

의료환경 변화에 따른 임상영양사의 역할

조 영 연

삼성서울병원, 영양과장

The Role of Clinical Dietitian in the Changing Health Care Environment

Cho, Young Yun

Director of Dietetics, Samsung Medical Center, Seoul, Korea

임상영양사는 질병치료와 예방을 위하여 개인영양요법지도, 집단영양요법지도, 영양지원관리, 영양불량판정 등의 임상영양치료를 실시하여 국민건강의 증진에 이바지하고 있다. 최근 국민건강보험법의 시행과 더불어 수가계약제도, 진료비 포괄수가제, 의약분업, 의료보험약가의 실구입가 지급, 진료비 심사기구의 독립화 등의 여러 의료환경의 변화는 의료서비스의 질적 향상을 추구하면서도 자원의 효율적인 활용을 통한 의료비 절감을 추구하게 하고, 이는 임상영양치료를 의학적 및 경제적 효과의 입증을 요구하고 있다. 본고에서는 이러한 변화에 대응하여 변화하여야 할 임상영양사의 역할을 제시하고자 한다.

임상영양치료 행위의 표준화 및 보험급여화 작업을 추진하고 있다.

1. 개인영양요법지도

개인영양요법지도는 의사의 의뢰에 의해 환자의 영양상태 및 식습관을 평가하고 이를 기초로 영양요법지도를 실시하고 의무기록을 함으로서 의료진과의 상호교류를 통해 질병치료를 도모하는 행위이다. 따라서 개인영양요법지도는 처음 시행되는 '초기개인영양요법지도'와 지속적인 관리를 위해 시행되는 '추구개인영양요법지도'로 다시 세분화된다.

당뇨병, 동맥경화증 등의 만성질환의 치료 및 합병증 예방에 개인영양요법지도는 필수적인 치료행위이며, 1993년

임상영양사의 현황

대한영양사회에서는 1994년 교육위원회를 설립하여 1995년 임상영양교육과정 내부규정을 제정하고, 1998년 임상영양사 자격유지를 위한 내부규정을 제정하여 임상영양교육과정을 이수하고 자격시험에 합격한 영양사에게 임상영양사 자격증을 발급하기로 하여 1999년 1월 123명에게 최초로 임상영양사 자격증을 발급하였고, 2000년 9월 현재 371명의 임상영양사를 배출하였다(Table 1).

임상영양치료 행위 및 현황

현재 우리나라의 병원에서 이루어지고 있는 임상영양치료는 개인영양요법지도, 집단영양요법지도, 영양지원관리, 영양불량판정의 4개 행위로 분류할 수 있다(조영연 2000). 각 임상영양치료는 의사의 의뢰, 임상영양치료를 행위 실시, 의무기록의 단계로 이루어지고 있으며, 대한 영양사회에서는

Table 1. 임상영양사 자격증 내부 규정

제2조 [정의]
'임상영양사'란 질병 치료와 예방을 위하여 영양 치료를 제공하는 영양사를 말한다.
'임영양 치료'란 영양 판정, 영양소 섭취 조사, 영양 상담 및 교육, 영양 지원 등에 관한 업무를 말한다.
제 4 조 [임상영양사의 자격]
다음 각 호의 1에 해당하는 자는 임상영양사 자격을 취득할 수 있다.
1. 영양사 면허 취득자로서, 영양사 근무 경력 1년 이상이며(수련과정 포함), 대한영양사회에서 인정하는 임상영양교육과정을 이수하고 임상영양사자격시험에 합격한 자
2. 영양사 면허를 취득하고, 영양 관련 분야를 전공한 석사학위 이상의 취득자로서 6개월 이상 영양사 근무 경력(수련과정 포함)을 가지며, 대한영양사회에서 인정하는 임상영양사 자격시험에 합격한 자
3. 국내 영양사 면허증 소지자로서 대한영양사회가 인정하는 외국 영양사 자격증을 소지한 자
제 8 조 [보수교육]
1. 임상영양사 자격 유지를 위해서는 보수교육을 받아야 하며, 이는 영양사 보수교육과 별도의 교육이어야 한다.
2. 제 1 항의 규정에 의한 임상영양사의 보수교육은 3년에 20평점 으로 한다.

