

이달의 초점

## 청년의 복합 위기와 기본사회

이주배경 초기 청년의 노동시장 진입 격차와 청년정책 접근성

| 박윤경 |

청년 건강 현황과 과제: 취약청년 중심으로

| 김동진·이지영 |

청년 부채 현황과 채무조정제도의 정책과제

| 나원희 |

최근 청년층 고용 상황과 비경제활동인구의 변화(2022~2026)

| 함선유 |

청년의 고립·은둔 현황과 과제

| 노혜진 |

청년의 복합 위기에 대응하는 청년복지 제도화 과제

| 김성아 |



한국보건사회연구원  
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

# 청년 건강 현황과 과제: 취약청년 중심으로<sup>1)</sup>

The Health of Vulnerable Youth: Health Status and Policy Implications

김동진 한국보건사회연구원 건강보장정책연구실 연구위원

이지영 한국보건사회연구원 건강보장정책연구실 연구원

이 글은 청년정책의 사각지대에 놓여 있는 취약청년의 건강 실태를 파악하고 지역사회 중심의 건강증진 방안을 모색하는 데 목적이 있다. 이를 위해 가족돌봄청년, 고립·은둔청년, 자립준비청년을 분석 대상으로 설정하고, 청년삶실태조사 원자료를 활용하여 건강행태, 정신건강 및 중독, 주관적 건강인지, 의료이용을 분석하였다. 분석 결과 세 유형 모두 전체 청년에 비해 우울증상유병률과 소진경험률이 현저히 높았다. 주관적건강인지율은 낮았고, 미충족의료경험률은 높았다. 흡연, 고위험 음주, 약물사용 등 건강행태의 취약성은 유형과 성별에 따라 상이한 양상을 보였다. 그럼에도 취약청년은 낮은 참여 동기와 추적 관찰의 어려움으로 기존 건강증진사업에서 사실상 소외되어 왔다. 이 글에서는 청년미래센터 및 통합사례관리 체계와 연계한 대상자 발굴, 취약청년의 욕구를 반영한 맞춤형 프로그램 개발을 주요 과제로 제시하였다. 취약청년 건강증진사업은 시혜적 서비스를 넘어 건강 형평성 실현을 위한 정책 과제로 다루어져야 한다.

## 1 들어가며

최근 청년의 존엄과 삶의 질 제고를 목표로 여러 분야에서 청년 대상 정책과 계획이 활발히 수립되

고 있다. 특히 가족돌봄청년, 고립·은둔청년 등 취약청년에 대한 사회적 공감대가 형성되고 이들에 대한 보호와 사회적 책임을 강화해야 한다는 요구가 확대되면서 「위기아동·청년법」이 제정·시행되

1) 이 글은 현재 진행 중인 '지역사회 취약청년 건강증진사업 제공 방안' 연구의 일부이다. 이 글에서 '취약청년'은 최근 청년지원정책의 주요 대상이 되고 있는 가족돌봄청년, 고립·은둔청년, 자립준비청년으로 한정하였다.

었다. 이와 함께 자립준비청년, 고용취약청년, 주거 불안청년 등을 지원하기 위한 정책도 마련·시행되고 있다.

건강 영역에서도 청년은 사회 환경의 변화 속에서 과거와는 다른 도전에 직면해 있다. 청년기는 질병 발생이 상대적으로 적어 생애 중 가장 건강한 시기로 여겨지지만, 이 시기의 건강은 이후 생애주기 전반의 건강과 삶의 질을 좌우한다는 점에서 각별히 중요하다. 청년기에 경험하는 급·만성질환은 학업성취와 성인기의 사회경제적 지위에 부정적 영향을 미칠 수 있으며, 이 시기에 형성된 불건강 습관은 이후 생애주기에도 지속적으로 영향을 미치기 때문이다(김동진 외, 2025, p. 16).

청년기는 대학 진학, 군 입대, 취업 준비, 직장 적응 등 급격한 환경 변화가 집중되는 생애 단계로, 스트레스 수준이 높아 흡연·폭음과 같은 건강 위험 행태에 노출되기 쉽다(이재빈, 우혜경, 2020, 김동진 외, 2025, p. 103에서 재인용). 최근 성인의 건강생활실천 지표는 개선되는 추세이나, 청년의 건강행태는 이와 다른 양상을 보이며(김동진 외, 2025, p. 103), 전자담배 사용, 소진, 스마트폰 의존, 성 건강 등에서 개선 필요성이 두드러진다.

특히 취약청년은 이행기 과업을 수행하는 과정에서 한층 심각한 어려움을 겪는다. 취업 가능 연령의 제약, 양질의 일자리, 상위권 대학 진학 등 사회와 가족이 요구하는 기준은 이들에게 압박과 스트레스로 작용하며, 그 기준에 이르지 못한 자신을 부정적으로 인식하는 과정에서 점차 고립되고 다차원

적 취약성으로 이어지는 경우가 많다. 이 과정에서 취약청년이 경험하는 사회적 불평등은 심리적 건강의 격차로 전이되어 우울, 불안, 무기력 등 정신건강 악화로 나타날 수 있다(김동진 외, 2025, p. 382). 따라서 취약청년에게는 취약성을 보완할 사회적 지원이 우선적으로 제공되어야 하며, 이와 함께 건강한 생활습관 형성을 위한 적절한 중재가 병행되어야 한다.

청년정책은 사회정책의 핵심 영역으로 자리 잡아 가고 있다. 그 목적이 청년의 존엄과 삶의 질 제고에 있다면 청년 건강증진사업은 이러한 목적을 달성하기 위한 필수 요소라 할 수 있다. 그러나 취약청년은 건강증진사업 참여 동기가 낮고, 지속적인 참여를 유도하거나 사업 효과를 추적 관찰하기 어렵다는 이유로 대부분의 건강증진사업에서 소외되어 왔다. 이들의 건강실태와 건강증진 접근 방안을 직접적으로 다룬 연구 또한 상대적으로 드물다. 이에 이 글에서는 다양한 취약청년 유형 가운데 「위기아동·청년법」 등에서 최근 청년정책의 우선 지원 대상이 되고 있는 고립·은둔청년, 가족돌봄청년, 자립준비청년의 건강 측면 취약성을 검토하고, 이들의 건강증진을 위한 정책 방향을 모색하고자 한다.

