

학교보건사업의 역사적 고찰을 통한 정책 방향에 관한 연구

김 상 옥* · 김 윤 신** · 장 창 곡***

* 한양대학교 대학원 보건관리학과

** 한양대학교 의과대학

*** 동덕여자대학교 보건관리학과

A Study on the Policy Improvement by Means of a Historical Review of School Health Programs

Sang-Wook Kim*, Yoon-Shin Kim**, Chang-Gok Chang***

* *Department of Health Management, Graduate School, Hanyang University,*

** *Medical School, Hanyang University,*

*** *Department of Health Science, Dongduk Women's University*

ABSTRACT

Objectives : The purpose of this study is to provide a basic structure for the establishment of the direction of school health programs, an overview of the historical changes of school health programs and their results, and a conceptual framework on school health programs.

Methods : The data analysis has been done using a statistical almanac, relevant laws and regulations, operation handbook of the program, theses, reports, records of public hearings, and other reports as a technical research primarily based on evidence. The methodology of this research classifies the development and growth transition of school health programs during a historical period through the investigation of regulations, organization, manpower, and its program via its development process and to provide a basic tool to design a solid school health policy.

Results : A. The growth and development of school health programs
The development of school health programs was classified into three different periods including the forthcoming period (1945~1967), the completion period (1967~1993), and the actualization period based on the establishment of legislation for School Health Law, other relevant legislation, and the contents of school health programs (1993~present).

B. Policy direction of school health programs
School health programs have reestablished their goals and range based on basic direction, and developed the unit model of information structure for school health program management and its basic structure. Finally, the stepwise support system through the building of the school health support center is recommended.

(1) The basic direction of school health programs has proposed 7 basic goals to reestablish the policy direction of health improvement based on total health.

(2) The unit model of information system and the school health information system for school health program management has been developed to utilize positive management.

(3) School health policy through the study of the health laws and systems has been developed. The necessity of school health support center for the policy support, functional support and operation support has also been proposed.

Conclusions : It is necessary to build a school health support center that consists of health professionals in charge of policy support, functional support, and program support of school health programs in order to realize and develop new policy.

Key words: school health, program, policy, system, support center

1. 서 론

1. 연구의 필요성

학교보건의 중요성은 학생들로 하여금 건강에 대한 지식과 기술을 습득하게 하여 장래 성인이 되었을 때 긍정적인 보건태도와 행동을 유지하도록 하는데 있으며 (장창곡, 2001), 건강한 학생이 그렇지 못한 학생에 비해 학업성취도가 높은 것으로 보고되고 있고 (Levinger, 1994) 또한 학교는 학부모와 교직원 및 지역사회의 건강증진에도 영향을 주기 때문에 학교는 점점 학생들과 지역사회의 건강증진을 위한 핵심 환경으로 인식되어 오고 있다 (Rivers et al, 1999).

학교보건사업은 일반 보건사업과 달리 국민건강증진을 위해 가장 확실하고 효과적인 투자이며 (박영수, 1988), 건강한 생활습관을 형성시키는 데는 성장발달이 왕성하게 진행되는 학령기 아동과 청소년을 대상으로 하는 것이 효과를 극대화 할 수 있다 (임재은, 1984). 학교보건사업을 통해 학생들로 하여금 스스로 각종 질병을 예방할 수 있는 능력을 길러 건강한 생활을 하게 하고, 학교에서 배운 올바른 지식과 바람직한 태도를 가정에 전달하거나 영향을 미치며, 가정은 다시 지역사회에 영향을 미치는 파급효과가 크다 (WHO, 1999).

뿐만 아니라 우리나라의 교육기본법 제27조에는 학교보건사업을 하도록 명시되어 있으며, 학교보건법에는 학생 및 교직원의 건강을 증진하는 사항을 규정하고 있다. 즉, 교육은 일반적으로 각종 교육법에 명시되어 있는 학교라는 특수 환경에서 이루어지며, 학

교보건은 이들 학교에서 배우고 교육하는 학생과 교직원을 대상으로 학생들의 학습능력을 향상시키고 교육의 목표를 효과적으로 달성하기 위해 취해지는 일련의 보건사업을 의미하며 국민의 사회적 자질을 향상시킨다는 의미에서 절대성을 지니고 있다.

학교보건사업은 학교보건법 (법률 제1928호, 1967년) 및 학교급식법 (법률 제3356호, 1981년), 학교시설사업촉진법 (법률 제3634호, 1982년) 등을 근거로 각급 학교장의 책임 하에 실시되고 있다. 하지만 첫째, 일선 학교교육책임자 및 교육당국의 학교보건에 대한 인식부족과 둘째, 학교라는 특수성을 고려하지 못하고 국민보건의 종합적인 틀 속에서 접근함으로써 학교보건사업의 효율성을 기하지 못하였으며, 지속적으로 학교 내에서 척추측만증, 성문체, 약물오남용, 집단식중독 발생, 홍역, 유행성눈병과 같은 다양한 새로운 보건문제가 발생해 왔다.

이에 학교보건사업의 효과를 극대화하고 새로운 학교보건문제에 대응하기 위하여 해방 이후 지금까지의 학교보건사업 전반에 대한 평가를 통해 향후의 정책방향을 제시하는 것은 매우 중요한 일이다.

하지만 기존의 연구들 (서성제, 1985; 이영자, 1985; 박영수, 1988; 김정근, 1988; 김화중, 1992)은 단순히 우리나라 학교보건사업의 발달과정을 기술하거나 학교보건조직, 법 및 인력 측면에서의 문제점만을 도출하고 학교보건사업의 발전을 위한 구체적인 정책적 대안의 제시나 학교보건문제의 변화에 대응한 향후의 정책방향이나 학교보건의 지향해야 할 정책의 틀을 제시하지 못하였다.

뿐만 아니라 우리나라에서 학교보건정책을 다룬 연구는 학교보건정책의 평가에 관한 연구 (권혁동,

1995)를 제외하고는 거의 찾아보기가 어렵다. 학교는 교육의 현장으로만 간주되고 있어 교육적 평가는 이루어져 있으나 이 교육의 현장에서 발생하는 여러 가지 보건문제에 대한 보건학적 접근에 대하여는 많은 관심을 기울이지 않고 있기 때문이라고 생각한다. 그러나 권(1995)의 연구도 정책평가의 틀을 빌려오긴 하였으나 기존의 논문과 같이 문제점의 도출이나 단순한 대안의 제시에 불과하며 정책적 틀을 제시하거나 새로운 학교보건을 위한 제도적 장치를 마련하여 제시하지는 못하고 있다.

따라서 본 논문에서는 우리나라가 해방 이후 반세기 동안 다양한 형태로 실행되고 변화되어 온 학교보건사업을 분석하고, 학교보건사업을 위한 학교보건정책의 기본적인 틀을 제시하는 것은 향후 학교보건사업의 효율성을 높이고 발전을 위하여도 매우 중요한 일이다.

2. 연구의 목적

1) 궁극적 목적

우리나라 학교보건사업의 발전방안을 모색을 위하여, 학교보건사업의 정책수립과 방향설정을 위한 제도적 측면에서의 모형개발이 본 연구의 궁극적 목적이다. 이를 위하여 본 연구는 우리나라의 학교보건정책의 도입배경과 그 과정 및 성과 등을 역사적 전개과정으로 고찰 및 분석한다.

2) 구체적 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 1945년 이후 우리나라 학교보건사업의 도입배경, 실시 현황 및 문제점 등을 조사한다.

둘째, 이를 토대로 학교보건사업을 중심으로 보았을 때 우리나라 학교보건의 발전단계의 시대적 구분을 시도한다.

셋째, 시대적 구분에 따른 관련 보건사업관련 정책 분석을 위하여 도입과정, 수행, 결과 등을 분석하며, 이를 통하여 학교보건사업현황, 학교보건에의 영향, 문제점 등을 파악한다.

넷째, 위의 자료를 토대로 우리나라 학교보건사업의 발전방안을 모색한다. 이를 위하여, 학교보건사업

의 정책수립과 방향설정을 위한 제도적 측면에서의 모형을 개발한다.

II. 연구내용 및 방법

1. 연구자료

1945년 이후 우리나라 학교보건사업의 성장과 발달과정을 분석하고 학교보건사업의 정책방향을 설정하기 위하여 본 연구에 사용한 자료는 교육 및 통계분야의 정부간행물과 우리나라의 학교보건사업을 분석 평가한 학생 및 교직원의 연구논문과 보고서, 학교보건과 관련된 법규 및 보건정책 자료, 학교보건사업의 자료이다. 이를 분야별로 구분해 보면 다음과 같다.

- 1) 교육통계연보 1965~2002, 총 37권
- 2) 교육행정 및 보건행정년감 총 37권
- 3) 교육행정상의업무편람 1971~2002, 총 32편
- 4) 학교보건관련 논문 및 연구보고서 총 48편
- 5) 교육법전 및 보건·의료관련법전
- 6) 각종 학교보건관련 백서, 세미나, 공청회, 연수자료 총 31편

2. 연구의 내용

본 연구의 내용은 해방이후 우리나라에서 실시된 학교보건사업의 성과와 분야별문제점을 기술하고, 이를 바탕으로 우리나라 학교보건사업의 성장 및 발전과정을 토대로 학교보건사업의 성장발달을 세단계로 구분하였으며, 그리고 학교보건정책의 이론적 배경을 기술하고 우리나라의 학교보건사업의 발전을 위한 정책방향설정을 시도하였다. 아울러 우리나라에서 실시된 학교보건사업의 현황과 문제점을 분석하여 우리나라의 현실에 적합한 학교보건정책의 설정을 위한 기본틀을 제시하여 학교보건사업의 활성화 방안을 모색하였다.

3. 분석방법

본 연구에서는 1945년 이후 우리나라 학교보건사업의 도입배경, 실시 현황 및 문제점 등을 문헌조사를 실시하여 기술적 분석을 실시하였다. 분석은 주로

보건사업의 실시 과정에서 생긴 문제점과 실시 후 성과를 위주로 평가를 하였으며, 평가내용은 보건사업의 주체와 관련법규 및 인력을 중심으로 실시하였다. 이와 같은 평가를 토대로 학교보건사업의 정책수립과 방향설정을 위한 제도적 측면에서의 모형개발을 제시하고자 하였다. 본 연구의 목적을 달성하기 위한 연구과정은 다음과 같이 진행하였다.

1. 문헌조사 및 고찰
2. 수집된 자료의 분석
3. 이를 통한 학교보건사업발전 과정의 시대적인 구분
4. 이 구분에 따른 학교보건사업의 특징과 문제점 도출 등을 통한 보건사업관련 정책 분석
5. 학교보건사업의 정책수립과 방향설정을 위한 제도적 측면에서의 모형개발과 같이 다섯 단계로 구분하여 진행하였다.

III. 연구결과

1 학교보건사업의 문제점 및 정책방향

1) 학교보건사업의 성과

우리나라가 1945년 이후 민주적 교육자치를 실시한 이후 오늘에 이르기까지 학교에서 시행된 다양한 보건사업의 성과는 여러 방면에서 평가될 수 있다.

첫째, 교육의 현장에서 가장 중요한 요소의 하나로 건강의 중요성에 대한 인식이 교육당국자나 교직원, 학부모 및 학생들에게 교육의 목표를 달성하기 위한 필수적인 요소의 하나로 자리잡고 있다는 것이다.

둘째, 학교보건사업을 통해 객관적으로 향상된 학생 건강수준과 학교환경위생의 개선이라고 할 수 있다.

셋째, 학생의 건강수준의 유지와 증진을 위하여 건강의 가치를 인식시키고 건강한 보건의행태로 태도 변화를 유도하기 위한 보건교육의 중요성에 대한 재평가라고 할 수 있다.

이와 같은 학교보건사업은 해방 직후 학교급식사업을 최초로 1955년 학생신체검사 및 결핵검진사업, 1957년 기생충구충사업, 1960년 건강진단사업, 1971년 학교방역사업 및 혈액검사, 1977년 결핵관

리 사업의 확대(보건교육에 초점), 1979년 구강검진사업, 1980년 소아성인병의 예방과 선천성 이상의 조기발견을 위하여 노검사를 실시하였고, 1988년 근시예방사업강화, 1996년 청소년 약물반응검사, 1997년 각종 만성퇴행성 질환의 예방 및 관리를 위해 종합신체검사(고등학교 신입생)사업을 실시하였다.

