

아동방임 현황과 정책적 시사점

Child Neglect: Current Status and Policy Implications

이주연 | 한국보건사회연구원 전문연구원

본고는 아동방임의 현황과 특성을 살펴보고 이를 방임에 대응하는 정책들과 비교함으로써 앞으로 아동방임 예방을 강화하기 위한 정책적 시사점을 도출하는 데 목적을 두고 있다. 아동방임 피해는 매우 빈번하게 발견되어 온 학대 유형 중 하나이며, 방임의 결과는 사망에 이르기까지 치명적일 수 있다. 특히 영아기의 아동방임 피해 발견율이 높은 편이며, 피해 아동은 정서 및 건강상 문제와 낮은 소득으로 인한 어려움을 겪고 있음에도 현 정책은 이러한 특성에 적극적으로 대응하지 못하였다. 앞으로 아동방임의 법·정책적 정의 구체화, 영아기에 집중된 예방적 지원, 피해 아동 가족에 대한 지원 확대, 아동 연령대별 사각지대가 없는 지속적인 지원, 부모의 아동방임 관련 태도와 인식을 변화시키는 직접적인 지원 등을 확대하고 강화하는 방향으로의 진전이 필요하다.

1. 들어가며

매년 끊이지 않는 아동학대로 인한 심각한 피해와 아동의 죽음 등이 언론을 통해 보도되면서 아동학대 피해에 대한 사회적 경각심이 높아지고 있다. 그러나 대부분 관심의 초점은 주로 심각한 수준의 신체적 학대와 성학대 등 아동에게 물리적

폭력이 가해지는 사례들이며, 아동에 대한 방임은 상대적으로 가볍게 여겨지고 있다. 그럼에도 불구하고 아동방임은 종종 치명적인 결과를 가져오며, 방임으로 인한 아동 사망 사건이 매년 거듭되고 있을 뿐 아니라 학대로 인한 아동 사망 사건 중 방임으로 인한 사망의 비율도 높은 편이다. 이미 선행연구들은 아동방임이 아동의 성장 및 발달 지

연, 각종 안전사고, 사망 등을 초래할 수 있다고 보고¹⁾하고 있으며, 이러한 치명적인 결과들은 타 유형의 폭력적인 학대 피해 결과와 견주어 봐도 별 차이가 없다. 본고는 국내 아동방임의 현황과 특성을 살펴보고 방임에 대응하는 정책들과 비교함으로써 향후 아동방임의 예방을 강화하기 위한 정책적 시사점을 도출하고자 한다.

2. 아동방임 현황

가. 아동방임의 정의(유형)

우선 아동방임의 법적·정책적 정의를 통해 국내에서 방임의 개념을 어떻게 적용하고 있는지 살펴보고자 한다. 아동복지법 제17조(금지행위) 6항은 아동방임을 “자신의 보호·감독을 받는 아동을 유기하거나 의식주를 포함한 기본적 보호·양육·치료 및 교육을 소홀히 하는 행위”로 규정한다. 이러한 정의는 방임의 행위자를 부모 등 가정 내 아동을 보호하는 보호자와 시설(기관) 내 아동을 보호 및 감독할 의무를 가진 당사자로 규정하고 있음을 알 수 있다. 타 학대 유형과 달리 방임의 경우 타인은 행위자가 될 수 없으며 대부분 가족을 중심으로 발생한다고 볼 수 있다.

방임의 법적 정의에서 가장 중요한 용어는 ‘소홀’이다. 다수의 선행연구들이 지적하고 있듯이 타 유형의 학대(폭력적인 행위를 가하는 것)와 달리 방임

은 기본적으로 제공해야 하는 것들을 소홀히 하는 행위이다. 그러나 법 조항은 ‘소홀’의 정도까지 규정하고 있지는 않아 실제 방임 의심 사례가 발생했을 때 법 규정만으로 일관되게 적용하기가 어렵다.

아동복지법에서 말하는 방임의 유형은 유기, 기본적 의식주의 물리적 방임, 양육적 방임, 교육적 방임 및 의료적 방임 등이나 유형별로 구체적으로 어떠한 행위가 포함되는지는 제시되어 있지 않다. 이를 가늠해 보기 위해 보건복지부(2017)의 ‘아동분야 사업안내’를 살펴보면 물리적 방임에는 ‘기본적 의식주를 소홀히 하는 것’ 이외에도 ‘불결하거나 위험한 환경에 아동을 방치’하거나 ‘출생신고를 하지 않는 행위’가 포함되며, 교육적 방임에는 ‘초등학교부터 중학교까지의 ‘의무교육에 보내지 않거나 무단결석을 방치하는 행위’, ‘필요한 특수교육을 제공하지 않는 행위’ 등이, 의료적 방임에는 ‘필요한 의료적 처치, 개입을 하지 않거나’, ‘필요한 예방접종’, ‘장애아동 대상 치료 등을 거부하는 행위’가 포함됨을 알 수 있다. 본 자료가 제시하고 있는 아동방임의 개념 중에는 행위의 반복성(보호자가 아동에게 ‘반복적으로 아동 양육 및 보호를 소홀히 함으로써...’)과 결과적 기준(아동의 정상적 발달 저해)이 명기되어 있어 아동방임 행위를 판단하는 데 해당 행위가 얼마나 지속적인가와 더불어 결과로서 아동의 정상적 발달 저해 가능성이 얼마나 있느냐를 고려해야 함을 알 수 있다.²⁾

1) Hildyard & Wolfe(2002). Childn neglect: developmental issues and outcomes, *Child Abuse & Neglect*, 26, 679-695; 정익중(2011). 아동방임의 재조명: 방임의 사회적 방임을 넘어서. **동광**, 107, 1-33; 안동현(2000). 아동방임의 본질과 사회적 의미. **아동권리연구**, 4(1), 7-26.

2) 보건복지부. (2017). 2017년 아동분야 사업안내 (1), 아동학대 유형 및 구체적 행위. pp. 197-198

표 1. 아동방임의 개념 및 유형

방임의 유형	구체적 행위
물리적 방임	기본적인 의식주를 제공하지 않는 행위 불결한 환경이나 위험한 상태에 아동을 방치하는 행위 아동의 출생신고를 하지 않는 행위
교육적 방임	아동을 학교(의무교육)에 보내지 않는 행위 아동의 무단결석(정당한 사유 없이 계속해서 2일 이상 결석)을 방치하는 행위 특수교육이 필요한 아동에게 특수교육을 제공하지 않는 행위
의료적 방임	아동에게 필요한 의료적 처치 및 개입을 하지 않는 행위 예방접종이 필요한 아동에게 예방접종을 실시하지 않는 행위 장애아동에 대한 치료적 개입을 거부하는 행위
유기	아동을 보호하지 않고 버리는 행위

주: 아동방임의 개념: 보호자가 아동에게 반복적으로 아동 양육 및 보호를 소홀히 함으로써 아동의 정상적 발달을 저해할 수 있는 모든 행위.
자료: 보건복지부(2017), 2017년 아동분야 사업안내(1), 아동학대 유형 및 구체적 행위, pp. 197-198의 내용을 발췌 및 보완함.