## 2 취약청년의 정의 및 규모

### 가. 취약청년 정의

2025년 10월 시행된 「청년기본법」 제3조는

[표 1] 「가족돌봄 등 위기가동·청년 지원에 관한 법률」의 위기청년 정의

| 청년기본법                       | 가족돌봄 등 위기가동·청년 지원에 관한 법률                                                                                                                                                              |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 고용·교육·복지 등의 분야에서 어려움을 겪는 청년 | 가. 가족돌봄 아동·청년: 돌봄이 필요한 가족에게 간호·간병 및 일상생활 관리 또는 그 밖의 도움을 제공하고 있는 사람<br>나. 고립·은둔 아동·청년: 타인과의 교류가 거의 없거나 상당한 기간 이상 제한된 거주 공간에서만 생활하여 일상생활이 현저히 곤란한 사람<br>다. 그 밖에 대통령령으로 정하는 위기 상황에 놓인 사람 |

출처: 1) 청년기본법, 법률 제21065호 (2025). <https://www.law.go.kr/법령/청년기본법>.

2) 가족돌봄 등 위기 아동·청년 지원에 관한 법률, 법률 제20846호 (2025). [https://www.law.go.kr/법령/가족돌봄등위기가동·청년지원에관한법률/\(20846,20250325\)](https://www.law.go.kr/법령/가족돌봄등위기가동·청년지원에관한법률/(20846,20250325)).

‘취약계층 청년’을 고용·교육·복지 등의 분야에서 어려움을 겪는 청년으로 정의한다. 또한 같은 해 (2025. 3. 25.) 제정된 「가족돌봄 등 위기가동·청년 지원에 관한 법률」 제2조는 ‘위기청년’을 가족돌봄청년, 고립·은둔청년 등으로 규정하고 있다.

제2차 청년정책 기본계획(2026~2030)에서는 취약청년을 별도로 정의하지는 않으나, 복지 분야의 주요 청년정책 대상을 고립·은둔청년, 가족돌봄청년, 자립준비청년, 마음건강관리 필요 청년, 신체건강 취약청년 등으로 제시하고 있다(관계부처 합동, 2025, pp. 19-20). 한편 김성아 외(2021)는 청년의 취약성을 가족돌봄이나 고립·은둔에 한정하지 않고 보다 다층적으로 개념화하였다(김성아 외, 2021, pp. 45-46). 이들은 장애나 이주배경과 같은 인적 속성, 생계부양·홀로양육·가족돌봄 등으로 관계 부담이 가중되거나 고립·은둔으로 관계 자본이 결핍되는 관계 특성, 구직난이나 열악한 일자리로 나타나는 노동시장 특성, 빈곤과 과중한 채무 부담 등의 경제적 특성 등 여러 차원에서 청년의 취

약성이 드러난다고 보았다(김성아 외, 2023, pp. 15-16).

이처럼 관련 법령·계획과 선행 연구는 취약청년을 특정 위험 또는 복합적 위험으로 인해 성년으로의 이행 과정에서 어려움을 겪는 청년으로 본다는 점에서 공통된 인식을 보인다. 이 글에서는 취약청년 가운데 최근 청년 지원 정책의 주요 대상이 되고 있는 가족돌봄청년, 고립·은둔청년, 자립준비청년을 분석 대상으로 삼았으며, 각 유형은 청년삶실태 조사의 조작적 정의를 따랐다. 가족돌봄청년은 가구원 중 신체적·정신적 어려움이나 질병으로 돌봄이 필요한 가구원을 돌보는 책임을 맡고 있는 청년(정세정 외, 2025, p. 85), 고립·은둔청년은 임신·출산·장애 등 건강상의 사유를 제외하고 거의 집에만 머무는 청년(정세정 외, 2025, p. 264)으로 정의하였다. 자립준비청년은 「아동복지법」 제16조에 따라 보호조치가 종료되었거나 아동보호시설에서 퇴소한 19~34세 청년으로, 청년삶실태조사에서 자립준비청년 가구로 응답한 경우로 정의하였다.

## 나. 취약청년 규모

## 3 취약청년 건강 현황

취약청년의 규모는 2022년과 2024년 청년삶실태조사 자료를 활용하여 유형별로 산출하였다. 청년삶실태조사는 「청년기본법」 제11조에 근거한 법정 조사로, 같은 법 시행령 제8조에 따라 2년 주기로 실시된다. 1차 조사는 2022년(N=14,966), 2차 조사는 2024년(N=15,098)에 각각 수행되었다(정세정 외, 2025, p. 37).

분석 결과 가족돌봄청년의 비율은 2022년 0.61%에서 2024년 1.45%로, 고립·은둔청년은 2.42%에서 5.12%로 각각 두 배 이상 증가하였다. 자립준비청년은 0.22%에서 0.70%로 증가한 것으로 나타났다.<sup>2)</sup>

취약청년은 일반 청년에 비해 우울·불안·소진 경험이 현저히 높지만, 상담이나 치료 등 필요한 서비스를 적절히 이용하지 못하는 경우가 많다. 흡연·음주·약물 사용과 같은 부적절한 대처로 이어지기도 한다. 신체건강 측면에서도 고혈압·당뇨병 등 만성질환을 가진 청년이 증가하는 추세이다. 특히 청년유병자는 다른 연령대에 비해 질환 인지율과 치료율이 현저히 낮으며, 두 가지 이상의 만성질환에 동시에 이환된 복합만성질환자 또한 늘고 있는 것으로 보고된다(김철중, 2024. 11. 14.; 김동진 외, 2025, p. 102 재인용).

