

아동을 지키기 위한 사회의 약속, 아동사망검토제도(Child Death Review)

이세원 국립강릉원주대학교 교수

1. 들어가며

오늘날 아동의 행복한 삶을 보장하기 위해 우리 사회가 가장 우선적으로 책임져야 할 것은 아동의 생존과 안전, 곧 아동의 생명권이다. 아동이 충분히 보호받지 못하고, 방임되거나, 폭력에 노출되거나, 안전한 환경에서 삶을 유지하지 못하는 사회에서 아동의 행복을 논할 수 없다. 아동권리를 위한 국제사회의 약속인 유엔아동권리협약(UNCRC) 제6조에서는 모든 아동이 타고난 생명권을 가지며, 국가는 가능한 최대한 아동의 생존과 발달을 보장해야 할 책무가 있다고 규정하고 있다.

20세기에는 조산, 전염병, 의료체계의 미비로 인해 아동 사망이 불가피한 일로 간주되었기에, 이에 대한 국가의 대응은 무력할 수밖에 없었고 소극적이었다. 그러나 의료기술의 발달로 20세기 중반 영아사망률이 급격히 떨어지면서, 21세기부터는 예방 가능한 아동 사망에 대한 인식이 높아졌고, 국가의 적극적인 개입 필요성이 강조되고 있다¹⁾. 평균 수명이 80세를 넘는 오늘날, 아동기에 사망한다는 것은 정상적인 일이 아니라 지극히 예외적인 일이다. 아동의 죽음은 곧 공동체가 놓친 위험 신호이며, 보호체

계의 균열을 드러내는 지표다.

과거 불결한 환경에서 아동의 생명을 지켜낸 것이 항생제였다면, 제도적 무관심으로부터 아동을 지켜야 한다는 인식을 확산시킨 사건이 바로 영국의 빅토리아 클림비(Victoria Climbié) 사건이었다. 빅토리아 클림비 사건은 2000년 심각한 신체학대와 정서적 방임으로 8세의 소녀 빅토리아가 사망한 사건으로, 영국 정부는 이 사건에 대해 조사 위원단을 꾸리고 약 16개월에 걸쳐 방대한 양의 〈빅토리아 클림비 보고서〉²⁾를 발간하였다. 이 사건 조사위원단은 빅토리아가 왜 보호받지 못하고 지역사회 내 다수의 기관들이 있었음에도 어떻게 연결되지 못했는지 등을 분석하였기 때문에, 빅토리아의 사망을 다룬 〈빅토리아 클림비 보고서〉는 단순한 사후 보고서가 아니라 영국 아동보호체계가 구하지 못한 아동으로부터 교훈을 얻기 위한 시스템적 성찰로 볼 수 있다.

“이 조사는 누군가의 책임을 묻기 위한 것이 아니었다.

한 아이가 어떻게 이토록 철저히 외면당할 수 있었는지를 묻기 위한 것이었다.”

— 〈빅토리아 클림비 보고서〉³⁾

1) 이세원(2022). 일본의 아동학대사망검증에 대한 고찰과 함의. 청소년복지 연구, 24(2), 47-69.

2) The Victoria Climbié Inquiry. (2003). Report of an Inquiry by Lord Laming. London: The Stationery Office.

3) The Victoria Climbié Inquiry. (2003). Report of an Inquiry by Lord Laming. London: The Stationery Office.

이처럼, 빅토리아는 사망했지만, 이 사건은 아동보호 시스템의 책임성과 연계성, 그리고 죽음을 통해 배워야 한다는 교훈을 깊게 남겼기에, 사건과 보고서를 계기로 영국의 아동보호제도는 전면적인 개혁이 이루어졌다. 2003년 아동의 안전·건강·참여·학습 기회를 통합적으로 보장하는 정책 프레임워크인 Every Child Matters가 시작되었고, 지방정부에 아동보호 관련 기관의 협력을 의무화하는 Children Act 2004가 제정되었으며, 아동사망검토제도(Child Death Review, 이하 CDR)의 도입 근거가 마련되었다.