환경위생관리사업은 1967년 학교보건법의 제정과 함께 학교환경위생정화구역을 설정하였으며, 1977년에는 학교급수위생관리, 1980년에는 수인성전염병을 예방하기 위한 정호수 소독 및 검사지침의 발달, 교실의 온도 및 환기관리, 학교의 소음 및 진동관리, 학교 내의 일반폐기물 처리관리 등과 같이 학교보건사업의 종류가 확대 다양화되는 양상을 보여 왔다.

해방 이후 지금까지 시행된 학교보건사업은 학생과 교직원의 건강관리와 교내에서 발생한 다양한 보건문제의 신속한 처리와 예방, 학생 및 교직원의 건강상담 및 보호대상 학생들의 관리, 학생들로 하여금 올바른 건강습관을 형성하게 하고, 학교환경의 개선 및 학교급식의 확대 등 실질적인 성과를 이룩한 것은 부인할 수 없다. 뿐만 아니라 학교보건사업의 확대를 위한 정부의 노력은 학교보건인력의 증대에서도 확인할 수 있다. 즉, 보건교사의 확충(6,675명), 보건직 공무원(225명) 및 식품위생직(304명)의 신설과 전국적 배치, 학교영양사의 확대(7,618명)이다.

그러나 이와 같은 학교보건사업의 성과는 다양한 형태의 통계지표로 측정되어 평가되어야 하지만 교육통계연보에서 보고된 학교보건통계는 학생표본 신체(체격) 검사 결과, 시도별 학생표본 신체(키) 검사 결과, 시도별 학생표본 신체(몸무게) 검사 결과, 체력검사 결과가 생산되고 있다. 하지만 이러한 통계는 학교보건사업의 성과를 측정하는 것이 아니라 당시의 학생의 체격과 건강상태를 나타내주는 지표라고 할 수 있다.

따라서 학교보건사업의 성과를 올바르게 평가할 수 있는 다양한통계지표의 개발이 필요하며 이에 따른 학교보건통계가 생산되어야 할 것으로 사료된다. 뿐만 아니라 오늘날 학교보건문제도 과거와 달리 영양결핍

에서 과다 영양으로 인한 비만과 성인병의 증가, 인터넷 중독과 이로 인한 VDT 증후군, 학교폭력과 성문제의 증가, 희귀난치성 환자의 문제, 전염성 눈병과 홍역의 유행, 집단급식으로 인한 식중독의 발생, 학교 주변 교욱환경영향 등 새롭고 다양한 보건문제가 학교보건사업의 대상으로 부각하고 있다. 이와 같은 새로운 학교보건문제에 효율적으로 대처하기 위하여도 학교보건체계는 학교보건지표의 개발과 생산이 필요하다.

한편 1998년부터 학교급식이 전국의 초·중·고등학교로 확대 실시되면서 학교급식으로 인한 식중독 사건의 발생이 점점 증가되고 있다. 특히 위탁급식으로 인한 식중독은 2001년도 기준으로 볼 때 급식제공 10만 건당 5.7건으로 직영급식의 1.3건에 비해 약 4.4배 많이 발생하고 있어 이들에 대한 철저한 급식 위생관리를 필요로 한다.

2) 학교보건사업의 문제점

해방 이후 우리나라에서 실시된 학교보건사업은 일체의 수탈과 6.25동란으로 인해 폐쇄되어 있는 학교교육환경 하에서 학생들과 교직원의 건강을 보호하고 관리하는데 중요한 역할을 하였다. 해방 이후 외국의 원조에 의한 결식아동의 급식으로부터 시작된 학교보건사업은 학생 및 교직원신체검사, 결핵관리사업, 기생충구충사업, 보건교육, 건강관찰 및 건강상담, 예방접종, 구강보건, 성인병검진, 학교급수 및 교욱환경관리 등이 시행되었다. 대부분의 학교보건 사업들이 학생 및 교직원의 건강증진에 기대 이상의 성과를 거두었으나 시행과정에 드러난 문제점을 기술하면 다음과 같다.

가. 학교급식문제

우리나라에서 발생한 집단 식중독 사건은 최근 10년 간(1987~1996) 연간 31~104건으로 집계되었고, 사망자수는 연간 5~12명으로 나타났다. 한편 학교급식으로 인한 최초의 집단 식중독 사례는 1977년 9월 16일 초등학교 급식으로 제공된 크림빵에 장독소를 생산하는 황색포도상구균이 오염됨으로써 해서 5,500명 이상의 발병자와 1명의 사망자를 기록한 사건이다. 이로 인해 빵 급식이 전면 금지됨으로써 지

금까지 학교급식의 위생관리에 커다란 교훈으로 남아 있다.

그럼에도 불구하고 <표 1>에 나와 있는 바와 같이 1998년부터 학교급식이 확대되면서 2002년까지 발생한 학교급식으로 인한 식중독 사건은 총 89건으로 14,195명의 학생들이 발병하였다. 이는 2002년 현재 9,989개교 급식학교 중 학교급식 공동조리 및 위탁급식 외부조리 형태로 운영되는 급식학교수가 1,874개교로 18.8%(교육부, 2003년 8월 현재)가 외부음식물 반입으로 이루어짐으로 인해 직영급식보다 위탁급식에서 식중독 발생률이 높은 것으로 나타났다.

<표 1> 학교급식과 관련된 년도별 식중독 사건

구분	1998년	1999년	2000년	2001년	2002년	2003년
발생 (건)	16	21	15	36	9	21
환자 (명)	1,385	3,039	4,076	4,889	806	1,901

자료: 교육인적자원부, 학교급식 정책자료, 2003. 5. 22

그러한 이유는 냉장유통체계 및 비조리 학교에서 재가열과 배식, 세척에 필요한 시설과 인력이 갖추어지지 않아 고온 다습한 환절기 및 여름철에 발생하기 쉬운 식중독, 세균성이질 등의 위험에 노출되어 있는 것으로 분석되었다(교육인적자원부, 2003). 뿐만 아니라 집단 식중독의 이면에는 집단급식의 확대로 인해 조리자의 위생교육의 불충분, 학교급식 담당자의 식품위생에 대한 소홀함, 조리장의 열악한 환경, 식재료의 안전한 공급 등 많은 문제가 복합적으로 작용한 결과라 하겠다.

나. 보건교육문제

우리나라의 학교보건정책은 중앙기구인 교육인적자원부가 매년 제시하는 학교보건에 관한 관리지침을 근거로 하고 있다. 학교보건에 관한 관리지침에서 보건교육에 관한 지침은 시대적 요구에 따라 보건교육

의 중요성, 시간, 방법 및 교육 내용이 제시되었으며, 1990년대부터 국민 건강권의 보장 측면에서 학교보건교육의 중요성이 대두되었다. 하지만 제 2차 교육과정기(1963.2~1973.2) 이후 보건교과가 폐지되고 체육과목으로 통합되었고 보건교육이 체육교과의 일부로 삽입된 보건관련내용은 체육, 생물, 가정 등에서 교육되어 왔다. 그러나 제 7차교육과정 (1998.1 이후)에는 초등학교의 경우 재량활동 시간에 범교과 학습 중 보건교육, 성교육, 안전교육을 하도록 하였고, 중학교의 경우 재량활동 시간에 성교육, 환경교육, 안전교육을, 그리고 고등학교는 교장 재량과목에 보건교육 등이 독립교과로 언급되어 있으나 교장이 보건교육을 중시하지 않으면 실시되지 않을 우려가 있다.

현행 보건교육인력은 보건교사, 가정교사, 체육교사, 생물교사 및 교련교사 등의 인력이 있다. 간호사 자격증을 가지고 보건실에 근무하는 보건교사는 교내의 응급상황 발생이 필수적인 인력일 뿐 아니라 학생 및 교직원의 건강관리, 건강상담 및 학교보건계획의 수립이나 시행에 주도적인 역할을 하고 있다. 또한 학내구성원 중 누구보다도 보건의학적인 지식을 가장 많이 가지고 있는 전문가라고 할 수 있다. 하지만 이들이 보건교육을 하는 중 응급환자가 발생하는 상황에 대한 대비책이 전혀 고려되고 있지 않는 실정이다. 현재 보건이 체육교과의 일부로 편성되어 체육교사가 보건교육을 담당하고 있거나 교련과목에서 공중보건 및 응급처치에 대한 교육을 하거나, 생물과목이나 가정과목에서 일부 보건관련 내용을 교육하고 있는 실정이어서 실제로 보건교육이 독립된 과목으로 시행될 경우 이를 누가 교육할 것인지에 대하여 상당한 갈등이 있을 것으로 예상되며 교육담당자의 선정에 많은 문제점을 안고 있다고 하겠다. 하지만 학교보건사업의 하나로 보건교육이 독립된다면 이는 교직과목을 이수한 보건전문가가 담당하는 것이 순리라고 사료된다.

다. 교육환경 및 환경위생관리문제

우리나라는 경제발전과 인구의 팽창으로 인한 국토의 개발과 주택건설이 활발해지면서 새로 신설되는

학교건설예정부지와 재개발 지역의 학교부지선정 시 교육환경영향에 대한 평가가 이루어지지 않고 있다. 학교보건법은 현주건물에 대해서만 법적인 효력이 있기 때문에 학교예정부지 주변에 교육환경에 유해성이 있는 업소와 시대의 변화에 따라 규제대상이 될 수 있는 새로운 업종이 생길 경우 이를 저지할 수 있는 법적인 장치가 없다.

또한 도시화의 가속과 대기오염의 증가로 인해 교실 내 실내공기오염은 먼지는 물론이고 부유세균과 낙하세균으로 인해 학생들의 건강은 위협받고 있다. 그러나 현행 학교보건관련법에서는 물리적인 학습환경 예를 들면, 조명, 환기, 채광, 온도, 미세먼지, 소음 등에 대해서는 여러 가지 규정이 있으나 생물학적 환경에 대한 규정이 없으므로 이에 대한 대책마련이 필요하다고 생각된다.

라. 학교보건서비스문제

해방 이후 학생 및 교직원에 대한 건강관리 차원의 학교보건서비스는 각급 학교별 양호실을 중심으로 양호교사에 의해 제공되어 왔다. 1951. 3 10신체검사규정이 제정된 이후 1955년부터 신체검사(체격, 체질, 체력), 건강상담, 예방접종, 결핵관리, 기생충 검사 등이 단계적으로 시행되어 학생 및 교직원의 건강보호와 증진에 큰 역할을 담당하였다. 학생 및 교직원을 대상으로 실시되는 예방접종의 경우 단체 예방접종의 비효율성과 안전성 문제가 제기되어 1999학년도부터 중단되었다. 그러나 2000년과 2001년에 전국적으로 학령기 아동을 중심으로 1년 8개월 동안 총 55,670명의 홍역환자가 발생하여 집단면역수준의 중요성을 일깨우는 계기가 되기도 하였다(국립보건원, 2002).

또한 청소년 약물남용 방지를 위해 1966년에 시행된 청소년 약물반응검사는 3년 동안 시행 후 학생들의 인권문제가 제기되어 1998년에 중단 되었다. 뿐만 아니라 현재 매년 각급 학교에서 단체로 실시되는 신체검사(체질검사)는 소수의 의사가 많은 학생을 대상으로 짧은 시간에 진행함으로써 그 효율성과 검진결과의 신뢰성 면에서 많은 논란이 되고 있다.

2. 학교보건사업의 발전과정과 현황

1) 학교보건사업의 성장발달단계

학교보건사업의 역사적 고찰은 정부에서 수행하는 정책을 실무단계인 학교현장에서 얼마나 정책적인 의지를 가지고 목적 달성에 임하였으며, 이것은 또한 학교인구의 요구에 어떠한 방식으로 시공간적인 사회 환경과 조화를 이루어 문제해결에 접근해 왔는가를 파악할 수 있는 잣대가 된다.

