

영양정책의 과제와 발전방향에 관한 고찰

김혜련*

본 소고(小考)는 국가적인 영양시책이 미흡한 현실에서 첫째, 우리나라의 영양사업 전개 필요성과 여건을 파악하였고 둘째, 일부 OECD 국가의 영양정책을 고찰하여 우리나라에서 향후 국가적으로 추진되어야 할 영양정책의 방향을 제시하고자 하였다.

최근 우리나라의 질병 이환양상과 사망구조, 의료비 증가 추이, 식품소비 구조를 종합적으로 보면 우리나라도 만성퇴행성 질환을 예방하기 위한 보다 적극적인 조치가 필요한 시기에 와 있음을 파악할 수 있다. 선진국에서는 국민의 식습관을 바람직한 방향으로 변화시키기 위한 국가정책이 채택된 점을 고려할 때 우리나라도 영양부문을 국가보건시책으로 개발하여야 한다.

그 추진방향은 식량영양 정책심의회 설치와 보건사회부의 영양행정체제 확충, Labelling 표시제도 도입, 대상자별 식생활 지침 개발보급, 영양조사연구기능의 강화, 기본의료서비스에 영양서비스의 포함, 지역주민에게 포괄적인 만성퇴행성 질환관리 및 건강증진 서비스의 제공을 위한 보건소 영양업무 확충 등을 들 수 있다.

I. 연구배경

어느 사회에서나 식사는 즐거운 사회적인 모임이라든가, 음식이 지닌 맛에 대한 느낌 같은 즐거운 경험과 연결되어 있으며, 인간은 평생 영양섭취를 통하여 인체내의 대사와 생명을 유지해 나가므로 식생활이 인간의 생활에서 차지하는 가치는 매우 높다. 외국의 연구결과를 보면 건강에 영향을 미치는 요소는 생활습관(식

습관, 운동, 흡연, 음주), 환경, 보건의료제도, 개인의 생물학적 소인 등의 4개 범주로 구분될 수 있는데 이들이 건강에 복합적으로 작용하지만 이 중에서도 생활습관이 50%의 영향력을 미치는 것으로 보고 있다(Terborg, 1986).

여러나라가 영양과 발병의 관계를 심각하게 논의하기 시작한 것은 1960년대부터이다. 선진국들은 식량사정이 나아지면서 영양과잉이 보편화되었고 동물성식품에 치중된 식생활 형태

* 한국보건사회연구원 책임연구원

본 원고를 검토하고 편제상의 조언을 해주신 본원의 변종화 박사님께 감사의 뜻을 표합니다.

로 바뀌어 감에 따라 비만, 순환기계질환, 당뇨병, 암등의 성인병이 크게 증가하기 시작하였다. 이들 성인병은 치료가 어렵고 사망에 이르기까지 지속되어 의료비 부담을 가중시키고 의료보험재정에 큰 부담을 주어 사회적인 문제로 대두되었다.

유럽에서는 영양문제를 건강에 미치는 Lifestyle의 중요한 요소로 다루고 있다. 1968년 스칸디나비아 3국은 Medical Viewpoints on the National Diet in Scandinavian Countries란 보고서를 통해 성인병은 음식에 기인하는 질병이라는 결론을 얻게 되었다. 1985년부터 유럽은 본격적으로 국가의 영양정책수립과 국가적인 영양감시(dietary surveillance)를 추구하고 있으며, 1990년에는 「식품과 영양정책에 관한 유럽회의」를 개최하여 사회적인 관심을 높였다(WHO, 1993 : 77). 또한 영양을 만성병 관리사업에 통합하여 Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention(CINDI) 프로그램으로 추진하고 있다(WHO, 1985 : 44~45, WHO, 1988 : 58~60).

최근의 Elisabet Helsing은 국가가 영양정책을 가지고 있었느냐 그렇지 않느냐가 국민의 식습관에 결정적인 영향을 미친다는 결과를 제시하고 있다. 즉 노르웨이와 그리이스 두 나라의 질병의 역학적인 변천과 사인구조를 보면 영양정책을 가졌던 노르웨이는 정책이 부재했던 그리이스에 비하여 식량공급에 영향을 주었고, 관상동맥질환에 의한 사망률을 감소시켰으며, 국민의 식습관에도 바람직한 영향을 초래했음을 밝히고 있다(Helsing, 1993 : 1581~1582).

미국은 1977년 상원에서 「Dietary Goals for the United States」라는 McGovern보고서를 공포하였고, 이외에도 많은 전문가들이 미국이 영양문제를 개선함으로써 의료비 지출을 1/3 정도 줄일 수 있음을 지적했다(대한영양사회/한국영양학회, 1993 : 138~139). 1980년에는

「미국인을 위한 식사지침」을 제정하였고 1985년 그 내용을 다시 개정하였다. 1979년에는 미 보건후생성에서 The Surgeon General's Report on Nutrition and Health라는 보고서를 통해 음식섭취의 불균형 및 과다가 만성질환의 발생과 이로 인한 사망에 결정적인 영향을 미치며, 모든 암의 발생요인의 1/3 이상이 음식에 기인하며, 관상동맥심장질환도 이와 같은 정도로 음식에 기인하여 발생하는 것으로 밝히고 있다(U.S.DHHS, 1988 : 1~20).

일본은 국민의 건강증진을 위해 1952년 영양개선법을 제정한 이래 1977년에는 식사목표를 정하였고, 인구의 고령화에 수반된 성인병이 증가되면서 성인병 예방조치로써 1980년에 일본형 식생활 기준을 공포하였으며, 1985년 「건강과 식생활지침」, 1990년에는 대상특성별(성인병예방, 성장기, 여성, 고령)로 세분된 식생활지침으로 개정하여 정부차원에서 영양개선을 추진하고 있다(JICA, 1992 : 37~79; 日本厚生省, 1993).

이와같이 선진국에서는 건강에 영향을 주는 요인중 식이섭취와 영양의 중요성이 크게 부각되고 있는 실정이다. 그러나 우리나라는 식품과 영양이 국민보건에 미치는 중요성이 상대적으로 낮게 인식되어 이렇다 할 국가영양정책이 제시되지 못하여 왔다. 국민의 영양업무를 주도적으로 집행하는 부서가 정부내에 없었고 지역의 보건소 업무중에 영양개선과 식품위생업무가 규정되어 있으나 본격적인 업무수행이 유보되어 왔고 실제적인 프로그램은 거의 없거나 형식에 그치고 있는 실정이다.

본 연구는 국가적인 영양시책이 미흡한 현실에서 첫째, 우리나라의 질병 및 사망양상과 변화추이 등 보건의료 환경의 변화, 최근의 식품소비구조의 변화, 국민에게 영양서비스를 제공하여야 할 보건소의 실태와 영양업무에 대한

요구를 제시하여 우리나라 영양사업의 전개 필요성과 여건을 파악하였으며 둘째, 일부 선진 국가의 영양정책과 사업을 제시하였고, 끝으로 우리나라에서 향후 국가적으로 추진되어야 할 영양정책의 방향을 제시하고자 하였다.

II. 보건의료환경의 변화와 영양 정책의 필요성

우리나라의 경우 최근의 사망원인 구조를 보면 <表 1>과 같이 1980년대 이후에는 순환기계질환 및 암이 사망의 우선순위를 차지하며 그 비중이 높아지고 있음을 볼 수 있다. <表 2>에서 1992년도 사인통계를 구체적으로 보면 10대 사망원인중 식생활과 관련되어지는 질환이 수위를 차지하고 있어 우리나라의 사망패턴이 서구화되고 있음을 볼 수 있다. <表 3>에서는 식이섭취가 발병에 영향을 초래하는 주요질환의 사망률 변화 추이를 제시하고 있는데, 특히 뇌혈관 질환과, 심근경색, 당뇨병이 크게 증가하고 있는 것을 볼 수 있다.

질병이환(Prevalence)에 대한 자료는 전국적인 자료의 제약으로 의료보험자료중 비교적 정확한 통계생산이 되고 있는 의료보험관리공단의 자료를 살펴 보았다. <表 4>와 같이 식습관과 음식의 내용과 밀접하여 관련되어 있는 질병중 심근경색과 당뇨병의 입원율의 추이를 본 결과 1990년도에 오면서 발생율이 뚜렷하게 높아지고 있고 그 증가속도가 급속한 것으로 나타나고 있다. 이러한 질병들은 우리의 현재 식습관에 의해서 올 수 있는 고지혈증, 음식물속의 섬유소 부족, 과다한 동물성 지방섭취, 운동부족 등이 복합적으로 연관되어 오는 질환으로, 고혈압, 관상동맥심장병, 비만증과 더불어 한국인의 주요 사망원인이 되는 뇌졸중과 혈관계 질환의 선행요인이 되고 있으며 수

년내에 우리나라에서 가장 중요한 질병으로 등장될 것이 예상된다.

선진국에서는 의료비 증가가 사회적 부담으로 인식되면서 질병의 관리에서 기존의 의료전달체제로만의 해결에는 한계가 있으며, 의료비 절감을 위해서는 건강에의 투자(Invest in Health)가 중요하며, 특히 사후치료보다 예방과 건강증진, 영양서비스에 대한 투자가 비용절감적이라는 것이 제시되어 있다. 일부 국가에서는 의료보험조합에서 식생활 개선을 위한 영양교육을 적극적으로 실시하고 있다. 우리나라에서도 최근 의료비가 1970년~1990년 기간중 연평균 58.3%로 급격하게 증가하면서 의료비 문제가 사회적 과제로 대두되기 시작하고 있다(<表 5> 참조)(문옥륜, 1994 : 113). 특히 우리나라는 국내 총생산(GDP) 대비 의료비의 지출이 적정선보다 높은 반면 GDP 대비 공공의료지출은 적정선보다 크게 낮아 공공의료의 확충이 필요한 국가로 분석되고 있으며, 의료비를 줄이기 위해서는 비필수적인 고가 치료(MRI, CT 등)는 억제되어야 하고 필수적인 임상서비스와 기본적인 의료서비스(보건교육, 영양서비스 등)가 효과적으로 투입되어야 한다고 보고 있다(World Bank, 1993 : 8-16, 110).

