

# 영유아기 건강불평등 현황: 모니터링 지표를 중심으로<sup>1)</sup>

정최경희 이화여자대학교 의과대학 교수

영유아기 건강형평성 제고를 위해서는 건강불평등을 체계적으로 측정하고 추적할 수 있는 모니터링 체계의 구축이 필수적이다. 본 고에서는 26개 대표 모니터링 지표를 활용해 국내 현황을 분석한 결과를 요약하여 제시하였다. 사회구조요인에서 출산휴가 및 육아휴직에 대한 출생아 1명당 공공지출액은 OECD 하위권이며, 한부모 및 저학력가구의 영유아 빈곤율이 높았다. 중개요인에서는 사회경제적 위치가 낮은 가구에서 주택 및 주거환경 박탈률, 영유아 결핍 경험률, 주양육자 우울 경험률, 양육스트레스 점수가 높고, 양육자-아동 상호작용 행동점수와 영유아 건강검진율이 낮았다. 학대피해아동 발견율, 생애초기 건강관리사업 전담 사업 인력 수, 생애초기 건강관리사업 서비스 도달률, 국가 필수 예방접종 완전 접종률, 영유아 건강검진율의 시도별 격차가 관찰되었다. 발달 및 건강 요인으로 0-2세 영유아의 인지·언어·사회성 발달 미달률, 영양섭취부족아 분율과 에너지·지방 과잉섭취아 분율, 영유아 만성질환 유병률과 영유아 활동제약률에서 사회경제적 불평등을 확인하였다. 영유아 사망률은 전국 평균에 비해 1.5배까지 높은 지역도 있었다. 향후 지표를 고도화하고 지속적인 모니터링 체계를 구축하여 이를 영유아기 건강형평성 정책 수립에 적극 활용할 필요가 있다.

## 1 영유아 건강불평등 모니터링의 필요성

영유아기는 전생애 건강의 토대를 형성하는 결정적 시기로, 출생 전후의 환경은 인지적, 정서적, 신체적 발달에 깊이 관여하며, 이후 질병 위험과도 긴밀히 연결된다(Kuh & Ben-Shlomo, 2004). 영유아기는 뇌 발달이 급격하게 이루어지는 시기로, 양육자와의 상호작용이나 환경 자극이 신경회로의 형성과 강화에 핵심적인 역할을 한다. 이 시기 부정적 환경에 노출될 경우 인지 발달 지연, 정서적 불안정, 정신 건강 문제로 이어질 가능성이 커지게 된다

(Siddiqi et al., 2007). 전세계적으로 질병부담이 증가하고 있는 심혈관 질환, 당뇨병, 비만과 같은 만성질환의 발병에도 태아기와 영유아기의 영양 상태와 양육환경이 영향을 미친다(Gluckman & Hanson, 2004).

이러한 생애초기 환경은 사회구조적 요인에 영향을 받아 형성되며, 따라서 영유아 시기에도 건강불평등이 발생하게 된다(Marmot et al., 2010). 사회경제적으로 취약한 환경에서 태어난 아이들은 저체중 출생 위험이 증가하고 이는 만성질환 위험 증가로 이어지며, 의료 접근성 제한, 영양 결핍 등 복합적 불리함에 노출되어 이미 사회적 불평등을 체화(embodiment)하기 시작한다. 사회적 불평등이 세

1) 본 원고는 육아정책연구소가 2025년 발행한 보고서 “영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안”(김지현 외, 2025)의 내용을 요약, 정리하고 보완한 글임.

대를 거쳐 재생산되는 것이다.

영유아기 건강불평등에 영유아의 선택과 노력이 개입될 여지는 전혀 없다. 출생 지역, 가구 소득, 부모 학력 등은 영유아가 통제할 수 없는 요인이며, 이에 따라 영유아기뿐 아니라 평생 건강 수준의 격차가 발생하는 것은 명백한 사회적 부정의라고 할 수 있다. 따라서, 모든 어린이가 건강한 출발을 할 수 있도록 영유아기 건강불평등을 완화하는 것은 공중보

건의 핵심 과제이다(WHO, 2008).

영유아기 건강형평성 확보는 개인의 평생 건강뿐 아니라 사회 전체의 불평등 완화를 위해서도 중요한 전략이다. 이를 위해서는 의료서비스 제공을 넘어 건강을 결정하는 사회경제적 요인에 대한 포괄적 접근이 필요하며, 모든 어린이들이 공정한 건강 기회를 갖고 있는지 지속적으로 점검해야 한다. 특히 정책 효과를 높이기 위해서는 건강불평등의 수준과 변

〈표 1〉 영유아 건강불평등 모니터링 최종 대표지표와 분석자료

대분류	지표 번호	지표	분석자료 (사용연도)
사회구조요인	1-1	출산휴가 및 육아휴직 소득지급률	OECD 통계 (2019, 2024)
	1-2	영유아 빈곤율	가계금융복지조사 (2023)
중개요인	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	산후 우울감 경험률	산후조리실태조사 (2021)
	2-10	양육스트레스 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·중독으로 인한 응급실 이용률	아동종합실태조사 (2023)
	3-9	영유아 사망률	사망원인통계 (2021~2023)

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.213, 〈표 IV-3-14〉

화를 체계적으로 파악할 수 있는 모니터링이 필수적이다.

국내에서도 다양한 시도가 이루어져 왔는데, 서울시에서는 건강격차를 사회구조요인, 중재요인, 건강결과로 구분하여 다수의 지표를 활용한 모니터링이 수행되고 있다(정최경희 등, 2013). 다만 이러한 체계는 주로 성인기 지표에 초점을 두고 있어 영유아기 건강불평등을 충분히 반영하지 못하는 한계가 있다. 건강형평성 제고가 총괄목표 중 하나인 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030)의 지표에서도 영유아 건강불평등 지표는 매우 제한적으로 포함되어 있다. 일부 세부지표가 존재하더라도 사회경제적 격차에 따른 차이를 체계적으로 분석하거나 추적하는 수준에는 이르지 못하고 있다. 또한 2019년 아동기 건강불평등 모니터링과 사업 개발을 위한 연구에서 아동기 건강불평등 지표 개발이 이루어진 바 있으나, 대상이 학령기 아동에 집중되어 있어 영유아기를 포괄하지 못했다(김동진 등, 2019).

이와 같이 국내 건강불평등 모니터링이 일부 이루어지고 있거나 이루어진 바 있지만, 영유아기의 건강불평등을 측정하고 분석하는 체계는 매우 부족하였다. 이에 본 고에서는 김지현 외(2025)의 연구를 통해 국내 영유아기 건강불평등 모니터링을 위한 지표를 개발하고 대표지표를 선정하여 현황을 평가한 결과를 정리하여 공유하고자 한다.

