
〈表 Ⅱ-64〉 營養事業의 導入과 擴大 可能性에 대한
見解(一般地域 保健所長 意見) ····· 112
〈表 Ⅱ-65〉 營養士의 確保 必要性에 대한 見解
(一般地域 保健所長 意見) ····· 113
〈表 Ⅱ-66〉 保健所에 必要한 營養士 人力 所要에 대한
保健所長 意見分布 ····· 113
〈表 Ⅲ- 1〉 美聯邦政府의 食品支援 프로그램 種類와
受惠 對象者 ····· 116
〈表 Ⅲ- 2〉 美聯邦政府의 食品支援프로그램 種類와 受惠內容 ···· 117
〈表 Ⅲ- 3〉 美國의 地域別 食品支援 프로그램에 대한 協助 役割 ·· 118
〈表 Ⅲ- 4〉 美聯邦政府의 食品支援 프로그램의
豫算比重(1989年) ····· 119
〈表 Ⅲ- 5〉 美國 地方保健政府(LHD)의 營養業務 關聯組織과
機能의 例 ····· 127
〈表 Ⅲ- 6〉 日本의 行政營養士 配置狀況 ····· 138
〈表 Ⅲ- 7〉 日本의 保健센터 人力 現況 例 ····· 138
〈表 Ⅲ- 8〉 保健所와 市·町·村의 營養士의 役割 比較 ····· 141
〈表 Ⅲ- 9〉 保健所 및 市·町·村의 營養士 業務 比較 ····· 142
〈表 Ⅲ-10〉 「日本의 21世紀의 바람직한 營養·食生活
檢討討論會」報告書 提言 ····· 144
〈表 Ⅳ- 1〉 向後 保健所 營養業務 方向設定에 대한
保健所長 意見 ····· 149
〈表 Ⅳ- 2〉 保健營養士를 위한 訓練課程 敎育內容 試案
(總 55～59學點, 110～118時間) ····· 160

〈表 Ⅳ- 3〉 美國 地方保健部의 營養計劃 事例
(Division of Public Health, Saint Paul) ····· 179
〈表 Ⅳ- 4〉 營養 事業管理 對象의 區分 ····· 183
〈表 Ⅳ- 5〉 日本의 保健所 類型別 營養業務 運營事例 ····· 183
〈表 Ⅳ- 6〉 對象別 他 健康프로그램과의 連繫된 營養프로그램 ··· 184
〈表 Ⅳ- 7〉 營養管理프로그램의 擔當人力 例示 ····· 185

圖 目 次

〔圖 Ⅲ- 1〕 日本 保健所의 組織(基本型) ····· 135
〔圖 Ⅲ- 2〕 히가시-무라야마(東京都 東村山) 保健所의 組織 例 ··· 136
〔圖 Ⅲ- 3〕 히가시-야마토(東大和)市 保健센터의 組織 및
機能 例 ····· 139
〔圖 Ⅳ- 1〕 保健營養 人力의 役割 例示 ····· 161
〔圖 Ⅳ- 2〕 營養事業을 위한 地域社會 關聯機關과의 連繫方案 ··· 169
〔圖 Ⅳ- 3〕 營養事業을 위한 保健所內 他 部署와의 連繫方案 ··· 170
〔圖 Ⅳ- 4〕 營養프로그램의 持續性을 위한 要素 ····· 171
〔圖 Ⅳ- 5〕 營養事業 計劃의 構成要素 ····· 178
〔圖 Ⅳ- 6〕 營養 서비스의 흐름과 他 서비스와의 連繫體系 ····· 186
〔圖 Ⅳ- 7〕 嬰幼兒 및 兒童의 營養서비스 運營 事例 ····· 188

要 約

本 硏究는 시범지역과 일부 일반지역에서 保健所를 중심으로 운영되고 있는 營養事業의 現況과 業務活動 및 成果를 비교하여 分析하였고, 營養事業의 여건을 파악하였으며, 이를 바탕으로 地域의 保健營養事業의 活性化를 위한 改善方案을 提案하고자 하였음. 또한 보건소에서 실행가능한 營養事業 模型을 開發하여 제시하고자 함.

1. 우리나라 保健營養事業의 現況

가. 營養事業 人力 現況

- 25개의 示範事業 地域의 營養業務 인력은 모두 29명으로 3개 보건소를 제외한 22개 보건소에는 1명씩 배치되어 있음.
  - 이들은 모두 營養士로서 職列과 職級이 없는 臨時職의 위치에 있으며 배치시기는 대부분의 지역이 示範營養事業이 시작된 1994년 8월부터임.
- 示範保健所 營養士의 報酬는 일용직 인건비로서 지역에 따라 차이가 있으며 일당 17,500~34,310원 수준으로 열악함. 많은 지역에서 營養士의 人件費가 安定的으로 확보되지 못하고 있는 상황에 있음.
- 一般地域 營養擔當者는 대부분의 보건소에서 看護師나 看護 助務士였으며 이들의 영양업무 遂行與否와 수행하는 경우 營養事業의 범위는 매우 불분명한 것으로 나타남.

- 일부지역 중에는 시범지역보다 먼저 正規職으로 영양사를 新規로 확보하는 등 革新的으로 영양사업을 전개하고 있는 곳도 있음.

나. 營養事業 豫算確保 現況

- 시범지역에서 營養事業 豫算의 확보수준은 대체로 매우 열악하나 1994년 8월 이후 점차 소규모나마 地方自治團體의 豫算을 確保한 보건소가 증가하고 있으며 1997년에는 조사대상 22개 지역 중 15개 지역에서 營養事業費를 確保하고 있음.
  - 營養業務 遂行에 필요한 事業費 規模는 대체로 매우 영세하고 事業費를 確保하지 못한 지역도 많음. 사업비를 확보한 지역의 1997년 사업비 예산은 62~1285만원으로 보건소에 따라 차이가 큼.
  - 示範營養事業을 위한 中央政府의 지원액은 1995년부터 1997년까지 매년 보건소당 200만원씩 3년간 600만원을 지원하는 데 그치고 있어 새로운 사업에 대한 中央의 支援은 아직까지 극히 빈약한 수준에 있음.

다. 營養 프로그램의 開發·實施 現況

- 示範保健所에서 지금까지 實施되었던 營養事業은 동일한 내용이 모든 시범보건소에서 이루어진 것이 아니고 地域의 與件과 地方自治團體 및 保健所長의 關心, 人力과 豫算, 地域의 學校나 福祉機關과의 연계 정도에 따라 사업전개에 많은 차이를 보임.
  - 營養事業의 내용은 개인 영양상담, 정기적인 영양교육 및 강좌, 특별 대민행사, 영양실태조사나 영양진단, 교육매체 개발 및 제작, 기타 활동으로 구분될 수 있음.
  - 시범사업의 운영을 통하여 지역특성에 맞는 다양한 사업의 개

발과 구체적인 사업소프트웨어의 개발, 교육·홍보자료의 개발 등에 있어서는 많은 성과를 거두었음. 그러나 조직, 인력, 예산 등 외적인 사업지지 여건의 부족으로 개발된 사업의 체계화나 표준화, 보건소 기존사업과 연계된 사업으로 정착·발전하는데는 한계가 있었음.

- 영양사업 豫算과 支援이 제한되어 있는 현실에서 많은 保健所가 營養相談에 치우치는 경향이 있음. 22개 조사대상 示範保健所에서 내소자에게 개인별로 제공한 월평균 영양상담건수는 214건으로서 근무일 기준으로 1일에 약 10건 정도의 영양상담 활동이 이루어진 것으로 나타남.

– 시범보건소에서 영양사들이 여러 업무를 수행하는데 있어서 業務時間 配分의 優先順位와 업무의 난이도, 이용자들의 호응도를 종합적으로 자체 평가한 결과는 다음과 같음.

- 業務時間의 投入이 가장 많았던 업무는 個別 營養相談이었고, 그 다음은 정기 영양교육, 특별행사, 영양교육자료 개발, 행정업무, 영양사업계획 順으로 나타남.
- 特別行事의 수행이 업무의 難易度가 가장 높기는 하지만 주민의 호응도면에서는 가장 효과적인 업무였던 것으로 나타나고 있어 향후 지역의 보건영양사업 전개에서 적극적으로 권장되어야 할 업무분야로 보임.

라. 營養事業 擔當者의 敎育·訓練 現況

– 保健所 營養士 敎育課程은 시범영양사업에 배치할 영양사를 대상으로 대한영양사회에서 3일간의 短期 硏修課程을 마련하여 1994년 7월에 실시된 것이 최초이며 그 이후 시범보건소의 영양사를 대상

으로 보건복지부와 대한영양사회에서 4회의 재교육·훈련을 실시함.

- 보건소 영양사 교육과정은 2~5일간의 短期課程으로 이루어져 왔으며 과정이 보건소 영양사가 필요한 능력 분야라든가 교육 목표를 가지고 체계적으로 수립되지 못하였고 지나치게 단기코스로 운영되어 왔음.

마. 營養事業에 대한 事業擔當者의 認識

- 地域保健事業의 실질적인 책임자인 保健所長들을 통하여 營養事業에 대한 住民들의 要求度나 事業實施에 따른 呼應度를 조사한 결과 시범지역에서는 사업실시 이후 영양정보와 상담 및 영양관리에 대한 요구도가 높아지고 있는 것으로 나타남.
- 地方自治團體長의 사업에 대한 認識과 관심도는 아직까지 시범지역에서도 대체로 낮은 것으로 나타나고 있으며 일반보건소에서는 이보다 좀 더 인식이 낮은 것으로 나타남.
- 保健所長들은 保健所에서 이제까지 營養事業이 수행되지 않아 왔던 理由와 行政與件에 대하여 事業遂行 專門人力이 없었던 점, 새로운 사업수행에 대한 豫算確保의 어려움, 事業에 대한 中央과 관계기관의 認識 不足, 保健所 事業이 量的인 事業目標量 달성 중심의 實績爲主로 이루어져 專門性이 요구되는 質的인 事業이 소홀히 다루어져 온 풍토, 보건의료서비스 요구에 대응하는 신축적인 能力의 不足, 구체적인 營養事業指針의 不足 등을 제기함.
  - 영양업무의 正規化를 위하여는 첫째, 중앙의 細部事業指針 開發·提示가 우선적으로 필요하고, 둘째, 사업을 수행할 人力인 營養士를 안정적으로 確保하여야 한다는 의견이 제시됨.
- 保健所에 營養業務 導入과 향후의 확대 가능성에 대한 보건소장들

의 視角은 상당히 肯定的인 것으로 나타남.

- 보건소에서의 營養事業의 導入과 擴大 可能性에 대해서는 매우 크다 8.0%, 대체로 크다 44.8%로서 도입과 확대가능성이 높다고 보고 있음. 보건소에 營養士를 확보할 필요성에 대해서도 반드시 필요하다 43.7%, 있는 편이 좋겠다 44.3%로 대부분의 보건소장이 보건소에 營養士人力이 필요하다는 의견을 제시함.
- 보건소에 필요한 영양사 인력의 數에 대해서는 示範地域 保健所에서는 1명이 25.0%, 2명이 45.0%였으며 일반지역에서는 1명이 54.6%, 2명이 30.5%로 나타남.

2. 外國의 保健營養事業 推進現況

가. 日本

– 日本은 保健所와 市町村 保健센터, 각종 건강증진센터에 관리영양사가 배치되어 있어 국민건강만들기를 위한 영양사업을 生涯週期別로 다양하게 수행해 나가고 있음.

- 厚生省에는 地域保健·健康增進營養課가 있으며 縣政府에도 營養課나 係가 있어 정책적이고 조직적인 지원을 하고 있음.
- 영양사업의 특징은 營養·運動·休養의 3대 요소의 하나로 영양교육과 상담, 건강검진을 중심으로 하여 영양사업을 전개하고 있으며 최근에는 특히 영양과 운동을 연계하여 추진하고 있음.

– 주민의 자발적인 동기유발과 사업의 지속성과 확대를 위하여 「영양개선추진위원회」의 활성화, 자원봉사 및 취미활동 성격의 건강 및 영양지도자 양성 등 지역사회에 기반을 둔 사업으로 組織化하고 있음.

나. 美國

- 美國의 경우는 완전한 지방자치제도가 실시되고 있으므로 지역마다 보건당국의 영양업무가 다양한 형태로 이루어지고 있으나 聯邦政府의 지원 아래 다양한 식품보조사업과 영양교육사업이 대규모로 실시되고 있으며, 만성퇴행성질환 예방을 위하여 여러 보건사업과 통합된 형태로 영양프로그램이 실시되고 있음.
- 營養敎育 내용은 대국민 콜레스테롤 교육프로그램이나 건강한 심장 캠페인 등과 같이 전국적으로 표준화된 프로그램과 그에 따른 구체적인 전략 및 정보가 民間專門團體의 지원아래 보급되고 있음.
- 食品補助政策의 경우 연방정부와 주정부에서 다양한 프로그램이 개발되어 수행되고 있는데 그 특징은 사회복지 프로그램과 통합된 所得再分配 역할과 營養敎育的 요소가 가미된 적극적인 영양개입시책이라고 볼 수 있음.

4. 保健營養事業의 改善方案

가. 事業推進 人力의 確充 및 管理 强化

1) 營養事業 人力의 確保와 敎育·訓練 强化

- 지역주민 인구구조, 주민의 요구수준, 영양서비스 성격, 임상적으로 고위험군에 속한 대상자의 數와 比率, 지역내 다른 기관이 제공하는 영양서비스의 이용 정도, 주민의 건강관리 기대수준 등을 고려하면 1개 보건소에 영양사 인력 소요는 2.5명으로 산출됨.

- 미국에서는 공중보건영양사가 단위 보건소마다 필요하며 적어도 인구 50,000명당 1명이 고용되는 것이 바람직하다고 보고 있음.
- 일본의 보건소에는 1~5명의 영양사 인력이, 市·町·村 보건센터에는 보통 1명의 영양사 인력이 배치되어 있음이 참고될 수 있음.

– 보건소가 영양업무를 실시하는데 가장 필수적인 사업담당 전문인력 즉 營養士의 확보방안은 短期와 長期方案으로 나눌 수 있음.
- 短期方案으로는 지방공무원 임용령을 개정하지 않고 보건소 영양사를 「지방공무원법」에 의하여 地方公務員으로 채용하는 방안으로 「지방공무원법」 특별임용조건을 근거로 영양사를 保健職으로 특채하는 방안과 보건소내 영양사를 충원하는 방안으로 市·郡·區 보건소별로 일반직 또는 별정직으로 정원을 확보하여 영양사를 채용하는 방안이 고려될 수 있음.
- 長期的인 營養人力의 안정적인 確保方案은 지방공무원 임용령(대통령령)을 개정하여 保健職群에 營養職을 新設하는 방법이 고려될 수 있음.

– 새로운 인력이 새로운 역할을 하려면 통일성 있는 업무시행을 위한 敎育과 職務 訓練을 위한 과정이 필수적으로 마련되어야 함.
- 시범보건소 영양사와 일반보건소의 영양담당자들이 요구한 교육훈련요구와 자가진단 능력 결과를 반영하여 보다 체계적인 保健營養士 新規 및 再敎育課程이 개발되어야 함.

2) 營養프로그램의 持續的 推進을 위한 支援人力의 組織化

– 1명의 보건소 영양사가 파급효과를 가져올 수 있는 방법으로는 강남구와 같이 지역내 집단급식소 영양사로 구성된 「營養改善硏究會」를 조직하여 주민을 위한 영양개선사업을 공동으로 추진하는 방안

이 기존의 직접 개별 서비스 제공방법과 병행하거나 우선하는 새로운 서비스 전달방법으로 개발되어야 함.

- 保健所 營養士가 地域의 營養管理者로서 역할을 할 수 있도록 地域內 營養事業 人力을 組織化하는 것은 사업의 파급효과, 지속적인 운영, 지역사회의 참여 활성화 등 여러 측면에서 效果的인 접근전략으로 채택되어야 할 것임.

나. 營養業務 推進組織의 强化 및 關聯組織間 役割分擔

1) 事業推進 組織의 强化

– 영양업무의 明確化 및 合理的인 人力管理를 위해서는 保健福祉部와 市·道에 영양사업을 지원하는 기능이 擴充되어야 함.

- 본격적인 영양사업의 추진을 위하여는 영양사를 확보하고 一線保健所의 機能改編을 통하여 영양업무 담당부서를 명확히 하며, 관련된 업무부서와 업무협조체계를 구축하도록 해야 함.
- 이를 위해서는 현재의 가족보건계를 건강증진계로 개편하고 그 밑에 기존의 모자보건, 가족계획업무 등과 영양업무를 두는 것이 바람직할 것임.

2) 保健所內 他部署 業務와의 連繫 强化

– 각 계별로 특성화되어 있고 담당 인력도 구분되며 사업에 대한 실적보고와 평가도 조직별, 사업별로 분리되어 있는 現 保健所의 업무체계를 기능중심으로 조정하여 營養事業이 관련업무와 효율적으로 연계되도록 하여야 함.

- 영양상담이나 교육이 필요한 高危險者의 依賴가 他部署로부터

이루어져야 하고 모자보건, 질병관리 등 기존 보건소 업무에 영양분야가 포함되어야 사업의 包括性을 기할 수 있게 됨. 이러한 접근은 예산과 인력의 낭비를 줄이고 주민의 경제적·시간적인 부담도 감소시킬 수 있음.

- 이와 같은 사업 접근방식을 활성화시키기 위해서는 보건소 사업평가체계를 새롭게 정립할 필요가 있음.
  - 보고 및 사업결과를 검토하는 과정에서 보건소 내 타부서와의 통합적인 서비스 제공에 加算點 부여, 豫算의 追加支援 등을 통하여 통합적인 사업수행에 인센티브를 주는 방법과 현재의 직종별 재교육방식을 지양하여 통합적으로 事業別로 關聯 人力을 함께 교육하는 방안의 도입이 고려될 수 있음.
  - 보건소 조직의 책임자인 保健所長들의 認識을 전환시켜 통합적인 접근에 관심을 갖도록 독려하고, 上位 評價機關인 市·道 및 保健福祉部의 예산지원에서도 사업의 統合性, 包括性을 반영하는 정책의 채택이 고려되어야 함.

다. 標準化된 營養事業의 評價方案 確立

- 영양적으로 취약한 계층의 住民을 표적화하여 필요한 서비스를 효율적으로 제공하고자 하는 試圖는 과학적인 管理運營方案의 도출과 標準化된 營養事業의 개발을 요구하고 있음. 이를 위해서는 영양사업의 체계적인 계획과 관리운영에 기초가 되는 표준화된 평가방안의 개발과 적용이 필요함.
- 영양사업 평가체계는 過程(Process), 影響(Impact), 結果(Outcome)評價의 패러다임이 이용되어야 함.

라. 地方自治團體의 營養計劃 樹立을 위한 支援 强化

- 사업의 구체적인 내용이 지역 실정에 따라 다르더라도 事業計劃 樹立 틀은 標準化되어야 할 것임.
  - 日本의 都道府縣이 전문적으로 지역의 사업계획 책정에 關與하고 조정 지원하는 기능을 가지고 있음을 참고하여 우리나라도 市·道의 사업계획 지원 기능을 확충하여야 할 것임.
  - 「地域保健法」에 근거한 保健醫療事業計劃 내용에 독자적인 營養事業과 영양요소가 필요한 관련사업을 추가하여 지역의료계획 단계에서부터 영양사업에 대한 고려가 충실히 포함하도록 수정되어야 함.
- 영양사업계획에는 사업의 목적과 대상집단, 구체적 목표, 사업기간, 담당자 또는 동원되는 投入要素(資源) 등이 포함되어야 할 것임.
  - 지역주민의 영양을 향상시키기 위한 구체적인 目的과 主要 戰略의 설정, 그에 따른 접근방법의 구체화, 사업완료시기, 평가지표, 담당자 등이 일목요연하게 드러나도록 표준화된 영양계획 작성틀을 개발하여 적용하도록 해야 함.
  - 상기와 같은 사업계획을 작성하기 위해서는 사업계획수립을 가능하게 하는 統計나 資料의 支援, 합리적이고 質 높은 사업계획 수립을 위한 영양담당자의 訓練, 영양사업이 실행가능한 계획으로 수립되고 그 내용이 타업무와 조정될 수 있는 實行與件의 조성 등이 수반되어야 할 것임.

마. 保健營養事業 모델 開發

- 保健所에 구체적으로 적용할 수 있는 영양프로그램의 응용 모델을

사업의 우선순위, 대상자의 선정, 사업관리체계, 서비스 운영의 원칙, 세부사업의 수행방법, 평가방법, 사업의 運營을 위하여 연계되어야 할 부서나 기관 등의 측면으로 나누어 다양하게 제시함.

- 영양프로그램의 運營方法을 生涯週期에 따라 대상자를 영유아, 아동 및 학생, 임산부, 일반 부인, 성인, 노인으로 나누어 각 대상자의 특성에 적합한 事業內容과 프로그램으로 구분하여 제시함.
- 제안된 특별영양교육 교실의 운영이나 관리내용으로는 이유식·유아식 영양상담 및 지도교실, 이유식·유아식시범 강습회, 어린이 영양교실, 소아비만캠프, 편식교정 교실, 임산부 영양교실, 여성 영양관리교실, 당뇨병 식이관리교실, 고혈압 식이관리교실, 체중조절교실, 노인영양 관리교실, 식생활 정보센터의 운영 등을 들 수 있음.

Ⅰ. 序 論

1. 硏究背景 및 目的

福祉社會의 중요한 목표의 하나가 지역사회 주민의 건강상태를 증진시키는 것인데 영양상태의 개선은 이러한 목표를 달성하도록 하는 중요한 수단의 하나가 된다는 것이 醫療史的으로도 입증되고 있다.

WHO에서는 1978년 알마아타에서 일차보건의료체계를 통하여 전인류의 건강목표를 달성할 것을 주창하면서 그 기본적인 8가지 요소의 하나로 적절한 營養 및 食品衛生의 向上을 꼽고 있다[1](WHO, 1978).

慢性疾患이 증가하면서 영양이 건강에 미치는 중요성은 더욱 명확히 제시되고 있다. 최근 美國의 연간 사망원인을 분석한 연구보고에 의하면 全體 死亡의 50% 정도는 보건학적으로 예방 가능한 것들이며 이 중 식이 및 신체활동이 14%를 차지하는 것으로 분석하고 있다(McGinnis, 1993)[2].

그런데 현대사회에서 영양문제는 個人의 문제이기도 하지만 食品의 生産, 流通, 消費되는 각 단계를 볼 때 國家나 社會가 관여해야 할 부분이 많아지고 있다. 食品産業의 발달에 따른 가공식품섭취의 증가, 단체급식 및 외식 등 가정밖에서의 식사 기회의 증가, 식품유통의 대규모

---

1) 8가지 일차보건의료 기본요소는 이외에 보건교육, 충분하고도 안전한 물의 공급과 기본적인 환경위생, 주요 전염병에 대한 예방접종을 포함한 모자보건과 가족계획, 지역적으로 흔한 질병의 예방과 치료, 흔한 질병과 외상의 적절한 치료, 필수의약품의 비치와 공급, 전통의료 등이다.

2) 나머지 요인은 흡연(19%), 음주(5%), 세균성 물질(4%), 독성물질(3%), 총기 사용(2%), 성행위(1%), 자동차 사고(1%), 약물의 오용(1%)으로 분석되었다.

화와 다원화 등이 그것이다. 따라서 주민의 營養改善 方法은 사회적인 조치를 포함하지 않을 수 없게 되었다. 이러한 맥락에서 歐美 각국에서는 영양개선을 社會的 責任으로 인식하고 국가가 國民營養政策을 세워 주민의 영양개선사업에 관여하도록 촉구하고 있다(WHO, 1986).

지역영양사업이 費用便益側面에서 效果的이라는 것은 여러 연구에서 제시되고 있기도 하다. 美國에서는 대표적인 식품지원 프로그램의 하나인 「여성 및 아동에 대한 영양보조프로그램(Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children: WIC)」의 효과에 대하여 5개주에서 WIC에 참여한 兒童과 婦人을 非參與者와 비교한 연구 결과 미화 1불의 WIC 프로그램 비용을 들여서 미화 1.77～3.13불의 메디케이드(Medicaid) 비용을 節減시키는 효과를 가져왔다는 것이 제시되고 있다(USDA, 1997). 이밖에도 영양사업의 비용편익효과는 여러 연구에서 제시되어 있다(문옥륜, 1993; World Bank, 1993).

그러나 保健部門에서 우리나라의 영양사업은 이제까지 거의 방치된 상태로 있었다고 볼 수 있다. 舊 「保健所法」에서부터 영양사업이 보건소에서 수행할 업무영역으로 포함되어 있었지만 사업을 담당할 人力이 不在한 가운데 대다수 보건소의 영양관련 활동은 모자보건서비스와 진료업무에서 간헐적인 보조수단이나 保健福祉部에서 실시하여 온 國民營養調査의 일선 행정지원 정도의 활동에만 국한되어 있었다고 볼 수 있다.

그러다가 1994년 8월부터 보건복지부의 지역사회 영양사업계획에 근거하여 대한영양사회에서 短期 訓練을 받은 營養士를 자원봉사자 형태로 광역자치단체별로 2～3개의 보건소를 선정하여 배치하면서 地域營養事業을 示範的으로 실시하게 되었다. 1997년 현재 25개 지역에서 示範營養事業이 이루어지고 있다. 1994년 이후 여러 보건의료관계자들과 이용자인 지역주민들의 요구도가 증가하면서 영양사업은 示範

地域 외에 一般地域에도 확산되어 현재 10여개 지역에서 영양사업을 진행하고 있으며 일부지역에서는 가까운 시일내에 영양사업을 실시할 계획을 가지고 있다.

1995년 1월 제정된 「國民健康增進法」에서는 國家와 地方自治團體가 영양개선사업을 위하여 영양교육사업, 영양개선을 위한 조사연구 등을 실시하도록 규정하고 있다. 또한 1995년 改定된 「地域保健法」에서는 영양업무를 保健所 業務의 하나로 규정하고 있으며, 1997년 2월에 공포된 同法 施行規則에서 專門人力의 직종별 최소 확보기준으로 보건소에 영양사 1인, 보건의료원에 영양사 2인을 두도록 규정하고 있다.

그러나 현실적으로 營養事業이 保健所에 정착되기에는 여러가지 문제점들이 해결되지 않은 채 남아 있어 영양사업을 시도하고 있는 시범보건소나 일부 일반보건소가 특별히 여타 보건소에 비하여 명확히 차별화될 정도의 체계적인 영양사업과 활동을 전개하지 못하고 있다.

이러한 이유는 일선 보건소의 행정적 여건이 사회의 요구에 부응하여 유연성있게 변화되지 못한 데서 오는 문제가 무엇보다도 크며, 또한 우리나라 保健醫療體系의 特性에서도 기인한다. 1979년 全國民 醫療保險의 實施와 의료취약지역의 병원설립 등 보건의료시설의 확충으로 의료공급은 확충되었지만 公共保健醫療 부문이 脆弱하고 의료보험 수혜가 疾病治療에 치중하여 왔기 때문에 포괄적이고 기본적인 保健敎育과 健康管理 분야는 크게 개선되지 못하였다.

本 硏究는 그동안 보건소의 기본업무중의 하나로 규정되어 있었으나 실질적으로는 사업이 거의 유명무실 하였던 地域의 保健營養事業 여건을 분석하고 示範地域에서 실시되어온 영양사업에 대한 구체적인 現況 把握과 評價를 시도하고자 하였다. 또한 이러한 現況을 바탕으로 보건소를 중심으로 실시되고 있는 保健營養事業의 活性化를 위한 改善方案을 提示하고 보건소에서 실행가능한 營養事業 模型의 開發을

시도하였다.

구체적으로는 첫째, 營養事業이 도입된 示範地域과 一般地域의 營養事業 問題點 및 現況, 영양업무 活動 및 成果를 比較·分析하고 사업의 展開與件을 파악하며, 둘째, 보건소 영양사업을 效果的으로 수행하기 위한 事業 改善方案을 도출하며 보건소를 중심으로 한 營養프로그램 모델을 開發·提示하고자 하였다.

2. 硏究方法

가. 文獻調査

사회·경제·환경적 제반여건과 보건의료환경의 변화추이, 美國 및 日本의 보건영양사업 현황에 관한 연구는 문헌조사 및 기존의 행정자료수집을 통하여 이루어졌다. 미국의 영양사업에 대해서는 1997년 9월 미국 현지출장을 통하여 추가로 자료를 수집하였다.

나. 調査實施

1994년부터 전국의 일부 保健所에서 전개된 보건소 시범영양사업의 성과와 효과, 사업전개에서 노정된 한계와 시사점들을 구체적으로 제시하기 위하여 현재 시범영양사업이 실시되고 있는 25개 保健所를 대상으로 조사를 실시하였다. 營養業務는 保健所의 업무 중 健康增進業務로 法的으로 규정되어 있으므로 기타 보건소에 대해서도 실제 보건소에서의 영양업무의 수행 여부, 수행하는 경우의 수행수준과 실시 人力의 現況 등을 파악하고 영양사업에 대한 요구수준과 의견을 수렴하기 위하여 說問書를 개발하여 조사를 실시하였다.

1) 調査對象

本 硏究의 調査對象은 크게 시범영양사업을 실시하고 있는 25개의 지역(이하 '시범지역'이라 칭함)과 전국의 244개 지역 중 이들 지역을 제외한 219개 지역(이하 '일반지역'이라 칭함)으로 나누었으며 이들 두 분류의 지역에서 각각 보건소장에 대한 조사와 보건소 영양사업 현황을 파악하기 위하여 사업담당부서 및 담당자[3]를 대상으로 조사를 실시하였다. 각 조사대상의 응답률은 〈表 Ⅰ-1〉과 같다.

〈表 Ⅰ-1〉 調査對象 保健所

(단위: 개소, %)

조사 종류	조사대상 보건소	자료수집된 보건소	회수율
시범지역			
보건소장 조사	25	20	80.0
사업현황 조사	25	22	88.0
일반지역			
보건소장 조사	219	174	79.5
사업현황 조사	219	182	83.1

2) 調査 內容

시범지역과 일반지역의 보건소장과 영양업무 담당자를 대상으로 조사한 내용은 〈表 Ⅰ-2〉와 같다.

---

3) 시범지역 보건소에서는 영양사가 응답하였고, 영양업무를 거의 실시하지 않는 일반지역 보건소에서는 영양지도원으로 임명되어 있는 간호사나 간호조무사가 응답하도록 하였으며, 이러한 담당자도 구분되어 있지 않은 일반지역 보건소에서는 가족보건계장이 작성하도록 하였다.

〈表 Ⅰ-2〉 示範地域과 一般地域의 調査 內容

시 범 지 역	일 반 지 역
□ 시범지역 보건소장 조사내용 – 보건소장의 영양사업에 대한 의견 – 지방자치단체장의 영양사업 관심 수준 인식 – 시범영양사업에 대한 평가 • 영양사업 지속 가능성에 대한 평가 등 – 보건소에서의 영양사업 내용별 실시 정도 • 성인병관리, 노인보건, 영유아관리, 임산부관리 – 보건교육에서의 영양업무 수행 정도 – 보건소 영양사의 소요 인력수에 대한 견해 – 영양사업을 위한 예산확보상태 – 영양사업에 대한 호응도와 사업확대 필요성 평가	□ 일반지역 보건소장 조사내용 – 시범지역 보건소장 조사내용과 동일
□ 시범지역 영양업무 및 영양사 조사내용 – 지역의 인구, 보건의료 시설에 대한 현황 – 보건소 영양사업 실시현황 • 영양사업 시작시기 • 실시된 영양사업의 종류: 영양상담, 정기영양교육, 특별행사, 기타 영양업무 내용별 수행정도 • 영양교육 및 특별 프로그램의 운영방법, 내용, 실적 • 1994~1997년 영양사업 예산확보 현황 및 예산내역 • 영양업무의 내용별 우선순위와 업무의 난이도에 대한 의견 • 1995년 이후 1997년 6월까지의 영양업무 내용별 실적 – 영양사업 여건 조성현황 • 영양상담실, 조리실습실 설치여부 • 영양사업용 기자재 확보상태 – 영양사업에 대한 의견 • 보건소직원의 관심도 • 영양사업 수행의 여건충족 정도 – 영양사의 인적사항 및 현 직위와 수당 수준 – 영양사의 교육훈련이수 내용 및 교육훈련 요구분야 – 보건영양사로서의 업무수행수준에 대한 자기 진단	□ 일반지역 영양업무 및 영양담당자 조사내용 – 지역의 인구, 보건의료 시설에 대한 현황 – 보건소에서 영양업무를 실시하는 경우 업무 실시 현황 • 실시된 영양업무의 종류: 영양상담, 정기영양교육, 특별행사, 기타 영양업무 내용별 수행정도 – 영양사업에 대한 의견 • 보건소 직원의 관심도 • 영양사업 수행의 여건 충족정도 – 영양업무 담당자가 있는 경우 인적사항 및 영양업무 수행정도 – 영양업무 수행이 어려운 사유 – 영양업무담당자의 교육훈련이수정도 및 교육훈련 요구분야

3) 調査期間 및 調査方法

가) 事前調査

조사표를 확정하기 이전 1997년 6월 9일~6월 20일까지 시범영양사업을 실시하는 지역의 보건소(이하 '시범지역'이라 함)와 영양사업을 실시하지 않는 나머지 지역(이하 '일반지역'이라 함)의 保健所 각 3個所에 대하여 硏究陣이 事前調査를 직접 실시하여 영양사업 수행여건과 현황을 개괄적으로 파악하고 조사표 문항을 수정·보완하였다. 또한 영양사업 프로그램에 대한 사례를 수집하여 연구에 활용하였다.

나) 本 調査

본 조사는 1997년 7월 15일~7월 31일 기간중 조사표를 전국의 보건소에 우송하여 郵便調査를 실시하였다. 25개 시범사업지역 중 4개 지역에 대해서는 硏究陣이 직접 現地調査를 실시하였다. 또한 현지조사지역에서는 사업의 운영상태, 프로그램 운영사례에 관한 세부적인 자료를 수집하였다.

다) 市·道 保健課(保健衛生課) 調査

본 조사 기간 중 4개의 시·도 보건과(또는 보건위생과)를 직접 방문하여 보건과장 및 시·도 보건과 담당자와의 면담을 통하여 시·도의 영양사업에 관한 의견을 수집하였고, 시·도 영양사업 시책이 있는 경우 관련 자료를 수집하였다.

3. 保健營養事業의 理論的 考察

가. 保健營養의 定義와 槪念

「保健營養」은 營養의 예방의학적 측면과 국가 정책과의 관련성을 내포하는 것으로 '公衆保健營養' 또는 '地域社會營養'과 동일한 의미로 간주되고 있다. 여기서 「지역사회영양이란 個人과 생활공동체인 集團의 건강유지 증진을 도모하기 위하여 공동체가 가지고 있는 사회, 환경, 경제, 농업, 보건, 교육 문화적 특성을 多學問的 접근을 통하여 營養에 관련시키면서 영양개선의 計劃, 實踐과 評價에 필요한 知識과 技術을 도모하는 시스템이다.」(모수미, 1995) 특히 公共 保健行政施策의 일환으로 실시하는 영양사업을 「公衆保健營養事業」 또는 「保健營養事業」이라고 하며, 지역적 특성이 고려되고 지역을 단위로 하는 경우 「地域營養事業」 또는 「地域社會營養事業」이라고 일컬어지고 있다(廣田才之 외, 1994).

한편 「保健營養士」는 '지역영양사', '지역영양전문가' 등과 유사한 개념으로 받아들여지고 있으며 ILO의 정의에 따르면 「地域社會에서 營養 또는 食事에 관한 각종 요소를 評價하여 건강향상을 위한 각종 영양수단을 計劃하고 實行하는 역할을 수행하고, 지역사회의 영양상태를 調査·診斷하고, 지역의 건강계획에 참여하며, 영양교육·건강계획을 위해 영양문제를 지도하고 영양회복을 위해 일을 하는 者」라고 제시되어 있다(백희영, 1994). Terry는 보건영양사 또는 지역영양전문가를 「지역집단의 영양적 요구를 판단하고 그 요구에 부응할 수 있는 계획, 집행, 프로그램 평가를 수행하는 자」라고 定義하고 있다(Terry, 1993).

나. 地域社會 營養事業 接近 方法의 變化

地域社會의 營養에 관한 問題點을 파악하고 문제의 해결을 위한 프

로그램을 考案하여 執行함으로써 營養改善을 도모하는 일련의 과정을 營養計劃이라고 볼 수 있다. 영양사업은 규모에 따라 國家的인 事業이 될 수도 있고 작은 규모의 地域社會 나름대로의 독특한 事業이 될 수도 있다. 영양계획 수립에 관한 학자들의 이론은 시대적 변화와 地域住民의 呼應 및 要求에 따라 많은 변화를 거듭해 왔다.

영양계획수립에 대한 過去의 接近方式과 差別化된 새로운 보완적인 개념 및 접근방식을 정리해보면 〈表 Ⅰ-3〉과 같다.

〈表 Ⅰ-3〉 地域社會 營養計劃 關聯 理論의 變化

전통적인 개념과 기술	보완적 개념과 기술
계량적인 접근	질적인 접근
공급위주	사용자 중심
하향식 접근	참여 강조
전문관료 중심	인간 중심
일방통행적	대화 중심
처방위주	상호작용 중심
서면보고적	토의식
비논리적	이론에 기초한 접근
정보의 생산	의사결정 중심
조직적	비조직적으로 보이나 조직적
훈련과 기술의 필요	훈련과 기술의 필요

資料: Pelletier, D. L., *Community Based Nutrition Monitoring Project,* Cornell University, 1994.

과거에는 營養計劃을 樹立할 때 설문조사나 역학연구 등을 통한 자료수집과 영양상태 평가와 질병의 罹患率 확인 및 감소에만 치중하여 영양지식이나 자원을 분배하는 정책을 위주로 접근하였으나 최근들어 영양사업을 수립하는데 있어서 외국의 동향은 지역사회 주민들의 사회교육 내지는 재교육개념(Adult Learning Theory), 의사소통개념, 행동변화의 개념, 의사결정능력의 배양 이론, 조직차원의 행동, 관리이론, 정책입안 과정의 개념, 연대형성의 개념 등이 중요시되고 있다 (Pelletier D. L., 1995).

Ⅱ. 保健所 營養事業의 現況과 問題點

1. 營養事業 推進 與件의 變化

가. 保健醫療環境의 變化

1) 人口構造의 變化

平均 壽命의 延長 및 出産率 減少로 인하여 65세 이상의 노인인구는 〈表 Ⅱ-1〉과 같이 1995년 5.9%에서 2000년에는 7.1%로 증가하여 우리나라도 가까운 시일내에 노령화 사회[4]에 진입하게 될 것이며 2020년에는 13.2%로 배가 될 전망이다. 이는 1995년에 비하여 노인인구가 2000년에는 1.3배, 2010년에는 1.9배, 2020년에는 2.6배 증가되는 것이다(統計廳, 1996a).

〈表 Ⅱ-1〉 65歲 以上 老人人口數 및 構成比 推移와 展望(1960~2020年)

(단위: 천명, %)

구 분	1960	1970	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2020
인구수	726	991	1,456	1,742	2,195	2,657	3,371	4,253	5,032	6,899
구성비	2.9	3.1	3.8	5.1	4.3	5.9	7.1	8.7	10.0	13.2
추이 비교 ('95=100)	27	37	55	66	83	100	127	160	189	260

資料: 통계청, 『장래인구추계』, 1996a. 12.

老人人口에서 빈도가 높은 질환은 1995년 국민건강조사결과 고혈압을 포함한 순환기계 질환, 당뇨병, 암으로 나타나고 있으며(최정수 외,

4) UN에 따르면 65세 이상 인구가 전체인구의 7% 이상일 때 노령화 사회에 진입한 것으로 본다.

1995), 60세 이상 인구의 사망원인 순위에서도 이들 질환이 수위를 차지하고 있다(통계청, 1996b). 이와같이 성인병이 有病率과 死亡에서 큰 비중을 차지하고 있어 노인인구의 증가는 바로 營養管理에 대한 需要를 增加시킨다고 볼 수 있다.

2) 慢性退行性 疾患의 有病 및 死亡 增加

生活習慣과 行態가 健康에 미치는 영향과 因果關係에 대해 최근들어 선진국을 중심으로 수많은 疫學 연구결과가 제시되면서 건강은 환경, 생활습관을 포함한 행태, 사회적, 유전적 요인의 複合的인 相互作用의 결과임이 밝혀지고 있다. 전체 癌의 위험요소중 35%를 식이요인이 차지하며, 심장병 사망요인의 22～30%, 치명적인 암의 20～60%, 당뇨병의 50～80%, 당뇨병 사망의 30%가 식이요인과 낮은 신체활동에 의해서 비롯된다는 것이다(US DHHS, 1988; McGinnis, 1993). 이밖에도 전체 암사망의 35%가 食餌要因에서 기인한다는 결과가 제시되고 있으며, 식염섭취량을 감소시켜 관상동맥심장질환 사망을 16～30%, 뇌졸중 사망을 23～39% 감소시킬 수 있고, 肥滿管理를 통하여 비인슐린 의존성 당뇨병의 50%를 예방할 수 있으며, 동물성지방의 섭취를 줄임으로써 결장암을 상당부분 줄일 수 있다는 연구결과도 제시되고 있다(McGinnis, 1993).

〈表 Ⅱ-2〉를 보면 1995年 死亡原因 10大 疾患 중 食生活이 영향을 미치는 질환으로 5個 疾患(뇌혈관 질환, 심장병, 위암, 고혈압성 질환, 당뇨병)이나 포함되며 이들 5개 질환이 전체 사망 중 34.6%를 차지한다.

〈表 Ⅱ-3〉에서 지난 10년간의 식이섭취와 관련된 주요질환의 사망률 변화추이를 보더라도 특히 식이요인이 큰 영향을 미치고 있는 당뇨병, 허혈성심질환, 대장암, 유방암 등이 큰 폭으로 증가하고 있음을 볼 수 있다. 이와 같은 질병양상을 볼 때 우리나라도 본격적인 성인병 시대를 맞고 있다고 볼 수 있겠다.

〈表 II-2〉 1995年 10大 死因別[1] 死亡數 및 死亡率

순위	사 인	사망수(%)	사망률(10만명당)
	총 사 망	238,132 (100.0)	526.3
1	뇌혈관질환[1]	36,061 (15.1)	79.7
2	심장병[1)3]	18,381 (7.7)	40.6
3	교통사고[4]	17,497 (7.3)	38.7
4	만성간질환및 간경변[4]	13,323 (5.6)	29.4
5	위암[1)2]	11,997 (5.0)	26.5
6	간암[4]	9,963 (4.2)	22.0
7	폐암	8,546 (3.6)	18.9
8	고혈압성질환[1]	8,276 (3.5)	18.3
9	당뇨병[1]	7,789 (3.3)	17.2
10	기관지염, 폐기종, 천식	5,004 (2.1)	11.1

註: 2) 다빈도 암에 대해서 암을 암부위별로 나누어 사망순위를 정함.
3) 심장병에는 허혈성심질환, 폐순환질환, 기타 심질환 포함.
1) 식이섭취가 영향을 미치는 질병
4) 알코올의 과다섭취가 영향을 미치는 질병

資料: 통계청, 『1995년 사망원인통계연보』, 1996b.

〈表 II-3〉 食餌攝取와 關聯된 主要疾患의 死亡率 推移(1985~1995年)

(단위: 인구 10만명당 사망수)

사인명	1985	1987	1990	1992	1994	1995
뇌혈관계질환	103.3	98.8	95.7	87.0	85.8	79.7
암(전체암)	85.9	94.5	110.4	110.9	114.5	110.7
위 암	42.3	42.1	37.8	37.8	29.3	26.5
대 장 암	3.2	3.7	4.5	1.7	5.7	5.8
유 방 암	2.4	2.8	3.5	2.0	3.9	4.0
식 도 암	2.3	2.7	3.3	1.7	3.1	3.2
고혈압성질환	48.2	45.2	35.6	27.5	26.2	18.3
허혈성심질환	3.8	6.2	6.8	2.2	12.8	13.1
동맥경화증	1.3	2.1	2.3	2.6	2.0	1.6
당 뇨 병	6.8	7.7	11.8	4.3	17.2	17.2

資料: 통계청, 『사망원인 통계연보』, 각 연도.

고혈압을 포함한 심혈관계 질환, 급속한 증가추세에 있는 당뇨병, 만성질환 등은 위험요인이 조절되지 않는 한 西歐의 유형에 따라 死

亡率과 有病率이 계속 增加할 것이다. 의학기술의 발달로 이들 만성 질환자의 사망은 감소시킬 수 있으나 질병의 예방을 통한 환자의 감소가 동반되지 않을 경우 치명률은 줄일 수 있어도 뇌졸중이나 심근경색증 환자가 증가되어 장애환자도 늘어나게 되므로써 再活서비스의 需要를 증가시키게 된다. 再活서비스의 需要增加는 사회복지시설 및 재활의료시설의 확충에 막대한 재원을 필요로 하게 되고 障碍로 인한 삶의 質이 低下되는 인구집단을 낳게 되므로 疾病의 豫防管理와 危險要因의 減少를 위한 管理方案의 마련이 시급히 요청된다.

나. 食生活의 變化

국민영양조사를 통하여 우리 국민의 식품섭취량을 보면 〈表 Ⅱ-4〉와 같이 각 영양소의 섭취상태가 향상되면서 동물성식품과 지방식품의 섭취가 크게 증가하고 있음을 볼 수 있다.

〈表 Ⅱ-4〉 地域別 國民 1人當 1日 平均 營養素 攝取量 推移

구 분	1975			1985			1995		
	계	도시	농촌	계	도시	농촌	계	도시	농촌
에너지(㎉)	1,992	1,980	2,001	1,936	1,904	1,987	1,839	1,861	1,711
단백질(g)	63.6	67.1	61.1	74.5	76.0	72.2	73.3	75.2	64.0
동물성(g)	13.1	21.6	7.60	31.1	34.7	26.2	34.7	36.7	25.0
지방(g)	19.0	25.0	14.8	29.5	31.5	26.3	38.5	40.3	28.5
동물성(g)	-	-	-	10.5	12.3	7.7	18.0	19.0	12.2
칼슘(㎎)	407	447	379	569	593	530	531	295	458
철(㎎)	12.4	11.5	13.0	15.6	15.8	15.1	21.9	22.2	21.3
비타민 A(RE)	3,888[1)]	3,315[1)]	4.282[1)]	1,846[1)]	1,749[1)]	2,002[1)]	443	462	345
티아민(㎎)	1.21	1.11	1.27	1.34	1.37	1.28	1.16	1.17	1.06
리보플라빈(㎎)	0.77	0.78	0.76	1.21	1.22	1.21	1.20	1.24	1.03
나이아신(㎎)	15.3	15.7	15.1	25.7	28.0	22.0	16.7	17.0	14.9
비타민 C(㎎)	78.9	71.4	84.0	64.7	59.8	72.5	98.3	99.3	92.3
곡류에너지비(%)	82.2	-	85.1	67.8	65.4	71.8	61.2	60.3	66.7
동물성단백질비(%)	20.6	-	12.4	41.7	45.7	36.3	47.3	48.8	39.1

註: 1) 1975년, 1985년의 비타민 A 단위는 I.U임.
資料: 보건복지부,『국민영양조사보고서』, 각 연도.