오늘날 아동의 행복한 삶을 논하기 위해서는 무엇보다 아동이 안전하게 살아남을 수 있는 권리인 생명권이 실질적으로 보장되어야 한다. 이러한 흐름 속에서, '예방할 수 있었던 죽음'에 사회가 어떤 책임을 져야 하는지를 묻는 제도로서 아동사망CDR을 주목하여야 한다. CDR은 단순히 아동 사망의 원인을 밝히는 것을 넘어, 한 아동의 죽음을 통해 우리가 무엇을 놓쳤는지, 그리고 무엇을 바꿔야 하는지를 묻는 사회적 성찰 시스템이다. 이는 아동의 죽음이 결코 개인의 문제가 아니라 공동체가 책임져야 할 사회적 손실이라는 인식에서 출발한다.

2. 아동사망검토제도(CDR)의 개념과 특성

가. CDR의 개념과 역사

아동사망검토제도(CDR)란 아동사망사건 이후 관련 기관들이 사망 전후의 상황 및 대응 과정을 종합적으로 검토하여 제도적 문제점을 파

악하고 재발 방지 대책을 수립하는 제도이다. CDR은 1978년 미국 캘리포니아주 로스앤젤레스 카운티에서 처음 도입되었다. 당시 아동학대와 방임으로 인한 사망사건이 잇따라 발생하였고 의료기관·경찰·아동보호기관 간 정보 공유 부족과 개입 실패가 반복되고 있다는 비판이 일었다. 이에, 지역 공공기관들이 협력하여 사망 사례를 공동 분석하고 재발을 방지하자는 취지에서 최초의 CDR이 구성되었다. 현재 미국 대부분의 주에서 CDR 제도를 운영하고 있으며, 주(state) 정부 수준 또는 지역(local) 수준에서 검토가 이루어지고 있다. 사망 검토 결과를 통해 학대 방지 정책, 안전 기준, 응급의료 대응 체계 개선에 활용하고 있다⁴⁾. 한편, 영국은 빅토리아 클럽비 사건 이후 「Children Act 2004」에 근거해 지역별 아동사망검토위원회(Child Death Overview Panel)를 운영하며, 18세 미만 모든 아동의 사망 사례를 검토 대상으로 한다. 뿐만 아니라, 영국과 미국을 포함하여 호주, 캐나다 등 여러 국가에서 CDR을 제도화하여 운영하고 있다. 일본은 모든 아동사망을 대상으로 하는 CDR은 아직 본격적으로 도입되지 못하였으나 CDR을 2020년도부터 시범 사업으로 실시하고 있고, 일찍이 2004년부터는 '아동학대 등 요보호사례검증에 관한 전문위원회'를 설치하여 아동학대사망사건 검증을 수행하고 있다.

나. CDR의 주요 특성

외국 CDR의 운영 사례를 살펴보면, CDR의 특성은 다음과 같다. 첫째, CDR은 다학제적 팀(Multi-disciplinary Team)으로 운영된다. 경찰, 의사, 검사관, 검사, 아동보호전문기관 등 다양한 분야의 전문가로 팀이 구성되며, 아동의

4) National Center for Fatality Review and Prevention. (2020). A Program Manual for Child Death Review. Michigan Public Health Institute.

죽음과 관련하여 각자의 관점에서 다양한 정보를 수집하고 논의함으로써 아동의 사망률을 감소시킬 수 있는 개선안을 제안한다. 팀 내에서 다층적인 정보의 수집, 해석, 평가, 정책 제안까지 이어지는 통합적 논의구조와 기관 간 수평적 협력체계를 통해 실질적인 시너지 효과를 발휘하게 된다.

