

국내 보건복지동향

보건복지부 2015년 11월 보도자료 중 주요 내용을 발췌한 것임.

■ ■ ■ 보건복지부 신약연구개발(R&D) 지원으로, 한미약품 국내 최대규모 기술이전 등 글로벌진출!

- 최근 3년간('13~'15.11월) 해외 기술수출 총 22건, 기술료 총 6조 5천억원 규모 -

□ 보건복지부(장관 정진엽)의 신약연구개발사업(R&D) 지원을 통해 개발된 국내 제약사들의 신약(신약 후보물질)이 해외에서도 기술력과 시장가치를 인정받아 대규모 기술이전 실적이 지속적으로 발생하고 있다.

□ 복지부는 신약개발 전(全)단계에 걸쳐 부처간 칸막이를 제거하고, 우수한 프로젝트를 발굴·지원하기 위해 3개부처(복지부, 미래부, 산업부)가 공동으로 투자한 (재)법부처신약개발사업단(이하 사업단)을 운영하고 있으며,

○ 최근, 2012년 7월부터 3년여 간 사업단의 지원을 받아 임상 2상 연구를 수행한 한미약품(주)의 차세대 당뇨병 치료제 HM11260C 글로벌 임상 및 제품화 연구과제가 사노피社로 기술이전 되었다.

□ 본 기술이전에 따라 한미약품은 사노피로부터 초기 계약금 약 5000억 원과 임상개발, 허가, 상업화에 따른 단계별 마일스톤(milestone)으로 약 4조 5000억 원을 받게 되어, 국내 최대 규모의 기술이전 성과로 이어지게 되었다.

※ 마일스톤 : 임상개발단계별 성공 시 받게되는 정액 기술료

- 이로써 사업단은 출범 이후 총 14건의 기술이전(해외 기술이전 5건)을 달성하였으며, 이에 따른 정액 기술료 합계만 약 5조원 규모에 달한다.
- 그동안 복지부는 바이오헬스산업 육성을 위해 신약연구개발사업을 적극 지원해왔으며, 이를 통해 개발된 신약 및 신약후보물질로써의 해외 기술수출 사례는 사업단 성과를 포함하여 총 22건('13.1월~'15.11월 기준),
 - 이에 따른 기술료 수입은 계약금과 마일스톤을 포함해 최대 6조 5천억원 규모(계약당시 환율 적용)에 이르는 등 연구개발 투자에 따른 기술이전 성과와 신약개발 성공이 점차 가속화되고 있다.
- 제약산업은 기술우위에 따른 독점력이 강하고 부가가치가 매우 높은 사업이지만 신약개발에 평균 15년의 긴 개발기간이 소요되고 실패율이 높아, 이러한 점을 감안할 때 복지부 지원사업의 기술이전 성과는 매우 우수한 수준이라고 볼 수 있다.
 - 기술이전계약 등 기술사업화 성과가 확대되면 연구개발 경험 축적과 이에 따른 국내신약개발 역량 강화로 이어질 뿐만 아니라,
 - 기술료 수입을 통한 신약개발 재투자로의 지속적 선순환구조가 형성되어 연구개발 성과가 급속히 확산될 수 있다는 점에서 매우 중요하다.
- 복지부 관계자는 “신약개발 R&D 성과를 지속적으로 창출하기 위해, 기존 신약개발 사업의 영세성, 연구단계별 연계부족 및 기술개발 병목 발생의 문제 해결이 중요하며, 범부처신약개발사업과 같이 관계부처 간 장벽을 해소하고 정보교류 및 성과 연계를 확대하여, 신약개발 R&D 투자효율성을 높일 수 있도록 노력하겠다.”고 밝혔다.

참고		복지부 지원과제 해외기술이전 현황					
연번	업체명	계약일	제품(물질)명	적응증	상대국/기술수출사	복지부 지원기간	지원금액
1	㈜보령 제약	'13. 1월	카나브정	고혈압	러시아/ 알팜(R-Pharm)社	(1차) '00.06~'04.04 (2차) '05.05~'09.03	(1차) 9억원 (2차) 21억원
2		'13. 7월	카나브정	고혈압	멕시코/Stendhal社		
3		'14. 1월	카나브정	고혈압	중국/글로리아社		
4		'15. 6월	카나브정	고혈압	인도네시아, 태국, 필리핀 등 동남아 13개국		

5	(주)안국 약품	'13. 6월	시네츄라 시럽	기관지염	미국/Gravity Bio社	(1차) '08.05~'10.03 (2차) '10.05~'11.03	(1차)4억원 (2차)1억원
6	(주)일양 약품	'13. 9월	놀텍정	위궤양	UAE/라이프파마	(1차) '98.10~'01.04 (2차) '01.05~'05.05	(1차) 8억원 (2차)13억원
7		'14. 2월	놀텍정	위궤양	터키/ ABDI IBRAHIM社		
8		'13.10월	슈펙트	백혈병	중국/양주일양제약	(1차) '06.05~'08.03 (2차) '08.11~'12.10	(1차) 6억원 (2차)37억원
9		'14. 3월	슈펙트	백혈병	터키/ ABDI IBRAHIM社		
10		'14. 5월	슈펙트	백혈병	러시아/ 알팜(R-Pharm)社		
11	(주)제넥신	'14. 6월	GX-188E	자궁 경부전암	중국/BioSciKin	'12.12~'14.10	8억원
12	(주)한미약품 (항암신약 개발사업단)	'14. 8월	포지오티닙 (Pozitotinib, HM 781-36B)	폐암	중국/루예제약	'12.05~현재	37억원
13		'15. 2월	포지오티닙 (Pozitotinib HM 781-36B)	폐암	미국/스펙트럼 파마수티컬즈		
14	(주)한미 약품	'15. 3월	HM71224	류마티스 관절염	미국/ 일라이 릴리社	'10.12~'12.10	8억원
15	(주)제넥신	'15. 6월	GX-17	자궁 경부암	미국/ NeolmmuneTech-NIT	'12.12~'15.08	13.16억원
16	(주)동아제약	'15. 7월	DA-1229	당뇨	러시아, 우크라이나, 카자흐스탄	'08.05~'10.03	10.08억원
17	(주)제넥신	'15.10월	GX-G6	당뇨	중국/Tasgen	'14.06~'16.05	13.85억원
18	큐리언트 (범부처신약 개발사업단)	'14. 1월	Q203	다제내성 결핵	러시아/Infected	'13.05~'14.12	8억원
19	파맙신 (범부처신약 개발사업단)	'14.10월	tanibirumab	뇌암	중국/ Shenyang Sunshine Pharmaceutical	'13.1~'14.12	18억원
20	(주)제넥신 (범부처신약 개발사업단)	'15.10월	GX-H9	인성장 호르몬	중국/Tasgen	(1차) '13.11~'14.06 (2차) '15.07~'17.06	(1차) 8억원 (2차)12억원
21	CJ헬스케어 (범부처신약 개발사업단)	'15.10월	CJ-12420	위산분비 억제	중국/Luoxin	'14.07~'17.06	29억원
22	한미약품 (범부처신약 개발사업단)	'15.11월	HM11260C	당뇨	프랑스/사노피	'12.07~'15.10	78억원
소계							215.09억원

■ ■ ■ 중증응급환자 생존을 향상을 위해 응급의료체계 개편

- 전국 어디서나 1시간 이내 도달 가능하도록 권역응급센터 21개소 연내 추가 선정 -
- 권역응급센터 20 → 41개소로 확대하고, 응급수가로 연간 1300억원 투입 -

□ 보건복지부(장관 정진엽)는 중증응급환자가 전문인력이 없거나 병실이 없어서 여러 병원을 전전하다 골든타임을 놓치는 일이 없도록 응급의료체계를 중증응급환자 중심으로 개편한다고 밝혔다.

○ 연간 17만명의 중증응급환자가 처음 방문한 병원에서 진료받지 못해 이송되고 있으며, 그 중 5천명은 3개소 이상의 병원을 전전하는 것으로 나타났다.

○ 중증응급환자가 여러 병원을 전전하는 이유는 중환자실 부족과 심야시간 수술팀 부재 등 응급진료 인프라의 부족 때문이며,

- 여러 병원을 전전하는 경우 응급수술까지 시간은 2.5시간 지연되고 중증도 보정 사망률은 4배까지 증가하게 된다.

□ 우선 24시간 중증응급환자를 치료할 수 있는 시설·인력·장비를 갖춘 “권역응급센터”를 현행 20개소에서 향후 41개소까지 확대한다.

