

연구보고서 2019-36

국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발

- 아동기 건강불평등



김동진·정 연

김명희·정최경희·최지희·배정은·서상희·하량경

【책임연구자】

김동진 한국보건사회연구원 연구위원
정 연 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요 저서】

국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발
한국보건사회연구원, 2018(공저)
과로로 인한 한국사회 질병부담과 대응방안
한국보건사회연구원, 2018(공저)

【공동연구진】

김명희 시민건강연구소 센터장
정최경희 이화여자대학교 교수
최지희 한국보건사회연구원 전문연구원
배정은 한국보건사회연구원 연구원
서상희 시민건강연구소 상임연구원
하량경 서울대학교 보건대학원 연구원

연구보고서 2019-36

**국민의 건강수준 제고를 위한
건강형평성 모니터링 및 사업 개발**
- 아동기 건강불평등

발 행 일 2019년 12월
저 자 김동진·정연
발 행 인 조 흥 식
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1994년 7월 1일(제8-142호)
인 쇄 처 (주)삼일기획

발간사 <<

모든 사람의 건강은 다 소중하지만 특히 아동의 건강은 더욱더 중요하다. 다음 세대를 이끌어 갈 미래의 자원으로서의 중요성은 물론이고, 아동기 건강수준이 성인기의 건강에 큰 영향을 미친다는 점에서 더욱 그렇다. 이 시기에 습득된 건강행태는 평생 동안 영향을 미칠 뿐만 아니라 그 효과가 누적되기 때문에 아동기를 대상으로 한 질병 예방 사업이나 건강 증진 사업은 가장 효율적인 보건 사업으로 평가받기도 한다.

불평등의 관점에서도 아동기 건강은 중요한 의미를 지니고 있다. 아동의 신체적·정신적 건강은 발달 과정에 있다는 점에서 성인과는 다르며, 특히 건강에 영향을 미치는 불이익이나 차별적 환경에 더욱 취약하다는 점에서 아동 건강불평등에 대한 사회적 책임이 더욱 강조될 필요가 있다.

이와 같은 중요성에 비해 아동 건강과 건강불평등에 대한 논의는 그동안 충분하지 않았다. 보건학적으로 아동기는 일생을 통틀어 가장 건강한 시기이기도 하고, 또 최근의 저출산 문제와 맞물려 다양한 사회정책의 핵심이 되어 많은 사회적 자원이 배분되어 왔다. 그럼에도 불구하고 아동 건강의 중요성은 여전히 강조될 필요가 있고, 건강의 수준과 불평등의 관점에서 현황과 추이가 모니터링되어야 할 필요성은 여전히 남아 있다.

본 보고서는 불평등의 관점에서 우리나라 아동의 건강수준을 조망하는 한편, 아동기 건강불평등의 발생 기전을 정리하였고 또한 아동기 건강불평등 모니터링을 위한 지표를 개발하였다. 특히 성인기와는 차별되는 아동기 건강의 결정요인과 건강불평등 발생 기전에 대해 검토하였고, 아동기 건강불평등 수준을 파악할 때 활용될 수 있는 건강불평등 모니터링 지표를 개발하였다. 아울러 국내 아동정책들을 평가하여 아동 건강불평등을 완화하기 위한 향후 발전 방향을 제안하였다.

본 보고서는 김동진 연구위원과 정연 부연구위원의 공동 책임하에 최지희 전문연구원, 배정은 연구원, 시민건강연구소 김명희 센터장과 서상희 상임연구원, 이화여자대학교 정최경희 교수, 서울대학교 하랑경 연구원의 참여로 이루어졌다. 끝으로 본 연구 진행 과정에서 아낌없는 자문을 해 준 김기태 부연구위원과 고려대학교 기명 교수, 그리고 연구 진행 과정에서 도움을 주신 여러 연구자와 자문위원들께 감사의 뜻을 전한다.

2019년 12월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서 론	9
제1절 연구 필요성 및 목적	11
제2절 연구 내용 및 방법	15
제2장 이론적 배경	19
제1절 아동기 연령 구분	21
제2절 생애 과정 관점과 인권으로서 아동 건강	22
제3절 아동기 건강결정요인	27
제3장 아동기 건강불평등 발생 기전 모형 개발	43
제1절 아동기 건강결정요인 및 건강불평등 발생 기전	45
제2절 아동기 건강불평등 발생 기전 모형	57
제4장 아동기 건강불평등 모니터링 지표 개발	63
제1절 아동기 건강불평등 지표 체계	65
제2절 아동기 건강불평등 모니터링 지표 선정을 위한 전문가 의견 조사	74
제5장 아동기 건강불평등 지표 산출	115
제1절 아동기 건강불평등 영역별 산출 지표 선정	117

제2절 아동기 건강불평등 영역별 지표 산출 결과	119
제3절 소결	185
제6장 아동기 건강에 영향을 미치는 국내 정책현황과 개선방향	191
제1절 아동기 건강불평등 정책 분석 틀	193
제2절 아동 관련 정부 종합계획현황	200
제3절 취약아동 발굴·연계 사업현황	237
제4절 개선방향	260
제7장 결론	265
제1절 주요 연구 결과	267
제2절 정책 제언	278
참고문헌	293
부 록	307
부록 1. 아동기 건강 관련 데이터 현황	307
부록 2. 아동기 건강결정요인 선행연구	314
부록 3. 아동기 건강불평등 모니터링 지표 응답 결과	331
부록 4. 아동기 건강불평등 산출 지표 정의	340
부록 5. 아동기 건강불평등 지표 선정을 위한 전문가 의견 조사표	350

표 목차

〈표 2-1〉 관련 법령에 나타나는 한국의 아동 및 청소년 연령 기준	21
〈표 2-2〉 아동기 건강에 영향을 미치는 요인	27
〈표 4-1〉 아동기 건강불평등 모니터링 지표(안)	69
〈표 4-2〉 아동 건강불평등 모니터링 지표 체계	77
〈표 4-3〉 제안된 추가 세부지표	79
〈표 4-4〉 아동 건강불평등 모니터링 지표 선정을 위한 전문가 의견 조사 개요	84
〈표 4-5〉 조사 대상자의 일반적 특성	85
〈표 4-6〉 아동 건강불평등 모니터링 지표 적절성 평가 결과	86
〈표 4-7〉 세부지표의 적절성 평균값 최상위 지표	92
〈표 4-8〉 세부지표의 적절성 평균값 최하위 지표	93
〈표 4-9〉 세부지표의 적절성 평균값 상위 지표(사회구조적 요인)	93
〈표 4-10〉 세부지표의 적절성 평균값 하위 지표(사회구조적 요인)	94
〈표 4-11〉 세부지표의 적절성 평균값 상위 지표(중개요인)	94
〈표 4-12〉 세부지표의 적절성 평균값 하위 지표(중개요인)	95
〈표 4-13〉 세부지표의 적절성 평균값 상위 지표(발달과 건강)	96
〈표 4-14〉 세부지표의 적절성 평균값 하위 지표(발달과 건강)	97
〈표 4-15〉 아동 건강불평등 모니터링 지표 측정 단위 결과	99
〈표 4-16〉 아동 건강불평등 모니터링 추가 세부지표 측정 단위 및 적절성 평가 결과	104
〈표 4-17〉 아동 건강불평등 모니터링 지표 필수 지표: 1차 결과	106
〈표 4-18〉 아동 건강불평등 모니터링 지표 필수 지표: 2차 결과	109
〈표 5-1〉 본 연구 산출 지표 구성(필수 지표 응답률 80% 이상 기준)	117
〈표 5-2〉 정부로부터 재정적 지원을 받는 한부모가구 수(시도별, 2018년)	120
〈표 5-3〉 사교육비 지출액(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	123
〈표 5-4〉 사교육비 지출액(시도별, 2018년)	124
〈표 5-5〉 아동 상대빈곤율(소득, 전국, 2008~2018년)	126
〈표 5-6〉 아동결핍지수(소득 수준별, 2018년)	129

〈표 5-7〉 아동결핍지수(지역 규모별, 2018년)	130
〈표 5-8〉 현재 흡연율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	133
〈표 5-9〉 현재 흡연율(시도별, 2018년)	134
〈표 5-10〉 격렬한 신체활동 실천율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	136
〈표 5-11〉 격렬한 신체활동 실천율(시도별, 2018년)	137
〈표 5-12〉 아침 식사 결식률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	140
〈표 5-13〉 아침 식사 결식률(시도별, 2018년)	141
〈표 5-14〉 스트레스 인지율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	143
〈표 5-15〉 스트레스 인지율(시도별, 2018년)	144
〈표 5-16〉 평균 수면 시간(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	147
〈표 5-17〉 평균 수면 시간(시도별, 2018년)	148
〈표 5-18〉 최저 기준 미달 주거 비율(연도별, 지역별, 2006~2017년)	150
〈표 5-19〉 학대 경험률(소득 수준별, 2018년)	152
〈표 5-20〉 학대 경험률(지역 규모별, 2018년)	154
〈표 5-21〉 키(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	160
〈표 5-22〉 키(시도별, 2018년)	161
〈표 5-23〉 자기 평가 건강수준(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	164
〈표 5-24〉 자기 평가 건강수준(시도별, 2018년)	165
〈표 5-25〉 비만율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	167
〈표 5-26〉 비만율(시도별, 2018년)	168
〈표 5-27〉 삶의 만족도(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	170
〈표 5-28〉 삶의 만족도(지역 규모별, 2018년)	170
〈표 5-29〉 우울감 경험률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	173
〈표 5-30〉 우울감 경험률(시도별, 2018년)	174
〈표 5-31〉 자살 생각 경험률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	176
〈표 5-32〉 자살 생각 경험률(시도별, 2018년)	177
〈표 5-33〉 자살 시도 경험률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	180
〈표 5-34〉 자살 시도 경험률(시도별, 2018년)	181

〈표 6-1〉 본 연구에서 고찰한 4개 정부 계획의 특성	196
〈표 6-2〉 제1차 아동정책 기본계획의 중점 과제와 세부 과제	200
〈표 6-3〉 제1차 아동정책 기본계획의 분야별 세부 과제 범주와 해당 과제 수	201
〈표 6-4〉 제1차 아동정책 기본계획의 분야별 개입지점별 분포	204
〈표 6-5〉 제1차 아동정책 기본계획의 성과 지표	206
〈표 6-6〉 제1차 아동정책 기본계획의 분야별 불평등 완화를 고려한 사업의 분포	207
〈표 6-7〉 제6차 청소년정책 기본계획의 정책 목표와 과제	208
〈표 6-8〉 제6차 청소년정책 기본계획의 분야별 세부 과제 범주와 해당 과제 수	210
〈표 6-9〉 제6차 청소년정책 기본계획의 분야별 개입지점별 분포	212
〈표 6-10〉 제6차 청소년정책 기본계획의 성과 지표	214
〈표 6-11〉 분야별 불평등 완화를 고려한 사업의 분포	214
〈표 6-12〉 제1차 학생건강증진 기본계획의 중점 과제와 세부 과제	217
〈표 6-13〉 제1차 학생건강증진 기본계획의 범주별 세부 과제	218
〈표 6-14〉 제1차 학생건강증진 기본계획의 범주별 개입지점 분포	220
〈표 6-15〉 제1차 학생건강증진 기본계획의 범주별 불평등 완화를 고려한 사업의 분포	221
〈표 6-16〉 제4차 국민건강증진 종합계획 부문별 중점 과제와 세부 사업 수	222
〈표 6-17〉 선별된 사업의 부문별 중점 과제별 세부 사업	224
〈표 6-18〉 선별된 세부 사업 중 아동을 대상으로 한 사업 내용	226
〈표 6-19〉 제4차 국민건강증진 종합계획의 부문별 개입지점별 분포	228
〈표 6-20〉 국민건강증진 종합계획에서 불평등 완화를 고려한 사업의 분포	230
〈표 6-21〉 4개 아동 관련 정부 계획 평가 결과	232
〈표 6-22〉 4개 아동 관련 정부 계획 건강 분야 사업 구성	233
〈표 6-23〉 양육 환경 및 아동발달 영역별 필수 서비스 종류	241
〈표 6-24〉 2019년 전국 드림스타트 현황	242
〈표 6-25〉 2019년 기준 시·군·구별 예산 지원 기준(안)	244
〈표 6-26〉 서비스 이용 현황	245
〈표 6-27〉 2019년 전국 청소년상담복지센터 설치 현황(2019년 3월 기준)	254
〈표 6-28〉 2019년 시도별 청소년동반자 기준 인원	255

〈표 6-29〉 연도별 서비스 제공 내용(2018년 6월 기준)	257
〈표 6-30〉 건강불평등 완화를 위한 개선방향	260
〈표 7-1〉 영국 RCPCH의 아동 건강증진 정책 방향	281
〈표 7-2〉 영국의 아동 건강불평등 완화를 위한 핵심 정책	282

그림 목차

[그림 1-1] 연도별 학생 비만율	12
[그림 1-2] 연도별, 성별, 학교별 학생 우울감 경험률	13
[그림 1-3] 건강불평등 대응의 스펙트럼	14
[그림 1-4] 주요 연구 내용	15
[그림 2-1] 효과의 축적과 생애주기별 단계	23
[그림 2-2] 생애주기별 전반에 걸친 조치들	24
[그림 2-3] 건강과 인권의 연계 사례	25
[그림 2-4] 사회생태학적 모형	32
[그림 3-1] 브론펜브레너(Bronfenbrenner)의 생태학적 체계 모델	51
[그림 3-2] WHO CSDH의 조기 아동발달 통합 환경 사정 모델(Team-ECD)	54
[그림 3-3] 아동 건강불평등 발생 기전 모형	61
[그림 4-1] 아동기 건강불평등 지표 대분류 구성	65
[그림 4-2] 아동기 건강불평등 지표 영역 및 중분류 구성	67
[그림 4-3] 아동기 건강불평등 지표 세부지표 구성	68
[그림 4-4] 아동기 건강불평등 모니터링 지표 선정에 위한 전문가 의견 조사표(1차) 일부 ..	78
[그림 4-5] 아동기 건강불평등 모니터링 지표 선정에 위한 전문가 의견 조사표(2차) 일부 ..	81
[그림 4-6] 아동기 건강불평등 모니터링 지표 선정에 위한 전문가 의견 조사표(2차) 일부 ..	82
[그림 5-1] 저소득 한부모가구 비율(시도별, 2018년)	120
[그림 5-2] 사교육비 지출액(2009~2018년)	121
[그림 5-3] 사교육비 지출액(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	122

[그림 5-4] 사교육비 지출액(시도별, 2018년)	123
[그림 5-5] 가구소득액(2007~2016년)	125
[그림 5-6] 아동 상대빈곤율(2008~2018년)	126
[그림 5-7] 지역 박탈 수준(2015년)	127
[그림 5-8] 아동결핍지수(성별, 사회경제적 위치 변수별, 2018년)	128
[그림 5-9] 아동결핍지수(지역 규모별, 2018년)	129
[그림 5-10] OECD 국가별 GDP 대비 아동·가족 대상 공공 지출(지역 규모별, 2015년)	130
[그림 5-11] 우리나라의 GDP 대비 아동·가족 대상 현금급여 비율(2002~2016년)	131
[그림 5-12] 현재 흡연율(2009~2018년)	132
[그림 5-13] 현재 흡연율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	133
[그림 5-14] 현재 흡연율(시도별, 2018년)	134
[그림 5-15] 격렬한 신체활동 실천율(2009~2018년)	135
[그림 5-16] 격렬한 신체활동 실천율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	136
[그림 5-17] 격렬한 신체활동 실천율(시도별, 2018년)	137
[그림 5-18] 아침 식사 결식률(2009~2018년)	139
[그림 5-19] 아침 식사 결식률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	140
[그림 5-20] 아침 식사 결식률(시도별, 2018년)	141
[그림 5-21] 스트레스 인지율(2009~2018년)	142
[그림 5-22] 스트레스 인지율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	143
[그림 5-23] 스트레스 인지율(시도별, 2018년)	144
[그림 5-24] 평균 수면 시간(2009~2018년)	146
[그림 5-25] 평균 수면 시간(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	147
[그림 5-26] 평균 수면 시간(시도별, 2018년)	148
[그림 5-27] 최저 기준 미달 주거 비율(2006~2017년)	149
[그림 5-28] 최저 기준 미달 주거 비율(연도별, 지역별, 2006~2017년)	150
[그림 5-29] 학대 경험률(성별, 2018년)	151
[그림 5-30] 학대 경험률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	152

[그림 5-31] 학대 경험률(지역 규모별, 2018년)	153
[그림 5-32] 국가필수예방접종 완전접종률(연령별, 2018년)	155
[그림 5-33] 국가필수예방접종 완전접종률(만 1세 및 만 2세, 지역별, 2018년)	155
[그림 5-34] 국가필수예방접종 완전접종률(만 3세 및 만 6세, 지역별, 2018년)	156
[그림 5-35] 수학 과목 기초학력 미달 학생 비율(2008~2018년)	157
[그림 5-36] 수학 과목 기초학력 미달 학생 비율(성별, 지역별, 2018년)	158
[그림 5-37] 키(2009~2018년)	159
[그림 5-38] 키(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	160
[그림 5-39] 키(시도별, 2018년)	161
[그림 5-40] 자기 평가 건강수준(2009~2018년)	162
[그림 5-41] 자기 평가 건강수준(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	163
[그림 5-42] 자기 평가 건강수준(시도별, 2018년)	164
[그림 5-43] 비만율(2009~2018년)	166
[그림 5-44] 비만율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	167
[그림 5-45] 비만율(시도별, 2018년)	168
[그림 5-46] 삶의 만족도(성별, 사회경제적 위치 변수별, 2018년)	169
[그림 5-47] 삶의 만족도(지역 규모별, 2018년)	170
[그림 5-48] 우울감 경험률(2009~2018년)	171
[그림 5-49] 우울감 경험률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	172
[그림 5-50] 우울감 경험률(시도별, 2018년)	173
[그림 5-51] 자살 생각 경험률(2009~2018년)	175
[그림 5-52] 자살 생각 경험률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	176
[그림 5-53] 자살 생각 경험률(시도별, 2018년)	177
[그림 5-54] 자살 시도 경험률(2009~2018년)	178
[그림 5-55] 자살 시도 경험률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)	179
[그림 5-56] 자살 시도 경험률(시도별, 2018년)	180
[그림 5-57] 연령별 사망률(2009~2018년)	182
[그림 5-58] 연령별 사망률(시도별, 2018년)	182

[그림 5-59] 연령별 암 사망률(2009~2018년)	183
[그림 5-60] 연령별 손상 사망률(2009~2018년)	184
[그림 6-1] 연구 내용 및 연구 방법	199
[그림 6-2] 제4차 국민건강증진 종합계획의 기본 틀	230
[그림 6-3] 드림스타트 사업 지원 과정	239
[그림 6-4] 지역사회 청소년통합지원체계(CYS-Net) 구축 모형(예시)	251
[그림 6-5] 지역사회 청소년통합지원체계(CYS-Net)에서 제공되는 서비스	253
[그림 7-1] 아동기 건강불평등 발생 기전 모형	269
[그림 7-2] 아동기 건강불평등 발생 기전 모형 중 사회구조적 요인	271
[그림 7-3] 아동기 건강불평등 발생 기전 모형 중 중개요인	273
[그림 7-4] 아동기 건강불평등 발생 기전 모형 중 발달과 건강	275

Abstract <<

Developing Health Inequalities Report and Monitoring the Status of Health Inequalities in Korea

Project Head: Kim, Dongjin · Jung, Youn

It is important to measure health inequalities in adolescents in that the results may contribute to the prediction of inequalities in adult health. The aim of this study was to examine socioeconomic health inequalities using Korea Youth Risk Behavior Web-based Survey, cause-of-death statistics, and other public data sources.

Most indicators showed that the higher the economic conditions of households and their fathers' education levels, the higher the proportion of adolescents who practice healthy behavior. In particular, health inequalities took the form of gradients across all socioeconomic groups, irrespective of household income level or the father's education level.

Based on the above findings, it was suggested that continuous monitoring of the social determinants of health, as well as health behaviors and health outcomes, is necessary to address the health inequalities in adolescents. This study contributes to understanding the status of health and health inequalities among adolescents.

***Key words:** adolescent, health inequality, social determinants of health

Co-Researchers: Kim, Myounghee · Jung-Choi, Kyunghee · Choi, Jihee ·
Bae, Jungeun · Suh, Sanghee · Ha, Rangkyoung

1. 연구의 배경 및 목적

아동기는 다른 생애주기에 비해 사망, 질병 발생이 가장 적은 시기이지만 해당 시기의 건강 상태나 정책적·사회적 개입은 이후 일생 동안 중요한 영향을 미칠 수 있다. 건강 상태가 나빴거나 만성질환을 경험한 아동은 그렇지 않은 아동에 비해 성인기 건강 관련 문제를 겪을 위험이 높으며, 아동기 건강은 성인기 학업 성취 및 사회경제적 수준에도 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다. 즉 아동기 건강은 그 영향이 오랫동안 지속되는 성질을 지닌다.

불평등의 관점에서 아동 건강은 성인기의 건강 및 삶의 질에 영향을 미친다는 점에서 매우 중요한 의미를 갖고 있다. 우리나라의 건강불평등 문제를 해소하기 위해서는 성인을 대상으로 하는 정책만으로는 불충분하다. 즉 아동기 때부터 ‘공정한 출발’이 이루어질 수 있도록 노력을 기울일 필요가 있다.

특히 발달 취약성(developmental vulnerability), 의존성(dependency), 차별적 이환(differential morbidity), 인구학적 차이(difference in demographics)와 같은 특성은 아동이 성인에 비해 외부 환경과 사회경제적 불평등에 더욱 취약하도록 만든다는 점에서 아동기 건강불평등 문제는 중요하며 사회의 책임도 더 크다고 할 수 있다.

본 연구는 아동기 건강불평등의 의미와 중요성에 비추어 성인기와는 구별되는 아동기 건강불평등 발생 기전을 탐색하고, 건강불평등 현황을 모니터링하기 위한 지표를 제안하고 산출하며, 건강불평등의 관점에서 아동기 건강불평등 관련 정책을 평가하는 것을 목적으로 한다.

2. 주요 연구 결과

아동기 건강불평등 모니터링을 위해서는 아동기의 건강결정요인과 건강불평등 발생 기전, 즉 사회경제적 수준에 따라 계급이 생기고, 계급에 따라 위험 요인에 대한 폭로가 발생하며, 최종적으로 집단 간 건강 격차로 이어지는 과정과 기전을 설명할 수 있는 모델이 필요하다. 본 연구에서는 아동기 건강불평등 발생 기전의 모형을 개발하기 위해 우선 국내 실증 연구들을 검토하여 아동기의 건강결정요인들을 확인하였고, 세계보건기구 조기 아동발달 통합 환경 사정 모델(TEAM-ECD) 등을 참고하였다.

본 연구에서 개발한 아동기 건강불평등 모형은 아동기 건강불평등의 발생 기전에 대해 개념적으로 완성되어 가는 과정으로, 실증 연구로서 검증되지 않은 상태이지만 성인기와는 차별화되는 아동기 건강불평등 발생 기전을 모형화하였다는 데서 그 의의를 찾을 수 있다.

본 연구에서는 아동기 건강불평등 모니터링 지표(안)를 개발하고 델파이 기법을 활용한 전문가 조사를 거쳐 지표의 적절성을 검토하였다. 그 결과 3개 대분류, 15개 영역, 61개 중분류, 157개 세부지표(16개 추가 지표 미포함)에 이르는 아동기 건강불평등 모니터링 지표를 최종 개발하였다. 아울러 개발된 모니터링 지표 중 80% 이상의 전문가 응답률을 보인 25개 지표를 필수 지표로 분류, 산출하여 연도별 추이와 인구집단별, 지역별 불평등 현황과 추이를 모니터링하였다.

본 연구의 아동기 건강불평등 지표 산출 결과 사회경제적 수준에 따라 건강불평등이 발견되었으며, 건강불평등 해소를 위한 중재 개입이 시급한 것으로 나타났다. 현재 흡연율, 격렬한 신체활동 실천율, 아침 식사 결식률, 비만율, 우울감 경험률, 자살 생각 경험률, 자살 시도 경험률 등 거의 모든 지표에서 소득 수준이나 부의 교육수준이 높은 집단에서 더 양호

한 결과를 보였다. 이러한 결과는 이들 문제의 근본적 원인에 다가가기 위해서는 사회구조적인 접근이 필요하다는 점을 강하게 시사하고 있다. 아동기 건강불평등 문제를 해결하기 위해서는 건강불평등을 만들어 내는 경로와 기전에 대한 이해가 우선되어야 하고, 정확한 중재 개입지점과 적절한 문제 접근 방식을 찾아내어야 한다.

그런데 건강불평등의 원인이라 할 수 있는 사회구조적 건강결정요인에 대한 인식이 없다면 문제 해결을 위한 접근 방식이 사후적 보건의교육에만 머무르게 되거나 개인의 행태 개선에만 집중될 수도 있다. 사회경제적 수준에 따른 아동의 건강 격차를 줄이기 위해서는 개인의 지식 부족과 행태를 교정하려는 보건의교육의 관점에 머물기보다는 근원적인 문제 해결을 위한 사회구조적 접근이 수반되어야 할 것이다.

우리나라 아동¹⁾은 11년째 ‘자살’로 가장 많이 사망하고 있다. 본 연구에서도 이를 뒷받침하는 연구 결과가 나타났다. 네 명 중 한 명이 일상생활을 중단할 정도로 우울감을 느끼고 있고, 열 명 중 한 명은 지난 1년 동안 자살을 생각한 적이 있다. 청소년들이 우리 사회의 미래라는 측면에서 이들의 몸과 마음이 아프다는 사실은 결코 간과할 수 없는 문제이다. 특히 우리나라 아동 전반에 걸친 정신건강의 취약성에 더하여 사회경제적 수준에 따른 정신건강의 불평등 문제 역시 사회구조적 접근의 필요성을 시사하고 있다. 이와 같은 문제를 해결하기 위해서는 사회경제적으로 취약한 아동을 대상으로 가족·학교·지역사회의 지지를 강화할 수 있는 여러 가지 활동들이 동반되어야 하며 일반 학생들에게 보편적인 서비스를 제공하되 특히 사회경제적으로 열악한 계층의 아동에게 집중하는 비례주의적 접근이 강하게 요구된다.

본 연구에서는 우리나라에서 시행되고 있는 아동 관련 계획 중 건강 및

1) 본 연구에서는 아동을 만 6~18세의 학령기 아동으로 정의하고 있음.

건강의 사회적 결정요인과 밀접한 관련이 있는 중앙정부의 계획을 고찰하고 취약아동 발굴·연계 사업을 검토해 1) 아동 관련 계획이 사회경제적 불평등 및 건강불평등 완화의 관점을 견지하고, 불평등 완화를 충분히 고려하고 있는지, 2) 아동 관련 계획이 건강의 사회적 결정요인에 대한 정책이나 사업을 다루고 있는지, 3) 취약아동 발굴·연계 사업이 타 정책이나 사업들과 서로 연계되어 역동적이고 적극적으로 취약아동을 발굴하고 서비스를 제공하고 있는지에 대한 해답을 찾고자 하였다.

그 결과 우리나라의 아동 건강 관련 정책의 개선을 위해 다음과 같은 내용을 제안하였다. 첫째, 아동기 건강 관련 정책은 건강불평등 완화를 위한 내용을 포함할 필요가 있다. 다양한 지표에서 아동의 평균 수준을 올리는 것도 중요하지만, 아동 간의 불평등을 완화시키는 것도 정의적 차원·사회통합적 차원·결과적 차원에서 필요하다. 둘째, 안전하고 건강한 생활의 근거가 되는 소득과 주거보장 정책이 포함될 필요가 있다. 아동기의 건강과 성장·발달을 증진하기 위해서는 단지 보건의료 서비스를 제공하는 것을 넘어 건강의 사회적 결정요인을 함께 고려해야 하고, 이는 아동정책에 반영되어야 한다. 셋째, 정책의 성과 지표에 건강불평등 지표를 포함시키고 정기적으로 모니터링해야 한다. 넷째, 건강의 사회적 결정요인에 대한 접근의 필요성과 중요성을 인식하고 통합적 접근을 위한 기반을 조성해야 한다. 건강은 다양한 사회적 요인에 의해 결정되므로, 보건분야 정책만으로는 건강불평등 완화라는 정책 목표에 도달할 수 없다. 또한 현재 건강 관련 계획에서는 학교 및 지역사회의 유해 환경을 개선하는 정책들은 포함되어 있으나, 소득, 돌봄, 교육 등 상위 수준의 사회적 결정요인에 대한 개입은 고려하지 못하고 있는데, 계획 내에서 사회적 결정요인에 대한 개입 기전을 고려하는 것은 매우 중요하다.

3. 결론 및 시사점

아동기는 일상과 관련된 가족, 학교, 지역사회 등을 포함하여 건강 및 건강불평등과 관련된 사회적 결정요인에 대한 관리와 모니터링이 절대적으로 필요한 시기이다. 본 연구는 그동안 학령기 아동에 대해 강조되어 왔던 통상적인 건강행태 개선을 넘어 아동을 둘러싼 환경과 구조에 대한 중재를 논하고, 보다 적극적인 건강불평등 감소 전략을 논의하는 데 의의가 있다.

우리 사회가 발전하면서 아동 권리에 대한 관심과 인식 또한 성장하였으나, 모든 아동이 사회 성장의 혜택을 고르게 누리고 있다고 보기는 어렵다. 최근 최대 현안 중 하나인 사회 양극화의 파편은 노동시장 일선에 있는 성인뿐만 아니라 그 자녀들까지도 피해 가지 않는다. 경제적 박탈과 사회적 배제에 노출된 아동은 성장과 발달이 저하되고 건강 상태에 부정적인 영향을 받을 수 있다. 이는 결과적으로 아동기의 발달과 건강의 불평등 양상을 악화시키며 성인기 이후의 건강불평등에까지 장기적인 영향을 미치게 된다. 이러한 이유로 아동에 대한 사회적 관심과 정책적 보호의 필요성은 점점 높아지고 있으며, 관심과 보호의 영역은 더 넓어질 필요가 있다.

*주요 용어: 아동기, 건강불평등, 사회적 건강결정요인

제 1 장

서론

제1절 연구 필요성 및 목적
제2절 연구 내용 및 방법

제1절 연구 필요성 및 목적

아동기는 다른 생애주기에 비해 사망, 질병 발생이 가장 적은 시기이지만 해당 시기의 건강 상태나 정책적·사회적 개입은 이후 일생 동안 중요한 영향을 미칠 수 있다(김명희, 전경자, 서상희, 2011; Viner et al., 2012; 김미영, 박미석, 2016, p. 1). 건강 상태가 나빴거나 만성질환을 경험한 아동은 그렇지 않은 아동에 비해 성인기 건강 관련 문제를 겪을 위험이 높으며, 아동기 건강은 성인기 학업 성취 및 사회경제적 수준에도 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다. 즉 아동기 건강은 그 영향이 오랫동안 지속되는 성질을 지닌다(Turney et al., 2013; 김미영, 박미석, 2016, p. 1).

불평등의 관점에서 아동 건강은 성인기의 건강 및 삶의 질에 영향을 미친다는 점에서 매우 중요한 의미를 갖고 있다. 우리나라의 건강불평등 문제를 해소하기 위해서는 성인을 대상으로 하는 정책만으로는 불충분하며(김명희 외, 2011, p. 33), 아동기부터 ‘공정한 출발’이 이루어질 수 있도록 노력을 기울일 필요가 있다.

하지만 아동기 건강불평등 문제에 대한 연구나 사회적 논의는 그 중요성이나 필요성에 비해 충분하지 않은데(김명희 외, 2011, p. 32), 아동기는 생애 동안 건강수준이 가장 양호한 시기로 간주되어 보건학이나 의학 연구에서 많이 다루어지지 않았고 또한 사회경제적 위치 측정에 흔히 이용되는 소득, 직업, 학력 같은 변수들을 아동기에는 적용하는 것이 적합

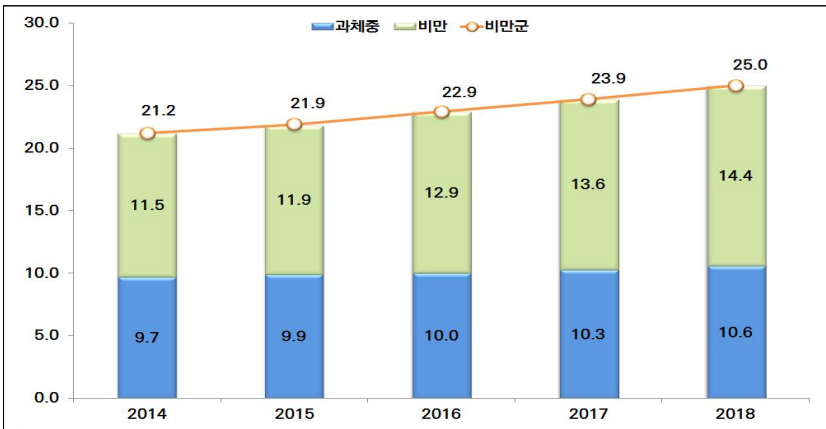
하지 않아 불평등 현상을 평가하는 것 자체가 쉽지 않기 때문이었다(김명희 외, 2011, p. 32).

그러나 “발달 취약성(developmental vulnerability), 의존성(dependency), 차별적 이환(differential morbidity), 인구학적 차이(difference in demographics)” 등 아동기의 특성은 아동을 사회적 건강결정요인이나 사회경제적 불평등에 더욱더 민감하게 만드는 요인이 되기 때문에 아동기 건강불평등 문제 또한 사회적인 이슈로 접근해야 할 필요가 있다(김명희 외, 2011, p. 33 재인용).

최근 우리나라 아동의 성장·발달 상태는 좋아지고 있으나 건강의 질은 점차 나빠지고 있다. 교육부(2019, p. 2) 발표에 의하면 아동의 신장과 체중은 증가하고 있으나 상대적으로 비만 아동 비율 또한 늘고 있는 것으로 나타났다. 아울러 패스트푸드 섭취나 아침 식사 결식 비율은 증가하는 반면, 우유나 유제품 섭취율은 감소하였다.

[그림 1-1] 연도별 학생 비만율

(단위: %)



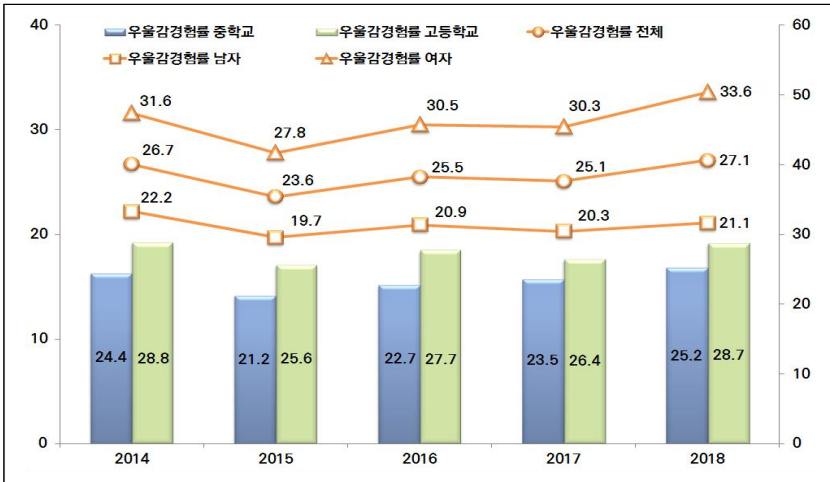
자료: 교육부. (2019. 3. 26.). 2018년도 학생 건강검사 표본통계 발표-초중고생 신체발달 상황, 건강생활 실천정도, 주요 질환 등 분석-. 교육부 보도자료, p. 3.

(<https://www.moe.go.kr/boardCnts/view.do?boardID=294&boardSeq=77144&lev=0&searchType=null&statusYN=W&page=1&s=moe&m=020402&opType=N>)에서 2019. 9. 1. 인출.

교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2018)에서도 청소년 흡연, 음주, 신체활동, 손상 및 안전 의식 등 건강행태 개선은 둔화되거나 오히려 악화되는 것으로 보고하고, 이와 함께 학업이나 입시 경쟁으로 인한 스트레스로 우울감 경험률이나 자살률은 매우 높은 것으로 보고하고 있어 아동 건강증진을 위한 투자 필요성은 매우 크다고 할 수 있다.

[그림 1-2] 연도별, 성별, 학교별 학생 우울감 경험률

(단위: %)



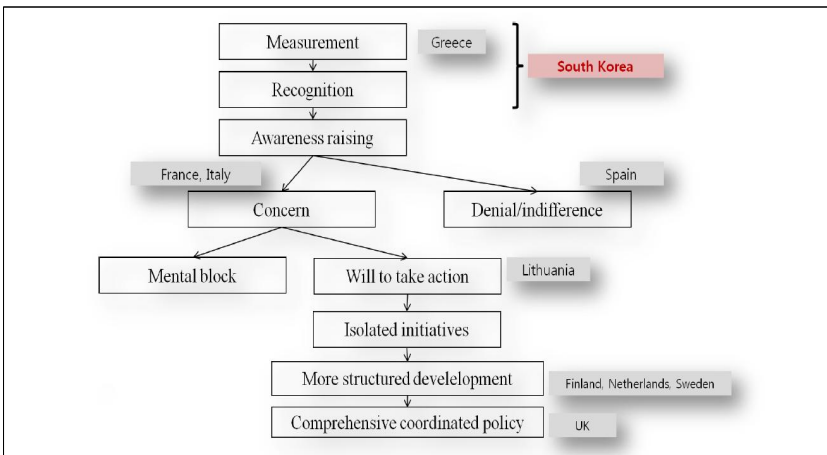
자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 제14차(2018년) 청소년건강행태조사 통계. pp. 204-207 재구성.

아동 건강은 전 생애의 삶을 평등하게 살아갈 수 있는 기초 자원이다. 아동기는 신체적, 정신적으로 빠르게 성장하는 시기임은 물론 이 시기의 건강이 나머지 생애주기 동안 영향을 미치게 되므로 전반적인 삶의 질에 있어서도 중요한 시기이다(김성희, 이자영, 2006; 권세원, 이은정, 2014, p. 53 재인용). 그렇기 때문에 아동에 대한 보편적인 건강 보호와 함께 사회경제적으로 취약한 아동에 대해서는 취약성에 비례하여 추가적인 개입이 필요하다.

14 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

화이트헤드(Whitehead, 1998)는 ‘유럽 사회에서 전개되었던 건강불평등 담론의 확장과 쇠퇴의 과정 사례 연구’ 결과를 발표하면서, 국가별로 건강불평등에 대응하는 유형을 정리하였는데 그 결과를 통해 대부분의 사례 국가들은 건강불평등 현상을 ‘측정’하는 것에서부터 불평등에 대해 대응하였음을 알 수 있었다(김동진 외, 2018, p. 26 재인용).

[그림 1-3] 건강불평등 대응의 스펙트럼



자료: Whitehead M. (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Mibank Quarterly*, 76(3), p. 471; 김동진, 최지희, 이정아, 배정은, 김창엽, 박유경, ... 민동후. (2018). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. p. 27 재인용.

이러한 사례에 비추어 보았을 때, 우리나라의 아동 건강불평등에 대응하기 위한 첫 번째 단계 역시 아동 건강불평등의 현황과 추이에 대한 측정이 되어야 할 필요가 있다.

본 연구는 아동기 건강불평등의 의미와 중요성에 비추어 성인기와는 구별되는 아동기 건강불평등 발생 기전을 탐색하고, 건강불평등 현황을 모니터링하기 위한 지표를 제안하고 산출하며, 건강불평등의 관점에서 아동기 건강불평등 관련 정책을 평가하는 것을 목적으로 한다.

제2절 연구 내용 및 방법

1. 주요 연구 내용

본 연구는 우리나라 아동 건강불평등 모니터링을 위해 크게 세 가지의 세부 연구 내용으로 구성하였다. 첫 번째, 아동기 건강결정요인을 탐색하고 아동 건강불평등 발생 기전 모형을 개발하였다. 두 번째, 아동 건강불평등 모니터링 지표를 구성하고 전문가 조사를 통해 지표를 확정하였다. 세 번째, 우리나라 아동 건강 관련 정책을 선정하여 그 의의와 한계를 평가하였다.

[그림 1-4] 주요 연구 내용



자료: 본 연구진이 작성함.

2. 주요 연구 방법

아동기 건강불평등 발생 기전 모형과 아동기 건강불평등 모니터링 지표를 개발하고, 아동기 건강불평등 관련 정책을 평가하고자 하는 본 연구의 목적을 달성하기 위해 다음과 같은 연구 방법을 사용하였다.

□ 선행연구 고찰

- 아동 건강수준 및 건강불평등 관련 국내외 선행연구 고찰
- 아동 건강결정요인에 대한 국내외 문헌 고찰
- 아동 건강불평등 발생에 영향을 미치는 요인 및 발생 기전에 대한 국내외 문헌 고찰

□ 전문가 자문 및 설문 조사

- 아동의 주요 건강 문제 및 건강결정요인에 대한 자문
- 아동 건강불평등 영역 및 세부지표에 대한 설문 조사

□ 2차 자료 분석

- 아동 건강 관련 지표 생산을 위한 국내 가용 자료원 수집
- 아동 건강 관련 2차 자료 분석
 - 교육부, 보건복지부, 질병관리본부: 청소년건강행태조사
 - 통계청: 한부모가구실태조사(마이크로데이터), 초중고 사교육비조사(마이크로데이터 및 국가통계포털), 가계동향조사(국가통계포털), 인구주택총조사, 전국예방접종률현황(국가통계포털), 국가수준학업성취도평가(e-나라지표), 사망원인통계
 - 한국보건사회연구원: 빈곤통계연보, 아동종합실태조사

□ 관련 제도 및 정책 분석

- 아동 건강에 영향을 미치는 정책 및 제도에 관한 국내외 제도 및 정책 수집, 정리

3. 본 연구의 차별성 및 기대 효과

가. 본 연구의 차별성

아동기 건강의 중요성에도 불구하고 불평등의 관점에서 아동 건강을 조망한 연구들은 그리 많지 않으며, 지금까지 이루어진 일부 연구들도 아동의 건강불평등을 종합적으로 관찰하지 못하였다. 특히 성인기와는 다른 아동기 건강불평등 발생 기전을 규명하거나 건강불평등 완화 정책의 근거가 될 수 있는 기초 통계조차 부족한 실정이다. 본 연구는 그 중요성에도 불구하고 한국 사회에서 아동기 건강불평등이 학술과 정책 영역에서 본격적으로 다루어지지 못했다는 문제의식에서 시작하였다.

본 연구는 아동의 건강을 폭넓게 정의하여 건강불평등 현황을 파악하고자 하며, 다양한 자료원을 활용하여 불평등의 관점에서 우리나라 아동의 건강불평등 현황을 종합적으로 정리한다는 점에서 차별성이 있다. 특히 아동기 건강불평등 발생 기전을 처음으로 모형화하였고 이를 바탕으로 아동 건강불평등 모니터링에 필요한 세부지표를 구성하였다. 나아가 아동 건강불평등 발생 기전을 탐색하고 이와 관련된 제도 및 정책을 파악하여 아동 건강불평등 해소를 위한 정책 방향을 제언하는 것 또한 다른 연구와는 차별되는 본 연구의 특징이라고 할 수 있다.

나. 기대 효과

본 연구를 통해 건강불평등의 관점에서 아동 건강의 의미와 중요성을 재조명하고, 관련 논의에서 소외되어 왔던 우리나라 아동 건강불평등의 문제적 현황을 밝힘으로써 아동 건강불평등에 대한 학술적 관심을 촉발할 수 있다.

아울러 통상적으로 아동의 건강행태 개선을 위해 교육적 접근 방식에 집중하였던 기존의 정책이나 사업과는 달리 본 연구는 아동을 둘러싼 환경과 구조적 요인에 대한 중재 필요성을 역설하고 있다. 본 연구를 통해 향후 보다 적극적이고 포괄적인 아동 건강 정책을 수립하기 위한 정책의 창이 마련될 것을 기대한다.

제 2 장

이론적 배경

제1절 아동기 연령 구분

제2절 생애 과정 관점과 인권으로서 아동 건강

제3절 아동기 건강결정요인

2

이론적 배경 <<

제1절 아동기 연령 구분

한국의 공적 아동 보호 체계의 주관 부처는 보건복지부와 여성가족부
로 분리되어 있다. 이는 국제연합(UN) 아동권리협약에서 아동을 만 18세
미만의 사람으로 구분하고 대부분의 국가에서 이와 같은 연령 기준을 준
용하고 있지만, 한국의 경우 해당 연령의 정책 대상을 아동과 청소년으로
발달 단계에 따라 구분하고 있기 때문이다(류정희 외, 2015, p. 67).

구체적으로 살펴보면 <표 2-1>에 제시된 바와 같이 아동과 청소년이
법적 규정에 따라 또는 법률 적용 대상의 연령에 따라 구분되고 있다. 아
동복지법에서 아동은 만 18세 미만의 사람으로, 민법에서 미성년자는 18
세 미만의 자로 규정되어 있다. 그런데 청소년기본법과 청소년복지지원
법 그리고 청소년활동진흥법 및 청소년보호법 등은 이와 상이한 기준으
로 청소년의 연령을 규정한다(류정희 외, 2015, p. 67).

<표 2-1> 관련 법령에 나타나는 한국의 아동 및 청소년 연령 기준

법률	연령 범위	0~5세	9세	13세	17세	18세	24세
영유아보육법	(영유아) 6세 미만						
아동복지법	(아동) 18세 미만						
실종 아동 등의 보호 및 지원법	(실종 아동) 14세 미만						
청소년기본법	(청소년) 9~24세 이하						
청소년보호법	(청소년) 만 19세 미만						
소년법	(소년) 19세 미만						
민법	(미성년자) 18세 이하						

자료: 류정희, 박세경, 이주연, 박지윤, He Lijun, Morita Akemi, Yu Jianming. (2015). 저출산
극복을 위한 아동보호체계 국제비교 연구-한중일 비교를 중심으로. p. 68.

또한 아동의 발달 상태에 따라 초기(0~6세), 중기(~12세), 후기(~18세)로 구분 가능한데, 본 연구에서는 초기 아동기를 제외한 만 6~18세의 학령기 아동을 연구 대상으로 설정하였다. 그 이유는 초기 아동을 연구 대상에 넣을 경우 건강결정요인으로 산전, 산후 관리 등을 포함하여야 함에 따라 정책적인 개입지점이 학령기 아동과는 구분될 필요가 있기 때문이다.

제2절 생애 과정 관점과 인권으로서 아동 건강

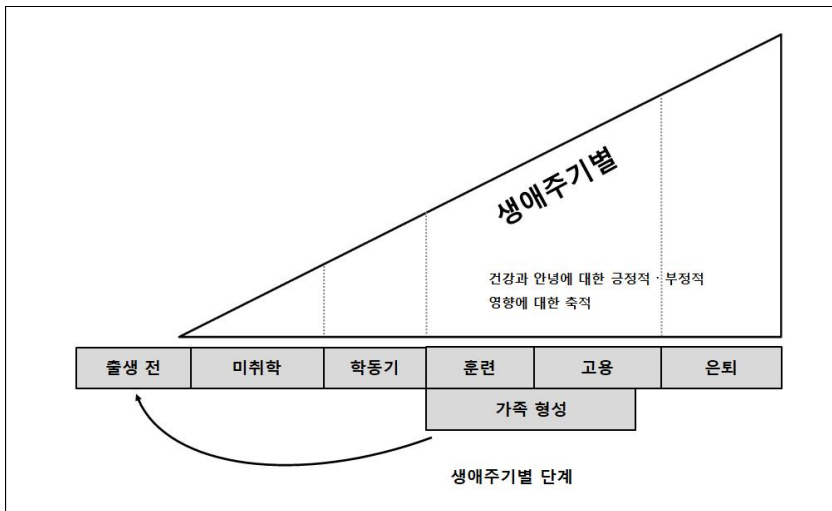
1. 생애 과정 관점에서 아동 건강의 중요성

그동안 아동기 건강불평등 문제에 대한 학술적 관심은 그 자체보다 성인기 건강불평등과의 연관성 속에서 커졌다고 볼 수 있다. 즉 성인기에서의 건강 문제에 대한 사후적 중재 개입에 드는 비용에 비해 아동기에서의 사전 예방 활동이 훨씬 경제적이라고 알려져 있는데, 이러한 관점의 연속선상에서 성인기 건강불평등에 대응하기 위해서는 아동기에서부터 건강불평등 발생을 예방하는 것이 훨씬 효과적일 수 있기 때문이다. 특히 아동기에 습득된 건강 행동들은 이후의 생애 과정에 누적적으로 영향을 미칠 수 있다는 점에서 아동기의 중요성이 강조되고 있다.

영국의 건강형평성 정책의 틀을 마련한 마멋(Marmot)은 마멋 리뷰(Marmot, 2010)에서 영국의 건강불평등 정책 목표를 생애주기별로 검토할 필요성을 다음과 같이 기술하고 있다. “개인의 발달은 출생부터 사망까지 이루어진다. 발달에 대한 사회적·생물학적 영향은 유전적 측면에서 수정(conception) 또는 그보다 일찍 시작된다. 이러한 영향은 출생 시 아이의 건강에 영향을 미치는 임신을 통해 축적된다. 출생 당시부터

개인은 사회, 경제적, 심리적 및 환경적인 다양한 경험에 노출된다. 이러한 경험은 삶의 미취학, 취학, 고용, 가족 구성 및 퇴직 등의 여러 단계를 거치면서 변화한다. 축적된 영향과 상호작용은 차후에 개인의 안녕, 건강, 행태 및 사회적 발달에 큰 영향을 미친다. 효과들은 자아 존중감, 삶의 기술 및 탄력성 증가와 같은 자신을 보호하는 방식으로 발현되거나 사회적 기술을 약화시키고 자존감을 파괴하는 것과 같은 위험한 방식으로 나타날 수 있다.”(정최경희, 김명희, 하랑경, 김미란, 2018, p. 38)

[그림 2-1] 효과의 축적과 생애주기별 단계



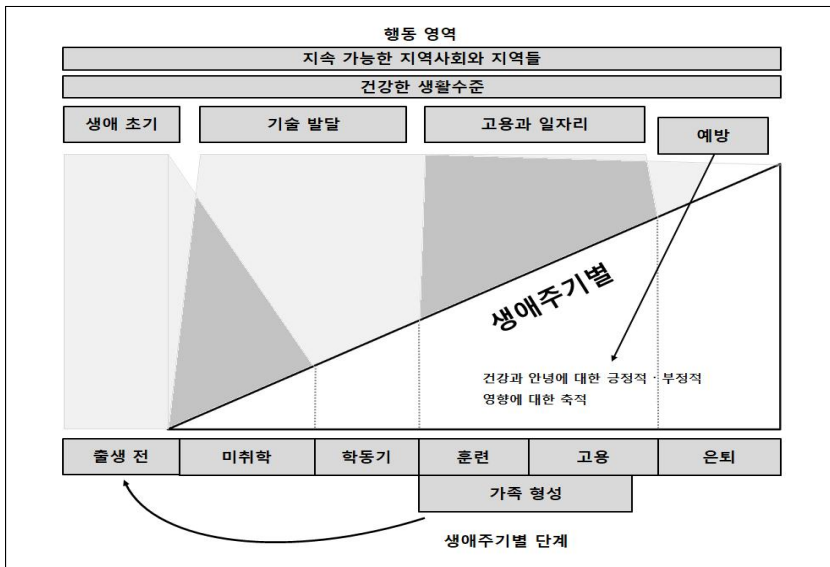
자료: Marmot, M. (2010). Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. p. 42; 정최경희, 김명희, 하랑경, 김미란. (2018). 생애주기별 건강격차 해소를 위한 서울시 정책 및 사업 분석 연구. 서울: 서울시 공공보건의료재단. p. 38 재인용.

나아가 마멋(Marmot)은 생애에 걸쳐 나타나는 건강의 효과를 적절히 중재하기 위해서는 생애주기별로 적절한 중재가 필요하다고 지적하고 있다. “이론적 틀에서 언급된 정책 목적을 지지하는 논리는 생애주기의 각

24 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

단계에 걸쳐 조치들이 수행된다는 것이다. 사회적 결정요인이 개인에게 영향을 미칠 때, 부정적 효과는 최소화하고 긍정적인 효과를 극대화시키는 것이다. 생애주기의 특정한 단계에서는 초기 생애, 고용 및 일자리에 영향을 미치는 몇 가지 요인 및 조치들에 초점을 맞춘다. 여러 단계를 거쳐 기술 발달이 이루어지고, 지속 가능한 지역사회 및 지역들과 건강한 생활수준 제공에 대한 목적들은 다른 방식들로 영향을 미치지만, 모든 생애주기별 단계에 영향을 준다. 또한 각 생애주기의 이전 단계에서 이미 축적된 부정적인 사회적 결정요인의 영향으로 건강이 악화될 위험을 방지한다. 이것은 노년층을 포함한 현대의 건강과 안녕을 증진시킬 필요가 있다는 것을 의미한다.”(정최경희 외, 2018, p. 39)

[그림 2-2] 생애주기별 전반에 걸친 조치들



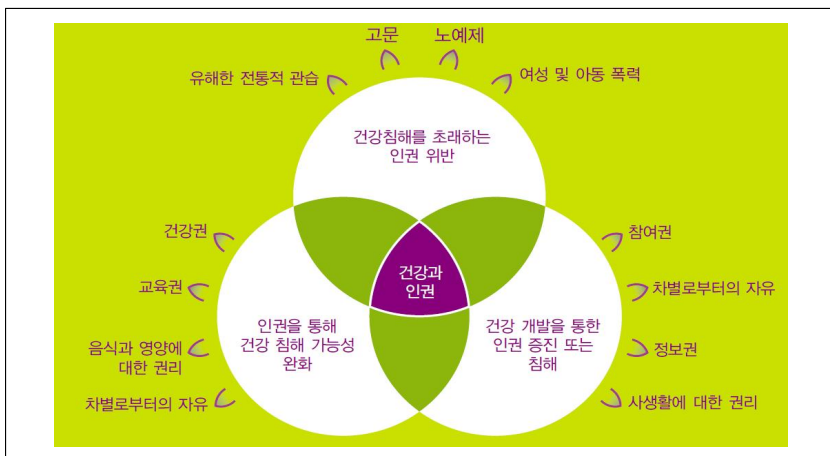
자료: Marmot, M. (2010). Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. p. 42; 정최경희, 김명희, 하랑경, 김미란. (2018). 생애주기별 건강격차 해소를 위한 서울시 정책 및 사업 분석 연구. 서울: 서울시 공공보건의료재단. p. 39 재인용.

2. 인권으로서 아동 건강의 중요성

앞서 설명한 ‘생애 과정 관점(life course perspective)’을 아동기에 국한시켜 생각했을 때, 자칫 성인기 건강불평등 때문에 아동기 건강불평등이 중요하다는 오해를 낳을 수도 있다. “아동기는 성인이라는 목표 지점에 도달하기 위해 지나쳐야 할 정거장들이 아니라 그 자체로 고유한 인권 주체”이므로, 아동기 건강불평등 문제를 다룰 때에도 보편적이고 절대적인 인권의 개념이 강조될 필요가 있다(김명희 외, 2011, p. 33).

국가인권위원회, 세계보건기구(WHO: World Health Organization) (2002)에서는 건강과 인권의 연계 사례를 ‘건강 침해를 초래하는 인권 위반’, ‘인권을 통해 건강 침해 가능성 완화’, ‘건강 개발을 통한 인권 증진 또는 침해’의 세 가지 측면에서 바라보고 있는데, 이 중 아동 폭력, 아동의 건강을 해치는 유해한 전통적 관습, 교육권, 음식과 영양 등이 아동과 관련된 연계 사례로 볼 수 있다.

[그림 2-3] 건강과 인권의 연계 사례



자료: 국가인권위원회, WHO. (2002). 건강과 인권에 관한 25가지 질문과 답변. p. 8.

이와 함께 국가인권위원회, WHO(2002)에서는 건강과 인권의 통합을 위해 건강에 대한 권리 기반적 접근(rights-based approach)을 강조하고 있다. “건강에 대한 권리 기반적 접근은 해당 인구집단의 개별적 특성을 인정하는 것이 필요하다. 가령 아동과 관련하여 조치가 이루어지는 모든 경우에는 아동권리협약의 주요 원칙들이 적용되어야 한다.”라고 하였으며 이에 따라 아동의 최대 이익이 최우선적으로 고려될 것과 아동의 견해가 적절하게 반영될 것을 주장하고 있다(국가인권위원회, WHO, 2002, p. 16).

유엔의 ‘아동권리협약’ 제2조 제1항에서는 “협약의 당사국은 아동이나 그 부모, 후견인의 인종, 피부색, 성별, 언어, 종교, 정치적 의견, 민족적·인종적·사회적 출신, 재산(소득), 장애 여부, 태생, 신분 등의 차별 없이 이 협약에 규정된 권리를 존중하고, 모든 아동에게 이를 보장해야 한다”라고 규정하고 있다(국가인권위원회, 2018, p. 3). 나아가 아동권리협약 제24조 제1항에서는 아동의 건강권과 관련해 “당사국은 아동이 최상의 건강수준을 유지할 권리와 질병 치료 및 건강 회복을 위한 시설을 이용할 권리를 인정한다. 이와 관련해 보건의료 서비스 이용에 관한 아동의 권리가 침해되지 않도록 노력해야 한다”라고 규정하고 있다(국가인권위원회, 2018, p. 143).

아동권리협약에서 강조하고 있는 ‘건강권’은 아동이 도달 가능한 최상의 건강수준을 누리고 보건 서비스를 받을 수 있는 권리를 의미하며, 이를 위해 국가에서는 “유아와 아동의 사망률을 낮추기 위한 조치, 아동에게 필요한 의료 지원과 건강 관리를 보장하기 위한 조치, 쉽게 이용 가능한 기술과 영양식, 깨끗한 식수를 제공하여 질병 및 영양실조를 퇴치하기 위한 조치, 출산 전후 산모의 건강 관리를 보장하는 조치”(국가인권위원회, 2018, p. 146) 등을 실시할 것을 권고하고 있다.

최근 우리나라의 최대 현안 중 하나인 사회 양극화는 노동시장 일선에 있는 성인뿐만 아니라 그 자녀들까지도 피해 가지 않는다. 사회 양극화로 인한 경제적 불평등이 교육에서 양극화 현상을 초래하고, 교육 양극화는 경제적 불평등을 공고히 하면서 불평등 구조가 악순환되는 현상이 나타나고 있다(손수민, 2013, p. 69). 비단 교육의 불평등뿐만 아니라 경제적 박탈과 사회적 배제에 노출된 아동은 성장과 발달이 저하되고 건강 상태에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 이는 우리 사회가 아동에 대한 관심과 정책적 보호의 필요성을 보다 강조해야 할 이유다.

제3절 아동기 건강결정요인

1. 아동기 건강결정요인

아동기 건강에 영향을 미치는 요인은 주로 개인적 요인, 가정 요인, 학교 요인, 국가 및 지역사회 개입 요인으로 구분하고 있다(이자형, 2015, pp. 6-11).

〈표 2-2〉 아동기 건강에 영향을 미치는 요인

요인	내용
개인 특성과 건강 행동 요인	성별, 연령, 개인 시간 활용, TV 시청 및 게임 시간, 수면, 흡연, 음주 및 기타 마약 복용, 성 문제, 다이어트 행동, 신체활동, 의도적 이거나 의도하지 않은 부상 유발 행위, 유해 식품 섭취, 스트레스
가정 환경 요인	빈곤 및 결핍, 부모의 교육수준, 모의 근로 시간, 한부모, 조손가정
학교 요인	신체활동 프로그램, 건강증진 프로그램, 급식, 건강 교육
국가와 지역사회 요인	빈곤, 교육, 실업 등과 관련된 국가 및 지역사회 정책, 각종 사회복지 정책(무상 진료 프로그램 등)

자료: 이자형. (2015). 아동·청소년의 건강불평등과 교육적 과제. 부산교육 이슈페이퍼, 2, pp. 6-11.

개인적 요인으로는 성별, 연령과 같은 기본 특성, 개인 시간 활용, 건강 행동 등이 있으며, 이는 학생의 건강과 밀접한 관련을 맺고 있다. 최근에는 TV, 컴퓨터, 스마트폰 등에 대한 노출 시간 등이 전통적인 불건강 행동인 흡연, 음주, 패스트푸드 섭취, 아침 식사 결식, 학업 스트레스 등과 구분되어 영향력이 규명되고 있다(이자형, 2015, pp. 6-7).

가정 환경 요인으로는 가정의 박탈 수준이나 빈곤, 그리고 부모의 교육 수준이 지목되고 있다. 특히 부모의 교육수준과 관련하여서는 대체적으로 부모의 교육수준과 아동의 건강수준이 반비례하는 것으로 나타나고 있는데, 일부 연구에서는 어머니의 교육수준이 높을 경우 노동시장에 진입할 가능성이 크고 이는 상대적 돌봄 시간 부족으로 이어져 아동의 건강에 부정적 영향을 미치는 것으로 보고하고 있다. 아울러 취약한 가정 환경이 아동 건강에 부정적으로 작용하는 것은, 이런 환경에서 가정의 위생 상태가 좋지 않고 부모의 양육 행동이 부정적일 가능성이 높으며 식습관 등에서 건강 위험 행동의 가능성이 더 크기 때문으로 분석하고 있다(이자형, 2015, p. 7).

특히 아동은 보편적으로 교육을 마치고 경제적으로 독립하기까지 가정에 대한 의존성을 가지기 때문에 아동의 건강을 논할 때 부모의 사회경제적 수준, 가정 환경에 대한 고려가 필수적이다(최연희, 김정희, 2015, p. 67). 아동기 건강에 영향을 미치는 대표적 요인인 가정 체계 요인에는 가구소득, 부모의 교육수준 및 고용 상태, 가구형태, 주거 형태, 보호자의 건강 등 외형적 요인뿐만 아니라 양육 태도, 가족 응집성, 사회적 지지와 같은 심리적 요인까지 포함된다(김미영, 박미석, 2016, p. 518).

아울러 이자형(2015, p. 9)은 학교가 아동의 신체활동을 촉진함으로써 건강을 증진할 수 있는 기반이 되고 있음을 강조하고 있는데, 이 외에도 학교에서 제공되는 각종 프로그램과 급식을 비롯한 서비스는 특히 가정

환경이 열악한 아동의 건강을 보호하는 완충 역할을 해 주는 것으로 해석할 수 있으며, 마찬가지로 지역사회와 국가가 제공하는 서비스도 개인이나 가정 차원에서의 취약성을 보완해 주는 역할을 함으로써 그 중요성을 인정받을 수 있다.

2. 아동기 건강 및 건강불평등 현황

아동기의 건강불평등 실태를 분석한 국내 실증 연구들은 성인기 연구들에 비하면 양적 측면에서 매우 부족하다. 중요한 사회적 결정요인에 해당하는 ‘빈곤’이 아동에게 미치는 영향, 즉 취약계층으로서 빈곤 아동에 대한 연구는 상당히 많다. 비슷한 맥락에서 학대·방임, 학교 밖 아동, 비행 아동, 범죄 피해자 등 여러 취약집단의 신체적·정신적 건강과 경험을 설명하는 연구들 또한 그 규모가 작지 않다. 이뿐만 아니라 개인의 행태와 관련하여 건강결과 또는 질병 상태를 파악한 연구도 상당하다. 그러나 WHO의 건강의 사회적 결정요인 위원회(CSDH: Commission on Social Determinants of Health)(2008)가 강조한 “일부 취약집단에 한정하는 것이 아닌 불평등 전체의 기울기를 고려한” 연구는 드문 편이다. 심지어 ‘건강불평등’ 또는 ‘건강형평성’이라는 용어가 제목에 표기된 논문들조차도 특정 취약집단이 아닌 불평등 전체의 기울기 관점을 채택한 경우는 많지 않았다.

연구를 분류하는 방식은 여러 가지가 있겠지만, 그동안 국내 아동기 건강불평등 연구들을 사망 및 손상, 건강행태, 구강건강, 주관적 건강, 정신건강, 성장·발달 및 삶의 질, 기타 건강 지표에 따라 다음과 같이 구분하여 요약할 수 있다. 검토에 포함된 논문들은 우선 ‘아동’, ‘청소년’, ‘건강불평등’ 같은 핵심어를 통해 선별하고, 주요 건강 지표 결과가 포함된 것

을 채택하되, 빈곤층 등 일부 취약집단에만 한정된 것이 아닌 불평등 전체의 기울기를 고려한 연구에 초점을 두었다.

가. 사망 및 손상

모든 연령 계층에서 이환과 사망은 가장 극적인 건강결과이다. 1995년부터 2010년 출생 코호트를 추적 조사한 연구에 따르면, 이 기간에 태어난 출생아들의 영아 사망률을 1995~1998년, 1999~2002년, 2003~2006년, 2007~2010년으로 4년씩 묶어 기간별로 보았을 때, 전 구간에서 부모의 학력이 낮을수록 영아 사망률이 높았다. 특히 부모 학력이 중학교 졸업 이하인 경우 대학교 졸업 이상 집단과 영아 사망률 격차가 컸다. 모성의 고용 상태에 따른 결과를 살펴보면, 1995~1998년에는 블루칼라 노동자 집단에서의 영아 사망률이 가장 높았지만 2007~2010년에는 블루칼라 노동자와 비경제활동인구인 경우에 영아 사망률이 가장 높았다. 아버지의 경우 전반적으로 고용 상태가 비경제활동일 때 영아 사망률이 가장 높았다. 출생아들의 영아 사망률은 관찰 기간 동안 전반적으로 감소하는 추이를 보였다(1995~1998년 1000명당 2.2명, 1999~2002년 1.8명, 2003~2006년 1.7명, 2007~2010년 1.4명). 각 관찰 기간 동안 영아 사망률 추이는 부모의 교육수준을 제외하고는 거의 모든 변수들에서 감소하는 경향을 보였다. 다만 모성의 교육수준에 따른 영아 사망률 격차는 오히려 증가하는 경향을 보였다(박혜정, 손미아, 2015, pp. 277-284).

1995년부터 2004년까지의 출생 기록과 사망 기록을 연계하여 암으로 사망한 아동 총 1102명을 추적 조사한 연구에서도, 부모의 학력이 낮거나 직업 계층상 육체직 종사 노동자이거나 비경제활동인구로 분류되는 경우 아동의 암 사망률이 더 높게 나타났다. 다만 불평등의 정도는 5세 이

후 감소했다(Son, Kim, Oh, Kawachi, 2011, pp. 108-115).

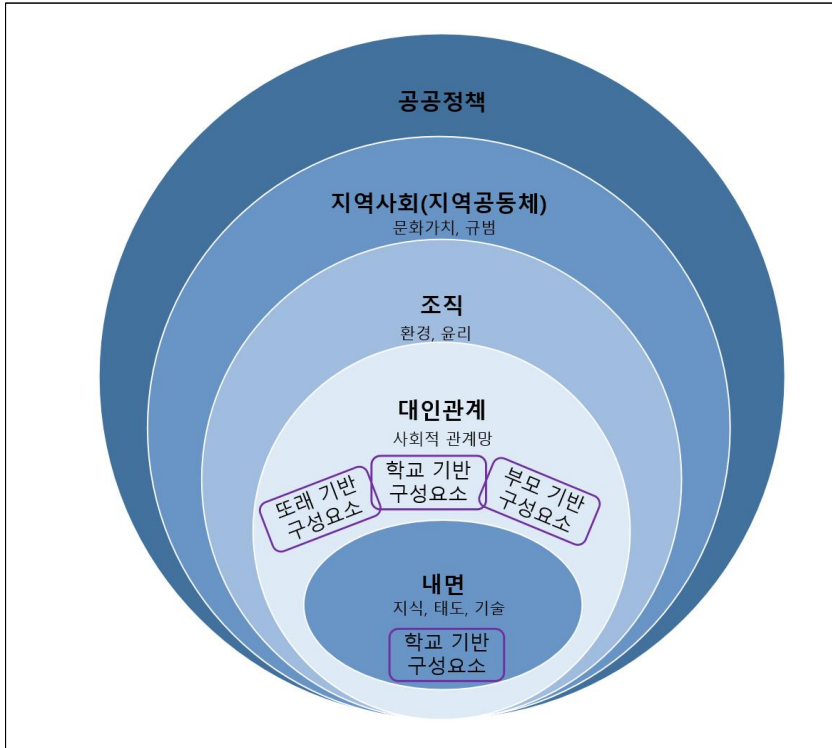
영아 사망률이나 암 사망률뿐 아니라 손상으로 인한 사망 역시 부모의 학력이나 직업 지위가 낮을수록 위험이 큰 것으로 나타났다. 그리고 중소 도시나 농촌 지역에서 손상으로 인한 사망 위험이 높았다(Hong, Lee, Ha, Park, 2010, p. 318).

아동의 손상 발생을 다룬 또 다른 연구에서는 13~15세 아동의 경우 학교 외부에서의 손상 발생률이 학교 내부에서의 발생률보다 높았다. 여자 아이들은 도시보다 농촌 지역에서, 학교 외부에서 손상 발생률이 높았다(Ahn et al., 2019, pp. 5-8).

우리나라는 경제협력개발기구(OECD) 국가들 중 자살 사망률 1위이며, 우리나라 10대 청소년의 주요 사망 원인 또한 자살이다(통계청, 2019, p. 17). 그럼에도 자살을 예방하기 위한 정신건강 연구와 근거 기반 개입은 여전히 제한적이다. Kwak, Ickovics(2019)는 자살 예방을 위해서는 개인적 차원을 넘어 다수준 접근이 가능한 사회생태학적 접근의 사회적 개입이 필요함을 강조하고 있다([그림 2-4] 참조). 손신영(2014), 이규영(2015)은 청소년건강행태온라인조사를 활용해 청소년의 자살 생각·계획·시도에 영향을 미치는 요인을 파악하였으며, 가구소득 수준 및 부모와의 동거 여부가 자살 관련 행위에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

한편 아동 손상·사망에서의 불평등 발생 기전을 밝히는 연구는 좀처럼 찾아보기 어려웠다. 이는 아마도 사망 자료에서 성인과 달리 아동의 사회경제적 위치 지표를 직접 확인할 수 없고, 손상과 사망에 이르기까지의 기전을 개인 수준에서 파악할 수 있는 자료가 불충분하기 때문인 것으로 보인다.

[그림 2-4] 사회생태학적 모형



자료: Kwak, C. W., J. R. Ickovics. (2019). "Adolescent suicide in South Korea: Risk factors and proposed multi-dimensional solution.", *Asian J Psychiatr*, 43, p. 151.

요약하자면 아동의 손상사망은 부모의 소득, 교육수준, 직업처럼 부모의 사회경제적 지위에 따라 두드러진 불평등 결과를 보인다. 이는 아동기 손상사망의 불평등이 부모로 대변되는 가구 수준의 사회경제적 환경 혹은 농촌·도시의 격차로 표현되는 지역사회 발전 수준에 크게 영향을 받는다는 점을 시사한다.

나. 건강행태

1) 흡연 및 음주

한국 청소년 흡연율은 2011년부터 점차 감소했다가 2016년부터 다시 증가세를 보이고 있다. 2011년 6.5%였던 흡연율은 2018년 현재 3.7%로 줄었다. 남자 청소년의 흡연율이 여자 청소년의 흡연율보다 높기는 하지만 지속적으로 감소해 2011년 17.2%였던 흡연율이 2018년 현재 9.4%까지 줄어들었다. 반면 여자 청소년은 2011년 12.1%에서 2016년 6.3%까지 감소했다가 2018년 현재 6.7%로 다시 반등하는 경향을 나타내고 있다. 음주율은 2018년 현재 16.9%로 2016년 15%에 비해 증가했는데, 최근 2년간 증가세를 보이고 있다. 남자 청소년의 음주율은 2018년 현재 18.7%로 여자 청소년 14.9%보다 높고, 고등학생(남 26.6%, 여 21.5%)이 중학생(남 9.5%, 여 7.4%)에 비해 높다.²⁾

한국의 19세 이상 성인 흡연자는 대부분 청소년기에 흡연을 시작한 것으로 알려져 있다. 남성의 경우 전체 흡연 인구의 50%가 19세가 됐을 때 이미 흡연을 경험했고, 여성 흡연자의 31%는 20세 이전에 흡연을 시작했다(Ko, Jung, 2013, pp. 21-22). 청소년기 흡연은 성인기 건강뿐 아니라 사망에도 영향을 미친다. 고숙자, 정영호(2013, p. 24)는 2010년 현재 18세인 학생들이 55세가 될 때까지 흡연으로 인한 누적 사망자 수를 추정했는데, 전체 누적 사망자의 13.4%가 흡연에 기인한 것이었다. 또한 65세까지는 전체 누적 사망자의 21.2%, 75세까지는 27.0%가 흡연으로 사망하게 될 것으로 추정했다. 이처럼 청소년기 흡연은 현재의 건강뿐 아

2) 통계청. e-나라지표.
(http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2829)에서 2019. 8. 17. 인출.

나라 생애 과정 전체에 걸쳐 건강 상태에 영향을 미치며, 성인기의 질병과 사망으로 이어진다.

청소년 흡연은 부모의 교육수준, 가정의 경제상태, 지역사회 수준 등에 따라 격차를 보였다. 남자 청소년은 FAS(가구 풍요도)에 따라 매일 흡연에 차이가 있었고, 여자 청소년은 FAS 점수에 따라 흡연 경험, 매일 흡연에 차이가 있었다. 또한 아버지의 학력이 고졸 혹은 중졸 이하에 해당하는 청소년보다 대졸 이상인 경우에 흡연 경험률이 낮았다(조선희, 엄애용, 전경숙, 2012, p. 20). 한편 권석현, 정수용(2016, p. 556)의 연구에서는 성별 요인 보정 후 가정의 경제상태가 나쁠수록 현재 흡연율과 평생 흡연 위험이 모두 높은 것으로 나타났다.

주관적으로 인지하는 사회경제적 수준과 흡연의 관계는 객관적 척도만큼이나 중요한 것으로 나타났다. 사회경제적 수준을 더 낮게 인지한 남녀 청소년 모두에게서 흡연율이 더 높았다(Ko et al., 2014, pp. 8879-8880). Gwon, Jeong(2018)의 연구 역시 인지한 경제적 수준을 중요하게 다루었는데, 인지한 경제수준, 성별, 주당 소득, 흡연하는 형제나 친구의 존재, 그리고 학교 가는 길에 허가받은 담배 소매상의 수 등이 청소년의 평생 흡연에 영향을 미치는 주요 요인으로 나타났다.

청소년의 음주 역시 부모의 교육수준, 가정의 경제상태, 지역사회 수준에 따라 격차를 보였다. 남자 청소년의 경우 FAS 점수에 따라 음주 경험에 차이가 있었고, 여자 청소년은 FAS 점수에 따라 폭음에 차이가 있었다. 또한 아버지의 학력이 고졸이나 중졸 이하에 해당하는 청소년보다 대졸 이상인 경우에 음주 위험이 낮았다(조선희 외, 2012, p. 20).

요약하자면, 대표적 건강행태인 흡연과 음주 또한 부모의 교육수준, 가정 경제상태(물질적 풍요도), 지역사회 수준에 따라 불평등한 결과를 보였으며, 이뿐만 아니라 청소년 스스로가 인지하는 주관적 경제수준도 중요한 건강결정요인이라 할 수 있었다.

2) 비만 및 저체중

아동기의 비만과 저체중은 아동의 건강한 발달을 저해할 뿐 아니라 성장 후 만성질환의 발병에도 영향을 미친다. 사회경제적 위치가 체중에 미치는 영향은 여러 국내외 연구에서 상반된 견해를 보이며 사회경제적 불평등의 복잡성을 보여 준다.

빈곤 가구에 속한 아동일수록 저체중 또는 과체중·비만 위험이 높다는 연구 결과(신인순, 2010, p. 19; 김혜련, 2012, pp. 59-61)가 주를 이루기는 하지만, 유조안, Chung, 이상균(2015, p. 26)의 연구처럼 저체중과 과체중·비만에서 경제적 어려움 경험 유형에 따른 집단 간 차이가 나타나지 않는다는 보고도 있다. 또한 장진영 외(2018, p. 27)의 연구에서는 “사회경제적 수준이 낮은 가정의 아동에서 비만과 저체중의 위험이 함께 증가함”을 보여 주었지만, 저체중의 경우 여학생에서는 남학생과 다르게 “사회경제적 수준이 높은 가정의 아동에서 높아 성별에 따라 차이”를 보였다.

최근 선진국에서는 소아·청소년 비만율이 더 이상 증가하지 않고 안정화된 반면 사회경제적 수준에 따른 비만율 격차는 오히려 커지고 있다.

박지혜(2015)의 연구는 체중이 사회경제적 지위뿐 아니라 건강행태의 영향을 받는 지점을 고려했다. 성별, 부모의 교육수준, 주당 아침 식사 일수, 주당 신체활동 횟수 등이 과체중 여부와 관련이 있다는 것이다. 즉 부모의 교육수준이 낮은 아동이 과체중 위험이 높았고, 주당 아침 식사 일수가 감소할수록 과체중 위험이 증가했다(박지혜, 2015, p. 356).

개인, 가족, 학교, 지리적 영역을 포함한 다수준에서 한국 청소년의 체중조절장애행동(DWCB) 유병률과 위험 요인을 탐색한 연구도 있다(Kim et al., 2018, p. 124). 체중조절장애행동이란 극도의 식품 제한, 자기 유

도 구토, 체중 조절을 위한 이뇨제 또는 처방되지 않은 다이어트 약물 복용과 같은 건강하지 못한 체중조절행동을 말한다(Austin, 2011, pp. e1-e2; Kim et al., 2018, p. 125). 전체적으로 한국 청소년의 6.2%(여자 8.9%, 남자 3.7%)가 체중조절장애행동을 보였는데, 특히 젠더와 학교 유형 사이의 차이가 두드러졌다. 나이가 많을수록, 과체중·비만일수록, 가구 경제수준이 높을수록, 일반 학교보다 특성화 고등학교(직업학교)인 경우에 여학생과 남학생 모두 체중조절장애행동이 더 높게 나타났다(Kim et al., 2018, pp. 129-135).

요약하면 비만·저체중과 체중조절행동 같은 건강행태 요인은 문화적·규범적 요소와 생물학적 요소의 상호작용이 강력하게 일어나는 가운데 가구소득, 부모의 교육수준 같은 사회경제적 지위, 청소년의 젠더, 학교급으로 표현되는 청소년의 사회경제적 지위에 따라 불평등한 결과를 보였다.

3) 신체활동

백승희(2015)의 연구에서 걷기 실천율은 서울, 광주, 부산에서 높고, 경북, 강원, 제주에서 상대적으로 낮았으며, 특히 대도시, 중소도시, 군 지역 순으로 높게 나타나 아동의 걷기 실천율은 거주 지역에 따라 격차가 있는 것으로 보고하였다. 아울러 신체활동 실천율은 남학생에 비해 여학생이 낮았고, 남학교나 남녀 공학보다 여학교가 낮았으며, 학년이 증가할수록 감소하여 고등학생의 신체활동 실천율이 중학생의 실천율보다 낮았다(백승희, 2015, pp. 1440-1442).

김진석(2012)의 연구에서 청소년의 신체활동은 지역사회 요인에 영향을 받는 것으로 나타났으며, 이는 지역사회 환경에 따라 아동의 신체활동

에 격차가 있음을 보여 주었다. 그 외에 지역 요인 중 인지적 요인에서는 거주 지역의 비공식적 통제 및 네트워크 정도, 거주 지역의 청소년이 평균적으로 느끼는 두려움, 무질서도가 신체활동 실천에 영향을 미치며, 구조적 요인에서는 청소년 유해 환경이 청소년의 신체활동과 상관성을 갖는 것으로 나타났다(김진석, 2012, pp. 177-178).

다. 구강건강

한국 아동의 영구치 우식 유병자율은 점차 감소하고 있어 구강건강 수준은 좋아지는 추세다. 반면 구강건강불평등 문제는 지속적으로 제기되고 있다. 이를테면 김철신, 전지은(2013, p. 158)은 지니계수를 활용해 한국 12세 아동의 구강건강불평등 추이를 살펴보았다. 우식치수(DT)와 결손치수(MT)를 합쳐 산출한 지니계수는 2000년 0.7이었던 것이 2010년 0.87까지 유의하게 증가했다. 한편 충전치수(FT)는 0.68에서 0.66으로 큰 차이가 없었다. 즉 우식·결손·충전치수(DMFT)를 활용한 지니계수는 2000년 0.53에서 2010년 0.61로, 구강건강불평등이 심화되고 있음을 보여 준다.

임민경(2017)은 사회경제적 지위, 구강건강 행태, 심리적 요인 등을 중심으로 청소년의 구강건강 관련 증상 및 주관적 구강건강에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 연구 결과, 부모의 교육수준이 낮을수록, 부모와 동거하지 않는 경우 구강건강 관련 증상이 있거나 주관적 구강건강 상태가 나쁜 것으로 나타났다(임민경, 2017, pp. 17-18).

다년간 청소년건강행태조사를 활용하여 구강건강 행동의 사회경제적 유형화를 검토한 연구들도 아동의 구강건강불평등 현상을 확인했다(김창엽, 김명희, 이태진, 손정인, 2015, p. 184). 사회경제적 지위와 구강건

강 행동(치솔질 빈도 등)이 충치에 미치는 영향은 성별에 따라 크게 달랐고, 남녀 청소년 모두 고소득 가구보다는 저소득 가구에 속한 경우에 영구치 충치 발생률이 더 높았다. 그러나 구강건강 행동과 영구치 충치의 관련성은 남자 청소년에게서만 관찰되었고, 여자 청소년에게는 해당하지 않았다. 또한 남자 청소년에서는 음주와 흡연 경험이 모두 영구치 충치와 유의하게 관련성을 보인 반면, 여자 청소년은 단지 흡연 경험만이 영구치 충치와 관련성이 있었다(Kim, Choi, Seo, Kang, 2018, pp. 116-119).

한편 강릉 지역에서 시행된 조사 연구는 아버지의 교육수준이 낮은 것과 직업학교(특성화고)에 다니는 것이, 다른 사회경제적 지위 지표를 통제한 후에도 치료받지 못한 충치의 중요한 예측 변수임을 밝혔다(Jung, Kim, Ryu, 2018, pp. 3-4).

지역사회 간 사회경제적 불평등은 아동 건강에 부정적 영향을 미치는 데(김세원, 김선숙, 2012, pp. 138-143), 구강건강도 예외는 아니다. 도시 지역 6~14세 아동의 치아 홈 메우기(충치 예방 치료) 경험은 건강보험 급여 전 29.2%에서 급여 후 35.6%로 증가했고, 농촌 지역에서는 건강보험 급여 전 27.2%에서 급여 후 31.5%로 증가했다. 건강보험 보장성이 확대되면서 치아 홈 메우기 경험 역시 전반적으로 증가했으나 농촌 지역과 도시 지역 간의 격차는 여전히 드러난다(Choi, Park, 2018, p. 3).

요약하면 아동의 구강건강은 가구소득, 부모의 교육수준과 같은 사회경제적 지위, 부모 동거 여부, 살고 있는 지역이 도시냐 농촌이냐에 따라 불평등한 건강결과를 보였다. 또한 개인의 성별과 학교급 종류, 흡연과 음주 같은 건강행태도 영향을 미친다는 점을 확인할 수 있었다. 이는 개인, 가구, 지역사회 수준의 사회경제적 환경이 구강건강에 영향을 미치며, 특히 구강건강 서비스를 제공하는 보건의료 서비스 자원의 가용성이나 접근성 차이를 의심케 한다.

라. 주관적 건강

안진상, 김희정(2013)에 따르면, 대체로 아동³⁾들이 청소년에 비해 스스로를 건강하다고 인식하는 경향이 있으며, 청소년의 경우 가구소득이 주관적 건강 상태에 유의한 영향을 미쳤다. 이용우(2014, p. 27)의 연구에서도 가구소득이 높을수록 아동의 주관적 건강 상태가 좋은 것을 확인할 수 있었다. 또한 황성희, 계승희(2018, p. 27)는 아동의 주관적 건강 상태가 양친부모와 함께 살지 않는 경우, 모의 교육수준이 낮을수록, 주관적 경제수준이 낮을수록 좋지 않다는 점을 확인했다.

지역 간 격차에 따른 주관적 건강의 차이는 일관된 결과를 보이지 않았다. 김세원, 김선숙(2012, p. 143)은 ‘지역박탈지수가 높을수록 아동⁴⁾이 자신의 건강 상태를 긍정적으로 인식한다’고 보고했다. 반면 안진상, 김희정(2013, p. 221)의 연구에서는 지역박탈지수가 높은 농촌에 거주하는 아동이 대도시의 아동보다 건강 집단에 속할 확률이 높았으나, 청소년의 경우 대도시에 살고 있을 때 건강 집단에 속할 확률이 더 높게 나타났다. 한편 윤태호(2010, pp. 60-61)의 논문은 지역 박탈이 건강에 부정적 영향을 미친다고 보고했으나 성인을 포함한 전체 연령을 대상으로 했으며 아동을 분리하지 않았다. 이처럼 연령 구분과 지역 박탈 수준의 세분화에 따라 지역의 사회경제적 수준과 주관적 건강 상태의 연관성이 다르게 나타났다.

이러한 연구 결과들은 아동의 주관적 건강수준에 부모의 학력 같은 객관적 사회경제적 수준과 가구형태, 주관적 사회경제적 수준, 지역사회 박탈 수준이 결정요인으로 작동함을 보여 준다.

3) 초등학교 5학년을 아동으로, 중학교 2학년을 청소년으로 구분하여 분석함.

4) 0~18세를 모두 ‘아동’으로 정의한 후 분석함.

마. 성장·발달 및 삶의 질

이봉주, 김선숙, 김남희(2010, p. 107)에 의하면 아동의 인지와 언어 발달에 가구소득이 크게 영향을 미치며, 아동의 심리 발달에는 가족 내 사회자본이 크게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 아울러 아동의 신체건강 발달 측면에서는 특히 사회적 지원, 지역사회 환경을 포함한 지역사회 사회자본의 영향이 큰 것으로 드러났다.

아동의 인지적 발달은 학업 성취도로 일부 파악이 가능한데, 장희선, 김기현(2014, p. 185)은 빈곤이 학업 성적과 음의 상관관계가 있으며, 누적적 위험 요인은 아동의 학업 성적을 낮출 뿐 아니라 우울·불안 및 비행 성향을 증가시키는 것을 확인하였다.

이봉주 외(2013)는 아동의 삶의 질을 측정하기 위해 총 8개 영역, 47개 지표로 구성된 종합지수를 개발하였으며, 16개 시도별 삶의 질 지수를 산출해 비교하였다. 이 연구에서 종합지수의 8개 영역은, 1) 건강: 객관적 건강, 주관적 건강, 건강 행동, 정신건강, 2) 주관적 행복감: 개인적 행복, 학교에서의 행복, 가정에서의 행복, 동네에서의 행복, 3) 아동의 관계: 가족 관계의 질, 친구 관계, 4) 물질적 상황: 물질적 결핍, 빈곤, 실업, 5) 위험과 안전: 폭력과 폭력적 행동, 위험 행동, 6) 교육: 학업 성취, 참여, 7) 주거환경: 주거 과밀, 환경, 거주지 불안정, 8) 바람직한 인성 등으로 구성되었다(이봉주 외, 2013, pp. 11-13).

염유식, 김경미, 이승원, 김수미(2017)는 우리나라를 포함한 OECD 국가들의 어린이·청소년 행복지수를 비교하였는데, 우리나라는 총 6개 영역 중 어린이·청소년의 친구 관계, 보건과 안전, 물질적 행복, 교육, 행동과 생활양식 영역에서는 OECD 국가 중 상위권이었으나, 주관적 행복 영역에서는 최하위권으로 나타났다. 이 연구는 2009년부터 매년 실시하

고 있는 유니세프(UNICEF)의 어린이·청소년 행복지수를 모델로 어린이·청소년 행복지수의 국제 비교를 위해 진행되었는데, 행복지수 영역은 1) 물질적 행복: 상대적 빈곤, 미취업 가정, 결핍, 2) 보건과 안전: 영아 건강, 예방접종, 사고사, 3) 교육: 학업 성취, 교육 참여, 청소년 실업, 고용으로의 전환, 4) 가족과 친구 관계: 가족 구조, 부모 관계, 친구 관계, 5) 행동과 생활양식: 건강 행동(증진 행위), 위험 행위, 6) 주관적 행복: 주관적 건강, 학교생활, 개인 행복 등으로 구성되었다.

바. 기타 건강 지표

지역의 사회경제적 환경은 아동의 인터넷중독에도 영향을 미치는 것으로 드러났다. Lee, Mckenzie(2015)의 연구는 청소년건강행태조사(2010) 자료를 분석했는데, 다른 시도에 비해 경기도와 경상남도 청소년들의 인터넷중독 수준이 높았다. 인터넷중독 수준은 사회경제적 수준에도 영향을 받았는데, 사회경제적 수준이 낮을수록 인터넷중독 수준이 높았다(Lee, Mckenzie, 2015, p. 559).

사회경제적 지위는 아동기 대부분의 건강결과에 영향을 미치는 것으로 확인된다. 이를테면 사회경제적 지위가 낮을수록 우울 유병률이 높았다. 한부모와 살거나 부모가 없는 학생들은 양부모와 함께 사는 학생들보다 더 많은 우울을 경험했고(Park, Heo, Subramanian, Kawachi, Oh, 2012, p. 2), 중학교 이하의 교육을 받은 부모를 둔 학생들이 우울 경험이 가장 많았다(박다혜, 장숙량, 2013, p. 2672). 최지희, 전진아(2017, pp. 75-78)는 청소년건강행태조사를 활용해 가구소득 수준, 거주 형태(가족과 동거, 친척 집에 거주, 하숙·자취·기숙사에 거주, 보육시설에 거주)에 따른 스트레스 인지율, 우울감 경험률, 자살 생각률을 분석하였으

며, 세 유형의 정신건강 모두에서 소득 수준이 낮을수록, 가족과 동거하지 않는 경우 부정적인 정신건강을 보였다.

낮은 사회경제적 지위는 아동의 혈중 납 농도가 증가하는 데 위험 요인이기도 했다(Kim et al., 2018, pp. 5-8). 또한 사회경제적 지위가 낮은 여자 아동은 비타민 D 결핍률이 높았다. 가구소득이 높은 여자 아동에 비해 가구소득이 낮은 여자 아동의 혈중 비타민 D 농도가 1.88ng/ml 낮았다(Kim, J. S., 2019, p. 81). 따돌림 피해 경험 역시 사회경제적 지위가 낮을수록 많았다(Seo, Jung, Kim, Bahk, 2017, pp. 2432-2433).

