

# 보건교사 배치기준의 변천과정 및 배치정책의 문제 연구

김 미 경

안양초등학교

## A Study on the Change in Health Teacher Placement Standards and the Problems in the Placement Policy

MiKyong Kim

Anyang Elementary School

### ABSTRACT

**Purpose:** The purpose of this study is to provide basic data for a more reasonable health teacher placement policy sending teachers to more appropriate sites, by analyzing the change process of the health teacher placement standards and the problems caused by an unreasonable placement policy.

**Methods:** This study mainly analyzed relevant research data and existing studies focusing on a literature analysis.

**Results:** To date, the placement policy for health teachers has changed, going through expansion, reduction, and retrogression, since its establishment. The standard, placing health teachers only in elementary schools with more than 18 classes, was created in 1952. Despite the expansion of the role of health teachers and the revision of the school health law in 2007, this standard has been applied to date without modification. In the meantime, there have been many problems caused by inappropriate placement of health teachers. It was difficult for health teachers in large schools to carry out proper health education; and, in many schools, passive health management, such as first aid, health tests, and student health management, was mainly executed rather than active health management. Students in small schools were not even given an opportunity to receive health education and health management owing to the absence of health teachers. Also, compared to teachers teaching other subjects, health teachers have had very unfair placement standards.

**Conclusion:** The placement policy for health teachers, which has been applied to the present, has never reflected social change, the increase of student health issues, and the demand from the school area. Although the role of health teachers expanded with the execution of health education, the current placement standards for health teachers are very unreasonable. Accordingly, it is necessary to review the health teacher placement policy in a reasonable manner and to revise the standards considering the reality.

**Key Words:** Policy, Health education, Health care, School

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

어린 시절에 형성된 건강습관은 현재의 학습활동뿐만 아니라 향후 건강한 일생을 보낼 수 있는 기초가 될 수 있다(Park,

Yoo, Cho, Lee, & Jeon, 2005). 인간의 건강증진은 건강관리능력의 개발에서 출발할 뿐만 아니라 이를 토대로 계속적으로 이루어지기 때문에 어느 분야보다도 학교보건 분야가 인간의 건강증진을 위한 토대를 마련하는 데 가장 중요한 장이다(Kim, 1996). 청소년의 건강을 증진시키기 위해서는 학교보건교육이 필수적인 수단이며, 질병의 치료나 예방 등 소극적

Corresponding author: MiKyong Kim

Anyang Elementary School, 378-1 Anyang 5-dong, Manan-gu, Anyang 430-819, Korea.  
Tel: +82-31-447-6581, Fax: +82-31-441-1209, E-mail: sagdongi@hanmail.net

투고일: 2013년 10월 16일 / 심사완료일: 2013년 12월 24일 / 게재확정일: 2013년 12월 25일

인 차원에서 벗어나 인간의 건강 관련 행위 및 습관을 바람직하게 변화시키는 것이 건강증진의 적극적인 개념이다(Yoo, 1998). 그런데 학교보건은 미군정 기부터 현재에 이르기까지 주로 신체검사, 감염병 관리, 건강문제 학생 관리 등 주로 소극적 건강관리에 치중해온 측면이 있었다. 우리나라의 질병 발생 양상은 급성 감염성질환에서 만성질환 형태로 변화되어 나타난 지 이미 오래전의 일이며, 2013년 통계청에서 발표한 우리 국민의 3대 사망원인은 암, 심장질환, 뇌혈관질환으로 전체 사인의 47.1%를 차지한다. 교육부의 2012년 학생건강검진 결과에서는 초중고 전체학생의 평균 비만을 12.3%, 시력 이상율 56.0% 치아우식증 유병률은 53.5%로 학교 급이 높아질수록 건강문제 비율의 증가폭은 더 커졌다. 학교보건정책은 이러한 요인들을 반영하여 종합적으로 수립될 필요가 있다. 어린이·청소년의 건강문제를 해결하기 위해서는 학교, 가정, 사회, 국가차원의 참여와 협조가 필수적이지만(Hwang & Park, 2013), 우리나라 학교보건정책은 아직까지 변화된 사회적 상황을 제대로 반영하지 못하고 있으며, 보건교사 교원정책의 경우에는 특히 더 그러하다.

어린이·청소년들의 비만, 흡연과 음주, 10대의 성문제와 성폭력, 우울과 자살 등 건강문제가 발생할 때마다 교육부는 이에 대한 교육을 실시하도록 학교에 공문을 시달하였다(Woo, 2012). 담당과목을 가지지 못한 보건교사들은 대체로 타 과목교사들의 시간을 빌려서 수업을 실시해왔으며, 2007년 국회에서는 학교에서 보건교육을 체계적으로 실시하도록 학교보건법을 개정하였다. 이는 청소년 건강문제에 대한 대책을 촉구하는 사회적 요구와 현장에서의 교육적 필요를 반영한 것으로, 법률에 따라 보건 교육과정은 고시되어 2009년부터 학교에서는 보건교육을 실시하고 있다. 그런데 보건교육이 시행된 지 얼마 지나지 않았지만 보건교사들은 보건교육을 수행할 때의 보건실 관리, 과대학급 업무량 증가 등을 들어 직무수행의 어려움을 호소한다(Kim, Hae, Park, Jung, & Kwon, 2011; Lee et al., 2010). 법률개정으로 보건교사는 보건교육과 학생들의 건강관리를 의무적으로 수행해야 하지만, 보건교육을 하기위한 거대학급의 지원은 매우 미흡한 실정이다. 게다가 사회적 변화, 학생 건강문제의 증가, 건강에 유해한 환경에의 대처 및 핵가족화와 맞벌이가정의 증가 등으로 학교 보건실내에 대한 역할기대와 학생 건강관리측면에 대한 요구는 더욱 증가하였다(Bae & Park, 2005; Jung, 2003; Kim, 2012; Park, 2003; Park et al., 2005; Woo, 2012)

2007년 학교보건법의 개정으로 보건수업과 학생들의 건강관리를 동시에 수행하기 위한 거대학급 2인 배치나 보조 인력

의 배치가 선행되어야 함을 주장해왔으나(Kim, J. H., 2008; Kim, M. K., 2008), 보건교육이 체계적으로 시작된 지 5년째인 현재까지도 이에 대한 대책은 미미하다. 2009년부터 보건교육의 실시로 현재 학교현장은 그 어느 때보다 거대학급 보건교사 확대배치에 대한 요구가 높은 상황이다(Kim et al., 2011; Kim, 2012; Lee et al., 2010; Woo et al., 2011).

