

영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안

김지현·김은설·이지윤·조혜주·정최경희·한동헌·김익한·노은정·강희연·하량경

영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안

저 자

김지현, 김은설, 이지윤, 조혜주, 정최경희, 한동현,
김익한, 노은정, 강희연, 하랑경

연 구 진

연구책임자 김 지 현 (육아정책연구소 연구위원)
공동연구자 김 은 설 (육아정책연구소 선임연구위원)
공동연구자 이 지 윤 (육아정책연구소 부연구위원)
공동연구자 조 혜 주 (육아정책연구소 전문연구위원)

협동 연구기관

정 최 경 희 (이화여자대학교 의과대학 교수)
한 동 현 (서울대학교 치의과학 교수)
김 익 한 (고신대학교 의과대학 교수)
노 은 정 (울산대학교 의과대학 연구조교수)
강 희 연 (국립암센터국제암대학원대학교 박사후 연구원)
하 랑 경 (이화여자대학교 의과대학 연구원)

육아정책연구소

Korea Institute of Child Care and Education

연구보고 2025-11

영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책 방안

발행일 2025년 11월 30일
발행인 황 옥 경
발행처 육아정책연구소
주소 04535 서울특별시 중구 소공로 70 9층
전화 02) 398-7700
팩스 02) 398-7798
홈페이지 <http://www.kicce.re.kr>
인쇄처 (주)승림디엔씨 02) 2271-2581

보고서 내용의 무단 복제를 금함.
ISBN 979-11-6865-123-4 [93330]



육아정책연구소
Korea Institute of Child Care and Education



머리말

생애초기인 영유아기의 건강과 발달은 신체적·정신적 발달뿐 아니라 평생의 건강불평등을 결정짓는 중요한 국가의 미래를 결정짓는 사회적 과제이기도 하다. 이러한 영유아기의 건강이 부모의 소득과 교육 수준, 지역의 보건의로 인프라 등 사회적 요인에 따라 영유아의 건강과 발달에 차이가 나타나고 있으며, 정부는 이러한 격차를 줄이고 모든 아동이 공평하게 건강한 출발을 할 수 있도록 노력하고 있다.

본 연구에서는 우리나라 영유아 건강현황과 건강불평등의 구조적 요인을 분석하고, 사회적 결정요인에 기반한 건강불평등 모니터링 지표개발과 모니터링을 통해 영유아기의 건강형평성 관점에서의 정책 방향을 제시하였다. 또한, 심층면담 및 조사 등을 통하여 산모와 영유아건강 지원사업 담당자 및 부모의 의견을 반영하여, 정책수요자의 실제 요구를 바탕으로 구체적 개선과제를 도출하였다.

영유아의 건강형평성을 위해 다양한 집단 간에 건강격차를 파악하고 개선해야 할 과제를 가지고 있다. 중앙 및 지방정부의 영유아 건강지원 정책이 누구나에게 필수적인 보편적 기회를 제공하면서도 건강취약계층에 필요한 추가적 지원을 제공하기 위해서는 영유아기의 건강을 체계적으로 모니터링하고, 과학적 근거에 기반한 평가가 이루어질 수 있도록 하고 또한 영유아를 양육하는 부모님들에게도 영유아 건강을 실천할 수 있는 역량을 키울 수 있도록 지원해야 할 것이다.

이번 연구가 모든 아이들이 출생환경과 관계없이 건강하고 안전한 출발을 보장 받는 사회로 나아가는 데 작은 디딤돌이 되기를 기대하며, 본 연구과정에 참여하여 연구에 도움을 주신 영유아 건강을 위해 애쓰시는 사업 담당자 분들, 전문가 분들, 그리고 영유아 양육 가정 부모님들께도 감사를 드린다. 또한 본 보고서의 내용은 육아정책연구소의 공식입장이 아님을 밝혀둔다.

2025년 11월
육아정책연구소
소장 황 옥 경



목차

요약	1
I. 서론	15
1. 연구목적과 필요성	17
2. 연구내용	20
3. 연구방법	21
4. 용어 정리 및 연구 범위	26
II. 연구의 배경	31
1. 건강형평성 관련 선행연구	33
2. 영유아기 건강형평성 및 관련 선행연구	36
3. 영유아기 건강불평등 모니터링	54
4. 영유아기 건강 관련 주요현황	59
III. 국내·외 영유아 건강증진 정책 분석	85
1. 중앙정부 산모·영유아 대상 건강지원 정책	87
2. 지방정부 영유아 대상 건강지원 분석 (시·도/ 시·군·구)	134
3. 건강형평성을 고려한 영유아 건강정책 해외사례	145
IV. 영유아기 건강불평등 모니터링 지표개발	177
1. 영유아기 건강불평등 모니터링 이론적 배경	179
2. 영유아 건강불평등 모니터링 지표개발 과정	195
3. 델파이 조사를 통한 영유아 건강불평등 모니터링 지표 타당화	202
4. 영유아기 건강불평등 모니터링 지표를 통한 건강불평등 분석	216
5. 소결	266

V. 영유아기 건강 관련 현황 및 요구분석	271
1. 정책수요자 대상 영유아 건강 관련 현황 및 요구분석	273
2. 영유아 건강관련 사업담당자 대상 심층면담 분석	303
3. 영유아 발달 및 건강요인에 미치는 부모 영향요인 분석	318
 VI. 영유아 건강형평성 제고를 위한 정책방안	 327
1. 주요 결과 요약	329
2. 영유아 건강증진 정책방향	337
3. 세부 정책과제 제안	338
 참고문헌	 351
Abstract	377
부록	381
1. 국제기구·국가별 영유아 건강불평등 모니터링 지표(요약)	388
2. 영유아기 건강불평등 모니터링 지표 초안	390
3. 1차 델파이 조사지	405
4. 1차 전문가 조사 후 수정된 영유아 건강불평등 모니터링 지표	420
5. 2차 델파이 조사지	437
6. 영유아기 건강불평등 모니터링 최종지표 정의	451
7. 영유아 부모대상 설문조사 설문지	459



표 목차

〈표 Ⅰ-3- 1〉 육아정책연구소 - 한국건강형평성학회 협력 내용	22
〈표 Ⅰ-3- 2〉 설문조사내용	24
〈표 Ⅰ-3- 3〉 영유아 건강증진사업 담당자 심층 면담 대상	24
〈표 Ⅰ-3- 4〉 2023년 아동종합실태조사에 나타난 영유아 건강/발달 관련 요인	25
〈표 Ⅰ-3- 5〉 자문회의 및 동료멘토링 개최	25
〈표 Ⅰ-3- 6〉 정책실무협의회 개최	26
〈표 Ⅰ-4- 1〉 건강형평성의 정의	27
〈표 Ⅰ-4- 2〉 영유아 연령 구분의 법적 근거	28
〈표 Ⅱ-1- 1〉 영유아기 건강형평성 관련 정책연구 정리	35
〈표 Ⅱ-2- 1〉 아동의 건강에 영향을 미치는 구조적 요인	46
〈표 Ⅱ-2- 2〉 아동의 건강에 영향을 미치는 주거환경 요인	47
〈표 Ⅱ-2- 3〉 아동의 건강에 영향을 미치는 고용 환경 및 노동시장 요인	48
〈표 Ⅱ-2- 4〉 아동의 건강에 영향을 미치는 지역사회 기반 개입의 효과	49
〈표 Ⅱ-2- 5〉 아동의 건강에 영향을 미치는 지역 환경 요인	49
〈표 Ⅱ-2- 6〉 아동의 건강에 영향을 미치는 부모의 건강/장애/행동 요인	50
〈표 Ⅱ-2- 7〉 아동의 건강에 영향을 미치는 부모의 양육방식 - 모유수유	51
〈표 Ⅱ-2- 8〉 아동의 건강에 영향을 미치는 부모의 양육 방식 - 학대와 방임	51
〈표 Ⅱ-2- 9〉 아동의 건강에 영향을 미치는 부모의 정신건강 및 스트레스	52
〈표 Ⅱ-2-10〉 아동의 건강에 영향을 미치는 아동의 미디어 사용	53
〈표 Ⅱ-2-11〉 영유아 신체활동	54
〈표 Ⅱ-4- 1〉 영유아 주요 조사별 영유아 건강 관련 변수	59
〈표 Ⅱ-4- 2〉 연도별 출생아 수, 합계출산율 및 영아사망률 추이	64
〈표 Ⅱ-4- 3〉 연도별 출생 시 저체중 출생아 수 및 비율 추이	65
〈표 Ⅱ-4- 4〉 2022-2023년 월령별 영유아 건강검진 대상 및 수검률 현황	68
〈표 Ⅱ-4- 5〉 연도별 영유아 건강검진 대상 및 수검률 추이(2015-2023)	69
〈표 Ⅱ-4- 6〉 2023년 월령별 영유아 건강검진 결과 현황	70
〈표 Ⅱ-4- 7〉 연도별 영유아 건강검진 발달평가결과 비율 추이(2015-2023)	70

〈표 II-4- 8〉 연도별/신체별 영유아 건강검진 정밀검사 필요 인원 수	71
〈표 II-4- 9〉 연도별 예방접종 비율	72
〈표 II-4-10〉 만 5세 유치우식 경험 및 유병 및 경험자율	75
〈표 II-4-11〉 영유아연령 포함 영양영역 성과지표 목표 및 성과	75
〈표 III-1- 1〉 영유아 사업 관련 주요 법령체계	88
〈표 III-1- 2〉 기능별 영유아 건강정책사업의 시행구조 요약	89
〈표 III-1- 3〉 국민건강증진종합계획의 비전, 목표와 사업영역(1차~5차)	91
〈표 III-1- 4〉 제5차 HP2030 중점과제 지표 및 사업 구조	94
〈표 III-1- 5〉 제5차 HP2030 영유아 추진과제 및 성과지표	95
〈표 III-1- 6〉 제5차 HP2030 성과지표 중 산모 및 영유아 해당 지표	96
〈표 III-1- 7〉 제5차 HP2030 성과지표 중 산모 및 영유아 해당 지표	97
〈표 III-1- 8〉 2025년 지역사회통합건강증진사업 12개 세부사업	99
〈표 III-1- 9〉 대상별 영양사업 목적 및 내용	100
〈표 III-1-10〉 영양플러스 대상자 선정 기준	101
〈표 III-1-11〉 연차별 영양플러스 사업 수혜 대상자수	102
〈표 III-1-12〉 영양플러스 사업 수혜 대상자의 사업 만족도	102
〈표 III-1-13〉 지역사회통합 건강증진사업[영양사업] 요약표	103
〈표 III-1-14〉 비만 예방관리사업 사업전략별 주요 내용	105
〈표 III-1-15〉 지역사회통합건강증진사업[비만예방사업] 요약표	105
〈표 III-1-16〉 신체활동사업 개요	106
〈표 III-1-17〉 지역사회통합건강증진사업[신체활동] 요약표	107
〈표 III-1-18〉 지역사회통합건강증진사업[아토피·천식예방관리사업] 요약표	108
〈표 III-1-19〉 구강보건사업 주요 내용	109
〈표 III-1-20〉 지역사회통합건강증진사업[구강보건사업] 요약표	109
〈표 III-1-21〉 여성어린이특화사업 대상별 주요 서비스 내용	110
〈표 III-1-22〉 여성·어린이특화 사업 주요내용	111
〈표 III-1-23〉 지역사회통합건강증진사업[여성·어린이특화] 요약표	112
〈표 III-1-24〉 영유아 건강검진 검진 항목	116
〈표 III-1-25〉 영유아 건강 검진사업 요약표	116
〈표 III-1-26〉 생애초기 건강관리사업 사업 모형	119
〈표 III-1-27〉 위험요인 점수 기준(2점 이외 모두 1점)	119
〈표 III-1-28〉 생애초기 건강관리사업 요약표	121
〈표 III-1-29〉 모자보건사업[저소득층 기저귀, 분유 지원사업] 요약표	122

〈표 III-1-30〉 산모·신생아 건강 관리사업 요약표	123
〈표 III-1-31〉 의료급여 수급권자 영유아 건강검진비 지원 요약표	124
〈표 III-1-32〉 모자보건사업[사전예방적 건강관리] 요약표	126
〈표 III-1-33〉 취학 전 아동 실명 예방사업 요약표	127
〈표 III-1-34〉 드림스타트 사업 예산(2024-2025)	129
〈표 III-1-35〉 드림스타트 사업지역 현황	129
〈표 III-1-36〉 드림스타트 사업의 영역과 내용	130
〈표 III-1-37〉 드림스타트 아동통합사례관리의 필수서비스 유형 및 제공 주기	131
〈표 III-1-38〉 연령별 사례관리 대상자 수(2024)	132
〈표 III-2- 1〉 영유아 대상 건강증진사업 유형별 비율	135
〈표 III-2- 2〉 영유아대상 건강증진사업 유형별 시·도별 사업 건수	136
〈표 III-2- 3〉 영유아대상 건강증진사업 주제 분야별 사업유형	137
〈표 III-2- 4〉 시·도별 영유아대상 건강증진사업 추진 현황	139
〈표 III-2- 5〉 시·도별 영유아 건강 관련 성과지표 활용 현황	140
〈표 III-2- 6〉 보건소 사업목록 중 영유아 대상 사업	143
〈표 III-3- 1〉 HCP 서비스 세부내용	149
〈표 III-3- 2〉 생애 초기 지원 프로그램(Start for Life) 정부지원 예산 규모 및 사용 내역	150
〈표 III-3- 3〉 건강방문사의 가정방문 주기 및 서비스 내용	157
〈표 III-3- 4〉 건강방문사의 지원 영역	157
〈표 III-3- 5〉 코벤트리의 가족 및 아동 대상 건강증진 사업	162
〈표 III-3- 6〉 체셔와 머지사이드 아동 대상 건강증진 사업	163
〈표 III-3- 7〉 호주 국가 예방적 건강전략 2021-2030 총괄 목표와 성과 목표	169
〈표 III-3- 8〉 호주 각주별 건강전략 2021-2023 총괄목표와 성과 목표	171
〈표 III-3- 9〉 영국, 스웨덴, 호주의 건강형평성 정책 비교와 시사점	176
〈표 IV-1- 1〉 UNICEF 아동의 건강과 웰빙 모니터링의 영역과 내용	180
〈표 IV-1- 2〉 OECD 아동 웰빙 모니터링의 대분류와 중분류	182
〈표 IV-1- 3〉 WHO 아동 건강불평등 모니터링의 영역과 설명	184
〈표 IV-1- 4〉 캐나다 건강불평등 모니터링의 영역과 중분류	186
〈표 IV-1- 5〉 캐나다 건강불평등 모니터링의 불평등 차원	187
〈표 IV-1- 6〉 미국 HP2030 모니터링의 대분류와 중분류	189

〈표 IV-1- 7〉 영국의 국가 수준에서의 건강형평성 평가지표	190
〈표 IV-1- 8〉 영국 Fingertips 모니터링의 대분류와 중분류	193
〈표 IV-1- 9〉 호주 아동 및 청소년 사회 건강 아틀라스의 대분류와 중분류 ..	195
〈표 IV-2- 1〉 영유아 건강불평등 모니터링 분석 원칙	198
〈표 IV-2- 2〉 영유아 건강불평등 모니터링 지표 체계(소분류 수준)	200
〈표 IV-2- 3〉 영유아 건강불평등 모니터링 지표 체계(세분류 수준)	201
〈표 IV-3- 1〉 합의도에 따라 2단계 전문가 조사 여부를 판단하는 기준	203
〈표 IV-3- 2〉 합의도에 따른 세분류 분포	204
〈표 IV-3- 3〉 1차 전문가 조사에서 대표 세분류로 확정된 세분류	204
〈표 IV-3- 4〉 1차 전문가 조사에서 선택이나 탈락 결정이 보류된 세분류 ..	205
〈표 IV-3- 5〉 1차 전문가 조사에서 중요성에 대한 합의도가 낮게 나온 세분류	205
〈표 IV-3- 6〉 1차 전문가 조사에서 중요성에 대한 합의도가 매우 낮게 나온 세분류	205
〈표 IV-3- 7〉 1차 델파이 조사 후 수정된 영유아 건강불평등 모니터링 지표 체계	206
〈표 IV-3- 8〉 1단계 전문가 조사에서 선택이나 탈락 결정이 보류된 세분류에 대한 재평가 결과	208
〈표 IV-3- 9〉 1단계 전문가 조사에서 새로 제안된 세분류에 대한 평가 결과	208
〈표 IV-3-10〉 최종적으로 확정된 대표 세분류	209
〈표 IV-3-11〉 2단계 전문가 조사 결과 지표의 합의도 분포	210
〈표 IV-3-12〉 산포성에 따른 합의도가 높고 중요성에 대한 합의도가 2점 이상인 지표	210
〈표 IV-3-13〉 영유아 건강불평등 모니터링 대표지표 초안	211
〈표 IV-3-14〉 영유아 건강불평등 모니터링 최종 대표지표와 분석 자료	213
〈표 IV-4- 1〉 OECD 국가 출산휴가 및 육아휴직의 평균 소득지급률과 출생아 1명당 공공지출액	217
〈표 IV-4- 2〉 사회경제적 위치에 따른 시장소득과 가처분소득 기준 영유아 빈곤율	219
〈표 IV-4- 3〉 사회경제적 위치에 따른 영유아 결핍 경험률	220
〈표 IV-4- 4〉 사회경제적 위치에 따른 영유아 주택 및 주거환경 박탈률	222
〈표 IV-4- 5〉 사회경제적 위치에 따른 5개 유형 및 4개 유형	

가정폭력 발생률	223
〈표 IV-4- 6〉 시도별 학대피해아동 발견율	225
〈표 IV-4- 7〉 사회경제적 위치에 따른 영유아 방치율	227
〈표 IV-4- 8〉 사회경제적 위치에 따른 영유아 방임율	228
〈표 IV-4- 9〉 사회경제적 위치에 따른 영유아 신체 학대율	229
〈표 IV-4-10〉 사회경제적 위치에 따른 영유아 정서 학대율	230
〈표 IV-4-11〉 사회경제적 위치에 따른 양육자-영유아 상호작용 행동 점수 ..	231
〈표 IV-4-12〉 임신 중 흡연율	232
〈표 IV-4-13〉 임신 중 음주율	233
〈표 IV-4-14〉 사회경제적 위치에 따른 산후우울감 경험률	234
〈표 IV-4-15〉 사회경제적 위치에 따른 양육 스트레스 점수	235
〈표 IV-4-16〉 사회경제적 위치에 따른 주양육자 우울 경험률	237
〈표 IV-4-17〉 시도별 생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수	239
〈표 IV-4-18〉 시도별 생애초기 건강관리사업 서비스 도달률	240
〈표 IV-4-19〉 시도별 영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률	242
〈표 IV-4-20〉 사회경제적 위치에 따른 영유아 건강검진율	243
〈표 IV-4-21〉 사회경제적 위치에 따른 0~2세 인지 발달 미달률	246
〈표 IV-4-22〉 사회경제적 위치에 따른 0~2세 언어 발달 미달률	248
〈표 IV-4-23〉 사회경제적 위치에 따른 0~2세 사회성 발달 미달률	249
〈표 IV-4-24〉 사회경제적 위치에 따른 3~5세 인지 발달 미달률	251
〈표 IV-4-25〉 사회경제적 위치에 따른 3~5세 언어 발달 미달률	252
〈표 IV-4-26〉 사회경제적 위치에 따른 3~5세 사회성 발달 미달률	253
〈표 IV-4-27〉 사회경제적 위치에 따른 영양섭취부족아 분율	255
〈표 IV-4-28〉 사회경제적 위치에 따른 에너지·지방 과잉섭취아 분율	256
〈표 IV-4-29〉 사회경제적 위치에 따른 내재화 문제행동률	258
〈표 IV-4-30〉 사회경제적 위치에 따른 외현화 문제행동률	259
〈표 IV-4-31〉 사회경제적 위치에 따른 영유아 만성질환 유병률	261
〈표 IV-4-32〉 사회경제적 위치에 따른 영유아 활동제약률	262
〈표 IV-4-33〉 영유아 손상·중독으로 인한 응급실 이용률	263
〈표 IV-4-34〉 시도별 영유아 사망률	264
〈표 IV-4-35〉 성별 시도별 영유아 사망률	264
〈표 IV-4-36〉 성별 사망원인별 영유아 사망률	266
〈표 V-1- 1〉 응답자의 개인 및 가구 특성	273

〈표 V-1- 2〉 부모의 특성 및 주변 환경이 영유아의 건강에 미치는 영향에 대한 인식(요약)	274
〈표 V-1- 3〉 부모의 특성 및 주변 환경이 영유아의 건강에 미치는 영향에 대한 인식 평균(전체)	275
〈표 V-1- 4〉 부모의 경제력 및 사회적 지위와 영유아 건강과의 연관성 인식(요약)	276
〈표 V-1- 5〉 부모의 경제력 및 사회적 지위와 영유아 건강과의 연관성 인식 평균(전체)	276
〈표 V-1- 6〉 응답자의 건강권에 대한 인지도(요약)	277
〈표 V-1- 7〉 응답자의 건강권에 대한 인지도(전체)	278
〈표 V-1- 8〉 우리 사회의 영유아 및 아동의 건강권 보장 수준 인식	278
〈표 V-1- 9〉 영유아 및 아동의 건강권 보장의 장애 요인(1+2순위)(요약) ..	279
〈표 V-1-10〉 영유아 및 아동의 건강권 보장의 장애 요인(1+2순위)	280
〈표 V-1-11〉 응답자가 인식하는 영유아 자녀의 건강 수준 평균(전체)	281
〈표 V-1-12〉 응답자가 평가하는 자녀의 건강관리 잘 하는 정도	281
〈표 V-1-13〉 자녀의 건강에 대해 가장 걱정하는 부분(1+2순위)(요약)	282
〈표 V-1-14〉 자녀의 건강에 대해 가장 걱정하는 부분	283
〈표 V-1-15〉 자녀의 건강증진을 위한 행동 실천 정도 및 중요도 인식 평균(전체)	283
〈표 V-1-16〉 자녀의 건강증진을 위한 행동 실천 정도 평균(전체)	284
〈표 V-1-17〉 자녀의 건강증진을 위한 행동 중요도 인식 평균(전체)	285
〈표 V-1-18〉 자녀가 낮 동안 다니는 기관	286
〈표 V-1-19〉 자녀가 이용하는 기관의 등·하원 시각 및 일일 이용 시간	287
〈표 V-1-20〉 자녀를 돌봐주는 사람이나 돌봄을 위해 다니는 장소 (중복응답)	287
〈표 V-1-21〉 자녀가 기관에서 제공받는 식사 및 간식	287
〈표 V-1-22〉 자녀가 다니는 교육·보육기관의 건강증진 행동 만족도(요약) ..	288
〈표 V-1-23〉 응답자가 인식하는 본인의 건강 수준(전체)	288
〈표 V-1-24〉 응답자가 평가하는 본인의 건강관리 잘하는 정도	289
〈표 V-1-25〉 건강관리를 잘하고 있지 않다고 생각하는 이유	290
〈표 V-1-26〉 본인의 건강증진을 위한 행동 실천 정도(요약)	291
〈표 V-1-27〉 본인의 건강증진을 위한 행동 실천 정도(전체)	292
〈표 V-1-28〉 자녀의 건강 및 발달 관련 정보를 얻는 곳(중복응답)(전체)	293

〈표 V-1-29〉 영유아 건강관리 교육 경험 여부 및 교육을 받은 기관 (중복응답)	293
〈표 V-1-30〉 경험한 영유아 건강관리 교육의 세부내용(중복응답)(전체)	294
〈표 V-1-31〉 영유아 건강관리 교육에서 희망하는 정보(1+2순위)	295
〈표 V-1-32〉 영유아 건강관련 서비스에 대한 인지도 및 중요도(요약)	296
〈표 V-1-33〉 영유아 건강관련 서비스에 대한 이용 관심도(요약)	296
〈표 V-1-34〉 임신, 출산, 양육 관련 건강지원사업에 대한 인지도 및 중요도(요약)	297
〈표 V-1-35〉 부모가 희망하는 영유아 자녀의 건강관리 관련 서비스 (1+2순위)(요약)	298
〈표 V-1-36〉 부모가 희망하는 영유아 자녀의 건강관리 관련 서비스 (1+2순위)(전체)	298
〈표 V-1-37〉 부모가 희망하는 임신부 대상 건강관리 관련 서비스 (1+2순위)(요약)	299
〈표 V-1-38〉 부모가 희망하는 임신부 대상 건강관리 관련 서비스 (1+2순위)(전체)	299
〈표 V-1-39〉 건강관리 관련 기관 및 사이트에 대한 인지도 및 이용 경험(요약)	299
〈표 V-1-40〉 영유아·임산부 대상 건강지원사업의 향후 추진 방향에 대한 적절성 인식	300
〈표 V-1-41〉 영유아건강 지원사업의 신청 확대 방법에 대한 의견	301
〈표 V-2- 1〉 영유아 건강증진사업 담당자 심층면담 참석자	304
〈표 V-3- 1〉 발달과 건강에 영향을 미치는 영향요인 분석 변수구성	319
〈표 V-3- 2〉 0-2세 발달에 영향을 미치는 영향요인	321
〈표 V-3- 3〉 3-5세 발달에 영향을 미치는 영향요인	322
〈표 V-3- 4〉 건강에 영향을 미치는 영향요인	324
〈표 VI-1- 1〉 산모·영유아 건강관련 정책 정리	330
〈표 VI-1- 2〉 영유아 건강불평등 모니터링 대표지표	334
〈표 VI-1- 3〉 영유아 건강불평등 모니터링 최종지표에 따른 영향변수 정리 ..	336
〈표 VI-1- 4〉 영유아 건강불평등 모니터링 최종지표 중 지역격차 현황	337
〈표 VI-3- 1〉 HP2030 영유아 성과지표의 건강형평성 지표 제안	339
〈표 VI-3- 2〉 보편적 가정방문사업 실시에 대한 모자보건법 일부개정법률안 (백혜련의원 대표발의)	343



그림 목차

[그림 I-4-1] 영유아기 건강증진사업의 범위	29
[그림 I-4-2] 연구 추진 계획	30
[그림 II-2-1] 초기 아동발달의 통합환경평가모델 (The Total Environment Assessment Model of Early Child Development, TEAM-ECD)	39
[그림 II-2-2] WHO(2018) Components of Nurturing Care	40
[그림 II-2-3] 아동 건강의 사회적 결정요인	43
[그림 II-3-1] 건강불평등에 대한 대응 스펙트럼	55
[그림 II-3-2] 건강불평등 모니터링의 5단계 순환과정	56
[그림 II-3-3] 세계보건기구 사회적 건강 결정요인 위원회의 개념적 틀	59
[그림 II-4-1] 2022년 기준 OECD 영아사망률	60
[그림 II-4-2] 2020년 기준 저체중 출생아 비율	61
[그림 II-4-3] 2018년 또는 가장 최근 시점의 DPT 예방접종률 및 백일해 발병률	62
[그림 II-4-4] 홍역예방 접종률 및 홍역 발병률	62
[그림 II-4-5] 2005년 생후 3,4,6개월 완전 모유수유를 한 아동의 비율	63
[그림 II-4-6] OECD 0~5세 비의도적 사고 사망률	64
[그림 II-4-7] 연도별 출생아 수 및 영아사망률	65
[그림 II-4-8] 연도별 출생시 저체중 출생아 수 및 비율 추이	66
[그림 II-4-9] 연도별 영유아 수 및 영유아 손상 환자 수	66
[그림 II-4-10] 2019년도 영유아 비의도적 손상 원인 및 장소	67
[그림 II-4-11] 2019년도 영유아 생활안전사고 성별 비율 및 연령별 비율	67
[그림 II-4-12] 2019년도 영유아 사고 유형별 생활안전사고 건수	68
[그림 II-4-13] 연도별 영유아 건강검진 대상 및 수검률 추이(2015~2023)	69
[그림 II-4-14] 연도별 영유아 건강검진 발달평가결과 비율 추이 (2015~2023)	71
[그림 II-4-15] 연도별/신체별 영유아 검진 정밀평가 필요 인원 비율	72
[그림 II-4-16] 연도별 연령별 영유아 예방접종률	73
[그림 II-4-17] 1세 이상 점심 직후 치솔질 실천율 추이 및 생애주기별	

첫술질 실천율(2022)	73
[그림 II-4-18] 1세 이상 정기 구강검진 이용률 추이 및 생애주기별 구강검진 이용률(2022)	74
[그림 II-4-19] 1세 이상 예방 치과의료 이용률 추이 및 생애주기별 예방 치과 의료 이용률(2022)	74
[그림 II-4-20] 연령별 나트륨 섭취량	76
[그림 II-4-21] 나트륨 만성질환위험감소섭취량 이상 섭취자 분율	77
[그림 II-4-22] 계획 임신 여부	77
[그림 II-4-23] 임신 전 예방접종 여부	78
[그림 II-4-24] 산전 검사 여부 및 보건소 이용 여부	78
[그림 II-4-25] 임신 전 흡연 및 음주 여부	79
[그림 II-4-26] 연령별 임신 중 복용한 영양제	79
[그림 II-4-27] 임신 중 우울 정도	80
[그림 II-4-28] 지역별 0~5세 영유아 인구(2022년 기준)	80
[그림 II-4-29] 임신·출산 및 영유아 대상 의료 인력 분포	81
[그림 II-4-30] 임신·출산 및 영유아 의료기관 공급지 분포	82
[그림 II-4-31] 소아청소년과 및 응급 소아병동 접근성	82
[그림 III-1- 1] 제5차 국민건강증진종합계획 (Health Plan 2030, 2021~2030)	93
[그림 III-1- 2] 지역사회 통합건강증진사업 추진체계	98
[그림 III-1- 3] 유아흡연 위해 예방교육사업 추진체계	113
[그림 III-1- 4] 연령별 표준예방접종 일정표(2025)	115
[그림 III-1- 5] 임신부 등록 및 건강관리 서비스 흐름도	117
[그림 III-1- 6] 생애초기 건강관리사업 - 보편적, 선별적 지원	118
[그림 III-1- 7] 생애초기 건강관리 사업 지역별 현황	120
[그림 III-1- 8] 연령별 사례관리 대상자 비율(2024)	132
[그림 III-2- 1] 시·도 지역보건의료계획 분석틀	135
[그림 III-3- 1] 영국의 건강아동프로그램 (Healthy Child Programme; HCP) 요약	148
[그림 III-3- 2] 코벤트리 지역 가족 허브	153
[그림 III-3- 3] 런던 자치구별 IMD 1·2분위 거주 인구 비율	154
[그림 III-3- 4] 해크니 지역 다중박탈지수(IMD) 순위	155
[그림 III-3- 5] 해크니 지역 가족 허브	156

[그림 III-3- 6] 코벤트리시의 마뭇 운영위원회	161
[그림 III-3- 7] 호주의 국가적 예방 건강전략 (2021-2023)	170
[그림 III-3- 8] 2019 호주 아동 및 청소년의 건강을 위한 국가적 행동계획 (2020-2030)	173
[그림 IV-1- 1] 아동 웰빙 측정 프레임워크	182
[그림 IV-2- 1] 영유아 건강불평등 모니터링 지표개발 과정	197
[그림 IV-2- 2] 영유아 건강불평등 결정요인 모형	200
[그림 IV-4- 1] OECD 국가 출산휴가 및 육아휴직에 대한 출생아 1명당 공공지출액	216
[그림 IV-4- 2] 가구주 교육수준과 직업 및 가구 유형별 영유아 빈곤율	218
[그림 IV-4- 3] 부모의 교육수준 및 가구 유형별 영유아 결핍 경험을	221
[그림 IV-4- 4] 수급가구 여부 및 가구 유형별 영유아 주택 및 주거환경 박탈률	222
[그림 IV-4- 5] 가구 소득수준, 피해자 교육수준 및 직업별 5개 유형 가정폭력 발생률	223
[그림 IV-4- 6] 시도별 학대피해아동 발견율	225
[그림 IV-4- 7] 연령 및 수급가구 여부별 영유아 방치율	226
[그림 IV-4- 8] 연령 및 수급가구 여부별 영유아 방임율	228
[그림 IV-4- 9] 연령 및 수급가구 여부별 영유아 신체 학대율	229
[그림 IV-4-10] 연령 및 수급가구 여부별 영유아 정서 학대율	230
[그림 IV-4-11] 가구 소득수준 및 아버지·어머니 교육수준별 양육자-영유아 상호작용 행동 점수	231
[그림 IV-4-12] 가구 소득수준 및 교육수준과 직업별 산후우울감 경험을	233
[그림 IV-4-13] 연령, 수급가구 여부 및 가구 유형별 양육 스트레스 점수	235
[그림 IV-4-14] 연령, 수급가구 여부 및 가구 유형별 주양육자 우울 경험률	237
[그림 IV-4-15] 시도별 생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수	238
[그림 IV-4-16] 시도별 생애초기 건강관리사업 서비스 도달률	240
[그림 IV-4-17] 시도별 3세 유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률	241
[그림 IV-4-18] 시도별 영유아 건강검진율	243
[그림 IV-4-19] 연령, 수급가구 여부 및 아버지·어머니 교육수준별 영유아 건강검진율	243
[그림 IV-4-20] 지역 및 아버지·어머니 교육수준별 0~2세 인지 발달	

미달률	246
[그림 IV-4-21] 지역 및 아버지·어머니 교육수준별 0~2세 언어발달	
미달률	247
[그림 IV-4-22] 지역 및 아버지·어머니 교육수준별 0~2세 사회성 발달	
미달률	249
[그림 IV-4-23] 수급가구 여부 및 가구 유형별 3~5세 인지 발달 미달률	250
[그림 IV-4-24] 수급가구 여부 및 가구 유형별 3~5세 언어 발달 미달률	252
[그림 IV-4-25] 수급가구 여부 및 가구 유형별 3~5세 사회성 발달 미달률 ..	253
[그림 IV-4-26] 성별, 지역 및 가구 소득수준별 영양섭취부족아 분율	255
[그림 IV-4-27] 지역 및 가구 소득수준별 에너지·지방 과잉섭취아 분율	257
[그림 IV-4-28] 지역 및 가구 소득수준별 내재화 문제행동률	258
[그림 IV-4-29] 지역 및 가구 소득수준별 외현화 문제행동률	259
[그림 IV-4-30] 수급가구 여부별 영유아 만성질환 유병률	260
[그림 IV-4-31] 수급가구 여부 및 가구 유형별 영유아 활동제약률	261
[그림 IV-4-32] 시도별 영유아 사망률	263
[그림 VI-3- 1] 영유아 건강증진을 위한 정책기본방향과 세부 정책과제	338
[그림 VI-3- 2] 영유아기 불평등 지표 활용 절차	346
[그림 VI-3- 3] 영유아 건강관리에 대한 부모 역량강화를 위한 방안	349



부록 표 목차

〈부록표 Ⅲ-2-1〉 보건소 사업목록	381
〈부록표 Ⅲ-2-2〉 시·군·구별 영유아 사업 우수사례	383



1. 서론

가. 연구목적과 필요성

- 영유아기는 생애 전반의 건강의 기초가 형성되는 결정적인 시기이며, 유엔아동권리협약은 제 24조를 통해 모든 아동이 신체적, 정서적, 사회적 측면에서 도달 가능한 최상의 건강수준을 향유할 권리를 규정하고 있음.
- 건강형평성이란 모든 사람이 자신이 가진 최대한의 건강 잠재력을 실현할 공평할 기회를 가져야 하며, 누구도 이러한 잠재력을 달성하는 데 있어 불이익을 받아서는 안 된다는 것을 의미함.
- 정부는 국민건강증진종합계획의 수립을 통해 국민의 건강증진을 위한 정책방향을 제시하고 성과지표 모니터링을 통해 건강정책의 효과를 평가하고 있으나, 영유아 건강형평성 모니터링에 지표가 부족한 상황임.
- 생애 전반에 영유아 시기의 건강이 미치는 영향력이 크고, 조기 개입 및 조기 지원의 효과가 크기 때문에 영유아의 건강에 관심을 가질 필요가 있음.

나. 연구내용

- 문헌연구 및 2차자료 분석 등을 통해 영유아 건강증진의 중요성, 영유아 건강에 영향을 미치는 결정요인, 해외사례, 영유아 건강관련지표의 추이와 현황 등을 살펴보았음.
- 영유아 건강에 영향을 미치는 사회구조적 요인, 중개요인, 건강요인 등을 구분하여 영유아 건강불평등을 모니터링할 수 있는 지표를 개발하고, 대표지표에 대한 데이터분석을 통해 우리나라 영유아 건강불평등을 살펴보았음.
- 영유아 부모대상의 설문조사, 영유아 건강형평성 제고를 위한 사업담당자 대상 심층면담 등을 통하여, 영유아 건강증진 정책에 대한 수요자와 사업공급자의 의견을 반영함.
- 연구를 종합하여, 세대 전이에 따른 영유아 건강형평성 격차를 완화할 수 있는

건강증진 모형을 개발하고, 영유아 건강증진을 위한 정책 제안을 제시함.

다. 연구방법

□ 문헌연구

- 건강형평성의 정의, 생애관점의 영유아 건강의 중요성, 영유아기 건강에 미치는 결정요인, 중앙 정부 및 지자체 영유아 건강 지원사업 분석, 영국, 스웨덴, 호주 등의 해외의 영유아 건강형평성 정책 사례를 살펴봄.

□ 한국건강형평성학회와의 협동연구

- 영유아 건강불평등 모니터링 지표를 개발하고, 최종 대표지표에 대해 거주지역, 부모 소득, 교육수준 등의 건강불평등 주요 결정요인에 대해 건강불평등을 분석함.
- 지표개발 과정에서 문헌연구, 타당화 검토를 위한 델파이조사, 가용한 자료에 대한 데이터 분석을 통해 건강불평등 분석을 실시함.

□ 0-5세 자녀를 둔 부모 대상 설문조사

- 자녀 연령 0-2세 700명, 자녀 연령 3-5세 700명을 대상으로 총 1,400명의 부모를 대상으로 조사를 실시하였음.

□ 영유아 대상 건강증진 정책 사업 담당자 심층 면담

- 생애초기 건강관리사업, 영양플러스, 드림스타트 사업담당자 심층 면담을 통해 건강증진 정책 사업 실무에서의 어려움 및 개선 방안을 파악하였음.

□ 전문가 자문회의 및 정책실무협의회, 11월 28일 학술대회에서 한국건강형평성학회-육아정책연구소 공동세션으로 연구내용 공유를 진행함.

□ 영유아 건강 발달의 결과 요인과 중개요인과의 관계 분석

라. 용어 정리 및 연구 범위

□ 건강형평성 및 건강불평등에 대한 용어 정리

□ 연구의 범위 및 연구 추진 계획

- 영유아기는 0-5세 미취학 영유아로 정의함.

2. 이론적 배경

가. 건강형평성 관련 선행연구

- 건강형평성에 영향을 주는 요인, 영유아기 건강형평성 관련 정책연구 등을 살펴봄.

나. 영유아기 건강형평성 및 관련 선행연구

- 생애 관점의 영유아 건강 및 발달의 중요성, 영유아기 건강형평성 제고 필요, 영유아 건강 및 발달 관련 이론적 모형 등을 살펴봄.
 - WHO(2018) 돌봄 양육의 주요 구성요소로 건강, 충분한 영양, 반응적 돌봄, 보호와 안전, 생애초기 학습을 위한 기회를 제시함.
- 영유아기 건강형평성에 영향을 주는 요인을 파악하기 위해서는 아동 건강에 영향을 미치는 사회적 결정요인의 파악이 필요함.
 - 영유아기 건강형평성에는 다양한 영향을 주는 요인으로 사회경제적, 문화적, 환경적 요인, 지역사회 요인, 가족 및 부모 요인, 양육자 관리 행동에 따른 영유아 건강 관련 행동 등이 있음.

다. 영유아기 건강불평등 모니터링

- 영유아기 건강불평등 모니터링, 건강불평등 모니터링 과정, 영유아기 건강불평등 모니터링 개념적 틀을 설명함.
 - 선행연구 및 기존 지표에서 선별하고, 자문회의 및 연구진 회의 등을 거쳐 다음의 공통영역인 육아가구 삶의 질 측정 요소를 도출함.

라. 영유아기 건강 관련 주요현황

- 영유아기 건강과 관련 주요 국제적 지표로 사용되는 OECD 영아사망률, 저체중 출생아 비율, 예방접종률, 모유수유율, 비의도적 사고 사망률 등을 살펴봄.
- 영유아 건강에 영향을 줄 수 있는 산모 요인으로 계획임신 여부 및 임신 전 예방접종 여부 등의 임신 전 산모 건강행동, 임신 중 복용한 영양제, 임신 중 우울정도 등의 임신 중 산모 건강요인, 영유아 의료인프라 지역 격차를 살펴봄.

3. 국내·외 영유아 건강증진 정책 분석

가. 중앙정부 산모·영유아 대상 건강지원 정책

- 영유아 건강증진 사업은 「모자보건법」과 「국민건강증진법」에서는 영유아기 건강관리의 기본 방향을 제시하고 있으며, 개별 사업의 성격에 따라 「감염병예방법», 「국민건강보험법», 「장애인복지법」 등 관련 법령이 함께 적용됨.
 - 5차 국민건강증진종합계획(HP 2030)은 건강수명 연장, 건강형평성 제고라는 두 가지 총괄목표 아래 28개 영역 400개 성과지표를 선정함.
 - HP2030에서는 영유아 건강과 발달지원을 위해 고위험 산모·신생아 의료체계개선, 모유수유 및 산모 지원, 영유아 건강검진 및 발달지원강화를 제시함.
- 산모·영유아 대상 건강증진사업으로는 보건소 중심으로 영양 사업, 비만 예방관리, 아토피천식 예방관리, 구강보건사업, 여성어린이특화사업, 유아 흡연위해 예방사업 등이 진행되고 있음.
 - 산모·영유아 대상 건강증진 사업 중 대표적 건강형평성 제고를 위한 정책으로 경제적 취약계층을 대상으로 영양이 부족한 산모 및 영유아 대상으로 식재료를 제공하는 영양플러스 사업 등이 있음.
- 산모·영유아 대상 모자보건사업으로는 어린이 국가 예방접종, 영유아 건강검진, 생애초기 건강관리사업, 저소득층 기저귀·조제분유 지원, 산모·신생아 건강관리 지원, 의료급여 수급권자 영유아 건강검진비 지원, 영유아 사전예방적 건강관리, 취학 전 아동 실명 예방사업 등이 있음.
 - 산모·영유아 대상 모자보건사업 중 대표적 모자보건사업으로 모든 가정에 방문하여 산모의 신체, 정신적 건강 및 신생아건강관리, 또한 양육관련 정보 및 상담을 제공하는 생애초기건강관리사업 등이 있음.

〈요약표1〉 산모·영유아 건강관련 정책 정리

영역	사업명	세부사업	구분
건강증진사업	영양 사업	- 영양플러스 사업	추가지원
		- 임신부·영유아 영양 관리사업	보편·추가지원
		- 어린이집·유치원 기반 영양 관리사업	보편·추가지원
	비만 예방관리	- 다문화가족 영양 관리사업	보편·추가지원
		- 비만 고위험군 선별 - 가족 식생활 지도, 아동 대상 운동 지도	보편·추가지원

영역	사업명	세부사업	구분
	아토피·천식 예방관리	- 흡입기 사용 교육, 보호자·교사 대상 증상 관리 교육, 안심학교 운영	전문지원
	구강보건사업	- 어린이집·유치원 대상 구강보건교육 - 영유아 건강검진 시 구강보건 지도 - 올바른 칫솔질 교육 및 불소 도포	보편지원
	여성·어린이 특화사업	- 임신부 등록 관리 - 산모 건강관리/엽산제 지원 - 산후우울증 관리 - 보건소 모유수유클리닉 운영	보편지원
	유아 흡연위해 예방사업		보편지원
모자보건 사업	어린이 국가 예방접종 지원사업		보편지원
	영유아 건강검진 사업		보편지원
	생애초기 건강관리 사업		보편·추가지원
	저소득층 기저귀·조제분유 지원사업		추가지원
	산모·신생아 건강관리 지원사업		추가지원
	의료급여 수급권자 영유아 건강검진비 지원사업		추가지원
	영유아 사전 예방적 건강관리	- 선천성 대사 이상검사 및 환아 관리 지원 - 선천성 난청검사 및 보청기 지원 - 미숙아 및 선천성 이상이 의료비 지원	전문지원
	취학 전 아동 실명 예방사업		전문지원

□ 건강형평성 측면에서 모든 대상에게 보편적으로 지원하면서, 건강취약계층에게 추가적인 지원을 제공하는 보편비례적인 정책을 제공할 필요가 있음.

- 우리나라의 경우 다양한 원인의 건강취약계층이 모두 포함될 수 있고, 누구나 기초적인 건강을 유지할 수 있도록 보편적 지원을 제공하고 있으며, 어린이 국가예방접종, 영유아 건강검진사업, 구강보건사업 등이 이에 해당함.
- 경제적 취약계층 지원을 위한 드림스타트 사업을 통해 건강취약사례를 파악할 수 있고, 해당 가정의 영유아 건강지원과 연계하여 지원할 필요가 있음.

나. 지방정부 영유아 대상 건강지원 분석 (시·도/ 시·군·구)

□ 본 연구에서는 지방정부(시·도 및 시·군·구 지방자체단체)의 지역보건의료계획서 분석을 통해 영유아 대상 건강 정책 사업 수행현황을 파악하였음.

□ 17개 시·도에서 영유아 대상으로 수행하고 있는 사업은 총 126개로, 사업유형별로 비율을 분석하면 건강증진서비스가 36.5%, 환경·인프라 조성 28.6%, 의료·검진서비스가 19.8%, 재정지원이 14.3%를 차지함.

- 또한 건강증진 사업 주제분야별로 분류하면 검진·예방 31.7%, 분만/출산

29.4%, 건강관리 18.3%, 응급·진료체계 16.7%, 재활분야 4.0% 순임.

□ 226개 시·군·구에서 제출한 지역보건의료계획서를 바탕으로 보건소 단위에서 수행되고 있는 사업은 56개로 비만예방관리사업, 구강건강증진사업 등 그 중 20개의 사업을 영유아가 대상에 포함되거나 영유아 대상 사업으로 분류함.

- 또한 대구광역시 동구의 조부모 대상 부모교육, 광주광역시의 남구 약물남용 예방 교육 등 지자체마다의 영유아 대상 건강증진 특색사업을 제시하였음.

다. 건강형평성을 고려한 영유아 건강정책 해외사례

□ 영국은 세계보건기구(WHO) 산하 ‘사회적 건강 결정요인에 관한 위원회’의 위원장이었던 마이클 마렛이 발표한 ‘8가지의 마못 원칙(Marmot et al., 2010)을 중심으로 건강형평성 정책을 시행하고 있음.

- 각 지방정부에서도 건강형평성 제고를 위한 정책들을 시행하고 있음. 특히, 코벤트리시는 마못 원칙을 수행하는 마못플레이스를 첫 번째로 수행한 지역으로 지방정부의 건강형평성 제고 노력이 실질적 효과로 나타나는 사례를 제공함.

- 특히 영유아 대상의 건강형평성 정책으로는 2021년 발표한 생애최고의 출발(The best start for life)이라는 생애초기 지원 프로그램을 통하여, 가족허브(family hubs)를 중심으로 한 모든 영유아와 가족을 지원하면서도, 지역적으로 취약한 지역에, 경제적으로 취약한 가족에게 더욱 지원되도록 하고 있음.

□ 스웨덴은 1997년 국가공중보건위원회(National Public Health Committee)를 설립하여 건강형평성을 중심에 둔 공중보건 정책 수립을 추진함.

- ‘형평성 관점에서의 건강-국가공중보건목표(Health on Equal Terms-National Public Health Objectives)’를 통해 건강 결정요인과 보건 인프라 확보에 중점을 둔 정책 목표를 제시하고 있음.

□ 호주는 예방건강정책 중심의 건강정책을 펼치고 있음.

- ‘임신부터 5세까지 인생에서 최고의 출발을 한다’ 및 ‘지역사회에서 건강악화의 사회적 결정요인을 해결을 위해 협력한다’ 등 영유아시기부터의 건강과 건강형평성 개념을 기본으로 한 정책을 진행중임.

- 또한 2019년 발표한 호주 아동 및 건강을 위한 국가적 행동계획을 바탕으로, 생애주기적 접근에 기반한 건강형평성, 비례적 보편주의 등을 강조함.

4. 영유아기 건강불평등 모니터링 지표개발

가. 영유아기 건강불평등 모니터링 이론적 배경

- 영유아기 건강불평등 모니터링 지표는 아동이 가족, 이웃, 국가 등 다양한 층위의 환경에 영향을 받는다는 아동발달의 생태학적 이론에 근거함.
- WHO, OECD 및 캐나다, 영국, 미국, 호주 등 해외의 건강불평등 모니터링 지표를 검토함.

나. 영유아 건강불평등 모니터링 지표개발 과정

- Solar & Irwin (2010)의 사회적 결정요인 위원회의 개념적 틀을 바탕으로 영유아 건강불평등 결정요인모형을 도출함.
 - 사회경제적 맥락, 정치적 맥락을 고려하고 가구/개인의 사회경제적 위치, 임신양육환경, 태아, 영유아가 매일 겪는 경험의 질 등을 고려하여 영유아 발달 및 건강불평등에 영향을 미치는 요인을 포함함.
- 아동발달 이론 및 생태학적 이론에 근거하여 영유아에게 영향을 미치는 모든 환경을 고려하여, WHO, OECD 및 캐나다, 영국, 미국, 호주 등 해외의 건강불평등 모니터링 지표를 바탕으로 지표를 수집함.
 - 3개의 대분류, 12개의 중분류, 38개의 소분류, 73개의 세분류, 195개의 지표를 도출함.

다. 델파이 조사를 통한 영유아 건강불평등 모니터링 지표 타당화

- 2차례의 전문가 델파이 조사를 통해 주요 세분류를 선정하고 중요성에 대한 평가를 하여 합의도의 분포도를 파악하여 최종 대표지표를 선정함.
 - 아동학 관련 11명, 보건학 관련 10명으로 구성되었고 그 중 대학교 교수 13명, 정부 또는 공공기관 근무자 7명, 민간기관 근무자 1명이 포함됨.
- 1차 델파이 조사를 통해 세분류 수준에 대한 중요도, 대표 세분류에 대한 의견 추가될 지표 등을 수집함.
 - 그 결과 3개 대분류, 10개 중분류, 38개의 소분류, 77개의 세분류, 총 209개 지표가 도출됨.

□ 2차 델파이 조사를 통해 1차 델파이 조사에서 선정된 세분류, 선택이나 탈락 결정이 보류된 세분류, 새로 추가된 세분류에 속한 지표에 대해 중요도를 리커트 척도 7점으로 질문함.

- 세분류에 대한 중요도에 대한 합의도를 고려하여 최종지표를 도출함.
- 최종적으로 영유아 건강불평등 모니터링 대표지표 초안은 27개의 세분류이며, 사회구조요인 2개, 중개요인 16개, 발달과 건강 9개로 구성됨.

□ 최종대표 초안 중 ‘임신초기 약물 오남용 비율’은 분석가능한 데이터가 없어 최종지표 산출에서는 제외되었음.

- 최종대표지표와 분석 자료 출처는 다음과 같음.

〈요약표2〉 영유아 건강불평등 모니터링 최종 대표지표와 분석 자료

대분류	지표 번호	지표	분석 자료 (출처 연도)
사회 구조요인	1-1	출산휴가 및 육아휴직 소득지급률	OECD 통계 (2019, 2024) ¹⁾
	1-2	영유아 빈곤율	가계금융복지조사 (2023) ²⁾
중개 요인	2-1	영유아 결핍 경험률	아동종합실태조사 (2023) ³⁾
	2-2	영유아 주택 및 주거환경 박탈률	아동종합실태조사 (2023) ³⁾
	2-3	가정폭력 발생률 및 신고율	가정폭력실태조사 (2022) ⁴⁾
	2-4	학대피해아동 발견율	아동학대주요통계 (2023) ⁵⁾
	2-5	영유아 방치, 방임 및 신체·정서 학대율	아동종합실태조사 (2023) ³⁾
	2-6	양육자-영유아 상호작용 행동 점수	한국 영유아 교육·보육패널 (2023) ⁶⁾
	2-7	임신 중 흡연율	아동종합실태조사 (2023) ³⁾
	2-8	임신 중 음주율	아동종합실태조사 (2023) ³⁾
	2-9	산후우울감 경험률	산후조리실태조사 (2021) ⁷⁾
	2-10	양육 스트레스 점수	아동종합실태조사 (2023) ³⁾
	2-11	주양육자 우울 경험률	아동종합실태조사 (2023) ³⁾
	2-12	생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수	내부 자료 (2024)
	2-13	생애초기 건강관리사업 서비스 도달률	내부 자료 (2024)
	2-14	영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률	전국 어린이 예방접종률 현황 (2024) ⁸⁾
	2-15	영유아 건강검진율	아동종합실태조사 (2023) ³⁾
발달과 건강	3-1	0~2세 인지·언어·사회성 발달 미달률	아동종합실태조사 (2023) ³⁾
	3-2	3~5세 인지·언어·사회성 발달 미달률	아동종합실태조사 (2023) ³⁾
	3-3	영양섭취부족자 비율	국민건강영양조사 (2019~2023) ⁹⁾
	3-4	에너지·지방 과잉섭취자 비율	국민건강영양조사 (2019~2023) ⁹⁾
	3-5	내재화·외현화 문제행동률	한국 영유아 교육·보육패널 (2023) ⁶⁾
	3-6	영유아 만성질환 유병률	아동종합실태조사 (2023) ³⁾
	3-7	영유아 활동제약률	아동종합실태조사 (2023) ³⁾
	3-8	손상·중독으로 인한 응급실 이용률	아동종합실태조사 (2023) ³⁾
	3-9	영유아 사망률	사망원인통계 (2021~2023) ¹⁰⁾

주: 1) OECD Family Database (2025). <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-family-database.html> (인출일: 2025. 8. 10.)

- 2) 가계금융복지조사 https://www.kostat.go.kr/board.es?mid=a10301040300&bid=215&act=view&list_no=428364(인출일: 2025. 8. 10.)
- 3) 아동종합실태조사 https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483032&tag=&nPage=1(인출일: 2025. 8. 10.)
- 4) 가정폭력실태조사 <https://www.data.go.kr/data/3072073/fileData.do>(인출일: 2025. 8. 10.)
- 5) 아동학대주요통계 https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10107010000&bid=0040&act=view&list_no=1484071&tag=&cg_code=&list_depth=1(인출일: 2025. 8. 10.)
- 6) 한국 영유아 교육·보육패널 https://panel.kicce.re.kr/kececp/module/rawDataManage/index.do?menu_idx=52(인출일: 2025. 8. 10.)
- 7) 산후조리실태조사 https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&tag=&act=view&list_no=369936(인출일: 2025. 8. 10.)
- 8) 전국 어린이 예방접종률 현황 <https://nip.kdca.go.kr/irhp/infrm/goNatnVcntStatView.do>(인출일: 2025. 8. 10.)
- 9) 국민건강영양조사 <https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/rawDataDwnld/rawDataDwnld.do>(인출일: 2025. 8. 10.)
- 10) 사망원인통계 https://mods.go.kr/statDesc.es?act=view&mid=a10501010000&sttr_cd=S004001(인출일: 2025. 8. 10.)

라. 영유아기 건강불평등 모니터링 지표를 통한 건강불평등 분석

□ 사회구조적요인으로 출산휴가/육아휴직의 소득지급률, 영유아 빈곤율을 살펴봄.

- 소득지급률은 국가별 지표로 영유아 빈곤율은 가구주교육수준, 직업, 한부모 여부에 따른 차이가 있었음.

□ 영유아 건강의 중개요인으로 선택된 지표는 영유아 결핍 경험률 등 환경적 요인, 영유아 방치 등 학대율, 양육자-영유아 상호작용 행동점수, 산모의 임신 중 흡연률 및 양육 스트레스 등 부모 관련 요인, 생애초기 건강관리사업 전담 인력수 등 지방정부 지원인프라 관련 요인 등이 포함됨.

- 영유아 결핍 경험률은 부모 교육수준, 한부모여부 등에 따라 차이가 있었으며, 영유아 주택 및 주거환경 박탈률, 영유아 정서학대율, 양육스트레스, 주양육자 우울 경험률, 영유아 검진율 등은 수급여부 즉 가구소득에 영향을 받음.
- 학대피해아동 발견율, 생애초기 건강관리사업 인력수 및 서비스 도달률, 영유아 필수 예방접종 접종률, 영유아 건강검진율 등엔 지역 간 차이가 있었음.
- 가정폭력 발생률 및 신고율, 임신 중 흡연율, 음주율 등은 사례수 부족으로 결과도출이 불가하였음.

□ 최종지표의 영유아 발달과 건강요인으로 영유아 발달, 영양섭취, 문제행동, 만성질환, 활동제약률, 및 영유아 사망률 등이 선택되고 분석하였음.

- 0-2세 인지·언어·사회성 발달 미달률은 농어촌 거주 여부 및 부모 교육수준

이 영향을 주었으나, 3-5세 인지·언어·사회성 발달 미달률은 인지의 경우 수급여부 및 한부모여부, 언어는 모 교육수준이 영향을 주는 것으로 연령에 따라 발달에 미치는 요인이 달라짐.

- 영양섭취 부족아 분율, 과잉섭취자 분율은 소득분위가 낮을수록 높았고, 문제행동인 내재화·외현화 문제행동률도 소득수준이 낮을 경우 높게 나타남.
- 영유아 만성질환 유병률, 영유아 활동제약률 등도 수급여부에 따라 차이가 나타났으며, 영유아 사망률은 지역격차가 나타나 지역인프라의 영향이 있음.

□ 사회구조적 요인인 영유아 빈곤율은 사회결정요인으로 주목할 필요가 있고, 중개요인의 경우 부모의 영향으로 인한 요인에 주목하고 영유아 건강에 영향을 주는 요인으로 인식할 필요가 있으며, 영유아 발달과 건강관련 결과요인의 경우 가구소득에 따라 차이가 나타나는 경우가 많아 지원이 필요함.

5. 영유아기 건강 관련 현황 및 요구분석

가. 정책수요자 대상 영유아 건강 관련 현황 및 요구분석

□ 영유아 부모 1,400명을 대상으로 영유아 건강형평성 관련 인식 및 영유아 건강증진을 위한 노력 및 정보습득경로 등을 알아보기 위해 조사를 실시함.

□ 영유아 부모의 영유아 건강형평성에 대한 인식을 살펴봄.

- 소득이 높을수록, 교육수준이 높을수록 부모의 사회경제적 위치와 영유아의 건강에 미치는 영향이 크다고 인식함.
- 대부분 영유아 건강권과 부모의 책임에 대해 높은 수준에서 인식하고 있음.

□ 영유아 건강상태에 대해 교육수준, 가구수준이 높을수록 영유아 자녀의 전반적 건강, 신체적 건강, 정신적 건강에 대해 높게 평가하였음.

- 자녀의 건강에 대한 걱정으로는 과한 미디어노출, 편식, 잦은 병치레 등에 대한 걱정이 높았음.
- 자녀의 건강증진을 위한 노력 중 중요도 대비 실천정도가 낮은 것으로는 미디어 노출 제한, 영유아 건강관련 부모교육 참여 및 지원, 정보탐색, 정신건강 및 스트레스 해소 노력 등이 높게 나타남.

나. 영유아 건강관련 사업담당자 대상 심층면담 분석

- 생애초기 건강관리사업은 서울아기첫걸음 사업으로 시작해 현재 전국사업으로 확대되었고, 간호사와 사회복지사가 출산한 임산부에게 양육코칭, 영아의 건강관리를 위해 가정방문을 하는 사업임.
 - 국비, 도비, 지자체가 예산을 매칭하여 지원하는 사업으로 현재 총 80여개 시군구에서만 시행하고 있다는 한계가 있지만, 기본지원은 보편적 사업으로 시행이 되고 있는 지자체에서는 누구나 지원가능하고, 산모의 우울, 저소득, 양육에 취약할 수 있는 가족력 등 위험요인 점수에 따라 지속관리 대상이 되어 2년까지 지원을 받을 수 있음.
 - 가정방문 간호사, 사회복지사의 전문적 역량이 필요한 사업인 만큼 양성과정이 길고 체계적이며, 채용 후 교육이 가능하며, 휴직 등 결원이 생겼을 경우 충원이 쉽지 않고, 지자체의 예산상황에 따라 사회복지사가 없는 경우도 많아, 지자체의 인식변화와 지원이 필요한 상황임.
- 영양플러스 사업의 경우 국비, 도비, 군비의 매칭으로 이루어지는 사업으로, 지자체마다 영유아 수, 대상자 수 등에 따라 예산 상황이 다름.
 - 대기가 많고 대상자가 많은 지역의 경우 예산부족현상이 있으며, 소득조건을 더 낮춰서 지원하는 등의 어려움이 있음.
 - 대상자선정을 건강보험료 기준으로 하여 고소득가구가 육아휴직을 할 경우 건강보험료가 0원이 되어 대상이 되는 등의 문제가 있어 보완이 필요함.
- 드림스타트는 12세 이하의 취약계층 아동 대상으로 지원하는 사업으로, 2024년 기준 영유아의 비율 3.3%, 유아 17.5%로 20%정도로 적은 편임.
 - 하지만 취약계층 지원에서 영유아시기의 발달과 건강에 대한 지원의 중요성을 고려할 때, 대상 발굴 방법 등에서 임산부 및 영유아시기 지원에 대한 고민이 필요함.

다. 영유아 발달 및 건강요인에 미치는 영향요인 분석

- 2023년 아동종합실태조사 데이터를 활용하여, 영유아 발달요인에 미치는 영향요인을 분석함.
 - 0-2세 발달에 영향을 미치는 요인으로서는 양육스트레스가 낮을수록 인지·언어·사회성발달 정도가 높았고, 훈육방식 중 신체적 체벌을 많이 하지 않을수

록 0-2세 인지발달에 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타남.

- 3-5세 발달에 영향을 미치는 요인으로는 부모의 교육수준, 직업유무, 양육스트레스 등이 영향을 미쳤음.

□ 2023년 아동종합실태조사 데이터를 활용하여, 영유아 건강요인에 미치는 영향요인을 분석함.

- 주관적 아동건강상태에는 지역규모, 부모 교육수준, 소득수준, 보호자 우울, 부모효능감, 양육스트레스, 훈육방식, TV 시청 수준이 영향을 미쳤음.
- 건강검진 정도에는 부모 교육수준, 소득수준, 양육스트레스, 훈육방식이 영향을 미침.
- 치과검진 여부에는 부모 교육수준, 소득수준, 부모효능감, 양육스트레스, 훈육방식 등이 영향을 미침.

□ 영유아 발달 및 건강요인에 미치는 부모요인을 종합해보았을 때, 소득, 교육수준 등에 따른 영향도 있었지만, 부모의 양육스트레스는 모든 영유아의 발달 및 건강요인에 영향을 주고 있음.

- 부모의 세심한 관찰과 반응, 보호 등이 필요한 영유아의 건강에는 양육스트레스를 비롯한 부모의 심리적 요인에 대한 관리가 필요함.

6. 영유아 건강형평성 제고를 위한 정책방안

가. 주요 결과 요약

□ 본 연구에서 영유아 부모 대상 조사를 통해 산모·영유아 건강지원 정책 및 한국영유아의 건강현황을 살펴보고, 주요 영유아 건강형평성 사업의 담당자 면담을 통해 사업의 현재 운영상황과 어려움 등을 파악하였음.

□ 건강형평성 학회와의 협동연구로 영유아 건강불평등 모니터링 지표개발을 진행하고, 영유아 건강불평등 모니터링 최종대표지표에 대한 영유아 건강불평등 분석을 실시함.

나. 영유아 건강증진 정책방향

□ 본 연구에서 종합적으로 도출한 영유아 건강증진 정책방향은 다음과 같음.

- 기본방향 1: 건강형평성 정책실현을 위한 영유아시기 건강중요성 인식 제고
- 기본방향 2: 보편비례적 서비스 접근성 강화
- 기본방향 3: 영유아 건강불평등 모니터링 체계 마련
- 기본방향 4: 영유아 자녀의 건강요인 결정자로서의 부모역량 강화

다. 세부 정책과제 제안

□ 본 연구에서 제시하는 기본방향에 따른 세부 정책과제는 다음과 같음.

[요약그림1] 영유아 건강증진을 위한 정책기본방향과 세부 정책과제

기본 방향	세부 정책과제
기본방향 1. 건강형평성 정책실현을 위한 영유아 건강형평성 인식 제고	세부과제 1-1. 증거기반 데이터 제공을 통한 영유아 건강형평성 사회적 인식 제고 세부과제 1-2. 국민건강증진계획 2030 에서의 영유아 건강 지표 개선
기본방향 2. 보편비례적 서비스 접근성 강화	세부과제 2-1. 임신·출산부터 이어지는 보편적 서비스 기초 전달체계마련(신청주의 제도개선) 세부과제 2-2. 기존 영유아 대상 건강사업을 활용한 보편비례적 서비스 활성화 방안
기본방향 3. 영유아 건강불평등 모니터링 체계 마련	세부과제 3-1. 한국형 영유아기 건강불평등 모니터링 지표 활용 세부과제 3-2. 국가주도 데이터 활용을 위한 단기적, 중장기적 로드맵 제시
기본방향 4. 영유아 자녀의 건강요인 결정자로서의 부모역량 강화	세부과제 4-1. 부모 역량강화를 위한 영유아 건강관리 부모교육 제공 세부과제 4-2. 부모 정보격차 완화를 위한 건강정보제공체계 마련

I

서론

- 01 연구목적과 필요성
- 02 연구내용
- 03 연구방법
- 04 용어 정리 및 연구 범위

I. 서론

1. 연구목적과 필요성

영유아기는 생애 전반의 건강의 기초가 형성되는 결정적인 시기이다. 유엔아동권리협약은 제 24조를 통해 모든 아동이 신체적, 정서적, 사회적 측면에서 도달 가능한 최상의 건강수준을 향유할 권리를 규정하고 있고, 유엔아동권리협약 일반논평 7호 유아기에서의 아동권리의 이행(아동권리위원회, 2005)에서는 아동의 건강권, 발달의 권리를 복지 차원이 아닌 아동의 고유한 권리로 선언하고, 국가는 이 권리를 위해 노력을 할 의무가 있음을 강조한다. 영유아가 부모의 책임 하에 건강하고 안전한 환경을 제공받고, 교육과 놀이에 대한 권리를 이행해야 하며, 특히 영유아 시기부터의 양질의 영양공급과 질병 예방을 위한 건강한 생활양식을 증진하는 활동 등을 제공받아야 한다. 그러나 영유아 건강은 가정의 경제적 수준, 거주 지역, 사회적 환경 등 다양한 요인에 따라 여전히 불평등하게 나타나고(초록우산, 2022. 12. 5.), 실제로 소득 수준이 낮거나 의료접근성이 떨어지는 지역의 경우 신체활동 실천율, 비만율과 건강문제 발생 위험이 높고, 의료서비스를 적절한 시기에 받지 못하는 사례가 빈번하여, 영유아기의 건강형평성을 높이는 것은 아동권리 실현임을 시사한다. 실제 아동의 건강불평등 통계를 살펴보면(정연 외, 2020), 가구소득이 낮을수록 주관적 건강 인식과 신체활동 실천율은 낮고 비만율은 높은 경향이 나타났으며, 거주 지역에 따라 읍면지역의 경우 대도시보다 의료접근성과 의료서비스에도 차이가 나타났다. 이러한 가구소득 수준 및 지역에 따른 건강불평등은 특히 영유아시기에 중요한 양육자의 양육방식 및 건강 태도 등을 비롯하여 다양한 요소들에 의해 영향을 받고 있다. 따라서 영유아시기에 일어나는 건강불평등 요소에 대해 파악하고, 측정 가능한 모니터링을 통해 관리하는 체제가 필요한 시점이다.

건강형평성이란 모든 사람이 자신이 가진 최대한의 건강 잠재력을 실현할 공평할 기회를 가져야 하며, 누구도 이러한 잠재력을 달성하는 데 있어 불이익을 받아서는 안 된다는 것을 의미한다(Whitehead, 1991,1992). 하지만 실제로는 개인의

노력으로는 피할 수 없는 사회구조적인 요인으로 인한 사회적, 경제적, 지리적으로 구분된 집단 사이에 건강상 차이가 나타나기도 하며, 이를 건강불평등이라고 한다 (Macinko & Starfield, 2002: 1). 즉, 건강불평등은 공정하지 못한 불공정이나 부당함에서 비롯된 ‘피할 수 있는’ 불평등이 아닌, 체계적이고 구조적으로 나타나는 ‘피할 수 없는’ 차이를 뜻하며(Whitehead, 1998), 고소득 가구와 저소득 가구 사이의 평균수명의 차이, 저학력과 고학력 사이의 저체중 출산 확률 등이 그 예시가 될 것이다(김창엽, 2016: 257).

정부는 국민건강증진법 제 4조에 따라 국민건강증진종합계획의 수립을 주기적으로 수립하고 있고, 이를 통해 국민의 건강증진을 위한 정책방향을 제시하고 성과지표 모니터링을 통해 건강정책의 효과를 평가하고 있다. 2006년 HP2010(Health Plan 2010) 2차 계획부터 건강형평성 제고를 국민건강증진종합계획의 목표의 하나로 제시하고 있으며, HP2030(Health Plan 2030)에서는 성별, 계층, 지역 간 건강형평성 확보 등 보다 구체적인 건강형평성 목표를 가지고, 지속적으로 성과지표 선정 및 모니터링을 진행해왔다.

2025년 출범한 이재명정부에서도 지역기반의 건강증진을 강화하고 소아비만 등에 대한 국가적 관리체계 구축 및 지역주민 건강에 대한 지자체 역할을 강화하여, 지역보건의료기관 개편을 통한 건강관리서비스 활성화를 제안하고 있다(국정기획위원회, 2025: 130). 또한 학교급식 위생 영양관리 강화 및 조리환경 개선 등을 제안하여 영양, 비만 등 영유아시기부터 나타날 수 있는 건강불평등 해소를 통한 건강증진이 이루어져야 함을 강조하고 있다(국정기획위원회, 2025: 151).

건강증진영역뿐만 아니라 계속되는 저출생 추세와 맞물려 이에 대한 대응으로서의 건강하고 안전한 임신·출산·육아를 지원하기 위한 환경조성에 대한 노력도 지속되고 있다(국정기획위원회, 2025: 214). 이에 따라 생애초기 건강 지원과 모자 보건사업 등의 임신부·영유아 대상 건강관리 사업 확대가 이루어지고 있고(국정기획위원회, 2025: 214), 2024년 저출생 대응으로 보건소를 중심으로 임신부, 가임기 여성, 영유아 건강을 지원하는 등 지자체 차원의 산모 영유아 대상 건강관리 지원이 증가하고 있다¹⁾.

1) 웰페어뉴스(2024.1.3.). 경기도, 모자보건사업 1,161억 원 편성...“저출생 대응” (인출일: 2025. 3. 2.)
<https://www.welfarenews.net/news/articleView.html?idxno=97405>

만 2세 이전에 간호사, 한의사, 조산사, 간호사 등 모자보건 전문가가 가정을 방문하여 건강상담, 심리·사회적 지지를 제공하는 생애초기 건강관리지원사업은 현재 전국의 68개의 지자체에서(2024년 12월 기준) 시행 중이며, 신청하면 누구나 받을 수 있고, 산모 우울 등 위험요인으로 인한 추가지원이 필요할 경우 선별적인 지원을 추가로 지원하는 비례적 보편주의의 대표적인 사업이다. 2025년 6월 백혜련 의원 대표발의로 모자보건법과 아동복지법의 일부개정법률안으로 발의되었다. 국가와 지방자치단체가 모든 임신부·영유아에 대하여 가정방문사업을 실시하도록 하여, 필요성과 정보를 스스로 인지하지 못해 신청하지 못하는 취약대상까지 서비스를 받을 수 있게 하여 생애초기 건강불평등을 개선하려는 노력이 진행 중이다.

앞서 언급한 HP2030에서는 건강형평성 모니터링 지표를 통해 달성 여부를 제시하였는데, 전체 15개 영역(금연, 절주, 신체활동, 영양, 암, 건강검진, 심뇌혈관, 비만, 정신보건, 구강보건, 결핵, 손상 예방, 모성 건강, 영유아 건강, 노인 건강)에 걸친 400개의 성과지표가 있음에도 불구하고, 영유아의 성과지표는 7개에 불과하며 그 중 영아사망률이 유일한 대표지표로, 영아사망률의 지역 간 격차 감소가 형평성 지표로 제시되고 있다. 영아사망률은 국제 보건지표로 중요하게 모니터링해야 하는 지표이지만, 임신-출산 관련하여 지속적으로 정책적 지원이 확산되고 있는 상황에서 영아사망률 이외에도 영유아 건강형평성 모니터링을 위한 지표 발굴이 이루어질 필요가 있다. 특히 영유아기의 건강 및 발달에 있어서는 지역 격차뿐만 아니라 부모의 사회경제적 수준 및 그에 따른 행동의 차이로 인한 건강불평등 또한 고려할 필요가 있다.

김동진 외(2019)는 6~18세 대상의 아동기 건강에 영향을 미치는 발생기전 모형을 정리하고, 건강불평등 모니터링 지표를 개발하였으나, 0~5세에 대한 내용이 제외되었다. 0~5세는 생애초기 중요한 발달이 이루어지므로 전생애의 건강에 영향을 주는 시기인 0~5세 영유아의 건강불평등 모니터링 지표를 개발하고 살펴볼 필요가 있다. 특히, 6~18세 아동에 비해 영유아기는 부모의 역할이 환경으로서 영유아의 발달 및 건강에 절대적인 영향을 미치기 때문에 부모 요인을 보다 다각적으로 살펴볼 필요가 있다.

미취학 아동(~71개월)을 대상으로 하는 영유아 건강검진은 영유아의 건강을 주기적으로 모니터링할 수 있는 중요한 수단이다. 영유아 건강검진의 발달단계별, 지

역별, 소득 간 수검률 등을 확인할 수 있고, 주의 및 심화 평가 권고 등의 결과에 따라 발달에 필요한 조치를 제공할 수 있다. 근래에 영유아검진에서의 주의 및 심화 평가 권고에 해당하는 결과의 규모와 비중이 증가하고 있어²⁾, 이러한 결과를 건강형평성 측면에서 살펴보고 정책적 개입을 고려할 필요가 있다.

생애 전반의 건강에 있어서 영유아 시기의 건강이 미치는 영향력이 크고, 조기 개입 및 조기 지원의 효과가 크기 때문에(권미경 외, 2022), 영유아의 건강 및 발달에서 건강불평등이 일어날 수 있는 측면을 파악하고, 지원하는 정책 방향이 요구된다. 이에 본 연구에서는 영유아의 건강과 발달, 이를 둘러싼 영향요인들을 포괄적으로 파악하여, 건강불평등을 모니터링할 수 있는 지표를 개발하고, 이를 바탕으로 건강 수준을 모니터링하여 영유아의 건강한 성장·발달을 위한 예방적 대안으로 건강증진 정책을 제안하고자 한다.

2. 연구내용

본 연구는 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책을 개발하기 위한 과제이며, 영유아기의 건강 결정요인과 건강불평등 발생 기전, 사회경제적 수준에 따른 차이 파악을 위해 다음 과업 수행이 요구된다.

첫째, 문헌조사를 통해 건강형평성의 정의, 영유아 건강증진의 중요성, 영유아 건강에 영향을 미치는 결정요인을 살펴보고, 건강형평성 정책을 수행하고 있는 주요 해외사례의 동향을 파악하고, 영유아 건강형평성 관점의 건강증진 정책의 필요성을 제시한다. 또한 선행연구를 통해 국내외 영유아 건강 관련 현황을 살펴본다.

둘째, 제 5차 국민건강증진종합계획에서의 영유아 건강 관련 지표를 살펴보고 보완되어야 할 사항을 분석한다. 또한, 중앙정부에서 추진하고 있는 산모 및 영유아 대상의 건강 관련 사업 및 정책을 파악하고, 건강형평성 측면에서 분석한다.

셋째, 유관기관과의 협동 연구를 통해 사회구조적 요인, 중개 요인, 건강 및 발달의 결과 요인으로 분류되는 영유아 건강형평성을 모니터링 지표를 개발하여, 영유아 시기의 건강을 건강형평성 측면에서 모니터링 할 수 있도록 한다.

2) 통계청. 영유아 건강검진 결과현황(2012-2023). (인출일: 2025. 5. 20.)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35007_N125&conn_path=I3

넷째, 영유아 건강형평성 모니터링 지표를 개발 후 델파이 조사를 통해 타당화 과정을 거쳐 최종 산출된 주요 지표에 대해, 지역별, 소득별, 교육수준별로 분석하여 영유아 건강에 영향을 미치는 주요 지표에 대한 건강형평성을 분석한다.

다섯째, 모니터링 지표와 선행연구를 바탕으로 중개 요인과 영유아 건강과의 관련성을 2차 데이터를 통해 분석하여, 영유아 건강 및 발달에 유효한 영향을 주는 결정요인들을 분석한다.

여섯째, 영유아를 양육하고 있는 부모를 대상으로 설문조사를 실시하여 영유아 건강증진에 대한 인식을 파악하고, 영유아 대상 건강형평성 제고 사업에 참여하고 있는 사업담당자 심층면담을 통해 정책수요자들의 요구와 사업종사자들의 요구를 파악해 본다.

일곱째, 연구를 종합하여, 세대 전이에 따른 영유아 건강형평성 격차를 완화할 수 있는 건강증진 모형을 개발하고, 영유아 건강증진을 위한 정책 제안을 제시한다.

3. 연구방법

가. 문헌 연구

건강형평성의 정의, 생애관점의 영유아 건강의 중요성, 영유아기 건강에 미치는 결정요인(사회구조적 요인, 부모 요인) 등 건강형평성 평가 기준 등을 살펴보고, 중앙 정부 및 지자체 영유아 건강 지원사업을 분석한다. 또한, 영국, 스웨덴, 호주 등의 해외의 영유아 건강형평성 정책 해외 선진 사례를 파악하고 분석한다.

- 영국(건강형평성 정책의 방향 제시)
- 스웨덴(영유아 대상 건강형평성 정책 우수 사례)
- 호주(영유아 대상 건강형평성 방향성 제시)

나. 협력 기관과의 협동 연구

1) 영유아기 건강불평등 모니터링 지표개발

본 연구에서는 생애 전반 건강의 기초를 다지는 영유아 시기의 건강한 성장과 발달을 목표로 건강증진을 위한 정책 개발을 목적으로 한국건강형평성학회와 협업

하여 연구를 수행한다. 주요 협력 내용으로는 영유아 건강에 영향을 미치는 사회구조적 요인을 포함한 영유아 건강불평등 모니터링 지표를 개발하고, 최종 도출된 대표지표에 대해 2차 데이터를 활용하여 지역, 소득, 교육수준, 성별 등 건강불평등 주요 결정요인에 대해 건강불평등 파악을 위한 결과를 산출하였다.

〈표 I-3-1〉 육아정책연구소 - 한국건강형평성학회 협력 내용

일시	협력 내용
4.25.(금)	협력 연구 내용 공유 및 과업 확정
5.8.(목)	영유아기 불평등 모니터링 지표 초안 내용 논의
5.19(월)~23(금)	영유아기 불평등 모니터링 지표 1차 수정안에 대한 의견 공유
5.28(수)	영유아기 불평등 모니터링 지표 1차 델파이 초안 최종 확정안 논의
6.18(수)	영유아기 불평등 모니터링 지표 1차 델파이 결과 공유 및 2차 델파이 내용 논의
6.30(월)~7.2(수)	영유아기 불평등 모니터링 지표 2차 수정안에 대한 의견 공유
7.18(금)	영유아기 불평등 모니터링 지표 2차 델파이 초안 최종 확정안 논의
8.22(금)	대표지표에 따른 영유아기 불평등 모니터링 지표 산출결과 논의

2) 학술대회 공동세션 개최

11월 28일 협동연구를 진행한 한국건강형평성학회가 포함된 사회정책연합에서 진행되는 ‘2025 사회정책연합 공동학술대회’에서 ‘영유아 건강형평성: 모든 영유아의 공정한 출발을 위하여’라는 세션 제목으로 공동세션을 진행하였다. 한국건강형평성학회에서 ‘영유아 건강불평등 모니터링’이라는 제목의 발표를 진행하고, 육아정책연구소 연구진이 ‘영유아 건강형평성 제고를 위한 건강증진방안’이라는 제목으로 발표를 진행하였다. 이러한 학술대회를 통한 공동세션 진행을 통하여 연구결과를 확산하고 건강형평성 연구에서 영유아기의 중요성을 인식시키고자 했다.

다. 전문가 델파이 조사

영아기 건강불평등 모니터링 지표 타당화를 위해 델파이 조사를 실시한다. 보건학, 의학(소아·청소년 전공), 아동학 등 관련 학계 전문가 및 정책연구/실무자 등 21명을 대상으로 델파이 조사를 진행하여, 통해 건강형평성 모니터링 지표 초안에

대한 2차례에 걸친 타당화 검토 과정을 거친다. 1차 델파이 조사에서는 영역별 76개의 지표 개념에 대해 중요도를 7점 척도로 점수화하여, 일치도 및 중요도가 높은 25개의 지표 개념을 선정하고, 2차 델파이 조사에서는 주요 지표 개념 내부의 세부 지표 항목 중 중요도가 높은 지표를 선택하도록 하여 영유아기 건강불평등 모니터링을 위한 최종 대표지표를 선정하였다.

또한 영유아 및 영유아가구 건강지표 및 건강형평성 격차, 건강증진 정책 개발에 대한 전문가 조사를 통한 영유아 건강증진 방향성 마련과 건강증진 정책에 대한 의견을 수렴하고, 건강형평성 제고를 위한 지원 정책 영역을 도출하고 분석한다.

라. 영유아 부모대상 설문조사

1) 조사대상 및 규모

본 연구에서 전국에 거주하는 만 18세 이상 성인남녀 중 0-5세(0-60개월) 자녀 양육자를 그 대상으로, 영유아 건강형평성에 대한 인식 및 영유아건강 실천현황 등을 파악하기 위한 웹조사를 실시하였다. 그 중 영아자녀와 유아자녀 양육의 어려움 차이를 파악하기 위해서, 자녀 연령 0-2세 700명, 자녀 연령 3-5세 700명을 대상으로 임의 할당 추출하였고 표본오차는 95% 신뢰수준에서 $\pm 2.6\%p$ 를 나타냈다.

2) 조사내용

본 연구의 조사내용은 건강형평성 인식, 영유아 건강증진 위한 노력, 부모 건강증진을 위한 노력, 건강지원사업 이용 경험 및 개선요구 등을 다루고 있다.

건강형평성 인식은 영유아의 건강이 사회구조적 요인과 관련이 있다고 인식하고 있는지를 다루고 있고, 영유아 건강증진을 위한 노력은 자녀의 건강수준, 건강에 대해 걱정하는 부분, 건강증진 실천정도, 건강관리 잘하는 정도 등을 측정하였고, 부모 건강증진을 위한 노력은 현재 본인 건강수준, 건강증진을 위한 실천 정도 등으로 측정하였다. 영유아·임산부 건강지원사업 이용 경험 및 개선요구에서는 영유아 건강관련 서비스 인지도, 중요도, 건강관리 사업 추진방향 등을 질문하였다. 기타 내용은 조사내용에 설명하였다.

〈표 I-3-2〉 설문조사내용

구분	내용
건강형평성 인식 관련	<ul style="list-style-type: none"> - 부모의 특성 및 주변환경이 영유아의 건강에 미치는 영향에 대한 인식, 부모의 경제력 및 사회적 지위와 영유아 건강과의 연관성 인식 - 건강권에 대한 인지도, 우리사회의 건강권 보장 수준 및 장애요인
영유아 건강상태 및 건강증진을 위한 노력	<ul style="list-style-type: none"> - 영유아 자녀의 건강수준, 자녀의 건강에 대해 걱정하는 부분 - 자녀의 건강증진을 위한 행동 실천 정도 및 중요도 인식, 자녀의 건강 관리 잘 하는 정도 - 자녀 이용기관 및 일일이용시간, 돌봄제공자나 장소, 기관에서 제공받는 식사 및 간식, 자녀가 교육보육기관의 건강증진 행동 만족도
부모 건강상태 및 건강증진을 위한 노력	<ul style="list-style-type: none"> - 자녀의 출산 시 특징, 현재 본인의 건강수준, 건강관리를 잘 하는 정도, 건강증진을 위한 행동 실천 정도 - 자녀의 건강 및 발달관련 정보를 얻는 곳, 영유아 건강관리 관련 교육 경험여부 및 교육받은 기관, 세부 내용, 희망하는 정보
영유아·임산부 건강지원사업 이용 경험 및 개선요구	<ul style="list-style-type: none"> - 영유아 건강관련 서비스 인지도 및 중요도, 관심도, 임신, 출산, 양육 관련 서비스 인지도 및 중요도 - 희망하는 영유아 자녀 및 임산부 대상 건강관리 서비스, 건강관리 관련 기관 및 사이트 이용경험, 건강지원사업의 추진방향, 건강지원사업의 확대를 위한 방법 및 내용
응답자 배경	<ul style="list-style-type: none"> - 가구원 수, 가구 구성, 최종학력, 취업상태, 현재 거주지역 - 직업, 종사상 지위, 월평균 가구소득, 부모 양육도움 여부

마. 영유아 대상 건강증진 정책 사업 담당자 심층 면담

생애초기 건강관리사업, 영양플러스, 드림스타트 등 영유아 대상 건강증진 정책 사업 담당자 및 건강취약계층 대상 사업 담당자 심층 면담을 통해 건강증진 정책 사업 실무에서의 어려움 및 개선 방안을 파악해본다.

〈표 I-3-3〉 영유아 건강증진사업 담당자 심층 면담 대상

구분	면담내용
생애초기 건강관리사업 담당자	<ul style="list-style-type: none"> - 영유아 대상 건강증진사업의 내용 - 사업진행의 어려움
영양플러스 사업 담당자	
드림스타트 사업 담당자	<ul style="list-style-type: none"> - 영유아 가정 지원 비용 및 사례발굴현황 - 영유아 가정의 주요 건강관리 어려움

바. 2차 자료 분석

가) 영유아 건강불평등 모니터링 지표 산출

영유아 건강불평등 모니터링을 위한 대표지표 산출 후 국민건강영양조사, 아동

실태조사 등 대표성 있는 가용 건강 관련 및 영유아가 포함된 2차 데이터를 활용하여 지역 간, 소득수준 간, 학력 간 건강불평등을 분석한다.

나) 영유아 건강 발달의 결과 요인과 중개 요인과의 관계 분석

2023년 아동실태조사 중 0-5세 대상으로 영유아 발달 건강에 영향을 줄 수 있는 중개 요인(부모 중심)과 영유아 발달 및 건강 관련 행태에 대한 영향 관계를 회귀분석 및 경로분석을 통해 살펴보고 영향 관계와 그 영향의 정도를 파악해 본다.

〈표 I-3-4〉 2023년 아동종합실태조사에 나타난 영유아 건강/발달 관련 요인

부모의 사회구조적 변수	부모 변수		영유아 건강 및 발달 변수	
부모교육수준 부모 경제활동 참여 부모 가구소득 부모 거주 지역	부모 요인	보호자의 음주/흡연 보호자의 우울 임신 중 건강행동	건강	부모의 주관적 아동 건강 상태 건강검진/치료 검사 치과 검진/치과 치료
	양육 태도	부모 효능감 양육 스트레스 훈육 방식	발달	인지 발달 언어 발달 사회성 발달
	건강 관련 태도	TV 시청 시간/책읽기 시간 스마트폰/컴퓨터/태블릿 pc 시간 안전수칙 준수(0-5) (조그만 물건/카세트/위험한 물질)		

자료: 이상정 외(2023). 2023 아동종합실태조사. 조사 내용 중 해당 변수 중 2차 분석에 사용한 변수 제시.

사. 전문가 자문 및 정책 실무협의회

건강형평성 및 영유아 건강 관련 선행연구자 및 전문가 대상 자문을 통해 연구 방향 및 연구진행 세부 계획 수립에 반영하고, 정책 실무협의회를 통해 정부정책 방향을 연구진행에 반영하고자 하였다.

〈표 I-3-5〉 자문회의 및 동료멘토링 개최

구분	일시	참석자	주요논의사항
동료멘토링 1	2.25(화)	원내	영유아 정책 검토 관련 논의
자문회의 1	2.27(목)	건강형평성 정책연구 선행연구자	연구 방향 검토
자문회의 2	3.4(화)	예방의학과 교수	영유아 건강 측정을 위한 범위 선정
자문회의 3	3.5(수)	소아청소년과 교수	

구분	일시	참석자	주요논의사항
자문회의 4	3.5(수)	한국건강형평성학회	영유아 건강형평성 지표개발 관련 논의
자문회의 5	3.7(금)	한국보건사회연구원 연구위원 간호학과 교수	저소득 및 다문화가정 등 취약계층에서의 건강형평성
동료멘토링 2	4.1(월)	원내	연구방법론 및 방향에 대한 논의
자문회의 6	4.16(수)	건강정책사업 실무자	건강모니터링 지표 조건 및 자료원 관련 논의
자문회의 7	5.30(금)	아동권리보장원 연구위원 세이브더칠드런	아동권리 관점의 건강증진 정책 관련 논의
자문회의 8	6.4(수)	유아교육, 아동학 교수 2인	영유아를 위한 건강증진 정책 제안을 위한 연구 대상 관련 제안
자문회의 9	7.11(금)(예정)	한국건강증진개발원	연구 협력진

〈표 I-3-6〉 정책실무협의회의 개최

구분	일시	참석자	주요논의사항
정책 실무협의회 1	4.17(목)	보건복지부 출산정책과	신생아 산모 건강증진 방향에 대한 논의
정책 실무협의회 2	5.20(화)	보건복지부 건강정책과	국민건강기본계획 성과지표에서의 영유아 지표 관련 논의
정책 실무협의회 3	5.20(화)	보건복지부 건강증진과	영유아 건강검진 수검율 및 후속조치에 대한 건강형평성 고려 요소 논의

4. 용어 정리 및 연구 범위

가. 건강형평성 및 건강불평등 정의

1) 건강형평성의 정의

건강형평성에 대해서는 다양한 연구에서 정의를 내리고 있는데(Whitehead, 1991, 1992; Braveman et al., 2017; NASEM, 2021(Lewis et al., 2023에서 재인용)), 종합적으로 파악해볼 때, 건강형평성이란 ‘모든 사람이 자신이 이룰 수 있는 가장 높은 수준의 건강을 달성하는 것’을 의미하며(한국건강증진개발원, 2024: 4), 기본적으로 모든 사람이 자신이 가진 최대한의 건강 잠재력을 실현할 공평할 기회를 가져야 하며, 누구도 이러한 잠재력을 달성하는 데 있어 불이익을 받아서는 안된다는 것에 뜻을 같이한다.

미국의 국가적 건강목표에 해당하는 Healthy People 2030³⁾에서는 건강형평

3) 미국 Healthy people 홈페이지 <https://health.gov/healthypeople> (인출일: 2024. 3. 10.)

성을 달성하기 위해서는 1) 피할 수 있는 불평등 2) 고전적·현대적 불공정 3) 건강 및 의료 불평등의 해소가 필요하며 이를 위한 집중적이고 지속적인 사회적 노력을 통해 모든 사람을 공평하게 존중해야 한다고 강조하고 있다.

〈표 I-4-1〉 건강형평성의 정의

저자	정의
Whitehead(1991,1992) ¹⁾	- 건강형평성이란 이상적으로 모든 사람이 자신이 가진 최대한의 건강 잠재력을 공정하게 실현할 기회를 가져야 하며, 보다 실용적으로는 누구도 이러한 잠재력을 달성하는 데 있어 불이익을 받아서는 안된다는 것을 의미함
Braveman et al(2017) ²⁾	- 건강형평성은 모든 사람이 가능한 한 건강할 수 있는 공정하고 공평한 기회를 갖는다는 것을 의미함
NASEM(2021) ³⁾	- 건강형평성은 모든 사람이 자신의 완전한 건강 잠재력을 달성할 기회를 갖는 상태를 말하며, 사회적 지위나 기타 사회적으로 정의된 상황으로 인해 누구도 이 잠재력을 달성하는 데 불이익을 받지 않는 것을 의미함
Peterson et al(2021) ⁵⁾	- 건강형평성을 최상의 신체적, 정서적, 사회적 웰빙을 달성하는 데 필요한 개인의 주체성과 공정한 자원 및 기회의 접근성을 갖추는 것으로 정의함
Hoyer et al(2022) ⁶⁾	- 건강형평성은 모든 사람의 최고 수준의 건강, 기회, 불균형의 부재를 포함하는 개념임
Houtrow et al(2022) ⁷⁾	- 건강형평성은 건강 상태와 결과에서 사회경제적, 인구통계학적, 지리적 영역 간의 격차가 없는 경우를 의미함

자료: 1)~3) Lewis et al., (2023). Health equity: A concept analysis. Nursing Outlook, 71(5), 102032. 에서 재인용.

4) Peterson et al., (2021). The health equity framework: a science-and justice-based model for public health researchers and practitioners. Health Promotion Practice, 22(6), 741-746.

5) Hoyer et al., (2022). How do we define and measure health equity? The state of current practice and tools to advance health equity. Journal of Public Health Management and Practice, 28(5), 570-577.

6) Houtrow et al., (2022). Health equity for children and youth with special health care needs: a vision for the future. Pediatrics, 149(Supplement 7).

2) 건강불평등의 정의

국제건강형평성학회(International Society for Equity in Health)는 건강불평등을 ‘사회적, 경제적, 인구학적, 지리적으로 구분된 인구집단이나 인구집단들 사이에 존재하는 한 가지 이상의 건강 측면에서 나타나는 체계적이고 잠재적으로 교정 가능한 차이’라고 정의하였다(Macinko & Starfield, 2002: 1). 건강불평등(health inequality)이란 개인들이나 집단들 사이의 차이, 변이, 격차를 지칭하는

일반적인 용어로서(한국건강형평성학회, 2008), 사회적으로 서로 다른 집단 사이에 사회구조적인 요인 때문에 일관되게 나타나는 건강의 차이를 뜻하며(김창엽, 2016: 257), 공정하지 못한 불공정이나 부당함에서 비롯된 ‘피할 수 있는(avoidable)’ 것이 아닌 피할 수 없는 사회구조적 차이를 뜻한다(Whitehead, 1998).

또한, 건강불평등은 측정 가능한 양적 차이를 나타내는 수량적 개념으로, Whitehead(1998)의 ‘건강불평등에 대한 대응스펙트럼’ 모형에 따르면 한 사회가 건강불평등 문제에 대응하는 첫 번째 단계는 건강불평등에 대한 ‘측정(Measurement)’을 통해 근거를 마련하는 것이고, 건강불평등을 측정할 수 있는 광범위한 형평성 지표를 생산하여, 이를 모니터링 하는 것은 건강형평성을 이루기 위한 출발점이 될 수 있다(김동진 외, 2013: 15).

본 연구에서는 측정을 통한 모니터링 지표를 지칭할 시 ‘건강불평등 모니터링 지표’라는 표현을 쓸 것이며, 궁극적으로 불평등을 완화하고 격차를 줄여나가기 위한 목표로서의 의미로 건강형평성이라는 용어를 사용함을 밝힌다.

나. 연구의 범위

1) 영유아기 연령 범위

본 연구에서 건강형평성 지표 및 연구 대상은 영유아로 국한하며, 영유아기의 연령 구분은 0-5세 미취학 영유아로 하며, 근거 기준은 다음과 같다.

〈표 I-4-2〉 영유아 연령 구분의 법적 근거

법적 근거	연령범위
모자보건법 제2조(정의)	영유아란 출생 후 6년 미만인 사람을 뜻함 (신생아는 출생 후 28일 이내의 영유아를 포함)
영유아 보육법 제2조(정의)	영유아란 6세 미만의 취학 전 아동을 뜻함
유아교육법 제2조(정의)	유아란 만 3세부터 초등학교 취학 전까지의 어린이를 뜻함.

자료: 1) 모자보건법[법률 제20094호, 2024. 1. 23., 일부개정] [시행 2025. 1. 24.] 국가 법령정보센터
<https://law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=259095#0000> (인출일: 2025. 3. 10)
 2) 영유아보육법[법률 제17785호, 2020. 12. 29., 일부개정] [시행 2020. 12. 29.]
<https://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=224939#0000> (인출일: 2025. 3. 10)
 3) 유아교육법[법률 제19737호, 2023. 9. 27., 일부개정] [시행 2023. 9. 27.]
<https://law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EC%9C%A0%EC%95%84%EA%B5%90%EC%9C%A1%EB%B2%95> (인출일: 2025. 3. 10)

2) 영유아기 건강증진의 대상 및 범위

본 연구에서 다루는 건강증진의 대상은 0-5세의 영유아이며, 건강 문제의 범위는 좁게는 2025년 지역사회 통합건강증진사업에서 다루는 사업 내용 중 영유아의 건강 및 발달에 해당되는 내용으로, 구강보건, 비만 예방 관리, 신체활동, 영양 등을 포함한다. 하지만 넓게는 영아 출생 시 몸무게, 영아사망률, 건강검진 수검률, 예방접종 수검률, 부주의로 인한 손상(생활사고) 등 영유아 건강, 발달 관련 결과 등을 포함한다. 또한 양육자의 세심한 관리 등 영유아의 건강관리를 위한 행동 및 임신부 시기의 건강행동이 영유아기의 건강에 직접적 영향을 줄 수 있으므로, 임신부 및 양육자를 영유아의 건강행동에 영향을 줄 수 있는 영향요인으로서 고려할 예정이다. 영유아 건강, 발달에 영향을 미치는 사회구조적 요인, 중개 요인, 건강 및 발달 결과 등의 내용은 영유아기 건강불평등 모니터링 지표에서 다루고 있다.

[그림 I-4-1] 영유아기 건강증진사업의 범위



자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025h). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 총괄. p.13

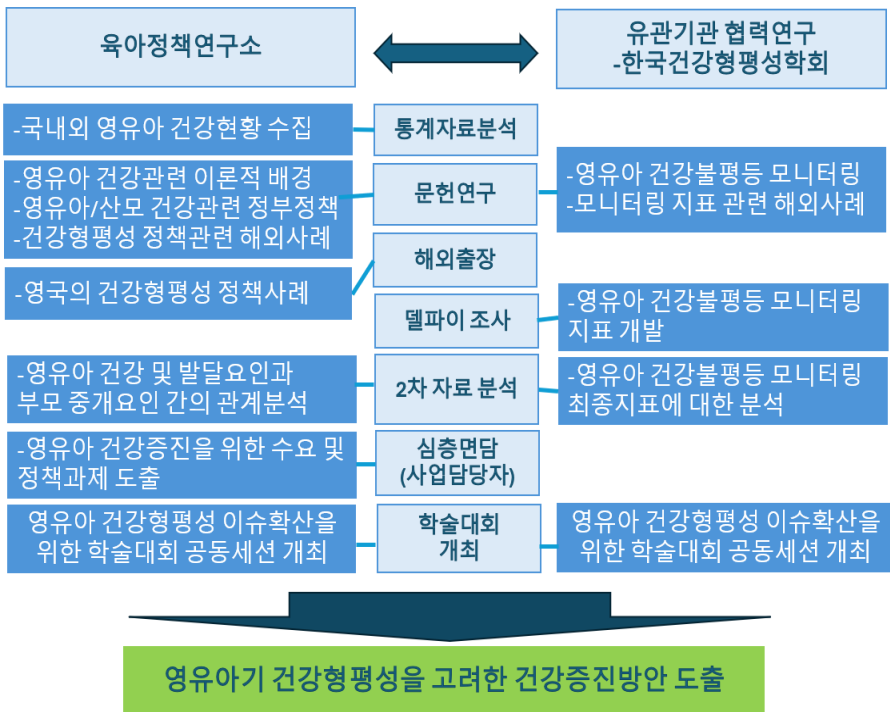
또한, 본 연구에서는 통합건강증진사업모형에서의 나타나는 사업 수행기관인 보건소와 대상자 가정을 주 서비스 제공 장소로 다룬다. 어린이집, 유치원 등의 기관은 교육부 관리 하에 일관된 지침 내에서 운영되고 있어 기관에서 제공되는 신체활

동, 영양, 구강보건 등의 건강증진사업에 있어서 지역 간, 부모소득수준 간 차이가 크지 않다고 판단하여, 본 연구에서 주된 대상으로 다루지는 않을 예정이다⁴⁾.

다. 연구 추진 계획

본 연구의 연구 추진 계획은 다음과 같다.

[그림 I-4-2] 연구 추진 계획



자료: 연구진 작성

4) 유치원, 어린이집을 통한 영유아 대상 건강증진에 대해서 지자체 우수 사례 등에서 일부 다루어질 수 있음.

II

연구의 배경

- 01 건강형평성 관련 선행연구
- 02 영유아기 건강형평성 및 관련 선행연구
- 03 영유아기 건강불평등 모니터링
- 04 영유아기 건강 관련 주요현황

II. 연구의 배경

1. 건강형평성 관련 선행연구

가. 건강형평성에 영향을 주는 요인

많은 연구에서 건강형평성에 영향을 미치는 요소로 다양한 요인을 언급하였고, Lewis et al.(2023)은 건강형평성을 둘러싼 영향요인과 정의 요인, 결과 요인을 정리하여 발표하였는데, 영향요인은 환경적, 경제적, 문화적 사회구조적 요인들을 언급하였고, 연구 및 기술의 차이도 건강형평성에 영향을 미친다고 하였다. 또한 건강형평성을 정의내리는 것은 불공정하고 피할 수 있는 차이가 없는 것, 모든 사람이 자신의 건강 잠재력을 최대한 발휘할 수 있는 공정한 기회라고 하였다.

김혜련(2009)은 건강형평성을 초래하는 원인인 사회적 환경, 환경적 폭로, 건강 행태, 유전 및 보건의료 서비스 5가지의 원인 중 건강 관련 행태 요인의 영향력의 중요성을 강조하였다. 특히 건강행태의 불평등 중 1)흡연, 2)영양과 식생활, 3)음주, 운동과 4)신체활동 등의 주요 건강행태가 학력과 소득수준 집단 간 차이를 보임을 나타냈다. 하지만 영국의 Marmot(2007)은 건강이 정치, 경제, 사회적 구조적 요인들의 조합으로 형성되며, 흡연, 영양, 음주, 신체활동 등의 건강행태가 건강의 직접적인 요인이라기보다 이러한 건강행태조차 소득수준, 교육 수준, 지역 등의 사회경제적 요인에 의해 영향을 받는다고 하였다. 즉, 개인의 건강이 단순히 개인의 습관이나 행동을 변화하는 것으로 해결되지 않고, 그 조건을 결정하는 사회적 건강 결정요인(Social Determinants of Health, SDoH)의 영향을 받는다고 주장하였다.

김동진 외(2013)는 한국형 건강불평등에 관한 주요 지표 분류를 제시하였는데, 대분류 기준으로 사회경제적 위치(사회계층계급, 교육, 소득, 고용), 지역(경제적 박탈영역, 사회적 박탈영역, 지역박탈지수), 건강행태(흡연, 음주, 신체활동), 건강 결과(주관적 건강과 유병, 기대여명 및 기대수명, 사망), 의료이용(외래의료, 입원

의료, 응급의료)으로 구분하였다(김동진 외, 2013: 394-395).

또한, 개인의 건강행태는 개인의 습관과 선택을 넘어 사회계층에 따라 다르게 나타나므로 사회경제적 지위가 건강불평등을 더 잘 설명할 수 있다는 의견도 있다. 즉 물질적 조건이나 사회구조적 지위와 같은 사회경제적 요인이 건강행태의 근본적인 원인이 되기 때문에, 건강증진 행동이나 건강위해 행동이 사회경제적 계층에 따라 다르게 나타난다는 것이다. 또한, 건강증진을 위한 서비스 접근성 역시 사회구조적으로 결정된다는 점을 지적하고 있다. 이를 뒷받침하는 연구들을 살펴보면, 국민건강영양조사 자료를 이용하여 건강 관련 습관을 분석한 결과, 흡연, 음주, 신체활동 등 건강행태에서 사회계층에 따른 차이가 나타났다(강은정, 2007: 52). 이와 같은 맥락으로, 건강행태와 건강수준 또한 사회경제적 수준에 영향을 받으며, 그 영향을 평가한 연구에서는 아버지와 어머니의 학력, 그리고 아버지의 직업이 자가 평가 건강 수준과 신체활동에 유의한 영향이 있다는 연구 결과도 있다(정최경희 외, 2007: 321).

또한 건강불평등 완화를 위해서 건강생활 습관개선의 중요성을 강조하였는데, 그 방안으로 흡연, 음주뿐 아니라 신체활동, 영양(식이)을 건강생활 습관 개선의 주요한 요소로 보았고(김동진 외, 2013: 181), 아동의 경우 신체활동을 통한 비만 예방, 충분한 영양섭취 등의 건강행동의 노력이 필요하며, 연령이 어릴수록 부모의 건강행태의 영향을 받는 것을 알 수 있다(강영호 외, 2012: 200). 이와 유사하게 제6기 2013년에 조사한 1차년도 국민건강영양조사 자료를 이용한 연구에서는 높은 소득수준과 낮은 흡연을 간의 관련성을 제시하였으며, 저소득층의 건강검진 수진율과 필요 의료서비스 수진 여부 또한 낮은 것으로 나타났다(오민정 외, 2017: 22-23).

영유아의 경우 건강을 증진시키려는 의지를 가지는 자발적인 건강행동이 어렵고, 대부분 부모의 결정과 돌봄에 의해 건강이 결정되기 때문에 부모의 건강행동이 영유아의 건강에 중요한 영향을 미친다. 생애초기 간접흡연, 어머니의 영양 보충제 섭취, 모유수유 시간, 생애초기 교육·보육은 생애초기 영유아 건강에 영향을 미치는 근거가 확립된 영향요인이다(김동진 외, 2015: 140-142).

나. 영유아기 건강형평성 관련 정책연구

다음은 건강형평성관련 정책 선행연구를 정리하여 제시하였다. 강영호 외(2012)에서는 서울시를 대상으로 세부지역별, 소득수준별 건강상태에 차이가 있다는 것을 밝히고, 건강형평성 제고를 위한 서울시 정책방안을 제시한 바 있다. 김동진 외(2013)에서는 전반적 건강불평등 지표 영역 및 세부지표를 개발하였고, 김동진 외(2019)에서는 6~18세의 아동을 대상으로 아동 건강불평등 발생 기전 모형을 개발하고, 이에 따른 아동기의 건강불평등에 적합한 모니터링 지표를 개발하였다.

Black et al. (2017)는 부모의 소득, 교육수준, 고용 상태, 주거환경 등 사회적 경제적 요인을 분석함으로써 영유아의 건강형평성 관점에서 다양한 건강증진 정책을 고찰하였다. Braveman et al. (2011)은 사회적 결정요인의 정의와 영양, 질병, 발달 지연 등의 영유아기 건강에 대한 요인분석을 실시하여, 저소득층을 위한 건강 증진방안, 부모교육 프로그램 및 의료서비스 제공 등의 정책적 대안을 제시하였다.

Marmot et al. (2010)은 건강형평성이 건강에 국한되지 않고 다양한 사회결정 요인에 의해 영향을 받으며, 생애초기의 보편적인 지원과 교육기회 등의 중요성, 주거환경 개선, 사회결정요인으로 인한 격차를 줄이기 위한 방향을 논의하였다. Marmot et al. (2020)은 Marmot's Review(Marmot et al., 2010)가 나온지 10년만이면서 COVID-19 팬데믹으로 인한 영향력을 증거기반 데이터로서 보여주면서, COVID-19 이전부터 존재하던 사회경제적 불평등이 COVID-19를 거치면서 사회적 소외계층의 사망률에 더 큰 영향을 미친 것을 분석하면서, 사회결정요인으로 인해 건강에 미치는 영향의 차이를 실증하는 연구를 제시하였다.

〈표 II-1-1〉 영유아기 건강형평성 관련 정책연구 정리

저자	연구방법	주요연구내용
강영호 외(2012)	<ul style="list-style-type: none"> • 문헌분석 • 건강 격차 분석 • 정책 분석 및 사례연구 • 전문가 의견 수렴 	<ul style="list-style-type: none"> • 서울시 내에서도 지역별로 기대수명, 만성질환 유병률, 사망률 등 건강지표에 차이가 있어, 지역 격차가 존재함 • 소득수준에 따라 건강 상태에 차이가 있고, 소득이 낮을수록 건강지표가 낮음
김동진 외(2013)	<ul style="list-style-type: none"> • 체계적 문헌분석 • 2차 자료 수집 및 분석 	<ul style="list-style-type: none"> • 건강불평등 지표 영역 및 세부지표개발 • 건강불평등 중재 방안으로 건강불평등 해소 정책 제언
김동진 외(2019)	<ul style="list-style-type: none"> • 문헌분석 • 전문가 자문 및 설문 조사 • 2차 자료 분석 • 관련 제도 및 정책 분석 	<ul style="list-style-type: none"> • 아동 건강불평등 발생 기전 모형 개발 • 아동 건강불평등 모니터링 지표개발 • 아동 건강불평등 관련 정책평가

저자	연구방법	주요연구내용
Black et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • 문헌분석 • 2차 자료 분석 (인구통계학적 접근) • 사례분석 (국가별 정책 사례 비교) 	<ul style="list-style-type: none"> • 영유아기 건강형평성과 사회적 및 경제적 요인 분석(부모의 소득, 교육 수준, 고용 상태, 주거환경 등) • 스웨덴의 보편적 아동수당 제도나 브라질의 가족 건강 프로그램 등 성공 사례 분석 제시 • 영양지원 프로그램, 부모교육 프로그램, 의료 서비스 접근성 개선, 조기 개입 프로그램 등 정책적 접근 제안
Braveman et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • 문헌분석 • 2차 자료 분석 • 사례분석 (국가별 비교) 	<ul style="list-style-type: none"> • 사회적 결정요인의 정의와 영유아기 건강(영양상태, 질병 발생률, 발달 지연 등)에 대한 영향요인 분석 • 저소득 가정을 위한 영양지원, 부모교육 프로그램, 접근 가능한 의료서비스 제공 등 정책적 접근 제안 • 사례분석을 토대로 각 지역의 경제적, 사회적 상황에 맞춘 정책의 필요성 제안
Marmot et al. (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • 문헌분석 • 2차 자료 분석: 사회경제적 배경에 따른 아동의 건강 및 발달지표 수집 분석→ 지역, 계층, 인종 간 차이 도출 • 사례분석: 지역 및 집단대상의 심층 분석 	<ul style="list-style-type: none"> • 사회경제적 불평등(영양, 의료 접근성, 교육 기회 등), 교육 및 보육의 질(서비스 접근 가능성), 주거환경(주택의 물리적 상태와 지역 사회의 안전성) 등에 따른 격차 비교 • 보편적이고 접근 가능한 유아교육 및 보육 서비스의 제공, 주거환경 개선, 가정에 대한 지원 강화 등 필요성 제안
Marmot et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • 문헌분석 • COVID-19 사망률, 경제적 요인, 정신건강 지표 등 다양한 건강지표를 지역별, 소득별, 인종별로 분석 	<ul style="list-style-type: none"> • COVID-19 팬데믹이 영국 내 건강불평등에 미친 영향을 분석함 • 사회경제적 요인을 분석하여 COVID-19이전부터 존재하던 사회경제적 불평등이 사망률에 미친 영향을 분석하였는데, 저소득층, 흑인, 아시아계 등의 사망률 높았음 • 타 국가들의 COVID-19 대응 정책 등을 분석

- 자료: 1) 강영호 외(2012). 서울시 건강 격차 해소를 위한 보건정책 방안 연구 보고서.
 2) 김동진 외(2013). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제.
 3) 김동진 외(2019). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발.
 4) Black et al. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course.
 5) Braveman et al. (2011). The social determinants of health: coming of age.
 6) Marmot et al. (2010). Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot review.
 7) Marmot et al. (2020). Build-back-fairer: The COVID 19 Marmot review.

2. 영유아기 건강형평성 및 관련 선행연구

가. 생애 관점의 영유아 건강 및 발달의 중요성

생애초기 발달은 전생애 전반의 건강 및 사회적 결과에 영향을 미친다. 영유아기는 인간의 평생 건강을 결정짓는 중요한 시기로, 영유아기 건강은 영유아기 삶의 질에 영향을 미칠 뿐만 아니라, 성인기의 질병 위험과 직결된다(Kuh & Ben-Shlomo,

2004). 다양한 사회적 결과는 정신적 건강 문제, 비만, 영양부족, 심장 질병, 문해 능력, 범죄성 등을 포함하며, 이러한 결과는 유아기에 가장 강력한 영향력을 가진다 (Irwin et al., 2007: 3).

영유아 특성상 사회경제적 위치, 지역, 건강행태는 부모의 역량 및 부모의 특성과 매우 연관성이 높아 영유아의 건강불평등에서도 부모의 사회경제적 위치 및 부모의 역할 역량이 반영될 수밖에 없는 구조에 있다. 이러한 요소들은 결국 영유아의 건강과 전반적인 발달에 중요한 기초가 된다.

DOHaD(Developmental Origins of Health and Disease, 건강과 질병의 발달 기원) 이론에 따르면, 태아기와 영유아기 동안의 영양상태, 스트레스, 독소 노출 등 초기 환경이 유전자 발현과 신체 기능을 조절하여 장기적인 건강에 영향을 미치게 된다. 또한 출생 후 적절한 영양공급과 건강한 생활환경 조성은 영유아기의 면역력을 강화하고, 장기적으로 건강한 성인으로 성장하는 데 필수적이다(Gluckman & Hanson, 2004)

또한 영유아기는 뇌 발달이 가장 활발하게 이루어지는 시기로, 이 시기의 환경적 요인은 인지능력, 학습 능력, 사회적 관계 형성에 큰 영향을 미치며, 환경적 자극과 양육자의 상호작용에 따라 강화되거나 약화된다. 이 과정에서 부정적 환경에 노출될 경우 인지 발달 지연, 정서적 불안정, 정신건강 문제 등이 발생할 가능성이 높아진다. 이와 같이 영유아기의 생애 초기 환경은 건강과 질병을 결정하는 시기이며, 평생 건강을 위한 중요한 기초가 형성된다(Siddiqi et al., 2007).

나. 영유아기 건강형평성 제고 필요

사회구조적 환경, 특히 평생 건강의 기초를 형성하는 생애초기 환경은 영유아의 노력에 의해 결정되거나 변화될 수 없는 영역이다. 출생 지역, 가정의 경제적 상태, 부모의 교육 수준 등은 영유아가 통제할 수 없는 사회적 요인이며, 이러한 환경에 따라 영유아기뿐 아니라 평생 건강 수준의 격차가 발생하는 것은 명백한 사회적 부정의라고 할 수 있다. 따라서, 영유아기의 건강불평등을 줄이고 모든 어린이가 건강한 삶을 시작할 수 있도록 지원하는 것이 공중보건의 핵심 과제가 되고 있다.

세계보건기구(WHO)의 사회적 건강 결정요인 위원회(Commission on Social Determinants of Health, CSDH)는 2008년 보고서를 통해 건강불평등의 근본

원인을 분석하며, ‘건강불평등은 자연적으로 발생하는 것이 아니라 사회적으로 형성되며, 공정한 정책 개입을 통해 해결할 수 있다’는 점을 강조했다. 특히, CSDH 보고서는 아동기 초기 건강 환경이 성인기 건강과 밀접하게 연결된다는 점을 지적하며, 건강한 출발을 보장하는 정책적 개입이 필요함을 강조하였다 (WHO, 2008).

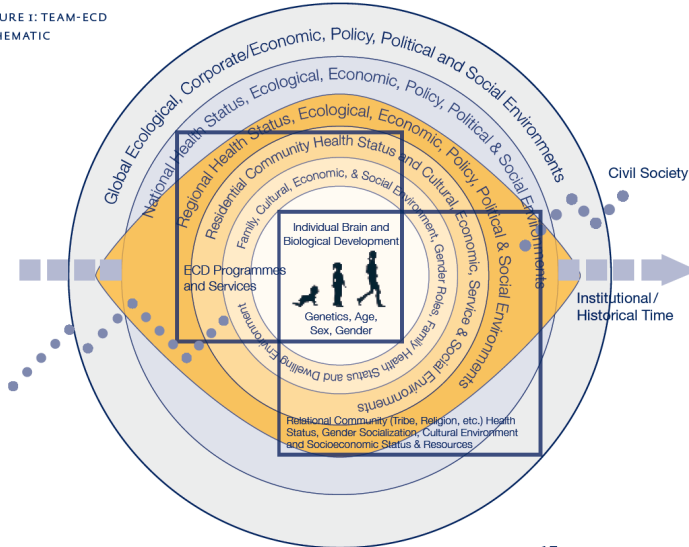
다. 영유아 건강 및 발달 관련 이론적 모형

1) 초기 아동 발달의 통합 환경 평가 모델

세계보건기구(WHO) 산하 사회적 건강 결정요인 위원회(International Commission on Social Determinants of Health: CSDH)에서는 영유아기 및 아동의 건강불평등 완화를 위해서 초기 아동 발달에 주목하며 ‘초기 아동발달의 통합환경평가모델(Total Environment Assessment Model of Early Child Development: TEAM-ECD)’을 제시하였다(Irwin et al., 2007). 이 모델은 기본 관점으로 브론펜브레너의 생태학적 모델(Bronfenbrenner, 1979)에 근거하여 아동이 가족, 학교, 지역사회 등 다양한 환경과 교류하는 사이에서의 유기적 관계에 주목하고 이러한 환경이 아동의 성장에 영향을 미친다고 본다. 브론펜브레너는 아동 발달에 있어 사회적 및 문화적 환경의 중요성을 강조하면서, 이를 체계화하여 환경이 아동 발달에 미치는 영향을 분석하였다. 브론펜브레너의 생태학적 체계 이론은 아동이 직접 영향을 받는 주변 환경, 아동과 주변 환경과의 상호관계, 아동에게 간접적으로 영향을 미치는 사회적 환경, 아동이 속한 사회의 다양한 문화적 환경, 그리고 시간의 흐름에 따라 변화하는 사회·역사적 환경에 이르기까지 다섯 가지의 환경 체계로 구성되어 있다. 이 이론의 특징은 환경과의 상호작용을 강조하여 아동을 변화하는 사회 환경 속에서 직접적 또는 간접적 상호작용을 통해 발달하는 존재로 바라본다는 것이다. 이를 바탕으로 하면 아동의 발달은 생태학적 관점에서 그들이 생활하는 환경체계와 분리될 수 없다. 즉, 아동의 부적응은 그들을 둘러싼 환경 체계와의 불일치에서 발생하므로, 아동 발달에 대한 모든 개입은 아동의 환경에 초점을 맞춰 접근하는 것이 효과적이라는 것이다.

[그림 II-2-1] 초기 아동발달의 통합환경평가모델 (The Total Environment Assessment Model of Early Child Development, TEAM-ECD)

FIGURE 1: TEAM-ECD SCHEMATIC



자료: Irwin et al. (2007). Early child development: A powerful equalizer. Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership (HELP). p.17

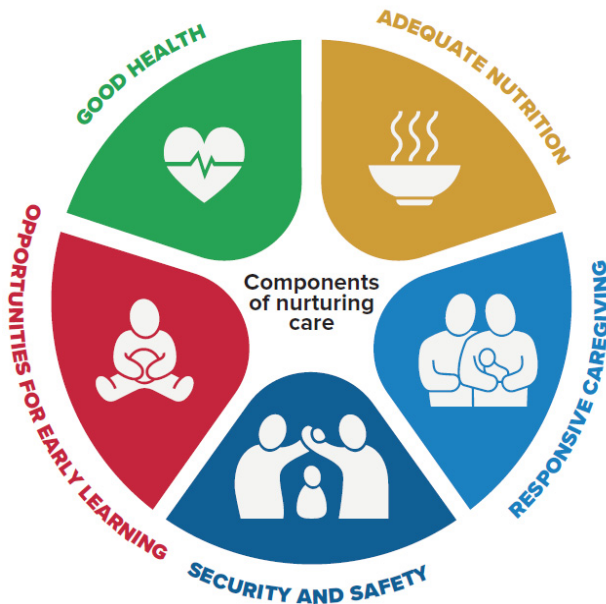
사회환경적 관점에서 아동 발달을 다룬 다양한 기존 연구들을 바탕으로 만들어진 TEAM-ECD 모델은 브론펜브레너의 생태학적 모델 외에도 유아 발달에 대한 발달 심리학적 관점(Brookes-Gunn et al., 1997), 생물학적 내재화 개념(Hertzman, 1999), 사회 역학 및 사회적 건강 결정요인에 대한 이해의 틀(Dahlgren & Whitehead, 1991), 인간 사회의 사회적 관계에 대한 연구(Putnam, 2000; Weber, 1946), 그리고 WHO의 사회적 건강 결정요인에 대한 프레임워크(Solar & Irwin, 2005) 등을 포함한다. 개별 환경적 영향의 영역을 확장하고 시간적 요소를 추가하여 아동의 발달을 분석하는 TEAM-ECD 모델은 아동 발달의 사회적 결정요인을 이해하고, 이에 따라 필요시 적극적으로 개입할 수 있는 방법을 제공하고 있다.

2) WHO(2018) 돌봄 양육의 구성요소(Components of Nurturing Care)

WHO(2018)에서는 영유아 발달의 궁극적 목적을 모두가 최대한의 가능한 발달을 공평하게 이루는 것을 목적으로 하면서, 지속적인 발달 목표를 통해 영유아기 아동

의 발달에 있어서 건강과 인간 잠재력의 변혁을 위해 아동의 생존과 번영을 위한 개념틀(A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential)을 제시하였다. 그리고 건강(Good Health), 충분한 영양(Adequate Nutrition), 반응적 돌봄(Responsive Caregiving), 보호와 안전(Security and Safety), 생애초기 학습을 위한 기회(Opportunities for early learning)를 그 구성요소로 제시하였다.

[그림 II-2-2] WHO(2018) Components of Nurturing Care



자료: WHO(2018). Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential. p.12

가) 건강(Good Health)

여기에는 의료, 위생, 위생에 대한 접근성뿐 아니라 위험과 질병으로부터의 보호가 포함된다. 아동의 건강은 부모와 밀접하게 연결된 요소로, 아동을 돌보는 부모의 건강 상태가 직접적인 영향을 미친다는 점에서 매우 중요하다. 부모는 아동의 신체적 및 정신적 상태를 지속해서 살펴보아야 하며, 아동의 일상적인 필요에 적절히 대응하고, 가정과 환경에서의 위험으로부터 아동을 보호해야 한다. 또한, 아동

이 질병에 노출되지 않도록 위생 습관을 유지하고, 건강증진과 예방을 위한 서비스를 적극적으로 활용해야 한다. 부모가 이러한 역할을 잘 수행하기 위해서는 정신적 및 신체적으로 건강해야 하는데, 이를 위해서는 양질의 산전, 분만 및 산후 관리와 적시에 필요한 치료를 받을 수 있는 체계가 마련되어야 한다(Minkovitz et al., 2002: 85).

나) 충분한 영양(Adequate Nutrition)

아동이 건강한 성장과 발달에 필요한 영양소를 충분히 섭취할 수 있도록 제반 환경과 권리가 보장되어야 한다. 아동의 영양상태는 부모, 특히 어머니의 영양상태와 깊은 관련이 있다(Fall, 2009: 594). 임신 중 산모의 영양은 태아의 건강에 직접적인 영향을 미치며, 출산 후 아동을 적절히 돌보는 능력에도 영향을 준다. 출생부터 6개월까지 영아의 성장에 있어 모유수유가 매우 중요하며, 특히 이 시기에는 피부 접촉을 통한 신체적 상호작용도 중요하다(Roth et al., 2021: 778, Brown & Rowan, 2016: 500). 아동의 일상적인 식사가 건강한 성장을 지원하지 못할 경우, 적절한 영양제를 선택하여 보충하거나 영양소의 불균형 또는 결핍이 심각할 경우 영양실조 치료가 필요할 수 있다. 따라서 식품의 양과 질을 모두 관리하는 것이 필수적이다.

다) 반응적 돌봄(Responsive Caregiving)

반응적 돌봄은 부모가 아동의 신호를 민감하게 인식하고 이해하며 신속하게 반응하는 양육 행동을 의미한다. 여기에는 아동의 움직임, 소리, 몸짓 및 언어적 요청에 주의를 기울이고 적절히 반응하는 것 등이 포함된다. 부모가 아동의 신호에 민감하게 반응할 때 아동은 부모와의 상호작용을 긍정적인 자극으로 받아들이고 부모와 안정적인 정서적 관계를 형성하게 된다(Rosemond, 2018: 46). 이러한 반응적 돌봄은 아동 발달에 필요한 다른 네 가지 구성요소의 기초가 되며, 아동의 신체적 부상이나 심리적 및 감정적 불안을 예방하고, 질병을 인식하여 대응하는 데 도움을 주며, 풍부한 학습 환경을 제공하고 신뢰와 사회적 관계를 형성하는 데 중요한 역할을 한다(Daelmans et al., 2021: 11). 아동이 말을 배우기 전에는 부모와의 상호작용이 포옹, 눈 맞춤, 미소, 음성 표현 및 몸짓을 통해 이루어지는데, 이러

한 상호작용은 부모와의 정서적 유대를 형성할 뿐 아니라 아동이 주변 세계를 이해하며 사람, 관계, 언어에 대해 배우는 데 도움을 주고, 뇌의 연결을 자극하여 발달을 촉진하기도 한다(Uchitel et al., 2019: 4).

라) 보호와 안전(Security and Safety)

아동은 스스로를 보호할 수 없고 예기치 않은 위험에 매우 취약하므로 신체적, 정서적 위험이 없는 안전하고 안심할 수 있는 환경이 제공되어야 한다. 아동의 안전에 위험을 미치는 요소는 극심한 빈곤, 위험한 놀이 환경, 신체 및 언어적 폭력 등을 포함한다. 특히 임신부와 어린 아동은 환경적 위험에 취약하므로 청결하지 않거나 안전하지 않은 환경은 다양한 위험을 초래한다(Bourne et al., 2013: S156). 또한, 유아기에 체벌은 통제할 수 없는 두려움을 초래하여 아동의 발달에 부정적인 영향을 미친다(Wang et al., 2021: 197). 따라서 양육자의 정신건강을 유지하고 학대를 예방하기 위한 사회적 협력이 필요하다.

마) 생애초기 학습을 위한 기회(Opportunities for early learning)

생애초기 학습을 위한 기회는 아동이 주어진 환경 속에서 사람, 장소, 사물과 상호작용할 수 있는 모든 기회를 의미한다. 모든 경험은 아동의 성장에 영향을 미치며 이후 변화하는 환경에 성공적으로 적응하도록 돕는 학습의 기초를 형성한다. 아동은 미소, 눈맞춤, 대화, 노래, 놀이, 그리고 모방을 통해 다른 사람들과의 관계 속에서 기술을 습득하기 시작한다(Booren et al., 2012: 517). 부모는 일상적인 가사 활동 중에 아동과 상호작용하며 나이에 적합한 놀이와 초기 학습의 기회를 제공해야 한다. 예를 들어, 빈 용기나 조리 기구와 같은 일상적인 물건들을 가지고 노는 것은 아동이 물체의 질감과 특성을 배우고, 그것들로 무엇을 할 수 있는지를 이해하는 데 도움을 줄 수 있다. 또한, 아동이 신체를 움직이고 오감을 활성화하며 언어를 듣고 사용하고 탐색할 수 있는 다양한 활동에 참여하도록 유도하는 것이 필요하다(Cheraghi et al., 2022: 1298). 이러한 요소들은 모두 아동의 건강한 발달과 학습을 촉진한다.

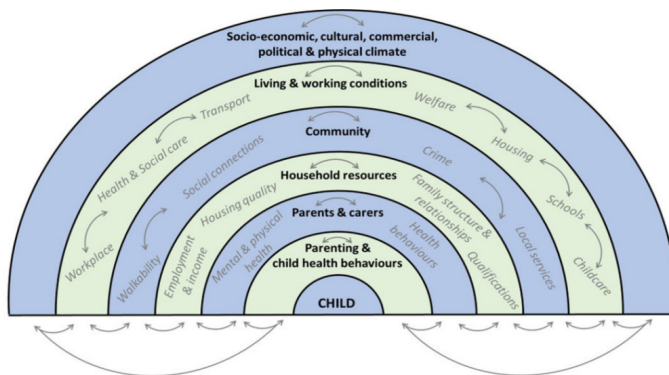
3) 아동 건강의 사회적 결정요인 모형

영유아기 건강형평성에 영향을 주는 요인을 파악하기 위해서는 아동 건강에 영향을 미치는 사회적 결정요인의 파악이 필요하다. Jessiman et al.(2021)은 서비스, 경제, 거버넌스, 물리적 환경, 사회, 개인 6개 영역으로 아동의 건강형평성에 영향을 미치는 요인을 체계적으로 구분하였다. 서비스 영역은 크게 학교 기반, 건강 및 복지, 가족 및 지역사회, 청소년 범죄 등으로 구분하여 공공 또는 민간 등 서비스에 대한 이용 가능성을 나타낸다.

다음으로 경제 영역은 지역 그리고 가구 및 개인 수준으로 나눌 수 있는데 예컨대 지역 수준의 요소가 부모의 고용, 가구소득에도 영향을 미쳐 아동의 건강불평등을 야기할 수 있다고 보는 영역이다. 거버넌스 영역은 정책의 효과적인 개발 및 실행과 관련된 부분으로 지역 정책 개발 및 실행을 아동의 건강형평성에 영향을 주는 가장 중점적인 요인으로 간주한다. 물리적 영역은 아동이 거주하는 물리적 환경에 대한 요소를 의미하며 안전한 장소, 교통 및 인프라, 통신 등의 요인을 포함한다.

사회적 영역은 미디어 및 포레, 가족 및 양육, 사회적 환경 등과 관련 있다. 마지막으로 개인 영역은 건강 관련 행동, 사회적 관계, 교육 및 인지 능력을 포함한다.

[그림 II-2-3] 아동 건강의 사회적 결정요인



자료: Pearce, A., Dundas, R., Whitehead, M., & Taylor-Robinson, D. (2019). Pathways to inequalities in child health. Archives of disease in childhood, 104(10), pp.998-1003 에서 재인용

Pearce et al.(2019: 1000-1001)은 아동이 건강불평등에 이르는 경로에 대해 물질적, 심리사회적, 행동적, 구조적 요인을 구분하였다. 아동 건강의 결정요인은

[그림 II-2-3]에 나타난 것처럼 무지개 형태의 모델로 표현되었는데, 모델의 중심에는 아동의 고정된 특성(예: 나이, 성별)이 위치하며, 이를 둘러싼 것들은 잠재적으로 개선 가능한 아동의 건강 결정요인을 나타낸다. 가장 안쪽 층에는 건강행동과 생활 방식 등 아동 건강에 직접적인 영향을 미치는 결정요인들이 포함되어 있으며 여기에는 부모와 아동 간 상호작용의 성격도 포함된다. 다음 층부터는 부모 자신의 건강과 행동, 가용자원(예: 주거 품질, 소득), 지역사회 및 사회적 네트워크 등이 순서대로 위치한다. 그 다음에는 아동 건강에 직접적인 영향을 미치는 생활 및 근무 조건(예: 보육, 학교, 건강 서비스)과 부모를 통해 간접적으로 영향을 미치는 구조적 건강요인이 있다(예: 유연 근무제, 부모 휴가 관련 직장 정책). 가장 바깥쪽 층에는 정치적, 문화적, 상업적 요인 등 거시적인 요소들로 구성되어 있다. 모든 건강 결정요인은 화살표로 표시된 것처럼 각 층 내 및 층간에 서로 연관된다.

다양한 사회경제적 요인들이 건강에 미치는 경로를 보다 상세히 분석하는 것은 건강불평등을 줄이고 예방할 수 있는 방법을 찾아내는 데 매우 중요하다. 주로 성인 건강을 위주로 다양한 연구가 이루어졌으며, 일반적으로 물질적, 심리사회적, 행동적 및 구조적 요인 간의 차이를 구분하여 접근하고 있다(Nurius et al., 2016: 243). 이들 경로의 상대적 중요성에 대해서는 광범위한 논의가 있었지만, 특정 요인이 지배적이지 않다는 것이 일반적으로 받아들여지고 있다(Due et al., 2011:71). 주요 경로와 그 과정에 대해 좀 더 상세히 살펴보면 아래와 같다.

물질적 경로는 따뜻하고 안전한 집, 영양가 있는 음식 등과 같은 물질적 가정환경을 의미한다. 어린 아동에게 있어 주거 환경은 건강에 큰 영향을 미치는데, 물질적 어려움과 열악한 주거환경은 아동의 건강과 안전을 위협하는 직접적인 요소이므로, 사회경제적 상황과 아동 건강 간의 연관성을 나타내는 중요한 경로 중 하나이다(Engle & Black, 2008: 243).

심리사회적 경로는 사회적 불평등으로 인한 열등감과 정서 조절의 어려움 등이 정신건강에 악영향을 미칠 뿐 아니라 사회적 불이익으로 야기된 스트레스 요인이 건강불평등에 영향을 미친다는 것이다. 영유아는 사회구조에 대한 인식이 확립되어 있지 않아 건강과 건강행동에 미치는 직접적 악영향이 제한적이며, 이 경로의 영향은 거의 전적으로 아동의 양육자의 감정 변화와 이로 인해 표출되는 행동을 통해 나타난다. 이후 아동이 청소년기로 전환하면서 자신의 사회적 위치에 대한 인

식이 생겨나고 가족으로부터 독립성이 확대됨에 따라 건강에 대한 심리사회적 영향은 점점 더 중요해진다(Pampel et al., 2010: 361).

사회적 불이익으로 야기된 스트레스가 건강 및 건강행동에 직접적인 영향을 미친다는 연구도 다수 보고된 바 있다. 예를 들어, 빈곤 경험은 산모의 정신건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있으며, 이는 아동 건강에 악영향을 미치게 된다(Wickham et al., 2017: e145). 사회적 지원 체계는 부모가 이러한 사회적 어려움으로부터 야기되는 장애를 극복하는 데 어느 정도 도움을 줄 수 있지만, 사회적 지원을 통해 스트레스를 완화하는 방식은 사회경제적 상황과 맞물려 복잡하고 다양한 경로를 통해 전달된다(Zhai & Du, 2022: 2). 다음으로 음식에 대한 통제력이 거의 없는 태아기 및 영유아기에 부모의 건강 관련 행동(예: 산모의 흡연)이 아동의 건강불평등에 영향을 미칠 수 있다고 설명하는 경우가 행동적 경로의 예시이다. 태아기 및 영유아기 동안 아동은 건강행동에 대해 통제권이 거의 없으므로 부모와 양육자의 건강 관련 행동(예: 임신 중 흡연, 수유 여부, 예방접종)이 행동 경로의 중심이 된다.

행동 경로는 물질적 경로와 심리사회적 경로에 더해 광범위한 구조적 및 사회적 결정요인에 의해 크게 영향을 받기 때문에 단순히 규정지을 수 없다는 비판을 받아왔다. 선행연구에 따르면, 행동 경로는 높은 소득수준의 사람들과 낮은 소득수준의 사람들 사이에서 관찰되는 건강 격차를 완전히 설명하기에는 충분하지 않으며, 건강 위해 행태는 사회경제적 수준이 상대적으로 낮은 집단에서 더 흔하게 나타나는 등 사회계층별 분포가 뚜렷이 발견된다.

마지막으로 구조적 경로는 자원의 접근성 및 분배, 사회경제적 구조 등과 같은 요소를 의미한다. 구조적 경로를 분석하는 학자들은 모형의 가장 바깥층에 있는 구조적 결정요인들이 건강불평등의 근본 원인이라고 주장한다(Øversveen et al., 2018: 2). 이는 사회경제적 상황이 건강에 미치는 영향이 매우 강력하여 하나의 경로가 개입되거나 차단되더라도 사회경제적 상황은 다른 경로를 통해 영향을 미치기 때문이다. 따라서 건강불평등을 해소하는 가장 효과적인 방법은 자원의 불평등한 분배 뒤에 있는 구조적 요소를 다루는 것이라는 결론에 이르게 된다(Crammond & Carey, 2017: 84).

다. 영유아기 건강형평성 영향요인

가) 사회경제적, 문화적, 환경적 요인

(1) 사회경제적 지위, 교육 및 소득수준 등 구조적 요인

사회경제적 지위, 정치적 권력, 교육 및 소득수준과 같은 구조적 요인은 아동의 건강형평성에 큰 영향을 미친다. 자본 및 권력의 불균형은 건강불평등을 심화시키며, 이를 개선하기 위해서는 재분배 정책이나 제도적 개입이 중요한 역할을 한다 (McCartney et al., 2021: 28). 특히 지역사회 건강 프로그램과 같은 사회적 지원 정책은 아동이 건강한 환경에서 성장할 수 있도록 돕고, 그들이 필요로 하는 의료 서비스를 효율적으로 이용할 수 있게 한다 (Artiga & Hinton, 2018: 4). 건강불평등의 근본 원인은 사회적 구조에 뿌리를 두고 있기 때문에 이를 해결하기 위해 구조적 개혁이 필요하다는 점도 강조된다(Marmot, 2007: 1156). 이를테면 부모의 교육 수준이 아동의 건강에 중요한 영향을 미치는 요소로 작용한다. 높은 교육 수준을 가진 부모는 자녀에게 더 나은 건강 관련 정보와 자원을 제공할 수 있으며, 이는 아동의 전반적인 건강 상태를 향상시킨다(Cuartas, 2022: 287).

〈표 II-2-1〉 아동의 건강에 영향을 미치는 구조적 요인

구분	독립변수(매개포함)	종속변수	연구대상	주요 연구결과
McCartney et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> - 사회경제적 불평등 - 정치적 권력 구조 - 교육 수준/소득/가정 등의 요인 - 자본 및 권력의 불평등 	<ul style="list-style-type: none"> - 건강형평성 - 질병 발생률, 사망률 - 기대수명 - 의료서비스 접근성 	개인 및 사회 계층	<ul style="list-style-type: none"> - 사회적, 정치적, 경제적 요인이 건강형평성에 영향 - 자본 및 권력 불평등이 건강형평성에 영향을 줌 - 사회경제적 정책이 건강형평성에 중요 - 건강형평성을 위해 구조적 변화 필요(공공의료 등)
Artiga & Hinton (2018)	<ul style="list-style-type: none"> - 사회경제적 지위 - 교육수준, 취직 여부 - 주거(환경), 사회적 지원 - 의료서비스 접근성 - 정책적 개입, 지역사회 건강 프로그램, 건강행동(매개) 	건강형평성	개인 및 가정	건강형평성을 위해 사회적 결정요인이 중요
Marmot (2007)	사회적 요인	건강형평성	개인	건강형평성의 근본적 원인은 사회적 요인임. 해결을 위한 정책개입의 필요성이 대두

구분	독립변수(매개포함)	종속변수	연구대상	주요 연구결과
Cuartas (2022)	어머니 교육 수준	아동 발달 (언어 및 인지, 신체, 사회정서발달, 학습접근방식)	36-59 개월	어머니의 교육 수준은 아동 발달에 영향을 미침

자료: 1) McCartney et al.(2021). Health inequalities, fundamental causes and power: towards the practice of good theory. p.28

2) Artiga & Hinton(2018). Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity. p.4

3) Marmot(2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. p.1156

4) Cuartas(2022). The effect of maternal education on parenting and early childhood development: A review and call for research. p.287

(2) 거주 지역과 주택의 질, 안정성 등

거주 지역과 주택의 질, 안정성은 아동 건강에 직접적인 영향을 미친다. 주거 격차는 건강형평성에 중대한 영향을 미치며 (Swope & Hernández, 2019: 5-7), 도시와 농어촌 간의 건강보험 이용에 있어서도 유의미한 차이가 있다(이용재, 2006: 19). 또한, 주택 소유가 아동의 인지 및 행동 발달에 긍정적인 영향을 미치고 (Haurin et al., 2002), 임대주택 거주 아동은 다양한 건강 및 발달 지표에서 부정적인 결과가 나타난다는 연구결과도 있었다(Pillas et al., 2014: 420). 이는 주거 지원 정책과 더불어 지역 간 건강서비스 접근성의 형평성을 확보해야 함을 시사한다.

〈표 II-2-2〉 아동의 건강에 영향을 미치는 주거환경 요인

구분	독립변수 (매개포함)	종속변수	연구 대상	주요 연구 결과
Swope & Hernández (2019)	주거 격차 - 주택 구매력 - 주거지의 질 - 거주 안정성 - 이웃의 특성	건강형평성	주거 환경 개인	주거는 구조적 불평등과 맞닿아 있어 건강형평성에 중요한 영향을 미치는 요소로 고려되어야 함
Haurin et al. (2002)	주택 점유 형태	아동의 인지 및 행동 결과	아동	주택 소유는 월세보다 더 높은 인지 능력과 적은 아동 문제행동과 연관됨
Pillas et al. (2014)	주택 점유 형태	부정적인 아동 건강 및 발달 결과	문헌 고찰	주택을 소유하지 않은 점유 형태는 다양한 부정적인 아동 건강 및 발달 결과와 관련됨

자료: 1) Swope & Hernández(2019). Housing as a determinant of health equity: A conceptual model. p.5

2) Haurin et al.(2002). Does homeownership affect child outcomes? p.635

3) Pillas et al.(2014). Social inequalities in early childhood health and development: A European-wide systematic review. p.420

(3) 부모의 고용 환경 및 빈곤

빈곤은 아동기의 건강 전반에 부정적인 영향을 미친다. 부모의 고용 환경과 빈곤은 아동의 건강에 결정적인 영향을 미치는 주요 요소로 분석되었다 (김명희 외, 2011: 38-40). 저소득층 아동은 인지 점수가 낮고 행동 문제가 많으며, 건강 상태가 양호하지 않을 가능성이 더 높다는 연구 결과가 있다 (Berger et al., 2009: 988; Casey et al., 2001: 508; Seguin et al., 2003: 1536).

〈표 II-2-3〉 아동의 건강에 영향을 미치는 고용 환경 및 노동시장 요인

구분	독립변수 (매개포함)	종속변수	연구 대상	주요 연구결과
김명희 외 (2011)	사회적 결정요인 - 아동 빈곤 - 노동시장 - 필수적 공공서비스	아동기 건강	아동	- 여러 연구에서 빈곤과 노동시장(고용정책, 부모의 휴가 등), 필수적 공공서비스 등의 사회경제적 요소들이 아동기 건강에 영향을 미치는 주요 요소로 다뤄지고 있어 건강형평성의 문제가 제기됨
Seguin et al. (2003)	가정 소득, 모유수유 여부, 그리고 어머니 의 흡연 습관	유아 건강	5개월	저소득층 유아는 건강 상태가 우수하지 않다고 판단될 가능성이 더 높음
Berger et al. (2009)	소득	유아의 인지 및 행동 발달	3세	저소득층 아동은 인지 점수가 낮고 행동 문제도 더 많음
Casey et al. (2001)	저소득 가정에서의 생활	식품 및 영양 섭취, 신체적 비활동, 과체중/ 저체중 상태	0- 17세	저소득층 식품 부족 가구의 아동들은 칼로리와 총 탄수화물 섭취량은 적었지만 콜레스테롤 섭취량은 높음

자료: 1) 김명희 외(2011). 아동기의 건강불평등: 사회적 결정요인을 중심으로 pp.38-40

2) Seguin et al.(2003). Effects of low income on infant health. p.1536

3) Berger et al.(2009). Income and child development. p.988

4) Casey et al.(2001). Children in food-insufficient, low-income families: prevalence, health, and nutrition status. p.508

나) 지역사회 요인

지역사회 중심의 개입은 아동 건강형평성 개선에 긍정적인 역할을 할 수 있다. 재개발 지역에서의 통합적 지역사회 개입은 건강형평성 제고에 기여하였으나, 이러한 개입의 효과는 정치적 및 행정적 지원의 유무와 네트워크 구조에 따라 달라진다는 점이 중요하다 (Voss et al., 2024: 11). 또한, 지역사회 개입은 건강형평성에 긍정적 영향을 미치며, 정책효과를 위해서는 장기적인 개입이 필요하다

(O'Mara-Eves et al, 2013). 이러한 결과들은 지역 간 연계 시스템 강화, 개입의 지속성 확보, 그리고 기관 간 협력 증진의 필요성을 강조한다.

〈표 II-2-4〉 아동의 건강에 영향을 미치는 지역사회 기반 개입의 효과

구분	독립변수 (매개포함)	종속변수	연구 대상	주요 연구결과
Voss et al. (2024)	지역사회 기반 통합 개입	재개발지역 아동의 건강형평성	<ul style="list-style-type: none"> - 네트워크 코디네이터 - 지역사회 기관 소속 전문가 - 개입 안내 담당 시 부서 대표 자문 그룹 	*개입 효과성에 영향을 줄 수 있는 요인 - 가용자원 - 정치적 행정적 지원 - 네트워크 코디네이터 - 네트워크의 내부 프로세스 - 제도 간 협력 - 참여 시 이점 - 네트워크의 결과물
O'Mara-Eves et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 개입 - 지역사회 개입의 방식 - 지역사회 개입의 기간 	<ul style="list-style-type: none"> - 건강행동 - 건강형평성 - 정신건강 - 신체건강 	<ul style="list-style-type: none"> - 사회적 취약계층 - 건강 문제를 가진 개인 - 지역사회 - 개인 	<ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 개입은 건강형평성에 긍정적 영향을 미치지만 방식과 조건에 따라 효과가 보장되지 않을 수 있음 - 정책적 지원과 지역사회의 협력 강화로 장기적인 개입이 필요

자료: 1) Voss et al.(2024). Process evaluation of an integrated community-based intervention for promoting health equity in children in a new residential development area. p.11

2) O'Mara-Eves et al.(2013). Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. p.548

지역사회의 안전성, 신뢰감, 공공시설 등 지역 환경 요인은 아동의 건강과 밀접한 관련이 있다. 부모는 지역사회 안전성과 편의시설의 유무를 건강의 중요한 지표로 인식하며, 이러한 인식은 아동의 사회정서 발달과 건강에 긍정적인 영향을 미친다 (Cronin & Gran, 2018; Christian et al., 2015: 34). 또한, 의료접근성은 지역사회 신뢰도를 향상시키는 데 중요한 역할을 한다고 분석되었다 (Omolaḡun-Tijani et al., 2023: 4).

〈표 II-2-5〉 아동의 건강에 영향을 미치는 지역 환경 요인

구분	독립변수 (매개포함)	종속변수	연구 대상 연령	주요 연구결과
Cronin & Gran (2018)	거주 지역	주관적 아동 건강	아동	지역사회가 안전하고 편의시설이 있다고 보고하는 부모는 자녀가 더 건강하다고 인식

구분	독립변수 (매개포함)	종속변수	연구 대상 연령	주요 연구결과
Christian et al. (2015)	지역사회 안전, 녹지 공간 및 야외 주거 공간	아동 건강	-문헌 고찰 연구 -0-7세 대상	부모의 지역사회 안전에 대한 인식은 아동의 사회정서 발달 및 일반적인 건강과 긍정적인 연관이 있음
Omoladun -Tijani & Vish(2023)	의료접근성	지역사회 신뢰	4-17세	지역사회 신뢰는 의료접근성 이 높을 때 30% 증가

자료: 1) Cronin & Gran(2018). The importance of environment: Neighborhood characteristics and parent perceptions of child health. p.658

2) Christian et al. (2015). The influence of the neighborhood physical environment on early child health and development: A review and call for research. p.34

3) Omoladun-Tijani & Vish(2023). Family and neighborhood resilience are associated with children's healthcare utilization. p.4

다) 가족 및 부모 요인

(1) 부모의 건강행동 및 장애

부모의 장애 및 부모의 건강상태는 간접적으로 아동의 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 특히 부모가 장애가 있는 경우 돌봄 취약으로 인해 아동 예방접종률이 낮게 나타난 보고가 있었고(Hyatt & Allen, 2005: 605), 음주와 흡연은 아동의 예방접종률 저하, 부상 발생, 호흡기 질환 등과 정적 관련성을 보였다(Damashek et al., 2009: 350; Zhuge et al., 2020: 3).