부모의 학력이나 가구소득, 직업, 혹은 가구의 물질적 풍요도 등 자료에서 가용한 사회경제적 위치 지표에 따라 건강불평등 분석 방식이 달라지는데, 유조안 외(2015, p. 397)는 여러 변수를 활용한 복합 지표를 사용했다. 최저생계비에 미달하는 가구소득, 정부 보조 수급, 식품 불안정성, 전반적인 경제적 어려움, 미충족 의료 등의 변수를 활용하여 경제적 결핍 수준을 “① 소득 비빈곤-물질적 결핍, ② 소득 빈곤-물질적 결핍, ③ 비빈곤 집단”으로 유형화한 후, 아동·청소년의 건강 격차를 확인했다. 그 결과, “소득 비빈곤-물질적 결핍”과 “소득 빈곤-물질적 결핍” 가구에 속한 아동은 “비빈곤 가구” 아동에 비해 부모가 보고한 신체적, 정신적 건강이 더 나쁜 것으로 드러났으며, 만성질환 때문에 더 높은 확률로 생활에 지장을 받고 있는 것으로 나타났다.

이상의 결과들은 개인, 가구, 지역사회, 그리고 주관적·객관적 척도로 평가한 사회경제적 지표에 따라 아동의 주관적 건강수준과 건강행태, 사망에 이르기까지 다양한 건강결과에서 차이가 난다는 것을 보여 주며, 건강결정요인의 강력한 힘을 시사한다.

제 3 장

아동기 건강불평등 발생 기전 모형 개발

제1절 아동기 건강결정요인 및 건강불평등 발생 기전
제2절 아동기 건강불평등 발생 기전 모형

3

아동기 건강불평등 발생 기전 << 모형 개발

제1절 아동기 건강결정요인 및 건강불평등 발생 기전

아동기는 흔히 ‘결정적 시기(critical period)’로 일컬어지는 영유아기 만큼은 아니지만 제2의 발달 민감기라고 불릴 만큼 신체적, 정신적, 사회적, 인지적 발달이 급격하게 일어나는 시기이다(Viner et al., 2012, pp. 1641-1650). 이 시기의 건강은 이후 성인기, 노년기까지의 건강뿐 아니라 노동시장 성취를 비롯한 전반적인 삶의 궤적에서 심대한 영향을 미친다. 경제학자 Heckman(2008)과 Heckamn, Mosso(2014)는 실증적 자료에 근거하여 아동기, 특히 초기 아동기 투자가 가져오는 사회적 편익이 상당히 크다는 점을 강조한 바 있다. 그러나 아동기를 다가올 성인기의 건강 자산을 축적하는 시기로만 바라보아서는 안 된다. 아동은 존재 그 자체로 인권의 담지자이며, 건강할 권리를 갖는다. 성인기 건강불평등이 사회적으로 수용할 수 없는 사회적 불공정의 한 측면이라면, 아동의 건강불평등은 그 자체로 중요한 사회 공정성의 문제이자 성인기 건강불평등의 촉진자라는 점에서 그 중요성이 더 크다(김명희 외, 2011, p. 33).

아동기는 노화가 아직 시작되지 않았기에 성인들보다 사망, 만성질환 같은 건강 문제가 비교적 드물게 발생한다. 그런가 하면 성인기의 건강불평등 측정에 흔히 사용되는 사회경제적 위치 척도, 예컨대 소득, 직업, 학력 같은 변수들을 그대로 적용하기 어렵다는 특징도 있다. 그래서 이론적 중요성에도 불구하고 아동기의 건강불평등 현상을 타당한 방식으로 측정하고 모니터링하는 것은 커다란 도전이다. 그럼에도 아동기의 건강불평등

상태를 확인하고 그에 대한 정책적·사회적 개입을 하는 것은 현재는 물론 장기적 영향 측면에서 반드시 노력해야 하는 과제이기도 하다.

인구집단 간 건강수준의 격차가 크면 개개인의 건강 향상을 위해 국가가 아무리 많은 자원을 투입해도 집합적 건강수준을 나타내는 각종 지표에서 좋은 성과를 내기 어렵다. 미국이 그 대표적 사례라 할 수 있다. 국가는 사회 정의뿐 아니라 건강정책, 국가 자원 활용의 효율성 등 다양한 측면에서 국민의 건강불평등을 감소시켜야 할 이유를 가지고 있다. 예컨대 Woodward, Kawachi(2000)는 건강불평등이 그 자체로 불공평할 뿐 아니라 모든 국민에게 영향을 미치며, 피할 수 있고, 중재 접근은 비용 효과적인 경우가 많기 때문에, 건강불평등을 감소시키기 위해 노력을 기울여야 한다고 주장한 바 있다(김동진 외, 2013, p. 14 재인용).

한편 Whitehead(1998)는 유럽 국가들의 건강불평등에 대한 중재의 스펙트럼을 검토하면서, 건강불평등 완화 정책은 현상에 대한 측정과 이해에서 출발한다는 점을 강조했다. 마찬가지로 아동기 건강불평등 개입에서도 첫 번째 단계는 이 시기의 건강불평등이 어떤 측면에서, 어떻게 일어나는지 발생 기전을 개념화하고, 그에 따라 건강불평등의 주요 측면들과 건강결정요인을 모니터링하는 것이라 할 수 있다. 측정과 모니터링이야말로 문제를 인식하고 개입으로의 정책 변화를 이끌어 낼 수 있는 첫걸음이자 이러한 개입의 효과를 평가하여 다음 단계로 나아갈 수 있게 만드는 중요한 정책 도구이다.

아동기의 건강불평등 모니터링을 위한 지표를 선정하려면, 자료의 가용성뿐 아니라 타당한 이론적 근거가 중요하다. 어떤 측면의 건강불평등이 중요한지, 그러한 건강불평등 현상이 무엇으로부터 촉발되거나 촉진되는지에 대한 이해를 바탕으로, 모니터링 지표와 방법이 정해질 수 있기 때문이다.

아동기는 성인기에 비해 만성질환 이환이나 사망, 의료 이용의 빈도가 상대적으로 낮다. 반면 신체적·인지적·정서적·사회적 측면에서의 성장과 발달은 성인기 건강불평등 모니터링에서는 관심사가 아니지만 아동기에는 매우 중요한 측면이다.

WHO는 조기 아동발달이 돌봄과 보호의 결과이기도 하지만 그 자체로 건강의 사회적 결정요인의 핵심 영역이라고 정의하기도 했다(Siddiqi, Irwin, Hertzman, 2007, pp. 3-17). 또한 그동안 아동이 독립적 주체로 존중받지 못했던 점을 고려한다면, 건강불평등 모니터링에서 ‘삶의 질’이라는 요소가 중요하게 다뤄질 필요가 있다. Sen(1987)은 건강의 가치에 대해 “그 자신이 가치 있다고 여기는 삶을 선택할 수 있도록 기능하는 기본적인 능력(capability)”이라고 설명하기도 했다.

이 장에서는 기존의 이론적 모형들을 종합하여 건강불평등 발생 기전을 개념화하고자 아동기의 발달과 건강결정요인을 다룬 선행연구들에 기초하여 다음과 같은 모형들을 검토했다.

우선 WHO의 사회적 건강결정요인 위원회(CSDH)는 모든 아동이 건강하게 성장하고 발달할 수 있도록 조기 아동발달 통합 환경 사정 모형(TEAM-ECD: Total Environment Assessment Model for Early Child Development)을 개발한 바 있다(Siddiqi et al., 2007). 또한 원래 건강불평등 개념을 염두에 두고 개발된 것은 아니지만, TEAM-ECD 모형에 영향을 준 것으로 알려진 브론펜브레너(Bronfenbrenner, 1979; 1995)의 생태학적 체계 모델, 엘더(Elder)의 생애 이론 모형, Chaos 모델(Dush, Schmeer, Taylor, 2013), Viner et al.(2012) 등도 함께 검토했다.

1. 브론펜브레너의 생태학적 체계 모델과 엘더의 생애 이론

브론펜브레너(1979)의 생태학적 체계 모델은 인간 발달 생태학을 근간으로 이루어진 모형이다. 인간 발달 생태학은 성장해 가는 인간과 변화하는 속성을 지닌 환경, 즉 인간과 인간을 둘러싼 환경 간에 전 생애에 걸쳐 일어나는 상호작용 과정을 연구하는 학문이다. 브론펜브레너는 이러한 인간 발달 생태학의 개념을 토대로 아동발달의 생태학적 접근법을 발전시켰다. 아동의 발달은 진공 상태에서 이루어지는 것이 아니라 아동을 둘러싼 가족, 이웃, 국가 등 다양한 환경 속에서 서로 영향을 주고받으며 이루어지는 것이기 때문이다.

생태학적 체계 모델은 다섯 가지 환경 체계를 기본으로 한다. 아동을 둘러싸고 있는 직접적 환경으로부터 간접적인 문화적 환경까지를 모두 아울러 미시체계(microsystem), 중간체계(mesosystem), 외체계(exosystem), 거시체계(macrosystem), 시간체계(chronosystem)로 구성된다(정옥분, 2015, pp. 276-283).

브론펜브레너의 생태학적 체계 모델에서는 각 체계가 아동발달에 영향을 주는 환경의 ‘층’으로 정의된다. 하나의 층에서 발생하는 갈등이나 변화는 다른 층에 영향을 미친다. 생태학적 체계 모델에서는 아동의 직접적 환경뿐 아니라 이를 넘어서는 넓고 다양한 환경과의 상호작용을 중요하게 생각했다.

미시체계(microsystem)는 아동과 가장 근접한 환경에 해당한다. 아동이 살고 있는 집의 크기, 도서관, 놀이터 같은 근처 시설물의 상태 등 물리적 특성을 포함한다. 또한 아동의 가족, 친구, 학교, 이웃도 여기에 포함된다. 중간체계(mesosystem)는 미시체계들 간의 상호 관계를 말하는데, 부모나 교사와의 관계, 형제 관계, 이웃 친구와의 관계 등이 여기에

해당한다. 외체계(exosystem)는 아동에게 영향을 미치지 않지만 아동이 직접 참여하지 않는, 아동을 둘러싼 사회적 환경을 말한다. 사회복지기관, 대중매체, 교육제도, 지방정부, 부모의 고용주(직업) 등이 포함된다. 거시체계(macrosystem)는 미시체계, 중간체계, 외체계에 포함된 모든 요소와 문화적 환경, 즉 문화적 가치·범·관습 등까지 포함한다. 시간 체계(chronosystem)는 아동이 성장하면서 시간이 흐름에 따라 일어나는 변화와 사회 역사적 환경으로, 아동이 성장하면서 겪는 외적인 사건 또는 내적인 사건을 포함한다(정옥분, 2015, pp. 276-283).

브론펜브레너는 아동이 성장하면서 자연스럽게 ‘생태학적 전환(ecological transition)’이라는 중대한 변화를 겪으며, 이러한 전환은 아동발달을 강화하거나 저해할 수 있다고 보았다. 생태학적 전환이란 학교 입학, 다른 지역으로 주거지 이동처럼 ‘한 체계 또는 둘 이상의 체계가 겪는 주요한 전환’을 말한다.

브론펜브레너는 1995년에 기존 생태 체계 이론에 생물학적 영향을 추가하여 ‘생물 생태학적 체계 이론’으로 수정했다. 그러나 인간 발달에 영향을 미치는 생물학적 기여에 대한 추가 연구 결과를 거의 내놓지 않으면서 여전히 생태학적 체계 모델로 받아들여지는 경향이 있다.

브론펜브레너의 생태학적 체계 모델은 환경 맥락을 강조하고 시간 체계를 포함하지만, 엄밀히 말하면 생애 발달 과정 전체를 포괄하는 것은 아니었다. 생태학적 모델이 전 생애 발달을 지향하는 모델로 인식된 것은 엘더의 ‘생애 이론’ 영향 덕분이라고 할 수 있다.

엘더의 생애 이론은 인간의 발달 과정과 결과가 삶의 변화라는 맥락 속에 있음을 설명하는 이론이다. 즉 인간의 발달 과정과 그 삶의 사회적 경로는 전 생애에 걸쳐 상호작용한다는 것이다. 엘더의 생애 이론은 “생애와 시대적 배경의 원리, 생애와 시간대의 원리, 연결된 상호 의존적 삶의

원리, 능동적인 수행의 원리” 등 네 가지 기본 원리를 강조한다. 이는 인간 발달이 어떤 특정 시기에만 이루어지는 것이 아니라 생애주기 동안 지속적으로 진행된다는 관점을 반영한다(정옥분, 2015, p. 288).

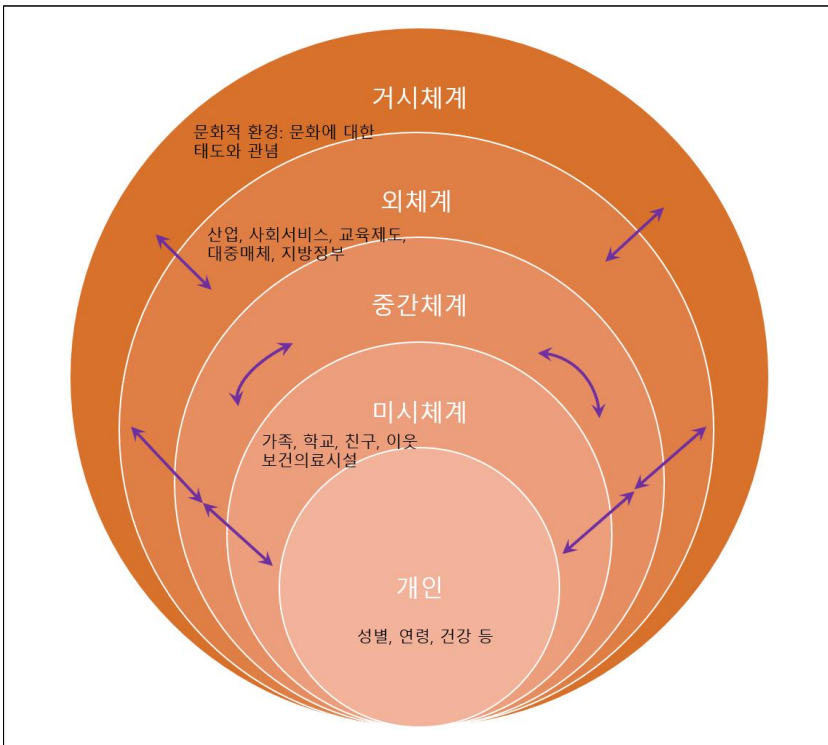
일반적으로 사회역학자들은 생애 과정 관점으로부터 건강과 발달을 연구하고 설명해 왔다. 여기에는 크게 세 가지 흐름이 존재한다. 첫째, 특정 시기의 위험 요인 폭로가 발달에 결정적이고 항구한 영향을 미칠 수 있다는 가설이다. 이는 ‘결정적 시기(critical period)’ 또는 ‘결정적 단계’로 알려진 시기의 노출에 대한 수용 양상에 따라 어린 시기의 삶의 경험이 성인이 된 후 다양한 질병에 대한 취약성·저항력을 가지게 한다는 것이다. 둘째, 생애 초기의 불이익은 오랜 시간에 걸쳐 축적되는 연속적 경험들을 작동시켜 30~60년 이후에까지 질병을 일으킨다는 가설이다. 셋째, 생애 초기의 경험들이 성인기의 경험과 관계가 있으며, 성인기 건강결과와 직접 관련이 있는 것은 성인기의 경험뿐이라는 것이다(리사, 버크먼, 이치로, 2003, p. 43).

한편 문혜진(2010)은 “생애 과정에서 나타나는 변화를 통해 사회적 변화를 포착하고자 하는” 생애 과정 관점(Life-Course perspective)의 출발을 밀스(Mills)에게서 찾았다. 밀스(Mills)가 1959년 출판한 ‘사회학적 상상력’에 담긴 “개인의 삶과 사회의 역사는 그 두 가지를 함께 이해하지 않고서는 이해할 수 없다”(Mills, 1959; 문혜진, 2010, p. 350 재인용)는 문구를 생애 과정 관점의 출발로 보았다. 그리고 밀스(Mills)의 초기 생각을 케인(Cain)이 1964년 ‘생애 과정과 사회 구조(Life course and social structure)’에서 연령과 생애 과정을 개념적으로 분리하고 체계화한 것이 생애 과정 관점의 출발점이라고 주장하고 있다(Cain, 1964; 문혜진, 2010, pp. 350-351 재인용).

이 연구에서는 다층적 체계(multi-layer system)로 구성되는 아동·청

소년기 건강 발달 요인 개념을 포용하면서, 생애 이론 관점을 중요한 토대로 삼고자 한다.

[그림 3-1] 브론펜브레너(Bronfenbrenner)의 생태학적 체계 모델



자료: 위키백과사전 홈페이지. (https://en.wikipedia.org/wiki/Ecological_system_theory)에서 2019. 10. 28. 인출한 내용을 본 연구진이 수정 작성함.

2. 세계보건기구 조기 아동발달 통합 환경 사정 모델

WHO의 “조기 아동발달 통합 환경 사정 모델(Team-ECD)”은 아동 건강을 둘러싼 생물학적 요인과 이들이 경험 혹은 직면하는 환경 조건 사이

의 상호작용에 초점을 두고, 가장 건강하게 성장할 수 있는 환경을 모든 아동에게 공평하게 제공할 방법을 모색한다. 이 모델은 WHO의 CSDH에서 전 세계 아이들의 건강한 성장·발달을 도모하기 위한 형평 기반 접근법을 찾는 과정에서 고안되었다.

TEAM-ECD 모델은 브론펜브레너의 생태학적 체계 모델을 기반으로, 건강의 사회적 결정요인 이론을 추가함으로써 브론펜브레너의 생태학적 체계 모델보다 각각의 영향권의 맥락이 더 세부적이고 구체적으로 구성된 것이 특징이다. 또한 지리적으로 제한된 것이 아니라 더 많은 사회 환경과 결부시켜 생각하며, 사회계층에 대한 관점을 제시하고, 어린이에게 중요한 다양한 상황 간의 상호작용과 의존성을 강조한다.

TEAM-ECD 모델은 아동 개인, 가족, 지역사회, 관계망, 프로그램과 서비스(정책/제도), 광역 지역, 국가, 전 지구, 시민사회로 영역(체계)을 구분한다. 아동이 성장·발달하는 과정에서 이 영역(체계)들은 다층적 공간과 시간의 흐름 속에 상호작용하며 아동에게 영향을 미친다.

TEAM-ECD 모형의 세 가지 원칙은 첫째, 신체적, 사회적·정서적, 언어적·인지적 조기 아동발달은 아동의 생물학적 요인과 아동을 둘러싸고 있는 환경적 요인의 상호작용의 결과라는 점이다. 둘째, 조기 아동기의 성공적 발달은 잘 양육될 수 있는 신체적, 사회적, 경제적 환경 조건이 우선되어야 가능하다. 마지막으로 모든 아이들에게 잘 양육될 수 있는 환경을 제공하기 위해 형평 기반 접근을 하면 조기 아동발달과 함께 아동의 전 생애를 걸친 웰빙(well-being)의 평등을 이끌어 낼 수 있다.

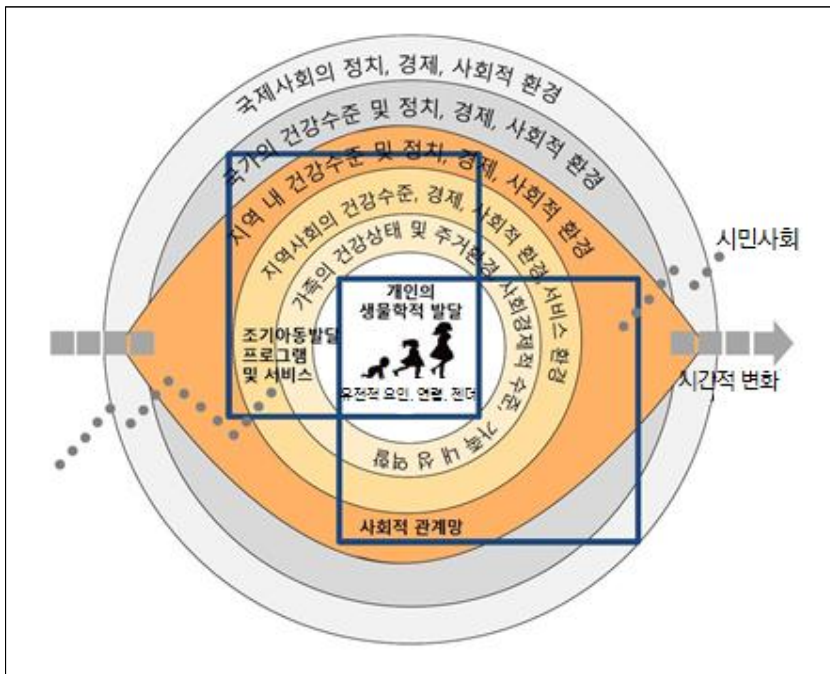
TEAM-ECD 모델에서 아동발달에 영향을 미치는 각 영역을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 아동 개인 차원에서는 개인의 생물학적 특성과 뇌 발달 수준, 영양 상태, 상호작용하는 관계의 질, 다양한 경험을 제공하는 놀이 등이 포함된다. 가족 영역에서는 부모의 학력·직업·소득 수준 같

은 사회경제적 지위, 가족의 신체적·정신적 건강수준, 주 양육자와의 애착, 가족 내 관계의 질이나 지지 수준, 성 평등 수준, 주거환경 등이 해당한다. 거주 지역사회 영역은 아동이 거주하고 있는 지역의 경제수준, 이웃의 경제수준, 거주 지역의 고용률 또는 실업률, 사회복지 수급자 비율, 고학력자 비율 등을 포함하는 경제적 환경, 여가 활동이나 신체활동을 할 수 있는 공간, 보육, 의료에 대한 접근성, 교통의 편리성 같은 서비스 인프라 구축 환경, 지역사회의 안전 수준, 사회적 자본 수준 같은 사회적 환경이다. 관계망 영역은 아동과 관계를 맺고 있는 비공식적·공식적 지지 자원, 정서적 지지 자원 등을 말한다. 프로그램 영역은 아동을 위한 프로그램이 질 높은 내용으로 구성되어 있는 정도, 평가와 사정 도구의 적절성, 프로그램의 비용효과성 등을 다룬다. 광역 지역 영역은 광역 지방자치 단체의 경제적 특성, 기후·토질 같은 생태적 특성, 소득 불평등 수준, 사회적 자본 수준 등 사회 정치적 특성뿐 아니라 지역 내 다양하게 얽힌 복잡한 문제들까지 포함한다. 국가 영역은 조기 아동발달에 강력한 영향력을 발휘하는데, 국가의 경제수준, 소득 불평등·사회적 신뢰 같은 사회적 환경, 사회보장 정책, 아동 지지적 국가 정책 등이 중요하게 다루어진다. 전 지구적 환경 영역은 경제적·정치적·사회적 상황에서 권력의 이동과 강약 수준, 그리고 아동 인권과 공평한 발달에 대한 인식과 합의 수준이 전 지구적으로 상호작용하며 영향을 주고받는 것으로 개념화한다. 마지막으로 시민사회 영역은 지역사회에서부터 전 지구 환경까지 모든 영역(체계)에 영향을 미친다. 시민들이 참여하여 아동 건강과 관련한 의제를 형성하고, 이를 통해 변화를 유도하는 중심적 역할을 한다.

TEAM-ECD 모델은 아동 건강을 바라보는 관점과 문제 인식, 그리고 해결을 위해 통합적 접근이 필요하다는 것을 강조한다. 그러나 ‘조기’ 아동발달, 즉 출생 전에서부터 만 8세까지에 초점을 두고 있다는 점에서 아

동기를 대상으로 하는 이 연구와 완벽히 들어맞지는 않는다는 아쉬움이 있다. 그럼에도 불구하고 여러 층위의 상호작용을 다루는 통합적 접근 방식은 조기 아동기 이후에 해당하는 아동기에도 여전히 유효하다고 할 수 있다.

[그림 3-2] WHO CSDH의 조기 아동발달 통합 환경 사정 모델(Team-ECD)



자료: Irwin I. G., Siddiqi A, Hertzman C. (2007). Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health. p. 17.; 김동진, 정연, 채수미. (2019). 청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 I-학생 청소년의 건강불평등 실태 분석. 세종: 한국청소년정책연구원. p.28 재인용.

3. 카오스(Chaos) 모델

이 모델은 생태학적 모델을 기초로 카오스가 아동 건강에 미치는 영향에 대해 설명한다. Evans, Wachs(2010)는 '카오스'를 혼잡하고 시끄럽고 혼란스럽고 예측할 수 없는 아동발달 환경으로 개념화했다.

이 모델은 아동 건강의 사회적 결정요인에 관한 기존 연구들이 사회경제적 지위, 인종, 가족 구조 효과에 중점을 뒀으로써 아동의 사회적 맥락에서 잠재적으로 중요한 측면을 간과했다고 비판한다(Dush et al., 2013, p. 2). 그리고 일상 과정과의 상호작용을 통해 다양한 생태학적 수준에서 작동하는 카오스는 아동의 건강을 결정짓는 중요한 요소가 될 수 있음을 강조한다.

이 모델은 아동이 노출되는 복잡한 환경, 즉 가정, 학교, 부모의 근로 환경 같은 사회 환경 요인들이 서로 상호작용하여 아동의 건강에 영향을 미친다고 설명한다. 이러한 환경 요인들은 아동 건강에 영향을 미치는 위험 환경에 대한 노출, 스트레스, 정서적 지지의 부족, 질병에 대한 예방과 치료 부족, 부모의 보호 활동 부족 같은 위험 요인들과 관련이 있다고 설명한다.

이 모델 역시 주로 초기 아동기에 초점을 두고 있어 학령기 아동에게 직접 적용하는 데는 한계가 있다. 그러나 아동의 사회적 맥락에서 잠재적으로 중요한 측면을 고려해야 한다는 시사점은 여전히 유효하다.

4. 아동기 건강의 사회적 결정요인

Viner et al.(2012, p. 1641)에 의하면, 아동의 건강은 개인, 가족, 지역사회와 국가 수준에서 사회적 요인에 크게 영향을 받는다. 우선 국가는

아동의 성장·발달에서 여러 가지 기회를 제공한다. Viner et al.(2012, p. 1641)은 아동기의 건강과 건강 행동이 성인기의 그것과 상관성이 높기 때문에 이러한 사회적 결정요인이 아동 건강에 미치는 영향은 전체 인구집단 건강에 결정적 요소라고 강조한다. 또한 청소년기 동안 사춘기를 경험하고 두뇌 발달과 관련된 발달 효과는 가족, 친구, 교육 영역과 건강 행동에서 전환을 가능하게 하는 새로운 일련의 행동과 역량을 끌어내다고 설명한다. 이러한 전환은 건강과 웰빙에 대한 아동기의 궤적을 수정하고 국가 내의 경제적·사회적 요인에 의해 변화되어 불평등을 초래할 수 있다. Viner et al.(2012, p. 1641)은 전 세계적으로 아동 건강의 가장 강력한 결정요인은 국가의 부, 소득 불평등과 교육 접근권 같은 구조적 요소라고 강조한다. 또한 안전하고 지지적인 가족, 안전하고 지지가 되는 학교, 긍정적이고 지지가 되는 친구는 아동이 잠재력을 최대한 발휘하고 성인이 될 때 최상의 건강을 유지하도록 돕는 데 중요하다고 설명한다. 그리고 아동의 건강을 전 지구적으로 향상시키려면 가족, 친구, 학교와 함께 청소년들의 일상생활을 개선하고, 인구집단 수준에서 사회적 환경의 위험 혹은 보호 요소를 다루고, 다양한 건강결과에 걸쳐 보호하는 요인에 중점을 두어야 한다고 주장한다.

Viner et al.(2012, p. 1641)은 청소년기는 급속한 뇌의 성숙, 사춘기를 거치며 가족, 친구, 교육 영역과 건강 행동에서 전환을 유발하거나 변화할 수 있는 새로운 행동과 능력을 만들어 내는 시기라고 강조한다. 즉 조기 아동기의 ‘결정적 시기(critical period)’에 이어, 두 번째로 민감한 발달 시기라는 것이다. 따라서 이러한 청소년기의 전환은 건강과 웰빙에 대한 아동기의 궤적을 수정할 수 있는 기회이기도 하고 위험이기도 하다.

제2절 아동기 건강불평등 발생 기전 모형

앞에서 WHO 조기 아동발달 통합 환경 사정 모델(Team-ECD), 브론 펜브레너(1979, 1995)의 생태학적 체계 모델, 엘더의 생애 이론, 카오스 모델(Kamp Dust, Schmeer, Taylor, 2013), Viner et al.(2012)의 모델들을 살펴보았다.

그리고 국내의 경험적 연구들에서 가구소득과 물질적 풍요도, 부모의 교육수준, 부모의 직업 등 사회경제적 환경, 가족의 구성 형태, 지역의 박탈 수준과 발전 정도, 그리고 개인의 젠더, 건강행태, 학교급 종류(또래 관계) 등에 따라 아동·청소년의 사망·손상, 흡연·음주, 비만·저체중, 구강건강, 주관적 건강, 인터넷중독, 우울, 따돌림 등 다양한 건강 지표에서 불평등 결과를 보인다는 것을 확인하였다.

이러한 연구 결과들을 종합하면 아동기 건강불평등 발생 기전은 [그림 3-3]과 같은 모형으로 개념화할 수 있을 것이다. 이 모형은 아동의 건강과 발달이 아동을 둘러싼 여러 체계들의 다층적 상호작용에 영향을 받는다고 전제한다.

우선 아동이 살아가는 가족, 학교, 지역사회는 물리적 환경, 사회적 환경, 관계적 환경을 구축하며, 이러한 환경은 아동의 건강행태와 사회심리적 요인, 생리적·병리적 변화에 영향을 미친다. 그리고 이를 통해 건강과 발달 결과가 발현된다. 물질적 박탈과 사회적 배제는 가족·학교·지역사회의 자원 불평등으로부터 초래된 결과이면서 동시에 이러한 자원 불평등을 심화·강화시키는 요인으로 작동하고, 동시에 건강 행동과 사회심리적 요인, 그리고 건강결과에 직접적 영향을 미친다.

아동과 가장 밀접하게 접촉해 있는 가족 환경은 가족 구성의 특징에서부터 가구소득 같은 경제적 수준, 부모의 사회적 지위와 학력 등을 포괄

한다. 대부분의 국내외 연구에서 아동의 불평등한 건강결과는 일차적으로 부모의 사회경제적 수준에 영향을 받았다. 가구소득 수준이 낮으면 주거환경 역시 열악할 가능성이 높다. 부모의 사회경제적 수준이 낮은 아동은 또래 관계에서의 따돌림 피해 경험 역시 많았다(Seo et al., 2017, p. 2433). 이러한 가정 환경에 대한 중개는 기본적으로 소득보장, 주거보장, 노동시장 정책과 같은 사회정책과 돌봄정책을 통해 이루어질 수 있다. 이러한 정책은 물리적으로 주거환경을 개선하고, 아동과 주 돌봄자 간의 관계적 환경을 개선할 수 있다. 소득보장, 주거보장, 노동시장 정책은 물질적 박탈에서 중개 효과가 있다. 돌봄정책은 사회적 배제, 건강행태와 사회심리적 요인에서 중개 효과가 있다. 노동부, 보건복지부, 여성가족부, 국토교통부, 기획재정부 등이 주요 책임 주체이며, 구체적인 기획과 프로그램 제공에 있어서 지방정부 역시 책임 주체이다.

아동이 가족 환경 다음으로 긴밀하게 상호작용하는 환경이 학교이다. 학교는 아동이 하루 중 가장 오랜 시간을 보내는 공간이기도 하다. 일반 학교보다 특성화 고등학교(직업학교)인 경우에 여학생과 남학생 사이에서 체중조절장애행동이 더 많이 나타났고(Kim et al., 2017, p. 130), 특성화 고등학교(직업학교)에 다니는 것이 치료받지 못한 충치의 중요한 예측 변수로 드러났다(Jung et al., 2018, p. 3). 학교 환경은 학령기 아동에게 건강을 보호하는 기회의 공간이자, 때로는 유해한 환경과 규범이 지배하는 위협의 공간이기도 하며, 그 특성에 따라 아동·청소년의 건강결과가 달라진다. 이러한 학교 환경에 대한 중개는 기본적으로 교육정책과 같은 사회정책과 돌봄정책을 통해 이루어질 수 있다. 이러한 정책은 물리적으로 학교 환경을 개선하며, 안전한 사회 환경을 구축할 뿐 아니라 아동의 사회적 고립을 방지해 관계적 환경 또한 개선할 수 있다. 교육정책과 돌봄정책은 서로 상호 보완적 작용을 하며 사회적 배제, 건강행태와 사회

심리적 요인에 중개 효과가 있다. 교육부, 국토교통부, 보건복지부, 기획재정부 등이 주요 책임 주체이며, 이 역시 구체적 기획과 프로그램 제공에 있어서 지방정부 역시 책임 주체이다.

가족과 환경을 포괄하는 지역사회 또한 중요한 건강결정요인이다. 지역사회의 물리적·사회적·관계적 자원은 가족과 학교의 부족한 자원을 보완할 수도 있고, 오히려 불평등을 심화시키는 환경으로 작동할 수도 있다. 예컨대 아동의 층치 예방 치료에서 농촌과 도시 지역 간의 격차는 불평등한 환경이 불평등한 건강으로 이어질 수 있음을 보여 준다(Choi, Park, 2018, p. 3).

이 과정에서 보건의료체계는 지역사회 혹은 국가 자원의 중요한 구성 요소로서 아동의 건강 행태와 사회심리적 요인, 그리고 건강과 발달에 영향을 미친다.

이러한 지역사회 환경에 대한 중개는 기본적으로 보건의료체계를 포함한 사회정책, 돌봄정책, 교육정책을 통해 이루어질 수 있다. 이러한 정책은 지역의 물리적, 사회적, 관계적 지지 체계를 구축한다. 이로써 물질적 박탈, 사회적 배제, 그리고 건강 행태와 심리 사회적 요인에서 중개 효과를 발휘한다. 지역사회의 주요 책임 주체는 지방정부지만 국토교통부, 교육부, 노동부, 보건복지부, 여성가족부, 기획재정부 등 중앙 부처 역시 책임 주체이다.

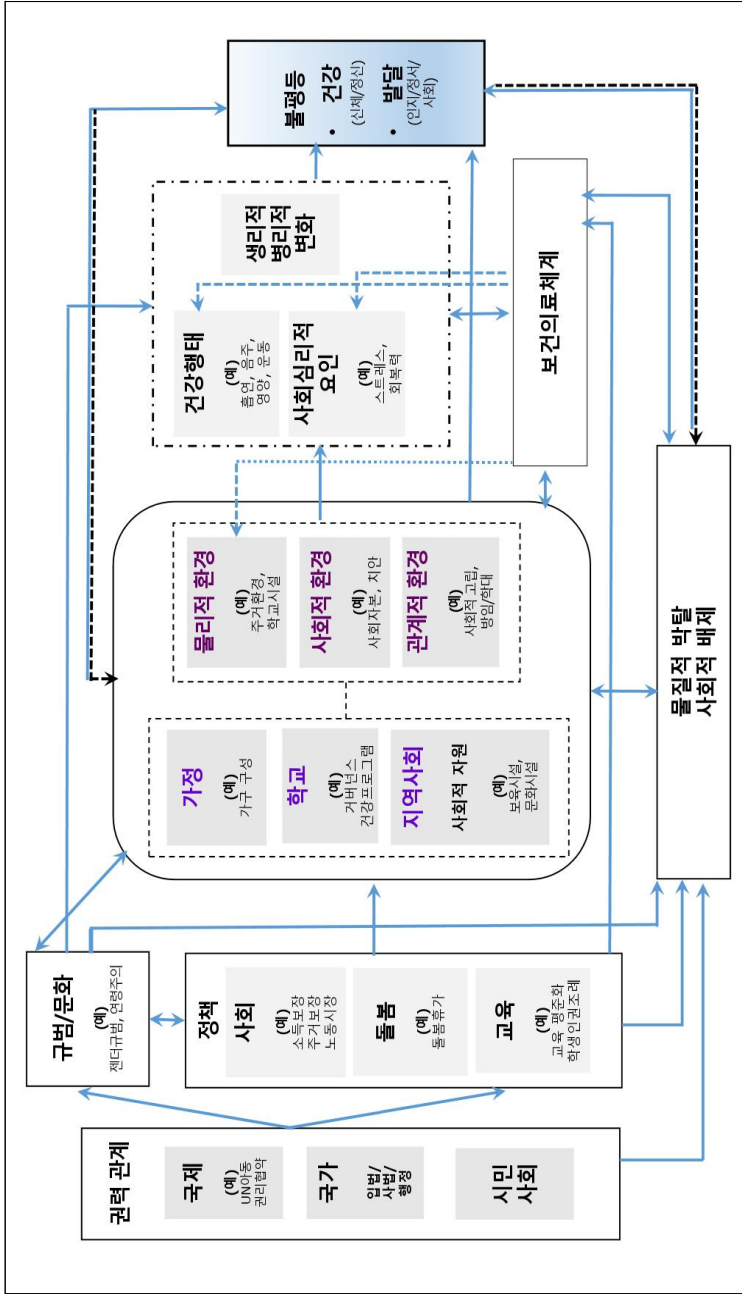
아동기의 건강 행태와 사회심리적 요인, 신체적·정신적 건강과 발달은 시간에 따른 축적과 이행을 거쳐 이후의 사회적 박탈과 배제, 가정·학교·지역사회 속에서의 자원 수준을 결정하는 선행 요인이 되기도 한다.

한편 가정, 학교, 지역사회, 그리고 보건의료체계나 사회적 박탈·배제는 사회적 진공 속에 존재하지 않는다. 이는 노동시장 정책이나 소득보장 정책 같은 사회정책, 아동에게 특히 중요한 돌봄정책과 교육정책 같은 국

가 수준의 정책과 사회 수준에서의 규범·문화에 의해 결정되거나 영향을 받는다. 또한 이러한 정책, 규범·문화 요인도 국제적 권력 관계, 국가-시장-시민사회의 권력 관계 안에 배태된다. 아동이 건강하게 성장하고 발달할 수 있는 사회적 규범·문화를 만들고 국가 정책 어젠다를 생산하고 소통·공유하는 데 시민사회의 역할과 책임 역시 무겁다.

성인기와는 다른 아동기 건강불평등 발생 기전의 특징 중 하나는 시간의 흐름을 고려해야 하는 것인데((그림 3-3)의 점선 화살표), 아동의 건강행태와 사회심리적 요인, 신체적·정신적 건강과 발달은 시간의 흐름에 따른 축적과 이행을 거쳐 이후의 사회적 박탈과 배제, 가정·학교·지역사회 속에서의 자원 수준을 결정하는 선행 요인이 되기도 한다. 사회경제적 수준이 정해진 성인기와는 달리 아동의 경우 건강불평등 발생의 주요 구분자인 교육수준이 완성되지 않은 단계이고, 직업이나 소득 수준 등이 가변적이므로 시간의 흐름에 따른 사회적 박탈 혹은 자원 수준이 변화될 수 있는 여지를 고려할 필요가 있다. 궁극적으로 이러한 아동기의 건강과 발달의 불평등은 성인기의 건강과 사회경제적 지위에 영향을 미치고, 이는 다시금 다음 세대 아동의 건강불평등으로 이어질 수 있다.

[그림 3-3] 아동 건강불평등 발생 기전 모형



자료: 본 연구진이 작성함.

제 4 장

아동기 건강불평등 모니터링 지표 개발

제1절 아동기 건강불평등 지표 체계

제2절 아동기 건강불평등 모니터링 지표 선정을 위한
전문가 의견 조사

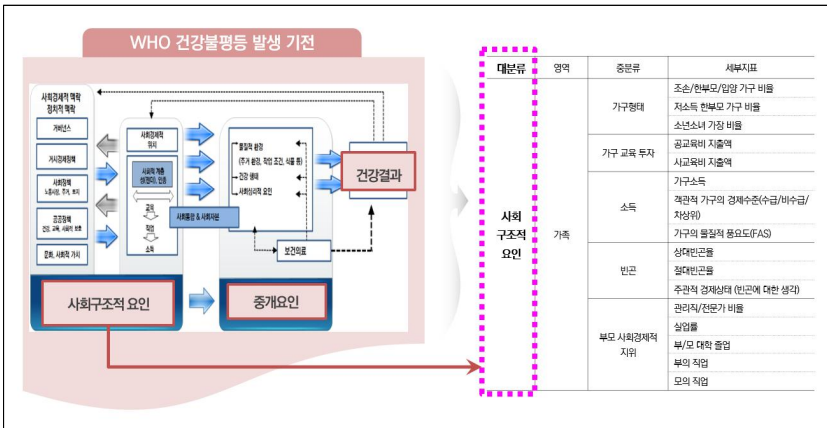
4

아동기 건강불평등 << 모니터링 지표 개발

제1절 아동기 건강불평등 지표 체계

아동기 건강불평등 모니터링 지표 체계는 선행연구(김동진 외, 2016; 김동진 외, 2017; 김동진 외, 2018)에서 다루었던 성인기 건강불평등 모니터링 지표 체계를 따랐다. 성인기 건강불평등 지표 체계는 WHO의 사회적 건강결정요인 위원회(CSDH)에서 제안한 모형에 근거하고 있다.

[그림 4-1] 아동기 건강불평등 지표 대분류 구성



자료: 본 연구진이 작성함.

이에 따라 본 연구에서 다루는 아동기 건강불평등 지표 체계도 대분류, 영역, 중분류, 세부지표로 구성되었으며, 대분류는 WHO CSDH의 모형과 같이 사회구조적 요인, 중개요인, 건강결과로 구성하였다. 다만 아동

기는 성인기와는 달리 건강의 결과를 질병의 이환이나 사망보다는 성장과 발달의 차이로 보는 것이 더 적절하여 최종적으로 사회구조적 요인, 중개요인, 성장과 발달로 구성하였다.

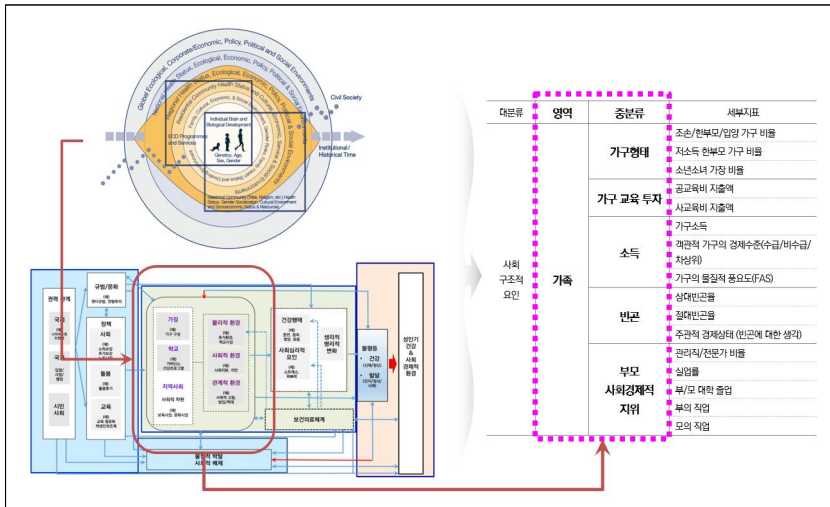
아동기 건강불평등 지표의 영역은 WHO의 TEAM-ECD 모델을 참고하였다. TEAM-ECD 모델은 아동 개인, 가족, 거주 지역사회, 관계망, 프로그램과 서비스(정책/제도), 광역 지역, 국가, 전 지구, 시민사회로 영역(체계)을 구분하고, 아동이 성장·발달하는 과정에서 이 영역들이 아동에게 미치는 영향을 중요하게 다루고 있다. 특히 TEAM-ECD 모델에서 아동의 가족 영역은 “주거환경, 부모의 학력·직업·소득 수준과 같은 사회경제적 지위, 가족의 신체적·정신적 건강수준, 주 양육자와의 애착, 가족 내 관계의 질이나 지지 수준을”(권세원, 2013, p. 6), 거주 지역사회 영역은 “아동이 거주하고 있는 지역의 경제수준, 이웃의 경제수준, 거주 지역의 고용률 또는 실업률·고학력자 비율·수급권자 비율 등을 포함하는 경제적 환경, 여가 활동이나 신체활동을 할 수 있는 공간, 보육, 의료에 대한 접근성, 교통의 편리성과 같은 서비스 인프라 구축 환경, 지역사회의 안전한 정도, 사회적 자본이 구성되어 있는 정도와 같은 사회적 환경”(권세원, 2013, pp. 6-7) 등을 포괄하고 있다. 그리고 국가 영역은 국가의 경제수준, 소득 불평등·사회적 신뢰와 같은 사회적 환경, 사회보장 정책, 아동 지지적 국가 정책 등이 중요하게 다루어지는 공간으로서 의미를 가진다.

본 연구에서는 TEAM-ECD 모델에서 강조하고 있는 이와 같은 영역의 의미를 받아들여 아동기 건강불평등 지표의 영역을 가족, 학교, 지역, 국가로 구분하였고, 아동기 건강불평등 지표의 중분류 체계는 TEAM-ECD 모델에서 영역별로 아동에게 영향을 미칠 수 있는 요인들을 보다 세분화하여 구성하였다.

이때 중요한 관점으로는 성인기와는 다른 아동기 건강결정요인을 찾아

내는 것이었다. WHO CSDH(2008)에서 제안한 건강불평등 발생 기전 모델을 기반으로 하되, 아동기의 발달과 관련된 특수한 환경을 고려하여 (TEAM-ECD 모델) 아동 건강불평등 영역과 중분류 체계를 구성하였다.

[그림 4-2] 아동기 건강불평등 지표 영역 및 중분류 구성



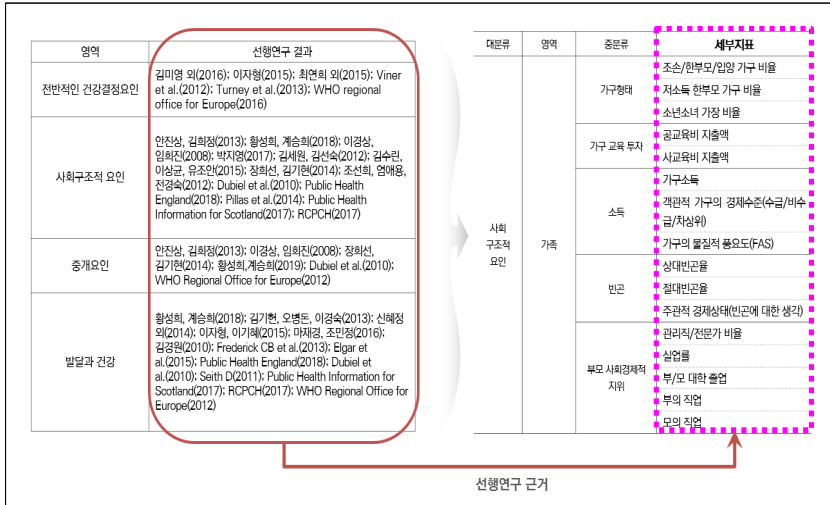
자료: Irwin I. G., Siddiqi A, Hertzman C. (2007). Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final Report for the World Health Organization’s Commission on the Social Determinants of Health. p. 17를 참고하여 본 연구진이 작성함.

마지막으로, 아동기 건강불평등 지표의 세부지표 구성을 위해 먼저 아동 건강 및 건강불평등과 관련된 국내외 선행연구를 검토하여 지표 풀(pool)을 구성하였다(부록 2 참조).

선행연구 검토 결과 아동 건강의 영역은 성장 및 발달, 건강행태, 정신건강, 신체건강으로 구분 가능하였으며, 구체적으로는 성장, 발달, 사고, 중독, 재활, 사망, 의료 이용, 행복, 삶의 질 등과 관련된 지표들이 포함되었다. 그 결과 각 해당 영역 및 중분류와 연결 가능한 세부지표들을 구성할 수 있었다.

68 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

[그림 4-3] 아동기 건강불평등 지표 세부지표 구성



자료: 본 연구진이 작성함.

이러한 선행 작업을 거쳐 아동기 건강불평등 지표(안)를 <표 4-1>과 같이 구성하였다. 아동기 건강불평등 지표(안)의 대분류는 WHO CSDH (2008)에서 개발한 건강불평등 발생 기전 모형을 토대로 사회구조적 요인, 중개요인, 건강결과로 우선 구분하였고, 영역은 아동을 둘러싼 환경을 고려하여 사회구조적 요인은 가족, 학교, 지역, 국가 영역으로 다시 구분하고, 중개요인은 개인, 가족, 학교, 지역사회로 재분류하였다. 그리고 건강결과는 인지적 건강, 주관적 건강, 신체적 건강, 정신적 건강, 사망으로 분류하여 세부지표를 구성하였다.

〈표 4-1〉 아동기 건강불평등 모니터링 지표(안)

대분류	영역	중분류	세부지표
사회 구조적 요인	가족	가구 형태	조손/한부모/입양 가구 비율
			저소득 한부모가구 비율
			소년소녀 가장 비율
		가구 교육 투자	공교육비 지출액
			사교육비 지출액
		소득	가구소득
			객관적 가구의 경제수준(수급/비수급/차상위)
			가구의 물질적 풍요도(FAS)
		빈곤	아동 상대빈곤율
			아동 절대빈곤율
	주관적 경제상태(빈곤에 대한 생각)		
	부모의 사회 경제적 지위	부/모 관리직/전문가 비율	
		아동 가구 실업률	
		부/모 대학 졸업	
		부의 직업	
		모의 직업	
	학교	교육 기회	초/중학교 무단결석률
			중/고등학교 학업 중단율
			탈학교 무근로 아동·청소년 비율
	특수교육 요구	장애 아동의 특수교육 요구 미충족률	
	학업 환경	학급당 인원수	
지역	경제적 환경	지역 박탈 수준	
		재정자주도	
	인구집단 별 인구 비율	지역	대도시/소도시/농촌
		연령군별 아동 인구	
		성별 아동 인구	
		등록 장애 아동	
		이주 아동(다문화가구)	
탈북 아동·청소년 인구			
청소년 부모			
국가	아동 결핍	OECD 아동결핍지수	
	공공 지출	가족 보조 공공 지출 (OECD Family Benefit Public spending)	
		아동 분야 공공 지출	
	정책 프레임	아동정책 기본계획 이행	
국제 아동권리협약 이행			

70 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

대분류	영역	중분류	세부지표
중개요인	개인	친구 관계	친구 지지 비행 경험 친구 유무
		흡연	흡연 경험 전자 담배 사용 경험 가열 담배 사용 경험 현재 흡연율 금연 시도율 가정 내 간접흡연 노출
		음주	음주 경험 현재 음주율 고위험(문제) 음주율
		약물	약물 경험 불법 약물 남용 횟수
		비행/범죄	아동·청소년 범죄율 아동·청소년 범죄 희생자 수(비율) 비행 경험
		신체활동	중등도 이상 신체활동 실천율 격렬한 신체활동 근력 운동 앉아서 보내는 시간
		미디어 이용 컴퓨터 및 인터넷 이용	컴퓨터 및 인터넷 이용 유형 스마트폰 의존 위험군 비율 TV 시청 시간 게임 과몰입
		영양	고른 영양 섭취 식품 미보장률 과일 섭취율 나트륨 초과 섭취율 아침 식사 결식(또는 하루 1끼 이상 결식)
		구강건강	하루 동안 양치질 횟수 불소 도포
		성 행동	첫 성관계 시기 성관계 경험 성관계 경험 청소년 항상 피임 실천율 성병 경험

대분류	영역	중분류	세부지표		
		안전 행위	안전벨트 착용 자전거 헬멧 착용		
		스트레스	평상시 스트레스 정도		
		수면	적정 수면 시간		
		경제활동 (노동)	(재학 중이면서) 아르바이트에 종사하는 아동의 비율 전업 경제활동 아동의 비율 최저임금 미만 아동 노동자 비율		
	가족	주거 조건	주거 빈곤: 공공 임대 주택	주거 점유 상태: 자가, 전세, 월세 최저 기준 미달 주거	
			홈리스	아동·청소년 홈리스 수 쉼터 거주 아동·청소년 수	아동이 있는 가족의 홈리스 발생 정도(가정폭력 쉼터 포함)
				아동 학대	학대 발견율 학대 경험률 재학대율 부모 학대(가정폭력 포함)
		부모의 양육 태도와 행동	부모 지지 교육 참여 수준 부모 지도·감독 부모 자녀 애착		
			가족 갈등	가족 내 갈등	
		양육자 건강과 정서 상태		부모의 주관적 건강수준 주 양육자의 자존감 주 양육자의 우울/불안	
			학교	학교 환경	학교에서의 행복감 학교폭력 경험(따돌림 포함) 건강 관련 교육 프로그램(안전 교육/음주 교육/흡연 예방 교육/성교육/영양 및 식사 습관 교육 제공 여부)
	지역	지역사회 관계			(지역)사회에 대한 신뢰 사회(단체) 활동 참여율 공동체 지지 지역사회 지도·감독

72 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

대분류	영역	중분류	세부지표
		돌봄	지역별 장애 학급 수/학교 수
			방과 후 돌봄 기관 수
		안전	환경 안전(지역사회 및 학교의 안전에 대한 주관적 평가)
			지역별 유해업소 비율
			범죄율
			교통안전지수
			외부 공공(공적) 공간 비율(외부에 보호자 없이 나가는 것이 가능한 아동의 분율)
		보호	요보호 아동 수와 비율
			보호 기간
		지역 환경	환경오염
			공원 면적
			장애인 편의 시설
	국가	예방 서비스	영유아 국가필수예방접종 완전접종률
			인플루엔자 예방접종률
			인유두종 바이러스 예방접종률
			11~12세 DPT 예방접종률
			치과 검진(스케일링 포함)
			치아 홈 메우기 이용률
		의료 이용	필요 의료 서비스 미치료율
외래 민감 질환 입원율			
경제적 이유로 인한 필요 의료 서비스 미치료율			
입원 경험			
입원 일수			
외래 이용 경험			
보건의료 자원	재활의료 필요 미충족률		
	아동 수 대비 전문 의사 수		
	재활의료기관의 접근성		
발달과 건강	발달	아동 수 대비 보건의료기관 수	
		학업 성취도(문해력, 수학, 과학)	
	신체 발달	성적 만족도	
		키	
		체중	

대분류	영역	중분류	세부지표
건강	주관적 건강	주관적 건강수준	자기 평가 건강수준
		신체적 건강	비만 및 저체중
	저체중률		
	다빈도/아동기 질환		질환별 유병률(선천성 심장 질환, 당뇨병, 천식, ADHD, 아토피 피부염, 알레르기 비염, 요로 감염, 폐렴, 부비동염, 중이염), 성조숙증
	암		암 유병률
	구강건강		치아 우식증(유치 우식률, 영구치 우식률, 영구치 우식 유병 여부, 영구치 우식 경험)
	손상/사고		손상 경험률
			교통사고 사상자
	신체장애/활동 제한		신체장애 유병률
			활동 제한
	임신, 출산		임신 경험률, 출산 경험률
		임신 중절 경험률	
	정신 건강	자아 존중감	자아 존중감
		삶의 만족도	아동 삶의 질 지표
		행복감	학교, 가정, 지역사회 등에서의 가족, 친구 관계 등에 대한 행복감
		우울감	우울감 경험률
		자기 파괴 행동	자살 생각 경험률
			자살 시도 경험률
			자살 계획
		정신장애	자해 경험률
	행동장애, 섭식장애, 발달장애, 아동 틱장애 등 유병률		
사망	연령별 사망	아동 사망률(연령별 사망률)	
	주요 사인별 사망	주요 사인별 사망률: 암, 손상(교통사고, 자살)	

자료: 본 연구진이 작성함.

다음으로는 그동안 정책적으로는 물론 학술적으로도 아동기 건강불평등과 관련한 모니터링 활동이 부족하였음을 감안하여 향후 아동기 건강불평등에 대한 지속적인 모니터링을 위해 지표의 타당성을 갖추는 데 중점을 두었다. 이에 본 연구에서는 1차적으로 구성된 지표(안)에 대해 전문가를 대상으로 2차례 설문 조사를 실시하였다.

제2절 아동기 건강불평등 모니터링 지표 선정을 위한 전문가 의견 조사

1. 조사 개요

가. 조사 목적

본 조사는 국내 아동의 건강결정요인을 충분히 반영하고 아동기의 건강불평등 현황을 파악하는 데 적합한, 성인기와는 차별화되는 모니터링 지표를 선정하기 위한 목적으로 실시되었다.

나. 조사 대상 및 방법

조사 대상자는 아동 건강과 복지 분야 연구에 경험이 있는 학계 교수 및 공공기관 소속 연구자 총 27명의 전문가로 구성하였다. 조사는 구조화된 설문지를 기반으로 다수의 조사 참여자의 의견을 효율적으로 수렴하기 위해 델파이 기법으로 수행되었다. 델파이 기법은 ‘다수의 횡포로 인한 소수 의견의 무시’, ‘한 명의 권위자에 의한 발언의 영향’, ‘사전 조율

로 인한 집단 역학의 약점', '한번 취한 입장의 고수' 등 대면 논의 방식에서 발생할 수 있는 제한점들을 최소화하기 위해 참여자들의 익명성 보장, 의사소통의 구조화를 통해 다수의 의견을 수렴하는 데에 활용되는 기법이다(강용주, 2008, p. 3). 전통적인 델파이 조사 기법은 3~4회에 걸쳐 수행되는데, 1차 라운드는 해결하고자 하는 연구 문제에 대한 브레인스토밍 과정으로서 전문가 집단을 대상으로 개방형 질문에 응답하도록 하여 자료를 수집한다. 2차 라운드에서는 1차 라운드의 개방형 질문에 응답한 내용을 정리 및 분석하여 구조화된 폐쇄형 질문으로 구성하고, 질문의 각 항목 내용에 대한 적절성, 중요성 등에 대하여 동의 정도를 점수화하도록 한다. 이후 반복되는 라운드에서 이전 조사에서의 전체 결과값과 개별 참여자의 응답을 함께 제시하여 참여자들에게 자신의 판단을 수정 또는 보완할 수 있는 기회를 제공한다(강용주, 2008, p. 3-4).

본 조사에서는 이미 선행연구를 통해 밝혀진 우리나라 아동기 건강불평등 영향 요인과 연구진에서 정리한 아동의 건강불평등 발생 기전 모형을 토대로 3개의 대분류, 15개의 영역, 61개의 중분류, 157개의 세부지표를 일차적으로 선별하였다. 이러한 지표 선별 작업으로 전통적인 델파이 조사 기법의 1차 라운드를 대체하였고, 본 연구에서는 선별된 지표에 대한 타당성 검증을 위해 최종 2번의 라운드에 걸친 델파이 조사를 수행하였다.

1차 조사표는 2019년 7월 23일부터 8월 9일까지 전문가 27명을 대상으로 조사표를 이메일로 발송하여 회수하였고, 2차 조사는 2019년 8월 30일부터 9월 18일까지 1차 조사에 응답한 전문가 22명을 대상으로 동일하게 조사표를 이메일로 발송하여 회수하였다. 1개 이상 세부지표의 평가가 누락된 경우, 해당 지표의 응답을 보완하도록 재요청하여 무응답을 방지하였다.

2. 조사 내용

가. 1차 조사

1차 조사에서는 연구진에서 선별한 대분류, 영역, 중분류, 세부지표에 이르는 지표 체계(〈표 4-2〉 참조)를 소개하고, 선별 기준으로 산출 가능성보다는 개념적 필요성을 우선적으로 고려하였음을 밝혔다. 아울러 157개 세부지표에 대한 지표의 적절성, 불평등 측정 단위, 필수 지표 여부 등을 조사하였다.

지표의 적절성은 각 지표의 상대적 중요성뿐만 아니라 건강불평등이 악화되거나 악화가 예상되는 지표, 건강불평등의 상대적·절대적 크기, 정책적 활용 가능성 등을 종합적으로 판단하여 157개 세부지표에 대해 5점 척도로 평가하도록 구성하였다.

불평등 측정 단위는 각 세부지표를 모니터링하기 위한 적절한 측정 단위를 묻는 문항으로 개인, 가구, 지역, 국가 단위 중 적절하다고 판단되는 모든 단위를 선택하도록 하였다.

필수 지표는 다른 지표와 비교하여 대표성이 있는 지표로서 아동기 건강불평등을 모니터링할 때 필수적으로 포함되어야 할 지표를 지표 분류나 영역에 상관없이 선정하도록 하였다. 마지막으로 연구진이 선별한 157개 세부지표 이외에 추가로 모니터링할 필요가 있는 세부지표와 제안 이유에 대해 개방형 질문으로 구성하여 응답하도록 하였다.

〈표 4-2〉 아동 건강불평등 모니터링 지표 체계

대분류	영역	중분류	대분류	영역	중분류	
사회 구조적 요인	가족	가구형태(3)	중개 요인	가족	부모의 양육 태도와 행동(4)	
		가구 교육 투자(2)			가족 갈등(1)	
		소득(3)			양육자 건강과 정서 상태(3)	
		빈곤(3)			학교 환경(3)	
	학교	부모 사회경제적 지위(5)		지역	지역사회 관계(4)	
		교육 기회(3)			돌봄(2)	
		특수교육 요구(1)			안전(5)	
		학업 환경(1)			보호(2)	
	지역	경제적 환경(2)		국가	지역 환경(3)	
		지역(1)			예방 서비스(6)	
		인구집단별 인구 비율(6)			의료 이용(7)	
	국가	아동 결핍(1)		발달	보건의료 자원(3)	
		공공 지출 (2)			인지 발달(2)	
		정책 프레임(2)			신체 발달(2)	
중개 요인	개인	친구 관계(2)	건강과 발달	주관적 건강	주관적 건강수준(1)	
		흡연(6)			신체적 건강	비만 및 저체중(2)
		음주(3)		다빈도/아동기 질환(1)		
		약물(2)		암(1)		
		비행/범죄(3)		구강건강(1)		
		신체활동(4)		손상/사고(2)		
		컴퓨터 및 인터넷/미디어 이용(4)		신체장애/활동 제한(2)		
		영양(5)		임신, 출산(2)		
		구강건강(2)		자아 존중감(1)		
		성 행동(4)		삶의 만족도(1)		
		안전 행위(2)		정신 건강		행복감(1)
		스트레스(1)				우울감(1)
		수면(1)				자기 파괴 행동(4)
		경제활동(노동)(3)				정신장애(1)
	가족	주거 조건(3)		사망		연령별 사망(1)
		홈리스(3)			주요 사인별 사망(1)	
		아동 학대(4)				

주: 괄호 안의 숫자는 해당 중분류로 분류되는 세부지표의 개수임.

78 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

[그림 4-4] 아동기 건강불평등 모니터링 지표 선정을 위한 전문가 의견 조사표(1차) 일부

1 지표의 측정단위, 적절성 평가 및 필수지표 선정

(평가표 1) ① 위의 원칙에 근거하여 세부지표에 대한 적절한 불평등 측정단위를 선택하여 주시고, 지표의 적절성을 5점 척도로 평가해 주시기 바랍니다.
 ② 필수지표라고 판단되는 해당 세부지표에 모두 체크해주시기 바랍니다.

대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위	(선택) - 지표의 적절성 - (높음)	필수지표 여부	
사회구조적 요인	가족	가족 형태	조손/한 부모/입양 가구 비율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>	
			조손독 한 부모 가구 비율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>	
		가구 교육 부자	소년소녀 가망 비율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>	
			공교육비 지출액	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>	
		소득	사교육비 지출액	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>	
			가구 소득	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>	
	빈곤	가족	객관적 가구의 경제수준(수급/바수급/차상위)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>	
			가구의 물질적 풍요도(FAS)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>	
		부모	상대빈곤율	아동 상대빈곤율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
				아동 절대빈곤율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
			부모 사회적경제적 지위	주관적 경제 상태 (빈곤에 대한 생각)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
				부/모 관리직/전문가 비율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
			아동 가구 실업률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>	
			부/모 대학 졸업	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>	

2 신규 지표 제안

(평가표 2) 앞서 제시한 지표 외의 추가되어야 할 아동기 건강불평등 지표가 있다면 아래의 형식에 맞추어 신규 지표로 제안해 주시기 바랍니다.

대분류	영역	중분류	세부지표	제안 이유
사회구조적 요인				•
중개요인				•
발달과 건강				•

자료: 본 연구진이 작성함.

나. 2차 조사

2차 조사에서는 1차 조사에서 도출한 지표의 적절성, 불평등 측정 단위, 필수 지표 여부 문항에 대한 참여자의 전체 결과값과 참여자 개별 응답을 제시하여 응답자로 하여금 본인의 응답을 재고하도록 하였으며, 동일 문항에 대해 최종 응답을 하도록 하였다. 전체 결과값으로 지표의 적절성 문항은 해당 세부지표의 평균값과 최빈값을 제시하였으며, 불평등 측정 단위 문항은 전체 참여자 중 개인, 가구, 지역, 국가 각 단위를 선택한 응답자의 비율을 제시하였다. 필수 지표 문항은 해당 지표를 필수 지표로 선택한 응답자의 비율을 제시하여 응답의 통계적 분포를 알 수 있도록 하였다.

아울러 1차 조사에서 제안된 추가 세부지표에 대해서는 의미가 유사하여 기존 지표로 대체 가능한 지표를 우선 제외하고 타당성, 포괄성, 객관성 등을 고려하여 16개 지표를 최종 선정하였다(〈표 4-3〉 참조). 1차 조사에서 157개 세부지표에 대해 물었던 방식과 동일하게 각 세부지표에 대한 적절성, 불평등 측정 단위, 필수 지표 여부를 조사하였다. 응답자의 이해를 돕기 위해 16개 세부지표에 대한 제안 이유를 함께 보여 주었다.

〈표 4-3〉 제안된 추가 세부지표

대분류	영역	중분류	세부지표	제안 이유
사회 구조적 요인	가족	전학/이사	전학/이사 경험	- 전학/이사는 사회적 네트워크와 관련되는 요인임.
		네트워크	부모의 사회적 네트워크	- 부모의 사회적 관계가 자녀의 사회경제적 지위에 영향을 미침. 부모의 사회적 관계가 양적, 질적으로 풍부한 경우 그 자체가 자본의 성격을 가지고 자녀 세대에 계승됨.
		신용/부채	신용불량이나 부채	- 최근 금융 스트레스가 강조되고 있으므로 추가가 필요함.

80 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

대분류	영역	중분류	세부지표	제안 이유
중개 요인	개인/ 학교/ 지역	차별	차별 경험률	- 가족 구조, 경제적 요인, 외모, 학업 등을 사유로 한 차별 경험은 아동기 정신건강의 매개 요인으로 작용할 수 있음.
	개인	영양	당류(과자, 탄산음료 등) 섭취율	- 아동기에 가장 빈발하는 충치의 대표적인 위험 요인이 설탕임. 특히 취약계층에서 설탕 식품 섭취 빈도가 높으므로 지표에 포함될 필요성이 있음.
			인구 천 명당 패스트푸드 판매점	- 지역 간 비만율의 격차를 결정하는 요인의 하나로 보고되고 있어 아동의 식이 섭취에도 영향을 미칠 것으로 사료됨.
	시간 활동	학교 교육 외에 하루 중 학업에 소요하는 시간 (사교육, 혼자서 하는 학습 등)	- 사교육 등 학습에 소요하는 시간은 다른 종류의 시간 활용(친교, 신체활동, 수면 등)에 영향을 줌.	
	학교	학교 환경	교사와 학생과의 주관적 친밀도 혹은 관계성	- 아동기 대부분의 시간을 학교에서 보내기 때문에 교우 관계뿐만 아니라 교사와 학생과의 관계 등도 아동들의 정신건강을 비롯한 다양한 건강 영역에 영향을 줄 수 있는 요인으로 판단됨.
	지역	지역 환경	보행 도로율	- 아동의 자동차 사고 사망률의 지역 간 격차를 결정하는 요인의 하나일 수 있음.
	국가	의료 이용	필수 치과 서비스 미치료율	- 아동기에 치과 치료 필요가 높으나 건강보험 보장률이 낮아 미치료율이 높고 이러한 문제는 취약계층에서 더 두드러짐. 의료 서비스 미치료율에 치과 의료 서비스는 포함되지 않으므로 별도로 측정하는 것이 바람직함.
경제적 이유로 인한 필요 치과 서비스 미치료율				
발달과 건강	발달	발달	인구집단 수준의 발달 지표	- 호주의 조기 발달 도구(EDI: Early Development Instrument)와 같이 인구집단 수준에서 지역별 아동발달을 측정하는 지표가 필요함.

제4장 아동기 건강불평등 모니터링 지표 개발 81

대분류	영역	중분류	세부지표	제안 이유
신체건강	구강건강	구강건강	구강건강 관련 삶의 질	- 아동기에 씹기, 말하기, 웃기 등 구강건강 관련 삶의 질이 중요함.
			치아 손상 경험률	- 아동기에 치아 손상 경험은 통상적인 손상 경험을 묻는 질문으로는 확인하기 어려움. 취약 계층의 치아 손상 경험이 높다는 점에서 지표에 포함시킬 필요성이 있음.
	시력 교정	경제적 이유로 인한 안경 미착용률	- 시력이 나쁘더라도 불구하고 사회 경제적 여건이 열악해 안경을 착용하지 못하는 경우가 상당한 것으로 알려져 있어 이 부분에 대한 주기적 모니터링이 필요함.	
정신건강	신체 이미지	신체 이미지 왜곡 인지율	- 본인의 체형을 포함한 외모에 대한 주관적 인식 및 관련 행동들은 정신건강수준을 보여 주는 지표라고 판단됨.	

자료: 본 연구진이 작성함.

[그림 4-5] 아동기 건강불평등 모니터링 지표 선정을 위한 전문가 의견 조사표(2차) 일부

1 지표의 측정단위, 적절성 평가 및 필수지표 선정																					
대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위						(성별) - 지표의 적절성 (1-5점)				필수지표 여부							
				1차 결과			최종 의견			1차 결과		최종 의견		1차 결과	최종 의견						
				전문가	전문가	전문가	전문가	전문가	전문가	전문가	전문가	전문가	전문가	전문가	전문가						
사회 구로 요인	가계	가구 형태	초소/한부모/입양 가구 비율	18.2	45.5	63.6	54.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			핵소독 한부모 가구 비율	18.2	50.0	63.6	54.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			소년소녀 가장 비율	22.7	45.5	63.6	54.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		가구 소득 부차	중요소득 지출액	22.7	50.0	54.5	50.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			사모소득 지출액	22.7	63.6	54.5	36.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			가구 소득	27.3	81.8	31.8	31.8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		소득	핵심적 가구의 경제수준(수급/거주인/차상위)	22.7	77.3	31.8	31.8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			가구의 물질적 풍요도(FAS)	22.7	72.7	27.3	27.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			아동 상대빈곤율	18.2	50.0	72.7	45.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		빈곤	아동 절대빈곤율	18.2	50.0	72.7	45.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			추천의 정책 상태 (빈곤에 대한 생안)	68.2	36.4	40.9	40.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45.5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		부모 사회경제적	권위/권위/영양가 비율	27.3	59.1	45.5	40.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

자료: 본 연구진이 작성함.

82 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

[그림 4-6] 아동기 건강불평등 모니터링 지표 선정을 위한 전문가 의견 조사표(2차) 일부

2 신규 지표 제안						
(평가표 2) 1차 조사에서 신규 지표로 제안해 주신 것을 토대로 선정할 아래의 16개 신규 지표에 대해						
① 세부지표에 대한 적절한 불평등 측정단위를 선택하여 주시고, 지표의 적절성을 5점 척도로 평가해 주시기 바랍니다.						
② 필수지표라고 판단되는 해당 세부지표에 모두 체크해주시기 바랍니다.						
※ 세부지표별 제안이유를 표 아래 각주 표기하였으니 참고해주시기 바랍니다.						
대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위	(낮음)← 지표의 적절성 →(높음)	필수지표 여부
사회 구조적 요인	가족		친학/이사 경험 ¹⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
			부모의 사회적 네트워크 ²⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
			신용불량이나 부채 ³⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
중개 요인	개인/학교/지역	차별	차별 경험률 ⁴⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
		개인	영양	당류(과자, 탄산음료 등)섭취율 ⁵⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤
			인구 친 명당 레스토랑 방문률 ⁶⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
	시간활용		학교 교육 외에 하루 중 학업에 소요하는 시간(사교육, 혼자서 하는 학습 등) ⁷⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
	학교	학교 환경	교사와 학생과의 주관적 친밀도 혹은 관계성 ⁸⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
	지역	지역 환경	보행도로율 ⁹⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
	국가	의료이용	필수 치료서비스 미치료율 ¹⁰⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
발달과 건강	발달		경제적 이유로 인한 필요 치료서비스 미치료율 ¹¹⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>
			인구집단 수준의 발달지표 ¹²⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/>

자료: 본 연구진이 작성함.

다. 조사 결과 정리

지표의 적절성은 각 세부지표의 평균값과 최빈값을 산출하였고, 해당 문항에 대한 응답의 일치도(혹은 안정도)를 보기 위해 변동계수(coefficient of variation)를 산출하였다. 델파이 기법에서는 합의가 도출되었다고 결론을 내리기 위해 몇 번의 설문 과정을 거쳐야 하는지를 객관적으로 평가해야 한다. 조사 과정을 반복하여 설문 응답의 일치성이 높은 경우 그 상태에서 합의가 도출된 것으로 보아 추가적인 라운드는 불필요하게 된다. 변동계수는 표준편차를 산술 평균값으로 나눈 값에 해당하는데, 변동계수가 0.5 이하인 경우에는 추가적인 설문이 필요 없다고 판단한다(강용주, 2008, p. 8).

157개 세부지표에 대해서는 두 차례 조사를 실시하였으나, 1차 조사에

서 제안된 16개 세부지표의 경우 2차 조사에서 한 차례 조사를 실시하였으므로 결과를 별도로 정리하였다. 적절성의 평균값 또는 최빈값 4 이상의 세부지표를 표시하여 결과를 제시하였다.

불평등 측정 단위의 결과 또한 지표의 적절성 문항과 동일한 이유로 157개 세부지표와 제안된 16개 세부지표를 구분하여 정리하였다. 개인, 가구, 지역, 국가 각 단위에 대한 응답률을 산출하여 응답률이 가장 높은 값과 50% 이상인 값을 본문 표에 표시하였고, 각각의 단위에 대한 응답률의 값은 부록에 제시하였다.

필수 지표는 해당 지표를 필수 지표로 선정한 응답자의 비율을 산출하였다. 아울러 157개 세부지표에 추가 제안된 16개 세부지표를 포함하여 50% 이상, 60% 이상, 70% 이상, 80% 이상의 응답률에 해당하는 지표를 각각 정리하였다.

84 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

〈표 4-4〉 아동 건강불평등 모니터링 지표 선정을 위한 전문가 의견 조사 개요

과정	구분	상세 내용	
1차 조사 실시 (2019. 7. 23. ~8. 9.)	조사 대상	- 27명의 아동 건강·복지 분야 전문가 대상	
	조사 내용	- 157개 세부지표의 적절성 및 불평등 측정 단위, 아동 건강불평등 모니터링을 위한 필수 지표, 추가 지표에 대한 제안 및 제안 이유 조사	
1차 조사 결과 정리	세부지표의 적절성	- 각 세부지표에 대한 1차 응답의 평균값, 최빈값, 표준편차, 변동계수 산출	
	세부지표의 불평등 측정 단위	- 각 세부지표에 대한 불평등 측정 단위의 1차 응답률 산출	
	필수 지표	- 각 필수 지표의 1차 응답률 산출	
	추가 지표	- 제안된 추가 세부지표 및 제안 이유 검토 후 2차 조사에 포함할 16개 세부지표 선별	
2차 조사 실시 (2019. 8. 30.~9. 18.)	조사 대상	- 1차 조사에 응답한 22명의 전문가 대상	
	조사 내용	세부지표의 적절성	- 각 세부지표에 대한 적절성 응답의 평균값, 최빈값과 본인의 1차 응답 제시 - 동일 문항에 대해 재조사
		세부지표의 불평등 측정 단위	- 각 세부지표에 대한 불평등 측정 단위의 응답률과 본인의 1차 응답 제시 - 동일 문항에 대해 재조사
		필수 지표	- 각 필수 지표의 응답률과 본인의 1차 응답 제시 - 동일 문항에 대해 재조사
		추가 지표	- 추가된 16개 세부지표의 적절성 및 불평등 측정 단위, 필수 지표 조사
2차 조사 결과 정리	세부지표의 적절성	- 각 세부지표에 대한 2차 응답의 평균값, 최빈값, 표준편차, 변동계수 산출 및 1차 결과와 비교	
	세부지표의 불평등 측정 단위	- 각 세부지표에 대한 개인, 가구, 지역, 국가의 불평등 측정 단위의 2차 응답률 산출 및 1차 결과 비교	
	필수 지표	- 각 필수 지표의 2차 응답률 산출 및 1차 결과 비교	
	추가 지표	- 16개 각 세부지표의 적절성 응답의 평균값·최빈값 산출, 불평등 측정 단위와 필수 지표의 응답률 산출	
최종 결과 정리	세부지표의 적절성	- 157개 세부지표에 대한 1차, 2차 응답의 평균값, 최빈값, 변동계수 표로 정리 - 추가된 16개 세부지표에 대한 응답의 평균값, 최빈값 표로 정리 - 평균값 또는 최빈값이 4 이상인 세부지표 음영 표시	
	세부지표의 불평등 측정 단위	- 157개 세부지표에 대한 1차, 2차 응답률 표로 정리 - 추가된 16개 세부지표에 대한 응답률 표로 정리 - 응답률이 가장 높은 값과 50% 이상인 값 표시	
	필수 지표	- 추가된 16개 지표 포함하여 각 필수 지표에 대한 응답률(50~80%)에 따라 구분하여 정리	

자료: 본 연구진이 작성함.

2. 조사 결과

가. 조사 대상자의 일반적 특성

1차와 2차 조사 모두 참여한 최종 응답자 18명의 일반적 특성은 <표 4-5>와 같다. 남성은 12명(66.7%), 여성은 6명(33.3%)이었다. 소속별로는 학계 교수 14명(77.8%), 공공기관 소속 연구자 4명(22.2%)이었다. 전공별로는 의학 5명(27.8%), 치의학 2명(11.1%), 보건학 5명(27.8%), 사회복지학 5명(27.8%), 교육학 1명(5.6%)이었다. 지역은 서울 및 수도권 9명(50.0%), 그 외 지역이 9명(50.0%)이었다.

<표 4-5> 조사 대상자의 일반적 특성

구분		명	%
전체		18	100.0
성별	남	12	66.7
	여	6	33.3
소속	교육기관	14	77.8
	공공 연구기관	4	22.2
전공	의학	5	27.8
	치의학	2	11.1
	보건학	5	27.8
	사회복지학	5	27.8
	교육학	1	5.6
지역	서울 및 수도권	9	50.0
	그 외	9	50.0

자료: 본 연구진이 작성함.

나. 항목별 조사 결과

1) 세부지표의 적절성

1차와 2차에서 세부지표의 적절성 평가에 대한 결과는 <표 4-6>과 같다. 응답의 일치성 정도를 나타내는 변동계수가 일부 지표(‘부모 자녀 애착’, ‘저체중률’, ‘자아 존중감’, ‘행동장애, 섭식장애, 발달장애, 아동 틱장애 등 유병률’)를 제외하고 대부분의 지표에서 1차 조사보다 2차 조사에 감소하였다. 2차 조사의 변동계수는 모두 0.5 이하로 나타나 반복되는 조사 과정을 통해 조사 참여자들의 전반적 합의가 이루어진 것으로 판단할 수 있어 추가적인 라운드는 수행하지 않았다.

적절성의 평균값 범위는 2.9에서 4.9였으며, 최빈값 범위는 3에서 5로 나타났다.

<표 4-6> 아동 건강불평등 모니터링 지표 적절성 평가 결과

대분류	영역	중분류	세부지표	1차			2차		
				평균	최빈값	변동계수	평균	최빈값	변동계수
사회 구조적 요인	가족	가구 형태	조손/한부모/입양 가구 비율	3.9	4	0.272	3.9	4	0.195
			저소득 한부모가구 비율	4.3	5	0.230	4.6	5	0.132
			소년소녀 가장 비율	3.4	4	0.440	3.6	4	0.235
		가구 교육 투자	공교육비 지출액	3.6	4	0.340	3.7	4	0.265
			사교육비 지출액	4.2	4	0.175	4.2	4	0.123
		소득	가구소득	4.6	5	0.125	4.9	5	0.066
			객관적 가구의 경제수준(수급/비수급/차상위)	4.5	5	0.151	4.8	5	0.090
			가구의 물질적 풍요도(FAS)	4.1	4	0.172	4.2	4	0.130
		빈곤	아동 상대빈곤율	4.6	5	0.129	4.8	5	0.079
	아동 절대빈곤율		4.2	5	0.178	4.8	5	0.090	
	주관적 경제상태(빈곤에 대한 생각)		4.0	4	0.235	4.1	4	0.158	

대분류	영역	중분류	세부지표	1차			2차			
				평균	최빈값	변동계수	평균	최빈값	변동계수	
	사회경제적 지위	부모	부/모 관리직/전문가 비율	3.6	3	0.238	3.4	3	0.179	
			아동 가구 실업률	4.3	5	0.194	4.4	5	0.159	
			부/모 대학 졸업	4.0	4	0.189	4.0	4	0.121	
			부의 직업	4.0	5	0.280	4.2	5	0.276	
			모의 직업	4.0	5	0.290	4.2	5	0.276	
	학교	교육 기회	초/중학교 무단결석률	3.8	4	0.199	3.9	4	0.174	
			중/고등학교 학업 중단율	4.3	5	0.207	4.3	5	0.194	
			탈학교 무근로 아동 비율	3.9	4	0.244	3.8	4	0.145	
		특수 교육 요구	장애 아동의 특수교육 요구 미충족률	4.1	5	0.225	4.2	4	0.206	
		학업 환경	학급당 인원수	3.0	3	0.286	2.9	3	0.112	
	지역	경제적 환경	지역 박탈 수준	4.8	5	0.090	4.9	5	0.066	
			재정자주도	3.8	4	0.215	3.8	4	0.161	
		인구집단별 비율	지역	대도시/소도시/농촌	4.3	5	0.194	4.4	5	0.159
			연령군별 아동 인구	3.5	3	0.365	3.2	3	0.271	
			성별 아동 인구	3.4	3	0.373	3.2	3	0.273	
			등록 장애 아동	3.8	5	0.287	3.9	4	0.268	
			이주 아동(다문화가구)	4.0	4	0.253	3.9	4	0.248	
			탈북 아동·청소년 인구	3.7	3	0.283	3.6	4	0.259	
	청소년 부모	3.8	4	0.238	3.6	4	0.215			
	국가	아동 결핍	OECD 아동결핍지수	4.8	5	0.090	4.9	5	0.066	
공공 지출		가족 보조 공공 지출 (OECD Family Benefit Public spending)	4.6	5	0.110	4.7	5	0.098		
		아동 분야 공공 지출	4.5	5	0.131	4.8	5	0.090		
정책 프레임		아동정책 기본계획 이행	4.0	5	0.247	4.3	5	0.194		
		국제 아동권리협약 이행	4.0	5	0.247	4.3	5	0.194		
증개 요인	친구 관계	친구 지지	4.2	4	0.159	4.2	4	0.148		
		비행 경험 친구 유무	3.5	4	0.257	3.7	4	0.187		
	흡연	흡연 경험	4.5	5	0.133	4.6	5	0.132		
		전자 담배 사용 경험	3.9	4	0.268	3.8	4	0.184		
		가열 담배 사용 경험	3.8	4	0.264	3.8	4	0.184		
		현재 흡연율	4.6	5	0.125	4.8	5	0.090		
		금연 시도율	3.7	3	0.228	3.7	4	0.180		
		가정 내 간접흡연 노출	4.1	5	0.202	4.3	5	0.176		

88 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

대분류	영역	중분류	세부지표	1차			2차		
				평균	최빈값	변동계수	평균	최빈값	변동계수
	음주	음주 경험	음주 경험	4.2	4	0.192	4.4	5	0.177
			현재 음주율	4.3	5	0.241	4.7	5	0.164
			고위험(문제) 음주율	4.1	5	0.249	4.4	5	0.194
	약물	약물 경험	약물 경험	4.1	4	0.198	4.2	4	0.173
			불법 약물 남용 횟수	3.7	3	0.257	3.6	4	0.198
	비행/범죄	아동·청소년 범죄율	아동·청소년 범죄율	4.0	3	0.218	3.8	4	0.184
			아동·청소년 범죄 희생자 수 (비율)	3.6	3	0.238	3.4	3	0.148
			비행 경험	4.2	4	0.175	4.2	4	0.153
	신체활동	중등도 이상 신체활동 실천율	중등도 이상 신체활동 실천율	4.6	5	0.110	4.8	5	0.079
			격렬한 신체활동	3.9	4	0.268	4.1	4	0.165
			근력 운동	3.5	3	0.285	3.7	4	0.222
			앉아서 보내는 시간	4.0	5	0.231	4.3	5	0.209
	미디어 이용 컴퓨터 및 인터넷 이용	컴퓨터 및 인터넷 이용 유형	컴퓨터 및 인터넷 이용 유형	3.9	4	0.184	3.8	4	0.134
			스마트폰 의존 위험군 비율	4.3	5	0.207	4.6	5	0.172
			TV 시청 시간	3.9	4	0.200	3.8	4	0.134
			게임 과몰입	4.3	4	0.164	4.1	4	0.115
	영양	고른 영양 섭취	고른 영양 섭취	4.2	5	0.206	4.4	5	0.139
			식품 미보장률	4.4	5	0.151	4.7	5	0.104
			과일 섭취율	4.0	4	0.247	4.1	4	0.115
			나트륨 초과 섭취율	3.8	4	0.283	3.9	4	0.195
			아침 식사 결식(또는 하루 1끼 이상 결식)	4.7	5	0.102	4.7	5	0.098
	구강건강	하루 동안 양치질 횟수	하루 동안 양치질 횟수	4.2	5	0.206	4.6	5	0.172
			불소 도포	3.6	4	0.217	3.7	4	0.187
	성행동	첫 성관계 시기	첫 성관계 시기	4.0	5	0.256	4.2	5	0.206
			성관계 경험	4.0	5	0.240	4.3	5	0.193
			성관계 경험 청소년 항상 피임 실천율	4.3	5	0.180	4.4	5	0.159
			성병 경험	3.4	3	0.373	3.6	4	0.254
	안전행위	안전벨트 착용	안전벨트 착용	4.1	4	0.187	4.2	4	0.101
자전거 헬멧 착용			4.1	4	0.198	4.2	4	0.092	
스트레스	평상시 스트레스 정도	4.6	5	0.129	4.8	5	0.079		
수면	적정 수면 시간	4.6	5	0.129	4.9	5	0.066		

대분류	영역	중분류	세부지표	1차			2차		
				평균	최빈값	변동계수	평균	최빈값	변동계수
	경제 활동 (노동)		(재학 중이면서) 아르바이트에 종사하는 아동의 비율	4.1	5	0.225	4.1	4	0.215
			전업 경제활동 아동의 비율	3.7	3	0.264	3.6	4	0.215
			최저임금 미만 아동 노동자 비율	3.8	5	0.294	4.1	4	0.215
	주거 조건		주거 빈곤: 공공 임대 주택	4.2	5	0.204	4.3	4	0.176
			주거 점유 상태: 자가, 전세, 월세	3.8	4	0.215	3.8	4	0.194
			최저 기준 미달 주거	4.5	5	0.149	4.7	5	0.127
	홈리스		아동·청소년 홈리스 수	4.1	5	0.215	4.4	5	0.159
			쉼터 거주 아동·청소년 수	4.1	5	0.202	4.4	5	0.159
			아동이 있는 가족의 홈리스 발생 정도(가정폭력 쉼터 포함)	3.9	4	0.166	4.1	4	0.133
	아동 학대		학대 발견율	4.2	5	0.192	4.4	4	0.115
			학대 경험률	4.4	4	0.134	4.5	5	0.114
			재학대율	4.1	4	0.172	4.2	4	0.101
			부모 학대(가정폭력 포함)	4.4	5	0.167	4.6	5	0.112
			부모 지지	4.1	5	0.215	4.2	4	0.173
	부모의 양육 태도와 행동		교육 참여 수준	3.6	3	0.238	3.4	3	0.205
			부모 지도·감독	3.4	3	0.215	3.3	4	0.206
			부모 자녀 애착	3.8	3	0.258	3.7	4	0.265
			가족 갈등	3.9	4	0.236	3.9	4	0.174
	양육자 건강과 정서 상태		부모의 주관적 건강수준	4.0	4	0.209	3.9	4	0.203
			주 양육자의 자존감	3.6	4	0.253	3.6	4	0.220
			주 양육자의 우울/불안	4.0	4	0.222	3.9	4	0.214
	학교	학교 환경	학교에서의 행복감	4.4	5	0.167	4.7	5	0.104
			학교폭력 경험(따돌림 포함)	4.5	5	0.112	4.7	5	0.104
			건강 관련 교육 프로그램(안전 교육/음주 교육/흡연 예방 교육/성교육/영양 및 식사 습관 교육 제공 여부)	3.8	4	0.283	3.9	4	0.184
	지역	지역 사회 관계	(지역)사회에 대한 신뢰	4.3	4	0.181	4.2	4	0.170
			사회(단체) 활동 참여율	3.9	4	0.216	3.8	4	0.194
			공동체 지지	3.6	4	0.204	3.8	4	0.161
			지역사회 지도·감독	3.4	4	0.251	3.8	4	0.145

90 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

대분류	영역	중분류	세부지표	1차			2차			
				평균	최빈값	변동계수	평균	최빈값	변동계수	
		돌봄	지역별 장애 학급 수/학교 수	4.0	4	0.218	3.8	4	0.184	
			방과 후 돌봄 기관 수	4.0	4	0.218	3.9	4	0.195	
		안전	환경 안전(지역사회 및 학교의 안전에 대한 주관적 평가)	4.3	5	0.194	4.4	5	0.177	
			지역별 유흥업소 비율	3.5	4	0.257	3.7	4	0.180	
			범죄율	4.1	4	0.187	4.0	4	0.121	
			교통안전지수	4.1	5	0.215	4.1	4	0.198	
			외부 공공(공적) 공간 비율(외부에 보호자 없이 나가는 것이 가능한 아동의 비율)	3.8	4	0.230	3.7	4	0.202	
		보호	요보호 아동 수와 비율	3.9	3	0.222	3.6	3	0.173	
			보호 기간	3.5	3	0.229	3.4	3	0.179	
		지역 환경	환경오염	4.0	5	0.276	4.2	5	0.191	
			공원 면적	3.7	4	0.264	3.9	4	0.162	
			장애인 편의 시설	3.8	4	0.223	3.9	4	0.162	
		국가	예방 서비스	영유아 국가필수예방접종 완전 접종률	4.5	5	0.149	4.9	5	0.066
				인플루엔자 예방접종률	4.1	4	0.183	4.1	4	0.133
				인유두종 바이러스 예방접종률	4.0	3	0.213	3.6	3	0.173
				11~12세 DPT 예방접종률	3.8	3	0.223	3.6	3	0.193
				치과 검진(스케일링 포함)	4.4	5	0.194	4.4	5	0.159
				치아 홈 메우기 이용률	4.0	4	0.247	3.9	4	0.162
의료 이용	필요 의료 서비스 미치료율		4.7	5	0.121	4.7	5	0.098		
	외래 민감 질환 입원율		3.7	4	0.222	4.0	4	0.121		
	경제적 이유로 인한 필요 의료 서비스 미치료율		4.5	5	0.133	4.6	5	0.109		
	입원 경험		3.4	3	0.296	3.1	3	0.136		
	입원 일수		3.3	3	0.314	3.2	3	0.162		
	외래 이용 경험		3.2	3	0.316	3.1	3	0.237		
	재활의료 필요 미충족률		3.8	3	0.208	3.3	3	0.178		
보건 의료 자원	아동 수 대비 전문 의사 수		3.8	4	0.270	4.0	4	0.192		
	재활의료기관의 접근성		3.7	4	0.264	3.8	4	0.161		
	아동 수 대비 보건의료기관 수		3.7	5	0.323	4.0	4	0.192		
발달과 건강	발달		인지 발달	4.5	5	0.162	4.7	5	0.147	
			성적 만족도	3.7	3	0.206	3.4	3	0.148	
	신체 발달	키	4.5	5	0.162	4.7	5	0.122		
		체중	4.5	5	0.162	4.7	5	0.122		

대분류	영역	중분류	세부지표	1차			2차			
				평균	최빈값	변동계수	평균	최빈값	변동계수	
건강	주관적 건강	주관적 건강 수준	자기 평가 건강수준	4.7	5	0.121	4.8	5	0.079	
		신체적 건강	비만 및 저체중	비만율(BMI) 저체중률	4.8 4.5	5 5	0.090 0.151	4.9 4.5	5 5	0.066 0.175
	다빈도/아동기 질환		질환별 유병률(신천성 심장 질환, 당뇨병, 천식, ADHD, 아토피 피부염, 알레르기 비염, 요로 감염, 폐렴, 부비동염, 중이염), 성조숙증	4.3	5	0.166	4.4	4	0.138	
	암		암 유병률	3.8	3	0.238	3.6	3	0.198	
	구강 건강		치아 우식증(유치 우식률, 영구치 우식률, 영구치 우식 유병 여부, 영구치 우식 경험)	4.4	5	0.167	4.7	5	0.127	
	손상/사고		손상 경험률	4.5	5	0.164	4.8	5	0.090	
			교통사고 사상자	3.9	4	0.208	3.9	4	0.174	
	신체장애/활동제한		신체장애 유병률	4.1	4	0.187	3.9	4	0.174	
			활동 제한	3.8	3	0.223	3.6	3	0.193	
	임신, 출산		임신 경험률, 출산 경험률	4.0	3	0.213	3.7	3	0.187	
			임신 중절 경험률	3.7	4	0.251	3.6	3	0.220	
	정신 건강		자아 존중감	자아 존중감	4.4	4	0.151	4.2	4	0.153
			삶의 만족도	아동 삶의 질 지표	4.8	5	0.090	4.9	5	0.048
			행복감	학교, 가정, 지역사회 등에서의 가족, 친구 관계 등에 대한 행복감	4.5	5	0.134	4.7	5	0.098
			우울감	우울감 경험률	4.8	5	0.090	4.8	5	0.079
		자기 파괴 행동	자살 생각 경험률	4.6	5	0.142	4.8	5	0.115	
			자살 시도 경험률	4.7	5	0.096	4.9	5	0.048	
			자살 계획	4.3	5	0.194	4.4	5	0.159	
	자해 경험률		4.5	5	0.180	4.4	5	0.193		
	정신 장애	행동장애, 섭식장애, 발달장애, 아동 틱장애 등 유병률	4.4	4	0.151	4.3	4	0.156		
	사망	연령별 사망	아동 사망률(연령별 사망률)	4.6	5	0.145	4.9	5	0.066	
		주요 사인별 사망	주요 사인별 사망률: 암, 손상(교통사고, 자살)	4.5	5	0.166	4.8	5	0.115	

주: 평균 또는 최빈값이 4 이상인 경우 음영 표시함.
 자료: 본 연구진이 작성함.