지금까지 이루어진 보건교사 배치에 대한 연구로는 양호교사 분포양상과 관련요인(Kim, 1984), 양호교사의 분포와 학교 보건사업(Kim, 1989; Kim, 2000), 양호겸직교사(Lee, 1989), 보건교사 양성과 임용제도(Kim, 2004), 학교보건교육 발전방향에서 배치현황을 다룬 연구(Kim, 2012; Park et al., 2005) 등이 있었다. 보건교육에 대한 연구들은 많은 진전이 있었으나 보건교사 배치 정책에 대한 연구로는 배치의 필요성, 배치현황 등 단편적으로 접근하고 있는 것들이 대부분이었다. 또한 보건교사 배치 기준의 역사적 변천과정과 배치정책의 문제점 등을 분석한 연구는 거의 없었다. 더군다나 2007년 학교보건법의 개정 및 보건교사의 역할확대로 보건교사 배치정책의 개선이 필요하지만 이에 대한 조치가 미흡하여 현장에서는 지원요구가 계속되고 있는 상황이다.

본 연구에서는 보건교사 배치기준의 변천과정을 살펴보고, 현재의 학교보건상황을 감안하였을 때 우리나라 보건교사 배치로 인한 문제점들을 분석하고자 한다.

## 2. 연구목적

이 연구는 법령의 변화에 따른 보건교사 배치기준의 변천과정과 보건교사 배치정책의 문제점을 분석하여 향후 좀 더 합리적이고 현장에 적합한 보건교사 교원정책의 기초적 자료를 제공하기 위함이다. 이 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 법령의 변화에 따른 보건교사 배치기준의 변천과정을 분석한다.
- 학교보건법의 개정 및 보건교사의 역할 확대에 따른 보건교사 배치 교원정책의 문제점을 분석한다.

## 연구내용 및 방법

본 연구의 방법은 문헌분석을 중심으로 관련 연구자료 및 선행연구 등을 분석하였다. 본 연구의 목적 중 법령의 변화에 따른 보건교사 배치기준의 변천과정을 살펴보기 위하여 국민학교규정과 국가법령정보센터의 자료를 참고하여 교육법과 교육법시행령, 학교보건법과 학교보건법시행령, 초중등교육

법과 초·중·고등교육법시행령 제·개정 당시부터 현재까지의 변화된 법령을 토대로 보건교사 배치기준을 살펴보고 변화과정을 분석하였다.

두 번째로 본 연구의 목적 중 보건교사의 역할 확대에 따른 보건교사 배치 정책의 문제점을 분석하기 위하여 관련분야 연구 논문과 관련 연구자료들을 수집하여 분석하였으며, 보건교사 배치자료나 학교 현장의 보건교육 실태 파악 등을 위해 한국교육개발원 교육통계자료, 국회의원의 정책연구보고서와(사)보건교육포럼(Health Education Forum[HEF])에서 2010년에 실시한 초·중·고등학교 보건교사대상 설문조사자료 등을 활용하였다. 분석에 참고자료로 사용한 국회의원의 정책연구보고서는 2009년 정두언의원과 2011년 박보환의원의 정책자료로 국회도서관 등에 공개되었으며, 당시 국회의원실에서 교육부를 통해 학교의 실태를 조사한 자료이다. HEF (2011)의 설문조사자료는 ‘2009년~2010년의 학교보건교육평가연구’를 위하여 2010년 12월 1일부터 12월 7일까지 전국의 초·중·고등학교 총 523명의 보건교사를 대상으로 보건교육포럼 웹사이트를 통해 조사되었으며, 자료의 활용은 관련단체의 동의를 얻어 분석에 활용하였다.

## 연구결과

### 1. 보건교사 배치기준의 변화

#### 1) 배치기준 제정 시기

1946년 11월 제정된 국민학교규정에 의하면 “제6장(직원) 제25조 국민학교에는 학교장, 교감급교사를 포함. 필요에 따라 專科教師, 養護教師, 准教師 또는 書記를 置할 수 있음. 제

27조 양호교사는 학교장의 명을 받아 아동을 양호함. 제28조 전과교사급 양호교사는 각 해당교원의 자격증을 받은 자에 한함. 교원자격수여에 관한 사항은 별도로 이를 정함.”으로 되어있다 <Table 1>.

1949년 제정된 교육법 제89조에는 신체검사와 학교의 위생과 양호의 시설에 관한 규정을 둠으로써 보건교사배치의 근거를 담고 있으며, 이를 토대로 1952년에는 교육법시행령이 제정되었다. 이로써 법령에 최초의 보건교사(舊 양호교사) 배치기준이 만들어지게 되었으며, 당시 제정된 초등학교 18학급 이상의 배치기준은 현재까지도 존속되고 있다.

#### 2) 배치기준 확대 시기

1963년에는 교육법시행령 제46조의 개정으로 보건교사 배치기준의 변화가 생겼다 <Table 1>. 제46조는 “18학급 이상의 초등학교(舊 국민학교)에는 양호교사 1인 이상을 두어야 한다. 그러나 무의촌에 있어서는 18학급 미만의 경우에도 양호교사 1인을 둘 수 있다.”로 명시하여 교육법시행령 제정 후 11년 만에 초등학교 보건교사 배치기준이 변경되었으며, 18학급 이상에 ‘될 수 있는 대로’ 두도록 한 규정에서 18학급 이상의 초등학교에 양호교사 ‘1인 이상을 두어야 하는 것’으로 보건교사 배치 기준이 확대되었다. 또한 ‘될 수 있는 대로 두도록 한다.’에서 ‘두어야 한다.’로의 의무규정으로 바뀌었고, ‘무의촌’의 경우 18학급 미만에도 둘 수 있도록 한 조항이 새롭게 추가되었다.

#### 3) 배치기준 축소 시기

1967년에는 학교보건법이 제정되었다. 이 법률은 ‘학교의 보건관리’에 필요한 사항을 규정하여 학생 및 교직원의 건강

<Table 1> Health Teacher Placement Criteria

법령 및 조항	보건교사 배치기준 내용
국민학교규정 제6장 제27조, 제28조 (1946, 11)	1946년 11월 제정된 國民學校規程에 의하면 “제6장(직원) 제25조 국민학교에는 학교장, 교감급교사를 포함. 필요에 따라 專科教師, 養護教師, 准教師 또는 書記를 置할 수 있음. 제27조 양호교사는 학교장의 명을 받아 아동을 양호함. 제28조 전과교사급 양호교사는 각 해당교원의 자격증을 받은 자에 한함. 교원자격수여에 관한 사항은 별도로 이를 정함.”
교육법 제89조 (1949. 12. 31 제정)	제89조 “학교는 학생, 원아와 직원의 건강증진을 위하여 신체검사를 하고 적당한 위생과 양호의 시설을 하여야 한다. 신체검사, 위생과 양호의 시설에 관한 사항은 문교부령으로써 정한다.”
교육법시행령 제46조, 제48조, 제51조 (1952. 4. 23 제정)	제46조 “18학급 이상의 국민학교에는 될 수 있는 대로 양호를 담당하는 교사 (이하 양호교사라 칭한다)를 두어야 한다.”, 제48조 “중학교에는 특수한 기술을 담당하는 교사 (이하 특수교사라 칭한다)와 양호교사는 전2항의 정원 외에서 이를 둘 수 있다.”, 제51조 “고등학교에는 특수교사와 양호교사는 전각항의 정원 외에서 이를 둘 수 있다.”
교육법시행령 제46조 (1963. 12. 16 전문개정)	제46조 “18학급 이상의 국민학교에는 양호교사 1인 이상을 두어야 한다. 그러나 무의촌에 있어서는 18학급 미만의 경우에도 양호교사 1인을 둘 수 있다.”