〈표 II-2-6〉 아동의 건강에 영향을 미치는 부모의 건강/장애/행동 요인

구분	독립변수 (매개포함)	종속변수	연구 대상 연령	주요 연구결과
Hyatt & Allen (2005)	부모의 장애	아동 예방접종률	2-5세	돌봄을 제공할 수 없는 수준의 장애를 가진 부모와 함께 사는 아동은 장애가 없는 부모와 함께 사는 아동보다 예방접종률이 65% 낮음
Damashek et al. (2009)	부모의 음주량	아동의 부상 발생 가능성 및 부상 심각도	유아	부모의 음주량은 유아의 부상 발생 가능성과 부상 심각도에 영향을 미 침
Zhuce et al. (2020)	부모의 흡연	아동의 마른기침, 폐렴, 잦은 감기	3-8세	부모의 흡연은 아동의 호흡기 질환 위험을 증가 시킴

자료: 1) Hyatt & Allen(2005). Disability as a "family affair": Parental disability and childhood immunization. p.605

2) Damashek et al(2009). Relation of caregiver alcohol use to unintentional childhood injury. p.350

3) Zhuge et al(2020). Effects of parental smoking and indoor tobacco smoke exposure on respiratory outcomes in children. p.3

(2) 부모의 양육 방식

부모의 양육 방식은 아동의 건강 및 발달에 직접적인 영향을 미치는 중요한 요소이다. 아동의 모유수유는 아동의 건강에 직접적이고 장기적인 영향을 미친다. 모유수유 여부와 수유 기간은 아동의 생존율에 중요한 영향을 미치며, 이후 아동의 질병 및 신체 건강에 중요한 요인으로 작용한다(Pattison et al., 2019; Wang et al., 2017).

〈표 II-2-7〉 아동의 건강에 영향을 미치는 부모의 양육방식 - 모유수유

구분	독립변수 (매개포함)	종속변수	연구 대상 연령	주요 연구결과
Colen & Ramey, (2014)	모유수유 여부	BMI/비만, 천식, 과잉행동, 애착, 학업 성취도	4-14세	가족 내 일반 사항이 통제 되었을 때 수유 실천과 아동의 건강 지표 간에 연관성이 통계적 유의성을 유지하지 못함
Pattison et al(2019)	모유수유 여부 및 수유 기간	아동 질병, 신장, 그리고 체중	0-3세	수유 기간은 유아의 질병률, 설사 및 변비 횟수, 과체중/비만률에 영향을 미침
Wang et al(2017)	수유 기간	아동 비만률	24개월-6학년	6개월 이상의 수유 기간은 아동의 비만 위험을 감소시킴

자료: 1) Colen & Ramey(2014). Is breast truly best? Estimating the effects of breastfeeding on long-term child health and wellbeing in the United States using sibling comparisons.
 2) Pattison et al.(2019). Breastfeeding initiation and duration and child health outcomes in the first baby study.
 3) Wang et al.(2017). Breastfeeding reduces childhood obesity risks.

체벌과 아동학대는 아동의 외현적 문제행동 및 언어능력 저하와 관련이 있으며, 이러한 행동은 아동의 전반적인 발달에 부정적인 영향을 미친다(Mackenzie et al., 2012: 14). 또한, 방임은 아동의 내분비 변화와 신경 생리에 장기적인 영향을 미쳐 건강 문제를 유발할 수 있으며, 이는 아동의 문제행동으로 이어진다(Dahake et al., 2018: 43-44).

〈표 II-2-8〉 아동의 건강에 영향을 미치는 부모의 양육 방식 - 학대와 방임

구분	독립변수 (매개포함)	종속변수	연구 대상 연령	주요 연구결과
Mackenzie et al. (2012)	체벌	외현적 문제행동과 수용적 언어능력	3-5세	3세의 빈번한 체벌은 5세의 외현적 행동 및 수용 언어능력과 관련이 있음

구분	독립변수 (매개포함)	종속변수	연구 대상 연령	주요 연구결과
Dahake et al. (2018)	아동학대 및 방임	아동 신체 건강	문헌고찰	아동학대는 외상성 스트레스를 유발 하여, 항상성을 방해하며 대사와 신경 생리학에 즉각적이고 장기적인 내분 비 변화를 초래하여 아동기, 청소년기 및 성인기에서 발달 문제를 야기

자료: 1) Mackenzie et al. (2012). Corporal punishment and child behavioral and cognitive outcomes through 5 years of age: Evidence from a contemporary urban birth cohort study. p.14

2) Dahake et al. (2018). Impact of child abuse & neglect on children. pp.43-44

(3) 부모의 심리적 문제 (정신건강 및 스트레스)

아동의 건강과 의료 이용에 있어 보호자의 우울감 및 양육 스트레스는 중요한 역할을 하며, 보호자의 우울증 또한 아동의 정신건강 문제에 영향을 미친다는 점이 확인되었다(Olfson et al., 2003). 부모가 정신적으로 건강하지 못할 경우, 아동이 건강 문제를 겪을 가능성이 높고 이는 아동의 의료서비스 이용 패턴에서도 명확히 나타난다(Olfson et al., 2003). 또한, 부모의 양육 스트레스는 아동의 건강과 밀접한 연관이 있는 것으로 나타났다(Larkin & Otis, 2018: 636; Park & Walton-Moss, 2012). 부모가 양육 스트레스를 경험할 경우, 이는 아동에게도 부정적인 영향을 미치고, 아동의 전반적인 발달에도 해로운 결과를 초래할 수 있다.

〈표 II-2-9〉 아동의 건강에 영향을 미치는 부모의 정신건강 및 스트레스

구분	독립변수 (매개포함)	종속변수	연구 대상 연령	주요 연구결과
Olfson et al. (2003)	보호자의 우울	아동의 정신건강 문제와 병원 이용	3-8세	우울증이 있는 부모를 둔 아동은 우 울증이 없는 부모를 둔 아동에 비해 정신건강 문제를 가질 가능성이 2배 높았으며, 정신건강 서비스를 이용 할 가능성은 2.8배 높음
Park & Walton-Moss (2012)	양육 스트레스	아동의 건강 관련 행동	유아	양육 스트레스는 아동의 건강 관련 행동에 영향을 미침
Larkin & Otis (2018)	아동기질, 양육스트레스, 모자 상호작용	아동 건강	아동	양육 스트레스는 아동 건강에 유의 미한 영향을 미침

자료: 1) Olfson et al. (2003). Parental depression, child mental health problems, and health care utilization.

2) Park & Walton-Moss(2012). Parenting-style, parenting stress, and children's health-related behaviors.

3) Larkin & Otis (2018). The relationship of child temperament, maternal parenting stress, maternal child interaction and child health rating. p.636

라) (양육자 관리 행동에 따른) 영유아 건강 관련 행동

(1) 영유아의 미디어 사용

디지털 미디어 사용은 아동의 신체 및 인지 발달에 다양한 영향을 미친다. TV 시청 시간이 길고 신체활동이 적은 경우 아동 비만과 관련이 있으며 (Tahir et al., 2019: 290), TV 시청은 아동의 수면 시간과 반비례하는 경향이 있어 아동이 충분한 수면을 취하지 못하는 결과를 초래한다(Marinelli et al., 2014). 스마트폰 사용 시간의 증가 역시 아동의 언어 이해 및 표현 능력 저하와 소근육 발달과 연관되어 있는 것으로 나타났다(Rayce et al., 2024: 10; Lin et al., 2016).

〈표 II-2-10〉 아동의 건강에 영향을 미치는 아동의 미디어 사용

구분	독립변수 (매개포함)	종속변수	연구 대상 연령	주요 연구결과
설섯별 외 (2017)	영상물 과다노출 (영유아 영상물 과몰입 척도 이용)	정서·사회행동 (영유아 사회정서 측정 도구이용)	만1-2세 영유아	개인-사회성과 부적상관, 외현 화 행동 문제 및 내제화 행동 문제와 정적 상관을 보임
Tahir et al. (2019)	TV 시청 시간과 신체활동 수준	체형 유형, BMI	3-5세	TV 시청 시간과 낮은 신체활동 수준은 과체중/비만과 관련이 있음
Marinelli et al. (2014)	TV 시청 시간	수면시간	2-4세, 6-9세	TV 시청 시간은 수면 시간과 반비례함
Lin et al.(2016)	태블릿pc 사용 시간	소근육 발달	유아 (평균 61개월)	태블릿pc 사용 시간은 유아의 소근육 발달에 부정적 영향을 미침
Rayce et al. (2024)	아동의 스마트폰 사용 시간	언어 이해 및 표현 능력	2-3세	하루의 한 시간 이상 모바일 기 기를 사용하는 것은 낮은 언어 발달 점수 및 언어이해 어려움 과 유의미한 관련이 있음

자료: 1) 설섯별 외(2017). 영유아 영상물 과다노출이 영유아의 일반 발달과 정서·사회 행동에 미치는 영향, 영유아아동정신건강연구, 10(1), 45-58. p.45

2) Tahir et al.(2019). The association of television viewing in childhood with overweight and obesity throughout the life course. p.290

3) Marinelli et al.(2014). Hours of television viewing and sleep duration in children: a multicenter birth cohort study.

4) Lin et al.(2016). Effect of touch screen tablet use on fine motor development of young children.

5) Rayce et al. (2024). Mobile device screen time is associated with poorer language development among toddlers: results from a large-scale survey. p.10

(2) 영유아 식생활/영양

식생활을 통하여 섭취하는 영양소와 에너지는 신체활동과 신체의 기능, 기초대사 유지 등에 필요한 요소이며, 이 에너지를 적정량으로 섭취하는 것은 건강에 매우 중요하다 (Precious et al., 2023: 187). 에너지 과잉 섭취 시 체지방 저장으로 비만을 초래하고, 대사증후군, 심혈관 질환 등의 암 발생이 높을 수 있으며, 에너지 과소 섭취 시는 성장 저하, 면역 관련 질환 등이 올 수 있다(Nikolić, Gadzic & Stamenković, 2023: 197).

(3) 영유아 신체활동

TV 시청 시간과 낮은 신체활동 수준은 과체중 및 비만과 관련이 있다는 연구 (Tahir et al., 2019: 290)가 있으며, 태블릿 PC 사용 시간은 아동의 소근육 발달에 부정적인 영향을 미친다는 연구도 있다 (Lin et al., 2017).

〈표 II-2-11〉 영유아 신체활동

구분	독립변수 (매개포함)	종속변수	연구 대상 연령	주요 연구결과
Tahir et al. (2019)	TV 시청 시간과 신체활동 수준	체형 유형, BMI	3-5세	낮은 신체활동 수준은 과체중/ 비만과 관련이 있음

자료: Tahir et al. (2019). The association of television viewing in childhood with overweight and obesity throughout the life course. p.290

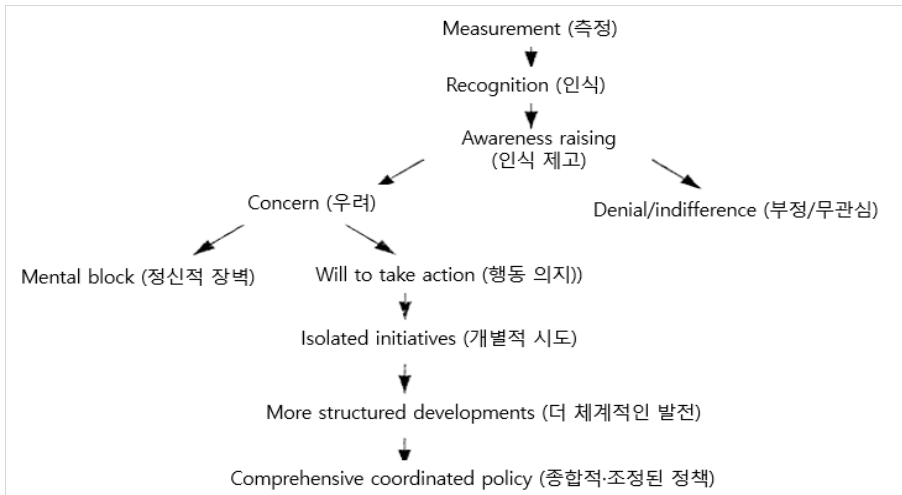
3. 영유아기 건강불평등 모니터링

가. 영유아기 건강불평등 모니터링 필요성

영유아기 건강형평성 제고는 평생 건강을 보장하고 사회 전체의 불평등을 완화하는 중요한 전략이다. 이를 위해서는 단순히 의료서비스 제공에 대한 관심 뿐 아니라, 건강을 결정하는 사회경제적 요인을 해결하려는 종합적인 접근이 필요하다. 이를 위해 정책적 개입이 필수적이며, 이를 위해서는 건강불평등의 실태를 정확히 파악하고 변화 과정을 지속적으로 추적할 수 있는 건강불평등 모니터링이 필요하다. 건강불평등에 대한 대응 스펙트럼을 제시한 Whitehead(1998)의 모형에서도 포괄적인 정책 수립으로 가기 위한 첫 단계는 측정, 즉 건강불평등 모니터링임을

명시하고 있으며, 건강형평성 제고를 위한 시발점인 건강불평등 모니터링에서는 정량적으로 평가할 수 있는 신뢰할 만한 지표가 요구된다.

[그림 II-3-1] 건강불평등에 대한 대응 스펙트럼



자료: Whitehead M. (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. Milbank Quarterly, 76(3), p.471(연구진 번역).

국내에서는 다양한 자료를 활용한 건강불평등 모니터링이 시도되어 왔다. 대표적으로 서울시에서는 〈서울시 건강격차 모니터링〉을 2013년 이후 매년 발간하여 서울시 지자체에서 활용도를 높이고 있다(정최경희 외, 2013). 서울시 건강격차 모니터링에서는 WHO 모형을 일부 수정한 건강 격차 설명 틀에 기반하여 건강불평등 지표를 사회구조 요인, 중재 요인, 건강 결과로 범주화하고 각각 14개, 24개, 22개 지표를 선정하여 모니터링하고 있다. 다만, 건강 결과 지표 중 저체중 출생아 비율, 영아사망률을 제외하면 성인기 지표에 초점을 맞추고 있다.

국민건강증진종합계획(Health Plan 2030)은 총괄 목표 중 하나를 건강형평성 제고에 두고, 다양한 건강 지표들을 모니터링하고 있다. 그러나 Health Plan 지표에서도 64개 대표지표 중 영유아에 해당하는 건강불평등 지표는 영아사망률 하나이다. 세부 지표로 영유아 건강검진 수검률, 영유아 예방접종률, 고위험 신생아 장애 발생률, 모유수유 실천율 등이 있으나 해당 지표에 대한 건강불평등 모니터링은 되고 있지 않다.

국내에서도 아동기 건강불평등 모니터링과 사업 개발을 위한 연구가 2019년 시

행되었다(김동진 외, 2019). WHO 모형에 기반하여 구성된 아동 건강불평등 발생 기전 모형에 따라 사회구조적 요인, 중개 요인, 건강 결과로 지표를 범주화하고, 157개의 지표를 개발하고, 25개 필수 지표에 대해 현황을 산출하였다. 다만 이 연구에서는 만 6-18세 학령기 아동을 연구대상으로 하였다.

이와 같이 국내 건강형평성 모니터링이 일부 이루어지고 있거나 이루어진 바 있지만, 영유아기의 건강불평등을 측정하고 분석하는 체계는 매우 부족하다. 효과적인 정책 수립을 위해서는 사회경제적 요인을 고려한 종합적인 지표개발과 지속적인 모니터링이 필수적이다. 이를 통해 영유아기의 건강 격차를 조기에 파악하고, 효과적인 개입이 가능하도록 하여 모든 아동이 공정한 출발선을 가질 수 있도록 할 필요가 있다.

나. 건강불평등 모니터링 과정

WHO는 건강불평등 모니터링의 중요성을 인지하고 많은 자료들을 생산해오고 있다. 그간의 지식과 경험을 집대성하여 출판한 〈Health inequality monitoring〉에 따르면, 건강불평등 모니터링 과정은 5단계로 구성된다(WHO, 2024a).

건강불평등 모니터링의 순환 과정은 모니터링의 범위를 결정하는 것(1단계)에서 시작하여, 데이터 수집(2단계), 수집된 데이터 분석(3단계), 결과 보고(4단계)를 거쳐, 5단계에서는 지식 전달(knowledge translation)을 통해 모니터링 결과가 실제 변화에 반영되도록 촉진한다.

[그림 II-3-2] 건강불평등 모니터링의 5단계 순환과정



자료: WHO. (2024a). Health inequality monitoring: harnessing data to advance health equity. p.25

1단계에서는 모니터링의 전반적인 목적과 범위를 설정한다. 이 단계는 이후의 모든 모니터링 절차를 이끌어갈 기준을 마련하는 과정이라고 할 수 있다. 1단계는 다시 세 개의 하위 단계로 나뉘며, 순차적으로 혹은 동시에 진행될 수 있다. 1A단계에서는 모니터링의 대상이 되는 건강 주제와 인구집단을 정한다. 1B단계에서는 모니터링에 사용할 지표를 선정한다. 1C단계에서는 불평등 차원을 정하게 된다. 건강불평등을 분석할 때 적용하게 되는 사회경제적 위치의 결정이 이에 해당된다.

2단계 데이터 수집도 두 개의 하위 단계를 가진다. 2A단계에서는 관련 지표와 불평등 차원을 포함하고 있는 데이터 자료를 파악한다. 파악된 데이터 자료를 검토하여 건강불평등 모니터링에 사용할 데이터를 결정하는 것이 2B단계이다. 경우에 따라 모니터링을 할 수 있는 데이터가 여러 개 존재할 수 있는데, 이때는 각 자료의 강점과 한계를 비교·분석함으로써 어떤 자료를 활용할지 결정할 수 있다. 만약 데이터가 제한적이거나, 대표성이 없거나, 존재하지 않거나, 질이 낮은 경우, 다시 1단계로 돌아가 모니터링 범위를 재검토하거나, 데이터 수집의 확대 및 개선을 위한 활동이 필요하다.

3단계에서는 불평등의 양상과 정도를 계량적으로 분석한다.

4단계 결과 보고에서는 건강불평등 모니터링의 전반적 목적과 대상, 범위, 데이터 자료, 핵심 결과를 전달한다.

5단계는 지식전환(knowledge translation)이다. 지식전환이란 보건의료 체계를 강화하고 사람들의 건강을 향상시키기 위해 관련 이해관계자들이 지식을 합성(synthesis)하고, 확산(dissemination)하며, 교류(exchange)하고, 적용(application)하는, 역동적이고 반복적인 과정으로 정의된다(WHO, 2006; Canadian Institutes of Health Research, 2012). 합성이란 연구결과들을 해당 주제에 대한 지식 체계 내에서 맥락화하고 통합하는 것을 가리킨다. 확산은 연구 결과를 적절한 대상에게 전달하는 과정으로, 대상에 맞는 메시지와 매체를 선택하여 정보를 공유하는 것이다. 교류는 지식 이용자(Knowledge User)와 연구자 간 상호작용을 가리키며 이를 통해 서로 학습하게 된다. 이때 지식 이용자인 보건 정책이나 프로그램 등에 대해 근거 기반 결정을 하기 위해 연구결과를 이용하는 사람으로 정의할 수 있고, 주로 실무자, 정책 입안자, 교육자, 의사결정자, 보건 행정가, 지역사회 지도자, 건강 관련 자선단체나 환자 단체의 구성원, 민간 부문 조직이나 언론 매체 종사자 등이 포함된다. 건강불평등 모니터링을 통해 생

성된 근거가 최종적으로 적용을 통해 실제 변화로 이어지고, 건강형평성 증진에 기여할 수 있다.

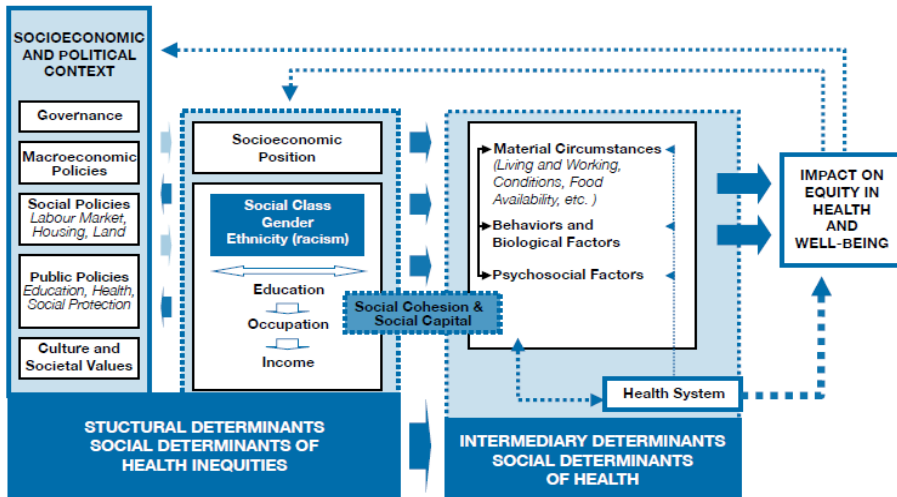
본 연구에서는 본 절에서 소개한 건강불평등 모니터링 개발 과정에 따라 국내 영유아기 건강불평등 모니터링을 위한 지표를 개발하고 대표지표를 선정하여 현황을 평가하고자 하며, 영유아기 건강불평등 모니터링을 위한 해외 지표사례, 지표개발 절차는 4장에 구체적으로 기술하였다.

다. 영유아기 건강불평등 모니터링 개념적 틀⁵⁾

세계보건기구(WHO) 사회적 건강 결정요인 위원회는 2008년 최종 결과 보고서인 “한 세대 내에서 격차를 없애기(Closing the Gap in a Generation)”(WHO, 2008: 1)를 발간하였다. 이 보고서와 2010년 발간된 후속 보고서(Solar & Irwin, 2010: 25-44)에서는 건강을 사회적 현상으로 이해하기 위한 개념적 틀을 제공하고 있다. 이 틀에서는 건강과 안녕의 형평성에 영향을 미치는 요인을 구조적 결정요인(structural determinants)과 중간 결정요인(intermediary determinants)으로 구분하고 있다. 구조적 요인은 사회경제적·정치적 맥락과 사회경제적 위치로 구성되며, 이 둘은 서로 영향을 주고받는 관계에 있다. 사회경제적 위치는 사회계층, 성별, 인종 및 민족과 같은 요인에 의해 형성되며, 이를 측정하는 지표로는 일반적으로 소득, 직업, 교육 수준이 사용된다. 중간 결정요인에는 물질적, 환경, 심리사회적 환경, 행동 및 생물학적 요인이 포함된다. 보건의료체계는 의료 접근성과 관련된 불평등을 완화하거나 심화시키는 방식으로 중간 요인에 영향을 미칠 수 있으며, 사회적 결속(social cohesion)과 사회적 자본(social capital)은 구조적 요인과 중간 요인 간의 상호작용을 매개하는 연결 기제로 작용할 수 있다. 결론적으로, 세계보건기구 사회적 건강 결정요인 위원회가 제시한 건강불평등의 개념적 틀은 사회경제적·정치적 맥락이 중간 요인과 건강 결정요인에 영향을 미치고, 이러한 영향이 사회경제적 위치에 따라 생애주기 전반에 걸쳐 누적되면서 건강불평등이 형성된다는 점을 핵심적으로 강조하고 있다.

5) 세계보건기구 사회적건강 결정요인 위원회에서 제시한 개념적 틀로서 Solar & Irwin(2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2(Policy and Practice) pp. 25-44 내용을 일부 발췌하여 정리함.

[그림 II-3-3] 세계보건기구 사회적 건강 결정요인 위원회의 개념적 틀



자료: Solar & Irwin(2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2(Policy and Practice). p.48

4. 영유아기 건강 관련 주요현황

본 절에서는 영유아기의 건강 관련 OECD 주요 국제지표와 국내 영유아 주요 조사에서 영유아 건강 관련 변수 포함 여부 등을 표시하였다.

〈표 II-4-1〉 영유아 주요 조사별 영유아 건강 관련 변수

건강 관련 지표	OECD 국제지표	아동 실태 조사	ECEC 영유아패널	국민 건강 영양 조사
영아사망률	○			
저체중 출생 비율	○	○		
현재 저체중 및 비만(3-5세)		○		
건강검진 수검 여부			○	
예방접종률/접종 여부	○		○	○
모유수유율/수유행태	○	○		○
질병 관련 지표: 아동 당뇨와 천식 유병률	○			
주관적 건강/평소 건강상태*		○	○*	○
자동차 보호장구 착용 여부 등				○
손상 경험, 횡수, 발생 시기 등				○
병결 경험		○		○
침상 외병 여부				○
외래 이용, 입원				○

건강 관련 지표	OECD 국제지표	아동 실태 조사	ECEC 영유아패널	국민 건강 영양 조사
미충족 의료 요구		0		0
미충족 치과 의료 요구 경험		0		0
식습관		0	0	0
수면 시간		0	0	
구강보건*/ 치아 상태			0*	0
영양 표시 인지, 이용, 영향				0
미디어 이용 시작 시기/이용 시간			0	
미디어 이용 규칙/미디어 이용 상호작용			0	
발달검사(K-DST): 운동, 언어, 인지, 사회성		0 운동발달 제외	0	

자료: 본 연구에서 제시한 영유아 건강 관련 지표를 자료원 별로 표시함(연구진 작성).

가. 영유아기 건강 관련 국제지표 현황

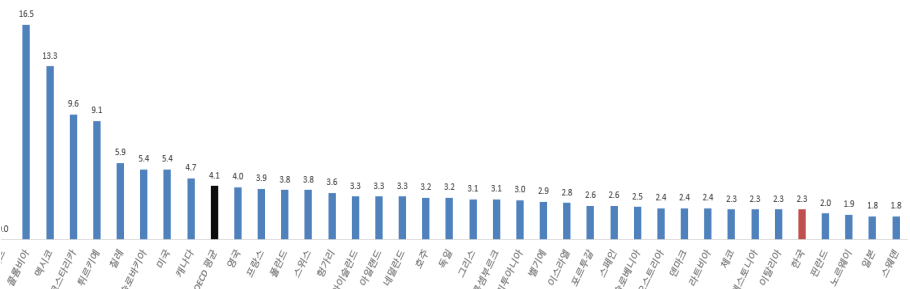
1) 영유아 출생 사망 관련

가) 영아사망률

우리나라 영아사망률은 출생아 1,000명당 2.3명으로 OECD 평균(4.1명)보다 낮은 편이다. OECD 회원국의 영아사망률은 콜롬비아(16.5명), 멕시코(12.7명)를 제외하고 출생아 1,000명당 10.0명 미만으로 조사되었다. OECD 회원국 37개 중에서 16개 국가의 영아사망률은 출생아 1,000명당 3.0명 미만으로 나타났다. 회원국 중 가장 낮은 비율은 스웨덴으로 1,000명당 1.8명이다(보건복지부·한국보건사회연구원, 2024b: 18).

[그림 II-4-1] 2022년 기준 OECD 영아사망률

단위: 명/출생아 1,000명

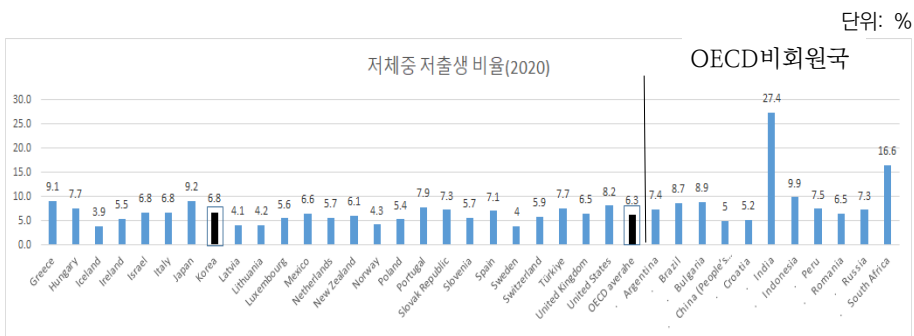


주: 1) OECD 평균은 2021년 혹은 2022년 통계가 있는 37개국의 평균임.
2) 벨기에, 콜롬비아, 아이슬란드, 이탈리아, 룩셈부르크, 네덜란드, 스웨덴, 영국, 미국은 2021년 수치임.
자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2024b). OECD Health Statistics 2024, p.20.의 수치를 이용해 재편집.

나) 저체중 출생아 비율

우리나라 저체중 출생아는 6.8%로 OECD 평균(6.3%)보다 높은 편이다. OECD 회원국 중 가장 높은 비율은 일본(9.2%), 그리스(9.1%)이고, OECD 회원국은 모두 10% 미만인 반면, 비회원국 중 가장 높은 나라는 인도 27.4%, 남아프리카 16.6%이었다.

[그림 II-4-2] 2020년 기준 저체중 출생아 비율

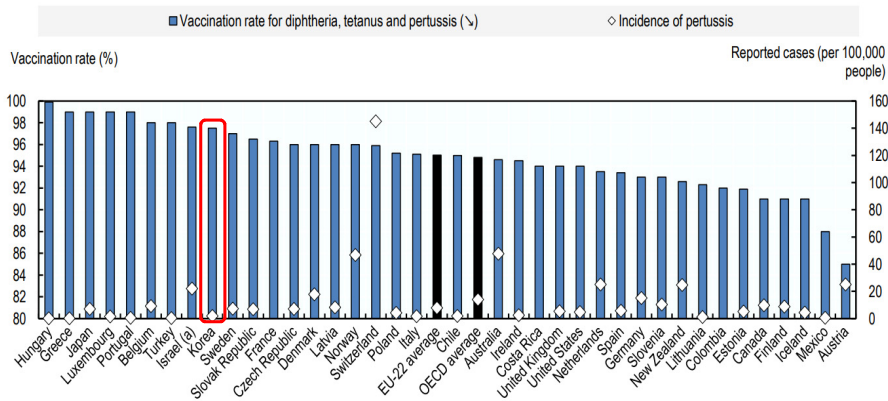


자료: OECD data explore 유아건강: 저체중 출생아 비율. [https://data-explorer.oecd.org/vis?fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20status%23HEA_STA%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=17&ww=tb&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_HEALTH_STAT%40DF_IH_LB&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=.A.....&pd=2010%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20status%23HEA_STA%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=17&ww=tb&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_STAT%40DF_IH_LB&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=.A.....&pd=2010%2C&to[TIME_PERIOD]=false) 내용을 그래프로 재구성함 (인출일: 2025. 5. 26.).

2) 예방접종률

다음은 OECD 회원국의 디프테리아, 파상풍, 백일해 조합(DPT) 접종을 3회 이상 한 1세의 비율(%)과 10만 명당 백일해 발병 보고 건수이다(김은지 외, 2024: 361). 그림을 보면 OECD 국가의 예방접종률 평균은 94.8%로, 95%이상이 절반 이상이다(김은지 외, 2024: 361). 우리나라도 97.5%로 접종률이 높은 편이며, OECD 평균보다 높고, OECD 국가들 중 9번째로 높게 나타났다(김은지 외, 2024: 361). 백일해 발병률은 대부분의 OECD 국가들에서 10만 명당 20명 이하로 낮은 편이며, OECD 평균은 10만 명당 7.8명이다(김은지 외, 2024: 361). 우리나라의 백일해 발병률은 10만 명당 1.9명으로 OECD 국가 중 9번째로 낮게 나타났다(김은지 외, 2024: 361).

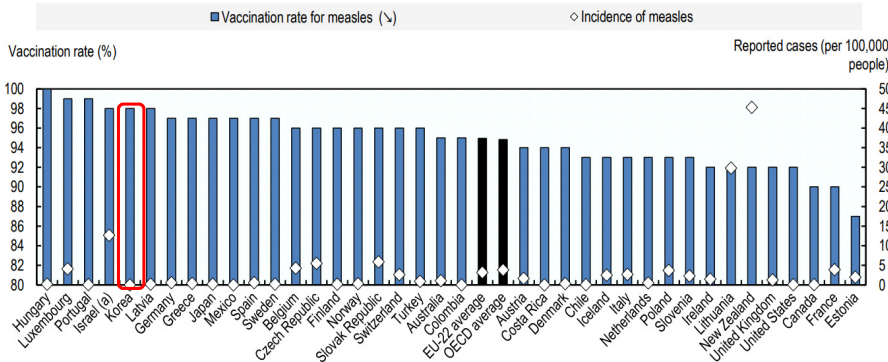
[그림 II-4-3] 2018년 또는 가장 최근 시점의 DPT 예방접종률 및 백일해 발병률



자료: OECD Family Database Chart CO1.4.A. https://web-archive.oecd.org/2020-09-22/129021-CO_1_4_Childhood_vaccination.pdf (인출일: 2025. 11. 23.)

다음은 OECD 회원국의 홍역 백신을 1회 이상 접종한 1세 미만 아동 비율(%) 및 해당 연도에 10만 명당 홍역 사례수이다(김은지 외, 2024: 362). OECD 평균 접종률은 95.0%이며, 한국은 OECD 국가 중 네 번째로 높은 약 98%로 파악된다(김은지 외, 2024: 362). 홍역 건수도 0으로 매우 좋은 양상을 나타냈다(김은지 외, 2024: 362).

[그림 II-4-4] 홍역예방 접종률 및 홍역 발병률



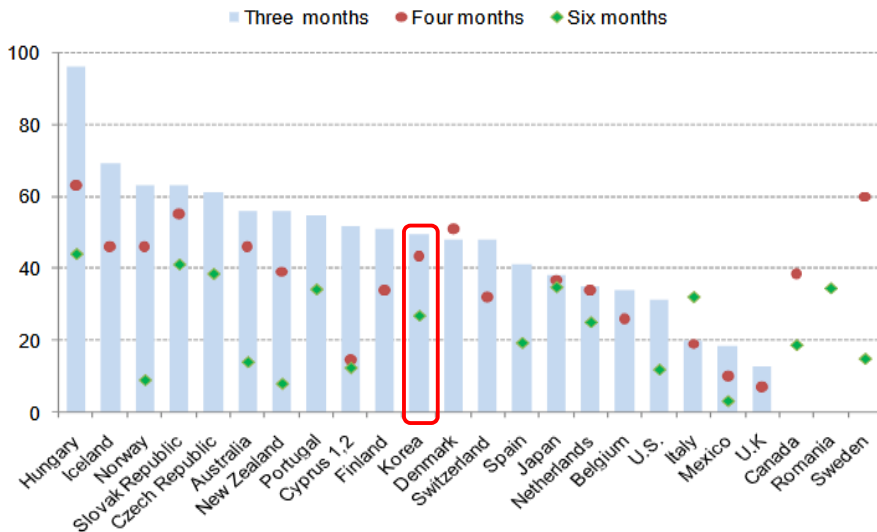
자료: OECD Family Database Chart CO1.4.B. https://web-archive.oecd.org/2020-09-22/129021-CO_1_4_Childhood_vaccination.pdf (인출일: 2025. 11. 23.)

3) 영유아 건강 관련 부모 양육 행동

가) 모유 수유율

모유수유율 지표는 현재 국제적으로 비교 가능한 지표는 보고되지 않고, 2005년 기준 3, 4, 6개월에 완전모유수유를 한 아동의 비율이 비교가 가능한데⁶⁾, 우리나라의 경우 2005년 기준 3개월에 모유만 먹은 영아는 49.6%였고, 6개월은 26.8%로 OECD 국가들의 평균보다는 높은 편으로 나타났다.

[그림 II-4-5] 2005년 생후 3,4,6개월 완전 모유수유를 한 아동의 비율



자료: OECD Family Database Chart CO1.5.B. <https://pdf4pro.com/amp/view/co1-5-breastfeeding-rates-oecd-org-1e8177.html> (인출일: 2025. 11. 23.)

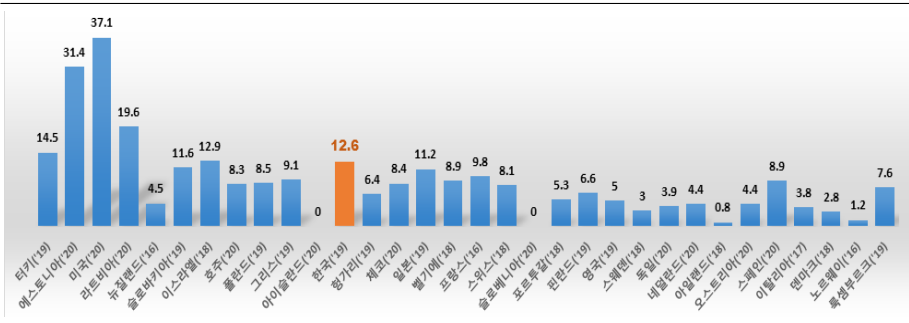
나) 영유아 비의도적 사고 사망률

OECD 32개국이 0~5세 비의도적 사고 사망률은 10만 명당 평균 8.8명(소방청, 2023:3)으로 나타났고, 우리나라는 2019년 12.6명으로 높은 편으로 나타났다. 비의도적 사고 사망률이 가장 높은 나라는 2020년의 미국으로 37.1명이었고 가장 낮은 나라는 2020년 슬로베니아로 0명이었다.

6) 김은지 외(2024). 가족·아동 국제비교지표 산출방안 연구(II): OECD Family Database 지표 보완 및 한국 상황 점검. p.363. <https://www.oecd.org/els/family/43135964.pdf> 에 근거한 표임.

[그림 II-4-6] OECD 0~5세 비의도적 사고 사망률

단위: 명/10만 명당



OECD 국가 0~5세 비의도적 사고 사망률(2016~2020) ※자료: WHO

주: 비의도적 사고는 교통사고·중독·추락·화재·익사·자연재난 등을 포함한 사고.
자료: 소방청(2023). 영유아 생활안전사고 저감 대책, 소방청. p.3

나. 영유아기 건강 관련 국내 현황

1) 영유아 출생 및 사망, 손상 관련

가) 연도별 출생아 수, 합계출산율 및 영아사망률 추이

합계출산율도 2015년 1.239명에서 2018년 1명대가 무너져 0.977명이래 지속적으로 감소하다가 2024년 0.750명으로 약간 증가하였다. 영아사망률은 출생아 천 명당 매년 2.3~2.8명 사이로 나타났으며, 2024년을 제외하고 전반적으로 감소 추세를 보이고 있다.

[표 II-4-2] 연도별 출생아 수, 합계출산율 및 영아사망률 추이

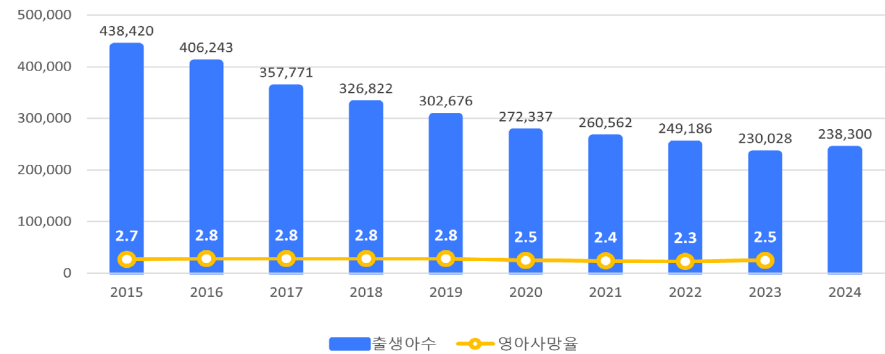
단위: 명

구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
출생아수	438,420	406,243	357,771	326,822	302,676	272,337	260,562	249,186	230,028	238,300
합계출산율	1.239	1.172	1.052	0.977	0.918	0.837	0.808	0.778	0.721	0.750
영아사망률 (출생아천명당)	2.7	2.8	2.8	2.8	2.7	2.5	2.4	2.3	2.5	-

자료: 통계청(2025). 인구동향조사-출생아 수, 합계출산율, 영아사망률. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?sso=ok&returnurl=https%3A%2F%2Fkosis.kr%3A443%2FstatHtml%2FstatHtml.do%3Fconn_path%3D12%26tblId%3DDT_1B80A03%26orgId%3D101%2(인출일: 2025. 5. 17.)

[그림 II-4-7] 연도별 출생아 수 및 영아사망률

단위: 명, %



자료: <표 II-4-2> 연도별 출생아 수 및 영아사망률을 그래프로 구성함.

나) 저체중 출생아 수 및 비율 추이

연도별 저체중 출생아 수는 대체적으로 감소하는 경향을 보이지만 출생아 수 대비 저체중 출생아 수인 저체중 출생아 수 비율은 2015년 5.74%에서 지속적으로 증가하는 경향을 보이며, 2023년 7.62%로 나타났다. 극소저체중 출생아 비율도 증가하는 추세를 보이고 있으며, 2023년 0.8%로 2015년 0.69%에 비해 증가하였다.

<표 II-4-3> 연도별 출생 시 저체중 출생아 수 및 비율 추이

단위: 명, %

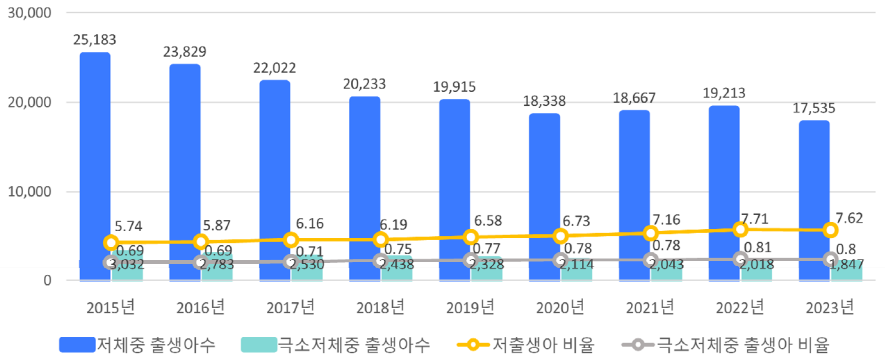
구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
출생아 수	438,420	406,243	357,771	326,822	302,676	272,337	260,562	249,186	230,028
저체중 출생아 수	25,183	23,829	22,022	20,233	19,915	18,338	18,667	19,213	17,535
극소저체중 출생아 수	3,032	2,783	2,530	2,438	2,328	2,114	2,043	2,018	1,847
저체중 출생아 비율	5.74	5.87	6.16	6.19	6.58	6.73	7.16	7.71	7.62
극소저체중 출생아 비율	0.69	0.69	0.71	0.75	0.77	0.78	0.78	0.81	0.80

주: 1) 저체중출생아 수: 출생 시 체중이 2.5kg 미만인 신생아 수를 합친 수
2) 극소저체중 출생아 수: 출생 시 체중이 1.5kg 미만인 출생아 수
3) 출생아수 대비 저체중 출생아 수, 극소저체중 출생아 수 자료 활용하여 비율 산출.

자료: 1) 통계청. 인구-인구동향-출생아 수. [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?sso=ok&returnurl=https%3A%2F%2Fkosis.kr%3A443%2FstatHtml%2FstatHtml.do%3Fconn_path%3DI2%26tblId%3DDT_1B80A03%26orgId%3D101%26\(인출일: 2025. 5. 17.\)](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?sso=ok&returnurl=https%3A%2F%2Fkosis.kr%3A443%2FstatHtml%2FstatHtml.do%3Fconn_path%3DI2%26tblId%3DDT_1B80A03%26orgId%3D101%26(인출일: 2025. 5. 17.))
2) 통계청. 인구-인구동향-출생시 체중. [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?sso=ok&returnurl=https%3A%2F%2Fkosis.kr%3A443%2FstatHtml%2FstatHtml.do%3Fconn_path%3DI2%26tblId%3DDT_1B80A03%26orgId%3D101%26\(인출일: 2025. 5. 17.\)](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?sso=ok&returnurl=https%3A%2F%2Fkosis.kr%3A443%2FstatHtml%2FstatHtml.do%3Fconn_path%3DI2%26tblId%3DDT_1B80A03%26orgId%3D101%26(인출일: 2025. 5. 17.))

[그림 II-4-8] 연도별 출생시 저체중 출생아 수 및 비율 추이

단위: 명, %



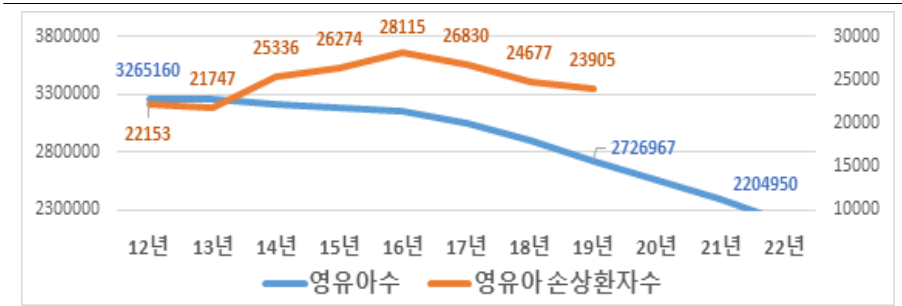
자료: <표 II-4-3> 연도별 출생시 저체중 출생아 수 및 비율 추이를 그래프로 구성함.

다) 손상

연도별 영유아 수는 감소하는 반면, 영유아 손상 환자 수는 '16년까지 증가하다가 '19년까지 감소하는 추세이다. 영유아 손상 환자 수는 2012년 22,153명이었으나 2016년 28,115명으로 늘어나다가 2019년에는 23,905명으로 점차 줄어드는 경향을 보였다.

[그림 II-4-9] 연도별 영유아 수 및 영유아 손상 환자 수

단위: 명

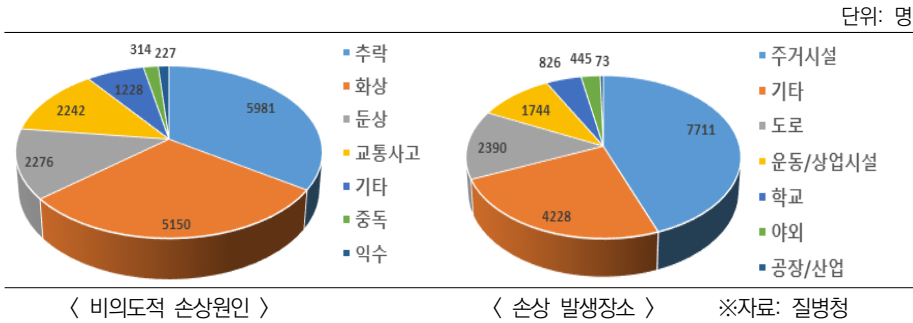


영유아 수 및 손상환자 수('12~'22년) ※자료: 행안부/질병청

자료: 소방청(2023). 영유아 생활안전사고 저감 대책, p.1

2019년도 영유아 비의도적 손상은 17,418건으로 주요 원인은 추락(34.3%)이 가장 많았으며 발생 장소는 주거시설이 44.3%를 차지하였다(소방청, 2023: 2).

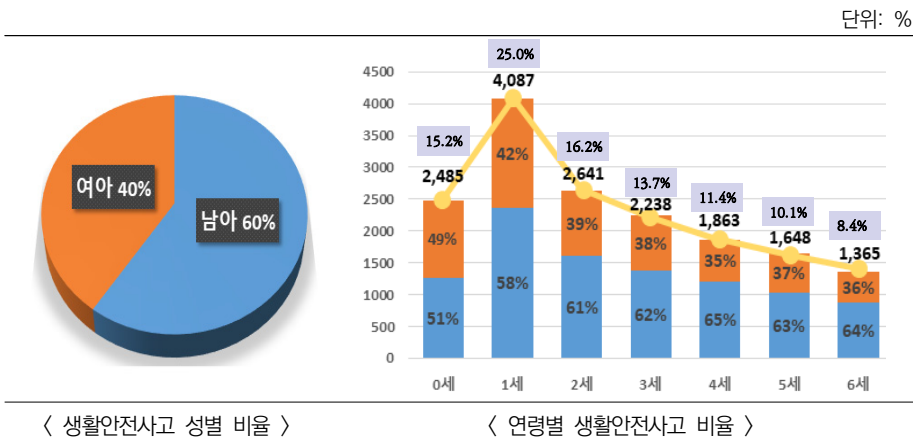
[그림 II-4-10] 2019년도 영유아 비의도적 손상 원인 및 장소



자료: 소방청(2023). 영유아 생활안전사고 저감 대책, p.2

영유아 생활안전사고 총 16,327건 중 남자 9,730건(59.6%), 여자 6,597건(40.4%)이며, 1세의 생활안전사고 비율이 가장 높은 것으로 나타났다. 연령별 생활안전사고 건수를 보면 걷기 시작하는 시기인 만 1세가 4,087건으로 전체의 25.0%로 가장 많았으며, 그 다음은 만 2세가 2,641건으로 16.2%순이었다. 생활 안전 사고 건수와 비율은 1세 이후에는 연령이 증가할수록 줄어드는 경향을 보였다. 또한 영유아 인구 수 대비 사고 비율은 남아 1,224,366명(0.79%), 여아 1,163,397명(0.57%)이었다(소방청, 2023: 4).

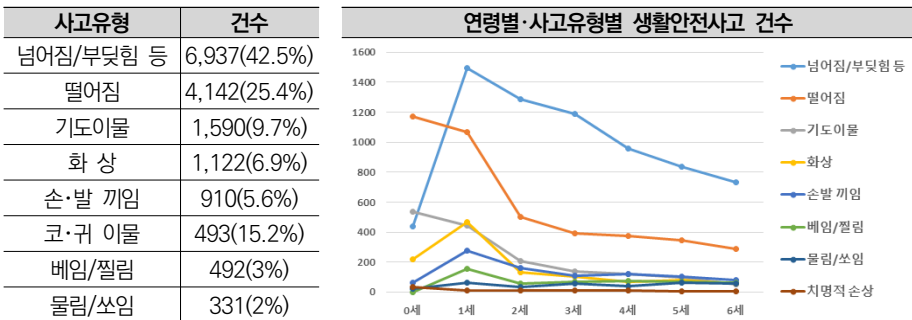
[그림 II-4-11] 2019년도 영유아 생활안전사고 성별 비율 및 연령별 비율



자료: 소방청(2023). 영유아 생활안전사고 저감 대책, pp.4-5

사고 유형별 생활안전사고 건수를 살펴보면 넘어짐/부딪힘 사고가 6,937건으로 전체의 42.5%를 차지하였으며, 그 다음은 떨어짐이 4,142건(25.4%) 이었다. 생활 안전사고는 영유아의 발달단계에서 활동과 관련이 큰 것으로 보인다. 영유아 연령 별, 사고 유형별 생활안전사고 건수는 0세에 보호자 부주의로 인한 손상이 많이 발생하는 반면, 1세는 호기심·걸기 시작·모방 행동 단계로 유아 스스로의 활동으로 사고가 급증하면서 생활안전사고가 많이 일어난다(소방청, 2023: 7). 연령이 증가할수록 사고 건수는 모든 유형에서 감소하는 경향을 보이고 있다.

[그림 II-4-12] 2019년도 영유아 사고 유형별 생활안전사고 건수



자료: 소방청(2023). 영유아 생활안전사고 저감 대책, pp.6-7

2) 영유아 건강검진 및 예방 관련

가) 영유아 건강검진 수검률

2023년 영유아 검진 대상 230만여 중 176만명이 수검을 하여 수검률은 76.7%로 전년 대비 4.0%p 감소했다(국민건강보험, 2023: 1). 월령별로 수검률이 높은 순서는 18~24개월(88.0%), 그 다음은 4~6개월(86.2%), 9~12개월(85.8%)순이었다(국민건강보험, 2023: 1). 2022년과 월령별 수검률을 비교해보면 4~6개월을 제외하고 모든 월령 구간에서 수검률이 줄어든 것을 알 수 있다.

〈표 II-4-4〉 2022-2023년 월령별 영유아 건강검진 대상 및 수검률 현황

단위: 명, %					
구분	대상인원(명)	수검 인원(명)	2023 수검률(%)	2022 수검률(%)	2022-2023증감
전체	2,308,610	1,769,726	76.7	80.7	▼4.0

구분	대상인원(명)	수검 인원(명)	2023 수검률(%)	2022 수검률(%)	2022-2023증감
14-35일	236,532	113,575	48.0	50.1	▼2.1
4-6개월	248,457	214,170	86.2	84.9	▲1.3
9-12개월	256,638	220,098	85.8	88.3	▼2.5
18-24개월	271,355	238,741	88.0	91.3	▼3.3
30-36개월	284,272	240,409	84.6	89.0	▼4.4
42-48개월	312,505	248,207	79.4	83.8	▼4.4
54-60개월	336,646	249,872	74.2	79.3	▼5.1
66-71개월	362,205	244,654	67.5	77.0	▼9.5

자료: 국민건강보험(2023). 2023건강검진통계연보. 국민건강보험 p.1

다음은 2015년부터 2023년까지 영유아 건강검진 대상 인원, 수검 인원 및 수검률을 살펴본 결과 대상 인원은 점차 줄어들고, 수검 인원도 줄어드는 경향을 보였다. 2015년 69.5%였던 영유아 건강검진 대상 수검률이 2021년에 87.1%까지 상승했다가 2022년, 2023년에 다소 감소하여 2023년에는 76.7%의 수검률을 나타냈다.

〈표 II-4-5〉 연도별 영유아 건강검진 대상 및 수검률 추이(2015-2023)

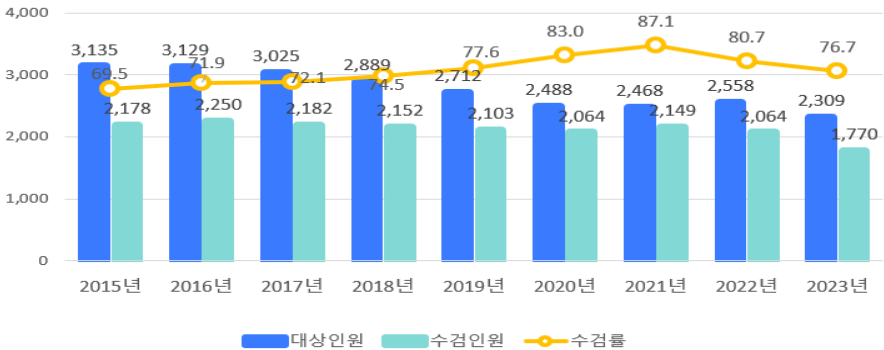
단위: 만명, %

구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
대상 인원	3,135	3,129	3,025	2,889	2,712	2,488	2,468	2,558	2,309
수검 인원	2,178	2,250	2,182	2,152	2,103	2,064	2,149	2,064	1,770
수검률	69.5	71.9	72.1	74.5	77.6	83.0	87.1	80.7	76.7

자료: 통계청 영유아 건강검진 대상 및 수검 인원(2015-2023). [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?sso=ok&returl=https%3A%2F%2Fkosis.kr%3A443%2FstatHtml%2FstatHtml.do%3FtblId%3DDDT_35007_N147%26orgld%3D350%26\(인출일: 2025. 5. 20.\)](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?sso=ok&returl=https%3A%2F%2Fkosis.kr%3A443%2FstatHtml%2FstatHtml.do%3FtblId%3DDDT_35007_N147%26orgld%3D350%26(인출일: 2025. 5. 20.))

〔그림 II-4-13〕 연도별 영유아 건강검진 대상 및 수검률 추이(2015-2023)

단위: 명, %



자료: 〈표 II-4-5〉 연도별 영유아 건강검진 대상 및 수검률 추이를 그래프로 재구성함.

나) 영유아 건강검진 결과 현황

2023년 수검 인원 176만 명 중 양호는 80.7%로 2022년과 동일하다(국민건강보험, 2023:1). 정밀검사 필요는 7.5%(전년도 7.6%), 지속관리 필요는 1.3%(전년도 1.2%)로 나타났다(국민건강보험, 2023: 1).

〈표 II-4-6〉 2023년 월령별 영유아 건강검진 결과 현황

단위: 명, %

구분	수검 인원	양호		정밀평가필요		지속관리필요	
		인원	비율	인원	비율	인원	비율
전체	1,769,726	1,428,962	80.7	132,589	7.5	23,419	1.3
14-35일	113,575	105,163	92.6	3,674	3.2	-	0.0
4-6개월	57,977	53,339	92.0	1,824	3.1	-	0.0
9-12개월	55,598	51,824	93.2	1,850	3.3	-	0.0
18-24개월	214,170	188,746	88.1	11,361	5.3	1,049	0.5
30-36개월	109,817	96,008	87.4	6,127	5.6	552	0.5
42-48개월	104,353	92,738	88.9	5,234	5.0	497	0.5
54-60개월	220,098	179,119	81.4	13,116	6.0	1,676	0.8
66-71개월	112,763	89,545	79.4	7,515	6.7	910	0.8

주: 1) 정밀평가 필요: 즉시 치료를 요하거나, 질환이 의심되어 상담 또는 추적검사가 필요한 영유아
2) 지속관리 필요: 발달 문제로 이미 진단을 받았거나 치료 중인 질환이 있다고 답한 영유아
자료: 국민건강보험(2023). 2023건강검진통계연보. 국민건강보험 p.1

연도별 건강검진 ‘추적검사 요망’에 해당하는 영유아수도 대체적으로 증가하는 경향을 보이며, 2015년 161,363명에서 2023년 177,479명으로 증가하였다. 심화 평가 권고 인원수는 2015년 34,754명에서 지속적으로 증가하는 추세를 보이며, 2023년 47,339명으로 나타났다. 지속관리 필요도 증가하는 경향을 보이며, 2015년 4,090명에서 2023년 12,226명으로 증가하였다. 수검자 수 대 각 항목별 수치를 나눈 결과, 추적검사요망, 심화평가 권고의 비율이 모두 증가하고 있다.

〈표 II-4-7〉 연도별 영유아 건강검진 발달평가결과 비율 추이(2015-2023)

단위: 명, (%)

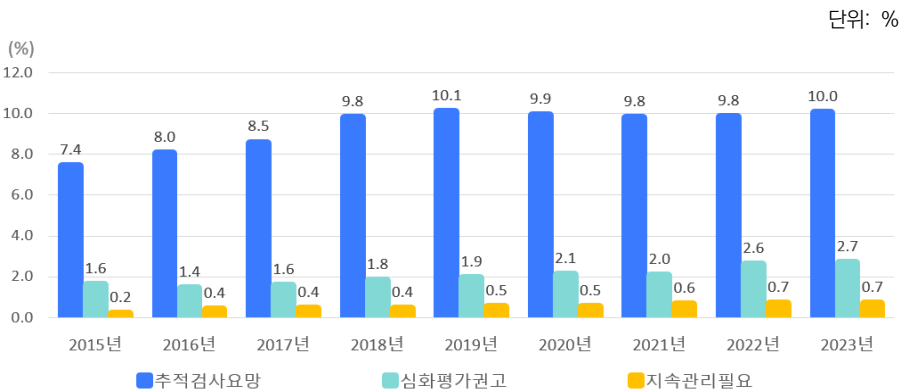
구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
수검자수	2,178,441	2,249,928	2,181,934	2,152,240	2,103,881	2,064,084	2,149,447	2,063,937	1,769,726
추적검사 요망 (비율)	161,363 (7.4)	180,219 (8.0)	186,529 (8.5)	210,276 (9.8)	211,687 (10.1)	204,625 (9.9)	209,841 (9.8)	202,777 (9.8)	177,479 (10.0)

구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
심화 평가 권고 (비율)	34,754 (1.6)	32,032 (1.4)	34,172 (1.6)	38,533 (1.8)	40,099 (1.9)	43,072 (2.1)	43,880 (2.0)	53,004 (2.6)	47,339 (2.7)
지속관리 필요 (비율)	4,090 (0.2)	8,486 (0.4)	9,157 (0.4)	9,573 (0.4)	10,465 (0.5)	10,567 (0.5)	13,353 (0.6)	14,227 (0.7)	12,266 (0.7)

자료: 통계청 영유아 건강검진 결과현황(2015~2023). (인출일: 2025. 5. 20.)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35007_N125&conn_path=I3

[그림 II-4-14] 연도별 영유아 건강검진 발달평가결과 비율 추이(2015~2023)



자료: <표 II-4-7>의 각 진단 결과를 수검자수로 나누어 비율로 재구성함.

연도별/신체별 영유아 건강검진 정밀검사 필요 인원수는 대체적으로 증가하는 추세를 보였다. 신장은 2015년 90,726명(4.2%)이 정밀검사가 필요하다고 나타난 반면, 2022년에는 189,387명(9.2%)으로 5.0%p 증가하였고, 몸무게에서도 2012년 155,540명(7.1%)에서 2022년 253,764명(12.3%)로 5.2%p 증가, 머리둘레는 2012년 87,719명(4.0%)에서 2022년 155,240명(7.5%)로 3.5%p 증가하였다. 시각과 청각도 2015년에서 2022년 사이 정밀검사 필요 비율이 각각 3.2%p, 2.2%p 증가하였다.

<표 II-4-8> 연도별/신체별 영유아 건강검진 정밀검사 필요 인원 수

단위: 명, (%)

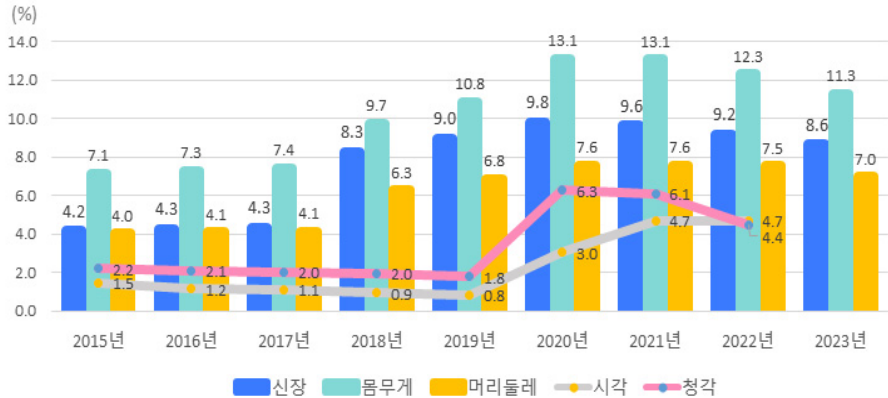
구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
수검자 수	2,178,441	2,249,928	2,181,934	2,152,240	2,103,881	2,064,084	2,149,447	2,063,937	1,769,726
신장 (비율)	90,726 (4.2)	96,403 (4.3)	94,314 (4.3)	178,318 (8.3)	188,698 (9.0)	202,101 (9.8)	206,974 (9.6)	189,387 (9.2)	152,963 (8.6)

구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
몸무게 (비율)	155,540 (7.1)	163,626 (7.3)	161,457 (7.4)	209,645 (9.7)	227,882 (10.8)	270,499 (13.1)	280,910 (13.1)	253,764 (12.3)	199,824 (11.3)
머리둘레 (비율)	87,719 (4.0)	91,893 (4.1)	89,799 (4.1)	134,622 (6.3)	144,100 (6.8)	156,012 (7.6)	162,545 (7.6)	155,240 (7.5)	123,256 (7.0)
시각 (비율)	32,253 (1.5)	25,910 (1.2)	24,233 (1.1)	19,907 (0.9)	17,412 (0.8)	62,501 (3.0)	100,402 (4.7)	96,449 (4.7)	-
청각 (비율)	48,024 (2.2)	46,783 (2.1)	44,249 (2.0)	42,114 (2.0)	37,470 (1.8)	129,066 (6.3)	131,300 (6.1)	91,462 (4.4)	-

자료: 통계청. 영유아 건강검진 결과현황(2012~2023). (인출일: 2025. 5. 20.)
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35007_N125&conn_path=13

[그림 II-4-15] 연도별/신체별 영유아 검진 정밀평가 필요 인원 비율

단위: (%)



자료: <표 II-4-8>에서 정밀검사 필요 인원 수를 수검자 수로 나누어 비율로 재구성함.

다) 예방접종

예방접종 비율은 1~3세까지는 매년 약 90%로 접종률이 나타난 반면, 6세는 조금 낮은 80%대 후반으로 나타났다. 접종률은 연도별 큰 차이가 없었다.

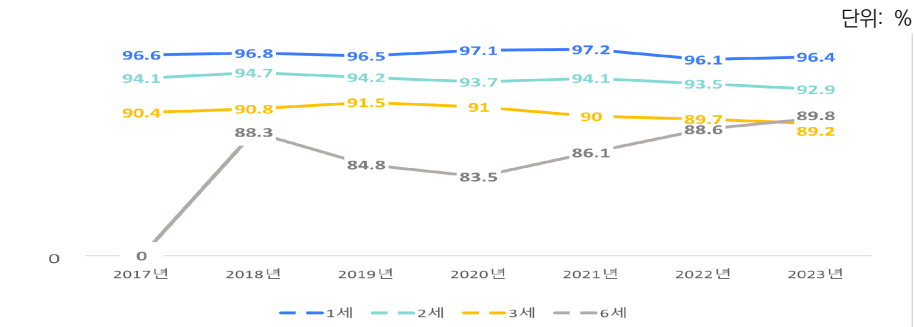
<표 II-4-9> 연도별 예방접종 비율

단위: %

구분	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1세	96.6	96.8	96.5	97.1	97.2	96.1	96.4
2세	94.1	94.7	94.2	93.7	94.1	93.5	92.9
3세	90.4	90.8	91.5	91.0	90.0	89.7	89.2
6세	-	88.3	84.8	83.5	86.1	88.6	89.8

주: 1세는 6종 백신(16회), 2세는 8종 백신(21회), 3세는 10종 백신(26회), 6세는 10종 백신(30회)
자료: 통계청. 지역별/백신별/성별 예방접종률. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=177&tblId=DT_1179_3N_171&conn_path=13 (인출일: 2025. 5. 29.)

[그림 II-4-16] 연도별 연령별 영유아 예방접종률



자료: <표 II-4-9>을 그래프로 재구성함.

3) 영유아 건강증진 관련

가) 구강건강

구강검진 관련하여, HP2030 구강건강 성과지표 중 0-5세 영유아가 해당되는 영역은 점심 직후 칫솔질 실천율(1세+), 정기 구강검진 이용률, 예방 치과 의료 이용률(1세+)과 이 수치의 소득격차를 보는 형평성 지표로 이루어져 있다.

1세 이상 점심 직후 칫솔질 실천율은 목표인 60.0%에 약간 못 미치는 수치를 보이며 2019년 이후 약간 감소하는 추세를 보이고 있는데, 이는 코로나19의 영향으로 보인다. 생애주기별로 살펴보면, 소아 남자는 52.8%, 여자는 55.3%로 절반 이상이 실천율을 보이고 있다. 남자는 생애주기별로 봤을 때, 다른 연령대에 비해 높은 편이었으며, 여자는 청소년, 노년보다는 높지만, 청년, 장년대보다는 낮은 수치를 보였다.

[그림 II-4-17] 1세 이상 점심 직후 칫솔질 실천율 추이 및 생애주기별 칫솔질 실천율(2022)

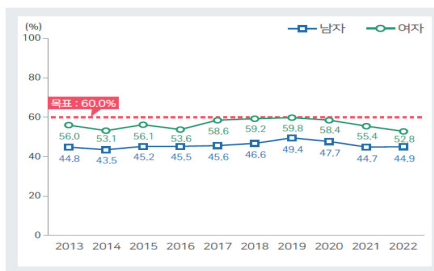


그림 3. 점심직후 칫솔질 실천율(1세 이상) 추이

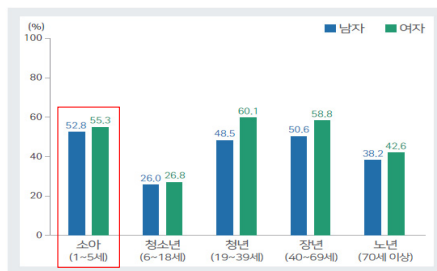


그림 4. 생애주기별 점심직후 칫솔질 실천율, 2022

자료: 우경지 외(2024). 우리나라 구강건강수준 추이(2013-2022): HP2030 성과지표 중심으로. 건강주제별 요약통계. 국민건강통계플러스. 질병관리청. p.3

1세 이상 구강검진 이용률 추이는 매년 증가하는 추세를 보이고 있다. 여자 전체는 2018년까지는 목표치인 47.0%에 못 미쳤지만 2019년 이후 목표치에 도달하면서 2022년 53.2%를 보이고 있다. 남자는 여자보다 약간 낮는데 2021년까지 목표치 47.0%에 도달 못하고 있다가 2022년 49.1%로 목표치를 넘었다.

생애주기별로 살펴보면, 남아와 여아 모두 청소년보다는 이용률이 낮지만 청년, 장년, 노년에 비해 이용률은 높은 편이었다.

[그림 II-4-18] 1세 이상 정기 구강검진 이용률 추이 및 생애주기별 구강검진 이용률(2022)

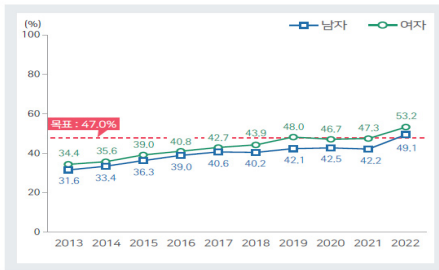


그림 5. 정기 구강검진 이용률(1세 이상) 추이

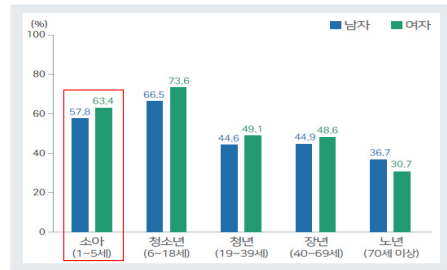


그림 6. 생애주기별 정기 구강검진 이용률, 2022

자료: 우경지 외(2024). 우리나라 구강건강수준 추이(2013~2022): HP2030 성과지표 중심으로. 건강주제별 요약통계. 국민건강통계플러스. 질병관리청. p.3

1세 이상 예방 치과 의료 이용률 추이는 점차 증가하는 경향을 보이고 있으며, 목표치는 39.0%로 여아는 2020년(39.7%), 남자는 2022년(41.7%)에 도달하였다. 생애주기별로 살펴보면 소아의 경우 다른 연령대에 비해 예방 치과의료 이용률이 낮은 편이었다.

[그림 II-4-19] 1세 이상 예방 치과의료 이용률 추이 및 생애주기별 예방 치과 의료 이용률(2022)

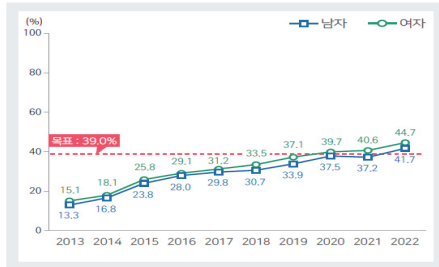


그림 7. 예방 치과의료 이용률(1세 이상) 추이

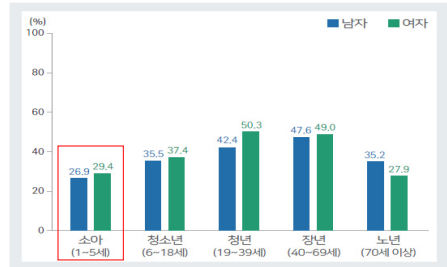


그림 8. 생애주기별 예방 치과의료 이용률, 2022

자료: 우경지 외(2024). 우리나라 구강건강수준 추이(2013~2022): HP2030 성과지표 중심으로. 건강주제별 요약통계. 국민건강통계플러스. 질병관리청. p.4

2021-2022년 아동 구강건강 실태조사 결과 만 5세 유치우식 유병자율은 남아 28.6%, 여아 31.9%로 여아의 유치우식 유병자율이 유의미하게 높게 나타났다. 그 이유로는 여아의 치아가 더 빨리 나고, 잦은 간식 섭취 등 식습관 차이로 인한 것이다(Gam et al., 1958; Hyun, 2008, 신해은 외, 2023: 5에서 재인용).

〈표 II-4-10〉 만 5세 유치우식 경험 및 유병 및 경험자율

단위: 개(%)

구분	전체	남아	여아	p
유치우식 유병자율(%)	30.2(0.9)	28.6(1.2)	31.9(1.1)	0.023
유치우식 경험률(%)	66.4(0.9)	65.8(1.2)	66.9(1.2)	0.505
우식 경험 유치수(개)	3.41(0.07)	3.37(0.09)	3.45(0.10)	0.528

주: 1) 남아와 여아의 분율/평균 비교

2) 자료원은 2021-2022년 아동 구강건강 실태조사로, 만5세 대상자는 전국의 어린이집과 유치원 총 416개 기관의 8,344명을 대상(남아 4,216명, 여아 4,128명)으로 하였음.

3) 유치우식 유병자율: 현재 우식유치가 있는 사람의 비율

유치우식 경험자율: 유치우식을 경험(현재 우식 상태 또는 치료)한 사람의 비율

우식 경험 유치수: 1인 평균 우식경험(현재 우식상태 또는 치료된)유치의 수

자료: 신해은 외(2023). 2021-2022년 우리나라 아동의(만5세, 12세) 구강건강 현황. 건강주제별 요약통계. 국민통계플러스, 질병관리청. p.2 조사대상 설명과 표 인용.

나) 식습관 및 영양상태

제5차 국민건강증진종합계획 중점과제 중 영양 부문의 성과지표는 다음의 9개로 이루어져 있고, 이 중 만 0-5세 영유아의 수치도 포함된 내용은 ‘포화지방산을 적정수준으로 섭취하는 가구비율(만3세 이상)’, ‘나트륨 적정섭취자 분율’, ‘칼슘 적정 수준 섭취하는 인구 비율(만1세 이상)’, ‘비타민A 적정 수준 섭취하는 인구 비율(만1세 이상)’의 네 지표이다. 네 가지 지표 모두 2030년 목표치에 도달하지 못하였다. 이 경우에도 영유아에서 성인까지 모두 포함한 영양영역 수치로, 영유아 시기(0-5세) 연령의 성과지표를 분리해서 살펴볼 필요가 있다.

〈표 II-4-11〉 영유아연령 포함 영양영역 성과지표 목표 및 성과

단위: %

지표명	2016	2017	2018	2019	2020	HP2030 목표
식품안전성 확보 가구 분율(가구)	95.8 (0.6)	96.3 (0.5)	96.9 (0.4)	96.5 (0.4)	96.3 (0.4)	97.0
포화지방산 적정섭취자 분율(만3세 이상)	56.2 (0.8)	54.5 (0.8)	52.2 (0.9)	49.9 (0.8)	47.7 (0.9)	74.0

지표명	2016	2017	2018	2019	2020	HP2030 목표
나트륨 적정섭취자 분율(만1세 이상)	33.0 (0.9)	32.6 (0.9)	33.7 (0.8)	33.5 (0.7)	33.6 (1.0)	42.0
과일 및 채소 1일 500g 이상 섭취자 분율(만6세이상)	33.1 (0.9)	31.4 (0.8)	26.2 (0.7)	28.1 (0.8)	26.2 (0.9)	41.0
가공식품 선택 시 영양표시 이용률(초등학생이상)	25.9 (0.9)	31.1 (0.8)	28.5 (0.8)	30.7 (1.0)	30.1 (0.9)	31.7
건강식생활실천율(초등학생이상)	48.6 (0.9)	49.1 (0.8)	44.9 (0.9)	45.1 (0.9)	43.1 (1.0)	50.6
칼슘 부족 섭취자 분율(만1세 이상)	16.9 (0.7)	17.5 (0.6)	16.8 (0.6)	15.6 (0.5)	15.0 (0.7)	21.0
비타민 A 부족 섭취자 분율(만1세 이상)	12.2 (0.6)	10.9 (0.5)	11.8 (0.5)	11.9 (0.5)	11.9 (0.7)	24.0
영양섭취부족 노인 분율(만75세이상)	17.4 (1.9)	18.0 (2.0)	18.5 (1.8)	19.7 (1.7)	22.4 (2.1)	12.0

주: 1) 포화지방산 적정섭취자 분율(만3세 이상) : 포화지방산 섭취량이 포화지방산 에너지 적정 비율의 상한선(만 3-18세 8%, 만19세이상 7%) 미만인 분율
2) 나트륨 적정섭취자 분율(만1세 이상) : 나트륨 섭취량이 2020 한국인 영양소 섭취 기준의 만성질환위험감소 섭취량 이하인 분율
3) 칼슘 부족 섭취자 분율(만1세 이상) : 칼슘을 평균 필요량 미만으로 섭취한 분율
4) 비타민 A 부족 섭취자 분율(만1세 이상) : 비타민 A를 평균 필요량 미만으로 섭취한 분율
자료: 질병관리청(2021). 우리 국민의 식생활 현황. 국민건강통계플러스. 질병관리청. p.24

나트륨은 우리 몸에 필수적인 영양소이지만 과도한 섭취는 만성질환의 주요 위험요인으로, 국민건강증진종합계획에서는 지속적인 나트륨 감소 노력을 하고 있다(윤이나 외, 2024: 1). 나트륨 섭취량은 연령이 높을수록 높아지고, 1-2세의 경우 낮은 편이나, 3-5세의 경우 1-2세보다 급격하게 높아져, 유아시기부터 영아시기에서만 나트륨 섭취에 지속해서 주의를 기울일 필요가 있다.

[그림 II-4-20] 연령별 나트륨 섭취량

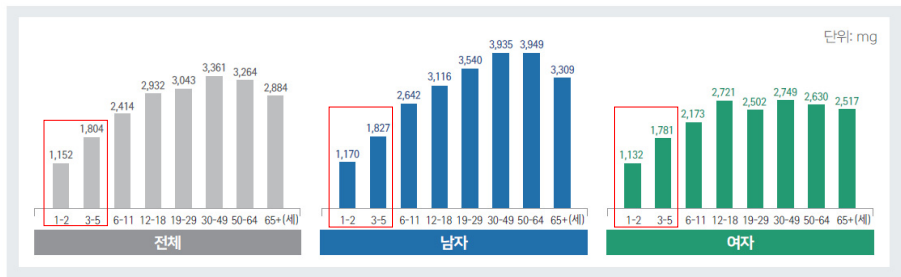


그림 2. 연령별 나트륨 섭취량, 2022.

주: 국민건강영양조사 1세 이상 국민의 나트륨섭취를 조사한 제 9기 1차년도(2022년) 자료를 이용함.
자료: 윤이나 외(2024). 나트륨 섭취현황. 건강주제별 요약통계. 국민건강통계플러스. 질병관리청. p.2 발췌.

1-2세 남녀, 3-5세 남녀의 나트륨 만성질환위험감소섭취량 이상 섭취자 비율을 살펴보면, 3-5세의 남아의 경우 6-11세 남아보다 높은 경향을 보이고, 3-5세부터 남아도 여아에 비해 상당히 높은 비율을 보여, 주의가 필요하다.

[그림 II-4-21] 나트륨 만성질환위험감소섭취량 이상 섭취자 분율

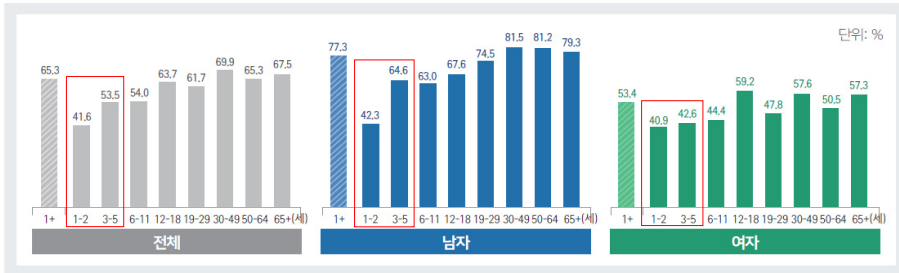


그림 3. 나트륨 만성질환위험감소섭취량 이상 섭취자 분율

주: 국민건강영양조사 1세 이상 국민의 나트륨 섭취를 조사한 제 9기 1차년도(2022년) 자료를 이용함.
자료: 윤이나 외(2024. 10.). 나트륨 섭취현황. 건강주제별 요약통계. 국민건강통계플러스. 질병관리청. p.2 발췌.

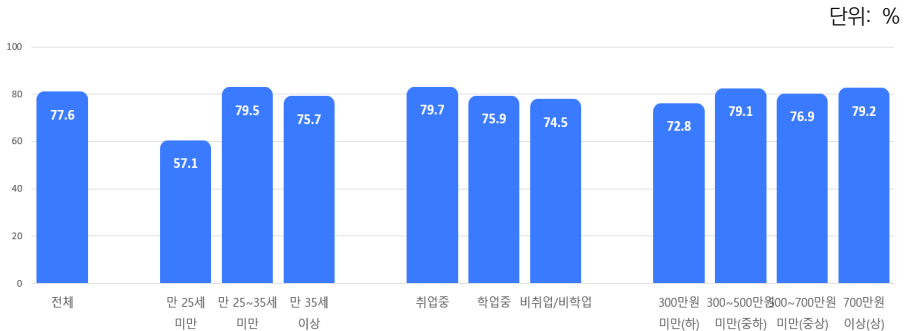
4) 영유아 건강에 영향을 줄 수 있는 산모 요인

가) 임신 전 산모 건강행동

(1) 계획 임신 여부

임신 전 산모의 계획 여부에서 연령 25세 미만, 비취업/비학업, 소득 300만원 미만의 경우 계획 임신 여부가 유의미하게 낮게 나타났다.

[그림 II-4-22] 계획 임신 여부



자료: 이정림 외(2022). 한국 영유아 교육보육 패널 연구 2022. 육아정책연구소. pp.81-82 표 재구성.

(2) 임신 전 예방접종 여부

임신 전 예방접종 여부에서 연령 25세 미만, 비취업/비학업, 소득 300만원 미만, 읍·면 거주자의 경우 예방접종 여부가 낮게 나타났다.

[그림 II-4-23] 임신 전 예방접종 여부

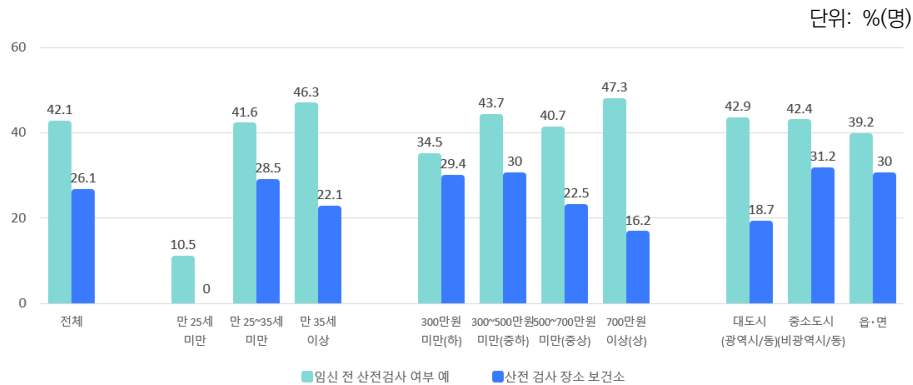


자료: 이정림 외(2022). 한국 영유아 교육보육 패널 연구 2022. 육아정책연구소. p. 84 표 재구성.

(3) 임신 전 산전 검사 여부 및 보건소 이용 여부

임신 전 산전 검사 여부에서 연령 25세 미만, 비취업/비학업, 소득 300만원 미만, 읍·면 거주자의 경우 산전 검사 여부가 낮게 나타났고, 고소득일수록, 대도시거주인 경우 보건소 이용은 낮은 것으로 나타났다.

[그림 II-4-24] 산전 검사 여부 및 보건소 이용 여부

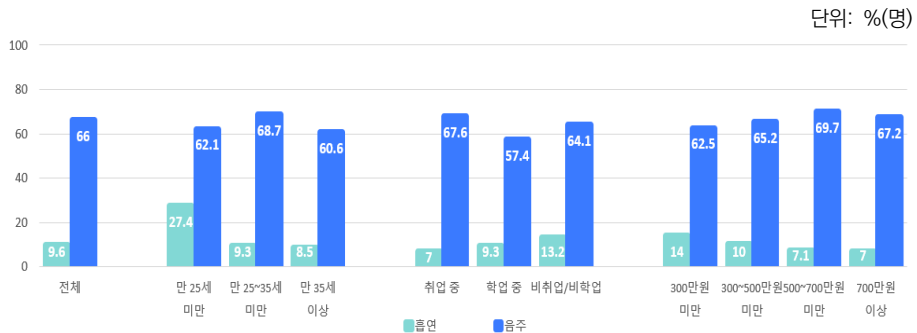


주: 보건소 이용이 아닐 경우는 기존 이용하던 병원 이용.

자료: 이정림 외(2022). 한국 영유아 교육보육 패널 연구 2022. 육아정책연구소. pp. 85-86 표 재구성.

임신 전 흡연 여부에서 25세 미만의 경우, 비취업/비학업, 소득 300만원 미만의 경우, 저소득일 경우 임신 전 흡연을 한 경우가 유의미하게 높게 나타났다. 음주의 경우 취업 및 가구 소득은 차이가 없었고, 25-35세 미만에서 유의미하게 높게 나타났다.

[그림 II-4-25] 임신 전 흡연 및 음주 여부



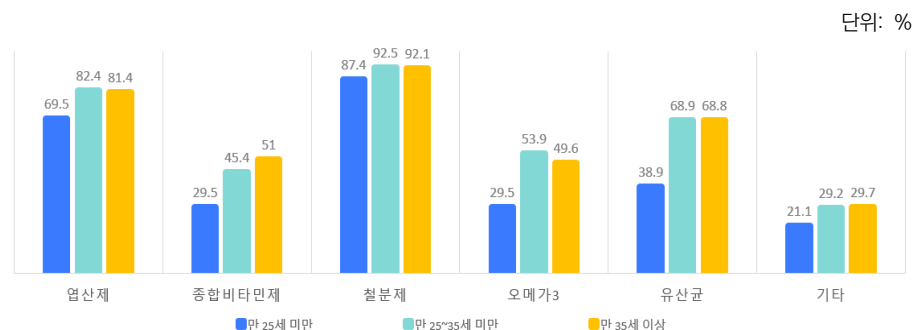
자료: 이정림 외(2022). 한국 영유아 교육보육 패널 연구 2022. 육아정책연구소. pp.102-103 표 재구성.

나) 임신 중 산모 건강요인

(1) 임신 중 복용한 영양제

임신 중 복용한 영양제를 연령별로 살펴보면, 만25세 이하인 경우 엽산제, 종합비타민, 오메가, 유산균의 섭취 비율이 매우 크게 나타났다. 철분제의 경우 연령 간 차이가 크지 않았다.

[그림 II-4-26] 연령별 임신 중 복용한 영양제



자료: 이정림 외(2022). 한국 영유아 교육보육 패널 연구 2022. 육아정책연구소. pp.101-102 표 재구성.

(2) 임신 중 우울 정도

임신 중 우울 정도에서 연령 25세 미만, 소득 300만원 미만, 저소득층인 경우, 읍·면 거주인 경우 임신 중 우울 정도가 유의미하게 높게 나타났다.

[그림 II-4-27] 임신 중 우울 정도

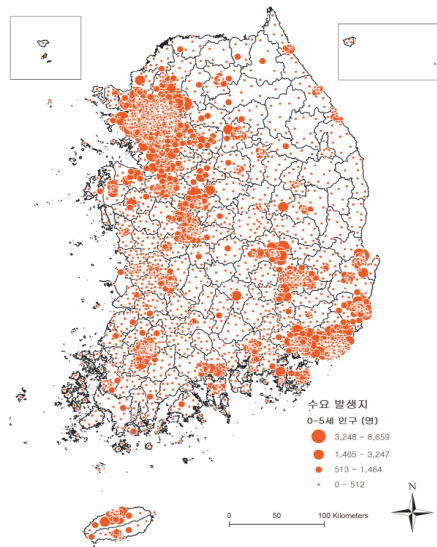


자료: 이정림 외(2022). 한국 영유아 교육보육 패널 연구 2022. 육아정책연구소. pp.111~112 표 재구성.

5) 영유아 의료인프라 지역 격차

가) 지역별 0-5세 영유아 인구

[그림 II-4-28] 지역별 0-5세 영유아 인구(2022년 기준)

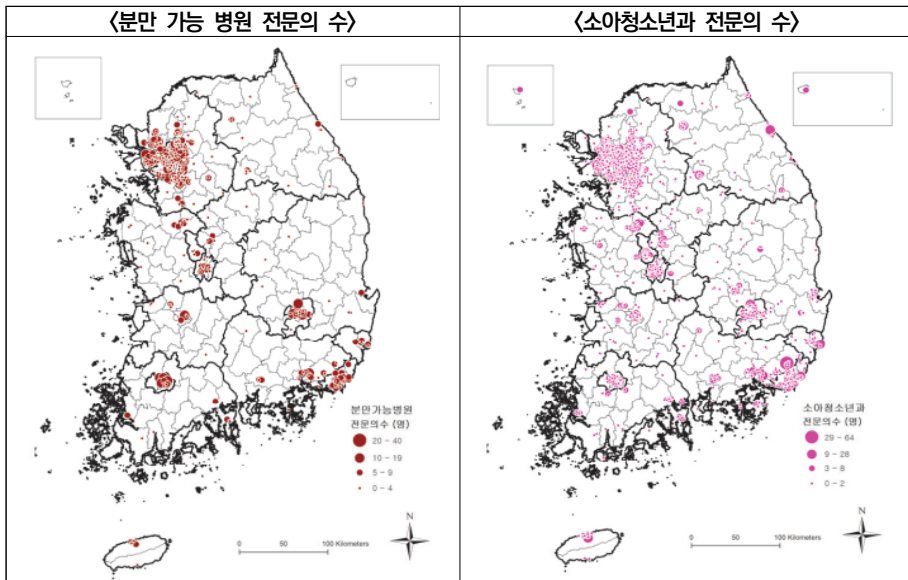


자료: 이재희 외(2022). 저출생시대 육아인프라 추이분석 및 대응 방안(Ⅰ):임신·출산 관련 인프라 중심으로. p.188

나) 임신·출산 및 영유아 대상 인프라 수

임신·출산 및 영유아를 대상으로 한 의료 인력 분포를 살펴보았을 때(이재희 외, 2022: 190), 인프라 수, 분만 가능 병원 전문의 수, 소아청소년과 전문의 수는 수도권, 부산, 대구, 광주, 등 대도시에 집중되어 있어 지역 간 차이가 있었다.

[그림 II-4-29] 임신·출산 및 영유아 대상 의료 인력 분포

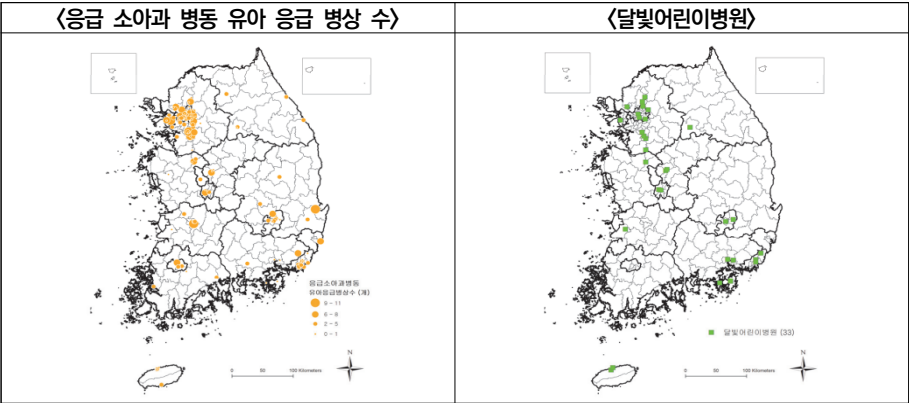


자료: 이재희 외(2022). 저출생시대 육아인프라추이분석 및 대응 방안(Ⅰ) : 임신·출산 관련 인프라 중심으로. p.190

임신·출산 및 영유아를 대상으로 한 의료기관 공급지 분포를 살펴보았을 때(이재희 외, 2022: 190), 의료기관 공급지 분포를 응급소아과병동 유아 응급 병상 수와 달빛 어린이병원으로 살펴보았을 때, 수도권과 경남지역에 일부 집중된 모습을 보이고, [그림 II-4-28]의 영유아 수의 분포와 비교했을 때는 밀집도의 차이가 너무 커 지역별 영유아 대상 의료기관의 인프라가 차이가 큼을 알 수 있다.

특히 달빛병원의 경우, 전라도와 강원도 지역에는 거의 찾아보기 힘들어, 지역적으로 균등한 인프라 제공이 필요하다.

[그림 II-4-30] 임신·출산 및 영유아 의료기관 공급지 분포



자료: 이재희 외(2022). 저출생시대 육아인프라추이분석 및 대응 방안(Ⅰ) : 임신·출산 관련 인프라 중심으로. p.190

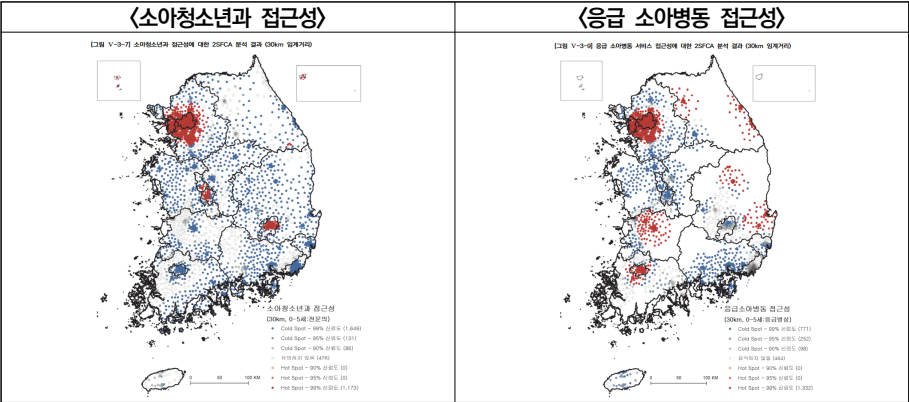
다) 소아청소년과/응급 소아병동 서비스 접근성

영유아 대상 의료시설의 경우 수도권의 접근성이 매우 높으며, 특히 소아과는 대전, 대구 등을 제외하고는 대도시의 경우도 접근성이 낮아 접근성의 지역차가 크다.

다. 소결

본 절에서는 영유아기 건강 관련 국제 주요 지표와 국내에서 파악할 수 있는 주요 지표들의 현황들을 살펴보았다.

[그림 II-4-31] 소아청소년과 및 응급 소아병동 접근성



자료: 이재희 외(2022). 저출생시대 육아인프라추이분석 및 대응 방안(Ⅰ). pp.215, 219

먼저, 영유아기 건강과 관련하여 주요 국제적 지표로 사용되는 OECD 영아사망률, 저체중 출생아 비율, 예방접종률, 모유수유율, 비의도적 사고 사망률 등을 살펴 보았다. 우리나라 국민건강증진종합계획의 영유아 대상의 대표지표로도 사용되고 있는 영아사망률은 2022년 기준 출생아 1,000명당 2.3명으로, OECD 평균인 4.1 명보다도 낮은 상태이며, 2016년~2018년 사이 목표치인 2.8명을 기록한 이후 점차 줄고 있는 추세여서 긍정적인 지표로 볼 수 있다.

둘째, 저체중 출생아 비율은 2020년 6.8%로 OECD 평균(6.3%)보다 다소 높은데, 우리나라의 경우 출생아 수 자체가 매해 줄어들면서, 2023년에는 7.62%로 저체중 출생아의 비율이 점차 높아지고 있다. 저체중 출생아 비율이 점차 높아지고 있는 것은 고연령 산모의 증가를 원인으로 보기도 하지만, 20대부터 40대까지 전반적으로 저체중 출산이 늘어나 산모 건강의 전반적인 악화를 지적하기도 하여 산모 건강의 중요성을 강조할 필요가 있다.

연관하여 영유아 건강에 영향을 줄 수 있는 산모 요인을 살펴보면, 계획 임신여부, 임신 전 예방접종 여부, 임신 전 산전 검사 여부, 임신 전 흡연 여부 등에서 만 25세 미만 산모가 계획 임신이 아닌 경우가 높았으며, 임신 전 예방접종, 산전 검사 등을 받은 비율이 현저히 낮았다. 또한 임신 전 흡연도 만 25세 미만일 때 27.4%로 만 25~35세 미만(9.3%) 또는 만 35세 이상(8.5%)에 비해 매우 높아서 만 25세 미만 산모의 경우 임신 전 건강상태 등이 타 연령에 비해 좋지 않아 임신 계획 여부에 관계없이 건강한 생활습관을 가지도록 할 필요가 있다. 또한 임신 중 복용한 영양제의 경우도 무료 지원되는 엽산제와 철분제를 제외하고 종합비타민제, 오메가3, 유산균 등의 영양제는 만 25세 미만과 소득수준 300만원 미만의 경우 복용 빈도가 낮고, 임신 중 우울 정도는 만 25세 미만 및 소득수준 300만원 미만의 경우 타 그룹보다 현저히 높게 나타나, 청소년 산모 및 저소득 산모에 대한 지원이 필요하다.

셋째, 2016~2020년 사이에 측정한 국가별 0~5세 비의도적 사고 사망률을 살펴보면, 10만 명당 12.6명(2019년 추정 수치)으로 비교한 32개 국가 중 5번째 정도로 높은 편으로 나타나, 영유아 비의도적 사고에 대한 관심과 예방에 초점을 맞출 필요가 있다.

연관하여 국내의 영유아 비의도적 손상은 2012년 이후 2016년까지 점차 증가

하였다가 2019년까지 다소 줄어들었다. 2019년 기준 비의도적 손상의 원인은 추락, 화상이 많고, 집에서 발생하는 경우가 높았다. 생활안전사고로는 넘어짐/부딪힘(42.5%), 떨어짐(25.4%)의 비율이 높았고, 남아가 비율의 60%를 차지하였다. 또한, 연령별로는 1세에 영유아기 생활사고의 25%가 일어나므로 막 걷기 시작하는 1세의 생활안전사고에 유의할 필요가 있다.

넷째, 영유아 건강검진 및 건강증진 관련 요소들을 살펴보면 영유아 건강검진 발달검사와 신체계측에서 모두 건강검진 추적검사 및 정밀검사를 권고 받는 비율도 높고 있다. COVID-19시기인 2019-2020년 이후 신장, 체중을 중심으로 시각, 청각의 경우에도 정밀검사 필요인원 비율이 점차 높아지고 있다. 우리나라는 영유아기에 총 8번의 영유아검진을 무료로 실시하고 있고, 이를 통해 언어, 인지, 사회성, 자조능력발달 및 신체계측까지의 건강상태를 파악할 수 있고, 정밀검사 대상일 경우 한번에 20만원의 지원까지 지급하고 있다. 하지만 검진 비율이 연령이 높아지면서 낮아지고 있고, 추적검사 권고 비율은 높아지고 있어, 가구상황에 따라 검진접근성을 높일 수 있도록 할 필요가 있다.

다섯째, 영유아 구강 및 영양관련 건강에서는 국민건강증진계획에서의 구강영역 지표로 나와 있는 치솔질의 경우 1-5세 소아는 50%중반으로 목표인 60%에는 못 미치나 타 연령 그룹에 비해서는 높게 나타났다. 하지만 주기별로 지원되는 구강검진 이용률은 높은 편이고 상대적으로 예방치과 의료 이용률은 평균보다 낮게 나타나 관리가 필요하다. 또한, 나트륨 섭취에 대해서도 3-5세 남아 집단에서 적정 비율 이상 섭취하는 경우가 성인 이상으로 급격히 늘어나, 구강 영양 관련 영유아 대상 가용한 데이터를 활용하여, 영유아 대상 지표를 개발, 관리할 필요가 있다.

마지막으로, 건강형평성 관점에서 지역별 임신·출산 및 영유아 대상 의료 인력/인프라 분포를 살펴보면, 수도권, 대전, 광주, 대구광역시, 부산 등 대도시 중심으로 밀집해 있어, 공급의 지역별 차이를 나타내고 있다. 소아청소년과 및 응급 소아 병동 접근성 등을 보면 소아청소년과 접근성의 경우, 수도권, 대전, 대구의 경우만 30km 기준 접근성이 높은 것으로 나타나, 지역별 영유아 의료기관 접근성에 대한 차이가 크게 나타났다.

III

국내·외 영유아 건강증진 정책 분석

- 01 중앙정부 산모·영유아 대상 건강지원 정책
- 02 지방정부 영유아 대상 건강지원 분석 (시·도/ 시·군·구)
- 03 건강형평성을 고려한 영유아 건강정책 해외사례

Ⅲ. 국내·외 영유아 건강증진 정책 분석

3장에서는 정부 차원에서 영유아 건강증진 사업의 법적 근거, 추진 현황 및 과제를 종합적으로 분석하고, 건강형평성 제고를 위한 실효성 있는 정책 대안을 제안하고자 한다.

1. 중앙정부 산모·영유아 대상 건강지원 정책

우리나라 중앙정부는 영유아의 건강을 증진하고, 생애초기 단계에서의 건강불평등을 해소하기 위한 다양한 건강증진 정책을 시행하고 있다. 이러한 국가 정책사업은 주로 「모자보건법」과 「국민건강증진법」을 근거로 하며, 보건복지부, 질병관리청, 국민건강보험공단 등의 기관이 수행한다. 또한, 「국민건강증진종합계획」(HP2030)에서도 사업의 체계적 이행을 위해 생애주기별 건강관리 및 건강형평성 제고를 핵심 전략으로 설정하고, 이에 따라 영유아 대상 건강검진, 예방접종, 영양관리 등 다양한 건강증진 사업을 추진하고 있다.

가. 법적 근거 및 자원 유형

1) 관련 법적 근거

영유아 건강증진 사업은 중앙정부의 정책적 의지와 함께 명확한 법적 기반 위에 추진되고 있다. 특히 「모자보건법」과 「국민건강증진법」에서는 영유아기 건강관리의 기본 방향을 제시하고 있으며, 개별 사업의 성격에 따라 「감염병예방법」, 「국민건강보험법」, 「장애인복지법」 등 관련 법령이 함께 적용되어 정책적 정당성과 제도적 연계성을 살펴볼 수 있다.

〈표 III-1-1〉 영유아 사업 관련 주요 법령체계

법령명	주요 조항	관련 사업	비고
모자보건법	제10조 (임산부·영유아·미숙아 등의 건강관리 등)	영유아 건강검진, 난청 조기진단, 발달장애 정밀검사, 미숙아 의료비 지원	생애초기 건강관리 전반
국민영양관리법	제11조 (영양취약계층 등의 영양관리사업)	영유아, 아동 등 영양 취약계층을 위한 영양관리 사업, 어린이집, 유치원, 학교, 등 시설 및 단체에 대한 영양관리 사업	영양 및 건강습관 개선 사업
국민건강증진법	제18조 (구강건강사업) 제19조 (건강증진사업 등)	보건교육 및 건강상담, 영양관리, 신체활동 장려, 구강 등 건강증진사업 등	건강증진
감염병예방법 (감염병의 예방 및 관리에 관한 법률)	제24조, 제25조	국가예방접종(NIP)	감염병 예방 중심 법령
국민건강보험법	제52조 (건강검진)	영유아 건강검진	건강검진 실시 근거 (종류 및 대상)

자료: 국가법령정보센터(<https://www.law.go.kr>)

「모자보건법」은 대표적인 기반법으로 제10조에서 임산부·영유아·미숙아 등에 대한 건강관리 조치를 규정하고 있다. 이에 따라 중앙정부는 영유아 건강검진, 난청 조기진단, 발달장애 정밀검사, 미숙아 의료비 지원 등 생애초기 건강위험요인의 조기 발견과 개입을 위한 사업을 추진하고 있다.

영유아의 영양 개선과 식습관 형성을 위한 법적 기반은 「국민영양관리법」 제11조로, 영유아 및 아동 대상의 영양 관리체계 구축과 유치원, 학교, 어린이집 등 교육시설에서의 영양서비스 제공이 가능하도록 하고 있다. 또한 「국민건강증진법」 제19조에 따라 지역주민 대상 건강증진사업이 지역 보건소를 통해 집행된다.

감염병 예방은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제24조와 제25조에 따라 운영되는 국가예방접종사업(NIP)에 근거하며, BCG, DTP, MMR 등 필수 예방접종이 포함되고 영유아가 주요 대상이다. 아울러 「국민건강보험법」 제52조에 근거해 국민건강보험공단은 영유아 건강검진을 8단계로 구성하여 시행하고 있다.⁷⁾

7) 질병관리청(2023. 7. 4). 2023년 영유아 건강검진 항목 개정 관련 보도자료. https://www.kdca.go.kr/board/board.es?mid=a20504000000&bid=0019&act=view&list_no=726955 (인출일: 2023. 6. 4.)

2) 재원 유형별 분류

2025년 기준 중앙정부에서 추진 중인 영유아 건강 관련 주요 사업은 재원 구조에 따라 일반회계, 국민건강증진기금, 건강보험재정으로 구분되며, 각기 다른 소관 부처와 집행 체계를 기반으로 운영되고 있다(표 III-1-2 참고).

일반회계에는 보건복지부 소관의 ‘생애초기 건강관리사업’(54억 원)과 ‘모자보건사업’(276억 원)이 포함된다. 이들 사업은 건강취약 영유아 및 임신부에 대한 방문건강관리, 의료비 지원, 난임 치료 지원 등 보편적이고 직접적인 보건서비스 제공에 초점을 두고 있다.

국민건강증진기금은 건강증진 및 예방 중심 사업의 재원으로 활용되며, 보건복지부가 추진하는 ‘통합건강증진사업’(477억 원, 영양플러스 포함)과 질병관리청이 총괄하는 ‘국가예방접종사업’(6,018억 원)이 대표적이다. 특히 예방접종사업은 전체 영유아 건강 사업 중 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 생애초기 감염병 예방과 지역사회 면역력 확보를 위한 핵심 사업이다.

또한, 국민건강보험공단의 건강보험재정에서는 영유아 건강검진을 운영하고 있다. 2025년 기준 국민건강보험공단의 건강검진 총 지출은 약 2조 2,896억 원이며, 이 중 일부가 영유아 검진 항목에 해당된다. 전부 공단 단독 재정에서 지출되는 것은 아니며, 국가 및 지방자치단체에서 일부 분담하고 있다.

〈표 III-1-2〉 기능별 영유아 건강정책사업의 시행구조 요약

사업기능	해당 사업명	법적근거	2025 예산	관계 부처	시행 주체	재원 유형	재원 구성
방문건강 관리	생애초기 건강관리사업	모자보건법 10조	54억 원	보건복지부	지역 보건소	일반 회계	국비+ 지방비
의료비 지원·모자보건	모자보건사업	모자보건법 10조	276억 원 (모자보건사업 전체, 생애초기건강관리 사업포함)	보건복지부	지역 보건소	일반 회계	국비+ 지방비
영양지원·건강증진	통합건강증진 사업 (영양 플러스 포함)	국민영양관리법 11조, 국민건강 증진법 제18조, 제19조	477억 원 (통합건강증진사업 전체, 영양플러스사업 포함)	보건복지부	지역 보건소	건강 증진 기금	국비+ 지방비

사업기능	해당 사업명	법적근거	2025 예산	관계 부처	시행 주체	재원 유형	재원 구성
예방접종	국가예방접종 사업	감염병 예방법 제24조, 제25조	6,018억 원 (국가예방접종사업 전체, 12세 이하 어린이 대상 접종 포함)	질병관리청	보건소·위탁 의료 기관	건강 증진 기금	국비+ 지방비
건강검진	영유아 건강검진	국민건강보험법 52조	22,896억 원 (건강검진 전체, 영유아 해당 포함)	보건복지부 국민건강보험공단 질병관리청	위탁 의료 기관	건강 보험 재정	보험 재정

자료: 1) 보건복지부(2025e). 2025년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요. pp.107-108
 2) 질병관리청(2025). 2025년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1). pp.572- 575
 3) 국민건강보험공단 건강검진비 지급실적(<https://www.nhis.or.kr/announce/wbhaec11408m01.do>)
 (인출일: 2025. 5. 29.)
 4) 국가법령정보센터(<https://www.law.go.kr>)

나. 국민건강증진종합계획(Health Plan)

1) 국민건강증진종합계획의 목적과 추진경과

국민건강증진종합계획⁸⁾의 목적은 국민건강증진법 제4조 ‘국민건강증진종합계획의 수립’에 따라, 질병 사전 예방 및 건강증진을 위한 중장기 정책 방향을 제시하고, 성과지표 모니터링 및 평가를 통해 국민의 건강 수준 및 건강정책의 효과를 평가하고 국가 건강증진 전략 도출 및 건강증진 정책 개발의 근거를 확보하는 것이다. 또한, 사업대상은 보건복지부, 국민건강증진 관련 부처, 지방자치단체, 관련 전문가, 국민 모두가 해당된다.

국민건강증진종합계획의 추진 경과를 살펴보면 1995년에는 국민건강법이 제정되었고 1997년에는 국민건강기금이 조성되었다. 이후 2002년부터 10년 단위로 계획을 수립하고 5년마다 보완계획을 마련하여, 현재까지 총 5차례 국민건강 증진종합계획을 수립·시행하여, HP 2030은 2021년부터 2030년까지로 5차 국민건강 증진종합계획이 수립되었다.

국민건강증진종합계획의 연차별 개요는 <표 III-1-3>와 같다.

8) 국민건강증진종합계획 사업개요 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01278&siteId=null->
 (인출일: 2025. 3. 10.)

〈표 III-1-3〉 국민건강증진종합계획의 비전, 목표와 사업영역(1차~5차)

구분	HP2010		HP2020		HP2030
	1차 계획 (2002-2005)	2차 계획 (2006-2010)	3차 계획 (2011-2015)	4차 계획 (2016-2020)	5차 계획 (2021-2025)
비전	• 75세의 건강 장수 실현이 가능한 사회	• 온 국민이 함께 하는 건강 세상	• 온 국민이 함께 만들고 누리는 건강세상		• 모든 사람이 평생건강을 누리는 사회
목표	- 건강 실천의 생활화를 통한 건강 잠재력 제고 - 효율적인 질병의 예방 및 관리체계 구축 - 생애주기별로 효과적인 건강증진서비스 제공	- 건강수명 연장 - 건강증진사업의 효과성 제고 - 건강증진사업의 효과성 제고 - 건강증진사업의 효과성 제고	- 건강수명 연장 - 건강증진사업의 효과성 제고 - 건강증진사업의 효과성 제고 - 건강증진사업의 효과성 제고	- 건강수명 연장 - 건강증진사업의 효과성 제고 - 건강증진사업의 효과성 제고 - 건강증진사업의 효과성 제고	- (모든 사람) 성, 계층·지역 간 건강형평성을 확보, 적응 대상을 모든 사람으로 확대 - (평생 건강을 누리는 사람) 출생부터 노년까지 전 생애주기에 걸친 건강권 보장, 정부를 포함한 사회 전체를 포괄
구성내용	6개 분야 39개 사업 40개 목표	4개 분야 24개 과제 108개 사업 244개 성과지표	6개 분야 32개 과제 140개 사업 405개 성과지표	6개 분야 27개 과제 140개 사업 369개 성과지표	6개 분야 28개 과제 83개 사업 400개 성과지표
사업분야 (사업영역, 사업과제)	• 건강생활 실천 - 금연, 절주, 운동, 영양 - 지자체, 민간 연계 지원 • 만성질환의 예방관리 - 암 예방·검진 강화 • 생애주기별 건강증진 - 생애주기별 특성에 맞는 건강증진서비스 제공 - 단계별 보건사업 간 연계	• 건강생활 실천 확산 - 금연, 절주, 운동, 영양 • 예방중심 건강관리 - 암관리, 만성질환, 전염병관리, 정신보건, 구강보건 • 인구집단별 건강관리 - 모자보건, 노인보건, 근로자보건, 학교보건 • 건강환경 조성	• 건강생활 실천확산 - 금연, 절주, 신체활동, 영양 • 만성퇴행성질환과 발병위험요인관리 - 암관리, 건강검진, 관절염, 심뇌혈관질환, 비만, 정신보건, 구강보건 • 감염질환관리 - 예방접종, 비상방역체계, 의료관련 감염, 결핵, 에이즈	• 건강생활 실천확산 - 금연, 절주, 신체활동, 영양 • 만성퇴행성질환과 발병위험요인관리 - 암, 건강관리, 관절염, 심뇌혈관질환, 비만, 정신보건, 구강보건 • 감염질환관리 - 예방접종, 비상방역체계, 의료관련 감염, 결핵, 에이즈	• 건강생활 실천 - 금연, 절주, 영양, 신체활동, 구강건강 • 정신건강 관리 - 자살예방, 치매, 중독, 지적장애, 정신건강 • 비감염성질환 예방관리 - 암, 심뇌혈관질환(심뇌혈관질환, 선형질환), 비만, 손상

구분	HP2010		HP2020	HP2030
	1차 계획 (2002-2005)	2차 계획 (2006-2010)		
		<div>- 식품안전, 음용수, 공기, 지역사회 환경 등</div>	<div>이즈 • 안전환경보전 - 식품정책, 손상예방, 건강영향평가 • 인구집단 건강관리 - 모성건강, 영유아건강, 노인건강, 근로자건강증진, 군인건강증진, 학교보건, 다문화가족건강, 취약계층정방문건강, 장애인건강</div>	<div>• 감염 및 기후변화성질환 예방관리 - 감염병예방 및 관리(결핵, 에이즈, 의료 감염·항생제 내성, 예방행태개선) - 감염병위기대비 대응(검역/감시, 예방접종) - 기후변화성 질환 • 인구집단별 건강관리 - 영유아, 이동·청소녀, 여성, 노인, 장애인, 근로자, 군인 • 건강 친화적 환경 구축 - 건강친화적 법제도 개선 - 건강정보 이해력 제고 - 혁신적 정보기술의 적용 - 재원 마련 및 운용, 지역사회 자원 확충 및 거버넌스 구축</div>
사업주체	보건복지부와 한국보건사회연구원		보건복지부 한국건강증진개발원	

자료

1) 국민건강증진종합계획 1차 계획

<https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01280&siteId=null>

2) 국민건강증진종합계획 2차 계획

<https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01281&siteId=null>

3) 국민건강증진종합계획 3차 계획

<https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01282&siteId=null>

4) 국민건강증진종합계획 4차 계획

<https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01283&siteId=null>

5) 국민건강증진종합계획 5차 계획

<https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01287&siteId=SITE00012>- 인출일: 2025. 2. 26)

6) 국민건강증진종합계획 사업개요

<https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01278&siteId=null>- 인출일: 2025. 3. 10)

2) 5차 국민건강증진종합계획(이하 HP2030)⁹⁾

5차 국민건강증진종합계획은 건강수명 연장, 건강형평성 제고라는 두 가지 총괄 목표를 가지고 있다. 그 중 건강형평성 제고는 소득수준별 건강수명 격차와 지역별(시·군·구별) 건강수명 격차를 낮춘다는 실행목표를 가지고 있다. 먼저 소득수준별 건강수명 격차 감소 목표에 대해 살펴보면 소득수준 상위 20%의 건강수명과 소득수준 하위 20%의 건강수명 격차를 7.6세 이하로, 지역 간 건강수명에 대해서는 건강수명 상위 20% 해당 지자체의 건강수명과 하위 20% 해당 지자체의 건강수명의 격차를 2.9세 이하로 낮춘다는 구체적인 목표를 수립, 실행 중이다.

[그림 III-1-1] 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030, 2021~2030)



9) 국민건강증진종합계획 5차 계획 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01287&siteId=SIT E00012>- (인출일: 2025. 2. 26.)

가) 제5차 HP2030 중점과제 구성 및 지표

제5차 HP2030은 중점과제별로 2030년까지 달성해야 할 목표를 담은 총 400개 지표(중복지표 17개 제외)와 지표 목표치 달성을 위한 총 83개의 과제, 144개 실행계획으로 구성되어 있다. 또한 400개 지표 중 가장 중점적으로 다루어야 할 지표를 대표지표로 선정해 64개를 관리하고 있다¹⁰⁾. 다음의 <표 Ⅲ-1-4>는 「국민건강증진종합계획(HP2030)」의 이행 체계를 이해하기 위해, 중점과제별로 연계된 지표 및 사업 현황을 구조화하여 제시한 것이다. 표의 구성 항목은 다음과 같다.

<표 Ⅲ-1-4> 제5차 HP2030 중점과제 지표 및 사업 구조

분야	중점과제	지표			사업		
		성과 지표 (n=417)	대표 지표 (n=64)	형평성 지표 (n=72)	과제 (n=83)	실행 계획 (n=144)	과업 (n=378)
건강생활 실천	금연	36	4	4	3	4	14
	절주	23	4	2	3	4	9
	영양	20	2	10	3	8	17
	신체활동	11	4	3	3	6	14
	구강건강	16	1	5	4	6	15
정신건강 관리	자살 예방	20	5	3	3	4	11
	치매	20	2	3	4	5	14
	중독	7	1	0	2	4	18
	지역사회 정신건강	5	1	0	3	6	11
비감염 성질환 예방관리	암	14	4	7	2	2	8
	심뇌혈관질환	34	10	9	3	5	16
	비만	16	4	6	3	4	9
	손상	17	1	1	2	2	10
감염 및 기후변화성 질환 예방 관리	감염병 예방 및 관리	20	1	0	4	5	23
	감염병 위기 대비 대응	21	1	2	2	8	30
	기후변화성 질환	8	1	0	4	4	6
인구 집단별 건강관리	영유아	7	2	1	3	10	12
	아동 청소년	15	2	0	3	10	22
	여성	7	1	0	3	11	20
	노인	25	4	8	3	8	21
	장애인	29	3	0	3	5	9
	근로자	13	1	0	4	4	13
	군인	16	1	6	2	2	4

10) 보건복지부·한국건강증진개발원(2022). 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030, 2021-2030). 한국건강증진개발원. p.24

분야	중점과제	지표			사업		
		성과 지표 (n=417)	대표 지표 (n=64)	형평성 지표 (n=72)	과제 (n=83)	실행 계획 (n=144)	과업 (n=378)
건강친화적 환경 구축	건강친화적 법제도 개선	4	0	0	2	2	5
	건강정보 이해력 제고	7	4	2	3	5	14
	혁신적 정보기술 적용	2	0	0	3	4	10
	재원 마련 및 운용	1	0	0	3	3	5
	지역사회 자원 확충 및 거버넌스 구축	3	0	0	3	3	18

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2022). 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030, 2021-2030). 한국건강증진개발원. 연구진 정리.

나) HP2030 영유아 관련 과제 및 지표

「국민건강증진종합계획(HP2030)」은 생애주기 전반에 걸친 건강증진을 목표로 한다. HP2030에서는 영유아의 건강 형성과 발달지원을 위해 세 가지 핵심 추진 과제를 설정하고 있다. 첫째, ‘고위험 산모·신생아 의료체계 개선’을 통해 신생아 및 영아사망률을 줄이고, 조기 치료 기반을 구축한다. 둘째, ‘모유수유 및 산모 지원’을 통해 모유수유율을 제고하고, 아동 및 산모의 장기적 질병 위험을 낮춘다. 셋째, ‘영유아 건강검진 및 발달지원 강화’를 통해 발달장애 및 건강 문제를 조기에 발견하고, 생애초기 단계에서 맞춤형 건강관리 서비스를 제공한다. 이러한 추진 과제는 각각 성과지표와 연계되어 정책의 목표 달성 여부를 측정하며, 향후 지표 개선을 위한 사업 및 실행계획 수립의 기반이 된다¹¹⁾.

〈표 III-1-5〉 제5차 HP2030 영유아 추진과제 및 성과지표

추진과제	추진목적	성과지표 (대표지표)
고위험 산모·신생아 의료 체계 개선	<ul style="list-style-type: none"> • 신생아 및 영아사망률 감소 • 지역 간 의료 격차 해소 및 조기 치료 체계 구축 	<ul style="list-style-type: none"> • 영아사망률* (1천 명당 사망 수) • 시도 간 영아사망률 격차
모유수유 및 산모 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 모유수유율 제고를 통한 아동 및 산모의 장기 질환 예방 • 출산 가정의 건강 지원 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 출생 후 6개월 완전 모유수유 실천율 • 출생 후 12개월 모유수유 실천율 • 모자동실 실천율
영유아 건강검진 및 발달지원 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 영유아기의 건강 문제 조기 발견 및 발달장애 예방 • 맞춤형 건강관리 제공 	<ul style="list-style-type: none"> • 영아기 초기 검진 수검률 • 장애 아동 인구비율*

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2022). 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030, 2021-2030). 한국건강증진개발원. p.46 연구진 재구성

11) 한국건강증진개발원(2023). 제5차 국민건강증진종합계획 Fact Sheet 17호: 영유아. 한국건강증진개발원.

‘영유아’ 중점과제에서의 대표지표로 설정된 ‘영아사망률’(Infant Mortality Rate, IMR)은 WHO나 UN의 지속 가능 발전 목표(SDGs)등 국제적으로도 보건의료 체계의 질과 건강 수준을 평가하는 핵심 지표로 활용되어 국제적 비교가 가능하다. 이를 통해 임신, 출산, 신생아기 및 영아기 전반에 걸친 의료서비스 품질, 접근성, 연계성을 평가할 수 있고, 특히 조산아, 저체중아, 선천기형, 감염병 등 다양한 건강위험 요소에 대한 예방·치료·관리 역량 등 국가 보건 정책 효과를 간접적으로 측정할 수 있는 지표이다¹²⁾. 하지만 영아사망률만으로 영유아의 건강형평성을 판단하기에는 한계가 있고, 기타 성과지표도 모유수유 및 초기검진 등 출산초기에만 초점을 맞추고 있어, 심도 있는 건강상태를 볼 수 있는 지표개발이 필요한 상황이다.

〈표 III-1-6〉 제5차 HP2030 성과지표 중 산모 및 영유아 해당 지표

과제	성과지표	기준치	목표치	형평성지표	기준치	목표치
영유아	영아사망률(출생아 1천 명당)	2.8명	2.3명	영아사망률 최고-최저 사도간 격차(출생아1천명당)	2.4명	1.2명
	출생 후 6개월 완전 모유수유 실천율	36.7%	40.0%	-		
	출생 후 12개월 완전모유수유 실천율	33.0%	45.0%	-		
	모자동실 실천율	-	60.0%	-		
	영아기 초기검진 수검률	-	90.0%	-		
	장애아동 초기검진 수검률	0.89%	0.70%	-		
여성	모성사망비(출생아 10만명당)	11.3명	7.0명			
	임신 8주 이내 산전 검진율	96.2%	97.0%			

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2022). 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030, 2021-2030). 성과지표 중 영유아 및 여성 영역 지표 내용. 연구진 정리.

현재 제5차 HP2030 성과지표 중 영유아 지표로 선정되어 있지는 않지만, 영유아 대상으로 데이터 파악이 가능한 지표를 다음과 같이 분석해보았다. 해당 지표들은 지표마다 만 3세 이상, 만1세 이상 등으로 해당연령부터 성인기까지 전체연령의 평균을 기준으로 파악하고 있지만, 영유아의 건강에 적용할 수 있는 영양, 구강건강, 대비대응 등의 영역에서 5세 미만의 영유아를 대상으로만 분석하여 별도 관리가 필요하다.

12) WHO. 영아 사망관련. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/child-mortality-and-causes-of-death>. (인출일: 2025. 5. 29.)

〈표 III-1-7〉 제5차 HP2030 성과지표 중 산모 및 영유아 해당 지표

과제	성과지표	기준치	목표치	형평성지표	기준치	목표치
영양	포화지방산을 적정수준으로 섭취하는 인구비율(만3세이상)	49.7%	74.0%	소득 1-5분위 포화지방산 적정수준 섭취 인구비율(만3세이상)	5.9%p	0.0%p
	나트륨 적정수준으로 섭취하는 인구비율(만1세이상)	32.4%	42.0%	소득 1-5분위 나트륨 적정수준 섭취 인구비율(만1세이상)	9.7%p	0.2%p
	칼슘 적정수준으로 섭취하는 인구비율(만1세이상)	16.8%	21.0%	소득 1-5분위 칼슘 적정수준 섭취 인구비율(만1세이상)	4.6%p	2.0%p
	비타민A 적정수준으로 섭취하는 인구비율(만1세이상)	11.8%	24.0%	소득 1-5분위 비타민A 적정수준 섭취 인구비율(만1세이상)	11.8%p	24.0%p
구강건강	유치(5세) 우식경험률	68.5%	55.0%	-		
	전 국민(1세이상) 점심 직후 칫솔질 실천율	52.7%	63.0%	소득 1-5분위 전국민(1세이상) 점심직후 칫솔질 실천율 격차	17.9%p	14.0%p
	전국민(1세이상) 정기 구강검진 이용률	41.9%	50.0%	소득 1-5분위 전국민(1세이상) 정기 구강검진 이용률	15.7%p	13.0%p
	전국민(1세이상) 예방치과의료 이용률	32.0%	38.0%	소득 1-5분위 전국민(1세이상) 예방치과의료 이용률 격차	15.9%p	13.0%p
대비 대응	취약계층 예방접종률 향상 (3세 이상)	80.8%	90.0%	도시·농촌간 취약계층 예방접종률 격차(3세 이상)	0.6%p	1.0%p

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2022). 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030, 2021-2030). 성과지표 중 영유아 대상 분석 가능 지표 연구진 정리.

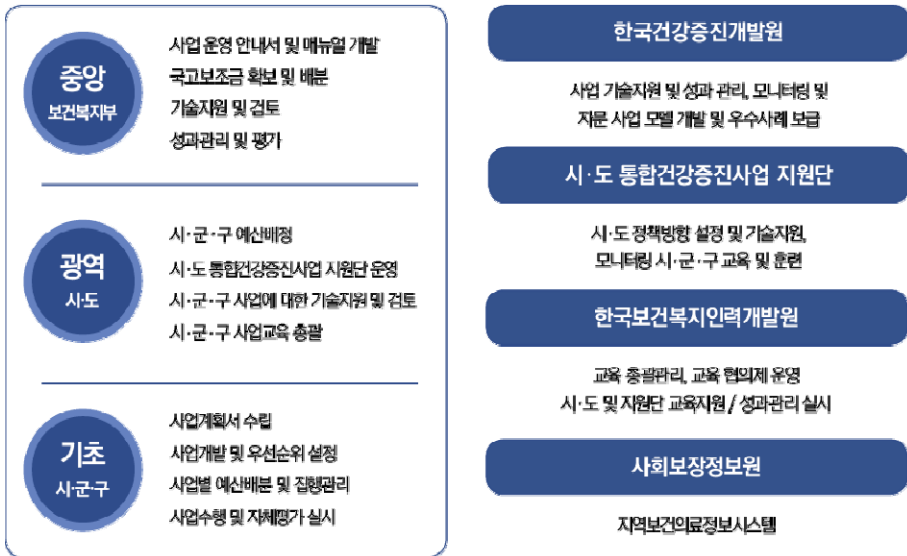
다. 산모·영유아 대상 건강증진사업

우리나라는 인구 고령화, 만성질환 증가, 건강 격차 심화 등 복합적인 건강 문제에 직면하고 있으며, 특히 영유아와 같은 건강 취약계층에 대한 체계적 건강관리와 조기 예방의 중요성이 더욱 부각되고 있다. 이에 따라 정부는 보건소와 지방자치단체를 중심으로 다양한 지역사회 건강증진사업을 추진하고 있다.

지역사회 통합건강증진사업은 보건소 중심의 건강증진 기능을 강화하고, 지역사회 자원을 연계하여 주민의 건강 수준 향상 및 건강불평등 해소를 목표로 수행된다. 주요 생활터(가정, 학교, 직장 등)를 기반으로 영양, 비만, 신체활동, 여성·어린이 특화, 구강건강 등 다양한 건강 영역을 통합적·포괄적으로 다룬다.¹³⁾ 중앙정부, 지방자치단체(광역·기초), 기술·교육·정보 지원 기관이 유기적으로 협력하는 다층적 거버넌스 구조를 기반으로 운영된다[그림 III-1-2].

13) 보건복지부·한국건강증진개발원(2025h). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 총괄. 보건복지부. p.3.

[그림 III-1-2] 지역사회 통합건강증진사업 추진체계



자료: 한국건강증진개발원(2024). 지역사회 통합건강증진사업, 주민 중심의 건강생태계 조성으로 도약하다. 건강증진 웹진, 1호. https://www.khepi.or.kr/webzine/vol_01/cnt_3_1.jsp (인출일: 2025. 5. 16.)

중앙정부인 보건복지부는 사업 지침 수립, 국고보조금 배분, 성과관리 등을 총괄하며, 시·도는 기초지자체를 대상으로 예산 배정, 기술지원, 교육을 통해 조정·지원 역할을 수행한다. 기초자치단체(보건소)는 지역 상황에 맞는 사업계획 수립과 실행을 담당하는 핵심 주체로, 사업 수행을 위한 기술 지원은 한국건강증진개발원이, 교육은 한국보건복지인력개발원이, 현장 실무 지원은 시·도 지원단이, 정보 시스템은 한국사회보장정보원이 담당한다.

〈표 III-1-8〉에서는 제시된 12개 세부 사업 중 '영유아'를 주요 대상군으로 포함하고 있는 사업을 음영으로 표시하고, 사업내용을 상세히 살펴보았다.

〈표 III-1-8〉 2025년 지역사회통합건강증진사업 12개 세부사업

사업영역	주요 시행주체 (보건소·전담부서)*	주요 사업대상	핵심 사업내용	주요 연계기관	영유아 해당사업
구강보건*	구강보건팀	유아 및 아동, 보호자, 구강취약 계층	유아 구강검진, 불소도포, 유치원·보호자 대상 구강위생 교육	치과의원, 유치원, 어린이집, 구강보건협의회	○
금연	금연상담실, 건강생활실천팀	청소년 및 성인 흡연자	청소년 흡연 예방교육, 성인 금연상담, 니코틴 대체요법 제공	학교, 금연지원센터, 청소년 유관기관	
비만예방관리*	건강생활실천팀	아동, 학부모, 비만 고위험군	비만 고위험군 선별, 가족 식생활 지도, 아동 대상 운동지도	학교, 어린이집, 영양지원센터, 학부모회	○
신체활동*	건강생활실천팀	전 연령층(특히 유아·노인 대상 포함)	걷기 실천 프로그램, 유아 놀이형 운동, 노인 체조, 직장인 체력관리	체육시설, 교육청, 유아체육강사, 노인회관	○
심뇌혈관질환 예방관리	만성질환관리팀	40세 이상 고혈압·당뇨 대상자	고혈압·당뇨 조기검진, 등록관리, 생활습관 개선교육, 자조모임 운영	보건소, 고혈압당뇨등록센터, 병·의원	
아토피·* 천식 예방관리	건강관리팀	천식·아토피 진단 아동, 보호자, 교사	흡입기 사용 교육, 보호자 교사 대상 증상관리 교육, 안면학교 운영	보건교사, 안심학교, 소아청소년과, 질병관리청	○
영양*	영양팀	영유아, 임산부, 저소득층, 보육 교사, 다문화가정	영유아 및 임산부 영양상담, 식단지로 제공, 어린이집 교육 연계	산부인과, 산후조리원, 어린이집, 육아종합지원센터	○
음주폐해예방 (절주)	건강생활실천팀	청소년, 성인 음주자, 청년층	학교·직장 절주 교육, 음주위해예방 캠페인, 고위험군 상담	학교, 경찰서, 음주예방협회, 직장 내 보건부서	
여성·어린이 특화*	모자보건팀	임산부, 초보 부모, 영유아, 육아지원기관	산전산후 교육, 초보 부모 대상 건강역량 강화 프로그램 운영	보육시설, 산부인과, 육아지원센터	○
한의원 건강증진*	한의원사업팀	지역주민, 허약아, 임산부, 고령자	허약아 한방건강증진, 산모 체질개선, 전통 식이교육	한의원, 복지기관, 건강생활지원센터	○
모바일 헬스케어	건강생활실천팀	19세 이상 건강위험군(비만, 고혈압 등)	건강정보 앱 기반 자기관리 및 비대면 건강상담 서비스	건강보험공단, 디지털헬스 플랫폼 운영업체 등	
방문건강관리	방문건강관리팀	고령자, 독거노인, 만성질환자, 산모 및 영유아	가정방문 건강관리, 사례관리, 자원 연계, 고위험군 맞춤 지도	복지관, 건강생활지원센터, 재가방문기관	

주: 지자체 여건 및 수요에 따라 진행되는 사업으로 세부적인 사업수행, 연계기관, 전담부서 구성은 달라질 수 있음.
자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025n). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 총괄, 보건복지부, pp.110-148 연구진 정리

1) 영양 사업

영양 사업에서는 생애주기별 맞춤형 영양 관리와 지역사회 기반의 식생활 실천 환경 조성을 목표로, 건강 취약계층을 포함한 전 생애 인구 집단(영유아, 임산부, 어린이, 청소년, 성인, 노인)을 포괄하는 통합적 접근방식을 제시하고 있다¹⁴⁾.

영양 사업 중 임산부·영유아 대상 사업은 생활밀착형 영양 관리 맞춤 서비스로 생애주기별 맞춤 영양교육·상담·영양 관리 프로그램 등을 통하여 개인의 영양 문제를 해소하고, 장기적으로는 스스로 올바르게 식생활을 관리할 수 있는 능력을 배양하여 건강증진을 도모하는 것이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025g: 23). 사업은 크게 영양플러스 사업, 임산부·영유아 영양 관리사업, 어린이집·유치원 기반 영양 관리 사업, 다문화가족 영양 관리 사업으로 나눌 수 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025g: 24).

〈표 III-1-9〉 대상별 영양사업 목적 및 내용

대상	사업명	사업목적 및 내용
임산부 및 영유아	영양플러스 사업	- 가구 규모별 기준 중위소득 80%이하 임산부 및 영유아 중 영양 위험요인(빈혈, 저체중 등) 대상자 - 대상자에게 영양교육 및 상담을 실시, 보충 식품 패키지 제공, 영양 위험요인 개선 및 식생활 관리 능력 배양
	임산부·영유아 영양 관리 사업	- 임산부 및 영유아 대상 올바른 영양 정보 제공 및 상담, 조리 실습 등 운영 - 영양플러스사업, 임산부 철분제·엽산제지원사업, 모유수유교실 등과 연계 - 산부인과, 산후조리원, 어린이집, 고운맘카드 발급 금융기관 등과 연계하여 영양·식생활 및 보건소 프로그램에 관한 정보 확산
	어린이집·유치원 기반 영양 관리 사업	- 영유아기 영양 사업을 통하여 바른 식생활 인식과 식습관 형성 도모 - 영유아 영양교육 프로그램 실시, 어린이집 등에 정기적 영양교육 자료 지원, 어린이집 유치원·교사, 부모 대상 영양교육 병행 실시 권장 - 관내 육아종합지원센터와 어린이급식관리지원센터가 있을 경우, 식단·위생 관리·교육프로그램·교육 매체 등을 협력하여 활용하는 등 효율적 사업 수행 - 어린이급식관리지원센터가 관내에 있는 경우, 어린이집·유치원 사업 대상을 체계적으로 구분하여 효율적으로 접근할 것을 권장함
어린이 및 청소년	저소득층 어린이·청소년 영양관리사업	- 지역아동센터 참여 대상자별 채소, 과일 섭취 증대(건강과일바구니사업) 등 건강 식생활 확산, 고열량, 저영양 식품 및 당, 지방, 나트륨 저감화, 건강체중 인식 등 영양교육 프로그램 및 자료 제공 - 급·간식 등의 식단, 위생 지원 등은 관내 어린이급식관리지원센터 등과 협력하여 진행

14) 보건복지부·한국건강증진개발원(2025g): 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 영양.

대상	사업명	사업목적 및 내용
다문화 가족	다문화가족영양관리사업	<ul style="list-style-type: none"> - 다문화가족에 대한 가족 단위 집중 영양 관리 프로그램 운영 - 다문화가족 조리 교실 운영(이유식 만들기, 일상적 한식 조리 등, 가구 구성에 따른 조리 교실, 인근 대학 연계 및 지역 내 조리학원 등 활용) - 다문화가족 대상 조리 교실 운영 및 영양문제별 다국어 교육자료 보급 - 다문화지원센터와 연계하여 식생활, 육아, 문화 적응 등 수행 - 건강가정지원센터, 영양플러스 사업 및 방문건강 관리 서비스 등과 연계, 대학의 기존 사회공헌 프로그램 활용

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025g). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 영양. pp.24-26

가) 영양플러스 사업

영양플러스 사업은 임신·출산·수유로 인해 영양 측면의 위험성이 높은 임신부(임신부, 출산부, 수유부)의 건강과 태아, 영유아의 미래 건강을 위해 맞춤 영양교육 및 영양지원을 실시하는 것을 목적으로 한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025g: 30). 영양플러스사업은 보건소의 관할 지역 내에 거주하면서 참여를 희망하고 소득 및 영양위험 기준을 충족하는 대상자에 한해 지원을 한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025g: 32). **소득기준과 영양 위험 기준은 가구 규모별 기준 중위소득의 80% 이하나 빈혈, 저체중, 성장 부진, 영양 섭취 상태 중 한 가지 이상의 영양 위험요인 보유자로 영유아는 0-5세(생후 72개월, 태아포함)가 포함된다**(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025g: 32).

〈표 III-1-10〉 영양플러스 대상자 선정 기준

분류	기준
대상 구분	<ul style="list-style-type: none"> - 영유아: 0-5세(생후 72개월까지) - 임신부, 출산·수유부 * 사업 참여 중 유산 혹은 사산한 여성도 출산부의 범주에 포함
거주 기준	<ul style="list-style-type: none"> - 사업 운영 보건서 관할지역 내 거주자 * 국제결혼의 경우 부부 중 최소 1인은 한국 국적 * 사회복지 입소자는 제외(단, 한부모가족 복지시설 입소자는 지원 가능)
소득수준	<ul style="list-style-type: none"> - 가구 규모별 기준 중위소득의 80% 이하 * 지역의 여건에 따라 소득 판정 기준치 하향 조정 가능
영양 위험요인	<ul style="list-style-type: none"> - 빈혈, 저체중, 성장 부진, 영양 섭취 상태 중 한 가지 이상의 영양 위험요인 보유자 * 임신부의 경우 소득수준 해당시 영양 위험요인 판정 절차 없이 대상자를 선정

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025g). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 영양. p.32

영유아가 해당 기준에 충족하여 대상자로 선정되면, 보건소를 통해 보충식품이 배달되고, 조제분유를 선택하지 않고 모유수유를 하도록 권장한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025g: 49). 6~12개월 영아용 식품패키지에서 달걀은 전란을 공급하되, 영아에게는 반드시 노른자만 소량씩 천천히 주도록 교육하고 있으며, 시판 분유 이유식은 되도록 공급하지 않고, 시판 이유식 공급 시 이유식 식재료 공급은 하지 않는다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025g: 49). 가정방문교육을 위한 타사업 및 타기관과의 연계는 하는데, 지역 내 대학과 연계나 다문화가족지원센터와 연계를 추진하고 있으며, 2025년부터는 방문보건사업 및 생애초기건강관리사업과의 연계가 추가되었다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025g: 3).

영양플러스 사업의 사업 수혜대상자는 매년 조금씩 줄어들고 있으며, 2012년 90,869명에서 2023년 61,143명으로 줄어들었다. 반면 수혜자의 만족도는 매년 90점 이상이고, 2023년에는 다른 해에 비해 만족도가 높아 94.6점이었다.

〈표 III-1-11〉 연차별 영양플러스 사업 수혜 대상자수

분류	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
사업수행 보건소(개소)	252	252	252	253	250	252	252	252	252	252	252	255
수혜 대상자수(명)	90,869	88,926	88,504	90,244	87,312	83,988	82,045	78,755	73,333	70,340	66,093	61,143

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025g). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 영양. p.30

〈표 III-1-12〉 영양플러스 사업 수혜 대상자의 사업 만족도

분류	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
만족도 점수(점)	90.7	91.2	91.2	91.3	91.5	91.6	92.5	92.8	93.6	93.2	93.8	94.6

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025g). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 영양. p.30

나) 임신부·영유아 영양 관리 사업

임산부·영유아 영양 관리 사업은 임산부 및 영유아를 대상으로 올바른 영양정보 제공 및 상담, 조리 실습 운영 등을 지원한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025g: 24). 또한 영양플러스사업, 임신부 철분제·엽산제 지원사업, 모유수유교실 등과 연계 가능하고, 산부인과 산후조리원, 어린이집, 고운맘카드 발급 기관 등과

연계하여 영양·식생활 및 보건소 프로그램에 관한 정보를 체계적으로 확산하는 사업이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025g: 24).

다) 어린이집·유치원 기반 영양 관리 사업

어린이집·유치원 기반 영양 관리 사업은 영유아기 영양 사업을 통하여 바른 식생활 인식과 식습관 형성을 도모하고자 하는 사업이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025g: 24). 영유아기 영양교육 프로그램 실시, 어린이집 등에 정기적인 영양교육 자료 지원, 어린이집·유치원 교사, 부모 대상 영양교육 병행 실시를 권장하고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025g: 24). 관내 육아종합지원센터와 어린이급식관리 지원센터가 있는 경우, 어린이집·유치원 사업 대상을 구분하고, 식단·위생관리·교육 프로그램·교육 매체 등과 협력하여 효율적으로 접근할 것을 권장하고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025g: 24).

라) 다문화가족 영양관리 사업

다문화가족 영양관리 사업은 다문화가족 중 관리 대상자를 선정하여 1년 단위로 영양관리 프로그램 운영 등 관리를 진행하고, 영양플러스 사업과도 연계를 추진한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025g: 26). 그 밖에 다문화 가족 조리 교실 및 영양 문제 유형별 다국어 교육자료 제공, 다문화가족지원센터와 연계하여 식생활, 육아, 문화 적응을 지원하고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025g: 26).

〈표 III-1-13〉 지역사회통합 건강증진사업[영양사업] 요약표

사업명	구분	지원대상				지원 방식	예산 및 제공 기관		
		대상	임신 출산	0-12 개월	1-2 세	3-5 세	예산	제공 기관	신청 방법
영양플러스 사업	추가	• 영유아, 임신부, 출산·수유부 • 기준 중위소득 80% 이하 • 영양 위험요인(빈혈, 저체중, 성장부진, 영양섭취상태) 한 가지 이상 보유자	○	○	○	○	현금 서비스	국비+ 지방비	보건소 신청 접수 후 자격평가 심사 후 선정
임산부·영유아 영양 관리 사업	보편, 추가	• 임신부 및 영유아 * 추가 지원: 건강취약 대상자	○	○	○	○	서비스	국비+ 지방비	보건소 신청
어린이집· 유치원 기반	보편, 추가	• 임신부 및 영유아 * 추가 지원: 건강취약 대상자							

사업명	구분	지원대상					지원 방식	예산 및 제공 기관		
		대상	임신 출산	0-12 개월	1-2 세	3-5 세		예산	제공 기관	신청 방법
영양 관리 사업		지원								
다문화가족 영양 관리 사업	보편	• 다문화가족(임산부 및 영유아 포함)	○	○	○	○	서비스	국비+ 지방비	보건소	신청

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025g). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 영양. pp.23-49

2) 비만 예방 관리¹⁵⁾

비만예방관리사업은 생애주기 전반에 걸친 건강행태 개선을 목표로 하며, 특히 경제적·사회적으로 취약한 계층에 대한 선제적 개입을 강조한다. 본 사업은 지역의 보건소를 중심으로 기획·운영되고 있으며, 지역사회와 지역주민 대상 비만예방 관리사업 수행을 통해 생애주기 및 생활터별 비만 유병률을 개선하거나 현 수준으로 유지하여 제5차국민건강증진종합계획 내 비만 목표를 달성하는 것이 사업의 목적이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025c: 34). 근거법령은 「국민건강증진법」 제3조, 제6조, 제12조, 제19조 및 제25조, 「지역보건법」 제10조, 제11조이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025c: 14).

비만 예방사업은 비만을 예방하는 물리적 환경으로 변화를 시켜 비만 예방관리 실천을 위한 접근성을 개선하는 것이다. 또한 유치원이나 어린이집을 방문하여 비만 예방교육을 실시하고, 지역사회에 홍보·캠페인을 진행하고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025c: 49-52).

주요 서비스 내용으로는 1) 슬로건 캠페인, 스탬프 투어, SNS 챌린지 등 인식 개선형 홍보활동, 2) 영양, 신체활동, 행동요법을 포함한 다분야 교육·상담, 3)체지방률, BMI, 허리둘레 등의 측정 및 건강행태 평가, 4) 아동·청소년 대상 맞춤형 행동 변화 프로그램 운영 등이 포함되며, 이러한 프로그램은 개인의 자각 및 실천력 향상과 더불어, 지역사회 기반의 건강생활 실천 환경 조성을 함께 추구한다.

15) 보건복지부·한국건강증진개발원(2025c). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 비만예방관리.

〈표 III-1-14〉 비만 예방관리사업 사업전략별 주요 내용

구분	비만 예방	비만 관리
목적	지역사회 내 환경을 비만예방 중심으로 개선 지역주민 전체 또는 생애주기별, 특정대별 대상자에게 비만의 위험성과 예방에 대한 중 요성 인식 제고	과체중 혹은 비만의 위험요인을 가지거나, 비만한 개인(인구 집단)에게 체중 관리 및 관 련 건강행태 실천을 유도
사업 유형별 접근 방향	(환경조성) 급식·제도적 등의 환경 조성 (개인중심) 개인 혹은 집단 특성 반영한 교 육·상담·캠페인 등 온·오프라인 홍보 캠페 인 운영	(교육·상담) 영양 및 신체활동, 행동 조절 등 을 활용한 중재 프로그램 운영 (연계) 취약계층 등 비만관리가 필요한 대상 자 발굴, 비만 위험 정도를 기반으로 한 분 류, 보건·의료·복지 등 연계

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025c). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 비만예방관리. p.42

보건복지부의 통합 지침을 바탕으로 하되, 지역 실정에 맞춘 자율 기획형 운영이 가능하도록 설계되었다. 지방자치단체는 지역의 비만율, 생활환경, 실천 수준 등을 고려하여 사업 대상을 선정하고, 프로그램을 구성할 수 있다. 특히, 다양한 기관과의 협력 속에서 수행되는데 대표적으로 교육청 및 학교는 아동·청소년 프로그램의 핵심 파트너이다. 이 외에도 복지관, 주민센터, 지역아동센터, 건강가정지원센터 등 생활터 기반 시설과의 협력, 보건소 내 영양·신체활동 사업과의 연계가 필수적으로 병행된다.

비만예방관리사업은 건강행태 개선을 위한 지역맞춤형 접근을 강화하는 동시에, 사회적 취약계층에 대한 개입의 우선순위 명시를 통해 건강형평성 제고에 기여하고 있다. 특히 생활터 기반의 실천 중심 전략, 지역 자율성 보장, 그리고 다기관 연계는 보건의료 접근성이 낮은 계층이 체감할 수 있는 변화를 유도할 수 있는 중요한 요소이다.