이를 에너지 구성원인 PFC比로 보면 〈表 Ⅱ-5〉와 같이 지방섭취비율은 1970년의 7.2%에서 계속 증가하여 1995년에는 19.1%로 증가하였다. 아직까지 지방섭취수준이 적정상태에 있기는 하지만 증가추세로 볼 때 높아질 가능성이 많다고 할 수 있겠다. 식품섭취내용의 구성이 변화함에 따라 성인병 발생양상이 달라진다는 의료사적 연구를 고려하더라도(WHO, 1990) 식생활을 적절히 관리하기 위한 프로그램이 사회적으로 요구된다고 하겠다.

〈表 Ⅱ-5〉 1人 1日當 食品攝取量을 通한 熱量構成比(PFC Ratio)의 推移(1970～1995年)

구 분	1970	1975	1980	1985	1990	1995	일본 1995
총 에너지 섭취량(㎉)	2,150	1,926	2,052	1,936	1,868	1,839	2,042
3대 영양소의 열량구성비(%)							
단 백 질	12.0	12.5	13.1	15.4	16.9	16.1	16.0
지 방	7.2	9.5	9.6	13.7	13.9	19.1	26.4
탄수화물	80.8	78.0	77.3	70.9	69.2	64.8	57.6

資料: 日本 厚生省, 『1995年 國民營養調査』, 1996.
보건복지부, 『1995년 국민영양조사 보고』, 1997.

한편 소비지출에서 나타난 食品의 消費推移를 보면 〈表 Ⅱ-6〉과 같이 식료품비 비율(엥겔계수)은 연차적으로 감소하고 있음을 볼 수 있다. 그러나 가공식품의 소비지출 비율이 1970년의 전체 식품비에서 차지하는 비중은 〈表 Ⅱ-7〉에서와 같이 12.9%에서 1994년에는 22.6%로 증가하였으며, 외식비는 동 기간중 3.1%에서 26.3%로 17.8배 증가한 것으로 나타났다. 이와 같이 식생활이 서구화됨에 따라 동물성 지방의 섭취 증가, 가공식품과 외식의 이용 증가 등 食文化의 變化, 신체활동량의 전반적인 감소, 높은 흡연과 음주율 등을 고려할 때 우리 사회의 심혈관 질환과 당뇨병은 더욱 증가할 것으로 예측되고 있다.

〈表 II-6〉 家口當 食料品費 支出 推移(1965～1993年)

연도	도 시[1]		농 촌[2]	
	연간 소비 지출액(천원)	연간 소비지출중 식료품비 비율(%)	연간 소비 지출액(천원)	연간 소비지출중 식료품비 비율(%)
1965	117	56.8	101	53.1
1970	312	46.6	208	45.9
1975	700	48.8	616	47.3
1980	2,166	42.9	2,138	36.8
1985	3,804	37.5	4,691	28.4
1990	8,228	32.0	8,227	23.5
1995	14,767	28.2	14,782	21.1

資料: 1) 통계청, 『도시가계연보』, 각 연도.
2) 농림부, 『농가경제통계』, 각 연도.

〈表 II-7〉 都市家計 月平均 加工食品費 및 外食費 支出推移(1970～1994年)
(단위: 원, %)

구 분	1970	1975	1980	1985	1990	1993	1994	94/70[1](배)
식료품비 총계	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
가공식품비 (식료품 비중 비율)	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
외식비 (식료품 비중 비율)	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

註: 1) 1990년 불변가격(전도시 소비자 물가지수 적용)
資料: 통계청, 『도시가계연보』, 각 연도.

美國에서 지난 15년간 심장질환으로 인한 사망이 급격히 감소한 것은 一般人의 健康增進 實踐을 유도하는 적극적인 保健敎育, 營養敎育과 身體活動을 강조한 다양한 프로그램의 결과이다. 美國에서는 食生活의 變化를 통한 혈압 조절에 의하여 뇌혈관계 질환과 허혈성 심질환의 상당부분을 줄일 수 있었으며, 서구사회에서 신경계 질환, 만성신부전, 시력 상실의 가장 중요한 원인이 되고 있는 당뇨병도 줄일 수 있었다.

이와 같은 사실은 營養管理가 慢性病管理를 위해서는 가장 필수적인

중요한 사항이라는 것을 제시하는 것이나 우리나라에서는 아직까지 慢性疾患에 대한 管理體系 자체가 매우 부실한 것이 사실이고 더구나 營養的 管理에 대한 고려는 거의 이루어지지 않고 있는 실정이다. 예를 들면 고혈압과 당뇨병에서 환자 발견과 환자의 지속적인 관리가 체계화되어 있지 않고, 환자의 치료 순응도도 매우 저조한 것으로 평가되고 있다. 이러한 산발적이고 비효율적인 관리는 질병 자체의 성격에 의한 것도 크지만 잘 조직된 效率的인 疾病管理體系의 不在때문에 더욱 조장되는 것으로 파악되고 있다(서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1993).

다. 制度的 變化

地域營養事業을 뒷받침하는 法令이 과거에는 보건소법에서 보건소 기능속에 포함되어 있을 뿐이었으며 영양사 인력에 대해서는 간호사와 대체인력으로 훈령속에 명시되어 있는 정도로 영양사업을 지지하는 법적 근거가 미약하였다. 그러나 1995년의 「國民健康增進法」에서는 다음과 같이 國家 및 地方自治團體의 營養改善事業 義務를 규정하고 있다(국민건강증진법 제15조).

- 國家 및 地方自治團體는 국민의 영양상태를 조사하여 국민의 영양개선방안을 강구하고 영양에 관한 지도를 실시하여야 한다.
- 국가 및 地方自治團體는 국민의 영양개선을 위하여 영양교육사업, 영양개선에 관한 조사연구, 기타 영양개선에 관하여 보건복지부령이 정하는 사업을 하여야 한다. 또한 국민건강증진법 제17조에서는 市·道 및 市·郡·區가 營養指導員을 두고 영양사업을 실시하도록 하고 있다.
- 市·道 營養指導員의 業務
  · 영양지도의 기획·분석·평가 및 영양상담

· 보건소의 영양업무지도
· 집단급식시설에 대한 급식업무 지도
· 영양조사 및 효과측정
· 홍보 및 영양교육
· 기타 영양과 식생활개선에 관한 사항

— 市·郡·區 營養指導員의 業務
· 영양지도의 계획·분석
· 지역주민의 영양지도(영·유아, 임산부, 수유부, 노인, 환자, 성인의 영양관리) 및 상담
· 집단 급식시설에 대한 현황파악 및 급식업무지도
· 영양조사 및 지역주민의 영양평가 실시
· 영양교육자료의 개발·홍보 및 영양교육
· 지역주민의 영양조사 결과 자료의 활용
· 기타 영양과 식생활개선에 관한 사항

이와 함께 1995년 12월 保健所法에서 改定된 地域保健法 제9조에서 보건소의 관장업무내용 중 영양업무를 1항 국민건강증진·보건교육·구강보건 및 영양사업에 포함시키고 있다. 또한 지역보건법 시행령 제10조(전문인력의 배치기준)에서는 법 제12조의 규정에 의하여 보건소 및 보건지소에는 의무·치무·약무·보건·간호·의료기술·식품위생·영양·보건통계·전산 등 보건의료에 관한 업무를 전담할 인력 등을 두도록 하여 영양사를 보건소 전문인력에 포함시키고 있다. 동법 시행령에는 專門人力의 최소배치기준(제6조 1항)에서 보건소에 영양사 1명, 보건의료원에 영양사 2명을 배치하도록 하고 있는데 확보기간을 1998년 12월까지로 유예기간을 두고 있다.

이와 같이 國民健康增進法 制定과 地域保健法의 改定을 통하여 보건소가 수행해야 할 중요한 업무범위가 확대되고 업무의 量이 변화하

고 있다. 따라서 보건소는 변화하는 보건사회환경과 주민의 보건의료 요구에 부응하도록 조직의 구조와 업무내용을 변화시켜야 할 계제에 있다. 그 변화의 방향은 만성질환의 관리와 그 예방관리를 위한 건강증진서비스를 수행하고 지원할 수 있는 조직으로의 再設定이 필요하다. 이 두 범주의 사업은 특성상 민간부문보다는 공공보건기관에서 수행하는 것이 타당하며 營養事業은 두 범주의 관리서비스에서 모두 必須的으로 포함되어야 할 분야이다. 일부 行·財政 與件이 가능한 보건소에서는 변화가 진행되고 있지만 여타 지방행정조직과 마찬가지로 대다수의 보건소가 새로운 보건의료수요와 행정환경의 변화를 수용할 조직의 탄력적 운영과 필요한 人的·財政的 확보능력을 가지지 못한 것이 현실이다.

라. 公共保健機關을 통한 營養事業 展開의 必要性 增大

人口의 老齡化와 疾病樣相의 變化에 따른 보건의료수요의 변화와 경제·사회·문화생활의 변화, 정치구조면에서의 지방자치제의 실시 등은 지역의 보건의료에서 중추적인 역할을 수행하여야 할 公共保健組織으로서의 保健所에 대한 합리적인 機能 改編 및 이를 뒷받침할 組織의 變化를 요구하고 있다. 이러한 기능의 변화중 대표적인 보건서비스로 들 수 있는 것이 慢性退行性疾患에 대한 적극적인 管理機能, 健康增進을 위한 서비스의 확대와 지원기능이다. 이 두 범주의 서비스 확대에서 必須的인 서비스가 營養서비스라 할 수 있다.

기초지방자치단체에 설치된 市·郡·區 保健所가 지역주민의 영양개선과 영양관리의 주체가 되는 것이 가장 타당하다고 여겨지는 根據는 다음과 같이 열거해 볼 수 있다.

첫째, 보건소의 시설과 인력 수준이 취약하기는 하지만 일반 인구집단의 보건전반에 대한 관리를 실시하고 있는 전국적인 조직을 가지

고 있으며, 이를 기반으로 최근 保健所情報體系의 구축이 진행되고 있고, 새로 강화되어야 할 地域 健康增進事業의 구심점이 보건소이기도 하다. 기존 보건소의 조직과 인력, 즉 보건소·보건지소 인력 및 보건진료소의 인력을 활용하여 健康危險이 높은 對象者를 발견하고 적극적인 追求管理를 할 수 있다. 물론 보건소가 이러한 역할을 수용하기 위해서는 현재의 보건소 조직과 인력, 시설 등 보건소내 환경은 물론 보건소를 둘러싼 내부 요인을 변화시켜야 가능할 것이다.

둘째, 保健所를 活性化하기 위해서는 민간부문과 비교우위를 지니지 못한 일반진료를 강화하기보다는 민간부문보다 比較優位에 있는 부분 즉 기존의 모자보건사업의 내실화, 고혈압·당뇨병 등 만성퇴행성질환의 관리사업을 강화하고 특화해야 할 것이다. 구체적으로 營養은 이들 업무에 필수적으로 포함되어야 하는 요소이다. 의료서비스의 80% 이상이 민간부문에서 제공되고, 예방, 치료, 재활의 각 부분이 연계성과 통합성을 가지지 못한 우리나라의 의료체계의 특성 때문에 豫防的이고 持續性있는 관리가 필요한 營養서비스와 慢性退行性疾患管理 등은 치료중심적이면서 수익성을 우선적으로 고려하는 민간의료기관에서는 실시하기 어렵다.

마. 他 保健事業과의 連繫 强化의 必要性 增大

보건소의 주요 사업으로 이루어지고 있는 영유아·임산부 관리는 예방접종과 기본적인 건강체크만으로 이루어지고 있어 포괄적이고 전반적인 건강관리가 제대로 이루어지지 않고 있다. 자녀수의 감소, 소득수준의 향상으로 자녀와 자신 및 가족의 건강에 대한 어머니들의 健康管理에 대한 要求度가 증가하고 그에 따른 영양지식에 대한 요구도도 높아졌다. 이러한 요구도에 따라 영양관리와 영양교육이 이루어지게 되면 지역주민들의 보건서비스에 대한 만족도도 증대될 수 있을

것이다. 이밖에도 成人病管理, 口腔保健, 老人保健, 靑少年保健에서는 영양서비스가 반드시 포함되어야 할 영역이 있다. 그러므로 보건소의 營養서비스를 活性化시키는 것은 보건소의 여러 건강관리서비스의 내용을 포괄적으로 만들 수 있으며 質을 향상시킬 수 있다는 점에서 영양서비스의 積極的인 導入이 모색되어야 하겠다.

2. 營養 프로그램의 開發·運營 現況

保健所를 중심으로 실시된 營養事業의 개발·운영 현황은 사업활동의 분석과 사업대상자에의 서비스전달 내용 등을 중심으로 파악하였다. 즉, 여러가지 영양프로그램의 遂行狀態, 다양한 프로그램의 開發 및 施行, 각 프로그램의 수행실적 등을 파악하는 방법으로 프로그램의 개발과 그 실시현황을 파악하고자 하였다. 6節의 보건소에서의 영양사업 수행여건은 시범지역과 일반지역을 比較하는 방식으로 접근하였으나 이 節에서는 영양사업이 一部 一般地域을 제외하고는 시범지역에서만 본격적으로 시도되어 이루어졌으므로 먼저 示範地域의 각종 영양프로그램의 內容과 成果를 파악하였다. 一般地域에서는 영양사업을 하고 있는지의 여부, 영양업무를 실질적으로 또는 形式的으로 맡고 있다는 營養擔當者(또는 營養指導員)의 영양업무 수행여부나 수행정도에 대한 現況을 把握하는 내용을 중심으로 하였다.

가. 示範地域의 營養事業活動과 遂行成果

1) 示範地域의 營養事業 遂行內容

여기서 시범사업의 성과는 여타 예방보건사업과 건강증진사업과 마찬가지로 그 시행효과에 대한 단기적인 계측이나 객관적인 평가가 어

렵기 때문에 사업활동을 중심으로 파악하였다. 시범지역에서 지금까지 實施되었던 영양사업은 동일한 내용이 모든 시범영양 지역에서 이루어진 것이 아니고 지역의 與件과 地方自治團體 및 保健所長의 關心, 人力과 豫算, 지역의 학교나 복지기관과의 連繫 정도에 따라 事業展開에 많은 차이를 보였다. 營養事業의 내용은 크게 개인별 영양상담, 그룹을 대상으로 하는 정기적인 영양교육 및 강좌, 영양사업의 홍보와 인식도를 높이거나 특별 사업으로 실시하는 특별행사, 영양실태조사나 영양진단, 교육매체 개발 및 제작, 기타 영양업무로 다음과 같이 구분될 수 있다.

① 營養相談

영양상담은 주로 個人別로 이루어지며 對象者에 따라 영유아 영양상담, 임산부 영양상담, 일반인 영양상담, 환자 영양상담, 노인 영양상담으로 분류할 수 있는데 대부분의 보건소에서 영양업무중 가장 큰 比重을 차지하는 부분이다.

② 營養教育(講座)

영양교육 또는 영양강좌는 대체로 定期的인 事業計劃에 의하여 이루어지며 그 내용으로는 이유식 및 유아식 實習을 포함한 영양강좌, 어린이집, 유아원, 유치원, 초등학생을 대상으로 하는 어린이 영양교실, 임산부 영양교실, 당뇨 및 고혈압 교실, 주부 및 일반인 대상 영양교실, 중·고교 학생을 대상으로 하는 학생영양강좌 등이 실시되고 있다.

③ 特別 營養 對民行事

특별 대민행사는 지역마다 행사의 規模, 內容과 名稱이 다소 차이가 있는데 대표적인 것은 어린이 비만캠프(또는 영양캠프), 영양을 주제로 하는 전시회나 캠페인, 노인정 등을 巡廻하는 행사 등이 있다.

④ 營養診斷 및 評價活動 또는 營養事業評價

기존의 國民營養調査 내용과 유사한 食品攝取實態調査를 1996년 11월 모든 示範地域에서 小規模로 실시하였으며, 지역에 따라 부분적으로 지역내 일부 대상자에게 식품섭취실태, 혈액검사 등을 실시하여 地域社會 營養診斷을 실시한 곳도 있다. 또한 일부 지역에서는 豫防接種 兒童을 대상으로 體重과 身長을 이용하여 營養評價를 실시하고 있다.

⑤ 營養教育 資料의 開發

영양상담 및 교육과 특별행사에 필요한 教育弘報資料에 대한 지원이 거의 없는 상태에서 사업수행에 필요한 소책자나 리플렛을 自體的으로 開發하거나 기존의 자료를 이용하여 홍보용 게시판이나 교육매체를 제작하고 있으며 영양사가 이 資料開發과 製作에 소요하는 시간은 업무중 많은 부분을 차지하고 있는 것으로 나타나고 있다.

⑥ 其他 營養業務

기타 영양업무로는 지역 관내에 營養士가 確保되지 않은 福祉施設에 대한 食單提供과 營養指導, 營養事業 評價會 등이 있다.

이들 업무중 ④, ⑤의 업무는 업무수행에 따르는 手段이라고도 볼 수 있어 먼저 ①, ②, ③, ⑥ 영역의 업무를 중심으로 전반적인 영양사업 활동의 實施 現況을 보면 〈表 Ⅱ-8〉과 같다.

먼저 個別相談業務를 보면 영유아, 환자에 대한 영양상담은 대부분의 시범지역에서 실시하고 있으나 임산부, 노인, 일반인에 대한 영양상담은 一部 지역에서만 실시하는 것으로 나타났다. 定期的인 營養教育 및 講座는 어린이를 대상으로 하는 활동이 가장 普遍的으로 이루어지고 있으며, 당뇨교실, 이유식 교실 등은 반 수 정도의 시범지역에서 프로그램을 가지고 있는 것으로 나타났다.

〈表 II-8〉 示範地域 保健所의 營養業務 方法別·部門別 實施 現況

(단위: 개소, %)

구 분	계 (A)	적극적으로 수행(B)	약간 수행	실시 안함	적극적 수행비율 (B/A)×100
개별영양상담					
영유아	22	19	3	0	86.4
임산부	22	5	12	5	22.7
일반인	22	7	13	2	31.8
환 자	22	17	3	2	77.3
노 인	22	8	10	4	36.4
정기 영양교육 및 강좌					
이유식·영유아 영양강좌	22	10	3	9	45.5
어린이영양교실	22	14	2	6	63.6
임산부영양교실	22	7	3	12	31.8
당뇨교실	22	10	1	11	45.5
주부 및 일반인 영양교실	22	2	4	16	9.1
학생대상 영양강좌	22	2	4	16	9.1
특별행사					
어린이 비만캠프(교실)	22	8	1	13	36.4
전시회, 캠페인[1)]	22	11	2	9	50.0
노인대상 행사 및 프로그램	22	5	2	15	22.7
기타 영양업무					
관내 복지시설 식단제공	22	7	3	12	31.8
지역주민의 영양진단조사	22	8	6	8	36.4
영양사업 평가회	22	2	2	18	9.1

註: 1) 건강식단전시회, 이유 및 유아 식단전시회, 성인병식단 전시회 등

特別行事는 일부 시범지역에서 실시하고 있는 것으로 나타났는데 가장 일반적인 내용은 營養展示會나 캠페인에 속할 수 있는 활동과 어린이 비만캠프로서 이를 운영하는 곳은 1/3 정도되었다. 기타 활동으로는 복지기관에 식단을 제공하는 곳이 1/3 정도되었고 지역주민의 영양평가를 위한 활동을 부분적으로나마 시도하고 있는 지역은 1/3 정도 있었다. 사업에 대한 평가회 등은 2개 지역의 보건소에서만 시도된 것으로 나타났다. 그러나 보건소에 따라 영양사업중 주력하는 부분에는 많은 차이가 있었다. 영양사업을 위한 豫算을 確保하고 있는 곳, 사업을 적극적으로 실시하는 곳일수록 특별한 대민행사나 영

양강좌를 많이 시도하고 있는 반면, 그렇지 못한 지역일수록 영양사가 별 예산없이 單獨으로 실시할 수 있는 영양상담에 치우친 활동을 수행하는 경향을 보였다.

2) 營養相談 活動

많은 保健所가 영양사업 豫算과 支援이 제한되어 있는 현실에서 영양업무 내용중 상당부분은 營養相談에 치우치는 경향이 있다. 보건소의 영양상담 활동을 量的으로 제시하면〈表 Ⅱ-9〉와 같다.

〈表 II-9〉 示範地域의 保健所 來所者에 대한 月平均 營養相談 實績

(단위: 건)

구 분	수행건수 범위	평균(표준편차)
환자 영양상담	0 ~383	64.0(90.8)
고혈압	0 ~ 43	8.7(11.5)
당뇨병	0 ~151	23.9(34.5)
기타 질환	0 ~ 60	6.8(15.6)
영유아 이유식 및 영유아 영양상담	0 ~506	114.5(140.4)
임산부 영양상담	0 ~ 85	11.4(22.8)
기타 대상 영양상담[1)]	0 ~ 96	19.8(27.7)
총 영양상담건수	0[2)]~741	214.2(227.4)

註: 1) 노인영양상담 포함임.
2) 상담건수가 전혀 없는 지역은 영양사업 수행방법에 개인상담을 포함하지 않은 경우임.

22개 조사대상 示範地域의 보건소에서 내소자에게 개인별로 영양상담을 제공한 實績은 1997년 4~6월의 3개월간의 영양상담건수를 월평균 실적으로 환산하여 구하였다. 영양상담 활동은 보건소 간에 차이가 컸으나 영양상담중 가장 많은 내용은 嬰乳兒에 대한 영양관리상담과 이유식 지도였으며, 그 다음이 환자에 대한 식이상담지도였다. 고혈압환자에 대한 식이상담이나 임산부에 대한 식이상담 비중은 상대적으로 적은 편이었다. 영양상담건수는 상담활동이 전혀 없는 지역에

서부터 월평균 741건수인 지역까지 그 차이가 매우 컸으며 22개 조사 지역의 월평균 영양상담건수는 214건으로서 근무일 기준으로 1日에 약 10건 정도의 영양상담활동이 이루어졌다고 볼 수 있다.

3) 營養敎育 및 特別 營養對民行事

대체로 示範營養事業地域에서는 사업을 營養敎育과 特別行事로 나누고 있는데 그 차이는 영양교육이 강의중심으로 비교적 正規的으로 여러 회에 걸쳐 이루어지는 것임에 반해, 특별행사는 1년에 1~2회 이루어지는 행사로써 展示, 敎育, 相談活動을 종합적으로 실시하는 對民行事의 성격으로 실시되는 것이다. 영양교육과 특별행사의 구분이 어려운 프로그램도 있다. 따라서 본 연구에서는 영양교육과 특별행사를 합하여 1995년, 1996년, 1997년 상반기중의 각 지역의 영양교육과 특별행사의 內容과 實績을 보았는데 그 결과는 〈表 Ⅱ-10〉과 같다. 각 지역마다 매우 다양한 프로그램이 개발되었으며 각 프로그램의 量的인 事業受惠者數도 지역에 따라 차이가 크기는 하지만 상당수에 이르고 있음을 볼 수 있다. 共通的인 프로그램으로는 당뇨교실 또는 당뇨 및 고혈압 교실·강좌, 이유식 관련 교실 및 강좌, 임산부나 수유부에 대한 영양강좌, 유치원 아동 등 어린이에 대한 영양교실 등의 영양교육이 있으며, 특별한 대민행사로서 대표적으로 보급된 프로그램은 비만캠프(교실), 다양한 목적의 食單展示會 등을 들 수 있다. 특히 이들 프로그램들은 지역내의 醫師會나 지역의 病院과 共同開催한다든가 지역 市, 郡, 區의 복지관련부서 또는 학교와의 협력을 통해 이루어진 사업이 많다. 이것은 이제까지 보건소의 기존 사업이 주로 保健所 단독으로 所內에서 실시되어 온데 그쳤던 반면 영양사업에서는 지역내의 서비스 대상자의 폭넓은 접촉에 있어서나 관련기관과의 유대 등에서 積極的인 사업의 接近方法이 모색되었다는 점에서 의미가 크다고 할 수 있다.

〈表 II-10〉 示範地域의 營養프로그램 種類 및 實績(營養敎育, 特別 行事)

(단위: 횟수/명)

지 역	실시 프로그램명	1995	1996	1997(1~6월)
서울시 강북구	고혈압·당뇨교실	11/424	10/485	7/205
	임산부, 수유부, 이유식교실	8/162	9/150	4/88
	유치원교실	11/522	14/824	8/428
	편식 및 비만교정 어린이 캠프	1/33	2/45	-
	집단영양교육	10/423	4/243	1/20
서울시 강남구	체중조절 강화	-	-	1/229
부산시 동래구	당뇨교실	14/233	16/298	5/41
	고혈압교실	-	-	1/20
부산시 사하구	당뇨교실	1/22	18/374	12/166
	고혈압강좌	1/12	1/16	-
	이유식강좌	-	5/91	1/14
	어린이집 영양교육	2/192	4/315	11/-[1]
	임산부 영양교육	-	1/17	1/13
	이유식 및 영양간식 전시회	1/682	1/475	-
	건강식단 전시회	-	-	1/426
대구시 동구	어린이집 영양교육	-	-	3/281
대구시 서구	어린이 영양교실	9/544	11/653	10/565
	가정방문사업 영양지도	-[1]/48	-	-
	노인 건강교실	-	12/197	5/103
	컴퓨터 영양진단	-	1/128	-
	경로당순회 영양교육	-	-	9/234
	이유식단 전시회	1/228	1/1,747	1/1,065
	성인병식단 전시회	-	1/687	-
	어린이 비만예방 행사	-	-	1/185
대구시 남구	어린이 영양교실	-	4/407	6/455
	임산부 영양교육	-	4/11	-
	노인정 영양교육	-	-	1/20
	보건교육	-	1/10	1/35
	당뇨식단 전시회	-	1/93	1/114
	이유식단 전시회	-	1/75	-
	골다공증 예방을 위한 식단 전시회	-	-	1/109
대구시 북구	당뇨병교실	4/22	8/99	10/121
	이유식교실	1/8	-	-
	건강관리교실	1/14	-	-
	이유식 전시회	1/109	-	1/103
	당뇨식단 전시회	-	1/36	-

〈表 II-10〉 계속

(단위: 횟수/명)

지 역	실시 프로그램명	1995	1996	1997(1~6월)
대구시 북구	당뇨병교실	4/22	8/99	10/121
	이유식교실	1/8	-	-
	건강관리교실	1/14	-	-
	이유식 전시회	1/109	-	1/103
	당뇨식단 전시회	-	1/36	-
대구시 수성구	어린이집 영양지도	-	14/1,329	9/938
	초등학생 영양지도	-	-	3/222
	경로당 영양지도	-	24/122	4/185
	성인병 식단관리	-	1/1,060	-
	이유식단 전시	1/980	2/1,810	-
대구시 남동구	당뇨교실	-	12/387	9/135
	영유아 이유 및 유아식관리	-	-	-
	임산부 영양관리	-	1/32	-
	수유부 영양관리	-	1/29	-
	어린이 영양교육	8/1,296	7/1,071	23/1,482
	당뇨 및 일반인을 위한 식단전시	1/1,200	1/2,980	-
	영유아 이유 및 유아 식단전시	-	1/1,973	-
	골다공증 예방 식단전시	-	-	1/860
인천시 남동구	성인병·비만 식이요법	2/91	-	-
	영양상담	160/2,324	150/1,336	150/406
	이유식교실	-	4/44	3/30
	임산부 영양교육	26/390	3/24	-
	노인 영양교육	1/104	3/60	6/162
	미취학아동 영양교육	3/71	19/1,191	13/1,093
	어린이 편식 비만교육	2/188	2/ 264	-
대전시 중구	성인병교실	3/76	-	-
	이유식교실	14/94	4/251	1/79
	임신 수유부 관리	9/111	21/314	20/339
	어린이 건강교실	-	-	1/79
대전시 대덕구	이유 보충식 지도	-	10/369	6/217
	어린이집 영양교육	-	9/1,076	10/561
	관내 보육시설 식단제공	-	-	3/-[1)]
	노인무료급식 식단제공	-	-	2/-[1)]

〈表 II-10〉 계속

(단위: 횟수/명)

지 역	실시 프로그램명	1995	1996	1997(1~6월)
경기도 수원시 장안구	당뇨교실	25/84	15/83	8/23
	모자보건 교실	11/151	11/142	5/87
	어린이 복지 기관 영양교육	7/492	12/876	4/268
	어린이 구강 관련 영양교육	8/755	4/234	-
	소아 비만캠프	2/68	2/ -[1)]	1/-[1)]
	당뇨를 알자 걷기대회	-	1/700	-
	노인 건강 복지대회	-	-	1/1,100
경기도 수원시 권선구	당뇨교실	7/140	26/92	-
	어린이 영양교육	6/336	19/1,510	25/617
	노인 영양교육	3/210	4/137	-
	임산부 교실	6/88	7/123	6/93
	소아 비만캠프	3/148	2/78	1/33
	당뇨를 알자 걷기대회	-	1/700	-
	노인 건강 복지대회	-	-	1/1,100
경기도 수원시 팔달구	고혈압교실	1/10	-	2/18
	당뇨교실	2/31	2/36	2/20
	어린이집 영양교육	13/502	21/976	5/220
	이유식교실	7/207	4/90	1/20
	노인정 순회 영양교육 프로그램	8/385	7/703	1/120
	영양캠프	2/100	2/70	1/40
	당뇨를 알자 걷기대회	-	1/880	-
	노인 건강 복지대회	-	-	1/1,500
경기도 용인시	고혈압교실	-	-	1/19
	당뇨교실	3/102	7/174	1/28
	비만교실	-	12/201	-
	골다공증 교실	-	3/124	-
	유치원 어린이 영양교육	15/191	28/1,427	25/1,356
	초등학생 영양교육	9/1,974	-	-
	중고생 영양교육	2/380	1/100	-
	임산부 영양교육	-	10/105	1/10
	주부 영양교육	-	2/60	-
	노인 영양교육	16/354	10/157	8/261
	이유식 전시회	-	1/ -[1)]	-
	비만아 대상 비만교실	12/234	24/390	-

〈表 II-10〉 계속

(단위: 횟수/명)

지 역	실시 프로그램명	1995	1996	1997(1~6월)
강원도원주시	성인병교실	10/211	10/100	1/6
	임산부 교실	13/99	15/105	5/30
	유아대상 영양교육	10/117	12/961	11/995
	청소년대상 영양교육	2/80	1/45	-
	노인 영양교육	4/110	1/80	-
	이유식교실	1/350	-	-
	골다공증 예방을 위한 식단 전시회	-	1/300	-
강원도강릉시	당뇨교실	2/117	16/74	11/114
	고혈압교실	-	1/5	1/13
	이유식교실	1/15	1/17	1/11
	어린이집 영양교육	-	41/1,296	36/1,168
	임산부 교실	-	1/22	2/14
	비만 편식교실	1/20	2/259	1/62
	이유식 실태조사	-	-	1/290
	비만발생 위험요인 조사	1/18,527	1/492	-
충남천안시	당뇨 영양관리	2/88	-	-
	고혈압 영양관리	3/116	-	-
	산업장 영양교육	-	1/30	-
	이유식교실	-	-	5/27
	모자건강교실 운영	7/280	-	-
전북전주시덕진구	성인병 식이요법 교육	-	1/56	-
	이유식 교육	-	-	1/62
	임신수유부 영양교육	-	-	-
	유치원 방문교육	-	-	4/398
	어린이 간식 교육	-	-	1/17
	이유식 교육	-	1/22	-
	식단작성 교육	-	-	2/11
	골다공증 교육	-	1/12	-
	노인 건강교육	-	1/11	-
	식단전시회	-	1/356	-
경남창원시	당뇨교실	-	12/357	6/167
	영유아 이유식 강좌	-	12/398	14/302
	어린이 비만 이렇게 예방하자	1/2,500	-	-
	어린이 영양캠프	-	1/50	-
	이유식 전시회	-	1/306	-
	6·25음식 기획전	-	-	1/500

註: 1) 해당 프로그램은 실시하였으나 이용자수는 미상인 경우임.

시범지역에서 실시된 다양한 형태의 營養敎室(또는 講座 프로그램)을 유형별로 정리하여 보면 〈表 Ⅱ-11〉과 같다. 糖尿敎室은 대부분의 시범보건소에서 운영하고 있으며, 그 다음으로는 모자보건 영양교실, 이유 및 유아식교실, 어린이 영양교실을 많이 운영하는 것으로 나타났다.

〈表 II-11〉 示範地域에서 運營된 定期營養敎室·講座 種類別 運營與否

(단위: 개소, %)

영양교실(강좌)명	프로그램운영 보건소 수	비 율
당뇨교실	13	59.1
만성병교실(고혈압 등)	5	22.7
모자보건 영양교실	12	54.5
이유 및 유아식 관리교실	11	50.0
유치원 영양교실(어린이 영양교실)	10	45.5
노인건강교실	5	22.7
중고생 대상 영양교실	3	13.6
복지기관 영양교실	4	18.2
체중관리를 위한 영양강좌	1	4.5

註: 조사대상 보건소수는 22개소임.

한편 시범보건소에서 개발한 특별 영양대민행사 및 캠페인의 유형별로 실시 현황을 정리하면 〈表 Ⅱ-12〉과 같다.

〈表 II-12〉 示範地域의 特別行事 및 캠페인 實施 與否

(단위: 개소, %)

구 분	프로그램 운영 보건소 수	비율
건강식단 전시회	5	22.7
이유식 및 유아식 식단 전시회	16	72.7
성인병(당뇨)식단 전시회	7	31.8
소아(어린이)비만캠프	9	40.9
당뇨예방 관리 캠페인(당뇨를 알자 걷기 대회)	3	13.6
노인 건강 복지 대회(노인 영양개선 캠페인)	3	13.6
골다공증 예방 식단 전시회	2	9.1
비만예방 전시회	1	4.5

註: 조사대상 보건소수는 22개소임.

特別行事로는 이유식 및 유아식 식단전시회를 가장 많은 보건소에서 운영하고 있었고, 그 다음이 小兒(어린이) 비만캠프였다. 그외에 건강식단전시회, 성인병(특히, 당뇨병) 식단전시회도 많은 示範保健所에서 운영하고 있는 것으로 나타났다.

4) 營養診斷 및 事業의 評價 活動

가) 營養診斷

시범영양사업이 시작되면서 영양사업을 수행하기 위한 기초적인 자료를 확보하기 위하여 地域의 營養診斷 실시가 권장되었다. 왜냐하면 지역단위로 주민의 영양상태와 지역의 영양문제, 영양관련 자원 등을 파악할 수 있는 자료가 거의 전무했기 때문이다. 그러나 1994년 사업 시작 당시에는 示範地域의 보건소에 영양사가 자원봉사의 형태로 근무하고 있었고, 더구나 영양진단평가를 위한 보건소의 지원이 거의 없었기 때문에 영양사 단독으로 지역의 영양진단을 할 수 밖에 없는 실정이었으며, 영양사 자신도 조사 및 결과 분석에 대한 훈련이 부족한 경우가 많았다. 따라서 조사내용은 기존의 地域 統計를 활용한 人口資料에 한정된 곳이 많았다. 일부 지역에서 영양진단을 실시한 상황을 보면 〈表 Ⅱ-13〉과 같이 가장 많은 17개(77.3%) 시범지역에서 기존의 국민 영양조사결과의 해당지역 결과표 등을 활용하여 지역의 영양상태를 파악하였다고 하였으며, 體重·身長을 통한 체중 과다자 파악, 내소자에게 체지방 측정기를 이용하여 체지방 측정을 실시한 지역이 각각 14개소(63.6%)인 것으로 나타났다. 事業對象別 食習慣을 조사한 곳은 13개소(59.1%), 일별 식사상황, 영양섭취실태, 영양소별 영양섭취비율 등 간이 식이섭취조사를 한 곳이 10개소(45.5%)인 것으로 나타났다. 그러나 이들 영양진단방법은 보건소 관할대상 지역의

인구 전체에 대해서 또는 인구집단중 특정 기준에 의한 事業對象 優先集團(위험군)에 대해서 적용되지 못하였으며 대개는 영양서비스를 이용한 대상자를 중심으로 그들 중 일부에게 실시한 것으로 보인다.

〈表 II-13〉 示範地域에서 實施한 地域住民 營養 評價方法

(단위: 개소, %)

구 분	실시 보건소 수	비 율
국민영양조사 표본결과 활용	17	77.3
별도의 식이섭취 조사 실시	10	45.5
체중, 신장 측정을 통한 과다 체중자 파악	14	63.6
체지방 측정기를 이용한 내소자 측정	14	63.6
사업 대상별 식습관 등 설문조사 실시	13	59.1
컴퓨터 프로그램을 이용한 영양진단	6	27.3

註: 조사대상 보건소수는 22개소임.

일부 시범지역에서는 「住民의 簡易營養實態調」가 일부 地域 住民이나 保健所 來所者를 중심으로 시도되었다[5]. 그러나 영양사업 평가를 체계적으로 추진하고자 시도한 곳도 몇군데 있었다. 이들에 대해서는 具體的인 事例를 수집하였는데 그 내용은 다음과 같다.

영양사를 3명 채용하고 있는 경남 창원시에서는 보다 체계적인 영양평가 활동을 실시한 것으로 나타났다.

첫째는 통계청의 데이터를 이용하여 전국치가 아닌 地域의 死亡統計原因 資料를 별도로 산출하므로써 지역의 건강 문제와 영양문제(영양이 원인이 되는 건강문제)를 파악하였다. 둘째는 관내 초등학교 전체(39개교)에 대하여 身體計測値를 통한 營養評價를 하기 위해서 標本을 選定하여 자료를 수집하고 體重異常兒를 스크리닝하였으며 그 結果를 가지고 肥滿캠프 對象兒로 선정하였다. 구체적으로 그 내용을

5) 그 내용은 성별, 연령, 신체계측치(체중, 신장), 비만도, 질병 유병상태(설문), 일별 식사상황, 1일 식사력 조사, 식품군별 영양소 섭취의 적정상태 평가를 포함하고 있다.

보면 지역내 초등학교 전체인 39개교에서 각 학년마다 1개 학급을 대표로 선정한 후 교육청에서 조사한 학교 체격평가 자료(각 아동의 체중, 신장)를 수집·분석하여 지역내 초등학교 아동의 BMI분포 등 肥滿率을 산출하고 있다. 또한 이 결과를 활용하여 각급 초등학교에서 경도 以上의 비만자를 가려내어 비만캠프의 참가대상 자격으로 정하고 있다. 이와 같은 사례는 한 地域의 營養指標를 작성하는데 있어서 지역전체를 대표할 수 있는 자료를 산출하여 영양진단을 하고 그 결과를 프로그램 대상자 선정에 활용하였다는 점에서 의미가 크다.

또 다른 한 지역의 사례는 수원시 권선구이다. 이 지역의 보건소에서는 「비만캠프」와 「당뇨병 교실」 운영에서 프로그램 참석대상자에게 教育前 事前調査를 실시하고 一定期間 教育 後 事後評價를 실시한 경우이다. 평가내용은 영양지식과 식습관의 변화, 혈중 지질치와 혈당의 변화 등이었다. 더구나 「비만캠프」 프로그램에서는 동일 대상자에 대하여 5개월 후 2차 캠프를 개최하여 1·2차 캠프기간 중 비만도의 변화, 식습관의 실천정도와 영양지식의 변화 등을 분석하였다. 이러한 평가를 통하여 이 두 가지 프로그램이 효과적이었음을 제시하고 있어 대규모 집단에 대한 프로그램의 평가는 아니어도 시행된 프로그램의 效果를 體系的으로 評價하였다는 점에서 큰 의미를 부여할 수 있다. 이와 같은 사업 평가 실례는 향후 지역의 보건영양사업에서 활용되어 사업을 체계화하는 방안으로 도입되어야 할 것이다.

나) 事業의 計劃과 評價 活動

(1) 事業의 計劃 作成

示範地域에서는 영양사업의 추진이 保健所內 家族保健係 등을 통하여 실시되고 있지만 業務의 公式化 程度가 낮아 영양사에게 모든 사업계획과 집행을 방임하고 있는 것이 대다수 지역의 현실이다. 따라

서 事業의 計劃과 評價 活動도 대부분의 지역에서는 실무자인 영양사가 작성한 사업계획이 해당 계장과 보건소장의 조정을 별로 거치지 않고 추인되는 형식으로 이루어졌다. 이것은 營養士에게 사업이 거의 委任되어 자발적으로 역할수행을 하도록 한다는 측면에서는 長點이 되겠으나 영양사업이 어느정도 우선순위가 있는 公式化된 보건사업으로 인정되고 보건소 전체 업무의 일부로 받아들여지지 않았다는 것을 의미한다고 볼 수 있다. 또한 그만큼 인력과 예산지원이 따를 수 없었고 타업무와 연계가 부족하게 된 요인이 되고 있기도 하다.

그러나 이러한 여건에서도 많은 시범지역에서 매년 사업계획서를 작성하고 여건이 가능한 범위내에서 사업을 추진해 왔다. 이들 사업계획서의 주요내용은 「기본방침」, 「세부추진계획」 등인데 세부 추진계획내에는 「영양실태조사」, 「영양강좌」, 「영양상담」, 「특별교육행사」, 「식단제공」, 「기타 활동」 등에 대한 사업의 활동 목표량이나 사업실시 시기 등을 포함하고 있다. 즉 사업활동의 일반적인 목표는 정하고 있고, 이에 대하여 과정평가의 일종인 실적(Performance)이 산출될 수 있도록 되어 있다. 그러나 평가를 위한 별개의 체계적인 조사를 수반하여야 얻을 수 있는 이용자의 객관적인 滿足度 評價라든가 영양지도 활동을 통한 식습관의 변화 등의 影響評價나, 영양사업의 최종 목표인 건강의 향상 정도의 측정을 포함한 結果評價를 위한 평가활동은 거의 이루어지지 못하였다. 이것은 시범영양사업이 처음부터 조직적인 계획을 가지고 일정한 投入을 동반하면서 실시되어 오지 못했기 때문이다.

(2) 事業 書式과 事業 評價活動

시범지역 중 사업활동이 적극적으로 이루어진 곳에서는 다양한 事業書式이 자체적으로 開發되어 活用되고 있다. 대표적인 書式의 種類와 그 內容을 보면 아래와 같다.

〈사업대장 및 업무 기록〉

① 영양상담카드(영유아 대상, 당뇨, 고혈압, 위장질환 환자 대상): 인적사항(이름, 성별, 연령), 상담일자, 상담질환, 임상혈액 검진 자료
② 개인 상담기록부: 인적사항(이름, 성별, 생년월일, 주소, 전화번호), 가족사항, 가족병력, 병력, 체중, 신장, 상담일자, 상담시간, 임상검진 자료, 식습관기록, 상담내용(식이요법 상담내용 등)
③ 영양상담의뢰서(진료실에서 영양상담을 의뢰하는 서식): 상담일자, 의료보장 구분, 의사 처방

〈사업대장 및 업무 기록〉

① 영양상담대장: 상담일자, 이름, 성별, 연령, 주소, 상담내용(분류된 해당 내용에 체크함), 비고(자료배부, 교육프로그램 참가 권장 등)
② 영양사업 업무일지: 업무내용(영유아, 임산부, 내소자 및 가정간호 영양서비스, 영양교육 등)
③ 월간 사업실적: 이 서식은 일부 지역에서 사용되고 있으며 보건소에서 영양사업을 정규화시키는데 도움이 되기도 하였다. 그러나 영양업무를 量的으로만 累積시킨다는 점에서 問題點이 제기되고 있기도 하다. 지역마다 내용이 약간씩 상이하지만 대표적인 서식의 例를 보면 다음 사항을 포함하고 있다.
   - 지역사회 진단: 성별 인원, 연령별 인원, 진단내용별 인원
   - 영양업무현황: 임신수유부, 노인건강관리, 성인병교실, 식생활교실, 조리교실
   - 특별행사: 어린이, 주민
   - 영양상담(횟수, 인원): 임신부, 수유부, 이유식, 모유수유문제, 성인병, 기타
   - 영양교육자료 개발 및 홍보: 전단, 팜플렛, 책자, 대중매체, 기타

(3) 事業別 評價活動

시범지역에서는 많은 보건소에서 영양사가 개별사업을 진행하면서 事業의 실시를 前後하여 프로그램 참여자에게 '간이 설문서' 등을 돌려 사업참석에 대한 만족도, 이용정도 등을 조사하였고 일부는 프로그램 운영에 참고한 것으로 파악되었다. 이와 같이 시범사업을 통하여 개발된 각종 報告資料와 記錄書式은 어느 정도 통일성 있는 업무의 추진과 지역별 업무성과의 비교 평가를 위해서도 최소한의 내용에 대해서는 標準化가 이루어져야 할 것이다. 그러나 시범영양사업을 통하여 개발된 서식이나 평가내용과 평가방법들은 현지의 실무를 통하여 현장감있게 축적된 경험들이므로 표준화된 각 사업별 평가방법을 개발할 때 시범사업의 경험들이 충분히 반영되어야 할 것이다.

5) 營養敎育 資料의 開發

保健敎育 資料 보급에 대한 중앙의 지원이 제한되어 있는 상태에서[6] 일반 주민이나 대상자에게 효과적으로 營養知識과 情報를 제공하기 위해서 示範營養事業地域에서는 많은 교육 홍보자료들이 자체적으로 개발되었다(表 Ⅱ-14 참조).

〈表 Ⅱ-14〉 示範地域에서의 營養敎育資料 確保方法

(단위: 개소, %)

구 분	보건소 수[1]	비율
자체 개발	12	54.5
외부 개발된 자료 활용 및 복사 사용	4	18.2
기 타[2]	6	27.3

註: 1) 조사대상 보건소수는 22개소임.
2) 여러가지 자료원을 복합

6) 대한가족계획협회, 대한적십자사, 대한영양사회 등 민간단체에서 만든 교육, 홍보자료가 있기는 하나 개발된 자료도 적고 소재간 사업에 활용하는 것이 제한되어 있다.