○ 현재는 “권역”의 개념이 행정구역(16개 시도)에 따라 인위적으로 나뉘어 있으나, 이를 생활권 중심의 29개 권역으로 개편된다.

- 지역별 응급환자의 병원이용, 인구수, 도달시간 등을 고려하여 응급의료 권역을 정하게 된다. 농어촌 취약지에서도 1시간내 권역응급센터에 도달할 수 있도록 하고, 환자가 많은 대도시 지역은 수용능력을 고려해 복수의 권역응급센터를 확보할 계획이다.

응급의료 권역 개편방안 및 추가 선정 계획



- 또한, 권역응급의료센터의 시설·장비·인력기준이 개정되어 중증응급환자 수용능력이 강화된다.
 - 권역응급의료센터 응급실에는 24시간 응급의학전문의가 상주하여 중증응급환자는 전문의가 직접 진료하며, 응급실 내에서도 중환자실 수준의 환자 모니터링과 간호서비스가 제공된다.
 - 중환자실 병상이나 수술팀이 없어 중증응급환자가 여러 병원을 떠돌지 않도록 응급중환자실 병상을 확충하고 10개 주요 진료과의 당직수술팀도 24시간 가동된다.
 - 또한 응급실에서의 감염병 확산을 방지하기 위해 감염의심환자는 입구에서부터 선별하고 일반환자와 격리하여 진료하게 된다.
 - 이를 위해 격리병상도 최소 5병상 이상 확보하도록 할 계획이다.

〈 권역응급의료센터 지정기준 개정안 〉

구분	현행 권역센터 기준	개정된 권역센터 기준
응급의학 전문의	○ 응급의학전문의 2~4인	○ 응급의학전문의 5인 이상 - 환자 1만명당 1인추가
간호인력	○ 15인 이상	○ 25인 이상 - 환자 5천명당 3인추가
중증응급환자 진료시설	-	○ 응급실 내 중환자구역 분리
감염병환자 격리시설	-	○ 1인 격리병상 5병상 확보 - 음압 2, 일반격리 3
응급 중환자실	○ 20 병상	○ 20 병상 + a

- 권역응급센터 응급실에 충분한 전문의와 간호사를 배치하고 응급중환자실과 야간 수술팀을 가동하기 위한 비용을 응급의료 수가를 개선하여 보전할 계획이다.
 - '16년부터 연간 1300억원의 건강보험 재정을 권역응급센터 중심으로 응급의료에 추가 투입하되,
 - 실질적인 개선효과를 담보할 수 있도록 '17년부터 응급의료기관 평가 결과에 따라 수가 차등화가 적용된다.

〈 응급의료기관 평가 등급(A~C)에 따른 응급수가 차등화 계획 〉

등급 구분	응급의료관리료(원)			응급입원료 가산 (응급실 중환자구역, 응급전용 중환자실) 응급입원료 가산
	권역 센터	지역 센터	지역 기관	
현행	56,860	49,280	18,950	-
A	62,550	54,210	18,950	+ 20%
B	56,860	49,280		0%
C	51,170	44,350		- 20%

□ 응급수가 개선으로 환자의 부담이 지나치게 늘지 않도록 중증외상환자, 취약지 응급실 이용환자 등의 본인부담 경감도 병행하여 추진된다.

○ 권역외상센터에서 진료받은 중증외상환자의 본인부담률은 심뇌혈관 환자처럼 현행 20%에서 향후 5%로 완화되고,

○ 야간·휴일 응급실 외에는 문을 연 의료기관이 없는 농어촌 취약지의 현실을 반영하여 농어촌 지역응급의료기관을 이용한 비응급환자의 응급의료관리료도 건강보험 적용을 받게 된다.

※ 농어촌 비응급환자 응급의료관리료 : 전액 본인부담 → 35~50%만 본인부담

○ 특히, 응급실에 오래 머무르면 본인부담이 경감되어 응급실 과밀화를 가중시키는 부작용을 방지하기 위해, 대형병원 응급실인 응급의료센터에서는 낮병동 입원료가 폐지된다.

- 반면, 응급진료가 필요한 환자의 부담을 경감하기 위해 응급도가 높은 환자에 대해서는 입원본인부담이 적용되고, 경증환자는 체류시간과 무관하게 외래본인부담이 적용되게 된다.

※ (현행) 응급실 체류 6시간 이전 외래본인부담 50~60% → 응급실 체류 6시간 이후 낮병동 입원료가 적용되면 입원본인부담 20%

※ (개선) 시간과 무관하게 경중이면 외래본인부담, 중중이면 입원본인부담 적용

□ 보건복지부는 현행 권역응급센터의 수가 지역별 적정개소수에 미달하는 16개 응급의료 권역에 대해 21개소의 권역응급센터를 연내 추가 선정할 계획이다.

○ 권역응급센터로 선정받고자 하는 의료기관은 11.23(월)까지 신청서, 진료실적 및 사업계획서를 시도를 경유하여 보건복지부로 제출하면 된다.

○ 적정개소수 이상의 기관이 응모한 경우, 진료실적에 대한 평가, 현장평가, 사업계획서 평가를 거쳐

더 우수한 기관이 12월 하순 최종 선정될 예정이다.

■ ■ ■ “사회보장위원회, 사회보장컨트를 타워로서 역할 강화”

박근혜 대통령, ‘사회보장위원회 기능강화 방안’ 및 ‘생애주기별 맞춤형 복지 추진성과 및 발전방향’ 보고받고, 토론 이어가

- 박근혜 대통령은 11.11(수) 오전 청와대에서 열린 제11차 사회보장위원회에 참석할 예정이다.
 - 이 날 위원회는 사회보장위원회 위원 뿐 아니라, 관계 전문가와 현장 종사자, 복지 정책의 수혜자 등 총 100여 명이 참석하여,
 - 사회보장위원회 운영 활성화를 통해 사회보장컨트를 타워로서 위원회의 역할을 확고히 하고,
 - 現 정부 사회보장 철학인 「생애주기별 맞춤형 사회보장정책」의 추진 현황 및 성과를 점검·평가한 후, 발전방안을 논의하기 위해 마련된 자리로, 대통령 임석 하에 개최되는 첫 사회보장위원회이다.
- 사회보장위원회는 '12년 박근혜 대통령이 국회의원 당시 발의한 ‘사회보장기본법’ 전면개정에 따라,
 - 사회보장 증진을 위한 장기발전방향을 수립하고, 범부처 차원의 주요 사회보장 시책을 심의·조정하는 역할을 수행하기 위해 '13년 5월 출범하였다.
 - '15년 6월에는 복지부, 기재부, 행자부 등 범부처 인력으로 구성된 전담사무국이 출범하는 등 외형을 갖추었으며,
 - 제1차 사회보장기본계획 마련, 사회보장제도 신설·변경 협의, 유사·중복사업 조정 등 사회보장분야의 굵직한 과제를 다루며 그 역할과 기능을 점차 확대해오고 있다.
- 회의는 박근혜 대통령의 모두 말씀에 이어 정진엽 보건복지부 장관이 ‘사회보장위원회 기능강화 방안’을 발표한 뒤,
 - 김상호 사회보장위원회 실무위원장이 ‘생애주기별 맞춤형 사회보장 추진성과 및 발전방향’을 발제한 후, 참석자들이 자유롭게 토론하는 순으로 진행되었다.
- 먼저, 정진엽 보건복지부 장관은 ‘사회보장위원회 기능강화 방안’ 발표에서,
 - 사회보장의 신설·변경 협의제도와 관련하여

