

# 우리나라 학교보건의 현실과 과제

장 창 곡 (동덕여자대학교 보건과리학과 교수)



# 우리나라 학교보건의 현실과 과제

장 창 곡 (동덕여자대학교 보건과리학과 교수)

## 1. 시작하는 말

학교보건은 청소년들의 성장발달을 지원하며, 건강증진의 가장 비용-효과적인 접근 방법이며, 학교보건을 통한 건강의 사회적 형평성을 달성하고 궁극적으로 학생들의 건강을 유지·증진시켜 교육의 목표를 달성하게 하고 자신의 삶을 건강하고 보람있게 살아가도록 하는데 있다. 이러한 목표를 달성하기 위하여 학교에서는 학교보건실을 통한 보건봉사, 보건교육, 환경위생관리, 학교급식, 구강보건사업 및 건강검진 등 다양한 학교보건사업을 실시해 왔다.

학교보건에 대한 국내외의 변화를 살펴보면, 국내의 학교보건문제는 경제발전과 사회의 변화에 따라 영양실조, 기생충감염, 결핵 등의 신체적 및 감염성 질환 중심의 후진국형에서 비만, 소아당뇨, 집단 따돌림, 인터넷 중독 등 선진국형 만성 및 정신적 질환으로 변화되어 왔다. 외국의 경우 일차보건의료 중심에서 1986년 오타와 헌장이 발표된 이후 북미와 유럽을 중심으로 건강증진 사업이 전개되어 왔고, 특히 학교나 사업장과 같은 유사한 특성을 공유하고 있는 집단이나 지역을 대상으로 세팅 어프로치(setting approach)를 통한 건강증진 사업을 시행하고 있다.

우리나라의 학교보건 상황을 살펴보면 가끔 학생들 사이에 집단 식중독이 발생하거나 홍역과 같은 전염병이 유행할 때 그리고 학교환경정화구역 내 러브호텔의 난립과 같은 문제가 발생 시 일시적으로 사회적 관심을 끌다가 곧 무관심 속에 묻혀버리고 만다. 현재 학교보건을 다루고 있는 정부부서는 교육인적자원부의 학교체육보건급식

과 이지만 학교보건은 그 대상과 성격으로 볼 때 교육인적자원부와 보건복지부 사이의 긴밀한 협조를 전제로 하고 있으나 현실은 어느 부서에서도 주목 받지 못하는 건강관리의 사각지대에 놓여있는 실정이다.

따라서 현재의 다양한 학교보건문제에 대해 효과적으로 대응하고, 학교인구의 건강을 보호 증진시키기 위하여 학교보건에 대한 새로운 정책을 개발하고, 학교보건사업을 효과적으로 지원하는 방안을 강구할 시점이 되었다고 생각된다.

## 2. 학교보건사업의 역사적 고찰

1894년(고종 31년) 갑오경장 이후 우리나라에 근대화의 바람이 불어왔고 학교현장에서도 보건교육과 학교위생에 관한 개념이 도입되었다. 하지만 우리나라에서 현대적 의미의 학교보건사업은 일제시대부터라고 할 수 있으며 당시에 학교소독법 (1919. 4. 8 총독부령 제11호), 2) 학교의 규칙 (1919. 4. 8 총독부령 제11호), 3) 학교 전염병 예방 및 소독방법 (1919. 4. 8 총독부령 제60호), 4) 근시예방에 관한 건 (1919. 9.30 관통첩 111호), 5) 학교생도아동신체검사규정 (1921. 5.17 총독부천령 제86호), 6) 학교간호부설치에 관한 건 (1925.11. 6 학무국장통첩) 등을 통해 학교보건사업을 실시함으로써 (서성제, 1985) 학교보건에 관한 기본적인 체제가 갖추어졌다고 할 수 있다. 그러나 일제의 지배 중 우리나라는 태평양 전쟁으로 인해 일제에 의해 여러 방면으로 수탈을 당해왔으며, 교육환경 또한 황폐해져서 학생들의 건강이나 영양상태가 매우 열악한 상태였다.