이러한 국내 아동방임의 정의는 국제기구에서 활용하는 정의보다 다소 협소하다. 세계보건기구(WHO: World Health Organization)는 방임을 “보호자(부모)가 아동의 발달을 위해 건강, 교육, 정서적 발달, 영양, 주거 및 안전한 주거 환경 등을 제공하는 것에 실패하며, 가족이나 보호자가 적절한 자원을 보유하고 있는 경우에 한해 방임이 일어날 수 있다”고 정의하였으며,³⁾ 유니세프(UNICEF: United Nations International Children’s Emergency Fund)는 “방임은 아동의 건강이나 신체적, 정신적, 영적, 도덕적 혹은 사회적 발달을 저해할 가능성이 높은 행위이며, 아동을 위해로부터 가능한 한 많이 보호하고

감독하는 것에 실패함을 포함한다”⁴⁾ 하였다. WHO의 방임 정의는 ‘가족이나 보호자에게 적절한 자원이 있는지 여부’가 방임을 판단하는 잣대로 활용되므로 방임 판단에서 보호자(부모)의 고의성을 살피도록 하며, 유니세프는 아동 발달의 영역을 영적 또는 도덕적 영역까지로 확장하여 문화적 측면과 사회적 측면에서의 아동 발달의 중요성을 지적하고 있다. 미국의 아동학대 및 방임 매뉴얼은 방임의 수준을 아동에게 가해지는 피해 정도를 기준으로 가벼운 수준(mild), 중간 수준(moderate), 심각한 수준(severe) 등 세 가지로 구분하고 있으며, 방임의 유형도 신체적 방임(방치), 의료적 방임, 부적절한 보호(감독),

3) WHO. (2002). World Report on Violence and Health, p. 60.

4) UNICEF. (2012). Child Maltreatment: Prevalence, Incidence and Consequences in the East Asia and Pacific Region: A Systematic Review of Research. p. 5.

환경적 방임, 정서적 방임, 교육적 방임, 신생아 약물 중독(혹은 노출) 등으로 더욱 포괄적이며 세부 유형도 구체적으로 제시되고 있다.⁵⁾ 이러한 세부적 유형의 제시는 방임의 법적 정의에서 제시할 수 없는 기본적인 아동 양육의 '소홀'함의 범주를 구체화할 수 있다. 또한 아동방임의 가해 행위를 구성하는 구체적인 행위, 장소 및 아동의 연령 등이 법적으로 규정되어 있어 - 예를 들면 집이나 자동차 안에(장소) 만 7세 미만(연령)의 아동을 보호자 없이 홀로 방치(행위)하였을 경우 미국의 여러 주에서 방임으로 인식될 수 있으며, 미국 일리노이주(만 14세 미만), 메릴랜드주

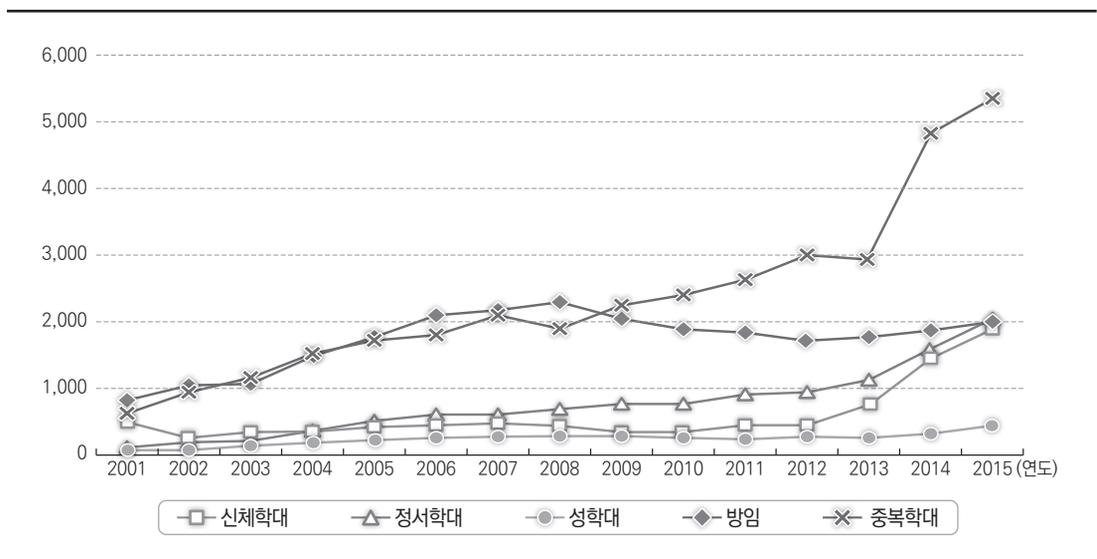
(만 8세 미만) 및 오리건주(만 10세 미만) 등에서는 방임으로 처벌받을 수 있는 방치를 불허하는 아동 연령을 명기함 - 더욱 명확한 아동방임의 인식과 실천이 가능토록 하고 있다.⁶⁾

나. 아동방임의 현황

1) 신고된 아동방임: 가장 빈번하게 발견되어 온 학대 피해 유형

전국의 아동보호전문기관에 신고된 아동방임 사례를 기준으로 하여 아동방임 발견율과 아동방임 피해의 특성 등을 살펴보았다. 아동방임 건수는 2015년 기준 2010건으로 전체 아동학대

그림 1. 아동학대 및 방임 발견 건수 추이: 중복학대 별도 분류



자료: 중앙아동보호전문기관. (2016). 2015 전국아동학대현황보고서, p. 237 (표 7-7) 연도별 아동학대사례 유형 (중복학대 별도 분류) 자료를 활용하여 작성.

5) DePanfilis, D. (2006). Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention. pp. 9-16.

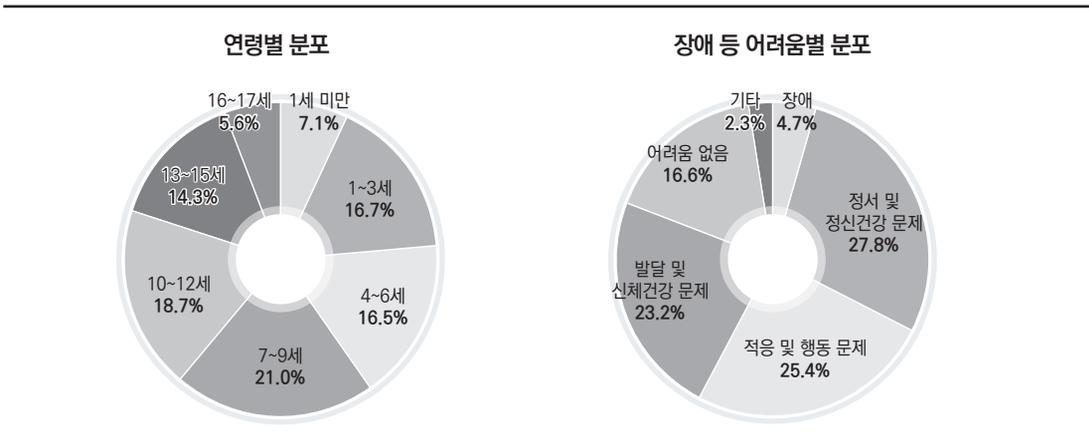
6) Child Welfare Information Gateway. (2013). Leaving your child home alone. <http://www.childwelfare.org>에서 2017. 9. 30. 인출.

