韓國學校保健學會誌 第14卷 第1號
J. of Korean Soc. of School Health
Vol. 14, No. 1, March 2001

특 집 : 한국보건정책의 현재와 미래

학교보건조직의 강화방안

문 옥 륜
서울대학교 보건대학원 원장

1. 머리말

유아 시절의 학습이 중요하다는 것을 우리나라의 속담은 「세살 버릇 여든 살까지 간다」로 나타내고 있다. 인간은 누구나 태어나서 죽을 때까지 하나의 생애과정을 거치게 되는데, 이 과정 가운데 학령기가 특히 중요한 시기임은 이 이상 더 강조할 필요가 없을 것이다. 건강의 관점에서 보더라도, 학령기의 건강상태는 당시의 학습에 영향을 미칠 뿐만 아니라 생애 전 과정의 질적 생활을 좌우할 만큼 중요하다. 따라서, 학령기의 생활을 건강하며 행복하고 생산적으로 영위하며, 가능한 최대한의 학습경험을 알 수 있도록 하기 위하여, 학생의 건강은 보호되고 유지되어야 한다.

학생의 건강을 보호·유지·증진하는 것이 학교보건의 1차적인 목적이지만 학교보건사업의 대상은 학생에서 그치는 것이 아니라, 교직원, 및 가족, 지역사회를 대상으로 포괄적인 건강관리를 제공하는 사업으로서 지역사회의 학부모와 교육자, 학교보건사업제공자의 긴밀한 협력이 필요하다. 학교보건 대상의 생활기반이 지역에 있으므로 학교보건의 대상은 동시에 지역보건의 대상이기도 하다.

학교보건은 이와 같이 개인의 보건학적인 측면 외에도 1) 학교인구가 그 지역사회 인구의 20% 이상을 차지하는 다수이고, 2) 학생들은 가장 효율적인 보건교육의 대상일 뿐만 아니라, 3) 학생들을 통해서 학부모에게까지 파급효과를 얻을 수 있고, 4) 학교는 그 지역사회의 중심기관이고, 5) 교직원은 지역사회의 지도적 입장에 있으면서 지역사회에 미치는 영향이 크기 때문에 공중보건학적 측면에서 매우 중요한 사업이다.[1)]

1) 성옥희, 학교보건사업 무엇이 문제인가?, 대한보건협회지, 1997: 23(1) p44

2. 학교보건사업의 개념적 기초

학교보건사업이란 무엇인가? 1977년 미국 학교보건협회(American School Health Association)가 학교보건 분야의 전문가들을 대상으로 학교보건의 정의 및 범위를 조사한 바가 있는데, 이를 요약해 보면 다음과 같다.

① 학교보건은 포괄적인 건강사업이다.

② 학교보건의 대상은 재학중인 학생 뿐만 아니라 학령 전 아동, 학생의 가족, 교직원과 더 나아가서는 이웃과 지역사회까지 포괄한다.

③ 학교보건에 참여하는 인력으로는 학생의 가족과 교직원 및 보건의료전문가 등이 있다.

④ 학교보건의 목표를 달성하는 데에는 예방활동이 중요하다.

⑤ 학교보건의 최종목표는 학교보건의 대상자가 신체적·정신적·사회적으로 안녕 복지상태에 도달하도록 하는데 있다. 좀 더 구체적으로는, 학교보건의 대상자가 신체적·정신적·사회적으로 각자가 해낼 수 있는 최고수준의 기능발휘를 하도록 하는 데에 그 목표가 있다.

이상의 견해를 기초로 학교보건의 개념을 정리해 보면 학생 및 교직원과 그 가족, 더 나아가서 지역사회를 대상으로 가족, 교직원 및 보건의료전문가가 참여하여 보건의료와 환경관리 및 보건교육을 제공함으로써 각자의 신체적·정신적·사회적 기능 수준을 향상시키고자 하는 포괄적인 건강사업이라고 할 수 있다. 학생의 건강을 위한 사회적 봉사 및 실천의 하나인 것이다.

그러나, 학교보건의 개념은 시대와 장소에 따라서 부단히 변화해 왔고 앞으로도 변화해 갈 것이다. 즉 학교보건의 개념은 학교인구의 질병이나 사고의 예방, 건강의 유지 및 증진, 안전하고도 건전한 물적,

정신적 환경의 준비 및 조성, 건강교육의 내용의 혁신과 생산적이고 능률적인 교육의 실시, 학교 또는 지역사회의 변화와 발전에 따라서 얼마든지 달라질 수 있다. Buser N. Bess(1980)는 학교보건개념을 그 지역사회의 학교보건사업에 대한 학부모, 교육자 및 학교보건사업제공자의 요구 및 문제해결의 실제에 의해 형성되어 가는 것이라고 정의하고 있다. 이 개념은 학교보건이 지역사회에의 요구에 의해 성립되고 있음을 보여주고 있다.