둘째, CDR은 비단 아동학대와 방임으로 사망한 사건만을 대상으로 하지 않는다. 미국이나 영국 등 CDR을 운영 중인 국가들에서 초기에는 반복되는 아동학대사망 사건과 아동보호시스템의 실패 사례를 중심으로 아동학대 및 방임에 따른 사망사건을 검토하였다. 그러나 1990년대 이후 CDR의 필요성과 효과가 입증되면서, 미국을 비롯한 여러 국가에서는 아동학대와 방임으로 인한 사망사건에서 교통사고, 익사, 자살, 의료적 과실, 희귀질환, 돌연사, 정신건강 문제 등 모든 아동 사망으로 확대하였다. 이는 아동 생명권 보호에 영향을 미치는 구조적 요인 전반을 파악하고, 사망을 예방할 수 있는 제도적 개선 방향을 도출하는 것을 목적으로 한다. 이는 아동학대와 방임으로 사망한 사건과 그렇지 않은 사건을 명백히 구분하기 어려웠을 뿐 아니라, 단순히 범위를 넓힌 것을 넘어 아동 사망 자체가 사회 시스템의 취약점을 드러내는 중요한 지표라는 인식이 반영된 결과로 볼 수 있다. 이러한 다원적 접근은 특정 유형의 위험만을 대상으로 하는 분절된 대응을 넘어, 아동의 생애 전반에 걸친 안전망 구축을 가능하게 하며, 예방 중심의 아동정책 설계에 핵심적인 근거를 제공한다. 아동이 행복하게 성장할 수 있는 사회의 전제는 단연코 아동이 헛되이 죽지 않는 사회일 것이다.

셋째, CDR은 형벌 중심이 아닌 학습과 예방에 초점을 둔 비형벌적 시스템이다. CDR은 누가 이 아동 사망에 잘못이 있고 책임져야 하는가에 대한 것이 목적이 아니다. 책임 추궁보다

는 학습과 예방에 초점을 둔다. 이는 사망에 대한 형사적 책임을 묻는 사법 절차와는 구분되며, 어떤 개인이나 기관의 처벌보다는 반복 가능한 위험 요인을 구조적으로 분석하고 제거하는 데 목적이 있다. 이러한 CDR의 특성으로 말미암아 아동사망과 관련한 기관 및 사람들이 방어적 태도 없이 솔직한 검토에 참여하게 할 수 있다.

넷째, CDR은 아동이 행복하게 살아갈 수 있는 정책 설계를 위한 증거 기반이 된다. 단지 사례 검토에 그치지 않고, 아동정책 개선을 위한 증거 기반(Evidence-based) 자료로 기능한다. 검토를 통해 파악된 사망 원인, 사회구조적인 취약 지점, 대응 실패 사례 등은 법·제도·현장·실무 개선의 출발점이 되며, 반복되는 유형의 사망을 줄이기 위한 정책 수립에 핵심적 역할을 할 수 있다. 실제로, 영국의 CDR은 검토보고서를 통해 아동의 안전 기준을 강화하고 신생아 돌연사 대응 지침 정비 등에 실질적인 기여를 해 왔다고 평가되고 있다.

그러나 이러한 CDR이 아직 도입되지 않은 우리나라에서는 아동 사망이 단편적인 사건으로만 다루어지고 있으며, 그로 인해 제도적 학습과 개선의 기회를 잃고 있다.

3. 한국 사회의 구조적 공백과 아동사망검토제도(CDR)의 도입 필요성

가. 아동사망 관리 체계의 현황과 한계

아동사망에 대한 제도적 검토가 존재하지 않는 우리나라는 다음과 같은 문제점을 갖고 있다. 첫째, 우리나라의 아동사망통계는 전체 아동의 사망 원인조차 통계적으로 정확하게 파악

하지 못하고 있다⁵⁾. 통계청의 2023년 사망원인 통계⁶⁾에 의하면 0~19세 아동 사망자 수는 1,650명이며, 질병 등의 내인사로 1,012명, 질병이환 및 사망의 원인 즉 외인사로 638명이 사망한 것으로 나타났다. 연령대별 사망 원인 순위 중 외인사를 중심으로 살펴보면 0세는 가해(타살)가 4위로 사망자 수는 10명이며, 1~9세는 가해(타살)가 3위로 21명, 익사가 4위로 18명, 운수사고와 낙상이 5위로 각각 14명, 10~19세는 1위가 고의적 자해(자살)로 370명, 3위가 운수사고로 62명, 5위로 가해(타살)로 17명, 7위가 익사로 16명이다.