시행된 DCCT(diabetes Control Complication Trial)을 비롯하여 고지혈증 환자에서의 혈중지질개선 연구, 신장이식 환자에서의 고지혈증 개선 연구 등 많은 연구(Linda 2000 ; De Man 등 1999 ; Imes 등 1987)에 의해 유효성이 입증되고 있다. 또한 단계별 치료(Staged Care)와 같은 의료체계의 변화와 함께 지속적 관리(On-Going Care)로서 추구개인영양요법지도가 제시되고 있다(Marion 1995).

1999년 경인지역 31개 병원에서 실시한 개인영양요법지도 실시현황은 54,065건이었으며, 이로 인하여 환자들이 지불한 총 수가는 514,009,000원이었다(조영연 2000).

2. 집단영양요법지도

집단영양요법지도는 동시에 많은 환자들에게 체계적으로 영양 정보와 지식을 전달할 수 있는 장점이 있으므로 우리나라의 상당수 병원에서 당뇨병을 중심으로 집단영양요법지도가 시도되고 있다. 한편 집단영양요법지도도 종전의 이론적, 강의식 교육에 그치지 않고 피교육자의 식행동을 변화시킬 수 있는 실천적인 교육 프로그램이 시도되고 있는데, 그 중의 하나가 뷔페식사를 활용하여 실제 적용정도를 평가지도함으로써 최대 효과를 도모하는 뷔페식 집단영양요법지도다.

1999년 경인지역 31개 병원에서 실시한 집단영양요법지도의 실시현황은 27,037건이었으며, 이로 인하여 환자들이 지불한 수가 총액은 115,114,000원이었다. 또한 질환별 분포를 살펴보면 당뇨병이 20,289명으로 가장 많았고, 순환기계 질환이 2,758명, 신장질환이 1,032명, 소화기질환이 1,071명, 악성종양이 1,159명 실시되었으며, 이외에도 위식도질환, 소아관련질환, 비만, 골다공증 등 여러가지 질환에서 시행되고 있음을 볼 수 있다(조영연 2000).

3. 영양지원관리

영양지원관리는 경장영양지원관리와 경정맥 영양지원관리로 나누어질 수 있는데, 경구섭취 또는 경관섭취가 어려운 환자로 영양상태가 불량한 환자를 대상으로 실시하는 행위이다. 구체적인 영양평가를 바탕으로 영양치료계획을 수립하고 적절한 영양지원(경장 또는 경정맥 영양)을 함으로써 환자의 영양상태 개선을 추구할 뿐 아니라 면역력 및 생리적 개선을 통해 질병치료를 도모하는 행위이다. 또한 영양지원원은 적절한 모니터링이 중요한 요소로 영양지원시 발생할 수 있는 합병증을 최소화하도록 하여야 하며, 적절한 시기에 영양지원의 형태를 바꾸어주어야 하는 등 지속적인 관리가 반드시 요구되는 영양치료행위이다.

1999년 경인지역의 31개 병원의 영양지원관리 현황은

5,212건, 이로 인하여 환자가 지불한 수가 총액은 41,442,000원이었다(조영연 2000).

4. 영양불량판정

영양불량판정은 입원환자의 영양상태를 조기에 평가하여 이를 진료계획에 반영함으로써 질병치료의 의학적 효과 및 비용효과를 높일 수 있는 행위이다. 아직은 일부병원에서 일부 질환에 국한하여 시행되고 있는 행위이지만 반드시 확대 시행되어야 하는 임상영양치료 행위이다.

의료환경의 변화

1977년 의료보험이 실시된 이후 경제적 접근성이 증가하면서 의료수요가 급격히 증가하였고 이에 따라 병원들도 양적인 발전을 이룰 수 있었다. 그러나 1989년 전국민 의료보험이 실시된 이후 의료수요의 증가 폭이 둔화되고, 정부의 의료보험과 관련된 규제가 강화되었으며(조우현 1999), 2000년부터는 국민건강보험법이 시행되면서 수가계약제도, 진료비 포괄수가제, 의약분업, 의료보험약가의 실구입가 지급, 진료비 심사기구의 독립화 등으로 앞으로의 의료정책은 의료비의 증가억제와 의료서비스 질 향상, 그리고 의료자원의 효율적 활용이 주요과제가 될 전망이다.