## 2 영유아 건강불평등 모니터링 지표와 분석방법

### 가. 영유아 건강불평등 모니터링 지표

김지현 외(2025)의 연구에서 영유아 건강불평등 모니터링 지표 개발 과정을 통해 최종 선정한 지표는 <표 1>과 같다. 사회구조요인, 중재요인, 발달과 건강요인, 세 개의 대분류로 범주화되었고, 각각 2개, 15개, 9개, 총 26개 지표로 구성되었다. 지표마다 분석이 가능한 자료원과 시기가 상이하였다.

### 나. 지표 분석방법

사회경제적 위치 지표로 거주지역, 가구 소득수준, 기초생활보장 수급가구 여부, 부모의 교육수준, 가구유형을 사용하였다. 사회경제적 위치 집단은 자료원의 특성에 맞게 구분하였다. 지역은 시도 단위로 구분하였고, 소득은 자료에 따라 4분위 또는 2분위로 나누어 분석하였다. 교육수준은 자료별로 2-3단계로 세분하였고, 가구유형은 부모 구성 및 국적을 기준으로 한부모·조손가구와 양부모가구, 단문화가구와 단문화가구로 나누었다.

불평등 분석은 상대격차와 절대격차를 모두 산출하였다. 지역별 비교는 전국 평균을, 소득·교육수준별 비교는 각각 최상위 소득집단과 최고 학력집단을, 가구유형별 비교는 양부모가구 및 단문화가구를 기준으로 삼았다. 상대격차는 해당 집단의 율을 기준 집단의 율로 나눈 상대위험도로 표현하였다. 상대위험도가 1.50이면 기준 집단 대비 위험이 1.5배 높음을, 1 미만이면 위험이 낮음을 의미한다. 절대격차는 해당 집단의 율에서 기준 집단의 율을 차감한 값으로 0을 초과하면 위험이 높음을 의미한다. 집단 간 차이가 통계적으로 유의한 경우에 한해 격차 수치를 그림에 표기하였다.

표본조사 자료의 경우 추정값의 안정성을 확인하기 위해 상대표준오차를 계산하였다. 상대표준오차가 25% 이상인 경우 해석에 주의하라는 의미로 그림의 해당 값에 \*표시를 하였다. 지표 가운데, 임신 중 흡연을, 임신 중 음주율, 영유아 만성질환 유병률, 손상이나 중독으로 인한 아동의 응급실 이용률은 유병률이 낮고 상대표준오차가 매우 높아 본 고에서는 제외하였다.

## 3 영유아 건강불평등 모니터링 결과

### 가. 사회구조적 요인

#### 1) 출산휴가 및 육아휴직 소득지급률

출산휴가와 육아휴직 기간 동안의 안정적인 소득 보장은 영유아의 성장과 건강을 뒷받침하는 핵심 조건이다. 출산휴가 및 육아휴직 소득지급률은 정규직 평균임금을 기준으로 유급휴가 기간 동안 이전 소득 대비 얼마만큼의 급여가 유지되는지를 나타내는 지표이다. 한국의 경우 어머니 출산휴가 82.1%, 아버지 출산휴가 100%, 부모가 사용할 수 있는 육아휴직 52.4%로 제도 설계 측면에서는 국제적으로 뒤처진 수준은 아니다. 그러나 실제 지출 규모를 살펴보면 이야기가 달라진다. 출생아 1인당 출산휴가·육아휴직 관련 실제 공공지출액은 OECD 35개국 중 31위로, 제도와 현실 사이의 간극이 확인된다.

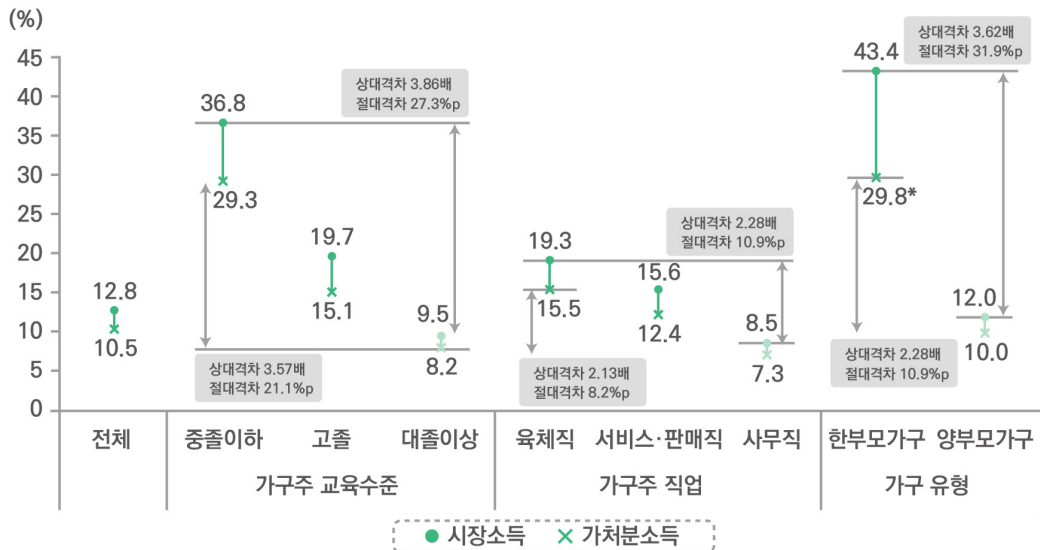
## 2) 영유아 빈곤율

유아 빈곤율은 균등화 소득 중위값의 50%를 빈곤선으로 설정하여, 해당 기준에 미치지 못하는 가구

에 속한 영유아의 비율로 산정하였다. 소득재분배 정책의 실질적 효과를 검토하기 위해 시장소득과 가처분소득 두 가지 기준을 모두 적용하여 분석하였다.

전체 인구의 빈곤율은 시장소득 기준 20.3%, 가처분소득 기준 14.9%인 데 비해, 영유아의 빈곤율은 각각 12.8%, 10.5%로 전체 인구보다 낮은 수준이었다. 그러나 집단별 격차는 뚜렷하였다. 시장소득 기준으로 가구주의 학력이 중졸 이하인 경우 대졸 이상 가구에 비해 빈곤율이 3.86배에 달하였고, 가구주가 육체직 종사자인 경우에도 사무직에 비해 2.28배 높게 나타났다. 가처분소득 기준으로 산출하면 이러한 격차가 다소 완화되는 경향을 보여, 소득재분배 정책이 일정 부분 효과를 발휘하고 있음을 시사한다. 한편 가구유형별 격차는 특히 두드러져, 한부모가구의 시장소득 기준 영유아 빈곤율은 43.4%로 양부모가구(12.0%)와 31.4%p의 큰 차이를 보여 정책적 관심이 요구된다.