및 방임 사례 1만 1715건 중 17.2%에 해당되었다. 연도별 아동방임 피해 발견 건수의 추이를 살펴보면, 2001년(806건)부터 2008년(2294건)까지 아동방임 사례가 지속적으로 증가하였으며, 그 이후 2012년(1713건)까지 점차 감소하다가 최근 다시 증가하는 추세이다.⁷⁾ 이를 기타 아동학대의 유형과 비교해 보면 아동방임은 2008년까지 가장 빈번하게 발견되는 아동학대의 세부 유형이었으며, 2009년부터 2014년까지 전체 학대 유형 중에서 단일 유형으로는(중복학대 다음) 가장 흔하게 발견되어 왔음을 알 수 있다.⁸⁾

방임 피해 아동의 특성 중 먼저 개인적인 특성을 살펴보았다. 성별로 큰 차이를 보이지는 않았으나(남아(51.5%)가 여아(48.5%)보다 다소 많

음, 연령별로는 만 1세 미만(만 0세 단독) 영아의 방임 발견율이 7.1%로 높게 나타났으며, 만 7~9세는 21.0%로 본 연령대에서 세별 평균으로는 7.0% 수준인 것으로 나타났다. 대체로 중학생(만 15세) 이하 연령대의 방임 피해 발견율은 고른 편(세별 평균 5.0~7.0% 수준)이었으나 타 학대 유형과 비교해 볼 때에도 방임 피해 발견율은 1세 미만 영아의 연령에서 가장 높았다.⁹⁾ 또한 방임 피해 아동은 장애, 정서·정신건강, 적응·행동, 발달·신체건강 등에 어려움이 있는 경우가 그렇지 않은 경우의 4배 이상이었으며, 어려움의 유형별로는 장애를 제외한 모든 유형(정서·정신건강 27.8%, 적응·행동 25.4%, 발달·신체건강 23.2%)이 고르게 분포되어 있었다.¹⁰⁾

그림 2. 방임 피해 아동의 개인적 특성



자료: 중앙아동보호전문기관. (2016). 2015 전국아동학대현황보고서, pp. 124-126.

7) 중복학대 별도 분류.

8) 중앙아동보호전문기관. (2016). 2015 전국아동학대현황보고서, p. 237.

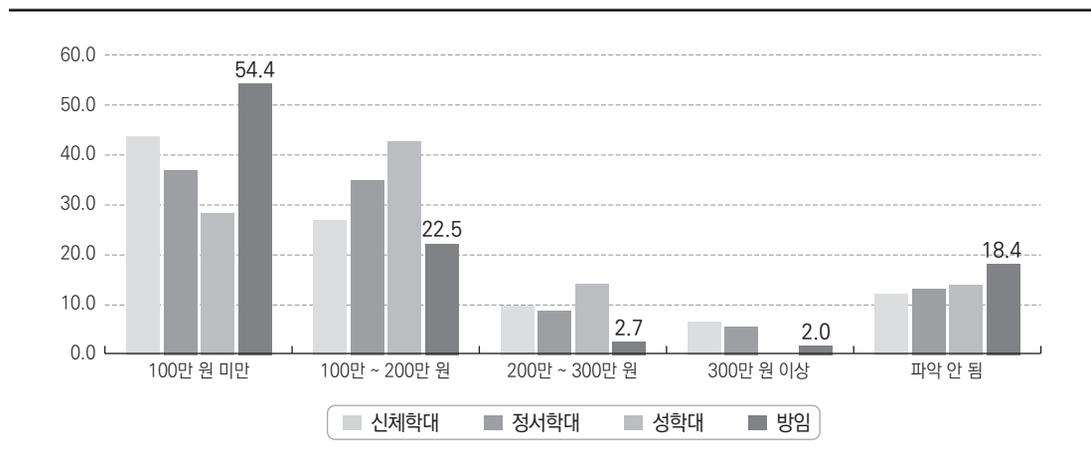
9) 1세 미만에서 방임 피해는 226건이었으나 신체학대는 68건, 정서학대는 121건으로 방임 피해 건수는 전체 학대 건수의 54.4%이었음.

10) 중앙아동보호전문기관. (2016). 앞의 책, p. 126.

방임 피해 아동의 가족 특성을 살펴보았다. 앞서 방임의 정의에서 살펴보았듯이 방임이라는 행위의 특성상 방임 행위자는 부모(87.6%) 및 대리양육자(8.2%)가 대부분이었다. 따라서 방임의 경우 부모의 특성이 곧 방임 행위자의 특성이 되는 비율이 타 학대 유형보다도 높다. 방임 행위자의 사회경제적 특성을 알아보기 위해 2012년 도에 영아(0세~만 2세) 방임 피해 사례를 분석한

연구 결과를 살펴보면, 방임행위자 중 무직인 비율은 40.6%로 타 학대 유형 행위자의 무직 비율보다 9~15%포인트가량 높았으며, 소득 수준은 100만 원 미만이 54.4%로 가장 높은 비율을 보였다(그림 3), 국민기초생활보장 수급자 비율은 24.9%로 전체 국민의 기초생활보장 수급 비율인 3.2%¹¹⁾에 비해 상당히 높은 수준이었다.¹²⁾

그림 3. 방임 행위자의 소득 수준: 영아 대상 사례, 2012년 기준



자료: 중앙아동보호전문기관. (2012). 영아방임에 관한 연구. p. 37.

아동학대 사례 유형별 행위자의 특성을 살펴보면, 성학대를 제외한 모든 학대 유형에서 ‘양육 태도 및 방법 부족’의 비중이 가장 높고, ‘사회경제적 스트레스 및 고립’이 그다음을 차지하였는데, 방임 행위자의 경우 특히 사회경제적 스트레스 및

고립의 비중(22.8%)이 더 높은 경향을 보였다.¹³⁾ 기타는 18.7%를 차지하였으며, 성격 및 기질 문제, 폭력성, 위생 문제, 나태 및 무기력 등의 특성이 포함되어 방임 행위자의 개인적, 사회경제적, 양육 태도 및 방식상의 문제 등이 혼재되어 있다.

11) 통계청(2017), e-나라지표, 국민기초생활보장 수급현황 중 2016년 수급률 참조.

12) 중앙아동보호전문기관. (2012). 영아방임에 관한 연구. p. 37.

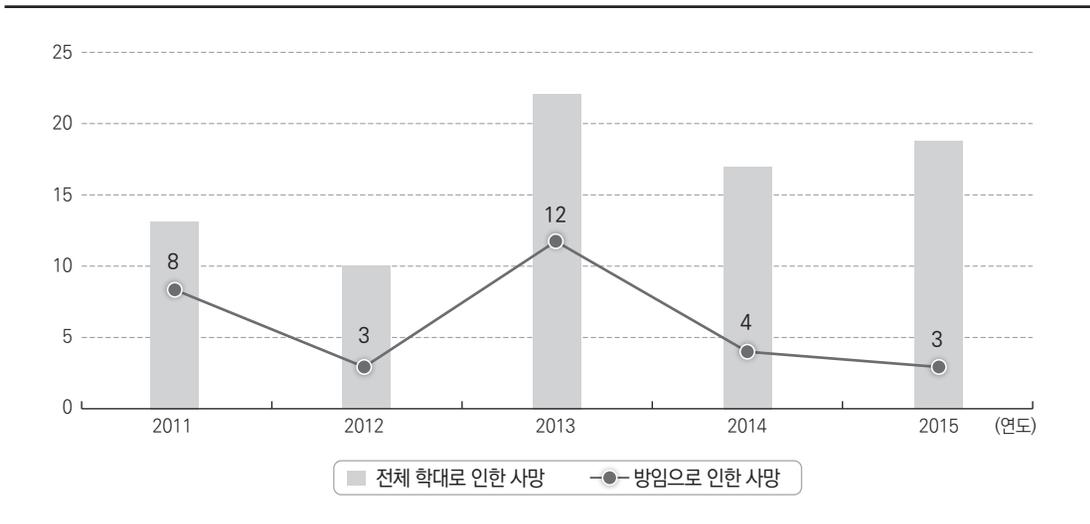
13) 중앙아동보호전문기관. (2016). 2015 전국아동학대현황보고서. p. 128.