외인사는 비자연적인 원인으로 사망한 것을 의미하는데, 사고, 자살, 아동학대 등으로 사망한 경우다. 외인사는 질병과 달리 외부 요인에 의해 발생하는 비자연적 사망으로, 사전 환경 개선이나 조기 개입을 통해 예방할 수 있는 경우가 많다. 이러한 이유로 외국에서는 이를 '예방 가능한 사망(preventable death)'으로 간주하고 있다. 그러나 사망통계는 기본적으로 보호자가 작성한 사망신고서만을 토대로 집계하고 있기 때문에, 간략한 한 장짜리 사망신고서가 외인사의 세부 유형을 담고 있지 않아 포괄적인 범주로만 구분된다. 또한, 미심쩍은 아동의 사망의 경우 보호자들이 아동의 사망 이후에 신고를 하지 않거나 허위로 작성하는 것을 배제할 수 없다.

둘째, 예방할 수 있는 사망의 대표적인 아동학대와 방임으로 인한 사망자 수가 과소 추정되고 있다. 아동학대와 방임으로 인한 사망의 공식 통계는 매년 보건복지부가 발행하는 <아동학

대연차보고서>이지만 학대 사망 이전에 아동학대 조사가 이뤄지지 않았던 사례라면 아동통합정보시스템(행복e음)에 등록되지 않는 경우가 발생하며, 무엇보다 아동학대사망을 숨기고자 하는 보호자의 의도로 인해 아동학대사망은 사고사로 덮이기도 한다. 아동학대사망의 과소 추정은 다수의 연구⁷⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾에서 문제시되어 왔다. 특히, 2016년도 1년간 약 340명 아동의 범의 부검자료를 기반으로 국내 아동학대사망 수를 추정한 김희송 외(2019)의 연구에서는, 아동학대사망으로 추정되는 부검 결과가 당해 연도 공식 아동학대사망통계 수치에 비해 최소 2배에서 4배까지 많은 것으로 나타났다.

셋째, 아동학대와 방임으로 인한 사망조차 통합적이고 심층적이고 다음의 반복되는 죽음을 예방하는 목적으로는 검토가 수행되지 못하고 있다. 「아동복지법」 제 65조의2에 근거하여 매년 발간되는 <아동학대연차보고서>에서는 아동학대 사망사례를 분석하고 있는데, 2023년 아동학대로 인해 사망한 것으로 발견된 아동은 총 44명으로 나타났다¹¹⁾. 그러나 <아동학대연차보고서>상 아동학대 사망사례 분석은 개별 아동학대 사망사례가 아닌 아동 사망자 전수에 대한 일반적 특성이나 사건 처리 결과를 분석하고 있으며, 아동살해와 치명적 방임에 의한 사망의 두 가지 유형에 기반한 9가지 분류에 따라 피해 아동과 학대행위자의 수와 사인만을 분석하고 있을 뿐이다. 반복적인 아동 사망 사건에도 불구하고 구조적 개선이 이뤄지기 위해서는 개별 사례를 중심으로 원인 분석과 예방대책을 수립

5) 이상균, 정선옥, 강지영, 이세원(2023). 아동사망검토제도 도입방안연구. 세이브더칠드런.

6) 통계청. 사망원인통계. <https://irl.kr/cWlzi>에서 2025. 4. 1. 인출

7) 이세원(2015). 아동학대 사망사건 판결에 관한 연구: 울산 계모 사건을 중심으로. 보건사회연구, 35(2), 254-286.

8) 이세원(2015). 아동학대 사망사건 판결에 관한 연구: 울산 계모 사건을 중심으로. 보건사회연구, 35(2), 254-286.

9) 김지혜, 정익중, 이희연, 김경희(2013). 아동학대 사망사건에 대한 신문기사 분석. 한국사회복지학, 65(2), 131-154.

10) 김희송, 이봉우, 최영식, 정규희(2019). 범의부검자료를 기반으로 한 아동학대 사망의 현황과 유형. 형사정책연구, 30(1), 229-263.

11) 보건복지부(2024). 아동학대연차보고서.

하는 다학제적 검토 체계가 필수적이지만, 통계 수치로 아동학대 사망자 수를 관망하고 있을 뿐이다. 이런 통계의 한계는 결과적으로 아동 사망 원인에 대한 국가적 분석 능력을 떨어뜨리며, 예방을 위한 정책 수립을 어렵게 만든다.