더욱이 1945년 해방과 함께 자주적 발전의 토대를 갖추고, 1946년 9월 1일 민주정신에 입각한 새로운 교육제도가 실시되면서 학교보건사업이 추진되었기 때문에 이를 기점으로 성장발달과정을 구분함은 의의가 있다. 즉, 본 연구에서는 해방 이후 새롭게 출발한 교육제도와 함께 발전해 온 학교보건사업의 내용 및 성장과정과 법적인 근거를 중심으로 다음과 같이 크게 세 기간으로 구분하고 명명할 수 있었다. 이는 기본적으로 학교보건법의 제정(1967년) 전후와 학교보건사업의 확장에 따라 구분한 것이다.

첫째, 1945~1967을 학교보건사업의 태동기 둘째, 1967~1993을 학교보건사업의 제도완비기 셋째, 1993~현재를 학교보건사업의 정책실현기로 구분한다.

2) 발전단계별 학교보건사업

가. 학교보건사업의 태동기: 1945~1967

해방 이전의 학교보건에 대하여는 서성제(1985), 김화중(1984, 1992), 이영자(1985) 등에 자세히 기술되어 있으며, 본 연구에서는 해방 이후 우리나라에서 실시한 학교보건사업의 내용과 성장과정을 3단계로 구분하여 기술한다.

일제의 지배 중 우리나라는 태평양 전쟁으로 인해 여러 방면으로 수탈을 당해왔으며, 교육환경 또한 황폐해져서 학생들의 건강이나 영양상태가 매우 열악상태였다.

해방이후 학교보건사업을 담당할 주무부서는 미군정 하에서는 1946년 7월 10일 문교부장하의 교화국 체육과에서 시작하여 정부수립 이후 1948년 11월 4일 문교부 문화국 생활개선과 그리고 1963년 12월 6

<표 2> 학교보건사업의 태동기: 1945~1967

구분	관련내용	년도	비고
행정조직	체육과	1946. 7.10	문교부장 교화국
	생활개선과	1948.11. 4	문교부 문화국
	체육과	1963.12.16	문교부 문예체육국
학교보건사업	교육법	1949.12.31	학교보건기준제시
학교급식	결식아동급식	1945~1952	해외원조
	구호급식(학교보건사업)	1953. 3	CARE, UNICEF 등
신체검사	학교신체검사	1955	신체검사규정(1951. 3.10)
	학도체력검사	1958	문교부령 제 15호
건강관리	결핵관리	1955	학생 및 교직원대상
	기생충구충사업	1957	
보건교육	초·중등학교 보건교육 과목명: 보건과	1954~1962	교과과정 시간배정 기준령(1954. 4.20) 문교부령 제35호
학교보건인력	양호교사 (법적 지위획득)	1953	교육공무원법(1953. 4.18) 법률 제 258호

일에는 다시 체육과로 편제되고 있다.

학교보건사업에 대하여는 1949년 교육법에 학교보건기준이 제시되었으나 구체적인 학교보건사업으로는 1945년 이후 결식아동을 대상으로 하는 학교급식사업을 시작으로 1955년에는 학교신체검사와 결핵관리사업, 1957년에는 기생충구충사업이 실시되었고, 1954년부터 8년간 초·중등학교에서 독립적인 보건과목이 개설되어 보건교육이 실시되었다.

학교보건사업을 담당할 인력으로는 일제시대부터 학교에 배치되어 있던 간호원이 1953년 교육공무원법이 제정되면서 학교의 보건사업과 학생과 교직원의 건강관리를 전담하는 양호교사로 임명되어 법적인 지위를 획득하게 되었다.

이와 같이 학교보건사업의 태동기에 시작된 각종 변화를 구체적으로 살펴보면 <표 2>와 같다.

학교보건사업에 관한 최소한의 기준은 1949년 12월 31일에 법률 제 86호로 제정·공포한 교육법에 나타나있다. 우리나라에서 해방 이후 최초로 실시한 실질적인 학교보건사업은 학교급식사업이다. 해방 이후 6.25전쟁까지 학교에서의 급식은 결식아동에게 세계민간구호협회(CARE) 및 캐나다의 유니타리안 봉사대에서 제공하는 우유와 분유로 결식아동급식을 시작하였으며, 학교보건사업으로서의 급식은 1953년 3월 캐나다에서 보내온 분유 14만 파운드를 전국 초등학교 결식아동들의 급식용으로 배정한 것이 출발이 되었다. 그 후 1953년 6월 국제연합아동기금(UNICEF)에서 전쟁재해 아동의 구호를 목적으로 탈지분유가 공급되었으며, 1957년 6월부터 1960년까지 미국의 CARE가 UNICEF의 학교급식 사업을 인수하여 매년 110만 명 이상의 급식아동에게 분유와 옥수수가루 대신 밀가루로 바꾸어 지원받아 빵 급식의 계기가 되어 1963년 5월에는 일괄적으로 빵 급식을 실시하였다. 그 후 1966년 7월부터 1972년 6월까지 6년 동안 미국국제개발처(USAID)로부터 급식양곡을 공급받아 구호급식을 실시하여 연 평균 160만 명 즉 전체 급식아동의

약 25% 이상이 혜택을 받아왔다. 1969년 미공법 480호 제2관(미국잉여농산물무상계획)에 의한 학교급식 사업계획을 USAID측과 합의하면서 원조 종료 후에도 계속 한국정부의 책임으로 학교급식을 확대 발전시키기로 하여 학교급식을 정부사업으로 실시하게 되었던 것이다(학교보건급식 50년사, 2001).

법률에 근거한 최초의 학교보건사업은 1951년 3월 10일 학교신체검사규정(문교부령 제 15호)의 제정에 의해 학생신체검사(체격, 체질, 체력)의 시기, 방법 및 종류를 결정하였다. 1951년부터 학교보건사업의 일환으로 학생신체검사를 실시하도록 법률에는 정하고 있으나 당장 시행되지 못하고 있다가, 1955년부터는 체격검사(키, 앉은키, 몸무게, 가슴둘레)와 체질검사(영양, 등심대, 가슴통, 눈, 코, 귀, 목, 피부, 치아, 기타 질병, 이상, 기관능력, 신경계통, 정신상태), 1957년부터는 체능검사(폐활량, 배근력, 쥐는 힘, 턱걸이, 땀뿜기, 던지기, 팔굽혀펴기)를 포함하였고, 1958년부터는 중·고등학생을 대상으로 체력검사를 실시하였다. 문교행정업적(1958)에 따르면 '학도보건'에 대하여 학교신체검사와 학도체력 검사로 나누어 그 결과를 기술하고 있다.

기생충구충사업은 1957년부터 학교보건사업의 하나로 시행되었다. 1958년부터는 그 중요성이 인정되어 각급 학교로 하여금 변검사, 회충검사 등 각종 보건사업을 강화하여 적극적으로 실시하여 1995년까지 시행되었다. 또한 1955년에 보건사회부가 학교보건사업의 일환으로 학생 및 교직원을 대상으로 결핵검진을 시작한 이래로 서울시 교육위원회에서는 1962년에 국민학교 저학년 전원에게 투베르쿨린 반응검사와 BCG예방접종을 실시한 이래 현재까지 진행되고 있는 결핵검진과 관리는 1960년도부터 체계화된 사업으로 그 기록의 결과가 남아있다.

학교에서 학교보건사업의 중심역할을 담당하는 양호실(현:보건실)은 1959년 4월 1일 문교부령 제 58조에 의거 설치되었으며, 교육법 제89조(학교보

건봉사 및 보건시설), 학교보건법 제3조(보건시설), 학교시설·설비기준령 제5조(학교보건시설), 학교교구 설비기준 제3조(문교부고시 제88-3호), 문교부장관지시(학교보건 관리기준)에 근거하고 있다. 보건시설의 운영 목적은 학교인구의 건강을 유지 증진시키며, 학생들로 하여금 건강에 대한 올바른 지식과 생활습관을 길러주어 명량하고 건전한 학교생활을 영위하도록 할뿐만 아니라 학습능률을 도모하고 보건교육을 통하여 개개인의 일생 동안 건강한 생활을 할 수 있도록 능력을 길러 주는데 있다. 교육공무원법(법률 제 285호, 1953. 4. 18)에 의해 각급학교에서 학교보건전문인력으로 활용하도록 규정되어 있는 양호(현:보건)교사는 학교환경 정화유지, 보건교육, 응급환자 발생시 사고자의 응급간호, 신체검진, 각종 질병예방 및 처치 등 교내·외에서 일어나는 건강 장애요인을 파악하고 그 문제를 해결하는 학교보건사업의 중추적인 역할을 담당하고 있다.

학교보건사업 중 보건교육은 해방 이후 1963년까지 문교부의 장학방침에도 나와있는 바와 같이 학생들의 보건에 대한 관심을 뚜렷이 보여주고 있다. '교과과정 시간배정 기준령(문교부령 제 35호, 1954. 4. 20)'에서는 초등학교와 중등학교에 교과목명을 '보건과'로 설정하여 보건교육을 실시하였다.

한편, 이 시기에 학교보건영역 중 학교환경위생관리에 대한 정책이나 지침의 하달은 찾아보기 힘들며 그 때까지는 학교환경에 신경을 쓸 여력이 없었음을 반증한다.

나. 학교보건사업의 제도완비기: 1967~1993

1967년에 학교보건법이 제정되면서 학교보건사업은 새로운 전기를 맞이하면서 활성화 되었다고 볼 수 있다. 이 기간 동안은 학교보건사업을 위한 각종 법적·제도적인 장치가 완비되고, 이에 근거하여 학생 및 교직원의 건강관리를 위한 각종 보건사업이 활발하게 진행되었다. 예를들면,

행정조직으로 문교부 체육국에 학교보건사업을 독립적으로 수행할 수 있는 학교보건과(1979년)가 생겼고, 1981년에는 학교급식법이 제정되었으며, 학교보건업무의 지원을 위하여 1972년 문교부와 산하기관에 최초로 보건직공무원이 배치되었다. 이후 학교약사(1975년), 학교의사(1976년), 학교치과의사(1979년), 학교영양사(1979년) 제도가 도입되어 학교보건을 위하여 외부 전문보건인력이 활용되었다.

1970년에는 학생건강의 지속적인 관리를 위하여 학생건강기록부가 작성되기 시작하였으며, 보건교육이 학교보건의 한 영역으로 정착되었고, 학교환경위생에 관한 각종 검사와 신체검사방법이 개선되었으며, 1971년부터 방역사업을 실시하는 등 학교보건사업에 일대 전환을 가져오는 기간이라고 할 수 있다. 이 시기의 구체적인 학교보건사업의 내용은 <표 3>과 같다.

학교보건은 1967년 3월 30일 법률 제 1928호로 학교보건사업에 대한 구체적인 사항이 규정된 학교보건법이 제정되면서 새로운 전환기를 맞이하게 된다. 이 법의 제정사유는 학교의 보건관리와 환경위생정화에 필요한 사항을 규정하여 학생 및 교직원의 건강을 보호·증진하게 함으로써 학교교육의 능력화를 기하려는 것이며 다음과 같은 사항을 명시하고 있다.

첫째, 학교의 설립자는 학교보건과 신체검사에 필요한 일정한 시설 및 기구를 갖추도록 한다. 둘째, 서울특별시부산지 및 도교육위원회는 학교환경위생정화구역을 설정하여야 한다. 셋째, 학교의 장은 매년 신체검사를 실시하며, 학생 및 교직원의 보건관리를 위하여 필요한 지도를 하여야 한다. 넷째, 학교급식을 실시한다. 다섯째, 학교에 학교보건사업을 실시할 수 있는 인력(학교의, 학교약사, 양호교사)을 두도록 하였으며, 여섯째, 서울특별시부산지 및 도교육위원회와 시군의 교육장소속 하에 학교보건사업에 필요한 기구와 공무원을 둘 수 있도록 하였다.

