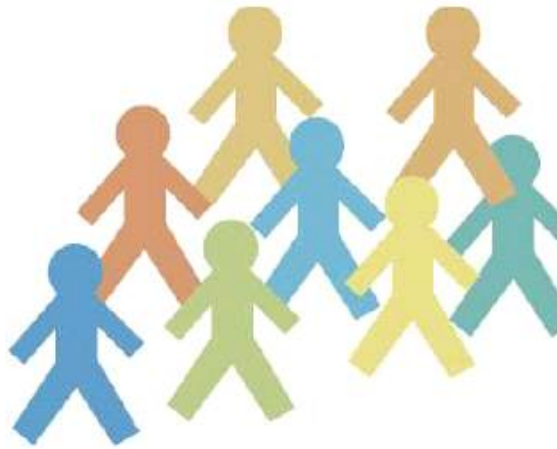




PHI 2013 Young Fellow Report

시민건강증진연구소

2013 영펠로우 연구보고서



건강불평등 완화를 위한 어린이 대상 사회서비스 분석

시민건강증진연구소 People's Health Institute

2013 영펠로우 권 세 원

영펠로우 프로그램 소개

시민건강증진연구소의 영펠로우 프로그램은...

진보적 담론 생산 활동, 대안적이고 사회운동지향적인 연구 활동의 후속세대 양성을 목표로 하고 있습니다.

펠로우십 기간은 1년으로 현재 5기 영펠로우들이 활동 중입니다. 펠로우십 자격은 석사 졸업 후 미취업 상태이거나 박사과정 재학생으로, 전공과 관계없이 건강문제에 관심이 있는 이는 누구나 지원 가능합니다.

영펠로우는 매월 소정의 연구활동비를 지급받으며, 시민건강증진연구소에서 진행하는 교육프로그램과 강좌에 참여할 수 있습니다. 그리고 영펠로우로 활동하는 1년 동안 독립적 과제를 수행하거나 시민건강증진연구소의 연구 과제에 참여하여 2편 이상의 성과물을 제출해야 합니다.

연구보고서의 저자인 권세원은...

시민건강증진연구소 2013년 영펠로우로 활동했으며, 현재 연세대학교 사회복지대학원 박사과정에 재학 중입니다. 영펠로우 기간 동안 이 연구 이외에 <아동 건강권 사업>에 참여하였으며, 한겨레 <건강렌즈로 본 사회> 서리풀 연구통 집필에 함께 참여하였습니다. 연구 관심사는 아동·청소년의 정신건강, 자살 그리고 건강불평등입니다.

요 약

1. 연구의 필요성 및 목적

아동기 건강의 중요성과 건강불평등 문제의 심각성에도 불구하고 한국사회에서 아동의 건강불평등 완화를 위한 정책이나 사회서비스는 극히 제한적이다. 이는 지적 발달에 초점을 맞춰 신체와 정신의 건강한 발달에 대한 관심이 부족한 점, 아동을 성인기에 이르는 과정으로서 이 시기의 행복한 삶에 대한 사회적 인식이 부족한 점, 인간의 기본권으로서 건강을 바라보는 관점의 부족으로 인한 결과로 볼 수 있다. 그러나 최근 아동기 건강의 중요성에 대한 인식이 확산되면서 정책과 서비스가 확대되고 있다. 아동의 공평한 출발의 기회를 보장하기 위한 목적으로 민간단체를 중심으로 시작된 위스타트 운동(We Start)을 출발점으로 정부가 운영주체인 드림스타트, 영유아 가정을 대상으로 특화된 민-관 협력체계가 주체인 시소와 그네 영유아통합지원센터로 확대되고 있다. 위스타트 모델을 기반으로 확대된 사업으로 기본적으로 사업이 추구하는 방향이나 근거가 되는 이론이 유사한 점이 많으나 민간주도, 민관협력, 관주도의 운영 특징에 따라 나타나는 강점과 한계점이 존재한다. 특히 보건복지부 주체로 수행하고 있는 드림스타트가 전국으로 확대되면서 위스타트와 시소와 그네 사업을 통합하였거나, 중단하려는 상황에서 각 사업들이 아동기 건강불평등 완화에 미친 영향과 성과들을 분석하여 긍정적인 영향들을 이어 나갈 수 있도록 하는 것이 필요한 시점이다.

이에 본 연구에서는 건강불평등 완화를 위한 국내의 대표적인 어린이 대상 사회서비스의 현황을 파악하고, 건강불평등 완화를 위한 어린이 대상 사회서비스 프로그램을 통합적 관점을 적용한 분석틀을 활용하여 분석하였다. 다음으로 건강불평등 완화를 위한 어린이 대상 사회서비스 성과를 통합적 관점을 적용한 분석틀을 활용하여 분석하였으며 마지막으로 건강불평등 완화를 위한 어린이 대상 사회서비스의 방향성을 제안하였다.

2. 이론적 배경

1) 어린이 건강불평등

어린이 건강불평등 완화를 위한 정책의 접근 전략인 Total Environment Assessment Model(통합 환경 사정 모델)과 이의 근거가 되는 생태체계이론을 소개하고

자 한다. 생태체계이론은 환경속의 인간을 주요 개념으로 하며, 인간을 가족, 이웃, 지역 사회 등 다양한 환경과 상호교류를 하면서 끊임없이 발달하고 적응하는 존재로 본다. Total Environment Assessment Model(통합 환경 사정 모델)은 아동 개인, 가족, 거주 지역사회, 관계망, 프로그램과 서비스, 국가, 전 세계, 시민사회로 체계를 구분하고 이 체계들이 아동이 발달해가는 과정에 다층적으로 상호작용하여 영향을 미친다고 주장한다. 9가지의 체계들이 체계 내에서 그리고 체계 간에 상호교류를 하면서 아동의 발달에 영향을 미치고 있으며, 이는 전 생애 걸쳐 지속적으로 영향을 미치고 있으므로 통합적으로 접근해야 함을 시사한다.

어린이의 건강에 영향을 미치는 주요한 원인들에 대한 연구는 국내외에서 일부 이뤄져 왔다. 강은정 외(2008)는 국내외 연구 결과에서 공통적으로 주요하게 보고하는 건강 결정요인에 대해 위험요인과 보호요인으로 구분하여 정리하였다. 건강결정요인을 구분하는 기준은 생태체계 이론에 근거한 것으로 개인, 가정, 학교, 친구, 지역사회 5영역으로 구분하였다.

2) 어린이 건강불평등 완화를 위한 국외 사례

어린이 건강불평등 완화를 위한 국외 대표 사업은 헤드스타트와 조기 헤드스타트(미국), 슈어스타트(영국), 베스트스타트(호주)이다. 이 3가지 사업은 취약계층 아동을 대상으로 제공되는 서비스로 문제를 조기에 발견하여 중재하기 위한 목적으로 운영되고 있다.

조기 헤드스타트의 주요 사업은 보육 서비스 제공, 부모 교육이나 참여 프로그램 제공, 의료, 치아, 영양, 정신건강서비스 등의 제공, 지역사회 연계를 통한 자양한 자원 제공, 지역사회 협력이 이뤄지고 있다. 조기 헤드스타트 사업을 이용한 아동의 경우 건강, 인지발달, 사회정서 발달에서 긍정정인 성과를 나타내었으며, 부모의 경우 긍정적인 역할 수행의 증가와 그에 따른 모의 자존감 향상, 부의 체벌 행동 감소 등의 변화가 나타났다.

헤드스타트는 아동발달과 건강지원서비스와 가족과 지역사회 파트너쉽 구축을 주요 사업 내용으로 다루고 있으며, 가정방문 프로그램, 센터중심프로그램, 통합프로그램으로 운영하고 있다. 헤드스타트에 참여한 아동의 경우 어휘, 쓰기, 수 점수가 유의하게 향상되었으며, 5세 아동들의 어휘, 쓰기, 수 능력이 국가 평균 수준으로 나타났다. 장기적인 성과로는 고득학교 졸업율, 대학 입학율이 비교집단보다 높았으며, 소득이나 비행에도 긍정적인 영향을 미쳤다.

슈어스타트 프로그램은 지역 단위로 구성되며, 저소득 지역의 경우 통합 조기 학습과

교육, 건강서비스, 가정 방문, 지역사회 방문, 부모 참여 프로그램과 가족 지원, 구직 연계 등이 수행되고 있으며, 일반 지역의 경우 부모와 지역사회 욕구에 따라 다양한 프로그램이 이뤄지고 있다. 이러한 프로그램은 아동센터나 조기우등기관, 이웃보육시설을 통해 제공된다. 슈어스타트에 참여한 아동의 경우 사회적 유능감과 독립성, 자기통제감이 향상되었으며, 부모의 부정적인 양육 행동이 감소하고, 가정 내 적절한 학습환경을 조성하는 정도가 향상되었다.

베스트스타트는 지역사회 베스트스타트와 원주민 베스트스타트로 구성되어 있으며, 주요 사업으로는 임신기간에 양질의 관리를 위한 프로그램, 영유아 양육지원과 보육서비스 제공, 부모교육, 아동과 부모의 건강관리 프로그램이 진행되고 있다. 베스트스타트 사업의 성과로는 모유 수유율이 증가한 점, 부모와 자녀의 건강서비스 참여율이 증가한 점 들 수 있다

3. 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스 개요

1) 시소와 그네 영유아통합지원센터

시소와 그네 영유아통합지원센터(이하 시소와 그네)는 0세-7세 영유아와 그 가족을 대상으로 건강, 복지, 교육영역을 통합적으로 접근하여 공평한 출발의 기회를 가질 수 있도록 지원하는 지역사회중심 사업을 수행한다. 시소와 그네의 사업 목적은 영유아에게 건강, 복지, 교육 환경을 제공하여 평등한 기회를 보장해줌으로써 누구나 공평하게 양육, 교육을 받아 건강한 성인으로 성장하도록 돕는 것이다. 특히 취학 전 취약계층의 영유아들이 공평한 인생 출발을 할 수 있도록 지원하여 신체, 심리, 정서가 균형적으로 발달할 수 있도록 돕고자 한다. 시소와 그네는 모든 센터에서 동일하게 진행되는 공통 사업과 각 지역별 특성에 따라 차별화하여 진행되는 지역 특화 사업으로 나누어 사업을 수행하고 있으며 이는 논리모델에 따라 진행된다.

2) 위스타트 마을

위스타트 마을 사업은 2004년 중앙일보 탐사기획 ‘가난에 갇힌 아이들’ 5회 연재를 계기로 빈곤 아동의 절박한 삶에 대한 사회적 관심이 집중되면서 어린이재단, 사회복지공동보금회, 중앙일보 등 50여개 민간단체들이 가난의 대물림을 끊기 위해 위스타트운동본부를 발족하면서 시작하게 되었다. 위스타트 마을 사업의 목적은 지역사회 저소득층 아동들의 건강하고 건전한 발달을 도모하는 것이며 이를 위해 아동, 가족, 사회의 변

화를 목표로 한다. 위스타트는 0세-12세 모든 아동 및 가정을 대상으로 하며 저소득층을 중심으로 사업을 수행한다. 복지, 교육, 건강서비스를 3대 축으로 하여 저소득 가정의 아이와 해당 가정에 대한 사례관리를 통해 맞춤형 역량강화 서비스를 제공하며, 기존의 단발적인 시혜성 아동복지가 아닌 공정한 출발선을 제공해 근본적인 자립능력을 향상시키고자 하는 방향성을 가지고 있다

3) 드림스타트 아동통합서비스지원기관

드림스타트 아동통합서비스지원기관(이하 드림스타트)는 아동복지법 제37조, 아동복지법시행령 제37조에 근거하여 시·군·구가 설치하여 관리하는 아동통합서비스지원기관이다. 드림스타트는 0세-만 12세 아동 및 가족을 대상으로 맞춤형 통합서비스를 제공하여 아동의 건강한 성장과 발달을 도모하고 공평한 출발기회를 보장함으로써 건강하고 행복한 사회구성원으로 성장할 수 있도록 지원하는 것을 목적으로 하며, 통합사례관리를 주요 업무로 수행하고 있다.

4. 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스 프로그램 분석

시소와 그네, 위스타트, 드림스타트의 세부프로그램을 분석틀에 근거하여 전체적으로 평가를 해보면 일부 체계를 고려하지 못한 부분이 있으나 3개의 사회서비스 모두 통합적인 관점에서 접근하고 있는 것으로 볼 수 있다. 시소와 그네는 모든 체계의 세부 요소를 고려하여 프로그램을 계획, 진행하고 있으며, 시민사회 체계, 지역사회 체계, 광역지역 체계를 고려한 프로그램을 수행하는 데 강점을 가진다. 위스타트는 지역사회 체계 중 일부요소를 고려하지 못했으나 전체 체계를 고려한 프로그램을 운영하고 있으며, 시민사회 체계가 전 체계와의 교류를 통하여 사업을 실행하는 데 강점을 가진다. 드림스타트는 광역지역 체계와 시민사회 체계를 고려한 프로그램을 운영하고 있지 않으며, 지역사회 체계 중 경제적 환경을 고려하지 못했으나, 프로그램 체계를 고려한 사업이 전문적으로 수행되고 있는 강점을 가진다. 드림스타트는 정부 주체로 운영되는 사업으로 주민을 조직하고, 사회적 의제를 만들고 사회 행동을 하도록 하는 시민사회 체계를 고려한 프로그램을 수행하는 것이 실질적으로 어려울 수 있다. 그러나 세계보건기구(WHO)의 Total Environment Assessment Model에서 시민사회는 모든 하위체계를 관통하여 영향을 미치는 체계로 중요하게 다뤄지고 있어 아동의 건강한 발달을 위한 사업에서 반드시 고려되어야 할 체계라 할 수 있으므로 이에 대한 보완이 반드시 필요하다.

5. 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스 성과 분석

시소와 그네, 위스타트, 드림스타트의 성과를 분석틀에 근거하여 정리한 결과를 살펴 보면 개인 체계에서 보고된 성과지표는 아동의 건강상태와 올바른 영양 섭취 정도, 의사소통능력, 일일생활능력, 사회화능력, 운동기술능력, 문제행동 등이다. 가족체계에서 성과로 나타난 지표는 부모의 심리적 상태 및 기능, 부모-자녀 관계, 자녀양육법, 경제적 수준, 주거환경, 음주 및 흡연 행동 등이다. 지역사회 체계의 성과는 지역사회에 대한 긍정적 인식, 네트워크 구축 정도 등으로 보고되었으며, 광역지역 체계의 성과지표는 지역사회변화를 위한 액션플랜 개발 등이다. 관계망 체계는 공식적, 비공식적 지지체계, 사회자본, 자조모임의 형성 정도를 통해 성과를 보고하였으며, 프로그램 체계의 성과지표는 사업 내용의 문서화와 효과성 평가 등이다. 시민사회 체계는 공동체가 구성되었는지, 지역문제 해결에 어떠한 영향을 미쳤는지 등을 통해 성과를 분석하였다.

이에 근거하여 3개의 사업이 각 체계에 대한 성과가 보고되고 있는지 살펴보면, 시소와 그네는 모든 하위체계에 대한 성과분석이 이뤄졌으며, 그에 대한 긍정적인 성과를 보고하고 있으나 일부 체계의 경우 성과가 명확히 드러나지 않는 경우도 있다. 위스타트는 개인체계, 가족체계, 관계망 체계, 시민사회 체계에 대한 성과가 보고되고 있으며, 지역사회 체계, 광역지역 체계, 프로그램 체계에 대한 성과 분석은 찾을 수 없었다. 드림스타트는 개인체계와 가족체계에 대한 성과만이 보고되었으며, 그 외 체계에 대한 성과 분석은 찾을 수 없었다. 시소와 그네는 사업 성과 분석에서 개인과 가족뿐만 아니라 지역사회 변화를 체계적으로 측정하기 위한 연구설계를 하고 이에 대한 결과를 보고하였다. 그러나 위스타트와 드림스타트는 사업 목적과 세부프로그램에서 생태체계적인 접근을 강조하고 있음에도 불구하고 개인과 가족체계 이외의 체계에 대한 성과 분석을 위한 연구설계를 체계적으로 하지 않았다. 위스타트에서 관계망 체계와 시민사회 체계에 대한 성과가 나타난 것은 사업 참여 부모의 변화를 분석하는 과정에서 추가적으로 찾게 된 성과로 매우 제한적이다. 따라서 향후 성과 분석 시에는 사업의 목표와 세부 프로그램에 근거하여 통합적인 성과분석이 이뤄질 수 있도록 보완되어야 할 것이다.

6. 결론 및 제언

현재 한국은 아동기 건강불평등 완화를 위한 사회서비스가 민간영역에서 시작하여 국책사업으로 확장되는 시기이다. 한국 아동의 미래를 책임질 사업이 기틀을 잡아가는 중요한 이때, 우리는 좀 더 이 과정을 주의 깊게 관찰하고 관여할 필요가 있다. 드림스타트는 국가와 지방정부의 재원을 집중적으로 지원받아 아동 대상 사업을 수행하는 핵심적

인 서비스 기관이다. 따라서 아동의 건강한 발달과 행복한 삶을 만들기 위해 기존에 검증된 모델과 성과를 나타낸 실천 방법들을 적극적으로 적용하여 효과적인 사업을 실천할 책임과 의무를 가져야 한다. 단지 국가가 예산을 투입하여 뭔가를 하고 있다는 명분만을 내세우는 것이 아니라 실제 아동과 가족, 이들을 둘러싼 다양한 체계가 아동의 건강불평등 완화를 위해 변화할 수 있도록 사업을 수행하고 성과를 도출해야 할 것이다. 즉, 드림스타트가 안정적인 재정과 전달체계를 바탕으로 체계적인 사례관리 시스템이 운영되고 있는 강점을 최대한 발휘하면서, 개인과 가족체계를 중심으로만 세부프로그램 실행과 성과분석이 이뤄지고 있는 한계점을 보완할 방법을 강구하여 사회적 책임을 다해야 할 것이다.

첫째, 건강불평등 완화를 위한 어린이 대상 사회서비스는 생태체계적, 통합적 접근을 활용하여 체계적으로 사업을 구상해야 한다. 드림스타트는 기본적으로 생태체계적 관점을 적용한 사업으로 아동 개인뿐만 아니라 아동을 둘러싼 다양한 체계에 대한 접근을 강조하고 있다. 그러나 이러한 생태체계적, 통합적 관점이 사업의 이념, 목적에서만 제시되고 있어, 구체적인 세부 프로그램과 성과분석에서도 고려될 수 있도록 보완하여야 한다.

둘째, 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스의 세부프로그램은 각 하위체계의 긍정적인 변화를 유도하는 내용들로 구성되고 성과 분석이 이뤄져야 한다. 실제적으로 건강불평등이 완화되고 어린이들이 공평한 출발 기회를 갖기 위해서는 이념과 목적과 같은 선언적인 내용으로만 다루어져서는 구체적인 성과를 도출하기 어렵다. 따라서 구체적인 프로그램 수행이 필요하며, 이를 위해서는 TEAM-ECD의 하위체계별로 세부 프로그램이 계획되고, 실제 각 체계의 변화를 위해 수행되어야 하며, 이에 대한 실질적인 성과를 보여주어야 한다.

셋째, 드림스타트는 시소와 그네와 위스타트의 강점을 유지하고 강화함으로써 시너지 효과를 낼 수 있도록 운영체계를 재정비하여야 한다. 현재 드림스타트가 국책사업으로 전국적으로 확대되고 있는 가운데, 위스타트는 경기도의 경우 2014년부터 예산 지원이 끊겨 드림스타트로 통합되었으며, 시소와 그네도 지역에 따라 지자체의 예산 부족을 이유로 사업이 중단될 상황에 놓여있다. 사한 사업이 중복 수행되어 국민의 세금이 낭비되는 것은 적절하지 않으며, 어린이의 건강한 발달과 공평한 기회 제공을 위한 서비스가 국가적으로 확대되는 것도 바람직하다. 그러나 사업이 통합되는 과정에서 기존 사업들의 긍정적인 성과와 사업 수행 노하우가 반드시 유지되고 확장될 수 있도록 해야 한다. 즉, 드림스타트의 한계점을 인정하고 이를 보완하기 위해 지역별 특성에 따라 다양한 운영체계를 구축하는 것이 필요하다.

