

가정의와 학교보건

단국대학교 의과대학 가정의학교실

정 유 석 · 유 선 미

학교의사(교의)는 학교약사 및 양호교사와 함께 학교보건에 참여하는 전문인력이다. 현행 학교보건법에는 교의가 학교보건계획의 수립을 비롯하여 포괄적인 학교보건사업의 자문을 맡게 규정되어 있으나 실제로는 학생 및 교직원의 건강진단과 건강평가에 소극적으로 참여하고 있는 실정이다. 외국의 의사들은 각 나라의 보건의료제도에 따라 소극적인 건강진단에서부터 건강증진 교육과 건강진단에 적극적으로 참여하는 경우에 이르기까지 다양한 수준의 학교보건사업에 참여하고 있다.

본 연구는 지역사회 양질의 교의에 대한 요구에 가정의들이 어떻게 부응할 수 있을 것인지 논의하기 위한 것이다. 먼저 국내외의 학교보건 현황과 사례를 고찰하고, 학교보건의 실제적인 담당자인 양호교사들의 의견을 수렴하였다. 두 번째로, 대한가정의학회 개원의 협의회원들 중에서 학교보건에 관심이 있는 개원의사들과의 토론내용을 정리하여 소개하였다. 마지막으로 학교보건 사업의 활성화 방안과 바람직한 교의 역할을 제시하기 위한 과제를 제시하여, 가정의의 지역사회 참여의 장으로써 학교보건 분야에 대한 가능성에 대하여 고찰하고자 하였다.

중심 단어: 가정의, 청소년, 학교보건

배 경

학교보건(school health)이란 학생과 교직원의 건강을 유지, 증진하기 위하여 각종 건강위해 요소 및 질병을 예방, 조기진단, 관리하는 활동을 말한다.¹⁾ 이러한 목적을 달성하기 위한 사업을 학교보건사업(school health program)이라고 하는데 이는 시대와 그 나라의 교육, 보건체계에 따라서 다양한 형태를 띠고 있다. 예를 들면 전염병이 만연하는 시대나 나라에서는 전염병 예방을 위한 예방접종사업이 학교보건사업의 중심이었으나, 근대화 이후에는 건강증진을 위한 교육이나 행동변화를 추구하는 경향이 강해졌다. 그 나라의 보건의료체계에 따라서도 차이가 나는데, 미국의 경우는 학생의 신체검사, 영국에서는 보건교육 위주의 학교보건사업을 전개하였다. 우리나라는 1951년 신체검사규칙을 제정하고 미국처럼 신체검사와 예방접종 위주의 학교보건사업을 실시하여 왔으나 영국식 보건교육이나 건강증진에는 상대적으로 무관심한 편이었다.

국내에서 근세 학교보건의 개념은 19세기말 신교육이 도입되면서부터 싹트기 시작하였다. 1895년 교육칙서가 공포되었고, 우리나라 최초의 현대식 학교인 한성사범

학교의 규칙에 교육목표의 하나로 “신체의 건강은 성업(成業)의 기본이므로 평소 위생에 유의하고 체조에 힘써 건강을 증진시킴을 요한다.”는 내용이 포함되었다. 또 초기의 사학(私學)들이 서양 선교사들에 의하여 설립되었고, 더욱이 이들을 통하여 현대 서양의학이 도입된 사실을 감안하면, 이 시기에 보건교육뿐만 아니라 보건봉사나 환경관리의 측면에서도 새로운 출발이 있었으리라고 짐작할 수 있다.²⁾ 그 뒤 일제강점기 때는 학교위생 중심의 학교보건의 시행되었고, 광복 후 새 교육 제도가 전면적으로 실시됨에 따라 학교보건도 새롭게 출발하였다. 1951년 신체검사규정이 제정되고, 1967년 학교보건법과 1969년 학교보건법시행령이 제정되면서 학교보건의 개념이 확대되어 학교주변의 교육환경 보호와 학교급식을 포함하여 학교보건사업이 공식적으로 실시되기 시작하였다. 1981년에는 학교급식을 별도의 법령으로 제정하여 시행되는 등 학교보건은 교육 및 사회·경제적 발전과 함께 발전하면서 오늘에 이르고 있다.²⁾

학교보건사업(school health program)과 학교보건교육(school health education)은 사회변화 및 보건의료 전달체계에 따라서 그 개념과 포괄하는 내용을 다르게 해석할 수 있다. 전통적으로 학교보건사업의 내용 중 하나로 학교보건교육을 이해하기도 하였으나, 두 개념을 완전히 분리시켜 학교보건사업은 보건사업의 일환으로 학생 및 교직원의 건강을 관리하고 학교보건교육은 교육사업의

교신저자: 정유석

Tel: 041-550-3999, Fax: 041-550-3905

E-mail: drloved@unitel.co.kr

일환으로 정규 교육과정에서 이루어지는 것으로 이해하기도 하였다. 그러나 최근의 경향은 학교보건사업과 학교보건교육을 모두 통합하여 학교보건 교육과정(school health education curriculum)으로 이해하려는 것이다.¹⁾ 즉 기존의 학교보건사업에서 실시하던 건강관리(health service), 보건교육(health education), 환경보건(environmental health)을 건강관리, 보건수업(health instruction), 건강한 환경(healthful living condition), 건강에 관련된 주제(health related subjects)로 구분하여 이를 학교보건 교육과정으로 운영하는 것을 의미한다. 이는 최근 미국을 비롯한 여러 나라의 주요한 사업방향으로 자리잡아가고 있으며 우리나라도 90년대 들어서면서 논의되기 시작하였다.

현행 학교보건법에 명시된 국내 학교보건사업의 내용은 크게 보건관리와 보건교육, 학교급식 등으로 구분된다.²⁾ 보건관리는 건강평가(신체검사·건강관찰·건강상담), 질병관리(전염병관리·질병조기발견), 환경관리(학교위생관리·학교주변 환경관리) 등을 포함한다. 보건교육은 학생들이 심신 모두 안녕한 상태를 현명하게 유지·증진할 수 있도록 도와주는 모든 학습과 경험이라고 말할 수 있다. 학교급식은 학교급식을 통한 심신의 건전한 발달을 도모하고 나아가 국민식생활을 개선함을 목적으로 균형 잡힌 영양의 공급, 올바른 식습관의 형성, 사회성 함양과 생활교육의 장으로 활용되고 있으며, 최근에는 경제성과 편리성이 추가되어 초등학교에 이어 중·고등학교까지 확대되고 있다.

의사는 대표적인 전문직으로 일반적으로 사회에서 존경받는 직업인이다. 하지만, 국내 개원의사의 지역사회 기여도는 그리 높게 평가되고 있는 것 같지 않다. 2000년 의료계의 파업사태를 경험하면서 국민들은 의사들을 ‘이기적인 전문가 집단’으로 인식하게 되었고, 의약분업 이후 개원열풍이 불어닥치면서 상대적으로 치열한 경쟁에서 생존하고자 진료시간을 연장하고 연중무휴, 24시간 진료를 표방하는 개원의들이 증가하고 있다. 이러한 환경하에서 경제적 동기와 무관하게 지역사회 보건과 주민의 건강문제에 관심을 보이는 의사를 찾기관 쉬운 일이 아니다.