해방 이후의 학교보건사업의 발달은 학교보건법의 제정과 관련법규의 확립, 보건사업의 내용 등을 근거로 크게 태동기(1945~1967), 제도완비기(1967~1993) 및 정책실현기(1993~현재)로 구분할 수 있다(김상욱, 김윤신, 장창곡, 2004). 태동기는 해방 이후 구호급식, 결핵관리, 기생충관리, 학생 및 교직원의 신체검사를 최초로 실시하는 시기였으며, 제도완비기는 학교보건사업을 위한 각종 법적·제도적인 장치가 완비되고, 이에 근거하여 학생 및 교직원의 건강관리를 위한 각종 보건사업이 활발하게 진행되

는 시기이다. 그리고 정책실현기는 보다 안정된 학교보건사업을 수행하면서 한편으로 학생들의 보건문제에 대응하여 학교보건사업의 내용과 방향의 전환을 수반하는 시기라고 할 수 있다.

우리나라에서의 학교보건조직은 1979년~1981년 사이 문교부 체육국 내에 “학교보건과”라는 명칭으로 처음으로 학교보건 전담과가 개설되었고, 그 이전과 이후 지금까지 독립된 과로 존재하지 못하였다. 학교보건의 어떤 형태의 과에 소속되어 있던 간에 그 역할을 다한다면 상관이 없겠으나 하나의 독립된 과로 존재할 때와 그렇지 않을 때는 사업의 우선순위와 실행의지가 약화될 수 밖에 없는 것이 행정의 현실이다.

학교보건인력은 일제 때부터 간호사가 학교에 배치되어 있었으나 1953년에 양호교사로 정식 임용되었고, 2002년 보건교사로 명칭이 변경되었다. 1972년에는 학교보건행정을 위한 보건직 공무원을 배치하였으며, 1979년에는 학교영양사를 배치하였고 2006년부터는 영양교사로 명칭을 변경하였다. 그리고 위촉직으로는 학교보건법에 의해 학교약사(1975), 학교의사(1976), 학교치과의사(1979) 및 학교한의사(1991)를 활용하고 있다.

우리나라에서 실시된 구체적인 학교보건사업은 해방 직후 학교급식사업을 최초로 1955년 학생신체검사 및 결핵검진사업, 1957년 기생충구충사업, 1960년 건강검진사업, 1971년 학교방역사업 및 혈액검사, 1977년 결핵관리 사업의 확대(보건교육에 초점), 1979년 구강검진사업, 1980년 소아성인병의 예방과 선천성 이상의 조기발견을 위하여 뇨검사를 실시하였고, 1988년 근시예방사업강화, 1996~1998년 청소년 약물반응검사, 1997년 각종 만성퇴행성 질환의 예방 및 관리를 위해 종합신체검사(고등학교 신입생) 사업을 실시하였고, 2006년부터는 “학교건강검사규칙”을 제정하여 초등학교 1,4학년, 중학교 1학년으로 확대하여 민간의료기관에서 건강검진을 하도록 전면적으로 개편하였다.

학교환경위생관리사업은 1967년 학교보건법의 제정과 함께 학교환경위생정화구역을 설정하였으며, 1977년에는 학교급수위생관리, 1980년에는 수인성전염병을 예방하

기 위한 정호수 소독 및 검사지침의 시달, 교실의 온도 및 환기관리, 학교의 소음 및 진동관리, 학교 내의 일반폐기물 처리관리, 새집증후군 관리를 포함한 교사 내 환경위생기준을 강화하는 학교보건사업의 종류가 확대 다양화되는 양상을 보여왔다.

1990년대 들어서면서 건강문제의 변화와 인구사회학적 변화에 따라 국민 건강권의 보장측면에서 학교보건교육의 중요성이 대두되었다. 보건교육은 환경교육, 보건안전교육, 성교육 등 국가수준의 교육과정에서 요구하는 과제를 관련 교과와 특별활동 영역에 반영하도록 편성하였으며, 약물오·남용 예방과 성교육 강화를 체육교과에서 강조하였고, 보건학습 내용의 지도에는 양호교사가 참여할 수 있도록 하였다 (장창곡 등, 학교보건급식 50년사, 2000).

