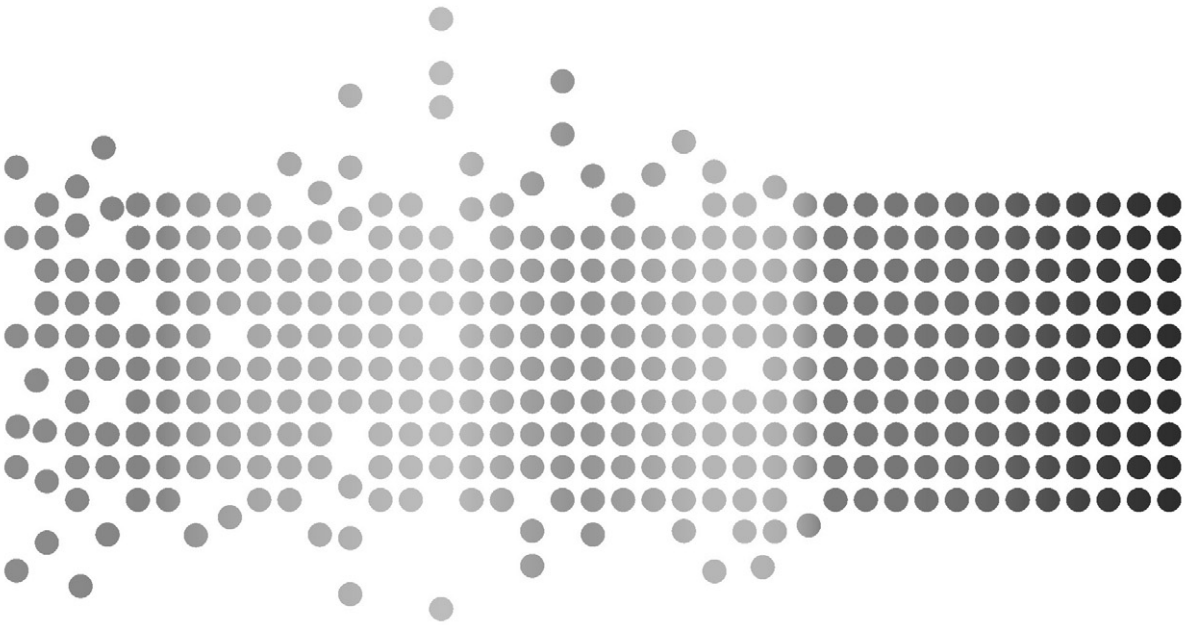
연구보고서 2010-30-12

인공임신중절 실태와 정책과제

Policy Issues on Abortion in Korea

최정수 · 원종욱 · 채수미 · 박은자 · 서 경



한국보건사회연구원

연구보고서 2010-30-12

인공임신중절 실태와 정책과제

발 행 일 2010년 12월
저 자 최 정 수 외
발 행 인 김 용 하
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전 화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 http://www.kihasa.re.kr
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처 대명기획
가 격 6,000원

ⓒ 한국보건사회연구원 2010

ISBN 978-89-8187-710-1 93510

머리말

흔히 낙태로도 일컬어지는 인공임신중절은 인위적으로 임신을 종결시키는 행위로서, 생명체를 대하는 윤리·도덕적 태도, 수술 후 합병증으로 인한 모성 건강문제, 차후 임신에 미치는 영향, 의료비 등 경제적 손실을 고려할 때 반드시 제한되어야 마땅한 일이다. 하지만, 충분히 효과적인 피임방법이 개발된 현대에도 여전히 계획하지 않은 임신이 발생되고 있고 이들 임신에 대하여는 불법여하를 불문하고 인공임신중절이 시도되고 있는 데 대하여는 현실적인 대안을 생각해 보지 않을 수 없다. 그리고 이는 시대적 당면과제인 저출산 문제와도 직접적으로 관련되는 점에서 문제해결의 시급성마저 지니고 있다.

이와 관련하여 인공임신중절에 대한 법적 제재가 인공임신중절과 그 후유증의 발생에 어떤 파급효과를 지니는 가와 함께 우리나라 가임기 여성의 임신 및 인공임신중절 실태의 파악이 우선적으로 요청되고 있으며, 이를 통해서 인공임신중절을 비교적 엄격히 제한하고자 하는 현행 정책에 대한 시사점과 바람직한 정책방향이 모색되기를 바라고 있다.