개원의사가 전문직 종사자로서의 품위와 긍지를 유지하며, 지역사회의 일원이자 봉사하는 직업인으로서의 인식을 회복하기 위해서는 지금보다는 훨씬 체계적이고 적극적인 접근방식이 요구된다. 전문적 의료지식이나 기술이 필요한 대형종합병원 봉직의사와 달리 지역사회 개원의사는 본인이 속한 지역사회의 일원으로서 다양한 계층과 바람직한 관계를 유지해야 할 필요가 있다. 관내의 보건소나 경찰서는 물론이지만, 지역 인구의 25% 가량을 차지하는 초, 중, 고등학교의 학생들은 가정의가 관

심을 가져야 할 중요한 대상인 것이다. 본 글을 통하여 지역사회 건강문제 전문인으로서 가정의가 학교보건에 어떻게 기여할 수 있을지를 논의하고자 한다.

학교보건의 대상과 담당 인력

학교보건의 대상은 학생과 교사이다. 학교보건은 다음과 같은 특수한 의미를 갖는다.³⁾

첫째, 학교보건사업의 주 대상인 학생은 연령층이 넓고, 각 연령층에 따라 육체적·정신적으로 새로운 보건 문제가 발생하며, 생물학적인 개인차가 크다. 그리고 성장·발육과정에 있기 때문에 질병이나 외부 자극에 대한 저항력이 아직 미숙한 상태에 있으므로 질병의 발생이나 확산이 용이하다.

둘째, 교육적 특성으로서 학교는 교육을 목적으로 하는 곳이므로 학생들의 건전한 성장·발육에 필요한 교육이 가능하다. 즉, 학교는 학생들의 심신과 지적 발달 단계에 맞게 가장 적절한 교육내용과 알맞은 교재를 활용하여 전문직인 교사에 의하여 과학적이고 효율적인 보건교육이 가능한 가장 이상적인 곳이다. 더구나 학생들은 외부정보를 예민하게 받아들이며 주요 건강습관 형성기에 있기 때문에 적절한 보건교육과 지도로 바람직한 건강습관의 형성이 용이하다.¹⁾

셋째, 학생이 습득한 보건에 관한 지식과 태도는 학생을 통하여 가정과 지역사회에 파급되는 효과가 매우 크다. 또, 학생인구는 전체 국민의 약 4분의 1에 해당되는 대집단으로 이들의 건강수준이 국민 전체의 건강상태에 큰 영향을 미치며, 미래의 국민건강을 결정하게 된다.

학교보건의 또 다른 대상인 교사의 일거수 일투족은 학생들에게 표본이 되며 커다란 영향을 준다. McKenzie는 교직원을 위한 학교보건교육의 중요성을 주장하면서 이 사업의 개발단계를 12가지로 제시하였다.⁴⁾ 교직원의 중요한 건강문제로 심혈관계질병, 고혈압, 당뇨, 백내장, 혈중 지방, 암, 빈혈, 약물오용 등을 제시하면서 이들의 건강증진을 위하여 체력단련, 금연, 스트레스 관리, 사고 예방, 응급처리, 심폐소생술, 자가치료법, 척추근육관리, 여성건강, 영양교육 등의 프로그램을 운영해야 한다고 하였다.

학교에서 학교보건업무를 담당하는 인력은 학교보건법(93년 개정)에서 지정한 전문인력으로 학교의사, 학교약사, 양호교사가 포함된다.²⁾ 여기서 학교의사(이후 교의)에는 치과의사 및 한의사가 포함된다. 이 중 교의에 대한 항목을 중심으로 관련법의 내용을 보면 18학급 이상의 초등학교에는 의무적으로 1인이 18학급 미만의 학교에는 학교의사 또는 학교약사 중 1인을 두게 되어있

다. 현행 학교보건법 시행령에 명시된 교의의 역할은 표 1과 같다.⁵⁾

국내 학교보건의 현황 및 문제점

우리나라 학교보건사업의 초기에는 전염병관리를 위한 사업내용으로 ‘예방접종’이 주류를 이루었으며 그 후에는 학생교육의 능률화를 위하여 학생의 질병을 조기발견해야 한다는 명분으로 신체검사(체질검사) 및 각종 병리검사를 사업내용으로 하였다. 현재 전염병 예방법 제11조에 의하면 초등학교장은 학생이 입학한 날부터 90일 이내에 예방접종 완료여부를 확인하도록 되어 있다.

학교에서의 학생에 대한 신체검사는 체격검사, 체질검사 및 체력검사로 구분된다. 체격검사 및 체력검사는 매년 교직원이 측정하고 있으며, 체질검사는 매년 학교 의사(치과의사 및 한의사 포함)가 실시한다(표 2). 다만, 고등학교 1학년 학생은 1998년부터 국민건강보험법상 건강검진의료기관과의 계약을 통하여 종합검진 형태로 체격검사 및 체질검사를 실시하고 비용은 의료보험 수가를 적용하고 있으며, 교직원은 국민건강보험법에 의한 건강검진으로 갈음하고 있다.

현행 국내 학교보건사업의 문제점으로 지적되는 사항들은 아래와 같다.

표 1. 교의의 역할 규정(학교보건법 시행령).

1. 학교보건계획의 수립에 관한 자문
2. 학교 환경위생의 유지관리 및 개선에 관한 자문
3. 학생 및 교직원의 건강진단과 건강평가
4. 각종 질병의 예방처치 및 보건지도
5. 학생 및 교직원의 건강상담
6. 기타 학교보건관리에 관한 지도

표 2. 현행 국내 학생들의 신체검사 현황.

구분	종목	시기(월)	대상	검사자	비고
체격검사	키, 몸무게, 앉은키, 가슴둘레	매년(4~6)	전교생	교직원	건강기록부 등재
체질검사	영양상태, 척추형태, 가슴통형태, 눈, 귀, 코 및 목, 피부, 구강, 기관능력(호흡기, 소화기 등), 정신장애, 언어장애, 알레르기성 질환 등	매년(4~6)	전교생	학교의사 (치과의사 포함)	건강기록부 등재, 이상자는 학부모에게 통보
체력검사	달리기, 제자리멀리뛰기, 팔굽혀펴기(팔굽혀매달리기), 윗몸일으키기, 앉아윗몸앞으로굽히기, 오레달리기/ 걷기	매년(9~10)	전교생	교직원	건강기록부 등재

1. 학생들에 대한 건강 및 질병 정보의 체계적 관리 체계의 부재

학생들의 질병 및 건강 특성에 대한 기록이 각급 학교 및 의료기관간의 공유체계를 제대로 갖추지 못한 상태이다. 예방접종의 경우 기본접종항목을 법으로 정해놓기는 하였으나, 최근 백신 부작용에 의한 사망사고 등의 여파로 기본접종을 기피하는 경향에도 불구하고 보건소나 의료기관 간의 환자 정보공유가 이루어지지 않고 있어서 학생들의 과거 예방접종 여부를 정확하게 파악하는 것은 실제로는 거의 불가능한 실정이다.

2. 보건교육 부족

학교 내에서 보건교사의 위상이 높지 않을 뿐 아니라 입시중심의 학과목 위주로 편성된 교과과정 때문에 건강증진과 질병예방에 대한 적절한 교육이 이루어지지 않고 있다. 최근 논의되고 있는 학교보건 개정안 역시 여전히 체질검사의 강화와 같은 사업 중심에 무게가 실려 있다.