이외에도 의료비를 억제하기 위한 방안의 하나로 건강증진과 예방서비스의 우선순위를 높여야 한다는 논의도 제기되고 있다(문옥륜, 1994 : 140).

우리나라도 이와같이 영양이 건강에 미치는 효과가 더욱 중요해진 현 시점에 와서는 보건분야와 보건정책에서 영양이 다루어져야 하는 시기로 전환되었고, 의료비절감과 건강증진 차원에서 영양정책을 갖추고 정부가 국민의 식생활을 올바른 방향으로 유도하기 위한 지침을 마련하고 제도적으로 국민영양문제를 다루어야 할 시기에 와 있다고 볼 수 있다.

<表 1> 한국의 5대 사인구조의 추이, 1981~1992년(17분류 기준)

순 위	1981	1985	1989	1992
1.	순환기계질환 (24.8%)	순환기계질환 (31.8%)	순환기계질환 (29.7%)	순환기계질환 (29.5%)
2.	악성신생물 (10.5%)	악성신생물 (15.1%)	악성신생물 (19.4%)	악성신생물 (20.9%)
3.	손상 및 중독 (9.5%)	손상 및 중독 (11.6%)	손상 및 중독 (15.9%)	손상 및 중독 (15.4%)
4.	소화기계질환 (7.5%)	소화기계질환 (9.0%)	소화기계질환 (8.7%)	소화기계질환 (8.1%)
5.	호흡기질환 (4.2%)	호흡기질환 (4.6%)	호흡기질환 (4.4%)	호흡기질환 (4.3%)

* ()내 수치는 전체사망중 백분율임

자료 : 통계청, 각년도 사망원인 통계

<表 2> 1992년 주요사인별 사망수 및 사망률

순위	사 인	사 망 수 (%)	사 망 륜 (10만명당)
	총 사 망	208,322(100.0)	530.2
1.	뇌혈관질환(a)	31,600(15.2)	80.4
2.	심장병	17,106(8.2)	43.5
3.	교통사고	13,539(6.5)	34.5
4.	위암(a)	12,026(5.8)	30.6
5.	만성간질환(b)	11,253(5.4)	28.6
6.	고혈압성질환(a)	10,800(5.2)	27.5
7.	간암(b)	9,380(4.5)	23.9
8.	폐암	6,672(3.2)	17.0
9.	당뇨병(a)	5,321(2.6)	13.5
10.	기관지염, 천식	4,021(1.9)	10.2

a :식이섭취가 영향을 미치는 질병

b :알코올의 과다섭취가 영향을 미치는 질병

자료 : 통계청, 1992년 사망원인통계

<表 3> 식이섭취와 관련된 주요 질환의 사망률의 변화추이, 1983~1992년

(단위 : 인구 10만명당)

사인명	1983	1995	1987	1990	1992
뇌혈관계질환	65.4	76.6	73.5	75.7	80.4
위 암	29.7	32.9	32.8	31.5	30.6
대장암	1.7	3.2	3.7	4.5	4.6
유방암	2.0	2.4	2.8	3.5	3.6
식도암	1.7	2.3	2.7	3.3	3.0
심근경색	2.2	3.8	6.2	6.8	9.6
당뇨병	4.3	6.8	7.7	11.8	13.5

자료 : 통계청, 1992 사망원인 통계연보

<表 4> 의료보험 가입자들의 당뇨병과 급성심근경색증으로 인한 입원을 추이, 1981~1992년

연도	수혜자수 (A)	당뇨병 입원환자		급성심근경색증 입원환자	
		입원건수	입원률	입원건수	입원률
		(B)	(B/A)	(C)	(C/A)
1981	3,977,400	1,458	36.7	110	2.8
1982	3,924,027	1,929	48.7	171	4.4
1983	4,009,978	2,356	58.8	200	5.0
1984	4,094,697	2,731	66.7	272	6.6
1985	4,209,661	3,251	77.2	314	7.5
1986	4,328,850	4,019	92.8	384	8.9
1987	4,364,093	4,529	103.8	457	10.5
1988	4,508,435	4,869	108.0	560	12.4
1989	4,470,914	5,911	132.2	649	14.5
1990	4,603,361	4,926	120.8	634	13.8
1991	4,615,852	5,561	120.5	788	17.1
1992	4,662,438	5,962	127.9	990	21.2

* 공교의료보험 수혜자수

자료 : 의료보험관리공단, 의료보험통계연보, 1981~1992.

<表 5> 국민의료비의 증가추이, 1970~1990년

구분	1970	1975	1980	1985	1990
총의료비(10억원)	65	298	1,455	4,407	9,839
국민의료비 연평균 증가율(%)	-	72.3	77.6	40.6	24.7
GNP 대비 국민의료비 비율(%)	2.5	3.0	4.0	5.6	5.8

자료 : 문옥륜 1994, "신한국 의료보장정책", 신한국의 사회복지정책, 한국사회복지정책연구원, . 113

III. 영양문제의 진단

우리나라의 영양문제의 진단에는 이 방면의 연구결과가 지엽적으로 이루어져 왔으며, 연구개발이 부족하여 영양문제를 면밀하게 비교, 고찰할 수 있는 기본자료가 제한되어 있어, 본 소고에서는 개략적으로 우리나라의 영양문제와 영양정책의 부재 및 영양사업 수행상의 문제점을 중심으로 제시하고자 하였다.

1. 영양섭취 실태추이

가. 영양부족과 국민의 영양과다 상태의 공존

우리나라는 국민의 영양상태에 대한 조사가 식품섭취실태를 조사하는 국민영양조사 한가지이기 때문에 종합적으로 국민의 영양상태를 파악할 수 있는 자료는 미흡하다. 국민영양조사를 통해 파악된 우리나라의 전체적인 식생활의 변화를 보면 <表 6>에서 보는 바와 같이 쌀을 포함한 곡류의 소비가 줄어들고 육류, 어패류 등의 동물성 식품의 소비량이 지속적으로 크게 증가하고 있다. 곡류의 열량비를 보면 1975년 82.5%를 차지하던 것이 1991년에는 65.8%로 비중이 낮아졌으며, 동물성 단백질의 비율은 20.6%에서 42.7%로 높아졌다.

<表 6> 영양섭취량의 추이, 1975~1991년(전국 1인 1일)

구 분	(단위 : g)					
	1975	1980	1985	1990	1991	일본 1991 ¹⁾
곡 류	474	495	384	344	349	288
콩 류	31.1	46.9	74.2	58.1	36.1	68.6
감자류	54.6	35.8	39.8	43.1	23.4	N.A.
채소류	246.0	301.1	272.9	281.0	284.3	239.0
과실류	22.4	41.3	64.1	68.8	102.7	112.4
해조류	1.9	1.5	3.2	6.0	7.1	6.1
조미료, 주류, 음료수류	17.7	36.6	21.7	34.7	38.5	144.1
유지류(식물성)	3.1	4.4	6.9	5.6	5.7	N.A.
기 타	0.1	0.0	0.0	9.4	9.7	N.A.
식물성 식품계	850.0	962.9	866.5	850.0	857.0	N.A.
육류	14.3	13.6	38.9	47.3	52.5	76.4
난류	5.1	8.3	20.6	19.5	19.8	52.7
어패류	47.8	65.7	180.6	78.6	80.5	96.8
유류	4.7	9.9	42.8	52.2	58.1	128.7
유지류(동물성)	0.1	0.1	0.1	0.4	0.0	N.A.
기타	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	N.A.
동물성 식품계	72.0	97.6	183.0	198.0	211.0	345.6
총계	992	1,061	1,050	1,048	1,068	1,338
식물성식품(%)	92.2	90.8	82.6	81.1	80.2	N.A.
동물성식품(%)	7.8	9.2	17.4	18.9	19.8	N.A.

* N.A : 자료가 없음

자료 : 보건사회부, 각년도 국민영양조사보고서
厚生省, 平成 3年 國民營養の現状

전체적인 영양섭취량을 보면 평균적으로는 영양권장량과 비교해 볼 때 별 문제가 없으나 그 분포를 살펴볼 때 모든 영양소에서 영양권장량의 75% 미만인 가구와 125% 이상을 섭취하는 가구가 상당히 많아 1991년 국민영양조사결과 열량섭취의 경우는 각각 24%, 12%를 차지하고 있다(<表 7>, <表 9> 참조). 이것은 영양이 부족한 사람과 영양과잉인 사람이 공존하는 우리나라 국민의 영양상태를 나타

내는 것이다.

에너지 구성비를 보면 1991년에는 평균치가 탄수화물에서 68.3%, 단백질에서 15.1%, 지방에서 16.6%로(<表 8> 참조) 아직까지 일본에 비해서도 지방섭취가 적으며 서구국가에 비하여는 현저히 낮으나 탄수화물이 1976년 77.9%에서 1991년 68.3%로 감소하였고, 지방은 같은 기간 9.6%에서 16.6%로 증가추세를 보이고 있다.

<表 7> 영양소 섭취량의 연차적 추이, 1975~1991년(전국 1인 1일)

(단위 : g)

영양소	1975	1980	1985	1990	1991	일본 1991
에너지(Kcal)	1,992	2,052	1,936	1,868	1,930	2,053
단백질(g)	63.6	67.2	74.5	78.9	73.0	80.2
지방(g)	19.0	21.8	29.5	28.9	35.6	58.0
탄수화물(g)	399.0	396.1	341.5	316.0	325.0	288.0
칼슘(mg)	407.0	598.0	569.0	517.0	518.0	541.0
철분(mg)	12.4	13.5	15.6	22.7	23.1	11.2
비타민A(I.U)	1,362	1,688	1,845	1,662	550 ¹⁾	2,685
티아민(mg)	1.21	1.13	1.34	1.15	1.27	1.26
리보플라빈(mg)	0.77	1.08	1.21	1.27	1.24	1.35
나이아신	15.3	19.1	25.67	21.6	17.5	N.A.
비타민C(mg)	78.9	87.9	64.7	81.2	92.2	113.0
곡류열량비(%) ²⁾	82.5	77.4	67.9	65.8	65.8	53.2
동물성 단백질비(%) ³⁾	20.6	28.7	41.7	39.8	42.7	N.A.