표 2. 아동학대 사례 유형별 학대 행위자의 특성

구분	신체학대	정서학대	성학대	방임
양육 태도 및 방법 부족	36.5	32.5	21.4	33.6
사회경제적 스트레스 및 고립	18.3	18.4	8.1	22.8
부부 및 가족 갈등	10.4	12.7	6.2	8.9
장애 및 질환	10.0	11.6	10.1	11.1
기타 ¹⁾	18.3	20.2	36.8	18.7
특성 없음/파악 안 됨	6.5	4.6	17.4	4.9

주: 1) 기타는 성격 및 기질 문제(4.7%), 위생 문제(2.9%), 나태 및 무기력(2.9%), 난독해, 난작문(0.2%), 어릴 적 학대 경험(1.1%), 폭력성(3.2%), 전과력(0.5%), 성 문제(0.7%), 원치 않는 아동(0.8%), 종교 문제(0.3%) 등으로 구성됨.
 자료: 중앙아동보호전문기관. (2016). 2015 전국아동학대현황보고서, p. 128.

그림 4. 방임으로 인한 사망 건수: 연도별 추이



자료: 중앙아동보호전문기관. (2016). 2015 전국아동학대현황보고서, p. 249.

방임 피해의 심각성을 알아보기 위하여 방임 피해의 최종 조치 결과를 살펴보았다. 방임 피해 아동의 최종 조치 결과는 원가정 보호가 58.4%로 가장 높았으나 분리 보호도 32.3%로 성학대를 제외

한 타 학대 유형의 분리 보호 비율보다 높았다. 이로써 방임 피해 아동에 대한 위험 요인이 단기간에 해소될 수 없는 경우가 많음을 추측해 볼 수 있다. 또한 방임으로 인한 사망 사례도 지속적으로 발생

하고 그 비중도 높은 편이다. 2013년도에는 방임으로 인한 사망이 12건, 2015년도에는 3건으로 매년 끊이지 않는 아동 사망의 원인으로 나타나고 있다. 그뿐만 아니라 재학대 발생 사례 중 방임 피해는 253건으로 전체 재학대의 20.4%를 차지하여 중복학대를 제외하면 가장 높은 비중을 보였다.¹⁴⁾

2) 아동방임 발생률: 신고되지 않은 방임 포함

우리나라에서 아동학대 및 방임의 발생률을 추정해 볼 수 있는 자료로는 2011년 아동학대 실태조사, 2013년 아동종합실태조사 그리고 2016년 가정폭력 실태조사 등의 자료가 있다. 이 중 가장 최근의 자료인 2016년 가정폭력 실태조사의 가정 내 자녀 학대 중 방임 발생률을 살펴보고자 한다. 2016년 기준 자녀 방임 발생률은 2.1%¹⁵⁾로 나타났으며, 이를 행정자치부 주민등록연앙인구¹⁶⁾를 기준으로 추산해 보면, 전체 아동 중 19만 명 수준으로 방임이 발생하고 있음을 추측해 볼 수 있다. 방임의 유형별¹⁷⁾로는 ‘식사를 챙겨 주지 않는 경우’가 1.4%로 가장 많았으며, ‘어른의 감독이 필요한 상황에서 혼자 둔 경우’가 1.1%, ‘의료적 방임’ 0.4%, ‘행위자(부 또는 모)의 알코올이나 약물 등으로 인한 방임’이 0.5%이다.¹⁸⁾ 역시 전체 아동 중 비율로 그 규모(수)를 추산해 보면, 물리적 방임 중 음식 관련 방

임이 12만 6천 명, 양육적 방임(감독자 부재)이 9만 9천 명, 그리고 의료적 방임이 3만 6천 명 수준이다. 가정폭력 실태조사는 가구 대상 조사이므로 시설이나 대리양육자에 의한 방임이 포함되지 않았으며, 조사 문항에 교육적 방임이나 주거 환경 관련 척도를 포함하지 않아 방임 발생률에 누락이 있을 것이라는 점을 감안한다면 실제 아동방임 피해 사례는 앞서 아동보호전문기관에 신고되어 발견되는 사례 수보다 훨씬 더 많고 그 간극 또한 매우 큼을 알 수 있다.

3. 아동방임 관련 정책

정부의 아동방임 관련 정책들을 살펴보는 데에 있어 아동방임 사례의 발굴, 아동방임 피해로부터의 보호와 피해 아동 지원 그리고 아동방임의 예방 등 일련의 과정과 관련된 정책을 중심으로 하였으며, 특히 주요 정책 목표가 방임 예방에 있지 않더라도 방임을 사전에 예방하는 데 기여할 수 있는 정책들을 포함하였다. 제시된 정책들은 아동학대 예방 및 피해 아동 보호 정책과 방임 피해 아동 발굴을 위한 e아동행복지원시스템을 포함하였으며, 취약계층 아동 혹은 일반아동을 대상으로 하는 정책 중 아동 돌봄 정책, 드림스타트, 결식아동 급식 지원, 영유아 건강검진 및 국가예방접종 지원 사업 등을 포함하였다.

14) 중앙아동보호전문기관. (2016). 2015 전국아동학대현황보고서. p. 195.

15) 이인선, 장미혜, 황정임, 이미정, 주재선, 정수연 등. (2016). 2016년도 가정폭력 실태조사. p. 115.

16) 행정자치부. (2017). 1세별 주민등록연앙인구.

17) 조사 문항의 한계로 인해 교육적 방임 등 기타 유형의 방임은 미포함.

18) 이인선, 장미혜, 황정임, 이미정, 주재선, 정수연 등. (2016). 앞의 책. pp. 116-117.

가. 아동학대 예방 및 피해 아동 보호 정책

본 정책은 학대 및 방임 피해 아동을 보호하고 아동학대를 예방하여 아동을 건강하고 안전하게 성장할 수 있도록 하는 것을 목표로 아동학대 방지 대책 등 아동학대와 관련된 법 제도를 추진하고, 중앙 및 지역 아동보호전문기관을 지정·운영하며 학대 예방을 위한 교육과 홍보를 실시하는 것을 주요 내용으로 한다.¹⁹⁾ 아동보호전문기관은 아동학대 및 방임 사례의 신고 접수 → 현장 조사(응급조치) → 피해 아동 보호, 상담, 치료와 가해자 분리 등의 조치 → 피해 아동 지원 서비스 제공 및 사례관리 → 가족지원 및 사후 서비스 등의 피해 아동 보호를 위한 일련의 조치와 서비스 제공을 담당하는 중심 기관으로, 전국에 57개의 지역 아동보호전문기관이 있으며 지역사회 내 경찰, 병원, 학교, 법원 등의 관련 기관과 연계, 협력해 업무를 수행한다.²⁰⁾ 아동보호전문기관 보고서를 통해 업무 결과를 살펴보면, 2015년 기준 연간 1만 9214건의 학대 신고를 접수하며(평균 기관별 326건), 이 중 아동학대 의심 사례(1만 6651건)에 대해 3만 5379회의 현장 조사와(1건당 2.1회), 판정(1만 1715건)을 실시하였으며, 피해 아동 일시 보호, 상담, 심리치료, 가족 기능 강화 서비스, 의료 서비스 등의 관련 서비스를 제공하고 있다. 또한 학대 행위자와 피해 아동의 가

