우리나라 국민의 영양문제 분석 및 정책제언

Analysis of Korea's Nutritional Problems

정 기 혜 한국보건사회연구원 연구위원

우리나라 영양문제는 전반적으로 두 가지로 요약할 수 있다. 첫째는 영양에 관한 올바른 인식 미정립으로 인한 보식, 보양식의 다섭취이며, 둘째는 전반적인 영양섭취상태는 양호하나 일부 계층의 영양결핍과 영양취약계층의 영양소별 섭취불량이 나타나고 있다는 것이다.
생애주기별로 보면 노인층의 열량섭취를 제외한 다른 영양섭취가 불량하고, 질환별로는 전체 질환자의 모든 영양섭취가 영양권장량의 75% 수준에 머물고 있으며, 여성들의 칼슘, 철분부족은 여전하다.
이를 해결하기 위하여 국가 영양사업에 관한 관심 및 인식증대, 중장기 발전계획 수립, 교육 및 홍보 강화, 그리고 영양관리심의위원회(가칭) 설치등이 필요하다.

1. 들어가며

경제 및 사회수준이 발전할수록 전반적인 삶의 질 수준의 제고가 요구되고, 삶의 질 향상을 위해서는 국가차원의 내실있는 문제인식 및 해결을 위한 정책적인 노력과 관심이 필요하다.

우리나라 국민들의 영양상태는 선진국과 후진국에서 나타나는 문제를 동시에 보이고 있다. 과거에는 열량 등 절대 섭취량 부족으로 인한 영양결핍(under nutrition)이 주요 문제였으나 현재는 전반적인 영양과잉(over nutrition)과 더불어 일부 영양취약계층의 영양결핍 및 특정 영양소의 섭취결핍 등 영양결핍과 영양과잉이 공존하는 영양불량(mal nutrition)상태를 나타나고 있다.

특히, 최근에 증가하는 영양과잉에 의한 만성질환의 예방차원에서 영양정책의 중요성이 지적되고 있다. 즉, 20세기 중엽까지만 해도 사망의 주된원인은 결핵, 폐렴과 같은 감염성 질병과 함께 영양결핍에 의한 질병이 대부분이었으나, 21세기에 접어들면서는 영양결핍 뿐 아니라 영양과잉과 일부 영양소의 불균형 섭취에 의한 건강문제가 주요 문제로 대두되고 있다. 그 외에 영양소와 신체상태, 환경, 유전 등의 요소와 상관관계에 의해 생기는 건강문제도 존재하게 된다.

우리나라처럼 급속한 발전도상에 있는 국가에서는 국민의 개인별 경제수준 및 빈부의 격차도 커지고 이에 따른 식생활도 다양해진다. 따라서 다양한 생활환경에서 초래되는 질병의 유형, 식생활 형태 및 영양문제도 다양한 성격을 띠게 되므로 해결방안의 모색에도 대상에 따라 다른 접근방법이 필요하다고 할 수 있고, 우선적으로 문제해결을 위한 강한 국가적 의지가 필요하다.

이미 미국에서는 비만을 치료하기 위해 국가적인 관심과 지침을 발표한 바 있으며, 우리나라 일부 학교에서도 비만관리 프로그램을 도입, 수행하고 있는 바 이는 영양문제가 단순히 개인차원의 문제가 아니라 국가차원의 문제임을 깊이 인식하고 있음이라 하겠다.

본 고에서는 이런 국가 영양사업의 중요성을 인식하고, 활성화하기 위하여 국가 영양사업이 처해 있는 환경적 변화와 현재 우리나라 국민들의 영양문제에 관한 분석 및 이를 개선하기 위한 정책적 제언을 개진하고자 한다.

2. 환경변화

1) 인구의 고령화

인구구조의 고령화는 고혈압을 위시하여 순환기계 질환, 당뇨병, 암 등 만성퇴행성질환의 발병률을 증가시켜 국가 영양관리의 중요성을 일깨워준다.

<표 1>에서는 2000년 이후 2030년까지 우리나라 인구구조를 전망한 결과가 제시되어 있다.

65세 이상 노인 인구비가 2000년 총 인구대비 7.2%로 이미 고령화 사회로 진입하고 있는데, 2030년에는 노인 인구비가 23.1%로 급격히 증가하여 초고령화 사회가 될 것이며, 이에 따른 의료비 증가, 사회 경제인구의 감소에 따른 노인복지 재원 감소, 노인 저소득층의 건강 및 영양관리 등 여러 사회문제가 야기될 것으로 전망된

표 1. 65세 이상 노인인구수 및 구성비 전망

(단위: 천명, %)

구 분	총인구	65세 이상 인구	구성비
2000	47,008	3,395	7.2
2005	48,461	4,366	9.0
2010	49,594	5,302	10.7
2020	50,650	7,667	15.1
2025	50,649	9,689	19.1
2030	50,296	11,604	23.1

자료: 통계청(2001. 12), 『장래인구추계 2000~2050』.