[그림 1] 가구주 교육수준과 직업 및 가구 유형별 영유아 빈곤율

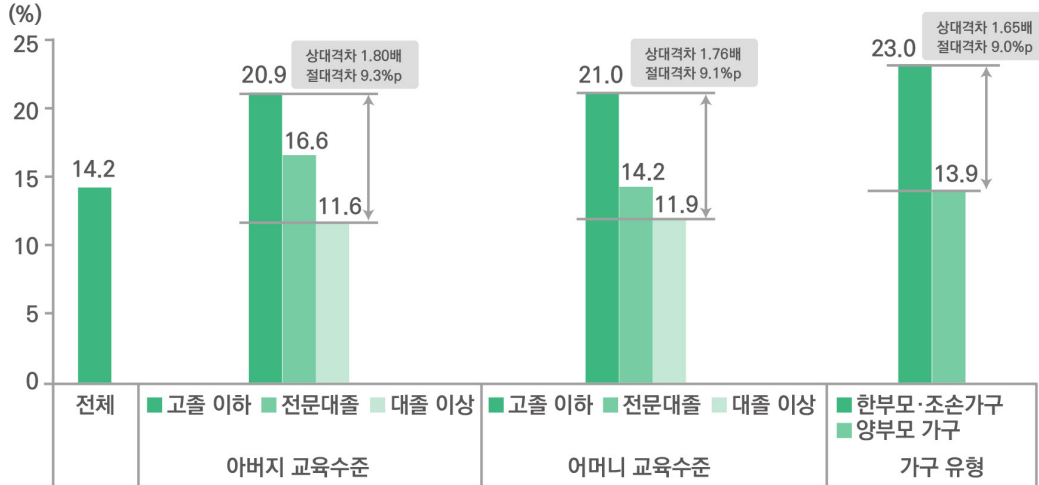


주: \*표시는 상대표준오차가 25~50%에 해당하는 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.

자료: 가계금융복지조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.218, [그림 IV-4-2]

[그림 2] 부모의 교육수준 및 가구유형별 영유아 결핍 경험률



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.221, [그림 IV-4-3]

## 나. 중개 요인

### 1) 영유아 결핍 경험률

영유아 결핍 경험률은 UNICEF 아동결핍지수의 14개 문항<sup>2)</sup>에 대한 보호자 응답을 토대로 산출하였다. 2023년 기준 영유아 결핍 경험률은 14.2%로 나타났다. 아버지 혹은 어머니의 최종 학력이 고졸 이하인 경우, 대졸 이상 집단과 비교하여 결핍 경험률이 약 1.8배 높았다. 가구유형별로는 한부모·조손가구의 영유아 결핍 경험률이 23.0%로, 양부모

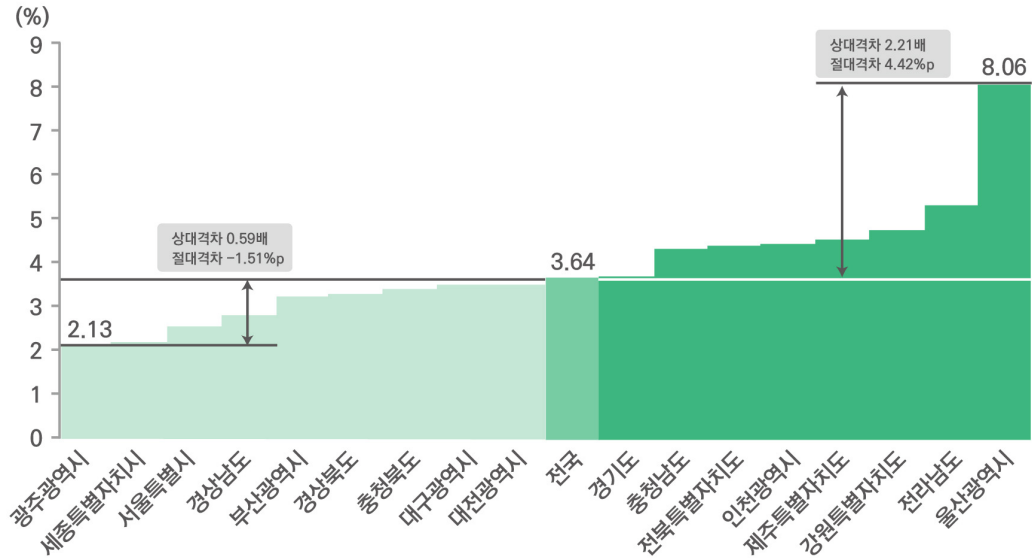
가구에 비해 약 1.7배 유의하게 높았다.

### 2) 영유아 주택 및 주거환경 박탈률

영유아 주택 및 주거환경 박탈률은 아동종합실태조사 내 아동가구의 물질적 박탈 측정 항목 중 주택 및 주거환경 관련 문항의 응답결과를 활용하여 산출하였다. 전체 영유아의 주택 및 주거환경 박탈률은 5.5%였으나, 기초생활보장 수급가구에서는 16.7%로 비수급가구에 비해 3.12배 높았으며, 절대적 차이는 11.3%p에 달하였다.

2) 아동 결핍지수를 측정하기 위한 14개 질문은 다음과 같다. ① 원한다면 하루에 세끼를 먹는다. ② 하루 적어도 한 번은 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 형제자매 한명 당 한 개씩이 있으며, 교육적인 유아용 장난감, 보드 게임, 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.

[그림 3] 시도별 학대피해아동 발견율



자료: 아동학대 주요통계에 2023년 자료로 제시된 결과를 재구성함.

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.225, [그림 IV-4-6]