3. 학교보건사업의 역사

학교보건사업은 18세기 말엽부터 시작되었다. 학교보건의 시조는 병리학자 뷔르효(R. Virchow, 1821-1902)로서 아동신체검사의 필요성을 강조하였다. 미국의 톰슨(B. Thompson)이 학교급식의 무상제공을 구상한 것이 1865-1909년에 이르는 동안 주로 독일에서 시작되고 보급되었으며, 영국과 미국의 New York시에서도 실시되었는데, 이것이 학교보건의 첫 사업으로 간주된다. 1850년 이후로는 어린이의 욕구를 중요시하는 교육방법의 발달로 어린이의 신체적 욕구가 검토되었다. 20세기 초부터는 건강을 위한 자제(self-control)가 보건교육의 중점이다.

해방 전 우리나라에서는 독일의 영향을 받아 학교위생에 치중하였다. 이후 1951년에는 학교보건차원의 최초의 규칙이라고 할 수 있는 신체검사규칙을 제정하고 신체검사와 예방접종 위주의 학교보건사업을 실시해 왔다. 1967년 학교보건법이 제정될 때까지만 해도 아동들의 주요 건강 문제는 전염병, 기생충 질환, 영양결핍에 의한 건강장애 등이었으므로 관리에 중점을 두었고, 보건교육은 이러한 질병에 걸리지 않도록 지도하는데 주력했다. 그러나, 최근에는 학교보건을 보건사업이 아니라 교육사업으로 파악하고 실천해야 한다는 주장이 높다. 이는 사회의 건강요구와 건강의 결정요인의 변화에 따른 필연적인 요구라고 할 수 있다. 오늘날의 주요한 건강 문제는 대부분 서구식 식습관, 과열학습 등 생활습관과 관련된 비전염성 만성 질병, 정신 질환 그리고 사고에 의한 상해 등이다. 따라서, 학교보건교육도 건강한 생활습관을 형성하는데 역점을 두게 되었다.

이상의 학교보건사업의 발전단계를 전염병관리기, 신체검사기, 포괄적 건강관리기, 보건교육과정기로 구분하여 정리하면 다음과 같다[2].

1) 전염병관리기

학교보건사업은 국가전염병관리를 위한 보건사업의 일환으로 출발하였다. 전염병의 만연을 방지하기 위해서는 학생들에게 예방접종을 실시하는 것이 매우 효과적이다. 우리나라에서도 학교보건사업을 통한 전염병관리는 매우 성공적이었던 것으로 평가받고 있는데, 그것은 이들이 전염병에 대한 저항력이 약한 집단이어서 손쉽게 집단면역력(herd immunity)을 증가시킬 수 있다는 점과 단체 생활을 하고 있어서 대상자 모집에 비용효율적이라는 점 때문이다. 결과적으로는 학교에서의 예방접종은 학생의 전염병 예방은 물론 우리 나라 전체의 전염병 만연의 방지라는 외부효과(external effect)의 거양에 이바지했다.

2) 신체검사기

전염병 관리를 위한 예방접종약 및 항생제가 개발되면서 선진국에서는 전염병 발생률이 급격히 감소하였다. 그 결과 환자 발생의 격감에 못지 않게 질병의 조기발견을 통한 조기치료로써 신체적·정신적·사회적 건강증진을 도모할 수 있게 된다.

이 시기의 학교보건사업은 학생들에게 전염병균에 대한 면역력을 증강시키기 위한 예방접종사업과 학생의 건강을 안녕한 상태로 유지·증진시키기 위한 신체검사 및 개호사업으로 구성된다.

3) 포괄적 건강관리기

신체검사 중심의 학교보건사업은 학생 및 교직원의 건강관리를 포괄적으로 실시하는 데에는 미흡하다. 이에 따라 학교보건사업은 학교의 건강관리능력을 향상시키기 위하여 포괄적 건강관리를 하는 방향으로 나아가게 되었다. 즉, 학교보건사업의 내용에 학생 및 교직원의 건강관리, 환경위생관리, 보건교육 등이 포함된다.

4) 보건교육과정기

학교보건사업 내용을 체화시키기 위해서는 교과과정을 개발하여 학생 및 교직원의 건강관리, 보건수업, 건강한 생활양식을 실천화시켜야 한다. 이는 교육의 논리로써 학교보건사업의 내용을 무장하는 과정이기도 하다. 이는 학교보건이 교육제도 및 교육사업의 한 분야임을 의미하며, 학교보건의 궁극적 목적이 학교의 건강관리 능력개발임을 시

2) 김화중, 윤순녕, 전경자, 학교보건과 간호 p35, 수문사, 1999

사해 주고 있다. 이는 학교보건이 학생의 보건사업(health program)과 교육사업(educational program)을 하나로 통합하여 학교보건교육과정(school health education curriculum)으로 재구성되어야 함을 의미한다. 현재 많은 나라에서 이러한 방향으로 학교보건사업을 전환하고자 노력하고 있다.

