

2014년도 제3차 인구포럼

저출산 위기 극복의 첫걸음,
모든 아이들의 건강한 출생·성장



PROGRAM

14:00 ~ 14:20 **개회식**

개회사 **최병호** 한국보건사회연구원 원장
축사 **문형표** 보건복지부 장관

14:20 ~ 15:50 **세션 I [출생·성장의 사회적 보호를 위한
취약가구 아동 지원방향]**

좌장 **옥선화** 서울대학교 아동가족학과 교수
주제발표 **출생·성장의 사회적 보호를 위한
취약가구 아동 지원방향**
김미숙 한국보건사회연구원 연구위원
패널토론 **강현아** 숙명여자대학교 아동복지학과 교수
이미정 한국여성정책연구원 연구위원
목경화 한국미혼모가족협회 대표
이창준 보건복지부 인구정책과장
박동혁 여성가족부 가족지원과장

자유토론

15:50 ~ 16:10 **휴식**16:10 ~ 17:30 **세션 II [아동학대 예방 전달체계 내실화 방안]**

좌장 **정익중** 이화여자대학교 사회복지학과 교수
주제발표 **아동학대 예방 전달체계 내실화 방안**
김형모 경기대학교 사회복지학과 교수
패널토론 **황옥경** 서울신학대학교 보육학과 교수
박세경 한국보건사회연구원 연구위원
주선영 조선일보 더나은미래 기자
김희경 세이브더칠드런 권리옹호부장
권병기 보건복지부 아동권리과장

자유토론

17:30 ~ **폐회**

일시 | 2014년 6월 19일(목) 14:00~17:30

장소 | 한국보건사회연구원 대회의실

목 차

[주제발표]

출생 · 성장의 사회적 보호를 위한 07

취약가구 아동 지원방향

김미숙 한국보건사회연구원 연구위원

아동학대 예방 전달체계 내실화 방안 35

김형모 경기대학교 사회복지학과 교수

발표 1

출생·성장의 사회적 보호를 위한 취약가구 아동 지원방향

김미숙

한국보건사회연구원 연구위원

출생·성장의 사회적 보호를 위한 취약가구 아동 지원방향

김미숙 (한국보건사회연구원)

1. 서론

21세기에 들어 한국사회는 세계에서 유례가 없는 초저출산현상을 겪고 있다. 합계출산율이 2001년에 처음으로 1.3미만으로 낮아진 이후 계속해서 1.2 내외 수준을 유지하고 있다(2013년 합계출산율은 1.19). 장기간의 초저출산현상은 인구 고령화 현상을 가속화시킬 것이며, 그로 인하여 노동력 부족, 내수시장 위축, 복지 부담 증가, 재정수지 악화, 경제성장 둔화 등이 유발되어 사회발전의 지속가능성이 위협받고 개인의 삶의 질이 손상될 것으로 우려된다.

저출산현상을 극복하기 위하여 정부는 2006년부터 저출산고령사회기본계획을 수립하여 다각도의 노력을 기울이고 있다. 정부의 저출산 대응은 결혼·출산·양육 부담 경감, 일-가정 양립 제고, 미래세대 육성 등 크게 세 부문으로 구성되어 있다(정부합동, 2010). 결혼·출산·양육 부담 경감과 일-가정 양립 제고가 출산율 회복을 위한 주요 정책영역이라면, 미래세대 육성은 태어난 아이들을 잘 키우기 위한 주요 정책영역이라고 할 수 있다.

그간 결혼·출산·양육 부담 경감과 일-가정 양립 제고에 정책적 관심과 투입이 집중되어 온 것이 사실이다. 너무도 낮아진 출산율을 조속히 회복하고자하는 정책적 의지를 엿볼 수 있는 대목이기도 하다. 상대적으로 정부의 저출산 대책 중 한 영역을 차지하고 있는 아동의 안전하고 건강한 성장(미래세대 육성)에 대한 투자는 상당히 미흡한 실정이다. 요컨대 현재 출산율이 여전히 낮은 수준에서 무르고 있는데다가 기 태어난 출생 및 아동에 대한 보호도 미흡하다는 중첩적인 문제가 존재하고 있는 것이다.

출산율 회복과 출생의 사회적 보호는 동시에 동일한 비중을 가지고 추진하여야 할 중요한 국가과제이다. 출산율이 제고되기 위해서는 청년들의 결혼을 독려하고

자녀양육 부담을 덜어주고 양육비용을 보존해주는 지원체계가 구비되어야 한다. 특히, 가족의 사회경제적 환경이 취약한 가구에서 출생하여 성장하는 가구의 아동의 경우는 건강하게 심신이 발달하기에는 심각한 장애요소가 많으므로, 이러한 가구에 대한 지원방안 마련을 통해 모든 아동의 성장발달이 도모되어야 할 것이다.

본 고에서는 우리나라의 취약계층 아동의 삶의 실태를 파악하고 어떠한 지원방안이 필요한 지를 고찰해 보았다. 아동의 취약성은 결국 가족의 취약성에 기인하는데, 이는 아동의 삶의 질에 여러 가지 부정적인 결과를 초래하는 것으로 파악되고 있다. 가족적 상황이 취약한 아동은 일반가족 아동에 비해서 개인적 발달, 가정환경, 학교생활적응, 지역사회에서의 비행 등에 있어서 모두 불리한 위치를 점하고 있다는 것이다. 개인적으로는 빈곤아동은 일반아동보다 인지발달이 더디고 정서적으로 불안, 우울 등의 증상이 더 많이 나타나는 것으로 추정되며(박현선, 2008), 가정환경면에서는 주거의 열악 등으로 어려움을 겪는 것으로 파악되고 있고(임세희, 2010), 학교생활면에서는 성적이 일반아동에 비해 낮아 상급학교 진학이나 향후 직업선택에서 불리한 위치에 있다는 것이다(구인회 외, 2009). 지역사회에서는 비행 등의 확률이 높아 이 측면에서도 취약계층아동이 어려운 상황에 처해 있다는 것이다(김진이, 2009). 그러나 다른 한편에서는 취약계층아동과 일반아동의 삶의 질에 있어서 별다른 차이를 보이지 않는다는 결과도 있다.

이러한 상반된 결과에 대한 진단이 명확화되어야 취약가구아동에게 실효성있는 정책이 제안될 수 있을 것이다. UNICEF에서는 국가별 아동의 삶의 질을 비교하기 위해서 삶의 질을 6개 영역으로 나누어 비교해서 살펴보았다. 본 고에서는 이러한 국가별 비교를 위해서 사용된 삶의 질 영역을 사용하여 취약가구와 일반가구아동의 삶의 질을 비교하기 위해서 활용하였다. UNICEF가 사용하고 있는 삶의 질 6개 차원에서 우리나라 취약가구아동과 일반가구아동의 삶의 질 실태를 비교하여 살펴 보았다. 그리고 두 집단 간의 삶의 질 간의 간극을 좁히기 위한 방안을 제안하였다. 이를 위해서 2008년 실시한 아동청소년종합실태조사 자료를 사용하였다.

2. 취약가구 아동의 삶의 질 측정¹⁾

가. 삶의 질 측정도구

UNICEF에서는 아동의 삶의 질을 6가지 차원으로 나누어서 비교하여 살펴보았다. 여기에는 물질적 복지(Material Well-being), 건강과 안전(Health and Safety), 교육(Education), 위험행동(Behaviors and Risks), 주거 및 환경(Housing and Environment), 주관적 복지(Subjective Well-being)가 있다(UNICEF, 2013a; 2013b). 물질적 복지는 화폐적 박탈과 물질적 박탈로 다시 나뉜다. 건강과 안전은 출생시 건강, 예방의료서비스, 아동사망률로 구성되어 있다. 교육은 교육 참여와 교육성취로 구성되어 있고, 행동과 위험은 건강행동, 위험행동, 폭력노출경험으로 구성된다. 주거 및 환경은 주거와 안전한 환경으로 구성된다. 주관적 복지는 삶의 만족, 인간관계, 주관적 교육, 주관적 건강으로 구성된다. 이를 측정하는 지표는 <표 1>에 제시하였다.

이러한 지표를 통해서 OECD 국가의 순위를 매기고 있는데, 2013년부터는 물질적 웰빙과 주관적 웰빙으로 나누어서 측정하고 있다. 물질적 웰빙의 상위를 차지하는 국가가 주관적 웰빙에서도 상위를 차지하지는 않는다. 물질적 웰빙에서 상위권을 차지하는 국가로는 네덜란드, 노르웨이, 아이슬란드, 핀란드, 스웨덴 등이고, 주관적 웰빙은 네덜란드, 아이슬란드, 슬로베니아, 오스트리아, 독일 등으로 다른 순서를 보이고 있다(UNICEF, 2013b).

본 고에서는 빈곤아동과 비빈곤아동의 삶의 질을 비교하기 위해서 UNICEF에서 사용한 지표 중에서 측정가능한 일부 지표만을 사용하였다. UNICEF에서는 이 지표를 사용하여 국가간 비교를 위하여 사용하였으나, 본 고에서는 이를 활용하여 국내에서의 빈곤 및 비빈곤아동을 비교하기 위하여 사용하고자 한다. 빈곤집단(취약집단)을 (국민)기초수급층과 차상위층으로 나누어서 살펴보았다. 그리고 아동 삶의 질 측정을 위해 실태조사자료를 활용하였고, 행정자료를 통해 파악할 수 있는

1) 삶의 질 실태는 김미숙(2013). 빈곤아동 소득지원방안 연구. 보건복지포럼 제206호 내용의 일부임.

지표는 일부 포함하였다.

〈표 1〉 아동 삶의 질 측정 지표

차원	구성부문	UNICEF 지표	본 연구의 지표
물질적 복지	화폐적 박탈	- 상대아동빈곤율 - 아동빈곤갭	- 중위소득 50% 미만 가구 아동비율
	물질적 박탈	- 아동박탈률 - 가족의 풍요율	- 물질적 비박탈 8개항목 총합
건강과 안전	출생시 건강	- 영아 사망률 (0-1세) - 저체중아(2.5kg미만) 비율	- 저체중아(2.5kg 미만) 비율
	예방 의료서비스	- 전반적 예방접종 아동비율	- 전반적 예방접종 못한 아동비율
	아동사망률	- 아동사망률 (1-19세)	
교육	교육참여	- 영유아교육 참여율 - 15-19세 교육 참여율 - NEET 15-19세 아동비율	- 영유아교육 참여율(보육시설, 유치원) - 학교밖 아동비율
	교육성취	- 읽기, 수학, 과학 평균 PISA 성적	- 학업성적
위험행동	건강행동	- 과체중 아동비율 - 아침식사하는 아동비율 - 매일 과일먹는 아동비율 - 신체활동 아동비율 - 10대 출산율	- 아침결식 아동비율 - 과일먹는 아동비율 - 신체활동 비율 - 미혼모 수
	위험행동	- 흡연 비율 - 음주 아동비율 - 대마초 흡연비율	- 흡연 비율 - 음주 비율
	폭력 노출경험	- 12개월간 싸움을 한 아동비율 - 2개월간 왕따 당한 아동비율	- 학교폭력 경험율
주거 및 환경	주거	- 가구원 1인당 방수 - 주택문제	- 방수 - 주택문제
	안전한 환경	- 살인사건율 - 공해정도	- 소음, 진동, 악취 및 대기오염 등
주관적 복지	삶의 만족도	- 삶의 만족정도	- 행복감
	인간관계	- 부모와의 대화정도 - 반친구와의 관계	- 부모와의 대화정도 - 대인 및 또래관계
	주관적 교육	- 학업스트레스 - 학교생활 만족도	- 학교중단 희망율 - 학교생활 만족도
	주관적 건강	- 주관적 건강상태 - 건강관련 신체증상	- 주관적 건강상태

자료: UNICEF. 2013. Child Well-being in rich countries: A comparative overview

나. 데이터

본 고에서 사용한 통계자료는 한국보건사회연구원의 빈곤통계연보와, 실태조사 자료로 2008년 아동종합실태조사를 사용하였다. 이 데이터는 우리나라에 거주하는 전국 0세에서 18세까지 아동을 대상으로 조사하였다. 총 표본수는 6900가구의 일반아동 4,140명과 저소득층아동 2,760명이다. 저소득층아동은 기초생활보장수급가구와 차상위계층 아동을 말한다. 본 데이터에서는 아동 및 가구의 사회경제적 요인, 가족생활, 인지 및 언어, 사회성 및 정서, 건강 및 안전, 활동 및 진로 등을 살펴해보았다. 본 고에서는 아동을 3집단인 수급층, 차상위층, 일반가구 아동으로 분류하여 비교하였다.

3. 취약계층 아동의 삶의 질(Well-Being) 실태

가. 물질적 복지 (Material Deprivation)

우선 물질적 복지에서 화폐적 박탈을 살펴보기 위해 상대아동빈곤율을 살펴보았다. 중위소득의 50%미만의 상대아동빈곤율은 2003년 10.3%에서, 2005년 11.8%, 2010년 10.1%, 2012년 10.2%의 분포로 미미한 상승하였으나 매우 안정적인 추이를 보이고 있다. 숫자적으로 보면 2003년 118만명이었는데, 2005년에는 131만명으로 약간 늘다가, 2012년 현재 98만명으로 다시 감소하였다. 여성가구의 빈곤율은 아동빈곤율의 2배에 이른다.