〈표 3〉 학교보건사업의 제도완비기: 1967~1993

구 분	관련내용	년 도	비 고
행정조직	학교보건과	1979. 3.19	문교부 체육국
법	학교보건법	1967. 3.30	대통령령 제 9380호 양호교사, 학교약사, 학교의사(치과의포함)를 두도 록함,
전문인력	보건직공무원	1972.11	문교부산하에 배치
	학교영양사	1979	도입
	학교약사	1975	도입
	학교의사	1976	도입
	치과교의	1979	도입
	학교한의사	1991	학교보건법에 삽입
학교보건사업	학교보건법 (법적근거마련)	1967. 3.30	학교보건사업내용제시 학교환경위생정화구역설정
학교급식	학교보건법 제12조	1967. 3.30	1973년부터 자립급식
	학교급식법	1981. 1.29	1980년부터 영양급식
신체검사	학교신체검사		신체검사규칙(1969. 7)
	표본학교신체검사	1971	문교부령 제 241호
	노검사	1980	당뇨, 단백, 잠혈 (성인병조기발견)
	구강보건사업 근시예방사업	1980 1988	불소용액양치사업
건강관리	건강관찰 및 상담 건강기록부작성	1970. 6.29	건강기록부운영지침 (체육 1055)
보건교육	학교보건관리지침	1980	보건교육이 학교보건의 한 영역으로 정착
환경위생	학교보건법시행령	1969.12.25	학교환경위생정화구역,
	학교급수위생관리	1977	수질검사
방역사업	교육환경개선	1980	조명, 소음, 진동, 방음대책
	예방접종, 소독 및 위생활동	1971	예방접종계획수립(천연두, 장티푸스, 콜레라, 뇌염)

건강한 학교환경조성을 위한 보건사업으로는 학교보건법의 제정(1967년)과 학교보건법시행령의 제정(1969년)으로 학교환경위생정화구역의 설정범위가 결정되었으며, 정화구역 내에 소음, 진동, 악취의 발생으로 학습에 지장이 있다고 인정되는 행위와 학교보건위생에 영향을 미치는 시설 및 행위를 못하도록 하였다. 또한 학교보건법을 근거로 1975년도의 체육 및 보건관리지침부터 학교환경위생 정화에 대한 구체적인 지침이 각 시도교육위원회에 시달되기 시작하였고, 1977년부터는 학교급수의 위생관리에 대하여 구체화 하고 있다. 교내환경개선을 위하여 1980년부터 지하수 먹는 물의 수질검사 및 조명시설개선, 소음진동피해 학교 방음대책 등을 추진하여 학생교직원의 건강을 보호, 유지증진 및 쾌적한 교육환경 조성에 기여하고 있다.

1975년도부터는 중앙하달식 학교보건사업이 각급 학교의 실정에 알맞은 형태로 유연성을 갖기 위해서 학교보건관리계획의 중요성이 부각되었고 이러한 계획이 구체적으로 강조되었다(문교부, 1975). 학교보건관리계획은 지역별 학교의 실정에 부합하는 구체적이고 실제적이며 조직적인 보건관리 및 지도를 실시함으로써 학생 및 교직원의 건강유지증진의 효율성을 높이고자 하는 목적 하에 추진되었다. 학교보건관리계획은 연간 계획과 월간계획으로 구분하여 작성토록 하였으며, 각급 학교장이 매 학년도 시작 1개월 전에 당해 년도의 보건관리계획을 매월 10일 전에 당해 월의 보건관리계획을 수립하도록 하였다. 시·도 교육위원회 등 지방교육행정기관은 일선학교 장학·감사 지도 시 학교별 보건관리 계획의 수립내용 및 실시상황을 반드시 확인토록 하였다. 뿐만 아니라 학교보건관리계획은 지역 및 학교의 실정에 따라 구체적이고 실제적이며 조직적이고 효과적인 보건관리 및 지도를 실시하고 학생 및 교직원의 건강을 유지·증진시킬 수 있도록 하고 그 발전과정을 평가하도록 하였다.

학교보건사업 중 학교보건서비스는 첫째, 학생의 건강관찰 및 상담의 실시 둘째, 신체 및 체력검사, 체질 및 병리검사 셋째, 학교예방접종 넷째, 학교급식으로 시행되었다. 건강관찰은 교실에서 담임교사에 의해 이루어지도록 하였으며, '건강기록부운영지침'(체육 1055, 1970.6.29)에 의해 관찰결과를 개인별 건강기록부(전염병예방접종, 병력기록, 구강검사, 기생충검

사, 결핵검사, 체격 및 체질검사, 체력검사 및 가정통신 등을 기록)에 체계적으로 정리하여 학생교사학부모 사이의 긴밀한 건강상담질병의 조기발견 및 조기치료를 할 수 있도록 하였다. 건강상담은 학교 내의 양호실에서 양호교사가 정기적 또는 부정기적으로 건강상담을 실시하고 이의 결과에 따라 필요한 조치를 취하도록 하는 것이다.

1951년에 개정된 신체검사규정이 1969년 7월(문교부령 241호)에 신체검사 규칙으로 변경되어 학생신체검사사업이 진행되었다. 1971년에는 일반신체검사 외에 학교보건관리지침에 의거 표본학교를 선정하여 신체검사를 실시하였으며 1977년에는 신체검사를 보건봉사사업의 개념으로 확대시키면서 정상적인 성장발육과 건강태도육성을 목적으로 건강평가와 건강관찰에 대하여 담임선생님에게 책임과 권한을 두도록 하였다. 다음은 체질 및 병리검사사업으로 혈액검사사업, 기생충검사사업, 결핵검진사업, 건강진단 및 질병예방사업, 그리고 구강보건사업으로 구성되어 있다.

혈액검사는 1960년대 후반부터 국민학교 1학년 및 초중고의 재학생 중 미검자를 대상으로 ABO 유형만 검사하다가 1974년부터 RH(-) 반응검사를 병행하여 오늘에 이르고 있다. 기생충검사는 1958년도부터 1986년까지 전국의 초·중·고 학생전원을 대상으로 1년에 2회 실시하여 오다가 1987년부터는 대도시, 중소도시, 농·어촌을 구분하여 검사회수를 구별하고 있으며, 검사결과의 처리도 1980년도부터 유소견자에게만 무료로 투약하여 1995 년까지 시행하였다. 1960년부터 시행되기 시작한 신체이상검사 및 질병예방 사업은 안과검사, 이비인후과검사, 피부질환검사, 구강질환검사, 기타 신체이상 및 질병검사를 실시하였다. 1980년도에 시작된 뇨검사 사업은 당뇨, 단백 및 잠혈검사를 통해 소아 성인병을 조기발견하는데 중요한 역할을 하고 있으며, 1988년도부터는 강화된 근시예방사업을 실시하였다. 구강보건사업은 1979년 학교 치과의제도가 도입되면서 활기를 띠어 충치의 치료 및 예방, 기타 구강보건 활동을 전개하고 있다.

학교방역사업은 전염병 예방접종사업과 소독 및 위생활동을 통한 전염성 질환의 예방사업으로 대별된다. 전염병예방접종사업은 학교보건법의 제정(1967. 3.30)으로 그 시행의 근거를 마련하였고, 구체적인

방역대책이 수립된 것은 1971년도부터 각급 학교별로 방역대책을 수립하고 실시하도록 하였다(문교부, 1971). 1980년부터는 수인성질병을 예방하기 위하여 정호수 소독 및 검사지침을 시달하고 정호수 검사비를 배정하였다. 1987년도에는 전염병 예방을 위한 방역협의회를 운영하여 학교방역사업이 유관기관 간에 유기적으로 원활히 시행될 수 있도록 하였다.

우리나라의 학교급식은 1967년에 제정된 학교보건법에 학교급식의 실시(제12조)를 명시하였고, 1977년 1월 14일에 학교급식규칙(문교부령 제 401호)을 제정하였고, 1981년 1월 29일 학교급식법(법률 제 3356호)과 같은 해 9월 시행령(대통령령 제 10460호)이 제정되어 학교급식에 관련된 제반 사항과 영양사, 조리사와 같은 인력 배치에 대한 법적근거를 마련하였다. 학교급식사업은 1953년부터 1972년까지 구호급식을 실시하였으나 1973년부터 정부예산과 학부모 부담으로 자립급식을 시작하였다. 그러나 1977년 9월 16일 빵 식중독 사건이 발생하여 학교급식이 전면 폐지되면서 급식행정의 무용론과 기피현상이 발생하였다. 그러나 1978년 문교부에서는 학교 급식규칙을 전면 개정하여 영양보충급식에서 완전영양급식으로 바꾸어 시범급식학교체제로 전환하였다. 1982년부터는 시범급식학교를 급식학교로 전환하였고, 1989년 2월 학교급식 5개년 계획을 수립하여 2000년까지 학교급식을 점차 확대하는 방안을 마련하였다. 그리고 위탁급식을 허용하고 학교 외의 장소에 공동급식시설을 설치 운영할 수 있도록 1996년 12월에 학교급식법을 개정(법률 제5236호)하였으며, 1999년 8월에는 극빈학생의 중식지원을 할 수 있도록 학교급식법을 개정(법률 제6012호)하였다.

학교보건교육은 제 2차 교육과정기(1963.2~1973.2)부터 보건교과가 폐지되고 보건이 체육과목으로 통합되었고 보건에 관한 교육은 체육교과의 일부로 삽입되어 교육되었다. 보건교육사업은 1979년까지 '안전교육'이라는 제목으로 이루어 지다가 1980년부터 보건교육으로 표기되었으며 '학교보건관리지침'에서 보건교육에 대한 시간, 방법 등이 구체적으로 제시되었다. 즉, 학교보건사업의 한 영역으로서 보건교육은 1980년부터 비로소 공식화되었다고 볼 수 있다. 1984년부터 초·중고에 각각 체육시간의 5%,

10%, 25%를 보건교육을 하도록 하고 체육교과서에 보건관련내용을 구체적으로 제시하였다. 문교부에서 1987년에 1차, 1988년에 2차, 1989년에 3차에 걸쳐 학교보건교육연구시범학교를 지정 운영하였다. 1990년대 들어서면서 건강문제의양상의 변화와 인구사회학적 변화에 따라 국민의 건강권 보장 측면에서 학교보건교육의 중요성이 대두되었다. 보건교육은 환경교육, 보건안전교육, 성교육 등 국가수준의 교육과정에서 요구하는 과제를 관련 교과와 특별활동 영역에 반영하도록 편성하였으며, 약물 오·남용 예방과 성교육 강화를 체육교과에서 강조하였고, 보건학습 내용의 지도에는 양호교사가 참여할 수 있도록 하였다.

다. 학교보건사업의 정책실현기: 1993~2003 현재
학교보건사업의 정책실현기는 1990년 중반부터 현재까지를 의미하며, 이 시기는 보다 안정된 학교보건사업을 수행하면서 한편으로 학생들의 보건문제에 대응하여 학교보건사업의 내용과 방향의 전환을 수반하는 시기라고 할 수 있다. 예를 들면, 우리나라가 경제적으로 낙후된 시기에 영양불량의 주원인으로 작용했던 기생충질환을 퇴치하기 위하여 실시했던 기생충검사가 경제발전과 더불어 학생들의 영양상태의 개선으로 더 이상 필요하지 않아 중지되게 되었다(1996년). 학생신체검사는 종합건강진단을 실시하여(1997년) 학생들의 체질검사가 보다 질적으로 안정화되었으며, 척추측만증스크리닝, 약물반응검사 등 새로운 항목을 추가 하여 보건사업 중 체질검사의 다양화를 시도하였고, 한편으로 학교급식이 전면적으로 실시되었고(1998년), 제7차 교육과정에서는 '공중보건' 과목이 교장재량에 의한 선택과목으로 되었으며, 정화구역 내의 유해업소에 대한 이전 및 폐쇄조치 등 강력한 학교보건사업을 실시하는 시기이며 구체적인 사업내용은 <표 4>와 같다.

1990년 후반부터 학교보건문제가 과거 학생들의 영양불량, 감염성질환의 발생, 열악한 학교환경위생 및 안전문제, 개인보건위생의 열악 등으로부터 소아당뇨와 비만과 같은 질병의 만성성인병화, 학교보건에 대한 요구도의 변화, 새로운 청소년 보건문제의 등장 등으로 자연스럽게 학교보건사업의 방향을 재정립할 필요성이 대두되었다.