〈표 III-1-15〉 지역사회통합건강증진사업[비만예방사업] 요약표

지원 대상						지원방식	예산 및 제공 기관		
구분	대상	임신 출산	0-12 개월	1-2 세	3-5 세		예산	제공 기관	신청 방법
보편·추가 지원	•유치원, 어린이집에 다니는 취약계층 아동	○	○	○	○	서비스	국비+ 지방비	보건소	신청

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025c). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 비만예방관리. pp.34-52

3) 신체활동 사업¹⁶⁾

지역사회통합건강증진사업 중 신체활동 사업은 생애 주기별·생활터별 신체활동 프로그램을 제공하여, 주민의 신체활동 실천기회 확대 및 지식수준 향상, 개인별 맞춤형 신체활동 관리 역량 강화 및 건강위험 감소, 신체활동 친화적 환경조성 등을 통해 규칙적인 신체활동 실천율을 증가시키는 데 목적이 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025d: 6). 또한, 생애주기별 맞춤형 접근과 생활터 중심 실천전략을 통해 지역 내 건강불평등 해소를 함께 도모한다. 근거법령은 「국민건강증진법」 제2조, 제16조, 제19조, 제25조, 동법시행령 제22조의 2, 제30조, 동법시행규칙 제17조의 2, 제19조, 「지역보건법」 제5조이다.

사업 수행은 교육기관(학교, 유치원, 어린이집), 복지시설(지역아동센터, 경로당 등), 민간 체육 기관, 지방자치단체 내 문화체육과·복지과 등 다양한 부서 및 기관과의 연계를 통해 이뤄지며, 이는 생활터 기반 다부문 협력 구조를 실현하는 사업 모델을 제시한다.

운영 방식은 지역 보건소를 중심으로 지역 실정에 맞춘 자율적 기획이 가능하며, 주민 참여형 프로그램 구성과 성과지표 기반의 체계적인 모니터링이 이뤄진다. 특히 걷기 실천율, 중강도 이상 신체활동 실천율 등을 주요 성과지표로 관리하며, 지역주민의 건강행태 변화 추이를 객관적으로 파악할 수 있다.

〈표 III-1-16〉 신체활동사업 개요

구분	신체활동사업
목적	• 전 생애주기 신체활동 실천율 향상 및 건강행태 개선
대상	• 전 연령층 (유아, 아동·청소년, 성인, 노인, 취약계층)
핵심 내용	• 걷기, 체조, 근력운동 등 맞춤형 신체활동 프로그램 • 생활터 기반 실천 전략 • 비대면 운동 콘텐츠 병행
운영 방식	• 지역 보건소 중심 자율 기획 운영 • 참여형 프로그램 구성 • 성과지표 기반 모니터링 체계 구축
협력기관	• 교육기관(학교, 유치원, 어린이집), 복지시설, 생활체육회, 지자체 부서 등과 연계

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025d). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 신체활동. pp.6-7, 56-62 연구진 정리.

16) 보건복지부·한국건강증진개발원(2025d). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 신체활동.

이 중 영유아와 임신부를 위해서는 신체활동 및 좌식 행동 가이드라인을 제공하고(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025d: 13-15), 생애주기별 및 생활터 접근 대상 선정을 통해 신체활동 실천 프로그램을 지원한다(보건복지부·한국건강증진개발원 2025d: 49, 53), 영유아는 유치원, 어린이집에 다니는 경우, 취약계층 아동 등으로 대상을 선정해 지원을 해주고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025d: 49).

〈표 III-1-17〉 지역사회통합건강증진사업[신체활동] 요약표

지원대상						지원 방식	예산 및 제공 기관		
구분	대상	임신 출산	0-12 개월	1-2 세	3-5 세		예산	제공 기관	신청 방법
추가 지원	• 아동 대상 사업은 영유아, 초등학생, 취약계층 아동 등	○	○	○	○	서비스	국비+ 지방비	보건소	신청

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025d). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 신체활동. pp.6-49

4) 아토피·천식 예방관리

지역 사회 중심의 천식 등 알레르기질환 예방 관리 환경을 조성함으로써 지역주민의 건강증진과 삶의 질 향상을 목적으로 한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025e: 10), 근거법령은 「보건의료기본법」 제39조, 제41조, 「국민건강증진법」 제6조의 1항이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025e: 11).

이 중 영유아 대상 사업으로는 아토피·천식 안심학교가 있다. 연초 아토피·천식 안심학교 참여를 희망하거나 운영 경험이 있는 유치원과 어린이집을 대상으로 사업을 소개하고 선정하여, 환아 선별, 응급상황 관리, 교육자료 지원, 보호자 대상 알레르기 교육, 안심학교 환경 체크리스트 작성 및 보관, 응급키트 비치, 아나필락시스 치료제 비치, 비상연락체계 구축 등의 지원을 한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025e: 20). 취약계층 알레르기 질환 환자에게는 치료와 관리 지원을 하고 있다. 관내 영유아 알레르기 환아 중심으로 우선 지원을 하고, 예산이 여유가 있을 때는 일반 영유아 환아도 지원을 한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025e: 20).

〈표 III-1-18〉 지역사회통합건강증진사업[아토피·천식예방관리사업] 요약표

구분	대상	자원대상				자원 방식	예산 및 제공 기관		
		임신 출산	0-12 개월	1-2 세	3-5 세		예산	제공 기관	신청 방법
전문 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 안심학교: 어린이집 및 유치원 원장 및 원감, 정교사, 보육교사 등 포함 - 알레르기 관리 대상자 조사 - 알레르기 환자 관리를 위한 관리 카드 제공 - 안심학교 대상자별 교육 - 안심학교 교육자료 제공 - 안심학교 환경 관리 • 응급상황 대응 체계 구축: 응급키트 비치, 아나필락시스 치료제 비치, 비상연락체계 구축 • 취약계층 알레르기질환 환자 치료 및 관리 지원 	○	○	○	○	서비스 현물	국비+ 지방비	보건소 의료기관	신청

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025e). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 아토피·천식 예방. pp.6-49

5) 구강보건사업

구강보건사업은 지역사회통합건강증진사업¹⁷⁾의 하나로 지자체가 지역사회 주민의 구강건강 수준 향상 및 구강건강 형평성 제고를 위해 지역사회 특성과 주민의 요구가 반영된 프로그램 및 서비스 등을 제공하는 보편적 건강증진사업이다(보건복지부·한국건강증진개발원: 2025b: 2)

법적 근거는 「구강보건법」, 동법 시행령, 시행규칙, 「국민건강증진법」 제17조, 제18조, 제19조제2항제4호등, 「지역보건법」 제11조제1항제5호가목이다.

사업 내용은 비례적 보편주의로 크게 두가지로 나누어진다. 1) 생애주기별 구강보건사업과 2) 취약계층 및 취약지 대상 구강보건사업으로 구분된다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025b: 3)

생애주기별 구강보건사업은 임산부 및 영유아, 아동청소년, 성인, 노인으로 대상이 나누어져 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025b: 18-24). 이 중 임산부 영유아 대상 사업을 살펴보면 사업 목적은 모자 보건수첩을 발급받은 임부의 치주병 예방으로 태아 건강과 건강한 출산에 기여하는 것, 임산부와 건강검진의 대상이 되는 영유아(18개월까지)의 가정에서 구강관리 실천 능력을 향상하는 것이다

17) 지자체가 지역사회 주민을 대상으로 실시하는 건강생활실천 및 만성질환 예방, 취약계층 건강관리를 목적으로 하는 사업을 통합하여 지역특성 및 주민수요에 맞게 기획·추진하는 사업이다. 자료: 보건복지부 정책소개: <https://www.mohw.go.kr/menu.es?mid=a10706010200>(인출일: 2025년 3월 8일).

(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025b: 18). 주요 사업내용은 임신부와 영유아를 대상으로 모자보건사업, 건강증진 사업 등과 연계하여 구강질환 예방서비스를 제공하며, 유아 대상 불소 도포, 치아 홈 메우기, 치면 세정술 등의 지원을 해주는 것이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025b: 10).

취약계층 및 취약지 대상 구강보건사업의 목적은 장애인의 치과 의료 접근성 향상 및 구강관리 실천능력 향상으로 구강건강 형평성 제고이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025b: 25). 또한 치과 의료 접근성이 떨어지는 도시·벽오지 지역 주민의 건강 수준 향상을 위해 구강보건교육 및 홍보, 순회 구강건강관리, 구강보건 이동 진료 차량, 병원선 치과치료 등의 지원을 한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025b: 26).

〈표 III-1-19〉 구강보건사업 주요 내용

구분	보편	선별
사업 대상	- 「모자보건법」 제9조에 따라 모자보건수첩을 발급받은 임신부와 영유아 - 「영유아 보육법」 제31조에 따라 실시하는 건강진단의 대상이 되는 영유아	- 장애인(저소득층, 거동 불편/불능 장애인) - 치과 의료 취약 지역(도서, 벽오지 등 치과 의료 취약 지역주민)
사업 목적	- 임부의 치주병(잇몸병) 예방으로 태아 건강과 건강한 출산에 기여 - 임신부와 영아(18개월까지)의 가정에서 구강 관리 실천 능력 향상	- 장애인의 치과 의료 접근성 향상 및 구강관리 실천 능력 향상으로 구강건강 형평성 제고 - 치과 의료 접근성이 떨어지는 도시·벽오지 지역주민의 구강건강 수준 향상
사업 내용	① 구강 보건교육 및 홍보 ② 임신부·영유아 구강검진은 구강보건법 시행규칙 제15조 각 호에 나열된 항목을 포함하여 시행 ③ 구강보건교육과 구강검진 실시 결과는 모자보건수첩에 기록, 관리할 것(시행규칙 제13조 내용 추가)	- 구강 보건교육 및 홍보 - 순회 구강건강관리 - 장애인 구강진료 센터의 이용에 대한 안내, 정보제공 등 홍보 - 스케일링, 불소 용액 양치 등 - 구강보건 이동 진료 차량 지원 - 병원선 치과 진료(인천, 충남, 경남 도서지역)

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025b). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 구강보건. pp.18-20, 25-26

〈표 III-1-20〉 지역사회통합건강증진사업[구강보건사업] 요약표

구분	자원대상					예산 및 제공 기관		
	대상	임신 출산	0-12 개월	1-2 세	3-5 세	자원방식	예산	제공 기관 신청 방법
보편 지원	• 보건소 모자보건팀 등에 산모·신생아 도우미 지원사업 신청자, 참여 임신부·영유아 등 • 아동양육시설 영유아, 저소득층 밀집 지역에 위치한 취약계층 임신부 영유아 추가 지원(어린이집/유치원)	○	○	●		서비스	국비	보건소 대상자 풀 확보 후 지원

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025b). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 구강보건. pp.2-26

6) 여성·어린이 특화 사업¹⁸⁾

여성·어린이특화사업은 생애주기별 여성과 어린이, 특히 임신부, 영유아, 초등학생 여아, 청소년기 여성, 경력단절 여성 등 건강 취약 집단을 주요 대상으로 설정하고 있다. 지역사회 내 보건 통계를 기반으로 건강위험이 높거나 서비스 접근성이 낮은 대상군을 중심으로 세부 대상자를 설정하며, 성평등 및 건강 격차 해소의 관점에서 접근하고 있다.

보건소가 중심이 되어 기존 보건사업과의 연계를 통한 통합형 서비스 제공을 기본으로 하며, 어린이집, 학교, 여성복지시설 등 생활터 기반 접근방식 적용과 함께 집단교육, 개별상담, 캠페인, 문화행사, 방문형 서비스 등 중재 수단이 다양하다.

성별에 따른 건강행태 차이, 출산·양육기 건강 취약성, 사회경제적 요인으로 인한 정보 접근 격차 등을 반영하여 건강형평성 제고를 핵심 가치로 삼고 있다. 특히 다문화가정, 저소득층, 경력단절 여성 등 취약 집단을 우선적으로 개입 대상으로 설정하고, 지역맞춤형 프로그램을 통해 건강 불균형 해소에 기여하고 있다.

〈표 III-1-21〉 여성어린이특화사업 대상별 주요 서비스 내용

생애주기/대상	주요 서비스 내용	추진 방식	주요 협력기관
*영유아기 부모	모유수유 교육, 이유식 실습, 영아 건강관리 교육	보건소 내 영양·모자보건팀 중심 프로그램 운영	어린이집, 유치원, 건강가정지원센터
초등학생 여아	성조숙증 예방교육, 비만 예방교육, 신체활동 프로그램	학교·지역아동기관 연계 방문교육 및 체험 중심 운영	초등학교, 지역아동센터, 교육청
청소년기 여성	생리건강, 정신건강, 영양, 자존감 향상 교육	학교 및 청소년 기관 협력 집단교육 또는 개별상담 진행	중·고등학교, 청소년상담센터, 정신건강복지센터
*임산부	산전·산후 건강검진 연계, 정서지원 프로그램, 운동 프로그램	보건소 직접 개입 또는 지역 산부인과와의 협력 운영	산부인과, 모자보건센터, 보건소 방문건강관리팀
다문화가정 여성	외국어 언어 건강소통 콘텐츠 제공, 자기건강관리 역량 강화 교육	보건소 다문화 담당자 중심 교육자료 배포 및 소규모 집단교육	다문화가족지원센터, 건강가정지원센터, 통역지원기관

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025f). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 여성·어린이특화. pp.6-25

여성과 어린이, 특히 임신부와 출생아의 건강증진을 위한 질적인 교육·상담 및 추후관리 등 현 보건의료체계에서 보장되지 못하고 민간부문에서 충족되지 못하는

18) 보건복지부·한국건강증진개발원(2025f). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 여성·어린이 특화.

서비스를 찾아 수요자의 욕구를 지원하는 사업이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025f: 3). 임신부와 영유아를 위한 사업으로는 임신부 및 신생아 가정방문 지도, 산후건강관리 코칭, 영유아 보건교실, 시기별 임신부, 출산·수유부, 영유아 대상 영양관리, 기존 사업간 연계 및 관련 자원 활용이 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025f: 4). 특히, 고위험 임신부는 특별 관리를 통해 고위험 산모의 건강증진 및 건강한 신생아 출산을 지원하고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025f: 36). 보건소 등록 임신부를 대상으로 임신 전·후 3개월분의 엽산제를 지원하고 임신 16주 이상인 경우에는 철분제를 지원하여 산모 건강관리를 지원하고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025f: 11, 16).

출산 후 지원받을 수 있는 사업(모자보건사업, 산모·신생아 지원사업, 기저귀·조제분유 지원사업 등)을 소개하고, 분만 후 1주내 전화 등을 이용하여 건강 이상 유무를 확인 후 분만 4주 이내 전화 또는 방문상담(희망자에 한해)을 실시하고, 모유수유 클리닉 운영 및 모유수유에 대한 홍보사업을 적극 추진하고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025f: 9-10). 또한 산후우울증을 관리하기 위해 산전·후 우울증 관련 상담을 받을 수 있는 곳을 안내하거나, 온라인 상담 제도를 활용할 수 있도록 적극적으로 홍보를 하고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025f: 20).

선별적 지원으로는 보건소 내 일반 산모나 취약계층을 대상으로 선별 검사를 실시하여 고위험군 판정 시 지역 내 정신건강복지센터에 의뢰, 전문가에 의한 추후 관리가 연계되도록 지원을 하고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025f: 21-22).

〈표 III-1-22〉 여성·어린이특화 사업 주요내용

분류		내용
임산부등록 관리	산전관리	- 임신부 신고·등록 관리(임신 기간 중 적절하게 산전관리를 받도록 권장) - 고위험 임신부 특별 관리
	사후관리	- 임신부 및 영유아를 위한 사업 안내(모자보건사업 안내, 산모·신생아 도우미 지원사업, 기저귀·조제분유 지원사업 안내) - 분만 후 1주내 전화 등을 이용하여 건강 이상 유무를 확인하고 분만 4주 이내 전화 또는 방문 상담실시 - 모유수유 증진을 위한 모유수유 클리닉 운영 및 홍보 사업 적극 추천
산모건강 관리	철분제 지원	- 임신 16주 이상 등록 임신부에게 5개월분 지원
	엽산제 지원	- 보건소 등록 임신부에게 임신 전·후 3개월분의 엽산제 지원
	산후우울증 관리	- 아이사랑 사이트 산전·후 우울증 온라인 상담 안내 * 정신건강의학과 전문의의 온라인 상담 제도 활용하도록 적극 홍보

분류		내용
성건강증진 사업	모유수유 클리닉	<ul style="list-style-type: none"> - 중앙·권역 난임·우울증 상담센터 연계 - 보건소 내 산모 대상 선별 검사 실시 - 취약계층 지원사업 대상 산모 선별 검사 실시 - 산부인과, 소아과, 산후조리원 등의 자발적 참여 유도 - 가정내 자가 설문 지원 - 고위험군 추후 관리
		<ul style="list-style-type: none"> - 홍보 및 캠페인: 모유수유 홈페이지 운영, 모유수유 동아리 모임, 모유수유 문자 서비스 제공, 모유수유 실천 다짐, 홍보물 제작 및 배포, 엄마젖 먹는 건강한 아기 선발대회 - 교육·상담 등 세부 프로그램: 모유수유 교육 및 간담회, 모유착유기 위생관리 교육 및 상담, 모유수유 관련 영양 상담, 가정보건 방문사업 및 산모·신생아 도우미 사업 연계 추진 - 모유상담 기회 제공 - 전국 모유 수유시설 현황 제공 - 기타 활동 사항(지역내 분만 의료기관의 모자동실 권유 및 모유수유 권장, 직장 내 모유수유·착유실 설치 권유)

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025f). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 여성·어린이 특화, pp. 6-22, 29-33

〈표 III-1-23〉 지역사회통합건강증진사업[여성·어린이특화] 요약표

구분	사업명	지원 대상					지원 방식	예산 및 제공 기관		
		대상	임신 출산	0-12 개월	1-2 세	3-5 세		예산	제공 기관	신청 방법
보편 지원	• 임산부 등록 관리	• 보건소 등록 임산부	○				서비스	국비+ 지방비	보건소	보건소, 의료기관 등록 임산부에 게 지원
보편 지원	• 산모 건강 관리	• 임신 16주 이상 보건 소 등록 임산부	○				현물	국비+ 지방비	보건소	
보편 지원	- 엽산제 지원	• 보건소 등록 임산부	○				현물		보건소	
보편 지원	- 산후우울증 관리	• 임신 16주 이상 보건 소 등록 임산부 * 추가 지원: 저소득층 지원사업 대상 산모에 대한 선별검사 후 산 후우울증 관리	○				서비스	국비+ 지방비	보건소	산모, 취약계층 지원사업 대상 산모 선별 검사
보편 지원	- 보건소 모유 수유 클리닉 운영	• 보건소 등록 임산부	○				서비스	국비+ 지방비	보건소	보건소, 의료기관 등록 임산부에 게 지원

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025f). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 여성·어린이 특화, pp.3-36

7) 유아 흡연위해 예방사업¹⁹⁾

유아 흡연위해 예방사업은 유아(5~7세)를 대상으로 흡연에 대한 올바른 인식변화를 제고하고, 이를 통한 성장기 흡연 진입 방지, 간접흡연 예방 및 주변 흡연 예방을 권유·유도한다. 사업 목적은 유아의 눈높이에 맞는 콘텐츠를 활용하여 간접흡연 및 흡연의 위해성을 조기 인식시키고, 건강한 생활습관 형성과 가족 연계 건강교육 기반을 마련하는 데 목적이 있다.

「찾아가는 유아 흡연위해 예방교실」 프로그램은 유치원과 어린이집 현장에서 참여형 교육, 체험형 활동, 가정 연계 프로그램을 통해 흡연에 대한 거부감 및 건강의 중요성 인식을 유아의 눈높이에 맞춰 전달하기 위해 개발되었다.

이 사업은 보건복지부와 건강증진개발원이 교육자료 개발과 총괄을 담당하고, 교육청 등 관련기관이 현장 지원을 수행하며, 유치원·어린이집에서는 프로그램을 직접 운영한다. 중앙-지역-현장 간 협력체계를 통해 유아 흡연 예방교육의 효과적 전달을 실현한다.

[그림 III-1-3] 유아흡연 위해 예방교육사업 추진체계



자료: 한국건강증진개발원. 유아 흡연위해 예방교육 사업. <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01698&siteId=null> (인출일: 2025. 6. 4.)

19) 한국건강증진개발원. 유아 흡연위해 예방교육 사업. <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01698&siteId=null> (인출일: 2025. 6. 4.)

8) 건강생활지원센터 사업²⁰⁾

건강생활지원센터는 지역사회의 필요와 요구에 기반하고 주민참여와 지역자원 협력을 통해 주민들이 ‘건강생활’을 영위할 수 있도록 ‘지원’하는 소생활권 중심의 ‘건강증진 기능 특화 지역보건의료기관’으로²¹⁾ 기존 보건소의 분소 기능을 확장하여, 지역 내 만성질환 위험이 높고 건강 취약성이 집중된 지역에 설치된다. 지역 밀착형 건강증진사업과 개인별 건강관리 서비스를 통합 제공하여, 지역 단위 건강 관리 거점 역할을 수행한다.

라. 산모·영유아 대상 모자보건사업²²⁾

1) 어린이 국가 예방접종 지원사업²³⁾

어린이 국가 예방접종 지원사업은 국가가 예방접종 비용을 부담함으로써 가계 부담을 경감하는 데 기여하고, 예방접종을 향상을 통해 감염병 퇴치 기반을 강화하기 위한 목적으로 시행되고 있다.²⁴⁾ 근거법령은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제 24이다.²⁵⁾ 감염병 예방을 위해 12세 이하 어린이에게 필수 예방접종을 인근 보건소나 위탁 의료기관에서 비용 부담 없이 접종받을 수 있다. 지원 백신은 총 19종이며, 연령별로 지원 연령이 상이한 백신도 포함되어 있다. 예산은 질병관리청에서 지원하며, 의료기관 방문 시 신분증을 지참하면 지원을 받을 수 있다. 연령별 표준예방접종 일정표는 다음과 같다.

20) 보건복지부·한국건강증진개발원(2024a). 2024년 건강생활지원센터사업 운영 우수사례집.

21) 한국건강증진개발원(2024). 건강생활지원센터 사업 소개. <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01676&siteId=null> (인출일: 2025. 5. 16.)

22) 표준모자수첩, 건강보험 임신출산 진료비 지원, 의료기관 외 출산 시 출산비 지급, 해산급여, 긴급복지 해산비 지원, 고위험 임신부 의료비 지원사업, 여성 장애인 출산 지원 등의 임신출산시 건강지원에 대한 정책은 본문에서 다루지 않고, 부록에 정리하였음.

23) 질병관리청-어린이 국가예방접종사업 홈페이지 <https://nip.kdca.go.kr/irhp/infm/goVcntInfo.do?menuLv=1&menuCd=131>(인출일: 2025. 5. 16.)

24) 정부 24 <https://www.gov.kr/portal/service/serviceInfo/3260000000053>(인출일: 2025. 5. 22.)

25) 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 [법률 제20873호, 2025. 4. 1., 일부개정] [시행 2025. 10. 2.] <https://www.law.go.kr/법령/감염병의예방및관리에관한법률>(인출일: 2025. 5. 22.)

[그림 III-1-4] 연령별 표준예방접종 일정표(2025)

대상 감염병	백신 종류 및 방법	횟수	출생시	4주 이내	1개월	2개월	4개월	6개월	12개월	15개월	18개월	19~23개월	24~35개월	4세	6세	11세	12세
항간염	HepB [®]	3	HepB 1회		HepB 2회			HepB 3회									
말핵	BCG [®] 내림 ^①	1	BCG 1회														
디프테리아	DTaP [®]	5			DTaP 1회	DTaP 2회	DTaP 3회		DTaP 4회					DTaP 5회			
파상풍	Tdap [®]	1														Tdap 6회	
폴리오	IPV [®]	4				IPV 1회	IPV 2회		IPV 3회					IPV 4회			
노형·세로질루스노형류백신	Hib [®]	4				Hib 1회	Hib 2회	Hib 3회	Hib 4회								
백일기	PCV [®]	4				PCV 1회	PCV 2회	PCV 3회	PCV 4회								
백일구균 감염증	PPSV [®]	-												고위험군에 한하여 접종			
호타바이러스 감염증	RV1 [®]	2				RV 1회	RV 2회										
	RV5 [®]	3				RV 1회	RV 2회	RV 3회									
홍역	MMR [®]	2							MMR 1회						MMR 2회		
유행성이하선염	VAR [®]	1							VAR 1회								
수두	VAR [®]	1															
사할간염	HepA [®]	2							HepA 1~2회								
일본뇌염	JEV(불활성화 백신) ^②	5							JEV 1~2회				JEV 3회		JEV 4회		JEV 5회
	JEV(인공화 생백신) ^③	2							JEV 1회			JEV 2회					
사할유두종바이러스 감염증	HPV [®]	2															HPV 1~2회
인플루엔자	IV [®]	-												IV 백신 접종			

자료: 질병관리청 <https://nip.kdca.go.kr/irhp/infrm/goVcntInfo.do?menuLv=1&menuCd=115>(인출일: 2025. 6. 2.)

2) 영유아 건강검진 사업

영유아 건강검진 사업은 「건강검진기본법」 제5조(국가와 지방자치단체의 의무), 「국민건강보험법」 제52조(건강검진) 및 동법 시행령 제 25조, 「의료급여법」 제 14 조(건강검진)에 근거하여 영유아의 성장 발달 사항을 추적 관리하고 보호자에게 적절한 교육 프로그램을 제공하여 영유아 건강증진을 도모하기 위한 목적으로 시행되고 있다(보건복지부, 2024: 23). 2007년에 만 6세 미만 영유아 건강검진 계획을 발표한 이후 2014년에는 한국 영유아 발달선별검사(K-DST) 도구를 개발하여 시행하였고, 그 후 2021년에는 영유아 초기(생후 14일~35일) 건강검진을 추가하고 2024년에는 영유아 건강검진 정서 및 사회성 분야 검사대상을 확대(4차, 6차)하는 등 영유아의 적합한 성장을 증진하기 위해 사업을 보완, 발전시켜나가고 있다(보건복지부, 2024: 23).

영유아 건강검진 사업에서 주요 선별 목표 질환은 성장·발달 이상, 비만, 안전사고, 영아돌연사증후군, 청각·시각 이상, 치아우식증 등이며, 검진과 상담의 내용은 각 월령에 특화된 문진(시각, 청각 문진 포함) 및 진찰, 신체 계측(신장, 체중, 머리 둘레)을 실시하고, 발달 평가 및 상담(1, 2차 제외)과 9종의 건강교육을 실시하는 것으로 구성되어 있다(보건복지부, 2024: 24). 2024년 건강검진안내 기준 영유아 건강검진 검진 항목 구성은 <표 III-1-24>와 같다.

〈표 III-1-24〉 영유아 건강검진 검진 항목

검진 항목		목표 질환	1차 검진 (생후 14~35일)	2차 검진 (4~6개월)	3차 검진 (9~12개월)	4차 검진 (18~24개월)	5차 검진 (30~36개월)	6차 검진 (42~48개월)	7차 검진 (54~60개월)	8차 검진 (66~71개월)
문진 및 진찰	시각 문진	시각	●	●	●	●	●	●	●	●
	외안부 시진	이상(사시)	●	●	●	●	●			
	시력 검사	굴절이상 (약시)						●	●	●
	청각 문진	청각이상	●	●	●	●	●	●	●	●
	귓속말 검사	청각이상						●		
	예방접종 확인	예방접종								●
신체 계측	키	성장 이상	●	●	●	●	●	●	●	●
	몸무게		●	●	●	●	●	●	●	●
	머리둘레	비만	●	●	●	●	●	●	●	●
	체질량지수						●	●	●	●
발달 평가 및 상담		발달 이상			●	●	●	●	●	●
건강 교육 및 상담	안전사고 예방	안전사고 예방	●	●	●	●		●	●	●
	영양	영양결핍 (과잉)	●	●	●	●	●	●	●	●
	수면	영아돌연사 증후군	●	●						
	구강 문진	치아발육 상태			●					
	대소변 가리기	대소변 가리기				●	●			
	전자 미디어 노출	전자 미디어 노출		●		●			●	
	정서 및 사회성 개인위생	사회성 발달 개인위생			●	●	●	●		
	취학 전 준비	취학 전 준비					●			●
	진찰 및 상담					●	●	●	●	
구강 검진	치아상담									
	기타 검사 및 문진	치아우식증	※ 1차 검진(18~29개월), 2차 검진(30~41개월), 3차 검진(42~53개월), 4차 검진(54~65개월)							
	구강보건교육 (보호자 및 유아)		※ 기타 검사 및 문진: 기타 부위 검사와 구강위생검사							

자료: 보건복지부(2024). 2024 건강검진 사업안내. p.25

〈표 III-1-25〉 영유아 건강 검진사업 요약표

지원 대상						지원 방식	예산 및 제공 기관		
구분	대상	임신 출산	0-12 개월	1-2 세	3-5 세		예산	제공 기관	신청 방법
보편 지원	• 영유아 대상 검진 시기별로 선정	○	○	○	○	서비스	국민건강보험공단 예탁금+의료수급 권자: 국가 및 지자체 예산	보건소	검진 기관 사전 예약 후 이용 가능

자료: 1) 국민건강보험공단-건강검진 실시안내 <https://www.nhis.or.kr/nhis/healthin/wbhaca04800m01.do>(인출일: 2025. 5. 22.)

2) 보건복지부(2025c). 2025년 건강검진 사업 안내. 2025년 영유아 건강검진 안내문.

3) 생애초기 건강관리 사업

생애초기 건강관리 사업은 '20-'23년까지 시범사업을 진행하였으며, '24년에 본 사업으로 전환되었다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025a: 1, 5).

임산부와 만 2세 미만 영아기부터 건강한 출발을 지원하는 체계 마련과 산모 우울 등 고위험 가정에 대한 지속적 관리 및 심리·사회적 지지를 통해 아동의 건강한 출발을 지원하는 사업이다.²⁶⁾ 법적 근거는 「지역보건법」 제11조 및 「모자보건법」 제10조이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025a: 4).

사업 대상은 보건소에 등록되어 있고, 서비스를 신청한 임산부 및 만 2세 미만 영아가정(다문화 산모, 조손가정도 대상자에 포함)이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025a:6). 사업의 주요 내용은 영유아 건강 간호사와 사회복지사가 가정을 방문하여 건강 및 영아 발달 상담, 양육 교육, 정서적 지지 등 맞춤형 건강관리 서비스를 제공하는 것이다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025a: 6).

[그림 III-1-5] 임산부 등록 및 건강관리 서비스 흐름도



자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025a). 2025 생애초기 건강관리 사업안내, p.8

26) 한국건강증진개발원 홈페이지 사업소개 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01688&siteId=null>-(인출일: 2025. 5. 16.)

[그림 III-1-6] 생애초기 건강관리사업 - 보편적, 선별적 지원



자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2024b). 2024 생애초기 건강관리 사업안내, p.16

서비스 추진체계는 다음과 같다.

- 중앙(보건복지부): 정책 수립, 지침 개발, 예산 배분, 전국 확대 추진
- 한국건강증진개발원: 교육 및 기술지원, 매뉴얼 개발, 성과관리 및 피드백 제공
- 지역 보건소(시·군·구): 현장 실행 주체로 간호사·사회복지사 중심의 전담팀 구성, 역 사례관리망과 연계하여 방문형 통합서비스 수행

생애초기 건강관리 사업은 비례적 보편주의의 사례를 보여주는 사업으로, 임신부 등록평가 이후 가정방문에 동의한 출산 후 8주 이내 임산부를 대상으로 1회 기본방문 서비스를 보편적 지원을 제공하고(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025a: 7), 고위험군 임신부 가정과 아동 양육에 어려움이 있는 가족에 대해 산전부터 만 2세까지 25~29회 이루어지는 지속방문을 제공하는 선별적 지원을 제공한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025a: 7). 위기상황 가구는 지역자원을 활용하여 전문 지원센터로 연계하여 지속적인 관리를 한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025a: 7). 또한 엄마들 간 상호작용을 통해 사회·정서적지지 제공 기회를 가지고 있으며, 이를 통해 양육에 대한 자심감과 독립성성을 향상하는데, 엄마 모임은 기본방문과 지속방문 대상을 구분하여 운영된다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025a: 8).

〈표 III-1-26〉 생애초기 건강관리사업 사업 모형

구분	보편	선별
사업 대상	보건소에 등록, 서비스 신청한 임신부 및 만 2세 미만 영아가정 다문화 산모, 조손가정도 포함	- 이른둥이 - 산모 우울 등 고위험군
사업 내용	- 영유아 건강 간호사와 사회복지사가 가정을 방문하여 건강상담, 심리·사회적 지지 등 맞춤형 건강관리 서비스 제공	① 이른둥이는 서비스 대상 기간을 24개월에 더해 출생한 교정 기간만큼 연장 ② 산모 우울 등 고위험 가구는 만 2세까지 지속적인 건강상담과 심리·사회적지지 등을 통해 생애초기 적극적 건강관리 지원
사업 프로세스	① 임신부 등록 평가: 보건소 등록 임신부 대상 심리사회적 평가 실시→건강위험요인, 인구 사회적 요인 등에 따라 분류 - 위험요인 점수가 2점 미만일 경우 기본 방문 대상자, 2점 이상이면 지속방문 대상으로 분류 ② (기본방문) 일반군 임신부 대상 8주 이내 1회 방문을 통한 산후 우울 평가 등 기본 건강관리 교육 - 산모의 영양, 운동, 수면 등 기본적 건강상담, 우울 평가 및 정서적 지지, 신생아 건강 발달 평가, 수유·육아 환경 교육 등 전문 상담 제공 - 출산 후 방문을 통해 임신부 재평가, 문제 발견 시 재분류 ③ (지속방문) 고위험군 임신부 가정은 출산 전부터 아동이 만 2세가 될 때까지 지속적인 방문 상담·교육 제공(최소 25-29회) - 모자 건강상담, 영아 발달지원, 지역사회와 관계 형성 등 지속적 사례 관리 ④ (지역사회 연계) 위기 상황 가구는 지역자원을 활용하여 전문 지원센터* 등으로 연계 및 지속관리 * 한부모가족복지시설, 미혼모복지시설, 모자보호시설, 지역장애인보건의료센터, 난임 우울증 상담센터, 정신건강복지센터, 건강가정·다문화가족지원센터, 가정폭력상담센터, 읍면동 맞춤형 복지팀, 영양플러스 및 드림스타트 사업 등 ⑤ (엄마모임) 엄마들 간의 상호작용을 통해 사회적·정서적 지지 제공 기회를 갖고, 양육에 대한 부모 자신감과 독립성 향상을 위해 운영 - 엄마 모임은 기본방문 엄마 모임, 지속방문 엄마모임 구분하여 운영	

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025a). 2025 생애초기 건강관리 사업안내, pp.6-8

보건소 등록 임신부 대상 심리사회적 평가를 실시하여 건강위험요인, 인구사회학적 요인 등에 따라 분류한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025a: 6). 위험요인 점수 기준이 2점 미만일 경우 기본방문 대상자, 2점 이상이면 지속방문 대상으로 분류한다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025a: 6)

〈표 III-1-27〉 위험요인 점수 기준(2점 이외 모두 1점)

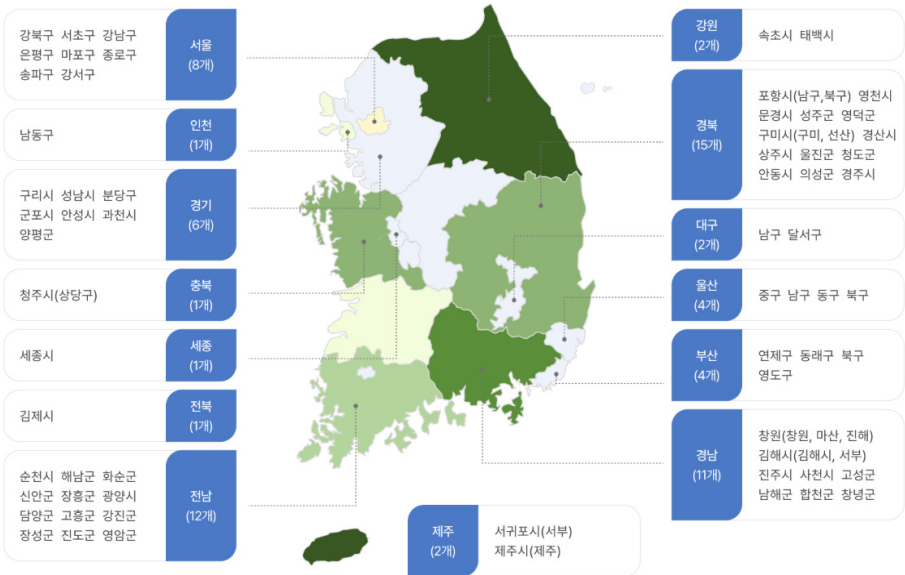
사회인구학적 요인	심리사회적 요인
- 만 19세 이하(2점) - 한부모/조손가정(2점) - 기초생활수급/차상위(2점)	- 우울(EDS ≥ 10) 또는 자해사고(≥ 1) - 불안(GAD-1 ≥ 3) - 심각한 스트레스, 변화, 상실

사회인구학적 요인	심리사회적 요인
- 만 20-23세 - 다문화 산모	- 고졸 미만 - 장애 산모
- 도구적 또는 정서적 지지 부족 - 정서적 문제 치료 경험	
건강 및 의료 요인	트라우마 관련 경험
- 산전 관리 20주 이후 시작 - 임신 중 흡연 또는 음주 - (산전) 다태아 산모 또는 (산후) 저체중아(2.5kg 미만) 또는 (산후) 조산아(37주 미만)	- 아동기 학대 또는 아동기 가정폭력 노출 경험 - 배우자 폭력(HITS ≥ 7) 또는 가정폭력 관련 도움 필요

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025a). 2025 생애초기 건강관리 사업안내, p.7

2024년 생애초기 건강관리 사업으로 되면서, 사업규모가 확대되어 2024년 기준 15개 시·도. 67개 보건소를 중심으로 진행되고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원, 2025a: 5).

[그림 III-1-기] 생애초기 건강관리 사업 지역별 현황



자료: 한국건강증진개발원 홈페이지 사업소개 (인출일: 2025. 5. 16.)
<https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01688&siteId=null>

생애초기 지원사업의 건강형평성 개선 의의는 임신기부터 생후 24개월까지, 건강과 발달에 결정적 영향을 미치는 민감기에 개입함으로써 아동이 출생 환경과 관계없이 공평한 건강 출발선에서 시작할 수 있도록 지원한다는 점이다. 특히 저소

득, 미혼모, 청소년 부모, 다문화가정 등 구조적 위험요인을 가진 집단에 대한 선제적 접근은 건강불평등을 차단하는 사회적 안전망 역할을 한다.

〈표 III-1-28〉 생애초기 건강관리사업 요약표

구분	대상	지원 대상				지원방식	예산 및 제공 기관		
		임신 출산	0-12 개월	1-2세	3-5세		예산	제공 기관	신청 방법
보편 지원	임산부 만2세 미만 영아	○	○	○	●	서비스	국비 + 지방비 50% 이상 매칭	보건소	보건소 임산부 등록 후 등록 선정

자료: 1) 한국건강증진개발원 홈페이지 사업소개 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01688&siteId=null>-(인출일: 2025. 5. 16.)

2) 보건복지부·한국건강증진개발원(2025a). 2025 생애초기 건강관리 사업안내.

4) 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업

모자보건사업²⁷⁾의 ‘저소득층 기저귀·조제분유 지원사업’은 2015년 10월에 시작하여 지금까지 이어져 오고 있으며, 저소득층 영아(0~24개월) 가정의 육아 필수재인 기저귀와 조제분유 지원을 통해 경제적 부담 경감 및 아이 낳기 좋은 환경 조성을 목적으로 한다(보건복지부, 2025a: 341). 근거법은 「저출산·고령사회기본법」 제8조~제10조이다(보건복지부, 2025a: 341).

운영방식은 국가 바우처 통합카드인 국민행복카드를 발급하여 이용할 수 있도록 한다(보건복지부, 2025a: 341). 지원 대상은 영유아 부모 등 신청권자이며, 기저귀 지원대상은 만 2세 미만 영유아를 둔 기초생활보장수급자, 차상위 계층, 한부모가정이며, 영아별로 지원한다(보건복지부, 2025a: 346). 또한 기준 중위소득 80%이하 다자녀, 장애인 가구의 만 2세 미만 영아가 대상이다(보건복지부, 2025a: 10).

조제분유 대상자는 기저귀 지원 대상자 중 아동복지시설, 공동생활가정, 가정위탁보호, 입양대상 아동, 한부모 및 영아 입양 가정의 아동, 산모의 사망·질병으로 모유수유가 불가능한 특별한 사유를 가진 경우에 해당된다(보건복지부, 2025a: 347). 지원 예산은 일반 예산(국비+지방비)이며, 지원 대상은 서울 30%, 기타

27) 우리나라 모자보건사업은 1963년 보건사회부 내에 모자보건과를 설치하면서 본격화 되었으며, 1986년에 「모자보건법」을 개정하여 보건소에 임산부, 영유아건강진단사업 등 새로운 서비스를 제공하였다. 자료: 모자보건사업 연혁: 행정안전부 국가기록원-기록물열람-분야별검색 [https://www.archives.go.kr/next/newsearch/listSubjectDescription.do?id=002585&sitePage=\(인출일: 2025. 3. 8.\)](https://www.archives.go.kr/next/newsearch/listSubjectDescription.do?id=002585&sitePage=(인출일: 2025. 3. 8.)).

50%로 (보건복지부, 2025a: 10). '24년에는 96천명을 지원하고 예산은 44,272백만 원이었고, '25년에는 95천명 지원에 43,453백만 원의 예산이 지원된다(보건복지부, 2025a: 10).

〈표 III-1-29〉 모자보건사업[저소득층 기저귀, 분유 지원사업] 요약표

지원 대상						예산 및 제공 기관			
구분	대상	임신 출산	0-12 개월	1-2 세	3-5 세	지원 방식	예산	제공 기관	신청 방법
추가 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 기초생활수급자, 차상위 계층, 한 부모가정 수급 가구의 만 2세 미만 영아별로 지원 • 만 2세 미만의 영아를 둔 기준 중위소득 80% 이하의 장애인 가구 • 만 2세 미만의 영아를 둔 기준 중위소득 80% 이하의 다자녀가구 	○	○	○		바우처	국비+지방비	전담 금융기관	보건소에 신청 후 대상자 선정

자료: 보건복지부(2025a). 2025 모자보건사업 안내: [저소득층 기저귀, 분유 지원사업], pp.10, 341

5) 산모·신생아 건강관리 지원사업

출산 가정에 건강관리사를 파견하여 산모의 회복과 신생아 양육을 지원하고, 출산 가정의 경제적 부담을 경감하는 것이 목적이다(보건복지부, 2025b: 3). 추진 근거는 「지방세법」 제71조, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제4조, 제5조, 「저출산·고령사회기본법」 제8조 내지 제10조, 「모자보건법」 제15조의8, 제15조의 19이다(보건복지부, 2025b: 3). 산모신생아 건강관리 사업 예산은 '22년부터 지방이양 사업으로 전환됨에 따라 예산은 지방 보조금이지만, 기존사업의 안정성을 위해 '26년까지 사업비의 국비분을 지역상생발전기금을 통해 각 지자체에 한시적으로 보존해주고 있다(보건복지부, 2025b: 3). 서비스 제공에 대한 정부 지원은 사업 초기 시점에는 쿠폰형태의 바우처(Voucher)로 제공되었고, 2008년부터 바우처별 전용카드가 있는 전자바우처(Voucher) 형태로 전환, 2015년에 국민행복카드를 통한 지원 방식이 도입되어 지금까지 유지되고 있다(김자연 외, 2022: 42).

바우처 신청 대상은 국내에 주민등록 또는 외국인 등록을 둔 출산 가정이다(보건복지부, 2025b: 33). 서비스를 신청하여 이용하는 경우에는 서비스 가격에서 정부 지원금을 뺀 차액을 본인 부담하는 형태이다(보건복지부, 2025b: 48).

바우처 지원 대상은 산모 또는 배우자가 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 또는 차상위 계층에 해당되는 경우이다(보건복지부, 2025b: 31). 지원대상 범위는 지속적으로 확대되었는데(김자연 외, 2022: 39), '06년 도입 당시에는 최저생계비 130% 이하의 둘째아 이상 출산 가정이 지원 대상이었고, '07년과 '08년에는 도시 근로자 가구 월평균 소득 60% 이하와 전국 가구 월평균 소득 65% 이하로 변경되었다(보건복지부, 2022: 4). 2009년부터는 전국가구 월평균 소득 50% 이하(보건복지부, 2022: 4) 2016년에 기준 중위소득 80% 이하, 2019년에는 기준 중위소득 100%, 2020년에는 기준 중위소득 120% 이하, 2021년 5월을 기점으로 기준 중위소득 150%까지 더 크게 확대되어(보건복지부, 2022: 4; 김자연 외, 2022: 39 재인용) 지금까지 기준 범위가 유지되고 있다(보건복지부, 2025b: 31).

서비스 내용은 바우처 이용자에게 기본으로 제공되는 표준화된 서비스가 있으며, 표준서비스 항목과 범위를 넘어선 부가서비스(예: 청소, 세탁 등)는 이용할 수 있지만 전액 자부담으로 추가 구매를 해야 한다(보건복지부, 2025b: 53-54).

〈표 III-1-30〉 산모·신생아 건강 관리사업 요약표

지원 대상					지원 방식	예산 및 제공 기관			
구분	대상	임신 출산	0-12 개월	1-2 세		3-5 세	예산	제공 기관	신청 방법
추가 지원	<p>〈바우처 지원 대상〉</p> <ul style="list-style-type: none">• 산모 또는 배우자가 「국민기초생활 보장 법」에 따른 생계·의료·주거·교육 급여 수급자 또는 차상위 계층에 해당하는 출산 가정• 산모 및 배우자 등 해당 가구의 건강보험료 본인부담금 합산액이 기준 중위소득 150% 이하 금액에 해당하는 출산 가정• 예산 범위 내에서 광역시·도지사가 별도 소득 기준을 정하여 승인한 출산 가정 <p>〈바우처 신청 대상〉</p> <ul style="list-style-type: none">• 국내에 주민등록 또는 외국인 등록을 둔 출산 가정(출산 예정일 40일 전부터 출산 일로부터 60일까지)	○				바우처 현물	보전금 + 자방비	보건소, 사회 서비스 제공 기관	신청

자료: 보건복지부(2025b). 2025 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내, pp.3, 31-54

6) 의료급여 수급권자 영유아 건강검진비 지원²⁸⁾

사업 목적은 의료 수급권자 영유아 대상 연령별 건강검진을 통해 건강증진을 도모하는 것이다. 지원 대상은 의료급여 수급권자 중 만 6세 미만 영유아(14개월~71개월)이다. 근거법령은 「국민건강보험법」 시행령, 「의료급여법」, 「건강검진기본법」, 「건강검진 실시기준」, 「국민건강보험법」이다.

영유아에게 건강검진 서비스를 제공하는데, 주요 선별 목표 질환 중심으로 진행된다. 주요 선별 목표는 각 연령에 특화된 성장·발달 이상, 비만, 안전사고, 영아돌연사증후군, 청각·시각 이상, 치아 우식증 등이다. 검진 방법은 5개 분야(계측, 측정, 문진, 진찰, 교육) 이고, 9종의 건강교육과 발달 평가 및 상담이 이루어진다.

예산은 '23년부터 '25년까지 254백만 원이고, 국고 100%로 이루어진다(보건복지부, 2025c: 7).

〈표 III-1-31〉 의료급여 수급권자 영유아 건강검진비 지원 요약표

구분	지원 대상					지원 방식	예산 및 제공 기관		
	대상	임신 출산	0-12 개월	1-2세	3-5세		예산	제공 기관	신청 방법
추가 지원	• 의료급여 수급권자 중 만 6세 미만의 영유아	○	○	○	○	서비스	국민건강보험공단 예탁금+지방비	국민건강보험공단 건강검진기관	의료수급권자 중 6세미만 영유아 선정

자료: 복지로 의료급여수급권자 영유아 건강검진비 지원 <https://www.bokjiro.go.kr/ssis-tbu/twataa/wlfareInfo/moveTWAT52011M.do?wlfareInfoId=WLF00001185>(인출일: 2025. 5. 22.)

7) 영유아 사전 예방적 건강관리

모자보건사업 중 하나로 추진목적은 영유아의 선천성 건강 위협 요인의 조기 발견 및 의료비 지원 등을 통한 건강한 성장 발달을 도모하는 것이다(보건복지부, 2025b: 433). 법적근거는 「모자보건법」 제8조, 제9조의 2이다(보건복지부, 2025b: 437). 사업은 크게 3가지 세부 사업으로 나누어져 있다.

28) 복지로 의료급여수급권자 영유아 건강검진비 지원 <https://www.bokjiro.go.kr/ssis-tbu/twataa/wlfareInfo/moveTWAT52011M.do?wlfareInfoId=WLF00001185>(인출일: 2025. 5. 22.) 내용 요약·발췌함.

가) 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원

‘미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원’은 미숙아 및 선천성이상아를 대상으로 의료비를 지원하여 가정의 경제적 부담을 완화하고 고위험 신생아의 건강한 발달을 도모하는 것이 목적이다(보건복지부, 2025a: 433). 지원 대상은 긴급한 수술 또는 치료가 필요한 출생 후 24시간 이내 신생아중환자실에 입원한 미숙아이다(보건복지부, 2025a: 439). 지원기준은 서울 30%, 기타 50%이다(보건복지부, 2025a: 9).

2000년에 사업을 개시하여 2005년에는 미숙아 체중별 차등 지급을 하였고, ‘20년 9월 선천성이상아 지원 기준이 완화되었으며, ‘24년에는 소득 기준 폐지 및 선천성이상아 지원 기준이 더 완화되었다(보건복지부, 2025a: 9). 지원 범위는 진료비(약제비 포함)에 기재된 급여 중 전액 본인부담금 및 비급여 진료비이다(보건복지부, 2025a: 439). 지원금액은 100만원 이하분은 100%지원, 100만원 초과분은 90%지원으로 금액별 지원율이 차등 적용된다(보건복지부, 2025a: 439). 예산은 기금으로 운영되며 ‘24년과 ‘25년 각각 지원자는 만2천명, 예산은 43억3천만원으로 지원된다(보건복지부, 2025a: 9).

나) 선천성대사이상 검사 및 환아 관리

‘선천성대사이상 검사 및 환아 관리’는 선천성대사이상 여부를 조기에 발견하여 치료하고 특수식이를 지원하여 정신지체 등 장애 발생을 예방하는 데 목적이 있다(보건복지부, 2025a: 433). 지원대상은 신생아 선천성 대상 이상 외래 선별 검사를 받은 영아, 선별 검사 결과 유소견 판정 후 선천성대사이상 환아로 판정된 영아이다(보건복지부, 2025a: 465). 지원 기준은 ‘24년에는 소득 기준을 폐지하고 선천성이상아 지원 기준도 완화하였다(보건복지부, 2025a: 9).

지원 내용은 외래 선별 검사비의 본인부담금을 지원하고, 선별 검사 유소견 판정 후 질병 관련 확진 검사비 본인부담금을 지원한다(보건복지부, 2025a: 465-466). 예산은 기금으로 운영된다. ‘24년과 ‘25년 각각 17천명에게 지원되었으며, 예산은 2,871백만원이다(보건복지부, 2025a: 9).

다) 선천성 난청 검사 및 보청기 지원

‘선천성 난청 검사 및 보청기 지원’은 선천성 난청의 조기 발견을 통해 재활치료를 함으로써 언어, 지능 발달장애를 예방하여 사회부적응 등 후유증을 최소화하는 것이 목적이다(보건복지부, 2025a: 433). '07년에 사업을 개시하여 '20년 보청기 1개 지원, '21년 보청기 양측 지원으로 지원 범위가 확대되다가 '24년에는 소득 기준이 폐지되었다(보건복지부, 2025a: 9).

난청검사비 지원은 출생 후 28일 이내에 실시하여 건강보험이 적용된 선별검사 대상자로 신청자에게 검사비의 본인부담금을 지원하고, 난청 선별 검사 결과 재검 판정 후 난청 확진 검사비를 받은 신청자의 경우에도 검사비의 본인부담금을 지원 받게 된다(보건복지부, 2025a: 492). 만 5세(만 60개월) 미만 영유아에게는 보청기를 지원한다(보건복지부, 2025a: 494).

〈표 III-1-32〉 모자보건사업[사전예방적 건강관리] 요약표

		지원 대상				지원 방식	예산 및 제공 기관			
사업명	구분	대상	임신 출산	0-12 개월	1-2 세		3-5 세	예산 예산	제공 기관	신청 방법
선천성 대사 이상검사 및 환아 관리 지원	전문 지원	• 신생아 선천성 대사 이상 외래 선별 검사를 받은 영아 • 선천성대사이상 선별 검사 결과 유소견 판정 후 선천성대사이상 질환 관련 확진 검사 결과 선천성 대사이상 환아로 판정된 영아 * 24년부터 소득 기준 폐지	○	○	○	○	현금 현물	국고 보조금	보건소, 인구 보건 복지 협회	온· 오프 라인 신청
선천성 난청검사 및 보청기 지원	전문 지원	• 출생 후 28일 이내 실시하여 건강 보험이 적용된 선별 검사 대상자 * 24년부터 소득 기준 폐지					현금 현물	국고 보조금	보건소, 의료 기관	온· 오프 라인 신청
[미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원]	전문 지원	• 미숙아 의료비 지원: 긴급한 수 술 또는 치료가 필요하여 출생후 24시간 이내 신생아중환자실에 입원한 미숙아, 선천성이상 질환 을 가지고 미숙아로 태어난 경우 • 선천성이상아 의료비 지원: 출생 후 2년 이내에 선천성이상으로 진단받고, 선천성이상 질환을 치 료하기 위해 출생 후 2년 이내에 입원하여 수술한 경우 * 24년부터 소득 기준 폐지	○	○	●		현금	국가 보조금	보건소, 의료 기관	온· 오프 라인 신청

자료: 보건복지부(2025a). 2025 모자보건사업 안내: 사전예방적 건강관리, pp.9, 433-492

8) 취학 전 아동 실명 예방사업²⁹⁾

취학 전 아동의 눈 건강관리 교육과 시력 검진을 통해 저시력 및 안질환을 조기에 발견하고, 치료와 관리가 적절하게 진행되어 아동 시각장애를 사전에 예방하도록 지원하고 있다. 지원 대상은 전국 취학 전 아동 중 정밀 검진 대상자, 저소득 가정 눈 수술비 지원 대상자, 약시 추후 관리 대상자, 저시력 어린이시각 재활 대상자이다.

아동 정밀검진 대상자는 영유아 건강검진 시각 이상 의심 판정자, 전년도 및 당해 연도 영유아 건강검진 미실시자, 안과 없는 지역 외 보건소 요청으로 안과 검진 필요 지역 아동, 다문화가정 아동, 드림스타트 등 취약 아동, 조손가정 아동, 보호자 희망 및 보건소에 의해 의뢰된 아동이 포함된다. 저소득 가정 눈 수술비 대상자는 눈 수술이 필요하다고 진단을 받은 만 10세 미만 아동 중 수급자 혹은 차상위 계층, 기준 중위소득 80%이하 대상자에 한해 수술비를 지원해 주고 있다.

〈표 III-1-33〉 취학 전 아동 실명 예방사업 요약표

구분	지원 대상					지원 방식	예산 및 제공 기관		
	대상	임신 출산	0-12 개월	1-2 세	3-5 세		예산 예산	제공 기관	신청 방법
전문지 원	<ul style="list-style-type: none"> 전국 취학전 아동 중 아동 정밀 검진 대상자 저소득 가정 눈 수술비 지원 대상자: 눈 수술이 필요하다는 진단을 받은 만 10세 미만의 어린이 중, 국민기초생활 보장법에 따른 수급자 또는 차상위 계층, 기준 중위소득 80%이하 대상 약시 추후 관리 대상자: 눈 질환으로 인해 가림 치료가 필요하다는 의사의 진단을 받은 어린이 저시력 어린이 시각 재활 대상자: 초 등학생 어린이 중, 좋은 눈의 최대 교정시력이 0.05이상, 0.30이하인 어린이, 시야각이 10도 이내인 어린이 가림 패치 연 2회 지원 	○	○	○	○	현금 현물	보건 복지부 (민간 경상 보조)	보건소, 한국 실명 예방 재단	방문 신청

자료: KDI 경제교육·정보센터 취학전 아동 실명예방 https://eiec.kdi.re.kr/policy/customView.do?polc_seq=221&search_hrnk_polc_cls_cd=0001300002&search_polc_cls_cd=000130000200004(인출일: 2025. 5. 22.)

29) KDI 경제교육·정보센터 취학전 아동 실명예방 https://eiec.kdi.re.kr/policy/customView.do?polc_seq=221&search_hrnk_polc_cls_cd=0001300002&search_polc_cls_cd=000130000200004(인출일: 2025. 5. 22.) 내용 요약·발췌함.

마. 드림스타트 사업 내 영유아 건강지원

1) 사업 개요

드림스타트 사업은 '취약계층 아동 통합서비스' 사업이라고 할 수 있으며, 취약계층 아동에게 맞춤형 보건·복지·교육 통합서비스를 제공함으로써 빈곤의 대물림을 차단하고 공평한 양육 여건을 보장함으로써 건강하고 행복한 사회 구성원으로 성장할 수 있도록 지원하는 국가 정책 사업이다(보건복지부, 2025d).

「아동복지법」 제37조와 「아동복지법시행령」 제37조를 근거로 하여 2012년부터 본격적으로 시행이 되었다.

아동복지법 제37조(취약계층 아동에 대한 통합서비스지원)

- ① 국가와 지방자치단체는 아동의 건강한 성장과 발달을 도모하기 위하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 아동의 성장 및 복지 여건이 취약한 가정을 선정하여 그 가정의 지원 대상아동과 가족을 대상으로 보건, 복지, 보호, 교육, 치료 등을 종합적으로 지원하는 통합서비스를 실시한다.
- ② 제1항에 따른 통합서비스지원의 대상 선정, 통합서비스의 내용 및 수행기관·수행인력 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
- ③ 보건복지부장관은 통합서비스지원사업의 운영지원에 관한 업무를 법인, 단체 등에 위탁할 수 있다.

아동복지법시행령 제37조(취약계층 아동에 대한 통합서비스지원 등) ① 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 법 제37조제1항에 따라 다음 각 호에 해당하는 가정 중에서 보건복지부장관이 아동의 발달수준 및 양육환경 등을 고려하여 정하는 기준에 따라 통합서비스지원 대상을 선정한다.

1. 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 또는 차상위 계층 가정
2. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 아동의 성장 및 복지 여건이 취약한 가정
- ② 법 제37조제1항에 따른 통합서비스의 내용은 다음 각 호와 같다.
1. 건강검진 및 질병예방교육 등 건강증진을 위한 서비스
2. 아동의 기초학습 및 사회성·정서 발달 교육 지원
3. 부모의 양육 지도
4. 그 밖에 아동의 성장과 발달을 도모하기 위하여 필요한 서비스

③ 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 법 제37조제2항에 따라 통합서비스지원 업무를 수행하기 위한 통합서비스지원기관을 설치·운영하여야 한다. 이 경우 통합서비스지원기관에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 공무원과 민간 전문인력을 배치하여야 한다. (생략)

사업 대상은 0-12세 취약계층 아동 및 가족, 임산부로, 기본 대상과 특화 대상이 모두 포함된다. 기본 대상은 「아동복지법」 제37조제1항제1호 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 또는 차상위 계층, 「한부모가족지원법」 제5조 및 제5조의2에 따른 한부모가정 등이 되며, 특화 대상은 사회적으로 취약한 법정 한부모 외 한부모가정, 다문화, 조손가정이 될 수 있다. 단, 특화대상은 농산어촌 기초지자체에 적용되고 사례 회의를 통해 선정된다. 즉 취약계층을 법적 취약 대상으로만 한정하지

않고 지자체가 인정하는 경우에는 광범위하게 포함할 수 있는 것이다.

취약계층 아동 통합서비스(이하 드림스타트)의 2025년 연간 사업 예산은 55,266백만원으로 이전 연도보다 1.3% 증가한 결과를 보인다(보건복지부, 2025d :6). 사업운영비와 서비스 지원비, 아동통합사례관리사 인건비는 사업 예산에서 충당이 되고 공무원 인건비와 드림스타트 공간 확보 비용은 지자체에서 부담한다(보건복지부 2025d: 6). 최근 연도의 사업 예산을 보면 다음의 <표 III-1-34>와 같다.

<표 III-1-34> 드림스타트 사업 예산(2024-2025)

단위: 백만원

연도	2024년	2025년	증감액	증감률(%)
지역 드림스타트 아동 통합서비스 지원	54,557	55,266	709	1.3
드림스타트 슈퍼비전 체계 구축	85	85	-	-
드림스타트 사업 운영(경상경비)	44	38	△6	△13.6

자료: 보건복지부(2025d). 2025년도 드림스타트 사업안내. p.6

사업 실시 단위는 기초자치단체로, 전국 229개 시·군·구가 사업을 추진하고 있으며, 연도별 사업 지역 현황을 보면 다음의 <표 III-1-35>와 같다.

<표 III-1-35> 드림스타트 사업지역 현황

단위: 개

연도	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
시·군·구	16	32	75	101	131	191	211	219	229

자료: 보건복지부(2025d). 2025년 드림스타트 사업안내. p.4

드림스타트 사업은 사업 실시 단위(시·군·구)별로 전담공무원 2~3인 이상의 인력이 참여하고 있고 아동통합사례관리사가 최소 4인 이상 사업을 주도적으로 이끌어 간다.

지원체계를 보면 가정방문 등 상담 후 아동 발달 사정에 따라 지역 자원과 연계한 통합서비스를 지원하고 정기 점검, 지속적 모니터링 등 사례 관리를 실시하는 방식으로 지원이 이루어지고 있다. 드림스타트 사업은 아동의 균형적 발달을 위해 보건·복지·교육 서비스의 통합 지원을 목적으로 하고 있어, 서비스 내용은 크게 신체/건강, 인지/언어, 정서/행동, 부모/가족 지원 등 4가지 영역에서 이루어지고 있

다. 특히 신체/건강 분야는 영유아를 대상으로 하는 서비스 내용을 포함하고 있어 구체적으로 살펴볼 필요가 있으나, 12세 이하 연령 대상 사업임을 고려할 때 임신 부 대상을 제외하면 영유아 대상 사업은 비중이 크지 않은 편이다.

〈표 III-1-36〉 드림스타트 사업의 영역과 내용

구분	필수·맞춤서비스 예시
신체/건강	건강검진, 예방접종, 성장발달 스크리닝, 구강교육, 치과치료, 안과검진, 영양교육, 한방치료, 성장판검사, 체육활동 지원, 방역서비스 등
인지/언어	기초학습지원, 독서지도, 도서관대여, 방문미술지도, 인지장애 및 언어치료 서비스 등
정서/행동	종합심리검사, 심리치료, 정신건강 서비스, 체험활동, 특기적성지도, 진로지도, 사회성 발달 프로그램, 멘토링프로그램, 아동권리교육, 아동학대 예방교육, 성폭력 예방 교육 등
부모/가족 지원	부모교육, 임신부 산전·산후검진, 양육상담 등 가족상담 및 치료, 가족애착증진 프로그램 등

자료: 보건복지부(2024.11.28). 행복한 출발을 위한 동행, 드림스타트 보도자료.

2) 아동통합사례관리 대상 발굴 과정과 내용

드림스타트에서 아동통합사례관리는 양육 환경, 아동 발달 영역, 발달단계를 고려한 통합적이고 전문적인 서비스 지원을 의미하고, 지역사회 내 다양한 기관 간의 팀 접근을 통해 아동과 가족 전체의 문제를 해결하고 가족기능을 향상하며 안정적 양육환경을 위한 탈빈곤 지원을 목표로 하고 있다(보건복지부, 2025d: 38).

아동통합사례관리는 ‘예방적 사례관리’ 즉, 개입을 하지 않을 경우 상황이 더 악화되어 더 큰 사회적 비용이 발생할 수 있는 사례에 대한 예방 효과를 추구하는 특징이 있고, 수요자인 아동 중심의 개별화된 접근을 통해 아동의 욕구와 가구 여건에 따른 지속적 관리 및 서비스를 제공하는 ‘맞춤형 서비스 제공’, 그리고 대상 아동과 가족의 문제를 해결하기 위해 단편적인 접근에서 벗어나 서비스, 제공 방법, 전달체계 등 다각적 분야에서 통합 체계를 구축해가는 ‘통합 체계 구축’, 공공 및 민간 기관 간의 밀접한 연계와 조정을 통해 서비스를 체계적이고 통합적으로 제공하는 ‘지역사회 서비스 연계 및 조정’, 마지막으로 아동 및 가족의 자발적이고 적극적인 참여를 유도하는 ‘능동적 사례 관리’ 등을 특징으로 한다.

필수서비스는 아동의 전인적 발달지원을 위해 아동발달 영역별 필수적인 핵심 프로그램을 제공하는 것으로, 유치원, 어린이집, 초등학교 등 유관기관을 활용하

여 모니터링하고 아동교육, 부모교육을 제공하고 있으며, 건강검진과 예방접종 서비스를 포함하고 있다. 필수서비스 유형 중 영유아의 건강과 관련된 서비스로서 성장발달 스크리닝 등 건강검진과 예방접종, 아동 대상 영양교육 등이 포함될 수 있다.

〈표 III-1-37〉 드림스타트 아동통합사례관리의 필수서비스 유형 및 제공 주기

구분	필수·맞춤서비스 예시	
	매년 1회 이상	발달단계별 1회 이상
아동 (총 8종)	영양교육, 응급처치교육, 아동권리교육 인터넷 중독 및 예방 교육 소방 및 안전교육 학대 및 (성)폭력 예방 교육	건강검진(성장 발달스크리닝 포함) 예방접종 서비스 이용 관리
임산부 (총 2종)	산전 및 산후 검진 예비부모 교육	-
부모 (총 1종)	자녀발달 및 양육 교육	-

자료: 보건복지부(2025d). 2025년 드림스타트 사업안내. p.63

맞춤서비스는 사정 결과에 따라 대상자별로 지원하는 맞춤형 서비스를 의미하며 기본서비스와 필수서비스 외에 추가로 제공되는 서비스이다. 영유아를 대상으로 한 건강 지원사업으로 ‘영유아 건강검진비 지원’, ‘어린이 국가예방접종 지원사업’ 등을 들 수 있으며 이는 필수맞춤서비스 제공에 활용 되는 공공서비스 목록에 포함되어 있다. 이러한 서비스들이 영유아의 건강형평성 보장에 주요 요소로서 작용할 수 있을 것이다.

3) 드림스타트 사례관리 현황

드림스타트 사례관리 수를 연령별로 살펴보면 2024년 기준 총 53,585명이며 이 중 0~2세 영아는 1,742명, 3~6세 유아는 9,381명으로 영유아 전체가 20.8%의 사례관리 대상 비중을 차지하고 있다. 이에 비해 7세 이상 취학아동은 66%, 관리 기준 연령인 12세를 넘어서서 계속 지원을 받고 있는 13세 이상 아동도 13%를 차지하고 있어 상대적으로 0~6세 시기 아동의 사례관리 포함 비율이 낮은 편임을 알 수 있다.

〈표 Ⅲ-1-38〉 연령별 사례관리 대상자 수(2024)

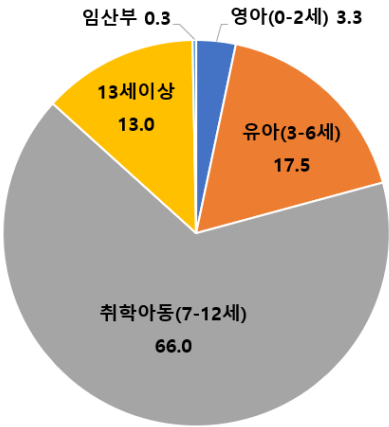
단위: 명(%)

구분	합계	영아(0~2세)	유아(3~6세)	취학아동(7~12세)	13세 이상	임산부
전국	53,585 (100.0)	1,742 (3.3)	9,381 (17.5)	35,374 (66.0)	6,950 (13.0)	138 (0.3)
서울	5,500 (100.0)	148 (2.7)	951 (17.3)	3,720 (67.6)	675 (12.3)	6 (0.1)
부산	3,700 (100.0)	106 (2.9)	639 (17.3)	2,524 (68.2)	426 (11.5)	5 (0.1)
대구	2,032 (100.0)	58 (2.9)	348 (17.1)	1,375 (67.7)	248 (12.2)	3 (0.1)
인천	2,702 (100.0)	41 (1.5)	490 (18.1)	1844 (68.2)	324 (12.0)	3 (0.1)
광주	1,143 (100.0)	34 (3.0)	180 (15.7)	779 (68.2)	148 (12.9)	2 (0.2)
대전	1,218 (100.0)	36 (3.0)	199 (16.3)	807 (66.3)	166 (13.6)	10 (0.8)
울산	1,438 (100.0)	48 (3.3)	253 (17.6)	1,006 (70.0)	125 (8.7)	6 (0.4)
세종	300 (100.0)	16 (5.3)	54 (18.0)	199 (66.3)	28 (9.3)	3 (1.0)
경기	10,265 (100.0)	387 (3.8)	1,933 (18.8)	6,784 (66.1)	1,122 (10.9)	39 (0.4)
강원	3,173 (100.0)	114 (3.6)	501 (15.8)	2,058 (64.9)	494 (15.6)	6 (0.2)
충북	2,213 (100.0)	96 (4.3)	438 (19.8)	1,433 (64.8)	233 (10.5)	13 (0.6)
충남	3,259 (100.0)	96 (2.9)	515 (15.8)	2,063 (63.3)	579 (17.8)	6 (0.2)
전북	3,534 (100.0)	121 (3.4)	642 (18.2)	2,285 (64.7)	473 (13.4)	13 (0.4)
전남	4,812 (100.0)	149 (3.1)	772 (16.0)	3,074 (63.9)	812 (16.9)	5 (0.1)
경북	3,631 (100.0)	118 (3.2)	621 (17.1)	2,393 (65.9)	489 (13.5)	10 (0.3)
경남	4,159 (100.0)	133 (3.2)	680 (16.4)	2,769 (66.6)	574 (13.8)	3 (0.1)
제주	506 (100.0)	41 (8.1)	165 (32.6)	261 (51.6)	34 (6.7)	5 (1.0)

자료: 아동권리보장원(2025). 내부 자료

[그림 Ⅲ-1-8] 연령별 사례관리 대상자 비율(2024)

단위: %



자료: 아동권리보장원(2025). 내부 자료

4) 영유아건강 지원과 드림스타트

지금까지 살펴본 바와 같이 드림스타트는 취약계층 가구 12세 이하 아동의 신체·건강, 인지·언어, 정서·행동 등 발달의 전체 분야와 더불어 아동의 환경으로서 발달에 영향을 줄 수 있는 부모·가족에 대한 복합적, 포괄적 지원을 모두 포함하는 정책 사업이다. 영아부터 초등 졸업 연령인 12세까지가 사업의 주 대상이지만 아동의 독립적 참여나 프로그램 운영상의 다양화 측면에서 접근하다 보니 영유아보다는 아동기 이후 초등학생 대상의 지원이 큰 비중을 차지하고 있다.

강영호(2019)의 분석에 따르면, 2018년 기준 0에서 2세까지의 영아가 드림스타트에서 혜택을 받는 비율은 전체 지원 아동의 1.5%에 해당하여 매우 적은 수만이 포함되고 있어, 해당 연구에서는 드림스타트 사업이 취약계층 아동에 대한 조기 개입의 중요성을 강조함에도 불구하고 실제로는 그 해당 취지가 나타나고 있지 않음을 지적하였다. 또한 2015년 이래 전체 수혜자에서 취학대상이나 오히려 13세 이상 드림스타트 수혜자는 증가한 반면 영유아에 대한 지원은 점차 감소하여 조기 개입의 효과를 추구하는 목적은 퇴색되고 있는 실정이라고 하였다. 해외사례와 비교했을 때도 드림스타트의 모델이 되었던 미국의 취약계층 아동 지원 프로그램인 조기헤드스타트는 0~2세를 대상으로 하고 있고, 영국의 슈어스타트는 10세까지가 대상이긴 하지만 기본적으로는 5세 이하가 주 대상이 되는 프로그램이다. 조기 개입의 비용효과가 상대적으로 높음을 이론적 배경으로 하는 아동 복지 정책 사업의 효과성 기대라는 측면에서 해외 정책 사업에 비해 떨어질 수 있음 또한 우려하였다(강영호, 2019).

앞서 제시되었던 드림스타트 사업의 내용 중 사례관리의 필수서비스 목록(〈표 III-1-36〉)을 보더라도 영유아기에 해당하는 건강 관련 프로그램은 건강검진(발달 스크리닝 포함)과 예방접종이 모두인 것으로 보인다. 영양교육 등은 유아에게도 해당이 될 수 있겠으나 실제 대부분은 초등생을 대상으로 하여 이해를 도모하는 교육이 많은 부분을 차지하고 있어 영아 및 유아의 건강에 대한 고려를 다각적 측면에서 모색해볼 필요가 있다. 제시된 지자체의 사례의 경우에도 드림스타트 지원 아동 169명 중 영아는 0명이고 유아는 7명(4%)에 지나지 않는다. 이는 드림스타트에 영유아(최소한) 건강을 위한 프로그램이 거의 없음을 의미한다.

강영호(2019)는 연구에서, 드림스타트 사업의 한계로 사업인력과 서비스 내용

을 지적하고 보건(간호) 분야 직접 서비스 제공이 가능한 업무를 맡는 간호 인력의 역할을 강화할 것을 주장하고 더불어 아동통합사례관리사에 대한 인력교육 내실화를 통해 전문성 개발을 강화하고 교육 내용 안에 특히 보건(간호) 관련 교육내용을 확대할 것을 제안하였다. 이러한 주장에 근거해볼 때 건강, 보건을 실제로 제공할 수 있는 인력의 확충과 관련 교육 강화를 통해 영유아에 필요한 지원이 보다 충실하게 이루어질 수 있을 것으로 사료된다.

2. 지방정부 영유아 대상 건강지원 분석 (시·도/ 시·군·구)³⁰⁾

본 절에서는 지방정부(시·도 및 시·군·구 지방자치단체)의 영유아 대상 건강 정책 사업 수행 현황을 파악하기 위해서 각 시·도와 시·군·구의 지역보건의료계획서 분석을 통해 지방정부 영유아 건강지원사업 사례를 제시하였다.

지역보건의료계획은 지역보건법 제7조에 따라 중장기 계획을 4년마다 수립하고, 연차별 실행계획을 마련하도록 되어 있는 법적 계획으로, 지역 주민의 건강 수준 향상 및 지역 보건의료 실정 등에 맞게 지역사회에서 수행되는 모자보건, 건강증진 등의 사업을 포괄적으로 기술하고 있어 지역 정부에서 영유아 건강증진사업의 추진현황을 확인할 수 있는 공식적이고 신뢰할 수 있는 자료라 할 수 있다.

17개 시·도의 계획서를 종합적으로 분석함으로써 지역별로 추진 중인 영유아 건강증진사업의 공통된 흐름과 차별적 특성을 동시에 파악할 수 있다.

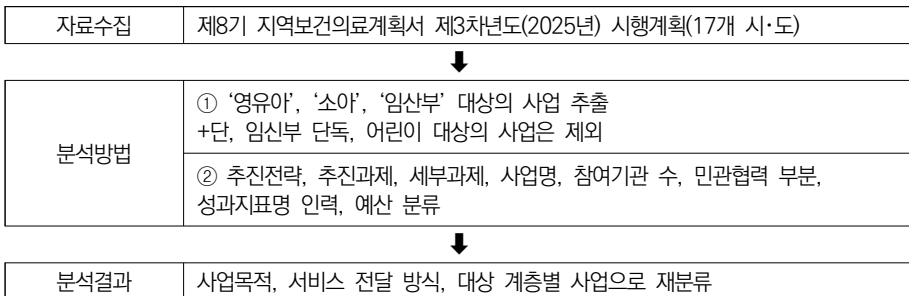
가. 시·도 지역보건의료계획

1) 분석대상 및 분석방법

전국 시·도 단위 지역보건의료계획서 분석하여 영유아 대상의 정책 사업 수행 현황을 파악하였다. 분석대상은 전국 17개 시·도에서 제출한 제8기(2023-2026) 지역보건의료계획서 17개 전문을 그 대상으로 하였고, 자체 분석틀에 맞춰 분석을 실시하였다. 분석 방법 및 분석틀은 다음과 같다.

30) 지방정부 영유아 건강정책 분석은 17개 시도 및 226개 중 106개의 시·군·구의 지역보건의료계획서를 바탕으로 작성하였음. 시·군·구의 경우 지방정부 자체사업이 있는 경우를 위주로 분석하였고, 서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산, 세종, 경기도에 해당하는 106개의 내용 분석을 바탕으로 작성됨.

[그림 III-2-1] 시·도 지역보건의료계획 분석틀



2) 주요 분석결과

가) 영유아 대상 사업 추진 현황(사업 유형별 분석)

17개 시도에서 영유아 대상으로 수행하고 있는 사업은 총 126개로, 사업유형을 1차적으로 서비스 제공을 기준으로 나눈 결과는 <표 III-2-1>와 같다.

지역보건의료 계획 중에 영유아 대상 사업을 사업유형별로 나누어 살펴본 결과, 보건소 중심으로 진행되는 건강증진서비스가 46건(36.5%)으로 가장 많았고, 의료시설 및 체계 조성을 위한 환경 인프라 조성 사업이 36건(28.6%), 의료검진 서비스가 25건(19.8%), 재정지원사업이 18건(14.3%)의 비율로 수행되고 있었다.

<표 III-2-1> 영유아 대상 건강증진사업 유형별 비율

번호	1차 사업유형	건수	비율(%)	대표 사업 분야
1	건강증진서비스	46	36.5%	생애초기 건강증진사업, 산모·신생아 건강관리 지원, 영양플러스사업, 구강보건 등
2	환경·인프라 조성	36	28.6%	산모·신생아 통합치료센터 운영, 신생아 집중치료실 운영, 24시 공공심야 어린이 병원 운영, 공공어린이재활병원 등
3	의료·검진서비스	25	19.8%	영유아 건강검진, 국가예방접종 무료지원, 예방접종 관리, 어린이 국가예방접종 지원사업, 인플루엔자 예방접종사업
4	재정지원	18	14.3%	저소득층 기저귀·조제분유 지원사업, 각종 검사비 지원, 산후 조리비 지원
5	기타	1	0.8%	자료보급 등
합계		126	100%	

주: 17개 시·도 지역보건의료계획(2025) 내용을 바탕으로 연구자가 재정리함.
 자료: 각 시·도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년) 시행결과 및 3차년도(2025년) 시행계획.

서울특별시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.77-125.
 부산광역시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.67-139.
 대구광역시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.54-114.
 인천광역시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.81-151.
 광주광역시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.59-123.
 대전광역시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.67-138.
 울산광역시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.65-136.
 세종특별자치시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.43-86.
 경기도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.88-152.
 강원도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.55-105.
 충청북도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.63-132.
 충청남도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.68-132.
 전북특별자치도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.67-134.
 전라남도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.51-103.
 경상북도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.74-131.
 경상남도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.72-150.
 제주특별자치도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획, pp.67-148.

나) 영유아 대상 건강증진사업 추진 현황(시·도별, 사업 유형별)

위의 네 가지 유형의 영유아 건강증진사업을 17개의 시·도별로 사업유형별로 분석한 결과, 영유아 건강증진사업은 건강증진 서비스와 환경·인프라 조성 영역에서 가장 활발히 추진되고 있었다.

시·도별로 살펴보면, 시·도별 편차가 뚜렷하여 일부 지역은 사업이 다방면으로 전개되는 반면, 일부 지역은 소수 영역에 집중되거나 사업 수 자체가 제한적인 것으로 나타났다. 사업 유형별로 살펴보면, ‘건강증진 서비스’가 전체 46건으로 가장 많은 비중을 차지하였고, 다음으로는 ‘환경·인프라 조성’은 총 36건으로 두 번째로 높은 비중을 보였고, ‘의료·검진서비스’가 총 25건으로 세 번째로 높은 비중을 보였고, 마지막으로, ‘재정지원사업’은 총 18건으로, 주로 재정적 취약계층 지원을 중심으로 이루어졌다.

〈표 III-2-2〉 영유아대상 건강증진사업 유형별 시·도별 사업 건수

사도명	건강증진 서비스	의료·검진 서비스	재정지원	환경·인프라 조성	기타	총합계
서울특별시	4	2	0	1	-	7
부산광역시	5	1	0	0	-	6
대구광역시	2	3	0	0	-	5
인천광역시	3	1	0	2	-	6
광주광역시	5	2	2	1	-	10
대전광역시	3	2	1	1	-	7
울산광역시	3	1	3	1	-	8

사도명	건강증진 서비스	의료·검진 서비스	재정지원	환경·인프라 조성	기타	총합계
세종특별시	2	-	0	1	-	3
경기도	2	-	1	2	-	5
강원도	-	1	1	1	-	3
충청북도	5	1	2	3	-	11
충청남도	3	2	2	4	-	11
전북특별자치도	3	2	1	7	1	14
전라남도	-	2	0	1	-	3
경상북도	3	3	2	2	-	10
경상남도	2	1	2	9	-	14
제주특별자치도	1	1	1	0	-	3
총합계	46	25	18	36	1	126

주: 17개 시·도 지역보건의료계획(2025) 내용을 바탕으로 연구자가 재정리함
 자료: 각 시·도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년) 시행결과 및 3차년도(2025년) 시행계획.
 (〈표 III-2-1〉의 출처와 동일)

또한, 영유아 대상 건강증진 사업 126건을 1차 서비스 유형에서 영유아 대상의 건강증진사업 수행 목적과 수행방식에 따라 다시 분류한 결과는 다음과 같다. 영유아 건강검진, 예방접종, 발달장애 정밀검사 등의 검진·예방사업이 40건(31.7%)으로 가장 많았고, 분만취약지 및 출산취약지 지원을 위한 병원센터 운영, 산모·신생아 건강관리 지원 등의 분만·출산 지원사업이 37건(29.4%)으로 그 다음으로 많았다.

〈표 III-2-3〉 영유아대상 건강증진사업 주제 분야별 사업유형

번호	2차 사업유형	건수	비율(%)	대표 사업 분야 및 목적
1	검진·예방	40	31.7%	조기발견 및 예방 목적 : 영유아 건강검진, 국가예방접종, 발달장애 정밀검사 등
2	분만/출산	37	29.4%	임신·출산·산후 지원 : 분만취약지 지원, 출산취약지 지원, 공공산후조리원, 산모·신생아 건강관리 지원 등
3	건강관리	23	18.3%	생활습관·영양·정신·구강 등 지속관리 : 영양플러스, 아동 영양관리, 생애초기건강관리사업, 구강보건, 모자보건사업 등
4	응급·진료체계	21	16.7%	응급·치료 접근성 보장 : 소아응급환자 진료, 24시 공공심아어린이병원 운영 등
5	재활분야	5	4.0%	재활 의료 및 프로그램 : 공공어린이재활병원, 재활의료센터, 소아청소년 재활 프로그램 등
합계		126	100%	

주: 17개 시·도 지역보건의료계획(2025) 내용을 바탕으로 연구자가 재정리함.
 자료: 각 시도(2025). 제8기 서울시 지역보건의료계획: 2차년도(2024년) 시행결과 및 3차년도(2025년) 시행계획.
 (〈표 III-2-1〉의 출처와 동일)

다) 시·도별 영유아대상 건강증진사업 추진 현황

〈표 III-2-4〉에 전국 17개 시·도를 대상으로 영유아 보건사업 추진 현황을 분석한 결과를 나타내었다. 추진전략 → 추진과제 → 세부과제 → 세부사업 단계에서 지역별 편차가 확인되었다. 서울, 대구, 충남, 전북, 충북 등 일부지역은 전략부터 사업 단계까지 영유아 사업을 적극 반영하고 있었으며, 반대로 경기, 인천, 제주 등은 영유아 대상 사업에 대한 전략 및 과제 비중이 낮아 개선이 필요해 보인다.

추진 전략에서 서울과 대구는 모든 추진전략을 영유아 관련으로 설정하여 100% 반영하였으며, 충남(75.0%), 전북(75.0%)도 높은 수준으로 나타났다. 반면 광주, 대전, 울산 등은 절반 수준, 경기(40.0%)는 절반 이하 수준으로 영유아 전략 설정 비중이 가장 적게 나타났다. 충북(66.7%), 충남(75.0%), 전북(70.0%)은 추진과제 단계에서도 높은 반영률을 보였고, 인천(18.2%), 경기(20.0%), 제주(12.5%)는 낮은 비율을 보여, 전략에서 과제로 이어지는 과정에서 영유아 사업 반영도가 크게 줄어든 것을 알 수 있었다. 충남(30.4%), 전북(30.0%)은 세부추진과제 단계에서 30%이상의 비중을 보였고, 대구(13.6%), 대전(13.8%) 등 대다수 지역은 10~15% 수준에 머물렀다.

라) 17개 시·도 영유아 대상 건강지원사업 주요 성과지표 설정

〈표 III-2-5〉에 전체 17개 시·도에서 영유아 대상 세부사업 수행을 위해 설정한 주요 성과지표명을 항목별로 분류하여 나타냈다. 성과지표는 총 128개로 시·도는 시·도당 최소 1개(제주)에서 최대 8개(경남)로 평균 4.59개의 성과지표를 선정하였고, 총 14개 시도의 총 50개 사업에서 별도의 성과지표를 설정하지 않았다.

‘산모 신생아 관리 및 지원’(11), ‘영유아 건강검진’(8), ‘공공산후조리원 건립·운영’(6), ‘방문건강 관리’(6), ‘예방접종’(6), ‘영유아 건강검진’(3) 관련 실적을 성과지표로 삼은 시·도가 많았으며, HP2030 영유아 분과의 성과지표 중 하나인 영아 사망률을 지표로 삼은 시·도는 1개, 또 다른 지표인 초기 검진 수검률을 제시되고 있으나, 일부 시·도 7개에서는 이를 필수 검진 수검률로 성과지표로 활용하고 있었다.

〈표 III-2-4〉 시·도별 영유아대상 건강증진사업 추진 현황

번호	사도명	추진전략			추진과제			세부 추진과제			영유아 세부사업
		전체	영유아 전략	비율	전체	영유아 과제	비율	전체	영유아세부과제	비율	
1	서울	4	4	100.00%	12	5	41.67%	35	5	14.29%	7
2	부산	3	2	66.67%	9	2	22.22%	23	2	8.70%	6
3	대구	3	3	100.00%	10	3	30.00%	22	3	13.64%	5
4	인천	3	2	66.67%	11	2	18.18%	26	2	7.69%	6
5	광주	4	2	50.00%	12	5	41.67%	28	7	25.00%	10
6	대전	4	2	50.00%	10	4	40.00%	29	4	13.79%	7
7	울산	4	2	50.00%	9	4	44.44%	37	4	10.81%	8
8	세종	3	2	66.67%	7	2	28.57%	21	2	9.52%	3
9	경기	5	2	40.00%	15	3	20.00%	34	4	11.76%	5
10	강원	4	2	50.00%	9	3	33.33%	20	3	15.00%	3
11	충북	3	3	100.00%	9	6	66.67%	25	7	28.00%	11
12	충남	4	3	75.00%	8	6	75.00%	23	7	30.43%	11
13	전북	4	3	75.00%	10	7	70.00%	30	9	30.00%	14
14	전남	3	2	66.67%	9	2	22.22%	26	3	11.54%	3
15	경북	3	3	100.00%	10	4	40.00%	29	6	20.69%	10
16	경남	3	3	100.00%	9	6	66.67%	18	6	33.33%	14
17	제주	4	2	50.00%	16	2	12.50%	27	3	11.11%	3
계											126

주: 17개 시·도 지역보건료계획(2025) 내용을 바탕으로 연구자가 재정리함.

자료: 각 시·도(2025), 제8기 지역보건료계획; 2차년도(2024년) 시행결과 및 3차년도(2025년) 시행계획. 〈표 III-2-1〉의 출처와 동일)

〈표 III-2-5〉 시·도별 영유아 건강 관련 성과지표 활용 현황

항목	성과지표명	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	합계
예방접종	생후 36개월 완전접종률(%)				1														1
	영유아 예방접종률(%)												1						1
	영유아 예방접종 완전접종률(만1세)(%)						1												1
	영유아 완전접종률(%)			1															1
	12세 이하 어린이 필수예방접종률(%)	1													1				2
방문건강관리	방문건강관리 서비스 지원 건															1			1
	방문서비스 도달률	1																	1
	생애초기 건강관리 서비스 방문건수								1										1
	생애초기건강관리사업 참여 보건소 수												1				1		2
	생애초기 건강관리사업 기본방문 만족도(점)																1		1
공공신후조리원	공공신후조리원 건립(개소)									1									1
	공공신후조리원 추가 설치사업 공사 착수 개소														1				1
	공공신후조리원 건립 공정률(%)											1							1
	공공신후조리원 운영실적(이용률, %)									1									1
	공공신후조리원 설치 운영												1						1
취약지 지원	공공신후조리원 이용 인원(명)																1		1
	의료취약지 지원 의료기관 수											1							1
	신부인과 이용 연인원																1		1
	새 생명 탄생 임신부 이송실적																		1
	분만취약지 지원 인원(명)												1						1
공공어린이 재활병원	미충족 진료과목 순회진료 추진실적											1							1
	전북권역 재활병원 및 공공어린이재활 의료센터 건립 공정률													1					1
	공공어린이재활병원 병상가동률(%)						1												1
	공공어린이재활병원 진료실적(명)									1									1

항목	성과지표명	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	합계
산모신생아 지원관리	산모신생아 건강관리 지원 서비스 이용률	1						1	1	1						1			5
	산모·신생아 건강관리 서비스지원 건수		2			1	1												4
	산모신생아 건강관리서비스 지원율(%)												1						1
산후조리비 지원	산후 건강관리 지원사업 만족도													3					3
	산후조리비 지원건수																	1	1
	산후조리비 지원율								1										1
소아청소년과 병원	소아전문 응급의료센터 운영(개소)								1										1
	달빛어린이병원 수 (개소)																1		1
	소아청소년과 이용자수									1									1
영유아 건강검진	소아청소년과 진료 실적																2		2
	영유아 건강검진 수검률(%)		1			1													2
	의료급여수급권자 건강검진 수검률(%)							1											1
미숙아 환아 지원	의료급여수급권자 영유아건강검진 수검률(%)	1					1			1			1			1			5
	미숙아 등 환아 등록건수						1												1
	임생존자 등록자 수(명):소아 포함																1		1
고위험 산모 지원	난임·임산부 심리상담센터 설치·운영(개소)	1																	1
	고위험 임신부 관리율									1									1
	여성장애인 출산비용 지원 지속(명)												1						1
영양플러스사업	영양플러스 사업 대상자 수 (명)													1					1
	영양플러스 참여자 빈혈 개선율(70%)				1														1
	취약계층(임산부, 영·유아, 아동) 식생활 관리(먹거리 지원 등) 수혜자(명)	2																	2
검사비 지원	영유아발달 정밀검사비 지원(명)					1													1
저소득층 기저귀 조제분유 사업	저소득층 기저귀 및 조제분유 지원 건수						1												1
	저소득층 기저귀·조제분유 지원인원							1											1

항목	성과지표명	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	합계
구강보건	불소도포 및 스케일링 지원(명)					1													1
	미취학아동 구강보건사업 참여기관(개소)		1																1
	생애주기별 구강교육(명)					1													1
출산시망률	영아시망률(명/출생아 천명당)											4							4
	출생아 증감률															1			1
	아기맘센터 설치(개소)		1																1
인프라	아토피천식 안심학교 등록 수															1			1
	어린이활동공간환경 안전관리 지도점검(건수)	1																	1
	공공의료 인력 양성(명)													1					1
성과지표 선정 소계		7	3	4	2	5	6	3	3	5	3	7	7	6	2	6	8	1	78
성과지표 미설정		0	3	1	4	5	1	5	0	1	0	4	4	8	1	4	7	2	50
총 합계		7	6	5	6	10	7	8	3	6	3	11	11	14	3	10	15	3	128

주: 1) 17개 시·도 지역보건의료계획(2025) 내용을 바탕으로 연구자가 재정리함.
2) 일부 시도에서는 1개의 세부사업에서 성과지표를 2개 산정한 경우도 있어, 총 126개의 사업에서 128개의 성과지표가 나타남.
자료: 각 시·도(2025), 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년) 시행결과 및 3차년도(2025년) 시행계획, <표 III-2-1>의 출처와 동일

나. 시·군·구 지역보건 의료계획

226개 시·군·구에서 제출한 지역보건의료계획서를 바탕으로 보건소 단위에서 수행되고 있는 사업은 56개이며, 이를 <부록표 III-2-1>에 제시하였다. 그 영유아 대상으로 수행되고 있는 주요 사업을 <표 III-2-6>에 제시하였다. 영유아 대상 사업으로는 ‘국민건강증진·구강건강·영양관리사업 및 보건교육’, ‘국가 예방접종지원사업’, ‘모자보건사업’, ‘방문건강관리사업’, ‘아토피 천식 예방관리 사업’, ‘기타 의료지 지원사업’ 등 20개 사업이 이에 해당한다.

<표 III-2-6> 보건소 사업목록 중 영유아 대상 사업

번호	기능(13)	사업(56)
20	5. 국민건강증진·구강건강·영양관리사업 및 보건교육	지역사회 금연사업
21		음주폐해예방관리사업
22		신체활동사업
23		영양관리 사업
24		영양관리사업
25		영양플러스사업
26		비만예방관리사업
34	6. 감염병의 예방 및 관리	구강건강증진사업
35		결핵예방관리
37		국가예방접종지원사업
38	7. 모성과 영유아의 건강유지·증진	임산부·영유아 관리
39		영유아 예방적 건강관리
		임산부 영유아 의료비 지원
40	8. 여성·노인·장애인 등 보건의료 취약계층의 건강유지·증진	지역사회 중심 재활사업
43	9. 정신건강증진 및 생명존중에 관한 사항	정신건강증진사업
44		건강검진사업
49	10. 지역주민에 대한 진료, 건강검진 및 만성 질환 등의 질병관리에 관한 사항	아토피·천식 예방관리사업
51	11. 가정 및 사회복지시설 등 방문하여 행하는 보건의료 및 건강관리사업	방문건강관리사업
52	12. 기타 의료비 지원 등	암환자 의료비 지원사업
53		기타 의료비 지원사업
54		장려금 및 기타 지원

주: <부록표 III-2-1>에 제시한 보건소 사업 목록 중 영유아 관련사업 20개를 제시함.
 자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원(2025i), 제8기 지역보건의료계획 2차년도 시행결과 및 3차년도 시행계획 수립 지침. pp.99~100.

시·군·구 단위의 계획서는 시·도 수준의 계획 달성에 따라 세부적인 사업을 수행하고 있어, 실제 지역 수준에서의 세부 사업 사례를 확인할 수 있고, 보건소

단위별로의 영유아 건강증진 서비스는 위의 보건소 기능에 따른 기본적인 사업을 제공하고 있다. 이를 정리하여 시·군·구에서 보건소를 중심으로 수행하고 있는 사업 중에 지자체에서 자체적으로 시행하고 있는 사업들의 사례를 간략히 제시한다.

기본적으로 수행되고 있는 사업 중에 지역 특화된 사업으로 볼 수 있는 사례로는 서울시 용산구는 영유아 보호자와 보육시설 종사자 대상의 응급 대응 역량 강화를 목표로 심폐소생술 교육·체험 프로그램을 운영하고 있다. 서울시 광진구는 「서울시 약자와의 동행 자치구 지원사업」에 선정되어 소아·청소년 당뇨 동행 지원사업을 추진하였다. 당뇨병 환자 및 고위험군을 대상으로 1:1 교육, 운동시설 이용비 지원, 의료비 지원을 계획하였는데 소아·청소년 당뇨환자를 포함한 특징이 있다.

대구광역시 동구에서는 일반적인 부모 대상 교육과 달리 조부모를 주요 대상으로 하여, 영유아 발달과정과 응급상황 대처법, 육아 및 놀이법을 집중적으로 교육하고 있다. 이를 통해 가족 내 양육 주체로서 조부모의 역할 강화를 지원한다. 대구광역시 북구는 이른둥이 안심 맘(Mom) 교실을 추진하여, 미숙아 가정을 대상으로 발달 마사지 교육 등 고위험군 영유아를 위한 맞춤형 재활·발달지원을 강조하였다. 이는 전문지원이 필요한 가정에 대한 특화사업으로서 의미가 있다.

광주광역시 남구에서는 특히 영유아를 대상으로 ‘호랑이의 나쁜 약물’ 인형극을 활용하여 약물 거절 훈련을 통해 일상생활에서 실천할 수 있는 행동 변화를 유도하였다. 마약중독 예방교육을 영유아 발달단계에 적합한 놀이형·체험형 예방교육을 적용한 점에서 특화성이 두드러진다.

울산광역시 울주군에서는 영유아 대상으로 한 마음건강증진사업을 추진하였다. 부모, 교사, 기관종사자를 대상으로 아동정신건강 교육을 실시하고, 영유아에게는 친구사귀기 프로그램과 사회성 향상 프로그램을 제공하였다. 또한 ‘나랑노랑’ 프로그램을 통해 영유아 마음건강 검사, 부모 양육태도검사 및 ‘렙미렙미’ 자존감 향상 프로그램을 병행하였다.

이러한 다차원적 접근은 영유아 정신건강을 교육·검사·정서지원 프로그램으로 통합 관리한다는 점에서 다른 일반 보건서비스와 차별화된 특화사업으로 볼 수 있다. 기타 시·군·구별 영유아 사업 우수사례는 〈부록표 III-2-2〉에 수록하였다.

3. 건강형평성을 고려한 영유아 건강정책 해외사례

건강형평성은 국제적으로 1990년대 이후 공중보건 분야에서 중요한 이슈로 등장하였으며, 평균 수명의 증가에도 건강이 인종이나 사회적 계층의 차이에 따라 불평등하게 증가한다는 발견은 건강형평성에 대한 관심과 중요성 인식으로 주의를 끌고 있다(Mackenbach et al., 2003; 윤태호, 2013 재인용). 이러한 건강형평성 정책을 국가적으로 시행하고 있는 국가 중 대표적인 영국, 스웨덴, 호주의 건강형평성 정책사례를 살펴보았다. 영국의 경우 연구진이 해외출장을 통해 직접 방문하여 수집한 내용을 포함하고 있다.

가. 영국

1) 건강형평성 정책 방향

영국은 지난 40년 이상에 걸쳐 건강형평성을 개선하기 위해 꾸준한 노력을 기울여왔으며 다양한 정책을 수립·시행하고 평가해 왔다. 이러한 정책적 노력의 흐름을 시대별 정책보고서를 중심으로 살펴보면 건강형평성에 대한 영국의 사회적 인식 변화와 함께 주요 정책 권고 사항의 진화를 확인할 수 있다.

1980년 발간된 ‘블랙 보고서(Black Report)’는 건강형평성을 본격적인 정책 의제로 삼은 최초의 보고서이다(Black et al., 1980). 이 보고서에서는 영국의 건강불평등이 심각한 수준임을 지적하면서 이를 해소하기 위해 국민보건서비스(National Health Service, NHS)를 중심으로 사회계층 간 건강 수준의 격차를 완화하는 데 필요한 정책 방향을 제시하였다. 이러한 정책 권고안들은 당시 막 출범한 보수당 정부의 정책 방향과 맞지 않는다는 부정적 인식으로 인해 실질적으로 정책에 반영되지 못한 채 사문화되었지만, 본격적인 건강불평등 관련 연구를 촉발한 계기가 되었다(강영호 외, 2007).

이후 1997년 노동당 정부가 출범하면서 건강불평등에 대한 정책적 관심이 다시 증가하였고, 그 해 발표된 ‘에치슨 보고서(Acheson Report)’에서는 영국의 건강불평등 문제를 종합적으로 재조명하고 건강형평성을 개선하기 위한 구체적인 접근방법을 제안하였다(Acheson, 2005).

건강형평성과 관련된 관심은 점차 국제적 논의로 확장되었고, 특히 영국의 마이클 마뮷(Michael Marmot)이 세계보건기구(WHO) 산하 사회적 건강 결정요인 위원회(Commission on Social Determinants of Health: CSDH)의 위원장으로 활동하면서 글로벌 건강불평등 해결을 위해 제시한 주요 원칙들은 전 세계 보건으로 정책에 큰 영향을 주었다. 2010년에는 ‘마뮷 리뷰(Marmot Review)’가 발표되었는데, 그동안 추진해 온 건강형평성 증진 정책들을 종합적으로 평가하고, 향후 개선된 정책 수립을 위한 구체적인 제안을 제시한 보고서이다. 마뮷은 보고서에서 영국 전체 인구의 건강 수준은 전반적으로 개선되었으나, 건강형평성 정책 효과를 평가하는 핵심 지표인 사회계층 간 영아사망률 격차와 기대수명 격차 해소에는 실패하였음을 지적하였다(윤태호, 2013: 197). 특히 마뮷 리뷰는 정책 수립에 있어 전체 인구를 대상으로 한 보편적 접근을 유지하되, 사회적 취약성에 비례하여 자원을 더 많이 투입하는 ‘비례적 보편주의(Proportionate Universalism)’의 원칙을 건강형평성을 실현하기 위한 정책 설계의 핵심 기준으로 제시하였다(윤태호, 2013; 김동진, 2017). 본 보고서는 건강불평등 감소를 위한 정책 목표와 권고 사항의 기반이 되는 여섯 가지 마뮷 원칙을 제시하였다. 이후 2025년 2월, 지방정부 협회와 UCL 건강형평성 연구소가 공동 발간한 보고서 ‘더 공정한 마을, 도시, 지역 건설: 마뮷 플레이스에서 얻은 통찰(Building fairer towns, cities and regions: Insights from Marmot Places)’에서 추가된 두 가지 원칙이 공식적으로 소개되었다. 이러한 추가는 건강형평성에 영향을 미치는 요인에 대한 이해가 진화했음을 반영한다. 이에 따라 건강불평등 감소를 위한 마뮷 원칙은 총 8개로 정리되며, 마뮷 플레이스의 운영 원칙으로도 활용된다.

- ① 모든 아동에게 최상의 출발을 보장한다.
- ② 모든 아동, 청소년 및 성인이 자신의 잠재력을 최대한 발휘하고 삶을 주도할 수 있도록 한다.
- ③ 모두를 위한 공정한 고용과 양질의 일자리를 창출한다.
- ④ 모든 이에게 건강한 생활수준을 보장한다.
- ⑤ 건강하고 지속 가능한 장소와 공동체를 조성하고 발전시킨다.
- ⑥ 질병 예방의 역할과 영향력을 강화한다.
- ⑦ 인종차별과 그 결과에 대처한다.
- ⑧ 환경적 지속가능성과 건강 형평성을 함께 추구한다.

마뮷 리뷰가 발표된 후 10여년이 지난 시점에서 건강불평등 문제가 오히려 심화되는 양상을 보임에 따라 지속적인 관심과 실질적 대응 필요하다는 목소리가 높아

졌다(Alsam, 2021: 5). 2020년에 발표된 ‘마못 리뷰 10년 이후(Marmot Review 10 Years On)’ 보고서는 이전에 제시된 권고사항 대부분이 실행되지 않았음을 지적하며, 보다 강력한 정책 실행 의지와 전략이 필요함을 촉구하였다(Marmot et al., 2020). 이 보고서는 건강불평등이 사회적·경제적 불평등과 구조적으로 연결되어 있으며, 이를 해결하기 위해서는 보건의료 서비스를 개선하는 것뿐 아니라, 교육, 주거, 고용 등 다양한 사회정책과 포괄적으로 연계되어야 한다는 점을 강조하였다(Marmot et al., 2020: 35). 특히, 건강형평성 향상 여부는 전반적인 생활 여건 개선과 사회적 자원의 공정한 분배 여부와 직결되어 있다고 역설하면서, 정부와 지역사회 간의 긴밀한 협력, 명확한 정책 목표의 설정과 평가 체계 구축 등을 건강형평성 정책의 효과성 확보를 위한 선결과제로 제시하였다(Marmot et al., 2020: 10-11). 또한 정책 설계는 취약한 계층을 우선적으로 보호하고 지원하는 비례적 보편주의 원칙을 따라야 하며, 세심하게 설계되고 일관성 있게 추진되는 건강형평성 정책의 지속 가능한 발전이 궁극적으로 모든 사회 구성원이 건강한 삶을 누릴 수 있도록 하는 데 기여할 것이라고 결론짓고 있다(Marmot, 2020: 7-8).

2) 건강형평성 제고를 위한 영유아 건강증진 정책

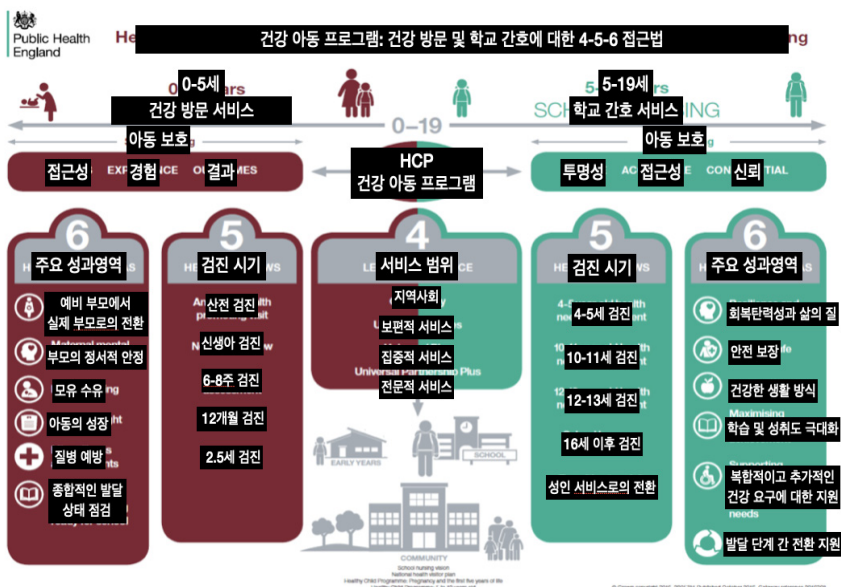
가) 건강아동프로그램 (Healthy Child Programme; HCP)

건강아동프로그램(Healthy Child Programme; HCP)은 임신부터 아동기와 청소년기(만 19세까지, 특별한 요구가 있을 경우 만 25세까지)에 이르는 전 생애 초기 과정을 포괄하는 국가 차원의 예방 및 조기 개입 공중보건 체계이다. 이 프로그램은 건강검사, 예방접종, 아동 발달 모니터링, 부모 교육 및 지원 등으로 구성되어 있으며, 0-5세 시기에는 헬스 비지터(health visitor, HV)라 불리는 건강방문사가 다양한 보건의료 인력과 협력하여 서비스를 제공한다(Cowley et al., 2007: 870). 이후 5-19세 아동과 청소년은 학교 간호사 서비스(school nursing)를 통해 학교 환경에서 지속적으로 관리된다. 건강방문사는 임신 기간부터 취학 전까지 가정 방문을 실시하며, 가정 내 방문 외에도 지역사회 또는 일차 의료기관 등 다양한 장소에서 서비스를 제공한다. 학교 간호 서비스는 5세부터 19세까지의 아동 및 청소년을 대상으로 학교 내외 환경에서 활동하며, 디지털 및 기타 가상 지원을 통해 서비

스를 제공한다.

영국 정부는 HCP 프로그램을 보다 명료하게 이해하고 적용할 수 있도록 ‘4-5-6 모델’을 개발하였는데, ‘4’는 서비스 범위, ‘5’는 방문 시기, ‘6’은 프로그램이 달성하고자 하는 주요 성과영역을 각각 의미한다(Department of Health and Social Care, 2021).

[그림 III-3-1] 영국의 건강아동프로그램(Healthy Child Programme; HCP) 요약



자료: Institute of Health Visiting. PHE: New integrated 4-5-6 model and updated high impact areas. <https://ihv.org.uk/news-and-views/news/phe-new-integrated-4-5-6-model-updated-high-impact-areas/> (인출일: 2025. 9. 26.)

HCP는 누진적 보편 서비스(progressive universal service) 원칙에 따라 모든 가족에게 기본 서비스를 제공하는 동시에, 특정한 건강상의 위험이나 복합적인 필요가 있는 가족에게는 보다 강화된 지원을 제공한다(Shribman & Billingham, 2009: 8). 이러한 접근 방식은 위험에 처한 아동 및 추가지원이 필요한 가족을 조기에 식별하여 아동의 건강과 안전을 확보하는 데 기여할 뿐 아니라, 가장 취약한 아동과 가족에게 자원을 집중함으로써 건강불평등을 완화하는 데 핵심적인 역할을 한다는 점에서 긍정적인 평가를 받고 있다.

〈표 III-3-1〉 HCP 서비스 세부내용

보편적 요소	집중적 요소	전문적 요소
<ul style="list-style-type: none"> · 건강 및 발달검사 · 선별 및 신체검사 · 예방접종 · 건강·복지증진 활동 <ul style="list-style-type: none"> - 흡연 - 식단 및 신체 활동 - 모유 수유 및 이유식 - 안전관련 행동 - 영아 돌연사 예방 - 영아 건강 유지 - 구강 건강 · 양육 및 아동 발달지원 · 아버지의 참여 · 정신건강 평가 · 부모로의 전환 지원 · 정보 및 서비스 안내 	<ul style="list-style-type: none"> · 감정적·심리적 어려움에 대한 지원 · 모유 수유 지원 · 건강증진 행동 변화 지원 (흡연, 식단, 안전관련 행동, 영아 돌연사 예방, 구강 건강) · 양육 지원 프로그램 운영 · 언어를 포함한 아동 발달지원 · 건강 및 발달 문제를 가진 영유아에 대한 추가 지원 및 모니터링 · 주제 기반 학습 기회 제공 · 그 외 서비스 및 정보 접근 지원 	<ul style="list-style-type: none"> · 장애에 대한 지속적인 지지 · 정신건강 문제에 대한 조기 지지 · 아동 보호를 위한 적극적 조치 · 약물과 알코올 관련 문제 · 다양한 기관과 전문가의 개입

자료: Shribman, S., & Billingham, K. (2009). Healthy Child Programme: Pregnancy and the first 5 years of life. Department of Health, UK Government. p.32

영국에서 산모는 국민보건서비스(NHS) 의뢰 시스템을 통해 조산사(midwife)와 연결된다. 조산사는 공유 기록 시스템과 통합 돌봄 모델을 기반으로 산모에게 임상적 치료뿐만 아니라 가족 허브를 통한 다양한 지원 서비스를 안내한다. 이를 통해 가족들은 한 곳에서 포괄적인 치료와 자원을 보다 손쉽게 이용할 수 있다. 임신 기간 동안은 물론이고 출산 후에도 가족들은 건강아동프로그램의 일환인 건강방문사의 서비스와 연계되어 산모와 아동 모두에 대한 지속적이고 일관된 지원이 보장된다(Henshaw et al., 2013).

결론적으로, 영국은 강력한 보편적 서비스 제공의 전통을 기반으로, 위험요인을 가진 산모와 아동에게는 추가 지원 요소를 포함한 프로그램을 운영하고 있다. 서비스 제공의 주요 주체는 국민보건서비스(NHS)이지만, 실제 서비스 전달 과정에서는 다양한 공공 및 민간 기관이 통합적이고 협력적인 방식으로 참여한다. HCP의 핵심적 역할을 수행하는 인력은 건강방문사(HV)이며, 중앙정부는 프로그램의 설계 및 정책 방향 설정을 담당하지만, 실질적인 서비스 제공 및 운영 책임은 지방정부에 있다.

나) 생애 초기 지원 프로그램 (Start for Life)³¹⁾

2021년 3월 영국 정부는 '생애 최고의 출발: 1,001일간의 결정적 시기에 대한 비전(The best start for life: a vision for the 1001 critical days)'이라는 정책을 발표하면서, 이를 이행하기 위해 '생애 초기 지원 프로그램(Start for Life)'을 도입하였다. 이 프로그램은 교육부(Department for Education; DfE)와 보건사회복지부(Department of Health and Social Care; DHSC)가 공동 주관하는 것으로, 영국 지방자치단체의 약 절반이 자금 지원을 받아 기존의 서비스를 가족 허브(Family Hub) 모델로 전환하였다(Department for Education, 2022).

이 프로그램의 목표는 지방자치단체 관할 구역 내 가족 허브를 통해 다양한 서비스를 연결하고 강화하여 모든 부모와 양육자가 적시에 필요한 지원을 받을 수 있도록 하는 것이다. 부모와 보호자가 영유아를 돌보고 양육하는 데 있어 적절한 지원을 통해 스스로 자신감을 갖게 되고 영유아들이 더 좋은 출발을 할 수 있도록, 빈곤층이 밀집되어 있고 건강과 교육 측면에서 특히 취약한 75개 지방자치단체에 자금을 지원하였으며, 이는 가족 허브 모델로의 서비스 전환, 보편적 '생애 초기 지원' 서비스 개선, 가족을 위한 지원 체계 혁신을 위해 사용되었다. 이 75개 지방자치단체는 아동 소득 빈곤 지수(Income Deprivation Affecting Children Index; IDACI) 평균 순위를 기준으로 선정되었으며, 도시와 농촌지역이 고르게 포함되도록 지역별로 최소 25%의 비율이 반영되었다.

〈표 III-3-2〉 생애 초기 지원 프로그램(Start for Life) 정부지원 예산 규모 및 사용 내역

목적	내용	규모 (만£)
모든 연령대 아동을 지원하는 가족 허브 네트워크 구축	가족 허브 모델로의 전환 지원	8,175
양육 지원	모든 예비 부모 및 신생아 부모가 새로운 부모 역할로 원활하게 전환할 수 있도록 맞춤형 서비스 강화	5,000
임신 후반기부터 출산 후 1년까지 부모-영유아 관계 형성 및 정신건강 증진	영유아와 가족 간의 긍정적인 초기 관계 형성 및 정신건강 증진 촉진	10,000
영아 수유 지원	모든 산모가 모유수유의 중요성을 이해하고 영아 수유 목표를 달성할 수 있도록 상담 및 맞춤형 서비스 지원	5,000
가족 허브를 통해 가정 학습	코로나 팬데믹 기간에 영유아였던 아동의 교육 회복에	2,870

31) 본 내용은 2025년 9월 영국 헤크니 지역 가족 허브를 방문하여 논의한 내용을 바탕으로 작성하였음.

목적	내용	규모 (만명)
환경(Home Learning Environment; HLE) 지원 인력 교육 및 양성	중점을 두고, 검증된 방법에 기반하여 가정 학습 환경을 조성하고 가족을 지원하는 전문가 양성	
생애 초기 지원(Start for Life) 프로그램 홍보 및 부모·보호자 패널 설립	온라인, 오프라인 등 다양한 경로를 통한 프로그램 홍보 및 아웃리치를 통해 소외 계층의 접근성 향상 부모 및 보호자 패널을 통해 지역 영유아와 가족의 요구사항이 서비스 설계 및 제공에 반영되도록 지원	1,000

자료: Department for Education. (2022). Family Hubs and Start for Life programme guide. p.11

3) 영국의 영유아 대상 건강형평성 증진 사업

가) 가족 허브(Family Hubs)³²⁾

최근 수년간 영국에서는 기존의 슈어 스타트(Sure Start)³³⁾ 센터를 대신하여 가족 허브라는 새로운 지원 시설이 도입되었다. 가족 허브는 가족들이 '생애 초기 지원 프로그램(Start for Life)'을 포함한 다양한 지원 서비스를 이용할 수 있는 장소로, 독립적 공간에서 운영되기도 하지만 지역별로 예산과 필요에 맞춰 지역 내 다양한 파트너 기관들과 협력하여 기존 시설과 자원을 최대한 활용함으로써 커뮤니티 센터, 보건소, 학교, 도서관 등 기존 시설 안에 부속되어 운영된다.

교육부와 보건사회복지부 등 정책 당국과 보건 시스템 내 여러 기관들은 모든 가족 허브에서 생애 초기 지원 프로그램을 포함한 서비스가 제공될 수 있도록 적극 협력하고 있다. 지역 가족 허브 네트워크는 출생 신고, 조산 서비스(midwifery), 건강 방문, 정신건강 지원, 양육 및 부모 교육, 수유 상담 등 가족을 지원하는 다양한 서비스가 모이는 물리적 또는 가상공간으로 구성된다. 지방자치단체와 보건 기관이 제공하는 '포괄적 지원 서비스'에는 부채 및 주거 상담, 관계 지원, 언어 수업, 가정 폭력 극복 지원, 약물 남용 치료, 웰빙 증진 프로그램 등이 포함되어 있어 가족들이 필요로 하는 지원에 대한 정보와 조언을 한 곳에서 받을 수 있다. 제공되는 지원이 지역사회에 필요에 맞춰져야 하는 것처럼, 가족들이 도움을 받기 위해 찾는 장소 역시 그들을 중심으로 설계되어야 함은 물론이다. 특히 가족 허브는 취약한

32) 본 내용은 2025년 9월 영국 코벤트리 Pathways Family Hub을 방문하여 의논한 내용과 런던 해크니 지역의 Linden Children and Family Hub을 방문하여 의논한 내용을 바탕으로 작성하였음.

33) 슈어스타트 프로그램은 1998년에 시작되어 5세 미만 저소득층 아동을 대상으로, 사회적 지원에서 배제된 아동과 가족을 주요 표적 집단으로 삼아 아동의 부모와 가족에 대한 포괄적 지원을 제공하였음. 현재는 원래 형태에 비해 규모가 크게 축소되어 가족 허브 형태로 전환되고 있음.

지역 주민들에게 쉽게 접근할 수 있도록 지역 내 사회적·경제적으로 가장 낙후된 곳에 배치된다. 이에 더하여 접근성을 강화하기 위해 지역 커뮤니티 센터, 교회 등 다양한 장소에 ‘위성 허브’를 구축하여 서비스를 제공한다.

허브 접근 방식은 가족들이 공공, 민간 및 비영리 기관으로부터 대면 및 디지털 지원을 한 곳에서 이용할 수 있도록 설계되었다. 가족 허브는 임신 초기부터 청소년기(19세까지나 특수 교육이 필요하거나 장애가 있는 경우 그 이상)까지 모든 가족 구성원을 지원하도록 설계되었지만, 정부의 핵심 비전은 ‘생애 초기 지원’ 프로그램이 가족 허브 네트워크의 중심 구성 요소가 되어 영유아기 지원에 특별히 초점을 맞추고 있다. 가족 허브는 통합적 서비스 접근이라는 기반 위에 구축되었지만, 실질적인 서비스 이용은 보편적이라기보다는 선별적이며, 가족의 개별적인 특성과 필요에 따라 맞춤형 접근이 이루어지는 구조로 이해될 수 있다. 그럼에도 불구하고 가족 허브는 ‘개방형 접근’ 원칙에 따라 모든 부모나 보호자가 필요할 때 언제든지 자유롭게 지역 허브를 방문할 수 있도록 하는 것을 지향한다. 이는 가족 허브 이용을 마치 일반 진료소나 커뮤니티 센터 방문처럼 일상적이고 포용적인 경험이 되도록 하여 사회적 낙인(stigma) 없이 누구나 서비스를 이용할 수 있는 환경을 조성하려는 것이다.

(1) 가족 허브: 코벤트리 지역 Pathways Family Hub³⁴⁾

코벤트리 가족 허브는 지역 내 가족의 복지와 아동의 건강한 발달을 도모하기 위해 다양한 지원 서비스를 제공하고 있는데 그 주요 내용은 다음과 같다:

- ① 육아 지원 프로그램
- ② 함께 놀며 지내기(Stay and Play): 유아의 학교 준비를 지원하며, 놀이를 통해 학습을 유도
- ③ 아기와 함께하는 시간(Baby and Me): 아동의 초기 발달을 촉진하고 부모 간 사회적 연결망 형성 지원
- ④ 특수 교육적 요구를 가진 아동 및 가족을 위한 지원
- ⑤ 영유아 건강 클리닉 및 모유 수유 상담 등 건강관리 지원
- ⑥ 재정 관리, 취업 및 복직을 위한 실용적 지원

34) 2025년 9월 영국 코벤트리의 Pathways Family Hub를 방문한 내용을 바탕으로 작성하였음.

- ⑦ 가족 전체를 대상으로 하는 정서적·사회적 지원 서비스
- ⑧ 양육 역량 향상을 위한 커뮤니케이션 및 관계 형성 지원 서비스

코벤트리 가족 허브의 가장 두드러진 특징 중 하나는 산모 및 신생아 지원 체계이다. 이는 각각 세 개의 산부인과와 신생아 병동으로 구성되어 있으며, 특히 소수 민족 및 취약 지역 거주 가족을 대상으로 건강 격차 해소에 주력하고 있다. 핵심 업무로는 조산 클리닉 운영, 분만 전후 개입 패키지(Periprem Intervention Bundle) 도입, 조산율 50% 감축 추진 등이 포함된다. 또한 치료의 연속성 보장, 다양한 전문 인력 구성, 망명 신청자 및 난민을 포함한 취약 계층 가족에 대한 집중 지원 등이 강조된다. 아울러 중앙 집중화 된 서비스의 접근성 제고를 위해 ‘생애 초기 지원’ (Start for Life) 프로그램 안내자료를 제공하며 온라인 플랫폼도 운영하고 있다. 특히 모성과 신생아 지원 체계의 일환인 ‘아기와 그 이후’ (Bump Baby and Beyond) 사업에는 지역 기반의 체중 측정 클리닉을 설립하는 내용이 포함되어 있으며, 이 클리닉은 부모 및 보호자간 상호 교류의 장으로도 활용되고 있다.

[그림 III-3-2] 코벤트리 지역 가족 허브



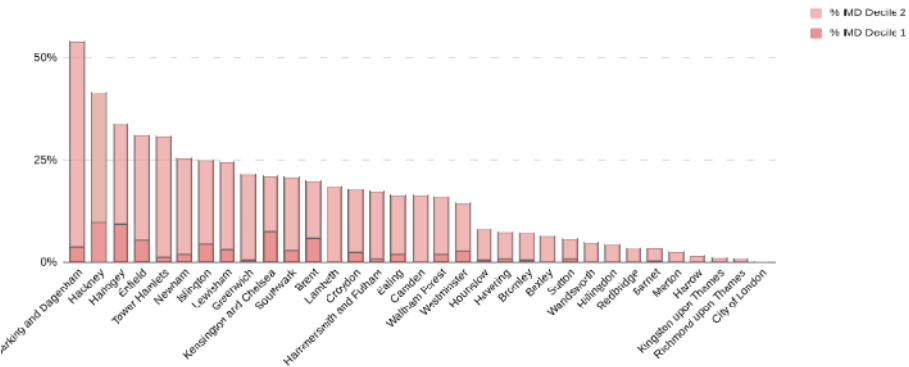


주: 1) 2025년 9월 영국 코벤트리 Pathways Family Hub를 방문하여 연구진이 촬영하였음.
2) ①(상좌) 0-24개월 영아대상으로 하는 'Bump Baby and Beyond' 프로그램에 참여한 부모와 health visitor가 이야기를 나누고 있음. ②(상우)영아의 건강상태를 확인하기 위해 방문한 부모가 health visitor와 이야기를 나누고 있음(몸무게, 키 측정 등) ③(하좌) 영유아 방문을 위한 공간이 마련되어 있음. ④(하우) 영아프로그램인 'Bump Baby and Beyond'에서 부모들간 교류가 이루어지고, health visitor와 early years practitioner가 활동을 함께 진행함.

(2) 가족 허브: 런던 Linden Children and Family Hub³⁵⁾

런던의 해크니(Hackney) 지역은 영국 전체 339개 지방자치단체 중 78번째로 다중박탈지수(Index of Multiple Deprivation: IMD)가 높게 나타나는 지역으로 이는 전국 하위 10%에 해당한다. 특히 해크니 거주민의 상당수가 IMD 하위 1 또는 2분위에 속해 있어 런던 전체 자치구 중 두 번째로 높은 비율을 보이고 있다.

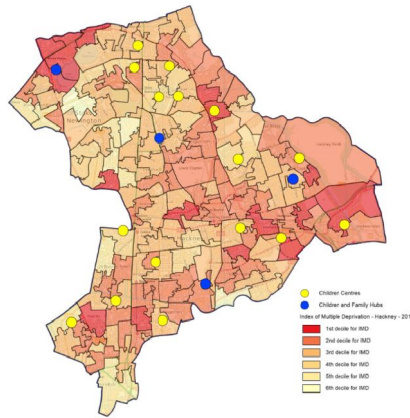
[그림 III-3-3] 런던 자치구별 IMD 1·2분위 거주 인구 비율



자료: 'Linden Children and Family Hub' Children and Family Hub Manager Tom Morris 내부자료

35) 2025년 9월 영국 런던 해크니 지역의 Linden Children and Family Hub를 방문한 내용을 바탕으로 작성하였음.

[그림 III-3-4] 해크니 지역 다중박탈지수(IMD) 순위



자료: 'Linden Children and Family Hub' Children and Family Hub 내부자료

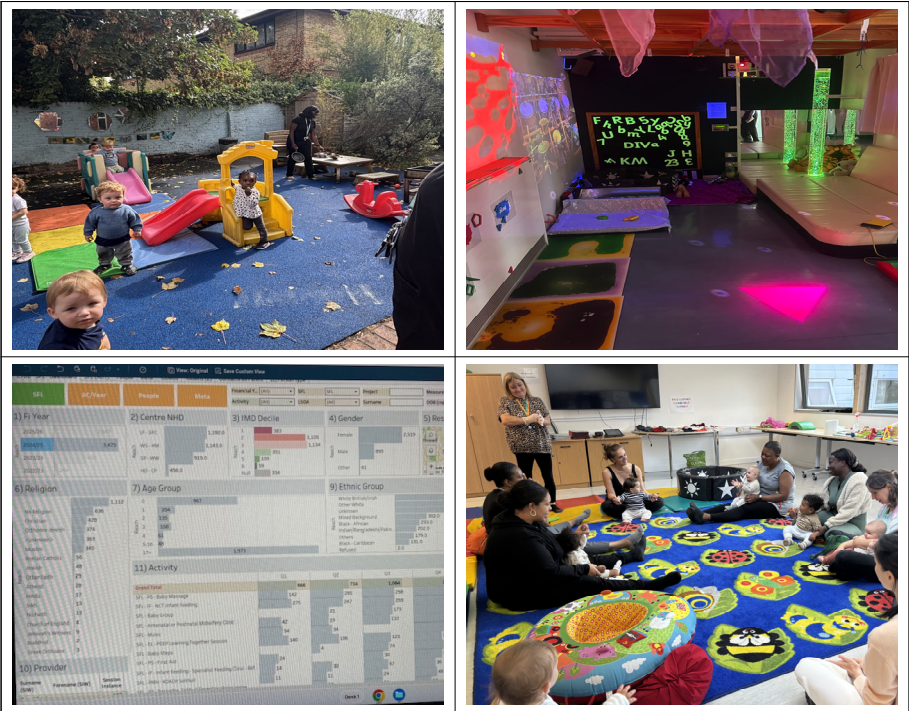
해크니 가족허브는 이와 같은 지역적 특성을 반영하여 운영되는데, 복합적인 요구를 가진 아동과 가족을 대상으로 다층적이고 통합적인 서비스를 제공한다. 세 개의 반으로 구성된 보육실 외에도 자폐 스펙트럼 장애 아동 및 감각 처리에 어려움을 겪는 아동을 위한 감각 통합실(Sensory Integration Room)을 보유하는 등 차별화된 공간 구성을 갖추고 있다. 또한 아동 및 청소년 정신건강 서비스(Child and Adolescent Mental Health Services; CAMHS)와의 긴밀한 협력을 통해 정서·행동 문제나 정신건강 문제를 조기에 식별하고 개입하는 시스템도 구축하고 있다.

이외에도 조기지원서비스(Early Help Services)는 공식적인 아동복지 기준에는 해당하지 않지만 위험 요소를 가진 가정을 선제적으로 지원하기 위한 일대일 맞춤형 가족 서비스이다. 확장된 서비스 범주에는 신생 가정을 위한 지원, 교육 체계 밖에 있는 청소년을 위한 외부 자원 연계 및 개입, 특수교육적 요구가 있는 아동을 위한 맞춤형 프로그램 운영 등이 포함된다. 또한 언어 치료 서비스, 건강한 식습관 형성 프로그램 운영, 의사소통 장애 아동에 대한 특화 지원 등 보편적 서비스와 선택적 서비스가 함께 제공되고 있다.

해크니 가족 허브는 사회적 박탈, 주거 불안정, 건강 불균형 등과 같은 사회경제적 요인과, 영유아 수유율, 언어발달 지연 등 구체적인 발달 지표를 연계하여 분석하여 단순한 서비스 제공을 넘어, 지역 기반 데이터의 체계적 분석을 통해 지역 주민의 요구를 보다 정밀하게 파악하고 대응한다. 이와 같은 데이터 분석 기반 접

근으로 지역 주민의 실질적 요구에 기반한 서비스 설계 및 자원배분이 가능해, 궁극적으로 서비스의 지속 가능성과 효과성 제고에 기여하고 있는 것으로 평가된다.

[그림 III-3-5] 해크니 지역 가족 허브



주: 1) 2025년 9월 영국 런던 해크니지역의 Linden Children and Family Hub를 방문하여 연구진이 촬영하였음.
2) ①(상좌) Family Hub의 어린이집 시설. ②(상우)감각 처리에 어려움을 겪는 아동을 위한 감각 통합실(Sensory Integration Room). ③(하좌) 방문자 정보를 기반으로 한 데이터 분석을 통해 지역 주민의 요구를 파악하고 그들에게 맞춤형 서비스를 제공할. ④(하우) 영아프로그램인 'Baby Club'에서 부모들간 교류가 이루어짐.

나) 가정 방문 서비스 (Health Visiting)

영국에서는 19세기 중반부터 빈곤 가정의 위생환경 개선 등 다양한 건강 관련 문제를 지원하기 위해 가정방문을 기반으로 한 건강관리 서비스를 시작하였다. 이러한 가정방문 서비스는 2009년 영국 보건부(Department of Health)의 건강아동프로그램(Healthy Child Programme; HCP)으로 흡수되어 임신부와 아동의 건강관리를 주요 영역으로 하여 0세부터 5세까지의 아동을 둔 가정에 제공되는 통합적 건강관리 프로그램으로 발전하였으며 임신 후반기부터 출생 후 2.5세에 이르

기까지 총 5회의 방문을 원칙으로 한다(서영민, 2018: 136).³⁶⁾

〈표 III-3-3〉 건강방문사의 가정방문 주기 및 서비스 내용

방문 주기	세부 내용
① 임신 28주차	<ul style="list-style-type: none"> · 부모-영아의 유대감 촉진: 부모가 태어날 아기의 요구를 인식하고 아기와 유대감을 형성하도록 지원 · 육아 관련 정보와 지역사회 지원 정보 제공: 복지제도, 지역 자원봉사 및 커뮤니티 서비스 등이 안내된 자료 전달
② 출산 후 2주차	<ul style="list-style-type: none"> · 영아와의 의사소통 학습과 수유 지원 · 영아 돌연사 증후군(SIDS) 교육 등 안전 교육 · 영아 성장 평가 및 필요시 아기의 건강에 대한 점검
③ 생후 1개월	<ul style="list-style-type: none"> · 부모의 정신건강 평가 · 신생아 신체검사(체중, 머리둘레 측정 등) 기록 검토 및 수면 및 수유 습관 등 발달 평가
④ 생후 12개월	<ul style="list-style-type: none"> · 아동의 신체적, 정서적, 사회적 요구 및 위험요인을 평가하고 필요시 지역 내 지원 서비스 정보 제공 · 아동의 치아 건강, 식습관, 이동 시 부상 및 사고 예방, 차량 내 안전 및 피부암 예방에 대한 인식 개선 · 부모의 애착 등 양육 관련 어려움 지원
⑤ 2-2.5세 내외	<ul style="list-style-type: none"> · 언어발달, 신체 발달, 운동기능, 사회성 등 아동의 전반적인 성장 발달 및 양육 환경의 적절성 등을 평가 · 아동의 언어발달을 지원하고 행동 관리에 대한 지침 제공 · 예방접종, 치아 관리, 사고 예방, 수면 관리, 배변 훈련 등 건강 정보와 가족을 위한 영양 및 신체활동에 대한 조언 제공

자료: Department of Health. (2015). Scope of 0-5 Public Health Services Transfer. pp.4-6

〈표 III-3-4〉 건강방문사의 지원 영역

영역	세부 내용
① 예비 부모에서 실제 부모로의 전환	임신 후반기부터 출산 직후에 이르는 시기에서 부모로서의 역할 및 정체성 확립과 적응을 지원하는 데 중점
② 부모의 정서적 안정	산후우울증과 같은 정신건강 문제를 예방하고 산모와 아이 모두의 건강을 지키는 것이 목표
③ 모유 수유	모유 수유를 언제 시작하고 얼마나 지속할지 등에 대한 전문적 조언과 지원을 통해 모유 수유와 관련된 결정을 돕는 영역
④ 아동의 성장	아동의 키와 몸무게, 영양상태, 신체 활동 등 아동의 신체 건강 및 성장 상태를 종합적으로 파악하는 영역
⑤ 질병 예방	경미한 질환의 관리 등 일상적인 건강 문제 해결을 통해 더 큰 병으로 악화되는 것을 예방
⑥ 종합적인 발달 상태 점검	장기적인 관점에서 아동이 학교생활에 대한 준비(school readiness)가 적절히 되었는지를 중심으로 아동의 신체적·정서적 건강과 안정적 성장을 확인

자료: Department of Health. (2015). Scope of 0-5 Public Health Services Transfer. pp.8-9

36) 2015년 10월 이후 HCP의 운영 주체가 지방정부로 이관되면서 해당 방문 일정은 각 지방정부의 재량에 따라 이루어지는 권고 사항으로 변경됨.

다) 가족 간호사 파트너십 (Family Nurse Partnership; FNP)³⁷⁾

가족 간호사 파트너십(FNP)은 영국내 지역별로 운영되는 맞춤형 가정방문 프로그램으로, 만 24세 이하의 첫 아이를 출산한 젊은 엄마들을 대상으로 한다. 이 프로그램은 각 개인의 강점과 필요를 반영하여 개인 맞춤형으로 설계되며, 산모의 건강한 임신 유지, 영유아의 건강과 발달 증진, 그리고 향후 학교준비도 향상 등을 통해 삶의 전반적인 기회 개선을 목표로 한다(Office for Health Improvement and Disparities, 2024).

제공되는 서비스는 산모와 가족 간호사 간의 파트너십을 기반으로 시작된다. 가족 간호사는 임신 초기부터 자녀가 1~2세가 될 때까지 정기적으로 가정을 방문하며, 산모뿐 아니라 배우자 등 보호자와 협력하여 낙인이나 편견 없이 자유롭게 질문할 수 있는 편안한 환경에서 임신과 양육의 핵심 주제에 대한 정보를 제공하고, 이들이 자신들의 양육 행동과 그 의미를 생각하고 성장할 수 있도록 지원한다. 이러한 관계 중심적 접근을 통해 젊은 부모가 자신과 아기를 위해 긍정적인 변화를 이끌어낼 수 있도록 지원하는 것이다. 가족 간호사는 현장에서 부모와 밀접하게 상호작용하므로 추가적인 보호나 지원이 필요한 시점을 파악하여 지역 시스템 내에서 적절한 서비스에 연계될 수 있도록 독려하는 한편, 아동 복지 서비스와의 긴밀한 협력을 통해 아동의 안전을 확보하는 역할을 수행한다.

건강에 영향을 미치는 광범위한 사회적 결정요인들은 미래의 건강 및 복지에 복합적인 영향을 미친다. 가족 간호사 파트너십(FNP)은 취약 아동의 발달, 학교 준비도, 초기 교육 성취도 등을 향상시키는 데 효과적인 것으로 입증되었으며, 이러한 개선은 장기적으로 더 나은 건강, 복지 및 경제적 성과로 이어질 가능성이 크다(Office for Health Improvement and Disparities, 2024).

다) 신생아 생명 구하기 케어 번들 버전 2 (Saving Babies' Lives Care Bundle Version 2)³⁸⁾

신생아 생명 구하기 케어 번들 버전 2(NHS England, 2019)는 2019년 3월 영

37) 본 내용은 2025년 9월 영국 코벤트리를 방문하여, Family Health and Lifestyle Services Locality Manager Helen Dyer와 의논한 내용을 바탕으로 작성하였음.

38) 본 내용은 2025년 9월 영국 옥스포드를 방문하여 의논한 내용을 바탕으로 작성하였음.

국 국민건강서비스(NHS England)가 개발한 돌봄 지원 패키지(care bundle)로, 산모의 건강을 개선하고, 주산기 사망률을 감소시키기 위해 과학적 근거 또는 모범 사례에 기반한 진료 영역을 선정하여 사산 및 신생아 사망을 줄이는 것을 목표로 한다. 케어 번들 버전 2는 버전 1의 평가 결과를 반영해 업데이트된 것으로, 버전 1이 사산을 감소에 일부 효과를 보였으나 초음파 검사, 조기 분만 유도(37-39주), 제왕절개술 등의 의료 중재가 증가한 점이 지적되었다. 이는 위험에 처한 태아를 식별하는 과정에서, 태아 성장 제한과 관련된 사산 위험이 상대적으로 낮은 여성들까지 임신 중 개입이 확대된 결과이다. 특히 조기 분만 유도율의 증가는 신생아실 입원 위험과 장기적 부작용(예: 특수 교육 필요성) 가능성을 높였다. 이에 케어 번들 버전2는 이러한 문제점을 보완하기 위해 ‘조기 분만 예방’이라는 다섯 번째 요소를 추가하였으며, 이를 포함한 5가지 핵심 요소들은 아래와 같다(NHS England, 2019; Morton & Morris, 2020).

첫 번째 요소는 모든 임신부에게 임신 초기 등록 시점과 36주에 일산화탄소(CO) 검사를 실시하여 흡연 노출 여부를 평가하고, CO 수치가 4ppm 이상인 여성은 선택적 참여 방식(opt-out basis)으로 금연 서비스에 의뢰하여 금연 지원을 받도록 권장한다(NHS England, 2019: 23).

두 번째 요소는 태아 성장에 초점을 맞추어, 위험군에 대한 위험 평가와 예방 전략 및 태아 감시 방법을 제시한다. 첫 번째 요소에서 언급한 금연 독려 이외에도 임신 중 고혈압 발생을 예방하기 위해 저용량 아스피린을 처방하는 것이 대표적으로 알려진 효과적인 방법 중 하나이다(NHS England, 2019: 26).

세 번째 요소는 임신 말기 태동 감소에 관한 지침을 제공한다. 출산 임박 시기(임신 38주 6일 이후)에 재발성 태동 감소(Reduced Fetal Movements)를 보이는 산모에게는 유도분만이 권고되지만, 이 시점에 처음으로 태동 감소로 의료기관을 방문한 경우에는 추가적인 위험요인에 대한 평가를 통해 유도분만 시행 여부를 개별적으로 논의하게 된다(NHS England, 2019: 31).

네 번째 요소는 분만 중 효과적인 태아 모니터링을 위한 지침과 기준을 제공하여 예방 가능한 태아 합병증 및 분만 중 사산 발생을 감소시키는 것을 목표로 한다. 이를 위해 의료진의 교육 이수 현황과 분만 중 심전도 모니터링 실패 사례를 정기적으로 점검한다(NHS England, 2019: 34).

마지막 다섯 번째 요소는 조기 분만 예방을 위한 체계적 접근으로 모든 산모가 초기 진료 예약 시 조기 분만 위험요인에 대한 평가를 받고, 위험도에 따라 저위험군, 중간위험군, 고위험군 등으로 분류된다(NHS England, 2019: 38). 중간 및 고위험군 여성은 자궁경부 길이 측정, 금연 지원, 자궁경부 봉합술 등의 중재가 포함된 예측 기반 경로에 따라 관리된다. 조산 위험이 매우 높다고 판단되면 스테로이드와 신경 보호용 황산마그네슘 투여, 그리고 신생아 집중치료가 가능한 분만 기관으로의 연계를 통해 신생아 건강을 최적화한다.

라) 마뭇 플레이스

마뭇 플레이스(Marmot Places)는 마뭇 원칙(Marmot Principles)에 기반한 장기적이고 체계적인 전략을 통해 교육, 고용, 주거 등 사회적 건강 결정요인을 개선함으로써 건강 불평등을 완화하고자 하는 지역사회이다(Institute of Health Equity, 2025). 이들 지역은 런던대학교(University College London; UCL) 건강형평성연구소(Institute of Health Equity; IHE)에 의해 지원되며, 잉글랜드, 웨일즈, 스코틀랜드 전역에 걸쳐 건강형평성 증진을 위해 노력하고 있다(Institute of Health Equity, 2025).

마뭇 플레이스는 건강형평성 개선을 위한 다양한 개입과 정책을 개발·추진하며, 지역 시스템 내에 건강형평성 접근법을 내재화하는데 중점을 두고 있다. 이를 위해 장기적이고 체계적인 시스템적 접근 방식을 취하며, 건강형평성 시스템 강화, 리더십 및 파트너십 구축, 그리고 투자 및 자원 배분에 관한 권고안을 제시한다. 주요 협력 기관으로는 지방자치단체, 의료 및 기타 공공서비스, 기업 및 경제 부문, 비영리단체, 지역사회 등이 포함된다.

각 지역은 단기·중기·장기적으로 건강형평성 개선을 위해 다음과 같은 전략을 추진한다(Institute of Health Equity, 2025).

- ① 건강형평성 개선을 위한 접근법, 개입 및 정책을 개발하고 실행한다.
- ② 건강형평성 시스템을 강화한다.
- ③ 지역사회의 건강 악화 요인을 파악하고 이를 줄이기 위한 서비스 설계 및 이행을 지원한다.
- ④ 건강형평성 촉진 활동을 확대하고, 다른 마뭇 플레이스(Marmot Places)와 협력하여 지식을 공유하며, 지역 및 전국 차원의 파트너들과 함께 모범 사례를 확산한다.

건강형평성연구소(UCL-IHE)는 건강불평등 감소를 위해 검증된 방법에 기반한 모범 사례를 지역 간에 공유할 수 있도록 ‘건강형평성 네트워크(Health Equity Network)’를 설립하였으며, 현재까지 50개 이상의 지방자치단체와 협력하고 있다.

UCL-IHE가 지역사회와 협력하여 건강불평등 해소를 위해 다음과 같은 방안을 추진한다.

- ① 지역 내 건강불평등 수준과 사회적건강 결정요인을 평가하고, 지역 특성을 파악하며, 현재 시행 중인 서비스들을 검토한다.
- ② 각 지역이 건강불평등 감소를 위해 더욱 집중해야 할 분야와 기존 조치의 한계를 확인한다.
- ③ 재정 및 자원 여건이 제한적인 상황에서도 지역 내 다양한 파트너들이 효과적으로 협력하여 더 큰 영향력을 발휘하고 필요한 변화를 이끌어낼 수 있는 방안을 모색한다.
- ④ 각 지역의 건강형평성 체계를 강화한다.
- ⑤ 건강불평등 및 사회적건강 결정요인 불평등 해소를 위한 새로운 접근법과 개입 방안을 시행한다.

1) 마못 플레이스: 코벤트리(Coventry)³⁹⁾

[그림 III-3-6] 코벤트리시의 마못 운영위원회



자료: 'The Korea Institute of Child Care and Education(KICCE) Visit to Coventry' Public Health Team Programme 내부자료

코벤트리 시는 마이클 마못 교수와 런던대학교 건강형평성연구소(UCL-IHE)의 지원을 받아, 시의회, 국민보건서비스(NHS), 경찰, 소방서, 비영리단체(Voluntary, Community, and Social Enterprise; VCSE) 등 다양한 파트너와 함께 '마못 운

39) 본 내용은 2025년 9월 영국 코벤트리를 방문하여, Family Health and Lifestyle Services팀이 발표한 내부자료를 바탕으로 작성하였음.

영위원회(Marmot Steering Group)'를 구성하고, 마뭇 원칙을 시 정책에 반영하기 위한 프레임워크를 마련하였다. 이 사업은 당초 3년간(2013-2016) 운영될 예정이었으나, 파트너 기관들과의 협의를 통해 2019년까지 연장되어 추가로 진행되었다. 이후 2019년 마뭇 교수와 UCL-IHE 연구진들이 참석한 회의에서, 코벤트리시가 마뭇 플레이스로서 역할을 지속하기로 합의되었고, 마뭇 운영위원회가 해당 활동을 계속 추진하고 이끌어 나가기로 결정되었다.

코벤트리시는 마뭇 플레이스로서 영유아 및 그 가족의 건강 형평성 증진을 위해 다음과 같은 7가지 통합 서비스를 포함한 가족건강 및 생활양식 서비스(Family Health and Lifestyles Service; FHLS)를 제공하고 있다.

〈표 III-3-5〉 코벤트리의 가족 및 아동 대상 건강증진 사업

사업명	세부 내용
① 건강 방문 서비스(0-5세)	일반 가정을 위한 기본 방문 서비스와, 특히 마명 신청자 및 난민 가정을 위한 '취약 가정팀(Vulnerable Families Team; VFT)'의 맞춤형 서비스로 구성
② 학교 간호 서비스(5-19세)	5-19세 아동·청소년 대상 건강 및 복지 평가, 상담 등 제공
③ 영유아 수유 지원	모유 수유 장려 및 수유 관련 전문 상담 제공
④ 임신 중 금연 지원	임산부를 위한 금연 상담 및 개입 서비스 제공
⑤ 건강한 생활 습관 지원	검증된 방법에 기반한 맞춤형 전략을 통해 청소년, 가족 및 지역사회가 지속 가능한 건강한 생활 방식을 갖도록 지원
⑥ 가족 간호사 파트너십	만 24세 이하의 첫 아이를 임신한 젊은 엄마를 위한 집중 가정 방문 프로그램
⑦ 이민 가족 대상 지원 프로그램	출산 전후의 이민자 가정을 대상으로 양육 교육, 커뮤니티 연계, 통역 서비스 등 제공

자료: Family Health and Lifestyle Services팀이 발표한 내부자료 내용 연구진이 정리함.

2) 마뭇 플레이스: 체셔(Cheshire)와 머지사이드(Merseyside)⁴⁰⁾

2021년 체셔 및 머지사이드 보건의로 파트너십(Health and Care Partnership; HCP)의 인구보건위원회는 건강불평등 감소 및 코로나19 이후 공정성 회복을 위한 사회적 건강 결정요인 대응 사업을 지원하기 위해 건강형평성연구소(UCL-IHE)에 연구 및 전략개발을 의뢰하였다.

이들 지역에서는 이미 5세 때부터 무료 급식대상 여부에 따라 극심한 격차가 관

40) 본 내용은 2025년 9월 체스터를 방문하여 NHS Cheshire and Merseyside와 면담과 Sefton's Child Poverty Strategy팀이 발표한 내부자료를 바탕으로 작성하였음.

찰되었다. 빈곤을 기준으로 한 무료 급식대상 아동의 경우 유치원 졸업 시점의 학교적응 준비도가 현저히 낮았으며, 이러한 격차는 초등 및 중등학교를 거치는 동안 더욱 심화되었다. 특히, 코로나19로 인한 학업 손실과 발달 지연은 사회경제적 취약계층인 무료 급식대상 학생들에게 더 큰 영향을 미친 것으로 나타났다. 체셔와 머지사이드 지역은 이러한 상황에 대응하기 위해 지역 유아교육 기관, 학교, 고용주, 청소년 서비스, 그리고 각 가정과 긴밀히 협력하여 아동의 발달과 성장을 지원하기 위해 노력하고 있다. 그러나 최근 예산 삭감은 거의 모든 분야에 악영향을 미치고 있고, 특히 아동 빈곤의 증가는 아동의 전반적인 건강 발달과 교육성과에 부정적인 영향을 초래하고 있다.