〈표 2〉 아동빈곤율 및 빈곤아동수

(단위 : %, 명)

연 도	상대빈곤율		전체 아동인구수	상대 아동빈곤수
	아동	여성가구주		
2003	10.3	21.9	11,478,537	1,182,289
2004	11.1	23.0	11,297,516	1,254,024
2005	11.8	25.4	11,105,069	1,310,398
2006	11.0	25.7	10,906,402	1,199,704
2007	11.4	24.1	10,714,638	1,221,469
2008	10.6	24.0	10,544,317	1,117,698
2009	10.9	25.7	10,322,796	1,125,185
2010	10.1	26.8	10,065,018	1,016,567
2011	10.3	25.9	9,835,000	1,013,005
2012	10.2	24.5	9,578,186	976,975

주: 1) 빈곤아동수는 아동빈곤율을 이용하여 추계.

2) 상대아동빈곤율은 중위소득 50%를 기준으로 가처분소득을 사용하여 측정한 수치임.

자료: 2012년 이전 아동 - 김문길 외(2012). 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원

2012년 이후 및 여성가구주 - 임완섭 외(2013). 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원

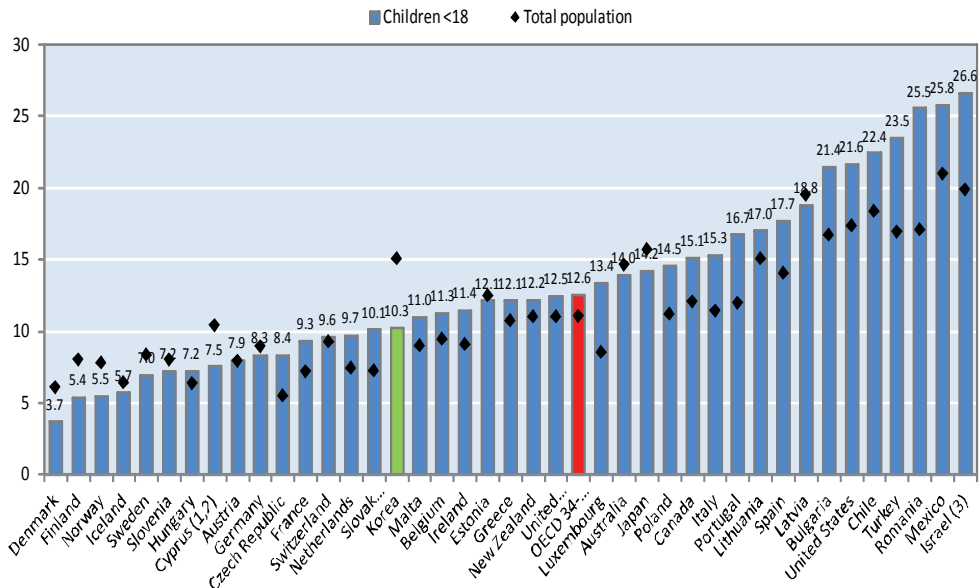
아동인구수 - 통계청. KOSIS. 장래인구추계 홈페이지.

한편, 우리나라의 아동빈곤율 수준을 OECD 국가와 비교하여 살펴보았다. 아동빈곤율은 덴마크, 핀란드, 노르웨이 등 북유럽 국가가 가장 낮았고, 뒤를 이어 아이슬란드, 스웨덴이 따르고 오스트리아, 독일, 프랑스, 스위스, 네덜란드 등 아동 및 가족을 위한 복지지원을 많이 하는 국가가 아동빈곤율도 낮은 것으로 파악되고 있다. 2008년 기준 우리나라의 아동빈곤율은 10.3%로 낮은 편이다.²⁾ 이는 OECD 평균 12.6%보다 2.3%p 낮은 수치이다. 한국보다 약간 빈곤율이 높으나 평균보다는 낮은 국가로는 슬로바키아 10.1%, 벨기에 11.3%, 아일랜드 11.4%, 에스토니아 12.1%, 그리스 12.1%, 뉴질랜드 12.2%, 영국 12.5% 등이 있다. 반면 호주 14.0%, 일본 14.2%, 캐나다 15.1% 등은 평균 이상이고, 아동빈곤율이 20% 이상인 고빈곤율 국가로는 미국 21.6%, 칠레 22.4%, 터키 23.5%, 멕시코 25.8%, 이스라엘 26.6% 등이 있다.

2) 이는 정부가 OECD에 제출한 수치로 한국보건사회연구원에서 추계한 10.6%보다 0.3%p 낮다.

[그림 1] 아동빈곤율 국제비교 (2008년, 중위소득 50%)

(단위 : %)

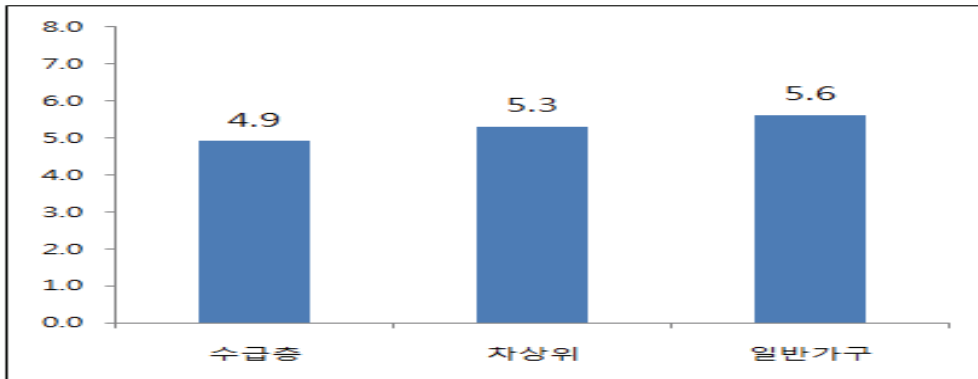


자료: OECD. Family Database. 홈페이지.

http://www.oecd.org/els/socialpoliciesanddata/oecdfamilydatabase.htm#child_outcomes

다음에는 물질적 박탈을 살펴보았다. 여기서는 UNICEF에서 측정하고 있는 물질적 박탈 15개 항목 중 일부인 8개의 항목 중 어떠한 것을 하고 있는 지를 살펴보았다. 항목에는 생선, 고기, 달걀, 콩제품 섭취여부, 채소반찬 섭취여부, 우유 및 유제품 섭취여부, 1회 이상 간식먹는 여부, 매우 과일먹는 여부, 인스턴트 식품 주 3회이상 섭취여부(역코딩), 건강보조제 섭취여부, 일정한 식사량 등이다. 8점에 가까울수록 물질적 박탈정도가 낮음을 의미한다. 물질적 비박탈에 항목수는 8개 항목중 일반가구가 가장 양호한 5.6이고, 그 다음은 차상위가구 5.3, 그리고 가장 박탈지수가 높은 것은 수급층으로 나타났다. 즉 물질적 박탈은 수급층이 가장 많았고, 차상위, 일반가구의 순임을 알 수 있다.

[그림 2] 비박탈 항목수 (총 8개)

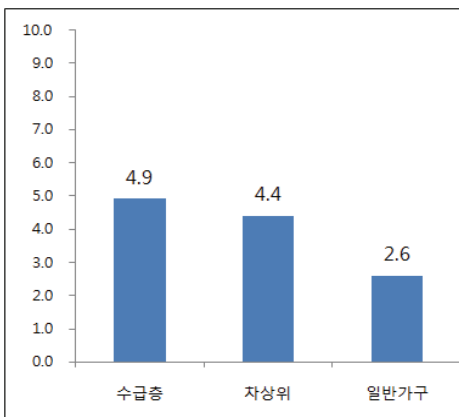


자료: 보건복지부서울대학교산학협력단. 2008. 한국아동청소년종합실태조사.

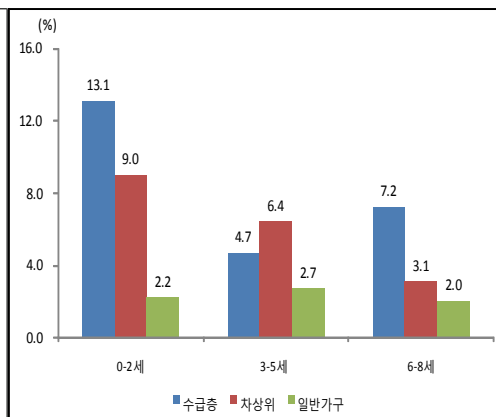
나. 건강과 안전

저체중아 비율은 수급층이 가장 많은 4.9%, 그 다음은 차상위 4.4%, 그리고 일반가구가 가장 낮은 2.6%이다. 소득수준별로 아동의 예방접종 중 필수항목을 받지 못한 비율을 살펴본 결과는 수급층의 경우 0-2세가 13.1%로 비율이 가장 높았고, 그 다음은 6-8세 7.2%로 나타났다. 차상위층의 경우 수급층과 마찬가지로 0-2세가 9.0%로 가장 높았으며, 3-5세는 6.4%, 6-8세는 3.1%로 나타났다. 일반가구의 경우 0-2세 2.2%, 3-5세 2.7%, 6-8세 2.0%로 가장 낮게 나타났다.

[그림 3] 저체중아 비율



[그림 4] 예방접종을 받지 못한 아동비율

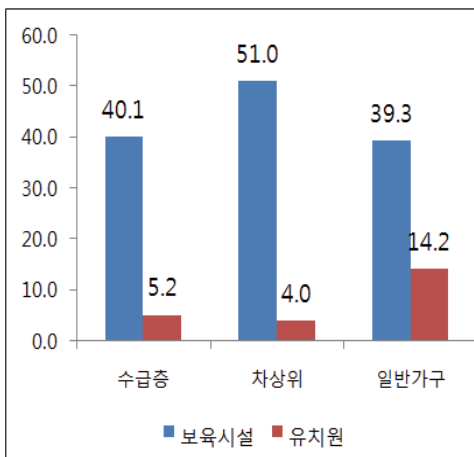


자료: 보건복지부서울대학교산학협력단. 2008. 한국아동청소년종합실태조사.

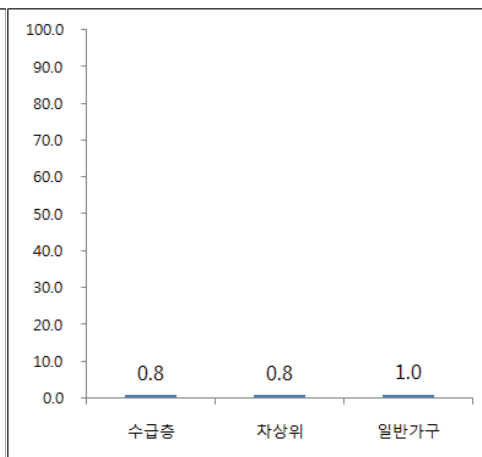
다. 교육

영유아교육 참여율을 보면 소득에 따라 다르게 나타났다. 보육시설 이용율은 차상위, 수급층 일반가구의 순이고, 유치원은 반대로 일반가구, 수급층 차상위의 순이었다. 즉, 유치원은 일반가구, 보육시설은 차상위아동의 이용율이 가장 높았다. 비학생비율은 계층별 차이는 없었다. 소득수준별로 아동의 주관적 학업성취도(본인이 평가한 학업성취도)를 10점 척도로 물어본 결과 수급층의 경우 9-11세가 7.1점, 12-18세가 5.5점으로 나타났고, 차상위층의 경우 9-11세 7.4점, 12-18세는 6.2점으로 나타났다. 일반가구의 경우 9-11세 7.6점, 12-18세는 6.6점으로 나타났다. 즉 수급층의 주관적 학업성취도가 가장 낮았고, 그 다음은 차상위계층, 일반아동의 순이다.

[그림 5] 영유아교육 참여율 (3-5세)

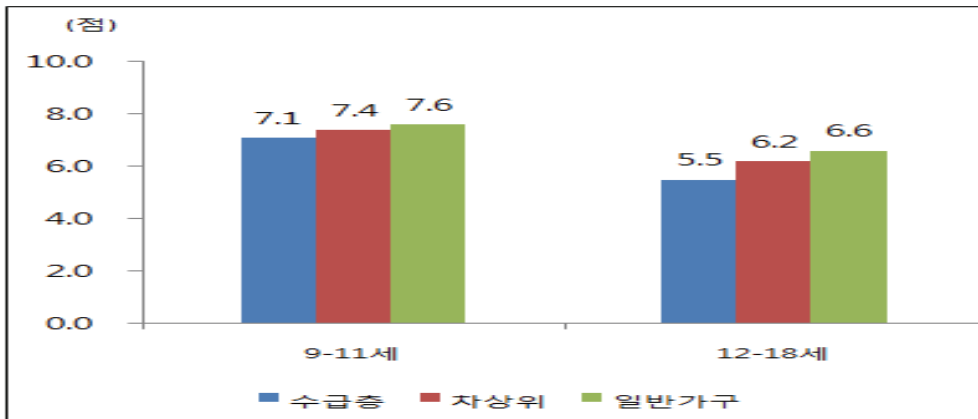


[그림 6] 비학생비율



자료: 보건복지부-서울대학교산학협력단. 2008. 한국아동청소년종합실태조사.