3. 비효율적인 체질검사에 대한 신뢰 부족

전교생에 대한 체질검사를 교의 한사람에 의하여 단 하루만에 실시하는 형식적이고 비효율적인 체질검사에 대하여 교사나 학부모들이 신뢰하지 못하고 있다. 일부 학교에서는 이러한 폐단에 대한 임시 방편으로 보건교사가 위험요인이 많은 학생들을 일차 선별하는 과정을 시도하고 있는 바, 일부 시민단체 등에서는 이를 교육현장에서 있을 수 없는 편법이라고 비판하고 있다. 2001년도에 교육인적자원부에서는 정책과제로 체질검사의 효율화를 위한 제도개선 방안에 대한 논의를 시작하였다.

4. 학생 신체검사에 대한 지원 미흡

학교관리자 등 관계자의 신체검사에 대한 인식이 부

족하고 체질검사에 필요한 학교의사 수당 등 검진비용도 현실성이 결여된 채 지나친 저수가로 책정되어 있다. 대부분 학교 주변의 개업의사를 교의로 위촉하고 있으나, 개원의들은 병·의원 내 환자진료를 이유로 교의 위촉을 기피하거나 위촉된 경우에도 참여가 소극적이다.

외국의 사례

1. 미국

현대 학교보건사업을 구성하는 건강관리(health service), 보건교육(health education), 환경보건(environmental health)의 개념은 미국에서 이미 19세기에 시작되었다. 초기의 건강관리는 주로 학교에서 전염병 발생을 감시하는 데 목적이 있었고 1940년대 이후 건강 진단이 보편화되었다. 의료 접근이 어려운 지역에서는 학교 내에 진료소(school-based health care center)를 두어 nurse practitioner 또는 physician assistant가 의료를 제공하기도 한다. 1980년대 이후 고전적인 건강관리, 건강 교육의 개념을 넘어서 학교를 통해 건강증진을 도모하려는 포괄적인 학교보건사업(Comprehensive school health program)이 대두되었다. 최근 Centers for Disease Control and Prevention에서 학교 중심 프로그램의 경제적 이익을 보고하였다. 건강, 흡연, 음주 등의 특정 건강문제에 관련된 행동 변화를 측정하고 경제학적 모델을 이용하여 보건의료 비용의 절감을 계산하였다. 이 결과에 따르면 학교 건강교육에 투자한 1달러로 보건의료 비용에서 14달러를 절약할 수 있다고 하였다(CDC, 1995).

1) 미국의 교의: 20세기 초기에는 교의도 학교위원회에서 일종의 교사로 고용되어 월급을 받았다. 오전에는 학교에서 일하고 오후에는 자신의 진료실에서 일하거나, 은퇴한 의사가 임명되었고, 외과 분야나 특정 전문을 표방하는 의사보다는 일반의를 선호하였다.⁶⁾

학교에서는 교의가 단독으로 학교 보건에 관여하는 것이 아니라 학생의 개인 주치의, 교의, 양호교사(간호사 또는 nurse practitioner)가 기본적인 학교 보건팀을 구성한다. 의사는 전임 또는 비상근직 director로 일할 수 있으며, 학군이나 특정 부서 또는 프로그램 -체육, 특수교육, 교육과정 개발, 상담, 급식, 교통 안전 등의 고문으로 일할 수도 있다. 교의가 받는 보수는 관여하는 정도에 따라 다르며, 무료로 봉사하는 의사도 있다. 규모가 큰 학군에서는 학군당 한 명 이상의 의사가 필요하지만, 시골이나 규모가 작은 학교에서는 전임으로 일하는 의사가 불필요할 수도 있다. 그렇다고 학생 개인의 주치의가 교의의 역할을 대신할 수는 없으며 반대로 교의가 개인 주치의의 역할을 도와줄 수 있다. 교의에게 필요한 수련으로

미국 소아과학회에서는 소아과, 정신과, 보건학 수련을 들고 있다.

미 전국 사립 및 공립 초중고교를 대표하는 표본 중 938개 학교(71%)를 대상으로 조사한 2000년 학교보건정책 및 사업조사 결과에 따르면, 16.2%에서 전임 또는 비상근 교의가 주당 평균 1.1시간 학교에 있으면서 의료서비스를 제공하였다. 반면에 일과 시간 중에 필요할 때만 의사에게 자문을 구하는 경우가 47.5%였다. 전체 학교의 6.5%가 학교진료소가 있었고, 필요할 때 학생에게 의료를 제공할 기관과 연계된 경우가 33.0%였는데, 개업의와 연계한 경우 34.4%, 지역 병원과 연계한 경우 30.4%, managed care organization과 연계한 경우 10.7%, 대학병원 연계 8.8%였다.⁷⁾

교육 및 교육 행정에 대해 잘 모르는 의료인들이 학교 운영 체계를 이해하고 학동기 아동의 건강에 대한 의학 및 간호학적 지식을 교육자들에게 전달하기 위해 미국 소아과학회의 학교보건위원회에서는 지침서를 제공하였다.⁸⁾ 이 지침서에서는 학동기 어린이의 특징과 흔한 건강문제, 건강 평가, 학교 보건에 관련된 건강교육, 체육 프로그램, 전염병 관리, 교직원 건강관리, 학교의 안정 문제 등을 포괄적으로 다루었다.

2) 청소년 예방서비스 지침: 1990년대에 미국 의사협회에서 개발한 청소년 예방서비스 지침(Guidelines for Adolescent Preventive Services, 이후 GAPS)은 모든 청소년이 중·고등학교때 각 1회씩 의사의 진찰을 받도록 의무화한 것으로 기존의 건강 평가를 한 단계 발전시킨 수준이다. GAPS의 목적은 청소년의 상병 및 사망 예방을 위해 1차 예방 및 2차 예방을 통해 청소년의 의료이용을 증가시키는 데 있다. 이는 건강에 영향을 주는 건강위험행동이나 생활습관을 어린 나이에 발견할 수 있으며, 청소년기에 이에 대한 중재를 하면 조기 사망과 유병을 줄일 수 있다는 이론적 근거를 바탕으로 하였다. 1995년 미국 Center for Disease Control and Prevention의 Youth Risk Behavior Surveillance Survey 결과를 근거로 손상, 흡연, 음주 및 약물 남용, 성생활, 식습관, 운동 부족 등의 고위험 행동 조절이 필요하다고 보고 의료이용, 건강에 대한 지도, 선별검사, 예방 접종 등에 대한 24가지 권고사항을 제시하였다.⁹⁾ 청소년이 방문하면 의료보조인력이 설문지와 신체계측 등을 통해 필요한 정보를 수집하고(Gather information), 의사는 이 정보를 근거로 평가를 내려(Assess further), 건강문제를 파악하고(Problem identification) 해결 방안을 제시한다(Solutions). 수가는 초진·재진, 연령, 진찰시간, 제공한 서비스에 따라 다양한 Current Procedural Terminology (CPT) code를 정하였다.

3) 학교보건사업에 대한 재정 보상: 미국의 통합 학교보

건사업(integrated school health service program)에 대한 재정 보상은 사보험, 전통적인 학교 건강기금, Early and Periodic screening, Diagnostic and Treatment program, Medicaid, 기타 정부 지원으로부터 가능하다.