4. 학교보건조직의 변천

학교보건 행정기관에는 중앙의 교육부와 지방의 시·도 교육청 이외에 학교보건이 실천되는 현장인 학교가 포함된다. 따라서, 이들 학교보건을 담당하는 직제가 변천해 온 과정을 살펴보는 것은 향후 학교보건이 지향해야 할 방향성을 도출하는데 있어서 큰 도움이 된다.

1) 학교보건 중앙조직

(1) 1940년대

1948년 11월 4일 대통령령 제 22호에 의해 발족한 문교부는 문화국 안에 생활개선과와 체육과를 두고 체육과에서 보건과 체육에 관한 사업을 담당하였다. 1949년 10월에는 대통령령 제 189호에 의거하여 문교부 직제를 개정, 생활개선과를 폐지하고 문화국에 체육과만을 단독으로 유지하였다.

(2) 1960년대

6.25 등 국내의 혼란 등으로 행정기구의 개편없이 근 10년간을 유지해 오다 1961년 10월에 각령 제 180호에 의거하여 체육과가 체육국으로 승격되고, 체육국에는 학교체육과와 국민체육과를 설치하여 학교체육과에서는 학교보건 및 체육, 학교체력검사관리, 학도군사훈련에 관한 사항을 담당하였다. 한편, 초등학교의 보건교과를 폐지시키고 체육교과로 통합·개편하였다.

1963년 12월 각령 제 1737호에 의거하여 체육국은 문예체육국으로 명칭을 변경하였고 체육과는 학교체육계, 국민체육계로 세분화되어 행정사무관이 업무를 담당하게 되었다. 1968년 7월 대통령령 제 3512호의 공포로 문예체육국은 사회교육국으로 명칭이 변경되었고 사회교육국에 체육국을 두고 학교보건과 체육에 관한 업무를 담당하였다.

(3) 1970년대

1970년에는 학교급식을 실시하기 위하여 그 해 1월 26일 대통령령 제 4335호가 공포되었다. 보통교육국에는 학교급식담당관을 두어 학교의 급식업무를 담당하게 하였다. 일반 학교보건에 관한 업무는 사회교육국의 체육과에서 그대로 담당하도록 하여 보건업무를 보통교육국과 사회교육국에서 다루는 이중구조를 유지하게 되었다.

1970년 8월 대통령령 제 5320호 공포에 의해 체육국이 탄생되어 체육과에서 학교체육의 지도·감독 및 각급 학교 체육교사의 지도·감독, 양호교사 및 학교의 수급계획과 지도·감독, 학생보건에 관한 사항을 담당하게 되었다. 1973년 3월 9일 대통령령 제 6531호로 문교부 직제 개편에서는 문교부에 체육국이 다시 설치되고, 체육국 안에 국민체육과와 학교체육과 및 학교급식과를 설치하여 일반 보건업무와 학교급식업무를 별도의 과에서 담당하였다.

1977년 9월에 발생한 학교급식 식중독 사건으로 인하여 학교보건업무를 학교급식과에서 담당하기도 하였다.

1979년 3월 19일에 대통령령 제 9380호의 문교부 직제 개정시 학교보건을 총괄하는 과의 명칭으로 체육국안에 "학교보건과", 국내체육을 담당하는 "체육과"와 국외체육교류를 위한 "체육교류과"로 세분화하여, 문교부 직제 개편 이래 처음으로 학교보건 전담과가 등장하게 되었다. 지방교육위원회 직제에는 학무국 사회체육과에 보건체육(계장은 체육전공 장학관)에서 분리, 보건을 전담하는 보건계(계장 보건직 5급)를 신설하였다.

(4) 1980년대

문교부는 1981년 11월 2일 대통령령 제 10535호로 정부기구 축소방침에 따라 사회국제교육국과 체육국의 기능이 통·폐합 되면서 "학교보건과"는 폐지되고 신설된 체육국의 "학교체육과"에서 학교보건업무를 수행하게 되었다. 1982년 86아시안게임 및 88올림픽 유치에 대비하기 위한 업무의 확대로 문교부에 체육국이 없어지고 1982년 3월 20일 정부조직법이 개정되어 체육부가 창설되었다. 일반학교 보건은 문교부의 보통교육국 "의무교육과"에서, 학교급식은 체육부 체육진흥국 "학교체육과"에서 담당하였다. 체육부 설치는 중앙 행정기구의 학교보건관련직제의 변화를 수반하였는데, 문교부 의무교육과에 보건직(6급)이 1명 배치되는 정도로 크게 위축되었다. 동시에 학교급식업무는 체육부 학교체육과에서 담당하게 됨으로써 학교보건을 통합·조정하는 조직 단위가 없어졌다. 이러한 직제 하에서는 학교보건행정을 원만하게 수행할 수 없기 때문에 개선되어야 한

다는 목소리가 높아지자 문교부는 1986년 12월 27일 직제 개정시 대통령령 제 12021호로 의무교육과에 보건직 5급을 두고 학교보건업무를 총괄케 함으로써 학교보건정책의 기틀이 확립되는 계기가 되었다.