- 협의기준 및 절차를 개선하고, 관련 기관 및 전문가의 참여 확대를 통해 투명성을 제고하는 등 운영을 내실화 하는 동시에,
 - 신설·변경 사업의 협의·조정 결과의 이행여부를 중앙부처의 경우 기재부의 예산편성, 지자체의 경우 지방교부금에 연계하는 등 위원회 결정의 이행력을 강화하여,
 - “중앙과 지방간 조화로운 복지체계” 구축을 추진할 것을 밝힐 예정이다.
- 또한 사회보장수요와 국민부담 간 균형을 감안한 지속가능한 사회보장제도의 설계를 위하여
- 사회보장제도 전반을 대상으로 한 중장기 재정추계, 사회보장 통계 개발 및 정책 활용도 제고를 추진해 나갈 것이며,
- 국민생활밀착 의제를 선정하여 논의하고, 사회보장제도를 국민에게 알리기 위한 가이드북 제작 등 대국민 소통강화 역시 지속적으로 강화할 것을 보고할 예정이다.
- 김상호 사회보장위원회 실무위원장(보건사회연구원장)은 ‘생애주기별 맞춤형 복지 추진성과 및 발전 방향’ 발제에서,
- 사회보장정책이 효율적으로 집행될 수 있는 인프라와 촘촘하고 빠짐없는 사회보장정책의 합을 사회보장의 ‘기본 틀’로 정의한 후,
- 지난 2년 반은 이러한 사회보장의 기본 틀을 완성한 시기로 평가하며,
- 사회보장의 양적·질적 성장이 국민의 복지체감도 제고와 직결될 수 있도록 하는 것이 생애주기별 맞춤형 복지를 완성하는 마지막 퍼즐이라고 하면서, 이를 위한 5대 과제를 제안할 예정이다.
- 주요 내용은, ① 촘촘하고 빠짐없는 사회안전망 마련을 통한 복지사각지대 해소, ② 고용·복지 등 서비스 간 연계·통합을 통한 복지체감도 제고, ③ 일할수록 유리한 근로친화적 사회보장체계 정비, ④ 사회보장위원회의 사회보장 컨트롤 타워기능 강화, ⑤ 미래세대를 위한 사회보장 기반 마련이다.
- 이어서 자유토론에서는 유길상 사회보장위원회 위원이 사회를 맡아,
- ▲복지사각지대 발굴·지원 방안, ▲전달체계 개선 및 고용-복지 연계 방안, ▲사회보장 컨트롤 타워 강화방안을 주제로 사회보장위원회 위원, 관계 전문가와 현장 관계자가 참여하여 열띤 토론을 벌일 예정이다.
- 복지사각지대 발굴과 관련, 정부는 ▲단전·단가스 등의 위기 가구 정보를 사회보장정보시스템 등과 연계한 위기가구 발굴시스템을 구축·운영하고 ▲주민생활의 접점에 있는 읍면동사무소의 복

지기능 강화, ▲민간 자원과의 유기적 연계를 위한 읍면동 사회보장협의체 활성화 등을 통하여, 정부가 먼저 대상자를 찾아나서는 '적극적 사각지대해소 방안'을 추진하기로 했으며,

○ 고용-복지 연계의 경우에도 고용·복지+센터를 '17년 까지 총 100개를 설치하는 동시에, 고용·복지+센터 내 복지인력 확충, 근무자 처우개선, 원스탑 통합 서비스 제공을 위한 기관 간 전산망 연계 강화 등을 지속적으로 실시해 나갈 계획임을 밝힐 예정이다.

○ 마지막으로 사회보장컨트론타워 기능 강화를 위해, 범부처적으로 협력하고,

- 사회보장제도에 대한 평가를 통해 사회보장제도의 유사·중복·누락·편중을 줄인 뒤, 확보된 재정여력은 복지 사각지대 해소에 재투자할 계획임을 설명할 예정이다.

□ 박근혜 대통령은 회의 직후, 참석자들과 오찬을 함께 하며 현장종사자 및 복지정책 수혜자를 격려했다.

○ 특히, 이날 오찬에는 건강보험 적용확대로 치료비가 크게 줄어든 임환자, 기초연금 수급자, 고용·복지+센터를 통해 기초수급과 취업훈련 등의 서비스를 제공받고 있는 사례자 등이 초청되어, 현장의 이야기를 생생하게 전달했다.

<붙임> 1. 토론 주요 내용

붙임 1

토론 주요 내용

□ 유길상 사회보장위원회 위원 사회로, 현장 관계자가 사례를 발표한 후, 전문가 등이 정책제언을 하고, 관련 부처 장관이 답을 하는 순서

1 복지사각지대 발굴·지원 방안

□ (토론자) 읍면동사회보장협의체위원장, 석재은 한림대학교수, 원희목 사회보장정보원장, 정진엽 보건복지부장관

□ 주요 내용

- ① 읍면동 사회보장협의체 활성화를 통해 복지사각지대를 발굴하거나, 공적지원이 곤란한 경우, 민간 자원 등을 연계하여 도움을 준 사례
 - 읍면동 복지협의체 회원 중 한명이 주택소유※로 인해 지원에서 제외된 부부 장애인 가구를 안타깝게 생각하다가, 새롭게 개편된 맞춤형 급여를 받을 수 있다는 사실을 인지하고, 이를 장애인 가구에 연결한 사례
 - ※ 당초 비닐하우스에서 생활하면서 기초생활 수급자로 생계를 유지했으나, 4년 전 장애인단체와 교회 함께 지어준 집이 재산으로 잡혀 기초생활 수급에서 탈락
 - 지적장애 남편과 캄보디아 출신 아내, 7살 아이와 갓난아기가 살던 집에서 비가 새는 등 집 수리가 반드시 필요한 상황※이었음. 여유가 있는 협의체 회원들이 힘을 모아 지원하고, 사회복지공동모금회에도 요청을 해서 지원을 받아 집수리를 완료한 사례
 - ※ 시청에 이런 경우 지원이 가능한 예산이 있었으나, 때마침 예산이 다 소진되어 공적지원이 어려운 상황이었음
- ② 다행스럽게도 '사회보장급여법'의 시행에 따라 지역사회보장협의체 활동이 활성화 되는 등 복지사각지대 발굴 체계가 많이 개선 된 것으로 평가되며 사례 역시, 읍면동 사회보장협의체 활동이 성공적으로 작동된 사례로 생각
- ③ 사각지대해소를 위해서는 ▲세밀한 제도 설계, ▲보다 쉬운 신청절차, ▲대상자를 먼저 찾아내는 행정 등이 중요
- ④ 정부 역시, 단전, 단가스 정보 등 IT 기술을 이용한 발굴시스템, '복지로' 활성화, 복지인력 확충 및 처우개선 등을 지속적으로 추진할 예정

② 전달체계 개선 및 고용-복지 연계방안

□ (토론자) 현장 공무원, 강혜규 사회보장위원회위원, 신현주 고용복지+센터장, 이기권 고용부장관, 정종섭 행자부장관

□ 주요 내용

- ① 읍면동 복지기능 강화사업을 통해, 복지대상자를 발굴하고 지원한 사례
 - 거창군 행복나르미센터
- ※ 운영과정에서 아들과 함께 생활한다는 이유로 기초생활수급이 중단된 80세 노인 가족을 발견
- ※ 거창읍사무소와 보건지소에서 복지공무원, 통합사례관리사, 방문간호사 등을 배치, 사례별로 필요한 공공 및 민간의 다양한 지원을 연계
 - 아들 역시, 건설일용직으로 일하고 있었으나, 최근엔 치아가 없어 잇몸으로 식사를 하는 상황이다, 일하다 찢은 발가락 상처를 오래 방치해 발등이 심하게 붓고 관절염이 심해 일을 하지 못하는 상태
 - 적십자 등과 연계해 병원비를 마련하고 생활에 당장 필요한 식료품 등을 지원, 아들 입원기간 동안은 지역사회보장협의체 회원들이 돌아가며 할머니를 보살핌
 - 건강을 회복 중인 아들은 전문 직업상담을 진행하고 있는 상태
- ② 고용복지+센터 방문으로 긴급생계비지원과 취업지원서비스를 함께 받아, 자격증 취득 및 취업성공 사례
 - 이혼 후 생계 및 고혈압, 척추디스크 등 건강 문제로 취업에 어려움을 겪던 50대 여성이 고용복지+센터를 방문하여, 복지지원팀의 긴급 생계비 지원과 고용센터의 직업훈련 지원을 원스톱으로 제공 받고,
 - 조리사 자격을 취득 한 후, 어린이집에 취업한 사례
- ③ 상기 사례처럼 '동주민센터 복지기능 강화' 성과가 가시화 됨에 따라, 동 주민센터가 복지허브기관으로 계속 발전토록 지원할 필요
- ④ 고용-복지 통합제공은 원스톱 서비스의 편리함을 넘어서 일을 통한 빈곤 탈출과 같은 진정한 자립을 가능케 하는 사례
- ⑤ 고용복지+센터 확대('17년까지 100개), 센터 내 복지인력 우선배치 및 처우개선 등 추진예정

③ 사회보장 컨트롤 타워 강화 방안

□ (토론자) 현장 공무원, 하혜수 지방행정연구원장, 박형수 사회보장위원회 위원, 최경환 경제부총리

□ 주요 내용

- ① 부산형 기초생활제도 마련 과정에서, 사회보장위원회에 협의를 해야한다는 점에서, 처음에는 귀찮게 느껴졌으나, 이를 통해 기존제도와와의 정합성, 시행상의 문제점 등을 발견하게 되어 긍정적 측면이 많았음
- ② 사업간 유사·중복·누락·편중 등의 문제로 사회보장사업정비는 반드시 필요하나, 정부와 지자체가 긴밀히 소통하고 협의하여 추진해나갈 필요
- ③ 사회보장정비는 기존 수혜자의 만족도는 저하시키지 않으면서, 사각지대 계층에 수혜의 폭을 넓혀주는 방향으로 추진할 필요