을 보호·증진하게 함으로써 학교교육의 능률화를 기함을 목적으로 한다고 규정하고 있으며, 제15조에는 학생 및 교직원의 보건관리를 담당하는 양호교사(現 보건교사)를 두도록 명시하고 있다. 이 근거에 따라 1968년 학교보건법시행령 제6조가 제정되었으며, 보건교사 배치기준이 만들어졌다(Table 2). 이 시행령에서는 초등학교 18학급, 중·고등학교 9학급을 기준으로 보건교사 배치의 근거를 규정하였지만, 결과적으로는 학교의 급과 규모를 초월하여 초·중등의 모든 학교에 보건교사를 배치하도록 하고 있다.

4) 배치기준 후퇴 시기

1997년 12월 13일 ‘교육기본법’, ‘초·중등교육법’ 등이 제정·공포됨으로써 교육법 및 교육법시행령은 폐지되었으며, 1998년에는 초중등교육법시행령이 제정되었다. 이로써 교육법시행령에 있던 초·중·고등학교 교원의 배치기준이 초·중등교육법시행령 제33조, 34조, 35조에 마련되었으며, 이에 보건교사의 배치기준도 포함되었다. 제정된 내용으로는 18학급 이상의 초등학교에 보건교사 1인을 두도록 하였고, 중·고등학교에는 양호교사를 둘 수 있다는 임의조항을 만들었다. 이 배치기준은 1963년 개정된 교육법시행령보다 34년이나 경과

하여 제정되었지만 ‘1인 이상’에서 ‘1인’으로 당시의 기준보다 후퇴하였으며, 1968년 제정된 학교보건법시행령의 보건교사 배치기준과도 불일치하였다. 또한 1968년 제정 당시 학교보건법시행령의 ‘18학급 미만의 초등학교에도 양호교사 1인을 둔다’는 조항에서 1998년 개정 시에는 ‘18학급 미만의 초등학교에는 양호교사 1인을 둘 수 있다’는 임의조항으로 바뀌었다. 더군다나 1998년 2월 24일에 개정된 학교보건법과 같은 날 제정된 초중등교육법시행령의 배치기준이 일치하지 않고 서로 다르게 개정되었음을 볼 수 있다(Table 3).

5) 보건교사의 역할확대로 인한 배치기준 개정 요구 시기

2007년 학교보건법의 개정은 보건교사의 역할에 변화를 가져왔다. 그 이전 학교보건법 제15조에서 ‘학교에는 대통령령이 정하는 바에 의하여 학생 및 교직원의 보건관리를 담당하는 학교의사(치과의사 및 한의사를 포함한다)·학교약사 및 보건교사를 둔다.’로 보건교사의 역할은 ‘보건관리’였다. 그러나 2007년 학교보건법의 개정으로 보건교육은 보건교사의 직무가 되었으며, 이로써 보건교사의 역할은 확대되었다. 동법 제9조의2(보건교육)는 새로 신설된 조항으로 ‘교육부장관은 「초·중등교육법」 제2조에 따른 학교에서 모든 학생들을 대

<Table 2> Established Contents of School Health Act & Decree

법령 및 조항	보건교사 배치기준 내용
학교보건법 제1조, 제15조 (1967. 3. 30 제정)	“제1조(목적) 이 법은 학교의 보건관리에 필요한 사항을 규정하여 학생 및 교직원의 건강을 보호·증진하게 함으로써 학교교육의 능률화를 기함을 목적으로 한다. 제15조(학교의·학교약사 및 양호교사) 학교에는 대통령령이 정하는 바에 의하여 학생 및 교직원의 보건관리를 담당하는 학교의(치과의를 포함한다)·학교약사 및 양호교사를 둔다.”
학교보건법시행령 제6조 (1968. 12. 18제정)	“제6조(학교의·학교약사 및 양호교사) ① 법 제15조의 규정에 의하여 학교에 다음과 같이 학교의(치과의를 포함한다. 이하 같다.) 학교약사 및 양호교사를 둔다. 1. 18학급 이상의 국민학교에는 학교의 1인·학교약사 1인 및 양호교사 1인을 두고, 18학급 미만의 국민학교에는 학교의 또는 학교약사 중 1인과 양호교사 1인을 둔다. 2. 9학급 이상인 중학교와 고등학교에는 학교의 1인·학교약사 1인 및 양호교사 1인을 두고, 9학급 미만인 중학교와 고등학교에는 학교의 또는 학교약사중 1인과 양호교사 1인을 둔다.”

<Table 3> School Health Act Decree and Elementary and Secondary Education Act Decree Comparison

법령 및 조항	보건교사 배치기준 내용
학교보건법시행령 제6조 (1998. 2. 24 개정)	1. 18학급 이상의 초등학교에는 양호교사 1인을 두고, 18학급 미만의 초등학교에는 양호교사 1인을 둘 수 있다. 2. 9학급 이상인 중학교와 고등학교에는 양호교사 1인을 두고, 9학급 미만인 중학교와 고등학교에는 양호교사 1인을 둔다.
초중등교육법시행령 제33조, 제34조, 제35조 각 3항 (1998. 2. 24 제정)	③ 초등학교에는 양호교사를 둘 수 있다. 다만, 18학급 이상의 초등학교에는 양호교사 1인을 두어야 한다. ③ 중학교에는 양호교사를 둘 수 있다. ③ 고등학교에는 양호교사를 둘 수 있다.

상으로 보건교육을 체계적으로 실시하여야 한다. 이 경우 실시 시간, 도서 등 그 운영에 필요한 사항은 교육과학기술부장관이 정한다.’로 「초·중등교육법」 제 2조의 규정에 의한 학교에서 모든 학생들을 대상으로 보건교육을 체계적으로 실시하도록 규정하였으며, 이는 체계적인 보건교육 실시를 위한 2008년 보건교육 고시로 이어졌다. 제15조 2항에서는 ‘모든 학교에는 제9조의 2 규정에 의한 보건교육 및 학생들의 건강관리를 담당하는 보건교사를 둔다. 다만 대통령령이 정하는 일정 규모 이하의 학교에는 순회 보건교사를 둘 수 있다.’로 보건교사로 하여금 보건교육을 실시하도록 명시하였고, 이를 위해 모든 학교에 보건교사를 두도록 하고 있다.