이에 따라 체셔와 머지사이드는 마뭇 플레이스로서의 원칙에 따라 아동 및 가족의 빈곤 문제에 집중하기로 결정하였고, 이러한 전략의 일환으로 다음과 같은 아동 대상 건강증진 사업을 추진하고 있다.

〈표 III-3-6〉 체셔와 머지사이드 아동 대상 건강증진 사업

사업명	세부 내용
① 더 공정한 미래 대사 프로그램 (Fairer Future Ambassadors Programme)	지역 초등학교 및 중학교 학생(9-13세)을 대상으로 이들이 자신의 우선순위와 장래희망을 표현하고, 자신과 지역사회에 중요한 사안에 대해 의견을 제시할 수 있도록 역량 강화
② 생활비 대응 (Cost of Living Response)	저소득 가정의 소득 증대 및 복지 서비스 접근성 개선, 푸드뱅크 및 사회적 슈퍼마켓 운영을 통한 식량 불안정 해소, 에너지 비용 지원을 통한 연료 빈곤 문제 대응, 정신건강 지원 서비스 제공 및 디지털 소외 해소
③ 세프턴 아동 빈곤 프로그램 (Sefton Child Poverty Programme)	무료 학교 급식 지원 확대, 보호 경험 청소년(보호종료 아동 등) 대상 기술 교육 및 취업 지원, 아동 호흡기 건강 향상을 위한 다기관 협력, 맞춤형 부모 및 청소년 대상 예산 관리 교육
④ 학교 빈곤 방어 대책 (Poverty Proofing Education)	경제적 이유로 인한 교육 참여 장벽 제거(예: 교복비, 현장 학습비 등 직접 비용 부담 완화), 방과 후 활동 및 심화학습 기회의 공정한 접근 보장

자료: All Together Fairer in Cheshire and Merseyside: Working together to improve health and wellbeing in Cheshire and Merseyside (체셔와 머지사이드 내부자료)

나. 스웨덴

1) 건강형평성 정책 방향

스웨덴은 1997년 국가공중보건위원회(National Public Health Committee)를 설립하여 건강형평성을 중심에 둔 공중보건 정책 수립을 추진하였고, 2000년

‘형평성 관점에서의 건강-국가공중보건목표(Health on Equal Terms-National Public Health Objectives)’라는 보고서를 통해 건강 결정요인과 보건 인프라 확보에 중점을 둔 정책 목표를 제시하였다(National Public Health Committee, 2000). 스웨덴 보건복지부는 이 보고서를 바탕으로 법안을 상정하였고, 여기에는 11개 분야의 공중보건 목표가 포함되어 있다. 이 법안의 핵심 목적은 ‘전체 인구집단에 동등하게 좋은 건강 상태를 보장하기 위한 사회적 조건을 조성하는 것’에 있으며, 각 정책 영역에 대한 모니터링 지표도 함께 제시되었다(윤태호, 2013: 198). 스웨덴의 공중보건 모니터링 지표는 건강과 밀접한 관련이 있으면서도 정책적 개입을 통해 개선 가능하고 행정적 비용이 과도하지 않은 요소들을 기준으로 선정되었다. 또한, 가족 형태, 연령, 성별, 민족, 지역사회 수준의 사회경제적 집단 등으로 층화(stratification)가 가능해야 한다는 기준도 적용되었다(신영전 외, 2009). 제시된 11개의 정책 영역 및 대표적인 지표들은 다음과 같다.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 사회적 참여 및 영향력: 총선 투표율, 성 평등 지표 등 ② 사회적·경제적 보장: 지니계수, 아동 빈곤율 등 ③ 아동 및 청소년에게 우호적인 환경 조성: 아동-부모 관계, 학력 수준 등 ④ 건강한 근로 생활: 자가 평가 건강상태, 직무 스트레스 지표 등 ⑤ 건강하고 안전한 환경: 대기오염 수준, 상해 발생률 등 ⑥ 건강을 촉진하는 보건의료 서비스 접근성 ⑦ 감염성 질환에 대한 효과적 대응: 법정 감염병 발생률, 예방접종률, 항생제 내성률 등 ⑧ 안전한 성생활 및 향상된 생식보건: 10대 임신율 및 임신중절률, 클라미디아(Chlamydia) 감염률 등 ⑨ 신체활동의 증가: 일일 30분 이상 신체활동률, 걷기 및 자전거 이용률 등 ⑩ 건강한 식습관 및 식품 안전: 체질량지수(BMI), 과일·채소 섭취율, 모유수유율 등 ⑪ 유해물질 사용 감소 및 중독 예방: 흡연율, 알코올 소비량, 항정신성 약물 사용률, 도박률 등 |
|---|

스웨덴의 건강형평성 정책은 특정 정당의 이념을 초월한 범정치적 합의에 기반하여 추진되었다. 연방의회를 구성하는 모든 정당의 대표자들이 참여한 가운데 기본 계획이 수립되었으며, 2015년에는 건강불평등의 해소를 위한 정책 제안을 목적으로 국가 건강형평성 위원회(National Commission for Equity in Health, 2015-2017)가 설립되었다. 2017년 6월 위원회의 권고안이 발표되었고, 이를 바탕으로 2018년 4월, 스웨덴 정부는 ‘건강형평성 - 진보된 공중보건 정책(Good and Equitable Health - an Advanced Public Health Policy)’이라는 제목의 법안(Public Health Agency of Sweden, 2021)을 의회에 제출하였다. 이 법안에는 아래와 같은 핵심 원칙들이 강조되어 있다.

- ① 건강불평등은 사회적 문제이며 지속 가능한 발전을 저해하는 요인이다.
- ② 공중보건은 모든 정책 부문 및 수준에서 공동으로 책임져야 할 과제로, 공공 및 민간 부문, 시민 사회와 개인의 적극적인 참여와 노력이 요구된다.
- ③ 모든 정책은 건강 영향을 고려해야 하며, 이 같은 관점은 정부와 지역사회의 모든 활동에 적용되어야 한다.
- ④ 국가 수준의 정책 조정과 협력을 통해 지역 및 지방 수준의 공중보건 실천을 촉진하여야 한다.

이 밖에도 법안은 사회적 건강 결정요인에 대한 모니터링 체계 구축의 필요성과 인구집단 간 건강 격차에 대해 보다 정밀한 평가와 정책적 대응의 중요성 등을 강조하였다.

2) 건강형평성 정책 설계

스웨덴의 경우 건강형평성 정책을 실행하고 체계적으로 모니터링하기 위한 프레임워크는 국가 건강형평성 위원회의 권고와 더불어, 국가 공중보건 목표 및 공중보건 정책의 8개 목표 영역에 기반하고 있다(Public Health Agency of Sweden, 2021). 이 프레임워크는 공중보건 정책이 지향하는 목표를 명확히 정의하고, 각 목표에 부합하는 모니터링 지표를 식별하며, 공중보건과 관련된 국가 차원의 타 정책 목표 및 정부 기관 간의 연계성을 강조하는 것을 주요 내용으로 한다(Public Health Agency of Sweden, 2021: 8). 각 목표는 건강에 영향을 미치는 주요 사회적 결정요인을 중심으로 구성되어 있으며, 특히 생애주기(life course) 관점과 형평성(equity)의 중요성을 강조한다. 스웨덴의 국가 공중보건 정책은 건강형평성의 달성을 궁극적 목표로 설정하고, 이를 위해 사회의 모든 수준에서 장기적이고 목표 지향적이며 부문 간 협력이 필수적이라는 점을 명확히 하고 있다(Lundberg, 2018: 19-20). 스웨덴의 공중보건 목표 8개 영역은 다음과 같다.

- ① 생애 초기 조건
- ② 지식, 기술 및 교육/훈련
- ③ 근무 조건 및 환경
- ④ 소득 및 경제적 자원
- ⑤ 주거 및 이웃 환경
- ⑥ 건강 행동
- ⑦ 통제력, 영향력 및 사회적 참여
- ⑧ 공정하고 건강을 지원하는 보건 및 의료서비스

스웨덴의 건강형평성 프레임워크는 지표 기반 모니터링(monitring), 조정(coordination), 심층 분석(in-depth analysis), 그리고 지식확산(dissemination of knowledge)의 네 가지 구성요소로 이루어져 상호 연계되어 운영되고 있다. 첫째, 모니터링 부문에서는 스웨덴 공중보건청(Public Health Agency of Sweden)이 건강 상태와 사회적 건강 결정요인을 평가하기 위한 핵심 지표들을 선정하여 공중보건 정책 목표 달성의 진척 상황을 추적하고, 추가 연구 및 정책 개입이 필요한 영역을 식별한다. 특히, 건강불평등 모니터링을 위해 핵심 지표 세트를 적용하며, 사회적 건강 결정요인과 전체 인구의 건강 상태를 생애주기 관점에서 포괄적으로 평가하기 위해 보다 확장된 지표 세트를 병행하여 사용하기도 한다. 공중보건청은 연례 보고서, 모든 지표가 포함된 온라인 데이터베이스, 각 핵심 지표별 상세 보고서, 지방자치단체 맞춤형 자동화 보고서 및 사용자 친화적 지원 자료 등을 통해 모니터링 결과를 체계적으로 공개하고 있다.

둘째, 조정 부문에서는 각 부문 간 협력이 공중보건 정책의 핵심이라는 점을 인식하고, 업무 수행에 있어 정부 기관, 카운티 의회, 지방자치단체 및 기타 이해관계자들이 서로 정보와 지식을 교환하고 건강형평성 증진에 대한 책임을 분담하여야 한다는 것을 강조한다(Fredriksson et al., 2014: 2). 정부 기관은 추가적인 연구와 정책적 조치가 필요한 영역을 식별하기 위해 상호 협력을 강화해야 하며, 기관 간의 전략적 대화를 통해 다양한 공중보건 업무의 필요성과 우선순위를 판단하게 된다. 소통 채널을 확대하기 위해 현재 특정 이슈별로 이루어지는 다양한 포럼들을 지역 및 지방 이해관계자를 포함하는 포럼으로 통합하고 모든 관련 이해관계자 간의 경험과 정보를 교환하여 공중보건의 목표를 구성할 것을 제안하고 있다(Lundberg, 2018: 20).

셋째, 심층 분석 부문은 공중보건에 영향을 미치는 요인과 당면한 도전 과제를 이해하고 이들이 세부적으로 건강불평등에 어떻게 영향을 미치는지를 분석하는 영역이다. 지표를 기반으로 한 모니터링 결과와 다양한 이해관계자와의 협의를 통해 심층 분석이 필요한 영역을 식별한 후, 정부 기관 간 협업을 통해 건강형평성 증진을 위한 해결책을 찾는 노력을 기울이게 된다(Ostlin & Diderichsen, 2001: 20-21).

마지막으로, 지식확산 부문은 공중보건 전략의 효과를 증대시키기 위해 정부 기

관 간 공동 작업을 통해 적절하고 일관성 있는 방식으로 지식과 정보를 최종 사용자에게 전달하는 것을 다루고 있다. 스웨덴 공중보건청은 디지털 매체(소셜 미디어, 웹사이트 등), 회의, 네트워크를 활용하여 지식과 정보를 적극적으로 확산시키고 있다(Tagliacozzo et al., 2021: 943).

3) 건강형평성 제고를 위한 영유아 건강증진 정책

가) 아동 건강관리 서비스(Child Health Services, CHS)

스웨덴 의료체계에서 아동 건강관리 서비스(Child Health Services; CHS)는 일반적으로 다른 의료 서비스와 구분되어 운영된다. 스웨덴의 보편적 CHS 프로그램은 스웨덴 전역에서 0세부터 6세까지 아동에게 무료로 제공되는 의료체제로 약 99% 이상의 아동이 정기적으로 CHS 클리닉을 방문하는 등 높은 참여율을 보인다(Wennergren, 2025). CHS 프로그램은 출생 직후 간호사가 가정을 방문하는 것으로 시작되며, 이 중 일부는 소아과 의사도 함께 참여한다. 이 프로그램은 모든 아동에게 공통으로 적용되는 건강증진 및 예방 서비스 이외에도, 아동과 가족의 개별적 요구에 따라 이루어지는 맞춤형 조치와 이에 필요한 자원을 포함하고 있다(Mangrio et al., 2021: 2). CHS의 목표는 아동의 신체적, 정신적, 사회적 건강증진과 발달 촉진, 질병 예방 및 문제 조기 발견에 있으며, 이를 위해 가정방문 시 건강 안내, 검진, 예방접종, 부모지원 등을 제공한다.

한편, 아동 건강 서비스 등록부(Svenska Barnhälsovårdsregistret; BHVQ)는 영유아 건강 상태를 모니터링할 수 있는 지표들을 포함하고 있어 CHS의 서비스 품질을 평가하고 개선하는 데 활용된다(Wennergren et al., 2023: 2). 대부분의 BHVQ 측정 항목은 아동의 장기적인 건강 관련 지표 및 결정요인들로 구성되며 이는 CHS 프로그램의 장단기 성과를 평가할 수 있는 근거를 제공한다. 스웨덴의 지식 기반 관리시스템에서는 BHVQ 데이터를 활용하여 CHS 프로그램을 체계적으로 모니터링하고, 필요에 따라 CHS 및 BHVQ에서 지표를 추가하거나 제거할 것을 제안함으로써 서비스의 지속적 개선을 도모한다(Wennergren et al., 2023: 6).

나) 보편적 아동수당 및 부모휴가제

스웨덴의 아동수당 및 부모휴가 제도는 가족의 경제적 부담을 완화하고 건강한 양육환경 조성을 지원하는 다양한 정책적 수단 중 중요한 일부이다. 아동수당 제도는 모든 부모에게 동등하게 적용되며, 특히 저소득 및 무소득층 부모에게 최소한의 기본 급여를 보장함으로써 건강형평성 향상에 기여한다(최윤경 외, 2015: 3-4). 부모휴가 제도는 부모가 자녀의 초기 발달에 충분한 시간을 투자할 수 있도록 보장하여 영유아의 건강과 복지 증진에 긍정적인 영향을 미치며, 나아가 사회 전체의 건강증진에도 중요한 역할을 한다(Andres et al., 2016: 1179).

스웨덴에서는 출산 시 출산급여, 출산휴가, 아동수당 및 아동양육수당 등이 지급된다. 아동수당은 출생 다음 달부터 만 16세까지 매월 지급되며, 다자녀 가구의 경우 자녀 수에 따라 추가 수당이 지원된다(박은정 외, 2024: 177). 출산휴가는 자녀 1인당 총 480일이 주어지는데, 이 기간은 자녀가 초등학교 5학년을 마치거나 만 12세가 될 때까지 유연하게 사용할 수 있다. 최대 연 3회까지 휴가를 나누어 사용하는 것도 가능하며, 최대 30일간은 부모가 동시에 휴가를 사용할 수 있다. 또한, 필요에 따라 출산 전에도 일부 기간을 사용하는 것을 허용한다.

스웨덴의 아동수당 및 부모휴가 제도가 현재와 같은 보편적 형태로 발전하는 과정에서 일하는 부모와 일하지 않는 부모 간 형평성 문제, 고소득자에 대한 급여 지급 필요성 등 다양한 논란이 존재하였다. 그럼에도 불구하고 이 제도가 보편적 형태로 정착한 배경에는 국가가 다음 세대를 양육하는 데 필요한 돌봄 비용을 부모와 함께 분담해야 한다는 사회적 합의가 자리잡고 있다(박은정 외, 2024: 172). 이러한 합의를 바탕으로 스웨덴 정부는 보편적 소득 보장을 위해 임금근로자뿐 아니라 구직자, 학생, 자영업자, 기업 대표자 등 다양한 계층도 부모휴가를 활용할 수 있도록 자격 요건을 세분화하였고, 조세 기반 재원을 통해 저소득 및 무소득 부모에게도 최소한의 기본 급여를 보장하는 제도적 장치를 마련하였다.

결론적으로, 스웨덴은 공중보건청 주도로 건강형평성을 모니터링하고 공중보건 정책을 수립하며, 정책의 실행은 지방정부를 포함한 다양한 이해관계자와의 협력으로 효과성을 극대화한다. 아동 건강증진을 위해 보편적 관리체계와 데이터 기반 품질 관리 시스템(BHVQ)이 운영되어, 사회적 합의를 통해 아동수당과 부모휴가 제도를 도입하는 등 양육환경 개선을 촉진하는 제도적 장치가 마련되어 있다.

다. 호주

1) 국가수준 건강형평성 정책 방향

호주의 건강증진정책은 국민건강을 위해 연방정부, 주정부 차원에서 신체 및 정신건강증진, 질병예방 및 건강 친화적 환경 조성 등 예방건강 정책 중심의 정책을 추진하고 있다. 또한, 연방정부 차원에서 국가 차원 장기예방 전략인 국가 예방 건강 전략(National Preventive Health Strategy) 2021-2030을 세우고, 예방 건강정책을 국가차원에서 진행 중이다(한국건강증진개발원, 2024: 2).

가) 호주의 연방정부 건강증진정책

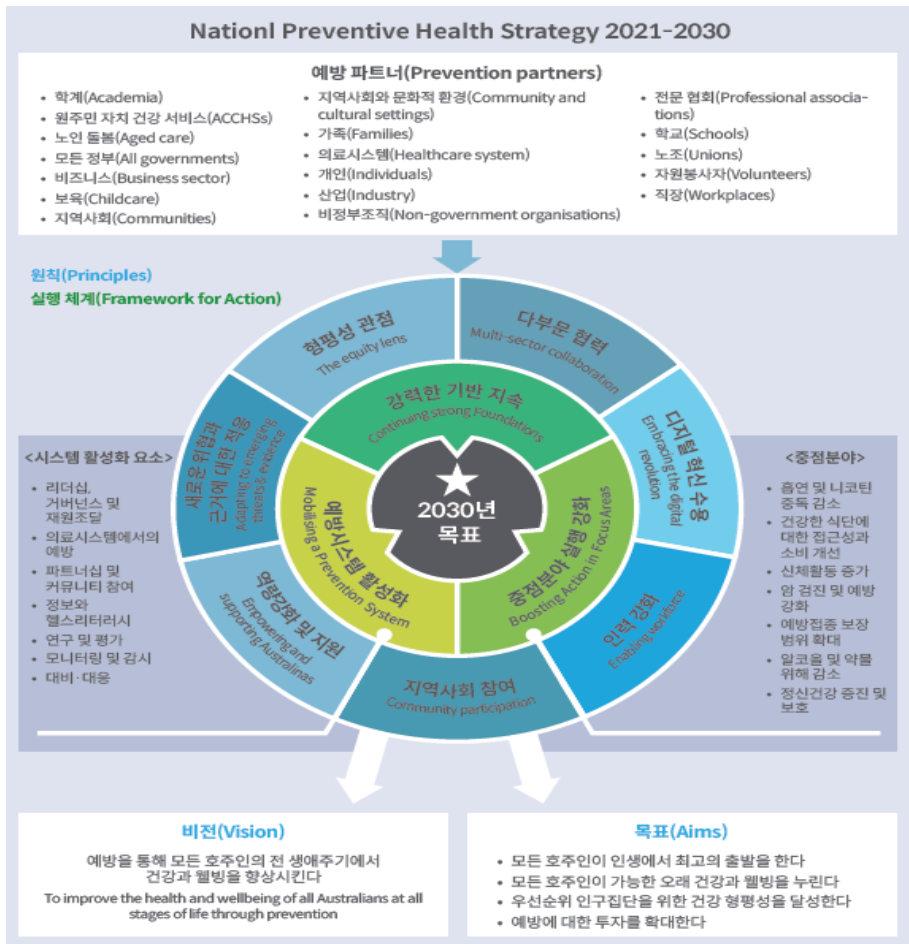
호주는 연방정부 차원에서 호주의 국가적 예방 건강전략(2021-2023)에서 ‘예방을 통해 모든 호주인의 전 생애주기에서 건강과 웰빙을 향상시킨다’는 비전아래, 광범위하게 건강의 결정요인을 다루면서, 건강불평등을 줄이고, 질병 부담을 줄이는 체계적인 예방시스템을 제공하고 있다(한국건강증진개발원, 2024: 3).

〈표 III-3-7〉 호주 국가 예방적 건강전략 2021-2030 총괄 목표와 성과 목표

총괄목표		성과목표
1	모든 호주인이 인생에서 최고의 출발을 한다.	<ul style="list-style-type: none"> - 25세까지 완전한 건강을 누리는 인구 비율을 2030년까지 2% 이상 증가시킨다. - 건강한 체중으로 출생하는 원주민과 토레스 해협 제도 아기의 비율을 2031년까지 91% 이상으로 증가시킨다. - 4세까지 완전한 건강을 누리는 인구 비율을 2030년까지 3.5% 이상 증가시킨다.
2	모든 호주인이 가능한 오래 건강과 웰빙을 누린다.	<ul style="list-style-type: none"> - 호주인들의 건강수명을 2030년까지 2년 이상 연장한다.
3	우선순위 인구집단을 위한 건강 형평성을 달성한다.	<ul style="list-style-type: none"> - SEIFA* 최하위 2분위 인구집단의 건강수명을 2030년까지 3년 이상 연장한다. - 지방 및 외딴 지역에 사는 사람들의 건강수명을 2030년까지 3년 이상 연장한다. - 원주민과 토레스 해협 제도 주민들의 건강수명을 2030년까지 3년 이상 연장한다.
4	예방에 대한 투자를 확대한다.	<ul style="list-style-type: none"> - 예방 건강에 대한 투자를 2030년까지 연방정부(Commonwealth), 주(State) 및 준주(Territory) 정부 총 의료 지출의 5%까지 증가시킨다.

자료: 한국건강증진개발원(2024). 호주 건강증진 정책. HP2030 팩트시트 44호. p.4

[그림 III-3-7] 호주의 국가적 예방 건강전략 (2021-2023)



주: Socio-Economic Indexes for Areas(SEIFA): 호주의 사회경제지수.

자료: National Preventive Health Strategy 2021-2030(Australian Government Department of Health, 2021). 한국건강증진개발원(2024). 호주 건강증진 정책. HP2030 팩트시트 44호.. p.3 에서 재인용.

나) 호주의 주정부 건강증진정책

호주에서는 연방정부뿐 아니라, 각 주별 주정부 건강증진 정책을 정하고 있다. 뉴사우스웨일즈주 보건부(NSW Ministry of Health)는 지속가능한 보건시스템을 구축하기 위한 미래건강(Future Health, 2022-2032)을 위해 향후 10년 동안 추진해야 할 ‘환자와 보호자에게 긍정적인 경험제공’, ‘모든 환경에서 안전한 서비스 제공’, ‘건강과 웰빙’, ‘인력의 적극적 참여와 지원’, ‘연구와 혁신, 디지털 발전’의

6가지 장기적 전략적 성과를 제시하였고 그 중 ‘건강과 웰빙’에는 영유아기를 포함한 건강증진방안, 건강불평등 해소를 위한 실행계획을 제시하고 있다. 그 중 임신 기부터 5세까지의 건강의 중요성과 예방적 건강 및 조기발견에 대한 투자를 강조 하였고, 계층간 건강 격차, 정신건강의 중요성, 그리고 지역사회에서 건강에 영향을 미치는 사회적 결정요인에 대한 고려의 필요성을 제시하고 있다.

빅토리아주는 1987년 담배법에 근거하여 세계 최초 건강증진재단 ‘VicHealth’를 설립하고, 금연캠페인을 비롯한 다양한 건강증진 캠페인과 연구 및 시스템 및 환경 개선을 통한 건강증진에 힘쓰고 있다. 10년의 건강증진을 제시하는 Vic Health 전략(2023-2033)에서는 개인의 행동과 건강 결정요인을 넘어 1) 개인의 행동과 지역 및 건축시스템, 2) 상업 및 경제시스템, 3) 식품시스템의 시스템 개편을 통해 건강에 대한 장애물을 줄이고, 형평성을 높일 수 있는 목표를 달성하고자 한다.

서호주의 경우 공중보건과 예방에 중점을 둔 ‘지속가능한 건강’을 추진하고 있고, 주정부 산하기관인 ‘Healthyway’는 1990년 설립된 건강증진재단으로 아동, 청소년의 건강한 삶을 위한 다양한 건강증진사업과 연구들을 진행하고 있다. 우선 건강분야는 건강한 식생활, 활동적인 생활, 정신적 웰빙 등이다⁴¹⁾.

〈표 III-3-8〉 호주 각주별 건강전략 2021-2023 총괄목표와 성과 목표

전략적 성과		주요 목표
뉴사우스 웨일즈주 (NSW) ¹⁾	건강과 웰빙 (People are healthy and well)	<ul style="list-style-type: none"> - 팬데믹 및 기타 인구 건강에 대한 위협에 대해 예방, 대응 및 회복한다. - <u>임신부터 5세까지 인생에서 최고의 출발을 한다.</u> - 자살이 사회에 미치는 영향을 인식하고 자살제로를 향해 나아간다. - 건강한 노화를 지원하여 가정에서 건강하고 독립적으로 더 오래 살 수 있도록 한다. - 원주민을 위한 치료 및 프로그램의 우선순위를 정하여 <u>건강 격차를 해소한다.</u> - <u>전체 지역사회의 정신건강과 웰빙을 지원한다.</u> - <u>지역사회에서 건강 악화의 사회적 결정요인 해결을 위해 협력한다.</u> - <u>건강(wellness), 예방, 조기 발견에 투자한다.</u>
빅토리아 주(VIC) ²⁾	더 건강하고 공정한 빅토리아를 위해 함께하는 시스템 개편	<ul style="list-style-type: none"> - 시스템 개편: 지역 및 건축시스템, 상업 및 경제시스템, 식품 시스템 - 전략적 관점: 건강과 기후, 지역사회 중심, 세대 간 웰빙

41) Healthyway 홈페이지 Strategic Plan 2024-2029: Creating a healthier Western Australia together (<https://www.healthyway.wa.gov.au/> 인출일: 2025. 5. 26.)

전략적 성과		주요 목표	
서호주 (WA) ³⁾	'지속가능한 건강 검토 (Sustainable Health Review)	기본 원칙	- 인구집단 전체에 대한 포괄적인 접근 방식 - 형평성 및 포용성 증진 - 생애초기부터 평생에 걸친 개입
		우선 순위 영역	- 담배 사용 감소 및 금연을 위한 기록 만들기 - 유해한 알코올 사용 줄이기 - 건강한 식습관과 활동적인 생활을 통한 비만 예방 - 손상 예방 및 안전한 환경 조성

자료: 1) Future Health: Guiding the next decade of care in NSW 2022-2032(NSW Ministry of Health, 2022)
2) The next 10 years 2023-2033:Reshaping systems together for a healthier, fairer Victoria(VicHealth, 2023)
3) Western Australian Health Promotion Strategic Framework 2022-2026 (Department of Health, State of WA, 2024)
4) 한국건강증진개발원(2024). 호주 건강증진 정책. HP2030 팩트시트 44호. pp.5-7 에서 재인용. 각 주별 건강정책 요약정리.

2) 건강형평성 제고를 위한 영유아 건강증진 정책

가) 2019 호주 아동 및 청소년의 건강을 위한 국가적 행동계획

호주는 2019년 호주 아동 및 청소년의 건강을 위한 국가적 행동계획(National Action Plan for Health of Children and Young People, 2020-2030)을 통해 호주 아동과 청소년의 건강보장을 위한 국가적 로드맵을 제공하였다. 이는 생애 초기의 건강관리의 중요성을 인식하고, 국가차원에서 체계적으로 관리하고 지원하기 위한 것으로 1)예방과 조기개입, 2)강점 기반 접근법, 3)지지적 환경, 4)건강형평성, 5)비례적 보편주의를 원칙으로 한다.

생애주기적 접근에 기반하여 가임기 및 유아, 미취학, 초등, 청소년, 청년까지 포함하며, 1)전체 인구집단의 건강형평성 향상, 2)건강한 발달 극대화를 위한 부모 및 보호자 임파워먼트, 3)정신건강과 위험 행동에 대처, 4)만성질환 및 예방적 건강을 다루고, 인력 지원 및 역량 강화에의 집중을 강조하였다. 인구집단의 건강형평성 향상을 위해서는 건강문해력 및 건강추구행동 향상, 어린이와 청소년 건강을 위한 프로그램 홍보와 활용을 제시하였고, 건강한 발달을 위한 부모 임파워먼트를 위해서는 산전 단계에서의 부모지원, 생애발달초기에 가족참여 강화, 아버지 지원 기회 확대, 부모의 건강 및 건강한 육아 실천을 지원한다.

또한 영유아의 정신건강과 위험행동에 대처하기 위해 부모의 정신건강 증진 지원을 목표함으로써, 영유아 건강증진에 부모의 돌봄, 부모의 건강, 부모의 역할의 중

요함을 강조하고 지원하고자 하였다. 만성질환 및 예방적 건강을 위해 영양, 신체활동, 과체중 및 비만, 수면 위생 및 지속적 구강건강 증진 및 예방접종을 강조하였다.

[그림 III-3-8] 2019 호주 아동 및 청소년의 건강을 위한 국가적 행동계획(2020-2030)



자료: Department of Health, Australian Government(2019). National Action Plan for the Health of Children and Young People(2020-2030). p.2. 정혜주·김아래마·송아영·최권호·조민진·추현경(2022). 2022년 아동정책영향평가 건강형평 정책 전문영향평가. 아동권리보장원·고려대학교. p.338 번역 인용.

라. 소결

본 절에서는 영국, 스웨덴, 호주 등 영유아 건강형평성 정책을 고안하고 실천에 옮기고 있는 대표적 나라의 사례를 살펴보았다.

먼저 영국의 경우 40년 전부터 사회적으로 건강형평성이라는 주제를 정책의제를 삼고 건강의 차이가 개인적인 건강행동에 의해서가 아닌 사회구조적인 원인에 있음을 인식하였다. 애치슨 보고서(Acheson, 2005)를 시작으로, ‘한 세대 안 격차 줄이기’의 보고서를 통해 건강불평등은 사회적 불평등에 있다는 점을 밝혔고, 그 후 2010년 마멋 리뷰(Marmot et al., 2010)에서는 건강불평등 문제를 사회정의 실현의 문제로 정의하고 비례적 보편주의 원칙 실현을 위한 정책설계의 핵심 기준을 제시함으로써, 영국의 건강형평성 정책의 기초를 이루었다. 영국에서는 이후 지역사회 중심의 건강형평성 정책들이 시행되고 있고, 건강아동프로그램 등을 통해 빈곤 영유아 가정을 대상으로 건강관리서비스 등이 이루어지고 있다.

스웨덴 또한 건강에 영향을 미치는 주요 사회결정요인을 중심으로 모니터링 지표를 구축하여, 건강형평성을 중심에 둔 정책수립을 하고 있다. 건강불평등은 사회적 문제이며 지속 가능한 발전을 저해하는 요인으로 모든 정책은 건강에 미치는 영향을 고려해야 하며 지역사회 수준의 정책 실현을 중시하였다. 아동에 대한 서비스는 아동 건강관리 서비스(CHS)를 통해 별도로 운영되며 출생 직후 간호사의 가정방문 이후, 0-6세까지 무료로 제공되는 의료체계를 통해 건강증진 및 예방 뿐 아니라, 아동의 신체적, 정신적 건강증진 및 조기 발견 및 부모지원 등 총체적 관리를 한다.

호주는 연방정부 및 주정부 차원에서 국가 예방 건강전략을 세우고 있고, 건강형평성 제고를 위해 아동 및 청소년의 건강을 위한 국가적 행동계획을 별도로 마련함으로써, 생애초기부터의 건강관리, 건강형평성 향상의 중요성을 정책적으로 실천하고 있다.

우리나라도 HP2030에서 건강불평등 해소를 주요 목표로 설정하였고, 현 정부 역시 아동의 건강형평성 향상을 중요한 정책과제로 삼고 있다. 건강형평성에 대한 인식을 시작으로 실제 정책과 효과로 이어지기 위해서는 지역사회에서의 실천과 이를 측정하고 파악하는 모니터링 과정이 체계적으로 이루어져야 할 필요가 있다.

이를 위해서는 다음과 같은 전략적 접근이 요구된다.

첫째, 아동건강을 사회적 건강 결정요인과 명시적으로 연계하는 국가차원의 전략이 필요하다. 현재 우리나라도 영유아의 건강증진과 건강불평등 해소를 위해 다양한 정책을 시행하고 있으나, 아동기에 초점을 맞추어 설계된 건강형평성 전략은 부재한 실정이다. 보다 실효성 있는 정책 수립을 위해서는 아동 건강을 사회적 요인과 구조적으로 연결 짓는 관점의 노력이 선행되어야 한다.

둘째, 지역적 특성과 수요를 반영할 수 있는 분권화된 운영체계 강화가 중요하다. 영국과 스웨덴의 경우 지방정부가 서비스 제공을 주도하는 체계를 수립하여 국가 차원의 일관성을 유지하면서도 지역 수요에 유연하게 대응하고 있으며, 호주의 경우도 연방정부와 주정부가 연방제 기반의 협력 구조를 바탕으로 지방정부가 서비스 제공의 주체적인 역할을 하고 있다. 한국 역시 지방 자치권 강화와 함께 명확한 책임체계를 구축한다면 지역사회에 필요한 서비스를 더욱 신속하고 상황에 맞게 제공하는 것이 가능해질 것이다.

셋째, 영유아의 건강불평등을 효과적으로 파악하고 해결하기 위해서는 연령 특성에 적합한 모니터링 지표개발이 필수적이다. HP2030에는 영유아기에 대한 별도의 과제와 성과지표가 포함되어 있지만, 영유아 대상 특성별 건강형평성 지표는 영아사망률밖에 없어, 단일 지표만으로 영유아의 건강형평성 수준을 판단하는 한계를 지니고 있다. 명확한 근거에 기반한 정책을 수립하기 위해서는 보다 다양하고 구체적인 지표를 개발하고, 지역 및 인구집단 간 격차를 파악하여 자원 배분과 정책 우선순위 설정에 근거를 마련할 필요가 있다.

마지막으로, 건강불평등 완화를 위해서는 보건의료 중심의 접근을 넘어 사회적 결정요인에 기반을 둔 다차원적인 접근으로의 전환이 필요하다. 현재 우리나라는 아동 건강 및 발달을 다루는 다양한 정책을 운영 중이나, 보건의료 서비스나 건강증진에 한정되어 제공되는 경향이 있다. 이를 사회경제적·환경적·교육적 요인의 영향을 인식하는 포괄적인 접근으로 전환하여야 하며, 빈곤, 주거, 교육, 정신건강 등 아동의 삶 전반에 영향을 미치는 복잡하고 중첩된 문제에 효과적으로 대응하기 위해서는 부처 간 협력과 통합된 서비스 제공 체계 수립이 필수적이다.

〈표 III-3-9〉 영국, 스웨덴, 호주의 건강형평성 정책 비교와 시사점

구분	영국	스웨덴	호주	한국 (시사점)
정책 비전	비례적 보편주의 원칙 견지, 사회경제적 불평등 구조 개선을 통한 건강불평등 완화, 영유아 건강증진을 위한 누적적 보편 서비스 제공	형평성 관점에서의 국가 공중보건 목표 (Health of Equal Terms) 수립, 사회적 건강 결정요인 기반 접근	국가 예방 건강 전략(2021-2030) 수립, 전생애 건강 및 웰빙 향상, 건강불평등 완화, 체계적인 질병 예방	개별 법률 중심, 건강증진·검진 중심 접근, 사회경제적·환경적·교육적 요인은 상대적으로 간과
정책 체계	NHS 중심, 지방정부 주관 실행, 조산사, 건강방문사(HV), 가족간호사 연계 체계	국가 공중보건청 주도, 8개 공중보건 목표 영역과 지표 기반 모니터링, 조정, 분석, 지식확산 등 연계	연방정부 및 주정부 이중 구조, 뉴사우스웨일스(NSW), 빅토리아(VIC), 서호주(WA) 등 각 주별 정책 목표 수립 및 추진	중앙정부 중심, 지방정부의 역할은 제한적, 체계적 지표관리 미흡
영유아 건강증진	Healthy Child Programme (HCP), Start for Life, Family Hubs 운영, 임신~19세까지 포괄	아동건강서비스(CHS) 운영, 0~6세 무료, 99% 이상 참여, 아동 건강 서비스등록부(BHVQ) 데이터로 품질 관리	국가적 로드맵에 따라 예방과 조기개입, 강점기반 접근, 지지적 환경 제공 원칙	보건소, 육아종합지원센터, 산모·신생아 건강관리 지원사업 등 다양한 제도 존재, 기관·사업별 분절적 운영으로 연계성 부족
가족 지원제도	가족허브(Family Hubs)를 통해 부모교육, 수유상담, 정신건강 지원	보편적 아동수당 지급, 출산휴가 480일, 사회적 합의 기반 제도 운영	산전 단계에서 부모지원, 생애 발달초기 가족참여, 아버지 지원기회 확대, 부모 건강 및 건강한 육아 지원	아동 수당(2018~), 부모휴가 제도 존재하나 실제 활용까지 다양한 제약 존재
형평성	사회경제적 취약지역 중심 추가자원 배분, 위험가정 선제적 지원, 마뮷 플레이스 운영	형평성 관점 내재화, 모든 정책에 건강 영향 평가 의무화	취약집단 건강격차 해소 지원, 건강문해력 및 건강 추구행동 향상 강조	저소득층·취약계층 지원제도는 있으나 체계적, 종합적인 형평성 지표개발과 건강지표 데이터를 수집·통합하는 컨트롤 타워 필요

IV

영유아기 건강불평등 모니터링 지표개발

- 01 영유아기 건강불평등 모니터링 이론적 배경
- 02 영유아 건강불평등 모니터링 지표개발 과정
- 03 델파이 조사를 통한 영유아 건강불평등 모니터링 지표 타당화
- 04 영유아기 건강불평등 모니터링 지표를 통한 건강불평등 분석
- 05 소결

IV. 영유아기 건강불평등 모니터링 지표개발

1. 영유아기 건강불평등 모니터링 이론적 배경

가. 세계기구의 영유아 건강불평등 모니터링 지표

영유아 건강형평성을 위한 정책의 실효성을 높이기 위해서는, 단기적 서비스 제공이나 일회성 개입에 그치지 않고, 불평등을 구조적으로 측정하고 비교 가능한 방식으로 추적할 수 있는 모니터링 체계의 구축이 필수적이다. 이러한 체계는 영유아가 처한 환경과 경험을 수치화하고, 사회경제적 격차가 실제 어떤 방식으로 건강 결과에 영향을 미치는지를 실증적으로 보여줌으로써, 근거 기반 정책 개발의 토대를 마련해 준다.

1) UNICEF

유니세프(UNICEF)는 유엔 산하의 아동 전문 기구로, 모든 아동 - 특히 소외된 아동 - 의 권리를 보호하기 위해 활동하는 기구이다. 유니세프에서는 아동을 폭력과 학대로부터 보호하고, 깨끗한 물과 위생 시설을 필요한 이들에게 공급하며, 기후변화와 질병으로부터 아동을 지키는 활동을 수행한다.⁴²⁾

또한, 각국 정부 차원에서도 아동의 건강과 웰빙을 증진하기 위한 다양한 계획과 정책들이 추진되고 있다. 그러나 이러한 노력에도 불구하고 비표준적인 데이터 수집 방식의 지표들이 광범위하게 사용됨에 따라 국가 간 비교가 어렵고, 각국의 보고 부담이 증가한다는 문제가 지적되어 왔다(Strong et al., 2020: 259). 이러한 문제를 해결하고 아동 건강 관련 데이터의 표준화 및 국제적 비교 가능성을 높이기 위해 세계보건기구(WHO)와 유니세프(UNICEF)는 2018년 ‘아동 건강 책임 추적 기술 자문 그룹(CHAT, Child Health Accountability Tracking)’을 공동으로 구성하였다(Requejo et al., 2022: 346).

CHAT는 WHO와 유니세프의 기술 자문 그룹으로, 생후 1개월부터 9세까지의

42) UNICEF-What we do. <https://www.unicef.org/what-we-do> (인출일: 2025. 5. 26.)

아동을 대상으로 교육, 영양, 정신건강, 폭력, 환경, 부상, 전염성 및 비전염성 질환 등을 포함한 다양한 영역에서 아동 건강과 복지 지표의 조화와 표준화를 주요 목표로 한다. 이들은 각국의 보고 부담을 최소화하면서도 아동 건강과 웰빙의 핵심 차원을 포괄하는 핵심지표 세트(core set of indicators)에 대한 합의를 이끌어냈다(Requejo et al., 2022: 345).⁴³⁾

유니세프는 CHAT가 도출한 지표 세트를 기반으로, 아동의 건강과 웰빙을 다차원적으로 모니터링하기 위한 지표 프로필(Indicator Profiles)을 구축하였다. 이 프로필은 각 지표의 정의, 데이터 자료, 수집 방법론, 분류 체계 등을 포함하고 있어, 연구자, 정책 입안자, 옹호자들이 데이터를 이해하고 전략적으로 활용하는 데 필수적인 자료로 기능한다.⁴⁴⁾ 결과적으로, 유니세프의 Indicator Profiles는 CHAT가 국제 보건 지표 이니셔티브들을 종합적으로 검토하여 도출한 핵심 지표 세트를 기반으로 하며, 이는 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals, SDGs) 달성을 위한 글로벌 아동 건강 모니터링의 표준화된 기반으로 작동한다(Requejo et al., 2022: 347). 모니터링 지표 영역은 아동 사망률, 아동 빈곤, 아동 보호, 인구, 교육, 성별, HIV·AIDS, 산모 및 신생아 건강, 이주, 영양, 물(위생)이 포함된다.⁴⁵⁾

〈표 IV-1-1〉 UNICEF 아동의 건강과 웰빙 모니터링의 영역과 내용

영역	설명
아동 사망률	일반적으로 5세 미만 아동의 사망률을 의미
아동빈곤	양질의 영양, 건강, 물, 교육 및 주거와 같은 권리를 실현하기 위한 공적 및 사적 물질적 자원의 부족을 의미
아동보호	아동에 대한 폭력, 착취 및 학대의 예방과 대응을 의미
인구	아동 인구의 현황 파악
교육	아동의 학습권과 교육 접근성을 다루는 영역
HIV·AIDS	아동 및 산모의 HIV 감염 현황을 다루는 영역
산모 및 신생아 건강	임신, 출산, 출산 직후 신생아의 건강을 포함하는 영역
영양	영양상태, 최적의 영양 실천 및 개입을 의미
물, 위생	안전한 식수, 위생 시설, 손 씻기 등의 접근성을 의미

자료: UNICEF-Indicator profiles. <https://data.unicef.org/indicator-profiles/> (인출일: 2025. 8. 6.)

43) WHO-Child Health Accountability Tracking technical advisory group. <https://www.who.int/groups/child-health-accountability-tracking-technical-advisory-group> (인출일: 2025. 5. 26.)

44) UNICEF-Indicator profiles. <https://data.unicef.org/indicator-profiles/> (인출일: 2025. 8. 6.)

45) 이주 영역은 주로 난민, 망명 신청자, 국경 간 이동에 대한 지표를 중심으로 구성되어 있어, 국가 내 아동의 건강불평등 지표로 직접 활용하기에는 한계가 존재하여, 제외하였음. 또한 성 영역은 아동이 직접 보고한 학대, 휴대폰 보유율과 같은 지표로 0-5세 아동에게 적용하기에 적절하지 않아 제외하였음.

2) OECD⁴⁶⁾

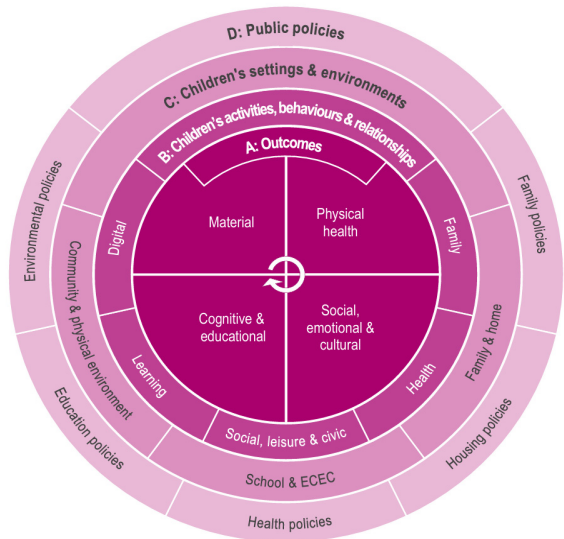
OECD는 아동의 웰빙을 정교하게 평가하고 국가 간 비교 및 정책 설계를 지원하기 위해 개념적 원칙과 이를 기반으로 한 측정 프레임워크를 제시한다. 이 프레임워크는 아동이 현재 긍정적인 삶을 누리는 동시에, 미래를 준비할 수 있는 역량을 갖추도록 하기 위한 다차원적이고 미래 지향적인 접근 방식을 취한다. 프레임워크의 목적은 데이터 수집을 안내하고, 국가 간 차이를 비교 가능하게 하며, 정책적으로 유의미한 비교를 통해 실질적인 개선을 이끌어내는 것이다.

이 프레임워크는 여섯 가지 개념적 원칙에 기반한다. 첫째, 아동 웰빙은 물질적 조건, 건강, 교육, 정서 등 다양한 측면을 포괄하는 다차원적 개념이므로 측정 또한 다차원적으로 이루어져야 한다. 둘째, 아동의 삶은 현재와 미래를 함께 고려해야 하며, 두 시점을 균형 있게 반영하는 측정이 필요하다. 셋째, 아동은 발달 단계에 따라 필요와 특성이 다르므로, 연령에 적합한(age-sensitive) 지표를 사용해야 한다. 넷째, 삶에 대한 아동 자신의 인식과 감정, 경험은 중요한 정보를 제공하므로, 자기보고(self-report) 데이터를 적극적으로 활용해야 한다. 다섯째, 아동은 가족, 학교, 지역사회 등 환경과 긴밀하게 연결되어 있으므로, 이들 환경을 포함한 구조적 요인도 함께 측정되어야 한다. 여섯째, 아동의 삶은 공공 정책에 의해 직접적으로 영향을 받기 때문에, 아동 관련 정책 지표 역시 웰빙 지표와 함께 통합되어야 한다.

이러한 원칙에 따라 OECD는 아동 웰빙 측정 프레임워크를 총 4단계로 구성하였다. 첫 번째 단계(Level A)는 아동의 실제 삶의 질을 평가하는 '웰빙 결과'를 다룬다. 이는 물질적 결과, 신체 건강, 사회·정서·문화적 결과, 인지 발달 및 교육 성과의 네 영역으로 구성된다. 두 번째 단계(Level B)는 아동의 활동, 행동 및 관계를 포함하는 개인 수준의 요인들로, 놀이, 운동, 식습관, 또래와의 관계, 디지털 활동 등의 영역을 포함한다. 세 번째 단계(Level C)는 아동이 속한 환경과 맥락에 주목하며, 가정, 학교 및 보육 환경, 지역사회 및 물리적 환경 등 외부 요인을 포괄한다. 네 번째 단계(Level D)는 아동 웰빙에 영향을 미치는 공공 정책으로, 가족, 주거, 보건, 교육, 환경 정책 등 5개 분야를 포함하며, 아동의 삶에 구조적으로 작용하는 정책적 기반을 측정 대상으로 삼는다.

46) OECD. (2021). Measuring What Matters for Child Well-being and Policies 보고서 pp.34-59 내용 발췌하여 정리함.

[그림 IV-1-1] 아동 웰빙 측정 프레임워크



자료: OECD. (2021). Measuring What Matters for Child Well-being and Policies. p.17

OECD Child Well-being Data Portal에 따르면, Level A는 아동의 웰빙 결과, Level B와 C는 웰빙을 뒷받침하는 잠재 요인(drivers)을, Level D는 정책적 요인으로 구분된다.⁴⁷⁾ 구체적인 영역 설명은 다음과 같다.

<표 IV-1-2> OECD 아동 웰빙 모니터링의 대분류와 중분류

영역(대분류)	중분류
아동의 웰빙 결과	<ul style="list-style-type: none">- 물질적 결과- 신체 건강- 사회·정서·문화적 결과- 인지 발달 및 교육
아동의 웰빙 증진을 뒷받침하는 잠재 요인(drivers)	<ul style="list-style-type: none">- 가정 내 활동 및 관계- 건강 관련 행동 (운동, 식습관, 수면 등)- 사회·여가·시민 활동 및 관계- 학습 관련 활동 및 태도- 디지털 활동 및 온라인 행동- 가정 및 가족 환경- 학교 및 보육 환경- 지역사회 및 물리적 환경

47) OECD Child Well-being Data Portal. (인출일: 2025. 5. 26.) <https://www.oecd.org/en/data/data-sets/oecd-child-well-being-data-portal.html>

영역(대분류)	중분류
아동의 웰빙 관련 공공 정책	<ul style="list-style-type: none"> - 가족 정책 - 주거 및 지역사회 정책 - 보건 정책 - 교육 정책 - 환경 정책

자료: OECD 홈페이지의 OECD Child Well-being Data Portal 내용을 일부 발췌함. <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-child-well-being-data-portal.html> (인출일: 2025. 5. 26.)

3) WHO⁴⁸⁾

WHO는 아동이 종종 스스로를 대변할 수 없는 존재이기 때문에, 유엔 아동 권리 협약(UN Convention on the Rights of the Child, CRC) 하에 특별한 보호를 받을 권리가 있으며, 모든 아동은 최상의 건강을 누릴 권리와 건강한 성인으로 성장하기 위한 조건을 보장받아야 한다는 점을 강조하고 있다. 이러한 법적·도덕적 책임을 바탕으로 초기 아동기의 경험을 지원하고 개선하기 위한 정책과 개입은 아동의 건강과 복지를 위해 매우 중요하며, 이는 특히 성인기의 건강불평등을 줄이는 데 결정적인 역할을 한다.

WHO 유럽 사무국은 아동과 청소년이 건강, 발달, 복지에서 자신의 잠재력을 실현할 수 있도록 지원하고, 피할 수 있는 사망과 질병 부담을 줄이기 위한 지역 건강 전략을 수립·추진하고 있다. 그 일환으로 WHO는 초기 아동기, 아동기, 청소년기(그리고 그 이후)에 이르기까지 건강불평등에 영향을 미칠 수 있는 주요 요인을 제시하고 있으며, 이를 건강형평성을 증진하기 위한 다섯 가지 핵심 영역으로 구분하고 있다. 정책의 실행 효과를 평가하고, 국가 및 지역 차원의 진전을 모니터링하기 위해, WHO는 건강불평등 완화에 기여하는 핵심 요인에 대한 모니터링 지표를 표준화하고 있다. 특히 이 지표들은 사회경제적 환경(Socioeconomic Circumstances, SEC)별로⁴⁹⁾ 층화분석이 가능한지를 반영하고 있어, 불평등의 구체적인 양상을 파악하고 효과적인 정책 개입의 방향을 설정하는 데 핵심적인 역할을 한다.

48) Pearce et al., (2020). Reducing inequities in health across the life-course: early years, childhood and adolescence 보고서 pp.1-7, 27-33. 내용을 일부 발췌하여 정리함.

49) WHO는 아동 간 건강 차이를 설명할 때 '사회경제적 환경(SEC, Socioeconomic Circumstances)'이라는 용어를 사용하고 있음. 아동은 독립적인 사회경제적 지위를 가지고 있지 않기 때문에, 부모나 보호자의 교육 수준, 직업, 가구 단위의 주거 형태나 소득, 그리고 거주 지역의 빈곤 수준 등 다양한 요인을 통해 간접적으로 사회경제적 환경을 경험하게 된다는 점을 강조하고 있음.

〈표 IV-1-3〉 WHO 아동 건강불평등 모니터링의 영역과 설명

영역	설명
개인 및 지역사회 역량	<ul style="list-style-type: none"> - 3세 이상 유아를 위한 무상, 양질 유아교육·보육을 제공하는 것이 중요하다. - 16세까지 모든 아동에게 무상, 고품질, 의무교육을 제공해야 한다. - 부모를 위한 실질적·정서적 지원을 포함한 사회적 지원 체계를 갖추어야 한다. - 자원 및 서비스 접근성, 사회 규범, 집단적 효능감을 고려한 건강 친화적 지역사회 환경을 조성해야 한다. - 고위험 가정을 위한 추가적 지원을 포함하는 보편적 양육 지원 프로그램을 제공해야 한다. - 통합된 건강·사회 서비스를 제공하는 아동센터(예: 구조화된 양육 프로그램, 사례 의뢰, 일반 정보 제공 등)를 운영해야 한다. - 유해 제품(담배, 술, 건강에 해로운 식품 등)의 광고, 가격 책정, 포장에 대한 규제를 시행해야 한다. - 아동, 청소년, 부모를 대상으로 한 유해 제품(담배, 술, 조제분유, 건강에 해로운 식품, 도박 등)에 대한 온라인 마케팅을 규제해야 한다.
생활 조건	<ul style="list-style-type: none"> - 양질의 공공 임대주택 제공 및 깨끗한 물 접근성을 보장해야 한다. - 지역사회 내에서 안전하고 녹색이며 아동 친화적인 공간에 접근할 수 있어야 한다. - 외부 환경을 개선하고, 아동의 간접흡연 및 대기오염 등 외부 오염물질 노출을 줄이는 노력이 필요하다. - 아동을 비의도적 사고로부터 보호하는 법적 조치를 강화해야 하며, 이는 속도 제한, 자전거 헬멧 및 안전벨트 착용(아동용 보호장구 포함), 음주운전 제한, 위험 제품의 안전 규정(예: 약물 및 청소용품 용기, 창문 잠금장치, 블라인드 끈 등)을 포함해야 한다. - 학교의 물리적·사회적 환경 개선(급식 질 및 가용성, 자판기·매점 접근 제한, 학생 및 교직원 대상 금연 정책 등)을 시행해야 한다. - 학교 전후 활동과 운동 시설 및 공간 확보, 도보 통학 및 자전거 이용을 위한 지원 제도(예: 워킹버스, 자전거 보관소, 교통 진정 조치, 학교 순찰 등)를 도입해야 한다. - 학교 주변 및 저소득 지역에서 건강에 해로운 상점 및 식품 판매점을 억제하는 조치를 시행해야 한다.
고용 및 노동 조건	<ul style="list-style-type: none"> - 자녀를 둔 여성을 위한 안정적이고 유연한 고용 조건(높은 통제권 및 휴가 보장 포함)을 마련해야 한다. - 부모 모두에게 수입과 직업 보호를 제공하는 법적 육아휴직 제도를 보장해야 한다. - 아버지를 위한 전용 육아휴직 제도를 마련해야 한다(모성휴가로 이전 불가). - 직장에서 모유 수유·착유 공간 제공 등 가족 친화적인 정책을 도입해야 한다. - 방과 후 이용 가능한 보육센터 확대와 서비스 접근성 향상이 필요하다. - 저소득 가정을 위한 무상 보육시간 확대 등 보육비 절감 정책을 시행해야 한다.
소득 및 사회보장	<ul style="list-style-type: none"> - 저소득층, 고위험군(예: 실직, 장애, 질병 가족 포함)을 위한 현금 지원, 생필품·주거 등 서비스 제공, 세금 감면 정책이 필요하다. - 부모를 위한 사회보장 제도는 육아휴직 중 소득지원, 세금 공제 및 수당 제공 등을 포함해야 하며, 공공서비스에 대한 광범위한 공공지출이 요구된다. - 아동 수당 제도를 운영해야 한다. - 유치원, 어린이집, 학교에서 아동에게 무상 또는 저렴한 급식을 제공해야 하며, 특히 저소득 가정 아동의 경우 방학 중에도 지속적으로 제공되어야 한다. - 임신 또는 입학 등 생애 중요한 시점에서 아동과 저소득 가정을 위한 일회성 재정 지원 및 필수 물품 지원 제도를 마련해야 한다.

영역	설명
보건의료 서비스	<ul style="list-style-type: none"> - 피임 선택권, 포괄적 성교육, 비밀보장 서비스에 접근할 수 있어야 한다. - 모든 임신부를 위한 양질의 무상 산전 서비스에는 모유 수유 교육, 금주·금연 지원, 보충제 제공, 증상 관리(예: 입덧), 임상 평가(예: 혈압, HIV), 초음파 검사, 태아 건강 모니터링, 이상 선별 검사가 포함되어야 한다. - 고위험 임신군을 위한 맞춤형 산전 진료 모델을 도입해야 한다. - 산모 및 아동을 위한 조기 개입과 조언을 제공하는 가정방문형 보편 아동 건강 프로그램을 운영해야 하며, 연령 증가에 따라 학교 건강검진으로 연계되어야 한다. - 포괄적 예방접종 프로그램을 제공해야 한다. - 기본의료 및 소아전문 진료 서비스를 무상으로 제공해야 하며, 이는 정신 및 신체 건강 모두를 포함해야 한다. - 청소년을 위한 강력한 사회적 지원 및 적절한 건강·성교육을 제공할 수 있도록 해야 한다. - 서비스 이용 현황을 데이터로 모니터링할 수 있어야 하며, 이는 특히 취약가정 및 취약아동을 대상으로 해야 한다.

자료: Pearce et al., (2020). Reducing inequities in health across the life-course: early years, childhood and adolescence. pp.27-28 내용을 일부 발췌하여 정리함.

나. 국외 영유아 건강불평등 모니터링 지표 검토

1) 캐나다

캐나다는 세계보건기구(WHO) 회원국들과 함께 2012년에 ‘사회적 건강 결정요인에 관한 리우 정치 선언(Rio Political Declaration on Social Determinants of Health)’을⁵⁰⁾ 지지하며, 건강형평성 증진을 위한 행동을 약속했다. WHO는 건강형평성을 “사람들 간에 피할 수 있거나 치료 가능한 차이가 존재하지 않는 상태”로 정의하며, 건강불평등을 모니터링하고 보고하는 역량을 강화하는 것은 이 목표를 달성하기 위한 핵심 기반으로 간주하였다. 캐나다 건강불평등 데이터 도구(Health Inequalities Data Tool)는 리우 선언에서 캐나다가 약속한 사항을 실현하기 위한 수단 중 하나다⁵¹⁾. 이 도구는 캐나다 공중보건청, 범캐나다 공중보건

50) ‘사회적 건강 결정요인에 관한 리우 정치 선언(Rio Political Declaration on Social Determinants of Health)’은 2011년 10월 21일, ‘세계 사회적 건강 결정요인 회의(World Conference on Social Determinants of Health)’에서 채택되었음. 이 선언은 건강불평등을 줄이고 다른 글로벌 우선 과제를 달성하기 위해, 사회적 건강 결정요인(social determinants of health)에 기반한 접근 방식을 이행하겠다는 전 세계적인 정치적 의지를 표명한 것임. WHO-Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. <https://www.who.int/publications/m/item/rio-political-declaration-on-social-determinants-of-health> (인출일: 2025. 5. 27.)

51) Government of Canada-Health Inequalities Data Tool <https://health-infobase.canada.ca/health-inequalities/> (인출일: 2025. 5. 27.)

네트워크(the Pan-Canadian Public Health Network , PHN), 캐나다 통계청, 캐나다 보건정보연구소(the Canadian Institute for Health Information, CIHI)의 공동 작업으로 개발되었으며, PHN이 2010년에 제안한 건강불평등 지표 세트를 기반으로 한다.⁵²⁾

건강불평등 데이터 도구는 캐나다 내 건강형평성을 증진하기 위한 핵심적인 정보 자원으로, 세 가지 주요 기능을 수행한다. 첫째, 이 도구는 감시(surveillance) 및 연구 활동을 지원하며, 이를 통해 건강불평등을 보다 효과적으로 줄이기 위한 프로그램 및 정책 결정에 필요한 근거를 제공한다(Public Health Agency of Canada, 2023: 1). 둘째, 이 도구는 건강불평등이 어디에서 발생하고 있는지를 명확히 식별할 수 있도록 설계되어 있다. 캐나다 국민의 다양한 하위 집단 간-예를 들어, 소득, 교육 수준, 인종, 성별, 지역, 장애 여부 등과 같은 사회경제적 특성에 따라-건강 결과 및 건강 결정요인에서 불평등이 존재하는 위치와 그 규모(magnitude)를 전국 및 각 주·준주 수준에서 파악할 수 있게 한다. 이를 통해 공중보건 정책이 특정 집단이나 지역의 필요에 맞춰 조정될 수 있도록 한다(Public Health Agency of Canada, 2023: 1). 셋째, 이 도구는 건강불평등 개선을 위한 정책 개입이 어느 정도 효과를 거두고 있는지를 확인하기 위한 기준선 데이터(baseline data)를 제공한다. 이러한 기준선 데이터는 정책 실행 전후의 변화를 측정하고, 시간에 따른 진행 상황을 지속적으로 모니터링할 수 있는 기반이 된다(Public Health Agency of Canada, 2023: 1).

〈표 IV-1-4〉 캐나다 건강불평등 모니터링의 영역과 중분류

영역(대분류)	중분류	영유아 해당 영역
건강결과	- 사망률 및 기대수명	○
	- 이환율 (질병에 걸리는 비율)	○
	- 정신질환 및 자살	
	- 자기보고 신체 및 정신건강	
	- 질병·건강 상태	○
건강 결정요인	- 건강 행동	
	- 물리적 및 사회적 환경	○
	- 작업 환경	
	- 보건의료 접근성	

52) Government of Canada-Health Inequalities Data Tool. <https://health-infobase.canada.ca/health-inequalities/Index> (인출일: 2025. 5. 27.)

영역(대분류)	중분류	영유아 해당 영역
	- 사회보호	○
	- 사회적 불평등	
	- 조기 아동 발달	○
	- 사회경제적 조건	
	- 사법 시스템	

주: 영유아 해당 영역은 0-5세 영유아에 해당하는 지표가 존재하는 경우를 말함.
 자료: Public Health Agency of Canada(2023)의 p.1 내용을 일부 발췌함.

위의 영역들은 생애주기(life course stage)에 따라 재분류되고, 계층화할 수 있으며, 자료가 가용한 경우, 각 지표는 사회인구학적, 경제적 특성을 기준으로 층화하여 분석된다. 층화 기준은 다음과 같다.

〈표 IV-1-5〉 캐나다 건강불평등 모니터링의 불평등 차원

층화 기준	집단
사회경제적 지위	- 소득·교육 - 고용·직업 - 물질적 및 사회적 박탈 - 다차원 박탈지수(Canadian Index of Multiple Deprivation) - 주택 소유 여부
선주민 (Indigenous Peoples)	- 퍼스트 네이션(First Nations) - 메티(Métis) - 이누이트(Inuit)
거주 지역 (Place of Residence)	- 도시·농촌 - 지리적 접근성 지수(Remoteness index) - 인구 중심지(population centre)
사회인구학적 특성	- 연령 - 이민자 여부 - 성적 지향(sexual orientation) - 기능적 건강 상태 - 문화적·인종적 배경 - 거주 형태 - 사용하는 제1 공용어

자료: Public Health Agency of Canada. (2023)의 p.1 내용을 일부 발췌함.

2) 미국⁵³⁾

미국의 Healthy People 2030은 향후 10년 동안 국민의 건강과 웰빙을 향상시키기 위해 데이터 기반의 국가 목표(data-driven national objectives)를 설정한

53) 미국의 Healthy People 2030 홈페이지 내용을 일부 발췌하여 정리함. <https://odphp.health.gov/healthypeople/objectives-and-data/about-objectives> (인출일: 2025. 5. 27.)

이니셔티브이다. 이 목표들은 건강형평성 증진, 질병 예방, 삶의 질 향상을 포함한 공중보건 전반을 포괄하며, 그 진척 상황을 체계적으로 추적할 수 있도록 다양한 구성 요소를 포함하고 있다.

Healthy People 2030의 목표는 해당 분야 전문가로 구성된 워킹그룹에 의해 개발되며, 대부분은 시간에 따른 목표 달성을 측정할 수 있도록 설계되어 있다. 단, 일부 목표는 아직 측정이 어렵거나 기준선 데이터의 부재 등으로 한계를 갖는다.

Healthy People 2030의 비전은 궁극적으로 ‘모든 사람이 생애 전반에 걸쳐 자신의 건강과 웰빙 잠재력을 실현할 수 있는 사회’를 만드는 것이다. 이를 실현하기 위해 전반적인 건강 및 웰빙 측정은 다음과 같은 세 가지 유형의 목표를 기반으로 이루어진다.

첫째, 핵심 목표는 명확한 10년 단위의 달성 목표를 가지며, 근거 기반 개입과 연계된 측정 가능한 공중보건 목표이다. 모든 핵심 목표는 신뢰할 수 있는 국가 대표 데이터를 기반으로 하며, 기준선 데이터는 2015년 이후의 자료를 사용한다. 목표에 따라서는 변동성 지표도 포함되며, 10년간 최소 세 차례 이상의 데이터 제공이 요구된다. 특히, 이들 중 우선순위가 높은 일부는 ‘주요 건강지표’로 지정되어, 공중보건 개입을 보다 효과적으로 유도하는 데 활용된다.

둘째, 개발 중 목표는 근거 기반 개입은 존재하지만, 아직 신뢰할 수 있는 기준선 데이터가 부족한 공중보건 영역을 대상으로 한다. 이 목표들은 핵심 목표로의 전환 가능성을 지니며, 연방 차원의 부처 간 워킹그룹(Federal Interagency Workgroup, FIW)이 그 기준 충족 여부를 평가한다. 평가 기준에는 건강에 미치는 영향, 기존 핵심 목표와의 연관성 등 다양한 요소가 포함된다.

셋째, 연구 목표는 높은 건강 부담이나 인구집단 간의 뚜렷한 불평등이 확인되지만, 아직 근거 기반 개입이 마련되지 않은 공중보건 이슈를 반영한다. 새로운 공중보건 위협이나 이슈에 대응하기 위해 10년간 추가될 수 있으며, 장기적으로는 핵심 목표로 전환될 수 있는 잠재력을 가진다. 전환을 위해서는 신뢰할 수 있는 데이터와 효과적인 개입 수단이 함께 마련되어야 하며, 워킹 그룹이 FIW에 제안서를 제출함으로써 전환 가능성을 평가받는다.

Healthy People 2030의 전체 목표 체계는 위의 세 가지 목표 유형을 중심으로 구성되어 있으며, 모든 목표는 주제별로 분류되어 있다. 이는 사용자들이 관심 있

는 영역에 따라 쉽게 탐색할 수 있도록 돕기 위함이다. 주제 분류는 크게 ① 건강 결과(Health Conditions), ② 건강행태(Health Behaviors), ③ 인구집단 (Populations), ④ 환경 및 보건 시스템(Settings and Systems), ⑤ 사회적 건강 결정요인(Social Determinants of Health)의 5개 영역으로 구성되어 있다.⁵⁴⁾ 영유아에 해당하는 영역에 대해 좀 더 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

〈표 IV-1-6〉 미국 HP2030 모니터링의 대분류와 중분류

영역(대분류)	중분류	영역(대분류)	중분류
사회적 건강 결정요인	경제적 안정성 의료 접근성 및 질 이웃 및 물리적 환경 사회 및 지역사회 환경	영아	아동 및 청소년 발달 식중독 감염병 감각 또는 의사소통 장애 성 감염 질환 수면 예방접종
환경 및 보건 시스템	지역사회 환경 보건 보건의료 보건 정보기술(IT) 보건 정책 병원 및 응급 서비스 주거 및 가정 공중보건 인프라 학교 교통 직장	아동	아동 및 청소년 발달 식중독 정신건강 및 정신질환 구강 건강 상태 과체중 및 비만 신체 활동 호흡기 질환 감각 또는 의사소통 장애 예방 접종 폭력 예방
건강 행태	영양 및 건강한 식습관		

자료: 미국의 Healthy People 2030 홈페이지 내용을 일부 발췌함. (인출일: 2025. 8. 6.)
<https://odphp.health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives>

3) 영국

가) 국가 수준에서의 건강형평성 지표

마뫼 리뷰에서는 건강불평등을 평가하는 지표 체계를 세 가지 영역으로 구분하여 제시하고 있다. 첫째는 건강에 영향을 미치는 사회적 결정요인 관점에서의 지표이며, 둘째는 쟁점, 주제, 사안 등 건강 관련 정책 설계와 평가에 영향을 미치는 지표이고, 셋째는 기대수명, 영아사망률, 만성질환 유병률 등 건강 그 자체와 직접

54) 미국의 Healthy People 2030 홈페이지 (인출일: 2025. 5. 27.) <https://odphp.health.gov/healthypeople/objectives-and-data/about-objectives>

적으로 관련된 지표이다(김동진·이소영·기명 외, 2013: 38). 이러한 체계적 분류를 바탕으로, 영국에서는 12개의 대표적인 건강형평성 평가 지표를 사용하여 건강 불평등을 종합적으로 모니터링하고 있는데, 이 지표들은 단순히 건강 상태를 측정하는 데 그치지 않고 건강에 영향을 미치는 사회 구조와 환경 등을 반영하고 있어, 정책 수립의 방향성과 집행의 우선순위를 설정하는 데 중요한 기초 자료로 활용된다(권순만 외, 2007: 290).

〈표 IV-1-7〉 영국의 국가 수준에서의 건강형평성 평가지표

지표 항목	내용
1차 의료 접근성	10만명당 1차 의료 전문가의 수
사고	취약지역의 교통사고 사상자 수
유아 빈곤	저소득 가구의 아동의 비율 (지속적으로 최저임금 이하인 가구의 아동 비율)
식이	5분위 소득 분포에서 가장 낮은 계층 중 하루에 섭취하는 과일과 채소의 종류가 5가지 이상인 인구의 비율
교육	GCSE 시험에서 5과목 이상 A*~C 등급을 취득한 16세의 비율
노숙	임시 수용시설에 거주하는 노숙인 중 자녀가 있는 가족의 수
주거	기준미달 주택에 거주하는 가구 비율
독감예방접종	65세 이상 노인 인구 중 독감 예방접종자 비율
체육교육과 학내스포츠	양질의 체육수업이나 교과과정 외 학내 스포츠에 주 2시간 이상 참여하는 학생 비율
흡연율	임신여성과 육체노동그룹의 흡연율
10대 임신	18세 이하 여성의 임신비율
주요 질병에 의한 사망률	전국 평균과 비교했을 때 가장 높은 20%의 지역에서 75세 이상 인구 중에서 주요 사망원인 질병(암, 심혈관질환)에 의한 10만명당 연령표준화 사망률

자료: 권순만 외(2007). 건강형평성 관련 성과지표개발 연구. p.290 재인용.

나) 지역 수준에서의 건강형평성 지표

영국에서 지역 간 건강불평등을 해소하기 위한 대표적인 정책 수단으로 스피어헤드 그룹(Spearhead group) 사업이 있다. 이 사업은 건강 수준이 열악하고 사회경제적 결핍이 심각한 지역을 선정하여 집중적으로 지원하는 방식으로 운영된다(김동진, 2017: 76). 스피어헤드 사업은 초기에는 가장 결핍된 지역과 나머지 지역의 격차를 줄이는 것을 목표로 하였으나, 2004년 영국 보건부는 이를 보다 정교하게 수정하여 ‘물질적 결핍 수준이 심각하고 건강 수준이 열악한 하위 20% 지역과 그 외 지역 간 출생 시 기대여명 격차를 최소 10% 이상 감소시키는 것’을 정책

목표로 설정하였다(김동진, 2017: 76). 이러한 목표 설정 방식은 상대적 개념에 기초하여 정책 대상 지역을 지정하였던 기존의 방식과 비교할 때 정책성과에 따라 대상 지역이 변경될 가능성을 최소화하고, 정책이 집중되는 대상 지역을 절대적 개념으로 설정함으로써 정책성과 측정과 수행의 일관성을 유지할 수 있도록 한 것이다(김동진, 2018: 118).

또 다른 중요한 변화는 2007년부터 ‘건강불평등 중재 도구(Health Inequalities Toolkit)’를 활용하여 기대여명과 영아사망률이라는 핵심 건강지표를 중심으로 스피어헤드 지정 지역에서의 건강형평성 개선 여부를 모니터링하고 있다는 점이다(Porroche-Escudero & Popay, 2021: 568). 그동안 영국 정부가 건강형평성 정책 효과를 체계적 평가할 수 있는 다양한 도구를 개발하기 위해 많은 노력을 기울여 왔는데, 비로소 ‘건강불평등 중재 도구’를 이용하여 지역 내에서 진행되는 다양한 정책 사업의 효과, 예를 들어 금연 사업이 얼마나 건강불평등 개선에 영향을 미쳤는지를 평가할 수 있게 된 것이다. 예를 들어, 사업의 결과로 금연 성공자가 증가할 경우, 지역 내 기대여명의 증가분과 영국 전체 평균 기대여명과의 격차 감소치를 계산하여 사업의 효과성을 분석하는 방식이다. 이러한 평가 방식은 건강불평등 완화를 위한 정책 사업의 범위와 강도를 합리적으로 결정하는 데 유용할 뿐 아니라, 사업 계획 수립 시 의사결정에 실질적인 도움을 주기도 한다(Goyder et al., 2005: 339). 또한, 개별 사업의 효과를 투입된 자원의 규모나 중간 결과물로 측정하지 않고, 최종 결과물인 건강불평등 개선 효과로 평가함으로써 정책의 지향성과 효과성을 극대화하는 데 기여하고 있다.

다) 영국의 건강관련 데이터센터 Fingertips

영국의 Fingertips는 건강증진 및 격차 해소국(Office for Health Improvement & Disparities, OHID)이 개발한 대규모 공중보건 데이터 모음으로, 건강 및 웰빙 주제를 포괄하는 지표를 포함하고 있다. 데이터는 주제별 프로필(themed profiles)로 구성되어 있으며, 지역 보건 전략 수립(Joint Strategic Needs Assessment, JSNA)과 건강증진 및 건강불평등 감소를 위한 계획 수립을 지원하기 위해 설계되었다⁵⁵⁾. Fingertips 프로필을 활용하면 지역적 수준에서 지표를 탐색할 수 있으며, 각 지역의 수치를 영국 전체 또는 해당 지역 평균과 비교해볼 수 있다. 이는 공중보건

개입을 최적화하고, 지역 간 건강 격차를 이해하며, 근거 기반의 정책 결정을 지원하는 데 유용하다.⁵⁶⁾

Fingertips의 주요 프로필 중 하나인 아동 및 모성 건강 프로필(child and maternal health profiles)은 임신, 출산, 모성 건강, 아동 건강 등과 관련된 다양한 공중보건 지표를 제공한다.⁵⁷⁾ 이 프로필을 통해 지역 조직들(Local organisations)은 지역 실정에 맞는 근거 기반 서비스를 계획하고 실행할 수 있으며, 유사한 배경을 지닌 지역과의 비교를 통해 개선 방향을 도출할 수 있다.

임신과 출산 관련 지표에는 청소년 임신을 포함한 전체 임신 발생 수, 임신 중 건강행태, 분만 및 출산 결과, 그리고 모유 수유에 대한 정보가 포함된다. 모유 수유 관련 지표는 인구통계학적 특성, 수유 행태, 그리고 어머니와 자녀의 건강 결과에 대한 데이터를 제공한다. 또한 아동 건강 분야에서는 건강과 웰빙에 영향을 미치는 다양한 주제의 핵심 지표들이 포함되어 있다. 이러한 지표들은 지방정부, 지역, 잉글랜드 전체 수준에서 제공되며, 지방정부와 보건 서비스가 아동 건강을 향상시키고, 건강불평등을 줄이는 데 실질적인 도움을 준다.⁵⁸⁾

영유아기(0~5세) 관련 지표에는 출생 결과와 관련 위험요인, 사고 및 부상, 모유 수유, 비만, 건강 방문 서비스, 아동 발달 및 학교 준비도 등이 포함된다. 병원 입원율, 예방접종률, 주거 불안정과 같은 보완 지표도 함께 제공된다. 영유아기의 주요 영향 영역은 부모로의 전환, 가족 정신건강, 모유 수유, 건강한 체중과 영양, 건강 리터러시 및 사고 예방, 어휘 격차 축소 등 주제로 구성되어 있다.⁵⁹⁾

또한, Fingertips는 사회적 건강 결정요인(social determinants of health) 프로필을 통해 사회적, 경제적, 환경적 요인이 사람들의 건강에 미치는 영향을 다룬다. 이러한 요인은 개인의 건강 목표 달성, 필요 충족, 환경 변화 대응 능력 등에 영향을 미치며, 건강불평등을 줄이기 위한 예방적 조치와 정책 개발에 중요한 정보를 제공한다. 이 프로필은 사회적 건강 결정요인에 대한 지역 간 비교 가능한 지표들을 제공

55), 56) 영국의 Department of Health & Social Care-Fingertips guidance.

<https://fingertips.phe.org.uk/profile/guidance> (인출일: 2025. 5. 28./8. 7.)

57), 58) 영국의 Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage.

<https://fingertips.phe.org.uk/profile/child-health-profiles/supporting-information/indicators-by-life-course-stage> (인출일: 2025. 5. 28./8. 7.)

59) 영국의 Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage. <https://fingertips.phe.org.uk/profile/child-health-profiles/supporting-information/indicators-by-life-course-stage> (인출일: 2025. 8. 7.)

하고, 다른 위험요인 및 건강 결과와의 연관성을 강조하며, 정책 개입 및 데이터 기반 의사결정을 위한 자료도 함께 제공한다.⁶⁰⁾ 결론적으로 Fingertips는 공중보건 전문가, 정책 입안자, 연구자 등에게 유용한 도구로, 건강불평등을 이해하고 이를 줄이기 위한 전략을 개발하는 데 유용한 정보 플랫폼으로 기능하고 있다.⁶¹⁾

〈표 IV-1-8〉 영국 Fingertips 모니터링의 대분류와 중분류

영역(대분류)	중분류
건강의 광범위한 결정요인	<ul style="list-style-type: none"> - 교통 - 지역사회 설계 - 자연적이고 지속 가능한 환경 - 주거
아동과 산모의 건강	<ul style="list-style-type: none"> - 임신 전, 임신 및 출산 - 영유아기 발달과 건강 - 아동 건강

자료: 1) 영국의 Department of Health & Social Care 홈페이지 내용을 일부 발췌함.
 2) 영국의 Department of Health & Social Care-Wider Determinants of Health.
<https://fingertips.phe.org.uk/profile/wider-determinants> (인출일: 2025. 8. 6.)
 3) 영국의 Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage. <https://fingertips.phe.org.uk/profile/child-health-profiles/supporting-information/indicators-by-life-course-stage>(인출일: 2025. 8. 7.)

4) 호주

호주의 공중보건 정보개발단위(Public Health Information Development Unit, PHIDU)는 1999년 호주 정부의 자금 지원으로 설립된 이후, 전 생애주기에 걸친 건강 및 그 결정요인에 관한 포괄적인 정보를 제공하고 있다.⁶²⁾ PHIDU는 2015년부터 토렌스 대학교 호주(Torrens University Australia)에 소속되어 있으며, 건강 및 웰빙의 불평등을 모니터링하고 인구 건강 향상을 위한 근거 기반 의사결정을 지원하기 위해 소지역 통계(small area statistics)의 수집과 출판을 주요 활동으로 하고 있다.⁶³⁾

PHIDU가 운영하는 호주 사회 건강 아틀라스(Social Health Atlases of Australia)는 전국적인 보건 데이터를 다양한 지리 단위에서 제공한다. 주요 지리

60), 61) 영국의 Department of Health & Social Care-Wider Determinants of Health.
<https://fingertips.phe.org.uk/profile/wider-determinants> (인출일: 2025. 5. 28.)

62), 63) 호주의 Public Health Information Development Unit-About PHIDU.
<https://phidu.torrens.edu.au/about-phidu> (인출일: 2025. 5. 28.)

단위에는 인구 건강 지역(Population Health Area, PHA), 지방 정부 지역(Local Government Area, LGA), 기초보건 네트워크(Primary Health Network, PHN), 선주민 지역(Indigenous Area, IARE)이 포함된다. 특히, 선주민 및 토레스 해협 섬 주민을 위한 별도의 데이터 세트가 구성되어 있으며, 이는 이들의 건강 상태와 불평등 문제를 이해하고 해결하는 데 중요한 역할을 한다.⁶⁴⁾ 아울러, 지역의 사회경제적 수준(Quintiles of Socioeconomic Disadvantage of Area)에 따라 층화하여 데이터를 산출한다. 분위 1은 가장 불이익이 적은 지역(Least disadvantaged), 분위 5는 가장 큰 불이익을 받는 지역(Most disadvantaged)을 의미하며, 이 구분을 통해 지역 간 건강불평등을 정량적으로 파악할 수 있다. 이 지표들은 현시점 기준 데이터뿐 아니라 시계열 분석이 가능한 데이터도 포함하며, 전체 인구와 선주민 인구 모두를 대상으로 한다.⁶⁵⁾ 각 지표는 PHIDU 웹사이트에 정리된 주제별 인디케이터 목록을 통해 확인할 수 있으며, 선택한 항목 또는 자동 완성 검색 필터를 통해 관련된 주석과 해설을 조회할 수 있다.⁶⁶⁾

이러한 사회경제적 불평등 지표는 아동 및 청소년의 건강 상태를 이해하는 데에도 핵심적으로 활용된다. PHIDU는 2021년에 호주 아동 및 청소년 사회 건강 아틀라스(Child and Youth Social Health Atlas of Australia)를 발간하였으며, 이는 0세부터 24세까지의 인구를 대상으로 건강 상태, 건강서비스 이용, 건강 결과에 대한 데이터를 사회적, 경제적, 인구통계학적 특성과 함께 통합하여 제공한다. 소지역 수준의 지도를 통해 지역별 건강지표를 시각화하고, 사회경제적 불이익 수준과 지리적 접근성 지수(Remoteness Area)에 따른 그래프를 제공하여 지역 간 건강 격차를 분석할 수 있도록 한다.⁶⁷⁾ 이러한 자료는 호주 전역의 지역사회에서 아동 및 청소년의 건강 상태와 사회경제적 특성을 종합적으로 이해하고, 정책 수립 및 서비스 제공에 활용될 수 있다.⁶⁸⁾ 영유아에 해당하는 영역에 대해 살펴보면 다음과 같다.

64) 호주의 Public Health Information Development Unit-Data Workbooks. <https://phidu.torrens.edu.au/social-health-atlases/data> (인출일: 2025. 5. 28.)

65) 호주의 Public Health Information Development Unit-Geographical structures. <https://phidu.torrens.edu.au/help-and-information/help-guides-and-faq/geographical-structures#quintiles-of-socioeconomic-disadvantage-of-area> (인출일: 2025. 5. 28.)

66) 호주의 Public Health Information Development Unit-Topics, Indicators and Notes on the Data. <https://phidu.torrens.edu.au/social-health-atlases/indicators-and-notes-on-the-data> (인출일: 2025. 8. 7.)

67), 68) 호주의 Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia. <https://phidu.torrens.edu.au/social-health-atlases/topic-atlas/child-youth-atlas> (인출일: 2025. 5. 28.)

〈표 IV-1-9〉 호주 아동 및 청소년 사회 건강 아틀라스의 대분류와 중분류

영역(대분류)	중분류
사회·인구학적 요인	<ul style="list-style-type: none"> - 출산율 - 교육 - 초기 아동 발달 - 가구 형태 - 돌봄 서비스 - 주거 - 소득 지원 수급자 (Income support recipients) - 가정 내 인터넷 접근성 - 불평등의 종합 지표 (Summary measure of disadvantage)
건강 상태, 질병 예방, 장애, 돌봄, 사망	<ul style="list-style-type: none"> - 산모와 신생아 - 아동 및 청소년 건강 - 건강 위험요인의 유병률
보건 및 복지 서비스의 이용과 제공	<ul style="list-style-type: none"> - 장애 및 조기사망 - 입원(예: 성별 및 연령별, 주요 진단명) - 예방 가능한 입원(예: 급성 질환, 만성질환) - 응급실 내원 - 특정 질환(예: 호흡기계, 소화기계 질환)에 따른 응급실 내원

자료: 호주의 Public Health Information Development Unit 홈페이지 내용을 일부 발췌함. <https://phidu.torrens.edu.au/social-health-atlases/indicators-and-notes-on-the-data/social-health-atlases-of-australia-contents> (인출일: 2025. 8. 7.)

위에서 살펴본 각국의 영유아기 건강불평등 모니터링 지표 체계를 표로 정리하여 부록1에 수록하였다. 부록1에는 국제기구 및 국가별 지표 체계, 주관 기관, 영유아기 건강불평등 모니터링과 관련된 영역 및 지표의 수가 포함되어 있다. 지표는 데이터가 가능한 경우 양육자 또는 부모의 교육, 직업, 소득수준, 가구 형태, 지역의 사회경제적 위치 등으로 층화하여 산출되며, 지역 간 또는 집단 간 비교가 가능하며, 영유아기 건강형평성 관련된 정책 수립 및 연구기반 마련에 활용된다.

2. 영유아 건강불평등 모니터링 지표개발 과정

가. 영유아 건강불평등 모니터링 과정

본 연구에서는 상술한 WHO의 건강불평등 모니터링 과정과 기존 지표개발 연구 방법 등(WHO, 2024b: 6-7; 김동진 외, 2019: 15-17; 정최경희 외, 2013: 32-48)을 고려하여 다음의 방법으로 진행하였다.

1) 1단계: 영유아 건강불평등 모니터링 범위 설정

가) 모니터링 대상 주제와 인구집단 설정

영유아 건강불평등 모니터링의 대상 주제는 영유아의 건강불평등으로, 건강과 사회적 건강 결정요인을 포괄적으로 다루었다. 인구집단은 영유아로 0~5세의 아동을 대상으로 하였다. 출생 후부터 28일까지는 신생아, 신생아기 이후부터 1세 미만까지는 영아, 만 1세부터 5세까지는 유아로 통상 칭하나, 본 연구에서는 0~5세를 영유아로 통칭하였다. 연령 구분이 필요할 때에는 신생아, 영아, 유아를 구분해서 사용하였다.

나) 모니터링 지표 선정 및 불평등 차원 결정

모니터링 지표 선정 및 불평등 차원 결정은 하위 다섯 단계로 나누어 진행하였다. 1단계에서는 영유아 건강불평등 모니터링의 틀(framework)이 되는 영유아 건강불평등 결정요인 모형을 설계하였다. 이를 위해서 영유아 발달 및 건강불평등과 관련된 문헌을 고찰하였다. 이를 바탕으로 연구진 논의를 거친 후 전문가 자문회의를 통해 수정 의견을 청취하였다.

2단계로 기존 국외 영유아 건강 및 건강불평등 모니터링 지표를 수집하였다. 국내 영유아 건강불평등 모니터링은 미흡하지만, 국제기구나 주요 선진국에서는 이미 적절성(relevance)이 검증된 지표들을 활용하여 영유아 건강불평등 모니터링을 하고 있기 때문에 이 지표들을 최대한 수집하고자 하였다. UNICEF, OECD, WHO, 캐나다, 영국, 미국, 호주의 지표를 조사·수집하였다. 국외 영유아 건강 및 건강불평등 지표 중 UNICEF나 WHO 지표는 미개발국가나 개발도상국까지 고려한 지표인 경우도 있으나, OECD, WHO, 캐나다, 영국, 미국, 호주의 지표는 선진국을 기반으로 한 지표이므로 국내에 적용하는 것이 적절하다고 판단하였다. 이렇게 최대한 지표를 수집했음에도 불구하고 누락된 지표는 1차 전문가 조사를 통해 수집하였으며, 일부 국내에서 적절하지 않은 지표는 2차 전문가 조사 시 지표를 수정하였다. 더불어 국내에서 진행된 바 있는 아동기 건강불평등 지표, HP2030 지표, 서울시 건강격차 지표 등도 참고하였다.

이렇게 수집된 지표들은 3단계에서, 본 연구에서 수립한 영유아 건강불평등 결

정요인 틀에 맞추어 재분류하고 범주화하였다. 영유아 건강불평등 결정요인 모형에 따라 대분류와 중분류를 설정하고, 수집된 지표들을 대분류와 중분류에 맞추어 재분류하였다. 이렇게 재분류된 지표들은 자료에 따라 상이한 측면이 있지만 개념적으로 유사한 경우를 묶어 범주화하였다. 구체적인 지표들로부터 보다 추상성이 높은 소분류로 우선 범주화하고, 이후 소분류보다 추상성이 낮은 단계의 세분류로 지표들을 다시 범주화하였다. 이 과정을 거쳐 3개의 대분류, 12개의 중분류, 38개의 소분류, 73개의 세분류, 195개의 지표 체계가 완성되었다.

[그림 IV-2-1] 영유아 건강불평등 모니터링 지표개발 과정



4단계에서는 이렇게 수집하여 체계화된 지표 가운데, 본 연구를 통해서 분석할 지표를 선정하였다. 이 과정에서는 델파이기법을 활용한 전문가 조사를 이용하였다. 연구진 논의 및 전문가 자문회의를 통해 델파이 설문지를 완성하였으며, 총 21명의 전문가들로부터 델파이 조사 응답을 받았다. 1차 조사 결과를 분석하여 2차 조사에는 보다 구체적인 지표 내용과 불평등 차원을 제공하여 응답을 도왔다.

5단계에서는 델파이 조사 분석 결과를 바탕으로 연구진 논의를 통해 최종지표를 결정하였다.

2) 2단계: 데이터 수집

앞서 선정된 25개 지표에 대해 지표와 불평등 차원을 포함하고 있는 데이터를 파악하였다. 국내에서 가용한 데이터가 없는 경우 향후 지표 산출이 가능하도록 최종보고를 통해 제안하였다. 또한, 파악된 데이터 자료를 검토하여 건강불평등 모니터링에 사용할 데이터를 결정하였다. 데이터가 제한적이거나, 대표성이 없거나, 존재하지 않거나, 질이 낮은 경우, 향후 양질의 데이터 생산이 가능하도록 최종 보고를 통해 제안하였다.

3) 3단계: 데이터 분석

결정된 데이터를 이용해 선정된 지표에 대해 분석하였다. 이미 분석이 되어 발표되고 있는 지표의 경우, 기존 발표 결과를 인용하였다. 분석 시에는 다음 표와 같이 연령, 성별, 시기, 비율, 불평등 측정에 대한 지표 분석 원칙을 고려하였다.

〈표 IV-2-1〉 영유아 건강불평등 모니터링 분석 원칙

항목	원칙
연령	지표에 따라 연령 분류 결정 지표의 특성과 데이터의 가용성 등을 고려
성별	자료가 가용한 경우 전체, 남아, 여아로 나누어 분석하는 것을 원칙으로 함
시기	가장 최근 자료를 이용하는 것을 원칙으로 함
비율	가중치적용조율, 3년 이동합계 평균율, 표준화율, 직접표준화율 등을 지표의 특성에 따라 결정하여 사용함
불평등 측정	상대불평등과 절대불평등을 함께 분석하는 것을 원칙으로 함 기준집단을 가장 사회경제적 위치가 높은 집단으로 하는 것을 원칙으로 함 상대불평등은 상대위험도(relative risk)로 산출함

4) 4단계: 결과 보고

결과 보고에서는 건강불평등 모니터링의 전반적 목적과 대상, 범위, 25개 지표 분석 결과를 데이터 자료, 핵심 결과와 함께 제시하였다.

5) 5단계: 지식확산

한국건강형평성학회 등을 통해 영유아 건강불평등 모니터링 결과를 발표하고 소통한다.

나. 영유아 건강불평등 결정요인 모형

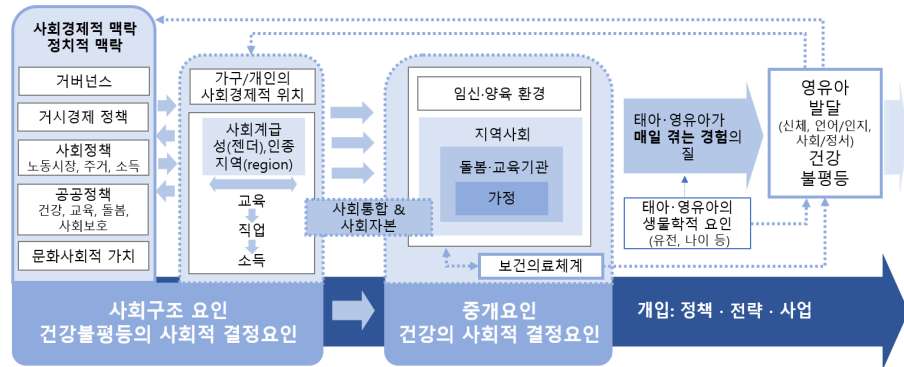
영유아 건강불평등 모니터링을 위한 영유아 건강불평등 결정요인 모형은 국내 건강불평등 모니터링(김동진 외, 2013: 99; 정최경희 외, 2013: 13)에서 활용된 바 있는 세계보건기구 사회적 건강 결정요인 위원회의 개념적 틀(Solar & Irwin, 2010: 25)을 기본 뼈대로 하였다. 이 모형은 건강 및 건강불평등의 결정요인을 개인 요인에 국한하지 않고 넓은 맥락의 사회적 환경을 고려한 모형으로 아동 발달의 생태학적 이론과 그 맥이 닿아있다. 그러나 CSDH 개념적 틀의 중간 결정요인은 영유아에 적용하기 적절치 않은 한계가 있으므로, 아동 발달의 생태학적 이론의 개념을 활용하여 보완하였다.

Siddiqi et al.(2007)의 보고서 〈Total Environment Assessment Model for Early Child development〉에서는 초기 아동 발달의 맥락을 논하며 세계 환경으로까지 그 영역을 확대하지만, 영유아 발달의 핵심 개념으로 양육환경과 매일 겪는 경험의 질을 강조하고 있다(Siddiqi et al., 2007: 3). 양육환경(nurturant environments)이란 어린이가 성장하고, 생활하며 배우는 환경으로 어린이의 발달에 가장 중요한 요소이다(Siddiqi et al., 2007: 5). 지역, 국가, 그리고 국제기관의 지원 없이 부모만으로는 양질의 양육환경을 제공하기 어려우므로 양육환경 또한 사회적·경제적·정치적 맥락 하에서 작동한다(Siddiqi et al., 2007: 3). 영유아가 매일 겪는 경험(child's day-to-day experience)의 개념 또한 중요한데, 초기 아동 발달의 복잡성에도 불구하고, 아동 발달에 영향을 미치는 다양한 요인들은 결국 어린이가 매일 겪는 경험으로 귀결된다(Siddiqi et al., 2007: 23). 어린이가 매일 겪는 경험의 질을 향상시키는 것은 유엔 아동권리협약(CRC) 하에서의 양육(parenting), 보육(childcare), 초기 아동기의 권리 모니터링에 관한 모든 정책과 사업의 주요 목표가 되어야 한다는 점을 강조하고 있다(Siddiqi et al., 2007: 23).

따라서 세계보건기구 사회적 건강 결정요인 위원회 모형에서 영유아에게 적용하기

어려웠던 중간 결정요인 대신 양육환경을 중개요인으로 설정하였다. 영유아가 매일 맞닥뜨리는 양육환경의 수준은 가정, 돌봄·교육기관, 지역사회(neighborhood)로 구분하였다. 신생아의 건강은 태아기의 환경에 영향을 받으므로, 중개요인의 양육환경에 임신 환경을 추가하였다.

[그림 IV-2-2] 영유아 건강불평등 결정요인 모형



자료: 연구진 작성. Solar & Irwin(2010)에 근거하여 영유아 건강불평등 결정요인 모형을 제안함.

다. 영유아 건강불평등 모니터링 지표 체계

본 연구에서는 영유아 건강불평등 결정요인 모형에 따라 대분류와 중분류를 설정하고, 수집한 지표들을 대분류와 중분류에 맞추어 재분류하여 다음 표와 같은 대분류, 중분류, 소분류, 세분류, 지표 체계를 완성하였다. 총 195개의 지표가 3개의 대분류, 12개의 중분류, 38개의 소분류, 73개의 세분류에 배치되었다. 구체적인 지표는 부록2에 수록하였다.

〈표 IV-2-2〉 영유아 건강불평등 모니터링 지표 체계(소분류 수준)

대분류	중분류	소분류
사회구조 요인 (23)	사회정책(11)	출산·양육 및 아동 정책(3) / 소득 정책(1) / 주거 정책(2) / 노동 정책(2) / 사회보호 정책(1) / 보건 정책(1) / 환경 정책(1)
	사회가치(1)	성평등(1)
	인구 및 가구(3)	인구(2) / 가구(1)
	사회경제적 위치(8)	양육자 교육(1) / 양육자 직업(2) / 양육자 소득(3) / 지역(2)
중개 요인 (38)	가정(21)	종합지수(1) / 주거환경(4) / 영양(3) / 폭력 및 갈등(2) / 양육자의 양육 행태(4) / 생물학적 어머니의 건강과 건강행태(4) / 양육자의 건강과 건강행태(3)

대분류	중분류	소분류
	보육·교육기관(2)	보육·교육기관(2)
	지역사회(8)	종합(1) / 안전 및 편의(2) / 환경문제(3) / 사회통합과 사회자본(2)
	보건의료서비스(7)	보건의료자원(2) / 미충족의료(1) / 치과서비스(1) / 방문가정서비스(1) / 예방접종(1) / 건강검진(1)
발달과 건강 (12)	발달(4)	신생아 발달(1) / 0~5세 발달(3)
	건강(1)	전반적 건강(1)
	질병 및 손상(6)	유병(3) / 의료이용(3)
	사망(1)	성별 연령별 사망원인별 사망(1)

〈표 IV-2-3〉 영유아 건강불평등 모니터링 지표 체계(세분류 수준)

대분류	중분류	소분류	세분류	대분류	중분류	소분류	세분류	
사회 구조 요인	사회 정책	출산, 양육 및 아동 정책	가족 지원 공공 지출	중개 요인	가정	생물학적 엄마의 건강과 건강행태	모성사망	
			영유아 교육에 대한 공 공 지출				출산 연령	
			출산 및 육아휴직제도				임신 전 및 임신 중의 건강행태	
		소득정책	가구 소득 보장				산전 관리	
		주거정책	주택 및 지역사회기반시 설에 대한정부 지출				양육자의 건강과 건강행태	전반적 건강
			주거 지원에 대한 정부 지출					정신건강
		노동정책	노동소득분배율		보육· 교육기관	건강행태		
			노동조작률			보육·교육기관	보육·교육기관 등록 및 이용과 비용	
		사회보호 정책	공공 사회 보호 지출(의 료 제외)		종합	보육·교육기관의 질	건강자원 접근성 및 위 해요인 지수	
			보건정책			공공 보건 지출	안전 및 편의	안전
	환경정책	환경 보호에 대한 정부 지출	편의					
	사회 가치	성평등	성별격차		지역 사회	환경문제	화학적 유해요인	
	인구 및 가구	인구	출산율				소음	
			인구 구성				대기오염	
	사회 경제 적 위치	가구	가구		가구 구성	사회자본과 사회통합	사회자본	
							사회통합	
		양육자 교육	양육자 교육		양육자 학력 분포	보건 의료 서비 스	보건의료자원	의료기관
			양육자 직업		양육자 실업			양육자 고용안정성
		양육자 소득	양육자 소득불평등		양육자 상대 빈곤	미충족의료	미충족의료	
			양육자 절대 빈곤		양육자 절대 빈곤		치과서비스	치과 이용
			지역		지역박탈지수		가정방문서비스	생애초기건강관리사업
		도시화			예방접종	영유아 예방접종		

대분류	중분류	소분류	세분류	대분류	중분류	소분류	세분류
중개 요인	가정	종합지수	아동 결핍지수	발달 과 건강	발달	건강검진	영유아 건강검진
		주거환경	주거 점유 상태			신생아발달	신생아 건강상태
			공공임대주택			0~5세 발달	0~2세 발달검사결과
			주거비 부담				3~5세 발달검사결과
			주거 빈곤				0~5세 발달 및 건강상태
		영양	식품안전성		건강	전반적건강	전반적 건강
			모유수유			유병	질병 또는 장애 유병
			이유식 및 영양섭취		질병 및 손상		손상 유병
		폭력 및 갈등	폭력				치아 유병
			가족 관계		의료이용	외래 진료	
		양육자의 양육행태	양육정책 활용			입원	
			산후조리원			응급실 내원	
			양육 부담		사망	성별 연령별 사망원인별 사망	
			양육 방식 및 태도				

3. 델파이 조사를 통한 영유아 건강불평등 모니터링 지표 타당화

가. 1차 델파이 조사

1) 세분류 선정과 영유아 건강불평등 모니터링 체계 수정

델파이기법을 활용하여 전문가 조사를 실시하였다. 각 세분류에 대한 중요도는 리커트 척도 7점으로 질문하였고, 이와 별도로 대표 세분류 25개를 선정하도록 하였다. 설문지는 부록3으로 추가하였다. 전문가는 아동학 관련 11명, 보건학 관련 10명으로 구성되었다. 대학교 교수 13명, 정부 또는 공공기관 근무자 7명, 민간기관 근무자 1명이었다. 박사를 수료하거나 졸업한 전문가는 19명이었다. 성별로는 여성 16명, 남성 5명이었고, 평균연령 51세, 영유아 또는 건강 및 건강형평성 관련 평균 경력은 19년이였다.

가) 세분류에 대한 합의도 판단 기준

세분류 선정은 각 세분류에 대해 전문가들이 응답한 중요성에 대한 합의도와 산포성(dispersion)에 따른 합의도(consensus)를 종합하여 정하였다(Khodyakov et al., 2023: 33-36; Von Der Gracht, 2012: 1529-1531). 중요성에 대한 합의도는 중위수, 중요도 6 이상 의견일치율(percentage of agreement), 대표세분

류 의견일치율, 비대표세분류 의견일치율을 종합하여 점수를 계산하였다. 구체적으로는 중요도 응답의 중위수가 7 이상, 중요도 6 이상 의견일치율 80% 이상, 중요도 6 이상 의견일치율 75% 이상, 중요도 6 이상 의견일치율 66% 이상, 중요도 6 이상 의견일치율 50% 이상, 대표세분류 의견일치율 80% 이상, 대표세분류 의견일치율 75% 이상, 대표세분류 의견일치율 66% 이상, 대표세분류 의견일치율 50% 이상에 대해 각 1점을 부여하였다. 더불어 비대표세분류 의견일치율 80% 이상, 비대표세분류 의견일치율 75% 이상, 비대표세분류 의견일치율 66% 이상, 비대표세분류 의견일치율 50% 이상에 대해 각 -1점을 부여하였다. 위 13개 항목 점수의 합으로 중요성에 대한 합의도 점수를 산출하였다. 합의도 점수는 -4점부터 9점까지 분포하였다. 산포성에 따른 합의도는 사분위수 범위로 구하였다. 이 두 기준을 이용한 세분류 판단은 다음과 같이 정하였다.

〈표 IV-3-1〉 합의도에 따라 2단계 전문가 조사 여부를 판단하는 기준

구분		중요성에 대한 합의도			
		매우 낮음 (-4~-1)	낮음 (0~2)	높음 (3~5)	매우 높음 (6~9)
산포성에 따른 합의도	낮음 (>1)	탈락	탈락	재설문	재설문
	높음 (≤1)	탈락	탈락	선택	선택

주: 중요성에 대한 합의도는 중요도 점수가 높은 응답의 일치율을 계산한 것으로 -4부터 9까지의 범위를 보임.

나) 세분류 선정 결과

위 기준에 따라 탈락한 세분류는 47개, 선택이 결정된 세분류는 22개, 선택이나 탈락이 보류된 세분류는 4개였다. 중요성에 대한 합의도가 최고 9점 나온 세분류는 양육자의 정신건강과 영유아 예방접종이었다. 이 두 세분류는 산포성에 따른 합의도도 높았다. 폭력은 8점이었고, 역시 산포성에 따른 합의도도 높았다. 7점인 세분류는 영유아 건강검진, 신생아 건강상태, 0~2세 발달검사결과였는데, 이중 영유아 건강검진만 산포성에 따른 합의도가 높았다.

산포성에 따른 합의도와 중요성에 대한 합의도 기준에 따른 분포는 다음 표와 같다.

〈표 IV-3-2〉 합의도에 따른 세분류 분포

구분		중요성에 대한 합의도			
		매우 낮음 (-4~-1)	낮음 (0~2)	높음 (3~5)	매우 높음 (6~9)
산포성에 따른	낮음 (>1)	8	2	2	2
합의도	높음 (≤1)	29	8	14	8

주: 중요성에 대한 합의도는 중요도 점수가 높은 응답의 일치율을 계산한 것으로 -4부터 9까지의 범위를 보임.

이에 따라 산포성에 따른 합의도가 높고, 중요성에 대한 합의도가 높거나 매우 높은 22문항은 대표 세분류로 확정되었다. 중요성에 대한 합의도가 높거나 매우 높지만 산포성에 따른 합의도는 낮은 네 개의 세분류는 2차 전문가 조사를 추가로 시행하였다. 선택이 결정된 세분류와 재설문대상 세분류 목록은 다음과 같다.

〈표 IV-3-3〉 1차 전문가 조사에서 대표 세분류로 확정된 세분류

대분류	중분류	소분류	세분류	중요성에 대한 합의도 점수
사회구조 요인	사회·공 공정책	출산, 양육 및 아동 정책	출산 및 육아휴직 제도	5
		소득 정책	가구 소득 보장	5
	사회경제 적 위치	양육자 직업	양육자 고용안정성	3
		양육자 소득	양육자 절대 빈곤	5
중개요인	가정	종합지수	아동 결핍지수	5
		주거환경	주거 빈곤	6
		영양	식품안정성	6
			이유식 및 영양섭취	6
		폭력 및 갈등	폭력	8
		양육자의 양육행태	양육 방식 및 태도	5
		생물학적 어머니의 건강과 건강행태	임신 전 및 임신 중의 건강행태	5
			산전 관리	3
		양육자의 건강과 건강행태	전반적 건강	5
			정신건강	9
	보건의료 서비스	미충족의료	미충족의료	5
		예방접종	영유아 예방접종	9
		건강검진	영유아 건강검진	7
발달과 건강	발달	0~5세 발달	3~5세 발달검사결과	5
			0~5세 발달 및 건강상태	4
	질병 및 손상	유병	질병 또는 장애 유병	6
			손상 유병	5
	사망	성별 연령별 사망원인별 사망	성별 연령별 사망원인별 사망	3

주: 중요성에 대한 합의도는 중요도 점수가 높은 응답의 일치율을 계산한 것으로 -4부터 9까지의 범위를 보임.

〈표 IV-3-4〉 1차 전문가 조사에서 선택이나 탈락 결정이 보류된 세분류

대분류	중분류	소분류	세분류	중요성에 대한 합의도 점수
중개 요인	가정	양육자의 건강과 건강행태	건강행태	3
	보건의료 서비스	방문가정서비스	생애초기 건강관리사업	4
발달과 건강	발달	신생아 발달	신생아 건강상태	7
		0~5세 발달	0~2세 발달검사결과	7

주: 중요성에 대한 합의도는 중요도 점수가 높은 응답의 일치율을 계산한 것으로 -4부터 9까지의 범위를 보임.

〈표 IV-3-5〉 1차 전문가 조사에서 중요성에 대한 합의도가 낮게 나온 세분류

대분류	중분류	소분류	세분류	중요성에 대한 합의도 점수
사회구조 요인	사회·공공정책	보건정책	공공 보건 지출	0
	사회경제적 위치	양육자 직업	양육자 실업	2
		양육자 소득	양육자 소득불평등	2
			양육자 상대 빈곤	2
중개 요인	가정	영양	모유수유	0
	지역사회	종합	건강자원 접근성 및 위험요인 지수	1
		안전 및 편의	안전	1
		환경문제	대기오염	1
	보건의료서비스	보건의료자원	의료기관	0
			의사 수	1

주: 중요성에 대한 합의도는 중요도 점수가 높은 응답의 일치율을 계산한 것으로 -4부터 9까지의 범위를 보임.

〈표 IV-3-6〉 1차 전문가 조사에서 중요성에 대한 합의도가 매우 낮게 나온 세분류

대분류	중분류	소분류	세분류	중요성에 대한 합의도 점수
사회 구조 요인	사회·공공정책	출산, 양육 및 아동 정책	가족 지원 공공 지출	-3
			영유아 교육에 대한 공공 지출	-4
		주거 정책	주택 및 지역사회 기반시설에 대한 정부 지출	-4
			주거 지원에 대한 정부 지출	-4
			노동소득분배율	-4
		노동정책	노조조직률	-4
		사회보호정책	공공 사회 보호 지출(의료 제외)	-2
	사회가치	환경정책	환경 보호에 대한 정부 지출	-4
		성평등	성별격차	-4
			출산율	-4
		인구 및 가구	인구 구성	-4
			가구 구성	-3
	사회경제적 위치	양육자 교육	양육자 학력 분포	-3
		지역	지역박탈지수	-1
			도시화	-4

대분류	중분류	소분류	세분류	중요성에 대한 합의도 점수
중개 요인	가정	주거환경	주거 점유 상태	-4
			공공임대주택	-4
			주거비 부담	-3
		폭력 및 갈등	가족 관계	-3
			양육정책 활용	-3
		양육자의 양육행태	산후조리원	-4
			양육 부담	-1
			모성사망	-1
	보육·교육기관	보육·교육기관	출산 연령	-3
			보육·교육기관 등록 및 이용과 비용	-4
	지역사회	안전 및 편의	보육·교육기관의 질	-1
			편의	-4
		환경문제	화학적 유해요인	-4
			소음	-4
		사회자본과 사회통합	사회자본	-4
			사회통합	-4
발달과 건강	보건의료서비스	치과서비스	치과이용	-3
	건강	전반적 건강	전반적 건강	-1
			유병	-2
		질병 및 손상	치아 유병	-4
			외래 진료	-4
			입원	-2
			응급실 내원	-1

주: 중요성에 대한 합의도는 중요도 점수가 높은 응답의 일치율을 계산한 것으로 -4부터 9까지의 범위를 보임.

다) 영유아 건강불평등 모니터링 체계 수정

전문가들이 주관식으로 응답한 지표 분류체계에 대한 의견을 분석하여 다음과 같이 지표 분류체계를 일부 수정하였다. 세분류로 노동시간, 사회 포용성, 가정 내 혼란지수, 육아친화환경지수, 공공보건건강증진서비스, 영유아의 건강행태, 정신 건강이 추가되었다. 1차 전문가 조사를 통해 추가된 세분류에 대해서는 2차 전문가 조사를 실시하였다. 3개 대분류, 10개 중분류, 38개의 소분류, 77개의 세분류, 총 209개 지표이다. 구체적인 지표는 부록4에 수록하였다.

〈표 IV-3-7〉 1차 델파이 조사 후 수정된 영유아 건강불평등 모니터링 지표 체계

대분류	중분류	소분류
사회구조 요인(25)	사회·공공정책(12)	출산·양육 및 아동 정책(3) / 소득 정책(1) / 주거 정책(2) / 노동 정책(3) / 사회보호 정책(1) / 보건 정책(1) / 환경 정책(1)

대분류	중분류	소분류
	문화사회적 가치(2)	성평등(1) / 사회포용성(1)
	인구 및 가구(3)	인구(2) / 가구(1)
	사회경제적 위치(8)	양육자 교육(1) / 양육자 직업(2) / 양육자 소득(3) / 지역(2)
중개 요인 (38)	가정(19)	종합지수(2) / 주거환경(3) / 식품환경(1) / 폭력 및 갈등(2) / 양육자의 양육 행태(5) / 산모 또는 양육자의 건강과 건강행태(6)
	보육·교육기관(2)	보육·교육기관(2)
	지역사회(9)	종합(2) / 안전 및 편의(2) / 환경문제(3) / 사회통합과 사회자본(2)
	보건의료서비스(8)	보건의료자원(2) / 미충족의료(1) / 건강증진서비스(3) / 예방접종(1) / 건강검진(1)
발달과 건강(14)	발달(5)	출생 시 발달(1) / 0~5세 발달(3) / 건강행태(1)
	건강(9)	건강수준(2) / 유병(3) / 의료이용(3) / 사망(1)

주: 괄호 안은 세분류 수, 굵은 글씨가 수정된 부분임.

나. 2차 델파이 조사

1) 세분류 및 지표의 중요도 산출과 대표지표 결정

1차 전문가 조사 시와 동일한 전문가를 대상으로 2차 전문가 조사를 실시하였다. 2차 전문가 조사는 크게 세분류에 대한 중요도와 지표에 대한 중요도 두 부분으로 구성되었다. 설문지는 부록5로 추가하였다.

세분류에 대한 중요도는 1차 전문가 조사에서 선택이나 탈락 결정이 보류된 세분류와 새로 추가된 세분류에 대해서 중요도를 리커트 척도 7점으로 질문하였다. 더불어 1차 전문가 조사에서 선정된 세분류와 선택이나 탈락 결정이 보류된 세분류, 새로 추가된 세분류 중 대표 세분류 25개를 선정하도록 하였다. 이를 종합하여 세분류의 중요도를 최종적으로 산출하였다. 세분류의 중요도 계산 방식은 1차 전문가 조사 결과를 산출할 때와 동일한 방식으로 하였다.

설문지의 두 번째 부분에서는 1차 전문가 조사에서 선정된 세분류, 선택이나 탈락 결정이 보류된 세분류, 새로 추가된 세분류에 속한 지표에 대해 중요도를 리커트 척도 7점으로 질문하였다. 중요성에 대한 합의도는 중위수, 중요도 6 이상 의견일치율 (percentage of agreement)을 계산하였다. 구체적으로는 중요도 응답의 중위수가 7 이상, 중요도 6 이상 의견일치율 80% 이상, 중요도 6 이상 의견일치율 75% 이상,

중요도 6 이상 의견일치율 66% 이상, 중요도 6 이상 의견일치율 50% 이상에 대해 각 1점을 부여하였다. 위 5개 항목 점수의 합으로 중요성에 대한 합의도 점수를 산출하였다. 합의도 점수는 0점부터 5점까지 분포하였다. 산포성에 따른 합의도는 사분위수 범위가 1을 초과하면 낮은 것으로, 1이하면 높은 것으로 하였다.

가) 세분류 중요도

1차 전문가 조사에서 선택이나 탈락 결정이 보류된 세분류에 대해서는 2차 조사 시 산포성에 대한 합의도가 모두 높아지는 결과를 보였다. 중요성에 대한 합의도는 일부 높아지거나 동일하였다. 1차 전문가 조사에서 새로 제안된 세분류에 대한 평가 결과 영유아 건강행태의 중요성에 대한 합의도가 높았다.

〈표 IV-3-8〉 1단계 전문가 조사에서 선택이나 탈락 결정이 보류된 세분류에 대한 재평가 결과

대분류	중분류	소분류	세분류	중요성에 대한 합의도 점수		산포성에 따른 합의도	
				1차	2차	1차	2차
중개 요인	가정	양육자의 건강과 건강행태	건강행태	3	4	낮음	높음
	보건의료 서비스	방문가정서비스	생애초기 건강관리사업	4	6	낮음	높음
발달과 건강	발달	신생아 발달	신생아 건강상태	7	7	낮음	높음
		0~5세 발달	0~2세 발달검사결과	7	8	낮음	높음

주: 중요성에 대한 합의도는 중요도 점수가 높은 응답의 일치율을 계산한 것으로 -4부터 9까지의 범위를 보임.

〈표 IV-3-9〉 1단계 전문가 조사에서 새로 제안된 세분류에 대한 평가 결과

대분류	중분류	소분류	세분류	중요성에 대한 합의도 점수	산포성에 따른 합의도
사회구조 요인	사회·공공정책	노동정책	노동시간	-3	높음
	사회문화적 가치	사회포용성	사회포용성	-4	낮음
중개요인	가정	종합지수	가정 내 혼란지수	-4	높음
	지역사회	종합지수	육아친화환경지수	-4	높음
	보건의료서비스	건강증진서비스	공공 건강증진 서비스	-2	높음
발달과 건강	발달	건강행태	영유아 건강행태	5	높음
	건강	건강수준	영유아 정신건강	-3	낮음

주: 중요성에 대한 합의도는 중요도 점수가 높은 응답의 일치율을 계산한 것으로 -4부터 9까지의 범위를 보임.

최종적으로 산포성에 따른 합의도가 높고 중요성에 대한 합의도 점수가 3점 이상인 세분류는 26개였다. 세분류 중 중요도에 대한 합의도 점수가 가장 높은 것은 산모 또는 양육자의 정신건강, 영유아 예방접종으로 9점이었고, 폭력, 0~2세 발달 검사결과는 8점이었다.

〈표 IV-3-10〉 최종적으로 확정된 대표 세분류

대분류	중분류	소분류	세분류	중요성에 대한 합의도 점수
사회구조 요인	사회·공 공정책	출산·양육 및 아동 정책	출산 및 육아휴직 제도	5
		소득 정책	가구 소득 보장	5
	사회경제 적 위치	양육자 직업	양육자 고용안정성	3
		양육자 소득	양육자 절대 빈곤	5
중개요인	가정	종합지수	아동 결핍지수	5
		주거환경	주거 빈곤	6
		식품환경	식품안정성	6
		폭력 및 갈등	폭력	8
		양육자의 양육행태	양육 역량과 방식	5
		산모 또는 양육자의 건강과 건강행태	산전 관리	3
			산모 건강행태	5
			양육자 건강행태	4
			산모 또는 양육자의 전반적 건강	5
			산모 또는 양육자의 정신건강	9
	보건의료 서비스	미충족의료	미충족의료	5
		건강증진서비스	생애초기건강관리사업	6
		예방접종	영유아 예방접종	9
		건강검진	영유아 건강검진	7
발달과 건강	발달	출생 시 발달	출생 시 발달 상태	7
		0~5세 발달	0~2세 발달검사결과	8
			3~5세 발달검사결과	5
			0~5세 성장	4
		건강행태	영유아 건강행태	5
	건강	유병	질병 또는 장애 유병	6
			손상 유병	5
		성별 연령별 사망원인별 사망	성별 연령별 사망원인별 사망	3

주: 중요성에 대한 합의도는 중요도 점수가 높은 응답의 일치율을 계산한 것으로 -4부터 9까지의 범위를 보임.

나) 지표 중요도

1차 전문가 조사에서 선정된 세분류, 선택이나 탈락 결정이 보류된 세분류, 새로 추가된 세분류에 속한 지표 총 82개에 대해 중요도를 질문하였다. 지표의 중요성

에 대한 합의도와 산포성에 따른 합의도의 분포는 다음과 같다.

〈표 IV-3-11〉 2단계 전문가 조사 결과 지표의 합의도 분포

		중요성에 대한 합의도 점수						계
		0	1	2	3	4	5	
산포성에 따른 합의도	높음	20	14	3	5	14	5	61
	낮음	6	10	5	0	0	0	21
계		26	24	8	5	14	5	82

주: 중요성에 대한 합의도는 중요도 점수가 높은 응답의 일치율을 계산한 것으로 -4부터 9까지의 범위를 보임.

82개 지표 중 산포성에 따른 합의도가 높고 중요성에 대한 합의도가 2점 이상인 지표는 27개로 다음과 같다.

〈표 IV-3-12〉 산포성에 따른 합의도가 높고 중요성에 대한 합의도가 2점 이상인 지표

대분류	중분류	소분류	세분류	지표	중요성에 대한 합의도 점수
사회구 조요인	사회·공 공정책	출산·양육 및 아동 정책	출산 및 육아휴직 제도	출산휴가 및 육아휴직의 소득대체율 (%)	4
		소득 정책	가구 소득 보장	아동수당 적정성	2
	사회경 제적 위치	양육자 소득	양육자 절대 빈곤	절대 저소득 가구에 살고 있는 5세 이하 아동 비율	4
중개요 인	가정	종합지수	아동 결핍지수	아동 결핍지수	5
			주거환경	주거 빈곤	3
		폭력 및 갈등	폭력	가정폭력 발생률 및 신고율	5
				학대피해아동 발견율	5
				아동방치율, 아동 방임 및 신체·정서 학대율	5
		양육자의 양육행태	양육 역량과 방식	양육자와의 상호작용	3
		산모 또는 양육자의 건강과 건강행태	산전 관리	임신 후 8주 이내 산전 검진율	2
			산모 또는 양육자의 건강행태	임신 중 흡연율	4
			산모 또는 양육자의 정신건강	임신 중 음주율	3
				임신 초기 약물 오남용 비율	4
				산후우울증	4
				양육 스트레스	4
				주양육자 우울	4
	보건 의료 서비스	건강증진서비스	생애초기건강관리 사업	지역사회 출생아 수 대비 전담 사업인력 수	4
				전체 출생아 중 서비스 도달률	4

대분류	중분류	소분류	세분류	지표	중요성에 대한 합의도 점수
발달과 건강		예방접종	영유아 예방접종	영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률	5
		건강검진	영유아 건강검진	영유아 건강검진율	3
	발달	건강행태	영유아 건강행태	영양섭취부족아 분율	4
				에너지·지방과잉섭취자 분율	2
	건강	건강수준	영유아 정신건강	주양육자 보고 우울·불안·위축 등 정신건강문제비율	4
				질병이나 건강 문제를 앓고 있는 아동의 비율	4
		유병	질병 또는 장애 유병	건강 문제로 인해 활동에 제약이 있는 5세 이하 아동의 비율	4
				손상이나 중독으로 인한 응급실 이용률	3
		사망원인별 사망	성별 연령별 사망원인별 사망	성별 연령별 사망원인별 사망	4

주: 중요성에 대한 합의도는 중요도 점수가 높은 응답의 일치율을 계산한 것으로 -4부터 9까지의 범위를 보임.

다) 대표지표 결정

세분류에 대한 전문가 조사 평가 결과와 지표에 대한 전문가 조사 평가 결과를 종합하여 대표지표를 결정하였다. 지표의 중요성에 대한 합의도가 3점 이상인 지표 24개를 우선 포함하였다. 추가로 중요성에 대한 합의도가 상대적으로 높았던 세분류인 0~2세 발달검사결과, 3~5세 발달검사결과, 영유아 비만과 관련된 건강행태인 에너지·지방과잉섭취자 분율 지표를 선정하였다. 최종적으로 영유아 건강불평등 모니터링 대표지표는 다음과 같이 총 27개였다. 사회구조요인 2개, 중개요인 16개, 발달과 건강 9개였다.

〈표 IV-3-13〉 영유아 건강불평등 모니터링 대표지표 초안

대분류	중분류	소분류	세분류	지표
사회 구조 요인	사회·공공 정책	출산·양육 및 아동 정책	출산 및 육아휴직 제도	출산휴가 및 육아휴직의 소득대체율 (%)
	사회경제 적 위치	양육자 소득	양육자 절대 빈곤	절대 저소득 가구에 살고 있는 5세 이하 아동 비율
중개 요인	가정	종합지수	아동 결핍지수	아동 결핍지수
		주거환경	주거 빈곤	영유아 주택 및 주거환경 박탈률

대분류	중분류	소분류	세분류	지표
		폭력 및 갈등	폭력	가정폭력 발생률 및 신고율
				학대피해아동 발견율
				아동방치율, 아동 방임 및 신체·정서 학대율
		양육자의 양육행태	양육 역량과 방식	양육자와의 상호작용
		산모 또는 양육자의 건강과 건강행태	산모 또는 양육자의 건강행태	임신 중 흡연율
				임신 중 음주율
				임신 초기 약물 오남용 비율
			산모 또는 양육자의 정신건강	산후우울증
				양육 스트레스
				주양육자 우울
	보건의료 서비스	건강증진서비스	생애초기건강관리 사업	지역사회 출생아 수 대비 전담 사업인력 수
		예방접종	영유아 예방접종	전체 출생아 중 서비스 도달률
		건강검진	영유아 건강검진	영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률
발달과 건강	발달	0~5세 발달	0~2세 발달검사결과	0~2세 인지·언어·사회성 발달 수준
			3~5세 발달검사결과	3~5세 인지·언어·사회성 발달 수준
		건강행태	영유아 건강행태	영양섭취부족아 비율
				에너지·지방 과잉섭취자 비율
	건강	건강수준	영유아 정신건강	주양육자 보고 우울·불안·위축 등 정신건강문제비율
		유병	질병 또는 장애 유병	질병이나 건강 문제를 앓고 있는 아동의 비율
				건강 문제로 인해 활동에 제약이 있는 5세 이하 아동의 비율
			손상 유병	손상이나 중독으로 인한 응급실 이용률
		사망원인별 사망	성별 연령별 사망원인별 사망	성별 연령별 사망원인별 사망

다. 최종 대표지표 및 분석 방법

1) 최종 대표지표

선정된 대표지표에 대하여 가용한 자료원과 자료원에 조사된 방식을 고려하여 대표지표명을 수정하였다. 최종 대표지표와 분석 자료 목록은 다음과 같다. ‘임신 초기 약물 오남용 비율 지표’는 분석 가용한 자료원이 없어 최종 대표지표에 포함하지 않아 최종 대표지표는 총 26개였다. <부록 6>에 최종지표 정의(산출식 단위, 자료원)를 설명하였다.

〈표 IV-3-14〉 영유아 건강불평등 모니터링 최종 대표지표와 분석 자료

대분류	지표 번호	지표	분석 자료 (출처 연도)
사회 구조요인	1-1	출산휴가 및 육아휴직 소득지급률	OECD 통계 (2019, 2024)
	1-2	영유아 빈곤율	가계금융복지조사 (2023)
중개 요인	2-1	영유아 결핍 경험률	아동종합실태조사 (2023)
	2-2	영유아 주택 및 주거환경 박탈률	아동종합실태조사 (2023)
	2-3	가정폭력 발생률 및 신고율	가정폭력실태조사 (2022)
	2-4	학대피해아동 발견율	아동학대주요통계 (2023)
	2-5	영유아 방치, 방임 및 신체·정서 학대율	아동종합실태조사 (2023)
	2-6	양육자-영유아 상호작용 행동 점수	영유아 교육·보육패널 (2023)
	2-7	임신 중 흡연율	아동종합실태조사 (2023)
	2-8	임신 중 음주율	아동종합실태조사 (2023)
	2-9	산후우울감 경험률	산후조리실태조사 (2021)
	2-10	양육 스트레스 점수	아동종합실태조사 (2023)
	2-11	주양육자 우울 경험률	아동종합실태조사 (2023)
	2-12	생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수	내부 자료 (2024)
	2-13	생애초기 건강관리사업 서비스 도달률	내부 자료 (2024)
	2-14	영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률	전국 어린이 예방접종률 현황 (2024)
	2-15	영유아 건강검진율	아동종합실태조사 (2023)
발달과 건강	3-1	0~2세 인지·언어·사회성 발달 미달률	아동종합실태조사 (2023)
	3-2	3~5세 인지·언어·사회성 발달 미달률	아동종합실태조사 (2023)
	3-3	영양섭취부족아 비율	국민건강영양조사 (2019~2023)
	3-4	에너지·지방 과잉섭취자 비율	국민건강영양조사 (2019~2023)
	3-5	내재화·외현화 문제행동률	영유아 교육·보육패널 (2023)
	3-6	영유아 만성질환 유병률	아동종합실태조사 (2023)
	3-7	영유아 활동제약률	아동종합실태조사 (2023)
	3-8	손상·충격으로 인한 응급실 이용률	아동종합실태조사 (2023)
	3-9	영유아 사망률	사망원인통계 (2021~2023)

주: 1) OECD Family Database (2025).

<https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-family-database.html> (인출일: 2025. 8. 10.)

2) 가계금융복지조사 https://www.kostat.go.kr/board.es?mid=a10301040300&bid=215&act=view&list_no=428364(인출일: 2025. 8. 10.)

3) 아동종합실태조사 https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483032&tag=&nPage=1(인출일: 2025. 8. 10.)

4) 가정폭력실태조사 <https://www.data.go.kr/data/3072073/fileData.do>(인출일: 2025. 8. 10.)

5) 아동학대주요통계 https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10107010000&bid=0040&act=view&list_no=1484071&tag=&cg_code=&list_depth=1(인출일: 2025. 8. 10.)

6) 한국 영유아 교육·보육패널 https://panel.kicce.re.kr/kececp/module/rawDataManage/index.do?menu_idx=52(인출일: 2025. 8. 10.)

7) 산후조리실태조사 https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&tag=&act=view&list_no=369936(인출일: 2025. 8. 10.)

8) 전국 어린이 예방접종률 현황 <https://nip.kdca.go.kr/irhp/infrm/goNatnVcntStatView.do>(인출일: 2025. 8. 10.)

9) 국민건강영양조사 <https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/rawDataDwnld/rawDataDwnld.do>(인출일: 2025. 8. 10.)

10) 사망원인통계 https://mods.go.kr/statDesc.es?act=view&mid=a10501010000&sttr_cd=S004001(인출일: 2025. 8. 10.)

2) 최종지표 분석 방법

가) 분석 대상

영유아를 대상으로 하는 분석은 0~5세를 대상으로 수행하였다. 주양육자나 산모 대상 분석은 영유아의 부모를 대상으로 하였다. 분석에 사용된 연령은 모두 만연령을 사용하였다. 자료가 가용한 경우 전체 집단을 대상으로 한 분석과 더불어 성별 분석을 시행하고자 하였다. 분석 자료원은 가장 최근 자료를 분석하는 것을 원칙으로 하였다. 자료원마다 자료가 생산되는 주기가 다르고, 최근 자료가 공개된 시기도 달라서 각 지표마다 분석에 포함된 기간이 상이했다.

나) 비율산출관련

표본조사 자료의 경우에는 자료에 함께 제공된 가중치를 사용하여 가중치적용조율을 분석하고 제시하였다. 영유아로 대상을 제한하여 관찰값의 개수가 작아 추정치가 불안정해지는 것을 막기 위해 매년 조사하는 국민건강영양조사의 경우, 2019년부터 2023년까지 5년 평균율을 제시하였다. 사망자 전수자료인 통계청 사망원인 통계자료의 경우 영유아 사망자 수가 적어 2021년부터 2023년 자료를 통합하여 3년 평균율을 제시하였다.

가정폭력 발생률과 산후우울감 경험률 지표는 응답한 성인 연령폭이 상대적으로 넓고 가중치적용조율이 안정적이어서 직접표준화를 산출하여 비교하였다. 직접표준화율은 통계청에서 제시하고 있는 2005년 추계인구를 표준인구로 사용하였다. 2005년 추계인구는 질병관리본부에서 매년 발표하고 있는 국민건강통계에서도 표준인구로 사용하고 있다. 가정폭력 발생률 지표의 연령을 표준화할 때 연령 구간은 가정폭력실태조사 자료에서 제시되어 있는 연령 구분에 따라 19~34세, 35~49세, 50~64세로 하였다. 산후우울감 경험률 지표는 5세 단위로 표준화하였다.

다) 건강불평등 측정

건강불평등 분석에 사용된 사회경제적 위치 지표는 거주 지역, 가구 소득수준, 기초생활보장 수급 가구 여부, 부모의 교육수준, 부모의 직업, 가구 유형이었다. 가급적 모든 사회경제적 위치에 대한 격차를 분석하려 하였으나, 자료원이나 시기에

따라 사용 가능한 사회경제적 위치 지표에 제한이 있었다.

자료원에 따라 가용한 방식으로 사회경제적 위치 집단을 분류하였다. 지역별 분석은 시도를 기준으로 나누어 시행하였다. 소득수준별 분석은 해당 자료에서 제공하는 4분위를 사용하거나 두 집단으로 나누어 분석하였다. 교육수준은 졸업을 기준으로 고등학교 졸업 이하, 전문대학교 졸업, 대학교 졸업 이상 또는 중학교 졸업 이하, 고등학교 졸업, 대학교 졸업 이상, 또는 고졸 이하와 대졸 이상으로 분류하였다. 직업은 한국표준직업분류 대분류 직업군에서 관리자, 전문가 및 관련 종사자, 사무 종사자를 묶어 사무직으로, 서비스 종사자, 판매 종사자를 묶어 서비스·판매직으로, 농업, 임업 및 어업숙련 종사자, 기능원 및 관련기능 종사자, 장치, 기계조작 및 조립 종사자, 단순노무 종사자를 육체직으로 분류하였다. 가구 유형은 부모의 구성이나 국적에 따라 한부모·조손가구, 양부모가구 또는 다문화가구, 비다문화가구로 분류하였다.

가용한 모든 지표에 대해 상대격차와 절대격차를 분석하였다. 시도별로 상대격차와 절대격차를 분석할 때에는 전국 평균을 기준으로 비교하였다. 소득수준별로 격차를 분석할 때에는 소득수준이 높은 집단을 기준으로 비교하였다. 직업별로 격차를 분석할 때에는 사무직을 기준으로 비교하였다. 교육수준별로 격차를 분석할 때에는 교육수준이 가장 높은 집단을 기준으로 비교하였다. 가구 유형에서는 양부모가구와 다문화가구를 기준으로 하였다.

상대격차는 상대위험도(relative risk)로 제시하였다. 상대위험도는 해당집단의 율을 기준집단의 율로 나누어준 값이다. 상대위험도의 95% 신뢰구간은 로그변환한 표준화를 비의 분산을 이용해서 구하였다. 상대위험도가 1.5라는 것은 기준집단에 비해 위험이 1.5배 높다는 것을 의미한다. 상대위험도가 1 미만이면 기준집단보다 위험이 적다는 의미이다. 절대격차는 해당집단의 율에서 기준집단의 율을 뺀 값이다. 표본조사의 경우 절대격차의 95% 신뢰구간도 제시하였다. 그림에 제시할 때에는 집단 간 유의한 차이가 나는 상대격차와 절대격차만 표시하였다.

표본조사 자료를 분석한 경우, 분석 결과의 신뢰도를 제시하기 위해 통계표에 표준오차와 상대표준오차를 표기하였다. 상대표준오차가 25% 이상인 경우 해석에 주의하라는 의미로 표의 해당 값에 *표시를 하였다. 상대표준오차가 50% 이상인 경우 **표시를 하였다. 상대표준오차가 50% 미만인 사회경제적 위치별 분석 결과를 위주로 보고서에 표로 제시하였다.

4. 영유아기 건강불평등 모니터링 지표를 통한 건강불평등 분석

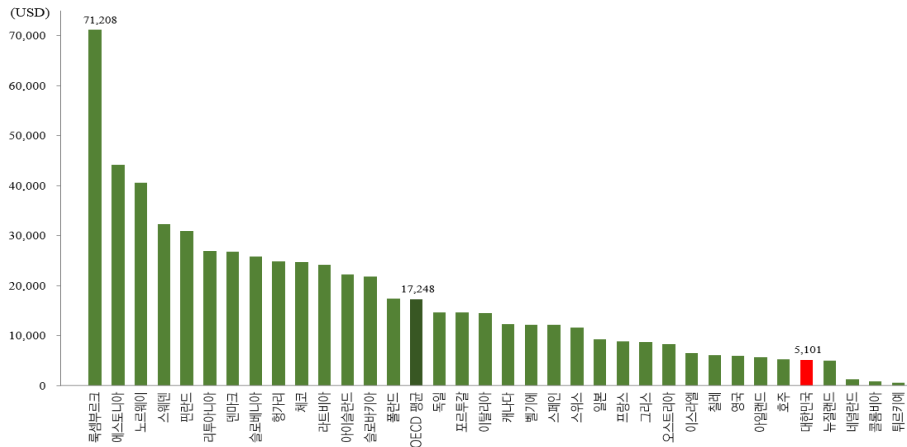
가. 사회구조적 요인

1) 출산휴가 및 육아휴직 소득지급률

출산휴가 및 육아휴직 시기의 안정적인 소득은 영유아의 발달과 건강에 있어 중요한 기반이 된다. OECD Family Database에서는 OECD 국가의 출산휴가 및 육아휴직 제도 현황과 소득지급률, 출산휴가와 육아휴직에 대한 공공지출액을 제시하고 있다⁶⁹⁾. 평균 소득지급률이란 한 국가의 정규직 평균 임금의 100%를 받는 사람을 기준으로, 해당 유급휴가 기간 동안 이전 임금 대비 급여가 지급되는 비율을 의미한다. 한국의 소득지급률은 엄마의 유급 출산휴가 82.1%, 아빠의 유급 출산휴가 100%, 어머니나 아버지가 사용가능한 육아휴직 52.4%로 제도적 설계 측면에서는 뒤진다고 보기 어렵다. 그러나 실제 국가가 지출한 출산휴가 및 육아휴직에 대한 출생아 1명당 공공지출액은 OECD 35개 국가 중 31위로 하위권에 머물고 있다.

[그림 IV-4-1] OECD 국가 출산휴가 및 육아휴직에 대한 출생아 1명당 공공지출액

단위: USD



자료: OECD Family Database PF2.1. Parental leave systems 내용을 재구성함. https://webfs.oecd.org/Els-com/Family_Database/PF2_1_Parental_leave_systems.pdf (인출일: 2025. 8. 10.)

69) OECD Family Database https://webfs.oecd.org/Els-com/Family_Database/PF2_1_Parental_leave_systems.pdf (인출일: 2025. 8. 10.)

〈표 IV-4-1〉 OECD 국가 출산휴가 및 육아휴직의 평균 소득지급률과 출생아 1명당 공공지출액

단위: %, \$

구분	평균 소득지급률(%)				엄마·아빠 출산휴가 및 육아휴직에 대한 출생아 1명당 공공지출액 ¹⁾ (2019년 현재 미화 구매력(PPP ²⁾ 기준)
	엄마의 유급 출산휴가	엄마가 사용할수 있는 유급 부모휴가 또는 육아휴직	아빠의 유급 출산휴가	아빠만 사용할 수 있는 유급 부모휴가 또는 육아휴직	
대한민국	82.1	52.4	100.0	52.4	5,101
룩셈부르크	100.0	71.1	100.0	71.1	71,208
에스토니아	100.0	100.0	100.0	0.0	44,152
노르웨이	98.2	32.6	0.0	98.2	40,599
스웨덴	77.6	57.1	65.0	77.6	32,332
핀란드	84.8	21.9	82.0	62.3	30,879
리투아니아	77.6	62.5	77.6	77.6	26,938
덴마크	49.7	49.7	49.7	49.7	26,747
슬로베니아	100.0	100.0	100.0	100.0	25,859
헝가리	100.0	40.4	70.0	10.0	24,863
체코	62.5	86.6	62.5	0.0	24,718
라트비아	80.0	40.9	80.0	60.0	24,197
아이슬란드	65.1	65.1	0.0	68.9	22,290
슬로바키아	75.0	33.4	75.0	75.0	21,842
폴란드	100.0	63.4	100.0	70.0	17,431
독일	100.0	65.0	0.0	65.3	14,593
포르투갈	100.0	67.7	100.0	54.9	14,582
이탈리아	80.0	30.0	100.0	30.0	14,567
캐나다	35.7	40.5	0.0	40.5	12,305
벨기에	77.0	20.2	78.6	20.2	12,168
스페인	100.0	0.0	100.0	0.0	12,134
스위스	55.9	0.0	55.9	0.0	11,558
일본	67.0	59.9	67.0	59.1	9,270
프랑스	100.0	14.5	100.0	14.5	8,871
그리스	60.3	79.7	100.0	43.0	8,769
오스트리아	100.0	80.0	56.6	80.0	8,250
이스라엘	100.0	0.0	0.0	0.0	6,540
칠레	100.0	100.0	100.0	0.0	6,123
영국	31.1	0.0	20.4	0.0	5,991
아일랜드	23.6	23.6	23.6	23.6	5,735
호주	46.1	46.1	0.0	46.1	5,295
뉴질랜드	48.7	0.0	0.0	0.0	4,960
네덜란드	100.0	70.0	84.1	70.0	1,306
콜롬비아	100.0	0.0	100.0	0.0	909
튀르키예	100.0	0.0	100.0	0.0	611
OECD 평균	-	-	-	-	17,248

주: 1) 영국이 2018년 자료이고 그 외는 2019년 자료임.

2) Purchasing Power Parity

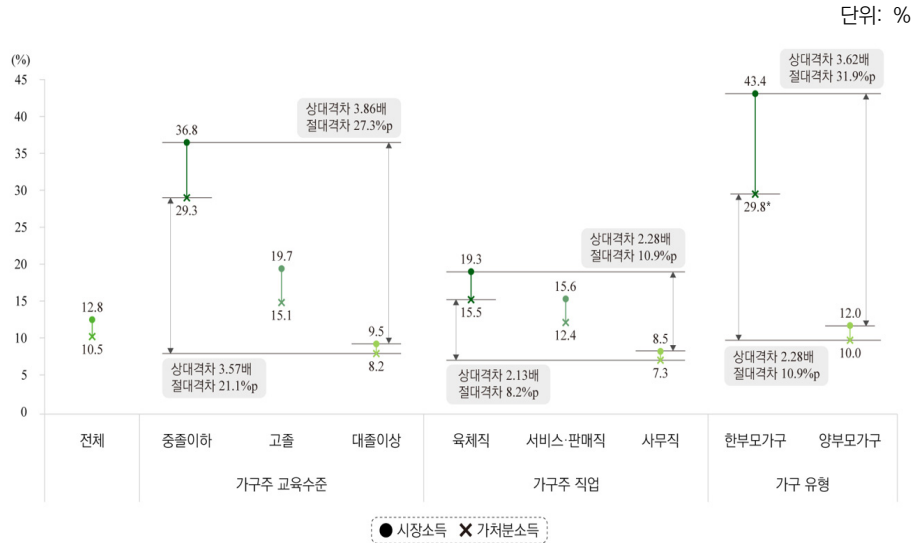
자료: OECD Family Database PF2.1. Parental leave systems 내용을 재구성함. https://webfs.oecd.org/Els-com/Family_Database/PF2_1_Parental_leave_systems.pdf (인출일: 2025. 8. 10.)

2) 영유아 빈곤율

영유아 빈곤율은 균등화 소득의 중위값 50%를 기준으로, 이 기준선 이하의 가구 소득을 가진 영유아의 비율로 정의하였다. 영유아 빈곤율을 시장소득과 가처분 소득 각각에 대해 산출하여 소득재분배 정책의 효과를 파악할 수 있도록 하였다.

전체 인구의 시장소득 기준, 가처분소득 기준 빈곤율은 각각 20.3%, 14.9%인 반면, 영유아의 빈곤율은 12.8%, 10.5%로 상대적으로 낮았다. 시장소득 기준 가구주 교육수준이 중졸 이하인 경우 대졸 이상에 비해 빈곤율이 3.86배 높았고, 가구주 직업이 사무직인 경우 대졸 이상에 비해 빈곤율이 2.28배 높았다. 가처분소득 기준으로 산출된 영유아 빈곤율 격차는 약간 줄어든 결과를 보였다. 한부모가구의 시장소득 기준 영유아 빈곤율은 43.4%로 양부모가구 빈곤율 12.0%와 31.4%p 차이가 났다.

[그림 IV-4-2] 가구주 교육수준과 직업 및 가구 유형별 영유아 빈곤율



주: *표시는 상대표준오차가 25~50%에 해당하는 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 가계금융복지조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

〈표 IV-4-2〉 사회경제적 위치에 따른 시장소득과 가처분소득 기준 영유아 빈곤율

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자수	영유아 빈곤율 (표준오차)	상대표준 오차(%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
시장소득					
전체	41,776	20.3(0.2)	1.1	-	-
영유아	1,291	12.8(1.1)	8.9	-	-
지역					
비수도권	873	13.8(1.4)	10.0	1.18(0.82, 1.69)	2.1(-2.3, 6.6)
수도권	418	11.7(1.8)	15.4	1.00	0.0
가구주 교육수준					
중졸 이하	38	36.8(9.1)	24.9	3.86(2.25, 6.62)	27.3(9.2, 45.4)
고졸	326	19.7(2.8)	14.4	2.07(1.44, 2.98)	10.2(4.2, 16.2)
대졸 이상	927	9.5(1.1)	11.8	1.00	0.0
가구주 직업					
육체직	395	19.3(2.6)	13.3	2.28(1.57, 3.32)	10.9(5.3, 16.4)
서비스·판매직	218	15.6(3.1)	19.9	1.85(1.15, 2.97)	7.2(0.7, 13.7)
사무직	673	8.5(1.2)	13.8	1.00	0.0
가구 유형					
한부모가구	39	43.4(10.0)	23.0	3.62(2.22, 5.88)	31.4(11.7, 51.1)
양부모가구	1,252	12.0(1.1)	9.3	1.00	0.0
다문화가구	70	20.0(5.4)	26.9*	1.61(0.92, 2.82)	7.6(-3.2, 18.4)
비다문화가구	1,221	12.4(1.2)	9.3	1.00	0.0
가처분소득					
전체	41,776	14.9(0.2)	1.3	-	-
영유아	1,291	10.5(1.1)	10.2	-	-
지역					
비수도권	873	9.7(1.2)	12.5	0.85(0.58, 1.27)	-1.6(-5.8, 2.6)
수도권	418	11.3(1.8)	15.6	1.00	0.0
가구주 교육수준					
중졸 이하	38	29.3(9.0)	30.6*	3.57(1.86, 6.83)	21.1(3.4, 38.8)
고졸	326	15.1(2.9)	17.8	1.84(1.19, 2.82)	6.9(1.2, 12.5)
대졸 이상	927	8.2(1.1)	12.8	1.00	0.0
가구주 직업					
육체직	395	15.5(2.4)	15.7	2.13(1.39, 3.27)	8.2(3.0, 13.5)
서비스·판매직	218	12.4(2.9)	23.8	1.70(0.98, 2.96)	5.1(-1.0, 11.3)
사무직	673	7.3(1.1)	15.2	1.00	0.0
가구 유형					
한부모가구	39	29.8(10.1)	33.8*	2.98(1.49, 5.97)	19.8(0.0, 39.7)
양부모가구	1,252	10.0(1.0)	10.5	1.00	0.0
다문화가구	70	18.7(5.3)	28.4*	1.86(1.03, 3.38)	8.7(-2.0, 19.3)
비다문화가구	1,221	10.0(1.1)	10.8	1.00	0.0

주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함

2) *표시는 상대표준오차가 25~50%에 해당하는 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.

자료: 가계금융복지조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

나. 중개 요인

1) 영유아 결핍 경험률

영유아 결핍 경험률은 UNICEF 아동결핍지수 측정에 활용되는 14개 질문에 대한 0~5세 영유아 보호자의 응답을 기반으로 산출되었다. 각각의 질문에 대하여 부정적인 속성이 있는 경우를 1점으로 측정한 뒤, 14개 항목⁷⁰⁾에 대하여 모두 합산한 점수가 2점 이상인 경우 결핍이 있다고 정의하였다. 2023년 영유아 결핍 경험률은 14.2%였다. 기초생활수급자의 경우 일반 가구보다 영유아 결핍 경험률이 더 높게 나타났고, 아버지와 어머니의 교육수준이 낮을수록, 한부모·조손가구에서 영유아 결핍 경험률이 더 높았다. 아버지 또는 어머니의 교육수준이 고졸 이하인 경우 대졸 이상에 비해 영유아 결핍 경험률이 1.8배 가량 높았다. 한부모·조손가구의 영유아 결핍 경험률 23.0%였다.