이에 본 연구에서는 인공임신중절이 여성건강에 미치는 폐해와 세계 각국의 인공임신중절 허용기준에 대하여 고찰하고 인공임신중절이 출산력에 미칠 영향을 파악함으로써, 실효성 있는 정책대안을 마련하고자 하였다.

모쪼록 연구결과가 정책에 반영되어 기대되는 성과를 얻기를 희망하며, 보고서 내용은 연구자들의 개인적 의견으로 공식 견해가 아님을 밝혀둔다.

2010년 12월

한국보건사회연구원장

김 용 하

목 차

Contents

Abstract ····· 1

요약 ····· 3

제1장 서 론 ····· 11

제1절 연구배경 및 목적 ····· 11

제2절 연구내용 및 방법 ····· 13

제2장 인공임신중절의 보건의학적 특성 ····· 19

제1절 인공임신중절의 정의와 분류 ····· 19

제2절 인공임신중절 방법 및 사후관리 ····· 20

제3절 인공임신중절에 따른 여성생식건강 문제 ····· 25

제3장 인공임신중절의 법적 제재 동향과 효과 ····· 35

제1절 인공임신중절의 법적 제재 동향 ····· 35

제2절 인공임신중절의 법적 제재 효과 ····· 48

제4장 임신 및 인공임신중절 실태 ····· 55

제1절 기혼여성의 임신 및 인공임신중절 실태 ····· 55

제2절 미혼여성의 임신 및 인공임신중절 실태 ····· 71

제5장 미혼여성의 출산·양육에 따른 부담과 사회적 지원 실태 ·· 93

제1절 미혼여성의 출산·양육에 따른 어려움과 사회적 지원 현황 ·· 93

제2절 미혼여성의 임신, 출산에 따른 고통과 경제적 기회상실에 대한 비용 추정 ····· 99

제6장 결론 및 정책제언 ····· 127
제1절 결론 ····· 127
제2절 정책제언 ····· 131

참고문헌 ····· 137

부록 ····· 145

Contents

표 목차

〈표 2- 1〉 임신주수에 따른 인공임신중절 시술방법 및 추후 관리 ·····21
〈표 2- 2〉 불임을 초래하는 불안전 인공임신중절의 비율 ·····30
〈표 3- 1〉 세계 지역별 인공임신중절 허용기준, 2007 ·····39
〈표 3- 2〉 인공임신중절 허용상태별 국가 및 인구, 2009 ·····44
〈표 3- 3〉 각국의 인공임신중절 허용사유별 허용기한 ·····47
〈표 3- 4〉 선진국의 인공임신중절 관련 입법사례 ·····48
〈표 4- 1〉 15~44세 기혼여성의 혼전임신에 따른 인공임신중절 경험률 ··69
〈표 4- 2〉 미혼모 연령별 출산년도별 첫 성관계시기 ·····73
〈표 4- 3〉 미혼모시설입소 임신여성의 출산 결정 이유 ·····78
〈표 4- 4〉 미혼모 연령별 현재 출산의 임신순위 추이(첫번째 임신), 2006~2008 ·····81
〈표 4- 5〉 미혼모시설입소 임신여성의 출산 후 아기 진로에 대한 견해 ··81
〈표 4- 6〉 주요 국가의 15~19세 여성 1,000명당 출생아 수 추이, 1997~2007 ·····82
〈표 4- 7〉 미혼모 자녀의 출생해당년도 출생신고상태, 2008 ·····83
〈표 4- 8〉 결혼상태별 연령별 인구수 및 인공임신중절률, 2005 ·····87
〈표 4- 9〉 미혼모시설입소 임신여성의 임신사실 인지시기(5개월 이후)와 출산이유(낙태시기를 놓쳐서) 추이, 2005~2009 ·····89
〈표 5- 1〉 미혼한부모가구의 증가추이 ·····94
〈표 5- 2〉 미혼모시설입소 임신여성의 임신이후 어려웠던 점 ·····94
〈표 5- 3〉 미혼모에 대한 사회적 편견과 차별정도 ·····95
〈표 5- 4〉 미혼모시설입소 임신여성의 출산 후 아기진로에 대한 태도 96
〈표 5- 5〉 미혼모시설입소 임신여성의 임신에 따른 학업중단여부 ·····98
〈표 5- 6〉 미혼모시설입소 임신여성의 임신에 따른 직장중단여부 ·····98