(5) 1990년대

학교급식업무는 1990년 2월 12일 체육부 직제개정시 대통령령 제 12927호로 체육부에서 문교부로 이관하여 의무교육과에서 학교보건의 일환으로 추진하였고, 1994년 5월 17일 정부직제 개편시 교육부 "학교보건체육과"를 개편하였고, 1998년 2월 28일 대대적인 정부조직개편시 교육부 교육환경개선국 학교보건환경과로 개편하여 업무기능별 조직체계를 구축하였다. 즉, 학교 환경위생 개선을 강화하고 학생 약물 오·남용 예방에 관한 사항 등의 업무를 추가하여 관장하게 되었다. 1999년에는 학교시설환경과로 개편되면서 오늘에 이르고 있다. 이러한 과정에서 학교보건정책 중 정작 학교보건업무는 환경이나 시설에 가려 그 중심에서 벗어난 양상을 빚고 있다. 왜냐하면, 학교보건을 담당하는 인력을 5급 1명, 6급 1명, 7급 1명 등 극소수로 유지하는데 그쳐 학교보건과 급식에 관한 계획 수립 및 지도·감독, 학교보건요원연수, 학교환경위생개선, 학생 및 교직원의 신체검사, 학생의 영양지도 및 식생활개선 등 학교관련정책개발업무의 원활한 수행의지를 의심할 수 밖에 없기 때문이다.

2) 지방조직

지방의 학교보건행정은 시·도에서 관장하다가 1964년 1월 1일부터 교육자치제가 실시되면서 시도교육청으로 이관되었다. 처음에는 관리국 문정과에 체육계를 두었다가 1960년대 말에는 사회체육계가 되었다. 1973년에는 관리국에서 학무국 산하로 옮기면서 사회체육과로 승격되었고 그 밑에 보건체육계를 두었다. 1979년에 사회체육과에 체육계와 보건계가 분리되면서 학교보건업무가 별도의 조직으로 운영되었다.

지방조직에 있어서 서울은 1991년 8월 16일 지방행정기관 직제개정시 대통령령 제 13451호로 사회체육국 "학교보건과"가 설치되었다. 그 후 1993년 1월 10일 부산을 비롯한 대구, 경기, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남에도 "학교보건과"를 두게 되었으며 나머지 인천, 광주, 대전, 강원, 충북, 제주는 "학교보건계"를 두게 되었다. 1998년 2월 28일 교육부의 조직개편 이후 지방조직도 대폭 축소되어 학교보건과는 서울시의 경우 평생교육체육과와 보건계로 축소되었다.

표 1. 연도별 학교보건담당조직의 주요 변천 : 중앙조직 및 지방조직

연도	조 직			비 고
1948년	중앙	문교부	문화국내 체육과	
1961년			체육국내 학교체육과	
1963년			문예체육국내 체육과	
1970년			사회교육국내 체육과	
1973년			체육국내 국민체육과, 학교체육과, 학교급식과	
1979년			체육국내 체육과, 학교보건과, 체육교류과	최초로 학교보건전담과 설치
1981년			체육국 학교체육과	학교보건과 폐지
1982년			보통체육국내 의무교육과 보건직 1명 배치	체육국은 체육부로 이관
			학교급식은 체육부 학교체육과에서 담당	
1990년			보통체육국 의무교육과 학교보건계	학교급식업무 문교부로 이관
1994년		교육부	학교보건체육과	
1998년			교육환경개선국 학교보건환경과	정부조직개편
1999년			학교환경시설과	
1960년말	지 방		관리국 문정과 사회체육계	
1973년			학무국 사회체육과 보건체육계	
1979년			학무국 사회체육과 체육계, 보건계	보건계 분리 운영
1991년			사회체육국 학교보건과(서울 등), 학교보건계(인천 등)	
1998년			평생교육체육과 보건계(서울 등)	

자료원 : 김 영임, 양호교사의 분포 및 학교보건사업의 활성화, 한국학교보건학회지, 2000

이상과 같이 학교보건담당조직은 정부의 조직개편에 따라 여러 차례의 변천과정을 거치고 있는데 1979년 체육과 보건의 중요성에 따라 조직이 정비되어 운영되다가 이제는 중앙부처 및 지방조직이 위축되면서 환경과 시설의 중요성은 부각된 반면 학교보건은 상대적으로 감소되어 학교보건정책의 기본이 흔들리고 있다. 최고 정책수립기관인 중앙부처의 조직과 지방조직이 수시로 변화되고 인력이 축소조정됨에 따라 총괄적인 건강관리정책개발 및 일선 학교보건업무수행에 혼란이 가중되고 있다.

2) 학교단위의 조직

일선 초, 중, 고등학교 수준의 학교보건조직은 체육부에 소속되어 있다. 체육부 하부조직으로 보건실을 두어 학교보건을 전담하고 있으며, 양호교사가 현장 학교보건사업의 핵심 업무를 담당하고 있다(그림 1).