## 2. 보건교사 배치정책의 문제

### 1) 법률에 규정된 ‘보건교육’을 제대로 수행하기가 어렵다.

개정된 학교보건법 제15조에 따르면 “모든 학교에 제9조의 2에 따른 보건교육과 학생들의 건강관리를 담당하는 보건교사를 둔다.”로 보건교사의 직무에 ‘보건교육’이 추가되었으며, 2009년부터 보건교사는 ‘보건교육과 학생들의 건강관리’ 직무를 동시에 수행하고 있다. 보건교사의 역할은 응급처치를 포함한 건강관리만으로도 학교 규모에 따라 편차가 크다. 보건교육을 체계적으로 실시하기 위한 보건교육고시를 하였지만, 이를 담당할 보건교사 인력충원대책은 함께 마련되지 못하였다. Table 4는 2008년부터 2012년까지 교육개발원 교육통계서비스에서 제공하고 있는 연도별 직위별 교원 수의 자료에서 보건교사만을 발췌하여 재구성한 자료로, 전체 학교 수 대비 보건교사 수의 백분율이다. 이 자료는 2008년 보건교육 고시로 2009년부터 보건수업을 체계적으로 실시하고 있으나 연도별 보건교사 배치율의 변화가 거의 없음을 보여준다. 2008년 65.2%대였던 배치비율이 2009년 64.9%, 2010년 64.6%, 2011년 65.4%, 2012년 65.5% 수준에 그치고 있다.

다음은 2011년 16개 시·도별 학교보건교육 실시 현황이다 (Figure 1). 이 자료는 전국 16개 시도의 지난 3년 간 초·중·고등학교에서 보건교사가 정규수업으로 실시한 보건교육 실태를 조사한 결과로, 박보환국회의원의 정책연구보고서에 제시된 2011년 국정감사 당시의 16개 시·도별 학교보건교육 실시 현황에 대한 전체학교 통계 치이다. 이 조사에서 초등학교는 2009년 94.9%에서 2011년 91.7%, 중학교의 경우 2009년 77.2%에서 2011년 63.3%, 고등학교는 2009년 76.0%에서 2011년 45.9%의 비율로 보건교육 실시가 감소하였음을 볼 수 있다.

보건교육 실시 비율이 감소한 것과 관련하여 다양한 이유가 가능하지만 보건교사들이 보건교육 개선을 위해 필요하다고 생각하는 사항을 살펴볼 필요가 있다. 2009년부터 2010년까지의 보건교육에 대한 평가를 위하여 2010년 12월 1일부터 12월 7일까지 전국 16개 시도의 초·중·고등학교 보건교사 총 523명을 대상으로 조사한 자료에 따르면, 설문조사에 참여한 보건교사들은 보건교육개선을 위해 필요한 지원 사항으로 ‘학교보건법 준수’ 44.2%, ‘모든 학교 보건교사 배치 및 거대학급 보조교사 배치’ 39.8%, ‘보건교육실 설치’ 5.7%, ‘보건수업 시수확대’ 4.2% 순의 응답비율을 보였다(HEF, 2011). 이는 보건수업이 체계적으로 시작된 지 2년이 경과되어가는 시점에서 조사한 것으로, 상당수의 보건교사들이 보건교육에 필요한 지원 사항으로 ‘학교보건법 준수와 보건교사 확대배치’라고 응답하였다.

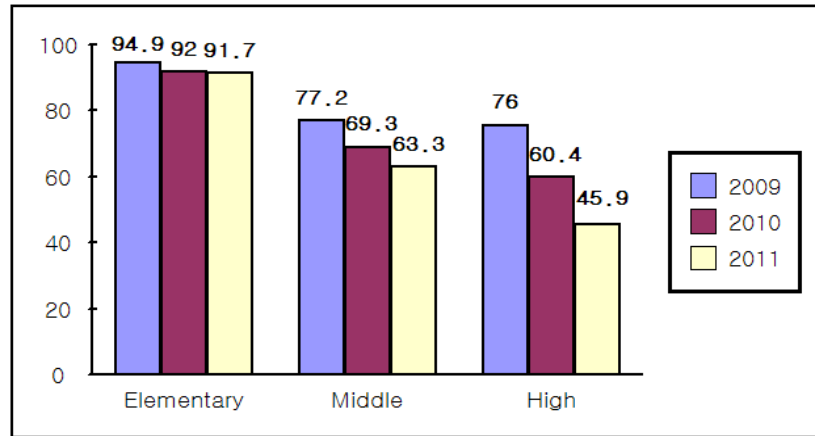
### 2) 소극적 건강관리에 치중할 수밖에 없는 구조이다.

건강관리방법은 그 정도(程度)에 따라 적극적 건강관리와 소극적 건강관리로 구분할 때, 많은 학생들이 직접 참여하는 형태의 건강증진 프로그램, 건강실천 체험활동, 보건수업 등을 적극적 건강관리형태로 규정한다면, 건강문제를 지닌 학생 상담 및 관리, 각종 건강검사, 응급처치, 감염병 관리 등을 소극적 건강관리형태로 구분할 수 있다. 지금까지 보건교사들은

<Table 4> Yearly Health Teacher Placement Situations Comparison

Division	2008	2009	2010	2011	2012
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Elementary	4,241 (73.0)	4,217 (72.3)	4,247 (72.5)	4,225 (71.8)	4,219 (71.6)
Middle	1,523 (49.5)	1,549 (49.9)	1,566 (50.0)	1,619 (51.3)	1,623 (51.2)
High	1,428 (65.2)	1,444 (64.9)	1,418 (62.9)	1,525 (66.8)	1,568 (68.15)
Special	128 (85.9)	134 (89.3)	127 (84.7)	131 (84.5)	133 (85.3)
Total	7,320 (65.2)	7,344 (64.9)	7,358 (64.6)	7,500 (65.4)	7,543 (65.5)

Note. Source: 2012 Statistical yearbook of education reconfiguration (<http://cesi.kedi.re.kr/>)



Note. Source: Analysis of the present state of school health education, Legislators Park, B. H. policy research report (2011-10) reconfiguration, Seoul: Legislators Park, B. H. & HEF, 2011.

[Figure 1] Implementation status of school health education in the 16 cities.