* N.A : 자료가 없음

1) R.E(Retinol Equivalent)로 환산된 것임.

2) 곡류열량비=곡류열량/총열량×100

3) 동물성단백질비=동물성단백질/총열량×100

자료 : 보건사회부, 각년도 국민영양조사보고서

厚生省, 平成 3年 國民營養の現状

<表 8> 열량구성비의 연차적 추이, 1976~1991년(전국 1인 1일)

	1976	1980	1985	1990	1991	일본 1991
총에너지 섭취량(Kcal)	1,926	2,052	1,936	1,868	1,930	2,053
3대 영양소의 열량구성비(%)						
탄수화물	77.9	77.3	70.9	69.2	68.3	59.0
단백질	12.5	13.1	15.4	16.9	15.1	15.6
지방	9.6	9.6	13.7	13.9	16.6	25.4

자료 : 보건사회부, 각년도 국민영양조사 보고
厚生省, 平成 3年 國民營養の現状

<表 9> 영양권장량의 75% 미만, 75%~125%, 125% 이상의 열량을 섭취하는 가구의 비율 변동 추이, 1985~1991년(전국)

(단위 : %)

권장량에 대한 범위	에너지	단백질	칼슘	철분	비타민A	티아민	리 보 플라빈	나이아신	비타민C
<u>1985</u>									
75% 미만	11.6	15.0	41.6	54.6	—	22.0	34.5	5.2	25.1
<u>1986</u>									
75% 미만	10.2	9.5	38.0	52.5	45.7	24.3	34.9	1.3	10.1
75~125%	65.1	49.1	38.8	27.1	25.4	37.6	38.8	15.3	26.1
125% 이상	24.7	41.4	23.2	20.4	28.9	38.1	26.3	83.4	53.9
<u>1987</u>									
75% 미만	37.6	20.5	60.2	10.9	80.3	45.7	51.8	24.9	53.9
75~125%	53.7	47.0	25.6	33.7	13.6	35.5	34.8	36.6	27.5
125% 이상	8.7	32.5	14.2	55.4	6.1	18.8	13.4	38.5	18.6
<u>1990</u>									
75% 미만	26.4	14.6	53.6	9.1	73.6	42.2	45.8	12.3	27.3
75~125%	62.5	44.5	30.2	27.4	17.8	36.9	36.3	36.1	29.9
125% 이상	11.3	41.2	16.5	63.8	8.9	21.2	18.2	51.9	43.1
<u>1991</u>									
75% 미만	24.2	14.3	52.7	1.6	54.9	14.3	32.8	15.7	12.6
75~125%	63.6	48.6	33.0	19.2	25.4	49.6	45.0	41.1	22.6
125% 이상	12.2	37.1	14.3	79.2	19.7	36.1	22.2	43.2	64.8

자료 : 보건사회부, 각년도 국민영양조사보고서

나. 식품소비구조의 변화

식품산업의 발달과 양적인 팽창, 서구식품의 도입 급증에 따라 가공식품의 소비가 증가하고 외식산업 신장율이 30%에 달하고 있다.(이기열, 1990 : 53~72) 이 결과 어린이와 청소년 계층의 식습관에 큰 변화가 초래되고 있다. 즉 피자, 햄버거, 도너츠, 닭튀김 등 에너지 농도(density) 높고 지방 및 당질함량이 높은 식품의 선호도가 높아 차세대의 식습관이 크게 우려된다. 1991년 국민영양조사 결과에서 점심식사의 매식(단체급식 제외) 비율은 18.8%(대도시 24.6%, 중소도시 15.9%, 농촌 11.5%)로 높다(보건사회부, 1991). 시장개방화에 따라 외식산업이 더욱 팽창될 것이며, 현재 식품산업의 관리는 위생적인 측면만 이루어지고 있고 영양관리측면에서는 미흡한 점이 많아 국민건강상 문제가 크다. 일본의 예를 보면, 외식이 증가하면서 조미료와 염분의 다량섭취로 식생활 개선의 효과로 1987년까지 지속적으로 감소하던 소금의 섭취량이 1988년부터 계속 증

가 추세에 있어 주요한 영양문제로 제기되고 있다(日本 厚生統計協會, 1992 : 97).

다. 국민의 건강에 대한 높은 관심에 반한 식습관과 식품섭취의 비합리성

일반국민들의 건강에 대한 관심이 높아지면서 건강증진에 대한 국민의 요구가 증가하고 있어 영양과 식생활에 대한 관심도 매우 높은 것을 볼 수 있다. 그러나 우리나라에서는 국가의 보건정책에서 영양이 포함되지 않은 가운데 국민의 영양에 관한 관심이 영리목적의 일부 건강식품업자들의 과도한 선전과 매스콤의 단편적인 홍보에 의하여 오도되어 온 부분도 많다.

1992년 국민건강조사에서 자기 스스로 음식을 짜게 먹는다는 사람이 20% 가량되는 것으로 나타나고 있는데, 미국이 10g 내외, 일본이 13g을 섭취하는데 반하여 우리나라는 15~20g 내외의 높은 섭취량을 가지고 있다(한국보건사회연구원 편, 1989 : 60~61).

<表 10> 건강습관 실천양상 : 부적절한 식습관자 비율 및 체중조절 실천자 비율, 1992년 (단위 : %)

	전 국	지역 별		성 별	
		시 부	군 부	남 자	여 자
평소 규칙적인 운동 실천자 비율	23.9	26.0	15.5	30.9	17.7
음식을 짜게 먹는 사람 비율	19.5	18.6	23.0	21.2	18.0
음식 맵게 먹는 사람 비율	9.9	30.0	29.6	30.3	29.6
자신이 인식하는 체중상태					
과 소	15.7	14.7	19.7	18.6	13.1
과 대	24.8	25.2	23.2	19.3	29.6
체중조정 실천자 비율	15.7	16.4	12.8	14.4	16.7

자료 : 송건용 외, 1992년도 국민건강 및 국민보건의식행태조사, 한국보건사회연구원

<表 11> 건강보조제 복용실태, 1992년

(단위 : %)

연 령	없 음	1가지	2가지	3가지	4가지 이상
전 국	22.6	20.5	7.2	18.6	5.7
20~29	65.0	21.7	9.7	2.4	1.2
30~39	52.3	24.7	13.7	5.4	4.0
40~49	48.4	24.7	13.5	8.3	5.1
50~59	49.6	27.2	13.8	4.7	4.6

자료 : 송건용 외, 1992년도 국민건강 및 국민보건의식 행태조사, 한국보건사회연구원

<表 12> 건강보조제 종류별 복용자 비율, 1992년

(단위 : %)

연 령	비타민, 간장약	한방보약제	흑염소, 개소주	꿀 류	영지버섯	기 타
전 국	22.6	20.5	7.2	18.6	5.7	5.3
20~29	17.3	16.7	7.3	12.8	3.8	2.9
30~39	27.2	22.9	11.0	25.0	6.6	5.9
40~49	25.2	28.4	18.7	23.9	8.4	5.3
50~59	32.1	29.6	11.0	24.1	11.1	6.2

자료 : 송건용 외, 1992년도 국민건강 및 국민보건의식 행태조사, 한국보건사회연구원

국민건강조사에서 우리국민의 건강실천양상을 보면 적절한 식이섭취와 운동을 통한 적절한 건강의식과 행동의 합리화가 이루어지지 않고, 불건강한 생활관습에 대한 무관심, 낮은 건강행위 실천율, 건강보조제의 지나친 복용과 과신 등의 경향이 있는 것으로 나타나고 있어(송건용 외, 1993) 국민건강상 문제가 되고 있다(<表 10>, <表 11>, <表 12> 참조). 이와 같은 소위 “건강보조 요법제”라는 보약과 건강보조식품의 구매비용을 포함하면 실제 소비되는 의료비는 공식화된 의료비 보다도 훨씬 높을 것으로 보인다.

2. 영양정책의 현황

가. 영양정책의 미비

우리나라의 영양정책의 중요성과 그 내용에

대한 인식의 부족으로 영양정책의 실시가 미비한 상태에 있으며 다음과 같은 점에서 문제점을 가지고 있다.

1) 영양행정을 실시할 수 있는 정부조직(중앙, 시·도, 시·군·구) 미비

중앙의 보건사회부에서 영양업무는 보건국 보건정책과에서 6급 1명이 전담하고 있어 매년 실시하고 있는 국민영양조사 업무와 영양사 자격관리 업무 이외에는 수행하기가 어렵다. 시도의 보건과에는 영양담당자가 없고 국민영양조사 시점에서만 간호조무사 또는 간호사가 일시적으로 조사협조업무를 담당하고 있는 정도로 영양서비스에 관한 업무는 거의 전무하다고 볼 수 있다. 시, 군, 구 지역의 현황을 보면 보건소법에 영양개선과 식품위생업무가 보건소의 지역보건업무로 규정되어 있으나 전담자가

없고 보건소내에 근무하는 간호사 또는 간호조무사가 겸임을 하면서 국민영양조사 지역으로 선정된 지역에서만 조사 협조업무를 실시하는 정도로 실제적인 프로그램은 거의 없거나 형식에 그치고 있는 실정이다. 보건소 전문인력 배치기준(보건사회부 훈령, 1992)에서 1992년 7월부턴 보건소에 영양사 1인을 배치하도록 되어 있기는 하나 지방공무원 정원규정에 포함되어 있지 않기 때문에 권장안에 그치고 있다.