Managed care에 의한 의료이용이 많은 지역에서는 여러 가지 방법이 가능하다고 한다. 보험회사가 school-based clinical activity에 대해 행위별 수가제로 보상하면서 지역사회 의료제공자에게 같은 양 또는 더 적은 양의 재정을 지불할 수도 있다. 보험회사가 학교에 지불하는 것이 아니라 학생과 인두제 계약을 한 의료인이 지불할 수도 있다. 이런 방식은 학생이 대부분 같은 의원(일차의료 제공자) 또는 medical group에 속해 있는 경우에 가능하며 의사나 직원들이 학교에 와서 의료서비스를 제공한다.¹⁰⁾ 샌디에고에서 1995년부터 2년 반 동안 진행한 시범사업에서는 시력 및 청력 선별검사, 예방접종, 학습문제 평가, 행동장애 상담 등을 학교에서 시행하였고 managed care organization에서 재정 보상을 받았다. 학교에서 위의 서비스를 받지 못한 경우에만 의뢰하였는데 중복해서 서비스를 받은 경우는 없었고, 인두제 계약률도 변하지 않았다. 그러나 대부분의 학교에서 시행한 서비스는 진료실에서 받을 서비스를 학교에서 받은 것이므로 시범사업 이후에는 재정보상이 바뀔 가능성이 있었다.¹¹⁾

실제로 1994~1995년 조지아 주 시내에 있는 초등학교에 진료소를 두고 일차의료를 제공하게 한 결과 대조군에 비해 메디케어 의료비를 줄일 수 있었다는 연구도 있다.¹²⁾ 저자들은 사회경제적 상태가 낮고 의료 접근도가 낮은 학생들의 응급실 방문이 줄고 초기 선별검사 및 진

단, 치료를 많이 받게 되었기 때문에 응급의료 비용이 감소하여 나타난 효과로 보았다. 그러나 HMO에서 학교 진료소의 서비스를 전적으로 보상해주지 않는 상태이므로 아직 재정 보상 문제가 해결된 것은 아니다.

4) 학교보건사업에 대한 의사들의 생각: 1994년 미국소아과학회에서 소아과학회 회원의 임의표본 1,602명을 대상으로 시행한 설문조사 결과(응답률 64.5%) 전체의 22%만이 현재 지역 학교보건사업에 참여하고 있었다. 참여하는 사업과 연간 할당하는 시간은 표 3과 같다.

보수를 받지 않는 경우 수업을 가르치거나 학교보건사업에 대한 자문, 학교에서 의뢰한 어린이를 치료해주는 데 가장 많이 참여하고 있었다. 그러나 할애하는 시간은 가족계획, 성병, HIV 예방 서비스에 대한 자문에 참여하는 경우에 가장 많았다. 보수를 받는 경우 학교에서 의뢰한 어린이를 치료해주는 경우가 가장 많았으나, 가족계획, 성병, HIV 예방 서비스 제공, 학교진료소에서 진료하는 경우에 시간을 많이 할애하였다. 보수를 받는 의사들은 연간 할당시간이 훨씬 많았다.

그러나 학교보건사업에 참여하지 않는 이유로는 시간 부족(73.4%)이 가장 많았고, 전공의 때 필요한 수련을 받지 않아서(26.6%), 어떻게 참여해야 할지 몰라서(22.8%), 책임 소재 때문에(22.7%), 이 지역에 온 지 얼마 안 되어(21.6%) 등의 순이었다. 재정 보상이 부족하기 때문이라고 답한 사람은 16.3%였다.

전체 응답자의 71%가 학교보건사업에 다양한 방법으로 참여하기를 원한다고 응답했다. 가능한 방법으로는 건강교육의 교과과정 개발 자문(54%), 가족계획, 성병,

표 3. 의사들이 참여하는 지역사회 학교보건사업의 종류와 연간 할당 시간 (미국, 1994, N=224).

학교보건사업	자원봉사			보수를 받음		
	수	%	평균시간	수	%	평균시간
수업을 가르친다.	68	30.6	4.8	3	1.4	13.2
학교보건사업에 대한 자문	57	25.6	7.5	16	7.2	13.8
학교에서 의뢰한 어린이를 치료해준다.	54	25.1	18.8	81	37.9	31.5
건강교육과정의 자문	47	21.1	8.5	3	1.3	11.0
학교보건 자문위원회에 참여한다.	44	19.9	10.4	4	1.8	13.3
체육교육이나 관련사업에 대한 자문	41	18.4	8.1	9	4.0	13.2
가족계획, 성병, HIV 예방 서비스에 대한 자문	36	16.1	91.5	7	3.1	34.6
특별한 건강문제가 있는 어린이에 대한 교육/ 가정 서비스를 준비하는 데 참여한다.	33	14.9	8.9	11	5.0	26.7
학교 운동 팀의 의사	28	12.6	13.1	9	4.0	13.1
학교에서 선별검사, 치료를 제공한다.	26	11.6	9.7	21	9.5	30.0
가족계획, 성병, HIV 예방 서비스 제공	17	7.6	15.1	10	4.5	75.9
학교진료소에서 진료	16	7.2	27.6	17	7.6	53.6
지역 학교위원회에 참여	10	4.5	41.1	0	0	0

HIV 예방 서비스에 대한 자문(34%), 학교보건사업에 대한 자문(45%), 수업을 가르치거나 학교보건 자문위원회에 참여(43%) 등을 들었다.¹³⁾

2. 캐나다

캐나다에서도 학교를 중심으로 하는 건강 증진(school-based health promotion) 또는 포괄적인 학교보건(comprehensive school health)이 각광을 받고 있다. 캐나다 의사 협회를 비롯한 전국적인 단체에서는 학교 중심의 건강 증진에 포괄적인 접근을 시도하기로 하고 ‘학교와 주변의 지역사회에서 일어나는 넓은 의미의 사업, 정책, 서비스, 활동’이라고 정의하였다. 이런 접근은 흡연, 운동, 건강한 성생활, 약물 남용 예방 등의 특정 건강문제에 대해 개인의 건강행동을 변화시킬 뿐 아니라 학생과 교사들이 살고 일하고 배우는 환경을 변화시키는 데도 영향을 미칠 수 있다. 1990년 이후 캐나다의 9개 주와 2개 준주(準州)에서 이 개념을 공식으로 승인하여 정책과 사업에 반영하고 있다.¹⁴⁾ 포괄적인 학교 보건은 건강 증진, 질병 및 손상 예방, 위험요인이 있는 학생과 교직원을 도와주고, 건강 상태가 나쁜 학생과 성인을 지지한다는 목표를 위해 정부 기관, 건강증진과 교육에 관련된 기관 및 단체 간의 연계를 특히 강조한다. 캐나다 가정의학회에서는 포괄적인 학교보건에 대한 권고사항을 포함하는 청소년 건강에 대한 보고서를 제시한 바 있는데, 의사가 진료실과 지역사회에서 적용할 수 있는 전략을 표 4와 같이 제시하였다.¹⁵⁾

실제로 가정의학과 의사를 중심으로 전통적인 진료실,

병원, 가정을 넘어서 학교로 진출하는 것을 제안한 시범사업의 예도 있다.¹⁶⁾ 이 사업은 학령기 아동에서 천식, 당뇨병 등의 만성 건강문제를 가진 어린이가 10~20%에 달하게 되면서 학생들의 건강문제에 대해 심도 있는 접근이 필요해지면서 시작되었다. 몬트리올의 맥길 대학 가정의학과 의사를 중심으로 지역사회 의사, 교육장, 학교장, 학교보건 담당공무원, 학교의 보건담당자 등이 학교보건 위원회를 구성하여 학교보건의 실무자가 느끼는 수요를 조사하는 시범사업을 하였다. 주요 문제로는 학생들의 급성 및 만성 질병, 응급 처치, 특별한 문제가 있는 어린이 관리, 환경 안전, 건강증진, 교사·관리자·학부모·학생의 건강에 대한 자원 등이 대두되었다. 가정의학과 의사들에게 별도의 재정 보상은 없었고 의사가 학부모인 경우도 있었다.