학교의 규모나 업무량을 전혀 고려하지 않고 한 학교에 오직 한명만을 두었던 배치정책으로 상시 ‘응급상황 대기’라는 제한된 여건 속에 놓여있었으며, 이러한 이유 때문에 보건교사들은 대체로 소극적 건강관리에 치중하였다. 2007년 학교보건법의 개정으로 보건교육은 법률에 규정된 보건교사의 직무가 되었으나, 그 동안 보건교사들은 교육부 학생건강증진기본방향에 따라 학생건강관리 강화, 학교건강검사 추진 및 건강기록부관리, 감염병 관리, 정서·행동특성 검사 등의 업무를 주로 수행해왔다. 이러한 일들은 건강문제를 가진 학생을 선별해내고 치료를 받도록 하는 주로 검사와 관리위주의 소극적 건강관리의 형태에 해당한다.

### 3) 소규모학교의 아이들은 보건교육과 건강관리를 받을 기회조차 제한 당한다.

보건교사의 배치는 지난 수십 년간 초등학교 18학급을 기준으로 이루어져 왔으며, 18학급 미만의 경우에는 농어촌학교의 경우 제한적으로 배치가 이루어졌다. 중·고등학교의 경우에는 초·중등교육법시행령에서 제대로 된 배치기준조차 가지지 못한 채 ‘둘 수 있다’는 임의조항만 존속되어왔다. 2009년 정두언 국회의원의 정책연구보고서에 나타난 학교 급별 학급수별 보건교사 배치비율을 조사한 당시 국정감사 요구자료 <Table 5>에 따르면, 18학급 미만의 학교 중 6학급 미만학교의 미 배치학교 수는 초·중·고등학교 총 1,255개교로 배치비율은 6.6%에 그치고 있다. 또한 6~12학급 미만의 미 배치학교 수는 초·중·고등학교 총 1,348개교로 배치비율은 42.3%이고, 12~18학급 미만의 초·중·고등학교 총미 배치학교 수는 458개교로 배치비율은 55.7%에 머물러 있다. 대개 18학급

미만의 소규모 학교들은 농어촌에 위치하며, 의료기관이 근접해 있지 않아 몸이 아프거나 다쳤을 때 의료적 처치를 받기가 어려운 여건이다. 더군다나 2009년부터 모든 학교에서 보건교육을 체계적으로 실시하도록 하고 있으나 미 배치학교의 경우에는 보건교사로부터 보건교육을 받을 수 없다 <Table 5>.

### 4) 타 교과목 교사와 형평성차원의 문제가 있다

보건교사는 수십 년 전부터 현재까지 일률적으로 한 학교에 1인만 배치해왔다. 타 교과목 교사들은 초·중등교육법시행령 제33~35조의 교원 배치기준에 따라 학급 수 및 주당 수업시간 수 등을 고려한 교원 충원이 이루어졌으며, 초·중등교육법시행령에서는 1981년부터 43학급 이상의 경우에는 교감도 1인을 더 둘 수 있도록 하였다. 그러나 보건교사는 다른 교사들에 비하여 배치기준에 업무량이나 학급 수에 대한 고려 없이 배치가 이루어졌다(Choi et al., 2009; Kim, J. H., 2008; Kim, M. K., 2008).

2009년부터는 모든 학교에서 보건교육을 체계적으로 실시하도록 보건교육 고시가 이루어졌지만 이에 대한 고려 없이 학교 당 1명만을 배치함으로써 과대학급의 보건교사들은 업무수행에 어려움을 겪고 있다. 이것은 보건교사뿐만 아니라 학생들조차도 보건교육과 건강관리를 제대로 받지 못하게 된다. 이렇게 소규모 미 배치학교와 거대학급에 대한 대책마련이 거의 없는 상황에서 교육부는 2013년 초·중등교육법 및 시행령을 개정하여 초·중등교육법시행령 제33, 34, 35조의 초·중·고등학교 보건교사 배치기준을 모두 삭제하고 제36조의 5에 학급담당교원만을 명시하였으며, 교원의 구체적인 배치기준은 초·중등교육법 제19조에서 시·도교육감이 정하도록 하

<Table 5> Health Teacher Placement Rate by Number of Classes

Number of classes	Placed school				Unplaced school			
	Elementary	Middle	High	RPNC	Elementary	Middle	High	RUNC
	n	n	n	%	n	n	(n	%
6 Classes under	53	30	5	6.6	516	645	94	93.4
6~2 Classes under	840	68	79	42.3	820	331	197	57.7
12~18 Classes under	340	119	116	55.7	144	176	138	44.3
18~24 Classes under	602	407	182	85.7	21	118	59	14.3
24~30 Classes under	657	514	281	91.1	8	73	60	8.9
30~36 Classes under	617	384	430	93.8	2	30	62	6.2
36~42 Classes under	579	137	257	92.7	0	11	12	2.3
42~48 Classes under	334	39	182	99.3	1	0	3	0.7
48~52 Classes under	137	10	46	99.0	1	0	1	1.0
52~58 Classes under	92	4	21	100.0	0	0	0	0.0
58~62 Classes under	26	0	1	93.1	1	0	1	6.9
62~68 Classes under	12	0	0	100.0	0	0	0	0.0
68~72 Classes under	3	0	0	100.0	0	0	0	0.0
72~78 Classes under	3	0	1	100.0	0	0	0	0.0
78~84 Classes under	1	0	1	100.0	0	0	0	0.0
Total schools number (N)	4,292	1,712	1,600	7,610	1,514	1,384	627	3,525
Total rate (%)	73.9	55.3	71.9	67.0	26.1	44.7	28.1	33.0

RPNC=rate of placement by number of classes; PUNC=rate of unplacement by number of classes.

Note. Source: Improvements of health education in schools, Legislators Jung, D. E. policy research report (2009~10), Seoul: Legislators Jung, D. E., & HEF, 2009.

고 있다. 이에 따라 보건교사는 초·중등교육법시행령에서 배치 기준이 없는 상태가 되었다.