학교보건사업이 그 목적을 달성하자면 변화되는 사회환경적 요구가 반영된 학교보건정책에 반영되어야 하며, 일선 학교에서 업무가 효율적으로 수행되어야 한다. 이를 위해서는 잘 훈련된 양호교사를 확보하는 것이 필수적이다.

지난 30년간 양호교사의 수는 양적으로 크게 증가하였다. 1968년 729명이던 양호교사는 1998년 5,932명에 이르러 약 8.1배 증가하였으며, 양호교사 1인당 학교수는 같은 기간 8.7개교에서 1.8개교로 감소되었다. 양호교사 1인당 학생 수는 9,359명에서 1,302명으로 감소하였다. 양호교사 배치율은 9.2%에서 56.7%에 이르러 6.2배 증가되었다(표 2). 그러나, 1998년 현재 학교당 양호교사 배치율은 57%에 불과하며, 양호교사 1인당 학교 수는 1.7개교, 학급수는 35학급으로서 만족할 만한 수준은 아니다.

또한, 학교급별이나 학교설립주체, 지역별로 심한 불균형 분포를 보이는 것이 전체 학교보건사업을 균형있게 발전시키는데 커다란 저해요인이 되고 있는 것으로 알려져 있다.

게다가, 최근 중앙 및 지방 학교보건조직의 약화, 이에 따른 정책방향의 혼선 등으로 양호교사 정원 산출기준이 강화되어 양호교사배치가 감소되는 경향을 보이고 있는데, 이는 학교보건사업의 수행에 커다란 장애요소가 되고 있으며, 학생과 교직원의 건강권 보장에도 지대한 영향을 미칠 것으로 예측된다.

<그림 1> 일개 중학교의 학교보건조직

자료원 : 김화중, 윤순녕, 전경자, 학교보건과 간호 p35, 수문사, 1999

성장기의 학생의 경우 평생을 좌우할 건강생활습관을 익히는 일이나 건강에 관한 지식 및 태도의 습득은 학교에서 이루어져야 하며, 이는 학교보건을 담당하는 양호교사의 지속적이고 체계적인 지도관리로써 가능하다. 그러나 최근 일련의 정책제시는 정책의 일관성 결여로 인해 양호교사 수의 무분별한 감축과 이에 따른 무리한 업무겸임 등으로 30년 전으로 역행하는 양상을 보이고 있어 학교건강권 보장을 심각하게 위협하고 있다.

표 2. 지난 30년간 양호교사의 분포 변화(1968-1998)

항 목	1968년	1978년	1988년	1998년
양호교사수(명)	729	1,281	3,165	1,932
양호교사 1인당 학교수(개)	10.8	7.6	3.4	1.7
양호교사 1인당 학급수(개)	152.5	131.1	63.9	35.4
양호교사 1인당 학생수(명)	9,359	7,304	3,053	1,382
학교 양호교사 배치율(%)	9.2	13.2	29.7	56.7

자료원 : 김영임, 양호교사의 분포 및 학교보건사업의 활성화, 한국학교보건학회지, 2000

5. 학교보건조직의 문제점과 강화 방안

학교보건조직의 문제점은 그 조직의 취약성에 있다. 이를 극복하기 위해서는 이 문제를 단지 학교보건조직의 차원에서만 바라보아서는 해결하기 어렵다. 이를 포괄하고 있는 더욱 큰 범주들의 변화와 함께 시도되어야만 그 생명력과 지속성을 보장받을 수 있다. 다시 말해서, 우리나라의 보건행정조직, 교육행정조직의 강화, 더 나아가서 정책결정역량이 제고될 수 있도록 학교보건행정조직이 강화되어야 할 것이다.

1) 학교보건조직의 문제점

학교보건조직은 앞에서 살펴본 바와 같이 변화과정을 겪으면서, 많은 개선이 이루어진 부분도 있다. 그러나, 정책결정역량이 발휘될 수 있도록 학교보건행정조직이 갖추어져 있지 않다. 즉, 학교보건정책을 체계적으로 뒷받침할 정책결정역량[3]과 인프라가 구축되어 있지 않다. 다음은 몇 가지의 예시이다.

(1) 학교보건은 장기적이고 체계적으로 계획되고 수행되어야 함에도 불구하고 최고 정책기관인 중앙부처의 조직과 지방조직이 수시로 변화되고 인력이 조정되고 감축됨에 따라 총괄적으로 학교보건정책개발이 이루어지기 어렵게 되어 있다. 그러므로, 조직의 정책결정능력, 정책의 일관성을 유지하는 능력과 문제해결능력이 저하되어 있다. 이러한 환경 하에서는 예산의 효율적 운용능력과 정책추진력이 신장될 수 없음도 당연한 일이다.

(2) 학교보건관계부서가 교육부와 보건복지부로 이원화되어 있으며 업무의 협조와 연계가 원활하지 않으므로 학교보건을 담당하는 행정조직의 업무의 효율성이 떨어진다. 학교보건사업을 보다 효율적으로 수행하기 위해서는 교육부와 보건복지부의 상호 긴밀한 협조가 필수적이다. 이러한 연결고리가 있어야 부처간의 수평적 목표에 대한 파악 속에서 정책의 일관성을 확보할 수 있고 관련부처 사이에서 발생하는 갈등을 조정할 수 있는 능력을 신장시킬 수 있다.