[그림 7] 본인평가 학업성취도



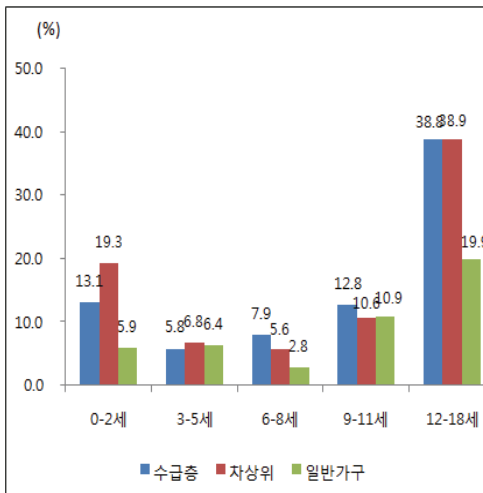
자료: 보건복지부서울대학교산학협력단. 2008. 한국아동청소년종합실태조사.

라. 위험행동

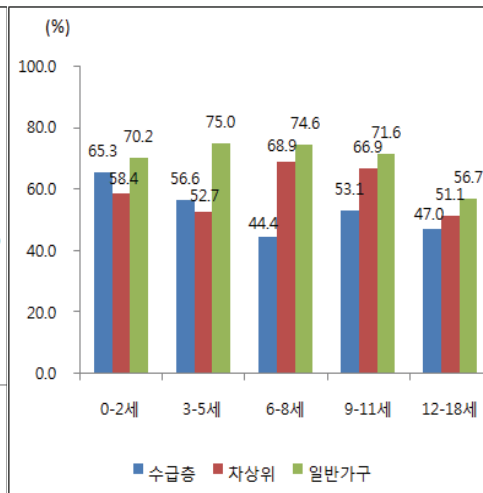
소득수준별로 아동들이 평소에 아침식사를 먹지 않는 비율을 살펴본 결과, 0-2세는 차상위계층이 가장 많은 19.3%이었고 그 다음은 수급층으로 13.1%이었다. 일반계층의 경우가 가장 낮았다(5.9%). 3-5세의 비율은 거의 비슷하였고, 6-8세는 수급층, 차상위, 일반가구의 순이었다. 9-11세의 경우도 수급층이 가장 높았다. 12-18세는 다른 연령층에 비해 아침결식비율이 가장 높았다. 계층별로는 수급층과 차상위계층이 비슷하였고(39%), 일반계층은 19.9%로 가장 낮았다.

과일을 매일 섭취하는지의 비율은 전반적으로 수급층과 차상위층보다 일반가구의 경우 과일 섭취 비율이 상대적으로 높았다. 수급층의 경우 과일 섭취 비율이 0-2세 65.3%, 3-5세 56.6%, 6-8세 44.4%, 9-11세 53.1%, 12-18세는 47.0%로 나타났다. 차상위층 경우 0-2세 58.4%, 3-5세 52.7%, 6-8세 68.9%, 9-11세 66.9%, 12-18세 51.1%로 나타났다. 즉 차상위층의 경우는 영유아인 0-5세에 있어서 수급층보다 과일섭취비율이 낮았다. 일반가구의 경우 0-2세 70.2%, 3-5세 75.0%, 6-8세 74.6%, 9-11세 71.6%, 12-18세 56.7%로 과일섭취 비율이 가장 높았다.

[그림 8] 아침결식비율

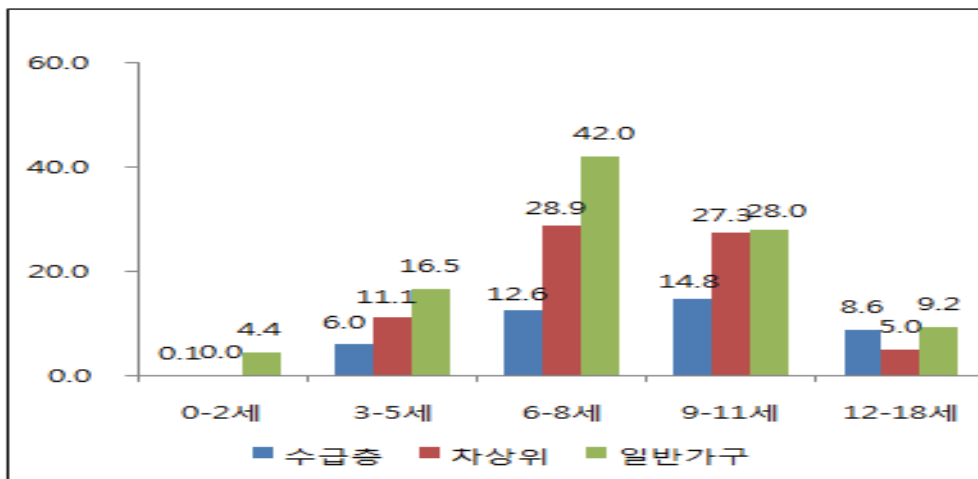


[그림 9] 매일 과일먹는 비율



자료: 보건복지부·서울대학교산학협력단. 2008. 한국아동청소년종합실태조사.

[그림 10] 신체활동비율



자료: 보건복지부·서울대학교산학협력단. 2008. 한국아동청소년종합실태조사.

정기적으로 운동을 하는지 살펴본 결과, 일반가구의 아동에 비해 수급층과 차상위층에 비해 정기적으로 운동하는 비율이 상대적으로 더 낮았다. 0-2세의 경우는 모든 계층에서 신체활동 비율이 낮았다. 3-5세는 수급층 6.0%, 차상위 11.1%, 일

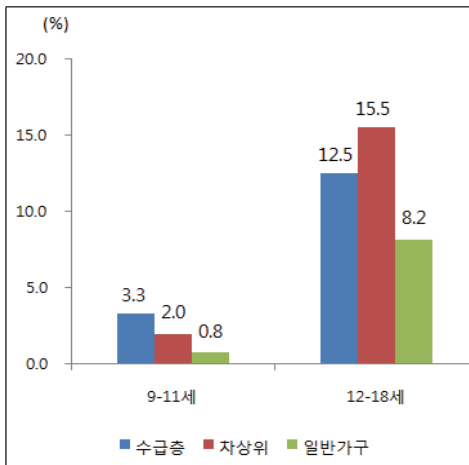
반계층 16.5%로 소득수준의 증가에 따라서 신체활동 비율도 높았다. 6-8세의 경우는 계층별 차이가 가장 뚜렷하여, 수급층 12.6%, 차상위 28.9%, 일반가구 42.0%이었다. 9-11세는 수급층 14.8%, 차상위 27.3%, 일반계층 28.0%로 수급층의 신체활동 비율이 가장 낮았다. 12-18세는 전반적으로 신체활동비율이 낮고, 계층별로는 차상위, 수급층, 일반가구의 순이다.

미혼모 및 아동의 경우 현재 국내에는 계층별로 파악된 자료가 없다. 한국보건사회연구원(2009)의 추계에 의하면 18세 이하 자녀를 양육하는 미혼 한부모가구는 최소 26,000여가구에서 최대 53,314가구로 추정되고 있다(김혜영, 2014에서 재인용). 아동수는 최소한 5만3천여명 내외가 된다고 할 수 있다. 현재 미혼모가 자녀를 양육하기 원해도 사회적인 편견으로 인해서 자녀를 양육하지 못하고, 대부분은 해외 입양되고 있다. 2012년 해외입양아동 755명중 92%인 696명은 미혼모 아동으로 파악되고 있다(보건복지부, 2013).

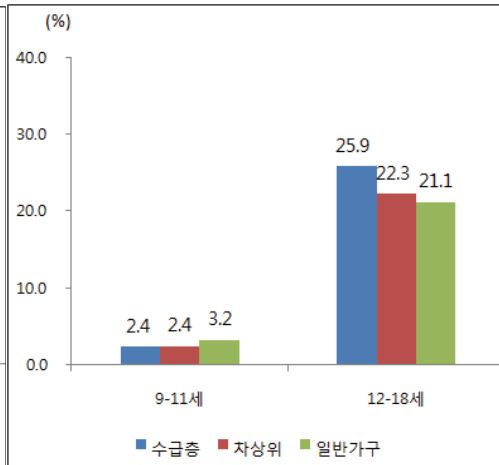
위험행동에는 흡연 및 음주비율을 중심으로 살펴보았다. 지난 1년간 1회 이상 흡연경험 여부를 살펴본 결과는 일반가구에 비해 수급층과 차상위층의 아동 흡연경험이 상대적으로 더 높은 것으로 나타났다. 수급층의 경우 9-11세는 3.3%, 차상위층은 2.0%, 일반가구는 0.8%로 파악되었다. 12-18세는 수급층 12.5%, 차상위층 15.5%, 일반가구 8.2%로 나타났다. 이 경우는 차상위층의 흡연비율이 가장 높았다.

지난 1년간 1번 이상 음주경험 여부는 9-11세는 모든 계층에서 매우 낮게 나타났다. 12-18세 아동의 경우는 전반적으로 음주비율이 20%이상으로 파악되었는데, 일반가구에 비해 수급층과 차상위층의 음주경험이 상대적으로 더 높은 것으로 나타났다. 수급층의 경우 12-18세는 25.9%로 나타났고, 차상위층 22.3%, 일반가구 21.1%로 나타났다.

[그림 11] 흡연비율



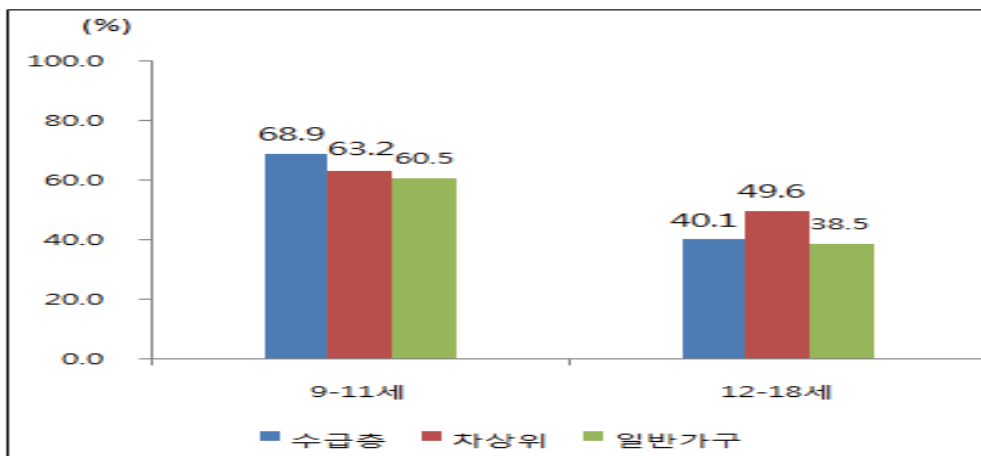
[그림 12] 음주비율



자료: 보건복지부-서울대학교산학협력단. 2008. 한국아동청소년종합실태조사.

아동들의 학교폭력 피해경험은 9-11세의 경우는 수급층 68.9%, 차상위 63.2%, 일반계층 60.5%로 모든 계층에서 비교적 높게 나타났고, 특히 저소득층의 경우가 높은 편이었다. 12-18세의 경우는 차상위층의 경우가 가장 높은 49.6%이었고, 그 다음은 수급층 40.1%, 일반계층 38.5%로 가장 낮았다.

[그림 13] 학교폭력 경험률

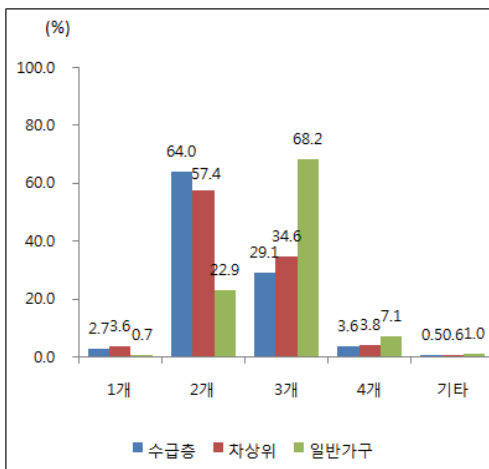


자료: 보건복지부-서울대학교산학협력단. 2008. 한국아동청소년종합실태조사.