〈표 5- 7〉 설문조사 참여자의 인구사회학적 특성 ·····101
〈표 5- 8〉 조사 간 응답자의 연령분포 비교 ·····103
〈표 5- 9〉 조사 간 응답자의 임신당시 학업 및 직업상태 비교 ·····104
〈표 5-10〉 아기양육에 따른 심적 변화에 대한 설문내용 ·····106
〈표 5-11〉 미혼모의 임신당시 경력 ·····111
〈표 5-12〉 직장인의 재취업에 따른 예상임금감소액 ·····112
〈표 5-13〉 직장인의 근로기간 중 예상임금감소총액 ·····112
〈표 5-14〉 학업중단기간 ·····113
〈표 5-15〉 학업중단에 따른 미혼모 전체 기회비용 ·····114
〈표 5-16〉 진학준비연기 기간 ·····114
〈표 5-17〉 취업준비연기 기간 ·····115
〈표 5-18〉 취업준비연기와 진학연기에 따른 총기회비용 ·····115
〈표 5-19〉 아이양육의 고통에 대한 보상금액(월) ·····116
〈표 5-20〉 전체 미혼모의 아이양육 고통에 대한 보상금액(총액) ···117
〈표 5-21〉 아이양육의 즐거움에 대한 화폐가치 ·····118
〈표 5-22〉 전체 미혼모의 아이양육의 즐거움에 대한 화폐가치(총액) ··118
〈표 5-23〉 학생미혼모의 순편익 ·····119
〈표 5-24〉 진학 및 취업준비중인 사람들의 순편익 ·····120
〈표 5-25〉 퇴사한 사람들의 순편익 ·····121
〈표 6- 1〉 고위험계층에 대한 단계별 지원 사업 ·····133

그림 목차

[그림 2- 1] 자궁경부개대 및 흡입술/소파술 ·····23
[그림 2- 2] 태아축소술 ·····23

Contents

〔그림 2- 3〕 인공임신중절 후 합병증 발생의 위험증상 ·····24
〔그림 2- 4〕 인공임신중절의 여성생식건강에 대한 폐해 ·····25
〔그림 2- 5〕 신흥국(Developing countries)의 모성사망 위험요인 26
〔그림 2- 6〕 세계 지역별 전체 모성사망 중 인공임신중절에 의한 모성사망 비율 ·····27
〔그림 2- 7〕 세계보건기구의 불안전 인공임신중절 예방사업 ·····28
〔그림 3- 1〕 1970~80년대 산아제한정책 포스터 ·····37
〔그림 3- 2〕 인공임신중절 허용기준 추이, 1999 vs 2007 ·····42
〔그림 3- 3〕 지역별 인공임신중절 허용기준, 2007 ·····42
〔그림 3- 4〕 선진국과 기타 국의 인공임신중절 허용기준. 1999 ·····43
〔그림 3- 5〕 Legal induced abortion mortality rates with plot of exponential model, by gestational age—United States, 1972~1979, 1980~1987, and 1988~1997 ·····46
〔그림 3- 6〕 세계 지역별 인공임신중절 허용국비율과 불안전 인공임신중절률 ·····50
〔그림 3- 7〕 인공임신중절의 허용동향과 모성사망비 추이 사례(루마니아), 1960~1996 ·····51
〔그림 3- 8〕 세계 지역별 인공임신중절 허용국비율 대비 인공임신중절로 인한 사망자수 ·····51
〔그림 4- 1〕 15~44세 기혼여성의 총 임신횟수 ·····56
〔그림 4- 2〕 기혼여성(20~44세)의 연령별 임신 횟수 ·····56
〔그림 4- 3〕 20~44세 기혼여성의 불임진찰 경험 비율 ·····57
〔그림 4- 4〕 15~44세 기혼여성의 임신종결 형태별 평균횟수 ·····58
〔그림 4- 5〕 기혼여성(20~44세) 연령별 임신종결 형태별 구성비 59