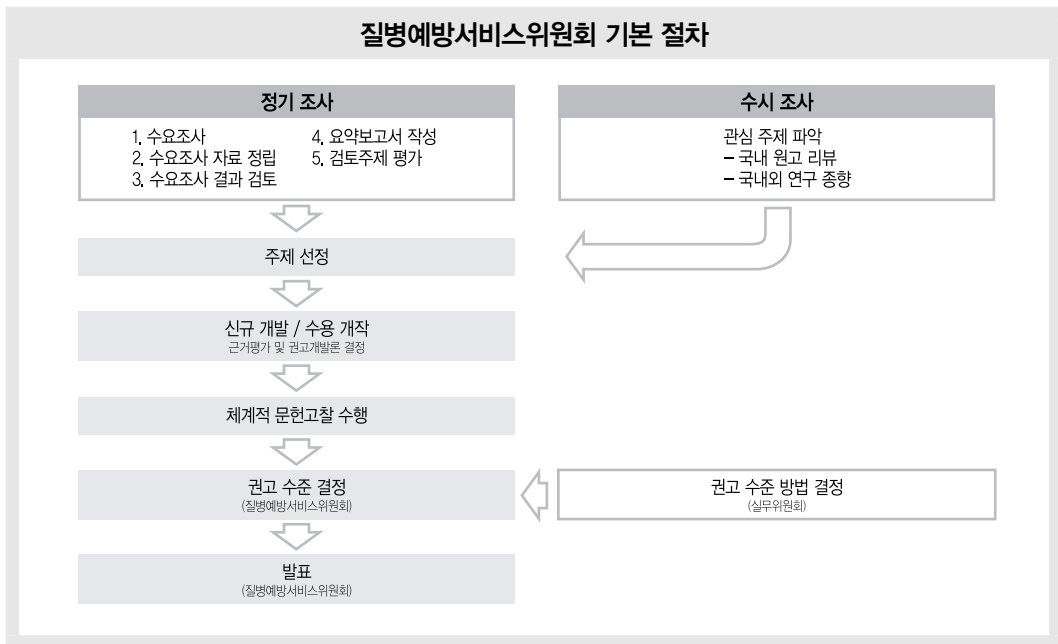
■■■ **만성질환 1000만 시대, 근거기반 질병예방서비스 도전과 과제**
 - 제1회 질병예방서비스 심포지엄 개최 -

- 질병관리본부(본부장 양병국)는 ‘근거기반 질병예방서비스의 도전과 과제’라는 주제로 공중보건 사업 수행시 근거에 기반한 의사결정을 지원할 수 있는 과학적 근거평가와 확산 체계 사업계획을 보고하는 「제1회 질병예방서비스 심포지엄」을 11월 11일(수) 그랜드힐튼(서울)에서 개최한다.
- 이번 심포지엄은 시·도 및 시·군·구 만성질환 사업담당자, 유관기관 및 학계 등 약 300여명이 참석하며, 만성질환 질병예방서비스의 도입 필요성과 ‘15년도 권고 주제인 만성질환 예방서비스(제2형 당뇨병 예방을 위한 당뇨 진단계 대상 효과적 중재), 금연 및 흡연 예방서비스(매스미디어 캠페인의 금연 및 흡연예방 중재 효과)에 대한 근거평가 및 권고방법, 국외 근거기반 기관의 사업과 그 사례가 소개된다.
- 인구고령화로 만성질환의 부담이 증가하고 있어 효과적인 만성질환 예방 및 관리를 위해서는 기존 연구결과를 수집·분석한 공중보건사업의 근거 마련이 절실하다.
- 주요 선진국은 효과적인 만성질환 예방 및 관리를 위해 개별 보건사업 결과를 체계적으로 검토하여 근거를 만드는 체계를 운영하고 있다.
 - (미국) AHRQ¹⁾의 질병예방특별위원회(USPSTF²⁾)와 CDC³⁾의 지역사회예방서비스위원회(CPSTF⁴⁾)에서 ‘예방약, 검진, 건강상담’과 ‘지역보건사업 가이드라인’을 개발 보급
 - (영국) NICE⁵⁾에서 ‘임상진료지침’, ‘공중보건 가이드라인’ 및 ‘사회복지서비스 가이드라인’ 개발 및 보급
 - (캐나다) PHAC⁶⁾의 예방의료대책위원회(CTFPHC⁷⁾)에서 일차의료를 지원하는 ‘임상진료지침’ 개발 및 보급
- 이를 위해 질병관리본부는 금년에 공중보건분야 전문가 등으로 구성된 ‘질병예방서비스위원회(Korea Preventive Services Task Forces, 이하 KPSTF)’를 운영하여 근거에 기반한 임상예방서비스(검진, 예

1) AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality
 2) USPSTF : United States Preventive Services Task Force
 3) CDC : Centers for Disease Control and Prevention
 4) CPSTF : Community Preventive Service Task Force
 5) NICE : National Institute for Health and Care Excellence
 6) PHAC : Public Health Agency of Canada
 7) CTFPHC : Canadian Task Force on Preventive Health Care

방약, 건강상담)와 지역사회 예방서비스(건강행태개선, 질환관리 등 지역사회 보건사업) 분야의 공중 보건정책 의사결정 수행 체계를 마련하고자 한다.

- 질병예방서비스위원회는 공중보건 전문가, 일차의료 전문가, 방법론 전문가 등 15명 이내로 구성된 본위원회(KPSTF)와 실무위원회(working group), 사무국(질병관리본부 만성질환관리과), 근거 평가센터(Evidence Practice Center, '15년 현재 한국보건의료연구원)로 구성되어 있다.
- 권고 주제는 수요조사를 통한 정기조사와 관심 주제에 대해 수시조사를 통해 설정되고, 체계적 근거평가를 통해 권고 수준을 결정한다.



- 결정된 권고안을 바탕으로 ‘공중보건 가이드라인’을 개발하고, 파악된 근거와 실행의 격차 (evidence-practice gap)는 만성질환 분야의 근거창출 과제를 발굴하는 연구체계와 연계하여 선 순환 체계를 만들고자 한다.
- 향후에도 질병관리본부는 ‘질병예방서비스위원회’ 운영을 통해 보건 정책 결정이나 권고를 효과적으로 활용할 수 있도록 지속적으로 노력해 나갈 예정이다.

■ ■ ■ 기초연금 '수급희망자 이력관리' 제도 도입한다

- 24일「기초연금법」시행령 개정안 국무회의 의결, 오는 1월부터 시행 -
- 생애주기별 맞춤형 복지의 핵심 국정과제인 기초연금 제도 내실화 추진 -

- 보건복지부(장관 정진엽)는 24일 국무회의에서 '기초연금 수급희망자 이력관리제' 도입을 골자로 한 「기초연금법」시행령 개정안이 의결되어, 오는 1월부터 시행될 예정이라고 밝혔다.
- '기초연금 수급희망자 이력관리' 제도는 기초연금을 신청했다가 탈락한 수급희망자 어르신을 대상으로 이후 5년간 매년 이력조사를 통해 수급이 가능할 것으로 예상되는 경우 신청을 안내해드리는 제도로 (※참고 1)
 - '생애주기별 맞춤형 복지'의 핵심 국정과제인 기초연금을 더욱 내실화하기 위해 도입하는 것이다.
- 제도가 도입되면 기초연금이 필요한 어르신이 빠짐없이 받을 수 있도록 하는데 큰 효과가 있을 것으로 보인다.
 - 어르신들이 매년 기초연금 선정기준액이 인상되어 기초연금을 신청하면 수급이 가능한 상황임에도 불구하고,
 - 미처 그러한 사항을 잘 몰라 기초연금을 신청하지 않아 수급받지 못하는 사례를 미연에 방지할 수 있게 될 수 있는 것이다.
 - ※ '14.7~12월간 기초연금 탈락자 약 32만명, 이 중 '15년도 선정기준액 인상(87만원→93만원, 단독가구)에 따라 수급가능한 사람은 약 7만명으로 추정
- 보건복지부는 내년 1월 시행령 개정안이 시행되면,
 - 1월부터 기초연금을 신청하는 어르신들이 '수급희망자 이력관리'를 신청할 수 있도록 지자체·국민연금공단과 협력해 어르신들에게 적극 안내하고,
 - 이력관리를 신청한 수급희망자 중 수급권이 부여되지 않은 어르신들을 이력관리 대상자로 지정하여 이후 5년간 선정기준액이 변동됨에 따라 이력조사 및 수급이 가능할 경우 신청을 안내해드릴 방침이다.
- 보건복지부 관계자는 “작년 도입된 기초연금을 통해 많은 어르신이 기존 기초노령연금에 비해 2배 인상된 기초연금(10→20만원)을 받으시고 실제 생활에 보탬이 되어 만족하고 계신다”며,
 - “앞으로도 기초연금 수급 사각지대 해소를 위해 ‘수급희망자 이력관리’ 제도를 차질없이 시행하도록 준비하고, 지자체·국민연금공단과 협력해 ‘찾아보는 상담 서비스’ 등 신청 안내를 더욱 강화해 나가겠다”고 밝혔다.