<표 4> 학교보건사업의 정책실현기: 1993~2003 현재

구 분	관련내용	년 도	비 고
행정조직	학교보건체육과	1994. 5.16	교육부 지방교육지원국 대통령령 제 14264호
	특수교육보건과	2003. 4	교육인적자원부교육자치 심의관, 교육인적자원부령
학교보건사업			
학교급식	위탁급식제도도입	1996.12.30	학교급식법개정(공동조리장 및 위탁급식)
	학교급식전면 실시	1998	초등학교
		1999. 9	고등학교
		2002까지	중학교(연차적 확대)
	HACCP*모형 시범적용	1999	
신체검사	종합건강진단 실시	1997	학교신체검사규칙개정
	기생충검사 중지	1996	학교보건문제의 변화를 반영
	단체예방접종 중지	1999	
	척추측만증 스크리닝사업	1993	
	청소년 약물반응검사 실시	1996	1998년 중지 (3년간 시행)
보건교육	제 7차 교육과정 성교육, 안전교육, 보건교육을 독립과목화	1997.12.30	초·중학교에서는 재량활동 고등학교는 '공중보건'이 교과재량에 의한 선택과목
환경위생	신종풍속영업소 추가	1993	노래연습장, 담배자판기(1993),
	정화구역 내 유해업소의 이전 및 폐쇄조치	1995	비디오방, 전화방, 성인용품점(1998), PC방 (1999) 등

* HACCP(Hazard Analysis and Critical Control Point) : 위해요소중점관리기준

학교급식사업은 학부모의 요구에 의해 14대 대통령 공약사업인 동시에 15대 국회의원 선거의 공약사업으로써 초등학교급식은 1998년 전면 실시하고, 고등학교 급식은 1999년 2학기부터 전면 실시하며, 중학교급식은 2002년까지 연차적 확대 실시계획을 세

워 시행하도록 하였다. 학교급식을 전담하는 인력으로 학교급식법(법률 제 3356호, 1981. 1.29) 제 7조에 의거 영양사를 배치토록 하였고, 공립학교에 근무하는 학교영양사를 1995년부터 보건직 공무원에서 식품위생직 공무원으로 변경 하여 학교급식을 관리하도

록 하였다. 1988년 결식아동에 대한 언론보도 이후 국회에서 초등학교 결식아동을 위해 국고보조금을 지급하기로 결정하였으며, 1997년 1월부터는 국고와 지방비에서 각각 50%씩 중고등학교중식지원 국고보조를 시작하였다. 1998년 1월부터는 초등학교 급식을 전면 실시하게 됨에 따라 초등학생 국고보조를 종료하고 2003년3월부터는 연중 365일 중식지원을 확대하여 오늘에 이르고 있다. 집단급식의 확대에 의한 집단식중독 사건의 발생이 빈번하여 1999년 1학기부터 3개 시범지역에 학교급식에 위해요소중점관리기준(HACCP: Hazard Analysis and Critical Control Point)모델을 도입하였다.

보건교육은 제 6차 교육과정(1992.10 ~ 1997.12)에서 건강한 사람을 첫 번째로 제시하여 학교보건교육의 중요성이 대두되었으나 보건교과가 독립되지 못하고 체육과 관련교과 내에서만 교육하도록 하였다. 그러나 제 7차 교육과정(1998년 이후)에 초등학교 및 중학교의 경우 재량활동시간에 보건교육을 실시하도록 하고, 고등학교의 경우 공중보건의 선택과목으로 언급되고 있어 독립된 보건교육의 기틀은 마련되어 있으나 이러한 선택은 교장의 재량에 좌우되기 때문에 교장이 보건교육을 중시하지 않으면 실시되지 않을 우려가 있으므로 보건교육의 목표 달성에 는 미흡한 실정이다. 한편 지방에서는 1998년 서울특별시 교육청에 '보건교과 교육과정 안'이 제출되어 서울특별시 교육청의 승인을 받아 보건교과서를 개발하여 1999년 3월부터 수도권에서 주당 2시간씩 정규 교과시간에 수업을 하였다. 제7차 교육과정 개정안으로 교장 재량과목으로 성교육, 안전교육, 보건교육 등이 독립과목으로 언급되어 있으며, 2000년 3월 1일 초등학교 1, 2학년을 시작으로, 중학교는 2001년 3월 1일부터 연차적으로 2003년에는 3학년까지 단계적으로 시행될 예정이다. 2000년부터는 서울시 교육청 인정도서로 '보건'이 확정되어 학교장의 재량에 따라 많은 고등학교에서 '보건'을 교양선택 시간에 채택할 수 있게 되었다.

1990년 중반 이후부터 학교에서 집단적으로 실시해오던 건강검진은 새로운 변화를 맞이하게 되었다. 즉, 각종 만성퇴행성 질환의 발생 연령이 점차 낮아

집에 따라 이들 질병을 조기에 발견치료하기 위하여 고등학교 신입생에 대하여 종합건강진단을 실시하도록 학교신체검사규칙을 개정하였다(교육부령 제 706호, 1997.12.31). 1993년부터 척추측만증스크리닝을 통한 예방사업을 실시하였고, 시대의 변화를 반영하는 기생충란의 검사를 1996년부터 집단검진의 항목에서 제외하게 되었고, 전염병의 단체접종의 비효율성의 지적(보건 81480-150, 1995. 2. 22)과 예진이 불가능한 상태에서 예방접종을 할 경우 부작용을 촉발하는 원인으로 문제가 제기(연통, 1998.10.21)됨에 따라 1995년과 1998년에 전염병의 집단접종에 대한 획기적인 변화가 왔다. 따라서 '보건 81480-940(98.10.20)'에서 최종적으로 단체예방 접종의 비효율성과 안전성의 문제를 인식하고 1999 학년도부터는 학교 임의로 병의원 등과 협의하여 실시하는 단체접종을 일체 금지하기에 이르렀다. 1996년부터 이루어진 청소년 약물반응검사사업, 1997년부터 고등학교 1학년을 대상으로 단편적인 체질검사에서 종합신체검사로 전환하여 실시하고 있다.

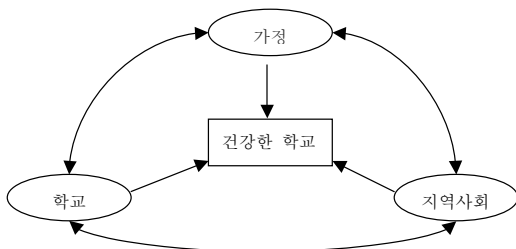
학교환경위생은 대외적으로는 1981년 학교환경정화구역을 절대정화구역과 상대 정화구역으로 구분하여 설정한 이후 1995년부터 정화구역내의 유해업소를 이전 폐쇄하도록 하였다. 또한 시대의 변화에 따라 학교보건법시행령을 개정하여 신종 풍속영업소를 추가하여 관리하고 있다. 대내적으로는 학교환경과 관련하여 학교보건법 제4조(학교환경위생 및 식품위생)에 명시되어 있는 바와 같이 학교의 장은 교육부령이 정하는 바에 의하여 교사 안에서의 환기·채광·조명·온습도의 조절·상하수도·화장실의 설치 및 관리, 오염공기·폐기물·소음·분진의 예방 및 처리 등 환경위생과 식기·식품·음료수의 관리 등 식품위생을 적절히 유지·관리하고 있다. 2000년에는 철저히 예방차원의 보건서비스가 주를 이루고 있다. 방역관리는 교내방역은 학교자체 혹은 용역업체에 의해서, 학교주변에 대해서는 관계당국에서 2-3개월에 한번씩 실시하도록 하며, 먹는 물 관리뿐 아니라 학교 구내식당 및 구내 매점의 위생관리를 철저히 하고, 학교 내 인스턴트 식품 판매기 설치를 금지하도록 하였다.

3. 학교보건사업과 학교보건정책의 방향

1) 학교보건사업의 목표와 범위

전통적인 학교보건의 범위는 학교보건서비스, 보건교육 및 건강한 학교환경이었기 때문에 자연히 학교보건사업도 이 범주 내에서 한정되어 시행되어 왔다. 그러나 학교는 지역사회의 중심에 위치하면서 지역사회와 밀접한 관계를 유지하고 있다. 뿐만 아니라 학교인구의 건강문제는 학교의 책임이며 학교에서 발생한 모든 보건문제를 학교에서 해결한다는 인식에서 벗어나야 한다. 학교는 가족과 학생 및 지역사회 사이의 중재자로서 이들의 건강의 보호와 증진을 통하여 학교교육의 목표를 달성하는 것이 학교의 역할이라는 전제 하에 주요 학교보건정책의 초점을 맞추어야 한다.

따라서 앞으로의 학교보건사업은 기존의 접근방식을 포함하여 학교보건사업을 학교기반과 지역사회기반의 포괄적인 활동으로 인식하는 것이 필요하다. 이러한 학교보건사업은 학교인구의 질병을 예방하고, 건강을 보호·증진시키고, 학생들의 보건문제를 최소화하기 위하여 가족과 학생 사이를 중재하고, 교육적·사회적 및 보건의료의 측면에서 지역사회와 이들 사이의 연계가 필요하다(그림 1 참조).



<그림 1>. 학교보건사업의 목표 달성을 위한 학교 보건체계의 기본모형

학교와 가족 및 지역사회를 연계한 포괄적 학교보건사업은 학생들의 건강과 교육 목적의 달성을 최대화시킬 수 있는 잠재력을 지니고 있다. 학교보건사업의 일차적인 목표는 다음과 같이 분류될 수 있다.

첫째, 기초적인 건강문제를 학생 스스로 해결할 수

있도록 하며, 기본적인 보건의료문제에 대하여 보건실 및 지역사회의 일차진료기관에 대한 접근성을 보장해야 한다.

둘째, 응급의료 상황에 대비한 학교 내외의 시스템을 구축해야 한다.

셋째, 학교인구의 건강군, 고위험군, 질병군을 확인하기 위한 정기건강검진 및 예방접종의 감시시스템을 구축한다.

넷째, 학생의 건강 및 교육적 문제를 진단하고 평가하기 위한 체계를 갖춘다.

다섯째, 학교인구에 대한 효과적이고 실용적인 보건교육을 실시한다.

여섯째, 학습효과를 증진시킬 수 있는 건강하고 안전한 학교환경을 제공한다.

일곱째, 학교보건사업의 효율성을 평가하기 위한 시스템을 구축한다.

학교보건의 목표(goal)와 목적(objectives)은 대부분의 학교보건사업에서 명확하게 구분되지 않고 있다. 이들의 구분은 스스로 명백한 것처럼 보이지만 보건사업의 계획이나 평가의 단계에서 간과하기 쉬운 점이다. 사실 학교보건이 그 목표와 목적이 분명하게 구분되어 있지 않기 때문에 학교보건의 효과에 대하여 설득력 있는 증거를 제시하지 못하고 있다. 학교보건사업의 평가는 학교보건사업의 실질적인 발달에 필수적인 요소이다.

학교보건의 목표와 목적은 주어진 지역사회에 따라 다양하게 변화할 수 있다. 학교보건사업은 지역별로 학교보건문제의 특성에 따라 서로 다른 모습을 가지며, 보건수요와 가용자원에 따라 계획이 수립되어야 한다. 위에 언급한 학교보건의 일차적인 목표의 목록은 최소한의 것이며, 지역별로 학교의 특성에 따라 특수한 목적을 가진 사업으로 확장될 수 있다.

2) 학교보건정책

학교보건사업은 학교보건정책의 과정으로 실시되며, 이와 같은 정책과정은 정부 또는 공공기관이 필요한 정책의제를 채택하고 합법적인 절차와 심의과정을 거쳐 최선의 대안을 선택하는 행위이다. 정책과정

과 관련한 이론으로는 Lasswel(1979)의 7단계 1) 정보수집과 획득과정 2) 지지획득과정 3) 정책입안과정 4) 정책의 수정 및 보완과정 5) 정책의 적용 및 집행과정 6) 종결과정 7) 평가과정. Anderson(1979)의 5단계 1) 정책의제의 설정 2) 정책형성 3) 정책채택 4) 정책집행 5) 정책평가. Dye(1984)의 5단계 1) 문제의 인지 2) 정책대안의 결정 3) 정책의 합법화 4) 정책의 집행, 5) 정책의 평가. Hogwood & Peter(1982)의 7단계 1) 의제설정 2) 정책결정 3) 합법화 4) 조직화 5) 집행 6) 평가 7) 종결 등이 있다. 이러한 이론을 종합해 볼 때 학교보건정책과정은 대체로 다음과 같이 정리해 볼 수 있다.