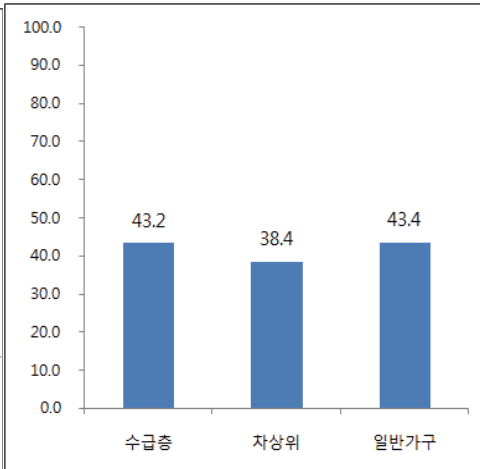
마. 주거 및 환경

주거 및 환경에서는 방수와 주택문제를 비교하였다. 방수의 경우는 빈곤가구의 경우 거주주택의 방수가 2개 이하인 경우가 전체의 약 67.0%인 것으로 나타났는데 반해, 일반가구의 경우에서는 방 3개 이상인 경우가 75.3%인 것으로 나타났다. 즉 수급층의 경우 방수가 2개인 경우는 많았고, 3개인 경우는 적었다. 주택의 환경상의 문제여부를 살펴본 결과, 수급층과 차상위층의 상황이 일반가구 아동과 커다란 차이는 없었다.

[그림 14] 아동가구의 방수



[그림 15] 아동가구의 주택문제(예의 비율)

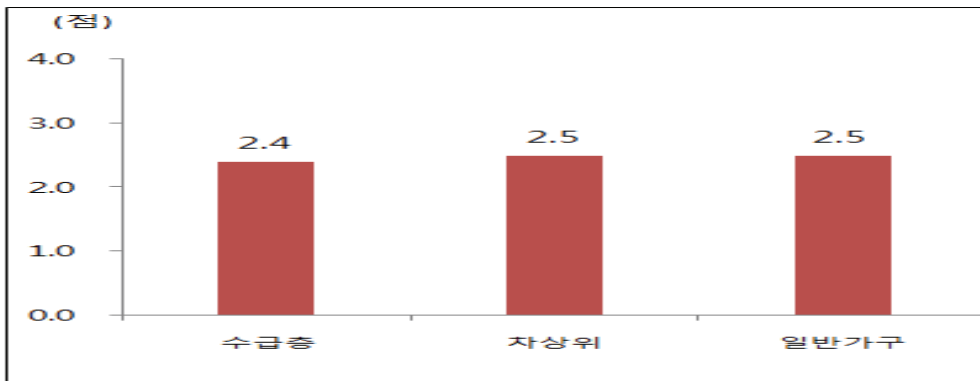


자료: 보건복지부·서울대학교산학협력단. 2008. 한국아동청소년종합실태조사.

바. 주관적 복지

12-18세 아동의 행복감을 4점 척도로 살펴본 결과는 수급층은 평균 2.4점, 차상위층은 2.5점, 일반가구는 2.5점으로 거의 비슷한 수준이나 수급층이 가장 낮았다.

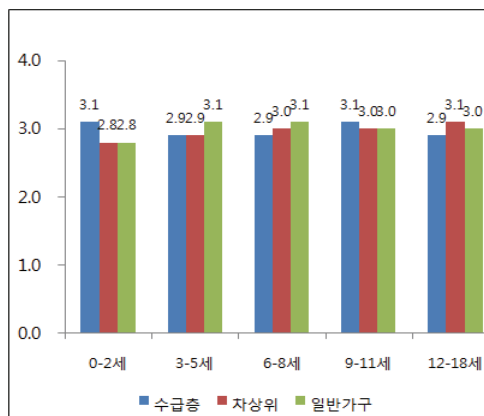
[그림 16] 아동의 행복감



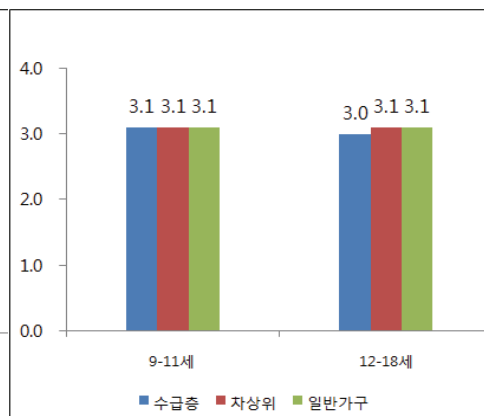
주: 12-18세에 국한함.
자료: 보건복지부서울대학교산학협력단. 2008. 한국 아동청소년 종합실태조사.

부모와의 대화정도를 4점 척도로 살펴본 결과, 0-2세는 수급층 3.1점, 차상위 및 일반가구로 수급층이 오히려 대화를 더 많이 하고 있었다. 3-5세는 수급층 및 차상위 2.9, 일반가구 3.1로 일반가구가 약간 더 높았다. 9-11세는 수급층 2.9, 차상위 3.0, 일반가구 3.1로 계층이 올라갈수록 대화정도도 높았다. 9-11세는 수급층 3.1, 차상위 및 일반가구는 모두 3.0이었다. 12-18세는 수급층 2.9, 차상위 3.1, 일반가구 3.0 등이었다. 소득집단별로 커다란 차이는 발견하기 어려웠다. 4점 척도로 측정한 아동의 대인 및 또래관계는 거의 비슷한 수준으로 파악되었다. 거의 모두 3.0-3.1로 파악되었다.

[그림 17] 부모와의 대화정도



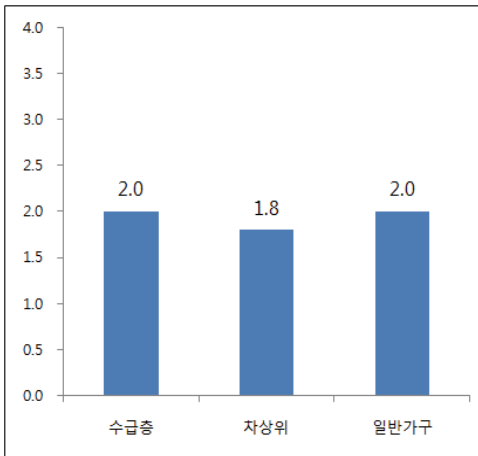
[그림 18] 대인 및 또래관계



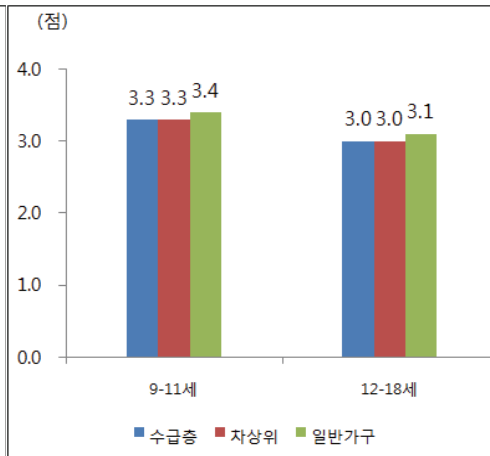
자료: 보건복지부서울대학교산학협력단. 2008. 한국 아동청소년 종합실태조사.

학교중단희망율은 모든 계층에서 2% 이내로 매우 낮게 나타났다. 학교생활만족도를 4점 척도로 살펴본 결과, 수급층과 차상위층에 비해서 일반가구 아동의 만족도가 약간 더 높게 나타났다. 아울러 현재 건강상태(4점 척도)는 0-2세를 제외한 거의 모든 연령에서 일반가구의 건강상태가 가장 좋았고, 수급층이 가장 낮았다.

[그림 19] 학교중단 희망율

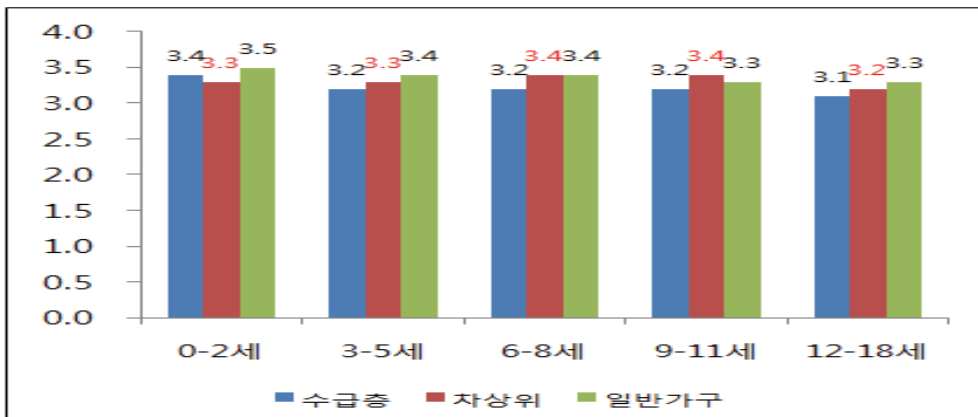


[그림 20] 학교생활 만족도



자료: 보건복지부·서울대학교산학협력단. 2008. 한국아동청소년종합실태조사.

[그림 21] 주관적 건강상태



자료: 보건복지부·서울대학교산학협력단. 2008. 한국아동청소년종합실태조사.

사. 분석결과 종합

이상에서 수급층, 차상위, 일반가구 아동의 삶의 질을 UNICEF에서 제시한 6개 영역별로 살펴보았다. 그 결과 다음 표에서 요약한 것과 같이 모든 차원에서 수급층이 삶의 질이 가장 낮았다.

〈표 3〉 취약가구와 일반가구 아동의 삶의 질 비교

차원	구성부문	본 연구의 지표	결과비교 (%)		
			수급층	차상위	일반가구
물질적 복지	화폐적 박탈	- 중위소득 50% 미만 아동비율	10.2	10.2	
	물질적 박탈	- 비박탈 항목수(총8개)	4.9	5.3	5.6
건강과 안전	출생시 건강	- 저체중아 (2.5KG 미만) 비율	4.9	4.4	2.6
	예방 의료서비스	- 예방접종 못한 아동비율	높음	중간	낮음
교육	교육참여	- 영유아보육 참여율(유치원)	낮음	가장낮음	높음
		- 학교밖 아동비율	낮음	낮음	낮음
	교육성취	- 학업성적	가장 낮음	중간	높음
위험행동	건강행동	- 아침결식 아동비율	높은 편	높은편	낮은편
		- 과일먹는 아동비율	낮은편	중간	높은편
		- 신체활동 비율	낮음	중간	높음
		- (미혼모수)			
	위험행동	- 흡연 비율	중간	높음	낮음
		- 음주 비율	높음	중간	낮음
	폭력 노출경험	- 학교폭력 경험율	높음	높음	약간 낮음
주거 및 환경	주거	- 방수	최빈값: 1개	최빈값: 1개	최빈값: 2개
		- 소음, 진동, 악취 및 대기오염	보통	약간 낮음	보통
주관적 복지	삶의 만족도	- 행복감	2.4	2.5	2.5
	인간관계	- 부모와의 대화정도	비슷	비슷	비슷
		- 대인 및 또래관계	비슷	비슷	비슷
	주관적 교육	- 학교중단희망율	비슷	비슷	비슷
		- 학교생활 만족도	비슷	비슷	비슷
	주관적 건강	- 주관적 건강상태	낮음	중간	양호
음영개수 (삶의 질이 가장 낮은 항목수, 총 20개)			12 (60%)	4 (20%)	0
삶의 질이 동일한 항목 개수 (총 20개)			6 (30%)		

주: 음영부분이 점수가 3집단 중 가장 낮은 항목임. 음영개수 등에서 화폐적 박탈과 미혼모수는 제외됨.

항목별로는 수급층은 20개 항목중 12개 항목에서 가장 취약한 삶의 질을 보이고 있다. 비박탈 항목수가 가장 적었고, 저체중아 및 예방접종 못한 비율은 가장 높았다. 학교성적은 가장 낮았고, 아침결식율은 높았고, 과일먹는 비율은 낮았다. 신체활동 비율은 가장 낮았고, 음주 및 학교폭력 경험율은 가장 높았다. 방수가 가장 적었고, 행복감 및 주관적 건강의식은 가장 낮았다. 차상위층은 20개 항목에서 4개 항목이 가장 취약한 것으로 파악되었다. 이중 2개는 수급층과 유사하게 낮은 상황이다. 여기에는 영유아 보육 참여율(유치원), 아침결식율, 흡연비율, 방수 등이 포함된다. 특이하게 주관적 복지 차원에서는 3집단의 차이가 크지 않을 것으로 파악되고 있다. 즉, 삶의 만족정도나, 부모 및 친구관계, 학교생활에 대한 생각 등은 유사한 것으로 파악되었다. 객관적 삶의 조건은 취약계층이 더 열악하지만, 의식측면에서는 집단간 유사하다는 것이다.

4. 취약가구 아동 지원정책 현황

우리나라 정부의 취약가구 아동을 위한 지원정책은 다양한 부처로 분산되어 있다. 주로 아동 및 청소년을 대상으로 사업을 하고 있는 대표적인 부처는 교육부, 여성가족부, 보건복지부라고 할 수 있으므로 이 부처들을 중심으로 살펴보고자 한다.