1. 의료비 지불제도의 개편

우리 나라의 진료비 지불제도는 행위별수가제를 근간으로 실시되어 왔으나 1997년 DRG지불제도의 1, 2차 시범사업을 통해 1999년 6개 진료과에 9개 질병군을 41개 DRG로 나누어 3차 시범사업을 실시하였으며, 2001년에는 포괄수가제를 확대 실시할 전망이다. 행위별수가제는 서비스의 양과 질을 최대화하려는 장점이 있는 반면 과잉진료, 의료비용의 우려가 있으며, 진료비 정산을 위한 행정적인 절차가 복잡하고, 의료비 상승요인이 발생할 수 있는 단점이 제기되고 있다. 이를 개선하기 위한 노력으로 제시된 포괄수가제는 의료기관의 생산성을 증대시킬 수 있으며, 경제적인 진료수행을 유도한다는 장점이 제기되고 있지만 서비스가 최소화할 수 있고, 규격화될 수 있으며, 진료진에 대한 규제가 증가할 수 있다는 단점이 제시되고 있다(박재용 1999). 어쨌든 정부에서는 시범사업의 평가결과를 토대로 입원환자에 대해서는 포괄수가제를 확대 적용할 계획을 갖고 있고, 이에 따라 임상영양치료도 질적인 면과 양적인 면을 함께 고려하여야 한다. 즉, 영양불량판정이 포괄수가제 적용 질환에 반영되어 수가보정이 될 수 있도록 하여야 하며, 이를 바탕으로 표준진료지침에 입원환자 영양불량판정이 포함되

어 전체 입원환자에 확대 적용될 수 있도록 하여야 한다.

또한 행위별수가제를 적용할 수밖에 없는 외래환자에 대해서는 자원기준 상대가치(RBRVS)를 개발하여 적용할 계획으로 1995년부터 연구가 진행되었고, 2000년 7월 시행된 국민건강보험법에서는 요양급여대상 여부결정 신청시에도 상대가치점수의 산출근거 및 내역에 관한 자료를 제시하도록 명시하고 있으며, 보건복지부 장관은 상대가치 점수 및 상한 금액을 결정 고시하도록 명시하고 있다. 따라서 임상 영양치료의 의학적, 비용적 효과를 입증할 수 있는 연구를 통해 임상적용을 확대 적용할 수 있도록 하여야 한다.

2. 의약분업

의약분업은 의사와 약사의 기능분화를 통해 두 직능이 전문성을 발휘하여 상호 협력함으로써 의약품 오남용에서 오는 약화를 방지하여 국민의 건강을 보호하자는 측면에서 도입되어야 한다고 주장되고 있다(박재용 1999). 1994년 약사법을 개정하면서 1999년 7월까지 의약분업을 시행하도록 명시함으로써 의약분업이 시행되고 있으나 현재의 상황으로는 어떻게 수정될 지 예상하기 어렵다. 그러나 임상영양치료의 의학적, 비용효과적 연구와 임상 적용의 확대를 통해 임상영양사의 역할을 확고히 하고, 임상영양치료의 소비자인 환자, 의료진, 보건 정책 입안자 등 각계 각층에게 알림으로서 저변확대를 통해 국민의료의 향상에 이바지하여야 한다.

3. 의료보험의 재정통합 과 심사제도의 변화

1998년 국민의료보험법으로 공교의료보험이 통합되었고, 2000년 국민건강의료보험법이 시행되면서 지역의료보험이 통합되도록 되어 있다. 국민건강보험법은 예방부문의 지원 강화, 단일 보험료 부과 체계의 마련, 진료비 계약제 실시로 의료기관에 대한 개입의 개연성은 커질 것으로 보인다(양명생 1999).

그리고 2000년 국민건강보험법의 시행과 더불어 건강보험심사원이 설립되면서 현재의 진료비 심사시 문제점으로 제기되었던 질적인 측면이 등한시 되었던 점과 진료관리가 진료비 심사에 종속되어 있다는 점이 개선되어 요양급여 적정성 평가의 기능과 신의료기술 급여관리의 기능을 신설 강화하고 있다(박재용 1999).

이러한 변화에 따라 임상영양치료의 객관적이고 타당한 의무기록의 강화가 필수적이며, 지속적인 자료의 구축을 통한 임상영양치료 활동의 유효성 및 비용효과적인 측면의 입증에 무엇보다도 필요하다.

환경변화에 따른 임상영양사의 역할 제시

1. 영양불량판정 행위를 병원전체적 접근방법(Hospitalwide approach)로 확대 실시하 여야하며, 영양불량 판정에 대한 객관적이고 명확한 표준지침을 설정하여야 한다.