그럼에도 불구하고, 우리나라에서는 정부 차원에서의 상시적인 아동사망에 대한 기구 구성이나 검토 위원회는 존재하지 않는다. 아동학대와 방임으로 인한 사망으로 대상을 좁힌다고 하더라도, 2013년 울주군에서 발생한 아동학대 사망사건과 2016년 대구와 포천에서 발생한 입양아동 학대 사망사건에 대해 민간 주도로 위원회를 발족하여 사망검토 보고서가 작성되었을 뿐이다. 이후 2021년 법무부가 2019년에 발생한 인천 5세 아동 사망사건을 집중 조사하였으나, 공식 보고서로 발간되지 않았다. <빅토리아 클립비 보고서>가 100여 명의 증인 신문을 통해 청문회를 개최하고 의료기록과 사건일지 등을 수집하여 분석한 것을 고려해 본다면, 민간의 비상시적 검토 기구가 아닌 정부 주도의 상시적 검토 기구의 필요성은 절실하다.

이처럼, 우리 사회는 반복되는 아동사망사건에도 불구하고, 개별 형사적 사안으로만 다룬 채, 그 사건으로부터 사회가 무엇을 배워야 하는지에 대한 성찰이 부족했다. 사건은 종결되지만, 구조는 바뀌지 않아 왔다. 현재의 통계 시스템하에서는 외형적 사망 원인만을 분류할 뿐, 사망의 구조적 원인과 예방 가능성을 분석하지 못하고 있다. 이로 인해 유사한 위험이 계속 답습되며, 사회적 학습과 제도 개선의 기회가 상실되고 있다. CDR은 바로 이 공백을 메우기 위한 핵심적 제도이다. CDR은 아동의 죽음을 단순한 결과가 아닌, 제도적 실패의 신호이자 계기로 인식한다. 특히, 우리나라와 같이 기관 간 연계가 미흡하고, 사회복지·의료·수사 체계가 분절적으로 작동하는 환경에서는 사건을 넘은 '사례 기반의 체계 학습'이 절실하다.

나. CDR 도입의 기대효과

우리나라에 CDR이 도입되면 다음과 같은 기대효과를 가져올 수 있을 것으로 예상된다.

첫째, 아동 사망 이전의 위험 신호를 구조적으로 분석하여 조기 개입이 가능하다. 예컨대, 2020년 양천구 입양아동 사망 사건에서는 아동이 병원을 여러 차례 방문했지만, 의료기관 간 정보 공유가 부재했고 조기에 효과적인 개입이 이루어지지 못했다. 또한 2020년 소위 인천 라면 형제사망 사건에서는 보호자의 방임에 대한 신고·아동의 ADHD 진단·코로나19로 학교 휴교 등 복합적 위험 요소가 있었음에도 예방적이고 통합적인 개입이 이루어지지 못했다. CDR이 도입되면, 의료기관 방문 기록, 학교 결석, 경찰 출동 이력 등의 정보를 분석함으로써, 사망 전 경고 신호를 놓치지 않고 선제적으로 대응할 수 있는 체계를 구축할 수 있다.

둘째, 사회복지·의료·수사기관 간 협업체계 구축을 통해 복합적 사망 원인을 다층적으로 분석할 수 있다. 현재 우리나라에서는 사건 발생 이후 각각의 기관이 분절적으로 대응하고 있으며, 의료기록·수사기록·아동보호기록이 통합적으로 분석되는 체계가 존재하지 않는다. 단일한 요인으로 아동이 사망까지 이르는 경우는 흔치 않으며, 대부분의 사례는 부모의 정신질환·돌봄 공백·의료적 방치·제도 미비 등이 얹혀 발생한다는 점을 감안할 때, CDR은 다양한 전문직이 함께 검토함으로써 단일 원인 중심의 접근이 아닌, 구조적·다층적 원인 파악을 가능하게 한다. 이는 재발 방지를 위한 실질적 해법을 도출하는데 필수적이다.