족을 대상으로도 상담, 심리치료, 가족 기능 강화 및 의료 등의 서비스를 제공하고 있다.²¹⁾

아동보호전문기관의 업무 중 많은 부분을 차지하는 것이 피해 아동과 그 가족 및 행위자 등에 대한 사후적 조치이다. '사후적'이라는 용어의 어감은 마치 '소 잃고 외양간 고친다'는 의미로 들릴 수 있지만 아동방임 피해에서 사후적인 조치는 피해로부터의 신속한 회복과 더불어 2차 피해 혹은 재학대 피해를 예방할 수 있는 길이기 때문에 매우 중요하다. 실제로 WHO는 폭력에 대응하는 예방 조치의 유형을 구분할 때 1차적 예방을 '사전 예방(to prevent violence before it occurs)'으로, 2차적 예방을 피해 아동에 대한 응급조치 및 치료 등 더욱 '즉각적인 조치(immediate response)'로, 그리고 3차적 예방을 피해 아동의 '장기적 보호(long-term care)'로 규정하여 사후적 정책이 피해의 심화와 추가 피해로부터의 예방을 의미함을 강조하였다.²²⁾ 다만 현재로서는 학대 및 방임 피해 아동 보호와 지원 이외에 예방적 업무를 중점적으로 수행하기에는 기관의 규모, 인력 등이 매우 제한적이다. 전국의 지역 아동보호전문기관은 1곳당 최소 1개에서 최대 10개 시·군·구를 관할하고 있는데, 관할하는 시·군·구 수의 편차가 클 뿐 아니라 관할하는 지역 내 아동 수도 매우 많은 실정이다.²³⁾

19) 보건복지부. (2017). 2017년 아동분야 사업안내. pp. 189-208.

20) 보건복지부. (2017). 위의 책. pp. 208-227.

21) 중앙아동보호전문기관. (2016). 2015 전국아동학대현황보고서. p. 35.

22) WHO(2002). World Report on Violence and Health. p. 15.

23) 중앙아동보호전문기관. (2016). 위의 책, pp. 50-51, 265 참조.

이와 더불어 아동보호전문기관의 인력도 제한적이며, 연간 업무량에서도 상담원 등 인력의 초과 업무 일수가 평균 84~295일에 달한다.²⁴⁾ 또한 학대 피해 아동에 대한 전문적 치료와 보호가 가능한 학대아동쉼터도 전국 40개에 불과한 상황으로 이에 대한 조치가 필요하다.²⁵⁾

나. e아동행복지원시스템

2015년 말 인천에서 발생한 초등학생 학대 사건 이후로 정부는 학교에 장기 결석하는 아동에 대한 합동 점검을 2016년부터 매년 시행하고 있으며, 점검 결과 그동안 묻혀 있었던 학대로 인한 사망 사건들이 드러나고 있다.²⁶⁾ 그러나 이와 같은 합동 점검의 맹점은 초등학교 취학 연령에 이르지 않은 영유아의 경우 주변의 신고가 없다면 학대 및 방임 피해를 은폐할 수 있는 사각지대 내에 장기간 머무르게 되며 피해가 더욱 심화된다는 점이다. 이에 따라 정부는 장기 결석, 건강검진 미실시 등 학대 및 방임 피해에 대한 위험 요인 정보를 활용하여 빅데이터 분석으로 아동학대 및 방임의 위험이 높은 가구를 추출하는 e아동행복지원시스템을 구축, 운영할 예정이다.

앞으로 빅데이터 분석 결과 아동학대와 방임의 고위험 가구로 추출된 경우 관할 지자체 공무원이 해당 가정을 방문하여 가정 내 아동의 학대

피해 징후와 복지 수요를 파악하고 아동복지 서비스를 지원할 수 있도록 하는 체계가 구축될 예정이라고 한다.²⁷⁾ 2017년 하반기부터 본 시스템이 시범 운영될 예정인데, 신체적 학대와 달리 방임 피해는 가시적이지 못하다는 특성으로 인해 일회성 가정방문만으로는 발견되기 어려운 측면이 있다. 따라서 방임의 효과적인 발굴을 위해 e아동행복지원시스템이 방임 예방에 도움이 되는 관련 서비스(예를 들면 드림스타트, 아동 돌봄, 부모 교육 등) 지원과 연계된다면 더욱 바람직할 것으로 보인다.

다. 아동 돌봄 정책

아동방임이 아동의 돌봄과 양육을 소홀히 함으로써 성립된다는 데 비추어 볼 때, 안전하고 적절한 아동 돌봄 서비스는 방임 예방에 중요한 역할을 할 수 있다. 우리나라의 아동 돌봄 정책은 아동 연령별, 부처별로 다양하게 구성되어 있다. 영유아 대상 돌봄 서비스는 2013년부터 무상보육 정책이 도입됨에 따라 보편화되어 어린이집은 0세부터 만 5세까지, 유치원은 만 3세~만 5세까지를 대상으로 돌봄 및 교육 서비스를 제공한다.²⁸⁾ 이와 함께 아이 돌봄 지원 사업은 만 3개월 이상~36개월 이하 영아에 대한 종일제 돌봄과 함께 만 3개월 이상~만 12세 이하의 아동을

24) 중앙아동보호전문기관. (2016). 위의 책, 제6장 아동보호전문기관 직원 업무량(pp. 223-225) 참조.

25) 중앙아동보호전문기관. (2016). 위의 책. p. 140.

26) 파이낸셜 뉴스(2017. 8. 27.). 정부, 미취학 아동 찾는 'e아동행복지원시스템' 하반기 운영.

27) 보건복지부. (2017). 2017 아동보호서비스 업무 매뉴얼.

28) 보건복지부. (2017). 2017년 보육사업 안내. pp. 59-74.

대상으로 시간제 돌봄을 재가 서비스로 제공하고 있다.²⁹⁾

초등학교 이상 연령에 대한 돌봄은 초등돌봄교실과 방과후학교를 중심으로 이루어지고 있으며 1~2학년은 초등돌봄교실에서 그리고 2016년부터 3~6학년은 방과후학교 연계 돌봄을 통해 돌봄이 이루어지도록 하고 있다. 다만 실제 학교

현장에서는 지역 및 학교별 상황에 따라 서비스를 제공토록 함에 따라 3~6학년 대상 방과후학교 연계 돌봄이나 저녁 돌봄(오후 5시 이후 돌봄)이 운영되지 않거나, 돌봄 대상을 맞벌이·저소득·한부모 가정 자녀로만 제한하는 등 운영상의 편차가 있다.³⁰⁾

방과 후 돌봄이 필요한 빈곤 및 취약계층 아동

표 3. 아동 돌봄 정책의 세부 사업별 대상

돌봄 구분	2015년 기준 개수 (명)	영유아(만 연령)					초등학생(학령)						중학생 (학령)			고등학생 (학령)				
		0	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	1	2	3	1	2	3	
어린이집	42,517개 1,452,813명	→																		
유치원	8,930개 682,553명	→																		
아이 돌봄 지원 사업	221개 (17,553 돌보미) 57,687명	→																		
초등돌봄교실							→													
방과후학교 연계형 돌봄	5,972개교 239,798명						→						→							
청소년방과후아카데미	244개 9,490명												→							
지역아동센터	4,102개 109,661명	→																		

자료: 1) 어린이집 - 보건복지부. (2016). 2015년 보육통계. p. 2.

