

청소년 생존권 현황과 지표개발

책임연구원 : 이용교(광주대학교 · 교수)

공동연구원 : 천정웅(아이오와대학교 NRC-FCP · 연구위원)

안경순(한국복지교육원 · 연구위원)

한국청소년개발원

연구결과 요약

1. 연구목적

- 청소년 생존권에 대한 국제기구 권고내용 분석과 아동의 권리에 관한 국제 협약에서 생존권 영역에 비취 한국 청소년의 생존권 현황 파악 및 국내외 청소년인권 관련 지표 중에서 생존권 관련 지표를 찾고, 청소년 생존권 모니터링 지표(안)를 개발하려는 것이 연구의 목적임.
- 이 연구는 국제적으로 비교 가능한 청소년의 생존권 지표를 개발하는데 목적이 있기 때문에, 기존 청소년지표개발 연구의 틀을 준용하고자 함. 연구진은 청소년 생존권 관련 문헌에 대한 연구를 통해서 청소년 생존권 지표 초안을 개발하고 전문가 자문회의와 워크숍을 통해서 지표(안)를 확정함.

2. 주요 연구내용

- 청소년 생존권을 주제로 하는 본 연구와 함께, 청소년 발달권, 청소년 보호권 및 청소년 참여권 등을 주제로 하는 연구가 동시에 시행되고 있는 상황을 고려하여 청소년 발달 및 보호와 관련된 생존권 논의는 제한적인 범위에서 논의하기로 함.
- 이와 같은 인식에서 여기서는 청소년 생존권 지표개발을 위한 이론적 기초를 제공하는 의미에서 크게 ①고유의 생명권, ②신체적 생존권 및 ③질적 생존권의 3가지로 구분하고 관련된 주요 내용과 특별히 논란이 되는 이슈들을 중심으로 언급함.
- 국내에서 청소년 생존권 지표만을 독자적으로 개발한 사례는 아직 발

견되지 않았음. 다만, 한국아동권리학회(2001)의 아동권리지표, 서문희 외(2003)의 아동권리지표 개발에 관한 연구, 길은배 외(2001)의 청소년 인권지표 개발연구 등에서 아동과 청소년의 생존권을 함께 다룬 사례가 있고, 김진호 외(2004)의 청소년개발지표 개발연구 등 각종 청소년 지표 연구에서도 청소년의 생존권을 중요하게 다룬 적이 있음.

- 아동권리지표 개발에 대한 관심은 UN아동권리위원회는 물론 UN을 비롯한 국제기구 및 세계은행 등 민간 국제기구, 연구기관 및 주요 선진국의 관련 연구를 통해 지속되어 옴. 청소년권리지표 특히, 국제 비교를 위한 청소년생존권 지표 등을 위해서는 UN을 비롯한 국제기구에서의 아동과 청소년지표 연구가 중요한 의미를 갖고 있음. 가장 많이 알려진 것으로는 유니세프의 세계아동현황보고서(The States of the World's Children), UN개발기구(UNDP)의 인간개발보고서(Human Development Report) 및 세계은행(World Bank)의 세계개발보고서(World Development Report) 등을 들 수 있음.
- 아동 청소년복지지표의 사례에서 알 수 있는 바와 같이 기존에 제시되고 있는 여러 사례에서 공통적으로 지적될 수 있는 점은 모든 지표가 아동청소년의 권리적 측면과 복지적 측면의 성격을 함께 가지고 있는 항목들을 포함하고 있다는 점임. 지표로서의 근거를 설정하고 규정하는 측면에서는 권리지표의 특성을 갖지만, 생명, 건강 보건 등 청소년의 삶에 관련된 주요 내용의 기준을 설정하고 있다는 점에서는 복지지표의 특성을 함께 갖고 있는 것으로 이해됨.
- 청소년 인권지표에서 '생존권'을 대분류로 하여, 관심영역, 세부관심영역, 개별지표 등 4단계로 지표를 개발함. 관심영역은 크게 고유의 생명권, 신체적 생존권, 질적 생존권으로 나뉨. 본 연구는 각 지표별로 청소년의 성별, 연령별 특성을 반영하는 세부 지표를 동시에 제안하고 있음. 다만, 15~19세 여성 청소년 1,000명당 출산율처럼 여성에게만 해당되는 경우에는 남성 청소년 지표가 없고, 15세 청소년 기대여명과 같

이 청소년을 대표하는 특정 연령을 지정한 경우에는 성별 지표만 파악하면 됨.

3. 정책제언

- 청소년 생존권 지표 산출체계를 높이기 위한 방안을 다음과 같이 제안할 수 있음.

첫째, 기존 통계자료의 활용

둘째, 원자료의 재분석

셋째, 기존 통계자료에 새로운 항목의 추가

넷째, 청소년 관련 통계조사에 대한 컨설팅

다섯째, 청소년 통계자료의 데이터베이스화

여섯째, 청소년 생존권 지표 자료집의 주기적 발간

- 청소년 생존권 지표(안)의 활용방안은 다음과 같음.

첫째, 청소년 생존상황에 대한 실태파악 자료로 활용

둘째, 국제기준 대비 생존권 향상을 위하여 국제간 비교자료로 활용

셋째, 청소년 생존권과 관련된 다양한 청소년 정책개발을 위한 우선순위 판단 자료로 활용

넷째, 정책의 효과성에 대한 평가자료로 활용

목 차

I. 서 론	
1. 연구의 필요성과 목적	3
2. 연구의 내용과 방법	5
II. 청소년 생존권의 개념과 의의	
1. 청소년 생존권의 개념	9
1) 생존권의 개념	9
2) 아동권리협약 제 6조	10
2. 청소년 생존권의 의의	11
1) 세계아동의 실태와 생존권의 필요성	11
2) 아동권리협약의 일반원칙으로서 제 6조	13
3) 아동과 청소년 생존권 관련 협약 조항	14
3. 청소년 생존권의 하위영역	15
1) 고유의 생명권	16
2) 신체적 생존권	21
3) 질적 생존권	24
4) 생존권 이행을 위한 의무	26
III. 청소년 생존권 지표개발의 배경 및 이론적 근거	
1. 청소년 생존권 실태	31
1) 영아사망률과 모성사망비	31
2) 인공임신중절과 성병감염률	32
3) 체격과 체력	34
4) 빈곤과 결식	35
5) 자살	36
6) 생존권 지표의 추이	37
2. 국제기구의 청소년 생존권 주요 권고 내용과 시사점	37
3. 국내외 청소년 생존권 지표 사례 분석	42

1) 국내 청소년 생존권 지표 사례분석	42
2) 국외 청소년 생존권 지표 사례분석	53
IV. 청소년 생존권 지표 모형설정 및 분류체계	
1. 청소년 생존권 지표(안) 개발 방향	71
2. 청소년 생존권 지표(안) 모형설정	75
3. 청소년 생존권 지표(안) 분류체계	78
V. 청소년 생존권 지표(안) 개발	
1. 청소년 생존권 지표(안)	83
2. 용어해설, 산식 및 자료원	86
VI. 청소년 생존권 개선을 위한 정책과제	
1. 청소년 생존권 지표(안) 산출체계	103
1) 기존 통계자료의 활용	103
2) 원자료를 재분석하여 활용	104
3) 기존 통계조사에 새로운 항목의 추가	106
4) 청소년 관련 통계조사에 대한 컨설팅	108
5) 청소년 통계자료의 데이터 베이스화	109
6) 청소년 생존권 지표 자료집의 주기적 발간	110
2. 청소년 생존권 지표(안) 활용방안	111
1) 청소년 생존 상황에 대한 실태 파악	111
2) 국제간 비교자료로 활용	112
3) 청소년정책 개발을 위한 우선순위 판단	112
4) 정책의 효과성에 대한 평가	113
5) 구체적 사업개발을 위한 아이디어 공유	114
3. 청소년 생존권 개선을 위한 정책과제	115
1) 고유의 생명권의 보장	115
2) 신체적 생존권의 개선	116
3) 질적 생존권의 개선	119

Ⅶ. 요약, 결론 및 제언	
1. 요약	123
1) 연구목적, 연구내용과 방법	123
2) 청소년 생존권의 개념과 의의	124
3) 청소년 생존권 지표개발의 배경 및 이론적 근거	125
4) 국내외 청소년 생존권 지표 사례 분석	129
5) 청소년 생존권 지표 모형설정 및 분류체계	131
2. 결론 및 제언	134
1) 청소년 생존권 지표(안) 개발	134
2) 청소년 생존권 개선을 위한 정책제언	137
참고문헌	143

표 목차

<표 III-1> 한국의 30대 주요 아동권리지표 중 생존권 관련 지표	45
<표 III-2> 아동권리지표 중에서 인구분야와 생존 및 건강분야	47
<표 III-3> 청소년인권지표 중 생존권 관련 지표	50
<표 III-4> 청소년개발지표 중 생존권 관련 지표	52
<표 III-5> 청소년권리지표 관련 주요 국제기관의 자료 현황	54
<표 III-6> 새천년발전목표, 하위목표 및 청소년관련 지표	57
<표 III-7> 유니세프 아동현황보고서 생존권 관련 지표	60
<표 III-8> 세계인권선언과 아동권리협약에 따른 아동인권지표	62
<표 III-9> 안전관련 아동청소년복지지표	66
<표 IV-1> 연구진이 최초로 개발한 청소년 생존권 지표 개발(안)	76
<표 IV-2> 워크숍을 통해서 수정된 청소년 생존권 지표 개발(안)	77
<표 IV-3> 청소년 생존권 지표 개발(최종안)	79
<표 VII-1> 청소년 생존권 지표 개발	133

I. 서론

1. 연구의 필요성과 목적
2. 연구의 내용과 방법

I. 서론

1. 연구의 필요성과 목적

인권에 대한 사회적 관심은 1948년 세계인권선언에 의해서 새롭게 인식되었고, 아동과 청소년권은 1989년 UN총회에서 ‘아동의 권리에 관한 국제협약’이 채택된 이래로 매우 광범위하게 확산되었다. 이 협약은 1923년 아동의 권리에 관한 제네바선언과 1959년 UN의 아동권리선언의 정신과 내용을 이어받으면서도 비준한 당사국이 반드시 지켜야 하는 국제적 문서라는 점에서 기존 인권선언과 큰 차이가 있다.

아동의 권리에 관한 국제협약은 협약 당사국에게 가입 직후 2년 이내에 UN아동권리위원회에 국가보고서를 제출하도록 하고 있고, 그 후 5년마다 보고서를 제출하도록 하고 있다. 한국은 이미 두 차례 국가보고서를 제출한 바 있고, 2008년에 제3·4차보고서를 함께 제출할 예정이다.

청소년의 인권을 대체로 아동의 권리의 연장선상에서 논의되어 왔다. 아동의 권리에 관한 국제협약은 아동을 ‘18세 미만의 모든 사람’에게 적용하는데, 이는 사회통념상 청소년을 포함하고 있어서 청소년의 인권도 아동의 권리의 연장선에서 다루어질 수 있다고 본 것이다.

그러나 청소년의 인권을 아동의 권리와 구분하려는 경향도 있다. 아동의 권리에 관한 국제협약은 18세 미만의 모든 사람을 다루고 있지만, 아동의 권리에 관심 있는 주요 국제기구들은 5세 미만의 영유아나 13세 미만의 아동에게 관심을 집중하고 13세 이상의 청소년에게는 다소 소홀히 하는 경향이 있었다.

각국이 아동의 권리에 관한 국제협약을 보다 효과적으로 이행하도록 국제적으로 활동하는 대표적 유엔기구인 UN아동기금(유니세프)은 각국이 아동의 권리를 얼마나 잘 이행하는지를 지속적으로 모니터링하여 매년 ‘세계아동현황 보고서’를 발표한다. 이때 자주 인용되는 지표는 영아사망률, 모유수

유율, 문해율 등인데, 이는 주로 5세 미만의 영유아나, 13세 미만의 아동의 실태를 파악할 수 있는 것들이다.

따라서 청소년인권 신장을 위한 사회적 책임과 과제를 제시하고 있는 국제협약과 권고사항의 적극 이행을 통해 글로벌 스탠더드(Global Standard)에 부합하는 청소년인권 환경을 조성함으로써 실질적인 청소년인권을 보장하기 위한 노력이 필요하다.

그 동안 국제적 권고에 따라 아동인권 모니터링을 위한 연구는 부분적으로 시도되어 왔으나, 청소년연령대를 포괄하는 청소년 인권환경 전반에 대한 종합적 검토와 이에 기반하여 구체적인 정책과제를 도출하는 연구는 아주 미흡했다(김영지 외, 2003).

이에 한국청소년개발원은 ‘국내·외 청소년인권·환경 실태 지표·조사도구’ 개발연구를 3개년 계속 연구사업으로 수립하고, 2006년에 ‘국제기준대비 한국 청소년의 인권수준 실태연구 I-청소년 인권지표 개발·을 채택하였다. 이 연구는 국제기준에 비추어 본 우리나라 청소년의 인권환경 수준의 실태와 문제점을 검토하고 국가적 정책과제를 도출함으로써, OECD 회원국으로서의 위상에 맞는 국제적 수준의 청소년 인권환경 조성에 기여하는 것을 목적으로 하고 있다.

이 연구는 아동과 청소년인권 분야에서 가장 광범위하게 채택되고 있는 아동의 권리에 관한 국제협약을 포함하여 국제적으로 널리 통용되는 범주별로 인권 현황을 파악하고 이를 변화시킬 수 있는 지표를 개발하고자 한다. 아동의 권리에 관한 국제협약은 아동의 권리를 생존권, 보호권, 발달권, 참여권으로 범주화시키고 있는데, 본 연구는 청소년의 생존권에 집중시켜 현황과 지표개발을 하고자 한다.

따라서 ‘청소년 생존권 현황과 지표개발’이란 이 연구는 청소년 인권 중에서도 생존권에 대한 집중 연구이다. 인권의 특성상 인권은 나누어서 연구되기 어렵지만, 다른 연구진이 청소년의 보호권, 발달권, 참여권의 현황과 지

표개발 연구를 수행하고 있기에 이 연구는 청소년 생존권에 한정시키고자 한다.

본 연구의 목적은 청소년 생존권에 대한 국제기구 권고내용을 분석하고, 협약에서 생존권 영역에 비취 한국 청소년의 생존권의 현황을 파악하며, 국내외 청소년인권 관련 지표 중에서 생존권 관련 지표를 찾고, 청소년 생존권 모니터링 지표(안)를 개발하려는 것이다.

2. 연구 내용과 방법

이 연구는 ‘국제기준대비 한국 청소년의 인권수준 실태연구1: 청소년 인권 지표 개발’을 위한 대주제와 관련시켜 청소년 권리 중에서도 가장 기초적인 생존권의 실태를 파악하고 지표를 개발하는데 있다.

이 연구사업은 3개년 계획으로 수행되고 있는데, 첫해인 2006년에는 지표안을 개발하고, 2007년에는 설문조사를 통하여 지표를 만들며, 2008년에는 선진국의 그것과 비교연구를 하고자 한다.

따라서 청소년의 생존권의 실태와 지표를 개발하려는 이 연구는 아동의 권리에 관한 국제협약 등에서 생존권의 내용을 파악하고, 유엔아동권리위원회가 한국정부에 권고한 사항 등을 포함하여 국제적으로 통용 가능한 생존권 지표를 개발하는데 있다.

본 연구의 목적은 국제적으로 비교 가능한 청소년의 생존권 지표를 개발하는데 있기 때문에, 기존 청소년지표개발 연구의 틀을 따르고자 한다. 한국 청소년개발원 김진호 연구팀은 2003년과 2004년에 ‘청소년개발지표 개발연구’를 수행한 적이 있었다. 이때 연구진은 연구내용을 청소년개발지표의 개념과 특성, 청소년개발지표 개발모형과 분류체계, 청소년개발지표(안) 개발, 청소년개발지표의 산출체계와 활용방안으로 구성하였다(김진호 외, 2004).

본 연구도 청소년개발지표 개발연구의 틀을 준용한다. 다만, 본 연구의 청소년 생존권의 현황과 지표개발로 ‘현황’이 추가되어 있기 때문에 연구 내용

은 1)청소년의 생존권의 개념과 의의, 2)국내외 청소년 생존권 현황 분석, 3) 청소년 생존권 지표(안) 개발, 4)청소년 생존권 지표(안)의 용어해설, 산식, 자료원 제시, 5)활용방안과 생존권 보장을 위한 정책과제 제시로 구성된다.

이 연구는 주로 문헌연구와 전문가 자문회의를 통해서 이루어졌다. 문헌 연구는 한국청소년개발원 길은배 연구팀(2001)이 수행한 ‘청소년 인권지표 개발연구’를 포함하여 청소년 인권과 아동 인권 관련 지표에 대한 선행연구를 참고하였다. 또한, 청소년 생존권에 대한 국내외 동향을 살펴보고자, 미국과 다른 선진국의 관련 문헌을 살펴보았다.

연구진은 청소년 생존권 관련 문헌에 대한 연구를 통해서 청소년 생존권 지표 초안을 개발하고 전문가 자문회의를 거쳐 1차안을 확정하였다. 1차안에 대하여 한국청소년개발원 ‘국내·외 청소년인권·환경 실태 지표·조사도구’ 연구팀과 생존권, 보호권, 발달권, 참여권 연구팀 그리고 청소년 전문가들이 워크숍을 하여 2차안을 만들었다. 워크숍은 1차안의 지표가 청소년의 생존권을 대표하는 지표인 지를 검토할 뿐만 아니라, 생존권의 지표 중에서 보호권, 발달권, 참여권의 지표와 중복된 것을 조정하기도 하였다. 워크숍을 통하여 당초 발달권에 포함되었던 사회보장 관련 지표는 생존권으로 포함되고, 당초 생존권에 포함되었던 체력에 관한 사항은 발달권에서 다루기로 조정되었다.

워크숍을 통해서 수정된 2차안은 이후 연구진의 연구와 전문가 자문회의를 거치면서 다소 수정·보완되어 청소년 생존권 지표 최종안으로 확정되었다. 최종안은 이론적 배경에서 청소년의 생존권을 고유의 생명권, 신체적 생존권, 질적 생존권으로 범주화시킨 것과 개별지표가 보다 유기적인 관계를 맺도록 확정되었다.

II. 청소년 생존권의 개념과 의의

1. 청소년 생존권의 개념
2. 청소년 생존권의 의의
3. 청소년 생존권의 하위영역

II. 청소년 생존권의 개념과 의의

1. 청소년 생존권의 개념

1) 생존권의 개념

“생존”이란 “다른 모든 인권의 전제조건(prerequisite)”이다(Donnelly & Howard, 1988: 217). 생존권은 생명권뿐만 아니라 “적합한 생활수준을 누릴 권리”와 건강 등 생명을 유지하는 권리들을 포함한다. 이 점에서 생존권은 시민적 인권은 물론 정치적 인권, 경제적 인권, 사회적 인권, 그리고 문화적 인권 등과도 불가분의 관계에 있음을 강조하고 있다(LeBlanc, 1995).

아동과 청소년의 생명, 생존 및 발달에 관한 권리는 아동에 관한 모든 인권의 가장 토대가 되는 것으로 아동의 권리에 관한 국제협약(Convention on the Rights of the Child: CRC, 약칭 아동권리협약)에는 4가지 일반 원칙의 하나로 규정되었다. 생명권에 대한 존중과 적절한 보호 및 이행 없이는 협약의 모든 여타 권리들도 의미가 없게 된다.

생존권(the right to survival)이란 개념은 다른 인권조약에 명시적으로 나타난 것은 찾기 어렵다. 그러나 생명권(the right to life)은 근본적인 인권의 하나로서 모든 시민적, 정치적 권리에 관한 보편적 또는 지역적 문서에서 찾아볼 수 있다. 생명권을 보장하는 가장 중요한 조항은 세계인권선언 제 3조에서도 적시하고 있다. 그래서 생명권은 “일반 국제법상의 절대규범” 이른바 *jus cogens*의 하나로 주장 된다 (Detrick, 1999: 125).

생존권을 별개의 하나의 조항으로 하자는 제안은 당시 너무나 많은 아동과 청소년들이 예방 가능한 원인으로 죽어가고 있다는 현실적인 인식에 입각한 것이었다(Hodgson, 1994). 생존권에 대한 조항은 아동권리협약 제정을 위한 실무협의 과정에서 “건강한 성장(healthy growth)” 라는 용어로 대체할 것이 주장되기도 했다. 일부 대표단들은 생존이라는 개념이 국제법에서 규정된 바 없다는 점에서 반대하기도 했다. 그렇지만, “생존”이란 용어가 UN

의 상황에서는 특별한 의미를 갖는 것으로 받아들여졌고 특히 세계보건기구(WHO)나 유니세프(UNICEF)등의 UN 기구들에게는 더욱 의미 있는 것으로 이해되었다. “성장”이란 용어는 “생존”이란 개념의 일부만을 포함할 수 있으며 이미 받아들여지고 있는 여러 기준에서 한발 후퇴하는 것으로 논의되었다(Nowak, 2005). 더욱이 생명과 생존이란 개념은 상호배타적이 아니라, 상호보완적인 것이라는 점에서 생명권에 관한 구체적 조항을 넣게 된 것이다.

생존권은 또한 생명권보다 더 긍정적인 의미를 가지는 것으로 해석된다. 즉, 아동의 생명을 연장시키기 위한 긍정적인 조치를 취하는 권리를 의미하는 것이다. 이 점에서 “생존”은 성장 모니터링(monitoring), 질병 통제, 설사로 인한 탈수증 완화(oral rehydration), 모유수유(breastfeeding), 예방접종, 식량 및 여성 문맹 등을 포함한다.

2) 아동권리협약 제 6조

아동권리협약 제 6조는 생존권의 의미를 가장 분명하게 규정하고 있는 조항이다.

1. 당사국은 모든 아동이 고유의 생명권을 가지고 있음을 인정한다.
2. 당사국은 가능한 최대한도로 아동의 생존과 발달을 보장하여야 한다.

그러나 아동권리협약의 제 6조에 있는 생명권은 단순한 아동 생존권 보호 차원을 훨씬 넘어선다. 제 6조에서 확인해주고 있는 이 원칙들은 협약의 다른 몇 개 조항으로 더욱 명료해지고 또 강화되고 있다. 이들 조항 중 일부(예컨대, 사형선고를 내릴 수 있는가 여부)는 전통적으로 보면 생명권에 속한다. 다른 조항들(예컨대, 적합한 생활수준과 보건복지를 제공할 필요성)은 아동의 생존과 발전이라는 개념을 강조함으로써 새로운 개념의 생명권에 관심을 갖는다.

또한, 아동의 생명과 생존에 더하여 아동의 발달을 보장해야 한다는 당사국의 의무는 생명권이 종합적 차원으로 해석되어야 한다는 점을 잘 나타내 보이고 있다. UN아동권리위원회는 아동발달(development of the child)을 1986

년 UN발달권선언(UN Declaration on the Right to Development)의 제 1조에 규정되어 있는 인간발달(human development)이란 개념과 유사한 하나의 전체적 개념(holistic concept)으로 인식한다. 발달(development)은 모든 인간의 시민적, 정치적, 경제적, 사회적 및 문화적 권리의 완전한 실현을 목적으로 하는 하나의 종합적 과정으로 정의된다.

아동권리협약에 적시된 “가능한 최대한도로” 아동의 생존과 발달을 보장해야 한다는 당사국의 의무는 당사국이 자국의 사법관할권에 있는 모든 아동들이 건강하고 보호받으며, 공포와 결핍(want)에서 벗어나며, 각자의 인성(personality)과 재능 및 정신적 신체적 능력을 최대한 개발할 수 있도록 하는 환경을 만들어 주어야 한다는 것이다. 더욱이 당사국들은 급속히 지구화되는 국제사회에서 다른 국가와 지역, 특히 빈곤한 개발도상국에 있는 아동의 건강한 발달을 위해 국제적 협력과 지원을 제공해야 하는 의무를 갖는다. 이렇게 생존권을 이해하면, Leblanc(1995)이 강조한 바와 같이, 생존권에 속하는 권리들은 시민적 인권, 정치적 인권, 경제적 인권, 사회적 인권 및 문화적 인권 등과 불가분적인 것임을 알 수 있다.

2. 청소년 생존권의 의의

1) 세계 아동의 실태와 생존권의 필요성

유니세프(UNICEF)의 “2003년도 세계아동 현황보고서(The state of the world’s children 2003)”에 의하면, 전세계인구의 1/3이 아동과 청소년이다. 즉, 전체 62억2천만 인구 가운데 21억 6천만 명이 18세 미만 아동 청소년이며, 전체인구의 약 10%는 5세 이하의 아동들이다(UNICEF, 2004: 83-103). 이러한 인구규모는 UN에서 규정하고 있는 바와 같이 청소년의 개념을 24세까지로 이해하면, 더 많은 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다.

유니세프의 보고서는 또한 전 세계 아동 청소년 인구의 약 1/3 이상이 두

국가에서 살고 있음을 나타내준다. 즉, 인도가 약 4억 2백만 명이며 중국이 3억 7천 6백만 명이다. 반면 전체 아동의 10% 미만인 약 1억 9천만 명 정도는 선진국에 살고 있는데, 그 중 미국에 살고 있는 숫자는 약 7천4백만 명으로 나타나고 있다. 세계아동 현황보고서에 의하면, 5천만 명 이상의 아동과 청소년인구를 가진 국가는 인도네시아(7천 8백만), 파키스탄(6천 9백만), 방글라데시(6천 3백만), 나이지리아(6천만) 및 브라질 (5천 9백만) 등이다.

아동권리협약이 제정될 당시는 전 세계적으로 상당수의 아동과 청소년들이 모든 권리의 가장 기본적인 권리인 생명 그 자체가 인정되지 않는 비극적인 상황이었다. 자료에 의하면, 1990년 9월 아동권리협약이 발효되는 시점에는 하루에 38,000명의 아동과 청소년들이 식량부족과, 주거 및 기초 보건 등의 결핍으로 사망하고 있었으며, 특정 문화권에서는 영유아살해 행위 등이 여전히 자행되고 있었다. 특히 일부 국가에서는 경찰이나 다른 정부 기관요원들에 의해, 의도적으로 또는 방임하는 형태로 많은 아동과 청소년들이 생명을 잃는 일들이 비일비재하게 발생하였다(Mower, 1997).

1993년도 UN인권위원회(UN Commission on Human Rights)의 회의에 제시된 자료를 보면 아동과 청소년의 생명권이 인정되지 않는 상황은 더욱 심각함을 알 수 있다. 당시 자료는 전 세계적으로 약 2억의 아동과 청소년들이 노동력 착취나 인간장기 공급원으로 사용됨으로써 성인기까지 성장하지 못하고 있고, 수백만 명이 기아나 치유 가능한 질병으로 사망하고 있었으며, 수천 명의 길거리 아동과 청소년들이 살해되고 있음을 말해주고 있다. 아동권리협약이 대두되는 시점에 나온 유니세프의 보고서에서도 “아동과 청소년 중에 지난 10년간의 전쟁상태로 살해되거나 불구자가 된 숫자가 군인 보다 더 많다”는 점을 적시하고 있다(Castelle, 1990).

세계 아동과 청소년의 상태에 대한 이러한 자료들은 아동들이 기본적 생명권을 누릴 수 있는 권리가 있다는 것을 당연한 것으로 받아들여지지 않고 있다는 점을 너무도 분명히 밝혀주고 있다. 이점에서 더욱 아동과 청소년의 생명권에 대해 분명하게 확인할 필요성이 있다는 것이다. 아동권리협약 제 6조에서는 당사국은 “모든 아동이 고유의 생명권을 가지고 있음을 인정한다”

다”는 내용을 포함함으로써 이러한 필요성을 명백히 하고 있다. 아동권리협약은 아동이 이러한 권리를 가지고 있다는 점을 인정하는 것은 물론, 제 6조에서 당사국들에게 “가능한 최대한도로 아동의 생존과 발달을 보장하여야 한다”는 의무를 부여하고 있다.

2) 아동권리협약의 일반원칙으로서 제 6조

생명권은 인권위원회에 의해 최상위의 인권으로 규정되고 있다. 왜냐하면 생명권의 효과적인 보장 없이 다른 여타의 인권은 그 의미를 잃기 때문이다(Nowak, 2004). 아동권리협약은 한 걸음 더 나아가 생명권의 중요성을 구체적으로 강조하고 있다. 이미 1991년 10월의 제1차 회기에서 당사국이 제출한 보고서의 형태와 내용에 관한 일반 지침(General Guidelines regarding the form and content of initial reports)을 채택하면서 4개의 원칙을 확인한 바 있다. 여기에서는 무차별의 원칙(제 2조), 아동의 최상의 이익 원칙(제 3조), 생명, 생존 및 발달의 원칙(제6조), 그리고 아동 견해의 존중 원칙(제 12조) 등이 명시되었다. 이러한 4가지 조항의 실행에 관한 정보제공과 함께, 당사국은 이러한 원칙을 동 지침에서 열거된 다른 조항들의 실행에 적용하는 것에 관련된 정보를 제공하도록 장려되고 있다.

또한 1996년에 채택된 보고에 관한 일반지침(General Guidelines for periodic reports)에서도 이러한 일반 원칙을 재확인하고 있다. 특히 제 6조와 관련해서는 당사국이 “아동의 생명권을 보장하기 위한 구체적인 조치에 대해 서술하고, 신체적, 정신적, 도덕적, 심리적 및 사회적 발달을 포함하여 아동의 생존과 발달을 인간의 고결성에 상응하고 또 자유사회에서 아동의 개인적 삶을 준비할 수 있는 방식으로 가능한 최대한도로 보장하도록 하는데 유리한 환경을 창출할 것”을 고취하고 있다.

아동권리위원회는 또한 2003년도 가을 회기에서 아동권리협약 실행에 관한 일반조치에 관한 일반 코멘트(General Comment on general measures of implementation of the CRC)를 채택하였다. 이는 모든 아동과 청소년들이 입법화, 정부 차원, 또는 독립적인 조정 및 모니터링 주체의 설치, 종합적인 자

료수집, 관심을 제고하는 일과 연수훈련, 그리고 적합한 정책과 서비스 및 프로그램 등의 개발과 실행을 통해 아동권리협약을 최대한 누릴 수 있도록 촉진하려는 것이었다. 이러한 상황에서, 아동권리위원회는 전체 협약의 효과적인 실행을 위해서는 아동 권리적 관점(children's rights perspective)을 정부, 의회 및 사법부를 통해 개발하는 일이 필요하다는 점을 강조하였다(Nowak, 2005).

아동의 생명, 생존 및 발달권을 포함하여 협약의 4가지 일반 원칙을 규명하는 일은 당사국에게는 협약의 기초가 되고 있는 근본적 가치를 강조하고, 협약에서 언급하고 있는 광범위한 내용에 대한 공통적 철학적 접근을 확실하게 한다. 그리고 아동권리적 접근법에 의해 실행되고 있는 이행상태를 평가하는 결정적 기준을 규정하는 데 이바지한다(Pais,1999; Hodgkin & Newell, 2002; Detrick, 1999; Nowak, 2003).

3) 아동과 청소년 생존권 관련 협약 조항

앞서 언급한 대로, 생명, 발달 및 생존권은 아동권리위원회에서 규정한 아동권리협약의 4가지 일반원칙의 하나로서 일종의 우산조항(umbrella clause)의 역할을 한다(Nowak, 2005). 이 협약은 모든 아동에게 적용된다는 제 1조는 생존권 보장을 위한 바탕이 될 수 있고, 제 2조의 무차별의 원칙, 제 3조 3의 “안전과 위생분야”에 대한 기준은 생존권을 보장하기 위한 제도적 장치라고 볼 수 있다. 또한 제 7조의 “출생후 즉시 등록”과 제 23조의 “장애아동에 대한 특별한 보호” 등도 생존권과 밀접한 관련을 맺고 있다.

이는 청소년 생존권을 18세 이상 24세까지의 청소년을 포함하는 의미로서 논의할 때 더욱 중요한 의미를 갖는다. 청소년의 생존권은 생명권과 건강권과 같이 좁은 의미로만 해석되지는 않는다는 것이다. 생명권뿐만 아니라, 생명을 유지하는 권리 즉, 적합한 생활을 누릴 권리와 보건복지에 대한 권리 등도 포함한다. 이런 점에서 생존권은 질적인 측면에서의 생존권인 발달권과 밀접히 관련될 수 있다. 따라서 협약에서 제시되고 있는 건강권(제 24조), 교육권(제 28조 및 29조), 영양, 물, 의복과 주거를 포함하는 적합한 생활수

준권(제 27조), 사회보장권(제 26조) 및 휴식, 레저 및 여가권(제 31조) 등은 청소년 생존권과 관련하여 매우 중요한 의미를 갖는다고 볼 수 있다.

청소년 생존권은 또한 사형선고(제 37조(a)), 무력분쟁에서의 아동보호(제 38조) 및 제 2차 아동권리협약 선택의정서에서 규정된 아동의 군사력 총원 금지 등을 포함한다. 더욱이 아동과 청소년의 생명 및 생존권은 훨씬 더 나아가, 살인, 유아살해, 청소년자살, 예방 가능한 아동 및 유아 사망률, 명예살인 같은 유해한 전통적 관습, 폭력, 착취, 아동노동, 아동청소년매춘 및 포르노그래피 등으로부터 보호하는 것 등을 아동권리협약의 여러 조문, 즉, 전문, 제 19조, 제 32조, 제 33조, 제 34조, 제 35조, 제 36조 등에서 명시하고 있다.

3. 청소년 생존권의 하위영역

앞서 고찰한 바와 같이, 협약의 제 6조에서 규정하고 있는 내용은 당사국들이 아동의 생명, 생존 및 발달권을 존중하고 보호하고 달성한다는 측면에서 보면, 생명권과 건강권 이외에도 발달권의 일부 조항, 보호권의 일부 조항에서도 나타나고 있음을 알 수 있다. 따라서 청소년 생존권을 주제로 하여 수행하고 있는 본 연구는 아동이라는 연령범주에 보다 밀접히 관련되는 생명권과 건강권에 관한 내용은 물론, 24세까지를 포괄하는 청소년 연령의 발달적 특성상 발달권 및 보호권 등과 관련된 내용을 논의할 필요성이 제기 되는 것이다.

그러나 청소년 생존권을 주제로 하는 본 연구와 함께, 청소년 발달권, 청소년 보호권 및 청소년 참여권 등을 주제로 하는 연구가 동시에 시행되고 있는 상황을 고려하여 청소년 발달 및 보호와 관련된 생존권 논의는 제한적인 범위에서 논의하기로 한다. 이런 인식에서 여기서는 청소년 생존권 지표 개발을 위한 이론적 기초를 제공하는 의미에서 크게 1)고유의 생명권, 2)신체적 생존권 및 3)질적인 생존권의 3가지로 구분하고 관련된 주요 내용과

특별히 논란이 되는 이슈들을 중심으로 간략히 언급하기로 한다.

1) 고유의 생명권

생명권은 아동권리협약에서 고유한 권리로 규정된 유일한 권리이다(Van Bueren, 1998). 아동권리위원회는 생명권은 제한적으로 해석되어서는 안된다는 점과 함께, 당사국은 이 권리를 보장하기 위해 적절한 긍정적 조치를 취해야 하는 의무가 있다는 점을 분명히 하고 있다.