이 글에서는 취약청년의 건강상태를 파악하기

[표 2] 취약청년 정의 및 규모(2022년, 2024년)

(단위: %)

| 구분      | 지표 정의                                                                                                                                                                           | 2022년 | 2024년 |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| 가족돌봄청년  | “가구에서 만성화된 신체적·정신적 어려움이나 질병으로 인해 돌봄이 필요한 가구원을 돌보는 책임을 맡고 있습니까?” 질문에 ‘예’라고 응답한 청년                                                                                                | 0.61  | 1.45  |
| 고립·은둔청년 | “귀하는 평소 얼마나 외출하십니까?” 문항에 ‘⑤ 보통은 집에 있지만, 자신의 취미생활만을 위해 외출한다. ⑥ 보통은 집에 있지만, 인근 편의점 등에 외출한다. ⑦ 자기 방에서 나오지만 집 밖으로는 나가지 않는다. ⑧ 자기 방에서 거의 나오지 않는다’로 응답한 청년(단 임신, 출산, 장애 등 건강상의 사유 제외) | 2.42  | 5.12  |
| 자립준비청년  | 「아동복지법」 제16조에 따라 보호조치가 종료되었거나 아동보호시설에서 퇴소한 19~34세 청년                                                                                                                            | 0.22  | 0.70  |

주: 1) 결과값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.

출처: “청년삶실태조사”[데이터 세트], 통계청, 2022, 2024, 원자료를 분석함.

2) 실제 자립준비청년 규모는 연간 약 1만여 명 정도로 나타나고 있다(이상정 외, 2023, p. 11). 분석 결과는 청년삶실태조사 표본의 특성으로 인한 영향으로 볼 수 있다.

위해 청년삶실태조사의 2022년·2024년 자료를 활용하여 건강행태, 정신건강 및 중독, 건강상태, 의료이용의 네 영역으로 나누어 분석하였다. 분석에 사용한 주요 지표는 건강행태 영역의 현재흡연율·전자담배흡연율·고위험음주율·운동실천율, 정신건강 및 중독 영역의 우울증상유병률·소진경험률·평생악물사용경험률, 건강상태 영역의 주관적건강인지율, 의료이용 영역의 미충족의료경험률이다.

### 가. 건강행태

2024년 청년삶실태조사에서 전체 청년의 현재 흡연율은 남자 37.7%, 여자 7.7%로, 2022년보다 각각 4.4%포인트, 2.1%포인트 증가하였다. 취

약청년의 흡연율은 특히 여자에서 두드러져 가족돌봄청년 10.2%, 자립준비청년 19.4%로 전체 청년 여자(7.7%)보다 각각 2.5%포인트, 11.7%포인트 높았다. 흡연자 중 전자담배 사용 비율은 전체 청년에서 남자 39.6%, 여자 50.4%로 여자에서 높았다. 취약청년 흡연자 중에서는 남자의 경우 가족돌봄청년(56.3%)과 고립·은둔청년(51.5%), 여자의 경우 자립준비청년(69.0%)과 고립·은둔청년(53.1%)에서 높게 나타났다.

고위험음주율은 2024년 전체 청년에서 남자 11.0%, 여자 7.3%였으며, 취약청년 중에서는 자립준비청년이 남자 12.4%, 여자 21.3%로 전체 청년보다 높았다. 운동실천율은 전체 청년에서 남자 39.2%, 여자 27.1%였는데, 취약청년 중에서

[표 3] 주요 건강 변수 설명

| 구분        | 변수        | 지표 정의                                                             |
|-----------|-----------|-------------------------------------------------------------------|
| 건강행태      | 현재흡연율     | 현재 흡연하는 청년('매일 피운다' 또는 '가끔 피운다')의 비율                              |
|           | 전자담배흡연율   | 현재 흡연자 중 전자담배(궐련형 또는 니코틴 함유 액상형)를 사용하는 청년의 비율                     |
|           | 고위험음주율    | 1회 평균 음주량이 남자 7잔(맥주 5캔), 여자 5잔(맥주 3캔) 이상이면서 주 2회 이상 음주하는 청년의 비율   |
|           | 운동실천율     | 주 3일 이상 규칙적으로 운동한 청년의 비율                                          |
| 정신건강 및 중독 | 우울증상유병률   | 우울증선별도구(Patient Health Questionnaire-9) 총점 27점 중 10점 이상인 청년의 비율   |
|           | 소진경험률     | 최근 1년 동안 업무, 학업, 취업준비 등으로 소진을 경험한 청년의 비율                          |
|           | 평생악물사용경험률 | 평생 한 번이라도 수면제, 신경안정제, 각성제, 마약성 진통제, 식이·체중조절 약물을 사용한 경험이 있는 청년의 비율 |
| 건강상태      | 주관적건강인지율  | 평소 본인의 건강이 '매우 좋음' 또는 '좋음'이라고 응답한 청년의 비율                          |
| 의료이용      | 미충족의료경험률  | 최근 1년 동안 병·의원 진료가 필요했으나 받지 못한 경험이 있는 청년의 비율                       |

출처: "2024년 청년 삶 실태조사". 정세정, 고혜진, 김기태, 김동진, 김성아, 오옥찬, 이아영, 이해정, 임덕영, 신영규, 하은솔, 한겨레, 김근혜. (2025). pp. 146~175. 국무조정실 국무총리비서실. 한국보건사회연구원.

는 남자는 고립·은둔청년(32.9%)이, 여자는 자립준비청년(22.0%)과 고립·은둔청년(23.3%)이 상대적으로 낮았다.

건강행태 측면에서 가장 취약한 집단은 자립준비청년으로 볼 수 있다. 자립준비청년은 여자의 흡연율(19.4%)과 흡연자 중 전자담배흡연율(69.0%), 남녀 고위험음주율(남 12.4%, 여 21.3%)에서 전체 청년은 물론 다른 취약청년 유형보다도 높은 수준을 보였다. 운동실천율에서는 자립준비청년 여자

(22.0%)와 고립·은둔청년(남 32.9%, 여 23.3%)이 낮아 위험 행태와 건강증진 행태 양측 모두에서 취약성이 확인되었다.