## 고찰

법령의 변화에 따른 보건교사 배치기준 및 배치 정책의 문제점을 분석하였다. 보건교사 배치기준은 법령의 제·개정에 따라 배치 기준의 제정, 확대, 축소 그리고 후퇴의 과정을 거치면서 변화해왔다. 이를 위해 국민학교규정, 교육법과 교육법시행령, 학교보건법과 학교보건법시행령, 초·중등교육법과 초·중등교육법시행령을 토대로 보건교사 배치기준이 어떻게 변화해왔는가를 살펴보았다. 보건교사는 1949년 교육법 제정 이전인 1946년 국민학교규정에서 이미 양호교사를 두도록 하였으며, 1949년 제정된 교육법을 토대로 1952년 교육법시행령에 최초의 보건교사 배치기준이 규정된다. 이 때 제정된 ‘국

민학교 18학급 이상’의 배치기준이 현재까지 존속되어 오고 있다. 1963년 교육법시행령에서는 보건교사 배치기준의 개정으로 ‘18학급 이상의 초등학교에 보건교사 1인 이상’을 두도록 의무화 하였으며, ‘무의촌’의 경우에는 18학급 미만에도 둘 수 있도록 하는 조항을 삽입하였다. 이는 현재의 보건교사 배치기준이 ‘1인’ 배치에 국한하고 있으나 당시의 상황으로 볼 때 18학급 이상에 ‘1인 이상’을 두도록 하였다는 것은 이미 당시에도 과대학급을 염두에 두었음을 추정할 수 있다. 이 시기는 보건교사 배치기준이 처음 제정된 때와 비교하여 ‘배치기준의 확대기’라고 할 수 있다. 1967년 학교보건법과 1968년 학교보건법시행령의 제정으로 보건교사 배치기준이 만들어졌다. 여기서는 교육법시행령에서 초등학교의 18학급 이상에만 보건교사를 두도록 한 조항을 급별 모든 학교에 보건교사를 배치하도록 하였다. 이는 보건교사배치사상 매우 획기적인 일이었으나 한편으로는 18학급 이상의 학교에 ‘1인 이상’을

두도록 한 2인 배치의 근거 조항을 '1인'으로 한정하여, 오히려 배치기준이 축소된 결과가 되었다. 1997년 교육법의 폐지로 초중등교육법과 초중등교육법시행령이 제정되었다. 초중등교육법시행령에서는 교육법시행령에 두었던 18학급 이상의 학교 '1인 이상'에서 '1인'으로 보건교사 배치기준이 후퇴되었으며, 중·고등학교의 배치기준은 단지 '둘 수 있다'는 임의조항만을 두었다. 학교보건법시행령 또한 배치기준이 변경됨으로써 개정 이전보다 더 후퇴하였다. 두 개의 법령이 같은 날에 공포되면서 이전의 시행령보다 후퇴하고, 두 법령 간의 배치기준도 불일치하게 되었다. 이는 당시 우리나라에서의 학교보건과 학생건강에 대한 인식이 어떠한가를 짐작해 볼 수 있는 부분이다. 뿐만 아니라 향후 보건교사 배치에서 학교보건의 특별법인 학교보건법시행령이 아닌 초·중등교육법시행령에 따라 보건교사를 배치함으로써 배치율의 진전은 매우 더디게 나타났다.

학생들의 건강문제, 성문제는 끊임없이 사회문제화 되어왔으며, 이를 반영하여 2007년 학교보건법이 개정되었다. 이것으로 보건교육은 법률에 규정된 보건교사의 직무가 되었으며, 모든 학교에서 보건교육을 실시하도록 하였다. 그동안 '필요시 보건교육'으로 한정하였던 것에서 보건교사로 하여금 보건교육을 체계적으로 실시하도록 보건교사의 역할이 확대되었으며, 이에 따라 보건교사 확대배치의 필요성이 더욱 강하게 제기되어왔다. 특히 핀란드에서도 학생들의 건강문제가 지속됨에 따라 법률에 보건과목을 신설하였던 바 있다(Valimaa et al., 2007; Woo, 2011).

그러나 지금까지 보건교사 배치가 제대로 이루어지지 않음으로써 학교 현장에서는 많은 문제를 낳고 있다. 우선, 현재 보건과목이 신설되고 보건교육을 체계적으로 실시하도록 하는 교육과정 고시가 이루어졌지만 이를 수행하기 위한 인력의 수급이 제대로 이루어지지 않았다. 한 때는 일정규모의 학급 수를 가진 학교에 보조 인력이 지원되기도 하였으나 현재 이마저도 예산이 축소되어 인력지원을 받지 못하는 과대학급의 보건교사들은 보건실을 비우는 데 따른 보건수업의 어려움을 호소한다. Kim (2008)과 Kim 등(2011)은 당장 보건교사 확대배치가 어렵다면, 과대학급에는 한시적으로 보조 인력이나 기간제 교사를 배치하는 방안을 제안하였으며, Lee 등(2010)도 보건교육 실시에 따르는 문제를 개선하기 위해 보건교사 확대배치를 제안하였다. Kim (2008)은 보건교육이 시행되는 2009년 3월 1일부터 모든 학교 보건교사 배치 법률 개정이 이루어져야 한다고 하였다. Kim (2004)에 따르면, 이미 일본에서는 1993년부터 한 학교에 보건교사를 복수로 두기 시작하

여 7년에 걸쳐 30학급 이상의 모든 소학교에 두 명의 보건교사가 배치되어 있으며, 2001년부터 아동 수 852명 이상인 소학교에 두 명의 보건교사를 두도록 하였다.

둘째, 지금까지 보건교사는 학교규모에 상관없이 1인만 배치되어왔으며, 예방활동 위주의 건강 프로그램 운영이나 건강활동 체험, 보건교육 실시 등 적극적 건강관리형태는 주로 응급처치와 검사, 관리 등 소극적 건강관리형태에 치중해왔다. 학교보건의 이러한 소극적 건강관리전략은 학교 내에서 건강증진활동의 입지를 약화시키고, 학교 구성원들의 적극적 참여를 이끌어내지 못하였던 측면도 있다. 전국적으로 보건교사 배치비율이 낮은 것도 문제지만, 특히 과대학급의 보건교사들은 인력의 지원이 없어 학교 내에서 건강증진활동을 추진하기가 쉽지 않은 상황이다(Jeon, 2002; Park et al., 2005). Heo와 Lee (2010)는 이런 검사와 관리위주의 건강문제를 가진 아이들을 선별해내는 방식은 건강하거나 건강문제가 걸로 드러나지 않는 어린이·청소년들에게도 건강증진 행위의 실천이나 동기부여에 아무런 영향을 주지 못해 결과적으로는 건강하든 건강하지 못하든 간에 어느 쪽에도 건강증진 효과를 기대하지 못하게 되는 결과를 가져올 수밖에 없다고 하였으며, Park 등(2005)은 중학생들이 바람직한 건강지식을 습득하고 바람직한 행위를 형성할 수 있도록 집중적인 학교보건 프로그램이 요구된다고 하였다. Seong과 Chang (2009)은 학교건강증진사업이 활성화되기 위해서는 건강증진사업의 프로그램을 개발하여 그 효과를 검증할 필요가 있으며, 이를 위해 학교건강증진사업을 기획하고 평가할 수 있는 보건교사를 확대 배치해야 한다고 하였다. 따라서 지금부터라도 학교에서 학교보건사업을 활성화하고, 학생들의 건강관리능력 향상을 위해서는 적극적 건강관리형태로 전환해야 할 필요가 있다.