아동권리협약의 제 6조가 기초된 과정과 생명권과 생존 및 발달권 사이의 상호관계성을 보면 당사국들이 자국 영토 내에 살고 있는 아동들의 최상의 그리고 건강한 발달을 보장하는 구체적인 조치들을 채택해야 하는 의무가 있음을 확실히 알 수 있다(Nowak, 2005). 예를 들면, 유아사망률이 높은 당사국은 아동의 생명을 위협하는 질병을 예방하는 목적을 가진 비용효과적인 건강프로그램을 만들고 지속적으로 시행해야 하는 의미를 갖는다. 생명권의 고유한 성격은 이 권리가 전시나 국가 존립을 위협하는 위기상황에서도 적용을 제한받지 않은 본질(non-derogable nature)을 갖는다.

이렇게 보면, 고유의 생명권으로는 특히, 사형선고, 임신중절, 살해행위, 유아사망률, 아동사망률 및 유해한 전통적 관습 등과 관련된 내용이 중요한 의미를 갖는다.

(1) 사형선고(death penalty)

국제 인권법에서는 사형에 대해서는 잔인한 비인간적 처벌로 보고 이를 금지하고 있는 경향이 분명하지만, 여전히 이를 지속하고 있는 국가들이 많이 있으며, 여기에는 미국과 중국도 포함된다. 특히 미국의 경우, 인권과 정의에 대한 접근에서 유럽과 미국의 문화적 정치적 차이를 예시하는 가장 좋은 예가 되고 있다.

오늘날 아동권리협약의 당사국들이 원칙상 청소년에 대한 사형집행을 금지하는 것을 준수하고 있지만, 아동권리위원회는 실제로 사형집행이 아동에게는 적용되지 않는다는 사실만으로는 충분하지 않으며 이를 금지하는 것이

입법을 통해 확립되어야 한다는 점을 거듭 강조하고 있다. Hodgson (1994)은 사형선고와 관련하여 단지 일부 국가만이 남아있다고 강조하면서 대표적인 국가로 미국과 한국을 지적한 바 있다. “1984년에서 1988년 동안의 기간에 미국과 한국은 각기 7명과 2명의 18세 미만 청소년에게 사형을 선고하였다”고 하면서 그러나 동기간에 미국에서는 1명의 18세 미만의 청소년에게 사형이 집행되었다고 밝히고 있다(Hodgson, 1994: 387).

(2) 임신중절(abortion)

아동권리협약은 제 1조의 아동의 개념정의를 함에 있어서 아동기의 시작 시점에 대해서 융통성 있게 적용할 수 있는 여지를 남겨두고 있다. 당사국들은 임신중절이나 가족계획과 같은 상충되는 권리들에 대해 나름대로 결정을 할 수 있게 남겨둔 셈이다. 즉, 제 1조는 “이 협약의 목적상, 아동은 아동에게 적용되는 법에 의하여 보다 조기에 성인연령에 달하지 아니하는 한 18세 미만의 모든 사람을 의미한다”고 규정하고 있기 때문이다.

그러나 여기서 한 가지 분명히 할 것은 아동권리협약에서 주장하고 있는 “고유의 생명권”이 이른바 현재의 임신중절에 대한 관행을 국제 조약으로 해결하려고 하는 것은 아니라는 점이다. 이에 대해 코헨(Cohen)은 협약의 초안을 작성하는 실무협약에서 “어떤 때에도 낙태에 관한 것이 본질적으로 논의된 적은 없었다”는 점을 밝히고 있다(Cohen, 1990). 사실, 아동권리협약 제정 당시의 쟁점은 생명권이 발동하게 되는 시점에 대한 것이라기보다는 보다 광범위하고 논란의 여지가 많은 태아(unborn child)의 권리에 대한 것이었다(Limber & Flekkoy, 1995).

사실, “아동”이 출생한 영아(the born)와 아직 태어나지 않은 태아(the unborn)를 포함하는 것인지 여부에 대한 의문은 협약 제 1조에서 절충된 조문내용이 함축하고 있는 바에 의해 답변되고 있다고 볼 수 있다. 이 조문이 영아뿐만 아니라, 태아까지도 포함하고 있는 가능성은 협약 전문의 9번째 문단에서도 표현되고 있다고 볼 수 있다. 즉, 여기서는 “아동은 신체적, 정신적 미성숙으로 출생전후를 막론하고 적절한 법적 보호를 포함한 특별한 보

호와 배려를 필요로 한다”라는 사실에 관심을 가질 필요가 있다. 아동의 고유의 생명권에 관하여 당사국이 갖는 의무가 태아로 까지 확대되고 있는 점은 협약 제 24조의 2(d)에서 더 분명하게 나타내주고 있다. 여기서는 당사국이 산모에 대한 출산전후의 적절한 건강관리를 보장해줄 것을 밝히고 있다.

이런 점에서 아동권리위원회는 당사국이 임신중절이나 가족계획에 대한 입법을 유지하는 것은 필요하지 않다는 점을 거듭 제시하고 있다. 예컨대 아동권리위원회는 중국이 1가족 1자녀 정책을 실시하고 있는 것에 대해 이를 철회할 것을 명시적으로 밝히고 있다(Nowak, 2005). 동시에 위원회는 높은 임신중절과 가족계획의 수단으로 임신중절을 하는 것에 대해서는 반대하는 의견을 제시하고 있다.

(3) 살해행위(homicide) 및 영유아살해(infanticide)

아동권리협약에서는 아동의 “고유한 생명권”이라고 표현하고 있지만 이는 법에 의하여 보호되어야 하는 기본적인 권리이기도 하다. 경찰과 법집행주체는 살인을 예방하기 위해 필요한 모든 조치를 취하고, 살인행위 발생시에는 범죄인을 심판받도록 하고 이를 조사하는 의무를 져야한다. 특히, 아동권리협약은 당사국들로 하여금 아동을 영유아살해로부터 보호할 의무를 지게 하고 있다. 특히, 성별이나 장애유무에 따른 차별적 이유로 이루어지는 영유아살해는 더욱 그러하다. 예컨대, 성비는 어떤 사회에서의 여성의 지위를 볼 수 있는 지표가 되는데, 남성 선호사회에서 여성의 성비가 낮게 나타나는 것은 영유아살해가 여전히 만연되어 있다는 것을 말해준다(Hodgkin & Newell, 2002). 중국과 관련하여 아동권리위원회는 1가족 1자녀 정책의 결과로 성비가 큰 차이가 있음을 경고한 바 있다.

(4) 유아사망률(infant mortality)

유아사망률은 아동의 생명 및 생존권 이행을 위한 당사국의 의무실행을 모니터링하는 가장 중요한 지표 중의 하나가 되고 있다. 유아사망률은 출생 이후 1년만에 사망할 가능성을 출생인구 1,000명당 비율로 나타낸 지표이다.

유엔 통계에 의하면, 2001년에 전 세계적으로 1,000명의 신생아 중 57명이 생후 1년이 되기 전에 죽었다. 1960년의 경우 그 수치는 126명으로 나타나는데 이를 비교해보면, 사망률이 전반적으로 줄어든 것을 알 수 있고 이 점에서는 성공적이라고도 볼 수 있다. 그러나 부유한 국가와 빈곤한 국가 간의 불균형은 같은 40년의 기간동안 더욱 심화되었다.

(5) 아동사망률(child mortality)

아동의 생명, 생존, 발달 및 복리에 대한 가장 중요한 또 다른 지표는 아동(특히 5세 미만)의 사망률이다. 즉 1,000명당 출생 후 5세 미만에 사망할 가능성이 있다. 아동사망률 또는 5세 미만 아동사망률은 출생이후 5년 안에 사망할 가능성을 출생인구 1,000명당의 비율로 나타낸다. 2001년의 경우를 보면, 전 세계적으로 1,000명 중 82명이 5세가 되기 전에 사망했다. 1960년의 경우 그 수치는 187명이었다. UN의 통계는 또한, 193개국의 5세 미만 사망률은 선진국과 후진국간 격차가 크게 나타내고 있음을 알 수 있다. 예를 들면, 스웨덴(3명), 산업국(7명), 개발도상국(89명), 최빈국(157명), 사하라 이남 아프리카지역 국가(173명) 및 시에라리온(316명) 등이었다. 달리 말하면, 아동사망은 피할 수 없는 경우도 있지만, 대다수의 아동사망은 예방 가능한 원인에 의한 것이라는 점이다.

(6) 유해한 전통적 관습(harmful traditional practices)

아동권리협약 제 24조 (3)에 의하면, 당사국은 “아동의 건강을 해치는 전통관습을 폐지하기 위하여 모든 효과적이고 적절한 조치를 취하여야 한다”고 규정하고 있다. 그러나 세계 곳곳에서 이루어지고 있는 많은 전통적 관습들은 건강권이 차별적으로 적용되고 있는 것은 물론, 아동, 특히 소녀들의 권리를 심각하게 위협하고 있다(Nowak, 2005). 그 대표적인 것으로 이른바 명예살인(honour killings)을 들 수 있다. 일부 국가의 경우 이러한 행위는 특별한 형태의 영유아살해이면서 정상적인 형사적 책임이 면제되는 살인행위로 여겨지고 있다.

2003년 봄, 아동권리위원회는 “아동권리협약 상황에서의 청소년 건강과 발달”에 관한 일반 논평(General comment on adolescent health and development)을 채택하였는데, 여기에는 전통적 관습에 대해 다음과 같은 내용을 적시하고 있어 주목된다. “협약 제 3, 6, 12, 19, 및 24(3)조에 비추어, 당사국은 청소년의 생명권을 위협하는, 명예살인을 포함한 모든 행동과 활동을 제거하기 위한 모든 효과적인 조치를 취하여야 한다. 위원회는 당사국들이 기존의 태도변화를 목적으로 하는 경각심 고취 캠페인을 개발하고 교육프로그램을 실행하며 입법화를 통해 유해한 전통적 관습을 초래하고 있는 성역할과 인습을 타파하기 위해 노력할 것을 강하게 촉구한다”(CRC Committee, 2003).

(7) 무장 분쟁(armed conflict)

국제적이거나 비국제적인 무장분쟁은 계속해서 인간의 생명에 대한 가장 큰 위협이 되고 있다. 1990년 이후, 약 2백만명 이상의 아동과 청소년들이 사망하였으며 6백만명 이상이 전쟁에서 부상을 입었다. 따라서 이러한 무장 분쟁 상황에서 발생한 살해행위가 아동권리협약의 제 6조에 의한 생명권을 위반하는 것인가 하는 점에 대한 물음이 제기된다(Nowak, 2005).

Nowak에 의하면 “처음부터 아동권리위원회는 아동권리협약은 18세 미만의 모든 아동과 청소년들이 무장세력에 충원되거나 직접적 또는 간접적 적대행위에 개입하는 것으로부터 보호해야 한다는 것을 필요로 한다는 점을 강조하였다”(Nowak, 2005: 21). 아동권리위원회는 아동의 무장 분쟁 개입에 관한 선택의정서(Optional Protocol to the CRC on the involvement of children in armed conflict)를 기초하는 일에도 핵심적으로 관여하였는데, 이 선택의정서는 2000년 5월 채택되어 2002년 2월부터 발효되었다. 여기서는 그 제 1조에 당사국들이 18세가 되지 않은 사람이 무장세력에 포함되어 있는 경우 적대행위에 직접적으로 참여하지 못하도록 보장하는 실행 가능한 조치들을 취할 의무를 부과하고 있다.

2) 신체적 생존권

생명권에서 추론된 권리이며 확장된 권리로서의 의미를 갖는 것으로 건강권과 안전권을 들 수 있다. 건강권이 협약에 포함된 것은 의료품, 깨끗한 물 또는 적절한 영양을 섭취할 권리를 인정받지 못한다는 것은 그로 인해 생명을 잃게 된다는 점에서, 살해행위(homicide)와 다름없는 것이며, 인간의 생명권을 위반하는 것이 분명하기 때문이다. 단순하면서도 충분히 설득적인 전제에 입각한 인식이다(Wiseberg 1995).

Mower(1997)에 의하면, 이 권리가 협약에 포함된 것은 건강권을 주장할 필요성이 있는 여러 증거들이 제시됨으로서 촉진되었다고 한다. 예를 들면, 매년 1천 4백만 명의 아동과 청소년들이 사망하는데 그 사망원인 가운데 적어도 2/3는 설사, 파상풍, 홍역 등에 의한 것이다. 다시 말해 적절한 처치를 받는다면 충분히 예방할 수 있다는 것이다. 또 다른 증거로는 아동과 청소년들이 에이즈에 감염된 부모로 인해 건강의 위협에 새롭게 직면하고 있다는 점을 들 수 있다.

아동권리협약이 건강권을 주장한 것이 국제 인권법에서 새로운 토대가 된 것은 아니다. Leary(1994)에 의하면, “최대의 건강권을 누리는 일”은 세계보건기구 헌장이 1946년 채택된 이래로 국제 커뮤니티에서는 하나의 “기초권(fundamental rights)”으로 인정되고 있기 때문이다. 많은 국제 인권조약들이 건강권을 인정하고 있다. 특히, 아동권리협약은 제 24조에서 의료 보건 복지에 대한 필요성을 규정하고 있다. 아동과 청소년의 건강권에 도움이 되는 서비스와 프로그램 그리고 안전에 대한 위협으로부터 보호하는 일 등이 중요하게 논의된다. 여기서는 아동의 건강권과 안전권에 대해 대표적으로 논의되는 몇 가지 이슈를 제시하기로 한다.

(1) 평균수명(life expectancy)

아동사망율과 유사하지만, 출생시의 평균수명(life expectancy at birth), 즉, 출생시의 전체인구에게 적용되고 있는 사망률을 전제하여 신생아가 생존할 연수(number of years)는 중요한 지표의 하나로 제기된다. 여기에도 선진국과

후진국간의 격차가 심각하게 나타나고 있음은 물론이다. 예컨대, 스웨덴의 경우 80세, 호주, 벨기에 캐나다, 프랑스, 아일랜드, 이스라엘, 이탈리아, 노르웨이, 스페인, 및 스위스 등은 79세였다. 그러나 2001년에 보츠와나, 모잠비크 등에서 출생한 경우는 39세, 말라위, 르완다, 시에라리온 등은 40세, 부룬디(41세) 스와질랜드, 잠비아 (42세), 그리고 아프카니스탄과 짐바브웨 등은 43세였다. 선진국과 비교할 경우 거의 2배 이상의 평균수명의 차이가 있음을 알 수 있다(UNICEF, 2004).

(2) 빈곤과 질병

신체적 생존권과 관련된 사망률의 원인은 여러 가지로 볼 수 있을 것이다. 그러나 극심한 빈곤으로 인한 적절한 위생과 보건서비스의 결핍이 이들 대부분 국가의 높은 유아 및 아동사망률의 주요 원인이 되고 있음은 물론이다. 유아와 아동사망률과 관련된 질병으로는 폐렴과 다알리아(설사)를 들 수 있다(Van Bueren, 1998; Parker & Sepulveda, 1995). 즉, 빈곤한 국가의 아동사망은 사실 예방 가능한 것이라는 점이다. 이 점에서 교육, 예방접종, 경구수분보충 요법(oral rehydration therapy) 및 기타 아동 질병예방을 위한 보건적 조치 등의 다양한 방법으로 아동 사망률을 감소하려는 노력은 정책과 프로그램 개발의 우선순위가 되었다. 2000년도의 새천년발전목표(Millennium Development Goals)에서는 UN 회원국들은 2015년까지 아동사망률을 2/3로 줄이고, HIV/AIDS, 말라리아 및 다른 주요 질병과 전쟁을 하겠다고 선언하였다.

(3) 영양 (nutrition)

건강권과 관련하여 밀접히 관련된 것이 제 27조 (1)에 규정된 당사국은 “모든 아동이 신체적, 지적, 정신적, 도덕적 및 사회적 발달에 적합한 생활수준을 누릴 권리를 가짐을 인정한다”는 조항이다. 당사국은 또한 제 27조 2에 의해 부모가 능력과 재정상황의 범위 내에서, 아동발달에 필요한 생활여건을 제공할 일차적 책임을 지고 있음을 인정하는 한편, 제 27조 3에 의해서 당사국은 도움을 필요로 하는 부모들에게 특히 영양, 의복 및 주거에 대해

여 물질적 보조 및 지원계획을 제공하는 등의 적절한 조치를 취하도록 하고 있다.

건강권과 관련한 영양의 전형적인 지표는 또한 생명권의 실행을 위한 하나의 표시가 되고 있다. 여기에는 대체로 ①저체중아 출산 비율, ②특정 기간 이후에도 모유수유를 받는 아동의 비율, ③저체중, 체력쇠퇴증, 성장위축증 등으로 고통받는 5세 미만 아동의 비율, ④요오드가 함유된 염분을 섭취하는 가계의 비율, ⑤6개월에서 59개월 사이에 있는 연령에 대한 비타민 A 보충 비율 등이 포함된다(UNICEF, 2004).

(4) 교통사고(traffic accidents)

앞서 살펴 본 바와 같이, 아동과 청소년의 건강을 위협하는 주요 원인으로 빈곤, 질병, 기아, 깨끗한 식수원의 결여, 열악한 위생상태 및 불충분한 건강과 교육 서비스 등을 들 수 있다. 매년 천만 명 이상의 아동이 인위적인 이유로 사망하고 있다고 생각하면, 주권 국가들이 충분한 조치를 취하지 않는다면, 모든 인권 중에서도 가장 중요한 인권인 아동의 생명 및 생존권을 인정하지 않는 것이다. 여기에 아동과 청소년에 관련한 또 다른 예방 가능한 사망원인으로 특히 영향을 많이 끼치고 있는 것으로 교통사고를 지적할 수 있다(Hodgkin & Newell, 2002). 예를 들면, 아동권리위원회는 요르단 정부에 대해 교통사고 증가로 아동사망률이 증가하는 상황에서, “사고 예방과 관련한 경각심을 일깨우는 노력을 강화하고 지속하며 대중정보캠페인을 실시할 것”을 요청하였다.

(5) 거리폭력(street violence)

아동권리위원회는 또한 당사국들에게 거리폭력 등과 같이 청소년들이 특히 노출되는 특정한 위험을 예방하기 위해 취한 조치에 대한 정보를 제공할 것을 요청하였다. 브라질과 콜롬비아를 포함하여, 제3세계 빈곤국가들에서 많은 청소년들이 거리아동(street children)이 됨에 따라, 폭력, 착취, 오남용, 실종 및 유사한 생명권의 위협에 훨씬 더 많이 노출되고 있다는 점을 말하

지 않을 수 없다. 예컨대, 위원회는 네팔에 대해서는 정부가 “거리에서 살고 또 거리에서 일하는 아동을 포함하여 모든 아동의 생존권을 보장하기 위한 확고한 조치를 취할 것”을 권고한 바 있다(Nowak, 2005).

3) 질적 생존권

생명권과 건강권 등을 규정한 제 6조의 의미에서 몇 가지 추론적 권리가 나온다는 것을 앞에서 언급한 바 있다. 아동권리협약에 의하면, 아동과 청소년이 누릴 자격이 있는 생명은 양적으로 뿐만 아니라 질적으로도 정의된다. 협약에 의하면 아동은 신체적 생존에 필요한 보건복지를 받을 자격이 있을 뿐만 아니라, 생존의 질적 측면과 관련된 특정 프로그램, 조건 및 기회 등을 받을 자격도 갖게 된다. 여기에는 의식주의 욕구에 부응하는 생활수준과 휴식, 여가 및 여행 등이 포함된다.

또한 협약의 제 23조에 의하면, 당사국은 “정신적 또는 신체적 장애아동의 존엄성이 보장되고 자립이 촉진되며 적극적 사회참여가 조장되는 여건 속에서 충분히 품위 있는 생활을 누려야 함을 인정한다.” 장애아동에 대한 이 조항은 협약의 주요한 관심사의 한 표현을 포함하고 있다. 즉, 세계의 그 어떤 아동과 청소년들도 절대적인 신체적 생존권 이상의 생명권이 부인되어서는 안 된다는 것이다.

이러한 관심사는 협약의 제 27조에 의하여 그 의미가 설명된다. 이 조항은 당사국들이 “모든 아동이 신체적, 지적, 정신적, 도덕적 및 사회적 발달에 적합한 생활수준을 누릴 권리를 가짐을 인정한다.” 이렇게 보면, 협약은 아동의 발달을 단순히 생존적이고, 신체적인 것 이상의 궁극적인 삶의 목적을 향해 나아가는 것으로 인식하고 있음을 알 수 있다.

(1) 정체성(identity)과 등록(registration)

아동권리협약은 또한 아동의 권리를 생명권뿐만 아니라, 법적으로 승인된 정체성(identity)을 가진 차별적 인성(personality)으로서의 생명까지 주장하고 있다. 따라서 제 7조는 “아동은 출생 후 즉시 등록 되어야 하며, 출생시부터

생명권과 국적취득권을 가지며, 가능한 한 자신의 부모를 알고 부모에 의하여 양육을 받을 권리를 가진다”는 점을 명시하고 있다. 또한, 제 8조는 “당사국은 위법한 간섭을 받음이 없이 국적, 성명 및 가족관계를 포함하여 법률에 의하여 인정된 신분을 보존할 수 있는 아동의 권리를 존중한다”라고 적시하고 있다.

유니세프(UNICEF) 통계에 의하면, 2000년도의 경우, 약 5천만 명 이상의 아동들이 등록되지 않았는데, 이는 전 세계 출생인구의 약 41%에 이르는 비율이다. 사하라 이남 아프리카 지역에서는, 심지어 71%가 넘는 신생아들이 등록되지 않은 것으로 나타났다. 출생시에 등록되지 않은 아동은 주체성과, 승인된 이름과 국가가 인정되지 않는 것이다(Nowak, 2005). 아동 등록에 관한 것은 사망 시에도 적용해야 된다. 아동권리위원회는 당사국으로 하여금 “아동의 사망 등록과, 사망원인, 및 적절한 경우에는 사망에 대한 조사와 보고를 보장하도록 하기 위해 취해진 조치”에 대한 정보를 제공할 것을 요청하고 있다(CRC Committee, 2003).

생명권의 범주에 정체성을 포함할 필요성은 박탈과 정체성의 상실을 초래하는 관행이나 상황 때문에 이름 없는 아동들은 존재하고 있으며 또 아마도 계속해서 세계의 일원이 될 수 있다는 사실과도 관련되어 제기된다. 아동권리협약 제 8조 2에 “아동이 그의 신분요소 중 일부 또는 전부를 불법적으로 박탈당한 경우, 당사국은 그의 신분을 신속하게 회복하기 위하여 적절한 원조와 보호를 제공하여야 한다”라는 내용을 넣게 된 것은 이러한 정체성 상실에 따른 문제에 기인한 것이다(Cerda, 1990).

(2) 청소년 자살(suicide)

아동권리위원회는 아동 특히, 남자 청소년의 자살률이 증가되고 있는 데에 거듭 관심을 두고 있다. 일부 국가의 경우 그 정도가 아주 심각하다(Hodgkin & Newell, 2002). 차별받거나 특히 취약한 아동집단에서는 높은 자살률이 나타난다. 예컨대, 캐나다의 경우, 원주민 청소년들의 평균 자살률은 비원주민 청소년들에 비해 5배가 높게 나타나고 있다. 위원회는 이에 대해

“원주민 사회에서의 유아 사망률과 청소년 자살률이 증가하는 문제에 대한 연구를 수행할 것”을 권고한 바 있다.

(3) 청소년 생존권을 위협하는 폭력, 오남용 및 착취 등

아동과 청소년은 여러 가지 형태의 사적 폭력, 오남용 및 착취에 노출된다. 그리고 이것은 그들의 생명권을 심각하게 위협하게 된다. 따라서 당사국에 의한 적절한 입법적, 행정적, 사법적 및 긍정적 조치를 강구해야 한다. 아동권리협약에는 특히, 제 19조, 제 32조, 제 33조, 제 34조, 제 35조 및 제 36조 등에서 당사국이 아동을 다양한 형태의 폭력, 오남용, 착취로부터 보호할 구체적인 의무가 있음을 명시하고 있다.

최근 2000년 5월 UN총회는 아동매매, 아동 매춘 및 아동 포르노그래피에 관한 아동권리협약 선택의정서(Optional Protocol)를 채택하였으며 2002년 1월에 발효되었다. 선택의정서에는 이러한 유형의 아동남용과 착취에 대해 개념을 정의하고 당사국이 아동매매상(traffickers)과 아동매춘 및 아동포르노그래피에 관련된 사람들에 대해 형법상 조치를 취할 의무가 있다는 것을 적시하고 있다(Nowak, 2005).

4) 생존권 이행을 위한 의무

아동권리협약의 기초와 조문작성의 역사를 보면 생명, 생존 및 건강권이 당사국들로 하여금 아동발달에 대해 전체론적 접근법을 채택하도록 하고 또 아동과 청소년의 생존과 건강한 발달을 이행하기 위해 종합적인 긍정적 조치를 취하도록 하는 의무를 부여하고 있다. 아동권리협약 제 24조는 이점에서 특히 중요한 의미를 갖는다. 여기서는 앞서 논의한 청소년 생존권으로서의 고유의 생명권, 신체적 생존권 및 질적 생존권의 보장을 위한 당사국의 의무이행의 중요성을 부모의 역할, 건강한 발달을 이행하는 의무, 및 생명권 보호를 위한 의무의 3가지로 구분하여 알아본다.

(1) 부모의 역할

아동과 청소년의 질적 생존권과 관련한 여러 권리를 보장하고 촉진하기 위해 당사국은 부모와 법정 후견인이 아동 양육의 책임을 수행하는데 있어서 적절한 지원을 제공해야 한다. 당사국은 또한 아동 양육을 위한 제도, 설비 및 서비스를 개발하도록 보장해야 한다. 아동권리협약 제 18조의 1에 의하면, 부모 또는 법정 후견인은 “아동의 양육과 발전에 일차적 책임을 진다. 아동의 최상의 이익이 그들의 기본적 관심이 된다.” 당사국은 부모와 함께 아동의 양육과 발전에 대한 공동의 책임을 지며, 당사국들은 또한 부모들이 아동의 능력향상과 일치하는 방향으로 협약에 의해 승인된 아동의 권리를 행사하는 일에 적절한 방향과 지도를 제공하는 책임, 권리 및 의무를 존중해야 한다는 점을 분명히 하고 있다.

(2) 아동의 건강한 발달을 이행하는 의무

아동권리협약 제 24조는 대부분 생명권과 직접적으로 관련되어 있으며 아동의 생존과 발달의 권리로부터 파생되는 가장 근본적인 당사국 의무들에 대해 법적인 개념규정을 한 것으로 간주된다. 제 24조 1에서는 당사국은 “도달 가능한 최상의 건강수준을 향유하고, 질병의 치료와 건강의 회복을 위한 시설을 사용할 수 있는 아동의 권리를 인정한다.” 당사국은 또한 “건강 서비스의 이용에 관한 아동의 권리가 박탈되지 아니하도록 노력하여야 한다”.

이러한 약속과 권리가 내포하고 있는 것은 24조의 2에서 보다 구체적으로 제시되고 있다. 여기서는 당사국들이 다음에 열거한 바와 같은 “적절한 조치를 취하여야 한다”는 점을 규정하고 있다. 건강권 이행을 위한 당사국 의무에는 ①아동의 사망률 감소, ②의료지원과 건강관리의 보장, ③질병과 영양실조의 퇴치, ④산모를 위한 출산 전후의 적절한 건강관리의 보장, ⑤아동의 건강과 영양, 모유수유의 유익성, 위생 및 환경위생시설 그리고 사고예방에 관한 지식에의 보편적 접근의 보장 및 ⑥예방적 건강관리, 부모를 위한 지도 및 가족계획에 관한 교육과 편의를 발전시키는 조치 등이 포함된다.

(3) 생명권 보호를 위한 의무

생명권 보호를 위한 의무는 당사국으로 하여금 사적 당사자와 국가 등의 부당한 개입으로부터 아동과 청소년의 생명권을 보호하는 의무를 말한다. 따라서 보호의무 이행을 위해서는 사적 폭력, 오남용, 착취, 방임, 아동의 생명을 위협하는 전통적인 그리고 기타의 관행을 예방하기 위해 다양한 입법, 행정, 사법 및 기타 긍정적 조치들을 취할 필요가 있는 것이다.

구체적 관행과 위협을 예방하기 위해 어떤 유형의 조치가 가장 적합한가를 결정하는 것은 기본적으로 정부에 달렸다. 한편으로는 생명권의 중요성을 “최상의 인권(supreme human rights)”으로 고려하고 다른 한편으로는 아동이라는 특성이 갖는 취약성을 고려하여 형법, 가족법, 경찰법, 노동법 등을 포함한 다양한 분야에서의 종합적인 입법조치들을 강구하는 것이 중요하게 된다(Nowak, 2005). 또한 이러한 법의 효과적 실행과 집행은 이른바 주의의무(due diligence)를 만족시키는 일이 될 것이다.

Ⅲ. 청소년 생존권 지표개발의 배경 및 이론적 근거

1. 청소년의 생존권 실태
2. 국제기구의 청소년 생존권 주요 권고 내용과 시사점
3. 국내외 청소년 지표 사례 분석

Ⅲ. 청소년 생존권 지표개발의 배경 및 이론적 근거

1. 청소년 생존권 실태

한국청소년의 생존권 실태는 국제적으로 널리 통용되는 지표로 보면 대체로 양호한 편이다. 국제적으로 널리 통용되는 생존권 지표는 대개 아동용 지표이지만, 청소년의 생존권도 아동의 생존권과 연장선상에 있기에 아동의 자료를 통해서 유추할 수 있을 것이다. 최근 몇 년 동안 언론에 보도된 아동과 청소년 생존권 관련 뉴스를 분석하여 보면 다음과 같다.

1) 영아사망률과 모성사망비

아동의 생존권 지표로 가장 널리 통용되는 영아사망률과 모성사망비를 보면, 2002년 기준 한국의 영아사망률은 1,000명 출생당 5.3명으로 경제협력개발기구(OECD) 회원국 평균 6.5명보다 좋은 것으로 나타났다. 영아사망률은 해당 년도에 태어난 아이 1,000명 가운데 태어난 지 일년 이전에 사망한 경우에 대한 비율인데, 한국의 경우 1990년대부터 계속 낮아져 1993년 9.9명에서 최근 2002년에는 5.3명까지 떨어졌다. 다른 나라와 비교해 보면 아이슬란드가 2.2명으로 가장 낮고, 일본 3.0명, 스웨덴 3.3명, 프랑스 4.1명, 독일 4.2명, 영국 5.2명 등의 순이었다. 한국보다 높은 나라로는 미국이 7.0명, 멕시코 21.4명, 터키는 39.4명이나 됐다(한겨레, 2006. 2. 12).

반면 모성사망비는 10만 명 출생당 16.0명으로 OECD 회원국 평균 10.6명보다 많았다. 모성사망비는 태어난 아이 10만 명당 사망한 산모의 비율을 가리킨다. 한국의 모성사망비는 1995년 20명에서, 2000년 15명으로 줄었다. 5년 동안 25% 감소했으나, 2002년 16명, 2003년 15명으로 정체되는 경향을 보이고 있다.

영아사망률과 모성사망비는 청소년의 생존권 상황을 나타내는 직접적인 지표는 아니지만, 1990년 이래로 영아사망률과 모성사망비가 꾸준히 감소하

고, 그 수준이 경제개발협력기구의 회원국가와 유사하다는 것은 한국 청소년의 생존권도 비교적 양호한 수준일 것이라고 미루어 짐작할 수 있을 것이다.

유니세프가 발표한 2006년도 ‘세계아동현황 보고서’를 보면, 한국 아동의 생존권 상황은 상당히 양호하다. 2004년도 출생시 평균여명은 한국이 77세로 세계평균치 67세보다 10세나 많은 것을 비롯하여, 2004년 영아사망률은 5명으로 세계평균치 54명보다 매우 낮은 편이다. 출생 1,000명당 5세 미만 사망률도 한국은 6명으로 세계평균치 79명보다 훨씬 낮았다. 이 밖에도 생존권과 관련된 많은 지표들은 한국 아동이 세계 평균치에 비교할 때 매우 양호한 수준임을 보여준다.

2) 인공임신중절과 성병감염률

한편, 고유의 생명권 지표라고 할 수 있는 인공임신중절 등을 볼때, 한국인의 생존권은 안심할 만한 수준이 아니라는 것을 확인할 수 있다. 한국 여성들은 연간 35만 590건의 임신중절 시술을 받는 것으로 추정되고, 대부분의 임신중절 시술은 불법으로 이루어진다. 보건복지부의 의뢰로 수행된 김해중(2005)의 ‘전국 인공 임신중절 실태조사’에 따르면, 연간 35만 590건의 임신중절 시술 가운데 기혼여성은 20만 3,230건(58%), 미혼은 14만7360건을 차지하는 것으로 추정됐다(한겨레, 2005. 9. 12).

이러한 수치는 가임기 여성 1천명을 기준으로 하면 연간 기혼여성은 17.8명이, 미혼은 12.9명이 임신중절 시술을 받는 것이다. 연령별로는 20~34살 사이가 전체 임신중절 시술의 68.5%를 차지했는데, 미혼여성은 20~24살, 기혼은 30~34살의 시술이 가장 많았다. 시술 당시 임신기간은 12주 미만이 96%로 거의 대부분을 차지했으나, 10대 여성은 12주 이후 시술 비율이 12%에 달했다.

모자보건법상에는 유전학적 질환이나 전염성 질환, 성폭행에 의한 임신, 가임여성의 건강을 심각하게 해칠 경우 등에 의해서만 임신중절을 할 수 있도록 되어있어 대부분의 임신중절 시술이 불법인 셈이다.

전국 출산력 조사자료에 따르면, 2000년 현재 15세부터 49세까지의 배우자가 있는 여성 중에서 인공임신중절을 경험한 경우는 43%로 나타났다. 연령별로 보면 15~24세 여성은 19%, 25~29세 여성은 20% 등으로 비교적 낮지만, 30~34세 여성은 37%, 35~39세 여성은 49%, 40~44세 여성은 51.7%, 45~49세 여성 51.7% 등으로 연령이 높을수록 인공임신중절 경험이 많았다. 인공임신중절의 이유가 첫 번째 임신은 혼전임신, 두 번째 임신은 터울조절, 세 번째 이후 임신은 더 이상 자녀를 원하지 않아 인공임신중절을 한 것으로 분석되었다(한겨레, 2002. 4. 18).

일본에서도 2001년 한 해 동안 이루어진 낙태수술은 34만 1천 500여건이었으며, 이 가운데 20대 미만 여성의 수술은 약 4만 6천 500건에 달했다. 특히 10대의 임신중절 수술은 지난 6년간 연속 증가세를 나타냈다(한겨레, 2002. 8. 8).

인공임신중절은 태어나야 할 생명을 인공적으로 살해하는 행위이고, 임신한 여성에게도 큰 상처를 줄 수 있다. 특히 10대와 20대 초반의 인공임신중절은 원치 않는 혼전임신으로 인한 낙태이므로 태아의 생존권을 박탈하면서 동시에 임신부 자신의 건강을 해칠 수 있다. 인공임신중절이 출산조절의 한 수단으로 활용되는 것은 생명경시 풍조를 부추길 수도 있으므로 크게 경계해야 할 일이다.

청소년의 생존권은 10대 청소년과 20대 초반의 성병 감염률에서도 위기를 확인할 수 있다. 조용현(2005)이 질병관리본부의 의뢰를 받아 연구한 ‘성병 감시체계 개선 및 임균 항생제 내성 감시체계 구축’에 따르면, 남녀 가출 청소년의 22.1%가 클라미디아나 임균과 같은 성병에 감염되고, 군 입대를 앞두고 징병 검사를 받은 남성의 6.0%, 성매매 업소 여성의 36.4%가 성병에 걸린 것으로 나타났다(한겨레, 2005. 2. 17).