영양상담을 위한 각종 리플렛, 소책자와 궤도, 챠트, OHP필름, 전시용보드, 패널, 벽보 등과 필요한 경우 여러 가지 食品模型 등이 새롭게 개발되거나 기존의 자료들을 보완하여 활용되었다(表 Ⅱ-15 참조).

〈表 Ⅱ-15〉 示範地域에서 開發된 營養敎育資料의 內容과 敎育媒體 類型 例示

지 역	내 용	교육매체 유형
대구시 남동구	이유식, 임산부, 고혈압 및 고지혈증 영양관리 당뇨수첩	리플렛 소책자
서울시 강북구	고혈압, 당뇨병, 빈혈, 위장질환 식사요법, 변비와 설사, 간질환, 산모영양, 체중조절을 위한 식사요법, 아기영양(이유식), 어린이비만 이렇게 해결하자 편식비만 교정을 위한 어린이 영양캠프 비디오테이프 제작 햄버거, 밥가면, 튼튼이 모형 영양강좌 내용	각각의 리플렛 비디오테이프 부직포인형 OHP필름
서울시 강남구	이유식, 식사여행, 임산부 식사, 나의 하루필요 에너지량 올바른 식생활교실	리플렛 책자
부산시 동래구	올바른 식생활교실, 성장기 아기영양간식, 임산부 영양 당뇨병, 이유식, 고혈압을 잡아라, 노인건강 체지방 측정 고혈압, 당뇨병, 식이요법	리플렛 벽보 OHP필름
부산시 사하구	이유식, 유아기영양, 어린이집 영양관리 건강식단 전시회 당뇨교실	리플렛 전시용보드 OHP필름
대구시 동구	이유식, 식사요법, 식사요법 어린이 영양왕국	리플렛 궤도
대구시 서구	노인 건강전시회 교육자료 노인 건강교실 개최교육자료, 이유식 상담자료	소책자 리플렛
대구시 남구	당뇨병의 식이요법, 체중을 위한 식이요법, 임산부의 식이요법, 골다공증	리플렛
대구시 북구	당뇨병, 아기의 이유식, 비만증의 식이요법 당뇨병교실 당뇨식단 전시회	리플렛 OHP필름 판넬
대구시 수성구	이유식, 고혈압 식사요법, 당뇨병 식사요법, 체중조절을 위한 식사요법, 어린이 비만을 위한 식사요법 이유식	리플렛 보드

〈表 II-15〉 계속

지 역	내 용	교육매체 유형
인천시 남동구	골다공증, 질환별 식이요법 임산부영양, 노인영양, 이유식, 비만 이유식	리플렛 OHP필름 소책자
대전시 중구	당뇨병의 식사요법, 빈혈, 변비, 고혈압, 콜레스테롤, 이유식	리플렛
대전시 대덕구	아기영양, 산모영양	리플렛
경 기 도 수 원 시 장안구	임산부·수유부 영양관리, 이유식 이렇게, 고혈압 식사 관리, 위장질환 식사요법, 빈혈, 변비	리플렛
경 기 도 수원시 권선구	이유식교실 비만예방교실	소책자 리플렛
경 기 도 수 원 시 팔달구	영양간식, 노인영양, 당뇨관리, 이유식 어린이 식생활 식생활과 건강, 어린이 영양교실(어린이 부모용)	차트 소책자
경 기 도 용인시	고혈압, 당뇨, 위장질환 성인병 교육자료 이유식 책자 동화그림 이야기	리플렛 OHP필름 소책자 보드
강 원 도 원주시	우리아기 이유식	리플렛
강원도 강릉시	이유식 영양관리, 노인의 영양관리, 일반인의 영양관리 어린이집 및 학교교육용, 임산부교실, 당뇨, 고혈압 교실	리플렛 하드보드 벽걸이
충남 천안시	우리아기 이유식	리플렛
전북 전주시 덕진구	이유식, 어린이 간식 이유식, 당뇨, 고혈압 교실 고혈압교육, 이유식 골다공증 교육	리플렛 소책자 OHP필름 스케치북
경남 창원시	어린이 비만, 성인 바른 식생활, 당뇨 이유조리 실습 이유식 책자	리플렛 OHP필름 소책자

이들 자료들은 媒體製作 전문가의 참여없이 材料費 實費만으로 제작되어 교육홍보 자료로 부족한 점이 많지만 向後 中央에서 집중하여

현지 실정에 맞는 素材와 活用性이 충분히 고려된 영양교육자료를 개발하기 위해서는 이들 자료가 現地 사업필요에 맞추어 개발되었다는 점에서 그 개발기술과 내용이 반영되어야 할 것이다. 이러한 점에서 자체적으로 개발한 자료의 利用價値는 앞으로도 매우 높을 것으로 볼 수 있다.

6) 營養業務의 優先順位 및 難易度

시범지역에서 영양사들이 앞서 제시된 바와 같은 다양한 영양업무를 수행하는데 있어서 業務時間 配分의 優先順位와 업무의 난이도, 이용자들의 호응도를 종합적으로 자체 평가한 내용은 〈表 Ⅱ-16〉과 같다.

〈表 II-16〉 營養業務 內容別 業務時間 配分, 業務 難易度, 利用者 呼應度(營養士 自己評價)

구 분	해당업무 실시 보건소 수	업무시간 배분		업무 난이도 가중치[3]	이용자 호응도가 높은 사업 우선순위[4]
		우선순위 가중치[1] 평균	업무시간의 상대적 배분비율 평균[2]		
개별 영양상담	22	9.0	31.2	7.1	2위
정기 영양교실(강좌)운영	22	8.2	16.6	8.2	3위
특별대민행사, 캠페인 실시	20	7.4	17.1	8.8	1위
관내 기관 영양지원 업무	11	4.8	6.3	4.7	5위
영양전화상담 서비스	18	5.2	6.3	5.1	4위
영양사업계획	22	5.9	6.1	6.8	6위
영양교육 자료개발 및 작성	20	7.4	12.9	7.8	-
영양업무수행에 따른 행정업무	15	6.5	4.5	6.7	-
보건소내 타업무 협조	15	4.6	6.4	3.7	-

註: 1) 1위는 10점, 2위는 9점,…등으로 가중치를 구한 평균값임.
2) 해당 업무를 실시하는 보건소만의 상대적 시간 배분임.
3) 1위는 10점, 2위는 9점,…등으로 가중치를 수한 평균값임.
4) 이용자의 호응도가 높은 순위로 가중치를 산출한 후 순위를 나열함.

시범지역 전체적으로 볼 때 業務時間의 投入이 가장 많았던 업무는 個別 營養相談이었고, 그 다음은 정기 영양교육, 특별행사, 영양교육 자료 개발, 행정업무, 영양사업계획 順이었다. 이에 따른 상대적인 업무시간의 상대적 배분[7]을 보면 개별 영양상담에 31.2%, 정기 영양교육에 16.6%, 특별행사에 17.1%, 영양교육자료개발에 12.9% 정도를 할애하고 있는 것으로 나타났다. 業務의 相對的인 難易度는 특별행사가 가장 어려웠고 그 다음이 정기 영양교육, 영양교육자료 개발 順으로 나타났다. 주민들의 업무유형별 상대적인 호응도에 대해서는 특별행사의 호응도가 가장 높은 것으로 영양사들이 평가하고 있었으며 그 다음이 개별 상담, 영양교육 순으로 평가되었다. 이를 종합해 보면 시범지역의 영양사들은 지역에 따라 큰 차이가 있지만 全體的으로 個別 營養相談에 가장 많은 時間을 할애하고 있으며, 주민의 호응도와 업무수행의 난이도가 가장 높은 것은 특별행사로 나타나고 있다. 이는 特別行事의 수행이 업무의 난이도가 가장 높기는 하지만 주민의 호응도면에서는 가장 효과적인 업무였던 것으로 나타나고 있어 향후 地域保健 營養事業의 기획에서 시사하는 바가 큰 사항이라고 하겠다.

나. 一般地域의 營養業務 遂行 實態

本 小節에서는 示範營養事業을 실시하지 않는 지역에서 營養事業이 어떻게 전개되고 있는지, 過去와는 다른 변화가 어느 정도 이루어 지고 있는지의 現況을 把握함으로써 示範地域과의 차이와 함께 영양사업의 파급상태를 살펴봄으로써 保健所에서 현재 營養事業이 어느정도 전개되고 있는가를 가늠해 보고자 하였다.

---

7) 업무시간의 상대적 배분은 해당업무를 수행하는 보건소만의 상대적 시간이므로 전체적으로 100%가 되지 않는다.

1) 一般地域의 營養業務 遂行形態

一般 地域 중에서도 營養事業이 상대적으로 다른 지역보다는 積極的으로 실시되는 곳이 최근 늘어나고 있으나 차별화될 정도로 業務가 활발하게 수행되고 있는 곳은 예외적인 경우이다. 이제까지 보건소에서의 營養事業은 舊「保健所法」에 보건소에서 실시할 업무중에 포함되어 있었으나 영유아와 임산부의 건강관리, 최근 대다수의 보건소에서 실시하고 있는 訪問保健事業이나 診療活動의 보조수단으로 의사나 간호인력이 간헐적으로 일부 대상에게 영양서비스를 제공하여 온 정도 외에는 실질적이고 구체적인 영양업무는 거의 없었다고 볼 수 있다. 따라서 본 연구에서는 一般地域 전반의 營養事業 活動을 파악하고자 하였다.

일반지역의 보건소에서 파악된 營養事業 遂行狀態는〈表 Ⅱ-17〉과 같이 7개 지역만이 영양사업을 本格的으로 실시하는 것으로 나타나고 있다. 또한 79개 지역의 보건소에서는 영양업무를 약간 수행하는 것으로 나타났는데 一般地域 보건소에서는 영양업무 실시 여부와 실시 정도의 구분이 어렵고 營養業務의 範圍가 명확하지 못하기 때문에 영양사업을 실시하는 지역 수에 차이를 보이고 있다.

〈表 II-17〉 一般地域의 營養事業 遂行狀態(保健所 擔當部署 職員調査)

(단위: 개소, %)

구 분	보건소 수	비 율
계	182	100.0
본격적으로 수행함	7	3.8
가끔 수행함	79	43.4
거의 수행하지 않음	93	51.1
무응답	3	1.6

〈表 Ⅱ-18〉에서 보는 바와 같이 一般地域의 營養業務의 수행형태를 보면 영양업무를 비교적 獨立的으로 인정하고 운영하는 곳은 18개 지역뿐이며 76개 지역이 타 업무(母子保健, 成人病 관리 업무 등)의 일부로 영양업무를 間歇的으로 수행하는 形態를 취하고 있는 것으로 나타나고 있다.

〈表 II-18〉 一般地域의 營養業務 實施 形態(保健所 擔當部署 職員調査)
(단위: 개소, %)

구 분	보건소 수	비율
실시하지 않음	73	44.2
별도로 추진하고 있음	18	10.9
타업무의 일부로 실시	76	46.1
모자보건업무	27	16.4
성인병관리업무	15	9.1
건강상담업무	11	6.7
모자보건업무, 성인병관리업무	20	12.1
건강증진업무	3	1.8
계	165[1)]	100.0

註: 1) 무응답 9개소 제외함.

2) 一般地域의 營養業務 遂行內容

일반지역 182개 중 영양업무를 實質的이거나 명목적으로 맡고 있다고 응답한 103개 지역(56.6%)에서 담당자들의 營養業務 수행정도를 보면 영양업무를 일부라도 수행한다는 경우는 91개소(50%)였다. 이들의 영양업무 수행정도는 5%이내가 44.3%, 10%이내가 25.7%로 大多數의 경우 영양업무가 있다 하더라도 영양업무 수행정도는 극히 微微한 정도인 것으로 볼 수 있다(表 Ⅱ-19 참조).

〈表 II-19〉 一般地域의 營養指導員 또는 營養業務 擔當職員 與否와 業務 遂行程度

(단위: 개소, %)

구 분		보건소 수	비율	
담당직원 여부[1]	있다	103	56.6	
	없다	78	42.9	
업무수행 형태[2]	영양업무 일부 수행	91	88.3	
	타업무 수행	12	11.7	
영양업무 수행정도[3]	5% 이내	31	17.0	(44.3)[4]
	10% 이내	18	9.9	(25.7)[4]
	20% 이내	11	6.0	(15.7)[4]
	50% 이내	7	3.8	(10.0)[4]
	51% 이상	3	1.6	(4.2)[4]
평균(표준편차)		13.8%(17.5%)		
계		182	100.0	

註: 1) 보건소에 영양지도원 임명자가 있거나 영양담당직원이 있는 경우이며 영양지도원 임명자가 있는 경우에도 영양업무가 반드시 있는 것은 아님. 무응답 1개 지역 제외
2) 타업무와의 겸임 수행상태로 103명에 대한 응답결과임.
3) 영양업무를 수행하는 경우 담당자가 업무전체중 영양업무에 투입하는 업무시간의 비율에 대한 주관적인 응답내용임.
4) 영양업무를 수행한다는 70개 보건소(무응답은 제외)의 백분율임.

일반지역 보건소에서 영양업무를 實質的으로 또는 名目的으로 맡고 있다는 103명의 영양업무 수행상태를 좀 더 具體的으로 보면 현재 營養業務를 약간이라도 수행하고 있다는 경우는 61명(59.2%)이었다. 遂行한 營養事業에 대한 자신들의 主觀的인 評價는 '잘 되고 있다'가 9명(8.7%)인 반면 '사업이 잘 되지 못하고 있거나 그저 그렇다'는 것이 대다수의 응답이었다. 사업이 잘 수행되지 못하는 이유는 '본연의 다른 業務에 主力하게 되므로', '住民들이 保健所에서 營養事業을 하는 것을 認識하지 않아서', '영양사업 遂行技術과 知識이 不足해서' 등으로 나타나 보건소의 內外與件이 영양업무를 수행하기에는 모두 未洽함을 나타내고 있다(表 II-20 참조).

〈表 II-20〉 一般地域 營養業務擔當者의 營養業務 遂行狀態

(단위: 개소, %)

구 분	보건소 수	비율	
현 영양업무 수행여부			
있음	61	59.2	
없음	38	36.9	
미상	4	3.9	
영양업무의 수행에 대한 주관적 평가			
대체로 잘 수행함	9	8.7	(14.8)[1]
그저 그러함	43	41.7	(70.5)[1]
대체로 잘 되지 못함	9	8.7	(14.8)[1]
사업을 실시하지 않음	38	36.9	-
영양업무를 잘 수행하지 못하는 이유[2]			
본연의 다른 겸임업무에 주력하게 되므로	28	27.2	
주민에게 영양사업이 인식되지 않아서	27	26.2	
영양사업 수행상 기술과 지식이 부족하여	26	25.2	
영양전문이 아니어서	18	17.5	
업무에 대한 지원부족으로	18	17.5	
계	103	100.0	

註: 1) 103개 보건소중 영양업무를 현재 수행하고 있는 61개소에 대한 백분율임.

2) 영양업무 수행평가 결과가 성공적이 아니라는 경우 그 이유를 3가지까지 응답하도록 한 중복응답 결과임.

이들이 영양업무 수행의 充實度에 대해서 自己評價한 결과를 보면 88명(85.4%)이나 되는 대다수가 영양업무를 충실하게 수행하지 못하고 있는 것으로 응답하고 있음을 볼 수 있다(表 Ⅱ-21 참조).

〈表 II-21〉 一般地域 營養業務 擔當者의 業務遂行 充實程度(自己評價)

(단위: 개소, %)

구 분	보건소 수	비율
충실하게 수행함	12	11.7
충실하게 수행하지 못함	88	85.4
무 응 답	3	2.9
계	103	100.0

3) 一般地域의 營養業務 遂行에 대한 保健所長의 意見

일반지역의 보건소장들이 영양사업의 細部 內容에 대해서 그 필요성을 어느 정도 認識하고 있는가를 보면 〈表 Ⅱ-22〉와 같다. 이 표에서 나열되어 있는 각각의 營養事業 要所에 대한 사업의 필요성은 '매우 높다'는 견해가 지배적이었다.

〈表 II-22〉 營養業務 部門別 保健所에서의 事業遂行 必要性에 대한 見解(一般地域 保健所長 意見)

(단위: %, 명)

구 분	계(N)	필요성이 매우높음	필요성이 약간있음	그저 그러함	필요성이 거의없음	필요성이 전혀없음	무응답
영유아 영양관리	100.0(174)	66.1	23.6	2.9	0.6	-	6.9
임산부 영양관리	100.0(174)	69.5	19.0	4.0	0.6	-	6.9
노인 영양관리	100.0(174)	59.8	28.2	3.4	1.7	-	6.9
성인병 환자 영양관리	100.0(174)	78.2	12.1	1.1	0.6	0.6	7.5
국민영양조사 지원	100.0(174)	29.9	32.2	21.3	3.4	2.3	10.9
가정간호환자영양관리	100.0(174)	55.2	29.3	5.2	1.7	0.6	8.0
일반인에 대한 식생활교육, 정보제공	100.0(174)	43.7	33.9	9.8	2.9	1.1	8.6
아동영양교육 지도[1)]	100.0(174)	46.0	30.5	9.8	4.0	1.1	8.6
노인정 등 지역사회의 노인영양교육 및 지도	100.0(174)	44.3	37.4	9.2	0.6	1.1	7.5

註: 1) 유아원·유치원·아동보호시설의 아동 영양교육지도

그러나 〈表 Ⅱ-23〉에서 보는 바와 같이 실제 영양사업의 수행상태에 대해서는 積極的으로 수행한다는 곳은 소수이며 대다수의 保健所長이 '약간 수행함', '거의 수행하지 않음', '전혀 수행하지 않음'에 응답하고 있어 영양사업의 필요성을 느끼고 있지만 실제 사업은 거의 수행하지 못하거나 消極的으로 시행하고 있는 것으로 보인다.

〈表 II-23〉 一般地域의 營養業務 部門別 遂行程度(保健所長 意見)

(단위: %, 명)

구 분	계(N)	매우 적극적으로 수행함	적극적으로 수행함	약간 수행함	거의 수행하지 않음	전혀 수행하지 않음	무응답
영유아 영양관리	100.0(174)	1.7	18.4	50.6	17.2	4.0	8.0
임산부 영양관리	100.0(174)	2.9	19.0	54.0	13.8	1.7	8.6
노인 영양관리	100.0(174)	1.1	12.6	42.5	22.4	11.5	9.8
성인병 환자 영양관리	100.0(174)	2.3	17.2	40.2	22.4	7.5	10.3
국민영양조사지원	100.0(174)	4.6	16.1	20.1	15.5	28.7	14.9
가정간호환자 영양관리	100.0(174)	1.7	13.2	37.4	21.8	14.4	11.5
일반인에 대한 식생활 교육, 정보제공	100.0(174)	1.7	6.3	29.9	30.5	18.4	13.2
아동영양교육 지도[1)]	100.0(174)	2.9	4.6	19.0	29.3	29.9	14.4
노인정 등 지역 사회의 노인영양교육 및 지도	100.0(174)	2.3	10.3	35.6	20.7	17.2	13.8

註: 1) 유아원·유치원·아동보호시설의 아동대상 영양교육

3. 營養事業 擔當 人力 現況

가. 示範地域 營養事業人力 現況 및 特性

1) 示範地域 營養士의 特性

25개 示範事業 地域의 營養業務擔當者는 모두 29명인데 경남 창원시 보건소의 3명과 전북 전주시 덕진구 보건소 및 부산시 사하구 보건소의 2명을 제외한 保健所에는 모두 1명씩 배치되어 있다. 본 조사에서 영양사의 人的 特性에 대해서는 1개 보건소당 1명의 영양사만을 조사하였다[8)]. 이들은 모두 日傭職 또는 常傭職의 신분으로 직렬과 직급이 없는 臨時職으로 근무하고 있는 실정이다. 이들의 배치시기는 대부분의 지역이 示範營養事業이 시작된 1994년 8월부터이며, 일부지역은 그 이후 營養士를 臨時職으로 채용하여 사업을 시작하였다(表 II-24 및 表 II-25 참조).

8) 영양사 조사표의 내용이 영양사업 내용을 포함하고 있고 나머지 영양사의 인적 특성도 다른 영양사와 차이가 없기 때문에 조사 편의상 1개 보건소에서 1명의 영양사를 조사하였다.

〈表 II-24〉 示範地域의 營養士 配置 및 地域別 營養事業 實施 現況

(단위: 명)

사업수행 연도			1994(8월)	1995	1996	1997
서울특별시	강남구		1	1	1	1
	강북구(구 도봉구)		1	1	1	1
	용산구		1	1	1	-[1]
부산광역시	동래구		2	1	1	1
	사하구		2	2	2	2
대구광역시	수성구		2	1	1	1
	서 구		1	1	1	1
	동 구		1	1	1	1
	달서구		1	1	1	1
	북 구		1	1	1	1
	남 구		-	-	1	1
인천광역시	남동구		2	1	1	1
	서 구		2	1	1	1
광주광역시	서 구		2	-	-	-
	광산구		2	-	-	-
대전시	중 구		1	1	1	1
	대덕구		1	1	1	1
경기도	수원시	권선구	1	1	1	1
		장안구	2	1	1	1
		팔달구	-	1	1	1
	용인시		2	2	2	1
	평택시		-	-	1	1
강원도	원주군		1	1	1	1
	강릉시		1	1	1	1
충청북도	청원군		2	-	-	-
충청남도	천안시		1	1	1	1
전라북도	전주시 덕진구		1	-	2	2
전라남도	목포시		2	-	-	-
	영암군		-	1	-	-
	함평군		-	1	1	1
경상북도	경산군		2	-	-	-
	구미시		1	-	-	-
	포항시		1	-	-	-
경상남도	창원시		2	3	3	3
	밀양군		2	-	-	-
제주도	서귀포시		1	-	-	-
시범사업 보건소수 영양사수			31개 지역 (45명)	24개 지역 (28명)	26개 지역 (31명)	25개 지역 (29명)

註: 1) 1997년 1월까지 배치되었다가 임시직 확보의 어려움으로 중단됨.
2) □은 영양사업을 실시한 지역이며, 숫자는 해당년도 및 지역의 영양사 수

資料: 보건복지부, 대한영양사회, 각 시·도 보건(위생)과 내부자료

〈表 II-25〉 示範地域의 營養士 確保 現況 및 事業始作 時期

지 역	보건소명	영양사 확보 현황	사업시작 시기	사업실시 현황[1)]	영양사수 (명)
서울특별시	강북구	일용직	94년 8월	○	1
	강남구	일용직	94년 8월	○	1
	용산구	공석(해임)	94년 8월	중단	-
부산광역시	사하구	일용직	94년 8월	○	2
	동래구	일용직	94년 8월	○	1
대구광역시	수성구	일용직	94년 8월	○	1
	남구	일용직	94년 10월	○	1
	서구	일용직	94년 8월	○	1
	동구	상용직	95년 1월	○	1
	달서구	상용직	94년 8월	○	1
	북구	일용직	95년 1월	○	1
인천광역시	남동구	상용직	94년 8월	○	1
	서구	일용직	94년	○	1
대전광역시	중구	일용직	94년 8월	○	1
	대덕구	일용직	94년 8월	○	1
경기도	수원시 권선구	일용직	93년 5월	○	1
	수원시 장안구	일용직	94년 8월	○	1
	수원시 팔달구	일용직	95년 1월	○	1
	용인시	일용직	93년 5월	○	1
	평택시	일용직	96년	○	1
강원도	원주시	일용직	94년 8월	○	1
	강릉시	일용직	94년 6월	○	1
충청남도	천안시	일용직	94년 8월	○	1
전라북도	전주시 덕진구	일용직	94년	○	2
전라남도	함평군	일용직	95년	○	1
경상남도	창원시	일용직	94년 8월	○	3

註: 1) ○: 사업실시 중
資料: 보건복지부, 대한영양사회, 각 시·도 보건(위생)과 내부자료

이들의 배치 部署는 保健指導係가 설치된 서울지역 등에서는 保健指導係에 소속되어 있으며, 그 밖에는 대부분 家族保健係에 소속되어

있다. 인천직할시 남동구에서는 영양사가 保健行政係에 소속되어 있다. 이들은 모두 營養士로서 대부분이 大卒者이며, 年齡은 25～34세에 속해 있다(表 Ⅱ-26 참조).

〈表 Ⅱ-26〉 示範地域의 營養士 人的 特性

(단위: 명, %)

구 분		영양사 수	비율
교육수준	전문대졸	3	13.6
	대 졸	19	86.4
연령	29세 이하	18	81.8
	30～34세	4	18.2

2) 示範地域의 營養士 報酬

臨時職의 위치에서 일하고 있는 營養士의 인건비 수준은 지역에 따라 다소 차이가 있어 일당 17,500～34,310원 수준이다[9]. 示範地域 營養士 人件費의 支出項目은 대전직할시는 5개 구 중 4개 구의 영양사 인건비를 食品振興基金에서 충당(1997년도 3832만원)하고 있으며[10], 기타 지역에서는 자체 市·郡·區 豫算 중 保健所의 사무보조요원, 영양상담요원, 건강관리센터요원, 검사요원 등의 名目으로 日傭職 인건비를 충당하고 있다. 이와 같이 많은 지역이 일용직 인건비나마 '營養要員'으로 확보하지 못하고 있어 營養士의 人件費 확보가 안정적이지 못한 상황임을 보여주고 있다(表 Ⅱ-27 참조).

---

9) 사업초기에 임시직 영양사의 인건비 책정은 1996년 12월 중소기업협동조합중앙회의 직종별 임금수준에서 영양사의 1일 평균 노임 27,903원이 참고되었다.

10) 1998년부터는 기초지방자치단체 즉 구의 예산을 확보하도록 하고 있다.

〈表 II-27〉 示範地域의 營養士(日傭職) 人件費 支給現況

(단위: 원, 일)

구 분	보건소명	1일 임금[1]	연간지급일[1]	기타 지급내역[1]
서울특별시	강북구	20,600	297	상여금
	강남구	23,000	300	없음
부산광역시	사하구	26,400	280	없음
	동래구	미 상	미상	미 상
대구광역시	동 구	20,640	300	상여금, 주휴수당
	서 구	23,900	300	상여금, 주일수당, 연월차수당
	남 구	21,980	280	상여금
	북 구	20,640	300	상여금, 주일수당, 연월차수당
	수성구	21,980	300	없음
	달서구	34,310	300이상	상여금, 주휴수당, 연월차수당
인천광역시	남동구	25,870	300	상여금, 주일수당, 연월차수당
대전광역시	중 구	20,000	300	상여금, 주일수당, 연차수당
	대덕구	20,000	300	상여금, 주휴수당, 연월차수당
	동 구[2]	20,000	300	상여금, 주휴수당, 연월차수당
	서 구[2]	20,000	300	상여금, 주휴수당, 연월차수당
	유성구[2]	20,000	300	상여금, 주휴수당, 연월차수당
경 기 도	수원시 권선구	25,800	270	시간외 수당
	수원시 달서구	25,800	270	시간외 수당
	수원시 장안구	25,800	270	시간외 수당
	용인시	22,170	280	휴일수당
강 원 도	원주시	19,700	300	휴일수당
	강릉시	17,560	300	없음
충청남도	천안시	26,500	300	상여금, 주일수당, 연월차수당
전라북도	전주시 덕진구	17,500	280	없음
경상남도	창원시	28,780	300	시간외수당, 월차수당, 유급휴일수당

註: 1) 현지 실정과 시점에 따라 차이가 있을 수 있음.
2) 당초 시범사업지역은 아니나 1997년도부터 영양사업을 채택하여 일용직 영양사를 채용하고 있는 지역임.

資料: 보건복지부·대한영양사회, 각 시·도 보건(위생)과 내부자료

나. 一般地域의 營養業務 人力 現況 및 特性

여기서는 시범영양사업을 실시하지 않는 일반지역에서 실제적이건 명목적이건 영양업무에 관여하고 보건소의 인력 현황과 특성을 통해서 시범지역과의 차이를 보고자 한다.

여기서 일반지역이라 함은 전국의 244개 시·군·구 지역 중 示範營養事業을 실시하고 있는 25개 지역을 제외한 219개 지역이다. 이 자료는 保健所長에 대한 조사와 保健所 營養業務 現況에 대한 조사로 나누어 수집된 결과이다. 따라서 본 내용은 이들 174부의 보건소장 조사결과와 182부의 보건소 사업현황 조사결과에 근거하여 정리 분석되었다(表 Ⅰ-1 참조). 다만 營養事業 實施現況과 관련된 내용과 조사표를 우송하지 않은 보건소에 대해서도 별도로 保健福祉部와 大韓營養士會의 내부자료 및 전화를 통한 現地 問議를 통하여 추가자료를 수집하여 보완하였다.

1) 營養業務 擔當人力

保健所長 조사가 이루어진 174개 일반지역의 營養事業 實施 現況에 따른 營養士 人力 確保 現況은 〈表 Ⅱ-28〉과 같다. 24개 지역(13.8%)에서는 營養士를 확보하고 있는 것으로 나타났으며 22개 지역(14.1%)에서는 과거와 달리 영양사업을 本格的으로 실시하고 있는 것으로 응답하였다. 영양사업을 실시하는 것으로 나타난 22개 지역 중에서는 〈表 Ⅱ-28〉과 같이 14개 지역이 營養士를 확보하고 있고 8개 지역은 영양사가 아닌 다른 人力이 영양업무를 맡고 있는 것으로 나타나 專門職 인력을 확보하고 營養事業을 실시하는 곳은 174개 지역 중 14개 지역이라고 볼 수 있다.

〈表 II-28〉 一般地域의 營養事業 實施 現況(保健所長 調査)

(단위: 개소)

구 분	보건소 수	영양사 확보 여부	
		확보	미확보
영양사업을 적극 실시하고 있음	22	14	8
영양사업을 특별히 실시하지 않음	148	10	138
계	170[1)]	24	146

註: 1) 일반보건소 174개소 중 영양사업 실시가 미상인 4개 보건소 제외함.

〈表 II-29〉 一般地域의 營養士 人力 確保形態(保健所長 調査)

(단위: 명, %)

구 분	영양사 수	비율[1)]
기존의 보건소 직원 중 영양사 자격증 소지자	10	5.7
영양사 정규직으로 신규채용	1	0.5
임시직으로 영양사 채용	10	5.7
시·군·구청 또는 보건의료원 영양사 인력 활용	3	1.7
계	24	13.8

註: 1) 일반보건소 174개소에 대한 해당지역의 비율임.

營養士를 확보한 24개 保健所의 영양사 인력은 10명이 기존 保健所 인력이었으며 3명은 市·郡·區廳이나 의료원에 영양사로 근무하고 있는 자를 확보한 경우이다. 新規採用 임시직은 10명이었고, 新規採用 正規職(食品衛生職列)이 1명이었다(表 Ⅱ-29 참조). 영양사를 확보한 24개 지역의 영양사업실시 시기를 보면 보건소의 기존 인력 중 영양사를 확보한 지역에서는 1994년부터 事業을 시작하고 있는 지역이 있으나, 臨時職을 採用하여 사업을 시작한 지역은 대개 1997년부터 사업을 시작하고 있는 곳이 대부분인 것으로 나타났다(表 Ⅱ-30 참조).

〈表 II-30〉 一般地域中 營養士가 確保된 保健所의 營養事業始作 時期

(단위: 명)

구 분	계	영양사 형태	
		기존 보건소 직원 등 영양사 면허자[1)]	임시직 및 신규 채용자[2)]
1994년	3	3	-
1995년	2	1	-
1996년	7	2	4
1997년	8	1	7
향후 실시예정	6	4	2
계	24	11	13

註: 1) 시·군·구청 및 의료원 근무 영양사 포함
2) 정규직 신규채용자 1명 포함

일반지역의 영양사업의 實施形態는 사업인력의 특성과 地域의 與件, 보건소장의 영양사업에 대한 認識度에 따라 다양한 양상으로 전개되고 있으며, 示範地域 보건소에서 영양사업이 착수된 이후 그 영향을 받아 영양사를 확보하고 영양사업을 수용하는 보건소가 점차 증가하고 있다. 일부지역은 시범보건소 지역보다 먼저 正規職으로 영양사를 新規로 확보하는 등 革新的으로 영양사업을 받아들이고 있는 곳도 있다. 일반지역중 영양사가 있는 지역은 기존에 보건소 직원중 영양사 면허소지자(대부분 保健職으로 근무하는 자)가 있는 경우와 현재 영양사업을 실시하거나 向後 실시할 계획으로 일용직 영양사를 채용한 경우이다. 이와 같이 영양사를 확보하고 있는 지역중 어떤 형태로든 영양사업을 실시하고 있다는 보건소에서의 영양사 확보형태, 영양사업의 시작시기, 현재 영양사업 실시여부는 〈表 II-31〉과 같다. 일반보건소에서 營養業務를 담당하고 있는 영양사는 정규직인 경우 保健 6~9급, 食品衛生 7급 수준인 것으로 나타났다.

〈表 II-31〉 一般地域의 營養士 確保現況(1997年 7月 現在)

구 분	보건소명	영양사 확보현황	사업 실시현황[1)]	사업 시작시기
서울특별시	성북구	일용직	◎	1997년 1월
부산광역시	남구	보건직	행정업무 수행	-
	해운대구	일용직	○	-
인천광역시	계양구	일용직	◎	1996년 6월
광주광역시	서구	보건직	○	-
	북구	일용직	○	1996년 1월
	동구	보건직	◎	미상
대전광역시	동구	일용직	◎	1997년 4월
	서구	일용직	◎	1997년 4월
	유성구	일용직	◎	1997년 4월
경기도	부천시 오정구	일용직	◎	1996년 6월
	광명시	보건 9급	미실시	-
	과천시	일용직	구내식당 근무	-
	고양시 일산구	보건 9급	미실시	-
	화성군	일용직	◎	1996년 3월
	안성군	보건 9급	○	1996년 3월
	김포군	기능 10급	◎	1997년 1월
	구리시	식품위생 7급	○	1997년 5월
	이천군	일용직	○	1997년 7월
	여주군	행정 9급	미실시	-
	연천군	행정 8급	의료원 급식업무	-
강원도	양구군	보건 9급	미실시	-
충청북도	보은군	보건직	◎	1994년 10월
	단양군	일용직	○	-
	영동군	보건직	○	-
충청남도	아산시	보건 8급	미실시	-
	태안군	일용직	○	미상
전라북도	전주시 완산구	일용직	미실시	미상
	진안군	보건 9급	○	1996년 6월
전라남도	광양시 고흥군	보건 7급	미실시	-
경상북도	청송군	보건 8급	○	1995년 5월
경상남도	마산시 합포구	보건 7급	◎	1995년 5월

註: 1) ◎ : 영양사업 적극적으로 실시중, ○ : 영양사업 실시중
資料: 보건복지부, 대한영양사회, 각 시·도 보건(위생)과 내부자료

이와 같이 一般地域에서는 營養擔當人力이 보건소의 정규직원인 경우가 많으므로 이들의 報酬支給 現況은 〈表 Ⅱ-32〉에서 보는 바와 같이 그들의 職給에 따라 형성되는데 식품위생 7급에서부터 보건 7~9급, 기능직 등으로 다양하며 이에 따라 월평균 임금수준은 75만~120만원 수준인 것으로 파악되었다. 臨時職의 경우에는 시범지역과 유사한 수준으로 일당이 策定되어 있는 것으로 나타났다.

〈表 II-32〉 一般地域의 營養士 免許者의 職給 및 月給與水準

구 분	지 역	보건소별 직급
정규직	경 기 도	일산구(보건 9급), 김포군(기능 10급), 안성군(보건 9급), 평택시(보건 9급), 통영시(보건 9급), 광명시(보건 9급), 구리시(식품위생 7급)
	부산광역시	남구(보건 9급)
	충 청 북 도	보은군(보건 9급), 단양군(보건 9급)
	충 청 남 도	아산시(보건 7급)
	광주광역시	서구(보건 9급)
	전 라 남 도	고흥군(보건 7급)
임시직	서울특별시	성북구(임시직)
	경 기 도	부천시 오정구(임시직), 화성군(임시직)

2) 一般地域 營養擔當者의 特性

示範營養事業을 실시하지 않는 일반지역의 영양사업 수행여부와 수행정도는 保健所마다 차이가 있다. 正規 營養士를 확보한 보건소(1개소)가 있는가 하면, 보건소의 旣存 보건직 인력 중 영양사 免許所持者에게 영양업무를 개발하도록 하고 있기도 하고, 旣存의 보건소 인력 중 看護士나 看護 助務士가 '營養指導員'으로 임명되어 있기도 한다. '영양지도원'의 임명자체가 보건소에 따라 任意事項이며, 이들 영양지도원이 임명되어 있다 하더라도 이들이 업무중 영양업무를 어느정도 수행하느냐는 하는 것은 지역마다 다르다. 따라서 일반지역에서는 영

양사업을 하고 있는지?, 하고 있다면 누가 업무를 맡고 있는지?, 영양사업의 범위는 어디까지인지? 등이 매우 불분명하다.

調査가 실시된 182개의 일반지역 중에서 영양사가 있거나 영양지도원이 임명되어 있거나 名目上으로나마 영양담당자가 지정되어 있다는 103개 보건소에서의 담당자 人的 特性을 보면 〈表 Ⅱ-33〉과 같다.

〈表 Ⅱ-33〉 一般地域의 營養業務 擔當者 特性

(단위: 명, %)

구 분		영양업무 담당자	비율
면허소지상태	영양사	24	23.3
	간호사(조산사)	57	55.3
	간호조무사	8	7.8
	기타	4	3.9
	미상	10	9.7
성별[1)]	여 자	98	96.1
	남 자	4	3.9
연령[1)]	29세 이하	29	28.2
	30~39세	42	40.8
	40세 이상	25	24.3
	미상	7	6.8
교육수준[1)]	고졸	11	10.8
	전문대졸	63	61.8
	대졸	28	27.5
직렬	임시직	10	9.7
	간호직렬	57	55.3
	보건직렬	31	30.1
	기타	5	4.8
직급	임시직	10	9.7
	6급	2	1.9
	7급	53	51.5
	8급	22	21.4
	9급	12	11.7
	미상	4	3.9
계		103	100.0

註: 1) 무응답 1명 제외

영양업무 담당자중 영양사는 24명(23.3%)이며, 간호사가 57명(55.3%), 간호조무사가 8명(7.8%)으로 영양담당자의 반 수 이상이 간호사임을 알 수 있다. 이들의 직렬은 看護職列이 57명(55.3%)으로 가장 많고 다음이 保健職列 31명(30.1%)으로 7~9급에 속해 있다. 이들의 敎育水準은 專門大卒이 63명(61.8%)으로 가장 많았다.

4. 營養事業 豫算 및 機資材 確保 現況

保健所에서 營養事業의 실시 여건을 조성하기 위해서는 人力의 安定的인 確保와 함께 事業豫算의 確保와 사업실시를 위한 施設 및 機資材의 확보가 중요하다고 볼 수 있다. 본 연구에서는 일반지역에서는 영양사업을 위한 새로운 시설과 기자재를 거의 확보하지 못하는 상태이기 때문에 示範地域에 한하여 이러한 환경여건의 造成現況을 파악하였다.

가. 豫算確保 現況

사업을 수행하기 위해서는 최소한의 소요비용이 따르므로 豫算의 確保는 필수적이다. 營養事業은 그동안 보건소에서 실시하고 있었다 하더라도 다른 사업에 附隨되는 서비스로 이루어져왔기 때문에 별도의 예산이 없었으며, 政府豫算 策定의 慣行이 기존의 예산편성에 근거하여 책정되기 때문에 새로운 사업은 그 사업이 정책적으로 優先順位事業으로 채택되지 않는 한 豫算確保는 매우 어려운 것이 현실이다. 대체로 營養事業費의 확보수준은 매우 열악하나 1994년 8월 이후[11] 示範地域에서 營養事業을 실시하면서 점차 여러 地域에서 소규모나마 地方自治團體의 豫算을 확보하여 사업을 실시하여 왔음을 볼

11) 경기도 수원시 권선구와 용인시는 1994년 8월 이전부터 시범적으로 영양사업이 실시되어 왔다.

수 있다. 일부 지역에서는 營養事業을 보건사업중 必須的이고 매우 효과적인 住民保健事業의 하나로 받아 들여 상당한 예산을 확보하여 오기도 하였다. 示範保健所중 營養事業을 추진하기 위하여 豫算을 確保한 지역은 〈表 Ⅱ-34〉에서 보는 바와 같이 1994년에는 2개소에 불과하던 것이 그 이후 매년 증가하여 1997년에는 조사대상 22개 지역 중 15개 지역에서 營養事業費를 확보하고 있다.

〈表 II-34〉 示範地域의 營養事業 豫算 確保狀態別 保健所 分布

(단위: 개소)

구 분	1994	1995	1996	1997
영양사업 예산확보	2	9	12	15
별도 예산항목은 없으나 사업비 지출	-	5	5	2
영양사업예산 전혀 없음	14	7	4	4
영양사업이 없었음	3	-	-	-
미상	3	1	1	1
계	22	22	22	22

각각의 示範保健所에서 營養業務 遂行에 필요한 사업예산을 확보한 수준을 연도별로 보면 〈表 Ⅱ-35〉와 같다. 영양사업비 규모는 대체로 매우 영세하지만 보건소에 따라 큰 차이가 있어 事業費를 확보하지 못한 지역이 많은 반면 1997년 연간 1,285만원을 確保하고 있는 곳까지 있다. 그외의 保健所에서 事業費 確保額은 62～586만원으로 그 차이가 크다. 확보한 營養事業費의 內譯은 사업에 필요한 교육자료 준비 및 제작비용과 특별행사를 위한 소요경비가 주류를 이루고 있다 (表 Ⅱ-36 참조).

한편 示範營養事業을 위한 中央政府의 지원액은 1995년부터 1997년까지 매년 보건소당 200만원씩 3년간 600만원을 지원한 수준에 그치고 있어 영양사업이 國民健康增進法에서 강조된 새로운 사업임에도

불구하고 이제까지는 中央의 支援이 극히 貧弱한 수준에 그치고 있었음을 단적으로 나타내고 있다.

〈表 II-35〉 示範地域의 營養事業 豫算 確保現況(地方自治團體 豫算, 國庫補助額 除外)

(단위: 천원)

구 분	1994	1995	1996	1997
A지역	-	11,905[1)]	13,751[1)]	11,682[1)]
B지역	-	200	500	600
C지역	-	4,500	4,500	4,500
D지역	-	-	있음	있음
E지역	-[2)]	-	-	-
F지역	-	1,000	1,600	2,175
G지역	-	-	-	-
H지역	-[2)]	-	-	-
I지역	-	250	800	558
J지역	-	-	5,605	500
K지역	-	-	320	1,090
L지역	-	-	-	-
M지역	-	-	-	3,000
N지역	-	-	-	1,050
O지역	3,000	3,000	3,000	3,000
P지역	-[2)]	-	-	850
Q지역	1,000	3,250	7,150	5,304
R지역	-	-	350	1,270
S지역	-	-	38	있음
T지역	-	-	-	480
U지역	-	-	-	-
V지역	-	있음	있음	12,850

註: 1) 인건비 포함(실사업비는 500만원 내외)
2) 당해년도에 사업이 시작되지 않았음.

〈表 II-36〉 示範地域의 1997年 營養事業 豫算內譯 例示

(단위: 천원)

구 분	예산 내역	예산액
A지역	영양사업 홍보물	4,000
	영양교육 강사	600
	업무추진비	1,260
	소 계	5,860
B지역	올바른 식생활교실 책자 발간	500
	영양개선 연구회 간담회	100
F지역	식품모형(22종)	400
	식품모형 진열장	500
	영유아 이유식단 전시회 재료 구입비	400
	영유아상담용 팜플렛 유인	375
	영유아식단 전시회 교육용 책자유인물	500
	소 계	2,175
I지역	성인병 관련보드 제작	520
	식단전시 재료비	100
	소 계	620
J지역	당뇨 관련 배부물 제작	500
K지역	영양교육용 보드판	220
	이유식 조리실습 재료비	350
	어린이 영양교육	120
	체지방 측정기	400
	소 계	1,090
M지역	이유 보충식 지도비	300
N지역	여중학생 빈혈검사 및 영양교육 해당기자재	1,050
O지역	영양 캠프	3,000
P지역	이유식 소책자 제작	700
	보건 교육용 안내판	150
	소 계	850
Q지역	어린이 비만학교	1,000
	임산부, 영유아교실	1,200
	홍보책자 제작	1,224
	빈혈측정 시험지	160
	시민 영양개선지도 여비	720
	비만도 측정기	1,000
	소 계	5,304
R지역	영양상담용 리플렛 구입	1,000
	영양식품 전시회	270
	소 계	1,270

〈表 II-36〉 계속

구 분	예산 내역	예산액
S지역	당뇨수첩제작	500
	이유식 조리실습	400
	비만 영양교실운영	1,000
	당뇨교실 운영	400
	소 계	2,300
T지역	이유식 교실	480
V지역	실태조사 양식인쇄	1,200
	리플렛 제작	1,500
	체지방 측정용지	200
	어린이 영양캠프장 임대	1,000
	영양캠프 레크레이션 강사료	300
	편식교정 책받침	1,500
	전시회 안내장	200
	음식전 리플렛 제작	600
	보드 구입	150
	음식 재료비	2,000
	캠프 교재비	1,000
	급식비	3,000
	시상금	200
	소 계	12,850

나. 營養事業 機資材 確保 및 環境與件 造成實態

地域에서 保健所를 중심으로 營養事業을 수행하도록 하는 여건에는 영양사가 업무를 수행하는 勤務場所 및 營養相談室의 具備, 영양사업의 실시를 보조하는 조리실습실의 구비, 營養業務를 실시하는데 필요한 機資材의 구비 등을 들 수 있다. 그동안의 사업기간중 이러한 物理的인 업무환경을 점진적으로 조성하여 온 示範保健所가 있는 반면, 이러한 設備와 機資材가 전혀 확보되지 못하고 營養士가 營養業務와 동떨어진 근무장소나 업무에 배치되어 영양사업이 더 이상 발전되어 오지 못한 곳 등 다양한 형태로 사업이 진행되어 왔다. 우선 營養士

의 勤務場所를 보면 22개 조사대상 示範地域 중 7個 地域에는 보건소에 營養相談室이 설치되었고 영양사가 주로 그곳에서 업무를 수행하고 있으며, 1개 지역은 保健敎育室을 영양상담실로 활용하여 保健所來所者 相談業務를 수행하고 있는 것으로 나타났다. 영양상담실이 별도로 설치되지 않은 보건소에서는 母子保健室, 豫防接種室 또는 소속 사무실에서 근무하고 있는 것으로 나타나 그만큼 對民 營養서비스를 제공하는데 제약이 많은 환경에서 근무하고 있는 지역이 아직까지 많은 것으로 나타났다. 調理實習室을 확보하고 있는 곳은 2개소였으며, 3개소가 설치를 계획중인 것으로 나타났다. 營養士의 대표적인 업무 지원수단을 컴퓨터로 볼 때[12] 專用 컴퓨터를 가지고 있는 곳이 5개소였으며 나머지 지역은 보건소내의 다른 컴퓨터를 共同利用하고 있었다(表 Ⅱ-37 참조).