<붙임> 기초연금 '수급희망자 이력관리' 제도 개요

<별첨> 2015년 근거기반 질병예방 심포지엄 세부일정

붙임

기초연금 '수급희망자 이력관리' 제도 개요

□ 개요

- (목적) 기초연금 신청 후 탈락한 수급희망자에 대해 추후 수급가능성 조사를 통해 신청을 안내해 기초연금 지급의 사각지대 최소화
 - ※ '14.7~12월간 기초연금 탈락자 약 32만명, 이 중 '15년도 선정기준액 인상(87만원→93만원, 단독가구 기준)에 따른 수급가능자 약 7만명으로 추정
- (대상) 기초연금 신청 탈락자 중 이력관리 신청자(5년간)
- (방법) 매년 선정기준액을 변경하는 경우 이력관리에 동의한 수급희망자의 소득·재산자료를 조사해 수급 가능할 것으로 예상되면 신청 안내
- (절차) 수급희망자 이력관리 신청(기초연금 지급 신청시) → 수급자격 탈락후 매년 소득·재산 등 이력조사(전년도 10~12월) → 변경된 선정기준액에 따라 신청 안내 대상자 확정(1월) → 신청 안내(1월)

구 분	내 용	담 당
신청	수급희망자 이력관리 동의(신청서 제출)	신청자 → 시군구
이력 조사 및 수급가능성 예측	매년 말 이력조사 실시 및 안내 대상자 확정	시군구
신청 안내	조사 결과 안내 ※ 수급가능자만 안내	연금공단 → 조사 대상자
재신청 및 자격 책정	기초연금 재신청, 신청조사 결과에 따라 자격책정	신청자 → 시군구

□ 향후 추진계획

- 시행령 개정('15.11월) 및 이력관리 제도 시행('16.1월)
 - ※ 행복e음 시스템내 수급희망자 이력관리 시스템 마련('16년중)
- '17년 선정기준액에 따라 수급가능성 예측 및 신청 안내('17.1월)

별첨

2015년 근거기반 질병예방 심포지엄 세부일정

- 주제 : 근거기반 질병예방 심포지움: 도전과 과제
- 일시 : 2015년 11월 11일(수) 09:30-17:30
- 장소 : 그랜드힐튼 서울
- 주최 및 주관 : 질병관리본부, 한국보건의료연구원

※사회: 이성규 팀장 (한국보건의료연구원)

시간	세션	발표자	소속
09:00-09:30	등록		
09:30-10:00	개회사	임태환 원장	한국보건의료연구원
	환영사	양병국 본부장	질병관리본부
	기념사진	발표자 전원	-
Session 1	【기조 연설】 근거기반 공중보건사업 실천을 위한 국제사회 노력	좌장: 안윤옥 겸임연구위원 (한국보건의료연구원)	
10:00-11:00	WHO/WPRO 근거기반 사업과 실천전략	Dr. Manju Rani	WPRO
11:00-12:00	공중보건 문제에 대한 호주 NHMRC의 역할 및 권고	Dr. Davina Gherzi	NHMRC
12:00-12:10	질의응답	전원	-
12:10-13:30	점심		
Session 2	한국형 질병예방서비스 운영 전략	좌장: 김동익 위원장(질병예방서비스위원회)	
13:30-14:00	질병예방서비스위원회 운영 전략	이동한 과장	질병관리본부 만성질환관리과
14:00-14:20	질병예방서비스 주제 선정 절차	김건엽 위원	질병예방서비스위원회 실무위원
14:20-14:40	지역사회 보건사업 근거와 실행과의 갭	이경수 교수	영남대학교 예방의학교실
14:40-14:50	질의응답	-	-
14:50-15:10	Coffee Break	-	-
Session 3	질병예방서비스 근거평가 사례 및 활용	좌장: 김수영 실무위원장(질병예방서비스위원회)	
15:10-15:30	질병예방서비스 근거평가 방법론	최미영	한국보건의료연구원
15:30-15:45	당뇨병 예방서비스	김지영	한국보건의료연구원
15:45-16:00	금연 및 흡연 예방서비스	윤지은	한국보건의료연구원
16:00-16:10	질의응답	-	-
	[패널 토론]	좌장: 이종구 위원 (질병예방서비스위원회)	
16:10-17:20	근거와 실행의 갭(Evidence-Practice Gaps) 감소 전략	Dr. Manju Rani	WPRO
		Dr. Davina Gherzi	NHMRC
		안형식 교수	코크란 연합 한국지부
		이인영 소장	서울 강북구보건소
		이동한 과장	질병관리본부 만성질환관리과
17:20-17:30	폐회	-	-

■ ■ ■ 영양소 섭취기준을 통해 본 균형 잡힌 식생활

영양소 섭취기준 ☞ 최적의 건강상태 유지 및 질환 예방을 위한 영양소별 섭취 수준을 제시한 것으로 식생활 관련 정책, 개인과 집단의 식사 계획 수립과 평가에 활용된다.

□ 보건복지부(장관 정진엽)는 국민의 건강증진에 필요한 영양소 36종에 대해 ‘2015 한국인 영양소 섭취기준’을 제정하여 배포하였다.

○ 영양소 섭취기준은 국민의 건강증진 및 질병예방을 위한 에너지 및 각 영양소의 적정 섭취량을 나타낸 것으로 식생활 관련 정책, 개인과 집단의 식사 계획 수립과 평가에 활용될 수 있다.

〈 영양소 섭취기준으로 배우는 유익한 내용 〉

1. 하루에 에너지(kcal)가 얼마나 필요할까?

○ 개인별로 필요한 에너지의 양은 성별, 연령, 신장, 체중 및 신체활동수준에 따라 다르다.

※ (예시)

- 대부분 사무실에서 일하며 앉아서 활동하고, 통근 또는 쇼핑으로 2시간 정도 걷는 20세 여자(160cm, 55kg)의 에너지필요량은 2,093kcal, 20세 남자(174cm, 69kg)의 에너지필요량은 2,732kcal

- 40세 남자(172cm, 66kg)의 에너지필요량은 사무실에서 일하며 대부분 앉아서 활동하는 경우 2,477kcal, 1시간 동안 활발히 걷거나 낚시 등 신체활동을 활발히 하는 경우 2,754kcal

※ 일반적으로 체격이 크고 신체활동이 활발할수록, 여자보다는 남자의 에너지 필요량이 높다.

○ 한국인 영양소 섭취기준에서는 성별, 연령에 따른 표준 에너지필요량을 제시하고 있다.

※ 개인별로 필요한 에너지의 양을 손쉽게 산출할 수 있는 프로그램을 개발하여, '16년도 중 관련 기관 주요 홈페이지에 공개할 계획

2. 필요한 에너지는 어떤 영양소를 통해 섭취할까?

○ 에너지를 내는 영양소에는 탄수화물, 단백질, 지질이 있다.

○ 영양소 섭취기준에 따르면 총 에너지섭취량 중에서 탄수화물은 55-65%, 단백질은 7-20%, 지질은 15-30%(3세 이상)를 섭취하는 것이 바람직하다.

- 지질의 경우 건강에 좋은 오메가-6 지방산(견과류 등에 포함)과, 섭취를 제한해야 하는 포화지방산·트랜스지방산의 권장 섭취비율도 제시하여, 건강에 좋은 종류의 지질을 섭취할 것을 강조하고 있다.

- 영양소별로 섭취비율의 적절한 범위를 설정하여, 3가지 영양소를 골고루 섭취할 것을 권장하고 있다.