셋째, 소규모학교가 많은 농어촌 지역은 도시 지역보다 보건교사 배치비율이 상대적으로 낮으며, 의료기관이 인접해 있지 않은 경우가 대부분이다. 농어촌 소규모학교의 학생들은 학급 수가 적다는 이유만으로 보건교사가 배치되지 않음으로써 보건교육과 건강관리에 대한 기회 제공 측면에서 불합리한 측면이 있다. 보건교사가 배치되지 않아 보건교육을 받을 수 있는 기회가 거의 없을 뿐만 아니라, 보건실 부재 및 관리미비로 아파도 쉴 수가 없고, 비 의료인에 의한 투약 및 부적절한 응급처치로 인한 손상 악화 등의 문제도 잠재해 있다(Choi et al., 2009; Kim, 2012). Park 등(2005)은 보건교사가 없는 학교에서 학교보건실태가 훨씬 열악하고, 보건교사의 배치 유무에 따라 보건교육 실태가 다를 수밖에 없다고 지적한다. Kim (2000)은 18학급 미만의 양호교사 배치율이 심각하게 낮음을



지적하면서 양호교사 미 배치 초등학교의 건강관리를 우려하였고, 순회하는 양호교사가 있지만 근무하는 학교나 순회하는 학교 둘 다에서 문제가 있음을 이미 제기한 바 있다. Kim (2008)은 응급처치로 상시 대기하여야 하는 보건교사가 다른 학교에 순회 근무를 간다면 본래 근무하는 학교의 아이들은 방치상태나 다름없기 때문에, 모든 학교 배치가 당장 어렵다면 최저학급기준을 정하는 것도 하나의 방편일 수 있다 하였다.

마지막으로, 일반교과교사들은 학급수와 수업시수 등에 따른 배치기준을 가지고 있으나 보건교사의 경우에는 업무량, 수업시수, 학교규모에 상관없이 오로지 1인만 두도록 하여 학교 규모에 따라 천차만별인 업무량, 수업시수 등 일반교사에 비하여 형평성 차원에서 문제가 된다. 이에 대하여 Kim (2007)은 교원 수급에 관한 원칙이 수업을 담당하는 교과교사 우선으로 이루어져왔기 때문이라고 하였다. Park (2008)은 “학교보건법 개정으로 초·중등학교에서 보건교육을 체계적으로 실시하게 되었으므로 보건교사양성기관에서는 재학 중 교직학점을 취득한 학생에게 ‘보건’이라는 표시과목이 기록된 자격증을 부여해야 할 필요가 있다.”고 하였으며, 이는 Choi et al.,(2009), Woo (2012)의 연구와도 일치한다. 우리나라 교원정책이 교과수업을 담당하는 정교사 우선으로 이루어지고 있기 때문에 보건수업을 하면서도 정교사가 아니라는 이유로 교사배치 우선순위에서 후순위로 밀리는 것이다. 학교보건법의 개정으로 보건교사의 역할이 확대되었으나 보건교사 배치 여건은 학교현장의 요구를 반영하지 못하고 있다. 더군다나 2013년에 초중등교육법시행령에서 보건교사 배치기준이 삭제되었으며, 초중등교육법 제19조와 초중등교육법시행령 제36조의5를 개정하여 학급담당교원에 대한 기준만을 명시하고 있다. 이는 학교 급별 교원 배치기준을 교육감이 정하도록 하여 지방자치시대에 지역의 여건에 따라 앞으로 배치율이 더 나아질 가능성도 없지는 않다. 그러나 지금까지 교육부가 정해놓은 교원정원 내에서 교과목교사 위주로 배치가 우선하여 왔고, 초중등교육법시행령에 따라 보건교사 배치가 이루어졌음을 볼 때 아직 정교사가 아니면서 배치 기준조차 없어진 보건교사는 현재 배치상태의 개선이 불투명한 상황이다.

## 결론 및 제언

본 연구는 법령의 변화에 따라 보건교사 배치기준이 어떻게 변화해 왔는가를 분석하고, 보건교사 배치가 제대로 이루어지지 않음으로써 나타난 주요 문제점들을 살펴보았다. 지금까지

보건교사는 학교규모나 업무량에 상관없이 일률적으로 1인만을 배치함으로써 사회적 변화, 학생 건강문제의 증가와 학교현장의 요구 등을 제대로 반영하지 못한 채 소극적 건강관리에 치중할 수밖에 없었다. 이제는 학교보건법의 개정으로 보건교사의 역할이 확대되었으며, 배치기준을 재정립해야 할 필요에 직면하였다.

이상의 결론을 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 보건교사 배치 정책을 재검토하고 현실에 맞는 합리적인 배치기준을 마련해야 한다. 2009년부터 보건교사들은 정규수업을 하면서도 수업에 대한 지원을 받지 못하고 있으며, 보건교사 배치를 위한 시행령 개정도 법률 개정 후 5년이 지난 현재까지 이루어지지 않고 있다. 따라서 보건교사가 보건교육과 학생들의 건강관리라는 직무를 수행하기 위해서는 학교보건법 시행령과 초중등교육법시행령의 보건교사 배치기준을 개정하여 모든 학교에 보건교사를 배치해야 하고, 학급 규모에 따라 과대학급에는 2인 이상의 보건교사를 배치되 한시적으로라도 보조 인력을 배치하여 보건교육과 학생 건강관리를 지원해야 한다.

둘째, 교육부는 보건교사에게 정교사 자격을 부여해야 한다. 이와 관련하여 간호대학, 관련 학회 등에서도 보건교사가 자격증에 ‘보건’ 표시과목을 받을 수 있도록 교육부에 적극 요구해야 한다. 보건교사는 2009년부터 체계적인 보건교육을 실시하도록 법률과 교육과정 고시로 규정하고 있음에도 교육부에서는 보건교사에게 정교사 자격을 부여하지 않고 있다. 정교사 자격을 받지 못한 보건교사는 교과교사 우선배치로 인하여 교사배치에서 항상 후순위일 수밖에 없다.

셋째, 적정 수의 보건교사 배치를 위해서는 학교와 사회의 현실을 반영한 정책연구가 좀 더 활발히 이루어져야 한다. 지금까지 보건교사 배치는 수십 년 전에 만들어진 배치기준이 현실에 맞게 개선되지 않고 있다. 이제는 보건교육으로 보건교사의 역할이 확대되었으며, 보건교사 확대배치는 불가피한 상황에 이르렀다. 또한 교육복지의 확대와 더불어 다방면에서 보건교사의 다양한 역할이 요구된다. 거대학교에 보건교사의 추가 배치 없이 1인의 보건교사만으로는 이러한 역할을 제대로 수행하기에는 역부족이다. 따라서 보건교사 배치기준을 현실에 맞게 재정립하기 위해서는 현장상황을 반영한 좀 더 세밀한 연구가 필요하다.