3. 영국의 경우는 양호교사가 학생의 건강검사(health screening)와 건강사정(health assessment)을 실시하고 이상이 있을 때 의사에게 의뢰한다. 의사에 의한 정기적인 진단은 초등학교 입학 때(만 5세)와 만 8세, 만 13세에 실시하고 있다.

4. 건강증진학교(health promoting school)

세계 보건기구의 Global school health initiative (1995)는 학교를 통하여 학생, 교직원, 가족 및 다른 지역사회 구성원의 건강을 증진시키는 것을 목표로 한다. 나라별로 다양한 건강증진학교 사업이 이루어졌는데, 싱가포르 보건부는 1992년부터 비만, 운동부족, 흡연 등의 만성 질

표 4. 교의의 역할에 대한 캐나다 가정의학회의 권고.

진료실에서의 역할

1. 청소년을 치료하는데 필요한 지식과 기술을 습득한다.
2. 청소년에게 익숙한 논리를 사용하여 적절한 정보를 제시한다.
3. 면담 기술과 진찰법에 주의를 기울인다.
4. 질병에 대한 선별검사를 성별, 연령별로 실시한다.
5. 상담과 적극적인 의뢰를 강조한다.
6. 청소년들이 전화와 방문을 하도록 독려한다.
7. ‘친구 데려오기’ 캠페인으로 청소년들이 믿을만한 친구를 진찰약속에 데려오게 한다.

지역사회에서의 역할

1. 교육 프로그램과 자료에 대해 학교에 조언한다.
2. 학교보건사업이나 보건 서비스를 시작한다.
3. 병원이 연구 및 수련에 학교를 이용하도록 조정해준다.
4. 학교 위원회나 지역사회 단체에 참여한다.
5. 청소년 대상의 캠페인에 기여한다.
6. 학생의 또래 돕기 프로그램에 조언한다.
7. 정책, 법률, 규정을 지지하는 주장을 한다.
8. 생식의학 및 스포츠 클리닉, 건강박람회, 길거리 클리닉 등에 참여한다.

표 5. 각국의 신체검사 항목 및 검사주기.

권고의 주체	권고사항	주기 및 대상
미국의학협회 (GAPS)	질병 예방을 위한 의사 방문 일반 건강증진에 대한 상담 지도* 혈압 측정 건강위험요인 [†] 에 대한 문진 예방접종 권유 성병, 후천성면역결핍증 선별검사 자궁암검사 결핵 피부 반응검사 혈중 지질치 측정	11~21세의 모든 청소년 매년 1회 매년 매년 매년 고위험군 성경험 있는 여성에서 매년 고위험군 부모의 콜레스테롤 수치가 240 이상
미국소아과학회	의사와 면담, 성장발달 관찰, 전신 진찰 신장, 체중, 혈압 측정 사고 예방, 폭력, 영양에 대한 교육 예방접종 권유 시력, 청력검사 빈혈검사 소변 검사 결핵반응검사, 콜레스테롤 검사, 성병 검사, 내진	매년 매년 매년 취학전, 8세, 10세, 12세, 15세, 18세 13세(남자), 매년(월경 시작한 여자) 16세, 매년(성경험자) 매년 (고위험군)
미국가정의학회	건강 교육 [‡] 신장, 체중, 혈압 측정, 치아 검사 빈혈, 소변검사 결핵 반응검사 청력검사 시력검사	매년 매년 8세, 18세 취학 전, 14세 취학 전, 12세, 18세 취학 전, 8세, 12세, 14세, 18세
캐나다 질병예방 특별위원회	예방접종과 건강상담을 강조 빈혈검사 소변검사 납 중독 검사 발육상태, 시력, 청력, 아동 학대에 대한 선별 비만에 대한 검사(체질량 지수, 피부 두께 측정 등) 척추 측만에 대한 방사선 검사	언급 없음 고위험군(가난한 계층) 추천하지 않는다. 증거 부족 증거 부족 증거 부족 증거 부족, 시진은 권고
일본	신장, 체중, 앓은 키, 영양 상태, 척추 관찰, 흉부 진찰, 사지 관찰, 나안 시력, 교정 시력 측정 안과, 이비인후과, 치과 진찰 피부 진찰, 심장 청진, 언어 및 정신 장애 파악 소변 검사 색각 이상 검사 청력 결핵반응검사 폐 X선 간접촬영 심전도 기생충검사	매년 매년 매년 매년 10세 초1, 2, 3, 5, 중1, 3, 고1,3 초1, 중1 고1 초1, 중1, 고1 초1, 2, 3

*사고 예방, 흡연 및 음주 피해, 성병 예방, 영양, 운동

[†]식이 섭취장애, 흡연, 알코올 및 약물 중독, 원치 않는 임신, 성병 예방, 우울 성향, 자살 의도, 학대 경험, 학업 문제[‡]성장, 영양, 구강건강, 신체활동, 자외선 조사, 사고 예방, 흡연, 음주, 성행위, 임신

환에 대한 위험요인을 줄이기 위해 건강한 생활습관을 장려하는 국가적인 프로그램을 시작하였다. 이 사업을 통하여 초등학생 비만 유병률이 1992년 16.6%에서 2000년 14.6%로 감소하였고, 15~16세 청소년 비만 유병률도 15.5%에서 13.1%로 감소하였다.¹⁷⁾

5. 외국의 학생 신체 검사 항목 현황

‘어떤 항목을 선별하여 어떤 간격으로 검사하는 것이 가장 효율적인가?’ 하는 문제는 학교보건의 중요한 주제 중 하나이다. 이러한 물음에 답하려면 개별 검사항목들이 학생들의 질병예방과 건강증진에 얼마나 도움이 되는지에 대한 충분한 근거들을 확보해야 한다. 아직 국내에는 이러한 분야에 대한 역학적 자료들이 매우 부족한 형편이지만, 나라별, 인종별 고유성 때문에 선진국의 예를 그대로 받아들일 수 있는 문제도 아니다. 소아와 청소년을 대상으로 외국의 의학 단체에서 권고하거나 실제로 시행중인 신체 검사 항목들을 살펴보고 이에 대한 논란들을 정리해 보고자 한다(표 5).¹⁸⁾

미국, 캐나다, 일본 등의 경우를 보면 학교보건에서 검사보다는 의사의 진찰과 위험요인들에 대한 병력의 청취를 중요시하며 질병 예방과 건강증진을 위한 올바른 생활습관에 대한 교육과 상담, 계도에 중점을 둔다. 진찰의 경우, 신장, 체중, 혈압 등과 신체 발달 상황을 살펴보는 것을 중요시하며, 시력, 청력 검사, 척추측만증 검사 등은 실시 자체는 권유하나 그 시기와 간격은 국가별로 차이가 있다. 임상 검사의 경우는, 소변검사, 당뇨, 간기능 검사, 심전도 등은 의학적인 이유에서 부정적인 견해를 보이며, 빈혈과 콜레스테롤 검사는 고위험군에서 고려하는 추세로 생각된다. 하지만 B형 간염에 대한 검사와 결핵 발견을 위한 X선 검사 등은 그 유병률을 감안할 때 외국의 경우를 참고하기보다는 국내의 자료를 토대로 그 시행 여부를 결정해야 할 것이다.¹⁸⁾