교육부에서는 저소득층 아동청소년을 대상으로 방과후 돌봄 및 교육, 장학금 지원, 교육복지우선사업 등을 실시하고 있다. 학교는 아동들이 많은 시간을 보내는 곳으로 취약계층 아동들의 필요 및 욕구가 가장 잘 파악되어 지원될 수 있는 곳이다. 여성가족부에서는 청소년을 위한 각종 사업을 실시하고 있다. 청소년 성범죄 예방 및 피해자 지원, 청소년 한부모지원, 청소년 활동 및 역량 지원 등이다. 보건복지부에서는 전통적으로 요보호아동 보호를 지원하고 있는데 여기에는 시설보호, 가정위탁, 입양아동 지원 등이 포함된다, 이러한 기초를 유지하면서 최근에는 드림스타트, 지역아동센터 등의 방과후 돌봄 및 사례관리 사업에 주력하고 있다.

각 부처에서 다양한 사업을 실시하고 있기는 하지만, 취약계층 아동의 욕구와 필요가 충족되기에는 한계가 많다. 특히 부처간 칸막이 행정으로 인해서 업무의 중

복과 파편화는 여러 번 지적된 바 있다. 심지어 동일부처 내에서도 이러한 칸막이 현상이 발생하고 있다.

〈표 4〉 부처별 아동관련 주요 사업

부처	주요업무	세부항목
교육부	방과후돌봄 서비스	유치원, 초등
	유아교육비 부담 경감 및 공교육 기능강화	
	고등학교 무상교육 단계적 실시	
	장애, 다문화, 탈북학생 등 교육 지원 강화	장애학생 지원, 특수교육 지원
	장학금 지원	
여성가족부	교육복지	
	한부모가족지원	청소년 한부모 자립지원
	아동양육지원	아동양육지원, 아이돌봄 지원, 가족품앗이활성화지원
	아동·여성안전정책 지원	아동·여성안전교육문화사업, 아동·여성안전지역연대 운영활성화
	아동청소년 성보호정책 지원	성범죄자 신상공개 및 교육
	청소년정책 기반강화	청소년정책 기반강화, 청소년 인권증진지원
	청소년역량개발지원	청소년방과후활동지원
	청소년 국제교류활동지원	스카우트연맹연차회비지원
	청소년수련시설 지원	청소년시설안전지원, 청소년지도사 양성
	청소년수련시설 건립	국립청소년수련시설 건립 등
	청소년 산하기관 지원	한국청소년활동진흥원 및 전국청소년상담복지개발원 운영지원
	청소년 복지지원	청소년 자립지원
보건복지부	청소년폭력 및 가출예방	청소년폭력 및 가출예방
	청소년 생활환경개선	청소년 유해환경 개선, 유해매체환경 감시체계 강화
	요보호아동 육성	아동시설지원, 그룹홈 운영지원, 시설퇴소아동자립지원
	실종아동 등 아동안전증진	실종아동 보호 및 지원, 아동안전지킴이
	가정입양지원	
	아동발달지원계획 지원	
	방과후 활동지원	방과후돌봄서비스(지역아동센터), 드림스타트 지원
	아동청소년 정책연구 및 통계조사	아동안전사고 예방, 아동참여인권 증진
	사회서비스	바우처 사업

자료: 보건복지부. 2012. 2012년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획개요.
여성가족부. 2014. 2014년도 여성가족부 소관 예산 및 기금운용계획 개요.
교육부. 2014. 홈페이지.

우리나라 아동복지정책은 대부분은 ‘취약계층’ 아동을 위한 것이다. 그럼에도 취약계층의 삶은 앞에서 살펴본 것처럼 일반계층 아동에 비해서 열악한 것으로 파악되었다. 우리나라의 아동복지정책이 한계가 있어서 아동의 삶의 질 수준은 제고되지 못하고 있는 것으로 추정된다. 우리나라 아동복지정책의 문제를 다음 몇 가지로 정리하여 보았다.

첫째, 정책대상의 한정성이다. 정책 대상은 주로 수급층에 한정되어 있다. 가정위탁, 입양, 의료급여 등과 같은 일부 차상위층을 대상으로 한 복지정책도 있기는 하다. 그럼에도 대부분의 차상위계층 아동은 정책의 사각지대에 놓여있다. 허선(2012)의 연구결과는 수급층보다는 차상위계층 아동의 경우 아동의 삶의 질이 더 열악함을 증명하였다. 본 연구에서는 삶의 질 수준이 수급층이 가장 열악한 것으로 파악되기는 했지만, 차상위계층 아동의 경우도 삶의 질이 수급층보다 더 낮다고 하기는 취약한 항목이 많다.

둘째, 아동정책예산의 열악성 문제가 있다. 한국보건사회연구원(2012) 연구결과에 의하면 우리나라 복지예산을 비교해 보았을 때 영유아는 1인당 2.5백만원인데 비해 만6세 이상 아동은 14만원, 청소년은 6만원에 불과한 것으로 파악되었다(김미숙 외, 2012). 여기서는 교육예산은 제외하고 추계한 것이다. 아동복지예산은 노인(1.2백만원)과 장애인(72만원)에 비해서도 매우 낮은 상황이다. 그만큼 아동에 대한 사회적 지원은 매우 취약한 상황이다.

셋째, 아동정책 전달체계의 문제이다. 한국보건사회연구원(2013)의 연구결과에 의하면 아동보호체계 간 관계는 불균형한 것으로 파악되었다. 예를 들어 공공과 드림스타트의 관계는 밀접하지만 지역아동센터는 지역사회 다른 기관과 밀접한 관계를 가지고 있으나 다른 기관은 지역아동센터와의 관계는 소원한 것으로 파악되었다(김미숙 외, 2013). 아울러 보호의 연속성 문제가 제기되고 있는데 드림스타트의 경우 만12세까지만 보호되고 있어서 그 이후에는 보호가 연계되지 못하고 있다. 이 밖에도 공공과 민간의 연계 부족, 기관간 협업을 위한 인프라, 기관간 정보공유를 위한 DB 부족, 보호체계 내 종사인력의 부족, 지역사회 내 아동복지 시설의 부족, 협업을 위한 협의회 기능의 약화 등이 문제로 지적되었다(김미숙 외,

2013).

넷째, 종사자의 근무조건 문제가 제기되었다(김미숙 외, 2012; 2013). 아동복지 관련기관 종사자의 근무여건은 매우 열악한 것으로 파악되었다. 특히 이용시설의 경우 종사자의 보수 및 근로시간 등이 상대적으로 어려운 상황이다. 현재 보건복지부에서는 사회복지시설 보수체계 개편 계획에 있어 향후에는 근무조건의 개선이 예상된다.

5. 향후 개선방안

미래사회 발전의 지속가능해지고 동시에 개인의 복지가 담보되기 위해서는 현재의 저출산현상이 극복되어야 할 것이다. 저출산 극복은 출산율 회복이라는 양적인 접근과 더불어 태어난 출생의 보호라는 질적인 접근이 동시에 추구되어야 한다. 후자는 태어난 모든 아동이 건강하고 안전하게 성장하여야 함을 기본적인 전제로 한다. 물론, 출생의 사회적 보호는 취약계층 아동에 우선시되어야 할 것이다. 취약계층 아동 지원방안은 크게 현금지원과 세제혜택, 현물지원으로 나뉜다(Meyer et al. 2002). 현금지원에는 공공부조, 아동수당, 한부모수당, 임금보조, 모성보조, 실업보험, 아동지원금이 있고, 세제혜택은 세금면제, 세금공제 등이 있다. 현물급여에는 조기교육서비스, 직업훈련, 평생교육 등이 있다.

본 고에서는 취약아동 지원방안으로 다음과 같은 몇 가지 정책을 제안한다. 첫째, 취약계층아동가구의 형태 중 한부모가구, 조손가구 등이 많음(김미숙 외, 2007)을 염두에 두어 이러한 취약 차상위계층의 탈빈곤방안이 마련되어야 한다. 특히 한부모가족주는 대부분 여성으로 고용이 매우 불안정한 상황인 근로빈곤층이다. 이들의 고용이 안정되도록 정책의 우선순위로 책정해야 할 것이다. 한편, 조손가족의 빈곤은 노인빈곤과 맞물린다. 따라서 탈노인빈곤 정책이 동시에 고려되어야 한다. 아울러 한부모가족 중 미혼모의 경우는 가장 취약한 상황에 있다. 미혼모 및 아동을 위한 지원을 통해서 태어난 아동의 권리가 보장되어야 할 것이다. 이를 위해서 미혼모의 학습권을 보장하고, 부 또는 모가 직접 아동을 양육할 수 있도록

하기 위해서는 2015년부터 운영이 중단되는 미혼모자 시설을 신규로 설치할 수 있도록 해야 한다(이미정, 2012). 무엇보다도 미혼모에 대한 사회적 편견이 완화되어 이들이 아동을 입양시키거나 인공임신중절을 하지 않도록 해야 할 것이다.

둘째, 빈곤가구의 고용상태는 매우 불안정하다(김미숙 외, 2007). 가구주의 고용상태는 주로 임시 및 일용직이거나 자영업이다. 최대의 복지는 고용이므로 빈곤 아동가구를 위한 고용연계지원이 필요하다. 현재 우리나라의 적극적 노동시장 정책은 매우 미미하고 소극적인 상황이다. 선진제국에서는 실업 한부모가구 가구주에게 직업훈련을 제공하면서 복지와 고용을 연계하고 있다. 아울러 미혼 한부모에게는 고등학교를 졸업하도록 하거나 대안적 방법으로 졸업증을 부여하고 있고, 직업훈련, 취업관련 서비스 등 생활관리 기술도 제공하고 있다(한국성문화연구소, 2002). 현재 지역사회에는 매우 양질의 유희 여성인력이 상당수 있다. 현재 사회 서비스는 잠재적인 일자리창출이 가장 유력한 분야이므로 이 영역에 보다 안정된 일자리가 마련되어야 할 것이다.

셋째, 차상위계층(최저생계비 100-120%미만)과 차차상위계층(최저생계비 120-130%미만)에 대한 지원이 필요하다. 최저생계비 이상의 소득 가구 중 극심한 생계 곤란을 겪고 있는 가구가 많이 있는 것으로 나타나서, 이러한 비수급빈곤가구에 대한 지원이 필요하다는 지적들이 많다(허선, 2012). 현재와 같은 부양의무자 규정으로 수급자와 같은 소득수준임에도 불구하고 지원을 받지 못하는 경우가 상당수 있다. 수급자임에도 극심한 생계곤란을 겪는 이유는 주거비, 의료비, 교육비로 과다 등으로 추정되고 있다. 따라서 이러한 복지의 사각지대에 있는 아동가족을 위한 지원방안 마련이 필요하다. 따라서 복지대상을 완화할 필요가 있고, 특히 최근 부상하고 있는 복지급여별 차등화된 기준을 설정하여 수요에 부응하는 정책이 제공되어야 할 것이다.

넷째, 2000년 이후 취약계층 아동을 위한 다양한 정책이 개발되어 시행되고 있지만 열악한 근무조건으로 인해서 전문인력의 이직이 많고, 이는 서비스의 질에 부정적인 영향을 미친다(정익중 외, 2011). 취약계층 아동의 삶의 질이 제고되기 위해서는 이러한 아동을 접하는 종사자의 근로조건 향상 등을 통해 서비스의 질적 제

고를 해야 할 것이다.

다섯째, 취약계층아동과 일반아동 간의 차이가 가장 큰 영역은 ‘학교성적’으로 파악되고 있다(구인회 외, 2009). 학업성취도는 빈곤의 세습의 원인이 된다는 연구결과가 많으므로, 취약계층아동을 위한 학업성취도 제고를 위한 지원이 필요하다. 대부분의 일반아동은 사교육을 통해서 학업성취를 하고 있다. 빈곤아동은 가족의 형편으로 인해서 이를 적절하게 지원받지 못하고 있는 상황이다. 이에 취약계층 아동의 방과후 학습지원을 위해 지역아동센터, 청소년 방과후 아카데미, 방과후 학교의 확충과 교육내용의 전문화가 요구된다(보건복지부·한국보건사회연구원, 2009).

마지막으로 현물급여로서 ‘아동수당’ 도입에 대한 검토가 필요하다. 전 세계 90여개 국가에서 도입하고 있는 이 제도는 재원이 많이 소요되고 빈곤을 감소에는 유의한 영향을 주지 않다는 한계를 가지고 있음에도 불구하고, 아동을 양육하는 가정에 대한 소득보전 프로그램이라는 점에서 저출산시대에 고려해볼직하다. 여러 여건을 감안하여 복지의 사각지대에 있는 아동부터 우선적으로 적용하는 방안을 검토해 보아야 할 것이다.

저출산현상은 근본적으로 국가와 사회의 필요에 비해 출생아수가 적음을 의미한다. 인구학적 및 사회경제적 원인들에 인해 자녀 출산이 축소되는 것도 문제이지만 의학적 이유 등으로 자녀를 낳고 싶어도 낳지 못하는 불임, 임신이 상실되는 인공임신중절(낙태) 등도 결과적으로 출산을 축소시키는 원인이 된다. 이미 태어난 아동들 중 미혼모를 포함한 한부모가족, 조손가족 등 취약한 가구의 아동들이 적절한 보호를 받지 못하여 건전한 성장이 방해될 경우에는 축소되어 있는 출생을 손상시킨다는 점에서 더욱 큰 문제를 야기할 것이다. 이러한 관점에서 향후 저출산 대책은 양적은 물론 질적으로도 보다 강화되어야 할 것이다.