### 3. 학교보건사업의 문제점

해방 이후 우리나라에서 실시된 학교보건사업은 일제의 수탈과 6.25동란으로 인해 피폐해져 있는 학교교육환경 하에서 학생들과 교직원의 건강을 보호하고 관리하는데 중요한 역할을 하였다. 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 오염됨으로 해서 5,500명 이상의 발병자와 1명의 사망자를 기록한 사건이다. 이로 인해 빵 급식이 전면 금지됨으로써 지금까지 학교급식의 위생관리에 커다란 교훈으로 남아있다.

그럼에도 불구하고 1998년부터 학교급식이 확대되면서 2005년까지 발생한 학교급

식으로 인한 식중독 사건은 총 207건으로 25,232명의 학생들이 발병하였다. 직영급식보다 위탁급식에서 식중독의 발생건수 비율이 '01년 4.4배 -> '02년 2.3배-> '03년 13.4배 -> '04년 1.5배 -> '05년 2.86배 더 높고, 환자발생비율은 01년 4.7배 -> '02년 4.0배-> '03년 14.6배 -> '04년 1.1배 -> '05년 3.1배 더 높은 것으로 나타났다.

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 교육인적자원부가 매년 제시하는 학교보건에 관한 관리지침을 근거로 하고 있다. 학교보건에 관한 관리지침에서 보건교육에 관한 지침은 시대적 요구에 따라 보건교육의 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 7차 교육과정 (1998.1 이후)에는 초등학교의 경우 재량활동 시간에 범교과학습 중 보건교육, 성교육, 안전교육을 하도록 하였고, 중학교의 경우 재량활동 시간에 성교육, 환경교육, 안전교육을, 그리고 고등학교는 교장 재량과목에 보건교육 등이 독립교과로 언급되어 있으나 입시위주의 교육현장에서 교장이 보건교육을 중시하지 않고 보건교육이 정상적으로 실시되지 않을 우려가 현실화 되고 있다.

현행 보건교육인력은 보건교사, 가정교사, 체육교사, 생물교사 및 교련교사 등의 인력이 있다. 간호사 자격증을 가지고 보건실에 근무하는 보건교사는 교내의 구급처치나 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 구급처치나 응급환자가 발생하는 상황에 대한 대비책이 전혀 고려되고 있지 않는 실정이다. 2006년부터 학교영양사가 영양교사화 되면서 영양교육의 실시를 요구하고 있고, 현재 보건의 체육교과의 일부로 편성되어 체육교사가 보건교육을 담당하고 있거나, 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.

#### 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, 새집에서 나타나는 휘발성 화학물질로 인한 새집증후군 및 부유세균과 낙하세균으로 인해 학생들의 건강은 위협받고 있다. 그러나 현행 학교보건관련법에서는 물리적인 학습환경 예를 들면, 조명, 환기, 채광, 온·습도, 미세먼지, 소음 등에 대해서는 여러 가지 규정이 있으나 생물학적 환경에 대한 규정이 없으므로 이에 대한 대책마련이 필요하다.

#### 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, 기생충검



사 등이 단계적으로 시행되어 학생 및 교직원의 건강보호와 증진에 큰 역할을 담당하였다. 학생 및 교직원을 대상으로 실시되는 예방접종의 경우 단체예방접종의 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 1996년에 시행된 청소년 약물반응검사는 3년 동안 시행 후 학생들의 인권문제가 제기되어 1998년에 중단 되었다. 뿐만 아니라 현재 매년 각급학교에서 단체로 실시되는 신체검사(체질검사)는 소수의 의사가 많은 학생을 대상으로 짧은 시간에 진행함으로써 그 효율성과 검진결과와 신뢰성 면에서 많은 논란이 되어 앞서 언급한 바와 같이 2006년부터 학생건강검진시스템을 전면 수정하였다.

#### 마. 지역사회 연계

학교보건사업은 지역사회와 연계를 할 때 보다 더 큰 효과를 거둘 수 있다. 학교보건법에 의해 학교약사(1975), 학교의사(1976), 학교치과 의사(1979), 학교한의사(1991) 등을 지정하여 운영하고 있으나 실제로 활용은 되고 있지 않다. 성장기의 학생들은 외부의 전문가가 교육을 하고, 현장을 견학하고, 건강체험을 할 때 가장 교육효과가 좋은 것으로 알려져 있다. 이를 위하여는 보다 적극적으로 외부와의 연계방안을 강구하는 것이 필요하다.