다. 국가 영양관리 차원에서도 노인 영양문제가 지금보다 훨씬 비중있는 정책적 사안이 될 것이며, 점진적인 대책마련이 필요하다[1].

2) 영양섭취량의 변화

국민영양조사에 근거하여 1970년대 이후 2001년까지 연대별로 우리나라 국민 1인의 1일 평균 영양 섭취량이 <표 2>에 제시되어 있다.

1970년대 2,150㎉에서 점차 감소하여 1995년 1,839㎉로 최저치를 보이다가 1998년 1,985㎉, 2001년 1,976㎉로 증가추세를 보이고 있다.

영양소별 열량구성비를 보면 단백질 구성비는 12.0%에서 16.7%로 상승세를 보이고 있고, 지방도 7.2%에서 19.0%까지 급격한 증가추세를 보이고 있다. 지방에서 섭취하는 열량의 비율이 전체 섭취 열량의 20%를 초과하지 않고 있어 전체적으로 열량영양소의 구성비는 바람직한 것으로 보이나 의료계 일부에서는 급격한 지방섭취 증가세가 만성퇴행성질환의 증가요인이 될 수 있다고 한다.

3) 식생활 행태의 변화

외식비의 증가는 대체로 영양섭취상 총 열량과 더불어 지방, 나트륨 등 특정영양소의 과잉섭취를 초래할 수 있어 바람직한 현상이라고 할 수는 없다.

<표 3>에 연도별 외식비 변화 추이가 분석되어있다. 우리나라 가구의 연간 외식비는 1975년 5천 9백원에서 2002년 21만 2천 7백원으로 36.1배 증가하였는데, 총 식료품비가 동기간에 2.8배, 가공식품비는 1.7배 상승한 것에 비하면 매우 급격한 증가세를 보이고 있다. 외식의 증가는 경제수준의 발전에도 기인하지만 주로 맞벌이, 핵가족 등 사회구조의 변화에 의한 현상으로 향후 국가

표 2. 1인 1일 식품섭취량을 통한 열량구성비(PFC Ratio)의 추이

구 분	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1998	2001
총 에너지 섭취량(㎉)	2,150	1,926	2,052	1,936	1,868	1,839	1,985	1,976
3대 영양소의 열량구성비(%)								
- 단 백 질	12.0	12.5	13.1	15.4	16.9	16.1	15.0	16.7
- 지 방	7.2	9.5	9.6	13.7	13.9	19.1	19.0	9.7
- 탄수화물	80.8	78.0	77.3	70.9	69.2	64.8	66.0	73.6

자료: 1) 보건복지부(1997), 『1995년 국민영양조사 보고』.
2) 보건복지부(1999), 『1998년 국민건강 · 영양조사보고서 영양조사부문』.
3) 보건복지부(2002), 『2001년 국민건강 · 영양조사보고서 영양조사부문』.

1) UN에 의하면 65세 인구가 전체 인구의 7.0% 이상일 때 고령화 사회에 진입한 것으로 보고 있음.

표 3. 도시가계 월평균 가공식품비 및 외식비 지출추이

(단위: 천원, %)

구 분	총 식료품비	가공식품비[1]	외식비
1975	168.5	162.6	5.9
1980	208.8	196.7	12.1
1985	227.9	205.9	22.0
1990	307.2	236.9	70.3
1995	364.1	248.4	115.7
1999	341.7	213.7	128.0
2000	444.0	258.3	185.7
2001	463.4	262.5	200.9
2002	481.3	268.6	212.7
2002년/1975년	2.8	1.7	36.1

주: 1) 가공식품은 외식비를 제외한 곡류 등 가공품, 육류가공품, 어패류가공품, 채소 및 해조가공품, 빵 및 과자, 차와 음료, 주류를 포함.
자료: 통계청, 『도시가계연보』, 각 연도.

영양관리 정책 수립 시에 외식에 관한 정책적 대안이 반드시 고려되어야겠다.

3. 현황 및 문제점

1) 일반적 현황 및 문제점

<표 4>에는 우리나라 국민들의 현 영양섭취 현황 및 문제점이 제시되어 있다.