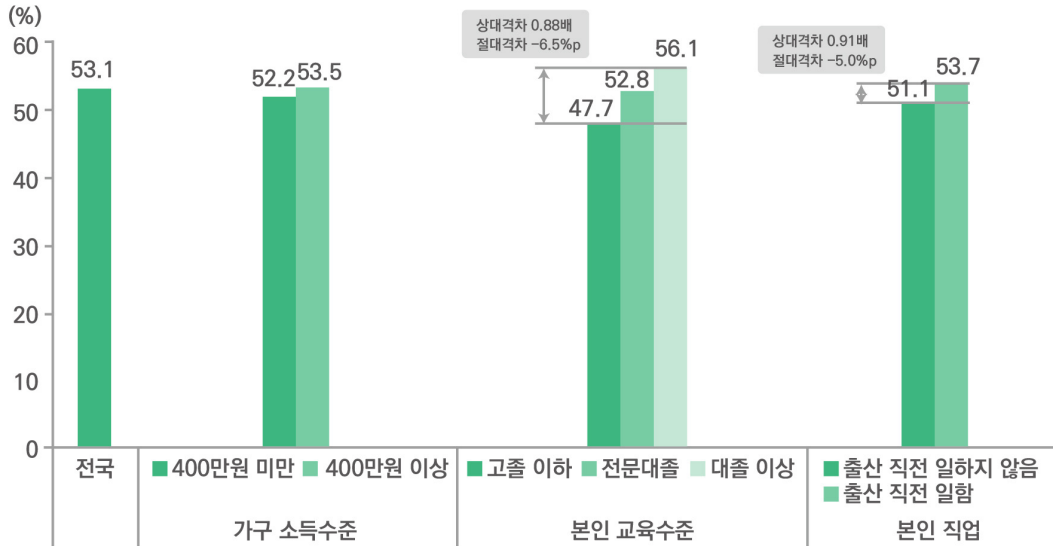
### 3) 가정폭력 발생률 및 신고율

가정폭력 발생률은 만 18세 미만 가구원이 있는 가구의 65세 미만 응답자 중 지난 1년간 배우자·파트너에 의해 폭력을 경험한 비율로 정의하였다. 폭력은 신체적·성적·경제적·정서적 폭력 및 통제의 다섯 가지 유형으로 구분하였으며, 이를 모두 포함한 경우를 5개 유형 폭력, 통제를 제외한 나머지 네 가지만을 4개 유형 폭력으로 정의하였다. 가정폭력 신고율은 4개 유형 폭력 피해자 중 경찰에 실제로 신고하거나 도움을 요청한 사람의 비율로 산출하였다. 분석 결과, 5개 유형 가정폭력 발생률은 25.2%, 4개 유형은 7.4%로 나타났다. 피해자의 학력이 낮을수록, 육체직·서비스직·판매직 종사자인 경우 가정폭력 발생률이 높아지는 경향이 확인되었다. 반면 4개 유형 폭력 피해자 중 실제로 경찰에 도움을 청한 비율은 1.8%에 그쳤다.

### 4) 학대피해아동 발견율

아동학대는 신체적·정신적·성적 학대는 물론 방임과 유기까지를 포괄하는 개념이다. 학대피해아동 발견율은 경찰 또는 시군구에 아동학대로 신고·접수된 사건 중 실제 학대 사례로 최종 판정된 건수를 만 0-17세 추계아동인구 대비 비율로 나타낸 지표이다. 2023년 기준 학대피해아동 발견율은 전국 평균 3.6%였으며, 시도별로 뚜렷한 격차가 확인되었다. 광주광역시는 2.1%로 전국 평균을 하회한 반면, 울산광역시는 8.1%로 전국 평균의 약 2.2배에 달해 지역 간 발견율 편차가 상당한 것으로 나타났다. 다만 높은 학대피해아동 발견율이 실제 학대피해아동이 많은 것인지, 혹은 학대피해아동을 적극적으로 신고한 결과인지 해석에 있어 신중할 필요가 있다. 해당 지역의 가정 내 위험요인이 타지역 보다 높다는 신호일 가능성도 있지만, 지역 내 학대 의심 사례에 대한 신고가 보다 적극적으로 이루어져 사각

[그림 4] 가구 소득수준 및 교육수준과 직업별 산후 우울감 경험률



자료: 산후조리실태조사 2021년 자료로 분석한 결과임.

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.233, [그림 IV-4-12]

지대에 놓인 아동을 효과적으로 찾아내고 있다는 긍정적인 지표일 가능성도 배제할 수 없기 때문이다.

### 5) 영유아 방치, 방임 및 신체·정서 학대율

영유아 방치율 4.5%, 방임을 8.4%, 신체 학대율 12.4%, 정서 학대율 26.2%였다. 영유아 방치율, 방임을, 신체 및 정서 학대율이 기초생활보장 수급가구에서 모두 증가하는 경향을 보였다. 비수급가구의 영유아 정서 학대율은 26.0%, 기초생활보장 수급가구는 35.6%로 1.4배 가량 유의하게 높았다.

### 6) 양육자-영유아 상호작용 행동 점수

양육자-영유아 상호작용 행동 점수 최고점은 84점으로 점수가 높을수록 양육자와 영유아의 상호작용이 양호하다고 판단한다. 양육자-영유아 상호작용 행동의 전체 평균은 69.7점이었다. 가구소득 4

분위 대비 1분위 가구의 점수는 5점 가량 낮았다. 아버지 학력에 따라서도 상호작용 행동 수준의 차이가 나타났는데, 아버지가 대졸 이상인 가구에 비해 고졸 이하인 경우, 4.8점 가량 점수가 낮았다.

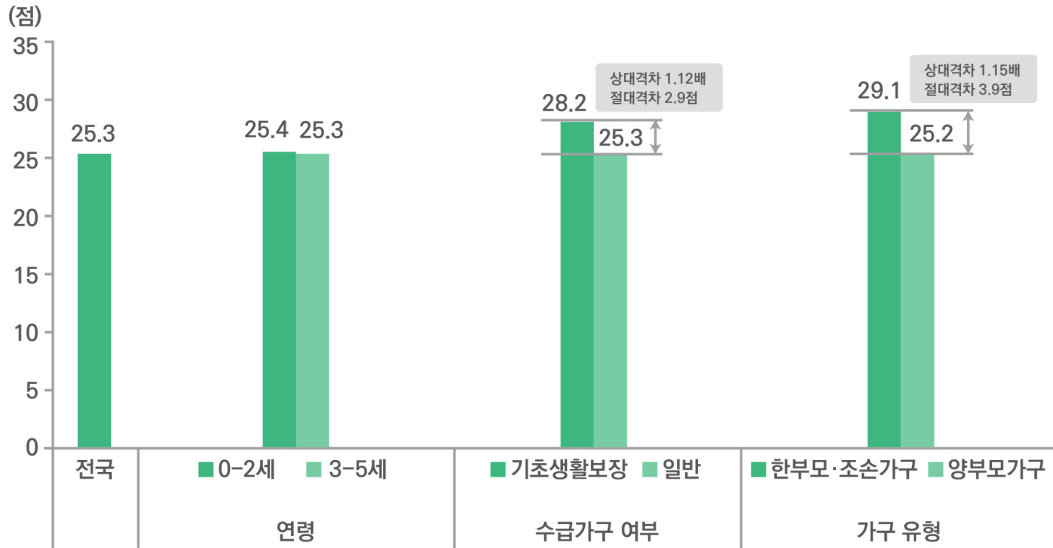
### 7) 산후 우울감 경험률

산후 우울감 경험률은 52.6%에 달하였다. 산모 본인의 학력이 고졸 이하인 경우보다 대졸 이상인 경우 산후 우울을 경험하는 비율이 6.5%p 더 높았다. 또한, 출산 직전에 일을 했던 산모들이 일을 하지 않았던 경우에 비해 산후 우울감 경험률이 5.0%p 더 높았다.