2) 영양정책의 수립 미비

현재의 영양정책은 국민영양조사업무에 거의 국한되어 있는데 우리의 영양문제는 경제수준의 향상과 가공식품의 섭취 및 외식의 증가에 따라 영양부족문제 이외에도 영양과잉과 영양불균형의 문제로 인한 각종 건강문제가 증가하고 있어 전반적인 국민보건관리를 위해서는 영양정책과 영양행정의 시야와 범위가 확대되어야 할 때이다.

3) 식품정책과 영양정책의 상호연계 미흡

식품위생 및 식품생산에 관한 정책은 보건사회부 식품국(구 위생국)에서 담당하고 있으나 지나치게 감시, 행정규제에 치우쳐 있으며 식품소비와 국민건강을 위한 식품의 관리와 영양정책과는 연계되어 있지 않다. 선진국에서는 식품의 안전성과 이에 대한 소비자의 욕구에 맞추어 Labelling과 각종 식품첨가물에 관한 국제규약을 마련하고 있으나 우리나라는 이에 대비하지 못하고 있다.

4) 국민의 영양상태 평가에 필요한 조사연구의 미비

현재 국민의 영양상태를 평가하는 조사는 국민영양조사밖에 없는데, 조사규모나 조사실시체계상의 문제로 인하여 국민의 건강상태와 영양섭취 현황을 파악하는데는 제한점이 많다. 조사방법도 가구당으로 이루어져 개인별 식품섭취 상태를 알 수 없으며 특히 영양상 위협집

단인 어린이, 노인등의 식품섭취 상태를 알 수 없다. 또한 식품성분표의 부실과 식습관 변화, 운동량, 생활양식 등에 대한 기초연구자료의 부족으로 변화하는 영양문제와 영양섭취실태를 올바르게 파악할 수가 없다.

나. 영양사업추진 미흡

선진국을 포함한 타국가에서는 지역보건서비스중 영양이 기본요소로서 포함되어 있고 WHO의 1차 보건의료의 7개 기본요소 중에서도 영양이 1차적으로 꼽히고 있다. 일본에서는 중앙에서부터 지방까지 각급단계별로 영양전문인력이 배치되어 국가가 지역주민의 영양업무의 기획, 영양지도, 영양조사업무를 수행하고 있으며 보건소에만 1990년 현재 전국적으로 1,276명의 관리영양사와 영양사가 배치되어 있고 시정촌에도 1988년 현재 654명이 배치되어 있으며 이수는 증가추세에 있어 지역사회 영양서비스와 관리업무를 제공하고 있다(김경주, 1994 : 30~32). 미국의 경우도 지방보건조직의 업무에 영양업무가 독립된 업무로 또는 성인병관리, 영유아관리, 임산부관리, 노인보건, 식품위생 및 보건교육의 일환으로 기본적인 보건업무로 포함되어 있는 실정이다.

그러나 우리나라는 과거 영양결핍과 식량의 보급이 우선적으로 중요한 시대에는 농수산 정책이나 유니세프 및 몇몇 외원기구에서 소규모로 지역사회 영양사업을 벌였으나 시범적으로 한시적으로 운영하는데서 그치고, 그동안 현실적인 여건의 미비로 사업결과로 건의된 조직과 인력의 확보에 대한 제안이 수용되지 않았다. 현재는 국민의 건강증진을 위한 영양에 대한 사회적 서비스 욕구가 증가되고 있음에도 불구하고 우리나라의 보건체계는 이에 대응할 기초적인 여건도 갖추지 못하고 있는 상태에 있다. 최근 보건계에서는 보건사회 환경의 변화에 부

용하기 위하여 보건소의 기능 및 조직을 만성 퇴행성관리를 위한 체제로 기능을 전환시키고 전문성을 향상시키는 방향으로 구체적인 지방 보건조직 개편대책을 마련하여야 한다는 논의가 고조되고 있고(임종권 외, 1992, 김용익, 1994, 문옥륜, 1992, 오석홍, 1989), 주민의 건강증진, 만성병의 예방관리 차원에서 영양업무의 필요성이 제기되고 있다.

1992년 전국보건소 조사에서 보건소 당국자가 응답한 영양업무의 수행현황과 향후 영양업무의 필요성에 대한 의견을 보면 현재 영양업무를 '수행한다'는 보건소는 13.5%에 불과하고 29.3%의 보건소가 '소극적으로 수행한다', 39.2%의 보건소가 영양업무를 거의 수행하지 않는다고 하였으며, 무응답 18.1%로 이들 보건소도 영양업무를 거의 수행하지 않고 있는 범주에 속하는 것으로 볼때 대다수의 보건소에서 영양업무는 거의 수행되지 않고 무관심한 상태

에 있음을 보여준다.

향후 보건소 기능변화의 요청에 따른 영양사업의 필요성에 대한 의견을 보면 반드시 확충 또는 신설되어야 한다는 의견이 34.9%, 현행 유지가 27.0%, 축소, 폐지가 14.4%였으며 무응답이 23.7%로 나타났다. 이 결과는 노인보건관리, 성인병관리, 암등록관리, 보건교육, 보건통계 등의 타 보건서비스에 비하여는 사업의 확충의 필요성에 대한 인식이 다소 낮았으나 확충, 강화하여야 할 사업으로 꼽히고 있다(<表 13> 참조).

한편 보건소에 영양사의 배치 필요성에 대해서는 50.7%의 보건소에서 필요하다는 응답결과를 보였고 특히 병원화 보건소인 보건의료원에서는 84.4%가 영양사 인력이 필요하다는 견해를 나타내고 있었음을 볼 수 있다(<表 14>, <表 15> 참조).

<表 13> 보건소의 영양업무 수행실태와 사업에 대한 요구도

(단위 : %)

	계 (N=215)	대 도시 (N=43)	중소도시 (N=64)	농 촌 (N=108)
영양업무 수행실태				
적극적 수행	13.5	11.6	10.9	15.7
소극적 수행	29.3	27.9	29.7	29.6
거의 수행하지 않음	39.2	34.9	40.6	39.8
무응답	18.1	25.6	18.8	14.8
향후 사업조정 필요에 대한 의견				
반드시 확충, 신설	34.9	20.9	35.9	39.8
현행유지	27.0	30.2	26.6	25.9
축소, 폐지	14.4	18.6	15.6	12.0
무응답	23.7	30.2	21.9	22.2

N : 보건소 수

자료 : 한국보건사회연구원 1992, 보건소 기능 및 행정체제개선연구 조사자료 분석 결과

<表 14> 보건소 전문인력중 영양사 인력 필요에 대한 의견(지역별)

(단위 : %)

영양사 인력소요수	계 (N=215)	대 도시 (N=43)	중소도시 (N=64)	농 촌 (N=108)
필요없다.	43.3	69.8	40.6	34.3
1명	47.0	16.3	53.1	55.6
2명	3.7	4.7	3.1	3.7
무응답	6.0	9.3	3.1	6.5

N : 보건소 수

자료 : 한국보건사회연구원 1992, 보건소 기능 및 행정체제개선연구 조사자료 분석 결과

<表 15> 보건소 전문인력중 영양사 인력 필요에 대한 의견(보건소 유형별)
(단위 : %)

영양사 인력 소요수	일반 보건소 (N=202)	보건의료원 (N=13)
필요없다.	45.5	7.7
1명	44.6	84.6
1명	4.0	-
무응답	5.9	7.7

N : 보건소 수

자료 : 한국보건사회연구원 1992, 보건소 기능 및 행정체제개선연구 조사자료 분석 결과

IV. 영양정책의 전개방안

우리나라는 현재 영양업무를 수행하는 조직이 중앙에는 1994년 최근 설치된 영양제로 전담과로 독립되어 있지 못하며, 이제까지는 전담부서가 없었기 때문에 국민을 위한 영양사업을 제대로 시행하지 못하고 국민영양조사업무를 수행하는데 그쳐왔다. 시, 도 및 시, 군, 구 조직에서도 영양업무가 거의 수행되어 오지 않고 있기 때문에 본 소고에서는 몇몇 외국의 영양정책과 행정내용을 제시하고 이를 바탕으로 우리나라의 영양정책의 전개방향과 사업대안을

제시하고자 하였다.

1. 외국의 영양정책 및 사업

가. 미국

1) 특징

미국의 식품행정과 영양행정은 국민보건의 향상이라는 대전제하에 상호 긴밀한 협조하에 수립되고 있으며, 영양문제에 대한 각종 모니터링 제도를 통한 정보를 기초로 하여 정책방안을 모색하고 있는 것이 특징이다(<表 16> 미국의 영양모니터링 체제 참조).

2) 영양정책

○ 1969년 White House Conference on Food, Nutrition and Health에서 ① 빈곤 ② 소비자문제 ③ 식사와 건강을 논의한 것을 기점으로 영양행정이 크게 확대되었고 Nutrition Monitoring and Related Act가 영양정책의 기본이 되고 있다.