차 례

요약	I
I. 서론	1
1. 연구의 배경 및 필요성	1
2. 연구 목적	2
3. 연구 내용 및 방법	2
4. 연구 분석틀	3
5. 연구의 한계점	4
II. 이론적 배경	5
1. 어린이 건강불평등	5
2. 어린이 건강불평등 완화를 위한 국외 사례	10
III. 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스 개요	14
1. 시소와 그네 영유아통합지원센터	14
2. 위스타트 마을	19
3. 드림스타트 아동통합서비스지원기관	23
IV. 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스 프로그램 분석	28
1. 시소와 그네 영유아통합지원센터	28
2. 위스타트 마을	30
3. 드림스타트 아동통합서비스지원기관	31
4. 소결	32
V. 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스 성과 분석	34
1. 시소와 그네 영유아통합지원센터	34
2. 위스타트 마을	37
3. 드림스타트 아동통합서비스지원기관	40
4. 소결	41
VI. 결론 및 제언	43
참고문헌	46

표 차례

〈표 1〉 어린이 건강불평등 완화를 위한 서비스 분석틀	4
〈표 2〉 Total Environment Assessment Model 개요	7
〈표 3〉 어린이 건강결정요인	9
〈표 4〉 외국 어린이 건강불평등 완화 사업 개요	11
〈표 5〉 시소와 그네 예산 현황	15
〈표 6〉 시소와 그네 공동사업 세부 내용	18
〈표 7〉 시소와 그네 센터별 특화 프로그램	19
〈표 8〉 위스타트 마을 사업 개요	22
〈표 9〉 드림스타트 세부 프로그램 내용	26
〈표 10〉 시소와 그네 세부 프로그램 분석	28
〈표 11〉 위스타트 세부 프로그램 분석	30
〈표 12〉 드림스타트 세부 프로그램 분석	31
〈표 13〉 세부 프로그램 분석 결과 요약	33
〈표 14〉 성과 분석 결과 요약	43

그림 차례

〔그림 1〕 Total Environment Assessment Model - Early Child Development	6
〔그림 2〕 시소와그네 영유아통합지원센터 운영구조	15
〔그림 3〕 시소와그네 영유아통합지원센터 논리모델	17
〔그림 4〕 위스타트 운영체계도	21
〔그림 5〕 경기도 위스타트 마을 논리모델	23
〔그림 6〕 드림스타트 운영체계도	24
〔그림 7〕 드림스타트 통합사례관리 과정	26

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

아동기는 신체, 심리정서, 사회적으로 급속하게 성장하는 시기이며, 이 시기의 건강은 추후 성인기의 건강에 영향을 주게 되어 전반적인 삶의 질에 있어 중요한 요인이다(김성희, 이자영, 2006). 그러나 생애발달과정상 질병 등 건강상의 문제가 가장 적은 계층인 이유로 아동기의 건강은 학업과 관련된 인지 발달에 밀려 그 중요성이 간과되고 있는 것이 현실이다. 특히 사회경제적 지위가 상대적으로 낮은 계층의 경우 건강 수준이 전반적으로 낮게 보고되고 있어 이에 대한 사회적 관심과 개입이 요구된다(Welss, 2004). 아동기의 건강은 성인의 건강에 대한 연구 과정에서 건강에 영향을 미치는 하나의 요인으로 어린 시절의 건강이 다뤄지면서 중요성이 강조되기 시작했으나 이들의 건강은 이 시기의 행복한 삶에 직접적인 영향을 미치는 요인으로 인간의 기본적인 권리의 관점에서 바라보고 접근하는 것이 필요하다(김명희 외, 2011). 건강은 크게 신체적 건강과 정신적 건강으로 나눌 수 있으며, 신체건강의 경우 질병 유무, 신장, 체중, 주관적 건강 등이 다뤄지며, 정신적 건강은 스트레스, 우울, 행복감, 자살생각 등이 다뤄진다. 한국사회의 아동은 신장이나 체중 등 체격은 커졌으나 체력은 약해지고, 건강증진행동 실천율은 낮아지고, 건강위험행동이 늘어나 전체적인 건강수준이 낮아지는 추세이다(보건복지가족부, 서울대학교산학협력단, 2009). 또한 학업을 중시하는 경쟁적 사회문화로 인해 스트레스, 우울 수준이 급격히 높아지며 자살생각 수준이나 자살률이 매우 높게 보고되고 있어(김성희, 이자영, 2006), 아동의 건강한 삶에 대한 연구의 필요성이 크다 할 수 있다.

아동기의 건강은 전 생애 삶의 질에 중요한 영향을 미치는 요인임에도 불구하고 불평등하게 나타나고 있다. 빈곤 가정 아동들이 비빈곤 가정의 아동들보다 저체중아 출생률, 입원경험, 선천성질환 비율, 성장발달지연 정도 등 기본적인 건강 수준이 유의하게 높으며(이봉주, 2007; 김혜경 외, 2008; 방경숙 외, 2008), 우울이나 불안, 비행 수준이 유의미하게 높고, 자존감은 유의미하게 낮게 나타나는 등 정신건강의 어려움을 보고하고 있다(박현선, 2008; Wood, 2003; Macmillan et al, 2004). 빈곤과 함께 주로 다뤄지고 있는 것이 부모의 교육수준에 따라 아동의 건강수준이 차이가 나며 이는 질병의 종류 등 건강을 측정하는 방법에 따라 결과가 일부 상이하나 전반적으로 교육수준이 높은 집단의 건강수준이 높은 것을 알 수 있다(주미현, 2004; 윤성하, 2011).

아동기 건강의 중요성과 건강불평등 문제의 심각성에도 불구하고 한국사회에서 아동의 건강불평등 완화를 위한 정책이나 사회서비스는 극히 제한적이다. 앞서 제시한 것처럼 지적 발달에 초점을 맞춰 신체와 정신의 건강한 발달에 대한 관심이 부족한 점, 아동을 성인기에 이르는 과정으로서 이 시기의 행복한 삶에 대한 사회적 인식이 부족한 점, 인간의 기본권으로서 건강을 바라보는 관점의 부족으로 인한 결과로 볼 수 있다. 그러나 최근 아동기 건강의 중요성에 대한 인식이 확산되면서 정책과 서비스가 확대되고 있다. 아동의 공평한 출발의 기회를 보장하기 위한 목적으로 민간단체를 중심으로 시작된 위스타트 운동(We Start)을 출발점으로 정부가 운영주체인 드림스타트, 영유아 가정을 대상으로 특화된 민-관 협력체계가 주체인 시소와 그네 영유아통합지원센터로 확대되고 있다. 위스타트 모델을 기반으로 확대된 사업으로 기본적으로 사업이 추구하는 방향이나 근거가 되는 이론이 유사한 점이 많으나 민간주도, 민관협력, 관주도의 운영 특징에 따라 나타나는 강점과 한계점이 존재한다. 특히 보건복지부 주체로 수행하고 있는 드림스타트가 전국으로 확대되면서 위스타트와 시소와 그네 사업을 통합하였거나 중단하려는 상황에서, 각 사업들이 아동기 건강불평등 완화에 미친 영향과 성과들을 분석하여 긍정적인 영향들을 이어나갈 수 있도록 하는 것이 필요한 시점이다.

2. 연구 목적

첫째, 건강불평등 완화를 위한 국내의 대표적인 어린이 대상 사회서비스의 현황을 파악한다.

둘째, 건강불평등 완화를 위한 어린이 대상 사회서비스 프로그램을 통합적 관점을 적용한 분석틀을 활용하여 분석한다.

셋째, 건강불평등 완화를 위한 어린이 대상 사회서비스 성과를 통합적 관점을 적용한 분석틀을 활용하여 분석한다.

넷째, 건강불평등 완화를 위한 어린이 대상 사회서비스의 방향성을 제안한다.

3. 연구 내용 및 방법

가. 연구 내용

본 연구의 주요 연구내용은 다음과 같다.

첫째, 어린이 건강불평등과 관련된 이론과 모델을 검토하고, 관련 선행연구를 분석한다.

둘째, 국외 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스 중 대표적 사례의 현황을 검토한다.

셋째, 국내 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스 중 대표적 사례의 현황을 검토한다.

넷째, 분석틀에 따라 국내 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스의 프로그램과 성과를 분석한다.

다섯째, 분석 결과를 토대로 향후 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스의 방향성을 제안한다.

나. 연구 방법

연구 방법으로는 문헌연구, 현황 자료수집 및 분석, 심층인터뷰를 활용하였다. 문헌연구와 자료수집 및 분석은 먼저 건강불평등, 아동 건강불평등과 관련한 국내외 보고서와 연구 논문을 수집하였으며, 국내외 건강불평등 완화를 위한 사회서비스를 조사하기 위해서 각 사회서비스의 홈페이지를 활용하였다. 또한 심층인터뷰 진행 시 각 사회서비스에 대한 자료를 추가로 수집하여 분석에 활용하였다. 심층인터뷰는 각 사업을 담당하는 실무자 5명을 대상으로 실시하였으며, 기관에 전화로 사전 협조를 요청한 후 직접 방문하여 약 1시간 가량 진행하였다. 인터뷰 내용은 녹음하여 전사하였으며, 이를 활용하여 분석하였다.

4. 연구 분석틀

Total Environment Assessment Model - Early Child Development(TEAM-ECD)를 근거로 어린이 건강불평등 완화를 위한 서비스 분석틀을 제시하면 <표 1>과 같다(Siddiqi et al, 2007). TEAM-ECD에서 제시한 9개 하위체계 중 하나의 사업으로서 접근하기 어려운 두 가지 영역, 국가와 전 세계 환경 체계에 대한 부분을 제외하였다. 개인, 가족, 지역사회, 광역지역, 관계망, 프로그램, 시민사회 총 7개의 체계를 고려하여 프로그램을 계획하고 수행할 경우 통합적으로 접근함으로써 아동의 건강한 발달에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 볼 수 있다. 따라서 각 하위체계 내 세부 분석기준을 고려하여 수행하고 있는 프로그램이 무엇인지 분석하고자 한다.

<표 1> 어린이 건강불평등 완화를 위한 서비스 분석틀

하위체계	분석 기준	세부 포함 내용
개인	생물학적 특성	성, 연령, 유전자, 뇌 발달
	영양	식생활 관리, 영양식 지원 등
	관계의 질, 놀이	놀이 촉진, 관계 증진 등
가족	가족의 특성	사회경제적 지위, 주거환경, 신체적 건강, 정신적 건강
	아동과 가족의 관계	주 양육자와의 애착 등
	가족 관계의 질	갈등수준, 상호작용, 가족 내 지지, 양성 평등 수준, 아버지 역할 수행 등
지역사회	경제적 환경	지역의 경제적 안정성, 거주민의 경제 수준, 고용률, 실업률, 고학력자 비율, 수급권자 비율 등
	서비스 환경	여가활동, 신체활동 공간, 보육, 의료, 시장 접근성, 교통 편리성 등
	사회적 환경	안전한 정도, 사회적 자본 수준
광역지역	지역 특성, 다양한 문제들	경제적 특성과 생태적 특성, 소득 불평등, 여성의 지위, 사회적 자본 수준 등
관계망	공식적 지지	공식적 자원 개발, 연계
	비공식적 지지	물질적, 정서적 지지 자원 개발 연계
프로그램	프로그램의 질 관리	매뉴얼, 슈퍼비전 시스템
	효과성	평가 및 사정 도구, 비용 효과 평가
시민사회	시민 조직 구성, 행동 실천	사회적 자본 형성을 위한 주민조직, 아동 건강에 대한 옹호 활동 등

5. 연구의 한계점

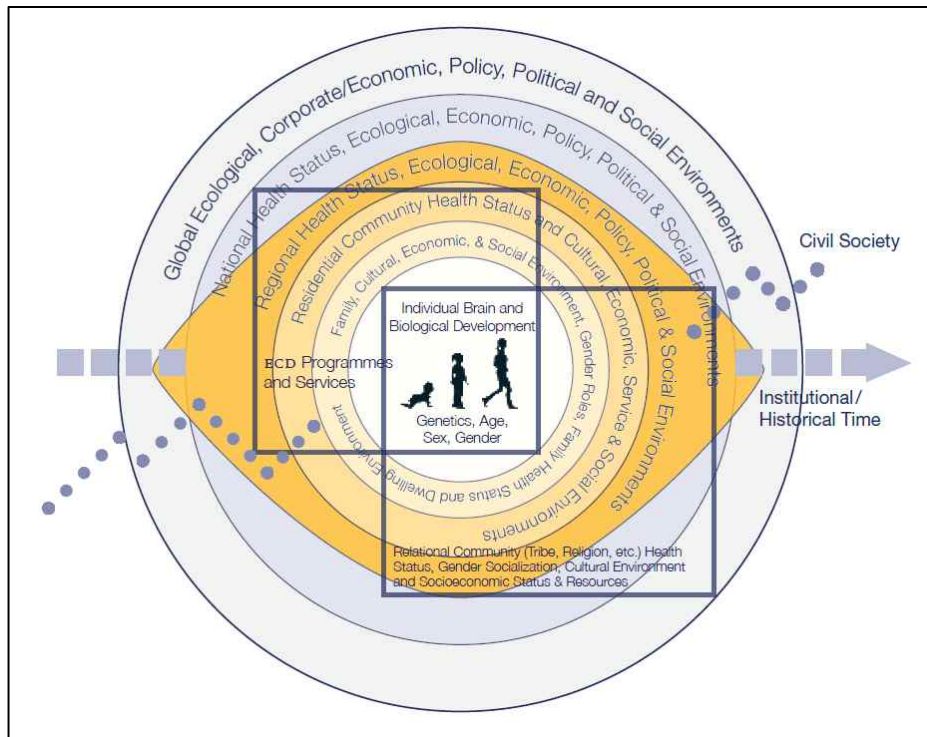
본 연구는 문헌 조사 및 자료 수집이 제한적으로 이뤄진 한계점을 가져 후속 연구에서 보완되어야 할 것이다. 연구방법에서 제시한 바와 같이 아동 건강불평등 완화를 위한 국내 사업에 대한 분석 시 공개된 보고서와 연구 논문, 실무자를 통해 수집한 자료, 홈페이지 내용을 활용하였기 때문에 각 센터별 세부 프로그램이나 운영현황을 정확히 파악하기에 제한이 있었다. 이에 각 사회서비스 사례에서 실제 운영되고 있으나 누락되어 분석 결과에 영향을 미칠 수 있다. 또한 분석틀에 따른 사회서비스 분석 시 연구자 1인이 분석한 내용으로 객관성을 확보하지 못한 한계점을 가진다.

II. 이론적 배경

1. 어린이 건강불평등

가. 이론적 근거

어린이 건강불평등 완화를 위한 정책의 접근 전략인 Total Environment Assessment Model(통합 환경 사정 모델)과 이의 근거가 되는 생태체계이론을 소개하고자 한다. 먼저 생태체계이론은 체계이론과 생태이론이 결합한 형태로 사회복지의 기본이 되는 관점을 제공한다. 생태체계이론은 체계이론의 기본적인 개념을 그대로 활용하되 한계점을 생태이론으로 보완한 이론이다. 환경속의 인간을 주요 개념으로 하며, 인간을 가족, 이웃, 지역사회 등 다양한 환경과 상호교류를 하면서 끊임없이 발달하고 적응하는 존재로 본다. 즉, 인간이 환경을 변화시키기도 하고, 환경이 인간을 변화시키기도 하며 호혜적 적응이 일어난다고 가정한다. 생태체계는 미시체계, 중간체계, 거시 체계로 구성되며 이러한 체계들이 서로 유기적으로 상호작용을 하면서 커다란 하나의 체계를 이룬다. 이와 유사하게 세계보건기구(WHO)에서는 아동발달에 대한 이론적 관점에 대해 Total Environment Assessment Model - Early Child Development (TEAM-ECD)을 기본 프레임으로 제시하고 있다(Siddiqi et al, 2007).



[그림 1] Total Environment Assessment Model – Early Child Development
 (TEAM-ECD. Siddiqi et al, 2007, p.15)

Total Environment Assessment Model(통합 환경 사정 모델)은 아동 개인, 가족, 거주 지역사회, 관계망, 프로그램과 서비스, 국가, 전 세계, 시민사회로 체계를 구분하고 이 체계들이 아동이 발달해가는 과정에 다층적으로 상호작용하여 영향을 미친다고 주장한다. TEAM-ECD의 세 가지 기본 가정을 살펴보면, 첫 번째 가정은 아동의 신체, 사회와 정서, 그리고 언어와 인지의 발달은 아동의 생물학적인 요인과 환경적 요인의 상호작용 결과라는 것이다. 두 번째 가정은 초기 아동의 성공적인 발달은 잘 양육되어질 수 있는 신체적, 사회적, 경제적 환경이 구성될 때 이뤄진다는 것이며, 마지막으로 모든 아동들이 잘 양육되어질 수 있는 환경이 주기 위해 형평의 관점에서 접근하는 것은 아동의 발달과 전 생애 삶의 질의 평등함을 이끌어낸다는 것이다. TEAM-ECD의 각 요소들을 구체적으로 살펴보면 <표 2>와 같다. 개인 체계 중 아동 발달에 영향을 미치는 요인은 개인의 생물학적 특성과 뇌의 발달 수준, 영양의 결핍이나 적절성, 상호작용하는 관계의 질, 다양한 경험을 할 수 있는 놀이의 경험 등이다. 가족 체계에서는 주거환경, 부모의 학력, 직업, 소득수준과 같은 사회경제적 지위, 가족의 신체적·정신적 건강 수준, 아동과 주 양육자와의 애착, 가족 내 관계의 질이나 지지 수준, 양성평등 수준 등이 영향을 미친다. 지역사회는 아동이 거주한 지역의 경제 수준, 이웃의 경제 수준, 고용률이나 실업률, 고학력자 비율, 수급권자 비율 등을 포함하는 경제적 환경과 여가활동이나 신체활동



을 할 수 있는 공간과 보육이나 의료, 시작의 접근성, 그리고 교통의 편리성을 포함하는 서비스 환경, 마지막으로 지역사회의 안전한 정도와 사회적 자본이 구성되어 있는 정도를 나타내는 사회적 환경이 영향을 미친다. 관계망은 아동과 관계하고 있는 비공식적 지지 자원, 공식적 지지 자원, 그리고 정서적 지지 자원 등이 아동발달에 영향을 미친다. 프로그램은 아동을 위해 얼마나 질 높은 내용으로 구성되어 있는가, 평가와 사정 도구가 적절히 갖춰져 있는가, 비용효과적인가가 중요하게 다뤄진다. 광역의 지역단위의 경우 기 광역 지방자치단체의 경제적 특성, 생태적 특성과 소득 불평등 수준, 사회적 자본 수준 등을 보는 사회정치적 특성뿐만 아니라 지역 내 다양하게 얽혀진 복잡한 문제들이 아동 발달에 영향을 미친다. 전 세계 환경은 경제, 사회, 정치 상황에서 어디에 힘이 실리고, 권력이 움직이느냐와 함께 전 세계가 아동 인권, 아동의 공평한 발달의 중요성을 얼마나 인식하고, 합의를 이끌어 내어 선언하는가가 전 세계 아동의 발달에 영향을 미친다. 마지막으로 시민사회는 지역사회부터 전 세계 환경까지 모든 체계에 영향을 미치는 조직으로 시민의 힘을 모아 아동 건강과 관련하여 아젠다를 형성하고 변화를 유도하는 중추적인 역할을 함으로써 아동 발달에 영향을 미친다. 9가지의 체계들이 체계 내에서 그리고 체계 간에 상호교류를 하면서 아동의 발달에 영향을 미치고 있으며, 이는 전 생애 걸쳐 지속적으로 영향을 미치고 있으므로 통합적으로 접근해야 함을 시사한다.