입원환자에서 영양불량은 이미 잘 알려져 있는 문제이며, 영양불량은 합병증 발병율, 사망률, 재원일수에 깊은 상관성이 있음이 익히 알려져 왔다. Robinson 등에 의하면 포괄수가제 적용 질환 환자의 40%가 영양불량이었고, 영양상태가 정상인 환자에 비해 영양불량 환자는 재원일 수가 의미있게 길었으며(15.6일 vs 8.2일), 포괄수가제 기준 재원일수보다 긴 재원일수를 나타내었고(45% vs 30%), 진료비용도 의미있게 높았으며(\$16,691 vs \$7,692), 이는 포괄수가제 기준 비용을 훨씬 초과하는 것으로 보고되었다(Georgia 등 1987). 또한 Kristine 등은 Medicare 환자 234명을 retrospective하게 고찰한 결과 39.7%인 94명이 영양불량이었고, 94명 중 7명에서 영양불량을 명기함으로써 수가보정을 받을 수 있었고, 그 금액은 영양불량을 명기하지 않았던 금액의 70%가 증가된 \$12,326을 추가로 지불받을 수 있음을 보고하였다(Kristine 등 1995).

포괄수가제 뿐만 아니라 약가 실거래가제, 수가계약제 등으로 병원의 경영 상황은 악화일로를 치닫고 있는 현실점에서 병원은 의료의 질관리와 비용절감을 동시에 꾀하여야 하며, 입원환자 관리에 있어서 임상영양치료도 질과 양을 동시에 고려하여야 한다. 지금까지는 우리나라 대부분의 병원에서 이루어지고 있는 임상영양치료는 개인영양요법지도와 집단영양요법지도가 주류(의사 처방에 의한 임상영양치료의 93%)를 차지하였으나(조영연 2000), 앞으로는 병원 전체적으로 영양불량 위험이 있는 환자를 미리 선별하여 포괄수가제 질환에 명기될 수 있도록 하여야 하며, 적기에 적절한 영양지원을 실시하여 재원일수를 단축시킴으로서 의료비용을 절감하는데 기여하여야 한다. 그러나 이러한 병원 전체적 접근(Hospitalwide Approach)를 위해서는 영양불량 판정 기준에 대한 명확하고 적합한 객관적인 지침이 마련되어야 하며, 이를 판정하기 위한 영양검색과정 및 판정 행위가 저비용 고효율적이어야만 한다. 또한 아직은 입원환자에 대한 수가 지불제도가 행위별 수가제가 대부분이므로 이러한 영양불량 판정이 입원시 기본 관리로서 의사의 처방에 의해 실시되어 의료의 질적인 향상을 도모하고, 병원수익의 증가에도 기여할 수 있도록 영양불량 판정 행위를 확대할 수 있는 방안을 마련하여야 한다.

2. 영양불량 환자에 대한 적극적인 영양지원을 조기에 실시함으로써 진료의 질향상을 꾀하고, 재원일수 단축을 도모하여야 한다.

여러 연구에 의하면 첫째, 영양불량은 질병치료에 부정적인 영향을 미치며, 의료자원의 사용을 증가시키며, 둘째, 영양불량환자에게 적절한 영양지원을 함으로서 합병증의 발생을 낮출 수 있으며, 셋째, 영양불량 환자에게 적절한 영양지원을 통해 의료자원의 사용을 줄일 수 있음을 결론지을 수 있다(Charlette 1996). 이와 같이 영양불량은 적절한 영양지원이 실시되어야만 그 의미가 있으며, 영양지원의 효과에 대해서도 많은 보고가 이루어지고 있는데 Charlette 등은 중증 질환자에서 경장영양지원을 통해 재원일수가 감소되었으며(6 vs 10일), 감염율의 발생건수가 저하되었음(3 vs 14)을 보고하고 있고(Charlette 1996), Veterans Affairs TPN Cooperative Study Group에서는 경정맥영양을 통해 비감염성 합병증(noninfectious complication)의 발생율을 38% 저하시킬 수 있었음을 보고하고 있다. 또한 이러한 영양지원은 영양지원팀에서 팀활동을 전개함으로써 팀활동으로 투자된 1\$당 4.2\$의 효과를 보았다는 보고와 함께 팀의료가 제시되고 있다(Charlette 1996).