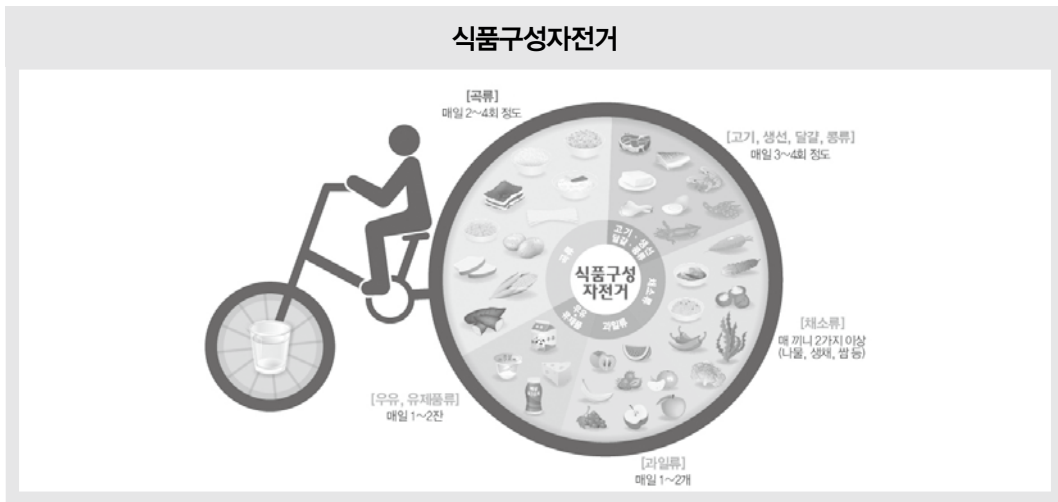
- 우리나라의 경우 50세 이상 중장년층의 평균 탄수화물 섭취비율은 높고 65세 이상 노인층에서 지질 섭취비율은 낮은 편이어서, 균형 잡힌 식사가 더욱 필요한 것으로 보인다.

3. 무기질과 비타민은 잘 섭취하고 있을까?

- 신체의 각종 부위를 형성하며 체내 정상적인 기능을 돕는 무기질과 비타민은 부족하게 섭취할 경우 결핍증이, 과량으로 섭취할 경우 유해영향이 나타나 적절한 섭취가 중요한 영양소이다.
- 무기질 중에서는 칼슘이, 비타민 중에서는 비타민 D가 우리 국민에게 특히 부족한 영양소이다.
 - 우리 국민의 칼슘 섭취기준 대비 평균 섭취량은 6세 이상 남녀 모두에서 낮았으며, 특히 12-18세, 여자 65세 이상, 남자 75세 이상에서 부족하였다.
 - ※ 칼슘 급원식품: 우유 및 치즈, 요구르트 등의 유제품, 채소류 등
 - 비타민 D는 식품과 햇볕을 통해 공급받을 수 있으므로, 실외활동 등을 통한 햇볕 노출과 비타민 D가 풍부한 식품의 섭취를 권장하고 있다.
 - ※ 비타민 D 급원식품: 멸치, 고등어, 콩치, 갈치, 청어 등의 생선, 달걀, 우유, 버섯류 등

□ 또한, 한국인 영양소 섭취기준의 활용도를 높이기 위해 균형 잡힌 권장식단을 함께 제시하고 있으며,

○ 식품구성자전거를 통해 식품군별 균형 잡힌 식사와 충분한 수분섭취, 신체활동을 강조하였다.



□ ‘2015 한국인 영양소 섭취기준’은 국민건강증진 종합계획, 국민영양관리 기본계획, 영양표시제도 등 식생활 관련 정책과 국민건강영양조사, 영양플러스, 급식관리, 식생활 교육 등 식생활 관련 사업, 산업체에서 식품 개발 시 사용하는 영양소 기준치 등에 활용될 수 있다.

<별첨> 2015 한국인 영양소 섭취기준

[참고자료]

2015 한국인 영양소 섭취기준 발표
- 우리 국민의 체위변화와 최신 근거 자료 반영 -

□ 보건복지부(장관 정진엽)는 국민의 건강증진과 질환 예방을 목적으로 제정한 2015 한국인 영양소 섭취기준을 발표하였다.

○ 그간 한국인 영양소 섭취기준은 학회 등 민간차원*에서 추진해왔으나, 「국민영양관리법」** 제정 이후 법률에 근거하여 국가차원에서 제정 작업이 이루어진 것은 이번이 처음이다.

* FAO(UN 식량농업기구) 한국협회(1962, 1967, 1975년), 한국보건사회연구원(1985, 1989년), 한국영양학회(1995, 2000, 2005, 2010년).

** 국민영양관리법 제14조에서 보건복지부장관은 한국인 영양소 섭취기준을 매 5년 주기로 제·개정하여 발표 및 보급 하도록 규정하고 있음.

한국인 영양소 섭취기준 제정역사

연도	주요 기관/학회	기준 수 (기준이 설정된 영양소의 수)
1962년	FAO 한국협회	1차(10종) 2차, 3차 개정
1985년	한국보건사회연구원	4차(10종)
1989년	한국보건사회연구원	5차(10종)
1995년	한국영양학회	6차(15종)
2000년	한국영양학회	7차(15종)
2005년	한국영양학회	1차(34종)
2010년	한국영양학회	2차(35종)
2015년	보건복지부	2차(35종)

(): 기준이 설정된 영양소의 수

○ 보건복지부는 한국영양학회를 통해 3개년(2013~2015)에 걸쳐 기준 제정을 위한 연구를 수행하였다.

【추진경과】

- 1차년도(2013) : 제정실무위원회(78명) 및 총괄조정위원회(14명) 구성·운영, 연령 및 체위기준 마련, 문헌 및 자료 분석 등
- 2차년도(2014) : 영양소 섭취기준 초안 마련, 활용 전략 수립 등
- 3차년도(2015) : 영양소 섭취기준 확정, 활용 방안 마련 및 공포

○ 앞으로도 영양소 섭취기준은 식생활과 건강과의 관련성 및 영양소 필요량에 대한 새로운 연구결과, 체위 변화 등의 반영을 위해 주기적으로 제·개정 해나갈 계획이다.

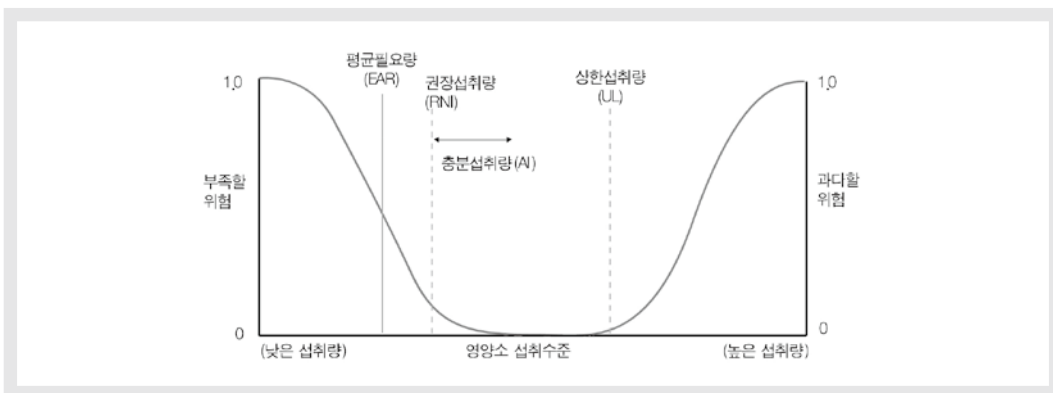
□ 2015 한국인 영양소 섭취기준의 주요 내용은 다음과 같다.

○ 대상 영양소는 총 36종으로 에너지 및 다량영양소 8종, 비타민 13종, 무기질 15종이었다.

2015 한국인 영양소 섭취기준 대상 영양소 총 36종

구분	영양소(36종)
에너지 및 다량영양소(8종)	에너지, 탄수화물, 총당류, 지질, 단백질, 아미노산, 식이섬유, 수분
비타민(13종)	비타민A, 비타민D, 비타민E, 비타민K, 비타민C, 티아민, 리보플라빈, 니아신, 비타민B6, 엽산, 비타민B12, 판토텐산, 비오틴
무기질(15종)	칼슘, 인, 나트륨, 염소, 칼륨, 마그네슘, 철, 아연, 구리, 불소, 망간, 요오드, 셀레늄, 몰리브덴, 크롬*

○ 영양소별로 과학적 근거에 따라 다음의 섭취기준을 제시하였으며 에너지의 경우 기술적인 문제 등으로 필요량을 측정할 수 없어, 에너지소비량을 통해 필요량을 추정하였다.