그외에 營養業務를 수행하기 위하여 갖추고 있는 기자재로는 患者食品模型(주로 당뇨병을 위한 2,000/1,800/1,600kcal 모형)과 一般食品模型을 들 수 있는데 각각 18개소와 20개소에서 가지고 있었다. 視聽覺資料의 具備狀態를 보면 영양관련 비디오테이프를 구비하고 있는 곳이 20개소, 슬라이드를 구비하고 있는 곳이 6개소, 其他 視聽覺資料를 구비하고 있는 곳이 6개소였다. 그러나 視聽覺資料가 있다 하더라도 대개의 지역들이 大韓家族計劃協會나 大韓營養士會에서 旣存에 개발된 비디오테이프 몇 개를 確保하고 있는 정도로써 營養業務가 營養敎育이 중심이 되어 이루어지는 활동이라는 점을 고려할 때 사업을 지원하기 위한 기자재의 구비는 매우 열악한 수준에 있는 것으로 볼 수 있다. 體脂肪測定機(임피던스 타입)는 19개소가 구비하고 있었다(表 Ⅱ-37 참조).

12) 영양진단용 프로그램의 활용, 평가 등에 필요하다.

〈表 II-37〉 示範地域 保健所의 營養業務 環境造成 狀態

구 분		영양상담실 설치여부	조리실습실 설치여부	영양사 근무장소	영양업무용 컴퓨터보유
서울특별시	강북구	○(7평)[1]	계획중[2](5.6평)	보건교육실	공용
	강남구			사무실[3]	공용
부산광역시	동래구			사무실[3]	공용
	사하구			사무실[3]	공용
대구광역시	동 구			모자보건실	공용
	서 구		계획중[2]	물리치료실	공용
	남 구			예방접종실	없음
	북 구			모자보건실	공용
	수성구	○(2.5평)		영양상담실	공용
	달서구			모자보건실	공용
인천광역시	남동구	○(4평)	○(3평)	영양상담실, 사무실[3]	공용
대전광역시	중 구	○(5평)		영양상담실	공용
	대덕구			사무실[3]	공용
경기도 수원시	장안구	○(10평)		영양상담실, 사무실[3]	전용
	권선구	○(1.5평)		영양상담실, 사무실[3]	전용
	팔달구			사무실[3]	전용
경기도	용인시	○(12평)	계획중[2](12평)	영양상담실	전용
강원도	원주시			사무실[3]	공용
	강릉시			사무실[3]	공용
충청남도	천안시			사무실[3]	공용
전북 전주시	덕진구	○(8평)		사무실[3]	공용
경상남도	창원시	○(5평)	○(10평)	영양상담실	전용

註: 1) 보건교육실을 영양상담실로 활용함.
2) 조리실습실 설치계획이 있는 경우임.
3) 소속부서 사무실

이 밖에 보건소에 따라 營養事業을 위하여 구비된 機資材로는 피부지방두께측정 캘리퍼, 조리실습용 싱크대, 營養診斷評價 프로그램(S/W), 自動血壓計, 식품모형장, 食品模型 부착보드 등이 있는 정도였다.

〈表 II-38〉 示範地域 保健所의 營養業務 機資材 保有現況

(단위: 개소, %)

구 분	보유 보건소 수[1)]	보유율
체지방측정기	19	86.4
환자식 모형	18	81.8
일반식품 모형	20	90.9
시청각 자료		
비디오 테이프	20	90.9
슬라이드	6	27.3
기타 시청각 자료	6	27.3

註: 1) 22개 시범보건소 중 해당기자재 보유 보건소 수

5. 營養事業 擔當者의 敎育·訓練 現況

시범영양사업이 도입되면서 비로소 保健營養士 敎育課程에 대한 논의가 대한영양사회를 중심으로 제기되기 시작하였고 보건영양사 훈련과정에 대한 대안이 제시되었다(대한영양사회, 1993). 동 연구에서는 보건영양사 양성 대안으로 두가지 방안을 제시하였는데 한가지는 대학원과정 운영을 통한 「전문 보건영양사 과정」이고 다른 한가지는 별도의 「특별교육과정」의 설치를 提案하고 있다. 이 두 가지 대안 중 보건소 영양사 배치를 위한 現實的인 代案으로 후자가 받아들여졌고 이에 따라 1994년 8월의 시범영양사업에 배치할 영양사를 대상으로 대한영양사회에서 3일간의 단기 연수과정을 마련하고 1차 보건영양사

교육 훈련을 1994년 7월에 실시하였다. 그 후 보건소에 배치되어 있는 시범지역 영양사와 기존 보건소 근무자로서 영양사면허를 가지고 있는 현직 보건소 인력 중 영양사업을 하고자 하는 보건소의 영양사를 대상으로 1995년 5월(2일간), 1997년 3월(5일간), 1997년 10월(3일간)의 短期間의 新規 또는 再教育·訓練이 이루어졌다(表 Ⅱ-39 참조).

〈表 II-39〉 保健所에 配置된 營養士의 教育·訓練內容

구분	일 시	주 최	과 정 내 용
신규교육	1994. 7. 13 ~15(2일)	대한영양사회	- 우리나라 보건영양사업의 전망 - 우리나라 보건영양사업 경과보고 및 시범사업개요 - 일본의 보건영양사업 및 영양사 활동 - 미국의 보건영양사업 및 영양사 활동 - 사례발표 1 - 사례발표 2 - 영양교육자료 이용안내 - 간담회 - 우리나라 보건소 현황 - 한국인의 영양문제와 질병추이 - 영양강좌 - 만성질환의 영양교육 - 영양상담실 운영 - 시범영양사업 운영토론 - 특별사업
재교육	1995. 5. 26 ~27(2일)	대한영양사회	- 영양상담에 필요한 임상영양지식, 상담요령, 추구관리 - 보건소 영양사업 활성화를 위한 세미나 참여 - 보건영양평가: 영양상태조사, 지역영양진단 - 간담회 및 분임발표
	1996. 3. 13 ~15(3일)	보건정책과	- 보건소 영양사업 현황 - 영양사의 임무 - 식품의 과학적 관리 - 교육매체의 이용 - 소아의 이유기 - 한국농촌 영양개선사업의 실제 - 당뇨병의 실제 - 영양과 체중 - 영양생화학

〈表 II-39〉 계속

구분	일 시	주 최	과 정 내 용
재교육	1996. 3. 10~14(5일)	보건정책과	- 영양화학 - 체지방분석기를 이용한 영양평가 - 당뇨병을 위한 집단교육 - 노인영양 - 보건소 일선에서의 영양평가 - 일본의 보건소 영양사업의 실제 - 식생활 지침 해설 - 질병과 영양상담 - 식품첨가물의 올바른 이해 - 영양사의 역할 - 급식평가와 경영진단 - 우리나라 보건실태 - 지방행정의 특정 - 분임토의 및 발표(보건소 영양사업 홍보전략)
	1997. 10. 20~22(3일)	보건정책과	- 보건정책의 기본방향 - 지역보건사업의 접근방법 - '96년 시범지역 영양조사결과 해설 - 술과 영양 - 보건소 영양사업과 통계 - 심장질환 - 청소년 영양관리 - 우리나라 이유식의 실태 - 식중독 관리 - 식품위생법

資料: 대한영양사회,『시범보건소 배치 영양사 교육교재』, 1994.
_____,『시범보건소 배치 영양사 재교육 교재』, 1995.
보건복지부,『영양사 교육 교재』, 1997.
_____,『2차 보건소 영양사업 담당영양사 교육교재』, 1997.

그동안 교육훈련을 받고 시범보건소로 배치된 營養士들은 자원봉사자나 임시직 형태로 근무하면서 많은 탈락자가 있었고 신규인력이 재배치되어 오고 있다.

1997년 7월 현재 조사대상이 된 22개 시범지역 영양사들의 敎育訓練履修 現況을 보면 〈表 Ⅱ-40〉과 같다. 保健所 配置 前 훈련과정(1994년 과정) 이수자는 7명(31.8%)이었으며, 배치후 훈련과정 이수자는 19명(86.4%)이었다.

〈表 II-40〉 保健所 營養士의 敎育訓練課程 履修 現況

(단위: 명, %)

구 분	이수자 수	각 과정 이수율[1)]
보건소 배치전 훈련과정(Ⅰ) 이수	7	31.8
보건소 배치후 훈련과정(Ⅱ) 이수	19	86.4
Ⅰ과정 및 Ⅱ과정 이수	5	22.7

註: 1) 조사대상 보건소 영양사는 22명임.

보건소 배치후 3차에 걸쳐 실시하였던 재교육과정을 3회 모두 이수한 시범보건소 영양사는 12명(54.5%)이었으며 2회 이수자는 5명(22.7%)이었다(表 Ⅱ-41 참조).

〈表 II-41〉 保健所 配置 後 再敎育過程 履修 回數

(단위: 명, %)

	이수자 수[1)]	각 과정 이수율
1회	2	9.1
2회	5	22.7
3회	12	54.5

註: 1) 조사대상 보건소 영양사는 22명임.

그동안 공식적으로 진행되었던 5회의 新規 및 在職者에 대한 훈련과정 외에 본인이 별도로 보건소 영양사 배치 전이나 배치 중 이수한 경력으로는 병원 영양사 인턴과정(3명), 임상영양사 과정(21명), 임상영양 개별훈련(2명), 집단급식 사업체 근무(6명) 등이 있었다. 보건소 영양사 교육과정은 현실의 여러 제약 조건으로 인하여 2일 내지 5일간의 단기 과정으로 이루어져 왔고, 과정이 보건소 영양사가 필요한 능력 분야라든가 교육 목표를 가지고 체계적으로 이루어졌다기 보다는 그때 그때의 교육자 요구를 절충하여 운영되어 왔다고 볼 수 있다. 현재 간호사에 대한 보건진료원 과정이 신규임용과정과 재교육과정으로 나누어 각

각 24주, 24시간으로 이루어지고 있으며, 가정간호사 과정이 600시간(이론 352시간, 실습 248시간)의 長期課程으로 운영되는데 비하여 새로운 역할을 훈련해야 하는 보건소 영양사의 과정은 신규업무임에도 불구하고 교육·훈련기간이 지나치게 짧은 것으로 나타나고 있다.

시범지역 영양사들이 그동안 영양사업을 수행하면서 느낀 교육훈련이 필요한 분야에 대한 요구 정도는 〈表 Ⅱ-42〉와 같다.

〈表 II-42〉 示範地域 營養業務 擔當者의 敎育訓練 分野別 訓練 要求程度

(단위: 명, 순위)

구 분	훈련 요구정도						요구[1] 우선순위
	계	꼭 필요함	필요한 편임	그저 그러함	별로 필요하지 않음	전혀 필요하지 않음	
임상영양 및 식이요법	22	19	3	-	-	-	3위
단체급식 관리지도	22	5	12	4	1	-	13위
상담이론 및 의사소통	22	13	7	2	-	-	9위
교육자료이용 및 개발	22	17	5	-	-	-	5위
영양평가 및 판정	22	16	6	-	-	-	6위
국민영양조사 개요	22	5	9	8	-	-	15위
영양조사 및 지역사회진단	22	13	6	3	-	-	10위
영양사업 선정방법 및 평가	22	12	8	2	-	-	10위
영양관련 법규	22	7	8	6	1	-	13위
임산부, 영유아 영양지도 및 모유수유, 이유지도	22	15	5	2	-	-	8위
학령기 아동 영양지도	22	18	3	1	-	-	6위
청소년기 영양지도	22	14	7	1	-	-	10위
노년기 영양관리지도	22	19	3	-	-	-	2위
비만관리	22	20	2	-	-	-	1위
성인병 관리지도	22	18	4	-	-	-	4위

註: 1) 15가지 훈련분야에 대한 우선순위를 5단계 리케르트 척도로 가중치를 주어 평균 점수를 구하여 우선순위를 산출함.

영양사업의 수행을 위해 교육훈련이 꼭 필요하다는 의견이 높은 분야는 「비만 관리지도」, 「임상영양 및 식이요법」, 「노년기 영양관리」, 「성인병 관리지도」 등이었고 「교육자료의 이용 및 개발」도 높은 요구도를 나타냈다. 이는 이들이 현장에서 가장 절실하게 필요성을 느끼는 분야는 肥滿 및 慢性退行性疾患의 食餌指導이며, 이러한 활동을 위해서는 무엇보다 專門分野의 知識 및 技術과 아울러 敎育資料의 利用과 開發에 대한 교육훈련을 우선적으로 필요로 한다는 것을 나타내고 있다.

美國 營養士協會(ADA)는 保健營養士들을 위한 자기진단평가지를 개발하여 자신의 지식과 능력을 진단하도록 하였으며 여기에 제시된 5가지 중요분야는 ① 영양과 영양사 실무, ② 의사소통, ③ 보건과학과 응용, ④ 경영, ⑤ 정책 입법에 대한 옹호로서 보건영양사들이 이런 분야의 資質을 갖추고 있어야 한다고 제시하였다(ADA, 1988).

ADA에서 제시된 내용 중 우리나라의 현실에 맞지 않는 항목을 삭제하고 일부 내용을 보완하여 시범지역의 영양사에게 설문한 결과는 〈表 Ⅱ-43〉과 같다. 현재의 시범보건소 영양사들이 비교적 잘 수행할 수 있다고 평가한 부분은 「신체계측진단」, 「식이조사」 등의 영양판정에 관한 지식과 기술, 「식이조사」, 「인쇄물을 통한 매체 이용 기술」 부분이었다. 「시청각 매체를 위한 의사소통 기술」이라든가 「영양학적 지식」 이외에 「사업홍보 기술」, 「보건과학 분야」, 「진단을 통한 사업의 개발기술」 등은 일반적으로 부족하게 생각하고 있는 것으로 나타나 영양 고유의 분야 이외의 영양사업을 수행하기 위한 연관분야의 기술습득을 위한 교육 훈련이 충실하게 보충되어야 함을 示唆하고 있다.

〈表 II-43〉 示範地域 營養士의 業務遂行能力 自己診斷 結果

(단위: 명, 점)

구 분	아주 부족함	부족함	적당함	잘 할수 있음	아주 잘할수 있음	평점[1]	순위
A. 영양과 영양실무분야							
1) 생의 주기를 통한 영양원리와 응용에 관한 지식							
① 정상인의 영양	-	6	3	11	2	3.409	1위
② 임상영양	-	9	5	6	2	3.045	9위
2) 건강과 식생활에 관련된 인간행동에 관한 지식	-	3	13	6	-	3.136	6위
3) 행동변화에 영향을 주는 기술에 관한 지식	1	10	9	2	-	2.545	19위
4) 인터뷰와 상담에 관한 기술	-	7	7	6	2	3.136	6위
5) 영양판정에 관한 지식과 기술							
① 신체계측진단	-	5	6	8	3	3.409	1위
② 생화학적인 진단	3	7	10	2	-	2.500	21위
③ 식이조사	2	2	9	7	2	3.227	4위
④ 임상적조사	2	9	10	1	-	2.455	23위
⑤ 사회경제적진단	3	10	7	2	-	2.364	28위
6) 영양판정 자료를 해석하고 이용하는 기술							
① 개인대상	1	2	12	5	2	3.227	4위
② 집단대상	2	3	10	7	-	3.000	10위
B. 의사소통 분야							
7) 과학적인 정보를 다른 수준의 청중들에게 언어나 글로 의사소통시킬 수 있는 상담 및 교육기술							
① 일반대중 대상/사업대상자 개인	2	6	6	6	2	3.000	10위
8) 다양한 의사소통도구를 사용하고 매체를 이용할 수 있는 기술							
① 인쇄물(신문, 잡지, 소식지)	2	2	7	9	2	3.318	3위
② 라디오	3	8	8	1	2	2.591	18위
③ 영화/비디오 테이프	3	8	6	2	3	2.727	14위
④ 텔레비젼	3	7	7	2	3	2.773	13위
9) 건강 및 영양프로그램에 장래의 수혜자인 주민들의 참여를 증진시킬 수 있는 방법에 관한 지식	1	12	7	2	-	2.455	23위

〈表 II-43〉 계속

구 분	아주 부족함	부족함	적당함	잘 할수 있음	아주 잘할수 있음	평점[1)]	순위
10) 건강 및 영양프로그램의 이용을 유도할 수 있는 사업홍보마케팅 등의 기술	1	11	8	1	1	2.545	19위
11) 각종 위원회, 자문기관, 실무협의회 등의 일원으로 활발히 참여할 수 있는 능력	5	11	5	-	1	2.136	31위
12) 지역사회의 건강과 영양 문제를 진단, 보고할때 역학적인 접근할 수 있는 지식과 이해	5	10	5	2	-	2.182	30위
〈공중보건과학과 응용 분야〉							
13) 생정통계 지식							
① 자료수집과 관리	5	3	8	5	1	2.727	14위
② 통계적 분석과 추론	8	8	3	2	1	2.091	33위
③ 자료저장과 분석을 위한 컴퓨터 사용능력	5	8	3	5	1	2.500	21위
14) 연구계획과 방법에 관한 지식	5	6	9	2	-	2.364	28위
15) 지역사회의 건강 및 영양에 관한 요구를 진단할 능력							
① 이용가능한 자료원과 그 이용에 관한 지식	2	5	12	3	-	2.727	14위
② 지역사회건강 및 복지프로그램에 적절히 의뢰할 수 있는 방법에 관한 지식	2	10	9	1	-	2.409	26위
16) 지역사회 진단자료의 보건소 영양서비스프로그램으로 변화시킬 수 있는 능력							
① 목적의 우선순위 정하기	3	6	8	5	-	2,682	17위
② 측정가능한 목표의 개발	3	7	11	1	-	2,455	23위
③ 평가방법의 개발	5	10	6	1	-	2,136	31위
17) 영양서비스를 보건소의 전반적 목표와 계획에 부합시키는 기술	-	6	10	6	-	3,000	10위
18) 업무의 조직화와 우선순위 결정	-	4	11	7	-	3.136	6위
19) 계량화할 수 있는 보건지표 산출 및 영양관리 표준화를 포함한 질적인 관리방법에 관한 지식	4	8	7	3	-	2,409	26위

註: 1) 아주 부족함: 1, 부족함: 2, 적당함: 3, 잘 할수 있음: 4, 아주 잘 할수 있음: 5 의 평균점수이며 이 점수가 높을수록 순위가 높은 순으로 산출함.

나. 一般地域의 營養擔當者들의 營養敎育·訓練 現況 및 要求

1) 營養敎育·訓練現況

일반보건소의 정규직은 보건분야 공무원 훈련과정인 국립보건원 훈련부의 「영양지도원반」과정에 참가할 수 있다. 일반보건소에서 영양업무를 실질적으로나 형식적으로 맡고 있는 인력들은 訓練部 「營養指導班」 과정을 ⅓정도는 이수한 것으로 나타났으나 51.4%는 전혀 교육없이 영양업무를 맡고 있는 것으로 낮게 나타났다(表 Ⅱ-44 참조).

〈表 II-44〉 一般地域 營養業務 擔當者의 營養業務關聯 訓練 履修 現況

(단위: 명, %)

	훈련 이수자[1)]	훈련 이수율
국립보건원 훈련과정 이수자	36	35.0
기타 영양훈련 및 교육 이수자	14	13.6

註: 1) 영양업무 담당자 103명에 대한 조사결과임.

한편 본 연구의 일환으로 6월 30일~7월 5일 기간 중 운영된 1주간의 1997년도 국립보건원 「영양지도원반」 훈련과정에 참석한 교육생[13)]을 대상으로 보건소 영양업무에 관한 조사를 실시한 결과 이들 훈련생은 모두 45명이었으며 그 중 34명이 조사에 응답하였다. 이들 營養指導員班 訓練生들의 면허소지상태를 보면 간호조무사가 14명(41.2%), 간호사가 12명(35.2%), 영양사 5명(35.2%), 기타 3명으로 기존의 보건소인력에 대한 유일한 국가의 영양훈련과정에 참여하는 사람은 주로 간호사나 간호조무사인 것으로 나타났다.

13) 보건소 근무자 6~9급 정규직원이 이 과정의 교육대상이 되고 있다.

2) 業務訓練 및 補修敎育의 要求度

일반지역 영양담당자들의 業務訓練 및 補修敎育의 要求를 보면 영양교육·훈련이 필요하다는 의견이 압도적으로 높았다(表 Ⅱ-45 참조). 일반지역에서의 營養訓練 要求度가 특히 높은 分野는 「성인병 지도관리」, 「임산부·영유아 영양지도 및 이유지도」, 「비만관리」, 「노년기 영양관리」 등이었고 「교육자료 개발과 이용에 대한 교육, 훈련」도 원하고 있는 것으로 나타나 시범지역 영양사의 교육·훈련 요구 분야와 크게 다르지 않은 것으로 나타났다(表 Ⅱ-46 참조).

〈表 II-45〉 營養業務 遂行에 대한 業務訓練 및 補修敎育의 必要性에 대한 意見

(단위: 명, %)

구 분	영양업무 담당자 수	비율
계	102	100.0
필요하다	97	95.1
필요하지 않다	5	4.9

註: 1) 무응답 1건 제외

〈表 II-46〉 一般地域 營養業務 擔當者의 敎育·訓練 分野別 訓練 要求程度

(단위: %)

구 분	훈련 요구 정도						
	계(N[1])	꼭 필요함	필요한 편임	그저 그러함	별로 필요하지 않음	전혀 필요하지 않음	요구 우선순위[2]
임상영양 및 식이요법	100.0(94)	44.7	37.2	10.6	6.4	1.1	9위
단체급식 관리지도	100.0(95)	23.2	37.9	18.9	15.8	4.2	16위
상담이론 및 의사소통	100.0(97)	41.2	43.2	10.3	5.2	-	8위
교육자료이용 및 개발	100.0(98)	59.2	31.6	7.1	2.0	-	5위
영양평가 및 판정	100.0(95)	34.7	40.0	20.0	5.3	-	10위
국민영양조사 개요	100.0(95)	17.9	47.4	24.2	9.5	1.1	12위

〈表 II-46〉 계속

(단위: %)

구 분	훈련 요구 정도						
	계(N[1])	꼭 필요함	필요한 편임	그저 그러함	별로 필요하지 않음	전혀 필요하지 않음	요구 우선 순위[2]
영양조사 및 지역사회진단	100.0(95)	28.4	43.2	20.0	7.4	1.1	14위
영양사업 선정방법 및 평가	100.0(95)	35.8	34.7	24.2	5.3	-	11위
영양관련 법규	100.0(95)	27.4	42.1	24.2	6.3	-	12위
임산부, 영유아 영양지도 및 모유수유, 이유지도	100.0(99)	67.7	29.3	2.0	1.0	-	2위
학령기 아동 영양지도	100.0(98)	57.1	28.6	9.2	3.1	2.0	7위
청소년기 영양지도	100.0(98)	55.1	32.7	8.2	2.0	2.0	6위
노년기 영양관리지도	100.0(100)	62.0	30.0	5.0	2.0	1.0	4위
비만관리	100.0(100)	65.0	27.0	6.0	1.0	1.0	3위
성인병 관리지도	100.0(99)	73.2	23.2	1.0	1.0	1.0	1위

註: 1) 무응답은 제외
2) 15가지 훈련분야에 대한 우선순위를 5단계 리케르트 척도로 가중치를 주어 평균 점수를 구하여 우선순위를 산출함.

6. 營養事業에 대한 事業擔當者의 認識

이 節에서는 營養事業의 수행에 영향을 주는 構造的 要素로서 事業활동에 큰 장애나 영향을 준 事業與件, 진행중인 프로그램의 수행과정에서의 周邊環境의 변화, 사업의 약점과 강점을 중심으로 보건소장이나 사업담당자의 영양사업에 대한 인식을 통하여 영양사업의 현재 여건을 파악해보고자 하였다.

이를 파악하기 위하여 保健所長들을 통하여 실제로 보건소가 속해있는 지방행정여건에서 地方自治團體가 새로운 事業 또는 확대되는 사업을 전개하고 수용하는데 있어서 영향을 미치는 요인을 보고자 하

였다. 즉 保健所 영양사업의 必要性에 대한 인식, 영양사업이 실시되지 못해 왔던 이유, 보건소 직원들의 營養事業에 대한 관심 등이 보건소 영양사업과 서비스의 受容과 擴大에 직접적인 영향을 미칠 것이라는 前提下에 이들 각 요소를 파악하여 營養事業 수용 여건의 造成狀態를 평가하고자 하는 것이다. 보건소장에 국한된 主觀的인 診斷이 事業展開 與件을 客觀的으로 評價하는데 있어서 間接的이고 主觀的인 방법이라는 制約點을 갖기는 하나 지역보건사업 전반의 실제적인 責任者인 保健所長들은 專門保健管理者로서 다른 보건사업과 상대적으로 비교하여 평가할 수 있는 견해를 가질 수 있다는 관점에서 그들의 의견을 취합하여 보는 것이 충분한 의미를 가진다고 본다.

여기서 영양사업여건을 전반적으로 파악하고 특히 시범지역에서의 여건 변화를 평가하기 위하여 시범지역과 일반지역에서 동일하게 조사된 내용에 대해서는 가급적 시범지역과 일반지역을 함께 比較하여 제시하였다.

가. 營養事業의 必要性에 대한 認識

保健所에서 새로운 事業을 수용하거나 확대시행하는데 영향을 미치는 요소에 대하여 보건소장들의 제시된 여러 가지 견해들을 유형별로 정리하여 보면 첫째, 事業이 실시되었을 경우 받는 顯示化된 惠澤을 고려한 住民들의 事業에 대한 呼應度와 期待가 가장 중요하며, 둘째, 地方自治團體長 및 地方議會議員들의 事業에 대한 認識 및 그에 따른 事業 採擇, 셋째, 보건소장 및 보건소관리자들의 사업에 대한 관심과 추진의지 등이 새로운 事業을 受容하고 選擇하는데 있어서 영향을 미치는 주요 要因인 것으로 제시되었다. 또한 현재까지는 中央政府의 관련 施策과 支援이 地方自治團體에서 사업을 채택하는데 영향을 미치는 것으로 보고 있다(表 Ⅱ-47 참조).

〈表 II-47〉 保健所의 새로운 事業의 受容과 遂行에 影響을 미치는 要素의 優先順位(保健所長 意見)

(단위: 명, %)

순위	내 용	보건소장 수[1]	비율[2]
1	주민들의 사업에 대한 구체적인 요구와 사업에 대한 현시화된 호응도	73	37.6
2	사업에 대한 지방자치단체장 및 의회의원의 인식과 이해 및 그에 따른 사업채택	56	28.9
3	보건사업 관리자들의 사업에 대한 인식과 추진력	39	20.1
4	사업의 타당성, 실행가능성의 검토에 따른 예산의 확보 용이성	34	17.5
5	중앙부서의 시책과 지원	26	13.4
6	사업실시를 위한 전문인력의 충원 여건	21	10.8

註: 1) 보건소장들이 제시한 중복의견을 포함하여 산출
2) 194명 보건소장 중 해당의견 제시자의 비율임.

〈表 Ⅱ-47〉에서 事業의 受容, 나아가서 事業의 遂行에 영향을 미치는 요인 중 地方自治團體長의 事業에 대한 認識이 매우 중요한 사항으로 나타나고 있는다는 점에서 보건소장이 평가하는 지방자치단체장의 營養事業에 대한 關心과 認識의 정도를 파악하여 본 결과는 다음과 같다. 시범사업을 현재 실시하고 있는 조사대상 지역에서는 '높은 편이다'가 7건(35.0%), '그저 그렇다' 7건(35.0%), '낮은 편이다' 4건(20.0%), '매우 낮다' 1건(5.0%)으로 示範事業이 실시되고 있는 地域에서도 地方自治團體長의 관심도는 아직까지 대체로 낮은 것으로 나타나고 있다. 일반보건소에서는 이보다 좀 더 인식이 낮은 것으로 나타났다(表 Ⅱ-48 참조).

한편 保健所長들이 새로운 事業과 관련된 사항이나 의견을 他地域의 보건소장들과 교환하거나 의견을 개진하는 경우에 事業에 대한 輿

論化가 이루어지고 관심이 증가된다는 假定下에 健康增進法이나 地域保健法에 보건소의 업무기능으로 포함되어 있는 營養事業에 대하여 보건소장들이 어느 정도 사업에 대한 논의를 하고 있는가를 비교하여 보았다. 일반지역 보건소장보다는 시범지역의 保健所長이 영양사업에 대한 논의를 좀 더 활발하게 하고 있었던 것으로 나타나고 있으나 전반적으로 볼 때 영양사업에 대하여 논의를 하였다는 보건소장은 一部에 불과한 것으로 나타나고 있다. 이는 그만큼 지역보건의 실질적인 책임자인 보건소장들이 아직도 영양사업에 대한 구체적인 관심을 크게 가지고 있지 않다는 것을 나타낸다고 하겠다(表 Ⅱ-49 참조).

〈表 II-48〉 地方自治團體長의 營養事業에 대한 認識 程度(保健所長 意見)

(단위: 명, %)

구 분	시범지역	일반지역
	보건소장 수	보건소장 수
매우 높다	- (-)	4 (2.3)
높은 편이다	7 (35.0)	31 (17.8)
그저 그렇다	7 (35.0)	87 (50.0)
낮은 편이다	4 (20.0)	22 (12.6)
매우 낮다	1 (5.0)	25 (14.4)
무응답	1 (5.0)	5 (2.9)
계	20 (100.0)	174 (100.0)

〈表 II-49〉 保健所長의 他保健所와의 營養事業에 대한 論議 程度

(단위: 명, %)

구 분	시범지역	일반지역
자주한다	2(10.0)	3(1.7)
가끔한다	8(40.0)	39(22.4)
거의 안한다	7(35.0)	72(41.4)
전혀 안한다	1(5.0)	53(30.5)
무응답	2(10.0)	7(4.0)
계	20(100.0)	174(100.0)

나. 保健所에서 營養事業이 遂行되지 않았던 理由

地域의 公衆保健活動을 실시하는 保健所에서 이제까지 營養事業이 수행되지 않아 왔던 行政與件에 대하여 보건소장이 느끼는 견해는 첫째, 事業을 수행할 專門人力이 없었던 것이 가장 큰 이유로 제시되었으며, 둘째, 새로운 사업수행에 대한 豫算確保의 어려움, 셋째, 사업에 대한 中央과 관계기관의 인식 부족, 넷째, 보건소 사업이 그동안 量的인 事業目標量 達成 중심의 실적 위주로 이루어져 專門性이 요구되는 質的인 사업이 소홀히 다루어져 온 풍토, 보건의료서비스 요구에 대응하는 신축적인 능력의 부족들이 제시되었다. 또한 구체적인 영양사업지침의 부족, 영양사업범위가 광범위하여 수행범위가 명확하지 못한 점 등도 사업이 실시되지 못하였던 중요한 이유의 하나로 지적되었다(表 Ⅱ-50 참조).

〈表 Ⅱ-50〉 保健所에서 營養事業이 實質的으로 實施되지 못했던 理由(一般地域 保健所長 意見)

(단위: 명, %)

순위	내 용	보건소장 수[1]	비율[2]
1	영양업무를 수행할 인력의 미확보	131	75.3
2	새로운 업무수행에 필요한 사업예산 확보의 어려움	72	97.3
3	사업에 대한 관계기관과 중앙의 인식 부족	60	34.5
4	구체적인 영양사업업무지침, 전문부서 불명확과 사업범위의 광범위로 인한 수행의 어려움, 중앙정부의 영양정책 부재	42	24.1
5	실적위주의 사업과 현시행정에 치우친 보건소의 업무수행 관행으로 인한 영양사업 개발 부진	9	5.2

註: 1) 보건소장들이 제시한 중복의견을 포함하여 산출함.
2) 174명중 해당의견 제시자 비율임.

한편, 영양사업을 本格的으로 실시하고 있지 않은 일반 지역 중

152개소[14] 保健所長들은 영양사업을 실시하지 못하는 현실적인 이유를 專門營養士人力의 未確保, 事業豫算의 未確保, 중앙에서의 營養事業에 대한 명확한 사업 가이드라인의 提示 不在 등으로 지적하고 있다(表 Ⅱ-51 참조).

〈表 II-51〉 營養事業을 實施하지 않는 一般地域의 事業 非遂行 理由(保健所長 意見)

(단위: 명, %)

구 분	보건소장 수[1]	비율
전문영양사 인력의 미확보	88	57.9
사업예산의 미확보	43	28.3
중앙의 영양사업에 대한 정책의지 부족	31	20.4
중앙에서의 사업 가이드라인의 제시 부재	22	14.5
시설의 부족	8	5.3
타업무량이 많아서	11	7.2

註: 1) 영양업무 미실시 보건소의 152명 보건소장 의견임(단, 무응답 9명의 보건소장도 제외됨).

위의 사실과 관련하여 일반지역의 보건소장들이 영양사업을 시작하는데 있어서 우선적으로 필요하다고 보는 사항은 첫째, 專門營養士人力의 確保, 또는 이것이 불가능할 경우 기존 인력의 補修敎育을 통한 事業人力의 確保가 가장 急先務이며, 두번째, 豫算의 확보, 세번째, 영양사업을 전개하기 위한 敎育資料의 支援 등이었다(表 Ⅱ-52 참조).

이와 유사한 질문으로 일반지역의 보건소장들이 현실적으로 營養事業을 시도하는데 있어서 부딪치는 가장 큰 어려움은 첫째, 豫算 확보의 어려움, 둘째, 住民의 영양사업에 대한 認知度의 제고와 事業에 대

14) 보건소장을 대상으로 조사하였던 174개 일반지역 중 현재 영양사업을 수행하고 있다는 13개 보건소와 무응답 9개 보건소를 제외한 152개 보건소의 소장을 대상으로 조사된 내용이다.

한 홍보부족, 셋째, 營養士 人力의 미확보였던 것으로 보고 있다(表 Ⅱ-53 참조).

〈表 Ⅱ-52〉 營養事業의 試圖에서 가장 必要한 事項에 대한 見解 (一般地域 保健所長 意見)

(단위: 명, %)

구 분	보건소장 수[1]	비율
전문영양사 인력확보 또는 기존인력의 보수교육을 통한 사업인력 확보	51	29.3
예산 확보	58	33.3
영양사업을 위한 교육자료 지원	44	25.3
기자재 및 시설 확보	37	21.3
구체적인 사업계획의 수립, 사업지침의 개발	6	3.4

註: 1) 보건소장 174명이 제시한 중복의견을 포함하여 산출함.

〈表 Ⅱ-53〉 營養事業 試圖에서 現實的인 問題點의 優先順位(一般地域 保健所長 意見)

(단위: 명, %)

구 분	보건소장 수[2]	비율
예산 확보	43	24.7
주민의 영양사업에 대한 인지도와 제도를 위한 홍보	51	29.3
전문 영양사 인력 확보	46	26.4
기 타[1]	48	27.6

註: 1) 기타는 전담인력 교육훈련의 부족, 업무범위 설정의 어려움 등임.
2) 보건소장 174명이 제시한 중복의견을 포함하여 산출함.

다. 住民의 營養事業 要求度 및 呼應度에 대한 認識

住民의 事業에 대한 要求度, 呼應度는 원칙적으로 서비스의 受惠者를 통하여 파악되어야 할 것이지만 이 경우 잘 計劃되고 代表性 있는 標本과 적절한 調査方法을 통한 주민조사나 수혜자 조사를 수반해야

하는 어려움이 있다. 따라서 本 硏究에서는 앞의 내용과 마찬가지로 이 부분에서도 간접적이고 주관적인 방법이기는 하나 地域保健事業 전반의 실제적인 책임자인 保健所長들이 인지하고 있는 見解를 통하여 영양사업에 대한 주민들의 요구도나 사업실시에 따른 호응도를 파악하였다. 이것은 시범지역 보건소장의 의견이 어느 정도 그간의 사업실시 경험을 통하여 구체적으로 느끼는 주민의 요구를 반영한다고 볼 수 있기 때문이다. 시범사업지역 보건소장들은 과거에는 영양사업이 거의 없었기 때문에 사업의 필요성에 대한 인식이 낮았으나 사업실시 후 營養情報와 相談 및 營養管理에 대한 요구도가 높아지고 있는 것으로 평가하고 있었다. 더불어 아직까지도 영양사업이 미진하기 때문에 주민들의 관심이 적다는 의견도 지적되고 있다.

〈表 II-54〉 營養事業에 대한 住民들의 要求度 診斷(保健所長 意見)

(단위: 명, %)

시범지역[1)]	보건소장 수	일반지역[2)]	보건소장 수
주민들의 영양사업에 대한 요구도가 높음. – 성인병관리차원에서 관심증가 – 영유아식, 당뇨식에 대한 관심 높음 – 영양정보에 대한 관심 높음	11(55.0)	주민들의 영양사업에 대한 요구도가 높음. – 관심 증가 – 질병관리차원에서의 중요성 인식 – 균형있는 식사에 대한 필요성 인식	42(24.1)
주민들의 영양사업에 대한 요구가 낮음 – 필요도에 대한 인식이 낮음 – 사업에 대한 인지도가 낮음	9(45.0)	주민들의 영양사업에 대한 요구가 낮음 – 요구도가 구체적으로 현시화되지 않음 – 영양과 식품에 대한 잘못된 인식이 많음	75(43.1)

註: 1) 시범지역 보건소장 20명의 의견임.
2) 일반지역 보건소장 174명의 의견임.

라. 向後 營養事業에 대한 要求

示範營養事業을 실시한 대부분의 지역에서는 營養事業 전반에 관한 呼應度가 점점 높아지고 있는 것으로 파악되었는데, 구체적으로 주민의 요구가 높은 영양서비스를 보면 成人病과 관련된 영양관리(특히 당뇨병의 영양관리), 영유아 및 임산부의 영양관리, 비만아를 위한 영양캠프, 건강증진을 위한 식단 전시회 등이 지적되고 있다. 일반지역에서는 성인병관리와 관련된 영양서비스, 일반 영양상담 및 교육, 평생건강관리를 위한 연령단계별 영양관리, 학생의 식습관형성을 위한 영양관리, 저소득층(특히 독거노인)의 영양관리 등이 주민들이 要求하고 있는 주요 영양서비스 내용으로 꼽히고 있다(表 Ⅱ-55 참조).

〈表 Ⅱ-55〉 地域住民들의 營養事業 要求內容(保健所長 意見)

(단위: 명, %)

시범지역[1]	보건소장 수	일반지역[2]	보건소장 수
성인병관리를 위한 영양서비스	9(45.0)	성인병의 예방과 관리를 위한 영양교육과 영양관리	76(43.7)
영유아, 임산부 영양관리	6(30.0)	건강인 연령대상별 영양관리	55(31.6)
비만아 관리 및 영양교육	6(30.0)	영양상담, 영양교육	29(16.7)
건강진단시 영양진단	5(25.0)	영양지식의 보급	25(14.4)
건강증진 식단 전시	3(15.0)	식이요법	20(11.5)
		바른 식습관형성을 위한 학교 영양교육	10(5.7)
		저소득층에 대한 영양관리	7(4.0)

註: 1) 시범지역 보건소장 20명의 의견임.
2) 일반지역 보건소장 174명의 의견임.

마. 保健所 營養業務의 內容과 遂行役割에 대한 意見

앞서 제시된 바와 같이 1995년 9월부터 시행된 國民健康增進法과 1996년 7월부터 시행된 地域保健法에 근거하여 보건소에서 영양업무

를 수행하도록 되어 있다. 그러나 〈表 Ⅱ-52〉 및 〈表 Ⅱ-53〉에서 제시된 바와 같이 실제로 영양사업을 수행할 인력이 확보되지 않고, 새로운 사업을 수행하는데 있어서 수반되어야 할 事業指針과 事業技術이 마련되지 않은 상태에서 保健所長들이 보건소업무의 一環으로 영양업무의 範圍와 役割을 어떻게 받아들였는가를 보면 〈表 Ⅱ-56〉과 같다.

〈表 Ⅱ-56〉 營養業務의 內容과 役割에 대한 保健所長의 認識

(단위: 명, %)

시범지역[1]		일반지역[2]	
의 견	보건소장 수	의 견	보건소장 수
중앙의 지침이 구체화 되어있지 않아 애매하고 혼란스러웠음.	4(20.0)	중앙의 지침이 구체화 되어있지 않아 애매하고 혼란스러웠음.	119(68.4)
시범지역으로 자체적으로 설정하여 업무수행에 활용함.	11(55.0)	자체적으로 설정하여 업무수행을 할 수 있다고 봄.	37(21.3)
보건소장이 적극적으로 영양업무를 설정하고 사업을 추진함.	- (-)	보건소장이 적극적으로 영양업무를 설정하고 사업을 추진함.	12(6.9)
기 타	5(25.0)	기 타	6(3.4)

註: 1) 시범지역 보건소장 20명의 의견임.
2) 일반지역 보건소장 174명의 의견임.

"중앙의 지침이 구체화되어 있지 않아 애매하고 혼란스럽다"는 의견을 제시한 보건소장이 시범영양사업지역에서 4명(20.0%), 일반보건소에서는 119명(68.4%)이었으며, "자체적으로 업무수행 범위와 역할을 설정하고 사업을 추진한다"는 보건소장은 시범사업지역에서는 11명(55.0%), 일반지역에서는 37명(21.3%)에 불과하였다.

이와 같이 보건소영양업무의 內容과 役割이 명확하지 못한 것으로 보건소장들이 받아들여지고 있는 상황에서 영양업무를 向後 어떻게 規程하여야 할 것인가에 대하여 보건소장들의 의견은 첫째, 중앙의

細部事業指針 開發提示가 우선적으로 필요하고, 둘째, 사업을 수행할 人力인 營養士를 안정적으로 確保하여야 한다는 견해에 모아지고 있었다. 이외에도 영양업무의 範圍를 保健敎育의 일환으로 두어야 한다는 의견과 全擔部署의 명확화, 지속적인 교육훈련을 통한 사업의 지원, 재정적 지원 등이 필요하다는 의견 등도 제시되었다(表 Ⅱ-57 참조).

〈表 Ⅱ-57〉 向後 營養業務의 方向 設定에 대한 保健所長의 見解

(단위: 명, %)

시범지역[1]		일반지역[2]	
의 견	보건소장 수	의 견	보건소장 수
중앙의 세부사업지침 개발·제시 필요(영양사업에 대한 의무 규정 등)	11(55.0)	중앙의 세부사업지침 개발제시 필요(영양사업에 대한 의무규정 등)	72(41.4)
영양사 정규직 채용 배치	14(70.0)	영양사 정규직 채용 배치	95(54.6)
영양교육, 보건교육 실시로 규정	3(15.0)	영양교육, 보건교육 실시로 규정	54(31.0)
타업무와 연계 실시에 대한 규정	5(25.0)	전담부서의 명확화	18(10.3)
교육 훈련	2(10.0)	재정지원 뒷받침	13(7.5)
재정 지원	1(5.0)	기타 급시시설 관리 식이요법 지도 영양상담 식단작성, 조리지도 전문성 확보를 위한 분위기조성	 3(1.7) 8(4.6) 10(5.7) 3(1.7) 1(0.6)

註: 1) 시범지역 보건소장 20명의 의견임.
2) 일반지역 보건소장 174명의 의견임.

바. 保健所 職員들의 營養事業에 대한 關心과 協助狀態

示範地域 保健所에서 營養士들이 평가한 保健所 職員들의 영양업무에 대한 관심정도를 보면 많은 保健所長들이 매우 높은 관심을 가지

고 있는 것으로 보이며, 대부분의 시범지역 보건소에서는 영양업무가 소속되어 있는 家族保健係나 保健指導係 계장들의 관심도도 높은 것으로 나타났다. 그러나 다른 부서 계장들의 관심도는 낮은 것으로 나타났다(表 Ⅱ-58 참조).

〈表 II-58〉 示範地域 保健所 職員들의 營養業務에 대한 關心度

(단위: 개소)

구 분	계	관심이 높은편[1]	그저 그러함	관심이 낮은편[2]	해당부서가 없음
보건소장	22	18	2	2	-
보건행정계장(과장)	22	9	8	5	-
가족보건계장(보건지도과장)	22	20	2	-	10
예방의약계장(의약과장)	22	5	9	8	3
가정방문담당부서장	22	4	6	2	-
검사계장	22	4	10	5	-

註: 1) '매우 관심이 높음'과 '약간 관심이 있음'을 합함.
2) '거의 관심이 없음'과 '전혀 관심이 없음'을 합함.

一般地域의 영양업무조사 결과를 보면 36%의 보건소장이 관심을 가지고 있으며, 42%의 가족보건계장이 관심을 가진 정도이며 영양업무가 없거나 관심이 낮다는 보건소가 많았다. 다른 부서 계장의 관심도는 이보다 낮은 수준으로 나타나 많은 보건소에서 보건소 직원들의 영양사업에 관한 관심은 낮은 수준이었다(表 Ⅱ-59 참조).

시범지역에서 영양분야의 細部事業이나 프로그램을 운영하고 개발할 때 〈表 Ⅱ-60〉에서 제시된 여러 側面의 여건 조성상태에 대하여 영양사들이 평가한 견해를 보면 '該當事業의 價値 및 必要性에 대한 確信'은 충분한 편이라는 의견이 많았으나 '해당프로그램 운영에 대한 전문적 지식과 기술'은 보통이거나 부족한 편이라는 의견의 빈도가 높았다. '해당사업 수행에 필요한 敎育資料와 敎育技術'은 부족한

편이라는 의견은 높았다. 영양사들이 바라본 地方自治團體(長)의 영양사업에 대한 관심과 지원은 부족한 편이라는 의견이 지배적이었다.

〈表 II-59〉 一般地域 保健所 職員들의 營養業務에 대한 關心度

(단위: %)

	계(N)[1]	관심이 높은편[2]	그저 그러함	관심이 낮은편[3]	영양업무가 없음
보건소장	100.0(182)	35.8	14.5	9.5	40.2
보건행정계장(과장)	100.0(179)	19.6	19.0	21.8	39.7
가족보건계장(보건지도과장)	100.0(177)	42.4	11.3	5.6	40.7
예방의약계장(의약과장)	100.0(179)	19.0	21.8	19.6	39.7
가정방문담당부서장	100.0(132)	31.8	6.8	6.1	55.3
검사계장	100.0(137)	9.5	14.6	18.2	57.7

註: 1) 보건소에 해당 부서나 부서장이 없는 경우는 제외함.
2) '매우 관심이 높음'과 '약간 관심이 있음'을 합함.
3) '거의 관심이 없음'과 '전혀 관심이 없음'을 합함.