참고문헌

- 교육부. 2014. 홈페이지.
- 김미숙. 2013. 빈곤아동 삶의 질과 소득지원방안. 보건복지포럼 통권 제206호, 35-47.
- 김미숙·조애저·배화옥·김효진·홍미. 2007. 한국의 아동빈곤실태와 빈곤아동지원방안. 한국보건사회연구원.
- 김미숙·정익중·이주연·하태정. 2012. 아동복지지출 현황과 적정 아동복지지출 규모추계. 한국보건사회연구원
- 김미숙·양심영·김기현·하태정. 2013. 아동보호체계 연계성 제고방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 김진이. 2009. 경제적 압박감이 빈곤아동의 학교생활과 문제행동에 미치는 영향: 가족 위험변인과 부정적 부모역할의 매개효과 검증을 중심으로. 한국아동복지학. 28호. 7-43.
- 김혜영. 2014. “미혼한부모 아동의 보호체계 강화” 영유아 가정보호 활성화를 위한 유관기관 합동 세미나 발표자료. 2014. 5. 29. 보건복지부·국회의원 민현주.
- 박현선. 2008. 빈곤지위가 아동의 사회·정서발달에 미치는 영향: 빈곤대리변수와 빈곤동반 위험요소와의 비교를 중심으로. 한국아동복지학. 26호. pp114-137.
- 보건복지부·서울대학교산학협력단. 2008. 한국아동청소년종합실태조사.
- 보건복지부·한국보건사회연구원. 2009. 아동청소년정책5개년기본계획.
- 보건복지부. 2012. 2012년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획개요.
- 여성가족부. 2014. 2014년도 여성가족부 소관 예산 및 기금운용계획 개요.
- 이미정. 2012. 미혼모 자녀양육 및 자립지원을 위한 정책과제.
- 임세희. 2010. 주거빈곤이 아동발달에 미치는 과정 분석. 한국사회복지학. pp377-402.
- 정부합동. 2010. 제2차 저출산고령사회기본계획.
- 정익중·이경림·이정은. 2011. 지역아동센터 종사자 소진이 아동의 심리사회적 적

- 응에 미치는 영향. 한국아동복지학. 31권. pp205-234.
- 한국성문화연구소. 2002. 미혼모의 복지서비스 개선방안 연구.
- 허선. 2012. 아동빈곤가구의 복지사각지대 규모추정 및 현황분석을 통한 대안모색. 초록우산 어린이재단 아동복지연구소.
- Meyers, Marcia, Gornick, Janet, Peck, Laura, and Lockshin, Amanda, "ublic Policies that Support Families with Young Children: Variation across US States," *Child Well-Being, Child Poverty and Child Policy in Modern Nation: What Do We Know?*, Bristol, UK: The Policy Press, 2003.
- OECD. Family Database. 홈페이지. http://www.oecd.org/els/social-policiesanddata/oecdfamilydatabase.htm#child_outcomes
- UNICEF. 2013a. *Child Well-being in rich countries: A comparative overview*
- _____. 2013b. *Children's Subjective Well-being in Rich Countries*.

발표 2

아동학대 예방 전달체계 내실화 방안

김형모

경기대학교 사회복지학과 교수

아동학대 예방 전달체계 내실화 방안

김형모 교수
(경기대학교 사회복지학과)



1

MEMO

Contents

- - - - - - 1. 문제 제기
- - - - - - 2. 아동학대의 현황
- - - - - - 3. 아동보호체계의 현황
- - - - - - 4. 아동학대 예방 전달체계 내실화 방안

MEMO

PART 1. 문제 제기

아동학대에 대한 사회적 관심 증가

“울산 아동학대 피해아동 사망사건”

“칠곡 아동학대 피해아동 사망사건”

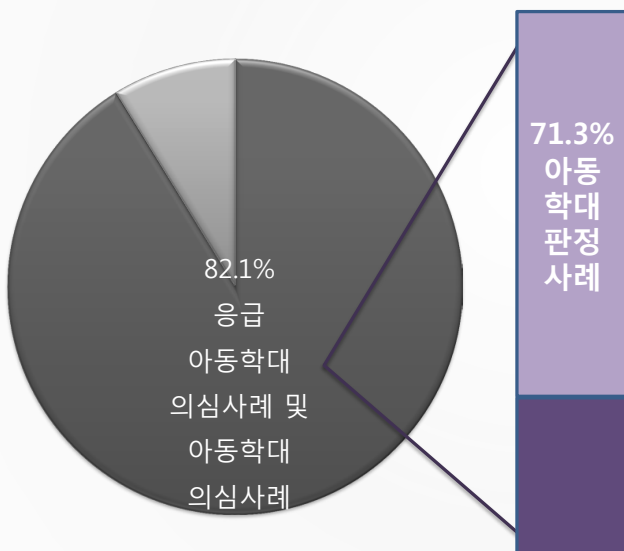
“구미 게임중독아빠의 28개월 아이 살해사건”

3

MEMO

PART 1. 문제 제기

2012 전국아동학대현황보고서



아동학대 문제는 더 이상
일부 무책임한 부모나
성인에 의한 아동학대가
아니라 사회적 관심과
사회적 대책의 마련이
시급히 요구되는 중요한
사회문제

보건복지부·중앙아동보호전문기관, 2013.

MEMO

PART 1. 문제 제기

아동학대에 대한 대처

● 민간차원의 아동학대 대처

- 1985년 서울특별시립아동상담소가 설립·운영하였던 아동권익신고소
- 1989년 설립된 아동학대 비정부조직인 한국아동학대예방협회
- 1991년 개원한 나눔의 집, 1992년 서울 YMCA에서 개소한 청소년쉼터
- 1996년 사회복지법인 굿네이버스가 성남시에서 시작한 아동학대 상담사업

● 정부차원의 아동학대 대처

- 2000년 1월 「아동복지법」 전부개정 -> 최초로 아동학대의 정의가 포함
- 「아동복지법」 제2조 제4항에서 “아동학대라 함은 보호자를 포함한 성인에 의하여 아동의 건강·복지를 해치거나 정상적 발달을 저해할 수 있는 신체적·정신적·성적 폭력 또는 가혹행위 및 아동의 보호자에 의하여 이루어지는 유기와 방임을 말한다”라고 규정
- 동법 제24조 제1항에서 “국가와 지방자치단체는 학대아동의 발견, 보호, 치료에 대한 신속한 처리 및 아동학대예방을 전담하는 아동보호전문기관을 설치하여야 한다”고 규정
- 동법 제25조에서는 아동보호전문기관의 업무 제시

5

MEMO

PART 1. 문제 제기

용어의 정리

- 「아동복지법」 제3조에서는 **아동**의 정의를 “18세 미만의 사람”으로 규정
- **아동학대**란 “보호자를 포함한 성인이 아동의 건강 또는 복지를 해치거나 정상적 발달을 저해할 수 있는 신체적·정신적·성적 폭력이나 가혹행위를 하는 것과 아동의 보호자가 아동을 유기하거나 방임하는 것”

본 발표에서

- **아동학대**란 18세 미만의 아동에게 보호자를 포함한 성인에 의해서 행해지는 신체학대, 정서학대, 성학대 및 방임으로 정의
- **아동보호체계**(child protection system)란 사회문제인 아동학대에 대한 사후대처와 사전 예방을 위한 사회체계

MEMO

PART 1. 문제 제기

발표의 목적

2001년부터 2012년까지의
아동학대 현황을 분석하고,
아동학대에 대처하기 위한
아동보호체계의 현황을
파악한다.



아동학대 예방 전달체계의
내실화 방안을 제시한다.

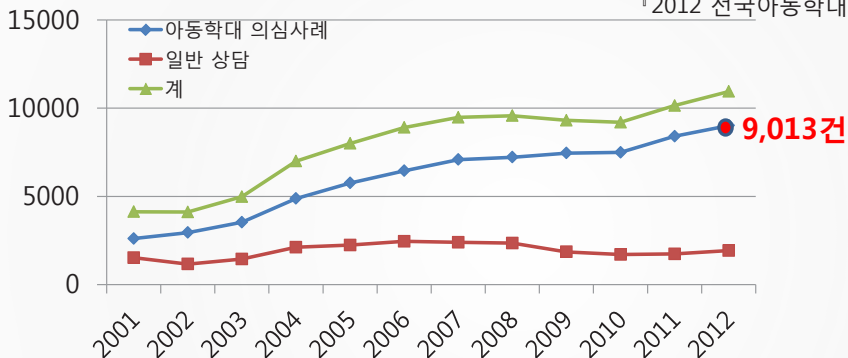
7

MEMO

PART 2. 아동학대의 현황

1. 신고 접수 현황

보건복지부·중앙아동보호전문기관,
『2012 전국아동학대현황보고서』, 2013.



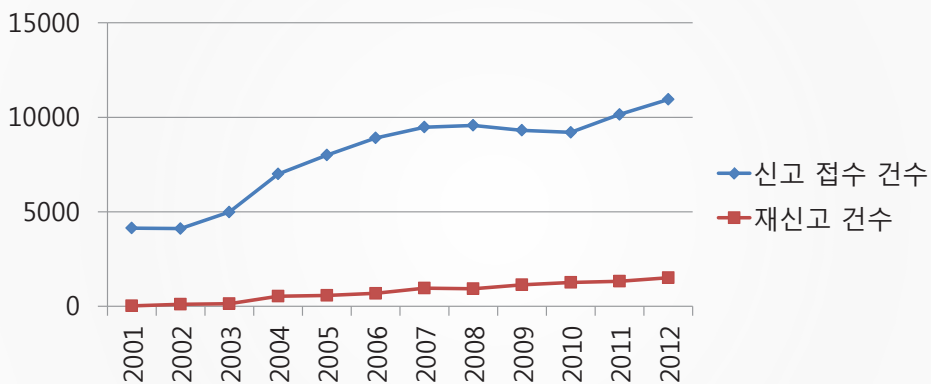
- 총 신고 건수는 2001년 4,133건에서 지속적으로 증가하여 2012년 10,943건으로 **2001년 대비 264% 증가**
- ➡ 「아동복지법」 전부개정예에 따라 아동학대에 대한 **국민의 관심이 증가**되면서 아동학대 신고가 지속적으로 증가한 것으로 평가
- 전체 아동학대 신고 접수 건수 대비 **아동학대 의심사례의 비율**은 2001년 63.1%에서 **지속적으로 증가**하여 2012년 82.4%에 이릅니다
- ➡ 아동학대 문제가 여전히 **우리나라의 매우 중요하고 심각한 사회문제**임을 보여 주는 것임

8

MEMO

PART 2. 아동학대의 현황

2. 신고 접수 건수 대비 재신고율



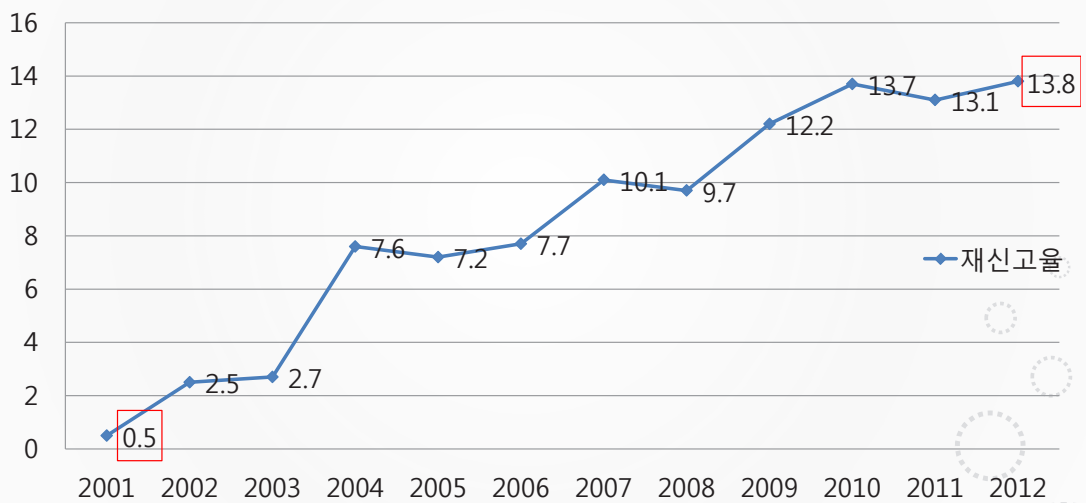
- 연도별 신고 접수 건수 대비 재신고율을 분석하면, 재신고 건수는 2001년 20건(0.5%)에 불과하였으나 매년 지속적으로 증가하여 2012년에는 1,510건(13.8%)으로 2001년 대비 75% 증가

➡ 재신고 사례가 급증하고 있는 것은 아동보호전문기관에서 제공되고 있는 아동보호서비스의 효과성에 대한 평가가 필요하고, 나아가 아동학대 재발 예방을 위한 대책 마련이 시급함을 보여 주는 것임