<표 2> Total Environment Assessment Model 개요

하위 체계(Sphere)		세부 내용
The Individual as a Sphere of Influence	개인	<ul style="list-style-type: none"> - 생물학적 특성(성, 연령, 유전자 등) - 뇌 발달 - 영양 - 관계의 질 - 놀이
The Family as a Sphere of Influence	가족	<ul style="list-style-type: none"> - 가족의 주거 환경 - 가족의 사회경제적 지위 - 가족의 신체적 건강과 정신적 건강 수준 - 아동과 주 양육자와의 애착 - 가족 내 관계의 질(갈등수준, 상호작용 등) - 가족 내 지지 - 가족 내 양성 평등 수준, 아버지 역할 수행
The Residential Community as a Sphere of Influence	지역사회	<ul style="list-style-type: none"> - 경제적 환경(지역의 경제적 안정성, 거주민의 경제 수준, 고용률, 실업률, 고학력자 비율, 수급권자 비율 등) - 서비스 환경(여가활동, 신체활동 공간, 보육, 의료, 시장 접근성, 교통 편리성 등) - 사회적 환경(안전한 정도, 사회적 자본)
The Relational Community as a Sphere of Influence	관계망	<ul style="list-style-type: none"> - 비공식적 지지(정서적 지지) - 공식적 지지



하위 체계(Sphere)		세부 내용
Influence		
The ECD Services Sphere of Influence	프로그램	- 프로그램의 질 - 평가 및 사정 도구 - 비용 효과 평가
The Region as a Sphere of Influence	광역지역	- 경제적 특성과 생태적 특성 - 사회정치적 특성(소득 불평등, 사회적 자본, 여성의 지위) - 지역 내 복잡한 문제들
The Nation as a Sphere of Influence	국가	- 경제적 안정성 - 소득 분배
The Global Environment as a Sphere of Influence	전 세계 환경	- 경제, 사회, 정치적 권력의 역할 - 아동 인권 선언
civil society	시민사회	- 지역사회부터 전세계 영역까지 모든 체계에서 사회 조직으로 구성되고 행동함 - 사회적 자본 형성, 아동 건강에 대한 사회적 결정요인에 대한 옹호 활동 등

주: Siddiqi et al. (2007). Total Environment Assessment Model for Early Child Development. Evidence Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health. WHO. 재구성.

나. 선행연구 검토

건강불평등이란 ‘사회적, 경제적, 인구학적, 지리적으로 구분된 인구집단 내에, 또는 인구집단들 간에 존재하는 불필요하고, 피할 수 있으며, 공정하지 않은 건강상의 차이’를 말한다(Whitehead, 1991, 이창곤, 2007: 30 재인용). 이는 전 생애에 걸쳐서 경험할 수 있으며, 다양한 생태체계적 요인에 의해 발생할 수 있다. 이러한 관점에서 볼 때 어린이의 건강불평등은 성인기 건강한 삶의 질에 영향을 미치는 주요한 요인이기 때문에 중요성이 강조되고 있다. 그러나 근본적으로 어린이 건강불평등이 완화되어야 하는 이유는 어린이도 한 명의 인격체로서 삶을 존중받아야 하며 건강한 아동기를 보내는 것이 현재의 삶의 질을 높여주기 때문이다.

어린이의 건강에 영향을 미치는 주요한 원인들에 대한 연구는 국내외에서 일부 이뤄져 왔다. 강은정 외(2008)는 국내외 연구 결과에서 공통적으로 주요하게 보고하는 건강 결정요인에 대해 위험요인과 보호요인으로 구분하여 정리하였으며 그 결과는 <표 3>과 같다. 건강결정요인을 구분하는 기준은 생태체계 이론에 근거한 것으로 개인, 가정, 학교, 친구, 지역사회 5영역으로 구분하였다. 개인요인 중 위험요인은 가공식품, 편이식품 섭취, 식이장애, 운동 부족, 씻지 않음, 불규칙한 수면 등을 포함하는 불건강 행동이나 생



물학적 장애, 비만, 건강염려증, 인지능력 부족, 충동성, 우울, 공격적인 성향, 애정결핍, 스트레스에 대한 반응성이며, 보호요인은 이와 반대로 건강행동 이행 수준, 사회적 기술, 규범에 대한 지식, 높은 자기효능감이나 긍정적인 자기 이미지, 높은 자기통제력 그리고 신앙심으로 볼 수 있다. 가정요인 중 위험요인은 부모의 자녀에 대한 교육의 부재, 권위적인 양육태도, 방임이나 과잉보호, 자녀양육 스트레스, 가족이 가진 정신적 문제 등 이다. 또한 가정의 빈곤이나 가정 내 갈등이나 폭력, 또는 과도한 가족결속력이 건강의 위험요인으로 작용한다. 보호요인은 부모의 건강관리 이행 수준, 부모-자녀 원활한 의사소통, 긍정적인 양육태도, 가족응집력, 적절한 자녀 수 등 이다. 학교요인 중 위험요인은 교사 당 너무 많은 학생 수, 교사의 관심부족, 차별, 열악한 교육 시스템, 엄격한 규율 등을 나타내는 학교 환경과 결석, 정학 등이며, 보호요인은 긍정적인 학교 환경과 정학, 좋은 학업성적, 교사지지, 효과적인 방과후 활동 등 이다. 또래집단의 경우 따돌림, 비행 행동 등이 위험요인이며, 긍정적인 영향을 주는 친구나 또래로부터 존중 경험은 보호요인으로 작용한다. 마지막으로 사회환경 요인은 건강하지 못한 이웃이 살거나, 지역 내 심각한 빈부격차, 폭력이나 미디어에 노출 여부, 환경오염과 열악한 공중위생 시설을 위험요인으로 보며, 보건의료서비스 접근성이나 학생들의 학교 등록률, 성인의 고용률, 의미 있는 성인의 지지나 긍정적인 역할 모델의 존재, 친사회적 미디어, 종교기관이 보호요인으로 건강에 영향을 미친다.

<표 3> 어린이 건강결정요인

	위험요인	보호요인
개인	생물학적 장애 비만 우울 불건강 행동(가공식품, 편이식품 섭취, 식이장애, 운동 부족, 씻지 않음, 불규칙한 수면 등) 건강염려 인지능력 부족 충동성 애정결핍 공격적인 성향 스트레스에 대한 반응성	건강행동 이행 사회적 기술 규범에 대한 지식 높은 자기효능감 높은 자기 이미지 높은 자기통제력 부모의 중요성에 대한 인지 신앙심

	위험요인	보호요인
가정	부모 교육의 부재 가족의 정신적 문제 자녀양육 스트레스 권위적인 양육태도 방임 과잉보호 과도한 가족결속력 빈곤 가정폭력 가족갈등	부모의 건강관리 이행 양친 부모의 생존 가족응집력 부모-자녀 원활한 의사소통 긍정적인 양육태도 적절한 자녀 수 조기 교육 부모의 학교와 위험행동에 대한 가치관
학교	지속적인 결석, 유급이나 정학 학교 환경(교사 당 너무 많은 학생 수, 교사의 관심부족, 차별, 열악한 교육 시스템, 엄격한 규율 등)	학업성적 학교 정책 교사지지 효과적인 방과후 활동 학교 환경 일관된 학교 생활 참여
또래집단	또래의 선입관 사회적 고립, 따돌림 또래의 비행성향 비행행동 참여	또래로부터 존중 긍정적인 영향을 주는 친구
사회환경	건강하지 못한 이웃 빈부격차 폭력적 미디어 노출 약물예의 노출 환경오염 열악한 공중위생 지역사회 안전성	학령기 학생들의 학교 등록률 성인의 고용률 보건의료서비스 접근성 긍정적인 역할 모델 의미 있는 성인의 지지 보건의료 체계의 활성화 친사회적 미디어 종교기관

주: 강은정 외(2008). 드립스타트 건강영향평가. 한국보건사회연구원. p.33-34. 재인용.

2. 어린이 건강불평등 완화를 위한 국외 사례

어린이 건강불평등 완화를 위한 국외 대표 사업은 헤드스타트와 조기 헤드스타트(미국), 슈어스타트(영국), 베스트스타트(호주)이다. 이 3가지 사업은 취약계층 아동을 대상으로 제공되는 서비스로 문제를 조기에 발견하여 중재하기 위한 목적으로 운영되고 있다. 이에 대해 개괄적인 사업 현황과 성과를 살펴보고자 한다.



<표 4> 외국 어린이 건강불평등 완화 사업 개요

목표	대상	운영 형태	사업 내용	사업 효과
Early Head Start - 아동의 건강, 인지/언어, 사회적 능력, 레질리언스 발달 - 가족 발달 지원 - 지역사회 개발 - 직원 역량강화	태아-3세 이하 영유아와 가족, 저소득 산모와 가족	연방정부 80%, 주정부, 비영리 단체 활동 또는 기부금 20%	- 보육 서비스 제공 - 의료, 치아, 영양, 정신건강 서비스 - 지역사회 연계 - 부모 참여 프로그램 (센터중심, 가정방문, 통합)	- 아동의 건강, 인지발달, 사회정서 발달에 긍정적 영향. - 긍정적인 부모역할 강화됨. 모의 자존감 향상, 부의 영유아 체벌 감소
Head Start - 아동이 학교에서 성공하도록 기반 마련 - 부모의 역량강화 및 효능감 증대 - 아동을 위한 가정-학교-지역 파트너십 개발	연방빈곤선이하 중 3-4세 유아와 가족 (공공부조 수급자, 빈곤층 상위 130%까지 가능)		- 아동발달과 건강지원서비스 (교육, 사회서비스 등 포괄적 서비스) - 가족-지역사회 파트너십 (센터중심, 가정방문, 통합)	- 3-5세 아동 1년간 프로그램 참여 후 어휘, 쓰기, 수 점수 유의하게 향상, 5세 경 어휘, 쓰기, 수 국가 평균 수준으로 향상 - 고등학교 졸업율, 대학입학율, 소득, 비행 등 장기적 영향
Sure Start - 교육(보육)을 중심으로 포괄적 서비스 제공 - 가족기능강화	영국 내 하위 20%계층이 살고 있는 지역의 0-14세 (장애아 16세까지)	중앙정부 100%, 일부 민간 펀드 가능	- 영유아기 제공 프로그램(통합 조기 학습 및 보육) - 현장방문(가정, 지역사회) - 가족지원, 부모 참여 - 건강서비스, 구직 연계	- 아동의 사회적 유능감 향상, 독립성, 자기통제감 향상 - 부모의 부정적 양육 행동 감소, 가정 내 학습환경 긍정적 변화
Best Start - 모든 아동과 가족의 건강과 발달 - 부모 역량강화 - 부모-지역사회-전문가 파트너십 - 지역 기관 연계 강화	빅토리아주의 태아-8세 아동과 가족	주정부(지역정부와의 파트너십)	- 양질의 임신관리 - 영유아 양육 지원 - 양질의 보육서비스 제공 - 영유아 학습발달을 위한 부모교육 - 아동과 부모 건강관리	- 모유 수유율 증가 - 건강 서비스 참여율 증가

주: Reynold et al.(2010)Childhood Programs and Practices in the First Decade of Life. cambridge university press; 장명림 외(2009).취약계층 영유아 통합적 육아지원 모형개발 및 시범적용. 육아정책연구소. p.44-66.; 이봉주 외(2013).시소와그네 영유아통합지원사업 성과분석 연구. 사회복지공동모금회. p29. 재구성.

가. 조기 헤드스타트(Early Head Start)

조기 헤드스타트는 1994년 헤드스타트법이 개정되면서 시작되었다. 아동의 건강, 인지와 언어 발달, 사회적 능력 및 레질리언스 발달을 목표로 하며, 가족, 지역사회 발달뿐만 아니라 프로그램을 운영하는 직원의 역량강화도 주요한 목표로 하고 있다. 즉, 아동 개인뿐만 아니라 이를 둘러싼 가정과 사회가 얼마나 적절히 구성되어 있느냐를 중요하게 고려한 것이다. 이러한 목표를 달성하기 위해 태아 때부터 3세까지 부모와 자녀 모두 프로그램을 이용할 수 있도록 하였으며, 예산은 연방정부에서 80% 지원받고 있다. 조기 헤드스타트는 가정방문프로그램으로 시작하여, 센터중심프로그램, 통합프로그램으로 확장되었다. 주요 사업은 보육 서비스 제공, 부모 교육이나 참여 프로그램 제공, 의료, 치아, 영양, 정신건강서비스 등의 제공, 지역사회 연계를 통한 자양한 자원 제공, 지역사회 협력이 이뤄지고 있다. 조기 헤드스타트 사업을 이용한 아동의 경우 건강, 인지발달, 사회정서 발달에서 긍정적인 성과를 나타내었으며, 부모의 경우 긍정적인 역할 수행의 증가와 그에 따른 모의 자존감 향상, 부의 체벌 행동 감소 등의 변화가 나타났다(Reynold et al, 2010; 장명림 외, 2009; 이봉주 외, 2013).

나. 헤드스타트(Head Start)

헤드스타트는 1965년 존슨 대통령이 빈곤과의 전쟁을 선포하면서 시작되었다. 아동이 학교에 성공적으로 적응할 수 있는 기반을 마련하고, 이를 위해 부모의 역량을 강화하고 가정-학교-지역사회 간 파트너십을 구축하는 것을 목표로 한다. 이러한 목표를 달성하기 위해 연방 정부가 매년 제시하는 빈곤선에 근거하여 빈곤선 이하의 가정과 빈곤층 상위 130%까지 이용할 수 있도록 하였으며, 예산은 연방정부에서 80% 지원받고 있다. 헤드스타트는 아동발달과 건강지원서비스와 가족과 지역사회 파트너십 구축을 주요 사업 내용으로 다루고 있으며, 가정방문 프로그램, 센터중심프로그램, 통합프로그램으로 운영하고 있다. 헤드스타트에 참여한 아동의 경우 어휘, 쓰기, 수 점수가 유의하게 향상되었으며, 5세 아동들의 어휘, 쓰기, 수 능력이 국가 평균 수준으로 나타났다. 장기적인 성과로는 고등학교 졸업율, 대학 입학율이 비교집단보다 높았으며, 소득이나 비행에도 긍정적인 영향을 미쳤다(Reynold et al, 2010; 장명림 외, 2009; 이봉주 외, 2013; <http://www.nhsa.org>).

다. 슈어스타트(Sure Start)

슈어스타트는 1997년 블레어 총리가 국가보육전략을 수립한 후 자치단체 중심의 프로그램으로 시작되었다. 4세 이하 영유아들에게 수준 높은 교육을 제공하기 위한 목표로 시작되어 0세-14세까지 확대되었다. 교육을 중심으로 포괄적 서비스를 제공하고 가족기능을 강화하는 것을 목표로 한다. 예산은 중앙정부를 통해 각 지역의 슈어스타트로 전달되며, 지방정부와 제휴할 수 있으나 지방정부의 영향력으로부터는 자유로워야 한다. 슈어스타트 프로그램은 지역 단위로 구성되며, 저소득 지역의 경우 통합 조기 학습과 교육, 건강서비스, 가정 방문, 지역사회 방문, 부모 참여 프로그램과 가족 지원, 구직 연계 등이 수행되고 있으며, 일반 지역의 경우 부모와 지역사회 욕구에 따라 다양한 프로그램이 이뤄지고 있다. 이러한 프로그램은 아동센터나 조기우등기관, 이웃보육시설을 통해 제공된다. 슈어스타트에 참여한 아동의 경우 사회적 유능감과 독립성, 자기통제감이 향상되었으며, 부모의 부정적인 양육 행동이 감소하고, 가정 내 적절한 학습환경을 조성하는 정도가 향상되었다(장명림 외, 2009; 이봉주 외, 2013; www.surestart.gov.uk).

라. 베스트스타트(Best Start)

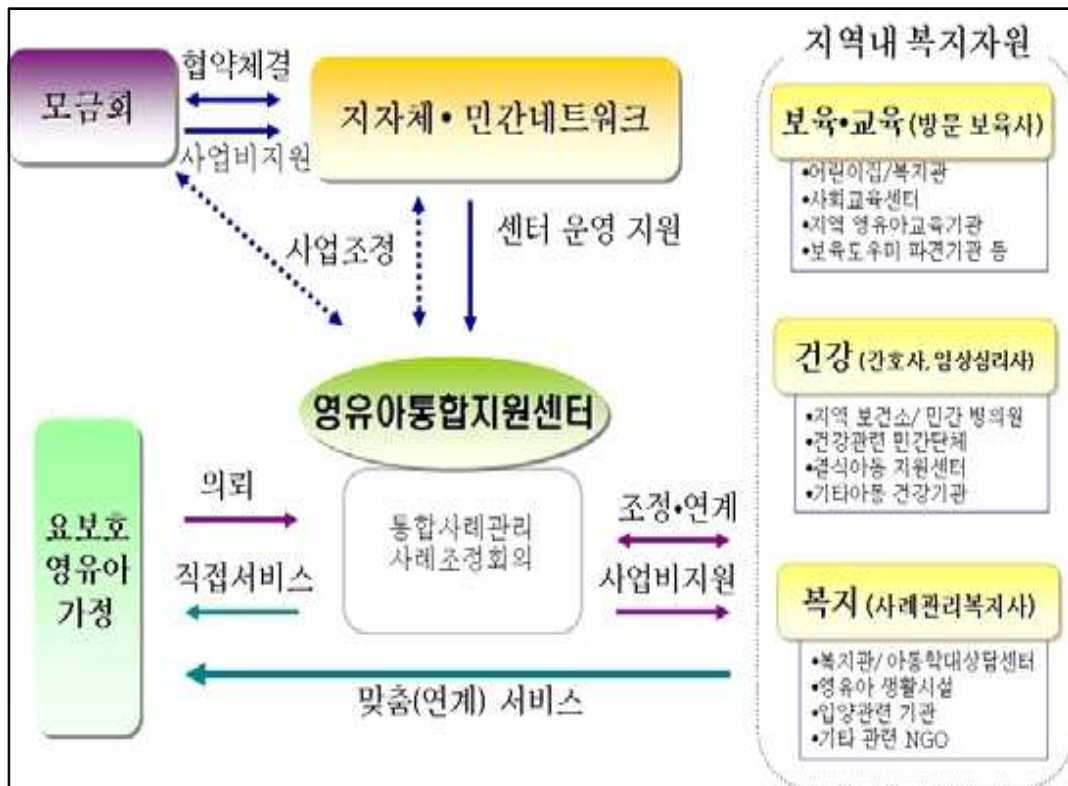
베스트스타트는 빅토리아주에서 시행되는 사업으로 ‘아동이 먼저’라는 정치적 선언과 함께 위원회를 발족하고 운영되기 시작하였다. 모든 아동과 가족의 건강과 발달을 위해 부모의 역량강화, 부모-지역사회-전문가의 파트너십 강화, 지역 기관들의 연계 강화를 목표로 한다. 빅토리아주의 태아에서 8세 아동과 가족을 대상으로 한다. 베스트스타트는 빅토리아 주정부의 인적자원부와 교육훈련부가 함께 프로젝트를 수행하며, 지역정부부처와의 파트너십을 특징으로 한다. 베스트스타트는 지역사회 베스트스타트와 원주민 베스트스타트로 구성되어 있으며, 주요 사업으로는 임신기간에 양질의 관리를 위한 프로그램, 영유아 양육지원과 보육서비스 제공, 부모교육, 아동과 부모의 건강관리 프로그램이 진행되고 있다. 베스트스타트 사업의 성과로는 모유 수유율이 증가한 점, 부모와 자녀의 건강서비스 참여율이 증가한 점을 들 수 있다(장명림 외, 2009; <http://www.education.vic.gov.au>).