〈表 II-60〉 示範地域에서의 營養事業與件 造成狀態의 充足度에 대한 營養士의 意見

(단위: 명)

구 분	계	충분한 편[1]	보통인 편	부족한 편[2]
해당사업의 가치 및 필요성에 대한 확신	22	18	4	
해당프로그램 운영에 대한 전문적 지식과 기술	22	5	13	4
해당사업수행에 필요한 교육자료와 교육기술	22	5	7	10
지방자치단체(장)의 사업에 대한 관심과 지원	22	4	7	11
보건소장의 사업추진 의지	22	12	7	3
지역주민의 요구 및 호응도	22	12	7	3
필요시설 및 장비	22	6	5	11
사업예산의 확보	22	5	2	15

註: 1) '매우 충족한 편'과 '충족한 편'을 합함.
2) '부족한 편'과 '매우 부족한 편'을 합함.

'保健所長의 事業推進 意志'에 대해서는 앞의 〈表 II-58〉의 관심도와는 다소 달리 충분한 편이라는 의견과 함께 보통이거나 부족한 편

이라는 의견이 제시되었다. '地域住民의 영양사업에 대한 要求나 呼應度'는 충분한 편이라는 의견이 많았다. '事業에 대한 必要施設 및 裝備', '事業豫算의 確保'는 부족한 편이라는 의견이 많았다.

〈表 Ⅱ-60〉의 결과와 連繫된 내용으로 시범지역 영양사가 업무여건에 대해서 어느 정도 滿足하고 있는가를 보면 〈表 Ⅱ-61〉과 같다. 특히 어려운 부분은 '業務遂行時 他機關과의 連繫協助', '업무수행에 필요한 豫算支援', '영양상담장소, 근무장소 등의 근무환경'인 것으로 나타났다.

〈表 Ⅱ-61〉 示範地域 營養士의 業務與件에 대한 滿足度

(단위: 명)

구 분	계	매우 만족	만족하는편	그저 그런편	만족하지 못한편	매우 불만족
보건소장의 업무에 대한 관심과 협조	22	4	8	7	3	-
보건소 직원들의 업무 협조와 사업에 대한 이해도	22	-	12	7	3	-
업무수행시 보건소내의 행정적 협조	22	-	10	9	2	1
업무수행시 타기관과의 연계 협조	22	1	3	12	6	-
업무수행에 필요한 예산지원	22	-	2	6	7	4
업무수행에 필요한 인력지원	22	-	2	10	8	2
근무환경(영양상담장소, 근무장소 등)	22	1	5	6	7	3
보건소 영양사로서의 역할수행정도	22	-	9	10	2	1

한편 일반지역에서 營養擔當者(또는 영양지도원, 이러한 영양업무담당 인력이 없는 경우 가족보건계장 또는 보건지도계장)가 응답한 영양업무 遂行與件의 造成狀態에 대한 의견[15]을 보면 특히 부족한 사항은 '영양프로그램 운영에 대한 전문적인 知識과 技術', '사업수행에

15) 영양사업을 시도하지 않아 의견이 없는 지역이 반 수 이상으로 나머지 영양사업을 어느 정도 포함하고 있다는 지역의 담당자 의견이다.

필요한 敎育資料와 敎育技術', '主要施設 및 裝備', '事業豫算 確保' 등이었다(表 Ⅱ-62 참조). 이와함께 영양사업을 충실하게 수행하지 못하고 있다는 일반지역 보건소에서 영양사업을 잘 수행하지 못하고 있는 理由를 문의한 결과는〈表 Ⅱ-63〉과 같이 다른 업무로 인한 시간부족', '영양지식, 지도 경험 부족'과 함께 '영양사업의 수행을 별로 요구받지 않아서'가 중요한 이유인 것으로 나타났다.

〈表 II-62〉 一般地域에서의 營養事業遂行 與件 造成狀態의 充足度에 대한 意見

(단위: %)

구 분	계(N)	충분한 편[1]	보통인편	부족한 편[2]	사업을 시도하지 않음[3]
사업의 가치 및 필요성에 대한 확신	100.0(182)	17.0 (38.3)[4]	10.4 (23.5)	17.0 (38.3)	55.5
운영에 대한 전문적인 지식과 기술	100.0(182)	6.0 (13.3)	13.2 (28.9)	26.4 (57.8)	54.4
사업수행에 필요한 교육자료와 교육기술	100.0(182)	4.9 (11.0)	8.2 (18.3)	31.9 (70.7)	54.9
지방자치단체(장)의 사업에 대한 관심과 지원	100.0(182)	7.1 (16.9)	11.0 (26.0)	24.2 (57.1)	57.7
보건소장의 사업추진 의지	100.0(182)	15.9 (36.3)	14.8 (33.8)	13.2 (30.0)	56.0
지역주민의 요구 및 호응도	100.0(182)	6.0 (14.7)	15.9 (38.7)	19.2 (46.7)	58.8
필요시설 및 장비	100.0(182)	1.6 (4.0)	6.0 (14.7)	33.5 (81.3)	58.8
사업예산의 확보상태	100.0(182)	1.1 (2.9)	6.6 (17.6)	29.7 (79.4)	62.6

註: 1) '매우 충족한 편'과 '충족한 편'을 합함.
2) '부족한 편'과 '매우 부족한 편'을 합함.
3) 무응답 포함됨.
4) ( )내의 %는 事業을 시도한 경우만을 백분율 분포로 산출한 것임.

〈表 II-63〉 一般地域에서 營養業務를 充實하게 遂行하지 못하는 理由

(단위: 명, %)

구 분	응답자 수[1)]	응답률
다른 업무로 인한 시간 부족	52	57.1
영양지식, 지도 경험 부족	58	63.7
영양사업 수행을 별로 요구 받지 않아서	38	41.8
영양업무에 관심이 없어서	6	6.6

註: 1) 영양업무를 충실하게 수행한다고 응답한 12개 보건소를 제외한 91개 보건소의 영양업무 담당자가 복수응답한 결과임.

사. 營養業務 導入과 擴大 可能性에 대한 見解

위의 結果들은 보건소에서 영양사업을 실시하는데 있어서 현실적인 어려움과 與件들을 제시해 주는 내용이라고 볼 수 있다. 그러나 一般地域의 보건소장들이 向後 營養事業을 바라보면 視角은 상당히 肯定的인 것으로 나타났다. 보건소에서의 영양사업의 도입과 확대 가능성에 대해서는 '매우 크다' 8.0%, '대체로 크다' 44.8%로써 도입과 확대 가능성이 높다는 견해를 피력하고 있었다(表 Ⅱ-64 참조).

〈表 II-64〉 營養事業의 導入과 擴大 可能性에 대한 見解
(一般地域 保健所長 意見)

(단위: 명, %)

구 분	보건소장 수	비율
매우 큼	14	8.0
대체로 큼	78	44.8
그저 그러함	37	21.3
대체로 낮음	20	11.5
매우 낮음	16	9.2
무응답	9	5.2

보건소에 營養士를 확보할 필요성에 대해서도 '반드시 필요하다' 43.7%, '있는 편이 좋겠다' 44.3%로 대부분이 보건소장이 보건소에 營

養士 人力이 필요하다는 의견을 제시하고 있었다(表 Ⅱ-65 참조). 보건소에 필요한 영양사 인력의 數에 대해서는 示範地域과 一般地域의 보건소장에게 모두 조사하였는데 사업을 실시하고 있는 示範地域에서는 '1명'이 25.0%, '2명'이 45.0%로서 1명이 필요하다는 보건소장보다 2명이 필요하다는 보건소장이 많았다(表 Ⅱ-66 참조). 일반지역에서는 '1명'이 54.6%, '2명'이 30.5%로 나타났다. 이는 현재 영양사업을 실시하고 있는 보건소에서는 1명의 영양사가 지역영양사업을 전개하기에는 부족하다고 보고 있으며, 일반지역에서는 거의 대부분의 지역이 영양사가 없는 상황에서 1명의 영양사확보를 현실적인 代案으로 받아들이고 있는 것으로 보인다.

〈表 II-65〉 營養士의 確保 必要性에 대한 見解(一般地域 保健所長 意見)

(단위: 명, %)

구 분	보건소장 수	비율
반드시 필요함	76	43.7
있는 편이 좋음	77	44.3
그저 그러함	10	5.7
별로 필요 없음	5	2.9
전혀 필요 없음	-	-
무응답	6	3.4

〈表 II-66〉 保健所에 必要한 營養士 人力 所要에 대한 保健所長 意見分布

(단위: 명, %)

구 분	시범지역	일반지역
1명	5(25.0)	95(54.6)
2명	9(45.0)	53(30.5)
3명 이상	4(20.0)	8(4.6)
필요 없음	-	1(0.6)
무응답	2(10.0)	17(9.8)
평균(표준편차)	2.2(1.2)	1.5(0.8)

Ⅲ. 外國의 保健營養事業 推進現況과 示唆點

1. 美國

미국의 공공보건 서비스는 傳統的으로 豫防業務에 치중되어 왔고 공공보건조직이 직접 치료 등의 진료서비스를 제공하는 것은 일부 저소득층과 소수민족에 국한되어 왔다. 반면에 중앙정부는 다양한 영양정책과 그에 따른 프로그램의 개발로 주민 개개인이 자신이 처한 여건에 따라 여러가지 영양프로그램의 혜택을 받도록 保健營養서비스가 提供되고 있다. 따라서 地方自治團體의 보건영양서비스 역시 연방정부의 영양프로그램 관리를 위한 업무비중이 많고 地方自治團體 나름대로의 영양프로그램도 수행하고 있다. 특히 대부분의 프로그램이 低所得層과 小數民族을 위한 사회복지 프로그램과 연계되어 있어 營養支援 프로그램이 所得 再分配의 役割도 하고 있는 것이 미국 영양프로그램의 특징이다.

가. 美國의 營養政策 特性

미국은 수십년 동안 연방정부가 저소득층이나 영양취약계층을 대상으로 適定 營養水準을 확보하도록 하기 위하여 대규모의 食品補助 프로그램을 지원하면서 영양프로그램의 운영과 영양교육 프로그램에 관여하여 왔다. 대표적인 예가 '부인·영아·어린이를 위한 특별보충식품 지원 프로그램(WIC)', 취학전아동 개발프로그램(Heal Start)[16]', '영양교

16) 미국 보건후생부가 주관하는 저소득층 취학전 아동을 대상으로 교육서비스, 보건 의료서비스, 영양서비스를 제공하는 프로그램으로 이 프로그램의 영양서비스

육훈련 프로그램(NET)', 노인을 위한 식사지원프로그램(Congregate Meals Program) 등이다. 특히 1969년의 식품·영양·보건에 관한 백악관의 회의와 1977년부터 시작된 '영양교육훈련 프로그램'은 정부의 영양프로그램 운영에 대한 역할을 확고하게 만들었다(Contento, et al., 1995).

영양이 심장병과 암의 발생과 연관되어 있으며, 食習慣을 변화시킴으로써 이러한 질병을 예방할 수 있다는 확고한 과학적 연구결과에 대한 확신과 합의가 도출되면서 지난 20년 동안 미국에서의 지역영양프로그램과 영양교육의 개념은 크게 변화되게 되었다. 1977년에는 美上院에서 '美國의 營養目標(Dietaty Goals for the United States)'를 제시하였으며 곧 이어 美國 農務部와 保健厚生部가 공동으로 '美國人을 위한 食事指針'을 공표하였고 1989년에는 국가학술심의회(National Research Council)에서 식이 형태가 건강에 미치는 중요성에 대한 문서인 '식이와 건강'을 발표하였다. 이러한 정부의 메시지는 일반 국민들이 健康增進과 慢性疾患을 줄이기 위하여 어떻게 식사를 하여야 하는가 하는 지침을 전달하는데 중요한 역할을 하였다. 미국의 국립보건원(NIH) 산하 국립 심장·폐·혈액 연구소(NHLBI), 국립암연구소, 국립노화연구소 등에서 대규모의 개입연구가 진행되면서 만성질환을 줄이기 위하여 궁극적으로 일반인에 대한 영양교육을 포함하는 생활행태의 변화를 유도하는 地域營養事業을 적극적으로 추진하게 되었다.

나. 美國 政府의 營養프로그램

미국 연방정부의 식품지원 프로그램은 거의 대부분 農林部의 食品消費者局(FCS: Food Consumption Service)을 통해서 수행되고 있다. 회계연도 1996년 식품소비자국의 식품지원 프로그램 예산은 미화 398억 달러(1995년은 402억 달러)로 전체 농림부 예산의 60%를 차지하고 있

내용은 영양진단, 영양식품의 제공, 가족에 대한 영양교육 등이 포함되어 있다.

을 정도로 尨大하다. 이러한 프로그램들의 목표는 저소득층이나 營養脆弱階層의 영양을 최소한 보장하고, 굶주리는 인구를 없애는데 두고 있다. 이러한 프로그램을 통하여 所得再分配 역할과 함께 農産物의 需給調整을 원활히 하고 잉여농산물을 저소득층에게 분배하며 농부와 소비자 계층을 보호하는 부수적인 효과도 얻고 있다.

1) 農林部(USDA)의 食品支援 프로그램

농림부의 식품소비자국은 식품쿠폰지급 프로그램(Food Stamp Program: FSP)을 포함하여 〈表 Ⅲ-1〉과 같은 여러가지 식품지원 프로그램을 운영하고 있다.

〈表 Ⅲ-1〉 美聯邦政府의 食品支援 프로그램 種類와 受惠 對象者

프로그램명	임산부	영아	어린이	노인	가족
Food Stamp Program(FSP)	○	○	○	○	○
National School Lunch Program(NSLP)			○		
Special supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children(WIC)	○	○	○		
Nutrition Assistance Program(Puerto Rico)					○
Child and Adult Care Food Program(CACFP)		○	○	○	
School Breakfast Program			○		
Summer Food Service Program			○		
The Emergency Food Assistance Program(TEFAP)					○
Nutrition Program for the Elderly				○	
Commodity Distribution to Charitable Institutions					○
Commodity Supplemental Food Program (CSFP) --WIC/elderly	○	○	○	○	
Food Distribution Program on Indian Reservations(FDPIR)					○
Special Milk Program			○		
Nutrition Education and Training Program(NET)			○		
WIC Farmers Market Nutrition Program	○	○	○		

資料: USDA, *Food Assistance Programs of U.S.*, Food, Nutrition & Consumer Service, 1997.

〈表 III-2〉 美聯邦政府의 食品支援프로그램 種類와 受惠內容

프로그램명	식비 현금 지급	식품 구입 쿠폰 지급	식품 구입을 위한 현금 지급	필수 식품 제공	영양 정보 및 교육
Food Stamp Program(FSP)		○			○
National School Lunch Program(NSLP)	○			○	○
Special supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children(WIC)		○			○
Nutrition Assistance Program(Puerto Rico)			○		
Child and Adult Care Food Program(CACFP)	○			○	○
School Breakfast Program	○			○	○
Summer Food Service Program	○			○	
The Emergency Food Assistance Program(TEFAP)				○	
Nutrition Program for the Elderly	○			○	
Commodity Distribution to Charitable Institutions				○	
Commodity Supplemental Food Program(CSFP) --WIC/elderly				○	○
Food Distribution Program on Indian Reservations(FDPIR)				○	○
Special Milk Program	○				
Nutrition Education and Training Program(NET)					○
WIC Farmers Market Nutrition Program		○			○

資料: USDA, *Food Assistance Programs of U.S.*, Food, Nutrition & Consumer Service, 1997.

연방정부가 지원하는 이러한 식품지원 프로그램의 혜택은 〈表 III-2〉와 같이 프로그램에 따라 차이가 있는데 주로 食費를 現金支給 한다든가 必修食品을 보급한다든가 식품구입 쿠폰을 지급하는 형태를 가지고 있다. 많은 프로그램들이 식품지급과 동시에 수혜자의 영양향상을 위한 營養敎育 및 情報를 제공하는 경우가 많다. 영양교육훈련 프

로그램(NET)과 같이 특히 영양교육만을 위해 개발된 프로그램도 있다.

이러한 식품지원 프로그램은 연방정부의 예산지원하에 주정부 및 지방정부 단위에서 각 정부와 민간단체, 학교 등의 협조를 통해 이루어지고 있다(表 Ⅲ-3 참조).

〈表 Ⅲ-3〉 美國의 地域別 食品支援 프로그램에 대한 協助 役割

구 분	어린이 영양	식품 보조	식품 지급
주(State) 단위	– 교육 – 사회적 서비스 – 보건 – 식품지원부서 지역관 배치	– 보건 – 인디언 부족 – 사회적 서비스	– 농업 – 교육 – 사회적 서비스 – 인디언 원주민 부락
지방(Local) 단위	– 공립학교 – 사립학교 – 어린이 보육센터 – 주간보호 홈 – 어린이 보호시설	– 보건소 – 지역사회그룹 – 지방보건기관 – 복지분야	– 자선기구 – Soup Kitchens[1)] – 학교 – 어린이 보육센터 – Food Banks[2)]

註: 1) Soup Kitchens: 준비된 식사를 제공하는 교회, 시민단체, 비영리단체 등과 같은 단체에 연계된 소규모의 음식 제공 프로그램임.

2) Food Banks: 비영리 자선단체나 급식 프로그램에 사용하기 위해 정부로부터 잉여생산물을 수집하거나 먹을 수 있지만 판매할 수 없는 식품을 개인 사업체로부터 수집하는 비영리 지역 단체들임.

資料: USDA, *Food Assistance Programs of U.S.*, Food, Nutrition & Consumer Service, 1997.

가) 食品쿠폰 支給 프로그램(FSP: Food Stamp Program)

FSP프로그램은 영양지원 프로그램 중 가장 규모가 큰 프로그램이다. 1961년에 시작되어 1964년에 확정된 프로그램으로 1995년 현재 매월 수혜자수는 2600만명에 달하고 수혜자 1인당 월평균 미화 71불 정도의 혜택을 주고 있다. 1996년도 이 프로그램의 예산은 약 미화 276억불이다. 그 내용은 저소득층 주민에게 가족이 필요한 식품의 일부나 전체를 충당할 수 있는 식품구입쿠폰(Food Stamp Coupon)이나

전자카드(EBT)를 제공하여 식료품 가게에서 식품구입을 하게 함으로써 低所得層 住民의 식사의 질을 향상시키는데 목적을 두고 있다. 프로그램의 受惠對象은 수입, 가구원수, 자산, 주거비 등을 고려하며 총 월수입이 빈곤기준(Poverty line)의 130% 이하, 또는 월수입이 빈곤기준의 100% 이하인 자이다. 실제로 전체 식품 쿠폰 수령자의 60%가 어린이(50%)와 노인(10%)이다.

〈表 Ⅲ-4〉 美聯邦政府의 食品支援 프로그램의 豫算比重(1989年)

(단위: %)

식품지원 프로그램 종류	예산배분 비중
Food Stamp	58.0
학교 점심급식	15.0
WIC	10.0
기타 어린이 영양 프로그램	7.0
식품제공 프로그램	7.0
프에르토리코 영양지원 프로그램	5.0
계	100.0

資料: Matsumoto M., “Recent Trends in domestic food programs”, *National Food Review* 13(2), 1990, pp.31～36.

나) 女性 및 兒童에 대한 營養補助 프로그램(WIC: Special Supplemental Food Program For Women, Infants, and Children)

WIC는 연방정부 지원 프로그램으로 특히 地方 保健部나 保健센터에서 이루어지고 있는 대표적인 프로그램이기 때문에 다른 프로그램보다 그 내용과 수혜자를 상세히 제시하여 보면 다음과 같다. WIC 프로그램은 1974년부터 시작되었으며 유아, 5세까지의 어린이, 영양적으로 위험이 높은 임산부, 수유부, 비수유 산욕기 여성에게 보충식품 제공하여 대상자의 營養狀態를 개선하는데 목적을 둔 대표적인 연방정부의 영양지원 프로그램의 하나이다. 회계연도 1996년 WIC 프로그

램 예산은 미화 35억 달러로 약 700만명이 수혜를 받고 있다.

WIC 프로그램은 다음과 같이 식품지원, 영양교육, 산전관리, 보건의료서비스의 제공 등을 통해서 예방 및 치료의 포괄적인 서비스를 제공한다.

- 식품제공: 목표집단의 식사에서 부족한 영양소(단백질, 칼슘, 철, 비타민 A, C)를 공급하기 위한 補充食品 패키지를 제공한다.
- 영양교육: 대상자에게 필요한 營養情報들을 提供하고 균형된 식사를 할 수 있도록 하며, 개인 혹은 집단의 영양교육은 WIC식품들을 식사와 어떻게 적절히 조화시켜 이용할 것인가를 가르치는데 그 주기능이 있다.
- 보건서비스에 의뢰: 산전관리 서비스 등에 의뢰한다.

WIC 營養士는 "WIC Nutritionist"라고 불리우며 영양사의 主業務는 ① 영양상태 판정, ② 영양상담, ③ 교육자료 개발 등이다. WIC 프로그램의 영양교육 내용은 지역특성에 맞는 교육자료 개발, WIC 체크 식품을 이용한 조리법, 임산부의 정기검진 유도, 사회사업가와의 상담 연결, 건강관리(피임법, 약물중독, 예방접종 등) 및 프로그램의 홍보 등이다. 질병이 있는 등록자는 臨床營養士에게 상담·의뢰 한다. 모든 등록자(영아나 어린이는 보호자)는 6개월에 적어도 3번은 영양교육을 받게 되어 있다.

WIC 프로그램은 식품보조 서비스 중 가장 성공한 프로그램으로 평가되고 있다. 프로그램의 운영에서 등록자가 많고 營養士數가 상대적으로 적어 영양상담 시간이 적은 운영상의 문제점은 나타나고 있으나 WIC 프로그램에 참여한 저소득층 임산부가 미숙아나 저체중아 출산이 줄어들고 임신기간이 연장되었으며, 모유 수유부가 현저히 增加하였다. 또한 1990년의 농림부 식품소비자국의 연구결과는 WIC 프로그

램에 참여한 임산부에서 임산부 자신 및 태어난 아이의 의료비용(메디케이드)이 현저하게 감소되었음이 밝혀지고 있으며 10개주에서 실시된 연구에서도 1달러 WIC 비용이 1.77~3.13달러의 의료비용 節減效果를 가져온 것으로 분석되고 있다. 그리고 이 프로그램의 영양평가 자료는 질병관리센터(CDC) 등의 영양 및 모자보건 연구자료 등 기초자료로 널리 활용되고 있다.

다) WIC 農業者 마켓 營養 프로그램(Farmers' Market Nutrition Program)

1992년에 시작된 이 프로그램은 WIC 참가자들에게 신선하고 영양가 풍부한 과일, 채소섭취의 접근도를 높이기 위해서 실시된 것으로 1996년도의 예산은 미화 675만 달러에 달한다.

라) 어린이 營養支援 프로그램

미국의 식품지원 프로그램은 특히 어린이에 대한 영양지원과 급식지원을 강조하고 있는데 대표적인 프로그램으로는 공립학교 중식지원 프로그램(National School Lunch Program), 공립학교 조식지원 프로그램(National School Breakfast Program), 하기 아동식품지원 프로그램(Summer Food Services Program), 우유지원 특별 프로그램(Special Milk Program) 등이 있다.

① 공립학교 중식지원 프로그램(NSLP: National School Lunch Program)

1995년에 이 프로그램은 약 93,000개의 학교에서 실시되며 수혜 학생수는 약 2500만명에 달한다. 이 중 반 수 이상의 학생이 無料 또는 低價의 食事를 제공받고 있다. 1996년도 이 프로그램의 예산은 미화 44억불(1995년도는 42억불)로 책정되어 있다. 이 프로그램의 목적은 모든 학생들이 생활수준에 관계없이 결식을 하지 않고 영양가있는 점

심을 섭취할 수 있도록 학교에 경제적인 원조를 제공하는 프로그램이다. 이 프로그램을 실시하는 학교는 營養的인 指針量을 충족시켜야 한다. 식사비용 부담의 기준은 다음과 같다.

- 무료식사: 빈곤기준의 130% 이하에 해당하는 가정의 어린이
- 저가식사: 빈곤기준의 130~185%에 해당하는 가정의 어린이

② 공립학교 조식지원 프로그램(National School Breakfast Program)

이 프로그램은 1995년 현재 630만명의 학생이 참여하고 있으며 1996년도 이 프로그램의 예산은 미화 12억불이 책정되어 있다. 무료식사 및 할인된 가격으로 아침식사의 혜택을 받는 대상 학생의 기준은 상기 NSLP와 유사하다.

③ 하기 아동식품지원 프로그램(Summer Food Service Program for Children)

1995년에 200만명 이상의 低所得層 어린이가 放學 中 이 프로그램을 통해서 食事支援 惠澤을 받았다. 이 프로그램의 예산은 회계연도 1996년에 미화 2억 8천만달러(1995년은 2억 5466만 달러)가 책정되었다. 對象者의 基準은 50% 이상의 어린이가 185% 빈곤기준 이하의 가정에서 살고 있는 지역에서 실시한다. 연방정부의 지원금 이외에도 지역 학교, 지방 정부, 여름캠프, 지역의 기관들, 기타 다른 비영리 단체 등의 지원이 있다. 운영의 기준은 NSLP와 같은 영양기준을 만족시켜야 하며, 만 18세까지를 대상으로 한다.

④ 우유지원 특별 프로그램(Special Milk Program)

NSLP등의 연방지원 프로그램이 실시되지 않고 있는 학교의 어린이들에게 ½pint(0.23ℓ)의 우유에 해당하는 현금(Cash Reimbursement)을 제공하여 어린이들의 우유소비를 증가시켜 영양을 개선하고자 하는

프로그램이다. 1995년에 이 프로그램으로 1억 3600만의 ½pint 우유를 공급하였다. 1996년도 이 프로그램의 예산은 미화 1870만 달러이다.

마) 兒童 및 成人 食事支援 프로그램(Child and Adult Care Food Program)

거주지가 없는 12세까지의 어린이, 노인, 장애인을 돕기 위한 프로그램으로 어린이에게는 1일 2끼 식사와 1회의 간식을 제공하는 프로그램이다.

바) 緊急 食品支援 프로그램(Emergency Food Assistance Program)

일시적인 緊急事態를 위한 食品支援 프로그램으로 저소득층에서 잉여제품(Surplus Commodity)을 분배함으로써 정부가 관리하고 있는 잉여 제품량(Government-held Surplus Commodities Level)을 감소시키기 위해 계획되었으며, 빈곤기준 130～150%에 해당되는 대상에게 부여되는 프로그램이다.

사) 인디언 食品支給 프로그램(FDPIR: Food Distribution Program on Indian Reservations)

FSP가 1970년 초에 확대되기까지 실시되었던 미국 저소득층 인디언 거주자들을 대상으로한 식품지원 프로그램으로 매달 시판식품의 패키지를 제공하는 프로그램이다.

아) 老人들을 위한 WIC 補充 食品支援 프로그램(CSFP: Commodity Supplemental Food Program)

보충식품의 직접적인 분배와 영양교육을 실시하는 프로그램으로 대상은 WIC대상자 뿐만 아니라 60세 이상 노인까지 포함하는 WIC의 보충 프로그램이다.

자) 非營利團體 食品支援 프로그램(Commodity Distribution to Charitable Instiutions)

저소득층에게 규칙적으로 식사를 제공하는 非營利 團體들에게 식품을 분배하는 프로그램으로 대상단체는 노인의 집, 병원, 스-프 키친 프로그램, 식품은행, 이동급식 프로그램(Meals-on-wheels Programs), 임시캠프, 여름캠프 등이며, 이외에 연방정부의 아동영양 프로그램에 참여하지 않는 고아들도 포함된다.

차) 營養敎育訓練 프로그램(NET: Nutrition Education and Training Program)

영양교육을 위해 특별히 디자인된 2개의 연방정부 지원 프로그램 중의 하나로 상기 어린이 영양지원 프로그램을 통하여 영양교육을 실시하도록 학교교사, 학생, 학부모, 식품업자, 아동 보건시설 관련자들을 교육하고, 영양교육자료를 개발·보급하여 어린이들이 건강한 식습관을 형성하도록 돕기 위해 개발된 프로그램으로 큰 효과를 거둔 프로그램이다.

2) 美國 保健厚生部(US DHHS)의 營養 프로그램

가) 타이틀 V 母子保健 프로그램

妊産婦, 幼兒, 어린이의 건강에 관련된 유일한 보건후생부의 연방정부 프로그램으로 이들의 건강향상을 목적으로 하며 경제적 어려움이 심한 시골지역에서 모자보건과 특별한 건강보호가 필요한 어린이들에게 혜택을 주기 위해 州를 지원하는 사업이다. 이 '타이틀 V 모자보건 프로그램'의 기금은 유아 사망율을 감소시키고 어린이와 임신부의 건강을 향상시키는 서비스에 사용되며 특별한 치료가 필요하거나, 신

체적 기능장애를 가진 어린이를 수용하거나 진단·치료하는데 사용된다. 이 프로그램은 유아, 학령전기와 학령기 어린이, 특별한 건강관리가 필요한 어린이, 청소년, 가임기 여성에 대한 영양평가, 식이상담, 영양교육, 식품보조 프로그램에의 위탁 등도 포함한다.

나) 老人을 위한 營養支援 프로그램(NPE: Nutrition Program for the Elderly)

미국의 노인을 위한 영양지원 프로그램에는 앞서 제시한 저소득층을 위한 FSP 외에 老人年齡層을 受惠對象으로 하는 농림부의 식량과 자금지원을 통하여 미국 보건후생부(DHHS)가 실시하는 '타이틀 Ⅶ 노인영양 지원프로그램(Title Ⅶ Nutrition Program for the Elderly)'이 있다. 1965년 노인법(OAA)이 통과되면서 노인의 독립된 질 높은 삶을 보장하기 위한 방안으로 채택된 이 프로그램은 지역사회의 60세 이상의 노인과 그 배우자에게 따뜻한 식사를 제공하는 것으로 1978년에는 노인법의 개정에 따라 '타이틀 Ⅷ 노인사회지원 프로그램(Title Ⅷ with the Social Service and Senior Center Program)'으로 전환되어 그룹별로 저녁식사를 제공하는 식사지원(Congregate Meals)프로그램으로 1일 1회(주 5회 제공)의 따뜻한 식사제공 서비스로 정착되었다. 이 프로그램 외에 가정배달 식사(매일 1회)서비스도 개발되어 1987년에는 280만명이 147백만 끼니의 식사 지원(Congregate Meals)을 제공받았고, 73만 가구가 가정배달 식사 서비스를 받았다. 이러한 프로그램에는 자비부담능력이 있는 노인도 비용을 부담하면서 혜택을 받을 수 있다(Terry, 1993). 노인영양지원 프로그램의 예산은 회계연도 1996년도에 미화 1억 5천만달러에 달한다(USDA, 1997).

다. 地方保健部의 營養業務組織, 人力 및 活動

1) 地方保健部 營養業務組織 및 體系

완전한 지방자치제도가 시행되고 있는 美國 地方保健部(우리나라의 보건소에 해당)의 조직은 州마다 또한 주 안의 군(County)마다 다양하기 때문에 일률적인 모형을 기대하기는 어렵다.

미국 지방보건부에 대한 대표적 연구인 15개 지방보건부에 대한 Miller의 사례연구에서 8개 지방보건부와 이웃 보건소의 영양부서나 프로그램의 위치를 보면 〈表 Ⅲ-5〉와 같다.

지방보건부 조직에서 營養部署가 구체적으로 구분되어 있는 곳도 있으나 기능별(Matrix)조직의 형태로 프로그램속에 포함되어 있거나 만성병 관리사업과 보건교육 또는 지역보건서비스의 일환으로 영양서비스를 실시하고 있는 곳이 있어 營養業務 組織은 地域마다 相異한 것으로 나타나고 있다(Miller & Moos, 1981).

영양부서가 별도로 있는 보건소에서는 保健營養 擔當者가 局이나 課의 責任者가 되어 營養事業의 기획과 집행에 책임을 지고 할당된 豫算을 담당하며, 다른 업무와 기능적으로 구분되어 있는 保健所에서는 保健營養의 책임을 지고 있는 主管擔當者가 각 구성단위에 속해 있는 영양담당자의 업무에 협조하여 營養關聯 프로그램별로 서비스를 調整하는 형태를 취하는 기능별(Matrix) 조직의 구성원으로 있다. 前者의 경우가 중앙의 영양부서로부터 다양한 보건영양전문가들을 배당받고 정해진 영양프로그램과 WIC 프로그램 등을 수행하는데 있어 營養的 危險度의 결정과 교육에 관한 결정권을 가지고 활발한 영양관련 서비스를 제공하는데 비하여, 後者의 경우는 필요에 따라 營養人力을 고용하도록 주관 영양담당자가 조정, 조언하는 형태이므로 영양서비스의 제공은 상대적으로 비효율적인 것으로 평가받고 있다.

〈表 III-5〉 美國 地方保健政府(LHD)의 營養業務 關聯組織과 機能의 例

미국 지방보건부 지역명	조직 또는 프로그램[1]
Appalachia Ⅱ District Health Departmemt	프로그램: - 기획 및 관리 - Public information - 간호 - 성병관리 - 가정보건서비스 - 모자보건 및 Epidemiology - 건강전화제도(Health Line) - 간호 - 영양 - 성인진료 - 환경위생 - 치과진료
Contra Costa County Health Department and County Medical Services	조직: 보건부 - Home Health Services: 진료서비스, 가정간호서비스 Public Health Medical Services: 전염병관리, 실험실, 건강검진, 응급진료, 가족계획, WIC(임산부, 영유아 보충급식 영양프로그램) - 30community Health Services - Environmental Health Services - Gerneral Administration functions
Craven County Health Department	조직: - 행정부 - 치과 - 영양 - 보건교육 - 환경 - 검사실 - 간호
Denver Health and Hospitals	조직: - Community services: 이웃보건소 프로그램(영양, 의료사회서비스, 지역사회간호), 정신보건프로그램, 프로그램평가 - Operation & finance: - Medical affairs

〈表 III-5〉 계속

미국 지방보건부 지역명	조직 또는 프로그램[1)]
Detroit Health Department	조직: – Community Health Services: 집단보건업무, 전염병관리, 보건교육, 영양, 보건간호, 알코올·약물중독자관리 – Environmental Health Services: 식품관리, 위생, 아동기 납중독 관리 – Personal Health Services: 구강보건, 성병관리, 가정 1차 진료망
Lane County Department of Community Health and Social Services: Division of Health	조직: – 보건부: 급만성질환관리, 예방보건, 만성병관리 (영양 포함), 모자보건 – 정신보건부 – 총무부 – 환경부 – 이동서비스
Maricopa County	조직: – 모자보건부 – 질병관리부 – 알콜중독자 관리부 – 치과부 – 영양부 – 생정통계부
Memphis-Shelby County Health Department of Health Services	조직: – Personal Health부: 진료, 영양, 검사, 이웃보건소 관리 등 – 전염병관리부 – 환경부 – 간호부 – 총무부 – 이동서비스
이웃 保健所 (Neighorhood and Community Health Centers(Clinics):NHC)	NHC 프로그램: 성인진료, 모성보건, 가족계획, 부인과 진료, 소아과 진료, 치과진료, 언어치료, 청각, 시력검사, 의료사회서비스, 정신보건서비스, 보건교육, 영양상담, 검사, X-ray 등

註: 1) 미국 지방보건부는 기능별로 프로그램에 따라 운영되는 조직형태를 갖는 지역이 많음.

資料: Miller C. Arden & Moos, Merry-K, “Local Health Department”, *American Public Health Association*, 1981, pp.41～496.
Janas, Steven, *Health Care Delivery in the United States*, 3rd edition, Springer Publishing Company, New York, 1986, pp.146～156.
_____, *An Introdution to the U.S. Health Care System*, 3rd edition, 1992, pp.35～37.

2) 地方保健部의 營養人力

미국의 보건영양서비스는 政府機關과 민간기관에 의해 제공되며 정부는 주민의 적절한 공중보건서비스 수혜를 위하여 통합, 조정하는 역할을 하고 있다.

미국의 지방보건부나 보건소에서 保健營養士의 役割은 크게 두 가지로 볼 수 있다. 첫째는 다른 보건 전문인력들과 함께 營養狀態 評價를 통한 營養管理를 하고 필요에 따라 의사에게 의뢰하며 의무기록지에 기록된 내용에 따라 個人相談과 追究管理를 하고 식품보조사업과 연결시켜주는 일을 중심으로 하는 등의 환자관리이다. 둘째는 지역·주·국가수준에서 실시되는 식품과 영양프로그램에 관하여 협조하고 프로그램을 계획·평가하며 수혜자를 위한 營養基準을 정하고, 조직을 관리하며 地域社會 營養敎育計劃을 세우는 등의 프로그램관리 업무이다.

美國의 公衆保健營養 關聯 人力에는 보건의료인력과 마찬가지로 여러 단계의 인력이 있는데 일반적으로 다음과 같은 네 가지로 분류되며 맡은 역할에 따라 요구되는 자질과 자격요건을 Kaufman은 다음과 같이 제시하였다(Kaufman, 1990).

① 보건영양사(Public Health Nutritionist): 영양과 영양사 실무, 의사소통, 보건과학과 실무, 경영, 입법과 옹호의 5개 분야에서 전문성을 가진 자이다. 역학과 통계분야의 지식을 가지고 費用效果分析에 立脚하여 영양프로그램을 기획하고 자료를 분석하는 능력이 필요하며 때로는 대학이나 지역사회 동료들과 함께 연구에 참여할 수도 있다. 보건학 석사, 보건학 부전공의 응용영양학 석사, 보건통계, 역학, 보건행정, 보건계획 및 경영 분야의 보조 과정을 이수한 응용영양학 석사 수준이 요구된다.

② 지도영양사(Direct Care Nutritionist): 영양과 영양사 실무, 의사소통의 두 분야에서 전문가이다. ADA는 보건소에서 주민을 상담하고 교육하는 영양전문가는 반드시 정해진 교육과 자격기준에 맞는 공인 영양사(Registered Dietician, R.D.)라야 한다고 정하고 있다(ADA, 1988).

③ 영양기사(Nutrition or Dietetic Technician): 영양과 영양사 실무면에서 경쟁력이 있거나 적절한 수준의 자질을 갖추어야 하고 의사소통 분야에 초보자가 아니어야 한다.

④ 영양보조요원(Nutrition Aide): 주어진 업무을 수행하는데 필요한 지식과 기술에 대하여 연수를 통하여 훈련된 보조 전문가이어야 한다. 또한 영양프로그램을 수행하는데 있어서는 영양사 2명마다 1명씩의 보조인력이나 서기가 필요하다는 것이 제안되어 있다(Eileen Peck, ed. 1978).

미국에서 주정부와 지방정부에 고용된 保健營養士는 1989년 자료에 의하면 2,354명으로 집계되었고 주민들에게 直接 營養治療를 제공하는 영양사(Direct Care Nutritionist)는 2,339명으로 총 4,693명이 채용되어 있는 것으로 나타났다(Kaufman, 1989).

미국 영양사협회에서 자격증을 받는 公認營養士가 되려면 ADA에서 규정한 必須科目을 이수하고 一定期間의 수련을 거쳐 엄격한 자격심사를 거친 후에 영양사 자격시험을 통과하여야 한다. 미국 55개 주와 영토 중 30곳에서 보건영양사(Public Health Nutritionist)에게 석사학위를 요구하고 있으며(Kaufman, 1989), 보건영양사 1,312명을 대상으로 한 조사에 의하면 응답자의 62%가 석사, 7%가 박사학위 소지자로 집계되어 보건영양사의 학력이 매우 높은 것을 알 수 있다(Novak et al. 1992). 미국의 전국 보건영양사를 대상으로 한 설문조사 결과를 보면 보건영양사가 가장 많이 다루는 영양분야는 영유아 영양(86%)과 임신

부·수유부 영양(83%)이라고 대답하였고 프로그램을 계획할 때 가장 우선순위를 두는 고객층은 임신부, 수유부(82%), 저소득층(65%), 어린이를 가진 부모나 보호자(47%)의 順으로 나타나 美國 營養프로그램의 성격이 母子保健서비스 중심임을 짐작할 수 있게 한다. 많은 中央政府의 法規가 지역에서의 공중보건 영양프로그램의 근거가 되고 있으며 45% 정도의 보건영양사가 WIC프로그램에 관련되어 있다(Brown, 1990). Kaufman 등 역시 보건영양사의 업무시간의 50% 이상이 모자영양과 WIC프로그램에 할애된다고 보고하였다(Kaufman & Lee, 1989). 또한 보건영양사들의 업무가 경영 및 관리분야 비중이 늘어나고 있어 영양사 자신들의 인식조사결과에서도 경영의 중요성을 강조하고 있는 것으로 나타났다(Lynn, et al., 1989).

2. 日本

1996년 현재 인구가 1억 2천 5백만명에 달하는 일본은 의료 및 보건서비스의 많은 부분이 민간에 이양되어 있으나 국민에 대한 영양 프로그램은 공중보건사업의 초기부터 포함되어 확고한 기반을 가지고 있다. 중앙에는 厚生省의 保健醫療局 아래 健康增進營養課를 두고 공공부문의 건강사업 정책결정과 수행에 주도적인 역할을 하고 있으며, 지방의 保健所, 市·町·村 보건센터를 통하여 영양관련 서비스를 전달하고 있다.

세계 최장수국가 일본은 1995년 현재 국민 평균수명이 男子 76.38세, 女子 82.85세(日本 厚生統計協會, 1997)로 노령화가 가속화되어 노인인구 부양의 부담이 사회적으로 큰 문제가 되고 있다. 2020년에 이르면 老人人口가 전체 국민수의 ¼에 접근할 전망이어서 18세 이상의 성인 두 사람이 65세 이상 노인 한 사람을 부양해야 하는 현실을 눈앞에 두고 있다. 따라서 국가적으로 'Active 80' 캠페인을 통하여 건강

하고 활동력 있는 노년기 삶의 질 향상을 위한 건강증진대책, 즉 '건강 만들기운동'을 강화하고 지역보건, 의료, 복지의 統合連繫를 통하여 사업의 효율을 추구하고 있으며 건강증진의 3대 과제를 營養, 運動, 休息으로 정하고 일선 보건소 및 시·정·촌을 통하여 지속적인 사업을 전개하고 있다.

가. 日本 營養事業의 特性

1) 保健所의 營養改選 業務의 法的 根據

保健所法 제2조 제3호에 의하여 보건소에서 營養改善活動을 하는 것을 아래와 같이 규정하고 있으며 동법시행령 제5조에는 보건소 영양사를 두도록 규정하고 있다.

① 영양개선법에 규정된 보건소의 업무
- 영양상담지도(법 제8조)
- 식품의 영양상 합리적인 소비(법 제9조)
- 영양효과가 충분한 급식의 실시(법 제9조)
- 급식담당자의 영양에 관한 지식의 향상 및 식품 조리방법의 개선(법 제9조)
- 단체급식시설에 있어서 영양관리지도(법 제10조)
- 단체급식의 조사지도(법11조)
- 특수영양식품의 표시허가에 대한 지도(법 제12조)
- 국민영양조사의 실시(법 제2조 제3항, 제4조 제2항)

② 지방교육행정의 組織運營에 관한 법률에 규정된 보건소의 역할
- 교육위원회를 통하여 학교급식에 관한 참고자료의 제공 및 기술 원조제공(법 제57조 및 동시행령 제9조 제3항)

③ 兒童福祉法에 규정된 보건소의 아동복지시설에 대한 조언
- 보건소는 아동복지시설에 대하여 영양개선에 관한 조언제공(아동복지법 제18조의 제4호)

④ 영양사법 등에 규정된 업무
- 영양사의 면허에 관한 업무(법 제2조)
- 영양사 양성시설에 관한 업무(법시행령 제3조)

⑤ 老人福祉法에 규정된 보건소의 업무
- 보건소는 노인복지시설에 대한 영양개선, 기타 위생에 관하여 필요한 조언제공(법 제8조 제3호)

2) 國民健康만들기 對策과 地域營養事業

日本에서는 제2차 대전 후부터 영양개선을 위한 각종 시책이 실행되었지만 疾病의 豫防이나 治療對策에 머무르지 않고 적극적인 健康增進을 꾀하기 위한 적극적인 시책이 강구되어진 것은 1964년 동경올림픽 종료후로 건강·체력 만들기의 분위기가 조성되고 국민의 건강·체력 증강대책에 관한 각의의 결정이 이루어진 후부터이다. 1967년부터 「營養과 健康展」을 지방도시에서 개최하여 국민의 건강생활에 관해서 올바른 지식과 건강증진방법의 보급에 힘썼으며, 1970년부터는 보건소에서 「보건영양학급」을 개최하여 일상생활 가운데 올바른 營養·運動·休養을 취하는 방법에 관한 구체적인 지도를 실시하고 있다. 1972년부터는 후생성이 지원하는 사단법인 형태의 「건강증진모델센터」 설치가 이루어져 1992년까지 국고보조 대상이 된 健康增進모델센터는 18개소가 있다. 1978년부터는 본격적인 장수사회의 도래에 대비하여 활력있는 사회의 구축을 목표로 '제1차 國民健康만들기' 대책이 개시되었다. 그 내용은 첫째, 생애를 통한 건강만들기를 위한 임산부, 영

유아, 주부 등에 대한 건강진단과 노인에 대한 종합적인 보건서비스 실시로서 태어나서부터 죽을 때까지 생애를 통해서 豫防·檢診體制를 정비해 가는 것이며, 둘째, 건강만들기 기반정비를 위하여 市·町·村 보건센터 등의 설치와 保健部 등의 인력확보를 추진해 가는 것이고, 셋째, 건강 만들기 개발보급을 위하여 재단법인 「건강·체력 만들기 사업재단」 등의 활동을 지원하는 것으로 되어 있다. 그후 본격적인 노령화 사회의 도래에 따라 1988년부터 「Active 80 헬스 플랜」[17]이라고 불리는 '제2차 국민건강만들기' 대책이 실시되어 개개인이 80세가 되어도 신체 활동이 가능하고 사회참여가 가능한 건강한 사회를 만드는 것을 목표로 각종 건강사업을 전개하고 있다.

나. 地域單位의 營養事業

1994년 개정된 地域保健法(舊 保健所法)에 따라 성인병 예방 보건대책, 주민의 건강지도, 영양지도, 모자보건, 노인보건 업무 등은 주로 市·町·村 보건센터로 이양되어 營養指導事業을 강화하고 이에 필요한 인력과 시설기반을 확충하도록 국가가 보조금 지급 등을 통하여 지원하고 있다.