2) 유치원 - 교육부. (2016). 2015 간추린 교육통계. p. 20.

3) 아이 돌봄 지원 사업 - 아이돌봄서비스 주요 통계(www.idolbom.go.kr)에서 2017. 9. 30. 인출.

4) 초등돌봄교실 및 방과후학교 연계형 돌봄 - 장명림 등(2015). 초등돌봄교실의 안정적 운영을 위한 학교중심 실행방안 연구. pp. 17-20.

5) 청소년방과후아카데미 - 여성가족부, 한국청소년활동진흥원. (2017). 2017년 청소년방과후아카데미 운영실무자 업무매뉴얼. p. 10.

6) 지역아동센터 - 보건복지부. (2016). 전국지역아동센터 실태조사 보고서: 2015년 12월 기준. pp. 9-10.

29) 아이돌봄사업 소개. 아이돌봄서비스 웹사이트(https://www.idolbom.go.kr/intro/index1.go)에서 2017. 9. 30. 인출.

30) 장명림, 김성희, 김옥자, 채명숙, 김태정. (2015). 초등돌봄교실의 안정적 운영을 위한 학교중심 실행방안 연구. pp. 29-37.

을 주요 대상으로 하는 지역아동센터와 청소년 방과후아카데미는 아동을 안전하게 보호하고 상담 등 정서적 지원과 교육 및 문화 서비스를 제공한다. 지역아동센터는 18세 미만 전체 아동을, 청소년방과후아카데미는 초등학교 4학년~중학교 3학년을 주 대상으로 하고 있다.³¹⁾

다양한 아동 돌봄 정책을 통해 많은 아동이 돌봄과 보호를 받고 있음에도 불구하고 아동방임이 발생하고 발견되는 이유는 무엇일까? 방임 피해가 가장 많이 발생하는 영아의 경우 0세 아동의 91%(38만 6361명)가 가정에서 양육되고 있으며, 3세 미만 아동의 63.6%가 가정양육수당을 받고 있다.³²⁾ 물론 영아기에 주 양육자와 아동 간의 애착 관계와 일대일 양육은 아동의 건강하고 행복한 발달을 위해 매우 바람직하다. 그러나 가정 내에서 양육하는 영아들을 대상으로 한 방임은 발견이 매우 어렵다는 측면이 있다.

또한 초등학교 3학년 이상의 연령에서는 돌봄 중심의 시설보다는 방과후학교 및 학원 등 사교육으로 방과 후 시간을 보내게 되면서 이러한 방과 후 시간 사이의 개별 이동 시간이나 자유 시간에 대해서는 성인의 적절한 감독이나 돌봄이 이루어지기 어려운 상황이다. 취약계층의 경우 지역아동센터나 청소년방과후아카데미를 통해 방과 후 돌봄 서비스를 받을 수 있으나 수요

대비 시설 규모와 접근성 등이 제한적이다.

라. 드림스타트

취약계층 아동을 대상으로 하는 사례관리 서비스는 아동과 사례관리사의 일대일 상담, 부모 상담 등을 통해 아동이 가진 방임의 위험 요인과 보호 요인을 파악하고 방임 여부를 확인할 수 있으며, 위험 요인을 완화하기 위해 아동과 가족에게 필요한 자원을 연계해 줄 수 있다는 측면에서 아동방임의 예방에도 매우 효과적이다. 드림스타트는 0세부터 만 12세까지의 취약계층 아동과 가족을 대상으로 대상자(가족)의 욕구를 파악하여 통합적 서비스를 제공하고 아동이 건강하게 발달할 수 있도록 지원하는 정책이다. 서비스의 내용은 보건, 복지 및 보육 서비스 등을 포괄하며, 특히 통합적 사례관리 서비스로 해당 아동과 가족에게 필요한 자원을 지역사회와 연계하여 제공한다. 2015년 기준 전국의 드림스타트 수는 229개이며, 서비스 이용 아동은 12만 5562명(8만 102가구)³³⁾이다.

방임 피해 아동의 가정이 빈곤하거나 저소득 계층인 비율이 높은 것을 볼 때, 취약계층 아동을 대상으로 하는 드림스타트는 저소득 계층 아동의 욕구를 기반으로 맞춤형 사례관리와 지역사회 자원 연계 서비스를 통해 아동방임의 위험 요

31) 청소년방과후아카데미 웹사이트(<http://www.youth.go.kr/yaca/about/about.do>)에서 2017. 9. 30. 인출; 보건복지부(2016). 2015년 지역아동센터 지원사업안내.

32) 행정자치부. (2015). 주민등록 인구통계; 김은정, 이혜숙(2016). 영유아 보육(돌봄) 지원 정책평가와 정책과제-보육료 지원 정책을 중심으로, p. 56; 가정양육수당 지원 아동 현황(2011~2015년) 자료를 바탕으로 산출.

33) 보건복지부. (2016). 2015 보건복지백서, p. 313.

인을 파악하는 동시에 예방적 사례 개입이 가능한 구조로 운영될 수 있다. 다만, 현재 드림스타트의 인력과 업무량 등이 매우 제한적이어서 방임 위험 아동에 대한 사례관리를 충분히 제공하기 어려우며, 지역별 지역사회 자원 수준의 편차가 매우 크다.³⁴⁾ 즉, 지역사회 자원이 부족한 경우 자원 연계의 의미가 퇴색되어 서비스 효과가 발현되기 어렵다. 또한 사업 대상 아동의 연령 제한이 만 12세 이하여서 이를 초과할 경우 서비스를 제공받을 수 없었던 부분은 2017년부터 다소 완화(만 12세 이상 아동 중 중위험 이상 사례에

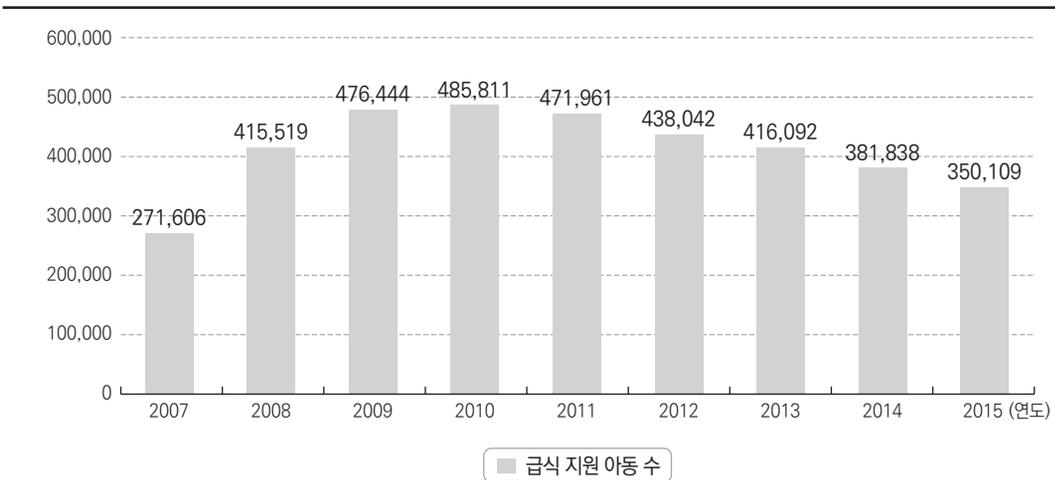
한해 지자체 승인을 거쳐 최대 만 15세까지 연장 가능)되었으나,³⁵⁾ 현실적으로 대상 범위를 확대하려면 인력과 자원의 확대가 선행되어야 할 것이다.