우리나라 영양문제는 크게 두 가지로 정리할 수 있는데, 첫째는 영양에 관한 잘못된 인식이 팽배해 있음이고, 둘째는 전반적인 영양섭취상태는 양호하나 일부 계층의 영양결핍과 영양취약계층의 영양소별 섭취불량이 나타나고 있다는 것이다.

즉, 우리나라 국민들은 식품안전이 인증되지 않은 보약, 보양식을 맹신, 다섭취하고 있으며, 일부 식품에 관한 유행적 섭취증대 등이 나타나고 있다. 또한 영양결핍과 영양과잉에 의한 문제가 동시에 나타나고 있는데, 결식아동 등 일부계층의 영양불량과 영양과잉계층의 만성질환 다발, 소아비만 증가 등이 그것이다.

2) 생애주기별 현황 및 문제점

인간의 출생 후 사망까지의 생애에 특징적인 주기에 따라 생리적 특징이 있고 영양요구가 다르다. 출생 후 1년간 성장속도가 빠르고 그 이후에는 점차적으로 성장속도가 감소하다가 사춘기에 들어 급격한 성장이 이루어지므로 이 기간에

표 4. 우리나라 국민들의 영양 섭취 현황 및 문제점

구 분	현 황	문 제 점
영양에 관한 잘못된 인식[1]	보약 · 보식의 집착	- 부정확한 정보를 통한 보약 · 보식의 집착 • 식생활 향상 비용의 낭비 • 특정 식품 과장 및 왜곡의 부작용
영양불균형	영양결핍과 영양과잉이 공존	- 만성 퇴행성 질병의 유발 - 비타민과 무기질 섭취의 불균형 - 지역에 따른 영양 부족 • 낙후지역(농촌, 산간, 도시영세지역등)은 체중부족 및 발육부진이 나타남 - 영양과잉에 따른 건강문제 • 전 연령군의 비만 인구증가 • 지방, 콜레스테롤 및 나트륨의 과잉섭취
일부 영양소 섭취 부족[2]	평균 영양 권장량 대비 영양소 섭취 취약집단	- 영양 취약 집단 • 성장기 어린이, 노인, 임신부, 수유부, 갱년기 여성, 도시 빈민층(칼슘/비타민/무기질)

자료: 보건복지부(2001), 『국민건강 · 영양조사』

에너지의 섭취증가뿐만 아니라, 특히 단백질과 칼슘에 대한 요구가 많아지고, 성인기에는 이미 형성된 조직의 유지가 필요하며 생애주기별 생리적 요구에 적합한 영양소의 균형 있는 섭취가 중요하다. 노년기에는 에너지의 요구량은 성인기에 비해 감소하지만 단백질과 칼슘, 무기질, 비타민과 같은 미량영양소들의 요구량은 에너지의 요구량처럼 감소하지 않기 때문에 충분한 섭취가 필요하다.

가장 최근 조사인 2001년 국민건강영양조사에 의거하여 생애주기별로 우리나라 국민들의 영양관리 현황과 그에 따른 영양문제를 정리한 결과가 <표 5>에 제시되어 있다[2].

3) 질환별 현황 및 문제점

우리나라 질환자의 영양소 섭취량이 정상인에 비해 낮았으며, 각 영양소 권장량의 75% 미만으로 섭취한 사람의 비율이 질환자에서 높게 나타났으며, 대부분 식품의 주당 섭취횟수도 낮았다.

이러한 경향은 나이가 들수록 심화되었으며, 여성환자가 남성환자보다 섭취상태가 저조하였다. 그러므로 노령층과 여자 질환자의 식이섭취를 증진시킬 수 있는 대안이 필요하다.

가장 최근 조사자료인 2001년 국민건강영양조사에 의거하여 <표 6>에는 질환별 영양섭취 현황과 문제점이 제시되어 있다.

2) 2001년 실시된 국민건강영양조사는 국민건강조사와 영양조사가 합쳐져 1998년 제1차 조사가 이루어진 후 제2차 조사로 가장 최근에 실시된 조사이며, 제3차 조사는 2004년 현재 실시 중에 있음.