(3) 학교보건사업을 추진하고 그 결과를 분석하고 시기적절한 학교보건사업을 구상할 수 있는 공식적인 연구기관 또는 학교보건사업을 전담하는 「연구전담팀」이 현재로서는 없는 실정이다. 이는 학교보건정책의 전문성과 질이 제대로 제고되지 못하는 하나의 이유가 될 수 있다.

(4) 현장 학교보건조직을 지도·감독할 핵심 조직과 인력이 부족하다. 학교의 유일한 보건전문인력인 양호교사의 배치가 50% 정도 밖에 되지 않으므로 이에 대한 보충이 시급하다. 또한, 학교급별이나 학교설립주체별, 지역별로 심한 불균형 분포를 보이고 있는 것도 심각한 문제이다. 뿐만 아니라 전국의 양호교사의 근무동태와 충원 및 지도·감독을 체계적으로 관장할 조직과 인력이 없는 실정이다.

3) 한 조직의 총체적 정책결정역량은 정책결정을 통해 그 조직구성원들이 궁극적으로 추구하는 조직의 목표와 가치가 무엇이냐에 따라, 또 역량을 평가함에 있어 평가의 기준을 어디에 두느냐에 따라 동일한 조직일지라도 평가의 결과가 전혀 다르게 나타날 수 있기 때문이다. 뿐만 아니라 설령 동일한 평가기준을 적용한다 하더라도 정책결정역량은 개별부처가 그때그때 당면하는 정책의 성격과 유형, 그리고 정책참여자들의 성향 등에 따라서 크게 영향을 받게 된다. 일반적으로 정책결정역량은 ① 정책혁신능력(innovation) ② 정책의 일관성(consistency) ③ 정책의 조정능력(coordination) ④ 환경에 대한 대응 능력(responsiveness) ⑤ 정책의 우선순위 견지 능력(priority) ⑥ 이익집단에 대한 제제 능력(control) ⑦ 예산의 효율적 운용 능력(operation) 및 정책의 추진력(implementation) ⑧ 문제해결능력(problem-solving ability)으로 구성된다(박재희, 1996.5).

(5) 일선 학교 당국의 보건교육지원체계의 역할이 미흡하다. 학교보건조직이나 시설이 학교보건 교육과정을 지원하는 교육조직이나 시설이 될 수 있어야 한다. 또한, 학생들이 매력을 느끼고 실제 효과를 나타낼 수 있는 학교보건교육용 시청각 자료들이 부족하다. 조직의 강화와 예산의 확충을 통해서 학교보건교육용 매체자료의 개발이 시급하다.

(6) 학교보건사업은 지역보건의 중심인 보건소의 기능과 유리되어 있다. 학교보건사업의 효율적인 수행을 위해서는 지역사회자원의 활용 및 연계가 필수적으로 요구된다. 이러한 필요성 때문에 지역사회보건을 총괄하고 있는 보건소가 학교보건사업에 적극적으로 참여하여야 하나, 형식적인 활동에 그치고 있다.

2) 학교보건조직의 강화 방안

전체적으로 보았을 때, 현재 학교보건조직은 정책결정역량이 극도로 저하되어 있는 상태이고, 특히 정책개발능력, 정책의 일관성, 정책조정능력, 정책추진력, 문제해결능력 등의 강화가 급선무이다. 학교보건조직의 강화도 이러한 능력의 신장을 목표로 추진되어야 할 것이다.

(1) 학교보건과의 복원과 학교보건정책의 체계화가 우선적이다.

교육은 국가의 백년대계이며 국민건강관리의 성과 또한 백년을 내다보아야 하는 중요한 사안이다. 둘 다 국민의 자질 향상과 삶의 질 향상에 직접 관련되는 열쇠다. 따라서, 지역별, 설립주체별, 학급규모별 차등없는 학교보건서비스의 제공은 국가가 지향해야 하는 기본 원칙이며 실현되어야 한다.

장기적인 관점에서 체계적으로 계획되고 수행되어야 하는 학교보건사업의 성격으로 볼 때, 중앙과 지방조직의 변화와 인력의 조정과 감축은 학교보건서비스의 제공에 저해요소가 될 뿐이다. 학교보건전문가들을 중심으로 하는 학교보건조직의 인력이 확충되어야 한다. 이를 위해서 우선 교육부 내 학교보건과의 복원이 필수적이다.

(2) 학교보건위원회의 기능이 활성화되어야 한다.

현재는 교육부와 보건복지부로 이원화되어 있는 학교보건 관계부서의 업무를 긴밀한 협동체계로 전환해야 한다. 즉 학교보건사업을 보다 효율적으로 진행하기 위해서는 교육부와 보건복지부가 각각 자기 기관의 특성에 따라 어떤 부문을 담당할 것인가에 대해서 계속적인 점검을 수행해야 한다. 그리고 시행령 제 7조의 학교보건위원회의 기능을 대폭 강화해야 할 것이다[4]. 이를 위해서는 정책 조정능력의 배양이 필요한데, 이는 앞에서 제기한 체계화된 학교보건정책의 수립 없이는 공염불이 될 수 밖에 없다.