불특정 다수의 사람들과 성관계를 직업적으로 하는 성매매업소 여성뿐만 아니라, 징병검사를 한 20대 초반 청년 남성의 6.0%가 성병 감염자라는 것은 청소년의 상당수가 성병에 노출되어 있다는 것을 보여준다.

평균여명 등 대표적인 생존권 지표에서는 한국 청소년의 생존권이 비교적

양호한 수준이지만, 인공임신중절, 성병감염 등과 같이 눈에 잘 띄지 않는 지표에서는 상당히 취약하다는 것을 확인할 수 있다.

3) 체격과 체력

교육인적자원부가 매년 조사하는 초중고등학생의 체력검사에서 체격은 커지고 있지만 체력은 떨어지고 있다는 것은 한국 청소년의 생존권이 취약할 수 있다는 것을 나타낸다.

‘2005년 학생 신체검사’ 결과를 보면, 남학생 전체 평균키는 2001년 0.2cm, 2003년 0.3cm 늘었으나 2005년도에는 0.06cm 느는데 그쳤고, 여학생은 2001년 0.07cm, 2003년 0.26cm 늘었으나, 2005년도에는 오히려 0.03cm가 줄었다. 몸무게는 10년 전에 비해 남학생 4.03kg, 여학생은 1.92kg 늘었다. 얇은키는 10년간 성장 폭이 초등 0.6cm, 중등 1cm, 고등 0.6cm에 그쳐, 키 성장 폭에 훨씬 못 미치는 것으로 드러났다. 허리가 짧아지고, 다리가 길어지는 신체의 서구화 현상이 계속된 것이다(한겨레, 2006. 5. 18).

건강의 척도인 체질은 약해졌다. 근시는 1995년 24.88%의 학생들에게서 나타났으나, 2005년에는 46.56%로 두 배 가까이 늘었다. 이비인후과 질환은 4.09%로 1995년 3.13%에 비해 1%포인트 가까이 증가했으며, 피부질환은 1.59%로 1995년 0.56%에 비해 세 배 가까이 늘었다. 2004년까지 1.33%에 머물던 알레르기 질환은 2005년 2.22%로 크게 상승했다. 표준체중 50%를 초과하는 ‘고도비만’은 초등학생 0.49%, 중학생 1.01%, 고교생 1.11%로 교급이 높아질수록 비만이 심해졌다.

체력 저하도 지속됐다. 남학생 팔굽혀펴기는 30.8회로 2000년에 비해 0.5회 줄었으며, 여학생 매달리기는 6.7초로 2000년 8.6초에 비해 2초가량 줄었다. 윗몸일으키기는 남학생 41회, 여학생 28회로 2000년에 비해 1회씩 줄었다. 오래달리기·걸기는 2000년 7분 32초였으나, 2005년도엔 7분 46초로 14초 늘었다. 이처럼, 초중고등학생의 체력과 체질의 약화는 학습 스트레스는 커지고 운동량이 부족하기 때문이다.

학습강도가 크고 학교에서 지내는 시간이 길어지는 고등학생의 시력은 크

게 나빠졌다. 서울시 교육청은 2004년 서울시내 중·고등학생의 체격·체질검사 결과를 분석한 결과, 고등학생 64.7%와 중학생 60.6%, 초등학생 35.8%가 안경이나 렌즈를 사용하는 ‘시력교정자’ 또는 나안시력 0.6 이하이면서 안경을 쓰지 않는 ‘교정대상자’였다고 밝혔다. 고교생 35만 6천여 명 가운데 시력교정자 또는 대상자는 지난 2002년 60.8%, 2003년 62.1%, 2004년 64.7%로 꾸준히 증가세를 보였다(한겨레, 2005. 2. 27).

서울시 교육청은 학생의 시력이 나빠진 이유는 유전적 원인이나 잘못된 독서·텔레비전시청 습관 이외에 어두운 교실환경도 시력에 악영향을 미치는 것으로 보고 일선 학교 교실의 조도개선 작업을 벌이고 있다. 이처럼 생존권의 지표는 개인이나 가족의 노력뿐만 아니라 학교 등 관련 기관의 노력에 의해서 개선될 수 있다.

과거 생존권의 주된 관심은 영양결핍 등 결핍으로 인한 생존의 위협에 주목하였지만, 최근 청소년 생존권은 영양과잉으로 인한 과체중 혹은 비만에 주목할 필요가 있다. 비만은 고혈압, 당뇨 등 성인병의 원인이 되기도 하고, 일상활동의 부자유 등으로 삶의 질을 크게 훼손시킬 수 있기 때문이다.

4) 빈곤과 결식

한국의 빈곤아동과 청소년에 대한 정확한 통계자료는 없지만, 관계 전문가들은 적게는 100만 명에서 많게는 160만 명으로 추산한다. 이들에게 정부 차원에서 지원하는 것 중 가장 대표적인 것이 급식값(점심값) 지원이다. 하지만 이 혜택을 받는 초·중·고생은 2006년에 52만6천명에 불과하다. 여기에 드는 예산은 1,775억원이다. 국내총생산(GDP) 기준 세계 10위의 경제규모라는 한국에서 결식 혹은 결식위기에 있는 아동과 청소년이 수십만 명에 이른다(한겨레 2006. 5. 5).

또한, 조기 등교 등으로 인하여 아침 식사를 결식하는 청소년도 적지 않다. 보건복지부(2006)가 발표한 ‘2005년도 국민건강 영양조사’ 보고서에 따르면 중·고등학생의 23%가 아침식사를 하지 않는다고 한다. 이처럼 중고등학생들이 아침식사를 결식하는 이유는 세계적으로 유래를 찾을 수 없는 0교시

때문일 것이다. 먹을 음식이 없어서 결식하는 것은 아니지만, 강요된 조기
등교로 인한 아침 결식은 영양의 불균형으로 생존권을 위협할 수 있다(한겨
레, 2006. 7. 11).

5) 자살

한국의 2004년 자살자는 1만 2천여 명으로, 하루 평균 32명이 스스로 목숨
을 끊은 셈이다. 인구 10만 명당 자살자 수도 25.2명으로, 10년 전(1994년)의
10.5명에 비교하여 2.4배나 늘어났다. 1994년에만 해도 자살은 사망원인 9위
에 머물렀으나, 이 순위가 2004년에는 4위로 치솟았다. 연령대별로는 40대가
2004년 전체 자살자의 21%를 차지하는 등 가장 많지만, 20~30대의 사망원인
1위가 자살이었고, 10대는 운수사고에 이어 2위였다. 2004년 남성 자살자는
9,385명인 데 반해 여성 자살자는 3,908명으로 남성이 여성에 비해 3배 많이
자살한 것으로 나타났다(한겨레, 2005. 9. 28).

통계청이 발표한 ‘2004년 사망원인’을 보면, 인구 10만 명당 자살자 수로
비교한 자살률도 한국이 경제협력개발기구(OECD) 국가 중 1위로 조사됐다.
국제비교를 위해 연령구조 차이를 제거한 한국의 자살률은 10만 명당 24.2
인데, 이는 헝가리(22.6), 일본(18.7), 벨기에, 핀란드(각 18.4) 등을 훨씬 앞지
르는 수준이다.

더욱이 최근 10년간 연평균 자살 증가율에선 한국이 1%로 단연 최고 수
준이다. 1982년에만 해도 우리나라는 인구 10만 명당 자살자가 6.8명에 그쳐
29개국 가운데 멕시코(2.3명), 그리스(3.3명), 스페인(4.8명)에 이은 저(低)자살
국이었다. 자살률의 급증은 한국 사회의 생존 조건이 갈수록 열악해지고 있
음을 여실히 보여주는 대목이다(한겨레 2004. 6. 4).

자살한 청소년의 수도 1997년 908명에서 2004년 2천 560명으로 181.9%나
늘어났다. 한국청소년상담원(2005)의 조사에 따르면, 자살충동을 느끼는 청
소년이 48.6%이고, 그 중 13.7%는 구체적인 자살 방법을 생각해 보았고
6.4%는 실제로 자살을 시도해 본 것으로 드러났다. 자살행동 경험이 있는
청소년들은 학교생활과 관련, 주로 성적부진에 대한 부담감과 좌절감, 자신

의 고민이나 어려움을 나눌 수 있는 친구의 부재를, 가정생활과 관련해서는 주로 부모와의 갈등, 가정의 경제적인 어려움 등을 호소했다고 한국청소년상담원은 밝혔다(한겨레 2005. 9. 23).

6) 생존권 지표의 추이

한국 청소년의 생존권 실태를 몇 가지 지표를 통해서 파악하기는 어려움이 있지만, 전반적으로 볼 때 사망률에서 보는 바와 같이 고유의 생명권은 상당히 양호한 수준이지만 신체적 생존권과 질적 생존권은 오히려 악화되거나 양극화 현상이 일어나는 것으로 판단된다.

청소년의 기대여명은 전반적으로 상승하지만, 체격의 향상에도 불구하고 체력과 체질은 악화된다든지, 국민소득의 향상에도 불구하고 결식아동과 청소년이 늘어나거나 과도한 입시위주 교육으로 아침식사를 결식하는 중고등학생이 적지 않다는 것은 양극화의 현상이라고 볼 수 있다. 최근 학교급식의 실천율이 높아지고 있음에도 불구하고, 단체급식을 하는 학교에서 집단식중독 사건이 끊이지 않는 것은 청소년의 생존권이 안심할 만한 수준이 아니라는 것을 보여준다.

한국 사회의 경제성장과 함께 아동과 청소년 생존권 지표는 전반적으로 향상되고 있지만, 1997년 외환위기를 계기로 절대 빈곤에 빠진 아동과 청소년이 적지 않고, 이들에 대한 복지대책에도 불구하고 부모의 이혼과 별거 그리고 사망으로 인하여 위기상황에 처한 아동과 청소년은 끊임없이 발생될 것이다. 이점에서 생존권 지표는 전체 청소년의 생존상황을 파악할 수 있으면서도 청소년의 성별, 연령별, 그리고 경제수준 등에 따라서 다양하게 파악될 수 있도록 활용되어야 할 것이다.

2. 국제기구의 청소년 생존권 주요 권고 내용과 시사점

UN아동권리위원회는 대한민국이 2000년 5월 1일에 제출한 국가보고서를 2003년 1월 15일 제 838차 및 제 839차 회의에서 심의하고, 2003년 1월 31일

제 862차 회의에서 다음과 같은 권고의견을 채택하였다. 그중 생존권과 관련된 ‘주요 우려사항과 권고’를 정리하면 다음과 같다.

먼저 UN아동권리위원회는 1차 보고서 심의시 권고사항의 이행이 미비하다는 점을 지적하였다. 특히, 유보사항 철회와 “여자어린이, 장애어린이, 혼외출생어린이에 대한 차별 철폐를 위한 공공교육캠페인의 개발 (20항)” 등을 강조했다.

7. 위원회는 최초보고서(CRC/C/8/Add.21) 심의 후에 채택된 권고의견의 권고사항(CRC/C/15/Add.51, 1996.2.13), 특히 아래와 같은 문제가 대부분 불충분하게 이행되었음을 유감스럽게 생각한다.

- a) 유보철회 (19항)
- b) 여자어린이, 장애어린이, 혼외출생어린이에 대한 차별 철폐를 위한 공공교육캠페인의 개발 (20항)
- c) 가정, 학교, 사회생활에 대한 어린이의 참여촉진 (26항)
- d) 모든 형태의 차별 금지 (22항)
- e) 협약 29조에 규정된 교육의 목표를 충분히 반영하는 것을 목적으로 하는 교육정책의 검토 (29항)

또한 UN아동권리위원회는 기존의 우려를 반복하며, 최초 보고서에 대한 권고의견에 포함된 권고사항 중 아직 이행되지 않은 부분을 이행하기 위한 노력을 지속하고, 이번 2차 보고서에 대한 권고의견에 포함된 우려사항의 해소를 위해 노력할 것을 촉구했다.

UN아동권리위원회의 권고사항을 고려하여 생존권 지표를 개발하고자 할 때, 모든 권리의 기초가 되는 아동의 정의와 일반원칙에서 ‘무차별의 원칙’이 매우 중요하다.

한국사회에서 아동과 청소년의 권리가 상당히 진전되었음에도 불구하고, 일부 아동과 청소년의 권리는 매우 우려할 만한 상황이다. 유엔아동권리위

위원회가 명시적으로 “특히 한부모가정 자녀, 혼외출생 자녀, 장애어린이, 이주자 자녀, 여자어린이에 대한 사회적 차별을 근절하기 위해 공공교육, 문제 인식 캠페인 등 행동지향적 조치를 취할 것을 권고한다”고 한 것을 볼 때, 생존권의 지표는 전체 청소년에 대한 사항뿐만 아니라 여자청소년, 장애청소년, 이주자자녀청소년, 혼외출생자녀, 한부모가정 자녀 등에 대해서 특별한 관심을 가져야 할 것이다.

3. 일반 원칙

(협약 2조, 3조, 6조, 12조)

29. 위원회는 협약의 일반원칙(무차별(2조), 아동의 최상의 이익 존중(3조), 생명발달권(6조), 연령과 성숙도에 따른 어린이의 견해 존중(12조))이 국가 및 지방차원에서의 입법, 정책, 사업에 충분히 반영되어 있지 못한 점을 우려한다.
30. 위원회는 당사국이 아래와 같은 조치를 취할 것을 권고한다.
 - a) 어린이 관련 법령에 이들 일반원칙을 적절히 통합한다.
 - b) 어린이에 영향을 미치는 모든 정치적, 사법적, 행정적 결정과 사업에 이들 원칙을 적용한다.
 - c) 모든 수준에서의 정책 입안·결정과정 및 사회복지, 보건, 교육당국, 법원, 행정당국에 의해 취해지는 모든 조치에 이들 원칙을 적용한다.

무차별원칙

31. 위원회는 정부보고서에 인종차별에 관한 정보가 없고, 한부모 가정 자녀, 혼외출생 어린이, 장애어린이, 여자어린이, 이주가 정자녀 차별에 관한 정보가 부족한 점을 우려한다. 위원회는 또한 헌법이 협약에 규정된 바와 같이 인종, 피부색, 언어, 정치적 견해, 민족, 장애, 출생 등에 기반 한 차별을 명시적으로 금지하고 있지 않은 점을 우려한다.

32. 위원회는 협약 2조에 규정된 모든 종류의 차별을 명시적으로 금지하는 입법 조치를 시행하도록 권고한다. 더 나아가, 위원회는 특히 한부모가정 자녀, 혼외출생 자녀, 장애어린이, 이주자 자녀, 여자어린이에 대한 사회적 차별을 근절하기 위해 공공교육, 문제인식 캠페인 등 행동지향적 조치를 취할 것을 권고한다.
33. 위원회는 협약 제 29조 제 1항에 관한 일반논평 1호를 고려하여, 차기 보고서에 2001년 인종차별철폐회의에서 채택된 선언 및 행동계획의 이행노력 중 아동권리협약과 관련된 조치와 사업에 관한 정보를 포함시킬 것을 요청한다.

UN아동권리위원회는 ‘기초보건과 복지’에 대해서 특별히 다음과 같이 권고하였다. 그중 청소년과 밀접히 관련된 사항은 “특히 HIV/AIDS, 성병, 10대의 흡연과 약물사용에 관한 교육 등 종합적인 청소년건강정책을 개발하기 위해 청소년보건에 관한 연구 실시”이다.

아울러, 장애청소년에 대한 관심과 이주자자녀인 청소년에 대한 관심도 매우 절실하다. UN아동권리위원회는 한국정부가 “교육 및 사회복지 관련 법령 등이 외국어린이, 특히 불법이주노동자 자녀의 복지와 권리 보장을 위한 구체적인 조항을 두고 있지 않은 점을 우려한다”고 명시적으로 지적하고 있다.

6. 기초보건과 복지

(협약 6조, 18조 3항, 23조, 24조, 26조, 27조 1-3항)

48. 위원회는 [당사국의] 높은 수준의 어린이 보건 수준을 평가하지만, 보건예산 비율이 1% 미만이며 90%의 보건의료기관이 민영이라는 점을 우려한다. 위원회는 또한 1990년대에 모유수유율이 상당히 하락한 점과 흡연, 필로폰 등 불법약물을 사용하는 청소년이 증가하고 있음을 우려한다.

49. 위원회는 당사국이 아래와 같은 조치를 취할 것을 권고한다.
- a) 보건예산을 증대하고 저소득층 가정이 무료로 이용할 수 있는 공공보건의료기관 설립
 - b) 생후 6개월간 모유단독수유의 중요성에 대한 교육을 실시하고 모유수유에 관한 국가규범 채택
 - c) 수유여성이 고용상 불이익을 받지 않도록 하기 위한 조치
 - d) 특히 HIV/AIDS, 성병, 10대의 흡연과 약물사용에 관한 교육 등 종합적인 청소년건강정책을 개발하기 위해 청소년보건에 관한 연구 실시

장애어린이

50. 위원회는 장애어린이에 대한 사회적 편견이 널리 퍼져 있으며, 이러한 편견이 “어린이의 존엄성을 보장하고 독립성을 고취하며 적극적인 참여를 촉진하는 조건이 되는 충만하고 고귀한 삶”에 대한 권리를 침해한다는 점을 매우 우려한다. 위원회는 특히 매년 상당한 수의 장애어린이가 버려지고 있으며, 많은 수의 장애어린이가 학교에 다니지 못하고 있고 학교에 다닐 경우 다른 어린이들과 분리 교육된다는 점을 우려한다.
51. 위원회는 1997년 위원회의 ‘장애어린이에 관한 토론의 날’에서의 권고사항 및 ‘장애인 기회균등에 관한 기준원칙(UN총회 결의 48/96)’에 따라, 당사국이 아래와 같은 조치를 취하도록 권고한다.
- a) 부모·어린이·교사일반국민을 대상으로 하는 인식제고 및 교육 캠페인 등 장애어린이에 대한 차별문화 근절을 위한 조치
 - b) 학교에 다니지 않는 어린이를 포함하여 장애어린이의 숫자에 대한 종합적인 실사를 실시하고, 이를 통하여 장애어린이의 교육수요, 교육과 기타 사회복지서비스에 대한 접근 평가

- c) 학교, 수련시설 등 공공건물과 장소에 대한 장애어린이의 물리적 접근성을 향상시키는 것을 목표로 하는 기존 사업을 확대하고 유치원·초중등·대학교육에서 통합교육프로그램 확대

8. 특별보호조치

(협약 22조, 38조, 39조, 40조, 37조 (b)-(d)항, 32-36조)

이주자 자녀

- 58. 위원회는 교육 및 사회복지 관련 법령 등이 외국어린이, 특히 불법이주노동자 자녀의 복지와 권리 보장을 위한 구체적인 조항을 두고 있지 않은 점을 우려한다.
- 59. 위원회는 당사국이 아래와 같은 조치를 취하도록 권고한다.
 - a) 불법이주노동자 자녀를 포함한 모든 외국어린이들이 [국민인 어린이들과] 똑같은 혜택을 받을 수 있도록 보장하는 구체적인 조항을 포함하도록 특히 교육 및 사회복지 관련 국내법 개정
 - b) 이주노동자와 그 가족의 권리에 관한 1990년 협약 비준 고려

3. 국내외 청소년 생존권 지표 사례 분석

1) 국내 청소년 생존권 지표 사례분석

국내에서 청소년 생존권 지표만을 독자적으로 개발한 사례는 아직 발견되지 않았다. 다만, 아동권리지표 개발에 관한 연구, 청소년인권지표 개발연구 등에서 아동과 청소년의 생존권을 함께 다룬 사례가 있고, 각종 청소년 지표 연구에서도 청소년의 생존권을 중요하게 다룬 적이 있다. 따라서 기존연구에서는 청소년 생존권에 관한 지표를 어떻게 다루고 있는지를 간략히 살펴보면 다음과 같다.

(1) 한국아동권리학회의 아동권리지표중 생존권 관련 지표

한국아동권리학회 아동지표개발팀은 1998년에 아동권리지표를 개발하였다. 아동권리지표는 한국 아동의 생활과 환경실태를 포함한 아동의 지위 및 그 변화양상을 종합적으로 파악하는 계량화된 척도로서 각종 자료가 아동이 관찰의 단위가 되고 아동기가 분석 단위가 된다. 아동권리지표 개발연구를 통해 신뢰롭고 타당한 지표를 개발함으로써 아동의 삶에 영향을 주는 활동을 관찰하여 살펴보는 모니터 활동을 보다 효과적으로 할 수 있게 되고, 아동관련 연구나 지도 그리고 행정업무 등에 다양한 용도로 활용할 수 있도록 하였다.

아동권리지표는 포괄성, 타당성, 기존자료의 가용성과 선정과정의 용이성, 질적 안정성, 현실성과 실제성, 이용의 광범위성, 해석의 용이성, 국제적 비교가능성 등을 고려하여 개발하였으며, 개발과정에 있어 다음의 10가지 기본 원칙을 수립하였다.

- 아동의 고유성을 최대한 반영한다.
- 아동의 권리를 구체적으로 실현할 수 있도록 한다.
- 아동의 권리 변화 정도를 적절하게 반영하여야 한다.
- 아동의 권리와 지위 향상을 위한 정책수립에 반영할 수 있도록 한다.
- 아동의 권리에 관한 국제협약을 최대한 반영한다.
- 국제간 비교가 가능하도록 한다.
- 기존의 ‘한국의 사회지표’ 체계를 가능한 수용한다.
- 각 지표에 대한 이론적 근거를 제시한다.
- 분야별 대표 지표를 선정한다.
- 각종 용어의 해설, 지표의 정의, 산식을 제시한다.

특히, 아동권리지표의 세부 항목들이 ‘아동의 권리에 관한 국제협약’의 각 조항을 충분히 반영할 수 있도록 하였으며, 국제비교 가능성을 고려하여 세부지표마다 아동권리협약의 관련 조항을 명시하였다.

구체적인 개발과정을 보면, 아동권리지표는 그 내용이 광범위하여 내용별 영역을 분류하여 연구자들이 전문영역별 지표를 개발하는 방법으로 연구를 진행하였다. 지표 개발영역을 선정하기 위해 각종 사회지표 관련 연구를 참고로 하였으며, 특히 1994년 11월 미국 국립보건원(National Institutes of Health) 휴스센터(Hughes Conference Center)에서 개최된 ‘아동복지지표(Indicators of Children’s Well-Being)’에 관한 학술회의 내용을 담은 동명의 문헌에서 제안한 5개 분야(보건, 교육, 경제적 안정, 인구와 가족, 사회성 발달과 문제행동)를 기초로 하고, 국내의 사회지표 체계와의 근접 필요성 및 아동권리협약 각 조항과의 관계를 고려하여 10개의 지표개발영역을 확정하였다(한국아동권리학회, 2001). 아동권리지표는 인구, 생명 및 생존, 보건, 보육, 교육, 가족, 사회성 발달, 사회보장, 경제적 안정, 문제행동과 사회적 환경 등 10개 영역에서 23개 관심영역, 67개의 세부관심영역과 227개의 세부지표가 제시되었으며, 각 영역에서 3개의 주요 지표를 선정하여 총 30개의 대표지표를 제시하였다.

그중 아동의 생존권 관련 지표는 생명 및 생존, 보건 분야에서 볼 수 있다. 생명 및 생존분야는 세부관심영역으로 위생, 사망, 안전 및 사고를 다루고, 보건분야에서는 장애, 질병, 건강을 다루었다. 한국아동권리학회가 만든 30대 주요 아동권리지표 중에서 생존권 관련 지표를 선별하면, 다음과 표와 같다.

한국아동권리학회 아동지표개발팀이 만든 아동권리지표는 한국에서 최초로 만들어진 아동권리지표라는 점에서 큰 의의를 찾을 수 있다. 이후 개발된 많은 권리지표가 이 틀을 많이 참조하였다는 점에서 그 영향력을 확인할 수 있다.

그런데, 생존권 관련 지표에 한정시켜 보면, 상수도 보급률은 아동의 위생과 밀접히 관련되지만 동시에 전체 시민의 위생과 관련된 지표라는 점에서 아동의 관점이 보다 강하게 반영된 지표로 대체되었으면 한다. 보건의 경우도 세부 관심영역의 순서를 건강, 질병, 장애로 정리하여 보다 모든 아동이 일상적으로 경험하는 것부터 소수 아동이 경험하는 것으로 정리하였더라면

더 바람직하겠다.

또한, 청소년 생존권의 관점에서 볼 때, 영아사망률은 국제적으로 널리 통용되는 지표이지만 청소년에게는 적합성이 떨어지므로 연령별 사망률로 대체하는 것이 바람직하겠다. 같은 논리로 주요 아동질환 유병율도 청소년의 경우에는 유병율 혹은 주요 만성질환 유병율로 바꾸는 것이 더 좋겠다.

<표 III-1> 한국의 30대 주요 아동권리지표 중 생존권 관련 지표

분야	관심영역	세부 관심영역	세부지표(아동권리협약 관련 조항)
2. 생명 및 생존	생명 및 생존	위생	4. 상수도 보급률(3, 24조)
		사망	5. 영아 사망률(6, 24조)
		안전 및 사고	6. 안전사고에 의한 아동 사(상)자율 (3, 24조)
3. 보건	보건	장애	7. 장애아동 출현율(23조)
		질병	8. 주요 아동질환 유병률(24조)
		건강	9. 아동 신체 충실지수(24, 27조)

(2) 보건복지부의 아동권리지표 중 생존권 관련 지표

보건복지부의 연구비를 지원받아서 한국보건사회연구원의 서문희 연구팀(2003)이 개발한 ‘아동권리지표 개발에 관한 연구’는 아동권리지표를 크게 인구, 건강과 생존, 가족, 시민적 권리와 자유, 교육, 문화와 여가, 사회복지, 특별보호 분야로 나누어서 개발하였다.

그중 생존과 건강분야는 세부관심영역이 건강, 생존으로 나뉜다. 건강의 세부지표는 저체중아출생률, 모유수유율, 예방접종률, 신체질량지수, 우울감 경험 아동비율, 자살사고 아동비율, 학교급식의 식중독 발생률, 음주율, 흡연율, 유해약물사용 경험률, 장애아동출현율, 유병률, 의료이용 충족률로 파악되었다. 생존의 세부지표는 안전사고 사상 아동비율, 안전교육을 받아본 아동 비율, 사회 안전에 대한 아동의 인식도, 사망률 등이다(서문희 외, 2003: 292-297).

서문희 연구팀이 개발한 아동권리지표는 관심영역, 세부관심영역, 개별지표 등을 체계적으로 개발하고, 이의 정의와 산식을 밝히며, 집계항목을 성

별, 연령별, 교급별, 지역별로 어떻게 할 것인지를 자세히 제시했다는 점에서 돋보인다.

그런데 이 지표는 아동권리를 측정하기 위한 것이므로 청소년지표와는 관심사항에서 상당한 차이가 난다. 즉, 분야에서는 아동과 청소년이 일치하더라도 관심영역과 세부영역에서는 상당한 차이가 있다. 생존과 건강의 경우에 아동은 위생, 건강, 생존 등을 다루고, 다시 건강에서는 모자보건, 건강, 건강위해행위, 장애, 질병 및 의료이용 등을 다루고 있는데, 청소년의 경우 모자보건은 세부관심영역에서 제외되고, 질병에서도 에이즈 등 성병에 관한 사항이 강조되어야 할 것이다.

따라서 아동권리지표는 청소년권리지표를 개발하는데 많은 참고가 될 수 있겠지만, 청소년권리지표는 관심영역, 세부관심영역, 그리고 개별지표에서 청소년의 생활양식을 반영한 새로운 지표를 개발해야 할 것이다.

<표 III-2> 아동권리지표 중에서 인구분야와 생존 및 건강분야

분야	관심 영역	세부관심영역	개별 지표	정의 및 산식	집계항목				
					성별	연령	교급별	지역	
생존과 건강	위생	위생	학교급식의 식중독 발생률	급식을 실시하는 학교에서 발생하는 식중독발생 비율			0		
			모자보건	저체중아출생률	연간 전체 출생아중 출생당시 체중이 2.5Kg미만인 출생아 비율	0			
	모유수유율	일정기간동안 출생당시부터 일정시기까지 모유만을 수유한 아동의 비율		0					
	예방접종률	표준접종시기를 초과한 아동중 해당 예방접종을 실시한 아동의 유형별비율			0				
	건강	건강	신체충량지수	1~17세 아동의 신체검사결과치	0	0			
			우울감경험 아동 비율	지난 1년간 항상 우울감을 경험한 아동 비율	0	0	0	0	
			자살사고 아동비율	지난 1년간 자살사고(思考)를 경험한 아동 비율	0	0		0	
	건강위해행위	건강위해행위	음주율	술을 마신 경험이 있는 아동	0	0	0		
			흡연율	담배를 피운 경험이 있는 아동	0	0	0		
			유해약물 사용경험률	유해약물(흡입제, 진통제) 사용 경험이 있는 아동비율	0	0	0		
	장애	장애	장애아동 출현율	전체 아동중 일정 장애를 가진 아동의 유형별 비율	0	0			
			질병및 의료이용	유병률	조사대상기간(2주간)에 전체 및 특정 질병별의 유병상태 아동의 비율	0	0		0
	의료이용 충족률	지난 2주간 유병자 중 치료를 받은 아동의 비율		0	0		0		
	생존	안전 및 사고	안전사고사상아동비율	안전사고사상아동비율	안전사고에 의해 사망하거나 상해를 입은 유형별 아동의 비율	0	0		
				안전교육을 받아본 아동비율	지난 1년간 안전교육을 받아본 아동비율			0	0
			사회안전에 대한 아동인식도	아동이 사회가 안전하다고 생각하는 정도(매우 안전, 안전, 보통, 위험, 매우 위험)구성비율	0	0		0	
		사망	사망률	주요 사망원인에 의해 사망한 아동의 비율	0	0			

(3) 한국청소년개발원의 청소년인권지표 중 생존권 관련 지표

한국청소년개발원 길은배 연구팀(2001)이 연구한 ‘청소년 인권지표 개발 연구’는 본 연구진에 개발하려는 ‘청소년 생존권 현황과 지표 개발’과 가장 근접한 연구이다(길은배 외, 2001: 5-8).

길은배 연구팀은 청소년의 인권개선을 위해서는 무엇보다도 현재의 실태에 대한 정확한 인식과 점검이 필수적이라고 보고, 청소년의 인권 상황 및 실태를 객관적으로 가늠할 수 있는 기준과 기초자료 개발은 보다 효율적이고 효과적인 청소년 인권정책사업 추진을 위한 기초적 토대를 제공해 줄 것으로 인식했다.

하지만 청소년인권지표체계 개발의 필요성과 당위성에 대해서 많은 청소년 전문가 및 청소년들이 공감하고 있으면서도 청소년인권이 내포하고 있는 광범위하고 다의적인 개념상의 문제와 ‘인권’이 객관화하거나 계량화하기 어려운 실체적 개념이 아니라는 근본적인 한계를 갖고 있다. 동시에 청소년 인권의 영역 중 일부 수량화하여 객관화할 수 있는 항목이 존재한다고 할지라도, 청소년인권지표체계에 대한 선행연구의 부재와 부정확성은 이의 연구를 더욱 어렵게 하는 요인이기도 하다.

연구팀은 청소년교육, 여성, 체육, 보건 등과 같은 타 분야에서는 지표 개발이 연차적인 연구결과를 토대로 많은 시행착오를 겪어오면서 어느 정도 체계적인 성과를 이루어내고 있으나, 청소년인권분야는 이제 걸음마 단계에 놓여있다고 진단한다. 그러나 시작이 제대로 이루어질 경우 결과적 성과를 담보할 수 있다는 측면에서 또 다른 의의를 찾고 있다.

따라서 이 연구팀은 청소년의 인권실태 파악 및 개선을 위한 구체적이고 객관적인 기준을 확보하며, 청소년인권의 변화양상을 파악하고, 청소년인권 개선을 위한 국가 및 사회적 책임 이행 노력 정도와 인권정책 효과 평가를 위한 척도로 활용할 수 있는 청소년 인권지표의 체계와 항목 시안을 개발하여 제시하고자 하였다.

연구팀은 청소년인권지표 체계를 구성하기 위하여 문헌연구와 국내외 인권지표 관련 사례조사, 그리고 인권지표체계 시안 마련을 위한 전문가 의견

조사와 자문 등을 수행하였다.

연구팀은 인권지표의 개발과 조정과정에서 실제 청소년 인권실태를 파악하는데 얼마나 필요한 항목이며, 청소년 인권과 얼마나 관련성이 있는지, 그리고 정책적으로 청소년 인권신장을 위하여 얼마나 유용한 도구적 가치로 활용될 수 있는지 등과 관련된 내용을 중점적으로 검토하였다. 이러한 과정을 통해서 개발된 청소년인권지표는 청소년인구, 건강과 생존, 가족, 교육, 문화와 여가, 사회보장, 시민권과 자유, 사회적 약자청소년의 권리 등 8개 분야에 청소년인구, 건강, 생존, 가족형성, 가족생활, 가족문제, 교육기회, 교육여건, 교육과정 및 결과, 인권교육, 문화, 여가, 사회보장, 시민권과 자유, 사회적 약자 청소년의 인권 등 15개 관심영역에, 36개 세부관심영역, 142개 지표항목으로 구성되어 있다(길은배 외, 2001: 138-145).

그 중 청소년 생존권과 밀접히 관련된 건강과 생존분야를 보면, 다음 표와 같다. 즉, 건강과 생존 분야는 관심영역이 건강과 생존으로 크게 나뉘고, 건강은 건강관리, 질병으로 세부관심영역이 나뉘고, 생존은 다시 안전 및 사고, 사망으로 나뉜다.

길은배 연구팀의 연구는 한국사회에서 ‘청소년인권지표 개발’에 관한 최초의 연구이고, 인권지표체계가 분야-대분류(관심영역)-중분류(세부관심영역)-소분류(지표항목)로 매우 체계적으로 설계되었다는 점에서 돋보인다. 다만, 생존권에 한정시켜 볼 때, 일부 지표항목은 청소년의 생존권을 측정하는데 효과성이 낮은 것으로 보인다. 예컨대, 학교급식은 2006년 현재 거의 모든 초중고등학교에서 실시되고 있는데, 학교급식이 이루어진다고 하여 청소년의 건강관리가 잘 된다고 보기는 어렵다. 학교급식은 주로 중식만 이루어지기 때문에 거의 100%가 실시된다고 하더라도 0교시라는 조기등교로 아침을 먹지 못하는 상황은 학생들의 영양실태를 왜곡시킬 수도 있다.

이러한 한계에도 불구하고 본 연구진은 길은배 연구팀이 만든 ‘청소년인권지표 개발연구’를 중요한 참고문헌으로 인식하면서 청소년 생존권 지표를 개발하였음을 밝히고자 한다.

<표 III-3> 청소년인권지표 중 생존권 관련 지표

분야	대분류 (관심영역)	중분류 (세부관심영역)	소분류(지표항목)
건강과 생존	건강	건강관리	청소년의 비만율(연령별, 성별)
			결식아동 비율(연령별, 성별)
			학교내 양호실 설치 및 양호교사 배치율(교급별)
			학교급식 실시율(교급별, 지역별)
		질병	청소년 약물오남용율 및 치료/보호시설 수, 예산
			청소년의 주요질병 이환율: 유명율
			미성년 임신비율
			청소년 질병치료에 소용되는 국가예산
	생존	안전 및 사고	청소년의 안전사고 발생율: 장소별(가정, 학교, 수련시설), 유형별(등반, 익사, 화재, 교통, 기타 스포츠/레저사고 등)
			청소년의 산업재해 발생율(성별, 연령별)
			학교안전공제회 가입율(교급별, 지역별)
		사망	청소년의 원인별 사망률(유형별, 성별)
청소년의 자살율(원인별, 성별)			

(4) 한국청소년개발원의 청소년개발지표 중 생존권 관련 지표

한국청소년개발원 김진호 연구팀(2004)이 연구한 ‘청소년개발지표 개발연구’중에서 청소년의 생존권 관련 중요한 지표는 다음과 같다.