표 5. 생애주기별 영양관리 현황과 문제점

구 분		현 황	문제점
대상자	내 역		
임신부[1]	전체 임신부의 칼슘 섭취	- 칼슘 섭취량 부족	- 칼슘 섭취량이 권장량의 50% 수준에 머무름
	도시지역 임신부의 영양섭취	- 빈곤지역 제외하고 도시지역 임신부가 농촌보다 높음	- 농촌 및 도시 빈곤지역의 임신부 영양 섭취가 부족함
	사회경제적 수준이 높은 임신부 영양섭취	- 높은 영양 및 식품 섭취 • 단백질, 철, 칼슘섭취량이 권장량 상회 • 영양보충제 복용률 높음	- 높은 영양 및 식품(영양보충제) 섭취에 기인한 영양과잉
수유부[1]	칼슘 섭취량	- 권장량의 63% 수준 (1986 ~ 1987년 서울지역 수유부 대상)	
	에너지 섭취량	- 권장량의 67% 수준 (1989년 서울 일부 수유부 대상)	
	단백질 섭취량	- 권장량의 75 ~ 90% 수준 (1989년 서울 일부 수유부 대상)	
영유아기[1]	이유 실태 (1999년 조사)	- 이유 시기 • 이유 시작시기는 평균 5.6개월이며, 조사대상자의 반 이상이 11 ~ 13개월에 이유 완료 - 시판 이유 보충식이 사용률 • 도시 대상자의 거의 100%가 사용 • 농촌의 70%가 사용	- 시판이유 보충식의 의존도 • 도시지역에서의 모성이유 실천의지 절대 부족 • 농촌지역의 모성이유 실천의지 부족의 증가
	에너지섭취량	- 제7차 개정의영아권장량(500kcal/일) 기준 • 모유영양아 에너지 섭취량은 비슷함 • 인공영양아 에너지 섭취량은 권장량 보다 월등히 높음	- 시판이유 보충식을 통한 인공영양아 에너지 섭취량이 권장량보다 월등히 높음에 기인한 건강문제의 우려
	영양 관련 문제의 분류 (질병 포함)	- 선천성 대사 장애, 유아 비만, 우유병 치아우식증, 감염성질환, 복통	
학령전기 아동[1]	영양 섭취	- 농촌과 도시의 학령전 아동 • 단백질, 지방, 칼슘등의 섭취량 증가	- 도시 대비 농촌의 학령전 아동 • 단백질, 칼슘, 철분, 비타민A 부족이 현저함
	영양 관련 문제의 분류	- 비만, 영양불량, 충치, 식품알레르기, 과행동증	
학령기 아동[1]	영양 섭취	- 도시 학령기 아동은 거의 모든 영양소 섭취가 권장량 상회	- 농촌 학령기 아동은 나이아신, 비타민C 및 비타민 B를 제외한 영양소 섭취가 권장량에 미달
	영양 관련 문제의 분류	- 비만, 빈혈, 영양불량	

<표 5> 계속

구 분			현 황	문제점
대상자	내 역			
사춘기[2]	영양 섭취	12 ~ 15세	- 농촌 여학생 • 단백질, 철분의 섭취는 권장량 충족 - 도시 여학생 • 칼슘과 철분을 제외한 다른 영양소 섭취는 충분	- 농촌 여학생 • 칼슘 섭취량이 매우 부족 - 도시 여학생 • 칼슘과 철분의 섭취량 부족
		16 ~ 19세	- 농촌 여고생 • 열량, 칼슘, 철분, 나이아신제외한 나머지 양양소 섭취 양호 - 도시 여고생 • 비타민A, 나이아신 섭취가 양호	- 농촌 여고생 • 열량, 칼슘, 철분, 나이아신섭취 부족 - 도시 여고생 • 비타민A, 나이아신 제외한 나머지 영양소 섭취 부족
	영양 문제	질병 포함	- 비만, 빈혈, 거식증, 폭식증	
성인[3]	여 성	비만 여성	- 1992년 제주지역 성인 여성 • 40 ~ 50대 탄수화물과 열량섭취 많음 - 35세 이상의 중년 성인 남녀 • 여성 비만자의 상체형 비만	- 35세 이상의 중년 성인 남녀 • 체지방의 복부 축적형 여성 비만자가 성인병 위험요인 가짐
		영양문제	- 여성체중 증가	- 여성 체중 증가에 따른 비만 등의 질병 발생
		질병	- 골다공증, 관상심장질환, 인슐린 비의존형 당뇨병, 유방암	
	남성 및 여성	질병	- 비만증 - 심장혈액순환기 계통 • 고혈압, 동맥경화증, 당뇨병, 암	- 비만증 및 심장혈액순환기 계통의 환자군 증가
노년기[3]	단백질	골다공증	- 고단백 식사로 칼슘배설 촉진하여 골다공증 악화	- 고단백으로 식사하는 노인군의 골다공증 발병
	지질	동맥 경화증	- 과다 동물성 식품을 먹는 중고령자군의 과잉 콜레스테롤 섭취	- 중고령자군의 과잉 콜레스테롤 섭취에 기인한 동맥경화증 발병
	염분	고혈압	- 고질화된 과잉염분 섭취의 식습관	- 고질화된 과잉염분 섭취 식습에 기인한 고혈압 발병
	칼슘	골다공증	- 여성노인의 칼슘부족에 기인한 골다공증 발병확률이 높음	- 칼슘부족에 기인한 여성노인의 골다공증 발병