(3) 학교, 가정, 지역사회가 공동의 노력을 수행할 수 있는 조직과 프로그램을 개발하여야 한다.

학교보건의 대상은 지역보건의 대상이기도 하고 학교는 지역사회와 분리된 것이 아니므로 서로가 상당한 영향을 준다. 지역사회 보건의 측면에서는 학교보건이 학생연령층 특유의 건강장애나 이상을 최소화하고 건강한 생활을 익히게 하고, 더 나아가 학생 자신 뿐만 아니라 그의 가족에게 건강을 보호 증진할 수 있는 능력과 기술을 갖도록 해 주는 것을 기대한다. 학교보건측면에서는 지역사회의 보건의료 전문인력 및 시설을 활용하여 학교보건에 적극 이용해야 할 것이다.

(4) 시·도 교육청의 학교보건교육조직이 강화되어야 한다.

학교보건의 목적을 달성하기 위하여 제공하여야 할 보건사업의 범위는 크게 세 가지로 직접적인 건강관리 영역인 건강관리(health service), 건강교육활동으로서의 보건교육(health education), 학교 내외의 전반적인 환경건강을 포함한다.

지금까지는 이러한 각각의 활동이 개별적으로 이루어졌지만, 이제는 학생의 건강관리 능력개발이라는 관점에서 통합적으로 이루어져야 한다. 즉, 학생 및 교직원의 건강관리, 보건수업, 건강한 생활환경 조성을 학교보건 교육과정(school health education curriculum)으로 이해해야 하는 것이다. 이를 위해서는 시·도 교육청의 학교보건조직이 학교보건교육과정을 운영하고 지원하는 행정체계로 되어야 한다[5]. 다행히 1998년부터 우리나라의 학교보건교육이 정규 보건교과수업으로 실시되었지만, 이를 더욱 체계화하기 위한 노력이 계속적으로 뒤따라야만 할 것으로 사료된다. 또한, 효과적인 학교보건교육자료를 개발할 수 있는 지원 역시 필요하다.

4) 이를 위해서는 동 위원회가 년 4회 이상 정규적으로 개최되도록 해야 하고, 동 위원회가 학교보건정책 형성에 참여하도록 제도화할 필요가 있다.

5) 김화중, 윤순녕, 전경자, 학교보건과 간호, 수문사, 1999

(5) 학교보건교육용 매체개발이 체계화되어야 한다.

별도의 학교보건에 관한 연구기관을 설립하든지 또는 기초 연구조직에 '학교보건연구팀'을 연구조직으로 확보하여야 할 것이다. 이 기관 또는 팀을 중심으로 하여 학교보건교육용 매체 개발이 수반되어야 한다.

(6) 현장 학교보건조직을 강화하고 학교보건사업을 활성화하기 위해서 양호교사 배치율을 향상시키고 이들의 질을 제고해야 한다.

일선 학교보건사업의 활성화는 양호교사의 배치가 그 출발점이다. 현재 양호교사의 배치율은 56.7%에 그치고 있는데, 서울은 100%로 전국에서 배치율이 가장 높지만 부산, 대구, 대전, 광주를 비롯한 광역시가 50-80% 수준, 나머지 지역에서는 25-40% 수준에 머무르고 있다. 또한, 사립학교의 양호교사 배치율을 높이는 것도 중요한 사안이다. 학교평가기준에 양호교사존치여부를 삽입시켜야 할 것이다.

양호교사의 배치기준에는 대도시, 중소도시, 농어촌 등 지역적인 특성이나 생활 환경, 주민의 보건의료의 이해도, 경제력 등이 반드시 고려되어야 한다.

학교보건법 시행령 제 6조 1항에는 '초·중·고등학교 및 특수학교에 양호교사 1인을 배치'하도록 규정하고 있다. 따라서, 18학급 이상의 학교에만 양호교사를 두는 배치기준은 헌법과 학교보건법 시행령에 모두 대치되는 정책이다. 특히 초등학교에는 18학급미만이라 하더라도 양호교사를 배치하여야 한다. 현실이 충분히 고려되지 않고 일률적으로 적용된 양호교사의 배치기준은 조속히 재검토하여 시행되어야 한다. 평생 건강관리의 초석은 초등학교시절부터 형성되므로 건강한 생활양식습득을 위한 보건교육 및 건강관리가 철저히 이루어져야 하기 때문이다.

(7) 학교보건법 시행규칙의 부활이 필수적이다.

학교보건의 열악함은 동 시행규칙의 폐지에서도 확인할 수 있다. 학교보건업무의 원활한 수행을 위해서는 세련된 시행규칙을 갖추는 일도 빠뜨릴 수 없는 일이다.