〈표 IV-4-3〉 사회경제적 위치에 따른 영유아 결핍 경험률

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자수	영유아 결핍 경험률 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	1,627	14.2(1.0)	7.0	-	-
연령					
0~2세	687	19.5(1.7)	9.0	-	-
3~5세	940	10.8(1.2)	11.3	-	-
수급가구 여부					
기초생활보장	164	58.1(4.5)	7.8	4.31(3.48, 5.34)	44.6(35.6, 53.7)
일반	1,463	13.5(1.0)	7.6	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	289	20.9(2.9)	13.8	1.80(1.29, 2.51)	9.3(3.2, 15.4)
전문대졸	223	16.6(3.0)	18.2	1.43(0.96, 2.16)	5.0(-1.3, 11.4)
대졸 이상	1,008	11.6(1.2)	9.9	1.00	0.0

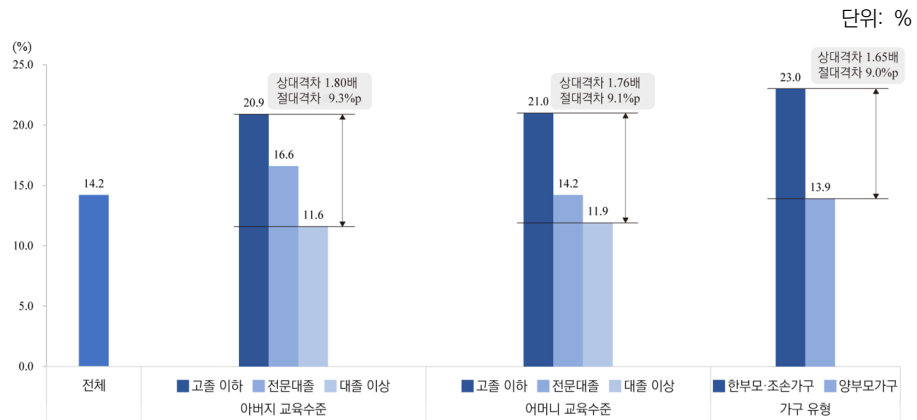
70) 아동 결핍지수를 측정하기 위한 14개 질문은 다음과 같다. ① 원한다면 하루에 세끼를 먹는다. ② 하루 적어도 한번은 육류 또는 생선을 섭취한다(채식인 경우, 콩류 및 두부류 포함) ③ 원한다면 신선한 과일이나 채소를 매일 섭취할 수 있다. ④ 내 연령과 수준에 맞는 책을 보유하고 있다 (학교 교재 제외) ⑤ 야외활동을 할 수 있는 기구들이 있다 (자전거, 스쿠터, 롤러스케이트 등) ⑥ 정기적인 여가활동을 하고 있다(수영, 악기, 태권도 등) ⑦ 실내에서 즐길 수 있는 게임이나 기구들이 있다 (적어도 현재자매 한명 당 한 개씩이 있으며, 교육적인 유아용 장난감, 보드게임, 블록, 컴퓨터 게임 등 포함) ⑧ 우리 집은 학교나 보육기관에서 주최하는 행사 또는 현장학습에 참가하기 위한 돈을 낼 수 있다. ⑨ 우리 집은 학교나 보육기관에서 내주는 과제나 책을 읽기 위해 충분한 공간과 적당하게 밝은 조용한 공간이 있다. ⑩ 인터넷이 연결되어 있다. ⑪ 다른 사람에게 물려받지 않은 새 옷이 있다. ⑫ 적어도 두 켤레의 신발을 가지고 있다(그 중 한 켤레는 모든 계절에 신을 수 있다) ⑬ 친구들을 집으로 초대하여 놀거나 식사를 같이 할 수 있는 기회들이 종종 있다. ⑭ 생일파티나 가족행사를 할 기회가 있다.

구분	대상자수	영유아 결핍 경험률 (표준오차)	상대표준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
어머니 교육수준					
고졸 이하	352	21.0(2.9)	13.6	1.76(1.26, 2.45)	9.1(3.0, 15.2)
전문대졸	324	14.2(2.2)	15.5	1.19(0.83, 1.71)	2.3(-2.6, 7.2)
대졸 이상	922	11.9(1.2)	10.1	1.00	0.0
가구 유형					
한부모·조손가구	123	23.0(4.5)	19.7	1.65(1.09, 2.49)	9.0(-0.1, 18.1)
양부모가구	1,504	13.9(1.0)	7.5	1.00	0.0

주: 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함

자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

[그림 IV-4-3] 부모의 교육수준 및 가구 유형별 영유아 결핍 경험률



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

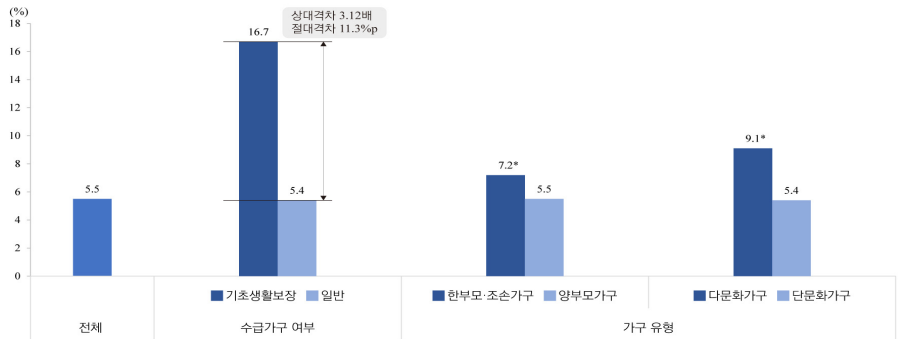
2) 영유아 주택 및 주거환경 박탈률

영유아 주택 및 주거환경 박탈률은 아동종합실태조사에서 아동가구의 물질적 결핍(박탈)을 측정하는 항목 중 ‘주택 및 주거환경’에 관한 5가지 질문⁷¹⁾에 대한 응답을 이용하였다. 각 문항에 대하여 부정적 응답을 한 번이라도 한 경우 박탈을 경험하였다고 정의하였다. 영유아 주택 및 주거환경 박탈률은 5.5%였다. 기초생활보장 수급가구의 주택 및 주거환경 박탈률은 16.7%로 비수급 가구의 3.12배, 11.3%p 더 높았다.

71) 다섯 가지 질문은 아래와 같다. ① 춥지 않도록 난방이 적절히 갖춰진 곳에서 살고 있다. ② 가족 수나 구성원의 연령에 맞게 적절한 방을 나누어 사용하고 있다. ③ 걸어서 10분 안의 거리에 버스 정거장이나 전철역이 있다. ④ 옥탑방이나 (반)지하가 아닌 자상에 거주하고 있다. ⑤ 전용 수세식의 화장실 및 온수 목욕시설을 갖추고 있다.

[그림 IV-4-4] 수급가구 여부 및 가구 유형별 영유아 주택 및 주거환경 박탈률

단위: %



주: *표시는 상대표준오차가 25~50%에 해당하는 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

[표 IV-4-4] 사회경제적 위치에 따른 영유아 주택 및 주거환경 박탈률

단위: 명, %, 배, %p

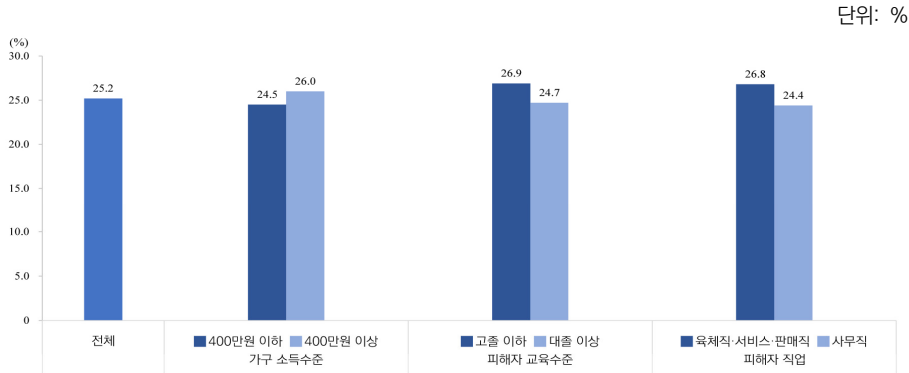
구분	대상자수	영유아 주택 및 주거환경 박탈률 (표준오차)	상대표준 오차(%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	1,627	5.5(0.7)	12.7	-	-
연령					
0~2세	687	5.4(1.0)	19.1	-	-
3~5세	940	5.7(0.9)	16.5	-	-
수급가구 여부					
기초생활보장	164	16.7(3.2)	19.3	3.12(1.97, 4.93)	11.3(4.9, 17.8)
일반	1,463	5.4(0.7)	13.2	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	289	6.4(1.6)	24.3	1.36(0.76, 2.45)	1.7(-1.7, 5.2)
전문대졸	223	7.9(2.4)	30.2*	1.69(0.85, 3.33)	3.2(-1.7, 8.2)
대졸 이상	1,008	4.7(0.8)	17.2	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	352	6.6(1.7)	26.3*	1.24(0.67, 2.28)	1.3(-2.6, 5.1)
전문대졸	324	5.0(1.4)	27.6*	0.93(0.50, 1.76)	-0.4(-3.6, 2.9)
대졸 이상	922	5.4(0.9)	16.9	1.00	0.0
가구 유형					
한부모·조손가구	123	7.2(2.5)	34.5*	1.32(0.64, 2.72)	1.8(-3.3, 6.9)
양부모가구	1,504	5.5(0.7)	13.0	1.00	0.0
다문화가구	72	9.1(3.7)	41.2*	1.68(0.72, 3.92)	3.7(-3.8, 11.1)
비다문화가구	1,555	5.4(0.7)	13.1	1.00	0.0

주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함
2) *표시는 상대표준오차가 25~50%에 해당하는 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

3) 가정폭력 발생률 및 신고율

가정폭력 발생률은 가정폭력실태조사 자료를 이용하여 분석하였다. 18세 미만 아동과 동거하는 가구의 65세 미만 응답자 중 지난 1년간 배우자·파트너에 의해 폭력 피해를 당한 경험률을 가정폭력 발생률로 정의하였다. 폭력 유형은 신체적·성적·경제적·정서적 폭력과 통제로 나누어 조사하였고, 다섯 종류의 폭력을 모두 합하여 5개 유형 폭력, 통제를 제외한 네 개 유형의 폭력을 4개 유형 폭력으로 칭하였다. 가정폭력 신고율은 4개 유형 폭력 피해를 당한 사람들 중 경찰에 도움을 청한 사람의 비율로 구하였다. 18세 미만 아동 가구의 5개 유형 가정폭력 발생률은 25.2%, 4개 유형 가정폭력 발생률은 7.4%였다. 피해자 교육수준이 낮고, 육체적·서비스·판매직에 근무하는 경우 가정폭력 발생률이 증가하는 경향을 보였다.

[그림 IV-4-5] 가구 소득수준, 피해자 교육수준 및 직업별 5개 유형 가정폭력 발생률



자료: 가정폭력실태조사 2022년 자료로 분석한 결과임.

<표 IV-4-5> 사회경제적 위치에 따른 5개 유형 및 4개 유형 가정폭력 발생률

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자 수	가정폭력 발생률 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	표준화율(%) (표준오차)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
5개 유형 가정폭력						
전체 (65세 미만)	5,035	27.9(0.7)	2.6	28.4(1.2)	-	-
18세 미만 아동과 동거하는 대상자	2,066	26.4(1.1)	4.2	25.2(2.0)	-	-
가구 소득수준						
400만원 미만	586	26.4(2.0)	7.6	24.5(3.1)	0.94(0.68, 1.32)	-1.5(-9.6, 6.9)
400만원 이상	1,480	26.4(1.3)	5.0	26.0(3.0)	1.00	0.0

구분	대상자 수	가정폭력 발생률 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	표준화율(%) (표준오차)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
피해자 교육수준						
고졸 이하	634	27.3(2.0)	7.5	26.9(4.1)	1.09(0.76, 1.55)	2.2(-7.2, 11.5)
대졸 이상	1,432	26.1(1.3)	5.0	24.7(2.4)	1.00	0.0
피해자 직업						
육체직·서비스·판매직	808	27.7(1.8)	6.5	26.8(3.2)	1.09(0.76, 1.55)	2.4(-5.9, 10.6)
사무직	1,255	25.5(1.4)	5.4	24.4(2.7)	1.00	0.0
4개 유형 가정폭력						
전체 (65세 미만)	5,035	8.0(0.4)	5.6	7.7(0.6)	-	-
18세 미만 아동과 동거하는 대상자	2,066	7.2(0.7)	9.1	7.4(1.1)	-	-
가구 소득수준별						
400만원 미만	586	8.0(1.2)	15.1	8.5(2.0)	1.24(0.67, 2.29)	1.6(-3.1, 6.4)
400만원 이상	1,480	6.9(0.8)	11.4	6.8(1.4)	1.00	0.0
피해자 교육수준						
고졸 이하	634	9.4(1.4)	14.5	9.3(1.9)	1.51(0.86, 2.64)	3.1(-1.4, 7.6)
대졸 이상	1,432	6.3(0.7)	11.7	6.2(1.2)	1.00	0.0
피해자 직업						
육체직·서비스·판매직	808	8.4(1.2)	14.1	8.2(1.8)	1.18(0.65, 2.14)	1.3(-3.3, 5.8)
사무직	1,255	6.4(0.8)	11.8	6.9(1.5)	1.00	0.0

주: 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.

자료: 가정폭력실태조사 2022년 자료로 분석한 결과임.

4) 학대피해아동 발견율

아동학대란 신체, 정신, 성 학대뿐만 아니라 방임·유기되는 경우를 모두 포함한 개념으로, 학대피해아동 발견율은 경찰이나 시군구에 아동학대로 신고 접수된 건수 중 아동학대 사례로 판단된 사례수를 추계아동인구(만 0~17세) 대비로 제시한 것이다. 학대피해아동 발견율은 전국 평균 3.6%이었다. 광주광역시 2.1%로 전국 평균에 비해 낮았고, 울산광역시 8.1%로 높게 나타났다.

〈표 IV-4-6〉 시도별 학대피해아동 발견율

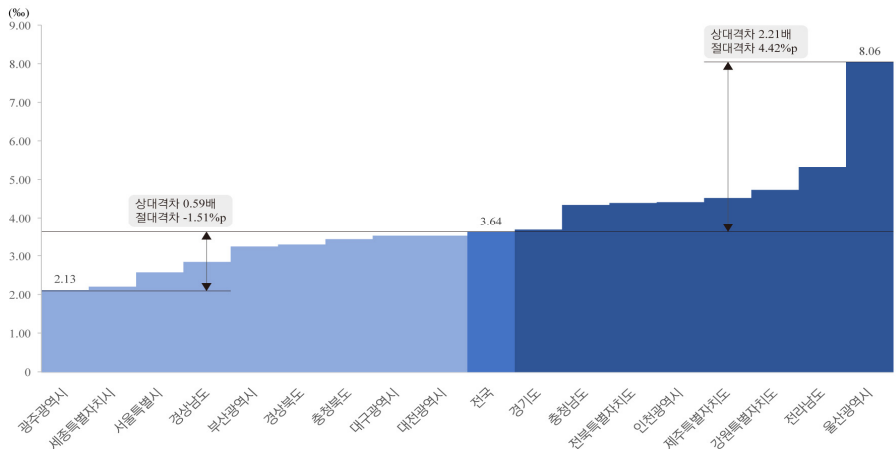
단위: 명, 건, %, 배, %p

시도별	추계아동인구 (0세~17세)	신고접수 건수	아동학대 사례	신고 접수율	사례 인정률	피해아동 발견율(%) (인구천명당)	상대 격차	절대 격차
전국	7,069,296	45,771	25,739	6.47	56.23	3.64	1.00	0.00
서울특별시	1,069,644	6,397	2,766	5.98	43.24	2.59	0.71	-1.05
부산광역시	402,108	2,641	1,309	6.57	49.56	3.26	0.90	-0.38
대구광역시	319,865	1,801	1,133	5.63	62.91	3.54	0.97	-0.10
인천광역시	423,655	3,376	1,875	7.97	55.54	4.43	1.22	0.79
광주광역시	220,954	842	470	3.81	55.82	2.13	0.59	-1.51
대전광역시	206,588	1,603	731	7.76	45.60	3.54	0.97	-0.10
울산광역시	169,901	2,082	1,369	12.25	65.75	8.06	2.21	4.42
세종특별자치시	85,565	321	190	3.75	59.19	2.22	0.61	-1.42
경기도	2,059,291	12,990	7,612	6.31	58.60	3.70	1.02	0.06
강원특별자치도	193,577	1,417	919	7.32	64.86	4.75	1.30	1.11
충청북도	221,164	1,304	764	5.90	58.59	3.45	0.95	-0.19
충청남도	312,412	2,148	1,363	6.88	63.45	4.36	1.20	0.72
전북특별자치도	234,526	1,597	1,035	6.81	64.81	4.41	1.21	0.77
전라남도	234,998	1,922	1,254	8.18	65.24	5.34	1.47	1.70
경상북도	331,860	1,933	1,099	5.82	56.85	3.31	0.91	-0.33
경상남도	473,199	2,553	1,351	5.40	52.92	2.86	0.79	-0.78
제주특별자치도	109,989	844	499	7.67	59.12	4.54	1.25	0.90

자료: 아동학대 주요통계에 2023년 자료로 제시된 결과를 재구성함.

[그림 IV-4-6] 시도별 학대피해아동 발견율

단위: %

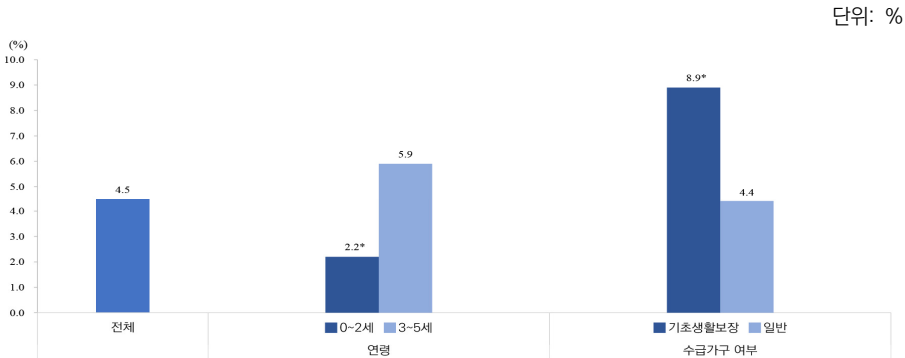


자료: 아동학대 주요통계에 2023년 자료로 제시된 결과를 재구성함.

5) 영유아 방치, 방임 및 신체·정서 학대율

지난 일주일 동안 하루에 30분 이상 집에서 성인이나 보호자 없이 혼자 혹은 형제나 자매끼리 있었던 경우가 '1-2일 정도', '3-4일 정도', '거의 매일'이라고 부모가 응답한 경우 영유아 방치를 한 것으로 정의하였다. 아동 방임 및 신체·정서 학대⁷²⁾ 각 항목은 7점 척도(일주일에 한 번이상, 한 달에 두 세번, 한 달에 한번, 일 년에 3~5번, 일 년에 두 번, 지난 일 년간은 없었지만 그 이전에는 있었음, 평생 경험한 적 없음)로 측정되었으며, 방임과 학대 경험은 설문 문항 중 한 문항이라도 '평생 경험한 적 없음'과 '지난 일 년간은 없었지만 그 이전에는 있었음'을 제외한 보기를 응답한 경우를 유경험으로 정의하였다. 영유아 방치율은 4.5%, 방임률 8.4%, 신체 학대율 12.4%, 정서 학대율 26.2%였다. 기초생활보장 수급 가구인 경우 영유아 정서 학대율이 높은 경향을 보였다.

[그림 IV-4-7] 연령 및 수급가구 여부별 영유아 방치율



주: *표시는 상대표준오차가 25~50%에 해당하는 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
 자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

72) 아동 방임과 학대를 측정한 항목은 다음과 같다.

- * 방임: ① (이)가 어른과 함께 있어야 할 것 같다고 생각이 든 때에도 (이)를 혼자 집에 있게 했다. ② (이)에게 제대로 끼니를 챙겨주지 못했다(챙겨주는지 확인할 수 없었다). ③ (이)가 아플 때 병원에 데려가지 못했다(데려가는지 확인하지 못했다). ④ 술이나 약물에 취해 아이를 돌보는 데 문제가 있었다. ⑤ 아동에게 더럽거나 해지거나 계절에 맞지 않는 옷을 입혔다. ⑥ 내 문제에 사로잡혀 (이)에게 애정을 표현하거나 사랑한다는 말을 해줄 수 없었다.
- * 정서적 학대: ① 큰 소리로 비난하거나 꾸짖었다. ② 멀리 보내버리거나 집에서 쫓아내겠다고 위협했다. ③ 아이에게 때리겠다고 위협한 적은 있지만, 실제로 때리지는 않았다. ④ 욕을 하거나 자주의 말을 퍼부었다.
- * 신체적 학대: ① 회초리, 머리빗, 벨트와 같은 단단한 물건으로 엉덩이를 때렸다. ② 회초리, 머리빗, 벨트와 같은 단단한 물건으로 엉덩이외의 다른 신체 부위를 때렸다. ③ 맨손으로 아이의 머리, 얼굴, 귀 부위를 때렸다. ④ 맨손으로 아이의 (머리, 얼굴, 귀 이외의) 다른 신체부위를 때렸다. ⑤ 내동댕이치거나 밀쳐 넘어뜨렸다.

〈표 IV-4-7〉 사회경제적 위치에 따른 영유아 방치율

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자수	영유아 방치율 (표준오차)	상대표준 오차(%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	1,627	4.5(0.7)	16.4	-	-
연령					
0~2세	687	2.2(0.7)	31.4*	-	-
3~5세	940	5.9(1.1)	18.8	-	-
지역					
농어촌	87	4.1(2.3)	56.4**	0.96(0.29, 3.21)	-0.2(-5.1, 4.8)
중소도시	685	4.6(1.1)	23.8	1.09(0.56, 2.11)	0.4(-2.6, 3.3)
대도시	855	4.3(1.0)	24.2	1.00	0.0
수급가구 여부					
기초생활보장	164	8.9(3.4)	38.3*	2.03(0.89, 4.62)	4.5(-2.3, 11.3)
일반	1,463	4.4(0.7)	16.9	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	289	8.2(2.2)	26.4*	2.32(1.16, 4.66)	4.7(0.1, 9.2)
전문대졸	223	4.8(2.1)	43.1*	1.36(0.52, 3.57)	1.3(-3.1, 5.6)
대졸 이상	1,008	3.5(0.8)	23.8	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	352	5.6(1.7)	30.7*	1.90(0.86, 4.19)	2.7(-1.0, 6.4)
전문대졸	324	8.1(2.2)	27.9*	2.73(1.29, 5.77)	5.1(0.4, 9.8)
대졸 이상	922	3.0(0.8)	26.2*	1.00	0.0
가구 유형					
한부모·조손가구	123	1.6(1.1)	64.2**	0.36(0.10, 1.32)	-2.9(-5.4, -0.4)
양부모가구	1,504	4.5(0.8)	16.6	1.00	0.0
다문화가구	72	6.8(4.0)	59.0**	1.55(0.47, 5.18)	2.4(-5.5, 10.4)
비다문화가구	1,555	4.4(0.7)	17.0	1.00	0.0

주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함

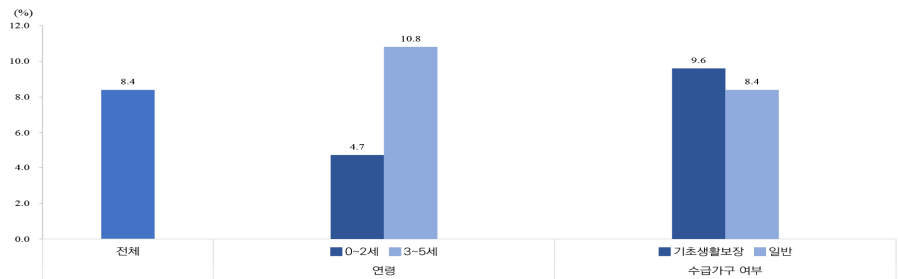
2) *표시는 상대표준오차가 25~50%에 해당하는 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.

3) **표시는 상대표준오차가 50% 이상인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.

자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

[그림 IV-4-8] 연령 및 수급가구 여부별 영유아 방임율

단위: %



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

<표 IV-4-8> 사회경제적 위치에 따른 영유아 방임율

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자수	영유아 방임율 (표준오차)	상대표준 오차(%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	1,627	8.4(0.9)	10.3	-	-
연령					
0~2세	687	4.7(0.9)	19.4	-	-
3~5세	940	10.8(1.3)	11.9	-	-
지역					
농어촌	87	6.0(2.8)	46.1*	0.54(0.21, 1.38)	-5.1(-11.1, 0.9)
중소도시	685	6.1(1.2)	20.0	0.55(0.35, 0.87)	-5.0(-8.5, -1.5)
대도시	855	11.1(1.3)	11.9	1.00	0.0
수급가구 여부					
기초생활보장	164	9.6(2.3)	24.1	1.14(0.68, 1.91)	1.2(-3.7, 6.0)
일반	1,463	8.4(0.9)	10.5	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	289	6.7(1.7)	25.8*	0.89(0.50, 1.57)	-0.8(-4.8, 3.1)
전문대졸	223	14.6(2.9)	20.0	1.94(1.21, 3.13)	7.1(1.0, 13.1)
대졸 이상	1,008	7.5(1.0)	13.9	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	352	9.3(2.2)	23.3	1.25(0.73, 2.13)	1.9(-2.8, 6.6)
전문대졸	324	10.5(2.1)	20.4	1.41(0.87, 2.30)	3.1(-1.6, 7.7)
대졸 이상	922	7.4(1.0)	14.1	1.00	0.0
가구 유형					
한부모·조손가구	123	9.7(3.3)	34.0*	1.16(0.57, 2.33)	1.3(-5.4, 8.0)
양부모가구	1,504	8.4(0.9)	10.6	1.00	0.0
다문화가구	72	3.2(2.2)	69.6**	0.37(0.09, 1.45)	-5.5(-10.1, -0.8)
비다문화가구	1,555	8.6(0.9)	10.4	1.00	0.0

주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함

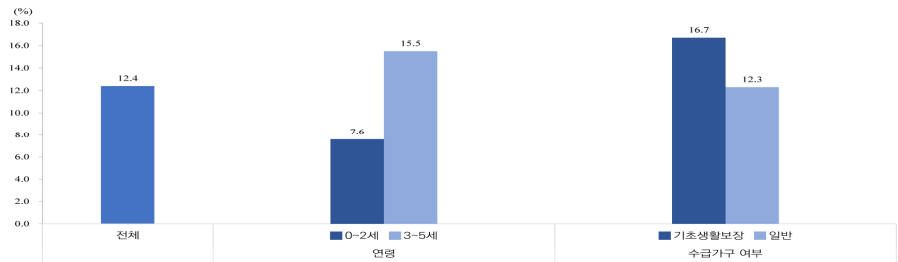
2) *표시는 상대표준오차가 25~50%에 해당하는 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.

3) **표시는 상대표준오차가 50% 이상인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.

자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

[그림 IV-4-9] 연령 및 수급가구 여부별 영유아 신체 학대율

단위: %



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

〈표 IV-4-9〉 사회경제적 위치에 따른 영유아 신체 학대율

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자수	영유아 신체학대율 (표준오차)	상대표준 오차(%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	1,627	12.4(1.0)	8.1	-	-
연령					
0~2세	687	7.6(1.2)	16.2	-	-
3~5세	940	15.5(1.4)	9.3	-	-
지역					
농어촌	855	14.6(1.4)	9.8	1.00	0.0
중소도시	685	11.2(1.5)	13.7	0.77(0.55, 1.07)	-3.4(-7.4, 0.7)
대도시	87	3.1(1.7)	54.2**	0.21(0.07, 0.63)	-11.4(-15.8, -7.1)
수급가구 여부					
기초생활보장	164	16.7(3.4)	20.2	1.36(0.88, 2.08)	4.4(-2.5, 11.3)
일반	1,463	12.3(1.0)	8.3	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	289	11.6(2.3)	19.5	1.00(0.65, 1.55)	0.0(-5.0, 5.1)
전문대졸	223	17.5(3.0)	17.1	1.51(1.02, 2.24)	5.9(-0.4, 12.2)
대졸 이상	1,008	11.6(1.2)	10.5	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	352	8.6(2.0)	22.8	0.67(0.41, 1.10)	-4.2(-8.9, 0.4)
전문대졸	324	14.6(2.2)	15.3	1.14(0.79, 1.63)	1.8(-3.4, 6.9)
대졸 이상	922	12.9(1.4)	10.5	1.00	0.0
가구 유형					
한부모·조손가구	123	10.5(4.8)	45.5*	0.84(0.34, 2.09)	-2.0(-11.5, 7.6)
양부모가구	1,504	12.5(1.0)	8.2	1.00	0.0
다문화가구	72	6.3(3.1)	49.6*	0.49(0.18, 1.33)	-6.4(-12.8, 0.0)
비다문화가구	1,555	12.6(1.0)	8.2	1.00	0.0

주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함

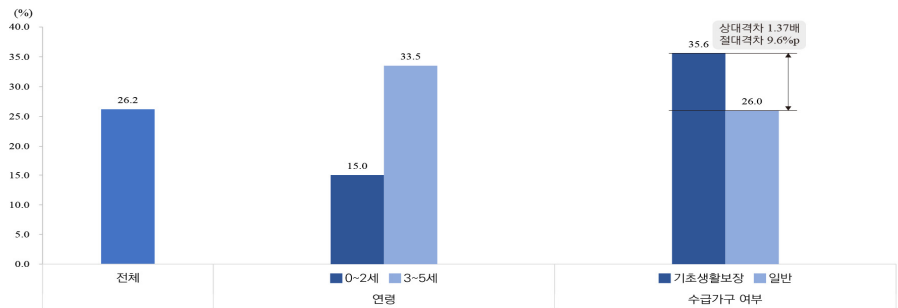
2) *표시는 상대표준오차가 25~50%에 해당하는 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.

3) **표시는 상대표준오차가 50% 이상인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.

자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

[그림 IV-4-10] 연령 및 수급가구 여부별 영유아 정서 학대율

단위: %



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

<표 IV-4-10> 사회경제적 위치에 따른 영유아 정서 학대율

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자수	영유아 정서학대율 (표준오차)	상대표준 오차(%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	1,627	26.2(1.3)	5.0	-	-
연령					
0~2세	687	15.0(1.6)	10.6	-	-
3~5세	940	33.5(1.8)	5.5	-	-
지역					
농어촌	87	24.8(5.4)	21.7	0.86(0.55, 1.34)	-4.0(-15.2, 7.1)
중소도시	685	23.7(2.0)	8.4	0.82(0.67, 1.01)	-5.2(-10.5, 0.1)
대도시	855	28.9(1.8)	6.3	1.00	0.0
수급가구 여부					
기초생활보장	164	35.6(4.4)	12.4	1.37(1.05, 1.78)	9.6(0.6, 18.6)
일반	1,463	26.0(1.3)	5.1	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	289	28.6(3.2)	11.1	1.18(0.92, 1.52)	4.4(-2.5, 11.4)
전문대졸	223	31.5(3.6)	11.4	1.30(1.01, 1.69)	7.3(-0.4, 15.1)
대졸 이상	1,008	24.2(1.6)	6.6	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	352	21.7(2.8)	12.8	0.79(0.60, 1.05)	-5.6(-12.0, 0.8)
전문대졸	324	26.9(2.8)	10.3	0.99(0.78, 1.25)	-0.4(-6.8, 6.0)
대졸 이상	922	27.2(1.7)	6.4	1.00	0.0
가구 유형					
한부모·조손가구	123	30.8(6.4)	20.9	1.18(0.78, 1.80)	4.8(-8.1, 17.6)
양부모가구	1,504	26.0(1.3)	5.1	1.00	0.0
다문화가구	72	11.4(4.4)	39.0*	0.42(0.20, 0.92)	-15.4(-24.5, -6.3)
비다문화가구	1,555	26.8(1.3)	5.0	1.00	0.0

주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함

2) *표시는 상대표준오차가 25~50%에 해당하는 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.

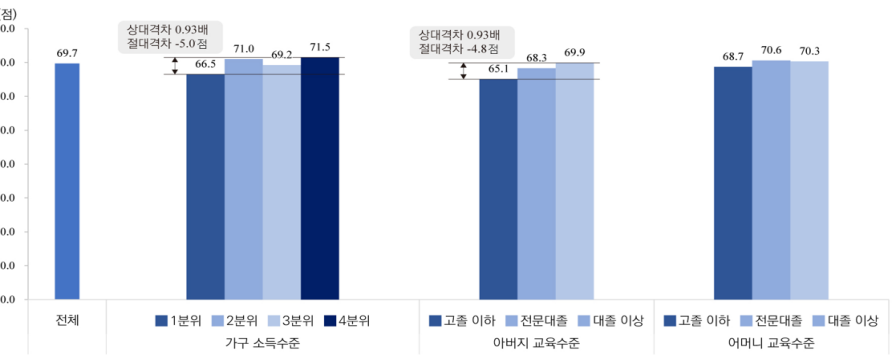
자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

6) 양육자-영유아 상호작용 행동 점수

양육자-영유아 상호작용 행동 수준은 2023년에 조사된 한국 영유아 교육·보육 패널(2024) 조사 중 심층조사에 포함되었던 부모-아동 상호작용행동검사(Parent & Child Interactive Behavior Scale, IBS-P) 결과를 기반으로 산출되었다. IBS-P는 총 21문항으로 구성되어 있고 문항 총점의 범위는 21점~84점이며 응답 점수가 높을수록 상호작용 행동의 수준이 높다고 판단한다.

양육자-영유아 상호작용 행동 전체 평균은 69.7점이었고, 가구소득이 높은 가구에 비해 낮은 가구에서 양육자-아동 상호작용 행동 수준이 낮았다. 가구소득 4분위에 비해 1분위의 상호작용 행동 점수는 5점가량 낮았다. 아버지 교육수준에 따라서도 상호작용 행동 수준의 차이가 나타났는데, 아버지가 고학력인 가구에 비해 학력이 낮은 가구의 경우 4.8점가량 낮았다.

[그림 IV-4-11] 가구 소득수준 및 아버지·어머니 교육수준별 양육자-영유아 상호작용 행동 점수
단위: 점



자료: 한국 영유아 교육·보육 패널 2023년 자료로 분석한 결과임.

<표 IV-4-11> 사회경제적 위치에 따른 양육자-영유아 상호작용 행동 점수

단위: 명, 점, %, 배

구분	대상자수	상호작용 행동점수 (표준오차)	상대표준 오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(점) (95% 신뢰구간)
전체	380	69.7(0.5)	0.6	-	-
지역별					
읍면	44	67.2(1.7)	2.5	0.97(0.92, 1.03)	-1.8(-5.3, 1.8)
중소도시	196	70.6(0.6)	0.8	1.02(1.00, 1.05)	1.6(-0.1, 3.4)
대도시	138	68.9(0.7)	1.0	1.00	0.0

구분	대상자수	상호작용 행동점수 (표준오차)	상대표준 오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(점) (95% 신뢰구간)
가구 소득수준					
1분위	79	66.5(1.1)	1.6	0.93(0.89, 0.97)	-5.0(-8.1, -2.0)
2분위	89	71.0(0.8)	1.2	0.99(0.96, 1.03)	-0.5(-3.2, 2.2)
3분위	108	69.2(0.8)	1.2	0.97(0.93, 1.01)	-2.3(-5.1, 0.4)
4분위	53	71.5(1.1)	1.6	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	40	65.1(1.6)	2.4	0.93(0.89, 0.98)	-4.8(-8.1, -1.5)
전문대졸	36	68.3(1.0)	1.4	0.98(0.95, 1.01)	-1.6(-3.8, 0.7)
대졸 이상	178	69.9(0.6)	0.9	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	44	68.7(1.7)	2.5	0.98(0.93, 1.03)	-1.6(-5.2, 1.9)
전문대졸	63	70.6(0.9)	1.3	1.00(0.98, 1.03)	0.2(-1.8, 2.2)
대졸 이상	239	70.3(0.5)	0.7	1.00	0.0

주: 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 불드 표시함.

자료: 한국 영유아 교육·보육 패널 2023년 자료로 분석한 결과임.

7) 임신 중 흡연율

임신 중 흡연율은 아동종합실태조사에서 보호자를 대상으로 어머니가 해당 영유아 임신 중 흡연을 경험했는지 묻는 질문에 대하여 흡연을 했다고 응답한 보호자를 둔 영유아 비율을 의미한다. 분석 결과 임신 중 흡연율은 0.2%로 낮았다. 상대표준오차가 매우 높아 사회경제적 위치별 분포는 제시하지 않았다.

〈표 IV-4-12〉 임신 중 흡연율

단위: 명, %

구분	대상자수	가중치적용조율(%) (표준오차)	상대표준오차(%)
전체	1,280	0.2(0.1)	67.8**

주: **표시는 상대표준오차가 50% 이상인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.

자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

8) 임신 중 음주율

임신 중 음주율은 아동종합실태조사에서 보호자를 대상으로 어머니가 해당 영유아 임신 중 음주를 경험했는지 묻는 질문에 대하여 음주를 했다고 응답한 보호자를 둔 영유아 비율을 의미한다. 분석 결과 임신 중 음주율은 0.4%로 낮았다. 임신 중

흡연율과 마찬가지로 상대표준오차가 매우 높아 사회경제적 위치별 분포는 제시하지 않았다.

〈표 IV-4-13〉 임신 중 음주율

단위: 명, %

구분	대상자수	가중치적용조율(%) (표준오차)	상대표준오차(%)
전체	1,280	0.4(0.2)	47.2*

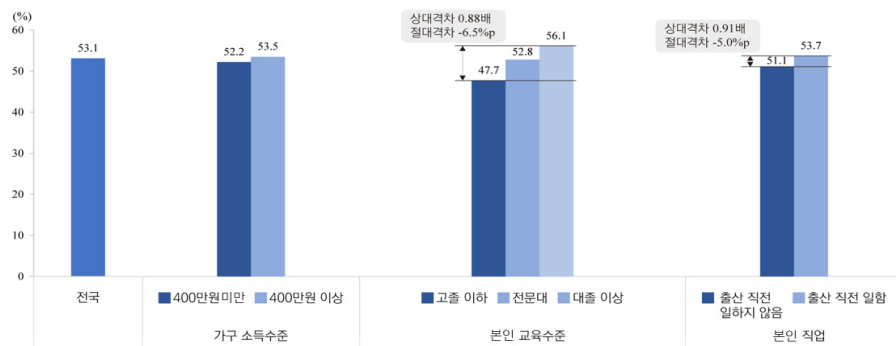
주: *표시는 상대표준오차가 25~50%에 해당하는 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

9) 산후우울감 경험률

산후우울감 경험률은 2020년(2020.1.1.~2020.12.31.)에 출산한 산모를 대상으로 조사한 산후조리 실태조사 자료를 기반으로 산출하였다. 조사대상자는 ‘출산 이후 1년 이내에 산후우울감을 경험한 적이 있습니까?’라는 질문에 ‘예’와 ‘아니오’로 응답하였으며, 이에 가중치를 적용하여 산후우울감 경험률(%)을 산출하였다. 다양한 사회경제적 지위 지표에 따라 분류된 대부분의 인구 집단에서 약 절반에 가까운 산모들이 산후우울감을 경험하는 것으로 나타났다. 전체적으로는 53.1%가 산후우울감을 경험하였다. 본인 학력이 저학력일 때보다 고학력일수록 산후 우울을 경험하는 비율이 더 높았다. 특히, 산모 본인이 출산 직전에 일을 하고 있었을 경우에는 일을 하지 않았던 산모들에 비해 산후우울감 경험률이 더욱 높은 경향을 보였다.

[그림 IV-4-12] 가구 소득수준 및 교육수준과 직업별 산후우울감 경험률

단위: %



자료: 산후조리실태조사 2021년 자료로 분석한 결과임.

〈표 IV-4-14〉 사회경제적 위치에 따른 산후우울감 경험률

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자수	산후우울감 경험률 (표준오차)	상대표준 오차 (%)	표준화 산후우울감 경험률 (표준오차)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	3,127	52.6(1.1)	2.0	53.1(2.0)	-	-
연령						
25-29세	422	50.5(2.9)	5.7	-	-	-
30-34세	1,248	53.0(1.7)	3.2	-	-	-
35-39세	1,072	52.8(1.8)	3.4	-	-	-
40세 이상	317	52.3(3.4)	6.5	-	-	-
동·읍면						
읍면부	933	49.2(1.8)	3.7	46.7(3.1)	0.92(0.85,1.01)	-4.1(-8.4,0.2)
동부	2,194	53.3(1.2)	2.3	55.2(2.5)	1.00	0.0
가구 소득수준						
400만 원 미만	1,706	52.7(1.4)	2.7	52.2(2.5)	1.00(0.93,1.09)	0.2(-3.9,4.4)
400만 원 이상	1,421	52.5(1.6)	3.0	53.5(3.6)	1.00	0.0
본인 교육수준						
고졸 이하	502	48.2(2.7)	5.5	47.7(3.3)	0.88(0.78,0.99)	-6.5(-12.0,-0.6)
전문대졸	880	50.4(2.0)	4.0	52.8(4.1)	0.92(0.84,1.01)	-4.3(-9.1,0.5)
대졸 이상	1,745	54.8(1.4)	2.6	56.1(4.4)	1.00	0.0
배우자 교육수준						
고졸 이하	505	49.7(2.6)	5.3	49.1(3.5)	0.93(0.83,1.05)	-3.7(-9.5,2.2)
전문대졸	778	51.9(2.1)	4.1	55.9(2.9)	0.97(0.88,1.07)	-1.5(-6.5,3.5)
대졸 이상	1,817	53.4(1.4)	2.6	52.5(4.1)	1.00	0.0
본인 직업						
출산 직전 일하지 않음	1,310	49.6(1.7)	3.3	51.1(2.7)	0.91(0.84,0.99)	-5.0(-9.2,-0.8)
출산 직전 일함	1,817	54.6(1.4)	2.5	53.7(3.1)	1.00	0.0
배우자 직업						
출산 직전 일하지 않음	71	52.3(7.1)	13.5	63.1(8.8)	1.00(0.76,1.30)	-0.2(-14.0,13.8)
출산 직전 일함	3,029	52.5(1.1)	2.1	52.5(2.1)	1.00	0.0

주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.

2) '표준화 산후우울감 경험률'은 '산후우울감 경험률'을 연령을 보정한 값임.

자료: 산후조리실태조사 2021년 자료로 분석한 결과임.

10) 양육 스트레스 점수

양육 스트레스는 부모가 양육을 하면서 느끼는 스트레스의 정도를 의미하는 것으로, 부모 스트레스 영역의 11개 문항⁷³⁾에 대해 평소에 자녀를 대하는 태도와 일

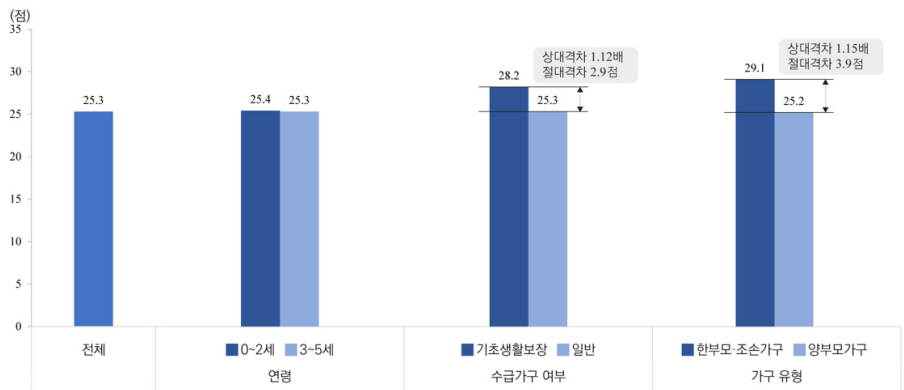
73) 부모 스트레스 11개 문항은 다음과 같다. ① 좋은 부모가 될 수 있을지 확신이 서지 않는다, ② 아이를 잘 키울 수 있을지 자신이 없다, ③ 내가 부모 역할을 잘 못하기 때문에 우리 아이가 다른 아이보다 뒤처지는 것 같은 기분이 들 때가 있다, ④ 아이로부터 도망치고 싶을 때가 있다, ⑤ 아이를 더 친근하고 따뜻하게

치하는 정도를 11문항에 대해 5점 척도로 측정하였다. 11점~55점 내에서 11개 항목에 대한 응답을 합산한 총점이 정해지며, 점수가 높을수록 양육스트레스 수준이 높음을 의미한다.

양육 스트레스 수준은 일반 가구에 비해 기초생활보장 수급가구, 양부모가구에 비해 한부모·조손가구에서 유의하게 더 높았다.

[그림 IV-4-13] 연령, 수급가구 여부 및 가구 유형별 양육 스트레스 점수

단위: 점



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

<표 IV-4-15> 사회경제적 위치에 따른 양육 스트레스 점수

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자수	양육스트레스 점수 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	1,627	25.3(0.3)	1.0	-	-
연령					
0~2세	687	25.4(0.4)	1.4	-	-
3~5세	940	25.3(0.3)	1.4	-	-
지역					
농어촌	87	25.5(0.9)	3.4	1.01(0.94, 1.09)	0.3(-1.6, 2.1)
중소도시	685	25.4(0.4)	1.6	1.01(0.97, 1.05)	0.2(-0.8, 1.2)
대도시	855	25.2(0.3)	1.3	1.00	0.0

대해야 한다는 것이 어렵게 느껴진다. ⑥ 요즘은 육아정보가 너무 다양하여 어떤 것을 선택해야 할지 혼란스럽다. ⑦ 아이가 태어난 후 예전만큼 나의 생활이 즐겁지 않다. ⑧ 양육비용이 부담스럽다. ⑨ 아이가 정서적으로 불안정한 모습을 보이면 내 탓인 것 같아 괴롭다. ⑩ 피곤할 때 아이가 놀아달라고 보채면 귀찮은 생각이 든다. ⑪ 모임에 가면서도 아이 때문에 그리 즐겁지 않을 것이라고 생각한다.

구분	대상자수	양육스트레스 점수 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
수급가구 여부					
기초생활보장	164	28.2(0.8)	2.8	1.12(1.05, 1.18)	2.9(1.3, 4.6)
일반	1,463	25.3(0.3)	1.0	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	289	25.8(0.5)	2.1	1.05(1.00, 1.10)	1.3(0.1, 2.5)
전문대졸	223	27.8(0.7)	2.6	1.13(1.07, 1.20)	3.3(1.8, 4.8)
대졸 이상	1,008	24.5(0.3)	1.3	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	352	25.8(0.6)	2.3	1.04(0.99, 1.09)	1.0(-0.3, 2.3)
전문대졸	324	26.0(0.6)	2.1	1.05(1.00, 1.10)	1.2(-0.1, 2.4)
대졸 이상	922	24.8(0.3)	1.3	1.00	0.0
가구 유형					
한부모·조손가구	123	29.1(1.0)	3.4	1.15(1.08, 1.24)	3.9(1.9, 5.9)
양부모가구	1,504	25.2(0.3)	1.0	1.00	0.0
다문화가구	72	25.3(0.3)	1.0	0.96(0.88, 1.05)	-1.0(-3.2, 1.3)
비다문화가구	1,555	26.2(1.1)	4.3	1.00	0.0

주: 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.

자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

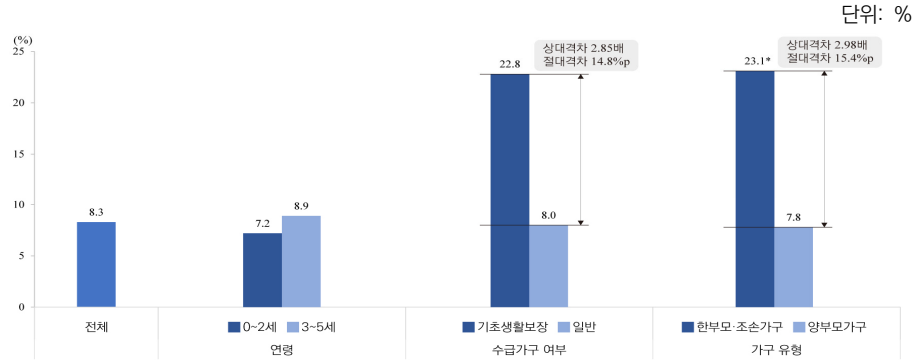
11) 주양육자 우울 경험률

아동종합실태조사에서 주양육자의 우울은 CES-D 척도(Center for Epidemiological Studies of Depression Scales)로 측정되었다. CES-D는 ‘귀하는 지난 1주일간 얼마나 자주 다음과 같이 느끼셨습니까?’라는 질문과 하위 11문항으로 구성되어 있다⁷⁴⁾. 개인의 응답 총점은 4~44점의 범위를 가진다. CES-D 척도 활용에 있어 연구에 따라 다양한 절단점이 사용되는데, 본 연구는 지역사회 우울 유병률을 파악할 때 주로 사용되는 21점을 기준으로 총점 중 21점 이상일 때 주양육자가 우울을 경험하는 것으로 판단하여 인구 집단별로 주양육자 우울 경험률을 산출하였다.

전반적으로 사회경제적으로 취약한 집단에서 주양육자 우울 유병 수준이 높은 경향을 보였는데, 일반 가구에 비해 기초생활보장 가구에서, 양부모 가구에 비해 한부모·조손 가구에서 주양육자 우울 경험률이 약 3배 가량 높게 나타났다.

74) CES-D 하위 11문항 내용은 다음과 같다. ① 먹고 싶지 않고 식욕이 없다, ② 비교적 잘 지냈다, ③ 상당히 우울했다, ④ 모든 일들이 힘들게 느껴졌다, ⑤ 잠을 설쳤다(잠을 잘 이루지 못했다), ⑥ 세상에 홀로 있는 듯한 외로움을 느꼈다, ⑦ 큰 불만 없이 생활했다, ⑧ 사람들이 나에게 차갑게 대하는 것 같았다, ⑨ 마음이 슬펐다, ⑩ 사람들이 나를 싫어하는 것 같았다, ⑪ 도무지 뭘 해 나갈 엄두가 나지 않았다.

[그림 IV-4-14] 연령, 수급가구 여부 및 가구 유형별 주양육자 우울 경험률



주: *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

[표 IV-4-16] 사회경제적 위치에 따른 주양육자 우울 경험률

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자 수	주양육자 우울경험률 (표준오차)	상대표준 오차(%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	1,627	8.3(0.9)	10.5	—	—
연령				—	—
0~2세	687	7.2(1.1)	15.5	—	—
3~5세	940	8.9(1.2)	13.9	—	—
지역					
농어촌	87	7.5(3.0)	39.3*	0.91(0.40, 2.04)	-0.8(-7.0, 5.4)
중소도시	685	8.3(1.4)	17.1	1.00(0.65, 1.52)	0.0(-3.5, 3.5)
대도시	855	8.3(1.1)	13.2	1.00	0.0
수급가구 여부					
기초생활보장	164	22.8(3.7)	16.2	2.85(1.94, 4.19)	14.8(7.4, 22.3)
일반	1,463	8.0(0.9)	11.0	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	289	9.3(1.9)	20.3	1.51(0.91, 2.50)	3.1(-1.1, 7.3)
전문대졸	223	13.9(2.9)	21.1	2.26(1.34, 3.80)	7.7(1.7, 13.8)
대졸 이상	1,008	6.1(1.0)	16.2	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	352	9.7(2.1)	22.1	1.31(0.77, 2.21)	2.3(-2.5, 7.0)
전문대졸	324	8.7(1.7)	20.1	1.17(0.71, 1.92)	1.3(-2.8, 5.3)
대졸 이상	922	7.4(1.1)	15.3	1.00	0.0
가구 유형					
한부모·조손가구	123	23.1(6.3)	27.0*	2.98(1.68, 5.29)	15.4(3.0, 27.7)
양부모가구	1,504	7.8(0.9)	11.2	1.00	0.0

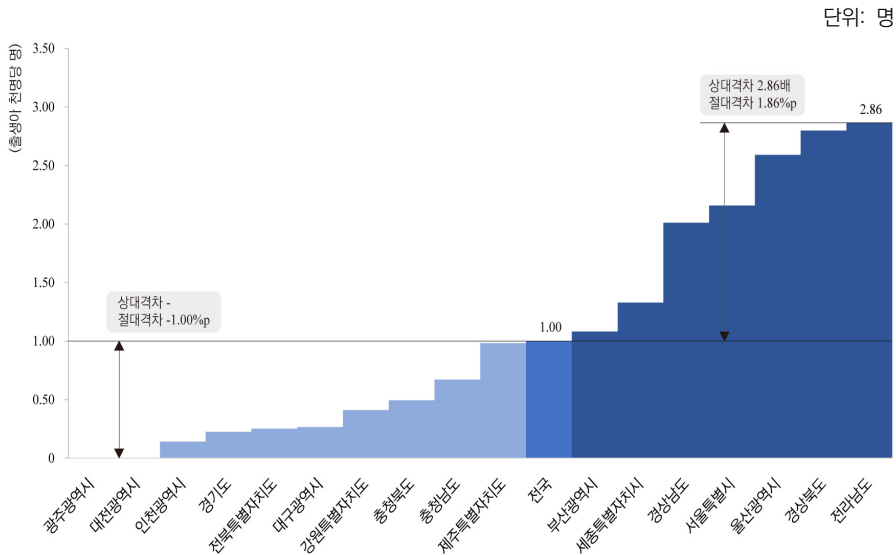
주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.

2) *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

12) 생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수

생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수는 전년도 출생아 수 대비 2024년 생애초기 건강관리사업과 서울아기 건강 첫걸음 사업의 월 평균 전담 사업인력 수로 산출하였다. 보건복지부 예산으로 운영되는 생애초기 건강관리사업과 서울시에서 진행하는 서울아기 건강 첫걸음 사업은 동일 사업내용, 동일 사업인력 교육훈련 과정을 지니고 있기 때문에, 생애초기 건강관리사업과 서울아기 건강 첫걸음 사업의 사업인력 자료를 통합하여 출생아 수 대비 사업인력 수를 산출하였다. 전국 평균 생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수는 230.7명으로, 출생아 천 명당 약 1명이었다. 지역별로 전담 사업인력 수 분포에 차이가 커서, 전라남도도 출생아 천 명당 2.86명의 전담 사업인력이 있는 반면, 인천광역시에는 0.14명이 있었다. 이 사업에 참여하는 보건소는 전국에 걸쳐 85개에 머물렀다. 광주광역시와 대전광역시는 사업에 참여하는 보건소가 없었다.

[그림 IV-4-15] 시도별 생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수



자료: 생애초기 건강관리사업 2024년 내부 자료를 재구성한 결과임.

〈표 IV-4-17〉 시도별 생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수

단위: 개소, 명, %

시도별	사업 참여 보건소 수	월 평균 전담 사업인력			전년도 출생아수 대비 사업인력수 (명/1,000명)	상대 격차	절대 격차
		생애초기 건강관리사 업	서울아기 건강첫걸음 사업	합계			
전국	85	162.3	68.4	230.7	1.00	1.00	0.00
서울특별시	25	16.8	68.4	85.2	2.16	2.15	1.16
부산광역시	4	13.9	-	13.9	1.08	1.08	0.08
대구광역시	2	2.5	-	2.5	0.27	0.26	-0.74
인천광역시	1	1.9	-	1.9	0.14	0.14	-0.86
광주광역시	0	0	-	0	0	-	-1.00
대전광역시	0	0	-	0	0	-	-1.00
울산광역시	4	13.2	-	13.2	2.59	2.58	1.59
세종특별자치시	1	3.7	-	3.7	1.33	1.32	0.33
경기도	6	15.5	-	15.5	0.23	0.22	-0.78
강원특별자치도	1	2.8	-	2.8	0.41	0.41	-0.59
충청북도	1	3.8	-	3.8	0.49	0.49	-0.51
충청남도	3	6.3	-	6.3	0.67	0.67	-0.33
전북특별자치도	1	1.7	-	1.7	0.25	0.25	-0.75
전라남도	12	22.4	-	22.4	2.86	2.86	1.86
경상북도	11	28.5	-	28.5	2.80	2.79	1.80
경상남도	11	26	-	26.3	2.01	2.01	1.01
제주특별자치도	2	3.2	-	3.2	0.98	0.98	-0.02

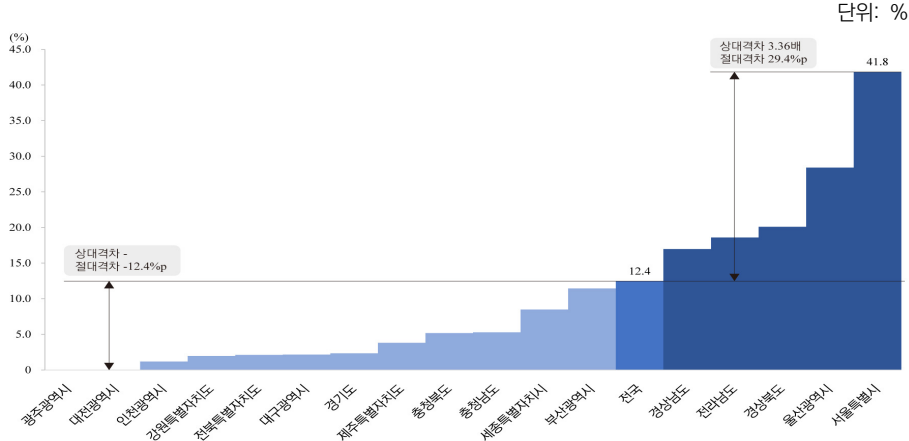
주: 생애초기건강관리사업(보건복지부 예산 사업)과 서울아기 건강 첫걸음 사업은 동일 사업내용, 동일 사업인력 교육훈련 과정을 지님. 생애초기건강관리사업과 서울아기 건강 첫걸음 사업의 사업인력 자료를 통합하여 출생아 수 대비 사업인력 수 자료를 산출함.

자료: 생애초기 건강관리사업 2024년 내부 자료를 재구성한 결과임.

13) 생애초기 건강관리사업 서비스 도달률

생애초기 건강관리사업 서비스 도달률은 전년도 출생아 수 대비 2024년 생애초기 건강관리사업과 서울아기 건강 첫걸음 사업의 서비스를 제공받은 가구 수로 산출하였다. 생애초기 건강관리사업과 서울시의 서울아기 건강 첫걸음 사업은 동일 사업내용, 동일 사업인력 교육훈련 과정을 지니고 있기 때문에, 생애초기 건강관리사업과 서울아기 건강 첫걸음 사업의 가정방문 가구수를 통합하여 출생아 수 대비 서비스를 제공받은 가구수를 산출하였다. 전국 평균 생애초기 건강관리사업 서비스 도달률은 12.4%였다. 지역별로 서비스 도달률 차이가 컸다. 서울이 41.8%로 압도적으로 높고, 울산광역시, 경상북도, 전라남도, 경상남도 순이었다.

[그림 IV-4-16] 시도별 생애초기 건강관리사업 서비스 도달률



자료: 생애초기 건강관리사업 2024년 내부 자료를 재구성한 결과임.

[표 IV-4-18] 시도별 생애초기 건강관리사업 서비스 도달률

단위: 가구, %

시도별	기본(보편)방문 가구 수			지속방문 가구 수			기본(보편)+지속방문 가구 수			서비스 도달률 (%)	상대 격차	절대 격차
	생애 초기	서울 아기	합계 (A)	생애 초기	서울 아기	합계 (B)	생애 초기	서울 아기	합계 (C=A+B)			
전국	11,662	11,162	22,824	3,592	2,210	5,802	15,254	13,372	28,626	12.4	1.00	0.0
서울	2,639	11,162	13,801	493	2,210	2,703	3,132	13,372	16,504	41.8	3.36	29.4
부산	1,118	-	1,118	354	-	354	1,472	-	1,472	11.4	0.92	-1.0
대구	164	-	164	39	-	39	203	-	203	2.2	0.17	-10.3
인천	89	-	89	74	-	74	163	-	163	1.2	0.10	-11.3
광주	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	-	-12.4
대전	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	-	-12.4
울산	1,165	-	1,165	279	-	279	1,444	-	1,444	28.4	2.28	16.0
세종	153	-	153	81	-	81	234	-	234	8.5	0.68	-4.0
경기	1,239	-	1,239	366	-	366	1,605	-	1,605	2.3	0.19	-10.1
강원	99	-	99	33	-	33	132	-	132	2.0	0.16	-10.5
충북	293	-	293	100	-	100	393	-	393	5.2	0.42	-7.3
충남	297	-	297	202	-	202	499	-	499	5.3	0.42	-7.2
전북	114	-	114	26	-	26	140	-	140	2.1	0.17	-10.3
전남	1,055	-	1,055	400	-	400	1,455	-	1,455	18.6	1.49	6.1
경북	1,557	-	1,557	489	-	489	2,046	-	2,046	20.1	1.61	7.6
경남	1,608	-	1,608	605	-	605	2,213	-	2,213	17.0	1.36	4.5
제주	72	-	72	51	-	51	123	-	123	3.8	0.31	-8.6

주: 1) 생애초기건강관리사업(보건복지부 예산 사업)과 서울아기 건강 첫걸음 사업은 동일 사업내용, 동일 사업인력 교육훈련 과정을 지님. 생애초기건강관리사업과 서울아기 건강 첫걸음 사업의 가정방문 가구수 자료를 통합하여 출생아 수 대비 가정방문 가구수 자료를 산출함.

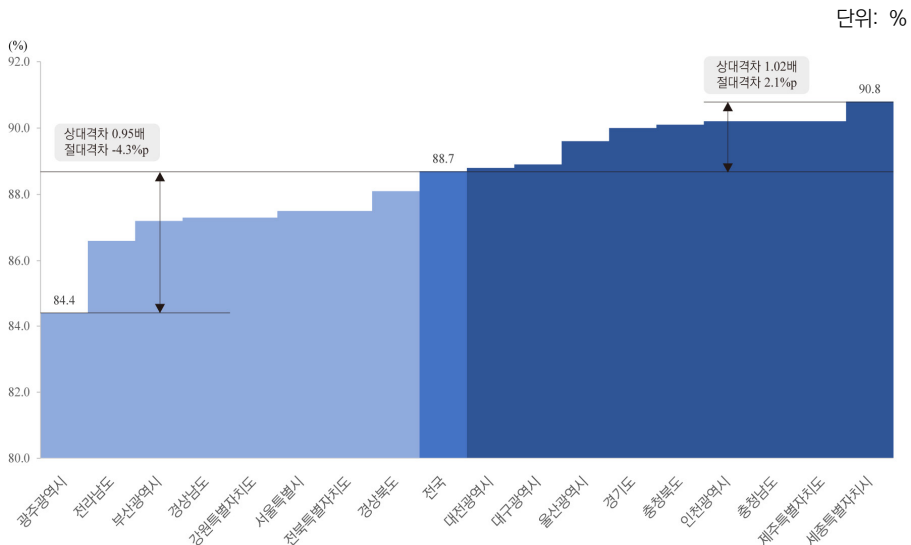
2) 서비스도달률=(전년도 출생아수 대비 기본/보편+지속방문 가구수)×100

자료: 생애초기 건강관리사업 2024년 내부 자료를 재구성한 결과임.

14) 영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률

영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률은 전국 어린이 예방접종률 현황 자료에서 발표한 자료를 기반으로 작성하였다. 1, 2, 3세 각각 국가 필수 예방접종 목록에 있는 백신⁷⁵⁾을 모두 접종한 영유아의 비율로 계산하였다. 1세 완전 접종률은 93.3%, 2세는 93.6%, 3세는 88.7%였다. 3세의 국가 필수 예방접종 완전 접종률은 상대적으로 시도별 격차가 컸다. 세종특별자치시는 90.8%, 제주특별자치도, 충청남도, 인천광역시 90.2%였다. 반면 광주광역시의 완전 접종률은 84.4%에 불과했다.

[그림 IV-4-17] 시도별 3세 유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률



자료: 전국 어린이 예방접종률 현황 2024년 자료를 재구성한 결과임.

75) 각 연령별로 요구되는 필수 백신은 다음과 같다.

- 1세: 7종 백신(18~19회): BCG 1회, HepB 3회, DTaP 3회, IPV 3회, Hib 3회, PCV 3회, RV 로타리릭스 2회 또는 로타텍 3회
- 2세: 8종 백신(21회): BCG 1회, HepB 3회, DTaP 4회, IPV 3회, Hib 4회, PCV 4회, MMR 1회, VAR 1회
- 3세: 10종 백신(25~26회): BCG 1회, HepB 3회, DTaP 4회, IPV 3회, Hib 4회, PCV 4회, MMR 1회, VAR 1회, HepA 2회, JE 사백신 3회 또는 JE 생백신 2회

〈표 IV-4-19〉 시도별 영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률

단위: %

시도별	1세			2세			3세		
	접종률 (%)	상대 격차	절대 격차	접종률 (%)	상대 격차	절대 격차	접종률 (%)	상대 격차	절대 격차
전국	93.3	1.00	0.0	93.6	1.00	0.0	88.7	1.00	0.0
서울특별시	91.5	0.98	-1.8	91.7	0.98	-1.9	87.5	0.99	-1.2
부산광역시	93.6	1.00	0.3	93.5	1.00	-0.1	87.2	0.98	-1.5
대구광역시	93.8	1.01	0.5	93.8	1.00	0.2	88.9	1.00	0.2
인천광역시	92.9	1.00	-0.4	94.1	1.01	0.5	90.2	1.02	1.5
광주광역시	94.0	1.01	0.7	93.0	0.99	-0.6	84.4	0.95	-4.3
대전광역시	93.7	1.00	0.4	94.1	1.01	0.5	88.8	1.00	0.1
울산광역시	93.9	1.01	0.6	94.5	1.01	0.9	89.6	1.01	0.9
세종특별자치시	96.0	1.03	2.7	95.4	1.02	1.8	90.8	1.02	2.1
경기도	93.9	1.01	0.6	94.1	1.01	0.5	90.0	1.01	1.3
충청북도	93.8	1.01	0.5	94.4	1.01	0.8	90.1	1.02	1.4
충청남도	93.1	1.00	-0.2	94.5	1.01	0.9	90.2	1.02	1.5
전라남도	93.8	1.01	0.5	93.2	1.00	-0.4	86.6	0.98	-2.1
경상북도	92.9	1.00	-0.4	93.6	1.00	0.0	88.1	0.99	-0.6
경상남도	93.8	1.01	0.5	93.9	1.00	0.3	87.3	0.98	-1.4
제주특별자치도	94.7	1.02	1.4	93.9	1.00	0.3	90.2	1.02	1.5
강원특별자치도	93.7	1.00	0.4	93.0	0.99	-0.6	87.3	0.98	-1.4
전북특별자치도	92.2	0.99	-1.1	92.3	0.99	-1.3	87.5	0.99	-1.2

자료: 전국 어린이 예방접종률 현황 2024년 자료를 재구성한 결과임.

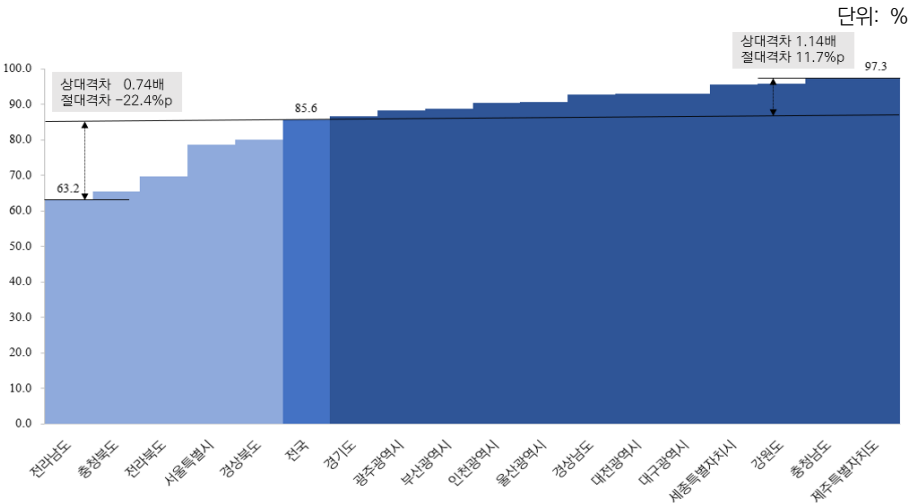
15) 영유아 건강검진율

영유아 건강검진율은 0~5세 영유아 중 지난 1년간 건강검진을 받은 경험이 있는 경우로 정의하였다. 아동종합실태조사 자료에서 0~5세 아동을 둔 주양육자의 응답 결과를 바탕으로 ‘지난 1년간 △△(이)는 건강검진을 받았습니까?’라는 질문에 ‘예’라고 응답한 사람의 수를 바탕으로 산출하였다.

전체 영유아 건강검진율은 85.6%, 남자는 86.4%, 여자는 84.7%로 비교적 높은 수준이었다. 시도별 영유아 건강검진율에 유의한 차이가 나서, 제주특별자치도, 충청남도의 영유아 건강검진율은 97.3%인 반면, 전라남도의 건강검진율은 63.2%에 머물렀다. 농어촌 지역(76.3%)이 대도시(85.4%)나 중소도시(86.7%)에 비해 낮았다.

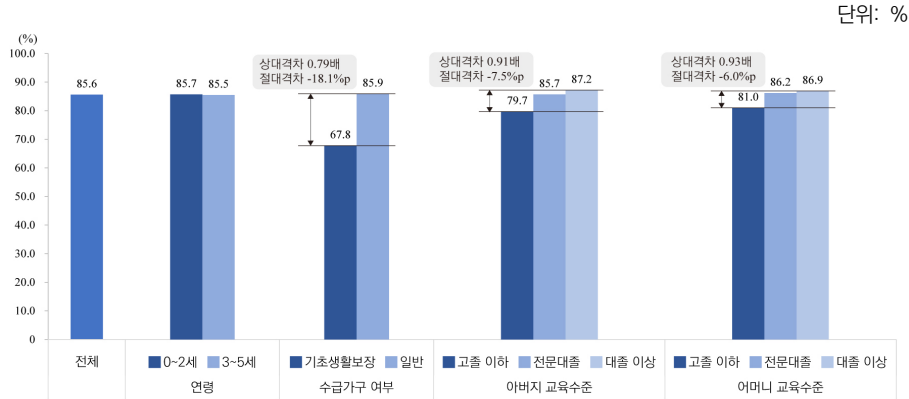
기초생활보장 수급가구인 경우 영유아 건강검진율은 67.8%로 매우 낮았으며, 일반 가구(85.9%)에 비해 0.79배(95% CI 0.7-0.9) 낮은 것으로 나타났다. 부모의 교육수준이 낮을수록 건강검진율도 낮았다.

[그림 IV-4-18] 시도별 영유아 건강검진율



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

[그림 IV-4-19] 연령, 수급가구 여부 및 아버지·어머니 교육수준별 영유아 건강검진율



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

[표 IV-4-20] 사회경제적 위치에 따른 영유아 건강검진율

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자수	영유아 건강검진율 (표준오차)	상대표준 오차(%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	1,627	85.6(1.0)	1.2	-	-
성별					
남아	940	86.4(1.4)	1.6	-	-
여아	830	84.7(1.5)	1.7	-	-

구분	대상자수	영유아 건강검진율 (표준오차)	상대표준 오차(%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
연령				-	-
0~2세	687	85.7(1.5)	1.8	-	-
3~5세	940	85.5(1.3)	1.6	-	-
시도별					
서울특별시	227	78.6(3.0)	3.8	0.92(0.85, 0.99)	-7.0(-13.2, -0.8)
부산광역시	99	88.8(3.6)	4.1	1.04(0.95, 1.13)	3.3(-4.2, 10.7)
대구광역시	75	93.0(3.0)	3.3	1.09(1.02, 1.16)	7.4(1.2, 13.7)
인천광역시	142	90.4(2.9)	3.2	1.06(0.99, 1.13)	4.8(-1.1, 10.8)
광주광역시	83	88.3(3.6)	4.1	1.03(0.95, 1.12)	2.8(-4.6, 10.1)
대전광역시	77	92.9(3.8)	4.1	1.09(1.00, 1.18)	7.3(-0.4, 15.0)
울산광역시	63	90.6(3.9)	4.3	1.06(0.97, 1.15)	5.0(-2.8, 12.9)
세종특별자치시	44	95.5(4.0)	4.2	1.12(1.02, 1.22)	9.9(1.8, 18.1)
경기도	310	86.5(2.1)	2.4	1.01(0.96, 1.07)	1.0(-3.6, 5.5)
강원도	68	95.7(2.4)	2.5	1.12(1.06, 1.18)	10.2(5.1, 15.2)
충청북도	65	65.4(6.3)	9.6	0.76(0.63, 0.92)	-20.2(-32.7, -7.8)
충청남도	71	97.3(1.6)	1.6	1.14(1.09, 1.18)	11.7(8.0, 15.4)
전북특별자치도	42	69.8(7.3)	10.5	0.82(0.66, 1.00)	-15.7(-30.2, -1.2)
전라남도	48	63.2(7.7)	12.1	0.74(0.58, 0.94)	-22.4(-37.5, -7.2)
경상북도	78	80.0(4.7)	5.8	0.93(0.83, 1.05)	-5.6(-14.9, 3.7)
경상남도	105	92.8(2.8)	3.0	1.08(1.02, 1.15)	7.2(1.5, 13.0)
제주특별자치도	30	97.3(2.0)	2.0	1.14(1.09, 1.19)	11.7(7.4, 16.0)
지역별					
농어촌	87	76.3(4.9)	6.4	0.89(0.79, 1.02)	-9.1(-19.0, 0.9)
중소도시	685	86.7(1.4)	1.7	1.01(0.97, 1.06)	1.3(-2.7, 5.3)
대도시	855	85.4(1.5)	1.7	1.00	0.0
수급가구 여부					
기초생활보장	164	67.8(4.3)	6.3	0.79(0.70, 0.90)	-18.1(-26.7, -9.4)
일반	1,463	85.9(1.0)	1.2	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	289	79.7(2.8)	3.5	0.91(0.85, 0.98)	-7.5(-13.4, -1.5)
전문대졸	223	85.7(2.6)	3.1	0.98(0.92, 1.05)	-1.5(-7.1, 4.2)
대졸 이상	1,008	87.2(1.2)	1.4	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	352	81.0(2.6)	3.2	0.93(0.87, 1.00)	-6.0(-11.6, -0.4)
전문대졸	324	86.2(2.2)	2.6	0.99(0.94, 1.05)	-0.8(-5.8, 4.2)
대졸 이상	922	86.9(1.3)	1.5	1.00	0.0
가구 유형					
한부모·조손가구	123	83.9(4.1)	4.9	0.98(0.89, 1.08)	-1.7(-10.0, 6.6)
양부모가구	1,504	85.6(1.0)	1.2	1.00	0.0
다문화가구	72	83.8(5.1)	6.0	0.98(0.87, 1.10)	-1.8(-12.0, 8.3)
비다문화가구	1,555	85.6(1.0)	1.2	1.00	0.0

주: 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.

자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

다. 발달 및 건강요인

1) 0~2세 인지·언어·사회성 발달 미달률

0~2세 영유아의 영역별 발달 수준을 확인하기 위하여, 아동종합실태조사에서 수행된 한국 영유아 발달선별검사(Korean Developmental Screening Test for Infants & Children: K-DST) 결과를 활용하였다. 발달검사는 0~5세 사이 총 20개의 월령으로 구분하고, 인지, 언어, 사회성 영역에 대하여 각각 8개 문항으로 이루어진 총 24개의 질문지에 대하여, 조사 시점의 월령에 해당하는 설문지에 부모가 직접 평가한 결과를 작성하는 방식으로 이루어졌다. 문항별 점수를 합산하여 총점을 평가하고, 합산한 총점을 바탕으로 월령별 검사 결과지별로 제시된 절단점에 따라 ① 심화평가 권고, ② 추적검사 요망, ③ 또래 수준, ④ 빠른 수준으로 분류된다. 0~2세 인지·언어·사회성 발달 미달은 인지, 언어, 사회성 발달 영역별로 ① 심화평가 권고⁷⁶⁾, ② 추적검사 요망⁷⁷⁾에 해당되는 경우로 정의하고, 영역별 응답자 중 심화평가 권고 혹은 추적검사 요망 결과를 받은 영유아의 비율을 산출하였다.

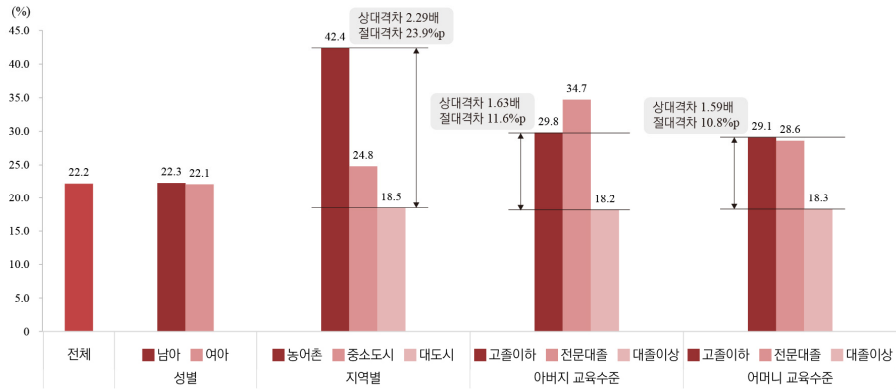
인지 발달 미달률은 전체 응답자 중 22.2% (남아 22.3%, 여아 22.1%)였고, 남아와 여아 사이에 차이가 없었다. 농어촌에 거주할수록(대도시의 2.29배, 95% CI 1.32-3.97), 아버지와 어머니의 교육수준이 낮은 경우 인지 발달 미달률이 높았다. 또한 다문화 가구에서의 인지 발달 미달률이 비다문화가구에 비해 2.20배 (95% CI 1.28-3.79) 높게 나타났다.

76) 심화평가 권고: 각 영역별 총점이 월령집단 내에서 -2 표준편차 미만으로, 발달지연이 의심되어 심화평가가 필요한 단계를 의미함.

77) 추적검사 요망: 각 영역별 총점이 월령집단 내에서 -1 표준편차 미만, -2 표준편차 이상으로, 해당 영역의 발달기술을 충분히 습득하지 못할 가능성이 있어 발달사항을 지속적으로 관찰하고 주의를 기울여야 하는 상태를 의미함.

[그림 IV-4-20] 지역 및 아버지·어머니 교육수준별 0~2세 인지 발달 미달률

단위: %



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

<표 IV-4-21> 사회경제적 위치에 따른 0~2세 인지 발달 미달률

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자 수	0~2세 인지 발달미달률 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	624	22.2(1.9)	8.7	-	-
성별				-	-
남아	299	22.3(2.8)	12.4	-	-
여아	325	22.1(2.7)	12.3	-	-
연령				-	-
4~11개월	148	20.4(3.7)	18.0	-	-
12~23개월	224	23.8(3.3)	14.0	-	-
24~35개월	252	21.7(3.1)	14.2	-	-
지역					
농어촌	27	42.4(10.5)	24.7	2.29(1.32, 3.97)	23.9(2.8, 45.0)
중소도시	240	24.8(3.2)	12.8	1.34(0.93, 1.92)	6.3(-1.5, 14.1)
대도시	357	18.5(2.4)	13.2	1.00	0.0
수급가구 여부					
기초생활보장	53	30.7(8.7)	28.2*	1.39(0.78, 2.48)	8.6(-8.7, 26.0)
일반	571	22.1(2.0)	8.9	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	103	29.8(5.1)	17.2	1.63(1.09, 2.46)	11.6(0.7, 22.5)
전문대졸	87	34.7(6.4)	18.3	1.90(1.24, 2.91)	16.5(3.3, 29.6)
대졸 이상	403	18.2(2.1)	11.6	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	117	29.1(5.1)	17.4	1.59(1.05, 2.42)	10.8(0.0, 21.7)
전문대졸	116	28.6(5.2)	18.1	1.57(1.02, 2.40)	10.4(-0.7, 21.4)
대졸 이상	382	18.3(2.2)	12.2	1.00	0.0

구분	대상자 수	0~2세 인지 발달미달률 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
가구 유형					
한부모·조손가구	36	22.2(2.0)	38.8*	0.95(0.44, 2.07)	-1.1(-17.6, 15.4)
양부모가구	588	21.1(8.2)	8.9	1.00	0.0
다문화가구	27	46.5(12.2)	26.2*	2.20(1.28, 3.79)	25.4(1.2, 49.6)
비다문화가구	597	21.1(1.9)	9.1	1.00	0.0

주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.

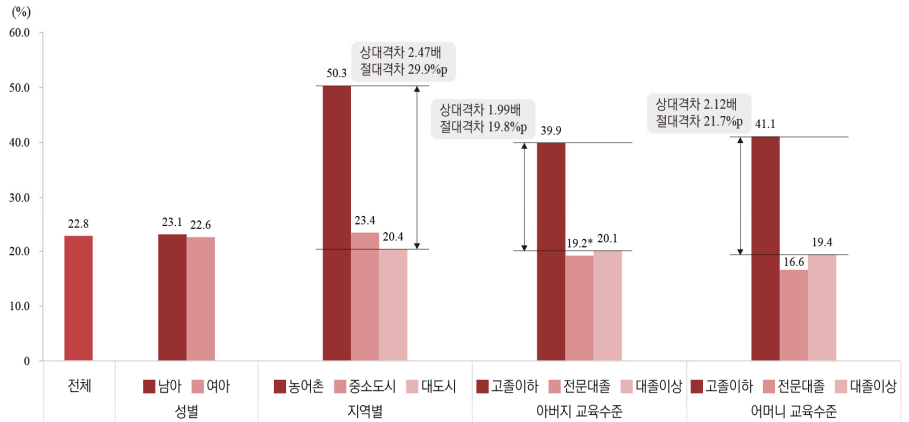
2) *표시는 상대대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.

자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

언어발달은 전체 응답자 중 22.8%, 남아의 23.1%, 여아의 22.6%가 추적검사 혹은 심화평가가 필요한 것으로 확인되었다. 농어촌 지역에 거주할수록(대도시의 2.47배, 95% CI 1.53~3.99), 아버지 교육수준(고졸 이하 39.9% vs 대졸 이상 20.1%) 및 어머니 교육수준이 낮을수록 (고졸 이하 41.1% vs 대졸 이상 19.4%) 언어 발달 미달률이 높게 나타났다.

[그림 IV-4-21] 지역 및 아버지·어머니 교육수준별 0~2세 언어발달 미달률

단위: %



주: 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.

자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

〈표 IV-4-22〉 사회경제적 위치에 따른 0~2세 언어 발달 미달률

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자수	0~2세 언어 발달미달률 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	624	22.8(2.0)	8.5	-	-
성별				-	-
남아	299	23.1(2.8)	12.3	-	-
여아	325	22.6(2.7)	11.9	-	-
연령					
4~11개월	148	22.7(4.1)	18.1	-	-
12~23개월	224	15.4(2.7)	17.8	-	-
24~35개월	252	30(3.4)	11.3	-	-
지역					
농어촌	27	50.3(10.7)	21.2	2.47(1.53, 3.99)	29.9(8.4, 51.5)
중소도시	240	23.4(3.1)	13.2	1.15(0.81, 1.63)	3.0(-4.8, 10.8)
대도시	357	20.4(2.5)	12.2	1.00	0.0
수급가구 여부					
기초생활보장	53	35.7(8.8)	24.5	1.58(0.95, 2.63)	13.1(-4.5, 30.7)
일반	571	22.6(2.0)	8.7	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	103	39.9(5.7)	14.4	1.99(1.39, 2.84)	19.8(7.7, 31.8)
전문대졸	87	19.2(5.1)	26.8*	0.95(0.54, 1.69)	-0.9(-11.9, 10.1)
대졸 이상	403	20.1(2.2)	11.1	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	117	41.1(5.6)	13.7	2.12(1.49, 3.02)	21.7(9.8, 33.6)
전문대졸	116	16.6(4.1)	24.5	0.86(0.51, 1.46)	-2.7(-11.8, 6.4)
대졸 이상	382	19.4(2.3)	11.6	1.00	0.0
가구 유형					
한부모·조손가구	36	22.9(2.0)	37.8*	0.97(0.45, 2.07)	-0.7(-17.6, 16.2)
양부모가구	588	22.1(8.4)	8.7	1.00	0.0
다문화가구	27	34.0(10.6)	31.2*	1.52(0.81, 2.88)	11.7(-9.5, 32.9)
비다문화가구	597	22.4(2.0)	8.9	1.00	0.0

주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.

2) *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.

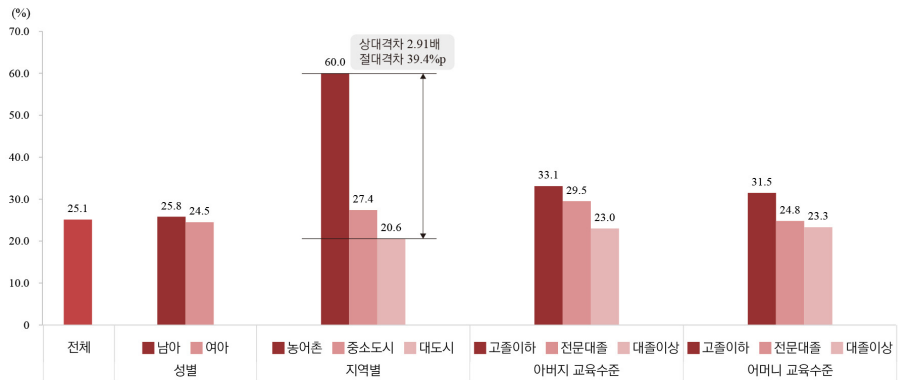
자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

사회성 발달 수준은 전체 응답자 중 25.1%, 남아의 25.8%, 여아의 24.5%가 추적검사 혹은 심화평가가 필요한 것으로 확인되었다. 다른 영역과 마찬가지로 농어촌 지역의 영유아가 대도시 지역 아동에 비해 사회성 발달 미달률이 2.91배(95% CI 1.93~4.38, 60.6% vs 20.6%) 높았다. 다문화 가구의 영유아가 비다문화 가구

영유아에 비해 사회성 발달 미달률이 1.95배(95% CI 1.14-3.32, 47.1% vs 24.2%) 더 높았다.

[그림 IV-4-22] 지역 및 아버지·어머니 교육수준별 0~2세 사회성 발달 미달률

단위: %



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

<표 IV-4-23> 사회경제적 위치에 따른 0~2세 사회성 발달 미달률

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자 수	0~2세 사회성 발달미달률 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	624	25.1(2.0)	8.1	-	-
성별				-	-
남아	299	25.8(2.9)	11.4	-	-
여아	325	24.5(2.8)	11.5	-	-
연령				-	-
4~11개월	148	18.1(3.8)	21.0	-	-
12~23개월	224	28.3(3.5)	12.3	-	-
24~35개월	252	26.2(3.2)	12.4	-	-
지역					
농어촌	27	60.6(10.2)	17.0	2.91(1.93, 4.38)	39.4(18.8, 59.9)
중소도시	240	27.4(3.3)	12.1	1.33(0.95, 1.86)	6.8(-1.3, 15.0)
대도시	357	20.6(2.5)	12.1	1.00	0.0
수급가구 여부					
기초생활보장	53	30.1(8.8)	29.3*	1.20(0.66, 2.18)	5.0(-12.7, 22.7)
일반	571	25.0(2.1)	8.2	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	103	33.1(5.5)	16.5	1.44(0.99, 2.11)	10.2(-1.5, 21.8)
전문대졸	87	29.5(6.0)	20.5	1.28(0.82, 2.01)	6.5(-6.2, 19.2)
대졸 이상	403	23(2.4)	10.3	1.00	0.0

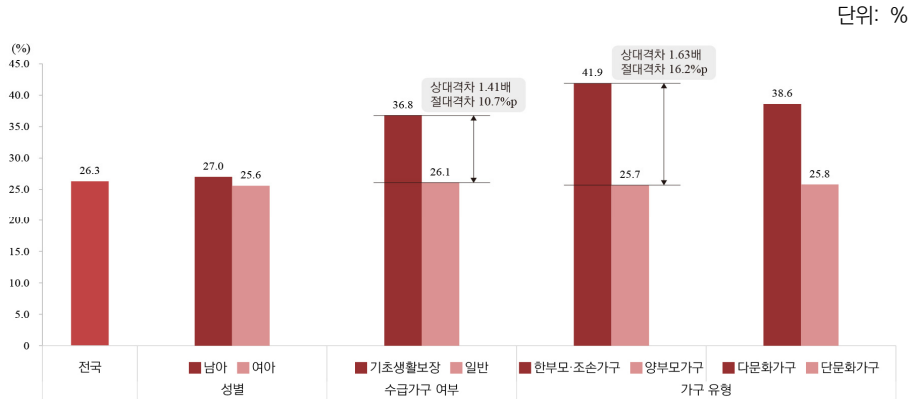
구분	대상자 수	0~2세 사회성 발달미달률 (표준오차)	상대표준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
어머니 교육수준					
고졸 이하	117	31.5(5.3)	17.0	1.35(0.92, 2.00)	8.2(-3.3, 19.7)
전문대졸	116	24.8(5.0)	20.2	1.07(0.68, 1.67)	1.6(-9.3, 12.5)
대졸 이상	382	23.3(2.4)	10.4	1.00	0.0
가구 유형					
한부모·조손가구	36	25.3(2.1)	42.5*	0.74(0.32, 1.73)	-6.5(-22.7, 9.7)
양부모가구	588	18.8(8.0)	8.2	1.00	0.0
다문화가구	27	47.1(12.2)	25.9*	1.95(1.14, 3.32)	22.9(-1.3, 47.1)
비다문화가구	597	24.2(2.0)	8.4	1.00	0.0

주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.
2) *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

2) 3~5세 인지·언어·사회성 발달 미달률

3~5세 유아의 인지, 언어, 발달검사 결과, 전체 응답자 중 26.3%(남아 27.0%, 여아 25.6%)가 인지 발달 미달이 의심되었다. 0~2세와 달리 3~5세에는 지역(대도시, 중소도시, 농어촌), 부모의 교육수준에 따라 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 반면, 기초생활보장 수급가구인 경우, 양부모가구보다는 한부모·조손 가구의 유아일수록 인지 발달 미달율이 높게 나타났다. 한부모·조손 가구의 유아 또한 양부모 가구 대비 1.63배 높게 나타났다.

[그림 IV-4-23] 수급가구 여부 및 가구 유형별 3~5세 인지 발달 미달률



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

〈표 IV-4-24〉 사회경제적 위치에 따른 3~5세 인지 발달 미달률

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자 수	3~5세 인지 발달미달률 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	940	26.3(1.7)	6.5	-	-
성별				-	-
남아	465	27.0(2.5)	9.2	-	-
여아	475	25.6(2.4)	9.2	-	-
연령				-	-
36~47개월	292	24.1(2.9)	12.2	-	-
48~59개월	315	28.9(3.0)	10.3	-	-
60~71개월	333	25.7(3.0)	11.6	-	-
지역					
농어촌	55	36.8(7.1)	19.2	1.41(0.92, 2.14)	10.7(-4.1, 25.4)
중소도시	417	25.3(2.5)	9.8	0.97(0.74, 1.27)	-0.9(-7.8, 6.1)
대도시	468	26.2(2.5)	9.6	1.00	0.0
수급가구 여부					
기초생활보장	109	36.8(5.3)	14.4	1.41(1.03, 1.92)	10.7(-0.2, 21.6)
일반	831	26.1(1.7)	6.7	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	178	31.1(4.1)	13.3	1.24(0.91, 1.69)	6.1(-3.0, 15.2)
전문대졸	125	23.4(4.6)	19.4	0.93(0.62, 1.42)	-1.6(-11.5, 8.2)
대졸 이상	562	25.1(2.1)	8.5	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	222	31.2(4.0)	12.8	1.25(0.92, 1.70)	6.2(-2.8, 15.2)
전문대졸	197	23.8(3.7)	15.6	0.95(0.67, 1.36)	-1.1(-9.6, 7.4)
대졸 이상	501	25.0(2.2)	8.9	1.00	0.0
가구 유형					
한부모·조손가구	86	41.9(7.9)	18.8	1.63(1.10, 2.41)	16.2(0.4, 32.0)
양부모가구	854	25.7(1.8)	6.8	1.00	0.0
다문화가구	42	38.6(9.3)	24.1	1.49(0.91, 2.44)	12.7(-5.8, 31.3)
비다문화가구	898	25.8(1.7)	6.7	1.00	0.0

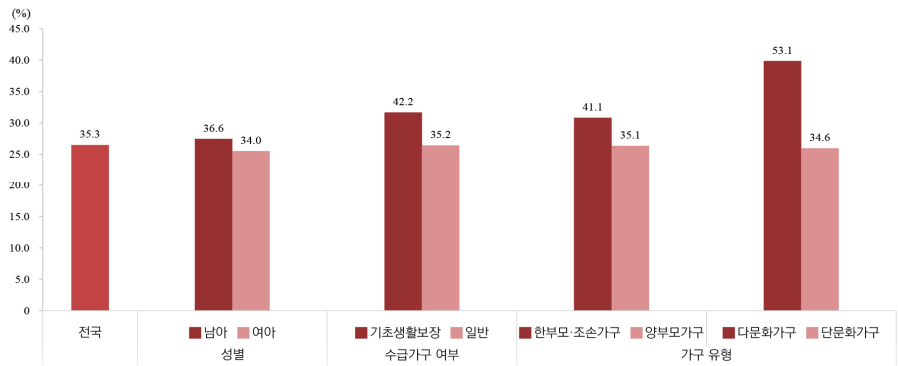
주: 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.

자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

언어 발달은 전체 응답자 중 35.3%, 남아의 36.6%, 여아의 34.0%가 추적검사 혹은 심화평가가 필요한 것으로 확인되었다. 다문화 가구 유아의 언어 발달 미달률이 53.1%로 비다문화 가구(34.6%)에 비해 1.53배(95% CI 1.07-2.20) 높게 나타났다. 모 교육수준이 고졸 이하인 경우 대졸 이상인 경우보다 3~5세 언어 발달 미달률이 높게 나타났다.

[그림 IV-4-24] 수급가구 여부 및 가구 유형별 3~5세 언어 발달 미달률

단위: %



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

<표 IV-4-25> 사회경제적 위치에 따른 3~5세 언어 발달 미달률

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자 수	3~5세 언어 발달미달률 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	940	35.3(1.9)	5.3	-	-
성별					
남아	465	36.6(2.7)	7.4	-	-
여아	475	34.0(2.6)	7.5	-	-
연령					
36~47개월	292	40.6(3.3)	8.2	-	-
48~59개월	315	34.8(3.2)	9.1	-	-
60~71개월	333	30.9(3.1)	10.1	-	-
지역					
농어촌	55	46.2(7.5)	16.3	1.32(0.93, 1.87)	11.1(-4.5, 26.8)
중소도시	417	34.4(2.8)	8.0	0.98(0.79, 1.22)	-0.7(-8.2, 6.8)
대도시	468	35.1(2.6)	7.5	1.00	0.0
수급가구 여부					
기초생활보장	109	42.2(5.5)	13.0	1.20(0.91, 1.58)	7.0(-4.3, 18.4)
일반	831	35.2(1.9)	5.4	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	178	40.2(4.4)	11.0	1.19(0.93, 1.54)	6.5(-3.2, 16.3)
전문대졸	125	36.0(5.0)	13.8	1.07(0.79, 1.45)	2.4(-8.4, 13.1)
대졸 이상	562	33.6(2.3)	6.9	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	222	45.1(4.4)	9.8	1.42(1.11, 1.80)	13.2(3.4, 23.1)
전문대졸	197	35.0(4.0)	11.5	1.10(0.84, 1.44)	3.2(-6.0, 12.3)
대졸 이상	501	31.9(2.4)	7.5	1.00	0.0

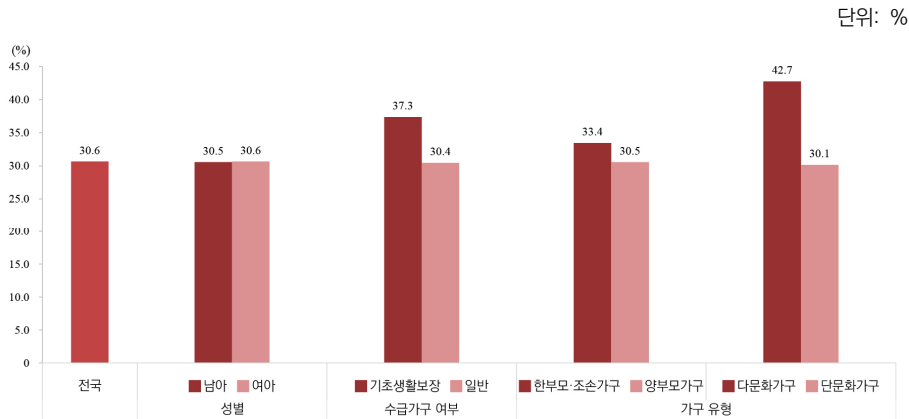
구분	대상자 수	3~5세 언어 발달미달률 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
가구 유형					
한부모·조손가구	86	41.1(7.8)	18.9	1.17(0.80, 1.72)	6.0(-9.7, 21.7)
양부모가구	854	35.1(1.9)	5.4	1.00	0.0
다문화가구	42	53.1(9.4)	17.6	1.53(1.07, 2.20)	18.5(-0.2, 37.2)
비다문화가구	898	34.6(1.9)	5.5	1.00	0.0

주: 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.

자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

사회성 발달 수준은 전체 응답자 중 30.6%, 남아의 30.5%, 여아의 30.6%가 부적점사 혹은 심화평가가 필요한 것으로 확인되었다. 응답자 중 발달지연 아동의 비율은 인지 및 언어 발달과 마찬가지로 유의한 지역 간 차이는 보이지 않았다.

[그림 IV-4-25] 수급가구 여부 및 가구 유형별 3~5세 사회성 발달 미달률



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

<표 IV-4-26> 사회경제적 위치에 따른 3~5세 사회성 발달 미달률

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자 수	3~5세사회성 발달미달률 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	940	30.6(1.8)	5.9	-	-
성별					
남아	465	30.5(2.6)	8.5	-	-
여아	475	30.6(2.5)	8.3	-	-

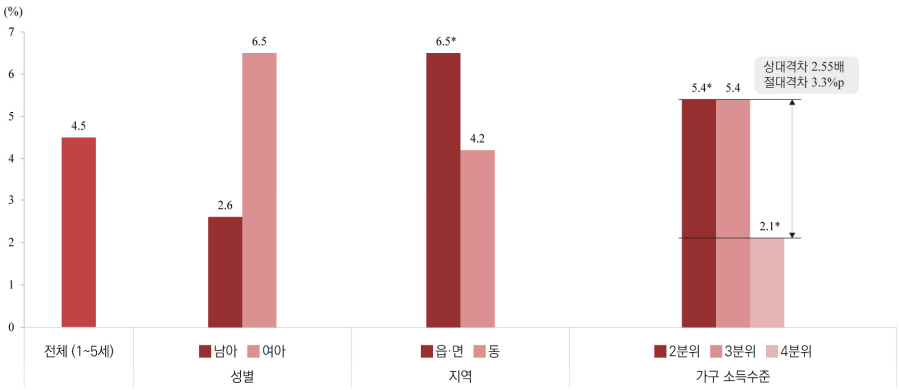
구분	대상자 수	3-5세사회성 발달미달률 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
연령					
36~47개월	292	37.1(3.3)	9.0	-	-
48~59개월	315	26.5(2.9)	11.1	-	-
60~71개월	333	28.6(3.1)	10.9	-	-
지역					
농어촌	55	26.9(6.4)	23.7	0.93(0.56, 1.52)	-2.2(-15.6, 11.2)
중소도시	417	32.2(2.8)	8.6	1.11(0.87, 1.40)	3.1(-4.2, 10.4)
대도시	468	29.1(2.5)	8.6	1.00	0.0
수급가구 여부					
기초생활보장	109	37.3(5.3)	14.1	1.22(0.91, 1.66)	6.8(-4.1, 17.8)
일반	831	30.4(1.8)	6.1	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	178	37.3(4.4)	11.8	1.27(0.96, 1.67)	7.9(-1.7, 17.6)
전문대졸	125	27.7(4.7)	16.8	0.94(0.66, 1.35)	-1.7(-11.8, 8.5)
대졸 이상	562	29.4(2.3)	7.7	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	222	36.8(4.3)	11.7	1.22(0.92, 1.61)	6.6(-3.1, 16.2)
전문대졸	197	25.4(3.7)	14.4	0.84(0.61, 1.16)	-4.8(-13.4, 3.8)
대졸 이상	501	30.2(2.4)	7.9	1.00	0.0
가구 유형					
한부모·조손가구	86	33.4(7.2)	21.5	1.10(0.71, 1.70)	2.9(-11.6, 17.5)
양부모가구	854	30.5(1.9)	6.1	1.00	0.0
다문화가구	42	42.7(9.4)	22.0	1.42(0.91, 2.22)	12.5(-6.2, 31.3)
비다문화가구	898	30.1(1.8)	6.1	1.00	0.0

3) 영양섭취부족아 분율

영양섭취부족아 분율은 국민건강영양조사 자료를 이용하여 1~5세 조사 참여자를 대상으로 에너지 섭취량이 필요추정량의 75% 미만이면서 칼슘, 철, 비타민 A, 리보플라빈의 섭취량이 모두 평균필요량 미만인 분율로 정의하였다. 가구소득이 낮을수록, 읍면 지역일수록 영양섭취부족아 분율이 높아지는 양상을 보였다. 성별 차이로는 남아에 비하여 여아에서 특징적으로 영양섭취부족아 분율이 높았다.

[그림 IV-4-26] 성별, 지역 및 가구 소득수준별 영양섭취부족아 비율

단위: %



주: *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 국민건강영양조사 2019~2023년 자료로 분석한 결과임.

<표 IV-4-27> 사회경제적 위치에 따른 영양섭취부족아 비율

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자 수	영양섭취 부족아비율 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	1,271	4.5(0.7)	13.7	—	—
성별					
남아	641	2.6(0.6)	23.5	—	—
여아	630	6.5(1.3)	19.3	—	—
연령					
1~2세	214	3.9(1.6)	41.0*	—	—
3~5세	1,057	4.7(0.8)	17.0	—	—
지역					
읍·면	199	6.5(2.6)	40.0*	1.55(0.66, 3.61)	2.3(−3.0, 7.6)
동	1072	4.2(0.7)	16.3	1.00	0.0
가구 소득수준별					
1분위	56	5.8(3.3)	56.2**	2.75(0.73, 10.33)	3.7(−2.9, 10.3)
2분위	392	5.4(1.4)	25.7*	2.55(1.05, 6.19)	3.3(0.2, 6.4)
3분위	478	5.4(1.3)	23.5	2.55(1.08, 6.06)	3.3(0.4, 6.2)
4분위	344	2.1(0.8)	37.3*	1.00	0.0

주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의 미한 경우 볼드 표시함.
2) *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
3) **표시는 상대표준오차가 50% 이상인 값으로 신뢰도가 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 국민건강영양조사 2019~2023년 자료로 분석한 결과임.

4) 에너지·지방 과잉섭취아 분율

에너지·지방 과잉섭취아는 국민건강영양조사의 1-5세 조사 참여자를 대상으로 에너지 섭취량이 필요추정량의 125% 이상이면서 지방 섭취량이 지방에너지적정 비율의 상한선을 초과한 유아 분율로 정의하였다. 가구소득 1분위의 에너지·지방 과잉섭취자 분율이 다른 가구소득에 비하여 크게 높아 절대격차 12.2%p 차이가 나고 상대격차 크기는 4.24배에 달했다.

〈표 IV-4-28〉 사회경제적 위치에 따른 에너지·지방 과잉섭취아 분율

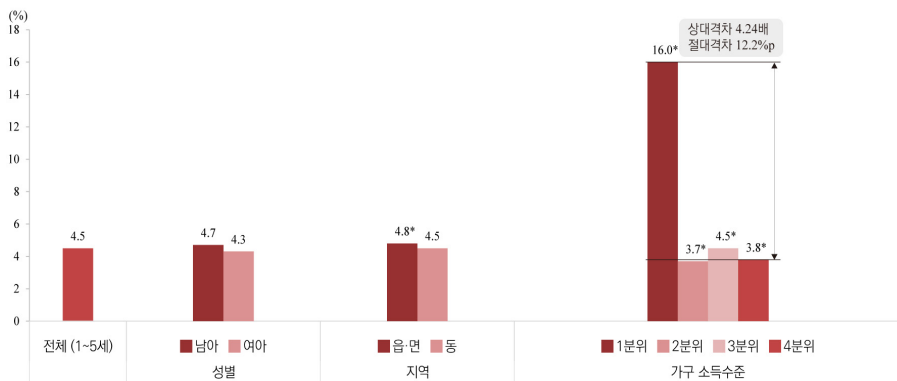
단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자 수	에너지과잉 섭취아분율 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	1,271	4.5(0.6)	13.7	-	-
성별					
남아	641	4.7(0.9)	18.6	-	-
여아	630	4.3(0.9)	20.4	-	-
연령					
1~2세	214	4.7(1.5)	31.4*	-	-
3~5세	1,057	4.5(0.7)	15.3	-	-
지역					
읍·면	199	4.8(1.5)	31.2*	1.06(0.54, 2.10)	0.3(-2.9 ,3.5)
동	1,072	4.5(0.7)	15.2	1.00	0.0
가구 소득수준별					
1분위	56	16.0(5.3)	32.9*	4.24(1.76, 10.23)	12.2(1.7, 22.8)
2분위	392	3.7(1.0)	27.5*	0.97(0.43, 2.17)	-0.1(-3.1, 2.9)
3분위	478	4.5(1.0)	21.9*	1.19(0.57, 2.48)	0.7(-2.3, 3.7)
4분위	344	3.8(1.2)	30.6*	1.00	0.0

주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.
2) *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 국민건강영양조사 2019~2023년 자료로 분석한 결과임.

[그림 IV-4-27] 지역 및 가구 소득수준별 에너지·지방 과잉섭취아 분율

단위: %



주: *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
 자료: 국민건강영양조사 2019~2023년 자료로 분석한 결과임.

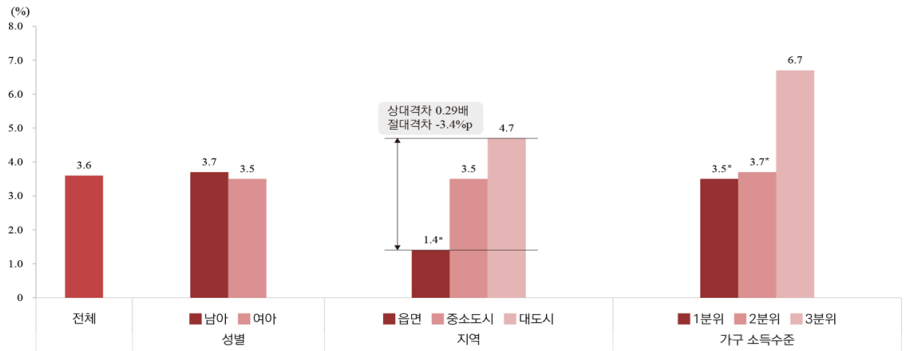
5) 영유아 내재화 및 외현화 문제행동률

영유아의 정신건강문제를 파악하기 위하여 한국 영유아 교육·보육 패널에서 수행된 유아행동평가척도 부모용(Child Behavior Checklist, K-CBCL 1.5-5) 도구 결과에 기반하여 산출되었다. CBCL은 총 100문항으로 크게 증후군 척도와 진단 척도로 구성되어 있고, 본 연구에서는 증후군 척도를 활용하였다. 증후군 척도는 내재화 행동, 외현화 행동으로 분류되는데 내재화 문제(internalizing problems)는 정서적 반응, 불안·우울, 신체증상, 위축 등과 같은 소극적이고 지나치게 통제된 행동과 정신건강 관련 문제들을 포함하는 반면, 외현화 문제(Externalizing problems)는 통제가 부족한 행동(주의력 문제, 공격적인 행동) 등을 포함하고 있다. 내재화 행동에 관한 설문 문항은 총 36문항이며 문항점수 총점의 범위는 0점~72점이고, 외현화 행동을 측정하기 위한 항목 총 24 문항으로 구성되어 있고, 문항 총점의 범위는 0점~48점이다. 총점이 높을수록 문제행동의 수준이 높음을 나타내는데 내재화 행동에는 15점, 외현화 행동에는 18점의 절단점을 적용하여 내재화 문제행동과 외현화 문제행동으로 발현되는 아동의 정신건강문제의 가중치적용조율(%)을 산출하였다.

정서적 반응성, 불안·우울, 위축 등을 포함하는 내재화 행동에 관련된 영유아의 정신건강문제 비율은 월평균가구소득 3분위인 가구에 비해 소득이 낮은 가구에서 더 낮았고, 대도시에 비해 읍면지역이 0.29배로 더 낮았다.

[그림 IV-4-28] 지역 및 가구 소득수준별 내재화 문제행동률

단위: %



주: *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 한국 영유아 교육·보육 패널 2023년 자료로 분석한 결과임.

[표 IV-4-29] 사회경제적 위치에 따른 내재화 문제행동률

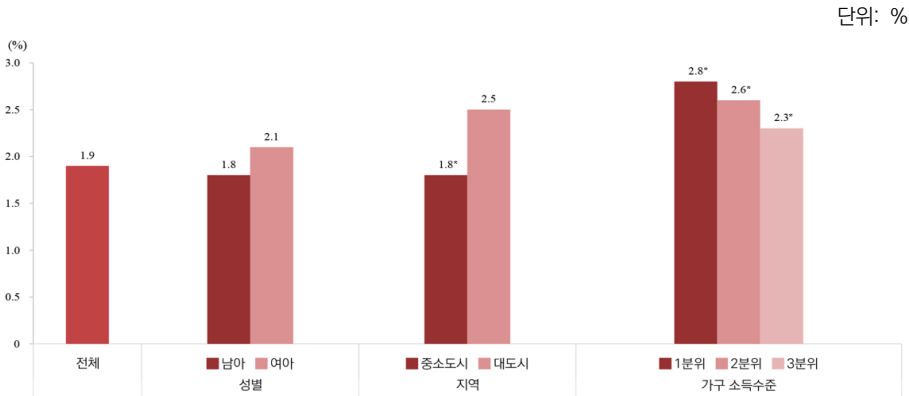
단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자 수	내재화 문제행동률 (표준오차)	상대표준 오차(%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	2,555	3.6(0.5)	12.8	-	-
성별					
남아	1,283	3.7(0.6)	17.6	-	-
여아	1,272	3.5(0.7)	18.6	-	-
지역					
읍면	366	1.4(0.6)	45.2*	0.29(0.11, 0.76)	-3.4(-5.4, -1.3)
중소도시	1,213	3.5(0.7)	19.2	0.73(0.43, 1.23)	-1.3(-3.4, 0.9)
대도시	976	4.7(0.9)	18.2	1.00	0.0
가구 소득수준					
1분위	566	3.5(0.9)	26.0*	4.03(1.17, 13.89)	2.6(0.6, 4.7)
2분위	528	3.7(1.0)	26.8*	4.25(1.22, 14.74)	2.8(0.7, 5.0)
3분위	675	6.7(1.3)	18.7	7.75(2.37, 25.36)	5.9(3.2, 8.5)
4분위	412	0.9(0.5)	57.5**	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	278	2.6(1.1)	42.3*	0.60(0.24, 1.50)	-1.7(-4.4, 1.0)
전문대졸	254	1.4(0.8)	59.4**	0.33(0.10, 1.11)	-2.9(-5.2, -0.6)
대졸 이상	990	4.3(0.9)	19.8	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	311	2.1(0.9)	41.6*	0.42(0.18, 1.00)	-2.8(-5.1, -0.6)
전문대졸	399	2.1(0.8)	39.6*	0.43(0.19, 0.99)	-2.8(-5.0, -0.6)
대졸 이상	1,388	4.9(0.8)	15.6	1.00	0.0

주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 bold 표시함.
2) *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
3) **표시는 상대표준오차가 50% 이상인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 한국 영유아 교육·보육 패널 2023년 자료로 분석한 결과임.

가구 소득수준이 1순위인 경우 4분위에 비해 아동의 외현화 문제행동을 상대격차가 4.83배 차이가 났으며, 1,2,3순위 모두 4분위에 비해 유의미한 상대격차를 나타냈다. 하지만 상대표준오차가 커서 해석에 주의가 필요하다.

[그림 IV-4-29] 지역 및 가구 소득수준별 외현화 문제행동률



주: *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 한국 영유아 교육·보육 패널 2023년 자료로 분석한 결과임.

〈표 IV-4-30〉 사회경제적 위치에 따른 외현화 문제행동률

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자 수	외현화 문제행동률 (표준오차)	상대표준 오차(%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	2,555	1.9(0.3)	16.2	-	-
성별					
남아	1,283	1.8(0.4)	22.3	-	-
여아	1,272	2.1(0.5)	23.4	-	-
지역					
읍면	366	1.1(0.6)	50.7**	0.46(0.15, 1.37)	-1.3(-2.9, 0.3)
중소도시	1,213	1.8(0.5)	25.2*	0.72(0.37, 1.41)	-0.7(-2.1, 0.7)
대도시	976	2.5(0.6)	23.0	1.00	0.0
가구 소득수준별					
1분위	566	2.8(0.8)	28.9*	4.83(1.08, 21.54)	2.2(0.4, 4.0)
2분위	528	2.6(0.8)	31.5*	4.54(1.00, 20.65)	2.1(0.2, 3.9)
3분위	675	2.3(0.7)	28.6*	3.98(0.90, 17.71)	1.7(0.2, 3.3)
4분위	412	0.6(0.4)	70.6**	1.00	0.0
아버지 교육수준별					
고졸 이하	278	1.9(0.8)	44.8*	0.73(0.27, 1.99)	-0.7(-2.7, 1.4)
전문대졸	254	0.8(0.5)	70.6**	0.30(0.07, 1.27)	-1.8(-3.4, -0.2)
대졸 이상	990	2.6(0.6)	24.0	1.00	0.0

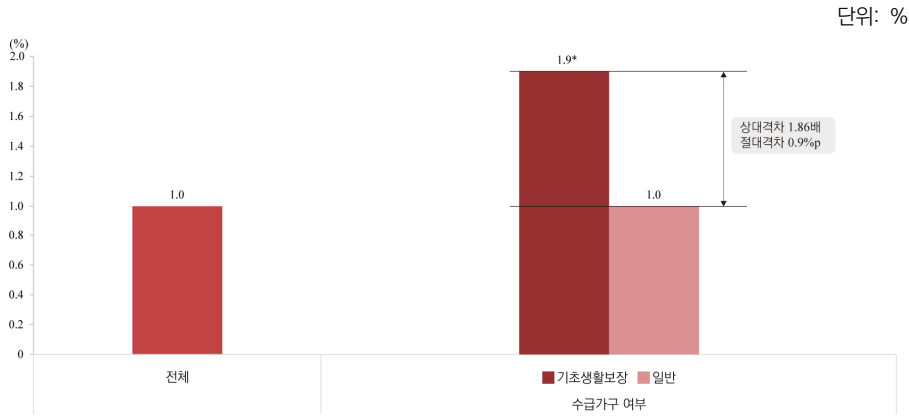
구분	대상자 수	외현화 문제행동률 (표준오차)	상대표준 오차(%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%) (95% 신뢰구간)
어머니 교육수준별					
고졸 이하	311	1.4(0.7)	50.5**	0.66(0.22, 1.93)	-0.7(-2.4, 0.9)
전문대졸	399	2.3(0.9)	36.9*	1.10(0.48, 2.56)	0.2(-1.7, 2.1)
대졸 이상	1,388	2.1(0.5)	21.8	1.00	0.0

주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.
2) *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
3) **표시는 상대표준오차가 50% 이상인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 한국 영유아 교육·보육 패널 2023년 자료로 분석한 결과임.

6) 영유아 만성질환 유병률

영유아 만성질환 유병률은 아동종합실태조사 조사표에 제시된 만성질환들⁷⁸⁾ 중 한 가지 이상의 질환에 대해 의사로부터 진단받은 영유아의 비율로 산출하였다. 유의한 수치는 아니지만 일반 가구에 비해 기초생활보장 수급가구에서 영유아 만성질환 유병률이 1.86배 높은 편으로 나타났다.

[그림 IV-4-30] 수급가구 여부별 영유아 만성질환 유병률



주: *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

78) 조사표에 나열된 만성질환 종류는 고혈압, 고지혈증(이상지질혈증), 뇌졸중(중풍), 심근경색증, 협심증, 골관절염, 류마티스성 관절염, 골다공증, 폐결핵, 천식, 당뇨병, 갑상선질환, 암, 우울증, 아토피피부염, 알레르기비염, 부비동염, 중이염, 백내장, 녹내장, 황반변성, 신부전, B형간염, C형간염, 간경변증, 섭식장애, 주의집중장애(ADHD) 등이다.

〈표 IV-4-31〉 사회경제적 위치에 따른 영유아 만성질환 유병률

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자 수	영유아 만성질환 유병률 (표준오차)	상대표준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	1,627	1.0(0.3)	28.1*	-	-
수급가구 여부					
기초생활보장	164	1.9(0.9)	46.8*	1.86(0.63, 5.46)	0.9(-1.0, 2.7)
일반	1,463	1.0(0.3)	29.0*	1.00	0.0

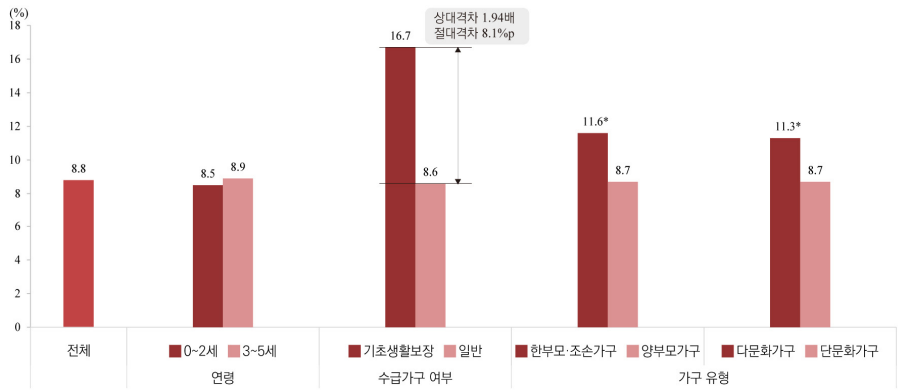
주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.
2) *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

7) 영유아 활동제약률

영유아 활동제약률은 ‘최근 한 달 동안 질병이나 손상으로 거의 하루 종일 누워서 (집이나 병원에서) 보내야 했던 날이 며칠이나 됩니까?’ 라는 질문에 누워서 보낸 일수가 1일 이상이었던 영유아의 분율로 정의하였다. 영유아 활동제약률은 일반 가구에 비해 기초생활보장 수급가구에서 1.94배 높았다.

〔그림 IV-4-31〕 수급가구 여부 및 가구 유형별 영유아 활동제약률

단위: %



주: *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.
자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

〈표 IV-4-32〉 사회경제적 위치에 따른 영유아 활동제약률

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자 수	영유아 활동제약률 (표준오차)	상대표 준오차 (%)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전체	1,627	8.8(0.8)	9.3	-	-
연령					
0~2세	687	8.5(1.2)	14.3	-	-
3~5세	940	8.9(1.1)	12.2	-	-
지역					
농어촌	87	6.9(3.2)	46.6*	0.73(0.28, 1.87)	-2.6(-9.3, 4.1)
중소도시	685	8.2(1.2)	14.8	0.87(0.60, 1.26)	-1.3(-4.6, 2.0)
대도시	855	9.5(1.2)	12.1	1.00	0.0
수급가구 여부					
기초생활보장	164	16.7(4.0)	23.8	1.94(1.17, 3.20)	8.1(0.1, 16.0)
일반	1,463	8.6(0.8)	9.6	1.00	0.0
아버지 교육수준					
고졸 이하	289	9.9(2.0)	20.1	1.14(0.72, 1.81)	1.3(-3.2, 5.6)
전문대졸	223	8.1(1.9)	23.0	0.94(0.57, 1.56)	-0.5(-4.7, 3.7)
대졸 이상	1,008	8.7(1.0)	12.0	1.00	0.0
어머니 교육수준					
고졸 이하	352	10.0(2.1)	20.9	1.18(0.73, 1.90)	1.5(-3.0, 6.1)
전문대졸	324	8.0(1.7)	21.2	0.95(0.59, 1.54)	-0.4(-4.3, 3.5)
대졸 이상	922	8.4(1.0)	12.2	1.00	0.0
가구 유형					
한부모·조손가구	123	11.6(3.7)	31.5*	1.34(0.70, 2.55)	2.9(-4.4, 10.3)
양부모가구	1,504	8.7(0.8)	9.6	1.00	0.0
다문화가구	72	11.3(4.5)	40.0*	1.31(0.59, 2.93)	2.7(-6.3, 11.7)
비다문화가구	1,555	8.7(0.8)	9.5	1.00	0.0

주: 1) 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.

2) *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.

자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

8) 손상·중독으로 인한 응급실 이용률

손상이나 중독으로 인한 아동의 응급실 이용률은 아동종합실태조사 자료를 기반으로 산출되었다. ‘아동 자녀가 지난 1년간 손상이나 중독(의약품 및 약물로 인한 급성중독)으로 병원응급실을 이용한 적이 있습니까?’ 라는 질문에 “있다”라고 답한 사람의 분율이다. 손상이나 중독으로 인한 아동의 응급실 이용률은 0.6%였다. 상대표준오차가 매우 높아 사회경제적 위치별 분포는 제시하지 않았다.

〈표 IV-4-33〉 영유아 손상·중독으로 인한 응급실 이용률

단위: 명, %

구분	대상자수	영유아 손상중독으로 인한 응급실이용률 (표준오차)	상대표준오차(%)
전체	1,627	0.6(0.2)	38.5*

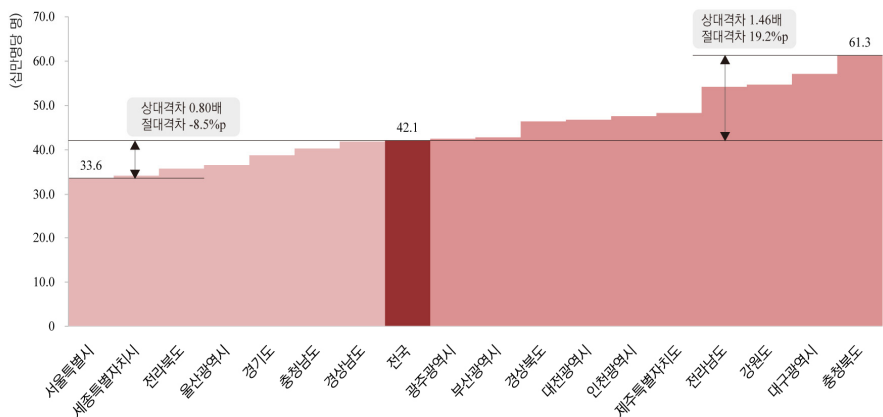
주: *표시는 상대표준오차가 25~50%인 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요하다.
자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

9) 영유아 사망률

영유아 사망률은 낮은 사망아 수를 고려하여, 2021~2023년 3년 간 합계 평균을 구하였다. 17개 시도별 조사사망률(인구 10만 명당)을 산출한 후, 전국 평균 조사사망률과 비교하여 상대 차이와 절대 차이를 확인하였다. 2021~2023년 기간 동안 사망한 0-5세의 영유아는 총 2,368명(남아 1,755명, 여아 613명)이었다. 0세 영유아의 조사사망률은 인구 10만 명당 236.0명, 1~5세는 12.5명이었다. 시도별 10만 명당 조사사망률은 충청북도가 61.3명으로 가장 높았고, 대구광역시 57.1명, 강원도가 54.7명 순이었다. 남아는 충청북도(10만 명당 68.6명)와 대구광역시(64.7명), 여아는 충청북도(10만 명당 53.6명)와 전라남도(53.2명)가 가장 높았다.

[그림 IV-4-32] 시도별 영유아 사망률

단위: %



자료: 통계청 사망원인통계 2021~2023년 자료로 분석한 결과임.

〈표 IV-4-34〉 시도별 영유아 사망률

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자수 (명)	조율(/십만 명) (표준오차)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
전국	2,368	42.1(0.9)	-	-
연령				
0세	1,755	236.0(5.6)	-	-
1~5세	613	12.5(0.5)	-	-
시도별				
서울특별시	299	33.6(2.2)	0.80(0.71, 0.90)	-8.5(-12.6, -4.4)
부산광역시	139	42.8(4.5)	1.02(0.85, 1.22)	0.7(-7.0, 8.5)
대구광역시	141	57.1(6.1)	1.36(1.13, 1.63)	15.0(4.7, 25.4)
인천광역시	158	47.6(4.5)	1.13(0.96, 1.34)	5.5(-2.3, 13.4)
광주광역시	71	42.5(6.1)	1.01(0.79, 1.29)	0.5(-9.9, 10.9)
대전광역시	76	46.8(6.2)	1.11(0.88, 1.40)	4.8(-6.0, 15.5)
울산광역시	49	36.6(6.3)	0.87(0.64, 1.17)	-5.5(-16.5, 5.5)
세종특별자치시	25	34.2(8.2)	0.81(0.54, 1.22)	-7.8(-21.8, 6.2)
경기도	646	38.8(1.8)	0.92(0.84, 1.01)	-3.3(-6.8, 0.3)
강원도	85	54.7(6.8)	1.30(1.05, 1.61)	12.6(1.0, 24.2)
충청북도	108	61.3(7.0)	1.46(1.20, 1.78)	19.2(7.2, 31.2)
충청남도	98	40.3(4.9)	0.96(0.78, 1.18)	-1.8(-10.3, 6.7)
전북특별자치도	61	35.8(5.7)	0.85(0.65, 1.11)	-6.3(-16.0, 3.4)
전라남도	100	54.2(6.4)	1.29(1.05, 1.58)	12.2(1.2, 23.2)
경상북도	122	46.4(5.1)	1.10(0.91, 1.33)	4.4(-4.3, 13.1)
경상남도	149	41.9(4.4)	1.00(0.83, 1.19)	-0.2(-7.8, 7.4)
제주특별자치도	41	48.3(9.3)	1.15(0.83, 1.60)	6.2(-9.7, 22.1)

주: 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.

자료: 통계청 사망원인통계 2021~2023년 자료로 분석한 결과임.

〈표 IV-4-35〉 성별 시도별 영유아 사망률

단위: 명, %, 배, %p

구분	대상자수	조율(/십만명) (표준오차)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
남아				
전국	1,330	46.1(1.5)	-	-
연령				
0세	989	259.8(8.3)	-	-
1~5세	341	13.6(0.7)	-	-
시도별				
서울특별시	164	35.7(3.2)	0.78(0.66, 0.91)	-10.3(-16.3, -4.4)
부산광역시	87	52.3(6.9)	1.13(0.90, 1.43)	6.2(-5.6, 18.0)
대구광역시	82	64.7(9.0)	1.40(1.10, 1.79)	18.6(3.2, 34.0)
인천광역시	82	48.1(6.4)	1.04(0.83, 1.31)	2.0(-9.0, 13.1)
광주광역시	40	46.9(9.0)	1.02(0.73, 1.41)	0.8(-14.5, 16.1)
대전광역시	41	49.2(8.8)	1.07(0.78, 1.46)	3.1(-12.1, 18.3)

구분	대상자수	조율(/십만명) (표준오차)	상대격차(배) (95% 신뢰구간)	절대격차(%p) (95% 신뢰구간)
울산광역시	30	43.7(9.8)	0.95(0.65, 1.39)	-2.4(-19.2, 14.4)
세종특별자치시	15	40.5(12.9)	0.88(0.52, 1.50)	-5.6(-27.2, 16.0)
경기도	362	42.5(2.6)	0.92(0.82, 1.04)	-3.6(-8.8, 1.5)
강원도	44	55.3(9.7)	1.20(0.89, 1.62)	9.2(-7.1, 25.6)
충청북도	62	68.6(10.4)	1.49(1.14, 1.94)	22.5(4.6, 40.3)
충청남도	54	43.3(7.0)	0.94(0.71, 1.25)	-2.7(-15.0, 9.5)
전북특별자치도	38	43.7(8.6)	0.95(0.67, 1.34)	-2.3(-17.3, 12.6)
전라남도	52	55.2(9.0)	1.20(0.9, 1.59)	9.1(-6.4, 24.7)
경상북도	70	51.9(7.5)	1.13(0.88, 1.45)	5.8(-7.1, 18.7)
경상남도	84	45.9(6.6)	1.00(0.78, 1.27)	-0.2(-11.3, 11.0)
제주특별자치도	23	52.7(13.6)	1.14(0.74, 1.78)	6.7(-16.5, 29.8)
여아				
전국	1,038	37.9(1.4)	-	-
연령				
0세	766	211.0(7.6)	-	-
1~5세	272	11.4(0.7)	-	-
시도별				
서울특별시	135	31.2(3.0)	0.82(0.69, 0.98)	-6.6(-12.3, -1.0)
부산광역시	52	32.8(5.6)	0.87(0.65, 1.17)	-5.0(-14.8, 4.8)
대구광역시	59	49.1(8.2)	1.30(0.98, 1.72)	11.3(-2.5, 25.0)
인천광역시	76	47.1(6.5)	1.24(0.98, 1.58)	9.2(-1.9, 20.3)
광주광역시	31	38.0(8.1)	1.00(0.69, 1.45)	0.1(-13.9, 14.2)
대전광역시	35	44.3(8.8)	1.17(0.83, 1.65)	6.5(-8.5, 21.5)
울산광역시	19	29.1(7.9)	0.77(0.48, 1.24)	-8.8(-22.7, 5.2)
세종특별자치시	10	27.8(10.1)	0.73(0.39, 1.39)	-10.1(-27.9, 7.7)
경기도	284	35.0(2.4)	0.92(0.81, 1.06)	-2.9(-7.7, 1.9)
강원도	41	54.0(9.7)	1.43(1.05, 1.94)	16.1(-0.2, 32.5)
충청북도	46	53.6(9.3)	1.42(1.05, 1.92)	15.8(-0.2, 31.8)
충청남도	44	37.1(6.7)	0.98(0.72, 1.34)	-0.8(-12.4, 10.9)
전북특별자치도	23	27.5(7.3)	0.73(0.47, 1.13)	-10.3(-22.6, 1.9)
전라남도	48	53.2(9.2)	1.41(1.05, 1.89)	15.4(-0.2, 30.9)
경상북도	52	40.7(6.8)	1.07(0.81, 1.43)	2.8(-8.8, 14.5)
경상남도	65	37.6(6.0)	0.99(0.76, 1.30)	-0.3(-10.5, 10.0)
제주특별자치도	18	43.6(12.7)	1.15(0.70, 1.90)	5.8(-15.9, 27.5)

주: 상대격차의 경우, 1.00으로 설정한 그룹 기준, 절대격차의 경우, 0.00으로 설정한 그룹 기준으로 차이가 유의미한 경우 볼드 표시함.

자료: 통계청 사망원인통계 2021~2023년 자료로 분석한 결과임.

0세에서 가장 높은 사망률을 보인 사망원인은 ‘출생전후기에 기원한 특정병태(P00-P96)’로 10만 명당 112.9명이 이 원인으로 사망하였다. 이러한 경향은 여아와 남아에서도 두드러지게 나타났다. 또한 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)등의 산전, 산후 상황에서 벌어질 수 있는 사망들이 주를 이루었다. 반면, 1-5세의 사망원인별 조사사망률은 ‘질병이환 및 사망의 외인(V01-Y89, U12)’이 10만 명당 3.7명으로 가장 높았다.

〈표 IV-4-36〉 성별 사망원인별 영유아 사망률

단위: 명, 십만명당 명

순위	사망원인	전체		남아		여아	
		사망자수	조율	사망자수	조율	사망자수	조율
0세							
1	출생전후기에 기원한 특정병태 (P00-P96)	840	112.9	465	122.1	375	103.3
2	달리 분류되지 않은 증상, 징후 (R00-R99)	316	42.5	198	52.0	118	32.5
3	선천 기형, 변형 및 염색체 이상 (Q00-Q99)	278	37.4	144	37.8	134	36.9
4	질병이환 및 사망의 외인 (V01-Y89, U12)	153	20.6	87	22.9	66	18.2
5	특정 감염성 및 기생충성 질환 (A00-B99, U07.1, U07.2, U10)	34	4.6	20	5.3	14	3.9
1~5세							
1	질병이환 및 사망의 외인 (V01-Y89, U12)	179	3.7	103	4.1	76	3.2
2	신생물 (C00-D48)	93	1.9	46	1.8	47	2.0
3	신경계통의 질환 (G00-G98)	70	1.4	43	1.7	27	1.1
4	선천 기형, 변형 및 염색체 이상 (Q00-Q99)	66	1.4	30	1.2	36	1.5
5	달리 분류되지 않은 증상, 징후 (R00-R99)	53	1.1	30	1.2	23	1.0

자료: 통계청 사망원인통계 2021~2023년 자료로 분석한 결과임.

5. 소결

가. 영유아 건강불평등 모니터링 지표개발

영유아기 건강형평성 제고를 위한 정책의 실효성을 높이기 위해서는 건강불평등을 체계적으로 측정하고 비교 가능한 방식으로 추적할 수 있는 모니터링 체계의 구축이 필수적이다. 본 장에서는 국내 영유아기 건강불평등 모니터링을 위한 대표 지표를 선정하고 현황을 평가하고자 하였다. 모니터링 지표 선정 및 불평등 차원 결정은 다섯 단계로 나누어 진행하였다. 1단계에서는 영유아 건강불평등 모니터링의 틀이 되는 영유아 건강불평등 결정요인 모형을 설계하였다. 2단계로 기존에 모니터링되고 있는 국외 영유아 건강 및 건강불평등 지표를 최대한 수집하였다. 더불어 국내에서 진행된 바 있는 아동기 건강불평등 지표, HP2030 지표, 서울시 건강격차 지표 등도 참고하였다. 이렇게 수집된 지표들은 3단계에서, 본 연구에서 수립

한 영유아 건강불평등 결정요인 틀에 맞추어 재분류하고 범주화하였다. 이렇게 체계화된 지표 가운데, 본 연구를 통해서 분석할 지표를 4단계에서 선정하였다. 이 과정에서 델파이기법을 활용한 전문가 조사를 두 차례 실시하였다. 5단계에서는 델파이 조사 분석 결과를 바탕으로 연구진 논의를 통해 최종지표를 결정하였다. 선정된 최종 대표지표는 총 26개로, 사회구조요인 2개, 중개요인 15개, 발달과 건강 9개였다.

나. 영유아 건강불평등 현황

1) 사회구조적 요인

사회구조요인으로는 출산휴가 및 육아휴직 소득지급률과 영유아 빈곤율이 선정되었다. 출산휴가 및 육아휴직 시기의 안정적인 소득은 영유아의 발달과 건강에 있어 중요한 기반이 된다. 한국의 소득지급률은 제도적 설계 측면에서 OECD 타 국가들에 비해 뒤진다고 보기 어렵다. 그러나 실제 국가가 지출한 출산휴가 및 육아휴직에 대한 출생아 1명당 공공지출액은 OECD 35개 국가 중 31위로 하위권에 머물고 있었다. 영유아 빈곤율은 시장소득 기준 12.8%, 가처분소득 기준 10.5%로 전체 인구 빈곤율에 비해서는 상대적으로 낮았으나, 가처분소득 기준 한부모가족의 영유아 빈곤율은 29.8%, 가구주 교육수준이 중졸 이하이거나 고졸인 경우 각각 29.3%, 15.1%로 정책적 관심이 필요하다.

2) 중개 요인

사회구조요인과 발달 및 건강을 매개하는 중개요인에서도 사회경제적 위치가 낮은 영유아의 불리한 상황이 확인되었다. 아버지와 어머니의 교육수준이 낮을수록 영유아 결핍 경험률이 더 높고, 양육자-아동 상호작용 행동 점수가 낮았다. 양부모 가구에 비해 한부모·조손가구에서 영유아 결핍 경험률이 더 높고, 주양육자 우울 경험률이 약 3배가량 높았으며, 양육 스트레스 점수도 유의하게 높았다. 기초생활보장 수급가구인 경우 주택 및 주거환경 박탈률은 16.7%로 비수급 가구의 3.12배, 11.3%p 더 높았고, 양육 스트레스 점수와 주양육자 우울 경험률도 유의하게 더 높았다. 영유아 정서 학대율이 기초생활보장 수급가구에서 모두 증가하는 경향

을 보였다. 학대피해아동 발견율, 생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수, 생애 초기 건강관리사업 서비스 도달률, 국가 필수 예방접종 완전 접종률, 영유아 건강 검진율에서 시도별 격차를 확인하였다. 영유아 건강검진율은 농어촌 지역이 대도시나 중소도시에 비해 낮았고, 기초생활보장 수급가구인 경우, 부모의 교육수준이 낮은 경우에도 낮았다. 반면, 산후우울감 경험률은 본인의 학력이 고학력일수록 더 높았다.

3) 발달 및 건강요인

발달 및 건강요인으로 0~2세 영유아의 인지·언어·사회성 발달 미달률은 농어촌에 거주하는 경우, 아버지와 어머니의 교육수준이 낮은 경우, 다문화 가구에서 높았다. 0~2세와 달리 3~5세에는 지역(대도시, 중소도시, 농어촌), 부모의 교육수준에 따라 유의한 차이는 발견되지 않았다. 반면, 기초생활보장 수급가구이거나 한부모·조손 가구의 유아인 경우 3~5세 인지 발달 미달율이 높았다. 가구소득 수준이 낮은 유아에서 영양섭취부족아 비율과 에너지·지방 과잉섭취아 비율이 높았다. 기초생활보장 수급가구에서 영유아 활동제약률이 비수급가구에 비해 유의하게 높았다. 영유아 사망률은 전국 평균에 비해 1.5배까지 높은 지역도 있었다. 다른 발달 및 건강요인의 사회경제적 위치에 따른 분포 경향과 달리, 정서적 반응성, 불안·우울, 위축 등을 포함하는 내재화 행동과 주의력 문제, 공격성 등과 같은 외현화 문제를 가지는 아동의 비율은 읍면지역에 비해 대도시 지역이 높은 경향을 보였다(상대 표준오차 비율에 따라 해석에 주의 필요함).

영유아 건강불평등 모니터링에서는 분석대상을 0~5세로 제한하기 때문에, 성인 인구 분석에 비해 표본 수가 적어 산출 결과의 신뢰도 저하 문제가 빈번히 발생하였다. 가용한 경우 성별 분석도 시행하였으나 상대표본오차가 커 제시하기 어려웠다. 임신 중 흡연율, 임신 중 음주율, 손상·중독으로 인한 영유아 응급실 이용률은 1% 이하로 역시 신뢰도 문제로 사회경제적 위치별 분포를 제시하지 못 하였다. 해당 지표에 대해서는 건강보험공단자료를 이용하는 등 대상자 수를 보다 더 많이 확보할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다. 대표지표 초안에는 선정되었지만 분석할 수 있는 자료원이 없어 최종 대표지표로 선정되지 못한 지표인 임신 초기 약물 오남용 비율에 대해서는 향후 자료 생산 체계를 구축할 필요가 있다.

본 연구를 기반으로 영유아 건강불평등 모니터링 지표를 고도화하고 모니터링 체계를 구축하며 이를 지속적으로 운영하여 적절한 건강형평성 제고 정책을 마련하는데 활용되고, 모든 어린이들이 최선의 출발을 보장받는 사회로 다가가는데 기여할 수 있기를 기대한다.

V

영유아기 건강 관련 현황 및 요구분석

- 01 정책수요자 대상 영유아 건강 관련 현황 및 요구분석
- 02 영유아 건강관련 사업담당자 대상 심층면담 분석
- 03 영유아 발달 및 건강요인에 미치는 부모 영향요인 분석

V. 영유아기 건강 관련 현황 및 요구분석

1. 정책수요자 대상 영유아 건강 관련 현황 및 요구분석

본 연구에서 살펴본 응답자 특성을 다음과 같이 나타냈다. 응답자 중 61.4%는 어머니, 38.6%는 아버지였으며, 56.2%가 최종학년이 4년제 대학교이며, 59.9%가 취업중, 40.4%가 사무직으로 나타났다.

〈표 V-1-1〉 응답자의 개인 및 가구 특성

단위: %(명)

응답자 특성			가구 특성		
구분	(수)	비율	구분	(수)	비율
응답자의 자녀와의 관계			주양육자		
어머니	(860)	61.4	어머니	(1,237)	88.4
아버지	(540)	38.6	아버지	(78)	5.6
응답자 최종학력			조부	(16)	1.1
중학교 졸업 이하	(2)	0.1	조모	(59)	4.2
고등학교 졸업	(169)	12.1	기타 친인척	(10)	0.7
전문대학(2·3년제) 졸업	(281)	20.1	가구원 수		
대학교(4년제) 졸업	(787)	56.2	2명	(12)	0.9
대학원 재학 이상	(161)	11.5	3명	(530)	37.9
응답자 취업상태			4명	(667)	47.6
취업중(경제활동중)	(838)	59.9	5명	(157)	11.2
휴직중(육아휴직 등)	(176)	12.6	6명 이상	(34)	2.4
학생	(8)	0.6	가구 구성		
구직중(이직 준비 포함)	(100)	7.1	부부+자녀	(1,315)	93.9
무직(은퇴 등)	(278)	19.9	한부모+자녀	(23)	1.6
응답자 직업(일)			조부모(또는 친인척)+부부+자녀	(52)	3.7
농림어업 종사자	(9)	0.6	조부모(또는 친인척)+한부모+자녀	(10)	0.7
자영업자	(71)	5.1	배우자 최종학력		
판매/영업/서비스직	(141)	10.1	중학교 졸업 이하	(6)	0.4
노무/운송/기계 등 기능 종사자	(91)	6.5	고등학교 졸업	(196)	14.0
사무직	(566)	40.4	전문대학(2·3년제) 졸업	(262)	18.7
경영 관리직	(40)	2.9	대학교(4년제) 졸업	(751)	53.6
전문직	(96)	6.9	대학원 재학 이상	(153)	10.9
학생/구직/무직	(386)	27.6	배우자 없음	(32)	2.3

응답자 특성			가구 특성		
구분	(수)	비율	구분	(수)	비율
응답자 종사상 지위			월평균 가구 소득		
상용근로자	(826)	59.0	200만원 미만	(50)	3.6
임시근로자	(52)	3.7	200만원 이상 ~ 300만원 미만	(149)	10.6
일용근로자	(39)	2.8	300만원 이상 ~ 400만원 미만	(261)	18.6
고용원이 있는 자영업자	(33)	2.4	400만원 이상 ~ 500만원 미만	(246)	17.6
고용원이 없는 자영업자	(55)	3.9	500만원 이상 ~ 600만원 미만	(232)	16.6
무급가족종사자	(9)	0.6	600만원 이상 ~ 700만원 미만	(150)	10.7
학생/구직/무직	(386)	27.6	700만원 이상 ~ 800만원 미만	(102)	7.3
현재 거주지역			800만원 이상 ~ 900만원 미만	(79)	5.6
대도시	(694)	49.6	900만원 이상 ~ 1,000만원 미만	(54)	3.9
중소도시	(526)	37.6	1,000만원 이상	(77)	5.5
읍면지역	(180)	12.9	전체	(1,400)	100.0

주: 응답자의 개인 및 가구 특성은 배경질문의 내용이며, 이를 바탕으로 본문 내 그룹별 특성을 구분하였음.

가. 영유아 건강형평성 인식 관련

1) 부모의 특성과 영유아의 건강과의 연관성 인식

건강형평성에서 중요하게 다루는 부모의 소득, 교육 수준, 거주지역 등이 영유아의 건강에 미치는 영향에 대해 영유아 자녀가 생각하는 인식을 질문했을 때, 영유아 거주지역이 건강에 미치는 영향은 4.4점, 부모의 소득수준은 4.2점, 부모의 교육수준은 4.1점으로 모두 높게 나타났다.

〈표 V-1-2〉 부모의 특성 및 주변 환경이 영유아의 건강에 미치는 영향에 대한 인식(요약)

단위: %(명), 점

구분	전혀 영향을 미치지 않는다	영향을 미치지 않는다	보통 이다	영향을 미친다	매우 영향을 미친다	계(수)	평균
1. 부모의 소득수준이 영유아의 건강에 얼마나 영향을 미친다고 생각하십니까?	0.7	1.3	13.3	48.1	36.6	100.0 (1,400)	4.2
2. 부모의 교육수준이 영유아의 건강에 얼마나 영향을 미친다고 생각하십니까?	0.5	1.4	15.1	49.9	33.0	100.0 (1,400)	4.1
3. 영유아 거주지역의 (교통, 보건의료시설 접근성, 안전시설 등) 주변 환경이 영유아의 건강에 얼마나 영향을 미친다고 생각하십니까?	0.3	0.6	7.6	46.2	45.3	100.0 (1,400)	4.4

주: 평균은 '전혀 영향을 미치지 않는다' 1점 ~ '매우 영향을 미친다' 5점으로 평정한 결과임.

또한 5점 척도의 평균점수로 특성별 비교를 살펴보면 부모의 소득수준, 교육수준, 주변환경이 영유아의 건강에 미치는 영향을 남성이 여성보다 더 크게 인식하고 있었고, 대학원 재학 이상일수록, 대도시 거주할수록, 부모의 소득수준, 교육수준, 거주주변환경이 영유아 건강에 미치는 영향을 높게 인식하는 것으로 나타났다.

〈표 V-1-3〉 부모의 특성 및 주변 환경이 영유아의 건강에 미치는 영향에 대한 인식 평균(전체)

단위: 점(명)

구분	① 부모의 소득수준	② 부모의 교육수준	③ 거주주변환경	(수)
전체	4.1	3.9	4.1	(1,400)
부모 성별				
남성	4.2	4.0	4.2	(540)
여성	4.0	3.8	4.0	(860)
<i>t</i>	2.7**	3.9***	2.9**	
부모 교육수준				
고졸 이하	3.8	3.6	3.9	(171)
대졸	4.1	3.9	4.1	(1,068)
대학원 재학 이상	4.3	4.1	4.3	(161)
<i>F</i>	9.8***	10.8***	8.7***	
거주지역				
대도시	4.2	4.0	4.2	(694)
중소도시	4.0	3.9	4.0	(526)
읍면지역	3.9	3.7	3.9	(180)
<i>F</i>	9.3***	9.3***	8.9***	
가구소득				
300만원 미만	4.0	3.8	4.0	(199)
300~500만원 미만	4.0	3.8	4.0	(507)
500~800만원 미만	4.1	4.0	4.1	(484)
800만원 이상	4.2	4.0	4.1	(210)
<i>F</i>	2.6	5.0**	2.4	

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.

2) 평균은 '전혀 영향을 미치지 않는다' 1점 ~ '매우 영향을 미친다' 5점으로 평정한 결과임.

3) ①부모의 소득수준이 영유아의 건강에 얼마나 영향을 미친다고 생각하십니까? ②부모의 교육수준이 영유아의 건강에 얼마나 영향을 미친다고 생각하십니까? ③영유아 거주지역의 교통, 보건의료시설 접근성, 안전시설 등 주변 환경이 영유아의 건강에 얼마나 영향을 미친다고 생각하십니까?

** $p < .01$, *** $p < .001$.

다음은 부모의 사회적 지위에 따라 영유아 건강 중 어떤 항목에 영향을 미친다고 생각하는지를 알아보기 위해 영역별로 연관성 인식을 살펴보았는데, 부모의 사회적 지위와 영유아 자녀의 의료이용과 영양에 영향을 준다고 인식하는 정도가 각각 4.1점으로 가장 높게 나타났고, 건강관련 지원혜택정보, 신체활동도 영향정도를 3.9점으로 인식하였다. 수면시간은 3.5점으로 상대적으로 낮게 나타났다.