1) 保健所의 組織과 人力

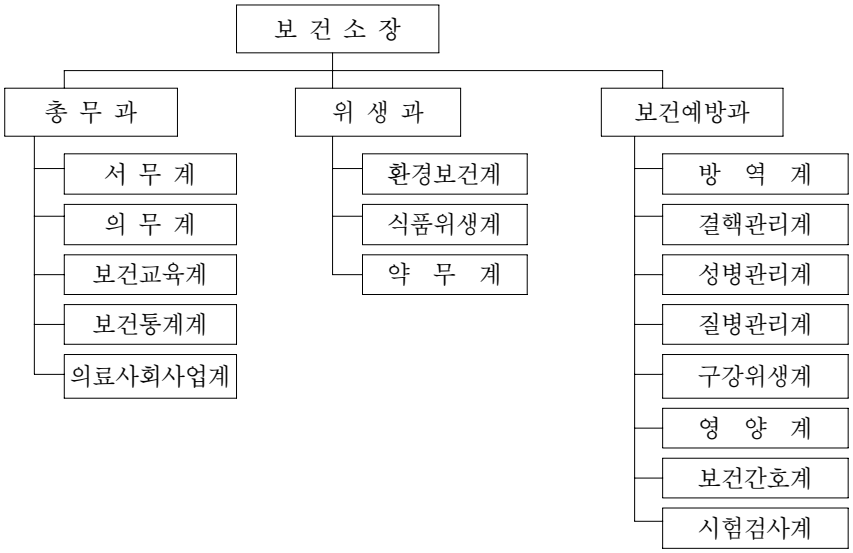
가) 保健所 組織

地域社會住民의 보건에 관한 사업의 관리, 감독기능을 갖고 영양관

17) Active 80 헬스 플랜의 특색은 ① 질병의 초기 발견, 조기치료라고 하는 「2차 예방」에서부터 질병의 발생예방, 건강증진이라는 「1차 예방」에 중점을 두며 ② 영양·운동·휴양이라고 하는 건강만들기의 3요소가 균형이 잡힌 건강한 생활습관 확립을 도모하는데 중점을 두며, ③ 공공부문에 의한 건강만들기 대책에 추가로 민간의 적극적인 참여와 활성화를 꾀한다는 3가지로 요약된다.

리를 주관하는 保健所는 1997년 4월 현재 전국에 706개소가 있다(道都府縣 525, 대도시 142, 특별구 39). 소규모 지방자치단체인 市·町·村 중에는 自治團體에서 설립운영되는 보건센터가 1,408개소가 설치되어 있다(厚生統計協會, 1997). 일본 위생행정조직과 보건소 조직의 기본모형은 〔圖 Ⅲ-1〕과 같다.

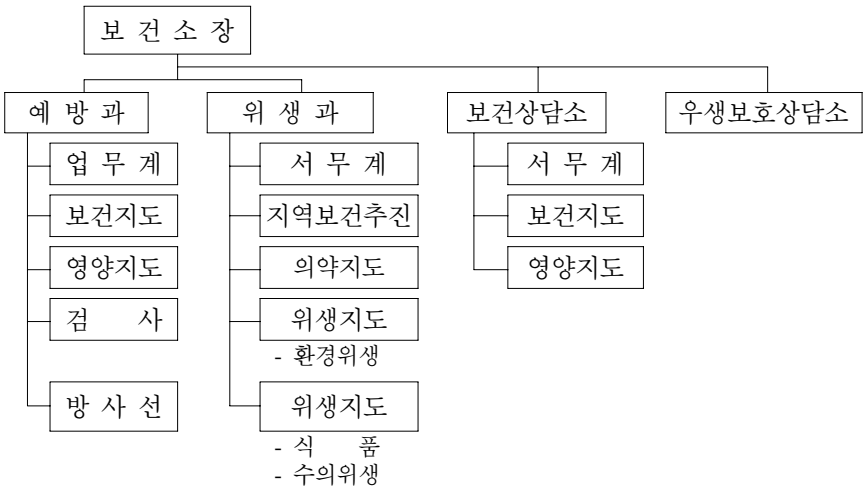
〔圖 Ⅲ-1〕 日本 保健所의 組織(基本型)



資料: 西正美,『保健所 槪論 ノート』, 日本公衆衛生協會, 1991.

이 保健所長 아래에 總務課, 衛生課, 保健豫防課가 있으며 營養係는 보건예방과에 속해 있다. 그러나 지역마다 독특한 地方自治 행정을 펴고 있는 일본의 보건소 조직은 여러 가지 다양한 형태가 있다. 그 중 東京都 소속 18개 보건소 중에 하나인 東村山 보건소의 조직을 예로 보면 〔圖 Ⅲ-2〕와 같다.

〔圖 III-2〕 히가시-무라야마(東京都 東村山) 保健所의 組織 例



資料: 東京都 東村山 保健所,『事業槪要』, 1993.

한편 일본은 지방자치제 하에서도 중앙정부가 縣에 영향력을 가지고 縣의 보건부서장의 ½ 이상을 후생성이 임명하는 특징적인 제도를 가지고 있다. 즉 日本 保健行政의 特徵은 보건행정관리자의 중앙과 지방교류 근무제도가 그것이다. 縣의 보건과장은 의사나 일반행정가 중에서 임명되며 의사과장은 모두 중앙정부에서 임명한다. 보건과 계장직도 中央과의 人事交流 대상이 된다. 따라서 지방정부의 공무원이 중앙정부에 직책을 가지고 정책결정에 관여할 수 있고 人事와 情報交流를 통하여 지역의 보건관리와 영양서비스의 효율을 높일 수 있고 지역사회에 맞는 영양서비스로 전환할 수 있는 長點을 지니고 있다. 地方自治制度가 실시되면서 보건복지부와 일선보건소 사이에서 단순한 정책의 하달과 취합의 역할에 그쳐 도단위의 보건조직이 그 정체성을 喪失할 위기에 있고 시·군·구 단위의 보건소 인력이 고착화되어 있는 우리나라와 비교되는 제도라고 볼 수 있다.

나) 保健所 人力

保健所의 人力은 의사, 치과의사, 약사, 수의사, 임상간호사, 조산사, 관리영양사, 영양사, 치과위생사, 보건교육사, 물리치료사, 위생감독관, 보건통계사, 보건교육사, 의료사회사업요원, 정신보건상담사, 전염병관리사, 결핵관리요원, 식품위생감시원, 식육검사원, 행정요원, 보안요원, 운전기사로 구성되어 있다. 보건소의 영양사는 管理營養士와 醫師 특례비례에 의한 영양사를 '營養指導員'으로 보직하고 있다. 1964년부터 제정된 管理營養士는 "영양사의 업무에 있어서 전문적이고 관리적인 업무를 수행하도록 후생성 장관의 등록을 받은 자"이다. 최근 성인병 등의 慢性疾患이 증가하면서 충실한 식생활의 개선지도가 요구되고 있으며, 한편 전문직으로서의 영양사 자질·지위 향상의 도모가 필요하게 되면서 영양개선의 필요성이 높아짐에 따라 전문직인 관리영양사의 지도가 확보될 수 있는 체제가 요구되고 있다. 이를 위해 1985년 營養士法의 일부를 개정하여 1987년부터는 영양사 시험을 폐지하고 영양사면허는 양성시설에서 체계적 교육을 받은 자에게 수여한다. 관리영양사의 등록은 관리영양사 국가시험을 합격한 자에 한정하며, 都道府縣知事가 지정하는 집단급식 시설에는 管理營養士를 두도록 의무화하고 있다.

1990년에는 전국의 보건소에 배치되어 있는 영양사의 수는 1,402명이며 市·町·村에는 772명이 배치되어 총 배치 영양사수는 2,174명에 이른다. 縣 보건소의 경우 배치영양사 수는 1~3명이고, 대도시 보건소는 2~5인이 배치되어 각 보건소마다 영양사가 배치되지 않은 곳은 없는 실정이다. 그러나 영양사 配置 充足率은 宮城縣의 98.6%부터 埼玉縣의 32.6%에 걸쳐 다양하고 특히 市·町·村 보건센터의 영양사 배치율은 1990년까지는 대부분 10~20%에 머무르는 형편이어서 전국 평균 배치 충족률은 20.8%에 그치고 있다(후생성 보건의료국 건강증진영양

조사과 자료, 1996). 그 이후 1994년 개정된 지역보건법에서 시·정·촌의 영양지도 업무 인력의 확보대책으로 관리영양사를 충원하도록 하고 있어 그 수는 늘어나는 추세에 있다(남정자 외, 1996).

〈表 III-6〉 日本의 行政營養士 配置狀況

(단위: 명)

행정영양사 총수	현본청급 보건소			지정도시 본청급 보건소	특별구급 정령시 본청급 보건소	시·정·촌 보건센터
	소계	본청	보건소			
2,174	959	115	844	217	226	772

資料: 厚生省 保健醫療局, 健康增進營養科 內部資料, 1990.

東京都의 18개 보건소 중 하나로 관할인구가 약 20만명인 히가시-무라야마(東京都 東村山) 보건소(면적 30.7㎢)와 산하의 보건상담소[18]의 인력현황을 예로 보면 다음과 같다(表 Ⅲ-7 참조).

〈表 III-7〉 日本의 保健센터 人力 現況 例

(단위: 명)

직종	인원	직종	인원
일반업무	15	보건부	14
의사	4	수의사	2
약제사	2	식품위생감시	4
진단방사선기사	2	환경위생감시	2
치과위생사	1	운전기사	1
임상병리기사	5		
영양사	2	계	54

資料: 東京都 東山村 保健所,『事業槪要』, 1993.

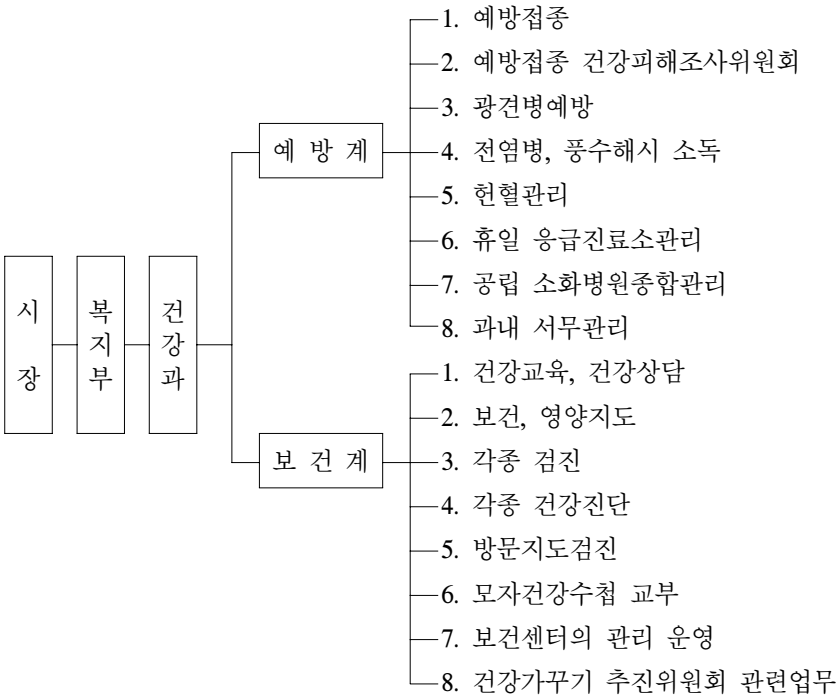
2) 市·町·村 保健센터의 組織과 人力

市·町·村 保健센터의 조직을 東大知市 保健센터의 例로 보면 市長

18) 보건상담소는 동경도 특별구역에만 설치되어 있음.

밑에 복지부가 있고 그 하위부서 중 健康課가 있어 이 과가 바로 보건센터가 되며 그 밑에는 豫防係와 保健係로 나누어져 있다(圖 Ⅲ-3 참조). 인력은 총 12명으로 간호부, 보건부, 영양사 및 행정요원을 확보하고 있다.

〔圖 Ⅲ-3〕 히가시-야마토(東大和)市 保健센터의 組織 및 機能 例



資料: 東京都 東大和市 保健센터, 內部資料, 1993.

인 력: 총 12명

건강과(과장 1)
- 예방계(4): 계장 1, 사무직원 1, 간호부 2
- 보건계(7): 계장 1, 사무직원 1, 보건부 4, 영양사 1

다. 保健所 및 保健센터의 營養事業 活動

日本의 국가 차원의 營養行政 施策은 국민 건강만들기 운동으로서 그 내용은 크게 3가지로 生涯를 통한 건강만들기의 추진, 건강만들기 기반의 조성, 건강만들기의 계몽과 보급으로 나뉜다. 생애를 통한 건강만들기 추진을 위하여 厚生性에서는 유아건진과 보건지도(0～6세), 임신부 건강 보건지도(18～45세), 부인 건강만들기 추진사업(18～40세), 결핵주민 정기검진(15세 이상), 노인 보건사업(40세 이상)을 주관하고 社會保險廳에서는 정부관장 건강보험피보험자를 대상으로 한 중고령자건강진단(40세 이상)과 건강만들기 상담사업(15세 이상)을 주관한다. 문부성에서는 취학전 건진(4～6세), 아동과 학생건진(6～24세)을, 노동성에서는 노동자 정기건진(15～65세)을 실시한다.

건강만들기 基盤造成을 위하여 縣에서 건강증진센터의 정비, 保健所의 機能 充實化, 시·정·촌 보건센터의 정비와 동시에 保健婦 등 관련 인력 확보에 노력하며 건강만들기 계몽 및 보급을 위하여 국가에서는 건강·체력만들기 사업재단 등을 통한 계몽보급활동을 전개하고 지방에서는 건강교육, 건강상담 등의 실시와 홍보, 시·정·촌 건강만들기 추진협의회, 식생활개선추진원 등의 계발, 보급활동 등을 시책의 근간으로 삼고 있다.

保健所 및 市·町·村 營養士의 活動 領域을 보면 〈表 Ⅲ-8〉 및 〈表 Ⅲ-9〉와 같다.

1987년에 실시된 조사에 따른 보건소 영양사의 1日 營養業務 事例件數를 보면 영양개선법 관련업무가 12.4%, 영양개선 계획·입안·추진·평가, 정보처리가 21%, 건강증진 지도차 순회 관련업무가 7.2%, 건강만들기 추진 지구조직 육성이 16.2%, 노인보건소법 관련업무가 2%, 건강증진 지도사업이 11.6%, 市·町·村 영양개선 부인의 건강만들기 등

지원, 원조가 8.3%, 所, 課 업무 연구가 8.3%, 타기관, 단체지원, 원조가 14.7%, 영양사법, 조리사법 관련업무가 4.7%로 나타났다.

〈表 III-8〉 保健所와 市·町·村의 營養士의 役割 比較

구분	보건소 영양사	시·정·촌 영양사
역할	– 보건소법, 영양개선법 등에 근거한 사업의 실시 – 관내 각 시·정·촌의 영양개선 추진체제의 정비	– 노인보건법, 국민건강만들기 지방추진사업, 부인의 건강만들추진 사업 등에 근거한 사업의 실시 – 관내 지역주민의 영양개선 대책
구체적인 업무	– 국민영양조사의 실시[1] – 보건영양학급강좌 개최[1] – 건강증진교실 등 개최[1] – 단체급식시설의 지도 • 시설순회지도 • 단체급식강습회 – 특수영양식품 제조업자 등의 지도 – 가공식품의 영양성분표시제 등에 관한 상담지도 – 조리사, 영양사, 관리영양사 시험, 면허에 관한 사무 – 벽지 보건영양대책[1] – 시정촌 보건사업에의 기술원조[1] – 관내 영양사회, 조리사회의 지도, 원조(연수회, 강습회) – 영양사 및 조리사양성시설의 학생 지도(실습) – 영양지도차량에 의한 영양지도	– 건강교육, 건강상담(40세 이상)[1] – 시정촌 영양개선사업[1] – 지구조직활동 조성사업[1] – 식생활개선추진원 교육사업[1] – 질병별 영양지도[1] – 방문지도(비거동자, 혼자사는 노인)[1] – 부인의 건강만들기 추진사업(건진, 영양지도)[1] – 시정촌 보건사업추진협의회의 운영[1] – 임산부 영양지도 – 유아 영양지도 – 1세반 검진, 영양지도 – 아동, 학생 영양지도 – 가정건강교육사업 – 각종 건강만들기의 모임 (건강전시회 등)

註: 1) 국고지원 사업임.

資料: 難波三郎, 「日本에 있어서 營養서비스의 最新動向」, 대한영양사회 심포지움자료집, 1994.

또한 보건소 영양사의 지도업무비율을 보면 지역관리가 55.5%, 사무가 18.6%, 영양지도가 15.0%, 급식시설지도가 7.4%, 학생지도 1.3%, 특수영양식품 0.3%, 기타 1.8%였다. 營養指導業務의 내용은 성인병관리가 47.9%, 일반 영양지도가 29.5%, 모자영양이 16.6%, 기타가 6.0%

였다. 반면에 市·町·村 營養士 業務는 영양지도 31.1%, 업무추진 32.1%, 사무 10.8%, 회의 및 연락이 6.9%, 연수가 5.3%, 조사 및 연구가 4.0%, 집단급식이 2.1%, 기타가 7.1%였다. 또한 영양지도 중 성인과 노인지도는 48.9%, 지역지도자 육성관련이 24.4%, 모자영양이 25.8%를 차지하여 市·町·村에서 적극적인 지역주민 영양개선서비스를 제공하고 있다(鈴本 建 等, 1991).

〈表 III-9〉 保健所 및 市·町·村의 營養士 業務 比較

항 목	보건소	시·정·촌
기획·조정	– 보건소가 직접하는 업무 및 관내영양 지도업무의 기획 – 시·정·촌영양사업무에 대한 조정, 지도 – 정보 수집, 제공	– 시·정·촌이 직접 실시하는 업무 및 관내 영양지도 업무의 기획
지구조직의 육성	– 식생활개선추진원, 단체 급식연구회의 육성지도 등	– 식생활개선추진원의 육성 등
조사 실시	– 국민영양조사 등의 실시	
단체급식시설 등의 지도	– 시설 순회지도, – 관리자 및 담당자 연수회의 개최	
특수영양식 등의 지도	– 특수영양식품의 신청지도, 수거 JSD 식품의 상담지도	
영양지도	– 질병별 영양지도 – 건강증진사업 등의 장기적 또는 종합적인 사업	– 일반영양지도 • 식사와 건강교실 • 노인보건사업 • 모자영양지도 • 노인보건사업 등
행정업무	– 기안 등 행정업무 – 영양사, 관리영양사, 조리사 시험, 면허관계 – 보건소 운영보고 – 단체급식 운영보고 등	– 기안 등 행정업무

資料: 難波三郎, 「日本에 있어서 營養서비스의 最新動向」, 대한영양사회 심포지움 자료집, 1994.

라. 地域社會 參與를 促求하는 接近方法

1) '婦人의 健康만들기' 推進事業

'婦人의 健康만들기' 사업은 市·町·村이 실시하는 것으로 ① 健康檢診의 혜택을 받지 않는 18~39세까지의 가정주부, 자영업 부인에 대한 건강검진 ② 주민의 식생활 개선을 진행시키기 위한 「食生活改選推進員」에 의한 지역활동 조성사업 ③ 자원봉사자로서 활동이 기대되는 「식생활개선추진원」 교육사업의 3가지로 구성된다. 1994년에는 대상지역을 전년도 640지역에서 1,000지역으로 확대하여 사업을 추진하였으며 500개 지역에서는 골다공증 예비군인 저골밀도 대상자들의 조기발견, 조기예방을 통한 골다공증 예방검진을 실시하였다.

2) '食生活改選推進員'의 活動

영양사업의 효과적인 확산을 위하여 일본은 보건소나 市·町·村 保健센터에서 「生活改善推進員」으로 개최하는 영양교실 수료자를 지역사회의 人的資源으로 육성하여 지역조직 활동의 중심적 역할을 자발적으로 추진하도록 조직화되어 있다. 이들 자원봉사자 조직은 1996년 현재 전국의 2,800개 시·정·촌에서 약 22만명에 이른다. 「식생활개선추진원」은 부인의 건강만들기 추진사업과 식생활개선추진교육사업을 실시하고 있는데 국가적으로 양성했다기 보다는 自發的으로 국민의 健康增進事業에 참여하는 집단으로 성장하고 있다(財團法人 日本 食生活協會, 1996).

마. 日本 地域 營養事業의 最近 動向

지역주민의 영양·식생활개선을 꾀하기 위하여 보건소에는 「營養指導員」을 임명 배치하고 개인이나 집단을 대상으로 해서 영유아, 임산

부에 대한 영양지도, 건강식 지도, 성인병 등에 대한 환자식 지도, 집단급식 시설에 대한 영양지도를 실시하고 있다. 특히 1990년부터는 營養과 運動을 종합적으로 지도하는 방법으로 전환하여 영양과 건강교실을 개최하고 지역 실정에 맞는 건강만들기를 추진하고 있다.

1997년부터는 일반적인 영양지도는 都道府縣의 보건소에서 市·町·村으로 위임되어 다양한 주민의 요구에 맞고 주민과 밀착된 대민 영양지도를 충실히 하도록 전환되고 있다. 이에 따라 市·町·村 보건센터에 필요한 관리영양사를 확보하기 위하여 1995년부터 地方交付稅를 이양, 기준 人力確保에 필요한 財政을 반영하고 있으며 보건서비스 공급체제에 관한 지역보건의 종합적인 제고방안 중에서도 대인보건 서비스의 충실을 위해서 영양업무의 명확화와 영양사 배치를 촉구하고 있다.

1997년 3월에는 「21世紀의 바람직한 營養·食生活 檢討討論會」를 통하여 생애를 통한 건강만들기를 위한 건강·영양교육의 충실화와 강화, 다양화된 개개인의 요구에 부응하는 營養서비스 體系 基盤의 整備를 강조하고 있다(表 Ⅲ-10 참조).

〈表 Ⅲ-10〉 「日本의 21世紀의 바람직한 營養·食生活 檢討討論會」 報告書 提言

구 분	21세기의 바람직한 영양·식생활의 방향
영양·식생활의 목표설정	– 일본판 Healthy People(국민의 생활의 질(QOL) 향상 목표) 책정 – 국민영양조사의 충실 강화 – 영양권장량 등 기초연구의 충실
다양한 요구에 대응한 지원체제의 확립	– 식환경의 정비 – 정보의 정비 – 건강·영양교육 관련 인재의 육성과 배치 – 개인의 바람직한 대응을 지원하기 위한 프로그램 개발
영양정책의 연계 충실화	– 보건·의료·복지의 연계 – 관계부처의 연계 – 행정과 연구기관의 연대 – 행정, 매스컴, 식품산업과의 연계 – 국제화에 대응한 연계

資料: 厚生統計協會, 『國民衛生の動向』, 1997.

3. 우리나라에서의 示唆點

導入段階에 있는 우리나라의 보건영양사업을 발전시키기 위해서는 외국의 경험과 프로그램에 대한 고찰이 우선되어야 한다. 여기서는 우리나라의 사회·문화부문이나 보건의료부문에서 가장 큰 영향을 준 美國과 日本 두 나라의 영양정책의 특성과 그에 따른 지역의 영양사업, 특히 공공부분인 보건소나 보건행정당국의 영양프로그램과 사업의 사례 제시를 통하여 우리나라 地域 保健營養事業의 方向設定에 시사점을 찾고자 하였다. 여기서 두 국가의 보건당국은 그 형태에 차이가 있는데 미국의 경우는 완전한 지방자치제도가 실시되고 있으므로 지역마다 다양한 형태를 취하고 있으며 주정부 밑의 市나 군(County)에 있는 地方保健部(Local Health Department) 또는 地方保健當局 자체가 보건소라고 볼 수도 있고 규모가 큰 지방보건부에서 볼 수 있는 지방보건부 산하의 보건센터 형태가 모두 속할 수 있다. 그러나 그 운영 형태나 조직, 프로그램이나 지역에 따라 매우 상이하다. 일본의 경우는 都道府縣 산하의 보건소와 市·町·村 산하의 보건센터가 우리나라의 보건소 역할을 하는 것으로 볼 수 있는데 그 형태는 지역에 따라 다소 다르다.

美國의 保健營養事業 人力은 각급의 다양한 수준의 보건영양인력을 필요에 따라 고용하여 영양프로그램을 실시하고 있다. 聯邦政府가 지원하고 있는 대규모의 食品補助政策은 연방정부의 주관 아래 주정부 및 지방정부, 민간단체, 학교 등이 관리하고 있는데 그 특징은 다양한 식품보조프로그램을 통한 지원과 함께 營養敎育的 요소가 가미된 적극적인 營養介入施策이라고 볼 수 있으며 사회복지 프로그램과 통합된 所得再分配 役割을 병행하고 있다.

최근에는 慢性退行性疾患 豫防을 위하여 여러 보건사업과 통합된

형태의 영양프로그램과 지역주민에 대한 영양교육의 중요성이 크게 부각되고 있다. 營養敎育業務 내용을 보면 대국민 콜레스테롤 교육프로그램이나 건강한 심장 캠페인 등과 같이 전국적으로 표준화된 프로그램과 그에 따른 표준화된 구체적인 전략 및 정보와 弘報資料가 民間專門團體와의 긴밀한 지원 아래 보급되고 있는 것이 특징적이다.

일본은 우리나라와 사회문화적 배경이 비슷하며 食生活이 유사한 이웃 국가로서 지역주민에게 제공하는 프로그램을 비교하여 우리나라 영양사업의 방향 모색에 직접적인 실마리를 찾을 수 있을 것이다. 보건소와 시·정·촌 보건센터, 각종 건강증진센터에는 관리영양사가 1~5명씩 배치되어 있어 국민건강만들기를 위한 영양사업을 生涯週期別로 다양하게 수행해 나가고 있으며, 중앙부서인 후생성에 건강증진영양과가 있어 지역의 영양사업을 정책적이고 조직적으로 지원하고 있고 지방자치단체 조직에도 영양과나 계가 있어 후원을 하고 있다. 中央과 地方政府의 보건영양 관련인력은 相互 人事交流를 통하여 지역정책의 형성에 지역적인 여건의 고려와 현장감 있는 정책의 입안이 가능하다는 특징을 가지고 있음을 볼 수 있다.

日本의 營養事業은 건강만들기 운동과 통합되어 영양·운동·휴양의 3대 요소의 하나로 영양교육과 상담, 건강검진을 중심으로 전개하고 있으며 최근에는 특히 영양과 운동을 연계하여 추진하고 있다. 영양사업의 추진방식은 주민의 자발적인 動機誘發, 사업의 지속성 및 확대에 두고 食生活改善推進委員을 活性化시키면서 자원봉사 및 취미활동 성격의 건강·영양지도자 양성 등을 통하여 地域社會에 基盤을 둔 사업으로 조직화하고 있는 것이 특징이며 지방자치제가 확립되어 있어 각 縣마다 다양한 영양프로그램을 전개하고 있다. 향후 保健所 營養事業을 효과적으로 추진하기 위하여는 外國의 성공적인 영양사업 접근방법 내지 경험을 원용하여 사업지원 계획을 수립하고 사업을 추진할 필요가 있을 것이다.

Ⅳ. 保健營養事業의 改善方案

앞에서 제시한 바와 같이 우리나라의 地域營養事業은 그 필요성이 매우 증대되었음에도 불구하고 현실적인 사업 운영여건은 매우 열악하다고 할 수 있다. 그러나 최근 들어 일부 지방자치단체에서 영양사업이 도입되어 전개되고 있으며 그 가운데 다양한 對民 프로그램들이 개발되고 있고, 점차 다른 지역에서도 받아들이고 있다. 이러한 현실에서 保健所를 중심으로 운영되고 있는 地域社會 保健營養事業을 어떻게 體系化시키고 活性化시켜야 하는가가 課題로 대두되고 있다.

그러나 영양관련사업은 일반적으로 그 결과가 可視的이지 않고 短期間에 효과가 나타나지 않으며 효과의 수량적인 평가나 제시가 어렵고 새로운 인력이 필요한 등의 특성 때문에 종종 정책 결정자들의 관심에서 벗어나거나 우선순위에서 밀리게 되는 弱點을 내포하고 있다.

또한 많은 政策 決定者들이 營養의 問題는 경제적인 발전과 함께 소멸된다고 하는 'Trickle Down Effect' 理論을 중시하는 경우가 많아 그들을 설득하는데 어려움이 많다. 그러나 현대사회의 복잡다양한 영양문제는 단순히 부족의 문제가 아닌 營養過多를 포함한 營養不均衡의 문제이므로 지속적인 영양계획과 영양문제의 多元性을 감안한 사업의 집행이 요구된다는 것이 공통된 견해이다.

1992년 UNICEF가 각국에서 수행한 영양감시활동 경험을 바탕으로 問題點과 隘路點에 대하여 결론지은 내용을 요약하면 다음과 같다 (UNICEF, 1992).

- 일반적으로 政策決定에 미치는 영향력의 부족
- 원인의 多元性(Multi-sectoral)과 그에 따른 解決策의 복잡성

- 주요 정책결정자들 사이의 營養에 관한 낮은 認知度 내지는 소극적 관심
- 營養關聯 문제의 본질에 관한 낮은 理解度
- 營養關聯 문제들의 원인에 관한 合意가 낮은 점
- 주요 政策 決定過程과 資源의 配定에 있어서 營養이 제외되는 점
- 監視制度의 중요 요소로서 영양상태 자료에만 초점을 맞추는 점
- 영양현황을 분석하는 능력의 부족, 단순한 통계자료보다는 개념의 연관성(Conceptual Tools)에 입각한 접근의 부족
- 政策決定者들과의 낮은 意思疏通 問題

이는 營養改善事業의 계획과 수행이 얼마나 어려운 문제인가를 단적으로 보여주는 예라고 하겠다. 따라서 이 章에서는 성공적인 영양서비스의 수립 및 운영을 위하여 保健所를 중심으로 전개되는 영양서비스를 체계화하고 활성화시키기 위한 구체적인 방안과 실제적 사업운영모델을 나열하고자 하며 구체적인 개선방안 제시에 앞서 기본 방향을 설정하여 제시하였다.

1. 基本方向

첫째, 보건소의 영양사업은 만성퇴행성 질환관리 및 건강증진사업 등 보건소의 타 사업과 적절하게 연계된 형태로 개발·정착되어야 한다. 즉 영양사업은 영양사업 자체만으로 접근하기 보다는 그 지역사회 전체의 保健管理 프로그램의 一部로서 접근하는 것이 문제를 가진 사업대상 주민들의 要求를 끌어내고 문제그룹 중심으로 서비스를 傳達하는 것이 가능하게 된다.

둘째, 보건소의 영양프로그램이 지역의 영양관리체계, 보건관리체계로서 자리잡을 수 있도록 營養事業이 公式化되고, 영양사업 체계가

구축되어야 하며 이 가운데 보건소에서의 營養士 役割이 保健醫療人인 醫師, 看護師 등과의 적절한 역할 분담을 통해 保健 行政組織의 一員으로서 규정되어야 한다. 이를 위해서는 영양업무 자체 뿐만 아니라 사업의 추진방식, 사업평가, 지역사회와의 연계체계 등도 동시에 고려되어야 한다. 셋째, 향후 상기 2가지 점과 관련하여 보건소 영양사업을 활성화시키기 위한 구체적인 전략으로 人力 確保와 資質 向上, 營養業務의 명확한 規定과 보건소 내외에서의 적절한 業務 連繫, 업무 추진 接近方法 등이 綜合的으로 고려되어야 한다. 참고로 조사대상이 된 保健所長들이 제시한 보건소 영양업무 방향에 관한 意見을 보면 〈表 Ⅳ-1〉과 같다.

〈表 Ⅳ-1〉 向後 保健所 營養業務 方向設定에 대한 保健所長 意見

(단위: 명, %)

시범보건소[1]		일반보건소[2]	
의 견	보건소장 수	의 견	보건소장 수
영양사 정규직 채용 배치	14(70.0)	영양사 정규직 채용 배치	95(54.6)
중앙의 세부사업지침 개발·제시 필요(영양사업에 대한 의무규정 등)	11(55.0)	중앙의 세부사업지침 개발·제시 필요(영양사업에 대한 의무 규정 등)	72(41.4)
영양교육, 보건교육 실시 규정	3(15.0)	영양교육, 보건교육 실시 규정	54(31.0)
타업무와 연계 실시에 대한 규정	5(25.0)	전담부서의 명확화	18(10.3)
교육 훈련	2(10.0)	재정지원 뒷받침	13(7.5)
재정 지원	1(5.0)	기타	
		• 급식시설 관리	3(1.7)
		• 식이요법 지도	8(4.6)
		• 영양상담	10(5.7)
		• 식단작성, 조리지도	3(1.7)
		• 전문성확보를 위한 분위기 조성	1(0.6)

註: 1) 시범지역 보건소장의 응답자수는 20명임.
2) 일반지역 보건소장의 응답자수는 174명임.

2. 營養事業 人力의 確保 및 財源調達方案

가. 保健所의 營養士 所要人力 算定

保健營養士의 地位를 보면 「地域保健法」에서는 각 보건소마다 1명씩의 영양사를 확보하도록 규정하고 있으나 전국적으로 25개의 보건소에서 임시직으로 영양사를 채용하고 있을 뿐이다. 1996년 개정된 지역보건법의 시행규칙에 의하면 각 保健所와 保健支所마다 영양사 한명씩의 專門人力을 확보하도록 규정하고 있다. 그러나 이 인력기준은 보건영양사의 업무부담과 주민의 요구에 근거한 것은 아니며 건강증진법의 시행과 함께 영양사가 보건소에 새로운 인력으로 배치될 필요가 있다는 의미 이상일 수 없다. 본 연구의 조사자료에서 제시된 바와 같이 그동안 보건소의 영양지도원은 非營養專攻人力으로 선임되어 왔던 현실에서 영양사업을 충실하게 수행하기 어려웠고 기타 관련 자료의 수집도 거의 불가능한 현실이었다.

營養서비스의 전달을 위한 保健所 人力構成은 다음과 같은 여러 가지 要因에 따라 달라질 수 있다(Owen, et al, 1993).

- 지역주민의 인구크기, 연령구조, 건강, 영양상태
- 지역사회 영양서비스의 성격(인구집단 대상 또는 주민 개개인 대상)
- 임상적으로 고위험군에 속한 대상자의 數와 比率
- 지역내 다른 기관이 제공하는 영양서비스의 이용정도
- 관련기관의 종류와 성격
- 주민과 건강관리보건요원의 기대수준
- 교통, 주민의 지불능력 등 서비스 접근에 영향을 미치는 요인

美國에서는 영양프로그램을 위한 큰 규모의 공중보건기관의 人力構成에는 5명 이상의 영양인력을 고용하는 保健營養局長(Public Health

Director-nutrition)이 필요하고, 50萬名 以上의 주민을 대상으로 한 기관에서는 예산관리, 위험요인을 가진 주민의 관리, 프로그램의 집행 등을 위하여 保健營養副局長(Assistant Public Health Dierctor Nutrition)이 추가로 필요하며, 3～4명의 영양전문가를 관리·감독할 營養監督官(Public Health Supervisor-nutrition)이 필요하고, 3～4개의 도시지역이나 6～8개의 농촌지역의 영양프로그램을 위한 기술적 자문을 위하여 營養諮問官(Health Nutrition Consultants)이 필요하다고 권고하였다. 또한 公衆保健營養士(Public Health Nutritionist)는 단위 보건소마다 필요하며 적어도 인구 50,000명당 1명이 雇用되는 것이 바람직하다고 하였다. 또한 등록된 주민 1,000명당 1명의 영양사에 2명의 보조 영양사(Nutrition Technicians and Nutrition Assistants)가 필요하며 영양사업의 원만한 진행을 위하여 사무원도 보건영양사 1～4명당 한명꼴로 필요하다고 주장하고 있다(Kaufman, 1991).

日本에서는 保健所당 1～5명의 영양사 인력이 배치되어 있고 市·町·村 保健센터에는 보통 1명의 영양사 인력이 배치되어 있다.

우리나라의 保健所 人力雇傭 현실은 미국과는 많은 차이가 있어 상위 행정기관에 영양관련 전문인력이 없고 예산과 정책에 대한 자문을 할 수 있는 위치에 보건영양사가 없으므로 Kaufman의 권고를 따르기에는 현실적으로 어려움이 있다. 本稿에서는 Freeman 등의 보건소 適定人力 算出方式을 기준으로 우리나라 현실을 감안하여 보건소에 필요한 보건영양사 인력 소요의 산출을 시도해 보고자 한다(Freeman, 1960).

1) 第1段階

- 해당 보건소의 영양프로그램과 서비스의 대상이 되는 지역주민을 설정한다.

L(보건소 이용주민 1인당 추정소요시간)
N(보건소 이용 연인원) = 서비스(encounter)당 평균 이용주민 수
× 서비스 횟수

① 제1유형의 서비스

- 서비스 대상: 임신·수유부, 영유아, 학령전 어린이, 만성질환자로서 치료식이가 필요한 주민 등 건강과 관련된 특별한 영양적 요구를 가진 주민
- 서비스 타입: 개인 상담
- 서비스 소요시간: 30분＝L1＝수혜주민당 ½시간
- 서비스 연인원: N1＝12회×수혜주민 수

② 제2유형의 서비스

- 서비스 대상: 성장지체가 있는 청소년 등으로 영양모니터링과 영양감시를 통하여 고위험군으로 판명된 지역주민
- 서비스 타입: 개인상담
- 서비스 소요시간: 30분＝L2＝수혜주민당 1/2시간
- 서비스 연인원: N2＝6회×수혜주민수

③ 제3유형의 서비스

- 서비스 대상: 일반 노인층이나 학생, 직장인들 같이 건강증진과 질병예방을 위한 교육 등의 서비스가 필요한 대상자
- 서비스 타입: 집단지도
- 서비스 소요시간: L3＝1시간/15인＝1/15
- 서비스 연인원: N3＝4회×피교육자수

④ 제4유형의 서비스

- 서비스 대상: 모자보건 간호사나 간호조무사와 같은 건강관리제공

자, 교육자, 사회복지사, 유아원 근무자와 같이 고위험군에 속하는 주민에게 급식을 제공하거나 영양관리를 해주는 인력

- 서비스 타입: 그룹지도
- 서비스 소요시간: L4＝1시간/30인＝1/30
- 서비스 연인원: N4＝2회×피교육자 수

2) 第2段階

보건영양사 1인당 이용가능한 연간 근무시간(K)의 산출

K＝총근무시간－휴가에 소요되는 시간－연가－출장시간－재교육－개인시간 등

예) 52×44－8×7(휴가)－8×6(연가)－52(출장)－44(재교육)＝2,088

3) 第3段階

H: 계획, 준비, 기록, 보고, 자문, 회의, 개인적인 소요시간 같은 부속 업무 추정

일본 市·町·村 영양사의 업무분석 결과를 기준으로 하면 상기의 영양서비스 제공에 약 31%의 시간을 소요하므로 부속업무 시간은 근무시간의 2/3로 추정.

4) 第4段階

公式의 適用 :

$$\frac{L1N1 + L2N2 + L3N3 + L4N4 + H}{K} = \text{영양서비스 제공에 필요한 영양사수}$$

5) 算出 實例: 경기도 수원시 권선구의 예

가) 지난 3年間 事業實積

구 분	1995년	1996년	1997년 9월 현재	평균 서비스대상자[1)]	서비스 타입	서비스 소요시간
내소자 영양상담	-	-	43	170	개인상담	30분/인
당뇨교실	163	176	-	116	개인상담	30분/인
임산부교실	140	92	93	106	개인상담	30분/인
어린이 영양교육	88	123	-	923	그룹지도	1시간/15인
노인 영양교육	336	1,510	617	321	그룹지도	1시간/15인
소아영양캠프	210	137	33	86	특별행사	2박 3일
당뇨걷기대회	148	78	1,000	850	특별행사	1일
노인복지한마당	-	700	1,100	1,100	특별행사	1일

註: 1) 평균 서비스 대상자 산정에서는 계속사업의 경우 1997년 서비스인원은 평균값 산정에서 제외하고 평균값을 구하였으며, 일회성으로 매년 실시하는 사업의 경우는 시행된 횟수를 기준으로 평균값을 구하였음.

나) 必要 營養士數 算定

- 영양사 1인당 연 근무시간:

  K=52주×44시간−8×7(휴가)−8×6(연가)−52(출장)−44(재교육)=2,088

- 계획, 준비, 기록, 보고, 자문, 회의, 개인적 소요기간 등 부속업무 추정시간:

  H: 업무성격이 비슷한 日本 市·町·村 영양사의 경우 영양서비스에 약 31%를 할애하므로 부속업무 시간은 근무시간의 2/3가 소요되는 것으로 추정할 때 1,392시간

$\sum LiNi + H$ = 170명×30분×12회 + 116명×30분×12회 + 106명×30분×12회 + 923명×1/15시간×4회 + 321명×1/15시간×4회 + 44시간×10명[19)] + 44시간×8주×2건[20)] + 1,392시간=5,220시간

19) 소아영양캠프 후 당뇨걷기대회, 노인복지 한마당 등 특별행사를 하기 위하여 자원봉사자 10명이 1주일(44시간)간 동원된 것으로 산출하였다.

20) 소아영양캠프, 당뇨걷기대회, 노인복지 한마당 등 특별행사를 하기 위해서 영양사

$$\frac{\sum LiNi + H}{K} = 5,220/2,088 = 약\ 2.5명$$

다) 所要人力 推定 結果

수원시 권선구의 인구와 업무내용 및 업무량을 기준으로 영양사업을 수행한다고 가정할 때 良質의 서비스를 전달하려면 약 2.5名의 전문 보건영양사가 필요하며 따라서 2명의 영양사와 보조 영양사가 1명 정도 배치되면 좀 더 다양하고 적극적인 영양개선 사업을 수행할 수 있을 것으로 보인다. 현재는 특별행사를 실시하는데 간호사 인력이 동원되고 있으며, 외부에서 관련 지역사회의 식품영양학과 학생들의 자원봉사로 대부분의 필요인력을 충당하고 있는 실정이다. 특별행사에 자원봉사자를 활용할 경우 현재 수행 중인 영양서비스를 수행한다고 하여도 2名의 營養士가 必要한 것으로 算出되는 것이다.

미국과는 여건이 크게 다르지만 참고로 미국의 권장기준으로 영양사 소요 인력을 산출해 보면 인구 5만명당 1명의 영양사 인력을 고려한다고 가정해 볼 때 권선구 인구수가 1996년에 286,556명이므로 5명의 영양사가 소요되는 것으로 산출된다. 또 다른 기준인 보건소 전체의 등록인구 1,000명당 영양사 1명과 보조 영양사 2명이 적정하다는 기준으로 산출하더라도 권선구 보건소를 이용하는 인구를 최소 전체 인구의 2%로 가정할 때 5,731명이 되어 소요 영양사만 약 5명으로 산출된다. 앞장의 조사결과에서 전국적으로 보건소장을 대상으로 필요한 營養士 數를 조사한 결과, 영양사업을 시행해 본 시범지역에서는 평균 2.2명, 일반지역에서는 평균 1.5명의 영양사가 필요하다는 의견 등을 종합하여 볼 때 지역의 인구규모 등 여건에 따라 차이가 있겠지만 보건소는 영양사가 2명 정도 필요하다는 결론을 내릴 수 있을 것이다.

가 일년에 2회에 걸쳐 행사를 준비·실시한 것을 고려하였다.

나. 營養士 人力의 確保方案

보건소가 영양업무를 실시하는데 가장 필수적인 요소는 사업담당 전문인력 즉 영양사의 확보이다. 기존의 대다수 일반지역의 보건소가 전담인력 없이는 영양사업이 실제로 이루어질 수 없다는 점을 앞의 Ⅱ章에 상세하게 제시한 바 있다. 사업인력이 안정적으로 확보되지 못하면 事業計劃과 施行 자체가 불가능하다. 따라서 營養士 人力을 確保하기 위한 현실적인 검토가 불가결하다. 영양사의 확보가 어려운 가운데도 기존에 보건행정계에서 검토된 내용(윤배중, 1993; 김종정, 1995)을 기초로 영양사 인력을 확보할 수 있는 방안을 보면 다음과 같다.

改正된 地域保健法 시행규칙의 보건소 최소 전문인력 배치기준에는 일반보건소에 營養士 1名, 保健醫療院에는 2名을 확보하도록 하고 있고 이 시행기간을 1999년 1월부터 유효하도록 하고 있다. 그러나 아직까지 지방행정 조직내에서 영양사를 의무적으로 확보하여 영양사업을 추진하는 것이 제도적으로 不備한 상태이다.

1) 短期的인 營養士 確保方案

1段階는 현재 시범보건소 운영에서와 같이 주민의 건강과 영양관리에 관심이 높은 지방자치단체로부터 현재의 시범보건소에서와 같이 영양사를 臨時職으로 확보하는 방안을 우선 고려할 수 있다.

2段階는 지방공무원 임용령을 개정하지 않고 보건소 영양사를 「지방공무원법」에 의하여 地方公務員으로 채용하는 방안으로 지방공무원법상의 특별임용조건을 근거로 영양사를 保健職으로 특채하는 방안을 고려할 수 있다. 그 근거법령은 「지방공무원법상 특별임용」[21], 「지방공무

21) 지방공무원법 제27조 제2항 제2조(특별임용): 공개경쟁시험에 의하여 임용하는 것이 부적당한 경우에는 임용예정직무에 관한 자격증 소지자를 임용할 수 있다.

원 임용령 특별임용요건」[22], 광역자치단체의 「지방공무원 인사규칙」이나 「인사관리조례」(특별임용시험의 응시자격)[23] 등이 적용될 수 있다.

3段階는 지방공무원 임용령을 개정하지 않고 보건소내 영양사를 충원하는 방안으로 市·郡·區 보건소별로 일반직 또는 별정직으로 정원을 확보하여 영양사를 채용하는 방안을 고려할 수 있다. 이미 1개 보건소가 이와 같은 방법으로 영양사를 정규직으로 채용한 例가 있다. 그러나 이 방안은 市·郡·區別 총 공무원 정원 초과시에는 市長·道知事의 승인을 받아야 한다[24].

그러나 영양사에 의한 영양사업을 추진하는데 있어서 또 다른 法的 制約要因은 「國民健康增進法」상 국민의 영양지도를 영양지도원이 담당하도록 규정한 사항이다[25]. 이 법에서는 營養指導員의 자격기준을 지방자치단체장이 영양사로 임명하되 영양사가 없을 경우에는 의사, 간호사 중에서 임명하도록 되어 있기 때문에 지방자치단체장은 기왕에 충원되어 있는 공무원 중에서 임명하는 것이 가능하도록 되어 있기 때문이다.