이상의 학교보건사업의 문제점에서 알 수 있는 것은 당면한 학교보건문제의 해결에 초점을 맞추어 시행되어 왔고 근본적으로 학교인구의 건강증진을 위한 기본계획이나 장기적인 목표의 설정은 안되어 있다는 점이다. 그 이유는 학교에서의 건강증진문제는 교육부의 몫이 아니라는 인식과 교육부의 조직 내에서 학습목표의 달성을 위해 학교인구의 건강을 증진시키기 위한 장기계획의 수립과 이를 단계적으로 추진하려는 의지가 부족한데 있다고 하겠다.

## 4. 우리나라 학교보건의 과제

### 가. Health Plan 2010의 학교보건사업 개요

이상에서 우리나라의 학교보건의 발달과정과 학교보건사업의 역사적 고찰을 통해 문제점을 살펴보았다. 하지만 최근 보건복지부에서는 학교보건의 중요성을 인식하고 교육인적자원부와 함께 2005년 Health Plan 2010에 학교보건분과를 개설하여 2010년까지 학교보건계획을 수립하였다. 주요내용은 다음과 같다.

첫째, 학교보건 기반구축을 통해 학교보건을 지속적으로 발전시키기 위해서

- (1) 학교보건 정책개발, 법 및 제도의 개선과 같은 정책지원기능, 학교보건 교육인력개발, 학교보건교육교과 및 자료개발, 효율적 학교보건조직개발 및 지역사회와의 연계와 같은 기능지원 및 학교건강증진사업, 학교보건교육, 학교급식, 학생 건강관리 및 평가와 같은 사업지원기능을 할 수 있는 학교보건지원센터와 같은 기구를 설립하여 학교보건을 주도적, 창의적 및 지속적으로 대응할 필요가 있다.
- (2) 건강증진학교 네트워크를 구축하여 네트워크를 통한 학교보건 실태조사, 학교보건 문제와 학교보건의 현 상황을 파악하고, 학교보건사업의 목표 설정 및 사업의 결과를 평가할 수 있는 신뢰성 있고, 표준화된 학교보건지표의 개발과 학교보건정보의 교류 및 학교보건교육 및 학교건강증진사업을 실시한다.
- (3) 안전사고 예방을 위한 학교시설 및 환경의 위생·안전관리 지침의 개발, 학교보건 관리를 위한 학교보건인력의 직무개발, 학교환경 모니터링 및 안전사고 모니터링 체계개발과 같은 학교 건강증진 관리체계를 개발한다.

둘째, 학교 보건·안전 교육의 강화를 통하여 학생들에게 보건지식수준을 높이고 보건행동에 대한 올바른 판단을 하도록 하기 위하여

- (1) 학교에서 보건교육의 기회를 높이고, 학교보건교육을 수월하게 하도록 하기 위하여 학급별 학년별 수준에 맞는 각종 학교 보건·안전 교육 자료를 학급별, 학년별로 체계적으로 정리 및 개발하며,
- (2) 이를 on-line 상에서 손쉽게 접근할 수 있도록 학교보건교육자료를 DB화하며,
- (3) 학교보건 교육자를 위한 학교보건 교육자료의 개발과 연수프로그램의 개발하고

(4) 학교보건관리를 위한 교사 역량을 강화한다.

셋째, 개인건강관리 기술을 습득시켜 건강행위의 실천을 통한 보건행태의 개선은 건강생활을 습관화시켜 건강한 성인기로 이어지도록 하는 것으로

- (1) 흡연, 음주, 성행태, 비만, 약물사용, 운동부족 등과 같은 건강위험행위에 대해 학교 건강증진 사업을 실시하여 건강위험행위를 감소시키고 올바른 보건행태로 전환하도록 하며,
- (2) 학교급식의 위생관리와 영양개선사업을 통해 식중독 발생의 감소와 비만율의 감소, 빈혈 유병률을 감소시키고,
- (3) 식사 전 손씻기와 식사 후 이닦기와 같은 개인위생 실천률을 증가시켜 개인위생관리 기술을 습관화 하도록 함.
- (4) 자살 및 약물 사용 예방 프로그램의 작성 및 실시를 통해 자살 및 약물 사용률을 감소시키고,
- (5) 적절한 운동을 통한 체력증진과 건강문제의 예방한다.