최종 2차 조사 결과, 사회구조적 요인에서 ‘가구소득’, ‘지역 박탈 수준’, ‘OECD 아동결핍지수’의 적절성 평균값이 4.9로 가장 높았으며, ‘학급당 인원수’의 평균값이 2.9로 가장 낮았다. 중개요인에서 ‘적정 수면 시간’, ‘영유아 국가필수예방접종 완전접종률’의 적절성 평균값이 4.9로 가장 높게 나타났으며, ‘입원 경험’, ‘외래 이용 경험’의 평균값이 3.1로 가장 낮았다. 발달과 건강에선 ‘비만율(BMI)’, ‘아동 삶의 질 지표’, ‘자살 시도 경험률’, ‘아동 사망률(연령별 사망률)’의 적절성 평균값이 동일하게 4.9로 가장 높았고, ‘성적 만족도’의 평균값이 3.4로 가장 낮게 나타났다.

〈표 4-7〉 세부지표의 적절성 평균값 최상위 지표

대분류	영역	중분류		세부지표	평균	최빈값
사회 구조적 요인	가족	소득		가구소득	4.9	5
	지역	지역		지역 박탈 수준	4.9	5
	국가	아동 결핍		OECD 아동결핍지수	4.9	5
중개 요인	개인	수면		적정 수면 시간	4.9	5
	지역	지역		영유아 국가필수예방접종 완전접종률	4.9	5
발달과 건강	건강	신체적 건강	비만 및 저체중	비만율(BMI)	4.9	5
		정신 건강	삶의 만족도	아동 삶의 질 지표	4.9	5
			자기 파괴 행동	자살 시도 경험률	4.9	5
		사망	연령별 사망	아동 사망률 (연령별 사망률)	4.9	5

자료: 본 연구진이 작성함.

〈표 4-8〉 세부지표의 적절성 평균값 최하위 지표

대분류	영역	중분류	세부지표	평균	최빈값
사회 구조적 요인	학교	학업 환경	학급당 인원수	2.9	3
증개 요인	국가	의료 이용	입원 경험	3.1	3
			외래 이용 경험	3.1	3
발달과 건강	발달	인지 발달	성적 만족도	3.4	3

자료: 본 연구진이 작성함.

대분류별로 적절성 평균값의 상위, 하위 10순위 지표를 보면 사회구조적 요인에서는 앞서 살펴본 최상위 세부지표 외 소득, 빈곤, 공공 지출 중 분류 세부지표들의 평균값이 높게 나타났다. 반면 최하위 세부지표 외 ‘부/모 관리직/전문가 비율(3.4)’과 ‘소년소녀 가장 비율(3.6)’을 포함하여 인구집단별 인구 비율 중분류 세부지표의 평균값이 대체로 낮았다.

〈표 4-9〉 세부지표의 적절성 평균값 상위 지표(사회구조적 요인)

순위	영역	중분류	세부지표	평균	최빈값
1	가족	소득	가구소득	4.9	5
1	지역	지역	지역 박탈 수준	4.9	5
1	국가	아동 결핍	OECD 아동결핍지수	4.9	5
4	가족	소득	객관적 가구의 경제수준 수급/비수급/차상위)	4.8	5
4	가족	빈곤	아동 상대빈곤율	4.8	5
4	가족	빈곤	아동 절대빈곤율	4.8	5
4	국가	공공 지출	아동 분야 공공 지출	4.8	5
8	국가	공공 지출	가족 보조 공공 지출 (OECD Family Benefit Public spending)	4.7	5
9	가족	가구 형태	저소득 한부모가구 비율	4.6	5
10	가족	부모 사회경제적 지위	아동 가구 실업률	4.4	5
10	지역	지역	대도시/소도시/농촌	4.4	5

자료: 본 연구진이 작성함.

94 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

〈표 4-10〉 세부지표의 적절성 평균값 하위 지표(사회구조적 요인)

순위	영역	중분류	세부지표	평균	최빈값
1	학교	학업 환경	학급당 인원수	2.9	3
2	지역	인구집단별 인구 비율	연령군별 아동 인구	3.2	3
2	지역	인구집단별 인구 비율	성별 아동 인구	3.2	3
4	가족	부모 사회경제적 지위	부/모 관리직/전문가 비율	3.4	3
4	가족	가구 형태	소년소녀 가장 비율	3.6	4
4	지역	인구집단별 인구 비율	탈북 아동·청소년 인구	3.6	4
7			청소년 부모	3.6	4
7	가족	가구 교육 투자	공교육비 지출액	3.7	4
9	학교	교육 기회	탈학교 무근로 아동·청소년 비율	3.8	4
9	지역	경제적 환경	재정자주도	3.8	4

자료: 본 연구진이 작성함.

중개요인에서는 앞서 살펴본 최상위 세부지표 외 ‘현재 흡연율(4.8)’, ‘중등도 이상 신체활동 실천율(4.8)’, ‘평상시 스트레스 정도(4.8)’의 적절성 평균값이 그다음 순으로 높게 나타났다. 반면 최하위 세부지표 외 ‘입원 일수(3.2)’, ‘부모 지도·감독(3.3)’, ‘재활의료 필요 미충족률(3.3)’의 적절성 평균값이 그다음 순으로 낮게 나타났다.

〈표 4-11〉 세부지표의 적절성 평균값 상위 지표(중개요인)

순위	영역	중분류	세부지표	평균	최빈값
1	개인	수면	적정 수면 시간	4.9	5
1	지역	지역	영유아 국가필수예방접종 완전접종률	4.9	5
3	국가	예방 서비스	현재 흡연율	4.8	5
3	개인	신체활동	중등도 이상 신체활동 실천율	4.8	5
3	개인	스트레스	평상시 스트레스 정도	4.8	5

순위	영역	중분류	세부지표	평균	최빈값
6	개인	음주	현재 음주율	4.7	5
6	개인	영양	식품 미보장률	4.7	5
6	개인	영양	아침 식사 결식(또는 하루 1끼 이상 결식)	4.7	5
6	가족	주거 조건	최저 기준 미달 주거	4.7	5
6	학교	학교 환경	학교에서의 행복감	4.7	5
6	학교	학교 환경	학교폭력 경험(따돌림 포함)	4.7	5
6	국가	의료 이용	필요 의료 서비스 미치료율	4.7	5

자료: 본 연구진이 작성함.

〈표 4-12〉 세부지표의 적절성 평균값 하위 지표(중개요인)

순위	영역	중분류	세부지표	평균	최빈값
1	국가	의료 이용	입원 경험	3.1	3
1	국가	의료 이용	외래 이용 경험	3.1	3
3	국가	의료 이용	입원 일수	3.2	3
4	가족	부모의 양육 태도와 행동	부모 지도·감독	3.3	4
4	국가	의료 이용	재활의료 필요 미충족률	3.3	3
6	개인	비행/범죄	아동·청소년 범죄 희생자 수(비율)	3.4	3
6	가족	부모의 양육 태도와 행동	교육 참여 수준	3.4	3
6	지역	보호	보호 기간	3.4	3
9	개인	약물	불법 약물 남용 횟수	3.6	4
9	개인	성 행동	성병 경험	3.6	4
9	개인	경제활동(노동)	전업 경제활동 아동의 비율	3.6	4
9	가족	양육자의 건강과 정서 상태	주 양육자의 자존감	3.6	4
9	지역	보호	요보호 아동 수와 비율	3.6	3
9	국가	예방 서비스	인유두종 바이러스 예방접종률	3.6	3
9	국가	예방 서비스	11~12세 DPT 예방접종률	3.6	3

자료: 본 연구진이 작성함.

발달과 건강에서는 앞서 살펴본 최상위 세부지표 외 ‘자기 평가 건강수준(4.8)’, ‘손상 경험률(4.8)’, ‘우울감 경험률(4.8)’, ‘자살 생각 경험률(4.8)’, ‘주요 사인별 사망률: 암, 손상(교통사고, 자살)(4.8)’의 적절성 평균값이 그다음 순으로 높게 나타났다. 반면 최하위 세부지표 외 ‘암 유병률(3.6)’, ‘활동 제한(3.6)’, ‘임신 중절 경험률(3.6)’, ‘임신 경험률, 출산 경험률(3.7)’의 적절성 평균값이 그다음 순으로 낮게 나타났다.

〈표 4-13〉 세부지표의 적절성 평균값 상위 지표(발달과 건강)

순위	영역		중분류	세부지표	평균	최빈값
1	건강	신체적 건강	비만 및 저체중	비만율(BMI)	4.9	5
1	건강	정신 건강	삶의 만족도	아동 삶의 질 지표	4.9	5
1	건강		자기 파괴 행동	자살 시도 경험률	4.9	5
1	건강	사망	연령별 사망	아동 사망률(연령별 사망률)	4.9	5
5	건강	주관적 건강	주관적 건강수준	자기 평가 건강수준	4.8	5
5	건강	신체적 건강	손상/ 사고	손상 경험률	4.8	5
5	건강	정신 건강	우울감	우울감 경험률	4.8	5
5	건강		자기 파괴 행동	자살 생각 경험률	4.8	5
5	건강	사망	주요 사인별 사망	주요 사인별 사망률: 암, 손상(교통사고, 자살)	4.8	5
10	발달		인지 발달	학업 성취도(문해력, 수학, 과학)	4.7	5
10	발달		신체 발달	키	4.7	5
10	발달			체중	4.7	5
10	건강	신체적 건강	구강건강	치아 우식증(유치 우식률, 영구치 우식률, 영구치 우식 유병 여부, 영구치 우식 경험)	4.7	5
10	건강	정신 건강	행복감	학교, 가정, 지역사회 등에서의 가족, 친구 관계 등에 대한 행복감	4.7	5

자료: 본 연구진이 작성함.

〈표 4-14〉 세부지표의 적절성 평균값 하위 지표(발달과 건강)

순위	영역	중분류	세부지표	평균	최빈값	
1	발달	인지 발달	성적 만족도	3.4	3	
2	건강	암	암 유병률	3.6	3	
2	건강	신체장애/ 활동 제한	활동 제한	3.6	3	
2	건강	신체적 건강	임신, 출산	임신 중절 경험률	3.6	3
5	건강		임신 경험률, 출산 경험률	3.7	3	
6	건강		손상/ 사고	교통사고 사상자	3.9	4
6	건강	신체장애/ 활동 제한	신체장애 유병률	3.9	4	
8	건강	정신 건강	자아 존중감	자아 존중감	4.2	4
9	건강		정신장애	행동장애, 섭식장애, 발달장애, 아동 틱장애 등 유병률	4.3	4
10	건강	신체적 건강	다빈도/ 아동기 질환	질환별 유병률(선천성 심장 질환, 당뇨병, 천식, ADHD, 아토피 피 부염, 알레르기 비염, 요로 감염, 폐렴, 부비동염, 중이염), 성조숙증	4.4	4
10	건강	정신 건강	자기 파괴 행동	자살 계획	4.4	5
10	건강		자해 경험률	4.4	5	

자료: 본 연구진이 작성함.

2) 불평등 측정 단위

157개 세부지표에 대한 불평등 측정 단위는 1차와 2차 조사의 결과를 비교해 보았을 때, 대부분의 지표에서 1차 조사에 응답률이 높았던 세부 지표의 응답률이 2차 조사에서 더 높아지는 집중 경향을 보였다(부록 3 참조).

최종 2차 결과를 세부적으로 살펴보면 사회구조적 요인에서는 가족 영역의 지표는 특성에 따라 가구, 지역, 국가 단위로 측정하는 것이 적절하

다는 응답이 고루 분포하였고, '주관적 경제상태(빈곤에 대한 생각)' 지표만 개인 단위로 측정하는 것이 적절한 것으로 최종 의견이 수렴되었다. 학교와 지역 영역은 90% 이상의 응답률로 지역 단위로 불평등을 모니터링하는 것이 적절하며, 국가 영역은 지역 및 국가 단위로 측정하는 것이 적절하다고 평가하였다.

중개요인에서의 개인 영역은 '아동 범죄율', '아동 범죄 희생자 수(비율)', '(재학 중이면서) 아르바이트에 종사하는 아동의 비율', '전업 경제활동 아동의 비율', '최저임금 미만 아동 노동자 비율' 지표를 제외하고는 대부분의 지표에서 개인 단위의 응답률이 가장 높았다. 가족 영역은 지표 특성에 따라 개인, 가구, 지역 단위의 응답률이 높았으며, 학교 영역은 개인 단위의 응답률이 가장 높았다. 지역 영역의 지표는 모두 지역 단위로 불평등을 측정해야 한다는 응답이 가장 많았으며, 국가 영역은 '입원 경험', '입원 일수', '외래 이용 경험' 지표를 제외하고는 지역 단위의 응답률이 가장 높았다.

발달과 건강의 지표에서 '교통사고 사상자' 지표는 개인 단위와 지역 단위의 응답률이 동일하였고, '아동 사망률(연령별 사망률)', '주요 사인별 사망률: 암, 손상(교통사고, 자살)'은 지역 단위의 응답률이, 그 외 지표들은 개인 단위의 응답률이 가장 높았다.

〈표 4-15〉 아동 건강불평등 모니터링 지표 측정 단위 결과

(단위: %)

대분류	영역	중분류	세부지표	1차				2차			
				개인	가구	지역	국가	개인	가구	지역	국가
사회 구조적 요인	가족	가구 형태	조손/한부모/입양 가구 비율			●	○			●	○
			저소득 한부모가구 비율		○	●	○			●	○
			소년소녀 가장 비율			●	○			●	○
		가구 교육 투자	공교육비 지출액		○	●	○		○	●	○
			사교육비 지출액		●	○			●	○	
		소득	가구소득		●				●		
			객관적 가구의 경제수준 (수급/비수급/차상위)		●				●		
			가구의 물질적 풍요도(FAS)		●				●		
		빈곤	아동 상대빈곤율		○	●			○	●	
	아동 절대빈곤율			○	●			○	●		
	주관적 경제상태(빈곤에 대한 생각)		●				●				
	부모 사회경 제적 지위	부/모 관리직/전문가 비율		●				●			
		아동 가구 실업률		●	●			●	○		
		부/모 대학 졸업		●				●			
		부의 직업	○	●				●			
		모의 직업	○	●				●			
	학교	교육 기회	초/중학교 무단결석률			●				●	
			중/고등학교 학업 중단율			●				●	
			탈학교 무근로 아동·청소년 비율			●				●	
		특수 교육 요구	장애 아동의 특수교육 요구 미충족률			●				●	
	학업 환경	학급당 인원수			●				●		
지역	경제적 환경	지역 박탈 수준			●				●		
		재정자주도			●				●		
	지역	대도시/소도시/농촌			●				●		
	인구집 단별 인구 비율	연령균별 아동 인구			●				●		
		성별 아동 인구			●				●		
		등록 장애 아동			●				●		
		이주 아동(다문화가구)			●				●		
		탈북 아동·청소년 인구			●				●		
청소년 부모				●				●			

100 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

대분류	영역	중분류	세부지표	1차				2차				
				개인	가구	지역	국가	개인	가구	지역	국가	
국가	국가	아동 결핍	OECD 아동결핍지수			●	○			●	○	
		공공 지출	가족 보조 공공 지출 (OECD Family Benefit Public spending)			●	○			●	○	
			아동 분야 공공 지출			○	●			●	○	
		정책 프레임	아동정책 기본계획 이행 국제 아동권리협약 이행				●				●	
중개 요인	개인	친구 관계	친구 지지	●				●				
			비행 경험 친구 유무	●				●				
		흡연		흡연 경험	●				●			
				전자 담배 사용 경험	●				●			
				가열 담배 사용 경험	●				●			
				현재 흡연율	●		○		●			
				금연 시도율	●		○		●			
				가정 내 간접흡연 노출	●				●			
		음주		음주 경험	●				●			
				현재 음주율	●		○		●		○	
				고위험(문제) 음주율	●		○		●		○	
		약물		약물 경험	●				●			
				불법 약물 남용 횟수	●				●			
		비행/범죄		아동 범죄율			●	○			●	○
				아동 범죄 희생자 수(비율)			●	○			●	○
				비행 경험	●				●			
		신체 활동		중등도 이상 신체활동 실천율	●		○		●		○	
				격렬한 신체활동	●				●			
				근력 운동	●				●			
				앉아서 보내는 시간	●				●			
		미디어 이용 컴퓨터 및 인터넷 이용		컴퓨터 및 인터넷 이용 유형	●				●			
				스마트폰 의존 위험군 비율	●		○		●		○	
				TV 시청 시간	●				●			
				게임 과몰입	●				●			
영양		고른 영양 섭취	●				●					
		식품 미보장률	●				●					
		과일 섭취율	●		○		●		○			
		나트륨 초과 섭취율	●				●					
		아침 식사 결식(또는 하루 1끼 이상 결식)	●				●					

대분류	영역	중분류	세부지표	1차				2차				
				개인	가구	지역	국가	개인	가구	지역	국가	
가속	구강 건강		하루 동안 양치질 횟수	●				●				
			불소 도포	●				●				
	성 행동		첫 성관계 시기	●				●				
			성관계 경험	●				●				
			성관계 경험 청소년 항상 피임 실천율	●				●				
			성병 경험	●				●				
	안전 행위		안전벨트 착용	●				●				
			자전거 헬멧 착용	●				●				
	스트레스		평상시 스트레스 정도	●				●				
	수면		걱정 수면 시간	●				●				
	경제 활동 (노동)		(재학 중이면서) 아르바이트에 종사하는 아동의 비율	○		●		○		●		
			전업 경제활동 아동의 비율			●				●		
			최저임금 미만 아동 노동자 비율			●	○			●	○	
	가족	주거 조건		주거 빈곤: 공공 임대 주택		●	○			●	○	
				주거 점유 상태: 자가, 전세, 월세		●				●		
				최저 기준 미달 주거		●	○			●	○	
		홈리스		아동·청소년 홈리스 수			●	○			●	○
				쉼터 거주 아동·청소년 수			●	○			●	○
		아동 학대		아동이 있는 가족의 홈리스 발생 정도(가정폭력 쉼터 포함)			●	○			●	○
학대 발견율						●	○			●	○	
학대 경험률				○		●	○	○		●	○	
재학대율				○		●		○		●		
부모의 양육 태도와 행동			부모 학대(가정폭력 포함)	○		●		○		●		
			부모의 양육 태도와 행동	●	○			●	○			
			교육 참여 수준	●	○			●	○			
	부모 지도·감독		●	○			●	○				
가족 갈등		부모 자녀 애착	●	○			●	○				
		가족 내 갈등	○	●			●	○				
양육자 건강과 정서 상태		부모의 주관적 건강수준	○	●			●	○				
		주 양육자의 자존감	○	●			●	○				
		주 양육자의 우울/불안	○	●			●	○				

102 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

대분류	영역	중분류	세부지표	1차				2차			
				개인	가구	지역	국가	개인	가구	지역	국가
학교	학교 환경	학교에서의 행복감	●				●				
		학교폭력 경험(따돌림 포함)	●		○		●		○		
		건강 관련 교육 프로그램(안전 교육/음주 교육/흡연 예방 교육/성교육/영양 및 식사 습관 교육 제공 여부)	●				●				
지역	지역 사회 관계	(지역)사회에 대한 신뢰	○		●		○		●		
		사회(단체) 활동 참여율			●				●		
		공동체 지지			●				●		
		지역사회 지도·감독			●				●		
	돌봄	지역별 장애 학급 수/학교 수			●				●		
		방과 후 돌봄 기관 수			●				●		
	안전	환경 안전(지역사회 및 학교의 안전에 대한 주관적 평가)			●				●		
		지역별 유해업소 비율			●				●		
		범죄율			●				●		
		교통안전지수			●				●		
	보호	외부 공공(공적) 공간 비율 (외부에 보호자 없이 나가는 것이 가능한 아동의 비율)			●				●		
		요보호 아동 수와 비율			●				●		
지역 환경	보호 기간			●				●			
	환경오염			●				●			
	공원 면적			●				●			
	장애인 편의 시설			●				●			
국가	예방 서비스	영유아 국가필수예방접종 완전접종률			●	○			●	○	
		인플루엔자 예방접종률			●	○			●	○	
		인유두종 바이러스 예방접종률			●	○			●	○	
		11~12세 DPT 예방접종률			●	○			●	○	
		치과 검진(스케일링 포함)	○		●	○	○		●	○	
		치아 홈 메우기 이용률	○		●	○	○		●	○	
	의료 이용	필요 의료 서비스 미치료율	●		●	●	○		●	○	
		외래 민감 질환 입원율			●	○			●	○	
		경제적 이유로 인한 필요 의료 서비스 미치료율	○		○	○	○		●	○	
		입원 경험	○				●				
		입원 일수	○				●				
		외래 이용 경험	○				●				
보건 의료 자원	재활의료 필요 미충족률	●		○	○	○		●	○		
	아동 수 대비 전문 의사 수			●	○			●	○		
	재활의료기관의 접근성			●	○			●	○		
	아동 수 대비 보건의료기관 수			●	○			●	○		

대분류	영역	중분류	세부지표	1차				2차				
				개인	가구	지역	국가	개인	가구	지역	국가	
발달과 건강	발달	인지 발달	학업 성취도(문해력, 수학, 과학)	●				●				
			성적 만족도	●				●				
		신체 발달	키	●				●				
	체중		●				●					
	주관적 건강	주관적 건강 수준	자기 평가 건강수준	●				●				
			신체적 건강	비만 및 저체중	비만율(BMI)	●				●		
	저체중률	●				○		●		○		
	다빈도/아동기 질환	질환별 유병률(선천성 심장 질환, 당뇨병, 천식, ADHD, 아토피 피부염, 알레르기 비염, 요로 감염, 폐렴, 부비동염, 중이염), 성조숙증		●		○		●		○		
		암		암 유병률	●		●		●		○	
		구강 건강		치아 우식증(유치 우식률, 영구치 우식률, 영구치 우식 유병 여부, 영구치 우식 경험)	●		○		●		○	
	건강	손상/사고	손상 경험률	●		○		●		○		
			교통사고 사상자	●		○		●		●		
		신체장애/활동 제한	신체장애 유병률	●		○		●		○		
			활동 제한	●				●		○		
			임신, 출산	임신 경험률, 출산 경험률	○		●		●		○	
			임신 중절 경험률	○		●		●		○		
	정신 건강	자아 존중감	자아 존중감	●				●				
			삶의 만족도	●				●				
		행복감	학교, 가정, 지역사회 등에서의 가족, 친구 관계 등에 대한 행복감	●				●				
			우울감	우울감 경험률	●				●			
				자살 생각 경험률	●				●			
		자기 파괴 행동	자살 시도 경험률	●				●				
			자살 계획	●				●				
			자해 경험률	●				●				
	정신 장애	행동장애, 섭식장애, 발달장애, 아동 틱장애 등 유병률	●		●		●		○			
사망		연령별 사망	아동 사망률(연령별 사망률)			●			●			
	주요 사인별 사망	주요 사인별 사망률: 암, 손상(교통사고, 자살)			●				●			

주: 응답률이 50% 이상인 경우, ○으로 표기하였고, 가장 높은 응답률은 ●으로 표기함.
 자료: 본 연구진이 작성함.

3) 추가 제안된 세부지표

1차 조사에서 연구진이 제시한 세부지표 외에 조사 대상자가 추가 제안한 세부지표는 총 28개였다. 이 중 연구진의 검토를 통해 16개 세부지표를 선정하여 2차 조사에 포함시켰으며, 지표의 불평등 측정 단위와 적절성 평가 결과는 <표 4-16>과 같다.

추가 세부지표에 대한 적절성의 평균값 범위는 2.9에서 4.5였으며, 최빈값 범위는 3에서 5로 나타났다. 16개 세부지표에서 ‘차별 경험률(4.5)’의 적절성 평균값이 가장 높았고, 다음으로 ‘필수 치과 서비스 미치료율(4.2)’, ‘경제적 이유로 인한 필요 치과 서비스 미치료율(4.2)’의 평균값이 높았다. 반면 ‘전학/이사 경험(2.9)’의 평균값이 가장 낮았으며, 다음으로 ‘보행 도로율(3.1)’, ‘교사와 학생과의 주관적 친밀도 혹은 관계성(3.2)’의 적절성 평균값이 낮게 나타났다.

추가 세부지표의 불평등 측정 단위는 사회구조적 요인에서 가족 영역은 개인, 가구 단위 응답률이 가장 높았다. 중개요인에서 개인, 학교 영역은 개인 또는 지역 단위의 응답률이, 지역, 국가 영역은 지역 단위의 응답률이 가장 높았다. 발달과 건강의 발달 영역은 지역, 건강 영역은 개인 단위의 응답률이 가장 높게 나타났다.

<표 4-16> 아동 건강불평등 모니터링 추가 세부지표 측정 단위 및 적절성 평가 결과

대분류	영역	중분류	세부지표	적절성		불평등 측정 단위			
				평균	최빈값	개인	가구	지역	국가
사회 구조적 요인	가족	전학/이사	전학/이사 경험	2.9	3	77.8	38.9	16.7	5.6
		네트워킹	부모의 사회적 네트워크	3.7	4	50.0	66.7	16.7	11.1
		신용/부채	신용불량이나 부채	3.8	3	44.4	72.2	27.8	11.1

대분류	영역	중분류	세부지표	적절성		불평등 측정 단위				
				평균	최빈값	개인	가구	지역	국가	
중개 요인	개인/ 학교/ 지역	차별	차별 경험률	4.5	5	88.9	0.0	38.9	5.6	
	개인	영양	당류(과자, 탄산음료 등) 섭취율	3.9	5	94.4	11.1	33.3	5.6	
			인구 천 명당 패스트푸드 판매점	3.6	3	27.8	5.6	83.3	5.6	
		시간 활동	학교 교육 외에 하루 중 학업에 소요하는 시간(사교육, 혼자서 하는 학습 등)	3.7	4	88.9	5.6	27.8	5.6	
	학교	학교 환경	교사와 학생과의 주관적 친밀도 혹은 관계성	3.2	3	88.9	0.0	27.8	5.6	
	지역	지역 환경	보행 도로율	3.1	3	11.1	0.0	100.0	5.6	
	국가	의료 이용	필수 치과 서비스 미치료율	4.2	5	66.7	5.6	77.8	22.2	
			경제적 이유로 인한 필요 치과 서비스 미치료율	4.2	5	66.7	5.6	83.3	22.2	
	발달과 건강	발달	발달	인구집단 수준의 발달 지표	3.7	4	22.2	5.6	77.8	38.9
		건강	신체 건강	구강건강 관련 삶의 질	3.5	3	94.4	0.0	33.3	5.6
치아 손상 경험률				3.4	3	94.4	0.0	33.3	5.6	
시력 교정			경제적 이유로 인한 안경 미착용률	3.4	3	88.9	0.0	27.8	11.1	
정신 건강		신체 이미지	신체 이미지 왜곡 인지율	3.7	4	100.0	0.0	27.8	5.6	

주: 적절성의 평균 또는 최빈값이 4 이상인 경우 음영 표시함.

불평등 측정 단위의 가장 높은 응답률에 음영 표시함.

자료: 본 연구진이 작성함.

4) 필수 지표

필수 지표는 다른 지표와 비교하여 대표성이 있는 지표로서 아동기 건강불평등을 모니터할 때 꼭 포함되어야 할 지표를 의미한다. 1차와 2차 조사의 각 세부지표에 대한 필수 지표 응답률은 <부록 3>과 같다.

1차 조사 결과, 총 157개 세부지표 중 필수 지표의 응답률이 50% 이상인 세부지표는 51개, 60% 이상인 세부지표는 26개, 70% 이상인 세부지표는 11개, 80% 이상인 세부지표는 3개였다. 가장 많은 조사 참여자에게 선정된 세부지표는 아동 삶의 질 지표(90.9%)였으며, 다음으로 ‘지역 박탈 수준(86.4%)’, ‘비만율(BMI)(86.4%)’ 순이었다.

〈표 4-17〉 아동 건강불평등 모니터링 지표 필수 지표: 1차 결과

대분류	영역	중분류	응답률별 세부지표			
			50%(25)	60%(15)	70%(8)	80% 이상(3)
사회 구조적 요인	가족	가구형태		저소득 한부모가구 비율		
		가구 교육 투자	사교육비 지출액			
		소득			가구소득	
		빈곤		아동 상대빈곤율		
		부모 사회경제적 지위	아동 가구 실업률 부의 직업 모의 직업			
	학교	교육 기회	중/고등학교 학업 중단율			
		특수교육 요구	장애 아동의 특수교육 요구 미충족률			
	지역	경제적 환경				지역 박탈 수준
		지역		대도시/소도 시/농촌		
	국가	아동 결핍			OECD 아동결핍지수	
		공공 지출	가족 보조 공공 지출	아동 분야 공공 지출		

대분류	영역	중분류	응답률별 세부지표			
			50%(25)	60%(15)	70%(8)	80% 이상(3)
중개 요인	개인	흡연	흡연 경험			현재 흡연율
			가정 내 간접흡연 노출			
		음주	현재 음주율			
			고위험(문제) 음주율			
		신체활동		중등도 이상 신체활동 실천율		
		컴퓨터 및 인터넷/미디어 이용	스마트폰 의존 위험군 비율			
		영양	식품 미보장률	아침 식사 결식(또는 하루 1끼 이상 결식)		
		구강건강	하루 동안 양치질 횟수			
	스트레스	평상시 스트레스 정도				
	수면			적정 수면 시간		
		주거 조건		최저 기준 미달 주거		
	가족	아동 학대	부모 학대 (가정폭력 포함)	학대 경험률		
		학교	학교 환경	학교에서의 행복감		
	학교폭력 경험(따돌림 포함)					
	지역	지역사회 관계	(지역)사회에 대한 신뢰			

108 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

대분류	영역	중분류	응답률별 세부지표			
			50%(25)	60%(15)	70%(8)	80% 이상(3)
	국가	예방 서비스			영유아 국가필수 예방접종 완전접종률	
		의료 이용	경제적 이유로 인한 필요 의료 서비스 미치료율	필요 의료 서비스 미치료율		
발달과 건강	발달	인지 발달		학업 성취도		
		신체 발달	체중	키		
	주관적 건강	주관적 건강수준			자기 평가 건강수준	
	신체적 건강	비만 및 저체중	저체중률			비만을 (BMI)
		구강건강	치아 우식증			
		손상/사고		손상 경험률		
	정신 건강	자아 존중감	자아 존중감			
		삶의 만족도				아동 삶의 질 지표
		행복감	학교, 가정, 지역사회 등에서의 가족, 친구 관계 등에 대한 행복감			
		우울감		우울감 경험률		
		자기 파괴 행동				자살 생각 경험률 자살 시도 경험률
	사망	연령별 사망				아동 연령별 사망률
		주요 사인별 사망		주요 사인별 사망률: 암, 손상		

자료: 본 연구진이 작성함.

2차 조사에서는 추가 제안된 16개 세부지표를 포함한 총 173개의 세부지표 중 필수 지표의 응답률이 50% 이상인 지표는 58개, 60% 이상인 지표는 47개, 70% 이상인 지표는 36개, 80% 이상인 지표는 25개였다. 조사 참여자들이 1차 조사 결과를 토대로 더 많은 필수 지표를 선택한 것을 확인할 수 있었다. 2차 조사에서는 모든 참여자들이 사회구조적 요인의 ‘지역 박탈 수준’, 발달과 건강의 ‘아동 삶의 질 지표’, ‘자살 시도 경험률’을 필수 지표로 선정하였다. 중개요인에서는 ‘현재 흡연율’과 ‘영유아 국가필수예방접종 완전접종률’이 94.4%로 응답률이 가장 높았다.

추가 제안된 16개 세부지표에 대한 필수 지표 응답률은 ‘차별 경험률(66.7%)’이 가장 높았고, 다음으로 ‘필수 치과 서비스 미치료율(55.6%)’, ‘경제적 이유로 인한 필요 치과 서비스 미치료율(50.0%)’ 순으로 높은 응답률을 보였다. 앞선 적절성 평가에서 평균값이 가장 높은 세부지표들이 주로 높은 응답률을 갖는 필수 지표로 선정되어 결과의 일치성을 보였다.

〈표 4-18〉 아동 건강불평등 모니터링 지표 필수 지표: 2차 결과

대분류	영역	중분류	응답률별 세부지표			
			50%(11)	60%(11)	70%(11)	80% 이상(25)
사회 구조적 요인	가족	가구형태				저소득 한부모가구 비율
		가구 교육 투자				사교육비 지출액
		소득				가구소득
		빈곤				아동 상대빈곤율
		부모 사회경제적 지위		부의 직업 모의 직업	아동 가구 실업률	
	학교	교육 기회			중/고등학교 학업 중단율	

110 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

대분류	영역	중분류	응답률별 세부지표				
			50%(11)	60%(11)	70%(11)	80% 이상(25)	
		특수교육 요구		장애 아동의 특수교육 요구 미충족률			
	지역	경제적 환경					
		지역			대도시/소도시/농촌	지역 박탈 수준	
	국가	아동 결핍				OECD 아동결핍지수	
		공공 지출		가족 보조 공공 지출		아동 분야 공공 지출	
		정책 프레임	국제 아동권리협약 이행				
	중개 요인	개인/학교/지역	차별		차별 경험률*		
		개인	흡연	가정 내 간접흡연 노출		흡연 경험	현재 흡연율
			음주		고위험(문제) 음주율	현재 음주율	
약물			약물 경험				
신체활동			앉아서 보내는 시간			중등도 이상 신체활동 실천율	
컴퓨터 및 인터넷/미디어 이용					스마트폰 의존 위험군 비율		
영양					식품 미보장률	아침 식사 결식(또는 하루 1끼 이상 결식)	
구강건강				하루 동안 양치질 횟수			
스트레스						평상시 스트레스 정도	
수면						적정 수면 시간	

대분류	영역	중분류	응답률별 세부지표			
			50%(11)	60%(11)	70%(11)	80% 이상(25)
	가족	주거 조건				최저 기준 미달 주거
		아동 학대	부모 학대 (가정폭력 포함)			학대 경험률
	학교	학교 환경			학교에서의 행복감	
					학교폭력 경험(따돌림 포함)	
	지역	지역사회 관계	(지역)사회에 대한 신뢰			
	국가	예방 서비스	치과 검진 (스케일링 포함)			영유아 국가필수 예방접종 완전접종률
		의료 이용	필수 치과 서비스 미치료율* 경제적 이유로 인한 필요 치과 서비스 미치료율*	경제적 이유로 인한 필요 의료 서비스 미치료율	필요 의료 서비스 미치료율	
발달과 건강	발달	인지 발달				학업 성취도
		신체 발달			체중	키
	주관적 건강	주관적 건강수준				자기 평가 건강수준
	신체적 건강	비만 및 저체중	저체중률			비만율 (BMI)
		구강건강		치아 우식증		
		손상/사고		손상 경험률		
	정신 건강	자아 존중감	자아 존중감			
		삶의 만족도				아동 삶의 질 지표

112 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

대분류	영역	중분류	응답률별 세부지표			
			50%(11)	60%(11)	70%(11)	80% 이상(25)
		행복감		학교, 가정, 지역사회 등에서의 가족, 친구 관계 등에 대한 행복감		
		우울감				우울감 경험률
		자기 파괴 행동				자살 생각 경험률 자살 시도 경험률
	사망	연령별 사망				아동 연령별 사망률
		주요 사인별 사망				주요 사인별 사망률: 암, 손상

주: (*)은 추가 제안된 지표임.
 자료: 본 연구진이 작성함.

3. 소결

아동 건강불평등 모니터링 지표에 대한 적절성 평가를 위한 전문가 의견 조사는 국내 아동의 건강결정요인을 충분히 반영하고 아동기 건강불평등 현황을 파악하는 데 적합한, 성인기와는 차별화되는 모니터링 지표를 선정하기 위한 목적으로 실시되었다.

본 조사에서는 앞서 개발된 아동기 건강불평등 모니터링 지표(안)의 3개 대분류, 15개 영역, 61개 중분류, 157개 세부지표를 대상으로 최종 2번의 라운드에 걸친 델파이 조사를 수행하였다.

항목별 조사 결과, 157개 세부지표에 대한 적절성은 사회구조적 요인에서 '가구소득', '지역 박탈 수준', 'OECD 아동결핍지수'의 적절성 평균값이 4.9로 가장 높았으며, '학급당 인원수'의 평균값이 2.9로 가장 낮았

다. 증개요인에서 ‘적정 수면 시간’, ‘영유아 국가필수예방접종 완전접종률’의 적절성 평균값이 4.9로 가장 높게 나타났으며, ‘입원 경험’, ‘외래 이용 경험’의 평균값이 3.1로 가장 낮았다. 발달과 건강에선 ‘비만율(BMI)’, ‘아동 삶의 질 지표’, ‘자살 시도 경험률’, ‘아동 사망률(연령별 사망률)’의 적절성 평균값이 동일하게 4.9로 가장 높았고, ‘성적 만족도’의 평균값이 3.4로 가장 낮게 나타났다.

추가 제안된 16개 세부지표에 대한 적절성 평가 결과는 ‘차별 경험률(4.5)’의 적절성 평균값이 가장 높았고, 다음으로 ‘필수 초과 서비스 미치료율(4.2)’, ‘경제적 이유로 인한 필요 초과 서비스 미치료율(4.2)’의 평균값이 높았다. 반면 ‘전학/이사 경험(2.9)’의 평균값이 가장 낮았으며, 다음으로 ‘보행 도로율(3.1)’, ‘교사와 학생과의 주관적 친밀도 혹은 관계성(3.2)’의 적절성 평균값이 낮게 나타났다.

추가 제안된 16개 세부지표를 포함한 총 173개의 세부지표 중 필수 지표의 응답률이 50% 이상인 지표는 58개, 60% 이상인 지표는 47개, 70% 이상인 지표는 36개, 80% 이상인 지표는 25개였다. 조사 참여자들이 1차 조사 결과를 토대로 더 많은 필수 지표를 선택한 것을 확인할 수 있었다. 최종 2차 조사에서 모든 참여자들이 사회구조적 요인의 ‘지역 박탈 수준’, 발달과 건강의 ‘아동 삶의 질 지표’, ‘자살 시도 경험률’을 필수 지표로 선정하였다. 증개요인에서는 ‘현재 흡연율’과 ‘영유아 국가필수예방접종 완전접종률’이 94.4%로 응답률이 가장 높았다.

추가 제안된 16개 세부지표에 대한 필수 지표 응답률은 ‘차별 경험률(66.7%)’이 가장 높았고, 다음으로 ‘필수 초과 서비스 미치료율(55.6%)’, ‘경제적 이유로 인한 필요 초과 서비스 미치료율(50.0%)’ 순으로 높은 응답률을 보였다. 앞선 적절성 평가에서 평균값이 가장 높은 세부지표들이 주로 높은 응답률을 갖는 필수 지표로 선정되어 결과의 일치성을 보였다.

제 5 장

아동기 건강불평등 지표 산출

- 제1절 아동기 건강불평등 영역별 산출 지표 선정
- 제2절 아동기 건강불평등 영역별 지표 산출 결과
- 제3절 소결

5

아동기 건강불평등 지표 산출 <<

제1절 아동기 건강불평등 영역별 산출 지표 선정

이번 연구에서는 총 173개(157개 세부지표, 16개 추가 지표) 아동기 건강불평등 지표 중 전문가 대상 델파이 조사 결과 다른 지표에 비해 대표성이 있다고 평가된 '필수 지표'를 중심으로 통계값을 산출하였다.

단, 필수 지표 조사 시에는 응답에 제약을 없애기 위해 지표 개수에 제한을 두지 않았으나, 산출 시에는 필수 지표로서의 의미를 분명히 하고자 응답률이 높았던 지표를 중심으로 하였다. 응답률을 50~80%로 세분화했을 때 80% 이상을 차지한 지표는 총 25개로, 사회구조적 요인 7개, 중개요인 8개, 발달과 건강 10개로 영역 간 분포도 유사한 편이다.

<표 5-1> 본 연구 산출 지표 구성(필수 지표 응답률 80% 이상 기준)

대분류	영역	중분류	세부지표	지표 수
사회 구조적 요인	가족	가구형태	저소득 한부모가구 비율	7
		가구 교육 투자	사교육비 지출액	
		소득	가구소득	
		빈곤	아동 상대빈곤율	
	지역	지역	지역 박탈 수준	
	국가	아동 결핍	OECD 아동결핍지수	
	공공 지출	아동 분야 공공 지출		
중개 요인	개인	흡연	현재 흡연율	8
		신체활동	중등도 이상 신체활동 실천율 (→ 격렬한 신체활동 실천율)	
		영양	아침 식사 결식(또는 하루 1끼 이상 결식)	
		스트레스	평상시 스트레스 정도	
		수면	적정 수면 시간(→ 평균 수면 시간)	

118 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

대분류	영역	중분류	세부지표	지표 수	
	가족	주거 조건	최저 기준 미달 주거		
		아동 학대	학대 경험률		
	국가	예방 서비스	영유아 국가 필수 예방접종 완전접종률		
발달과 건강	발달	인지 발달	학업 성취도	10	
		신체 발달	키		
	주관적 건강	주관적 건강수준	자기 평가 건강수준		
	신체적 건강	비만 및 저체중	비만율(BMI)		
		정신건강	삶의 만족도		아동 삶의 질 지표
			우울감		우울감 경험률
	사망	자기 파괴 행동	①자살 생각 경험률 ②자살 시도 경험률		
		연령별 사망	연령별 사망		아동 연령별 사망률
주요 사인별 사망	주요 사인별 사망률: 암, 손상				

자료: 본 연구진이 작성함.

세부지표별 지표 정의와 자료원은 [부록 4]에 제시하였다. 원자료를 활용해 분석한 경우 해당 자료원명을 밝혔으며 선행연구의 결과를 인용한 것은 관련 연구명(필요시 원출처와 후출처 모두 기재)을 밝혀 두었다.

한편 이번 연구에서의 지표 산출은 학령기 아동을 대상으로 하고 있으나 지표별 가용 자료원이 상이해 이에 따른 연령 구분도 달라지는 한계를 지닌다.

사회구조적 요인의 저소득 한부모가구 비율은 만 18세 이하 아동 가구, 사교육비 지출액은 초·중·고등학교 학생, 아동 상대빈곤율은 0~18세 미만 아동, 아동결핍지수는 0~17세 아동을 대상으로 하며, 지역 박탈 수준이나 가구소득은 아동의 연령 구분을 달리하지 않았다.

중개요인은 현재 흡연율, 중등도 이상 신체활동 실천율, 아침 식사 결

식물, 평상시 스트레스 정도(스트레스 인지율) 등은 중·고등학교 학생, 적정 수면 시간은 초·중·고등학교 학생, 학대 경험률은 9~17세 아동을 대상으로 하며, 최저 기준 미달 주거는 아동의 연령 구분을 달리하지 않았다. 영유아 국가필수예방접종 완전접종률은 만 1~3세 및 만 6세를 대상으로 하는 지표로서 영유아까지 포괄하고 있으나 해당 시기의 접종 여부가 이후 학령기 아동 건강에 주요한 영향을 미치므로 산출 대상 지표에 포함하였다.

발달과 건강에서 학업 성취도는 초등학교 6학년(2012년까지), 중학교 3학년, 고등학교 2학년을 대상으로 하였으며, 키, 자기 평가 건강수준, 비만율, 우울감 경험률, 자살 생각·시도 경험률은 중·고등학교 학생, 아동 삶의 질은 9~17세 아동, 사망률은 10~19세 아동을 대상으로 산출하였다.

제2절 아동기 건강불평등 영역별 지표 산출 결과

1. 사회구조적 요인

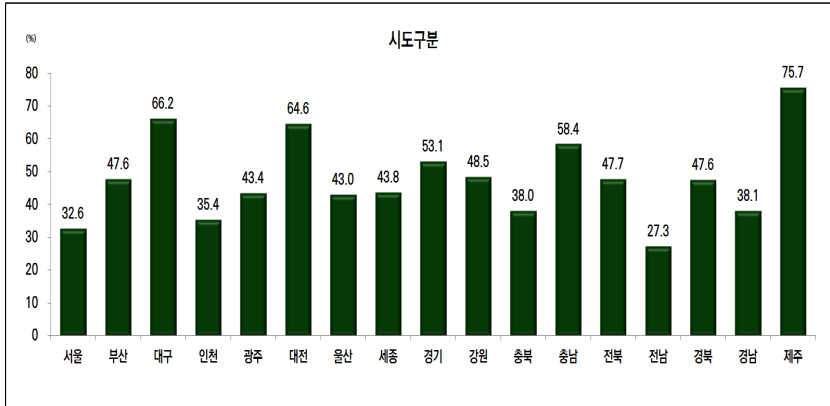
가. 저소득 한부모가구 비율⁵⁾

한부모가구 중 정부로부터 재정적 지원(저소득 한부모 지원, 기초생활보장, 차상위 지원)을 받는 가구의 비율은 제주(75.7%), 대구(66.2%), 대전(64.6%) 순으로 높았다. 가구 수를 기준으로 했을 때에는 경기(259가구), 서울(111가구), 대구(90가구) 순으로 지원 대상 가구 수가 많았다.

5) 본 지표는 만 18세 이하 아동 가구를 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

120 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

[그림 5-1] 저소득 한부모가구 비율(시도별, 2018년)



자료: 통계청 마이크로데이터. (2018). 한부모가구실태조사를 활용해 분석함.

<표 5-2> 정부로부터 재정적 지원을 받는 한부모가구 수(시도별, 2018년)

(단위: 가구)

구분	지원 가구 수	구분	지원 가구 수
서울	111	강원	47
부산	81	충북	38
대구	90	충남	66
인천	57	전북	52
광주	46	전남	27
대전	64	경북	59
울산	34	경남	61
세종	21	제주	53
경기	259		

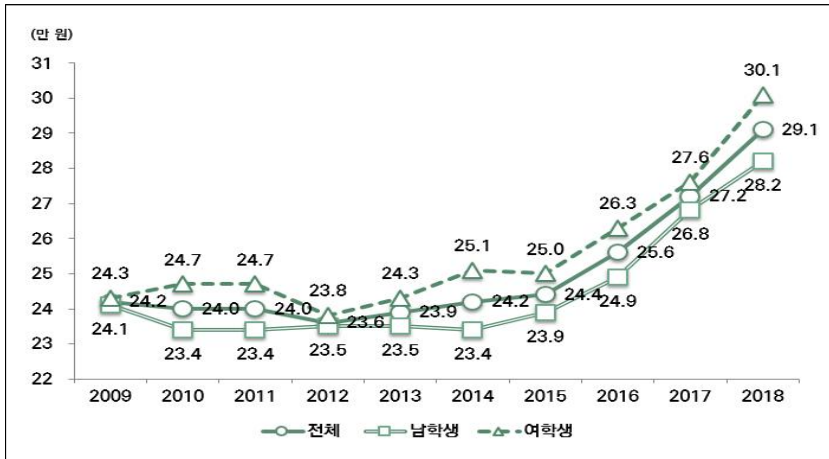
자료: 통계청 마이크로데이터. (2018). 한부모가구실태조사를 활용해 분석함.

나. 사교육비 지출액⁶⁾

1) 연도별 추이

초·중·고등학생의 월평균 사교육비 지출액은 2009년부터 2015년까지 약 24만 원 수준을 유지하다가 2016년 이후 증가하는 추세를 보였다. 2018년 월평균 사교육비 지출액은 29만 1000원으로 10년 전인 2009년에 비해 4만 9000원 증가하였다. 성별로는 매년 남학생보다 여학생의 사교육비 지출액이 더 높았으며, 2018년에 1만 9000원으로 가장 큰 차이를 보였다.

[그림 5-2] 사교육비 지출액(2009~2018년)



자료: 통계청 국가통계포털. (2009~2018). 초·중고 사교육비조사.
http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1PE101&conn_path=13에서 2019. 9. 1. 인출.

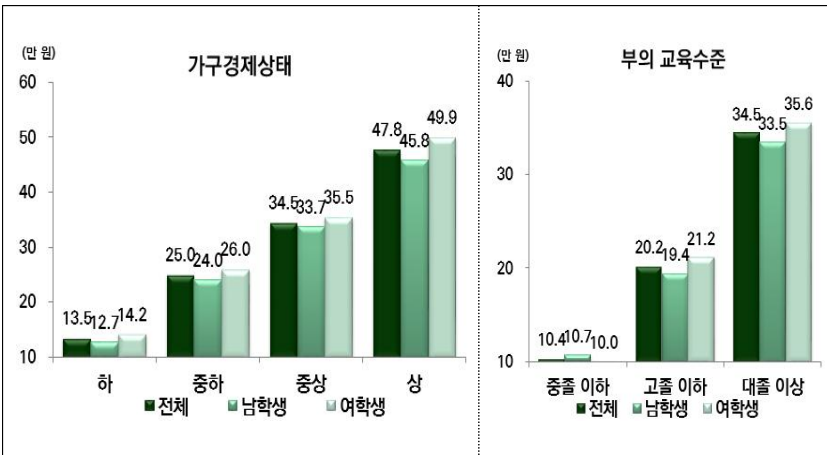
6) 본 지표는 초·중·고등학교 학생을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

2) 인구집단별 격차

가구 경제상태가 높을수록 사교육비 지출액도 많아지는 경향이 뚜렷하였으며, 경제상태가 상인 집단과 하인 집단 간 차이는 전체 34만 3000원, 남학생 33만 1000원, 여학생 35만 7000원으로 나타났다.

아버지의 교육수준에 따른 사교육비 지출액도 가구 경제상태와 동일한 경향을 보였으며, 아버지의 교육수준이 중졸 이하인 집단에 비해 대졸 이상인 집단의 사교육비 지출액이 전체 24만 1000원, 남학생 22만 8000원, 여학생 25만 6000원 더 높게 나타났다.

[그림 5-3] 사교육비 지출액(사회경제적 위치 변수별, 2018년)



자료: 통계청 마이크로 데이터. (2018). 초중고 사교육비조사를 활용해 분석함.

[표 5-3] 사교육비 지출액(사회경제적 위치 변수별, 2018년)

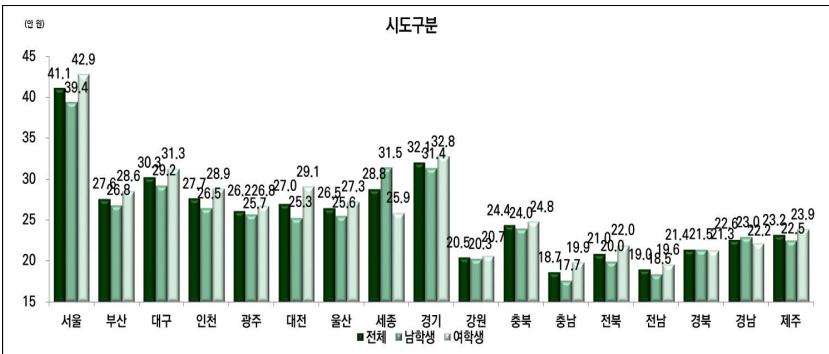
구분		전체			남학생			여학생		
		지출액 (만 원)	상대 격차 (배)	절대 격차 (차)	지출액 (만 원)	상대 격차 (배)	절대 격차 (차)	지출액 (만 원)	상대 격차 (배)	절대 격차 (차)
소득 수준별	하	13.5	0.3	-34.3	12.7	0.3	-33.1	14.2	0.3	-35.7
	중하	25.0	0.5	-22.8	24.0	0.5	-21.8	26.0	0.5	-23.9
	중상	34.5	0.7	-13.3	33.7	0.7	-12.1	35.5	0.7	-14.4
	상	47.8	1.0	0.0	45.8	1.0	0.0	49.9	1.0	0.0
부의 교육 수준별	중졸 이하	10.4	0.3	-24.1	10.7	0.3	-22.8	10.0	0.3	-25.6
	고졸 이하	20.2	0.6	-14.3	19.4	0.6	-14.1	21.2	0.6	-14.4
	대졸 이상	34.5	1.0	0.0	33.5	1.0	0.0	35.6	1.0	0.0

자료: 통계청 마이크로 데이터. (2018). 초중고 사교육비조사를 활용해 분석함.

3) 지역별 격차

월평균 사교육비 지출액이 가장 높은 지역은 서울(41만 1000원), 가장 낮은 지역은 충남(18만 7000원)으로, 두 지역 간 차이는 22만 4000원이었다. 성별로는 남학생과 여학생 모두 서울에서의 사교육비 지출액이 가장 높았으며, 각각 39만 4000원과 42만 9000원을 기록하였다.

[그림 5-4] 사교육비 지출액(시도별, 2018년)



자료: 통계청 마이크로 데이터. (2018). 초중고 사교육비조사를 활용해 분석함.

〈표 5-4〉 사교육비 지출액(시도별, 2018년)

구분	전체			남학생			여학생		
	지출액 (만 원)	상대 격차 (배)	절대 격차 (차)	지출액 (만 원)	상대 격차 (배)	절대 격차 (차)	지출액 (만 원)	상대 격차 (배)	절대 격차 (차)
서울	41.1	1.0	0.0	39.4	1.0	0.0	42.9	1.0	0.0
부산	27.6	0.7	-13.5	26.8	0.7	-12.6	28.6	0.7	-14.3
대구	30.3	0.7	-10.8	29.2	0.7	-10.2	31.3	0.7	-11.6
인천	27.7	0.7	-13.4	26.5	0.7	-12.9	28.9	0.7	-14.0
광주	26.2	0.6	-14.9	25.7	0.7	-13.7	26.8	0.6	-16.1
대전	27.0	0.7	-14.1	25.3	0.6	-14.1	29.1	0.7	-13.8
울산	26.5	0.6	-14.6	25.6	0.6	-13.8	27.3	0.6	-15.6
세종	28.8	0.7	-12.3	31.5	0.8	-7.9	25.9	0.6	-17.0
경기	32.1	0.8	-9.0	31.4	0.8	-8.0	32.8	0.8	-10.1
강원	20.5	0.5	-20.6	20.3	0.5	-19.1	20.7	0.5	-22.2
충북	24.4	0.6	-16.7	24.0	0.6	-15.4	24.8	0.6	-18.1
충남	18.7	0.5	-22.4	17.7	0.4	-21.7	19.9	0.5	-23.0
전북	21.0	0.5	-20.1	20.0	0.5	-19.4	22.0	0.5	-20.9
전남	19.0	0.5	-22.1	18.5	0.5	-20.9	19.6	0.5	-23.3
경북	21.4	0.5	-19.7	21.5	0.5	-17.9	21.3	0.5	-21.6
경남	22.6	0.6	-18.5	23.0	0.6	-16.4	22.2	0.5	-20.7
제주	23.2	0.6	-17.9	22.5	0.6	-16.9	23.9	0.6	-19.0

자료: 통계청 마이크로 데이터. (2018). 초중고 사교육비조사를 활용해 분석함.

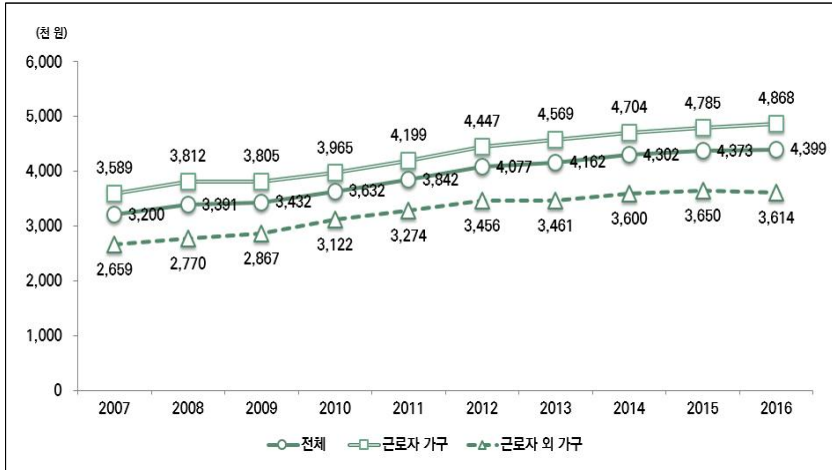
다. 가구소득⁷⁾

1) 연도별 추이

전국 2인 이상 가구를 대상으로 한 월평균 가구소득액은 2007년 이후 10년간 증가 추세였으며, 2016년 439만 9000원으로 가장 높은 금액을 기록하였다. 근로 여부에 따른 소득액 차이는 2016년 기준 월평균 125만 4000원으로 근로자 가구의 소득액이 근로자 외 가구소득액보다 많았다.

7) 본 지표는 아동의 연령 구분을 달리하지 않았으며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

[그림 5-5] 가구소득액(2007~2016년)



주: 2인 이상 가구를 대상으로 함.

자료: 국가통계포털(2007~2016). 가계동향조사.

(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1L9H002&conn_path=I3)에서 2019. 9. 1. 인출.

라. 아동 상대빈곤율⁸⁾

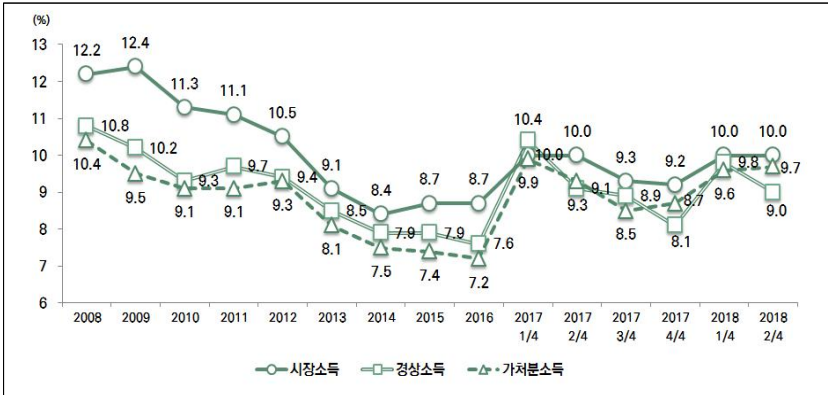
1) 연도별 추이

아동의 상대빈곤율은 2008년 시장소득 기준 12.2%, 경상소득 기준 10.8%, 가처분소득 기준 10.4%였으며, 이후 지속적으로 감소해 2016년 약 7~8%를 기록하였다. 그러나 다음 해인 2017년 1/4분기에 약 10% 수준으로 빈곤율이 높아진 후 2018년 2/4분기까지 증가된 수준을 유지하고 있다.

8) 본 지표는 0~18세 미만 아동을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

126 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

[그림 5-6] 아동 상대빈곤율(2008~2018년)



주: 중위소득 50%를 기준으로 함(1인 가구 제외, 농어가 가구 제외).
 자료: 한국보건사회연구원 소득보장정책연구실. (2018). 2018년 빈곤통계연보. p. 87 재인용.

<표 5-5> 아동 상대빈곤율(소득, 전국, 2008~2018년)

(단위: %)

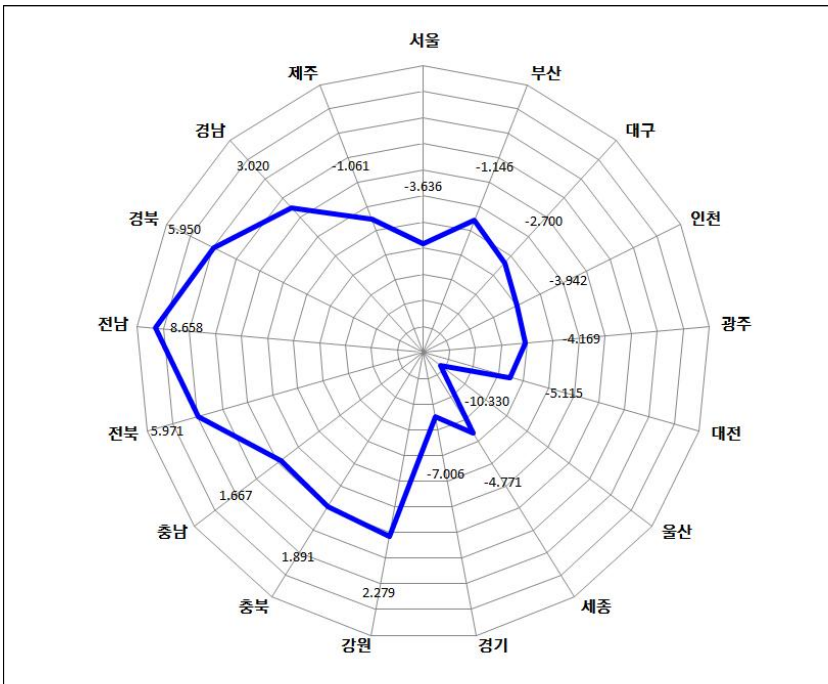
구분	소득								
	시장소득			경상소득			가처분소득		
	중위 40%	중위 50%	중위 60%	중위 40%	중위 50%	중위 60%	중위 40%	중위 50%	중위 60%
1인 가구 제외									
2008	7.8	12.2	17.5	5.6	10.8	16.3	5.4	10.4	16.2
2009	7.4	12.4	18.0	4.8	10.2	16.8	4.8	9.5	16.2
2010	7.4	11.3	16.7	5.2	9.3	15.5	5.1	9.1	14.8
2011	7.1	11.1	17.0	5.1	9.7	15.8	5.1	9.1	15.3
2012	6.7	10.5	17.1	5.1	9.4	16.0	5.2	9.3	15.5
2013	5.3	9.1	15.1	4.4	8.5	14.9	4.2	8.1	14.4
2014	4.7	8.4	14.1	3.8	7.9	14.4	3.6	7.5	13.7
2015	5.2	8.7	15.0	4.3	7.9	13.8	4.0	7.4	13.1
2016	5.1	8.7	14.6	4.3	7.6	13.9	3.6	7.2	13.2
2017 1/4	6.2	10.0	15.7	5.3	10.4	15.5	4.9	9.9	15.0
2017 2/4	6.3	10.0	14.8	5.3	9.1	14.8	5.0	9.3	13.9
2017 3/4	6.3	9.3	15.0	5.7	8.9	14.8	5.5	8.5	14.6
2017 4/4	5.8	9.2	15.2	4.5	8.1	14.6	4.5	8.7	14.3
2018 1/4	6.4	10.0	16.1	5.9	9.8	17.2	5.4	9.6	15.7
2018 2/4	6.9	10.0	16.4	5.4	9.0	16.6	5.2	9.7	15.8

주: 농어가 제외.
 자료: 한국보건사회연구원 소득보장정책연구실. (2018). 2018년 빈곤통계연보. pp. 87-88 재인용.

마. 지역 박탈 수준⁹⁾

지역 구성원의 사회계층, 주거환경, 거주 형태, 교육수준, 자동차 소유 여부, 1인 가구, 여성 가구주, 노인 인구, 결혼 상태 등의 특성을 반영한 지역박탈지수(김동진 외, 2018)에 따르면 2015년 17개 시도 중 전남, 전북, 경북 순으로 지역 박탈 수준이 높았으며, 울산, 경기, 대전 순으로 지역 박탈 수준이 낮았다.

[그림 5-7] 지역 박탈 수준(2015년)



주: 시군구별 지역박탈지수를 활용해 시도 단위 평균 지역박탈지수를 계산함.
 자료: 통계청 인구주택총조사. (2015); 김동진 외. (2018). 시군구별 지역박탈지수를 활용함.

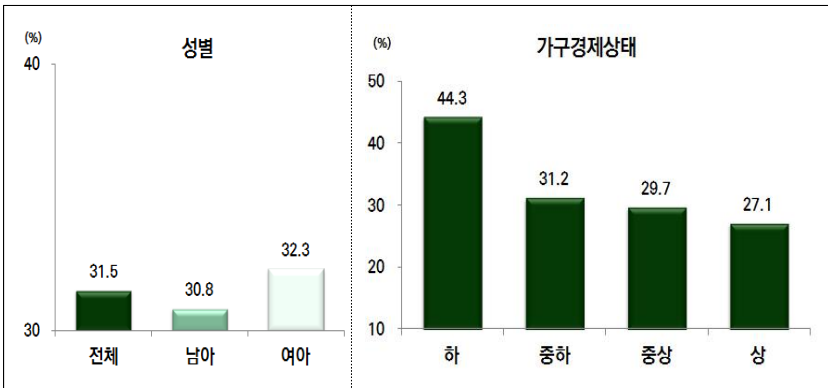
9) 본 지표는 아동의 연령 구분을 달리하지 않았으며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

바. 아동결핍지수¹⁰⁾

1) 인구집단별 격차

유니세프 아동결핍지수 항목에서 2개 이상 결핍인 것으로 나타난 아동의 비율은 전체의 31.5%였으며, 남아보다는 여아의 결핍률이 1.5%포인트 더 높았다. 또한 가구 경제상태가 낮을수록 결핍률이 높아졌으며, 조사 대상 가구 기준 중위소득 50% 미만 가구의 아동과 중위소득 150% 이상 가구 아동 간 차이는 17.2%포인트에 달했다.

[그림 5-8] 아동결핍지수(성별, 사회경제적 위치 변수별, 2018년)



주: 0~8세 아동의 보호자 및 9~17세 아동의 응답률을 기준으로 하였으며, 가구 경제상태의 구분자인 중위소득은 조사 대상 가구 내에서의 중위소득을 일컫음.
자료: 류정희 외. (2018). 아동종합실태조사. pp. 524-525 재인용.

10) 본 지표는 0~17세 아동을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

〈표 5-6〉 아동결핍지수(소득 수준별, 2018년)

구분	전체		
	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
중위소득 50% 미만	44.3	1.6	17.2
중위소득 50~100% 미만	31.2	1.2	4.1
중위소득 100~150% 미만	29.7	1.1	2.6
중위소득 150% 이상	27.1	1.0	0.0

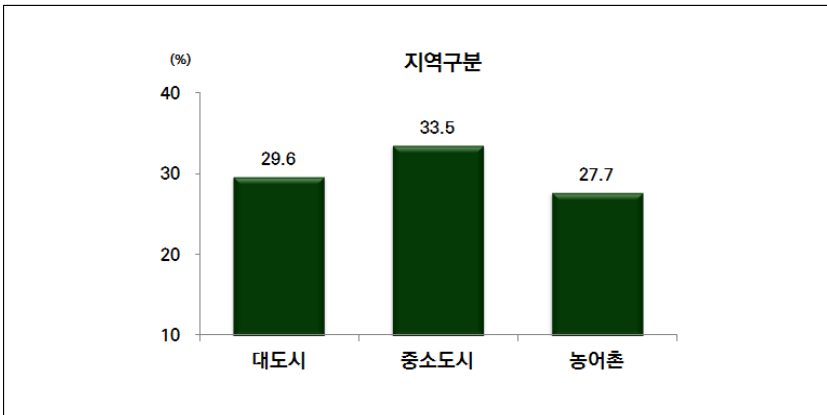
주: 0~8세 아동의 보호자 및 9~17세 아동의 응답률을 기준으로 하였으며, 가구 경제상태의 구분자인 중위소득은 조사 대상 가구 내에서의 중위소득을 일컫음.

자료: 류정희 외. (2018). 아동종합실태조사. p. 525 재인용.

2) 지역별 격차

지역별 아동 결핍률은 중소도시, 대도시, 농어촌 순으로 높았고, 중소도시와 농어촌 간 차이는 5.8%포인트였다.

[그림 5-9] 아동결핍지수(지역 규모별, 2018년)



주: 0~8세 아동의 보호자 및 9~17세 아동의 응답률을 기준으로 함.

자료: 류정희 외. (2018). 아동종합실태조사. p. 525 재인용.

〈표 5-7〉 아동결핍지수(지역 규모별, 2018년)

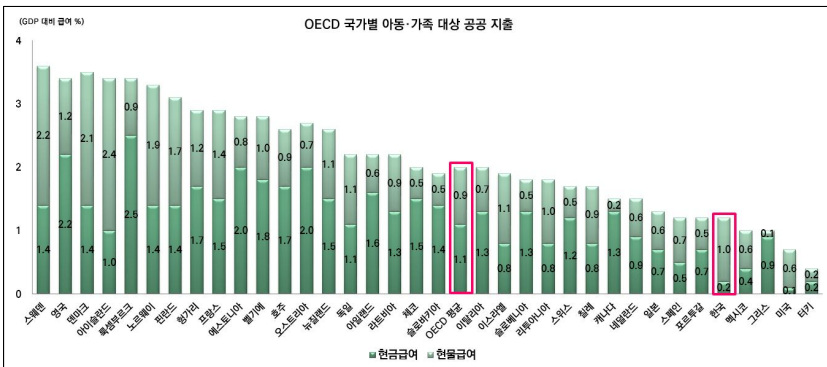
구분	전체		
	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
대도시	29.6	1.0	0.0
중소도시	33.5	1.1	3.9
농어촌	27.7	0.9	-1.9

주: 0~8세 아동의 보호자 및 9~17세 아동의 응답률을 기준으로 함.
 자료: 류정희 외. (2018). 아동종합실태조사. p. 525 재인용.

사. 아동 분야 공공 지출¹¹⁾

우리나라의 GDP 대비 아동·가족에 대한 급여(가족수당, 출산 전후 휴가, 기타 현금급여, 영육아 보육, 가사 지원 및 시설 지원, 기타 현물 지원 등) 지출 비율은 OECD 평균에 미치지 못했으며, 비교 대상 국가 가운데서도 하위권에 머물렀다. 우리나라의 GDP 대비 아동·가족 대상 현금급여 비율은 0.2%, 현물급여 비율은 1.0%로 나타났다.

〔그림 5-10〕 OECD 국가별 GDP 대비 아동·가족 대상 공공 지출(지역 규모별, 2015년)

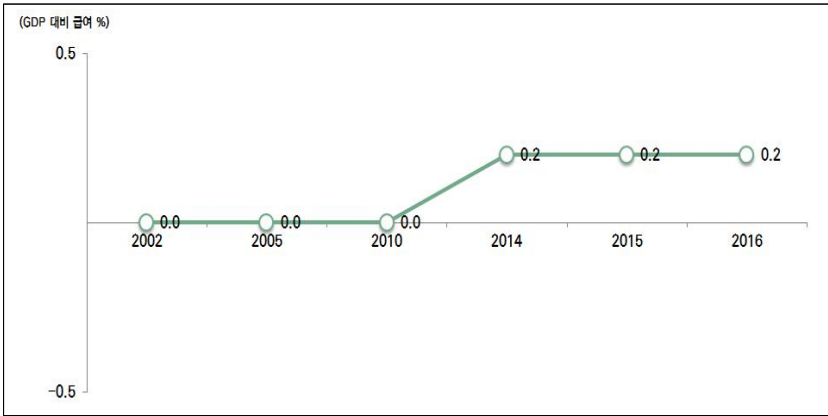


자료: OECD Family Database. (2015); 최현수 외. (2018). 통계로 보는 사회보장 2018. p. 114 재인용.

11) 본 지표는 아동의 연령 구분을 달리하지 않았으며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

아동·가족 대상 현금급여에 한해 연도별 추이를 살펴보면 2002년부터 2010년까지 0%를 기록한 후 2014년부터 0.2% 수준을 유지하고 있다.

[그림 5-11] 우리나라의 GDP 대비 아동·가족 대상 현금급여 비율(2002~2016년)



자료: OECD Family Database. (2015); 최현수 외. (2018). 통계로 보는 사회보장 2018. p. 115 재인용.

2. 중개요인

가. 현재 흡연율¹²⁾

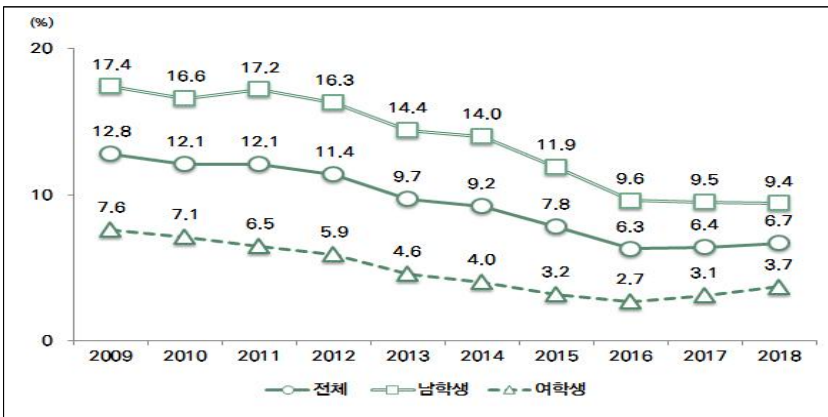
1) 연도별 추이

현재 흡연율은 2009년 12.8%에서 감소 추세를 보이다 2016년부터는 약 6% 수준을 유지하고 있다. 그러나 전체적으로는 유지되는 것으로 나타난 흡연율이 성별로 상반된 경향을 보였는데, 남학생은 과거에 비해 감

12) 본 지표는 중·고등학교 학생을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

소 폭이 둔화되기는 하였으나 2016년 이후에도 여전히 감소 추세인 반면 여학생은 2016년부터 흡연율이 증가하는 것으로 나타났다. 2018년 현재 흡연율은 전체 6.7%, 남학생 9.4%, 여학생 3.7%였으며, 남학생과 여학생 간 차이는 5.7%포인트였다.

[그림 5-12] 현재 흡연율(2009~2018년)



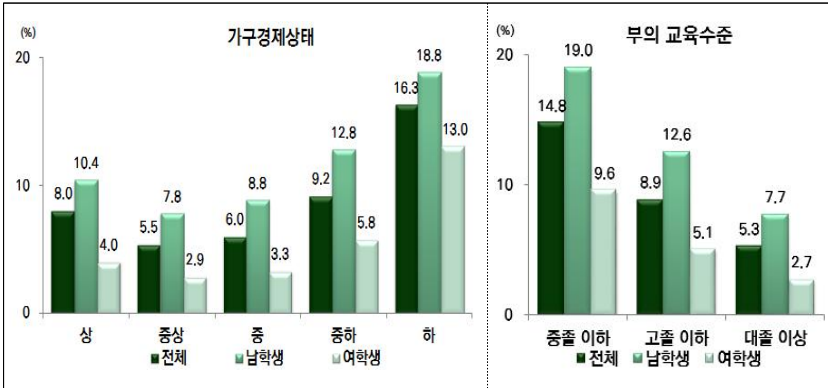
자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2009~2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

2) 인구집단별 격차

가구 경제상태가 가장 높은 집단에서 흡연율이 다소 높고 ‘중상’인 집단에서 낮아졌다 빈곤해질수록 흡연율이 높아지는 J형의 경향성을 보였으며, 이러한 경향은 남학생과 여학생 모두에서 나타났다.

또한 아버지의 교육수준이 낮을수록 흡연율이 높았으며, 아버지의 교육수준이 가장 높은 집단에 비해 가장 낮은 집단의 흡연율이 전체 기준 2.8배 더 높았다.

[그림 5-13] 현재 흡연율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

<표 5-8> 현재 흡연율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)

구분		전체			남학생			여학생		
		조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)
소득 수준별	하	16.3	2.0	8.3	18.8	1.8	8.4	13.0	3.3	9.0
	중하	9.2	1.2	1.2	12.8	1.2	2.4	5.8	1.5	1.8
	중	6.0	0.8	-2.0	8.8	0.8	-1.6	3.3	0.8	-0.7
	중상	5.5	0.7	-2.5	7.8	0.8	-2.6	2.9	0.7	-1.1
	상	8.0	1.0	0.0	10.4	1.0	0.0	4.0	1.0	0.0
부의 교육 수준별	중졸 이하	14.8	2.8	9.5	19.0	2.5	11.3	9.6	3.6	6.9
	고졸 이하	8.9	1.7	3.6	12.6	1.6	4.9	5.1	1.9	2.4
	대졸 이상	5.3	1.0	0.0	7.7	1.0	0.0	2.7	1.0	0.0

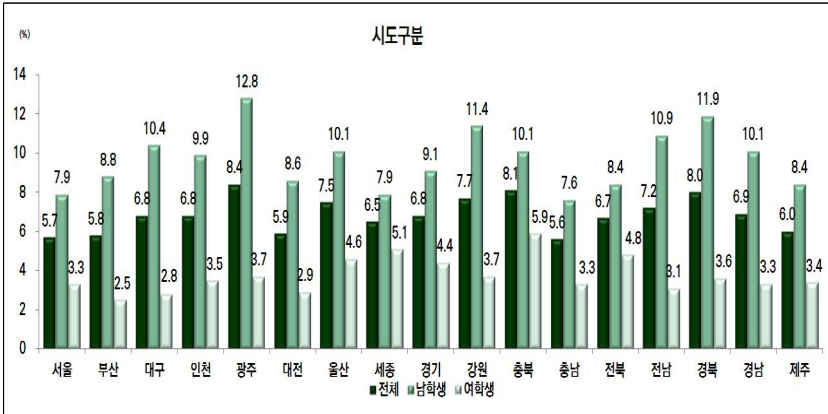
자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

3) 지역별 격차

17개 시도 중 현재 흡연율이 가장 높은 지역은 광주(8.4%), 가장 낮은 지역은 충남(5.6%)이었으며 두 지역 간 차이는 2.8%포인트였다.

134 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

[그림 5-14] 현재 흡연율(시도별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

<표 5-9> 현재 흡연율(시도별, 2018년)

구분	전체			남학생			여학생		
	조울 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조울 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조울 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)
서울	5.7	1.0	0.0	7.9	1.0	0.0	3.3	1.0	0.0
부산	5.8	1.0	0.1	8.8	1.1	0.9	2.5	0.8	-0.8
대구	6.8	1.2	1.1	10.4	1.3	2.5	2.8	0.8	-0.5
인천	6.8	1.2	1.1	9.9	1.3	2.0	3.5	1.1	0.2
광주	8.4	1.5	2.7	12.8	1.6	4.9	3.7	1.1	0.4
대전	5.9	1.0	0.2	8.6	1.1	0.7	2.9	0.9	-0.4
울산	7.5	1.3	1.8	10.1	1.3	2.2	4.6	1.4	1.3
세종	6.5	1.1	0.8	7.9	1.0	0.0	5.1	1.5	1.8
경기	6.8	1.2	1.1	9.1	1.2	1.2	4.4	1.3	1.1
강원	7.7	1.4	2.0	11.4	1.4	3.5	3.7	1.1	0.4
충북	8.1	1.4	2.4	10.1	1.3	2.2	5.9	1.8	2.6
충남	5.6	1.0	-0.1	7.6	1.0	-0.3	3.3	1.0	0.0
전북	6.7	1.2	1.0	8.4	1.1	0.5	4.8	1.5	1.5
전남	7.2	1.3	1.5	10.9	1.4	3.0	3.1	0.9	-0.2
경북	8.0	1.4	2.3	11.9	1.5	4.0	3.6	1.1	0.3
경남	6.9	1.2	1.2	10.1	1.3	2.2	3.3	1.0	0.0
제주	6.0	1.1	0.3	8.4	1.1	0.5	3.4	1.0	0.1

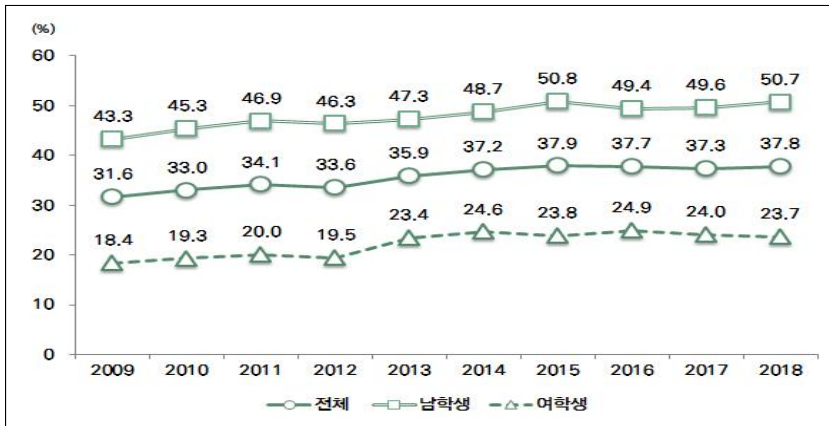
자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

나. 중등도 이상 신체활동 실천율(격렬한 신체활동 실천율)¹³⁾

1) 연도별 추이

중등도 이상 신체활동 실천율(이하 격렬한 신체활동 실천율)은 2009년 31.6%에서 2015년 37.9%로 증가한 후 2018년까지 약 38% 수준을 유지하고 있다. 성별로는 매년 남학생의 격렬한 신체활동 실천율이 여학생보다 높았으며, 2018년 남학생과 여학생 간 차이는 27.0%포인트로 성별 차이가 크게 나타났다.

[그림 5-15] 격렬한 신체활동 실천율(2009~2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2009~2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

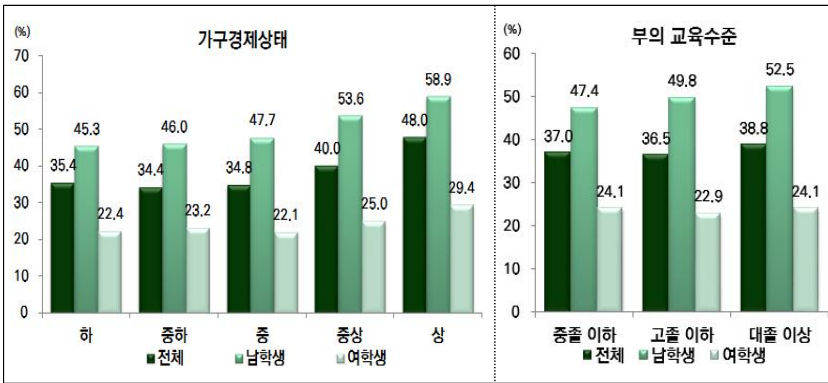
2) 인구집단별 격차

가구 경제상태가 가장 낮은 집단을 제외하면 가구소득 수준이 높을수록

13) 본 지표는 중·고등학교 학생을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

격렬한 신체활동 실천율이 높아지는 경향을 보였으며, 여학생보다는 남학생에게서 가구 경제상태에 따른 신체활동 실천율 차이가 두드러졌다. 또한 아버지의 교육수준이 가장 높은 집단에서 격렬한 신체활동 실천율이 가장 높았다.

[그림 5-16] 격렬한 신체활동 실천율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 이용해 분석함.

<표 5-10> 격렬한 신체활동 실천율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)

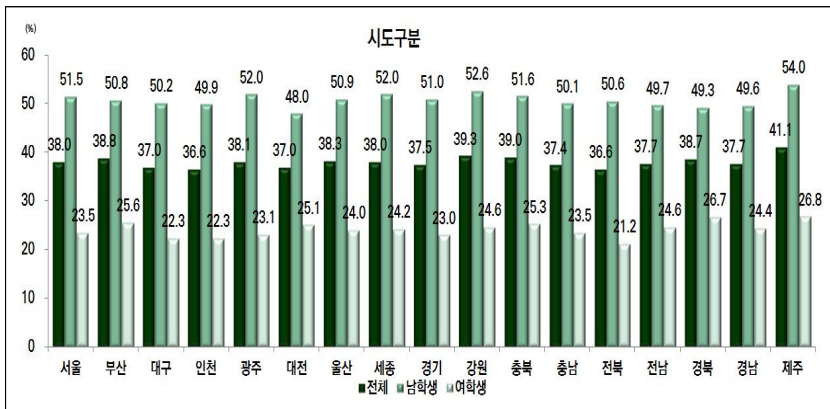
구분		전체			남학생			여학생		
		조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)
소득 수준별	하	35.4	0.7	-12.6	45.3	0.8	-13.6	22.4	0.8	-7.0
	중하	34.4	0.7	-13.6	46.0	0.8	-12.9	23.2	0.8	-6.2
	중	34.8	0.7	-13.2	47.7	0.8	-11.2	22.1	0.8	-7.3
	중상	40.0	0.8	-8.0	53.6	0.9	-5.3	25.0	0.9	-4.4
	상	48.0	1.0	0.0	58.9	1.0	0.0	29.4	1.0	0.0
부의 교육 수준별	중졸 이하	37.0	1.0	-1.8	47.4	0.9	-5.1	24.1	1.0	0.0
	고졸 이하	36.5	0.9	-2.3	49.8	0.9	-2.7	22.9	1.0	-1.2
	대졸 이상	38.8	1.0	0.0	52.5	1.0	0.0	24.1	1.0	0.0

자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 이용해 분석함.

3) 지역별 격차

17개 시도 중 격렬한 신체활동 실천율이 가장 높은 지역은 제주(41.1%), 가장 낮은 지역은 인천(36.6%)이었으며 두 지역 간 차이는 4.5%포인트였다.

[그림 5-17] 격렬한 신체활동 실천율(시도별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

<표 5-11> 격렬한 신체활동 실천율(시도별, 2018년)

구분	전체			남학생			여학생		
	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)
서울	38.0	1.0	0.0	51.5	1.0	0.0	23.5	1.0	0.0
부산	38.8	1.0	0.8	50.8	1.0	-0.7	25.6	1.1	2.1
대구	37.0	1.0	-1.0	50.2	1.0	-1.3	22.3	0.9	-1.2
인천	36.6	1.0	-1.4	49.9	1.0	-1.6	22.3	0.9	-1.2
광주	38.1	1.0	0.1	52.0	1.0	0.5	23.1	1.0	-0.4
대전	37.0	1.0	-1.0	48.0	0.9	-3.5	25.1	1.1	1.6
울산	38.3	1.0	0.3	50.9	1.0	-0.6	24.0	1.0	0.5
세종	38.0	1.0	0.0	52.0	1.0	0.5	24.2	1.0	0.7

구분	전체			남학생			여학생		
	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)
경기	37.5	1.0	-0.5	51.0	1.0	-0.5	23.0	1.0	-0.5
강원	39.3	1.0	1.3	52.6	1.0	1.1	24.6	1.0	1.1
충북	39.0	1.0	1.0	51.6	1.0	0.1	25.3	1.1	1.8
충남	37.4	1.0	-0.6	50.1	1.0	-1.4	23.5	1.0	0.0
전북	36.6	1.0	-1.4	50.6	1.0	-0.9	21.2	0.9	-2.3
전남	37.7	1.0	-0.3	49.7	1.0	-1.8	24.6	1.0	1.1
경북	38.7	1.0	0.7	49.3	1.0	-2.2	26.7	1.1	3.2
경남	37.7	1.0	-0.3	49.6	1.0	-1.9	24.4	1.0	0.9
제주	41.1	1.1	3.1	54.0	1.0	2.5	26.8	1.1	3.3

자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

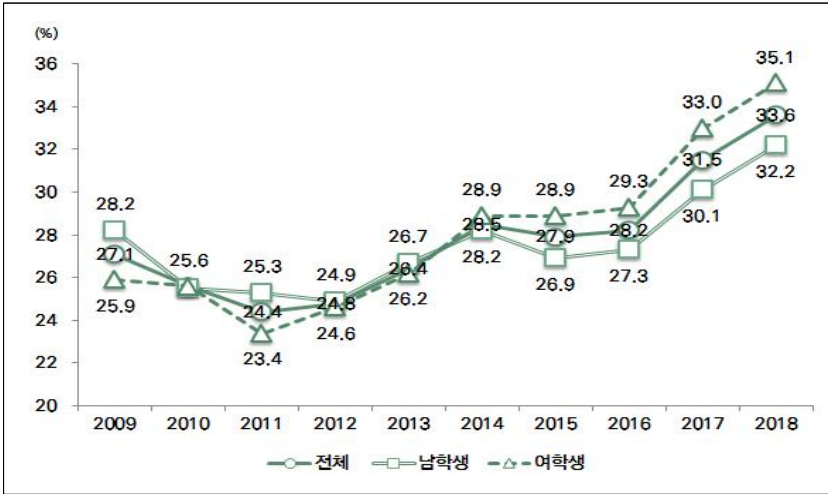
다. 아침 식사 결식률¹⁴⁾

1) 연도별 추이

아침 식사 결식률은 2009년부터 2011년까지 감소했다 이후 전반적으로 증가하는 추세이며, 2018년 기준 아침 식사 결식률이 전체 33.6%, 남학생 32.2%, 여학생 35.1%로 최근 10년 중 가장 높게 나타났다. 성별로는 2009년부터 2013년까지는 남학생의 결식률이 높거나 남학생과 여학생 간 차이가 크지 않았으나 이후 여학생의 아침 식사 결식률이 남학생을 넘어섰으며 2018년도에는 여학생의 결식률이 남학생보다 2.9%포인트 더 높았다.