2) 長期的인 營養士 確保方案

장기적인 영양사의 안정적인 확보방안은 현 시점에서는 공무원 정원 동결 및 축소 동향에 따라 상당히 어려울 것으로 보인다. 그러나 향후 國民의 健康管理, 나아가 醫療費 節減을 위한 長期的인 관점에

---

22) 지방공무원임용령 제17조(특별임용요건): 특별임용인 경우에는 국가기술자격법 기타 법령에 의한 자격 또는 면허증이 있어야 한다.

23) 경기도의 경우는 영양사 면허 소지자는 8~9급 보건직 특채가 가능하며, 동면허 취득후 동일분야에 3년 이상 근무한 자는 6~7급으로 특채 가능하다. 서울특별시의 경우는 지방별정직 공무원 인사관리조례 제4조 제1항 제2호의 규정에 의하여 영양사 면허소지자는 7급의 채용이 가능하며, 동일분야에 2년 이상 근무한 자는 6급의 특채가 가능하다.

24) 지방자치단체의 지방공무원기준 등에 관한 규칙 제17조

25) 국민건강증진법시행령 제22조

서 영양관리가 중요하다는 것이 인식되어 政策의 立案과 法制化가 추진된다면 가능할 것이다.

1단계는 「지방공무원 임용령(대통령령)」을 개정하여 保健職群에 營養職을 新設하는 방안이 고려될 수 있다. 2단계는 제도적으로 중앙부처에서 일선 보건소까지 국민의 영양지도사업이 활성화될 수 있도록 영양행정조직을 확충하는 법적 근거를 마련하는 방안이다. 즉 21세기 보건소 조직으로 보건소 별로 1명 이상의 영양사를 배치하고 그 營養業務의 需要에 따라 日本, 美國 등과 같이 영양전담부서, 즉 係나 課單位를 설치·운영하는 방안이 될 것이다.

다. 營養士 人力의 資質確保를 위한 訓練과 敎育

새로운 人力이 새로운 役割을 하려면 우선 合理的이고, 統一性있는 業務內容이 제시되어야 하고 그 다음 단계에서는 각 지역에서 수정하여 현실에 맞추어 適用하도록 하는 敎育과 職務 訓練이 必須的이다.

앞의 조사내용에서 시범보건소의 영양사와 일반보건소의 영양담당자들이 요구한 교육내용과 자신이 진단한 능력 부분을 고려할 때 성인병관리, 비만관리, 임상영양 및 식이요법 등 職務에 필요한 實踐的인 保健醫療 部分의 知識과 技術에 대한 교육훈련, 홍보 및 의사소통 등에 대한 교육훈련 요구가 많았으며 또, 이 부분들이 부족하다는 자기진단 결과가 제시되고 있다. 이 결과를 반영하여 保健所에 근무하는 營養士 敎育課程이 보다 체계적으로 開發되어야 한다.

우리나라의 營養士 資格制度는 專門大學 또는 4년제 大學에서 영양학, 식품학 등을 전공하고 소정의 자격시험을 거쳐 영양사 國家免許를 받게되어 있다. 그러나 아직까지는 「保健營養士」란 用語가 합의되어 있지 못하며, 보건영양사를 위한 특별한 자격기준이나 양성제도는 없다. 1995년 健康增進法의 제정으로 保健所 營養事業의 실질적인 必

要性이 가시화됨에 따라 2~3일의 사전교육을 거쳐 배치된 것이 보건분야 영양사를 위한 준비교육의 전부이며 이들에 대하여 保健福祉部와 大韓營養士會가 매년 短期敎育을 실시하고 있는 정도이다. 따라서 保健所에 근무할 營養士에게 권장되는 資格基準도 제시되어야 하고 이들을 양성하고 있는 대학의 敎科課程도 검토되어야 하며 직무중 再敎育課程도 보다 체계적으로 설정되어야 한다.

현재 대부분 대학의 교과과정은 영양사 시험과목 위주로 편성되어 있고(전국 식품영양학과협의회, 1997) 학부제 실시와 함께 복수전공제(교육부, 1996)가 도입된 후로는 교과과정 편성에서 융통성이 더욱 부족하게 된 실정이어서 기존의 대학교육을 통하여 보건영양사의 자질을 갖추기는 어려운 실정이다. 따라서 가장 좋은 代案은 대학의 교과과정에 保健營養 關聯 科目을 新設·補充하고 영양사 시험과목에도 반영하며, 이와 더불어 대한영양사회나 보건복지부에서 보건소 근무 영양사의 재교육 과정을 정립하는 것이다. 참고로 대한영양사회 보건소 영양사업분과위원회가 保健所에 근무하는 營養士의 資質 向上을 위하여 검토한 「保健營養士 再敎育課程 試案」은 〈表 Ⅳ-2〉와 같다.

보건영양사에게 필요한 업무능력에 대하여 Kaufman은 保健營養事業의 성격과 대상은 역동성을 가지고 있어서 지속적으로 변화되므로 이에 걸맞는 영양서비스의 수행을 위하여 영양과 영양실무, 공중영양과 응용, 행동과학, 학습이론, 의사소통, 경영, 입법 옹호 등의 분야에서 특별한 능력이 요구된다고 하였다(Kaufman, 1986). 한편 Sims는 保健營養實務者들을 대상으로 한 設問調査에서도 자신들에게 가장 중요하게 요구되는 능력은 의사소통능력, 직접적인 식이상담능력, 지역주민의 필요를 알고 충족시키는 능력, 과학적인 연구자료를 올바로 이해할 수 있는 능력의 순서로 나타났다(Sims, 1979).

〈表 Ⅳ-2〉 保健營養士를 위한 訓練課程 敎育內容 試案
(總 55~59學點, 110~118時間)

학점	교 육 내 용
1	보건영양사의 정의 및 역할, 영양요원의 자세
2	보건영양사업의 현황(보건소 현황, 각국의 보건영양사업 현황)
10	영양과 식품(인체영양, 생활주기영양, 식품조리, 식품위생)
9	임상영양과 식이요법(병의 원인과 발생기전, 식이조사와 영양판정, 한국인의 영양문제와 질병추이, 만성질환의 식사요법)
7	영양교육과 상담(식습관과 식행동, 도구와 매체, 영양교육기술, 교육의 실제, 의사소통 및 영양상담의 기술, 영양상담의 실제)
16	보건과학(공중보건영양, 지역사회건강프로그램, 역학원리, 영양통계, 지역영양진단, 보건영양 연구계획 및 방법, 자료분석 및 해석)
4	경영 및 정책(급식경영, 단체급식관리, 영양행정, 관련법)
6~10	실습(보건영양 현지 훈련)

資料: 대한영양사회, 『보건소 영양사업분과위원회 자료』, 1996.

이것은 公衆保健營養士가 업무를 수행하는데 요구되는 役割이 계획 입안/평가자, 조정자, 교육자, 컨설턴트, 표준결정자, 경영관리자(예산, 인력), 상담자, 옹호자, 감독자, 연구조사자, 교사, 일선 요원(Outreach worker) 등으로 다양하다(Kaufman ed. 1982)는 것을 제시하는 것으로 그 자세한 내용은 〔圖 Ⅳ-1〕과 같다.

日本의 경우도 보건영양업무는 대부분(93%) 資格基準과 管理가 엄격한 管理營養士가 담당하고 있다. 日本의 管理營養士는 정해진 과목을 이수한 4년제 대학 졸업자에 한하여 자격시험을 볼 수 있게 하고 專門大學을 졸업한 경우에는 1~2年의 實務經驗을 가진 후에 관리영양사 자격시험에 응시할 수 있다. 이수과목은 우리나라 영양사 이수과목에 비해 운동생리학, 해부생리학, 영양지도론, 공중위생학, 공중영양학, 건강관리개론, 식료경제, 식생활론을 더 추가하고 있어 現場에서의 營養學의 應用에 중점을 두고 있다.

본 연구조사에서도 현재 우리나라에서 시범지역의 영양사나 일반지

역 영양업무 담당자들이 요구하고 있는 분야가 업무에 관련된 전문 임상영양분야의 기술 습득과 함께 영양교육에 필요한 교육자료의 이용과 개발이었음을 반영하여 임상영양, 공중보건과학, 교육홍보와 교육공학 등의 분야가 강조된 보건소 영양사 교육과정이 개발되어야 할 것으로 보인다.

〔圖 Ⅳ-1〕 保健營養 人力의 役割 例示

역할	보건 영양국장	영양 감독관	영양 자문관	보건 영양사	지도 영양사	영양 기사	영양 보조원
계획입안/평가자	◎	◎	◎	◎			
조정자	◎	◎	◎	◎	●		
교육자	○	○	◎	◎	◎		
컨설턴트	○	◎	◎	◎			
표준결정자	◎	○	○	○	○		
관리자	◎	○		○			
경영관리자(예산)	○	○	○				
상담자		■		○	◎	◎	
옹호자	○	○	○	○	●	●	
감독자	○	◎			■		
경영관리자(인력)	○	○					
연구 조사자	■	■	■	■			
교사						◎	○
일선 요원						◎	◎

註: ◎ 1차적(주요) 역할(4개 역할까지 가능) ● 3차적(보조적) 역할
○ 2차적(중간) 역할 ■ 선택적 역할

資料: Kaufman M.(Ed.), *Personnel in public Health Nutrition for the 1980s*, ASTHO Foundation, 1982.

라. 營養事業의 效果的 推進을 위한 支援人力의 組織化

실제 營養改善事業의 수행에 있어서 지역사회 구성원을 의도하는 방향으로 이끌기 위해서는 지역주민의 民主的인 參與가 필요하고, 관심을 가진 住民을 훈련시켜 그들로 하여금 주변의 다른 사람들을 훈

련시키도록 하는 전략이 필요하다. 이때 訓練者는 지역에서 경제적으로 上位集團에 속한 사람들로서 자원하는 주민을 선택하면 좋을 것이다. 가까운 日本의 例를 들면 지역보건소에서 만성퇴행성질환의 예방을 위한 식생활개선 프로그램을 시행할때 먼저 지역의 여론 주도층 집단의 여유있는 부녀자들을 自願奉仕者로 모집하여 일정한 기간 동안 영양소의 종류, 영양과 식품의 관계, 영양과 만성질병의 관계, 균형잡힌 식생활, 건강한 조리법 등에 관하여 교육·훈련시켜 「食生活改善推進員」이라는 이름으로 자격을 부여하고 그들이 각자의 거주지역에서 또 다른 집단을 교육·훈련시키도록 하는 방법을 택하고 있으며 성공적인 평가를 받고 있다.

우리나라에서도 서울시 강남구에서는 영양상담 및 직접적인 대민서비스 전달보다는 보건소 관할지역에 1명의 영양사가 파급효과를 가져오는 방법을 모색하여 地域 內 集團給食所 등의 영양사로 구성된 「營養改善硏究會」를 조직하여 정기모임을 가지고 주민을 위한 영양개선 사업 방향을 공동으로 모색하고 있다. 구체적인 사업내용으로는 국민의 건강생활실천운동의 일환으로 영양업무를 받아들여 '음식물 쓰레기 감량을 위한 업무개선', '음식 계량화를 위한 주민의 1인분 식사량에 대한 인식 개선' 등에 지역내 영양사들을 공동으로 참여시켜 추진하고 있다. 이와 같이 보건소에 배치된 1인의 영양사가 地域의 營養管理者로서 역할을 할 수 있도록 地域 內 營養事業 人力을 組織化하는 방안을 사업의 효과적 전달과 지속적인 운영, 지역사회의 참여 활성화 등 여러 측면에서 效果的인 接近方法으로 채택하여야 한다.

마. 營養事業 所要財源 調達方案

지역주민에게 영양서비스를 제공하려면 영양사를 비롯한 관련인력의 봉급 및 여비, 영양사업에 필요한 장비와 도구의 구입비, 영양관련

인력의 재교육 비용, 기타 서비스의 전달에 필요한 사업비 등에 예산이 소요된다. 실제로 보건소에서 영양사업이 정착되지 못한 현실에서 일부지역을 제외하고는 營養事業 豫算은 매우 열악한 것으로 나타났다. 앞으로 事業費의 국고 지원은 國民健康增進基金에서 일부 지원재원이 마련되고 있으나 지방자치단체에서 대부분의 사업비를 충당해야 할 것이다[26].

일부 서비스에 대해서는 수익자 부담부분을 포함하는 것을 고려해 볼 수 있다. 일부 보건소에서 '비만캠프'를 운영하면서 참여동기를 높이기 위하여 참가비용의 일부를 부담시킨 것은 좋은 例이다. 수혜자 본인이 일부 또는 전부를 지불하는 방법은 다음과 같은 3가지로 생각해 볼 수 있다.

① 서비스별 차등 부담제(Sliding Scale Fee-for-service): 수혜주민의 능력에 따라 費用負擔을 다르게 하는 방법으로 최대한 實費를 부담하는 대상부터 無料로 서비스를 받는 대상까지 차등화한다. 주로 月收入이 지표로 이용될 수 있다.

② 서비스 실비 부담제(Actual Cost Fee-for-service): 서비스를 제공하는데 필요한 最小限의 經費를 부담하게 하는 것으로 보통 실비를 부담시킨다. 이 경우에 사설기관의 서비스에 비해 경쟁력을 가질 수 있다.

③ 서비스 부담제(Cost-plus Fee-for-service): 이 가격책정 모델은 비영리기관의 실제 서비스제공 비용과 다른 프로그램을 보조하는데 드는 비용의 일부를 부담할 수 있게 한다.

그 외에 第3者 負擔政策으로 의료보험자나 다른 건강보험회사 등이

---

26) 1998년도 건강증진기금에 책정된 영양사업 관련 예산은 시·도 지원비가 약 64백만원, 건강증진사업 시범보건소 중 영양사업을 실시하고 있는 6개 보건소에 대한 지원비가 약 108백만원이며, 그외 영양개선 홍보자료 지원이 이루어질 계획이다.

비용을 부담하는 방안이 포괄적인 의료서비스 活性化 方案의 일환으로 모색되어 영양서비스가 의료보험수가에 포함되도록 하여야 할 것이다. 미국의 경우 산전·주산기관리 등의 비용은 의료보험에서 지급되고 있으며, 日本의 경우도 영양상담 비용이 醫療保險에서 지불되고 있어 지역주민이 영양상담에 부담을 갖지 않도록 배려되고 있다.

현재와 같이 의료보험에서 혜택이 주어지지 않는 상황에서는 영양상담과 교육은 영양교육의 확대와 정보제공 차원에서 무료로 실시하는 것이 바람직할 것이다. 앞장에서 제시된 바와 같이 미국과 일본은 지방정부나 지역사회에서 영양프로그램을 수행하고 취약계층에게 서비스를 제공하는데 국민의 최저 생활보장(National minimum) 차원, 오벽지 지원 차원에서 필요한 경비의 상당부분을 中央政府가 支援하고 있다. 우리나라의 국가 재정은 아직까지 매우 제한되어 있으나 국가적인 지원없이는 새로 시행되는 영양사업의 정착이 지연되고 또 영양서비스 전달에서 지역간 격차가 더욱 커질 여지가 있다. 국민의 건강관리, 특히 脆弱階層에 대한 기본적인 保健·福祉 차원에서, 장기적으로는 의료비를 절감할 수 있는 비용효과적인 영양사업에 대하여 정책입안자의 인식이 제고되어 영양사업에 대한 투입에 특별한 고려가 주어져야 할 것이다.

3. 營養事業 推進組織의 强化 및 關聯組織間 役割 分擔 方案

가. 營養事業 推進組織의 强化

현재 우리나라의 영양정책은 보건복지부 보건국 산하의 보건정책과에서 주관하고 있으나 영양사 자격을 가진 인력은 계원 한명에 불과

하다. 市·道 保健課(또는 보건위생과)에는 영양전문인력도 없고 영양업무를 맡고 있는 부서도 없거나 불명확하다. 따라서 국가의 영양정책의 입안과 관리를 총괄하기에는 크게 역부족하다. 日本의 경우 厚生省에 地域保健·健康增進營養課라는 명칭의 전담과가 있고 지방자치기구인 縣 정부에도 건강증진영양과가 있어 영양사업의 기획 및 집행에 효율을 기하고 있으며, 人事交流를 통하여 중앙과 지방의 정책입안 및 집행에 공감대가 쉽게 형성되어 組織的이고 統合的인 政策을 형성할 수 있다. 우리나라는 일선 보건소와 도단위 행정기관은 지방자치정부로서 내무부와 보다 밀접하게 연계되어 있어 보건정책의 집행과 기획에 있어서는 효율적이지 못하며 보건복지부에서 제정된 법안이나 규칙이 內務部法과 조율되지 않을 경우 내무부법이 우선하는 것이 현실이다. 따라서 保健福祉部와 市·道에 영양사업을 주관하는 機能의 擴充이 시급하다. 가능하면 營養關聯 擔當組織이 보건복지부, 시·도, 보건소에 걸쳐 설정되어야 한다.

또한 과거에 비하여 保健所의 機能이 진료보다는 健康增進과 慢性疾患管理 등 健康管理 측면이 중요해지고, 이에 따라 주민의 영양개선 업무가 필요해지고 있으므로 시대의 변화에 맞게 관련조직이 변화하여야 한다. 행정목표의 달성을 위한 최선의 방법은 적절한 조직구성에 있으므로 관계부처(내무부, 지방정부 등)와 협의를 통하여 보건소 조직·인력정비의 일환으로 營養業務 部署의 定立이 이루어지도록 해야 한다.

현재 일선보건소에서는 日傭職 營養士들이 대부분 가족보건계에 배치되어 있어 看護職과의 역할 분담이 어렵고 직무 갈등도 유발되는 경우가 있어 營養事業의 효율성을 떨어뜨리는 요인이 되기도 한다는 것이 지적되고 있다(대한영양사회, 1996). 따라서 본격적인 영양사업의 추진을 위하여는 보건소에 영양사를 1명 이상 채용하고 一線保健所의 組織改編을 통하여 영양업무 담당부서를 명확히 하고, 가족보건계 또는 모자보

건계와 업무협조체계를 구축하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 현재의 가족보건계를 健康增進係로 改編하고 그 밑에 기존의 모자보건, 가족계획업무와 영양업무를 두는 것이 타당할 것이다. 課 조직을 가진 보건소에서는 건강증진과를 두고 그 밑에 영양계의 신설도 고려해 볼 수 있다.

나아가서 일본의 경우처럼 중앙과의 정기적인 인사교류를 통하여 보건직 공무원이 정책의 계획에 참여하여 현장감을 갖도록 배려되고 中央의 政策立案者도 현장의 實務經驗을 통하여 現實性이 있는 政策을 수립하도록 제도적 장치도 마련되어야 할 것이다. 현실적으로는 「지역보건법」에서 보건공무원의 인사교류제도를 언급하고 있기는 하지만 세부적인 방안이 제도적으로 불비한 상태에 있다. 그러나 행정조직개편이 강도있게 진행될 계제에 있으므로 보건전문인력 전체에 대한 효율적인 관리차원에서 이 방안이 검토되어야 할 것이다.

나. 中央政府 및 地方自治團體間의 役割 分擔

영양사업 수행을 위한 組織의 役割도 명확히 구분되어야 한다. 국민건강증진법이 시행되어 있기는 하지만 건강증진사업이 아직까지 초기단계에 있기 때문에 현황에서 파악된 바와 같이 보건복지부와 시·도 광역자치단체 및 일선보건소의 영양업무에 대한 역할분담이 명확하지 않아 사업의 수행에 혼선이 많은 것도 사실이다. 특히 市·道 단위 보건관련 부서와 保健所의 役割 區分에 어려움이 많다(경기도 보건의료심의위원회 간담회, 1997). 따라서 營養事業에 있어서도 中央과 市·道 및 市·郡·區의 역할 분담이 이루어져야 한다는 논의가 제기되고 있다(박기준, 1996).

中央單位에서는 기본시책 수립과 보건교육, 홍보자료의 개발과 보급, 관련인력의 교육훈련, 연구개발, TV나 라디오 등의 대중매체를 이용한 全國的인 敎育, 弘報活動에 치중하고, 市·道 單位에서는 시·군·

구와의 연계적 위치에서 영양사업의 교육·홍보지원과 지도·평가 및 보건소의 인력, 예산확보 등의 행정적 지원을 담당하도록 역할분담이 이루어져야 할 것이다. 또한 市·郡·區 單位에서는 保健所를 중심으로 직접적인 대민 서비스를 제공하고, 건강생활을 위한 여건조성과 지역사회 참여를 유도하기 위하여 地域社會內部와의 連繫 및 支援措置를 강구하여야 할 것이다.

다. 保健所와 地域 關聯機關과의 連繫强化

效率的인 보건영양사업을 위하여서는 地域社會의 有關機關과의 연계를 통한 사업의 추진이 중요하다. 미국영양사회의 회장을 역임했던 Owen은 미네소타 심장건강프로그램 웍샵에서 "성공적인 지역연대는 새롭고 다양한 관심과 광범위한 보조를 이끌어낼 수 있다. 例를 들면 消費者와 專門家 및 産業體를 대변하는 크고 다양한 연대가 형성될 수 있다면 地方議會와 住民들이 관심을 나타낼 것이다. 이때의 이슈는 반드시 모든 사람에게 도움이 되는 것이어야 한다"라고 하여 영양관련 프로그램의 생존을 위해 가장 중요한 것은 동반자 내지는 보다 廣範圍한 連帶라고 강조하였다(Owen, 1987). 지역내 醫療機關이 만성질환자의 교육 및 상담을 의뢰하도록 한다거나, 지역사회 의료인력을 보건소 영양교육 강사진으로 참여시켜 영양교육의 신뢰성을 제고한다거나, 市民團體와의 連帶를 통하여 자원봉사자를 확보한다거나 市·道機關의 정책적인 협조를 얻는다거나, 비만 및 특수식이관리 필요 아동을 학교로부터 의뢰받는 것은 지역의 인적, 물적 자원의 도움이 없이는 어렵다. 또한 다양한 보건영양서비스를 위한 인력의 조달도 어렵고 주민의 동기유발도 불가능하며 사업에 관한 홍보도 불가능하다. 경기도 수원시에서 '당뇨를 알자 걷기대회'를 주관한 것이나, 서울시 강남구가 '영양개선연구회'를 조직한 것과 같이 지역사회 안의 영양

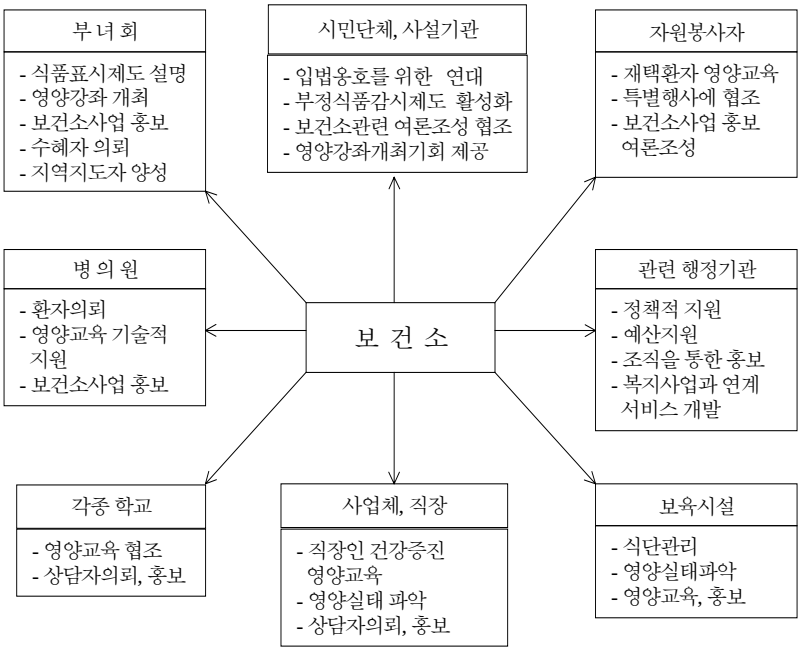
사나 보건전문가들을 참여시키는 모임을 조직하여 서로간에 정보를 교환하고 凡地域的인 營養서비스나 캠페인을 구상하는 등의 연대방안을 주요한 사업수단으로 채택하여야 한다. 보건영양사가 적극적인 연계를 시도해야 할 분야는 다음과 같다(Finn, S., 1993).

- 病院: 의사, 간호사와 함께 영양사가 일함으로써 그들에게 營養서비스의 重要性을 확신시켜주고 간호사가 지원하는 역할을 담당하도록 한다. 또한 병원의 임상팀으로부터 임상영양서비스 제공에 필요한 지식과 기술을 지원받을 수 있는 체계와 상호간의 환자의뢰체계를 확보한다.
- 地域社會 및 機關: 건강과 영양에 관련된 학교, 행정기관, 사회복지기관이나 주민을 사업에 참여시킨다.
- 政治圈: 정치적인 과제에 영양사가 함께 협조하는 것은 상당히 도전적이지만 그만큼 효과도 극대화될 수 있다. 중요한 역할을 하는 지방의회의원, 지방행정 책임자를 인식시켜 정책적인 도움을 주도록 하는 것이 필요하고, 때로는 관련 건강관련 전문가들과 연대하는 것이 필요하다. 보건소와 지역사회 관련단체와의 連繫方案을 제시하면 〔圖 Ⅳ-2〕와 같다.

라. 保健所內 他部署 業務와의 連繫强化

현재 保健所의 업무체계는 각 係別로 특성화되어 있고 담당 인력도 구분되며 사업에 대한 실적보고와 평가도 조직별, 사업별로 분리되어 있는 실정이다. 營養事業은 모자보건사업, 영유아사업, 노인간호사업, 장애자 사업, 진료 및 검진사업 등 보건소내에서 행해지는 모든 사업에 참여하여 事業의 質을 높이고 포괄적인 서비스로 개선시킬 수 있는 특성을 지니고 있다. 영양관련 사업의 기획과 추진을 위하여 새로운

〔圖 Ⅳ-2〕 營養事業을 위한 地域社會 關聯機關과의 連繫方案

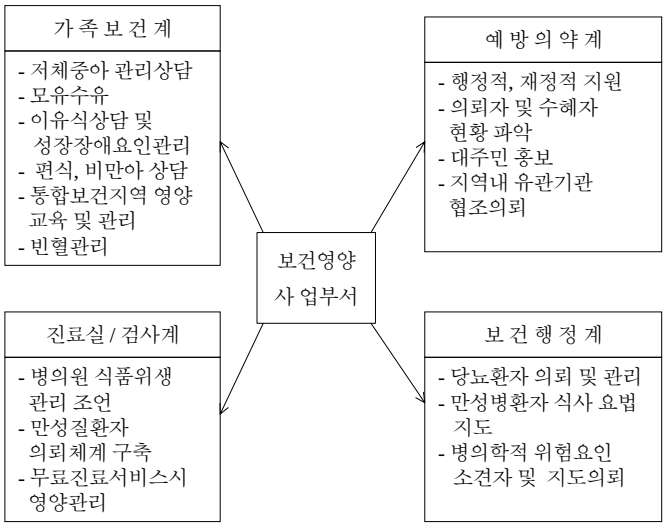


조직의 분리가 이루어져도 영양상담이나 교육이 필요한 高危險者의 依賴가 他部署로부터 필요하고 기존의 성공적인 사업내용에 영양분야가 부가되어야 사업의 包括性을 기할 수 있다. 이러한 접근은 예산과 인력의 낭비를 줄이고 주민의 경제적·시간적인 부담도 감소시킨다.

이러한 접근을 활성화하기 위하여는 보건소 사업평가체제를 보완할 필요가 있다. 첫째, 보고 및 사업결과를 검토하는 과정에서 보건소내 타부서와의 통합적인 서비스 제공에 加算點을 주거나 豫算의 追加支援을 통하여 통합적인 사업수행에 인센티브를 주는 방법이다. 둘째, 현재의 직종별 재교육 방식을 지양하여 통합적으로 고안된 事業別로 關聯 人力을 함께 교육하는 방안도 필요하다. 셋째, 조직의 책임자인

保健所長들의 認識을 전환시켜 통합적인 접근에 관심을 갖도록 독려한다. 넷째, 上位 評價機關인 市·道 및 保健福祉部의 예산지원을 위한 평가에도 사업의 統合性, 包括性을 반영하는 정책이 필요하다. 보건소에서 시도하고 있는 平生健康管理事業의 경우 영양평가와 체력평가를 통한 질병위험요인 유무를 결정하고 이에 따라 개인상담을 하거나 집단교육을 실시할 수 있다. 보건소내에서 영양사업이 기존의 조직과 연계하여 추진할 수 있는 事業의 例를 제시하면 〔圖 Ⅳ-3〕과 같다.

〔圖 Ⅳ-3〕 營養事業을 위한 保健所內 他 部署와의 連繫方案



4. 營養事業의 持續性을 위한 政策的 支援方案

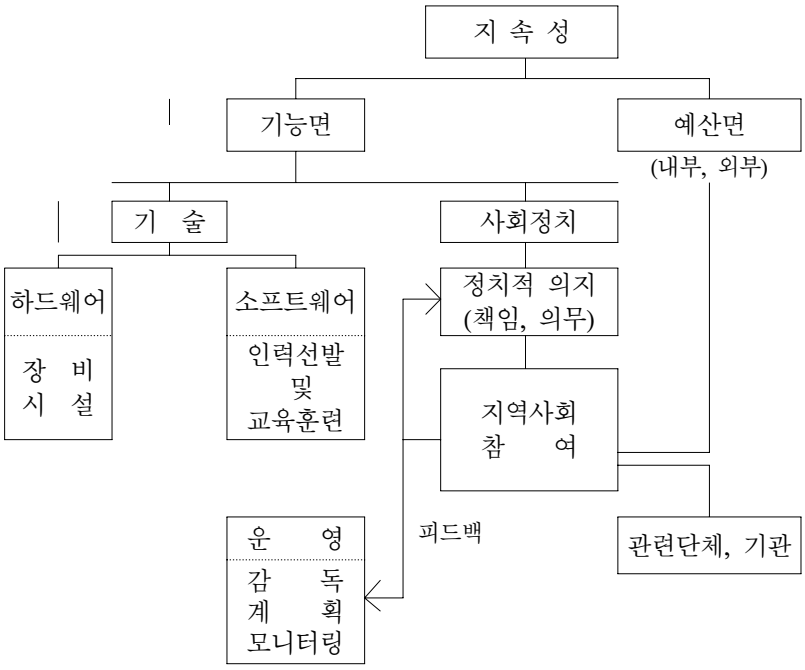
가. 政策的·財政的 支援 誘導

예산과 인력을 투자하여 고안된 많은 영양사업들이 일회성에 그치

거나 展示行政的인 성격을 보여 사장되거나 지속적인 보완을 통하여 보다 발전된 표준화사업으로 널리 적용되지 못하는 경우가 많다.

Sanders는 영양사업이 일회적이지 않고 지속적으로 수행되기 위하여는 몇 가지 중요한 요소가 필요하다고 제시하였다(圖 Ⅳ-4 참조, Sanders, 1989). 즉 營養事業의 持續性을 위하여서는 機能的 要素와 豫算的 要素가 충족되어야 한다고 하였다.

〔圖 Ⅳ-4〕 營養프로그램의 持續性을 위한 要素



資料: Sanders, "Managing Succesful Nutrition Programmes", *IUNS, International Congress Workshop Report*, 1989.

機能的 要素는 기술적 요소와 정치사회적 요소를 들고 있으며, 豫算的 要素로서는 정치적인 의지와 함께 地域社會의 參與를 통한 財政的

解決을 제시하였다. 즉 성공적인 영양사업이 지속적으로 이루어지기 위해서는 技術的 要素로 대변되는 人力의 選拔, 訓練 등의 소프트웨어와 裝備, 設備 등의 하드웨어도 필요하지만 政策決定者의 意志가 또한 절대적이다. 이 政治的인 意志는 의사결정 및 정책입안 단계 뿐 아니라 단위기관에서의 사업수행 차원에서도 필수적이며 여기에 財政的인 補助가 필요하되 이 재정적인 보조 역시 정치적인 의지가 필요하고 동시에 지역사회의 참여를 통한 보조도 이끌어 내야 하는 것이다.

실제로 그 동안의 示範事業 結果 여러가지 다양하고 효과적인 프로그램들이 제시되어 있으므로 이들에 대한 지속적인 보완과 업무의 體系化, 公式化를 통하여 표준화된 사업으로 정착되도록 지원되어야 한다. 이를 위해서는 사업을 개발하고 시행한 영양사를 標準事業의 採擇過程에 참여시켜 지역주민의 요구를 대변하도록 하여 保健醫療係 內에 여론을 조성하고 政策決定者의 認識을 轉換시키는 데 중요한 역할을 담당할 수 있도록 하여야 한다.

나. 大衆媒體의 積極的 活用을 通한 認識提高와 輿論造成

大衆媒體의 영향력은 매우 크다. 국회나 지방의회는 대다수의 국민이 원한다고 인식하거나 지방자치단체에서 지역주민의 강력한 요구사항임을 인지하게 되면 정책의 실현은 오히려 수월할 수 있다. 따라서 營養士는 지역주민들에게 공신력있는 뉴스레터나 전문잡지 등을 이용하여 끊임없이 새로운 營養關聯 情報를 제공하고 문제의식을 심어주는 활동을 적극적으로 실시하여야 한다. 미국에서 1980년 이후 시행된 217개의 영양교육 프로그램을 종합적으로 분석한 연구보고에 의하면 大衆媒體 특히 TV를 이용한 영양교육은 공익광고 시간대 보다는 인기있는 방송시간대를 활용하는 것이 효과적이며 여러번의 반복적인 방영이 없이는 효과를 거둘 수 없는 것으로 분석되고 있다(Sims,

1995). 따라서 대중매체를 활용할 때는 정보를 계속 반복해서 제공하는 것이 필수적이다.

다. 營養敎育 弘報資料의 早速한 開發과 普及

영양지도를 위한 영양사업이나 프로그램에서 가장 비중을 차지하는 부분이 營養敎育이다. 우리나라와 같이 식품지원이 수반되지 않는 보건소의 영양지도 활동은 바로 영양교육이라고도 볼 수 있다.

그렇기 때문에 마땅한 영양교육자료가 극히 부족한 여건에서 시범보건소의 營養士들은 업무활동의 많은 부분을 敎育資料 開發에 소요하고 있다. 그러나 교육·홍보 자료는 그 자료가 궁극적으로 식생활 행태를 변화시키는데 효과적이어야 하므로 개발과정에서 專門的인 커뮤니케이션 기술이 뒷받침되어야 한다. 일선 보건소에서 가장 요구사항이 많은 부분이 교육·홍보 자료의 지원이었음을 고려할 때 교육홍보자료는 中央次元에서 개발하여 一線에 普及되어야 한다.

그러나 중앙에서 현지의 사업시행에 적합한 모든 교육자료 요구를 전부 충족시키지는 못하므로 현지에서 自生的으로 開發된 교육·홍보 자료를 수집하고 보완하여 현지에서 개발된 아이디어가 활용되도록 하는 장치가 마련되어야 할 것이다. 또한 現地事業 遂行의 經驗을 토대로 하여 시범보건소에서 개발된 다양한 교육·홍보자료와 아이디어 등은 중앙단위의 홍보자료 개발에도 반영되어야 한다. 앞으로 구체화되고 있는 보건교육 홍보자료의 개발과 제작에는 현지 實務 營養士에게 參與의 機會가 제공되어야 할 것이다.

또한 일선 영양사들이 교육·홍보자료를 적절히 선택하고 활용할 수 있도록 하기 위하여 영양사의 敎育·訓練課程에 敎育·弘報 資料의 開發과 活用, 커뮤니케이션 방법 등에 관한 과정이 반드시 강화되어야 한다.

5. 保健所 營養事業의 評價體系 構築

示範地域에서는 지역마다 각기 자체적으로 개발한 評價方法과 記錄書式을 사용하고 있기는 하나 평가방법의 합리적인 근거가 부족하고 사업의 목적과 연계되어 있지 못하여 전체적으로 표준화된 평가방안이 개발되어 있지 못하다.

그러나 執行된 영양사업은 반드시 評價를 거쳐 사업의 効果와 效率性을 진단한 후 사업의 계속 여부를 결정하고 다음 사업의 완전성을 기할 수 있어야 한다. 1980년대 이후 미국에서 시도된 영양프로그램의 평가 패러다임은 학계 뿐 아니라 개인 사업체에서 더 널리 이용되는 모델이 되고 있는데 이는 有用性 中心(Utilization-focused)의 평가 패러다임이다. 새로운 패러다임의 中心槪念은 “프로그램을 평가 하는데 사용하는 절대적으로 중요한 5가지 변수가 있다. 이들은 주민, 주민, 주민, 주민, 그리고 주민이다(Halcolm, cited in Patton, 1986)” 라고 표현했듯이 사업대상자 중심의 평가를 강조하고 있다.

영양사업의 평가에 있어서는 過程評價(Process), 影響評價(Impact), 結果評價(Outcome)의 패러다임을 이용할 필요가 있다. 이때 각각의 평가영역별로 도달하고자 하는 표준을 정하여 평가의 기준으로 삼는다. 예를 들면 지역내 빈혈의 위험요인을 가진 주민의 85%를 영양교육에 참여하게 한다든가, 참여한 주민의 추구관리를 90% 이상 한다든가 또는 추구관리된 주민 중 빈혈발생률이 50% 감소한다든가 하는 목표의 기준을 정하고 그에 따라 평가한다. 또 경제적인 평가로 비용-편익 분석이나 비용-효과 분석 등을 이용하고 지표의 성격에 따라 생산성 평가도 병행할 수 있다. 營養事業의 事業情報管理와 評價를 위한 항목은 여건에 따라 다음중 일부를 활용하도록 해야 할 것이다.

가. 過程評價

사업 遂行過程의 評價로서 사업에 대한 주민의 호응도, 참여도, 신뢰도 등을 포함한 사업 제공과정의 모든 단계가 평가 대상이 될 수 있으며 Likert 점척도를 이용하거나 미리 제시한 기준에 따라 수량화하여 평가할 수 있을 것이다.

- 서비스 제공의 適定性: 서비스의 제공 횟수와 빈도, 주민의 접근성, 이용가능성, 경제적인 감내성, 환경의 쾌적성, 홍보의 적합성 등
- 住民의 呼應度: 전체 주민 중 참여율, 참여빈도, 주민의 인식 등
- 서비스 提供者의 信賴度: 전문성, 성실성, 사업내용의 적합성, 관련 보건인력과의 연계 및 연대 능력, 예산 배정에 관한 능력 등

나. 影響評價

서비스를 제공받은 주민들이 영양과 건강에 관한 인식이 바뀌고 건강의 중요성을 인지하여 자신들의 食行動을 변화시킴으로써 결과적으로 개선된 영양상태를 유지하여 건강을 도모하고자 하는 一連의 行動의 變化를 평가한다. 일반적으로 표준화된 설문지를 이용하여 다음 항목을 평가한다.

- 영양지식 및 인식정도
- 영양에 관한 態度 및 식생활의 改善事項
- 영양섭취상태와 식품선택의 적절성 등

다. 結果 評價

영양개선사업이 도모하는 最終 産物을 測定, 評價하는 것으로 건강관련지표들이 이용된다. 즉 질병의 이환률, 발병률, 개선률, 영아사망

률, 저체중아 출산률, 비만에 대한 체중감소량, 혈당치 등의 수량화된 지표들을 이용할 수 있다.

라. 生産性 評價

인력, 비용, 시간 등의 모든 자원의 투입에 비교한 질병발현률, 정상혈당보유율 등의 산출값을 이용한다.

마. 經濟的인 分析

費用便益分析과 費用效果分析이 있는데 일반적으로 사용되는 지표들은 다음과 같다(Drummond, et al, 1987).

- 費用: 기관이나 건강관련 분야의 조직과 운영에 소요된 비용, 예를 들면 전문가의 시간, 각종 필요 물품, 장비, 행정비용, 자본 등을 화폐단위로 환산한다.
  - 환자의 간접비용(Patient/indirect Cost): Out-of-pocket 비용, 치료를 위한 환자와 가족의 치료를 위한 비용, 시간소요 등
  - 심리적인 비용(Intangible Costs)
  - 환자와 가족의 건강분야에 지불된 비용(External Costs)
- 效果
  - 질병과 관련된 지표
  - 일반적인 건강상태
  - 환자의 만족도
  - 유병일수
  - 지식, 태도, 행동의 변화
- 便益(자원 사용의 변화)
  - 기관과 조직 내부의 運營費用의 變化

- 환자와 가족의 활동에 관련된 변화: 활동력 상실정도의 감소, 여가시간 지출비용의 절약

– 有用性: 환자와 가족의 삶의 질의 변화

6. 地方自治團體의 營養計劃樹立을 위한 支援 强化

사업의 효과적인 운영, 적절한 평가는 사업계획의 수립에서부터 출발되어야 한다. 시범지역의 보건소에서는 사업의 계획은 사업내용과 대상, 활동량을 열거하는 수준이었으며, 그나마 여건이 어렵고 영양사 자신이 준비가 되어 있지 않은 지역에서는 사업계획이 명확히 제시되지 못하였다. 이러한 이유로 영양사업의 효과나 성과를 제시할 수 없었던 지역이 많으며 그만큼 지원이 따르지 못하였던 요인도 된다. 그만큼 영양사업을 전개하는데 있어서 사업계획의 수립은 중요하다. 사업의 구체적인 내용이 지역 실정에 따라 다르더라도 事業計劃 樹立의 틀은 標準化되어야 할 것이다. 改正된 日本의 「地域保健法」에서는 地域醫療計劃 수립을 위하여 각각의 사업에 대하여 계획을 설정하도록 하고 있으며 都道府縣이 사업계획의 책정에 關與하고 전문가적인 입장에서 이것을 장래시책에 반영할 수 있도록 기획 및 조정기능을 통하여 지역의 사업계획 수립을 지원하고 있다. 우리나라에서는 1995년 「地域保健法」 改正에 따라 1996년부터 廣域 및 基礎地方自治團體別로 지역보건의료계획의 연간 계획과 4년 계획을 세우도록 되어 있다. 아직까지는 영양사업이 정착되지 않아 보건복지부가 제시한 영양사업 계획의 내용은 성인보건사업, 노인보건사업을 위한 건강증진사업에 포함된 영양지도 업무 정도로 미미하지만 앞으로는 保健醫療事業計劃에서 獨自的인 營養事業과 영양요소가 필요한 관련사업에 기획단계부

터 영양적 고려가 충실히 포함되는 틀로 고쳐져야 한다. 영양사업계획의 틀에는 〔圖 Ⅳ-5〕와 같이 사업의 목적과 대상집단, 구체적 목표, 사업기간, 담당자 및 자원(동원되는 투입요소) 등이 포함되어 구체적으로 작성되어야 할 것이다.

〔圖 Ⅳ-5〕 營養事業 計劃의 構成要素

목 적	대 상 집 단	구체적 목표	사 업 기 간	담당자 및 자원
도달하고자 하는 행동의 변화는 무엇인가	누가 혜택을 받을 것인가	어느 정도의 변화가 가능한가	변화는 언제 달성될 것인가	어떤 자원이 필요한가

資料: 杉山みち子, “營養敎育の 評價に ついて”, 『營養·食生活情報』 第7卷 2號, 1993.

그러나 이러한 사업계획의 작성에는 세가지 前提條件이 先行되어야 할 것이다. 첫째는 사업계획수립을 가능하게 하는 통계나 자료가 지원되어야 할 것이다. 둘째는 합리적이고 質 높은 사업계획 수립을 가능하게 하는 영양담당자의 훈련이 필요하다. 셋째는 영양사업이 공식화된 보건의료사업분야로 인정되어 실행가능한 사업계획이 이루어지고 그 내용이 타업무와 조정될 수 있는 여건이 조성되어야 한다. 즉 보건소장 및 사업 관련 팀의 영양사업계획수립 관여와 조정, 사업계획의 시행을 위한 지원이 있어야 이러한 체계적인 사업계획 수립이 가능하며 바로 업무 활동의 지침으로 이용될 수 있을 것이다.

美國 保健當局의 영양계획을 例示하면 〈表 Ⅳ-3〉과 같다. 이와 같이 지역의 영양계획은 지역주민의 영양을 향상시키기 위한 구체적인 목적과 주요전략을 설정한 후 그에 따른 접근 방법을 구체적으로 제시하고 언제까지 그 계획을 수행할 것인지, 평가는 어떤방법이나 지표를 활용할 것인지, 그 담당자는 구체적으로 누구인지가 일목요연하게 드러나도록 작성되어야 할 것이다.