양호교사들이 본 교의의 모습과 바람

현재 학교보건사업에서 실제적인 역할을 하는 의료인은 양호교사이다. 양호교사들이 생각하는 우리나라 학교 보건 및 교의에 대한 의견을 알아보기 위해 2002년 8월에 한국학교보건교육연구회 경기지회 소속 양호교사 105명을 대상으로 교의의 역할에 대하여 설문조사를 실시하였다.¹⁹⁾

1. 설문에 응답한 양호교사들의 특성

설문에 응답한 양호교사들을 분석한 결과 105명 모두 여성이었고 평균연령은 37.9세(25~55세)였다. 근무지별

로는 초등학교가 58명(55.2%), 중학교 17명(16.2%), 고등학교 19명(18.1%)였으며 11명의 교사는 소속을 밝히지 않았다. 초등학교 양호교사들의 평균연령은 36.7세, 중학교는 40.8세, 고등학교는 37.7세였다. 양호교사 경력은 평균 9.7년(초등학교 8.6년, 중학교 13.1년, 고등학교 9.6년)이었고 적게는 1년부터 25년까지의 근무경력을 가지고 있었다.

2. 교의 위촉 여부

교의의 위촉여부를 묻는 질문에서는 105개 학교 모두에서 의사를 교의로 위촉하고 있었고 치과의사는 85.7% (총 90개교: 초등학교 52개, 중학교 19개, 고등학교 14개교)에서, 한의사는 1.9% (초등학교와 중학교에 각각 1개교씩)에서 교의로 위촉하고 있었다.

3. 학교별 체질검사(진찰, 혈액, 소변 및 방사선 검사) 시행 현황

1) 체질검사의 시행 여부, 대상 및 시행 주제: 시진, 청진을 포함한 진찰은 조사 대상 105개 학교 모두에서 시행하고 있다고 응답하였다. 전교생을 대상으로 실시하는 학교는 61.0% (총 64개교 중 초등학교 40개교, 중학교 8개교, 고등학교 9개교 포함)였다. 진찰을 실시하는 검진 주체는 교의가 83.4% (총 88개교 중 초등학교 53개교, 중학교 16개교, 고등학교 9개교 포함)였고, 검진센터 11.4% (12개교), 보건소 및 임시위촉의사인 경우가 4.8% (5개교)였다.

임상 검사 중에서 혈청검사를 실시하는 학교는 67.6%, 소변검사 85.7%, 흉부방사선 촬영(결핵검사)은 48.6%에서 실시하고 있었다. 전체 학생을 대상으로 하는 경우는 혈청검사 10.5%, 소변검사 80.0%, 흉부 방사선 촬영 28.6%였다. 검진 주체가 교의인 경우는 모두 10% 미만으로 대부분 검진센터와 보건소에서 시행하고 있었다.

2) 체질검사의 효과에 대한 평가: 현재 시행 중인 체질검사가 학생들의 건강증진과 질병의 조기발견에 얼마나 효과적이라고 생각하는지를 10점 만점의 Visual Analog Scale로 묻은 결과, 신체진찰은 평균 3.9점(초등학교 4.09점, 중학교 2.75점, 고등학교 4.53점), 혈청검사는 평균 6.68점(초등학교 6.59점, 중학교 5.56점, 고등학교 7.29점), 소변검사는 평균 6.49점(초등학교 6.70점, 중학교 5.71점, 고등학교 5.93점), 흉부방사선촬영은 평균 7.35점(초등학교 8.17점, 중학교 6.64점, 고등학교 7.33점)이었다.

3) 바람직한 검진주기: 학생들을 위한 최적의 검진주기를 묻는 질문에 대해서는 신체진찰 1.94년(초등학교 1.98년, 중학교 2.25년, 고등학교 1.67년), 혈청검사 1.74년(초

등학교 1.88년, 중학교 1.90년, 고등학교 1.33년), 소변검사 1.38년(초등학교 1.45년, 중학교 1.50년, 고등학교 1.19년), 흉부방사선촬영 1.53년(초등학교 1.91년, 중학교 1.69년, 고등학교 1.19년)이었다.

4) **검진 비용에 대한 견해:** 현재 학생 일인당 지불하는 실검진 비용의 평균은 신체진찰 891원, 혈청검사 2,101원 소변검사 365원, 흉부방사선촬영 710원이었다. 양호교사들이 생각하는 적정검사비용을 물었을 때, 신체검사는 3,573원, 혈청검사 1,364원, 소변검사 282원, 흉부방사선촬영 633원이었다.

4. 교의로 선호하는 전문과목

양호교사들은 교의로서 가장 적합한 전문과목으로 가정의학과 60.4% (58명), 소아과 30.2% (29명), 내과 5.7% (6명)의 순이었고 일반외과, 정형외과(각 1명)를 들었다. 가정의학과는 초중고 모두 가장 선호도가 높았고(응답자의 47~88%) 초등학교에서는 소아과의 선호도와 비슷하였다.

5. 양호교사들이 바라는 교의상

양호교사들에게 교의에게 바라는 점이나 건의 사항을 적어보라는 문항에 대하여 응답한 내용들은 다음과 같다. 양호교사들의 불만과 바라는 초, 중, 고등학교별로는 별다른 차이를 보이지 않았다.

양호교사들이 제시한 불만은 형식적이고 성의가 없다(9건), 교의 선정에 어려움이 있다(7건), 교의제도는 현재 우리나라 의료현실에서는 불필요하다(6건) 등이었다.

교의에 대해 바라는 것은 교의의 자세와 태도(17건: 봉사정신과 사명감, 청소년에 대한 지식 및 경험), 교의의 역할(10건: 전화상담, 사후 관리, 보건 교육, 보건계획 자문, 응급 처치, 양호교사 자문), 교의 제도 개선(35건) 등으로 정리하였다. 이 중에서 교의 제도 개선에 대해서는 표준화된 신체검사 지침, 교의가 될 전문의의 지역별 연합, 취학 전 의무적 건강진단서와 정기 검진, 학교에서 발생한 급성 질환에 대한 후불제 진료 등을 제안하였다. 교의가 받는 재정 보상의 현실화에 대한 의견도 제시하였다.

개원 가정의들의 견해

2002년 대한가정의학회의 추계 학술대회에서는 개원의 협의회원 중 교의의 역할에 대한 관심이 있는 가정의들과 함께 ‘가정의의 지역사회 참여-새로운 교의역할 개발’이라는 주제로 세미나를 개최하였다. 이 때 나온 개원의들의 현실적인 지적을 문제점과 대책으로 나누어

정리하였다.

1. 개원가의 현실 및 문제점

가정의들이 토로한 현실적 문제점은 크게 두 가지로, 시간의 부족과 적절한 프로그램의 부재였다. 현재와 같이 야간진료, 휴일진료 등으로 진료시간이 연장되는 상황에서 자신의 의원을 비우고 교의로 활동을 하러 나가는 것 자체가 불가능하다는 것이다. 또, 어느 정도 희생을 각오하고 학생들을 위해 시간을 낸다고 하더라도 학생들에게 도움이 될 만한 건강교육이나 조기검진을 위한 효과적인 프로그램이 없어서 업무가 나지 않는다는 것이 두 번째 이유였다. 교의를 자원하는 것이 경제적이거나 환자수의 증가에 도움이 된다고 보기도 어려운 현실인지라 무조건 봉사정신에만 호소하기에는 현실적 어려움이 너무 크다는 지적이 많았다.