14) 본 지표는 중·고등학교 학생을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

[그림 5-18] 아침 식사 결식률(2009~2018년)

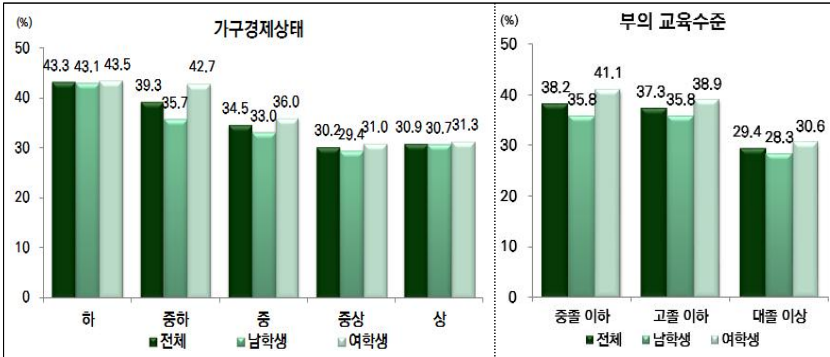


자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2009~2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

2) 인구집단별 격차

가구 경제상태가 ‘중상’, ‘상’인 집단에서는 비슷한 수준으로 낮은 아침 식사 결식률을 보인 반면 가구 경제상태가 ‘중’ 이하인 집단에서는 빈곤해질수록 아침 식사 결식률이 높아졌다. 아버지의 교육수준별로도 대졸 이상보다는 고졸 이하 및 중졸 이하에서 아침 식사 결식률이 높았으며, 아버지의 교육수준이 가장 낮은 집단과 가장 높은 집단 간 차이는 8.8% 포인트에 달했다.

[그림 5-19] 아침 식사 결식률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

[표 5-12] 아침 식사 결식률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)

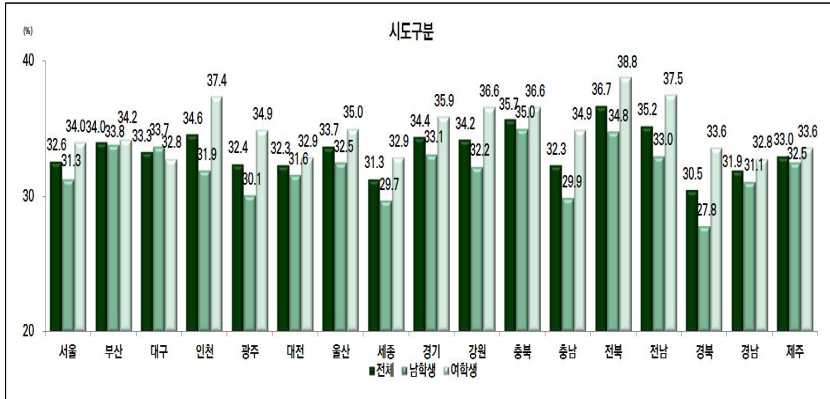
구분		전체			남학생			여학생		
		조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)
소득 수준별	하	43.3	1.4	12.4	43.1	1.4	12.4	43.5	1.4	12.2
	중하	39.3	1.3	8.4	35.7	1.2	5.0	42.7	1.4	11.4
	중	34.5	1.1	3.6	33.0	1.1	2.3	36.0	1.2	4.7
	중상	30.2	1.0	-0.7	29.4	0.9	-1.3	31.0	1.0	-0.3
	상	30.9	1.0	0.0	30.7	1.0	0.0	31.3	1.0	0.0
부의 교육 수준별	중졸 이하	38.2	1.3	8.8	35.8	1.3	7.5	41.1	1.3	10.5
	고졸 이하	37.3	1.3	7.9	35.8	1.3	7.5	38.9	1.3	8.3
	대졸 이상	29.4	1.0	0.0	28.3	1.0	0.0	30.6	1.0	0.0

자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

3) 지역별 격차

17개 시도 중 아침 식사 결식률이 가장 높은 지역은 전북(36.7%), 가장 낮은 지역은 경북(30.5%)이었으며 두 지역 간 차이는 6.2%포인트였다. 성별로는 남학생은 충북(35.0%), 여학생은 전북(38.8%)의 결식률이 가장 높았다.

[그림 5-20] 아침 식사 결식률(시도별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

<표 5-13> 아침 식사 결식률(시도별, 2018년)

구분	전체			남학생			여학생		
	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)
서울	32.6	1.0	0.0	31.3	1.0	0.0	34.0	1.0	0.0
부산	34.0	1.0	1.4	33.8	1.1	2.5	34.2	1.0	0.2
대구	33.3	1.0	0.7	33.7	1.1	2.4	32.8	1.0	-1.2
인천	34.6	1.1	2.0	31.9	1.0	0.6	37.4	1.1	3.4
광주	32.4	1.0	-0.2	30.1	1.0	-1.2	34.9	1.0	0.9
대전	32.3	1.0	-0.3	31.6	1.0	0.3	32.9	1.0	-1.1
울산	33.7	1.0	1.1	32.5	1.0	1.2	35.0	1.0	1.0
세종	31.3	1.0	-1.3	29.7	0.9	-1.6	32.9	1.0	-1.1
경기	34.4	1.1	1.8	33.1	1.1	1.8	35.9	1.1	1.9
강원	34.2	1.0	1.6	32.2	1.0	0.9	36.6	1.1	2.6
충북	35.7	1.1	3.1	35.0	1.1	3.7	36.6	1.1	2.6
충남	32.3	1.0	-0.3	29.9	1.0	-1.4	34.9	1.0	0.9
전북	36.7	1.1	4.1	34.8	1.1	3.5	38.8	1.1	4.8
전남	35.2	1.1	2.6	33.0	1.1	1.7	37.5	1.1	3.5
경북	30.5	0.9	-2.1	27.8	0.9	-3.5	33.6	1.0	-0.4
경남	31.9	1.0	-0.7	31.1	1.0	-0.2	32.8	1.0	-1.2
제주	33.0	1.0	0.4	32.5	1.0	1.2	33.6	1.0	-0.4

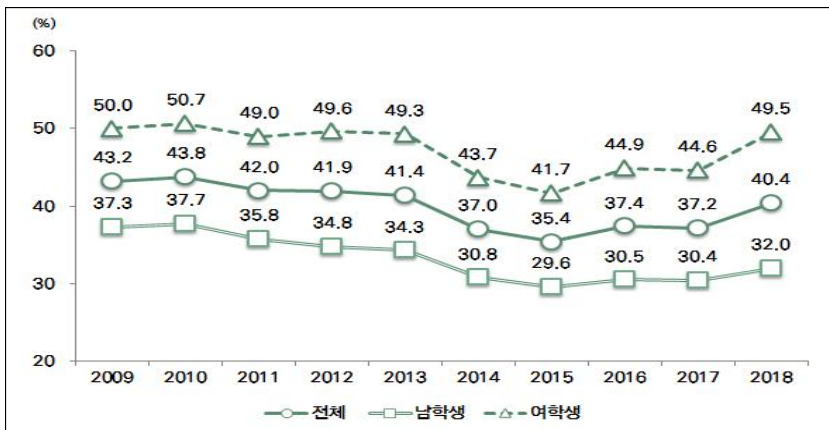
자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

라. 평상시 스트레스 정도(스트레스 인지율)¹⁵⁾

1) 연도별 추이

평상시 스트레스 정도(이하 스트레스 인지율)는 2009년부터 2015년까지 감소 추세였으나 이후 다시 높아져 2018년 40.4%를 기록하였다. 성별로는 매년 여학생의 스트레스 인지율이 남학생보다 높았으며, 2018년 남학생과 여학생 간 차이는 17.5%포인트에 달했다.

[그림 5-21] 스트레스 인지율(2009~2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2009~2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

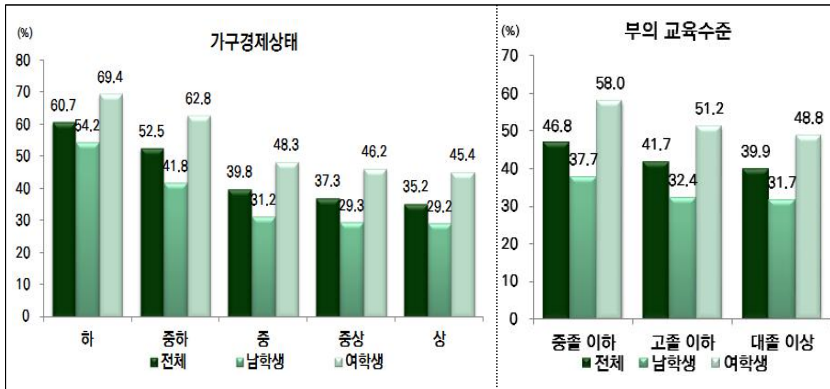
2) 인구집단별 격차

가구 경제상태가 빈곤할수록 스트레스 인지율이 높아지는 경향을 보였다. 특히 '중하' 및 '하'인 집단 청소년의 스트레스 인지율이 매우 높게 나

15) 본 지표는 중·고등학교 학생을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

타났으며, 가구 경제상태가 가장 높은 집단과 가장 낮은 집단 간 차이는 25.5%포인트에 달했다. 아버지의 교육수준별 스트레스 인지율도 교육수준이 낮을수록 스트레스 인지율이 높아지는 경사면의 형태를 띠었다.

[그림 5-22] 스트레스 인지율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

<표 5-14> 스트레스 인지율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)

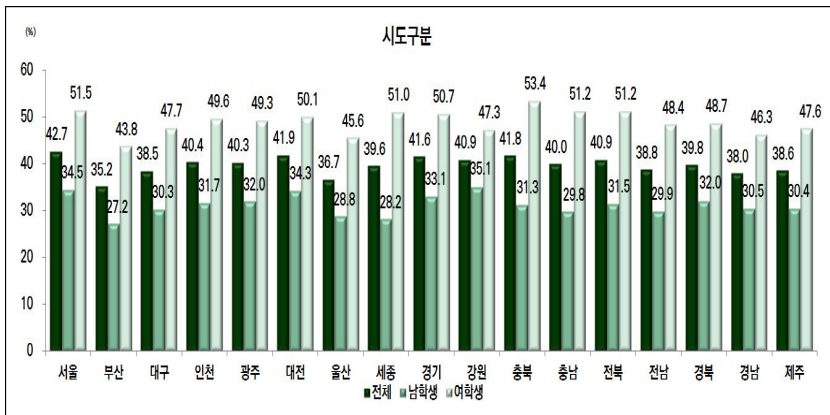
구분		전체			남학생			여학생		
		조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)
소득 수준별	하	60.7	1.7	25.5	54.2	1.9	25.0	69.4	1.5	24.0
	중하	52.5	1.5	17.3	41.8	1.4	12.6	62.8	1.4	17.4
	중	39.8	1.1	4.6	31.2	1.1	2.0	48.3	1.1	2.9
	중상	37.3	1.1	2.1	29.3	1.0	0.1	46.2	1.0	0.8
	상	35.2	1.0	0.0	29.2	1.0	0.0	45.4	1.0	0.0
부의 교육 수준별	중졸 이하	46.8	1.2	6.9	37.7	1.2	6.0	58.0	1.2	9.2
	고졸 이하	41.7	1.0	1.8	32.4	1.0	0.7	51.2	1.0	2.4
	대졸 이상	39.9	1.0	0.0	31.7	1.0	0.0	48.8	1.0	0.0

자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

3) 지역별 격차

17개 시도 중 스트레스 인지율이 가장 높은 지역은 서울(42.7%), 가장 낮은 지역은 부산(35.2%)이었으며 두 지역 간 차이는 7.5%포인트였다. 성별로는 남학생은 강원(35.1%), 여학생은 충북(53.4%)의 스트레스 인지율이 가장 높았다.

[그림 5-23] 스트레스 인지율(시도별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

[표 5-15] 스트레스 인지율(시도별, 2018년)

구분	전체			남학생			여학생		
	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)
서울	42.7	1.0	0.0	34.5	1.0	0.0	51.5	1.0	0.0
부산	35.2	0.8	-7.5	27.2	0.8	-7.3	43.8	0.9	-7.7
대구	38.5	0.9	-4.2	30.3	0.9	-4.2	47.7	0.9	-3.8
인천	40.4	0.9	-2.3	31.7	0.9	-2.8	49.6	1.0	-1.9
광주	40.3	0.9	-2.4	32.0	0.9	-2.5	49.3	1.0	-2.2
대전	41.9	1.0	-0.8	34.3	1.0	-0.2	50.1	1.0	-1.4

구분	전체			남학생			여학생		
	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)
울산	36.7	0.9	-6.0	28.8	0.8	-5.7	45.6	0.9	-5.9
세종	39.6	0.9	-3.1	28.2	0.8	-6.3	51.0	1.0	-0.5
경기	41.6	1.0	-1.1	33.1	1.0	-1.4	50.7	1.0	-0.8
강원	40.9	1.0	-1.8	35.1	1.0	0.6	47.3	0.9	-4.2
충북	41.8	1.0	-0.9	31.3	0.9	-3.2	53.4	1.0	1.9
충남	40.0	0.9	-2.7	29.8	0.9	-4.7	51.2	1.0	-0.3
전북	40.9	1.0	-1.8	31.5	0.9	-3.0	51.2	1.0	-0.3
전남	38.8	0.9	-3.9	29.9	0.9	-4.6	48.4	0.9	-3.1
경북	39.8	0.9	-2.9	32.0	0.9	-2.5	48.7	0.9	-2.8
경남	38.0	0.9	-4.7	30.5	0.9	-4.0	46.3	0.9	-5.2
제주	38.6	0.9	-4.1	30.4	0.9	-4.1	47.6	0.9	-3.9

자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

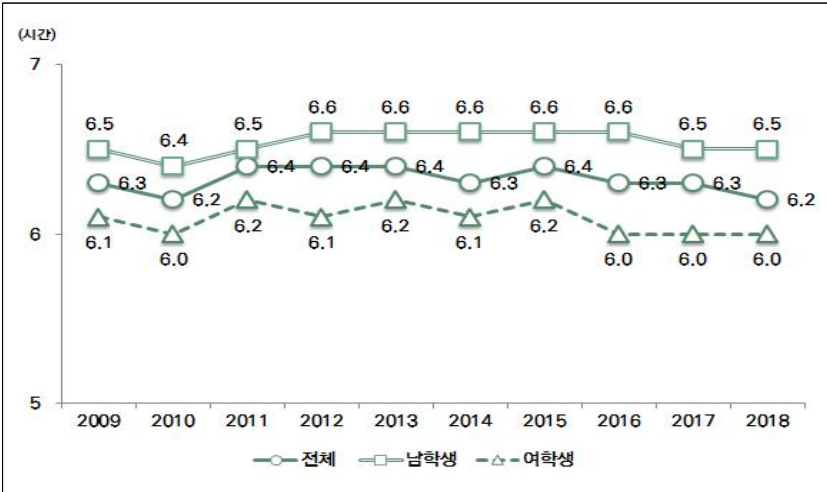
마. 적정 수면 시간(평균 수면 시간)¹⁶⁾

1) 연도별 추이

주중 평균 수면 시간은 2009년부터 6.2~6.4시간 범위 내에서 증감을 반복하였으며, 2018년 기준 전체 평균 수면 시간은 6.2시간이었다. 아동의 적정 수면 시간을 8시간으로 간주(최현수 외, 2018, p. 82)하는 데 비해서는 매우 적은 편이다. 성별로는 매해 남학생의 평균 수면 시간이 여학생보다 더 많았으며, 2018년 남학생과 여학생 간 차이는 0.5시간으로 나타났다.

16) 본 지표는 중·고등학교 학생을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

[그림 5-24] 평균 수면 시간(2009~2018년)

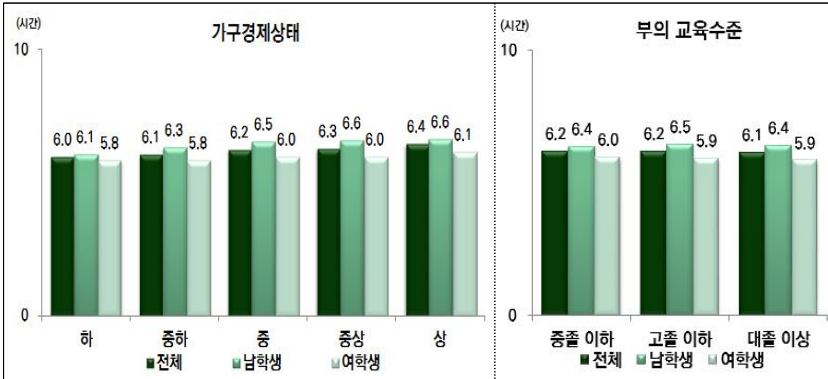


자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2009~2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

2) 인구집단별 격차

가구 경제상태가 ‘상’인 집단의 평균 수면 시간이 가장 길었고, 소득 수준이 낮아질수록 평균 수면 시간이 짧아져 가구 경제상태가 가장 낮은 청소년의 평균 수면 시간이 전체 평균 6시간으로 가장 짧았다. 또한 아버지의 교육수준이 가장 높은 집단이 평균 수면 시간은 가장 짧았으나 다른 집단과의 차이는 6분가량으로 집단 간 차이가 매우 작았다.

[그림 5-25] 평균 수면 시간(사회경제적 위치 변수별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

<표 5-16> 평균 수면 시간(사회경제적 위치 변수별, 2018년)

구분		전체			남학생			여학생		
		조율 (시간)	상대 격차 (배)	절대 격차 (차)	조율 (시간)	상대 격차 (배)	절대 격차 (차)	조율 (시간)	상대 격차 (배)	절대 격차 (차)
소득 수준별	하	6.0	0.9	-0.4	6.1	0.9	-0.5	5.8	1.0	-0.3
	중하	6.1	1.0	-0.3	6.3	1.0	-0.3	5.8	1.0	-0.3
	중	6.2	1.0	-0.2	6.5	1.0	-0.1	6.0	1.0	-0.1
	중상	6.3	1.0	-0.1	6.6	1.0	0.0	6.0	1.0	-0.1
	상	6.4	1.0	0.0	6.6	1.0	0.0	6.1	1.0	0.0
부의 교육 수준별	중졸 이하	6.2	1.0	0.1	6.4	1.0	0.0	6.0	1.0	0.1
	고졸 이하	6.2	1.0	0.1	6.5	1.0	0.1	5.9	1.0	0.0
	대졸 이상	6.1	1.0	0.0	6.4	1.0	0.0	5.9	1.0	0.0

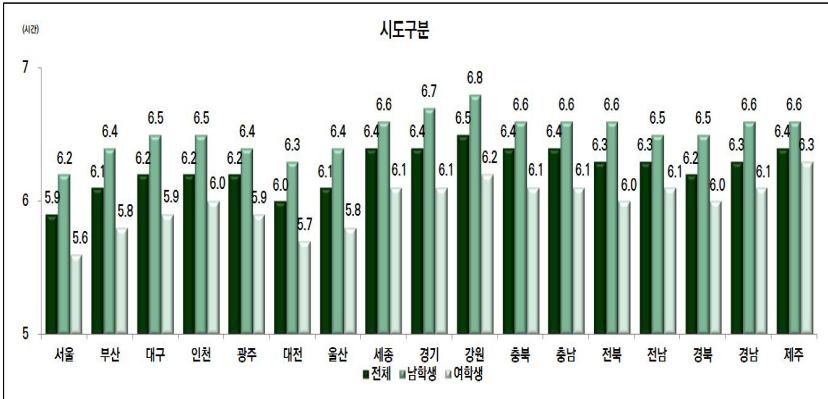
자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

3) 지역별 격차

17개 시도 중 평균 수면 시간이 가장 긴 지역은 강원(6.5시간), 가장 짧은 지역은 서울(5.9시간)이었으며 두 지역 간 차이는 0.6시간(36분)이었다. 성별로는 남학생은 강원(6.8시간), 여학생은 제주(6.3시간)의 평균 수면 시간이 가장 길었다.

148 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

[그림 5-26] 평균 수면 시간(시도별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

<표 5-17> 평균 수면 시간(시도별, 2018년)

구분	전체			남학생			여학생		
	조율 (시간)	상대 격차 (배)	절대 격차 (차)	조율 (시간)	상대 격차 (배)	절대 격차 (차)	조율 (시간)	상대 격차 (배)	절대 격차 (차)
서울	5.9	1.0	0.0	6.2	1.0	0.0	5.6	1.0	0.0
부산	6.1	1.0	0.2	6.4	1.0	0.2	5.8	1.0	0.2
대구	6.2	1.1	0.3	6.5	1.0	0.3	5.9	1.1	0.3
인천	6.2	1.1	0.3	6.5	1.0	0.3	6.0	1.1	0.4
광주	6.2	1.1	0.3	6.4	1.0	0.2	5.9	1.1	0.3
대전	6.0	1.0	0.1	6.3	1.0	0.1	5.7	1.0	0.1
울산	6.1	1.0	0.2	6.4	1.0	0.2	5.8	1.0	0.2
세종	6.4	1.1	0.5	6.6	1.1	0.4	6.1	1.1	0.5
경기	6.4	1.1	0.5	6.7	1.1	0.5	6.1	1.1	0.5
강원	6.5	1.1	0.6	6.8	1.1	0.6	6.2	1.1	0.6
충북	6.4	1.1	0.5	6.6	1.1	0.4	6.1	1.1	0.5
충남	6.4	1.1	0.5	6.6	1.1	0.4	6.1	1.1	0.5
전북	6.3	1.1	0.4	6.6	1.1	0.4	6.0	1.1	0.4
전남	6.3	1.1	0.4	6.5	1.0	0.3	6.1	1.1	0.5
경북	6.2	1.1	0.3	6.5	1.0	0.3	6.0	1.1	0.4
경남	6.3	1.1	0.4	6.6	1.1	0.4	6.1	1.1	0.5
제주	6.4	1.1	0.5	6.6	1.1	0.4	6.3	1.1	0.7

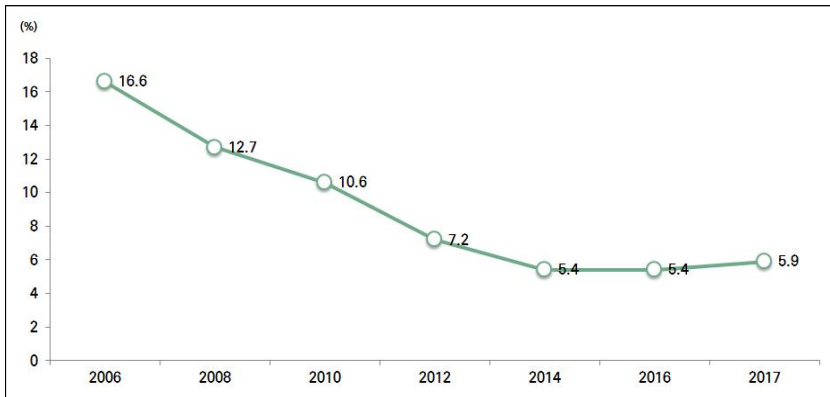
자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

바. 최저 기준 미달 주거¹⁷⁾

1) 연도별 추이

최저 기준 미달 주거 비율은 2006년 16.6%에서 점차 감소해 2014년 5.4%를 기록하였으며, 이후 2017년까지 6%를 넘지 않는 수준을 유지하고 있다.

[그림 5-27] 최저 기준 미달 주거 비율(2006~2017년)



자료: 국토교통부. (2006-2017). 주거실태조사; 최현수 외. (2018). 통계로 보는 사회보장 2018. p. 366 재인용.

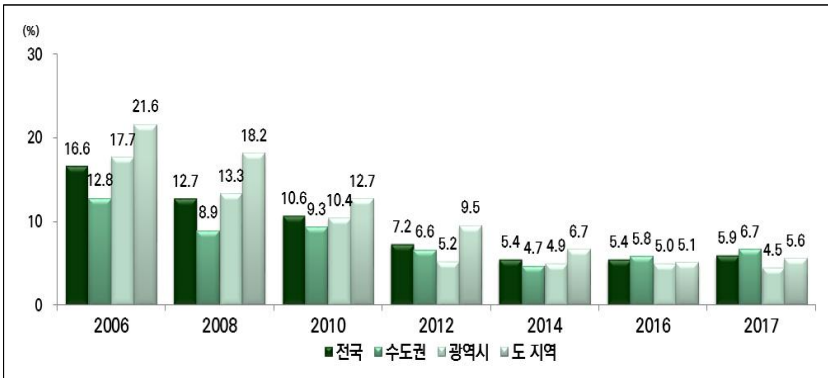
2) 지역별 격차

2010년 이전에는 도 지역, 광역시, 수도권 순으로 최저 기준 미달 주거 비율이 높게 나타나, 상대적으로 정책적 지원이 적고 수도권에서 먼 지역의 주거 수준이 열악한 양상을 띠었다. 그러나 이후 광역시와 도 지역에

17) 본 지표는 아동의 연령 구분을 달리하지 않았으며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

서 최저 기준 미달 주거 비율이 급격하게 감소한 데 반해 수도권은 증감을 반복하였고, 2016년부터는 수도권의 최저 기준 미달 주거 비율이 다른 지역에 비해 높은 수준을 기록하고 있다.

[그림 5-28] 최저 기준 미달 주거 비율(연도별, 지역별, 2006~2017년)



자료: 국토교통부. (2006-2017). 주거실태조사; 최현수 외. (2018). 통계로 보는 사회보장 2018. p. 367 재인용.

<표 5-18> 최저 기준 미달 주거 비율(연도별, 지역별, 2006~2017년)

구분	전체			
	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)	
2006년	수도권	12.8	1.0	0.0
	광역시	17.7	1.2	4.9
	도 지역	21.6	0.7	8.8
2008년	수도권	8.9	1.0	0.0
	광역시	13.3	1.5	4.4
	도 지역	18.2	2.0	9.3
2010년	수도권	9.3	1.0	0.0
	광역시	10.4	1.1	1.1
	도 지역	12.7	1.4	3.4
2012년	수도권	6.6	1.0	0.0
	광역시	5.2	0.8	-1.4
	도 지역	9.5	1.4	2.9
2014년	수도권	4.7	1.0	0.0
	광역시	4.9	1.0	0.2
	도 지역	6.7	1.4	2.0

구분	전체			
	조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)	
2016년	수도권	5.8	1.0	0.0
	광역시	5.0	0.9	-0.8
	도 지역	5.1	0.9	-0.7
2017년	수도권	6.7	1.0	0.0
	광역시	4.5	0.7	-2.2
	도 지역	5.6	0.8	-1.1

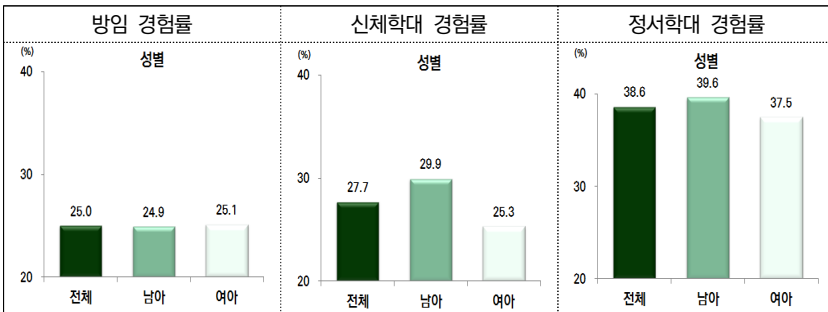
자료: 국토교통부. (2006-2017). 주거실태조사; 최현수 외. (2018). 통계로 보는 사회보장 2018. p. 367 재인용.

사. 학대 경험률¹⁸⁾

1) 인구집단별 격차

아동의 방임 경험률은 전체 25.0%로 남아와 여아 간 차이는 거의 없었다. 신체학대 경험률은 이보다 다소 높은 27.7%로 남아의 경험률이 여아보다 4.6%포인트 더 높았다. 정서학대 경험률은 방임이나 신체학대보다 더 높은 38.6%였으나 남아와 여아 간 차이는 크지 않았다.

[그림 5-29] 학대 경험률(성별, 2018년)

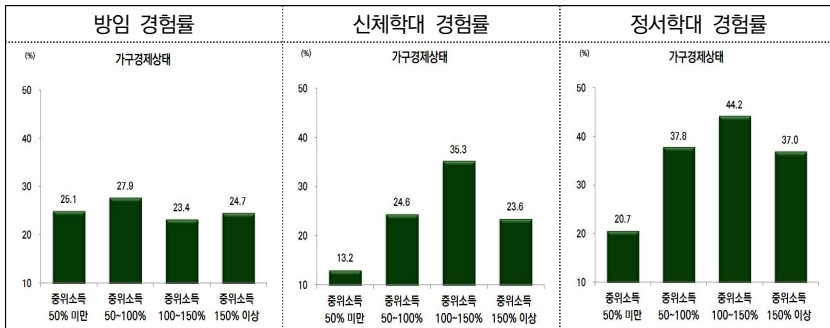


주: 9~17세 아동의 응답률을 기준으로 함.
 자료: 류정희 외. (2018). 아동종합실태조사. p. 432 재인용.

18) 본 지표는 9~17세 아동을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

가구 경제상태별 아동 학대 경험률은 학대 유형에 따라 다소 상이하였다. 방임의 경우 가구 경제상태가 중위소득 50~100%인 아동의 경험률이 가장 높았으나 나머지 집단과의 차이가 크지 않았다. 신체학대와 정서학대의 경우 중위소득 50% 미만 가구 아동의 학대 경험률이 가장 낮았으며, 중위소득 100~150%에 해당하는 아동의 학대 경험률이 가장 높게 나타났다.

[그림 5-30] 학대 경험률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)



주: 9~17세 아동의 응답률을 기준으로 하였으며, 가구 경제상태의 구분자인 중위소득은 조사 대상 가구 내에서의 중위소득을 일컫음.
 자료: 류정희 외. (2018). 아동종합실태조사. p. 432 재인용.

<표 5-19> 학대 경험률(소득 수준별, 2018년)

구분		전체		
		조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
방임 경험률	중위소득 50% 미만	25.1	1.0	0.4
	중위소득 50~100% 미만	27.9	1.1	3.2
	중위소득 100~150% 미만	23.4	0.9	-1.3
	중위소득 150% 이상	24.7	1.0	0.0
신체학대 경험률	중위소득 50% 미만	13.2	0.6	-10.4
	중위소득 50~100% 미만	24.6	1.0	1.0
	중위소득 100~150% 미만	35.3	1.5	11.7
	중위소득 150% 이상	23.6	1.0	0.0

구분		전체		
		조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
정서학대 경험률	중위소득 50% 미만	20.7	0.6	-16.3
	중위소득 50~100% 미만	37.8	1.0	0.8
	중위소득 100~150% 미만	44.2	1.2	7.2
	중위소득 150% 이상	37.0	1.0	0.0

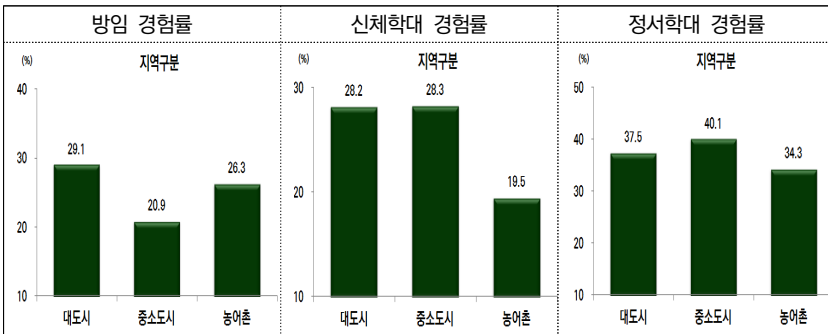
주: 9~17세 아동의 응답률을 기준으로 하였으며, 가구 경제상태의 구분자인 중위소득은 조사 대상 가구 내에서의 중위소득을 일컫음.

자료: 류정희 외. (2018). 아동종합실태조사, p.432 재인용

2) 지역별 격차

지역 규모에 따른 아동 학대 경험률도 일관된 경향을 보이지 않았다. 방임 경험률은 대도시에서 가장 높고 중소도시에서 가장 낮았으나, 신체 학대 경험률은 대도시와 중소도시가 유사한 수준으로 높고 농어촌에서 가장 낮은 것으로 나타났다. 정서학대 경험률은 중소도시에서 가장 높고 농어촌에서 가장 낮은 것으로 확인되었다.

[그림 5-31] 학대 경험률(지역 규모별, 2018년)



주: 9~17세 아동의 응답률을 기준으로 함.

자료: 류정희 외. (2018). 아동종합실태조사, p. 432 재인용.

〈표 5-20〉 학대 경험률(지역 규모별, 2018년)

구분		전체		
		조율(%)	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
방임 경험률	대도시	29.1	1.0	0.0
	중소도시	20.9	0.7	-8.2
	농어촌	26.3	0.9	-2.8
신체학대 경험률	대도시	28.2	1.0	0.0
	중소도시	28.3	1.0	0.1
	농어촌	19.5	0.7	-8.7
정서학대 경험률	대도시	37.5	1.0	0.0
	중소도시	40.1	1.1	2.6
	농어촌	34.3	0.9	-3.2

주: 9~17세 아동의 응답률을 기준으로 함.
 자료: 류정희 외. (2018). 아동종합실태조사. p. 432 재인용.

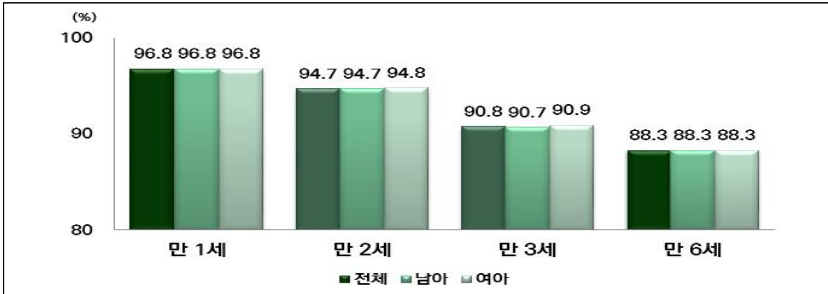
아. 영유아 국가필수예방접종 완전접종률¹⁹⁾

1) 연령별 차이

국가필수예방접종(만 1세 6종, 만 2세 8종, 만 3세 10종, 만 6세 7종) 완전접종률은 연령이 높아질수록 낮아지는 경향을 보였다. 만 1세는 남아와 여아 모두 전수에 가까운 아동이 예방접종을 받은 것으로 나타났으나 만 2세는 94.7%, 만 3세는 90.8%, 만 6세는 88.3%로 점차 감소하였다. 성별 접종률은 전체 조사 대상에 걸쳐 거의 차이가 없었다.

19) 본 지표는 만 1~3세 및 만 6세 아동을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

[그림 5-32] 국가필수예방접종 완전접종률(연령별, 2018년)

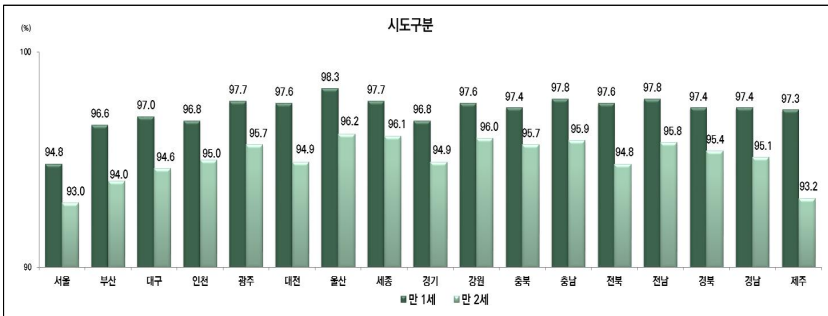


자료: 통계청 국가통계포털(2018). 전국예방접종률현황.
 (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11793N_171&conn_path=I3)에서 2019. 9. 1. 인출.

2) 지역별 차이

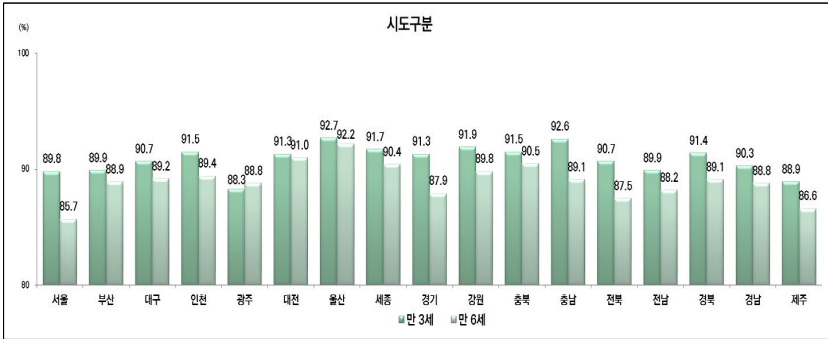
17개 시도 중 만 1세부터 만 6세에 걸쳐 국가필수예방접종 완전접종률이 가장 높은 지역은 울산으로 나타났다. 반면 만 1세와 만 2세, 만 6세 대상 필수예방접종 완전접종률이 가장 낮은 지역은 서울이었으며, 만 3세 대상 필수예방접종 완전접종률이 가장 낮은 지역은 광주였다.

[그림 5-33] 국가필수예방접종 완전접종률(만 1세 및 만 2세, 지역별, 2018년)



자료: 통계청 국가통계포털(2018). 전국예방접종률현황.
 (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11793N_171&conn_path=I3)에서 2019. 9. 1. 인출.

[그림 5-34] 국가필수예방접종 완전접종률(만 3세 및 만 6세, 지역별, 2018년)



자료: 통계청 국가통계포털(2018). 전국예방접종률현황.
 (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11793N_171&conn_path=I3)에서 2019. 9. 1. 인출.

3. 발달과 건강

가. 학업 성취도²⁰⁾

1) 연도별 추이

아동기 학업 성취도는 국어, 영어, 수학, 사회, 과학 과목에 대해 중학교 3학년, 고등학교 2학년 학생을 대상으로 매년 평가되며(초등학교 6학년은 2012년에 종료), 그 결과는 기초학력 미달/기초학력/보통학력 이상으로 나뉜다.

수학 과목을 기준으로 한 기초학력 미달 학생 비율을 살펴보면 초등학교 6학년은 마지막 평가 시기인 2012년까지 매해 기초학력 미달 비율이 감소하는 경향을 보였다. 중학교 3학년은 2008년 12.9%로 평가 대상 중

20) 본 지표는 초등학교 6학년(2012년까지), 중학교 3학년, 고등학교 2학년을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

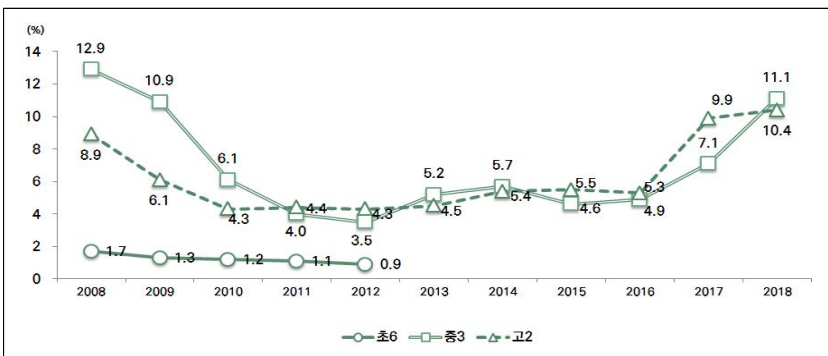
기초학력 미달 비율이 가장 높았으며, 2012년 3.5%로 크게 감소하였다가 이후 다시 증가해 2018년 11.1%로 최초 평가 시기와 유사한 수준의 기초학력 미달 비율을 나타내고 있다. 고등학교 2학년은 2008년 8.9%에서 2013년 그 절반 수준으로 낮아졌으나 이후 다시 증가해 2018년 10.4%를 기록하였다.

2) 인구집단별 차이

성별로는 중학교 3학년과 고등학교 2학년 모두 남학생이 여학생보다 수학 과목 기초학력 미달 비율이 높았으며, 성별 차이는 중학교 3학년은 3.0%포인트, 고등학교 2학년은 2.7%포인트로 나타났다.

지역 규모에 따라서는 두 집단 모두 대도시보다는 읍·면에 거주하는 학생의 수학 과목 기초학력 미달 비율이 높았으며, 중학교 3학년은 2.4%포인트, 고등학교 2학년은 3.1%포인트의 차이를 보였다.

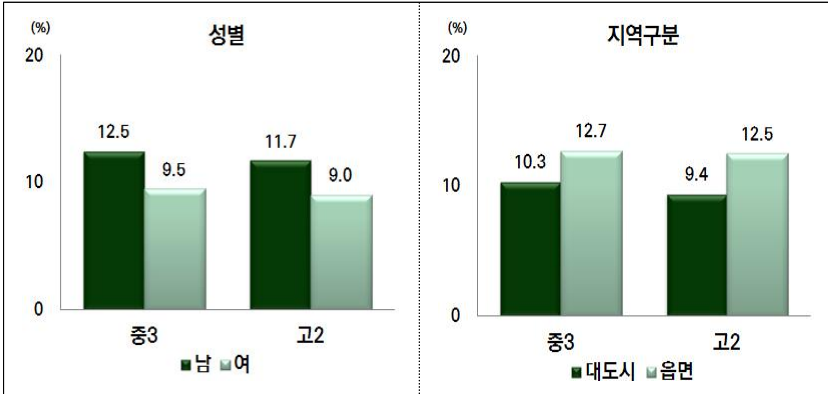
[그림 5-35] 수학 과목 기초학력 미달 학생 비율(2008~2018년)



주: 초등학교 6학년은 2013년 평가부터 제외됨.

자료: 교육부, (2009~2018), 국가수준 학업성취도평가 결과; 통계청 e-나라지표 (http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1539)에서 2019. 7. 26. 인출.

[그림 5-36] 수학 과목 기초학력 미달 학생 비율(성별, 지역별, 2018년)



자료: 교육부. (2019). 2018년 국가수준 학업성취도 평가 결과, (<https://www.moe.go.kr/boardCnts/fileDown.do?m=0204&s=moe&fileSeq=6210b7ddb43554ce93c4173d3bcc4f5>)에서 2019. 8. 20. 인출. pp.7-8 재인용.

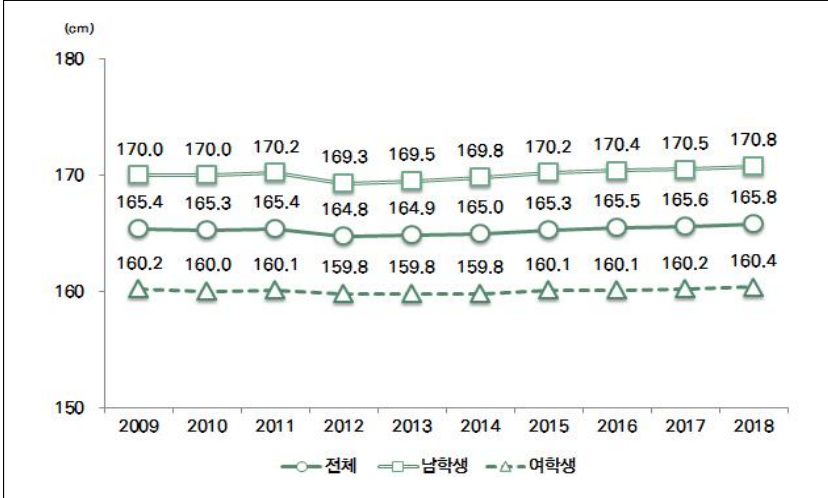
나. 키²¹⁾

1) 연도별 추이

키는 2009년부터 2018년까지 10년간 유사한 수준을 유지하고 있으며, 2018년 전체 평균 165.8cm, 남학생 170.8cm, 여학생 160.4cm로 나타났다.

21) 본 지표는 중·고등학교 학생을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

[그림 5-37] 키(2009~2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2009~2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

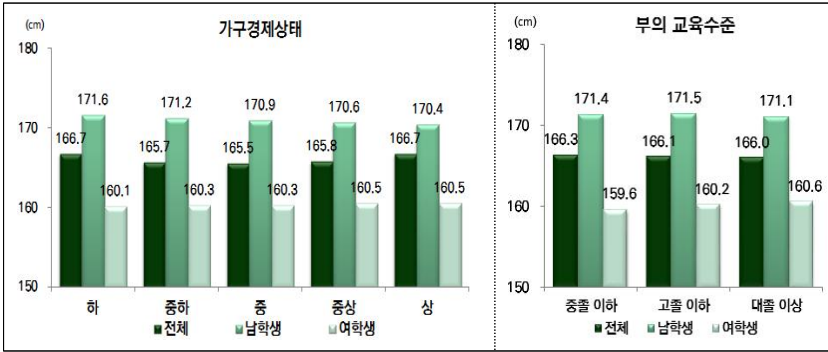
2) 인구집단별 격차

가구 경제상태에 따른 키 차이는 특정 경향성을 보이지 않았다. 소득 수준이 가장 낮은 집단과 가장 높은 집단의 전체 평균 키(신장)는 동일하였으며, 일부 학년에서는 수치상으로 소득 수준이 높을수록 키가 커지는 양상을 띠었으나 사후 검정 결과 군 간 통계적 유의성이 아예 없거나 특정 소득 구간에서만 그 차이가 유의한 것으로 나타났다.

아버지의 교육수준별 평균 키도 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 일부 학년에서 아버지의 교육수준이 대졸 이상인 경우 고졸 이하인 경우보다 유의하게 키가 큰 것으로 확인되었으나, 전반적으로 아버지의 교육수준에 따른 아동의 키 차이에 통계적 유의성은 없었다.

160 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

[그림 5-38] 키(사회경제적 위치 변수별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

<표 5-21> 키(사회경제적 위치 변수별, 2018년)

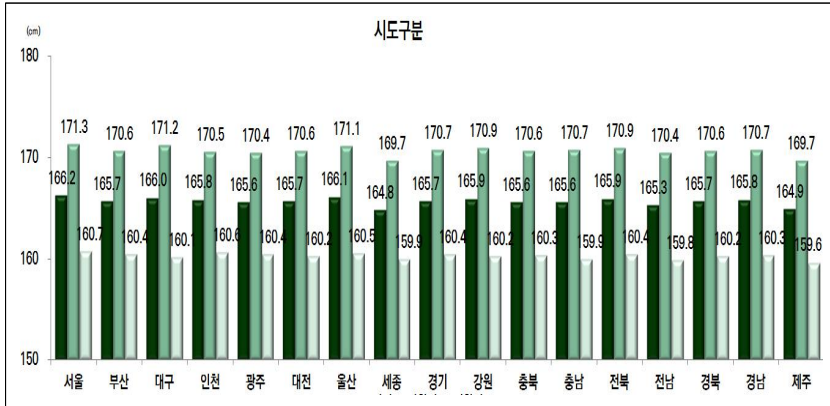
구분		전체			남학생			여학생		
		조율 (cm)	상대 격차 (배)	절대 격차 (차)	조율 (cm)	상대 격차 (배)	절대 격차 (차)	조율 (cm)	상대 격차 (배)	절대 격차 (차)
소득 수준별	하	166.7	1.0	0.0	171.6	1.0	1.2	160.1	1.0	-0.4
	중하	165.7	1.0	-1.0	171.2	1.0	0.8	160.3	1.0	-0.2
	중	165.5	1.0	-1.2	170.9	1.0	0.5	160.3	1.0	-0.2
	중상	165.8	1.0	-0.9	170.6	1.0	0.2	160.5	1.0	0.0
	상	166.7	1.0	0.0	170.4	1.0	0.0	160.5	1.0	0.0
부의 교육 수준별	중졸 이하	166.3	1.0	0.3	171.4	1.0	0.3	159.6	1.0	-1.0
	고졸 이하	166.1	1.0	0.1	171.5	1.0	0.4	160.2	1.0	-0.4
	대졸 이상	166.0	1.0	0.0	171.1	1.0	0.0	160.6	1.0	0.0

자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

3) 지역별 격차

17개 시도 중 평균 키가 가장 큰 지역은 서울(166.2cm), 가장 작은 지역은 세종(164.8cm)이었으며 두 지역 간 차이는 1.4cm였다. 또한 남학생과 여학생 모두 서울에 거주하는 학생의 키가 가장 큰 것으로 나타났다.

[그림 5-39] 키(시도별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

<표 5-22> 키(시도별, 2018년)

구분	전체			남학생			여학생		
	조율 (cm)	상대격차 (배)	절대격차 (차)	조율 (cm)	상대격차 (배)	절대격차 (차)	조율 (cm)	상대격차 (배)	절대격차 (차)
서울	166.2	1.0	0.0	171.3	1.0	0.0	160.7	1.0	0.0
부산	165.7	1.0	-0.5	170.6	1.0	-0.7	160.4	1.0	-0.3
대구	166.0	1.0	-0.2	171.2	1.0	-0.1	160.1	1.0	-0.6
인천	165.8	1.0	-0.4	170.5	1.0	-0.8	160.6	1.0	-0.1
광주	165.6	1.0	-0.6	170.4	1.0	-0.9	160.4	1.0	-0.3
대전	165.7	1.0	-0.5	170.6	1.0	-0.7	160.2	1.0	-0.5
울산	166.1	1.0	-0.1	171.1	1.0	-0.2	160.5	1.0	-0.2
세종	164.8	1.0	-1.4	169.7	1.0	-1.6	159.9	1.0	-0.8
경기	165.7	1.0	-0.5	170.7	1.0	-0.6	160.4	1.0	-0.3
강원	165.9	1.0	-0.3	170.9	1.0	-0.4	160.2	1.0	-0.5
충북	165.6	1.0	-0.6	170.6	1.0	-0.7	160.3	1.0	-0.4
충남	165.6	1.0	-0.6	170.7	1.0	-0.6	159.9	1.0	-0.8
전북	165.9	1.0	-0.3	170.9	1.0	-0.4	160.4	1.0	-0.3
전남	165.3	1.0	-0.9	170.4	1.0	-0.9	159.8	1.0	-0.9
경북	165.7	1.0	-0.5	170.6	1.0	-0.7	160.2	1.0	-0.5
경남	165.8	1.0	-0.4	170.7	1.0	-0.6	160.3	1.0	-0.4
제주	164.9	1.0	-1.3	169.7	1.0	-1.6	159.6	1.0	-1.1

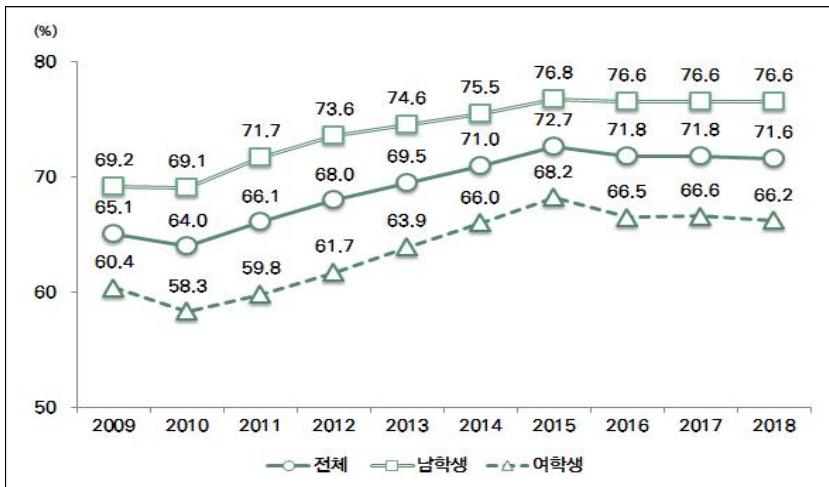
자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

다. 자기 평가 건강수준²²⁾

1) 연도별 추이

자신이 매우 건강하거나 건강한 편이라고 평가한 비율은 2009년 65.1%에서 점차 증가해 2015년 72.7%를 기록한 후 약 72% 수준을 유지하고 있다. 성별로는 매해 여학생에 비해 남학생이 본인의 건강을 더 긍정적으로 평가하는 것으로 나타났으며, 2018년 남학생의 긍정적 건강 평가 비율은 76.6%, 여학생은 66.2%로 두 집단 간 차이는 10.4%포인트였다.

[그림 5-40] 자기 평가 건강수준(2009~2018년)



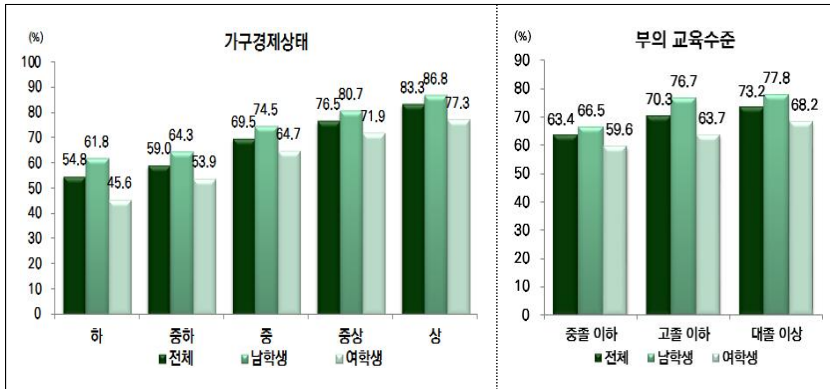
자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2009~2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

22) 본 지표는 중·고등학교 학생을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

2) 인구집단별 격차

가구 경제상태가 높을수록 자신의 건강수준을 긍정적으로 평가하는 비율이 높아지는 것으로 나타났다. 이러한 경향은 모든 성별에서 일관되게 나타났으며, 가구 경제상태가 가장 높은 집단과 가장 낮은 집단 간 차이는 전체 28.5%포인트, 남학생 25.0%포인트, 여학생 31.7%포인트로 매우 큰 차이를 보였다. 아버지의 교육수준에 따른 긍정적 건강 평가 비율도 경사면의 형태를 띠었으며, 아버지의 교육수준이 가장 낮은 집단과 가장 높은 집단 간 차이는 전체 9.8%포인트, 남학생 11.3%포인트, 여학생 8.6%포인트를 기록하였다.

[그림 5-41] 자기 평가 건강수준(사회경제적 위치 변수별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

〈표 5-23〉 자기 평가 건강수준(사회경제적 위치 변수별, 2018년)

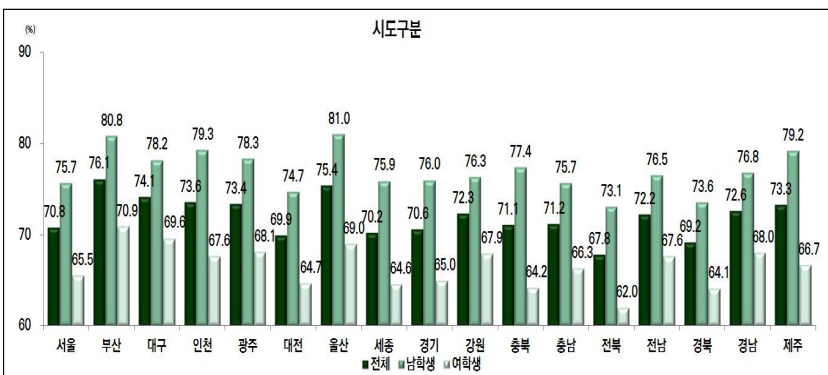
구분		전체			남학생			여학생		
		조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)
소득 수준별	하	54.8	0.7	-28.5	61.8	0.7	-25.0	45.6	0.6	-31.7
	중하	59.0	0.7	-24.3	64.3	0.7	-22.5	53.9	0.7	-23.4
	중	69.5	0.8	-13.8	74.5	0.9	-12.3	64.7	0.8	-12.6
	중상	76.5	0.9	-6.8	80.7	0.9	-6.1	71.9	0.9	-5.4
	상	83.3	1.0	0.0	86.8	1.0	0.0	77.3	1.0	0.0
부의 교육 수준별	중졸 이하	63.4	0.9	-9.8	66.5	0.9	-11.3	59.6	0.9	-8.6
	고졸 이하	70.3	1.0	-2.9	76.7	1.0	-1.1	63.7	0.9	-4.5
	대졸 이상	73.2	1.0	0.0	77.8	1.0	0.0	68.2	1.0	0.0

자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

3) 지역별 격차

17개 시도 중 자신의 건강을 긍정으로 평가하는 비율이 가장 높은 지역은 부산(76.1%), 가장 낮은 지역은 전북(67.8%)이었으며 두 지역 간 차이는 8.3%포인트였다. 성별로는 남학생은 울산(81.0%), 여학생은 부산(70.9%)의 긍정적 건강 평가 비율이 가장 높았다.

〔그림 5-42〕 자기 평가 건강수준(시도별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

〈표 5-24〉 자기 평가 건강수준(시도별, 2018년)

구분	전체			남학생			여학생		
	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)
서울	70.8	1.0	0.0	75.7	1.0	0.0	65.5	1.0	0.0
부산	76.1	1.1	5.3	80.8	1.1	5.1	70.9	1.1	5.4
대구	74.1	1.0	3.3	78.2	1.0	2.5	69.6	1.1	4.1
인천	73.6	1.0	2.8	79.3	1.0	3.6	67.6	1.0	2.1
광주	73.4	1.0	2.6	78.3	1.0	2.6	68.1	1.0	2.6
대전	69.9	1.0	-0.9	74.7	1.0	-1.0	64.7	1.0	-0.8
울산	75.4	1.1	4.6	81.0	1.1	5.3	69.0	1.1	3.5
세종	70.2	1.0	-0.6	75.9	1.0	0.2	64.6	1.0	-0.9
경기	70.6	1.0	-0.2	76.0	1.0	0.3	65.0	1.0	-0.5
강원	72.3	1.0	1.5	76.3	1.0	0.6	67.9	1.0	2.4
충북	71.1	1.0	0.3	77.4	1.0	1.7	64.2	1.0	-1.3
충남	71.2	1.0	0.4	75.7	1.0	0.0	66.3	1.0	0.8
전북	67.8	1.0	-3.0	73.1	1.0	-2.6	62.0	0.9	-3.5
전남	72.2	1.0	1.4	76.5	1.0	0.8	67.6	1.0	2.1
경북	69.2	1.0	-1.6	73.6	1.0	-2.1	64.1	1.0	-1.4
경남	72.6	1.0	1.8	76.8	1.0	1.1	68.0	1.0	2.5
제주	73.3	1.0	2.5	79.2	1.0	3.5	66.7	1.0	1.2

자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

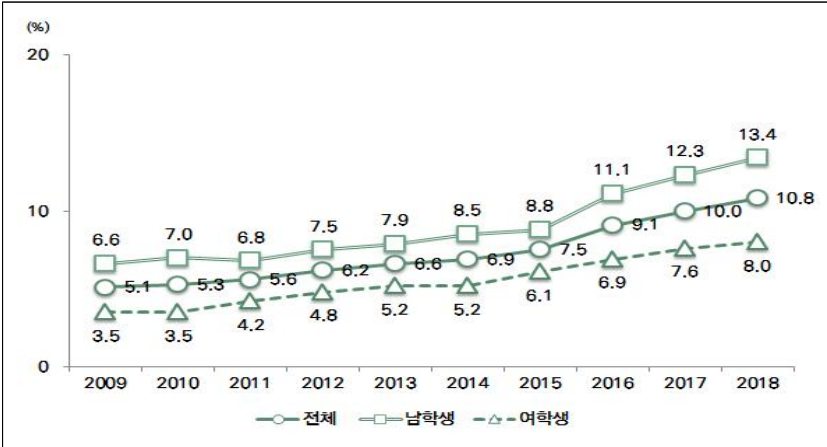
라. 비만율²³⁾

1) 연도별 추이

비만율은 2009년 5.1%에서 지속적으로 증가해 2018년 10.8%로 최근 10년 중 가장 높은 수치를 기록하였다. 성별로는 매해 남학생의 비만율이 여학생보다 높았고 과거에 비해 최근 두 집단 간 차이가 더욱 커지고 있다. 2018년 남학생의 비만율은 여학생보다 5.4%포인트 더 높은 것으로 나타났다.

23) 본 지표는 중·고등학교 학생을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

[그림 5-43] 비만율(2009~2018년)

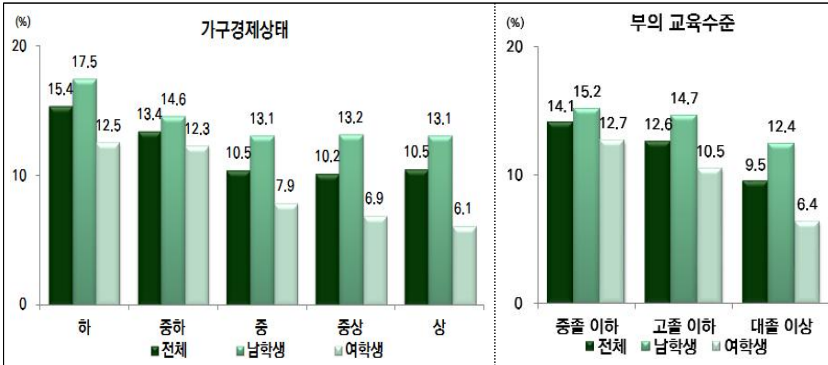


자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2009~2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

2) 인구집단별 격차

가구 경제상태에 따른 비만율은 ‘중하’와 ‘하’인 집단에서 두드러졌다. 경제상태가 가장 높은 집단과 가장 낮은 집단 간 차이는 전체 4.9%포인트, 남학생 4.4%포인트, 여학생 6.4%포인트로 남학생보다는 여학생에게서 가구 경제상태에 따른 비만율 차이가 크게 나타났다. 또한 아버지의 교육수준이 낮을수록 비만율이 높았으며, 아버지의 교육수준이 가장 낮은 집단과 가장 높은 집단 간 차이는 전체 4.6%포인트, 남학생 2.8%포인트, 여학생 6.3%포인트로 나타났다. 가구 경제상태와 마찬가지로 남학생보다는 여학생에게서 아버지의 교육수준에 따른 비만율 차이가 두드러졌다.

[그림 5-44] 비만율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

<표 5-25> 비만율(사회경제적 위치 변수별, 2018년)

구분		전체			남학생			여학생		
		조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)
소득 수준별	하	15.4	1.5	4.9	17.5	1.3	4.4	12.5	2.0	6.4
	중하	13.4	1.3	2.9	14.6	1.1	1.5	12.3	2.0	6.2
	중	10.5	1.0	0.0	13.1	1.0	0.0	7.9	1.3	1.8
	중상	10.2	1.0	-0.3	13.2	1.0	0.1	6.9	1.1	0.8
	상	10.5	1.0	0.0	13.1	1.0	0.0	6.1	1.0	0.0
부의 교육 수준별	중졸 이하	14.1	1.5	4.6	15.2	1.2	2.8	12.7	2.0	6.3
	고졸 이하	12.6	1.3	3.1	14.7	1.2	2.3	10.5	1.6	4.1
	대졸 이상	9.5	1.0	0.0	12.4	1.0	0.0	6.4	1.0	0.0

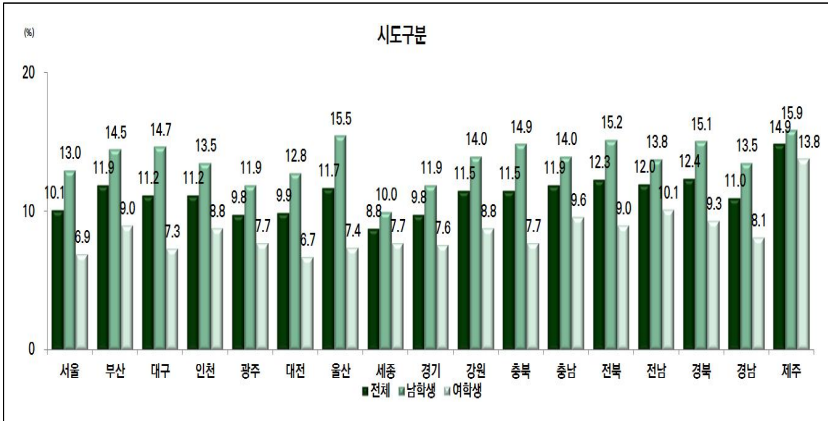
자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

3) 지역별 격차

17개 시도 중 비만율이 가장 높은 지역은 제주(14.9%), 가장 낮은 지역은 세종(8.8%)이었으며 두 지역 간 차이는 6.1%포인트였다. 성별로는 남학생과 여학생 모두 제주에서 비만율이 가장 높았다.

168 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

[그림 5-45] 비만율(시도별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

<표 5-26> 비만율(시도별, 2018년)

구분	전체			남학생			여학생		
	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)
서울	10.1	1.0	0.0	13.0	1.0	0.0	6.9	1.0	0.0
부산	11.9	1.2	1.8	14.5	1.1	1.5	9.0	1.3	2.1
대구	11.2	1.1	1.1	14.7	1.1	1.7	7.3	1.1	0.4
인천	11.2	1.1	1.1	13.5	1.0	0.5	8.8	1.3	1.9
광주	9.8	1.0	-0.3	11.9	0.9	-1.1	7.7	1.1	0.8
대전	9.9	1.0	-0.2	12.8	1.0	-0.2	6.7	1.0	-0.2
울산	11.7	1.2	1.6	15.5	1.2	2.5	7.4	1.1	0.5
세종	8.8	0.9	-1.3	10.0	0.8	-3.0	7.7	1.1	0.8
경기	9.8	1.0	-0.3	11.9	0.9	-1.1	7.6	1.1	0.7
강원	11.5	1.1	1.4	14.0	1.1	1.0	8.8	1.3	1.9
충북	11.5	1.1	1.4	14.9	1.1	1.9	7.7	1.1	0.8
충남	11.9	1.2	1.8	14.0	1.1	1.0	9.6	1.4	2.7
전북	12.3	1.2	2.2	15.2	1.2	2.2	9.0	1.3	2.1
전남	12.0	1.2	1.9	13.8	1.1	0.8	10.1	1.5	3.2
경북	12.4	1.2	2.3	15.1	1.2	2.1	9.3	1.3	2.4
경남	11.0	1.1	0.9	13.5	1.0	0.5	8.1	1.2	1.2
제주	14.9	1.5	4.8	15.9	1.2	2.9	13.8	2.0	6.9

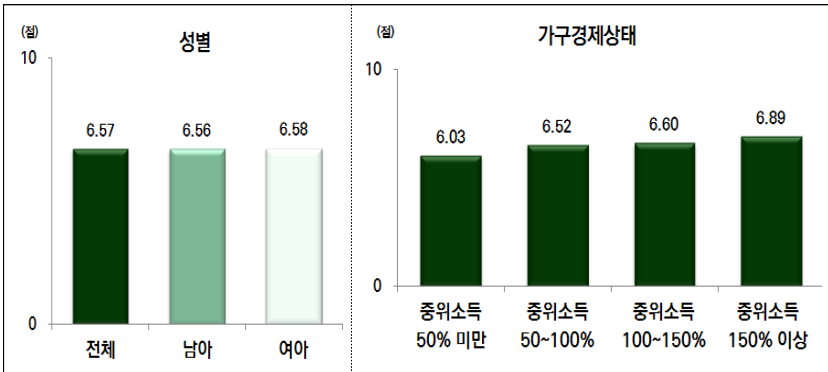
자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

마. 아동 삶의 질 지표(삶의 만족도)²⁴⁾

1) 인구집단별 격차

칸트릴의 사다리 척도로 측정된 우리나라 아동의 삶의 만족도(0~10 점)는 전체 6.57점, 남아 6.56점, 여아 6.58점으로 성별 차이는 거의 없었다. 연령별로는 9~11세 6.80점, 12~17세 6.45점(류정희 외, 2018, p. 542)으로 상대적으로 낮은 연령에서 삶의 만족도가 조금 더 높은 것으로 나타났다. 또한 정도의 차이가 크지는 않으나 가구 경제상태가 높을수록 삶의 만족도가 높아지는 경향을 보였다.

[그림 5-46] 삶의 만족도(성별, 사회경제적 위치 변수별, 2018년)



주: 9~17세 아동의 응답률을 기준으로 하였으며, 가구 경제상태의 구분자인 중위소득은 조사 대상 가구 내에서의 중위소득을 일컫음.

자료: 류정희 외. (2018). 아동종합실태조사, p. 542 재인용.

24) 본 지표는 9~17세 아동을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

170 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

〈표 5-27〉 삶의 만족도(사회경제적 위치 변수별, 2018년)

구분		전체		
		점	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
소득 수준별	중위소득 50% 미만	6.03	0.88	-0.86
	중위소득 50~100% 미만	6.52	0.95	-0.37
	중위소득 100~150% 미만	6.60	0.96	-0.29
	중위소득 150% 이상	6.89	1.00	0.00

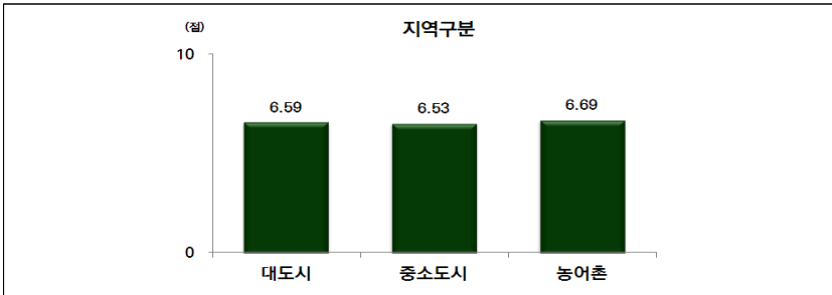
주: 9~17세 아동의 응답률을 기준으로 하였으며, 가구 경제상태의 구분자인 중위소득은 조사 대상 가구 내에서의 중위소득을 일컬음.

자료: 류정희 외. (2018). 아동종합실태조사, p. 542 재인용.

2) 지역별 격차

지역 규모에 따른 아동의 삶의 만족도 차이는 거의 없었다.

〔그림 5-47〕 삶의 만족도(지역 규모별, 2018년)



주: 9~17세 아동의 응답률을 기준으로 함.

자료: 류정희 외. (2018). 아동종합실태조사, p.542 재인용.

〈표 5-28〉 삶의 만족도(지역 규모별, 2018년)

구분	전체		
	점	상대격차(배)	절대격차(%포인트)
대도시	6.59	1.00	0.00
중소도시	6.53	0.99	-0.06
농어촌	6.69	1.02	0.10

주: 9~17세 아동의 응답률을 기준으로 함.

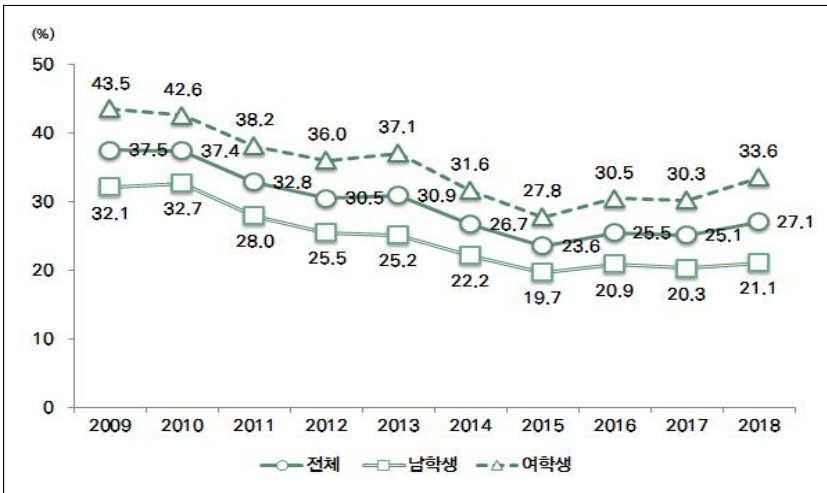
자료: 류정희 외. (2018). 아동종합실태조사, p. 542 재인용.

바. 우울감 경험률²⁵⁾

1) 연도별 추이

일상생활을 중단할 정도의 슬픔이나 절망감, 즉 우울감을 느낀 경험이 있는 청소년의 비율은 2009년 37.5%에서 2015년 23.6%까지 감소하였으나 이후 소폭 증가해 2018년 27.1%를 기록하였다. 성별로는 매해 여학생의 우울감이 남학생보다 높았으며, 2018년 두 집단 간 차이는 12.5%포인트로 나타났다.

[그림 5-48] 우울감 경험률(2009~2018년)



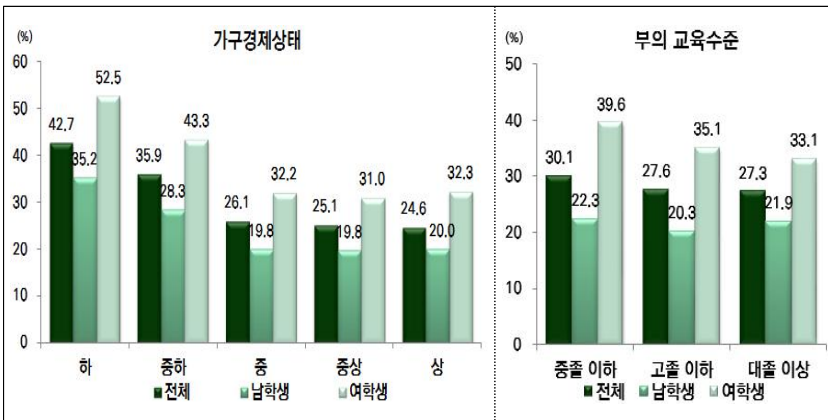
자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2009~2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

25) 본 지표는 중·고등학교 학생을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

2) 인구집단별 격차

가구 경제상태가 낮을 때(중하, 하) 우울감 경험률이 유의하게 높았다. 경제상태가 가장 높은 집단과 가장 낮은 집단 간 우울감 경험률 차이는 전체 18.1%포인트, 남학생 15.2%포인트, 여학생 20.2%포인트로 남학생보다는 여학생에게서 가구 경제상태에 따른 우울감 경험률 차이가 크게 나타났다. 또한 아버지의 교육수준이 낮은 집단에서 우울감 경험률이 가장 높았으며, 아버지의 교육수준이 가장 낮은 집단과 가장 높은 집단 간 차이는 전체 2.8%포인트, 남학생 0.4%포인트, 여학생 6.5%포인트로 나타났다. 가구 경제상태와 마찬가지로 남학생보다는 여학생에게서 아버지의 교육수준에 따른 우울감 경험률 차이가 두드러졌다.

[그림 5-49] 우울감 경험률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

[표 5-29] 우울감 경험률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)

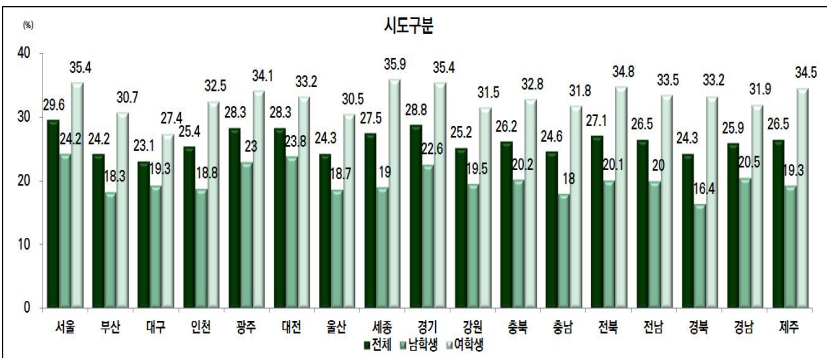
구분		전체			남학생			여학생		
		조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)
소득 수준별	하	42.7	1.7	18.1	35.2	1.8	15.2	52.5	1.6	20.2
	중하	35.9	1.5	11.3	28.3	1.4	8.3	43.3	1.3	11.0
	중	26.1	1.1	1.5	19.8	1.0	-0.2	32.2	1.0	-0.1
	중상	25.1	1.0	0.5	19.8	1.0	-0.2	31.0	1.0	-1.3
	상	24.6	1.0	0.0	20.0	1.0	0.0	32.3	1.0	0.0
부의 교육 수준별	중졸 이하	30.1	1.1	2.8	22.3	1.0	0.4	39.6	1.2	6.5
	고졸 이하	27.6	1.0	0.3	20.3	0.9	-1.6	35.1	1.1	2.0
	대졸 이상	27.3	1.0	0.0	21.9	1.0	0.0	33.1	1.0	0.0

자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

3) 지역별 격차

17개 시도 중 우울감 경험률이 가장 높은 지역은 서울(29.6%), 가장 낮은 지역은 대구(23.1%)였으며 두 지역 간 차이는 6.5%포인트였다. 성별로는 남학생은 서울(24.2%), 여학생은 세종(35.9%)의 우울감 경험률이 가장 높았다.

[그림 5-50] 우울감 경험률(시도별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

〈표 5-30〉 우울감 경험률(시도별, 2018년)

구분	전체			남학생			여학생		
	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)
서울	29.6	1.0	0.0	24.2	1.0	0.0	35.4	1.0	0.0
부산	24.2	0.8	-5.4	18.3	0.8	-5.9	30.7	0.9	-4.7
대구	23.1	0.8	-6.5	19.3	0.8	-4.9	27.4	0.8	-8.0
인천	25.4	0.9	-4.2	18.8	0.8	-5.4	32.5	0.9	-2.9
광주	28.3	1.0	-1.3	23.0	1.0	-1.2	34.1	1.0	-1.3
대전	28.3	1.0	-1.3	23.8	1.0	-0.4	33.2	0.9	-2.2
울산	24.3	0.8	-5.3	18.7	0.8	-5.5	30.5	0.9	-4.9
세종	27.5	0.9	-2.1	19.0	0.8	-5.2	35.9	1.0	0.5
경기	28.8	1.0	-0.8	22.6	0.9	-1.6	35.4	1.0	0.0
강원	25.2	0.9	-4.4	19.5	0.8	-4.7	31.5	0.9	-3.9
충북	26.2	0.9	-3.4	20.2	0.8	-4.0	32.8	0.9	-2.6
충남	24.6	0.8	-5.0	18.0	0.7	-6.2	31.8	0.9	-3.6
전북	27.1	0.9	-2.5	20.1	0.8	-4.1	34.8	1.0	-0.6
전남	26.5	0.9	-3.1	20.0	0.8	-4.2	33.5	0.9	-1.9
경북	24.3	0.8	-5.3	16.4	0.7	-7.8	33.2	0.9	-2.2
경남	25.9	0.9	-3.7	20.5	0.8	-3.7	31.9	0.9	-3.5
제주	26.5	0.9	-3.1	19.3	0.8	-4.9	34.5	1.0	-0.9

자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

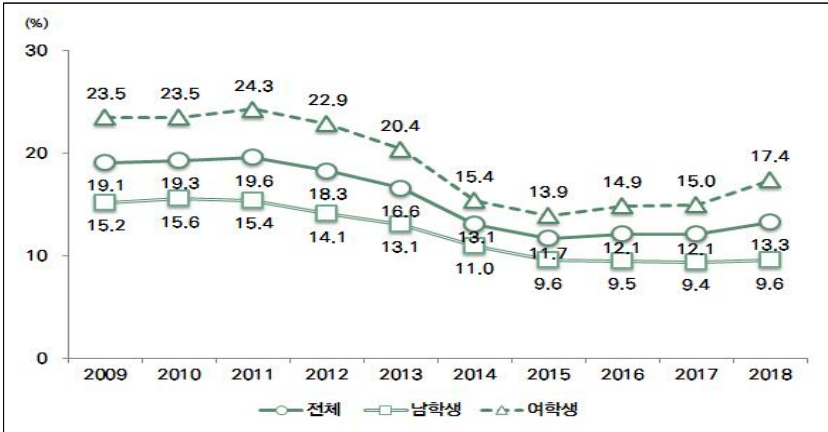
사. 자살 생각 경험률²⁶⁾

1) 연도별 추이

자살 생각 경험률은 2009년 19.1%에서 2015년 11.7%까지 감소한 후 약 12~13% 수준을 유지하고 있다. 성별로는 매해 여학생의 자살 생각 경험률이 남학생보다 높았으며, 2009년 8.3%포인트에 달했던 성별 차이가 2015년 4.3%포인트까지 감소했으나 이후 다시 증가해 2018년 두 집단 간 차이는 7.8%포인트로 나타났다.

26) 본 지표는 중·고등학교 학생을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

[그림 5-51] 자살 생각 경험률(2009~2018년)

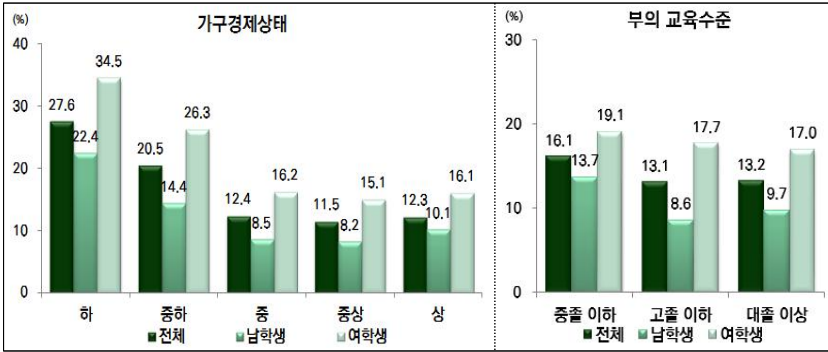


자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2009~2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

2) 인구집단별 격차

가구 경제상태가 낮을 때 자살 생각 경험률이 유의하게 높았다. 경제상태가 가장 높은 집단과 가장 낮은 집단 간 자살 생각 경험률 차이는 전체 15.3%포인트, 남학생 12.3%포인트, 여학생 18.4%포인트로 남학생보다는 여학생에게서 가구 경제상태에 따른 자살 생각 경험률 차이가 크게 나타났다. 또한 아버지의 교육수준이 낮은 집단에서 자살 생각 경험률이 가장 높았으며, 아버지의 교육수준이 가장 낮은 집단과 가장 높은 집단 간 차이는 전체 2.9%포인트, 남학생 4.0%포인트, 여학생 2.1%포인트로 나타났다.

[그림 5-52] 자살 생각 경험률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

[표 5-31] 자살 생각 경험률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)

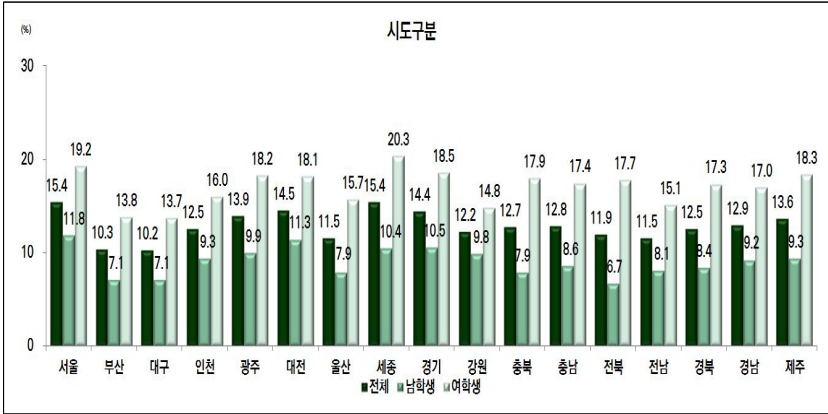
구분		전체			남학생			여학생		
		조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)
소득 수준별	하	27.6	2.2	15.3	22.4	2.2	12.3	34.5	2.1	18.4
	중하	20.5	1.7	8.2	14.4	1.4	4.3	26.3	1.6	10.2
	중	12.4	1.0	0.1	8.5	0.8	-1.6	16.2	1.0	0.1
	중상	11.5	0.9	-0.8	8.2	0.8	-1.9	15.1	0.9	-1.0
	상	12.3	1.0	0.0	10.1	1.0	0.0	16.1	1.0	0.0
부의 교육 수준별	중졸 이하	16.1	1.2	2.9	13.7	1.4	4.0	19.1	1.1	2.1
	고졸 이하	13.1	1.0	-0.1	8.6	0.9	-1.1	17.7	1.0	0.7
	대졸 이상	13.2	1.0	0.0	9.7	1.0	0.0	17.0	1.0	0.0

자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

3) 지역별 격차

17개 시도 중 자살 생각 경험률이 가장 높은 지역은 서울(15.4%), 가장 낮은 지역은 대구(10.2%)였으며 두 지역 간 차이는 5.2%포인트였다. 성별로는 남학생은 서울(11.8%), 여학생은 세종(20.3%)의 자살 생각 경험률이 가장 높았다.

[그림 5-53] 자살 생각 경험률(시도별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

<표 5-32> 자살 생각 경험률(시도별, 2018년)

구분	전체			남학생			여학생		
	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)
서울	15.4	1.0	0.0	11.8	1.0	0.0	19.2	1.0	0.0
부산	10.3	0.7	-5.1	7.1	0.6	-4.7	13.8	0.7	-5.4
대구	10.2	0.7	-5.2	7.1	0.6	-4.7	13.7	0.7	-5.5
인천	12.5	0.8	-2.9	9.3	0.8	-2.5	16.0	0.8	-3.2
광주	13.9	0.9	-1.5	9.9	0.8	-1.9	18.2	0.9	-1.0
대전	14.5	0.9	-0.9	11.3	1.0	-0.5	18.1	0.9	-1.1
울산	11.5	0.7	-3.9	7.9	0.7	-3.9	15.7	0.8	-3.5
세종	15.4	1.0	0.0	10.4	0.9	-1.4	20.3	1.1	1.1
경기	14.4	0.9	-1.0	10.5	0.9	-1.3	18.5	1.0	-0.7
강원	12.2	0.8	-3.2	9.8	0.8	-2.0	14.8	0.8	-4.4
충북	12.7	0.8	-2.7	7.9	0.7	-3.9	17.9	0.9	-1.3
충남	12.8	0.8	-2.6	8.6	0.7	-3.2	17.4	0.9	-1.8
전북	11.9	0.8	-3.5	6.7	0.6	-5.1	17.7	0.9	-1.5
전남	11.5	0.7	-3.9	8.1	0.7	-3.7	15.1	0.8	-4.1
경북	12.5	0.8	-2.9	8.4	0.7	-3.4	17.3	0.9	-1.9
경남	12.9	0.8	-2.5	9.2	0.8	-2.6	17.0	0.9	-2.2
제주	13.6	0.9	-1.8	9.3	0.8	-2.5	18.3	1.0	-0.9

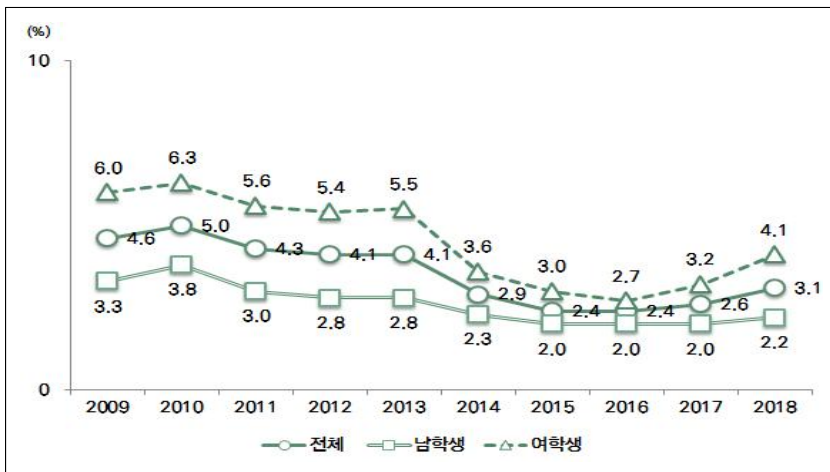
자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

아. 자살 시도 경험률²⁷⁾

1) 연도별 추이

자살 시도 경험률은 2009년 4.6%에서 다소 감소해 2018년 3.1%를 기록하였다. 성별로는 매해 여학생의 자살 시도 경험률이 남학생보다 높았으며, 2016년에는 남학생과 여학생 간 차이가 0.7%포인트까지 감소했으나 이후 소폭 증가해 2018년 두 집단 간 차이는 1.9%포인트로 나타났다.

[그림 5-54] 자살 시도 경험률(2009~2018년)



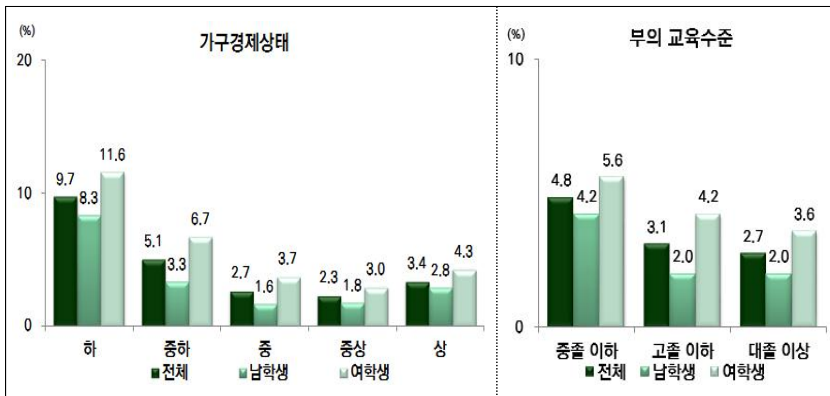
자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2009~2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

27) 본 지표는 중·고등학교 학생을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

2) 인구집단별 격차

가구 경제상태가 낮을 때 자살 시도 경험률이 유의하게 높았다. 경제상태가 가장 높은 집단과 가장 낮은 집단 간 자살 시도 경험률 차이는 전체 6.3%포인트, 남학생 5.5%포인트, 여학생 7.3%포인트로 남학생보다는 여학생에게서 가구 경제상태에 따른 자살 시도 경험률 차이가 크게 나타났다. 또한 아버지의 교육수준이 낮은 집단에서 자살 시도 경험률이 가장 높았으며, 아버지의 교육수준이 가장 낮은 집단과 가장 높은 집단 간 차이는 전체 2.1%포인트, 남학생 2.2%포인트, 여학생 2.0%포인트로 나타났다.