Ⅲ. 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스 개요

1. 시소와 그네 영유아통합지원센터

시소와 그네 영유아통합지원센터(이하 시소와 그네)는 0세-7세 영유아와 그 가족을 대상으로 건강, 복지, 교육영역을 통합적으로 접근하여 공평한 출발의 기회를 가질 수 있도록 지원하는 지역사회중심 사업을 수행한다. 시소와 그네의 사업 목적은 영유아에게 건강, 복지, 교육 환경을 제공하여 평등한 기회를 보장해줌으로써 누구나 공평하게 양육, 교육을 받아 건강한 성인으로 성장하도록 돕는 것이다. 특히 취학 전 취약계층의 영유아들이 공평한 인생 출발을 할 수 있도록 지원하여 신체, 심리, 정서가 균형적으로 발달할 수 있도록 돕고자 한다(<http://www.seesawswing.org>). 이에 따른 사업목표는 첫째, 건강한 영유아를 위한 신체, 인지, 정서적 지원하는 것이며 둘째, 안전한 보금자리로써 가족의 기능을 강화하는 것, 마지막으로 지역사회에 예방적 안전망을 구축하는 것이다. 이를 바탕으로 시소와 그네는 예방적 접근을 지향하며, 영유아와 가족의 욕구에 기반한 맞춤형 서비스를 제공하고 건강과 보육(교육), 복지를 통합적으로 접근하고 있다. 또한 직접 영유아 가정을 찾아가는 서비스를 중요하게 생각하며, 사업에 참여하는 영유아와 가족뿐만 아니라 지역사회가 함께 변화하는 것을 지향한다(이봉주 외, 2013).

시소와 그네의 운영구조는 [그림 2]와 같다. 사회복지공동모금회 테마기획사업으로 시작된 시소와 그네는 2008년 서울마포센터 개소를 시작으로 총 11개 센터가 개소하였으며, 2013년 현재 서울 3개소(마포, 강북, 관악), 인천, 부산, 전북, 충북 각 1개소씩 총 7개소가 운영되고 있다. 시소와 그네는 지역사회의 힘을 강화하여 삶의 질을 개선하고 지역사회를 지속적으로 변화시키고 성장할 수 있는 힘을 기르도록 하는 커뮤니티 임팩트(community impact)를 적용한 사업으로 공동모금회가 지자체와 협약을 맺고 민관협력을 통해 목적을 달성하고자 하였다. 이를 위해 공동모금회는 초기 사업비를 지원하였으며, 지자체는 일부 운영비를 포함하여 센터 운영을 지원하였다. 또한 이미 지역사회에 구축되어 있는 지역사회복지협의체를 적극 활용하여 시소와 그네가 네트워크를 구축할 수 있도록 하였다.



[그림 2] 시소와그네 영유아통합지원센터 운영구조(이봉주 외, 2013, p.7)

<표 5> 시소와 그네 예산 현황

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	총계
서울(마포)	600	620	650	650	581	492	3,840
서울(강북)	-	350	630	631	565	490	2,666
서울(관악)	-	350	505	639	572	365	2,431
인천(송도)	-	600	600	601	440	463	2,804
부산(영도)	-	246	297	305	346	400	1,594
전북(군산)	-	415	567	567	474	500	2,553
충북(청주)	-	200	302	418	438	502	1,860
총계	600	2,781	3,551	3,811	3,416	3,212	17,748

주: 이봉주 외(2013). 시소와그네 영유아통합지원사업 성과분석 연구. 사회복지공동모금회, 서울대학교 산학협력단. p.17.

예산 현황을 살펴보면 2013년 현재까지 운영되고 있는 7개 센터에 2008년부터 2013년까지 총 177억 원이 투입되었다. 공동모금회 지원금, 지자체 지원금, 후원금 순으로 비중이 낮아진다. 각 센터별 예산 추이를 살펴보면 <표 5>와 같다. 서울과 인천 센터는 2012년부터 예산이 큰 폭으로 감소하였으며, 부산과 청주는 지속적으로 증가

하였다.

시소와 그네는 모든 센터에서 동일하게 진행하는 공통 사업과 각 지역별 특성에 따라 차별화하여 진행하는 지역 특화 사업으로 나누어 사업을 수행하고 있으며 이는 논리모델에 따라 진행된다(그림 3 참고).

먼저 공통 사업은 통합사례관리, 건강 가정방문 서비스, 교육중재서비스, 부모교육, 지역사회활동 5가지 영역으로 구성되어 있으며, 각 사업들이 논리모델에 근거하여 개발한 매뉴얼이 있어서 다양한 지역에서 사업이 수행되더라도 기본적인 부분은 전문적으로 이뤄질 수 있도록 하고 있다(표 5 참고).

통합사례관리는 0-7세 영유아와 가족 중 보호가 필요한 취약가정을 대상으로 한다. 보건, 복지, 보육 영역에서 복합적인 욕구가 1가지 이상이라도 있으면 대상이 될 수 있다. 요보호 대상 가정은 지자체나 유관기관을 통해 의뢰를 받거나, 직접 지역사회 안에서 필요한 욕구를 가진 가정을 발굴하는 과정을 통해 대상자가 선정된다. 이렇게 선정된 대상 가정은 집중형과 일반형으로 나뉘게 되며, 집중형은 2주에 1회, 일반형은 1개월-2개월에 1회 가정방문을 실시한다. 가정방문을 통해 FACNF(The Framework for the Assessment of Children in Need and their Families)를 활용하여 영유아 발달단계상의 욕구, 양육능력, 가족과 환경적 요인에 대한 욕구를 사정하고 서비스 계획을 수립하고 있다.

건강 가정방문 서비스는 0-36개월 영아를 대상으로 건강에 대한 사정과 교육이 이뤄지는 사업으로, 0-12개월은 2개월에 1번, 13-24개월은 3월에 1번, 25-36개월은 6개월에 1번씩 가정방문을 통해 수행되고 있다. 세부 내용을 살펴보면 신체건강과 정신건강, 발달 정도뿐만 아니라 양육 환경과 양육자의 특성에 대해서도 사정이 이뤄지며, 건강교육, 질병관리 연계서비스, 상담 등을 통해 지속적으로 건강 문제를 관리하고 기록한다.

교육중재서비스는 37개월 이상 유아의 부모를 대상으로 상호작용을 통한 자녀양육 방법을 교육하는 것으로 센터 또는 가정에서 진행된다. 대집단, 소집단 또는 개인을 대상으로 진행할 수 있으며, 대면 교육뿐만 아니라 전화 교육 등 다양한 형태로 진행이 가능하다. 교육중재 서비스는 12개 주제가 담긴 매뉴얼이 있으며, 이 매뉴얼을 활용하여 센터별로 필요한 8개 주제를 선택하여 각 주제당 4주씩 총 35주간 프로그램을 운영하고 있다.

투입	활동	산출	단기성과	중기성과	장기성과
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 센터 프로그램 스텝, 자원, 장비 ◦ 지역사회 다른 서비스 제공자 또는 네트워크 조직 ◦ 저소득, 빈곤 가족의 0세~7세(만6세) 영유아 ◦ 자원봉사자 ◦ 자문단 ◦ 외부강사 ◦ 시설 및 장소(기관) ◦ 교육자료 ◦ 커리큘럼 ◦ 동영상 ◦ 장비(교육기자재) 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 영유아 <ul style="list-style-type: none"> · 건강증진 프로그램 · 보육프로그램 · 인지발달 프로그램 ◦ 임신부/영아대상 가정방문 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> · 산전케어 · 건강스크리닝 · 양육기술교육 ◦ 부모교육 프로그램 ◦ 지역사회 <ul style="list-style-type: none"> · 서비스 네트워크 구축·활동 · 서비스조직화 등 지역과 함께 하는 활동 ◦ 통합사례관리 <ul style="list-style-type: none"> · 포괄적스크리닝, 사정 · 개별가정 지지계획 · 서비스제공자 연계 ◦ 통합적 사례관리 메뉴얼개발 및 배포 ◦ 실무자 교육과정 개발과 교육 ◦ 아웃리치를 통한 홍보와 케이스발굴 활동 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 각 활동에 참여하는 클라이언트의 참여수(명) ◦ 각 활동에 참여하는 클라이언트 참여기간 	<p>영유아 연령에 적합한</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 신체발달 ◇ 인지(언어)발달 ◇ 정서(사회성)발달 ◇ 행동발달이 파악·개선되기 시작한다. <p>◇ 양육자 정신건강(우울정도, 생활만족도, 자아존중감, 자기효능감)의 중요성</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 가족관계(부모자녀관계) 중요성 인식 ◇ 안정된 가정환경(결혼만족도, 가족자원등)의 필요성 인식 <p>◇ 통합사례관리구축·활동</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 서비스네트워크 구축과 활동 ◇ 네트워크 참여기관의 담당자 역량강화 ◇ 지역사회 빈곤아동의 건강한 성장에 대한 주민인식 변화 	<p>영유아 연령에 적합한</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 신체발달 ◇ 인지(언어)발달 ◇ 정서(사회성)발달 ◇ 행동발달이 일정수준까지 지속적으로 촉진된다. <p>◇ 지지적인 양육실천</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 가족의 생활안정 ◇ 긍정적 가족관계 구축 ◇ 긍정적이고 건강한 가정환경 구성 <p>◇ 빈곤가족과 아이의 지역사회 가용 서비스 접근성 향상</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 질 높은 서비스 전달 ◇ 지역사회 빈곤아동의 담당자 전문성 강화 ◇ 지역사회공동체 의식증가 	<p>영유아의 발달연령에 맞는 신체, 인지(언어), 정서(사회성), 행동발달을 성취한다.</p>

[그림 3] 시소와그네 영유아통합지원센터 논리모델(이봉주 외, 2013, p.9)



부모교육은 시소와 그네 이용대상인 0-7세 영유아 부모 전체를 대상으로 하며, 부모교육 매뉴얼에 제시된 주제 중 8개 주제를 선택하여 매주 1회 2시간씩 8주간 집단상담의 형태로 진행하고 있다. 교육 초기에는 구성원 간 관계를 형성하고 부모 자신을 이해하는 것을 중심으로 진행되며, 중기에는 효과적인 부모역할을 수행할 수 있도록 양육기술 훈련을 실시하며, 말기에는 배우자와 가족에 대한 이해와 참여자간 지지그룹 형성을 통해 자조모임으로 나아갈 수 있는 기반을 마련한다.

지역사회활동은 커뮤니티 임팩트를 적용한 사업으로 지역사회조직사업과 유사하다. 먼저 지역사회를 알기위해 지역 안으로 들어가 탐색하고, 지역주민들과 관계를 맺는 것으로 시작하여 지속적인 만남과 소통을 통해 신뢰를 구축한다. 이 과정에서 지역사회 문제와 욕구를 파악하고 실태조사를 통해 기초선을 조사한다. 이를 토대로 그 지역사회의 아젠다를 도출하며 이를 해결하기 위해 주민의 힘을 모으고 네트워크를 구축하여 지역사회의 역량을 강화한다. 장기적으로는 이 네트워크가 지속적으로 활동함으로써 지역사회의 변화를 창출하는 원동력이 되도록 하는 것이 지역사회활동의 목적이다.

<표 6> 시소와 그네 공통사업 세부 내용

사업명	대상	내용
통합 사례 관리	- 0~7세 영유아와 가족 중 요보호 대상 가정 - 지자체, 유관기관 의뢰, 지역사회 발굴	- 영유아 발달단계상의 욕구, 양육능력, 가족과 환경적 요인에 대한 욕구 사정 및 서비스 계획 수립(FACNF) - 강점관점에 근거한 사례관리 매뉴얼 활용 - 집중형, 일반형에 따른 가정방문
건강 가정 방문 서비스	- 0~36개월 영아	- 가정방문 영아 건강관리 매뉴얼 활용 - 가정방문 시 신체건강 사정, 정신건강사정, 발달사정, 환경 및 양육자 사정, 건강교육, 건강문제 경과 기록 - 영아 연령에 따라 방문 빈도 다름 - 질병관리 연계 서비스, 상담서비스, 집단 건강교육 등
교육 중재 서비스	- 37개월 이상 유아의 부 모	- 유아-부모가 함께 하는 교육중재 매뉴얼 활용 - 상호작용을 통한 자녀양육방법 교육(12개 주제중 선택, 1개 주제당 4주) - 센터 또는 가정에서 진행
부모 교육	- 0~7세 영유아의 부모	- 영유아 특성을 고려한 부모교육 매뉴얼 활용 - 8개 주제 선정하여 2시간씩 8주간 진행
지역 사회 활동	- 센터 관할 지역	- 커뮤니티 임팩트 개념 활용 - 지역사회 탐색, 관계 맺기, 신뢰 구축, 지역사회 아젠다 도출, 문제해결을 위한 조직 및 네트워크 구성 등

주: 이봉주 외(2013). 시소와그네 영유아통합지원사업 성과분석 연구. 사회복지공동모금회, 서울대학교 산학협력단. p.11-16; 시소와 그네 홈페이지(www.seesawswing.org) 재구성함.

센터별 특화 프로그램은 <표 7>과 같다. 지역별 특화사업이지만 여러 지역에서 공통적

으로 수행되고 있는 사업은 영유아와 엄마들에게 쉼터를 제공하는 육아카페, 육아사랑방, 도서방 운영이며, 아이를 함께 돌보며 도움을 주는 양육품앗이와 아이사랑도우미, 지역의 인식개선이나 변화를 목적으로 하는 축제, 복지포럼, 박람회 등이다. 지역의 욕구와 지역사회자원에 따라 콘서트, 모-자 또는 부부 프로그램 운영, 치료프로그램 운영, 베희시장 등 다양한 프로그램이 진행되고 있다. 이는 지역의 욕구와 특성을 반영하여 나타난 결과임과 동시에 공동모금회가 다양한 방식의 운영 형태를 시범사업으로 실시하여 나타난 특성이기도 하다.

<표 7> 시소와 그네 센터별 특화 프로그램¹⁾

지역	프로그램
서울(마포)	육아카페 운영, 양육 품앗이, 주먹밥 콘서트(문화행사), 공모전, 지역 축제 등
서울(강북)	육아카페 운영, 양육 품앗이, 취학지원 프로그램, 영유아 문화공연, 모아애착증진 프로그램, 부부관계 증진 프로그램, 양육자 글쓰기, 나눔축제 등
서울(관악)	육아사랑방(쉼터 공간) 운영, 별별장터(베희시장) 운영, 통합치료프로그램, 영유아박람회, 부모 힐링 프로그램 등
인천(송도)	별난놀이터(지역 행사), 복적복적 책잔치, 독서지도 멘토링, 가족문화 활동, 아이사랑도우미, 지역사회 대상 인식개선 사업 등
부산(영도)	영유아 도서방 운영, 치료지원사업, 부모 상담, 문화체험, 멘토링 프로그램, 영유아 나눔 장터, 지역축제, 영유아 복지포럼 등
전북(군산)	임산부 건강관리 및 출산 지원, 영유아 인지·정서치료, 상상놀이터(오감 자극, 도래관계 등), 놀잇감 대여, 문화체험, 가족관계개선 프로그램 등
충북(청주)	영유아 건강식 교실, 영유아 치료 프로그램, 인지향상 프로그램, 임신태교 교실, 그림책연구회, 체험 박람회, 문화 행사, 취학지원 프로그램 등

주: 시소와 그네 홈페이지(www.seesawswing.org) 재구성함.

2. 위스타트 마을

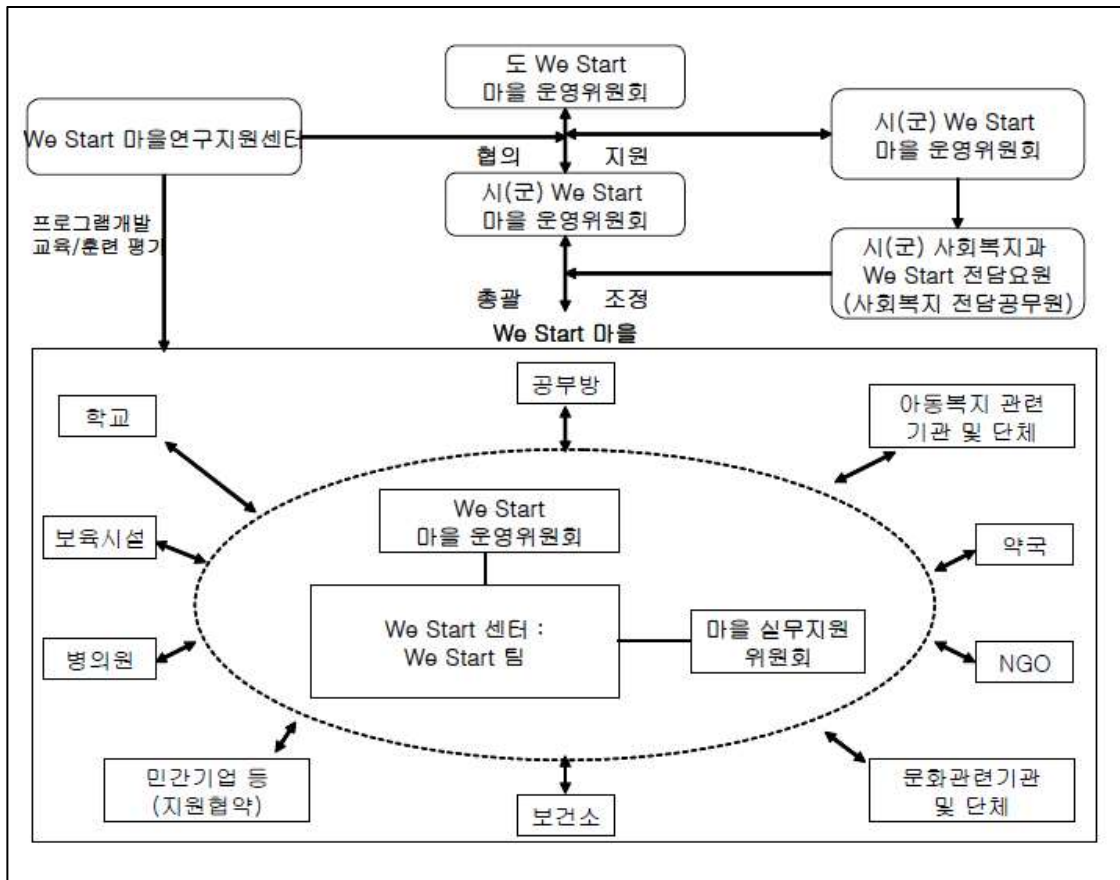
위스타트 마을 사업은 2004년 중앙일보 탐사기획 ‘가난에 갇힌 아이들’ 5회 연재를 계기로 빈곤 아동의 절박한 삶에 대한 사회적 관심이 집중되면서 어린이재단, 사회복지공동모금회, 중앙일보 등 50여개 민간단체들이 가난의 대물림을 끊기 위해 위스타트운동본부를 발족하면서 시작하게 되었다. 위스타트(We Start)의 뜻은 ‘우리(We) 모두가 함께 나서 저소득 가정의 아이들에게 복지(Welfare)와 교육(Education), 건강(Health) 서비스를 지원하여 공정한 삶의 출발(Start)을 돕자’이다. 위스타트마을 사업의 목적은 지역사회

1) 홈페이지 상에 게시된 내용을 중심으로 정리하여 누락된 부분이 있을 수 있음.

회 저소득층 아동들의 건강하고 건전한 발달을 도모하는 것이며 이를 위해 아동, 가족, 지역사회의 변화를 목표로 한다. 위스타트는 0세-12세 모든 아동 및 가정을 대상으로 하며 저소득층을 중심으로 사업을 수행한다. 복지, 교육, 건강서비스를 3대 축으로 하여 저소득 가정의 아이와 해당 가정에 대한 사례관리를 통해 맞춤형 역량강화 서비스를 제공하며, 기존의 단발적인 시혜성 아동복지가 아닌 공정한 출발선을 제공해 근본적인 자립능력을 향상시키고자 하는 방향성을 가지고 있다(<http://westart.or.kr>).