학교보건정책 설정과정은이와 같이 우리나라의공공정책의 결정단계와 다를 바가 없다. 일반적으로 학교보건사업을 위한 보건정책은 다음과 같이 진행된다.

첫째는 학교보건문제에 대한 인지로서 학교환경에서 발생한 보건문제가 공적으로 인식되고 하나의 정책의제로 떠오르는 과정을 말한다.

둘째는 정책의제로 선택된 문제의 해결대안을 찾고 이것을 정책으로 전환시켜 나가는 과정이며 이 과정에서 정책분석이 활용된다.

셋째는 정책수단 및 대안개발과정으로 정책을 학교현장에서 구체화시키는 단계를 의미하며 과거에는 주로 이 부문에 행정의 주된 관심이 집중되었다.

넷째는 대안간 비교(분석, 최선의 대안선택, 정책집행, 정책평가)의 과정으로 학교보건정책의 내용과 산출 및 집행과정, 결과 등이 정책 목적을 얼마나 실현시켰는지를 판단하는 과정이다.

마지막으로 다섯째는 정책을 의식적으로 끝내거나 중지하는 것을 의미한다.

이와 같이 학교보건사업을 위한 정책과정의 예로서 학생의 약물남용에 대한 학교보건사업은 다음과 같다. 문제에 대한 인식으로 첫째, 약물 남용으로 인한 청소년 비행 및 학교폭력 증가하고, 비행학생 대부분이 약물 경험이 있는 것으로 조사되고, 약물 남용이 점진적으로 저연령화 되어가고 있으며 사용 약물의 다양화 및 확산추세에 있는 것으로 조사되었다. 둘째, 이러한 문제를 교육적 차원에서 접근하기 위한

정책의제로 채택되었다. 셋째, 정책수단 및 대안개발의 하나로 학교보건교육, 생활지도 강화, 약물반응검사 실시 등이 제안되었다. 넷째, 대안간의 비교분석을 통하여 학교신체검사 시 소변검사에 약물반응검사 실시를 통한 선별 및 지도 강화를 하기로 대안이 결정되었다. 다섯째, 학교보건사업의 일환으로 전국의 중·고등학생을 대상으로 약물반응검사를 실시하였다. 여섯째, 모든 학생을 대상으로 실시하는 강제적인 약물반응검사는 인권침해의 문제로 실시 3년 만에 중단되었다.

그 외에도 학생들을 대상으로 실시하는 기생충 구충사업의 중지, 학교 내에서 집단예방접종 사업의 중지 등이 대표적인 사례이다.

3) 정책설정을 위한 기본틀

정책의제의 설정과정은 정책과정의 출발점이고 전 정책과정에 직접적인 영향을 주기 때문에 관리가 필요하다. 정책의제 설정과정의 관리를 통해 민주성을 확보하고 중요한 학교보건문제를 적시에 정책의제로 설정하게 되며, 정책의제로 설정된 다음에도 여러 정책의제들 사이의 우선순위를 결정하고 정책발안 시기를 결정하게 된다. 이와 같은 정책의제 설정과정에서의 정부대응 또는 관리방식은 1) 수동적방임적 대응관리 2) 후원적조정적 대응관리 3) 주도적적극적 대응관리로 나누어 생각해 볼 수 있다 (Jones, 1977).

첫째, 수동적·방임적 대응방식은 외부집단에 의해 문제가 제기되어 정부 내로 투입된 이후에 정부가 수동적으로 문제에 대응하는 것을 말한다. 둘째, 후원적·조정적 대응관리는 정부가 정책의제의 설정과정에 개입하여 어떤 특정 개인이나 집단의 문제가 부당하게 억압되거나 과장되지 않게 적절한 법적·제도적 장치를 마련이나 관련 집단의 참여를 보장하는 등 집단간의 갈등을 조정하는 역할이다. 셋째, 주도적·적극적 대응관리는 사회 전체적으로 중요한 문제이거나, 아직은 그 징후가 미미하지만 점차 중요하게 여겨질 문제, 또는 일반 국민들이 문제시 되는 상황에 대해 제대로 알지 못하고 있을 때 정부가 문제에 대응하는 방식이다.

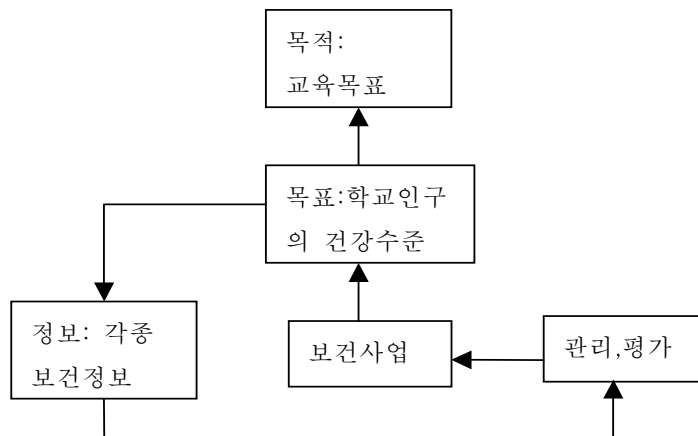
지금까지의 학교보건에 대한 정책의제의 설정은 주로 수동적방임적 대응방식 이었다고 할 수 있다. 그러나 국민건강이 권리화 되고, 학생 및 교직원의 건강문제가 교육의 목표달성에 중요한 요인임을 인식 하면서 학교 내에서의 건강에 대한 요구도가 증가하고, 학교보건문제가 대형화사회화 되면서 점차 주도적적극적 대응관리의 필요성이 증대되고 있다. 즉, 당뇨병, 비만 등 학생 성인병의 증가, 희귀난치성질환 어린이, 집단급식으로 인한 식중독의 증가, 학교주변의 유해업소의 난립과 학교 내 교육환경 등 학교보건 문제가 다양화되면서 적극적인 변동관리가 필요하게 되었다. 따라서 이와 같은 학교보건문제에 대한 조기 포착과 문제해결에 대한 대응의 적시성을 확보하기 위해서 학교보건정보시스템의 구축을 필요로 한다.

학교보건정보시스템은 그림 2와 같다. 첫 번째 단계는 보건정보의 생산이다. 보건정보의 일차적인 생산자는 학생 및 교직원 자신이지만 이를 인지하고 자료화하는 것은 보건교사(보건일지, 건강상담일지), 담임교사(건강관찰 및 보건문제의 인지), 및 의사와 치과의사(건강검진, 구강검진)이다. 두 번째

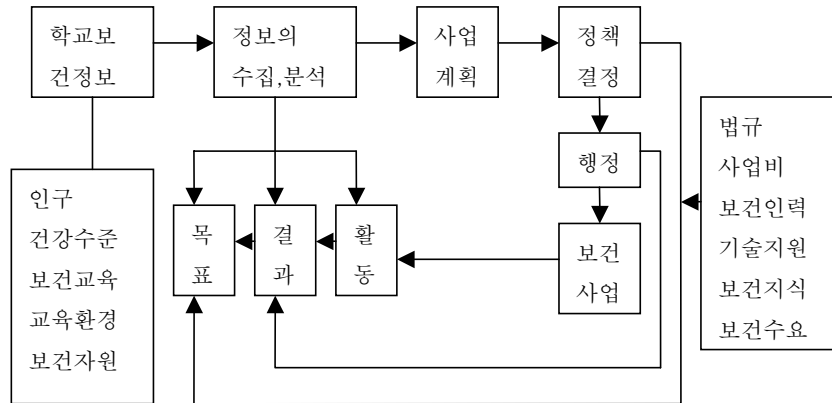
단계는 학교보건행정가는 이와 같은 정보를 평가하여 문제의 우선순위에 따라 정책의제의 설정과정에 의거하여 정책을 설정하고, 이에 따른 보건사업을 실시하는 것이다.

세 번째 단계는 학교인구를 대상으로 하는 보건사업의 기획과 집행이다. 네 번째 단계는 학교보건의 목표 달성 여부를 평가하기 위하여 학교인구의 건강수준을 다양한 척도를 통해 측정한다. 이와 같이 학생의 건강수준에 관한 각종 정보의 환류를 통하여 학교인구의 건강증진을 통한 교육의 목적을 충실히 달성할 수 있게 되는 것이다.

학교보건의 목표는 보건지표를 통해 설정되어야 하며 이를 위하여 기본적으로 학교보건정보를 평가할 수 있는 지표체계의 개발과 적절한 지표의 생산이 필요하다. 학교보건지표는 현재의 학교보건수준을 객관적으로 평가할 수 있게 하며, 학교보건사업의 수행결과를 평가하며, 학교보건목표의 설정을 위한 기준으로 활용될 수 있다. 학교보건지표는 기존의 다양한 지표를 활용할 수 있으며, 학교보건을 위하여 특별히 개발하여 사용할 수 있다.



<그림 2> 학교보건정책 설정을 위한 학교보건정보시스템



〈그림 3〉 학교보건사업관리를 위한 정보체계의 단위모형

학교보건사업 관리를 위한 정보체계의 단위모형은 그림 3과 같다. 이 모형에서 학교보건정보는 학교의 인구, 학교인구의 건강수준, 보건교육, 교육환경, 보건자원 등으로 구성되며, 이와 같은 정보의 수집 및 분석을 통해 학교보건사업의 계획을 수립하고, 정책 결정을 통해 보건사업을 실행하는 것이다. 학교보건 정책의 목표를 달성하기 위해서는 법적인 근거를 바탕으로 보건수요에 근거한 사업비를 배정하고, 보건 인력의 지원, 기술적 지원, 관련보건지식의 지원을 필요로 한다.

앞서 언급을 하였지만 학교보건사업의 결과와 목표 달성은 관련 각종 학교보건지표를 통해 평가함으로써 객관적인 신뢰도를 확보할 수 있다. 또한 향후 새로운 학교보건사업의 목표설정을 위해서도 필요하다.

4) 학교보건지원센터

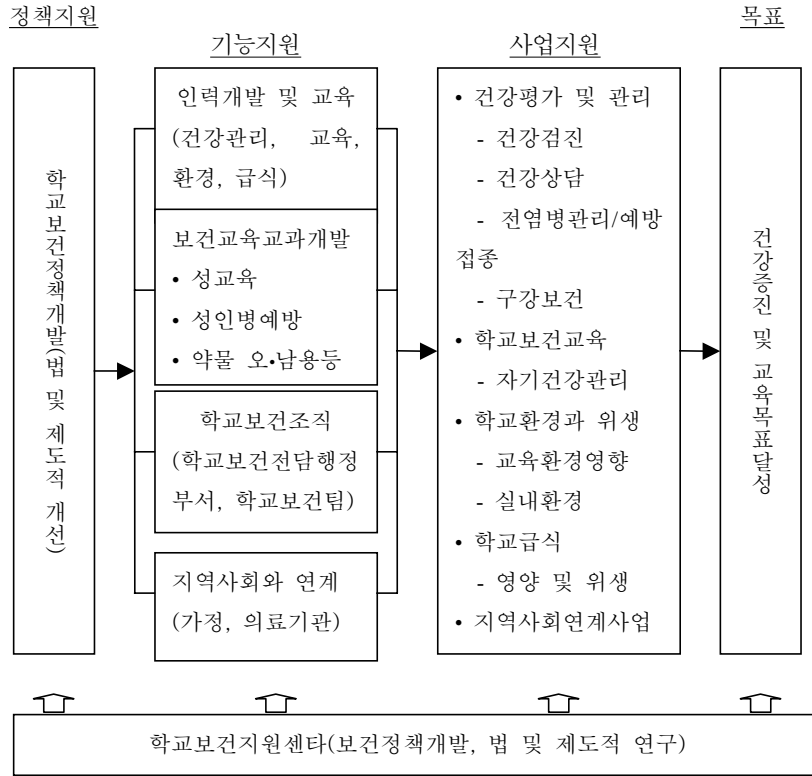
본 연구에서는 정책결정의 일반모형 중의 하나인 제도모형에 근거하여 학교보건지원센터의 설립을 주장한다. 이와 같은 제도는 학교보건정책의 일관성을 유지하고, 시대에 부응하며 미래지향적인 학교보건정책의 대안을 생산하며, 학교보건사업의 과정과 결과의 평가를 객관적으로 실시할 수 있

며, 각종 학교보건 인력의 교육 및 학교보건 교육 자료의 개발 등을 위해 필요하며 또한 학교보건지원센터는 교육현장에서 보건의 전문성을 제공할 수 있으며, 전문성에 근거한 지속적이고 다양한 학교보건정책을 개발하고, 이익집단의 전문요원을 참여시켜 그들의 의견을 반영시킴으로써 학교 내의 이익집단간의 역할 및 의견조정, 갈등의 완충역할을 위해 필요하다.