의료의 질적 향상과 함께 비용절감을 도모하여야 하는 현재의 상황에서 입원환자의 40~55%에 해당하는 영양불량 환자에 대한 적극적인 영양지원은 반드시 확대적용되어야 할 임상영양치료 행위이다. 그러나 아직은 우리나라에서는 여러가지 여건상 활발하게 영양지원이 이루어지고 있지 못하며, 삼성서울병원에서 제공되는 비율을 살펴보면 중정도(mild)의 영양불량환자에서는 10.5%, 심한 영양불량 환자에서는 19.7%가 영양지원이 행해지고 있어서(삼성서울병원 영양과 1999) 보다 활성화할 수 있는 방안이 필요하다.

3. 표준진료지침(Clinical pathway)의 설정에 임상영양치료를 적절하게 명시하여야 한다.

- 포괄수가제 적용 질환의 경우 영양불량판정이 명시되어야 한다.

- 만성질환의 초기진료지침에 1차치료로서 개인영양요법지도가 명시되어야 한다.

- 만성질환의 치료지침에 지속적인 추구 개인영양요법지도가 명시되어야 한다.

포괄수가제의 도입에 따라 의료비용을 절감하고 치료의 질을 향상시키기 위한 방법으로 개발 적용되고 있는 방법이 표준진료지침(Clinical Pathway or Critical Pathway)이다. 표준진료지침은 환자의 치료목표를 제시하고 그 목표를 달성하기 위한 각 의료진의 행위제공의 시간과 목표를

정해진 일자별로 일련의 지침으로 제시하고 있다(Steven 1995). 따라서 임상영양치료 행위가 각 질환별 표준진료지침에 적절하게 명기되어 입원환자의 재원일수 단축 뿐 아니라 진료의 질적향상을 도모할 수 있도록 하여야 한다. 그리고 만성질환자의 치료초기로서 개인영양요법지도를 실시한 후 약물요법을 시도한다든가 또는 1회에 그치고 있는 외래 개인영양요법지도를 지속적인 외래 추구 개인영양요법지도로의 전환을 통해 치료의 효과를 극대화할 수 있도록 하는 진료지침이 표준진료지침으로 제시되어 진료의 극대화를 추구하여야 할 뿐 아니라 병원수익에도 기여할 수 있도록하여야 한다.

Geeta등(1998)은 콜레스테롤 저하약물로 고콜레스테롤증을 치료하기 전에 8주 동안 임상영양치료를 적용한 임상시험연구에서 51%가 약물요법을 하지 않고 식사요법만으로 콜레스테롤이 조절되었고, 혈중 콜레스테롤은 13%가 감소되었다. 또한 의료비용면에서는 임상영양치료 비용 1\$당 약물요법 비용 4.28\$가 절감됨을 보고하였다. 이러한 연구 결과를 바탕으로 NCEP 지침에서는 “고콜레스테롤 환자에게 처음 7주 동안 최소한 3~4회의 개인영양요법지도를 받아야 한다”고 명시하고 있다. 우리나라에서도 혈당강화제의 임상시험연구에서 약물요법으로 치료하기 전에 임상영양치료를 4주간 실시한 경우 38%가 임상영양치료로 의학적 효과가 나타나서 약물요법을 적용하지 않았음을 보고하고 있다(베이슨 1997). 따라서 우리나라도 NCEP 지침과 같이 만성질환자의 1차치료로서 임상영양치료를 반드시 실시한 후 약물치료를 실시하도록 진료지침을 설정하여야 한다.

Marion 등은 비의존성 당뇨병 환자에게 6주에 2~3회의 임상영양치료를 시행한 후 3.6개월 후의 의학적 효과(HbA1c 10.5% 감소)와 비용적 효과(\$31.49/patient 비용감소)를 보고하였고, 이를 통해 비의존성 당뇨병 환자의 지속적인 임상영양치료 지침을 제시하였다(Marion 1995). 최근 제시되고 있는 Managed Care나 단계별 치료(Staged Care)와 같이 만성질환자의 지속적인 치료지침에 지속적인 추구 개인영양요법지도가 설정되어야 한다.

4. 철저한 의무기록을 하여야 하며, 이를 통하여 꾸준히 자료를 모으고, 분석하고, 연구 하고, 임상적 적용 활동을 확대해나가는 Paradigm shift가 필요하다.