청소년개발지표는 배경부문, 투입부문, 과정부문, 결과부문으로 나누어서 지표가 개발되었는데, 배경부문에서 핵심영역인 청소년인구중 세부영역인 청소년인구현황, 그리고 개별지표항목으로 총인구대비 청소년인구 구성비, 유형별 청소년인구 구성비, 연간 국외이주/국내전입 청소년수, 청소년사망자 수 등을 파악하였다(김진호 외, 2004: 86).

여기에서 유형별 청소년인구라 함은 지역별, 성별, 연령별, 지위별(근로청소년, 한부모 청소년, 소년소녀가장), 장애요인별(지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신지체) 청소년인구수와 전체 청소년인구 중에서 차지하는 비율을 말한다(김진호 외, 2004: 104).

또한, 결과부문에서 생존권 관련 지표는 핵심영역인 신체적 건강과, 정서적 역량의 일부에서 찾을 수 있다. 즉, 신체적 건강은 세부영역으로 체격, 체력, 신체건강을 보고 있는데, 개별지표항목으로 체격은 청소년 신장, 청소년 체중을 보고, 체력은 50미터 달리기, 근지구력(팔굽혀펴기/팔굽혀매달리기), 근지구력(윗몸일으키기), 순발력(제자리 멀리뛰기), 심폐지구력(오래달리기), 유연성(앞아 앞으로 굽히기)으로 측정되며, 신체건강은 질병율, 영양상태, 비만율 등으로 측정된다(김진호 외, 2004: 100).

정서적 역량은 세부영역으로 자아발달, 정서적 건강, 열정 등으로 측정되는데, 그중 정서적 건강은 생존권과 매우 밀접한 관련을 갖는다. 이 세부영역의 개별지표항목은 스트레스 지수, 우울증 지수, 자살충동지수, 심리적 안녕감으로 측정된다(김진호 외, 2004: 101).

김진호 연구팀의 연구는 청소년생존권 현황과 지표개발에도 큰 시사점을 주고 있다. 청소년 생존권에 배경이 되는 청소년인구를 유형별로 파악한 것은 본 연구에도 바로 적용될 수 있다. 청소년유형 중에서 청소년의 고유한 성격인 성별, 연령별, 장애유형별 뿐만 아니라 청소년의 사회적 성격인 지위별을 함께 고려한 것은 바람직한 지표이다. 다만, 최근 결혼이주가족이 급격히 늘어나기 때문에 인종과 피부색 혹은 이주가족의 자녀라는 특성이 청소년의 생존권에 큰 영향을 줄 것이다. 또한 소년소녀가족을 포함하여 최저생계비에 미치지 못하여 국가의 보호를 받는 빈곤가족의 청소년에 대한 관심도 추가되어야 할 것이다.

김진호 연구팀은 생존권 관련 지표로 신체적 건강과 정서적 건강에 중점을 두고, 이를 다시 신체적 건강은 체격, 체력, 신체적 건강으로 정서적 역량 중에서 정서적 건강으로 파악하였다. 이는 생존권을 건강이라는 매우 좁은 틀로 이해한 것이 아닌가 싶다. 이에 따르면, 안전이나 위생, 적절한 생활을 할 권리 등이 누락되기 쉽고, 청소년의 생존을 크게 위협하는 약물오남용, 성병 등이 제외되기 때문이다. 따라서 생존권 지표는 신체적 건강과 정서적 건강을 포괄하면서도 좀더 넓게 개발되어야 할 것이다.

또한 김진호의 연구는 개별지표항목이 지나치게 많은 감이 있다. 청소년

개발지표가 청소년개발에서 배경, 투입, 과정, 결과 부문을 모두 파악하려는 목적 때문이지만, 청소년 생존권 지표에서는 대표성이 강한 몇 개의 지표에 한정시키는 것이 바람직할 것이다.

<표 III-4> 청소년개발지표 중 생존권 관련 지표

대분류	중분류 (핵심영역)	소분류 (세부영역)	개별지표항목(집계항목)
배경 부문	청소년 인구	청소년 인구현황	총인구대비 청소년인구 구성비(년도별, 지역별)
			유형별 청소년인구 구성비(배경별, 유형별)
			연간 국외이주/국내전입 청소년수(배경별, 년도)
			청소년사망자수(배경별, 유형별)
결과 부문	신체적 건강	체격	청소년신장(배경별, 년도별)
			청소년체중(배경별, 년도별)
		체력	50미터달리기(배경별, 년도별)
			근지구력(팔굽혀펴기/팔굽혀매달리기)(배경별, 년도별)
			근지구력(윗몸일으키기)(배경별, 년도별)
			순발력(제자리 멀리뛰기)(배경별, 년도별)
			심폐지구력(오래달리기)(배경별, 년도별)
			유연성(앉아 윗몸 앞으로 굽히기)(배경별, 년도별)
		신체건강	질병율(배경별, 유형별)
			영양상태(배경별, 유형별)
	비만율(배경별, 년도별)		
	정서적 역량	자아발달	자아정체감지수(배경별, 년도별)
			자기효능감지수(배경별, 년도별)
			자아존중감지수(배경별, 년도별)
			자기통제감지수(배경별, 년도별)
		정서적 건강	스트레스지수(배경별, 년도별)
			우울증지수(배경별, 년도별)
			자살충동지수(배경별, 년도별)
			심리적 안녕감지수(배경별, 년도별)
		열정	학업에 대한 열정지수(배경별, 년도별)
취미생활에 대한 열정지수(배경별, 년도별)			
성취동기지수(배경별, 년도별)			

2) 국외 청소년 생존권 지표 사례분석

아동권리협약의 효과적인 실행을 보장하기 위해 각국의 아동권리 상태를 측정하고 평가하는 도구가 필요한 것은 두말할 필요가 없다. 국제협약의 단순한 승인만으로 그 실행을 담보할 수 있는 것은 아니며, 국가별로 법과 정책이 채택되었다고 해서 아동과 청소년의 권리가 충분히 보장되는 것은 아니기 때문이다.

이런 인식에서 아동권리협약의 실제적 실행을 모니터할 실용적인 지표가 요청되는 바, 아동권리지표 개발에 대한 관심은 UN아동권리위원회는 물론 유엔을 비롯한 국제기구 및 세계은행 등 민간 국제기구, 연구기관 및 주요 선진국의 관련 연구를 통해 지속되어 왔다. 특히 미국을 중심으로 사회지표 (social indicators) 또는 아동과 청소년복지와 관련된 지표(indicators of children's well-being)에 대한 연구가 많이 이루어져 오고 있다. 공공기관에서 개발된 지표로는 미국 중앙정보국 세계연감 CIA World Fact Book(U.S. Central Intelligence Agency), 교육통계 The Condition of Education(U.S. Department of Education), 전국 가족성장 통계조사 National Survey of Family Growth(U.S. Department of Health and Human Services), 및 주택 및 도시개발 통계 HUD Statistics(U.S. Department of Housing and Urban Development) 등이 있다. 민간기관에서는 Kids Count Data Book: State Profiles of Child Well-Being(Annie E. Casey Foundation), 미국 아동현황보고서 The State of American Children(Children's Defense Fund) 및 미국 비영리부문 통계 Charitable Statistics of the United States(Urban Institute) 등이 매년 또는 지속적으로 관련 지표를 제공하고 있다.

청소년권리지표 특히, 국제 비교를 위한 청소년생존권 지표 등을 위해서는 유엔을 비롯한 국제기구에서의 아동과 청소년지표 연구가 중요한 의미를 갖는다. 가장 많이 알려진 것으로는 UN 유니세프의 세계아동현황보고서(The States of the World's Children), UN개발기구(UNDP)의 인간개발보고서(Human Development Report) 및 세계은행(World Bank)의 세계개발보고서(World Development Report) 등을 들 수 있다. 다음 표는 국제적인 지표개발과 관련

된 주요 사항을 정리한 것이다.

<표 III-5> 청소년권리지표 관련 주요 국제기관의 자료 현황

자료명	발행기관	발행주기	주요 특성
인권위반통계집	국제사면기구	년중	세계 각국 인권상황변화에 대한 양적, 질적 분석자료 제공
세계아동현황 보고서	UN아동기금 유니세프(UNICEF)	년간	UN 전체 회원국 아동, 가족, 및 여성 실태에 대한 100개 지표 제시
인간개발보고서	UN개발기구 (UNDP)	년간	UN 전체 회원국의 사회경제적 상황 변화에 대한 100개 지표 제시
통계연보	유네스코 (UNESCO)	년간	UN회원국의 교육, 과학, 문화 실행 상태에 대한 150개 지표제시
세계보건보고서	세계보건기구 (WHO)	년간	UN 전체 회원국의 보건, 질병, 사망률 등에 대한 지표제시
세계개발보고서	세계은행 (World Bank)	년간	UN 회원국의 경제개발 및 무역 등에 관한 비교 지표 제시

아동권리위원회는 협약실행을 모니터하기 위한 지표사용에 대해 다음과 같이 논의한 바 있다. “적절한 지표의 사용은 아동권리협약이 포함하고 있는 권리들이 어떻게 보장받고 또 실행되고 있는지에 대해 평가하는데 기여할 수 있으며..... 지표는 아동권리위원회로 하여금 당사국들이 이룩한 진전 상황을 평가할 가능성을 제공하는 하나의 중요한 구성요소이다.” 위원회는 또한 경제적, 사회적, 및 문화적 권리의 점진적 실현을 위해 이를 측정하는 적절한 지표를 UN체제 내에서 지속적으로 개발할 것을 지적하고 있다.

(1) 새천년발전목표(MDGs)와 지표개발

① 새천년발전목표 모니터링 지표

새천년발전목표(MDGs)는 새천년 선언(the Millennium Declaration)에서 비롯된 모든 UN 회원국들이 합의한 성명서이다. 여기에서는 새천년의 시작과 함께 발전을 촉진시키는 여러 가지 약속들을 담고 있다. 특히, 빈곤, 기아, 교육,

건강을 가장 핵심적인 목표로 설정하고 있는데, 청소년 생존권과 관련해서는 특히 하루 1달러 이하로 사는 사람들의 수를 절반으로 줄이고, 5세 이하의 유아 사망률의 2/3 수준으로 감소시키며, HIV/AIDS 감염으로 인한 사망율을 감소하며 식수난 문제를 해결하는 등과 관련된 목표를 설정하고 있다.

2003년 UN에서는 “새천년 발전목표 모니터링 지표: 정의·근거·개념·자료원 (Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: Definitions, Rationale, Concepts, and Sources)”을 발표했는데, 전체 8가지 목표와 18가지의 하위목표 또는 당면목표가 제시되어 있으며 이러한 목표들이 발전의 성과를 담보한다는 측면에서 그 목표를 보다 잘 달성할 수 있도록 48개의 지표를 제시하고 이를 측정한다.

새천년발전목표가 제시하고 있는 8가지 목표는 다음과 같다.

- ① 극심한 빈곤과 기아 근절
- ② 보편적인 1차 교육의 달성
- ③ 양성 평등과 여성 권한 부여의 증진
- ④ 아동 사망율의 감소
- ⑤ 모성(산모) 보건의 개선
- ⑥ HIV/AIDS, 말라리아 및 기타 질병과의 전쟁
- ⑦ 환경적 지속가능성의 보장
- ⑧ 발전을 위한 지구적 파트너십의 개발

새천년발전목표는 국제사회를 위한 공통의 발전목표를 설정하고 있으며 국제적 수준에서의 그 현황을 제시한다는 측면에서 유용하다. 새천년발전목표는 또한 지원가능국가(donor countries)들로 하여금 일부 발전 도상국가(developing countries)들이 2015년까지 그러한 목표를 달성하는데 뒤처지게 되는 이유를 설명하는데 압력으로 작용한다.

새천년발전목표 모니터링 지표는 그 개발목적을 각 국가들에게 지침을 제공하고 참고가 되는 것이라고 밝히고 있는데, 다음의 5가지 주요 기준을 적용하고 있다.

- ① 새천년발전목표에서 설정된 하위목표의 진전 상태의 측정가능성 제공
- ② 명료하고 직접적인 해석 및 국제비교의 기초 제공
- ③ 여타 지구적으로 규정되고 있는 사항과 일관성이 있으며 정부, 국가 등에 대한 불필요한 부담의 해소
- ④ 최고의 국제적 기준, 권고 및 최상의 실천(best practice)에 입각
- ⑤ 잘 수립된 자료원을 적용하고, 수량화가 가능하며 장기적으로 일관성 있게 측정 가능할 것

각각의 지표는 조작적 정의, 지표가 관련되는 목표와 하위목표, 지표사용의 근거, 계산방법, 자료출처, 참고자료, 측정주기, 해당 지표의 한계성, 자료의 수집, 축적 또는 보급 관련 국가 및 국제기관 등에 관련된 정보들이 제공되고 있다.

② 새천년발전목표와 아동 청소년

새천년발전목표가 입안될 당시에는 아동을 중심으로 하여 개념화되지는 않았다. 그 목표는 발전을 촉진하는 하나의 지구촌 파트너십을 수립하는 것이었다. 그러나 이 과업을 수행하는데 있어서, 아동빈곤의 감소가 필수적이기 때문에 목표, 하위목표 및 지표들을 아동에 적용하는 일이 많이 나타나게 되었다. 사실, 8개의 목표 중에서 6개는 아동의 건강, 교육, 보호, 및 평등권이 보호된다면 달성될 수 있는 것이다(UNICEF, 2004). 그럼에도 불구하고, 비록 그 목표들이 대체로 아동과 청소년에게 적용 가능하기는 하지만, 2개의 목표 즉, 초·중등 1차 교육의 실현과 아동 사망률의 감소 등은 아동과 청소년들에게 직접적으로 해당하는 것이다. 나머지 목표들도 아동복지에 간접적인 영향을 끼치거나 또는 이상적으로 아동에게 확대 적용할 수 있으며 일 반복지에 영향을 끼치는 것이다. 예를 들면, 여성 권한부여는 여아가 남아보다 더 많이 혜택을 받는 경향을 보이고 있으며, 극심한 빈곤과 기아의 근절이라는 점도 아동복지에 절대적인 것이다(Kabeer, 2003).

최근의 “세계청소년보고서(World Youth Report)” (United Nations, 2004; 2005)는 청소년과 관련하여 새천년목표를 강조하고 있다. 특히, 새천년발전

목표에는 청소년이 중요한 내용으로 나타나고 있지 않은 것 같지만, 자세히 들여다보면, 5개의 목표들이 직접적으로 청소년을 언급하고 있는 것으로 볼 수 있다고 한다. 왜냐하면 이들 목표들은 기본적으로 청소년과 밀접히 관련된 사안들이기 때문이다. 여기에는 교육달성, 교육에서의 양성 평등, 모성보건 개선, HIV/AIDS 및 말라리아, 결핵 등 여타 질병과의 전쟁, 그리고 청소년을 위한 고용기회 개선 등이 포함된다.

세계청소년보고서에서 제시하고 있는 청소년관련 새천년발전목표의 지표는 다음과 같다.

<표 III-6> 새천년발전목표, 하위목표 및 청소년관련 지표

목표	하위목표	지표
1. 극심한 빈곤과 기아근절	1. 1990년과 2015년사이 일일 US \$1미만 소득 인구비율의 반감 2. 1990년과 2015년 사이 기아 인구비율의 반감	1. 일일 US \$1 미만으로 사는 인구 구성비(1993년 구 매력 지수) 4. 5세 미만 저체중아 보유율
2. 보편적 일차교육의 달성	3. 2015년까지 전세계 남녀아동 청소년의 초등교육 전과정 이수 보장	8. 15-24세 청소년 문맹률
3. 아동 사망률의 감소	4. 초중등 교육에서의 성불균형을 2005년까지 우선 제거하고 2015년 이전까지는 전체교육에서 제거	9. 초,중등,고등 교육에서의 남자 대비 여자의 성비 10. 15-24세 남성 대비 여성의 문맹률
5. 모성(산모) 보건 개선	6. 1990년과 2015년까지 산모사망률 75%까지 낮춤	16. 모성(산모) 사망률
6. HIV/AIDS, 말라리아 및 기타 질병과의 전쟁	7. HIV/AIDS확산을 2015년까지 중단 및 감소 시작	18. 15-24세 임산모의 HIV 보유율
8. 발전을 위한 지구적 파트너십의 개발	16. 발전도상국과 협력하여, 양호하고 생산적인 청소년일자리 마련 전략 개발과 실행	45. 15-24세 청소년의 성별 및 전체 실업률

자료: World Youth Report 2005: Young people today, and in 2015, United Nations, 2005, p. 25.

③ 새천년발전목표와 생존권 지표

아동권리협약의 함의를 이해하기 위해서는 당사국이 협약을 승인하게 될 때, 이를 실행해야 할 국제법상의 의무를 가진다는 점에 유의할 필요가 있다. 특히 협약의 제 4조는 당사국들이 아동권리협약에서 인정된 권리를 실현하기 위한 “모든 적절한 입법적, 행정적 및 여타의 조치를 취하여야 한다”고 규정하고 있다. 당사국이 국제협약준수의 의무를 진다는 점에서 아동권리의 실제적 실행은 아동을 포함한 사회 전 부문의 참여를 필요로 한다. 더욱이 경제적, 사회적, 문화적 권리와 관련하여, 제 2조는 “당사국은 가용자원의 최대한도까지 그리고 필요한 경우에는 국제협력의 테두리 내에서, 이러한 조치를 취하여야 한다.”고 규정하고 있다. 따라서 이 조문은 협약의 승인은 모든 국가들로 하여금 아동의 권리를 충족시키기 위해 충분한 자원들을 할당할 것을 확인하고 있다. 이러한 경제적 및 사회적 권리는 또한 새천년발전목표(MDGs)와 특히 밀접하게 관련된다.

Perezniето(2005)는 새천년발전목표(MDGs)는 아동권리협약의 경제적, 사회적 권리와 상호관계가 있다고 하면서 특히 그 목표와 하위목표를 아동권리협약에 규정된 생명권, 생존권 등과 연결시키고 있어 주목된다. 앞서 제시된 유엔 2005년 세계청소년보고서의 목표와 하위목표에 추가하여 목표 4의 “아동사망율의 감소”와 그 하위목표인 “5. 1990년과 2015년까지 5세미만 아동사망율의 2/3수준으로 감소”를 추가하고 있으며, 목표 6의 “HIV/AIDS, 말라리아 및 기타 질병과의 전쟁”과 관련하여 그 하위목표로 “8. 말라리아 및 다른 주요 질병 발생을 2015년까지 중단 및 감소 시작” 등을 추가하고 있다. 이는 앞서의 유엔보고서가 15세 이상 24세 미만의 청소년연령에만 관련되는 것을 언급하고 있는 반면, Perezniето는 0세 이상의 아동을 포함하는 것으로 그 내용을 확대한 것에 기인한다. 이에 따라 관련한 아동권리협약의 주요내용으로는 제 6조를 비롯하여, 제 2조, 제 4조, 제 24조, 제 27조 및 제 28조 등을 제시하고 있다.

(2) 세계발전지표와 생존권 지표

한편, 세계은행(World Bank)은 세계발전지표(World Development Indicators)를 발표하고 새천년발전목표를 포함 세계적 견해(world view), 인구, 환경, 경제, 금융 및 지구적 연계(global link) 등의 6개 부문에 걸친 지표를 제시하고 있다(The World Bank, 2004).

생존권 지표 개발과 관련하여 특히 주목되는 지표로는 세계적 견해, 인구 두 개 부문에 나타나고 있는데, 다음은 주요한 몇 가지를 예시한 것이다. (괄호는 한국 지표, 연도는 각기 다름):

먼저 세계적 견해 부문에서는 인구 1,000명당 5세 미만 사망률(5명); 출생 시 보건요원 참여율(100%); 10만명 출산 당 산모사망률(20명); 15-24세 청소년의 HIV 보유율(0명); 인구 10만 명당 결핵 발생(91명); 정수된 식수원 사용 인구비율(92%); 15~24세 청소년실업율(8%); 여성인구비율(49.7%); 15-19세 여성중 10대 산모비율(자료 없음) 등이 있다.

또한 인구부문과 관련해서는 1일 1달러 미만 빈곤인구율(2%미만); 남자 취업자 중 15~24세 인구비율(10%); 여자 취업자 중 15~24세 인구비율(7%); 노동인력 중 10~14세 아동청소년비율(0%); 15~64세 인구 중 연금수혜 대상 비율(43%); 15~64세 노동인구 중 연금수혜대상 비율(58%); 수세식 등 위생설비 사용율(63%); 15~19세 여성 1,000명당 출생률(4명) 등이 주목된다.

(3) 유니세프(UNICEF) 아동권리지표

유니세프는 세계아동정상회의에 대한 후속활동과 함께 아동과 청소년과 관련된 지표개발을 위해 오래 동안 노력해왔다. 세계아동현황보고서(State of the World's Children)는 매년 아동복지와 관련된 많은 변수들에 대한 최근의 실태를 알려주고 있다. 이러한 일련의 활동이 아동권리협약의 실행과 밀접한 관련을 맺고 있음은 물론이다. 우선 유니세프는 1998년 아동권리 지구적 모니터링을 위한 지표(indicators for global monitoring of child rights)를 제시한 바 있으며, 매년 발간하는 세계아동현황보고서를 통해 주요 지표에 대한 세계적 현황을 제시하고 있다.

최근 유니세프는 “2006년 세계아동현황보고서(The state of the world’s children 2006: Excluded and invincible)”를 통해 기초지표, 영양, 보건, HIV/AIDS, 교육, 인구지표, 경제지표, 여성, 아동보호 등의 9개 부문에 걸쳐 세계 각 국가별 상세 지표를 수록하고 있다. 아동 청소년 생존권과 관련하여서는 특히 기초지표, 건강과 영양, HIV/AIDS 및 아동보호 부문에서 많은 직접적인 지표들을 제시하고 있다. 유니세프는 또한 새천년발전목표, 아동이 살기 좋은 세상 및 기타 지구적 약속과 관련하여 각 국가의 진전 상황을 각 지표별로 모니터하고 있다. 이를 위해 유니세프는 MICS(Multiple Indicator Cluster Survey)를 개발하여 지속적으로 모니터하고 통계를 수집하고 있다. 특히, 최근의 자료에는 우리나라의 지표도 포함되어 있어 주목 된다(UNICEF, 2005a).

여기서는 이러한 유니세프의 아동권리지표 개발 노력의 예로서 “2006년 세계아동현황보고서(The state of the world’s children 2006)”에 제시된 지표 중에서 생존권 관련 지표를 중심으로 제시하고 특히 해당지표에 대한 실제 지수산출내용을 MICS 등을 통해 수집된 최근 세계 평균과 우리나라의 지표 수치를 함께 나타내기로 한다(UNICEF, 2005a).

<표 III-7> 유니세프 아동현황보고서 생존권 관련 지표

영역	지표	한국	세계평균	
생존	출생시 평균여명(2004)	77	67	
	출생 1,000명당 유아 사망률 (1세 미만)(2004)	5	54	
	출생 1,000명당 5세 미만 사망률(2004)	6	79	
	5세 미만 사망률, 연평균 감소율(1990~2004)	2.9	1.3	
	출생 10만명당 모성 사망 비율 (2000, 조정)	-	400	
건강 및 영양	저체중 영아 비율(1998~2004)	4	16	
	5세 미만 보통이상의 저체중아 비율(1996~2004)	-	26	
	개선된 식수원을 사용하는 인구 비율(2002)	도시	92	83
		농촌	97	95
		농촌	71	72
	적절한 위생설비를 사용하는 인구 비율(2002)	-	58	

	다음 질병에 대한 예방접종 1세 유아(2004)		
	결핵(BCG)	93	84
	디프테리아/백일해/파상풍(DPT3)	95	78
	소아마비	90	80
	홍역	99	76
	B형 간염	92	49
	혈우병 인플루엔자 (Hib3)	-	-
경제 지표	1 달러 미만으로 사는 인구비율(1993-2003)	<2	21
HIV/AIDS	성인 보유 비율(15-49세, 2003년말)	<0.1	1.1
	HIV/AIDS 감염 성인 및 아동(0-45세) 추정수(2003)	8.3	37,800천
	HIV/AIDS 감염 아동(0-14세) 추정수(2003)	-	2,100천
	HIV/AIDS로 고아가 된 아동(0-17세) 추정수(2003)	-	-
아동 보호	출생 등록(1999-2004)	-	45*
	도시	-	62*
	농촌	-	35*

* 중국 제외

(4) 아동권리와 아동빈곤지표

아동권리 지표 개발과 관련하여 주목할 국제적 관심의 또 다른 하나는 아동빈곤지표 개발에 관한 것이다. 빈곤은 생존과 발달을 위협하는 가장 큰 요인이다. 조기 사망과 장애를 유발하는 원인이 되기도 한다. 아동의 참여를 지체시키고 방해한다. 최근 “2005년도 세계 아동현황보고서(The state of the world’s children 2005)” 등 유니세프(UNICEF)에 의한 여러 연구보고서에서는 빈곤이 아동의 가장 기본적인 모든 권리들을 심각하게 저해하고 있음을 강조하고 있다. 이런 점에서 최근 유니세프에 제출된 아동권리와 아동빈곤에 관한 한 보고서, “아동권리와 발전도상국의 아동빈곤(Child rights and child poverty in developing countries)”은 발전도상국가의 아동인권지표를 세계인권선언과 아동권리협약의 두 가지 기준에 입각해서 제시하고 있다(Gordon, Pantazis, & Townsend, 2006).

① 발전도상국 아동빈곤과 인권지표

첫째, 동 보고서는 세계인권선언의 30개 조항들을 일곱 개로 범주화하고 관련된 지표를 국제기구들이 수집한 통계적 자료를 바탕으로 제시하고 있다. 지표 중에는 직접적 측정이 가능한 것 10개와 간접적으로 측정한 것 17개가 있다.

둘째, 동 보고서는 또한 세계인권선언에 입각한 지표개발이 국가간 비교를 위한 지표정보가 상대적으로 많지 않다는 점을 인식하고 아동권리협약에 입각한 지표개발을 시도하였다. 아동권리협약의 각 권리조항을 모두 10가지 범주로 구분하고 몇 가지 지표를 제시하고 있다. 특히 4가지 기본원칙 즉, 무차별의 원칙(제 2조), 아동 최상의 이익 존중(제 3조), 아동 견해와 참여권의 존중(제 12~15조) 및 아동의 생존과 발달의 원칙(제 6조) 등은 가장 중요한 것으로 간주되었다.

<표 III-8> 세계인권선언과 아동권리협약에 따른 아동인권지표

기준 인권협약	인권	주요 지표
세계인권선언	생명권(제 3조)	유아 사망률(출생 100명당) 5세미만 사망률(출생 100명당) 40세까지 생존불가능한 퍼센트 HIV/AIDS 비율 (15~49세)
	적합한 생활수준을 누릴 권리(제 25조)	저체중아 (5세 미만) 일일 \$1 미만 인구비율 일일 \$2 미만 인구비율 국가빈곤선 이하 비율
	안전과 경제적 사회적 문화적 권리(제 22조)	안전한 식수에의 접근불가능 비율 보건서비스 접근 불가능 비율 위생처리에 대한 접근 불가능 비율 예방접종 접근 불가능 비율
아동권리협약	보건 서비스 등 (제 24조)	예방접종받은 아동 비율 다일리아(설사병)에 대해 치료받지 못한 비율 및 치료받은 형태 영양결핍 아동의 비율

자료: Gordon, Pantazis, Townsend (2006). p. 4 및 9에서 재구성

② 선진국의 아동빈곤과 인권지표

아동빈곤은 발전도상국에만 국한된 문제가 아님은 물론이다. 유니세프에서 발간된 최근의 보고서, 선진국에서의 아동빈곤 2005(Child Poverty in Rich Countries 2005)에 의하면, 최근 10년간의 이용 가능한 자료들을 바탕으로 볼 때, 24개 OECD 회원국가 가운데에서 17개 국가에서 아동빈곤비율이 증가되고 있는 것으로 나타나고 있다(UNICEF, 2005b).

Covell과 Howe(2001)에 의하면, 캐나다의 경우 아동 청소년의 빈곤문제가 아동권리협약 가입 이후에 더욱 심화되고 있으며 이것은 다른 서구 산업국가에서도 마찬가지인 것으로 보고 있다. 선진산업국가에서의 아동빈곤을 연구한 Cornia와 Danziger(1997)에 의하면, 아동 빈곤은 제2차 세계대전 이후부터 1980년대까지는 크게 완화되었으나, 역설적이게도 아동권리협약이 제정되고 발효된 시점을 전후한 시기부터 1990년대 초반까지, 아동 빈곤의 완화속도가 점차 지연되기 시작하여 그 후 점차 악화되는 상황을 맞고 있다고 지적한다. 아동빈곤이 악화되는 정도는 스웨덴, 일본, 이탈리아에서 보다는 미국, 캐나다, 영국 등에서 더욱 높게 나타나고 있다는 것이다.

2005년 현재 OECD는 30개 국가로 구성되어 있으며 한국도 포함되어 있다. 이런 점에서 한국에서의 생존권 지표 개발에 선진국에서의 아동빈곤과 관련된 실태는 매우 중요한 의미를 갖는다. 동 보고서에는 아직 한국에 관한 관련 수치나 통계가 제시되어 있지 않지만, 국제비교를 위해 다음과 같은 몇 가지 항목을 사용하고 있다.

여기에는 우선 국가별 소득 중간값 50% 미만 소득의 가계로 정의되는 “상대적” 빈곤에 살고 있는 아동비율, 그리고 중간값 40% 및 60% 미만의 소득 가계 아동의 비율이 국가별로 구분되어 나타나고 있다. 가족생활, 노력시장조건 및 정부정책에 대한 몇 가지 지표도 확인된다. 예컨대, 편부모가구 아동 및 청소년, 부모의 학력 및 소득 수준 10% 미만, 25% 미만 등과 관련한 자료 등이 제시되어 있다.

(5) 아동감시 국제연구네트웍의 아동권리모니터링 점검표

국제아동감시기구(Childwatch International)는 1998년 3년여의 연구를 통해 아동권리 지표를 개발하였다. 당초 목표는 지표의 수집과 측정을 위한 방법을 개발 하는데 따른 이론적 분석 및 그 방법과 지표를 8개 국가에 실제로 적용한 것을 통합하는 것이었다. 8개 국가로는 세네갈, 베트남, 니카라과아, 태국, 베네주엘라, 벨기에, 짐바브웨, 및 우크라이나 등이었다(Ennew & Miljeteig, 1996). 아동권리모니터링을 위한 점검표로도 사용되고 있는 이 지표는 아동권리협약의 각 조문별로 필요한 이행요건과 목록을 자세히 제시하고 있다. 아동에 대한 개념, 실행일반원칙, 교육, 레저 및 문화 활동, 가족 환경과 대체 케어, 특별보호, 시민권과 자유, 건강, 영양 및 복지 등의 영역으로 구분되어 아동권리협약의 해당조문별로 관련 지표를 제시하고 있다.

유니세프에서 발간된 “아동권리협약 실행 핸드북(Implementation handbook for the Convention on the Rights of the Child)”에서는 협약의 각 조문별로 이 내용을 중심으로 실행점검표(implementation checklist)를 제시하고 있다.

생존권 연구와 관련하여 특별히 중요한 의미를 갖는 아동권리협약의 주요 조문 중에서 가장 핵심적인 제 6조의 경우를 이행하는데 따른 주요 점검항목을 소개하면 다음과 같다.

1. 국내 입법에서 제 6조의 일반원칙에 반영되어 있는가?
2. 유아사망율과 아동사망률 감소를 위한 적절한 조치가 취해졌는가?
3. 유아사망율과 아동사망률이 지속적으로 계속 감소하고 있는가?
4. 연령별 내용을 포함하여 임신중절이 기록 및 보고 되고 있는가?
5. 임신중절이 허용되고 있는 경우, 적절히 규율되고 있는가?
6. 유아살해가 없는 점에 국가는 만족하고 있는가? 특히 소녀 및 장애아동의 경우는 어떤가?
7. 아동 임신율은 기록 및 보고 되는가?
8. 아동임신의 수를 감소시키기 위한 적절한 조치가 취해졌는가?

9. 사형선고가 아동에게 적용된 경우가 있는가?
10. 유아살해죄에 대해 국내 입법에 규정이 있는가?
11. 아동자살이 기록 및 보고 되며 또 자살률이 연령별로 분석되고 있는가?
12. 아동자살을 감소시키고 예방하기 위한 적절한 조치가 취해졌는가?

(6) 아동청소년 복지지표(well-being indicator)

아동권리지표라는 용어를 사용하고 있지 않지만, 아동청소년과 관련한 지표는 사회복지와 청소년서비스 분야에서 많은 연구가 이루어져 왔다 (Hauser, Brown, & Prosser, 1997; Ben-Arieh & Goerge, 2006). 특히 최근 KIDS COUNT Indicator Brief를 통해 아동사망을 줄이기 위한 몇 가지 지표들이 제시된 바 있는데, 특별히 안전문제를 강조하고 있다는 점에서 아동과 청소년을 위한 생존권 지표개발에 시사하는 바가 크다 하겠다.

Annie E. Casey 재단에서 발간된 지표개발 요약보고서에 의하면, 아동사망을 줄이기 위해서는 자동차안전, 주요한 안전위험, 아동을 위험에 처하게 하는 성인행동규제, 가족과 부모에 대한 지원강화, 그리고 지역사회 역할 강화를 통한 아동건강과 안전보호 등이 특별히 중요하다고 강조하고 있다. 본 생존권 지표 개발과 직접적인 관련성이 높은 항목을 중심으로 주요한 내용을 소개하면 다음과 같다(Shore, 2005).

아동 청소년복지지표의 사례에서 알 수 있는 바와 같이 기존에 제시되고 있는 여러 사례에서 공통적으로 지적될 수 있는 점은 모든 지표가 아동청소년의 권리적 측면과 복지적 측면의 성격을 함께 가지고 있는 항목들을 포함하고 있다는 점이다. 지표로서의 근거를 설정하고 규정하는 측면에서는 권리지표의 특성을 갖지만, 생명, 건강 보건 등 청소년의 삶에 관련된 주요 내용의 기준을 설정하고 있다는 점에서는 복지지표의 특성을 함께 갖고 있는 것으로 이해된다.