〈표 V-1-4〉 부모의 경제력 및 사회적 지위와 영유아 건강과의 연관성 인식(요약)

단위: %(명), 점

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다	계(수)	평균
1. 부모의 경제력 및 사회적 지위 등이 높을수록 영유아 자녀가 <u>의료 이용</u> 을 편리하게 할 수 있다.	1.2	4.7	14.1	44.9	35.1	100.0 (1,400)	4.1
2. 부모의 경제력 및 사회적 지위 등이 높을수록 영유아 자녀의 <u>건강 관련</u> <u>지원 혜택 정보</u> 를 쉽게 접할 수 있다	1.3	7.1	20.2	42.1	29.4	100.0 (1,400)	3.9
3. 부모의 경제력 및 사회적 지위 등이 높을수록 영유아 자녀가 <u>영양</u> 을 적정하게(골고루) 섭취할 수 있다.	1.1	5.1	15.3	42.9	35.6	100.0 (1,400)	4.1
4. 부모의 경제력 및 사회적 지위 등이 높을수록 영유아 자녀가 <u>신체활동</u> 을 더 활발하게 할 수 있다.	1.8	7.0	20.1	40.1	30.9	100.0 (1,400)	3.9
5. 부모의 경제력 및 사회적 지위 등이 높을수록 영유아 충분한 수면시간을 가질 수 있다.	3.9	16.0	30.9	29.4	19.9	100.0 (1,400)	3.5

주: 평균은 '전혀 그렇지 않다' 1점 ~ '매우 그렇다' 5점으로 평정한 결과임.

이러한 연관성 인식 정도를 응답자 및 가구 특성별로 살펴보면 아버지의 경우 모든 항목에서 연관성을 크게 인식하며, 교육수준이 높을수록, 대도시에 거주할수록 부모의 경제력 및 사회적 지위와 영유아의 의료이용, 건강정보, 영양섭취, 신체활동, 수면 등 건강에 영향을 미친다고 인식하는 정도가 높았다.

〈표 V-1-5〉 부모의 경제력 및 사회적 지위와 영유아 건강과의 연관성 인식 평균(전체)

단위: 점(명)

구분	① 의료이용	② 건강정보	③ 영양섭취	④ 신체활동	⑤ 수면	(수)
전체	4.1	3.9	4.1	3.9	3.5	(1,400)
부모 성별						
남성	4.2	4.0	4.2	4.0	3.6	(540)
여성	4.0	3.8	4.0	3.9	3.4	(860)
<i>t</i>	2.7**	3.9***	2.9**	2.6*	4.1***	
부모 교육수준						
고졸 이하	3.8	3.6	3.9	3.8	3.3	(171)
대졸	4.1	3.9	4.1	3.9	3.5	(1,068)
대학원 재학 이상	4.3	4.1	4.3	4.0	3.6	(161)
<i>F</i>	9.8***	10.8***	8.7***	1.8	2.3	

구분	① 의료이용	② 건강정보	③ 영양섭취	④ 신체활동	⑤ 수면	(수)
거주지역						
대도시	4.2	4.0	4.2	4.0	3.6	(694)
중소도시	4.0	3.9	4.0	3.8	3.4	(526)
읍면지역	3.9	3.7	3.9	3.8	3.3	(180)
<i>F</i>	9.3***	9.3***	8.9***	9.1***	6.1**	
가구소득						
300만원 미만	4.0	3.8	4.0	3.8	3.4	(199)
300~500만원 미만	4.0	3.8	4.0	3.9	3.4	(507)
500~800만원 미만	4.1	4.0	4.1	4.0	3.5	(484)
800만원 이상	4.2	4.0	4.1	4.1	3.6	(210)
<i>F</i>	2.6	5.0**	2.4	2.8*	3.6*	

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.

2) 평균은 '전혀 그렇지 않다' 1점 ~ '매우 그렇다' 5점으로 평정한 결과임.

3) ①부모의 경제력 및 사회적 지위 등이 높을수록 영유아 자녀가 의료 이용을 편리하게 할 수 있다. ②부모의 경제력 및 사회적 지위 등이 높을수록 영유아 자녀의 건강 관련 지원 혜택 정보를 쉽게 접할 수 있다. ③부모의 경제력 및 사회적 지위 등이 높을수록 영유아 자녀가 영양을 적절하게(골고루) 섭취할 수 있다. ④부모의 경제력 및 사회적 지위 등이 높을수록 영유아 자녀가 신체 활동을 더 활발하게 할 수 있다. ⑤부모의 경제력 및 사회적 지위 등이 높을수록 영유아 충분한 수면 시간을 가질 수 있다.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

2) 건강권에 대한 인식

건강권에 대해서는 41.3%, 모든 아동이 최상의 건강을 누릴 권리 62.7%, 부모가 자녀의 건강권을 보장하기 위해 노력해야 할 책임이 있다는 것은 74.6%가 인지하고 있었다.

〈표 V-1-6〉 응답자의 건강권에 대한 인지도(요약)

구분	단위: %(명)		
	안다	모른다	계(수)
1. 모든 사람이 도달할 수 있는 가장 높은 수준의 신체적·정신적 건강을 누릴 권리인 '건강권'의 개념을 알고 계십니까?	41.3	58.7	100.0 (1,400)
2. 유엔아동권리협약 제24조에 따라 '모든 아동이 최상의 건강을 누릴 권리'를 가지고 있음을 알고 계십니까?	62.7	37.3	100.0 (1,400)
3. 유엔아동권리협약에 따라 '부모가 자녀의 건강권*을 보장하기 위해 노력해야 할 책임이 있다'는 사실을 알고 계십니까?	74.6	25.4	100.0 (1,400)

건강권, 아동의 건강권, 부모의 책임의 경우 소득수준이 높을수록 세 가지에 대한 인지가 높게 나타났고, 건강권은 아버지가 어머니보다 인지가 높았으며, 부모책임에 대한 인지는 어머니가 아버지보다 높았다.

〈표 V-1-7〉 응답자의 건강권에 대한 인지도(전체)

단위: %(명)

구분	① 건강권			② 아동의 건강권			③ 부모의 책임		
	안다	모른다	(수)	안다	모른다	(수)	안다	모른다	(수)
전체	41.3	58.7	(1,400)	62.7	37.3	(1,400)	74.6	25.4	(1,400)
부모 성별									
남성	45.0	55.0	(540)	60.9	39.1	(540)	70.7	29.3	(540)
여성	39.0	61.1	(860)	63.8	36.2	(860)	77.0	23.0	(860)
$\chi^2(df)$	5.003(1)*			1.202(1)			6.803(1)**		
부모 교육수준									
고졸 이하	31.0	69.0	(171)	57.3	42.7	(171)	73.1	26.9	(171)
대졸	42.0	58.1	(1,068)	62.6	37.5	(1,068)	74.7	25.3	(1,068)
대학원 재학 이상	47.8	52.2	(161)	69.6	30.4	(161)	75.2	24.8	(161)
$\chi^2(df)$	10.506(2)**			5.380(2)			0.237(2)		
거주지역									
대도시	42.4	57.6	(694)	63.5	36.5	(694)	74.9	25.1	(694)
중소도시	39.2	60.8	(526)	60.7	39.4	(526)	71.9	28.1	(526)
읍면지역	43.3	56.7	(180)	65.6	34.4	(180)	81.1	18.9	(180)
$\chi^2(df)$	1.621(2)			1.788(2)			6.141(2)*		
가구소득									
300만원 미만	36.7	63.3	(199)	66.3	33.7	(199)	75.4	24.6	(199)
300~500만원 미만	35.5	64.5	(507)	56.8	43.2	(507)	70.4	29.6	(507)
500~800만원 미만	44.2	55.8	(484)	64.3	35.7	(484)	78.3	21.7	(484)
800만원 이상	52.9	47.1	(210)	70.0	30.0	(210)	75.2	24.8	(210)
$\chi^2(df)$	22.046(3)***			13.945(3)**			8.298(3)*		

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.

2) ①모든 사람이 도달할 수 있는 가장 높은 수준의 신체적·정신적 건강을 누릴 권리인 '건강권'의 개념을 알고 계십니까?, ②유엔아동권리협약 제24조에 따라 '모든 아동이 최상의 건강을 누릴 권리'를 가지고 있음을 알고 계십니까?, ③유엔아동권리협약에 따라 '부모가 자녀의 건강권'을 보장하기 위해 노력해야 할 책임이 있다'는 사실을 알고 계십니까?

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

또한 우리 사회의 영유아 및 아동의 건강권을 보장하고 있다고 인식하는 정도가 교육수준이 높을수록, 가구소득이 높을수록 높게 나타났다.

〈표 V-1-8〉 우리 사회의 영유아 및 아동의 건강권 보장 수준 인식

단위: %(명), 점

구분	매우 낮음	대체로 낮음	보통	대체로 높음	매우 높음	계(수)	평균
전체	1.0	11.0	40.7	43.1	4.1	100.0 (1,400)	3.4
부모 교육수준							
고졸 이하	1.2	17.0	51.5	26.9	3.5	100.0 (171)	3.2
대졸	1.0	10.5	39.3	44.9	4.3	100.0 (1,068)	3.4
대학원 재학 이상	0.6	8.1	38.5	49.1	3.7	100.0 (161)	3.5
$\chi^2(df)/F$	25.659(8)**						9.8***

구분	매우 낮음	대체로 낮음	보통	대체로 높음	매우 높음	계(수)	평균
거주지역							
대도시	1.4	10.5	37.9	46.0	4.2	100.0 (694)	3.4
중소도시	0.8	11.8	42.8	41.4	3.2	100.0 (526)	3.4
읍면지역	0.0	10.6	45.6	37.2	6.7	100.0 (180)	3.4
$\chi^2(df)/F$	13.783(8)						1.0
가구소득							
300만원 미만	3.0	15.1	40.7	35.7	5.5	100.0 (199)	3.3
300~500만원 미만	0.6	14.0	42.4	39.1	3.9	100.0 (507)	3.3
500~800만원 미만	1.0	8.3	40.1	47.9	2.7	100.0 (484)	3.4
800만원 이상	0.0	6.2	38.1	49.1	6.7	100.0 (210)	3.6
$\chi^2(df)/F$	42.146(12)***						7.4***

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.

2) 평균은 '매우 낮음' 1점 ~ '매우 높음' 5점으로 평정한 결과임.

** $p < .01$, *** $p < .001$.

이러한 영유아 및 아동의 건강권을 보장에 장애가 되는 요인을 1,2순위로 질문한 결과 1,2순위를 합산하여 경제적 요소가 63.2%로 가장 높게 나타났고, 의료서비스의 지역적 불균형 및 접근성 문제가 51.8%로 높게 나타났다.

〈표 V-1-9〉 영유아 및 아동의 건강권 보장의 장애 요인(1+2순위)(요약)

단위: %(명)

구분	사례수	1+2순위	1순위	2순위
1) 경제적 요소(의료비, 식비 등)	(885)	63.2	40.3	22.9
2) 양육자의 건강권 관련 인식 부족	(445)	31.8	15.8	16.0
3) 공공 보건의료 서비스 부족	(347)	24.8	9.0	15.8
4) 영양 및 위생 관리의 어려움	(145)	10.4	3.5	6.9
5) 의료서비스의 지역적 불균형 및 접근성의 문제	(725)	51.8	24.8	27.0
6) 정신건강 관리 및 상담 지원 부족	(243)	17.4	6.6	10.7
7) 기타	(10)	0.7	0.0	0.7

주: 사례수는 1+2순위의 합산으로 전체 사례수(1,400)보다 많음.

이러한 응답자 특성별로 살펴보면 아버지의 경우 경제적 요소(65.9%), 양육자의 건강권관련 인식부족(35.0%)이 높게 나타났고, 어머니의 경우 지역적 불균형 및 접근성 문제(54.7%)를 높게 인식하였다.

〈표 V-1-10〉 영유아 및 아동의 건강권 보장의 장애 요인(1+2순위)

단위: %(명)

구분	경제적 요소	양육자의 건강권 관련 인식 부족	공공 보건의료 서비스 부족	영양 및 위생 관리의 어려움	지역적 불균형 및 접근성의 문제	정신건강 관리 및 상담 지원 부족	기타	(수)
1+2순위 전체	63.2	31.8	24.8	10.4	51.8	17.4	0.7	(1,400)
1순위 전체	40.3	15.8	9.0	3.5	24.8	6.6	-	(1,400)
2순위 전체	22.9	16.0	15.8	6.9	27.0	10.7	0.7	(1,400)
부모 성별								
남성	65.9	35.0	24.1	10.0	47.2	17.2	0.6	(540)
여성	61.5	29.8	25.2	10.6	54.7	17.4	0.8	(860)
$\chi^2(df)$	14.984(7)*							
부모 교육수준								
고졸 이하	67.3	29.8	29.2	13.5	43.3	15.2	1.8	(171)
대졸	61.9	32.8	24.2	10.4	52.0	18.3	0.6	(1,068)
대학원 재학 이상	67.7	27.3	24.2	6.8	59.6	13.7	0.6	(161)
$\chi^2(df)$	26.250(14)*							
거주지역								
대도시	66.4	34.2	23.8	9.8	46.7	18.4	0.7	(694)
중소도시	59.1	30.8	25.9	11.2	54.9	17.5	0.6	(526)
읍면지역	62.8	25.6	25.6	10.0	62.2	12.8	1.1	(180)
$\chi^2(df)$	34.505(14)**							
가구소득								
300만원 미만	64.3	25.6	25.1	11.1	51.8	21.1	1.0	(199)
300~500만원 미만	63.9	32.2	25.3	9.7	51.9	16.2	1.0	(507)
500~800만원 미만	64.1	33.9	22.7	10.5	51.7	16.9	0.2	(484)
800만원 이상	58.6	31.9	28.1	11.0	51.9	17.6	1.0	(210)
$\chi^2(df)$	14.875(21)							

주: 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

나. 영유아 건강 상태 및 건강증진을 위한 노력

1) 영유아 자녀의 건강 상태

영유아 자녀의 건강 상태에 대한 주관적 인식은 전반적 건강 4.1점으로 높은 편으로 나타났다. 부모의 교육 수준이 높을수록, 부모의 가구 소득이 높을수록 자녀의 전반적 건강, 신체적 건강, 정신적 건강을 높게 평가하였다.

〈표 V-1-11〉 응답자가 인식하는 영유아 자녀의 건강 수준 평균(전체)

단위: 점(명)

구분	전반적 건강		신체적 건강		정신적 건강	
	평균	(수)	평균	(수)	평균	(수)
전체	4.1	(1,400)	4.2	(1,400)	4.1	(1,400)
부모 교육수준						
고졸 이하	4.0	(171)	4.1	(171)	4.0	(171)
대졸	4.1	(1,068)	4.1	(1,068)	4.1	(1,068)
대학원 재학 이상	4.2	(161)	4.3	(161)	4.3	(161)
F	4.8**		3.9*		7.4**	
거주지역						
대도시	4.2	(694)	4.2	(694)	4.1	(694)
중소도시	4.1	(526)	4.1	(526)	4.1	(526)
읍면지역	4.1	(180)	4.1	(180)	4.1	(180)
F	3.5*		2.7		1.1	
가구소득						
300만원 미만	4.0	(199)	4.1	(199)	4.0	(199)
300~500만원 미만	4.0	(507)	4.1	(507)	4.0	(507)
500~800만원 미만	4.2	(484)	4.2	(484)	4.2	(484)
800만원 이상	4.2	(210)	4.2	(210)	4.2	(210)
F	8.5***		4.6**		7.6***	

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.
2) 건강 수준 평균은 '매우 건강하지 못하다' 1점 ~ '매우 건강하다' 5점으로 평정한 결과임.
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

부모를 대상으로 자녀의 건강관리를 잘 하고 있다고 인식하는지를 질문했을 때, 영아자녀가 유아자녀보다 더 잘 하고 있다고 인식하고 있었고, 부모교육수준이 높을수록, 대도시 거주할수록, 가구소득이 높을수록 부모가 인식하는 자녀 건강관리 정도가 높은 것으로 나타났다.

〈표 V-1-12〉 응답자가 평가하는 자녀의 건강관리 잘 하는 정도

단위: %(명), 점

구분	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	보통 이다	대체로 그렇다	매우 그렇다	계(수)	평균
전체	0.0	1.3	17.0	68.5	13.2	100.0 (1,400)	3.9
자녀 연령							
0~2세	0.0	1.3	14.9	67.7	16.1	100.0 (700)	4.0
3~5세	0.0	1.3	19.1	69.3	10.3	100.0 (700)	3.9
$\chi^2(df)/t$	12.994(3)**						3.2**

구분	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	보통 이다	대체로 그렇다	매우 그렇다	계(수)	평균
부모 교육수준							
고졸 이하	0.0	2.9	28.7	56.1	12.3	100.0 (171)	3.8
대졸	0.0	1.2	16.2	69.6	13.0	100.0 (1,068)	3.9
대학원재학 이상	0.0	0.0	9.9	74.5	15.5	100.0 (161)	4.1
$\chi^2(df)/F$	30.114(6)***						9.6***
거주지역							
대도시	0.0	0.9	13.8	70.5	14.8	100.0 (694)	4.0
중소도시	0.0	1.7	18.6	68.1	11.6	100.0 (526)	3.9
읍면지역	0.0	1.7	24.4	62.2	11.7	100.0 (180)	3.8
$\chi^2(df)/F$	16.885(6)*						6.9**
가구소득							
300만원 미만	0.0	2.0	24.1	59.8	14.1	100.0 (199)	3.9
300~500만원 미만	0.0	1.8	20.7	64.9	12.6	100.0 (507)	3.9
500~800만원 미만	0.0	0.8	11.6	76.0	11.6	100.0 (484)	4.0
800만원 이상	0.0	0.5	13.8	68.1	17.6	100.0 (210)	4.0
$\chi^2(df)/F$	34.808(9)***						5.2**

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.

2) 평균은 '전혀 그렇지 않다' 1점 ~ '매우 그렇다' 5점으로 평정한 결과임.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

자녀의 건강에 대해 걱정하는 부분도 전체 기준으로 1,2순위 합산 과도한 미디어 노출에 대한 걱정이 51.5%로 가장 높았고, 먹지 않거나 편식이 44.3%로 가장 높았다.

〈표 V-1-13〉 자녀의 건강에 대해 가장 걱정하는 부분(1+2순위)(요약)

단위: (명), %

구분	사례수	1+2순위	1순위	2순위
1) 잘 먹지 않거나 편식함	(620)	44.3	30.9	13.4
2) 신체활동 부족	(285)	20.4	8.8	11.6
3) 수면 부족	(242)	17.3	9.5	7.8
4) 과도한 미디어 노출	(721)	51.5	28.1	23.4
5) 배변 습관	(148)	10.6	3.5	7.1
6) 부주의로 인한 잦은 신체손상(낙상, 다침 등)	(354)	25.3	8.6	16.7
7) 잦은 병치레(감기, 수족구 등)	(383)	27.4	10.3	17.1
8) 기타	(47)	3.4	0.4	3.0

주: 사례수는 1+2순위의 합산으로 전체 사례수(1,400)보다 많음.

자녀의 건강에 대해 걱정하는 내용을 특성별로 살펴보면 자녀 연령에 따라 차이가 있었는데, 연령 관계없이 가장 높게 나타난 것은 과도한 미디어 노출이었다. 그 다음으로는 0-2세의 경우 잘 먹지 않거나 편식함, 잦은 병치레, 잦은 신체손상 등에 대한 우려가 컸고, 3-5세의 경우는 잘 먹지 않거나 편식에 대한 걱정이 50.0%로 높았다.

〈표 V-1-14〉 자녀의 건강에 대해 가장 걱정하는 부분

단위: %(명)

구분	잘 먹지 않거나 편식함	신체활동 부족	수면 부족	과도한 미디어 노출	배변 습관	부주의로 인한 잦은 신체손상	잦은 병치레	기타	(수)
전체	44.3	20.4	17.3	51.5	10.6	25.3	27.4	3.4	(1,400)
자녀 연령									
0~2세	38.6	20.1	18.7	43.9	11.6	30.7	32.7	3.7	(700)
3~5세	50.0	20.6	15.9	59.1	9.6	19.9	22.0	3.0	(700)
$\chi^2(df)$	96.940(8)***								

*** $p < .001$.

2) 영유아 자녀의 건강증진을 위한 노력

영유아 자녀의 건강증진을 위한 실천 정도와 중요도를 살펴보면 중요도는 대부분 높게 나타났으나, 정기적인 예방접종, 균형 잡힌 영양 섭취, 충분한 수면시간 제공 등이 중요도가 4.6점으로 가장 높게 나타났다. 실천 정도는 예방접종이 4.6점, 건강검진 4.4점, 손씻기 교육 등 질병 예방 활동 4.3점, 자녀에 대한 반응적 태도는 4.2점으로 높은 편으로 나타났고, 미디어 노출 제한이 3.5점으로 실천 정도가 가장 낮은 것으로 나타났다.

〈표 V-1-15〉 자녀의 건강증진을 위한 행동 실천 정도 및 중요도 인식 평균(전체)

단위: 점(명)

구분	실천 정도		중요도	
	평균	(수)	평균	(수)
1) 정기적인 건강검진	4.4	(1,400)	4.5	(1,400)
2) 정기적인 예방접종	4.6	(1,400)	4.6	(1,400)
3) 균형 잡힌 영양섭취 제공	4.0	(1,400)	4.6	(1,400)
4) 충분한 신체활동 및 운동 장려	4.0	(1,400)	4.5	(1,400)
5) 정신건강 관리 및 스트레스 해소 노력	3.9	(1,400)	4.5	(1,400)

구분	실천 정도		중요도	
	평균	(수)	평균	(수)
6) 미디어 노출 제한	3.5	(1,400)	4.3	(1,400)
7) 충분한 수면시간 제공	4.1	(1,400)	4.6	(1,400)
8) 위생적인 환경 관리 및 환경유지(습도/온도 유지 등)	4.1	(1,400)	4.4	(1,400)
9) 안전을 위한 주변 관리 및 환경 제공	4.2	(1,400)	4.5	(1,400)
10) 손씻기 교육 등 질병예방 활동	4.3	(1,400)	4.5	(1,400)
11) 자녀에 대한 세심한 관찰 및 반응적 태도	4.2	(1,400)	4.5	(1,400)
12) 건강관련 자원혜택에 대한 정보 탐색	3.8	(1,400)	4.2	(1,400)
13) 영유아 건강관련 정보나 부모 교육 참여	3.6	(1,400)	4.1	(1,400)

주: 실천 정도 평균은 '전혀 실천하지 않는다' 1점 ~ '항상 실천한다' 5점으로 평정한 결과이며, 중요도 평균은 '전혀 중요하지 않다' 1점 ~ '매우 중요하다' 5점으로 평정한 결과임.

자녀 건강증진을 위한 행동 실천 정도를 보았을 때, 영양섭취, 정신건강관리, 수면시간 등 항목에서 영아부모의 경우 유아부모인 경우보다 실천정도가 높게 나타나, 연령에 따라 차이가 다소 나타났다. 또한 수면시간, 정보탐색 등 일부 항목을 제외한 대부분의 항목에서 부모교육수준이 높을수록, 소득수준이 높을수록 실천정도가 높은 것으로 나타났다. 지역별로는 영유아 건강증진 행동실천 정도에 차이가 나타나지 않았다.

〈표 V-1-16〉 자녀의 건강증진을 위한 행동 실천 정도 평균(전체)

단위: 점

구분	① 건강 검진	② 예방 접종	③ 영양 섭취	④ 신체 활동	⑤ 정신 건강	⑥ 미디어 제한	⑦ 수면 시간	⑧ 위생	⑨ 안전	⑩ 손씻기 등	⑪ 관찰 및태도	⑫ 정보 탐색	⑬ 교육 참여
전체	4.4	4.6	4.0	4.0	3.9	3.5	4.1	4.1	4.2	4.3	4.2	3.8	3.6
자녀 연령													
0~2세	4.4	4.6	4.1	4.0	4.0	3.6	4.2	4.2	4.2	4.3	4.2	3.9	3.6
3~5세	4.4	4.6	3.9	3.9	3.8	3.4	4.0	4.1	4.2	4.3	4.1	3.7	3.5
<i>t</i>	-0.7	0.2	4.8***	2.5*	3.8***	3.7***	5.3***	1.6	1.5	-1.5	2.9**	3.5**	2.0*
부모 성별													
남성	4.3	4.5	4.0	3.9	3.9	3.5	4.1	4.1	4.1	4.2	4.1	3.8	3.6
여성	4.5	4.7	3.9	4.0	3.9	3.5	4.1	4.2	4.2	4.3	4.3	3.8	3.6
<i>t</i>	-4.0***	-5.0***	2.0*	-1.4	0.2	0.5	-0.8	-1.0	-2.2*	-3.0**	-3.8***	-1.9	-0.5
부모 교육수준													
고졸 이하	4.3	4.5	3.8	3.8	3.7	3.3	4.0	4.0	4.1	4.2	4.1	3.7	3.4
대졸	4.4	4.6	4.0	4.0	3.9	3.5	4.1	4.1	4.2	4.3	4.2	3.8	3.6
대학원 재학 이상	4.5	4.7	4.1	4.1	4.0	3.7	4.1	4.3	4.3	4.4	4.3	3.9	3.6
<i>F</i>	4.4*	3.2*	5.7**	5.1**	10.5***	7.0**	2.4	5.6**	7.2**	2.5	6.7**	1.6	3.2*

구분	① 건강 검진	② 예방 접종	③ 영양 섭취	④ 신체 활동	⑤ 정신 건강	⑥ 미디어 제한	⑦ 수면 시간	⑧ 위생	⑨ 안전	⑩ 손씻기 등	⑪ 관찰 및태도	⑫ 정보 탐색	⑬ 교육 참여
가구소득													
300만원 미만	4.3	4.6	3.9	3.9	3.8	3.5	4.0	4.0	4.2	4.2	4.2	3.9	3.6
300~500만원미만	4.4	4.6	3.9	3.9	3.8	3.4	4.1	4.1	4.1	4.3	4.1	3.8	3.5
500~800만원미만	4.5	4.7	4.0	4.0	3.9	3.5	4.1	4.2	4.2	4.3	4.2	3.8	3.6
800만원 이상	4.4	4.6	4.1	4.1	4.0	3.7	4.1	4.3	4.3	4.3	4.2	3.9	3.8
F	3.7*	2.7*	4.3**	2.9*	3.6*	3.8*	2.1	5.7**	3.9**	2.5	1.8	1.4	3.2*

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.

2) ①정기적인 건강검진, ②정기적인 예방접종, ③균형 잡힌 영양섭취 제공, ④충분한 신체활동 및 운동 장려, ⑤ 정신건강 관리 및 스트레스 해소 노력, ⑥미디어 노출 제한, ⑦충분한 수면시간, ⑧위생적인 환경 관리 및 환경 유지(습도/온도 유지 등), ⑨안전을 위한 주변 관리 및 환경 제공, ⑩손씻기 교육 등 질병예방 활동, ⑪자녀에 대한 세심한 관찰 및 반응적 태도, ⑫건강관련 자원혜택에 대한 정보 탐색, ⑬영유아 건강관련 정보나 부모 교육 참여

3) 실천 정도 평균은 '전혀 실천하지 않는다' 1점 ~ '항상 실천한다' 5점으로 평정한 결과임.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

자녀 건강증진을 위한 행동 중요도 인식을 보았을 때, 대부분 높게 나타나서, 특성별 차이가 크지는 않지만, 건강증진항목에 대해 어머니가 아버지보다 중요도를 높게 인식하고 있었고, 영양섭취, 신체활동, 미디어 제한, 수면시간 등에 대해서는 부모교육수준이 높을수록 중요도를 높게 인식했고, 영양섭취, 신체활동, 수면시간, 위생 등에 대해서는 소득수준이 높을수록 중요도 인식이 높은 것으로 나타났다.

주요 변수 중 연령별, 지역별로는 중요도 인식 차이가 나타나지 않았다.

〈표 V-1-17〉 자녀의 건강증진을 위한 행동 중요도 인식 평균(전체)

단위: 점

구분	① 건강 검진	② 예방 접종	③ 영양 섭취	④ 신체 활동	⑤ 정신 건강	⑥ 미디어 제한	⑦ 수면 시간	⑧ 위생	⑨ 안전	⑩ 손씻기 등	⑪ 관찰 및태도	⑫ 정보 탐색	⑬ 교육 참여
전체	4.5	4.6	4.6	4.5	4.5	4.3	4.6	4.4	4.5	4.5	4.5	4.2	4.1
부모 성별													
남성	4.5	4.6	4.5	4.5	4.4	4.3	4.5	4.4	4.4	4.4	4.4	4.2	4.1
여성	4.6	4.7	4.6	4.5	4.5	4.4	4.6	4.5	4.6	4.6	4.6	4.3	4.1
t	-2.7**	-2.5*	-2.1*	-1.8	-3.4**	-3.4**	-2.4*	-1.9	-3.5**	-3.7***	-4.6***	-2.3*	-1.0
부모 교육수준													
고졸 이하	4.4	4.6	4.5	4.4	4.4	4.2	4.5	4.4	4.5	4.5	4.5	4.2	4.1
대졸	4.5	4.6	4.6	4.5	4.5	4.4	4.6	4.4	4.5	4.5	4.5	4.2	4.1
대학원 재학 이상	4.6	4.7	4.7	4.6	4.5	4.4	4.7	4.5	4.5	4.5	4.6	4.3	4.1
F	2.4	3.1*	3.6*	3.4*	1.3	3.9*	4.0*	0.9	0.5	0.7	1.2	0.4	0.6

구분	① 건강 검진	② 예방 접종	③ 영양 섭취	④ 신체 활동	⑤ 정신 건강	⑥ 미디어 제한	⑦ 수면 시간	⑧ 위생	⑨ 안전	⑩ 손씻기 등	⑪ 관찰 및태도	⑫ 정보 탐색	⑬ 교육 참여
가구소득													
300만원 미만	4.5	4.6	4.4	4.4	4.4	4.3	4.4	4.4	4.4	4.5	4.5	4.2	4.2
300~500만원미만	4.5	4.6	4.6	4.5	4.4	4.3	4.6	4.4	4.5	4.5	4.5	4.2	4.1
500~800만원미만	4.6	4.7	4.6	4.5	4.5	4.3	4.6	4.5	4.5	4.5	4.5	4.2	4.1
800만원 이상	4.5	4.6	4.6	4.6	4.5	4.4	4.6	4.5	4.6	4.5	4.5	4.2	4.1
F	1.5	2.0	6.4***	2.9*	1.8	0.7	3.6*	2.8*	1.5	0.5	0.8	0.1	0.4

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.
2) ①정기적인 건강검진, ②정기적인 예방접종, ③균형 잡힌 영양섭취 제공, ④충분한 신체활동 및 운동 장려, ⑤ 정신건강 관리 및 스트레스 해소 노력, ⑥미디어 노출 제한, ⑦충분한 수면시간, ⑧위생적인 환경 관리 및 환경 유지(습도/온도 유지 등), ⑨안전을 위한 주변 관리 및 환경 제공, ⑩손씻기 교육 등 질병예방 활동, ⑪자녀에 대한 세심한 관찰 및 반응적 태도, ⑫건강관련 자원혜택에 대한 정보 탐색, ⑬영유아 건강관련 정보나 부모 교육 참여
3) 중요도 평균은 '전혀 중요하지 않다' 1점 ~ '매우 중요하다' 5점으로 평정한 결과임.
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

3) 영유아 자녀 기관에서의 건강증진 활동 관련

영유아 자녀가 기관에서 하고 있는 건강증진 활동에 대한 인식을 파악하기 위해 서, 응답자의 자녀가 다니는 기관에 대한 정보를 제시하였다. 응답자의 자녀 중 기 관 이용 현황은 연령별 차이가 있었으나, 평균 81.6%가 기관을 다니고 있었고, 영아의 35.1%는 가정보육, 유아의 38.1%는 유치원을 다니고 있었다.

〈표 V-1-18〉 자녀가 낮 동안 다니는 기관

					단위: %(명)
구분	어린이집	유치원	반일제 이상 학원	다니지 않음 (가정보육)	계(수)
전체	57.9	21.3	2.4	18.4	100.0 (1,400)
자녀 연령					
0~2세	58.4	4.4	2.0	35.1	100.0 (700)
3~5세	57.4	38.1	2.7	1.7	100.0 (700)
$\chi^2(df)$	399.950(3)***				

*** $p < .001$.

일일 이용시간은 영유아 모두 7시간 조금 넘는 것으로 비슷하게 나타났다.

〈표 V-1-19〉 자녀가 이용하는 기관의 등·하원 시간 및 일일 이용 시간

단위: 시간(명)

구분	등원시간	하원시간	1일 평균 이용시간	(수)
전체	9:00:44	16:24:17	7:23	(1,142)
자녀 연령				
0~2세	9:01:07	16:18:57	7:17	(454)
3~5세	9:00:28	16:27:49	7:27	(688)
t	0.2	-2.1*	-1.8	

* $p < .05$.

기관 및 부모 외에 돌봐주는 사람은 자녀의 조부모의 도움을 받는 경우가 평균 38.9%, 없는 경우가 45.0%로 높게 나타났다.

〈표 V-1-20〉 자녀를 돌봐주는 사람이나 돌봄을 위해 다니는 장소(중복응답)

단위: %(명)

구분	자녀의 조부모 및 친인척	공공 아이 돌보미	민간 육아 도우미	시간제 보육	사설학원	기타	없음	(수)
전체	38.9	7.9	6.2	7.6	13.1	0.0	45.0	(1,400)
자녀 연령								
0~2세	45.3	9.6	7.3	8.1	6.6	0.0	42.1	(700)
3~5세	32.4	6.3	5.1	7.0	19.6	0.0	47.9	(700)
$\chi^2(df)$	89.613(6)***							

*** $p < .001$.

기관에 다니는 영유아가 평균 7시간 이상 기관을 이용하는 것으로 나타난 것처럼, 기관에서 간식 또는 식사를 하는 비율이 높았으며, 점심식사 92.9%, 오후간식 86.2%, 아침간식 75.6% 순으로 이용하고 있었다.

〈표 V-1-21〉 자녀가 기관에서 제공받는 식사 및 간식

단위: %(명)

구분	아침 식사	아침 간식	점심 식사	오후 간식	저녁 식사	저녁 간식	(수)
전체	12.0	75.6	92.9	86.2	6.5	2.3	(1,142)
자녀 연령							
0~2세	14.1	78.9	91.9	82.8	6.6	2.6	(454)
3~5세	10.6	73.4	93.6	88.4	6.4	2.0	(688)
$\chi^2(df)$	16.382(6)**						

** $p < .01$.

자녀가 다니고 있는 기관에서 제공하는 건강증진 관련 활동은 모든 항목이 4.1~4.4점으로 높게 나타났으며, 손씻기 등 질병예방 활동이 4.4점, 균형 잡힌 영양섭취, 충분한 신체활동, 안전을 위한 환경제공 등이 4.3점으로 높게 나타났다.

〈표 V-1-22〉 자녀가 다니는 교육·보육기관의 건강증진 행동 만족도(요약)

단위: %(명), 점

구분	전혀 만족 하지 않는다	만족 하지 않는다	보통 이다	만족 한다	매우 만족 한다	제공 받지 않음	평균	(수)
1) 균형 잡힌 영양섭취 제공	0.1	1.6	12.9	41.1	40.8	3.6	4.3	(1,400)
2) 충분한 신체활동 및 운동 장려	0.3	0.8	9.6	42.0	41.9	5.3	4.3	(1,400)
3) 정신건강 관리 및 스트레스해소 노력	0.4	0.9	17.3	41.2	35.2	5.2	4.2	(1,400)
4) 미디어 노출 최소화 노력	0.4	2.0	18.3	38.1	36.3	5.0	4.1	(1,400)
5) 충분한 수면 및 휴식시간 제공	0.2	1.1	15.9	41.9	35.0	5.9	4.2	(1,400)
6) 위생적인 환경 관리 및 환경유지	0.4	1.5	12.7	42.1	37.8	5.5	4.2	(1,400)
7) 안전을 위한 주변 관리 및 환경 제공	0.4	1.1	11.7	40.5	40.9	5.5	4.3	(1,400)
8) 손씻기 교육 등 질병예방 활동	0.1	1.1	9.1	36.3	46.9	6.6	4.4	(1,400)
9) 교사들의 세심한 관찰	0.4	1.8	15.0	38.0	38.2	6.7	4.2	(1,400)

주: 만족도 평균은 '전혀 만족하지 않는다' 1점 ~ '매우 만족한다' 5점으로 평정한 결과임.

다. 부모 건강 상태 및 건강 관련 정보

1) 부모의 건강 상태

영유아 자녀를 양육하는 부모가 자신의 건강을 평균 3.6점으로 평가하여 평균이 상으로 나타났으나 응답자가 영유아 자녀의 전반적 건강을 인식한 정도(4.1점)보다는 낮게 나타났다. 하지만 특성에 따른 경향성은 부모의 교육 수준이 높을수록, 부모의 가구 소득이 높을수록 자녀의 전반적 건강, 신체적 건강, 정신적 건강을 높게 평가하여, 영유아 자녀 건강 인식과 동일하게 나타났다.

〈표 V-1-23〉 응답자가 인식하는 본인의 건강 수준(전체)

단위: 점(명)

구분	전반적 건강		신체적 건강		정신적 건강	
	평균	(수)	평균	(수)	평균	(수)
전체	3.6	(1,400)	3.6	(1,400)	3.6	(1,400)
부모 성별						
남성	3.7	(540)	3.7	(540)	3.7	(540)
여성	3.5	(860)	3.5	(860)	3.5	(860)
t	3.7***		4.6***		4.2***	

구분	전반적 건강		신체적 건강		정신적 건강	
	평균	(수)	평균	(수)	평균	(수)
부모 교육수준						
고졸 이하	3.4	(171)	3.4	(171)	3.3	(171)
대졸	3.6	(1,068)	3.6	(1,068)	3.6	(1,068)
대학원 재학 이상	3.8	(161)	3.7	(161)	3.7	(161)
<i>F</i>	6.9**		4.7*		11.3***	
거주지역						
대도시	3.7	(694)	3.7	(694)	3.7	(694)
중소도시	3.5	(526)	3.5	(526)	3.5	(526)
읍면지역	3.5	(180)	3.4	(180)	3.4	(180)
<i>F</i>	5.8**		9.7***		5.1**	
가구소득						
300만원 미만	3.4	(199)	3.4	(199)	3.4	(199)
300~500만원 미만	3.5	(507)	3.5	(507)	3.5	(507)
500~800만원 미만	3.7	(484)	3.7	(484)	3.7	(484)
800만원 이상	3.7	(210)	3.7	(210)	3.7	(210)
<i>F</i>	7.7***		7.2***		10.1***	

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.

2) 건강 수준 평균은 '매우 건강하지 못하다' 1점 ~ '매우 건강하다' 5점으로 평정한 결과임.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

응답자가 평가하는 본인의 건강관리를 잘하는 정도는 평균 3.3점으로 자녀의 건강관리를 잘하는 정도(3.9점)보다 낮게 나타났다. 하지만 특성에 따른 경향성은 어머니보다 아버지가, 부모의 교육 수준이 높을수록, 부모의 가구 소득이 높을수록 자녀의 전반적 건강, 신체적 건강, 정신적 건강을 높게 평가하여, 영유아 자녀 건강 인식과 동일하게 나타났다.

〈표 V-1-24〉 응답자가 평가하는 본인의 건강관리 잘하는 정도

단위: %(명), 점

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다	계(수)	평균
전체	2.9	17.7	37.7	34.4	7.2	100.0 (1,400)	3.3
부모 성별							
남성	1.5	12.0	37.0	40.9	8.5	100.0 (540)	3.4
여성	3.8	21.3	38.1	30.4	6.4	100.0 (860)	3.1
$\chi^2(df)/t$	35.239(4)***						5.7***
부모 교육수준							
고졸 이하	7.0	20.5	43.3	22.2	7.0	100.0 (171)	3.0
대졸	2.5	17.7	37.0	36.1	6.7	100.0 (1,068)	3.3
대학원재학 이상	1.2	14.9	36.7	36.0	11.2	100.0 (161)	3.4
$\chi^2(df)/F$	27.385(8)**						8.0***

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다	계(수)	평균
거주지역							
대도시	2.3	15.7	35.2	38.2	8.7	100.0 (694)	3.4
중소도시	3.6	18.8	40.5	31.2	5.9	100.0 (526)	3.2
읍면지역	3.3	22.2	39.4	29.4	5.6	100.0 (180)	3.1
$\chi^2(df)/F$	17.976(8)*						8.1***
가구소득							
300만원 미만	7.0	17.1	42.2	25.6	8.0	100.0 (199)	3.1
300~500만원 미만	3.4	20.3	40.4	29.2	6.7	100.0 (507)	3.2
500~800만원 미만	1.5	16.3	33.9	41.5	6.8	100.0 (484)	3.4
800만원 이상	1.4	15.2	35.7	39.1	8.6	100.0 (210)	3.4
$\chi^2(df)/F$	42.336(12)***						7.1***

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.

2) 평균은 '전혀 그렇지 않다' 1점 ~ '매우 그렇다' 5점으로 평정한 결과임.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

응답자가 건강관리를 잘하고 있지 않다고 생각하는 이유는 교육수준이 낮거나 소득이 낮은 경우 경제적 부담이라고 답한 경우가 40%대로 가장 높았고, 교육수준이나 가구소득이 높은 경우는 '업무나 일상생활이 바빠 시간이 없어서'라는 응답이 50%대로 가장 높게 나타났다.

〈표 V-1-25〉 건강관리를 잘하고 있지 않다고 생각하는 이유

단위: %(명), 점

구분	의지가 약하고 게을러서	업무 일상생활이 너무 바빠 시간이 없어서	경제적 부담 때문에	건강관리를 어떻게 해야할지 잘 몰라서 (정보 부족)	기타	계(수)
전체	24.6	50.2	20.4	4.2	0.7	100.0 (289)
부모 교육수준						
고졸 이하	23.4	29.8	40.4	6.4	0.0	100.0 (47)
대졸	25.0	54.6	17.1	2.8	0.5	100.0 (216)
대학원 재학 이상	23.1	50.0	11.5	11.5	3.9	100.0 (26)
$\chi^2(df)$	25.367(8)**					
거주지역						
대도시	23.2	56.8	16.8	2.4	0.8	100.0 (125)
중소도시	28.0	43.2	22.0	5.9	0.9	100.0 (118)
읍면지역	19.6	50.0	26.1	4.4	0.0	100.0 (46)
$\chi^2(df)$	7.236(8)					

구분	의지가 약하고 게을러서	업무 일상생활이 너무 바빠 시간이 없어서	경제적 부담 때문에	건강관리를 어떻게 해야할지 잘 몰라서 (정보 부족)	기타	계(수)
가구소득						
300만원 미만	14.6	37.5	43.8	4.2	0.0	100.0 (48)
300~500만원 미만	26.7	45.8	21.7	5.0	0.8	100.0 (120)
500~800만원 미만	25.6	60.5	9.3	4.7	0.0	100.0 (86)
800만원 이상	28.6	57.1	11.4	0.0	2.9	100.0 (35)
$\chi^2(df)$	31.095(12)**					

주: 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.

** $p < .01$.

2) 부모의 건강 관련 정보

영유아 자녀를 둔 부모 본인이 건강증진을 위한 행동을 실천하는 정도를 묻은 결과, 금연(4.3점), 절주(3.8점), 위생적인 환경관리(3.7점), 정기적인 건강검진(3.6점)이 높게 나타났고, 식단관리, 중등도 이상 운동(각각 3.1점), 정신건강관리, 충분한 수면(각각 3.2점)이 낮게 나타나 이 항목에서의 건강행동 실천이 어려운 것으로 파악된다.

〈표 V-1-26〉 본인의 건강증진을 위한 행동 실천 정도(요약)

단위: %, 점, (명)

구분	전혀 실천 하지 않는다	특별히 실천 하지 않는다	보통 이다	대체로 실천 한다	항상 실천 한다	평균	(수)
1) 정기적인 건강검진	2.7	11.2	25.9	41.5	18.6	3.6	(1,400)
2) 정기적인 예방접종	2.0	13.4	30.7	37.8	16.1	3.5	(1,400)
3) 식단관리	4.7	23.1	39.1	25.7	7.4	3.1	(1,400)
4) 위생적인 환경 관리 및 환경유지	1.4	5.5	30.7	47.4	15.0	3.7	(1,400)
5) 주 30분 이상 중등도 이상 규칙적인 운동	10.1	21.1	28.2	28.6	11.9	3.1	(1,400)
6) 정신건강 관리 및 스트레스 해소 노력	5.7	18.5	33.1	32.6	10.0	3.2	(1,400)
7) 영양제, 건강식품, 약제 등 섭취	4.9	14.1	33.1	35.9	12.1	3.4	(1,400)
8) 충분한 수면	4.5	18.0	40.8	29.2	7.5	3.2	(1,400)
9) 건강관련 정보 탐색	5.7	17.1	40.4	28.5	8.3	3.2	(1,400)
10) 금연	5.8	5.1	11.2	11.6	66.4	4.3	(1,400)
11) 절주	4.5	10.1	23.6	26.5	35.3	3.8	(1,400)

주: 실천 정도 평균은 '전혀 실천하지 않는다' 1점 ~ '항상 실천한다' 5점으로 평정한 결과임.

〈표 V-1-27〉 본인의 건강증진을 위한 행동 실천 정도(전체)

단위: 점

구분	① 건강 검진	② 예방 접종	③ 식단 관리	④ 위생 유지	⑤ 규칙적 운동	⑥ 정신 건강	⑦ 영양제 섭취	⑧ 충분한 수면	⑨ 정보 탐색	⑩ 금연	⑪ 절주
전체	3.6	3.5	3.1	3.7	3.1	3.2	3.4	3.2	3.2	4.3	3.8
부모 성별											
남성	3.9	3.7	3.3	3.8	3.4	3.4	3.5	3.3	3.2	3.8	3.5
여성	3.5	3.4	3.0	3.7	2.9	3.1	3.3	3.1	3.1	4.6	4.0
<i>t</i>	8.8***	4.2***	5.1***	2.2*	7.6***	5.2***	4.1***	3.3**	2.1*	-10.4***	-7.4***
부모 교육수준											
고졸 이하	3.2	3.1	2.9	3.5	2.8	3.0	3.1	3.0	3.0	4.0	3.5
대졸	3.7	3.6	3.1	3.7	3.1	3.3	3.4	3.2	3.2	4.3	3.8
대학원 재학 이상	3.9	3.8	3.2	3.9	3.3	3.3	3.5	3.3	3.3	4.4	3.9
<i>F</i>	24.4***	19.7***	6.0**	11.3***	6.8**	3.9*	7.4**	5.8**	3.8*	6.5**	6.9**
거주지역											
대도시	3.7	3.6	3.2	3.7	3.2	3.3	3.4	3.2	3.2	4.3	3.8
중소도시	3.6	3.5	3.0	3.7	3.0	3.2	3.3	3.2	3.2	4.3	3.8
읍면지역	3.4	3.4	2.9	3.6	3.0	3.1	3.3	3.1	3.1	4.2	3.8
<i>F</i>	7.6**	3.6*	6.2**	1.7	3.4*	2.2	2.1	0.3	0.3	0.4	0.0
가구소득											
300만원 미만	3.3	3.4	3.0	3.6	2.9	3.1	3.2	3.1	3.1	4.2	3.7
300~500만원 미만	3.5	3.4	3.0	3.6	3.1	3.1	3.3	3.1	3.1	4.3	3.8
500~800만원 미만	3.8	3.6	3.1	3.8	3.2	3.3	3.4	3.2	3.2	4.3	3.8
800만원 이상	3.9	3.7	3.2	3.9	3.2	3.4	3.4	3.3	3.3	4.4	3.8
<i>F</i>	19.6***	8.3***	3.0*	7.5***	3.7*	6.8***	3.0*	2.9*	1.9	1.4	0.2

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.

2) ①정기적인 건강검진, ②정기적인 예방접종, ③식단관리(영양에 신경 써 식단을 짜거나 유해하다고 생각하는 식품은 섭취를 중지함), ④위생적인 환경 관리 및 환경유지(습도/온도 유지 등), ⑤주30분 이상 중등도 이상 규칙적인 운동(헬스, 요가, 수영, 걷기 등), ⑥정신건강 관리 및 스트레스 해소 노력(여가 활동 등), ⑦영양제, 건강식품, 약제 등 섭취, ⑧충분한 수면, ⑨건강관련 정보 탐색, ⑩금연, ⑪절주

3) 실천 정도 평균은 '전혀 실천하지 않는다' 1점 ~ '항상 실천한다' 5점으로 평정한 결과임.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

자녀의 건강 및 발달 관련 정보를 얻는 곳은 1, 2순위 합산하여, 포털 사이트 51.1%, SNS 32.0%, 온라인 커뮤니티 31.3%로 나타났다. 자녀의 건강 및 발달 관련 정보를 얻는 곳을 자녀연령별로 살펴보면, 0~2세 영유아 부모의 경우 SNS 34.4%, 동영상 33.1%로 높게 나타났고, 3~5세 영유아 부모의 경우 포털이 54.0%로 가장 높게 나타났다.

〈표 V-1-28〉 자녀의 건강 및 발달 관련 정보를 얻는 곳(중복응답)(전체)

단위: %(명)

구분	① 매체	② 포털	③ 동영상	④ SNS	⑤ 커뮤 니티	⑥ 지인	⑦ 가족	⑧ 공공 기관	⑨ 기타	(수)
1+2순위 전체	14.7	51.1	29.9	32.0	31.3	23.1	11.5	6.1	0.3	(1,400)
1순위 전체	10.9	33.2	14.3	16.6	11.2	7.7	3.9	2.2	0.1	(1,400)
2순위 전체	3.9	17.9	15.6	15.4	20.1	15.4	7.6	3.9	0.2	(1,400)
자녀 연령										
0~2세	13.3	48.3	33.1	34.4	32.0	22.1	10.4	6.0	0.3	(700)
3~5세	16.1	54.0	26.6	29.6	30.6	24.0	12.6	6.3	0.3	(700)
$\chi^2(df)$	20.202(9)*									
부모 성별										
남성	20.0	52.2	38.9	23.5	26.9	18.3	13.3	6.3	0.6	(540)
여성	11.4	50.5	24.2	37.3	34.1	26.1	10.4	6.1	0.1	(860)
$\chi^2(df)$	108.217(9)***									

주: ①TV, 라디오, 신문 등, ②포털 사이트(네이버, 다음, 구글 등), ③동영상 플랫폼(유튜브, 틱톡 등), ④SNS(인스타그램, 페이스북, X 등), ⑤온라인 커뮤니티(맘카페, 블로그 등), ⑥주변 지인 및 동료에게 직접, ⑦가족 및 친척에게 직접, ⑧정부 공공기관(동사무소 등), ⑨기타

* $p < .05$, *** $p < .001$.

영유아 자녀의 건강관리 관련 교육을 받은 경험을 조사한 결과 50.4%가 교육 경험이 있다고 하였고, 교육을 받은 기관으로는 중복응답을 허용했을 때, 소아과가 61.3%, 산후조리원 50.2%, 어린이집 및 유치원이 44.1%, 산부인과가 40.0%의 순서로 나타났다. 어머니가 아버지보다 교육 경험이 높았으며, 가구소득이 높은 응답자가 낮은 응답자보다 소아과, 산후조리원, 보육교육기관, 산부인과 등에서 자녀의 건강관련 교육을 받은 정도가 골고루 다 높게 나타나, 소득에 따라 건강관련 교육 노력에 차이가 남을 알 수 있었다.

〈표 V-1-29〉 영유아 건강관리 교육 경험 여부 및 교육을 받은 기관(중복응답)

단위: %(명)

구분	교육 경험 여부			교육을 받은 기관(중복응답)							(수)
	있다	없다	(수)	① 산부 인과	② 산후 조리원	③ 소아과	④ 어린이 집, 유치원	⑤ 양육 지원 기관	⑥ 지역 병원 등	⑦ 기타	
전체	50.4	49.6	(1,400)	40.0	50.2	61.3	44.1	26.0	10.8	0.3	(705)
부모 성별											
남성	43.7	56.3	(540)	50.9	51.3	55.9	40.7	25.0	11.4	0.4	(236)
여성	54.5	45.5	(860)	34.5	49.7	64.0	45.8	26.4	10.5	0.2	(469)
$\chi^2(df)$	15.567(1)***			-							

구분	교육 경험 여부			교육을 받은 기관(중복응답)							(수)
	있다	없다	(수)	① 산부 인과	② 산후 조리원	③ 소아과	④ 어린이 집, 유치원	⑤ 양육 지원 기관	⑥ 지역 병원 등	⑦ 기타	
부모 교육수준											
고졸 이하	43.9	56.1	(171)	40.0	32.0	62.7	37.3	21.3	8.0	0.0	(75)
대졸	51.2	48.8	(1,068)	38.2	51.9	59.4	43.3	26.1	11.2	0.2	(547)
대학원 재학 이상	51.6	48.5	(161)	51.8	55.4	72.3	55.4	28.9	10.8	1.2	(83)
$\chi^2(df)$	3.296(2)			-							
거주지역											
대도시	50.0	50.0	(694)	43.2	51.6	60.5	44.7	23.6	12.1	0.0	(347)
중소도시	48.7	51.3	(526)	36.3	48.4	66.0	45.7	27.3	9.8	0.8	(256)
읍면지역	56.7	43.3	(180)	38.2	50.0	52.0	38.2	30.4	8.8	0.0	(102)
$\chi^2(df)$	3.501(2)			-							
가구소득											
300만원 미만	51.8	48.2	(199)	29.1	40.8	54.4	33.0	24.3	9.7	0.0	(103)
300~500만원 미만	48.3	51.7	(507)	39.2	48.2	64.1	47.8	28.6	13.5	0.8	(245)
500~800만원 미만	49.4	50.6	(484)	41.8	55.7	60.3	44.4	25.1	9.2	0.0	(239)
800만원 이상	56.2	43.8	(210)	47.5	51.7	63.6	45.8	23.7	9.3	0.0	(118)
$\chi^2(df)$	4.038(3)			33.103(21)*							

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.
2) 교육받은 기관은 중복응답 허용하여 사례수는 실제 응답자 수보다 큼.
3) ①임신 출산 시기에 산부인과에서, ②출산 시기 산후조리원에서, ③소아과에서(영유아 건강검진 등을 받으면
서), ④자녀의 어린이집 또는 유치원에서, ⑤육아종합지원센터 등의 양육지원기관에서, ⑥지역 도서관, 병원 등
에서, ⑦기타
* $p < .05$, *** $p < .001$.

영유아 자녀 관련 건강관리 교육을 경험한 응답자 705명을 대상으로 영유아 자
녀 건강관련 교육의 내용을 중복응답으로 받은 결과, 발달단계(71.1%), 위생안전
(64.7%), 질병예방(56.0%), 영양(54.6%), 식생활(50.2%) 순서로 높게 나타났다.

〈표 V-1-30〉 경험한 영유아 건강관리 교육의 세부내용(중복응답)(전체)

단위: %(명)

구분	① 영양	② 식생활	③ 신체활동	④ 질병예방	⑤ 미디어	⑥ 위생안전	⑦ 발달단계	⑧ 기타	(수)
전체	54.6	50.2	36.3	56.0	46.7	64.7	71.1	0.0	(705)
부모 성별									
남성	44.1	45.3	39.0	56.4	40.3	60.2	67.0	0.0	(236)
여성	59.9	52.7	35.0	55.9	49.9	67.0	73.1	0.0	(469)
$\chi^2(df)$	32.329(7)***								

구분	① 영양	② 식생활	③ 신체활동	④ 질병예방	⑤ 미디어	⑥ 위생안전	⑦ 발달단계	⑧ 기타	(수)
부모 교육수준									
고졸 이하	44.0	52.0	29.3	44.0	52.0	61.3	73.3	0.0	(75)
대졸	54.5	47.9	36.8	57.2	45.3	64.7	70.2	0.0	(547)
대학원 재학 이상	65.1	63.9	39.8	59.0	50.6	67.5	74.7	0.0	(83)
$\chi^2(df)$	24.922(14)*								
가구소득									
300만원 미만	42.7	42.7	26.2	46.6	36.9	54.4	68.9	0.0	(103)
300~500만원 미만	61.2	50.2	34.3	57.1	49.0	66.9	71.4	0.0	(245)
500~800만원 미만	54.8	50.6	38.1	59.4	48.5	64.4	71.1	0.0	(239)
800만원 이상	50.9	55.9	45.8	55.1	46.6	69.5	72.0	0.0	(118)
$\chi^2(df)$	41.257(21)**								

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.

2) ①모유수유 이유식 등 영양 관련, ②영유아 식생활 및 편식예방 관련, ③영유아시기의 적정 신체활동 및 비만예방 관련, ④영유아시기 질병예방 관련, ⑤영유아대상 미디어 조절 관련, ⑥영유아의 위생 및 안전 관련, ⑦영유아 발달단계 관련, ⑧기타

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

영유아 건강관리 교육에서 듣고 싶은 정보를 1, 2순위로 물어본 결과, 질병예방(45.0%), 식생활(38.4%), 미디어 조절(35.1%)이 가장 높게 나타났다.

〈표 V-1-31〉 영유아 건강관리 교육에서 희망하는 정보(1+2순위)

단위: %(명)

구분	① 영양	② 식생활	③ 신체활동	④ 질병예방	⑤ 미디어	⑥ 위생안전	⑦ 기타	(수)
1+2순위 전체	18.4	38.4	30.1	45.0	35.1	32.2	0.7	(1,400)
1순위 전체	10.1	18	15.1	23.7	18.4	14.6	0.1	(1,400)
2순위 전체	8.4	20.4	15	21.3	16.7	17.6	0.6	(1,400)
자녀 연령								
0~2세	24.9	36.1	28.3	46.4	29.4	34.3	0.6	(700)
3~5세	12.0	40.7	31.9	43.6	40.9	30.1	0.9	(700)
$\chi^2(df)$	68.067(7)***							

주: ①모유수유 이유식 등 영양 관련, ②영유아 식생활 및 편식예방 관련, ③영유아시기의 적정 신체활동 및 비만예방 관련, ④영유아시기 질병예방 관련, ⑤영유아대상 미디어 조절 관련, ⑥영유아의 위생 및 안전 관련, ⑦기타

*** $p < .001$.

라. 영유아임산부 건강지원사업 이용 경험 및 개선요구

1) 영유아임산부 건강지원사업 이용 경험

영유아 건강 관련 서비스에 대한 인지도에서는 국가예방접종 지원사업, 영유아 건강검진, 구강보건 사업, 영양 사업에서는 인지도가 64% 이상으로 높게 나타났으나, 신체활동 지원, 비만 예방 관리사업, 아토피천식 예방 관리사업 등에 대해서는 중요도가 4.2점 이상으로 높음에도 인지도가 낮은 편으로 나타났다.

〈표 V-1-32〉 영유아 건강관련 서비스에 대한 인지도 및 중요도(요약)

단위: %(명), 점

구분	인지도			중요도					
	안다	모른다	(수)	전혀 중요 하지 않다	별로 중요 하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다	(수) 평균
1) 구강보건 사업	75.6	24.4	(1,400)	0.0	0.6	9.5	40.4	49.4	(1,059) 4.4
2) 비만예방관리 사업	42.9	57.1	(1,400)	0.1	1.5	17.4	45.0	36.1	(600) 4.2
3) 신체활동 지원	48.1	51.9	(1,400)	0.1	0.9	13.1	40.4	45.6	(674) 4.3
4) 아토피 천식 예방관리	33.3	66.7	(1,400)	0.1	1.3	17.2	41.3	40.1	(466) 4.2
5) 영양사업	64.3	35.7	(1,400)	0.1	0.7	10.7	37.9	50.5	(900) 4.4
6) 한의약 건강증진	20.3	79.7	(1,400)	2.6	7.0	32.3	32.6	25.6	(284) 3.7
7) 여성어린이특화 사업	30.4	69.6	(1,400)	0.6	2.3	20.8	40.4	35.9	(425) 4.1
8) 영유아 건강검진	88.9	11.1	(1,400)	0.1	0.7	6.9	25.9	66.4	(1,244) 4.6
9) 국가예방접종지원사업	93.1	6.9	(1,400)	0.0	0.4	6.9	21.3	71.4	(1,304) 4.6

주: 중요도 평균은 '전혀 중요하지 않다' 1점 ~ '매우 중요하다' 5점으로 평정한 결과임.

각 사업에 대해 인지하고 있는 응답자에 대해 이용 관심이 있는지를 묻은 결과 국가예방접종지원사업(4.5점), 영유아 건강검진(4.4점), 구강보건 사업(4.3점)에 이어 신체활동 지원, 영양 사업에 대해서 이용 관심도가 4.2점으로 높게 나타났다.

〈표 V-1-33〉 영유아 건강관련 서비스에 대한 이용 관심도(요약)

단위: %(명), 점

구분	인지도			관심도					
	안다	모른다	(수)	전혀 관심이 없다	관심이 없다	보통이 다	대체로 관심이 있다	매우 관심이 있다	(수) 평균
1) 구강보건 사업	75.6	24.4	(1,400)	0.1	1.3	13.6	42.9	42.1	(1,059) 4.3
2) 비만예방관리 사업	42.9	57.1	(1,400)	1.4	4.4	27.9	35.9	30.3	(600) 3.9

구분	인지도			관심도						
	안다	모른다	(수)	전혀 관심이 없다	관심이 없다	보통이 다	대체로 관심이 있다	매우 관심이 있다	(수)	평균
3) 신체활동 지원	48.1	51.9	(1,400)	0.1	2.1	16.6	40.6	40.6	(674)	4.2
4) 아토피 천식 예방관리	33.3	66.7	(1,400)	1.6	5.4	27.3	35.1	30.6	(466)	3.9
5) 영양사업	64.3	35.7	(1,400)	0.5	1.9	18.7	40.0	38.9	(900)	4.2
6) 한의약 건강증진	20.3	79.7	(1,400)	4.0	8.9	33.1	30.1	23.9	(284)	3.6
7) 여성어린이특화 사업	30.4	69.6	(1,400)	1.4	5.6	26.0	34.9	32.1	(425)	3.9
8) 영유아 건강검진	88.9	11.1	(1,400)	0.0	1.2	10.7	30.6	57.5	(1,244)	4.4
9) 국가예방접종지원사업	93.1	6.9	(1,400)	0.0	1.3	9.3	29.3	60.1	(1,304)	4.5

주: 평균은 '전혀 관심이 없다' 1점 ~ '매우 관심이 있다' 5점으로 평정한 결과임.

임신, 출산, 양육 관련 건강지원사업에 대한 인지도에서는 의료급여 임신, 출산 진료비 지원에 대한 인지도가 85.4%로 가장 높았고, 산모·신생아 건강관리 사업 67.2%로 인지도가 높게 나타났고, 인지한 사업에 대해 중요도를 질문했을 때, 만 예방 관리사업, 아토피천식 예방 관리사업 등에 대해서는 중요도가 4.2점 이상으로 높음에도 인지도가 낮은 편으로 나타났다.

〈표 V-1-34〉 임신, 출산, 양육 관련 건강지원사업에 대한 인지도 및 중요도(요약)

단위: %(명), 점

구분	인지도			중요도						
	안다	모른다	(수)	전혀 중요 하지 않음	중요 하지 않음	보통	중요함	매우 중요함	(수)	평균
1)영양플러스 사업	49.4	50.6	(1,400)	0.1	1.2	15.3	43.5	39.9	(692)	4.2
2)생애초기 건강관리 사업	36.2	63.8	(1,400)	0.0	2.4	20.3	40.2	37.1	(507)	4.1
3)의료급여 임신, 출산 진료비 지원	85.4	14.6	(1,400)	0.1	0.8	7.4	31.8	60.0	(1,196)	4.5
4)청소년산모 임신, 출산진료비 지원	45.8	54.2	(1,400)	0.2	2.0	13.1	33.1	51.6	(641)	4.3
5)산모·신생아 건강관리 지원사업	67.2	32.8	(1,400)	0.0	0.7	8.6	34.1	56.5	(941)	4.5

주: 중요도 평균은 '전혀 중요하지 않다' 1점 ~ '매우 중요하다' 5점으로 평정하였음.

2) 영유아임산부 건강지원사업 개선 요구

영유아 자녀를 둔 부모가 희망하는 영유아 건강관리 관련 서비스를 질문한 결과, 영유아 발달진단 기회 제공 60.1%, 영유아 가정방문 프로그램 32.9%, 영유아 식생활 및 편식 예방 프로그램 29.6%로 나타났다.

〈표 V-1-35〉 부모가 희망하는 영유아 자녀의 건강관리 관련 서비스(1+2순위)(요약)

단위: (명), %

구분	사례수	1순위	2순위	1+2순위
1) 영유아 식생활 및 편식예방 프로그램 및 상담	(415)	13.4	16.2	29.6
2) 영유아 신체활동 증진 및 비만예방 프로그램 및 상담	(323)	9.6	13.4	23.1
3) 영유아 미디어 과몰입예방 프로그램 및 상담	(377)	13.4	13.6	26.9
4) 영유아 자녀 (구강) 주치의 제도 마련	(376)	11.9	14.9	26.9
5) 영유아 자녀 발달진단 기회 제공	(842)	34.3	25.9	60.1
6) 영유아의 건강 상태를 체크하는 가정방문 프로그램	(460)	17.4	15.5	32.9
7) 기타	(7)	0.0	0.5	0.5

주: 사례수는 1+2순위의 합산으로 전체 사례수(1,400)보다 많음.

영유아 자녀를 둔 부모가 희망하는 임신부 대상 건강관리 관련 서비스를 질문한 결과 0~2세는 발달진단(61.6%), 가정방문(38.0%), 식생활 및 편식 예방 프로그램(29.1%)으로 높게 나타났고, 3~5세는 발달진단(58.7%), 미디어 과몰입 예방 프로그램(31.0%), 식생활 및 편식 예방 프로그램(30.1%)이 높게 나타났다.

〈표 V-1-36〉 부모가 희망하는 영유아 자녀의 건강관리 관련 서비스(1+2순위)(전체)

단위: %(명)

구분	① 식생활	② 신체활동	③ 미디어	④ 주치의제도	⑤ 발달진단	⑥ 가정방문	⑦ 기타	(수)
1+2순위 전체	29.6	23.1	26.9	26.9	60.1	32.9	0.5	(1,400)
1순위 전체	13.4	9.6	13.4	11.9	34.3	17.4		(1,400)
2순위 전체	16.2	13.4	13.6	14.9	25.9	15.5	0.5	(1,400)
자녀 연령								
0~2세	29.1	21.3	22.9	26.6	61.6	38.0	0.6	(700)
3~5세	30.1	24.9	31.0	27.1	58.7	27.7	0.4	(700)
$\chi^2(df)$	32.655(7)***							
부모 성별								
남성	30.4	26.5	29.1	22.4	54.4	37.0	0.2	(540)
여성	29.2	20.9	25.6	29.7	63.7	30.2	0.7	(860)
$\chi^2(df)$	37.521(7)***							

주: ①영유아 식생활 및 편식예방 프로그램 및 상담, ②영유아 신체활동 증진 및 비만예방 프로그램 및 상담, ③영유아 미디어 과몰입예방 프로그램 및 상담, ④영유아 자녀(구강) 주치의 제도 마련, ⑤영유아 자녀 발달 진단 기회 제공, ⑥영유아의 건강 상태를 체크하는 가정방문 프로그램(간호사가 가정방문), ⑦기타

*** $p < .001$.

영유아 자녀를 둔 부모가 희망하는 임신부 건강관리 관련 서비스를 질문한 결과, 1+2순위 기준 임신부 산후조리를 위한 서비스 제공기회 확대 54.5%, 임신부 영양 건강을 위한 물품지원 확대 48.7%로 나타나 직접적 서비스와 물품지원에 대한 선호가 높음을 알 수 있다.

〈표 V-1-37〉 부모가 희망하는 임신부 대상 건강관리 관련 서비스(1+2순위)(요약)

단위: (명), %

구분	사례수	1+2순위	1순위	2순위
1) 임신부 건강검진 기회 확대	(430)	30.7	16.2	14.5
2) 임신부 건강상담과 교육기회 확대	(391)	27.9	13.2	14.7
3) 임신부 또래 모임 활성화	(149)	10.6	5.4	5.3
4) 임신부 영양 건강을 위한 물품 지원 확대	(682)	48.7	24.9	23.8
5) 임신부 산후조리 위한 서비스 제공 기회 확대	(763)	54.5	25.7	28.8
6) 가정방문 건강지원 서비스 확대	(385)	27.5	14.6	12.9

주: 사례수는 1+2순위의 합산으로 전체 사례수(1,400)보다 많음.

〈표 V-1-38〉 부모가 희망하는 임신부 대상 건강관리 관련 서비스(1+2순위)(전체)

단위: %(명)

구분	① 건강검진	② 건강상담	③ 또래모임	④ 물품지원	⑤ 산후조리	⑥ 가정방문	(수)
1+2순위 전체	30.7	27.9	10.6	48.7	54.5	27.5	(1,400)
1순위 전체	16.2	13.2	5.4	24.9	25.7	14.6	(1,400)
2순위 전체	14.5	14.7	5.3	23.8	28.8	12.9	(1,400)
부모 성별							
남성	33.7	35.4	11.3	42.4	43.9	33.3	(540)
여성	28.8	23.3	10.2	52.7	61.2	23.8	(860)
$\chi^2(df)$	97.187(6)***						
부모 교육수준							
고졸 이하	31.6	17.5	11.7	58.5	53.2	27.5	(171)
대졸	31.3	30.0	11.1	46.9	53.8	26.9	(1,068)
대학원 재학 이상	26.1	25.5	6.2	50.3	60.3	31.7	(161)
$\chi^2(df)$	29.633(12)**						

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.

2) ①임산부 건강검진 기회 확대, ②임산부 건강상담과 교육기회 확대(신체활동, 질병예방 등), ③임산부 또래 모임 활성화, ④임산부 영양 건강을 위한 물품의 지원 확대, ⑤임산부 산후 조리 위한 서비스 제공 기회 확대(수유를 위한 마사지 등), ⑥가정방문 건강지원 서비스 확대(간호사가 방문하여 건강상태 및 우울예방 상담 서비스 제공)

** $p < .01$, *** $p < .001$.

건강관리 관련 기관 및 사이트에 대해 ‘알고 있고 이용해 보았다’의 비율로 봤을 때, ‘임신육아종합포털 아이사랑’ 67.2%, ‘복지로’ 64.1%, ‘주민센터’ 57.7%로 나타났다.

〈표 V-1-39〉 건강관리 관련 기관 및 사이트에 대한 인지도 및 이용 경험(요약)

단위: %(명)

구분	알고 있고 이용해 보았다	알고 있지만 이용한 적 없다	들어본 적이 없다	계(수)
1) 동네 보건소	54.1	37.3	8.6	100.0 (1,400)
2) 육아종합지원센터	40.4	44.6	15.0	100.0 (1,400)

구분	알고 있고 이용해 보았다	알고 있지만 이용한 적 없다	들어본 적이 없다	계(수)
3) 건강생활지원센터	13.7	51.3	35.0	100.0 (1,400)
4) 주민센터	57.7	34.2	8.1	100.0 (1,400)
5) 복지로	64.1	24.8	11.1	100.0 (1,400)
6) 사회서비스 전자바우처	36.9	36.4	26.6	100.0 (1,400)
7) 임신육아종합포털 아이사랑	67.2	22.5	10.3	100.0 (1,400)

영유아 임신부 대상 건강지원사업의 향후 추진 방향에 대해서, 보편적 서비스 확대가 45.7%로 가장 높게 나타났는데, 지역별로는 읍면지역의 경우 보편적 서비스 확대가 높게 나타났다.

〈표 V-1-40〉 영유아·임산부 대상 건강지원사업의 향후 추진 방향에 대한 적절성 인식

단위: %(명)

구분	① 보편적 서비스 확대	② 소득에 따른 차등 지원	③ 보편적 서비스와 소득따라 집중지원	계(수)
전체	45.7	26.8	27.5	100.0 (1,400)
부모 교육수준				
고졸 이하	50.3	26.3	23.4	100.0 (171)
대졸	45.7	27.1	27.3	100.0 (1,068)
대학원 재학 이상	41.0	25.5	33.5	100.0 (161)
$\chi^2(df)$	4.928(4)			
거주지역				
대도시	41.9	31.3	26.8	100.0 (694)
중소도시	47.7	23.4	28.9	100.0 (526)
읍면지역	54.4	19.4	26.1	100.0 (180)
$\chi^2(df)$	17.359(4)**			
가구소득				
300만원 미만	51.8	30.2	18.1	100.0 (199)
300~500만원 미만	43.6	25.4	31.0	100.0 (507)
500~800만원 미만	44.8	27.7	27.5	100.0 (484)
800만원 이상	47.1	24.8	28.1	100.0 (210)
$\chi^2(df)$	12.566(6)			

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.

2) ①소득기준에 관계없이 영유아·임산부 모두를 대상으로 하는 보편적인 서비스와 지원사업을 확대, ②소득을 고려하여 더 도움이 필요한 영유아·임산부에게 초점을 두고 차등적으로 지원사업을 추진, ③소득기준 관계없이 서비스를 제공하고 소득을 고려하여 도움이 필요한 집단에 더 집중적으로 지원

** $p < .01$.

영유아건강 지원사업의 신청 확대 방법에 대한 의견을 물었을 때, 임신 시 또는 아이 출산 시 보건소에서 내용을 안내(35.1%)로 가장 높았고, 자녀가 다니는 보육·교육기관을 통해 서비스에 대한 정보를 제공(21.6%), 소아과 및 병원에서 관련 소아과에 대한 정보제공(20.4%) 순서로 높게 나타나, 임신·출산 시 보건소를 통한 접근성을 높게 인식하고 있다. 자녀연령 및 부모 성별 외에 특성별 차이는 나타나지 않았다.

〈표 V-1-41〉 영유아건강 지원사업의 신청 확대 방법에 대한 의견

단위: %(명)

구분	① 보건소	② 보육교육 기관	③ 소아과 및병원	④ 지역기관	⑤ 관련포털	⑥ 기타	계(수)
전체	35.1	21.6	20.4	14.1	8.0	0.7	100.0 (1,400)
자녀 연령							
0~2세	38.9	15.0	23.6	13.7	8.0	0.9	100.0 (700)
3~5세	31.3	28.3	17.3	14.6	8.0	0.6	100.0 (700)
$\chi^2(df)$	41.617(5)***						
부모 교육수준							
고졸 이하	36.3	21.6	15.8	14.0	11.7	0.6	100.0 (171)
대졸	34.5	22.6	20.4	14.5	7.3	0.8	100.0 (1,068)
대학원 재학 이상	37.9	15.5	25.5	11.8	8.7	0.6	100.0 (161)
$\chi^2(df)$	12.023(10)						
거주지역							
대도시	31.0	23.5	22.8	13.4	8.5	0.9	100.0 (694)
중소도시	39.2	19.4	16.9	16.2	7.8	0.6	100.0 (526)
읍면지역	38.9	21.1	21.7	11.1	6.7	0.6	100.0 (180)
$\chi^2(df)$	18.114(10)						
가구소득							
300만원 미만	32.7	21.6	19.6	16.1	10.1	0.0	100.0 (199)
300~500만원 미만	38.7	19.7	19.1	13.2	7.9	1.4	100.0 (507)
500~800만원 미만	34.5	24.6	18.4	15.1	6.8	0.6	100.0 (484)
800만원 이상	30.0	19.5	29.1	12.4	9.1	0.0	100.0 (210)
$\chi^2(df)$	26.038(15)*						

주: 1) 부모 교육수준은 응답자를 기준으로 함.

2) ①임신 시 또는 아이 출산 시 보건소에서 내용을 안내해 줌, ②자녀가 다니는 보육교육기관을 통해서 서비스에 대한 정보를 제공함, ③자녀가 다니는 소아과 및 병원에서 관련 서비스에 대한 정보를 제공함, ④지역사회 육아 종합지원센터, 건강생활지원센터, 주민센터 등에서 정보를 제공함, ⑤복지로, 아이사랑(임신육아종합포털) 등을 통해 정보를 제공함, ⑥기타

* $p < .05$, *** $p < .001$.

마. 소결

영유아 자녀를 둔 부모대상의 온라인 부모조사에서는 영유아 건강형평성에 대한 인식과 영유아 자녀의 건강에 대해 어떤 점을 염려하고 있는지, 어떤 방법으로 정보를 얻고 있는지, 어떤 방법과 내용의 정보 및 서비스를 받고 싶어하는지 등을 중심으로 살펴보았고, 주요 내용과 시사점을 정리하였다.

먼저, 영유아 자녀를 둔 부모들은 자녀의 건강에 대한 건강권 및 부모의 책임에 대한 이해가 높았다. 또한 부모의 사회경제적인 상황이 자녀의 건강에 영향을 미친다고 생각하는 정도는 집단 간 차이를 보였는데, 부모 교육수준이 높을수록 대도시에서 살수록, 가구소득이 높을수록 그 영향을 더 크게 느끼는 것으로 나타났다.

본 연구의 4장에서 살펴본 영유아 건강에 미치는 건강불평등 분석에서 나타난 것처럼, 지표마다 차이는 있지만 가구소득이 높거나 교육수준이 높거나, 양부모 가구이거나 대도시에서 사는 경우 건강 및 관련 중개요인 지표가 높게 나타났는데, 이처럼 건강형평성에서 불평등이 있는 집단에서 건강형평성에 대한 인식 자체도 낮게 나타나고 있어, 건강에 취약한 집단에 대해 영유아 자녀 건강관련 정보와 부모의 역할을 더 강조하는 등 건강형평성에 대한 인식 제고 노력이 필요하다.

둘째, 영아 자녀를 키우고 있는 부모가 자녀의 건강에 대해 가장 우려하고 있는 영역은 잦은 미디어노출 조절, 식습관 등과 함께 신체손상, 잦은 병치레에 대한 걱정이었다. 본 연구의 2장에서 나타난 것처럼 0-5세 사이의 영유아에게 일어나는 생활 사고에서 1세가 차지하는 비율이 25%로 높았고, 남아가 60%를 차지해 영아 시기에 거주 지역에서 낙상, 이물질 삼킴 등으로 일어나는 안전부주의로 인한 손상이 많이 나타나, 영아부모 대상 생활안전의 중요성을 재차 강조할 필요가 있다.

셋째, 유아 자녀를 키우는 부모가 가장 우려하는 영역은 미디어 노출 및 편식 등 건강한 식생활로 나타났다. 또한, 중요도에 비해 실천하지 못하고 있는 영역으로 정신건강 및 스트레스 해소노력, 미디어 노출제한 등이 나타나, 미디어 노출에 대한 우려가 큰 것으로 보인다. 하지만, 대부분의 경우 영유아자녀의 미디어 노출은 부모가 제공하는 경우가 많으며, 부모의 스마트폰 사용빈도가 자녀의 미디어 노출에도 영향을 주기 때문에 자녀가 미디어에 최대한 늦게 노출되도록 하는 노력이 필요하다. AI 교육 등 미디어를 통한 교육도 보편화되는 시기에 영유아 자녀의 미

디어 허용범위 등에 대한 계획 및 미디어 노출, 사교육 노출로 인한 자녀의 정신건강에 미치는 영향 등에 대한 정보를 미리 접할 수 있도록 할 필요가 있다.

넷째, 영유아 자녀를 양육하는 부모가 기본적인 건강정보들을 접하기 위해서는 임신, 출산, 양육과정에서 대부분 거쳐 가게 되는 접점에서 주요 정보들을 제공해주는 것이 중요하다. 조사에서 응답한 부모들의 경우 영유아 건강관리 교육 경험은 50% 정도 경험이 있었고, 주로 소아과나 산후조리원에서 이루어지고 있었다. 또한, 기초적 정보가 제공되기 적합한 장소로 보건소를 꼽았다. 또한 보건소에서 제공하는 영유아 건강관련서비스에 대한 관심으로 구강보건사업, 영양사업, 신체활동 지원에 대해서도 관심이 높았다. 또한 그 외의 서비스로 영유아 자녀 발달진단, 영유아의 건강상태를 체크하는 가정방문 프로그램, 영유아 식생활 및 편식예방 프로그램 상담 등 서비스에 대한 관심도 높아, 보건소를 이용한 임신부 등록 시 관련 건강정보를 제공하고 생애초기 건강관리 사업 등의 가정방문 신청도 하게 하는 등의 적극적 정보제공이 필요하다.

마지막으로 부모조사를 통해서 부모가 영유아 건강에 대한 교육 경험 및 서비스 제공관련 정보에도 부모의 소득수준 교육수준 따라 격차가 나타남을 알 수 있었다. 위에서 언급한 보건소를 이용한 기본정보 제공, 가정방문 사업의 전국 확대 등으로 인해 저소득층은 물론 이에 국한되지 않은 많은 양육취약, 건강취약 집단의 부모에게 많은 부모가 교육받기를 원하는 질병예방, 식생활, 미디어 조절관련, 위생안전 등의 정보를 제공하고 드림스타트 등의 사례관리프로그램 대상자 중 임신부 및 영유아 양육 가구의 비중을 높여, 자녀양육 초기에 정보제공과 양육역량 강화를 통해 집단간 격차를 줄 일 수 있도록 하는 노력이 필요하다.

2. 영유아 건강관련 사업담당자 대상 심층면담 분석

영유아 대상의 건강형평성을 고려한 건강증진 사업으로서 보건복지부가 영유아 및 산모, 그리고 그 가장을 대상으로 진행하고 있는 생애초기건강관리 사업, 영양플러스 사업, 그리고 드림스타트 사업의 담당자를 면담하고 각 사업의 현장 진행 실태와 개선 필요 부분에 대한 의견을 듣고자 하였다. 본 절에서는 각 면담의 주요 내용들을 이슈 중심으로 정리해 보았다.

각 사업별로 면담에 참여하였던 관련자들은 다음의 <표 V-2-1>와 같다.

<표 V-2-1> 영유아 건강증진사업 담당자 심층면담 참석자

사업	담당자	연령	경력	해당업무경력
영양플러스	영양사1	40대	17년 4개월	17년 4개월
영양플러스	영양사2	40대	11년 2개월	11년
영양플러스	영양사3	30대	11년 8개월	2년
생애초기건강	간호사1	50대	30년	5년 1개월
생애초기건강	간호사2	50대	25년 5개월	4년
생애초기건강	간호사3	40대	10년 3개월	4년
생애초기건강	사회복지사1	50대	12년 3개월	5년 1개월
생애초기건강	사회복지사2	40대	13년 1개월	5년 1개월
생애초기건강	사회복지사3	40대	8년	4년 1개월
생애초기건강	사회복지사4	40대	4년 4개월	2년 10개월
드림스타트	사업담당자	40대	20년	7개월

가. 생애초기 건강관리사업

1) 생애초기 건강관리사업 담당 인력 양성 교육

현재 서울대학교 내에 위치하고 있는 ‘생애초기 건강관리사업 지원단’이 전국의 건강관리사업 담당 간호사의 양성 교육을 총괄 담당하고 있다. 지원단은 단장 및 간호사 교육을 담당하는 교육간호사, 교육사회복지사, 그 외 사업통계담당자, 행정 지원인력으로 구성되고 추가적으로 실제 교육 프로그램을 기획하고 수업을 담당하며, 경력자들에게 슈퍼비전을 실시하는 전문가 집단도 조직되어 있다. 교육은 1년 내내 지속 프로그램으로 운영되며 간호사 교육과 사회복지사 교육을 모두 지원단이 담당하고 있다. 교육유형은 신규인력을 위한 교육, 근무 1년 경력자를 위한 교육, 심화 교육 등으로 구분될 수 있고, 그 외에 현장 담당자들이 사례 회의를 공유하기도 하고 연 1회씩 슈퍼비전도 전문가들이 참여하여 진행하고 있다.

교육과정을 보면 지역에서 선발된 신규업무담당자가 대면으로 교육에 참석하여 2~3주 동안 160시간의 기본방문 관련 교육을 받게 된다. 그리고 기본방문 교육 이수자들이 담당 지역으로 돌아가 현장 기본방문 업무를 2~3개월 수행한 이후 다시 지원단에서 지속방문 교육을 160시간 받게 된다. 지속방문 교육을 이수하면 담당하는 사례에 대해 지속방문을 할 수 있다. 이러한 정규교육 외에 부모자조모임의 운영, 아동관찰 프로그램 등 필요 연수를 지원단에 와서 집중 교육을 받기도 한다.

2) 생애초기 건강관리사업의 내용

가) 신청

생애초기 건강관리사업(이하 생초사업)은 지자체별로 보건소가 사업의 중심이 되어 영유아 출산 가정을 담당 공무원이 직접 방문하여 서비스를 제공하는 방식으로 이루어진다. 따라서 서비스 신청은 보건소에 임신부 등록을 하면서 신청을 하는 경우가 많고 지역에 따라 공공산후조리원의 모자보건실, 임신부 영유아교실 등에서 신청을 하게 되기도 한다. 생초사업은 보편사업이므로 신청에 있어 소득기준 등은 없으나 등록지 작성 시 저소득, 산전우울, 아동기 학대 등 설문지를 통해 고위험군을 선별하여 산전관리, 지속방문 등 특별 지원의 대상으로 구분된다(영천시 예시: 등록 영아의 30% 지속 방문). 대체로 간호사 3명과 사회복지사 1명으로 팀 구성이 되어 있고 간호사 1명당 지역에 따라 월 평균 23~46건까지 가정방문이 이루어지고 있는 것으로 응답하였다.

나) 기본 방문

생초사업은 기본방문과 선별자에 대한 지속방문으로 진행되는데, 기본방문은 대체로 산전 1회와 산후 3회기까지 총 3~4번 이루어진다. 기본방문은 보통 산전 36주, 아동 생후 8주 이내, 10주 이내, 4~6개월 등의 간격으로 방문이 이루어지고 지속방문은 생후 24개월까지 이어질 수 있다. 이 때 간호사는 지속방문을 위해 24회기 이상 방문을 하고 사회복지사는 10회기 이상 방문하는 것이 일반적이다.

면담을 통해 이해한 간호사와 사회복지사의 서비스 목적은 간호사는 아기(영아)의 건강을 위한 지원을 제공하는 것이고 사회복지사는 자녀를 잘 양육할 수 있도록 산모의 환경 개선과 사회심리적 건강을 지원하는 것이다. 결과적으로 간호사와 사회복지사 모두 생초사업을 통해 양육부모가 자녀를 자율적으로 양육할 수 있도록 역량을 키워주는 목적을 가지고 있다고 할 수 있다.

기본방문의 내용을 보면, 산전 방문에서는 출산에 대비해서 분만 형태, 신생아 돌보는 방법, 남편과의 가사 분장 방안 등을 사전에 교육한다. 그리고 출산 이후 방문에서는 태어난 아기와 산모에 대한 건강 체크를 중심으로 수유, 아기 돌보기, 이유 등 아기를 건강하게 키울 수 있는 교육을 제공한다.

간호사 업무 내용을 조금 구체적으로 말씀드리자면 일단 기본(방문) 같은 경우에는 보통은 큰 어려움이 없는 과정이기 때문에, 일단은 간호사 소개하고 생애 초기 커리큘럼 소개하고 산전 방문 같은 경우에는 출산 준비물이라든가 가정 내 환경이 잘 갖추어져 있는지, 또는 이제 산모 분만 형태에 대해서 상담을 하기도 하고요. 또 지원단에서 나온 아기 울음 동영상 상이 있거든요. 그거를 보면서 이제 아기가 태어났을 때 이제 아기가 울 때 케어는 어떻게 해야 되는지, 간단하게 교육도 해드리고 있고, 또 태아에게 편지 쓰기라든가 아기가 태어났을 때 남편과의 가사 업무 분장 같은 부분 다루고 있고요. (간호사 면담 내용 중)

아기가 태어나고 첫 번째 방문에서는 기본적으로 아기 신체 사정하고 출산 후 산모 건강 상태가 어떤지 체크하고 이제 수유 같은 교육을 해드리고 있고요. 그리고 예방접종 확인하고 지원단에서 나온 리플릿 교육도 같이 하고 있고요. 산후 2차 방문 같은 경우에는 베이비 마사지라든가, 아기 수유는 잘 따라가는지 양 체크하고 있고 애기가 잘 성장하고 있는지 키, 몸무게 체크하고 또 CPR이나 하임리히법 같은 교육도 같이 해드리고 있고요. 3차 교육 같은 경우에는 이유식 재료 월령에 맞는 양 조리법이나 알리지 같은 거에 대해 설명하고 지속 방문 같은 경우에는 일단 기본 방문 내용은 다 포함되지만 라포 형성 전까지 산모들이 이야기를 잘 안 꺼낼 수도 있거든요. 이제 우울이나 양육이 힘들다든가 어쨌든 문제의 내용에 대해서 잘 말씀을 안 하기 때문에 산모랑 조금 천천히 서서히 조금 친해진 후에 문제의 내용을 다루고 있어요. (간호사 면담 내용 중)

다) 지속방문

신청과정 또는 기본방문 과정에서 위험요인 발견 시 지속방문 필요로 분류된 가정은 자녀 만 2세까지 25회 이상의 지속적 지원을 받게 된다. 주로 산모의 과거 폭력경험, 우울의 경우 많으며, 우울, 자해, 가정폭력 등의 사례가 있다. 지속 지원에서 간호사는 구조화된 프로그램에 따라 월령별로 아기를 잘 돌볼 수 있는 역량 교육에 집중하고 우울이 있는 부모에 대해 상담, 육아 방법 등을 제공한다.

지속방문에서는 사회복지사의 역할도 커지는데, 경제적 취약의 경우 구청의 신혼부부 임대 등 주거 지원이나, 영양 플러스, 기저귀 바우처 등의 지원을 신청해주고, 가사지원(서울시), 청소지원 등 가능한 지원을 연계해 주고 있다. 연계서비스, 경제적 지원 연계 등의 도구적 지원과 함께 산모의 심리적 어려움을 파악하고 상담, 전문기관 연계 등 심리사회적 개입을 진행하면서 한편으로는 학대예방 교육도 진행한다. 한 회기당 1시간 이상 방문이 이루어지고 사회복지사 방문만 간호사 25회 외에 추가로 10회기 정도로 구성된다. 사회복지사 지속방문 역시 가정의 환경적 문제와 산모의 심리적 문제에 대한 지원을 통해 자녀의 건강한 양육에 도움이 될 수 있도록 하는 데 집중하고 있다.

제일 먼저 하는 게 일단 라포 형성이고 라포가 형성되고 나면 위험요인을 파악해요. 그러면 위험요인 파악하면서 이제 엄마한테 필요했던 것들을 조금씩 이제 어떻게 해결하면 좋을까 보는데 우리가 제일 중요한 건 엄마의 문제를 해결해 준다가 아니고, 엄마가 어려움이 있고 힘들지만 그럼에도 불구하고 양육에 집중할 수 있도록 돕는 거잖아요. (사회복지사 면담 내용 중)

이런 검사들도 해보고 감정 카드 활동들도 해보고 대화하는 연습도 해보고, 우울을 개선할 수 있는 활동들도 찾아보고 맞춤형으로 진행되고 있는 것 같아요. 근데 스펙트럼이 되게 넓어요. 부부 갈등이 있는 사람도 있고 고부 갈등이 있는 사람도 있고, 아니면 경제적인 문제로 너무나 취약해서 애기가 눈에 안 보이는 사람들도 있고, 그래서 그런 문제들을 조금 헤쳐나가면서 그럼에도 불구하고 엄마가 키워야 되는 건 아기다라는 걸 좀 알려주는 일에 초점을 맞추고 있는 것 같아요. (사회복지사 면담 내용 중)

이러한 과정에서 가사지원의 경우 소득기준이 있고, 예산 소진 시 신청이 불가해서 신청이 안 되는 경우도 있는데, 생애초기 건강관리 지원사업에서의 수요를 위해 가사지원에 우선순위를 제공해 줄 것을 요청하였다.

3) 사업의 어려움과 개선 요구

생초사업 담당자들이 제시하고 있는 사업 진행의 어려움과 개선에 대한 의견은 다음과 같이 정리될 수 있다.

첫째, 대체 인력의 부족이다. 주로 간호사 2~3명이 지역을 담당하고 있는 상황에서 1명이 갑작스런 휴직 등으로 자리를 비우게 되면 1인당 25건 가량의 사례를 맡고 있는 상황에서 나머지 다른 간호사가 휴직자의 사례까지 떠맡거나 가능하지 않으면 해당 사례를 포기할 수밖에 없다는 것이다. 즉, 대체인력이 없다는 것인데, 장시간에 걸친 교육을 받아 현장에 당장 투입될 수 있는 숙련 인력이 부족하다는 의미이다. 생초사업지원단에서 교육을 받기 위해서는 지자체에서 선발, 채용된 간호사, 사회복지사 자격 공무원이어야 하는데 이들은 필요 수만큼만 채용되기 때문에 대체인력이 될 여유 교육이수자는 없다는 문제가 발생한다. 또한 교육은 개개인 대상으로 이루어지는 것이 아니라 지정된 시기에 생초사업 예정자들을 한꺼번에 교육하는 방식이어서 이 문제 또한 대체인력 수급을 어렵게 하는 측면이기도 하다. 예비 인력을 채용하고 교육하여 잠정적 대체 인력풀로서 지자체가 유지할 수 있는 방안을 강구할 필요가 있다.

둘째, 인력의 고용 안정성 확보와 처우 개선이다. 면담 결과를 보면, 대체로 2년 계약의 '시간선택제 임기직 공무원' 신분으로 일하고 있고 해당 기간이 만료되면 3년간 재계약을 하게 된다. 그러나 5년 이후는 재고용 보장이 불확실한 상황이다. 사업을 지속적이고 효과적으로 운영하기 위해서 경력이 있고 경험이 많은 종사자의 계속 근무 환경이 갖추어질 필요가 있고 이러한 조건이 마련될 때 신규 간호사, 사회복지사의 유입 또한 활발해 질 것이다. 사회복지사의 경우 처우에 대한 불만족으로 근무 기간 중 이직하는 경우도 발생하고 있고 간호사직에는 전담 인력이 아닌, 정규 간호공무원이 맡는 지자체 경우도 있어 이에 대한 재고려 또한 필요하다. 한편으로 지역에 따라 출생률, 영유아 인구수가 일정치 않아 담당자의 근무 부담에 차이가 큰 점도 인력의 문제점으로 지적되었다.

셋째, 신청에 기반한 서비스 제공으로, 취약계층 등 지원이 꼭 필요할 가정이 서비스 대상에서 누락되는 경우가 빈번히 발생한다는 점이다. 지속방문 가정으로 선정될 수 있는 상황임에도 신청을 하지 않지 않거나 서비스 제공을 거부하는 경우도 있어 모든 출산 가구에 대해 자동으로 서비스를 받을 수 있도록 확대 개편하는 것이 필요하다는 의견이었다. 산모신생아 교실 등 등록 시 의무로 신청을 하게 할 수도 있지만 의무라는 개념에 대해서는 심층 논의가 필요한 부분이다. 뿐만 아니라 의무나 자동 신청을 받았을 시에 이들을 관리할 간호사, 사회복지사 인력이 충분치 않다는 점도 어려움이 될 것으로 예견된다.

넷째, 다양한 가정의 니즈에 적절할 수 있는 서비스를 제공할 필요가 있고 특히 다문화가정을 위한 건강 정보, 양육 자료를 번역하여 지원할 수 있어야 한다는 제안이 있었다. 다문화가정 방문 시 통역사가 동행하여 필요한 의사소통을 가능하게 해줌으로써 방문서비스가 진행될 수 있도록 하고 있다. 그러나 가정에 제공되는 영상 등 자료는 번역이 되지 않은 것이 대부분이어서 필요정보의 전달에 제한이 있음을 지적하며, 번역 자료가 더 많아져야 한다는 의견이 있었다.

필요시에 통역을 쓴다 하더라도 자료 같은 것들은 ... 영상 자료라든지 그런 것들을 할 때 자막 같은 것들, 저희는 베트남 분들이 조금 많으시기는 하거든요. 그런 자막을 이용해서 조금 더 이제 사업의 효과를 높일 수 있는 그런 것들을 조금 더 해 주셨으면 좋겠고, 저희도 지역 간의 격차로 인해서 저희 이 놓여촌 지역에 있는 산모들에게 서비스를 연계하고 싶지만 한계점이 너무 많아요.(간호사 면담 내용 중)

여러 자료 중에서 계속 좀 확대를 좀 시켜주면 저희가 활용할 수 있는 것들도 좀 많아질 것 같고 조금 더 의사소통이 원활하고 좀 대화가 안 되더라도 산모가 그 자료만 보고도 더 이해할 수 있게 그런 것들이 많아졌으면 좋을 것 같습니다. (간호사 면담 내용 중)

다섯째, 신생아나 영아를 키우는 가정에 대해서는 방문서비스 위주로 건강지원, 복지지원이 이루어지는 것이 필요하다. 아기를 키우고 있는 상황에서 상담을 받거나 필요한 지원을 받기 위해 가족센터, 복지관 등으로 이동을 해야 하는 것은 아동 모에게 부담이 될 수 있으므로, 필요시 일정기간 동안은 가정방문으로 상담, 육아 관련 교육 등이 이루어질 수 있도록 하는 것이 요구된다.

아기를 낳고 말하고 뭔가 내가 우울하다고 해서 직접 가서 상담을 받을 만큼의 이런 물리적인 여건들이 안 되는 경우가 되게 많거든요. 그래서 결국은 이제 산모들이 그냥 그대로 안고 가는 거예요. 아기를 키우는 엄마들의 이런 어려움들 중에서도 방문을 통해서 할 수 있는 지원 서비스들이 그냥 좀 늘어났으면 좋을 것 같기는 하거든요. 그래서 정신보건복지센터도 있고 가족센터에서 상담도 하고 다 하지만 엄마들이 결국은 가야 상담을 받을 수 있는데 가지 못하면 이게 여러 개가 있어도 엄마한테는 이용을 하지 못하는 서비스가 되거든요. (간호사 면담 내용 중)

여섯째, 생초사업에 대한 홍보가 강화되어 더 많은 산모와 영아가 참여할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 실제로는 사업 자체에 대해 알지 못하는 경우가 여전히 많으므로, 사업의 효과성, 장점에 대한 홍보를 통해 알리고 사업에 포함되어야 할 가정이 누락되는 경우가 없도록 해야 한다는 의견이다.

영천시 입장에서 보면 생애 초기를 등록하지 않으시는 분들도 있거든요. 모르는 분들도 많아요. 2021년부터 하기는 했지만 그래서 저희도 열심히 홍보도 하고 하지만 일단은 방문이 이루어져야 좋은 서비스도 할 수 있기 때문에, 이제 공익 차원에서 홍보를 보건복지부나 지원단에서 조금 크게 해 주시면 조금 더 등록자 수가 많아지지 않을까 생각합니다. (간호사 면담 내용 중)

나. 영양플러스 사업

1) 영양플러스 사업의 운영

영양플러스 사업은 국비와 광역지자체, 기초지자체 예산을 함께 매칭 투입하여 진행하는 ‘통합건강증진사업’의 일부로, 지역 보건소에서 담당하고 있다. 사례로,

면담 참여 지역인 전남 D군의 경우 연간 예산 1억 7,700만원 중 국비 50%, 도비 10%, 군비 40%로 구성된다. 대상자에 대해서는 1단계부터 6단계까지 서비스 패키지를 두고 사정결과에 따라 필요에 맞게 제공된다.

지자체 내에서는 영양-신체활동-구강-한의학을 통괄하는 사업 중 하나로 진행되고 있어 업무가 중복되어 부과되기는 하나 대체로 사업 담당자는 관리자인 과장, 팀장 외에 주로 영양사 3~4명이 다른 업무와 함께 전문 담당자로서 진행하고 있는 것으로 나타났다. 면담에 참여한 서울시 K구와 전북 W군의 경우에 3명의 영양사 및 팀장이 있고 전남 D군의 경우에는 팀장 외에 2명의 영양사가 담당하고 있었다.

2) 사업의 내용

가) 신청

격월로 사업 대기자 신규 모집을 진행하여 사업 참여 수요자 신청을 받은 다음 건강보험공단 자료를 통해 소득조치 후 대기자로 선정하게 된다. 신청은 주로 유선으로 진행한다고 하였다. 대기자 순번에 따라 연락이 가고 보건소 내소 후 대기자 자격 평가를 실시하게 되는데, 저신장, 저체중, 빈혈,식이섭취적 위험요인 이 중 한 가지 이상 요인이 있을 경우 대상자로 최종 선정이 되고 관리를 받게 된다.

서울시 K구는 2025년 8월 기준 140명이 관리 대상인데, 대상자가 목표치 보다 미달한 상황이다. 서울시 전체적으로 저출산으로 대상자 수가 감소 추세이고 소득 기준에서 대상이 안 되는 경우도 많다고 하였다. 전북 W군은 출생아 수가 증가세를 보이는 지역으로 대상자 수가 많은 편이고 더군다나 소득기준 또한 낮게 책정하여 2~3번까지 서비스 수혜가 가능함에도 1회만 제공하는 방식으로 대상자 수혜 범위를 넓히고자 하고 있었다. 전남 D군은 예산 삭감으로 50명만 관리 대상자가 되고 있어 빈혈, 신체, 영양 기준을 상향하여 대상자 선정 절차를 까다롭게 해 두어, 지역별로 현황은 차이가 있었다.

사실 예산 집행도 부진한 것도 대상자가 모집이 잘 안 돼서 그래서 여러모로 좀 문제가 있고 사실 광진구뿐만이 아니고 서울시 자체가 지금 대상자가 많이 줄어들고 있는 추세예요. 워낙 저출산이 되고 또 이미 한 번 받았던 사람들은 두 번까지 받으면 끝이기 때문에 그래서 홍보를 열심히 하고 있는데도 소득이 안 돼서 못하시는 분들이 많아요. K구는 일단 현황은 그렇습니다. (영양사 면담-K구 담당자)

대기자 자체가 많고 예산을 이제 끌어오고 싶지만 이미 전년도 예산부터 시작해서 이제 이거로 하다 보니 좀 민원이 발생 안 하계끔 하려고 하고 월에 50명을 일부러 조금 많이 꼭 등록하고 졸업시키고 이렇게 하는 거를 상시로 하고 있거든요. 그러니까 대기자 같은 경우도 많이 오시기도 하시고 그래서 제가 내놓은 대책 중에 하나가 빈혈 검사, 신체 계측, 영양 섭취 상태까지 3개가 모두 다 돼야지 저희가 등록을 합니다. (영양사 면담-D군 담당자)

나) 내용

프로그램 수혜는 1년으로 정해져 있고 임신부의 경우 수유 기간이 추가되면 1년을 넘겨서 서비스를 받을 수도 있다. 영양플러스 프로그램은 임산부, 영유아 가정의 건강, 영양 증진을 할 수 있도록 역량 강화가 목적이므로 식품, 영양제 등의 제공과 더불어 건강, 영양교육이 주 내용이 된다. 교육은 최소 연 1회 이상씩 진행되는 가정 방문과 대면교육, 온라인교육, 우편 교육 등으로 구성된다.

가정 방문의 횟수는 지역에 따라 다른 것으로 면담에서 발견되는데, 서울 K구는 최소 기준인 연 1회를 맞추고 있고 다문화가 많고 예산으로 인한 대상자 수가 적은 D군의 경우는 매달 1회씩 수혜기간인 6개월 동안 지속 이루어지는 모습을 보인다. 가정방문은 보통 20분~30분 사이에 이루어진다. 가정방문에서의 활동 내용 또한 지역에 따라 차이를 보이는데, 영양 상담, 식품 보관 현황 확인 정도로 구성되는 곳이 있는가 하면, 새롭게 지급되거나 보관하고 있는 식품의 조리법을 설명하고 시연까지 해주는 서비스를 제공하기도 한다. 또한 이러한 조리법, 영양에 대한 설명을 온라인 밴드 등을 활용해서 교육하기도 한다.

방문드려서 보충 식품 보관하고 계시는 거 한번 확인하고 잘 이제 맞게 보관하고 계시는지, 그 다음에 이제 대상별로 맞춤형 영양 상담 진행을 하고 그래서 아마 한 20분 이 정도 그렇게 길게 하는 건 아니고 그 정도로 가정 방문을 진행을 하고 다른 서울시 자치구는 비대면으로 진행하는 경우도 많아요. 이게 대상자가 워낙 많다 보니까 이제 한정된 인력이 일일이 방문을 나가는 게 너무 힘들어서 비대면으로 그냥 유선으로 상담을 하는 자치구도 꽤 있고 그냥 이제 비대면으로 사진만 보관하고 있는 사진만 이렇게 받아서 그런 경우도 있고, 저 같은 경우도 제가 올해부터 여기 광진구에서 했는데 그전에는 비대면으로 했다고 하더라고요. (영양사 면담-K구 담당자)

저희가 가정 방문할 때도 보충 식품 이렇게 어차피 다 관리를 잘 하는지, 아니면 뭐 이렇게 위생 점검처럼 이렇게 보관 잘하시는지 뭐 이런 것도 중요하긴 한데, 정말 이걸 어떻게 해 먹냐에 따라서 또 정말 못하시는 요리를 잘 못 오시는 다문화 엄마들 이주 여성들도 많지만 한국 엄마들도 생각보다 많아요. 그래서 정말 썩어 나가는 감자가 있고 막 애호박이 막 이

렇게 다 상해 있고 막 이래서 제가 요리를 직접 해주면서 하면 그때는 남편하고 무조건 있으라고요. 아빠가 있든 남편이 있건 그다음에 혹시라도 안 되면 조부모까지 있어라 이렇게 해서 이렇게 좋은 사업으로도 되는데 한번 요리를 같이 해봐라 해서 이렇게 진행을 하니깐 또 좋고 그다음에 이게 좋은 사업이다 이렇게 해서 잘 해 먹기도 하고 하는 것 같습니다. (영양사 면담-D군 담당자)

방문 외에 대면 교육이 있는데 서울의 경우는 분기에 한 번씩 대면교육을 실시하고 자치구에 따라 온라인만으로 진행하는 경우도 있다고 하였다. 온라인 영양플러스 교육 시스템이 있어 매달 주제를 정해 수강을 안내하고 수료 처리를 하고 있으며 연 2회 정도 교육 자료를 우편으로 전달하는 우편교육도 병행하여 진행된다. 교육을 받은 결과에 대한 확인으로 사진을 찍어 송부하도록 한다. 이러한 교육 효과에 대한 점검으로 6개월 차에 중간 평가, 그리고 종료 시 종료평가를 통해 신체 계측, 빈혈 검사, 식이 섭취 조사가 이루어지는데, 전체 서비스 기간 중 신규평가까지 포함하면 총 3번의 평가가 이루어지는 셈이다(서울 K구 기준함).

그 외에 출산 가정에 대해 가정방문 위주의 서비스를 진행하기도 하는데, 아기 육아 상황이므로 의학 전문가가 가정으로 1:1 방문을 하고 영양, 보충식품 활용, 보관 등에 대한 상담을 진행하기도 한다. 전문가 초빙 특강이 있기도 하고 제공된 식품이 빈번하게 일어나는 중고거래가 되는 일이 없도록 하는 지도도 하고 있다. 그 외 이벤트를 통해 수요를 반영하는 교육을 제공하기도 하고 출석관리를 하고 지역에 따라서 다문화 가정을 위한 실습, 온라인 교육 플러스 등도 제공한다.

3) 어려움과 개선사항

먼저, 대상자 선정의 준거가 되는 건강보험료 기준의 문제가 제기되었다. 건강보험료로 저소득층을 선별하다 보니 경제적 수준이 높은 가구의 부모가 육아휴직을 하게 되면 건강보험료가 산정이 되지 않아 사업 수혜대상이 되는 경우가 있었으며, 이러한 기준에 대해 형평성이 문제가 된다는 의견이며, 이를 개선하여 소득기준을 다르게 책정할 필요가 있다고 보았다.

둘째, 현재 현물로 제공되고 있는 식품 품목을 상황에 따라 바우처로 대체할 수 있도록 하는 방안이다. 지역적 한계로 인해 배송이 제한되는 경우에는 원하지 않는 품목을 받을 수밖에 없게 되므로, 이를 원하는 대체품으로 구입할 수 있도록 품목

만 정하고 상품은 변경할 수 있도록 하는 방안이 제안되었다. 예를 들면, 멸균우유로만 제공되는 지역에서 신선우유로 대체품을 살 수 있도록 하는 것이다.

셋째, 다문화가정에 대한 건강, 영양교육의 강화가 필요하다. 이주배경을 가진 산모 가정의 경우 자녀의 식생활에서 일반적으로 편식이 심하고 균형잡힌 식단이 제공되지 못하는 사례들이 많으므로, 이들에 대한 영양, 건강 관련 교육 자료의 제공, 소통이 잘되는 언어로 충분한 질적 교육이 이루어질 수 있도록 하는 방안이 필요하다.

넷째, 과도한 SNS 등에 의존한 잘못된 영양지식에 대해 우려하는 전문가들이 많다. 영유아를 양육하고 있는 가정에서 편협된 지식과 상품 중심의 내용으로 점철된 SNS, 유튜브에 과도하게 의존하여 올바른 영양 섭취가 되지 못함에 대한 안내와 교육이 필요하다.

다섯째, 사업내용으로서 제공받은 식료품을 중고거래로 매매 거래하는 행태도 나타나고 있어 이에 대응한 대책이 필요하다. 가정의 필요에 따라 영양제나 분유 등을 제공받은 후 이를 자의적으로 플랫폼에서 매매하는 경우가 많은 것으로 판단되고 있어, 해당 물품에 대해 국가 영양플러스 사업으로 제공된 것임을 보여주는 로고나 상징물을 표기하여 매매가 어렵도록 하는 방법이 논의되었다. 그러나 사업 담당자들이 구매하여 전달하고 있는 물품에 대해 일일이 표기하는 것으로 업무량이 증가되고 해당 가정에 대해서도 낙인효과가 있을 수 있어 주의를 요한다.

여섯째, 사업 담당자들은 산모와 영유아에 대한 타 지원 체계와의 연계가 더 유용하게 진행될 수 있기를 제안하였다. 영양플러스를 통해 영유아나 산모의 발달과 정신건강과 관련하여 보다 심층적인 상담이나 치료가 필요하다는 판단이 들 때 지자체 내의 정신건강복지센터 등 취약계층과 관련 지원을 연계할 수 있도록 하는 방안이 필요하다는 의견이었다.

일곱째, 영양플러스 사업은 대상이 영유아기까지이며 아동이 초등학교에 들어간 이후는 지원이 종료된다. 그러나 한 아동에 대해 1년이 사례 지원 기간이고 지역에 따라서는 2~3회까지 재신청이 가능하여 최대 3년이다. 따라서 임신기부터 대상으로 포함되어 지원을 받는다고 가정하면 영유아기 전체가 아니라 2~3세까지만 지원을 받는 경우가 다수일 것으로 파악된다. 즉, 취학기 전후로 취약계층 영유아의 건강에 대한 지원이 충분하지 않을 수 있고, 2~3년간의 수혜 이후에는 영양

관리가 잘 되고 있는지 파악이 어렵고 초등기에는 학교의 영양교사에 맡겨두는 형태가 되므로 가정에 대한 개입은 거의 안 되고 있다. 그러므로 영양플러스 사업대상이 사후에도 그 효과가 잘 이어지고 있는지 점검과 필요시 지원이 주어질 수 있는 방식에 대한 검토가 필요하다.

이에 더하여, 영양플러스 사업이 저소득층에 주어지는 특별한 사업일 뿐이라는 인식의 개선이 필요하다. 저소득층이라서 주어지는 정보라기보다는 국가적으로 국민의 건강을 증진시키기 위한 일반적인 프로그램이라 인식되고 해당 사업에서 제공하는 온라인 건강과 영양, 식품활용 등 정보들을 영양플러스를 졸업한 사람들도 지속적으로 도움을 받을 수 있다.

여덟째, 영양플러스 대상자 선정의 소득기준을 완화할 필요가 있다. 현재 소득기준 80%(혹은 지역에 따라 65%)로 되어 있으나 저출산으로 인해 대상자 풀이 적은 경우도 있으므로, 소득기준 범위를 넓히고 더 많은 가정이 혜택을 받을 수 있도록 예산 또한 더 키울 수 있어야 한다는 의견이 있었다.

그 외에도 영양플러스 사업을 통해 제공되는 교육 자료가 새롭게 업데이트, 리뉴얼되어야 한다는 의견과 수혜자가 신청이나 평가 시에 작성하는 서류가 너무 많고 작성에 어려움이 있으므로 이를 전산화하여 입력할 수 있도록 시스템화하여 서류 간소화 작업이 필요하다는 의견, 또 대체 식품의 품목을 확대하여 담당자가 선택할 수 있는 식품의 범위를 넓히고 고품질화하는 개선이 필요하다는 의견도 있었다.

다. 드림스타트 사업

1) 드림스타트 사업의 운영 구조

드림스타트 사업은 2007년 시범사업 실시를 시작으로 2025년 현재는 전국 229개 시·군·구 모두에서 사업을 시행하고 있는 보편적 사회복지 사업이다. 기초 지자체별로 드림스타트(센터)를 설치하고 예산 확보, 홍보, 운영위원회, 슈퍼비전을 구성하여 운영하고 있으며 재원구조는 국고와 지방비 매칭으로 하여 50%(서울)~80%(지방) 국고가 지원하고 있다. 중앙에서 실제로 드림스타트 사업에 대해 운영, 기획, 관리, 교육, 평가 등을 체계적으로 수행하는 곳은 '아동권리보장원'으로 사업의 본부 역할을 하고 있다.

아동권리보장원의 드림스타트팀은 팀장과 담당업무자 5명으로 구성되어 있고 해당 사업에 대한 통계작성, 평가, 교육콘텐츠 개발, 사업 보고대회 운영 등 전국 단위로 이루어지는 관리 업무가 수행된다. 지자체에서 드림스타트는 진행하는 인력은 대부분 팀장, 전담공무원 2~3인, 그리고 현장의 사례관리를 수행하는 아동통합사례관리사(이하 아동사)인 사회복지사 혹은 소수의 간호사는 4명 이상 구성이 기본이다. 아동사는 간호사, 사회복지사, 보육교사 자격을 가진 경우 가능하다.

저희 아동권리보장원에서는 해마다 드림스타트 사업보고, 성과대회를 개최해서 지역 운영자들이 참여하여 서로 성과를 나누고 개선점을 토론하는 기회를 가집니다. 또 중요한 사업으로서 드림스타트 사업 전체에 대한 신규사례 수, 수혜자 변화 등 관련 통계를 수집하고 작성하고 있어요. (드림스타트 사업담당자 면담내용 중)

2) 드림스타트 사업내용

드림스타트 참여 대상자는 지역사회 내 취약계층 아동으로, 행복이음(사회보장정보시스템)을 통해 드림스타트가 자체 발굴하는 사례, 개인이 의뢰하고 신청하는 사례, 지자체 관련 사업담당자 혹은 아동이 속한 기관 등에서 의뢰하는 사례 등 다양한 방식으로 사례발굴이 이루어진다. 발굴된 사례에 대해서는 대상자 가정을 방문하여 ‘초기상담’을 실시하고 관련된 내용에 대한 확인, 정보 파악을 통해 담당자가 시스템에 등록하게 된다. 이를 근거로 아동발달 사정을 실시하고 관리대상으로 선정한다. 선정된 대상에 대해서는 맞춤형 통합서비스 제공을 위한 계획이 수립되고 1개월~6개월 사이에 점점 주기를 설정한다.

드림스타트가 제공하는 서비스는 대상자가 결핍되어 필요로 하는 요인에 대해 지역사회 내 다양한 자원과 연계하는 방식으로 이루어지고, 서비스 유형은 기본서비스, 필수서비스, 맞춤서비스로 구분된다. 기본서비스는 가정방문을 통한 면담으로 이루어지고, 필수서비스는 아동의 전인적 발달을 위해 필수적으로 제공하는 서비스이며, 맞춤서비스는 사정결과 및 아동의 욕구에 따라 제공하는 서비스이다.

드림스타트의 아동사들이 가정을 방문해서 사례 아동에 대해 면담하고 살펴보고 필요한 사항들에 대해 연계하고 안내하는 서비스를 제공합니다. 이 사업에서는 아동사들이 직접 서비스를 제공하는 방식은 아니에요. 치료를 한다거나 학습을 지도한다거나 하는 직접 서비스를 주는 것은 아니고, 아동이 필요로 하는 학습 지도를 어떤 제도, 기관을 통해 지원할 수 있는

지 조사하고 연결해서 이용할 수 있도록 해주는 거죠. 아동과 가정이 건강하고 어려움 없이 성장하고 발달할 수 있도록 사례 관리를 지속하는 거예요. (드림스타트 사업담당자 면담)

드림스타트는 영유아기부터 12세까지가 대상이 되므로 영유아기에는 발달, 영양, 건강 등의 문제에 대해 주로 관리가 이루어지고 학교에 들어간 이후에는 학습, 교육과 관련된 요구가 많아지는 경향이 있다. 그리고 13세 이상이 되어 연령이 도래하면 종결심사를 거쳐 서비스 종결이 결정된다. 이후에는 지속 상담과 보호가 필요한지 등을 검토하여 필요시 타 사업 기관(지역아동센터, 청소년상담복지센터 등)과 연결하여 지원이 계속될 수 있도록 하고 있다.

아동에 대한 맞춤형 서비스를 보면, 위기개입이 필요한 경우 월 1회 이상 가정방문을 하고 있고 일반사례의 경우는 격월로 1회 이상 방문을 기본으로 진행한다. 아동의 전인적 발달을 지원하기 위한 아동발달 영역별 핵심 프로그램으로 구성된 필수서비스를 제공하고 있는데, 여기에는 아동 및 부모 교육, 건강검진 및 예방접종 등이 포함된다. 또한 사정결과에 따라 대상자 별로 건강, 인지언어, 정서행동, 가족지원 등 필요한 서비스를 연계하고 있다.

3) 개선 필요 사항

담당자 면담에서 드림스타트가 12세까지 영유아부터 아동기 전체를 대상으로 하는 통합적 지원 정책임에도 불구하고 사례관리 대상자 수가 7~12세 취학 아동이 66%를 차지하고 2세 미만 영아는 3.3%에 불과한 상황이라 영아 사례에 대한 발굴 노력이 더 필요하다는 의견이 제시되었다. 최근 임신부 또한 필요시 사례관리 대상으로 포함하고자 범위를 넓히고 있는데 2024년 기준 임신부 또한 0.3%에 지나지 않아 실제로 범위 확장으로 보기에는 무리가 있는 것으로 파악된다. 영아 및 태아기 때부터 취약계층에 속하는 아동의 발달과 건강한 성장을 지원한다는 입장에서 대상 발굴의 방법이나 연계 서비스 자원 확대 측면에서 아동권리 보장원 등 드림스타트 기획, 관리 중앙 차원에서 적극적 접근 방식 개선 추진이 필요하다.

라. 소결

앞서 면담을 통해 영유아 건강형평성 추진에 기여하는 정책 사업 중 대표적인 생애초기 건강관리사업, 영양플러스 사업, 드림스타트 사업을 살펴보았다. 담당자들 제시하고 있는 사업 운영의 어려움과 개선 요구를 토대로 하여 정책적 시사점을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 사업 전문 인력에 대한 충분한 지원 문제이다. 면담을 진행한 3가지 사업이 대부분 3~4명의 간호사, 사회복지사, 영양사 등 전문자격을 가진 담당자 팀으로 구성되어 있으며 1명당 사례를 수십 건씩 관리하고 있다. 지역상황에 따라 업무 부담이 조금씩 다르게 나타나기는 하나, 대체 인력 부족으로 일시적 업무 과중이 일어나기도 하고 사례를 포기하는 경우까지 발생하므로 이를 보완할 수 있는 대체 인력 공급 방식에 대한 검토가 필요하다. 특히 생애초기 건강관리사업에서는 충분한 자격이 되기 위해서는 일정 기간(약 2년)의 교육이 필요한 상황이므로 교육받은 인력 풀이 마련되어 필요시 대체가 가능해야 할 것이다. 이는 사업단위인 기초지자체보다는 광역지자체 단위로 풀(pool) 구성을 검토할 필요가 있으며, 풀 내 인력을 파견하여 대체가 가능하도록 하는 방법이 있을 것이다. 평상시에는 대체 인력을 수요가 큰 지역으로 순환 근무를 하게 할 수도 있을 것이다. 이와 더불어 담당 인력의 처우 수준을 높여서 인력 누수를 줄일 수 있도록 하는 것, 현재 시간선택제 계약직 공무원으로 임용되고 있는 부분 또한 고용안정성이 높아질 수 있는 방향으로 논의가 필요해 보인다.

둘째, 사업 대상 선정에 있어 신청 방식의 적정성 검토가 필요하다. 영유아나 산모에 대한 필요한 지원사업임에도 ‘신청’에 근거하여 지원자를 선정하게 되므로, 반드시 포함되어야 할 ‘위험’ 가정이나 취약 가정의 경우에 포함되지 않고 혜택을 거부하는 경우도 발생하고 있다. 이를 방지하기 위해서 신청을 강조하거나 자동 등록이 가능한 방법 등에 대해 고려해볼 필요가 있다. 그러나 자동 등록이 과도한 수요를 몰고 올 수 있어 현재 인력 상황에서는 대응이 어렵다는 현장 의견도 있으므로 인력에 대한 검토가 우선되어야 할 것이다.

셋째, 다문화가정에 대한 맞춤형 지원이 필요하다. 영양플러스 사업에서 볼 때 식문화와 양육방식이 다른 이주배경 가정의 경우 특히 영유아의 건강한 성장을 위

해서는 여러 차원의 지원과 계도가 필요한데, 필수적인 교육매체인 영상자료가 번역이 안 되어 있어 제공에 한계가 있다. 상담에서의 통역 서비스와 더불어 관련 자료의 충분한 번역 사업을 진행하여 다문화가정의 건강형평성 확보에 도움을 줄 수 있는 사업의 취지가 성취될 수 있어야 할 것이다.

넷째, 건강형평성의 문제는 하나의 건강증진 지원사업으로 이루어지기 보다는 여러 관련 사업과 서비스들의 연계가 효과적이고 효율적으로 구축되어야 성공된 결과를 이룰 수 있다. 생애초기 건강관리사업은 보편사업이고 영양플러스 사업은 취약계층 사업이지만 두 사업간 긴밀한 연계로 대상자를 누락 없이 지원할 수 있게 하는 등 상호 협력이 필요하다. 뿐만 아니라 아동의 발달을 통합 지원하는 목적을 지닌 드림스타트에서도 건강과 영양의 측면에서 다른 두 사업의 지원이 제대로 효과를 보고 있는지, 추가적 지원이 필요한 부분은 없는지에 대한 종합적인 평가의 과정을 수행할 수 있을 것이다. 현장 담당자들이 이 외에도 발달지원센터, 아동센터, 청소년센터 등 지역 내 관련 기관과 자원들이 서로 연계해서 영유아 및 아동의 사회, 심리적 건강과 발달 또한 함께 지원될 수 있는 체계가 필요하다고 강조한 점 또한 놓치지 말아야 할 정책 시사점이다.

3. 영유아 발달 및 건강요인에 미치는 부모 영향요인 분석

3절에서는 영유아 건강증진에서 중요한 중개요인인 부모요인과 아동의 건강 및 발달 요인간의 관계를 확인하기 위해서 2023년 아동종합실태조사 데이터를 활용하여, 영유아 발달 및 건강요인에 미치는 영향요인을 분석하였다.

가. 분석 대상 변수

종속변수인 아동의 발달 및 건강요인으로 0-2세 발달(인지발달, 언어발달, 사회성발달), 3-5세 발달(인지발달, 언어발달, 사회성발달), 건강검진 여부, 치과검진 여부, 부모가 평가하는 아동의 주관적 건강상태를 활용하였다.

독립변수는 더미화가 가능한 변수는 더미변수로 변환하여 사용하였는데, 먼저 사회구조적 변수는 지역규모, 교육수준, 소득수준, 직업유무인데, 소득수준을 제외

하고 나머지 변수는 더미화변수로 변환하여 분석하였다.

부모요인 변수는 보호자의 우울, 임신 중 건강행동1(음주), 임신 중 건강행동2(흡연), 임신 전 건강행동3(합병증), 임신 중 건강행동4(대사이상)이며, 임신 중 건강행동도 더미변수로 변환 후 분석에 사용하였다. 보호자의 우울은 긍정적인 문항과 부정적인 문항이 혼재되어 있어 긍정적인 문항을 역코딩하여 점수를 더한 후 평균을 산출하여 사용하였다.

양육태도 변수는 부모효능감, 양육스트레스 훈육방식이다. 부모효능감과 양육스트레스는 연속변수로 점수가 클수록 각각 효능감과 스트레스가 큰 것으로 해석된다. 훈육방식은 5가지로 구분되어 있는데, 신체적 체벌, 벌세우기, 말로 야단치기, 장남감 등 제한하기, 칭찬과 보상으로 구분하고 있으며, 점수가 높을수록 해당 훈육방식을 많이 사용하는 것으로 해석된다.

부모의 영유아 건강관련 태도는 모든 변수를 더미화하여 분석하였다. TV 시청 주중/주말, 스마트폰 사용시간 주중과 주말, 독서 주중과 주말, 안전수칙(조그만 물건 가지고 놀기, 카시트, 위험한 물질 안전하게 보관)으로 구성하였다.

〈표 V-3-1〉 발달과 건강에 영향을 미치는 영향요인 분석 변수구성

구분	변수명	변수 내용
종속변수	인지발달(0-2세) 언어발달(0-2세) 사회성발달(0-2세) 인지발달(3-5세) 언어발달(3-5세) 사회성발달(3-5세)	각 월령별 발달문항을 더한 후 평균냄
	건강검진 여부 치과검진 여부	건강검진 함=1, 검진하지 않음=0 치과검진 함=1, 검진하지 않음=0
	부모가 평가하는 아동의 주관적 건강상태 ¹⁾	단일문항(5점 리커트 척도)
독립변수 :사회구조적변수	지역규모	도시=1, 농어촌=2
	교육수준	전문대졸이상=1, 고졸이하=0
	소득수준	1. 중위소득 50% 미만 2. 중위소득 50-100%미만 3. 중위소득 100-150%미만 4. 중위소득 150% 미만 5. 무응답(결측치 처리)
	직업유무	취업=1, 미취업=0

구분	변수명	변수 내용
독립변수 : 부모요인	보호자의 우울	연속변수
	임신중 건강행동1	임신중 건강행동(음주=1, 비음주=0)
	임신중 건강행동2	임신중 건강행동(흡연=1, 비흡연=0)
	임신중 건강행동3	임신중 건강행동(합병증 있음=1, 합병증 없음=0)
	임신중 건강행동4	임신중 건강행동(대사이상검사 했음=1, 대사이상검사 하지 않음=0)
독립변수 : 양육태도	부모효능감	연속변수
	양육스트레스	연속변수
	훈육방식(신체적 체벌) ²⁾	1. 거의 사용하지 않는다 2. 별로 사용하지 않는다 3. 자주 사용한다 4. 매우 자주 사용한다
	훈육방식(벌세우기) ²⁾	
	훈육방식(말로 야단치기) ²⁾	
	훈육방식(장난감 등 제한하기) ²⁾	
	훈육방식(칭찬과 보상) ²⁾	
독립변수 : 건강관련 태도	tv 시청(주중 시청=1)	시청함=1 시청하지 않음=0
	tv 시청(주말시청=1)	시청함=1 시청하지 않음=0
	스마트폰 등 사용(주중사용=1)	사용함=1 사용하지 않음=0
	스마트폰 등 사용(주말)사용=1	사용함=1 사용하지 않음=0
	독서(주중읽기=1)	읽음=1 읽지 않음=0
	독서(주말읽기=2)	읽음=1 읽지 않음=0
	안전수칙1	조그만 물건 가지고 놀게 함=1 조그만 물건 가지고 놀게하지 않음=0
	안전수칙2	카시트 사용함=1 카시트 사용안함=0
	안전수칙3	위험한 물질 안전하게 보관함=1 위험한 물질 안전하게 보관하지 않음=0

주: 1) 아동의 주관적 건강상태가 좋지 않을수록 점수가 높게 코딩되어, 해석의 편의를 위해 역코딩하여 사용함.

2) 훈육방식은 역코딩하여 분석하였음.

나. 분석 방법

사회구조적 변수, 부모요인, 양육태도, 건강관련 태도가 아동의 발달과 건강에 미치는 영향을 분석하기 위해 다항회귀분석을 실시하였다. 종속변수인 아동의 발달은 0-2세, 3-5세 연령별로 인지발달, 언어발달, 사회성발달로 구분하여 분석하였고, 건강 관련 종속변수는 건강검진 여부, 치과검진 여부를 건강의 결과로 보고 분석하였으며, 부모의 아동에 대한 주관적 건강 평가는 역코딩하여 분석하였다.

다. 분석 결과

사회구조적 변수, 부모요인, 양육태도, 건강관련 태도가 아동의 발달과 건강에 미치는 영향을 분석한 결과는 다음과 같다. 분석결과표에는 비표준화계수와 유의도 검정 결과를 제시하였다.

먼저, 종속변수 0-2세 아동의 발달에 영향을 미치는 영향요인을 분석한 결과, 부모요인에서는 유의미한 결과가 나타나지 않았다. 양육태도에서는 양육스트레스가 낮을수록 인지발달, 언어발달, 사회성발달에 긍정적 영향을 유의미하게 미치는 것으로 나타났다. 훈육방식에서도 신체적 체벌을 많이 하지 않을수록 0-2세 인지발달에 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 건강관련 태도는 0-2세 발달에 유의미한 영향을 미치는 변수가 없었다.

〈표 V-3-2〉 0-2세 발달에 영향을 미치는 영향요인

구분		인지발달 0-2세	언어발달 0-2세	사회성발달0-2세
사회구조적 변수	지역규모(대도시=1)	0.384	0.227	0.359
	교육수준(전문대졸이상=1)	0.487	1.821***	0.854
	소득수준	0.342	0.013	0.171
	직업유무(취직=1)	0.633	1.577***	1.221***
	상수	18.067***	16.739***	17.566***
	N=372			
부모요인	보호자의 우울	0.092	.0456	.0786
	임신중 건강행동(음주=1)	3.604	-1.385	3.586
	임신중 건강행동(흡연=1)	-4.117	-3.492	-1.766
	임신중 건강행동(합병증=1)	-0.394	-1.810	-0.255
	임신중 건강행동(대사이상검사=1)	0.364	0.4292	0.402
	상수	18.743***	18.557***	18.4994***
	N=297			
양육태도	부모효능감	0.040	0.113	0.018
	양육스트레스	-.0757**	-0.074**	-.062*
	훈육방식(신체적체벌)	-1.993*	-1.543	-1.681
	훈육방식(벌세우기)	0.648	1.105	0.862
	훈육방식(말로 야단치기)	0.247	0.054	0.237
	훈육방식(장난감 등 제한하기)	0.201	.0751	0.531
	훈육방식(칭찬과 보상)	-.077	-0.073	0.049
	상수	21.650***	17.917***	20.232***
	N=372			

구분		인지발달 0-2세	언어발달 0-2세	사회성발달0-2세
건강관련 태도	tv 시청(주중시청=1)	-.350	0.2331	0.152
	tv 시청시간(주말시청=1)	-	-	-
	스마트폰 등 사용시간(주중사용=1)	-1.182	-0.46295	0 .802
	스마트폰 등 사용시간(주말)사용=1	0.586	-0.13933	-1.595
	책읽는 시간(주중읽기=1)	-0.941	-3.1529	-2.677
	책읽는 시간(주말읽기=2)	1.221	4.7141	3.734
	안전수칙1(조그만 물건 가지고 놀기=1)	-0.281	0.12017	0.350
	안전수칙2(카시트 사용=1)	-0.306	0.50417	-.829
	안전수칙3 (위험한 물질 안전하게 보관=1)	-0.0388	0.9176	0.561
	상수	20.541***	16.5481***	19.075***
N=362				

주: -는 통계분포 특성상 유의도 검증이 적절하지 않음을 의미함.

다음으로 종속변수 3-5세 아동의 발달에 영향을 미치는 영향요인을 분석한 결과, 사회구조적 변인에서는 교육수준이 높을수록 취업을 한 경우에 발달에 긍정적인 영향을 유의미하게 미치는 것으로 도출되었다. 부모요인은 3-5세 발달에 유의미한 영향 변수가 없었다. 양육태도에서는 부모효능감이 높을수록 3-5세 인지발달과 사회성발달에 유의미한 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 양육스트레스는 0-2세 발달과 마찬가지로 양육스트레스가 낮을수록 3-5세 인지발달, 언어발달, 사회성발달에 유의미한 영향을 미쳤다. 건강관련 태도에서는 조그만 물건을 가지고 놀게 할수록 발달에 긍정적 영향이 미친다고 결과는 나타났으나, 안전상 위험도가 높아지므로 해석 시 주의가 필요하다.

〈표 V-3-3〉 3-5세 발달에 영향을 미치는 영향요인

구분		인지발달3-5세	언어발달3-5세	사회성발달3-5세
사회구조적 변수	지역규모(대도시=1)	0.970	0.653	0.948
	교육수준(전문대졸이상=1)	1.159**	1.219**	0 .888*
	소득수준	0.225	0.927	0.7128
	직업유무(취직=1)	0.893**	0.335**	0.221*
	상수	16.564***	16.097**	16.016
N=859				
부모요인	보호자의 우울	-0.009	-0.012	-0.009
	임신 중 건강행동(음주=1)	-1.083	1.460	-0.500
	임신 중 건강행동(흡연=1)	-4.559	-8.916	-3.044
	임신 중 건강행동(합병증=1)	2.175	1.970	1.790
	임신 중 건강행동(대사이상검사=1)	0.313	-0.180	0.012
	상수	19.396***	19.257***	18.689***
N=652				

구분		인지발달3-5세	언어발달3-5세	사회성발달3-5세
양육태도	부모효능감	0.103*	0.0736	0.125**
	양육스트레스	-0.093***	-0.097***	-0.0841***
	훈육방식(신체적 처벌)	-0.334	-0.369	0.245
	훈육방식(벌세우기)	0.218	0.119	-0.489
	훈육방식(말로 야단치기)	0.353	0.121	0.213
	훈육방식(장난감 등 제한하기)	0.348	0.447	0.288
	훈육방식(칭찬과 보상)	-0.1583	-0.196	0.083
	상수	17.611***	18.823***	15.859***
	N=859			
건강관련 태도	tv 시청(주중 시청=1)	-0.476	-0.0813	-0.17624
	tv 시청시간(주말시청=1)	-	-	-
	스마트폰 등 사용시간(주중사용=1)	-0.292	-0.9980	-0.529
	스마트폰 등 사용시간(주말)사용=1	0.212	1.218	0.495
	책읽는 시간(주중읽기=1)	1.173	1.403	1.370
	책읽는 시간(주말읽기=2)	-0.205	-1.400	-0.743
	안전수칙1(조그만 물건 가지고 놀기=1)	1.893***	1.708***	1.482***
	안전수칙2(카세트 사용=1)	0.426	0.089	0.103
	안전수칙3(위험한물질 안전하게 보관=1)	-0.832	-0.383	-0.610
	상수	18.997***	18.978***	18.310***
	N=806			

주: 1) 아동의 주관적 건강상태가 좋지 않을수록 점수가 높게 코딩되어, 해석의 편의를 위해 역코딩하여 사용함.

2) 훈육방식은 역코딩하여 분석하였음.

3) -는 통계분포 특성상 유의도 검증이 적절하지 않음을 의미함.

두 번째 종속변수 건강에 영향을 미치는 영향요인을 분석한 결과는 다음과 같다.

부모가 평가한 주관적 아동 건강상태는 사회구조적 변수에서는 지역규모가 농촌 일수록, 교육수준이 높을수록, 소득수준이 높을수록 아동 건강상태를 긍정적으로 평가하였다. 부모요인에서는 보호자의 우울수준이 낮을수록, 임신 중 흡연을 하지 않을수록, 합병증이 없을수록 아동의 건강상태를 긍정적으로 평가하였다.

양육태도로는 부모효능감이 높을수록, 양육스트레스가 낮을수록, 칭찬과 보상 훈육방식을 많이 사용할수록 아동의 주관적 건강상태를 긍정적으로 평가하였다.

다음으로 건강검진 여부에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 그 결과, 사회구조적 변수는 교육수준이 높을수록, 소득수준이 높을수록 아동의 건강검진을 하는 비율이 높아졌다. 부모요인과 건강관련 태도에서는 유의미한 영향을 미치는 변수가

없었다. 양육태도에서는 양육스트레스가 적을수록, 칭찬과 보상의 훈육방식을 많이 할수록 아동의 건강검진 비율이 높아졌다. 건강관련 태도에서는 주중에 TV시청을 안할수록, 카시트를 사용하는 안전수칙을 지킬수록 아동의 주관적 건강상태를 긍정적으로 평가하였다.

치과검진 여부에 영향을 미치는 영향요인은 사회구조적 변수에서는 교육수준이 높고 소득수준이 높을수록 아동의 치과검진도 많이 받는 것으로 나타났다. 부모요인은 영향을 미치는 변수가 없었다. 양육태도에서는 부모효능감이 높고 양육스트레스가 적을수록 치과검진을 많이 받는 것으로 분석되었다. 훈육방식은 좀 더 엄격하게 말로 야단치거나 장남감 등을 제한하는 방식과 칭찬과 보상을 많이 하는 훈육방식을 적게 가질수록 치과검진도 적게 하는 것으로 나타났다.

〈표 V-3-4〉 건강에 영향을 미치는 영향요인

구분		주관적 아동건강상태	건강검진	치과검진
사회구조적 변수	지역규모(대도시=1)	-0.102**	-0.008	-0.039
	교육수준(전문대졸이상=1)	0.123***	0.052***	0.032**
	소득수준	0.064***	0.001**	0.014**
	직업유무(취직=1)	0.014	-0.032	0.015
	상수	4.126***	0.794***	0.784***
	N=5,753			
부모요인	보호자의 우울	-0.027***	-0.001	-0.001
	임신 중 건강행동(음주=1)	0.119	-0.116	-0.158
	임신 중 건강행동(흡연=1)	-0.521**	0.10507529	0.035
	임신 중 건강행동(합병증=1)	-0.174*	0.054	-0.052
	임신 중 건강행동(대사이상검사=1)	0.070***	0.001	0.002
	상수	4.671***	0.824***	0.842**
	N=4,415			
양육태도	부모 효능감	0.007**	0.001	0.006***
	양육스트레스	-0.017***	-0.002*	-0.002**
	훈육방식(신체적 체벌)	0.006	0.004	-0.002
	훈육방식(벌세우기)	0.013	-0.012	0.001
	훈육방식(말로 야단치기)	-0.021	0.010	0.024***
	훈육방식(장남감 등 제한하기)	-0.017	0.012	0.045***
	훈육방식(칭찬과 보상)	-0.019*	-0.017**	-0.011**
	상수	4.598***	0.813***	0.569***
	N=5,733			

구분		주관적 아동건강상태	건강검진	치과검진
건강관련 태도	tv 시청(주중시청=1)	-0.090*	-0.018	0.158***
	tv 시청시간(주말시청=1)	-	-	-
	스마트폰 등 사용시간(주중사용=1)	-0.058	-0.017	-0.036
	스마트폰 등 사용시간(주말)사용=1	0.022	0.017	0.129*
	책읽는 시간(주중읽기=1)	-0.007	0.034	0.192*
	책읽는 시간(주말읽기=2)	0.069	0.083	-0.019
	안전수칙1(조그만 물건 가지고 놀기=1)	0.069	0.021	0.127***
	안전수칙2(카세트 사용=1)	0.187**	0.060	-0.054
	안전수칙3 (위험한 물질 안전하게 보관=1)	-0.072	-0.009	-0.059
	상수	4.254***	0.707***	0.436***
		N=1,521		

주: -는 통계분포 특성상 유의도 검증이 적절하지 않음을 의미함.

라. 소결

이러한 실증분석 결과를 토대로 도출한 정책적 시사점은 다음과 같다.

첫째, 사회구조적 변수에서 교육수준과 소득수준은 아동의 발달과 건강에 유의미한 영향을 미치는 공통 변수로 나타났다. 계층 간 격차가 주로 교육수준과 소득수준으로 구분된다는 점을 고려할 때 아동의 발달과 건강에 계층 간 격차가 나타나고 있으므로 격차를 줄일 수 있는 정책적 대안이 필요할 것으로 보인다.

두 번째, 보호자의 우울은 아동의 발달과 건강에 영향을 미치는 유의미한 영향 변수이다. 특히, 영유아 시기 부모의 우울증 같은 경우가 발달과 건강에 영향을 미칠 수 있다는 점에서 이에 대한 정책적 지원이 좀 더 강화될 필요가 있다고 볼 수 있다.

세 번째, 부모효능감과 양육스트레스는 아동의 발달과 건강에 영향을 미치는 양육 요인이다. 양육스트레스는 0-2세 발달, 3-5세 발달, 아동의 건강에 거의 대부분 영향을 미치는 요인으로 분석되었다. 이에 부모효능감은 키워주고 양육스트레스는 줄여줄 수 있는 정책적 지원이 필요할 것이다. 특히, 독박육아가 많아지는 현대의 양육환경에서는 부모효능감을 키우고 양육스트레스를 줄이는 것이 개인의 책임을 넘어서 국가의 지원이 필요한 영역이라 사료된다.

VI

영유아 건강형평성 제고를 위한 정책방안

- 01 주요 결과 요약
- 02 영유아 건강증진 정책방향
- 03 세부 정책과제 제안

VI. 영유아 건강형평성 제고를 위한 정책방안

본 장에서는 5장까지 다룬 연구내용들을 종합하고 이를 바탕으로 한 영유아 건강형평성 고려 정책과 건강증진을 위한 기본방향과 세부과제들을 제시하였다. 주요 결과는 각 장에서 진행한 문헌연구, 2차 자료분석, 해외출장, 협동연구, 심층면담, 설문조사 등을 통한 다양한 연구방법별 주요 연구내용을 바탕으로 하였다.

1. 주요 결과 요약

가. 산모·영유아 건강지원 정책 및 한국영유아의 건강현황

1) 영유아 건강지원 정책에서의 건강형평성 고려

중앙정부에서 지원하는 산모·영유아 대상 건강지원 정책은 국민건강증진 종합계획, 산모·영유아 건강증진 정책과 산모·영유아 대상 모자보건 정책으로 나누어 정리하였고, 각각의 사업은 모두에게 지원되는 보편서비스, 특정 취약계층에게 예방을 목적으로 지원되는 추가서비스, 이미 위험요소가 있는 집단에게 전문적인 서비스를 제공하기 위한 전문서비스로 구분된다. 각 영역별 사업과 사업별 지원 대상 구분은 다음과 같다.

아토피·천식 예방관리 및 영유아 사전 예방적 건강관리처럼 특정영역에서 지원이 필요한 내용을 제외하고, 영유아 건강검진, 예방접종 및 임신부 철분제 지원 등 기본적 건강관리에 있어 필수적인 사업은 보편지원이 이루어지고 있으며, 모든 사람에게 혜택을 제공할 수 있다. 하지만, 영양플러스, 기저귀 조제분유 지원사업 등 건강불평등이 우려되는 집단에 대해 일정 소득분위 이하의 가구에 추가적인 지원을 제공하고 있다.

훈련받은 간호사 및 사회복지사가 가정을 방문하여 영유아의 건강 및 산모의 양육자로서의 준비를 도와주는 생애초기 건강관리사업의 경우 보편지원으로 분류되어 있지만 현재 모든 보건소에서 실시되고 있지 않아, 지역적으로 보편지원이 되도

록 할 필요가 있다. 건강형평성 측면에서 소득기준만으로 취약계층을 규정할 수 없으며, 취약계층을 대상으로 하는 건강증진 사업 등을 통해 추가지원을 해줌으로써, 건강형평성 노력을 제공한다. 현재 대부분의 정책이 수요자가 신청을 해야 지원을 받을 수 있는 구조이므로, 신청할 여력이 없을 정도로 취약할 경우 지원받지 못하는 문제가 있어, 모두가 필수적으로 제공받게 하는 보편지원을 통해 찾아오지 않는 취약계층을 파악할 수 있도록 할 필요가 있다.

〈표 VI-1-1〉 산모·영유아 건강관련 정책 정리

영역	사업명	세부사업	구분
건강증진정책	영양 사업	- 영양플러스 사업	추가지원
		- 임신부·영유아 영양 관리 사업	보편·추가지원
		- 어린이집·유치원 기반 영양 관리 사업	보편·추가지원
		- 다문화가족 영양 관리 사업	보편·추가지원
	비만 예방 관리	- 경제적·사회적으로 취약한 계층에 대한 선택적 개입을 강조	추가지원
	아토피·천식 예방관리		전문지원
	구강보건사업	- 어린이집·유치원 대상 구강보건교육 - 영유아 건강검진 시 구강보건 지도 - 올바른 칫솔질 교육 및 불소 도포	보편지원
모자보건정책	여성·어린이 특화사업	- 임신부 등록 관리 - 산모 건강관리/ 엽산제 지원 - 산후우울증 관리 - 보건소 모유수유클리닉 운영	보편지원
	유아 흡연 위해 예방사업		보편지원
	어린이 국가 예방접종 지원사업		보편지원
	영유아 건강검진 사업		보편지원
	생애초기 건강관리 시범사업		보편지원
	저소득층 기저귀·조제분유 지원사업		추가지원
	산모·신생아 건강관리 지원사업		추가지원
	의료급여 수급권자 영유아 건강검진비 지원		추가지원
	영유아 사전 예방적 건강관리	- 선천성 대사 이상검사 및 환아 관리 지원 - 선천성 난청검사 및 보청기 지원 - 미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원	전문지원
	취학 전 아동 실명 예방사업		전문지원

2) 2차 데이터 분석을 통해 살펴본 한국영유아 건강현황

먼저, OECD 국제지표와의 비교에서 나타난 한국영유아의 건강현황을 OECD 영아사망률, 저체중 출생아 비율, 예방접종률, 모유수유율, 비의도적 사고 사망률

등의 주요 지표 중심으로 살펴보았을 때, 영아사망률은 1,000명당 2.3명으로 OECD평균인 1,000명당 4.1명보다 낮고, 예방접종률은 DPT 97.5%, 홍역 약 98.0%로 OECD 평균보다 높게 나타나 현재 결과가 좋은 지표로 나타났다.

하지만, 저체중 출생아 비율은 2020년 기준 OECD 평균 6.3%보다 다소 높은 6.8%로 나타났고, 가장 최근 데이터인 2023년에는 저체중 출생아 비율 7.62%로 연도별 비율이 높아지고 있다. 또한 영유아 비의도적 사고 사망률은 2019년 기준 10만 명당 12.6명으로, 높은 편으로 나타나 주의가 필요한 상태이다. 2019년도 기준 영유아 비의도적 손상은 추락, 화상 등에 의한 원인이 많았고, 주거시설에서 가장 많은 비의도적 손상이 일어났다. 영유아 생활안전사고에서는 넘어짐/부딪침 사고가 42.5%, 낙상이 25.4%를 차지하였고, 남아가 60%, 1세 영아가 25%를 차지하여, 특정 원인, 성별, 연령에서 두드러진 경향성을 보여 건강검진, 예방접종 등의 발달상태, 질병예방에 대한 예방뿐만 아니라, 안전사고에 대한 주의의 필요성을 영유아 양육자를 대상으로 지속적으로 심어줄 필요가 있다.

영유아 건강검진도 수검자수 비율이 낮아짐과 동시에 발달검사, 신체검진에서 추적검사 요망 비율은 높아지고 있어 영유아 전체 인구에 대해 이루어지고 있는 영유아 건강검진을 통한 지속적인 모니터링이 필요하다.

나. 부모의 영유아 자녀 건강관련 인식 및 요구사항

1) 영유아 건강권 및 부모의 영향에 대한 인식

영유아 자녀를 둔 부모를 대상으로 영유아자녀의 건강에 대한 건강권 및 부모의 영향에 대해 질문한 결과, 아동의 건강권, 부모가 자녀의 건강권을 위한 노력 책임에 대한 인식은 높게 나타났다.

80% 이상의 영유아 부모가 부모의 소득수준, 교육수준, 거주지의 주변 환경 등이 영유아의 건강에 미친다고 생각하였으며 특히 교통 및 보건의료시설 접근성, 안전시설 등의 주변 환경이 영유아의 건강에 미치는 영향을 크게 인식하고 있었다.