자료: 1) 김숙희 외(2001), 『가족 영양학』.
2) 한국영양학회(1999), 『한국영양자료집』
3) 보건복지부(2001), 『국민건강영양조사』

표 6. 질환별 영양 섭취 현황과 문제점

구 분	현 황	문제점
관절염	- 전체 관절염 환자 • 모든 영양소의 섭취가 정상인 보다 낮음. - 여성 관절염 환자 • 모든 영양소의 섭취가 남자환자에 비하여 낮음.	- 전체 관절염 환자 • 지방, 칼슘, 비타민A, 리보플라빈의 섭취량 낮음. - 여성 간절염 환자 • 열량 섭취량이 RDA의 88%에 불과 • 모든 영양소의 섭취가 남자 환자에 비하여 낮음.
위염/ 소화성 궤양	남녀 환자의 영양소 섭취 상황은 정상인과 큰 차이 없음	- 남자는 정상인보다 칼슘과 리보플라빈이 더 낮음. - 여자는 정상인보다 지방, 비타민A, 리보플라빈이 상당히 낮음.
만성 간질환	영양소 섭취상태는 정상인과 비교시 양호	- 65세 이상의 환자 • 정상군과 비교시 열량과 비타민 섭취 비율이 저조함.
당뇨병	남녀 모두가 정상인에 비해 열량섭취량이 다소 낮음	- 여성 환자 • 정상인보다 칼슘, 비타민A, 리보플라빈의섭취비율이 상당히 낮음.
고혈압	남녀 모두가 열량과 각 영양소 및 지방 섭취량이 낮음.	- 여성과 65세 이상 노인 • 정상인보다 각 영양소 섭취비율이 특히 낮음.
치아 우식증	영양소 섭취량은 정상인과 비교하여 차이 없음.	- 65세 이상 노인군 • 정상노인과 비교하여 비타민A 섭취비율이 낮음.

자료: 보건복지부(2001), 『국민건강영양조사』

4. 정책제언

국민의 예방적 건강증진을 위해서는 무엇보다도 균형잡힌 식생활이 우선되어야 하는데 영양균형에 관한 의식이 전반적으로 부족하여 국가 영양사업이 활발히 진행되지 못하고 있어 개선이 필요한 바 첫째, 국가 영양사업의 중요성 인식을 위한 교육, 홍보사업의 강화가 우선적으로 필요하다.

둘째, 국민 영양교육 강화를 위한 기반 조성으로 현재 실시되고 있는 『국민건강영양조사』의 조사항목, 조사대상 등을 확대 · 개편하여, 우리나라 국가 영양관리에 관한 총괄적인 기초 자료를 제공할 수 있는 명실상부한 조사가 되도록 한다.

셋째, 생애주기별 영양취약계층의 영양문제를 해결하기 위하여 지속적인 영양평가가 과학적 근거 하에 실시되어야 하며 지적된 영양문제를 해결하기 위해서는 대상층별 적정한 영양권장량 설정 등 관련 정책의 지속적 보완이 역시 추진되어야 할 것이다.

넷째, 영양평가에 의한 영양문제 도출, 문제해결을 위한 국가적 전략수립 및 집행, 현장과 대

상층별 중심의 전략 수립 및 수행, 추후관리 등의 연속성있는 단계별 영양문제 해결체계가 구축되어야 한다.

마지막으로 영양문제에 관한 집중적인 검토 및 정책수립을 위하여 영양관리심의위원회(가칭) 설치가 필요한데 이는 현재 식품위생심의위원회에 한 분과위원회로 설치되어 있는 영양분과위를 확대 · 개편하여 영양관리심의위원회(가칭)를 독립적으로 설치하여 사업의 중요성 제시, 활발한 정책수립 및 연구수행 등을 담당토록 한다. 이 위원회의 설치 근거법령은 현행 『식품위생법』을 개정하여 규정하여도 좋고, 『국민건강증진법』에 새로운 조항으로 신설하여도 좋을 것이다.