## 참고문헌

Bae, M. Y., & Park, O. J. (2005). A Study on degree of importance

- and performance about school nurses's Job. *Chonnam Journal of Nursing Science*, 10(1), 1-13.
- Choi, C. O., Woo, O. Y., Kim, M. K., Kim, H. J., Kim, J. H., Shin, M. S., et al. (2009). *Legislators Jung, D. E. Policy research report, improvements of health education in schools* (2009-10). Seoul: Legislators Jung, D. E. & Health Education Forum.
- Health Education Forum. (2011). *A study on the evaluation of school health education*. Seoul: Health Education Forum.
- Heo, J. H., & Lee, M. W. (2010). *Social integration policy problem series II, issues report*. Problems of the Adolescent Health Promotion and Improvement (91). Seoul: National Assembly Research Service.
- Hwang, J. H., & Park, S. W. (2013). A review of intersectoral partnership strategies for enhancement of school health programs. *Korean Journal of Health Education Promotion*, 30(4), 41-56.
- Jeon, S. E. (2002). *Research on guidelines for school health services and analysis of elementary school health systems in Korea*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Jung, G. S. (2003). *Role expectation and role performance for school health educator as elementary school students and their school health educator recognize*. Unpublished master's thesis, Pusan University, Busan.
- Kim, D. Y. (2007). Health education policy research conference (Ed.), *Teachers Policy and health education* (pp. 51-68). Seoul: Health Education Study Group for Healthy Society Press.
- Kim, E. H. (1989). Distribution of whole country school nurse and survey on business of school nursing. *The Journal of the Academic Society of Community Nursing*, 1, 379-411.
- Kim, H. K. (2004). *A study on the analysis of training and appointment system of health teachers in Korea*. Unpublished doctoral dissertation, Wonkwang University, Iksan.
- Kim, H. S. (2012). History and development strategy of school health education in Korea. *Journal of Korean Society of School Health*, 25(2), 147-158.
- Kim, J. H. (2008, December). Activation plans on school health education by notice of health subjects (Ed.), *Improvements on school health education system by the introduction of Health Curriculum* (pp. 11-57). Seoul: Health Education Forum press.
- Kim, M. K. (2008, April). For children to ensure the right to health and health education policy debate (Ed.), *Health education policy plans for securing the right to health of students* (pp. 3-44). Seoul: Health Education Forum Press.
- Kim, W. J. (1984). *Analysis of factors affecting the supply and distribution of school nurses*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- Kim, W. J. (1996). A study on the development of school health education curriculum for the school health promotion. *Journal of Korean Society of School Health*, 9(2), 147-160.
- Kim, Y. L. (2000). The distribution of school nurses and school health policy. *Journal of Korean Society of School Health*, 13(1), 1-17.
- Kim, Y. S., Hae, Y. M., Park, H. J., Jung, H. S., & Kwon, E. H. (2011). Survey on current state and strategies for strengthening school health education in elementary, middle and high schools in Seoul. *Journal of Education, Culture and Research*, 17(3), 353-374.
- Korea Centers for Disease Control & Prevention. (2012). *Youth risk behavior surveillance system: 2012 results*. Seoul: Ministry of Education, Science and Technology, Ministry of Health & Welfare, & Korea Centers for Disease Control & Prevention.
- Korean Educational Development Institute. (2013). *Statistical yearbook of education*. Retrieved September 20, 2013, from <http://cesi.kedi.re.kr/>
- Lee, C. Y., Kim, E. G., Oh, E. G., Ji, H. Y., Jo, S. N., & Jeong, M. H. (2010). Health education status in elementary, middle and high schools by national health education guidelines. *Journal of Korean Society of School Health*, 23(2), 172-180.
- Lee, J. L. (1989). A study on the distribution basis and aspect of teachers holding additional school health. *Journal of Korean Society of School Health*, 2(1), 58-90.
- Ministry of Education. (1946). *Elementary school rules*. Retrieved January 20, 2013, from <http://library.korea.ac.kr/>
- Ministry of Education. (2013, February 21). *Basic direction of students health promotion: Health management*. Retrieved September 15, 2013, from <http://www.moe.go.kr/>
- Ministry of Government Legislation. (2013). *Education act & decree, school health act & decree, elementary and secondary education act & decree*. Retrieved February 20, 2013, from <http://www.law.go.kr/>
- Park, E. O., Yoo, S. M., Cho, H. J., Lee, W. Y., & Jeon, G. J. (2005). The present state and Improvements of health education in schools. *Journal of Korean Society of School Health*, 18(2), 15-26.
- Park, J. J. (2003). *Research on the actual condition for school health affairs of school nurse in Kyunggi province*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Park, Y. S. (2008). *Improving educational services personnel training system suitability research*(RR 2008-05). Seoul: Korean Educational Development Institute.
- Seong, M. J., & Chang, R. S. (2009). The analysis on the actual conditions of school health promotion program: The case of school health teachers and teachers holding additional school health. *Journal of Korea Administration and Policy Research*, 7(2), 97-130.

- Statistics Korea. (2013, September 25). *2012 Annual report on the cause of death statistics*. Retrieved November 5, 2013, from <http://kostat.go.kr/>
- Valimaa, R., Kannas, L., Lahtinen, E., Peltonen, H., Tynjala, J., & Villberg, J. (2007). *Finland: Innovative health education curriculum and other investments for promoting mental health and social cohesion among children and young people*. Retrieved February 10, 2013, from [http://www.euro.who.int/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/74761/Hbsc\\_Forum\\_007\\_Finland.pdf](http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0007/74761/Hbsc_Forum_007_Finland.pdf)
- Woo, O. Y. (2011). A comparative study of the act related to health subject and curriculum operating system in Korea and finland. *Korea Society for Education Law*, 23(1), 149-178.
- Woo, O. Y. (2012). *Study on the curriculum adjustment*. Unpublished doctoral dissertation, Dongguk University, Seoul.
- Woo, O. Y., Kim, H. J., Kim, J. H., Yoo, N. S., Cho, S. H., Ji, E. S., et al. (2011) *Legislators Park, B. H. Policy research report, analysis of the present state of school health education (2011-10)*. Seoul: Legislators Park, B. H., & Health Education Forum.
- Yoo, J. S. (1998). The direction of the development of school health education and health promotion in adolescence. *Journal of Korean Society of School Health*, 11(1), 27-49.
- Yoo, U. S., Park, S. W., Kim, J. Y., Park, J. H., Lee, H. S., & Lee, D. H. (2011, December 30). *2011 Nationwide health screening of student from elementary, middle and high school: Result analysis (cr 2011-81)*. Seoul: Korean Educational Development Institute. Retrieved February 03, 2013, from <https://schoolhealth.chedi.re.kr/>