[그림 5-55] 자살 시도 경험률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

180 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

〈표 5-33〉 자살 시도 경험률(사회경제적 위치 변수별, 2018년)

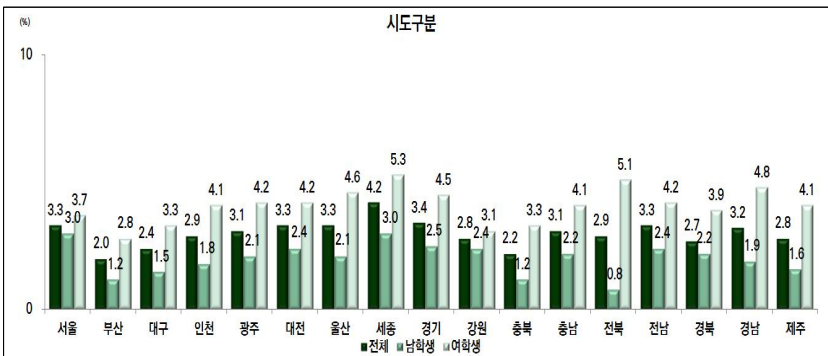
구분		전체			남학생			여학생		
		조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)	조율 (%)	상대 격차 (배)	절대 격차 (%포인트)
소득 수준별	하	9.7	2.9	6.3	8.3	3.0	5.5	11.6	2.7	7.3
	중하	5.1	1.5	1.7	3.3	1.2	0.5	6.7	1.6	2.4
	중	2.7	0.8	-0.7	1.6	0.6	-1.2	3.7	0.9	-0.6
	중상	2.3	0.7	-1.1	1.8	0.6	-1.0	3.0	0.7	-1.3
	상	3.4	1.0	0.0	2.8	1.0	0.0	4.3	1.0	0.0
부의 교육 수준별	중졸 이하	4.8	1.8	2.1	4.2	2.1	2.2	5.6	1.6	2.0
	고졸 이하	3.1	1.1	0.4	2.0	1.0	0.0	4.2	1.2	0.6
	대졸 이상	2.7	1.0	0.0	2.0	1.0	0.0	3.6	1.0	0.0

자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

3) 지역별 격차

17개 시도 중 자살 시도 경험률이 가장 높은 지역은 세종(4.2%), 가장 낮은 지역은 부산(2.0%)이었으며 두 지역 간 차이는 2.2%포인트였다. 성별로는 남학생은 서울과 세종(각각 3.0%), 여학생은 세종(5.3%)의 자살 시도 경험률이 가장 높았다.

〔그림 5-56〕 자살 시도 경험률(시도별, 2018년)



자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

〈표 5-34〉 자살 시도 경험률(시도별, 2018년)

구분	전체			남학생			여학생		
	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)	조율 (%)	상대격차 (배)	절대격차 (%포인트)
서울	3.3	1.0	0.0	3.0	1.0	0.0	3.7	1.0	0.0
부산	2.0	0.6	-1.3	1.2	0.4	-1.8	2.8	0.8	-0.9
대구	2.4	0.7	-0.9	1.5	0.5	-1.5	3.3	0.9	-0.4
인천	2.9	0.9	-0.4	1.8	0.6	-1.2	4.1	1.1	0.4
광주	3.1	0.9	-0.2	2.1	0.7	-0.9	4.2	1.1	0.5
대전	3.3	1.0	0.0	2.4	0.8	-0.6	4.2	1.1	0.5
울산	3.3	1.0	0.0	2.1	0.7	-0.9	4.6	1.2	0.9
세종	4.2	1.3	0.9	3.0	1.0	0.0	5.3	1.4	1.6
경기	3.4	1.0	0.1	2.5	0.8	-0.5	4.5	1.2	0.8
강원	2.8	0.8	-0.5	2.4	0.8	-0.6	3.1	0.8	-0.6
충북	2.2	0.7	-1.1	1.2	0.4	-1.8	3.3	0.9	-0.4
충남	3.1	0.9	-0.2	2.2	0.7	-0.8	4.1	1.1	0.4
전북	2.9	0.9	-0.4	0.8	0.3	-2.2	5.1	1.4	1.4
전남	3.3	1.0	0.0	2.4	0.8	-0.6	4.2	1.1	0.5
경북	2.7	0.8	-0.6	2.2	0.7	-0.8	3.9	1.1	0.2
경남	3.2	1.0	-0.1	1.9	0.6	-1.1	4.8	1.3	1.1
제주	2.8	0.8	-0.5	1.6	0.5	-1.4	4.1	1.1	0.4

자료: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 청소년건강행태조사를 활용해 분석함.

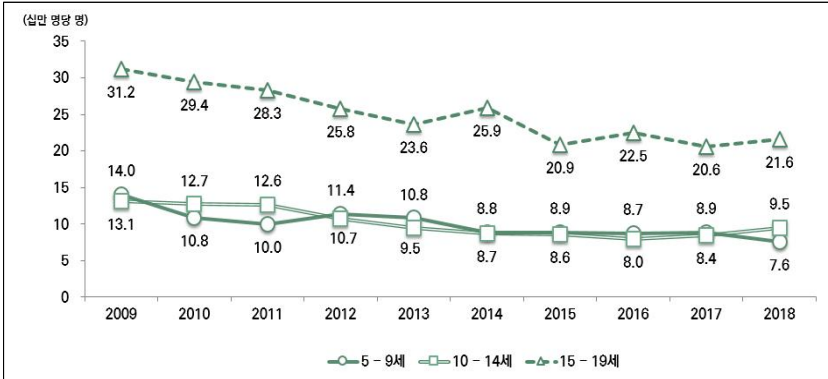
자. 연령별 사망률²⁸⁾

아동의 연령별 사망률은 연령 구간에 따라 감소 폭 차이는 있으나 2009년 이후 전반적으로 낮아지는 경향을 보였다. 2009년 대비 절대적인 감소 정도가 가장 큰 연령군은 15~19세로, 2009년 사망률이 인구 십만 명당 31.2명이었던 데 반해 2018년 21.6명으로 9.6명이 감소하였다. 5~9세 연령군은 2009년 대비 2018년 6.4명이 줄어들어 인구 십만 명당 7.6명, 10~14세 연령군은 3.6명이 감소해 9.5명의 사망률을 기록하였다.

28) 본 지표는 10~19세 아동을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

182 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

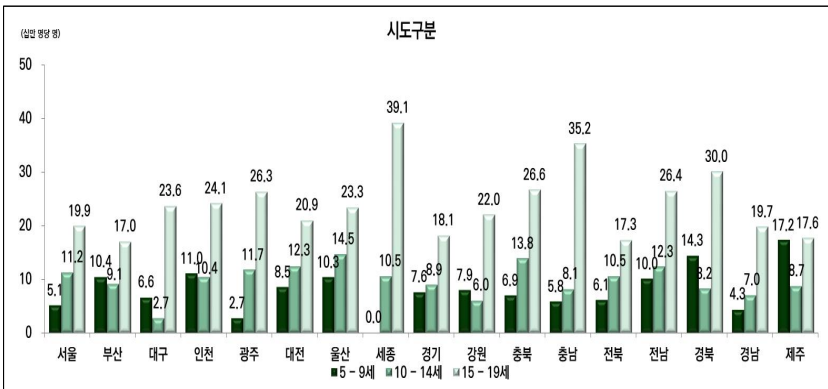
[그림 5-57] 연령별 사망률(2009~2018년)



자료: 통계청 국가통계포털. (2009-2018). 사망원인통계. (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E01&conn_path=I2)에서 2019. 9. 1. 인출.

17개 시도 중 아동 사망률이 가장 높은 지역은 연령군에 따라 차이가 있었는데, 5~9세는 제주(인구 십만 명당 17.2명), 10~14세는 울산(14.5명), 15~19세는 세종(39.1명)의 사망률이 가장 높았다.

[그림 5-58] 연령별 사망률(시도별, 2018년)

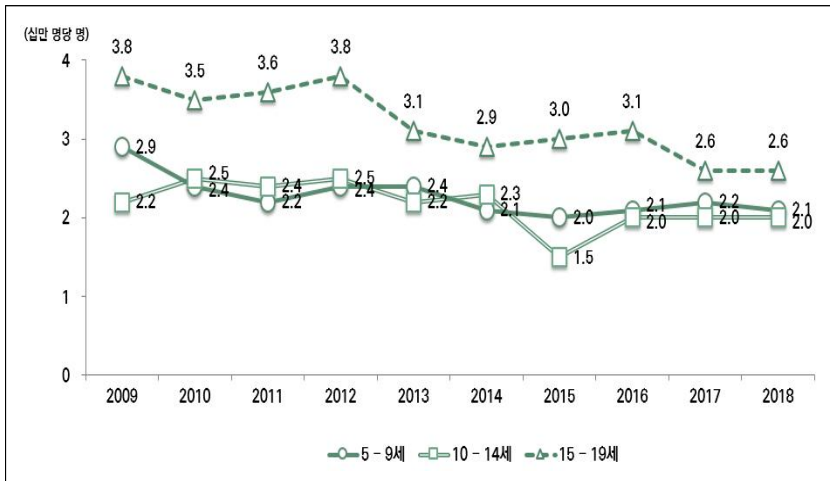


자료: 통계청 국가통계포털. (2009-2018). 사망원인통계. (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E11&conn_path=I3)에서 2019. 9. 1. 인출.

차. 암 사망률²⁹⁾

아동의 암(악성 신생물) 사망률은 15~19세 연령군이 2009년 인구 십만 명당 3.8명에서 2018년 2.6명으로 1.2명이 감소해, 다른 연령군에 비해 높은 감소율을 보였다. 5~9세 연령군은 2009년 인구 십만 명당 2.9명에서 2018년 2.1명으로 0.8명이 줄었으며, 10~14세 연령군은 2009년 2.2명에서 2018년 2.0명으로 가장 낮은 감소율을 보였다.

[그림 5-59] 연령별 암 사망률(2009~2018년)



자료: 통계청 국가통계포털. (2009-2018). 사망원인통계.

(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E01&conn_path=13)에서 2019. 9. 1. 인출.

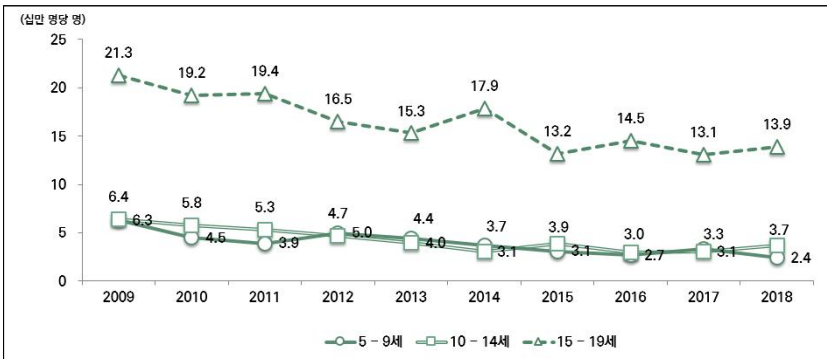
29) 본 지표는 10~19세 아동을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

카. 손상 사망률³⁰⁾

손상 사망률³¹⁾은 연령 구간에 따라 감소 정도의 차이는 있으나 2009년 이후 전반적으로 낮아지는 경향을 보였다.

2009년 대비 절대적인 감소 정도가 가장 큰 연령군은 15~19세로, 2009년 사망률이 인구 십만 명당 21.3명이었던 데 반해 2018년 13.9명으로 7.4명이 감소하였다. 5~9세 연령군은 2009년 대비 2018년 인구 십만 명당 3.9명이 줄어들어 2.4명, 10~14세 연령군은 2.7명이 감소해 3.7명의 사망률을 기록하였다.

[그림 5-60] 연령별 손상 사망률(2009~2018년)



자료: 통계청 국가통계포털. (2009-2018). 사망원인통계.

(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E01&conn_path=I3)에서 2019. 9. 1. 인출.

30) 본 지표는 10~19세 아동을 대상으로 하며, 구체적인 지표 정의는 부록 4에 제시함.

31) 손상 사망률은 운수 사고, 낙상(추락), 불의의 익사 및 익수, 연기·불 및 불꽃에 노출, 유독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출, 고의적 자해, 가해 및 모든 기타 외인에 의한 사망률임(한국건강증진개발원 홈페이지).

https://www.khealth.or.kr/hpl/hplIdx/idxDataOne.do?menuId=MENU00811&idx_ix=262에서 2019. 8. 20. 인출; 통계청 사회통계국 인구동향과.(2019. 9. 24.). 2018년 사망원인통계. 통계청 보도자료.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WU_JXbeOJHk:koostat.go.kr/smart/news/file_dn.jsp%3FaSeq%3D377608%26ord%3D2+&cd=1&hl=ko&ct=clnk&gl=kr에서 2019. 10. 1. 인출. p. 40을 참고해 작성함).

제3절 소결

본 연구에서는 전문가 조사 결과 아동 건강불평등 현황을 진단하고 문제를 개선하기 위해 모니터링이 필요하다고 선정된 필수 지표 중 80% 이상의 높은 응답률을 보인 25개 지표에 대해 연도별 추이와 인구집단별, 지역별 차이를 모니터링하였다.

1. 사회구조적 요인 지표 산출 결과

이번에 산출한 사회구조적 요인은 총 7개 지표로, 가구와 지역 단위의 빈곤 및 박탈 수준, 아동에 대한 국가적 지원을 파악할 수 있는 지표로 구성되어 있다.

지표별로 구체적인 내용을 살펴보면, 한부모가구 중 정부로부터 각종 형태의 재정적 지원(저소득 한부모 지원, 기초생활보장, 차상위 지원)을 받는 가구 비율인 저소득 한부모가구 비율은 제주, 대구, 대전 순으로 높았고, 가구 수를 기준으로 했을 때에는 경기, 서울, 대구 순으로 많았다. 대구 지역은 가구 비율과 가구 수 모두에서 상위를 차지하였다.

초·중·고등학생의 월평균 사교육비 지출액(2018년 기준)은 가구 경제상태가 높을수록 많아지는 경향이 뚜렷하였으며, 경제상태가 상인 집단과 하인 집단 간 차이는 전체 평균 34만 3000원에 달했다. 아버지의 교육수준에 따라서도 불평등한 사교육비 지출 행태를 보였으며, 중졸 이하인 집단에 비해 대졸 이상인 집단의 사교육비 지출액이 전체 평균 24만 1000원 더 높게 나타났다. 지역별로는 서울이 41만 1000원으로 가장 높았다.

전국 2인 이상 가구를 대상으로 한 월평균 가구소득액은 2007년 이후

10년간 증가 추세였으며, 아동의 상대빈곤율은 2008년 이후 지속적으로 감소해 2016년 약 7~8% 수준으로 떨어졌으나 다음 해인 2017년 1/4분기에 다시 10% 수준으로 높아진 후 2018년 2/4분기까지 증가된 수준을 유지하고 있다.

유니세프 아동결핍지수 항목 중 2개 이상이 결핍으로 나타난 아동의 비율은 31.5%였으며, 조사 대상 가구의 중위소득을 기준으로 소득 수준이 낮을수록 아동의 결핍률이 높아지는 것으로 확인되었다.

우리나라 GDP 대비 아동·가족에 대한 급여 지출 비율(가족수당, 출산 전후 휴가, 기타 현금급여, 영육아 보육, 가사 지원 및 시설 지원, 기타 현물 지원 등, 2015년 기준)은 OECD 국가들 중 하위권에 머물렀다.

2. 중개요인 지표 산출 결과

중개요인은 총 8개 지표로서, 개인 단위에서는 흡연, 신체활동, 아침 식사 결식률 등 주요 건강행태 지표를 산출하였고, 스트레스, 수면 등 정신건강과 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 요인을 살펴보았다. 가족 단위에서는 최저 기준 미달 주거와 학대 경험률 지표를 산출해 가족 내에서의 관계와 가족을 둘러싼 환경적 측면을 살펴보았다. 국가 단위에서는 아동을 대상으로 한 보편적 예방 서비스인 영유아 국가필수예방접종 완전 접종률(만 1세, 만 2세, 만 3세, 만 6세 대상)을 산출하였다.

현재 흡연율은 2009년 12.8%에서 감소 추세를 보이다 2016년부터는 약 6% 수준을 유지하고 있다. 그러나 성별로는 상반된 추이를 보였는데, 남학생은 과거에 비해 감소 폭이 둔화되기는 하였으나 2016년 이후에도 여전히 감소 추세인 반면 여학생은 2016년부터 흡연율이 증가하는 것으로 나타났다. 가구 경제상태별로는 경제상태가 가장 높은 집단에서 흡연

율이 다소 높고 ‘중상’인 집단에서 낮아졌다 빈곤해질수록 흡연율이 높아지는 J형의 경향성을 보였으며, 이러한 경향은 남학생과 여학생 모두에서 나타났다. 또한 아버지의 교육수준이 낮을수록 흡연율이 높았으며, 아버지의 교육수준이 가장 높은 집단에 비해 가장 낮은 집단의 흡연율이 전체 기준 2.8배 더 높았다.

격렬한 신체활동 실천율은 매년 남학생이 여학생보다 높았으며, 2018년 남학생과 여학생 간 차이는 27.0%포인트로 크게 나타났다. 가구 경제상태가 가장 낮은 집단을 제외하면 가구소득 수준이 높을수록 격렬한 신체활동 실천율이 높아지는 경향을 보였으며, 여학생보다는 남학생에게서 가구 경제상태에 따른 신체활동 실천율 차이가 두드러졌다. 또한 아버지의 교육수준이 가장 높은 집단에서 격렬한 신체활동 실천율이 가장 높았다.

아침 식사 결식률은 2011년 이후 증가하는 추세이다. 성별로는 2009년부터 2013년까지는 남학생의 결식률이 높거나 남학생과 여학생 간 차이가 크지 않았으나 이후 여학생의 아침 식사 결식률이 남학생을 넘어섰으며 2018년도에는 여학생이 남학생보다 2.9%포인트 더 높았다. 가구 경제상태별로는 ‘중’ 이하인 집단에서 빈곤해질수록 아침 식사 결식률이 높아지는 경향이 뚜렷하였고, 아버지의 교육수준이 낮을수록 결식률이 높아지는 경향이 나타났다.

스트레스 인지율은 2009년부터 2015년까지 감소 추세였으나 이후 다시 높아져 2018년 40.4%를 기록하였다. 성별로는 매년 여학생의 스트레스 인지율이 남학생보다 높았다. 가구 경제상태가 빈곤할수록 스트레스 인지율이 높아지는 경향을 보였고, 아버지의 교육수준별 스트레스 인지율도 교육수준이 낮을수록 스트레스 인지율이 높아지는 경사면의 형태를 띠었다.

주중 평균 수면 시간은 2009년부터 6.2~6.4시간 범위 내에서 증감을 반복하였으며, 성별로는 매해 남학생의 평균 수면시간이 여학생보다 더 많았다. 가구 경제상태가 '상'인 집단의 평균 수면 시간이 6.4시간으로 가장 길었고, 가구 경제상태가 가장 낮은 청소년이 6.0시간으로 가장 짧았다.

최저 기준 미달 주거 비율은 2006년 16.6%에서 점차 감소해 2014년 5.4%를 기록하였으며, 이후 2017년까지 약 6%를 넘지 않는 수준으로 유지하고 있다.

아동의 방임 경험률은 전체 25.0%로 남아와 여아 간 차이가 크지 않았다. 신체학대 경험률은 이보다 다소 높은 27.7%로 남아의 경험률이 여아보다 4.6%포인트 더 높았다. 정서학대 경험률은 방임이나 신체학대보다 더 높은 38.6%였으나 남아와 여아 간 차이는 크지 않았다.

영유아 국가필수예방접종 완전접종률은 90% 전후의 높은 수치를 보였으나, 만 1세 96.8%, 만 2세 94.7%, 만 3세 90.8%, 만 6세 88.3% 등 대상 연령이 높아질수록 낮아지는 경향이 나타났다.

3. 발달과 건강 지표 산출 결과

발달과 건강은 총 10개 지표로서 인지 발달 측면에서는 학업 성취도, 신체 발달 측면에서는 키를 살펴보았다. 또한 신체적 건강으로는 비만율, 정신건강과 관련해서는 우울감 경험률, 자기 파괴 행동(자살 생각 경험률, 자살 시도 경험률)을 살펴보았고, 포괄적으로 본인의 건강을 평가한 개념인 주관적 자기 평가 건강수준, 아동 삶의 질 지표를 산출하였다. 사망과 관련해서는 연령별 사망률과 주요 사인별 사망률(암 사망률, 손상 사망률)을 산출하였다.

학업 성취도에서 수학 과목을 기준으로 한 기초학력 미달 학생 비율은

중학교 3학년과 고등학교 2학년 모두 남학생이 여학생보다 높았다. 지역 규모에 따라서는 대도시보다는 읍·면에 거주하는 학생의 기초학력 미달 비율이 높았다.

아동의 평균 키(신장)는 가구 경제상태에 따른 경향성을 보이지 않았으며, 아버지의 교육수준별로도 통계적으로 유의한 차이를 드러내지 않았다. 일부 학년에서 수치상으로 가구소득 수준이나 아버지의 교육수준이 높을수록 키가 커지는 양상을 띠었으나, 사후 검정 결과 군 간 통계적 유의성이 아예 없거나 특정 군 사이에서만 그 차이가 유의한 것으로 나타났다.

자신이 매우 건강하거나 건강한 편이라고 평가한 비율은 여학생에 비해 남학생이 더 높게 나타났다. 대체로 가구 경제상태가 높을수록 자신의 건강수준을 긍정적으로 평가하는 비율도 높았는데, 가구 경제상태가 가장 높은 집단과 가장 낮은 집단 간 차이는 남학생 25.0%포인트, 여학생 31.7%포인트로 매우 컸다.

비만율은 2018년 10.8%로 최근 10년 중 가장 높은 수치를 기록하였다. 성별로는 매해 남학생의 비만율이 여학생보다 높았으며, 두 집단 간 차이는 연도별로 커지고 있다. 가구 경제상태에 따른 비만율은 ‘중하’와 ‘하’인 집단에서 두드러졌으며, 아버지의 교육수준이 낮을수록 비만율이 높았다.

아동의 삶의 만족도(10점 만점)는 전체 6.57점, 남아 6.56점, 여아 6.58점으로 성별 차이는 거의 없었고, 정도의 차이가 크지 않았으나 가구 경제상태가 높을수록 삶의 만족도가 높아지는 경향을 보였다.

우울감 경험률은 남학생보다 여학생에서 더 높았으며, 2018년 두 집단 간 우울감 차이는 12.5%포인트로 나타났다. 가구 경제상태에 따른 우울감 경험률은 ‘중하’와 ‘하’인 집단에서 두드러졌으며, 아버지의 교육수준

이 낮은 집단에서 우울감 경험률이 가장 높았다.

자살 생각 경험률은 2016년 이후 약 12~13% 수준을 유지하고 있으며 매해 여학생의 자살 생각 경험률이 남학생보다 높았다. 또한 가구 경제상태가 낮을 때 자살 생각 경험률이 유의하게 높았고, 아버지의 교육수준이 낮은 집단에서도 자살 생각 경험률이 높았다. 자살 시도 경험률 또한 가구 경제상태가 낮을 때, 아버지의 교육수준이 낮을 때 유의하게 높았다.

아동의 연령별 사망률은 연령 구간에 따라 감소 폭 차이는 있으나 2009년 이후 전반적으로 낮아지는 경향을 보였다. 지역별로 5~9세 연령군은 제주(인구 십만 명당 17.2명), 10~14세 연령군은 울산(14.5명), 15~19세는 세종(39.1명)에서 아동 사망률이 가장 높았다(2018년 기준).

아동의 암(악성 신생물) 사망률은 15~19세 연령군이 2009년 인구 십만 명당 3.8명에서 2018년 2.6명으로 1.2명이 감소해, 다른 연령군에 비해 높은 감소율을 보였다.

아동의 손상 사망률은 2009년 이후 전반적으로 낮아지는 경향이 나타났다. 2018년 15~19세 손상 사망률은 인구 십만 명당 13.9명으로, 2009년 대비 7.4명이 감소해 다른 연령군에 비해 감소 폭이 가장 컸다.

제 6 장

아동기 건강에 영향을 미치는 국내 정책현황과 개선방향

제1절 아동기 건강불평등 정책 분석 틀

제2절 아동 관련 정부 종합계획현황

제3절 취약아동 발굴·연계 사업현황

제4절 개선방향

6

아동기 건강에 영향을 미치는 << 국내 정책현황과 개선방향

제1절 아동기 건강불평등 정책 분석 틀³²⁾

한국 사회의 급속한 경제 발전은 전반적인 생활 수준을 빠르게 향상시켰고, 높은 교육열은 중등 및 고등교육 취학률을 지속적으로 증가시켜 OECD 최고 수준에 달하고 있다. 이는 아동 권리에 대한 사회적 인식을 제고하는 동력으로 작용해 왔다. 현재 한국 사회에서 자라나는 아동은 이와 같은 한국 사회 성장의 수혜를 받고 있다고 볼 수 있다.

그럼에도 불구하고 우리 사회의 모든 아동이 사회 성장의 혜택을 고르게 누리고 있다고 보기는 어렵다. 최근 최대 현안 중 하나인 사회 양극화의 파편은 노동시장 일선에 있는 성인들뿐만 아니라, 그 자녀들까지도 피해 가지 않는다. 경제적 박탈과 사회적 배제에 노출된 아동은 성장과 발달이 저하되고 건강 상태에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 이는 결과적으로 아동기의 발달과 건강의 불평등 양상을 악화시키며, 성인기 이후의 건강불평등에까지 장기적으로 영향을 미치게 된다.

영국의 건강불평등 감소를 위한 정책 보고서인 ‘마멋 리뷰(Fair society, healthy lives. The Marmot Review)’(Marmot, 2010)와 WHO의 건강의 사회적 결정요인 위원회(CSDH) 보고서인 ‘한 세대 안에 격차 줄이기(Closing the gap in a generation)’(WHO CSDH, 2008)에서도 한결같이 강조하는 것 중 하나가 아동의 사회경제적 불평등 및 건강불평

32) 본 연구는 만 6~18세 학령기 아동을 대상으로 하고 있으나 정부 정책, 사업, 계획 등에서 ‘청소년’을 명시하고 있는 경우에는 이를 아동으로 수정하지 않고 그대로 사용함.

등을 감소시키는 것이다. 마뎃(Marmot, 2010)은 비교적 구체적인 정책들을 제안하였는데, 이를 꿰뚫는 중요한 원칙이 비례적 보편주의이다. 건강불평등은 취약한 일부 집단의 문제가 아니라 사회적 기울기를 가지는 그 사회 전체의 문제이기 때문에, 가장 취약한 집단에만 초점을 맞추는 정책은 건강불평등 크기를 충분히 감소시킬 수 없다. 따라서 건강불평등 감소 정책은 사회 전체를 포괄하는 보편적인 정책이어야 하지만, 취약한 정도에 따라 규모와 강도가 다르게 적용되어야 하고, 이러한 정책의 원칙을 비례적 보편주의라 일컫는다. 더불어 그는 취약한 집단에 대한 적극적 발굴·연계 정책의 중요성을 강조한다. 전반적으로 사회보장제도가 잘 갖추어졌다 하더라도, 개인이나 가구의 특수성이 존재할 수 있고 일률적인 사회보장제도만으로는 특수한 필요를 충족하지 못할 소지가 높기 때문이다. 취약집단에 대한 발굴·연계 사업은 비례적 보편주의 원칙을 실현하기 위한 적극적인 방법이기도 하다.

요약하자면, 아동 건강의 사회적 결정요인에 대하여 비례적 보편주의 원칙에 따라 취약할수록 보장성이 강화되어 사회경제적 불평등, 건강불평등이 감소되는 사회 안전망이 제대로 구축되어 있어야 하며, 동시에 이 과정에서 누락되거나 특수한 필요가 충족되지 못하는 아동을 적극적으로 발굴해 내고 이들의 건강과 발달을 지원하는 서비스 제공이 필요하다고 할 것이다. 이런 관점에서, 본 절에서는 건강 및 건강의 사회적 결정요인과 밀접한 관련이 있는 대표적인 아동 관련 정부 계획을 고찰하고 일부 취약아동³³⁾ 발굴·연계 사업을 검토해 다음의 질문에 답하고자 한다.

- 1) 아동 관련 정부 계획은 사회경제적 불평등 및 건강불평등 완화의 관점을 견지하고, 불평등 완화를 충분히 고려하고 있는가?

33) 이 장에서의 '취약아동'은 사회경제적·신체적·정신적 약점을 가진 아동과 사회경제적·신체적·정신적 약점을 가지고 있음에도 기존의 사회 안전망에서 누락되어 보호받지 못하는 아동을 가리킨다.

- 2) 아동 관련 정부 계획은 건강의 사회적 결정요인에 대한 정책이나 사업을 다루고 있는가?
- 3) 취약아동 발굴·연계 사업은 타 정책이나 사업들과 서로 연계되어 역동적이고 적극적으로 취약아동을 발굴하고 서비스를 제공하고 있는가?

1. 아동 관련 정부 종합계획 검토

모든 아동의 생존권, 보호권, 발달권, 참여권을 명시한 유엔 아동권리 협약에 우리나라는 1991년 가입하였고, 이후 관련된 아동 권리의 보장 기반이 점차 확대되고 있다. 아동복지법, 청소년기본법 등이 전면 개정되었을 뿐 아니라, 아동의 빈곤 예방 및 지원 등에 관한 법률, 아동 학대 범죄의 처벌 등에 관한 특례법, 학교밖청소년 지원에 관한 법률 등이 2010 년대에 제정되었으며, 이에 따라 다양한 아동 관련 계획과 사업이 발표·시행되고 있다(대한민국정부, 2017).

본 연구에서는 아동 관련 정책의 현황을 개괄하기 위해 제1차 아동정책 기본계획, 제6차 청소년정책 기본계획, 제1차 학생건강증진 기본계획, 제4차 국민건강증진 종합계획을 검토하였다.

아동·청소년을 대상으로 한 각 분야의 다양한 대책(기본계획, 종합계획, 종합대책 등)이 존재하나, 아동정책 기본계획과 청소년정책 기본계획이 각종 대책을 종합 관리하고 조정·평가하는 역할을 수행하는 포괄적인 계획으로서의 성격을 가지기 때문에, 이 두 계획을 통해 건강의 사회적 결정요인을 다루는 아동·청소년 정책 전반을 평가하고자 하였다.

다양한 아동·청소년기 학생 대상 건강정책을 종합해 놓은 것이 학생건강증진 기본계획이다. 국민건강증진 종합계획은 모든 생애주기에 걸쳐

추진하는 건강증진 정책과 사업을 총괄적으로 제시하는, 보건 분야의 대표적인 계획이다. 아동·청소년기 건강과 관련한 정책과 사업은 교육부 주도의 학생건강증진 기본계획과 보건복지부 주도의 국민건강증진 종합계획으로 포괄적으로 파악하였다.

각 계획의 현황을 정리하고, 불평등 완화³⁴⁾에 대한 고려 정도를 중심으로 고찰하였다. 각 계획의 주요 특성을 정리하면 다음 <표 6-1>과 같다.

<표 6-1> 본 연구에서 고찰한 4개 정부 계획의 특성

특성	제1차 아동정책 기본계획	제6차 청소년정책 기본계획	제1차 학생건강증진 기본계획	제4차 국민건강증진 종합계획
적용 시기	2015~2019	2018~2022	2019~2023	2016~2020
주무 부처	관계 부처 합동	관계 부처 합동	관계 부처 합동	보건복지부
대상	우리나라에 거주하는 18세 미만의 모든 아동	청소년기본법에 정의한 청소년 (9~24세)	유치원, 초·중·고등학교 및 대학의 모든 학생	국민
정책 범주	중앙정부 및 지자체의 아동 관련 모든 정책	중앙정부 및 지자체의 청소년 관련 모든 정책	신체적·정신적·사회적 학생 건강 영역 포괄 단, 폭력 및 안전 영역은 제외	건강 관련 모든 정책

자료: 관계부처 합동. (2015). 아동의 삶과 대한민국의 미래를 바꾸는 제1차(15~19) 아동정책 기본계획., 관계부처 합동. (2018). 제6차 청소년정책 기본계획(2018~2022)., 관계부처 합동. (2019). 제1차 학생건강증진 기본계획.보건복지부, 한국건강증진개발원. (2015). 제4차 국민건강증진종합계획 (2016~2020)을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

본 연구에서는 이들 아동 관련 정책을 건강불평등의 관점에서 분석하기 위해 다음과 같은 절차를 수행하였다.

첫째, 제1차 아동정책 기본계획, 제6차 청소년정책 기본계획, 제1차

34) 이 장에서 '불평등 완화 정책'이란, 사회경제적 위치가 낮은 계층에 정책이나 사업의 혜택이 더 많이 배분되도록 설계되어 있는 정책을 가리킨다.

학생건강증진 기본계획, 제4차 국민건강증진 종합계획 등 4개 계획을 수집하고, 각 계획의 비전, 목표, 전략, 과제 구성 등의 윤곽을 정리하였다.

둘째, 다음 단계의 분석을 진행할 사업을 4개 계획에서 각각 선별하였다. 1차 선별 기준은 대상 인구 연령으로, 만 6~18세 학동기 아동을 대상으로 하는 사업만 포함하였다. 2차 선별에서는 사업 내용을 검토하여 사업 설계 단계에서 불평등 완화를 고려할 여지가 있는 사업을 선별하였다. 예를 들어 '아동역량지수 개발' 사업은 불평등 완화를 고려할 수 없는 사업으로 분석 대상에서 제외하였다. '건강증진학교 확대 방안 검토' 사업의 경우 학교가 현재 가진 자원만을 고려한다면 더 많은 자원을 가진 학교가 건강증진학교로 선정되고 사업의 효과를 가져갈 가능성이 높다. 즉 열악한 지역의 자원이 부족한 학교와의 격차를 벌릴 우려가 있으므로 이를 감안한 사업 기획이 필요하며, 이런 경우 분석 대상에 선정되었다. 빈곤 아동, 학교 밖 아동, 가정 밖 아동, 장애 아동, 다문화 아동, 불안정한 주거 거주 아동, 부모인 아동 등 취약아동을 대상으로 한 사업, 의료 접근성 향상 사업(예: 의료보장성 강화)도 대상으로 포함되었다.

셋째, 선별된 사업을 대상으로 분야별 분포, 개입지점별 분포를 분석하여 정리하였다. 분야는 지자체 기능별 분류 기준에 따라 건강, 안전, 복지, 교육, 노동, 주거로 구분했다. 개입지점은 본 연구진이 제안한 아동기 건강불평등 기전 틀에 따라 정책(보건, 안전, 교육, 돌봄 등), 지역사회, 학교, 가정, 개인으로 분류하였다.

넷째, 4개 계획이 불평등 완화를 고려한 수준을 검토하였다. 각 계획의 총괄 목표에 형평성 제고가 포함되어 있는지, 성과 지표에는 어느 정도 반영되어 있는지 평가하였다. 선별된 사업의 내용을 검토하여 각 사업에 빈곤 아동, 학교 밖 아동, 가정 밖 아동, 장애 아동, 다문화 아동, 불안정한 주거 거주 아동, 부모인 아동 등 취약아동을 고려한다는 내용이 명시

되어 있거나, 취약아동만을 대상으로 하는 사업인 경우, 의료 접근성을 향상시켜 경제적 박탈 아동이 더 많은 혜택을 입을 수 있는 사업인 경우, 그 외 보장성을 강화하는 사업인 경우 불평등 완화를 고려한 사업으로 분류하였다.

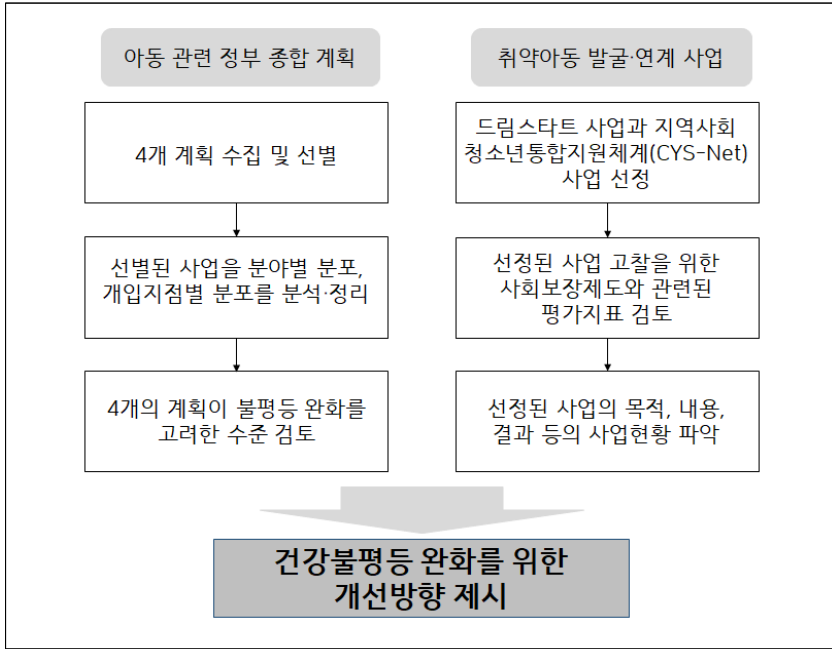
2. 취약아동 발굴·연계 사업 검토

기존 사회보장제도 혜택에서 누락되거나 기존의 정형적인 사회보장 방식으로는 문제 해결이 어려운 취약아동에게는 적극적으로 문제를 발굴하고 문제 해결 서비스를 제공하거나 연계해 주는 사례관리가 필요하다. 본 연구에서는 드림스타트 사업과 청소년통합지원체계(CYS-Net) 사업을 검토하였다. 드림스타트 사업은 국내 사회경제적 취약아동을 대상으로 하는 대표적인 사례관리 사업이고, CYS-Net 사업은 학교밖청소년을 포함하여 위기청소년을 관리하는, 청소년을 지원하는 사례관리 사업이다.

첫째, 드림스타트 사업과 CYS-Net 사업을 체계적으로 고찰하기 위해 사회보장제도와 관련된 정책 평가 시 활용되었던 지표를 검토했다. 지표 검토는 현재 운영되고 있는 사업들이 처음에 의도한 목적대로 실질적으로 수행되고 있는지를 평가한다는 측면에서 의의가 있다.

둘째, 드림스타트 사업, CYS-Net 사업에 대해 사업의 목적, 내용, 결과 등 현황을 파악하였다. 사업 결과 지표로는 강신욱 외(2017, p. 8)의 기존 연구 결과를 기반으로, 산출 지표인 이용자율과 만족도, 성과 지표인 건강 효과를 이용하였다. 기존 문헌을 고찰하여 지표별 성과를 정리하였다. 이용자 구성과 서비스 이용 현황도 가능한 한 추가로 기술하였다.

[그림 6-1] 연구 내용 및 연구 방법



자료: 본 연구진이 작성함.

제2절 아동 관련 정부 종합계획현황

1. 제1차 아동정책 기본계획

가. 제1차 아동정책 기본계획 구조

2015년 제출된 제1차 아동정책 기본계획은 ‘행복한 아동, 존중받는 아동’을 비전으로 4개 추진 영역과 실행 기반 조성을 합친 5개 부문에 걸쳐 16개 중점 과제 및 164개 세부 과제로 구성되어 있다.

〈표 6-2〉 제1차 아동정책 기본계획의 중점 과제와 세부 과제

부문	중점 과제명	세부 과제 수	
미래를 준비하는 삶	- 아동기 역량 강화	12	32
	- 꿈과 끼를 살리는 교육 실현	11	
	- 아동의 참여권 보장	5	
	- 놀이·여가 권리 보장	4	
건강한 삶	- 생활 공간 기반 건강 관리 체계 마련	6	32
	- 발달 주기별 건강 관리 체계 내실화	26	
안전한 삶	- 생활 안전	11	32
	- 사회 안전	13	
	- 아동 안전 체계 구축	8	
함께하는 삶	- 아동 보호 무차별 원칙 실현	2	33
	- 사회적 보호·지원 필요 아동에 대한 종합대책 마련 시행	31	
기본계획 실행 기반 조성	- 아동 권리 실행 기반 조성	9	35
	- 가정의 양육 역량 강화	15	
	- 아동 친화적 지역사회 조성	3	
	- 민간과의 협력 강화	2	
	- 아동정책 지원 인프라 강화	5	
	- 전략적 캠페인 시행	1	
합계		164	

자료: 관계부처 합동. (2015). 아동의 삶과 대한민국의 미래를 바꾸는 제1차(15~19) 아동정책 기본계획을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

나. 제1차 아동정책 기본계획의 분야별 분포

164개 세부 과제 중 만 6~18세 아동을 대상으로 한 사업이 명확히 아닌 사업 26개, 불평등 완화를 고려하기 어려운 과제(예: 아동역량지수 개발) 41개를 제외한 97개 세부 과제를 대상으로 분야별 분포를 분석하였다. 즉 만 6~18세 아동을 대상으로 하며 불평등 완화에 기여할 수 있는 과제에 대해 아래 내용을 분석하였다.

97개 아동정책 기본계획 세부 과제 중 복지 36개, 건강 25개, 안전 16개, 교육 13개로 건강·안전 분야 사업이 42.3%였다. 건강 분야에서는 건강증진학교 사업, 생활 습관 개선 사업(흡연, 운동, 영양), 구강 관리 사업, 정신건강 사업, 질환 관리 사업(예방접종, 아토피, 천식 등) 등 범주별 사업이 포함되어 있다. 정신건강 사업, 생활 습관 개선 사업, 질환 관리 사업이 상대적으로 많은 비중을 차지하였다. 안전 분야에서는 성범죄, 학대 등 범죄 안전 사업의 비중이 컸다. 복지 분야에서는 다양한 취약아동에 대한 사업을 포함하고 있었다.

〈표 6-3〉 제1차 아동정책 기본계획의 분야별 세부 과제 범주와 해당 과제 수

분야	세부 과제 범주	세부 과제 수 (분야별 %)
건강 (25개)	- 학교 환경 개선 사업	2(8.0%)
	- 생활 습관 개선 사업	6(24.0%)
	- 구강 관리 사업	1(4.0%)
	- 정신건강 사업	7(28.0%)
	- 질환 관리 사업	6(24.0%)
	- 기타 제도 개선	3(12.0%)
안전 (16개)	- 안전 환경 사업	3(18.8%)
	- 가정 안전 사업	1(6.3%)
	- 교통안전 사업	2(12.5%)
	- 범죄 안전 사업	7(43.8%)
	- 기타 제도 개선	3(18.8%)

202 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

분야	세부 과제 범주	세부 과제 수 (분야별 %)
복지 (36개)	- 놀이·여가 사업	2(5.6%)
	- 빈곤 아동 사업	2(5.6%)
	- 장애 아동 사업	4(11.1%)
	- 아동(청소년) 한부모 사업	2(5.6%)
	- 가정 밖 보호 아동 사업	6(16.7%)
	- 범죄 아동 사업	3(8.3%)
	- 나홀로 아동 사업	3(8.3%)
	- 학교밖청소년 사업	2(5.6%)
	- 이주 아동 사업	1(2.8%)
	- 다문화가정 및 기타 보호 아동 사업	2(5.6%)
	- 가정방문·교육·상담 사업	4(11.1%)
	- 기타 제도 개선	5(13.9%)
교육 (13개)	- 문화 예술 교육 및 인프라 사업	5(38.5%)
	- 교육 복지 사업	2(15.4%)
	- 학습 부진 지원 사업	1(7.7%)
	- 장애 아동 사업	1(7.7%)
	- 기타 제도 개선	4(30.8%)
노동 (5개)	- 아동 근로 실태 조사 및 근로 감독 체계 마련	1(20.0%)
	- 일·가정 양립 문화 조성 사업	4(80.0%)
기타 (2개)	- 학생 및 교원 대상 아동 인권 교육 강화	-
	- 공적 개발 원조 정책에 '아동' 관점 반영	-
합계		97개

자료: 관계부처 합동, (2015). 아동의 삶과 대한민국의 미래를 바꾸는 제1차(15~19) 아동정책 기본계획을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

다. 제1차 아동정책 기본계획의 개입지점별 분포

제1차 아동정책 기본계획의 개입지점별 분포는 아래 표와 같다. 모든 분야에서 ‘... 방안 마련’, ‘... 체계 구축’ 등 제도 개선을 다룬 정책 수준의 세부 과제가 많았다. 건강 분야에서는 ‘정신건강 관련 건강보험 보장 범위 확대’, ‘예방접종비 지원 확대’ 등 의료 접근성 향상을 위한 과제도 정책에 포함되었다. 복지 분야에서의 정책적 개입은 복지정책, 교육정책,

돌봄정책, 보건정책 등을 포함하고 있었다. 복지 분야의 정책 구성은 취약아동에 대한 접근에 초점이 맞추어져 있었다. 즉 장애 아동, 아동 한부모, 가정 밖 보호 아동, 나홀로 아동, 학교 밖 아동, 이주 아동, 다문화가정 아동 등 특정한 집단에 속한 아동을 대상으로 한 정책 및 사업이 주를 이루었다. 빈곤 아동에 대한 정책은 기본계획을 마련하겠다는 수준에 머물렀으나, 2019년 현재까지 기본계획조차 수립되고 있지 못하다. 128만 명의 아동이 최저 주거 기준 이하의 주거 빈곤 상태에 있다는 연구 결과를 인용하여 기술되어 있으나, 주거급여의 영향을 분석한다는 수준의 정책과 아동 한부모에게 주거 지원을 한다는 사업이 있을 뿐 아동의 주거 문제 해결을 위한 대책은 전무하였다.

학교 차원에서 여러 위험에 노출되어 있는 학생을 발굴하여 관리하는 사례관리 사업에는 두드림학교, 교육복지우선지원 사업이 있었다. 두드림학교는 학습 부진 학생에 대한 지원을 주목적으로 한 사업으로, 담임 교사의 추천으로 대상자를 추천·선정한 후 교육복지사 또는 전문상담사를 중심으로 한 지원팀에서 사례관리를 진행하게 된다. 학교 내에서 문제를 해결할 수 없을 때에는 외부 기관(학습종합클리닉센터, Wee센터 등)에 연계하도록 되어 있다. 교육복지우선지원 사업은 기초생활수급자, 차상위계층, 한부모가족, 다문화 학생 등 취약계층 학생을 대상으로 학습, 문화 체험, 심리·정서, 보육·복지 등 필요한 서비스를 제공하는 사업이다. 역시 학교에서 사업 대상 학생을 선정하여 교육복지사 등이 사례관리를 진행하게 된다. 교육복지우선지원 사업과 드림스타트의 연계·협력 체계 마련이 사업에 포함되어 있었다. 지역사회 차원에서 사례관리를 지원하는 사업인 드림스타트 사업에 대한 정책이나 사업은 아동정책 기본계획에 포함되지 않았다.

204 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

〈표 6-4〉 제1차 아동정책 기본계획의 분야별 개입지점별 분포

분야	개입지점	개입지점 수 (분야별 %)
건강 (25개)	- 보건정책	19(76.0%)
	- 교육정책	2(8.0%)
	- 지역사회	4(16.0%)
	- 학교	5(20.0%)
	- 개인	11(44.0%)
안전 (16개)	- 안전정책	9(56.3%)
	- 지역사회	7(43.8%)
	- 학교	2(12.5%)
	- 가정	1(6.3%)
	- 개인	3(18.8%)
복지 (36개)	- 복지정책	19(52.8%)
	- 교육정책	4(11.1%)
	- 돌봄정책	1(2.8%)
	- 보건정책	1(2.8%)
	- 기타 정책	4(11.1%)
	- 지역사회	1(2.8%)
	- 학교	1(2.8%)
	- 가정	2(5.6%)
	- 개인	7(19.4%)
교육 (13개)	- 교육정책	5(38.5%)
	- 지역사회	7(53.8%)
	- 학교	6(46.2%)
	- 가정	1(7.7%)
	- 개인	2(15.4%)
노동 (5개)	- 노동정책	5(100.0%)
	- 돌봄정책	4(80.0%)
	- 지역사회	1(20.0%)
	- 개인	1(20.0%)
기타 (2개)	- 기타 정책	1(50.0%)
	- 개인	1(50.0%)

주: 개입지점이 중복되는 사업이 존재
 자료: 관계부처 합동. (2015). 아동의 삶과 대한민국의 미래를 바꾸는 제1차(15~19) 아동정책 기본계획을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

라. 제1차 아동정책 기본계획의 불평등 완화 고려 수준

아동정책 기본계획의 핵심 목표는 첫째, 아동 행복도 증진, 둘째, 아동 최우선의 원칙 실현 기반 조성으로, 아동기 불평등 완화가 전체 과제를 꿰뚫는 중심 의제로 선언되고 있지 못하다. 또한 아동정책 기본계획의 성과 지표에서도 불평등 완화와 관련한 지표는 일부 취약아동에 관한 지표로 매우 제한적으로 다뤄지고 있다. 건강 지표에서는 불평등 완화가 전혀 고려되지 않았다.

아동정책 기본계획 분석 대상 97개 세부 과제 중 불평등 완화를 감안한 사업은 44개로 약 45%에 불과하였다. 불평등 완화를 감안한 사업을 분야별로 나열하면 다음 표와 같다. 복지 분야에서 불평등 완화를 고려한 사업이 많았는데, 위에 언급했듯이 주로 특정 취약집단에 속한 아동을 대상으로 한 사업이었다. 건강과 안전 분야에서는 불평등 완화가 고려되었다고 보기 어려운 사업이 각각 76%, 88%였다. 교육 분야에서도 38%가량만이 불평등 완화를 감안한 사업으로 볼 수 있었다.

〈표 6-5〉 제1차 아동정책 기본계획의 성과 지표

부문	성과 지표
미래를 준비하는 삶	- 비속어 사용률
	- 학생의 운영위원회 참여 정도
	- 학교생활 만족도
	- 어린이집 이용 만족도
건강한 삶	- 비만율
	- 시력 이상 유병률
	- 아토피 유병률
	- 스트레스 인지율(12~18세)
	- 인터넷중독 위험군 비율(10~19세)
	- 스마트폰 중독 위험군 비율(10~19세)
	- 모유 수유율
- 주 1회 이상 패스트푸드 섭취율	
- 아침 식사 결식률	
안전한 삶	- 가정 내 사고 발생 건수(15세 미만)
	- 보행 사고 사상자 수(13세 미만)
	- 고속도로 유아 카시트 착용률
	- 아동의 안전성에 대한 인식률
	- 학교폭력 피해 응답률
- 체벌 경험률	
함께하는 삶	- 장애 아동에 대한 수용성
	- 퇴소 아동 자립률
	- 나홀로 아동 비율(6~8세, 9~11세)
	- 초·중·고 학업 중단율(우학, 이민 제외)
- 청소년 다문화 수용성 지수	
기본계획 실행 기반 조성	- 아동권리협약 인지도(아동·양육자)
	- 아동 권리 보장 인식도
	- 가족생활 만족도(중고생)
	- 양육 스트레스

자료: 관계부처 합동. (2015). 아동의 삶과 대한민국의 미래를 바꾸는 제1차(15~19) 아동정책 기본계획을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

〈표 6-6〉 제1차 아동정책 기본계획의 분야별 불평등 완화를 고려한 사업의 분포

분야	불평등 완화를 고려한 세부 과제명	불평등 완화 대상	성과 지표	불평등 완화를 고려한 사업 수(%)	
건강	- 예방접종비 지원 확대	저소득계층	없음	6(24.0)	
	- 미접종자 관리 시스템 개선	접종 취약계층	없음		
	- 금연 치료 건강보험 급여화 추진 및 흡연 예방 사업 확대	학교밖 청소년	없음		
	- 정신건강 관련 건강보험 보장 범위 확대	저소득계층	없음		
	- 장애 조기 발견·예방	장애 아동	없음		
	- 재활 치료 만족도 제고	장애 아동	없음		
안전	- 장애 아동·청소년 성 인권 교육 전국 확대 추진	장애 아동	없음	2(12.5)	
	- 안전 교육 강화	저소득 가정	없음		
복지	- 장애 아동 가족 지원 서비스 확대 추진 등	장애 아동	장애 아동에 대한 수용성	4	29(80.6)
	- 한부모 서비스 전달 체계 통합 구축 등	아동 한부모	없음	2	
	- 아동의 가정 이탈 최소화 등	가정 밖 아동	퇴소 아동 자립률	6	
	- 소년원 아동에 대한 걱정 처우 제공 등	범죄 아동	없음	3	
	- 실태 조사 및 빈곤 아동 지원 기본계획 수립 등	빈곤 아동	없음	2	
	- 주기적 실태 파악 등	나홀로 아동	나홀로 아동 비율	3	
	- 학교밖청소년 종합 실태 조사 등	학교 밖 아동	초·중·고 학업 중단율	2	
	- 이주 아동에 대한 교육권, 건강권 보장제도의 내실화 방안 마련	이주 아동	없음	1	
	- 다문화 학생에 대한 수용성 제고, 다문화 학생의 학습, 진로 교육 및 자립 지원 체계 개선 방안 마련	다문화가정 아동	청소년 다문화 수용성 지수	1	
	- 차별 금지법 제정 등	취약아동	없음	5	

208 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

분야	불평등 완화를 고려한 세부 과제명	불평등 완화 대상	성과 지표	불평등 완화를 고려한 사업 수(%)
교육	- 초·중·고 문화 예술 교육 지원	소외 아동 포함	없음	5(38.5)
	- 가족 대상 문화 예술 교육 프로그램 지원	위기 가정	없음	
	- 교육복지우선지원 사업 확대	저소득층	없음	
	- 지역사회 기관들과 연계·협력 체계 마련 등 교육 복지 사업 내실화	저소득층	없음	
	- 장애 아동 교육권 보장	장애 아동	없음	
노동	- 근로 감독 강화	근로 아동	없음	1(20)
합계				43(45.4)

자료: 관계부처 합동. (2015). 아동의 삶과 대한민국의 미래를 바꾸는 제1차(15~19) 아동정책 기본계획을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

2. 제6차 청소년정책 기본계획

가. 제6차 청소년정책 기본계획 구조

2018년 제출된 제6차 청소년정책 기본계획은 ‘현재를 즐기는 청소년, 미래를 기대하는 청소년, 청소년을 존중하는 사회’라는 비전을 중심으로 4개 정책 목표와 12개 중점 과제 및 144개 세부 과제로 구성되어 있다.

〈표 6-7〉 제6차 청소년정책 기본계획의 정책 목표와 과제

정책 목표	중점 과제명	세부 과제 수	
청소년 참여 및 권리 증진	- 청소년 참여 확대	8	31
	- 청소년 권리 증진 기반 조성	17	
	- 청소년 민주 시민 성장 지원	6	
청소년 주도의 활동 활성화	- 청소년 활동 및 성장 지원 체계 혁신	12	44
	- 청소년 체험 활동 활성화	17	
	- 청소년 진로 교육 지원 체계 강화	15	

정책 목표	중점 과제명	세부 과제 수	
청소년 자립 및 보호지원 강화	- 청소년 사회 안전망 확충	15	47
	- 대상별 맞춤형 지원	23	
	- 청소년 유해 환경 개선 및 보호지원 강화	9	
청소년정책 추진 체계 혁신	- 청소년정책 총괄·조정 강화	10	22
	- 지역·현장 중심의 청소년정책 활성화	6	
	- 청소년지도자 역량 강화	6	
합계		144	

자료: 관계부처 합동. (2018). 제6차 청소년정책 기본계획(2018~2022)을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

나. 제6차 청소년정책 기본계획의 분야별 분포

144개 세부 과제 중 9~17세 아동을 대상으로 한 사업이 명확히 아닌 사업 15개, 불평등 완화를 고려하기 어려운 과제(예: 생애주기별 청소년 국가 건강검진 체계 일원화 검토) 40개를 제외한 89개 세부 과제, 즉 9~17세 아동을 대상으로 하며 불평등 완화에 기여할 수 있는 과제에 대해 분야별 분포를 분석하였다.

89개 청소년정책 기본계획 세부 과제 중 복지 27개, 건강 14개, 안전 11개, 교육 22개였다. 건강 분야에서는 생활 습관 개선 사업(흡연, 운동)과 정신건강 사업의 비중이 높았다. 복지 분야에서는 저소득층, 위기청소년, 범죄 청소년, 청소년 한부모 등 다양한 취약 청소년에 대한 사업을 포함하고 있었다. 교육 분야에서는 청소년 활동 활성화 및 진로 교육에 대한 사업 비중이 상대적으로 높았다.

210 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

〈표 6-8〉 제6차 청소년정책 기본계획의 분야별 세부 과제 범주와 해당 과제 수

분야	세부 과제 범주	세부 과제 수 (분야별 %)
건강 (14개)	- 학교 환경 개선 사업	1(7.1%)
	- 생활 습관 개선 사업	6(42.9%)
	- 정신건강 사업	6(42.9%)
	- 성 건강 사업	1(7.1%)
	- 기타 사업	2(14.3%)
안전 (11개)	- 안전 환경 사업	4(36.4%)
	- 폭력 예방 사업	3(27.3%)
	- 교통안전 사업	1(9.1%)
	- 범죄 안전 사업	3(27.3%)
	- 기타 사업	2(18.2%)
복지 (27개)	- 놀이·여가 사업	1(3.7%)
	- 위기청소년 사업	4(14.8%)
	- 학교밖청소년 사업	2(7.4%)
	- 청소년 한부모 사업	3(11.1%)
	- 가정 밖 청소년 사업	2(7.4%)
	- 범죄 청소년 사업	2(7.4%)
	- 저소득층 청소년 사업	3(11.1%)
	- 돌봄 사업	2(7.4%)
	- 기타 취약 청소년 사업	1(3.7%)
	- 청소년 문화시설 및 활동 사업	6(22.2%)
- 기타	1(3.7%)	
교육 (22개)	- 청소년 활동 활성화 사업	8(36.4%)
	- 진로 교육 사업	7(31.8%)
	- 학교 부적응 청소년 지원 사업	1(4.5%)
	- 학교밖청소년 지원 사업	1(4.5%)
	- 다문화 청소년, 북한이탈청소년, 청소년 한부모 지원 사업	5(22.7%)
노동 (4개)	- 노동권 보호 사업	4(100%)
기타 (14개)	- 청소년 참여 활성화	5(35.7%)
	- 국제 교류 활성화	3(21.4%)
	- 통일 대비 사업	3(21.4%)
	- 기타	3(21.4%)
합계		89개

주: 분야와 세부 과제 범주가 중복되는 사업이 존재
 자료: 관계부처 합동. (2018). 제6차 청소년정책 기본계획(2018~2022)을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

다. 제6차 청소년정책 기본계획의 개입지점별 분포

청소년정책 기본계획의 분야별 개입지점별 분포는 아래 표와 같다. 건강 분야에서는 생활 습관 개선 교육 및 프로그램 제공, 정신건강을 위한 상담 서비스 제공 등 개인 수준의 서비스 제공 사업이 다수를 차지하였다. 복지 분야에서는 정책적 개입은 복지정책, 교육정책, 돌봄정책 등을 포함하고 있었는데, 해당 과제는 16개로 55.6%를 차지하였다. 복지 분야의 정책 구성은 아동정책과 마찬가지로 취약 청소년에 대한 접근에 초점이 맞춰져 있었다. 위기청소년, 청소년 한부모, 가정 밖 청소년, 학교밖청소년 등 특정한 집단에 속한 아동을 대상으로 한 정책 및 사업이 주를 이루었다. 저소득 청소년에 대한 개입 사업으로는 교육비 지원 확대, 소득 연계형 국가 장학금 지원 확대, 여성가족부의 청소년 특별지원 사업이 있었다. 청소년 특별지원 사업은 “보호자가 없거나 실질적으로 보호자의 보호를 받지 못하는 사회·경제적 어려움이 있는 청소년에게 생활비·치료비·학업 지원비를 지원”해 주는 제도로(관계 부처 합동, 2018, p. 67), CYS-Net 등을 통해 발굴된 청소년에 대해 일정한 선정 절차를 거친 후 진행된다. 그러나 한 연구에 의하면 본 지원 제도로 인한 수혜율이 최대 12.8%, 최소 1% 수준에 불과한 것으로 보고되었다(김지연 외, 2014, p. 12). 가정 밖 청소년과 청소년 한부모에게 주거 지원을 한다는 사업은 있었으나, 청소년 특별지원 사업의 주거 빈곤 상태에 있는 청소년에 대한 문제 해결을 위한 대책은 전무하였다. 장애 청소년에 대한 사업은 아동 계획에 비해 빈약하였다.

청소년정책 기본계획에는 학교 차원에서 여러 위험에 노출되어 있는 학생을 발굴하여 관리하는 사례관리 사업은 기술되어 있지 않았다. 지역 사회의 위기청소년 발굴 및 연계 사업으로 CYS-Net 사업이 있었다.

212 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

〈표 6-9〉 제6차 청소년정책 기본계획의 분야별 개입지점별 분포

분야	개입지점	개입지점 수 (분야별 %)
건강 (14개)	- 보건정책	6(42.9%)
	- 교육정책	2(14.3%)
	- 지역사회	5(35.7%)
	- 학교	1(7.1%)
	- 개인	10(71.4%)
안전 (11개)	- 안전정책	2(18.2%)
	- 복지정책	1(9.1%)
	- 기타 정책	4(36.4%)
	- 지역사회	5(45.5%)
	- 학교	1(9.1%)
복지 (27개)	- 개인	7(63.6%)
	- 복지정책	6(22.2%)
	- 교육정책	5(18.5%)
	- 돌봄정책	3(11.1%)
	- 기타 정책	1(3.7%)
	- 지역사회	6(22.2%)
	- 가정	1(3.7%)
교육 (22개)	- 개인	13(48.1%)
	- 교육정책	12(54.5%)
	- 지역사회	5(22.7%)
	- 학교	3(13.6%)
노동 (4개)	- 개인	10(45.5%)
	- 노동정책	2(50.0%)
	- 지역사회	2(50.0%)
기타 (14개)	- 개인	2(50.0%)
	- 기타 정책	11(78.6%)
	- 지역사회	2(14.3%)
	- 개인	4(28.6%)

주: 개입지점이 중복되는 사업이 존재
 자료: 관계부처 합동. (2018). 제6차 청소년정책 기본계획(2018~2022)을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

라. 제6차 청소년정책 기본계획의 불평등 완화 고려 수준

청소년정책 기본계획의 정책 목표 중 하나인 청소년 자립 및 보호지원 강화 항목에서 취약 청소년에 대한 문제를 다루고 있으나, 청소년기 불평등 완화에 방점이 있기보다는 일부 위기청소년의 문제에 초점을 맞춘 과제가 대부분을 이루고 있다. 또한 청소년정책 기본계획의 성과 지표에서도 불평등 완화와 관련한 지표는 학교밖청소년 자립 인원, 아동·청소년 빈곤율로 매우 제한적으로 다루어지고 있다. 그나마 성과 지표에서는 아동·청소년 빈곤율을 지표로 다루고 있으나 이를 달성하기 위한 사업 전략은 매우 미흡하다.

청소년정책 기본계획 대상 사업 89개 중 불평등 완화를 고려한 사업은 44개로 50%가 채 되지 않았다. 분야별 불평등 완화를 고려한 사업의 분포를 보면, 건강과 안전 분야에서는 불평등 완화를 고려한 사업이 절반이 되지 않았다. 복지 분야에서 불평등 완화를 고려한 사업이 66.7%로 가장 많은 것으로 나타났다. 다양한 취약 청소년을 포괄하여 고려한 점이 돋보이나, 물질적 박탈에 처한 청소년에 대한 지원 사업은 빈약하였다.

214 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

〈표 6-10〉 제6차 청소년정책 기본계획의 성과 지표

정책 목표	성과 지표
최상위 지표	- 삶의 만족도 - 주관적 행복감
청소년 참여 및 권리 증진	- 청소년 참여 보장 수준 - 청소년 인권 존중 정도 - 청소년 인권 교육 경험률
청소년 주도의 활동 활성화	- 단체 활동 참여율 - 청소년 수련 활동 인증 건수
청소년 자립 및 보호지원 강화	- 학교밖청소년 자립 인원 - 니트(NEET) 비율 - 아동·청소년 빈곤율 - 스마트폰 과의존율 - 아르바이트 부담 치우 경험률

자료: 관계부처 합동. (2018). 제6차 청소년정책 기본계획(2018~2022)을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

〈표 6-11〉 분야별 불평등 완화를 고려한 사업의 분포

분야	불평등 완화를 고려한 세부 과제명	불평등 완화 대상	성과 지표	불평등 완화를 고려한 사업 수(%)
건강	- 청소년의 건강증진을 위한 지원 강화	저소득층 여성 청소년	없음	6(42.9)
	- 청소년이 누릴 수 있는 생활 체육 보급을 위한 강사 및 인프라 확대	기초생활 수급자 가구	없음	
	- 여성 청소년의 신체활동 장려 방안 마련	여성 청소년	없음	
	- 양성평등 관점에 기반한 청소년 성교육 강화	젠더	없음	
	- 정서·행동 문제 청소년 지원 체계 확충 및 내실화	지방 거주 청소년	없음	
	- 청소년 특성을 고려한 학업·취업·자립 등 맞춤형 서비스 지원	학교밖청소년	없음	

분야	불평등 완화를 고려한 세부 과제명	불평등 완화 대상	성과 지표	불평등 완화를 고려한 사업 수(%)	
안전	- 성범죄자 재범 방지를 위한 제도 강화	범죄 청소년	없음	3(27.3)	
	- 가해·피해 청소년 보호지원 확대 및 부모를 위한 가족 교육 프로그램 강화	범죄 가해·피해 청소년	없음		
	- 청소년 대상 젠더 폭력 예방 교육 강화	젠더	없음		
복지	- 지역사회 청소년통합지원체계 (CYS-Net)를 활용, 위기청소년 종합적인 사회 안전망 구축, 운영 등	위기청소년	없음	4	18 (66.7)
	- 취약·위기 가족 맞춤형 서비스 확대	빈곤, 장애, 한 부모	아동·청소년 빈곤율	1	
	- 청소년 특성을 고려한 학업·취업·자립 등 맞춤형 서비스 지원 등	학교밖청소년	학교 밖 청소년 자립 인원	2	
	- 청소년쉼터 전문화·특성화 및 이용 문턱 낮추기 등	가정 밖 청소년	없음	2	
	- 비행 예방 및 회복 지원 프로그램 강화 등	범죄 아동	없음	2	
	- 청소년 한부모 자녀 양육 지원 등	청소년 한부모	없음	3	
	- 경제적으로 어려운 학생 대상 각종 교육비 지원 확대 등	저소득층 청소년	없음	2	
	- 취약계층 돌봄 공백 해소 지원 강화	저소득, 한부모가정	없음	1	
	- 문화시설·여가시설 등에서의 청소년 우대 활성화	저소득계층	없음	1	
교육	- 지역 격차 해소를 통한 청소년 진로 체험 기회의 형평성 제고	읍·면 지역 학생	없음	1	11 (50.0)
	- 학교밖청소년을 위한 '청소년 작업장' 활성화 등	학교밖청소년	없음	3	

216 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

분야	불평등 완화를 고려한 세부 과제명	불평등 완화 대상	성과 지표	불평등 완화를 고려한 사업 수(%)	
	- 학교밖청소년을 위한 '내일이룸학교' 운영 활성화	학교밖청소년, 청소년 한부모, 이주 청소년	없음	1	
	- 학교 부적응 초기부터 위기청소년에 대한 조기 개입을 통한 학업 중단 예방	학교 부적응 청소년	없음	1	
	- 청소년 한부모 자립 기반 지원	청소년 한부모	없음	1	
	- 학교에서의 다문화 청소년 지원 강화 등	다문화 청소년	없음	3	
	- 북한이탈청소년 교육 지원 및 사회 적응 지원	북한이탈 청소년	없음	1	
노동	- 청소년 아르바이트 현장의 부담 차우 구제 지원 등	근로 청소년	아르바이트 부담차우 경험률	4	4 (100.0)
기타	- 청소년 참여 내실화하기	취약계층 청소년	없음	5(35.7)	
	- 청소년을 위한 양성평등 콘텐츠 개발 및 교육 활성화	젠더	없음		
	- 청소년 교류의 새로운 모델 개발 및 확산	젠더	없음		
	- 사회통합을 위한 상호 이해 및 수용성 제고	북한이탈 청소년, 장애 청소년	없음		
	- 통일 대비 북한이탈청소년 대상 프로그램 개발 및 교육	북한이탈 청소년	없음		
합계				44(49.4)	

주: 분야의 경우 중복되는 사업이 존재.
 자료: 관계부처 합동. (2018). 제6차 청소년정책 기본계획(2018~2022)을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

3. 제1차 학생건강증진 기본계획

가. 제1차 학생건강증진 기본계획 구조

2019년 발표된 제1차 학생건강증진 기본계획은 ‘모든 학생을 보다 건강하게’라는 비전하에 ‘성장 단계의 아동·청소년에 초점을 맞춘 범부처 지원 체계 구축’ 및 ‘전반적 예방 교육(학교), 건강 취약 학생 지원(전문기관)으로 역할 분담 및 지원 강화’를 기본 방향으로 제시하였다. 4개 부문하에 16개 중점 과제, 48개 세부 과제로 구성되어 있다.

〈표 6-12〉 제1차 학생건강증진 기본계획의 중점 과제와 세부 과제

부문	중점 과제명	세부 과제 수	
건강증진 교육 내실화	- 학생 연령대별 특성을 고려한 맞춤형 교육 지원	3	9
	- 다양하고 실효성 높은 건강 교육 자료 개발·보급	2	
	- 교사 전문성 제고 및 관련 교과 협력 강화	2	
	- 가정과 연계 교육을 위한 학부모 홍보 강화	2	
건강 서비스 확대	- 학생 건강 진단 체계 강화	3	17
	- 다양한 예방 프로그램 운영 및 환경 조성	5	
	- 건강 취약 학생에 대한 지원 강화	7	
	- 미래 건강 문제 대비 연구 추진	2	
건강한 교육 환경 조성	- 학교 내 환경 위생 관리·강화	4	15
	- 안전한 학교 급식 제공	5	
	- 교육 환경 저해 요인 사전 진단 및 개선	3	
	- 학교 주변 위험 요인 제거 및 관리 강화	3	
기본계획 실행 기반 조성	- 학생 건강 실태 조사 체계 개편	2	7
	- 학생 건강 정책 연계 강화	2	
	- 학생 건강 지원 조직 및 인력 배치 확대	2	
	- 「학생건강증진 기본계획」 이행 계획	1	
합계		48	

자료: 관계부처 합동. (2019). 제1차 학생건강증진 기본계획을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

나. 제1차 학생건강증진 기본계획 세부 과제의 범주별 분포

만 6~18세 아동을 대상으로 한 사업이 명확히 아닌 사업 2개를 제외하였다. 46개 사업 중 불평등 완화를 고려하기 어려운 사업(예: 학교에서 쉽게 활용 가능한 자료 개발 지원) 25개를 제외하고, 건강불평등 완화에 기여할 수 있다고 여겨지는 21개 사업에 대해 분석하였다.

학생건강증진 기본계획 사업은 21개 모두 건강 분야에 해당되었다. 건강의 사회적 결정요인에 대한 개입 분야라 할 수 있는 복지, 교육, 노동, 주거 분야는 사업에 포함되지 않았다. 계획의 정책 방향에 대한 설명에서도 건강의 사회적 결정요인은 고려되지 않았다. 각 사업은 학교 및 지역 사회 위생 관리 사업, 생활 습관 개선 사업(흡연, 운동, 영양), 구강 관리 사업, 정신건강 사업, 질환 관리 사업 등으로 범주화할 수 있었다.

〈표 6-13〉 제1차 학생건강증진 기본계획의 범주별 세부 과제

범주	세부 과제명	세부 과제 수(%)
학교 및 지역사회 위생 관리	- 교육환경보호구역 내 불법 금지 시설 관리 및 후속 조치 강화	6(28.6%)
	- 석면 건축물 일상 관리 강화 및 해제 제거 작업 안정성 확보	
	- 위험 물질 취급 사업장 인근 학교 안전 관리 강화	
	- 공기 정화 장치 설치 완료, 에너지 환경 통합형 학교 미세먼지 관리 기술 개발	
	- 학교 먹는 물 공급 시설 개선 및 관리 강화	
	- 학교 내 전문 인력 배치 확대 추진	
생활 습관 개선	- 흡연 예방 교육 및 금연 프로그램 활성화	6(28.6%)
	- 신체활동 강화를 위한 스포츠 활동 지원	
	- 학생건강체력평가(PAPS) 내실화	
	- 학교 주변 판매 식품안전 관리 강화	
	- 성장기에 필요한 건강한 학교 급식 제공	
	- 학생 비만 예방 프로그램 및 교육 자료 지원	
구강 관리	- 아동 구강 질환 치료지원 확대	1(4.8%)

범주	세부 과제명	세부 과제 수(%)
정신건강	- 스마트폰 과의존 예방 교육 강화 및 전문 상담 실시	4(19.0%)
	- 과몰입 과의존 중독 학생 지원	
	- 정신건강 검사 및 취약 학생 지원 강화	
	- 자살 시도자 등 위기 학생 지원	
질환 관리	- 알레르기성 질환 학생 보호	4(19.0%)
	- 소아당뇨 학생 보호 강화	
	- 감염병 무료 예방접종 지원 및 접종 내역 확인	
	- 장애 학생 건강검진 및 의료 서비스 강화	
합계	21개	

자료: 관계부처 합동. (2019). 제1차 학생건강증진 기본계획을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

다. 제1차 학생건강증진 기본계획의 범주별 개입지점별 분포

제1차 학생건강증진 기본계획의 범주별 개입지점별 분포는 아래 표와 같다. 모든 분야에서 제도 개선을 다룬 정책 수준의 세부 과제가 많았다. 학교 및 지역사회 위생 강화 범주에서는 ‘위험 물질 취급 사업장 인근 학교 안전 관리 강화’, ‘교육환경보호구역 내 불법 금지 시설 관리 및 후속 조치 강화’, ‘학교 내 건강 지원 전문 인력 배치 확대 추진’ 등의 세부 과제가 있었다. 생활 습관 개선 범주에는 생활 습관 개선 프로그램 개발 및 교육 자료 지원 등의 사업이 보건정책으로 분류되었다. 질환 관리 범주에는 의료 접근성 확대와 관련된 정책이 있었다. 초등학생 인플루엔자 무료 접종, 당뇨병 소모성 재료 등 급여 대상 확대, 장애 친화 건강검진 기관 지정 확대 등이다.

위에서 살펴본 취약아동 발굴·연계 사례관리 사업인 두드림학교, 교육 복지우선지원 사업, 드림스타트 사업, CYS-Net 사업에서는 건강에 문제가 있는 아동에 대해 외부 자원과 연계하는 것으로 기술되어 있었으나, 학생건강증진 기본계획에는 이에 대한 고려가 없었다.

〈표 6-14〉 제1차 학생건강증진 기본계획의 범주별 개입지점 분포

범주	개입지점	개입지점 수(범주별 %)
학교 및 지역사회 위생 관리	- 보건정책	3(50.0%)
	- 안전정책	2(33.3%)
	- 교육정책	1(16.7%)
	- 지역사회	2(33.3%)
	- 학교	2(33.3%)
생활 습관 개선	- 보건정책	4(66.7%)
	- 안전정책	1(16.7%)
	- 지역사회	4(66.7%)
	- 학교	4(66.7%)
	- 개인	4(66.7%)
구강 관리	- 보건정책	1(100.0%)
정신건강	- 보건정책	3(75.0%)
	- 개인	4(100.0%)
질환 관리	- 보건정책	4(100.0%)
	- 교육정책	1(25.0%)
	- 학교	1(25.0%)
	- 개인	1(25.0%)

주: 개입지점이 중복되는 사업이 존재

자료: 관계부처 합동. (2019). 제1차 학생건강증진 기본계획을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

라. 제1차 학생건강증진 기본계획의 불평등 완화 고려 수준

제4차 국민건강증진 종합계획이 ‘은 국민이 함께 만들고 누리는 건강 세상’이라는 비전하에, 건강수명 연장과 건강형평성 제고라는 총괄 목표를 설정하여 건강불평등 완화에 대한 의지를 담은 것과 비교할 때, 제1차 학생건강증진 기본계획은 총괄 목표 설정이 부재하고 계획의 방향성으로 건강형평성을 다루지 않은 것은 큰 제한점으로 보인다. 또한 기본계획의 성과 지표도 제시하고 있지 않았다.

학생건강증진 기본계획 대상 사업 21개 중 불평등 완화를 고려한 사업

은 8개로 38.1%에 불과했다. 질환 관리 사업은 의료비 보장성 강화나 인프라 확대를 통해 저소득 가정 학생이나 장애 학생의 의료 접근성을 향상시키는 사업을 모두 포함하고 있었다. 학교 및 지역사회 위생 관리 사업이나 생활 습관 개선 사업에서는 건강불평등 완화를 고려한 사업이 없거나 매우 적었다. 아동정책 기본계획이나 청소년정책 기본계획에서는 다양한 특정 취약집단 학생에 대한 사업을 고려하고 있었으나, 학생건강증진 계획에는 장애 학생에 대한 사업만 포함되어 있었다.

〈표 6-15〉 제1차 학생건강증진 기본계획의 범주별 불평등 완화를 고려한 사업의 분포

범주	세부 과제명	불평등 완화 대상	성과 지표	불평등 완화를 고려한 사업 수 (범주별 %)
생활 습관 개선	- 신체활동 강화를 위한 스포츠 활동 지원	- 저소득 가정 학생	없음	1(16.7%)
구강 관리	- 아동 구강 질환 치료지원 확대	- 저소득 가정 학생	없음	1(100.0%)
정신건강	- 스마트폰 과의존 예방 교육 강화 및 전문 상담 실시	- 취약계층	없음	2(50.0%)
	- 자살 시도자 등 위기 학생 지원	- 저소득 가정 학생 위주	없음	
질환 관리	- 알레르기성 질환 학생 보호	- 저소득 가정 환아	없음	4(100.0%)
	- 소아당뇨 학생 보호 강화	- 저소득 가정 환아	없음	
	- 감염병 무료 예방접종 지원 및 접종 내역 확인	- 저소득 가정 학생	없음	
	- 장애 학생 건강검진 및 의료 서비스 강화	- 장애 학생	없음	

주: 개입지점이 중복되는 사업이 존재
 자료: 관계부처 합동. (2019). 제1차 학생건강증진 기본계획을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

4. 제4차 국민건강증진 종합계획

가. 제4차 국민건강증진 종합계획 구조

2015년 발표된 제4차 국민건강증진 종합계획은 ‘온 국민이 함께 만들고 누리는 건강세상’이라는 비전하에, 건강수명 연장과 건강형평성 제고라는 총괄 목표를 설정하였다. 총괄 목표를 달성하기 위한 사업 분야에 건강생활실천, 만성퇴행성질환과 발병위험요인 관리, 감염질환 관리, 안전환경보건, 인구집단 건강 관리, 사업체계관리 등 6개 부문이 있으며, 27개 중점 과제, 140개 세부 사업으로 구성되어 있다.

〈표 6-16〉 제4차 국민건강증진 종합계획 부문별 중점 과제와 세부 사업 수

부문	중점 과제	세부 사업 수
건강생활실천	금연	4
	절주	6
	신체활동	5
	영양	6
만성퇴행성질환 관리	암	4
	건강검진	3
	관절염	2
	심뇌혈관질환	6
	비만	6
	정신보건	4
감염질환 관리	구강보건	9
	예방접종	6
	비상방역체계	3
	의료관련감염	3
	결핵	8
	에이즈	4

부문	중점 과제	세부 사업 수	
안전환경보건	식품안전	5	9
	손상예방	4	
인구집단 건강 관리	모성건강	5	37
	영유아건강	5	
	노인건강	6	
	근로자 건강증진	2	
	군인 건강증진	2	
	학교보건	8	
	취약가정 방문 건강	2	
	장애인 건강	7	
사업체계관리	사업체계관리	13	13
합계		138	

자료: 관계부처 합동. (2019). 제1차 학생건강증진 기본계획을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

나. 제4차 국민건강증진 종합계획 부문별 중점 과제별 분포

중점 과제 중 만 6~18세 아동을 대상으로 한 사업이 명확히 아닌 과제(영유아건강, 노인건강, 근로자 건강증진, 군인 건강증진), 아동과 관련성이 낮은 대상 질환 과제(암, 관절염, 심뇌혈관질환, 결핵, 에이즈) 9개를 제외하고, 만 6~18세 아동을 대상으로 하는 것이 명확히 아닌 사업(예: 노인 급식의 질 관리 및 제고 사업, 직장인 비만 예방·관리 서비스 제공 등) 4개를 제외하였다. 나머지 97개 사업 중 불평등 완화를 고려하여 시행하기 어려운 과제(예: 담배 규제 및 국제 협력 등 금연 환경 조성 사업) 48개를 제외한 49개 사업을 대상으로 분석하였다.

국민건강증진 종합계획 사업은 모두 건강 분야에 해당되었다. 건강의 사회적 결정요인에 대한 개입 분야라 할 수 있는 복지, 교육, 노동, 주거 분야는 사업에 포함되지 않았다.

224 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

〈표 6-17〉 선별된 사업의 부문별 중점 과제별 세부 사업

부문	중점 과제	세부 사업명
건강생활 실천 (12)	금연 (3)	흡연 예방 사업 흡연자 금연 사업 비흡연자 보호 사업
	절주 (2)	교육 및 정보 제공 사업 음주 문제 예방 사업
	신체 활동 (3)	1차 의료 기반 신체활동 장려 인구집단별 생활터 신체활동 증진 프로그램 지원 신체활동 친화적 환경 구축 및 강화
	영양 (4)	가공식품 및 외식의 영양 표시 확대 및 인식 제고 건강 체중 인식 확산을 위한 교육 및 홍보 사업 취약계층을 위한 영양 관리 사업 개발 및 확대 당류 저감화 사업
만성퇴행성 질환 관리 (11)	비만 (3)	취약계층 비만 예방 프로그램 개발 보급 아동·청소년 비만 예방 프로그램의 강화 고도 비만 관리 지원
	정신 보건 (2)	지역사회 정신보건 인프라 구축 국민 정신건강 질 향상
	구강 보건 (6)	아동·청소년 바른 양치 실천 사업 임산부·영유아 구강건강 관리 사업 아동·청소년 불소바니시 도포 사업 노인·장애인 구강건강 관리 사업 공공 구강보건의료 서비스 전달 체계 확충 사업 구강보건교육·홍보 사업
감염질환 관리 (2)	예방 접종 (2)	국가 예방접종 지원 사업 추진 강화 예방접종 교육·홍보
안전환경 보건 (4)	식품 안전 (1)	식중독 예방 및 관리
	손상 (3)	대국민 손상예방 교육 및 안전 문화 개선 손상예방을 위한 안전 환경 조성 사망, 장애 감소를 위한 지역사회 대응 능력 강화

부문	중점 과제	세부 사업명
인구집단 건강 관리 (20)	모성 건강 (4)	분만 취약지역의 단계적 해소를 위한 지역별 맞춤형 지원 및 공공 투자 확대
		고령 임신 및 고위험 임신부 건강 관리 강화 및 공적 지원 확대
		산전·산후 건강 관리 강화
		청소년 생식 건강증진
	학교 보건 (7)	학생들의 건강행태 및 건강 상태의 개선
		학생들의 개인위생 실천율의 증가
		학생들의 정신건강수준 향상
		학생들의 건강한 성 태도 함양
		학생들의 손상예방 및 안전사고 발생 감소
		학생들의 인터넷중독 감소 사업
	건강한 학교 환경 조성 : 석면 함유 학교 건축물 개선	
	취약 가정 건강 (2)	지역사회 통합 건강증진 사업
		취약가정 건강 서비스 확대를 위한 인프라 구축
장애 인 건강 (7)	국가 단위의 장애인 건강 통계 산출 및 확대	
	장애 발생 예방 사업 강화	
	장애인의 건강증진 및 이차 장애 예방 정책 강화	
	장애 범주와 의료보장의 지속적 확대	
	지역사회 중심의 건강증진 시스템 구축	
	장애인의 건강 관련 서비스 요구도 파악	
장애인의 건강 기능 지표 개발 및 적용		
		49개

자료: 관계부처 합동. (2019). 제1차 학생건강증진 기본계획을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

다. 제4차 국민건강증진 종합계획 내 아동을 주요 대상으로 한 사업 분포

대상 생애주기별로는 전체 인구를 포괄하는 사업이 대다수였고, 세부 사업 중 아동이나 학생을 대상으로 한다고 명시한 내용이 포함된 사업이 전체 49개 중 21개였다.

226 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

〈표 6-18〉 선별된 세부 사업 중 아동을 대상으로 한 사업 내용

부문	중점 과제	세부 사업 및 아동 관련 사업 내용
건강생활 실천 (2)	영양 (2)	건강 체중 인식 확산을 위한 교육 및 홍보 사업 - 청소년 및 젊은 성인을 겨냥한 건강 체중 인식 함양: 식사 장에 고 위험군에 대한 중재/관리 방안 개발과 보급, 학교 및 직장에서의 교육/인센티브 제공 취약계층을 위한 영양 관리 사업 개발 및 확대 - 농림식품부 등 타 부처·유관 기관 등과 연계한 취약계층 아동을 위한 과일 제공 사업 확대
		만성퇴행성 질환 관리 (6)
정신 보건 (2)	지역사회 정신보건 인프라 구축 - 아동·청소년 정신보건 사업 강화 국민 정신건강 질 향상 - 아동·청소년 정신보건 사업을 통한 조기 발견 및 개입 - 청소년 및 성인 정신건강증진 사업(스트레스 감소)	
건강생활 실천 (6)	구강 보건 (2)	아동·청소년 바른 양치 실천 사업 - 아동·청소년 집단생활 시설에서 바른 양치 실천 프로그램을 운영하도록 유도 - 적절한 양치 설비(칫솔 보관장 포함) 기준을 마련하여 초등학교부터 순차적으로 지원함으로써 바른 양치 생활 실천 환경 조성 - 불소 용액 양치 사업을 실시 중인 초등학교에 불소 용액 분배기 보급 - 보건소별로 불소 용액 양치에 필요한 불소 약품의 수요를 파악하여 일괄 공급
		아동·청소년 불소바니시 도포 사업 - 지역 협력체를 구축하여 학생 건강검진 대상인 초등학교 1, 4학년 생이 보건소 구강보건실(센터) 또는 지역 치과 병의원을 방문하도록 하여 불소바니시 도포를 중심으로 구강 검진(치면 세균막 검사 포함), 바른 양치 및 영양(설탕 섭취 제한) 교육, 전문가 치아 세정 등의 구강건강 관리 프로그램을 제공
감염질환 관리 (1)	예방 접종 (1)	국가 예방접종 지원 사업 추진 강화 - 만 12세 이하 국가 예방접종(NIP) 예방접종 비용 지원 확대 - 취약 아동 예방접종 확인 사업 추진 - 예방접종 취약계층 및 미접종자 예방접종 관리

부문	중점 과제	세부 사업 및 아동 관련 사업 내용
안전환경 보건	식품 안전 (1)	식중독 예방 및 관리 - 학교 급식 식재료 공급 업체 관리 강화
	손상 (1)	손상예방을 위한 안전 환경 조성 - 어린이/노인 보호구역 지정 확대 및 법규 위반 단속 강화 - 안전 보호 장비를 의무화하고 보급 - 어린이 안전, 노인 낙상, 화상 등 예방을 위한 가이드라인 제작·보급
인구집단 건강 관리 (11)	모성 건강 (2)	고령 임신 및 고위험 임신부 건강 관리 강화 및 공적 지원 확대 - 청소년 산모 의료비 지원 청소년 생식 건강증진 - 청소년 생식 건강수준에 대한 정기적 통계 생산 체계 구축 - 올바른 성 가치관 확립을 위한 학교 및 근로장에서의 청소년 생식보 건교육 강화 - 위기 임신 전문 상담 핫라인 구축
	학교 보건 (7)	학생들의 건강행태 및 건강 상태의 개선 학생들의 개인위생 실천율의 증가 학생들의 정신건강수준 향상 학생들의 건강한 성 태도 함양 학생들의 손상예방 및 안전사고 발생 감소 학생들의 인터넷중독 감소 사업 건강한 학교 환경 조성: 석면 함유 학교 건축물 개선
	장애인 건강 (1)	장애 범주와 의료보장의 지속적 확대 - 청각장애 아동 인공 와우 수술비 지원 사업 확대
		21개

자료: 관계부처 합동. (2019). 제1차 학생건강증진 기본계획을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

라. 제4차 국민건강증진 종합계획의 개입지점별 분포

제4차 국민건강증진 종합계획의 부문별 개입지점별 분포는 아래 표와 같다. 모든 분야에서 제도 개선을 다룬 정책 수준의 세부 과제가 많았다. 건강생활실천 부문에서는 과제별 매스미디어 홍보가 보건정책의 주를 이뤘다. 금연, 절주, 신체활동, 영양 등 모든 중점 과제에서 개인에 대한 교육, 상담, 치료 등 개인 수준의 사업이 포함되었다. 만성퇴행성질환 관리

범주에는 공공 구강보건의료 서비스 전달 체계 확충 사업이 보건정책으로 포함되었고, 비만, 정신보건, 구강보건 과제에 대해 역시 개인 수준의 서비스 제공 사업이 가장 많았다. 인구집단 건강 관리 부문에서는 분만 취약지역 해소 정책, 인력 전문성 제고 정책, 장애인에 대한 의료보장 확대 정책 등이 포함되어 있었다.

위에서 살펴본 취약아동 발굴·연계 사례관리 사업인 두드림학교, 교육 복지우선지원 사업, 드림스타트 사업, CYS-Net 사업에서는 건강에 문제가 있는 아동에 대해 외부 자원과 연계하는 것으로 기술되어 있었으나, 국민건강증진 종합계획에는 이에 대한 고려가 없었다.

〈표 6-19〉 제4차 국민건강증진 종합계획의 부문별 개입지점별 분포

부문	개입지점	개입지점 수 (분야별 %)
건강생활실천 (13개)	보건정책	6(46.2%)
	지역사회	4(30.8%)
	개인	10(76.9%)
만성퇴행성질환 관리 (11개)	보건정책	2(18.2%)
	지역사회	2(18.2%)
	개인	10(90.9%)
감염질환 관리 (2개)	보건정책	2(100.0%)
	개인	1(50.0%)
안전환경보건 (4개)	보건정책	1(25.0%)
	안전정책	3(75.0%)
	지역사회	1(25.0%)
	개인	3(75.0%)
인구집단 건강 관리 (20개)	보건정책	12(60.0%)
	안전정책	1(5.0%)
	지역사회	1(5.0%)
	개인	10(50.0%)

주: 개입지점이 중복되는 사업이 존재
 자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2015). 제4차 국민건강증진종합계획 (2016~2020)을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

마. 제4차 국민건강증진 종합계획의 불평등 완화 고려 수준

제4차 국민건강증진 종합계획의 총괄 목표는 건강수명 연장과 건강형평성 제고로, 건강불평등 완화를 전체 사업을 꿰뚫는 목표로 설정하고 있다. 이는 아동정책 기본계획, 청소년정책 기본계획, 학생건강증진 기본계획 모두에서 불평등 완화에 대한 선명한 목표 설정이 없는 것에 비해 상당히 진전된 계획으로 평가할 수 있다. 그러나 제4차 국민건강증진 종합계획의 총괄 목표 중 하나인 건강형평성 제고에 대한 성과 지표는 제시되지 않았고 대표 성과 지표에는 형평성 관련 지표가 포함되어 있지 않으며 전체 357개 성과 지표 중 건강형평성 관련 지표는 24개에 머물고 있다.