MEMO

PART 2. 아동학대의 현황

2. 신고 접수 건수 대비 재신고율



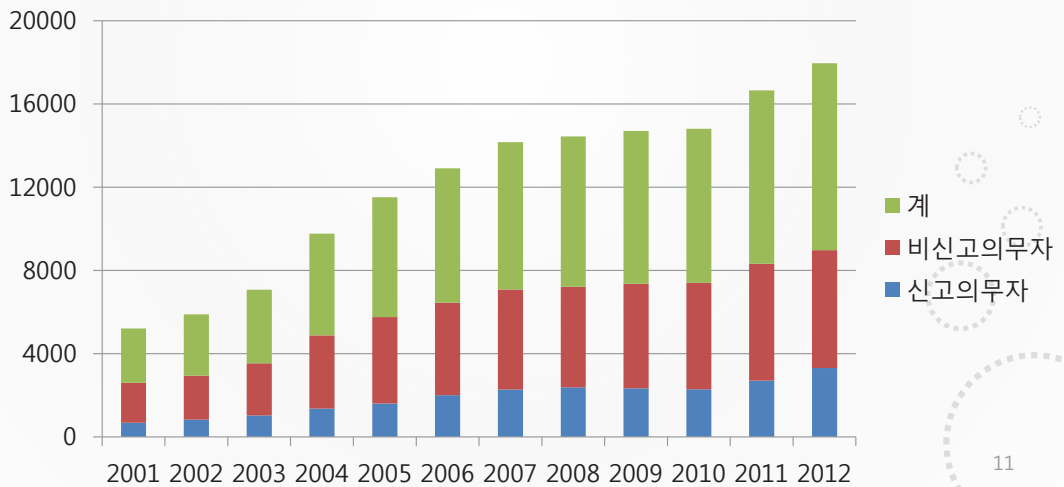
10

MEMO

PART 2. 아동학대의 현황

3. 신고자 유형

- 아동학대 신고의무자에는 교원, 의료인, 시설종사자, 어린이집 종사자, 유치원 종사자, 학원 및 교습소 종사자, 사회복지전담공무원 등이 포함
- 아동학대 비신고의무자에는 부모, 이웃, 친구, 친인척, 경찰, 종교인, 아동 본인, 형제, 자매 등이 포함

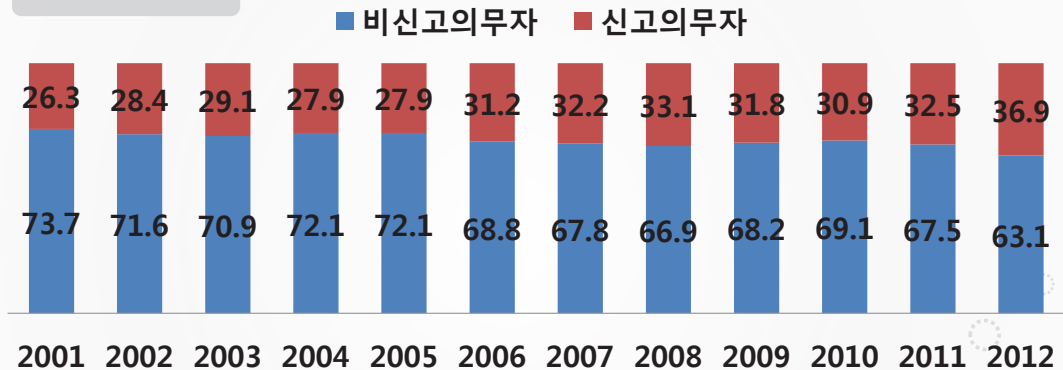


11

MEMO

PART 2. 아동학대의 현황

3. 신고자 유형



- 아동학대의심사례로 사정된 신고건수에서 아동학대 신고의무자가 차지하는 비율은 2001년 26.3%에서 지속적으로 증가하여 2012년에는 36.9%에 이르고 있음
- 그러나 아동학대 비신고의무자의 비율이 여전히 높은 것으로 나타나고 있음

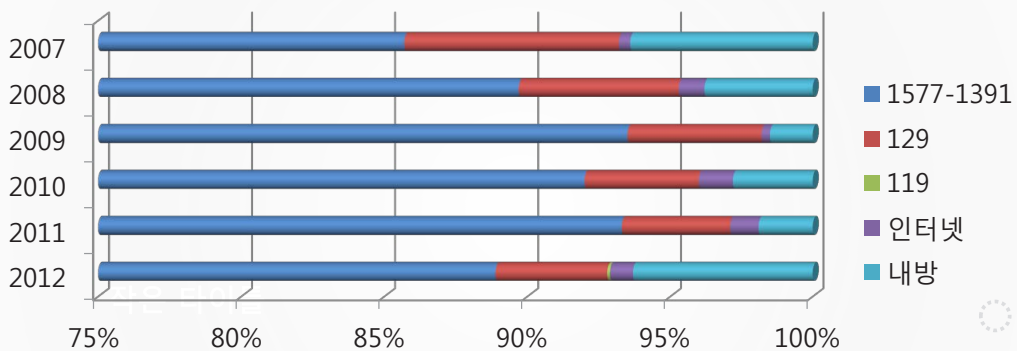
➡ 아동학대 신고의무자의 범위를 지속적으로 확대하여 아동과 함께 활동하는 모든 전문가로 확대하고, 아울러 아동학대 신고의무자에 대한 아동학대 의무교육을 지속적으로 제공할 필요가 있음을 보여주는 것임

12

MEMO

PART 2. 아동학대의 현황

4. 신고 접수 경로 유형



- 대부분의 아동학대 상담 및 신고 접수가 1577-1391을 통하여 이루어지고 있음
- 2012년에는 1577-1391이 88.8%, 아동보호전문기관 내방이 6.3%, 129가 3.9%, 인터넷이 0.8%, 119가 0.1%의 순

➡ 효율적인 아동학대 신고접수 체계의 구축을 위하여 **아동학대 상담 및 신고 접수의 방법을 1577-1391로 단일화**하고, 129와 119를 통한 아동학대 상담 및 신고 접수는 해당 지역의 아동보호전문기관에 의뢰하는 체계를 구축하여 운영하는 바람직함 ¹³

MEMO

PART 2. 아동학대의 현황

5. 피해아동 보호율

연도별 피해아동 보호율 (단위: 명, 건, %)

연도	추계아동인구*	아동학대사례	피해아동 보호율(%)
2001년	11,872,394	2,105	0.18
2002년	11,665,981	2,478	0.21
2003년	11,478,537	2,921	0.25
2004년	11,297,516	3,891	0.34
2005년	11,105,069	4,633	0.42
2006년	10,903,869	5,202	0.48
2007년	10,704,846	5,581	0.52
2008년	10,490,534	5,578	0.53
2009년	10,247,497	5,685	0.55
2010년	9,976,186	5,657	0.57
2011년	9,688,376	6,058	0.63
2012년	9,578,186	6,403	0.67

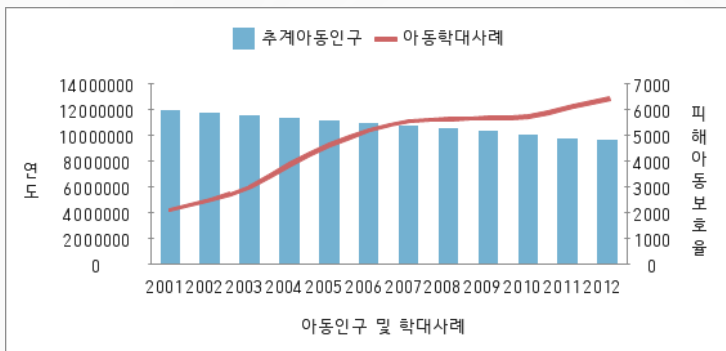
14

MEMO

PART 2. 아동학대의 현황

5. 피해아동 보호율

연도별 피해아동 보호율 (단위: 명, 건, %)



- **추계아동인구**는 2001년 11,872,394명에서 2012년 9,578,186명으로 **지속적으로 감소**
- **아동학대사례 건수**는 2001년 2,105건에서 2012년 6,403건으로 **지속적으로 증가**

- 연도별 아동학대 피해아동 보호율은 2001년 **0.18%**에서 지속적으로 증가하여 2012년 **0.67%**에 이르고 있는 것으로 나타남

➡ 전체 아동인구 비율은 지속적으로 감소하고 있는데 반해 아동학대사례 건수는 지속적으로 증가하고 있으며, 2012년 기준으로 전체 아동인구의 **0.67%의 아동에게 아동학대가 발생한 것으로 추계할 수 있음**

15

MEMO

PART 2. 아동학대의 현황

6. 재학대 신고 사례 건수

연도	재학대 사례건수	재학대 사례 아동수
2009	581	581
2010	503	494
2011	563	563
2012	914	826

- 2009년에는 재학대 사례 건수가 **581명** 재학대 사례 아동 수가 **581명**이었고, 2011년까지는 재학대 사례 건수와 재학대 사례 아동 수 모두 큰 변동이 없음
- 그러나 **2012년에는 재학대 사례 건수가 914건으로서 2011년 대비 172% 증가**
- ➔ 특히 2012년에는 826명의 아동이 재학대를 경험한 것으로 나타났는데, 이는 아동학대 피해아동에 대한 아동보호서비스의 종결 후에도 아동보호전문기관에서 아동학대 피해아동과 그 가정에 대한 **지속적인 사후 관리 및 모니터링이 필요함**으로 보여 줌

16

MEMO

PART 2. 아동학대의 현황

7. 아동학대사례 유형

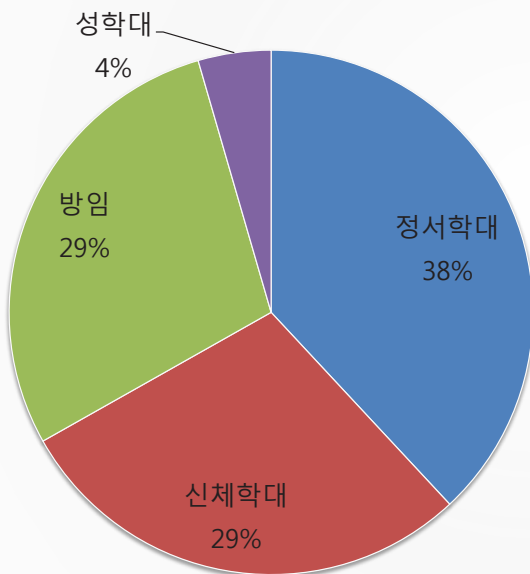
(단위: %)

연도	신체학대	정서학대	성학대	방임	유기	중복학대*	계
2001	22.6	5.4	4.1	31.9	6.4	29.6	100.0
2002	10.3	7.4	2.6	32.8	8.6	38.3	100.0
2003	11.9	7.1	4.6	33.0	3.9	39.5	100.0
2004	9.4	9.0	4.5	35.1	3.2	38.8	100.0
2005	9.1	11.1	4.4	35.3	3.2	36.9	100.0
2006	8.4	11.6	4.8	39.1	1.5	34.6	100.0
2007	8.5	10.6	4.8	37.7	1.0	37.4	100.0
2008	7.6	12.2	5.1	40.1	1.0	34.0	100.0
2009	5.9	13.7	4.8	35.6	0.6	39.4	100.0
2010	6.1	13.7	4.6	33.1	0.2	42.3	100.0
2011	7.7	15.0	3.7	29.4	0.9	43.3	100.0
2012	7.2	14.6	4.3	26.8	-	47.1	100.0 ¹⁷

MEMO

PART 2. 아동학대의 현황

7. 아동학대사례 유형(중복학대 제외, 2012년)



- 2012년에는 중복학대(47.1%), 방임(26.8%), 정서학대(14.6%), 신체학대(7.2%), 성학대(4.3%)의 순으로 나타남
- 한편 중복학대 유형을 별도로 구분하지 않고 아동학대사례 유형을 분석하면, 2012년에는 정서학대(38.1%) 신체학대(28.8%), 방임(28.7%), 성학대(4.5%)의 순으로 나타남
- ➔ 이와 같은 결과는 정서학대나 신체학대를 경험한 아동학대 피해아동이 2가지 이상의 중복학대를 경험하고 있음을 보여 주고 있음

18

MEMO

PART 2. 아동학대의 현황

8. 학대행위자와 피해아동과의 관계

연도	부모	친인척	타인	기타	파악안됨	계
2001	87.4	5.0	4.9	2.7	-	100.0
2002	84.9	5.7	4.9	1.3	3.2	100.0
2003	83.3	7.3	7.4	0.9	1.1	100.0
2004	81.4	.1	9.5	1.3	1.7	100.0
2005	83.4	5.8	8.0	1.8	1.0	100.0
2006	83.2	6.6	8.1	1.1	1.0	100.0
2007	81.1	6.3	9.5	1.6	1.5	100.0
2008	84.5	6.5	7.2	1.2	0.6	100.0
2009	83.3	6.8	8.2	1.6	0.1	100.0
2010	83.2	6.0	9.4	1.2	0.2	100.0
2011	83.1	5.8	9.5	1.6	0.0	100.0
2012	83.9	6.8	7.9	1.1	0.3	100.0