1. 에너지 필요추정량

□ 에너지 연령, 신장, 체중 및 신체활동수준을 고려한 추정 공식을 이용하여 산출하였으며, 그간 체 위기준의 변화를 반영하여 일부 소아·청소년 연령군에서(남자 6-8, 9-11, 12-14세, 여자 9-11세) 상향조정하였다.

연령	2015년		2010년	
	남자	여자	남자	여자
0-5(개월)	550		550	
6-11	700		700	
1-2(세)	1,000		1,000	
3-5	1,400		1,400	
6-8	1,700	1,500	1,600	1,500
9-11	2,100	1,800	1,900	1,700
12-14	2,500	2,000	2,400	2,000
15-18	2,700	2,000	2,700	2,000
19-29	2,600	2,100	2,600	2,100
30-49	2,400	1,900	2,400	1,900
50-64	2,200	1,800	2,200	1,800
65-74	2,000	1,600	2,000	1,600
75+	2,000	1,600	2,000	1,600
임신부	1기	+0	+0	
	2기	+340	+340	
	3기	+450	+450	
수유부	+320		+320	

□ 우리 국민의 평균 에너지 섭취량은 에너지 필요 추정량과 대체로 유사했으나 남자 1-8세, 30-64세, 여자 9-11세에서 다소 높았고(100-225kcal), 남자 청소년(12-18세)과 여자 15-29세에서 낮은 편이었으며(110-150kcal), 75세 이상은 남녀 모두 섭취량이 적었다.

연령(세)	남자		여자	
	에너지 필요추정량	에너지 섭취량 ¹⁾	에너지 필요추정량	에너지 섭취량
1-2	1,000	1,193	1,000	1,055
3-5	1,400	1,504	1,400	1,401
6-8	1,700	1,859	1,500	1,576
9-11	2,100	2,133	1,800	1,927

12-14	2,500	2,352	2,000	1,964
15-18	2,700	2,588	2,000	1,886
19-29	2,600	2,632	2,100	1,949
30-49	2,400	2,625	1,900	1,830
50-64	2,200	2,323	1,800	1,748
65-74	2,000	2,061	1,600	1,598
75+	2,000	1,812	1,600	1,345

2. 에너지 적정 비율

□ 총 에너지섭취량에 대한 다량영양소의 섭취비율을 나타내는 에너지적정비율*의 경우 탄수화물은 하향(55-70%→55-65%), 지질은 19세 이상에서 상향조정하였으며(15-25%→15-30%), 단백질은 기존의 7-20%를 유지하였다.

* 총 에너지섭취량 중에서 탄수화물, 단백질, 지질을 통해 섭취하는 양의 적정범위로 건강유지 및 질병예방에 적절한 섭취비율 제시

영양소		2015년			2010년		
		1-2세	3-18세	19세+	1-2세	3-18세	19세+
탄수화물		55-65%	55-65%	55-65%	55-70%	55-70%	55-70%
단백질		7-20%	7-20%	7-20%	7-20%	7-20%	7-20%
지질	총지방	20-35%	15-30%	15-30%	20-35%	15-30%	15-25%
	오메가-6 지방산	4-10%	4-10%	4-10%	4-8%	4-8%	4-8%
	오메가-3 지방산	1% 내외	1% 내외	1% 내외	1% 내외	1% 내외	1% 내외
	포화 지방산	-	8%미만	7% 미만	-	-	4.5-7%
	트랜스 지방산	-	1%미만	1% 미만	-	-	1% 미만

○ 탄수화물을 통해 총 에너지섭취량의 70% 이상을 섭취하면 당뇨병, 대사증후군 등의 건강위험이 증가한다는 보고에 근거해 탄수화물 적정비율을 하향조정하였으며 이에 따라 지질을 상향조정하였다.

* 외국의 탄수화물 에너지적정비율: 일본 50-65%(2015), 중국 50-65%(2013), 미국 45-65%(2005)

○ 지질의 에너지적정비율 상향조정은 현재 섭취량보다 증가를 권장한다는 것이 아니라 탄수화물 비율 조정에 따른 것이며, 총 에너지섭취량 중 15-30% 범위에서의 섭취를 권장하는 것이다.

* 외국의 지질 에너지적정비율: 일본 20-30%(2015), 중국 20-30%(2013), 미국 20-35%(2005), FAO/WHO 15-30%(2010)

○ 한편 지질 중에서 오메가-6 지방산의 에너지적정비율은 상향조정(8%→10%)하고, 아동·청소년(3~18세)의 포화지방산 및 트랜스지방산의 에너지 섭취비율은 각각 8% 미만과 1% 미만으로 새롭게 제정하였다.

* FAO/WHO 2-18세 포화지방산, 트랜스지방 에너지적정비율(2010): 포화지방산 8%, 트랜스지방산 1% 미만

* 오메가-6 지방산 급원식품: 두류, 견과류 등

* 포화지방산이나 트랜스지방산을 과다 섭취할 경우 뇌심혈관계질환 등 만성질환의 위험을 높일 수 있음.

□ 에너지 섭취비율 현황을 보면, 에너지적정비율 기준 대비 50세 이상에서 남녀 모두 평균 탄수화물 섭취비율은 높았고 65세 이상에서 지질 섭취비율은 낮은 편이었다.

연령(세) / 성별	탄수화물	단백질	지질				
			총지방	오메가-6 지방산	오메가-3 지방산	포화 지방산	
1~2세 / 전체	60.8	15.0	24.3	3.9	0.5	-	
3~5세	남자	62.7	13.4	23.9	4.0	0.6	8.9
	여자	62.4	13.3	24.2	4.1	0.6	8.8
6~11세	남자	62.0	14.2	23.8	4.3	0.6	8.2
	여자	63.8	13.5	22.7	4.1	0.6	7.8
12~18세	남자	61.6	14.7	23.7	4.7	0.6	7.4
	여자	61.0	14.6	24.5	4.8	0.6	7.9
19~29세	남자	58.6	16.0	25.3	5.3	0.7	7.7
	여자	60.4	14.9	24.8	5.1	0.7	7.6
30~49세	남자	62.2	15.8	22.0	4.7	0.7	6.4
	여자	64.5	14.5	21.0	4.5	0.8	6.1
50~64세	남자	67.8	15.0	17.2	3.8	0.7	4.9
	여자	69.6	14.1	16.3	3.7	0.8	4.5
65+세	남자	72.1	14.0	13.9	2.9	0.6	4.0
	여자	76.4	12.5	11.2	2.5	0.5	3.2

(자료원) 국민건강영양조사 제6기 1차년도(2013)

※ 에너지적정비율 기준은 118쪽 표 참고

○ 50세 이상에서는 총 에너지섭취량에서 차지하는 탄수화물 비율을 보다 낮춘, 균형 잡힌 식사가 될

요한 것으로 나타났다.

□ 총당류*는 총 에너지섭취량의 10~20%이내, 그 중에서도 식품조리 및 가공에 사용하는 첨가당(시럽, 꿀, 설탕 등)**은 10% 이내로 섭취하는 것을 권장하였다.

* 총당류: 탄수화물 중 과당, 포도당과 같은 단당류와 자당, 맥아당, 유당과 같은 이당류를 말하며 식품에 내재하거나 가공, 조리 시에 첨가된 당류를 모두 포함.

** 첨가당: 미국 농무성(USDA)에서 제안한 용어로, 식품의 제조과정이나 조리 시에 첨가되는 당과 시럽으로 백설탕, 흑설탕, 옥수수시럽, 고농도의 과당 시럽, 꿀, 물엿 등을 포함(USDA/DHHS, 2000).

○ 총당류 급원식품 중 가공식품이 차지하는 비율 증가와, 최근 발표된 WHO의 당 섭취 기준을(유리당* 섭취는 총열량의 10% 미만) 고려하여 섭취기준을 정하였다.

* 유리당: 식품의 제조과정이나 조리 시에 첨가하는 단당류와 이당류의 총량과 꿀, 시럽, 과일주스에 포함되어있는 천연당 포함(WHO 2003).

□ 우리 국민의 총당류 평균 에너지섭취비율은 9.7%~19.3% 수준으로 권장섭취기준 범위인 10~20%에 속했으며, 낮은 연령대일수록 높았다.