#### 나. 학교보건(급식)지원센터

지금까지 학교보건사업을 계획하고 지원하기 위한 정책의 결정과 추진은 중앙행정 부서의 몫 이었다. 하지만 학교보건문제는 비만아의 증가, 학생들 사이의 왕따와 인터넷 중독과 같은 정신보건문제 등 새로운 형태로 변화해 가고 있으며, 그 종류도 다양해지고 요구의 강도도 높아지고 있기 때문에 이와 같은 학교보건수요에 대응하기 위한 학교보건정책의 결정은 보다 정확한 정보를 근거로 체계적이고 효과적인 대응이 필요하다.

학교보건의 학교인구의 건강보호와 증진을 통한 교육의 목표달성이라는 숭고한 목적을 가지고 있으나, 정부당국은 최근 정책을 통해 자신들의 요구사항을 관철시키려는 다양한 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.

제도모형은 새로운 제도나 기관을 만들거나 변경시켜서 정책을 결정하는 것으로 정책을 제도나 기관의 산출로 보는 것이다. 따라서 본고에서는 정책결정의 일반모형 중의 하나인 제도모형에 근거하여 학교보건급식지원센터(이하 지원센터)의 설립을 주장한다. 이는 교육인적자원부내의 학교보건 행정의 입안과 집행부서인 학교체육보건급식과를 지원하기 위한 외곽 조직을 의미한다.

지원센터는 교육현장에서 보건의 전문성을 제공할 수 있으며, 전문성에 근거한 일관성이 있으며, 지속적이고, 다양한 학교보건정책을 개발하고, 학교보건관련 이익집단의 전문요원을 참여시켜 그들의 의견을 반영시킴으로써 학교 내의 이익집단간의 역할 및 의견조정, 갈등의 완충역할도 할 수 있다.

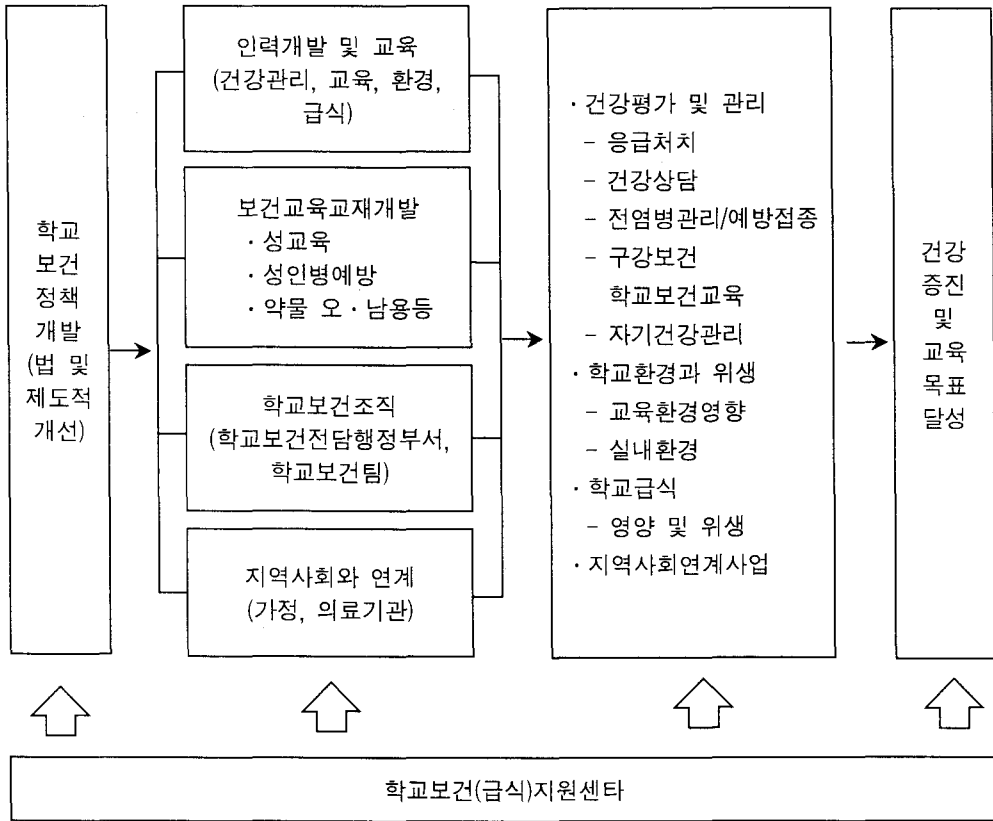
지원센터의 기능은 크게 정책지원, 기능지원 및 사업지원으로 구분할 수 있다. 학교보건사업은 기본적으로 법적인 근거를 가졌을 때 예산이 확보되고 보건사업의 수행이 가능해진다. 그러기 위해서는 학교보건문제에 대한 주도적(능동적 대응전략이 필요하며 지원센터의 설립은 이러한 측면에서도 중요한 역할을 수행한다.