‘교의의 역할을 논하기 전에 개원가의 현실을 직시해야 한다. 개원의가 교의 역할을 제대로 하기 어려운 이유는 금전적 보상이 없기 때문이 아니라 진료실을 비울 수 없기 때문이다.’

‘낮시간에 개원의가 학교에 가서 학교보건에 참여하는 것은 현실적으로 불가능하다. 그렇다고 주말이나 휴일에 가서 학생들을 상담하겠다고 할 수도 없지 않은가?..’

‘학회 차원에서 적절한 강의자료나 교육자료를 개발한다고 하더라도 개원의사가 학생들 앞에서 강의를 하거나 교육에 참여하는 것은 어려울 것이다.’

‘한나절에 수백명의 학생들을 매년 진찰하는 현행 방식의 체질검사는 교의에게도 힘들고 무의미하다. 하지만, 2~3년마다 하는 것으로 바꾼다고 해서 더 나아질 것 같지는 않다.’

2. 가정의들이 제시하는 교의제도 개선책

개원의들의 입장에서 바라는 개선책 역시 앞에서 지적한 두 가지 문제점에 대한 대책에서 시작한다. 우선은 시간을 낼 수 있고 또, 내야 한다는 주장이다. 막연하게 시간을 낼 수 없다는 것은 너무 무책임한 소리이고, 모든 가정의의 근무환경이 똑같은 것은 아니므로, 형편에 따라 시간을 낼 수 있는 경우가 있다는 것이다. 물론, 지역사회를 위한 어느 정도 이상의 희생과 봉사에 대한 결심이 있어야만 가능한 일이다. 이렇게 시간을 내기로 결심한 개원의들이 손쉽게 프로그램을 선택하여 자신과 학교의 형편에 맞게 활용할 수 있도록 다양한 프로그램들이 사전에 만들어져 있어야 할 것이다. 또, 보건교사와의 유대를 원만히 하고, 이들을 위한 별도의 교육 프로그램

도 필요하다. 필요 시 응급환자나 유소견학생에 대한 전화상담 등이 가능하도록 시스템을 갖추어 둘 수도 있을 것이다. 끝으로 검진센터중심의 단순한 검사(혈액, 방사선 등)를 지양하고 지역사회 의 주치의가 문진과 진찰을 통해서 건강위험 학생들을 선별하고 관리하는 것이 비용효과적인 면을 비롯한 여러 측면에서 유리하고 바람직함을 강조하였다.

‘현실적인 어려움이 있고 잘 할 자신도 없지만 의사 중 누군가가 하긴 해야 할 문제이다. 그러기 위해서는 몇 가지 전제조건이 필요하다. 첫째는 학회차원의 정책적 개입이 필요하다. 즉 개원의들이 형편에 따라서 손쉽게 가져다 적용할 수 있는 다양한 프로그램이 만들어져야 한다. 이를 위한 연구와 투자가 필요하다. 둘째, 개원의 스스로 희생정신이 필요하다. 최근 야간진료, 휴일진료가 확산되고 있지만 진정으로 지역사회에 봉사하고자 한다면 한달에 하루쯤 진료실을 비울 각오도 되어야 한다.’

‘개원의들의 입장마다 조금씩 상황이 다르다. 공동개원을 하는 경우가 늘고 있는 추세로 보아 시간을 내는 것이 가능한 개원의도 있다. 문제는 프로그램이다. 바쁜 개원의로서는 학회가 중심이 되어 개발해 둔 프로그램을 적용하는 정도로 참여하는 것이 바람직하다.’

‘점심시간을 이용하여 한 두시간쯤 시간을 내어 가까운 학교에 가서 보건교육을 하는 시도도 해 볼만하다. 예를 들면 금연교육, 성교육 등에 참여하는 것이다. 이 역시 적절한 자료가 개발되어 있으면 좋을 것이다.’

‘혈액검사나 방사선 촬영과 같은 검사에 의존하기보다 개원의의 지속적이고 체계적인 진찰에 대한 보상이나 지원이 더 바람직하다.’

‘교의가 진료실을 비우고 학교에 응급환자를 보러 가는 것은 불가능하지만 전화에 의한 상담 등이 항시 가능하도록 배려하고 적절한 안내를 해 주는 것은 가능하고 또 바람직하다.’

‘독거노인 결연이나 호스피스 봉사 등을 학생들의 봉사활동과 연계하여 도움을 줄 수도 있을 것이다.’

‘보건교사와의 유대관계와 교육적 프로그램을 강화하여 일차적인 스크리너의 역할을 할 수 있도록 도와주고 지원하는 것이 바람직하다.’

‘가정의학회 차원에서 지역사회에서 가정의가 학교 보건에 중심적 역할을 할 수 있도록 노력해야 한다. 특히 진료를 희생하고 학교에 가기로 결심한 개원의들이 무언가 쉽게 참여할 수 있는 프로토콜을 개발해야 한다.’

바람직한 학교보건 및 교의 역할을 위한 과제

지금까지의 국내 학교보건 사업의 현황과 외국의 사례 고찰을 통해 바람직한 학교보건 사업 방향과 교의 역할을 정립하기 위한 몇 가지 과제를 제시하고자 한다.

1. 효율적인 체질검사에 대한 지침 마련

지금까지 일부 개원의사들이 지역사회 학교의 교의로 활동하여 왔다. 국내의 초, 중, 고교에서 교의의 역할은 년 1회 실시되는 체질검사 때 하루 수백명의 학생들에게 청진기를 한번씩 대보는 일이거나 체육시간에 발생하는 환자에 대한 응급처치 정도가 전부였을 것이다. 다분히 형식적인 이러한 방식의 개선을 위해서는 외국의 경우처럼 검진간격을 현실화하여 매년 시행하는 것보다는 2~3년의 간격으로 실시하되 보다 더 철저하게 진행하는 것이 바람직할 것이다. 또한 교의 혼자서 전체 학생을 검진하기보다는 사전 설문지나 학부모 진술서, 양호교사의 일차선별 등을 적절히 이용하여 문제 학생을 선별한 후 이들 학생들의 건강문제만을 집중적으로 다루어 주는 방식을 개발할 필요가 있다.

최근 교육인적자원부에서는 현행 고등학교 1학년때 시행중인 건강검진을 초등학교 1, 4학년, 중학교 1학년 및 고등학교 1학년 학생의 4회로 확대하는 방안을 마련 중이다. 그러나 이러한 검진주기가 충분한 근거를 가지고 있는지, 검사 항목 선정은 적당한지에 대해서는 비용효과적 근거가 제시되지 않은 실정이다. 체질검사의 주기와 항목선정에 있어서 우리 실정에 맞는 효과적인 안을 마련하기 위하여 추후 연구가 필요하다.

2. 교의활동에 대한 인센티브 개발

가정의가 지역사회에서 봉사하는 마음으로 교의활동을 하는 것이 바람직하기는 하나 현실적인 인센티브가 있다면 더 많은 가정의가 학교보건사업에 참여할 수 있을 것이다. 가능한 재정보상 방법으로는 학교에서 시행하는 신체검사 비용의 현실화, 문진 및 진찰의 보험 청구 인정 등을 검토해볼 수 있고, 체질검사 대신에 단골의사의 정기적인 진찰을 인정하고 가정의의 예방 및 건강증진 서비스에 대한 보상하는 방안의 경우 제도의 개선이 필요하다. 재정보상 외에도 지역사회 의사회를 중심으로 교의활동에 대한 연수평점을 부여하는 것을 고려해볼 수 있을 것이다.