### 8) 양육스트레스 점수

양육스트레스는 자녀를 돌보는 과정에서 부모가 경험하는 심리적 부담의 정도를 나타내는 지표로,

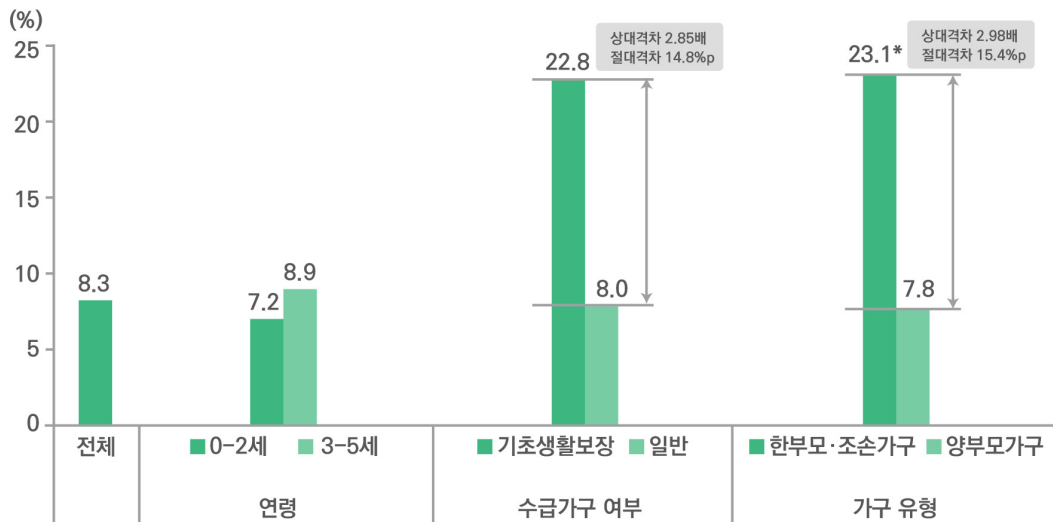
[그림 5] 연령, 수급가구 여부 및 가구유형별 양육스트레스 점수



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.235, [그림 IV-4-13]

[그림 6] 연령, 수급가구 여부 및 가구유형별 주양육자 우울 경험률

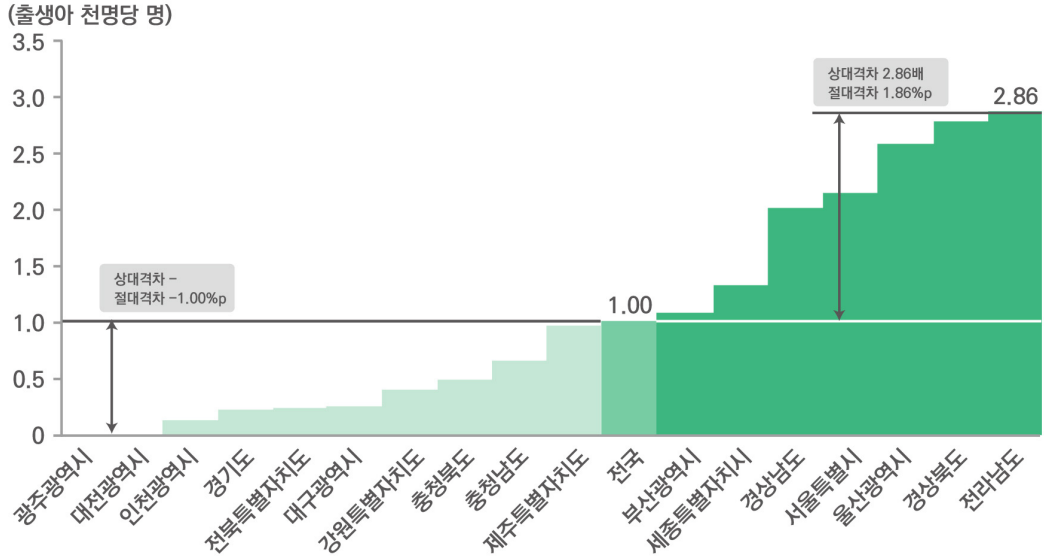


주: \*표시는 상대표준오차가 25~50%에 해당하는 값으로 신뢰도가 다소 낮아 해석에 주의가 필요함.

자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.237, [그림 IV-4-14]

[그림 7] 시도별 생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수



자료: 생애초기 건강관리사업 2024년 내부 자료를 재구성한 결과임.  
출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.238, [그림 IV-4-15]

점수가 높을수록 스트레스 수준이 높음을 의미한다. 분석 결과, 기초생활보장 수급가구의 양육스트레스 점수가 일반가구에 비해 2.9점 유의하게 높았으며, 한부모·조손가구가 양부모가구에 비해 3.9점 더 높았다.

보한 반면 인천광역시는 0.14명에 그쳤다. 사업에 참여하는 보건소 역시 전국 85개소에 머물렀으며, 광주광역시와 대전광역시는 참여 보건소가 전무하여 해당 지역 영유아가구는 서비스에 접근하기 어려운 상황이었다.

### 9) 주양육자 우울 경험률

주양육자 우울 경험률은 8.3%였다. 사회경제적으로 취약한 집단에서 주양육자 우울 경험률이 높았는데, 기초생활보장 가구와 한부모·조손가구에서 일반가구와 양부모가구에 비해 약 3배 가량 높았다.

### 11) 생애초기 건강관리사업 서비스 도달률

생애초기 건강관리사업의 전국 평균 서비스 도달률은 12.4%에 머물렀다. 지역에 따른 격차도 상당히 두드러졌는데, 서울특별시가 41.8%로 전국 평균의 3배를 웃돌며 가장 높았고, 그 뒤를 울산광역시, 경상북도, 전라남도, 경상남도가 이었다.

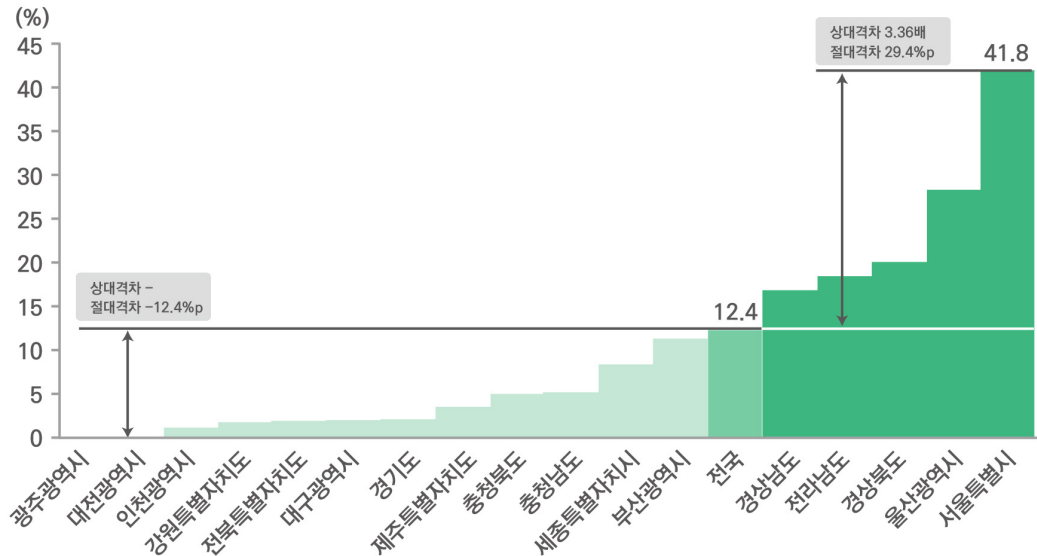
### 10) 생애초기 건강관리사업 전담 사업인력 수

2024년 기준 생애초기 건강관리사업 전담 인력은 전국 합계 230.7명으로, 출생아 천 명당 약 1명 수준에 불과하였다. 지역별 분포 편차도 매우 커, 전라남도는 출생아 천 명당 2.86명의 전담 인력을 확