그림 4는 학교보건사업의 단계별 지원체계를 나타낸 것이다. 지원체계는 정책지원, 기능지원 및 사업지원으로 구분된다. 학교보건사업은 기본적으로 법적인 근거를 가졌을 때 예산이 확보되고 보건사업의 수행이 가능해진다. 그러기 위해서는 학교보건문제에 대한 주도적·능동적 대응전략이 필요하며 학교보건지원센터는 이러한 측면에서 중요한 역할을 수행한다.

첫째, 정책지원 단계에서는 학교보건사업을 위한 정책개발과 법, 제도적 개선을 위한 연구개발하며,

둘째, 기능지원 단계에서는 학교보건교육과 보건사업을 위한 인력의 교육과 훈련, 보건교육을 위한 각종 교육자료의 개발, 학교보건사업의 원활한 수행을 위한 학교보건조직체계의 개발, 그리고 지역사회와의 연계를 지원하고,



<그림 4> 학교보건사업의 단계별 지원체계

셋째, 사업지원 단계는 학교보건사업의 결과 학교 인구의 건강수준 평가, 학교환경위생과 환경영향평가의 실시, 학교급식관리를 위한 지원, 학교교육환경 및 실내환경, 영양 및 위생적인 학교급식, 지역사회와의 연계사업지원 등이다.

넷째, 이와 같은 단계별 지원을 통해 궁극적으로는 학교인구의 건강증진과 교육목표의 달성을 기하고자 하는 것이다.

이와 같은 기능을 가진 학교보건지원센터는 교육 인적자원부의 외부정책기관으로 설립되는 것이 가장 적절하지만 이와 같은 기능을 수행할 수 있는 대학의 연구소를 지정 운영하는 방안도 고려해 볼 수 있다. 학교보건지원센터의 인력 구성은 설립위치에 따라 달라지겠지만 가장 중요한 요소는 학교보건전문가가 주축이 되어야 하며 여기에는 대학교수는 물론이고 학

교현장의 보건교사와 학교영양사 및 체육교사 등이 포함되어야 한다.

IV. 고 찰

1. 학교보건사업관련 연구에 대한 고찰

서성제(1985)는 우리나라의 학교보건사업의 전개 과정을 기술하였고, 학교보건사업의 개념과 변천과정을 정리하였으며, 학교보건사업을 위한 행정조직, 기구, 인력, 법규 및 보건봉사의 내용과 결과를 분석하였다. 하지만 학교보건사업의 발전을 위한 구체적인 정책방향이나 정책의 틀을 제시하지 못하였으며, 학교보건의 발전적 제도의 개발이 안되어 있다. 이영자(1985)는 우리나라의 학교보건에 관한 조직, 법 및 인력의 세 측면에 대한 학교보건사업의 현황을 파악

하고 분석하였다. 본 연구는 우리나라의 학교보건의 현황을 기술하고 당시의 학교보건의 안고 있는 문제점을 지적한 반면 구체적인 정책대안을 제시하거나 정책실현을 위한 제도의 개발 등은 제시하지 못하고 있으며 단지 개선방안을 제시하는 수준으로 그치고 있다. 박영수(1988)는 학교보건사업 현황분석을 통하여 학교보건사업을 위한 조직 및 기구의 미비, 학교보건전문인력의 확보 및 활용의 곤란, 학교보건교육을 위한 인력의 부족, 학교보건관련법령의 미비 등의 문제점을 지적하고 학교보건사업의 활성화를 위하여 정책 입안자들의 학교보건에 대한 중요성의 인식과 학교보건사업의 활성화를 위한 과감한 투자의 선행, 중앙 및 지방조직체계의 구성, 학교보건관련법령의 개정 및 보완, 학교보건사업모델 개발을 위한 연구사업을 주장하였다. 하지만 이 연구도 학교보건정책의 개발을 위한 기본적인 모형은 제시하지 못하고 있다. 이시백(1984)은 학교보건사업과 학교보건교육 실태의 분석에서 학교보건교육의 문제점을 지적하고 향후 대책을 제시하였으며, 학교보건사업의 일환으로 학교보건교육의 필요성을 강조하는데 그치고 있다. 그러나 학교보건사업을 하나의 체제하에서 포괄적인 접근을 하지 못하였으며, 학교보건정책 개발을 통한 학교보건교육의 접근을 제시하지 못하였다. 이외에도 임재은(1984)은 문헌고찰과 면접조사를 통해 우리나라의 학교보건교육의 현황과 문제점을 지적하고 개선방안을 모색하였다. 김정근(1988)은 학교보건을 민족적 자질향상이라는 측면에서 그 중요성을 강조하고, 학교보건관리에 관여하는 인력의 역할을 고찰하여 학교보건활성화 방안을 제시하였다. 남철현(1997)은 설문조사를 통해 교사와 학생을 대상으로 보건의 식행태와 생활 및 학교환경과 건강증진 시설에 대한 조사를 실시하였고, 학교건강증진사업 모형을 제시하였다. 김화중(1992)은 학교보건사업을 학교신체검사, 학교내외의 환경위생, 보건교육 및 학교급식으로 분류하여 고찰하고 그 개선방안을 제시하였다.

학교보건사업의 주체로서 양호교사의 역할에 관해서 김화중(1984, 1985)은 우리나라의 학교보건에 대한 역사적 발달과정을 조망하고, 양호교사의 배치양상과 관련요인을 분석하였고, 또한 설문조사를 통해

양호교사의 역할 모형에 의한 능력분석을 통해 양호교사의 직무규정을 제정과 보수교육의 필요성을 강조하였다.

이와 같이 대부분의 기존 논문에서는 우리나라에서 실시된 학교보건사업의 역사적 조명이나 보건교육, 양호교사의 역할과 분포 및 설문조사 등을 통해 단편적인 학교보건사업을 평가하거나 기술하여 문제점을 지적하거나 단순한 대안의 제시 수준에 그치고 있으며, 우리나라의 학교보건사업 활성화 하기 위한 구체적인 정책방향이나 정책수립을 위한 제도의 개발은 언급되어 있지 않으며, 또한 각 연구마다 거의 동일한 학교보건사업의 발달과정을 언급하여 특이성이 없으며 정책적 대안의 제시도 안되어 있다. 따라서 본 연구에서의 특징은 해방이후 지금까지 발달해온 학교보건사업의 역사적 고찰을 통해 그 발달과정을 분류하고 향후 학교보건사업의 효율적 수행을 위한 목표와 범위를 설정하고, 이를 실시하기 위한 기본적인 정책적 틀을 제시하고, 구체적인 학교보건정보 수집체계 및 정책개발을 위한 학교보건지원체계를 개발하여 제시한 점이 타 연구와의 차이점이라고 할 수 있다.

2. 학교보건정책평가에 대한 고찰

우리나라에서 학교보건정책을 다룬 연구는 학교보건정책의 평가에 관한 연구(권혁동, 1995)는 그 중요성에 비추어 볼 때 그리 많지 않다. 그 이유로는 학교라는 특수한 집단인데다 성장과정에 있으며, 신체적으로나 정서적으로 발달과정에 있지만 타 집단과 비교해 볼 때 상대적으로 매우 건강한 집단이어서 보건문제가 중요한 문제로 부각되지 않고 있기 때문이다. 또한 학교는 교육의 현장으로만 간주되고 있어 교육적 평가는 이루어져 있으나 이 교육의 현장에서 발생하는 여러 가지 보건문제에 대한 보건학적 접근에 대하여는 많은 관심을 기울이지 않고 있기 때문이라고 생각한다. 하지만 이러한 평가도 정책평가의 틀을 빌려오긴 하였으나 기존의 논문과 같이 문제점의 도출이나 단순한 대안의 제시에 불과하며 본 연구에서처럼 정책적 틀을 제시하거나 새로운 학교보건을 위한 제도적 장치를 마련하여 제시하지는 못하고 있다.

한편 비교적 기존연구가 누적된 학교보건사업에 관한 연구(서성제, 1985; 이영자, 1985; 박영수, 1988; 김정근, 1988; 김화중, 1992)라 하더라도 주체중심, 행정중심 및 인력 중심 등으로 각각 단편적이거나 현황제시와 같은 한정된 연구에 머물고 있어 총체적인 정책 시각에 있어서의 분석이 아쉬운 여건이다. 정책이란 정부가 공익목표를 달성하기 위해 준비하는 행동지침(Anderson, 1975; Sharkansky, 1975; Dye, 1981)으로 볼 수 있는데 학교보건영역에서의 정책도 학교인구의 요구에 부응하여 미래지향적 방향을 설정하고 문제해결에 노력해 왔는가에 대한 검토가 필요하다.

3. 학교보건정책의 이론모형에 관한 고찰

지금까지 학교보건사업을 계획하고 지원하기 위한 정책의 결정과 추진은 중앙행정부서의 몫이었다. 하지만 학교보건 문제는 날로 다양해지고 요구의 강도도 높아지고 있다. 이와 같은 학교보건 수요에 대응하기 위하여 학교보건 정책의 결정은 보다 정확한 정보를 근거로 체계적이고 효과적인 대응이 필요하다.

정책결정을 위한 이론모형은 매우 다양하다. 각각의 이론모형들은 특정 맥락에 있는 정책결정을 설명하는데만 부분적인 장점을 지니고 있다. 일반모형에는 제도모형(institutional model), 과정모형(process model), 체제모형(system model)이 있으며, 권력을 기준으로 한 모형에는 집단모형(group model), 엘리트 모형(elite model) 등이 있다(Truman, 1971; Easton, 1957). 먼저 일반모형 중 제도모형은 새로운 제도나 기관을 만들거나 변경시켜서 정책을 결정하는 것으로 정책을 제도나 기관의 산출로 보는 것이다. 과정모형은 정책결정이 어떤 절차를 거쳐서 이루어지는지에 관한 모형이며, 정책결정과 관련된 여러 활동의 이해에 도움이 된다. 체제모형은 정책결정기구를 하나의 체제로 보고, 정책을 이 체제의 산물로 인식하는 이론이다. 또한 체제모형은 정책결정 체제가 환경의 요구와 지지를 변환하여 정책을 만들어내며, 이것이 사회 속에서 구체화되면 이에 대한 사회의 반응은 다음 단계의 투입에 작용하는 과정을 거친다고 보는 것이다. 다음은 권력을 기준으로 한 모형의 하나

로 집단모형은 정책은 집단간 균형의 산물로 집단간의 상호작용에 의해 힘이 센 집단의 논리에 따라 정책이 형성되는 것을 말한다. 엘리트모형은 정책은 지배 엘리트의 선호와 가치의 산물로 정책형성은 이들에 의해 독점된다는 것이다.

학교보건의 학교인구의 건강보호와 증진을 통한 교육의 목표달성이라는 숭고한 목적을 가지고 있으나, 정부당국은 최근 정책을 통해 자신들의 요구사항을 관철시키려는 보건교사 집단과 학교영양사 집단에 의해 많은 압력을 받고 있다. 이와 같은 상황에서 정책의 정당성, 보편성 및 강제성을 부여하고 각 이익집단간의 갈등을 완화시키면서 정책결정과정의 전문성을 부여하기 위한 새로운 제도의 모색이 필요하다.