## 나. 정신건강 및 중독

2024년 전체 청년의 우울증상유병률은 남자 7.2%, 여자 10.7%로 2022년보다 각각 2.3%포인트, 3.2%포인트 증가하였다. 취약청년 중에서는

[표 4] 연도별, 성별 취약청년 건강행태(2022년, 2024년)

(단위: %)

| 구분      |         | 2022년 |      | 2024년 |      |
|---------|---------|-------|------|-------|------|
|         |         | 남자    | 여자   | 남자    | 여자   |
| 흡연율     | 전체 청년   | 33.3  | 5.6  | 37.7  | 7.7  |
|         | 가족돌봄청년  | 13.3  | 4.1  | 35.7  | 10.2 |
|         | 고립·은둔청년 | 20.1  | 8.8  | 27.8  | 8.0  |
|         | 자립준비청년  | 47.3  | 24.4 | 39.7  | 19.4 |
| 전자담배흡연율 | 전체 청년   | 26.2  | 29.8 | 39.6  | 50.4 |
|         | 가족돌봄청년  | 0.0   | 86.4 | 56.3  | 25.9 |
|         | 고립·은둔청년 | 37.2  | 66.5 | 51.5  | 53.1 |
|         | 자립준비청년  | 12.1  | 40.3 | 29.3  | 69.0 |
| 고위험음주율  | 전체 청년   | 10.6  | 7.4  | 11.0  | 7.3  |
|         | 가족돌봄청년  | 15.3  | 8.1  | 11.9  | 7.0  |
|         | 고립·은둔청년 | 2.6   | 5.1  | 5.2   | 6.3  |
|         | 자립준비청년  | 5.4   | 13.4 | 12.4  | 21.3 |
| 운동실천율   | 전체 청년   | 37.6  | 27.1 | 39.2  | 27.1 |
|         | 가족돌봄청년  | 36.6  | 33.6 | 40.8  | 27.6 |
|         | 고립·은둔청년 | 30.0  | 30.1 | 32.9  | 23.3 |
|         | 자립준비청년  | 18.9  | 41.3 | 42.3  | 22.0 |

주: 1) 결과값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.

2) 전체 청년은 각 연도 '청년 살 실태조사'의 전체 평균을 의미함.

3) 셀 유효 사례 수가 충분하지 않은 경우도 기초 정보를 제공하기 위해 산출값을 표에 제시함. 단 유효 사례 수가 충분하지 않을 경우 통계적 신뢰성이 확보되지 않을 수 있으므로 해석에 주의가 필요함.

출처: "청년살실태조사" [데이터 세트], 통계청, 2022, 2024, 원자료를 분석함.

자립준비청년의 유병률이 남자 29.3%, 여자 34.2%로 가장 높았고, 고립·은둔청년도 남자 18.8%, 여자 30.3%로 높은 수준을 보였다. 가족돌봄청년 여자의 유병률(24.1%) 역시 전체 청년 여성의 두 배를 웃돌았다.

취약청년은 다층적 취약성으로 인해 높은 수준의 소진을 경험하는 것으로 나타났다. 2024년 전체 청년의 소진경험률은 남자 28.6%, 여자 36.2%였던 반면 가족돌봄청년은 남자 51.7%, 여자 66.1%, 고립·은둔청년은 남자 50.4%, 여자 63.5%, 자립준비청년은 남자 47.6%, 여자 46.1%로 세 유형 모두 전체 청년을 크게 상회하였다.

약물 사용 경험을 살펴보면 전체 청년에서는 수면제(남자 3.3%, 여자 5.1%)와 신경안정제(남자 3.0%, 여자 5.5%) 사용 경험이 상대적으로 높았

다. 여자에서는 체중조절약물 사용 경험이 두드러졌다. 분석 대상 취약청년은 조사 대상 약물 대부분에서 사용 경험 비율이 높게 나타났다. 가족돌봄청년은 남자가 수면제·신경안정제·마약성진통제·체중조절약물에서, 여자가 수면제·마약성진통제·체중조절약물에서 높았다. 고립·은둔청년은 남자가 신경안정제·각성제에서, 여자가 신경안정제·각성제·체중조절약물에서 높았다. 자립준비청년은 남자가 수면제·마약성진통제에서, 여자가 수면제·신경안정제·체중조절약물에서 높게 나타났다.

정신건강 측면에서는 자립준비청년과 고립·은둔청년의 취약성이 두드러졌다. 우울증상유병률은 자립준비청년(남 29.3%, 여 34.2%)과 고립·은둔청년(남 18.8%, 여 30.3%)에서 전체 청년의 세 배 안팎에 이르렀다. 소진경험률은 세 유형 모두 전체

[표 5] 연도별, 성별 취약청년 우울증상유병률 및 소진경험률(2022년, 2024년)

(단위: %)

| 구분      |         | 2022년 |      | 2024년 |      |
|---------|---------|-------|------|-------|------|
|         |         | 남자    | 여자   | 남자    | 여자   |
| 우울증상유병률 | 전체 청년   | 4.9   | 7.5  | 7.2   | 10.7 |
|         | 가족돌봄청년  | 8.9   | 16.5 | 8.3   | 24.1 |
|         | 고립·은둔청년 | 15.4  | 24.6 | 18.8  | 30.3 |
|         | 자립준비청년  | 6.6   | 18.0 | 29.3  | 34.2 |
| 소진경험률   | 전체 청년   | 29.5  | 38.8 | 28.6  | 36.2 |
|         | 가족돌봄청년  | 38.1  | 53.5 | 51.7  | 66.1 |
|         | 고립·은둔청년 | 47.8  | 67.3 | 50.4  | 63.5 |
|         | 자립준비청년  | 48.5  | 39.1 | 47.6  | 46.1 |

주: 1) 결과값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.  
2) 전체 청년은 각 연도 '청년 삶 실태조사'의 전체 평균을 의미함.  
3) 셀 유효 사례 수가 충분하지 않은 경우도 기초 정보를 제공하기 위해 산출값을 표에 제시함. 단 유효 사례 수가 충분하지 않을 경우 통계적 신뢰성이 확보되지 않을 수 있으므로 해석에 주의가 필요함.  
출처: "청년삶실태조사" [데이터 세트], 통계청, 2022, 2024, 원자료를 분석함.