○ 영양결핍 위험도가 큰 계층에 대한 식량공급의 확대(White House Domestic Council(1), 1993 : 36~37)와 성인병 예방을 위한 식생활정립 및 영양정보의 확산등 영양교육 보급에 비중을 두고 있다. 1993년 10월 미국 클린턴 대통령의 의료법 개정안(Health Care Reform Plan)에서 임상영양치료와 영양서비스를 기본

<表 16> 미국의 영양모니터링 체계

활	동	담당기관	사업빈도
1. Food production surveillance		USDA	매년
2. Food composition analyses			
· Total diet study		FDA	매년
· National nutrient data bank		USDA	계속사업
3. Food consumption surveys			
· Nationwide food consumption survey(NFCS) (국민식품소비조사)		USDA	계속사업
· National health and nutrition examination survey (NHANES)(국민건강영양조사)		NCHS	매 10년
4. Retail marketplace surveillance(유통시장 감시관리)		FDA	매 2년
5. Clinical nutrition and practices(임상영양상태)			
· NHANES(국민영양조사)		NCHS	매 10년
· State surveillance program(주감시관리사업)		CDC	계속사업
6. Public interests and practices(국민관심과 실행)		FDA	매년
7. Nutrition information and education system (영양조사와 교육체계)		USDA/DHHS	계속사업
8. Adverse effects surveillance(부작용 감시관리)		FDA	계속사업
9. Special studies(특수조사)			
· Vitamin and mineral supplement-use surveys (영양제 사용조사)		FDA/NCHS	주기적으로
· Infant feeding practices survey(유아급식 실태조사)		FDA	필요할 때
10. Methods development(방법개발)		NIH/FDA/USDA/CDC	계속사업

* USDA(U.S. Department of Agriculture)
 FDA(Food and Drug & Administration)
 NCHS(National Center for Health Statistics)
 CDC(Center for Disease Control)
 DHHS(Department of Health and Human Services)
 NIH(National Institute of Health)

의료혜택 조항에 포함시키고 있다(White House Domestic Council(2), 1993 : 21~23; JADA : 1993 : 1~2).

3) 영양조직체제

연방정부 : 보건후생성(Department of Health and Human Services)의 공중보건 관리국에서 식품행정을 관할하며 부설 식품 및 의약품국(FDA)의 식품안전 및 영양센터(CFSAN)와 질병통제센터(CDC)에서 연구기능을 담당하고

있다.

지방정부 : 영양관리의 실제업무는 County의 지방보건부(Local Health Department : LHD) 및 이웃보건소(NHC)에서 만성병 관리사업과 보건교육 및 영양정보서비스 형태로 실시되고 있다. 지방보건부의 조직은 지역마다 상이하여 독립부서를 두거나, 만성질환관리부서 또는 지역보건서비스 부서에서 영양업무를 담당하고 있다(Miller & Moos, 1981)(<表 17> 참조).

<表 17> 미국지방보건정부(LHD)의 조직과 기능의 예

(I) Appalachia II District Health Department

프로그램 :

- 프로그램 기획 및 관리
- 간호
- 성인 진료
- 환경위생
- 치과진료
- 모자보건 및 Epidemiology
- Social work
- Public information
- 영양
- 성병관리
- 가정보건서비스
- 건강전화제도(Health Line)

(II) Contra Costa County Health Department and County Medical Services

조직 :

- Home Health Services : 진료서비스, 가정간호서비스
- Public Health Medical Services : 전염병관리, 실험실, 건강검진, 응급진료, 가족계획, WIC(임산부, 영유아 보충급식 프로그램)
- Community Health Services
- Environmental Health Services
- General Administration functions

(III) Craven County Health Department

조직 :

- 행정부
- 치과
- 영양
- 보건교육
- 환경
- 검사실
- 간호

(IV) Maricopa County Department of Health Services

조직 :

- 모자보건부
- 질병관리부
- 알콜 중독자 관리부
- 치과부
- 영양부
- 생정통계부

<表 17> 계속

(V) Denver Health and Hospitals

- 조직 : Community services : 이웃보건소 프로그램(영양, 의료사회서비스, 지역사회간호), 정신보건프로그램, 프로그램평가
Operation & finance
Medical affairs

(VI) 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, 가정1차 진료망

(VII) Lane County Department of Community Health and Social Services : Division of Health

- 조직 : 보건부 : 급만성질환관리, 예방보건, 만성병관리(영양 포함), 모자보건
정신보건부
환경보건부
의료사회서비스부
직업훈련부

(VIII) Memphis-Shelby County Health Department

- 조직 : Personal Health부 : 진료, 영양, 검사, 이웃보건소 관리 등
전염병관리부
간호부
환경부
총무부
이동서비스

* 이웃 保健所(Neighborhood and Community Health Centers(Clinics) : NHC)

NHC의 프로그램은 성인진료, 모성보건, 가족계획, 부인과 진료, 소아과 진료, 치과 진료, 언어치료, 청각, 시력검사, 의료사회서비스, 정신보건서비스, 보건교육, 영양상담, 검사, X-ray 등이다.

자료 : 1) Miller, C. Arden & Moos, Merry-K 1981, *Local Health Department*, American Public Health Association 1981, pp. 41~496.

2) Janas, Steven, *Health Care Delivery in the United States*, 3rd edition, Springer Publishing Company, New York, 1986, pp. 146~156.

3) Jonas, Stevem, *An Introduction to the U. S. Health Care System*, 3rd edition, 1992, pp. 35~37.

4) 프로그램

- Food stamp program(저소득층의 식품 구매력 향상을 위한 프로그램)의 수혜자 확대
- 청소년을 위한 학교급식 강화
- WIC(여성, 영아, 어린이를 위한 보충식 지급 및 영양교육 프로그램)
- 소비자에 대한 식품 정보제공을 위한 영양성분 표시제도(1994년 부터 모든 가공식품에 영양표시 의무화)
- 1985년 미국인을 위한 식사지침 개정 공포(보건성/농무성 공동 사업)
 - 미국인 식사지침(1985)(자료 : U.S. DHHS, 1988 : 46)
 - 여러종류의 음식을 섭취할 것
 - 적당한 체중을 유지할 것
 - 지방, 포화지방, 콜레스테롤의 과다 섭취를 피할 것
 - 전분과 섬유질이 적당히 함유된 식사를 할 것
 - 설탕의 과잉 섭취를 피할 것
 - 염분의 과잉 섭취를 피할 것
 - 알코올은 적당량 마실 것
 - 암예방을 위한 식사지침(미국 암협회 권장)(자료 : 한국식품공업협회, 1987 : 101)
 - 비만을 피할 것
 - 지방의 총량을 줄일 것
 - 섬유질이 많은 식품을 많이 섭취할 것
 - 비타민 A와 C가 풍부한 음식을 섭취할 것
 - 양배추, 부로컬리 등 유채과의 야채를 섭취할 것
 - 염장, 훈연식품, 아질산 처리식품의 섭취를 피할 것
- 국민에게 식생활, 영양상태, 건강 등의

정보를 확산하기 위한 영양교육 프로그램 시행

- Sodium Awareness Campaign
- Food labeling
- Consumer Surveys
- Nutrition Consultation
- Nutrition Education on Diabetes, Pregnancy
- Weight Program

나. 일본

1) 특징

일본은 1925년부터 정부에서 영양에 관심을 가지고 영양정책을 펴 나간 유래를 가지고 있다. 최근의 영양정책은 국민의 건강증진 시책의 일환으로 강조되고 있으며 1978년부터 1차 국민건강증진 대책으로 추진되고 있다(JICA, 1992 : 37~92).

2) 영양정책

1952년 공포된 영양개선법을 기본으로 영양사법, 조리사법과 식품위생법 등에 의거하여 영양행정이 실시되고 있다. 1988년에는 제2차 국민건강증진 대책(Active 80 Health Plan)에서 ① 생애를 통한 건강증진 추진 ② 건강증진의 기반정비 ③ 건강증진의 개발 보급 차원에서 영양, 운동, 휴식의 균형을 갖춘 건강한 생활양식을 추구하는 체제로 나아가고 있다.

3) 영양조직체계

후생성내 담당과는 보건의료국내의 건강증진 영양과와 생활위생국내의 식품보건과이며 후생성 산하의 국립영양연구소, 공중위생원에서 연구기능을 담당하며, 건강증진 영양과에는 국가영양위원회(Council of Nutrition)가 운영되고 있다. 지방에는 대개 보건소 보건예방과내에 영양계와 영양상담소가 설치되어 있고 보건상담소, 市町村 보건센터(보건계), 건강증진센터

에서도 주민의 요구도가 높은 중점사업으로서 전문영양사(관리영양사, 및 영양사)가 배치되어 지역내 영양상담 및 지도업무와 국민영양조사를 실시하고 있다. 최근 일본은 초고령화 사회에 대응하기 위하여 보건, 의료, 복지를 종합 화합과 동시에 지역보건, 지역의료, 지역복지를 법제화하면서 市町村 보건센터의 역할을 재평가하고 정부예산 중에 새로이 市町村 영양사 배치를 위한 지방교부세를 도입하여 재정지원을 하는 등 보건소활동을 대폭 市町村으로 이양하여 市町村 활동을 강화하고 있으며 영양사를 복수배치하고 있다(자료 2 참조). 이외에도 건강증진사업(건강 가꾸기 운동)의 일환으로 지역주민의 참여를 강조하는 각종 지역 영양사업과 영양캠페인, 방문영양지도 등이 전개되고 있다(김경주, 1994 : 30~32).

4) 프로그램

- 특수영양식품(영아용, 유아용, 임산부용, 환자용) 표시허가제도 및 가공식품의 영양성분표시 제도 권장
- 외식요리의 영양성분표시 가이드라인 책정, 보급
- 재택 영양사 및 조리사에 대한 영양교육
- 집단급식시설의 관리영양사 배치
- 식생활 개선 추진원을 통한 영양개선 운동
- 건강증진을 위한 식생활 지침의 보급
- 연령별 운동권장량(Recommended Exercise Allowances)의 보급(건강운동 습관 보급 추진사업)
- 보건소 영양지도 활동(자료 : 東京都 東村山市, 1992; 西正美, 1991) <表 18 참조>
 - 임상적인 영양상담 지도(대상 : 임신부, 수유부, 영아, 취학전 아동, 만성병 환자)
 - 중소기업, 저소득층 중점지도
 - 영양결핍 및 질병에 관련한 영양지도
 - 부인단체, 지구조직의 육성을 통한 영양

지도(농촌)

- 생활개량 보급원과 연계 식생활 개선활동 추진(농촌)
- 영양지도 차량운영(농촌)
- 단체급식시설(병원, 학교, 복지기관)의 식품위생감시와 병행한 영양지도
- 영양조사
- 특수영양식품의 지도관리
- 市町村 보건센터(보건계)의 영양활동(자료 : 日本 東大和市, 1993)
 - 모자영양상담
 - 모자영양식품 지급
 - 성인병교실, 질병·비만해소교실, 영양교실, 저콜레스테롤 교실
 - 성인보건 영양상담

다. 노르웨이

1) 특징

영양정책이 전반적인 경제정책, 식량농업정책과 연계되어 있으며 영양정책을 기본으로 식품의 품질에 대한 규제관리와 광고의 규제까지 하고 있다(대한영양사회, 1993 : 138~139; 스티븐 할로우스, 1990 : 200~203).