V. 결론 및 정책제언

1. 요약

본 연구에서는 해방 이후 우리나라에서 시행되어 온 학교보건사업의 역사적 고찰을 통해 그 성과를 평가하고 향후 학교보건정책의 방향설정을 위한 기본틀을 제공하고자 하였다. 본 연구는 증거위주의 기술적 연구로서 연구자료는 해방 이후 발행된 학교보건관련 통계연보, 법규, 업무편람, 관련논문 및 보고서, 공청회자료 및 연수자료 등을 이용하였다. 연구방법은 첫째, 우리나라 학교보건사업의 성장발달 과정을 학교보건법규, 학교보건조직, 학교보건인력, 학교보건사업의 고찰을 통해 시대구분을 하였고, 둘째, 그 시대에 따른 학교보건사업의 성과와 문제점을 분석하였으며, 셋째, 이를 바탕으로 학교보건정책방향을 설정하기 위한 기본적인 틀을 제시하고자 하였다.

연구의 결과는 다음과 같다.

1) 학교보건사업의 현황 및 문제점

학교보건사업을 학교보건관련법, 학교보건조직, 학교보건인력, 학교보건사업 내용의 발달 과정을 분석하였다.

첫째, 학교보건 관련법(학교보건법, 학교급식법)의 발달은 학교보건사업의 시행보다 늦게 제정되었으

며, 시행령이나 시행규칙(학교보건법시행규칙)은 법이 제정된 이후 3~4년 늦게 제정되어 왔음을 알 수 있다.

둘째, 학교보건 행정조직은 학교보건의 중요성과 사업의 다양성 및 규모에 비추어 볼 때 1979~1981년의 3년을 제외하고 학교보건전담과가 없이 학교보건행정이 수행되어 학교보건사업이 학교보건, 학교급식, 학교환경으로 나뉘어져 분산 관리되는 양상을 보였다.

셋째, 학교보건전문인력은 학교 안에서는 보건교사, 학교영양사가 배치되어 있고, 학교 밖에는 보건직 공무원, 학교의사, 학교약사, 학교치과의사, 학교한의사가 위촉되어 있으나 각각의 역할이 상호 중첩되는 부분이 있어 상호 갈등의 소지가 있으며, 위촉된 학교 밖의 전문가는 위촉되기도 어려울 뿐 아니라 위촉된 경우도 유명무실하게 운영되고 있는 실정이다.

넷째, 학교보건사업의 성과는 이를 계량화하여 평가할 수 있는 학교보건지표의 개발이 안되어 사업의 성과를 객관적으로 평가하기가 어렵다.

다섯째, 어릴 때부터 건강한 습성의 변화를 유도하는 학교보건교육이 강조되고 있으나 보건교과가 정규 교과목으로 독립되지 못하고 있어 체계적인 보건교육이 시행되지 못하고 있다.

여섯째, 신도시 개발이나 도시 재개발 시 교육환경 영향평가가 이루어지지 않아 학생들의 교육환경이 위협받고 있으며, 학생들이 등하교 시 항상 학교주변의 위해환경에 노출되어 보건안전에 많은 문제점을 안고 있다.

2) 학교보건사업의 발전 과정

우리나라의 학교보건사업의 발달은 학교보건법의 제정과 관련법규의 확립, 보건사업의 내용 등을 근거로 크게 태동기, 제도완비기 및 정책실현기로 분류하였다.

가. 태동기(1945~1967): 해방 이후 구호급식, 결핵관리, 기생충관리, 학생 및 교직원의 신체검사를 최초로 실시하였다.

나. 제도완비기(1967~1993): 학교보건법, 학교급식법의 제정으로 학교보건관련법과 제도를 완비하

고 학교보건사업을 확장하였다.

다. 정책실현기(1993~현재): 시대의 변화에 따른 학교보건문제를 진단하고 그에 따른 학교보건사업을 실시(척추측만증 스크리닝, 성교육, 약물반응검사, 학교급식의 확대 등)하여 건강증진을 목표로 학교보건정책을 실현하는 시기이다.

3) 학교보건사업의 정책방향

학교보건정책은 기본방향을 설정하여 학교보건사업의 목표와 범위를 재설정하였으며, 학교보건정책의 설정을 위한 기본틀과 학교보건사업관리를 위한 정보체계의 단위모형을 개발하였다. 마지막으로 학교보건지원센터의 건립을 통한 학교보건사업의 단계별 지원체계를 제안하였다.

첫째, 학교보건정책의 기본방향은 전인적 건강철학에 근거한 건강증진의 개념으로 정책방향을 재설정하기 위해 다음과 같은 학교보건의 일곱 가지 목표를 제안하였다. 1) 일차보건의료에 대한 접근을 보장해야 한다. 2) 응급의료 상황에 대비한 학교 내외의 시스템을 구축해야 한다. 3) 학교인구의 정기건강검진 및 예방접종의 감시시스템을 구축한다. 4) 학생의 건강 및 교육적 문제를 진단하고 평가하기 위한 시스템을 제공한다. 5) 학교인구에 대한 효과적이고 실용적인 보건교육을 실시한다. 6) 학습효과를 증진시킬 수 있는 건강하고 안전한 학교환경을 제공한다. 7) 학교보건사업의 효율성을 평가하기 위한 시스템을 구축한다.

둘째, 학교보건문제에 주도적이고 적극적인 대응관리를 위하여 학교보건정보시스템과 학교보건사업관리를 위한 정보체계의 단위모형을 개발하였다.

셋째, 정책결정의 제도모형에 근거하여 학교보건정책을 개발하고, 학교보건관련법 및 제도를 연구하며 학교보건사업의 정책지원, 기능지원 및 사업지원을 위한 학교보건지원센터의 설립의 필요성을 제안하였다.

2. 결론 및 제언

이상의 연구결과 우리나라의 학교보건사업은 약 반세기에 걸쳐 학교보건관련 법과 제도의 정비는

물론이고 다양한 학교보건사업을 통한 학교인구의 건강보호와 증진에 많은 성과를 거두었다. 하지만 일부 사업의 경우 급속한 시행으로 인해 사업의 조기중단이나, 집단식중독의 발생과 같은 문제점이 도출되기도 하였고, 시대적 변화에 따른 새로운 보건문제에 신속한 대응 및 학교보건사업에 대한 객관적인 평가나 학교보건사업에 대한 정책적 제안이 미비하였다. 이러한 측면에서 볼 때 학교보건정책의 개발과 실행을 위한 제도의 개발이 필요한 것으로 생각된다.

정책적 제언으로는

첫째, 학교보건에 대한 새로운 정책을 개발하고 실현하기 위하여는 학교보건사업의 정책지원, 기능지원 및 사업지원을 담당하는 학교보건관련 전문가로 구성된 학교보건지원센터의 건립을 제안한다.

둘째, 학교보건수준과 학교보건사업을 객관적으로 평가하고, 학교보건사업의 목표 설정을 위한 학교보건지표의 보완과 개발을 제안한다.

셋째, 학교보건의 활성화를 위해 지역사회와 연계할 수 있는 시스템의 구축을 제안한다.

넷째, 초등학교부터 건강한 습관형성을 위한 정규 교과과정에 보건교육시간을 할당할 것을 제안한다.

다섯째, 학교인구를 유해환경으로부터 보호하기 위한 교육환경영향평가를 제안한다.

참 고 문 헌

장창곡 (2001). 건강한 학교만들기 모형개발, 한국학교보건학회지,13(1), 39~46.
 임재은 (1984). 학교보건교육 향상을 위한 기초연구. 보건학논집, 36, 109~114.
 박영수 (1988). 학교보건사업 효율화를 위한 제도적 개선방안에 관한 연구. 한국학교보건학회지, 1(2), 66 ~85.
 권혁동 (1995). 한국의 학교보건정책집행과정평가 연구:부산직할시를 중심으로. 보건행정학회지. 5(1), 59~79.
 서성제 (1985). 우리 나라 학교보건사업에 관한 연구.

대한보건협회, 11(1), 15-46.
 이영자 (1985). 우리나라 학교보건사업 발전을 위한 기초연구:학교보건행정 측면에서 조직, 법, 인력을 중심으로 한 현황분석연구. 대한보건협회지, 11(1), 11~128.
 이시백 (1984). 학교보건교육 향상을 위한 학교보건사업 실태분석과 대책연구. 보건학논집, 37, 54~68.
 김정근 (1988).학교보건사업정책. 한국학교보건학회지, 1(1), 7-11.
 남철현 (1997). 학교보건사업을 통한 건강증진사업에 대한 연구,10(2), 193~211.
 김화중 (1984). 양호교사 분포양상과 관련요인 분석. 보건학논집, 36, 41~88.
 김화중 (1985). 양호교사의 역할 모형에 관한 연구. 보건학논집, 38, 33~44.
 김화중 (1992). 한국의 학교보건사업과 건강교육. 한국학교보건학회지, 5(2), 1-7.
 김상욱 (1989). 우리 나라 학교보건사업 변천에 관한 연구. 한국학교보건학회지, 2(2), 36-61.
 김숙희 (1988). 우리나라 학교급식의 현황과 문제점. 한국학교보건학회지, 1(1), 16-30.
 박영수, 이효균 공역 (1999). 학교를 통한 건강증진, 세계보건기구 학교보건교육과 건강증진에 관한 전문위원회 보고서, 세계보건기구, 대학서림.
 장창곡, 조정순, 손애리, 천성수 (2001). 학교보건(급식) 50년사. 교육인적자원부.
 김상욱 (1998). 학교보건관계법령분석. 한국학교보건학회지, 1(1), 61-102.
 문교부 (1977). 학교보건(관계법령포함). 문교부.
 교육부 (2000). 교육50년사. 교육부.
 교육부 (1985). 교육통계연보-'48~'85 교육부 연혁. 교육부.
 교육부 (1982~1998). 교육통계연보-체력현황.
 교육부 (1966~1971). 교육통계연보-회충구제상황.
 교육부 (1968~1998). 교육통계연보-학교급식상황.
 교육부 (1963~1984). 교육통계연보-기생충보유현황.
 문교부 (1960~1984). 전국초,중등고학생신체검사.

- (체질)통계표 .
- 문교부 (1974 ~1991). 학교급식시행지침 (업무편람).
- 문교부 (1971). 학교보건관리지침 (업무편람).
- 문교부 (1974~1978). 사회(학교)체육교육 및 보건관리지침 (업무편람).
- 문교부 (1975, 1976, 1981~1991). 학교보건관리지침 (업무편람).
- 교육부 (1998, 1999). 학교보건 기본방향 (업무편람).
- 교육부(1996). 어린이를 위한 안전한 학교 환경조성 추진대책(업무편람).
- 교육부 (1997~ 1998). '97 학교보건 기본방향 (업무편람).
- 교육부 (1998). 고3 학생 급식실시방안(업무편람).
- 교육부 (1998). 청소년 약물 오.남용 예방대책 (업무편람).
- 교육부 (1994~1998). 학교단체 예방접종 관련자료 (업무편람).
- 교육부 (1998). 1998년도 학교보건 환경통계 (업무편람).
- 교육부 (1999). 학교보건환경과 (업무편람).
- 교육기본법 (2002). 법률 제6738호. 2002.12.15
- 학교보건법 (2002). 법률 제6716호. 2002.8.26
- 문교부. 학교보건. 1973,1977
- 교육부 (2000). 2000 학교보건 기본방향 추가사항.
- 교육부 (1974~1999). 학교급식관리지침.
- 교육부 (1981~1999). 학교급식법. 학교급식법시행령 및 시행규칙 관련관보.
- Anderson CL, Creswell WH (1980). School health practice. 7th. ed. The CV Mosby Company, ST. Louis.
- Sharkansky I (1975). Public administration: Policy- Making in government agency(p.4). 3rded.. Chicago, Rand McNally Co.
- Dye TR (1981). Understanding public policy(p.1). 4th ed. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall Inc.
- Dye TR (1984). Understanding public policy (pp23~26). 5th ed., Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Anderson (1984). Public policy-making(p.154). 3rd. ed., New York. Holt, Rinehart and Winston.
- Hogwood BW, Peters BG (1982). Policy dynamics (pp.7~9). New York, St. Martin's Press.
- Lasswell HD (1975). Research in policy analysis: The intelligence and appraisal functions (pp.1~17). Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Co.
- Truman D (1971). The government process (pp.33~34). New York, Alfred A. Knopf.
- Easton D (1953). The political system(p.129). New York, Alfred A. Knopf, Inc..
- Jones CO (1957). An introduction to the study of public policy. 2nd ed., NorthjScituate, Duxbury Press .