[표 6] 연도별, 성별 취약청년 평생 약물사용경험률(2024년)

(단위: %)

| 구분      | 남자  |       |     |         |            | 여자   |       |     |         |            |
|---------|-----|-------|-----|---------|------------|------|-------|-----|---------|------------|
|         | 수면제 | 신경안정제 | 각성제 | 마약성 진통제 | 식이·체중조절 약물 | 수면제  | 신경안정제 | 각성제 | 마약성 진통제 | 식이·체중조절 약물 |
| 전체 청년   | 3.3 | 3.0   | 1.1 | 0.9     | 1.3        | 5.1  | 5.5   | 1.2 | 1.0     | 9.3        |
| 가족돌봄청년  | 9.1 | 19.2  | 3.8 | 6.2     | 4.8        | 13.7 | 9.2   | 1.5 | 2.7     | 26.0       |
| 고립·은둔청년 | 7.6 | 8.6   | 2.8 | 1.5     | 1.4        | 9.6  | 13.8  | 3.0 | 2.0     | 15.6       |
| 자립준비청년  | 8.8 | 8.1   | 0.0 | 2.7     | 1.7        | 13.7 | 21.1  | 1.8 | 0.0     | 24.1       |

주: 1) 결과값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.

2) 전체 청년은 각 연도 '청년 살 실태조사'의 전체 평균을 의미함.

3) 셀 유효 사례 수가 충분하지 않은 경우도 기초 정보를 제공하기 위해 산출값을 표에 제시함. 단 유효 사례 수가 충분하지 않을 경우 통계적 신뢰성이 확보되지 않을 수 있으므로 해석에 주의가 필요함.

출처: "청년살실태조사" [데이터 세트], 통계청, 2022, 2024, 원자료를 분석함.

청년을 크게 상회한 가운데 가족돌봄청년 여자(66.1%)에서 가장 높았는데, 약물 사용 경험에서도 가족돌봄청년 여자의 체중조절약물(26.0%)과 자립준비청년 여자의 신경안정제(21.1%)가 특히 높게 나타났다. 이는 취약청년의 정신건강 부담이 유형에 따라 상이한 양상으로 발현됨을 시사한다.

## 다. 건강상태 및 의료이용

2024년 전체 청년 중 자신의 건강을 '매우 좋음' 또는 '좋음'으로 인식하는 비율은 남자 65.7%, 여자 56.1%였다. 그러나 취약청년의 주관적건강인지는 이에 미치지 못하여 가족돌봄청년(남 41.0%, 여 49.5%), 고립·은둔청년(남 42.8%, 여 33.4%), 자립준비청년 여자(36.9%) 등에서 절반에 미치지 못하는 경우가 많았다.

최근 1년간 병·의원 진료가 필요했으나 받지 못한 경험이 있는 청년은 2024년 전체 청년에서 남자 2.1%, 여자 4.6%였다. 취약청년의 미충족의료 경험률은 전체 청년보다 높았는데, 특히 고립·은둔청년 여자(11.7%)와 자립준비청년 남자(14.4%)에서 높게 나타났다. 다만 취약청년은 건강상태나 의료이용에 관해 상담할 대상이나 정보 접근이 제한되어 의료 필요 자체를 낮게 인지할 수 있으므로 미충족의료경험률이 실제보다 과소 보고되었을 가능성도 배제하기 어렵다.

주관적 건강인지와 의료이용 측면에서는 고립·은둔청년의 취약성이 상대적으로 컸다. 고립·은둔청년은 주관적건강인지율이 남녀 모두(남 42.8%, 여 33.4%) 전체 청년의 절반 수준에 그쳤다. 여자의 미충족의료경험률(11.7%)도 높았다. 진료가 필요한 상황에서 실제로 의료를 이용하지 못한 경험

[표 기] 연도별, 성별 취약청년 주관적건강인지율 및 미충족의료경험률(2022년, 2024년)

(단위: %)

| 구분       |        | 2022년 |      | 2024년 |      |
|----------|--------|-------|------|-------|------|
|          |        | 남자    | 여자   | 남자    | 여자   |
| 주관적건강인지율 | 전체 청년  | 58.7  | 49.9 | 65.7  | 56.1 |
|          | 가족돌봄청년 | 51.6  | 21.8 | 41.0  | 49.5 |
|          | 고립은둔청년 | 32.9  | 23.7 | 42.8  | 33.4 |
|          | 자립준비청년 | 48.7  | 33.5 | 55.3  | 36.9 |
| 미충족의료경험률 | 전체 청년  | 3.2   | 5.9  | 2.1   | 4.6  |
|          | 가족돌봄청년 | 25.1  | 21.5 | 5.0   | 8.3  |
|          | 고립은둔청년 | 7.6   | 17.9 | 3.0   | 11.7 |
|          | 자립준비청년 | 30.1  | 15.1 | 14.4  | 5.6  |

주: 1) 결과값은 모수 가중치를 적용하여 산출된 값을 제시함.  
2) 전체 청년은 각 연도 '청년 삶 실태조사'의 전체 평균을 의미함.  
3) 셀 유효 사례 수가 충분하지 않은 경우도 기초 정보를 제공하기 위해 산출값을 표에 제시함. 단 유효 사례 수가 충분하지 않을 경우 통계적 신뢰성이 확보되지 않을 수 있으므로 해석에 주의가 필요함.  
출처: "청년삶실태조사" [데이터 세트], 통계청, 2022, 2024, 원자료를 분석함.