<표 III-9> 안전관련 아동청소년복지지표

영역구분	주요 지표 항목
자동차 안전	안전벨트와 안전시트 사용강화 어린이 안전시트의 올바른 사용 자전거 안전 헬멧 사용 촉진 아동과 청소년에 대한 자동차 안전교육
주요한 안전 위험	식수 안전강화 화재, 화상 및 연기질식에 의한 사망 예방 항공 장애 및 사고에 의한 사망 예방 총기사고로 인한 사망 예방
아동을 위험에 처하게 하는 성인행동규제	가족에 대한 정신건강서비스 확대 아동학대 및 방임예방
가족과 부모에 대한 지원강화	부모 교육을 통한 아동안전 강조 보건서비스계획에 부모관여 확대 보건 및 안전관련 자료의 다양한 개발 보급 아동보호 안전 모니터에 필요한 정보의 부모 접근 확대
지역사회 역할 강화를 통한 아동건강과 안전보호	놀이 공간 이용가능성 및 안전 증대 아동보호상황에서의 보건과 안전보장 학교 내 보건 및 안전 강화 아동보호 종사자의 유자격화 준수 및 강화

이런 점에서 보면, 아동청소년 권리지표를 개발하는 일은 아동청소년복지 지표의 개발과도 밀접한 관련성을 갖는다. 특히 두 가지 측면 모두 그 내용을 아동과 청소년의 수준에서 측정한다는 점에서 아동청소년 중심적인 내용에 초점을 맞춘 지표라는 유사성을 갖는다. 그러나 아동청소년 권리지표가 복지적 측면과 유사한 점이 있음에도 불구하고 몇 가지 점에서 차이점도 있음은 물론이다.

가장 중요한 차이점은 지표를 측정하기 위해 사용되는 기준이다. 아동청소년 복지지표는 바람직한 것이 무엇인가라는 점에 초점을 두지만, 아동청소년 권리지표는 법적으로 수립된 최소요건을 말한다. 이러한 최소요건이 시간과 공간에 따라 변하는 것은 물론이다(Ben-Arieh et al., 2001). 아동권리 협약은 그것이 시민권, 정치권, 경제권 및 문화권을 모두 포괄하고 있다는

점에서 다른 국제 인권관계법들과는 구별되는 특징을 갖는다.

즉, 아동권리협약 제 4조에 의하면, “당사국은 이 협약에서 인정된 권리를 실현하기 위한 모든 적절한 입법적, 행정적 및 여타의 조치를 취하여야 한다. 경제적·사회적·문화적 권리에 관하여 당사국은, 가용자원의 최대한도까지 그리고 필요한 경우에는 국제협력의 테두리 내에서, 이러한 조치를 취하여야 한다”고 규정하고 있다. 또한 제 27조의 1항에서는 “당사국은 모든 아동이 신체적, 지적, 정신적, 윤리적, 사회적 발달에 적합한 생활수준을 누릴 권리를 갖고 있음을 인정한다”고 명시하고 있다.

이러한 내용은 제 27조의 3항에 있는 “국가적인 여건과 재원의 범위 내에서”라는 규정과 제 4조의 용어들과 함께 보면, 적합한 또는 받아들일 수 있는 “최소요건의 수준(minimum levels)”이 다양하게 나타날 수 있다는 점을 예상하고 있음을 알 수 있다. 이러한 받아들일 수 있는 다양한 상황에 대한 예상은 국가별 상황이 다르고 또 국가 내에서도 시기적 변화에 따라 다를 수밖에 없기 때문에, 그에 따른 어떤 기준을 설정하거나 지표를 개발하는데 있어 그것을 어떻게 반영할 것인가 하는 점이 항상 과제가 되어 왔다.

아동청소년권리 지표 개발을 위해 아동 청소년복지지표를 활용하는데 유의해야 할 점의 또 다른 하나는 아동청소년권리지표는 그 개발 목표가 입법자들과 정책결정가들에게 유용하게 활용되기를 바란다는 점에 있다. 달리 말하면, 권리가 실현되든 안든 간에, 권리지표를 설정하는 것 자체가 우리로 하여금 하나의 명료하고, 구체적이며 관측 가능한 현상을 필요로 한다는 것이다. 이에 비해서, 아동청소년복지 지표는 추상적이고 설득적이긴 하지만, 권리지표보다는 그 적용력이 약하다고 할 수 있다.

아동청소년권리지표의 주요 사례들이 복지적 측면의 지표들을 많이 포함하고 있지만, 권리지표의 특성상 뚜렷이 구별되는 특성이 있음을 다시 확인할 필요가 있다. 그리고 이 점은 다음의 제 IV 장에서 청소년 생존권 지표의 개발방향을 설정하고 그 분류체계를 모색하는 데에도 중요한 의미를 갖게 될 것이다.

IV. 청소년 생존권 지표 모형설정 및 분류체계

1. 청소년 생존권 지표(안) 개발 방향
2. 청소년 생존권 지표(안) 모형설정
3. 청소년 생존권 지표(안) 분류체계

IV. 청소년 생존권 지표 모형설정 및 분류체계

1. 청소년 생존권 지표(안) 개발 방향

청소년 생존권 지표개발은 ‘국제기준대비 한국 청소년의 인권수준 실태연구 I-청소년 인권지표 개발’의 일환으로 수행되고 있기 때문에 다음 몇 가지 기준에 충실하고자 한다.

첫째, 청소년의 생존권을 대표할 수 있는 지표를 선정하고자 한다. 본 연구는 청소년의 생존권을 고유의 생명권, 신체적 생존권, 질적 생존권 등으로 구분하였는데, 그 중 생존권을 가장 대표하는 지표는 고유의 생명권일 것이다. 고유의 생명권에서는 출생, 생명, 사망 등을 다루고, 이어서 신체적 생존권과 질적 생존권을 대표하는 지표를 개발한다.

지표를 개발할 때에는 청소년의 생존권의 상황을 대표할 수 있는 지표를 새롭게 해석하고자 한다. 고유의 생명권에서 출생의 경우 ‘15~19세 여성 청소년 1,000명당 출생률’과 같이 아직 성인(만 20세)에 이르지 않은 청소년이 출산하는 아동의 비율을 파악하고, ‘청소년 인공 임신중절율’과 같이 청소년이 태아의 생명을 박탈하는 낙태에 얼마나 관여하는 지를 확인한다. 이러한 지표는 영유아를 중심으로 개발된 기존 지표에서는 흔히 개발되지 않았지만, 본 청소년 생존권 지표에서는 중요하게 다루어질 것이다.

다만 질적 생존권은 이 연구와 연계되어 수행중인 보호권, 발달권, 참여권의 지표와 중복될 수 있기에 이 연구에서는 신체적 생존권에 더 많은 강조점을 둔다.

둘째, 국제기준으로 널리 활용될 수 있는 지표를 개발하고자 한다. 이 연구는 기본 목적이 국제기준에 대비하여 한국 청소년인권 수준을 파악하기 위한 지표 개발이므로 국제적으로 널리 활용될 수 있는 지표를 개발하고자

한다. 국제적으로 널리 통용되는 지표는 대부분 아동용 지표이거나 5세 미만의 아동을 다룬 지표가 많기 때문에 청소년용 지표를 개발하는 것이 이 연구의 방향이다.

현재 국제사회에서 가장 널리 사용되는 아동 권리 지표는 국제연합아동기금(유니세프)이 ‘세계 아동현황 보고서’에서 사용하는 지표이다. 이 보고서는 한 나라 혹은 특정 지역의 아동권리 상황을 인구, 생존, 보건과 영양, 교육, 경제지표, 에이즈, 어린이 보호, 여성 등 8가지 영역으로 나누어서 지표를 제시하고 있다.

그 중 생존권과 매우 밀접히 관련을 맺는 지표는 생존, 보건과 영양, 에이즈이다. 생존에서는 출생시 기대여명, 영아사망률, 5세 미만 사망률, 5세 미만 사망률 연평균 감소율, 모성사망률을 사용한다. 이 모든 지표는 5세 미만의 영유아나 영유아를 보호하는 모성을 다루는 지표이다.

따라서 본 연구에서는 향후 국제기준으로 널리 활용될 수 있는 지표로 ‘15세 기대여명’을 청소년 생존권 지표로 개발하고자 한다. 같은 논리로 국제연합아동기금은 경제지표에서 ‘하루 1달러 미만으로 사는 인구 비율’을 지표로 사용하는데, 청소년 생존권에서는 ‘하루 1달러 미만으로 사는 청소년의 비율’을 지표로 개발할 수 있을 것이다.

셋째, 기존 통계자료를 활용할 수 있는 지표를 개발하고자 한다. 이전에 수행된 청소년 인권지표 개발연구(길은배 외, 2001)와 청소년개발지표 개발연구(김진호 외, 2004) 등도 기존 통계자료 활용의 중요성을 강조한 바 있다. 청소년통계는 인구, 교육, 보건복지, 범죄 등 다양한 부문에서 생산되고 있지만, 청소년계가 통일된 기준을 갖고 통계를 체계적으로 생산하기에는 어려움이 많다.

따라서, 본 연구는 통계청 등이 주기적으로 생산한 통계를 최대한 활용하고자 한다. 특히 생존권 지표와 관련된 많은 통계는 통계청이 발간한 ‘한국의 사회지표’(2005)에서 찾을 수 있다. 한국의 사회지표는 통계청 등이 생산한 다양한 통계자료를 활용하여, 성 및 연령별 사망률, 기대여명, 비만율, 규

칙적 운동실천율 등 생존권 관련 지표에 부합된 정보를 제공하고 있다.

그런데 한국의 사회지표는 한국인의 전체적인 사회상을 보여주는 지표이기에 특정 연령층의 지표로 활용하기 위해서는 한계가 있고, 청소년 생존권 지표로 활용되기 위해서는 원자료를 재가공해야 할 것이다. 현재 한국의 사회지표의 경우 연령별 사망률은 성별로 구분한 후에 10~14세, 15~19세, 20~24세 등 5세 간격으로 연령을 세분하고, 기대여명도 성별로 구분한 후에 10세, 15세, 20세 등 5세 간격으로 연령을 세분하여 비교적 정확한 정보를 제공하고 있다. 하지만, 비만율은 연령집단을 10~18세, 19~44세, 45~64세, 65세 이상으로 제시되어 정보가 포괄적이고, 규칙적 운동실천율은 20~29세, 30~39세 등 10세 간격으로 제시될 뿐만 아니라 10~19세에 대한 정보는 누락되어 있다(통계청, 2005).

따라서 본 연구는 기존의 통계자료를 최대한 활용하되, 가공되기 전 원자료를 얻어서 청소년의 상황에 맞게 재분석을 하여 청소년의 성별과 연령에 맞는 통계자료를 체계적으로 생산할 수 있도록 제시하고자 한다.

넷째, 청소년집단 내에서도 성별, 연령별 특성을 반영할 수 있는 지표를 개발하고자 한다. 청소년의 생존권 지표는 전체 청소년의 생존권 상황을 보여주면서도 동시에 청소년의 성별, 연령별, 계층별 특성 등을 반영할 수 있어야 할 것이다.

예컨대, 청소년의 신체적 생존권을 보여줄 수 있는 청소년 유병율의 경우 성별, 연령별, 계층별로 상당한 차이가 있고, 청소년 HIV/AIDS 감염율은 청소년의 성별, 연령별에 따라서 매우 상이할 것이다. 일반적으로 HIV/AIDS 감염율은 남성이 여성보다 높은 경향이 있는데, 만약 성별이 고려되지 않고 제시되면 현실을 제대로 반영할 수 없을 뿐만 아니라 적절한 정책대안을 모색하기 어려울 것이다.

청소년집단 내에서 생존권의 상황을 상세히 파악하기 위하여 청소년이 소속된 학교급별, 거주지별로 통계를 파악할 수 있을 것이다. 그런데 학교급별 자료는 한국 청소년의 절대 다수가 중고등학생이기에 비교적 쉽게 파악될 수

있지만, 한국과 학제가 다른 외국의 자료와 비교하기에는 어려움이 있을 것이다. 또한, 지역의 경우에도 한국은 도시와 농촌 혹은 시부와 군부로 나뉘고 있지만, 도시화와 행정구역의 개편으로 특정 지역이 군부에서 시부로 바뀌기도 하고, 국제적으로 통일된 정보를 취득하기 어렵다는 문제점이 있다.

따라서 본 연구에서는 청소년 생존권 지표를 통해서 전체 청소년의 생존권을 파악한 후에 청소년의 성별, 연령별로 생존권의 상황을 상세히 파악하고, 필요한 경우에는 경제적 계층별로 생존권을 파악하는 지표를 개발하고자 한다.

다섯째, 청소년정책 입안자에게 유용한 정보를 제공할 수 있는 지표를 개발하고자 한다. 본 연구는 청소년 생존권 지표를 현재 생존권의 상황을 파악하는데 유익할 뿐만 아니라 향후 생존권의 상황을 개선하기 위한 정책개발을 하는데 도움이 되는 정보를 제공하고자 한다.

지표를 개발하고 매년 혹은 주기적으로 관련 통계를 수집하는 이유는 현 상황을 보다 객관적으로 파악할 뿐만 아니라, 변화를 위한 정책을 개발하는데 있다. 예컨대, 청소년의 기대여명을 특정 정책을 통해서 연장시키기는 쉽지 않지만, ‘청소년 자동차 사고 사망자율’을 낮출 수 있는 정책을 개발하는 것은 보다 용이할 것이다. 학교 주변에 스쿨존을 만들어서 자동차가 서행하도록 법령을 제정/개정하고, 학교 주변 도로에 과속방지턱을 설치하며, 청소년에게 방어보행법을 가르치고, 무면허 운전의 위험성을 가르치면 청소년이 자동차 사고로 사망하는 비율을 획기적으로 낮출 수 있을 것이다.

본 연구진은 청소년 생존권의 실태를 파악할 뿐만 아니라, 청소년의 생존권을 향상시킬 수 있는 정책을 개발할 수 있도록 지표를 개발하고자 한다.

2. 청소년 생존권 지표(안) 모형설정

청소년 생존권 지표(안)를 개발할 때, 연구진은 모형을 어떻게 설정할 것인지를 선행연구의 경험에서 찾고자 하였다.

한국에서 청소년인권 지표에 대한 대표적인 연구는 한국청소년개발원 길은배 연구팀(2001)이 수행한 ‘청소년 인권지표 개발연구’이다. 이 연구는 대분류(관심영역), 중분류(세부관심영역), 소분류(지표항목) 등 4단계로 나누어서 청소년인권지표를 개발하였다.

이러한 4단계 분류체계는 한국청소년개발원 김진호 연구팀(2004)이 수행한 ‘청소년개발지표 개발연구’에서도 사용된 바 있고, 보건복지부·한국보건사회연구원(서문희 외, 2003)의 ‘아동권리지표 개발에 관한 연구’에서도 사용되는 등 비교적 광범위하게 활용되고 있다.

청소년 생존권 지표로 어떤 내용을 담은 것인지에 대해서도 선행연구를 참고하였다. 길은배 연구팀(2001)이 개발한 청소년 인권지표에서는 ‘건강과 생존’분야로 건강, 생존을 대분류로 다루고, 다시 건강에 질병, 건강관리를 생존에서 사망, 안전 및 사고를 다루었다.

한편, 보건복지부·한국보건사회연구원(서문희 외, 2003)의 보고서는 ‘생존과 건강’분야에서 관심영역을 ‘건강, 생존’을 나누고, 건강에서 세부관심영역을 모자보건, 건강, 건강위해, 장애, 질병 및 의료이용을 다루고, 생존에서 안전 및 사고, 사망을 다루었다.

두 개의 선행연구 모두 생명, 건강, 안전 등을 아동과 청소년의 인권을 대표하는 지표로 포함시켰다. 본 연구진은 청소년의 생존권을 대표하는 지표로 생명, 건강, 안전을 관심영역으로 정하고, 다시 생명은 수명, 사망을 건강은 영양, 체격, 건강관리, 질병, 치료를, 그리고 안전은 안전인식, 사고로 나누어서 지표를 개발하였다.

이렇게 생존권 지표를 개발한 것은 생명이 있어야 생존권에 대해서 논할 수 있고, 생존권을 대표하는 지표는 건강이며, 건강을 위협하는 안전사고를 방지하는 것이 중요하다는 인식에 바탕을 두고 있다.

<표 IV-1> 연구진이 최초로 개발한 청소년 생존권 지표 개발(안)

분야	대분류 (관심영역)	중분류 (세부관심영역)	소분류(지표항목)	비고
생존권	생명	수명	15세 기대여명(성별, 연령별)	
		사망	사망률(성별, 연령별)	
			주요 사망원인별 사망률(성별, 연령별)	
			자살률(성별, 연령별)	
	건강	영양	1인 1일당 영양권장량 75%미만섭취자 비율	
			아침식사 결식 비율	
		체격	신체질량지수상 저체중률	
			신체질량지수상 비만을	
		건강관리	흡연율	
			음주율	
			규칙적 운동실천율	
			주관적 건강평가	
			스트레스 인지정도	
		질병	유병율	
			주요만성질환 유병율	
			HIV/AIDS감염율	
			인공임신중절율	
		치료	건강보험가입자의 외래수진율	
			건강보험가입자의 입원수진율	
			의료급여대상자의 비율	
안전	안전인식	범죄피해에 대한 두려움		
		사회안전에 대한 인식		
	사고	자동차사고 사망자율		
		자동차사고 부상자율		

연구진이 1차로 개발한 청소년 생존권 지표는 다른 연구팀과 청소년계의 전문가들이 함께 한 워크숍을 통해서 다소 수정되었다. 청소년 생존권에 대한 이론적 배경에서 고유의 생명, 신체적 생존, 질적 생존으로 나누었는데, 생존권 지표의 체계를 그렇게 재분류하는 것이 좋겠다는 논의가 지배적이었다. 또한, 발달권에서 논의되었던 사회보장을 생존권부분으로 이관하기로 하였다. 개별지표의 경우에도 약간 지표가 추가되었는데, 사망·실종에서는 사망률, 자살률 뿐만 아니라 타살률, 실종율 등도 포함하는 것이 좋겠다고, 사고에서 자동차사고 뿐만 아니라 가정내 안전사고, 학교에서 사고, 학교급식의 안전도에 대

한 인식, 학교급식으로 인한 식중독발생을 등을 추가하기로 하였다.

<표 VI-2> 워크숍을 통해서 수정된 청소년 생존권 지표 개발(안)

관심영역	세부관심영역	개별지표	비고
1. 생명	1-1. 수명	1-1-1. 청소년 기대여명(성별, 연령별*이하 같음)	
	1-2. 사망·실종	1-2-1. 청소년 사망률	
		1-2-2. 청소년의 주요 사망원인별 사망률	
		1-2-3. 청소년 자살률	
		1-2-4. 청소년 타살률	
		1-2-5. 청소년 실종율	
2. 신체적 생존	2-1. 영양	2-1-1. 청소년 1일당 영양권장량 75%미만 섭취자 비율	
		2-1-2. 청소년 아침식사 결식 비율	
	2-2. 신체충실도	2-2-1. 청소년 신체질량지수상 저체중	
		2-2-2. 청소년 신체질량지수상 비만	
	2-3. 건강관리	2-3-1. 청소년 장애유형별 장애율	
		2-3-2. 청소년 흡연율	
		2-3-3. 청소년 음주율	
		2-3-4. 청소년 규칙적 운동실천율	
		2-3-5. 청소년 주관적 건강평가	
		2-3-6. 청소년 스트레스 인식정도	
	2-4. 질병	2-4-1. 청소년 유병율	
		2-4-2. 청소년 주요만성질환 유병율	
		2-4-3. 청소년 HIV/AIDS 감염률	
		2-4-4. 청소년 인공임신중절율(연령별)	
	2-5. 치료	2-5-1. 청소년 건강보험가입자의 외래수진율	
		2-5-2. 청소년 건강보험가입자의 입원수진율	
		2-5-3. 청소년 의료급여대상자의 비율	
3. 안전과 사회 보장	3-1. 안전인식	3-1-1. 범죄피해에 대한 청소년의 두려움	
		3-1-2. 사회안전에 대한 청소년의 인식	
		3-1-3. 학교급식의 안전도에 대한 인식	
	3-2. 사고	3-2-1. 청소년 자동차사고 발생율	
		3-2-2. 청소년 가정내 안전사고 발생율	
		3-2-3. 청소년 학교 안전사고 발생율	
		3-2-4. 학교급식으로 인한 식중독발생율	
	3-3. 사회보장	3-3-1. 최저생계비 미만 청소년의 비율	
		3-3-2. 청소년 국민기초생활 수급자의 비율	
		3-3-3. 위기가정에서 사는 청소년의 비율	
3-3-4. 기초생활보장급여에 대한 청소년의 만족도			

연구진은 연구자회의와 자문회의를 거쳐서 이론적 배경에 보다 충실하고 워크숍에서 논의된 의견을 최대한 반영하여, 청소년 생존권 지표를 고유의 생명권, 신체적 생존권, 그리고 질적 생존권으로 재분류하였다. 즉, 워크숍을 마치고 수정한 ‘안전과 사회보장’의 일부 내용을 신체적 생존권으로 이관하고, ‘질적 생존권’에서 자살, 가족, 사회보장을 다루었다.

3. 청소년 생존권 지표(안) 분류체계

이러한 과정을 거쳐서 개발된 청소년 생존권 지표(안)는 다음과 같은 분류체계를 갖는다.

청소년 인권지표에서 ‘생존권’을 대분류로 하여, 관심영역, 세부관심영역, 개별지표 등 4단계로 지표를 개발한다.

관심영역은 크게 고유의 생명권, 신체적 생존권, 질적 생존권으로 나뉜다.

고유의 생명권에서는 세부 관심영역으로 출생, 생명, 사망을 다루고, 출생은 15~19세 여성 청소년 1,000명당 출산율로, 생명은 청소년 인공 임신중절을, 청소년 타살률로, 사망은 청소년사망률로 측정한다.

신체적 생존권에서는 세부 관심영역으로 수명, 빈곤, 질병, 영양, 신체충실도, 건강, 치료, 안전, 사고 등을 다룬다. 수명은 15세 청소년 기대여명, 빈곤은 하루 1달러 미만으로 사는 청소년의 비율, 최저생계비 미만 청소년의 비율로, 질병은 청소년 유병율, 청소년 주요 만성질환 유병율, 청소년 HIV/AIDS 감염율로, 영양은 청소년 1일당 영양권장량 75%미만 섭취자 비율, 청소년 아침식사 결식 비율로, 신체충실도는 청소년 신체질량지수상 저체중율, 청소년 신체질량지수상 비만율로, 건강은 청소년 장애유형별 장애율, 청소년 흡연율, 청소년 음주율, 청소년 규칙적 운동실천율, 청소년 주관적 건강평가, 청소년 스트레스 인식정도로, 치료는 청소년 건강보험 가입자의 외래수진율, 청소년 건강보험 가입자의 입원수진율, 청소년 의료급여 대상자의 비율로, 안전은 범죄피해에 대한 청소년의 두려움, 사회안전에 대한

청소년의 인식, 학교 급식의 안전도에 대한 인식으로, 사고는 청소년 자동차 사고 사망자율, 청소년 가정내 안전사고 발생율, 청소년 학교 안전사고 발생율, 학교급식으로 인한 식중독 발생율로 측정한다.

질적 생존권에서는 세부 관심영역으로 자살, 가족, 사회보장 등을 다룬다. 자살은 청소년자살율로, 가족은 소년소녀가정 비율, 조손가족 청소년 비율, 가출청소년 비율로 측정하고, 사회보장은 청소년 국민기초생활 수급자의 비율, 기초생활보장 급여에 대한 청소년의 만족도로 측정한다.

<표 VI-3> 청소년 생존권 지표 개발(최종안)

관심영역	세부관심영역	개별지표	비고
1. 고유의 생명권	1-1 출생	1-1-1 15-19세 여성 청소년 1000명당 출산율	세계발전지표
	1-2 생명	1-2-1 청소년 인공 임신중절율	
		1-2-2 청소년 타살률	
	1-3 사망	1-3-1 청소년 사망률	
2. 신체적 생존권	2-1 수명	2-1-1 15세 청소년 기대여명	
	2-2 빈곤	2-2-1 하루 1달러 미만으로 사는 청소년의 비율	유니세프
		2-2-2 최저생계비 미만 청소년의 비율	
	2-3 질병	2-3-1 청소년 유병율	
		2-3-2 청소년 주요만성질환 유병율	
		2-3-3 청소년 HIV/AIDS 감염율	유니세프
	2-4 영양	2-4-1 청소년 1일당 영양권장량 75%미만 섭취자 비율	
		2-4-2 청소년 아침식사 결식 비율	
	2-5 신체충실도	2-5-1 청소년 신체질량지수상 저체중율	
		2-5-2 청소년 신체질량지수상 비만율	
	2-6 건강	2-6-1 청소년 장애유형별 장애율	
		2-6-2 청소년 흡연율	
2-6-3 청소년 음주율			
2-6-4 청소년 규칙적 운동실천율			
2-6-5 청소년 주관적 건강평가			
2-6-6 청소년 스트레스 인식정도			

	2-7 치료	2-7-1 청소년 건강보험 가입자의 외래수진율		
		2-7-2 청소년 건강보험 가입자의 입원수진율		
		2-7-3 청소년 의료급여 대상자의 비율		
	2-8 안전	2-8-1 범죄피해에 대한 청소년의 두려움		
		2-8-2 사회안전에 대한 청소년의 인식		
		2-8-3 학교 급식의 안전도에 대한 인식		
	2-9 사고	2-9-1 청소년 자동차 사고 사망자율		
		2-9-2 청소년 가정내 안전사고 발생율		
		2-9-3 청소년 학교 안전사고 발생율		
		2-9-3 학교급식으로 인한 식중독 발생율		
	3. 질적 생존권	3-1 자살	3-1-1 청소년 자살율	
		3-2 가족	3-2-1 소년소녀가정 비율	
3-2-2 조손가족 청소년 비율				
3-2-3 가출청소년 비율				
3-3사회보장		3-3-1 청소년 국민기초생활 수급자의 비율		
		3-3-2 기초생활보장 급여에 대한 청소년의 만족도		

V. 청소년 생존권 지표(안) 개발

1. 청소년 생존권 지표(안)
2. 용어해설, 산식 및 자료원

V. 청소년 생존권 지표(안) 개발

1. 청소년 생존권 지표(안)

청소년 생존권 지표개발은 ‘국제기준대비 한국 청소년의 인권수준 실태연구 I-청소년 인권지표 개발-’의 일환으로 수행되고 있기 때문에 청소년의 생존권을 대표하면서도 국제기준으로 널리 활용될 수 있는 지표를 개발하고자 노력하였다. 아울러, 한국의 사회지표 등 기존 통계자료를 널리 활용하고, 청소년집단 내에서도 성별, 연령별 등 특성을 반영하며, 청소년정책 입안자에게 유용한 정보를 제공할 수 있는 지표를 개발하고자 하였다.

이러한 노력의 결과로 고유의 생명권, 신체적 생존권, 질적 생존권을 대표하는 지표를 다음과 같이 개발하였다. 본 연구는 각 지표별로 청소년의 성별, 연령별 특성을 반영하는 세부 지표를 동시에 제안하고 있다. 다만, 15~19세 여성 청소년 1,000명당 출산율처럼 여성에게만 해당되는 경우에는 남성 청소년 지표가 없고, 15세 청소년 기대여명과 같이 청소년을 대표하는 특정 연령을 지정한 경우에는 성별 지표만 파악하면 된다.

[고유의 생명권]

출생

1-1-1 15~19세 여성 청소년 1,000명당 출산율

생명

1-2-1 청소년 인공 임신중절율(연령별)

1-2-2 청소년 타살률(성별, 연령별)

1-3-1 청소년 사망률(성별, 연령별)

[신체적 생존권]

수명

2-1-1 15세 청소년 기대여명(성별)

빈곤

2-2-1 하루 1달러 미만으로 사는 청소년의 비율(성별, 연령별)

2-2-2 최저생계비 미만 청소년의 비율(성별, 연령별)

질병

2-3-1 청소년 유병율(성별, 연령별)

2-3-2 청소년 주요만성질환 유병율(성별, 연령별)

2-3-3 청소년 HIV/AIDS 감염율(성별, 연령별)

영양

2-4-1 청소년 1일당 영양권장량 75%미만 섭취자 비율(성별, 연령별)

2-4-2 청소년 아침식사 결식 비율(성별, 연령별)

신체충실도

2-5-1 청소년 신체질량지수상 저체중율(성별, 연령별)

2-5-2 청소년 신체질량지수상 비만율(성별, 연령별)

건강

2-6-1 청소년 장애유형별 장애율(성별, 연령별)

2-6-2 청소년 흡연율(성별, 연령별)

2-6-3 청소년 음주율(성별, 연령별)

2-6-4 청소년 규칙적 운동실천율(성별, 연령별)

2-6-5 청소년 주관적 건강평가(성별, 연령별)

2-6-6 청소년 스트레스 인식정도(성별, 연령별)

치료

2-7-1 청소년 건강보험 가입자의 외래수진율(성별, 연령별)

2-7-2 청소년 건강보험 가입자의 입원수진율(성별, 연령별)

2-7-3 청소년 의료급여 대상자의 비율(성별, 연령별)

안전

2-8-1 범죄피해에 대한 청소년의 두려움(성별, 연령별)

2-8-2 사회안전에 대한 청소년의 인식(성별, 연령별)

2-8-3 학교 급식의 안전도에 대한 인식(성별, 연령별)

사고

2-9-1 청소년 자동차 사고 사망자율(성별, 연령별)

2-9-2 청소년 가정내 안전사고 발생율(성별, 연령별)

2-9-3 청소년 학교 안전사고 발생율(성별, 연령별)

2-9-4 학교급식으로 인한 식중독 발생율(성별, 연령별)

[질적 생존권]

자살

3-1-1 청소년 자살율(성별, 연령별)

가족

3-2-1 소년소녀가정 비율(성별, 연령별)

3-2-2 조손가족 청소년 비율(성별, 연령별)

3-2-3 가출청소년 비율(성별, 연령별)

사회보장

3-3-1 청소년 국민기초생활 수급자의 비율(성별, 연령별)

3-3-2 기초생활보장 급여에 대한 청소년의 만족도(성별, 연령별)

2. 용어해설, 산식 및 자료원

이 절에서는 청소년 생존권 지표 항목별 용어해설 및 산식과 자료원은 다음과 같다. 개별지표가 포함되는 관심영역 및 세부관심영역과 개별지표항목은 앞에서 제시하였으므로 이 절에서는 제시하지 않는다. 따라서 이와 같은 정보를 얻고 싶은 경우에는 개별지표항목의 고유번호를 찾아서 조사하면 된다.

[고유의 생명권]

출생

1-1-1 15~19세 여성 청소년 1,000명당 출산율

- 용어해설: 출산력 수준을 파악하는 대표적인 지표인 가임연령층(15~49세)의 여성을 연령집단별로 나누어 해당연령층 여성 1,000명당 출생아수를 응용하여 ‘15~19세 여성 청소년’에 한정시킨 출산율을 말함.
- 산식: 15~19세 여성 청소년 1,000명당 출산율=출생아수÷15~19세 여성 인구수×1,000
- 자료원: 통계청, 인구동태통계연보(총괄 출생 사망편), 각년도.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

생명

1-2-1 청소년 인공 임신중절을(연령별)

- 용어해설: 1년동안 해당 연령집단 여성 1,000명당 인공임신중절 건수를

의미함.

- * 현재 한국은 ‘유배우 부인의 연령별 인공임신중절을 및 인공임신중절 경험율’을 파악하고 있지만, 미혼 여성의 인공임신중절율은 파악하지 않고 있음
- * 참고로 유배우 부인의 연령별 인공임신중절율은 1년 동안 해당 연령 집단 유배우 부인 1,000명당 인공임신중절건수를 의미함. 인공임신중절경험율은 조사대상(20~44세 유배우 부인) 인구중에서 인공유산경험이 있는 부인의 비율임
- * 한국은 3년 간격으로 유배우 부인의 연령별(20~24세 등 5세 간격으로) 인공임신중절율, 인공임신중절경험율, 평균인공임신중절횟수 등을 발표하고 있음
- 산식: 연령별 인공임신중절율=연령별 인공임신중절건수÷연령별(5세간격) 여자인구×1,000
- 자료원: 한국보건사회연구원, 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 각년도. 통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

1-2-2 청소년 타살률(성별, 연령별)

- 용어해설: 주요 사망원인별 사망률(성별, 연령별)은 세계보건기구(WHO)에서 권고한 국제 질병/사인분류체계에 따라 전체 사망자수에 대한 사인별 사망자수를 백분비로 나타낸 것임. 주요 사망원인별 사망률 통계에서 청소년 타살률(성별, 연령별)의 자료를 산출함.
- * 현재는 성별로 구분한 후에 사망원인을 특정감염성 및 기생충성질환, 악성신생물, 혈액 조혈기관질환 및 면역기전을 침범하는 특정장애, 내분비 영양 및 대사질환, 정신 및 행동장애, 신경계질환, 눈 및 눈부속기질환, 귀 및 유양돌기의 질환, 순환기계질환, 호흡기계질환, 소화기계질환, 피부 및 피하조직의 질환, 근골격계 및 결합조직의 질환, 비뇨생식기계질환, 임신 출산 및 산욕, 출산기에 기원한 특정병태, 선천성 기형 변형 및 염색체 이상, 달리 분류되지 않는 중상 징후와 임상

및 검사의 이상소견, 사망의외인 등으로 나누고 있으므로, ‘타살률’은 산출되지 않고 있음

* 동 지표는 사망신고서를 기초로 작성한 것으로 지연신고, 신고누락(특히 영아), 사인미기재 등 자료작성상 일부 문제점을 내포하고 있으나 전반적으로 우리나라의 사인구조를 잘 반영하고 있음

- 청소년타살률(성별, 연령별)=타살자수÷사망자수
- 자료원: 통계청, 인구동태통계연보(총괄 출생 사망편), 각년도.
통계청, 사망원인통계연보, 2004.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

1-3-1 청소년 사망률(성별, 연령별)

- 용어해설: 사망률은 인구 1,000명당 사망자 수로 인구의 연령구조 변화 측면을 파악하기 위함
- 산식: 청소년 사망률(성별, 연령별)=사망자수÷해당 인구수×1,000
- 자료원: 통계청, 인구동태통계연보(총괄/출생/사망편), 2004.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

[신체적 생존권]

수명

2-1-1 15세 청소년 기대여명(성별)

- 용어해설: 기대여명은 어떤 연령에 도달한 사람이 기대할 수 있는 평균 생존년수를 말하고 출생시의 기대여명을 평균수명이라고 함. 여기에서는 15세를 청소년의 대표연령으로 설정함.
- 자료원: 통계청, 2003년 생명표, 2005.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

빈곤

2-2-1 하루 1달러 미만으로 사는 청소년의 비율(성별, 연령별)

- 용어해설: 하루 1달러 미만으로 사는 청소년의 비율.
 - * 국제연합아동기금(유니세프)은 매년 하루 1달러 미만으로 사는 아동의 비율을 산출하고 있으므로, 그 정보에서 13세 이상 18세 미만의 청소년자료만을 발췌함.
- 산식: 하루 1달러 미만으로 사는 청소년의 비율(성별, 연령별)=하루 1달러 미만으로 사는 청소년 수÷해당 인구수×100
- 자료원: 국제연합아동기금, 세계 아동현황 보고서, 각년도.

2-2-2 최저생계비 미만 청소년의 비율(성별, 연령별)

- 용어해설: 보건복지부가 매년 발표한 최저생계비에 미달하는 생계비로 사는 청소년의 비율.
 - * 보건복지부는 매년 최저생계비를 발표하고 있지만, 최저생계비에 미달하는 인구에 대한 통계를 발표하고 있지는 않음
 - * 최저생계비에 미달하고, 부양의무자가 없는 경우에는 본인의 신청에 의해서 국민기초생활보장 수급자로 책정될 수 있음.
- 산식: 최저생계비 미만 청소년의 비율(성별, 연령별)=최저생계비 미만 청소년 수÷해당 인구수×100
- 자료원: 아직 공식통계 없음

질병

2-3-1 청소년 유병율(성별, 연령별)

- 용어해설: 유병율은 질환의 발생시기를 불문하고, 대상기간 중에 질환을 앓고 있는 환자수를 대상기간중의 전체 조사대상 인구로 나누어 계산함. 일정한 기간(2주간)동안 조사 대상자 중에서 2주간 내의 신 환자뿐만 아니라 계속해서 질환을 갖고 있는 사람을 포함하여 아팠던 사람의 비율로 “아팠다”의 일반적 조사정의는 아래와 같음.