국민건강증진 종합계획 대상 사업 49개 중 불평등 완화를 고려한 사업은 16개로 32.7%에 불과했다. 건강생활실천 분야에서 불평등 완화를 고려한 사업은 13개 중 1개였고, 만성퇴행성질환 관리 부문에서도 30%가 되지 않았다. 학교보건 중점 과제에서는 불평등 완화를 고려한 사업을 발견하지 못했다. 불평등 완화를 고려한 사업은 기술되어 있지 않지만, 금연 과제의 경우 '일반계고 및 특성화계고 남학생 현재 흡연율 차이', '일반계고 및 특성화계고 여학생 현재 흡연율 차이' 등 불평등 완화 정도를 성과로 측정하고 있었다.

230 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

[그림 6-2] 제4차 국민건강증진 종합계획의 기본 틀



자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2015). 제4차 국민건강증진종합계획 (2016~2020). p. 34 재인용.

<표 6-20> 국민건강증진 종합계획에서 불평등 완화를 고려한 사업의 분포

부문	중점 과제	세부 사업명	불평등 완화 대상	성과 지표	불평등 완화를 고려한 사업 수(%)
건강 생활 실천	영양 (1)	취약계층을 위한 영양 관리 사업 개발 및 확대	취약계층, 다문화가정	식품 안정성 확보 가구 분율 증가 등 6개	1(7.7%)
만성 퇴행성 질환 관리	비만 (1)	취약계층 비만 예방 프로그램 개발 보급	취약계층	없음	3(27.3%)
	구강 보건 (2)	노인·장애인 구강건강 관리 사업 공공 구강보건의료 서비스 전달 체계 확충 사업	장애인 취약지역	특수학교 구강보건실 설치 비율 보건소 구강보건센터 설치 비율 등 2개	
감염 질환 관리	예방 접종 (1)	국가 예방접종 지원 사업 추진 강화	농어촌/ 도서 지역, 다문화가정, 조손가정, 새터민 등	없음	1(50.0%)

부문	중점 과제	세부 사업명	불평등 완화 대상	성과 지표	불평등 완화를 고려한 사업 수(%)
인구 집단 건강 관리	모성 건강 (2)	분만 취약지역의 단계적 해소를 위한 지역별 맞춤형 지원 및 공공 투자 확대	취약지역	없음	11(55.0%)
		고령 임신 및 고위험 임신부 건강 관리 강화 및 공적 지원 확대	청소년 한부모	없음	
	취약 가정 건강 (2)	지역사회 통합 건강증진 사업	취약가정	없음	
		취약가정 건강 서비스 확대를 위한 인프라 구축	취약가정	없음	
	장애인 건강 (7)	국가 단위의 장애인 건강 통계 산출 및 확대	장애인	현재 흡연율 (만 12세 이상) 등 14개	
		장애 발생 예방 사업 강화			
		장애인의 건강증진 및 이차 장애 예방 정책 강화			
		장애 범주와 의료보장의 지속적 확대			
		지역사회 중심의 건강증진 시스템 구축			
		장애인의 건강 관련 서비스 요구도 파악			
장애인의 건강 기능 지표 개발 및 적용					
		16개			

자료: 한국건강증진개발원. (2015). 제4차 국민건강증진종합계획 (2016~2020)을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

5. 소결

아동 관련 정부 계획을 검토하기 위해 학동기 아동에 대한 포괄적인 계획인 제1차 아동정책 기본계획, 제6차 청소년정책 기본계획, 학동기 아동에 대한 건강 계획인 제1차 학생건강증진 기본계획, 학동기 아동에 대한 건강 계획을 포괄하고 있는 제4차 국민건강증진 종합계획을 살펴보았다. 검토 결과를 정리하면 다음과 같다.

〈표 6-21〉 4개 아동 관련 정부 계획 평가 결과

평가 내용	제1차 아동정책 기본계획	제6차 청소년정책 기본계획	제1차 학생건강증진 기본계획	제4차 국민건강증진 종합계획
불평등 완화를 총괄 목표로 제시	제시하지 않음.	제시하지 않음.	제시하지 않음.	제시함.
불평등 완화와 관련된 성과 지표 제시	취약아동에 관한 지표 일부 포함. 제한적임.	취약아동에 관한 지표 일부 포함. 제한적임.	성과 지표 없음.	대표 성과 지표에는 형평성 지표 없음. 전체 성과 지표 357개 중 건강형평성 관련 지표는 24개임.
불평등 완화를 고려한 사업 설계	분석 대상 과제 중 45.4%	분석 대상 과제 중 49.4%	분석 대상 과제 중 38.1%	분석 대상 과제 중 32.7%
기타	<ul style="list-style-type: none"> - 복지 분야의 사업도 특정한 취약집단에 속한 아동을 대상으로 한 사업에 중점. - 경제적 박탈 아동에 대한 빈곤 및 주거 정책 미비. 	<ul style="list-style-type: none"> - 복지 분야의 사업도 특정한 취약집단에 속한 청소년을 대상으로 한 사업에 중점. - 경제적 박탈 청소년에 대한 빈곤 및 주거 정책 미비. 	<ul style="list-style-type: none"> - 건강의 사회적 결정요인을 감안한 기술 없음. - 사례관리 사업과의 연계 사업 고려 없음. 	<ul style="list-style-type: none"> - 건강의 사회적 결정요인을 감안한 기술 있음. - 사례관리 사업과의 연계 사업 고려 없음.

평가 내용	제1차 아동정책 기본계획	제6차 청소년정책 기본계획	제1차 학생건강증진 기본계획	제4차 국민건강증진 종합계획
	- 사례관리 사업 간 연계 부재. - 드림스타트 사업 고려 없음.	- 학교 내 사례관리 사업 부재.		

자료: 관계부처 합동. (2015). 아동의 삶과 대한민국의 미래를 바꾸는 제1차(15~19) 아동정책 기본계획., 관계부처 합동. (2018). 제6차 청소년정책 기본계획(2018~2022)., 관계부처 합동. (2019). 제1차 학생건강증진 기본계획., 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2015). 제4차 국민건강증진종합계획 (2016~2020)을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

〈표 6-22〉 4개 아동 관련 정부 계획 건강 분야 사업 구성

건강 분야 사업	제1차 아동정책 기본계획	제6차 청소년정책 기본계획	제1차 학생건강증진 기본계획	제4차 국민건강증진 종합계획
건강증진학교	○	○	×	○
금연 사업	○	○	○	○
절주 사업	×	○	×	○
신체활동	○	○	○	○
영양	○	○	○	○
성 건강	×	○	×	○
구강건강	○	×	○	○
정신건강 검사 및 관리	○	○	○	△
자살 예방	○	○	○	○
인터넷 등 중독	○	○	○	○
수면 시간 보장	○	○	×	×
학생 건강검진 개선	○	○	○	○
비만 예방	○	×	○	○
예방접종	○	×	○	○
알레르기성 질환	○	×	○	○
장애 아동	○	×	○	○
학교 석면 관리	○	×	○	○
사고 및 손상예방	○	○	×	○
학교폭력	○	○	×	×
아동 학대	○	○	×	×
성범죄	○	○	×	×

건강 분야 사업	제1차 아동정책 기본계획	제6차 청소년정책 기본계획	제1차 학생건강증진 기본계획	제4차 국민건강증진 종합계획
비고	- 아동 트라우마 대응 사업 - 환경성 질환 예방	- 젠더 관점 반영 사업 포함	- 소아당뇨 학생 사업	- 다양하고 풍부한 세부 사업 구성 - 아동 대상 사업 제한

자료: 관계부처 합동. (2015). 아동의 삶과 대한민국의 미래를 바꾸는 제1차(15~19) 아동정책 기본계획., 관계부처 합동. (2018). 제6차 청소년정책 기본계획(2018~2022)., 관계부처 합동. (2019). 제1차 학생건강증진 기본계획., 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2015). 제4차 국민건강증진종합계획 (2016~2020)을 바탕으로 본 연구진이 작성함.

첫째, 검토한 4개 계획이 불평등 완화의 측면에서는 설계가 미흡하다고 할 수 있다. 국민건강증진 종합계획을 제외한 나머지 3개 계획에서 사회경제적 불평등 완화 또는 건강불평등 완화를 총괄 목표로 제시하고 있지 않았다. 성과 지표는 아예 제시되지 않았거나 제시된 성과 지표에서도 불평등 완화 지표를 고려한 수준은 미흡하였다. 또한 불평등 완화를 고려한 사업을 설계한 경우도 4개 계획 모두에서 50%가 되지 않았다. 다양한 지표에서 아동의 평균 수준을 올리는 것도 중요하지만 아동 간의 불평등을 완화시키는 것도 정의적 차원·사회통합적 차원·결과적 차원에서 필요하다. 물론 일부 사업에는 취약아동에 대한 지원이 포함되어 있지만, 계획의 방향성을 명확히 하지 않으면 사업이 분절화되고 시혜적 차원에 머무를 위험이 있다. 또한 전반적인 불평등 기울기를 감소시키기 위한 사업 이라기보다는 특정 취약집단에 속한 아동과 청소년만을 대상으로 한 사업이 주를 이루었다. 아동과 관련된 계획에서 불평등 완화의 목표와 성과 지표를 선명하게 드러내고 이에 따라 사업이 계획되어야 할 것이다.

국민건강증진 종합계획에서는 건강형평성 제고가 총괄 목표 중 하나로 제시되어 있고 일부 사업 지표에는 형평성 지표가 포함되어 있다. 그러나 건강형평성 제고가 총괄 목표인 만큼 형평성과 관련된 성과 지표가 늘어

나야 하고 가능한 한 모든 사업에 형평성을 제고하기 위한 방법과 전략이 모색되어야 한다.

둘째, 총괄 정책인 제1차 아동정책 기본계획과 제6차 청소년정책 기본계획에는 경제적 박탈에 놓여 있는 아동에 대한 정책이 제한적이었다. 특히 안전하고 건강한 주거보장 사업과 안정된 생활을 영위할 수 있도록 하는 소득보장 정책이 미비하였다. 아동기의 건강과 성장·발달을 증진하기 위해서는 보건의료 서비스를 제공하는 것을 넘어 건강의 사회적 결정요인을 함께 고려해야 하고, 이는 아동정책에 반영되어야 한다.

건강과 성장·발달을 저해하는 가장 큰 문제로 빈곤이 손꼽히는데, 이러한 아동 빈곤 완화를 위한 적극적인 정책으로서 주거보장 정책과 소득보장 정책을 들 수 있다(김명희 외, 2011, p. 40). 예컨대 영국의 경우 1999년 최저임금제도를 도입하였는데, 주된 목적이 아동 빈곤을 막기 위함이었다. 이렇듯 가족의 적절한 생활임금 보장은 근본적인 아동 빈곤을 예방하는 정책이라고 할 수 있다(김명희 외, 2011, p. 40). 또한 주거보장은 한국적 맥락에서 굉장히 중요한 정책일 수 있다. 2015년 기준 우리나라의 아동 주거 빈곤 규모는 94만 명으로 이는 전체 아동³⁵⁾의 9.7%에 해당하는데, 이들은 대체로 주거기준법에 규정된 최저 주거 기준에 미달한 곳에 살고 있거나 지하·옥탑에 거주했다(초록우산 어린이재단, 2018, p. 13). 이러한 열악한 주거환경은 신체건강에 영향을 미치는데, 실증적 연구에 따르면 녹녹하고 곰팡이가 있는 집에 사는 아동의 경우 그렇지 않은 아동에 비해 천식, 천명(wheezing)과 같은 호흡기 질환을 더 앓는 것으로 나타났다(Williamson, Martin, McGill, Monic, Fennerty, 1997, p. 232; Emenius et al., 2004, p. 901). 따라서 건강에 악영향을 미칠 수 있는 요인을 개선하기 위해 주거와 소득 정책 등을 포함한 빈

35) 19세 이하의 아동을 말함.

곤 아동 정책 계획 또한 마련되어야 할 것이다.

셋째, 제1차 학생건강증진 기본계획, 제4차 국민건강증진 종합계획에서는 아동과 관련된 건강의 사회적 결정요인을 미흡하게 다루고 있었다. 학교 및 지역사회 유해 환경을 개선하는 정책들은 포함되어 있었으나 소득, 돌봄, 교육 등 상위 수준의 사회적 결정요인에 대한 개입은 고려하지 않고 있었다. 이들 계획이 건강증진계획이라는 특성이 있어 다른 분야의 사회정책까지 포괄하기 어려운 측면이 있으나 건강의 사회적 결정요인의 중요성, 주요한 정책과 계획에 대한 기술은 계획 내에 포함될 필요가 있다. 그리고 각 사업에서 필요할 경우 다른 분야의 정책이나 사업과 연계할 지점을 기술하여 수용자 중심의 통합적 서비스가 될 수 있도록 해야 한다.

넷째, 국민건강증진 종합계획에서는 성과 지표 항목에 대해 모니터링을 정기적으로 하고 건강불평등 지표에 대해서도 일부 진행하고 있으나 학생건강증진 기본계획에서는 건강불평등 모니터링 관련 사업이 포함되어 있지 않으므로 이에 대한 고려가 필요하다.

다섯째, 취약아동 발굴·연계 사업과의 접촉면을 늘려 가려는 노력이 필요하다. 4개 계획에 다양한 사업들이 나열되어 있지만 사회경제적으로 취약한 아동의 경우 사업의 효과가 미진하거나 필요한 서비스를 제때 공급받지 못할 가능성이 크다. 따라서 문제가 발생할 가능성이 큰 아동을 적기에 발굴하고 위험으로부터 예방하는 사업인 취약아동 발굴·연계 사업, 즉 사례관리 사업이 필요하다. 현재 학교 내에는 교육부 주관의 두드림학교와 교육복지우선지원 사업이 운영 중이고 지역사회 차원에서는 드림스타트 사업과 CYS-Net 사업이 운영되고 있다. 그러나 4개 계획에서 이런 사례관리 사업과의 연계를 고려한 내용은 매우 부족했다. 각각의 나열된 사업이 필요한 아동에게 제때 제공될 수 있도록 사례관리 사업을 중심에 놓고 사업을 재배치해 통합적 운영을 검토할 필요가 있다.

여섯째, 4개 계획의 건강 분야 사업은 구성과 특징 면에서 차이를 보였다. 각 계획의 특성을 살려 나가되 다른 계획의 장점을 참고하여 개선하고 동일한 사업의 경우 계획 간 내용의 일관성을 유지하려는 노력이 필요할 것으로 보인다.

제3절 취약아동 발굴·연계 사업현황

1. 드림스타트 사업

가. 사업의 개요³⁶⁾

드림스타트 사업은 가족 해체 및 사회 양극화로 인한 아동 빈곤 문제가 심각해짐에 따라 2006년 보건소의 아동 보호 보건복지 통합서비스 시범 사업 실시를 기점으로 시작되었으며 현재 보건복지부가 주관하고 있다. 본 사업은 아동복지법 제37조³⁷⁾ 및 동법 시행령 제37조³⁸⁾(취약계층 아동에 대한 통합서비스 지원)에 근거를 두고 사업 대상자의 욕구를 파악하여 보건, 복지, 보육(교육) 등 맞춤형 통합서비스를 지역사회 기관³⁹⁾ 및

36) 보건복지부. (2019). 2019년 드림스타트 사업안내., 드림스타트 홈페이지. 드림스타트 사업소개. (https://www.dreamstart.go.kr/contents/sub01_01_01.asp)에서 2019. 7. 16. 인출 자료를 활용해 내용을 구성했음.

37) 국가법령정보센터 홈페이지. (<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=206676&efYd=20190716#0000>)에서 2019. 8. 3. 인출.

38) 국가법령정보센터 홈페이지. (<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=209945&efYd=20190716#0000>)에서 2019. 8. 3. 인출.

39) 지역아동센터, 아동보호전문기관, 희망복지지원단, 찾아가는 복지전담팀 등 타 기관과 연계 및 협력함.

자원과의 연계를 통해 제공한다. 모든 취약계층 아동의 성장과 발달에 도움을 주고 공평한 출발 기회를 제공함으로써 건강하고 행복한 사회 구성원으로 성장할 수 있도록 지원하는 데 그 목적이 있다.

1) 사업 대상자 및 선정

0세(임산부)~만 12세(초등학생)의 취약계층 아동과 그 가족을 대상으로 하며 대상자 발굴은 본인 및 타인 신청, 관련기관⁴⁰⁾ 의뢰나 사회복지정보 시스템(행복e음)⁴¹⁾ 내 취약계층 아동 중 사례관리자의 가정방문을 통해 이루어진다. 이때 초기상담이 진행되는데 가구의 경제상태, 주거 및 건강 상황 등을 종합적으로 파악한다. 대상자와 그 가족 구성원의 욕구를 조사하고⁴²⁾ “아동 양육 환경과 발달 상태를 사정하여 개입이 필요한 경우 드림스타트 사례관리 대상 아동으로 최종 선정된다. 이때 위기 개입, 집중 사례관리, 일반 사례관리로 사례관리 등급이 결정”된다.⁴³⁾

40) 희망복지지원단, 찾아가는 복지전담팀, 지역아동센터, 아동보호전문기관, 어린이집, 유치원, 초등학교 등

41) 각종 사회복지 급여 및 서비스 지원 대상자의 자격과 이력에 관한 정보를 통합 관리하고, 지자체의 복지 업무 처리를 지원하기 위해 2010년 개인별, 가구별 DB로 중앙에 통합 구축한 정보 시스템을 말함(사회보장정보원 홈페이지. (<http://www.ssis.or.kr/lay1/S1T749C765/contents.do>)에서 2019. 7. 16. 인출).

42) 욕구 영역은 안전, 건강, 일상생활 유지, 가족 관계, 사회적 관계, 경제, 교육, 고용, 생활 환경, 법률 및 권익 보장으로 총 10개입(보건복지부, 2019, 2019년 드림스타트 사업안내, p. 66).

43) 위기 개입은 아동 학대, 방임, 가정폭력 등 아동과 그 가족에게 위기 상황이 존재하는 경우로 사례관리가 즉각적으로 개입하여 위기 상황에 대한 대처가 필요한 경우를 말하며, 집중 사례관리는 양육 환경과 아동발달에 대한 문제가 안정화될 때까지 집중적인 주의 및 관리가 필요한 경우를 말함. 마지막으로 일반 사례관리는 대상자와 가구 구성원의 욕구 및 문제가 복합적이지 않지만, 관련 서비스 연계를 통한 관리가 필요한 경우를 말함(보건복지부, 2019, p. 68 재인용).

[그림 6-3] 드림스타트 사업 지원 과정



자료: 드림스타트 홈페이지. 지원과정.
 (https://www.dreamstart.go.kr/contents/sub01_04_01.asp)에서 2019. 7. 23. 인출.

아동 연령과 관련하여 만 12세 이상이라도 초등학교에 재학 중이면 사업 대상에 포함된다. 드림스타트 사례관리 아동 중 만 12세가 도래하더라도 지속적인 사례관리가 필요하다고 인정되는 경우에는 사례회의 및

자치 단체장의 승인을 얻어 최대 만 15세까지 사례관리 기간을 연장할 수 있다. 기초생활수급자 및 차상위계층 가정, 보호 대상 한부모가정(조손 가정 포함), 학대 및 성폭력 피해 아동 등에 대해 우선 지원 원칙이 적용된다.

2015년 기준 저소득 아동 및 그 가족의 사업 이용자 수가 12만 5562명(8만 102가구)에서 2016년에 13만 4853명(8만 6681가구)으로, 2017년에는 14만 4289명(9만 3298가구)으로 지속적으로 증가하고 있다(보건복지부 아동권리과, “취약계층 아동의 벗, 드림스타트” 2018 보고대회, http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=3&CONT_SEQ=344970에서 2019. 7. 17. 인출).

2) 급여 유형

급여 유형은 서비스를 지원하는 형식이다. 지역사회 내 서비스 기관 및 자원과의 연계를 통해 대상자에게 맞춤형 통합서비스를 제공하는데, 서비스 유형은 크게 기본, 필수, 맞춤 서비스로 분류된다. 기본 서비스는 가정방문을 통한 대상자 면담 및 현황 조사를 주요 내용으로 한다. 필수 서비스는 아동발달 영역별 목표 달성을 위해 필수적인 핵심 프로그램을 아동, 임산부, 부모에게 제공하는 것이다(〈표 6-25〉 참고).⁴⁴⁾ 기본 및 필수 서비스는 사례 등급과 무관하게 사업 대상자에게 반드시 제공되어야 한다. 맞춤형 서비스는 대상자의 양육 환경과 아동발달을 고려한 사정 결과

44) 아동에게는 건강검진(성장·발달 스크리닝 포함), 예방접종, 영양 교육, 응급 처치 교육, 아동 권리 교육, 인터넷중독 및 예방 교육, 소방 및 안전 교육, 학대 및 (성)폭력 예방 교육 총 8종 서비스가 제공됨. 임산부의 경우는 산전 및 산후 검진과 예비 부모 교육이, 부모의 경우 자녀 발달 및 양육 교육이 제공됨(보건복지부, (2019, 2019년 드림스타트 사업안내, pp. 83-85).

대상자에게 필요하다고 인정되는 서비스를 제공하는 것이다. 제공 방법은 지역사회 자원과의 연계를 원칙으로 하나, 연계 방식이 어려운 경우에는 직접 제공이 가능하다.

선행연구에 의하면 드림스타트센터 종사자들을 대상으로 한 조사 결과 드림스타트 사업에서 관련기관 간의 연계가 필수적이라는 응답이 90% 이상을 차지했으나, 현실적으로 연계가 이루어지기란 쉽지 않다는 응답(대체로 그렇다, 매우 그렇다)이 40% 이상이었다. ‘외부 자원에 대한 정보가 부족하다’, ‘연계를 위한 예산이 부족하다’, ‘연계 기관과의 체계적인 협력 방법이 부족하다’, ‘연계 기관과의 합의가 부족하다’ 등의 문항에 ‘보통이다’와 ‘대체로 그렇다’란 응답이 많았다(김선화, 2010, pp. 39-53).

〈표 6-23〉 양육 환경 및 아동발달 영역별 필수 서비스 종류

서비스 구분	서비스 내용	프로그램(예시)
신체·건강	- 아동의 건강한 성장과 신체 발달 증진	- 건강검진, 예방접종, 건강 교육, 영양 교육, 응급 처치 교육 등
	- 건강한 생활을 위한 건강검진 및 예방, 치료	
	- 아동발달에 필요한 신체/건강 정보 제공	
인지·언어	- 아동의 의사소통 및 기초 학습 능력 강화	- 기초학력 검사, 기초학력 배양, 경제 교육, 독서 지도 등
	- 맞춤형 인지 및 언어 서비스를 통한 아동의 강점 개발	
정서·행동	- 자아 존중감 및 긍정적 성격 형성을 위한 정서 발달 서비스 제공	- 사회성 발달 프로그램, 아동 학대 예방, 심리 상담 및 치료, 돌봄 기관 연계 등
	- 사회성 발달 및 아동 권리 신장을 위한 교육	
부모·가족	- 부모 자녀 상호작용 및 적합한 교육 환경을 위한 부모 역량 강화	- 부모 교육, 가족 상담 및 치료, 부모 취업 지원, 산전·산후 관리 등
	- 부모의 유능감 및 자존감 강화	
	- 부모의 양육 기술 지원	
	- 임신부의 건강한 출산 및 양육 지원	

자료: 드림스타트 홈페이지. 지원과정.

(https://www.dreamstart.go.kr/contents/sub01_04_01.asp)에서 2017. 7. 23. 인출.

3) 사업의 지역적 분포 현황

사업의 운영 방식은 보건복지부가 총괄하여 시·군·구가 아동 통합서비스 지원 기관(드림스타트)을 설치하고 운영하는 형태이다. 2019년 5월 기준 전국적으로 229개가 설치 및 운영되고 있으며, 시·군·구에 최소 1개 이상 설치되어 사업이 시행되고 있다. 지역 유형별로 아동 통합서비스 지원 기관의 현황을 살펴보면, 대도시 자치구는 69곳, 대도시 기초 단체는 16곳, 중소도시 기초 단체는 62곳, 농산어촌 기초 단체는 82곳이 존재한다.

〈표 6-24〉 2019년 전국 드림스타트 현황

(단위: 개)

서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
25	16	8	10	5	5	5	1	31	18	11	15	14	22	23	18	2

자료: 보건복지부 홈페이지. 드림스타트 운영현황.

(https://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0601vw.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304020703&page=1&CONT_SEQ=293024)에서 2019. 7. 16. 인출.

4) 자원 투입 및 예산

시·군·구별 드림스타트를 설치 및 운영하는 데 있어 전담 공무원은 사회복지, 보건(간호), 보육(교육), 행정 분야로 각 1인씩 최소한 3명으로 구성된다. 취약계층 아동 발굴 및 통합서비스 사업을 수행하는 아동통합사례관리사는 기본 4명을 고용하며 지역별로 취약계층 아동 수를 고려하여 7명까지 구성할 수 있다. 2018년 기준 전국 시·군·구에 총 1030명의 아동통합사례관리사가 드림스타트 사업에 종사하고 있다.⁴⁵⁾ 아동통합사례

45) 보건복지부 아동권리과. (2018. 5. 31.). “취약계층 아동의 벗, 드림스타트”2018 보고대회. 보건복지부 보도자료.

관리사 1인당 권장 사례관리 아동 수는 50~70명이며 취약계층 아동이 많은 지역이라도 아동통합사례관리사 1인당 최대 80명 이상의 아동을 사례관리 하지 않도록 한다. 그러나 실제 현장에서는 100명 이상을 담당하는 경우도 보고되었다(최희선, 2014, pp. 49-50). 또한 인력의 전문성을 유지·발전하기 위해서는 경력 개발이 중요한데 전체 인력의 40% 가까이 가 신규, 23%가량이 2년 차 인력으로 통합사례관리사로서의 전문성을 기대하기 쉽지 않은 상황이었다(정정호, 2016, p. 345).

사업과 관련된 예산은 국비로 100% 지원되는데⁴⁶⁾ 취약계층 아동 수 또는 지리적 특성과 아동통합사례관리사 인력 규모, 사례관리 아동 수 등을 고려하여 시·군·구별 지원 금액 조정이 가능하다. 2016~2018년도 기준 연간 668억 원이 본 사업에 사용되었다(보건복지부 아동권리과, 아이들의 차별 없는 출발을 위한 드림스타트 사업보고대회 개최한다!, http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=349666&SEARCH_KEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EB%93%9C%EB%A6%BC%EC%8A%A4%ED%83%80%ED%8A%B8에서 2019. 7. 30. 인출).

(http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=3&CONT_SEQ=344970)에서 2019. 7. 17. 인출.

46) 서울특별시의 경우는 그 외 지역의 3분의 2 수준만큼 국비에서 지원됨. 예산 편성 기준은 시·군·구별 3억 원, 서울 자치구는 2억 원임.

244 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

〈표 6-25〉 2019년 기준 시·군·구별 예산 지원 기준(안)

(단위: 백만 원)

구분		평가 내용	사업비
기본 사업비	- 사업 관리 운영비	- 시설 유지 관리비, 사무 용품 구입비, 공과금, 수행 인력 여비 및 교육비, 사업현황 조사비(연구비), 차량 구입 지원 및 차량 운행비, 시책 업무 추진비, 특근 매식비, 홍보비, 전산 시스템 유지비 등 ※ 사무소 설치 및 운영 관련 공간 확보 비용은 지방비에서 전액 부담	50
서비스 운영비	- 기본 서비스비	- 아동통합사례관리사 인건비 등 기본 서비스 수행비	차등
	- 필수·맞춤 서비스비	- 필수·맞춤 서비스 연계 및 제공비	차등
	- 지역사회 조직화비	- 부모, 실무자, 지역사회 참여자 대상 사업 설명회 및 교육 운영비 등 - 운영위원회, 아동복지기관협의체, 슈퍼비전 등 지원 기구 운영 지원 및 수당, 사례관리 컨설팅	10

자료: 보건복지부. (2019). 2019년 드림스타트 사업안내, p. 48 재인용.

나. 사업 운영 결과

1) 이용률

정부가 발표한 드림스타트 사업의 이용률⁴⁷⁾을 살펴보면, 2015~2018년 기간 동안 32~36%가량의 사례관리율을 보이고 있다. 2015년 기준 32.2%에서 2018년 기준 36.3%로 4.1%포인트 증가하였다. 초기상담을 받은 아동까지 합하면, 취약계층 아동 중 약 68.3%가 관리를 받았다고 할 수 있다. 취약계층 아동 전수에 대한 상담을 지향한다면 높은 수치라고 보기 어렵다. 또한 보건복지부의 자료에서 취약계층 아동 수가 20만여 명으

47) 실제 사업 대상 아동 수 / 0~12세의 취약계층 아동 수

로 집계되어 있는데, 여유진 외(2017)의 연구에서 추산한 바를 적용하면 0~12세 아동 중 빈곤 아동이 중위소득 40% 기준 약 19만 명, 중위소득 50% 기준 약 58만 명, 중위소득 60% 기준 약 103만 명이다. 이를 감안하면 드림스타트 사업 이용률이 현재 제시된 것보다 상당히 낮을 수 있다는 점을 염두에 두어야 한다.

〈표 6-26〉 서비스 이용 현황

연도	취약계층 (0~12세) 아동 수(A)	계 (B+C)	초기상담(B) ※사례관리 아동 제외	사례관리	
				아동 수(C)	사례관리율 (C/A)
2015년	267,946명	125,562명	39,161명	86,401명	32.2%
2016년	247,959명	134,853명	49,166명	85,687명	34.6%
2017년	226,991명	144,289명	59,618명	84,671명	37.3%
2018년	219,851명	150,052명	70,275명	79,777명	36.3%

자료: 보건복지부 아동권리과. (2019. 6. 4.) 아이들의 차별 없는 출발을 위한 드림스타트 사업보고 대회 개최한다!. 보건복지부 보도자료.

(http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=349666&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EB%93%9C%EB%A6%BC%EC%8A%A4%ED%83%80%ED%8A%B8)에서 2019. 7. 30. 인출

드림스타트 이용 현황을 살펴본 다른 연구에 따르면(이상균, 2017, p. 126), 기초생활수급자, 차상위계층, 한부모가족 등 취약계층 아동이 실질적으로 드림스타트 사업을 이용하고 있는지를 파악할 필요성을 제기했다. 이에 2016년 기준으로 통합사례관리 서비스를 받은 아동 중에서 취약계층 대상 아동 수를 파악했다.⁴⁸⁾ 통합사례관리 대상인 취약계층 아동의 드림스타트 이용률은 28.3%로 나타나 취약계층 아동 10명 중 3명 정도가 드림스타트를 이용한다고 할 수 있다.

48) 이상균(2017)의 연구에서 통합사례관리 아동 수가 2016년 기준 8만 5691명, 이 가운데 취약계층 대상 아동은 7만 55명, 행복e음 정보 시스템을 활용하여 취약계층 대상으로 파악할 수는 24만 7978명으로 보건복지부에서 산출된 값들과 근소한 차이를 보였다.

2) 드림스타트 제공 서비스 분포

정정호(2016)의 연구에 의하면 2015년 3월부터 12월까지 제공된 서비스의 분포를 보았을 때 전체 15만 6590건 중 보육 및 교육 서비스가 5만 5815건(35.6%)으로 가장 많았다. 다음으로는 신체건강 및 보건의료 서비스로 3만 865건(19.7%)이었다. 상대적으로 일자리 서비스(3497건, 2.2%), 주거 서비스(1772건, 1.13%)는 제공률이 낮았다.

3) 사업 만족도⁴⁹⁾

본 사업의 주요 내용은 서비스를 제공하는 것으로서 사업 대상자의 욕구 충족 측면에서 사업의 효과성을 평가하는 것도 중요하다. 2016년⁵⁰⁾에 사업 참여 아동과 부모를 대상으로 만족도 조사를 실시했다. 아동 이용자의 경우 전반적으로 사업 만족도가 높은 것으로 나타났다. ‘그렇다’와 ‘매우 그렇다’라고 응답한 비율이 참여 만족도, 교사의 적극성, 체벌에 대한 보호, 차별받지 않는 것에 대한 만족도의 경우 약 90%로 나타났다. 드림스타트와 연계된 기관의 접근성을 묻는 문항 이외에는 ‘그렇다’와 ‘매우 그렇다’라고 응답한 비율이 80%를 웃돌았다. 접근성은 ‘그렇다’ 이상으로 응답한 비율이 40.7%로 가장 낮았다(노충래, 조용남, 이대성, 송미령, 박형경, 2016, pp. 108-109).

부모를 대상으로 한 조사 결과 전반적으로 아동보다 만족도가 높게 나타났다. 조사 문항에 ‘그렇다’ 이상으로 응답한 비율이 90% 이상인 경우

49) 사업의 전반적인 평가, 서비스 제공 기관의 환경 및 선생님에 대한 평가, 사업의 실질적인 도움 정도를 평가하는 것으로 구성됨. 각 항목 응답을 매우 그렇다~전혀 그렇지 않다 5점 척도로 조사.

50) 만족도 조사 대상 지역은 대도시 기초 단체 16개, 농산어촌 82개, 대도시 자치구 8개, 중소도시 9개 총 115개이며, 대상 인원수는 시·군·구의 아동 2240명, 부모 2299명임.

가 대부분이었으며, 특히 지속적으로 참여하고 싶다고 응답한 비율은 97%, 양육에 도움이 된다고 응답한 비율은 95.8%에 달했다. 양육에 도움이 되는 부분으로 프로그램이 아동의 수준과 욕구를 충족시켜 주는 점, 사교육비 절감, 양육에 대한 정보 획득 등을 꼽았다. 하지만 아동을 대상으로 한 만족도 조사와 마찬가지로 서비스 제공 기관 또는 드림스타트 기관의 접근성이 낮아(42.5%) 불편한 것으로 나타났다(노충래 외, 2016, pp. 120-121).

4) 사업의 건강과 발달 측면 효과

드림스타트 사업은 다양한 측면에서 효과가 있는 것으로 보고되고 있다. 건강 측면에서 영유아의 경우 대근육·소근육 운동 발달⁵¹⁾ 등 건강 및 신체 영역에서 긍정적인 변화, 양육자의 양육 스트레스 감소 및 심리적 안녕감 증가, 초등학교 아동의 경우 사회성 및 학교 적응 증진, 건강증진 행동⁵²⁾에 긍정적 변화 양상을 보였다(노충래 외, 2016, pp. 65-69). 이 뿐만 아니라 드림스타트 사업 참여 전에 비해 참여로 인한 아동의 변화를 살펴본 결과에서도 건강증진 행위, 부모 애착, 학교 적응에 긍정적인 영향을 미쳤다(노충래 외, 2016, pp. 103-105).

5) 문제점

첫째, 드림스타트 이용자인 아동 및 부모의 만족도는 대체로 높은 것으로 나타났지만 이용에 관한 지리적 접근성이 낮은 것이 가장 큰 문제로

51) 양육자가 아동을 관찰하여 아동발달에 관하여 질문지를 작성하는 방식임.

52) 개인위생, 수면 및 패스트푸드 섭취와 같은 생활 습관 등 건강과 관련된 행동을 측정하는 문항들에 아동이 스스로 응답하는 방식임.

지적되었다. 시·군·구 내의 취약계층 아동이 밀집되어 있는 지역을 중심으로 사업 지역을 선정하는 등의 노력으로 농산어촌 기초 단체에 드림스타트 기관이 다른 지역에 비해 많이 설치되었다. 하지만 드림스타트와 연계된 서비스 기관 또는 드림스타트 기관에 대한 접근성은 낮은 것으로 나타났다. 이는 아동의 접근성을 고려한 지역 자원에 대한 연계가 아직 부족하다는 것을 의미하며 향후 지역의 복지 자원 개발이 필요하다는 것을 시사한다.

둘째, 건강, 사회성 측면에서도 본 사업은 효과가 있는 것으로 나타났으나 취약아동의 28.3%만이 드림스타트 사업을 이용하는 낮은 수치를 보였다. 취약아동의 범위를 어떻게 추산하느냐에 따라 이 수치는 더 낮아질 수도 있다.

셋째, 드림스타트 사업이 건강불평등 완화에 기여하기 위해서는 서비스가 필요한 아동을 빠짐없이 발굴해 내는 것이 일차적인 과제이다. 현재 다양한 방법의 발굴 노력이 있으나 이 방법의 한계점을 고려하고 사업을 재검토할 필요가 있다. 학교 내에서 진행되고 있는 통합사례관리 사업, 지역사회에서 진행되고 있는 희망복지지원단, 읍·면·동 복지허브화 사업과의 연계 및 통합 관리가 필요하다.

넷째, 사업에서 누락되는 아동이 없도록 더 많은 인력과 자원이 필수적으로 요구된다. 기존 연구에 의하면 현재 드림스타트 사업 수행 인력의 전문성과 가족 통합서비스 제공 역량에 제한점이 있다는 것이 지적되었다(정정호, 2016, p. 356). 이를 개선하기 위한 지원 방안이 마련되어야 한다.

2. 지역사회 청소년통합지원체계(CYS-Net⁵³) 사업

가. 사업의 개요⁵⁴)

2005년 위기청소년 사회 안전망 구축 사업을 정부의 정책 과제로 선정하면서부터 위기 상황에 놓여 있는 청소년들을 발견하고 통합적인 상담 복지 서비스를 제공하는 청소년통합지원체계(CYS-Net) 사업으로 발전하게 되었다.⁵⁵) 사업은 청소년복지지원법 제9조(지역사회 청소년통합지원체계의 구축·운영) 및 동법 시행령 제4조, 동법 제10조(운영위원회) 및 동법 시행령 제5조⁵⁶57))에 근거하여 운영되고 있다. 본 사업은 지역사회 내 경찰청, 교육청, 학교, 쉼터 및 복지센터 등의 다양한 자원과 연계하여 학업 중단, 가출 등과 같은 어려움을 겪고 있는 위기청소년에게 상담, 보호, 교육, 자립 등의 맞춤형 서비스를 제공한다. 이를 통해 청소년의 건강한 성장과 복지 증진을 도모하고자 한다.

53) Community Youth Safety-Net의 약자이며, 지역사회 시민과 청소년 관련기관 및 단체들이 위기 상황에 놓인 청소년을 발견, 구조, 치료하는 데 참여하는 연계망을 말함.

54) 여성가족부. 2019년 청소년사업 안내.
http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001d.do?mid=plc502&bbtSn=704761에서 2019. 8. 20. 인출, pp.437-479와 한눈에 보는 복지정보 홈페이지.
 지역사회청소년통합지원체계 사업소개.
 (<http://www.bokjiro.go.kr/welInfo/retrieveWellInfoDetail.do?welInfSno=74>)에서 2019. 7. 25. 인출 자료를 활용하여 내용을 구성했음.

55) 한국청소년상담복지개발원 홈페이지.(https://www.kyci.or.kr/userSite/sub02_1.asp)에서 2019. 7. 25. 인출

56) 국가법령센터 홈페이지.
 (<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=205826&efYd=20190319#0000>)에서 2019. 8. 3. 인출

57) 국가법령센터 홈페이지.
 (<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=209767&efYd=20190702#0000>)에서 2019. 8. 3. 인출

1) 서비스 대상자 및 발견 방법

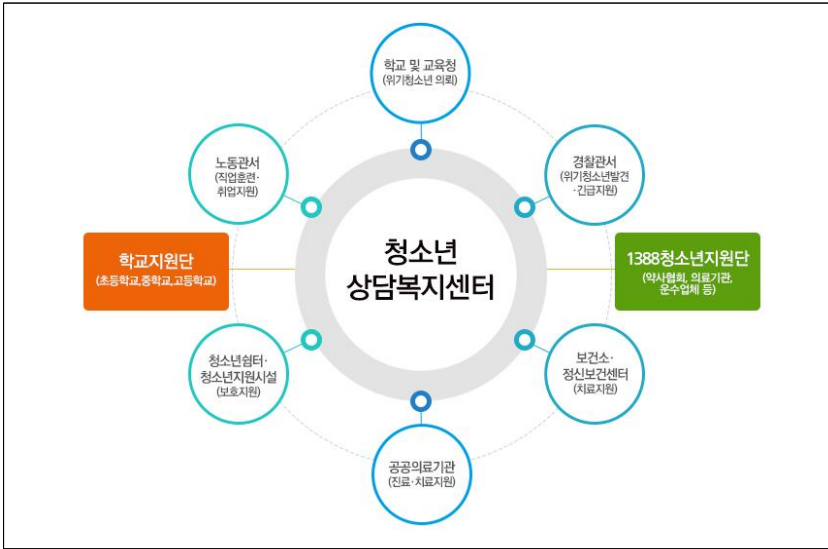
만 9~24세로 가출, 가정 및 학교폭력, 인터넷중독, 학업 중단 등 위기 상황에 처해 있거나 위기 상황에 노출될 가능성이 있는 청소년과 그 가족을 대상으로 한다. 위기(가능) 청소년은 청소년상담복지센터를 주축으로 청소년상담채널, 찾아가는 거리상담, 학교, 교육청, 보건소, 경찰서, 청소년쉼터 등 필수 연계 기관 등을 통해 발견된다. 청소년상담복지센터는 지역사회 CYS-Net의 핵심 기관으로 전국 250여 개가 설치되어 있으며, 청소년 문제를 사정 및 평가하는 역할을 담당한다. 또한 청소년상담채널에는 헬프콜 청소년전화 1388, 문자 상담(#1388), 사이버 채팅 상담⁵⁸⁾ 등이 존재하며, 서비스를 받고자 하는 청소년이 직접 연락하거나 청소년상담복지센터로 방문할 수 있다. 이외에도 1388청소년지원단⁵⁹⁾ 또는 학교지원단⁶⁰⁾을 통해 도움이 필요한 청소년에게 CYS-Net 통합서비스를 제공한다. 위기청소년을 발견하기 위한 각 지역사회의 네트워크 체계도는 [그림 6-4]와 같다.

58) 위기청소년 사이버 채팅 상담 홈페이지는 www.cyber1388.kr임.

59) 지역사회 약국, 병원, PC방, 노래방 등의 민간의 자발적인 참여를 통해 위기치료지원 및 위험에 노출된 청소년을 지원함(여성가족부. 2019년 청소년사업 안내. http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001d.do?mid=plc502&bbsSn=704761에서 2019. 8. 20.인출, p.447).

60) 학교 부적응(따돌림, 집단 폭력, 가출, 무단결석 등) 및 학업 중단 청소년을 조기에 발견하고 지원하기 위해 지역사회 내의 각급 학교로 구성된 조직을 말함(여성가족부. 2019년 청소년사업 안내. http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001d.do?mid=plc502&bbsSn=704761에서 2019. 8. 20.인출, p.447).

[그림 6-4] 지역사회 청소년통합지원체계(CYS-Net) 구축 모형(예시)



자료: 남양주 시청 홈페이지. 청소년통합지원(CYS-Net).
 (<https://www.nyj.go.kr/main/947>)에서 2019. 7. 26. 인출.

2) 급여 유형

드림스타트 사업과 마찬가지로 급여 유형은 서비스를 제공하는 방식으로 이루어진다. 먼저 발견된 위기청소년 및 그 가족이 겪고 있는 위기 상황에 대해 상담 등을 지원한다. 가출, 성매매, 가정폭력, 약물 중독 등 위기 상황에 처한 청소년에게 일시보호소⁶¹⁾를 제공하며 치료 등이 필요한 경우 의료비, 교통비, 식비 등을 지원한다. 더 나아가 심리 평가, 전문 상

61) 입소일로부터 24시간 이내를 원칙으로 하며, 청소년쉼터 등 연계 시설을 찾지 못한 경우 또는 심리 치료, 의료 지원 등이 필요한 경우는 최대 1주일까지 보호 가능함(여성가족부. 2019년 청소년사업 안내.
http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001d.do?mid=plc502&bbsn=704761에서 2019. 8. 20.인출, p. 450).

담, 의료·법률 등의 각종 권리 구제 서비스 또는 보호 시설 연계 등 사후 관리 서비스를 제공한다(여성가족부, 2019년 청소년사업 안내, http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001d.do?mid=plc502&bbtSn=704761에서 2019. 8. 20. 인출, pp. 449-450).

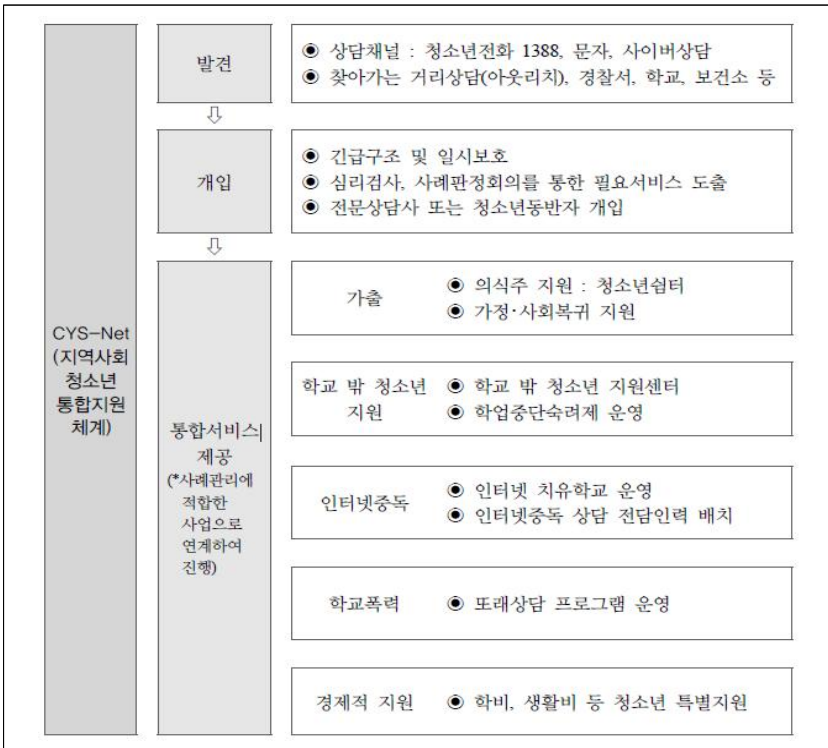
위기청소년 유형에 따라 필요한 맞춤형 서비스를 제공할 수 있는데, “보호자가 없거나 실질적으로 보호자의 보호를 받지 못하는 청소년에게 생활비·치료비·학업 지원비 등을 지원한다”(여성가족부, 2019년 청소년사업 안내, http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001d.do?mid=plc502&bbtSn=704761에서 2019. 8. 20. 인출, p. 737).⁶²⁾ 또한 가출 청소년에게 청소년쉼터를, 학교밖청소년에게는 학교밖청소년 지원센터를, 정서적 지지가 필요한 청소년에게는 전문상담사 또는 청소년 동반자⁶³⁾를 연계하여 지원한다.

62) 선정 기준은 대상자 가구소득이 중위소득 72% 이하(생활 및 건강 지원의 경우 60% 이하)임(여성가족부, 2019년 청소년사업 안내.

http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001d.do?mid=plc502&bbtSn=704761에서 2019. 8. 20. 인출, p.737).

63) 상담 분야의 전문가로서 위기청소년을 직접 찾아가 지역사회의 자원과 연계할 수 있는 방안에 대해 모색하고, 그들과 지속적인 관계를 형성하여 청소년의 심리적·정서적 지지를 제공하는 자를 말함(강남구청소년상담복지센터 홈페이지. (<http://www.gnyc.or.kr/sub02/04.php>)에서 2017. 7. 26. 인출).

[그림 6-5] 지역사회 청소년통합지원체계(CYS-Net)에서 제공되는 서비스



자료: 여성가족부. 2019년 청소년사업 안내.

http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001d.do?mid=plc502&bbtSn=704761
에서 2019. 8. 20. 인출, p. 441.

3) 사업의 지역적 분포 현황

사업은 여성가족부가 청소년상담복지센터 설치 및 운영에 관해 총괄하고 한국청소년상담복지개발원이 지역 센터 인력의 전문성 강화를 위한 교육을 지원하는 형태로 운영된다. 청소년상담복지센터는 시도, 시·군·구에 구축되어 있으며, 2019년 기준 각 시도에 17개, 시·군·구에는 212개가 설치되어 운영 중이다.

〈표 6-27〉 2019년 전국 청소년상담복지센터 설치 현황(2019년 3월 기준)

(단위: 개)

구분	소계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
시도	17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
시 군·구	212	24	12	8	8	5	2	4	-	31	12	12	15	14	22	21	20	2
합계	229	25	13	9	9	6	3	5	1	32	13	13	16	15	23	22	21	3

자료: 여성가족부 홈페이지. 전국 청소년 상담복지센터 현황.
 (http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001d.do?mid=plc502&bbtSn=162)에서
 2019. 7. 26. 인출.

4) 자원 투입 및 예산

CYS-Net 운영 인력 기준을 살펴보면 시도의 경우 6명, 시·군·구의 경우는 2~3명으로 구성된다. 이외에 시·군·구 청소년상담복지센터에는 위기청소년을 신속하게 지원하기 위해 1명 이상의 청소년동반자를 두도록 하고 있다. 2018년 기준 전국 청소년동반자 배치 현황은 1216명이다(여성가족부, 2019년 청소년사업 안내).

http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001d.do?mid=plc502&bbtSn=704761에서 2019. 8. 20. 인출). 지자체는 지역 규모를 고려하여 시도별 청소년동반자⁶⁴⁾ 최소 배정 기준 인원을 정하고 있다.

64) 청소년동반자는 자격 요건에 따라 전일제 동반자와 시간제 동반자로 구분됨.

〈표 6-28〉 2019년 시도별 청소년동반자 기준 인원

(단위: 명)

구분	소계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
전일제	354	36	30	19	18	13	12	7	3	86	18	13	17	16	20	22	19	5
시간제	954	132	85	44	47	30	44	32	5	215	31	32	32	21	39	60	95	10
합계	1,308	168	115	63	65	43	56	39	8	301	49	45	49	37	59	82	114	15

자료: 여성가족부. 2019년 청소년사업 안내,
http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001d.do?mid=plc502&bbtSn=704761
 에서 2019. 8. 20.인출, p. 495 재인용.

CYS-Net 사업 예산은 국비와 지방비 각각 50%씩 부담하여 편성되나 지자체는 위기청소년 지원을 강화하기 위해 지방비 부담을 50% 초과해 예산을 편성 및 지원할 수 있다. 국비에서 부담하는 사업 예산의 재원은 청소년육성기금이며, 시도별 예산 범위 안에서 시·군·구 센터별 지원 금액은 조정이 가능하다. 청소년동반자, 학교밖청소년지원센터 등의 사업을 위해 본 사업에 포함할 수 없기 때문에 예산을 전용하여 사용할 수 없다.

나. 사업 운영 결과

1) 이용자율

위기(가능) 청소년이 도움을 구할 때 처음 접하게 되는 경로로 청소년 상담 서비스를 생각해 볼 수 있다. 이러한 서비스를 잠재적 위기청소년이 얼마나 이용했는지 알아볼 필요가 있다. 2018년 기준 청소년 상담 대상 수는 505만 5678명이었으며(통계청 국가통계포털, 전국 청소년 상담 내용 및 대상현황, <http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail>).

do?idx_cd=1600에서 2019. 8. 7. 인출), 청소년 수는 899만 명으로(통계청 국가통계포털, 청소년 인구 및 구성비, http://index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxMainPrint.do?idx_cd=1597&board_cd=INDX_001에서 2019. 8. 5. 인출), 상담 이용률⁶⁵⁾을 추산하면 56.2%였다. 청소년의 절반 이상이 상담 서비스를 이용한 것으로 나타났다. 하지만 청소년 상담 대상 수는 지역 청소년상담복지센터 실적과 한국청소년상담복지개발원 실적을 합산한 것으로 과대 추정되었을 수도 있다. 또한 실질적으로 CYS-Net을 통해 위기청소년들이 필요한 서비스를 얼마나 제공받고 있는지도 알아볼 필요가 있다(여성가족부, 2018b, p. 2). 2016년 기준 CYS-Net에 의뢰되어 도움을 받은 청소년 수는 18만 6336명이었으며, 사회 적응에 어려움을 겪는 위기청소년은 77만 명으로⁶⁶⁾ 서비스 이용률을 추산하면 24.2%⁶⁷⁾였다.

CYS-Net에 의뢰되어 서비스를 받은 이용자 증감률⁶⁸⁾을 살펴보면, 2017년 기준 17만 8128명으로 전년 18만 6336명에 비해 약 4.4% 감소한 반면 2015년 22만 4792명에 비해서는 약 20.8% 큰 폭으로 감소했다.

2) CYS-Net 제공 서비스 분포

연도별로 제공된 서비스 유형을 살펴보면, 상담 및 정서적 지원이 가장

65) 상담 이용률 = 전국 청소년 상담 대상 수 / 전체 청소년 수(※ 청소년은 청소년기본법상의 9~24세 청소년을 말함)

66) 여성가족부. (2018b). 여성·가족·청소년이 함께 만드는 성평등한 민주사회 2018년 여성가족부 업무보고 자료. 서울: 여성가족부 중 p. 2를 참고해 작성함.

67) 서비스 이용률 = CYS-Net에 의뢰되어 도움받은 이용자 수 / 추산된 위기청소년 수 * 100

68) 서비스 이용자 증감률 = (이번 연도 이용자 수 - 전년도 이용자 수) / 전년도 이용자 수 * 100

크게 차지했으며 기초생활 및 경제 지원 서비스, 교육 및 학업 지원 서비스가 그 뒤를 따랐다. 의료 지원의 경우는 연도별로 지속적으로 증가하고 있다. 상담 서비스를 받은 경우 주요 상담 내용은 2017년 기준 대인 관계(27.1%), 학업 및 진로(17.8%), 정신건강 문제(12.2%), 일탈/비행(9.5%), 컴퓨터/인터넷 사용(8.4%), 가정(7.7%) 등의 순이었다.⁶⁹⁾

〈표 6-29〉 연도별 서비스 제공 내용(2018년 6월 기준)

(단위: 건)

연도	합계	상담 및 정서적 지원	사회적 보호	기초생활 및 경제 지원	교육 및 학업 지원	자활 지원	의료 지원	법률 자문 및 권리 구제	여가 및 문화 활동 지원
'15	2,000,600	1,288,115	61,151	311,197	80,118	20,703	4,966	1,803	232,547
'16	2,322,564	1,363,329	80,908	352,116	105,745	9,231	9,322	1,644	400,269
'17	2,553,137	1,566,866	71,396	417,699	84,188	11,404	11,404	1,986	388,194

자료: 여성가족부. 2018a. 2018년 하반기 주요업무 참고자료. p.149 재인용

3) 사업 만족도

서비스를 이용한 청소년의 만족도를 살펴보면 2015년 85.8점에서 2017년 86.9점으로 향상되었으며, 서비스 이용 전후의 위기 개선율⁷⁰⁾도 2015년 기준 17.9%에서 2017년 기준 20.4%로 2.5%포인트 증가했다.⁷¹⁾

69) 통계청 국가통계포털. (2017). 전국 청소년 상담 내용 및 대상현황. (http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1600)에서 2019. 8. 7. 인출.

70) 서비스 이용 전후 위기수준 개선율 = $\frac{\text{위기수준 사전평가} - \text{사후평가}}{\text{위기수준 사전평가}} \times 100$

(※ 청소년상담복지센터 서비스 이용 후의 위기수준 변화를 말함.)

71) 여성가족부 홈페이지. 청소년 긴급상황, 청소년상담복지센터가 함께 합니다. (http://www.mogef.go.kr/nw/enw/nw_enw_s001d.do?mid=mda700&bbtSn=706095)에서 2019. 7. 30. 인출.

4) 문제점

첫째, 사업의 서비스 이용 만족도는 지속적으로 증가하고 있으나 추산된 위기청소년 규모에 비해 적은 수의 위기청소년(약 24.2%)이 CYS-Net을 통해 실질적인 서비스를 받는 것으로 나타났다. 또한 서비스 이용률도 계속 감소하고 있어 CYS-Net 사업을 통한 위기청소년 발견 및 위기 상황에 대한 적절한 개입이 제대로 이루어지고 있는지를 재고할 필요가 있다.

둘째, CYS-Net 담당 공무원을 전화로 인터뷰한 결과, 청소년상담복지센터의 설치 및 운영에서 취약지역에 대한 고려는 따로 하지 않고 있었다. 위기청소년이 밀집된 지역 또는 이러한 청소년이 다빈도로 발견될 수 있는 지역에 대한 고려가 필요하다.

셋째, 희망복지지원단, 읍·면·동 복지허브화 사업, 드림스타트 사업 등 다른 통합사례관리 사업과의 연계를 고려해야 한다.

넷째, 서비스 연계 기관 확대를 통해 접근성을 강화해야 한다.

다섯째, 대상자 발굴 노력을 적극적으로 강화할 필요가 있다.

3. 소결

취약아동 발굴·연계 사업으로 대표적 통합사례관리 사업인 드림스타트 사업과 CYS-Net 사업을 고찰한 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 드림스타트와 CYS-Net 두 사업 모두 서비스를 이용한 사람들의 만족도가 대체로 높은 것으로 나타났다. 그러나 이용에 관한 지리적 접근성이 낮은 것이 가장 큰 문제로 지적되었다. 사업과 연계된 서비스 기관 또는 해당 사업 기관에 대한 접근성은 낮은 것으로 나타났다. 이는 아동의 접근성을 고려한 지역 자원에 대한 연계가 아직 부족하다는 것을 의미하며 향후 지역의 복지 자원 개발이 필요하다는 것을 시사한다.

둘째, 두 사업 모두 서비스 이용자에게 효과적인 사업으로 나타났으나 서비스 이용률이 낮은 수치를 보였다. 드림스타트 사업과 CYS-Net이 건강불평등 완화에 기여하기 위해서는 서비스가 필요한 아동을 빠짐없이 발굴해 내는 것이 일차적인 과제이다. 현재 다양한 방법의 발굴 노력이 있으나 이 방법의 한계점을 고려하고 사업을 재검토할 필요가 있다.

셋째, 두 사업 이외에 현재 진행되고 있는 통합사례관리 사업과의 유기적인 연계 또는 통합 관리가 필요하다. 학교 내에서 진행되고 있는 두드림학교, 교육복지우선지원 사업 등 통합사례관리 사업, 지역사회에서 진행되고 있는 희망복지지원단, 읍·면·동 복지허브화 사업과의 연계 및 통합 관리를 해야 한다.

넷째, 통합사례관리가 필요하지만 사업에서 누락되는 아동이 없도록 사업을 확대하기 위해 더 많은 인력과 자원이 필수적으로 요구되며, 이를 개선하기 위한 지원 방안이 마련되어야 한다.

다섯째, 드림스타트센터, 청소년상담복지센터의 설치 및 운영 시 취약지역에 대한 고려가 필요하다. 특히 청소년상담복지센터의 경우 위기청

소년이 밀집된 지역 또는 이러한 청소년이 다빈도로 발견될 수 있는 지역을 고려해야 한다.

제4절 개선방향

이상의 검토를 바탕으로 건강불평등 완화의 관점에서 개선방향을 제안하였다. 우선 정부 차원의 대책에 대한 제안은 다음과 같다.

〈표 6-30〉 건강불평등 완화를 위한 개선방향

		아동정책 기본계획	청소년정책 기본계획	학생건강증진 기본계획	국민건강증진 종합계획
개선 방향1	내용	총괄 목표에 ‘불평등 완화’를 적시하고, 성과 지표, 사업 내용에 불평등 완화 관련 내용을 포함시킨다.			
	책임 부서	보건복지부 (관계 부처 합동)	여성가족부 (관계 부처 합동)	교육부 (관계 부처 합동)	보건복지부
개선 방향2	내용	안전하고 건강한 주거 및 안정된 생활 영위를 보장하는 정책을 포함시킨다.			
	책임 부서	보건복지부, 국토교통부			
개선 방향3	내용			건강불평등 모니터링을 시행한다.	
	책임 부서			보건복지부	
개선 방향4	내용	건강불평등 완화를 위해 건강의 사회적 결정요인에 대한 접근의 필요성과 중요성을 인식하고, 통합적 접근을 위한 기반을 조성한다.			
	책임 부서	보건복지부 (관계 부처 합동)	여성가족부 (관계 부처 합동)	교육부 (관계 부처 합동)	보건복지부

자료: 본 연구진이 작성함.

첫째, 아동정책 기본계획, 청소년정책 기본계획, 학생건강증진 기본계획, 국민건강증진 종합계획에서 ‘불평등 완화’가 총괄 목표, 성과 지표,

사업 내용에 명확히 드러나야 한다. 검토한 4개 계획 모두 불평등 완화의 측면에서 설계가 미흡하였다. 국민건강증진 종합계획에서는 건강형평성 제고가 총괄 목표 중 하나로 선언되었으나 이에 대한 총괄 성과 지표는 제시되지 않았고, 대표 성과 지표에는 형평성 관련 지표가 포함되어 있지 않으며, 전체 357개 성과 지표 중 건강형평성 관련 지표는 24개에 머물고 있었다. 국민건강증진 종합계획을 제외한 나머지 3개 계획에서는 사회경제적 불평등 완화 또는 건강불평등 완화를 총괄 목표로 제시하고 있지 않았고, 건강불평등 관련 성과 지표는 아예 제시되지 않았거나 제시된 성과 지표에서도 불평등 완화 지표를 고려한 수준은 미흡하였다. 또한 불평등 완화를 고려한 사업을 설계한 경우도 4개 계획 모두에서 50%가 되지 않았다. 다양한 지표에서 아동의 평균 수준을 올리는 것도 중요하지만 아동 간의 불평등을 완화시키는 것도 정의적 차원·사회통합적 차원·결과적 차원에서 필요하다. 물론 일부 사업에는 취약아동에 대한 지원이 포함되어 있지만 계획의 방향성을 명확히 하지 않으면 사업이 분절되고 시혜적 차원에 머무를 위험이 있다. 또한 불평등 완화 정책은 특정 취약아동만을 대상으로 한 사업으로는 불충분하다는 점도 상기할 필요가 있다. 따라서 아동과 관련된 계획에서 불평등 완화의 목표, 성과 지표가 선명하게 드러나고 이에 따라 사업이 계획되어야 할 것이다.

둘째, 안전하고 건강한 주거 및 안정된 생활 영위를 보장하는 아동정책 기본계획, 청소년정책 기본계획이 마련되어야 한다. 두 기본계획에는 경제적 박탈에 놓여 있는 아동에 대한 정책이 제한적이었다. 특히 주거보장, 소득보장 정책이 미비하였다. 아동기의 건강과 성장·발달을 증진하기 위해서는 단지 보건의료 서비스를 제공하는 것을 넘어 건강의 사회적 결정요인을 함께 고려해야 하고, 이는 아동정책에 반영되어야 한다. 더불어 빈곤 아동 계획도 빠른 시일 내에 마련이 되어야 한다.

셋째, 국민건강증진 종합계획에서는 성과 지표와 일부 건강형평성 지표에 대해 모니터링을 하고 있으나, 학생건강증진 기본계획에서는 건강 불평등 모니터링이 전혀 고려되지 않고 있다. 모니터링은 건강불평등에 대한 인식을 고취시킬 수 있으며, 건강불평등 완화 사업을 계획하고 실행하기 위한 가장 기본적이고 필수적인 단계이다. 아동에 대한 건강불평등 모니터링을 적극적으로 고려해야 한다. 넷째, 건강불평등 완화를 위해 건강의 사회적 결정요인에 대한 접근의 필요성과 중요성을 인식하고, 통합적으로 접근할 수 있는 기반을 조성해야 한다. 건강은 다양한 사회적 요인에 의해 결정되므로, 보건 분야 정책만으로는 건강불평등 완화라는 정책 목표에 도달할 수 없다. 건강형평성을 제고하려면 건강의 사회적 결정요인에 관여하는 다양한 부처(예: 보건복지부, 교육부, 여성가족부, 국토교통부, 행정안전부, 법무부 등)의 '통합 정책위원회'가 설치·운영되어야 한다. 이를 위해 보건복지부의 리더십이 발휘될 필요가 있다.

연장선상에서, 제1차 학생건강증진 기본계획, 제4차 국민건강증진 종합계획에서는 아동과 관련된 건강의 사회적 결정요인을 다루고 유관 계획과의 연계 방안을 기술해야 한다. 건강 관련 계획에서 학교 및 지역사회 유해 환경을 개선하는 정책들은 포함되어 있었으나, 소득, 돌봄, 교육 등 상위 수준의 사회적 결정요인에 대한 개입은 고려하지 않고 있었다. 건강증진에 특화된 계획이라는 특징으로 인해 다른 분야의 사회정책까지 포괄하기 어려운 측면이 있으나 건강의 사회적 결정요인의 중요성, 주요한 정책과 계획에 대한 기술은 계획 내에 포함될 필요가 있다. 그리고 각 사업에서 필요할 경우 다른 분야의 정책이나 사업과 연계할 지점을 기술하여 수용자 중심의 통합적 서비스가 될 수 있도록 해야 한다.

취약아동 발굴·연계 사업에 대한 제안은 다음과 같다.

첫째, 아동 통합사례관리 사업을 확대 실시할 필요가 있다. 드림스타트

사업과 CYS-Net 사업의 경우 각각 취약아동과 위기청소년을 대상으로 하고 있다. 특히 드림스타트 사업의 경우 초기 아동발달에 있어 중요한 역할을 가진다. 취약계층 아동의 욕구를 파악하여 보건, 복지, 보육 등의 서비스를 지역사회 자원과 연계해 제공하는데, 사업의 만족도가 높을 뿐만 아니라 아동발달에도 긍정적인 영향을 미쳤다. 또한 참여 전후 비교에서도 참여 후에 아동의 건강증진 행위, 부모 애착 등에 긍정적인 변화를 보였다. 이는 서비스 제공이 아동의 건강과 발달 측면에서 효과가 있음을 의미하는 것이다. 그럼에도 불구하고 취약아동의 28% 정도만이 사업에 참여하는 실정이다. 사업 확대를 통해 취약아동들의 건강을 개선하고, 더 나아가 취약계층 아동과 그렇지 않은 아동들 간의 건강 격차를 줄이는 데 기여할 수 있을 것이다.

둘째, 아동 통합사례관리 사업 기관 설치 시 지역 간 불균형을 완화할 필요가 있다. 드림스타트 사업의 경우 시·군·구 내 취약계층 아동 밀집 지역을 중심으로 사업 지역을 선정하는 노력을 기울이고 있지만, 드림스타트와 연계된 서비스 기관 혹은 드림스타트 기관에 대한 접근성이 낮아 서비스 제공에 있어 지역 간의 불균형이 초래될 우려가 있다. 또한 CYS-Net 사업의 경우는 청소년상담복지센터의 설치 및 운영 시에도 취약지역에 대한 고려가 없었다. 위기청소년이 밀집된 지역을 고려해 지역 간 격차를 줄일 필요가 있을 것이다. 아울러 지역의 복지 자원을 개발해 연계 서비스를 강화해야 한다. 통합사례관리 사업의 효과를 더욱 높이기 위해서는 사업과 연계된 서비스 기관 또는 해당 사업 기관에 대한 접근성을 높여야 한다.

셋째, 두 사업 이외에 현재 진행되고 있는 통합사례관리 사업과의 유기적인 연계 또는 통합 관리가 필요하다. 학교 내에서 진행되고 있는 두드림학교, 교육복지우선지원 사업 등 통합사례관리 사업, 지역사회에서 진

행되고 있는 희망복지지원단, 읍·면·동 복지허브화 사업과의 연계 및 통합 관리를 해야 한다. 동시에 연령에 따른 통합사례관리 사업의 연계를 재정립할 필요가 있다. 드림스타트 사업의 경우 임신부부터 만 12세까지 지원해 주는 사업으로 연령별 특성의 변화가 큰 여러 연령대를 포괄하고 있어 인력의 전문성을 키우는 데에도 한계가 있다. 그러므로 임신부~만 5세, 만 6~11세, 만 12~17세로 연령별 통합사례관리 사업 전문가를 양성하고 이에 따라 현재 통합사례관리 사업을 재배치할 필요성이 있다. 각 통합사례관리 사업은 가족을 중심으로 연계하여 논의하는 구조를 가져야 한다.

넷째, 누락되는 아동 없이 서비스가 필요한 취약아동이 모두 사업 대상으로 포함될 수 있도록 더 많은 인력과 자원이 필수적으로 요구된다. 인력의 전문성을 높이고 통합서비스 제공의 질을 향상시키기 위한 지원 방안이 마련되어야 한다.

제 7 장

결론

제1절 주요 연구 결과
제2절 정책 제언

제1절 주요 연구 결과

아동기는 신체적, 정신적, 사회적, 인지적 발달이 급격하게 일어나는 시기이다. 이 시기의 건강은 성인기의 건강에 영향을 미칠 뿐만 아니라 교육이나 노동시장에서의 성취 등 전반적인 삶의 궤적에서 큰 영향을 미친다. 건강불평등의 측면에서도 아동기의 건강불평등은 성인기의 건강불평등으로 이어지게 될 뿐만 아니라 건강에 영향을 미치는 사회적 결정요인의 불평등한 분포에 더욱더 민감하다는 측면에서 중요하게 다루어질 필요가 있다.

그러나 아동기는 성인기에 비해 만성질환으로 인한 유병이나 사망이 적다는 이유로 상대적으로 보건학적 관심이 크지 않았고, 건강불평등 연구에서 흔히 인구집단을 나누는 기준인 교육수준, 소득, 직업의 구분 또한 활용하기 어렵다. 이러한 이유로 건강불평등 연구에서도 아동기 건강 불평등 연구는 상대적으로 관심이 적어 건강불평등의 관점에서 아동의 건강을 전체적으로 조망한 연구는 많지 않았다.

이러한 배경에서 본 연구는 아동 건강불평등 모니터링을 위해 아동기 건강불평등 발생 기전 모형 개발, 아동기 건강불평등 지표 개발, 그리고 아동 건강 관련 정책 평가의 세 가지 내용으로 연구가 진행되었다.

1. 아동 건강불평등 발생 기전 모형 개발

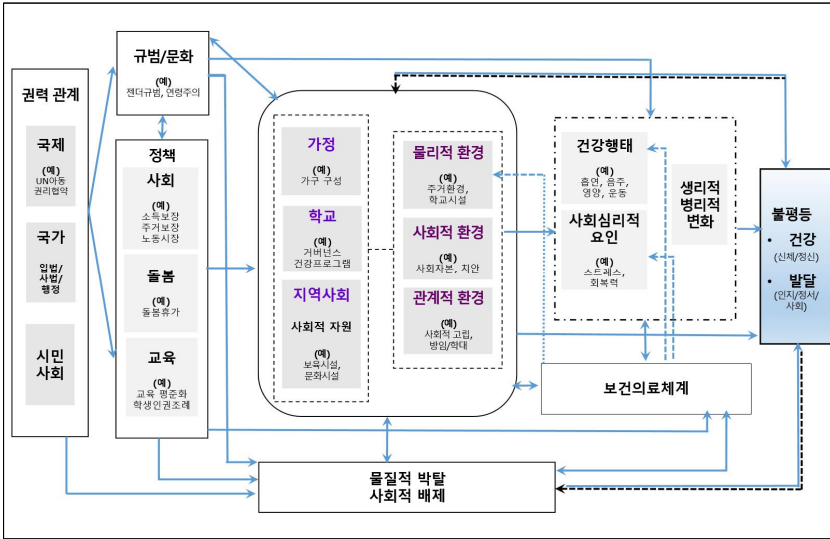
아동·청소년기의 건강불평등 모니터링을 위한 지표를 설정하려면, 자료의 가용성뿐 아니라 타당한 이론적 근거가 중요하다. 어떤 측면의 건강 불평등이 중요한지, 그러한 건강불평등 현상이 무엇으로부터 촉발되거나 촉진되는지에 대한 이해를 바탕으로, 모니터링 지표와 방법이 정해질 수 있기 때문이다.

본 연구에서는 아동기 건강불평등 발생 기전의 모형을 개발하기 위해 우선 국내 실증 연구들을 검토함으로써 아동·청소년기의 건강결정요인들을 확인하였다. 국내의 경험적 연구들에 의하면 가구소득과 물질적 풍요도, 부모의 교육수준, 부모의 직업 등 사회경제적 환경, 가족의 구성 형태, 지역의 박탈 수준과 발전 정도, 그리고 개인의 젠더, 건강행태, 학교 급 등이 아동기 건강불평등과 관련성이 있음을 보여주었다.

그리고 WHO 조기 아동발달 통합 환경 사정 모델(Team-ECD), 브론펜브레너(Bronfenbrenner, 1979, 1995)의 생태학적 체계 모델, 엘더(Elder)의 생애 이론, 카오스(Chaos) 모델(Kamp Dust C. M. et al., 2013), 비너(Viner et al., 2012)의 모델들을 종합하여 다음의 모형으로 개념화하였다(〔그림 7-1〕 참조). 이 모형은 아동의 건강과 발달이 아동을 둘러싼 여러 체계들의 다층적 상호작용에 영향을 받는다고 전제한다.

본 모형은 아동기 건강불평등 발생 기전에 대해 개념적으로 완성되어 가는 과정으로, 실증 연구로서 검증되지 않은 상태이지만 성인기와는 차별화되는 아동기 건강불평등 발생 기전을 모형화하였다는 데서 그 의의를 찾을 수 있다.

[그림 7-1] 아동기 건강불평등 발생 기전 모형



자료: 본 연구진이 작성함.

2. 아동기 건강불평등 모니터링 지표 개발 및 산출

가. 아동기 건강불평등 모니터링 지표 개발

본 연구에서는 아동기 건강불평등 발생 기전 모형에 이어 아동기 건강 불평등 모니터링 지표를 개발하였다. WHO CSDH(2008)에서 강조한 건강의 사회적 결정요인을 반영한 건강불평등 지표는 그동안 우리나라에서 김동진 외(2017, 2018)에 의해 개발되어 사용되어 왔으나 이는 성인을 대상으로 한 것으로 아동기 건강불평등 모니터링에 그대로 적용하기에는 어려움이 있다. 이러한 이유로 아동기 건강결정요인과 선행연구 검토 등을 통해 아동기 건강불평등 지표를 개발하였다.

아동기 건강불평등 지표(안)의 대분류는 WHO CSDH(2008)에서 개

발한 건강불평등 발생 기전 모형을 토대로 사회구조적 요인, 중개요인, 건강결과로 우선 구분하였고, 영역은 아동을 둘러싼 환경을 고려하여 사회구조적 요인은 가족, 학교, 지역, 국가 영역으로 다시 구분하고, 중개요인은 개인, 가족, 학교, 지역사회로 재분류하였다. 그리고 건강결과는 인지적 건강, 주관적 건강, 신체적 건강, 정신적 건강, 사망으로 분류하여 세부지표를 구성하였다.

연구진에 의해 개발된 아동 건강불평등 모니터링 지표(안)에 대한 적절성 평가를 위해 3개 대분류, 15개 영역, 61개 중분류, 157개 세부지표(16개 추가 지표 미포함)를 대상으로 최종 2번의 라운드에 걸친 델파이 조사를 수행하였다. 그 결과 대부분의 지표가 아동기 건강불평등 모니터링 지표로서 적절한 것으로 확인되었다.

한편 본 연구에서 개발된 157개 세부지표와 전문가 조사에서 추가 제안된 16개 세부지표를 포함한 총 173개 세부지표 중 필수 지표의 지지율이 50% 이상인 지표는 58개, 60% 이상인 지표는 47개, 70% 이상인 지표는 36개, 80% 이상인 지표는 25개였다. 조사 참여자들이 1차 조사 결과를 토대로 더 많은 필수 지표를 선택한 것을 확인할 수 있었다. 최종 2차 조사에서 모든 참여자들이 사회구조적 요인의 '지역 박탈 수준', 발달과 건강의 '아동 삶의 질 지표', '자살 시도 경험률'을 필수 지표로 선정하였다. 중개요인에서는 '현재 흡연율'과 '영유아 국가필수예방접종 완전접종률'이 94.4%로 응답률이 가장 높았다.

나. 아동기 건강불평등 모니터링 지표 산출

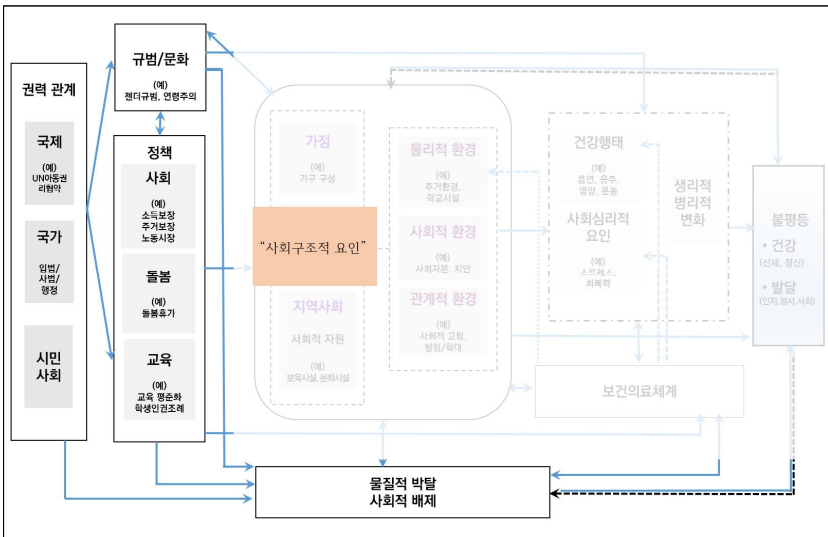
본 연구에서는 전문가 조사 결과 아동 건강불평등 현황을 진단하고 문제를 개선하기 위해 모니터링이 필요하다고 선정된 필수 지표 중 80% 이

상의 높은 응답률을 보인 25개 지표를 산출하여 연도별 추이와 인구집단별, 지역별 차이를 모니터하였다.

1) 사회구조적 요인

이번 연구에서 산출한 사회구조적 요인은 총 7개 지표로, 가구와 지역 단위의 빈곤 및 박탈 수준과 아동에 대한 국가적 지원을 파악할 수 있는 지표들로 구성되어 있으며([그림 7-2] 참조), 사회구조적 요인 지표별 주요 산출 결과는 다음과 같다.

[그림 7-2] 아동기 건강불평등 발생 기전 모형 중 사회구조적 요인



자료: 본 연구진이 작성함.

초·중·고등학생의 월평균 사교육비 지출액(2018년 기준)은 2009년에 비해 4만 9000원 증가한 29만 1000원으로, 성별로는 남학생보다 여

학생의 사교육비 지출이 더 많았다. 또한 가구 경제상태가 높을수록 사교육비 지출액이 많아지는 경향이 뚜렷하였으며, 아버지의 교육수준에 따라서도 불평등한 사교육비 지출 행태를 보였다. 지역별로는 서울의 월평균 사교육비 지출액이 가장 높았다.

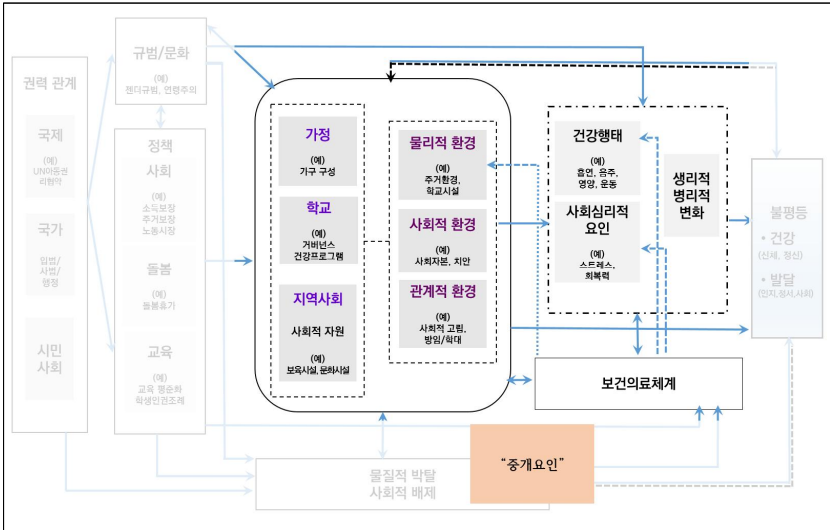
아동의 상대빈곤율은 2008년 이후 지속적으로 감소해 2016년 약 7~8% 수준으로 떨어졌으나, 2017년 1/4분기에 약 10% 수준으로 높아진 후 2018년 2/4분기까지 증가된 수준을 유지하고 있다.

우리나라의 GDP 대비 아동·가족에 대한 급여 지출 비율(가족수당, 출산 전후 휴가, 기타 현금급여, 영육아 보육, 가사 지원 및 시설 지원, 기타 현물 지원 등, 2015년 기준) 중 현금급여 비율은 0.2%, 현물급여 비율은 1.0%로 OECD 평균에 미치지 못했으며, 비교 대상 국가 가운데서도 하위권에 머물렀다.

2) 중개요인

본 연구에서 산출한 중개요인은 총 8개 지표로서, 아동기 건강불평등 발생 기전 모형 중 중개요인은 [그림 7-3]과 같다. 개인 단위에서는 흡연, 신체활동, 아침 식사 결식률 등 주요 건강행태를 살펴보고, 스트레스, 수면 등 정신건강과 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 요인을 산출하였다. 가족 단위에서는 최저 기준 미달 주거와 학대 경험률 등 가족 내에서의 관계와 가족을 둘러싼 환경적 측면을 살펴보았다. 국가 단위에서는 아동기 건강에 영향을 미칠 수 있는 중요한 예방 서비스인 영유아 국가필수에 방점종 완전 접종률(만 1세, 만 2세, 만 3세, 만 6세 대상)을 산출하였다. 주요 결과는 다음과 같다.

[그림 7-3] 아동기 건강불평등 발생 기전 모형 중 중개요인



자료: 본 연구진이 작성함.

성별로는 남학생의 현재 흡연율, 격렬한 신체활동 실천율, 주중 평균 수면 시간이 여학생보다 높았고, 여학생의 아침 식사 결식률, 스트레스 인지율은 남학생보다 높은 것으로 나타났다.

선행연구에서 아동의 건강행태 지표에서는 성인 지표와 유사하게 소득 수준이 낮을수록 불건강 행태 비율이 높은 것으로 나타나는데, 본 연구에서도 이와 유사한 결과가 나왔다. 예를 들어 격렬한 신체활동 실천율의 경우 소득 수준이 낮을수록 낮았고, 아침 식사 결식률과 스트레스 인지율은 소득 수준이 낮을수록 높았다. 다만 현재 흡연율에서 가구 경제상태가 양호한 아동의 현재 흡연율이 다소 높아 'J' 형태가 나타났다. 성인의 현재 흡연율과 소득 수준의 관계가 대체로 사회계층 간 경사면의 형태로 직선적인 연관성을 드러내는 것과는 달리 아동 건강 지표에서 'J' 형태를 보이는 것은 가구소득 수준이 높은 아동의 경우 담배에 대한 경제적 접근성

이 높기 때문이라는 해석이 가능하다. 선행연구(김동진 외, 2019)에서도 이와 유사한 사례가 나타났는데, 이와 관련하여 청소년 건강불평등 모니터링 시 “J” 형태의 불평등이 나타날 경우 불평등 모니터링을 위해 최저-최고 집단 간의 짝 비교만 실시했을 경우 불평등의 크기를 실제보다 적게 오인할 수 있는 정보를 주기 때문에 주의 깊게 살펴볼 필요가 있다”(김동진 외, 2019).

교육수준별 건강행태 실천율도 소득 수준과 유사하게 나타나, 부의 교육수준이 낮은 아동 집단에서는 신체활동 실천율이 낮고 아침 식사 결식률과 스트레스 인지율은 높았다.

본 연구에서 평균 수면 시간은 소득이나 교육수준에 의해 크게 차이나지 않았다. 한편 아동 방임 및 학대에서 방임은 수급 가구의 아동에서, 신체 및 정서학대는 일반 가구에서 많이 경험하는 것으로 나타났다(류정희 외, 2018, p. 423).

3) 발달과 건강

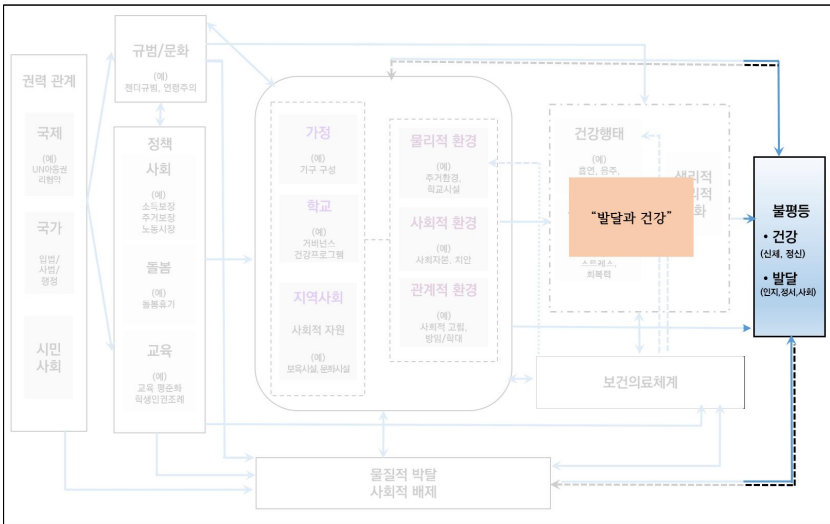
본 연구에서 산출한 발달과 건강 지표는 총 10개로서, 아동기 건강불평등 발생 기전 모형 중 발달과 건강은 [그림 7-4]와 같다.

인지 발달 측면에서는 학업 성취도, 신체 발달 측면에서는 키(신장)를 살펴보았다. 또한 신체적 건강으로는 비만율, 정신건강과 관련해서는 우울감 경험률, 자기 파괴 행동(자살 생각 경험률, 자살 시도 경험률)을 살펴보았고, 포괄적으로 본인의 건강을 평가한 개념인 주관적 자기 평가 건강수준, 아동 삶의 질 지표를 산출하였다. 사망과 관련해서는 연령별 사망률과 암 사망률, 손상 사망률을 산출하였으며 주요 결과는 다음과 같다.

성별로는 여학생이 남학생에 비해 학업 성취도가 높았고 비만율은 낮

았으나, 정신건강 지표인 우울감 경험률, 자살 생각 경험률, 자살 시도 경험률 등은 더 높게 나타났다.

[그림 7-4] 아동기 건강불평등 발생 기전 모형 중 발달과 건강



자료: 본 연구진이 작성함.

소득 수준별로는 신체적, 정신적 건강 모두 소득 수준이 높은 집단에서 건강수준이 높은 것으로 나타났다. 소득 수준이 높을수록 스스로 건강하다고 생각하는 비율이 높았고 비만율은 낮았으며, 우울감 경험률, 자살 생각 경험률, 자살 시도 경험률이 낮았다. 교육수준별로도 부의 교육수준이 높은 아동이 신체적, 정신적 건강 모두 상대적으로 높은 것으로 나타났다.

이 외에 학업 성취율의 경우 지역 규모로 구분하여 살펴본 결과 대도시보다는 읍·면에 거주하는 학생의 기초학력 미달 비율이 높게 나타났다. 그리고 아동의 평균 키(신장)는 가구 경제상태에 따른 경향성을 보이지 않았으며, 아버지의 교육수준별로도 통계적으로 유의한 차이를 보이지

않았다. 일부 학년에서 수치상으로 가구소득 수준이나 아버지의 교육수준이 높을수록 키가 커지는 양상을 띠었으나, 사후 검정 결과 군 간 통계적 유의성이 아예 없거나 특정 군 사이에서만 그 차이가 유의한 것으로 나타났다.

3. 아동 건강 관련 정책 평가

본 연구에서는 우리나라에서 시행되고 있는 아동 관련 계획 중 건강 및 건강의 사회적 결정요인과 밀접한 관련이 있는 중앙정부의 계획을 고찰하고 취약아동 발굴·연계 사업을 검토해 1) 아동 관련 계획이 사회경제적 불평등 및 건강불평등 완화의 관점을 견지하고, 불평등 완화를 충분히 고려하고 있는지, 2) 아동 관련 계획이 건강의 사회적 결정요인에 대한 정책이나 사업을 다루고 있는지, 3) 취약아동에 대한 각종 정책이나 사업들은 서로 연계되고 있는지에 대한 해답을 찾고자 하였다.

본 연구에서는 아동 관련 정책현황을 개괄하기 위해 만 6~18세 학동기 아동에 대한 포괄적인 계획인 제1차 아동정책 기본계획, 제6차 청소년정책 기본계획, 학동기 아동에 대한 건강 계획인 제1차 학생건강증진 기본계획, 학동기 아동에 대한 건강 계획을 포괄하고 있는 제4차 국민건강증진 종합계획을 검토하였다. 그리고 기존 사회보장제도 혜택에서 누락되거나, 기존의 정형적인 사회보장 방식으로는 문제 해결이 어려운 취약아동에 대한 정책 사례로서 학동기 아동을 대상으로 하는 대표적인 사례관리 사업으로 드림스타트 사업과 청소년통합지원체계(CYS-Net) 사업을 고찰하였다.

중앙정부의 아동 관련 기본 및 종합계획 네 가지를 검토한 결과는 다음과 같다.

첫째, 검토한 4개 계획은 모두 불평등 완화의 측면에서는 설계가 미흡하였다. 국민건강증진 종합계획을 제외한 나머지 3개 계획에서 사회경제적 불평등 완화 또는 건강불평등 완화를 총괄 목표로 제시하고 있지 않았고, 성과 지표는 아예 제시되지 않았거나 미흡한 수준이었다.

둘째, 총괄 정책인 제1차 아동정책 기본계획, 제6차 청소년정책 기본계획에 경제적 박탈에 놓여 있는 아동·청소년에 대한 정책이 제한적이었다. 특히 안전하고 건강한 주거보장을 위한 사업과 안정된 생활을 영위할 수 있도록 하는 소득보장 정책이 미비하였다.

셋째, 제1차 학생건강증진 기본계획, 제4차 국민건강증진 종합계획에서는 아동·청소년과 관련된 건강의 사회적 결정요인을 미흡하게 다루고 있었다. 학교 및 지역사회 유해 환경을 개선하는 정책들은 포함되어 있었으나, 소득, 돌봄, 교육 등 상위 수준의 사회적 결정요인에 대한 개입은 고려하지 않고 있었다.

넷째, 국민건강증진 종합계획에서는 성과 지표와 일부 건강불평등 지표에 대한 모니터링이 진행되고 있었으나, 학생건강증진 기본계획에서는 건강불평등 모니터링에 대한 사업이 포함되어 있지 않아 이에 대한 고려가 필요하다.

다섯째, 취약아동 발굴·연계 사업과의 접촉면을 늘려 가려는 노력이 필요하다. 4개 계획에 다양한 사업들이 나열되어 있지만, 사회경제적으로 취약한 아동·청소년의 경우 사업의 효과가 미진하거나 필요한 서비스를 제때 공급받지 못할 가능성이 크다.

취약아동 발굴·연계 사업으로 대표적 통합사례관리 사업인 드림스타트 사업과 CYS-Net 사업을 고찰한 결과는 다음과 같다.