은 자립준비청년 남자(14.4%)에서도 두드러졌는데, 취약청년의 건강 인식 저하가 의료 접근성 제약과 맞물려 나타남을 보여 준다.

4 취약청년 건강증진을 위한 과제

현재 보건소 등 지역보건의료기관이 추진하는 질병예방·건강증진사업은 청년을 특화 대상으로 삼는 경우도 있으나, 대부분 지역 주민 전체를 대상으로 하면서 청년층을 특별히 배제하지 않는 방식으로 운영된다. 예컨대 심뇌혈관질환 예방관리사업은 중장년·노년층이 주요 대상이지만 청년층을 배제하지 않는다. 최근에는 청년으로 대상을 확대하는 지역도 늘고 있다. 기초지방자치단체에서 널리 시행하는 모바일 헬스케어 사업 역시 19세 이상 성

인을 대상으로 지정하고 있어 원칙적으로 청년은 배제되지 않는다. 그러나 청년은 건강증진사업 참여 동기가 낮고, 지속적 참여를 유도하거나 사업 효과를 추적 관찰하기 어렵다는 이유로 지역보건의료기관 대부분의 건강증진사업에서 사실상 소외되어 왔다(김동진 외, 2025, p. 3).

특히 이 연구의 분석 결과에서 취약청년은 정신건강뿐 아니라 건강행태와 약물 사용 측면에서도 개선의 여지가 컸으며, 의료가 필요한 상황에서 적절한 서비스를 이용하지 못한 경험도 상대적으로 많았다. 따라서 지역보건의료기관이 건강 문제를 가진 취약청년을 발굴하여 질병예방·관리서비스와 보건교육을 제공해야 할 필요성이 점차 커지고 있다.

2026년 상반기에 수립된 제6차 국민건강증진종합계획에서도 청년 건강증진의 필요성을 인식하

여 청년 건강을 별도의 중점 과제로 분리하고 관련 정책을 강화하였다. 이 계획은 청년의 정신건강과 만성질환 예방·관리를 강화하고 청년층의 건강 격차 해소와 건강권 보장을 위한 통합지원 체계를 구축한다는 목표 아래 자립준비청년·가족돌봄청년·고립·은둔청년 등 건강 취약청년에게 맞춤형 건강 관리서비스를 제공하고, 사각지대에 놓인 청년의 건강 실태를 심층 조사하여 근거 중심 정책 개발을 지원한다는 내용을 담고 있다. 이에 지역보건의료기관은 지역 내 취약청년 대상 건강증진사업을 실시하기 위한 근거와 자원을 확보하고 구체적인 사업 제공 계획을 마련할 필요가 있다.

이러한 배경에서 일선 지역보건의료기관이 취약청년 대상 건강증진사업을 제공할 때 고려해야 할 과제를 크게 두 가지로 나누어 살펴본다.

## 가. 건강 문제를 가진 취약청년의 발굴과 연계

첫 번째 과제는 건강증진사업이 필요한 취약청년, 즉 만성질환이 있거나 건강행태에 문제가 있는 청년을 발굴하는 것이다. 취약청년은 스스로 고립·은둔을 택하거나 가족돌봄 상황에 놓여 있어 사업 대상자로 발굴하기가 매우 어렵다(김동진 외, 2025, p. 4). 또한 건강 문제가 있으면서도 필요를 인식하지 못하거나, 필요를 인식하더라도 타인의 시선 때문에 사업 참여를 주저하는 경우가 적지 않다.

이러한 어려움을 완화하려면 최근 지역에서 확대되고 있는 취약청년 전문 지원기관과의 협업체제

를 구축해야 한다. 예를 들어 청년미래센터는 지역사회 내 가족돌봄청년과 고립·은둔청년을 전담 지원하기 위해 설치된 기관이다. 이 센터가 취약청년의 사례관리를 수행할 때 지역보건의료기관이 함께 참여하여 건강 문제가 있는 청년에게 적절한 치료와 건강행태 교육을 병행하는 방안이 효과적일 수 있다.

읍·면·동 찾아가는 보건복지팀이나 시·군·구 희망복지지원단과 협업하여 재가 취약청년을 발굴하는 방안도 필요하다. 현행 통합사례관리 사업의 대상은 복지 사각지대 조사로 발굴된 위기가구 중 사례관리가 필요한 가구, 통합사례관리를 통해 탈빈곤·자활 지원이 가능한 가구(신규 수급자, 기초수급 탈락자 등), 차상위 빈곤 가구, 긴급지원 대상 가구 및 국민기초생활수급 자격 탈락 가구 중 빈곤 예방 지원이 가능한 가구 등이다. 이 가운데 위기가구에는 가족돌봄청년, 청·중장년 1인 가구, 돌봄 위기가구, 저소득 및 청소년 한부모 가구, 휴·폐업자, 실직자, 자살 고위험군, 고독사 위험자 등이 포함된다(보건복지부, 2025, p. 36). 따라서 이들 취약청년에게 건강증진 프로그램이 필요한 경우 지역보건의료기관과의 연계를 통해 건강관리를 지원할 수 있다. 또한 희망복지지원단 업무 지침에 따라 사례회의에는 지역보건의료기관의 방문건강관리 전담 인력 등이 참여할 수 있도록 규정하고 있다(보건복지부, 2025, p. 43). 따라서 지역보건의료기관에서도 지역 내 취약청년 대상 건강증진사업을 할 수 있도록 방문건강관리사업 지침에 이와 같은 내용을

포함하여 취약청년 대상 건강증진사업 추진의 기반을 마련할 필요가 있다.

이처럼 취약청년 대상 건강증진사업이 실효성을 거두려면 지방자치단체, 지역보건의료기관, 지역 사회복지망을 하나로 잇는 명확한 프로세스와 구조적 연계가 뒷받침되어야 한다. 아울러 취약청년의 사업 접근성을 높이기 위해서는 분절적 서비스 제공에서 벗어나 대상자 중심으로 전달체계를 재설계할 필요가 있다.