마. 결식아동 급식 지원

물리적 방임 중 식사와 관련된 방임을 예방하는 정책으로 결식아동 급식 지원 서비스가 있다. 본 서비스는 18세 미만 아동 중 저소득 가구의 결식 우려가 있는 아동을 대상으로 조식, 중식, 석식을 지역별 여건에 따라 제공하는 것이다. 다

그림 5. 결식아동 급식 지원 서비스 이용 아동 추이

(단위: 명)



자료: 통계청, e-나라지표, 아동급식지원현황.

34) 정정호. (2016). 드림스타트 사례관리 현황과 강화방안 고찰. 한국학교사회복지학회, 35(35), 339-358.

35) 보건복지부. (2017). 2017년 드림스타트 사업안내.

36) 보건복지부. (2017). 2017년 아동분야 사업안내. pp. 143-145.

37) 통계청. (2017). e-나라지표.

38) 박금식, 하정화, 허두진. (2012). 결식우려아동에 대한 효율적인 급식지원 방안연구. (재)부산가족여성개발원.

만 초중고 무료 급식 정책에 따라 학기 중의 주중 중식은 교육청 학교 급식을 통해 지원되며, 학기 중 주말 및 공휴일 중식과 방학 중 중식은 지방자치단체에서 제공한다. 대상 선정 기준은 소년소녀가정 아동, 한부모가족지원법상 지원 대상 가정 아동, 보호자가 등록장애인으로서 중위소득 52% 이하인 가구의 아동, 긴급복지 지원 대상 가구 아동, 보호자 부재 가구 아동, 보호자의 양육 능력이 미약하여 긴급보호가 필요한 아동, 맞벌이 가구 중위소득 52% 이하 가구의 아동 등으로, 가족 환경에서 방임의 위험 요인이 있는 아동들이 포함된다.³⁶⁾ 2015년 기준 결식아동 급식 지원 서비스 이용 아동은 35만 명 수준³⁷⁾으로 포괄적인 편이나 지방자치단체의 대상자 선정 기준이 일관적이지 못하며, 지방자치단체 예산 부족 등의 이유로 급식 단가가 시장가격보다 다소 낮게 책정되어 있어 결식아동에게 제공되는 급식의 품질이 저하된다는 지적이 있다.³⁸⁾

바. 영유아 건강검진 및 국가예방접종 지원 사업

의료적 방임을 예방하기 위한 정책으로 영유아 건강검진사업과 국가예방접종 지원 사업을 살펴볼 수 있다. 먼저, 영유아 건강검진사업은 영유아의 발달 및 성장 결과를 발달 단계별 검진을 통해 확인함으로써 영유아의 건강 이상을 조기에 발견하고 아동이 건강하게 성장하고 발달할

수 있도록 지원하는 데 목적이 있다. 현행 서비스는 무료로 생후 4개월부터 71개월까지 7차례에 걸쳐 검진을 실시하도록 하며 문진 및 진찰, 신체 측정, 건강 교육과 상담, 발달평가, 구강검진 등의 내용으로 이루어져 있다. 2015년 기준 해당 연령 아동 중 220만 명(69.3%)³⁹⁾이 서비스를 이용하였다. 아동의 발달 성과를 확인함으로써 방임 피해가 있었는지 추정해 볼 수 있다는 점에서 매우 필요한 정책이나, 건강 교육 문진 시 월령별로 안전사고 예방과 관련된 항목(질식, 낙상, 화상, 타박상, 익수, 교통사고 등) 외에 아동방임 여부를 파악할 수 있는 내용은 포함되지 않아,⁴⁰⁾ 그 결과만으로 방임 여부를 파악하기는 어렵다. 또한 최초의 영유아 건강검진이 생후 4개월부터이기 때문에 출생부터 생후 4개월까지의 신생아에 대한 건강 및 발달 상황을 알 수 없다.

국가예방접종 지원 사업은 만 12세 이하 아동을 대상으로 국가예방접종을 위한 비용을 지원하는 사업으로 2017년 기준 17종의 백신이 지정되어 있으며, 전국의 보건소와 지정된 의료기관을 통해 운영되고 있다.⁴¹⁾ 방임의 유형 중 의료적 방임에 '예방접종이 필요한 아동에게 예방접종을 실시하지 않는 경우'가 포함되어 있어 무료 예방접종은 특히 저소득 및 취약계층 가정에서 자원의 부족으로 인한 의료적 방임을 피할 수 있도록 하는 유용한 조치라고 볼 수 있다.

39) 보건복지부. (2016). 2015 보건복지백서. p. 761.

40) 영유아건강검진 문진표(1~7차). www.nhis.or.kr에서 2017. 9. 5. 인출.

41) 질병관리본부 홈페이지. 어린이 국가예방접종 지원사업 소개. https://nip.cdc.go.kr에서 2017. 9. 30. 인출.

4. 정책적 시사점

아동방임 피해는 매우 빈번하게 발견되어 온 학대 유형 중 하나이며, 신고되지 않은 방임을 포함하면 전국적으로 19만 명 이상의 아동이 방임되고 있음을 추정해 볼 수 있다. 그뿐만 아니라 방임 피해 사례의 3분의 1가량에 해당하는 아동이 원가정으로 복귀하지 못한 채 분리 보호되고 있으며, 그 결과는 사망에 이르기까지 치명적일 수 있다. 이러한 아동방임의 현황에 비추어 본 현행 아동방임 관련 정책들이 주는 시사점을 다음과 같이 정리할 수 있다. 첫째, 아동방임의 법적·정책적 정의를 더욱 구체적으로 확립할 필요가 있다. 방임이 성립되는 행위를 규명하는 데 아동의 연령 및 발달 수준 등은 중요한 기준이 된다. 예를 들면 아동을 집에 홀로 방치하는 행위가 주는 위해의 정도는 그 아동이 영유아인지, 초등학교생인지, 아니면 중고등학생인지 등 연령대에 따라 다를 테지만 법·정책적으로 구체적인 나이를 규정하지 않고 사례별로 판단하도록 되어 있어 방임 행위의 기준을 명확하게 인식하기 어렵다. 또한 방임의 유형이 더 구체적으로 제시될 수 있도록 보완할 필요가 있다.

둘째, 아동 연령 중 0세와 영아기는 아동방임 피해 발견율이 높을 뿐 아니라 발생 시 그 결과

도 가장 치명적일 수 있는 연령이나, 가정 내에서 돌봄이 주로 이루어질 뿐 아니라 생후 4개월 이전의 건강검진 기회도 개별 가정의 판단에 맡겨져 있다. 이는 영아방임에 대한 예방적 정책의 필요성이 크에도 불구하고 정책적으로 방임 피해에 대해서는 사후적 개입에 의존하는 방식을 취하고 있음을 의미한다. 이러한 점으로 볼 때, 영아기 아동방임 예방을 위한 정책적 지원이 강화될 필요가 있으며 이를 위한 방안 중 하나로 임신기부터 영아기까지의 ‘가정방문서비스’⁴²⁾ 도입을 고려해 볼 수 있다.