2004년 위스타트 운동본부가 발족하면서 경기도 시범사업으로 4개 마을을 운영하기 시작하였으며, 2005년 경기 4개 마을, 강원 3개 마을, 서울 2개 마을을 개소하였다. 2008년 강원 6개 마을, 경기 12개 마을, 서울 2개 마을, 전남 3개 마을로 총 23개 마을까지 확장되었으며, 2013년 경기도 1개 마을이 줄어 총 22개 마을로 감소하였다. 2014년 현재 경기도 위스타트 마을이 드림스타트로 통합되면서 총 12개 마을로 축소되었다(<http://westart.or.kr>). 이는 위스타트 마을이 기본적으로 정부 재정으로 운영이 되고 있어 시나 도의 재정 지원이 지속되기 어려운 상황이 되어 드림스타트로 통합된 것이다.

위스타트 마을 운영체계도는 경기도를 예시로 살펴보면 [그림 4]와 같다. 먼저 교육, 보건, 복지 영역의 전문가를 중심으로 도 위스타트 마을 운영위원회를 구성하고, 이에 상응하는 시(군) 위스타트 마을 운영위원회를 구성하여 마을단위의 위스타트 마을 사업을 총괄한다. 위스타트 마을 안에도 마을 운영위원회를 구성하여 사업 운영을 지원하도록 하고 있다. 위스타트 마을 내 위스타트 센터에 배치하는 인력은 센터를 총괄하는 사회복지사 1인(팀장), 간호사 1인, 보육교사 1인, 사회복지사 1인을 최소 인력으로 정하고 있다. 위스타트 마을 내 위스타트 센터는 마을 내 다양한 연계 기관들과 네트워크를 형성하고 이들이 빈곤아동의 안전망으로서 역할을 할 수 있도록 운영하는 역할을 담당한다(이봉주, 2009).



[그림 4] 위스타트 운영체계도(이봉주, 2009, p.10)

위스타트 마을은 사업 표준안에 따라 사업을 수행하고 있다. 첫째, 복지, 교육(보육), 건강을 3대 축으로 맞춤형 서비스를 제공하며, 둘째, 근본적인 자립능력을 키워주고, 셋째, 아이의 건강한 성장을 위해 조화로운 지역사회 네트워크를 만드는 것이다. 이에 근거하여 수행하고 있는 사업을 살펴보면 <표 8>과 같다. 복지영역은 통합적 사례관리를 중심으로 학교사회복지사업과 방과후 프로그램을 운영하고 있다. 교육영역은 영유아 교육 프로그램으로 영아용 가정방문 프로그램, 유아용 기관방문 소집단 프로그램을 운영하고 있다. 건강영역은 가정방문간호 사업으로 건강검진, 건강관리, 발달검사 및 심리검사, 건강교육 등을 진행하고 있다. 또한 전체 영역에서 진행되는 부모교육과 자조모임, 가족 역량강화 지원사업, 지역자원개발과 지역사회 네트워크 구축, 마을운영위원회 등의 프로그램이 있다.

<표 8> 위스타트 마을 사업 개요

복지	교육	건강
* 통합사례관리 - 학교사회복지사업 - 방과후 공부방 운영 - 기초학력증진 및 문화체험사업 - 지역사회연계 및 복지지원사업	* 영유아 교육프로그램 - 영아 가정방문 교육중재 - 유아 기관방문 교육중재 - 부모 양육지원 및 역할 증진사업 - 주말가족 프로그램 - 보육센터 개방	* 가정방문간호 사업 - 신체, 정서, 정신건강 사업 - 건강관리 및 증진사업 - 건강교육, 의료비 지원 - 건강검진, 발달심리 검사 - 임신, 출산 및 양육지원 - 의료네트워크 구성

주: 위스타트 홈페이지(<http://westart.or.kr>) 재구성함.

사업을 영역별로 자세히 살펴보면 복지영역은 빈곤아동과 가족을 위한 지역 기반의 보호프로그램을 구성하여 통합적 사례관리를 실시한다. 아동의 경우 학교에서 적응이 주요한 발달과제 중 하나이므로 지역 내 학교 내에 사회복지사를 파견하여 아동이 학교 내에서의 적응을 돕는다. 또한 방과후 적절한 돌봄이 이뤄질 수 있도록 공부방과 프로그램을 운영한다. 교육(보육) 영역에서는 영아와 유아를 구분하여 프로그램을 진행하는데 영아의 경우 양육자와 함께 가정에서 프로그램에 참여할 수 있도록 가정방문을 통해 개입이 이뤄진다. 주요 내용은 영아의 발달을 촉진하는 활동을 소개하고 부모가 자녀와 어떻게 상호작용하는지 모델링이 될 수 있도록 한 후 부모가 직접 할 수 있도록 격려하는 것이다. 인지활동, 언어활동, 신체활동, 음악과 미술활동, 기본생활습관, 실외활동 6개 영역으로 구성되어 있으며, 총 53회로 1년의 기간 동안 진행된다. 유아의 경우 취학전 유아가 주로 이용하는 어린이집이나 유치원을 방문하여 금림책 읽기 활동, 언어, 수·과학 활동, 기본생활습관 관련 활동으로 약 1년간 총 52회 진행된다. 건강 영역은 가정방문간호 사업으로 신혼부부와 임신부의 자가건강관리 능력을 향상시키고, 건강한 임신과 출산을 할 수 있도록 건강교육을 실시하며, 영유아는 성장발달에 대한 스크리닝을 통해 문제가 있는 경우 조기 발견하여 개입할 수 있도록 한다. 또한 모아 상호작용 증진을 위해 어머니의 육아능력 향상을 위한 교육과 상담이 함께 이뤄진다. 이러한 위스타트 마을 사업들은 논리모델에 근거하여 수행되고 있으며, 경기도 위스타트 마을의 예를 살펴보면 [그림 5]와 같다.



투입	활동	산출	성 과	
			단기	장기
운영위원회 센터인력 We Start 팀장 건강조정자 보육조정자 복지조정자 수행인력/기관 보육교사 가정방문간호사 공부방 교사 특기적성교사 학교 사회복지사 연계 기관 예산	복지: 통합사례관리 학교사회복지 방과 후 프로그램 보건: 영유아 건강교육 보건 가정방문 보육/교육: 영아용 가정방문 프 로그램 유아용 가정방문 프 로그램 보육센터 지역프로그램: 특기적성 프로그램 건강의료지원 부모참여	서비스 산출물: 참여 아동 수 영역별 서비스 분포 서비스 접촉 횟수 서비스 접촉 아동 수 서비스 기간 서비스 빈도 연계 아동 수 서비스 만족도: 아동만족도 부모만족도	0-12세 모든 아동 영양상태의 증진 안전의 증진 아동방임 감소 0-6세 영유아기 아동 정서적 건강의 증진 또래관계 능력의 증진 7-12세 초등학교 연령대 아동 건전한 학습태도의 향상 친사회적 행동의 증 진 부모/주 양육자 건강한 생활습관 바람직한 자녀 양육 방법의 증진	0-12세 모든 아동 신체적 건강 증진 부모 애착관계 증진 0-6세 영유아기 아동 인지능력의 향상 자존감의 증진 7-12세 초등학교 연령대 아동 학교적응력의 향상 학업성취도의 향상 부모/주 양육자 자아개념 증진 가정환경의 변화

[그림 5] 경기도 위스타트마을 논리모델(이봉주 외, 2007, p.11)

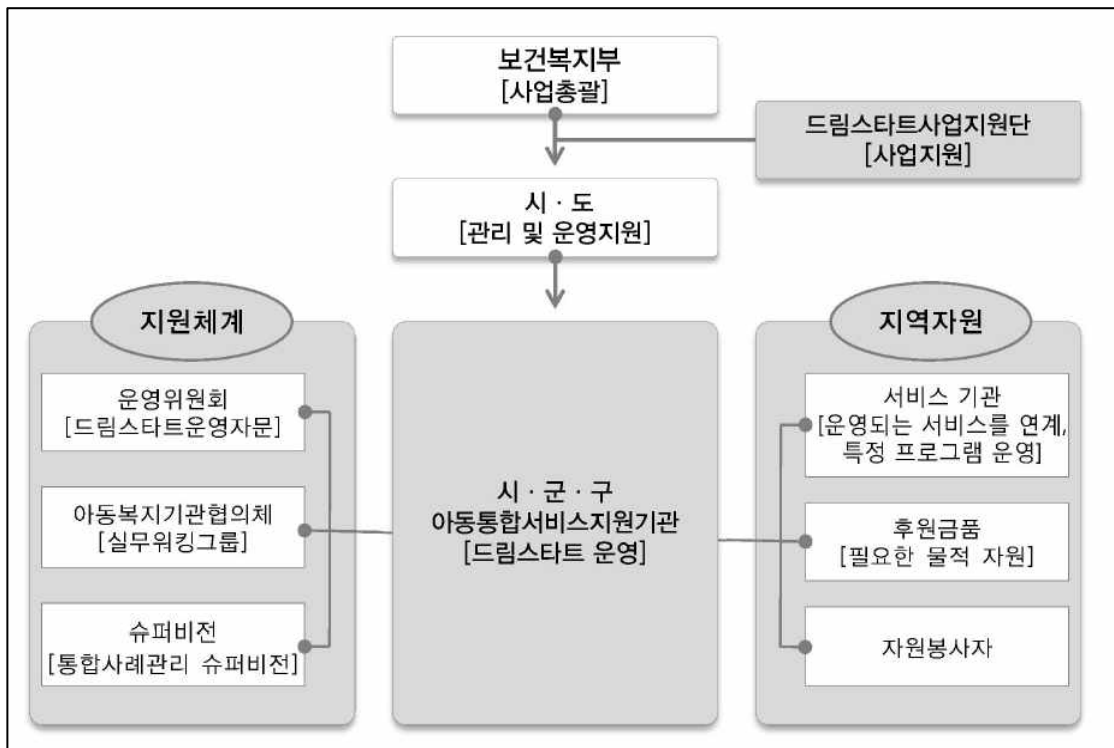
3. 드림스타트 아동통합서비스지원기관

드림스타트 아동통합서비스지원기관(이하 드림스타트)는 아동복지법 제37조, 아동복지법시행령 제37조에 근거하여 시·군·구가 설치하여 관리하는 아동통합서비스지원기관이다. 드림스타트는 0세-만 12세 아동 및 가족을 대상으로 맞춤형 통합서비스를 제공하여 아동의 건강한 성장과 발달을 도모하고 공평한 출발기회를 보장함으로써 건강하고 행복한 사회구성원으로 성장할 수 있도록 지원하는 것을 목적으로 한다(보건복지부, 2014). 이때 국민기초수급 및 차상위 계층이나 법정 한부모가정, 조손가정, 학대 및 성폭력 피해 아동 등 취약계층을 우선적으로 지원한다. 서비스 지원 대상을 모든 취약계층 아동으로 포괄하는 것을 목표로 사업지역을 시·군·구 내 전체 읍·면·동으로 확대하고, 방임등 위기개입 아동을 우선 지원하고, 모든 취약계층 아동으로 연차적으로 확대하고자 하는 방향을 가지고 있다(보건복지부, 2014).

2006년 20개 보건소에서 시범사업을 시작하였으며, 2007년 ‘희망스타트’를 사업명으

로 16개 지역에서 시작되었다. 이후 2008년 사업명을 ‘드림스타트’로 변경하였으며, 32개소로 확대되었다. 매년 센터 수를 확대하면서 2013년 211개소가 운영되었으며, 2014년에는 220개소까지 확대될 예정이다. 사업예산은 서울을 제외한 모든 시·군·구는 국비 100%로 3억원을 기준으로 지원받으며, 지역 환경을 반영하여 차등지원하고 있다. 서울은 국비 2억원(66.7%)과 부족분은 지방자치단체에서 충당한다(보건복지부, 2014).

드림스타트 운영체계도는 [그림 6]과 같다. 보건복지부가 사업을 총괄하고 각 시·도에서 관리와 운영을 지원하며, 시·군·구에서 아동통합서비스지원기관인 드림스타트를 설치하여 운영한다. 이때 다양한 지역자원을 활용하며 운영 시 운영위원회, 아동복지기관협의체 등의 지원체계로부터 자문과 감독을 받아 사업에 반영한다. 중앙센터인 드림스타트사업지원단은 각 드림스타트가 잘 운영될 수 있도록 지원하는 역할을 하며, 성과 평가를 진행한다. 드림스타트 내 인력구조를 살펴보면 운영 책임은 시장이나 군수, 구청장이 맡게 되며, 전담 공무원 최소 3인과 아동통합서비스전문요원 4명 배치가능하다. 전담공무원은 사회복지, 간호·보건, 행정분야 각 1인씩 최소 3인을 배치해야 하며, 전문요원은 건강, 복지, 보육(교육) 영역별로 채용할 수 있다.



[그림 6] 드림스타트 운영체계도(보건복지부, 2014, p.11)

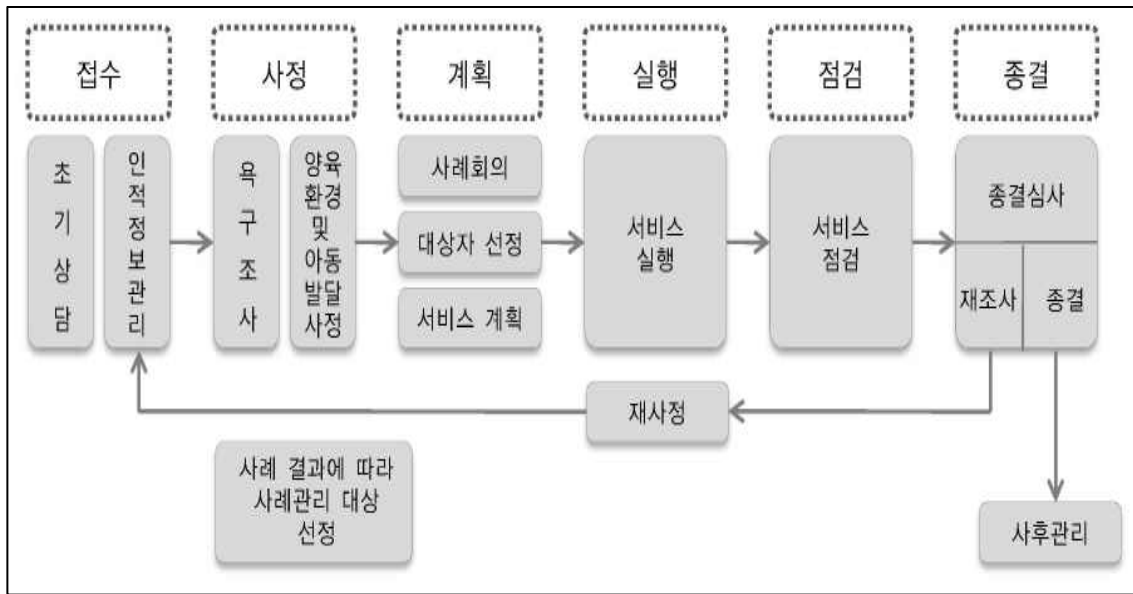
드림스타트는 통합사례관리를 주요 업무로 수행하고 있다. 사례관리는 아동의 양육환

경과 아동의 발달영역, 발달 연령을 고려하여 전문화된 서비스를 통합적으로 제공함으로써 전인적인 발달을 도모하는 것을 첫 번째 목표로 한다. 두 번째는 지역사회 안의 다양한 기관들과 전문가들과의 팀 접근을 통해 저소득 가정의 문제 해결 능력을 향상시키는 것을 목표로 한다. 세부 내용을 살펴보면 가정방문과 상담을 통해 현황 및 욕구조사, 양육환경 및 아동발달 사정이 이뤄지며, 이를 통해 서비스 목표를 수립하고, 사례관리를 계획하여 지역 내 다양한 기관이나 자원 연계를 통해 맞춤형 서비스를 제공하고 지속적으로 관리하는 것이다(그림 6 참고).

대상자 선정은 기초수급 및 차상위 계층 가정, 법정 한부모가정, 조손가정, 학대 및 성폭력 피해 아동 가정을 중심으로 하며, 지역 내 관련기관이나 학교, 동사무소, 지역사회 등을 통해 의뢰된 경우, 또는 본인이 직접 요청한 경우 뿐 만 아니라 직접 필요한 사례를 발굴하여 지원하고 있다. 대상자 선정을 위한 사정단계에서는 욕구조사와 양육환경 및 아동발달 사정이 이뤄진다. 욕구조사 시 안전, 건강, 교육, 기타 영역으로 나누어 사정하며, 안전 영역에서는 폭력, 성폭력, 유기, 방임 등이 가족 내외에서 일어나고 있는지 확인한다. 건강 영역에서는 영양결핍, 비만, 만성질환, 질병과 상해 등 신체적 건강과 약물중독, 정신장애, 자살문제 등과 관련된 정신적 건강에 대해 사정한다. 교육 영역에서는 읽기, 쓰기, 말하기, 수리 능력 등 기초지식에 관한 것과 수업료, 급식비, 무단결석 등 교육 환경에 대한 부분을 확인한다. 세 가지 영역과 더불어 기타 내용으로 가정의 전반적인 욕구와 문제를 파악한다. 양육환경과 아동발달 사정은 영아용, 유아용, 취학아동용, 임신부용으로 구분된 사정도구를 사용하여 아동과 가족의 현재의 다양한 욕구와 상황, 미래 발생 가능한 위기 요인을 파악한다.

사정단계에서 파악된 욕구와 문제를 근거로 사례회의를 실시하여 드림스타트 사례관리 대상자를 선정한다. 사례관리 대상자는 위기 정도에 따라 위기개입, 집중사례, 일반사례, 비개입 사례 4가지로 구분되며, 위기개입은 1개월, 집중사례와 일반사례는 3개월 주기로 사례점검을 한다. 또한 재사정은 위기개입은 3개월, 집중사례는 6개월, 일반사례는 12개월 이내에 실시하여 적절한 서비스가 제공될 수 있도록 한다. 비개입 사례에 대해서도 1년 마다 재사정을 통해 욕구와 문제를 파악한다.

서비스 실행은 기본서비스, 필수서비스, 맞춤서비스로 구분되며, 기본서비스와 필수서비스는 사례등급과 상관없이 제공된다. 제공되는 서비스는 각 아동과 가정, 지역사회에 따라 다르며, 지역 내 서비스 기관 및 자원 연계를 통한 제공을 원칙으로 한다. 점검 및 평가를 통해 만 13세 이상이 되었거나, 이사 또는 연락이 두절되거나, 아동이나 가정이 서비스를 거절하거나, 목표가 달성되어 문제가 개선되었거나 사례회의 결과 합의된 경우 사례를 종결하게 된다. 종결사례에 대해서는 사후관리를 통해 상황에 따라 사례로 재선정하거나 다른 기관과 연계하는 등의 개입이 이뤄진다.



[그림 7] 드림스타트 통합사례관리 과정(보건복지부, 2014, p.41)

드림스타트 홈페이지에 안내된 세부 프로그램을 살펴보면 <표 9>와 같다. 프로그램은 정서·행동 분야, 신체·건강 분야, 인지·언어 분야 3개 영역으로 나뉘며 정서·행동 분야의 프로그램은 권리신장을 위한 아동교육, 문화 및 여가 프로그램, 사회성 및 정서 발달 프로그램이 있다. 신체·건강 분야에서는 건강검진, 구강보건서비스, 산전·산후 관리 서비스, 찾아가는 맞춤형 건강관리 서비스, 정신건강 지원 서비스, 건강자원연계 서비스가 진행되고 있다. 인지·언어 분야는 가정에 방문하여 놀이활동이나 책임기를 해주는 프로그램과 아동이 센터에 방문하여 진행되는 과학교실, 한자교실, 미술교실, 논술교실, 학습 및 특기적성 지원 프로그램, 부모교육이 포함된다.