첫째, 정책지원 단계에서는 학교보건사업을 위한 정책개발과 법, 제도적 개선을 위한 연구·개발의 기능이다. 학교인구의 건강권을 확보하고 단, 중, 장기적으로 달성할 학교보건의 목표를 설정하고 구체적인 사업전략을 개발한다.

둘째, 기능지원 단계에서는 학교보건교육과 보건사업을 위한 인력의 교육과 훈련, 학급별 수준별 보건교육 프로그램의 개발, 보건교육을 위한 다양한 보건교육자료의 개발, 학교보건사업의 원활한 수행을 위한 학교보건조직체계의 개발, 그리고 지역사회와의 연계를 지원한다.

셋째, 사업지원 단계는 학교보건사업의 결과 학교인구의 건강수준 평가와 이를 위한 학교보건지표의 개발, 학교환경위생과 환경영향평가의 실시, 학교급식관리를 위한 지원, 학교교육환경 및 실내환경, 영양 및 위생적인 학교급식, 지역사회와의 연계사업 지원 등이다.

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



<그림 1> 학교보건(급식)지원체계

이와 같은 기능을 가진 지원센터는 교육인적자원부의 외부정책기관으로 설립되는 것이 가장 적절하지만 이와 같은 기능을 수행할 수 있는 대학의 연구소를 지정 운영하는 방안도 고려해 볼 수 있다.

지원센터의 인력 구성은 설립위치에 따라 달라지겠지만 가장 중요한 요소는 학교보건전문가가 주축이 되어야 하며, 여기에는 학교보건을 전공하는 대학교수는 물론이고 학교보건사업의 효율적 수행을 위해 관련분야에서 오랜 경험을 축적한 교육인적자원부 및 교육청의 보건직 공무원의 참여와 학교현장의 보건교사, 영양교사 및 체육교사 등이 포함되어야 할 것으로 생각된다.

## 5. 맺음말

학교보건은 청소년들의 성장발달을 지원하며, 건강증진의 가장 비용-효과적인 접근이며, 학교보건사업을 통한 건강의 사회적 형평성을 달성하고, 교육의 목표를 효과적으로 달성하게 하는 역할을 한다.

하지만 현재의 학교보건에 대한 접근시스템으로 학교보건에 대한 다양한 갈등구조를 해결하고, 학교보건문제를 능동적으로 대처하며, 장기적인 측면에서 학교인구의 효과적인 건강증진을 달성하기는 어렵다. 이를 위하여 제도모형의 하나로 학교보건의 정책지원, 기능지원 및 사업지원의 기능을 수행하도록 하는 학교보건(급식)지원센터를 설립을 제안한다.

## 참고문헌

- 김상욱, 김윤신, 장창곡. 학교보건사업의 역사적 고찰을 통한 정책방향에 관한 연구. 한국 학교보건학회지, 2004; 17(2): 127~150.
- 장창곡, 손애리, 조정순, 천성수. 학교보건(급식) 50년사. 2001
- 우옥영. 학교보건의 발전방향과 보건교사의 역할. 2003년 제26회 춘계학술대회 발표자료. 2003.
- 서성제. 우리나라 학교보건사업에 관한 연구. 대한보건협회지, 1985;11(1): 15~46
- 교육인적자원부. 주요현안 토론 자료. 2006.
- 보건복지부. 국민건강증진종합계획 분야별체수추진계획. 2005.