### 12) 영유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률

국가 필수 예방접종을 연령별로 살펴보면, 1세 완전 접종률은 93.3%, 2세는 93.6%로 높은 수준을 유지하였으나 3세에서는 88.7%로 다소 낮아졌

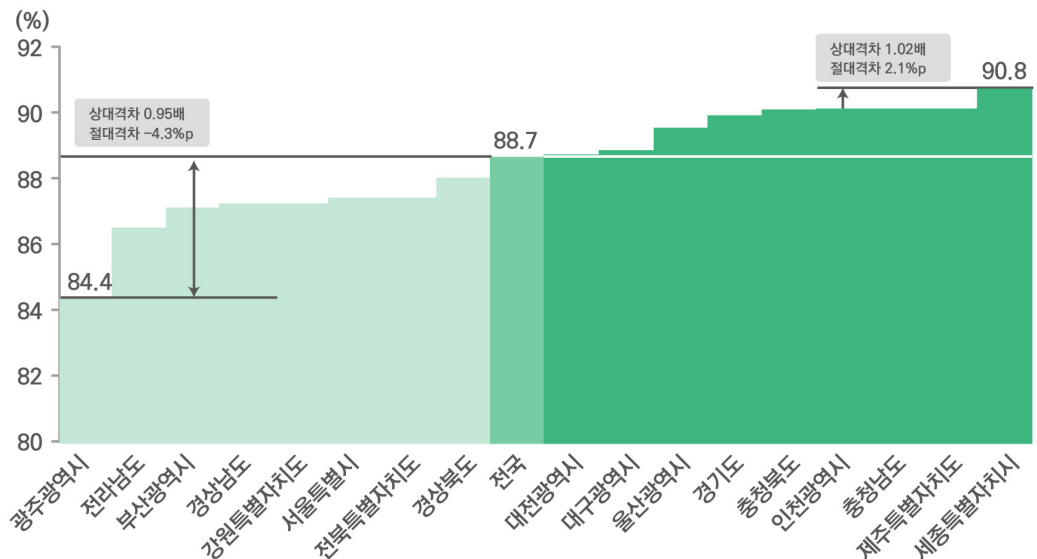
[그림 8] 시도별 생애초기 건강관리사업 서비스 도달률



자료: 생애초기 건강관리사업 2024년 내부 자료를 재구성한 결과임.

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.240, [그림 IV-4-16]

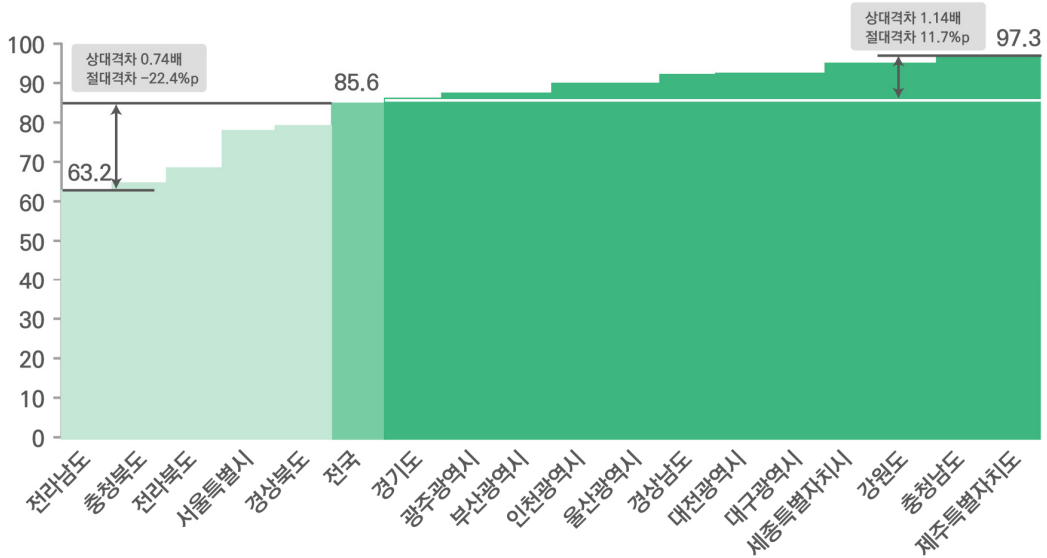
[그림 9] 시도별 3세 유아 국가 필수 예방접종 완전 접종률



자료: 전국 어린이 예방접종률 현황 2024년 자료를 재구성한 결과임.

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.241, [그림 IV-4-17]

[그림 10] 시도별 영유아 건강검진율



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.  
출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.243, [그림 IV-4-18]

다. 특히 3세에서 시도별 편차가 두드러졌는데, 세종특별자치시(90.8%), 제주특별자치도·충청남도·인천광역시(90.2%) 등 상위 지역과 달리 광주광역시 84.4%에 그쳐 지역 간 접종률 격차가 확인되었다.

### 13) 영유아 건강검진율

전체 영유아 건강검진율은 85.6%로 비교적 높은 편이었으며, 성별로는 남아 86.4%, 여아 84.7%로 큰 차이는 없었다. 그러나 지역별 편차는 상당하였다. 제주특별자치도와 충청남도는 97.3%로 최상위를 기록한 반면, 전라남도는 63.2%에 불과했다. 거주지역 유형별로도 차이가 나타나, 농어촌(76.3%)이 대도시(85.4%)나 중소도시(86.7%)보다 낮은 수준이었다. 기초생활보장 수급가구의 경우 검진율이 67.8%로 일반가구(85.9%)보다 약 18%p 낮아 격차가 두드러졌으며, 부모의 학력이 낮을수록

검진율도 함께 낮아지는 경향이 관찰되었다.