- * 어린이는 잘 놀지 못할 정도로 병원이나 약물치료를 해야겠다고 생각할 정도
- * 학생이나 직장인은 공부나 직장근무에 지장이 있을 정도. 유병율에 대한 면접조사는 이미 선진국에서도 지속적으로 조사하고 있으며 조사 대상인구가 일반화되는 장점이 있으나 자각되지 않는 질병은 조사하기 힘들고 계절적 질병(예, 감기 등)의 영향을 많이 받는 점 등 단점이 있음을 유의하여 이용하여야 함
- 산식 : $\text{유병율} = \text{기간내(2주간) 유병자수} \div \text{대상 인구수} \times 100$
- 자료원: 한국보건사회연구원, 2001 국민건강영양조사.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

2-3-2 청소년 주요만성질환 유병율(성별, 연령별)

- 용어해설: 주요 만성질환(관절염, 고혈압, 치아우식증, 위염/소화성궤양, 알레르기성 비염, 요통/좌골통, 당뇨, 디스크, 사고후유증, 신경통 등)으로 유병율을 파악함
- * 한국은 10~14세, 15~19세, 20~24세 등 5세 간격으로 유병율을 파악함
- 산식 : $\text{주요만성질환 유병율} = \text{기간내(2주간) 주요만성질환 유병자수} \div \text{대상 인구수} \times 100$
- 자료원: 한국보건사회연구원, 2001 국민건강영양조사.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

2-3-3 청소년 HIV/AIDS 감염율(성별, 연령별)

- 용어해설: 후천성 면역결핍증에 감염되거나 환자(HIV/AIDS)인 사람의 수를 인구100,000명으로 나눈 비율
- * 현재 한국은 매년 감염자, 환자수, 사망자수를 밝히고 있지만, 연령대 별로 정보를 밝히지는 않음
- * 한국은 HIV/AIDS로 확인된 사람은 관리하고 있으므로 성별, 연령별 자료를 재분석하면 청소년 HIV/AIDS(성별, 연령별)을 충분히 파악할

수 있음

- 산식 : $\text{HIV/AIDS감염자수} \div \text{대상 인구수} \times 100,000$
- 자료원: 질병관리본부, 전염병통계연보, 각년도.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

영양

2-4-1 청소년 1일당 영양권장량 75%미만 섭취자 비율(성별, 연령별)

- 용어해설: 전문가집단이 권장하는 1일당 1인 영양권장량의 75%미만 섭취자의 백분율
 - * 연령별, 성별로 1일당 영양권장량이 다름
 - * 한국농촌경제연구원은 매년 ‘식품수급표’를 통해서 ‘1인당 하루 영양공급량’을 열량, 단백질(계, 동물성), 지방(계, 동물성) 섭취량 등을 조사하여 발표함.
- 산식 : $\text{청소년 1일당 영양권장량 75\%미만 섭취자 비율(성별, 연령별)} = \text{영양권장량 75\%미만 섭취자 수} \div \text{대상 인구수} \times 100$
- 자료원: 한국농촌경제연구원, 식품수급표, 각년도.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

2-4-2 청소년 아침식사 결식 비율(성별, 연령별)

- 용어해설: 아침식사를 거의 매일 결식하는 사람의 백분율
- 산식 : $\text{청소년 아침식사 결식 비율(성별, 연령별)} = \text{아침식사 결식자 수} \div \text{대상 인구수} \times 100$
- 자료원: 아직 공식통계는 없음

신체충실도

2-5-1 청소년 신체질량지수(BMI)상 저체중율(성별, 연령별)

- 용어해설: 국민의 영양상태를 반영하는 성장지표이며 대표학년인 초등학교 5학년, 중학교 2학년, 고등학교 2학년의 성장기 학생들을 대상으로

로 측정된 결과임. 신체질량지수(BMI- Body Mass Index)는 신장과 체중을 알고 있을 경우 신장에 대한 체중의 비율임. 지수의 범위는 남성과 여성간에 다소의 차이는 있으나 일반적으로 남녀의 경우 25정도(18.5~24.9)면 정상으로 18.5미만은 저체중을 의미함

- 산식: 신체질량지수(BMI)=체중(Kg)÷신장m²
- 자료원: 교육인적자원부, 교육통계연보, 각년도.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

2-5-2 청소년 신체질량지수(BMI)상 비만율(성별, 연령별)

- 용어해설: 신체질량지수의 범위는 남성과 여성간에 다소의 차이는 있으나 일반적으로 남녀의 경우 25정도(18.5~24.9)면 정상으로 25.0~29.9는 과체중, 30.0~34.9는 경도비만, 35.0이상은 고도비만을 의미함
- 산식: 신체질량지수(BMI)=체중(Kg)÷신장m²
- 자료원: 교육인적자원부, 교육통계연보, 각년도.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

건강

2-6-1 청소년 장애유형별 장애율(성별, 연령별)

- 용어해설: 장애인복지법에 규정된 15종의 장애인유형별로 장애를 가진 청소년의 비율
- * 하지만, 등록된 장애인은 모든 장애인을 말하는 ‘장애인출현율’과는 다르고, 장애인 중에서 본인이나 보호자가 장애가 있다고 등록한 경우임
- 산식: 청소년 장애유형별 장애율(성별, 연령별)=장애유형별 장애자수÷대상 인구수×100
- 자료원: 보건복지부, 보건복지통계연보, 각년도.
보건복지부·한국보건사회연구원, 장애인실태조사.

2-6-2 청소년 흡연율(성별, 연령별)

- 용어해설: 흡연이 개인의 건강에 미치는 영향이 매우 큼. 대상 인구중 흡연을 한 비율과 그 정도(하루 반갑 이하, 한갑, 한갑반, 두갑 이상)를 나타내는 백분율
- * 한국은 20~29세 집단의 흡연율 통계가 있고, 그 미만의 인구층의 흡연율에 대한 공식 통계는 없음
- 산식: 청소년 흡연율(성별, 연령별)=흡연자수÷대상 인구수×100
- 자료원: 통계청, 사회통계조사보고서, 각년도.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

2-6-3 청소년 음주율(성별, 연령별)

- 용어해설: 음주가 질병발생과 사망에 미치는 영향이 매우 큼. 대상 인구중 음주를 한 비율과 그 정도(월 1회 이하, 월 2~3회, 주 1~2회, 주 3~4회, 거의 매일)를 나타내는 백분율
- * 한국은 20~29세 집단의 음주율 통계가 있고, 그 미만의 인구층의 음주율에 대한 공식 통계는 없음
- 산식: 청소년 음주율(성별, 연령별)=음주자수÷대상 인구수×100
- 자료원: 통계청, 사회통계조사보고서, 각년도.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

2-6-4 청소년 규칙적 운동실천율(성별, 연령별)

- 용어해설: 규칙적으로 운동을 실천하는지와 그 정도(규칙적 중등도, 간헐적 저항도, 미실천)를 파악함
- 산식: 청소년 규칙적 운동실천율(성별, 연령별)=규칙적 운동실천자수÷대상 인구수×100
- 자료원: 한국보건사회연구원, 국민건강영양조사, 각년도.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

2-6-5 청소년 주관적 건강평가(성별, 연령별)

- 용어해설: 본인이 주관적으로 느끼는 건강평가 수준(매우 좋다, 건강한 편, 보통, 나쁜편이다, 매우 나쁘다)의 백분율
- 산식: 청소년 주관적 건강평가(성별, 연령별)=주관적 건강평가 수준÷대상 인구수×100
- 자료원: 통계청, 사회통계조사보고서, 각년도.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

2-6-6 청소년 스트레스 인식정도(성별, 연령별)

- 용어해설: 본인이 주관적으로 느끼는 스트레스 인식정도(매우 많음, 많이 느낌, 조금 느낌, 거의 없음)의 백분율
- 산식: 청소년 스트레스 인식정도(성별, 연령별)=스트레스 인식정도 수준÷대상 인구수×100
- 자료원: 한국보건사회연구원, 국민건강영양조사, 각년도.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

치료

2-7-1 청소년 건강보험 가입자의 외래수진율(성별, 연령별)

- 용어해설: 국민건강보험 적용자를 대상으로 이들이 연평균 외래진료를 몇 번 하는지를 파악함. 적용인구 1,000명당 지급건수로 나타내고, 일반병원(종합전문요양기관, 종합병원, 병원, 의원), 치과, 한방병원에서의 진료를 대상으로 함
- 산식: 외래수진율=지급건수÷건강보험적용인구×1,000
- 자료원: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 각년도.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

2-7-2 청소년 건강보험 가입자의 입원수진율(성별, 연령별)

- 용어해설: 국민건강보험 적용자를 대상으로 입원치료를 연평균 몇 번

하는지를 파악함

- * 한국인의 95%가량이 국민건강보험에 가입되어 있기 때문에 건강보험 가입자의 입원수진율은 전체 국민의 대표성이 있음
- * 다만, 건강보험의 적용을 받지 않는 보험사고(산업재해, 자동차 사고 등)는 이 통계에서 제외될 것임.
- 산식: 입원수진율=연간 입원진료건수÷건강보험 적용인구×1,000
- 자료원: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 각년도.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

2-7-3 청소년 의료급여 대상자의 비율(성별, 연령별)

- 용어해설: 해당 인구 중에서 의료급여대상자의 백분율
- * 한국은 총인구대비 의료급여대상자의 비율만 발표하고, 연령별, 성별 지표를 발표하지는 않음. 다만, 2004년의 경우 전체 국민기초생활보장 수급자가 1,337,714명 중에서 18세 미만이 330,116명으로 전체의 24.6%를 차지함을 알려줌.
- 산식: 의료급여대상자의 비율=의료급여 대상자수÷대상 인구수×100
- 자료원: 보건복지부, 보건복지통계연보, 각년도.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

안전

2-8-1 범죄피해에 대한 청소년의 두려움(성별, 연령별)

- 용어해설: 당사자가 인식하는 범죄피해에 대한 두려움의 수준(느낌, 보통, 느끼지 못함)을 나타내는 백분율
- * 한국은 지역(시부, 군부), 성별(남자, 여자), 연령별(15~19세, 20~29세 등), 학력별로 매 4년마다 조사하여 발표함
- 자료원: 통계청, 사회통계조사보고서, 각년도.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

2-8-2 사회안전에 대한 청소년의 인식(성별, 연령별)

- 용어해설: 당사자가 느끼는 ‘노약자나 어린이가 자동차 위험 없이 보행’에 대한 사회안전 인식의 수준(안전하다, 보통이다, 불안하다)을 나타내는 백분율
- * 한국은 전국, 지역(동부, 읍면부), 성별(남자, 여자), 연령별(15~19세 등)로 통계자료를 발표함
- 자료원: 통계청, 2005 사회통계조사보고서, 2005.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

2-8-3 학교 급식의 안전도에 대한 인식(성별, 연령별)

- 용어해설: 당사자가 느끼는 ‘학교 급식의 안전도’에 대한 인식의 수준(안전하다, 보통이다, 불안하다)을 나타내는 백분율
- * 한국은 현재 이 지표가 없지만, ‘한국의 사회지표’ 등에 포함시켜서 전국, 지역(동부, 읍면부), 성별(남자, 여자), 연령별(10~14세, 15~19세 등)로 통계자료를 발표할 것을 제안하면 좋겠음
- 자료원: 아직 공식통계 없음

사고

2-9-1 청소년 자동차 사고 사망자율(성별, 연령별)

- 용어해설: 해당 인구 100,000명당 자동차 사고로 사망한 사람의 비율
- * 한국은 매년 교통사고 발생건수, 사망자수, 인구 10만명당 사망자비율, 자동차 1만 대당 사망자수, 1일평균 사망자수 등을 발표함
- 산식: 청소년 자동차 사고 사망자율=자동차 사고로 사망한 청소년 수÷대상 인구수×100,000
- 자료원: 경찰청, 교통사고통계, 각년도.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

2-9-2 청소년 가정내 안전사고 발생률(성별, 연령별)

- 용어해설: 해당 인구 100,000명당 가정내 안전사고로 사망 혹은 부상을 당한 비율
- 산식: 청소년 가정내 안전사고 발생률=가정내 안전사고로 사망 혹은 부상을 당한 청소년 수÷대상 인구수×100,000
- * 주요 안전사고의 유형별(등반, 익사, 화재, 기타 스포츠/레포츠) 발생률은 있음
- 자료원: 아직 공식통계 없음

2-9-3 청소년 학교 안전사고 발생률(성별, 연령별)

- 용어해설: 해당 인구 100,000명당 학교 안전사고로 사망 혹은 부상을 당한 비율
- 산식: 청소년 학교 안전사고 발생률=학교 안전사고로 사망 혹은 부상을 당한 청소년 수÷대상 인구수×100,000
- 자료원: 아직 공식통계 없음

2-9-4 학교급식으로 인한 식중독 발생률(성별, 연령별)

- 용어해설: 해당 인구 100,000명당 학교급식으로 인한 식중독 발생률
- 산식: 학교급식으로 인한 식중독 발생률=학교급식으로 식중독을 경험한 청소년 수÷대상 인구수×100,000
- 자료원: 아직 공식통계 없음

[질적 생존권]

자살

3-1-1 청소년 자살률(성별, 연령별)

- 용어해설: 인구 100,000명당 자살로 사망한 사람 수

- 산식: 청소년 자살률=자살로 사망한 청소년÷대상 인구수×100,000
- 자료원: 통계청, 사망원인통계연보, 2004.
통계청, 한국의 사회지표 2005, 2005.

가족

3-2-1 소년소녀가정 비율(성별, 연령별)

- 용어해설: 인구 100,000명당 부모의 사망, 질병 등 가정의 결함으로 인하여 20세 이하의 소년, 소녀가 가족의 생계를 책임지는 가정의 청소년수
- 산식: 소년소녀가정 비율=등록된 소년소녀가정의 청소년수÷대상 인구수×100,000
- 자료원: 보건복지부, 보건복지통계연보, 각년도.

3-2-2 조손가족 청소년 비율(성별, 연령별)

- 용어해설: 인구 100,000명당 부모의 사망, 이혼, 질병 등 가정의 결함으로 인하여 조부모의 보호를 받고 있는 청소년 비율
- 산식: 조손가족 청소년 비율=신고 된 조손가족의 청소년수÷대상 인구수×100,000
- 자료원: 아직 공식통계 없음

3-2-3 가출청소년 비율(성별, 연령별)

- 용어해설: 인구 100,000명당 부모 혹은 보호자로부터 24시간 이상 이탈되어 가출한 것으로 신고 된 청소년 비율
- 산식: 가출청소년 비율=신고 된 가출청소년수÷대상 인구수×100,000
- 자료원: 국가청소년위원회, 청소년백서, 2005.

사회보장

3-3-1 청소년 국민기초생활 수급자의 비율(성별, 연령별)

- 용어해설: 인구 100,000명당 국민기초생활보장제도 수급자인 청소년의 비율
- 산식: 청소년 국민기초생활 수급자의 비율=기초생활 수급자인 청소년 수÷대상 인구수×100,000
- 자료원: 보건복지부, 보건복지통계연보, 각연도
 - * 보건복지부가 확보한 국민기초생활보장 수급자의 자료를 재분석할 경우에 관련 자료를 확보할 수 있을 것임

3-3-2 기초생활보장 급여에 대한 청소년의 만족도(성별, 연령별)

- 용어해설: 기초생활보장 수급자인 청소년에게 급여에 대한 만족도의 수준(만족한다, 보통, 불만족한다)을 파악
- 자료원: 아직 공식통계 없음

VI. 청소년 생존권 개선을 위한 정책과제

1. 청소년 생존권 지표(안) 산출체계
2. 청소년 생존권 지표(안) 활용방안
3. 청소년 생존권 개선을 위한 정책과제

VI. 청소년 생존권 개선을 위한 정책과제

1. 청소년 생존권 지표(안) 산출체계

청소년 생존권 지표가 유용하게 활용되기 위해서는 국제적 기준에 맞춘 생존권 지표를 개발하고 그 지표에 맞는 통계자료를 체계적이고도 지속적으로 산출해야 한다. 청소년 생존권을 포함하여 이미 청소년 인권지표가 개발되었지만 실용성이 낮은 이유는 개발된 지표에 부합한 통계자료를 지속적으로 생산하지 못했기 때문이다. 따라서 본 연구는 최소한의 노력으로도 최대의 효과를 거둘 수 있는 방법을 제안하고자 한다.

1) 기존 통계자료의 활용

청소년 생존권 지표의 유용성을 높이기 위해서는 가급적 기존 통계자료의 활용도를 높여야 한다. 이미 국가는 통계청 등을 통해서 각종 통계를 수집하고 있고, 한국은 경제개발협력기구(OECD)에 가입한 후에는 더욱 더 국제기준에 맞추어서 통계를 생산하고 있다.

따라서 국제기준으로 널리 통용되는 출산율, 사망률, 기대여명, 유병율, 주요 만성질환 유병율, 신체질량지수상 저체중율, 신체질량지수상 비만율, 자동차 사고 사망자율 등은 ‘한국의 사회지표’ 등 기존 통계를 바로 활용할 수 있다. 다만, 기존 통계자료는 전체 인구를 위한 통계로 산출되었기에 청소년의 연령 기준이 다르고, 청소년 내에서도 범주가 다르기에 이에 대한 통일된 기준을 정하는 것이 중요하다.

예컨대, ‘15세 기대여명’은 청소년의 생존을 측정하는 기준으로 널리 활용되고 한국 정부도 이에 대한 통계를 생산하지만, 자동차 사고 사망자율은 아직 명확하지 않다. 즉 아동 자동차 사고 사망자율은 18세 미만 전체 아동 혹은 6세 미만 아동과 같이 아동의 연령을 고려하여 산출되고 있지만, 청소년

년의 경우 통일된 기준이 없다. 이점에서 전체 청소년에 대한 통계와 함께 청소년을 대표하는 연령을 기준으로 한 통계의 생산이 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

나이가 어린 아동은 보행 중에 사고를 당하거나 혹은 자동차에 동반자로 탑승하여 사고를 당한 경우가 많지만, 청소년은 자동차에 동반자로 탑승하거나 자동차를 운전하는 중에 사고를 당할 수도 있다. 따라서 통계를 산출할 때, 청소년이 자동차 사고로 인하여 사망한 비율뿐만 아니라 보행 중, 동반자로 탑승 중, 운전 중 등으로 세분하여 비율을 산출하면 청소년의 생존권을 높일 수 있는 정책대안을 모색하는데 좀더 유익할 것이다.

1-1-1 15~19세 여성 청소년 1,000명당 출산율

1-3-1 청소년 사망률(성별, 연령별)

2-1-1 15세 청소년 기대여명(성별)

2-3-1 청소년 유병율(성별, 연령별)

2-3-2 청소년 주요만성질환 유병율(성별, 연령별)

2-5-1 청소년 신체질량지수상 저체중율(성별, 연령별)

2-5-2 청소년 신체질량지수상 비만율(성별, 연령별)

2-9-1 청소년 자동차 사고 사망자율(성별, 연령별)

2) 원자료를 재분석하여 활용

청소년 생존권 지표의 활용도를 높이기 위해서는 기존 통계를 생산하는 원자료를 재분석하여 활용해야 한다. 통계청은 5년 단위로 ‘인구 및 주택 총조사’를 하고, 매년 ‘사망원인통계연보’ 등 각종 통계자료를 발간하고 있지만, 기존 통계는 전체 인구를 대상으로 총량을 분석한 경우가 많기 때문에 청소년 생존권을 파악하기 위해서는 일정한 한계가 있다.

그런데, 원자료를 생산할 때에는 ‘나이’를 중요한 변수로 조사하기 때문에 기존 자료를 청소년의 특정 연령 혹은 연령대로 재분석을 하면 청소년 생존권 지표의 활용도를 크게 높일 수 있다.

예컨대, 보건복지부는 매년 ‘HIV/AIDS 감염자 현황’을 발표하는데, 현재는 감염자의 성별, AIDS환자수, 사망자수(환자사망, 기타사망)만을 밝히고 있다. 그런데, 현재 보건복지부가 HIV/AIDS 감염자 현황을 파악할 때에는 감염자의 성별, 나이, 감염경로 등을 파악하고 있기에 원자료를 재분석하면 ‘청소년 HIV/AIDS 감염율’을 쉽게 산출할 수 있다.

같은 방식으로 청소년 1일당 영양권장량 75%미만 섭취자 비율, 청소년 장애유형별 장애율, 청소년 흡연율, 청소년 음주율 등 본 연구에서 제시한 ‘청소년 생존권’에 관한 다양한 지표를 파악할 수 있다.

기존 통계의 원자료를 재분석할 때에는 전체 청소년에 관한 통계 뿐만 아니라, 청소년 내에서도 성별, 연령별로 세분해서 통계를 산출하면 훨씬 유용한 정보를 파악할 수 있다. 예컨대, 청소년 HIV/AIDS 감염율을 파악할 때 청소년기본법상 청소년의 연령을 기준으로 하면 9~24세이고, 청소년보호법상 청소년의 연령을 기준으로 하면 19세미만으로 어떤 기준의 청소년연령을 사용하느냐에 따라 청소년 HIV/AIDS 감염율은 달라질 수 있다. 또한, 한국 사회에서 HIV/AIDS 감염이 주로 직접적인 성관계에 의해서 감염된다는 사실에 비춰볼 때 청소년이 성생활을 시작하는 연령이 점차 빨라지고 남성과 여성의 성생활의 양식에서 차이가 있기에 청소년의 성별, 연령별로 HIV/AIDS 감염율을 파악하면 좀더 실용적인 정보가 될 것이다.

같은 방식으로 청소년 흡연율, 음주율, 규칙적 운동실천율, 주관적 건강평가, 스트레스 인식정도 등도 청소년의 성별과 연령별로 상당한 차이가 있을 것이다. 예컨대, 청소년의 전체 흡연율은 그리 높지 않더라도 청소년의 연령이 상승할 수록 흡연율이 높아지고, 최근 여성 청소년의 흡연율도 높아지고 있기에 성별과 연령별을 교차시켜서 어떤 성별은 어느 연령대에 흡연율이 급상승하는 지를 파악할 수 있는 통계는 금연교육이나 금연프로그램의 개발을 위한 기초 정보가 될 것이다.

이처럼 청소년 생존권 지표는 기존의 인구 및 주택센서스, 한국의 사회지표, 보건복지통계연보 등 국가가 생산하는 다양한 통계의 원자료를 청소년의 연령과 성별을 기준으로 재분류하면 적절히 활용될 수 있을 것이다. 청

소년만을 위해서 새롭게 통계를 수집하기가 쉽지 않는 상황에서는 기존 통계의 원자료를 보다 적극적으로 재활용해야 한다.

- 2-3-3 청소년 HIV/AIDS 감염율(성별, 연령별)
- 2-4-1 청소년 1일당 영양권장량 75%미만 섭취자 비율(성별, 연령별)
- 2-6-1 청소년 장애유형별 장애율(성별, 연령별)
- 2-6-2 청소년 흡연율(성별, 연령별)
- 2-6-3 청소년 음주율(성별, 연령별)
- 2-6-4 청소년 규칙적 운동실천율(성별, 연령별)
- 2-6-5 청소년 주관적 건강평가(성별, 연령별)
- 2-6-6 청소년 스트레스 인식정도(성별, 연령별)
- 2-7-1 청소년 건강보험 가입자의 외래수진율(성별, 연령별)
- 2-7-2 청소년 건강보험 가입자의 입원수진율(성별, 연령별)
- 2-7-3 청소년 의료급여 대상자의 비율(성별, 연령별)
- 2-8-1 범죄피해에 대한 청소년의 두려움(성별, 연령별)
- 2-8-2 사회안전에 대한 청소년의 인식(성별, 연령별)
- 3-1-1 청소년 자살율(성별, 연령별)
- 3-2-1 소년소녀가정 비율(성별, 연령별)
- 3-2-3 가출청소년 비율(성별, 연령별)
- 3-3-1 청소년 국민기초생활 수급자의 비율(성별, 연령별)

3) 기존 통계조사에 새로운 항목의 추가

청소년 생존권 지표 중에서 다수는 기존 통계를 활용하거나 기존 통계를 재분석하여 활용할 수 있지만, 일부는 기존 통계조사에 새로운 항목을 추가해야 할 것이다.

예컨대 청소년 타살률은 통계청이 매년 발간하는 ‘사망원인통계연보’에 관련 통계가 있으면 쉽게 파악될 수 있을 것이다. 하지만, 현재 사망원인별 통계에서 사망원인은 세계보건기구(WHO)에서 권고한 국제 질병/사인분류체

계에 따라 전체 사망자수에 대한 사인별 사망자수와 그 백분비를 보여주고 있는데, 그 분류에는 ‘타살률’이 포함되어 있지 않다.

즉, 현재 주요 사망원인은 성별로 구분한 후에 사망원인을 특정감염성 및 기생충성질환, 악성신생물, 혈액 조혈기관질환 및 면역기전을 침범하는 특정 장애, 내분비 영양 및 대사질환, 정신 및 행동장애, 신경계질환, 눈 및 눈부속기질환, 귀 및 유양돌기의 질환, 순환기계질환, 호흡기계질환, 소화기계질환, 피부 및 피하조직의 질환, 근골격계 및 결합조직의 질환, 비노생식기계 질환, 임신 출산 및 산욕, 출산기에 기원한 특정병태, 선천성 기형 변형 및 염색체 이상, 달리 분류되지 않는 중상 징후와 임상 및 검사의 이상소견, 사망의외인 등으로 나누고 있으므로, ‘타살률’은 산출되지 않는다.

따라서 ‘달리 분류되지 않는 중상 징후와 임상 및 검사의 이상 소견’ 혹은 ‘사망의외인’에 포함된 것으로 보이는 ‘타살’을 별도의 항목으로 분류하면 타살률을 체계적으로 파악할 수 있을 것이다.

이처럼 현재 통계에는 포함되어 있지 않지만, 기존통계 조사에 새로운 항목을 한두 가지만 추가해도 청소년 생존권 지표를 파악할 수 있다면, 보다 적극적으로 통계를 확보하기 위한 노력을 경주해야 할 것이다.

또한, 보건복지부는 매 5년마다 최저생계비를 계측하고 매년 물가상승을 등을 고려하여 최저생계비를 발표한다. 그리고 최저생계비에 미치지 못한 소득을 가진 것으로 평가되는 가구와 가구원수를 추계하고, 최저생계비에 미치지 못한 소득평가액을 가진 국민은 ‘기초생활보장제도 수급자’로 신청하도록 하고 있다. 하지만, 이러한 통계는 최저생계비에 미치지 못한 가구 혹은 가구를 주된 조사대상으로 삼고, 흔히 가구의 가구원인 아동과 청소년은 통계에서 부수적으로 다루어지는 경향이 있다. 이러한 경우에도 최저생계비를 계측할 때 가구원의 연령뿐만 아니라 관련 정보를 파악하여 ‘가구주’를 중심으로 한 통계와 함께 ‘가구원’의 성격을 고려한 통계를 함께 산출하면 청소년 생존권 지표를 보다 풍부하게 할 수 있을 것이다.

같은 논리로 최근 아동과 청소년의 부모가 없거나 있어서 부양능력을 미비하여, 할머니 혹은 할아버지가 주된 양육자로서 손자녀를 양육하는 조손

가족이 늘어나고 있는데, 이 경우에도 양육자인 할머니와 할아버지에 대한 정보와 함께 아동과 청소년에 대한 정보를 함께 파악하면 ‘조손가족 청소년 비율’ 등을 체계적으로 파악할 수 있을 것이다.

1-2-2 청소년 타살률(성별, 연령별)

2-2-1 하루 1달러 미만으로 사는 청소년의 비율(성별, 연령별)

2-2-2 최저생계비 미만 청소년의 비율(성별, 연령별)

2-9-2 청소년 가정내 안전사고 발생률(성별, 연령별)

2-9-3 청소년 학교 안전사고 발생률(성별, 연령별)

3-2-2 조손가족 청소년 비율(성별, 연령별)

3-3-2 기초생활보장 급여에 대한 청소년의 만족도(성별, 연령별)

4) 청소년 관련 통계조사에 대한 컨설팅

청소년 생존권 지표에 필요한 대부분의 통계자료는 기존 통계자료를 활용하거나 재활용하여 산출할 수 있다. 하지만 본 연구에서 제안한 일부 지표는 현재 공식적인 통계가 없거나 유사한 통계가 있더라도 신뢰도가 낮기 때문에 청소년 관련 통계조사에 대한 컨설팅을 통해서 확보해야 할 것이다.

예컨대, 한국보건사회연구원은 20~44세의 유배우 부인을 대상으로 하여 ‘전국 출산력 및 가족보건실태조사’를 매 3년마다 실시하고 있다. 이 실태조사를 통하여 ‘유배우 부인의 연령별 인공임신중절을 및 인공임신중절경험율’을 파악하고 있다.

그런데, 본 연구진이 제안한 ‘청소년 인공 임신중절율’의 경우에는 일반적으로 20세 미만의 청소년은 ‘유배우 부인’이 아니라는 점에서 이 실태조사를 통해서 파악하기 어렵다. 또한, 이 실태조사를 ‘유배우 부인’이 아닌 배우자가 없는 가임여성(15~49세)에게까지 확대시키는 것도 적절한 대안이라고 보기 어렵다. 정부 혹은 정부가 출연한 기관이 매 3년마다 모든 가임여성을 대상으로 ‘인공임신중절과 중절경험’을 조사한다는 것은 쉽지 않은 일이므로 국가청소년위원회나 한국청소년개발원 등이 청소년 관련 실태조사를 할 때,

‘청소년 인공임신중절과 중절경험’ 등을 조사항목에 포함시키도록 컨설팅을 하는 것이 합리적이다.

같은 방식으로 정부나 정부의 재정지원을 받는 공공기관이 청소년 실태조사를 할 때, 아침식사 결식, 학교 급식의 안전도에 대한 인식, 학교급식으로 인한 식중독 발생 등을 파악하면 될 것이다. 이 경우 정부가 직접 조사하거나 정부의 재정지원을 받는 공공기관이 매년 혹은 정기적으로 조사하는 통계에 비교하여 다소 비 정기적으로 산출될 가능성은 있다. 하지만 모든 지표를 기존 통계를 활용 혹은 재활용할 수만은 없기 때문에 청소년의 생활실태와 밀착된 통계는 청소년 관련 각종 통계에 대한 컨설팅을 통해서 산출해야 할 것이다.

1-2-1 청소년 인공 임신중절을(연령별)

2-4-2 청소년 아침식사 결식 비율(성별, 연령별)

2-8-3 학교 급식의 안전도에 대한 인식(성별, 연령별)

2-9-3 학교급식으로 인한 식중독 발생율(성별, 연령별)

5) 청소년 통계자료의 데이터 베이스화

청소년 생존권 지표를 포함하여 청소년에 관한 통계를 보다 체계적으로 관리하기 위해서는 국가청소년위원회 혹은 국가청소년위원회의 지정을 받은 공공기관이 청소년 통계자료를 데이터 베이스화하여 관리해야 한다. 한국에서 청소년 관련 기초자료를 수집하고 정리하며, 청소년 프로그램과 청소년 정책을 개발하는 한국청소년개발원이 청소년 통계자료를 데이터 베이스화하는 것이 바람직하다.

청소년 통계자료는 통계청이 확보한 국가의 공식 통계 중에서 청소년부문에 중요한 가치가 있는 원자료의 데이터를 공유하거나 데이터를 구매하는 방식으로 집적해야 한다. 예컨대, 통계청이 5년에 한번씩 조사하는 인구 및 주택총조사의 자료는 청소년의 인구, 가족, 주거 등에 대한 기초정보를 담고 있기 때문에 매우 유용하다.

또한, 국가청소년위원회, 교육인적자원부, 보건복지부, 법무부, 경찰청 등이 파악하고 있는 통계자료의 원자료를 확보해서 관리하는 것도 중요하다. 청소년의 대부분이 학생이고 청소년의 일상생활 중에서 학교생활 혹은 교육 관련 활동이 차지하는 비중이 크기 때문에 교육통계연보의 원자료를 수집하는 일은 매우 중요하다. 이밖에도 보건복지부 등 청소년과 관련된 부처가 직접 생산했거나 관련 연구기관 등이 수집한 통계의 원자료를 수집하여, 재분류하면 청소년 인권 지표에 꼭 필요한 통계를 찾을 수 있을 것이다.

아울러, 한국청소년개발원은 직접 수행한 조사연구와 국가청소년위원회의 연구용역사업을 포함하여, 한국청소년상담원, 한국청소년활동진흥센터, 한국청소년단체협의회, 한국청소년수련시설협회 등 청소년 유관기관들이 전국 단위로 조사한 청소년 실태조사 등의 데이터를 CD로 받아서 보관하고 재활용해야 한다. 이를 위해서 한국청소년개발원은 청소년 유관기관이 조사를 실시하고자 할 때, 적절한 설문지의 작성, 과학적 기법을 통한 통계분석, 논리적인 보고서의 작성 등에 대한 조언도 해주어야 할 것이다.

6) 청소년 생존권 지표 자료집의 주기적 발간

청소년 생존권 지표가 지표로서 정착하기 위해서는 생존권 지표 자료집이 주기적으로 발간되어야 한다. 청소년 생존권 지표(안)에 대한 연구에 그쳐서는 안 되고, 가용 통계자료를 활용하여 현재 청소년 생존권 지표에 맞는 자료집을 주기적으로 발간하여야 한다.

본 연구진이 제안한 청소년 생존권 지표 중에서 일부는 기존 통계를 바로 활용할 수 있는 것이 있고, 일부는 기존 통계를 재분석하면 파악할 수 있으며, 또 다른 일부는 기존 통계에 새로운 항목을 추가하거나, 새롭게 조사해야 할 것이다.

이러한 현실적인 상황을 고려하여 초기에는 접근 가능한 정보를 중심으로 청소년 생존권 지표 자료집을 만들고, 매년 혹은 격년으로 자료집을 만들면서 생존권 지표 중에서 어떤 지표를 보완하고, 지표에 맞는 통계를 산출하기 위하여 어떤 노력을 해야 하는지를 실질적으로 검증할 수 있을 것이다.

청소년 생존권 지표 자료집은 연보형식으로 발간하면서 동시에 가독성이 있게 그래프나 표를 활용하여 소책자로 발간하여서 청소년정책을 담당하는 행정부서, 청소년단체, 청소년시설 등 유관 기관에 배포한다. 또한, 한국청소년개발원은 관련 자료를 파일로 만들어 홈페이지에서 제공하는 것이 좋겠다.

2. 청소년 생존권 지표(안) 활용방안

1) 청소년 생존 상황에 대한 실태 파악

청소년 생존권 지표는 본질적 생명권, 신체적 생존권, 질적 생존권 등으로 범주화되어 있는데, 이러한 지표를 통해서 한국 청소년의 생존상황에 대한 실태를 파악할 수 있다.

선행연구를 통해서 볼 때, 한국 청소년의 생존 상황은 경제성장과 더불어 꾸준히 향상되었다. 하지만 이는 평균적인 상황이고 청소년의 성별, 연령별, 계층별 등으로 볼 때 상당한 편차가 있다.