셋째, 유사 사례의 반복을 막기 위한 정책적·실천적 개선방안을 도출할 수 있다. 아동학대 사망이 반복되고 있음에도, 우리나라에서는 개별 사건에만 반응한 채, 구조 개선으로 이어지

는 경우는 드물다. 2013년 울주군 아동학대 사망 사건, 2016년 대구·포천 입양아동 사망 사건은 모두 민간 차원의 일회성 보고서 작성에 그쳤으며, 해당 사례로부터 전국 차원의 제도 개선은 이루어지지 않았다. CDR이 도입되면, 단순한 사건 기록이 아닌 공식적인 제도 내 검토와 결과 공개, 그리고 이를 기반으로 한 범정부적 차원에서 제도화된 후속 조치가 가능해진다. 반복을 막기 위한 실천적 정책 설계가 이루어질 수 있다.

넷째, 아동학대나 방임 외에도 의료 접근성, 안전사고, 정신건강 등 시대적 위험 요인을 반영한 제도 개선이 가능하다. 현행 제도는 주로 아동학대 중심으로 대응 체계를 구성하고 있어, 시대 변화에 따른 다양한 위험 요인을 포착하고 대응하는 데 한계가 있다. CDR은 아동학대 및 방임에 따른 전통적인 사망뿐만 아니라, 디지털 방임 및 디지털 환경 기반 사고나 기후 위기로 인한 사망 등과 같은 새로운 아동 사망에 대한 원인을 발굴하고 정책화할 수 있는 플랫폼이 될 수 있을 것이라 기대한다.

4. 결론: 아동이 행복한 사회의 기반이 되는 CDR

CDR이 부재한 한국 사회에서는 아동의 죽음을 통해 구조적 문제를 진단하고 제도를 개선할 수 있는 기회가 반복적으로 상실되고 있다. 아동학대와 방임, 자살, 사고 등 다양한 사망 원인이 개별 사건으로 처리되는 동안, 우리 사회는 유사한 위험을 반복하며 아동을 잃고 있다. 초고도의 저출생 사회에서 태어난 아동들을 잘 지켜내는 것이야말로 최선의 저출생 대책일 것이다. CDR은 단순한 진상 규명을 넘어, 사회적 학습을 통한 예방 중심의 시스템 전환을 이끈

다. 단순한 사건 기록이 아닌, 사망 사례로부터 학습하고 개선하는 구조적 시스템인 것이다. 그렇기에 이는 개인의 과실 책임을 묻는 시스템이 아니라, 제도 간 연계, 사각지대의 식별, 예방적 정책 수립을 위한 사회적 학습 기제로 기능한다는 목적을 되새겨야 한다.

현재 한국은 아동의 사망을 사건 단위로 처리할 뿐, 이를 통해 사회 전체의 대응 체계를 성찰하고 개선하는 중간 단계의 제도적 장치가 부재한 상황이다. 아동의 행복한 성장을 보장하기 위해서는 생명을 잃은 아이들의 사례에서 구조적 개선의 실마리를 도출하는 국가 차원의 노력이 필요하다.

그동안 아동사망검토를 제도화하기 위한 우리 사회의 인식과 노력이 전무하지는 않았다. 우리나라 정부는 제1차 아동정책 기본계획과 제2차 아동정책 기본계획을 통해 아동사망검토제도를 주요 과제로 제시하였으며, 2021년 아동사망 조사 및 예방에 관한 법률안이 발의되었고, 2023년 윤석열 정부 아동정책 추진방안의 주요 과제로도 포함이 되었으나 CDR의 도입은 아직 요원하다.

그러나 CDR이 도입되었다면, 수많은 아동 사망 사례는 단순한 통계로 처리되지 않고 다학제 검토를 통해 제도적 맹점이 분석되었을 것이다. 또한 정책적 피드백이 가능해져 유사 위험을 방지할 수 있는 실효적 조치가 마련되었을 것이다.

공백을 예방에 기반한 협력으로 메꾸어, 아동의 죽음을 '불가항력적 개인 사건'이 아닌 '사회적 경고'로 받아들이고, 이를 체계적으로 분석해 개선하는 제도적 장치가 필요하다. CDR의 부재는 반복을 허용하는 사회의 침묵이며, 이는 결국 아동의 생명권과 연결된 문제다. 이를 위해, 범정부 차원의 상설 아동사망검토위원회 설치, 다학제 간 연계 시스템 구축, 관련 법률의 조속한 제정이 시급히 추진되어야 한다.