〔그림 4- 6〕 20~44세 유배우부인의 연령별 인공임신중절률 변동추이 ··61
〔그림 4- 7〕 연령별 인공임신중절률, 2005 ·····61
〔그림 4- 8〕 선진국과 신흥국 간 인공임신중절률 추이 비교 ·····62
〔그림 4- 9〕 기혼여성의 연령별 인공임신중절 경험률 추이, 1985~2009 ··63
〔그림 4-10〕 15~44세 유배우부인의 인공임신중절 경험횟수 분포 ··64
〔그림 4-11〕 인공임신중절 경험자의 출산상태별 시술 분포 ·····65
〔그림 4-12〕 15~44세 유배우부인의 첫 번째 인공임신중절당시 자녀수 ··66
〔그림 4-13〕 기혼여성의 출생자녀수 대비 인공임신중절 경험횟수 분포의
조사간 비교 ·····67
〔그림 4-14〕 15~44세 유배우부인의 마지막 인공임신중절의 수용이유 ··68
〔그림 4-15〕 기혼여성의 인공임신중절 시술 후 경과 ·····70
〔그림 4-16〕 20~44세 미혼여성 중 '결혼과 관계없이 성관계를 가질
수 있다'고 생각하는 비율 추이 ·····72
〔그림 4-17〕 14~19세 미만 청소년의 성관계 경험률, 2010 ·····73
〔그림 4-18〕 미혼모시설입소 임신여성의 임신 이유 ·····74
〔그림 4-19〕 미혼모시설입소 임신여성의 성 및 피임지식 정도 ·····75
〔그림 4-20〕 미혼모시설입소 임신여성의 연령 분포 추이, 2005~2009 ··76
〔그림 4-21〕 미혼모시설입소 임신여성의 교육수준 분포 ·····76
〔그림 4-22〕 임신횟수별 모두 인공임신중절로 종결한 경우 ·····78
〔그림 4-23〕 '결혼하지 않아도 자녀를 가질 수 있다'에 전적으로
동의하는 20~44세 미혼여성의 비율 ·····79
〔그림 4-24〕 혼전임신에 대하여 '반드시 낳아야 한다' 에 동의하는
20~44세 미혼여성의 비율 ·····80
〔그림 4-25〕 해외 입양아동중 미혼자녀 비율 ·····83
〔그림 4-26〕 미혼모시설입소 임신여성의 임신사실 인지시기 ·····85

Contents

〔그림 4-27〕 의료기관조사에서의 연령별 인공임신중절률, 2005 ····86
〔그림 4-28〕 총 인공임신중절횟수의 결혼상태별 분포 ·····87
〔그림 4-29〕 인공임신중절 시기, 2005 ·····88
〔그림 4-30〕 인공임신중절 시술 후 관리를 위한 의료기관 방문여부 ·90
〔그림 5- 1〕 미혼모에 대한 인식과 관련한 세계 가치관조사 결과 ··96
〔그림 5- 2〕 20~44세 미혼여성의 첫 자녀 출산여건으로서 고용 및 소득안정에 대한 요구비율 ·····97
〔그림 5- 3〕 조사 간 응답자의 연령분포 비교 ·····103
〔그림 5- 4〕 조사 간 응답자의 임신당시 학력 분포 비교 ·····104
〔그림 5- 5〕 조사 간 응답자의 임신당시 직업상태 분포 비교 ·····105
〔그림 5- 6〕 조사 간 응답자의 학업 및 직장 포기여부 분포 비교 ··105
〔그림 5- 7〕 조사 간 응답자의 양육에 대한 감정 분포 비교 ·····107
〔그림 5- 8〕 조사 간 응답자의 양육에 따른 힘든 정도 분포 비교 ·107
〔그림 5- 9〕 조사 간 응답자의 양육이후 심적 변화 분포 비교 ·····108
- 자신이 더 가치 있는 사람이 된 것 같다
〔그림 5-10〕 조사 간 응답자의 양육이후 심적 변화 분포 비교 ·····108
- 삶의 목표가 더 뚜렷해 졌다
〔그림 5-11〕 조사 간 응답자의 양육이후 심적 변화 분포 비교 ·····109
- 책임감이 강해짐을 느끼고 있다
〔그림 5-12〕 조사 간 응답자의 양육이후 심적 변화 분포 비교 ·····109
- 갑작스런 생활의 변화가 짜증스럽다
〔그림 5-13〕 조사 간 응답자의 양육이후 심적 변화 분포 비교 ·····110
- 스트레스가 많다

Abstract

Policy Issues on Abortion in Korea

Background and Objectives of the Study

Induced abortion, generally detrimental to women's reproductive health, is one of the causes aggravating the problem of low fertility. Thus, it is important to estimate the development of incidence of the case and to see if current stringent restriction policy is in line with the efforts to promote women's reproductive health and fertility.