심사제도의 변화로 신설될 건강보험심사평가원은 종전의 심사기능에 추가하여 요양급여의 적정성에 대한 평가의 기능도 추가되어 있으므로(박재용 1999), 영양불량판정, 영양지원관리, 영양요법지도 등 모든 임상영양치료의 재관적이고 타당한 의무기록이 수행되어야 한다. 또한 오늘날의

저비용 고효율이 요구되는 의료환경에서는 임상연구를 통해 비용효과를 입증하여야 한다. 따라서 철저한 의무기록을 바탕으로 꾸준히 자료를 모으고, 분석하고, 연구하고, 연구한 결과를 임상적으로 적용하는 순환연구로의 Paradigm shift(Ardyth 1998)를 통해 보다 활성화된 임상영양치료 활동을 전개하여야 한다.

DCCT(Diabetes Control Complications Trial)을 통해 제 1형 당뇨병에서 집중적인 혈당관리가 합병증의 발생을 지연시키고 합병증의 진전을 느리게 한다는 것을 입증하면서 임상영양치료의 중요성을 확고히 하게 되었으며, 영양사를 포함한 팀의료가 보다 확실하고 효과적인 치료방법임을 입증하였다. 또한 이러한 연구를 토대로 실제 임상 적용에 있어서 첫째, 영양사들이 수행한 식사기록과 분석자료와 의학적 효과와의 정밀한 분석을 통해 제 1형 당뇨병 환자에서는 우선적으로 임상영양치료를 가능한 빠른 시점에 적용할 것을 결론지음으로서 임상영양치료지침(Nutrition Practice Guidelines)의 확대적용이 가능하도록 하였다. 둘째, DCCT에서 영양사들이 투입한 총체적인 활동의 효과와 투입된 시간을 정확하게 분석하여 임상영양치료의 보험급여를 확대시켰을 뿐아니라 빈도를 자주 할 수 있도록 하여 영양사의 확충에도 기여하였다(Linda 1998).

이와 같이 자료구축을 통한 임상연구를 활발히 진행시켜야 하며, 연구결과를 토대로 임상적용을 확대함으로써 임상영양사의 역할을 정립하고, 임상영양사의 발전을 지속적으로 도모하여야 한다.

5. Marketing 전략을 구축하여 임상영양치료의 홍보강화와 제도적 뒷받침을 이루어내야 한다.

임상영양사의 역할을 확대해나가기 위해서는 여러부문의 역할인지가 확고해져야한다. 우선 일차적인 고개인 환자와 의료인, 두번째 범주인 환자와 의료인을 둘러싸고 있는 보호자, 병원, 지역사회, 그리고 세번째 범주인 보험급여 관리자, 정책 입안자 등 여러 부문에 임상영양사의 역할을 알려야 한다. 이를 위해서는 실제적이고 효율적인 임상영양치료와 임상영양치료의 의학적 및 비용적 효과를 입증하는 연구를 바탕으로 환자와 의료진의 요구를 창출하고, 지역사회와 정책 입안자와의 유기적인 연계를 통해 정책적인 반영과 제도적인 보완을 이루어야 한다. 즉, 앞으로 임상영양사의 의료인으로서의 인정과 임상영양치료의 보험급여화와 같은 제도적 보완을 이루어야 하며, 이러한 제도적 보완을 통해 임상영양치료의 저변을 확대하여 국민건강을 수호하고, 국민의료비의 절감을 도모할 뿐아니라 임상영양사의 확충을 이끌어내어야 한다.

결론

의료환경의 변화에 따라 임상영양사의 역할을 확고히 하고 보다 활성화하기 위해서는 실제적인 적용을 하는 임상영양사의 역할과 임상영양사의 활동을 지원해주는 대한영양사회의 역할이 함께 어우러져서 Synergic Effect를 창출하여야 한다.

임상영양사의 역할로서는 첫째, 영양불량관정을 병원전체적 접근을 통해 전체 입원환자에서 실시할 수 있도록 확대하여야 하며, 둘째, 영양불량환자에게 적절한 영양지원을 적극적으로 함으로서 진료의 질적 향상을 도모할 뿐아니라 재원일수를 단축하여야 한다. 셋째, 표준진료지침에 임상영양치료가 적절하게 명시되어 실시될 수 있도록 하여야 하며, 넷째, 모든 임상영양치료를 철저하게 의무기록하여 자료를 구축하여야 한다. 다섯째, 의무기록 자료를 구축하여 임상연구를 통해 임상영양치료의 확대적용을 창출하여 임상영양사의 고용확대를 유도하여야 한다.