특히 1997년 경제위기를 계기로 사회 각 분야에서 양극화 현상이 심화되면서 일부 청소년의 생존상황도 달라지고 있다. 대체로 기대어명은 늘어나고 있지만 자살률과 같은 지표는 악화되고 있다. 즉, 본질적 생명권에 해당되는 기대어명은 양호해지는 상황에서도 질적 생존권에 해당되는 한 지표인 자살률은 악화된 것을 확인할 수 있다.

이처럼 청소년 생존권 지표는 한국 청소년의 생존상황이 각 범주별로 볼 때 어떤 상황인지를 객관적으로 파악하는데 큰 도움이 될 것이다. 그리고 기존 지표는 기대어명, 사망률과 같이 거시적인 흐름을 파악할 수 있는 것들이 많았는데, 본 연구에서는 아침식사 결식 비율, 학교 급식의 안전도에 대한 인식, 학교급식으로 인한 식중독 발생률 등과 같이 미시적인 흐름을 파악할 수 있는 것들도 적지 않다. 청소년 생존권 지표를 통해서 한국 청소년의 생존권 상황을 거시적이면서 미시적으로 파악하려는 것이 본 지표의 활용방안이다.

2) 국제간 비교자료로 활용

청소년 생존권 지표개발의 가장 중요한 목적은 국제적 기준을 채택하여 한국 청소년의 생존권 상황을 국제적으로 비교하는데 있다. 한국은 경제개발협력기구에 가입한 이후로 OECD의 기준에 따라서 각종 통계를 생산하고 있다. 청소년 인권지표의 개발에서도 국제연합, OECD 등의 기준을 강조한 것은 그 지표를 통해서 국제간 비교자료로 활용하려는데 있다.

국제간 비교자료를 통해서 한국 청소년의 생존권 상황을 다른 나라의 그것과 비교하고, 연도별로 그 추이를 파악하여 생존권 내에서도 어떤 부문에 긍정적인 혹은 부정적인 변화가 있는지를 계량적으로 파악할 수 있을 것이다. 한국의 청소년 생존권 상황은 청소년의 기대여명, 사망률 등을 통해서 볼 때, 선진국 수준에 미치지 못하고 있지만 최근 점차 근접하고 있다.

그동안 국제적으로 널리 통용된 생존권 지표인 영아사망률, 모성사망률 등을 볼 때 한국은 선진국 수준에 도달하였지만, 아동 교통사고 사망률 등을 볼 때 매우 미흡한 수준이다. 청소년 생존권 지표는 국제간 비교를 통해서 한국 청소년의 생존권 상황이 국제적 기준으로 볼 때 어떤 수준이고 다른 나라와 비교할 때 어떤 위치에 있는지를 파악할 수 있게 해준다.

3) 청소년정책 개발을 위한 우선순위 판단

청소년 생존권 지표는 청소년정책 개발을 위한 우선순위를 판단하는데 유익한 정보를 제공할 것이다. 청소년의 욕구가 다양하고 문제는 복잡하지만 정부는 모든 욕구와 문제에 대응하기는 어렵기 때문에 선택과 집중이 필요하다. 청소년 생존권과 관련지어 어떤 정책에 우선순위를 둘 것인지를 판단하는데 지표가 유익하게 활용될 수 있다.

청소년기는 아동기에서 성인기로 이행하면서 성인의 생활양식을 습득하고 성적으로 활발하게 활동하기 시작하는 시기이다. 따라서 청소년의 성과 관련하여 어떤 사안에 정책개발을 할 것인지를 판단할 때, 지표가 유익하게 활용될 수 있다.

한국 청소년은 HIV/AIDS 감염률에서 볼 때 비교적 안전한 상황이다. 성인

에 비교할 때 청소년 HIV/AIDS 감염률은 그리 높지 않기 때문이다. 아프리카 여러 나라들은 HIV/AIDS 감염률이 높고 청소년의 그것도 높기 때문에 아프리카에서 청소년의 성문제를 다룰 때에는 HIV/AIDS 감염률을 낮추는데 역점을 두어야 하겠지만, 한국의 경우는 다양한 성병예방에 강조점을 두어야 할 것이다.

하지만, 청소년 인공 임신중절을 볼 때 한국의 상황은 안심할만한 수준이 아니다. 한국에서 유배우자 여성의 인공임신중절을만 공식적으로 파악되고 있지만, 여러 가지 정황으로 볼 때 배우자가 없는 청소년의 인공임신중절율도 높을 것으로 추계된다.

이러한 두 가지 지표를 비교하면, 한국에서 청소년의 성과 관련하여 정책을 개발한다면 HIV/AIDS 감염율을 낮추기 위한 정책보다는 인공 임신중절율을 낮추기 위한 정책에 좀더 역점을 두어야 할 것이다.

4) 정책의 효과성에 대한 평가

청소년 생존권 지표개발은 정책의 효과성에 대한 평가를 위해서도 꼭 필요하다. 청소년 생존권을 증진시키기 위한 어떤 정책을 수립하고 그 정책이 얼마만큼의 효과를 거두고 있는지를 파악하기 위해서는 지표의 변화를 통해서 파악할 수 있다.

예컨대, 청소년의 영양을 향상시키기 위하여 학교급식을 추진한다면 이것이 청소년의 건강증진에 어떤 긍정적인 효과를 거두고 있는지를 지표를 통해서 확인할 수 있을 것이다. 본연구진이 제안한 ‘청소년 아침식사 결식 비율’을 통해서 학교 급식이 절실한 사람이 얼마나 되는 지를 확인할 수 있고, ‘학교 급식의 안전도에 대한 인식’을 통해서 학생들이 학교급식을 안심하게 먹고 있는 지를 파악할 수 있다. 아울러 ‘학교급식으로 인한 식중독 발생율’을 통해서 학교급식이 얼마나 안전한 지를 객관적으로 평가할 수 있다.

청소년 생존권 지표는 비교적 모든 청소년 인권의 기초가 되는 지표이기에 특정 정책의 효과를 직접 받기 보다는 많은 정책으로부터 직접 혹은 간접적인 효과로 변화될 것이다. ‘최저생계비 미만 청소년의 비율’이나 ‘하루

1달러 미만으로 사는 청소년의 비율'은 청소년 생존권 관련 어떠한 정책에 의해서 즉각적으로 나타나기 보다는 수많은 정책의 영향력이 중첩될 때 나타날 수 있다. 이러한 특성을 감안하더라도 지표는 특정 정책이 지표에 직접 혹은 간접적으로 어떤 영향을 미치는 지를 측정할 수 있는 좋은 틀이 될 것이다.

5) 구체적 사업개발을 위한 아이디어 공유

청소년 생존권 지표개발은 생존권 증진을 위한 구체적인 사업을 개발하는 데 필요한 아이디어를 공유하는데 활용될 수 있다.

청소년이 건강하게 살기 위해서는 건강을 위협하는 행동을 줄이고 건강을 증진시키기 위한 행동을 늘려야 할 것이다. 청소년기에 건강을 악화시키는 대표적인 요인은 흡연과 음주이다. 청소년 생존권 지표 중에서 흡연율과 음주율을 측정하여 그 변화를 보면 청소년이 건강에 위협을 줄 수 있는 행동을 얼마나 하는 지를 확인할 수 있다.

한편, 규칙적 운동실천율이 높고, 주관적 건강평가가 양호하며, 스트레스 인식정도가 낮으면 청소년은 건강한 생활양식을 갖고 있다고 볼 수 있다.

청소년 생존권 지표를 측정하고 각 지표간의 추이를 비교함으로써 청소년 건강을 지키기 위해서 위험행동을 줄이고 건강을 증진시키는 행위를 어떻게 하면 효과적으로 늘릴 것인지에 대한 프로그램 개발 아이디어를 나눌 수 있다.

여기에 청소년 건강보험 가입자의 외래수진율과 입원수진율까지 연계시키면 건강을 위협하는 지표가 증가될 때 건강보험 가입자의 수진율도 높아지는 지 여부 등을 구체적으로 확인할 수 있다. 논리적으로 보면 건강에 위협이 되는 행동은 건강보험 가입자의 수진율을 높일 개연성이 높지만, 수진율이 건강에 위협이 되는 행동만으로 변동되는 지표가 아니기 때문에 한 마디로 말하기 어렵지만, 생존권 지표를 통하여 어떤 분야의 정책에 강조점을 두어야 할 것인지를 판단할 수 있는 유용한 자료로 활용할 수 있을 것이다.

3. 청소년 생존권 개선을 위한 정책과제

1) 고유의 생명권의 보장

(1) 청소년의 사망률을 낮춘다.

청소년 생존권을 개선하기 위한 정책과제는 다양하게 개발할 수 있겠지만, 각 영역별로 시급히 개선해야 할 사항을 중심으로 몇 가지씩 제안하고자 한다.

우선 청소년 사망률을 낮추기 위한 다양한 대책을 모색해야 한다. 청소년 사망의 주요 원인은 자살, 교통사고 등이다. 노인의 사망원인이 질병이나 노령인 것에 비교할 때 청소년의 주된 사망원인은 사고이므로 사고를 줄이기 위한 각종 대책을 구체적으로 세워야 한다. 청소년 자살은 입시위주의 교육 환경과 청소년의 우울증과 높은 상관관계가 있는 것으로 알려져 있으므로 청소년에게 스트레스를 주는 요인을 줄이고 궁극적으로 삶의 질을 높일 수 있는 방안을 찾아야 할 것이다.

구체적인 목표로 청소년의 사망률을 5년 안에 현재보다 20%정도 낮춘다.

(2) 청소년 인공임신중절을 낮춘다.

청소년 인공임신중절에 대한 공식적인 통계는 없지만, 유배우자 여성의 인공임신중절 상황을 볼 때 청소년의 인공임신중절도 적지 않는 것으로 추계된다. 많은 선행연구는 청소년의 인공임신중절은 원치 않은 임신을 해결하기 위한 수단으로 활용된다는 점에 착안하여 청소년에게 적절한 성교육을 시켜서 원치 않은 임신을 줄여야 한다.

대부분의 인공임신중절이 불법이면서도 관행적으로 이루어진다는 점에서 청소년 인공임신중절의 감소를 위하여 먼저 원치 않은 임신을 줄이고, 부득이한 경우에도 전문의료기관에서 안전한 낙태를 할 수 있도록 성상담을 체계적으로 실시해야 한다.

구체적인 목표로 청소년 인공임신중절을 5년 안에 현재보다 30%정도 낮

춘다.

2) 신체적 생존권의 개선

(1) 최저생계비 미만으로 사는 청소년을 줄인다.

신체적 생존권을 개선하기 위한 다양한 방법을 활용하면 청소년의 기대여명은 높아질 것이다. 신체적 생존권은 경제성장과 함께 대체로 양호해지는 경향이 있지만, 1997년 외환위기 이후 사회 각 분야의 양극화 심화와 생활양식의 변화로 악화된 측면도 있기 때문에 각 분야에서 구체적인 노력이 필요하다.

빈곤으로 인하여 신체적 생존권이 위협받지 않도록 ‘하루 1달러 미만으로 사는 청소년’ 혹은 최저생계비 미만으로 사는 청소년을 줄인다. 최근 저출산 고령사회위원회 등이 검토한 아동수당제도 등을 적극 도입하여 부모의 소득이 낮아서 자녀가 경제적으로 어렵게 살고 빈곤으로 인하여 생존권이 위협을 받는 청소년은 감소되도록 적극적인 복지정책을 펼쳐야 한다.

구체적인 목표로 최저생계비 미만으로 사는 청소년을 5년 안에 현재보다 30%정도 낮춘다.

(2) 청소년 유병율과 주요 만성질환 유병율을 낮춘다.

국민의 유병율은 매년 조금씩 높아지는 경향이 있다. 이는 고령화 등으로 건강하지 못한 국민이 늘어나기 때문이기도 하지만, 의료기관수가 늘어나고 의료수준의 향상으로 국민이 의료기관을 이용하기가 용이하게 된 이유도 있다.

전반적으로 유병율의 증가에도 불구하고 청소년의 유병율은 다른 연령층에 비교할 때 낮은 수준인데, 향후에도 그 수준을 유지할 수 있도록 각종 건강관리와 사고예방에 역점을 두어야 할 것이다.

구체적인 목표는 청소년 유병율과 주요 만성질환 유병율을 향후 5년 동안 현재 수준보다 10% 낮춘다.

(3) 청소년 HIV/AIDS 감염율을 억제시킨다.

한국 사회에서 HIV/AIDS 감염자수와 감염율은 매년 늘어나고 있다. 한국에서 HIV/AIDS 감염경로는 주로 직접적인 성관계이므로 성행위를 하게 될 가능성이 있는 청소년의 HIV/AIDS 감염자수와 감염율을 낮추기 위한 대책이 절실하다.

청소년은 대부분 유배우상태가 아니기 때문에 여러 사람과 성관계를 할 확률이 높다. 다행히 직접적인 성관계에도 불구하고 콘돔을 사용할 경우에는 HIV/AIDS 감염을 획기적으로 줄일 수 있으므로 성관계시 콘돔을 사용하는 등 안전한 성생활을 하도록 성교육을 강화해야 한다.

구체적인 목표는 청소년 HIV/AIDS 감염자수와 감염율을 현재 수준으로 유지하거나 좀더 낮추어서 한국 청소년은 HIV/AIDS 감염의 위험 없이 생활할 수 있게 한다.

(4) 청소년 아침식사 결식율을 낮춘다.

영양실조에 빠진 청소년과 같이 극단적으로 신체적 생존권에서 위기를 맞는 한국 청소년은 그리 많지 않다. 그런데, 입시위주의 교육환경과 0교시와 같은 무리한 조기 등교로 아침 식사를 결식하는 청소년은 적지 않다.

청소년 아침식사 결식율을 획기적으로 낮추기 위해서는 일반계 고등학교에 만연된 0교시와 같은 조기 등교를 금지시켜서 청소년이 아침식사를 한 후에 등교할 수 있도록 해야 한다.

구체적인 목표는 청소년 아침식사 결식율을 향후 5년 안에 현재보다 50% 수준으로 낮춘다.

(5) 신체충실도를 정상화시킨다.

한국 청소년의 신체충실도를 보면 저체중은 감소하고 과체중 등 비만이 늘어나는 경향이 있다. 청소년의 신체적 생존권은 영양의 결핍과 같은 저개발국가형 문제보다는 영양의 과다와 운동부족과 같은 과체중 등 비만의 문제로 바뀌었으므로 신체충실도를 정상화시키기 위한 전략이 필요하다.

청소년이 인스턴트 음식을 섭취하는 것을 줄이고 규칙적으로 운동을 실천하도록 하여 과체중 등 비만을 현저히 낮추어야 한다. 목표로는 향후 5년 안에 과체중을 포함하여 비만을 현재보다 30%정도 낮춘다.

(6) 청소년 흡연율과 음주율을 낮춘다.

청소년 흡연율과 음주율을 어떻게 측정하느냐에 따라서 조금씩 다르지만, 최근 청소년의 최초 흡연 연령이 낮아지고, 여성 청소년의 흡연율이 높아지며, 음주를 자주 하거나 습관적으로 하는 청소년이 늘어난다는 보고가 있다.

청소년의 흡연과 음주는 한국 사회에서 그 자체로서 문제행동이라고 인식될 뿐만 아니라 이로 인하여 본드나 부탄가스 흡입 등 다른 약물을 오남용하거나 흡연과 음주 비용을 조달하기 위하여 돈을 훔치거나 취중에 폭력행위를 하는 등 다른 문제행동을 일으킬 수 있다.

따라서 청소년에게 담배와 술을 판매하는 행위를 금지하는 청소년보호법 등을 보다 엄격하게 시행하여, 목표로는 향후 5년 안에 흡연율과 음주율을 현재보다 30%정도 낮춘다.

(7) 학교급식의 안전도를 높인다.

최근 몇 년 동안 초중고등학교에서 학교급식의 보급률은 획기적으로 높아졌지만, 학교급식으로 인한 식중독사건도 빈발하여 학교급식의 안전도에 대한 신뢰도가 높지 못하다.

학교에서 식중독사건이 주로 직영보다는 위탁업체가 운영하는 급식소에서 일어난다는 점에 착안하여 학교급식의 직영율을 높이고 위탁업체에 대한 위생감독을 강화시켜서 학교급식의 안전도를 높인다. 목표로는 향후 5년 안에 학교급식에 대한 안전도를 현재보다 30% 이상 높이고, 학교급식으로 인한 식중독사건을 현재보다 50%정도로 낮춘다.

(8) 교통사고와 가정·학교에서 안전사고를 줄인다.

청소년의 사망이나 부상이 주로 교통사고와 가정·학교에서 일어나는 안

전사고로 인한 것이 많다는 것에 착안하여 교통사고 등 사고를 줄이기 위한 대책을 세워야 한다. 교통사고의 경우 청소년이 통학길의 보행 중에 주로 일어나므로 학교주변에서 자동차의 서행을 의무화하고, 통학로에 안전한 인도 설치 등을 통해서 보행자 사고를 줄여야 한다.

아울러, 청소년은 자전거나 오토바이를 타고 가거나 무면허로 승용차를 운전하다가 교통사고를 내는 경우가 많기에 자전거와 오토바이를 안전하게 타도록 훈련을 시키고 오토바이와 자동차의 운전면허를 취득한 후에 운전을 하도록 가르쳐야 한다.

이러한 활동을 통해서 향후 5년 안에 교통사고로 인한 청소년 사망사건을 현재 보다 30%정도 낮춘다. 아울러, 가정·학교에서 안전사고도 현재보다 30%정도 낮춘다.

3) 질적 생존권의 개선

(1) 부모와 가정의 양육능력을 보충해준다.

전반적인 경제수준의 향상으로 청소년의 질적 생존권은 높아지고 있지만, 부모의 사망, 이혼, 별거, 양육기피 등으로 일부 청소년은 양육환경에서 위기를 맞고 있다. 최근 소년소녀가정은 줄고 있지만 가정위탁보호와 조손가족은 늘어나고 있다.

소년소녀가정과 조손가족처럼 부모와 가정의 양육능력이 취약한 세대에게 경제적 지원과 함께 지역아동센터, 청소년방과후아카데미 등을 통해서 정서적 지지가 절실하다. 부모의 양육능력을 지지하고 보충하는 사업을 통해서 위기 가정의 청소년도 적절히 보호받을 수 있게 해야 한다. 목표로는 향후 5년 동안에 부모와 가정의 양육능력이 취약한 청소년에 대한 국가와 지방자치단체의 지원을 현재보다 3배 이상 늘린다.

(2) 저소득층을 위한 복지대책을 강화시킨다.

부모가 저소득층인 경우에는 자녀도 가난하게 살 수 밖에 없다. 국가와

지방자치단체는 최저생계비에 미치지 못한 국민을 국민기초생활보장제도 수급자로 지정하여 생계급여, 교육급여 등을 제공하고 있지만, 기초생활 수급을 받는 청소년의 삶의 질은 다른 청소년에 비교할 때 절대적으로 혹은 상대적으로 낮을 수 밖에 없다.

국민기초생활제도 수급을 받는 청소년의 수를 현재 수준으로 관리하고 차상위계층에게도 교육급여, 자활급여, 주거급여 등을 제공하여 부모 혹은 보호자가 빈곤하여 중고등학교와 대학교 교육을 받지 못하는 청소년이 없도록 해야 할 것이다.

목표로는 향후 5년 동안 국민기초생활보장 수급자인 청소년의 수를 현재 수준으로 유지하고, 교육급여를 전문대학(4년제 대학의 경우 2학년)까지 확대시키고 그 적용대상도 차상위계층으로 확대시킨다.

(3) 삶의 질과 삶의 만족도를 획기적으로 높인다.

청소년의 질적 생존권은 일부 가난한 청소년의 삶의 질을 높이는 것에 그쳐서는 안 되고 모든 청소년의 삶의 만족도를 획기적으로 높여야 할 것이다. 수많은 선행연구에서 한국 청소년 삶의 만족도는 경제개발협력기구의 다른 회원국가에 비교할 때 낮고 가장 큰 요인은 입시위주의 교육환경이라고 평가되고 있다.

한국 청소년의 삶의 질을 높이기 위해서는 소득, 보건, 여가 등 다양한 영역에서 변화도 필요하지만, 입시위주의 학교교육과 사교육의 과용을 줄이지 않으면 어려울 것이다. 이는 대학의 서열화와 학력위주의 사회환경의 개선을 통한 중고등학교 교육의 정상화와 관련되어 있다. 이러한 사항은 너무 거대한 주제이기에 청소년 생존권 차원에서 언급하기 어렵지만, 청소년의 질적 생존권과 삶의 만족도는 청소년을 둘러싸고 있는 제반 환경과 밀접히 관련되어 있음을 다시 한번 강조하지 않을 수 없다. 이는 청소년의 생존권이 청소년의 보호받을 권리, 발달권, 참여권과 유기적으로 연계되어 있다는 것을 확인시켜준다. 청소년 인권을 신장시키기 위해서는 총체적인 노력이 필요한 이유가 여기에 있다.

VII. 요약, 결론 및 제언

1. 요약
2. 결론 및 제언

VII. 요약, 결론 및 제언

1. 요약

1) 연구목적, 연구내용과 방법

이 연구는 아동과 청소년인권 분야에서 가장 광범위하게 채택되고 있는 아동의 권리에 관한 국제협약을 포함하여 국제적으로 널리 통용되는 범주별로 인권 현황을 파악하고 이를 변화시킬 수 있는 지표를 개발하고자 한다. 아동의 권리에 관한 국제협약은 아동의 권리를 생존권, 보호권, 발달권, 참여권으로 범주화시키고 있는데, 본 연구는 청소년의 생존권에 집중시켜 현황과 지표개발을 하고자 한다.

본 연구의 목적은 청소년 생존권에 대한 국제기구 권고내용을 분석하고, 협약에서 생존권 영역에 비취 한국 청소년의 생존권의 현황을 파악하며, 국내외 청소년인권 관련 지표 중에서 생존권 관련 지표를 찾고, 청소년 생존권 모니터링 지표(안)를 개발하려는 것이다.

본 연구의 목적은 국제적으로 비교 가능한 청소년의 생존권 지표를 개발하는데 있기 때문에, 기존 청소년지표개발 연구의 틀을 따르고자 한다. 한국 청소년개발원 김진호 연구팀은 2003년과 2004년에 ‘청소년개발지표 개발연구’를 수행한 적이 있었다. 이때 연구진은 연구내용을 청소년개발지표의 개념과 특성, 청소년개발지표 개발모형과 분류체계, 청소년개발지표(안) 개발, 청소년개발지표의 산출체계와 활용방안으로 구성하였다.

본 연구도 청소년개발지표 개발연구의 틀을 준용한다. 다만, 본 연구의 청소년 생존권의 현황과 지표개발로 ‘현황’이 추가되어 있기 때문에 연구 내용은 1)청소년의 생존권의 개념과 의의, 2)국내외 청소년 생존권 현황 분석, 3)청소년 생존권 지표(안) 개발, 4)청소년 생존권 지표(안)의 용어해설, 산식, 자료원 제시, 5)활용방안과 생존권 보장을 위한 정책과제 제시로 구성된다.

이 연구는 주로 문헌연구와 전문가 자문회의를 통해서 이루어졌다. 문헌 연구는 한국청소년개발원 길은배 연구팀(2001)이 수행한 ‘청소년 인권지표 개발연구’를 포함하여 청소년 인권과 아동 인권 관련 지표에 대한 선행연구를 참고하였다. 또한, 청소년 생존권에 대한 국내외 동향을 살펴보고자, 미국과 다른 선진국의 관련 문헌을 살펴보았다.

연구진은 청소년 생존권 관련 문헌에 대한 연구를 통해서 청소년 생존권 지표 초안을 개발하고 전문가 자문회의와 워크숍을 통해서 지표(안)를 확정하였다.

2) 청소년 생존권의 개념과 의의

아동과 청소년의 생명, 생존 및 발달에 관한 권리는 아동에 관한 모든 인권의 토대가 되는 것으로 아동의 권리에 관한 국제협약(Convention on the Rights of the Child: CRC, 약칭 아동권리협약)에는 4가지 일반 원칙의 하나로 규정되었다. 생명권에 대한 존중과 적절한 보호 및 이행 없이는 협약의 모든 여타 권리들도 의미가 없게 된다.

생존권(the right to survival)이란 개념은 다른 인권조약에 명시적으로 나타난 것은 찾기 어렵다. 그러나 생명권(the right to life)은 근본적인 인권의 하나로서 모든 시민적, 정치적 권리에 관한 보편적 또는 지역적 문서에서 찾아볼 수 있다. 생명권을 보장하는 가장 중요한 조항은 세계인권선언 제 3조에서도 적시하고 있다. 그래서 생명권은 “일반 국제법상의 절대규범” 이른바 *jus cogens*의 하나로 주장 된다.

생존권은 또한 생명권보다 더 긍정적인 의미를 가지는 것으로 해석된다. 즉, 아동의 생명을 연장시키기 위한 긍정적인 조치를 취하는 권리를 의미하는 것이다. 이 점에서 “생존”은 성장 모니터링(*monitoring*), 질병 통제, 설사로 인한 탈수증 완화(*oral rehydration*), 모유수유(*breastfeeding*), 예방접종, 식량 및 여성 문맹 등을 포함한다.

청소년 생존권을 주제로 하는 본 연구와 함께, 청소년 발달권, 청소년 보

호권 및 청소년 참여권 등을 주제로 하는 연구가 동시에 시행되고 있는 상황을 고려하여 청소년 발달 및 보호와 관련된 생존권 논의는 제한적인 범위에서 논의하기로 한다. 이런 인식에서 여기서는 청소년 생존권 지표개발을 위한 이론적 기초를 제공하는 의미에서 크게 1)고유의 생명권, 2)신체적 생존권 및 3)질적 생존권의 3가지로 구분하고 관련된 주요 내용과 특별히 논란이 되는 이슈들을 중심으로 언급한다.

생명권은 아동권리협약에서 고유한 권리로 규정된 유일한 권리이다. 아동권리위원회는 생명권은 제한적으로 해석되어서는 안 된다는 점과 함께, 당사국은 이 권리를 보장하기 위해 적절한 긍정적 조치를 취해야 하는 의무가 있다는 점을 분명히 하고 있다. 고유의 생명권으로는 특히, 사형선고, 임신중절, 살해행위, 유아사망을, 아동사망을 및 유해한 전통적 관습 등과 관련된 내용이 중요한 의미를 갖는다.

신체적 생존권은 생명권에서 추론된 권리이며 확장된 권리로서의 의미를 갖는 것으로 건강권과 안전권을 들 수 있다. 건강권이 협약에 포함된 것은 의료품, 깨끗한 물 또는 적절한 영양을 섭취할 권리를 인정받지 못한다는 것은 그로 인해 생명을 잃게 된다는 점에서, 살해행위(homicide)와 다름없는 것이며, 인간의 생명권을 위반하는 것이 분명하기 때문이다.

질적 생존권은 아동권리협약에 의하면, 아동과 청소년이 누릴 자격이 있는 생명은 양적으로 뿐만 아니라 질적으로도 정의된다. 협약에 의하면 아동은 신체적 생존에 필요한 보건복지를 받을 자격이 있을 뿐만 아니라, 생존의 질적 측면과 관련된 특정 프로그램, 조건 및 기회 등을 받을 자격도 갖게 된다. 여기에는 의식주의 욕구에 부응하는 생활수준과 휴식, 여가 및 여행 등이 포함된다. 다만, 생존권 지표 개발과 별개로 보호권, 발달권 지표 개발이 이루어지기 때문에 질적 생존권은 최소한으로 관련되는 부분만을 다룬다.

3) 청소년 생존권 지표개발의 배경 및 이론적 근거

한국청소년의 생존권 실태는 국제적으로 널리 통용되는 지표로 보면 대체

로 양호한 편이다. 국제적으로 널리 통용되는 생존권 지표는 대개 아동용 지표이지만, 청소년의 생존권도 아동의 생존권과 연장선상에 있기에 아동의 자료를 통해서 유추할 수 있을 것이다. 최근 몇 년 동안 언론에 보도된 아동과 청소년 생존권 관련 뉴스를 분석하여 보면 다음과 같다.

영아사망률과 모성사망비: 아동의 생존권 지표로 가장 널리 통용되는 영아사망률과 모성사망비를 보면, 2002년 기준 한국의 영아사망률은 1,000명 출생당 5.3명으로 경제협력개발기구(OECD) 회원국 평균 6.5명보다 적은 것으로 나타났다. 반면 모성사망비는 10만 명 출생당 16.0명으로 OECD 회원국 평균 10.6명보다 많았다.

인공임신중절율: 고유의 생명권 지표라고 할 수 있는 인공임신중절 등을 볼 때, 한국인의 생존권은 안심할 만한 수준이 아니라는 것을 확인할 수 있다. 한국 여성들은 연간 35만 590건의 임신중절 시술을 받는 것으로 추정되고, 대부분의 임신중절 시술은 불법으로 이루어진 것으로 나타났다. 이러한 수치는 가임기 여성 1천명을 기준으로 하면 연간 기혼여성은 17.8명이, 미혼은 12.9명이 임신중절 시술을 받는 것이다.

체격과 체력: 교육인적자원부가 매년 조사하는 초중고등학생의 체력검사에서 체격은 커지고 있지만 체력은 떨어지고 있다는 것은 한국 청소년의 생존권이 취약할 수 있다는 것을 나타낸다. '2005년 학생 신체검사' 결과를 보면, 남학생 전체 평균키는 2001년 0.2cm, 2003년 0.3cm 늘었으나 2005년도에는 0.06cm 느는데 그쳤고, 몸무게는 10년 전에 비해 남학생 4.03kg, 여학생은 1.92kg 늘었다. 건강의 척도인 체질과 체력은 약해졌다. 이처럼, 초중고등학생의 체력과 체질의 약화는 학습 스트레스는 커지

고 운동량이 부족하기 때문이다.

과거 생존권의 주된 관심은 영양결핍 등 결핍으로 인한 생존의 위협에 주목하였지만, 최근 청소년 생존권은 영양과잉으로 인한 과체중 혹은 비만에 주목할 필요가 있다. 비만은 고혈압, 당뇨 등 성인병의 원인이 되기도 하고, 일상활동의 부자유 등으로 삶의 질을 크게 훼손시킬 수 있기 때문이다.

빈곤과 결식: 한국의 빈곤아동과 청소년에 대한 정확한 통계자료는 없지만, 관계 전문가들은 적게는 100만 명에서 많게는 160만 명으로 추산한다. 이들에게 정부 차원에서 지원하는 것 중 가장 대표적인 것이 급식값(점심값) 지원이다. 하지만 이 혜택을 받는 초·중·고생은 2006년에 52만6천명에 불과하다. 국내 총생산(GDP) 기준 세계 10위의 경제규모라는 한국에서 결식 혹은 결식위기에 있는 아동과 청소년이 수십만 명에 이른다.

자살: 한국의 2004년 자살자는 1만2천여 명으로, 하루 평균 32명이 스스로 목숨을 끊은 셈이다. 인구 10만 명당 자살자 수도 25.2명으로, 10년 전(1994년)의 10.5명에 비교하여 2.4배나 늘어났다. 1994년에만 해도 자살은 사망원인 9위에 머물렀으나, 이 순위가 2004년에는 4위로 치솟았다. 연령대별로는 40대가 2004년 전체 자살자의 21%를 차지하는 등 가장 많지만, 20~30대의 사망원인 1위가 자살이었고, 10대는 운수사고에 이어 2위였다. 통계청이 발표한 ‘2004년 사망원인’을 보면, 인구 10만 명당 자살자 수도 비교한 자살률도 한국이 경제협력개발기구(OECD) 국가 중 1위로 조사됐다. 국제비교를 위해 연령구조 차이를 제거한 한국의 자살률은 10만 명당 24.2인데, 이는 헝가리(22.6), 일본(18.7), 벨기에, 핀란드(각 18.4) 등을 훨씬 앞지르는 수준이다

한국 청소년의 생존권 실태를 몇 가지 지표를 통해서 파악하기는 어려움

이 있지만, 전반적으로 볼 때 사망률에서 보는 바와 같이 고유의 생명권은 상당히 양호한 수준이지만 신체적 생존권과 질적 생존권은 오히려 약화되거나 양극화 현상이 일어나는 것으로 판단된다.

청소년의 기대여명은 전반적으로 상승하지만, 체격의 향상에도 불구하고 체력과 체질은 약화된다면, 국민소득의 향상에도 불구하고 결식 아동과 청소년이 늘어나거나 과도한 입시위주 교육으로 아침식사를 결식하는 중고등학생이 적지 않다는 것은 양극화의 현상이라고 볼 수 있다. 최근 학교급식의 실천율이 높아지고 있음에도 불구하고, 단체급식을 하는 학교에서 집단 식중독 사건이 끊이지 않는 것은 청소년의 생존권이 안심할 만한 수준이 아니라는 것을 보여준다.

국제기구의 청소년 생존권 주요 권고내용과 시사점을 살펴보면, UN아동권리위원회는 대한민국이 2000년 5월 1일에 제출한 국가보고서를 2003년 1월 15일 제 838차 및 제 839차 회의에서 심의하고, 2003년 1월 31일 제 862차 회의에서 다음과 같은 권고의견을 채택하였다. 그중 생존권과 관련된 ‘주요 우려사항과 권고’를 정리하면 다음과 같다.

먼저 UN아동권리위원회는 1차 보고서 심의시 권고사항의 이행이 미비하다는 점을 지적하였다. 특히, 유보사항 철회와 “여자어린이, 장애어린이, 혼외출생어린이에 대한 차별 철폐를 위한 공공교육캠페인의 개발 (20항)” 등을 강조했다.

UN아동권리위원회는 ‘기초조건과 복지’에 대해서 특별히 다음과 같이 권고하였다. 그중 청소년과 밀접히 관련된 사항은 “특히 HIV/AIDS, 성병, 10대의 흡연과 약물사용에 관한 교육 등 종합적인 청소년건강정책을 개발하기 위해 청소년보건에 관한 연구 실시”이다.

아울러, 장애청소년에 대한 관심과 이주자자녀인 청소년에 대한 관심도 매우 절실하다. UN아동권리위원회는 한국정부가 “교육 및 사회복지 관련 법령 등이 외국어린이, 특히 불법이주노동자 자녀의 복지와 권리 보장을 위한 구체적인 조항을 두고 있지 않은 점을 우려한다”고 명시적으로 지적하고 있다.

4) 국내외 청소년 생존권 지표 사례 분석

국내에서 청소년 생존권 지표만을 독자적으로 개발한 사례는 아직 발견되지 않았다. 다만, 한국아동권리학회(2001)의 아동권리지표, 보건복지부·한국보건사회연구원(서문희 외, 2003)의 아동권리지표 개발에 관한 연구, 한국청소년개발원(길은배 외, 2001)의 청소년인권지표 개발연구 등에서 아동과 청소년의 생존권을 함께 다룬 사례가 있고, 한국청소년개발원(김진호 외, 2004)의 청소년개발지표 개발연구 등 각종 청소년 지표 연구에서도 청소년의 생존권을 중요하게 다룬 적이 있다.