There has been constant rise in the number of unwed births related to relatively strict legal restriction. Several ways have been explored to help unmarried mothers achieve financial independence and a more proper child rearing.

Policy Suggestions

The current policy tends to remain highly restrictive to induced abortion, while enhancing monitoring of illegal abortion. On aspect of reducing possible side effect caused by legal restriction, reassessment of the current policy is necessary.

Though it is desirable to restrict induced abortion in respect of human life and in consideration of possible complications to mothers, it is also difficult to unqualifiedly put a stop to unplanned pregnancies. In this regard, it is necessary to review the possibility of granting a broad permission for induced abortion in the early stage of pregnancy while publicizing the dangers of physical complications associated with the abortion.

Based on the understanding of two features (1) premarital pregnancies, especially teenager pregnancies, can readily lead to harmful consequences of induced abortion, and (2) shift in conception toward dissociation of childbirth and nurturing with marriage,

A comprehensive measure is required to support those women during their pregnancy, childbirth, and child rearing, which will increase fertility and raise population quality.

While the society is getting more open to sex, many are still failing in using proper contraception, and more and more teens are experiencing pregnancy and induced abortion. Thus it is important to put an effort on providing them a fine education concerning contraception.

Increasing number of women choose to have sex, get pregnant, give birth, and raise children out of wedlock. In a way of seeking improvement of fertility problem, stemming social prejudice and stigmatization against them and supporting them to become financially independent and raise the children more successfully.

요약

1. 연구추진개요

가. 연구배경 및 목적

□ 인공임신중절이 가임기여성의 생식건강을 저해하여 저출산 문제를 가중시키는 요인으로 작용한다는 인식하에, 인공임신중절의 발생양상 및 추이를 통해 폐해정도를 가늠해보고 동시에, 인공임신중절을 비교적 엄격하게 제한하는 현행 정책이 여성생식건강 보호 등 출산력 제고를 위한 노력과 적절히 부합하는 가를 검토함. 또한 인공임신중절의 법적 제재와도 관련되어 증가일로에 있는 미혼여성의 출산, 양육에 따른 부담을 경감시켜 이들의 생활자립과 올바른 양육을 도모하기 위한 방안을 모색함.

나. 연구방법

□ 인공임신중절에 대한 임상이론, 국제기구(WHO, UN)의 인공임신중절 관련보고, 국내 가임기 여성의 임신 및 인공임신중절실태 조사결과보고에 대한 고찰

□ 전국 미혼모자시설 입소자의 생활실태 및 정책욕구조사(김혜영 외, 2009) 및 2005~2009 전국 미혼모자시설 입소자 실태보고(여성가족부 내부자료) 원자료 수집 및 분석

□ 전국 4개 미혼모시설의 미혼 임신여성 및 양육모 대상 임신출산관련 의견조사 실시

2. 인공임신중절의 보건의학적 특성

□ 인공임신중절은 태아가 모체 밖에서 생존할 수 있을 만큼 발육되기 전에 인공적으로 태아와 그 부속물을 모체 밖으로 배출시키는 행위로서, 법적 제재 하에서 특히 불안전 인공임신중절의 발생위험이 증가하고 있음.

□ 불안전 인공임신중절은 모성사망, 후천성불임, 자궁외임신, 습관성유산 등의 합병증을 초래함으로써 출산력에 직접적인 영향을 미침.

□ 불안전 인공임신중절의 발생에는 시술당시 임신주수, 시술방법, 시술자의 숙련 정도, 임신여성의 연령 및 건강상태 등이 관련되고 있는 가운데, 안전 인공임신중절을 위하여 임신초기의 시술과 합병증 예방을 위한 시술 후 관리가 강조되고 있음.

3. 인공임신중절에 대한 법적 제재의 동향 및 효과

□ 시대를 불문하고 인류의 생식을 인위적으로 조절하려는 시도와 이에 대한 윤리적 측면에서의 대응이 거듭되어온 가운데, 현대사회에서는 인공임신중절의 허용기준에 대한 사회적 합의의 도출이 도모되고 있음.

□ 인공임신중절은 생명에 대한 위협, 신체적 건강의 위협, 정신적 건강의 위협, 강간 및 근친상간, 태아이상, 사회경제적 이유, 본인 요청 등 7개 분야에서 국가마다 허용여부를 달리 하고 있으며, 세계 인구의 약 40%를 포함하는 56개국에서 임신초기의 인공임신중절을 전면 허용하고 있음.