첫째, 드림스타트와 CYS-Net 두 사업 모두 서비스를 이용한 사람들의 만족도가 대체로 높은 것으로 나타났으나 서비스 기관에 대한 낮은 지리적 접근성이 문제로 지적되었다.

둘째, 두 사업 모두 서비스 이용자에게 효과적인 사업으로 나타났으나, 서비스 이용률이 낮은 수치를 보였다. 드림스타트 사업과 CYS-Net 사업이 건강불평등 완화에 기여하기 위해서는 서비스가 필요한 아동을 빠짐 없이 발굴해 내는 것이 일차적인 과제이다.

셋째, 두 사업 이외에 현재 진행되고 있는 통합사례관리 사업과의 유기적인 연계 또는 통합 관리가 필요하다. 학교 내에서 진행되고 있는 두드림학교, 교육복지우선지원 사업 등 통합사례관리 사업, 지역사회에서 진행되고 있는 희망복지지원단, 읍·면·동 복지허브화 사업과의 연계 및 통합 관리를 해야 한다.

넷째, 사업에서 누락되는 아동이 없도록 더 많은 인력과 자원이 필수적으로 요구되며, 이를 개선하기 위한 지원 방안이 마련되어야 한다.

다섯째, 드림스타트센터, 청소년상담복지센터의 설치 및 운영 시 취약지역에 대한 고려가 필요하다. 특히 청소년상담복지센터의 경우 위기청소년이 밀집된 지역 또는 이러한 청소년이 다빈도로 발견될 수 있는 지역에 대한 고려가 필요해 보인다.

제2절 정책 제언

WHO의 CSDH 위원장이었던 마멋(Marmot)은 성인기에 발생하는 건강불평등을 줄이기 위해 생애주기의 출발 시점에서부터의 공정성을 강조하였으며, 이에 아동기 건강과 건강형평성을 달성해야 한다고 주장한 바 있다(Marmot, 2010).

한국건강형평성학회 초대 회장이었던 김창엽(2009)은 “건강불평등은 단순한 차이나 ‘같지 않음’이 아니다. 피할 수 있고, 불필요하며, 공정하지 않은(avoidable, unnecessary, unfair) 차이가 건강불평등이다. 모든 사회에 나타날 수밖에 없는 자연 현상이나 숙명이 아닌 것이다. 따라

서 대부분 국가가 건강불평등에 관심을 가지고 이를 줄이기 위해 노력하는 것은 사회 정의에 부합한다. 또한 마땅히 해야 할 의무라는 점에서 국가의 존재 이유이기도 하다.”라고 주장하였다(김창엽, 2009, p. 2).

이러한 주장에 더하여 건강불평등의 대상이 우리 사회의 미래를 이끌어 갈 아동이라면 사회의 책임은 더욱더 커진다.

WHO의 CSDH에서 발간한 ‘한 세대 안에 건강 격차 줄이기(Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health)’ 보고서에서는 건강불평등을 줄이기 위해 세계 각국에서 달성하여야 할 세 가지 권고안을 다음과 같이 제시한 바 있다.

“첫째, 건강불평등 문제를 해결하기 위해서는 일상적인 삶의 조건을 개선해야 한다. 이를 위해 건강 위험 요인에 대한 불평등한 폭로와 피폭로자의 취약성을 개선하기 위한 보편적 접근 전략이 강조된다. 구체적인 중재 영역에는 삶의 평등한 출발, 건강한 공간 만들기, 공정한 고용과 괜찮은 일자리, 생애 과정에 걸친 사회적 보호, 보편적 보건의료 서비스 등이 포함된다. 둘째, 권력, 돈, 자원의 불공평한 분포를 개선해야 한다. 이는 좀 더 근본적인 요인에 대한 중재를 의미한다. 여기에서는 건강형평성을 모든 정책과 사업에 통합시키기, 공정한 자원 조달, 시장의 책임성, 젠더 형평성, 정치적 역량 강화, 양질의 국제 거버넌스 등이 강조된다. 셋째, 건강불평등 문제를 측정하고 이해하며, 활동과 중재의 영향을 평가해야 한다.”(김창엽, 2009, p. 3)

WHO CSDH의 권고안은 매우 포괄적이고 폭넓은 중재를 강조한다는 점에서 도전적이고 논쟁을 불러일으킬 수 있는 내용이지만(김창엽, 2009, p. 3), 건강을 달성하는 데 보건의료나 건강행태의 강조만으로 부족하며, 사회적 결정요인이 점차 강조되고 있는 현재 상황을 보았을 때

이상의 내용을 빼놓고 건강불평등의 증재를 논하기는 어렵다.

본 연구에서 다루는 대상인 아동기의 경우 일상과 관련된 가족, 학교, 지역사회 등을 포함하여 아동의 건강 및 건강불평등에 관계된 사회적 결정요인(social determinants of health)에 대한 관리와 모니터링이 절대적으로 필요하다. 이와 같이 본 연구는 그동안 학령기 아동에 대해 강조되어 왔던 통상적인 건강행태 개선을 넘어 아동을 둘러싼 환경과 구조에 대한 증재를 논할 수 있고 보다 적극적인 건강불평등 감소 전략을 논의하고자 하는 데 의의가 있다.

우리 사회가 발전하면서 아동 권리에 대한 관심과 인식 또한 성장하였으나, 모든 아동이 사회 성장의 혜택을 고르게 누리고 있다고 보기는 어렵다. 최근 최대 현안 중 하나인 사회 양극화의 파편은 노동시장 일선에 있는 성인뿐만 아니라 그 자녀들까지도 피해 가지 않는다. 경제적 박탈과 사회적 배제에 노출된 아동은 성장과 발달이 저하되고 건강 상태에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 이는 결과적으로 아동기의 발달과 건강의 불평등 양상을 악화시키며 성인기 이후의 건강불평등에까지 장기적인 영향을 미치게 된다. 이러한 이유로 아동에 대한 사회적 관심과 정책적 보호의 필요성은 점점 높아지고 있으며, 관심과 보호의 영역은 더 넓어질 필요가 있다.

영국 왕립소아청소년의학회(RCPCH: Royal College of Paediatrics and Child Health)에서는 아동 건강과 관련된 통계를 수집하고 통계 결과가 영국의 아동정책에 반영되도록 노력하고 있는데, 왕립소아청소년의학회(RCPCH)의 '아동 건강 보고서(State of Child Health)'에 나타난 아동 건강증진 정책 방향을 정리하면 다음과 같다(RCPCH, 2017, p. 11).

〈표 7-1〉 영국 RCPCH의 아동 건강증진 정책 방향

정책 방향	정책 내용
① 아동·청소년 건강을 증진시키기 위해 전략적인 협업 체계가 마련된 액션 플랜을 수행하라	- 영국 정부는 전문가, 공공 및 민간이 포함된 체계를 구성하여 명확한 책무성을 갖고 근거에 기반한 아동·청소년 건강 및 웰빙 전략을 개발하여야 한다.
② 아동·청소년 건강 및 보호에 관한 통합적인 통계를 개발하라	- 영국 정부는 모든 연령의 아동·청소년을 대상으로 건강, 사회적 보호(social care), 청소년 정의(youth justice), 교육이 연계된 통합적인 통계 시스템을 마련하여야 한다.
③ 아동·청소년 건강을 개선하기 위한 연구 능력을 개발하라	- 제약, 의학, 사회과학, 청소년 정의 및 교육 분야에 대한 임상·비임상 연구를 지원하고 개발하여야 한다.
④ 아동·청소년 빈곤과 불평등을 감소시켜라	- 아동·청소년 빈곤과 불평등 감소를 위한 예산 내역을 공개하여야 한다. - 빈곤 가구 아동·청소년과 가족을 대상으로 한 보건의료 서비스가 우선적으로 제공되도록 지원하여야 한다. - 빈곤이 건강에 미치는 악영향을 제거하기 위해 양질의 보건의료 서비스가 제공되어야 한다.
⑤ 산전, 산후에 걸쳐 양질의 모성건강 서비스를 제공하라	- 유니세프에서 인증한 아기 친화적 출산 환경을 유지하여야 한다. - 2015년에 폐지된 영유아 수유 조사를 다시 시작하여야 한다. - 임신 전후 시기의 영양과 운동을 강조하는 캠페인을 적극적으로 실시하여야 한다.
⑥ 모든 학교에서 포괄적인 보건교육을 실시하라	- 모든 초·중등학교에서 성교육을 포함한 포괄적인 보건교육을 실시하여야 한다. - 모든 학교에서 실시하는 보건교육에 대한 관리가 이루어져야 한다.
⑦ 담배에 대한 통제를 강화하라	- 간접흡연에 대한 캠페인을 실시하고 학교, 운동장, 병원 등 공공장소를 금연구역에 포함시켜야 한다. - 아동·청소년을 대상으로 한 전자 담배의 마케팅을 엄격하게 규제하여야 한다. - 임신부들의 금연을 지원하고 취약집단에 대한 금연 사업의 접근성을 제고시켜야 한다.
⑧ 아동·청소년기 비만을 예방하라	- 설탕세 도입에 대한 공정한 평가가 이루어져야 한다. - 설탕 사용량 감축을 위한 규제 프레임워크가 마련되어야 한다. - 밤 9시 이후 포화지방, 설탕, 소금 함량이 높은 음식에 대한 광고가 규제되어야 한다. - 아동·청소년의 발달 측정 사업이 강화되어야 한다. - 비만 아동·청소년에 대한 건강증진 사업이 강화되어야 한다. - 보건의료인을 통한 상담이 강화되어야 한다.

정책 방향	정책 내용
⑨ 아동·청소년의 정신건강을 증진시켜라	<ul style="list-style-type: none"> - 일반의(General Practice)들에게 아동 건강과 관련된 교육 기회를 더 많이 부여하여야 한다. - 보건의료 전문가들에 대한 교육을 강화해 정신건강 문제를 호소하는 아동·청소년에 대한 서비스의 질을 제고시켜야 한다. - 아동·청소년의 정신건강 실태에 대한 조사를 실시하여야 한다.
⑩ 아동·청소년과 그 부모의 요구에 부합하는 보건의료 시스템을 구축하라	<ul style="list-style-type: none"> - 아동·청소년 대상 서비스 개발 단계에서 아동·청소년의 의견을 청취하여야 한다. - 환자 조사에서 아동·청소년의 참여 범위를 확장시켜야 한다. - 아동·청소년 대상 서비스에서 성인 대상 서비스로 이어지는 연계를 강화하여야 한다. - 만성질환을 가진 아동·청소년에게 유명 보건의료인과의 상담을 제공하여야 한다.
⑪ 아동·청소년의 건강과 관련된 각종 가이드라인을 마련하라	<ul style="list-style-type: none"> - 가이드라인 마련 및 사업 표준화 시 예상되는 장벽을 파악하여 이를 극복하기 위한 실행 계획을 수립하여야 한다.

자료: Royal College of Pediatrics and Child Health. (2017). State of Child Health Report 2017, pp.11-14; 김동진 외. (2019). 재인용.

영국의 건강불평등 감소를 위한 정책 보고서인 ‘마멋 리뷰(Fair society, healthy lives. The Marmot Review)’에서 마멋(Marmot, 2010)은 아동기 건강불평등 완화를 위해 다음과 같이 여섯 가지 핵심 정책을 제시하였다.

〈표 7-2〉 영국의 아동 건강불평등 완화를 위한 핵심 정책

정책 목표	핵심 정책
모든 아동에게 최선의 출발선을 제공한다	<ul style="list-style-type: none"> - 출생 전 단계부터 가족에 대한 전체적 지원 - 근거 기반 육아 지원 프로그램, 상담 및 지원 - 학교 진학 지원
모든 아동, 청소년, 성인이 스스로의 역량을 최대화하고 자신의 삶에 대한 통제권을 가질 수 있도록 한다	<ul style="list-style-type: none"> - 교육 결과의 불평등 완화 - 학교에서 제공하는 서비스의 확장과 함께 ‘전인 아동(whole child)’ 접근 방식 개발 - 학교와 가정을 연계하는 업무를 담당하는 학교 기반 인력 양성 - 산업 현장 기반 학습이나 수습을 포함하여 평생 학습에 대한 접근성 강화

정책 목표	핵심 정책
모두에게 공정한 고용과 양질의 일자리를 창출한다	- 한부모, 돌봄 제공자, 정신적 신체적 장애가 있는 사람들에게 적합한 일자리 제공
모든 사람에게 건강할 수 있는 생활 수준을 보장한다	- 건강한 삶이 가능한 최저 소득 보장 - 노동시장 진입 후에도 이전에 제공되던 복지 서비스를 계속 제공
건강하고 지속 가능한 공간과 지역사회를 개발한다	- 기후 변화의 영향 저감 - 걷기, 자전거 타기 등 활동적 이동 향상 - 녹지 공간의 접근성과 질 개선 - 식품 환경 개선 - 에너지 빈곤 감소 - 지역에서 통합적 정책 시스템을 통해 건강의 사회적 결정요인에 대응 - 사회적 고립 감소와 지역사회 사회자본 개선
질병 예방의 역할과 영향을 강화한다	- 질병 예방에 대한 투자 강화 - 약물 치료 프로그램의 접근성과 질 향상 - 비만, 흡연, 음주에 대한 사회경제적 수준별 격차의 경사면 제거 - 사회경제적 수준에 따라 나타나는 경사면 제거를 위해 공중보건학적 노력에 집중

자료: Marmot, M. (2010). Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. p.173; 김동진 외. (2019). 재인용.

영국 왕립소아청소년의학회(RCPCH, 2017)와 마멋(Marmot, 2010)이 제안한 정책들은 건강행태 개선이나 유해 물질에 대한 통제와 같은 아동을 대상으로 한 직접적인 정책은 물론 아동이 안정적으로 생활할 수 있는 공간에 대한 개선, 기본적인 생활 수준 보장을 위한 소득에 이르는 포괄적 정책까지 아동정책에 포함시키고 있다는 공통점이 있다. 아동 건강 불평등 완화를 위해 사회적 건강결정요인에 주목하고 있는 영국의 접근 방식은 본 연구의 아동기 건강불평등 모니터링 지표 산출 결과와 연결하여 생각하였을 때 더욱 중요하게 여겨진다.

본 연구의 아동기 건강불평등 지표 산출 결과 사회경제적 수준에 따라 건강불평등이 발견되었으며, 건강불평등 해소를 위한 중재 개입이 시급

한 것으로 나타났다. 현재 흡연율, 격렬한 신체활동 실천율, 아침 식사 결식률, 비만율, 우울감 경험률, 자살 생각 경험률, 자살 시도 경험률 등 거의 모든 지표에서 소득 수준이나 부의 교육수준이 높은 집단에서 더 양호한 결과를 보였다.

이러한 결과는 이들 문제의 근본적 원인에 다가가기 위해서는 사회구조적인 접근이 필요하다는 점을 강하게 시사하고 있다(김동진 외, 2019). 본 연구의 아동기 건강불평등 발생 기전 모형에서 강조한 것처럼 아동기 건강불평등 문제를 해결하기 위해서는 그러한 결과를 만들어 내는 경로와 기전에 대한 이해가 필요하고 그에 따라 정확한 중재 개입의 지점과 적절한 접근 방식을 찾아내어야 한다. 그런데 문제의 원인이 되는 사회구조적 건강결정요인에 대한 인식이 없다면 문제 해결을 위한 접근 역시 사후적인 보건교육에만 머무르게 되거나 개인의 행태를 개선하려는 방식에 집중될 수도 있다. 건강행태와 건강수준의 인구집단별 격차를 줄이기 위해서는 건강에 대한 지식의 부족과 행태를 교정하려는 보건교육의 관점에 머물기보다는 한 단계 더 나아가 사회경제적 관점이 동반된 사회구조적 접근이 수반되어야 할 것이다(김동진 외, 2019).

우리나라 아동⁷²⁾은 11년째 '자살'로 가장 많이 사망하고 있다. 본 연구에서도 이를 뒷받침하는 연구 결과가 나타났다. 네 명 중 한 명이 일상생활을 중단할 정도로 우울감을 느끼고 있고, 열 명 중 한 명은 지난 1년 동안 자살을 생각해 본 적이 있었다. 청소년들이 우리 사회의 미래라는 측면에서 이들의 몸과 마음이 아프다는 사실은 결코 간과할 수 없는 문제이다(김동진 외, 2019). 특히 우리나라 아동 전반에 걸친 정신건강의 취약성에 더하여 사회경제적 수준에 따른 정신건강의 불평등은 문제 해결을 위한 사회구조적 접근의 필요성을 시사하고 있다. 사회경제적으로 취약

72) 본 연구에서는 아동을 만 6~18세의 학령기 아동으로 정의하고 있음.

한 아동을 대상으로 가족·학교·지역사회의 지지를 강화할 수 있는 여러 가지 활동들이 동반되어야 하며 일반 학생들을 대상으로 보편적인 서비스를 제공하되 특히 사회경제적으로 열악한 계층의 아동에게 집중하는 비례주의적 접근이 강하게 요구된다(김동진 외, 2019).

이와 같은 사례에 비추어 건강형평성의 관점에서 우리나라 아동정책의 개선방향을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 아동정책 기본계획, 청소년정책 기본계획, 학생건강증진 기본계획, 국민건강증진 종합계획에서 ‘불평등 완화’가 총괄 목표, 성과 지표, 사업 내용에 명확히 드러나야 한다. 다양한 지표에서 아동의 평균 수준을 올리는 것도 중요하지만 아동 간의 불평등을 완화시키는 것도 정의적 차원·사회통합적 차원·결과적 차원에서 필요하다. 물론 일부 사업에는 취약아동에 대한 지원이 포함되어 있지만 계획의 방향성을 명확히 하지 않으면 사업이 분절되고 시혜적 차원에 머무를 위험이 있다. 따라서 아동과 관련된 계획에서 불평등 완화의 목표, 성과 지표가 선명하게 드러나고 이에 따라 사업이 계획되어야 할 것이다.

둘째, 안전하고 건강한 주거 및 안정된 생활 영위를 보장하는 아동정책 기본계획, 청소년정책 기본계획이 마련되어야 한다. 두 기본계획에는 경제적 박탈에 놓여 있는 아동에 대한 정책이 제한적이었고, 특히 주거보장, 소득보장 정책이 미비하였다. 아동기의 건강과 성장·발달을 증진하기 위해서는 단지 보건의료 서비스를 제공하는 것을 넘어 건강의 사회적 결정요인을 함께 고려해야 하고, 이는 아동정책에 반영되어야 한다. 더불어 빈곤 아동 계획도 빠른 시일 내에 마련되어야 한다.

셋째, 국민건강증진 종합계획에서는 성과 지표와 일부 건강형평성 지표에 대해 모니터링을 하고 있으나, 학생건강증진 기본계획에서는 건강 불평등 모니터링이 전혀 고려되지 않고 있다. 모니터링은 건강불평등에 대한 인식을 고취시킬 수 있으며, 건강불평등 완화 사업을 계획하고 실행

하기 위한 가장 기본적이고 필수적인 단계이다. 아동에 대한 건강불평등 모니터링을 적극적으로 고려해야 한다.

넷째, 건강불평등 완화를 위해 건강의 사회적 결정요인에 대한 접근의 필요성과 중요성을 인식하고, 통합적으로 접근할 수 있는 기반을 조성해야 한다. 건강은 다양한 사회적 요인에 의해 결정되므로, 보건 분야 정책만으로는 건강불평등 완화라는 정책 목표에 도달할 수 없다. 건강형평성을 제고하려면 건강의 사회적 결정요인에 관여하는 다양한 부처(예: 보건복지부, 교육부, 여성가족부, 국토교통부, 행정안전부, 법무부 등)의 통합 위원회가 설치·운영되어야 한다. 이를 위해 보건복지부의 리더십이 발휘될 필요가 있다.

연장선상에서, 제1차 학생건강증진 기본계획, 제4차 국민건강증진 종합계획에서는 아동과 관련된 건강의 사회적 결정요인을 다루고 유관 계획과의 연계 방안을 기술해야 한다. 건강증진에 특화된 계획이라는 특징으로 인해 다른 분야의 사회정책까지 포괄하기 어려운 측면이 있으나 건강의 사회적 결정요인의 중요성, 주요한 정책과 계획에 대한 기술은 계획 내에 포함될 필요가 있다.

현재 시행되고 있는 취약아동 발굴·연계 사업은 다음과 같이 개선될 필요가 있다.

첫째, 아동 통합사례관리 사업을 확대 실시해야 한다. 드림스타트 사업의 경우 초기 아동발달에 있어 중요한 역할을 가진다. 취약계층 아동의 욕구를 파악하여 보건, 복지, 보육 등의 서비스를 지역사회 자원과 연계해 제공하는데, 사업의 만족도가 높을 뿐만 아니라 아동발달에도 긍정적인 영향을 미쳤다. 그럼에도 불구하고 취약아동의 28% 정도만이 사업에 참여하는 실정이다. 사업 확대를 통해 취약아동들의 건강을 개선하고, 더 나아가 취약계층 아동과 그렇지 않은 아동들 간의 건강 격차를 줄이는 데 기여할 수 있을 것이다.

둘째, 아동 통합사례관리 사업 인프라의 지역 간 불균형을 완화할 필요가 있다. 드림스타트 사업의 경우 시·군·구 내 취약계층 아동 밀집 지역을 중심으로 사업 지역을 선정하는 노력을 기울이고 있지만, 드림스타트와 연계된 서비스 기관 혹은 드림스타트 기관에 대한 접근성이 낮아 서비스 제공에 있어 지역 간의 불균형이 초래될 우려가 있다. 아울러 지역의 복지 자원을 개발해 연계 서비스를 강화하고, 연계 서비스 기관에 대한 접근성을 높여야 한다.

셋째, 두 사업 이외에 현재 진행되고 있는 통합사례관리 사업과의 유기적인 연계 또는 통합 관리가 필요하다. 학교 내에서 진행되고 있는 두드림학교, 교육복지우선지원 사업 등 통합사례관리 사업, 지역사회에서 진행되고 있는 희망복지지원단, 읍·면·동 복지허브화 사업과의 연계 및 통합 관리를 해야 한다. 동시에 연령에 따른 통합사례관리 사업의 연계를 재정립할 필요가 있다.

넷째, 누락되는 아동 없이 서비스가 필요한 취약아동이 모두 사업 대상으로 포함될 수 있도록 더 많은 인력과 자원이 필수적으로 요구된다. 인력의 전문성을 높이고 통합서비스 제공의 질을 향상시키기 위한 지원 방안이 마련되어야 한다.

학술적 측면에서 지금까지 아동기 건강에 대한 연구는 아동복지학, 교육학, 의학, 보건학 등 학문 분야에 따라 개별적이고 단편적으로 다루어진 경향이 있었다(김명희 외, 2011, p. 43). 본 연구는 기존 연구의 틀에서 벗어나 건강의 사회적 결정요인까지를 포함한 아동기 건강결정요인을 탐색하였으며, 이를 바탕으로 아동기 건강불평등 발생 기전 모형을 개발하였다. 또한 아동기 건강불평등 문제에 대응하기 위해서는 개입이 가능할 정도의 근거 마련이 필요한데, 일차적으로 건강불평등의 현황과 추이에 대한 통계 자료가 축적되어야 한다. 이에 본 연구에서는 아동기 건강불평등 모니터링을 위한 지표를 개발하였다.

본 연구의 결과는 학술적으로 우리나라 아동기 건강불평등에 대한 관심의 영역을 확장시키고, 사회적 건강결정요인을 고려한 아동기 건강불평등 정책을 마련하기 위한 기회가 될 수 있을 것으로 생각한다.

그러나 다음과 같은 몇 가지 측면에서 본 연구는 한계를 노출하고 있다. 첫 번째, 연구의 대상이 되는 아동의 연령 구분이다. 아동복지법에서는 만 18세 미만을 아동으로 정의하고 있고, 청소년복지법에서는 9~24세 이하를 청소년으로 정의하고 있다. 유엔 아동권리협약을 비롯한 대부분의 국가에서는 아동을 만 18세 미만의 사람으로 구분하고 있지만, 우리나라의 경우 발달 단계에 따라 아동과 청소년으로 나누고 있기 때문이다 (류정희 외, 2015, p. 67). 또한 아동의 발달 상태에 따라 초기(0~6세), 중기(~12세), 후기(~18세)로 구분 가능한데, 본 연구에서는 조기 아동을 제외한 만 6~18세의 학령기 아동을 연구 대상으로 설정하였다. 그 이유는 조기 아동을 연구 대상에 넣을 경우 건강결정요인으로 산전, 산후 관리 등을 포함하여야 함에 따라 정책적인 개입지점이 학령기 아동과는 구분될 필요가 있기 때문이다. 하지만 이와 같은 이유에도 불구하고 연구 진행과 전문가 조사 과정에서 아동의 연령을 보다 엄밀하고 명확하게 구분할 필요성이 인정된다.

두 번째, 위에서 밝힌 것과 비슷한 맥락에서 학교 밖 아동에 대한 고려가 부족하였다. 아동기 건강불평등 발생 기전을 모형화하는 과정에서 아동이 주로 접촉하는 영역으로서 학교를 고려하는 것과 고려하지 않은 것은 적지 않은 차이가 있을 것으로 생각되어 본 연구는 우선 학령기 아동에 보다 집중하였다. 최근 학교 밖 아동이 중요한 정책의 대상으로 고려되고 있음을 감안하여 향후 학교 밖 아동을 포함한 건강불평등 연구가 실시될 필요가 있다.

세 번째, 본 연구에서는 WHO의 CSDH에서 개발한 건강불평등 발생

기전 모형을 기초로 아동기 건강불평등 발생 기전을 모형화하였다. WHO의 조기 아동발달 통합 환경 사정 모델(TEAM-ECD), 브론펜브레너(Bronfenbrenner, 1979, 1995)의 생태학적 체계 모델, 엘더(Elder)의 생애 이론 등을 이론적 근거로 하고 있으나, 실증적 근거들을 바탕으로 충분히 정교화하였다고 말하기는 아직 어렵다. 그럼에도 본 연구에서 개발한 아동기 건강불평등 발생 기전 모형은 향후의 논의를 촉발하게 하는 촉매제 역할을 할 수 있을 것으로 생각한다.

네 번째, 본 연구에서 개발한 아동기 건강불평등 모니터링 지표는 선행 연구들을 중심으로 검토하여 아동기 건강과 관련 있음이 증명된 건강 관련 지표들을 선별하고, 전문가 조사를 거쳐 확정하였다. 그러나 아동 건강과 관련한 다양한 이슈와 최근의 동향을 지표화하려는 노력들이 보다 많이 반영될 필요가 있다. 예를 들어 아동의 성과 젠더를 고려한 지표, 학교폭력, 학교 밖 아동, 이주 아동, 장애 아동과 관련된 불평등 지표들이 발굴될 필요가 있다(김동진 외, 2019). 아울러 마련된 지표들은 가능한 국제 수준에서 비교 가능하도록 준비하는 것도 고려할 필요가 있다.

다섯 번째, 아동기 건강불평등 현황을 모니터링할 수 있는 적절한 건강 지표의 개발과 함께 아동기 건강불평등에 대한 모니터링이 가능하도록 지표 산출 체계가 개선되어야 한다. 본 연구에서 아동기 건강과 관련된 최근의 연구 동향을 살펴보기 위해 우선 아동기 건강과 관련된 국내의 주요 자료원을 정리하였다(부록 1 참조). 대표적인 아동 건강 관련 자료원은 보건복지부의 아동종합실태조사, 아동구강건강실태조사, 국민건강영양조사, 질병관리본부의 청소년건강행태조사, 교육부의 학생건강검사통계, 여성가족부의 청소년 매체이용 및 유해환경 실태조사, 청소년 종합실태조사, 식품의약품안전처의 어린이식생활안전지수, 통계청의 사망원인 통계, 국민건강보험공단의 영유아건강검진통계, 건강보험빅데이터, 한국

보건사회연구원의 한국복지패널(아동부가조사), 한국의료패널, 한국청소년정책연구원의 한국청소년패널조사, 한국아동·청소년패널조사, 다문화청소년패널조사, 육아정책연구소의 한국아동패널 등이 있다. 그런데 이들 통계 조사 자료 대부분은 조사 목적에 따라 조사 지표가 편중되어 있었다. 예를 들어 청소년건강행태조사는 아동의 건강행태 관련 지표는 충분히 포함하고 있지만, 그 외의 지표는 많이 다루고 있지 않았다. 반대로 다문화청소년패널조사의 경우 다문화 아동의 이주 배경이나 양육 환경에 대한 설문 항목은 다양하게 구성되어 있지만, 건강 관련 설문 항목은 비교적 적었다.

한편 각 통계 조사에서 대상 아동의 연령이 달라 일관된 지표 산출이 어려운 경우도 발생할 수 있다. 청소년건강행태조사에서는 중고등학교 재학생을 대상으로 하고 있고, 국민건강영양조사에서는 만 12~18세를 청소년으로 분류하고 있다. 아동종합실태조사는 만 18세 미만을 아동으로 정의하고 있고, 청소년종합실태조사는 만 9~24세를 조사 대상자로 정의하고 있다. 그리고 '가계동향조사'를 활용한 가구소득 지표, '주거실태조사'를 활용한 최저 기준 미달 주거 지표 등은 아동이 포함된 가구에 한정된 지표 산출이 어려웠다. 또한 대부분의 자료원에서는 아동의 사회경제적 위치를 설명하는 변수가 적어 사회경제적 수준별로 아동의 건강 격차가 나타나게 된 경로에 대한 해석이나 원인에 대한 분석이 어려운 경우가 많았다. 아동기 건강불평등 해소를 위해서는 모니터링이 필요한 건강 불평등 지표와 지표를 산출할 수 있는 자료원들을 데이터베이스화하여 적절히 관리하고, 특히 사회구조적인 배경과 관련된 각종 행정 자료 또한 확보할 필요가 있을 것으로 보인다.

끝으로, 본 연구에서 검토 대상이 된 아동 건강 관련 정책의 범위이다. 본 연구에서는 우리나라의 아동 계획들을 살펴보기 위해 종합 정책으로

제1차 아동정책 기본계획, 제6차 청소년정책 기본계획, 제1차 학생건강 증진 기본계획, 제4차 국민건강증진 종합계획을 검토하였고, 취약아동에 대한 정책 사례로서 드림스타트 사업과 청소년통합지원체계(CYS-Net) 사업을 고찰하였다. 그런데 정책에 대한 평가를 보다 상세히 할 필요성에 대한 문제가 제기될 수 있다고 생각된다. 우선 검토 대상이 되는 정책들의 영역을 좀 더 넓혀 최근 이슈가 되는 ‘포용국가 아동정책’에 대한 검토가 필요하다는 지적이 가능하다. 또한 평가 내용에서도 사업이나 프로그램이 실제 서비스가 필요한 수요자들이 모두 서비스를 이용할 수 있는지에 대한 커버리지 부분과 서비스 내용적 측면에서 실제 전달되는 서비스의 적절성과 충분성에 대해서는 보다 면밀한 검토가 필요하다.

이러한 한계에도 불구하고 본 연구는 성인기와는 구별되는 아동기 건강결정요인에 대한 검토를 바탕으로 사회적 건강결정요인을 포괄하는 건강불평등 발생 기전을 모형화하는 한편 건강불평등 모니터링 지표를 개발하였다는 측면에서 다른 선행연구와는 구별되는 차별성이 있다. 이제 남은 과제는 본 연구에서 개발된 모형과 지표가 정교화되고 아동기 건강불평등에 대한 모니터링이 실시되는 것이며, 그 결과 축적된 근거를 활용한 아동기 건강불평등 대응 정책 수립으로 이어질 필요가 있다.

모니터링은 산발적이 아니라 지속적이고 반복적으로 시행되어 변화와 추이를 밝혀내는 데 그 의의가 있다. 그리고 건강불평등 모니터링은 인구집단의 평균적인 건강의 측정을 넘어 사회경제적 위치에 따른 인구집단별 건강의 격차와 그 변화를 반복적으로 관찰하는 과정이라고 할 수 있다. 우리나라 아동의 평균적인 건강수준 향상과 함께 건강형평성 제고는 아동에 대한 건강불평등 모니터링이 지속적으로 이루어지고 그 결과가 아동정책으로 반영되고 환류되었을 때 비로소 기대할 수 있을 것이다.

<국내문헌>

- 강신욱, 임완섭, 정해식, 강병구, 박찬임, 이건범, ...이병재. (2017). 사회보장제도 생계지원분야 기본평가. 세종: 한국보건사회연구원.
- 강용주. (2008). 텔파이 기법의 이해와 적용사례. 경기: 한국장애인고용공단 고용개발원, 1-17.
- 고숙자, 정영호. (2013). 청소년 흡연으로 인한 질병부담: 사망자 수를 중심으로. 보건복지포럼(2013.4.). 18-26.
- 관계부처 합동. (2015). 아동의 삶과 대한민국의 미래를 바꾸는 제1차('15~'19) 아동정책 기본계획.
(https://129.go.kr/news/news02_view.jsp?n=8558)에서 2019.7.10. 인출
- 관계부처 합동. (2018). 제6차 청소년정책 기본계획(2018~2022).
(http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001d.do?mid=plc502&bbtSn=704748)에서 2019. 7. 10. 인출
- 관계부처 합동. (2019). 제1차 학생건강증진 기본계획. 내부자료.
- 교육부, (2019, 3, 26). 2018년도 학생 건강검사 표본통계 발표-초중고생 신체 발달 상황, 건강생활 실천정도, 주요 질환 등 분석-. 교육부 보도자료.
(<https://www.moe.go.kr/boardCnts/view.do?boardID=294&boardSeq=77144&lev=0&searchType=null&statusYN=W&page=1&s=moe&m=020402&opType=N>)에서 2019.9.1. 인출
- 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2018). 제14차(2018년) 청소년건강행태조사 통계. 질병관리본부.
- 국가인권위원회. (2018). 유엔아동권리협약의 이해. 서울: 국가인권위원회.
- 국가인권위원회, WHO. (2002). 건강과 인권에 관한 25가지 질문과 답변, 서울: 국가인권위원회.
- 권석현, 정수용. (2016), 청소년의 평생흡연 및 현재 흡연 영향요인: 제10차

- (2014년) 청소년건강행태온라인조사 통계를 이용하여, 대한간호학회지, 46(4), 552-561.
- 권세원. (2013). 건강불평등 완화를 위한 어린이 대상 사회서비스 분석. 서울: 시민건강증진연구소.
- 권세원, 이은정. (2014). 조기아동발달 통합환경사정모델(Total Environmental Assessment Model of Early Child Development: TEAM-ECD)을 활용한 어린이 대상 사회서비스 프로그램 현황 및 성과분석: 어린이 건강불평등 완화를 관점에서. 비판사회정책, 45, 51-97.
- 김동진, 이소영, 기명, 김명희, 김승섭, 김유미,이정아 (2013). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경, ...박여리. (2016). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김동진, 채수미, 최지희, 이정아, 김창엽, 박유경, ...류한소. (2017). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발-통계로 본 건강불평등. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김동진, 최지희, 이정아, 배정은, 김창엽, 박유경, ...민동후(2018). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김동진, 정연, 채수미(2019). 청소년의 건강권 보장을 위한 정책방안 연구 I - 학생 청소년의 건강불평등 실태 분석. 세종: 한국청소년정책연구원.
- 김명희, 전경자, 서상희. (2011). 아동기의 건강불평등: 사회적 결정요인을 중심으로. 보건복지포럼, 176, 32-44.
- 김미영, 박미석. (2016). 학령기 아동 건강에 대한 사회적 결정요인의 상호작용 효과. Fam. Environ. Res, 54(5), 515-527. doi: 10.6115/fer.2016.040
- 김선화. (2010). 드림스타트 연계에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. (석사학위논문, 덕성여자대학교, 서울).
- 김성희, 이자영. (2006). 학령기 아동의 건강에 대한 의미와 건강행위 탐색, 부모 자녀건강학회지, 9(1), 72-82.

- 김세원, 김선숙 (2012). 지역사회 간 사회경제적 불평등이 아동 건강에 미치는 영향, *한국아동복지학*, (39), 127-150.
- 김진석. (2012). 청소년 신체활동과 지역사회요인의 관계. *한국아동복지학*, (37), 165-185.
- 김지연, 김동일, 김태완, 윤철경, 이용해, 오정수. (2014). 청소년 특별지원 사업 제도개선 방안 연구. 세종: 한국청소년정책연구원.
- 김창엽. (2009). 건강불평등을 어떻게 볼 것인가. *보건복지포럼*. 149, 2-3.
- 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인 (2015) 한국의 건강불평등, 서울: 서울대학교 출판문화원.
- 김철신, 전지은. (2013). 지니계수를 활용한 한국 12세 아동의 구강건강불평등 추이연구. *J Korean Acad Oral Health*, 154-160. (DOI: <http://dx.doi.org/10.11149/jkaoh.2013.37.3.154>)
- 김혜련 (2012), 취약계층 빈곤아동의 비만·저체중 양상과 아동기 건강형평성 제고를 위한 정책과제, *보건복지포럼*, 188, 55-66
- 노충래, 조용남, 이대성, 송미령, 박형경. (2016). 2016 드림스타트 사업효과성 보고서. 세종: 보건복지부.
- 대한민국정부. (2017). 제 5·6차 유엔아동권리협약 국가보고서. 세종: 보건복지부.
- 류정희, 박세경, 이주연, 박지윤, He Lijun, Morita Akemi, Yu Jianming. (2015). 저출산 극복을 위한 아동보호체계 국제비교 연구-한중일 비교를 중심으로. 세종: 한국보건사회연구원.
- 류정희, 이상정, 전진아, 박세경, 여유진, 이주연, ...이봉주(2018). 아동종합실태 조사. 세종:한국보건사회연구원.
- 리사 F. 버크먼, 이치로 가와치. (2003). 사회역학. (신영전, 김명희, 전희진, 김석현 옮김). 파주: 한올아카데미.
- 문혜진. (2010). 생애과정 관점에 대한 고찰과 적용: 성인으로의 이행과정에 대한 탐색적 분석. *사회복지연구*, 41(3), 349-378.
- 박다혜, 장숙량. (2013). 부모의 사회 경제적 지위가 청소년의 스트레스, 우울, 자살생각에 미치는 영향. *한국산학기술학회지*, 14(6), 2667-2676.

- 박지혜. (2015). 우리나라 청소년에서 사회경제적 요인 및 건강행태가 과체중에 미치는 영향, 한국콘텐츠학회, 15(5), 353-364.
- 박혜정, 손미아 (2015). 극소 및 저체중출생아출생과 사망의 사회적 불평등, 보건행정학회지, 25(4): 277-284.
- 백승희. (2015). 한국 청소년의 신체활동 실천율 실태조사. 한국체육과학회지, 24(5), 1437-1446.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2015). 제4차 국민건강증진종합계획 (2016~2020). 서울: 한국건강증진개발원.
- 보건복지부. (2019). 2019년 드림스타트 사업안내. 세종: 보건복지부.
- 손수민. (2013). 사회양극화에 따른 유아교육 양극화 현상에 대한 고찰. 생태유아교육연구, 12(2), 69-90.
- 손신영. (2014). 청소년의 자살생각, 자살계획, 자살시도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 한국산학기술학회논문지, 15(3), 1606-1614.
- 신인순. (2010). 빈곤가구 아동 건강의 위험요인과 보호요인. 사회복지리뷰, 15: 5-33.
- 안진상, 김희정 (2013). 아동·청소년의 건강불평등 결정요인 분석, 한국청소년연구, 24(2), 205-231.
- 여성가족부. (2018a). 2018년 하반기 주요업무 참고자료.
(http://www.mogef.go.kr/io/ind/io_ind_s056d.do;jsessionid=hAxzIRQPlDpFsrhxZo5a02GI.mogef10?mid=info313&bbtSn=703968)에서 2019.9.16. 인출
- 여성가족부. (2018b). 여성·가족·청소년이 함께 만드는 성평등한 민주사회 2018년 여성가족부 업무보고. 서울: 여성가족부.
- 여유진, 김미곤, 류정희, 정은희, 강지원, 정희선, ...조준용. (2017). 아동의 빈곤 예방을 위한 정책 연구. 세종: 한국보건사회연구원.
- 염유식, 김경미, 이승원, 김수미. (2017) 한국 어린이·청소년 행복지수-국제비교연구 조사결과보고서. 서울: 재단법인 한국방정환재단.
- 유조안, Grace H. Chung, 이상균. (2015). 경제적 결핍 경험의 잠재계층과 부

- 모가 보고한 아동 건강의 관계, 사회복지연구 46(1), 397-431.
- 윤태호. (2010). 지역 간 건강 불평등의 현황과 정책과제. 상황과 복지, 30, 49-77.
- 이규영. (2015). 청소년들의 자살시도에 영향을 미치는 요인. 한국산학기술학회 논문지, 16(5), 3139-3147.
- 이봉주, 김선숙, 김낭희. (2010). 한국 아동 발달에 대한 탐색적 연구. 한국아동복지학, (31), 107-141.
- 이봉주, 김선숙, 안재진, 유조안, 유민상, 최창용, 이연정. (2013). 한국 아동의 삶의 질에 관한 종합지수 연구. 서울: 세이브더칠드런.
- 이상균. (2017). 드림스타트, 지난10년의 성장과 향후 10년을 위한 과제. 한국 아동복지학, 59, 115-150.
- 이용우. (2014). 가구소득과 아동기의 건강불평등, 보건사회연구, 34(3), 7-32.
- 이자형. (2015). 아동·청소년의 건강불평등과 교육적 과제. 부산교육 이슈페이퍼, 2, 1-39.
- 임민경. (2017). 청소년의 사회경제적 지위에 따른 구강건강의 차이: 건강행태와 심리적 요인의 영향을 중심으로. 보건교육건강증진학회지, 34(5), 11-28.
- 장진영, 조영구, 강재현, 박현아, 김경우, 허양임, 박기병. (2018). 가정의 사회경제적 수준에 따른 한국 청소년의 체중상태 분포, 한국건강증진학회, 18(1), 23-31.
- 장희선, 김기현. (2014). 빈곤이 아동발달에 미치는 영향. 한국아동복지학, (47), 185-216.
- 정옥분. (2015). 전생애 인간발달의 이론(제3판). 서울: 학지사.
- 정정호. (2016). 드림스타트 사례관리 현황과 강화방안 고찰. 학교사회복지, 35, 339-358.
- 정최경희, 김명희, 하랑경, 김미란. (2018). 생애주기별 건강격차 해소를 위한 서울시 정책 및 사업 분석 연구. 서울:서울특별시 공공보건의료재단.
- 조선희, 엄애용, 전경숙. (2012). 청소년의 흡연 및 음주 행태와 사회경제적 수준과의 관계. 보건의료산업학회지, 6(4), 13-25.

- 초록우산 어린이재단. (2018). 아동의 미래 집에서 시작합니다.-아동주거빈곤실태와 주거빈곤이 아동권리에 미치는 영향-. 서울: 초록우산 어린이재단.
- 최연희, 김정희 (2015). 청소년의 건강형평성에 따른 건강상태 영향요인. 한국생활환경학회지. 22(1), 66-74.
- 최지희, 전진아. (2017). 청소년의 정신건강 현황과 건강행태와의 관련성. 보건복지포럼(2017.3.), 72-83.
- 최희선. (2014). 드림스타트 아동통합서비스전문요원의 사례관리 경험에 관한 연구. (석사학위논문, 원광대학교, 전북)
- 최현수, 이태진, 진재현, 김세진, 이주미, 이지혜, ... 전지수 (2018). 통계로 보는 사회보장 2018. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
- 한국보건사회연구원 소득보장정책연구실(2018). 2018년 빈곤통계연보. 세종: 한국보건사회연구원.
- 황성희, 계승희. (2018). 한국 청소년의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인 분석: 가정환경, 건강행태, 심리적 요인 및 식습관. 한국학교지역보건교육학회지, 19(1), 27-45.

〈국외문헌〉

- Austin, S. B. (2011). The blind spot in the drive for childhood obesity prevention: Bringing eating disorders prevention into focus as a public health priority, *American Journal of Public Health*, 101(6), e1-e4.
- Ahn, K. O., Kim, J., Do Shin, S., Park, H., Vaca, F. E., Park, J. O. (2019). "The influence of behavioural and socioeconomic factors on the community injury rates of adolescents assessed by the south Korean emergency medical services: an ecological approach." *BMC Public Health*, 19(1), 830-840.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts:

- Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1995). The bioecological model from a life course perspective. In P. Moen, G. H. Elder, & K. Luscher (Eds.), *Examining lives in context*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cain, L. D. (1964). Life course and social structure, In R. T. L. Faris (Ed.), *Handbook of modern sociology*. Chicago: Rand, McNally.
- Choi, J. S., D. Y. Park. (2018). The impact of national health insurance coverage on pit and fissure sealing experience. *Rural Remote Health*, 18(4), 4804.
- Dush, C. M. K., Schmeer, K. K., Taylor, M. (2013). Chaos as a social determinant of child health: Reciprocal associations?. *Social Science & Medicine*, 95, 69-76.
- Emenius G, Svartengren M, Korsgaard J, Nordvall L, Perschagen G, Wickman M. (2004). Indoor exposures and recurrent wheezing in infants –a longitudinal study in the BAMSE cohort, *Acta Paediatrica*, 93, (7) 8 99-905.
- Evans, G. W., Wachs, T. D. (Eds.). (2010). Decade of behavior (science conference). *Chaos and its influence on children's development: An ecological perspective*. American Psychological Association. (doi: <https://doi.org/10.1037/12057-000>)
- Gwon S. H., Jeong, S. (2018). Concept analysis of impressionability among adolescents and young adults. *Nursing Open*, 1-10. (DOI: 10.1002/nop2.170)
- Heckman, J. J. (2008). Role of income and family influence on child outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1): 307-323.
- Heckman, J. J., Mosso, S. (2014). *The economics of human*

- development and social mobility. *Annu. Rev. Econ.*, 6(1), 689-733.
- Hong J, Lee B, Ha EH, Park H. (2010). Parental socioeconomic status and unintentional injury deaths in early childhood: consideration of injury mechanisms, age at death, and gender. *Accident Analysis & prevention*, 42(1), 313-319.
- Irwin I. G., Siddiqi A, Hertzman C. (2007). *Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health.* WHO.
- Jung, S. H., Kim, M. H., Ryu, J. I. (2018). Inequalities in oral health among adolescents in Gangneung, South Korea. *BMC oral health*, 18(1), 68.
- Kamp Dust C. M., Schmeer K. K., Taylor M. (2013). Chaos as a social determinants of child health: Reciprocal associations?. *Soc Sci & Med*, 95, 69-76.
- Kim, E., Kwon, H. J., Ha, M., Lim, J., Lim, M., Yoo, S. J., Paik, K. (2018). How Does Low Socioeconomic Status Increase Blood Lead Levels in Korean Children?. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1-12.
- Kim, J. A., Choi, H. M., Seo, Y., Kang, D. R. (2018). Relations among obesity, family socioeconomic status, oral health behaviors, and dental caries in adolescents: the 2010-2012 Korea National Health and nutrition examination survey. *BMC oral health*, 18(1): 114.
- Kim, J. S. (2019). Factors Associated with Vitamin D Status Among Korean Female Adolescents. *Journal of pediatric nursing*, 44: e79-e83.

- Kim, Y., Austin, S. B., Subramanian, S. V., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Franko, D. L., Kawachi, I. (2018). Risk factors for disordered weight control behaviors among Korean adolescents: Multilevel analysis of the Korea Youth Risk Behavior Survey, *International Journal of Eating Disorders*, 51(2), 124-138.
- Ko, M. J., Lee, E. Y., Kim, K. (2014). Objective and subjective socioeconomic position and current smoking among Korean adolescents. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(20), 8877-8881.
- Ko S. J., Jung Y. H. (2013) Estimating smoking-attributable deaths on adolescent in Korea, *Health and Welfare Policy Forum*, 198, 18-26.
- Kwak, C. W., J. R. Ickovics (2019). Adolescent suicide in South Korea: Risk factors and proposed multi-dimensional solution. *Asian J Psychiatr*, 43, 150-153.
- Lee, C. S., McKenzie, K. (2015). Socioeconomic and geographic inequalities of internet addiction in Korean adolescents. *Psychiatry investigation*, 12(4), 559-562.
- Marmot, M. (2010). Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010.
- Mills. C. (1959). *The sociological imagination*: New York :Grove.
- Park, H. Y., Heo, J., Subramanian, S. V., Kawachi, I., Oh, J. (2012). Socioeconomic inequalities in adolescent depression in South Korea: a multilevel analysis. *PloS one*, 7(10), 1-7.
- Royal College of Pediatrics and Child Health. (2017). *State of Child Health Report 2017*, London: Royal College of Pediatrics and Child Health.
- Sen, A. (1987). "The Standard of Living," in Sen, Muellbauer, Kanbur, Hart, and Williams, *The Standard of Living: The Tanner Lectures*

- on Human Values, Cambridge: Cambridge University Press.
- Seo, H. J., Jung, Y. E., Kim, M. D., Bahk, W. M. (2017). Factors associated with bullying victimization among Korean adolescents. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13: 2429-2435.
- Siddiqi, A., Irwin, L., Hertzman, C. (2007). Total environment assessment model for early child development: evidence report for the World Health Organization's Commission on the social determinants of health. Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership (HELP).
- Son, M., Kim, J., Oh, J., Kawachi, I. (2011). Inequalities in childhood cancer mortality according to parental socioeconomic position: A birth cohort study in South Korea. *Social science & medicine*, 72(1), 108-115.
- Turney, K., Lee, H., Mehta, N. (2013). The social determinants of child health. *Social Science & Medicine*, 95, 1-5. doi:10.1016/j.socscimed.2013.07.015
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379 (9826), 1641-1652. doi:10.1016/S0140-6736(12)60149-4
- Whitehead M. (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Mibank Quarterly*, 76(3), 469-492.
- WHO CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

- Williamson IJ, Martin CJ and McGill G, Monic RD, Fennerty AG. (1997).
Damp housing and asthma: a case control study, *Thorax*, 52,
229-234.
- Woodward, A., Kawachi, I. (2000). Why reduce health inequalities?. *J
Epidemiol Community Health*, 54(12), 923-929.

〈웹페이지〉

강남구 청소년상담복지센터 홈페이지.

(<http://www.gnyc.or.kr/sub02/04.php>)에서 2017.7.26. 인출

남양주 시청 홈페이지. 청소년통합지원(CYS-Net).

(<https://www.nyj.go.kr/main/947>)에서 2019.7.26. 인출

드림스타트 홈페이지. 지원과정.

(https://www.dreamstart.go.kr/contents/sub01_04_01.asp)에서
2017.7.23. 인출

드림스타트 홈페이지. 드림스타트 사업소개.

(https://www.dreamstart.go.kr/contents/sub01_01_01.asp)에서
2019.7.16. 인출

보건복지부 아동권리과. (2018.5.31.). “취약계층 아동의 벗, 드림스타트”2018
보고대회. 보건복지부 보도자료.

(http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=3&CONT_SEQ=344970)에서
2019.7.17. 인출

보건복지부 아동권리과. (2019.6.4.). 아이들의 차별 없는 출발을 위한 드림스타
트 사업보고대회 개최한다!. 보건복지부 보도자료.

(http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=349666&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EB%93%9C%EB%A6%BC%EC%8A%A4%ED%83%80%ED%8A%B8)에서 2019.7.30. 인출

304 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

보건복지부 홈페이지. 드림스타트 운영현황.

(https://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0601vw.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304020703&page=1&CONT_SEQ=293024)에서 2019.7.16. 인출

사회보장정보원 홈페이지. 사회보장정보시스템(행복e음) 소개.

(<http://www.ssis.or.kr/lay1/S1T749C765/contents.do>)에서 2019.7.16. 인출

여성가족부. 2019년 청소년사업 안내,

(http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001d.do?mid=plc502&bbtSn=704761)에서 2019.8.20. 인출

여성가족부 홈페이지. 전국 청소년 상담복지센터 현황.

(http://www.mogef.go.kr/mp/pcd/mp_pcd_s001d.do?mid=plc502&bbtSn=162)에서 2019.7.26. 인출

여성가족부 홈페이지. 청소년 긴급상황, 청소년상담복지센터가 함께 합니다.

(http://www.mogef.go.kr/nw/enw/nw_enw_s001d.do?mid=mda700&bbtSn=706095)에서 2019.7.30. 인출

위기청소년 사이버채팅상담 홈페이지. www.cyber1388.kr

위키피디아.

(https://en.wikipedia.org/wiki/Ecological_system_theory)에서 2019.10.28. 인출

통계청 e-나라지표.

(http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1539)에서 2019.7.26. 인출

통계청 e-나라지표.

(http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2829)에서 2019.8.17. 인출

통계청 국가통계포털. (2007-2016). 가계동향조사.

(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1L9H002&conn_path=I3)에서 2019.9.1. 인출

- 통계청 국가통계포털. (2009-2018). 사망원인통계.
 (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E01&conn_path=I2)에서 2019.9.1. 인출
- 통계청 국가통계포털. (2009-2018). 사망원인통계.
 (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E11&conn_path=I3)에서 2019.9.1. 인출
- 통계청 국가통계포털. (2009-2018). 초중고 사교육비조사.
 (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1PE101&conn_path=I3)에서 2019.9.1. 인출
- 통계청 국가통계포털. (2017-2018). 전국 청소년 상담 내용 및 대상현황.
 (http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1600)에서 2019.8.7. 인출
- 통계청 국가통계포털. (2018). 전국예방접종률현황.
 (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11793N_171&conn_path=I3)에서 2019.9.1. 인출
- 통계청 국가통계포털. (2018). 청소년 인구 및 구성비.
 (http://index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxMainPrint.do?idx_cd=1597&board_cd=INDX_001)에서 2019.8.5. 인출
- 통계청 사회통계국 인구동향과.(2019.9.24.). 2018년 사망원인통계. 통계청 보도자료.
 (http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WU_JXbeOJHkJ:kostat.go.kr/smart/news/file_dn.jsp%3FaSeq%3D377608%26ord%3D2+&cd=1&hl=ko&ct=clnk&gl=kr)에서 2019.10.1. 인출
- 한국건강증진개발원 홈페이지.
 (https://www.khealth.or.kr/hpl/hplIdx/idxDataOne.do?menuId=MENU00811&idx_ix=262)에서 2019.8.20. 인출
- 한국청소년상담복지개발원 홈페이지.
 (https://www.kyci.or.kr/userSite/sub02_1.asp)에서 2019.7.25. 인출

한눈에 보는 복지정보 홈페이지. 지역사회청소년통합지원체계 사업소개.

(<http://www.bokjiro.go.kr/welInfo/retrieveWelInfoDetail.do?welInfoSno=74>)에서 2019.7.25. 인출

〈자료원〉

교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2009-2018). 청소년건강행태조사.

교육부. (2009-2018). 국가수준 학업성취도평가 결과

국토교통부. (2006-2017). 주거실태조사.

통계청. (2015). 인구주택총조사.

통계청 마이크로 데이터. (2018). 초중고 사교육비조사.

통계청 마이크로데이터. (2018). 한부모가구실태조사.

OECD Family Database. (2015).

〈법령〉

아동복지법 제37조. 국가법령정보센터 홈페이지.

(<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=206676&efYd=20190716#0000>)에서 2019.8.3. 인출

아동복지법 시행령 제37조. 국가법령정보센터 홈페이지.

(<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=209945&efYd=20190716#0000>)에서 2019.8.3. 인출

청소년복지 지원법 제9조 및 제10조. 국가법령센터 홈페이지.

(<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=205826&efYd=20190319#0000>)에서 2019.8.3. 인출

청소년복지 지원법 시행령 제4조 및 제5조. 국가법령센터 홈페이지.

(<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=209767&efYd=20190702#0000>)에서 2019.8.3. 인출

부록 1. 아동기 건강 관련 데이터 현황

자료원	조사 목적	조사 대상	조사 주기	지역 구분	조사 내용	주관 기관	국가 승인 통계
청소년건강행태 조사	청소년의 건강행태 현황을 파악하여 청소년 건강정책 기획 및 평가를 위한 기초 자료를 마련하고자 함	전국 중학교 및 고등학교 재학생 약 7만 명	1년 (2005~2018)	시도 대도시, 중소도시, 군 지역	흡연, 음주, 신체활동, 식생활, 비만 및 체중 조절, 정신건강, 손상 및 안전 의식, 구강건강, 개인위생, 성 행태, 아토피·천식, 약물, 인터넷중독, 건강행태, 폭력 등	질병관리 본부	○
국민건강영양 조사	국민의 건강 및 영양 상태에 관한 현황 및 추이를 파악하여 정책 수립 및 평가에 필요한 기초 자료를 마련하기 위함	1세 이상 가구원 약 1만 명	1년 (1998~2017)	시도, 동/읍·면	소아용 검진 조사(신체 계측, 혈압, 아령, 혈액, 소변, 구강 등), 건강 설문 조사(이환, 의료 이용, 예방접종, 활동 제한, 비만, 구강건강 등), 영양 조사(식생활, 식품 섭취 등)	보건 복지부, 질병관리 본부	○
한국의료패널	질환, 의료 이용, 의약품 복용, 의료비 지출, 건강 관련 인식 및 행태 등을 파악하여 보건의료 서비스의 대응성, 접근성 향상과 효율화를 위한 정책 수행의 기초 자료를 마련하기 위함	2008년 기준 약 7800가구의 가구원 전체	1년 (2008~2017)	시도	가구 일반 사항, 의료보장 형태, 장애 등급, 경제활동 상태, 임신 및 출산, 의료 관련 지출, 가구소득 및 지출, 부채 및 자산, 주거, 만성질환 관리, 일반 의약품 이용, 의료 서비스 이용(응급, 입원, 외래), 민간 의료보험 등	한국 보건사회 연구원	○
건강보험 청구자료 (소아·청소년 환자표본)	요양 기관에서 수행한 진료의 적정성을 평가하고 청구된 진료비에 대해 심사하기 위한 목적으로 데이터베이스를 구축함	만 20세 미만 소아·청소년 환자 약 110만 명 (추출 비율 10% 기준)	1년 (2009~2017)	시도 시·군·구	상병명 등의 일반 정보, 처치 및 수술료 등의 진료 내역 정보, 청구 비용, 약제 내역, 요양 기관 정보, 의약품 정보 등	건강보험 심사평가원	

자료원	조사 목적	조사 대상	조사 주기	지역 구분	조사 내용	주관 기관	국가 승인 통계
사망원인통계	국민의 정확한 사망 원인 구조를 파악하여 국민 복지 및 보건으로 정책 수립을 위한 기초 자료를 제공하기 위함	대한민국 국민으로서 대한민국 영역 내 거주자 및 외국 거주자	1년 (1983~2018)	시도 시·군·구	신고 일자, 사망자 주소, 성별, 사망 연월일, 사망 시간, 사망 연령, 사망 장소, 사망자 직업, 혼인 상태, 교육 정도, 사망 원인 등	통계청	○
한국복지패널 (아동부가조사)	빈곤층, 근로 빈곤층, 차상 위층의 규모 및 생활 실태 변화를 통계적으로 파악하여 정책 형성에 기여함과 동시에 정책 지원에 따른 효과성을 제고하고자 함	2015년 3월 기준 초등학교 4~6학년에 재학 중인 아동 약 470명 신규 표집	3년 (2006, 2009, 2012, 2015, 2018)	5개 권역 7개 권역	현재 상태, 학교생활, 생각과 행동, 부모님, 친구, 건강 및 생활, 아르바이트 경험 및 활동, 진로 등	한국 보건사회연구원	○
한국아동패널	아동의 성장·발달 과정을 출생부터 장기적으로 추적 조사함으로써, 아동의 성장·발달 특성, 양육 실태와 요구, 육아 지원 기관의 기능과 효과 및 지역 사회와 육아정책의 영향에 관한 기초 자료를 수집하기 위함	2008년 4~7월 사이에 출생한 2150 신생아 가구	1년 (2008~2017)	시·군·구	<ul style="list-style-type: none"> - 아동: 식생활, 일과 행동, 신체 특성, 질환 및 치료, 인지 발달, 학습 관련, 자아/정서 발달, 사회성 발달 등 - 부모 및 가구: 심리적 특성, 부모 특성, 신체 특성, 질환/장애, 음주 및 흡연, 직업 특성, 양육 특성, 주거 및 생활 환경, 소득, 지출, 자산 및 부채, 가정 환경의 질 등 - 학교 및 지역사회: 돌봄 서비스, 학교 사교육, 양육 환경, 국가 정책 지원 	육아정책 연구소	

310 국민의 건강수준 제고에 위한 건강영양조사 모니터링 및 사업 개발: 아동·청소년영양조사

자료원	조사 목적	조사 대상	조사 주기	지역 구분	조사 내용	주관 기관	국가 승인 통계
아동·청소년 인권실태조사	아동·청소년의 인권 실태 및 변화 양상을 파악함으 로써, 아동·청소년의 인권 증진을 위한 정책 수립 기 초 자료를 제공하고자 함	초등학교 4~6학년, 중학교 1~3학년, 고등학교 1~3학년에 재학 중인 약 9000명	1년 (2009~2016)	대도시, 중소도시, 읍·면	가족 특성, 자녀 교육 관련 특 성, 자녀 진학 진로 지도 관련 특성, 양육 관련 특성 인권과 일반 원칙, 시민적 권리와 자유, 폭력과 학대, 가정 환경 및 복 대안 양육, 장애·기초 보건 및 복 지, 교육·여가 및 문화적 활동, 특 별 보호 조치 등	한국 청소년 정책 연구원	○
건강검진통계 :영유아 건강검진결과	보건의료 및 건강보험 정 책 수립의 기초 자료로서, 건강검진 사후 관리, 질병 예방 등 지역 보건의료 향 상을 위한 국가 정책 방 향을 제시하고자 함	영유아 건강검진 수검자	1년 (2008~2017)	시·군·구	건강검진 결과(신체 계측, 신체 진찰 소견, 시각, 청각, 발달 평가 결과)	국민건강 보험공단	○
학생 건강검진통계	학생들의 건강 검사를 실 시, 분석하여 학생 건강 지 표 생성 및 관련 정책 수립 의 기초 자료를 제공하고 자 함	전국 초·중·고등학 교 765개교, 약 8만 3000명	1년 (1975~2017)	시도	- 신체 발달 상황 검사: 키, 몸무 게 등 - 건강검진: 근골격 및 척추, 눈, 귀, 콧병, 목병, 피부병, 구강, 기관 능력, 병리 검사 등 - 신체 능력 검사: 심폐 지구력, 근력 지구력, 유연성, 순발력, 비만 5개 체력 요인 5종목	교육부	○

자료원	조사 목적	조사 대상	조사 주기	지역 구분	조사 내용	주관 기관	국가 승인 통계
청소년 매체이용 및 유해환경 실태조사	청소년의 매체 이용 및 유 해 환경에 대한 종합적이 고 체계적인 실태 파악을 통해 청소년정책 수립의 기초 자료를 제공하고, 유 해 환경으로부터 청소년을 보호하는 정책적 대응 방 안 마련에 활용하기 위함	일반 청소년 약 1만 5000명 위기청소년 약 1800명	2년 (2008~2018)	시도	매체, 약물(고카페인 음료 및 피 우는 비타민 이용, 음주 및 흡연, 예방 교육 등), 청소년 성 행 동, 가출, 근로 보호, 일반 현황 등	여성 가족부	○
아동 종합실태조사	아동에 대한 전국적 실태 조사를 통해 아동의 건강한 성장 여건 조성을 위한 정 책 개발에 활용하기 위함	18세 미만 아동을 양육하는 약 4000가구	5년 (2008, 2013, 2018)	대도시, 중소도시, 농어촌	가구 일반 사항, 사회성 및 정서, 가정 환경(가정생활), 인지 및 언 어생활, 학교생활, 방과 후 생활, 건강 및 안전, 사교육 및 특별 활 동, 보호 및 사교육, 방과 후 거 치, 방과 후 주 양육자, 복지 서 비스, 진로 및 아르바이트, 주거 지출 등	보건 복지부	○
청소년 종합실태조사	청소년의 현황과 상태를 실증적·체계적으로 파악 하여 중장기 청소년정책 의 비전과 목표 수립의 기 초 자료로 활용하기 위함	9~24세(9~1 2세/13~24 세) 청소년 자녀가 있는 전국 2000가구 양육자 1인과 청소년 5000명	3년 (2011, 2014, 2017)	대도시, 중소도시, 농산어촌	가구 정보, 가정생활 및 양육 정 보, 생활 환경, 청소년의 건강(수 면 시간, 식습관, 운동 시간, 스트 레스 정도, 주관적 건강 평가, 정 서 등), 사회 문화(참여, 활동, 미 디어 인터넷), 학교생활 및 방과 후, 진로 및 아르바이트 등	여성 가족부	○

지료원	조사 목적	조사 대상	조사 주기	지역 구분	조사 내용	주관 기관	국가 승인 통계
이동구강건강 실태조사	국민 건강 지표와 구강보건 의식 및 구강보건 행태 등을 파악하여 구강보건 목표 설정과 구강건강증 진 사업 개발 및 평가에 필요한 기초 자료로 활용 하기 위함	만 5세 (유치 대표 연령)와 만 12세(중학교 1학년, 영구치 대표 연령) 약 3만 명	3년 2015 (KOSIS 확인 가능)	시도	- 구강 검진: 유치 우식 경험 유 무, 우식 유치 수, 우식 유치 면수, 충진 유치 수, 충진 유치 면수, 영구치 우식 경험 유무, 우식 영구치 수, 우식 영구치 면수, 충진 영구치 수, 충진 영 구치 면수, 상설 영구치 수, 상 설 영구치 면수, 치아 우식증 고위험군 지수, 치면열구진색 영구치 수, 치석 유무, 치은염 발생 유무, 치아 반점치 지수 - 구강건강 관련 의식 설문 조사: 연령, 성별, 출생 연도, 자녀에 대한 구강건강 인식, 최근 1년 간 구강 진료 경험 및 진료 항 목, 최근 1년간 구강 진료 미 충족 여부 및 요인, 잇솔질 횟 수 및 시기, 구강 보조용품 사 용 여부 및 사용 용품, 치아 우 식 관련 식품 섭취 빈도, 치아 부식 관련 음료 섭취 빈도, 자 녀의 치통 경험 여부, 자녀의 치은 출혈 경험 여부	보건 복지부	○

자료원	조사 목적	조사 대상	조사 주기	지역 구분	조사 내용	주관 기관	국가 승인 통계
어린이 식생활안전지수 (가공통계)	시·군·구 어린이 식생활 안전 영양 수준을 객관적 으로 확인, 평가하여 어린 이 식생활의 안전한 환경 기반을 확산하기 위함	228개 지자체와 초등학교 약 4만 3000명	3년 (2012~2017)	대도시, 중소도시, 농어촌	<ul style="list-style-type: none"> - 식생활 안전(40점): 식생활 안 전 관리 지원 수준, 기호 식품 의 안전 관리 수준, 단체 급식 의 안전 관리 수준 - 식생활 영양(40점): 결석 및 비 만 관리 수준, 기호 식품의 영 양 관리 수준, 단체 급식의 영 양 관리 수준 - 식생활 인지·실천(20점): 식생 활 안전 및 영양 제도 인지 수 준, 식생활 안전 관리 인지·실 천 수준, 식생활 영양 관리 인 지·실천 수준 - 3개 분야의 29개 항목(총점 100점)으로 평가하고 100점에 가까울수록 안전지수가 높은 것으로 해석 	식품 의약품 안전처	○

자료: 본 연구진이 작성함.

부록 2. 아동기 건강결정요인 선행연구

구분	지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구
성별		행안부 외국인 주민의 정의: 귀화의 방법으로 국적을 취득한 자 또는 외국인이 한국인(귀화자 포함)과 결혼한 결혼이민자가 존재하는 일반 가구(다문화 대상자의 자녀가 있는 가구도 포함)	지방자치단체 외국인 주민현황(행정안전부)> 2007-2017 연도별 다문화 가족 자녀 연령별 현황(만 6세 이하/만 7-12세/만 13-15세/만 16-19세), 2017년 시도별 다문화 가족 자녀 현황 확인 가능	
	다문화 이주 가정	한국아동청소년패널 정의: 국제결혼 가정, 외국인 노동자 가정, 새터민(탈북자) 가정, 중국 조선족 가족 등 청소년건강행태조사: 국제적 정의 없음, 아버지/어머니가 한국인이 아닌 경우, 태어난 나라를 모름	한국아동청소년패널	
연령	연령 또는 학년	만 0세, 00학교 00학년		
	가족 구성	현재 가족 구성원(현재 함께 살고 있지 않은 가족도 포함) 및 친부모, 양부모, 동거 여부	한국아동청소년패널, 청소년건강행태조사, 청소년패널, 한국아동청소년종합실태조사(2009)	안진상, 김희정(2013); 황성희, 계승희(2018); 이경산, 임희진(2008); 박지영(2017); 김세원, 김진숙(2012); 김수린, 이상균, 유조안(2015); 장희진, 김기현(2014); 조선희, 엄애용, 진경숙(2012)
가구 상태 (부모, 양육자)	가족 구성 또는 부모와의 동거 여부	2006~2013년에만 조사: 가족 여행 횟수(없음, 한 번, 두 번, 세 번 이상), 컴퓨터 보유 대수(없음, 한 대, 두 대, 세 대 이상), 학생 가정에 자가용 소유 대수(없음, 한 대, 두 대 이상), 학생 방 소유 여부(없음, 있음)	청소년건강행태조사	조선희, 엄애용, 진경숙(2012); Elgar et al.(2015); Elgar et al.(2017); WHO Regional Office for Europe(2012)
사회 구조적 요인	소득	가구의 물질적 풍요도(FAS)		

구분		지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구	
직업 및 고용	가구조속	월평균/연평균 가구조속	월평균/연평균 기준 연도별 빈곤율 및 상대적 빈곤율(중위소득, 지출 40%, 50%, 60% 기준)	한국아동청소년패널, 한국복지패널, 한국청소년패널	안진상, 김희정(2013); 이용우(2014); 이경상, 임희진(2008)	
		아동 상대적 빈곤율	연도별 최저생계비 기준 연도별 빈곤율 및 상대적 빈곤율(중위소득, 지출 40%, 50%, 60% 기준)	빈곤통계연보 (연도별, 총아동)		
	객관적 가구의 경제수준	수급 가구(기초생활수급 및 조진부 수급), 차상위 가구, 그 외 비해당 가구로 구분/ 수급, 비수급 구분	1차 자료, 한국아동청소년종합실태 조사(2009), 국민건강영양조사(면접조사)	김수린, 이상균, 유조안(2015); 김세원, 김선숙(2012)		
	주관적 경제상태	청소년건강행태조사: 가정의 경제적 상태에 대한 평가(상, 중상, 중, 중하, 하 5점 척도) 한국청소년패널: '집안 경제 사정이 어려워 곤란을 겪는 중이다'(전혀 그렇지 않다~매우 그렇다 5점 척도)	청소년건강행태조사, 청소년건강행태조사, 한국청소년패널	황성희, 계승희(2018); 이경상, 임희진(2008); 김수린, 이상균, 유조안(2015); 조선희, 엄애용, 전경숙(2012)		
	부의 직업	육체노동과 비육체노동으로 구분 비육체노동: 관리, 사무, 전문, 군인, 서비스, 판매 육체노동: 기능, 농어업, 기계 단순 노동 (참고) 한국 표준 직업 분류에 따른 직업 분류 가능 테이블: 아동종합실태조사(가구주/주 양육자), 한국아동청소년패널(부/모/보호자), 한국청소년패널(부(남자 보호자)/모(여자 보호자)), 한국아동패널(부/모)	한국아동청소년패널	안진상, 김희정(2013); Reiss F(2013)		
	모의 직업	유/무	한국아동청소년패널	안진상, 김희정(2013); Reiss F(2013)		
	가구조속의 미숙련 직업	미숙련 직업: 무직이거나, 관리자·전문직·사무직 이외의 직종이면서 임시/일용/자활/공공근로	한국복지패널	장희선, 김기현(2014)		

구분	지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구
	부모의 고용 상태	부모의 근로 형태(전일제(풀타임) 근로, 시간제(파트타임) 근로) 종사상 지위: 한국아동청소년패널(부/모/보호자), 한국아동패널(부/모)	한국청소년패널	Pillas et al.(2014)
	교육	부의 교육수준	중졸 이하/고졸/대졸 이상(전문대 졸업 포함)	한국아동청소년패널, 청소년건강행태조사
모의 교육수준		중졸 이하/고졸/대졸 이상(전문대 졸업 포함) 어머니의 교육수준이 고등학교 미만일 경우를 위함 요인으로 봄	한국아동청소년패널, 청소년건강행태조사	안진상, 김희정(2013); 황성희, 채승희(2018); 장희선, 김기현(2014); 조신희, 임애용, 전경숙(2012)
	거주지	대도시/소도시·농촌	한국아동청소년패널	안진상, 김희정(2013)
주거 환경	최저 기준 미달 주거	과밀 기준, 필수 설비 기준, 구조 성능 환경 기준 중에서 어느 하나라도 만족하지 못하는 경우	한국복지패널	임세희(2010)
	주거 점유 상태	거주하고 있는 집의 등기상 점유 형태: 자가 여부	한국복지패널, 한국청소년패널	Pillas et al.(2014)
지역	지역 발달 수준	Public Health England(2018): Index of Multiple Deprivation(IMD) 2015 사용 Pillas et al.(2014): 부모의 소득, 부모의 고용, 부모의 교육수준, 주거 및 서비스 접근성, 범죄, 주거환경 (박탈 지수 구성 지표 제외, 구체적인 정의 제시 없음) Public Health Information for Scotland(2017): Scottish Index of Multiple Deprivation(SIMD) 사용 RCPCH(2017): 구체적인 정의 없음 김세원, 김진숙(2012); 신영진 외(2009)의 사회발달지수 이용 김동진 외(2018)의 시·군·구별 지역발달지수 활용 가능	인구주택총조사 표본자료	김세원, 김진숙(2012); Public Health England(2018); Pillas et al.(2014); Public Health Information for Scotland(2017); RCPCH(2017)

구분		지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구
안전	지역사회/학교의 안전에 대한 주관적 평가)	환경 안전 (지역사회/학교의 안전에 대한 주관적 평가)	Dubiel et al.(2010): (학부모 대상 질문) 지역사회/학교 환경이 당신의 자녀에게 얼마나 안전하다고 생각하십니까? 사는 동네의 안전 수준(변좌, 교통사고, 음식물)	아동청소년인권실태조사 (2009~2016)	Dubiel et al.(2010)
		공동체 지지	구체적 정의 없음, '나는 우리 동네 사람들 대부분을 알고 있다', '나는 거리에서 우리 동네 사람을 만나면 인사를 한다', '우리 동네에서는 이웃끼리 서로 경계한다', '나는 우리 동네가 안전하다고 느낀다', '나는 우리 동네 사람들과 지내는 것이 좋다', '나는 우리 동네에서 계속 살고 싶다'의 6문항으로 측정, 점수가 높을수록 공동체 지지가 높음을 의미	한국아동청소년패널(6문항)	안진상, 김희정(2013)
지역사회 관계		지역사회 지도·감독	구체적 정의 없음, '내가 만약 나쁜 일을 하면 주위 사람들이 나를 몹시 비난하게 될 것이다', '내가 만약 나쁜 일을 하면 주위 사람들로부터 창피함을 당할 것이다'의 2개 문항으로 측정, 점수가 높을수록 지역사회 지도·감독이 높음을 의미	한국청소년패널(2문항)	이경상, 임희진(2008)
		아동 서비스 기관 분포	아동 인구수 대비 지역아동센터, 아동재활센터, 아동정신센터 등 아동 관련 사회복지서비스 기관 수		
교육 수준 (아동·청소년)	학업 성취도	주관적 학업 성취도	청소년진간행태조사: 상, 중상, 중, 중하, 하 구분 한국청소년패널: 국·영·수·과·5개 과목 각각에 대해 매우 못하는 수준, 못하는 수준, 중간, 잘하는 수준, 매우 잘하는 수준 구분 한국복지패널: 아주 못함, 중간 이하, 중간, 중간 이상, 아주 잘함 구분	청소년진간행태조사, 한국청소년패널, 한국복지패널	황성희, 계승희(2018); 이경상, 임희진(2008); 조신희, 임애용, 전경숙(2012); 장희선, 김기현(2014)
		성적 만족도	매우 만족, 만족하는 편, 만족하지 않는 편, 전혀 만족하지 못함 4점 척도로 평가	한국아동청소년패널	안진상, 김희정(2013)

구분	지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구
중개 요인	부모 지지	'부모님께서는 다른 일보다 나를 더 중요하게 생각하신다', '부모님께서는 내가 학교에서 어떻게 생활하는지 관심을 갖고 물어보신다', '부모님께서는 내 몸이나 옷, 기분 등이 깨끗하도록 항상 신경을 쓰신다', '부모님께서는 내가 아프면 적절한 치료를 받게 하신다'는 4문항으로 측정, 점수가 높을수록 부모 지지가 높음을 의미	한국아동청소년패널(4문항)	안진상, 김희정(2013)
	교육 참여 수준	'부모님과 학교생활이나 친구들에 대해 대화한다', '우리 부모님은 학교 선생님(들)과 이야기하기 위해 학교에 찾아가신다', '우리 부모님은 학교가 주최하는 학부모회 모임 등과 같은 행사에 참석하신다', '우리 부모님은 내가 숙제를 다 했는지 관심을 가지고 확인한다'의 관심 수준을 묻는 4개 문항으로 측정, 점수가 높을수록 상호작용이 높은 것을 의미, 점수가 낮은 순에서 하위 25%를 위함 요인으로 봄	한국복지패널(4문항)	장희선, 김기현(2014)
양육 환경	부모 지도·감독	한국복지패널: '부모님은 내가 집에 없을 때 어디에 누구와 함께 있는지 알고 계신다', '부모님은 내가 몇 시에 들어오는지 알고 계신다', '부모님은 내가 집에 없을 때 무엇을 하는지 알고 계신다', '부모님은 내가 어른 없이 집에 있을 때 전화를 하신다'의 지도·감독 수준을 묻는 4개 문항으로 측정, 점수가 높을수록 상호작용이 높은 것을 의미, 점수가 낮은 순에서 하위 25%를 위함 요인으로 봄	한국청소년패널(4문항), 한국복지패널(4문항)	이경장, 임희진(2008); 장희선, 김기현(2014)
	부모 자녀 애착	'부모님과 나는 많은 시간을 함께 보내려고 노력하는 편이다', '부모님은 나에게 늘 사랑과 애정을 보이신다', '부모님과 나는 서로를 잘 이해하는 편이다', '부모님과 나는 무엇이든 허물없이 이야기하는 편이다', '나는 내 생각이나 밖에서 있었던 일들을 부모님께 자주 이야기하는 편이다', '부모님과 나는 대화를 자주 나누는 편이다'의 6개 문항으로 측정, 점수가 높을수록 부모와의 애착이 높은 것을 의미	한국청소년패널(6문항)	이경장, 임희진(2008); 김수린, 이상관, 유조안(2015)

구분	지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구
학대 경험	부모 학대 (가정폭력 포함)	한국복지패널(2018년도, 13년도 차 조사 기준): 지난 1년 간의 부모 학대 경험(신체적 학대 1문항, 정서적 학대 3문항, 방임 4문항) 신체적 학대: '나는 부모님으로부터 심하게 맞은 적이 있다' / 정서적 학대: '내가 수치심과 모욕감을 느낄 정도로 부모님이 꾸짖은 적이 있다', '부모님이 나에게 <너만 없으면 속이 편할 것이다>와 같은 말을 하였다', '부모님이 나에게 <멍청한 것>, <개만 못한 것>, <바보 자식>과 같은 모욕적인 말을 하였다' / 방임: '학교 수업이 끝난 후 내가 집에 늦게 들어와도 우리 부모님은 관심이 없다', '부모님은 이유 없이 내가 학교에 결석해도 나에게 아무 말 안 한다', '부모님은 내가 볼때 남의 물건이나 돈을 가져가도 모른 채한다', '부모님은 내가 불량 오락실에 출입하는 것을 알면서도 모른 채한다' ->지표 정의: 3개 유형 중 하나의 유형에서라도 학대를 경험한 것으로 확인되는 경우 위험으로 봄	한국청소년패널(2문항), 한국복지패널(8문항)	이경상, 임희진(2008): 최정원, 김희진(2011): 장희선, 김기현(2014)
가족 갈등	가족 내 갈등	'나는 부모님이 서로에게 욕설을 하는 것을 본 적이 많이 있다', '나는 부모님이 상대방을 때리는 것을 본 적이 많이 있다'의 2문항으로 측정, 점수가 높으면 높을수록 가족 내 갈등이 심각한 것을 의미	한국청소년패널(2문항)	이경상, 임희진(2008)
양육자 건강 및 정서 상태	부모의 주관적 건강수준	'매우 건강하다', '건강한 편이다'는 '건강하다(1)'로 '건강하지 못한 편이다', '매우 건강하지 못한 편이다'는 '건강하지 못하다(2)' 2개 범주로 분류	한국아동청소년패널	안진상, 김희정(2013)
	주 양육자의 지존감	10개 문항(Rosenberg Self-Esteem Scale)에 대한 합산 점수가 높을수록 자존감이 높은 것을 의미, 총점수의 하위 25%를 위험 요인으로 봄	한국복지패널(10문항)	장희선, 김기현(2014)
	주 양육자의 우울/불안	11개 문항(CES-D-11)에 대한 합산 점수가 높을수록 우울 증상이 심한 것을 의미, 점수가 높은 순에서 25%까지의 범주를 위험 요인으로 봄	한국복지패널(11문항)	장희선, 김기현(2014)

구분	지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구
건강 관련 교육 프로그램 환경	안전 교육 제공 여부	최근 12개월 동안의 학교 안전 교육 제공 여부 및 종류	청소년건강행태조사	조혜정, 황성동(2016): 송윤경, 이은영, 권용관(2016)
	음주 교육 제공 여부	최근 12개월 동안의 학교 음주 교육 제공 여부	청소년건강행태조사	
	흡연 예방 및 금연 교육 제공 여부	최근 12개월 동안의 학교 흡연 예방 및 금연 교육 제공 여부	청소년건강행태조사	
	성교육 제공 여부	최근 12개월 동안의 성교육 제공 여부	청소년건강행태조사	
학교 폭력 관계 또래 환경	영양 및 식사 습관 교육 제공 여부	최근 12개월 동안의 영양 및 식사 습관 교육 제공 여부	청소년건강행태조사	
	학교폭력 경험(집단 따돌림 포함)	최근 12개월 동안의 학교폭력 피해 경험은 따돌림 등 6문항으로 구성	1차 자료, 한국복지패널	윤명숙, 조혜정(2008); 남석인, 남보영, 장은혜(2014)
친구 관계 또래 환경	친구 지지	한국아동청소년패널: '우리 반 아이들과 잘 어울린다', '친구와 다투었을 때 먼저 사과한다', '내 짝이 교과서나 준비물을 안 가져왔을 때 함께 보거나 빌려준다', '친구가 하는 일을 방해한다', '불이나 모뎀 활동을 할 때 친구들이 내 말을 잘 따라 준다'는 5문항으로 측정, 점수가 높을수록 친구 지지가 높은 것을 의미 한국복지패널(또래 애착): '내 친구들은 내가 외롭거나 힘들 때 나와 함께 있어 준다', '내 친구들은 도움이 필요할 때 나를 도와준다', '내 친구들은 나를 좋아한다', '나는 친구들과 사이좋게 지낸다', '점수가 높을수록 또래 애착이 높은 것을 의미	한국아동청소년패널(5문항), 1차 자료 17문항, 한국복지패널(4문항)	안간성, 김희정(2013); 박지영(2017); 장희선, 김기현(2014); WHO Regional Office for Europe(2012)
	비행 경험 친구 유무	근신·정학·퇴학, 흡연, 음주, 무단결석, 폭행, 갈취, 절도 등 8가지 비행을 경험한 친구 유무(명)	한국청소년패널	이경상, 임희진(2008)

구분	지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구	
생활 습관	미디어 이용	<p>TV 시청 시간</p> <p>하루 평균 2시간 이상 TV 시청 비율</p> <p>컴퓨터 및 인터넷 이용</p> <p>컴퓨터 및 인터넷의 이용 유형(게임, 채팅, 전자 우편, 동호회, 온라인, 거래, 게시판, 성인용 사이트, 학습 관련 정보 검색, 기타 정보 검색)별 이용 정도 5점 척도 → 채팅, 동호회 활동, 성인 사이트 이용만 유의미</p> <p>게임</p> <p>'앉아서 보내는 시간' 지표 참고</p>	<p>한국복지패널, 청소년건강행태조사</p> <p>청소년건강행태조사, 한국복지패널(인터넷 사용시간)</p> <p>청소년건강행태조사, 청소년매체이용및유해환경실태조사</p>	<p>Dubiel et al.(2010); WHO Regional Office for Europe(2012)</p> <p>김진영(2009)</p>	
	신체활동	스마트폰 과의존	스마트폰 과의존 위험군 비율	스마트폰과과의존실태조사	
		중등도 신체활동	최근 7일 동안 심장 박동이 평상시보다 증가하거나 숨이 찬 정도의 신체활동(종류에 상관없이) 하루에 총합 60분 이상 한 일수	청소년건강행태조사	황성희, 계승희(2018); Seith D(2011); WHO Regional Office for Europe(2012)
		격렬한 신체활동	최근 7일 동안 숨이 많이 차거나 몸에 땀이 날 정도의 격렬한 신체활동을 20분 이상 한 일수(격렬한 신체활동: 조깅, 축구, 농구, 태권도, 등산, 빠른 속도의 자전거 타기, 빠른 수영, 무거운 물건 나르기 등)	청소년건강행태조사	황성희, 계승희(2019); Seith D(2011); WHO Regional Office for Europe(2012)
	신체활동 (운동)	근력 운동	최근 7일 동안 팔굽혀 펴기, 워밍업, 요가, 필라테스, 에어로빅, 수영, 평행봉 같은 근력 운동을 하는 운동(근력 강화 운동)을 한 일수	청소년건강행태조사	황성희, 계승희(2020); Seith D(2011); WHO Regional Office for Europe(2012)
		앉아서 보내는 시간(TV, 게임, 인터넷, 휴대기기 등으로)	지난주 주중(월~금) 여가 시간에 TV 보기(교육 방송 시청 제외), 게임, 인터넷, 휴대기기 등으로 앉아서 보낸 시간이 하루 평균 2시간 이상인 사람의 비율	청소년건강행태조사	Seith D(2011); WHO Regional Office for Europe(2012)

구분	지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구
수면	적정 수면 시간	최근 7일 동안 잠자리에 든 시간과 일어난 시간(주중/주말 구분)/ 적정 수면 시간의 정의: 최근 7일 동안의 평균 수면 시간 7시간 이상	청소년건강행태조사	김수빈, 이상균, 유조안(2015)
	출연 경험	지금까지 담배를 한두 모금이라도 피워 본 경험 여부	한국아동청소년패널(중학생), 한국청소년패널, 청소년건강행태조사	안진상, 김희경(2013); 이경상, 임희진(2008); 조신희, 엄애용, 진경숙(2012); Seith D(2011); RCPCH(2017); WHO Regional Office for Europe(2012)
흡연	현재 흡연	최근 30일 동안 담배를 한 대(한 개비)라도 피운 사람의 비율	청소년건강행태조사	
	전자 담배 사용 경험	경험 여부, 처음 사용 시기, 최근 30일 동안 사용한 일수	청소년건강행태조사	
음주	가열 담배 사용 경험	일반 담배와 전자 담배를 제외한 가열 담배(아이코스, 글로, 릴 등) 경험 여부	청소년건강행태조사	
	음주 경험	음주 경험 유무(제사나 성찬식 등에서 한 모금 정도 마시는 경우 제외)	한국아동청소년패널(중학생), 한국청소년패널	안진상, 김희경(2013); 이경상, 임희진(2008); RCPCH(2017); WHO Regional Office for Europe(2012)
음주	현재 음주율	최근 30일 동안 1잔 이상 술을 마신 적이 있는 사람의 비율	청소년건강행태조사	
	과도 음주	현재 음주자 중에서 최근 30일 동안 1회 평균 음주량이 과량인 사람의 비율(남학생 소주 1병 이상, 여학생 소주 5~6잔 이상)	청소년건강행태조사	조신희, 엄애용, 진경숙(2012); RCPCH(2017); WHO Regional Office for Europe(2012)
약물	약물 경험	지금까지 습관적으로, 또는 일부러 약물을 먹거나 부탄 가스, 본드 등을 마신 경험/ 기분의 변화나 환각 등의 경험, 과도한 살 빼기 등을 목적으로 부탄가스, 본드를 비롯하여 각성제, 히로핀, 암페타민, 마약, 많은 양의 기침 가래약, 신경안정제 등을 먹거나 마신 경험	청소년건강행태조사	RCPCH(2017); WHO Regional Office for Europe(2012)

구분	지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구
	고른 영양 섭취	고른 영양 섭취는 고기, 생선, 달걀, 콩 제품 등 단백질, 채소 반찬, 우유 및 유제품, 과일 등 4가지 식품 종류를 모두 섭취	한국아동청소년종합실태 조사(2009)	김세연, 김선숙(2012)
	아침 식사 결식	청소년건강행태조사: 일주일 중 5일 이상 아침 식사를 하지 않는 경우 국민건강영양조사: 조사 1일 전 아침 식사를 하지 않은 경우	청소년건강행태조사	황성희, 계승희(2018); WHO Regional Office for Europe(2012)
식습관	식품 보장성 (△)	Dubiel et al.(2010): 저렴한 음식에 의존하는 정도 국민영(식품 안정성): 가구원들이 경제적인 부족으로 인해 충분하고 균형 잡힌 식품 섭취에 받은 영향의 정도. (월분)최근 1년 동안 귀머의 식생활 행태를 가장 잘 나타낸 것은? (1) 우리 가족 모두가 원하는 만큼의 충분한 양과 다양한 종류의 음식을 먹을 수 있었다 (2) 우리 가족 모두가 충분한 양의 음식을 먹을 수 있었으나, 다양한 종류의 음식은 먹지 못했다 (3) 경제적으로 어려워져 가끔 먹을 것이 부족했다 (4) 경제적으로 어려워져 자주 먹을 것이 부족했다	국민건강영양조사 (식품안정성)	Dubiel et al.(2010)
구강건강 습관	하루 동안 양치질 횟수	어제 하루 동안 칫솔질 횟수	청소년건강행태조사	진혜경(2013)
성 행태	성관계 경험	평생 동안 성관계 경험이 있는 사람의 분율, 평생 성관계 경험자 중 성관계를 처음 시작한 연령의 평균	청소년건강행태조사	이임순 외(2010); 조윤희, 라진숙(2014)
	피임 실천율	성관계 시 피임 여부(항상, 대부분, 가끔, 전혀 안 함), 피임 방법	청소년건강행태조사	이임순 외(2010); 조윤희, 라진숙(2014)

구분	지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구
스트레스	평상시 스트레스 정도	한국아동청소년패널: '깊이 잠들지 못하고 자다가 잠에서 깨곤 한다', '머리가 자주 아파다', '속이 자주 메스꺼리다', '공부를 하던 때가 아플 때가 있다', '입맛이 없을 때가 있다', '자주 피곤하다', '슬수기가 어려울 때가 있다', '자주 열이 나는 것처럼 느껴진다'의 8문항으로 측정 청소년건강행태조사: 평상시 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 사람의 비율	한국아동청소년패널(8문항), 청소년건강행태조사(1문항), 한국청소년패널(7문항)	안진상, 김희정(2013): 황성희, 계승희(2018): 이경상, 임희진(2008)
	비행 경험	한국청소년패널: 음주, 흡연, 폭행, 절도 등 14가지 종류의 비행 경험 여부 한국복지패널: '나쁜 일을 저지르기도 아무렇지 않게 생각한다', '나쁜 친구들과 어울려 다닌다', '가출한다', '불을 지른다' 등 13개 문항으로 총점이 높을수록 비행 정도가 심함을 의미	한국청소년패널, 한국복지패널, 한국복지패널(13문항)	이경상, 임희진(2008): 장희선, 김기현(2014)
안전	안전벨트 착용 (승용차나 택시, 고속버스)	(참고) 앞 좌석 안전벨트 미착용률: 승용차나 택시 앞 좌석 탑승 경험자 중에서 안전벨트를 '가끔 매는 편' 또는 '전혀 매지 않는' 사람의 비율	청소년건강행태조사	
	자전거 헬멧 착용	(참고) 오토바이 헬멧 미착용률: 최근 12개월 동안 오토바이를 운전하거나 뒷자리 동승 경험자 중에서 헬멧을 '가끔 착용' 또는 '전혀 착용하지 않는' 사람의 비율	청소년건강행태조사	
의료 이용	입원 경험	최근 1년간의 입원 여부 및 횟수	한국아동청소년종합실태조사(2009), 국민건강영양조사(청소년/소아 건강1차 자료표)	김세원, 김선숙(2012)
	입원 일수	병원 입원 일수	한국복지패널	이용우(2014)

구분		지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구
	외래	외래 이용 경험	소득 수준별/지역별 의료비 지출, 경험률 산출 검토 국건영: 최근 2주 동안 입원하지 않고, 병의원(치과 포함)이나 보건소, 한의원에서 치료를 받은 경험 유무 및 횟수	국민건강영양조사(청소년/소아 건강1차 자료표)	
	예방접종	인플루엔자 예방접종률	최근 1년간 인플루엔자(계절 독감) 접종 여부 및 횟수	국민건강영양조사(청소년/소아 건강1차 자료표)	이지영, 최현길, 오지은(2017)
의료 자원		예방접종 전문의 의사 수	인유두종 바이러스 예방접종률 11~12세 DPT (디프테리아, 파상풍, 백일해) 예방접종률	여자 청소년의 인유두종 바이러스 백신 접종 비율(대상 청소년의 연령/학년 정보 없음)	질병관리본부 홈페이지 (시도별 HPV 예방접종 현황)
	주관적 건강	주관적 건강수준	'매우 건강하다', '건강한 편이다'는 '건강하다(1)'로 '건강하지 못한 편이다', '매우 건강하지 못한 편이다'는 '건강하지 못하다(2)' 2개 범주로 분류	통계청 자료	김세원, 김현숙(2012)
건강 결과	주관적 건강 결과	주관적 건강수준		한국아동청소년패널, 청소년건강행태조사	안진상, 김희정(2013); 황성희, 계승희(2018); 조신희, 임애용, 전경숙(2012); 이자형, 이기혜(2015); Kreatsoulas C et al.(2015); Dubiel et al.(2010); Seith D(2011); Pillas et al.(2014); WHO Regional Office for Europe(2012)

구분	지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구
정신적 건강	자아 존중감	안진상, 김희정(2013): 자존감 문항은 긍정적 내용과 부정적 내용으로 나뉘는데, 그중 긍정적 내용만 사용: '나는 나에게 만족한다', '나는 내가 장점이 많다고 느낀다', '나는 남들만큼의 일을 할 수 있다', '나는 내가 적어도 다른 사람만큼 가치 있는 사람이라고 느낀다', '나는 나에게 대해 긍정적인 태도를 지니고 있다'의 5문항으로 측정 이정상, 임희진(2008): '나는 나 자신이 능력이 있는 사람이라고 생각한다', '나는 나 자신이 가치 있는 사람이라고 생각한다', '나는 내 문제를 스스로 해결할 수 있다고 믿는다', '나는 내 삶을 스스로 주관하며 살고 있다', '나는 때때로 내가 쓸모없는 사람이라고 생각한다', '나는 대체로 내가 실패한 사람이라는 느낌을 갖는 편이다'의 6문항으로 측정	한국아동청소년패널(5문항), 한국청소년패널(6문항).	안진상, 김희정(2013): 이경상, 임희진(2008)
	삶의 만족도	'나는 사는 게 즐겁다', '나는 걱정거리가 별로 없다', '나는 내 삶이 행복하다고 생각한다'의 3문항으로 측정, 점수가 높을수록 만족도가 높음을 의미	한국아동청소년패널(3문항), 아동종합실태조사(7문항)	안진상, 김희정(2013): Elgar et al.(2015); Elgar et al.(2017); RCPCH(2017); WHO Regional Office for Europe(2012)
	웰빙(△)	삶의 만족도 및 긍정적인 정신건강 등을 아우르는 개념, 개인이 가진 잠재력, 생산 능력, 창의성 등을 발휘할 수 있고, 타인과 긍정적인 관계를 맺을 수 있으며, 지역사회에 기여할 수 있는 상태 주관적 웰빙: 삶의 만족도, 가족 관계(모와의 대화, 용이성, 부와의 대화, 용이성, 반 친구의 친절 및 협조 정도), 주관적 교육(학업 스트레스, 학교생활 만족도), 주관적 건강(주관적 건강 상태, 건강 관련 신체 증상)의 4개 영역의 합으로 평균 100점으로 표준화	아동종합실태조사	RCPCH(2017)
	행복감	평상시 행복하다고 느끼는 정도(5점 척도), 지난 1년간 행복 정도(6문항의 합)	청소년건강행태조사(2006~2017), 아동종합실태조사(6문항)	황성희, 계승희(2018)

구분	지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구
	우울, 우울감	한국복지패널: 아동의 생각 및 행동에 대한 척도는 K-CBCL Achenbach(1991)가 개발한 아동, 청소년 행동 평가 척도(CBCL: Child Behavior Checklist)를 오경자 외(1998)가 변안한 척도 중 아동의 우울 및 불안, 주의 집중, 위축, 비행, 공격성에 해당되는 문항을 추출하고 이를 합산 우울-불안은 14개 문항으로 총점이 높을수록 우울-불안 정도가 높음을 의미함 청소년건강행태조사: 최근 12개월 동안 2주 내내 일상 생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는 사람의 비율	한국아동청소년패널(10문항), 한국청소년패널(4문항), 한국복지패널(우울불안 14문항), 청소년건강행태조사(1문항)	안진상, 김희경(2013): 이경상, 임희진(2008): 장희신, 김기현(2014): 신혜정 외(2014)
	주의 집중 부족	주의 집중 부족은 11개 문항으로 총점이 높을수록 주의 집중 수준이 낮음을 의미함	한국복지패널	임세희(2010)
	행동장애, 주의력 결핍 및 과잉행동장애(ADHD)	ADHD 진단 비율	국민건강보험공단 청구자료	Seith D(2011): Pillas et al.(2014)
	자살 자살 생각	한국복지패널: 자살 생각과 계획은 Raynolds(1988)의 SIQ(Suicidal Ideation Questionnaire)를 활용해 6개 문항으로 구성 '자살을 할까 생각했다', '내가 죽어 버리면 모든 문제가 해결될 것이라고 생각했다', '나는 더 이상 살아갈 이유가 없다고 생각했다' 3문항의 총점이 높을수록 평소 자살을 생각하는 횟수가 많다고 평가 청소년건강행태조사: 최근 12개월 동안 심각하게 자살을 생각한 적이 있는 사람의 비율	청소년건강행태조사, 아동청소년정신건강실태조사(2012), 한국복지패널(2012)	황성희, 계승희(2018): 김기현, 오병돈, 이경숙(2013): 신혜정 외(2014)

구분	지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구
	<p>지상 계획</p>	<p>한국복지패널: '어떻게 자살할 것인가에 대해 생각해 봤다', '인제 자살할 것인가에 대해 생각해 봤다', '사람들이 자살하는 방법에 대해 생각해 봤다'의 3개 문항으로 측정된 높은수준 자살을 계획하는 횟수가 많다고 평가 청소년건강행태조사: 최근 12개월 동안 자살하기 위해 구체적인 계획을 세운 경험이 있는 사람의 분율</p>	<p>한국복지패널(2012), 청소년건강행태조사(2006), 한국복지패널(2012)</p>	<p>신혜정 외(2014) 박은옥(2008); 신혜정 외(2014)</p>
	<p>자살 시도</p>	<p>최근 12개월 동안 자살을 시도한 적이 있는 사람의 분율</p>		
	<p>비만율</p>	<p>2017년 소아-청소년 성장도표 연령별 체질량지수 (BMI=kg/m²) 기준 95 백분위수 이상인 사람의 분율</p>	<p>한국아동청소년패널, 국민건강영양조사, 청소년건강행태조사</p>	<p>이자형, 이기혜(2015); Frederick CB et al.(2013); Elgar et al.(2015); Public Health England(2018); Dubiel et al.(2010); Seith D(2011); Public Health Information for Scotland(2017); RCPCH(2017); WHO Regional Office for Europe(2012)</p>
<p>신체적 건강</p>	<p>다빈도/소아-청소년 특수 질환</p>	<p>신진성 심장 질환, 당뇨병, 천식, 주의력 결핍 장애, 아토피 피부염, 알레르기 비염, 요로 감염, 폐렴, 부비동염, 중이염</p>	<p>국민건강영양조사(청소년/소아 건강1차 진료표)</p>	<p>Pillas et al.(2014, 포괄적 구분); RCPCH(2017, 세부 구분)</p>

구분		지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구
	암	암 유병률	암 유병률	암등록통계(1999~2016)	Pillas et al.(2014); RCPCH(2017)
		전식, 암레르기 비염, 아토피(청소년 건강행태조사)	청소년건강행태조사: 천식/알레르기 비염/아토피 피부염 의사 진단율 산출	1차 자료, 청소년건강행태조사	안강고 외(2011)
	임신/출산	임신 경험률, 출산 경험률	임신 경험 여부	청소년건강행태조사, 국민건강영양조사(청소년 건강1차 자료포), 아동종합 실태조사	이임순 외(2010)(임신 경험률); RCPCH(2017)
	구강건강	치아 우식증	(참고) 영구치 우식 유병 여부, 영구치 우식 경험	국민건강영양조사 검진조사, 건강보험통계, 아동구강건강실태조사 등	마재경, 조민정(2016); 김경원(2010); Public Health England(2018); Dubiel et al.(2010); RCPCH(2017); WHO Regional Office for Europe(2012)
손상(사고 및 중독)	인진사고	안전사고 경험(유무, 사고 종류, 사고 발생 장소, 사고 시간, 다친 부위, 치료 방법)(윤선화, 정윤경, 2012) 안전사고 경험 유무, 횡수 및 정도, 사고의 종류 및 장소, 사고 부위, 사고 후 회복 정도, 보호자 목적 유무(황라일, 임여진, 2013) 소아-청소년 연간 손상 경험률: 최근 1년 동안 병의원이거나 응급실 등에서 치료를 받아야 했던 사고나 중독을 경험한 분율(국민건강영양조사: 운수 사고, 추락/미끄러짐, 부딪힘, 열상/자상/절단/관통상, 화상, 질식, 익수, 중독, 기타)	1차 자료, 국민건강영양조사	윤선화, 정윤경(2012); 황라일, 임여진(2013); RCPCH(2017)(교통사고)	

구분		지표	정의 및 측정	자료원	관련 연구
장애	장애	장애 아동 출현율	우리나라의 법정 장애 범주에 해당되는 아동·청소년 장애인의 수가 전체 아동·청소년 인구에서 차지하는 비율	장애인실태조사	
	사망	총사망률	1년 동안 사망한 사람 수의 총인구에 대한 비율	한국아동청소년종합실태조사(2009), 사망원인통계	김세원, 김진숙(2012); RCPCH(2017)
다빈도 질환별 사망률		다빈도 질환별 사망률	(참고) 사망 원인 1위: 고의적 자해(자살), 2위: 운수 사고, 3위: 악성 신생물(암)(2016년 9~24세 청소년 대상 사망 원인 통계)	사망원인통계(1983~2017)	
		자살 사망률	1년 동안 자살(고의적 자해)로 사망한 사람의 비율	사망원인통계(1983~2017)	RCPCH(2017); 김기현, 오병돈, 이경숙(2013)

자료: 본 연구진이 작성함.