대한 영양사회에서는 첫째, 임상영양사의 활동과 사례를 알릴 수 있는 network를 통해 임상영양사의 역할을 널리 홍보하여야 하며, 임상영양사간의 정보교류의 장을 활성화하여야 한다. 둘째, 정책적 그리고 제도적 흐름을 파악하여 이에 능동적으로 대처할 수 있도록 하여야 한다. 셋째, Marketing전략을 통하여 지역사회 및 범국민적 활동을 창출하고, 이를 바탕으로 정책입안자의 긍정적이고 협조적인 자세를 끌어내야 한다.

이와같은 두 부문의 역할이 함께 활성화되어 임상영양사가 의료인으로서 임상영양치료를 실시하여 질병 치료의 효과를 극대화하고, 임상영양치료의 보험급여가 인정되어 임상영양치료의 확대적용을 통해 의료비의 절감을 도모할 수 있도록 제도적 뒷받침이 이루어져야 한다.

참고문헌

박재용(1999) : 21세기 의료정책과 제도의 변화전망. 대한병원협회지 99(Jul, Aug)47-61
 베이스 정의 인슐린 비의존성 당뇨병 환자에 대한 임상제 III상 시험 결과보고서, 1997
 삼성서울병원 영양과(1999) : 진료의 질적향상을 위한 임상영양, 개원 5주년 기념 영양과 Workshop, pp.9
 양명생(1999) : 의료수가에 대한 정부규제 변천사. 대한병원협회지 99(Sep, Oct)95-103
 조영연(2000) : 임상영양치료 표준행위 공유의 필요성. 2000년도전국 영양사학술대회. pp.82-95
 조우현(1999) : 21세기 병원경영의 기본전략, 제 15 차 병원관리종합

학술대회 연재집 pp.46-60

- Ardyth HG(1998) : Developing a University-community partnership Model Integrating Research and Intervention to Improve Food Decisions in families and Communities. *Korean J Community Nutrition*3(1) : 120-132
- Charlette RG, Anne CV, Susan CF, Mark AM(1996) : Malnutrition and clinical outcomes : The case for medical nutrition therapy. *J Am Diet Assoc* 96 : 361-366, 369
- Linda MD(1998) : Clinical significance of medical nutrition therapy in achieving diabetes outcomes and the importance of the process. *J Am Diet Assoc* 98 : 28-30
- Linda HB(2000) : Can low-fat/cholesterol nutrition counselling improve food intake habits and hyperlipidemia of renal transplant patients? *J Ren Nutr* 10(1) : 30-35
- Marion JF, Arlene M, Barbara B, Kathryn MC, Tanya W, Nancy C, Paul U, Richard B, Roger SM(1995) : Effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus : A randomized, controlled clinical trial. *J Am Diet Assoc* 95 : 1009-1017
- FH de Man, A van der Laarse, Hopman EG, Leuven JA, Onkenhout W, Dallinga-Thie GM and Smelt AH(1999) : Dietary counselling effectively improves lipid levels in patients with endogenous hypertriglyceridemia : emphasis on weight reduction and alcohol limitation. *Eur J Clin Nutr* 53(5) : 413-418
- Georgia R, Marjorie G, Gary ML(1987) : Impact of Nutritional Status on DRG Length of Stay. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 11 : 49-51
- Geeta S, Moti LK, IVY Y(1998) : Medical nutrition therapy lowers serum cholesterol and saves medication costs in men with hypercholesterolemia. *J Am Diet Assoc* 98 : 889-894
- Imes S, Pinchbeck BR, Thomson ABR(1987) : Diet counselling modifies nutrient intake of patients with Crohn's disease. *J Am Diet Assoc* 87(4) : 457-462
- Kristine LF, Celeste A(1995) : Improving malnutrition documentation enhances reimbursement. *J Am Diet Assoc* 95 : 468-475
- Position of The American dietetic Association(1999) : Medical nutrition therapy and pharmacotherapy. *J Am Diet Assoc* 99 : 227-230
- Steven DP, Dorothy GF, Thomas HL(1995) : Critical Pathways as a Strategy for Improving Care : Problems and Potential. *Ann Intern Med* 123 : 941-948
- The Veterans Affairs Total Parenteral Nutrition Cooperative Study Group(1991) : Perioperative Total Parenteral Nutrition In Surgical Patients. *N Engl J Med* 325 : 525-32