부모 교육수준이 높을수록 대도시 살수록, 가구소득이 높을수록 이러한 영향을 더 크게 느끼는 것으로 나타났고, 부모의 사회경제적지위로 인해 의료이용, 영양, 건강관련 지원혜택, 신체활동 정도에도 영향을 미친다고 생각하는 경향이 있었다.

이러한 영유아 및 아동의 건강권을 보장에 장애가 되는 요인을 1, 2순위로 질문한 결과 1, 2순위를 합산하여 경제적 요소가 63.2%로 가장 높게 나타났고, 의료서비스의 지역적 불균형 및 접근성 문제가 51.8%로 높게 나타났다.

2) 영유아 건강에 대해 우려하는 영역 및 부모교육 요구 영역

다양한 영유아 건강에 대한 영역 중 부모가 가장 우려하고 있는 영역은 자녀 연령별로 차이가 있었는데 자녀의 건강에 대한 우려 중 미디어 노출에 대한 우려와 먹지 않거나 편식에 대한 걱정이 공통적으로 컸으며, 0-2세 영아의 경우 부주의로 인한 잦은 신체손상, 잦은 병치레에 대한 걱정도 크게 나타났다.

영유아 건강증진을 위한 노력으로는 중요도만큼 높게 실천하고 있는 항목은 건강검진, 예방접종이었고, 중요도에 비해 실천하지 못하고 있는 것은 정신건강 및 스트레스 해소노력, 미디어 노출제한, 건강관련 부모교육 참여 등이었다.

영유아 건강관리 교육 경험은 50% 정도 경험이 있었고, 주로 소아과나 산후조리원에서 이루어져, 중요한 교육 공간으로 보인다. 하지만 이 경우도 소득수준이 높은 경우 교육경험이 높아, 고려해볼 필요가 있다. 교육받은 세부 내용으로는 발달단계 위생안전 질병예방 영양, 식생활 등에 대해 높게 받았으며, 희망하는 정보는 질병예방 식생활, 미디어 조절관련, 위생안전 순으로 나타나 전반적으로 영유아의 미디어조절에 대한 우려와 걱정이 매우 큰 것으로 보이며, 그 외에 정신건강 해소에 대해서도 중요하게 인식하고 있음을 알 수 있었다.

3) 선호하는 영유아 건강증진 서비스 장소 및 내용

보건소에서 제공하는 영유아 건강관련 서비스에 대한 이용관심도에서 예방접종 건강검진 다음으로 구강보건사업, 영양사업, 신체활동 지원에 대한 관심이 높았다. 영유아 부모가 받고 싶어 하는 건강관리 관련 서비스로는 영유아 자녀 발달진단 기회 제공이 가장 높았고, 영유아의 건강상태를 체크하는 가정방문 프로그램, 영유아 식생활 및 편식예방 프로그램 상담 등 순으로 나타났으며, 영유아건강 지원사업의 신청확대 방법으로 가장 적합한 장소 및 방법은 보건소가 가장 높게 나타났고, 다음으로 보육교육기관, 소아과 및 병원으로 나타났다.

다. 영유아 건강형평성 정책 사업담당자 경험 및 요구

1) 생애초기 건강관리사업의 사업내용 및 어려움

생애초기 건강관리사업은 서울시 아기첫걸음 사업을 시작으로 시범사업을 거쳐 2020년 전국 시행된 건강형평성 제고를 위한 비례 보편주의 제도의 대표적인 사업이다. 간호사와 사회복지사가 출산한 임산부에게 양육코칭, 영아의 건강관리를 위해 가정방문을 하는 사업으로 예산 및 인력수급 등의 문제로 모든 지자체에서 시행하고 있지 않아 지역 간 격차가 발생하고 있다.

기본지원은 보편적 사업으로 시행이 되고 있는 지자체에서는 누구나 지원가능하고, 산모의 우울, 저소득, 양육에 취약할 수 있는 가족력 등 위험요인 점수에 따라 지속관리 대상이 되어 2년까지 방문 지원을 받을 수 있다.

본 연구의 영유아 건강불평등 대표지표에 포함되어 있는 생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수와 서비스 도달률을 보았을 때, 서울, 울산, 경상북도, 전라남도가 도달률 기준 20% 이상으로 높은 반면, 광주, 대전, 인천, 강원특별자치도, 대구, 경기도 등은 5% 이하의 도달률로 지역간 차이를 보였다.

가정방문 간호사, 사회복지사의 전문적 역량이 필요한 사업인 만큼 양성과정이 길고 체계적이며, 채용 후 교육이 가능하여, 휴직 등 결원이 생겼을 경우 충원이 쉽지 않고, 지자체의 예산상황에 따라 사회복지사가 없는 경우도 많아, 지자체의 인식변화와 지원이 필요한 상황이다.

2) 영양플러스 사업의 사업내용 및 어려움

영양플러스 사업의 경우 국비, 도비, 군비의 매칭으로 이루어지는 사업으로, 지자체마다 영유아 수, 대상자 수 등에 따라 지원가능한 대상자 모두가 지원을 받는 지역도 있는 반면, 대상자 대비 예산이 부족해 소득기준을 낮추거나 대기자가 긴 지역 또한 발생하고 있다. 대상자 선정에 건강보험료 기준으로 하여 고소득가구가 육아휴직을 할 경우 건강보험료 산정이 되지 않아 수혜대상이 되는 등의 문제가 있어 영양플러스사업 선정에 있어 모니터링 및 보완이 필요하다.

3) 드림스타트의 사업내용 및 어려움

드림스타트는 12세 이하의 취약계층 아동 대상으로 지원하는 사업으로, 2024년 기준 영유아의 비율 3.3%, 유아 17.5%로 20% 정도로 적은 편이다. 하지만 취약계층 지원에서 영유아시기의 발달과 건강에 대한 지원의 중요성을 고려할 때, 대상 발굴 방법 등에서 임신부 및 영유아시기 지원에 대한 고민이 필요하다.

4) 다양한 사업연계를 통한 영유아 가정 지원 효과 증대

영유아 건강형평성 서비스 중 영양플러스, 생애초기건강관리사업, 드림스타트 등 개별관리를 통한 서비스를 통해서도 각각의 사업에서 제공하는 내용뿐만 아니라, 주민센터와 지역사회 양육지원 서비스를 연계해 줌으로써 상대적으로 취약한 가구에게 다양한 지원을 받을 수 있도록 도움을 주는 역할을 하고 있었다.

라. 영유아 건강불평등 모니터링 최종 대표지표 및 분석결과

1) 영유아 건강불평등 모니터링 최종 대표지표

본 연구에서 한국건강형평성학회와의 협동연구로 진행한 영유아 건강불평등 모니터링 지표개발에서 문헌연구 및 두 차례의 델파이 조사를 거쳐, 영유아 건강불평등 모니터링 최종지표로 다음의 최종지표가 선정되었다.

〈표 VI-1-2〉 영유아 건강불평등 모니터링 대표지표

대분류	중분류	소분류	세분류	지표
사회 구조요인	사회·공 공정책	출산·양육 및 아동 정책	출산 및 육아휴직 제도	출산휴가 및 육아휴직 소득지급률
	사회경제 적 위치	양육자 소득	양육자 절대 빈곤	영유아 빈곤율
중개 요인	가정	종합지수	아동 결핍지수	영유아 결핍 경험률
		주거환경	주거 빈곤	영유아 주택 및 주거환경 박탈률
		폭력 및 갈등	폭력	가정폭력 발생률 및 신고율
				학대피해아동 발견율
				영유아 방치, 방임 및 신체·정서 학대율
		양육자의 양육행태	양육 역량과 방식	양육자-영유아 상호작용 행동 점수

대분류	중분류	소분류	세분류	지표
		산모 또는 양육자의 건강과 건강행태	산모 또는 양육자의 건강행태	임신 중 흡연율
				임신 중 음주율
			산모 또는 양육자의 정신건강	산후우울감 경험률
				양육 스트레스 점수
	보건의료 서비스	건강증진 서비스	생애초기건강관리 사업	주양육자 우울 경험률
		예방접종	영유아 예방접종	생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수
		건강검진	영유아 건강검진	생애초기 건강관리사업 서비스 도달률
발달과 건강	발달	0~5세 발달	0~2세 발달검사결과	영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률
			3~5세 발달검사결과	영유아 건강검진율
		건강행태	영유아 건강행태	
	건강	건강수준	영유아 정신건강	영양섭취부족아 비율
		유병	질병 또는 장애 유병	에너지·지방 과잉섭취자 비율
			손상 유병	영양섭취부족아 비율
		사망원인별 사망	성별 연령별 사망원인별 사망	영유아 만성질환 유병률
				영유아 활동제약률
				손상·중독으로 인한 응급실 이용률
				영유아 사망률

2) 최종 대표지표별 건강불평등 전반적 분석결과

최종 선정된 대표지표를 OECD 통계, 가계금융복지조사, 아동실태조사, 가정 폭력실태조사, 아동학대 주요통계, 영유아 교육보육패널, 산후조리 실태조사, 국민건강영양조사, 사망원인통계 등 다양한 자료원을 활용하여, 영유아구분, 지역, 부모소득, 교육수준, 한부모여부, 다문화여부, 수급여부 등 다양한 사회구조적 요인에 대해 차이를 분석하였고, 각 지표에 유의미한 차이를 준 영향변수를 제시하였다.

〈표 VI-1-3〉 영유아 건강불평등 모니터링 최종지표에 따른 영향변수 정리

대분류	지표 번호	지표	지표별 주요 영향 변수
사회 구조 요인	1-1	출산휴가 및 육아휴직 소득지급률	국가별 격차
	1-2	영유아 빈곤율	가구주 교육수준, 직업, 한부모여부
중개 요인	2-1	영유아 결핍 경험률	수급여부, 부 교육수준, 모 교육수준, 한부모여부
	2-2	영유아 주택 및 주거환경 박탈률	수급여부
	2-3	가정폭력 발생률 및 신고율	사례수 부족으로 분석불가
	2-4	학대피해아동 발견율	지역간 격차
	2-5	영유아 방치, 방임 및 신체·정서 학대율	1)방임율: 지역(중소도시에서 낮음), 부 교육수준(전문대졸) 2)신체학대율: 부 교육수준(전문대졸) 3)정서학대율: 수급여부, 부 교육수준(전문대졸),
	2-6	양육자-영유아 상호작용 행동 점수	소득(1분위만), 부 교육수준
	2-7	임신 중 흡연율	사례수 부족으로 분석불가
	2-8	임신 중 음주율	사례수 부족으로 분석불가
	2-9	산후우울감 경험률	모 교육수준(대졸이상이 높음), 모 직업
	2-10	양육 스트레스 점수	수급여부, 한부모여부
	2-11	주양육자 우울 경험률	수급여부, 한부모여부
	2-12	생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수	지역
	2-13	생애초기 건강관리사업 서비스 도달률	지역
	2-14	영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률	지역
	2-15	영유아 건강검진율	지역, 수급여부, 부모 교육수준
발달과 건강	3-1	0~2세 인지·언어·사회성 발달 미달률	1)인지: 농여촌거주, 부모 교육수준, 다문화여부 2)언어: 농여촌거주, 부모 교육수준 3)사회성: 농여촌거주
	3-2	3~5세 인지·언어·사회성 발달 미달률	1)인지: 수급여부, 한부모여부 2)언어: 모 교육수준 3)사회성: -
	3-3	영양섭취부족아 분율	소득수준
	3-4	에너지·지방 과잉섭취자 분율	소득수준
	3-5	내재화·외현화 문제행동률	1)내재화: 소득수준 2)외현화: -
	3-6	영유아 만성질환 유병률	-
	3-7	영유아 활동제약률	수급여부
	3-8	손상·중독으로 인한 응급실 이용률	사례수 부족으로 분석불가
	3-9	영유아 사망률	-

주: -는 유의미한 차이가 없음을 뜻함.

3) 최종 대표지표 중 지역별 건강불평등 분석결과

또한, 영유아 건강 모니터링에서 가장 대표적인 지표인 영아사망률과 모든 영유아를 대상으로 시행되고 있고, 양육자의 정책 실천비율도 가장 높은 영유아 검진과 필수 예방접종은 본 연구에서 진행한 ‘영유아 건강불평등 모니터링을 위한 지표’에서 대표지표로 선정이 되었고, 이에 지역별, 기타 집단별 불평등여부 분석을 실시한 바 있다. 그 결과 지역별 차이가 나타난 부 본 연구에서 영유아 건강불평등 모니터링 대표지표 분석에서 필수 예방접종 완전접종률, 건강검진 수검률, 영아사망률을 지역별로 비교해 보았을 때, 다음의 표에서 나타나는 것처럼 지역별 차이를 보였다.

〈표 VI-1-4〉 영유아 건강불평등 모니터링 최종지표 중 지역격차 현황

구분	낮은 지역	높은 지역
예방접종 완전접종률	광주광역시(-4.3%p), 전라남도, 부산광역시, 경상남도, 강원특별자치도, 서울특별시, 전북특별자치도	세종특별자치시(2.1%p), 제주특별자치도, 충청남도, 인천광역시, 충청북도, 경기도, 울산광역시
건강검진 수검률	전라남도(-22.4%p), 충청북도, 전북특별자치도, 서울특별시	제주특별자치도(+11.7%p), 충청남도, 강원특별자치도, 세종특별자치시 등
영아사망률	서울특별시(-8.5%p), 세종특별자치시, 전북특별자치도, 울산광역시,	충청북도(+10.2%p), 대구광역시, 강원특별자치도, 전라남도

주: 1) 긍정적 결과를 음영으로 표시함.

2) 본 연구에서 해당 그림 참고하여 작성함([그림 IV-4-17] 시도별 3세 유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률, [그림 IV-4-18] 시도별 영유아 건강검진율, [그림 IV-4-32] 시도별 영유아 사망률)

2. 영유아 건강증진 정책방향

이러한 연구 결과를 바탕으로 본 연구에서는 네 가지의 기본방향을 제시하고 세부 정책과제를 제시하고자 한다.

첫째, 건강 형평성 인식 제고 및 사회결정요인의 영향에 대한 이해와 함께 현재 국민건강증진계획에서 모니터링하고 있는 성과지표 중 영유아 건강을 위해 관리해야 할 지표에 대한 개선이 필요하다.

둘째, 영유아 건강증진을 위해 누구나 접근 가능한 보편비례적 서비스 마련이 필요하다.

셋째, 영유아 건강불평등 모니터링체계를 마련하고 이를 위한 데이터수집 체계와 활용을 바탕으로 한 정책수립의 순환적 체계가 마련되어야 한다.

넷째, 유아 자녀의 건강요인에 대한 결정자로서의 영유아 건강정보 격차를 없애고 부모역량 강화를 위한 시스템이 마련되어야 한다.

기본방향 1: 건강형평성 정책실현을 위한 영유아시기 건강중요성 인식 제고
기본방향 2: 보편비례적 서비스 접근성 강화
기본방향 3: 영유아 건강불평등 모니터링 체계 마련
기본방향 4: 영유아 자녀의 건강요인 결정자로서의 부모역량 강화

3. 세부 정책과제 제안

네 가지 기본방향에 대해 세부 정책과제를 다음과 같이 제안하였다.

[그림 VI-3-1] 영유아 건강증진을 위한 정책기본방향과 세부 정책과제

기본 방향	세부 정책과제
기본방향 1. 건강형평성 정책실현을 위한 영유아 건강형평성 인식 제고	세부과제 1-1. 증거기반 데이터 제공을 통한 영유아 건강형평성 사회적 인식 제고 세부과제 1-2. 국민건강증진계획 2030 에서의 영유아건강 지표 개선
기본방향 2. 보편비례적 서비스 접근성 강화	세부과제 2-1. 임신·출산부터 이어지는 보편적 서비스 기조 전달체계마련(신청주의 제도개선) 세부과제 2-2. 기존 영유아 대상 건강사업을 활용한 보편비례적 서비스 활성화 방안
기본방향 3. 영유아 건강불평등 모니터링 체계 마련	세부과제 3-1. 한국형 영유아 건강불평등 모니터링 지표 활용 세부과제 3-2. 국가주도 데이터 활용을 위한 단기적, 중장기적 로드맵 제시
기본방향 4. 영유아 자녀의 건강요인 결정자로서의 부모역량 강화	세부과제 4-1. 부모 역량강화를 위한 영유아 건강관리 부모 교육 제공 세부과제 4-2. 부모 정보격차 완화를 위한 건강정보제공체계 마련

가. 건강형평성 정책실현을 위한 영유아 건강형평성 인식제고

1) 증거기반 데이터 제공을 통한 영유아 건강형평성 사회적 인식 제고

건강형평성 정책의 가장 큰 목적은 피할 수 없는 사회구조적 요인에 의한 건강불

평등을 해소하는 것이다. 이를 위해서는 체계적으로 수집되고 분석된 데이터를 바탕으로 사회구조적 요인에 대한 건강불평등 현황파악이 필요하다. 건강형평성 정책 실현을 위해서는 영유아 대상 부모를 포함한 대국민의 건강형평성에 대한 인식제고가 필요하며 건강격차 요인에 의한 자원 분배필요성에 대한 인식 또한 필요하다.

이를 위해서는 실제 지역이나 소득수준 등에 따른 건강격차가 나타난다는 건강불평등에 대한 인식을 가질 필요가 있으며, 연구결과에 따르면 건강형평성 측면에서 상대적으로 유리한 사회구조적 조건(고학력, 고소득, 대도시 거주 등)을 가진 부모의 경우 건강형평성에 대한 인식이 더 높았으며, 불리한 상황의 부모는 인식이 낮은 경향이 있었다. 이에 부모의 행동에 따라 영유아 자녀의 건강습관 및 실제 건강에 영향을 줄 수 있으므로, 이에 대한 영향력에 대한 인식부터 제고할 필요가 있다.

2) 영유아 건강불평등 모니터링을 위한 HP 2030 성과지표 보완

： 영유아 건강 및 발달 현황과 중개요인을 포함하고, 건강형평성 지표 보완

현재 HP 2030 영유아 대상특성별 지표에서는 대표지표이자 건강형평성 지표가 영아사망률 지표밖에 없다는 한계와 함께 영유아 건강에 영향을 미치는 중개요인에 대한 고려가 없었던 한계가 존재한다. 본 연구를 통해 도출된 영유아 건강불평등 모니터링 지표 산출결과를 바탕으로 소득 및 지역 차이 등 건강에 있어 사회구조적요인에 의해 차이를 보이는 중개요인에 대해 HP 2030 성과지표에 포함할 것을 제안한다. 제안하는 지표와 각 지표를 통해 지속적으로 파악해야할 건강불평등 격차 기준, 또한 본 연구에서 각 지표를 산출한 자료원은 다음과 같다(〈표 VI-3-1〉).

〈표 VI-3-1〉 HP2030 영유아 성과지표의 건강형평성 지표 제안

구분	성과지표	건강 형평성 지표	자료원
환경요인	영유아 결핍 경험률	소득차	아동종합실태조사(2023)
	영유아 주택 및 주거환경 박탈률	소득차	아동종합실태조사(2023)
부모요인	양육자-영유아 상호작용 행동 점수	소득차	영유아 교육·보육패널(2023)
	양육 스트레스 점수	소득차	아동종합실태조사(2023)
	주양육자 우울 경험률	소득차	아동종합실태조사(2023)

구분	성과지표	건강 형평성 지표	자료원
영유아 예방접종 및 검진서비스	영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률	지역차	전국 어린이 예방접종률 현황(2024)
	영유아 건강검진율	지역, 소득차	아동종합실태조사(2023)
발달 및 건강	영유아 사망률	지역차	사망원인통계(2021~2023)
	0~2세 인지·언어·사회성 발달 미달률	지역차	아동종합실태조사(2023)
	3~5세 인지·언어·사회성 발달 미달률	소득차	아동종합실태조사(2023)
	내재화·외현화 문제행동률	소득차	영유아 교육·보육패널(2023)
	영양섭취부족아 비율	소득차	국민건강영양조사(2019~2023)
	에너지·지방 과잉섭취자 비율	소득차	국민건강영양조사(2019~2023)

먼저, 영유아 건강불평등 모니터링 지표 중 ‘영유아 결핍경험률’과 ‘영유아 주택 및 주거환경 박탈률’은 영유아의 양육환경에 영향을 주는 요인이며, 수급여부에 따라 차이가 나는 요인으로 소득격차에 따른 차이를 모니터링할 필요가 있다.

‘양육자-영유아 상호작용’ 및 ‘양육 스트레스’, ‘주양육자 우울경험률’은 부모요인으로, 가구소득 및 수급여부 등 소득에 따라 영향을 받는 중개요인으로 도출되어 소득상위분위와 하위분위 간에 차이를 모니터링할 필요가 있다.

또한 영유아의 건강을 예방하고 검진할 수 있는 영유아 예방접종과 영유아 건강검진은 0-5세 모든 영유아를 대상으로 무료 지원되고 있어, ‘국가필수 예방접종 완전접종률’ 및 ‘영유아 건강검진율’에 대한 모니터링이 필요하며, 본 연구 지표 산출결과에 따르면 지역차가 있기 때문에 지역간 예방접종률과 건강검진 수검율에 지역차이가 없도록 을 모니터링할 필요가 있다. 본 연구의 2장 4절 [그림 II-4-13]에서 살펴보면 영유아 건강검진 수검률은 2021년 87.1%에서 2023년 76.7%로 연도별로 떨어지고 있는 추세이므로 지속적으로 모든 영유아가 건강검진수검을 할 수 있도록 모니터링할 필요가 있다. 또한 건강불평등 분석을 실시한 본 연구의 4장 4절 <표 IV-4-20>에서는 지역과 가구의 수급여부에 따라 건강검진율에 차이를 보이고 있어, 지역과 소득수준간 격차를 HP2030 영유아 건강의 성과지표로 설정하고 모니터링 할 필요가 있다.

그리고 영유아 발달과 건강 영역 지표로 포함된 지표 중 ‘0-2세 인지·언어·사회성 발달 미달률’, ‘3-5세 인지·언어·사회성 발달 미달률’, ‘내재화·외현화 문제행

동물’, ‘영양섭취부족아 분율’, ‘에너지·지방 과잉섭취자 분율’은 영유아의 발달과 건강을 나타낼 수 있는 중요한 지표이며, 지표에 따라 지역 또는 소득에 따른 차이를 나타냄으로써, 지역 및 소득수준에 따른 차이를 형평성 지표로 살펴볼 필요가 있다. 0-2세의 경우 인지, 언어, 사회성 모두 놓여준 거주자의 경우 발달 미달률이 높았고, 3-5세의 경우 인지 발달 등에서 수급여부에 따른 차이가 있었다.

본 연구 2장 4절 〈표 II-4-7〉 연도별 영유아 건강검진 발달평가결과 비율 추이(2015-2023)에서 살펴본 결과 추적검사요망 및 심화평가권고, 지속관리 필요 비율은 세부연도의 차이가 있으나 2015년 이후 지속적으로 높아지는 추세를 보이고 있다. 특히 2018년부터는 추적검사요망의 비율이 10% 안팎으로 지속되고 있는 상황으로, 국민건강증진계획 2030 성과지표에 영유아시기의 건강 및 발달 결과와 이에 영향을 주는 중개요인 내용을 포함하여, 지표 결과의 적정 수준과 건강형평성 지표로서 지역별, 소득별 격차를 줄일 수 있도록 모니터링할 필요가 있다.

나. 보편비례적 서비스 접근성 강화

1) 임신·출산부터 이어지는 보편적 서비스 기초 전달체계마련

가) 영유아 대상의 건강사업 ‘신청주의’ 지원방식에 개선이 필요

현재 우리나라 중앙정부 및 지방정부에서 제공되는 영유아 건강을 위한 서비스는 지원방식에 다소 차이가 있으나 기본적으로 부모의 등록과 신청을 기본으로 하고 있다. 따라서 서비스가 필요한 상황이지만 정보를 알지 못해 신청하지 못하거나, 서비스를 신청할 의지조차 없는 열악한 환경으로 인해 반드시 지원과 도움이 필요한 가정이 미신청되어 서비스 대상에서 제외되는 경우가 발생하고 있다. 특히 영유아 대상 서비스의 경우 출산으로 인한 등록 단계를 활용하여 영유아 대상을 파악하고 보편적 지원이 가능하도록 할 수 있다.

영국의 사례를 살펴보면, 임신 확정시 주치의를 통해 조산사(midwife)에게 직접 연계가 되고, 이를 통해 임신·출산 시 필요한 서비스 및 영유아 시기에 지원받을 수 있는 정보를 얻는 경로가 확보된다. 이러한 등록을 통해 출산 가정에는 누구나 신청이 없이도 건강방문사의 가정방문을 받는다.

하지만 현재 우리나라의 경우 생애초기 건강관리사업 등의 가정방문 서비스도 보

건소에 임신부 등록이 된 임신부를 대상으로 신청에 의해 진행되고 있는데, 보건소의 임신부 등록 또한 신청에 의해 이루어지고 있다. 하지만 이러한 신청방식이 아닌 출산을 통해 파악되는 대상모두에게 보편적지원을 제공한 창구마련이 필요하다.

즉, 임신·출산 시 임신·출산진료비 지급을 받기 위한 국민건강보험공단 등록 시 보건소에 자동등록이 되도록 하여, 보편적 서비스 체계를 마련할 필요가 있다. 이처럼 출산 시 누구나 생애초기 건강사업을 통해 자녀 출산 시 8주 이내 1회 가정방문을 기본적으로 받도록 하여, 이러한 보편지원을 바탕으로 신청하지 않아도 모든 사람이 기본 지원을 받도록 하여, 사각지대에 있는 취약가구를 포함하여 위험요인이 있는 대상을 선별하여 추가지원을 할 수 있는 바탕이 된다.

나) 다문화 가정에 대한 맞춤 지원 필요

의료이용, 가정방문지원 신청 및 진행절차 등에서 정보측면, 언어측면 등 여러 방면에서 서비스 접근에 어려움이 있다. 특히, 영유아의 건강한 성장을 위한 지원 서비스에서 식문화, 양육문화 등의 차이가 있는 이주배경 가정에 대한 영상자료를 통한 교육을 제공할 수 있다. 또한 1:1 방문상담에서의 통역이 필요한 경우, 매번 해당언어의 통역자 동행이 어려울 수 있음을 감안하여, AI 통역 어플리케이션 활용을 위한 기기 지원 등의 방안이 필요하다.

2) 기존 영유아 대상 건강사업을 활용한 보편비례적 서비스 활성화 방안

가) 보편적 서비스인 생애초기 건강관리사업의 전국 확대의 필요성⁷⁹⁾

생애초기 건강관리사업은 소득수준에 관계없이 누구나 받을 수 있는 보편적 서비스이며, 현재 모자보건법에는 생애초기 건강관리사업을 시행할 수 있는 근거가 마련되어 있지만, 전국의 240여개 시군구 중에서 1/3 가량의 기초자치단체에서만 사업이 진행되고 있어, 실질적으로 전국 단위의 보편적 서비스라 하기 어려운 상황이다.

많은 나라에서 아동학대 방지와 모자 건강관리를 위해 보편적 가정방문 서비스를 제도화해왔고, 우리나라도 영유아 건강관리 및 양육환경 개선을 위한 국가 책임을

79) 보건복지위원회(2025.2) 모자보건법 일부개정법률안 검토보고, 임신부·영유아·미숙아 등에 대한 보편적 가정방문사업 실시. 백혜련의원 대표발의(의안번호 제6548호).

을 다하고 영유아 대상 건강형평성 사업을 수행하기 위해서 모자보건법 일부개정법률안이 발의되었다. <표 VI-3-2>과 같은 모자보건법 일부개정법률안은 임신부·영유아·미숙아 등에 대하여 정기적 건강진단·예방접종·가정방문을 통한 관리 서비스를 실질적 보편적 서비스로 역할을 할 수 있게 하기 위한 것으로, 이를 위해서는 연간 약 350억원(국고 50%, 지방비 50%) 이상의 예산이 필요할 것으로 추산되어, 사업 전문 인력보완에 대한 지방정부의 충분한 인식과 재정지원이 필요하다.

현재 생애초기 건강지원사업의 경우 시행하고 있는 기초자치단체의 수도 70여 개에 지나지 않고, 위험요인 점수에 따라 지속지원에 해당하는 가구를 지원하기 위해 필요한 인력인 사회복지사의 채용이 이루어지지 않은 기초자치단체도 현재 시행하는 지자체 수의 1/2 정도에 달하는 상황이다. 생애초기 건강지원사업의 경우 국비:시도:시군구 5:2.5:2.5의 비율로 예산을 투입하여 진행하는 사업으로 전국시행을 위해서는 모든 지방자치단체에서 사업의 중요성을 인식하고, 인건비 확보 등 예산 투입 노력이 필요하다.

<표 VI-3-2> 보편적 가정방문사업 실시에 대한 모자보건법 일부개정법률안(백혜련의원 대표발의)

현행	개정안
제10조(임산부·영유아·미숙아등의 건강관리 등) ① 국가와 지방자치 단체는 임신부·영유아·미숙아 등에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 건강진단·예방접종을 실시하거나 모자보건전문가(의사·한의사·조산사·간호사의 면허를 받은 사람 또는 간호조무사의 자격을 인정받은 사람으로서 모자보건사업에 종사하는 사람을 말한다)에게 그 가정을 방문하여 보건진료를 하게 하는 등 보건관리에 필요한 조치를 하여야 한다.	제10조(임산부·영유아·미숙아등의 건강관리 등) ① 국가와 지방자치 단체는 모든 임신부·영유아·미숙아등에 대하여 다음 각 호의 사업을 실시하여야 한다.
<신 설> <신 설> <신 설>	1. 정기적 건강진단 2. 예방접종 3. 모자보건전문가(의사·한의사·조산사·간호사의 면허를 받은 사람 또는 간호조무사의 자격을 인정받은 사람으로서 모자보건사업에 종사하는 사람을 말한다)가 가정을 방문하여 실시하는 보건진료 4. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사업
<신 설> ② (생 략) <신 설>	② (현행과 같음) ③ 제1항에 따른 사업의 구체적 인 실시 방법 등은 대통령령으로 정한다.

자료: 보건복지위원회(2025.2.) 모자보건법 일부개정법률안 검토보고, 임신부·영유아·미숙아 등에 대한 보편적 가정방문사업 실시, 백혜련의원 대표발의(의안번호 제6548호), pp. 2-3.

나) 생애초기 건강관리사업의 인력보완 시스템 마련

생애초기 건강관리사업은 가정방문의 지속적인 서비스를 보장하기 위하여 가정 방문 간호사 및 사회복지사를 고용한 후 약 2년 가까이 되는 교육프로세스가 시작된다. 물론 사업에 참여하면서 교육이 지속되긴 하나, 보건소 소속 채용이 된 후 교육이 가능하며, 인력 양성이 사전에 이루어질 수 없는 구조이기 때문에, 기존 인력이 불가피한 이유로 빠질 경우 대체인력 수급이 어려운 문제가 있으며, 이러한 경우 서비스 제공 가능한 인력에 맞추어 지원 대상 수를 줄여 진행하는 등의 어려움이 생기는 상황이다. 따라서 이러한 경우를 대비하여, 보건소 사업단위인 기초지자체 단위가 아닌 광역지자체 단위로 인력풀을 구성하여, 풀 내에서 인력파견이 가능하도록 하는 시스템 마련을 제안한다.

영양플러스 사업의 경우에도 지역마다 예산이 줄어들어, 지원가능한 소득분위 기준을 조절하는 등 지원 대상을 줄이고 있는 상황이다. 또한, 드림스타트의 경우에도 취약계층 대상 사례발굴을 통한 사례관리 사업이므로, 1:1 방문을 통한 지원을 바탕으로 하고 있어, 담당전문자격을 가진 전문가 인력수급이 필수적이다.

다) 영양플러스 사업의 지원 대상 확대 필요

영양플러스 사업은 중위소득 60% 또는 80% 이하 가구의 임산부 및 영유아 대상으로 지원하고 있는데, 지자체의 예산 공급 상황에 따라 소득기준 등이 다르게 적용되어 지자체 상황에 따라 다르게 적용되고 있는 상황이다.

사업수혜 대상자 수를 살펴보면 영유아수도 줄어들고 있긴 하지만 2012년의 영양플러스 사업수혜 대상자수 9만 1천명정도에서 2023년에는 6만 1천명정도로 그 규모가 2/3정도 줄어든 것을 알 수 있다. 영양플러스 사업 담당자 심층면담 등을 통해서 확인한 결과 통합건강증진사업으로 다양한 건강증진사업이 진행되고 있고, 영유아수도 감소하고 있어 영유아와 산모가 지원 대상인 영양플러스 사업대상이 줄어들고 있는 상황을 파악하였다. 하지만, 지자체에 따라서는 여전히 대기가 많아 현재 기준의 지원대상자도 지원을 받지 못하고 있는 상황도 있어, 지자체별 영양플러스 지원대상수를 파악하고 그 수요에 맞는 사업공급을 할 수 있도록 지역별로 사업진행을 모니터링할 필요가 있다.

또한, 재신청기간 포함하여 최대 3년까지 지원받을 수 있는데, 영유아를 대상으

로 하는 사업이니만큼 영유아기 이후, 초등학교 이후에 지원연계가 보장되지 않는 상황이어서, 초등학교의 경우 학교 급식 등의 서비스로 이어지고 있으나, 가정에서의 영양제공이 충분히 될 수 있도록 지원기간 이후에도 영양공급 및 초기지원의 효과가 잘 이루어지고 있는지 사후관리가 필요하다.

라) 보편지원과 추가지원간의 연계 및 협력 강화

신청주의로 인해 보편지원에 사각지대가 발생하는 신청주의의 문제점 등 같은 대상으로 하는 여러 사업이 분절적으로 이루어지고 있는 문제를 해결하기 위해서는 현재 진행되는 보편지원과 지원이 추가적으로 필요한 대상에게 추가지원을 하는 사업 간연계와 협력을 강화할 필요가 있다.

먼저 앞서 제안한 출산한 가구라면 누구나 보편지원을 통해 영유아 가구 전체에 대해 가정방문 1회를 통한 영유아건강지원 전반에 대한 설명을 제공하고, 이를 통해 추가적 도움이 필요한 케이스를 발굴할 필요가 있고, 추가지원사업을 지원하면서도 보편적 지원을 모두 제공 받고 있는지 등을 확인할 수 있는 행정적 체계마련이 필요하다. 그 예로 취약계층 아동에게 통합지원을 목적으로 하는 드림스타트에 서도 건강과 영양의 측면에서 영양플러스 또는 생애초기 지원사업에서 지원하는 서비스들을 제공받고 있는지 확인할 수 있고, 추가적 지원이 필요한 부분은 없는지에 대한 종합적인 평가의 과정을 수행할 수 있을 것이다. 현장 담당자들이 이 외에도 각 지자체에서 제공하는 발달지원, 가사지원, 부모에 대한 심리상담지원 등 지역 내 관련 기관과 자원들을 연계하여 지원될 수 있도록 해야 한다.

다. 영유아 건강불평등 모니터링 체계마련

1) 영유아 건강불평등 모니터링 지표 활용

본 연구에서는 사회구조적요인, 중개요인, 발달 및 건강요인으로 구성된 26개의 영유아 건강불평등 모니터링 지표를 개발하고 지표를 현재 가용한 데이터를 통해 분석하여 영유아 건강불평등 모니터링 지표에 따른 결과를 산출하였다.

이렇게 개발된 영유아 건강불평등 모니터링 지표가 활용되기 위해서는 다음의 단계가 필요하다.

(1단계) 지속적 모니터링 필요성 공유 및 주관기간 선정

영유아 건강형평성 인식개선을 통해 영유아 시기의 건강의 전생애 건강에 미치는 중요성을 공유하고 영유아시기의 건강불평등 모니터링에 대한 합의가 필요하다. 또한 영유아 시기의 데이터와 건강관리에 대한 역할을 동시에 해야하기 때문에 보건복지부와 연계하여 육아정책연구소에서 수집하고 있는 패널 데이터를 포함하여 영유아 건강데이터를 수집하고, 모니터링할 수 있다.

(2단계) 영유아 건강데이터를 분석할 수 있는 자료원 확보

현재 가용한 예방접종데이터, 영유아 건강검진데이터를 통해 예방접종 완료비율, 영유아검진 수검율 등을 파악하되, HP2030 지표에서 부모소득, 거주지역, 가구 유형별(한부모/양부모 및 다문화가정 여부 등)로 불평등을 분석할 수 있다.

(3단계) 영유아 건강불평등 모니터링 정기적 실시 및 발표

영유아 건강불평등 모니터링을 지속적으로 진행할 수 있기 위해서는 주기적 분석과 팩트시트 등의 발표를 통해서 앞서 영유아 건강형평성이 영유아 성과지표가 보완된 HP 2030 성과지표에 따라 유지되고 있는지 등을 확인하고 발표할 필요가 있다.

(4단계) 영유아 건강불평등 모니터링 결과를 통해 건강정책 및 아동정책에 반영

위에서 제시한 영유아 건강불평등 모니터링 지표를 ‘영아사망률’의 단일지표가 아닌, 사회적 결정요인, 부모요인, 건강요인, 발달, 영양상태 등을 반영한 다차원적인 영유아 건강불평등 모니터링 지표를 활용하여, 지역별 격차비교를 실시하여, 영유아 건강정책 및 아동정책 수립의 기반으로 작용할 필요가 있다.

[그림 VI-3-2] 영유아기 불평등 지표 활용 절차

모니터링 기관선정	데이터 자료원 확보	모니터링 실시	모니터링 결과활용
- 영유아 건강관련 데이터 수집·연계 가능한 기관선정	- 지표측정할 수 있는 데이터원 확보 - 대표성 있는 데이터를 위한 대상 및 조사방식 필요	- 데이터를 활용하여 형평성요인별 주기적 분석 실시 - 건강불평등 요인 파악	- 분석결과 주기적 발표 및 정책활용 - HP2030 영유아기 집단 성과지표로 관리

2) 국가주도 데이터 활용을 위한 단기적, 중장기적 로드맵 제시

가) 영유아 건강불평등 모니터링 지표를 관리하는 센터 마련

국가 주도의 건강지표 데이터 수집과 공유, 활용을 위해 영국의 Fingertips⁸⁰⁾와 같은 보건복지부 산하 건강불평등 모니터링 데이터 관리센터의 마련이 필요하다.

정부의 건강형평성 정책의 기초를 위해 데이터를 통합하는 컨트롤타워에서 수집된 데이터를 바탕으로 지역 간의 편차를 줄일 수 있도록 지역 간 차이가 나는 지표들을 모니터링하고, 지역별로 필요한 영역에 대한 지원을 제시할 수 있다.

집단 간의 건강불평등은 측정 가능하기 때문에 건강불평등의 실태 파악을 통하여 변화를 추적할 수 있는 건강불평등 모니터링 작업이 필요하며, 건강불평등이 일어나는 지점을 파악하여, 정책적 지원을 통해 개입함으로써 격차를 완화할 수 있으며, 결과적으로 건강형평성 제고를 달성할 수 있을 것이다. 이를 위해 건강불평등 모니터링이 지속적으로 필요하다.

나) 영유아 건강불평등 모니터링 데이터 수집을 위한 향후 방안 및 활용

영유아검진 중 발달검사는 부모보고식 응답을 기본으로 하고 있어 그 정확도에 대한 보완이 필요하다. 영유아의 경우 보육교육기관(3~5세 유아의 경우 기관 이용률이 90% 가까이 됨)에서 교사가 정기적으로 발달 및 건강 체크를 하도록 하여, 교사 보고형 발달평가를 실시하고 표준화하여 데이터화 할 수 있도록 할 필요가 있다. 또한 생애초기 건강지원사업이 보다 보편화되고 활성화된다면 가정방문기록 보유가 가능할 수 있다.

본 연구에서 제시한 영유아 불평등 모니터링 대표지표에 대해 지역별 데이터 수집을 통해 시군구 단위로 지역격차, 소득격차를 비교하여 지속적으로 모니터링할 필요가 있고, 이를 통해 정부지원 보건사업 예산 분배 및 지역별로 취약한 부분에 대해 우선 지원될 수 있도록 하여, 건강지역 격차 해소에 기여할 필요가 있다.

80) 영국 Fingertips는 중앙정부(OHID: Office of Health Inequity Department)가 NHS와 교육 및 복지 행정자료를 모아 표준화하여 제공하는 정부산하 데이터센터임.

다) 영유아 건강불평등 모니터링을 위한 데이터 통합 필요

영유아 건강불평등 모니터링을 위해서는 데이터 기반 정책수립의 기초 마련을 위해 영유아 건강을 위한 종합적 데이터 통합이 필요하다. 먼저, 임신·출산 데이터, 예방접종 시스템, 영유아 건강검진 등의 보건의료 데이터가 가능할 것이고, 일부 지자체에 제한되지만 생애초기 건강관리사업에서의 가정방문 데이터, 아동수당, 기초생활, 주거급여 등 행정자료를 수집하여 통합될 필요가 있다.

라. 영유아 자녀의 건강요인에 대한 결정자로서의 부모역량 강화

1) 부모 역량강화를 위한 영유아 건강관리 부모교육 제공

영유아기에 형성되는 생활습관 및 건강관련 조절능력은 양육자에 의한 도움에서 시작하여 점차 스스로 형성해가는 과정이다. 영유아기에는 건강관련 행동을 스스로 선택하고 책임질 수 없고, 양육자의 결정에 의해 좌우된다. 특히 예방접종, 건강검진 이수 등의 예방적 건강행동뿐 아니라, 기본생활에서 이루어지는 위생적인 환경제공, 적절한 영양섭취 및 신체활동, 미디어활동, 안전한 환경 제시 등은 부모 및 양육자의 의지와 노력에 따라 달라질 수 있으며, 양육자가 영유아의 건강요인에 대한 결정자로서의 부모역량 강화는 중요한 부분이다. 영유아의 의지로 영양, 신체활동, 미디어 활동을 선택한다고 해도 이를 조절하고 지원해 줄 책임은 부모에게 있음을 인지할 필요가 있으며, 이를 위해서는 부모의 영유아 발달에 대한 이해가 바탕이 되어야 한다. 기본적으로 자녀의 수면, 미디어 노출, 신체활동, 영양, 기본습관 영역에 대한 이해가 필요하며, 부모 요구조사에서는 부모가 실천을 어려워하는 영역으로 정신건강 및 스트레스 해소 노력, 미디어 노출 제한, 건강관련 부모교육 참여 등이 나타나, 이에 대한 부모교육 또한 필요하다.

2) 부모 정보격차 완화를 위한 건강정보 제공체계 마련

본 연구에서의 부모조사 결과 소득수준, 교육수준 등에 따라 부모의 부모교육 수준 및 정보 수준에 차이가 있는 것을 발견하였다. 영유아 건강증진의 최종적인 행동주체는 주로 부모 양육자이므로 임신출산과정에서 산모가 방문하는 접점을 통

하여 영유아 부모를 대상으로 출산초기부터 알아야 할 영유아 건강정보를 제공할 필요가 있다. 지자체의 예산 여건에 따라 혜택을 받지 못할 수도 있기 때문에 영양플러스 및 생애초기 건강사업에서 지원하는 영양정보 및 양육정보의 온라인 버전을 건강취약계층 중심으로 제공할 필요가 있다. 보건소, 주민센터, 육아종합지원센터, 건강생활지원센터 등 다양한 접점에서 영유아시기부터 영양공급, 신체활동, 수면습관, 안전환경 제공을 통한 손상예방, 미디어노출 조절 등 기본적 건강상식에 대한 정보를 제공받을 수 있도록 체계를 마련하고, 드림스타트 등의 사례관리 프로그램을 통해서도 통합된 건강정보를 제공할 수 있다.

[그림 VI-3-3] 영유아 건강관리에 대한 부모 역량강화를 위한 방안

분류	세부내용
영유아기 건강형평성 인식제고 방법	- 영유아 건강형평성 모니터링 결과 발표를 통한 증거기반 데이터 주기적 제공
영유아기 건강관련 부모교육 내용	- 수면, 미디어 노출, 신체활동, 영양, 기본습관 영역 - 영유아 마음건강, 미디어시간 조절방법 등
영유아기 건강관련 부모교육 경로	- 보건소, 육아종합지원센터, 영유아 교육보육 기관에서의 부모교육 통한 건강형평성 교육
영유아기 양육자 간 정보격차 완화 방안	- 정보제공에 있어서도 보편비례적 원칙이 적용되도록, 임신출산시 기본적 정보를 제공하고, 영양 및 환경이 열악한 출산가구를 대상으로 건강정보 제공 - 정보취약계층을 대상으로 한 온라인 및 모바일 부모교육 플랫폼 마련



참고문헌

- 각 시·도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년) 시행결과 및 3차년도(2025년) 시행계획.
- 강영호(2007). 건강 불평등 연구의 역사적 발전. 예방의학회지, 40(6), 422-430.
- 강영호(2019). 지역간 건강 격차와 지역 내 건강 격차. 한국보건행정학회 학술대회 논문집, 2019(1).
- 강영호·정최경희·조성현·조흥준·김명희·김관욱·김유미·김지연·손우승·윤태호·이병관·이지윤·이한이·전경자(2012). 서울시 건강 격차 해소를 위한 보건정책 방안 연구보고서. 울산대학교 산학협력단. 서울특별시.
- 강원도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획. 강원도.
- 강은정(2007). 흡연, 음주, 신체활동을 사용한 한국 성인의 건강행태 군집의 분류. 한국보건사회연구, 27(2), 44-66.
- 광주광역시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획. 광주광역시.
- 경기도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획. 경기도.
- 경상남도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획. 경상남도.
- 경상북도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획. 경상북도.
- 국민건강보험(2023). 2023건강검진통계연보. 국민건강보험공단.
- 국정기획위원회(2025). 이재명정부 국정운영 5개년 계획(안). 국정기획위원회.
- 권미경·이정원·이재희·엄지원·윤소정·이소영·황선영(2022). 영유아·임산부 건강 지원사업 사업평가 및 발전방안. 육아정책연구소.
- 권순만·손미아·이은주·조성일·조영태·구미진·김윤희·오주환·정해주·박민정·윤진원·이준혁·정연(2007). 건강형평성 관련 성과지표개발 연구. 서울대학

교 보건대학원 건강증진사업지원단. 보건복지부.

김동진(2017). 지역 간 건강불평등 해소를 위한 영국의 대응 정책 분석과 함의 고찰. 보건복지포럼, 2017(9), 71-85.

김동진(2018). 영국의 지역 단위 박탈 수준 측정 현황과 활용. 국제사회보장리뷰, 2018(여름), 108-119.

김동진·김명희·김유미·기명·윤태호·정혜주·채수미·최지희(2015). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제: 건강불평등 완화를 위한 전략. 한국보건사회연구원.

김동진·이소영·기명·김명희·김승섭·김유미·윤태호·장숙량·정최경희·채희란·이정아(2013). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제. 한국보건사회연구원.

김동진·정연·김명희·정최경희·최지희·배정은·서상희·하랑경(2019). 국민의 건강 수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 사업개발-아동기 건강불평등. 한국보건사회연구원.

김명희·전경자·서상희(2011). 아동기의 건강불평등: 사회적 결정요인을 중심으로. 보건복지포럼, 2011(6), 32-44.

김은지·이상정·유해미·강민정·최진희·김수정·박미진·김나영·유민상·박미선 외(2024). 가족·아동 국제비교지표 산출방안 연구(II): OECD Family Database 지표 보완 및 한국 상황 점검. 경제인문사회연구회.

김자연·이정원·조혜주(2022). 산모·신생아 건강관리 지원사업 개선 및 활성화 방안: 서비스 인력 관리를 중심으로. 육아정책연구소.

김창엽(2016). 공중보건정책과 건강 형평성. 보건행정학회지, 26(4), 256-264.

김혜련(2009). 건강형평성에서 건강행태의 함의와 정책과제. 보건복지포럼, 36-47.

대구광역시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획. 대구광역시.

대전광역시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획. 대전광역시.

박은정·유해미·조혜주·김연진·서효진·정은희(2024). 육아정책의 발전적 로드맵 제시를 위한 현금급여 제도 발전방안 연구. 육아정책연구.

보건복지부(2022). 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내. 보건복지부.

보건복지부·한국보건사회연구원(2024a). 통계로 보는 사회보장 2023. 보건복지부·한국보건사회연구원.

- 보건복지부·한국보건사회연구원(2024b). OECD Health Statistics 2024. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 보건복지부(2024). 2024 건강검진 사업안내. 보건복지부.
- 보건복지부(2024. 11. 28.). 행복한 출발을 위한 동행, 드림스타트 보도자료.
- 보건복지부(2025a). 2025 모자보건사업 안내. 보건복지부.
- 보건복지부(2025b). 2025 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내. 보건복지부.
- 보건복지부(2025c). 2025년 건강검진 사업 안내. 보건복지부.
- 보건복지부(2025d). 2025년도 드림스타트 사업안내. 보건복지부·아동권리보장원.
- 보건복지부(2025e). 2025년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요. 보건복지부.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2022). 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030, 2021-2030). 한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2024a). 2024년 건강생활지원센터사업 운영 우수사례집. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2024b). 2024 생애초기 건강관리 사업안내. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025a). 2025 생애초기 건강관리 사업안내. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025b). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 구강보건. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025c). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 비만예방관리. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025d). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 신체활동. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025e). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 아토피·천식 예방. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025f). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 여성·어린이가 특화. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025g). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안

- 내: 영양. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025h). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안
내: 총괄. 보건복지부·한국건강증진개발원.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2025i). 제8기 지역보건의료계획 2차년도 시행
결과 및 3차년도 시행계획 수립 지침.
- 부산광역시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년
도(2025년)시행계획. 부산광역시.
- 서영민(2018). 영국 아동건강가정방문서비스의 현황과 과제. 국제사회보장리뷰,
2018(여름), 136-141.
- 서울특별시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년
도(2025년)시행계획. 서울특별시.
- 설셋별·이혜원·이경숙·김명식(2017). 영유아 영양물 과다노출이 영유아의 일반
발달과 정서·사회 행동에 미치는 영향, 영유아아동정신건강연구, 10(1),
45-58.
- 세종특별자치시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3
차년도(2025년)시행계획. 세종특별자치시.
- 소방청(2023). 영유아 생활안전사고 저감 대책. 소방청.
- 신영전·윤태호·김명희(2009). 건강불평등 완화를 위한 건강증진 전략 및 사업개
발: 건강형평사업 매뉴얼, 한양대학교 산학협력단 건강증진사업지원단. 보
건복지가족부.
- 신해은·김선자·오경원(2023). 2021-2022년 우리나라 아동의(만5세, 12세) 구강
건강 현황. 건강주제별 요약통계. 국민건강통계플러스, 질병관리청.
- 오민정·김윤진·이정규·이유현·탁영진·황혜림·이승훈(2017). 한국인 35세 이상
여성에서 소득계층과 건강행태: 제6기 1차년도 국민건강영양조사(2013).
대한임상건강증진학회, 17(1), 20-30.
- 우경지·김혜진·김윤정·오경원(2024). 우리나라 구강건강수준 추이(2013- 2022):
HP2030 성과 지표 중심으로. 건강주제별 요약통계. 국민건강통계플러스,
질병관리청.
- 아동권리위원회(2005). 유아기에서의 아동권리의 이행. 유엔아동권리협약 일반논
평, 제7호, 국가인권위원회. <https://uhr.humanrights.go.kr/pub/uh>

rstdd/473

- 윤이나·이지혜·윤성하·오경원(2024). 나트륨 섭취현황. 건강주제별 요약통계. 국민건강통계플러스, 질병관리청.
- 윤태호(2013). 건강형평 정책의 국제 동향: 영국, 네덜란드, 스웨덴, 세계보건기구의 경험으로부터의 교훈. 대한의사협회지, 56(3), 195-205.
- 울산광역시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획. 울산광역시.
- 이상정·이주연·전진아·김수진·임성은·신영규·류정희·하태정·권영지·김시아·김지현·유민상 외(2023). 2023 아동종합실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 이용재(2006). 지역간 건강보험이용의 형평성과 요인에 관한 연구. 중앙대학교 대학원.
- 이재희·김동훈·김종근·엄지원·윤소정(2022). 저출생시대 육아인프라 추이분석 및 대응 방안(I) : 임신·출산 관련 인프라 중심으로. 육아정책연구소.
- 이정림·배윤진·김자연·송신영·조경진·장현진·이기재(2022). 한국 영유아 교육·보육 패널 연구 2022. 육아정책연구소.
- 인천광역시(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획. 인천광역시.
- 전라남도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획. 전라남도.
- 전북특별자치도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획. 전북특별자치도.
- 정연·최지희·이나경·김명희·김인아·이경희·김동진·서제희·이정아(2020). 통계로 본 건강불평등 2020: 아동·청소년편. 한국보건사회연구원.
- 정최경희·강영호(2007). 청소년기 사회경제적 위치가 성인기 건강 수준 및 건강행태에 미치는 영향, 제8회 한국노동패널 학술대회 논문집, 315-331.
- 정최경희·공경애·김명희·김유미·윤태호·박정희(2013). 2013 서울시 건강격차 모니터링. 이화여자대학교 산학협력단.
- 정혜주·김아래미·송아영·최권호·조민진·추현경(2022). 2022년 아동정책영향평가 건강형평 정책 전문영향평가. 아동권리보장원·고려대학교.

- 제주특별자치도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획. 제주특별자치도.
- 질병관리청(2021). 우리 국민의 식생활 현황. 건강주제별 요약통계. 국민건강통계 플러스, 질병관리청.
- 질병관리청(2025). 2025년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1). 질병관리청.
- 최윤경·김윤희·이혜민(2015). 아동의 건강과 발달을 위한 건강 방문 서비스의 필요성과 방향. 육아정책연구소.
- 충청남도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획. 충청남도.
- 충청북도(2025). 제8기 지역보건의료계획: 2차년도(2024년)시행결과 및 3차년도(2025년)시행계획. 충청북도.
- 한국건강증진개발원(2023). 제5차 국민건강증진종합계획 Fact Sheet 17호: 영유아. 한국건강증진개발원.
- 한국건강증진개발원(2024). 호주 건강증진 정책. HP2030 팩트시트 44호. 한국건강증진개발원.
- 한국건강형평성학회(2008). 건강형평성 측정 방법론. 한올아카데미.
- Acheson, D. (2005). The Acheson report. In *The Sociology and Politics of Health* (pp. 125-136). Routledge.
- Alsam, A. (2021). Widening inequalities. *BDJ in Practice*, 34(1), 5.
- Andres, E., Baird, S., Bingenheimer, J. B., & Markus, A. R. (2016). Maternity leave access and health: a systematic narrative review and conceptual framework development. *Maternal and Child Health Journal*, 20(6), 1178-1192.
- Artiga, S., & Hinton, E. (2018). Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity. Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Berger, L. M., Paxson, C., & Waldfogel, J. (2009). Income and child development. *Children and Youth Services Review*, 31(9), 978-989.

- Black, D., Morris, J., Snith, C., & Townsend, P. (1980). The Black Report. Department of Health and Social Security.
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., ... & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The lancet*, 389(10064), 77-90.
- Booren, L. M., Downer, J. T., & Vitiello, V. E. (2012). Observations of children's interactions with teachers, peers, and tasks across preschool classroom activity settings. *Early Education & Development*, 23(4), 517-538.
- Bourne, L. T., Pilime, N., & Behr, A. (2013). Food hygiene and sanitation in infants and young children: a paediatric food-based dietary guideline. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 26, S156-S164.
- Braveman, P., Arkin, E., Orleans, T., Proctor, D., & Plough, A. (2017). What is health equity? And what difference does a definition make. Robert Wood Johnson Foundation. Retrieved August, 20, 2022.
- Braveman, P., Egerter, S., Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381-398.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Brookes-Gunn, J., Duncan, G. J., & Maritato, N. L. (1997). Poor Families, Poor Outcomes: The Well-Being of Children and Youth. In G. J. Duncan & J. Brookes-Gunn (eds.). *Consequences of Growing Up Poor*. Russell Sage Foundation. 1-18.
- Brown, A., & Rowan, H. (2016). Maternal and infant factors associated with reasons for introducing solid foods. *Maternal & child nutrition*, 12(3), 500-515.
- Canadian Institutes of Health Research. (2012). *Guide to Knowledge Translation Planning at CIHR: Integrated and End-of-Grant*

Approaches.

- Casey, P. H., Szeto, K., Lensing, S., Bogle, M., & Weber, J. (2001). Children in food-insufficient, low-income families: prevalence, health, and nutrition status. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155(4), 508-514.
- Cheraghi, F., Shokri, Z., Roshanaei, G., & Khalili, A. (2022). Effect of age-appropriate play on promoting motor development of preschool children. *Early Child Development and Care*, 192(8), 1298-1309.
- Christian, H., Zubrick, S. R., Foster, S., Giles-Corti, B., Bull, F., Wood, L., Knuiman, M., Brinkman, S., Houghton, S., & Boruff, B. (2015). The influence of the neighborhood physical environment on early child health and development: A review and call for research. *Health & Place*, 33, 25-36.
- Colen, C. G., & Ramey, D. M. (2014). Is breast truly best? Estimating the effects of breastfeeding on long-term child health and wellbeing in the United States using sibling comparisons. *Social Science and Medicine*, 109, 55-65.
- Cowley, S., Caan, W., Dowling, S., & Weir, H. (2007). What do health visitors do? A national survey of activities and service organisation. *Public Health*, 121(11), 869-879.
- Crammond, B. R., & Carey, G. (2017). What do we mean by 'structure' when we talk about structural influences on the social determinants of health inequalities?. *Social Theory & Health*, 15(1), 84-98.
- Cronin, C. E., & Gran, B. K. (2018). The importance of environment: Neighborhood characteristics and parent perceptions of child health. *Journal of child health care*, 22(4), 658-669.
- Cuartas, J. (2022). The effect of maternal education on parenting and early childhood development: An instrumental variables approach. *Journal of Family Psychology*. 36(2), 280-290.
- Daelmans, B., Manji, S. A., & Raina, N. (2021). Nurturing care for early

- childhood development: global perspective and guidance. *Indian Pediatrics*, 58(Suppl 1), 11-15.
- Dahake, P. T., Kale, Y. J., Dadpe, M. V., Shep, S., Dhore, S., & Kendre, S. (2018). Impact of child abuse & neglect on children: A Review Article. *A. Journal of Dental Research*, 1(1), 36-49.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for future studies, 27(1), 4-41.
- Damashek, A., Williams, N. A., Sher, K., & Peterson, L. (2009). Relation of caregiver alcohol use to unintentional childhood injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(4), 344-353.
- Department for Education, UK Government. (2022). Family Hubs and Start for Life programme guide. UK Government.
- Department of Health, Australian Government (2019). National Action Plan for the Health of Children and Young People(2020-2030). Department of Health, Australian Government.
- Department of Health, UK Government. (2015). Scope of 0-5 Public Health Services Transfer. UK Government.
- Department of Health and Social Care, UK Government. (2021). Health visiting and school nursing service delivery model. UK Government. <https://www.gov.uk/government/publications/commissioning-of-public-health-services-for-children/health-visiting-and-school-nursing-service-delivery-model>. (인출일: 2025. 6. 10.)
- Department of Health, State of WA. (2024). Western Australian Health Promotion Strategic Framework 2022-2026. Department of Health, Government of Western Australia.
- Due, P., Krølner, R., Rasmussen, M., Andersen, A., Trab Damsgaard, M., Graham, H., & Holstein, B. E. (2011). Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian journal of public health*, 39(6_suppl), 62-78.

- Engle, P. L., & Black, M. M. (2008). The effect of poverty on child development and educational outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 243-256.
- Fall, C. (2009). Maternal nutrition: effects on health in the next generation. *Indian Journal of Medical Research*, 130(5), 593-599.
- Fredriksson, M., Blomqvist, P., & Winblad, U. (2014). Recentralizing healthcare through evidence-based guidelines-striving for national equity in Sweden. *BMC health services research*, 14, 1-9.
- Garn, S. M., Lewis, A. B., Koski, K., & Polacheck, D. L. (1958). The sex difference in tooth calcification. *Journal of dental research*, 37(3), 561-567.
- Gluckman, P. D., & Hanson, M. A. (2004). Living with the past: evolution, development, and patterns of disease. *Science*, 305(5691), 1733-1736.
- Goyder, E. C., Blank, L., Ellis, E., Furber, A., Peters, J., Sartain, K., & Massey, C. (2005). Reducing inequalities in access to health care: developing a toolkit through action research. *Quality & safety in health care*, 14(5), 336-339.
- Haurin, D. R., Parcel, T. L., & Haurin, R. J. (2002). Does homeownership affect child outcomes? *Real Estate Economics*, 30(4), 635-666.
- Henshaw, A. M., Clarke, D., & Long, A. F. (2013). Midwives and supervisors of midwives' perceptions of the statutory supervision of midwifery within the United Kingdom: A systematic review. *Midwifery*, 29(1), 75-85.
- Hertzman, C. (1999). The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 85-95.
- Houtrow, A., Martin, A. J., Harris, D., Cejas, D., Hutson, R., Mazloomdoost, Y., & Agrawal, R. K. (2022). Health equity for children and youth with special health care needs: a vision for

- the future. *Pediatrics*, 149(Supplement 7).
- Hoyer, D., Dee, E., O'Leary, M. S., Heffernan, M., Gelfand, K., Kappel, R., & Fromknecht, C. Q. (2022). How do we define and measure health equity? The state of current practice and tools to advance health equity. *Journal of Public Health Management and Practice*, 28(5), 570-577.
- Hyatt, R. R., & Allen, S. M. (2005). Disability as a “family affair”: Parental disability and childhood immunization. *Medical Care*, 43(6), 600-606.
- Hyun, K. H. (2008). A study on dental caries and the eating habits of primary school students [Master's thesis, Hanyang University].
- Irwin, L. G., Siddiqi, A., & Hertzman, G. (2007). Early child development: A powerful equalizer. *Human Early Learning Partnership (HELP)*.
- Jessiman, P. E., Powell, K., Williams, P., Fairbrother, H., Crowder, M., Williams, J. G., & Kipping, R. (2021). A systems map of the determinants of child health inequalities in England at the local level. *PLoS One*, 16(2), e0245577.
- Khodyakov, D., Grant, S., Kroger, J., & Bauman, M. (2023). RAND methodological guidance for conducting and critically appraising Delphi panels. *Rand*.
- Kuh, D., & Ben-Shlomo, Y. (2004). A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annual Review of Public Health*, 26, 1-35.
- Larkin, S. J., & Otis, M. (2018). The relationship of child temperament, maternal parenting stress, maternal child interaction and child health rating. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36, 631-640.
- Lewis, C. L., Yan, A., Williams, M. Y., Apen, L. V., Crawford, C. L., Morse, L., Valdez, A. M., Alexander, G. R., Grant E, Valderama-Wallace C, Beatty D. (2023). Health equity: A concept analysis. *Nursing Outlook*, 71(5), 102032.

- Lin, L., Cherng, R., & Chen, Y. (2016). Effect of touch screen tablet use on fine motor development of young children. *Pediatrics*, 37(5), 457-467.
- Lundberg, O. (2018). The next step towards more equity in health in Sweden: how can we close the gap in a generation? *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(22_suppl), 19-27.
- Macinko, J. A., & Starfield, B. (2002). Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *International journal for equity in health*, 1, 1-20.
- Mangrio, E., Hellstrom, L., Nilsson, E. L., & Ivert, A. K. (2021). An extended home visit programme within the swedish child health care system for first-time parents in Scandia, Sweden: A study protocol. *Frontiers in Public Health*, 9, 537468.
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370(9593), 1153-1163.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review. London: University College London.
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). Health equity in England: The Marmot Review 10 years on. London: Institute of Health Equity.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Herd, E., & Morrison, J. (2020). Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. The Pandemic, Socioeconomic and Health Inequalities in England. London: Institute of Health Equity.
- Mackenbach, J. P., Bakker, M. J. (2003). European network on interventions and policies to reduce inequalities in health. Tackling socioeconomic inequalities in health: Analysis of European experiences. *Lancet*, 362(9393), 1409-1414.
- Mackenzie, M. J., Nicklas, E., Waldfogel, J., & Brooks-Gunn, J. (2012). Corporal punishment and child behavioral and cognitive

- outcomes through 5 years of age: Evidence from a contemporary urban birth cohort study. *Infant and Child Development*, 21(1), 3-33.
- Marinelli, M., Sunyer, J., Alvarez-Pedrerol, M., Iniguez, C., Torrent, M., Vioque, J., Turner, M. C., & Julvez, J. (2014). Hours of television viewing and sleep duration in children: a multicenter birth cohort study. *JAMA Pediatrics*, 168(5), 458-464.
- McCartney, G., Dickie, E., Escobar, O., & Collins, C. (2021). Health inequalities, fundamental causes and power: towards the practice of good theory. *Sociology of Health and Illness*, 43(1), 20-39.
- Minkovitz, C. S., O'Campo, P. J., Chen, Y. H., & Grason, H. A. (2002). Associations between maternal and child health status and patterns of medical care use. *Ambulatory pediatrics*, 2(2), 85-92.
- Morton, V. H., & Morris, R. K. (2020). Overview of the Saving Babies Lives Care Bundle version 2. *Obstetrics, Gynaecology, & Reproductive Medicine*, 30(9), 298-300.
- NASEM(National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine). (2021). The future of nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity. National Academies Press.
- National Public Health Committee. (2000). Health on Equal Terms: National Public Health Objectives. Swedish Ministry of Health and Social Affairs.
- NHS England. (2019). Saving Babies' Lives: Version Two - A care bundle for reducing perinatal mortality (Version 5). NHS England.
- Nikolić, D., Gadzić, A., & Stamenković, S. (2023). Overnutrition and obesity of preschool children. *Facta Universitatis, Series: Teaching, Learning and Teacher Education*, 6(2), 197-217.
- NSW Ministry of Health. (2022). Future Health: Guiding the next decade of care in NSW 2022-2032. NSW Ministry of Health.

- Nurius, P. S., Green, S., Logan-Greene, P., Longhi, D., & Song, C. (2016). Stress pathways to health inequalities: Embedding ACEs within social and behavioral contexts. *International public health journal*, 8(2), 241-256.
- OECD. (2021). *Measuring what matters for child well-being and policies*. OECD Publishing.
- OECD Family Database Chart CO1.4.A. https://web-archive.oecd.org/2020-09-22/129021-CO_1_4_Childhood_vaccination.pdf (인출일: 2025. 11. 23.)
- OECD Family Database Chart CO1.4.B. https://web-archive.oecd.org/2020-09-22/129021-CO_1_4_Childhood_vaccination.pdf (인출일: 2025. 11. 23.)
- OECD Family Database Chart CO1.5.B. <https://pdf4pro.com/amp/view/co1-5-breastfeeding-rates-oecd-org-1e8177.html> (인출일: 2025. 11. 23.)
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Pincus, H. A., & Weissman, M. M. (2003). Parental depression, child mental health problems, and health care utilization. *Medical Care*, 41(6), 716-721.
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., McDaid, D., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., Matosevic, T., Harden, A., & Thomas, J. (2013). Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Research*, 1(4).
- Omoladun-Tijani, T. A., & Vish, N. L. (2023). Family and neighborhood resilience are associated with children's healthcare utilization. *The Journal of Pediatrics*, 261, 113543.
- Ostlin, P., & Diderichsen, F. (2001). Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case study. *World Health Organization*.
- Øversveen, E., & Eikemo, T. A. (2018). Reducing social inequalities in health: Moving from the 'causes of the causes' to the 'causes of the structures'. *Scandinavian journal of public health*, 46(1),

1-5.

- Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual review of sociology*, 36(1), 349-370.
- Park, H., & Walton-Moss, B. (2012). Parenting-style, parenting stress, and children's health-related behaviors. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(6), 495-503.
- Pattison, K. L., Kraschnewski, J. L., Lehman, E., Savage, J. S., Downs, D. S., Leonard, K. S., Adams, E. L., Paul, I. M., & Kjerulff, K. H. (2019). Breastfeeding initiation and duration and child health outcomes in the first baby study. *Preventive medicine*, 118, 1-6.
- Pearce, A., Dundas, R., Whitehead, M., & Taylor-Robinson, D. (2019). Pathways to inequalities in child health. *Archives of disease in childhood*, 104(10), pp. 998-1003.
- Pearce, A., Mason, K., Fleming, K., Taylor-Robinson, D., & Whitehead, M. (2020). Reducing inequities in health across the life-course: early years, childhood and adolescence. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Peterson, A., Charles, V., Yeung, D., & Coyle, K. (2021). The health equity framework: a science-and justice-based model for public health researchers and practitioners. *Health Promotion Practice*, 22(6), 741-746.
- Pillas, D., Marmot, M., Naicker, K., Goldblatt, P., Morrison, J., & Pikhart, H. (2014). Social inequalities in early childhood health and development: A European-wide systematic review. *Pediatric research*, 76(5), 418-424.
- Porroche-Escudero, A., & Popay, J. (2021). The Health Inequalities Assessment Toolkit: supporting integration of equity into applied health research. *Journal of Public Health (Oxf)*. 43(3), 567-572.
- Public Health Agency of Canada. (2023). Health Inequalities Data Tool overview. <https://health-infobase.canada.ca/health-inequalities/d>

ocs/Overview2023.pdf

- Public Health Agency of Sweden. (2021). Towards a good and equitable health: A framework for implementing and monitoring the national public health policy.
- Precious, F. K., Owzor, G. A., Opeyemi, M. O. A., Igwe, S. C., Beauty, O. C., Sy, F. A. R., ... & Lucero-Prisno III, D. E. (2023). Why nutrition programs for children remain important. *Advances in Food Security and Sustainability*, 8, 187-215.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon and Schuster.
- Rayce, S. B., Okholm, G. T., & Flensburg-Madsen, T. (2024). Mobile device screen time is associated with poorer language development among toddlers: results from a large-scale survey. *BMC Public Health*, 24(1), 1050.
- Requejo, J., Strong, K., Agweyu, A., Billah, S. M., Boschi-Pinto, C., Horiuchi, S., Jamaluddine, Z., Lazzerini, M., Maiga, A., McKerrow, N., Munos, M., Park, L., Schellenberg, J., & Weigel, R. (2022). Measuring and monitoring child health and wellbeing: recommendations for tracking progress with a core set of indicators in the Sustainable Development Goals era. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(5), 345-352.
- Rosemond, Z. (2018). The importance of serve and return in the infant classroom settings. *Képzés és Gyakorlat: Neveléstudományi folyóirat*, 16(3), 45-50.
- Roth, M. C., Humphreys, K. L., King, L. S., Gotlib, I. H., & Robakis, T. K. (2021). Breastfeeding difficulties predict mothers' bonding with their infants from birth to age six months. *Maternal and Child Health Journal*, 25(5), 777-785.
- Seguin, L., Xu, Q., Potvin, L., Zunzunegui, M., & Frohlich, K. L. (2003). Effects of low income on infant health. *Canadian Medical Association Journal*, 168(12), 1533-1538.
- Shribman, S., & Billingham, K. (2009). *Healthy Child Programme*:

- Pregnancy and the first 5 years of life. Department of Health, UK Government.
- Siddiqi, A., Irwin, L. G., & Hertzman, C. (2007). Total Environment Assessment Model of Early Child Development. Human Early Learning Partnership (HELP).
- Strong, K., Requejo, J., Agweyu, A., McKerrow, N., Schellenberg, J., Agbere, D. A., Billah, S. M., Boschi-Pinto, C., Horiuchi, S., Lazzerini, M., Maiga, A., Munos, M., Weigel, R., Banerjee, A., Hereward, M., & Diaz, T. (2020). Child Health Accountability Tracking—extending child health measurement. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(4), 259-261.
- Solar, O. & Irwin, A. (2005). Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health: Discussion paper for the commission on social determinants of health. World Health Organization.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. World Health Organization.
- Swope, C. B., & Hernández, D. (2019). Housing as a determinant of health equity: A conceptual model. *Social Science and Medicine*, 243, 112571.
- Tagliacozzo, S., Albrecht, F., & Ganapati, N. E. (2021). International perspectives on COVID-19 communication ecologies: Public health agencies' online communication in Italy, Sweden, and the United States. *American Behavioral Scientist*, 65(7), 934-955.
- Tahir, M., Willett, W., & Forman, M. R. (2019). The association of television viewing in childhood with overweight and obesity throughout the life course. *American Journal of Epidemiology*, 188(2), 282-293.
- Uchitel, J., Alden, E., Bhutta, Z. A., Goldhagen, J., Narayan, A. P., Raman, S., ... & Mikati, M. A. (2019). The rights of children for

- optimal development and nurturing care. *Pediatrics*, 144(6), 1-17.
- Vic Health. (2023). The next 10 years 2023-2033: Reshaping systems together for a healthier, fairer Victoria. Victorian Health Promotion Foundation.
- Von Der Gracht, H. A. (2012). Consensus measurement in Delphi studies: review and implications for future quality assurance. *Technological Forecasting and Social Change*, 79(8), 1525-1536.
- Voss, S., Bauer, J., Jung-Sievers, C., Moore, G., Rehfuess, E., Rhein, V. Z., & Coenen, M. (2024). Process evaluation of an integrated community-based intervention for promoting health equity in children in a new residential development area. *Archives of Public Health*, 82(19).
- Wang, L., Collins, C., Ratliff, M., Xie, B., & Wang, Y. (2017). Breastfeeding reduces childhood obesity risks. *Childhood Obesity*, 13(3), 197-204.
- Wang, F., Wang, M., Wang, T., & Wang, Z. (2021). Harsh parental discipline, parent-child attachment, and peer attachment in late childhood and early adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 30, 196-205.
- Weber, M. (1946). Science as a Vocation. In *Science and the Quest for Reality* (pp. 382-394). London: Palgrave Macmillan UK.
- Wennergren, M. (2025). The Child Health Services in Sweden in English. Retrieved from <https://bhvq.se/in-english/>
- Wennergren, M., Berg, K., Cavefors, A. S. F., Edin, H., Ekholm, L., Gelerander, L., ... & Falldt, A. E. (2023). Swedish Child Health Services Register: a quality register for child health services and children's well-being. *BMJ Paediatrics Open*, 7(1), e001805.
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217-228.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and

- health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445.
- Whitehead M. (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Quarterly*, 76(3), 469-492.
- WHO. (2006). Bridging the “Know-Do” Gap. World Health Organization.
- WHO. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.
- WHO. (2018). Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential.
- WHO. (2020). Reducing inequities in health across the life-course: early years, childhood and adolescence.
- WHO. (2024a). Health inequality monitoring: harnessing data to advance health equity. World Health Organization.
- WHO. (2024b). The adolescent health indicators recommended by the Global Action for Measurement of Adolescent health: guidance for monitoring adolescent health at country, regional and global levels.
- Wickham, S., Whitehead, M., Taylor-Robinson, D., & Barr, B. (2017). The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: a longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study. *The Lancet Public Health*, 2(3), e141-e148.
- World Economic Forum (2024). Global Gender Gap 2024. World Economic Forum.
- Zhai, Y., & Du, X. (2022). Disparities and intersectionality in social support networks: addressing social inequalities during the COVID-19 pandemic and beyond. *Humanities and Social Sciences Communications*, 9(1), 1-5.
- Zhuge, Y., Qian, H., Zheng, X., Huang, C., Zhang, Y., Li, B., Zhao, Z., Deng, Q., Yang, X., Sun, Y., Zhang, X., & Sundell, J. (2020). Effects of parental smoking and indoor tobacco smoke exposure

on respiratory outcomes in children. Scientific Reports, 10, 4311.

【법률】

모자보건법 [법률 제20094호, 2024. 1. 23., 일부개정] [시행 2025. 1. 24.] 국가 법령정보센터 <https://law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=259095#000> (인출일: 2025. 3. 10.)

보건복지위원회(2025.2.) 모자보건법 일부개정법률안 검토보고. 임산부·영유아·미숙아 등에 대한 보편적 가정방문사업 실시. 백혜련의원 대표발의(의안번호 제6548호). pp. 2-3.

영유아보육법 [법률 제17785호, 2020. 12. 29., 일부개정] [시행 2020. 12. 29.] <https://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=224939#0000> (인출일: 2025. 3. 10.)

유아교육법 [법률 제19737호, 2023. 9. 27., 일부개정] [시행 2023. 9. 27.] <https://law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EC%9C%A0%EC%95%84%EA%B5%90%EC%9C%A1%EB%B2%95> (인출일: 2025. 3. 10.)

【사이트】

가계금융복지조사 https://www.kostat.go.kr/board.es?mid=a10301040300&bid=215&act=view&list_no=428364(인출일: 2025. 8. 10.)

가정폭력실태조사 <https://www.data.go.kr/data/3072073/fileData.do>(인출일: 2025. 8. 10.)

국가법령정보센터 <https://www.law.go.kr>

국민건강보험공단 건강검진비 지급실적 <https://www.nhis.or.kr/announce/wbhaec11408m01.do> (인출일: 2025. 5. 29.)

국민건강보험공단-건강검진 실시안내 <https://www.nhis.or.kr/nhis/healthin/wbhaca04800m01.do> (인출일: 2025. 5. 22.)

국민건강영양조사 (2019~2023). 질병관리청 <https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/postSendPage.do?url=/rawDataDwnld/rawDataDwnld.do>

- &postparam=%7B%22menuId%22:%2210031001%22%7D(인출일: 2025. 8. 10.)
- 국민건강증진종합계획 사업개요 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01278&siteId=null-> (인출일: 2025. 3. 10.)
- 국민건강증진종합계획-자료출처별 DB(2025) <https://www.khepi.or.kr/hpn/hpnIdx/hp2030data.do?menuId=MENU01310&siteId=SITE00012> (인출일: 2025. 5. 22.)
- 국민건강증진종합계획 1차 계획 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01280&siteId=null-> (인출일: 2025. 2. 26.)
- 국민건강증진종합계획 2차 계획 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01281&siteId=null-> (인출일: 2025. 2. 26.)
- 국민건강증진종합계획 3차 계획 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01282&siteId=null-> (인출일: 2025. 2. 26.)
- 국민건강증진종합계획 4차 계획 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01283&siteId=null-> (인출일: 2025. 2. 26.)
- 국민건강증진종합계획 5차 계획 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01287&siteId=SITE00012-> (인출일: 2025. 2. 26.)
- 보건복지부 정책소개 <https://www.mohw.go.kr/menu.es?mid=a10706010200> (인출일: 2025. 3. 8.)
- 복지로 의료급여수급권자 영유아건강검진비 지원 <https://www.bokjiro.go.kr/sis-tbu/twataa/welfareInfo/moveTWAT52011M.do?welfareInfoId=WL00001185> (인출일: 2025. 5. 22.)
- 사망원인통계 (2021~2023). 국가통계포털 <https://mods.go.kr/board.es?mid=a10301060200&bid=218>(인출일: 2025. 8. 10.)
- 산후조리실태조사 https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&tag=&act=view&list_no=369936(인출일: 2025. 8. 10.)
- 아동학대주요통계 https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10107010000&bid=0040&act=view&list_no=1484071&tag=&cg_code=&list_depth=1(인출일: 2025. 8. 10.)
- 전국 어린이 예방접종률 현황. 질병관리청 2024년 전국 어린이 예방접종률 현황

<https://nip.kdca.go.kr/irhp/infm/goNatnVcntStatView.do>(인출일: 2025. 8. 10.)

정부 24 국가예방접종사업 <https://www.gov.kr/portal/service/serviceInfo/326000000053> (인출일: 2025. 5. 22.)

질병관리청-어린이 국가예방접종사업 <https://nip.kdca.go.kr/irhp/infm/goVcntInfo.do?menuLv=1&menuCd=131> (인출일: 2025. 5. 16.)

질병관리청-표준 예방접종 일정표 <https://nip.kdca.go.kr/irhp/infm/goVcntInfo.do?menuLv=1&menuCd=115> (인출일: 2025. 6. 2.)

질병관리청-2023년 영유아 건강검진 항목 개정 관련 보도자료 https://www.kdca.go.kr/board/board.es?mid=a205040000000&bid=0019&act=view&list_no=726955 (인출일: 2023. 6. 4.)

초록우산(2022. 12. 5.) 아동의 건강권 보장을 위한 의료체계 개선이 필요하다. 논평. <https://www.childfund.or.kr/news/noticeView.do?bdId=20031076&bmlId=10000023> (인출일: 2025. 6. 11.)

통계청 영유아 건강검진 결과현황(2015-2023). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35007_N125&conn_path=I3 (인출일: 2025. 5. 20.)

통계청 영유아 건강검진 대상 및 수검인원(2015-2023). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?sso=ok&returnurl=https%3A%2F%2Fkosis.kr%3A443%2FstatHtml%2FstatHtml.do%3FtblId%3DDT_35007_N147%26orgId%3D350%26 (인출일: 2025. 5. 17.)

통계청 인구-인구동향-출생시 체중 https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?sso=ok&returnurl=https%3A%2F%2Fkosis.kr%3A443%2FstatHtml%2FstatHtml.do%3Fconn_path%3DI2%26tblId%3DDT_1B80A03%26orgId%3D101%26 (인출일: 2025. 5. 17.)

통계청 인구-인구동향-출생아 수 https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?sso=ok&returnurl=https%3A%2F%2Fkosis.kr%3A443%2FstatHtml%2FstatHtml.do%3Fconn_path%3DI2%26tblId%3DDT_1B80A03%26orgId%3D101%26 (인출일: 2025. 5. 17.)

통계청 인구동향조사-출생아수, 합계출산율, 영아사망률 https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?sso=ok&returnurl=https%3A%2F%2Fkosis.kr%3A443%2FstatHtml%2FstatHtml.do%3FtblId%3DDT_1B80A03%26orgId%3D101%26

- 43%2FstatHtml%2FstatHtml.do%3Fconn_path%3DI2%26tblId%3DDT_1B80A03%26orgId%3D101%2 (인출일: 2025. 5. 17.)
- 통계청 지역별/백신별/성별 예방접종률 https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=177&tblId=DT_11793N_171&conn_path=I3 (인출일: 2025. 5. 29.)
- 한국건강증진개발원 건강생활지원센터 사업 소개 https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU_01676&siteId=null (인출일: 2025. 5. 16.)
- 한국건강증진개발원 유아 흡연위해 예방교육 사업 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01698&siteId=null> (인출일: 2025. 6. 4.)
- 한국건강증진개발원(2024). 지역사회 통합건강증진사업, 주민 중심의 건강생태계 조성으로 도약하다. 건강증진 웹진, 1호. https://www.khepi.or.kr/webzine/vol_01/cnt_3_1.jsp (인출일: 2025. 5. 16.)
- 한국건강증진개발원 홈페이지 사업소개 <https://www.khepi.or.kr/board?menuId=MENU01688&siteId=null> (인출일: 2025. 5. 16.)
- 한국 영유아 교육·보육패널 https://panel.kicce.re.kr/kececp/module/rawDataManage/index.do?menu_idx=52(인출일: 2025. 8. 10.)
- 행정안전부 국가기록원-기록물열람-분야별검색(모자보건사업 연혁) <https://www.archives.go.kr/next/newsearch/listSubjectDescription.do?id=002585&sitePage=> (인출일: 2025. 3. 8.)
- Department of Health & Social Care-Fingertips guidance <https://fingertips.phe.org.uk/profile/guidance> (인출일: 2025. 5. 28./8. 7.)
- Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage <https://fingertips.phe.org.uk/profile/child-health-profiles/supporting-information/indicators-by-life-course-stage> (인출일: 2025. 5. 28./8. 7.)
- Department of Health & Social Care-Wider Determinants of Health <https://fingertips.phe.org.uk/profile/wider-determinants> (인출일: 2025. 5. 28./8. 6.)
- Government of Canada-Health Inequalities Data Tool <https://health-infobase.canada.ca/health-inequalities/> (인출일: 2025. 5. 27.)
- Government of Canada-Health Inequalities Data Tool-About the Indica

- tors. <https://health-infobase.canada.ca/health-inequalities/Index> (인출일: 2025. 5. 27.)
- Healthy people 홈페이지 <https://health.gov/healthypeople> (인출일: 2025. 3. 10.)
- Healthy People 2030 <https://odphp.health.gov/healthypeople/objectives-and-data/about-objectives> (인출일: 2025. 5. 27.)
- Healthy People 2030 <https://odphp.health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives> (인출일: 2025. 8. 6.)
- Healthyway 홈페이지 Strategic Plan 2024-2029: Creating a healthier Western Australia together <https://www.healthway.wa.gov.au/> (인출일: 2025. 5. 26.)
- ILO (2024). <https://ilostat.ilo.org/topics/industrial-relations/> (인출일: 2025. 5. 26.)
- Institute of Health Equity. What is a Marmot Place? <https://www.instituteoftheequity.org/taking-action/marmot-places> (인출일: 2025. 9. 7.)
- Institute of Health Visiting. PHE: New integrated 4-5-6 model and updated high impact areas. <https://ihv.org.uk/news-and-views/news/phe-new-integrated-4-5-6-model-updated-high-impact-areas/> (인출일: 2025. 9. 26.)
- KDI 경제교육·정보센터- 취학전 아동 실명예방 https://eiec.kdi.re.kr/policy/customView.do?polc_seq=221&search_hrnk_polc_clsfc_cd=0001300002&search_polc_clsfc_cd=000130000200004 (인출일: 2025. 5. 22.)
- NHS UK. Healthy Child Programme <https://www.gov.uk/government/collections/healthy-child-programme> (인출일: 2025. 9.26)
- OECD Affordable Housing Database <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-affordable-housing-database.html> (인출일: 2025. 5. 26.)
- OECD Child Well-being Data Portal <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-child-well-being-data-portal.html>(인출일: 2025. 5. 26.)
- OECD data explore 유아건강: 저체중 출생아 비율 [https://data-explorer.oecd.org/vis?fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20stat](https://data-explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20stat)

- us%23HEA_STA%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=17&vw=tb&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_STAT%40DF_IH_LB&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=.A.....&pd=2010%2C&to[TIME_PERIOD]=false (인출일: 2025. 5. 26.)
- OECD Family Database (2025) <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-family-database.html> (인출일: 2025. 8. 10.)
- OECD Family Database Chart CO1.4. https://web-archive.oecd.org/2020-09-22/129021-CO_1_4_Childhood_vaccination.pdf (인출일: 2025.11.23.)
- Office for Health Improvement and Disparities. (2024). Family Nurse Partnership programme. <https://www.gov.uk/guidance/family-nurse-partnership-programme> (인출일: 2025. 9. 8.)
- Public Health Information Development Unit-About PHIDU. <https://phidu.torrens.edu.au/about-phidu> (인출일: 2025. 5. 28.)
- Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia. <https://phidu.torrens.edu.au/social-health-atlases/topic-atlas/child-youth-atlas> (인출일: 2025. 5. 28.)
- Public Health Information Development Unit-Data Workbooks. <https://phidu.torrens.edu.au/social-health-atlases/data> (인출일: 2025. 5. 28.)
- Public Health Information Development Unit-Data Workbooks. <https://phidu.torrens.edu.au/social-health-atlases/indicators-and-notes-on-the-data/social-health-atlases-of-australia-contents> (인출일: 2025. 8. 7.)
- Public Health Information Development Unit-Geographical structures <https://phidu.torrens.edu.au/help-and-information/help-guides-and-faq/geographical-structures#quintiles-of-socioeconomic-disadvantage-of-area> (인출일: 2025. 5. 28.)
- Public Health Information Development Unit-Topics, Indicators and Notes on the Data. <https://phidu.torrens.edu.au/social-health-atlases/indicators-and-notes-on-the-data> (인출일: 2025. 8. 7.)

UNICEF-Indicator profiles. <https://data.unicef.org/indicator-profiles/>
(인출일: 2025. 8. 6.)

UNICEF-What we do. <https://www.unicef.org/what-we-do> (인출일:
2025. 5. 26.)

WHO- 영아 사망관련 [https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/
topic-details/GHO/child-mortality-and-causes-of-death](https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/child-mortality-and-causes-of-death). (인출일:
2025. 5. 29.)

WHO- Child Health Accountability Tracking technical advisory group
[https://www.who.int/groups/child-health-accountability-trackin
g-technical-advisory-group](https://www.who.int/groups/child-health-accountability-tracking-technical-advisory-group) (인출일: 2025. 5. 26.)

WHO- Rio Political Declaration on Social Determinants of Health
[https://www.who.int/publications/m/item/rio-political-declarati
on-on-social-determinants-of-health](https://www.who.int/publications/m/item/rio-political-declarati
on-on-social-determinants-of-health) (인출일: 2025. 5. 27.)

【신문기사】

웰페어뉴스(2024.1.3.). 경기도, 모자보건사업 1,1616억 원 편성...“저출생 대응”.
[https://www.welfarenews.net/news/articleView.html?idxno=9740
5](https://www.welfarenews.net/news/articleView.html?idxno=97405) (인출일: 2025. 3. 2.)



Strategies for Health Promotion to Improve Health Equity in Early Childhood

Ji Hyun Kim, Eun seol Kim, Ji youn Lee, Hye Joo Cho,
Kyun ghee, Jung-Choi, Dong-hun, Han, Ik han, Kim, Eun jeong, Noh,
Hee yeon, Kang, Rang Kyoung, Ha

Early childhood is a critical period during which the foundations of lifelong health are established. Article 24 of the United Nations Convention on the Rights of the Child affirms every child's right to attain the highest possible standard of physical, emotional, and social health. Given the profound influence of early development and health on outcomes across the life course, greater attention must be paid to health disparities among infants and young children arising from social and structural determinants. This study identifies factors that may contribute to early childhood health inequities and proposes policy measures to promote the health of infants and young children, grounded in multiple research methods and analytical approaches.

To achieve the study's objectives, we conducted a comprehensive review of prior research on health equity and early childhood development, examined international policy cases related to early childhood health equity, analyzed national and local government policies on health equity, surveyed parents of young children, carried out in-depth interviews with administrators of early childhood health programs, and developed indicators for monitoring health inequalities in early childhood, followed by an empirical analysis based on these indicators.

Currently, the 5th National Health Promotion Plan (HP 2030) sets two

overarching goals - extending healthy life expectancy and enhancing health equity - and includes 400 performance indicators across 28 domains. However, only six indicators target infants and young children including 'infant mortality' as a sole representative indicator focusing on immediate postnatal period. This underscores the need for comprehensive indicators that can measure and monitor health across the broader early childhood period.

This study developed a final set of representative monitoring indicators for early childhood health inequalities, categorized into structural factors, intermediary factors, and early childhood development and health factors. Intermediary factors include parental characteristics such as infant deprivation experiences, maternal smoking and alcohol use, parenting stress, and depressive symptoms. Results showed disparities in infant deprivation experiences depending on parental education level and single-parent status, while emotional maltreatment, parenting stress, primary caregiver depression, and infant health screening rates varied by household income. Secondary data analyses examining the relationship between parental factors and young children's development and health revealed that parental education and, most significantly, parenting stress were the strongest predictors of child outcomes.

Additionally, a survey of 1,400 parents of infants and young children explored perceptions of health equity, efforts to promote child health, and sources of health-related information. While most parents were highly aware of children's health rights and parental responsibilities, those with higher income and education levels were more likely to recognize the influence of socioeconomic status on child health. Parents reported high levels of concern regarding excessive media exposure, picky eating, and frequent minor illnesses. However, despite recognizing the importance of limiting media exposure, participating in health-related parenting education, and addressing mental health and stress, actual practice levels were low. These findings suggest the need for enhanced parental support in these areas.

Based on these findings, several policy recommendations are proposed to promote health in early childhood. First, it is essential to raise awareness of early childhood health equity to support the implementation of health equity policies. Second, the current application-based welfare system should be improved by expanding and leveraging existing programs to strengthen access to proportionate universal services. Third, a national institution dedicated to collecting data for monitoring early childhood health inequalities in Korea should be established, and a medium- to long-term strategy should be adopted to build a comprehensive monitoring system. Lastly, to enhance parental capacity as key determinants of young children's health, it is necessary to provide parent education programs focused on early childhood health management and support parents in strengthening their caregiving competencies.

Keyword: Health Equity, Early Life Health, Monitoring Indicators for Health Inequalities in Infants and Young Children, Promotion of Infant and Early Childhood Health, Parental Health Literacy

〈부록표 Ⅲ-2-1〉 보건소 사업목록

번호	기능(13)	사업(56)	
1	1. 건강 친화적인 지역사회 여건의 조성	건강도시	
2	2. 지역보건의료정책 기획, 조사·연구 및 평가	지역보건의료계획 수립	
3		통합건강증진사업	
4		지역사회건강조사	
5		국민건강영양조사	
6	3. 보건의료인 및 보건의료기관 등에 대한 지도·관리·육성과 국민보건 향상을 위한 지도·관리	의약무 관리	의료기관(법인) 및 의료업소 개설 및 지도관리
7			의료기기 판매(임대)업소 인허가 및 지도관리
8			의료장비 신고 및 관리
9			약업소 인허가 및 지도관리
10			마약류 관리
11		응급의료 및 의료기 관 관리	연휴기관 진료대책 수립 및 야간 휴일진료 관리
12			응급의료 및 재난관리
13		공중 및 식품 위 생·안전	공중위생 신고처리 및 지도점검
14			위생용품 제조업 신고 및 관리
15			식품위생업 허가 및 신고
16			식품위생 관리
17			식품안전 관리
18			음식문화개선사업
19	4. 보건의료기관 관련 기관·단체, 학교, 직장 등과의 협력체계 구축	건강생활실천 협의회 등 협의체 운영	
20	5. 국민건강증진·구강건강·영양관리사업 및 보건교육	지역사회 금연사업	
21		음주폐해예방관리사업	
22		신체활동사업	
23		영양관리 사업	영양관리사업
24			영양플러스사업
25		비만예방관리사업	
26		구강건강증진사업	
27		한의학 건강증진사업	
28		모바일 헬스케어사업	

번호	기능(13)	사업(56)
29	6. 감염병의 예방 및 관리	감염병 대응체계 구축
30		수인성·식품매개 감염병 예방관리 및 대응
31		성매개감염병 예방관리 및 대응
32		후천성면역결핍증 감염병 예방관리 및 대응
33		기타 법정감염병 예방관리 및 대응
34		결핵예방관리
35		국가예방접종지원사업
36		방역소독
37	7. 모성과 영유아의 건강유지·증진	임산부·영유아 관리
38		모자보건 영유아 예방적 건강관리
39		임산부 영유아 의료비 지원
40	8. 여성·노인·장애인 등 보건의료 취약계층의 건강유지·증진	지역사회 중심 재활사업
41		AI-IOT 기반 어르신 건강관리 서비스
42		의료취약지 원격협진 사업
43	9. 정신건강증진 및 생명존중에 관한 사항	정신건강증진사업
44		치매관리사업
45	10. 지역주민에 대한 진료, 건강검진 및 만성질환 등의 질병관리에 관한 사항	진료서비스 및 진료지원
46		건강검진사업
47		국가 암 검진사업
48		심뇌혈관질환 예방관리사업
49		아토피·천식 예방관리사업
50		일차의료 만성질환관리 시범사업
51	11. 가정 및 사회복지시설 등 방문하여 행하는 보건의료 및 건강관리사업	방문건강관리사업
52	12. 기타 의료비 지원 등	압환자 의료비 지원사업
53		기타 의료비 지원사업
54		장려금 및 기타 지원
55	13. 시설확충 및 운영지원	농어촌의료서비스 개선사업
56		건강생활지원센터 확충

주: 영유아 관련사업은 밑줄 표기하였음.

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2025), 제8기 지역보건의료계획 2차년도 시행결과 및 3차년도 시행계획 수립 지침. pp.99~100.

〈부록표 Ⅲ-2-2〉 시·군·구별 영유아 사업 우수사례

시도	시군구	사업유형	분야	사업명	대상	주요내용
서울	중구	건강증진서비스	건강관리	어린이 건강체험관 프로그램 운영	어린이집, 유치원 만 3세 이상 아동	[건강체험관] 12개 주제의 건강콘텐츠 체험 및 보건교육 시행 [찾아가는 건강체험관] 6가지 주제의 교구 등을 활용 어린이집과 유치원, 초등돌봄센터 등에 직접 찾아가는 보건 교육 추진
서울	중구	재정지원	의료비지원	청소년 산모 의료비 지원	임산부 및 2세 미만 영유아	임산부 및 2세 미만 영유아의 모든 의료비 및 약제·치료재료 구입비 120만원 바우처 지원
서울	용산구	건강증진서비스	아토피천식	아토피·천식 안심학교 운영	관내 어린이집, 유치원, 초등학교 24개소	어린이집, 유치원, 초등학교 중심의 알레르기질환 관리체계 구축 안심학교 대상 교육자료(포스터, 리플릿, 교구, 응급키트 등) 배부 알레르기질환 유병률 조사를 통한 질환자 선별 및 환자 관리 알레르기질환 환자 대상 보습제 지원 알레르기질환 예방관리 교육(동화구연, 탈인형극, 전문교육 등) 및 아토피·천식 아카데미 연 2회 참여 홍보
서울	용산구	건강증진서비스	육아교육	심폐소생술 등 구조 및 응급처치	임산부 및 영유아 부모 등 교육대상자 확대	심폐소생술 이론 및 실습 교육 - 자동심장충격기(AED) 사용법 등 보건소 심폐소생술 상설교육장 상시 교육 확대 및 수요기관 방문교육 실시
서울	용산구	건강증진서비스	신체활동	서울아이따옴 유아 신체활동 늘리기 사업	관내 어린이집	- 신체성장발달: 신장, 체중, 근지구력, 유연성, 평형성, 민첩성, 순발력 측정 - 어린이집 보육교사를 대상으로 서울아이따옴 신체활동 프로그램 실시 및 자료 제공 - 신체활동 교구 지원 및 교육용 콘텐츠 제공
서울	성동구	건강증진서비스	건강관리	임산부 생활 밀착 건강프로그램 운영	임산부	임신, 출산 및 영유아 관리 전반 건강프로그램, 유관기관과 연계하여 프로그램의 다양화 도모 (출산전) 태교교실, 출산준비교실, 예비부모 육아교실, 산전요가 (출산후) 산후 힐링프로그램, 힐링 육아교실, 모유수유클리닉, 오감발달 체험놀이, 산후 회복운동 주민소통 프로그램 운영: 자조모임, 소그룹 교육
서울	광진구	환경·인프라 조성	센터설립	모자건강센터 설립 추진	임산부	임신·출산·육아에 관한 체계적인 원스톱 건강관리 서비스 제공을 위한 환경 조성 분산되어 있던 상담 창구의 불편함을 개선하고자 모자건강 원스톱 통합 상담 서비스 구축

시도	시군구	사업유형	분야	사업명	대상	주요내용
서울	광진구	재정지원	당뇨	소아·청소년 당뇨 동행 지원, 함께 운동 서둘러 약자와의 동행 자치구 지원사업 선정		당뇨병 환자 및 고위험군 1:1 교육 18명, 운동시설 이용비 16명, 의료비 7명 지원
	서울 동대문구	건강증진서비스	건강관리	영유아(보육아동) 영양프로그램	영유아	가족이 함께 참여하는 주말 체험형 편식예방 영양교육 [가족 건강소풍] 운영 어린이집 및 유치원으로 찾아가는 어린이집 식습관 개선 체험프로그램(상추키우기), 우리아이 식생활 토크시범, 어린이 미각 형성[오감으로 계절을 먹지] 운영
서울	동대문구	환경·인프라 조성	센터설립	아기사랑센터 운영	임산부	임신준비부터 육아까지 ONE-STOP 건강관리서비스 제공 임산부 등록관리, 영양제 제공, 의료비 신청 및 접수, 프로그램 운영 등
부산	북구	재정지원	건강검진	건강검진 사후관리	발달장애 정밀검사 이후 발달지원 의뢰 영유아	영유아 행정복지센터 발달재활 바우처 서비스 제공
						가임기 여성 : 산후부부 산전검사, 임신 사전 건강관리 지원사업, 임신·출산 관련 정보 제공 등 임산부 : 임산부 건강관리(엽산제, 철분제), 모성검사, 산모·신생아 건강관리 등 신규 부산형 산후조리원비 지원: 산후조리원비, 산모도우미 본인부담금, 병의원비 등 취약계층 임산부 관련 서비스 및 정보 제공(다문화, 미혼모, 청소년 임산부 등)
부산	금정구	환경·인프라 조성	센터설립	원스톱 행복바구니센터	임산부~영유아 까지	영유아 : 영유아 건강관리, 저소득층 기저귀·조제분유 지원 등
					다문화 가정 ~ 만6세(72개월)	다문화가족에 대한 가족단위 영양관리 서비스 제공 중구가족센터 업무 협의 : 2회 ◦ 중구정신건강센터 등과 연계: 정신건강증진교육 및 심리상담, 고위험군 연계 정신건강상담 및 우울, 자살, 스트레스 등 교육 및 선별검사 등 영양플러스 사업 연계 추진: 영양관리 프로그램 운영
대구	중구	건강증진서비스	영양관리	다문화가정 영양개선사업	미만, 영유아, 임산부, 출산·수유부	

시도	시군구	사업유형	분야	사업명	대상	주요내용
					- 빈혈, 저체중, 성장부진, 영양섭취상태 중 한 가지 이상의 영양 위험요인 보유자 - 가구 규모별 기준 중위소득 80% 이하	구강실, 건강증진실 및 모자보건실, 방문건강실 연계 추진
대구	동구	건강증진서비스	육아교육	조부모 육아교실	영유아 조부모	영유아 발달과정 및 응급상황 대처법, 육아 및 놀이법
대구	남구	건강증진서비스	감염병	영유아 맞춤형 감염병 예방(손씻기) 체험교실 운영	관내 어린이집 및 유치원, 학교, 사회복지시설 등 단체기관	손씻기 교육(15건)을 통한 감염병 예방 지식 및 손씻기 습관 형성에 기여
대구	북구	건강증진서비스	육아교육	이른둥이 안심 맘(Mom) 교실	미숙아기정대상	미숙아기정 대상 운동 발달 마사지 교육
대구	수성구	건강증진서비스	건강관리	꿈나무 건강플러스	영유아	키즈 건강플러스 운영, 취약계층 아동 건강교실, 치카치카 양치교실, 생애주기별/맞춤형 출연위해예방 교육 운영
광주	서구	건강증진서비스	아토피천식	아토피·천식 예방관리사업	아토피·천식 안심학교 및 어린이집 아동	알레르기 유병률 조사를 통한 환자 관리 및 관리 및 PHIS 등록 안심학교 환경 관리 점검, 천식 등 알레르기질환 응급상황 구축 및 키트 지원 학부모 건강교실: 알레르기질환의 치료와 관리 등 올바른 정보 전달 및 인식 향상 영유아 대상 구연동화(광주광역시 아토피천식 교육정보센터 연계), 아동 눈높이에 맞는 아토피 인형극 공연
광주	서구	재정지원	아토피천식	아토피 피부염 환자 보습제 및 의료비 지원	아토피 환자	아토피 피부염 환자 보습제 및 의료비 지원
광주	남구	건강증진서비스	마약	마약중독 예방교육	영유아	'호랑이의 나쁜 악물' 인형극으로 악물남용의 인식개선 및 악물거절 훈련을 통한 일상생활에서의 실천 유도

시도	시군구	사업유형	분야	사업명	대상	주요내용
광주	남구	건강증진서비스	건강관리	어린이 건강 성장 체험 교실	어린이집 및 유치원	영양, 신체활동, 비만 등 건강습관 형성 교육
광주	광산구	건강증진서비스	다문화	외국인을 위한 통합 건강관리서비스	외국인 여성 및 영유아	모자보건서비스, 영양관리서비스, 예방접종 등록관리, 감염병 예방 등
울산	중구	건강증진서비스	건강관리	건강새싹 함께 키워요	어린이집·유치원	신체활동(4회)·영양관리·구강·금연·금주(1회) 강사 방문교육 및 건강 모니터링(매월) 실시, 부박스 체험키트 대여를 통한 손씻기 체험활동 및 올바른 손씻기 6단계 교육
울산	남구	환경·인프라 조성	환경	임산부·영유아 가족 배려 주차구역 운영 및 관리	임산부 영유아가족	임산부 전용 주차구역(33개소)이 가족 배려 주차구역으로 변경('25.1.1.)
울산	울주군	건강증진서비스	정신건강	마음건강증진사업	영유아	임산부 표시증 부착 및 안내표지판 관리, 공영주차장 주차요금 50% 감면
경기	용인	재정지원	환아	산천성 난청 환아 관리사업	영유아	부모·교사·기관종사자의 아동정신건강 교육, 친구사귀기 프로그램, 사회성 향상 프로그램 진행(나랑노랑), 영유아 마음건강 검사 및 부모양육태도검사, 자존감향상프로그램(맘미럽미)
경기	파주시	환경·인프라 조성	센터설립	임산부와 영유아를 위한 힐링공간 '아이맘공간'	산모 및 영유아	영유아 보청기 지원
경기	시흥시	건강증진서비스	건강관리	건강증진 어린이집 확대 및 체험형 프로그램 활성화	어린이집	임신 관련 맞춤형 상담 서비스 제공, 임산부들을 위한 휴식공간, 영유아들을 위한 놀이터, 모자보건 교육프로그램 운영을 위한 프로그램실 등 운영
경기	시흥시	건강증진서비스	건강관리	건강증진 어린이집 확대 및 체험형 프로그램 활성화	어린이집	건강 친화적 생활 습관 형성, 단계별 오감놀이 등 일상 속 다양한 체험활동 지원
경기	시흥시	환경·인프라 조성	환경조성	공공형 실내놀이공간 조성 및 지역사회 건강한 놀이문화 확산	어린이집	출연예방 인형극, 제철재료 건강간식 만들기 등 영유아 눈높이에 맞는 프로그램 운영
경기	시흥시	환경·인프라 조성	환경조성	공공형 실내놀이공간 조성 및 지역사회 건강한 놀이문화 확산	어린이집	공공형 실내·외 놀이공간 「숨쉬는놀이터」 기능 강화 및 프로그램 운영 확대, 숨쉬는놀이터 거점 지속가능한 전 생애주기별 건강한 놀이문화 확산
경기	시흥시	환경·인프라 조성	환경조성	공공형 실내놀이공간 조성 및 지역사회 건강한 놀이문화 확산	어린이집	기존 영아, 아동, 청소년, 성인, 어르신 대상에서 놀이 참여 대상자 확대 운영

시도	시군구	사업유형	분야	사업명	대상	주요내용
						영유아 학부모 대상 '놀이기본 아동기'에 대한 중요성 인식개선 교육 실시, 「플레이스타트 시흥」 추진 환경을 생각하는 '그린 팝업놀이터', 일상 속 '굴뚝굴뚝 팝업놀이터' 운영 내실화 플레이스타터(시민 놀이활동가)가 주도하는 창의적 놀이활동 전개
경기	김포시	건강증진서비스	건강관리	구강건강관리	영유아·임산부	어린이 치과체험교실 운영, 「헬로!베이비」 임산부 구강관리 프로그램

주: 1) 시도별 분석을 통해 분류한 사업유형별로의 사업을 중심으로 지자체에서 운영 중인우수사례를 취합함
2) 환경 인프라와 조성 부분의 경우, 시도 단위에서 수행되는 센터 및 병원 운영은 시군구 보건소 단위에서는 제외됨

부록 1. 국제기구·국가별 영유아 건강불평등 모니터링 지표(요약)

영유아기 건강영향성을 고려한 건강증진 정책방안

국제기구·국가	지표 체계	주체/ 자료	관련 사이트	영역	지표
UNICEF	unicef for every child	UNICEF's Data Team	https://data.unicef.org/indicator-profiles/	9	165
OECD	OECD Child Well-being Data Portal	OECD	https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-child-well-being-data-portal.html	3	55
WHO	-	WHO, OECD, World Bank, Eurostat, UNICEF, ILO, European Quality of Life Surveys, European Social Survey, European Union Statistics on Income and Living Conditions, gross domestic product, Health Behaviour in School-aged Children (study), Programme for International Student Assessment, Multiple Indicator Cluster Surveys, World Values Survey	-	5	75
캐나다	Health Inequalities Data Tool	Canadian Cancer Registry (CCR), Canadian Community Health Survey – Annual Component (CCHS), Canadian Demographic Estimates, Canadian Health Measures Survey (CHMS), Canadian Housing Survey (CHS), Canadian Survey on Disability (CSD), Canadian Tuberculosis Reporting System (CTBRS), Census Population Counts, Census – Long Form, Early Development Instrument, Offord Centre for Child Studies (ED), Health Behaviours in School-aged Children Survey (HBSC), Employment Insurance Coverage Survey (EICS), Hospital Mental Health Database, Canadian Institute for Health Information (HM/HDB), Labour Force Survey (LFS), National	https://health-infobase.canada.ca/health-inequalities/Indicat	2	27

국제기구·국가	지표 체계	주제/ 자료	관련 사이트	영역	지표
		HIV/AIDS Surveillance System, National Household Survey (NHS), Survey of Young Canadians (SYC), The Uniform Crime Reporting Survey , Vital Statistics – Birth Database (VS-BD), Vital Statistics – Death Database (VS-DD).			
미국	Healthy People 2030	National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, Agency for Healthcare Research and Quality, Health Resources and Services Administration, National Institutes of Health, Food and Drug Administration, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, United States Department of Agriculture, Environmental Protection Agency, United States Department of Justice, United States Department of Labor, United States Department of Education, United States Department of Transportation, United States Census Bureau	https://odphp.health.gov/healthypeople/objectives-and-data/about-objectives	5	95
영국	Fingertips	the Department of Health and Social Care, the Office for Health Improvement and Disparities, NHS Business Services Authority, UK Health Security Agency, Office for National Statistics, NHS England	https://fingertips.phe.org.uk/profiles/guidance	2	102
호주	Child and Youth Social Health Atlas of Australia	the Public Health Information Development Unit (PHIDU)	https://phidu.torrens.edu.au/social-health-atlas/topic-atlas/child-youth-atlas	3	130

부록 2. 영유아기 건강불평등 모니터링 지표 초안

중분류	소분류	세분류		지표		자료
		1	2	1	2	
1	출산, 양육 및 아동 정책	가정 지원 공공 지출	영유아 교육에 대한 공공 지출	가족부문 공공사회복지 지출 (% of GDP)	유아 교육 및 보육에 대한 공공 지출 (1인당 금액)	보건복지부·한국보건사회연구원 (2024a), OECD Family Database (2025)
		출산 및 육아휴직 제도	출산 및 육아휴직		엄마·아빠가 사용할 수 있는 유급 출산 및 육아휴직기간 (주)	OECD Child Well-Being Data Portal (2021), WHO (2020)
					출산휴가 및 육아휴직 소득대체율 (%)	WHO (2020)
	2 소득 정책				세금 및 이전정책 전-후의 아동 상대 소득빈곤율 차이 (percent point difference)	OECD Family Database (2025)
			4 가구 소득 보장		아동이 있는 가구에 대한 최저소득보장급여의 적정성 (% of median disposable income)	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
사회정책					7 아동수당 지급률 및 만족도	신규 제안
					8 저임금노동자 비율	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
		5 주택 및 지역사회 기반시설에 대한 정부 지출	주택 및 지역사회 기반시설에 대한 정부 지출액 (1인당 금액)			OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
	3 주거 정책				10 주거 지원에 대한 정부 지출액 (1인당 금액)	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
		6 주거 지원에 대한 정부 지출	주거 지원에 대한 정부 지출			OECD Affordable Housing Database (2025)
4 노동 정책					11 주거 수당에 대한 공공 지출 (% of GDP)	OECD Affordable Housing Database (2025)
					12 사회임대주택 지원을 위한 공공 지출 (% of GDP)	OECD Affordable Housing Database (2025)
					13 전체 주택 대비 사회임대주택 비율 (% of total housing stock), 신규주택 중 공공임대주택 비율	OECD Affordable Housing Database (2025), 보건복지부·한국보건사회연구원 (2024a)
	4 노동 정책	7 노동소득분배율	노동소득분배율		노동소득분배율 (%)	WHO (2020)
		8 노조조직률	노조조직률		노조조직률 (%)	ILO (2024)
5 사회 보호 정책	5 사회 보호 정책	9 공공 사회 보호 지출(의료 제외)	공공 사회 보호 지출(의료 제외)		공공 사회보호 지출(의료 제외) (% of GDP)	WHO (2020), OECD Family Database (2025)

중분류	소분류		세분류		지표	자료
	6 보건 정책	10 공공 보건 지출	10 공공 보건 지출	17 공공 보건 지출 비율 (% of GDP)		
사회가치	7 환경 정책	11 환경 보호에 대한 정부 지출	11 환경 보호에 대한 정부 지출	18 환경 보호에 대한 정부 지출액 (1인당 금액)		WHO (2020), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
	8 성평등	12 성별격차	12 성별격차	19 성별격차지수 20 성별소득격차 (% of median earnings of men)		OECD Child Well-Being Data Portal (2021) World Economic Forum (2024) OECD Family Database (2025)
		13 출산율	13 출산율	21 합계출산율		Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage (2025)
				22 성별 총인구수와 비율, 성별 연령별 5세 이하 아동 인구 수와 비율 23 등록 장애 5세 이하 아동 수와 비율 24 다문화 가구 5세 이하 아동 수와 비율 25 탈북 가구 5세 이하 아동 수와 비율 26 부모가 둘, 하나 또는 없는 5세 이하 아동의 수와 비율 27 아동복지시설 아동 수, 가정위탁보호 아동 수, 아동공동 생활가정 보호 아동 수 28 국내외 입양아동 수 29 조손 가구 수와 비율 30 한부모 가구 수와 비율 31 저소득 한부모 가구 수와 비율		정최경희 외(2013), 김동진 외(2019) 정최경희 외(2013), 김동진 외(2019) 김동진 외(2019) OECD Child Well-Being Data Portal (2021) Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), 보건복지부·한국보건사회연구원(2024a) 보건복지부·한국보건사회연구원(2024a) 김동진 외(2019) 김동진 외(2019), 보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
인구 및 가구	9 인구	14 인구 구성		32 5세 이하의 자녀가 있는 한부모 가구의 수와 비율		김동진 외(2019, 대표)
				33 입양 가구 수와 비율, 입양아동 관련 급여 수급자, 입양 아동의 보육 관련 서비스 수급자 수		김동진 외(2019), 보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
10 가구		15 가구 구성				Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia (2021)

중분류	소분류	세분류	지표	자료
사회경제적 위치	11 영유아 교육		34 다문화 가구 수와 비율	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			35 탈북 가구 수와 비율	김동진 외(2019)
			36 엄마·아빠의 고등학교 졸업 이하 교육 수준 인구 비율	정최경희 외(2013)
			37 엄마의 학력이 낮은 5세 이하 아동의 비율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia (2021)
		17 영유아 실업	38 실업률	정최경희 외(2013), Healthy People 2030 (2025)
			39 아동 가구 실업률, 5세 이하의 자녀가 있는 실직 가구율	김동진 외(2019), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia (2021)
			40 실직 가구에 사는 5세 이하 아동 비율, 취업 및 실직 가구의 아동 비율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), OECD Child Well-Being Data Portal (2021), OECD Family database (2025)
			41 소득 하위 20% 인구 중 실업급여 및 적극적 노동시장 프로그램 수급자 비율	WHO (2020)
	12 영유아 직업	18 영유아 고용안정성	42 전일제로 일하는 부모 한 명 이상과 함께 사는 5세 이하 아동의 비율	Healthy People 2030 (2025)
			43 피고용인 없는 자영업자 비율	신규 제안
			44 임금노동자 중 불안정노동자 비율	신규 제안
			45 0-100의 소득 불평등을 나타내는 지니 계수	UNICEF-Indicator profiles (2024), WHO (2020)
13 영유아 소득	20 영유아 상대 빈곤		46 기초생활수급자 규모	정최경희 외(2013, 핵심)
			47 복지급여를 수급하는 저소득 아동 동거 가구 비율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			48 빈곤율, 소득이 중위 균등화 가처분 소득의 60% 미만인 18세 이상 취업자 비율(사회적 이전 후), 소득이 중위 균등화 가처분 소득의 60% 미만인 인구의 비율 (EU-SILC 또는 OECD) 또는 국가 빈곤선(세계은행)	Healthy People 2030 (2025), WHO (2020)

중분류	소분류	세분류	지표	자료
가정	14 지역	21 양육자 절대 빈곤	49 아동 상대빈곤율, 상대적 저소득 가정의 5세 이하 아동 비율, 상대적 소득 빈곤에 처한 아동 비율, 저소득, 복지 의존적 가정의 아동 비율	김동진 외(2019, 대표), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage (2025), OECD Child Well-Being Data Portal (2021), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia (2021)
			50 5세 이하 아동이 있는 가구 중 낮은 자산과 높은 부채를 가진 가구 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			51 생계에 어려움을 겪고 있는 가정의 5세 이하 아동 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			52 예상치 못한 지출을 감당할 능력이 없는 가정의 5세 이하 아동 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			53 체납(미납금)이 있는 가구의 5세 이하 아동 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			54 절대 저소득 가구의 5세 이하 아동 비율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage (2025)
			55 지역박탈지수, 박탈 점수(Index of Multiple Deprivation 2019), 지역사회경제지수	정최경희 외(2013, 핵심), 김동진 외(2019, 대표), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage (2025), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia (2021)
			56 도시 및 농어촌	김동진 외(2019)
			57 인구감소지역 여부	신규 제한
			58 OECD 아동 결핍 지수, 아동 특유의 물질적 박탈을 경험하는 5세 이하 아동 비율	김동진 외(2019, 대표), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			59 주거 점유 상태: 자가·전세·월세, 주택 소유 여부	김동진 외(2019), Government of Canada-Health Inequalities Data Tool (2025)
			60 5세 이하 자녀가 있는, 자가 주택·임대주택·공공 임대 주택 거주 가구 및 한부모 가구 수와 비율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia (2021)
			61 장기공공임대주택 거주가구 비율	보건복지부·한국보건사회연구원(2024 ³⁾)
	15 종합지수	24 아동 결핍지수		
	16 주거환경	25 주거 점유 상태		
		26 공공임대주택		

종분류	소분류	세분류	지표	자료
			62 공공 임대 주택, 사회 임대 주택에 사는 아동의 비율	김동진 외(2019), WHO (2020)
			63 사회주택 및 저렴한 주택에 입주하기 위해 대기 중인 가구 수	Government of Canada-Health Inequalities Data Tool (2025)
			64 주택 소유 경제적 부담 수준, 주거비가 가처분 가구 소득(주거 소득 제외)의 40%를 초과하는 가구의 비율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage (2025), WHO (2020)
			65 주거비 부담을 겪고 있는 가구의 5세 이하 아동 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			66 주거 수당을 받는 가구의 비율 (%)	WHO(2020), OECD Affordable Housing Database (2025)
		27 주거비 부담	67 가구소득 대비 임대료 보조금 비율(%)	OECD Affordable Housing Database (2025), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			68 월소득 대비 월 임대료 비율(%)	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			69 주택도시기금 주택구입 용자기구 수 (N)	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			70 주택도시기금 전월세대출 가구 수 (N)	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			71 주거급여 지원가구 비율 (%)	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			72 비주택 거주 가구 비율, 최저 기준 미달 주택, 심각한 주거 빈곤을 겪고 있는 가구의 5세 이하 아동 비율, 열악한 주거 환경을 겪고 있는 가구의 5세 이하 아동 비율	정최경희 외(2013, 핵심), 김동진 외(2019, 대표), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			73 기준 이하의 주택 거주자 비율 (핵심 주거 필요(CHS) 거주자)	Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025), Healthy People 2030 (2025)
			74 지난 1년간 아래 항목 중 하나 이상의 문제를 경험한 비율 (지난 1년간 주택 내 해충 문제 경험, 지난 1년간 주택 내 곰팡이 또는 습기문제 경험, 지난 1년간 주택 내 공기질 저하 경험, 지난 1년간 주택 내 식수로 부적합한 물 경험)	Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025), Healthy People 2030 (2025)
		28 주거 빈곤	5세 이하 아동이 있는 가구 또는 한부모 가구 중 과밀 주택 또는 심각한 과밀 주택 거주지에 거주하는 가구 비율, 주거 과밀을 경험하는 5세 이하 아동 비율, 과밀한 사회임대주택에 사는 5세 이하 아동의 비율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia (2021), OECD Child Well-Being Data Portal (2021), WHO (2020)
			76 연료 빈곤율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage (2025)

중분류	소분류	세분류	지표	자료
17 영양	영양	30 모유수유	77 기본적인 위생 시설이 없는 가구의 아동, 최소한의 기본 위생 서비스(다른 가구와 공유하지 않는 개선된 위생 시설)를 제공받지 못하는 인구의 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021), WHO (2020)
			78 식품안전성 미확보율, 매우 낮은 식품안전성을 가진 5세 이하 아동의 가구율, 식품 부족을 겪고 있는 5세 이하 아동 비율	정최경희(2013, 핵심), Healthy People 2030 (2025), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			79 첫 음식이 모유인 신생아율, 모유 수유 초기 시작률	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage (2025), UNICEF-Indicator profiles(2024)
			80 생후 0-5개월 유아 중 전날 분유를 섭취한 비율, 주로 모유 수유 생후 0-5개월 유아 비율	UNICEF-Indicator profiles (2024)
			81 6-8주 모유 수유율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			82 3개월 시점에서 완전 모유 수유한 아기 비율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			83 생후 6개월까지 모유 수유만 하는 영아의 비율, 6개월 시점에서 완전 모유 수유한 아기 비율	Healthy People 2030(2025), WHO(2020), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			84 1세 때 모유 수유를 하는 영아의 비율, 모유 수유 지속률(12~15개월)	Healthy People 2030(2025), UNICEF-Indicator profiles(2024)
			85 0-23개월 동안 모유와 물을 함께 섭취한 비율, 0-23개월 동안 모유수유를 하나도 하지 않은 영유아 비율	UNICEF-Indicator profiles(2024)
		31 영양 및 영양 섭취	영유아 중 전날 다음을 섭취한 아동의 비율 (곡물 뿌리채소, 바나나류, 콩, 완두콩, 렌틸콩, 견과류, 씨앗류, 비타민이 풍부한 과일 및 채소, 기타 과일 및 채소, 육류(소고기, 닭고기), 생선, 내장육 등, 우유, 분유, 요거트, 치즈 등 유제품, 모유), 영유아 중 전날 과일이나 채소를 전혀 섭취하지 않은 비율, 포화지방산을 적정수준으로 섭취하는 인	UNICEF-Indicator profiles(2024), 국민건강영양조사종합계획-자료출처별 DB(2025)

중분류	소분류	세분류	지표	자료
			구비율(만3세이상), 니트룰 적정수준으로 섭취하는 인구 비율(만1세이상), 칼슘 적정수준으로 섭취하는 인구비율 (만1세이상), 비타민A 적정수준으로 섭취하는 인구비율 (만1세이상)	
18 폭력 및 갈 등		32 폭력	87 가정폭력 발생률 및 신고율 학대피해아동 발견율, 아동방치율, 치명적이지 않은 5세 이하 아동 학대 및 방임 비율, 아동 방임 및 학대율, 아 동 학대 및 방임 사망률	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a) 보건복지부·한국보건사회연구원(2024a), 이상정 외 (2023), Healthy People 2030(2025)
		33 가족 관계	89 가족 내 갈등 90 가족 건강성	김동진 외(2019) 이상정 외(2023)
		34 양육정책 활용	91 엄마·아빠 유급출산휴가 사용률 92 엄마·아빠 육아휴직 사용률	OECD Family Database (2025) OECD Family Database (2025)
			93 엄마·아빠가 사용한 유급 출산 및 육아휴직기간(일) 94 출산전후휴가급여 수급자 수 95 육아휴직급여 수급자 수	OECD Family Database (2025) 보건복지부·한국보건사회연구원(2024a) 보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
19 양육 자 의 양육 행태	35 산후조리원		96 산후조리원 이용률 97 산후조리원 내 모자동실 이용률	신규 제한 신규 제한
			98 주양육자 및 보조양육자의 수와 시간 99 아빠의 양육 참여	신규 제한 WHO(2020)
	36 양육 분담		100 부모 효능감 점수 101 양육 스트레스 점수	이상정 외(2023) 이상정 외(2023)
			102 훈육방식 103 양육자와 인정애착 형성 비율, 인아주는 등 아동과 신체 를 접촉하는 시간	이상정 외(2023) 신규 제한
	37 양육 방식 및 태도		104 잃드려 재우는 영유아의 비율, 안전한 영유아 수면용품 사용, 충분한 수면시간 105 가족이 일주일에 4일 이상 책을 읽어주는 5세 이하 아동 비율	Healthy People 2030(2025), 육아정책연구소 제안 Healthy People 2030(2025)

중분류	소분류	세분류	지표	자료
20 생물학적 임상의 건 강과 건강 행태			106 적절한 바깥활동 또는 신체활동 유무	신규 제안
			107 안전수칙 준수	이상정 외(2023)
			108 하루 스크린 사용 시간이 1시간 이하인 만 2~5세 아동의 비율, 미디어 사용시간	Healthy People 2030(2025)
			109 간식 및 기당음료 섭취 횟수	국민건강보험공단-건강검진 실시인내(2025)
			110 구강위생관리율, 1세이상 점심직후 칫솔질 실천율, 불소 이용 구강관리	국민건강보험공단-건강검진 실시인내(2025)
			111 가정 내 성평등, 성별 가정관리 및 가족·가구원 돌봄	WHO(2020), 보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			112 모성사망비	정경희 외(2013)
		38 모성사망	113 청소년 중 부모가 되는 비율, 10대 산모율(12~17세), 18세 미만 임신율	김동진 외(2019), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
		39 출산 연령	114 35세 이상 여성의 분만 비율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
		임신 전 및 임신 중의 건강행태	115 임신 전부터 임신 보충제 복용을 시작한 임신부의 비율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			116 출산 시 흡연 여부, 임신 초기 흡연율, 임신 중 흡연율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), WHO(2020)
			117 임신 초기 비만율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			118 임신 초기 음주율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
		41 산전 관리	119 임신 초기 약물 오남용 비율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			120 임신 후 10주 이내에 의사와 첫 진료 예약을 완료한 임신부의 비율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			121 산전 관리율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)

중분류	소분류	세분류	지표	자료
보육·교육기관	양육자 건강과 건강행태	42 전반적 건강	122 부모의 주관적 건강 수준, 전반적으로 건강이 좋지 않은 부모와 함께 사는 자녀	김동진 외(2019), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			123 건강상의 이유로 활동에 큰 제약이 있다고 보고하는 부모와 함께 사는 5세 이하 아동 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
		43 정신건강	124 주양육자의 자존감	김동진 외(2019)
			125 주양육자의 우울 및 불안	김동진 외(2019)
		44 건강행태	126 정신 질환을 앓고 있는 어머니의 비율	WHO(2020)
			127 주양육자의 흡연율	신규 제안
			128 주양육자의 음주율	신규 제안
			129 간접흡연에 노출되는 비흡연자들	Healthy People 2030(2025), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			130 어린이집 등록 비율, 부모 이외의 보육 서비스를 받고 있는 아동 수와 비율, 유치원 프로그램에 등록한 만 4세, 5세 어린이, 유아 교육 및 보육에 참여하는 아동, 유아 교육에 참여하는 36-59개월(유니세프) 및 48개월-취학 연령(유로스타트) 아동 비율	Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), OECD Child Well-Being Data Portal (2021), WHO(2020)
	보육·교육기관	45 보육·교육기관 등록 및 이용과 비용	131 정부 보조 보육 서비스를 받는 5세 이하 아동 비율	Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025)
			132 보육·교육기관 이용(체류) 시간	신규 제안
			133 보육·교육기관을 이용하는 부모의 일반적인 순 보육 비용	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			134 학습사교육 이용 비율	신규 제안
			135 주평균 학습사교육 시간	신규 제안
			136 학습사교육 비용	신규 제안
		46 보육·교육기관 의 질	137 보육·교육기관 내 보육교사 1인당 어린이 수, 교사 대 아동 비율	김동진 외(2019)에서 수정
			138 지역 내 어린이 수 대비 보육·교육기관 수	신규 제안
			139 유아 교육 및 보육 전문가를 위한 최소 자격 요건, 교사 자격 기준	신규 제안

중분류	소분류	세분류	지표	자료		
지역사회	25 환경문제		140 교사및 도래외의 상호작용, 아동중심활동참여수준	신규 제한		
			141 어린이집 평가제 평가결과	신규 제한		
			142 보육·교육기관 제공 음식의 질(영양)	신규 제한		
		23 종합	건강자원 접근성 및 위험요인 지수	143 건강자원 접근성 및 위험요인 지수	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)	
				144 지역안전지수	신규 제한	
			24 의	안전 및 편의	145 5대 범죄 발생 건수, 범죄율, 지역 내 범죄 및 폭력을 신고하는 가정의 5세 이하 아동 비율	정최경희 외(2013), 김동진 외(2019), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
					146 교통안전지수	정최경희 외(2013), 김동진 외(2019)
			화학적 위험요인	147 지역사회 접근성	이상정 외(2023)	
				148 장애인편의시설 설치율	정최경희 외(2013), 김동진 외(2019)	
				149 1인당 생활권공원 면적	정최경희 외(2013), 김동진 외(2019)	
	26 사회자본과 사회통합	사회자본과 사회통합	150 유해요인 노출 (비스페놀A, 과염소산염, 납, 어린이 수은, 비소)	Healthy People 2030(2025)		
			151 소음	OECD Child Well-Being Data Portal (2021), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)		
			152 대기오염	OECD Child Well-Being Data Portal (2021), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)		
			153 지역사회 신뢰도	이상정 외(2023)		
			154 지역사회 참여도	이상정 외(2023)		
보건의료 서비스	27 원	보건의료자원	155 사회통합 인식	이상정 외(2023)		
			156 공공보건의료기관 분포	정최경희 외(2013)		
			157 영유아 수 대비 보건의료기관	김동진 외(2019)		
			158 응급의료기관 분포	신규 제한		
			159 재활의료기관의 접근성	김동진 외(2019)		

중분류	소분류		세분류		지표		자료	
			의사 수	56	아동 수 대비 전문 의사 수, 발달 지연 및 정신건강상담 및 검사 기능 의료진 수	160	김동진 외(2019)	
28 미충족의료		미충족의료	57		경제적 이유로 인한 미충족 의료 비율(차과 미포함), 총 족되지 않은 의료적 필요가 있는 아동 비율	161	정최경희 외(2013, 핵심), 김동진 외(2019), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)	
					경제적 이유로 인한 치과 미충족 의료 비율	162	정최경희 외(2013, 핵심)	
					재활의료 필요 미충족률	163	김동진 외(2019)	
					치과 이용률, (1세이상) 예방치과의료 이용률	164	Healthy People 2030(2025), 국민건강증진종합계획-자료출처별(2025)	
30 방문가정서비스		생애초기 건강관리사업	59		출생 14일 이내에 완료된 신생아 방문(NBV) 비율, 6~8 주 방문을 받는 영아의 비율, 12개월 방문을 받는 아동의 비율, 2년에서 2년 반 동안 방문을 받은 아동의 비율, 건강한 아동 프로그램 또는 통합 방문의 일환으로 ASQ-3을 받는 만 2세에서 2세 반 아동의 비율, 아동 건강 전문가의 가정 방문율	165	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), WHO(2020)	
							김동진 외(2019, 대표), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), Healthy People 2030(2025), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), WHO(2020), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)	
31 예방접종		영유아 예방접종	60		영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률 등	166		
					보호 대상 아동 예방 접종률, 취약계층 예방접종률 (3세 이상)	167	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)	
					인플루엔자 예방접종	168	질병관리청-어린이 국가예방접종사업(2025)	
32 건강검진		영유아 건강검진	61		영유아 건강검진률 (14~35일, 4~6개월, 9~12개월, 18~24개월, 30~36개월, 42~48개월, 54~60개월), 전 국민(1세이상) 정기 구강검진 이용률, 장애아동 초기 검진 수검률	169	신규 제언	

중분류	소분류	세분류	지표	자료
발달	신생아 발달	신생아 태	62	170 저체중 출생아 비율, 만삭아의 저체중 출생, 모든 아기의 초저체중 출생, 조산율, 임신 주수에 비해 작게 태어난 아기 비율
			신생아 건강상태	정최경희 외(2013), Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), OECD Child Well-Being Data Portal (2021), WHO(2020), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
		0~2세	63	171 아동 발달: 2~2.5세에 기대 수준의 발달을 달성한 아동의 비율, (한 영역 이상) 영유아 검진 시 심화권고비율 (14~35일, 4~6개월, 9~12개월, 18~24개월)
			발달검사와 3~5세 64	172 발달이 정상 궤도에 오른 36~59개월 아동의 비율, 초기 발달 영역 중 적어도 한 가지 영역에서 취약한 아동의 비율, 하나 또는 두개 이상의 영역에서 발달이 취약한 5세 이하 아동의 비율, (한 영역 이상) 영유아 검진 시 심화권고비율 (30~36개월, 42~48개월, 54~60개월)
	0~5세 발달	0~5세 발달 및 건강상태	173	173 학교 준비도
			174	174 연령별 신장
			175	175 연령별 체중
			176	176 연령별 BMI
			177	비만율, 비만(중증 미만 포함) 유병률(4~5세), 과체중 비율
			178	178 미른 체형 아동의 비율
			179	179 충분한 수면을 취하는 5세 이하 아동의 비율
				WHO(2020)
				Healthy People 2030(2025)

중분류	소분류	세분류	지표	자료
건강 질병 및 손상	35 전반적건강	66 전반적건강	180 아동의 건강상태에 대한 보호자의 주관적 평가	이상정 외(2023)
			181 질병이나 건강 문제를 알고 있는 아동의 비율 (정신건강 포함)	WHO(2020)
		67 질병 또는 장애 유형	182 건강 문제로 인해 활동에 제약이 있는 5세 이하 아동의 비율, 핵심 일상 활동에 도움이 필요한 5세 이하 아동의 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			183 외부 원인에 의한 모든 부상 또는 중독 진단 비율, 부상을 입은 5세 이하 아동의 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
	36 유병	68 손상 유형	184 교통사고 사상자수, 도로에서 5세 이하 아동의 사망률 및 중상(KSI) 사고율, 교통 사고 부상률, 낙상률, 무생물성 기계적 힘에 노출(Exposure to inanimate mechanical forces)로 인한 부상 경험률	정최경희 외(2013), 김동진 외(2019), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
		69 치아 유형	185 활동성 충치 및 치료되지 않은 충치가 있는 5세 이하 아동의 비율, 하나 이상의 충치, 결손 또는 충치가 있는 5세 이하 아동의 비율, 시각적으로 명백한 충치 경험에 있는 5세 아동의 비율	Healthy People 2030(2025), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
		70 외래 진료	186 국내 외래 진료실인원수 및 외래 진료비 기준 상위 질환 (0세, 1-4세)	신규 제한
	37 의료이용	71 입원	187 성별 연령별 입원율 14일 미만 영아 입원, 성별 연령별 원인별 입원율, 천식으로 인한 병원 입원율(5세 이하), 하루 호흡기 감염으로 인한 입원율(1년 미만), 하기도 감염으로 인한 입원율(만 1세), 하기도 감염으로 인한 입원율(2~4년), 국내 입원 진료실인원수 및 입원 진료비 기준 상위 질환 유병률 (0세, 1-4세)	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)

중분류	소분류	세분류	지표	자료
			0~5세, 예방 가능한 입원율, 연령별 질환별 예방 가능한 입원율 (백신으로 예방 가능한 총 질환, 급성 경련 및 간질, 급성 치과 질환, 급성 귀, 코 및 인후 감염, 신우신염을 포함한 급성 요로 감염, 전체 급성 질환, 만성천식, 전체 만성 질환)	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			188	
			189	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			190	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), WHO(2020), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			191	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
		71 입원	외부 원인에 의한 모든 부상 또는 중독으로 인한 병원 입원율, 5세 이하 아동의 의도하지 않은 부상으로 인한 병원 입원율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), WHO(2020), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			192	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			193	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			194	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), OECD Child Health Atlas of Australia(2021), WHO(2020)
			195	Well-Being Data Portal (2021), WHO(2020)
시망	성별 연령 38 인별 사망 73 인별 사망	성별 연령별 사망 73 인별 사망	아동 연령별 사망률, 신생아사망률, 영아사망률, 유아 사망률(1~5세), 성별 연령별 사망원인별 사망률, 성별 및 연령별 인구 10만 명당 태산 피해자 수	김동진 외(2019, 대표), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), 정좌경희 외(2013), Healthy People 2030(2025), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), OECD Child Well-Being Data Portal (2021), WHO(2020)
			196	
			197	
			198	
			199	

중분류		소분류		세분류		지표	자료
						195 사산율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025)

부록 3. 1차 델파이 조사지

본 조사의 개인정보는 통계법 제33조(비밀보호)와 제34조(통계조사자 의무)에 의해 비밀이 철저히 보장됩니다.

ID

-

영유아 건강불평등 모니터링 지표 선정을 위한 전문가 1차 의견조사

안녕하십니까?

이화여자대학교 의과대학 교수 정최경희입니다.

‘영유아 건강불평등 모니터링 지표 선정을 위한 전문가 의견 조사’ 참여를 간곡히 요청드립니다.

본 조사는 〈영유아 건강형평성 모니터링 지표 개발 및 평가〉 연구의 일환으로 수행되고 있습니다. 이 연구는 육아정책연구소에서 2025년 진행하는 〈영·유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안〉 연구의 세부 과제로, 성인기와는 차별화된 영유아 건강불평등 지표를 개발하고 산출하는 것이 주요 목적입니다.

이에 따라 영유아 또는 건강형평성 전문가를 대상으로 영유아 건강불평등 지표에 대한 다양한 의견을 수렴하고자 하며, 대표 지표 도출을 위해 조사는 총 2회 실시할 예정입니다.

응답해 주시는 모든 내용은 「통계법」제33조 및 제34조에 의거하여 통계목적으로만 사용되고 비밀이 보장됩니다. 또한 동의서에 작성해주신 선생님의 성함과 주소, 연락처는 조사에 대한 사례비 지급을 위해 활용될 뿐이며, 결과 분석이나 해석 시 귀하의 모든 응답 내용은 코드화되어 오직 코드번호로만 식별됩니다.

조사의 참여 여부는 전적으로 선생님의 의사에 달려있습니다. 원치 않으시면 설문조사에 참여하지 않으셔도 괜찮습니다. 설문조사 내용에 응답하시는 데 약 20분 가량 소요될 예정이며, 조사에 대한 소정의 사례비를 지급해 드릴 예정입니다. 선생님의 응답은 우리나라 영유아 건강불평등 연구에 귀중한 기초자료로 이용되오니 바쁘시더라도 잠시 틈을 내어 주시면 감사하겠습니다.

2025년 6월 2일

◇ 연구기관: 이화여자대학교 산학협력단 · 육아정책연구소

◇ 연구 책임자: 정최경희 교수 · 김지현 연구위원

◇ 실무 담당자: 하량경 연구원 / 장유진 보조원 / 조혜주 연구원

◇ 조사 기간: 2025년 6월 2일(월) ~ 6월 9일(월)까지

▶회신기한 및 방법: 2025년 6월 9일(월)까지 로 전송

영유아 건강불평등 모니터링 지표 선정 조사 개요 및 안내

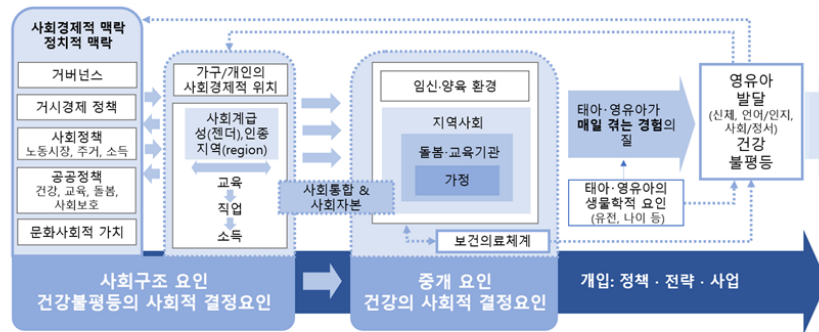
1. 연구 배경

영유아기는 평생 건강을 위한 기초가 형성되는 결정적 시기입니다. 모든 영유아에게 건강한 출발을 보장하는 것은 우리 사회의 주요한 과제입니다. 그러나 사회경제적으로 취약한 가정에서 태어난 아기들은 영유아기에도 더 많은 질병에 시달리거나 사망할 확률이 높고, 이는 성인기의 건강불평등으로 이어지게 됩니다. 이러한 건강불평등을 완화하기 위해서는 현황과 추세를 제대로 파악할 수 있는 모니터링부터 시작해야 합니다. 영유아만 0~5세 미취학 아동) 건강불평등 모니터링을 위한 주요 지표 25개를 선정하는 것이 이 과제의 목표입니다.

※ 건강불평등이란, 사회적·경제적·인구학적·지리적으로 정의된 인구집단들 간, 체계적인 건강수준의 차이를 가리킵니다. 이때 인구집단들을 구분하는 사회경제적 위치 지표는 흔히 교육수준, 직업계층, 소득수준, 인종, 지역 등이 사용됩니다.

2. 영유아 건강불평등 모니터링의 개념들

연구진은 기존 세계보건기구 건강의 사회적 결정요인 위원회 개념들 등에 기반하여 다음의 <영유아 발달 및 건강의 사회경제적 불평등 결정요인 모형>을 수립하였습니다. 이에 따라 영유아 건강불평등 모니터링의 대분류는 사회구조요인, 중개요인, 발달과 건강으로 구성됩니다.



영유아 건강불평등 결정요인 모형

국제기구와 외국의 영유아 건강불평등 모니터링 지표를 수집하여 위 체계에 따라 재분류 및 범주화하여 정리하였습니다. 3개 대분류, 12개 중분류, 38개 소분류, 73개 세분류, 195개 지표입니다.

3. 영유아 건강불평등 모니터링 지표 선정을 위한 전문가 의견조사 내용

전문가 의견조사를 통해, 수집된 지표들 가운데 국내에서 영유아 건강불평등 모니터링을 위해 중요도가 높은 대표 지표를 선정하게 됩니다. 수집된 지표가 매우 많기 때문에 1차 조사에서는 중요도가 높은 세분류를 우선 선정하고, 2차 조사에서는 세분류 내에서 지표를 선정하게 됩니다. 하나의 세분류 내에서 2개 이상의 지표가 선정될 수도 있습니다.

1) 1차 조사

영유아 건강불평등 모니터링을 위한 대표 세분류를 선정합니다. 세분류 전체 개수는 73개이며, 73개의 중요도를 평가하고 이를 바탕으로 중요도가 높은 25개의 세분류를 선정해주시시오.

2) 2차 조사

2차 조사에서는 선정된 세분류 내에서 적합한 지표를 선정하게 됩니다. 하나의 세분류 내에서 2개 이상의 지표가 선정될 수도 있습니다.

4. 설문지 구성

본 설문지는 크게 두 부분으로 구성되어 있습니다.

1) 영유아 건강불평등 모니터링 세분류의 중요성 평가 및 신규지표 제안

영유아 건강불평등 모니터링 지표 체계는 다음 표와 같습니다. 괄호 안은 세분류의 개수입니다. 각 세분류의 중요성을 7점 척도로 평가해주시시오.

대분류	중분류	소분류
사회구조 요인 (23)	사회정책(11)	출산·양육 및 아동 정책(3) / 소득 정책(1) / 주거 정책(2) / 노동 정책(2) / 사회보호 정책(1) / 보건 정책(1) / 환경 정책(1)
	사회가치(1)	성평등(1)
	인구 및 가구(3)	인구(2) / 가구(1)
	사회경제적 위치(8)	양육자 교육(1) / 양육자 직업(2) / 양육자 소득(3) / 지역(2)
중개 요인 (38)	가정(21)	종합지수(1) / 주거환경(4) / 영양(3) / 폭력 및 갈등(2) / 양육자의 양육 행태(4) / 생물학적 임마의 건강과 건강행태(4) / 양육자의 건강과 건강행태(3)
	보육·교육기관(2)	보육·교육기관(2)
	지역사회(8)	종합(1) / 안전 및 편의(2) / 환경문제(3) / 사회통합과 사회자본(2)
	보건의료서비스 (7)	보건의료자원(2) / 미충족의료(1) / 치과서비스(1) / 방문가정서비스(1) / 예방접종(1) / 건강검진(1)
영유아 발달과 건강 (12)	발달(4)	신생아 발달(1) / 0~5세 발달(3)
	건강(1)	전반적 건강(1)
	질병 및 손상(6)	유병(3) / 의료이용(3)
	사망(1)	성별 연령별 사망원인별 사망(1)

2) 대표 세분류 선정 및 기타 제안: 위 1)에서 응답하신 중요도를 기반으로 대표 세분류 25개를 선정해주시시오. 전체적으로 수정·보완할 부분이 있다면 말씀해주시시오.

1 영유아 건강불평등 모니터링 세분류 중요성 평가 및 신규 지표 제안

참고자료 **대분류** **사회구조요인** 아래는 사회구조요인에 해당하는 세분류와 지표 예시입니다. 아래 내용을 참고하신 후, 다음 페이지에서 영유아 건강불평등 모니터링 세분류의 중요도를 7점 척도로 평가해 주시기 바랍니다.

중분류	소분류	세분류	지표 예시
사회정책	출산, 양육 및 아동 정책	가족 지원 공공 지출	가족부문 공공사회복지 지출 (% of GDP)
		영유아 교육에 대한 공공 지출	유아 교육 및 보육에 대한 공공 지출 (1인당 금액)
		출산 및 육아휴직 제도	엄마/아빠가 사용할 수 있는 유급 출산 및 육아휴직기간(주) / 출산휴가 및 육아휴직 소득대체율 (%)
	소득 정책	가구 소득 보장	세금 및 이전정책 전-후의 아동 상대 소득 빈곤율 차이 (percent point difference) / 아동이 있는 가구에 대한 최저소득보장금여의 적정성 (% of median disposable income) / 아동수당 지급률 및 만족도 / 저임금노동자 비율
	주거 정책	주택 및 지역사회 기반시설에 대한 정부 지출	주택 및 지역사회 기반시설에 대한 정부 지출액 (1인당 금액)
		주거 지원에 대한 정부 지출	주거 지원에 대한 정부 지출액 (1인당 금액) / 주거 수당에 대한 공공 지출 (% of GDP) / 사회임대주택 지원을 위한 공공 지출 (% of GDP) / 전체 주택 대비 사회임대주택 비율 (% of total housing stock), 신규주택 중 공공임대주택 비율
	노동 정책	노동소득분배율	노동소득분배율 (%)
		노동조직원율	노동조직원율 (%)
	사회보호 정책	공공 사회 보호 지출(의료 제외)	공공 사회보호 지출(의료 제외) (% of GDP)
	보건 정책	공공 보건 지출	공공 보건 지출 비율 (% of GDP)
사회경제적 위치	환경 정책	환경 보호에 대한 정부 지출	환경 보호에 대한 정부 지출액 (1인당 금액)
	성평등	성별격차	성별격차지수 / 성별소득격차 (% of median earnings of men)
	인구 및 가구	출산율	합계출산율
		인구 구성	성별 총인구수와 비율, 성별 연령별 5세 이하 아동 인구 수와 비율 / 등록 장애 5세 이하 아동 수와 비율 / 다문화 가구 5세 이하 아동 수와 비율 / 탈북 가구 5세 이하 아동 수와 비율 / 부모가 둘, 하나 또는 없는 5세 이하 아동의 수와 비율 / 보호 중인 5세 이하 아동의 수와 비율, 보호대상아동 수, 아동복지시설 아동 수, 가정위탁보호 아동 수, 아동공동생활가정 보호 아동 수 / 국내외 입양아동 수
	가구	가구 구성	조손 가구 수와 비율 / 한부모 가구 수와 비율 / 저소득 한부모 가구 수와 비율 / 5세 이하의 자녀가 있는 한부모 가구의 수와 비율 / 입양 가구 수와 비율, 입양아동 관련 급여 수급자, 입양아동의 보육 관련 서비스 수급자 수 / 다문화 가구 수와 비율 / 탈북 가구 수와 비율
			엄마/아빠의 고등학교 졸업 이하 교육 수준 인구 비율 / 엄마의 학력이 낮은 5세 이하 아동의 비율
	양육자 교육	양육자 학력 분포	실업률 / 아동 가구 실업률, 5세 이하의 자녀가 있는 실직 가구율 / 실직 가구에 사는 5세 이하 아동 비율, 취업 및 실직 가구의 아동 비율 / 소득 하위 20% 인구 중 실업 급여 및 적극적 노동시장 프로그램 수급자 비율
		양육자 실업	전일제로 일하는 부모 한 명 이상과 함께 사는 5세 이하 아동의 비율 / 피고용인 없는 자영업자 비율 / 임금노동자 중 불안정노동자 비율
		양육자 고용안정성	0-100의 소득 불평등을 나타내는 지니 계수
		양육자 소득불평등	기초생활수급자 규모 / 복지급여를 수급하는 저소득 아동 동거 가구 비율 / 빈곤율 소득이 중위 균등화 가처분 소득의 60% 미만인 18세 이상 취업자 비율(사회적 이전 후), 소득이 중위 균등화 가처분 소득의 60% 미만인 인구의 비율(EU-SILC 또는 OECD) 또는 국가 빈곤(세계은행) / 아동 상대빈곤율, 상대적 저소득 가정의 5세 이하 아동 비율, 상대적 소득 빈곤에 처한 아동 비율, 저소득 복지 의존적 가정의 아동 비율 / 5세 이하 아동이 있는 가구 중 낮은 자산과 높은 부채를 가진 가구 비율 / 생계에 어려움을 겪고 있는 가정의 5세 이하 아동 비율 / 예상치 못한 지출을 감당할 능력이 없는 가정의 5세 이하 아동 비율 / 채납(미납금)이 있는 가구의 5세 이하 아동 비율
		양육자 절대 빈곤	절대 저소득 가구의 5세 이하 아동 비율
		지역	지역박탈지수, 박탈 점수(Index of Multiple Deprivation 2019), 지역사회경제지수
		도시화	도시 및 농어촌 / 인구감소지역 여부

1.1.1. **대분류** **사회구조요인** 아래 표에 영유아 건강불평등 모니터링 세분류의 중요도를 7점 척도로 평가해 주시기 바랍니다.