셋째, 아동보호 관련 정책을 디자인할 때 방임 피해 아동과 가정의 특성을 감안할 필요가 있다는 점을 지적할 수 있다. 방임 피해 아동의 대다수가 정서 및 정신건강, 적응 및 행동, 발달 및 신체건강 등에서 어려움을 겪고 있으며, 타 학대 피해 유형보다도 학대 행위자의 소득 수준이 낮은 편이다. 이러한 피해 아동과 가족의 특성에 따른 문제는 단기간에 해소되기 어려울 뿐 아니라 아동 개인에 대한 지원과 보호만으로는 해결되기 어렵다. 따라서 아동보호 관련 정책은 더욱 지속적이고 근원적인 문제, 즉 아동의 정서, 발달 및 신체건강과 가족의 낮은 소득으로 인한 문제에 접근할 수 있는 구조를 갖추어야 한다. 신고 접수 → 현장 조사(응급조치) → 피해 아동 보호, 상담,

42) 외국의 경우 아동학대 예방을 위한 가정방문 프로그램을 수행하며, 영국은 보건방문 프로그램(HVP: Health Visiting Program), 미국은 임신부 및 영아 방문 프로그램(MIECHV: Maternal, Infant and Early Childhood Visiting Program), 스웨덴의 출산 전 및 소아 건강 돌봄 서비스(Antenatal and Pediatric Health Care Services), 호주의 임신기 및 영아기 지속적 가정방문(MECSH: Maternal and Early Childhood Sustained Home-visiting) 프로그램 등 신생아 및 영아기에 집중적으로 가정방문을 실시하도록 하고 있으며, 가정방문을 통해 아동의 건강과 복지 관련 위험 요인을 파악하고 이에 대한 지원을 제공할 수 있도록 함. 자료: 김주미(2017). 찾아가는 복지서비스 해외사례: 영유아가정을 중심으로.

치료와 가해자 분리 등의 조치 → 피해아동 지원 서비스 제공 및 사례관리 → 가족 지원 및 사후서비스 등으로 이루어진 현행 아동보호의 절차에서 필요한 경우 가족 지원 및 가족 기능 강화 서비스가 집중적으로 그리고 지속적으로 제공될 수 있도록 보완할 필요가 있다. 이와 함께 아동보호전문기관은 아동을 대상으로 돌봄 혹은 사례관리 등의 기능을 수행하고 있는 드림스타트, 지역아동센터, 연령별 보육 및 교육기관 등과 긴밀히 연계, 협의해야 하며, 저소득 가정⁴³⁾에 대한 사례관리, 급여 및 서비스 등을 제공하는 읍·면·동 주민센터, 희망복지지원단 등과도 충분한 연계와 지원이 있어야 한다. 이를 위해 각 기관 내에서는 연계와 협력을 위한 인력(혹은 업무시간)이 확보되어야 한다.

넷째, 방임 피해 발견율은 만 15세까지는 연령대별로 단절되지 않고 일정 수준을 유지하며 지속된다. 그러나 방임을 예방하는 정책들은 정책별로 연령의 단절이 존재한다. 아동 돌봄 정책의 경우 초등학교 2학년 이상의 연령에서는 사교육(방과후교육 포함) 중심으로 방과 후 시간을 보내게 되어 있으며, 이에 대한 보완책으로 취약계층 아동에 대한 방과 후 돌봄 기관(지역아동센터 및 방과후아카데미)을 운영한다. 그러나 지역아동

센터나 방과후아카데미를 이용하지 않는 아동에 대한 방과 후 돌봄의 공백이 우려되며 드림스타트의 경우 주요 대상이 만 12세까지로, 이를 초과하는 연령에 대해서는 서비스의 단절이 발생한다. 다만 2017년부터는 사례의 위험도에 따라 최대 만 15세까지 사례관리가 가능하도록 하였는데, 이러한 개선안이 현실화되기 위해서는 대상 범위의 확대가 가능하도록 인력 등 인프라의 확대가 병행될 필요가 있다. 영유아 건강검진의 경우 4개월 미만의 신생아 연령에서 사각지대가 있어 이에 대한 개선이 필요하다.

다섯째, 앞서 살펴본 아동방임 관련 정책 중 아동방임과 관련된 보호자(부모)의 양육 태도와 인식에 도움을 주는 조치들은 더욱 강화될 필요가 있다. 기존 연구 결과에 따르면 일부 지역에서는 취약계층 아동을 대상으로 돌봄 서비스를 제공하는 지역아동센터 이용 아동에게도 방임이 발생하고 있으며, 그 비율도 21% 수준으로 낮지 않은 것을 알 수 있다.⁴⁴⁾ 즉, 아동 돌봄 정책은 양육적 및 물리적 방임을, 국가예방접종 지원 사업은 의료적 방임을 예방한다고 볼 수 있으나 보호자(부모)가 방임에 대한 허용도가 높거나 고의성이 있다면 이러한 정책들이 있어도 아동방임은 발생할 수 있다. 아동학대 예방 사업의 일환으로

43) 빈곤과 아동방임의 관련성에 대해서는 선행연구들에서 상충된 견해들이 있으나 대체로 낮은 사회경제적 지위가 아동방임과 연관성이 있는 것으로 나타남[관련 자료는 Cawson P.(2002), Child Maltreatment in the Family: The experience of a national sample of young people, London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children; Wolock, I & Horowitz, B.(1979), Child Maltreatment and Material Deprivation, *Social Services Review*, 53, 175-94; Dubowitz, H.(1994), Neglecting the neglect of neglect, *Journal of Interpersonal Violence*, 9(4), 556-560; Bradley, R.(2002), Socioeconomic Status and Child Development, *Annual Review of Psychology*, 53, 371-399 등을 참조].

44) 이은주. (2008). 지역아동센터 이용아동의 아동방임실태와 예측요인. *아동과 권리*, 12(4). 547-566.

아동보호전문기관에서 실시하고 있는 학대 예방과 관련된 부모 교육이 더욱 확대될 필요가 있다.

여섯째, 방임 관련 정책의 예방적 기능을 강화하기 위해 인프라에 대한 투자와 지역사회에서의 다양한 자원 개발이 필요하다는 점을 들 수 있다. 피해 아동 보호와 발굴에 중점을 두는 정책 운영에서 운영 기관(아동보호전문기관 및 쉼터)의 숫자와 전문 인력(상담원 및 임상심리치료 전문 인력)은 현재도 부족하며, 특히 가족 지원 및 사후 관리 강화를 위한 인프라는 매우 부족하다. 빅데이터를 활용한 e아동행복지원시스템은 학대 및 방임 피해 아동 발굴에 도움이 되나 예방적 서비스로 진화하는 데 필요한 자원, 즉 고위험 가구에 대한 서비스 연계 및 지원에 소요되는 인력과 자원은 부족한 상황이어서 예방적 효과를 확대하기 위해서는 반드시 관련 인프라의 증대가 필요하다. 그뿐만 아니라 드림스타트의 대상 연령 확대를 위한 인력과 예산이 추가적으로 필요하며, 사례관리를 위한 지역사회 자원에 대한 투자가 이루어져야 한다. 지역사회의 자원이 없다면 사례관리는 허울뿐이며, 방임을 예방하고자 하는 목적을 달성하기 어렵다.

이상의 내용을 종합해 보면, 앞으로는 방임 피해 아동의 현황과 특성에 맞추어 아동방임의 법적 정의 구체화, 영아기에 집중된 지원, 피해 아동의 정신건강 등의 어려움과 가정의 낮은 소득 등의 문제에 대응하는 정책과 연계된 지원, 아동의 연령별 사각지대가 없는 지속적인 지원, 부모의 아동방임 관련 양육 태도와 인식을 변화시킬 수 있는 직접적인 지원 등을 확대하고 강화하는

방향으로 진전될 필요가 있다. 물론 이를 위한 정부의 투자와 지원도 병행되어야 할 것이다. ■