## 다. 발달 및 건강요인

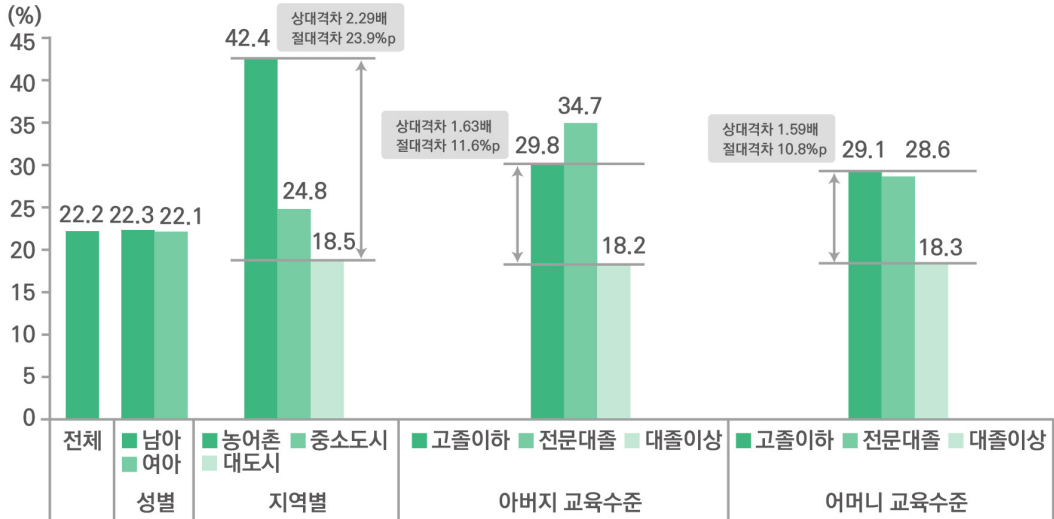
### 1) 0-2세 인지·언어·사회성 발달 미달률

0-2세 인지·언어·사회성 발달 미달률은 각각 22.2%, 22.3%, 25.1%였다. 대도시에 비해 농어촌에 거주하는 경우 인지·언어·사회성 발달 미달률이 2배 이상 높았다. 인지와 언어 발달에 있어서는 아버지와 어머니의 교육수준이 낮은 경우 미달하는 비율이 높았다. 또한 다문화가구에서의 인지 발달 미달률과 사회성 발달 미달률이 단문화가구에 비해 2배 내외로 높게 나타났다.

### 2) 3-5세 인지·언어·사회성 발달 미달률

3-5세 유아의 인지·언어·사회성 발달 미달률은 각각 26.3%, 35.3%, 30.6%로, 0-2세에 비해 상

[그림 11] 지역 및 아버지·어머니 교육수준별 0~2세 인지 발달 미달률



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.246, [그림 IV-4-20]

승하는 경향을 보였다. 3~5세에서는 지역(대도시, 중소도시, 농어촌)에 따라 인지·언어·사회성 발달 미달률에 유의한 차이가 없었다. 반면, 기초생활보장 수급가구나 한부모·조손가구의 유아인 경우 인지 발달 미달률이 높게 나타났다. 언어 발달 미달률은 다문화가구의 경우 단문화가구에 비해 약 1.5배 높게 나타났다.

### 3) 영양섭취부족아 비율

1~5세 유아 중 4.5%가 영양섭취부족아에 해당하였다. 가구소득이 낮은 집단과 읍면지역 거주 영유아에서 영양섭취부족아 비율이 높게 나타나는 경향이 관찰되었다. 성별로 구분하여 살펴보면, 남아보다 여아에서 영양섭취부족아 비율이 뚜렷하게 높다는 점이 특징적이었다.

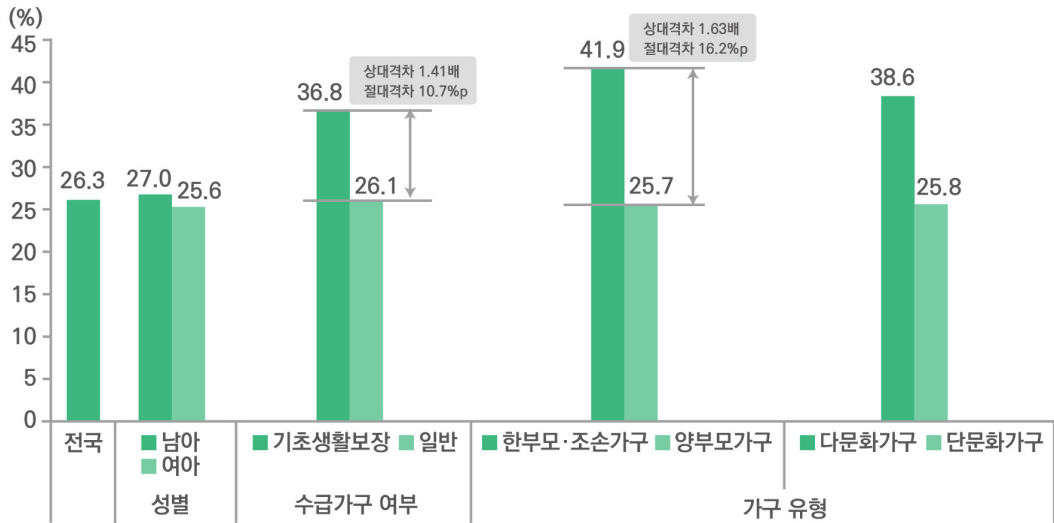
### 4) 에너지·지방 과잉섭취아 비율

에너지·지방 과잉섭취아 비율도 1~5세 유아 중 4.5% 가량이었다. 가구 경제수준에 따른 영양 상태를 분석한 결과, 소득 최하위 집단인 1분위에서 에너지와 지방을 필요 이상으로 섭취하는 비율이 타 집단 보다 크게 높아 절대격차 12.2%p, 상대격차는 무려 약 4.2배에 달했다. 이는 저소득가구일수록 저렴하면서도 열량이 높은 가공식품이나 지방 함량이 높은 식단에 노출될 가능성이 큼을 시사한다.

### 5) 영유아 내재화 및 외현화 문제행동률

정서적 반응성, 불안·우울, 신체증상, 위축 등 소극적이고 과도하게 억제된 행동 양상을 포함하는 내재화 문제행동률은 3.6%였으며, 주의력 결핍, 공격성 등 충동 조절의 어려움과 관련된 외현화 문제행동률은 1.9%로 나타났다. 두 유형 모두 읍면지역이나 중소도시보다 대도시지역에서 높게 나타나는 경

[그림 12] 수급가구 여부 및 가구유형별 3~5세 인지 발달 미달률



자료: 아동종합실태조사 2023년 자료로 분석한 결과임.

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.250, [그림 IV-4-23]

향을 보였다. 다만 이러한 결과가 대도시 영유아에게 실제로 정신건강 문제가 더 많이 발생함을 의미하는지, 아니면 대도시지역의 발달검사 및 전문서비스 접근성이 상대적으로 높아 문제가 더 적극적으로 발견·보고되는 데 따른 결과인지는 추가적인 검토가 필요하다.

## 6) 영유아 활동제약률

영유아 활동제약률은 최근 한 달 이내에 질병 또는 손상으로 인해 하루 종일 누워 지낸 날이 하루 이상 있었던 영유아의 비율로 산정하였다. 전체 영유아의 활동제약률은 8.8%였으며, 기초생활보장 수급가구에서는 일반가구에 비해 활동제약률이 약 1.9배 높게 나타나 경제적 취약가구에서 영유아의 질병 및 손상 부담이 상대적으로 큰 것으로 확인되었다.