2) 영양정책

1975년 「Norwegian Nutrition and Food Policy」를 국회의 승인을 얻어 영양정책을 수립하였으며 전반적인 경제정책, 식량농업정책과 연계되어 있는 영양정책으로서 전세계에서 스웨덴과 더불어 가장 모범적으로 영양정책을 추진하고 있는 대표적인 국가이다.

3) 영양조직체계

- 1956년부터 국가영양심의회(National Nutrition Council)가 전문적인 권고기능과 정책입안 기능을 가지고 있으며,

<表 18> 일본의 보건소와 市町村의 영양사 역할 비교

보건소 영양사	市町村 영양사
【역 할】	
1. 보건소법, 영양개선법 등에 근거한 사업 실시	1. 노인보건법, 국민건강만들기, 지방추진사업, 부인의 건강만들기 추진사업 등에 근거한 사업실시
2. 관내 각 市町村의 영양개선 추진체계의 정비	2. 관내 지역주민의 영양개선 대책
【구체적인 업무】	
1. 국민영양조사 실시*	1. 건강교육, 건강상담(40세 이상)*
2. 보건영양학 강좌 개최*	2. 市町村 영양개선사업*
3. 건강증진교실 등 개최*	3. 지구조직활동 조성사업*
4. 집단급식시설 지도 - 시설순회지도 - 집단급식 강습회	4. 식생활개선 추진원 교육사업*
5. 특수영양식품 제조업자 지도	5. 질병 영양지도*
6. 가공식품의 영양성분표시제도에 관한 상담지도	6. 방문지도(단독거주 및 거동 불능 노인)*
7. 조리사, 영양사, 관리영양사 시험, 면허에 관한 사무	7. 부인의 건강만들기 추진사업 참여* (건강검진, 영양지도)
8. 벽지 보건영양대책*	8. 市町村 보건사업추진 협의회의 운영*
9. 市町村 보건사업 기술지원*	9. 임신부 영양지도
10. 관내 영양사회, 조리사회의 지도, 지원 - 연수회, 강습회 - 영양사 및 조리사 양성시설의 학생지도 - 영양지도차량에 의한 영양지도 및 건강 증진사업	10. 유아 영양지도 - 1세 반 건강검진, 영양지도 - 아동, 학생 영양지도 - 가정건강 교육사업 - 각종 건강만들기 추진(건강전시회 등)

* : 중앙정부 보조사업

자료 : 難波三郎, 일본에 있어서 영양서비스의 최신동향, 대한영양사회 심포지움 자료집, 1994.

- 1975년의 영양정책 내용으로 영양정책조정위원회(The Interdepartmental Coordinating Body for Nutrition Policy)가 설치되어 사회적(Social Affair : 보건사회부에 해당)을 중심으

로 9개 부처(사회성, 농림성, 어업성, 소비자성, 교육성, 상업성, 산업성, 환경성, 외무성)가 연계되어 영양행정이 정부의 전체 행정에서 협조 조정되어 있다(대한영양사회, 1993 : 138~

139; 스티븐 할로우스, 1990 : 200~203; WHO, 1990:132).

4) 프로그램

- 부모, 보육원 부모, 국민학교 교사를 통한 영양지도 지침 보급, 영양교육 실시
- 식품가공업자, 의료관계자, 간강관리자에 대한 영양교육
- 국가영양심의회(NNC)을 통해 홍보활동과 식품광고 규제활동
- 식품의 품질표시를 통한 품질규제와 소비자에 대한 영양정보 보급
- 세금과 가격정책에 의한 조정(육성식품의 품목에 대한 보조금 지급 및 부가가치세 완화)
- 저지방 우유의 생산 보급
- 식이섬유를 많이 함유한 곡류 판매의 촉진
- '매일의 식사'라는 영양교육 책자의 보급

라. 기타 국가

필리핀, 싱가포르 국가영양정책을 조정하기 위한 부처간의 연계를 피할 수 있는 영양심의 기구를 가지고 있다.

1) 필리핀

국가영양심의회(National Nutrition Council) 조직이 다음과 같이 부처를 망라하여 구성되어 있다. 즉 그 구성원은 ① 농림부장관 ② 보건부장관 ③ 문교부장관 ④ 지방정부 책임자 ⑤ 사회개발부장관 ⑥ 과학기술부 ⑦ 필리핀영양센터 대표 ⑧ Nutrition Foundation of the Philippines 대표 ⑨ 필리핀 의학 회장 (⑦~⑨는 민간기관임)으로 되어 있다.

2) 싱가포르

인력개발 및 보건교육과(Training and Health Education Department : THE)에서 영양, 교육을 위한 집중적인 자료개발과 정보 보급기능을 가지며 국가식량영양자문위원회(National Advi-

sory Committee on Food and Nutrition)가 ① 보건부 ② 환경부 ③ 교육부 ④ 병원(전문영역 의사 4인) ⑤ 상무부(식품 수입품목 조정) ⑥ 소비자협회 대표 ⑦ 식품산업계 대표 ⑧ 대학전문가로 구성되어 부처간을 연계조정하는 기능을 가지고 있다.

2. 우리나라의 영양정책의 전개방향

가. 영양정책심의회의 설치와 국가 영양정책의 수립

영양정책은 식량정책, 식품수급 및 판매정책과 연계하여 운영될 수 있도록 되어야 하며 이를 위해서는 정부내의 수개 부처(보건사회부, 농수산부, 상공자원부, 교육부 등)와 여러 국에서 연계없이 분산되어 관리되고 있는 식량 영양관계 업무를 유기적인 연관성을 갖고 협조하여 보건정책, 가격정책, 농업정책을 조정할 수 있도록 외국의 Council of Nutrition과 같은 「식량영양정책심의회」 형태의 합의기구를 두어 종합적이고 장기적인 영양정책을 수립하여야 할 것이다. 또한 이 위원회의 권고사항으로 식품생산자, 판매자, 소비자의 공동협조와 참여하여 영양교육 프로그램을 실시하도록 하여 소비자가 실제로 건강한 식품을 구매할 수 있도록 하여야 한다.

나. 영양개선법의 제정

식품행정과 보건행정이 중앙 및 지방에서 분리되어 있는 우리나라의 현실에서 국민영양조사 및 영양에 대한 관리사항이 식품위생법에 근거하고 있기 때문에 보건업무와 연계되지 못하고 있다. 영양이 국민건강에 미치는 중요성에 비추어 볼 때 일본, 미국, 유럽의 선진국가와 같이 영양과 건강에 관한 단독법을 제정하여 정책입안에서 비중을 두고 영양이 국민건강정책의 기본 부분의 하나로 채택되어져야 한다.

다. 영양행정체계의 보강

보건사회부 보건국내에 영양과(또는 영양관리과) 설치를 통해 종합적인 영양정책을 실시하여야 할 것이다. 보건사회부 행정조직의 발전방안에서도 “바람직한 국민의 식생활관리를 위한 방향설정이 필요하며, 점점 증가하는 만성퇴행성 질환의 예방과 치료에서 식생활이 중요한 위치를 차지하고 있으므로 식생활관리대책을 수립하기 위한 영양관리과의 신설 필요성이 있다”는 것이 제시되어 있다(노인철 외, 1993 : 94-95). 보건사회부내에 설치가 되어야 할 영양관리과 또는 영양과가 수행하여야 할 기능은 다음과 같이 제시될 수 있다.

영양(관리)과의 기능 :

- 국민 영양에 관한 종합계획 수립 (지역영양, 병원영양, 산업영양 등)
- 국민의 식생활 지도 및 영양정보 보급 업무
- 식품 및 영양관련 업무의 기획, 감독 및 지원
- 국민영양 감시관리 및 국민영양조사 실시

라. 기본적인 의료서비스에 영양서비스 포함

만성퇴행성 질환을 효과적으로 예방, 관리하기 위해서는 건강교육과 식생활의 개선을 위한 영양지도 서비스가 대상자의 의료서비스에 포함되어야 하며 의료서비스와 영양서비스가 연계되어야 한다. 이는 의료비 절감을 위한 전략으로서도 필수적이다. 이를 위해서는 의료인이 영양서비스를 이해할 수 있도록 보건의료인 보수교육부터 환자관리에서의 영양서비스의 필요성이 다루어져야 하며, 만성병 관리에서 의사 및 간호사와의 협진체계가 이루어져야 한다. 또한 의료보험수가체계내에 예방서비스의 일환으로 영양지도 서비스에 대한 수가 산정이 이루어져 건강교육, 상담서비스 등이 보건의료기관에서 활성화될 수 있도록 되어야 한다.

마. 보건소에 영양업무 도입

보건소의 기능을 만성퇴행성 질환의 예방과 관리를 위한 체제로 전환시키고 주민의 건강증진, 성인병 관리사업에 대한 요구에 대응하기 위하여 주민의 요구도가 높은 영양업무 활동을 보건소에서 본격적으로 개발 추진하도록 할 것이다. 향후 시행계획이 추진되고 있는 국민건강증진센터의 업무에서는 반드시 영양사업이 포함되어야 할 것이며, 보건소의 예방사업 전반에 걸쳐 영양서비스가 지역주민의 건강관리를 위하여 도입되어야 하겠다. 보건지소와 보건진료소에 배치된 보건의료 인력에 대하여도 통합보건사업의 일환으로 지역주민의 영양업무를 수행하도록 역할이 주어져야 한다. 보건소의 영양사업 실시대안을 제시하면 <附錄 1> 및 [圖 1]과 같다.