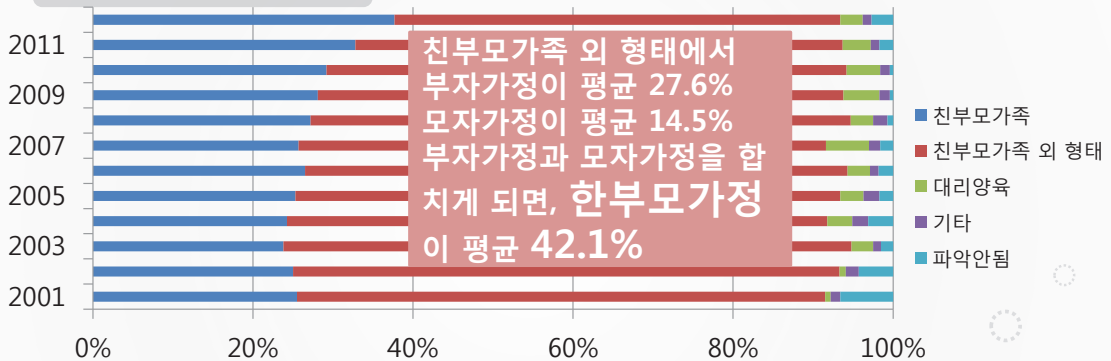
- 2001년부터 2012년까지 연도별 학대행위자와 피해아동과의 관계는 크게 변화가 없는 것으로 나타남
- 신고된 **아동학대 사례의 80% 이상은 부모에 의한 아동학대**이고, 나머지 20% 미만은 친인척이나 기타 성인에 의한 아동학대임을 보여 주고 있음

19

MEMO

PART 2. 아동학대의 현황

9. 피해아동의 가족유형



- 친부모가족은 2001년 25.5%에서 지속적으로 증가하여 2012년 37.7%에 이르는 것으로 나타났고, 친부모가족 외 형태는 2001년 66.0%에서 지속적으로 감소하여 2012년 55.7%에 이르는 것으로 나타남
- 대리양육형태는 2001년 0.7%에서 2007년 5.4%까지 연도별로 다소 큰 변화가 없음

➡ 홀로 자녀를 키우며 부모역할을 담당하는 한부모가정에서의 아동학대 발생 가능성을 낮추기 위한 다양한 사회적 개입이 필요함

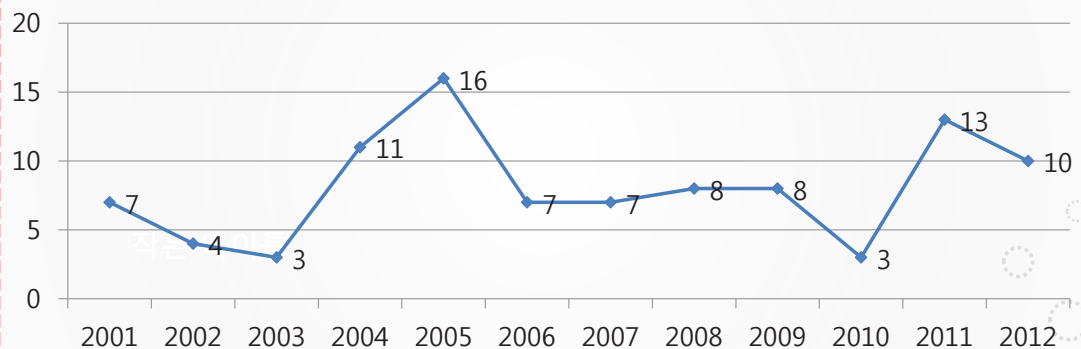
20

MEMO

PART 2. 아동학대의 현황

10. 아동학대 사망아동 수

사망아동 수(명)



- 2001년부터 2012년까지 총 **97명**의 아동이 아동학대의 피해로 인하여 사망
- 2001년부터 2012년까지 매년 **평균 8명**의 아동이 아동학대 피해로 인하여 사망한 것으로 나타남

21

MEMO

PART 3. 아동보호체계의 현황

1. 아동복지법에서의 아동보호체계

- 아동보호체계의 중심기관은 「아동복지법」에 근거하여 설치·운영되고 있는 아동보호전문기관임

제45조 1항

- 국가는 아동학대 예방사업을 활성화하고 지역 간 연계체계를 구축하기 위하여 중앙아동보호전문기관을 둔다.

제 45조 2항

- 지방자치단체는 학대 받은 아동의 발견, 보호, 치료에 대한 신속처리 및 아동학대예방을 담당하는 지역아동보호전문기관을 시·도 및 시·군·구에 둔다.

제 45조 4항

- 아동학대예방사업을 목적으로 하는 비영리법인을 지정하여 중앙아동보호전문기관 및 지역아동보호전문기관의 운영을 위탁할 수 있다.
- → 위탁 운영이 주를 이루는 있음

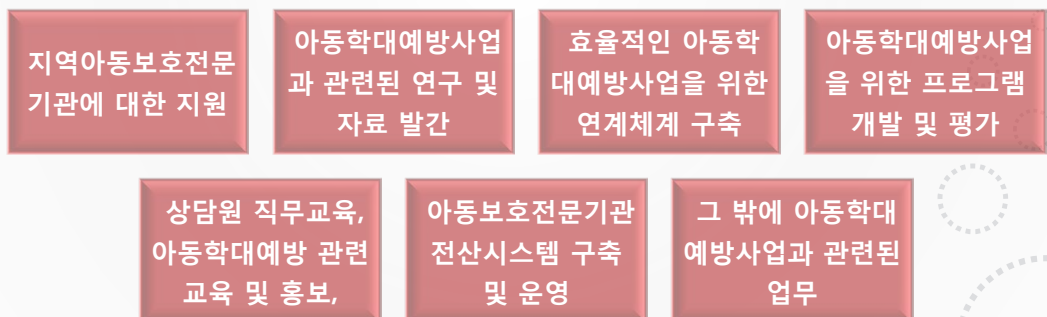
MEMO

PART 3. 아동보호체계의 현황

2. 전국 아동보호전문기관의 설치·운영 현황

- 2014년 6월 현재 총 51개의 아동보호전문기관이 설치·운영되고 있음
- 아동보호전문기관의 수는 지속적으로 증가할 것으로 전망

3. 중앙아동보호전문기관의 업무 (아동복지법 제 46조)



23

MEMO

PART 3. 아동보호체계의 현황

4. 지역 아동보호전문기관의 업무

아동학대 신고접수,
현장조사 및
응급보호

피해아동과 아동학
대행위자를 위한
상담 및 교육

아동학대예방 교육
및 홍보

피해아동 가정의
사후관리

아동학대사례판정위
원회 설치·운영 및
자체사례회의 운영

그 밖에 아동학대
예방사업과 관련된
업무

MEMO

PART 3. 아동보호체계의 현황

5. 아동학대사례의 업무진행 과정

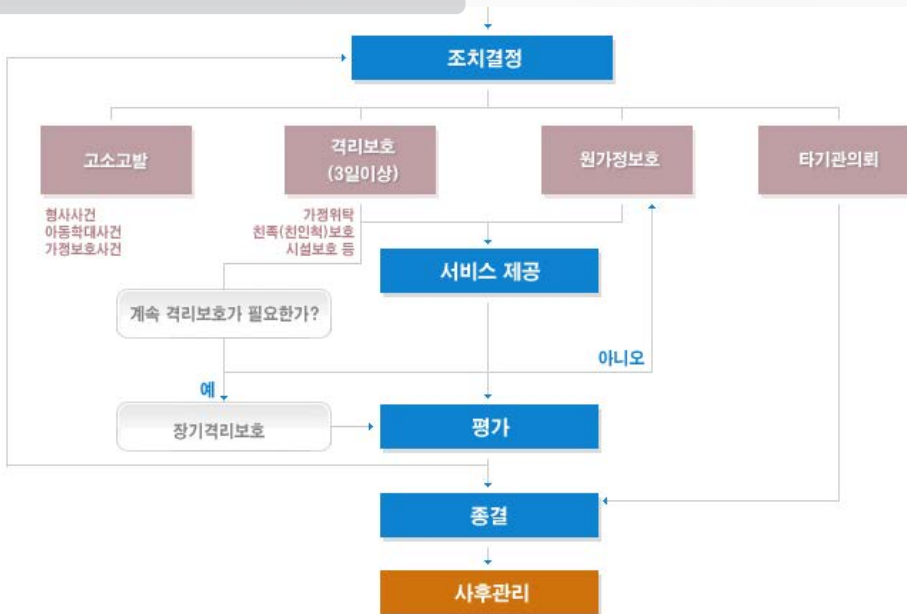


25

MEMO

PART 3. 아동보호체계의 현황

5. 아동학대사례의 업무진행 과정



26

MEMO

PART 4. 아동학대 예방 전달체계 내실화 방안

1. 아동학대 예방법의 제정

「아동복지법」에 2000년 아동학대 관련 법 조항들이 새롭게 추가되었고, 그 이후 거의 매년 아동학대에 대한 법 조항들이 신설 또는 수정되며 「아동복지법」이 개정되고 있는 것이 현실임

2014년 1월 28일 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」이 제정되었고 2014년 9월 29일 시행될 예정임

특례법 제3조(다른 법률과의 관계)에서 “아동학대범죄에 대하여는 이 법을 우선 적용한다”고 명시하고 있지만, 특례법의 많은 조항들은 현행 「아동복지법」의 관련 조항들과 연동하는 형식을 취하고 있음

특례법의 제정 및 시행 이후에도 「아동복지법」에 여전히 아동학대 관련 법조항들이 남아 있게 되고, 특히 새롭게 제정된 법률이 특례법으로 되어 있는 문제점이 존재함

따라서 「아동복지법」에서 아동학대 관련 조항들을 모두 삭제하고, 「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」을 「아동학대 예방법」으로 전면 개정하는 것이 바람직함

전면 개정되는 「아동학대 예방법」은 아동학대의 신고 접수 및 현장 조사, 아동보호서비스의 제공, 아동학대의 예방 등 아동학대와 관련된 모든 법조항들을 포괄적으로 포함하여야 할 것임

27

MEMO

PART 4. 아동학대 예방 전달체계 내실화 방안

2. 사후대처를 위한 아동보호체계의 구축

지역아동보호전문기관의 지속적인 증설과 아동보호전문상담원의 지속적인 증원이 필요

- 1개 지역아동보호전문기관이 평균 5개의 시·군·구를 담당하고 있음
- 평균적으로 7명의 아동보호전문상담원이 5개 시·군·구에서 발생하는 아동학대의 신고 접수, 현장조사 및 아동보호서비스의 제공 등을 담당하는 근본적인 문제가 존재함

광역 시·도의 거점아동보호전문기관과 시·군·구의 지역아동보호전문기관의 연계체계를 구축하고 이를 적극적으로 활용

시·군·구의 지역아동보호전문기관과 해당 시·군·구의 관련 기관들과의 공식적이고 체계적인 연계 및 협력체계를 구축

- 의료기관, 정신의료기관, 사법경찰, 법률기관, 교육기관, 아동기관 및 사회복지기관 등

28

MEMO

PART 4. 아동학대 예방 전달체계 내실화 방안

3. 사전예방을 위한 아동보호체계의 구축

아동학대 상담 및 신고 접수의 방법을 1577-1391로 단일화하고, 129나 119를 통한 아동학대 상담 및 신고 접수는 지역아동보호전문기관에 의뢰하는 체계를 구축

- 모든 국민들을 대상으로 하는 아동학대 상담 및 신고 접수 방법, 아동보호전문기관의 역할과 업무 등에 대한 교육과 홍보를 통하여 모든 국민들의 아동학대에 대한 이해를 높이고, 아동학대를 조기에 발견하고 예방하는 아동보호 모니터링의 구축이 필요함

학교와 교사를 활용하는 아동보호체계의 구축

- 학교 교사는 아동학대 피해아동과 그 가정에 대한 정보를 아동보호전문기관과 공유하고 아동학대 피해아동에 대한 지속적인 지원 및 상담 서비스를 제공하여야 할 것
- 학교의 정규 교육과정을 활용하여 아동학대 예방교육을 모든 아동에게 실시하는 것이 필요함
- 학교에서의 교사에 의한 학생에 대한 체벌도 아동학대이므로 반드시 근절되어야 할 것임

지역사회를 활용하는 다양한 아동학대예방 프로그램의 개발 및 실시

아동학대에 대한 우리 모두의 인식의 전환이 필요

29

MEMO

PART 4. 아동학대 예방

우리나라에서 훈육이나 체벌이라는 명목 하에 보호자를 포함한 성인에 의해 아동에게 자행되고 있는 신체학대, 정서학대, 성학대와 방임은 아동의 건강과 복지를 해치고 정상적인 발달을 저해하는 '아동에 대한 성인의 폭력적인 범죄행위'라는 우리 모두의 인식의 전환이 반드시 필요함!

30

MEMO

참고문헌

- 보건복지부·중앙아동보호전문기관, 2012 전국 아동학대현황보고서, 2013.
- 아동복지법, 법률 제11572호, 2014.
- 아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법, 법률 제12341호, 2014.

MEMO

THANK YOU

32

MEMO