아동권리지표 개발에 대한 관심은 UN아동권리위원회는 물론 UN을 비롯한 국제기구 및 세계은행 등 민간 국제기구, 연구기관 및 주요 선진국의 관련 연구를 통해 지속되어 왔다. 특히 미국을 중심으로 사회지표(social indicators) 또는 아동과 청소년복지와 관련된 지표(indicators of children's well-being)에 대한 연구가 많이 이루어져 오고 있다. 공공기관에서 개발된 지표로는 미국 중앙정보국 세계연감 CIA World Fact Book(U.S. Central Intelligence Agency), 교육통계 The Condition of Education(U.S. Department of Education), 전국 가족성장 통계조사 National Survey of Family Growth(U.S. Department of Health and Human Services), 및 주택 및 도시개발 통계 HUD Statistics(U.S. Department of Housing and Urban Development) 등이 있다. 민간 기관에서는 Kids Count Data Book: State Profiles of Child Well-Being(Annie E. Casey Foundation), 미국 아동현황보고서 The State of American Children (Children's Defense Fund) 및 미국 비영리부문 통계 Charitable Statistics of the United States(Urban Institute) 등이 매년 또는 지속적으로 관련 지표를 제공하고 있다.

청소년권리지표 특히, 국제 비교를 위한 청소년생존권 지표 등을 위해서는 UN을 비롯한 국제기구에서의 아동과 청소년지표 연구가 중요한 의미를 갖는다. 가장 많이 알려진 것으로는 유니세프의 세계아동현황보고서 (The States of the World's Children), UN개발기구(UNDP)의 인간개발보고서

(Human Development Report) 및 세계은행(World Bank)의 세계개발보고서(World Development Report) 등을 들 수 있다.

아동 청소년복지지표의 사례에서 알 수 있는 바와 기준에 제시되고 있는 여러 사례에서 공통적으로 지적될 수 있는 점은 모든 지표가 아동청소년의 권리적 측면과 복지적 측면의 성격을 함께 가지고 있는 항목들을 포함하고 있다는 점이다. 지표로서의 근거를 설정하고 규정하는 측면에서는 권리지표의 특성을 갖지만, 생명, 건강 보건 등 청소년의 삶에 관련된 주요 내용의 기준을 설정하고 있다는 점에서는 복지지표의 특성을 함께 갖고 있는 것으로 이해된다. 그러나 아동청소년 권리지표가 복지적 측면과 유사한 점이 있음에도 불구하고 몇 가지 점에서 차이점도 있음은 물론이다.

가장 중요한 차이점은 지표를 측정하기 위해 사용되는 기준이다. 아동청소년 복지지표는 바람직한 것이 무엇인가라는 점에 초점을 두지만, 아동청소년 권리지표는 법적으로 수립된 최소요건을 말한다. 이러한 최소요건이 시간과 공간에 따라 변하는 것은 물론이다(Ben-Arieh et al., 2001). 아동권리협약은 그것이 시민권, 정치권, 경제권 및 문화권을 모두 포괄하고 있다는 점에서 다른 국제 인권관계법들과는 구별되는 특징을 갖는다.

이러한 내용은 아동권리협약 제 27조의 3항에 있는 “국가적인 여건과 재원의 범위 내에서” 라는 규정과 제 4조의 용어들과 함께 보면, 적합한 또는 받아들일 수 있는 “최소요건의 수준(minimum levels)”이 다양하게 나타날 수 있다는 점을 예상하고 있음을 알 수 있다. 이러한 받아들일 수 있는 다양한 상황에 대한 예상은 국가별 상황이 다르고 또 국가 내에서도 시기적 변화에 따라 다를 수밖에 없기 때문에, 그에 따른 어떤 기준을 설정하거나 지표를 개발하는 데 있어 그것을 어떻게 반영할 것인가 하는 점이 항상 과제가 되어 왔다.

아동청소년권리 지표 개발을 위해 아동 청소년복지지표를 활용하는데 유의해야 할 점의 또 다른 하나는 아동청소년권리지표는 그 개발 목표가 입법

자들과 정책결정가들에게 유용하게 활용되기를 바란다는 점에 있다. 달리 말하면, 권리가 실현되는 않은 간에, 권리지표를 설정하는 것 자체가 우리로 하여금, 하나의 명료하고, 구체적이며 관측 가능한 현상을 필요로 한다는 것이다. 이에 비해서, 아동청소년복지 지표는 추상적이고 설득적이긴 하지만, 권리지표보다는 그 적용력이 약하다고 할 수 있다.

아동청소년권리지표의 주요 사례들이 복지적 측면의 지표들을 많이 포함하고 있지만, 권리지표의 특성상 뚜렷이 구별되는 특성이 있음을 다시 확인할 필요가 있다.

5) 청소년 생존권 지표 모형설정 및 분류체계

청소년 생존권 지표개발은 ‘국제기준대비 한국 청소년의 인권수준 실태연구 I-청소년 인권지표 개발’의 일환으로 수행되고 있기 때문에 다음 몇 가지 기준에 충실하고자 한다.

첫째, 청소년의 생존권을 대표할 수 있는 지표를 선정하고자 한다.

둘째, 국제기준으로 널리 활용될 수 있는 지표를 개발하고자 한다.

셋째, 기존 통계자료를 활용할 수 있는 지표를 개발하고자 한다.

넷째, 청소년집단 내에서도 성별, 연령별 특성을 반영할 수 있는 지표를 개발하고자 한다.

다섯째, 청소년정책 입안자에게 유용한 정보를 제공할 수 있는 지표를 개발하고자 한다.

청소년 생존권 지표(안)를 개발할 때, 연구진은 모형을 어떻게 설정할 것 인지를 선행연구의 경험에서 찾고자 하였다. 한국에서 청소년인권 지표에 대한 대표적인 연구는 한국청소년개발원 길은배 연구팀(2001)이 수행한 ‘청소년 인권지표 개발연구’이다. 이 연구는 대분류(관심영역), 중분류(세부관심영역), 소분류(지표항목) 등 4단계로 나누어서 청소년인권지표를 개발하였다.

이러한 4단계 분류체계는 한국청소년개발원 김진호 연구팀(2004)이 수행한 ‘청소년개발지표 개발연구’에서도 사용된 바 있고, 보건복지부·한국보건

사회연구원(서문희 외, 2003)의 ‘아동권리지표 개발에 관한 연구’에서도 사용되는 등 비교적 광범위하게 활용되고 있다.

청소년 생존권 지표로 어떤 내용을 담은 것인지에 대해서도 선행연구를 참고하여 연구진이 초안을 만들고, 다른 연구팀과 청소년계의 전문가들이 함께 한 워크숍을 통해서 다소 수정되었다. 여러 차례의 연구자 회의와 자문회의를 통해서 청소년 생존권 지표를 고유의 생명권, 신체적 생존권, 그리고 질적 생존권으로 확정하였다.

청소년 인권지표에서 ‘생존권’을 대분류로 하여, 관심영역, 세부관심영역, 개별지표 등 4단계로 지표를 개발한다. 관심영역은 크게 고유의 생명권, 신체적 생존권, 질적 생존권으로 나뉜다.

<표 VII-1> 청소년 생존권 지표 개발

관심 영역	세부관심 영역	개별지표
1. 고유의 생명권	1-1 출생	1-1-1 15-19세 여성 청소년 1000명당 출산율
	1-2 생명	1-2-1 청소년 인공 임신중절을(연령별)
		1-2-2 청소년 타살률(성별, 연령별)
1-3 사망	1-3-1 청소년 사망률(성별, 연령별)	
2. 신체적 생존권	2-1 수명	2-1-1 15세 청소년 기대여명(성별)
	2-2 빈곤	2-2-1 하루 1달러 미만으로 사는 청소년의 비율(성별, 연령별)
		2-2-2 최저생계비 미만 청소년의 비율(성별, 연령별)
	2-3 질병	2-3-1 청소년 유병율(성별, 연령별)
		2-3-2 청소년 주요만성질환 유병율(성별, 연령별)
		2-3-3 청소년 HIV/AIDS 감염율(성별, 연령별)
	2-4 영양	2-4-1 청소년 1일당 영양권장량 75%미만 섭취자 비율(성별, 연령별)
		2-4-2 청소년 아침식사 결식 비율(성별, 연령별)
	2-5 신체총실도	2-5-1 청소년 신체질량지수상 저체중율(성별, 연령별)
		2-5-2 청소년 신체질량지수상 비만율(성별, 연령별)
	2-6 건강	2-6-1 청소년 장애유형별 장애율(성별, 연령별)
		2-6-2 청소년 흡연율(성별, 연령별)
		2-6-3 청소년 음주율(성별, 연령별)
		2-6-4 청소년 규칙적 운동실천율(성별, 연령별)
		2-6-5 청소년 주관적 건강평가(성별, 연령별)
		2-6-6 청소년 스트레스 인식정도(성별, 연령별)
	2-7 치료	2-7-1 청소년 건강보험 가입자의 외래수진율(성별, 연령별)
2-7-2 청소년 건강보험 가입자의 입원수진율(성별, 연령별)		
2-7-3 청소년 의료급여 대상자의 비율(성별, 연령별)		
2-8 안전	2-8-1 범죄피해에 대한 청소년의 두려움(성별, 연령별)	
	2-8-2 사회안전에 대한 청소년의 인식(성별, 연령별)	
	2-8-3 학교 급식의 안전도에 대한 인식(성별, 연령별)	
2-9 사고	2-9-1 청소년 자동차 사고 사망자율(성별, 연령별)	
	2-9-2 청소년 가정내 안전사고 발생율(성별, 연령별)	
	2-9-3 청소년 학교 안전사고 발생율(성별, 연령별)	
	2-9-4 학교급식으로 인한 식중독 발생율(성별, 연령별)	
3. 질적 생존권	3-1 자살	3-1-1 청소년 자살율(성별, 연령별)
	3-2 가족	3-2-1 소년소녀가정 비율(성별, 연령별)
		3-2-2 조손가족 청소년 비율(성별, 연령별)
		3-2-3 가출청소년 비율(성별, 연령별)
3-3 사회보장	3-3-1 청소년 국민기초생활 수급자의 비율(성별, 연령별)	
		3-3-2 기초생활보장 급여에 대한 청소년의 만족도(성별, 연령별)

2. 결론 및 제언

1) 청소년 생존권 지표(안) 개발

청소년 생존권 지표개발은 ‘국제기준대비 한국 청소년의 인권수준 실태연구 I-청소년 인권지표 개발-’의 일환으로 수행되고 있기 때문에 청소년의 생존권을 대표하면서도 국제기준으로 널리 활용될 수 있는 지표를 개발하고자 노력하였다. 아울러, 한국의 사회지표 등 기존 통계자료를 널리 활용하고, 청소년집단 내에서도 성별, 연령별 등 특성을 반영하며, 청소년정책 입안자에게 유용한 정보를 제공할 수 있는 지표를 개발하고자 하였다.

이러한 노력의 결과로 고유의 생명권, 신체적 생존권, 질적 생존권을 대표하는 지표를 다음과 같이 개발하였다. 본 연구는 각 지표별로 청소년의 성별, 연령별 특성을 반영하는 세부 지표를 동시에 제안하고 있다. 다만, 15~19세 여성 청소년 1,000명당 출산율처럼 여성에게만 해당되는 경우에는 남성 청소년 지표가 없고, 15세 청소년 기대여명과 같이 청소년을 대표하는 특정 연령을 지정한 경우에는 성별 지표만 파악하면 된다.

[고유의 생명권]

출생

1-1-1 15~19세 여성 청소년 1,000명당 출산율

생명

1-2-1 청소년 인공 임신중절율(연령별)

1-2-2 청소년 타살률(성별, 연령별)

1-3-1 청소년 사망률(성별, 연령별)

[신체적 생존권]

수명

2-1-1 15세 청소년 기대여명(성별)

빈곤

2-2-1 하루 1달러 미만으로 사는 청소년의 비율(성별, 연령별)

2-2-2 최저생계비 미만 청소년의 비율(성별, 연령별)

질병

2-3-1 청소년 유병율(성별, 연령별)

2-3-2 청소년 주요만성질환 유병율(성별, 연령별)

2-3-3 청소년 HIV/AIDS 감염율(성별, 연령별)

영양

2-4-1 청소년 1일당 영양권장량 75%미만 섭취자 비율(성별, 연령별)

2-4-2 청소년 아침식사 결식 비율(성별, 연령별)

신체충실도

2-5-1 청소년 신체질량지수상 저체중율(성별, 연령별)

2-5-2 청소년 신체질량지수상 비만율(성별, 연령별)

건강

2-6-1 청소년 장애유형별 장애율(성별, 연령별)

2-6-2 청소년 흡연율(성별, 연령별)

2-6-3 청소년 음주율(성별, 연령별)

2-6-4 청소년 규칙적 운동실천율(성별, 연령별)

2-6-5 청소년 주관적 건강평가(성별, 연령별)

2-6-6 청소년 스트레스 인식정도(성별, 연령별)

치료

2-7-1 청소년 건강보험 가입자의 외래수진율(성별, 연령별)

2-7-2 청소년 건강보험 가입자의 입원수진율(성별, 연령별)

2-7-3 청소년 의료급여 대상자의 비율(성별, 연령별)

안전

2-8-1 범죄피해에 대한 청소년의 두려움(성별, 연령별)

2-8-2 사회안전에 대한 청소년의 인식(성별, 연령별)

2-8-3 학교 급식의 안전도에 대한 인식(성별, 연령별)

사고

2-9-1 청소년 자동차 사고 사망자율(성별, 연령별)

2-9-2 청소년 가정내 안전사고 발생율(성별, 연령별)

2-9-3 청소년 학교 안전사고 발생율(성별, 연령별)

2-9-4 학교급식으로 인한 식중독 발생율(성별, 연령별)

[질적 생존권]

자살

3-1-1 청소년 자살율(성별, 연령별)

가족

3-2-1 소년소녀가정 비율(성별, 연령별)

3-2-2 조손가족 청소년 비율(성별, 연령별)

3-2-3 가출청소년 비율(성별, 연령별)

사회보장

3-3-1 청소년 국민기초생활 수급자의 비율(성별, 연령별)

3-3-2 기초생활보장 급여에 대한 청소년의 만족도(성별, 연령별)

청소년 생존권 지표 항목별 용어해설 및 산식과 자료원은 본문을 참조하기 바란다.

2) 청소년 생존권 개선을 위한 정책제언

본 연구는 ‘국제기준대비 한국 청소년의 인권수준 실태조사 I-청소년 인권지표 개발-’의 일환으로 청소년 생존권 지표(안)를 개발하였다. 본 연구진은 세계인권선언, UN아동권리협약 등에서 생존권의 의미를 찾고, 생존권을 대표하는 영역을 고유의 생명권, 신체적 생존권, 질적 생존권으로 나눈 후에 각 영역을 대표하는 지표를 30여 가지 개발하였다. 개발된 청소년 생존권 지표의 활용도를 높이기 위해서는 청소년 생존권 지표(안) 산출체계를 더욱 발전시키고, 지표(안)의 활용도를 높여야 한다.

(1) 청소년 생존권 지표(안) 산출체계

청소년 생존권 지표가 유용하게 활용되기 위해서는 국제적 기준에 맞춘 생존권 지표를 개발하고 그 지표에 맞는 통계자료를 체계적이고도 지속적으로 산출해야 한다. 청소년 생존권을 포함하여 이미 청소년 인권지표가 개발되었지만 실용성이 낮은 이유는 개발된 지표에 부합한 통계자료를 지속적으로 생산하지 못했기 때문이다. 따라서 본 연구는 최소한의 노력으로도 최대의 효과를 거둘 수 있는 방법을 제안하고자 한다.

가. 기존 통계자료의 활용

청소년 생존권 지표의 유용성을 높이기 위해서는 가급적 기존 통계자료의 활용도를 높여야 한다. 이미 국가는 통계청 등을 통해서 각종 통계를 수집하고 있고, 한국은 경제협력개발기구(OECD)에 가입한 후에는 더욱더 국제

기준에 맞추어서 통계를 생산하고 있다.

국제기준으로 널리 통용되는 출산율, 사망률, 기대여명, 유병율, 주요 만성 질환 유병율, 신체질량지수상 저체중율, 신체질량지수상 비만율, 자동차 사고 사망자율 등은 ‘한국의 사회지표’ 등 기존 통계를 바로 활용할 수 있다. 다만, 기존 통계자료는 전체 인구를 위한 통계로 산출되었기에 청소년의 연령 기준이 다르고, 청소년 내에서도 범주가 다르기에 이에 대한 통일된 기준을 정하는 것이 중요하다.

나. 원자료를 재분석하여 활용

청소년 생존권 지표의 활용도를 높이기 위해서는 기존 통계를 생산하는 원자료를 재분석하여 활용해야 한다. 통계청은 5년 단위로 ‘인구 및 주택 총조사’를 하고, 매년 ‘사망원인통계연보’ 등 각종 통계자료를 발간하고 있지만, 기존 통계는 전체 인구를 대상으로 총량을 분석한 경우가 많기 때문에 청소년 생존권을 파악하기 위해서는 일정한 한계가 있다.

그런데, 원자료를 생산할 때에는 ‘나이’를 중요한 변수로 조사하기 때문에 기존 자료를 청소년의 특정 연령 혹은 연령대로 재분석을 하면 청소년 생존권 지표의 활용도를 크게 높일 수 있다.

다. 기존 통계조사에 새로운 항목의 추가

청소년 생존권 지표 중에서 다수는 기존 통계를 활용하거나 기존 통계를 재분석하여 활용할 수 있지만, 일부는 기존 통계조사에 새로운 항목을 추가해야 할 것이다.

예컨대 청소년 타살률은 통계청이 매년 발간하는 ‘사망원인통계연보’에 관련 통계가 있으면 쉽게 파악될 수 있을 것이다. 하지만, 현재 사망원인별 통계에서 사망원인은 세계보건기구(WHO)에서 권고한 국제 질병/사인분류체에 따라 전체 사망자수에 대한 사인별 사망자수와 그 백분비를 보여주고 있는데, 그 분류에는 ‘타살률’이 포함되어 있지 않다.

라. 청소년 관련 통계조사에 대한 컨설팅

청소년 생존권 지표에 필요한 대부분의 통계자료는 기존 통계자료를 활용하거나 재활용하여 산출할 수 있다. 하지만, 본 연구에서 제안한 일부 지표는 현재 공식적인 통계가 없거나 유사한 통계가 있더라도 신뢰도가 낮기 때문에 청소년 관련 통계조사에 대한 컨설팅을 통해서 확보해야 할 것이다.

마. 청소년 통계자료의 데이터 베이스화

청소년 생존권 지표를 포함하여 청소년에 관한 통계를 보다 체계적으로 관리하기 위해서는 국가청소년위원회 혹은 국가청소년위원회의 지정을 받은 공공기관이 청소년 통계자료를 데이터 베이스화하여 관리해야 한다. 한국에서 청소년 관련 기초자료를 수집하고 정리하며, 청소년 프로그램과 청소년 정책을 개발하는 한국청소년개발원이 청소년 통계자료를 데이터 베이스화하는 것이 바람직하다.

바. 청소년 생존권 지표 자료집의 주기적 발간

청소년 생존권 지표가 지표로서 정착하기 위해서는 생존권 지표 자료집이 주기적으로 발간되어야 한다. 청소년 생존권 지표(안)에 대한 연구에 그쳐서는 안 되고, 가용 통계자료를 활용하여 현재 청소년 생존권 지표에 맞는 자료집을 주기적으로 발간하여야 한다.

(2) 청소년 생존권 지표(안) 활용방안

가. 청소년 생존 상황에 대한 실태 파악

청소년 생존권 지표는 본질적 생명권, 신체적 생존권, 질적 생존권 등으로 범주화되어 있는데, 이러한 지표를 통해서 한국 청소년의 생존상황에 대한 실태를 파악할 수 있다.

선행연구를 통해서 볼 때, 한국 청소년의 생존 상황은 경제성장과 더불어 꾸준히 향상되었다. 하지만 이는 평균적인 상황이고 청소년의 성별, 연령별,

계층별 등으로 볼 때 상당한 편차가 있다. 특히 1997년 경제위기를 계기로 사회 각 분야에서 양극화 현상이 심화되면서 일부 청소년의 생존상황도 달라지고 있다. 대체로 기대여명은 늘어나고 있지만 자살율과 같은 지표는 악화되고 있다. 즉, 본질적 생명권에 해당되는 기대여명은 양호해지는 상황에서도 질적 생존권에 해당되는 한 지표인 자살률은 악화된 것을 확인할 수 있다.

나. 국제간 비교자료로 활용

청소년 생존권 지표개발의 가장 중요한 목적은 국제적 기준을 채택하여 한국 청소년의 생존권 상황을 국제적으로 비교하는데 있다. 한국은 경제개발협력기구에 가입한 이후로 OECD의 기준에 따라서 각종 통계를 생산하고 있다. 청소년 인권지표의 개발에서도 국제연합, OECD 등의 기준을 강조한 것은 그 지표를 통해서 국제간 비교자료로 활용하려는데 있다.

다. 청소년정책 개발을 위한 우선순위 판단

청소년 생존권 지표는 청소년정책 개발을 위한 우선순위를 판단하는데 유익한 정보를 제공할 것이다. 청소년의 욕구가 다양하고 문제는 복잡하지만 정부는 모든 욕구와 문제에 대응하기는 어렵기 때문에 선택과 집중이 필요하다. 청소년 생존권과 관련지어 어떤 정책에 우선순위를 둘 것인지를 판단하는데 지표가 유익하게 활용될 수 있다.

라. 정책의 효과성에 대한 평가

청소년 생존권 지표개발은 정책의 효과성에 대한 평가를 위해서도 꼭 필요하다. 청소년 생존권을 증진시키기 위한 어떤 정책을 수립하고 그 정책이 얼마만큼의 효과를 거두고 있는지를 파악하기 위해서는 지표의 변화를 통해서 파악할 수 있다. 예컨대, 청소년의 영양을 향상시키기 위하여 학교급식을 추진한다면 이것이 청소년의 건강증진에 어떤 긍정적인 효과를 거두고 있는지를 지표를 통해서 확인할 수 있을 것이다.

다. 구체적 사업개발을 위한 아이디어 공유

청소년 생존권 지표개발은 생존권 증진을 위한 구체적인 사업을 개발하는데 필요한 아이디어를 공유하는데 활용될 수 있다. 청소년이 건강하게 살기 위해서는 건강을 위협하는 행동을 줄이고 건강을 증진시키기 위한 행동을 늘려야 할 것이다. 청소년기에 건강을 악화시키기는 대표적인 요인은 흡연과 음주이다. 청소년 생존권 지표 중에서 흡연율과 음주율을 측정하여 그 변화를 보면 청소년이 건강에 위해를 줄 수 있는 행동을 얼마나 하는 지를 확인할 수 있다. 한편, 규칙적 운동실천율이 높고, 주관적 건강평가가 양호하며, 스트레스 인식정도가 낮으면 청소년은 건강한 생활양식을 갖고 있다고 볼 수 있다.

(3) 청소년 생존권 개선을 위한 정책과제

청소년 생존권 개선을 위한 구체적인 정책과제를 예시하면 다음과 같다. 이는 한국 청소년의 생존권을 개선하기 위해 각 영역별로 향후 5년 안에 달성해야 할 목표를 제시한 것이다. 여기에서 제시되지 않았다고 해서 그 중요성이 간과되어서는 안 된다.

가. 본질적 생명권의 보장

- 청소년의 사망률을 5년 안에 현재보다 20%정도 낮춘다.
- 청소년 인공임신중절을 5년 안에 현재보다 30%정도 낮춘다.

나. 신체적 생존권의 개선

- 최저생계비 미만으로 사는 청소년을 5년 안에 현재보다 30%정도 낮춘다.
- 청소년 유병율과 주요 만성질환 유병율을 향후 5년 동안 현재 수준보다 10% 낮춘다.
- 청소년 HIV/AIDS 감염자수와 감염율을 현재 수준으로 유지하거나 좀더 낮추어서 한국 청소년은 HIV/AIDS 감염의 위험 없이 생활할

수 있게 한다.

- 청소년 아침식사 결식율을 향후 5년 안에 현재보다 50%수준으로 낮춘다.
- 향후 5년 안에 과체중을 포함하여 비만율을 현재보다 30%정도 낮춘다.
- 향후 5년 안에 흡연율과 음주율을 현재보다 30%정도 낮춘다.
- 향후 5년 안에 학교급식에 대한 안전도를 현재보다 30% 이상 높이고, 학교급식으로 인한 식중독사건을 현재보다 50%정도로 낮춘다.
- 향후 5년 안에 교통사고로 인한 청소년 사망사건을 현재 보다 30%정도 낮추고, 가정·학교에서 안전사고도 현재보다 30%정도 낮춘다.

다. 질적 생존권의 개선

- 향후 5년 동안에 부모와 가정의 양육능력이 취약한 청소년에 대한 국가와 지방자치단체의 지원을 현재보다 3배 이상 늘린다.
- 향후 5년 동안 국민기초생활보장 수급자인 청소년의 수를 현재 수준으로 유지하고, 교육급여를 전문대학(4년제 대학의 경우 2학년)까지 확대시키고 그 적용대상도 차상위계층으로 확대시킨다.
- 청소년의 생존권 보장을 위하여 청소년의 보호받을 권리, 발달권, 참여권과 유기적으로 연계시켜 총체적으로 노력한다.

참 고 문 헌

- 교육인적자원부(2006). 2005년 학생 신체검사. 서울: 교육인적자원부.
- 국가인권위원회(2004). 국가인권정책 기본계획 수립을 위한 아동권 기초현황 조사 연구용역 사업보고서: 아동인권정책 기본계획 수립 방안 보고 자료집. 서울: 국가인권위원회.
- 국무조정실(2002. 5). 어린이 보호·육성 종합계획. 관계부처합동.
- 길은배·이용교·김영지(2001). 청소년 인권지표 개발연구. 서울: 문화관광부·한국청소년개발원.
- 김경준 외(2005). 청소년 인권정책 기본계획. 서울: 청소년위원회·한국청소년개발원.
- _____ (2005). 청소년 인권정책 기본방향 연구. 서울: 청소년위원회·한국청소년개발원.
- 김영지·김경준·이혜연(2004). 청소년인권백서 발간을 위한 기초연구. 서울: 문화관광부·한국청소년개발원.
- 김영지 외(2003). 청소년인권센터 운영실태 및 활성화 방안 연구. 서울: 한국청소년개발원.
- 김영지·이용교·안재희(2001). 청소년 권리신장 정책프로그램 활성화 방안 연구. 서울: 한국청소년개발원.
- 김영지·이용교·임지연(2000). 청소년 권익증진을 위한 국내외 활동 동향 연구. 서울: 한국청소년개발원.
- 김진호 외(2004). 청소년개발지표 개발연구. 서울: 한국청소년개발원.
- 김해중(2005). 전국 인공 임신중절 실태조사. 과천: 보건복지부.
- 김현철 외(2005). 청소년개발지표 연구II - 측정도구 개발을 중심으로. 서울: 한국청소년개발원.
- 대한민국 정부(1999. 11). 아동권리협약에 관한 제2차 국가보고서.
- 대한민국(2003). 제2차 대한민국 정부보고서(CRC/C/70/Add.14)에 대한 UN 아동권리위원회의 문제제기(List of Issues- CRC/C/Q/REPKO /2)에 대한 대한민국 정부의 서면답변.
- 변용찬·서문희·배화옥(1998). 아동권리 증진을 위한 법·제도적 조치: 아동권리조약에 관한 2차 국가보고서 작성을 위한 기초연구. 한국보건사회연구원.
- 보건복지부(2006). 2005년도 국민건강 영양조사. 과천: 보건복지부.
- 서문희·안현애·이삼식(2003). 아동권리지표 개발을 위한 연구. 서울: 보건복지부·한국

보건사회연구원.

서문희·조애저·박세경·안현애(2004). 어린이 보호·육성 종합계획 평가 및 아동백서 발간에 관한 연구. 서울: 보건복지부·한국보건사회연구원.

이용교(2004). 청소년인권과 인권교육. 서울: 인간과 복지

이용교·고성혜·이희길(1996). 청소년인권 보고서. 서울: 한국청소년개발원.

이용교 외(2005). 한국의 아동·청소년권리. 서울: 인간과 복지.

인권운동사랑방 역(2003). 유엔아동권리위원회 한국정부 2차보고서 심사회의의 녹취록.

정근식·서승·정용화·이정은(2004). 한국형 인권지표의 모색. 서울: 경인문화사.

조용현(2005). 성병 감시체계 개선 및 임균 항생제 내성 감시체계 구축. 서울: 질병관리본부.

통계청(2005). 한국의 사회지표 2005. 서울: 통계청.

한국아동권리학회(2001). 한국의 아동지표. 서울: 학지사.

한국청소년개발원 편(2005). 청소년인권론. 서울:교육과학사.

한계레신문. 2006. 2. 12일자(굿라이프)기사: 영아사망률 낮고, 모성사망비 높아.

_____. 2005. 5. 9일자(굿라이프)기사: 임신중절시술 연 35만 590건.

_____. 2002. 4. 18일자(문화)기사: “배우자 있는 여성 43%, 임신중절 경험.”

_____. 2002. 8. 8일자(문화)기사: 일본 작년 10대 임신중절 사상최다 4만 6천건.

_____. 2005. 2. 17일자(문화)기사: “수도권 대학생 100명 중 4명 성병 감염.”

_____. 2005. 9. 23일자(사회)기사: 청소년 47%, 자살 충동.

_____. 2005. 5. 18일자(굿라이프)기사: 초고등 여학생 키 성장세 둔화.

_____. 2005. 2. 27일자(사회)기사: 서울 중·고교생 60% 시력교정 대상.

_____. 2006. 5. 5일자(사회)기사: 한국 아동·청소년 대책 ‘문제는 돈.’

_____. 2006. 7. 11일자(굿라이프)기사: 꼭꼭 챙겨먹은 아침식사 덕분에 비만·심장병·충치도 물렸거라~.

_____. 2005. 9. 28일자(사회)기사: 하루 32명꼴 ‘자살 유행’에 무너져.

_____. 2004. 6. 4일자(문화)기사: “한국 자살증가율 OECD 회원국 중 최고.”

Ben-Arieh, A., Goerge, R. M.(2006). *Indicators of children's well-being: Understanding their role, usage and policy influence*. Dordrecht: Springer.

Ben-Arieh, A., Kaufman, N.H., Andrews, A.B., Goerge, R.M., Lee, B.J., & Aber, J.L.(2001). *Measuring and monitoring children's well-being*. Boston, MA: Kluwer Academic Publishers.

Castelle, K.(1990). *In the Child's Best Interest(3rded.)*. Philadelphia, PA: Defense for Children International.

- Cerda, J. S.(1990). The draft convention on the rights of the child: New rights. *Human Rights Quarterly*, Vol. 12 No.1, 115-119.
- Cohen, C. P.(1990). The role of nongovernmental organizations in the drafting of the convention on the rights of the child. *Human Right Quarterly*, Vol. 12 No.1, pp.137-147.
- Cornia, G., & Danziger, S.(1997). *Common themes, methodological approach, and main findings*. In G. Cornia & S. Danzieger. (Eds.) *Child poverty and deprivation in the industrialized countries, 1845-1995*. Oxford: Clarendon Press.
- Covell, K, & Howe, R. B.(2001). *The challenge of children's rights for Canada: Studies in childhood and family in Canada*. Waterloo, Ontario: Wilfrid Laurier University Press.
- CRC Committee(2003). *General comment No. 4: Adolescent health and development in the context of Convention on the rights of the child (UN Doc. CRC/GC/2003/4), para.24*.
- Detrick, S.(1999). *A Commentary on the United Nations Convention on the Rights of the Child*. Boston, MA: Martinus Nijhoff Publishers.
- Donnelly, J. & Howard, R.(1988). Assessing national human rights performance: A theoretical framework. *Human Rights Quarterly*, Vol. 10. pp.214-248.
- Ennew, J. & Miljeteig, P.(1996). Indicators for children's rights: Progress report on a project. *The International Journal of Children's Rights*, Vol. 4, pp.213-236.
- Gordon, D., Pantazis, C., Townsend, P.(2006). *Child rights and child poverty in developing countries: Summary report to UNICEF*. Bristol: University of Bristol.
- Houser, R.M., Brown, B.V., & Prosser, W. R.(1997). *Indicators of children's well-being*. New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Hodgson, D.(1994). The child's right to life, survival and development, *The International Journal of Children's Rights*, Vol. 2, pp.369-394.
- Hodgkin, R. & Newell, P.(2002). *Implementation handbook for the Convention on the rights of the child(rev. ed.)*. New York, NY: UNICEF.
- Kabeer, N.(2003). *Gender mainstreaming in poverty eradication and the Millennium Development Goals: A handbook for policy-makers and other stakeholders*. Canada, Commonwealth Secretariat/IDRC/CIDA
- Leary, V.(1994). The right to health in international human rights law. *Health and Human Rights*, Vol. 1 No .1. pp.25-56.

- LeBlanc, L. J.(1995). *The convention on the rights of the child: United Nations lawmaking on human rights*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Limber, S. P., & Flekkoy, M. G.(1995). The U.N. Convention on the Rights of the Child: Its relevance for social scientists. *Social Policy Report, Vol. 9 No. 2*, pp.1-15.
- Mower, A. G.(1997). *The convention on the rights of the child: International law support for children*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Nowak, M.(2005). *Article 6: The Right to Life, Survival and Development*. In A.Alen, J. Vande Lanotte, E.Verhellen, F. Ang, E., Berghmans, & M Verheyde (Eds.). *A commentary on the United Nation: Covention on the rights of the child*. Boston, MA: Martinus Nijhoff Publishers.
- _____(2004). *UN Covenant on Civil and Political Rights: CCPR Commentary, (2nded.)*, Kehl/Strasbourg/Arlington, NP. Engel Publishers.
- _____(2003). *Introduction to the International Human Rights Regime*. Boston, MA: Martinus Nijhoff Publishers.
- Pais, M. S.(1999). *A human rights conceptual framework for UNICEF*. Florence: UNICEF International Child Development Center.
- Parker, D., & Sepulveda, C.,(1995). *Children's right to survival and healthy development, In J.R. Himes (ed.). Implementing the Convention on the rights of the child: Resource Mobilization in low-income countries*. Boston, MA: Martinus Nijhoff Publishers.
- Pereznieto(2005). Translating international agreements into national policies with real impact on children: the UN Convention on the rights of the child and the Millennium Development Goals. *A paper presented at the international conference, Childhoods 2006*, Oslo: Norway.
- Shore, R.(2005). *KIDS COUNT Indicator Brief: Reducing the child death rate*. Baltimore, MD: The Annie E. Casey Foundation.
- UNICEF(2004). *The state of the world's children 2003*. New York, NY: UNICEF.
- UNICEF(2005a). *The state of the world's children 2006: Excluded and invincible*. New York< NY: UNICEF.
- UNICEF(2005b). *Child poverty in rich countries 2005*. New York, NY: UNICEF.
- United Nations(2004). *World youth report 2003: The global situation of young people*. New York, NY: United Nations Department of Economic and Social Affairs.

- United Nations(2005). *World youth report 2005: Young people today, and in 2015*. New York, NY: United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- Van Bueren, G.(1998). *The international law on the rights of the child*. Boston, MA: Martinus Nijhoff Publishers.
- Wiseberg, L.S.,(1995). The Opening of a dialogue. *Health and Human Rights, Vol. 1 No. 2*, pp.121-124.
- World Bank(2004). *2004 world development indicators*. Washington, DC: The World Bank.

연구보고 06-R05-1

청소년 생존권 현황과 지표개발

인 쇄 2006년 9월 일

발 행 2006년 9월 일

발행처 **한국청소년개발원**

서울특별시 서초구 우면동 142

발행인 배 규 한

등 록 1993. 10. 23 제 21-500호

인쇄처 문영사(주) 전화 (02)2263-5087 대표 김희자

사전 승인없이 보고서 내용의 무단전재·복제를 금함.

구독문의 : (02) 2188-8844(연구정보지원팀)

ISBN 89-????-??-?