연령(세)	총당류로부터의 에너지섭취비율(%)	섭취기준(%)
1~2세	19.3	10~20
3~5세	16.4	
6~11세	13.9	
12~18세	13.0	
19~29세	13.6	
30~49세	12.7	
50~64세	12.2	
65+세	9.7	

※ 이행신 등(2014). 한국인의 총당류 섭취실태 평가: 2008~2011년 국민건강영양조사 자료를 이용하여.

3. 기타 영양소

□ 칼슘은 체위기준과 생애주기별 칼슘 흡수율을 고려하여, 평균필요량 및 권장섭취량을 산출하였다.

○ 50세 이상 여자에서 폐경으로 인한 골손실 및 골절 예방을 고려해, 권장섭취량을 상향조정하였다(700mg/일→800mg/일).

* 칼슘 급원식품: 우유 및 치즈, 요구르트 등의 유제품, 채소류 등

2015년과 2010년 칼슘 섭취기준 비교(mg/일)

구분	연령	2015년				2010년			
		평균 필요량	권장 섭취량	충분 섭취량	상한 섭취량	평균 필요량	권장 섭취량	충분 섭취량	상한 섭취량
영아	0~5(개월)			210	1,000			200	
	6~11			300	1,500			300	
유아	1~2(세)	390	500		2,500	390	500		2,500
	3~5	470	600		2,500	470	600		2,500
남자	6~8(세)	580	700		2,500	580	700		2,500
	9~11	650	800		3,000	670	800		2,500
	12~14	800	1,000		3,000	800	1,000		2,500
	15~18	720	900		3,000	750	900		2,500
	19~29	650	800		2,500	620	750		2,500
	30~49	630	800		2,500	600	750		2,500
	50~64	600	750		2,000	570	700		2,500
	65~74	570	700		2,000	560	700		2,500
75이상	570	700		2,000	560	700		2,500	
여자	6~8(세)	580	700		2,500	580	700		2,500
	9~11	650	800		3,000	670	800		2,500
	12~14	740	900		3,000	740	900		2,500
	15~18	660	800		3,000	660	800		2,500
	19~29	530	700		2,500	530	650		2,500
	30~49	510	700		2,500	510	650		2,500
	50~64	580	800		2,000	590	700		2,500
	65~74	560	800		2,000	570	700		2,500
75이상	560	800		2,000	570	700		2,500	
임신부		+0	+0		2,500	+230	+280		2,500
수유부		+0	+0		2,500	+310	+370		2,500

□ 우리 국민의 칼슘 섭취기준 대비 평균 섭취량은 6세 이상 남녀 모두에서 낮았으며, 특히 12~18세, 여자 65세 이상, 남자 75세 이상에서 부족하였다.

칼슘 섭취현황(mg/일)						
연령(세)	남자			여자		
	평균필요량	권장섭취량	섭취량 ¹⁾	평균필요량	권장섭취량	섭취량
1-2	390	500	561	390	500	492
3-5	470	600	528	470	600	469
6-8	580	700	578	580	700	426
9-11	650	800	545	650	800	559
12-14	800	1,000	521	740	900	434
15-18	720	900	528	660	800	429
19-29	650	800	547	530	700	463
30-49	630	800	605	510	700	474
50-64	600	750	563	580	800	480
65-74	570	700	503	560	800	395
75+	570	700	424	560	800	283

1) (자료원) 국민건강영양조사 제6기 1차년도(2013)

□ 비타민 D는 골격 건강을 위해 혈중 비타민 D가 적정수준을(20ng/mL) 이루는 섭취량을 근거로 하여 충분섭취량을 설정하였다.

○ 한국인을 대상으로 비타민 D 필요량을 추정할 수 있는 과학적 근거가 부족하므로 충분섭취량*을 설정하였다.

* 영양소의 필요량을 추정하기 위한 과학적 근거가 부족할 경우, 대상 인구집단의 건강을 유지하는데 충분한 양을 설정

○ 비타민 D는 식품과 햇빛을 통해 공급받을 수 있으며, 한국인의 혈중 비타민 D 수준이 낮다는 보고와 햇빛 노출시간에 따른 국외 섭취기준 설정을 참고하여 충분섭취량을 상향조정하였다.

※ 미국/캐나다(2011) 햇빛을 거의 쬐지 않았을 때를 가정하여 15 μ g/일, 일본(2013) 2시간 햇빛을 쬐다고 가정하여 5.5 μ g/일 섭취 권장

*비타민 D 급원식품: 멸치, 고등어, 콩치, 갈치, 청어 등의 생선, 달걀, 우유, 버섯류 등

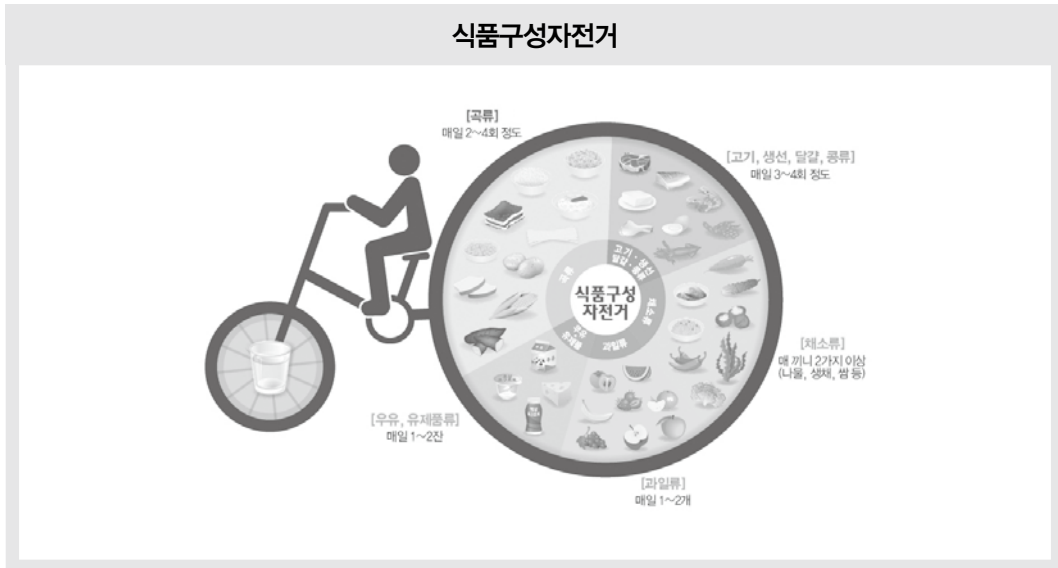
2015년과 2010년 비타민 D 섭취기준 비교(μg/일)

연령(세)	2015년		2010년	
	충분섭취량	상한섭취량	충분섭취량	상한섭취량
0-5개월	5	25	5	25
6-11개월	5	25	5	25
1-2	5	30	5	60
3-5	5	35	5	60
6-8	5	40	5	60
9-11	5	60	5	60
12-14	10	100	5	60
15-18	10	100	5	60
19-29	10	100	5	60
30-49	10	100	5	60
50-64	10	100	10	60
65-74	15	100	10	60
75+	15	100	10	60
임신부	+0	100	+5	60
수유부	+0	100	+5	60

□ 한국인 영양소 섭취기준 제정에 맞춰 이를 반영한 식사구성안을 함께 제시함으로써 활용도를 높이고자 하였다.

○ 영양소 단위를 식품 단위로 전환한 모델인 식사구성안을 개발하여, 식품구성자전거, 대표식품의 1인 1회 분량 및 권장식사패턴을 제시하였다.

- 식품구성자전거를 통해 식품군별 균형 잡힌 식사와 충분한 수분섭취, 신체활동을 강조하였다.



※ 유지·당류를 제외한 5가지 식품군을 골고루 필요한 만큼 먹는 균형 잡힌 식사, 충분한 수분섭취(자전거 앞바퀴에 제시한 물 컵)와 신체활동의 중요성을 자전거를 통해 제시

- 6가지 식품군(곡류, 고기·생선·달걀·콩류, 채소류, 과일류, 우유·유제품류, 유지·당류)별 대표식품을 정하고 1인 1회 분량을 사진으로 제시하였다.
- 또한, 한국인이 자주 섭취하는 음식을 이용하여 에너지필요추정량별 권장식사패턴을 개발하고, 생애주기별 권장식단을 제시해 이를 홍보할 계획이다.

□ 2015 한국인 영양소 섭취기준은 국민건강증진종합계획, 국민영양관리기본계획, 영양표시제도 등 식생활 관련 정책과 국민건강영양조사, 영양플러스, 급식 관리, 식생활 교육 등 식생활 관련 사업, 산업체에서 식품 개발 시 사용하는 영양소 기준치 등에 활용될 수 있다.