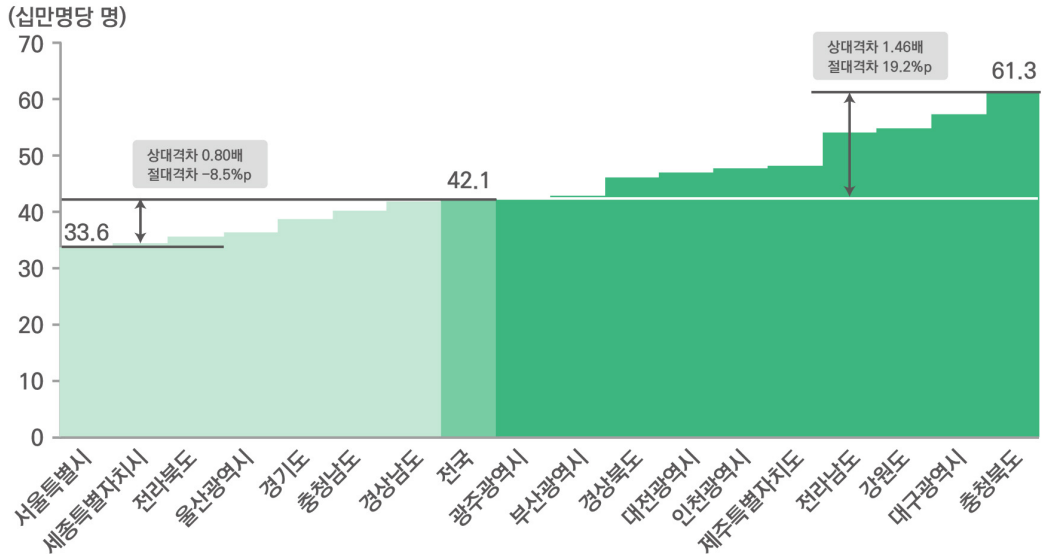
## 7) 영유아 사망률

2021-2023년 3년간 사망한 0-5세 영유아는 총 2,368명으로, 남아 1,755명, 여아 613명이었다. 연령별 조사망률은 0세에서 10만 명당 236.0명, 1-5세에서는 12.5명이었다. 시도별로는 충청북도(61.3명), 대구광역시(57.1명), 강원도(54.7명) 순으로 높았다. 성별로 구분하면, 남자는 충청북도(68.6명)와 대구광역시(64.7명)에서, 여자는 충청북도(53.6명)와 전라남도(53.2명)에서 사망률이 가장 높게 나타나 지역에 따른 편차가 확인되었다.

## 4 소결

영유아기 건강형평성 향상을 위한 정책이 실질적인 성과를 거두려면, 건강불평등 실태를 체계적으로 측정하고 시계열적으로 추적할 수 있는 모니터링 체계 구축이 선행되어야 한다. 본 고에서는 국내 영유

[그림 13] 시도별 영유아 사망률



자료: 통계청 사망원인통계 2021~2023년 자료로 분석한 결과임.

출처: 김지현 외(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소, p.263, [그림 IV-4-32]

아 건강불평등 모니터링을 위해 선정된 26개 대표 지표(사회구조요인 2개, 중개요인 15개, 발달과 건강요인 9개) 가운데 상대표준오차가 매우 높은 4개 지표를 제외하고 22개 대표지표에 대한 분석결과를 제시하였다.

사회구조요인으로는 출산휴가·육아휴직 소득지급률과 영유아 빈곤율이 선정되었다. 한국의 소득지급률은 제도 설계 측면에서 OECD 수준에 뒤처지지 않으나, 출생아 1인당 실제 공공지출액은 OECD 35개국 중 31위에 그쳤다. 영유아 빈곤율은 전체 인구보다 낮은 편이나, 한부모가구(29.8%)와 저학력 가구주 가구에서 크게 높아 정책적 주의를 요구된다.

중개요인에서는 사회경제적으로 취약한 집단일수록 전반적으로 불리한 상황이 확인되었다. 부모학력이 낮을수록 영유아 결핍 경험률이 높고 양육자-아동 간 상호작용 수준이 낮았다. 한부모·조손가구에서는 주양육자 우울 경험률이 양부모가구의 약 3배에 달하고 양육스트레스도 유의하게 높았다. 기

초생활보장 수급가구는 주거 박탈률이 비수급가구의 3배를 넘었고, 방치·방임·학대 발생률도 높게 나타났다. 학대피해아동 발견율, 생애초기 건강관리 사업 인력·서비스 도달률, 예방접종률, 건강검진율에서는 시도 간 편차가 두드러졌다. 저소득·저학력 가구에서 영유아 건강검진율이 낮은 반면 산후 우울감은 고학력집단에서 오히려 높게 나타났다.

발달 및 건강 영역에서 0-2세의 인지·언어·사회성 발달 미달률은 농어촌 거주, 부모 저학력, 다문화 가구에서 높았다. 3-5세에서는 지역·학력에 따른 차이가 줄어드는 대신 수급가구 및 한부모·조손가구에서 인지 발달 미달률이 높게 나타났다. 저소득 가구 영유아는 영양섭취 부족과 에너지·지방 과잉 섭취가 동시에 관찰되었고, 수급가구에서 활동제한률이 유의하게 높았으며, 지역별 사망률 격차도 최대 1.5배에 달하였다. 내재화·외문화 문제행동률은 대도시에서 높게 나타났으나, 이는 실제 발생이 많은 것인지 아니면 도시의 높은 접근성으로 인해 더

적극적으로 발견된 결과인지 추가 검토가 필요하다.

0-5세로 한정된 분석 대상의 특성상 표본 수가 충분하지 않아 일부 지표에서 통계적 신뢰도가 낮아지는 문제가 나타났다. 이를 보완하기 위해서는 건강보험공단 청구 자료와 같은 행정 데이터를 활용하여 분석 기반을 확충하고, 현재 자료원이 부재한 지표에 대해서는 별도의 생산 체계를 구축할 필요가 있다. 김지현 외(2025)가 개발·제시한 영유아 건강 불평등 모니터링 지표 및 분석결과가 향후 모니터링 체계 고도화와 건강형평성 제고를 위한 정책 마련의 기초 자료로 활용되어, 모든 어린이가 공정한 출발선에 설 수 있는 사회로 나아가는 데 기여하기를 기대한다.

### 참고문헌

- Gluckman, P. D., & Hanson, M. A. (2004). Living with the past: evolution, development, and patterns of disease. *Science*, 305(5691), 1733-1736.
- Kuh, D., & Ben-Shlomo, Y. (2004). A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annual Review of Public Health*, 26, 1-35.
- 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.
- Siddiqi, A., Irwin, L. G., & Hertzman, C. (2007). Total Environment Assessment Model of Early Child Development. Human Early Learning Partnership (HELP).
- WHO. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.
- 김동진·정연·김명희·정최경희·최지희·배정은·서상희·하랑경(2019). 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 사업개발-아동기 건강불평등. 한국보건사회연구원.
- 김지현·김은설·이지윤·조혜주·정최경희·한동현·김익한·노은정·강희연·하랑경(2025). 영유아기 건강형평성을 고려한 건강증진 정책방안. 육아정책연구소.
- 정최경희·공경애·김명희·김유미·윤태호·박정희(2013). 2013 서울시 건강격차 모니터링. 이화여자대학교 산학협력단.