이를 위해서는 보건소와 시·도 보건당국에 전문영양사를 배치하여 주민의 영양관리와 지역내의 급식업소, 식품산업체, 관련단체 및 기관의 영양관리, 국민영양조사의 지원과 주민영양상태 평가업무 등을 충실히 하도록 하고 보건사업의 기본요소로서 지역영양업무를 발전시켜 나가야 한다.

바. 영양정보의 보급과 광고 규제

영양에 대한 올바른 정보의 보급과 영양교육(특히 대중매체 활용이 효과적), 식품소비자의 권익을 보호하기 위한 식품광고의 규제기능이 보건사회부 영양과의 주요기능으로 개발되어야 한다.

사. 가공식품 성분표시(Labelling) 제도의 점진적인 도입과 확대

가정내 식사에서 점점 가공식품의 사용과 단체 및 개인급식 이용이 증가할 것이므로 식품의 안전성 확보와 국민들에게 영양정보와 건강

한 식생활 기술을 제공하기 위하여 식품성분 및 영양소 표기(Labelling)는 더욱 중요해지고 있다. Labelling 제도는 선진국에서 건강과 안전을 위한 기본적인 사회적 규제로서 확대되고 있어 우리나라도 Labelling 제도가 점진적으로 도입되어야 하며, 이를 위한 제도적 뒷받침이 마련되어야 한다. 이 제도는 식품산업의 육성 과도 연계되어 있으므로 기술적인 지원과 함께 사회정책의 일환으로서 자금지원 및 세제혜택 등의 지원방안이 요청된다.

아. 국민 식생활 지침과 식사목표의 개발보급

국민의 식생활을 바람직하게 유도하기 위하여는 인구계층 특성별로 세부 식생활 지침을 좀더 구체적으로 개발하고 이를 생활화하기 위한 식단을 적극적으로 보급하여야 한다.

자. 영양 감시체계의 확립

영양문제에 대한 정보를 기초로 한 정책을 입안하기 위해서는 현재의 국민영양조사는 측정의 정도를 높이기 위하여 매년 실시하는 조사를 3년 또는 5년 단위로 실시하여 조사예산과 규모를 확충하고 조사관리, 조사내용을 충실히 개선하여야 하며, 미국, 일본 등과 같이 국민건강조사와 연계하여 조사되어야 한다. 추가적인 영양 모니터링을 위한 제도를 통하여

종합적인 영양감시 관리체계를 구축하고, 사회인구계층별 영양상의 문제점을 파악하고 각종 영양에 관한 기초자료(식사형태에 대한 연구, 영양권장량 연구, 국민을 대상으로 한 생활형태(life style)에 대한 연구, 영양상태 평가를 위한 Nutritional Index 개발 등)의 내실화를 위한 조사연구 기능이 강화되어야 한다.

차. 장기적인 국민의 식생활 개선을 위한 학교급식 프로그램의 확대지원

학교급식은 아동 및 청소년들에게 적절한 영양의 보급을 통하여 건강증진과 교육의 역할을 가장 효과적으로 할 수 있는 방법으로 다음 세대의 성인의 건강한 식습관 형성에 중요하다. 교육부에서는 농어촌지역부터 단계적으로 학교급식을 도입하여 1977년까지는 전국적으로 실시하려는 목표를 세우고 있으므로 교육부의 학교급식 프로그램의 지원과 연계를 위한 보건행정적 역할이 설정되어야 한다.

카. 영양과 건강증진에 관한 각종 프로그램의 개발과 시행

앞에서 제시된 방안과 현재 보건사회부에서 추진하고 있는 보건소의 건강증진센터 설치와 연계하여 <表 19>와 같은 구체적인 각종 개입방안이 실천되어야 한다.

<表 19> 영양정책 및 프로그램 과제 예시

단 기 과 제	장 기 과 제
(중 앙)	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 가공식품 및 외식요리의 영양성분표시 지침 책정, 보급 ○ 건강증진을 위한 식생활 지침의 보급 ○ 의료관계자, 건강관리자에 대한 영양교육 ○ 부모, 보육원 보모, 국민학교 교사를 통한 영양지도 지침 보급 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 부모, 보육원 보모, 국민학교 교사에 대한 영양교육 실시 ○ 식품의 품질표시를 통한 품질규제와 소비자에 대한 영양정보 보급 ○ 특수영양식품 및 가공식품의 영양성분표시제도 권장

<表 19> 계속

단 기 과 제	장 기 과 제
<ul style="list-style-type: none"> ○ 식품가공업자, 조리사에 대한 영양교육 ○ 영양교육자료의 개발 제작과 보급 (외국의 Video, Slide, Pamphlet 교육자료 수 집활용 포함) 예 : 비만예방과 염분섭취 ○ 세금과 가격정책에 의한 조정 <p>〈보건소〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 저소득층 식생활 증점지도 ○ 영양결핍 및 과잉에 관련한 질병의 영양지도 ○ 생활지도사와 연계 식생활 개선활동 추진(농촌) ○ 모자영양상담(산전후 영양, 영아 영양, 모유 수유, 영유아 보충식 등) ○ 관내 각급 보건의료요원, 보건소 직원 및 지 역내 학교교사에 대한 영양교육 ○ 기타 대상자별 영양프로그램은 <附錄 1> 및 [圖 1] 참조 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 식량영양정책심의회(NNC)의 설립과 기구를 통한 홍보활동과 식품광고 규제활동 <ul style="list-style-type: none"> ○ 단체급식시설(병원, 학교, 복지기관)의 식품 위생 감시와 병행한 영양지도, 세미나 개최

<附錄 1> 보건소의 영양사업 실시안

<p>1. 사업의 기본방향</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 영양불량(영양과소 및 과잉) 집단의 영양문제 개선 2) 건강증진에 필수적인 지역주민에 대한 적절한 영양교육 및 정보제공 3) 성인병 예방과 관리를 위한 영양지도 4) 지역주민 영양평가를 통한 건강위험 대상자의 조기 발견과 관리 5) 각급 보건요원(의사, 간호사, 간호조무사 및 보건소 직원), 학교교사 및 지역내 복지시설 종사요원에 대한 영양교육 및 지식제공 <p>2. 사업내용</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 사업대상 영양상 취약대상(high-risk groups)인 영아, 유아, 임산부, 노인에 대한 영양평가 실시. 1차 적으로 보건소(건강증진센터)의 건강진단 및 건강상담을 위해 내소하는 대상자를 중심으 로 하고 점차적으로 사업대상자를 지역주민까지 확대함 2) 사업내용 및 실시방법 <ol style="list-style-type: none"> ① 주민 영양평가 및 감시 사업대상자를 연령계층별로 각종 영양평가 지수(wt/age, ht/age, wt/ht, skinfold thickness, BMI Index 등)을 적용하여 영양불량 및 비만상태를 판정하여 각종 영양프로그램에 참여 시켜 대상자를 관리

<附錄 1> 계속

② 식이행태 개선

지역주민에 대한 간이 영양조사를 통하여 식생활의 문제점과 식사형태, 생활형태를 일정 목표까지 개선시킴. 이를 위해서는 정기적으로 사업대상자에 대한 다음의 영양평가가 수반되어야 함

- 체중
- 빈혈
- 식사 패턴(식습관 진단)
- 혈중 콜레스테롤 및 지방섭취량
- 생활행태(life style) : 고혈압과 관련된 식음, 나트륨, 칼륨 섭취 정도 등

3. 대상자별 영양 프로그램 기획 및 운영

	집 단 지 도	개 별 지 도
영 유 아	<ul style="list-style-type: none"> · 이유식, 유아식 시범강습회 · 영양상담지도 교실 · 영아기 영양관리에 관한 비디오 카세트 활용 · 건강 어린이 교실을 통한 식생활 지도 	<ul style="list-style-type: none"> · 모유수유 지도
아동,학생	<ul style="list-style-type: none"> · 편식 교정 교실운영 	<ul style="list-style-type: none"> · 편식 상담(정기적으로 요일별 실시) · 비만아 정기 클리닉 (식이지도, 운동지도, 정기체크)
임 산 부	<ul style="list-style-type: none"> · 임신부 영양교육(집단) · 빈혈관리를 위한 비디오 카세트 활용 	<ul style="list-style-type: none"> · 모자보건 영양상담
일반부인	<ul style="list-style-type: none"> · 어머니 교실을 통한 가족 식생활 관리 	
일반성인	<ul style="list-style-type: none"> · 성인병과 영양관리교육 · 식생활 지침 교육(대상 특성별로 개발 필요) · 성인병 교실(건강검진후 대상별 식이 지도가 필요한 대상을 위한 식이 지도교실 운영을 통해 성인병 관리를 위한 영양지도 및 임상적인 지침 제공) · 비만(Weight control program) · 고지혈증 (Serum cholesterol quality control program) · 고혈압 · 뇌졸중 예방 및 사후관리 · 당뇨병 · 빈혈 · 식이와 연관된 암 (위암, 간암, 식도암, 유방암, 직장암, 대장암 등) 	<ul style="list-style-type: none"> · 성인보건 영양상담 정기적으로 요일별 실시
노 인	<ul style="list-style-type: none"> · 노인대상 식생활 지도교실 운영 	<ul style="list-style-type: none"> · 노인영양상담

		연							령							
		0-1	2-6	-12	-15	-18	-24	-30	-35	-40	-45	-50	-55	-60	-65	-70
개 별 교 육	모유영양지도, 이유식 지도	←→									←→					
	유아식 지도, 건강어린이 교실	←→									←→					
	비만아 정기클리닉, 학교 보건영양 프로그램 지원			←→												
	성인병 영양지도, 식습관 진단										←→					
											←→				노인영양지도, 상담	
집단 지도		<ul style="list-style-type: none"> · 대상특성별 식생활 지침 보급 · 성인병 예방을 위한 영양지도 · 식생활 정보제공 														

[圖 1] 생의 주기에 따른 건강증진 시책(영양사업 부문)

V. 결 론

최근 우리나라의 질병 이환양상과 사망구조, 의료비 증가 추이, 식품소비 구조를 종합적으로 보면 우리사회도 만성퇴행성 질환을 예방하기 위한 보다 적극적인 조치가 필요한 시기와 있음을 파악할 수 있다. 선진국에서는 이러한 조치의 하나로써 국민의 식습관을 바람직한 방향으로 변화시키기 위한 의지가 국가정책으로 채택된 점을 고려할 때 우리나라도 영양부문을 국민건강증진과 질병의 예방관리 차원에

포함하여 국민에게 적절한 영양 및 식생활정보가 전달될 수 있도록 영양정책을 펴나가야 할 것이라고 본다.