부록 3. 아동기 건강불평등 모니터링 지표 응답 결과

(단위: %)

대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위												
				1차				2차				필수 지표				
				개인	가구	지역	국가	개인	가구	지역	국가	1차	2차			
사회 구조적 요인	가족	가구행태	조손/할부모/입양 가구 비율	18.2	45.5	63.6	54.5	5.6	27.8	94.4	61.1	45.5	27.8	45.5	27.8	
			저소득 한부모가구 비율	18.2	50.0	63.6	54.5	5.6	44.4	94.4	61.1	63.6	83.3	63.6	83.3	
			소년소녀 가장 비율	22.7	45.5	63.6	54.5	11.1	27.8	94.4	61.1	22.7	0.0	22.7	0.0	
			공교육비 지출액	22.7	50.0	54.5	50.0	5.6	61.1	66.7	55.6	36.4	16.7	36.4	16.7	
		소득	빈곤	사교육비 지출액	22.7	63.6	54.5	36.4	11.1	88.9	55.6	38.9	59.1	83.3	59.1	83.3
				가구소득	27.3	81.8	31.8	31.8	5.6	100.0	22.2	11.1	77.3	94.4	77.3	94.4
		부/모 관리지/전문가 비율	부모 사회경제적 지위	객관적 가구의 경제수준(수급/비수급/차상위)	22.7	77.3	31.8	31.8	5.6	100.0	22.2	11.1	45.5	33.3	45.5	33.3
				가구의 물질적 풍요도(FAS)	22.7	72.7	27.3	27.3	5.6	100.0	16.7	11.1	40.9	22.2	40.9	22.2
				아동 상대빈곤율	18.2	50.0	72.7	45.5	0.0	66.7	88.9	38.9	68.2	83.3	68.2	83.3
				아동 절대빈곤율	18.2	50.0	72.7	45.5	5.6	66.7	88.9	38.9	45.5	44.4	45.5	44.4
부모 사회경제적 지위	부모 대하 출업	주관적 경제상태(빈곤에 대한 생각)	68.2	36.4	40.9	40.9	94.4	27.8	22.2	22.2	45.5	27.8	45.5	27.8		
		부/모 관리지/전문가 비율	27.3	59.1	45.5	40.9	5.6	83.3	33.3	22.2	18.2	0.0	18.2	0.0		
		아동 가구 실업률	22.7	59.1	59.1	45.5	0.0	72.2	66.7	27.8	50.0	77.8	50.0	77.8		
		부/모 대하 출업	45.5	54.5	40.9	31.8	38.9	100.0	22.2	11.1	31.8	0.0	31.8	0.0		
부모 사회경제적 지위	부모 대하 출업	부의 직업	50.0	68.2	31.8	27.3	38.9	100.0	16.7	5.6	54.5	66.7	54.5	66.7		
		모의 직업	50.0	68.2	31.8	27.3	38.9	100.0	16.7	5.6	50.0	66.7	50.0	66.7		

대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위										필수 지표	
				1차					2차					1차	2차
				개인	가구	지역	국가	개인	가구	지역	국가				
학교	교육 기회	교육 기회	초/중학교 무단결석률	45.5	9.1	72.7	36.4	27.8	0.0	100.0	11.1	27.3	11.1		
			중/고등학교 학업 중단율	40.9	13.6	77.3	40.9	27.8	0.0	100.0	22.2	54.5	72.2		
			탈학교 무근로 아동·청소년 비율	40.9	9.1	77.3	40.9	22.2	0.0	100.0	16.7	31.8	0.0		
			장애 아동의 특수교육 요구 미충족률	45.5	18.2	63.6	40.9	27.8	0.0	100.0	16.7	50.0	61.1		
지역	지역 환경	지역 환경	학업 환경	13.6	0.0	95.5	36.4	11.1	0.0	100.0	16.7	4.5	0.0		
			지역 발달 수준	4.5	0.0	100.0	31.8	0.0	0.0	100.0	5.6	86.4	100.0		
			재정자유도	4.5	0.0	95.5	31.8	0.0	0.0	100.0	5.6	18.2	5.6		
			대도시/소도시/농촌	9.1	13.6	81.8	31.8	0.0	0.0	100.0	5.6	63.6	77.8		
			연령군별 아동 인구	4.5	0.0	95.5	40.9	5.6	0.0	94.4	27.8	31.8	11.1		
			성별 아동 인구	4.5	0.0	95.5	36.4	5.6	0.0	94.4	27.8	36.4	11.1		
			등록 장애 아동	13.6	18.2	90.9	45.5	11.1	5.6	94.4	33.3	40.9	38.9		
			이주 아동(다문화가구)	13.6	13.6	90.9	45.5	11.1	5.6	94.4	33.3	36.4	27.8		
			탈북 아동·청소년 인구	13.6	13.6	90.9	45.5	11.1	5.6	94.4	27.8	22.7	11.1		
			청소년 부모	22.7	13.6	86.4	40.9	11.1	0.0	94.4	22.2	22.7	0.0		
국가	공공 지출	공공 지출	OECD 아동결핍지수	13.6	4.5	63.6	59.1	11.1	0.0	77.8	66.7	72.7	88.9		
			가족 보호 공공 지출 (OECD Family Benefit Public spending)	4.5	13.6	68.2	54.5	0.0	0.0	77.8	66.7	59.1	66.7		
			아동 분야 공공 지출	0.0	4.5	63.6	68.2	0.0	0.0	77.8	72.2	63.6	83.3		
			아동정책 기본계획 이행	0.0	0.0	36.4	72.7	0.0	0.0	33.3	94.4	45.5	44.4		
국제 아동권리협약 이행	0.0	0.0	31.8	77.3	5.6	0.0	27.8	94.4	45.5	50.0					

대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위										필수 지표	
				1차					2차					1차	2차
				개인	가구	지역	국가	국가	개인	가구	지역	국가	국가		
증개 요인	개인	친구 관계	친구 지지	86.4	0.0	31.8	27.3	100.0	0.0	5.6	5.6	40.9	16.7		
				비행 경험 친구 유무	90.9	0.0	27.3	22.7	100.0	0.0	5.6	5.6	13.6	0.0	
				흡연 경험	90.9	4.5	36.4	36.4	100.0	0.0	22.2	22.2	59.1	72.2	
				전자 담배 사용 경험	90.9	0.0	40.9	31.8	100.0	0.0	22.2	22.2	27.3	11.1	
		흡연	가열 담배 사용 경험	90.9	0.0	40.9	31.8	100.0	0.0	22.2	22.2	22.7	11.1		
				현재 흡연율	68.2	4.5	54.5	40.9	83.3	0.0	72.2	33.3	77.3	94.4	
				금연 시도율	72.7	4.5	54.5	31.8	88.9	0.0	72.2	22.2	13.6	0.0	
				가정 내 간접흡연 노출	86.4	18.2	36.4	31.8	94.4	5.6	38.9	22.2	50.0	55.6	
		음주	음주 경험	86.4	4.5	40.9	36.4	100.0	0.0	27.8	27.8	45.5	44.4		
				현재 음주율	68.2	9.1	54.5	40.9	83.3	0.0	66.7	38.9	50.0	72.2	
				고위험(문제) 음주율	68.2	4.5	54.5	40.9	83.3	0.0	61.1	33.3	50.0	61.1	
				약물 경험	90.9	0.0	31.8	36.4	100.0	0.0	16.7	16.7	45.5	55.6	
약물	불법 약물 남용 횟수	90.9	0.0	31.8	31.8	100.0	0.0	16.7	16.7	18.2	0.0				
		아동 범죄율	31.8	4.5	81.8	50.0	16.7	0.0	94.4	55.6	45.5	38.9			
		아동 범죄 희생자 수(비율)	31.8	4.5	81.8	50.0	16.7	0.0	94.4	55.6	9.1	0.0			
		비행 경험	86.4	4.5	40.9	31.8	100.0	0.0	27.8	16.7	40.9	33.3			
신체 활동	중등도 이상 신체활동 실천율	72.7	0.0	54.5	36.4	94.4	0.0	55.6	27.8	68.2	88.9				
		격렬한 신체활동	81.8	0.0	36.4	27.3	94.4	0.0	33.3	16.7	22.7	5.6			
		근력 운동	81.8	0.0	36.4	27.3	94.4	0.0	27.8	16.7	13.6	5.6			
		앉아서 보내는 시간	81.8	0.0	45.5	27.3	94.4	0.0	33.3	11.1	45.5	55.6			

대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위										필수 지표	
				1차					2차					1차	2차
				개인	가구	지역	국가	개인	가구	지역	국가				
미디어 이용	컴퓨터 및 인터넷 이용	컴퓨터 및 인터넷 이용 유형	컴퓨터 및 인터넷 이용 유형	77.3	9.1	36.4	27.3	94.4	0.0	22.2	11.1	9.1	0.0		
			스마트폰 의존 위험군 비율	54.5	9.1	59.1	31.8	77.8	0.0	66.7	33.3	54.5	77.8		
			TV 시청 시간	86.4	4.5	27.3	27.3	100.0	0.0	22.2	16.7	18.2	5.6		
			게임 과몰입	90.9	0.0	31.8	31.8	100.0	0.0	22.2	16.7	36.4	11.1		
			고른 영양 섭취	81.8	13.6	40.9	27.3	100.0	5.6	22.2	16.7	40.9	27.8		
			식품 미보장률	59.1	36.4	45.5	36.4	88.9	16.7	44.4	33.3	54.5	72.2		
			과일 섭취율	72.7	9.1	50.0	27.3	94.4	0.0	50.0	16.7	40.9	27.8		
			나트륨 초과 섭취율	72.7	9.1	40.9	27.3	94.4	0.0	33.3	11.1	27.3	5.6		
			아침 식사 결식(또는 하루 1끼 이상 결식)	86.4	13.6	45.5	31.8	100.0	0.0	38.9	16.7	68.2	88.9		
			구강건강	하루 동안 양치질 횟수	90.9	4.5	27.3	27.3	100.0	0.0	16.7	5.6	54.5	66.7	
성 행동	성관계 경험	성관계 경험 청소년 향상 피임 실천율	불소 도포	77.3	0.0	45.5	36.4	94.4	0.0	38.9	16.7	13.6	5.6		
			첫 성관계 시기	90.9	4.5	31.8	31.8	100.0	0.0	22.2	11.1	36.4	27.8		
			성관계 경험	90.9	4.5	31.8	31.8	100.0	0.0	22.2	16.7	31.8	22.2		
			성관계 경험 청소년 향상 피임 실천율	72.7	4.5	45.5	40.9	94.4	0.0	27.8	27.8	36.4	27.8		
안전 행위	스트레스	수면	성병 경험	90.9	4.5	40.9	31.8	100.0	0.0	22.2	16.7	18.2	0.0		
			안전벨트 착용	86.4	4.5	31.8	36.4	100.0	0.0	22.2	16.7	40.9	33.3		
			자전거 헬멧 착용	86.4	4.5	36.4	36.4	100.0	0.0	22.2	16.7	31.8	16.7		
수면	수면	수면	평상시 스트레스 정도	90.9	4.5	31.8	31.8	100.0	0.0	16.7	11.1	59.1	83.3		
			적정 수면 시간	81.8	4.5	45.5	45.5	94.4	0.0	27.8	22.2	68.2	88.9		

대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위										필수 지표	
				1차					2차					1차	2차
				개인	가구	지역	국가	개인	가구	지역	국가				
경제활동 (노동)			(재학 중이면서) 아르바이트에 종사하는 아동의 비율	59.1	9.1	68.2	40.9	55.6	0.0	83.3	33.3	31.8	11.1		
				45.5	13.6	77.3	45.5	38.9	0.0	83.3	44.4	27.3	0.0		
				45.5	13.6	68.2	54.5	38.9	0.0	83.3	55.6	36.4	11.1		
				31.8	63.6	54.5	45.5	11.1	88.9	61.1	33.3	31.8	5.6		
				36.4	63.6	45.5	36.4	22.2	88.9	38.9	16.7	18.2	0.0		
				36.4	63.6	59.1	45.5	22.2	88.9	61.1	38.9	63.6	88.9		
				31.8	13.6	72.7	50.0	16.7	0.0	88.9	55.6	36.4	22.2		
				36.4	13.6	77.3	54.5	16.7	0.0	88.9	55.6	36.4	16.7		
				22.7	31.8	72.7	54.5	5.6	11.1	88.9	55.6	13.6	5.6		
				36.4	40.9	68.2	50.0	16.7	11.1	94.4	55.6	31.8	16.7		
가족		아동 학대	학대 발견율	50.0	36.4	68.2	50.0	66.7	11.1	83.3	55.6	63.6	83.3		
				50.0	36.4	63.6	45.5	66.7	16.7	83.3	44.4	27.3	11.1		
				54.5	36.4	59.1	45.5	77.8	11.1	83.3	33.3	50.0	50.0		
				59.1	50.0	27.3	22.7	83.3	55.6	11.1	5.6	40.9	33.3		
				59.1	50.0	22.7	22.7	83.3	55.6	11.1	5.6	18.2	5.6		
				59.1	50.0	22.7	22.7	83.3	55.6	11.1	5.6	9.1	0.0		
				59.1	50.0	22.7	22.7	83.3	61.1	16.7	11.1	27.3	11.1		
				54.5	59.1	22.7	22.7	72.2	66.7	11.1	5.6	27.3	11.1		
				54.5	59.1	22.7	22.7	72.2	66.7	11.1	5.6	27.3	11.1		
				54.5	59.1	22.7	22.7	72.2	66.7	11.1	5.6	27.3	11.1		

대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위										필수 지표	
				1차					2차					1차	2차
				개인	가구	지역	국가	개인	가구	지역	국가				
양육자 건강과 정서 상태			부모의 주관적 건강수준 주 양육자의 자존감 주 양육자의 우울/불안	50.0	54.5	31.8	22.7	72.2	66.7	16.7	5.6	31.8	11.1		
				50.0	59.1	27.3	22.7	72.2	66.7	16.7	5.6	13.6	5.6		
				50.0	59.1	31.8	22.7	72.2	66.7	16.7	5.6	36.4	27.8		
학교 환경			학교에서의 행복감 학교폭력 경험(파동림 포함) 건강 관련 교육 프로그램(안전 교육/음주 교육/흡연 예방 교육/성교육/영양 및 식사 습관 교육 제공 여부)	81.8	13.6	45.5	31.8	100.0	0.0	38.9	11.1	54.5	72.2		
				81.8	13.6	50.0	36.4	100.0	0.0	61.1	16.7	59.1	77.8		
				72.7	9.1	45.5	40.9	94.4	0.0	33.3	22.2	40.9	22.2		
지역사회 관계			(지역)사회에 대한 신뢰 사회(단체) 활동 참여율 공동체 지지 지역사회 지도·감독	54.5	9.1	72.7	36.4	66.7	0.0	94.4	11.1	50.0	50.0		
				45.5	13.6	72.7	40.9	38.9	0.0	94.4	16.7	27.3	0.0		
				45.5	9.1	72.7	31.8	33.3	0.0	94.4	5.6	13.6	0.0		
돌봄			지역별 장애 학습 수/학교 수 방과 후 돌봄 기관 수	36.4	4.5	68.2	22.7	22.2	0.0	94.4	5.6	13.6	0.0		
				9.1	0.0	100.0	40.9	0.0	0.0	100.0	16.7	40.9	22.2		
				9.1	0.0	95.5	40.9	0.0	0.0	100.0	22.2	40.9	16.7		
안전			환경 안전(지역사회 및 학교의 안전에 대한 주관적 평가) 지역별 유흥업소 비용 범죄율 교통안전지수 외부 공공(공재) 공간 비용(외부에 보호자 없이 나가는 것이 가능한 아동의 비율)	45.5	4.5	72.7	40.9	38.9	0.0	88.9	27.8	45.5	33.3		
				0.0	0.0	100.0	40.9	0.0	0.0	100.0	22.2	22.7	5.6		
				0.0	0.0	100.0	40.9	0.0	0.0	100.0	27.8	40.9	16.7		
				0.0	0.0	100.0	40.9	0.0	0.0	100.0	22.2	40.9	27.8		
				4.5	9.1	95.5	40.9	0.0	0.0	100.0	27.8	18.2	0.0		

대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위										필수 지표	
				1차					2차					1차	2차
				개인	가구	지역	국가	개인	가구	지역	국가				
보호			요보호 아동 수와 비율	18.2	0.0	90.9	45.5	11.1	0.0	100.0	33.3	40.9	33.3		
				27.3	4.5	77.3	45.5	16.7	5.6	88.9	33.3	18.2	0.0		
지역 환경			환경오염	0.0	4.5	100.0	45.5	0.0	5.6	100.0	22.2	45.5	38.9		
				0.0	0.0	100.0	40.9	0.0	0.0	100.0	27.8	22.7	11.1		
예방 서비스			장애편의 시설	0.0	0.0	100.0	40.9	0.0	0.0	100.0	27.8	27.3	11.1		
				36.4	9.1	68.2	59.1	22.2	0.0	94.4	66.7	72.7	94.4		
예방 서비스			영유아 국가필수예방접종 완전접종률	36.4	9.1	68.2	59.1	16.7	0.0	94.4	66.7	27.3	0.0		
				40.9	9.1	63.6	59.1	22.2	0.0	88.9	66.7	22.7	0.0		
예방 서비스			인플루엔자 예방접종률	45.5	4.5	63.6	59.1	22.2	0.0	88.9	66.7	22.7	0.0		
				54.5	9.1	59.1	54.5	50.0	0.0	83.3	61.1	45.5	50.0		
예방 서비스			인유두종 바이러스 예방접종률	54.5	4.5	63.6	59.1	22.2	0.0	88.9	66.7	22.7	0.0		
				54.5	4.5	59.1	54.5	44.4	0.0	88.9	61.1	27.3	11.1		
예방 서비스			11~12세 DPT 예방접종률	54.5	18.2	54.5	54.5	66.7	11.1	77.8	66.7	63.6	77.8		
				45.5	13.6	59.1	50.0	38.9	0.0	83.3	50.0	13.6	5.6		
예방 서비스			치과 검진(스케일링 포함)	54.5	18.2	54.5	54.5	66.7	11.1	77.8	61.1	59.1	66.7		
				72.7	9.1	40.9	45.5	100.0	0.0	33.3	33.3	13.6	0.0		
예방 서비스			필요 의료 서비스 미치료율	72.7	9.1	40.9	45.5	100.0	0.0	33.3	33.3	18.2	0.0		
				72.7	9.1	40.9	45.5	100.0	0.0	33.3	33.3	13.6	0.0		
예방 서비스			외래 민감 질환 입원율	54.5	4.5	50.0	50.0	66.7	0.0	77.8	61.1	27.3	5.6		
				54.5	4.5	50.0	50.0	66.7	0.0	77.8	61.1	27.3	5.6		
예방 서비스			경제적 이유로 인한 필요 의료 서비스 미치료율	72.7	9.1	40.9	45.5	100.0	0.0	33.3	33.3	18.2	0.0		
				72.7	9.1	40.9	45.5	100.0	0.0	33.3	33.3	13.6	0.0		
예방 서비스			의원 경험	54.5	4.5	50.0	50.0	66.7	0.0	77.8	61.1	27.3	5.6		
				72.7	9.1	40.9	45.5	100.0	0.0	33.3	33.3	13.6	0.0		
예방 서비스			임원 일수	54.5	4.5	50.0	50.0	66.7	0.0	77.8	61.1	27.3	5.6		
				72.7	9.1	40.9	45.5	100.0	0.0	33.3	33.3	13.6	0.0		
예방 서비스			외래 이용 경험	54.5	4.5	50.0	50.0	66.7	0.0	77.8	61.1	27.3	5.6		
				72.7	9.1	40.9	45.5	100.0	0.0	33.3	33.3	13.6	0.0		
예방 서비스			재활의료 필요 미충족률	54.5	4.5	50.0	50.0	66.7	0.0	77.8	61.1	27.3	5.6		
				72.7	9.1	40.9	45.5	100.0	0.0	33.3	33.3	13.6	0.0		
보건의료 자원			아동 수 대비 전문 의사 수	4.5	0.0	81.8	59.1	0.0	0.0	100.0	55.6	27.3	11.1		
				13.6	0.0	81.8	54.5	0.0	5.6	94.4	55.6	22.7	0.0		
보건의료 자원			재활의료기관의 접근성	4.5	0.0	86.4	59.1	0.0	0.0	100.0	55.6	36.4	11.1		
				4.5	0.0	86.4	59.1	0.0	0.0	100.0	55.6	36.4	11.1		

대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위										필수 지표	
				1차					2차					1차	2차
				개인	가구	지역	국가	개인	가구	지역	국가				
발달		인지 발달	학업 성취도(문해력, 수학, 과학) 성적 만족도	81.8	13.6	40.9	36.4	100.0	0.0	33.3	22.2	68.2	83.3		
				81.8	13.6	40.9	31.8	100.0	0.0	22.2	16.7	22.7	0.0		
	주관적 건강	신체 발달	키 체중	90.9	9.1	36.4	31.8	100.0	0.0	22.2	16.7	68.2	83.3		
				90.9	9.1	36.4	31.8	100.0	0.0	22.2	16.7	59.1	72.2		
		주관적 건강수준	자기 평가 건강수준	86.4	13.6	40.9	36.4	100.0	0.0	33.3	16.7	77.3	88.9		
				비만율(BMI) 저체중률	90.9	9.1	45.5	36.4	100.0	0.0	44.4	27.8	86.4	88.9	
발달과 건강		다빈도/아동기 질환	질환별 유병률(신진성 심장 질환, 당뇨병, 천식, ADHD, 아토피 피부염, 알레르기 비염, 요로 감염, 폐렴, 부비동염, 중이염), 성조숙증	86.4	9.1	50.0	36.4	100.0	0.0	50.0	27.8	54.5	50.0		
				암 유병률	63.6	9.1	63.6	36.4	83.3	0.0	72.2	22.2	18.2	5.6	
	건강	구강 건강	치아 우식증(유치 우식률, 영구치 우식률, 영구치 우식 유병 여부, 영구치 우식 경험)	77.3	9.1	50.0	36.4	100.0	0.0	61.1	22.2	59.1	61.1		
				손상/사고	81.8	13.6	50.0	31.8	100.0	0.0	66.7	22.2	63.6	66.7	
	신체적 건강	신체장애/활동 제한	신체장애 유병률 활동 제한	59.1	9.1	63.6	40.9	83.3	0.0	83.3	22.2	36.4	22.2		
				임신 경험률, 출산 경험률 임신 중절 경험률	77.3	9.1	50.0	40.9	94.4	0.0	61.1	33.3	40.9	27.8	
		임신, 출산	임신 경험률, 출산 경험률 임신 중절 경험률	77.3	9.1	45.5	40.9	94.4	0.0	55.6	33.3	27.3	5.6		
				63.6	13.6	68.2	45.5	83.3	0.0	77.8	38.9	36.4	22.2		
				63.6	13.6	68.2	45.5	83.3	0.0	72.2	38.9	27.3	11.1		

대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위										필수 지표	
				1차					2차					1차	2차
				개인	가구	지역	국가	개인	가구	지역	국가				
정신 건강	자기 파괴 행동	자아 존중감	자아 존중감	86.4	13.6	40.9	36.4	100.0	0.0	22.2	11.1	54.5	50.0		
			삶의 만족도	81.8	13.6	40.9	40.9	100.0	0.0	38.9	33.3	90.9	100.0		
		행복감	학교, 가정, 지역사회 등에서의 가족, 친구 관계 등에 대한 행복감	81.8	13.6	45.5	40.9	100.0	0.0	38.9	27.8	59.1	66.7		
			우울감 경험률	86.4	13.6	45.5	36.4	100.0	0.0	38.9	27.8	68.2	83.3		
		자신감	자기 파괴 행동	자살 생각 경험률	86.4	9.1	45.5	36.4	100.0	0.0	33.3	22.2	72.7	88.9	
				자살 시도 경험률	86.4	9.1	45.5	36.4	100.0	0.0	38.9	22.2	72.7	100.0	
				자살 계획	90.9	9.1	36.4	31.8	100.0	0.0	27.8	16.7	27.3	5.6	
				자해 경험률	86.4	9.1	40.9	36.4	100.0	0.0	33.3	16.7	40.9	33.3	
		사망	주요 사인별 사망	정신장애	행동장애, 심식장애, 발달장애, 아동 퇴장에 등 유병률	63.6	13.6	63.6	36.4	83.3	0.0	55.6	22.2	40.9	27.8
				연령별 사망	아동 사망률(연령별 사망률)	31.8	4.5	81.8	45.5	16.7	0.0	88.9	38.9	77.3	88.9
			주요 사인별 사망률: 암, 손상(교통사고, 자살)	31.8	4.5	81.8	45.5	16.7	0.0	88.9	38.9	63.6	88.9		

자료: 본 연구진이 작성함.

부록 4. 아동기 건강불평등 산출 지표 정의

□ 사회구조적 요인

○ 저소득 한부모가구 비율

구분	내용	자료원
정의	한부모가구 중 정부로부터 재정적 지원을 받는 가구의 비율	통계청 마이크로데이터(2018). 한부모가구실태조사
분자	저소득 한부모 지원 대상 또는 기초생활보장 또는 차상위 지원 대상 가구 수	
분모	전체 한부모가구 수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 사교육비 지출액

구분	내용	자료원
정의	월평균 사교육비 지출액	<연도별 추이> 통계청 국가통계포털(2009-2018). 초중고 사교육비조사 (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1PE101&conn_path=I3) <인구집단별, 지역별 격차> 통계청 마이크로 데이터(2018) 초중고 사교육비조사

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 가구소득

구분	내용	자료원
정의	월평균 가구소득액	통계청 국가통계포털(2007-2016). 가계동향조사 (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1L9H002&conn_path=I3)

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 아동 상대빈곤율

구분	내용	자료원
정의	전체 아동 중 빈곤선 아래에 있는 아동의 비율	한국보건사회연구원 소득보장정책연구소(2018). 2018년 빈곤통계연보
분자	빈곤선 아래에 있는 아동 수	
분모	전체 아동 수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 지역 박탈 수준

구분	내용	자료원
정의	지역박탈지수: 아래 경제적·사회적 박탈 요소의 값을 표준화된 점수(z-score)로 전환한 후 합산	통계청 인구주택 총조사(2015); 김동진 외 (2018)
	1 15~64세 인구 중 가구주의 사회계층이 V계층(농업·어업 종사자, 단순 노무 종사자이면서 자영업자, 임시 및 일용 근로자)(Yoon et al., 2003) 이하인 가구의 모든 가구원 수/15~64세 인구수	
	2 현대식(입식)·단독 부엌이 아니거나, 수세식·단독 화장실이 아니거나, 단독 목욕 시설이 아니거나, 독립 상수도가 없거나, 연탄 아궁이 또는 재래식 아궁이로 난방하는 경우(위 조건 중 하나라도 만족하는 가구 수)/총가구 수	
	3 30~64세 인구 중 고졸 미만 인구수/30~64세 인구수	
	4 자동차를 소유하지 못한 가구 수/총가구 수	
	5 15세 이상 인구 중 이혼 또는 사별한 인구수/15세 이상 인구수	
	6 1인 가구 수/총가구 수	
	7 여성이 가구주인 가구 수/총가구 수	
	8 65세 이상 노인 수/총인구수	
	9 주거 형태가 아파트가 아닌 가구 수/총가구 수	
자료: 최지희 외(2019). p.50		

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 아동결핍지수

구분	내용	자료원
정의	유니세프 아동결핍지수 14문항 중 적어도 2개 이상 결핍('아니요'라고 응답)인 것으로 나타난 아동(0~17세)의 비율	류정희 외 (2018). 아동종합 실태조사
	1 하루에 세끼를 먹는다	
	2 하루 적어도 한 번은 육류 또는 생선을 섭취한다	
	3 신선한 과일이나 채소를 매일 섭취한다	
	4 아동의 연령과 발달 수준에 맞는 책을 보유하고 있다	
	5 야외 활동을 할 수 있는 기구들이 있다	
	6 정기적인 여가 활동을 하고 있다	
	7 실내에서 즐길 수 있는 게임이나 기구들이 있다	
	8 학교나 보육 기관에서 주최하는 행사 또는 현장 학습에 참가하기 위한 돈을 지불할 수 있다	
	9 학교나 보육 기관에서 내 주는 과제나 책을 읽기 위해 충분한 면적과 적당한 채광이 되는 적당한 공간이 있다	
	10 인터넷이 연결되어 있다	
	11 다른 사람에게 물려받지 않은 새 옷이 있다	
	12 적어도 두 켤레의 신발을 가지고 있다	
	13 친구들을 집으로 초대하여 놀거나 식사를 같이 할 수 있는 기회가 종종 있다	
	14 생일 파티나 가족 행사 등을 할 기회가 있다	
자료: 류정희 외(2018), p.523		

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 아동 분야 공공 지출

구분	내용	자료원
정의	국가 GDP 대비 아동·가족에 대한 급여 지출 비율	-원출처: OECD Family Database -후출처: 최현수 외(2018). 통계로 보는 사회보장 2018
분자	아동·가족에 대한 현금급여 지출(가족수당, 출산 전후 휴가, 기타 현금급여, 영육아 보육, 가사 지원 및 시설 지원, 기타 현물 지원)	
분모	GDP	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

□ 중개요인

○ 현재 흡연율

구분	내용	자료원
정의	최근 30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 비율	교육부, 보건복지부, 질병관리본부 (2009-2018). 청소년건강행태조사
분자	최근 30일 동안 1일 이상 흡연한 사람의 수	
분모	조사 대상자 전수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 중등도 이상 신체활동 실천율(격렬한 신체활동 실천율)

구분	내용	자료원
정의	최근 7일 동안 격렬한 신체활동(조깅, 축구, 농구, 태권도, 등산, 빠른 속도의 자전거 타기, 빠른 수영, 무거운 물건 나르기 등)을 20분 이상 한 날이 3일 이상인 사람의 비율	교육부, 보건복지부, 질병관리본부 (2009-2018). 청소년건강행태조사
분자	최근 7일 동안 격렬한 신체활동을 20분 이상 한 날이 3일 이상인 사람의 수	
분모	조사 대상자 전수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 아침 식사 결식률

구분	내용	자료원
정의	최근 7일 동안 아침 식사를 5일 이상 먹지 않은 사람의 비율	교육부, 보건복지부, 질병관리본부 (2009-2018). 청소년건강행태조사
분자	최근 7일 동안 아침 식사를 5일 이상 먹지 않은 사람의 수	
분모	조사 대상자 전수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 평상시 스트레스 정도(스트레스 인지율)

구분	내용	자료원
정의	평상시 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 사람의 비율	교육부, 보건복지부, 질병관리본부 (2009-2018). 청소년건강행태조사
분자	평상시 스트레스를 '대단히 많이' 또는 '많이' 느끼는 사람의 수	
분모	조사 대상자 전수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 적정 수면 시간(평균 수면 시간)

구분	내용	자료원
정의	지난주 주중(월~금요일) 수면 시간의 평균	교육부, 보건복지부, 질병관리본부 (2009-2018). 청소년건강행태조사
분자	지난주 주중(월~금요일) 수면 시간의 합	
분모	조사 대상자 전수	
단위	시간	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 최저 기준 미달 주거

구분	내용	자료원
정의	전체 가구 중 최저 주거 기준(국민이 쾌적하고 살기 좋은 생활을 하기 위해 필요한 최소의 주거 수준)에 미달하는 가구의 비율	-원출처: 국토교통부(2006-2017). 주거실태조사 -후출처: 최현수 외(2018). 통계로 보는 사회보장 2018
분자	면적 기준, 방 수 기준 및 설비 기준 미달 가구 수	
분모	일반 가구 수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 학대 경험률

- 방임 경험률

구분	내용	자료원
정의	방임을 경험한 아동(9~17세)의 분율	류정희 외(2018). 아동종합실태조사
분자	방임을 경험한 아동(9~17세)의 수	
분모	조사 대상자(9~17세) 전수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

- 신체학대 경험률

구분	내용	자료원
정의	신체학대를 경험한 아동(9~17세)의 분율	류정희 외(2018). 아동종합실태조사
분자	신체학대를 경험한 아동(9~17세)의 수	
분모	조사 대상자(9~17세) 전수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

- 정서학대 경험률

구분	내용	자료원
정의	정서학대를 경험한 아동(9~17세)의 분율	류정희 외(2018). 아동종합실태조사
분자	정서학대를 경험한 아동(9~17세)의 수	
분모	조사 대상자(9~17세) 전수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 영유아 국가필수예방접종 완전접종률

구분	내용	자료원
정의	만 1~3세 및 만 6세 아동의 필수예방접종 완전접종률 〈연령별 필수예방접종 대상 백신 목록〉 - 만 1세: BCG, HepB, DTaP, IPV, Hib, PCV 6종 백신 - 만 2세: BCG, HepB, DTaP, IPV, Hib, PCV, MMR, VAR 8종 백신 - 만 3세: BCG, HepB, DTaP, IPV, Hib, PCV, HepA, MMR, VAR, JE 10종 백신 - 만 6세: BCG, HepB, DTaP, IPV, MMR, VAR, JE 7종 백신	-원출처: 보건복지부(2018). 전국예방접종률현황 -후출처: 통계청 국가통계포털(2018). 전국예방접종률현황(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11793N_171&conn_path=I3)
분자	예방접종을 받은 아동 수	
분모	대상 아동 수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

□ 발달과 건강

○ 학업 성취도

구분	내용	자료원
정의	초등학교 6학년(2012년까지), 중학교 3학년, 고등학교 2학년 학생의 국어, 영어, 수학 과목의 기초학력 이상 비율	〈연도별 추이〉 -원출처: 교육부(2009-2018). 국가수준 학업성취도평가 결과 -후출처: 통계청 e-나라지표 (http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1539) 〈지역별 격차〉 교육부(2019). 2018년 국가수준 학업성취도 평가 결과

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 키

구분	내용	자료원
정의	조사 대상자의 평균 키	교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2009-2018). 청소년건강행태조사

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 자기 평가 건강수준

구분	내용	자료원
정의	본인이 '매우 건강한' 또는 '건강한' 편이라고 생각하는 사람의 비율	교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2009-2018). 청소년건강행태조사
분자	본인이 '매우 건강한' 또는 '건강한' 편이라고 생각하는 사람의 수	
분모	조사 대상자 전수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 비만율

구분	내용	자료원
정의	2017년 소아·청소년 성장도표 연령별 체질량지수 기준 95 백분위수 이상인 사람의 비율 ※ 체질량지수(BMI)=체중(kg)/[신장(m)] ²	교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2009-2018). 청소년건강행태조사
분자	2017년 소아·청소년 성장도표 연령별 체질량지수 기준 95 백분위수 이상인 사람의 수	
분모	조사 대상자 전수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 아동 삶의 질 지표(삶의 만족도)

구분	내용	자료원
정의	삶의 만족도(9~17세 아동, 캔트릴의 사다리 척도 이용)	류정희 외(2018). 한국아동종합실태조사
단위	점	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 우울감 경험률

구분	내용	자료원
정의	최근 12개월 동안 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는 사람의 비율	교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2009-2018). 청소년건강행태조사
분자	최근 12개월 동안 2주 내내 일상생활을 중단할 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있는 사람의 수	
분모	조사 대상자 전수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 자살 생각 경험률

구분	내용	자료원
정의	최근 12개월 동안 자살을 생각한 적이 있는 사람의 비율	교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2009-2018). 청소년건강행태조사
분자	최근 12개월 동안 자살을 생각한 적이 있는 사람의 수	
분모	조사 대상자 전수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 자살 시도 경험률

구분	내용	자료원
정의	최근 12개월 동안 자살을 시도한 적이 있는 사람의 비율	교육부, 보건복지부, 질병관리본부(2009-2018). 청소년건강행태조사
분자	최근 12개월 동안 자살을 시도한 적이 있는 사람의 수	
분모	조사 대상자 전수	
단위	%	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 연령별 사망률

구분	내용	자료원
정의	연령별 사망률	〈연도별〉 통계청 국가통계포털(2009-2018). 사망원인통계(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E01&conn_path=I2)
단위	십만 명당 명	〈지역별〉 통계청 국가통계포털(2009-2018). 사망원인통계(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E11&conn_path=I3)

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 주요 사인별 사망률 : 1) 암 사망률

구분	내용	자료원
정의	악성 신생물(암)(한국표준질병·사인분류체계 분류번호 중 C00-C97에 해당)로 인한 아동 사망률	통계청 국가통계포털(2009-2018). 사망원인통계(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E01&conn_path=I3)
단위	십만 명당 명	

자료: 본 연구진이 작성함.

○ 주요 사인별 사망률 : 2) 손상 사망률

구분	내용	자료원
정의	운수 사고, 낙상(추락), 불의의 익사 및 익수, 연기·불 및 불꽃에 노출, 유독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출, 고의적 자해, 가해, 모든 기타 외인 (한국표준질병·사인분류체계 분류번호 중 V01-Y89에 해당)으로 인한 아동 사망률	통계청 국가통계포털(2009-2018). 사망원인통계(http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E01&conn_path=I3)
단위	십만 명당 명	

자료: 본 연구진이 작성함.

부록 5. 아동기 건강불평등 지표 선정을 위한 전문가 의견 조사표

본 조사의 개인 정보는 통계법 제33조(비밀 보호)와 제34조(통계 종사자 의무)에 의해 비밀이 철저히 보장됩니다.

ID

-

아동기 건강불평등 지표 선정을 위한 전문가 의견 조사(1차)

안녕하십니까?

국무조정실 산하 국책연구기관인 한국보건사회연구원입니다. 본 연구원에서는 '국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발' 연구를 수행 중이며, 연구의 일환으로 '아동 건강불평등 지표 개발을 위한 전문가 의견 조사'를 실시합니다.

2019년 한 해 동안 진행되는 '국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발' 연구는 "아동기 건강불평등"을 주제로 다루고 있으며, 아동기 건강형평성의 중요성을 인식하고 관련 현황을 파악하기 위해 성인기와는 차별화되는 아동기 건강불평등 지표를 개발하고 산출하는 것이 주요 목적입니다.

이에 따라 아동 또는 건강불평등 전문가를 대상으로 아동기 건강불평등 지표에 대한 다양한 의견을 수렴하고자 하며, 최종 지표 도출을 위해 조사는 총 **2차례 실시**할 예정입니다.

응답해 주시는 모든 내용은 「통계법」 제33조 및 제34조에 의거하여 통계 목적으로만 사용되고 비밀이 보장됩니다.

조사의 참여 여부는 전적으로 귀하의 의사에 달려 있으며, 원치 않으면 설문 조사에 참여하지 않으셔도 괜찮습니다. 다만 본 조사에 참여하는 것은 본 조사의 취지와 내용을 충분히 이해하고 자발적으로 응한 것으로 간주합니다. 설문 조사 내용에 응답하시는 데 **30분가량 소요될 예정**이며, **조사에 대한 소정의 사례비를 지급해 드릴 예정입니다**. 귀하의 응답은 우리나라 아동기 건강불평등 연구에 귀중한 기초 자료로 이용되오니 바쁘시더라도 잠시 틈을 내어 주시면 감사하겠습니다.

2019년 7월

◇ 연구기관: 한국보건사회연구원

◇ 조사 기간: 2019년 7월 24일(수) ~ 8월 7일(수)일까지

※ 조사를 시작하시기 전에 반드시 아래의 내용을 읽어 보시고 응답에 참고하시기 바랍니다.

1. 정의

본 연구의 대상이 되는 '아동기'를 "만 6세~만 18세의 학령기 아동"으로 정의하였습니다. 이에 따라 본 조사의 질문에 응답하실 때, 이에 준하여 응답하여 주시기 바랍니다.

2. 지표 체계

아동기 건강불평등 지표는 대분류/영역/중분류/세부지표의 체계로 이루어져 있습니다. 157개의 세부지표는 산출 가능성보다는 우선적으로 개념적 필요성을 고려하여 구성하였습니다. 157개의 세부지표에 대한 불명등 측정 단위, 지표의 적절성, 필수 지표 여부에 응답하여 주시기 바랍니다.

〈 아동기 건강불평등 지표 체계 〉

대분류	영역	중분류(세부지표 개수)	대분류	영역	중분류(세부지표 개수)	
사회 구조적 요인	가족	가구형태(3)	중개 요인	가족	부모의 양육 태도와 행동(4)	
		가구 교육 투자(2)			가족 갈등(1)	
		소득(3)		양육자 건강과 정서 상태(3)		
	빈곤(3)	학교		학교 환경(3)		
	학교	부모 사회경제적 지위(5)		지역	지역사회 관계(4)	
		교육 기회(3)			돌봄(2)	
		특수교육 요구(1)	안전(5)			
	지역	학업 환경(1)	국가	보호(2)		
		경제적 환경(2)		지역 환경(3)		
	국가	지역(1)	발달	예방 서비스(6)		
인구집단별 인구 비율(6)		의료 이용(7)				
아동 결핍(1)		보건의료 자원(3)				
중개 요인	개인	공공 저출 (2)	건강과 발달	인지 발달(2)		
		정책 프레임(2)			신체 발달(2)	
		친구 관계(2)		주관적 건강	주관적 건강수준(1)	
		흡연(6)			신체적 건강	비만 및 저체중(2)
		음주(3)				다빈도/아동기 질환(1)
		약물(2)		암(1)		
	비행/범죄(3)	구강건강(1)				
	신체활동(4)	손상/사고(2)				
	컴퓨터 및 인터넷/미디어 이용(4)	신체장애/활동 제한(2)				
	영양(5)	건강		임신, 출산(2)		
	구강건강(2)			자아 존중감(1)		
	성 행동(4)			삶의 만족도(1)		
	안전 행위(2)	정신 건강		행복감(1)		
	스트레스(1)			우울감(1)		
	수면(1)			자기 파괴 행동(4)		
가족	경제활동(노동)(3)	건강	정신장애(1)			
	주거 조건(3)		연령별 사망(1)			
	흡리스(3)		주요 사인별 사망(1)			
	아동 학대(4)					

※ 조사를 시작하시기 전에 반드시 아래의 내용을 읽어 보시고 응답에 참고하시기 바랍니다.

❖ 불평등 측정 단위

아동기 건강불평등 측정 단위는 향후 의미 있는 결과를 산출하기 위해 필요한 측정 단위에 대해 묻는 것으로, 이를 고려하여 응답해 주시기 바랍니다. 단, 실제 측정 시에는 산출 가능한 모든 구분자(부모의 사회경제적 지위별, 학교 계열별 등)를 최대한 고려할 예정입니다.

❖ 지표의 적절성 평가

아동기 건강불평등 지표의 적절성은 각 지표의 상대적 중요성, 건강불평등이 악화되거나 악화가 예상되는 지표, 건강불평등의 상대적·절대적 크기, 정책적 활용 가능성 등을 종합적으로 판단하시어 응답해 주시기 바랍니다.

❖ 필수 지표 선정

아동기 건강불평등 지표의 필수 지표는 다른 지표와 비교하여 대표성이 있는 지표를 의미합니다. 아동기 건강불평등을 모니터링할 때 필수적으로 포함되어야 할 지표를 지표 분류나 영역에 상관없이 선정하여 주시기 바랍니다.

1 지표의 측정 단위, 적절성 평가 및 필수 지표 선정

(평가표 1) ① 위의 원색에 근거하여 세부지표에 대한 적절한 불평등 측정 단위를 선택하여 주시고, 지표의 적절성을 5점 척도로 평가해 주시기 바랍니다.
 ② 필수 지표라고 판단되는 해당 세부지표에 모두 체크해 주시기 바랍니다.

대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위	(낮음)← 지표의 적절성 →(높음)	필수 지표 여부	
사회 구조적 요인	가족	가구 형태	조손/한부모/인양 가구 비율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
			저소득 한부모가구 비율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
			소년소녀 가장 비율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
		가구 교육 투자	공교육비 지출액	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
			사교육비 지출액	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
			가구소득	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
	교육 기회	학교	소득	관련자 가구의 경제수준(수급/비수급/차상위)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
				가구의 물질적 풍요도(FAS)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
				아동 상대빈곤율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
			빈곤	아동 절대빈곤율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
				주관적 경제상대(빈곤에 대한 생각)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
				부/모 관리직/전문가 비율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
사회경제적 지위	부모 교육 기회	아동 가구 실업률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		부/모 대학 졸업	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		부의 직업	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
교육 기회	학교	모의 직업	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		초/중학교 무단결석률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		중/고등학교 합입 중단율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
			탈학교 무근로 아동 비율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	

354 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강행태

대분류	영역	중분류	세부지표	발령등 측정 단위	(낮음)← 지표의 적절성 →(높음)	필수 지표 여부		
		특수교육 요구	장애 아동의 특수교육 요구 미충족률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
			학업 환경	학급당 인원수	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
		지역	경제적 환경	지역 박탈 수준	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
				재정자주도	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
			인구집단별 인구 비율	지역	대도시/소도시/농촌	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
				인구집단별 인구 비율	인형군별 아동 인구	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
					성별 아동 인구	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
				인구 비율	등록 장애 아동	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
					탈락 아동·청소년 인구	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
				국가		아동 결핍	청소년 부모	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가
공공 지출	아동 결정	OECD 아동결핍지수	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
	가족 보조 공공 지출 (OECD Family Benefit Public spending)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			<input type="checkbox"/>		
정책 프레임	아동 분야 공공 지출	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			<input type="checkbox"/>		
	아동정책 기본계획 이행	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			<input type="checkbox"/>		
친구 관계	국제 아동권리협약 이행	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			<input type="checkbox"/>		
	친구 지지	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			<input type="checkbox"/>		
증개 요인	개인	흡연	비행 경험 친구유무			<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
			흡연 경험			<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
		흡연	친자 담배 사용 경험			<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
			가릴 담배 사용 경험	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		현재 흡연율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>			

대분류	영역	중분류	세부지표	발행등 측정 단위	(낮음)← 지표의 적절성 →(높음)	필수 지표 여부	
			금연 시도율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
			가정 내 간접흡연 노출	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
		음주	음주 경험	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			현재 음주율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			고위험(문제) 음주율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			약물 경험	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		약물	불법 약물 남용 횟수	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			비행/범죄	아동·청소년 범죄율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
		아동·청소년 범죄 희생자 수(비율)		<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		비행 경험		<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
중등도 이상 신체활동 실천율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
신체활동		격렬한 신체활동	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		근력 운동	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		앉아서 보내는 시간	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
미디어 이용 컴퓨터 및 인터넷 이용		컴퓨터 및 인터넷 이용 유형	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		스마트폰 의존 위험군 비율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		TV 시청 시간	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		게임 과몰입	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
영양		고른 영양 섭취	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		식품 미보장률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		과잉 섭취율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		나트륨 초과 섭취율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		아침 식사 결식(또는 하루 1끼 이상 결식)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		

356 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강행태

대분류	영역	중분류	세부지표	발행등 측정 단위	(낮음)← 지표의 적절성 →(높음)	필수 지표 여부	
가속	구강건강	성 행동	하루 동안 양치질 횟수	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
			불소 도포	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
		성명 경험	첫 성관계 시기	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
			성관계 경험	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
			성관계 경험 청소년 함상 피임 실천율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
			성명 경험	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
	안전 행위	안전벨트 착용	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		자전거 헬멧 착용	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
	경제활동 (노동)	주거 조건	스트레스	평상시 스트레스 정도	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
				수면	적정 수면 시간	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
			경제활동 아동의 비율	(제한 중이면서) 아르바이트에 종사하는 아동의 비율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
				전업 경제활동 아동의 비율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
최저임금 미만 아동 노동자 비율				<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
주거 빈곤: 공공 임대 주택				<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
홀리스	가속	주거 조건	주거 점유 상태: 자가, 전세, 월세	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
			최저 기준 미달 주거	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
		홀리스	아동·청소년 홀리스 수	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
			십대 거주 아동·청소년 수	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
			아동이 있는 가족의 홀리스 발생 정도(가정폭력 십대 포함)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
			한대 발견율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
아동 학대	한대 경험률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>			
	제한대율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>			
		부모 학대(가정폭력 포함)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		

대분류	영역	중분류	세부지표	발령등 측정 단위	(낮음)← 지표의 적절성 →(높음)	필수 지표 여부				
		부모의 양육 태도와 행동	부모 지지 교육 참여 수준 부모 지도·감독 부모 자녀 예찰	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>				
		가족 갈등		양육자 건강과 정서 상태	가족 내 갈등 부모의 주관적 건강수준 주 양육자의 자존감 주 양육자의 우울/불안	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
학교		학교 환경	학교에서의 행복감 학교폭력 경험(마들림 포함) 건강 관련 교육 프로그램(안전 교육/음주 교육/흡연 예방 교육/성교육/영양 및 식사 습관 교육 제공 여부)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>				
				지역		지역 사회 관계	(지역)사회에 대한 신뢰 사회(단체) 활동 참여율 공동체 지지 지역사회 지도·감독 지역별 장애 한글 수/학교 수 법과 후 돌봄 기관 수 환경 안전(지역사회 및 학교의 안전에 대한 주 관적 평가) 지역별 유용업소 비율 범죄율 교통안전지수 외부 공공(공좌) 공간 비율(외부에 보호자 없이 나가는 것이 가능한 이동의 비율)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>								

358 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강행태

대분류	영역	중분류	세부지표	발행등 측정 단위	(낮음)← 지표의 적절성 →(높음)	필수 지표 여부		
	보호		요보호 아동 수와 비율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
			보호 기간	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
	지역 환경		환경오염	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
			공원 면적	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
			장애인 편의 시설	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
			영유아 국가필수예방접종 완전접종률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
	예방 서비스		인플루엔자 예방접종률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
			인유두종 바이러스 예방접종률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
			11~12세 DPT 예방접종률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
			치과 검진(스케일링 포함)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
치아 홈 메우기 이용률			<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>			
필요 의료 서비스 미치료율			<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>			
국가		의료 이용	외래 민감 질환 입원율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
			경제적 이유로 인한 필요 의료 서비스 미치료율	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
		의료 이용		입원 경험	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
				입원 일수	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
				외래 이용 경험	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
				재활의료 필요 미충족률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
				아동 수 대비 전문 의사 수	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
				재활의료기관의 접근성	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
		인지 발달		아동 수 대비 보건의료기관 수	아동 수 대비 보건의료기관 수	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
					합업 성취도(문해력, 수학, 과학)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
성적 만족도	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
키	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		
발달과 건강	발달	신체 발달	체중	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>		

대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위	(낮음)← 지표의 적절성 →(높음)	필수 지표 여부
건강	주관적 건강	주관적 건강수준	자기 평가 건강수준	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
		비만 및 체중	비만율(BMI)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
			저체중률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
	신체적 건강	다빈도/아동기 질환	질환별 유병률(선천성 심장 질환, 당뇨병, 천식, ADHD, 아토피 피부염, 알레르기 비염, 요로 감염, 폐렴, 부비동염, 중이염), 성조숙증	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
			암	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
			구강 건강	치아 우식증(우치 우식률, 영구치 우식률, 영구 치 우식 유병 여부, 영구치 우식 경험)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	건강	손상/사고	손상 경험률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
			사고	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
		신체장애/활동 제한	신체장애 유병률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
			활동 제한	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
		임신, 출산	임신 경험률, 출산 경험률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
			임신 중질 경험률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
	정신 건강	자아 존중감	자아 존중감	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
			삶의 만족도	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
		행복감	학교, 가정, 지역사회 등에서의 가족, 친구 관계 등에 대한 행복감	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
행동	우울감	우울감 경험률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
		자살 생각 경험률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
	자살 시도 경험률	자살 시도 경험률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	

360 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위	(낮음)← 지표의 적절성 →(높음)	필수 지표 여부
			자살 계획	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
			자해 경험률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
	사망	경산장애	행동장애, 심식장애, 발달장애, 아동 퇴장에 등 유명률	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
		연령별 사망	아동 사망률(연령별 사망률)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
		주요 사인별 사망	주요 사인별 사망률: 암, 순상(교통사고, 자살)	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

2 신규 지표 제안

(평가표 2) 앞서 제시한 지표 외에 추가되어야 할 아동기 건강불평등 지표가 있다면 아래의 형식에 맞추어 신규 지표로 제안해 주시기 바랍니다.

대분류	영역	중분류	세부지표	제안 이유
사회구조적 요인				•
중개요인				•
발달과 건강				•

※ 끝까지 응답하여 주셔서 감사합니다 ※

362 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

본 조사의 개인 정보는 통계법 제33조(비밀 보호)와 제34조(통계 종사자 의무)에 의해 비밀이 철저히 보장됩니다.

ID

-

아동기 건강불평등 지표 선정을 위한 전문가 의견 조사(2차)

안녕하십니까?

국무조정실 산하 국책연구기관인 한국보건사회연구원입니다. 본 연구원에서는 '국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발' 연구를 수행 중이며, 연구의 일환으로 '아동기 건강불평등 지표 개발을 위한 전문가 의견 조사'를 실시합니다.

2019년 한 해 동안 진행되는 '국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발' 연구는 "아동기 건강불평등"을 주제로 다루고 있으며, 아동기 건강형평성의 중요성을 인식하고 관련 현황을 파악하기 위해 성인지와는 차별화되는 아동기 건강불평등 지표를 개발하고 산출하는 것이 주요 목적입니다.

이에 따라 아동 또는 건강불평등 전문가를 대상으로 아동기 건강불평등 지표에 대한 다양한 의견을 수렴하고자 하며, 지난 1차 조사 결과를 바탕으로 **2차 조사**를 실시하고자 합니다. **2차 조사**에서는 **1차 조사에서 응답해 주신 전문가분들의 취합된 의견을 제시해 드리고, 최종 의견을 여쭙고자 합니다.**

응답해 주시는 모든 내용은 「통계법」 제33조 및 제34조에 의거하여 통계 목적으로만 사용되고 비밀이 보장됩니다.

조사의 참여 여부는 전적으로 귀하의 의사에 달려 있으며, 원치 않으시면 설문 조사에 참여하지 않으셔도 괜찮습니다. 다만 본 조사에 참여하는 것은 본 조사의 취지와 내용을 충분히 이해하고 자발적으로 응한 것으로 간주합니다. 설문 조사 내용에 응답하시는 데 **30분가량 소요될 예정**이며, **조사에 대한 소정의 사례비를 지급해 드릴 예정입니다.** 귀하의 응답은 우리나라 아동기 건강불평등 연구에 귀중한 기초 자료로 이용되오니 바쁘시더라도 잠시 틈을 내어 주시면 감사하겠습니다.

2019년 8월

◇ 연구기관: 한국보건사회연구원

◇ 조사 기간: 2019년 8월 30일(금) ~ 9월 11일(수)일까지

※ 조사를 시작하시기 전에 반드시 아래의 내용을 읽어 보시고 응답에 참고하시기 바랍니다.

1. 정의

본 연구의 대상이 되는 '아동기'를 "만 6세~만 18세의 학령기 아동"으로 정의하였습니다. 이에 따라 본 조사의 질문에 응답하실 때, 이에 준하여 응답하여 주시기 바랍니다.

2. 지표 체계

아동기 건강불평등 지표는 대분류/영역/중분류/세부지표의 체계로 이루어져 있습니다. 157개의 세부지표는 산출 가능성보다는 우선적으로 개념적 필요성을 고려하여 구성하였습니다. 157개의 세부지표에 대한 불평등 측정 단위, 지표의 적절성, 필수 지표 여부에 응답하여 주시기 바랍니다.

〈 아동기 건강불평등 지표 체계 〉

대분류	영역	중분류(세부지표 개수)	대분류	영역	중분류(세부지표 개수)
사회 구조적 요인	가족	가구형태(3)	증개 요인	가족	부모의 양육 태도와 행동(4)
		가구 교육 투자(2)			가족 갈등(1)
		소득(3)			양육자 건강과 정서 상태(3)
		빈곤(3)			학교 환경(3)
		부모 사회경제적 지위(5)			지역사회 관계(4)
	학교	교육 기회(3)		돌봄(2)	
		특수교육 요구(1)		안전(5)	
		학업 환경(1)		보호(2)	
	지역	경제적 환경(2)		지역 환경(3)	
		지역(1)		예방 서비스(6)	
국가	인구집단별 인구 비율(6)	의료 이용(7)			
	아동 결핍(1)	보건의료 자원(3)			
	공공 지출 (2)	인지 발달(2)			
		정책 프레임(2)	신체 발달(2)		
증개 요인	개인	친구 관계(2)	건강과 발달	주관적 건강	주관적 건강수준(1)
		흡연(6)			신체적 건강
		음주(3)		다빈도/아동기 질환(1)	
		약물(2)		안(1)	
		비행/범죄(3)		구강건강(1)	
		신체활동(4)		손상/사고(2)	
		컴퓨터 및 인터넷/미디어 이용(4)		신체장애/활동 제한(2)	
		영양(5)		입신, 출산(2)	
		구강건강(2)		자아 존중감(1)	
		성 행동(4)		삶의 만족도(1)	
		안전 행위(2)	행복감(1)		
		스트레스(1)	우울감(1)		
		수면(1)	자기 파괴 행동(4)		
		경제활동(노동)(3)	정신장애(1)		
		주거 조건(3)	연령별 사망(1)		
	가족	홀리스(3)	주요 사인별 사망(1)		
		아동 학대(4)			

※ 조사를 시작하시기 전에 반드시 아래의 내용을 읽어 보시고 응답에 참고하시기 바랍니다.

❖ 불평등 측정 단위

아동기 건강불평등 측정 단위는 향후 의미 있는 결과를 산출하기 위해 필요한 측정 단위에 대해 묻는 것으로, 이를 고려하여 응답해 주시기 바랍니다. 단, 실제 측정 시에는 산출 가능한 모든 구분자(부모의 사회경제적 지위별, 학교 계열별 등)를 최대한 고려할 예정입니다.

(참고) 1차 결과의 해석 예시

전체(%)				본인			
개인	가구	지역	국가	개인	가구	지역	국가
18.2	45.5	63.6	54.5	■	■	■	□

- 본인의 1차 응답: 개인, 가구, 지역
- 개인, 가구, 지역, 국가를 불평등 측정 단위로 본 대상자는 각각 전체의 18.2%, 45.5%, 63.6%, 54.5%
- 50% 이상 값은 빨간색 표시

❖ 지표의 적절성 평가

아동기 건강불평등 지표의 적절성은 각 지표의 상대적 중요성, 건강불평등이 악화되거나 약화가 예상되는 지표, 건강불평등의 상대적·절대적 크기, 정책적 활용 가능성 등을 종합적으로 판단하시어 응답해 주시기 바랍니다.

(참고) 1차 결과의 해석 예시

전체		본인
평균	최빈값	
3.9	4	5

- 본인의 1차 응답: ⑤
- 적절성 평가의 평균값 3.9, 최빈값 4.0

❖ 필수 지표 선정

아동기 건강불평등 지표의 필수 지표는 다른 지표와 비교하여 대표성이 있는 지표를 의미합니다. 아동기 건강 불평등을 모니터링할 때 필수적으로 포함되어야 할 지표를 지표 분류나 영역에 상관없이 선정하여 주시기 바랍니다.

(참고) 1차 결과의 해석 예시

전체(%)	본인
63.6	■

- 본인의 1차 응답: 필수 지표로 선정
- 해당 지표를 필수 지표로 선정한 대상자는 전체의 63.6%
- 50% 이상 값은 빨간색 표시

1 지표의 측정 단위, 적절성 평가 및 필수 지표 선정

(평가표 1) 위의 원칙과 1차 조사 결과를 참고하시어 최종 의건을 제시하여 주시기 바랍니다.

① 세부 지표에 대한 적절한 불명등 측정 단위를 선택하여 주시고, 지표의 적절성을 5점 척도로 평가해 주시기 바랍니다.

② 필수 지표라고 판단되는 해당 세부지표에 모두 체크표에 모두 체크하여 주시고, 지표의 적절성을 5점 척도로 평가하고 응답하여 주시기 바랍니다.)

대분류	영역	중분류	세부지표	불명등 측정 단위						(내용)← 지표의 적절성 →(내용)		필수 지표 여부					
				1차 결과			최종 의견			1차 결과		최종 의견					
				전체(%)		본인	최종 의견		최종 의견		전체		전체(%) 본인				
				개인	지역	국가	개인	지역	국가	개인	지역	국가	평균	최대값			
사회 구조적 요인	가족	가구 형태	조손/한부모/일양 가구 비율	18.2	45.5	63.6	54.5	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	5	□1 □2 □3 □4 □5	45.5	■	□		
			저소득 한부모가구 비율	18.2	50.0	63.6	54.5	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	4.3	5	□1 □2 □3 □4 □5	63.6	■	□	
		가구 교육 투자	소년소녀 가장 비율	22.7	45.5	63.6	54.5	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	3.4	4	5	□1 □2 □3 □4 □5	22.7	□	□
			공교육비 지출액	22.7	50.0	54.5	50.0	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	3.6	4	5	□1 □2 □3 □4 □5	36.4	■	□
		소득	사표유비 지출액	22.7	63.6	54.5	36.4	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	4.2	4	4	□1 □2 □3 □4 □5	59.1	■	□
			가구소득	27.3	81.8	31.8	31.8	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	4.6	5	3	□1 □2 □3 □4 □5	77.3	□	□
	빈곤	소속	객관적 가구의 경제수준(수급/비수급/착상위)	22.7	77.3	31.8	31.8	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	4.5	5	5	□1 □2 □3 □4 □5	45.5	□	□
			가구의 물질적 풍요도(FAS)	22.7	72.7	27.3	27.3	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	4.1	4	4	□1 □2 □3 □4 □5	40.9	□	□
		빈곤	아동 상대빈곤율	18.2	50.0	72.7	45.5	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	4.6	5	5	□1 □2 □3 □4 □5	68.2	■	□
			아동 절대빈곤율	18.2	50.0	72.7	45.5	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	4.2	5	3	□1 □2 □3 □4 □5	45.5	□	□
		부모	주관적 경제상태(빈곤에 대한 생각)	68.2	36.4	40.9	40.9	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	4.0	4	3	□1 □2 □3 □4 □5	45.5	□	□
			부모 관리력/전문가 비율	27.3	59.1	45.5	40.9	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	3.6	3	3	□1 □2 □3 □4 □5	18.2	□	□
사회경제적 지위	부모 대학 졸업 여부	대학 졸업	22.7	59.1	59.1	45.5	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	4.3	5	5	□1 □2 □3 □4 □5	50.0	□	□	
		대학 졸업	45.5	54.5	40.9	31.8	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	4.0	4	4	□1 □2 □3 □4 □5	31.8	□	□	
부모	부모 취업	부모 취업	50.0	68.2	31.8	27.3	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	4.0	5	4	□1 □2 □3 □4 □5	54.5	□	□	
		부모 취업	50.0	68.2	31.8	27.3	■	■	□개인 □가구 □지역 □국가	4.0	5	5	□1 □2 □3 □4 □5	50.0	□	□	

368 국민의 건강수준 제고를 위한 건강행태 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강행태

대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위						(낮음)~ 지표의 적절성 ~(높음)				필수 지표 여부									
				1차 결과			최종 의견			1차 결과		최종 의견		1차 결과		최종 의견							
				개인	지역	지역	개인	지역	지역	진척	본인	진척	본인	진척(%)	본인	진척(%)	본인	진척(%)					
구강건강	하부 동안 양치질 횟수	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	4.2	5	4	□	□	□	□	□	□	54.5	□	□
		77.3	0.0	45.5	36.4	□	■	□	■	□	■	□	3.6	4	4	□	□	□	□	□	13.6	□	□
	치실 사용 빈도	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	4.0	5	5	□	□	□	□	□	□	36.4	□	□
		90.9	4.5	31.8	31.8	□	■	□	■	□	■	□	4.0	5	5	□	□	□	□	□	31.8	□	□
	성 행동	성관계 경험	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	4.0	5	5	□	□	□	□	□	31.8	□	□
		성관계 경험 청소년 향상 피인원	72.7	4.5	45.5	40.9	□	■	□	■	□	■	4.3	5	4	□	□	□	□	□	36.4	□	□
	안전 행위	성병 경험	■	□	■	□	■	□	■	□	■	□	3.4	3	3	□	□	□	□	□	18.2	□	□
		안전벨트 착용	86.4	4.5	31.8	36.4	□	■	□	■	□	■	4.1	4	4	□	□	□	□	□	40.9	□	□
	스트레스	자전거 헬멧 착용	86.4	4.5	36.4	36.4	□	■	□	■	□	■	4.1	4	4	□	□	□	□	□	31.8	□	□
		평상시 스트레스 정도	90.9	4.5	31.8	31.8	□	■	□	■	□	■	4.6	5	5	□	□	□	□	□	59.1	□	□
정활동 (노동)	수면	81.8	4.5	45.5	45.5	□	■	□	■	□	■	4.6	5	5	□	□	□	□	□	68.2	□	□	
	(재학 중이면서) 아르바이트에 종사하는 아동의 비율	59.1	9.1	68.2	40.9	□	■	□	■	□	■	4.1	5	5	□	□	□	□	□	31.8	□	□	
추기 조건	전업 경제활동 아동의 비율	45.5	13.6	77.3	45.5	□	■	□	■	□	■	3.7	3	5	□	□	□	□	□	27.3	□	□	
	최저임금 미만 아동 노동자 비율	45.5	13.6	68.2	54.5	□	■	□	■	□	■	3.8	5	5	□	□	□	□	□	36.4	□	□	
가족	추기 빈도: 공공 임대 주택	31.8	63.6	54.5	45.5	■	□	■	□	■	■	4.2	5	5	□	□	□	□	□	31.8	□	□	
	추기 점유 상태: 자가, 전세, 월세	36.4	63.6	45.5	36.4	■	□	■	□	■	■	3.8	4	3	□	□	□	□	□	18.2	□	□	
홀리스	최저 기준 미달 추기	36.4	63.6	59.1	45.5	■	□	■	□	■	■	4.5	5	5	□	□	□	□	□	63.6	■	□	
	아동-청소년 홀리스 수	31.8	13.6	72.7	50.0	□	■	□	■	□	■	4.1	5	5	□	□	□	□	□	36.4	□	□	
가족	홀리스	36.4	13.6	77.3	54.5	□	■	□	■	□	■	4.1	5	5	□	□	□	□	□	36.4	□	□	
	아동이 있는 가족의 홀리스 발생 정도(가정폭력, 심리 포함)	22.7	31.8	72.7	54.5	■	□	■	□	■	■	3.9	4	4	□	□	□	□	□	13.6	□	□	

대분류	영역	중분류	세부시표	불평등 측정 단위						(낮음)~지표의 적절성~(높음)				필수 지표 여부								
				1차 결과			최종 의견			1차 결과		최종 의견		1차 결과		최종 의견						
				진척(%)	지역	개인	지역	개인	지역	진척	평균	본인	최종 의견	진척(%)	본인							
																	개인	지역	개인	지역		
이동 학대	학대 발견율	학대 발견율	학대 발견율	36.4	40.9	68.2	50.0	■	■	■	■	4.2	5	5	□	□	□	□	31.8	■	□	
				50.0	36.4	68.2	50.0	■	■	■	■	4.4	4	5	□	□	□	□	□	63.6	■	□
				50.0	36.4	63.6	45.5	■	■	■	■	4.1	4	5	□	□	□	□	□	27.3	■	□
				54.5	36.4	59.1	45.5	■	■	■	■	4.4	5	5	□	□	□	□	□	50.0	■	□
				59.1	50.0	27.3	22.7	■	■	■	■	4.1	5	4	□	□	□	□	□	40.9	□	□
				59.1	50.0	22.7	22.7	■	■	■	■	3.6	3	4	□	□	□	□	□	18.2	□	□
				59.1	50.0	22.7	22.7	■	■	■	■	3.4	3	4	□	□	□	□	□	9.1	□	□
				59.1	50.0	22.7	22.7	■	■	■	■	3.8	3	5	□	□	□	□	□	27.3	■	□
				54.5	59.1	22.7	22.7	■	■	■	■	3.9	4	4	□	□	□	□	□	27.3	□	□
				50.0	54.5	31.8	22.7	■	■	■	■	4.0	4	5	□	□	□	□	□	31.8	□	□
학교 환경	학교에서의 행복감	학교에서의 행복감	학교에서의 행복감	50.0	59.1	27.3	22.7	■	■	■	3.6	4	4	□	□	□	□	□	13.6	□	□	
				50.0	59.1	31.8	22.7	■	■	■	■	4.0	4	5	□	□	□	□	□	36.4	■	□
				81.8	13.6	45.5	31.8	■	■	■	■	4.4	5	5	□	□	□	□	□	54.5	□	□
				81.8	13.6	50.0	36.4	■	■	■	■	4.5	5	5	□	□	□	□	□	59.1	■	□
				72.7	9.1	45.5	40.9	■	■	■	■	3.8	4	3	□	□	□	□	□	40.9	□	□
				54.5	9.1	72.7	36.4	■	■	■	■	4.3	4	4	□	□	□	□	□	50.0	□	□
				45.5	13.6	72.7	40.9	■	■	■	■	3.9	4	4	□	□	□	□	□	27.3	□	□
				45.5	9.1	72.7	31.8	■	■	■	■	3.6	4	4	□	□	□	□	□	13.6	□	□
				36.4	4.5	68.2	22.7	■	■	■	■	3.4	4	4	□	□	□	□	□	13.6	□	□
				9.1	0.0	100	40.9	■	■	■	■	4.0	4	4	□	□	□	□	□	40.9	□	□
지역	지역 사회 관계	지역사회 지도·감독	지역사회에 대한 신뢰	9.1	0.0	95.5	40.9	■	■	■	4.0	4	5	□	□	□	□	40.9	□	□		
				9.1	0.0	100	40.9	■	■	■	■	4.0	4	4	□	□	□	□	40.9	□	□	
대분류	영역	중분류	세부시표	불평등 측정 단위						(낮음)~지표의 적절성~(높음)				필수 지표 여부								
				1차 결과			최종 의견			1차 결과		최종 의견		1차 결과		최종 의견						
대분류	영역	중분류	세부시표	진척(%)	지역	개인	지역	개인	지역	진척	평균	본인	최종 의견	진척(%)	본인							
																	개인	지역	개인	지역		

372 국민의 건강수준 제고를 위한 건강영양성 모니터링 및 사업 개발: 아동기 건강불평등

대분류	영역	증분류	세부지표	불평등 측정 단위						(낮음)~ 지표의 적절성 ~(높음)				필수 지표 여부							
				1차 결과			최종 의견			1차 결과		최종 의견		1차 결과							
				개인	지역	지역	개인	지역	지역	평균	본인	최종 의견	최종 의견	전체(%)	본인	최종 의견					
장신 건강	신체장애/ 활동 제한	신체장애에/ 활동 제한	세부지표	신체장애에/ 활동 제한	77.3	9.1	50.0	40.9	■ □	■ □	■ □	■ □	4.1	4	3	□□□□□□□□□□	40.9	□	□		
				활동 제한	77.3	9.1	45.5	40.9	■ □	■ □	■ □	■ □	3.8	3	3	□□□□□□□□□□	27.3	□	□		
		임신, 출산	세부지표	임신 경험률, 출산 경험률	63.6	13.6	68.2	45.5	■ □	■ □	■ □	■ □	4.0	3	3	□□□□□□□□□□	36.4	□	□		
				임신 중절 경험률	63.6	13.6	68.2	45.5	■ □	■ □	■ □	■ □	3.7	4	3	□□□□□□□□□□	27.3	□	□		
		자아 존중감	세부지표	자아 존중감	86.4	13.6	40.9	36.4	■ □	■ □	■ □	■ □	4.4	4	4	□□□□□□□□□□	54.5	□	□		
				삶의 만족도	81.8	13.6	40.9	40.9	■ □	■ □	■ □	■ □	4.8	5	5	□□□□□□□□□□	90.9	■	□		
		정신 건강	행복감	증분류	세부지표	학교, 가정, 지역사회 등에서의 가족, 친구 관계 등에 대한 행복감	81.8	13.6	45.5	40.9	■ □	■ □	■ □	■ □	4.5	5	4	□□□□□□□□□□	59.1	□	□
						우울감 경험률	86.4	13.6	45.5	36.4	■ □	■ □	■ □	■ □	4.8	5	5	□□□□□□□□□□	68.2	□	□
						자살 생각 경험률	86.4	9.1	45.5	36.4	■ □	■ □	■ □	■ □	4.6	5	5	□□□□□□□□□□	72.7	■	□
						자살 시도 경험률	86.4	9.1	45.5	36.4	■ □	■ □	■ □	■ □	4.7	5	5	□□□□□□□□□□	72.7	■	□
정신장애	연령별 사망	증분류	세부지표	자살 계획	90.9	9.1	36.4	31.8	■ □	■ □	■ □	■ □	4.3	5	5	□□□□□□□□□□	27.3	□	□		
				자해 경험률	86.4	9.1	40.9	36.4	■ □	■ □	■ □	■ □	4.5	5	5	□□□□□□□□□□	40.9	□	□		
사망	연령별 사망	증분류	세부지표	행동장애, 삼신장애, 발달장애, 아동 타당성에 등 유병률	63.6	13.6	63.6	36.4	■ □	■ □	■ □	■ □	4.4	4	4	□□□□□□□□□□	40.9	□	□		
				연령별 사망	31.8	4.5	81.8	45.5	■ □	■ □	■ □	■ □	4.6	5	5	□□□□□□□□□□	77.3	■	□		
사망	연령별 사망	증분류	세부지표	주요 사인별 사망률: 암, 손상 (교통사고, 자살)	31.8	4.5	81.8	45.5	■ □	■ □	■ □	■ □	4.5	5	5	□□□□□□□□□□	63.6	■	□		

2 신규 지표 제안

(평가표 2) 1차 조사에서 신규 지표로 제안해 주신 것을 토대로 선정항 아래의 16개 신규 지표에 대해
 ① 세부지표에 대한 적절한 불평등 측정 단위를 선택하여 주시고, 지표의 적절성을 5점 척도로 평가해 주시기 바랍니다.
 ② 필수 지표라고 판단되는 해당 세부지표를 모두 체크해 주시기 바랍니다.
 (※ 세부지표별 제안 이유를 표 아래 각주 표기하였으니 참고해 주시기 바랍니다.)

대분류	영역	중분류	세부지표	불평등 측정 단위	(낮음)~지표의 적절성~(높음)	필수 지표 여부
사회 구조적 요인	가족		친화/이사 경험 ¹⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
			부모의 사회적 네트워크 ²⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
			신용불량이나 부채 ³⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
중개 요인	개인/학교/지역	차별	차별 경험률 ⁴⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
		영양	당류(과자, 탄산음료 등) 섭취율 ⁵⁾ 인구 천 명당 패스트푸드 판매량 ⁶⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가 <input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
	학교/지역	시간 활동	학교 교육 외에 하루 중 학업에 소요하는 시간(사교유, 혼자서 하는 학습 등) ⁷⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
		학교 환경	교사와 학생과의 주관적 친밀도 혹은 관계성 ⁸⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
		지역 환경	보행 도로율 ⁹⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
국가	의료 이용	필수 치료 서비스 미치료율 ¹⁰⁾ 경제적 이유로 인한 필요 치료 서비스 미치료율 ¹¹⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가 <input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
	발달	인구집단 수준의 발달 지표 ¹²⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	
발달과 건강	신체적 건강	구강건강	구강건강 관련 삶의 질 ¹³⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
		시력 교정	치아 손상 경험률 ¹⁴⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>
	정신건강	신체 이미지	경제적 이유로 인한 안경 미착용률 ¹⁵⁾ 신체 이미지 왜곡 인지도 ¹⁶⁾	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 가구 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 국가	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

<참고> 제안 이유
 1) 사회적 네트워크와 관련된 요인

- 2) 부모의 사회적 관계가 자식의 사회경제적 지위에 영향을 미친, 주로 권력이 큰 의사, 변호사, 관리자 등과의 관계가 양적, 질적으로 풍부한 경우 그 자체가 자문의 성격을 가지고 자식 세대에 계승됨
- 3) 최근 금융 스트레스가 강조되고 있으므로 추가 필요함
- 4) 가족 구조, 경제적 요인, 외모, 학업 등을 사유로 한 차별 경험은 아동·청소년기 정신건강의 매개 요인으로 작용할 수 있음
- 5) 아동기에 가장 빈발하는 충치의 대표적인 위험 요인이 설탕임. 특히 취약계층에서 설탕 식품 섭취 빈도가 높으므로 지표에 포함될 필요성 있음
- 6) 지역 간 비만율의 격차를 결정하는 요인의 하나로 보고되고 있어, 청소년의 식이 섭취에도 영향을 미칠 것으로 보임
- 7) 사교육 등 학습에 소요하는 시간은 다른 종류의 시간 활용(선교, 신체활동, 수면 등)에 영향
- 8) 아동기 대부분의 시간을 학교에서 보내기 때문에 교우 관계뿐만 아니라 교사와 학생과의 관계 등도 아동들의 정신건강을 비롯한 다양한 건강의 영역에 영향을 줄 수 있는 요인으로 판단됨
- 9) 유아~청소년의 자동차 사고 사망률의 지역 간 격차를 결정하는 요인의 하나일 수 있음
- 10.11) 아동기에 치과 치료 필요율이 높으나 건강보험 보장률이 낮아 미치로율이 더 큰 문제임. 치과 의료기관이 분리되어 있어 의료 서비스와 별도로 측정하는 것이 바람직함
- 12) 인구집단 수준에서 지역별 아동발달을 측정하는 지표가 필요함(예: 호주 EDI)
- 13) 아동기에 읽기, 말하기, 웃기 등 구강건강 관련 삶의 질이 중요함
- 14) 아동기에 치아 손상 경험이 높으나 통상적인 손상을 묻는 질문으로는 확인하기 어려움. 취약계층의 치아 손상 경험이 높다는 점에서 지표에 포함시킬 필요성 있음
- 15) 시력이 나쁜데도 불구하고 사회경제적 여건이 열악할 경우 안경을 착용하지 못하는 경우가 상당히 있어 이 부분에 대한 주기적 통계 관리가 필요
- 16) 본인의 계획을 포함한 외모에 대한 주관적 인식 및 관련 행태들은 정신건강수준을 보여 주는 지표라고 생각됨

※ 끝까지 응답하여 주셔서 감사합니다 ※

간행물 회원제 안내

회원제에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

회원 종류

전체 간행물 회원

120,000원

보건 분야 간행물 회원

75,000원

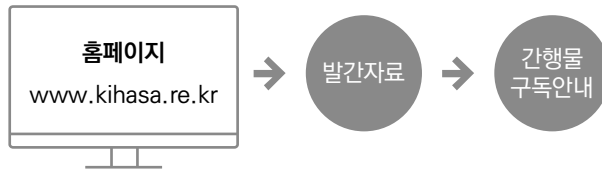
사회 분야 간행물 회원

75,000원

정기 간행물 회원

35,000원

가입방법



문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>