## 나. 취약청년 맞춤형 건강증진 프로그램의 개발

두 번째 과제는 취약청년을 위한 건강증진 프로그램의 개발이다. 그동안 지역보건의료기관의 주요 사업 대상은 65세 이상 노인, 영유아 및 임산부, 저소득층, 장애인, 만성질환자 등 전통적 건강 취약계층이었다. 사업 역시 이들을 중심으로 추진되어 왔다. 그러나 취약청년과 같은 새로운 취약계층에 접근하려면 프로그램을 이들의 욕구에 맞게 재설계해야 한다.

제6차 국민건강증진종합계획에서는 청년 대상 건강증진사업 강화를 위해 다음과 같은 방안을 제시하고 있다. 첫째, 정신건강 검진과 초기 진료비 지원을 확대하고 고립·은둔청년을 위한 1:1 온라인 상담 등 마음건강 서비스를 제공한다. 둘째, 자립준비청년·가족돌봄청년·고립·은둔청년 등 건강 취약청년에게 맞춤형 건강관리서비스를 제공하고, 사각

지대 청년의 건강 실태를 심층 조사하여 근거 중심 정책 개발을 지원한다. 셋째, 생활밀착형 체육시설을 확충하고 건강생활실천지원금 사업을 통해 만성질환 위험군 청년의 건강생활 실천을 지원하며, 생활터 기반 교육·캠페인으로 건강한 생활습관 형성을 돕는다(관계부처 합동, 2026, p. 41). 일선 지역보건의료기관은 이 계획의 이행을 위해 지역 여건에 맞는 취약청년 대상 건강증진 프로그램을 마련할 필요가 있다.

프로그램 설계에서 우선 고려해야 할 점은 취약청년이 처한 생활 여건이다. 취약청년은 경제적 제약으로 삶의 선택지가 제한된 상황에서 건강관리보다 생계유지 활동을 우선할 수밖에 없는 경우가 많다(김동진 외, 2025, pp. 383-384). 그러나 청년기에 만성질환이 발병하면 유병 기간이 길어지고, 초기에 적절한 치료를 받지 못할 경우 합병증 위험이 크게 높아진다. 따라서 청년층이 만성질환의 위험을 인식하고 예방·관리에 능동적으로 대응하도록 정보를 제공하고 유도할 필요가 있다(김동진 외, 2025, p. 383).

의료이용을 가로막는 요인은 취약청년 유형에 따라 다르게 나타난다. 가족돌봄청년은 돌봄 대상자의 돌봄과 의료이용이 시급하여 정작 본인의 건강을 돌보기 어려운 경우가 많고, 고립·은둔청년은 외부의 도움 없이 홀로 의료기관을 이용하는 것을 꺼리는 경향이 있다. 자립준비청년은 의료급여 등 제도적 지원이 있음에도 의료이용의 필요성을 인지하지 못하거나 상담할 대상이 없어 미충족의료 수

준이 높게 나타난다. 이처럼 장벽의 성격이 상이하므로 지역보건의료기관은 건강검진, 건강행태 개선, 적정 의료이용 등의 영역에서 유형별 특성을 고려한 전문적 개입에 나설 필요가 있다.

아울러 프로그램은 통합적 관점에서 설계되어야 한다. 취약청년의 취약성은 단일한 문제로 발생하기보다 생애과정에서 경험한 여러 요인이 중첩되어 나타난다(김동진 외, 2025, p. 396). 그 결과 신체 건강과 정신건강 문제가 복합적으로 발현될 가능성이 높다. 이 연구의 분석 결과에서도 취약청년은 우울·소진 등 정신건강 문제와 함께 흡연, 고위험 음주, 약물사용 등 건강행태 문제, 그리고 미충족의료 경험을 동시에 겪는 경우가 많았다. 따라서 취약청년 건강증진사업은 정신건강과 신체건강을 분리된 문제로 접근하기보다 신체·정신·사회 영역을 아우르는 통합적 관점에서 다루어져야 한다.

## 5 나가며

이 글에서는 그동안 청년정책의 사각지대에 놓여 있던 청년 건강, 특히 일반 청년보다 더 큰 건강 위험에 노출된 취약청년의 실태를 조명하고, 지역 사회 중심의 건강증진 방안을 모색하였다. 청년삶 실태조사 분석 결과 취약청년은 신체적·정신적 건강 수준이 상대적으로 열악할 뿐 아니라 건강행태 면에서도 뚜렷한 취약성을 보였다. 이는 청년기의 건강 문제가 개인의 생활습관 차원에 머무르지 않고 사회구조적 요인과 맞물려 심화될 수 있음을 시

사한다.

최근 여러 분야에서 청년정책이 확대되고 있으나, 청년의 삶의 질을 지탱하는 가장 기본적인 전제인 건강에 대한 정책적 관심은 여전히 미흡하다. 청년정책의 목적이 청년의 존엄과 가치를 실현하는데 있다면 삶의 질과 가장 밀접하게 맞닿아 있는 건강정책이야말로 우선적으로 다루어져야 한다. 나아가 취약청년을 위한 건강증진사업은 시혜적 서비스 제공을 넘어 우리 사회의 건강 형평성(health equity)을 달성하기 위한 국가 정책의 과제로 자리매김할 필요가 있다.

지역보건의료기관의 역할이 중요하다는 점은 해외 사례에서도 확인된다. 일본 도쿄도는 2019년부터 히키코모리 관련 사업의 소관 부서를 복지보건국으로 이관하였는데, 이는 당사자와 가족의 고령화, 생활 곤궁, 간병 문제 등 복합적인 보건복지 문제에 대응하기 위한 조치였다(東京都, 2023, p. 1; 김동진 외, 2025, p. 58 재인용). 또한 히키코모리 상담 전문기관인 히키코모리 지역지원센터의 초기 상담 후 연계 실적을 보면 지역 보건소나 정신보건 복지센터로 연계된 비율이 16.0%, 의료기관으로 연계된 비율이 8.8%로, 신체·정신건강에 대한 즉각적 개입이 필요한 사례가 전체의 24.8%에 이르렀다(厚生労働省, 2022. 6. 10., p. 22; 김동진 외, 2025, p. 59 재인용). 보건소와 정신보건복지센터의 역할을 중시하는 일본의 접근은 한국에서도 고립·은둔청년을 비롯한 취약청년에 대한 지역보건 의료기관의 적극적 개입이 필요함을 뒷받침한다.