<표 9> 드림스타트 세부 프로그램 내용

영역	프로그램명	내용
정서·행동 분야	권리신장을 위한 아동 교육	- 드림스타트 대상 아동 중 초등학생 - 신체적, 정신적, 정서적으로 건강하게 성장하기 위하여 필요한 전문 권리교육을 통해 아동의 권리 의식 함양
	문화 및 여가 프로그램	- 드림스타트 대상 전 가구 - 공연관람, 가족문화체험을 통해 견문을 넓히고 풍부한 경험 축적
	사회성 및 정서 발달 프로그램	- 아동밴드, 다도교실, 꿈동이 봉사단활동을 통해 사회성 및 정서 발달 기회 제공
신체·건강 분야	건강검진	- 초등학생 - 학령기 아동 대상으로 혈액검사, 소변검사, x-선 촬영 등
	구강보건	- 드림스타트 대상 중 희망자



		<ul style="list-style-type: none"> - 구강교육, 구강검진, 불소도포 및 치아 홈 메우기 시술 등
	산전·산후관리	<ul style="list-style-type: none"> - 임신부 - 기초 건강검진 실시 및 신생아 돌보기 및 모유수유 교육
	찾아가는 맞춤형 건강관리	<ul style="list-style-type: none"> - 드림스타트 대상 - 0-6세 아동 및 건강문제가 있는 가족을 방문하여 기초육구 조사, 영·유아 성장발달 체크, 가족의 건강문제 발견, 건강상담 및 간호서비스 제공 - 아토피, 비만 교실 운영
	정신건강	<ul style="list-style-type: none"> - 희망자 - 아동의 행동과 정서적인 문제를 조기 발견하고 중재(정신보건센터 연계)
	건강지원연계	<ul style="list-style-type: none"> - 드림스타트 대상 중 희망자 - 영아 이유식 및 기저귀 지원, 의약품 지원, 저 체중 아동의 영양제 지원 - 예방접종 실시 및 허약아동 한방의료서비스 제공
인지·언어 분야	가정방문 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> - 만 0~2세 - 영아를 대상으로 수준별 놀이 활동 및 책 읽기 활동
	센터방문 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> - 초등학생 - 과학교실, 한자교실, 미술교실, 논술교실 운영
	언어 및 인지 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> - 유아 및 초등 저학년 - 유아 가베 교실, 엄마와 함께하는 오감발달교실, 경제야 놀자, 미술나라
	학습 및 특기적성 교육 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 취학 전 유아 및 초등 아동 - 학습지, 독서지도, 특기적성학원의 연계를 통해 아동에게 적절한 기회 제공
	부모교육	<ul style="list-style-type: none"> - 드림스타트 대상 아동부모 - 효율적인 부모역할을 위한 양육정보 및 가족체험학습 제공

주: 드림스타트 홈페이지(<http://www.dreamstart.go.kr>) 재구성함.

IV. 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스 프로그램 분석

앞서 제시한 Total Environment Assessment Model - Early Child Development(TEAM-ECD) 분석틀에 따라 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스 프로그램을 분석하고자 한다(표 1 참고, p. 4).

1. 시소와 그네 영유아통합지원센터

시소와 그네 세부 프로그램을 TEAM-ECD에 근거한 분석틀에 따라 정리하면 <표 10>과 같다. 시소와 그네 사업의 특성 상 공통 프로그램과 특화 프로그램으로 나누어 제시하였다. 공통 프로그램의 경우 7개의 체계와 세부 기준을 모두 고려하였으며, 지역별 특화 프로그램의 경우 지역사회, 관계망, 프로그램 체계에 대한 고려가 일부 누락되었다. 이는 프로그램 체계와 공식적 지지인 관계망 체계와 같이 공통사업에서 다루어질 수 밖에 없는 영역도 있으나, 지역사회 체계는 지역에서 더 특화되어 적용될 수 있는 부분이나 포괄되지 못한 한계점을 가진다.

<표 10> 시소와 그네 세부 프로그램 분석

하위 체계	요소	세부 프로그램	
		공통	특화
개인	생물학적 특성	통합 사례관리, 건강가정방문 서비스 등	임산부 건강관리 및 출산 지원
	영양	건강가정방문 서비스	영유아 건강식 교실
	관계의 질, 놀이	건강가정방문 서비스, 교육중재 서비스, 부모교육	상상놀이터(오감 자극, 또래관계 등), 놀잇감 대여,
가족	가족의 특성	통합 사례관리, 건강가정방문 서비스	부모 상담, 양육자 글쓰기
	아동-가족 관계	교육중재 서비스, 부모교육	모아애착증진 프로그램
	가족 관계의 질	통합 사례관리, 부모교육	부부관계 증진 프로그램, 족관계개선 프로그램, 가족문화 활동
지역사회	경제적 환경	지역사회활동	-
	서비스 환경	지역사회활동	육아카페 운영, 콘서트
	사회적 환경	지역사회활동	-

하위 체계	요소	세부 프로그램	
		공통	특화
광역지역	지역 특성 및 다양한 문제들	지역사회활동	공모전, 지역 축제, 베품시장, 박람회
관계망	공식적 지지	통합사례관리	-
	비공식적 지지	통합사례관리, 지역사회활동	주민조직, 양육 품앗이, 멘토링,
프로그램	프로그램 질 관리	공동사업 전체 매뉴얼	-
	효과성	논리모델 근거한 평가	-
시민사회	시민 조직 구성, 행동 실천	지역사회활동	주민조직, 양육 품앗이

시소와 그네는 커뮤니티 임팩트를 적용한 사업으로 시민사회 체계, 지역사회 체계, 광역지역 체계를 고려한 사업 수행에 강점을 나타내고 있다. 이는 실무자의 인터뷰에서 더 잘 드러난다.

영유아 개인한테 개입하는 것 이상으로 엄마들 환경체계에 개입을 더 많이 하자고 하고, 가족, 지역사회 그리고 그것이 사업이나 사례관리 안에서 지역안에서 같이 스며들 수 있도록 하는 것에 초점을 많이 맞췄죠. 지역사회 개입이라고 하면 보통 기관 네트워크를 많이 얘기하시는데 저는 기관 네트워크보다는 엄마들의 관계망, 이웃망을 많이 만들어주는 것들에 훨씬 더 포커스를 많이 맞췄어요. 그래서 그런 것들이 이루어지는 과정에서 보니 영유아에게 중요한 것이 맞구나하고 느낀 이유는 놀라운 변화들을 경험한 것이죠. 첫 번째는 엄마들의 힘이 많이 생겼고, 두번째로 지역사회에서 시소와 그네가 운영되면서 영유아에 대한 관심도가 높아지고 영유아에 대한 개입의 필요성에 대한 인식이 높아졌어요.

5년간 엄마들 계속 훈련시키고 엄마들의 마인드를 같은 마인드로 함께 할 수 있도록 하는 것, 그리고 엄마들의 힘을 키워 주는 역할을 하는 과정에서 엄마들이 입법 과정에 참여하게 되었죠. 그래서 입법예고도 됐고, 정책 출범 법을 만들었죠. 그리고 최초로 지자체에서 예산 4억을 다 받아냈어요. 그래서 이런 엄마들의 목소리는 지역 영유아 엄마들의 욕구들을 다 반영한거다 라고 생각을 해요. 또 이 엄마들이 이번에 정책에도 관심을 가지게 되어서, 6.4 지방 선거 때 정책 제안을 준비하고 계시기거든요.

초기 전략을 잘 세운 것은 저희가 지역사회하고 만날 때도 엄마들을 만날 때도 이들을 어떻게 만났으면 좋을까, 어떤 전략을 가지고 만나야 될까였는데, ‘기존의 방식대로 만나지 말자, 새로운 방식, 사회복지 근본대로 찾아가자 겸손히 만나고 그들을 존중해주자. 그들이 가지고 있는 강점을 끄집어 내주자. 그리고 그들이 우리 센터를 통해서 자존감을 세울 수 있는 일들을 한번 찾아보자.’였는데 그런 것들이 어머니들의 역량을 키우는 데, 그리고 마음을 맞춰가는 데 도움이 된 것 같아요. 또 지역사회 같은 경우에는 이미 네트워크가 너무 잘 되어 있는 거예요. 그래서 이 네트워크로 그들의 삶을 변화시키는데 한계가 있다면 우리는 다른 방식으로 만나고, 영유아에게 정말 필요한 기관임에도 불구하고 네트워크가 안 된 기관이 있다면 그들을 만나게 했어요. 그러니까 우리가 원하는 네트워크가 아니라 이용자들이 원하는, 잘 이용할 수 있는 네트워크를 만들어주자는 것이 목표였죠.

2. 위스타트 마을

위스타트 세부 프로그램을 TEAM-ECD에 근거한 분석들에 따라 정리하면 <표 11>과 같다. 7개의 체계 중 지역사회 체계의 경제적 환경을 고려한 프로그램이 부재한 것으로 분석되었다. 위스타트의 경우 취약 지역 내 마을을 단위로 사업을 수행한다는 측면에서 지역사회의 경제적 환경을 고려한다고 볼 수 있으나, 실질적으로 지역사회의 욕구와 문제를 찾고, 그것을 고려하여 진행되는 프로그램이 부재하기 때문에 이 부분의 보완이 필요하다.

<표 11> 위스타트 세부 프로그램 분석

하위체계	요소	세부 프로그램
개인	생물학적 특성	통합 사례관리, 영유아 교육 프로그램, 가정방문간호 사업, 건강검진, 발달심리 검사
	영양	임신, 출산 및 양육지원, 건강교육
	관계의 질, 놀이	학교사회복지사업, 영아 가정방문 교육중재, 유아 기관방문 교육중재
가족	가족의 특성	통합 사례관리, 가정방문간호사업, 부모 양육지원 및 역할 증진 사업
	아동-가족 관계	부모 양육지원 및 역할 증진 사업, 부모교육, 건강교육
	가족 관계의 질	통합 사례관리, 학교사회복지사업, 가족역량강화 지원사업, 주말가족 프로그램
지역사회	경제적 환경	-
	서비스 환경	학교사회복지사업, 방과후 공부방 운영, 지역사회연계, 복지지원사업, 네트워크 구축, 보육센터 개방
	사회적 환경	지역사회 연계
광역지역	지역 특성 및 다양한 문제들	운영위원회
관계망	공식적 지지	통합사례관리
	비공식적 지지	통합사례관리, 학교사회복지사업, 지역자원개발, 지역사회연계, 복지지원사업, 의료네트워크 구성
프로그램	프로그램 질 관리	아동 건강 사례관리 메뉴얼
	효과성	지역별 효과성 평가
시민사회	시민 조직 구성, 행동 실천	부모자조모임, 운영위원회, 지역사회 네트워크 구축

반면, 빈곤의 대물림에 대한 문제의식에서 시민과 민간단체가 조직한 시민단체가 위스타트 운동본부를 운영하고 있어, 시민사회 체계가 각 체계와 상호교류하며 적절한 역할을 수행하고 있는 강점을 가진다. 이는 실무자의 인터뷰에서도 나타난다.

위스타트 안에는 세 개의 스타트 구성이 되어 있는데, 하나는 칠드런 스타트고 하나는 패밀리 스타트고 하나는 커뮤니티 스타트예요. 그래서 처음부터 지역공동체를 만들어서 지역주민들이 함께 만들어 나가는 공동체로 만들어 나가자 이것이 위스타트의 기본적인 운영 방향이죠.

지금도 협력을 같이 하고 있어요. 예를 들어서 정신건강 증진 센터에서 사례관리를 하고 있는 케이스는 아무래도 성인이기 때문에 저희는 아동하고 2세대 정도 아동하고 가족을 접근하지만 아동 중심이기 때문에 같이 사례관리를 하더라도 어느 세대가 더 주요 욕구가 있느냐에 따라서 우리가 주 사례관리자가 되기도 하고 그 기관이 주 사례기관이 되기도 하고 같이 협력해서 사례관리를 계속 해왔거든요. 우리의 강점이라고 하면 저소득층에 대해서 지속적으로 사례관리를 해왔다는 것이고, 영유아부터 사례관리 한 것도 위스타트가 첫 시도였거든요. 아동을 중심으로 하는 복지 서비스의 출발로 아동, 가족, 지역사회의 역량을 키우고 변화할 수 있도록 통합적 관점에서 네트워크를 구성하고 그것이 효율적으로 운영될 수 있도록 하는 것이 제일 큰 강점이라 생각해요. 특히 건강, 보육, 복지 사업을 총 망라해서 그렇게 지역기관하고 사례관리를 하는 곳은 위스타트 만큼 잘하는 곳은 없다고 생각을 해요.

3. 드림스타트 아동통합서비스지원기관

드림스타트 세부 프로그램을 TEAM-ECD에 근거한 분석틀에 따라 정리하면 <표 12>와 같다. 7개의 체계 중 지역사회 체계의 경제적 환경을 고려한 프로그램, 광역 지역 특성과 다양한 문제를 고려한 프로그램, 시민사회를 고려한 프로그램이 부재한 것으로 분석되었다. 또한 가족 관계의 질을 고려한 프로그램과 서비스 환경과 관련한 지역사회 체계를 고려한 프로그램이 상대적으로 적게 운영되고 있다. 그러나 정부 주도의 사업으로 프로그램 매뉴얼, 사정 및 평가 도구, 수퍼비전 시스템 등이 잘 갖춰져 있고, 매년 체계적인 성과 평가가 이뤄지며, 중앙기구에서 센터에 대한 평가를 정기적으로 실시하는 등 프로그램의 질을 체계적으로 관리하고 있는 강점을 가진다.

<표 12> 드림스타트 세부 프로그램 분석

하위체계	요소	세부 프로그램
개인	생물학적 특성	통합 사례관리, 건강검진, 산전·산후관리, 건강지원연계
	영양	산전·산후관리, 찾아가는 맞춤형 건강관리, 건강지원연계
	관계의 질, 놀이	산전·산후관리, 찾아가는 맞춤형 건강관리, 가정방문 프로그램

하위체계	요소	세부 프로그램
가족	가족의 특성	통합 사례관리, 산전·산후관리, 찾아가는 맞춤형 건강관리
	아동-가족 관계	언어 및 인지 프로그램, 부모교육
	가족 관계의 질	부모교육
지역사회	경제적 환경	-
	서비스 환경	센터방문 프로그램, 지역사회 연계
	사회적 환경	지역사회 연계
광역지역	지역 특성 및 다양한 문제들	-
관계망	공식적 지지	통합사례관리
	비공식적 지지	통합사례관리, 건강지원연계, 학습 및 특기적성 교육 지원
프로그램	프로그램 질 관리	사례관리 매뉴얼, 수퍼비전
	효과성	중앙단위 효과성 평가, 평가 및 사정 도구
시민사회	시민 조직 구성, 행동 실천	-

4. 소결

시소와 그네, 위스타트, 드림스타트의 세부프로그램을 분석틀에 근거하여 정리한 결과를 요약하면 <표 13>과 같다. 전체적으로 평가를 해보면 일부 체계를 고려하지 못한 부분이 있으나 3개의 사회서비스 모두 통합적인 관점에서 접근하고 있는 것으로 볼 수 있다. 시소와 그네는 모든 체계의 세부 요소를 고려하여 프로그램을 계획, 진행하고 있으며, 시민사회 체계, 지역사회 체계, 광역지역 체계를 고려한 프로그램을 수행하는 데 강점을 가진다. 위스타트는 지역사회 체계 중 일부요소를 고려하지 못했으나 전체 체계를 고려한 프로그램을 운영하고 있으며, 시민사회 체계가 전 체계와의 교류를 통하여 사업을 실행하는 데 강점을 가진다. 드림스타트는 광역지역 체계와 시민사회 체계를 고려한 프로그램을 운영하고 있지 않으며, 지역사회 체계 중 경제적 환경을 고려하지 못했으나, 프로그램 체계를 고려한 사업이 전문적으로 수행되고 있는 강점을 가진다. 드림스타트는 정부 주체로 운영되는 사업으로 주민을 조직하고, 사회적 의제를 만들고 사회 행동을 하도록 하는 시민사회 체계를 고려한 프로그램을 수행하는 것이 실질적으로 어려울 수 있다. 그러나 세계보건기구(WHO)의 Total Environment Assessment Model에서 시민사회는 모든 하위체계를 관통하여 영향을 미치는 체계로 중요하게 다뤄지고 있어 아동의

건강한 발달을 위한 사업에서 반드시 고려되어야 할 체계라 할 수 있으므로 이에 대한 보완이 반드시 필요하다.

<표 13> 세부 프로그램 분석 결과 요약

하위체계	요소	시소와 그네	위스타트	드림스타트
개인	생물학적 특성	○	○	○
	영양	○	○	○
	관계의 질, 놀이	○	○	○
가족	가족의 특성	○	○	○
	아동-가족 관계	○	○	○
	가족 관계의 질	○	○	○
지역사회	경제적 환경	○	×	×
	서비스 환경	○	○	○
	사회적 환경	○	○	○
광역지역	지역 특성 및 다양한 문제들	○	○	×
관계망	공식적 지지	○	○	○
	비공식적 지지	○	○	○
프로그램	프로그램 질 관리	○	○	○
	효과성	○	○	○
시민사회	시민 조직 구성, 행동 실천	○	○	×

V. 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스 성과 분석

앞서 제시한 Total Environment Assessment Model - Early Child Development(TEAM-ECD) 분석틀에 따라 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스 성과를 분석하고자 한다(표 1 참고, p. 4).

1. 시소와 그네 영유아통합지원센터

시소와 그네에 대한 성과평가가 기술된 보고서와 연구논문을 근거로 성과를 분석하였다. 성과 분석에 활용한 자료를 구체적으로 살펴보면 이봉주 외(2013) 연구는 영유아 및 부모 변화에 대해서는 양적 연구 방법, 지역사회 변화에 대해서는 질적 연구 방법을 활용하여 분석하였다. 양적 연구 방법은 시소와 그네 7개 센터에서 2011년 측정된 사전조사 자료와 2013년 측정된 사후조사 자료 214사례를 비교 분석하였다. 질적 연구는 시소와 그네 사업 참여 부모 6명을 대상으로 포토보이스 방식을 활용한 인터뷰를 2회 진행한 것과 각 센터장 7명을 대상으로 포커스 그룹 인터뷰를 진행한 결과를 분석하였다. 이화진(2013) 연구는 서울 1개 센터를 대상으로 2008년 기초선 조사, 2009년 1차 추후조사, 2011년 2차 추후조사, 2012년 3차 추후조사 총 4회에 걸친 조사 결과와 통합사례관리 대상자 295명에 대한 내용 분석, 영유아 가족과 지역유관단체 실무자에 대한 FGI 분석 그리고 네트워크 분석을 통해 성과를 보고하였다. 김주미(2011) 연구는 인천 1개 센터를 대상으로 기초선 조사와 1차 추후조사에 모두 참여한 160명을 대상으로 분석한 결과와 생태도를 활용한 관계망 사전-사후 변화 분석, 이용자와 실무자를 대상으로 실시한 FGI 분석을 토대로 사업의 성과를 기술하였다.