(8) 보건소와의 연계를 강화하여야 한다.

이를 위해서는 우선 현재 지역사회보건을 총괄하고 있는 보건소가 실시하고 있는 학교보건사업의 내용을 면밀히 파악하고 이에 따른 문제점과 개선방안을 조사하는 작업이 절실하다. 현재 지역보건법에는 학교보건업무를 세부적으로 명시하고 있지 않기 때문에 학교보건사업을 보건소 업무로 인식하지 않고 있는 보건소가 전체의 약 29.5%로 보고된 바 있다[6]. 지역보건법에서의 관련조항 마련도 추가적으로 검토되어야 하겠다.

6. 맺는 말

후기산업사회로 발전해 가면서 환경 및 생활양식 등에 많은 변화로 인하여 질병과 사망의 양상은 크게 변화되었다. 즉, 전염성 질환이나 영양결핍 등은 줄어든 반면에 잘못된 건강 또는 식사습관, 생활양식, 주변환경 등에 의한 질병, 즉, 고혈압, 당뇨병, 암을 위시한 만성퇴행성 질환 등이 계속 증가추세에 있다. 그러므로, 학교보건사업도 정책결정역량을 강화함과 동시에 이상과 같은 변화에 발맞추어 변동되어야 할 것이다.

학교보건사업을 강화하기 위해서는 교육부 학교보건과를 복원시키고 학교보건정책을 체계화시키는 일부터 시작해야 할 것이다. 시행령 제 7조의 학교보건위원회가 학교보건정책의 수립과 집행에 실질적인 도움을 줄 수 있는 조직으로 육성하기 위하여 연 4회 이상의 의무적 개최를 입법화해야 한다. 학교보건사업이 지역보건사업에 미치는 영향력에 걸맞게 학교, 가정, 지역사회가 공동의 노력을 수행할 수 있는 조직과 프로그램 개발 역시 중요하다. 이 과정에서 보건소와 유기적인 관계를 확립해 나가야 할 것이다. 시·도 교육청 학교보건교육조직도 학교보건교육과정을 운영하고 지원하는 행정체계로 탈바꿈시켜야 할 것이다. 또한, 학교보건사업의 현장인 학교에서의 보건교육을 강화하기 위하여 양호교사의 배치율 향상과 질 제고, 보건교육용 매체개발에 역점을 기울여야 할 것이다. 학교보건법시행규칙을 제정하고, 지역보건법시행규칙과 연계·발전시켜 나가는 것도 학교보건사업의 강화를 위해서 잊어서는 안 될 사항이다.

6) 전혜정, 보건소의 학교보건사업 실태와 개선방안에 대한 연구, 서울대학교 보건대학원 석사 학위 논문, 1999

참 고 문 헌

1. 강병우, 김미, 김병환, 공중보건학, 현문사, 2000
2. 고복자, 학교보건사업 무엇이 문제인가?, 대한보건협회지, 1997: 23(1) p34-37
3. 김동석, 공중보건학, 수문사, 1999
4. 김영임, 학교건강증진 지표개발 및 측정에 관한 연구, 한국학교보건학회지 11권 2호, 1998
5. 김영임, 양호교사의 분포 및 학교보건사업의 활성화, 한국학교보건학회지 13권1호, 2000
6. 김영임, 이시백, 정연강, 보건교육, 한국방송통신대학교 출판부
7. 김화중, 윤순녕, 전경자, 학교보건과 간호, 수문사, 1999
8. 박재희, 중앙행정부처의 정책결정역량 제고방안, 1996.5
9. 변종화, 김진주, 김은주, 지역단위 건강증진사업 실태와 개선방안, 한국보건사회연구원, 1997
10. 성옥희, 학교보건사업 무엇이 문제인가?, 대한보건협회지, 1997: 23(1) p44
11. 윤순녕, 외국의 학교보건교육 동향 : 미국, 일본의 학교보건교육, 한국학교보건학회지 12권 1호, 1999
12. 예방의학과 공중보건 편집위원회, 예방의학과 공중보건, 계축문화사, 1996
13. 정정길, 정책학원론, 대명출판사, 1997
14. 전혜정, 보건소의 학교보건사업 실태와 개선방안에 대한 연구, 서울대학교 보건대학원 석사 학위논문, 1999
15. 편찬위원회, 보건학개론, 서울대학교 출판부, 1998
16. 홍문식, 건강생활 실천과 학교보건교육, 보건복지포럼, 1998년 6월호
17. Iverson, D. C. and Kolbe, L. J. : Evolution of the national disease prevention and health strategy: Establishing a role for the schools. J Sch Health., 53(5), 294-302, 1983.
18. Parcel. G. S., Simons-Morton, B. O'., Hara, N. M., Baranowski, T. and Wilson, B.: School promotion of healthful diet and physical activity: Impact on learning outcomes and self-reported behavior. Health Educ Q., 53(5), 294-302, 1989.
19. Best, J. A. : Internation perspectives on school health promotion research, Health Educ Q., 1, 1988.