3. 건강증진 및 교육의 강화

학교보건사업의 또 다른 주요 분야인 건강증진과 교

육에 대한 제도적 변화가 필요하다. 현행 교육과정상에는 보건교육은 정규 교과목으로 편성되어 있지 못하고, 일부 졸업생들을 대상으로 특강형식으로 진행되는 정도로 홀대받고 있다. 평생 지속될 건강습관이 형성되는 청소년기에 한번 시작하면 평생 동안 커다란 짐이 되는 흡연, 음주, 약물남용 등 습관성 약물이나 비만관리, 운동 및 영양관리, 시력관리, 정신건강, 사고관리, 치아관리 등에 대한 체계적인 교육이 학생들의 교과과정에 포함되어야 한다. 이를 위해서는 국가 차원에서 소아 및 청소년기에 필요한 건강증진 교육 항목을 제시하고 학습 목표와 구체적인 교육 내용을 개발해야 한다.

4. 학교보건위원회의 활성화

현행 교육인적자원부에 속한 학교보건위원회의 기능을 실제적으로 강화하여 보건사업 및 보건교육을 위한 정책 및 프로그램 개발을 서둘러야 한다. 한편, 개별 학교에도 교사와 학부모, 교의와 보건교사가 참여하는 학교별 보건위원회를 구성토록 하여 개개 학교의 실정에 맞는 학교보건사업의 주체가 되도록 해야 한다.

5. 교의 참여 활성화를 위한 지원체계 구축

보건교사들에 대한 설문에서 나타난 바에 의하면, 많은 일선 학교에서 교의의 위촉과정부터 어려움을 겪고 있다. 가정의학회 차원에서 지역사회의 교의위촉에 대한 요구에 적극적으로 대처하기 위한 전국적인 네트워크를 갖추어야 할 것이다. 참여하는 가정의의 시간 부담을 덜기 위해서는 지역사회의 일부 의사들이 팀을 이루어 형편에 맞게 한 두 학교를 지원하는 방안도 생각해 볼 수 있을 것이다.

6. 다양하고 효과적인 보건교육 프로그램의 개발

개원의사가 교의로 위촉을 받았다고 해도 정작 학생들에 대한 보건교육 경험도 많지 않거니와, 자료확보에 어려움이 있다면 현실적인 역할을 기대하기는 어려울 것이다. 따라서 어려운 결심을 하고 참여한 개원의사들이 형편에 맞게 손쉽게 교육할 수 있는 다양한 교육자료들이 개발되어 있어야 한다. 이러한 프로그램 개발은 학회 내에 연구회 등의 조직을 마련하고 지원을 활성화하는 것이 도움이 될 것이다. 특히 이미 개발된 교육자료를 지역 의사회나 학회에서 수집하여 인터넷 사이트 등을 이용하여 공유할 수 있는 방향을 모색하는 것이 필요하다.

7. 교의와 보건교사를 위한 웹사이트의 구성

교의를 요청하는 학교나 교의가 되기를 희망하는 개

원의사를 연결시켜주는 시스템이 필요하다. 현실적으로는 인터넷 사이트의 게시판에서 이 역할을 할 수 있다. 또 이미 개발되었거나 앞으로 향후 개발될 프로그램에 대한 정보교환도 가능하고, 보건교육, 체질검사 등 교의의 역할 전반에 대한 경험도 나눌 수 있을 것이다.

결 론

지역사회에서 개원한 의사들이 지역사회 주민의 건강증진에 기여할 수 있는 방안으로 학교의사의 역할을 재정립하는 것이 필요하다. 학동기에는 평생 중 질병이 가장 적게 발생하지만 평생의 건강을 위해 건강습관을 형성하게 하는 건강교육이 앞으로의 학교보건사업에서 중요해질 것이다. 그동안 우리나라의 학교의사는 다소 형식적인 체질검사에 참여하는 정도의 활동에 그쳤으나 외국의 사례를 참고하여 지역사회로 적극적으로 진출하는 학교의사의 모델 개발이 필요하다. 현재, 본 연구의 일환으로 학교보건 담당자와 지역사회 가정의 간에 원활한 협력과 정보교환을 위하여 대한가정의학회 혹은 가정의학과 개원의협의회의 홈페이지와 연계된 학교보건 전용 의사용 홈페이지(www.schoolldr.com)가 완성을 앞두고 있다.

그동안 가정의학과 의사는 타 과 전문의들이 상대적으로 등한시하던 일, 이차 예방사업, 비만, 금연클리닉의 활성화 등 다양한 분야를 개척해 나갔다. 학교보건의 중요성과 향후 시장 잠재력을 염두에 둘 때 전 학회차원의 준비와 개척정신이 강력하게 필요하다고 생각한다.

참 고 문 헌

1. 이시백, 김정순, 문옥륜. 보건학개론. 서울:서울대학교출판부;1998.
2. 학교보건법. 대한민국 법률 제6716호 일부개정 2002. 8. 26.
3. 김상욱. 학교신체검사 현황. 학교신체검사 개선을 위한 토론회 자료집. 2002:4-37.
4. McKenxie JF. Twelve steps in developing a schoolsite health education/promotion program for faculty and staff. J Sch Health 1988;58(4):149-53.
5. 학교보건법시행령. 대통령령 제17520호, 일부개정 2002. 2. 25.
6. Childs LW. Selection of school physician. J Sch Health 1930; 1(2):7-9.
7. Brener ND, Burstein GR, DuShaw ML, Vernon ME, Sheeler L, Robinson J. Health Services: Results from the School Health Policies and Programs Study 2000. J Sch Health 2001;71(7): 294-304.

8. Newton J, edited. School Health: A guide for Health Professionals. 1987 American Academy of Pediatrics.
 9. CDC. School Health Index, 2000. Available from [http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/SHI]
 10. American Academy of Pediatrics Committee on School Health. School health centers and other integrated school health services. Pediatrics 2001;107(1):198-201.
 11. Taras H, Nader P, Swiger H, Fontanesi J. The school health innovative programs. Integrating school health and managed care in San Diego. J Sch Health 1998;68(1):22-5.
 12. Adams EK, Johnson V. An elementary school-based health clinic: Can it reduce medicaid costs? Pediatrics 2000;105(4):780-8.
 13. Barnett SB, Duncan P, O'Connor KG. Pediatricians' response to the demand for school health programming. Pediatrics 1999;103(4):e45.
 14. Mackie JW, Oickle P. School-based health promotion: the physician as advocate. Can Med Assoc J 1997;156(9):1301-5.
 15. College of Family Physicians of Canada. From an acorn to an oak tree; a report of the Task Force on Adolescent Health. Mississauga, Ontario: The College of Family Physicians in Canada; 1993.
 16. Yaffe MJ. Developing and supporting school health programs- Role for family physicians. Can Fam Physician 1998;44:821-9.
 17. Toh, CM, Cutter J, Chew SK. School based intervention has reduced obesity in Singapore. BMJ 2002;324:427.
 18. 선우성. 선진국의 학교신체검사. 학교신체검사 개선을 위한 토론회 자료집. 2002:13-23.
 19. 정유석, 유선미. 가정의의 지역사회 참여- 바람직한 교의역할 모델 개발. 가정의학회지 2002;23(11):560-7.
-