가. 개인 체계

개인 체계의 성과를 살펴보면 건강 상태, 의사소통능력, 일일생활능력, 사회화능력, 운동기술능력 등에서 전반적으로 긍정적인 성과를 나타내고 있다. 구체적인 연구 결과들을 살펴보면 이봉주 외(2013) 연구에서는 개인체계를 영유아의 건강과 발달 두 가지 영역으로 구분하여 성과를 분석하였다. 먼저 건강 영역을 살펴보면 입원 경험이 사후 평가 시 감소하였으며, 부모가 인지한 영유아 자녀에 대한 건강상태가 사업 실시 이후 향상되었다. 다음 발달 영역은 바인랜드 도구를 사용하여 사전-사후 원점수 차이검증을 실시하였으며, 그 결과 부적응행동을 제외한 언어 발달, 일상생활, 사회화, 운동기술 영역에서 통

계적으로 유의한 향상을 보였다($p < .001$). 그러나 이는 성숙요인에 인한 결과일 수 있으므로 이를 보완하기 위해 연령별로 표준화한 점수를 사용하여 사전-사후 차이검증 실시하였다. 그 결과 언어 영역의 읽고 쓰기, 일상생활 영역의 가정 일상생활 기술만이 통계적으로 유의하게 향상된 것으로 분석되었다. 이화진(2013) 연구에서는 개인체계를 의사소통능력, 일일생활능력, 사회화능력, 운동기술능력으로 영역을 나누었으며, 그 결과 4개 모든 영역에서 통계적으로 유의미하게 향상되어 긍정적인 성과를 나타내었다($p < .001$). 김주미(2011) 연구에서는 건강상태, 키, 체중, 입원여부를 통해 건강실태를 조사하고자 한다. 연구 결과 영아의 키와 몸무게, 아동의 몸무게가 통계적으로 유의하게 성장하였다.

나. 가족 체계

가족 체계의 성과를 살펴보면 자녀 발달지원을 위한 부모의 심리적 상태 및 기능, 부모-자녀 관계, 경제적 수준, 주거환경 등에서 전반적으로 긍정적인 성과를 나타내고 있다. 구체적인 연구 결과들을 살펴보면 이봉주 외(2013) 연구에서는 가족체계를 부모 영역과 가족관계 영역으로 나누어 성과를 분석하였다. 부모 영역은 부모의 우울($p < .01$), 자아존중감($p < .01$), 자아효능감($p < .05$), 생활만족도($p < .001$) 4개 모든 영역에서 통계적으로 유의미한 긍정적인 변화를 보였다. 가족관계 영역은 부모-자녀 관계와 가족자원을 측정하였는데 부모-자녀관계는 사후점수가 향상되기는 하였으나 통계적으로 유의하지 않았으며, 가족자원은 $p < .01$ 수준에서 유의미한 향상을 보였다. 이화진(2013) 연구에서는 가족체계를 부모의 우울, 자존감, 효능감, 생활만족도, 결혼만족도, 가족지원, 자녀관계 영역으로 나누어 시계열 분석을 실시하였으며, 모든 영역에서 통계적으로 유의한 향상을 나타내었다($p < .001$). 김주미(2011) 연구에서는 가족체계를 경제적 변화와 주거환경 변화로 나누어 살펴보았다. 경제적 변화는 월 평균 소득, 근로소득, 월 평균 저축액 등을 조사하였는데, 사후 측정치가 더 증가한 것으로 분석되었다. 주거환경의 변화를 부엌, 화장실, 욕실로 세분화하여 살펴보았는데, 부엌의 청결상태가 양호한 비율이 사후에 증가하였으며, 화장실이 욕내에 위치하거나 개인 소유 화장실을 가진 비율이 더 높아졌다. 욕실유무와 개인 소유 욕실을 가진 비율이 기초선보다 추후 조사 시 향상되었다.

다. 지역사회 체계

지역사회 체계의 성과를 살펴보면 지역사회에 대한 긍정적 인식, 네트워크 구축 등에서 전반적으로 긍정적인 성과를 나타내고 있다. 구체적인 연구 결과들을 살펴보면 이봉주 외(2013) 연구에서 지역사회와 관련된 성과는 사업에 참여한 부모를 대상으로 포토보이스를 활용한 인터뷰를 통해 분석하였다. 사업 참여 이전 부모들이 자신과 지역에 대해

이야기한 내용은 ‘주눅들어 웅크리고 살아야 하는 의미없는 공간, 우리동네’라고 정리하였다. 그러나 사업에 참여하면서 혼자가 아님을 느끼게 되었으며, 사업 참여 이후 지금 부모들은 ‘내 안에 피어난 새로운 장소, 우리 동네’로 자신과 지역사회를 인식하고 있는 것으로 분석하였다. 즉, 지역사회는 나를 그냥 내버려두고 방치하는 것처럼 느껴졌으나, 지금은 지역사회 안에 기분 좋은 무임승차를 한 것 같고, 지역사회는 나를 위한 자원으로 느끼고 있다. 또한 지역사회 내 주민들과 네트워크를 활용하여 모래사장뿐만 아니라 놀이터를 지자체와의 의견 교류를 통해 리모델링 하는 등 실제적인 환경을 변화시켰다. 이화진(2013) 연구에서는 지역사회영역 성과로 마을평가, 가족환경 두 가지 영역으로 분석하였으며, 마을평가만 통계적으로 유의한 향상을 보였다($p < .001$). 김주미(2011) 연구에서는 지역사회 체계에 대한 성과를 지역사회 인식, 자녀양육환경으로 측정하였으며, 두 가지 영역 모두 사후 점수가 높긴 하나 미미한 수준으로 큰 변화를 보이지는 못했다.

라. 광역지역 체계

이봉주 외(2013) 연구에서 광역지역과 관련된 성과는 실무자의 인터뷰 분석을 통해 분석할 수 있는데, 시소와 그네는 각 지역마다 조금씩 상황이 다르긴 하지만 사업 계획 당시 지역사회조사를 다양한 지역의 전문가와 지역 주민, 지역 내 관련 기관들을 대상으로 실시하였다. 이 과정에서 광역 지역의 경제나 사회적 특성을 파악할 수 있었을 뿐만 아니라 다양한 인적, 물적 자원들을 발굴하고, 실제 사업 진행 시 연계할 수 있었다. 또한 이를 근거로 지역사회변화를 위한 액션플랜을 개발함으로써 실제 지역사회에 영향을 미칠 수 있는 사업을 수행할 수 있는 기틀이 되었다.

마. 관계망 체계

이봉주 외(2013) 연구에서 관계망과 관련된 성과는 사업에 참여한 부모를 대상으로 포토보이스를 활용한 인터뷰를 통해 분석하였다. 시소와 그네 사업은 아는 사람, 친한 사람이 없던 동네에 관계를 만들어 주었다. 참여 부모들은 교육, 자조모임을 통해 서로 의지하고 도움을 주는 관계망이 생기고, 함께 하는 활동이 늘어나면서 혼자가 아니라는 것을 느끼고 있다. 또한 지역사회 내 영유아지원서비스가 확대되고, 지역에 영유아를 위한 시설이 확대되는 등 공식적, 비공식적 지지체계가 강화되었다.

이화진(2013) 연구에서는 공식 자원과 비공식 자원을 구조적 측면의 사회자본으로 규정하고 그 변화를 분석하였는데, 사례관리 개입 이후 공식 자원과 비공식 자원의 크기가 $p < .001$ 수준에서 유의하게 증가하였으며, 특히 공식자원의 증가가 두드러지게 나타났다. 또한 사회자본의 질적인 측면을 분석해보면 자본에 대한 신뢰도, 자본으로 받은 도움 정

도, 상호호혜성이 통계적으로 유의미하게 향상한 것으로 분석되었다($p < .001$).

바. 프로그램 체계

시소와 그네는 지역사회에서 사업을 수행하면서 일어난 변화를 문서화 하고, 수행 과정과 효과성을 분석하여 이후 실행에 반영하는 것을 통해 성과를 도출하였다.

사. 시민사회 체계

이봉주 외(2013) 연구에서 시민사회체계와 관련된 성과를 살펴보면 지역사회 내 양육 품앗이 공동체가 생겨 지역주민들끼리 서로 도우며 영유아 양육과 관련된 문제를 해결하고 지자체에 영유아 양육과 관련된 의견을 전달하여 지역사회 변화를 주도하였다. 특히 시소와 그네 사업이 폐쇄 위기에 처했을 때 직접 시민들에게 영유아통합지원센터의 필요성을 알리고, 지자체의 지원을 확보하는 등 시민이 주인이 되어 다양한 성과를 도출하였다.

2. 위스타트 마을

위스타트에 대한 성과평가가 기술된 보고서와 연구논문을 근거로 성과를 분석하였다. 성과 분석에 활용한 자료를 구체적으로 살펴보면 이봉주(2009) 연구는 5년간 수행된 위스타트 프로그램의 성과 평가가 이루어진 11개 마을의 평가 결과를 총괄하여 메타분석을 실시한 내용이다. 이봉주 외(2007) 연구는 경기도 위스타트 마을에 대한 성과분석으로 2005년 12월 수행된 기초선 조사와 2006년 12월 이루어진 추적조사 결과를 비교하여 성과를 분석하였다. 김희연 외(2009) 연구는 이봉주 외(2007) 연구의 후속 연구로 2008년 12월 2차 추적조사 결과를 포함하여 3차 조사 결과를 비교분석한 결과이다. 홍순혜 외(2013)의 연구는 경기도 G시의 위스타트 마을의 성과를 분석한 연구로 참여 집단 260명과 비참여집단 128명을 대상으로 비동일통제집단 사후검사설계를 활용하여 성과를 검증하였다. 허남순 외(2012) 연구는 경기도 소재 B복지관의 위스타트 사업 사례관리 대상자 10명을 대상으로 포커스 집단면접과 개별면접을 통해 자료를 수집하여 성과를 분석하였다.

가. 개인 체계

개인 체계의 성과를 살펴보면 건강 상태, 영양 섭취, 사회정서적 기능, 문제 행동 발생 등에서 전반적으로 긍정적인 성과를 나타내고 있다. 구체적인 연구 결과들을 살펴보면

이봉주(2009) 연구에서는 개인 체계를 건강, 영양, 사회정서적 기능으로 나누어 횡단평가와 종단평가를 분석하였다. 횡단과 종단 모두 건강과 영양 영역에서 영아, 유아, 학령기에 모두 긍정적인 성과를 나타내었으며, 사회정서적 기능은 유아와 학령기 아동에게서 유의한 성과를 보였다.

이봉주 외(2007) 연구에서는 개인 체계에 대해 아동의 건강, 영양 및 식생활로 나누어 성과를 분석하였다. 건강은 건강상태와 입원경험, 건강사정 3가지로 측정하였는데, 건강상태는 학령기 아동의 경우 지역에 따라 유의한 향상을 보였으나 입원경험과 건강사정은 통계적으로 유의하지 않았다. 영양과 식생활은 식습관, 영양 섭취, 규칙적 식사 등 15개 문항을 조사하였으며, 유아의 경우 영양제 섭취와 일정량 섭취, 학령기 아동의 경우 단백질 섭취와 과자 섭취에서 긍정적인 변화가 통계적으로 유의미하게 나타났다. 사회정서적 기능에 대한 결과를 살펴보면 영유아의 경우 공격성, 주의집중, 위축, 신체증상, 우울 및 불안, 사회적 미성숙 정도가 통계적으로 유의한 수준에서 긍정적으로 변화하였으며, 문제행동도 내재화 행동, 외현화 행동 모두 유의하게 감소하였다. 학령기 아동의 경우 공격성, 위축, 신체증상이 통계적으로 유의한 수준에서 긍정적으로 변화하였으며, 문제행동은 내재화된 문제행동만 통계적으로 유의하게 감소하였다.

김희연 외(2009) 연구에서는 개인체계를 건강상태, 영양상태, 안전, 아동행동평가로 나누어 분석하였다. 건강상태를 먼저 살펴보면 기초선 조사에 비해 1차 조사에서 영아와 유아는 유의하게 증가하였으며 이는 2차 추적조사까지 영향을 미쳤다. 아동은 1차 조사에서는 더 나쁘게 나타났으나, 2차에서는 건강상태가 더 좋아진 것으로 분석되었다. 영양상태의 경우 영아기는 1차, 2차 모두 긍정적으로 변화하였으나 유아기와 아동기는 1차에서 부정적으로 변화하였다. 유아는 2차에서 긍정적으로 변화하긴 하였으나 통계적으로 유의하지 않으며, 아동은 2차에도 부정적으로 변화하였다. 안전의 경우 영아와 학령기 아동은 1차, 2차 모두 긍정적으로 변화하였으며, 유아는 1차에서 부정적으로 변화했으나 2차에는 다시 긍정적으로 변화하였다. 아동 행동 평가는 전 연령이 1차, 2차 조사에서 긍정적인 변화를 나타내었다.

홍순혜 외(2013) 연구에서는 개인 체계를 아동의 건강한 식습관, 건강상 취약성, 전반적 건강상태, 우울과 불안, 공격성, 사회적 위축으로 나누어 분석하였다. 그 결과 사업 참여집단 아동이 비참여집단 아동에 비해 건강한 식습관, 우울과 불안, 사회적 위축 영역에서 통계적으로 유의미한 수준에서 긍정적으로 평가되었다.

나. 가족 체계

가족 체계의 성과를 살펴보면 자녀 발달지원을 위한 가정 환경 조성, 부모의 심리적 상태 및 기능, 아동양육방법과 애착관계, 음주 및 흡연 행동 등에서 전반적으로 긍정적

인 성과를 나타내고 있다. 구체적인 연구 결과들을 살펴보면 이봉주(2009) 연구에서는 가족 체계를 가정환경, 부모와 가족요소, 부모의 심리적 상태 및 기능, 아동양육방법으로 나누어 횡단과 종단 평가를 통해 성과를 분석하였다. 횡단과 종단 연구 결과 모두 가정환경은 영아, 유아, 학령기 아동 모두에게서 긍정적인 성과가 나타났으며, 특히 영아기의 아동에게서 성과가 큰 것으로 분석되었다. 나머지 영역은 연령 구분없이 성과를 분석하였으며, 횡단과 종단 평가에서 모두 긍정적인 성과를 나타내었다.

이봉주 외(2007) 연구에서는 가족 체계에 대해 가정환경 구성, 부모의 특성으로 나누어 성과를 분석하였다. 가정환경 구성은 가정 내 자녀 발달지원을 위한 교구 구비 여부, 부모가 자녀와 함께 하는 활동을 조사하였으며, 영아의 경우 수나 글자 학습 자료, 장난감, 생각표현 자료, 블록 완구, CD나 비디오의 구비 정도가 증가하였다. 유아는 수나 글자 학습 자료, 장난감, 학령기 아동은 어린이용 도서 구비가 유의하게 증가하였다. 부모의 특성은 부모의 건강, 부모-자녀 관계, 훈육방법, 부모 심리상태로 다시 나누어 측정하였다. 주양육자의 음주 횟수와 흡연량이 유의하게 감소하였으며, 부모 자녀관계는 사후점수가 긍정적인 방향으로 변화하였으나, 통계적으로 유의하지는 않았다. 훈육과 통제방법에서는 조용히 말로 타이른다는 행동이 유의하게 증가하였으며, 부모효능감, 우울감이 $p < .001$ 수준에서 긍정적인 방향으로 변화하였으나 양육스트레스는 부정적인 방향으로 변화하였다. 부모 양육태도는 긍정적으로 변화하였으나 통계적으로 유의하지 않았다.

김희연 외(2009) 연구에서는 가족체계를 부모와의 애착관계, 인지적 자극활동, 부모 건강 및 심리상태, 양육실태로 나누어 분석하였다. 부모와의 애착은 영아만을 대상으로 측정하였으며 1차, 2차에서 모두 긍정적으로 변화하였으나, 2차는 통계적으로 유의하지 않았다. 인지적 자극활동은 전연령에서 1차 조사 시 긍정적인 변화를 나타내었으나 2차에서는 효과를 입증하지 못했다. 부모건강 및 심리상태를 살펴보면 음주습관, 흡연습관, 자녀 양육에 대한 생각은 1차, 2차 모두 긍정적으로 변화하였으나 자녀와의 관계 만족도의 경우 1차에서는 부정적으로 변화하였으며, 2차에서는 만족도가 높아지기는 했으나 통계적으로 유의하지 않다. 학대 및 방임, 양육태도, 양육스트레스는 1차에서 더 좋아졌으나, 2차에서는 양육스트레스만 긍정적인 성과를 나타내었으며, 부정적으로 변하거나(양육태도), 통계적으로 유의하지 않은 것(학대 및 방임)으로 나타났다.

홍순혜 외(2013) 연구에서는 가족체계를 양육자의 건강한 생활습관과 정신건강, 양육태도, 양육자와 자녀가 함께 하는 활동으로 구분하여 성과를 분석하였다. 양육자의 건강한 생활 습관과 정신건강 영역에서는 사업 참여집단이 비참여집단에 비해 아버지의 음주 문제, 주양육자의 양육스트레스, 주양육자의 무망감이 통계적으로 유의미한 수준에서 낮게 나타났다. 양육태도와 부모와 자녀가 함께 하는 활동 관련해서는 자녀의 학교 과제와 준비물을 점검해주는 행동만 사업참여집단이 유의하게 높은 성과를 나타내었다. 다른 영



역도 사업 참여집단이 비참여집단에 비해 긍정적인 평가를 받았으나 통계적으로 유의하지 않았다.

다. 관계망 체계

허남순 외(2012) 연구에서는 관계망 체계를 위스타트 사업 참여자의 자조모임을 통해 성과를 분석하고 있다. 비슷한 처지에 있는 부모들과 자조모임을 통해 어려움을 나누고, 서로 정보를 교환하며 삶에 대한 의지가 생기고, 역량을 강화함으로써 비공식적 지지의 긍정적인 성과를 확인할 수 있었다.

라. 시민사회 체계

허남순 외(2012) 연구에서는 시민사회 체계를 위스타트 사업 참여자의 자조모임, 지역사회 봉사활동을 통해 성과를 분석하고 있다. 사업 참여자들의 자조모임을 통해 지역 내 자원봉사활동을 함으로써 실제 지역사회 문제 해결에 직접 행동하고, 비슷한 어려움을 겪는 사람들에게 정보를 제공하는 등 참여자들이 지역사회의 사회적 자본으로 역할을 수행하는 성과를 나타내었다.

마. 기타

위스타트는 지역사회 체계, 광역지역 체계, 프로그램 체계에 대한 성과를 체계적으로 분석하여 보고한 결과자료는 찾을 수 없었다.

3. 드림스타트 아동통합서비스지원기관

드림스타트에 대한 성과평가가 기술된 보고서와 연구논문을 근거로 성과를 분석하였다. 강은정 외(2008) 연구는 건강영향평가를 진행한 것으로 2008년 드림스타트 사업에 대해 3개 센터 567명을 대상으로 연구를 수행하였다. 스크리닝-스코핑-평가수행-HIA 과정평가 단계를 거쳤으며, 지역사회프로파일 구성, 현장 직원 및 양육자 포커스 인터뷰 진행, 설문조사 및 이차자료 분석이 함께 이뤄졌다. 전연진 외(2011) 연구는 드림스타트 사업 성과에 대한 정부 연구 용역으로 수행되어 114개 드림스타트센터에서 센터당 100명을 무작위로 선정하여 설문조사를 실시하였으며, 총 11,169명이 조사에 참여하였다.

가. 개인 체계

개인 체계의 성과를 살펴보면 식생활습관, 사회정서적 기능 등에서 전반적으로 긍정적

인 성과를 나타내고 있다. 구체적인 연구 결과들을 살펴보면 강은정 외(2008)의 연구에서는 개인체계를 식생활습관 변화를 사전-사후 검사를 통해 성과를 분석하였다. 드림스타트 사업 참여 전후 변화된 식생활습관은 규칙적인 식사, 우유/유제품 섭취, 단백질 매일 1가지 이상 섭취, 과일 거의 매일 섭취, 매끼 채소반찬 섭취가 증가하였으며, 라면 등 인스턴트식품 섭취가 감소하였다. 그러나 매일 아침식사를 하는 것은 약간 감소하였다.

전연진 외(2011)의 연구에서는 개인체계를 사회성, 자아존중감, 사회기술, 문제행동으로 종단적 성과를 분석하였다. 영유아의 사회성은 2009년부터 2011년까지 지속적으로 상승하였으며($p < .01$), 초등학교 고학년 아동의 자아존중감은 2009년에서 2010년 사이 약간 떨어진 후, 2011년에 초기값보다 높은 점수를 나타내었으나 통계적으로 유의미하지 않았다. 사회기술과 문제행동의 경우 종단적 변화가 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다. 즉, 전반적으로 통계적으로 유의미한 긍정적 변화는 없으나, 미약한 수준에서 긍정적으로 변화하거나 악화되지 않은 정도의 성과를 나타낸 것으로 평가된다.