세분류의 중요성 평가 기준:
영유아 발달 및 건강과 건강불평등에 미치는 영향의 크기, 불평등의 상대적·절대적 크기, 불평등이 악화되거나 악화가 예상되는 지표, 정책적 활용가능성 등을 종합적으로 판단해주시시오. 한국에서 가용한 세부 지표가 없는 경우는 향후 지표 생산을 제한할 예정이오니, 지표의 가용성은 고려하지 않으셔도 됩니다.

중분류	소분류	세분류	제시 방식	중요도(√표시)						
				매우 낮음	<--->		매우 높음			
				①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
사회정책	출산, 양육 및 아동 정책	가족 지원 공공 지출	국제 비교 또는 추세 제시							
		영유아 교육에 대한 공공 지출								
		출산 및 육아휴직 제도								
	소득 정책	가구 소득 보장								
	주거 정책	주택 및 지역사회 기반시설에 대한 정부 지출								
		주거 지원에 대한 정부 지출								
	노동 정책	노동소득분배율 노조조직률								
	사회보호 정책	공공 사회 보호 지출(의료 제외)								
사회가치	성평등	성별격차								
인구 및 가구	인구	출산율 인구 구성	현황 또는 추세 제시							
	가구	가구 구성								
사회경제적 위치	양육자 교육	양육자 학력 분포								
	양육자 직업	양육자 실업 양육자 고용안정성								
	양육자 소득	양육자 소득불평등 양육자 상대 빈곤 양육자 절대 빈곤								
	지역	지역박탈지수 도시화								

- 1.1.2.

대분류	사회구조요인
-----	--------

 사회구조요인의 중분류, 소분류, 세분류 구분에 수정이 필요하다면 적어주시기 바랍니다.

- 1.1.3.

대분류	사회구조요인
-----	--------

 앞서 제시한 세분류 또는 지표 외에 추가되어야 할 영유아 건강불평등 모니터링 지표가 있다면 제안해 주시기 바랍니다.

참고자료 **대분류** **중개요인1** 이번 페이지와 다음 페이지에 있는 표는 중개요인에 해당하는 세분류와 지표 예시입니다. 아래 내용을 참고하신 후, **다음은 페이지**에서 영유아 건강불평등 모니터링 세분류의 중요도를 7점 척도로 평가해 주시기 바랍니다.

중분류	소분류	세분류	지표 예시
가정	종합지수	아동 곁핍지수	OECD 아동 곁핍 지수, 아동 특유의 물질적 박탈을 경험하는 5세 이하 아동 비율
	주거환경	주거 점유 상태	주거 점유 상태 자가 전세 월세, 주택 소유 여부
		공공임대주택	5세 이하 자녀가 있는 자가 주택 임대주택·공공 임대 주택 거주 가구 및 한부모 가구 수와 비율 / 장기공공임대주택 거주가구 비율 / 공공 임대 주택, 사회 임대 주택에 사는 아동의 비율 / 사회주택 및 저렴한 주택에 입주하기 위해 대기 중인 가구 수
		주거비 부담	주택 소유 경제적 부담 수준, 주거비가 가처분 가구 소득(주거 부담 제외)의 40%를 초과하는 가구의 비율 / 주거비 부담을 겪고 있는 가구의 5세 이하 아동 비율 / 주거 부담을 받는 가구의 비율(%) / 가구소득 대비 임대료 부담비율(%) / 월소득 대비 월 임대료 비율(%) / 주택도시기금 주택구입 용자금 수 (N) / 주택도시기금 전월세대출 가구 수 (N) / 주거급여 지원가구 비율 (%)
		주거 빈곤	주거주택 거주 가구 비율, 최저 기준 마일 주택, 심각한 주거 빈곤을 겪고 있는 가구의 5세 이하 아동 비율, 열악한 주거 환경을 겪고 있는 가구의 5세 이하 아동 비율 / 기준 이하의 주택 거주자 비율(핵심 주거 필요(CHA) 거주자) / 지난 1년간 아래 항목 중 하나 이상의 문제를 경험한 비율(지난 1년간 주택 내 해충문제 경험, 지난 1년간 주택 내 곰팡이 또는 습기문제 경험, 지난 1년간 주택 내 공기질 저하 경험, 지난 1년간 주택 내 식수로 부적절한 물 경험) / 5세 이하 아동이 있는 가구 또는 한부모 가구 중 과밀 주택 또는 심각한 과밀 주택 거주지에 거주하는 가구 비율, 주거 과밀을 경험하는 5세 이하 아동 비율, 과밀한 사회임대주택에 사는 5세 이하 아동의 비율 / 열악한 빈곤율 / 기본적인 위생 시설이 없는 가구의 아동, 최소한의 기본 위생 서비스(다른 가구와 공유하지 않는 개선된 위생 시설)를 제공받지 못하는 아동의 비율
	영양	식품안전성	식품안전성 미확보를, 매우 낮은 식품안전성을 가진 5세 이하 아동의 가구율, 식품 부족을 겪고 있는 5세 이하 아동 비율
		모유수유	첫 임신이 모유인 신생아율, 모유 수유 초기 시작률 / 생후 0-5개월 유아 중 전일 분유를 섭취한 비율, 주로 모유 수유 생후 0-6개월 유아 비율 / 6-8주 모유 수유율 / 3개월 시점에서 완전 모유 수유한 아기 비율 / 생후 6개월까지 모유 수유만 하는 영아의 비율, 6개월 시점에서 완전 모유 수유한 아기 비율 / 1세 때 모유 수유를 하는 영아의 비율, 모유 수유 지속률(12-15개월) / 0-23개월 동안 모유와 물을 함께 섭취한 비율, 0-23개월동안 모유수유를 하지도 하지 않은 영유아 비율
		이유식 및 영양 섭취	영유아 중 전일 다음을 섭취한 아동의 비율 (곡물,부리채소,바나나류, 콩,완두콩,렌틸콩,견과류,씨앗류,비타민A가 풍부한 과일 및 채소, 기타 과일 및 채소, 육류(소고기,닭고기),생선,내장식품, 우유,분유,요거트,치즈등유제품,모유), 영유아 중 전일 과일이나 채소를 전혀 섭취하지 않은 비율, 포화 지방산을 적정수준으로 섭취하는 인구비율(만3세이상), 나트륨 적정수준으로 섭취하는 인구비율(만3세이상), 칼슘 적정수준으로 섭취하는 인구비율(만1세이상), 비타민A 적정수준으로 섭취하는 인구비율(만1세이상)
	폭력 및 갈등	폭력	가정 폭력 발생률 및 신고율 / 학대피해아동 발견율, 아동방치율, 치명적이지 않은 5세 이하 아동 학대 및 방임 비율, 아동 방임 및 학대율, 아동 학대 및 방임 사망률
		가족 관계	가족 내 갈등 / 가족 건강성
	양육자의 양육 행태	양육정책 활용	엄마-아빠 유급출산휴가 사용률 / 엄마-아빠 육아휴직 사용률 / 엄마-아빠가 사용한 유급 출산 및 육아휴직기간(일) / 출산전후휴가급여 수급자 수 / 육아휴직급여 수급자 수
		산후조리원	산후조리원 이용률 / 산후조리원 내 모자동실 이용률
		양육 부담	주양육자 및 보조양육자의 수와 시간 / 아빠의 양육 참여
		양육 방식 및 태도	부모 효능감 점수 / 양육 스트레스 점수 / 훈육방식 / 양육자와 안정애착 형성 비율, 아이주는 등 아동과 신체를 접촉하는 시간 / 읽느라 재우는 유아의 비율, 안전한 영유아 수면용품 사용 / 가족 이 일주일에서 4일 이상 책을 읽어주는 5세 이하 아동 비율 / 적절한 바깥활동 또는 신체활동 유무 / 안전수칙 준수 / 하루 스크린 사용 시간이 1시간 이하인 만 2-5세 아동의 비율, 미디어 사용시간 / 간식 섭취 횟수, 가당 음료 섭취 횟수 / 구강위생관리율, 1세이상 침침치루 첫솔질 실천율, 불소이용 구강관리 / 가정 내 성명등, 성별 가정관리 및 가족 가구원 돌봄
	생물학적 어머니의 건강과 건강행태	모성사망	모성사망비
		출산 연령	청소년 중 부모가 되는 비율, 10대 산모율(12-17세), 18세 미만 임신율 / 35세 이상 여성의 분만 비율
		임신 전 및 임신 중의 건강행태	임신 전부터 임신 보충제 복용을 시작한 임신부의 비율 / 출산 시 흡연 여부, 임신 초기 흡연율, 임신 중 흡연율 / 임신 초기 비만율 / 임신 초기 음주율 / 임신 초기 약물 오남용 비율
	양육자의 건강과 건강행태	산전 관리	임신 후 10주 이내에 의사와 첫 진료 예약을 완료한 임신부의 비율 / 산전 관리율
		전반적 건강	부모의 주관적 건강 수준, 전반적으로 건강이 좋지 않은 부모와 함께 사는 자녀 / 건강상의 이유로 활동에 큰 제약이 있다고 보고하는 부모와 함께 사는 5세 이하 아동 비율
	정신건강	정신건강	주 양육자의 자존감 / 주 양육자의 우울 및 불안 / 정신 질환을 앓고 있는 어머니의 비율
		건강행태	주 양육자의 흡연율 / 주 양육자의 음주율 / 간접흡연에 노출되는 비흡연자율

영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안

참고자료 대분류 중개요인2

중분류	소분류	세분류	지표 예시
보육·교육기관	보육·교육기관	보육·교육기관 등록 및 이용과 비용	어린이집 등록 비율, 부모 이외의 보육 서비스를 받고 있는 아동 수와 비율, 유치원 프로그램에 등록한 만 4세, 5세 어린이, 유아 교육 및 보육에 참여하는 아동, 유아 교육에 참여하는 36~59개월유니세프) 및 48개월~취학 연령(유로스타트) 아동 비율 / 정부 보조 보육 서비스를 받는 5세 이하 아동 비율 / 보육·교육기관 이용(체류) 시간 / 보육·교육기관을 이용하는 부모의 일련적인 순 보육 비용 / 학습사교육 이용 비율 / 주평균 학습사교육 시간 / 학습사교육 비용
		보육·교육기관의 질	보육·교육기관 내 보육교사 1인당 어린이 수, 교사 대 아동 비율 / 지역 내 어린이 수 대비 보육·교육기관 수 / 유아 교육 및 보육 전문가를 위한 최소 자격 요건, 교사 자격 기준 / 교사 및 또래와의 상호작용, 아동중심활동참여수준 / 어린이집 평가제 평가결과 / 보육·교육기관 제공 음식의 질(영양)
지역사회	종합	건강자원 접근성 및 취약요인 지수	건강자원 접근성 및 취약요인 지수
	안전 및 편의	안전	지역안전지수 / 5대 범죄 발생 건수, 범죄율, 지역 내 범죄 및 폭력을 신고하는 가정의 5세 이하 아동 비율 / 교통안전지수
		편의	지역사회 접근성 / 장애인 편의시설 설치율 / 1인당 생활권공원 면적
	환경문제	화학적 유해요인	유해요인 노출 (비스페놀A, 과염소산염, 납, 어린이 수은, 비스)
		소음	소음 문제를 보고한 가구의 어린이, 소음에 대한 불만 비율, 낮 시간 동안 65dB(A) 이상의 도로, 철도 및 항공 운송 소음에 노출된 인구의 비율, 야간에 55dB(A) 이상의 도로, 철도 및 항공 운송 소음에 노출된 인구 비율
		대기오염	공해 문제를 보고한 가구의 어린이, WHO 가이드라인을 초과하는 초미세먼지(PM2.5) 농도에 노출된 인구 수, 대기 오염: 초미세먼지 농도
	사회자본과 사회통합	사회자본	지역사회 신뢰도 / 지역사회 참여도
		사회통합	사회통합 인식
보건의료서비스	보건의료자원	의료기관	공공보건의료기관 분포 / 영유아 수 대비 보건의료기관 / 응급의료기관 분포 / 재활의료기관의 접근성
		의사 수	아동 수 대비 전문 의사 수, 발달 지연 및 정신건강 상담 및 검사 가능 의료진 수
	미충족의료	미충족의료	경제적 이유로 인한 미충족 의료 비율(치과 미포함), 충족되지 않은 의료로 필요가 있는 아동 비율 / 경제적 이유로 인한 치과 미충족 의료 비율 / 재활의료 필요 미충족률
	치과서비스	치과 이용	치과 이용률, (1세이상) 예방치과의료 이용률
	방문가정서비스	생애초기 건강관리 사업	출생 14일 이내에 완료된 신생아 방문(NBV) 비율, 6~8주 방문을 받는 영아의 비율, 12개월 방문을 받는 아동의 비율, 2년에서 2년 반 동안 방문을 받은 아동의 비율, 건강한 아동 프로그램 또는 통합 방문의 일환으로 ASQ-3을 받는 만 2세에서 2세 반 아동의 비율, 아동 건강 전문가의 가정 방문률
	예방접종	영유아 예방접종	영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률, 만 2세까지 권장 백신을 접종하지 않은 아동의 비율, 만 2세까지 어린이 MMR 백신 1회 접종률, 만 2세까지 어린이의 DtaP 백신 4회 접종률, 유치원에 다니는 5세 이하 아동을 위한 MMR 백신 2회 접종률, 인구 백신 접종 범위: MMR 2회 접종(만 5세), 인구 백신 접종 범위: MMR 1회 접종(만 2세), 인구 백신 접종 범위: Dtap IPV Hib HepB(만 2세), 1차 예방접종을 완료한 아기의 비율(생후 12개월), 디프테리아, 파상풍 및 백일해 예방 접종을 받은 5세 이하 아동 비율, 홍역 예방 접종을 받은 5세 이하 아동 비율/ 보호 대상 아동 예방 접종률, 취약계층 예방접종률 (3세 이상) / 인플루엔자 예방접종
	건강검진	영유아 건강검진	영유아 건강검진율 (14~35일, 4~6개월, 9~12개월, 18~24개월, 30~36개월, 42~48개월, 54~60개월), 전국민(1세이상) 정기 구강검진 이용률, 장애아동 초기 검진 수검률

1.2.1. **대분류** **중개요인** 아래 표에 영유아 건강불평등 모니터링 세분류의 중요도를 7점 척도로 평가해 주시기 바랍니다. 중개요인의 지표들은 가용한 부모의 사회경제적 위치에 따른 불평등 크기를 제시할 예정입니다.

세분류의 중요성 평가 기준:
영유아 발달 및 건강과 건강불평등에 미치는 영향의 크기, 불평등의 상대적·절대적 크기, 불평등이 악화되거나 역화가 예상되는 지표, 정책적 활용가능성 등을 종합적으로 판단해주시시오. 한국에서 가용한 세부 지표가 없는 경우는 향후 지표 생산을 제안할 예정이오니, 지표의 가용성은 고려하지 않으셔도 됩니다.

중분류	소분류	세분류	사회경제적 위치 지표 (총화변수)	중요도(✓표시)						
				매우 낮음	<--->		매우 높음			
				①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
가정	종합지수	아동 결핍지수	양육자(부모) 의 학력· 소득·직업, 가구형태, 지역							
	주거환경	주거 점유 상태								
		공공임대주택								
		주거비 부담								
		주거 빈곤								
	영양	식품안정성								
		모유수유								
	폭력 및 갈등	이유식 및 영양 섭취								
		폭력								
	양육자의 양육 행태	가족 관계								
		양육정책 활용								
		산후조리원								
지역사회	생물학적 엄마의 건강 과 건강행태	양육 부담	지역							
		양육 방식 및 태도								
		모성사망								
	양육자의 건강과 건강 행태	출산 연령								
		임신 전 및 임신 중의 건강행태								
		산전 관리								
	보건·교육기관	전반적 건강								
		정신건강								
		건강행태								
	종합	보건·교육기관 등록 및 이용과 비용								
		보건·교육기관의 질								
		건강자원 접근성 및 위험요인 지수								
보건 의료 서 비스	지역사회	안전	지역							
		편의								
		화학적 유해요인								
		소음								
	사회자본과 사회통합	대기오염								
		사회자본								
		사회통합								
	보건 의료 자원	의료기관								
		의사 수								
		미충족의료								
		치과서비스								
		방문가정서비스								
	양육자(부모) 의 학력· 소득·직업, 가구형태, 지역	생애초기 건강관리 사업								
		영유아 예방접종								
		영유아 건강검진								

1.2.2.

대분류	중개요인
-----	------

 중개요인의 중분류, 소분류, 세분류 구분에 수정이 필요하다면 적어주시기 바랍니다.

1.2.3.

대분류	중개요인
-----	------

 앞서 제시한 세분류 또는 지표 외에 추가되어야 할 영유아 건강불평등 모니터링 지표가 있다면 제안해 주시기 바랍니다.

참고자료 **대분류** **발달과 건강** 아래는 발달과 건강에 해당하는 세분류와 지표 예시입니다. 아래 내용을 참고하신 후, **다음 페이지**에서 영유아 건강불평등 모니터링 세분류의 중요도를 7점 척도로 평가해 주시기 바랍니다.

중분류	소분류	세분류	지표 예시
발달	신생아 발달	신생아 건강상태	저체중출생아비율, 만삭아의 저체중 출생, 모든 아기의 초자체중 출생, 조산율, 임신 주수에 비해 작게 태어난 아기 비율
	0-5세 발달	0-2세 발달검사결과	아동 발달: 2~2.5세에 기대 수준의 발달을 달성한 아동의 비율, (한 영역 이상) 영유아 검진 시 심화권고비율 (14~35일, 4~6개월, 9~12개월, 18~24개월)
		3-5세 발달검사결과	발달이 정상 궤도에 오른 36~59개월 아동의 비율, 초기 발달 영역 중 적어도 한 가지 영역에서 취약한 아동의 비율, 하나 또는 두개 이상의 영역에서 발달이 취약한 5세 이하 아동의 비율, (한 영역 이상) 영유아 검진 시 심화권고비율 (30~36개월, 42~48개월, 54~60개월)
		0-5세 발달 및 건강상태	학교 준비도 연령별 신장 / 연령별 체중 / 연령별 BMI / 비만율, 비만(중증 비만 포함) 유병률(4~5세), 과체중 비율 / 마른 체형 아동의 비율 / 충분한 수면을 취하는 5세 이하 아동의 비율
건강	전반적 건강	전반적 건강	아동의 건강상태에 대한 보호자의 주관적 평가
질병 및 손상	유병	질병 또는 장애 유병	질병이나 건강 문제를 앓고 있는 아동의 비율 (정신건강 포함) / 건강 문제로 인해 활동에 제약이 있는 5세 이하 아동의 비율, 핵심 일상 활동에 도움이 필요한 5세 이하 아동의 비율
		손상 유병	외부 원인에 의한 모든 부상 또는 중독 진단 비율, 부상을 입은 5세 이하 아동의 비율 / 교통사고 사상자수, 도로에서 5세 이하 아동의 사망률 및 중상(KSI) 사고율, 교통 사고 부상율, 낙상률, 무생물성 기계적 힘에 노출(Exposure to inanimate mechanical forces)로 인한 부상 경험률
		치아 유병	활동성 충치 및 치료되지 않은 충치가 있는 5세 이하 아동의 비율, 하나 이상의 충치, 결손 또는 충치가 있는 5세 이하 아동의 비율, 시각적으로 명백한 충치 경험이 있는 5세 아동의 비율
	의료이용	외래 진료	국내 외래 진료실인원수 및 외래 진료비 기준 상위 질환 (0세 /1~4세)
		입원	성별 연령별 입원율, 14일 미만 영아 입원, 성별 연령별 원인별 입원율, 천식으로 인한 병원 입원율(5세 이하), 하부 호흡기 감염으로 인한 입원율(1년 미만), 하기도 감염으로 인한 입원율(만 1세), 하기도 감염으로 인한 입원율(2~4년), 국내 입원 진료실인원수 및 입원 진료비 기준 상위 질환 유병률 (0세, 1~4세) / 0~5세, 예방 가능한 입원율, 연령별 질환별 예방 가능한 입원율 (백신으로 예방 가능한 총 질환, 급성 경련 및 간질, 급성 치과 질환, 급성 귀, 코 및 인후 감염, 신우신염을 포함한 급성 요로 감염, 전체 급성 질환, 만성 천식, 전체 만성 질환) / 충치로 인한 병원 입원율(0~5년) / 외부 원인에 의한 모든 부상 또는 중독으로 인한 병원 입원율, 5세 이하 아동의 의도하지 않은 부상으로 인한 병원 입원율
		응급실 내원	응급 입원율(0~4세), 위장염으로 인한 응급 입원율(1세 미만, 만1세, 2~4세) 연령별 성별 응급실 내원율, 응급실 내원율(0~4세), 연령별 성별 주요 진단별 응급실 내원율, 천식을 앓고 있는 5세 이하 아동의 응급실 방문율, 5세 이하 아동의 약물 과다 복용으로 인한 응급실 방문율 / 중증도에 따른 5세 이하 아동의 응급실 방문율
사망	성별 연령별 사망원인별 사망	성별 연령별 사망원인별 사망	아동 연령별 사망률, 신생아사망률, 영아사망률, 유아 사망률(1~5세), 성별 연령별 사망원인별 사망률, 성별 및 연령별 인구 10만 명당 타살 피해자 수 / 자살율

1.3.1. **대분류** **발달과 건강** 아래 표에 영유아 건강불평등 모니터링 세분류의 중요도를 7점 척도로 평가해 주시기 바랍니다. 발달과 건강 지표들은 가용한 부모의 사회경제적 위치에 따른 불평등 크기를 제시할 예정입니다.

세분류의 중요성 평가 기준:
영유아 발달 및 건강 불평등의 상대적·절대적 크기, 불평등이 악화되거나 악화가 예상되는 지표, 정책적 활용가능성 등을 **종합적으로 판단**해주시시오. 한국에서 가용한 세부 지표가 없는 경우는 향후 지표 생산을 제한할 예정이오니, 지표의 가용성은 고려하지 않으셔도 됩니다.

중분류	소분류	세분류	사회경제적 위치 지표 (총화변수)	중요도(✓표시)						
				<--->						
				매우 낮음	①	②	③	④	⑤	매우 높음
발달	신생아 발달	신생아 건강상태	양육자(부모)의 학력· 소득·직업, 가구형태, 지역							
	0~5세 발달	0~2세 발달검사결과								
		3~5세 발달검사결과								
		0~5세 발달및건강상태								
건강	전반적 건강	전반적 건강								
질병 및 손상	유병	질병 또는 장애 유병								
		손상 유병								
		치아 유병								
	의료이용	외래 진료								
입원										
		응급실 내원								
사망	성별 연령별 사망원인 별 사망	성별 연령별 사망원인별 사 망								

1.3.2.

대분류	발달과 건강
-----	--------

 발달과 건강의 중분류, 소분류, 세분류 구분에 수정이 필요하다면 적어주시기 바랍니다.

1.3.3.

대분류	발달과 건강
-----	--------

 앞서 제시한 세분류 또는 지표 외에 추가되어야 할 영유아 건강불평등 지표가 있다면 제안해 주시기 바랍니다.

2 대표 세분류 선정 및 기타 제안

2.1. 위 1번에서 응답하신 중요도를 기반으로 대표 세분류 25개를 선정해주시고, 대표 세분류란 영유아 건강 불평등 모니터링에서 중요도가 높아 우선적으로 측정해야 하는 세분류를 의미합니다.

- 각 대표류에서 2개 이상을 선정해주시고.
- 하나의 중분류나 소분류 내에서 여러 개의 세분류를 선정하셔도 됩니다.

대표류	중분류	소분류	세분류	대표 여부(✓표시)	대표류	중분류	소분류	세분류	대표 여부(✓표시)
사회 구조요인	사회 정책	출산, 양육 및 아동 정책	가족 지원 공공 지출		중개요인	가정	생물학적 어머니의 건강과 건강행태	모성사망	
			영유아 교육에 대한 공공 지출					출산 연령	
			출산 및 육아휴직 제도					임신 전 및 임신 중의 건강행태	
								산전 관리	
		소득 정책	가구 소득 보장				양육자의 건강과 건강행태	전반적 건강	
		주거 정책	주택 및 지역사회 기반시설에 대한 정부 지출					정신건강	
			주거 지원에 대한 정부 지출					건강행태	
		노동 정책	노동소득분배율			보육 교육 기관	보육·교육기관	보육·교육기관 등록 및 이용과 비용	
			노동조직률					보육·교육기관의 질	
	사회 가치	사회보호 정책	공공 사회 보호 지출(의료 제외)			지역 사회	종합	건강자원 접근성 및 위험요인 지수	
			공공 보건 지출					안전	
			환경 정책				안전 및 편의	편의	
		환경 정책	환경 보호에 대한 정부 지출					회화적 유해요인	
			성평등			보건 의료 서비스	환경문제	소음	
		인구 및 가구	출산율					대기오염	
			인구 구성				사회자본과 사회통합	사회자본	
	사회 경제 선 위치	양육자 교육	양육자 학력 분포					사회통합	
			양육자 실업			보건의료자원	보건의료자원	의료기관	
		양육자 직업	양육자 고용안정성					의사 수	
			양육자 소득불평등			미충족의료	미충족의료	미충족의료	
		양육자 소득	양육자 상대 빈곤					치과서비스	
			양육자 절대 빈곤				방문가정서비스	치과 이용	
중개요인	가정	종합지수	아동 결핍지수					생애초기 건강관리 사업	
			주거 점유 상태				예방접종	영유아 예방접종	
			공공임대주택					건강검진	
		주거환경	주거비 부담			발달	신생아 발달	영유아 건강검진	
			주거 빈곤					신생아 발달	
			식품안정성				0-2세 발달검사결과	신생아 건강상태	
	영양	영양	모유수유					0-2세 발달검사결과	
			이유식 및 영양섭취			건강	0-5세 발달	3-5세 발달검사결과	
			이유식 및 영양섭취					0-5세 발달및건강상태	
		폭력 및 갈등	가족 관계				전반적 건강	전반적 건강	
			가족 정책					전반적 건강	
			영양정책			질병 및 손상	유병	질병 또는 장애 유병	
	양육자의 양육행태	양육자의 양육행태	산후조리원					손상 유병	
			양육 분담				의료이용	치아 유병	
			양육 방식 및 태도					외래 진료	
		양육자의 양육행태	양육 방식 및 태도				성별 연령별 사망원인별 사망	입원	
			양육 방식 및 태도					응급실 내원	
			양육 방식 및 태도					성별 연령별 사망원인별 사망	

2.2. 기타 수정·보완이 필요한 사항을 말씀해 주십시오.

응답 전문가 배경 정보 (기입해 주십시오)

(1) 성 별	<input type="checkbox"/> ① 남 <input type="checkbox"/> ② 여
(2) 연 령	만 _____세
(3) 현재 근무기관	()학교 ()학과 기타: () ex)육아정책연구소
(4) 최종학력	①석사 수료 ②석사 졸업 ③박사 수료 ④박사 졸업
(5) 최종학위 취득전공	() ex) 아동학과
(6) 영유아 또는 건강 및 건강행태평생 관련 경력	총 () 년

※ 끝까지 응답하여 주셔서 감사합니다 ※

부록 4. 1차 전문가 조사 후 수정된 영유아 건강불평등 모니터링 지표

중분류	소분류	세분류	지표		출처	
사회· 공공정책	1 출산, 양육 및 아동 정책	1	가족 지원 공공 지출	1	가족부문 공공사회복지 지출 (% of GDP)	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a), OECD indicators(2025)
		2	영유아 교육에 대한 공공 지출	2	유아 교육 및 보육에 대한 공공 지출 (1인당 금액)	OECD Child Well-Being Data Portal(2021), WHO(2020)
		3	출산 및 육아휴직 제도	3	엄마·아빠가 사용할 수 있는 유급 출산 및 육아휴 직기간(주)	WHO(2020)
				4	출산휴가 및 육아휴직 소득대체율 (%)	OECD Family Database (2025)
	2 소득 정책	4	가구 소득 보장	5	세금 및 이전정책 전-후의 아동 상대 소득 빈곤율 차이 (percent point difference)	OECD Child Well-Being Data Portal(2021)
				6	아동이 있는 가구에 대한 최저소득보장급여의 적정 성 (% of median disposable income)	OECD Child Well-Being Data Portal(2021)
				7	아동수당 지급률 및 적정성	신규 제안
				8	저임금노동자 비율	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
	3 주거 정책	5	주택 및 지역사회 기반시설에 대한 정 부 지출	9	주택 및 지역사회 기반시설에 대한 정부 지출액 (1 인당 금액)	OECD Child Well-Being Data Portal(2021)
				10	주거 지원에 대한 정부 지출액 (1인당 금액)	OECD Child Well-Being Data Portal(2021)
				11	주거 수당에 대한 공공 지출 (% of GDP)	OECD Affordable Housing Database (2025)
				12	사회임대주택 지원을 위한 공공 지출 (% of GDP)	OECD Affordable Housing Database (2025)
	4 노동 정책	6	주거 지원에 대한 정부 지출	13	전체 주택 대비 사회임대주택 비율 (% of total housing stock), 신규주택 중 공공임대주택 비율	OECD Affordable Housing Database (2025), 보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
				14	노동소득분배율 (%)	WHO(2020)
				15	노동조직원율 (%)	ILO(2024)
				16	장시간 근무 노동자율 (%)	신규 제안

중분류	소분류		세분류		지표		출처
	5	사회보호 정책	10	공공 사회 보호 지출(의료 제외)	17	공공 사회보호 지출(의료 제외) (% of GDP)	
	6	보건 정책	11	공공 보건 지출	18	공공 보건 지출 비율 (% of GDP)	WHO(2020), OECD Family Database(2025)
	7	환경 정책	12	환경 보호에 대한 정부 지출	19	환경 보호에 대한 정부 지출액 (1인당 금액)	WHO(2020), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
	8	성평등	13	성별격차	20	성별격차지수	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
	9	사회 포용성	14	사회 포용성	21	성별소득격차 (% of median earnings of men)	World Economic Forum(2024)
사회문화 적가치	10	아동친화	15	육아친화/아동친화 문화	22	포용개발지수 (inclusive development index)	OECD Family Database(2025)
					23	육아친화/아동친화 문화 수준	신규 제안
인구 및 가구			16	출산율	24	합계출산율	신규 제안
	11	인구	17	취약 아동 인구	25	성별 총인구수와 비율, 성별 연령별 5세 이하 아동 인구 수와 비율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
					26	등록 장애 5세 이하 아동 수와 비율	정최경희 외(2013), 김동진 외(2019)
					27	다문화 가구 5세 이하 아동 수와 비율	정최경희 외(2013), 김동진 외(2019)
					28	탈북 가구 5세 이하 아동 수와 비율	김동진 외(2019)
					29	부모가 둘, 하나 또는 없는 5세 이하 아동의 수와 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
					30	보호 중인 5세 이하 아동의 수와 비율, 보호대상아동 수, 아동복지시설 아동 수, 가정위탁보호 아동 수, 아동공동생활가정 보호 아동 수	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), 보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
					31	국내외 입양아동 수	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)

중분류	소분류	세분류	지표	출처
사회경제적 위치	12 가구	18 취약 가구	32 조손 가구 수와 비율	김동진 외(2019)
			33 한부모 가구 수와 비율	김동진 외(2019), 보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			34 저소득 한부모 가구 수와 비율	김동진 외(2019, 대표)
			35 5세 이하의 자녀가 있는 한부모 가구의 수와 비율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
		19 양육자 학력 분포	36 입양 가구 수와 비율, 입양아동 관련 급여 수급자, 입양아동의 보호 관련 서비스 수급자 수	김동진 외(2019), 보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			37 다문화 가구 수와 비율 및 국가 분포	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			38 탈북 가구 수와 비율	김동진 외(2019)
			39 엄마·아빠의 고등학교 졸업 이하 교육 수준 인구 비율	정최경희 외(2013)
	13 양육자 교육	19 양육자 학력 분포	40 엄마의 학력이 낮은 5세 이하 아동의 비율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
	14 양육자 직업	20 양육자 실업	41 실업률	정최경희 외(2013), Healthy People 2030(2025)
			42 아동 가구 실업률, 5세 이하의 자녀가 있는 실직 가구를	김동진 외(2019), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			43 실제 기구에 사는 5세 이하 아동 비율, 취업 및 실직 가구의 아동 비율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), OECD Child Well-Being Data Portal (2021), OECD Family database (2025)
			44 소득 하위 20% 인구 중 실업급여 및 적극적 노동 시장 프로그램 수급자 비율	WHO(2020)
		21 양육자 고용안정성	45 전일제로 일하는 부모 한 명 이상과 함께 사는 5세 이하 아동의 비율	Healthy People 2030(2025)
			46 피고용인 없는 자영업자 비율	신규 제안

중분류	소분류	세분류	지표	출처
	15 양육자 소득	23 양육자 상대 빈곤	47 임금노동자 중 불안정노동자 비율	신규 제안
			48 0-100의 소득 불평등을 나타내는 지니 계수	UNICEF-Indicator profiles(2024), WHO(2020)
			49 기초생활수급자 규모	정최경희 외(2013, 핵심)
			50 복지급여를 수급하는 저소득 아동 동거 가구 비율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			51 빈곤율, 소득이 중위 균등화 가처분 소득의 60% 미만인 18세 이상 취업자 비율(사회적 이전 후), 소득이 중위 균등화 가처분 소득의 60% 미만인 인구의 비율(EU-SILC 또는 OECD) 또는 국가 빈곤 선(세계은행)	Healthy People 2030(2025), WHO(2020)
			52 아동 상대빈곤율, 상대적 저소득 가정의 5세 이하 아동 비율, 상대적 소득 빈곤에 처한 아동 비율, 저소득, 복지 의존적 가정의 아동 비율	김동진 외(2019, 대표), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), OECD Child Well-Being Data Portal (2021), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			53 5세 이하 아동이 있는 가구 중 낮은 자산과 높은 부채를 가진 가구 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			54 생계에 어려움을 겪고 있는 가정의 5세 이하 아동 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			55 예상치 못한 지출을 감당할 능력이 없는 가정의 5세 이하 아동 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			56 체납(미납금)이 있는 가구의 5세 이하 아동 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			57 절대 저소득 가구의 5세 이하 아동 비율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
		24 양육자 절대 빈곤		

중분류	소분류	세분류	지표	출처
가정	16 지역	25 지역빈탈지수	58 지역빈탈지수, 박탈 점수(Index of Deprivation 2019), 지역사회경제지수	정최경희 외(2013, 핵심), 김동진 외(2019, 대표), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			59 도시와 농어촌 / 수도권과 비수도권	김동진 외(2019)
		26 도시화	60 인구감소지역 여부	신규 제안
		17 종합지수	27 아동 결핍지수	61 OECD 아동 결핍 지수, 아동 특유의 물질적 박탈을 경험하는 5세 이하 아동 비율
	28 가정 내 홀란지수		62 가정 내 홀란지수	신규 제안
	18 주거환경	29 주거 불안정	63 주거 점유 상태: 자가·전세·월세, 주택 소유 여부	김동진 외(2019), Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025)
			64 5세 이하 자녀가 있는, 자가 주택·임대주택·공공임대 주택 거주 가구 및 한부모 가구 수와 비율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			65 장기공공임대주택 거주가구 비율	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			66 공공 임대 주택, 사회 임대 주택에 사는 아동의 비율	김동진 외(2019), WHO(2020)
			67 사회주택 및 저렴한 주택에 입주하기 위해 대기 중인 가구 수	Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025)
			68 주택 소유 경제적 부담 수준, 주거비가 가처분 가구 소득(주거 수당 제외)의 40%를 초과하는 가구의 비율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), WHO(2020)
		30 주거비 부담	69 주거비 부담을 겪고 있는 가구의 5세 이하 아동 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			70 주거 수당을 받는 가구의 비율 (%)	WHO(2020), OECD Affordable Housing Database (2025)
			71 가구소득 대비 임대료 보조금 비율(%)	OECD Affordable Housing Database (2025), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)

중분류	소분류	세분류	지표	출처
			72 월소득 대비 월 임대료 비율(%)	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			73 주택도시기금 주택구입 용자기구 수 (N)	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			74 주택도시기금 전월세대출 가구 수 (N)	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			75 주거급여 지원가구 비율 (%)	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			비주택 거주 가구 비율, 최저 기준 미달 주택, 심각한 주거 빈곤을 겪고 있는 가구의 5세 이하 아동 비율, 열악한 주거 환경을 겪고 있는 가구의 5세 이하 아동 비율	정화경희 외(2013, 핵심), 김동진 외(2019, 대표), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
	31 주거 빈곤		77 기준 이하의 주택 거주자 비율(핵심 주거 필요 (CHS) 거주자)	Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025), Healthy People 2030(2025) (unaffordable housing)
			지난 1년간 아래 항목 중 하나 이상의 문제를 경험한 비율 (지난 1년간 주택 내 해충문제 경험, 지난 1년간 주택 내 곰팡이 또는 습기문제 경험, 지난 1년간 주택 내 공기질 저하 경험, 지난 1년간 주택 내 식수로 부적합한 물 경험)	Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025), Healthy People 2030(2025) (undrinkable water)
			5세 이하 아동이 있는 가구 또는 한부모 가구 중 과밀 주택 또는 심각한 과밀 주택 거주지에 거주하는 가구 비율, 주거 과밀을 경험하는 5세 이하 아동 비율, 과밀한 사회임대주택에 사는 5세 이하 아동의 비율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), OECD Child Well-Being Data Portal (2021), WHO(2020)
			80 연료 빈곤율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			81 기본적인 위생 시설이 없는 가구의 아동, 최소한의 기본 위생 서비스(다른 가구와 공유하지 않는 개선된 위생 시설)를 제공받지 못하는 인구의 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021), WHO(2020)
	19 식품환경	32 식품안전성	82 식품안전성 미확보율, 매우 낮은 식품안전성을 가진 5세 이하 아동의 가구율, 식품 부족을 겪고 있는 5세 이하 아동 비율	정화경희 외(2013, 핵심), Healthy People 2030(2025), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)

중분류	소분류	세분류	지표	출처
20 폭력 및 갈등	33 폭력		83 가정폭력 발생률 및 신고율	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			84 학대피해아동 발견율, 아동방치율, 치명적이지 않은 5세 이하 아동 학대 및 방임 비율, 아동 방임 및 학대율, 아동 학대 및 방임 사망률	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a), 이상정 외 (2023), Healthy People 2030(2025)
			85 가족 내 갈등	김동진 외(2019)
	34 가족 관계		86 가족 건강성	이상정 외(2023)
			87 엄마·아빠 유급출산휴가 사용률	OECD Family Database (2025)
	35 양육정책 활용		88 엄마·아빠 육아휴직 사용률	OECD Family Database (2025)
			89 엄마·아빠가 사용한 유급 출산 및 육아휴직기간 (일)	OECD Family Database (2025)
			90 출산전후휴가급여 수급자 수	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			91 육아휴직급여 수급자 수	보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			92 아동수당 수급률 및 만족도	신규 제안
			93 주양육자 및 보조양육자의 수와 시간 (조부모, 친척, 이웃의 양육 지원)	신규 제안
21 양육자의 양행태	36 양육 참여 및 분담		94 아빠의 양육 참여	WHO(2020)
			95 가정 내 성평등, 성별 가정관리 및 가족·가구원 돌봄	WHO(2020), 보건복지부·한국보건사회연구원(2024a)
			96 산후조리원 이용률	신규 제안
			97 산후조리원 내 모자동실 상시(24시간) 이용률	신규 제안
			98 생후 0-12개월 아동 중 보육기관 이용 아동 비율, 생후 13-24개월 아동 중 보육기관 이용 아동 비율	신규 제안
	38 모유수유		99 첫 음식이 모유인 신생아율, 모유 수유 조기 시작률	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), UNICEF-Indicator profiles(2024)
			100 생후 0-5개월 유아 중 전일 분유를 섭취한 비율, 주로 모유 수유 생후 0-5개월 유아 비율	UNICEF-Indicator profiles(2024)
			101 6-8주 모유 수유율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)

중분류	소분류	세분류	지표	출처
			102 3개월 시점에서 완전 모유 수유한 아기 비율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			103 생후 6개월까지 모유 수유만 하는 영아의 비율, 6개월 시점에서 완전 모유 수유한 아기 비율	Healthy People 2030(2025), WHO(2020), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			104 1세 때 모유 수유를 하는 영아의 비율, 모유 수유 지속률(12~15개월)	Healthy People 2030(2025), UNICEF-Indicator profiles(2024)
			105 0-23개월 동안 모유와 물을 함께 섭취한 비율, 0-23개월동안 모유수유를 하나도 하지 않은 영유아 비율	UNICEF-Indicator profiles(2024)
			106 부모 효능감 점수	이상정 외(2023)
			107 양육자의 건강문해력(health literacy)	신규 제안
			108 훈육방식	이상정 외(2023)
			109 양육자와 인정애착 형성 비율, 인아주는 등 아동과 신체를 접촉하는 시간	신규 제안
			110 엎드려 재우는 유아의 비율, 안전한 영유아 수면용 품 사용	Healthy People 2030(2025), 육아정책연구소 제안
			111 공동 수면 여부, 취침 루틴 유무 및 일관성 여부, 수면환경	신규 제안
			112 가족이 일주일에 4일 이상 책을 읽어주는 5세 이하 아동 비율, 대화 빈도	Healthy People 2030(2025)
			113 디지털 미디어 사용 중재	신규 제안
			114 안전수칙 준수	이상정 외(2023)
			115 청소년 중 부모가 되는 비율, 10대 산모율(12~17세), 18세 미만 임신율	김동진 외(2019), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			116 35세 이상 여성의 분만 비율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
	22 산모 또는 양육자의 건강과 건강행태	39 양육 역량과 방식 40 출산 연령		

중분류	소분류	세분류	지표	출처
	41 산전 관리	117	임신 후 10주 이내에 의사와 첫 진료 예약을 완료한 임신부의 비율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			산전 관리율	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
		119	임신 전부터 엽산 보충제 복용을 시작한 임신부의 비율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
		120	출산 시 흡연 여부, 임신 초기 흡연율, 임신 중 흡연율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), WHO(2020)
		121	임신 초기 비만율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
		122	임신 초기 음주율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
	42 산모 건강행태	123	임신 초기 약물 오남용 비율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
		124	주양육자의 흡연율	신규 제안
		125	주양육자의 음주율	신규 제안
		126	간접흡연에 노출되는 비흡연자율	Healthy People 2030(2025), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
	44 산모 또는 양육자의 전반적 건강	127	부모의 주관적 건강 수준, 전반적으로 건강이 좋지 않은 부모와 함께 사는 자녀	김동진 외(2019), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
		128	건강상의 이유로 활동에 큰 제약이 있다고 보고하는 부모와 함께 사는 5세 이하 아동 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
		129	모성사망비	정최경희 외(2013)
		130	산후우울증	신규 제안
	45 산모 또는 양육자의 정신건강	131	양육 스트레스 점수	이상정 외(2023)
		132	주양육자의 자존감, 우울 및 불안	김동진 외(2019)

중분류	소분류	세분류	지표	출처
보육·교육기관	보육·교육기관	보육·교육기관 등록 및 이용과 비용	133 정신 질환을 앓고 있는 어머니의 비율	WHO(2020)
			어린이집 등록 비율, 부모 이외의 보육 서비스를 받고 있는 아동 수와 비율, 유치원 프로그램에 등록한 만 4세, 5세 어린이, 유아 교육 및 보육에 참여하는 아동, 유아 교육에 참여하는 36-59개월(유니세프) 및 48개월~취학 연령(유로스타트) 아동 비율	Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), OECD Child Well-Being Data Portal (2021), WHO(2020)
			135 정부 보조 보육 서비스를 받는 5세 이하 아동 비율	Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025)
			136 보육·교육기관 이용(체류) 시간	신규 제한
			137 보육·교육기관을 이용하는 부모의 일반적인 순 교육 비용	OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			138 학습사교육 이용 비율 및 시간	신규 제한
			139 주평균 학습사교육 시간	신규 제한
			140 학습사교육 비용	신규 제한
			141 보육·교육기관 내 보육교사 1인당 어린이 수, 교사 대 아동 비율	김동진 외(2019)에서 수정
			142 지역 내 어린이 수 대비 보육·교육기관 수	신규 제한
			143 유아 교육 및 보육 전문가를 위한 최소 자격 요건, 교사 자격 기준	신규 제한
			144 교사-아동 상호작용의 질, 영유아중심 놀이 참여 정도	신규 제한
			145 어린이집 평가제 평가결과	신규 제한
			146 보육·교육기관 제공 음식의 질(영양)	신규 제한
			147 장애통합교육환경	신규 제한
			148 건강지원 접근성 및 이해요인 지수	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			149 육아친화환경지수	신규 제한
지역사회	24 종합	48 건강지원 접근성 및 이해요인		
		49 육아친화환경		

중분류	소분류	세분류	지표	출처
보건의료 서비스	25 안전 및 편의	50 안전	150 지역안전지수	신규 제한
			5대 범죄 발생 건수, 범죄율, 지역 내 범죄 및 폭력	정화경희 외(2013), 김동진 외(2019), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			151 을 신고하는 가정의 5세 이하 아동 비율	정화경희 외(2013), 김동진 외(2019)
		51 편의	152 교통안전지수	이상정 외(2023)
			153 지역사회 접근성	정화경희 외(2013), 김동진 외(2019)
			154 장애인편의시설 설치율	정화경희 외(2013), 김동진 외(2019)
	26 환경문제	52 화학적 유해요인	155 1인당 생활권공원 면적	Healthy People 2030(2025)
			156 유해요인 노출 (비스페놀A, 과염소산염, 납, 어린이 수은, 비소)	
			소음 문제를 보고한 가구의 어린이, 소음에 대한 불만 비율, 낮 시간 동안 65dB(A) 이상의 도로, 철도 및 항공 운송 소음에 노출된 인구의 비율, 야간에 55dB(A) 이상의 도로, 철도 및 항공 운송 소음에 노출된 인구 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
		53 소음	157	
보건의료 서비스	27 사회자본과 사회통합	54 대기오염	158 공해 문제를 보고한 가구의 어린이, WHO 가이드 라인을 초과하는 초미세먼지(PM2.5) 농도에 노출된 인구 수, 대기 오염: 초미세먼지 농도	OECD Child Well-Being Data Portal (2021), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			159 지역사회 신뢰도	이상정 외(2023)
			160 지역사회 참여도	이상정 외(2023)
		55 사회자본	161 사회적 고립도	신규 제한
			162 사회통합 인식	이상정 외(2023)
			163 공공보건의료기관 분포	정화경희 외(2013)
	28 보건의료자원	56 의료기관	164 영유아 수 대비 보건의료기관 (소아청소년과 고려)	김동진 외(2019)
			165 응급의료기관 분포	신규 제한
			166 재활의료기관의 접근성	김동진 외(2019)
		57 의사 수	167 아동 수 대비 전문 의사 수, 발달 지연 및 정신건강 상담 및 검사 가능 의료진 수	김동진 외(2019)
29 미충족의료	미충족의료	59 미충족의료	168 경제적 이유로 인한 미충족 의료 비율(차과 미포함), 충족되지 않은 의료적 필요가 있는 아동 비율	정화경희 외(2013, 핵심), 김동진 외(2019), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)

중분류	소분류	세분류	지표	출처
			169 경제적 이유로 인한 치과 미충족 의료 비율	정체경희 외(2013, 핵심)
			170 재활의료 필요 미충족률	김동진 외(2019)
		60 치과 이용	171 치과 이용률, (1세이상) 예방치과의료 이용률	Healthy People 2030(2025), 국민건강증진종합 계획-자료출처별(2025)
30 건강증진서비스		61 생애초기 건강관리 사업	지역사회 출생아 수 대비 전담 사업인력(간호사, 사회 복지사) 수, 전체 출생아 중에서 서비스 도달률 (기본방문 + 지속방문), 기본방문 1회 이상을 받은 출생아 비중, 전체 출생아 중 지속방문 중인 출생아 비중, 전체 출생아 중 엄마모임 서비스를 받은 출생아 비중, 기본방문에 대한 산모의 서비스 만족도, 지속방문에 대한 산모의 서비스 만족도	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), WHO(2020) 국내 상황 고려 제언
			172	
		62 공공보건 건강증진 서비스	173 지역 영유아건강 프로그램 참여율' 세분류 신설을 제안함. 이를 통해 각 지역의 보건소, 모자보건센터, 건강생활지원센터 등에서 운영 중인 영유아 건강교실, 영양 및 구강관리 교육, 성장 모니터링 프로그램 등의 이용률	신규 제언
31 예방접종		63 영유아 예방접종	174 영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률 등	김동진 외(2019, 대표), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), Healthy People 2030(2025), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), WHO(2020), OECD Child Well-Being Data Portal (2021)
			175 보호 대상 아동 예방 접종률, 취약계층 예방접종률 (3세 이상)	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			176 인플루엔자 예방접종	질병관리청-어린이 국가예방접종사업(2025)
32 건강검진		64 영유아 건강검진	176 영유아 건강검진률 (14~35일, 4~6개월, 9~12개월, 18~24개월, 30~36개월, 42~48개월, 54~60개월), 전국민(1세이상) 정기 구강검진 이용률, 장 애아동 초기 검진 수검률	신규 제언
			177	

중분류	소분류	세분류	지표	출처
발달	33 출생 시 발달	65 출생 시 발달 상태	178 저체중 출생아 비율, 만삭아의 저체중 출생, 모든 아기의 초저체중 출생, 조산율, 임신 주수에 비해 작게 태어난 아기 비율	정최경희 외(2013), Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), OECD Child Well-Being Data Portal (2021), WHO(2020), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			179 미숙아 또는 장애아 비율	신규 제안
			180 아동 발달: 2~2.5세에 기대 수준의 발달을 달성한 아동의 비율, (한 영역 이상) 영유아 검진 시 심화권고 비율 (14~35일, 4~6개월, 9~12개월, 18~24개월)	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
	34 0~5세 발달	66 0~2세 과	181 발달이 정상 궤도에 오른 36~59개월 아동의 비율, 초기 발달 영역 중 적어도 한 가지 영역에서 취약한 아동의 비율, 하나 또는 두개 이상의 영역에서 발달이 취약한 5세 이하 아동의 비율, (한 영역 이상) 영유아 검진 시 심화권고비율 (30~36개월, 42~48개월, 54~60개월)	WHO(2020), Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			182 학교 준비도	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			183 연령별 신장	UNICEF-Indicator profiles(2024)
	68 0~5세 성장	67 3~5세 과	184 연령별 체중	UNICEF-Indicator profiles(2024)
			185 연령별 BMI	UNICEF-Indicator profiles(2024)
			186 비만율, 비만(중증 비만 포함) 유병률(4~5세), 과체중 비율	정최경희 외(2013), 김동진 외(2019), Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025), Healthy People 2030(2025), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)

중분류	소분류	세분류	지표	출처
건강			187 마른 체형 아동의 비율	WHO(2020)
			영유아 중 전날 다음을 섭취한 아동의 비율 (곡물, 뿌리채소,바나나류,콩,완두콩,렌틸콩,견과류,씨앗류,비타민A가 풍부한 과일 및 채소, 기타 과일 및 채소, 육류(소고기,닭고기),생선,내장육등, 우유,분유,요거트,치즈등유제품, 모유), 영유아 중 전날 과일이나 채소를 전혀 섭취하지 않은 비율, 포화지방산을 적정수준으로 섭취하는 인구비율(만3세이상), 나트륨 적정수준으로 섭취하는 인구비율(만1세이상), 칼슘 적정수준으로 섭취하는 인구비율(만1세이상),비타민A 적정수준으로 섭취하는 인구비율(만1세이상), 영양결핍률	UNICEF-Indicator profiles(2024), 국민건강증진종합계획-자료출처별 DB(2025) 국내 상황 고려 지표 제안
			188	
			189 적절한 바깥활동 또는 신체활동 유무	신규 제안
			190 하루 스크린 사용 시간이 1시간 이하인 만 2~5세 아동의 비율, 미디어 사용시간	Healthy People 2030(2025)
			191 충분한 수면을 취하는 5세 이하 아동의 비율	Healthy People 2030(2025)
			192 간식 및 가당음료 섭취 횟수	신규 제안
			193 구강위생관리율, 1세이상 점심직후 칫솔질 실천율, 불소이용 구강관리	국민건강보험공단-건강검진 실시안내(2025)
			194 아동의 건강상태에 대한 보호자의 주관적 평가 건강관련 삶의 질	국민건강보험공단-건강검진 실시안내(2025)
			195 정서행동 문제 위험군 비율, 주양육자 보고 우울/불안/사회성 문제, 발달평가(CBCL 등) 결과, 정신건강 서비스 이용 경험율	이상정 외(2023) 신규 제안
			196 질병이나 건강 문제를 앓고 있는 아동의 비율 (만성 및 급성 구분 고려)	신규 제안
	36 건강 수준	70 전반적 건강		WHO(2020)
		71 정신건강		
		72 질병 또는 장애 유무		
37	유병			

중분류	소분류	세분류	지표	출처
			197 건강 문제로 인해 활동에 제약이 있는 5세 이하 아동의 비율, 핵심 일상 활동에 도움이 필요한 5세 이하 아동의 비율, 지속적인 재활치료가 필요한 아동 비율	OECD Child Well-Being Data Portal (2021), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021) 신규 제안
			198 외부 원인에 의한 모든 부상 또는 중독 진단 비율, 부상을 입은 5세 이하 아동의 비율 (폭력으로 인한 유병 및 장애 고려)	OECD Child Well-Being Data Portal (2021), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
		73 손상 유병	199 교통사고 사상자수, 도로에서 5세 이하 아동의 사망률 및 중상(KSI) 사고율, 교통 사고 부상율, 낙상률, 무생물성 기계적 힘에 노출(Exposure to inanimate mechanical forces)로 인한 부상 경험률	정최경희 외(2013), 김동진 외(2019), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
		74 치아 유병	200 활동성 충치 및 치료되지 않은 충치가 있는 5세 이하 아동의 비율, 하나 이상의 충치, 결손 또는 충치가 있는 5세 이하 아동의 비율, 시각적으로 명백한 충치 경험에 있는 5세 아동의 비율	Healthy People 2030(2025), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
		75 외래 진료	201 국내 외래 진료실인원수 및 외래 진료비 기준 상위 질환 (0세, 1~4세)	신규 제안
38	의료이용	76 입원	202 성별 연령별 입원율, 14일 미만 영아 입원, 성별 연령별 원인별 입원율, 전식으로 인한 병원 입원율 (5세 이하), 하루 호흡기 감염으로 인한 입원율(1년 미만), 하기도 감염으로 인한 입원율(만 1세), 하기도 감염으로 인한 입원율(2~4년), 국내 입원 진료 실인원수 및 입원 진료비 기준 상위 질환 유병률 (0세, 1~4세)	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)

중분류	소분류	세분류	지표	출처
			0~5세, 예방 가능한 입원율, 연령별 질환별 예방 가능한 입원율 (백신으로 예방 가능한 총 질환, 급성 경련 및 간질, 급성 치과 질환, 급성 귀, 코 및 인후 감염, 신우신염을 포함한 급성 요로 감염, 전체 급성 질환, 만성 천식, 전체 만성 질환)	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			203	
			204	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			205	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), WHO(2020), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			206	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025)
			207	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), Healthy People 2030(2025)
	39	시망	208	Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021)
			209	김동진 외(2019, 대표), Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), 정최경희 외(2013), Healthy People 2030(2025), Public Health Information Development Unit-Child and Youth Social Health Atlas of Australia(2021), OECD Child Well-Being Data Portal (2021), WHO(2020)
			77	연령별 성별 응급실 내원율, 응급실 내원율(0~4세), 연령별 성별 주요 진단별 응급실 내원율, 천식을 앓고 있는 5세 이하 아동의 응급실 방문율, 5세 이하 아동의 약물 과다 복용으로 인한 응급실 방문율
			78	중증도에 따른 5세 이하 아동의 응급실 방문율
	39	시망	성별 연령별 사망원인별 사망	아동 연령별 사망률, 신생아사망률, 영아사망률, 유아 사망률(1~5세), 성별 연령별 사망원인별 사망률, 성별 및 연령별 인구 10만 명당 태산 폐해자 수
			78	

중요도		수분량		세분량		지표		출처
						210	사신율	Department of Health & Social Care-Indicators by life-course stage(2025), Government of Canada-Health Inequalities Data Tool(2025)

부록 5. 2차 델파이 조사지

본 조사의 개인정보는 통계법 제33조(비밀보호)와 제34조(통계중
사자 의무)에 의해 비밀이 철저히 보장됩니다.

ID		-		
----	--	---	--	--

영유아 건강불평등 모니터링 지표 선정을 위한 2차 전문가 의견조사

안녕하십니까?

이화여자대학교 의과대학 교수 정최경희입니다.

‘영유아 건강불평등 모니터링 지표 선정을 위한 전문가 의견 조사’ 참여를 간곡히
요청드립니다.

본 조사는 〈영유아 건강형평성 모니터링 지표 개발 및 평가〉 연구의 일환으로 수
행되고 있습니다. 이 연구는 육아정책연구소에서 2025년 진행하는 〈영·유아기 건
강형평성을 고려한 건강증진 정책방안〉 연구의 세부 과제로, 성인기와는 차별화된
영유아 건강불평등 지표를 개발하고 산출하는 것이 주요 목적입니다.

이에 따라 영유아 또는 건강형평성 전문가를 대상으로 영유아 건강불평등 지표에 대한 다양
한 의견을 수렴하고자 합니다. 대표 지표 도출을 위해 조사는 총 2회 실시할 예정으로, 이번
조사는 지난 1차 조사 이후 두 번째 조사에 해당됩니다.

응답해 주시는 모든 내용은 「통계법」 제33조 및 제34조에 의거하여 통계목적으로만 사용되
고 비밀이 보장됩니다. 또한 동의서에 작성해주신 선생님의 성함과 주소, 연락처는 조사에
대한 사례비 지급을 위해 활용될 뿐이며, 결과 분석이나 해석 시 귀하의 모든 응답 내용은
코드화되어 오직 코드 번호로만 식별됩니다.

조사의 참여 여부는 전적으로 선생님의 의사에 달려있습니다. 원치 않으시면 설문
조사에 참여하지 않으셔도 괜찮습니다. 설문조사 내용에 응답하시는 데 약 20분
가량 소요될 예정이며, 조사에 대한 소정의 사례비를 지급해 드릴 예정입니다. 선
생님의 응답은 우리나라 영유아 건강불평등 연구에 귀중한 기초자료로 이용되오니 바쁘시더
라도 잠시 틈을 내어주시면 감사하겠습니다.

2025년 7월 7일

◇ 연구기관: 이화여자대학교 산학협력단 · 육아정책연구소

◇ 연구 책임자: 정최경희 교수 · 김지현 연구위원

◇ 실무 담당자: 하량경 연구원 / 정유진 보조원 / 조혜주 연구원

◇ 조사 기간: 2025년 7월 7일(월) ~ 7월 14일(월)까지

▶ 회신기한 및 방법: 2025년 7월 14일(월)까지 으로 전송

영유아 건강불평등 모니터링 지표 선정 조사 개요 및 안내

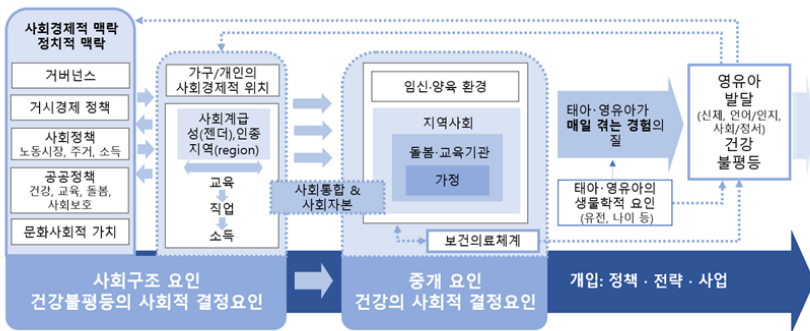
1. 연구 배경

영유아기는 평생 건강을 위한 기초가 형성되는 결정적 시기입니다. 모든 영유아에게 건강한 출발을 보장하는 것은 우리 사회의 주요한 과제입니다. 그러나 사회경제적으로 취약한 가정에서 태어난 아기들은 영유아기에도 더 많은 질병에 시달리거나 사망할 확률이 높고, 이는 성인기의 건강불평등으로 이어지게 됩니다. 이러한 건강불평등을 완화하기 위해서는 현황과 추세를 제대로 파악할 수 있는 모니터링부터 시작해야 합니다. 영유아(만 0~5세 미취학 아동) 건강불평등 모니터링을 위한 주요 지표 25개를 선정하는 것이 이 과제의 목표입니다.

※ 건강불평등이란, 사회적·경제적·인구학적·지리적으로 정의된 인구집단들 간, 체계적인 건강수준의 차이를 가리킵니다. 이때 인구집단들을 구분하는 사회경제적 위치 지표는 교육수준, 직업계층, 소득수준, 인종, 지역 등이 주로 사용됩니다.

2. 영유아 건강불평등 모니터링의 개념들

연구진은 기존 세계보건기구 건강의 사회적 결정요인 위원회 개념들 등에 기반하여 다음의 <영유아 발달 및 건강의 사회경제적 불평등 결정요인 모형>을 수립하였습니다. 이에 따라 영유아 건강불평등 모니터링의 대분류는 사회구조요인, 중개요인, 발달과 건강으로 구성됩니다.



영유아 건강불평등 결정요인 모형

국제기구와 외국의 영유아 건강불평등 모니터링 지표를 수집하여 위 체계에 따라 재분류 및 범주화하여 정리하였습니다. 3개 대분류, 12개 중분류, 38개 소분류, 73개 세분류, 195개 지표였습니다.

3. 영유아 건강불평등 모니터링 지표 선정을 위한 1차 전문가 의견조사 결과

1차 전문가 의견조사를 통해, 중요성에 따른 합의도와 산포성에 따른 합의도를 종합하여 세분류의 선택, 재설문, 탈락을 결정하였습니다. **선택이 확정된 세분류는 22개, 합의도가 높지 않아 재설문이 필요한 세분류는 4개**입니다.

1) 다음은 1차 전문가 조사에서 대표 세분류로 확정된 세분류 22개입니다.

〈1단계 전문가 조사에서 대표 세분류로 확정된 세분류〉

대분류	중분류	소분류	세분류	중요성에 대한 합의도 점수(-4-9)
사회구조요인	사회·공공정책	출산, 양육 및 아동 정책	출산 및 육아휴직 제도	5
		소득 정책	가구 소득 보장	5
	사회경제적 위치	양육자 직업	양육자 고용안정성	3
중개요인	가정	양육자 소득	양육자 절대 빈곤	5
		총합지수	아동 결핍지수	5
		주거환경	주거 빈곤	6
		영양	식품안정성	6
		폭력 및 갈등	이유식 및 영양섭취	6
		양육자의 양육행태	양육 방식 및 태도	8
		생물학적 어머니의 건강과 건강행태	임신 전 및 임신 중의 건강행태	5
		양육자의 건강과 건강행태	산전 관리	3
	보건의료서비스	미충족의료	전반적 건강	5
		예방접종	정신건강	9
		건강검진	미충족의료	5
			영유아 예방접종	9
발달과 건강	발달	0-5세 발달	영유아 건강검진	7
	질병 및 손상	유병	3-5세 발달검사결과	5
			0-5세 발달및건강상태	4
			질병 또는 장애 유병	6
	사람	성별 연령별 사망원인별 사망	손상 유병	5
			성별 연령별 사망원인별 사망	3

2) 다음은 합의도가 높지 않아 2차 전문가 조사에서 재설문이 필요한 세분류 4개입니다.

〈1단계 전문가 조사에서 선택이나 탈락 결정이 보류된 세분류〉

대분류	중분류	소분류	세분류	중요성에 대한 합의도 점수(-4-9)
중개요인	가정	양육자의 건강과 건강행태	양육자 건강행태	3
	보건의료서비스	방문가정서비스	생애초기 건강관리 사업	4
발달과 건강	발달	신생아 발달	신생아 건강상태	7
		0-5세 발달	0-2세 발달검사결과	7

3) 다음은 1차 전문가 조사에서 새로 제안을 해주셔서 재설문이 필요한 세분류입니다.

〈1단계 전문가 조사에서 새로 제안된 세분류〉

대분류	중분류	소분류	세분류
사회구조요인	사회·공공정책	노동정책	노동시간
	사회문화적 가치	사회포용성	사회포용성
중개요인	가정	총합지수	가정 내 혼란지수
	지역사회	총합지수	육아친화환경지수
	보건의료서비스	건강증진서비스	공공 건강증진 서비스
발달과 건강	발달	건강행태	영유아 건강행태
	건강	건강수준	영유아 정신건강

1차 전문가 조사 결과에 따라, 이번 2차 조사에서는

1) 합의도가 높지 않았던 세분류와 새로 제안된 세분류에 대해 중요도를 재조사합니다.

2) 선택이 확정된 세분류와 재조사하는 세분류 내에서 적합한 지표를 선정하게 됩니다.

이 결과를 바탕으로 올해 분석하게 될 25개 영유아 건강불평등 모니터링 지표를 결정합니다.

[자료참고자료] 파일에 지표에 대한 설명이 있습니다. 응답 시 참고해주시면 감사하겠습니다.

4. 설문지 구성

본 설문지는 크게 세 부분으로 구성되어 있습니다.

1) 합의도가 높지 않았던 세분류와 새로 제안된 세분류 재평가: 1차 조사 결과를 함께 제시해드리오니, **1차 조사 결과를 참고**하셔서 각 세분류의 중요성을 7점 척도로 평가해주시시오. 총 11개 세분류에 대해 평가합니다.

2) 대표 세분류 여부 재평가: **1차 조사 결과를 참고**하셔서 대표 세분류 **25개**를 재선택해주십시오.

3) 선택이 확정된 세분류와 재조사하는 세분류 내 지표 선정: 각 지표의 중요성을 7점 척도로 평가해주시시오. 1차 조사 결과를 바탕으로 새로운 분류 체계에 따라 재배치하였을 때 선택된 세분류는 31개이고 지표는 총 82개입니다. 평가해주신 중요도 점수를 종합하여 **82개의 지표 중 25개를 선정할** 예정입니다.

〈1단계 전문가 조사에서 대표 세분류로 결정된 세분류〉

대분류	중분류	소분류	세분류
사회구조 요인	사회·공공정책	출산, 양육 및 아동 정책	출산 및 육아휴직 제도
		소득 정책	가구 소득 보장
		노동정책	노동시간
	사회경제적 위치	양육자 직업	양육자 고용안정성
중개요인	사회문화적 가치	양육자 소득	양육자 절대 빈곤
		사회포용성	사회포용성
		종합지수	아동 결핍지수 / 가정 내 혼란지수
	가정	주거환경	주거 빈곤
		영양	식품안전성
		폭력 및 갈등	폭력
		양육자의 양육행태	양육 역량과 방식
	지역사회	산모 또는 양육자의 건강과 건강행태	산전 관리 / 산모의 건강행태 / 양육자 건강행태 / 전반기 건강 / 정신건강
		종합지수	육아친화환경지수
		미충족의료	미충족의료
		예방접종	영유아 예방접종
발달과 건강	보건의료서비스	건강증진서비스	생애초기 건강관리 사업 / 공공 건강증진 서비스
		건강검진	영유아 건강검진
		출생 시 발달상태	출생 시 발달상태
	발달	0~5세 발달	0~2세 발달검사결과 / 3~5세 발달검사결과 / 0~5세 성장
		건강행태	영유아 건강행태
		건강수준	영유아 정신건강
	건강	유병	질병 또는 장애 유병 / 손상 유병
		성별 연령별 사망원인별 사망	성별 연령별 사망원인별 사망

1 합의도가 높지 않았던 세분류 재평가와 신규제안 세분류 평가: 별도 참고자료 파일을 참고해주세요

1.1. **대분류** **사회구조요인** 1차 전문가 조사결과 추가된 <노동시간>, <사회 포용성> 세분류의 중요도를 7점 척도로 평가해 주시기 바랍니다. 아래 표의 1차 중요도는 선생님께서 1차 조사 당시 표시하셨던 결과입니다.

세분류의 중요성 평가 기준:
영유아 발달 및 건강과 건강불평등에 미치는 영향의 크기, 불평등의 상대적·절대적 크기, 불평등이 악화되거나 악화가 예상되는 지표, 정책적 활용가능성 등을 **종합적으로** 판단해주시시오. 한국에서 가용한 세부 지표가 없는 경우는 향후 지표 생산을 제안할 예정이오니, 지표의 가용성은 고려하지 않으셔도 됩니다.

제시 방식	세분류	1차 중요도							1차 조사결과 (평균)	2차 중요도(✓표시)						
		매우 낮음 <---> 매우 높음								매우 낮음 <---> 매우 높음						
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
국제 비교 또는 추세 제시	가족 지원 공공 지출	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.5							
	영유아 교육에 대한 공공 지출	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.4							
	출산 및 육아휴직 제도	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1							
	가구 소득 보장	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2							
	주택 및 지역사회 기반시설에 대한 정부 지출	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.0							
	주거 지원에 대한 정부 지출	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.1							
	노동소득분배율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.4							
	노동조직률	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.3							
	공공 사회 보호 지출(의료 제외)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.1							
	공공 보건 지출	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.8							
현황 또는 추세 제시	환경 보호에 대한 정부 지출	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.1							
	성별격차	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.9							
	출산율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.7							
	취약 아동 인구 (인구 구성)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.5							
	취약 가구 (가구 구성)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.6							
	양육자 학력 분포	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.4							
	양육자 실업	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1							
	양육자 고용안정성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2							
	양육자 소득불평등	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1							
	양육자 상대 빈곤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.0							
	양육자 절대 빈곤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.4							
	지역박탈지수	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.6							
	도시화	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.8							
	노동시간									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
사회 포용성									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안

1.2. **대분류** **중개요인** 1차 전문가 조사결과를 참고하셔서 아래 표에 〈양육자 건강행태〉, 〈생애초기 건강 관리 사업〉, 〈가정 내 혼란지수〉, 〈육아친화환경지수〉, 〈공공 건강증진서비스〉 세분류의 중요도를 7점 척도로 평가해 주시기 바랍니다. 아래 표의 1차 중요도는 선생님께서 1차 조사 당시 표시하셨던 결과입니다.

세분류의 중요성 평가 기준:
영유아 발달 및 건강과 건강불평등에 미치는 영향의 크기, 불평등의 상대적·절대적 크기, 불평등이 악화되거나 역화가 예상되는 지표, 정책적 활용가능성 등을 종합적으로 판단해주시시오. 한국에서 가용한 세부 지표가 없는 경우는 향후 지표 생산을 제안할 예정이오니, 지표의 가용성은 고려하지 않으셔도 됩니다.

사회경제적 위치 지표 (층화번호)	세분류	1차 중요도							1차 조사 결과 (평균)	2차 중요도(✓표시)										
		매우 낮음			<--->			매우 높음			매우 낮음			<--->			매우 높음			
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦				
양육자(부 모)의 학력· 소득·직업, 가구형태, 지역	아동 결핍지수	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2											
	주거 점유 상태	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.8											
	공공임대주택	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.5											
	주거비 부담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.6											
	주거 빈곤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1											
	식품안정성	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2											
	모유수유	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.9											
	이유식 및 영양 섭취	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2											
	폭력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.4											
	가족 관계	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.8											
	양육정책 활용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.5											
	산후조리원 및 보육기관 이용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.2											
	양육 참여 및 부담	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.5											
	양육 방식 및 태도	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1											
	모성사망	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.7											
	출산 연령	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.6											
	지역	임신 전 및 임신 중의 건강행태	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.3										
산전 관리		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1											
양육자의 전반적 건강		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1											
양육자 정신건강		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.6											
양육자 건강행태		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1	<input 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"/>	<input type="checkbox"/>	
보육·교육기관 등록 및 이용과 비용		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3											
보육·교육기관의 질		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.4											
건강자원 접근성 및 유해요인 지수		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.9											
안전		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.9											
편의		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.9											
영유아(부 모)의 학력· 소득·직업, 가구형태, 지역	화학적 유해요인	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.5											
	소음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.0											
	대기오염	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.8											
	사회자본	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3											
	사회통합	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.7											
	의료기관	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.9											
	의사 수	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.8											
	미충족의료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.4											
	치과 이용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.7											
지역	생애초기 건강관리 사업	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2	<input 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"/>	<input type="checkbox"/>	
	영유아 예방접종	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.7											
	영유아 건강검진	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.5											
	가정 내 혼란지수										<input 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"/>	
지역	육아친화환경지수										<input 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"/>	
	공공 건강증진 서비스										<input 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"/>	

1.3. **대분류** **발달과 건강** 1차 전문가 조사결과를 참고하셔서 아래 표에 <신생아 건강상태>, <0~2세 발달 검사결과>, <영유아 건강행태>, <영유아 정신건강> 세분류의 중요도를 7점 척도로 평가해 주시기 바랍니다. 아래 표의 1차 중요도는 선생님께서 1차 조사 당시 표시하셨던 결과입니다.

세분류의 중요성 평가 기준:
영유아 발달 및 건강 불평등의 상대적·절대적 크기, 불평등이 악화되거나 역화가 예상되는 지표, 정책적 활용가능성 등을 종합적으로 판단해주시시오. 한국에서 가용한 세부 지표가 없는 경우는 향후 지표 생산을 제한할 예정이오니, 지표의 가용성은 고려하지 않으셔도 됩니다.

사회경제적 위치 지표 (층화변수)	세분류	1차 중요도							1차 조사 결과 (평균)	2차 중요도(✓표시)						
		매우 낮음		<--->			매우 높음			매우 낮음		<--->			매우 높음	
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
양육자(부 모)의 학력· 소득·직업, 가구형태, 지역	출생 시 발달 상태 (신생아 건강 상태)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0~2세 발달검사결과	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3~5세 발달검사결과	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.4							
	0~5세 성장	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.4							
	전반적 건강	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.5							
	질병 또는 장애 유병	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.4							
	손상 유병	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.3							
	치아 유병	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.7							
	외래 진료	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3							
	입원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.7							
	응급실 내원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.5							
	성별 연령별 사망원인별 사망	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2							
영유아 건강행태									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
영유아 정신건강									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2 대표 세분류 선정: 별도 참고자료 파일을 참고해주세요

2.1. 전문가 1차 조사결과를 기반으로 대표 세분류 25개를 선정해주시시오. 대표 세분류란 영유아 건강불평등 모니터링에서 중요도가 높아 우선적으로 측정해야 하는 세분류를 의미합니다. 아래 표의 1차 대표 선정은 선생님께서 1차 조사 당시 표시하셨던 결과입니다. 1차 조사 결과는 1차 조사 당시 대표 세분류로 선정하신 전문가분들의 수(총 21명)입니다.

- 각 대분류에서 2개 이상을 선정해주시시오.
- 하나의 중분류나 소분류 내에서 여러 개의 세분류를 선정하셔도 됩니다.

대분류	소분류	세분류	1차 대표 선정	1차 조사 결과	대표 여부(✓ 표시)	대분류	소분류	세분류	1차 대표 선정	1차 조사 결과	대표 여부(✓ 표시)
사회 구조 요인	출산, 양육 및 아동 정책	가족 지원 공공 지출	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	중개 요인	산모 또는 양육자의 건강과 건강행태	양육자 건강행태	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
		영유아 교육에 대한 공공 지출	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>			산모 또는 양육자의 전반적 건강	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
		출산 및 육아휴직 제도	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>			산모 또는 양육자의 정신건강	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>
		소득 정책	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>		보육·교육기관	보육·교육기관 등록 및 이용과 비용	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
	주거 정책	주택 및 지역사회 기반시설에 대한 정부 지출	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>			보육·교육기관의 질	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
		주거 지원에 대한 정부 지출	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	종합	안전 및 편의	건강지원 접근성 및 위험요인 자수	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
	노동 정책	노동소득분배율	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>			육아친화환경지수	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
		노동조직원	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	환경문제	안전	안전	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
	사회보호 정책	노동시간	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>			편의	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
		공공 사회 보호 지출(의료 제외)	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>		화학적 유해요인	화학적 유해요인	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
	보건 정책	공공 보건 지출	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>			소음	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
		환경 정책에 환경 보호에 대한 정부 지출	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>		사회자본과 사회통합	대기오염	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
	성평등	성별격차	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>			사회자본과 사회통합	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
		사회 포용성	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>		의료기관	사회통합	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
	인구	출산율	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>			의료기관	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
		취약 아동 인구	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	미충족의료	의사 수	미충족의료	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
	가구	취약 가구	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>			미충족의료	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
		양육자 교육	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	건강증진서비스	치과 이용	치과 이용	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
	양육자 직업	양육자 실업	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>			생애초기 건강관리 사업	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
		양육자 고용안정성	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	예방접종	건강감진	공공보건 건강증진 서비스	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
	양육자 소득	양육자 소득불평등	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>			영유아 예방접종	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>
		양육자 상대 빈곤	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	출생 시 발달	0-5세 발달	영유아 건강감진	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
	지역	양육자 절대 빈곤	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>			출생 시 발달 상태	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>
		지역박탈지수	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	발달과 건강	0-5세 발달	0-2세 발달감사결과	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>
	지역	도시화	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>			3-5세 발달감사결과	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
중개 요인	종합지수	아동 결핍지수	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>		건강행태	0-5세 성장	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
		가정 내 혼란지수	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>			영유아 건강행태	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>
	주거환경	주거불안정	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>		건강수준	전반적 건강	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
		주거비 부담	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>			정신건강	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
	식품환경	주거 빈곤	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	유병	질병 또는 장애 유병	질병 또는 장애 유병	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
		식품안전성	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>			손상 유병	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
	폭력 및 갈등	폭력	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>	의료이용	외래 진료	외래 진료	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
		가족 관계	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>			입원	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
	양육자의 양육행태	양육정책 활용	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	성별 연령별 사망원인별 사망	성별 연령별 사망원인별 사망	응급실 내원	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
		양육 참여 및 분담	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>			성별 연령별 사망원인별 사망	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
		신호조리원 및 보육기관 이용	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>						
		모유수유	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>						
산모 또는 양육자의 건강과 건강행태	산모 또는 양육자의 건강과 건강행태	양육 역량과 방식	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>						
		출산 연령	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>						
	산모 또는 양육자의 건강과 건강행태	산전 관리	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>						
		산모 건강행태	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>						

2.2. 위 대표 세분류 선정에 있어 추가로 고려해야 할 사항이 있으면 말씀해 주십시오.

3 대표 지표 선정 및 기타 제언: 별도 참고자료 파일을 참고해주세요

3.1.1. **대분류** **사회구조요인** 아래 표에 영유아 건강불평등 모니터링 지표의 중요도를 7점 척도로 평가해 주시기 바랍니다.

지표의 중요성 평가 기준:
영유아 발달 및 건강과 건강불평등에 미치는 영향의 크기, 불평등의 상대적·절대적 크기, 불평등이 악화되거나 악화가 예상되는 지표, 정책적 활용가능성 등을 **종합적으로 판단**해주시시오. 한국에서 가용한 세부 지표가 없는 경우는 향후 지표 생산을 제한할 예정이오니, 지표의 가용성은 고려하지 않으셔도 됩니다.

중분류	소분류	제시 방식	지표	중요도(√표시)							
				<--->						매우 높음	
				매우 낮음	①	②	③	④	⑤		⑥
사회·공 공정책	출산, 양육 및 아동 정책	국제 비교 또는 추세 제시	엄마-아빠가 사용할 수 있는 유급 출산 및 육아휴직기간(주)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	출산휴가 및 육아휴직 소득대체율 (%)		<input 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"/>
	세금 및 이전정책 전-후의 아동 상대 소득 빈곤율 차이 (percent point difference)		<input 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"/>
	최저소득보장급여의 적정성 (% of median disposable income)		<input 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"/>
	아동수당 지급률		<input 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"/>
	아동수당 적정성		<input 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"/>
	저임금노동자 비율		<input 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"/>
노동 정책	유자녀 부부 가구 취업자의 노동시간 분포		<input 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"/>
사회문화 적 가치	사회 포용성	현황 또는 추세 제시	집단구성원 포용성도	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
사회경제 적 위치	양육자 직업		아동이 있는 가구 중 전일제로 일하는 부모가 한 명 이상인 가구의 비율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			피고용인 없는 자영업자 비율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	임금노동자 중 불안정노동자 비율		<input 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"/>
양육자 소득	절대 저소득 가구에 살고 있는 5세 이하 아동 비율		<input 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"/>

3.1.2. 위 대표 지표 선정에 있어 추가로 고려해야 할 사항이 있으면 말씀해 주십시오.

3.2.1. **대분류** **중개요인** 아래 표에 영유아 건강불평등 모니터링 지표의 중요도를 7점 척도로 평가해 주시기 바랍니다.

지표의 중요성 평가 기준:

영유아 발달 및 건강과 건강불평등에 미치는 영향의 크기, 불평등의 상대적·절대적 크기, 불평등이 악화되거나 악화가 예상되는 지표, 정책적 활용가능성 등을 종합적으로 판단해주시시오. 한국에서 가용한 세부 지표가 없는 경우는 향후 지표 생산을 제안할 예정이오니, 지표의 가용성은 고려하지 않으셔도 됩니다.

중분류	소분류	사회경제적 위치 지표 (층화변수)	지표	중요도(✓표사)						
				매우 낮음		-----			매우 높음	
				①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
가정	종합지수	양육자(부모)의 학력· 소득·직업, 가구형태, 지역	아동 결핍지수	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	가정내 혼란지수		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	주거환경		영유아 주택 및 주거환경 박탈률	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	식품환경		식품안전성 미확보율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			가정폭력 발생률 및 신고율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			학대피해아동 발견율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	폭력 및 갈등		아동방치율, 아동 방임 및 신체·정서 학대율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			부모 효능감 점수	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			양육자의 건강문해력(health literacy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	양육자의 양육 태도		훈육방식	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			양육자와의 상호작용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			엎드려 재우는 유아의 비율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			공동 수면 여부 및 수면환경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			가족이 일주일에 4일 이상 책을 읽어주는 5세 이하 아동 비율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			디지털 미디어 사용 중재	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			안전수칙 준수	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			임신 후 8주 이내 산전 검진율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			임신 전부터 임신 보충제 복용을 시작한 임신부의 비율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			임신 중 흡연율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	산모 또는 양육자의 건강과 건강행태		임신 초기 비만율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			임신 중 음주율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			임신 초기 약물 오남용 비율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			주 양육자의 흡연율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			주 양육자의 음주율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			간접흡연에 노출되는 비흡연자들	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			부모의 주관적 건강 수준	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			모성사망비	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			산후우울증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			양육 스트레스	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
지역사회	종합	지역	육아친화환경지수	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
보건의료 서비스	미충족의료	양육자(부모)의 학력· 소득·직업, 가구형태, 지역	경제적 이유로 인한 미충족 의료 비율(차과 미포함)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	건강증진서비스		경제적 이유로 인한 차과 미충족 의료 비율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			생애초기 건강관리 사업: 지역사회 출생아 수 대비 전담 사업 인력(간호사, 사회복지사) 수	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	예방접종		생애초기 건강관리 사업: 전체 출생아 중에서 서비스 도달률(기본방문 + 지속방문)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			지역 공공 영유아건강 프로그램 참여율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	건강검진		영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			인플루엔자 예방접종	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		영유아 건강검진율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		영유아 구강검진 이용률	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3.2.2. 위 대표 지표 선정에 있어 추가로 고려해야 할 사항이 있으면 말씀해 주십시오.

3.3.1. **대분류** **발달과 건강** 아래 표에 영유아 건강불평등 모니터링 지표의 중요도를 7점 척도로 평가해 주시기 바랍니다.

지표의 중요성 평가 기준:
영유아 발달 및 건강 불평등의 상대적·절대적 크기, 불평등이 악화되거나 악화가 예상되는 지표, 정책적 활용가능성 등을 종합적으로 판단해주시시오. 한국에서 가용한 지표가 없는 경우는 향후 지표 생산을 제안할 예정이오니, 지표의 가용성은 고려하지 않으셔도 됩니다.

중분류	소분류	사회경제적 위치 지표 (층화변수)	지표	중요도(√표시)							
				매우 낮음 <---> 매우 높음							
				①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
발달	출생시 발달	양육자(부모)의 학력·소득·직업 가구형태, 지역	저체중출생아비율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			조산(아)율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			0~5세 발달	4~23개월 인지·언어·사회성 발달 수준	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				22~23개월 인지·언어·사회성 발달 수준	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				24~59개월 인지·언어·사회성 발달 수준	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				54~59개월 인지·언어·사회성 발달 수준	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				학교 준비도	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				연령별 신장·체중·BMI 분포	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				과체중 및 비만(중증 비만 포함) 유병률(4~5세)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				마른 체형 아동의 비율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				발달	영양섭취부족아 비율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	에너지/지방과잉섭취자 비율				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	포화지방산을 적정수준으로 섭취하는 인구비율(3세이상)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	나트륨 적정수준으로 섭취하는 인구비율(1세이상)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	칼슘 적정수준으로 섭취하는 인구비율(1세이상)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	비타민A 적정수준으로 섭취하는 인구비율(1세이상)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	건강행태		적절한 신체활동 유무		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			하루 스크린 사용 시간이 1시간 미만인 아동의 비율		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			충분한 수면을 취하는 5세 이하 아동의 비율		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			수면습관		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			간식 및 가당음료 섭취 횟수	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			규칙적인 칫솔질 실천율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1세이상 점심직후 칫솔질 실천율		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
건강		불소 치약 사용률	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		건강수준	주 양육자 보고 우울/불안/위축 등 정신건강문제비율 (발달평가(CBCL) 결과)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			질병이나 건강 문제를 알고 있는 아동의 비율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	유병	건강 문제로 인해 활동에 제약이 있는 5세 이하 아동의 비율	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		손상이나 중독으로 인한 응급실 이용률	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	사망원인별 사망	성별 연령별 사망원인별 사망률	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3.3.2. 위 대표 지표 선정에 있어 추가로 고려해야 할 사항이 있으면 말씀해 주십시오.

4.1. 영유아기 건강증진을 위해 국가(정책적으로) 가장 우선적으로 고려할 부분은 무엇이라고 생각하십니까?

4.2. 영유아기 건강증진을 위해 부모(가정에서) 가장 우선적으로 고려할 부분은 무엇이라고 생각하십니까?

응답 전문가 배경 정보 (기입해 주십시오)

(1) 성 별	<input type="checkbox"/> ① 남 <input type="checkbox"/> ② 여
(2) 연 령	만 _____세
(3) 현재 근무기관	(_____)학교 (_____)학과 기타: (_____) ex)육아정책연구소
(4) 최종학력	①석사 수료 ②석사 졸업 ③박사 수료 ④박사 졸업
(5) 최종학위 취득전공	(_____) ex) 아동학과
(6) 영유아 또는 건강 및 건강형평성 관련 경력	총 (_____)년

※ 끝까지 응답하여 주셔서 감사합니다 ※

부록 6. 영유아기 건강불평등 모니터링 최종지표 정의

〈출산휴가 및 육아휴직 소득지급률〉

구분	내용
정의	<p>“평균 소득지급률(average payment rate)”은 국가 평균 정규직 임금의 100%를 받는 사람을 기준으로, 해당 유급휴가 기간 동안 이전 임금 대비 급여가 대체되는 비율을 의미한다. 만약 유급휴가가 서로 다른 지급률을 가진 두 개 이상의 기간으로 구성되어 있다면, 각 기간의 길이에 따라 가중평균을 계산한다.</p> <p>대부분의 국가에서는 총소득(세전)을 기준으로 급여를 산정하며, 표에 제시된 ‘지급률’은 급여가 총소득에서 차지하는 비율을 반영한다. 단, 오스트리아·칠레·독일·루마니아(부모 휴직에 한함)는 순소득(소득세와 사회보장기여금 공제 후)을 기준으로 급여를 산정하고, 프랑스는 사회보장기여금 공제 후 소득을 기준으로 산정한다. 이들 국가는 해당 ‘순소득’ 대비 급여의 비율을 반영하므로, 총소득 기준 지급률과 직접 비교해서는 안 된다. 또한 일부 국가에서는 출산휴가 및 부모휴가 급여에 과세가 적용되거나 사회보장기여금 부과 기준 소득에 포함될 수 있다. 따라서 실제 휴가를 사용하는 개인이 받는 금액은 표에 제시된 수치와 다를 수 있다.</p> <p>국가 및 휴가 유형에 따라 지급률이 다르기 때문에, 휴가기간을 ‘주(週) 단위 기간’과 더불어 ‘전액급여환산치(FRE, Full-Rate Equivalent)’로도 제시한다. 전액급여환산치는 해당 휴가가 이전 소득의 100%로 지급된다고 가정했을 때의 유급휴가 기간(주)을 의미한다.</p>
산출식	평균 소득지급률= (해당 유급휴가 기간 동안 받은 급여 / 이전 임금) x100
단위	전액급여환산치(주)=휴가 기간(주)×지급률(%)
자료원	OECD Family Database PF2.1. Parental leave systems

출처: OECD Family Database (2025).<https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-family-database.html>
I (인출일: 2025. 8. 10.)

〈영유아 빈곤율〉

구분	내용
정의	영유아 빈곤율은 균등화된 소득의 중위값 50%를 기준으로, 이 기준선 이하의 가구 소득을 가진 영유아와 전체 영유아와의 비율로 정의한다.
산출식	(0-5세 이상 인구 중 중위소득 60% 이상인 가구에 살고 있는 어린이 수 / 0-5세 조사 대상 어린이 수) x100
단위	%
자료원	가계금융복지조사, 2023년

출처: https://www.kostat.go.kr/board.es?mid=a10301040300&bid=215&act=view&list_no=428364(인출일: 2025. 8. 10.)

〈영유아 결핍 경험률〉

구분	내용
정의	결핍점수가 2점 이상인 0~5세 영유아의 비율
산출식	결핍점수가 2점 이상인 0~5세 영유아 수 / 0~5세 전체 영유아 수 x100
단위	%
자료원	아동종합실태조사, 2023년

출처: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483032&tag=&nPage=1(인출일: 2025. 8. 10.)

〈영유아 주택 및 주거환경 박탈률〉

구분	내용
정의	주택 및 주거환경 박탈을 경험한 0~5세 영유아의 비율
산출식	주택 및 주거환경 박탈을 경험한 0~5세 영유아 수 / 0~5세 전체 영유아 수 x100
단위	%
자료원	아동종합실태조사, 2023년

출처: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483032&tag=&nPage=1(인출일: 2025. 8. 10.)

〈가정폭력 발생률〉

구분	내용
정의	18세 미만 아동과 동거하는 가구의 65세 미만 응답자 중 지난 1년간 배우자·파트너에 의해 폭력 피해를 당한 경험률
산출식	18세 미만 아동과 동거하는 가구의 65세 미만 응답자 중 지난 1년간 배우자·파트너에 의해 폭력 피해를 당한 경험자 수 / 18세 미만 아동과 동거하는 가구의 65세 미만 응답자 수 x100
단위	%
자료원	가정폭력실태조사, 2022년

출처: <https://www.data.go.kr/data/3072073/fileData.do>(인출일: 2025. 8. 10.)

〈가정폭력 신고율〉

구분	내용
정의	18세 미만 아동과 동거하는 가구의 65세 미만 응답자 중 지난 1년간 배우자·파트너에 의해 폭력 피해를 당한 사람 중 경찰에 도움을 청한 사람 비율
산출식	18세 미만 아동과 동거하는 가구의 65세 미만 응답자 중 지난 1년간 배우자·파트너에 의해 폭력 피해를 당한 경험자 중 경찰에 도움을 청한 사람 수 / 18세 미만 아동과 동거하는 가구의 65세 미만 응답자 중 지난 1년간 배우자·파트너에 의해 폭력 피해를 당한 경험자 수 x100
단위	%
자료원	가정폭력실태조사, 2022년

출처: <https://www.data.go.kr/data/3072073/fileData.do>(인출일: 2025. 8. 10.)

〈학대피해아동 발견율〉

구분	내용
정의	아동인구 대비 아동학대로 신고된 신고접수 건수 중 아동학대사례로 판단된 사례 수
산출식	아동학대로 신고된 신고접수 건수 중 아동학대사례로 판단된 사례 수 / 0~17세 추계 아동인구 수 x1,000
단위	천 명당 명
자료원	2023 아동학대 주요통계, 2024년

출처: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10107010000&bid=0040&act=view&list_no=1484071&tag=&cg_code=&list_depth=1(인출일: 2025. 8. 10.)

〈영유아 방치, 방임 및 신체·정서 학대율〉

구분	내용
정의	방치, 방임, 정신적 및 신체적 학대를 경험한 0~5세 영유아의 비율
산출식	방치, 방임, 정신적 및 신체적 학대를 경험한 0~5세 영유아 수 / 전체 0~5세 영유아 수 x100
단위	%
자료원	아동종합실태조사, 2023년

출처: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483032&tag=&nPage=1(인출일: 2025. 8. 10.)

〈양육자-영유아 상호작용 행동 점수〉

구분	내용
정의	양육자-영유아 상호작용 행동의 수준은 IBS-P 척도 21개 질문에 응답 시 총점으로 정의 된다.
산출식	IBS-P 척도의 21개 질문 항목 점수 각각을 합산한 총점
단위	점
자료원	한국 영유아 교육·보육 패널, 2023년

출처: https://panel.kicce.re.kr/kececp/module/rawDataManage/index.do?menu_idx=52(인출일: 2025. 8. 10.)

〈임신 중 흡연율〉

구분	내용
정의	임신 중 흡연한 어머니의 비율
산출식	임신 중 흡연한 어머니 수 / 0~5세 영유아를 둔 어머니 수 x100
단위	%
자료원	아동종합실태조사, 2023년

출처: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483032&tag=&nPage=1(인출일: 2025. 8. 10.)

〈임신 중 음주율〉

구분	내용
정의	임신 중 음주를 한 어머니의 비율
산출식	임신 중 음주를 한 어머니 수 / 0~5세 영유아를 둔 어머니 수 x100
단위	%
자료원	아동종합실태조사, 2023년

출처: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483032&tag=&nPage=1(인출일: 2025. 8. 10.)

〈산후우울감 경험률〉

구분	내용
정의	산후우울감은 2020년(2020.1.1.~2020.12.31.)에 출산한 산모 중 출산 이후 1년 이내에 산후우울을 경험한 사람의 비율
산출식	“출산 이후 1년 이내에 산후우울을 경험한 적이 있습니까?”라는 질문에 “예”라고 응답한 산모의 수/산후조리실태조사, (2021) 조사 대상자 중 해당 문항에 응답한 사람의 수 x100
단위	%
자료원	산후조리실태조사, 2021년

출처: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&tag=&act=view&list_no=369936
(인출일: 2025. 8. 10.)

〈양육 스트레스 점수〉

구분	내용
정의	양육스트레스 수준은 만 0~5세 영유아의 주양육자가 PSI-SF(Parental Stress Index Short Form) 척도 11개 문항에 대해 응답한 점수의 총점(11점~55점)
산출식	PSI-SF(Parental Stress Index Short Form) 척도 11개 문항에 대한 응답 총점
단위	점
자료원	아동종합실태조사, 2023년

출처: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483032&tag=&nPage=1(인출일: 2025. 8. 10.)

〈주양육자 우울 경험률〉

구분	내용
정의	주양육자의 우울 비율은 만 0~5세 영유아 주양육자 중 CES-D 척도 11개 항목에 대한 응답 총점이 21점 이상인 사람의 비율
산출식	CES-D 척도 11개 항목에 대한 응답 총점이 21점 이상인 사람의 수/CES-D 설문에 응답한 만 0~5세 영유아의 주양육자 수 x100
단위	%
자료원	아동종합실태조사, 2023년

출처: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483032&tag=&nPage=1(인출일: 2025. 8. 10.)

〈생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수〉

구분	내용
정의	전년도 출생아 수 대비 2024년 생애초기 건강관리사업과 서울아기 건강첫걸음 사업의 월 평균 전담 사업인력 수
산출식	2024년 생애초기 건강관리사업과 서울아기 건강첫걸음 사업의 월 평균 전담 사업인력 수 / 전년도 출생아 수 x1,000
단위	%
자료원	2024년 생애초기 건강관리사업 안내서

출처: <https://www.seoulhp.com/seoul/bbs/BMSR00053/view.do?boardId=2675&menuNo=200145>(인출일: 2025. 8. 10.)

〈생애초기 건강관리사업 서비스 도달률〉

구분	내용
정의	전년도 출생아 수 대비 2024년 생애초기 건강관리사업과 서울아기 건강첫걸음 사업의 서비스(기본방문과 지속방문 모두 포함)를 제공받은 가구 수
산출식	2024년 생애초기 건강관리사업과 서울아기 건강첫걸음 사업의 서비스를 제공받은 가구 수 / 전년도 출생아 수 x100
단위	%
자료원	2024년 생애초기 건강관리사업 안내서

출처: <https://www.seoulhp.com/seoul/bbs/BMSR00053/view.do?boardId=2675&menuNo=200145>(인출일: 2025. 8. 10.)

〈영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률〉

구분	내용
정의	1, 2, 3세 유아 중 국가 필수 예방접종을 모두 접종한 유아 비율
산출식	1, 2, 3세 유아 중 국가 필수 예방접종을 모두 접종한 유아의 수/ 2024년 말 기준 대한민국 국적자로 국내에 거주하는 1세, 2세, 3세 유아(2021~2023년 출생자) x100 - 1세: 7종 백신(18~19회): BCG 1회, HepB 3회, DTaP 3회, IPV 3회, Hib 3회, PCV 3회, RV 로타릭스 2회 또는 로타텍 3회 - 2세: 8종 백신(21회): BCG 1회, HepB 3회, DTaP 4회, IPV 3회, Hib 4회, PCV 4회, MMR 1회, VAR 1회 - 3세: 10종 백신(25~26회): BCG 1회, HepB 3회, DTaP 4회, IPV 3회, Hib 4회, PCV 4회, MMR 1회, VAR 1회, HepA 2회, JE 사백신 3회또는 JE 생백신2회
단위	%
자료원	2024년 전국 어린이 예방접종률 현황, 2025년

출처: <https://nip.kdca.go.kr/irhp/infm/goNatnVcntStatView.do>(인출일: 2025. 8. 10.)

〈영유아 건강검진율〉

구분	내용
정의	0~5세 영유아 중 지난 1년간 건강검진 경험이 있는 영유아의 비율
산출식	(주양육자 응답) 지난 1년간 건강검진 경험이 있다고 응답한 0~5세 영유아의 수 / 0~5세 조사대상 응답 영유아 수 × 100
단위	%
자료원	아동종합실태조사, 2023년

출처: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483032&tag=&nPage=1(인출일: 2025. 8. 10.)

〈0~2세 인지언어사회성 발달 미달률〉

구분	내용
정의	전체 응답자 중 인지/언어/사회성 발달 영역별 문항의 총점이 '심화평가', '추적검사 요망'으로 분류된 4~35개월 영유아의 비율
산출식	검사 영역별로 문항의 총점이 심화평가 및 추적검사 요망의 절단점 이상인 4~35개월 영유아의 수 / 영역별 검사지 4~35개월 응답자 수 × 100
단위	%
자료원	아동종합실태조사, 2023년

출처: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483032&tag=&nPage=1(인출일: 2025. 8. 10.)

〈3~5세 인지언어사회성 발달 미달률〉

구분	내용
정의	전체 응답자 중 인지/언어/사회성 발달 영역별 문항의 총점이 '심화평가', '추적검사 요망'으로 분류된 36~71개월 유아의 비율
산출식	검사 영역별로 문항의 총점이 심화평가 및 추적검사 요망의 절단점 이상인 36~71개월 유아의 수 / 영역별 검사지 36~71개월 응답자 수 × 100
단위	%
자료원	아동종합실태조사, 2023년

출처: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483032&tag=&nPage=1(인출일: 2025. 8. 10.)

〈영양섭취부족아 비율〉

구분	내용
정의	에너지 섭취량이 필요추정량의 75% 미만이면서 칼슘, 철, 비타민 A, 리보플라빈의 섭취량이 모두 평균필요량 미만인 비율
산출식	에너지 섭취량이 필요추정량의 75% 미만이면서 칼슘, 철, 비타민 A, 리보플라빈의 섭취량이 모두 평균필요량 미만인 1~5세 유아 수 / 전체 1~5세 유아 수 × 100
단위	%
자료원	국민건강영양조사, 2019~2023년

출처: <https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/rawDataDwnld/rawDataDwnld.do>(인출일: 2025. 8. 10.)

〈에너지·지방 과잉섭취아 분류〉

구분	내용
정의	에너지 섭취량이 필요추정량의 125% 이상이면서 지방 섭취량이 지방에너지적정비율의 상한선을 초과한 분류
산출식	에너지 섭취량이 필요추정량의 125% 이상이면서 지방 섭취량이 지방에너지적정비율의 상한선을 초과한 1~5세 유아 수 / 전체 1~5세 유아 수 x100
단위	%
자료원	국민건강영양조사, 2019~2023년

출처: <https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/rawDataDwnld/rawDataDwnld.do>(인출일: 2025. 8. 10.)

〈영유아 내재화·외현화 문제행동률〉

구분	내용
정의	주양육자가 보고한 아동의 정신건강문제 비율은 CBCL 증후군척도의 내재화 행동과 외현화 행동 질문에 응답 시 총점이 절단점 이상인 사람의 비율로 정의된다.
산출식	CBCL 증후군척도 질문에 대한 응답 총점이 절단점 이상인 아동 수/한국 영유아 교육·보육 패널 2차년도(2023년) 조사에 참여한 아동 수X100
단위	%
자료원	한국 영유아 교육·보육 패널, 2023년

출처: https://panel.kicce.re.kr/kececp/module/rawDataManage/index.do?menu_idx=52(인출일: 2025. 8. 10.)

〈영유아 만성질환 유병률〉

구분	내용
정의	질병이나 건강 문제를 앓고 있는 아동의 비율은 한 가지 이상의 만성질환을 앓고 있음을 의사로부터 진단받은 영유아의 비율로 정의된다.
산출식	조사표에 제시된 만성질환들 중 한 가지 이상의 만성질환을 앓고 있음을 의사로부터 진단받은 영유아의 수/0~5세 총 영유아 수x100
단위	%
자료원	아동종합실태조사, 2023년

출처: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483032&tag=&nPage=1(인출일: 2025. 8. 10.)

〈영유아 활동제약률〉

구분	내용
정의	활동제약률은 최근 한 달 동안 질병이나 손상으로 거의 하루 종일 누워서 (집이나 병원에 서) 보내야 했던 날이 하루 이상인 영유아의 비율로 정의된다.
산출식	누워서 보낸 일수가 1일 이상이라고 응답한 영유아의 수/전체 0~5세 영유아 수x100
단위	%
자료원	아동종합실태조사, 2023년

출처: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483032&tag=&nPage=1(인출일: 2025. 8. 10.)

〈손상·중독으로 인한 응급실 이용률〉

구분	내용
정의	손상이나 중독으로 인한 응급실 이용률은 지난 1년간 손상이나 중독(의약품 및 약물로 인한 급성중독)으로 병원 응급실을 이용한 적이 있는 0~5세 영유아의 분율로 정의된다.
산출식	병원 응급실을 이용한 적이 있다고 응답한 영유아의 수/0~5세 영유아의 수×100
단위	%
자료원	아동종합실태조사, 2023년

출처: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1483032&tag=&nPage=1(인출일: 2025. 8. 10.)

〈영유아 사망률〉

구분	내용
정의	2021~2023년 0-5세 주민등록연앙인구 중 0-5세 사망자의 비율
산출식	$(2021-2023년\ 0-5세\ 사망자\ 수의\ 합 / 주민등록연앙인구\ 기준\ 2021-2023년\ 0-5세\ 인구\ 수의\ 합) \times 100,000명$
단위	십만 명당 명
자료원	통계청 사망원인통계 자료, 2021~2023년

부록 7. 영유아 부모대상 설문조사 설문지

영유아 부모의 건강증진관련행동 및 건강형평성 인식조사

안녕하세요. 육아정책연구소는 국무총리실 산하 경제인문사회 연구회 소속 국책연구기관으로서, 대한민국 아동의 발달과 건강한 성장을 지원하는 다양한 연구를 체계적이고 종합적으로 수행하는 기관입니다. 육아정책연구소에서는 영유아의 부모가 영유아시기의 건강형평성에 대한 인식을 가지고 있는지 여부와 자녀의 건강 및 양육자 자신의 건강에 대해 가지는 태도를 파악함으로써, 수요자가 인식하는 영유아기 건강증진방안을 도출하고자 설문조사를 실시하고 있습니다.

응답하신 내용은 연구 윤리 및 통계법 제33조의 규정에 따라 비밀이 보장되며, 연구목적 이외는 절대로 사용되지 않습니다.

【통계법 제33조(비밀의 보호)】

- ① 통계의 작성과정에서 알려진 사항으로서 개인이나 법인 또는 단체 등의 비밀에 속하는 사항은 보호되어야 한다.
- ② 통계의 작성을 위하여 수집된 개인이나 법인 또는 단체 등의 비밀에 속하는 자료는 통계작성 외의 목적으로 사용되어서는 안 된다.

2025년 8월 육아정책연구소

//선정 문항//

SQ1. 현재 살고 계신 곳은 어느 지역입니까?

1. 서울
2. 부산
3. 대구
4. 인천
5. 광주
6. 대전

7. 울산
8. 경기
9. 강원
10. 충북
11. 충남
12. 전북
13. 전남
14. 경북
15. 경남
16. 제주
17. 세종

SQ2. 귀하의 나이는 올해 만으로 몇 세이십니까?

1. 만 ()세 [로직: 0to99] //17세 이하 설문 중단//

SQ2. 코드 [로직 : SQ2 RECODE 나이 자동 코딩]

1. 만17세 이하 -> 설문 중단
2. 만18세~만29세
3. 만30세~만39세
4. 만40세~만49세
5. 만50세~만59세
6. 만60세 이상

SQ3. 귀하의 주민등록상 성별은 무엇입니까?

1. 남자
2. 여자

SQ4. 귀하는 자녀가 있으십니까?

1. 있다
2. 없다 -> 설문 중단

SQ5. 귀하의 자녀수는 총 몇 명입니까?

1. ()명[로직: 1to10]

//0 응답 시 경고창: 귀하는 자녀가 있다고 응답하셨습니다. 자녀수를 다시 입력해 주십시오.//

SQ6. 귀하의 자녀에 대해 **연령, 성별**을 응답해주세요. 앞서 응답하신 [제시: SQ5]명의 자녀 모두 응답해 주시면 됩니다.

//SQ5에서 응답한 숫자(자녀수)에 맞게 입력창 제시//

[로직: 첫째 자녀보다 둘째 자녀의 나이가 더 많은 경우 경고창]

//경고창: 자녀 출생년월을 다시 확인해 주십시오. 먼저 태어난 자녀를 순서대로 입력해 주십시오//

[로직: 본인의 나이와 자녀의 나이 차이가 20살 미만인 경우 확인창]

//확인창: 앞서 귀하의 나이를 [제시:SQ2]라고 응답하셨습니다. 입력하신 자녀의 나이가 맞는지 확인해 주십시오.

SQ6-1. 자녀	SQ6-2. 출생연월 //drop down//	SQ6-3. 성별 //drop down//
1. 첫째 자녀	()년[로직:1960to2025] ()월[로직:1to12]	1. 남 2. 여
2. 둘째 자녀	()년[로직:1960to2025] ()월[로직:1to12]	1. 남 2. 여
3. 셋째 자녀	()년[로직:1960to2025] ()월[로직:1to12]	1. 남 2. 여
4. 넷째 자녀	()년[로직:1960to2025] ()월[로직:1to12]	1. 남 2. 여
5. 다섯째 자녀	()년[로직:1960to2025] ()월[로직:1to12]	1. 남 2. 여

[로직: SQ6 RECODE '출생년월' 자동 코딩]

///((2025-()년)*12+(8-()월) < 36 -> 35개월까지(0~2세)

35 < ((2025-()년)*12+(8-()월) < 61 -> 36~60개월까지(3~5세)

0 < ((2025-()년)*12+(8-()월) < 61에 해당하는 자녀가 없는 경우 조사중단//

구분	생년월(8월 기준)	나이(월)_RECODE
1. 0~2세	2022년 8월 ~ 2025년 8월	0~35개월 => 만 3세 미만(만 35개월 미만)
2. 3~5세	2020년 8월 ~ 2022년 7월	36~60개월 => 만 3~5세(만36개월 ~ 미취학)

※ 설문 응답 기준(조건)

1. 자녀 중 영·유아(0~5세) 1명과 그 외 자녀가 있는 경우 = 영·유아를 기준으로 응답
2. 자녀 중 영·유아(0~5세) 자녀가 2명 이상인 경우 = 막내를 기준으로 응답

※ 설문 응답 대상 자녀 선정 : [SQ6 리코드] 개월 수가 가장 낮은 자녀를 선정함

변수명(SSQ6)을 지정하고, 이후 [III. 영유아 건강상태 및 건강증진을 위한 노력] 파트 등에서 자녀를 제시해 줄 수 있도록 함

→ 예시, [첫째 자녀, 2023년 1월생, 남자], [둘째 자녀, 2025년 2월생, 여자]

//I. 건강형평성 인식 관련//

[카테고리: 문1]

* 건강의 정의? 세계보건기구(WHO, 1948)에 따르면 건강은 “단순히 질병이 없는 상태를 넘어 신체적, 정신적, 사회적 안녕이 조화를 이루는 상태를 말함.

문1. 귀하는 부모의 소득수준이 영유아의 건강에 얼마나 영향을 미친다고 생각하십니까?

[단일척도]

1. 전혀 영향을 미치지 않는다
2. 영향을 미치지 않는다
3. 보통이다
4. 영향을 미친다
5. 매우 영향을 미친다

문2. 귀하는 부모의 교육수준이 영유아의 건강에 얼마나 영향을 미친다고 생각하십니까?

[단일척도]

1. 전혀 영향을 미치지 않는다
2. 영향을 미치지 않는다
3. 보통이다
4. 영향을 미친다
5. 매우 영향을 미친다

문3. 귀하는 영유아 거주지역의 교통, 보건의료시설 접근성, 안전시설 등 주변 환경이 영유아의 건강에 얼마나 영향을 미친다고 생각하십니까?[단일척도]

1. 전혀 영향을 미치지 않는다
2. 영향을 미치지 않는다
3. 보통이다
4. 영향을 미친다
5. 매우 영향을 미친다

문4. 귀하는 다음의 의견들에 대해서 어떻게 생각하십니까?[척도][stepbystep]

문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
	1	2	3	4	5
1. 부모의 경제력 및 사회적 지위 등이 높을수록 영유아 자녀가 의료 이용을 편리하게 할 수 있다.					
2. 부모의 경제력 및 사회적 지위 등이 높을수록 영유아 자녀의 건강 관련 지원 혜택 정보를 쉽게 접할 수 있다					
3. 부모의 경제력 및 사회적 지위 등이 높을수록 영유아 자녀가 영양을 적정하게(골고루) 섭취할 수 있다.					
4. 부모의 경제력 및 사회적 지위 등이 높을수록 영유아 자녀가 신체 활동을 더 활발하게 할 수 있다.					
5. 부모의 경제력 및 사회적 지위 등이 높을수록 영유아 자녀가 충분한 수면 시간을 가질 수 있다.					

문5. 귀하는 모든 사람이 도달할 수 있는 가장 높은 수준의 신체적·정신적 건강을 누릴 권리인 ‘건강권’의 개념을 알고 계십니까?

(*출처. 2024년 건강투자인식조사, 건강개발원)

- 1. 안다
- 2. 모른다

문5-1. 귀하는 유엔아동권리협약 제24조에 따라 ‘모든 아동이 최상의 건강을 누릴 권리’를 가지고 있음을 알고 계십니까?

- 1. 안다
- 2. 모른다

문5-2. 귀하는 유엔아동권리협약에 따라 ‘부모가 자녀의 건강권*을 보장하기 위해 노력해야 할 책임이 있다’는 사실을 알고 계십니까?

(*건강권이란? 모든 사람이 도달할 수 있는 가장 높은 수준의 신체적·정신적 건강을 누릴 권리)

- 1. 안다
- 2. 모른다

문6. 귀하는 우리 사회의 영유아 및 아동의 건강권* 보장 수준이 어느 정도라고 생각하십니까?[단일척도]

(*건강권이란? 모든 사람이 도달할 수 있는 가장 높은 수준의 신체적·정신적 건강을 누릴 권리)

1. 매우 낮음
2. 대체로 낮음
3. 보통
4. 대체로 높음
5. 매우 높음

문7. 귀하가 생각하시기에 우리 사회에서 영유아 및 아동의 건강권* 보장에 가장 큰 장애 요인은 무엇입니까? 순서대로 2가지를 선택해 주십시오.[RANK:2][랜덤]

(*건강권이란? 모든 사람이 도달할 수 있는 가장 높은 수준의 신체적·정신적 건강을 누릴 권리)

1. 경제적 요소(의료비, 식비 등)
2. 양육자의 건강권 관련 인식 부족
3. 공공 보건의료 서비스 부족
4. 영양 및 위생 관리의 어려움
5. 의료서비스의 지역적 불균형 및 접근성의 문제
6. 정신건강 관리 및 상담 지원 부족
7. 기타() [랜덤고정]

문8. 귀하는 우리 사회의 모든 영유아가 국가 및 지방자치단체 등이 제공하는 공공의료서비스(국·공립병원, 보건소, 국가 예방접종 등)를 공평하게 받고 있다고 생각하십니까? [단일척도]

1. 전혀 그렇지 않다
2. 별로 그렇지 않다
3. 보통이다
4. 대체로 그렇다
5. 매우 그렇다

//문8=1,2 응답자만//

문8-1. 공평하지 않다고 생각하시는 이유는 무엇입니까?

1. 지역간 불균형
2. 소득간 불균형
3. 혜택의 편중
4. 공공의료서비스 정보 부족
5. 의료시설 및 인프라 부족

문9. 귀하가 생각하시기에 건강을 위한 노력이 가장 많이 필요한 시기는 언제라고 생각하십니까?

1. 태아기(수정~출생전)
2. 영유아기(0~3세 미만)
3. 아동기(3~13세 미만)
4. 청소년기(13~19세 미만)
5. 성인기(19~64세 미만)
6. 노년기(65세 이상)

//II. 영유아 건강상태 및 건강증진을 위한 노력//

[카테고리: 문10~20]

앞서 응답하신 [응답 대상 자녀 제시]를 기준으로 응답해 주십시오.

문10. 현재 귀하의 영유아 자녀의 건강수준이 어떻다고 생각하십니까?[척도][stepbystep]

문항	매우 건강하지 못하다	건강하지 못한 편이다	보통 이다	건강 하다	매우 건강하다
	1	2	3	4	5
1. 전반적 건강					
2. 신체적 건강					
3. 정신적 건강					

문11. 귀하가 자녀의 건강에 대해 가장 걱정하는 부분은 무엇입니까? 우선순위대로 2가지를 선택해 주세요.

1. 잘 먹지 않거나 편식함
2. 신체활동부족
3. 수면 부족
4. 과도한 미디어 노출
5. 배변 습관
6. 부주의로 인한 잦은 신체 손상(낙상, 다칩 등)
7. 잦은 병치레(감기, 수족구 등)
8. 기타()

문12. 귀하는 자녀의 건강증진을 위해 자녀에게 다음과 같은 행동을 실제로 얼마나 실천
하고 계십니까? [척도][stepbystep]

문항	전혀 실천 하지 않는다	특별히 실천 하지 않는다	보통 이다	대체로 실천 한다	항상 실천 한다
	1	2	3	4	5
1. 정기적인 건강검진					
2. 정기적인 예방접종					
3. 균형 잡힌 영양섭취 제공					
4. 충분한 신체활동 및 운동 장려					
5. 정신건강 관리 및 스트레스 해소 노력					
6. 미디어 노출 제한					
7. 충분한 수면시간 제공					
8. 위생적인 환경 관리 및 환경유지(습도/온도 유지 등)					
9. 안전을 위한 주변 관리 및 환경 제공					
10. 손씻기 교육 등 질병예방 활동					
11. 자녀에 대한 세심한 관찰 및 반응적 태도					
12. 건강관련 자원혜택에 대한 정보 탐색					
13. 영유아 건강관련 정보나 부모 교육 참여					

문13. 귀하의 영유아 자녀의 건강증진을 위해 다음의 영역이 얼마나 중요하다고 생각하
십니까?[척도][stepbystep]

문항	전혀 중요 하지 않다	중요 하지 않다	보통 이다	중요 하다	매우 중요 하다
	1	2	3	4	5
1. 정기적인 건강검진					
2. 정기적인 예방접종					
3. 균형 잡힌 영양섭취 제공					
4. 충분한 신체활동 및 운동 장려					
5. 정신건강 관리 및 스트레스 해소 노력					
6. 미디어 노출 제한					
7. 충분한 수면시간 제공					
8. 위생적인 환경 관리 및 환경유지(습도/온도 유지 등)					
9. 안전을 위한 주변 관리 및 환경 제공					
10. 손씻기 교육 등 질병예방 활동					
11. 자녀에 대한 세심한 관찰 및 반응적 태도					
12. 건강관련 자원혜택에 대한 정보 탐색					
13. 영유아 건강관련 정보나 부모 교육 참여					

문14. 귀하는 전반적으로 자녀의 건강관리를 충분히 잘하고 있다고 생각하십니까?

[단일척도]

1. 전혀 그렇지 않다
2. 별로 그렇지 않다
3. 보통이다
4. 대체로 그렇다
5. 매우 그렇다

//문14=1,2 응답자만//

문14-1. 그렇지 않다면 그 이유는 무엇입니까?

1. 나의 의지가 약해서
2. 자녀가 원하지 않아서
3. 업무 일상생활이 너무 바빠 시간이 없어서
4. 경제적으로 부담이 되어서
5. 어떻게 해 주어야 할지 정보가 부족해서
6. 기타()

문15. 귀하의 자녀가 낮 동안 다니는 기관을 선택하여 주십시오.

1. 어린이집
2. 유치원
3. 반일제 이상 학원(영어유치원, 놀이학교 등)
4. 다니지 않음(가정 보육)

[로직: 문15=1,2,3 중 하나라도 응답한 응답자만]

문16. 귀하의 자녀가 이용하는 기관의 등·하원 시각 및 일일 이용 시간은 어떻게 됩니까? 등·하원 시간이 일정하지 않더라도 평균적인 시간을 응답해 주십시오.

문항	시간	분
1. 등원시간	1. () [dropdown]	2. () [dropdown]
2. 하원시간	1. () [dropdown]	2. () [dropdown]

//로직: 시간 dropdown은 1~24까지 1시간 단위로 선택 가능하도록 제작//

//로직: 분 dropdown은 00, 30 2개만 선택 가능하도록 제작//

SQ15. 코드 [로직 : SQ16 RECODE 일 평균 이용시간 자동 코딩]

1. (문16-1-1 등원시간(시) * 60) + (문16-1-2 등원시간(분)) = RSQ1
2. (문16-2-1 하원시간(시) * 60) + (문16-2-2 하원시간(분)) = RSQ2
3. RSQ2-RSQ1 = 1일 평균 이용시간: ()분

RSQ2 < RSQ1인 경우 아래 경고창,

"24시간을 기준으로 등원시간과 하원시간을 다시 확인해 주십시오. 등원 시간보다 하원 시간이 더 빠를 수는 없습니다."

RSQ2 - RSQ1 > 900인 경우 아래 확인창,

"자녀의 기관 이용 시간이 1일 기준 12시간 초과입니다. 맞으면 확인, 틀리면 취소를 선택하여 다시 응답해 주십시오."

문17. 앞서 응답한 기관 외에 귀하의 자녀를 돌봐주는 사람이나 돌봄을 위해 다니는 장소를 **모두** 선택하여 주십시오.[복수]

1. 자녀의 조부모 및 친인척
2. 공공 아이돌보미
3. 민간 육아도우미
4. 시간제 보육*
5. 사설학원(영어, 미술, 음악, 체육 등)
6. 기타()
7. 없음[중복선택불가]

* 시간제 보육이란? 가정양육을 하는 경우에도 어린이집, 육아종합지원센터 등에서 시간단위로 이용할 수 있는 보육서비스

[로직: 문15=1,2,3 중 하나라도 응답한 응답자만]

문17-1. 귀하의 자녀가 해당 기관(*어린이집, 유치원, 반일제 이상 학원)에서 제공받는 식사 및 간식은 어떻게 됩니까? 해당하는 보기를 **모두** 선택해 주십시오.[복수]

1. 아침 식사
2. 아침 간식(아침식사 이후)
3. 점심 식사
4. 오후 간식(점심식사 이후)
5. 저녁 식사
6. 저녁 간식(저녁식사 이후)

[로직: 문15=1,2,3 중 하나라도 응답한 응답자만]

문18. 귀하의 자녀가 다니는 교육보육기관(*어린이집, 유치원, 반일제 이상 학원)에서 제공하는 내용 중 다음 사항에 대해 **얼마나 만족**하십니까?

문항	전혀 만족 하지 않는다	만족 하지 않는다	보통 이다	만족 한다	매우 만족 한다	제공 받지 않음
	1	2	3	4	5	9
1. 균형 잡힌 영양섭취 제공						
2. 충분한 신체활동 및 운동 장려						
3. 자녀의 정신건강 관리 및 스트레스 해소 노력						
4. 미디어 노출 최소화 노력 (관련 교육 포함)						
5. 충분한 수면 및 휴식시간 제공						
6. 위생적인 환경 관리 및 환경유지(습도/온도유지 등)						
7. 안전을 위한 주변 관리 및 환경 제공						
8. 손씻기 교육 등 질병예방 활동						
9. 교사들의 세심한 관찰						

문19. 귀하 및 귀하의 자녀에 대해 다음의 내용을 응답해 주십시오.

문항	응답
1. 출산 시 산모 나이	1. 만 ()세[로직:16to60]
2. 출산 시기	1. 임신 ()주차[로직:30to50]
3. 출생 당시 자녀의 체중	1. ()kg[로직:1to5][로직:소수점 2째자리까지 입력 가능]
4. 현재 자녀의 체중	1. ()kg[로직:1to50][로직:소수점 2째자리까지 입력 가능]
5. 현재 자녀의 신장(키)	1. ()cm[로직:10to160]

문20. 앞서 응답하신 자녀의 **출산 방법**은 무엇입니까?

1. 자연분만 등(유도분만, 자연주의 출산 등 수술을 제외한 분만 모두 포함)
2. 제왕절개

//Ⅲ. 부모 건강상태 및 건강 관련 정보//

[카테고리: 문21~24]

자녀가 아닌 귀하 본인을 기준으로 응답해 주십시오.

문21. 현재 귀하의 건강 수준이 어떻다고 생각하십니까?[척도][stepbystep]

	매우 건강하지 못하다	건강하지 못한 편이다	보통 이다	건강한 편이다	매우 건강하다
	1	2	3	4	5
1. 전반적 건강					
2. 신체적 건강					
3. 정신적 건강					

문22. 귀하는 자신의 건강관리를 충분히 잘하고 있다고 생각하십니까?[단일척도]

- 1. 전혀 그렇지 않다
- 2. 그렇지 않다
- 3. 보통이다
- 4. 그렇다
- 5. 매우 그렇다

//문22=1,2 응답자만//

문23. 그렇지 않다면, 그 이유는 무엇입니까?

- 1. 의지가 약하고 게을러서
- 2. 업무 일상생활이 너무 바빠 시간이 없어서
- 3. 경제적 부담 때문에
- 4. 건강관리를 어떻게 해야할지 잘 몰라서(정보가 부족해서)
- 5. 기타()

문24. 귀하는 **본인의 건강증진을 위해** 다음과 같은 행동을 실제로 얼마나 **실천**하고 계십니까? [척도][stepbystep]

	전혀 실천하지 않는다	특별히 실천하지 않는다	보통이다	대체로 실천한다	항상 실천한다
	1	2	3	4	5
1. 정기적인 건강검진					
2. 정기적인 예방접종					
3. 식단관리(영양에 신경 써 식단을 짜거나 유해하다고 생각하는 식품은 섭취를 중지함)					
4. 위생적인 환경 관리 및 환경유지(습도/온도유지 등)					
5. 주 30분 이상 중등도 이상 규칙적인 운동 (헬스, 요가, 수영, 걷기 등)					
6. 정신건강 관리 및 스트레스 해소 노력(여가 활동 등)					
7. 영양제, 건강식품, 약제 등 섭취 (엽산제, 빈혈약, 비타민, 한약 등)					
8. 충분한 수면					
9. 건강관련 정보 탐색					
10. 금연					
11. 절주					

문25. 귀하는 **자녀의 건강 및 발달 관련 정보**를 주로 어디에서 얻으십니까? **가장 많은 정보를 얻는 곳을 순서대로 2가지** 선택해 주십시오.[RANK:2]

1. TV, 라디오, 신문 등
2. 포털 사이트(네이버, 다음, 구글 등)
3. 동영상 플랫폼(유튜브, 틱톡 등)
4. SNS(인스타그램, 페이스북, X 등)
5. 온라인 커뮤니티(맘카페, 블로그 등)
6. 주변 지인 및 동료에게 직접
7. 가족 및 친척에게 직접
8. 정부 공공기관(동사무소 등)
9. 기타()

문26. 귀하는 **영유아 건강관리와 관련한 교육**을 받은 적이 있습니까?

1. 있다
2. 없다 -> 문26-2

문26-1. 귀하는 영유아 건강관리와 관련한 교육을 어디에서 받으셨나요? 모두 선택해 주십시오.[복수]

1. 임신 출산 시기에 산부인과에서
2. 출산 시기 산후조리원에서
3. 소아과에서(영유아 건강검진 등을 받으면서)
4. 자녀의 어린이집 또는 유치원에서
5. 육아종합지원센터 등의 양육지원기관에서
6. 지역 도서관, 병원 등에서
7. 기타()

문26-2. 귀하가 받으신 건강관리와 관련한 교육의 세부 내용은 무엇이었나요? 모두 선택해 주십시오.[복수][랜덤]

1. 모유수유 이유식 등 영양 관련
2. 영유아 식생활 및 편식예방 관련
3. 영유아시기의 적정 신체활동 및 비만예방 관련
4. 영유아시기 질병예방 관련
5. 영유아대상 미디어 조절 관련
6. 영유아의 위생 및 안전 관련
7. 영유아 발달단계 관련
8. 기타() [랜덤고정]

문26-3. 만약 영유아 자녀의 건강관리와 관련한 교육을 받으신다면, 가장 필요한 정보는 어떤 것입니까? 희망하시는 서비스 순으로 2가지를 선택해 주세요[RANK:2][랜덤]

1. 모유수유 이유식 등 영양 관련 정보
2. 영유아 식생활 및 편식예방 관련 정보
3. 영유아시기의 적정 신체활동 및 비만예방 관련 정보
4. 영유아시기 질병예방을 관련 정보
5. 영유아대상 미디어 조절 관련 정보
6. 영유아의 위생 및 안전 관련 정보
7. 기타() [랜덤고정]

//Ⅳ. 영유아·임산부 건강지원사업 이용 경험//

[카테고리: 단독]

다음은 현재 정부에서 영유아와 임산부의 건강을 위해 지원하고 있는 건강지원사업의 내용들입니다. 귀하께서 경험하신 내용에 대한 솔직한 답변을 부탁드립니다.

문27. 다음은 국가에서 제공하는 영유아 건강관련 서비스에 대한 설명입니다. 귀하께서는 다음의 건강지원사업에 대해 **알고 계십니까?**

	안다	모른다
	1	2
1. 구강보건 사업 유아 및 아동, 보호자, 구강취약계층 대상으로 유아구강검진, 불소도포, 보호자 대상 구강위생 교육 실시 (치과의원, 유치원, 어린이집, 구강보건협의체)		
2. 비만예방관리 지원 아동, 학부모, 비만 고위험군 대상으로 가족 식생활 지도, 아동 대상 운동 지도 실시 (학교, 어린이집, 영양지원센터, 학부모회)		
3. 신체활동 지원 전 연령층 대상으로 걷기실천, 유아놀이형 운동 등 실시 (체육시설, 교육청, 유아체육 강사, 노인회관)		
4. 아토피 천식 예방관리 아토피 천식 진단 아동, 보호자, 교사를 대상으로 흡입기 사용 교육 및 증상관리 교육 실시 (보건교사, 안심학교, 소아청소년과, 질병관리청)		
5. 영양사업 영유아, 임산부, 저소득층, 보육교사, 다문화 가정 대상으로 영양상담, 식단자료 제공, 어린이집 교육연계 (산부인과, 산후조리원, 어린이집, 육아종합지원센터)		
6. 한의약 건강증진 허약아 한방건강증진, 산모 체질개선, 전통 식이교육 등 제공 (한의사회, 복지기관, 건강생활지원센터)		
7. 여성어린이특화 사업 산전산후 교육, 초보부모 대상 건강역량 강화 프로그램 운영 (보육시설, 산부인과, 육아지원센터 등)		
8. 영유아 건강검진(건강관리 지원) 만 6세 미만 영유아, 월령에 특화된 문진과 진찰·신체계측 공통 실시, 발달평가 및 상담과 건강 교육 실시		
9. 국가예방접종지원사업 만 12세 이하 아동, 국가 필수예방접종의 접종비용 전액 지원		

문28. 그렇다면, 다음의 영유아 건강관련 서비스가 얼마나 중요하다고 생각하시나요?
[stepbystep][척도]

	전혀 중요 하지 않다	별로 중요 하지 않다	보통이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
	1	2	3	4	5
1. 구강보건 사업 유아 및 아동, 보호자, 구강취약계층 대상으로 유아구강검진, 불소도포, 보호자 대상 구강위생 교육 실시 (치과의원, 유치원, 어린이집, 구강보건협의체)					
2. 비만예방관리 지원 아동, 학부모, 비만 고위험군 대상으로 가족 식생활 지도, 아동 대상 운동 지도 실시 (학교, 어린이집, 영양지원센터, 학부모회)					
3. 신체활동 지원 전 연령층 대상으로 걷기실천, 유아놀이형 운동 등 실시 (체육시설, 교육청, 유아체육 강사, 노인회관)					
4. 아토피 천식 예방관리 아토피 천식 진단 아동, 보호자, 교사를 대상으로 흡입기 사용 교육 및 증상관리 교육 실시 (보건교사, 안심학교, 소아청소년과, 질병관리청)					
5. 영양사업 영유아, 임산부, 저소득층, 보육교사, 다문화 가정 대상으로 영양상담, 식단자료 제공, 어린이집 교육연계 (산부인과, 산후조리원, 어린이집, 육아종합지원센터)					
6. 한의약 건강증진 허약아 한방건강증진, 산모 체질개선, 전통 식이교육 등 제공 (한의사회, 복지기관, 건강생활지원센터)					
7. 여성어린이특화 사업 산전산후 교육, 초보부모 대상 건강역량 강화 프로그램 운영 (보육시설, 산부인과, 육아지원센터 등)					
8. 영유아 건강검진(건강관리 지원) 만 6세 미만 영유아, 월령에 특화된 문진과 진찰·신체계측 공통 실시, 발달평가 및 상담과 건강 교육 실시					
9. 국가예방접종지원사업 만 12세 이하 아동, 국가 필수예방접종의 접종비용 전액 지원					

문29. 그렇다면, 다음의 건강지원사업에 대한 정보 또는 지원을 제공하고 있다면 서비스
이용에 대해 얼마나 관심이 있으십니까? [stepbystep][척도]

	전혀 관심이 없다	관심이 없다	보통이다	대체로 관심이 있다	매우 관심이 있다
	1	2	3	4	5
1. 구강보건 사업 유아 및 아동, 보호자, 구강취약계층 대상으로 유아구강검진, 불소도포, 보호자 대상 구강위생 교육 실시 (치과의원, 유치원, 어린이집, 구강보건협의체)					
2. 비만예방관리 지원 아동, 학부모, 비만 고위험군 대상으로 가족 식생활 지도, 아동 대상 운동 지도 실시 (학교, 어린이집, 영양지원센터, 학부모회)					
3. 신체활동 지원 전 연령층 대상으로 걷기실천, 유아놀이형 운동 등 실시 (체육시설, 교육청, 유아체육 강사, 노인회관)					
4. 아토피 천식 예방관리 아토피 천식 진단 아동, 보호자, 교사를 대상으로 흡입기 사용 교육 및 증상관리 교육 실시 (보건교사, 안심학교, 소아청소년과, 질병관리청)					
5. 영양사업 영유아, 임산부, 저소득층, 보육교사, 다문화 가정 대상으로 영양상담, 식단자료 제공, 어린이집 교육연계 (산부인과, 산후조리원, 어린이집, 육아종합지원센터)					
6. 한의약 건강증진 허약아 한방건강증진, 산모 체질개선, 전통 식이교육 등 제공) (한의사회, 복지기관, 건강생활지원센터)					
7. 여성어린이특화 사업 산전산후 교육, 초보부모 대상 건강역량 강화 프로그램 운영 (보육시설, 산부인과, 육아지원센터 등)					
8. 영유아 건강검진(건강관리 지원) 만 6세 미만 영유아, 월령에 특화된 문진과 진찰·신체계측 공통 실시, 발달평가 및 상담과 건강 교육 실시					
9. 국가예방접종지원사업 만 12세 이하 아동, 국가 필수예방접종의 접종비용 전액 지원					

문30. 다음은 임신, 출산, 양육 과정에서 이루어지는 서비스입니다. 귀하께서는 **다음의 건강지원사업에 대해 알고 계십니까?** [stepbystep][척도]

	안다	모른다
	1	2
1. 영양플러스 사업 기준 중위소득 80% 이하 가구 중 영양 위험요인의 경우 임신부·영유아의 영양문제 해소 및 식생활을 관리할 수 있는 능력 배양을 위해 영양교육 및 보충식품 지원		
2. 생애초기 건강관리 사업 *보건소에 등록된 임신부 및 만 2세 미만 영아 가정을 대상으로, 간호사와 사회복지사가 가정을 방문하여 건강상담, 영아발달 상담, 양육교육, 정서적지지 등 건강관리 서비스 제공 (일반 임신부 대상 8주 이내 1회 방문 지원가능하며, 고위험군의 경우 자녀 만2세까지 지속지원)		
3. 의료급여 임신, 출산 진료비 지원 임신·출산 진료비(단태아 100만원, 다태아 140만원) 지원/ 분만취약지 20만원 추가 지원		
4. 청소년 산모 임신, 출산진료비 지원 만 19세 이하 산모중 신청자 - 임신부 및 2세미만 영유아의 출생 1년 이내의 영유아의 모든 의료비 및 약제·치료재료 구입비 (임신 1회 당 120만원 범위 내)		
5. 산모·신생아 건강관리 지원사업 중위소득 150%이상 출산가정에 건강관리사를 파견하여 산모의 산후회복과 신생아 양육을 지원하는 바우처 서비스 제공 (예외지원:둘째이상 출산,희귀난치성질환산모,미혼산모,장애인 산모,쌍태아 이상 출산, 새터민 산모)		

//문30-2=1 응답자만//

문31-1. 귀하는 ‘**생애초기 건강관리 사업**’을 이용해 본 적이 있으십니까?

1. 그렇다
2. 그렇지 않다

문32. 그렇다면, 다음과 같은 지원이 얼마나 중요하다고 생각하십니까?

[stepbystep][척도]

	전혀 중요하지 않음	중요하지 않음	보통	중요함	매우 중요함
	1	2	3	4	5
1. 영양플러스 사업 기준 중위소득 80% 이하 가구 중 영양 위험요인 의 경우 임신부·영유아의 영양문제 해소 및 식생 활을 관리할 수 있는 능력 배양을 위해 영양교육 및 보충식품 지원					
2. 생애초기 건강관리 사업 임산부와 만2세 미만 영아를 대상으로 간호사와 사회복지사가 가정을 방문하여 발달관련 상담을 제공(심리사회적 평가실시하여 위험요인 높은 대 상으로 지원함)					
3. 의료급여 임신, 출산 진료비 지원 임신·출산 진료비(단태아 100만원, 다태아 140 만원) 지원/ 분만취약지 20만원 추가 지원					
4. 청소년 산모 임신, 출산진료비 지원 만 19세 이하 산모중 신청자 - 임신부 및 2세미만 영유아의 출생 1년 이내의 영유아의 모든 의료비 및 약제·치료재료 구입 비 (임신 1회 당 120만원 범위 내)					
5. 산모·신생아 건강관리 지원사업 중위소득 150%이상 출산가정에 건강관리사를 파견하여 산모의 산후 회복과 신생아 양육을 지 원하는 바우처 서비스 제공 (예외지원:둘째이상 출산,희귀난치성질환산모,미 혼산모,장애인 산모, 쌍태아 이상 출산, 새터민 산모,					

//V. 영유아·임산부 건강지원사업 평가 및 개선요구//

문33. 귀하는 영유아 자녀의 건강관리와 관련한 서비스로 어떠한 서비스가 제공되기를 바라십니까? 선호하시는 서비스 순으로 2가지를 선택해 주세요 [RANK:2][랜덤]

- 1. 영유아 식생활 및 편식예방 프로그램 및 상담
- 2. 영유아 신체활동 증진 및 비만예방 프로그램 및 상담
- 3. 영유아 미디어 과몰입예방 프로그램 및 상담
- 4. 영유아 자녀 (구강) 주치의 제도 마련
- 5. 영유아 자녀 발달 진단 기회 제공
- 6. 영유아의 건강 상태를 체크하는 가정방문 프로그램(간호사가 가정방문)
- 7. 기타() [랜덤고정]

문34. 귀하는 임산부 대상 건강관리와 관련한 서비스로 어떠한 서비스가 제공되기를 바라십니까? 선호하시는 서비스 순으로 2가지를 선택해 주세요. [RANK:2]

- 1. 임산부 건강검진 기회 확대
- 2. 임산부 건강상담과 교육기회 확대(신체활동, 질병예방 등)
- 3. 임산부 포레 모임 활성화
- 4. 임산부 영양 건강을 위한 물품의 지원 확대
- 5. 임산부 산후 조리 위한 서비스 제공 기회 확대(수유를 위한 마사지 등)
- 6. 가정방문 건강지원 서비스 확대
(간호사가 가정방문하여 건강상태 및 우울예방 상담 서비스 제공)

문35. 귀하는 다음의 기관 및 사이트를 알고 계십니까? 알고 계신다면 임신기부터 지금까지 본인 또는 자녀의 건강관리를 위해 다음의 기관 및 사이트를 이용해 본 적 있는지 응답해 주십시오. [stepbystep]

	알고 있고 이용해 보았다	알고 있지만 이용한 적 없다	들어본 적이 없다
	1	2	3
1. 동네 보건소			
2. 육아종합지원센터			
3. 건강생활지원센터			
4. 주민센터			
5. 복지로 (www.bokjiro.go.kr/)			
6. 사회서비스 전자바우처 (www.socialservice.or.kr)			
7. 임신육아종합포털 아이사랑 (www.childcare.go.kr)			

문36. 귀하는 영유아·임산부 대상 건강지원사업의 향후 추진을 위해서 어떤 방향이 가장 적절하다고 생각하십니까?

1. 소득기준에 관계없이 영유아·임산부 모두를 대상으로 하는 보편적인 서비스와 지원사업을 확대
2. 소득을 고려하여 더 도움이 필요한 영유아·임산부에게 초점을 두고 차등적으로 지원사업을 추진
3. 소득기준 관계없이 서비스를 제공하고 소득을 고려하여 도움이 필요한 집단에 더 집중적으로 지원

문37. 영유아 건강(영양, 신체활동, 구강보건, 비만예방, 아토피 예방 등)관련 지원사업을 필요한 대상이 누구나 잘 알고 신청할 수 있도록 하기 위해서는 어떤 방법이 가장 적절하다고 생각하십니까?

1. 임신 시 또는 아이 출산 시 보건소에서 내용을 안내해 줌
2. 자녀가 다니는 보육교육기관을 통해서 서비스에 대한 정보를 제공함
3. 자녀가 다니는 소아과 및 병원에서 관련 서비스에 대한 정보를 제공함
4. 지역사회 육아종합지원센터, 건강생활지원센터, 주민센터 등에서 정보를 제공함
5. 복지로, 아이사랑(임신육아종합포털) 등을 통해 정보를 제공함
6. 기타()

문38. 귀하는 향후 영유아·임산부 대상 건강지원사업 확대 시 어떤 부분이 확대되는 것을 가장 선호하십니까?

1. 현금지원 방식의 지원 확대(비용지원)
2. 바우처 지원 확대(현물지원)
3. 서비스 제공 형식의 지원 확대(건강이나 의료서비스)
4. 물품 지원 확대(현물지원)

//Ⅵ. 응답자 특성//

배문1. 귀하의 자녀를 주로 양육하는 주양육자는 누구입니까?

*주양육자는 하루 중 기관 이용을 제외하고 자녀와 가장 많은 시간을 보내고 식사·건강·교육·생활 전반을 책임지는 사람을 의미합니다.

1. 어머니
2. 아버지
3. 조부
4. 조모
5. 기타 친인척(이모, 고모, 삼촌 등)
6. 기타()

배문2. 귀하의 가구원 수는 총 몇 명입니까? 자녀를 포함한 총 가구원 수를 응답해주십시오.

1. ()명[로직: 2to15]

//0,1 응답 시 경고창: 자녀를 포함한 총 가구원수를 입력해 주십시오.//

//SQ5(자녀 수)+1 응답보다 작은 경우 경고창: 자녀를 포함한 총 가구원수를 입력해 주십시오.//

배문3. 귀하의 가구 구성은 어떻게 되십니까?

1. 부부+자녀
2. 한부모+자녀
3. 조부모(또는 친인척)+부부+자녀
4. 조부모(또는 친인척)+한부모+자녀
5. 조부모(또는 친인척)+손자녀
6. 기타()

//배문2=1,2를 응답한 경우, 배문3의 보기 1,3,4,5는 블라인드 처리//

배문4. 귀하의 최종학력은 어떻게 되십니까?

1. 중학교 졸업 이하
2. 고등학교 졸업
3. 전문대학(23년제) 졸업
4. 대학교(4년제) 졸업
5. 대학원 재학 이상

//로직: 배문3=1,3,5,6 응답자만//

배문5. 귀하의 배우자의 최종학력은 어떻게 되십니까?

1. 중학교 졸업 이하
2. 고등학교 졸업
3. 전문대학(2·3년제) 졸업
4. 대학교(4년제) 졸업
5. 대학원 재학 이상

배문6. 귀하의 취업상태는 어떻게 되시나요?

1. 취업중(경제활동중)
2. 휴직중(육아휴직 등)
3. 학생 -> 배문7
4. 구직중(이직 준비 포함) -> 배문7
5. 무직(은퇴 등) -> 배문7

배문6-1. 귀하가 직업(일)으로 하시는 일은 무엇입니까?

1. 농림어업 종사자
2. 자영업자(상업, 종업원 9인 이하의 소규모 장사 및 개인 택시 운전 등)
3. 판매/영업/서비스직(상점 점원, 세일즈맨 등)
4. 노무/기계조작/운송/기능원 및 관련 기능 종사자(운전사, 선반, 목공 등)
5. 사무직(기업체 차장 이하, 5급 공무원 이하 등)
6. 경영 관리직(5급 이상 공무원, 기업체 부장 이상 등)
7. 전문직(의사, 법조인, 교수, 언론인 등)
8. 기타()

배문6-2. 귀하의 종사상 지위는 무엇입니까?

1. 상용근로자
2. 임시근로자
3. 일용근로자
4. 고용원이 있는 자영업자
5. 고용원이 없는 자영업자
6. 무급가족종사자
7. 기타()

배문7. 귀하의 월평균 가구 소득은 다음 중 어디에 해당 되십니까? 가구소득은 경제활동을 함께하는 가구(가정) 구성원의 소득을 모두 합산한 소득입니다.

1. 200만원 미만
2. 200만원 이상 - 300만원 미만
3. 300만원 이상 - 400만원 미만
4. 400만원 이상 - 500만원 미만
5. 500만원 이상 - 600만원 미만
6. 600만원 이상 - 700만원 미만
7. 700만원 이상 - 800만원 미만
8. 800만원 이상 - 900만원 미만
9. 900만원 이상 - 1,000만원 미만
10. 1,000만원 이상

배문8. 귀하가 현재 거주하는 지역은 어디입니까?

1. 대도시
2. 중소도시
3. 읍면지역

배문9. 귀하는 현재 자녀를 양육 과정에서 부모(자녀의 조부모) 도움을 받고 계신가요?

1. 현재 도움을 받고 있음
2. 과거에 받았으나 지금은 받지 않음
3. 도움을 받은적 없음

//배문9=1,2 응답자만//

배문10. 주로 부모(자녀의 조부모)에게 어떤 도움을 받았거나 받고 계신가요? 가장 많은 도움을 받는 순서대로 최대 3개까지 선택해주십시오.[MAXRANK:3]

1. 경제적 지원(양육비, 교육비 보조)
2. 자녀 돌봄(놀이주기, 간단한 보육 등)
3. 자녀 등·하원(유치원, 어린이집 등)
4. 특별한 경우에만 일부 도움(병원 등)
5. 자녀 식사(요리 등)
6. 자녀 학업(공부, 숙제, 학습지 등)
7. 자녀 상담(육아, 양육 등에 대한 상담)

영유아기 건강형평성을 고려한
건강증진 정책방안

육아정책연구소
Korea Institute of Child Care and Education