이 글은 취약청년의 규모와 건강 수준을 실증적으로 분석하고, 이를 개선하기 위한 지역사회 중심의 건강증진사업 방안을 구체화하였다는 점에서 의의가 있다. 이 글에서 제안한 지역사회 기반 건강증진 체계가 현장에 적용되어 취약청년이 건강한 사회 구성원으로 자립할 수 있는 기반이 마련되기를 기대한다. 끝으로 이 글은 다음과 같은 한계를 지닌다. 첫째, 취약청년 유형별 사례 수가 제한적이어서 일부 지표의 추정치는 해석에 주의가 필요하다. 둘째, 횡단면 자료를 활용한 기술적 분석에 머물러 취약성과 건강 결과 간의 인과관계를 규명하지는 못하였다. 셋째, 2022년과 2024년 조사 간 취약청년 비율의 변화가 실제 규모 변화인지 조사 방식이나 사회적 인식 변화에 따른 것인지 구분하기 어렵다. 향후 종단 자료를 활용한 분석과 건강증진 프로그램의 효과 평가 연구가 필요하다. ■

## 참고문헌

가족돌봄 등 위기 아동·청년 지원에 관한 법률, 법률 제 20846호 (2025). [https://www.law.go.kr/법령/가족돌봄등위기아동·청년지원에관한법률/\(20846,20250325\)](https://www.law.go.kr/법령/가족돌봄등위기아동·청년지원에관한법률/(20846,20250325))

관계부처 합동. (2025. 12. 26.). **제2차 청년정책 기본계획('26~'30)**. [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&tag=&act=view&list\\_no=1488381&cg\\_code=](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&tag=&act=view&list_no=1488381&cg_code=)

관계부처 합동. (2026). **제6차 국민건강증진종합계획 (Health Plan 2030, 2026~2030)**.

<https://www.khepi.or.kr/board/view?linkId=1011017&menuId=MENU01320>

김동진, 이수빈, 최지희, 손선옥. (2025). **청년 건강 실태와 정책과제**. 한국보건사회연구원.

김성아, 김지연, 김문실, 조성은, 정세정, 노혜진, 이정민, 김예은, 장성현. (2023). **청년정책 지원대상 연구: 취약청년과 지역 청년을 중심으로** (경제인문사회연구회 협동연구총서 23-33-01). 경제인문사회연구회.

김성아, 노현주, 김문길, 박윤경, 임덕영, 신영규, 함선유, 송치호. (2021). **취약계층 청년 범위 및 지원에 관한 연구-사회적 고립(은둔) 청년을 대상으로**. 국무조정실 국무총리비서실, 한국보건사회연구원.

김철중. (2024. 11. 14.). 청년 고혈압 89만명...60%는 자기 병 모른다. **조선일보**. <https://www.chosun.com/medical/2024/11/14/CO3HNVPKJBGUNCNSTFWUDYL5GQ/>.

보건복지부. (2025). **2025 희망복지지원단 업무 안내**. [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list\\_no=1484668&tag=&nPage=3](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1484668&tag=&nPage=3)

이상정, 김수진, 이주연, 임성은, 함선유, 김지선, 김지연, 주영선, 하태정, 주하나. (2023). **2023 자립지원 실태조사**. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

정세정, 고혜진, 김기태, 김동진, 김성아, 오옥찬, 이아영, 이해정, 임덕영, 신영규, 하은솔, 한겨레, 김근혜. (2025). **2024년 청년 삶 실태조사**. 국무조정실 국무총리비서실, 한국보건사회연구원.

청년기본법, 법률 제21065호 (2025). <https://www.law.go.kr/법령/청년기본법>

통계청. (2022, 2024). **청년삶실태조사** [데이터 세트].

<https://mdis.mods.go.kr/index.do>

東京都. (2023). **ひきこもり支援ガイドブック-当事者・  
家族に寄り添った支援の充実に向けて.**

<https://www.hikikomori-tokyo.jp/pdf/guidebook.pdf>

厚生労働省. (2022. 6. 10.). **ひきこもり支援施策について.** <https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000953319.pdf>

# The Health of Vulnerable Youth: Health Status and Policy Implications

Kim, Dongjin

Lee, Jiyoung

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

The aim of this article is to examine the health of young individuals who have been marginalized within existing youth policy frameworks and to explore community-based approaches to promoting youth health. This analysis focuses on three groups of vulnerable youth—young people with family caregiving responsibilities, socially withdrawn young adults, and young people transitioning from institutional care to independent living—and, using data from the Youth Living Conditions Survey, examines their health behaviors, mental health and substance use, self-rated health status, and healthcare utilization. Our analysis found that, in all three groups, the prevalence of depressive symptoms and the proportion reporting fatigue were significantly higher than in the general youth population. These groups also reported lower self-rated health status and higher rates of unmet healthcare needs. The prevalence of risk behaviors, including smoking, high-risk alcohol consumption, and drug use, varied across groups and by sex. Young people vulnerable to health risks have nevertheless often been excluded from health promotion programs due to their low motivation to participate and the challenges of identifying and engaging them. Accordingly, this study identifies several priority areas for action, including identifying and reaching at-risk young adults through partnerships with Youth Future Centers and integrated case-management programs, and developing programs that reflect their specific needs. Health promotion programs for vulnerable young adults should be regarded not merely as a form of welfare assistance, but as an important policy instrument for advancing health equity.