나. 가족 체계

가족 체계의 성과를 살펴보면 양육자의 심리사회적 기능, 가족 기능 등에서 전반적으로 긍정적인 성과를 나타내고 있다. 구체적인 연구 결과들을 살펴보면 강은정 외(2008)의 연구에서는 가족 체계를 아동학대에 대해 분석하였으며, 아동학대의 빈도는 대조군보다 모두 낮은 것으로 나타났다.

전연진 외(2011)의 연구에서는 가족 체계를 양육자의 양육 스트레스, 심리적 안녕감, 가족 기능으로 나누어 분석하였다. 양육자의 양육스트레스는 2009년부터 2011년까지 지속적으로 감소하였으며, 이는 $p < .01$ 수준에서 유의한 것으로 나타났다. 심리적 안녕감도 2009년부터 2011년까지 지속적으로 향상되었으며, 이는 통계적으로 유의미한 결과이다 ($p < .01$). 가족기능은 2009년에서 2010년 사이 긍정적으로 변화되었으나 2011년 다시 부정적으로 변화되어 결과적으로 변화가 없는 것으로 나타났다.

다. 기타

드림스타트는 지역사회 체계, 광역지역 체계, 관계망 체계, 프로그램 체계, 시민사회 체계에 대한 성과를 체계적으로 분석하여 보고한 결과자료를 찾을 수 없었다.

4. 소결

시소와 그네, 위스타트, 드림스타트의 성과를 분석틀에 근거하여 정리한 결과를 요약하면 <표 14>와 같다. 사업 참여 아동과 비참여아동을 비교한 결과 더 긍정적으로 나타났다거나, 사업 참여아동의 프로그램 참여 전과 후를 비교한 결과 향상된 경우 성과로 분석하였다. 개인 체계에서 보고된 성과지표는 아동의 건강상태와 올바른 영양 섭취 정도, 의사소통능력, 일일생활능력, 사회화능력, 운동기술능력, 문제행동 등이다. 가족체계에서 성과로 나타난 지표는 부모의 심리적 상태 및 기능, 부모-자녀 관계, 자녀양육법, 경제적 수준, 주거환경, 음주 및 흡연 행동 등이다. 지역사회 체계의 성과는 지역사회에 대한 긍정적 인식, 네트워크 구축 정도 등으로 보고되었으며, 광역지역 체계의 성과지표는 지역사회변화를 위한 액션플랜 개발 등이다. 관계망 체계는 공식적, 비공식적 지지체계, 사회자본, 자조모임의 형성 정도를 통해 성과를 보고하였으며, 프로그램 체계의 성과지표는 사업 내용의 문서화와 효과성 평가 등이다. 시민사회 체계는 공동체가 구성되었는지, 지역문제 해결에 어떠한 영향을 미쳤는지 등을 통해 성과를 분석하였다. 이에 근거하여 3개의 사업이 각 체계에 대한 성과가 보고되고 있는지 살펴보면, 시소와 그네는 모든 하위체계에 대한 성과분석이 이뤄졌으며, 그에 대한 긍정적인 성과를 보고하고 있으나 일부 체계의 경우 성과가 명확히 드러나지 않는 경우도 있다. 위스타트는 개인체계, 가족체계, 관계망 체계, 시민사회 체계에 대한 성과가 보고되고 있으며, 지역사회 체계, 광역지역 체계, 프로그램 체계에 대한 성과 분석은 찾을 수 없었다. 드림스타트는 개인체계와 가족체계에 대한 성과만이 보고되었으며, 그 외 체계에 대한 성과 분석은 찾을 수 없었다. 시소와 그네는 사업 성과 분석에서 개인과 가족뿐만 아니라 지역사회 변화를 체계적으로 측정하기 위한 연구설계를 하고 이에 대한 결과를 보고하였다. 그러나 위스타트와 드림스타트는 사업 목적과 세부프로그램에서 생태체계적인 접근을 강조하고 있음에도 불구하고 개인과 가족체계 이외의 체계에 대한 성과 분석을 위한 연구 설계를 체계적으로 하지 않았다. 위스타트에서 관계망 체계와 시민사회 체계에 대한 성과가 나타난 것은 사업 참여 부모의 변화를 분석하는 과정에서 추가적으로 찾게 된 성과로 매우 제한적이다. 따라서 향후 성과 분석 시에는 사업의 목표와 세부 프로그램에 근거하여 통합적인 성과분석이 이뤄질 수 있도록 보완되어야 할 것이다.

결론적으로 성과 분석에서 일부 보완되어야 할 점이 존재하기는 하나 시소와 그네, 위스타트, 드림스타트 사업으로 인해 아동 개인과 가족의 긍정적인 변화가 나타났으며, 시소와 그네는 모든 하위체계에서 성과를 보였고, 위스타트는 관계망 체계와 시민사회 체계에서 성과를 도출하였다. 이러한 성과는 궁극적으로 어린이의 건강불평등 완화에 기여한 것으로 판단된다.

<표 14> 성과 분석 결과 요약

하위체계	세부 성과 지표	시소와그네	위스타트	드림스타트
개인	건강 상태, 영양섭취, 의사소통능력, 일일생활능력, 사회화능력, 운동기술능력, 문제행동	○	○	○
가족	부모의 심리적 상태 및 기능, 부모-자녀 관계, 자녀양육법, 경제적 수준, 주거환경, 음주 및 흡연 행동	○	○	○
지역사회	지역사회에 대한 긍정적 인식, 네트워크 구축	○	×	×
광역지역	지역사회변화를 위한 액션플랜 개발	○	×	×
관계망	공식적, 비공식적 지지체계, 사회자본, 자조모임	○	○	×
프로그램	문서화, 효과성 평가	○	×	×
시민사회	공동체 구성, 지역문제 해결	○	○	×

VI. 결론 및 제언

이 연구는 건강불평등 완화를 위한 어린이 대상 사회서비스 중 국내 대표 사업인 시소와 그네 영유아통합지원센터, 위스타트 마을, 드림스타트 아동통합서비스지원기관의 프로그램과 성과를 WHO의 Total Environment Assessment Model - Early Child Development(TEAM-ECD)에 근거한 분석틀을 활용하여 비교분석하였다. 위스타트 마을의 시범적 운영 성과를 바탕으로 확대된 드림스타트와 시소와 그네는 생태체계적 관점을 기본으로 하여 아동과 가족에 대한 통합적인 개입을 통해 공평한 출발 기회를 보장해준다는 사업 방향은 유사하다. 그러나 운영 주체와 중점적으로 수행하는 역할과 강점이 달라 이를 서로 보완하는 것이 필요하다. 시소와 그네는 지역사회, 광역지역, 시민사회 체계와 관련된 프로그램 구성과 역할 수행이 효과적으로 이뤄지고 있으며, 이에 대한 성과

도 보고되어 시소와 그네의 강점을 더욱 확산시키는 것이 필요하다. 위스타트 마을은 아동과 가족의 긍정적인 변화를 위해 지역사회의 다양한 자원을 개발하고 연계하여 협력체계를 구축하는 관계망 체계와 관련된 역할을 효과적으로 수행하고 있다. 특히 지역 내 학교, 정부기관 등 관과의 원활한 협력관계를 구축하여 사업의 효과성을 높인 긍정적인 성과가 유지, 확산되는 것이 필요하다. 드림스타트는 위스타트의 강점을 관 주도의 서비스에 적용한 사례로 체계적이고 통합적인 사례관리 시스템의 운영을 통해 개인과 가족체계에 대한 성과를 도출하고 있으나, 세부 프로그램이나 성과분석에 있어서 통합적 접근이 제대로 이뤄지지 않은 한계점을 가진다.

현재 한국은 아동기 건강불평등 완화를 위한 사회서비스가 민간영역에서 시작하여 국책사업으로 확장되는 시기이다. 한국 아동의 미래를 책임질 사업이 기틀을 잡아가는 중요한 이때, 우리는 좀 더 이 과정을 주의 깊게 관찰하고 관여할 필요가 있다. 드림스타트는 국가와 지방정부의 재원을 집중적으로 지원받아 아동 대상 사업을 수행하는 핵심적인 서비스 기관이다. 따라서 아동의 건강한 발달과 행복한 삶을 만들기 위해 기존에 검증된 모델과 성과를 나타낸 실천 방법들을 적극적으로 적용하여 효과적인 사업을 실천할 책임과 의무를 가져야 한다. 단지 국가가 예산을 투입하여 뭔가를 하고 있다는 명분만을 내세우는 것이 아니라 실제 아동과 가족, 이들을 둘러싼 다양한 체계가 아동의 건강불평등 완화를 위해 변화할 수 있도록 사업을 수행하고 성과를 도출해야 할 것이다. 그러나 드림스타트는 이러한 사회적 책임을 가짐에도 불구하고 ‘아동의 건강한 성장과 발달을 도모하고, 공평한 출발 기회를 보장함으로써 행복한 사회구성원으로 성장할 수 있도록 지원’하고자 하는 목적 달성을 위한 움직임은 매우 미미하다. 시소와 그네, 위스타트가 보여준 다양한 실천 방법과 성과들을 담아내려는 노력을 찾아보기 힘들고, 수동적으로 사례관리 대상자를 사정하고 자원을 연계하는 수준에서 사업을 수행하여 아동을 위한 주민자치센터가 연상될 뿐이다. 그러나 하나하나 세심히 들여다보면 분명 성공적으로 잘 수행하고 있는 드림스타트도 있을 것이라 생각하며, 또 그런 드림스타트가 많기를 바란다.

지금의 흐름대로라면 드림스타트는 더 확대될 것이며, 시소와 그네나 위스타트는 드림스타트에 통합되거나 사업이 중단될 것이다(사실 통합이라는 용어도 적절치 않다). 이러한 상황에서 드림스타트가 안정적인 재정과 전달체계를 바탕으로 체계적인 사례관리 시스템이 운영되고 있는 강점을 최대한 발휘하면서, 개인과 가족체계를 중심으로만 세부프로그램 실행과 성과분석이 이뤄지고 있는 한계점을 보완할 방법을 강구하여 사회적 책임을 다해야 할 것이다.

첫째, 건강불평등 완화를 위한 어린이 대상 사회서비스는 생태체계적, 통합적 접근을 활용하여 체계적으로 사업을 구상해야 한다. 드림스타트는 기본적으로 생태체계적 관점을 적용한 사업으로 아동 개인뿐만 아니라 아동을 둘러싼 다양한 체계에 대한 접근을 강조하고 있다. 그러나 이러한 생태체계적, 통합적 관점이 사업의 이념, 목적에서만 제시되고 있어, 구체적인 세부 프로그램과 성과분석에서도 고려될 수 있도록 보완하여야 한다. 즉, WHO에서 제시한 통합 환경 사정 모델 Total Environment Assessment Model - Early Child Development (TEAM-ECD)이 제시한 하위 체계와 구성 내용을 근거로 사업의 목적과 목표, 세부 프로그램, 평가까지 논리적으로 연결될 수 있도록 사업을 재정비한다면 어린이 건강불평등 완화에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 기대된다.

둘째, 어린이 건강불평등 완화를 위한 사회서비스의 세부프로그램은 각 하위체계의 긍정적인 변화를 유도하는 내용들로 구성되고 성과 분석이 이뤄져야 한다. 실제로 건강불평등이 완화되고 어린이들이 공평한 출발 기회를 갖기 위해서는 이념과 목적과 같은 선언적인 내용으로만 다루려서는 구체적인 성과를 도출하기 어렵다. 따라서 구체적인 프로그램 수행이 필요하며, 이를 위해서는 TEAM-ECD의 하위체계별로 세부 프로그램이 계획되고, 실제 각 체계의 변화를 위해 수행되어야 하며, 이에 대한 실질적인 성과를 보여주어야 한다. 따라서 드림스타트는 세부 프로그램의 수행과 성과분석이 이뤄지지 않은 지역사회 체계와 광역지역체계, 시민사회 체계에서 긍정적인 성과를 도출할 수 있는 프로그램을 사업 계획에 포함하고 실행해야 한다. 즉, 지금까지 사례관리 대상자의 가정을 방문하고, 자원을 연계하는 것을 넘어서서 사례관리 대상자인 아동과 가족이 삶의 주체가 될 수 있도록 역량을 강화하고, 지역사회 내 아동, 부모, 주민들을 만나고 이들이 건강불평등 완화를 위해 역할을 할 수 있도록 지원하는 사업을 수행해야 한다.

셋째, 드림스타트는 시소와 그네와 위스타트의 강점을 유지하고 강화함으로써 시너지 효과를 낼 수 있도록 운영체계를 재정비하여야 한다. 현재 드림스타트가 국책사업으로 전국적으로 확대되고 있는 가운데, 위스타트는 경기도의 경우 2014년부터 예산 지원이 끊겨 드림스타트로 통합되었으며, 시소와 그네도 지역에 따라 지자체의 예산 부족을 이유로 사업이 중단될 상황에 놓여있다. 물론 유사한 사업이 중복 수행되어 국민의 세금이 낭비되는 것은 적절하지 않으며, 어린이의 건강한 발달과 공평한 기회 제공을 위한 서비스가 국가적으로 확대되는 것도 바람직하다. 그러나 사업이 통합되는 과정에서 기존 사업들의 긍정적인 성과와 사업 수행 노하우가 반드시 유지되고 확장될 수 있도록 해야 한다. 즉, 드림스타트의 한계점을 인정하고 이를 보완하기 위해 지역별 특성에 따라 다양한 운영체계를 구축하는 것이 필요하다. 예를 들어 드림스타트가 통합적 관점을 적용하여 모든 세부프로그램을 수행하거나, 지역사회 체계와 광역지역 체계, 시민사회 체계에 대한 추가적인 개입이 필요한 경우 시소와 그네가 함께 운영되거나, 지역사회 체계와 관



계망 체계에 대한 추가적인 개입이 필요한 경우 위스타트와 함께 운영될 경우 드림스타트의 사업성과는 극대화 될 것이다.

아동기, 영유아기의 건강의 중요성이 강조되고, 공정한 출발의 기회가 주어져야 한다는 것을 사회가 합의하기까지 오랜 시간과 많은 노력이 필요했다. 그리고 이를 위해서는 생태체계적이고 통합적인 관점과 개입, 평가가 필요하다는 것을 사회가 합의하기까지 오랜 시간과 많은 노력이 필요할 것이다. 조금은 더디더라도 궁극적인 목적을 위해 조금씩 함께 변화해나가면 문제는 없다. 그러나 어떠한 이유로 그 나아가는 길이 후퇴하거나 멈추는 일은 피해야 할 것이다. 전국적으로 드림스타트는 급격한 속도로 확장되고 있다. 그러나 이러한 양적 성장 속에서 궁극적으로 드림스타트가 달성하고자 하는 목적을 향해 질적인 성장이 함께 이뤄지고 있는지에 대해서는 의문이 남는다. 진정 아동의 건강한 발달과 공평한 출발을 목적으로 한다면 현재 드림스타트의 운영 체계를 점검하고, 위스타트와 시소와 그네의 강점을 도입하거나, 함께 사업을 수행함으로써 성과를 도출할 수 있는 방안을 모색하는 것이 필요하다.

참고문헌

강은정, 노정미, 김효진, 임성은, 방미란, 2008, 드림스타트 건강영향평가. 한국보건사회연구원.

김명희.전경자.서상희, 2011, 아동기의 건강불평등: 사회적 결정 요인을 중심으로, 보건복지포럼, 176: 32~44.

김성희.이자영, 2006, 학령기 아동의 건강에 대한 의미와 건강행위 탐색, 부모자녀건강학회지, 9(1): 72~82.

김주미, 2011, 그 새싹과 함께하는 마을이야기, 시소와 그네 인천연수구 영유아통합지원센터 사업 보고회 자료집.

김혜경.현성민.권은주.김희철, 2008, 취약지역 빈곤아동의 인구사회학적 특성별 건강행동 변화단계의 분포, 보건교육건강증진학회지, 25(3):59~75.

김희연, 신현중, 홍선미, 신지혜, 2009, 경기도 We Start 마을 만들기 사업 효과성.효율성 평가 연구. 경기개발연구원.

방경숙.양수.현혜진.김지수, 2008, 경기도 위스타트 사업을 위한 미취학 빈곤 아동 건강 및 양육 실태. 한국모자보건학회지, 12(1):104~115.

박현선, 2008, 빈곤지위가 아동의 사회, 정서 발달에 미치는 영향-빈곤대리변수와 빈곤동반 위험요소와의 비교를 중심으로-. 한국아동복지학, 26:113~137.

보건복지가족부.서울대학교산학협력단, 2009, 한국아동청소년종합실태조사, 보건복지가족부.서울대

학교산학협력단.

- 윤성하, 2011, 어머니의 교육수준에 따른 아동 및 청소년의 식사의 질 불평등과 매개요인 연구, 한양대학교 대학원 박사학위논문.
- 이봉주, 2007, 가족빈곤과 모출산 연령이 저체중아 출생에 미치는 영향. 한국사회복지학회 세계학술대회, 2007년 10월
- 이봉주, 김혜란, 정익중, 김선숙, 임세희, 차유림, 2007, 경기도 We Start 마을 만들기 사업 효과성·효율성 평가 연구. 서울대학교 사회과학연구원.
- 이봉주, 2009, 위스타트 프로그램의 성과: 메타분석. 창립 5주년 기념 We Start 국제 학술대회 자료집.
- 이봉주, 홍현미라, 강혜림, 박지호, 나지윤, 2013, 시소와 그네 영유아통합지원사업 성과분석 연구. 사회복지공동모금회, 서울대학교 산학협력단.
- 이창곤, 2006, 한국의 건강불평등과 정책방향, 아세아연구, 49(10): 66~103.
- 이화진, 2013, 시소와 그네 영유아통합지원사업 사례: 마포센터를 중심으로. 2013 한국사회복지행정학회 추계학술대회 자료집. 135-159.
- 장명림 외, 2009, 취약계층 영유아 통합적 육아지원 모형개발 및 시범적용. 육아정책연구소.
- 전연진, 이상균, 김하나, 장은경, 2011, 2011 드림스타트 사업효과성 연구보고서. 보건복지부, 한국청소년상담원.
- 주미현, 2004, 부모의 사회경제적 지위에 따른 청소년의 건강행위 및 심혈관질환 위험요인 분석, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 허남순, 허소영, 고윤순, 이경옥, 2012, 빈곤부모의 역량강화 경험 연구: 위스타트 사례관리 대상 부모를 중심으로. 한국아동복지학, 40:167-199.
- Macmillan, R., McMorris, B.J., Kruttschnitt, C., 2004, Linked lives: Stability and change in maternal circumstances and trajectories of antisocial behaviour in children. *Child Development*, 75:205~220.
- Reynold et al., 2010, *Childhood Programs and Practices in the First Decade of Life. cambridge university press.*
- Siddiqi, A., Irwin, L. G., Hertzman, C., 2007, Total Environment Assessment Model for Early Child Development. Evidence Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health. *WHO.*
- Welss, H., 2004, Growing up in poverty as a developmental risk. *Educational and Child Psychology*, 21(1):8~19.
- Wood, D., 2003, Effect of child and family poverty on child health in the United States: Poverty, child health, community-based advocacy. *Pediatrics*, 122:707~711.

<인터넷 홈페이지>



베스트스타트 <http://www.education.vic.gov.au>

드림스타트 <http://www.dreamstart.go.kr>

슈어스타트 <http://www.surestart.gov.uk>

시소와 그네 <http://www.seesawswing.org>

위스타트 <http://westart.or.kr>

헤드스타트 <http://www.nhsa.org>