그 추진방법은 첫째, 외국의 여러 국가에서 실시하고 있는 바와 같이 식량생산 및 판매정책과 연계시켜 각 부처간의 횡적인 협조체계를 갖는 Council of Nutrition과 같은 “식량영양 정책심의회”를 두어 국가의 영양정책을 입안 조정하도록 하고, 현재 보건사회부내의 영양행정체계의 보강을 꾀하여야 할 것이다.

둘째, 구미나 일본 등의 식품 수출입에서 요

구하고 있으며, 선진국에서 채택되어 가고 있는 식품의 성분 및 영양표시(Labelling)제도를 식품산업의 육성과 국민건강을 위한 사회정책의 차원에서 도입하며, 이를 위하여 식품제조업자에 대한 자금지원 및 세제혜택 등의 지원방안이 마련되어야 할 것이다.

셋째, 국민의 식생활을 바람직한 방향으로 유도하기 위해서는 현재 개발된 식사지침을 대상자의 특성별로 보다 구체적으로 식생활에 적용하도록 개발하여 국민에게 보급하여야 할 것이며, 학교급식이 확대됨에 따른 교육부와 연계 지원체계가 요청된다.

넷째, 현재 국민의 건강상태와 영양상태를 조사하는 국민건강조사와 국민영양조사를 상호 통합 연계된 국민건강조사로 개선 발전시켜 조사가 실시되어야 하며, 그외에도 사회, 인구계

층별로 영양상 취약계층의 문제점을 파악하고 국민의 영양감시를 위한 조사연구 기능이 강화되어야 한다.

다섯째, 만성퇴행성 질환을 효과적으로 예방 관리하고 의료비를 절감하기 위해서는 이제까지 기본의료서비스에서 제외된 영양서비스가 포함되어 포괄적인 서비스가 제공되어야 하며 이를 위하여는 최소한 의료인의 보수교육에서 영양서비스의 필요성이 인식되도록 교과과정에 포함하고 의료관계자, 건강관리자에 대한 영양교육이 실시되어야 한다.

여섯째, 현재 추진중에 있는 국민건강증진사업 개발과 연계시켜 주민들에게 포괄적인 질병 예방과 만성퇴행성 질환관리 및 건강증진 서비스를 제공하도록 보건소 영양업무가 구체적으로 개발 시행되어야 한다.

참 고 문 헌

김경주, “일본의 보건영양사업 및 영양사 활동”, 시범보건소 배치 영양사 교육 교재, 1994. pp. 30~32.

김용익, “보건소 체계의 발전방향”, 한국보건행정학회 연례집, 1994.

노인철 외, 보건사회부 행정조직의 발전방안, 한국보건사회연구원, 1993, pp. 94~95.

문옥륜, “우리나라 보건소 기능의 활성화 방안의 모색”, 보건학 논집, 45호, 1992.

보건사회부, 국민영양조사보고, 1975~1991.

보건사회부, 훈령 제639호, 1992. 5. 27.

송건용, 남정자, 최정수, 김태정, 1992년 국민건강 및 보건의식 형태조사 : 보건의식 형태조사 결과, 한국보건사회연구원, 1993.

스티븐 할로우스, “식량영양정책의 발전을 위하여”, 한국인의 식생활 정립을 위한 제안, 한국식품개발연구원, 1990. pp. 53~72.

오석홍, “지방자치제의 실시와 보건행정조직”, 지방자치하에서의 보건소장 재훈련계획 개발세미나 보고서, 1989.

의료보험관리공단, 의료보험 통계연보, 1981~1992.

이기열, “바람직한 한국인의 식생활의 미래상”, 한국인의 식생활 정립을 위한 제안, 한국식품개발연구원, 1990, pp. 53~72.

임종권, 김혜련, 장동현, 김홍식, 지방자치화에 따른 보건소 기능 및 행정체계 개선 연구, 한국보건사회연구원, 1992.

통계청, 사망원인 통계연보, 1981~1992, 한국농촌경제연구원, 1992 식품수급표.

한국영양학회, 대한영양사회, 우리나라 보건소 영양사업 어떻게 할 것인가, 1993, pp. 138~139.

JADA, “ADA’s Health Care Reform Efforts

- Reach First Base”, *Journal of the American Dietetic Association(JADA)*, Vol. 32, No. 12, 1993, pp. 1~2.
- Helsing, Elisabet, “The Initiation of National Nutrition Policies : a Comparative Study of Norway and Greece”, *Social Science and Medicine* 37(12), 1993, pp. 1581~1582.
- Janas, Steven, *Health Care Delivery in the United States*, 3rd edition, Springer Publishing Company, New York, 1986, pp. 146~156.
- Jonas, Steven, *An Introduction to the U. S. Health Care System*, 3rd edition, 1992, pp. 35~37.
- Japan International Cooperation Agency (JICA), *National Health Administration in Japan*, Vol. II, 1992, pp. 37~79.
- Miller, C. Arden & Moos, Merry-K, *Local Health Department*, American Public Health Association, 1981, pp. 41~496.
- Terborg, J. R., *Health Promotion at the Worksite : A Research Challenge for Personnel and Human Resource Management*, K. H. Rowland and G. R. Ferris. eds., Research in Personnel and Human Resource Management, Vol. 4, 1986.
- U. S. DHHS, *The Surgeon General’s Report on Nutrition and Health*, 1988, pp. 1~20.
- White House Domestic Council, *Health Care Reform Plan* 1993, pp. 36~37.
- White House Domestic Council, *The President’s Health Care Reform Plan*, 1993, pp. 21~23.
- WHO Regional Office for Europe, *The Work of WHO in the European Region 1985*, pp. 21~23.
- _____, *The Work of WHO in the European Region 1988*, pp. 58~60.
- WHO Regional Office for Europe, *Health for all targets : The Health Policy for Europe, European Health for All Series*, No. 4. 1989, p. 77.
- WHO, Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases, *Technical Report Series 797*, 1990, p 132.
- World Bank, World Development Report, *Investing in Health*, 1993, pp. 8~16, p. 110.
- 難波三郎, “일본에 있어서 영양서비스의 최신 동향”, 소비자가 만족하는 영양서비스 제공을 위한 심포지엄 자료집, 대한영양사회, 1994.
- 東京都 東村山市, 1992 保健所 事業概要.
- 西正美, 保健所 概論, 일본공중위생협회, 1991.
- 싱가폴 보건교육국(THE), 内部資料.
- 日本 厚生省, 保健醫療局 健康増進 營養課 内部資料, 1993.
- 日本 厚生統計協會, 1992 國民衛生の 動向, 39 (9).
- _____, 1993 國民衛生の 動向, 40 (9).
- 日本 厚生省, 平成 3年 國民營養の 現状.
- 日本 東大和市 保健 Center, 内部資料, 1993.
- 필리핀 보건부, 内部資料.

<Summary>

A Consideration on the National Nutrition Policy and Its Development Strategies

Hye—Ryun Kim*

This study attempts to suggest the strategies and support for promotion of national nutrition programs in Korea, where nutrition programs are still less developed, emphasizing the necessity of new national nutrition policy. In the first part, the current status of the nutrition-related health problems, in conjunction with the newly arisen health phenomena and changes of food consumption habits, are described. The second suggests the national nutrition strategies in view of the contemporary nutrition policy and activities of OECD countries.

At present we should make a close observation of newly arisen health phenomena, such as changes in prevalence of diseases and causes of death, steep increasing health spending, changes of medical environments and food consumption patterns in our country, since Korea is now on the way to becoming an affluent society in food consumption. In view of these phenomena in our society, it would be widely agreed that positive

approaches and measures for preventing chronic-degenerative diseases are very much required at the moment and that these activities should be started as a matter of urgency. Considering that OECD countries have already taken this subject as one of their national policies to persuade and to change people's food consumption habits to a desirable direction, it would be taken for granted that our government should develop a nutrition policy regarding people's affluent food consumption habits which would soon become one of our major health problems.

The following measures are suggested;

Firstly, the nutrition administration system in the Ministry of Health and Social Affairs shall be renewed and strengthened to deal with recent health problems, and should establish "The Council of Nutrition" in which all government authorities related with national foodstuffs and health would be incorporated. This Council of Nutrition would act as an adjutor as well as a co-

* Research Associate, KIHASA

ordinator in policy-making of national foodstuffs and nutrition in the governments. We may see the Councils of Nutrition in most OECD countries.

Secondly, a labelling system of international standard for foodstuffs should be introduced, like OECD countries which have adopted this system in exporting and importing of foodstuffs. The labelling system shall be introduced in the socioeconomic policy point of view, so that the system would be implicitly helpful in moderniz-

ing the food industries and ultimately realizing national health improvements. To be successful, the system would require an advance investment, such as capital assistance and tax benefits for the food industries.

Finally, public relation for desirable food consumption habits shall be requires and strengthened. The current dietary guidelines shall be continuously improved in detail, and publicly circulated to particular levels of people by age and by health condition.