〈表 Ⅳ-3〉 美國 地方保健部의 營養計劃 事例
(Division of Public Health, Saint Paul)

목 적	방 법	기 간	평 가	담당자
Ⅰ. 스크리닝, 평가, 개입을 통한 영양서비스를 5,000명에게 전달하여 영양불량(영양부족, 영양과잉)을 20%까지 감소시킨다. – 주요전략: a) 성장불량(표준체중보다 10% 미만, 10% 이상 과다, Ht/Age가 5percen- tile미만) 감소시킨다. b) 빈혈(CDC의 기준 미만자) 발생을 1년에 25%까지 감소시킨다.	– 성장발육불량(신장 및 과소체중)			
	A. Ht/Age가 5percentile미만 or Wt/Age가 5percentile미만아를 발견한다.	1~12월	CDC의 월보 검색	Nutrition Assistants
	B. 매달 가입 프로그램이 필요한 아동 30명을 등록한다(모니터링, 상담, 교육, 의뢰실시, 탁아소, WIC 프로그램, EPS프로그램, 학교 등을 통하여 발견)	1~12월	CDC의 월보 검색	〃
	C. 성장 불량등인 아이들을 매월 모니터링한다.	1~12월		〃
	– 체중과다(표준체중보다 10% 초과하거나 Wt/Ht 5percentile 보다 큰 경우)			
	A. 5,000명을 스크링하여 체중 과다자를 발견한다.	1~12월	CDC의 월보 검색	〃
	B. 매달 50명의 체중과다자 등록을 한다.	1~12월	CDC의 위험자 검색	〃
	C. 매달 등록자를 모니터한다	1~12월	적절한 서비스 제공을 위한 자료검색	〃
	D. 비만 프로토콜을 개발한다.	3월까지	영양책임자에게 프로토콜 발송	〃
	E. 비만 프로토콜을 영양책임자와 담당영양사와 검토하고 매년 재조정한다.	6월까지	프로토콜 검토 및 토의	〃
	F. 비만 프로그램에 대하여 1회 공공정책 홍보를 실시한다.	4월 30일	공공정책 홍보 개발여부	공중보건 영양사
	G. 가족계획프로그램 대상에 대한 체중조절 프로그램 실시 – 개발 – 실시 – 평가	1월 31일 2월 28일 6월 30일	프로그램개발, 식사진단, 대상자 Conferences 대상자들의 25% 체중감소	
	– 빈혈			
	A. 5000명을 스크리닝한다.	1~12월	스크리닝 건수, 분기별 진단건수	Nutrition Assistants
	B. 매 3개월마다 빈혈발견자를 모니터한다.	1~12월	위험아동발견을 위한 차-트 검토	WIC, 탁아소, 학교자료

〈表 Ⅳ-3〉 계속

목 적	방 법	기 간	평 가	담당자
	C. 빈혈 프로토콜을 담당자들이 검토한다.	4월30일	프로토콜검토, 수정된 팜플렛	
	D. 철분 안내 홍보자료를 수정한다.	3월30일	CDC에 자료 발송	
	E. 빈혈발견을 위한 500명 아동의 ZEP데이터를 수집한다.	3월30일		
	F. CDC의 지원을 받아 ZEP 데이터를 평가한다.	10월30일		
	- 식이패턴			
Ⅱ. 1년내에 식이패턴을 개선한다.	A. 식이상 문제대상발견을 위하여 2,500명을 스크리닝 한다.	1~12월	식이레코드의 검토 및 모니터링	
- 주요전략 a) 1년 이내에 임산부의 영양적 위험요인을 15%로 감소시킨다. b) 1년이내에 불량한 생활양식으로 인한 건강위험요인을 15% 감소시킨다.	B. 1) 식이섭취패턴을 평가한다. 2) 필요시 수정한다. 3) 식이섭취양식을 작성한다.		Nutrition Assistants에게 조사지 발송 수정내용 식사기록지 양식 완성	
	C. 담당자들과 일반 영양프로토콜을 검토한다. 임신부, 가족계획, 혈청콜레스테롤 생활양식 위험요인		프로토콜 검토	
Ⅲ. WIC보충식 프로그램을 4,500개소 크리닉이 수행하도록 한다.				
Ⅵ. 지역내 영양서비스전달을 강화하기 위하여 관내 영양사 보건인력과 연대를 가진다.	- 지역내 50%의 보건영양사가 모임에 참석 - 영양관련 법규, 규정의 모니터링, 주지사 회의에 영양사 참여 - 50%의 영양사가 지역관내의 영양관련 프로그램에 참여			

資料: Slattery, Marty et al., *Saint Paul Division of Public Health Nutrition Plan*, 1989.

7. 保健營養事業 運營 모델 開發

이제까지 保健所의 住民健康管理에서는 營養서비스가 거의 포함되

어 있지 않아 왔는데 國民健康增進法과 地域保健法을 계기로 營養서비스를 內實化시킬 수 있게 됨으로써 예방사업의 包括的 接近과 事業效果를 높일 수 있게 될 것으로 보인다. 건강증진사업에서 앞으로 지역주민의 보건의료서비스 요구의 초점이 될 고혈압, 당뇨병, 암 등 만성질환관리가 중점이 될 것이므로 영양서비스의 역할은 必須的이 될 것이다. 더구나 앞의 Ⅱ장의 조사연구결과 시범지역이나 일반지역을 불문하고 보건소가 영양사업을 시행하기 위해서는 무엇보다 세부 운영프로그램의 표준모델 제시, 구체적인 영양사업의 개발이 필요함을 강조하고 있다. 이 章에서는 이러한 보건소 영양사업의 대표적인 프로그램과 그 運營의 틀을 提示하고자 한다.

가. 保健所 營養事業 運用의 目的

첫째, 건강증진에 필수적인 營養敎育 및 情報 提供을 통하여 地域住民의 營養管理를 실시한다. 둘째, 成人病 豫防과 管理, 母子保健事業을 지원하기 위한 營養指導, 相談을 제공한다. 셋째, 地域住民 營養評價를 통하여 健康危險 대상자를 早期 發見, 管理한다. 위와 같은 事業目的을 달성하기 위해서 本 章에서는 보건소에서 운영할 영양서비스와 프로그램의 內容, 營養事業 管理體系를 제시하고 프로그램 수행에 필요한 세부 사업항목, 사업수행 방법, 평가 방법, 타 사업과의 연계방법 등을 제시하고자 하였다.

나. 保健所 營養事業의 特性과 事業 接近方法

本 營養事業의 計劃에는 영양사업의 성격이 他 保健管理事業과 적절하게 統合되어 運營되어야 효과적일 수 있다는 特性을 고려하여 事業遂行體系와 細部事業 展開內容을 제시하였다. 본 사업내용은 그 동안 우리 나라의 示範保健所에서 실시되어 온 保健營養事業과 日本 및 美

國에서 保健營養프로그램으로 실시되는 사업들을 참고로 작성하였다.

또한 본 사업계획에서는 보건소가 중심이 되어 운영되는 건강증진 사업의 일환으로 향후 보건소에서 추진되어야 할 營養서비스를 가능한한 多樣하게 제시하고자 하였다. 실제로 보건소에서 운용할 때에는 地域實情에 맞는 事業을 선택하고 事業內容의 優先順位, 事業對象, 事業의 遂行方法을 결정하여야 할 것이다. 영양사업 계획과 운영에 있어서 前提條件을 제시하면 다음과 같다.

1) 事業選定의 優先順位

영양사업은 고유의 영양프로그램과 타 사업과 연계된 매우 다양한 下位 프로그램으로 운영될 수 있는데 사업을 선정할 때에는 지역진단을 통하여 ① 地域住民에게 필요한 사업이 무엇인가? ② 地域의 人口構成과 지역의 사회·경제적 여건, 지리적 여건은 어떠한가? ③ 기존의 보건소를 주로 이용하는 대상자 계층과 기존 보건소에서 활성화되었던 사업은 무엇인가? ④ 사업수행 여건(투입되는 인력, 예산, 기타 지원 요소 등)은 어떠한가? 등을 감안하여 우선적으로 수행하여야 할 사업을 선택하여야 할 것이다.

2) 事業管理 對象

事業管理對象은 서비스의 종류와 地域別 事業의 優先順位에 따라 달라져야 할 것이다. 일반적으로 도시와 농촌의 보건소 이용양상의 차이가 크므로 도시, 농촌별로 분류하여 重點管理 대상, 1次 管理對象, 2次 管理對象을 나누어 접근하며 보건소내 활동(상담, 교육·강좌, 실습), 가정방문, 關聯機關과의 連繫活動을 통하여 접근할 수 있을 것이다(表 Ⅳ-4 참조).

〈表 Ⅳ-4〉 營養 事業管理 對象의 區分

구 분	도 시	농 촌
중점관리대상	– 영양진단에 의한 영양상 취약대상(High-risk Groups)	
1차관리대상	– 건강진단, 건강상담, 진료를 위해 보건소를 내소하는 대상자 – 가정방문사업 대상	
2차관리대상	– 학교 – 산업장 – 직장	
	– 빈민지역 주민	– 노인계층

또한 일본에서와 같이 보건소의 규모와 지리적 입지에 따라 사업내용을 주민의 요구에 맞추어 달리 할 수 있다(表 Ⅳ-5 참조).

〈表 Ⅳ-5〉 日本의 保健所 類型別 營養業務 運營事例

	건 강 상 담	영 양 지 도
도시(U)형 보건소	– 건강상담(영양지도 포함)의 실시, 가능한한 관내 의료기관 및 단체활동에 위임 – 중점대상은 중소기업, 저소득층 – 질병의 치료상담, 정신보건 상담 등 건강상담 강화	– 개별지도는 의료기관, 단체 등의 활동에 위임 – 부인단체, 청소년단체, 학부모모임을 대상으로 영양지식의 보급과 계몽실시 – 중소기업자, 저소득층 중점지도 – 급식시설에 대한 식품위생, 환경위생 감시와 병행하여 영양지도 실시 – 학교급식지도의 강화
중간(UR)형 보건소	– 도시형과 농촌형의 방침을 지역설정을 고려하여 운용	상동
농촌(R)형 보건소	– 건강상담, 소외상담 강화 – 농어촌, 산촌 등의 지역의 특유한 질병을 고려한 건강상담 실시 – 질병치료상담, 정신보건 상담 등을 정기적으로 실시	– 소외의 개별지도 강화 – 지방 특유의 영양결핍 또는 질병에 관련한 영양지도 실시 – 부인단체 등과의 연결, 지구조직의 육성 – 생활개량보급원, 농업개량보급원과 연계한 식생활개선 활동 추진 – 학교급식, 농번기 협동취사 강화 – 학교급식에 영양사 배치 장려 – 동절기의 식품가공, 저장 지도
광역(L)형 보건소	– 소내 건강상담은 최소로 하고 소외 건강상담 강화 – 의료기관 및 관련 단체의 의료활동과 연결하여 이동보건소 활동 강화	– 영양지도 차량을 활용 – 건강상담, 집단검진에 영양상담 병행실시 – 가정 방문 지도 – 부락단위의 지구조직을 육성 – 계획재배에 의한 자가 농산물을 통해 다양한 식품섭취유도 – 학교급식실시 지도 지원 – 농번기 협동위사, 협동가공

資料: 西正美,『保健所 概論 ノート』, 日本公衆衛生協會, 1991.

3) 事業의 遂行方法

가) 서비스 運營의 原則

영양서비스는 평생건강관리프로그램의 일환으로 다음의 3가지 체계가 연결되도록 한다.

첫째, 대상군이 일생을 통해 持續的이면서 연계되는 서비스를 받도록 하며, 둘째, 영양서비스는 연령계층에 따른 대상군별 보건서비스를 지원하는 것이 중요하므로 他 保健서비스(성인병관리, 모자보건서비스, 운동지도, 진료 등)와 連繫되어 운영하는데 중점을 두어야 한다(表 Ⅳ-6 참조). 셋째, 다른 서비스 기관 또는 다른 보건부서의 危險對象者가 의뢰될 수 있도록 連繫되어야 할 것이다.

따라서 영양사업의 운영은 영양사업을 전담하는 營養士와 保健醫療人力팀이 共同으로 운영하여야 할 것이다(表 Ⅳ-7 참조).

〈表 Ⅳ-6〉 對象別 他 健康프로그램과의 連繫된 營養프로그램

대 상		타 건강관리 프로그램과 연계된 프로그램[1]		단독 영양프로그램
영 아		어린이 영양교실(성장발달 크리닉, 아기건 강교실)		이유식 시범강습회
유 아		어린이 영양교실(어린이 건강교실)		
아동·학생		소아 비만교실[2], 편식 교정교실		
임산부		임산부 영양교실(임산부 건강교실)		
여 성		여성 영양관리교실(어머니 건강교실)		
성인	일반 성인	성인 영양교실(성인건강관리실) 음주 흡연자의 영양관리교실		
	만성 질환자	당뇨병 영양교실, 고혈압 영양교실, 소화기계질환 영양교실	(만성질환자 건강 관리)	성인질환 종류별 식이요법 시범조리교실
노 인		노인영양교실(노인건강교실)		
기 타				식생활 정보센터

註: 1) 연계된 타 건강관리 프로그램 명칭의 예시임.
2) 운동지도와 병행

〈表 Ⅳ-7〉 營養管理프로그램의 擔當人力 例示

프로그램명	영양사[1]	의사	간호인력	기타 전문인력
이유식 시범 강습교실	○		○	
임산부 영양교실	○	○		
어린이 영양교실	○		○	치과의사
소아비만 교실	○	○	○	운동지도사[2], 심리치료사
편식교정교실	○		○	
성인영양교실	○		○	운동지도사
당뇨병 식이관리교실	○	○	○	운동지도사
고혈압 식이관리교실	○	○	○	운동지도사
소화기계 질환 식이관리 교실	○	○	○	
체중조절 교실(비만 클리닉)	○	○	○	운동지도사
흡연 음주자의 영양관리 교실	○			
여성 영양관리 교실	○		○	운동지도사
노인영양교실	○		○	운동지도사, 사회복지사
식생활 정보센터	○			

註: 1) 지역내 영양사 지부 및 재택 영양사, 대학생 등을 자원봉사자로서 참여시켜 영양사를 지원하도록 함.
2) 운동지도사 또는 운동처방사

영유아, 아동, 학생, 임산부, 어머니, 노인 대상 프로그램은 營養士, 看護師, 看護助務士가 共同으로 운영하여야 할 것이며, 성인병 영양관리 프로그램은 營養士, 醫師, 看護師가 공동으로 운영하고 영양서비스의 전반적인 관리를 영양사가 맡는다.

나) 對象者에 대한 指導 方法

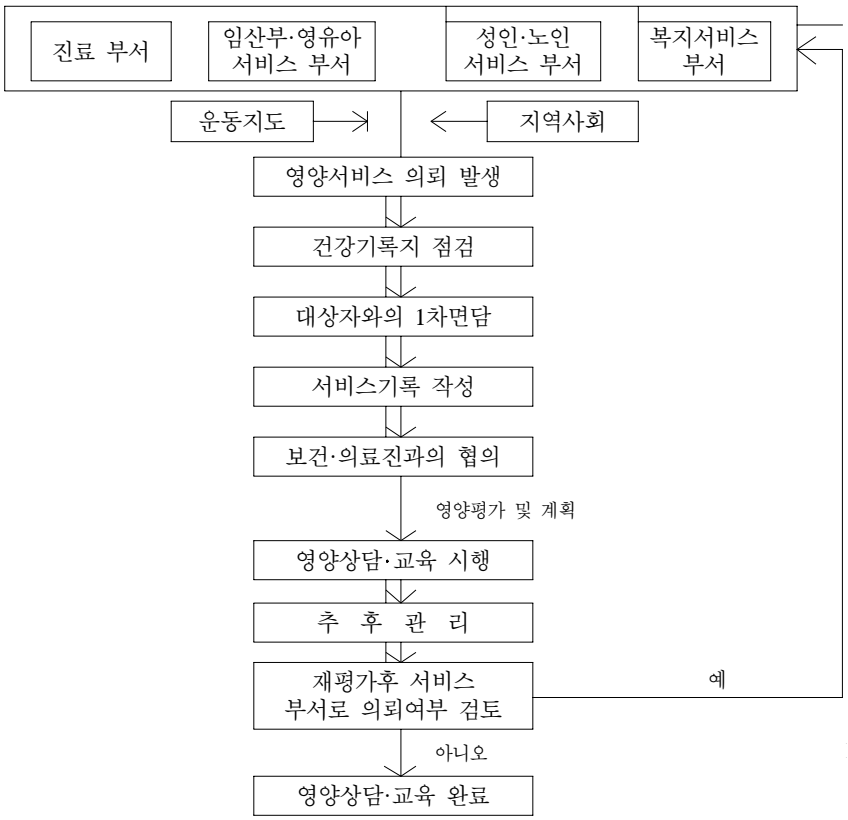
대상자에 대한 指導方法은 個別 相談指導와 小集團指導를 실시하되 특정 교실의 운영방법은 몇 회는 個別指導, 몇 회는 小集團 指導로 竝行하여 실시하는 것이 효과적일 것으로 보인다.

대상자에 대한 서비스 제공방법은 ① 어떤 營養問題를 개선해야 하는가 ② 어떤 食習慣은 유지하고 어떤 식습관은 고쳐야 할 것인가 ③ 파악된 영양문제에 대하여 구체적으로 어떤 지도를 할 것인가 ④ 대

상자가 食品選擇을 어떻게 바꾸도록 할 것인가 順으로 접근하여 문제 발견후 행동의 변화까지를 유인할 수 있도록 하여야 할 것이며 이를 위해 對象者의 參與, 調理實習, 視聽覺 資料의 적극 활용 등을 통하여 효과를 높일 수 있는 방안을 강구하여야 할 것이다.

다) 營養서비스의 흐름과 他 서비스와의 連繫體系

〔圖 Ⅳ-6〕 營養 서비스의 흐름과 他 서비스와의 連繫體系



4) 對象者別 營養 서비스 內容 및 細部 프로그램

가) 嬰幼兒

(1) 細部 目標

첫째, 영유아에 대한 身體發育 모니터링(Growth Monitoring)을 통하여 成長發育 부진아 및 비만아를 스크리닝한다. 둘째, 모자보건 부문에서 발견된 低體重兒에 대하여 집중적인 영아기 영양지도를 실시한다. 셋째, 이유식, 유아식 지침을 부모에게 제공한다. 넷째, 특별한 관리가 필요한 어린이에게 지속적인 영양서비스를 제공한다.

(2) 對象

1차 대상은 모자보건 프로그램에서 등록·관리되는 低體重兒(0～12월)와 모자보건 프로그램에서 등록·관리되는 0～24개월의 영유아에 대한 영양관리로 한다. 2차 대상은 0～6세의 미취학 아동 전체에 대해서는 부녀회 모임등 대민교육 프로그램의 일환으로「영유아의 영양교실」등을 운영할 수 있다.

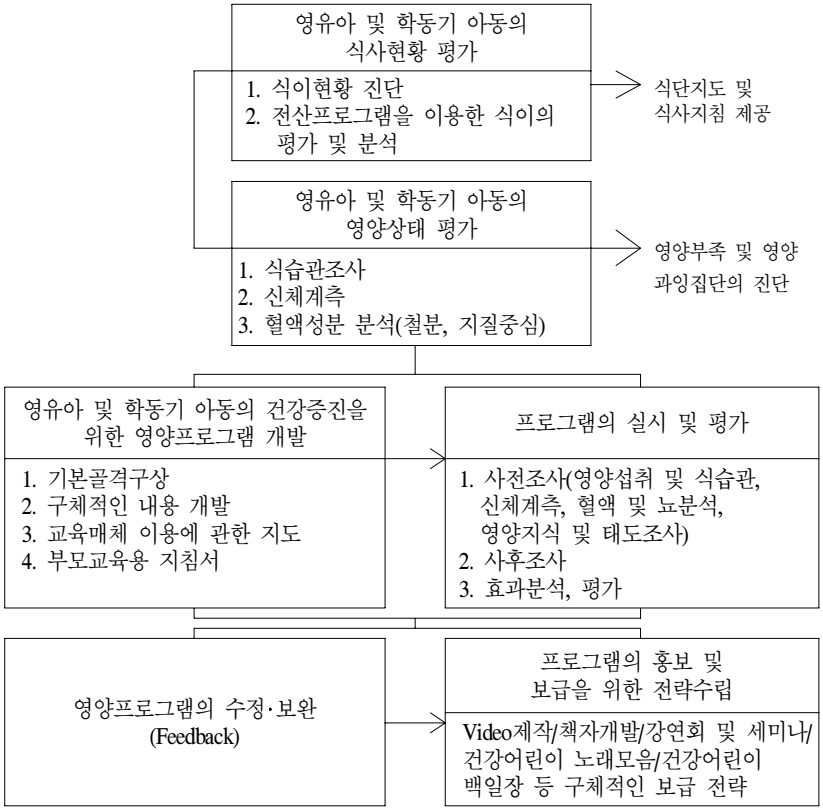
(3) 事業 內容

- 정기적인 成長發育 評價(Growth Monitoring): 영유아 성장 기록부(Growth Chart)를 활용하여 기록하고 기록부를 電算化하여 관리[27)]
- 이유식, 유아식 영양상담 및 지도 교실, 어린이 영양교실 등 운영
- 母乳營養 및 人工營養 지도
- 이유식, 유아식 시범강습회

---

27) 영양상태가 불량한 대상자는 가족력, 母의 産前記錄 및 신장, 재태기간, 만성병 유무 등을 고려하여 모자보건서비스와 연계하여 관리한다.

〔圖 Ⅳ-7〕 嬰幼兒 및 兒童의 營養서비스 運營 事例



(4) 事業 評價

- 각종 영양평가지수(출생체중, wt/age, ht/age, wt/ht, 팔 둘레, 헤모글로빈, 헤마토크리트)를 적용하여 영양불량 및 비만상태 판정
- 영양상태 판정별 프로그램 참여도
- 프로그램 참여 효과(영양상태의 개선정도 등)

(5) 關聯機關(內部 및 外部)

- 모자보건 서비스
- 지역내 소아과 병의원, 보육원

나) 兒童, 學生

(1) 細部 目標

첫째, 兒童期, 學生期에 올바른 식습관을 가지도록 集團 및 個別指導를 실시한다. 둘째, 兒童期와 學生期의 비만관리와 예방을 통하여 성장후 성인병 예방을 할 수 있는 식생활관리 방법을 습득시킨다.

(2) 對象

1차 대상은 ① 모자보건사업에서 등록·관리되는 24개월 이상의 幼兒 및 어린이, ② 보육원, 유아원의 유아, ③ 초등학교 아동(집단)이다[28]. 2차 대상은 ①의 대상중 「營養敎室」 참여가 요구되는 대상 아동이다.

(3) 事業 內容

- 「건강 어린이 교실」을 통한 식생활 지도
- 偏食 相談
- 肥滿兒 定期 크리닉 운영(食餌指導, 運動指導, 健康診斷 서비스가 연계되어 실시되어야 함)
- 偏食 矯正 캠프 운영(夏期 및 冬期 방학기간 중)
- 영양상 문제가 있는 학생의 부모와 학생 懇談會[29]
- 健康 어린이 교실 운영

---

28) 학교보건 지원업무의 일환으로 실시할 수 있다.

29) 외국에서는 보건소 프로그램에서 서비스별 소규모 그룹의 간담회(conference)를 통한 방법이 많이 활용되고 있다(Miller & Moos, 1981).

- 學校保健營養 프로그램 운영
- 관내 保育院에 대한 영양관리 지도

(4) 事業 評價

- 각종 영양평가지수(wt/age, ht/age, wt/ht, 피하지방두께, BMI 지수, 헤모글로빈, 헤마토크리트 등)를 적용하여 아동 및 학생의 영양불량 및 비만상태를 판정
- 判定에 따른 각종 프로그램 참여도
- 參與 效果(만족도, 영양상태의 개선정도, 지식수준 향상 등)

(5) 外部 關聯機關

- 지역내 보육원, 초등학교
- 관할 교육구청 학교보건 담당부서

다) 姙産婦

(1) 細部 目標

첫째, 姙娠 및 産後 기간중 營養管理의 필요성을 인식시키고 관리방법을 지도한다. 둘째, 産前管理에서 영양상 위험이 있는 임신부에게 집중적인 영양관리를 제공한다.

(2) 對象

1차 대상은 모자보건 서비스에서 등록관리되는 임산부 및 산전관리에서 영양상 위험이 있는 임신부[30]이다. 2차 대상은 지역내 부녀회

30) 임신중 체중증가 과소 또는 과다 임부, 빈혈 임부, 임신중독증 임부, 질환을 가진 임부, 저학력 임부, 20대 미만 임부, 약물 및 알코올 중독 임부, 식이섭취 장애 임부 등이 해당된다.

모임, 어머니 교실 등의 특별 프로그램에 참여하는 일반 임산부이다

(3) 事業 內容

- 姙娠 및 授乳婦 個人別 食餌相談
- 임산부 집단 영양교육: 임산부 모자보건교실 등의 프로그램의 일환으로 연계하여 실시
- 영양상 危險이 있는 임신부의 개별 정기 영양관리
  - 빈혈관리[31)]
  - 체중관리[32)]
  - 혈당관리[33)]
  - 임신중독증 관리
  - 임신전·임신중 禁忌食品, 식습관, 식이섭취의 문제여부 등 식생활 파악
- 기타: 경구피임약 복용상태[34)], 영양제의 과잉복용 등 점검

(4) 事業 評價

- 영양평가 지수(wt/age), 임신전 체중, 임신기간중 체중증가 패턴, 헤모글로빈, 헤마토크리트 평가
- 임신중 영양상태 판정별 프로그램 참여도
- 프로그램 참여 효과(만족도, 건강상태의 개선정도 등)

---

31) 빈혈을 가진 임부는 철분 저장치가 낮은 출생아를 분만하거나 저체중아를 낳을 가능성이 높아진다.

32) 임신부는 신장에 대비한 체중이 표준치보다 90% 미만일 때는 조숙아를 분만할 위험이 높아지며, 표준치보다 20%를 초과할 때는 임신성 당뇨나 고혈압이 발생될 확률이 높아진다. 임신중의 당뇨가 발생했을때 체중관리를 하지 않으면 출산 후 비인슐린 의존성 당뇨로 진전될 수 있다.

33) 혈당이 높은 당뇨병을 가진 임부가 적절한 관리를 하지 않으면 심장질환이나 건강상의 이상이 있는 아이가 출생할 확률이 정상임부에 비하여 3~4배 높아진다.

34) 경구피임제는 비타민 B_6, folacin, 비타민 C의 대사에 영향을 미친다.

(5) 關聯機關(內部 및 外部)

- 보건소 모자보건 서비스
- 보건소내 임상병리실
- 지역내 산부인과 병의원

라) 一般 婦人

(1) 細部 目標

첫째, 家族 및 女性 자신의 건강관리 및 건강증진을 위한 식생활을 지도한다. 둘째, 疾病과 營養管理와의 관계에 대한 교육을 제공한다. 셋째, 食品의 선택에 있어서 표시의 활용방법과 加工食品에 대한 營養情報를 제공한다. 넷째, 일본에서의『식생활개선 추진원』을 원용하여『식생활 개선 연구회』를 모집, 운영한다.

(2) 對象은 어머니 교실 등에 참여하는 一般 婦人이 된다.

(3) 事業 內容

- 家族 食生活 관리
- 疾病(특히 여성에게 중요한 유방암, 자궁암, 골다공증, 빈혈등)과 營養管理에 관한 어머니교실 定期 運營

(4) 事業 評價

- 어머니 영양교실 실시 횟수
- 프로그램 참여도

(5) 關聯機關(內部 및 外部)

- 지역내 부인회, 어머니회
- 관내 가정복지과 및 부인단체

마) 成人病 管理(成人)

(1) 細部 目標

첫째, 一般 成人에게 성인병의 예방과 관리를 위한 식생활 지침과 영양정보를 제공하여 영양지도를 실시한다. 둘째, 건강검진에서 식이지도가 필요한 對象者(고혈압, 당뇨, 고콜레스테롤증, 고지혈증, 비만 등 성인병 증세가 있는 대상과 기타 위장질환, 간장질환 등 식이관리가 필요한 대상자)를 보건소의 특성에 맞추어 중점관리 사항을 선정하여 이에 대한 영양지도 및 식사지침을 제공한다.

(2) 對象

1차 대상은 건강검진 결과 영양상 위험이 있는 예비 성인병 환자 및 성인병 환자이며, 2차 대상은 보건소의 성인건강 프로그램에 참여하는 일반인으로 한다.

(3) 事業 內容

- 식생활 지침 교육(대상 특성별로 개발 필요)
- 성인보건 영양상담(개별)
- 성인병과 영양관리 교육(집단): 비만/심혈관 질환(고혈압, 고지혈증, 고콜레스테롤증)/당뇨병/빈혈/골다공증/식이와 연관된 癌(위암, 간암, 식도암, 유방암, 직장암, 대장암 등)에 대한「成人病 豫防教室」운영을 통해서 영양지도 및 임상적인 지침을 제공하며, 이 대상자에 대한 運動指導, 成人保健 서비스와 연계하여 실시한다.
- 體重管理(비만예방) 프로그램 등
- 慢性病 患者의 食餌療法 相談, 지도: 소화기계 및 간장질환 환자, 당뇨환자, 기타 특이 식이요법이 필요한 환자의 食餌相談 및 指導

- 飮酒 및 吸煙과 영양관리(개별상담 및 집단 교육)
- 低所得層에 대한 영양상태관리

(4) 事業 評價

- 체중 및 BMI 지수 등을 통한 비만 평가
- 혈압, 당뇨, 당대사 異常者의 발현 정도
- 임상검사(혈청 TG, 콜레스테롤, 헤모글로빈, 헤마토크리트)
- 영양 및 건강지수별 위험에 따른 프로그램 참여도
- 프로그램 참여 효과(건강상태의 개선정도 등)
- 식이섭취 패턴 변화

(5) 關聯機關(內部 및 外部)

- 건강검진사업 및 성인보건 서비스
- 진료실
- 임상병리실

바) 老人

(1) 細部 目標

첫째, 健康增進서비스를 이용하는 老人에게 영양진단을 실시하고 이에 따른 영양상담, 지도서비스를 제공한다. 둘째, 一般 老人에게 건강관리와 건강증진을 위한 식생활 지도 및 교육을 제공한다.

(2) 對象

노인보건 서비스에 참여하는 健康한 老人과 건강검진 결과 영양상 危險이 있는 老人이 대상이 된다.

(3) 事業 內容

- 노인영양상담[35]
- 식생활지침 교육(대상 특성별로 개발 필요)
- 「노인 식생활 지도교실」 운영
- 노인정 방문 건강 및 영양관리 지도 교육

(4) 事業 評價

성인병 관리 프로그램에서의 평가와 동일

(5) 關聯機關(內部 및 外部)

- 건강검진사업
- 노인보건 서비스
- 진료실
- 임상병리실

5) 其他 營養 프로그램 運營 例示

- 영양상담실 상설 운영
- 食生活情報센터 運營: 전화상담 등을 통한 영양교육과 정보 제공 서비스
- 관내 각급 보건의료요원, 보건소 직원, 읍면 보건의료인력에 대한 영양교육 및 지식 제공
- 地域營養改善 業務: 주민에 대한 간이 영양조사를 통하여 식생활

35) 특히 노인에서는 치아의 손상, 소화흡수 및 배설기능 감퇴, 신체활동저하, 질병, 경제력 부족, 심리적 요인 등으로 인하여 영양불량이 되기 쉬우며, 성인기의 영양관리에서 중요시되는 만성질환의 예방을 위한 여러가지 식사조절은 노인에게는 그 의미가 훨씬 적은 점이 고려되어야 한다.

의 문제점과 식사형태, 생활형태 파악(지역사회 영양진단), 국민영양조사시 협조 지원

- 自體 營養敎育 資料의 개발과 보급: 비만예방, 염분섭취 등의 교육자료 등

그외 향후 보건소가 관장할 수 있는 영양사업을 들면 아래와 같다.

- 단체급식시설(병원, 학교)의 영양지도, 세미나 개최
- 생활지도사와 연계하여 식생활개선활동 추진(농촌 지역)
- 부모, 보육원 보모, 초등학교 교사를 통한 영양지도 지침 보급
- 低所得層 食生活 중점지도
- 지역내 소규모 급식기관, 복지시설(아동, 장애자, 노인 등)에 대한 식단작성 지원 및 급식 지도

6) 向後 開發이 必要한 部門

첫째, 영양관리프로그램 대상별 서비스 내용에 대한 관리 및 운용방안에 대한 細部 事業計劃 수립이 필요하며, 둘째, 事業書式 및 記錄紙를 開發한다. 셋째, 서비스 및 프로그램별 參與人力과 인력별 직무역할(Job description)의 개발이 필요하다. 넷째는 건강증진사업에서 활용할 다음과 같이 표준화된 營養事業評價表의 개발을 통하여 보건소간의 사업평가와 비교가 가능하도록 사업평가 양식의 개발이 요구된다.

- 食品攝取 頻度表
- 食習慣 診斷表(식사패턴, 식염 섭취 정도 등)
- 체중, 빈혈 등 건강검진 사항(건강진단 평가 결과 활용)
- 성인질환 증세에 따른 식사 평가표

Ⅶ. 結 論

健康增進法의 制定과 地域保健法의 改正으로 保健所를 통한 地域社會營養事業의 새로운 轉機가 마련되었다. 한편 1994년부터 일부 보건소에서 지역의 보건의료관계자와 주민의 요구에 부응하여 示範的으로 營養事業이 導入되고 있으며 그 사업내용과 경험은 다른 一般地域에서도 점차 擴大되고 있다. 이러한 현실에서 保健所를 중심으로 한 우리나라의 地域營養事業 與件을 정리하고 그 바람직한 發展方向에 대하여 연구하여 政策的인 對應方案을 제시할 필요성이 높다.

地方自治團體別로 개별적으로 실시된 示範營養事業은 그동안 기본적인 지역주민의 건강관리를 위한 영역으로 포함되어야 함에도 거의 공백상태에 있었던 營養서비스를 본격적으로 도입하는 전환점이 되고 있으며 지역별로 다양한 종류의 사업을 개발하는데 成果를 거두었다. 여러가지 여건의 어려움 속에서도 소규모나마 사업을 수행하고 있는 시범사업 지역에서의 住民의 認知度와 呼應度는 매우 높아서 保健所에 대한 새로운 要求를 창출해 내고 있다. 또한 이제까지 來所者를 중심으로 소극적으로 이루어져 왔던 보건소의 서비스 전달방식을 확대하여 積極的인 對民活動과 지역내 병원 및 복지부서와의 連繫를 이루었다는 점에서 새로운 接近方法이 모색되었다고 볼 수 있다. 더불어 기존의 보건소의 母子保健事業, 診療業務, 成人病管理事業, 老人保健管理, 訪問保健事業 등에 필수적인 영양적 요소를 가미함으로써 대상자들이 보다 포괄적이고 質 높은 서비스를 받을 수 있도록 하는 데에도 기여하고 있다.

그러나 대부분의 시범사업지역에서 사업담당자인 臨時職 營養士 개

인의 노력에 의존하여 사업이 전개되었기 때문에 사업의 구체적인 計劃과 일정한 投入을 통하여 사업을 施行 評價하고 問題點을 보완하여 發展시키는 틀로 體系化되어 있지 못하기 때문에 사업의 公式化가 어렵고 지방정부나 국가의 지원을 유인할 만큼 구체적이고 객관적인 事業效果를 제시하지는 못하고 있다. 또한 개발된 여러 프로그램들을 보완하여 표준화시키고 보급하고 과학적인 관리 및 평가를 통하여 사업을 발전·정착시키는 데에는 많은 한계점에 부딪히고 있다. 신규인력을 채용해야 하는 부담으로 인하여 사업을 담당할 營養士 人力의 안정적인 확보가 불안정한 상태에서 보건소 營養事業의 計劃, 事業豫算의 확보나 사업의 하드웨어나 소프트웨어인 施設과 근무여건이 구비될 수 없었고 사업의 책임있는 施行에도 制約이 되고 있다.

이와 같이 우리나라 保健所 營養事業 遂行與件을 살펴보면 정책적인 배려가 거의 없어 다음과 같이 지극히 열악한 것으로 요약될 수 있다.

첫째, 대부분의 보건소에 전문인력의 채용이 이루어지지 않고 시범보건소에서도 영양인력을 임시직으로 채용하는 데 머물러 주도적으로 사업을 이끌어 나갈 사업의 主體가 부족하다. 둘째, 보건복지부와 지방자치단체 및 일선보건소에 영양사업을 주도할 책임있는 組織이 없다. 셋째, 보건영양사업을 주도할 전문인력의 敎育訓練課程이 부족하며 대학교육에서도 이 부분의 충족이 미흡하다. 보건영양사업을 위한 기반인 영양프로로램과 관련된 기초자료의 축적이 미비하다. 넷째, 무엇보다도 정책입안자들의 영양사업에 대한 認識의 不足을 들 수 있다.

증가하고 있는 주민의 건강증진 요구와 만성퇴행성질환의 효과적 관리를 위해서는 변화하는 保健醫療環境에 부응할 수 있는 적절하고 효율적인 地域 公共保健 시스템 구축이 필요하며 保健所 營養事業은 주민의 건강관리의 필수적인 부분으로 새로운 시스템 속에서 보건소의 기본적인 사업의 하나로 정착되어야 할 것이다. 이를 위해서는 앞

서 제시된 구체적인 개선방안 이외에도 다음의 전제조건들이 마련되어야 할 것이며 이를 위한 활발한 논의가 중앙의 책입안자, 지역보건행정당국자, 보건의료학계 및 영양학계에서 이루어지고 합의점이 조속히 모색되어야 할 것이다.

첫째, 영양사업의 接近方法 내지 基本 事業計劃의 수립과 추진에 있어서 정책적인 합의가 요구된다. 즉, 국가나 지방정부가 영양사업의 필요성을 인식하고 政策立案과 法制化를 통하여 營養事業을 採擇하여 사업을 정규화, 공식화시켜야 한다.

둘째, 영양사업 擔當人力의 地位 確保와 資質向上問題가 해결되어야 한다. 지역의 보건관리에서 필수적인 영양사업을 수행할 전문인력의 확보가 이제부터 정책적 제도적으로 강구되어야 하는 시점에서 향후 정부기능의 효율화를 위한 정부축소의 영향으로 포기되어서는 안될 것이며 오히려 저렴한 행정비용으로 효과를 볼 수 있는 국민복지사업의 범주에 포함되어 진척되어야 할 것이다.

셋째, 사업의 계획과 수행에 있어서 다른 보건사업과 연계되어 통합적으로 접근하는 영양사업 모델이 채택되어야 한다.

넷째, 도입기에 있는 보건영양사업의 질적관리를 위하여 과학적인 사업의 우선순위 결정방법 개발과 그에 따라 적정한 사업을 선정하는 접근방법이 도입되어야 한다.

다섯째, 標準化된 평가방안이 확립되어야 한다.

外國의 경우 營養事業이 국민의 건강관리와 복지를 위한 필수적인 분야로서 특히 최근에 와서는 의료비의 절감과 의료서비스로서 충족되지 않는 보건대책으로써 그 중요성이 부각되고 있다. 그에 따라 政治的인 意志에 기초한 지속적인 정책적 지원을 통하여 상당한 수준의 보건영양사업 조직과 예산, 인력을 확보하고 있으며 주민의 요구에 맞는 다양한 영양서비스가 보건당국에 의하여 제공되고 있다. 또한

과거보다 영양사업의 보건관리 측면이 강조되어 국민의 건강증진을 위한 각종 영양교육 서비스를 중앙 및 지방정부가 제공하고 있고 동시에 취약계층에 대한 所得의 再分配 效果도 추구하고 있다.

따라서 우리나라에서도 위에서 열거된 바와 같은 획기적인 정책적 지원이 없이는 보건영양사업의 성공은 기대하기 어렵다고 보여지며 改善方案에서 提案한 各種 事業方案 및 영양서비스의 質을 확보하기 위한 구체적인 政策 道具가 受容되어야 할 것이다. 또한 영양사업이 정착되기 위해서는 보건소 조직환경의 정비가 필수적으로 선행되어야 할 것이다. 더불어 지역영양사업을 지원하기 위한 中央部署의 定策意志가 수반되고 關係法令의 지원과 정비도 따라야 할 것이다.

參 考 文 獻

경기도청,『경기도 보건의료심의위원회 간담회 자료』, 1997.

교육부,『교육개혁시안』, 1996.

남정자·김혜련,『지역보건의 정책과제와 활성화 방안』, 한국보건사회연구원, 1996.

농림부,『농가경제통계』, 각 연도.

대한영양사회,『보건소 배치 영양사 교육프로그램 개발을 위한 기초연구』, 1993.

_____,『보건소 영양사 간담회 자료』, 1996.

모수미,「지역사회영양학의 역할 및 필요성」,『지역사회영양학의 역할과 전망』, 대한지역사회영양학회 창립총회 자료집, 1995.

문옥륜,「보건소 영양사업 어떻게 할 것인가(토의자료)」,『우리나라 보건소 영양사업 어떻게 할 것인가』, 한국영양학회·대한영양사회 공동개최 심지포움자료집, 1993.

문현경,『보건소 영양사업을 위한 기초연구』, 1993.

박기준,「국민건강증진법령 시행 1년의 사업성과 평가」,『국민건강증진 사업 평가와 발전방향에 관한 공청회 자료집』, 1996.

백희영,『보건소 배치영양사 교육프로그램 개발을 위한 기초 연구』, 대한영양사회, 1993.

백희영,「노인요양시설의 영양」,『한국 노년·노인병·노화학연합회 학술대회 자료집』, 1994

보건복지부,『국민영양조사보고서』, 각 연도.

서울대학교,「지역의료체계 시범사업단」,『만성퇴행성질환 관리사업 개발』, 1993.

전국 식품영양학과 협의회,『교과과정심의위원회 연구보고서』, 1997.

통계청,『도시가계연보』, 각 연도.

_____,『한국의 사회지표』, 1996.

_____,『장래인구추계』, 1996a.

_____,『1995년 사망원인 통계연보』, 1996b.

_____,『1996년도 사망원인 통계연보 보도자료』, 1997.

한국 식품연구소,『보건소 영양사업 개발을 위한 기초연구』, 1993.

한국농촌경제연구원,『1995년도 식품수급표』, 1996.

廣田才之 外,『公衆營養學』, 公立出版株式會社, 1994.

難波三郎,「日本에 있어서 營養서비스의 最新動向」, 대한영양사회 심포지움자료집, 1994.

鈴本 建, 苦米地孝之助,『公衆營養マニユアル』, 南山堂, 1991.

東京都 東村山 保健所,『事業概要』, 1993.

杉山みち子,「營養教育の 評價に ついて」,『營養·食生活情報』 第7卷 2號, 1993.

西正美,『保健所 概論ノート』, 日本公衆衛生協會, 1991.

日本 厚生省 保健醫療局,『健康增進營養調査課 資料』, 1996.

日本 厚生省,『1995年 國民營養調査』, 1997.

日本 厚生統計協會,『保健と福祉 統計』, 1995.

日本 厚生統計協會,『國民衛生の動向』, 1997.

日本食生活協會,『食生活改善 推進員 教育 テキスト』, 1996.

American Dietetic Association, “ADA Standard of Education a Creditation/ Approval Manual for Deitetic Eduation Programs(Chicago)”, *The American Deitetic Association*, 1988.

Brown J. L., Adams P. A., & Sims L. S., “Comparing Nutrition Programs Conducted by Public Health and Cooperative Exension Personnel”, *J Am diet Assoc*., Vol.90, No.1, 1990.

Christakis G., “Nutritional Assessment in Health Programs”, *American Journal of Public Health*, Part II., Vol.63, 1973.

Dalton S., et al. “Job Satisfaction of Clinical, Community, and Long-Term-Care Dietitians in New York City”, *J. Am. Diet. Assoc*., Vol.93, No.2, 1993.

Drummond M. F., Stoddart G. L., Torrance G. W., *Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes*, New York, Oxford University Press, 1987.

Eileen Peck, ed. *Leadership and Quality Assurance in Ambulatory Health Care:What is the Role of the Public Health Nutritionist?*, Berkeley:University of California, 1978.

Field J. Multisectorak, *Nutrition Planning: A Post-Mortem,* Food Policy, 1987.

Frankle R. T. and Owen A. L., *Nutrition in the Community: The Art of Delivering Services*, 3rd ed., Mosby-Year Book, Inc., 1993.

Freeman R. B., Holmes E. M., *Administration of Public Health Services,* Philadelphia, WB Saunders, 1960.

Institute of Medicine, *The Surgeon Gerneral's Report on Heatlh Promotion and Desease Preverntion by Ad Hoc Advisory Group on Preventive Services*, U.S. Governmert Printing Office, Washginton, D.C., 1979.

Janas, Steven, *Health care Delivery in the United States*, Springer Publishing Company, New York, 1986.

_____, *An Introduction to the U.S.* Health Care Syatem, 1992.

Kaufman, Mildred, *Nutrition in Public Health: A Handbook for Developing Programs and Services*, Aspen Publishers, Inc., 1990.

_____, *Personnel in Public Health Nutrition for the 1980s*, ASTHO Foundation, 1982.

_____, "Preparing Public Health Nutritinists to Meet the Future", *J. Am. Diet. Assoc.*, Vol.86, 1986.

_____, *Preliminary Report of Biennial Survey of State Activities, 1989 in Moving Toward the 21st Century: Empowering Nutritionists for Leadership in Public Health*, Nutrition Sercvices in State and Local Public Health Agencies, 1989.

_____, *Nutrition in Public Health*, An Aspen Publication, Rockville, 1990.

_____, *Personnel in Public Health Nutrition for 1990s*, Washington, D. C., The Public Health Foundation, 1991.

Lynn M. B., Fruin M. F., "Management Activities in Community Dietetics Practice", *J. Am. Diet. Assoc.*, Vol.89, No.3, 1989.

Matsumoto M., "Recent Trends in Domestic Food Programs", *National Food Review*, Vol.13, No.2, 1990.

McGinnis J. M., Foeg W. H., “Actual Causes of Death in the United States”, *JAMA*, Vol.270, No.18, 1993.

Miller C., Merry-K, Arden & Moos, “Local Health Department”, *American Public Health Association*, 1981.

Owen A. L., “Increasing Our Impact Through Building Partnerships and Collaborations”, Speech to the Building Partnerships Workshop at the University of Minnesota Heart Health Program, 1987.

_____, Splett P. L., Roth-Yousy L., *Organizing Nutrition Services in Nutrition in the Community: The Art of Delivering Services*, Mosby, St. Louis, 1993.

Patton M. Q., *Utilization-Focused Evaluation*, 2nd ed., Sage Publications, Newbury Park, 1986.

Pelletier D. L., *Nutrition Information to Action: Some Recent Improvements in Theory and Practical Implications for CBNM, Presented at the Lessons Learned Workshop for the New York State Community-Based Nutrition Monitoring Project*, Ithaca, NY, 1994.

Posner B. M., et al., “Nutrition and Health Risks in the Elderly : The Nutrition Screening Initiative”, *Am. J. Public Health*, Vol.83, 1993.

Sanders, “Presented at the Managing Successful Nutrition Programmes”, *A Report Based on ACC/SCN Workshop at the 14th IUNS International Congress on Nutrition*, *Seoul Korea*, 1989.

Sims L. S., “Identification and Evaluation of Competencies of Public Health Nutritionists”, *Am J Public Health*, Vol.69, 1979.

Sims L. S., et al., “The Effectiveness of Nutrition Education and Implications for Nutrition Education Policy, Programs and Research: A Review of Research”, *Journal of Nutrition Education*, Vol.27, No.6, 1995.

Terry R. D., *Introductory Community Nutrition*, Wim C. Brown Publishers, 1993.

UNICEF, *Towards an Improved Strategy for Nutritional Surveillance*, UNIVCEF New York, 1992.

USDA, *Food Assistance Programs*(of U.S. Food, Nutrition & Consumer Service), 1997.

U.S. DHHS, *The Surgeon General's Report on Nutrition and Health*, U.S. Governmert Printing Office, Washginton, D. C., 1988.

WHO, *Methodoligy of Nutritional Surveillance*, Report of a Joint FAO/ UNICEF/WHO Expert Committee, 1976.

____, *Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases*, Technical Report Series 797, 1990.

____, *1985 The Work of WHO in the European Region*, WHO Regional Office for Europe, Cophenhagen, 1986.

____, *Alma-Ata 1978 Report of the International Conference on Primary Health Care*, WHO Geneva, 1978.

World Bank, *World Development Report: Investing in Health*, 1993.

Wright H. S., Sims L. S., *Community Nutrition: People, Policies, and Programs*, 1981.