□ 인공임신중절을 광범위하게 허용하는 국가들은 합법화 이후에 인공임신중절 건수가 증가하지 않았음은 물론 합병증 발생이 오히려 감소하였음을 보고함. 인공임신중절을 허용하는 국가들이 증가하면서 세계적으로 불안전 인공임신중절의 발생도 감소하는 추세에 있음.

□ 우리나라는 세계적으로 인공임신중절을 비교적 엄격하게 제재하는 국가 중 하나로서 형법으로 금지하고 있는 가운데, 모자보건법에서 그에 대한 위법성 조각사유로서 극히 제한적인 허용범위를 설정하고 있음.

4. 가임기여성의 임신 및 인공임신중절 실태

가. 기혼여성의 임신 및 인공임신중절 실태

□ 우리나라 기혼여성의 총 임신횟수는 2000년 1인당 평균 2.7회에서 2009년 2.3회로 감소함. 이는 피임실천율 증가에 따른 계획하지 않은 임신의 감소에 주로 기인한 것으로 정상출생의 비중이 증가하고 임신소모의 비중이 감소하였다는 긍정적 결과로서 비추어지기도 하지만, 여성의 출산능력을 대변하는 사산·자연유산은 거의 변동을 보이지 않는 등 고위험계층의 에 대한 관리미흡을 시사함.

○ 기혼여성의 1인당 평균 인공임신중절횟수 및 총 임신에서 인공임신중절이 차지하는 분율은 2000년 0.65회, 24.2%에서 2009년 0.34회, 14.6%로 감소함.

○ 기혼여성의 1인당 평균 사산·자연유산횟수는 2000년 0.27회, 2009년 0.26회로 변동폭이 적은 가운데, 총 임신에서 사산·자연유산이 차지하는 분율은 2000년 10.0%에서 2009년 11.2%로 증가함.

□ 기혼여성의 인공임신중절률은 감소추세에 있으나 전체 기혼여성 중 인공임신중절 경험자가 2009년 26%로 여전히 높게 나타나고 있으며 특히, 이들의 결혼 전 및 첫 번째 임신에 대한 인공임신중절은 인공임신중절 합병증에 대한 우려를 높이고 있음.

○ 전체 인공임신중절 경험자의 첫 인공임신중절 이유 중 혼전임신의 비중은 2006년 7.9%에서 2009년 9.5%로 증가

○ 전체 인공임신중절 경험자의 첫째아 출산 전 시술은 2005년 21.9%에서 2009년 29.4%로 증가

나. 미혼여성의 임신 및 인공임신중절 실태

□ 미혼여성의 결혼 전 성관계에 대한 수용도가 높아지고 첫 성관계경험시기가 앞당겨지면서, 첫 임신을 경험하는 시기도 빨라지고 있음.

□ 미혼여성 중 임신경험자는 2005년 전체의 7%로서, 이들은 피임에 대한 지식부족 등으로 임신을 반복하는 경향을 보이고 있음.

□ 미혼여성의 임신은 대부분 인공임신중절로 종결되고 있으며, 전체 임신경험자의 약 91%에서 인공임신중절을 경험함.

□ 미혼여성의 임신이 출산으로 이어지는 경우는 대부분 불법시술에 따른 어려움이나 시술비용부담 등에 따른 것으로, 이들은 산전관리의 소홀로 저출생체중아나 선천성이상아 등의 발생위험을 높이고 있음.

5. 미혼여성의 출산, 양육에 따른 부담과 사회적 지원 실태

□ 미혼여성의 임신이 증가하고 있는 가운데, 인공임신중절에 대한 법적 제재 및 결혼과 관계없는 자녀양육의지 확대로 미혼 한부모가구가 증가하는 추세에 있음.

□ 임신한 미혼여성은 임신 중에는 물론이고 출산 후 양육과정에서 각종 스트레스에 당면하고 있으며, 대부분이 사회적 차별감이나 미음의 혼란 등 심리적 부담을 비롯하여 아기의 장래문제와 본인의 향후 진로문제 그리고 경제적인 문제를 당면하고 있음.

□ 특히 경제적 어려움은 양육을 중도에 포기하는 주요 요인으로 작용하고 있는 가운데 임신, 출산, 양육으로 인해 학업이나 직장을 중도에 포기해야 하는 현실로 인해 부담이 더욱 가중되고 있음.

□ 우리와 유사한 상황에 처한 선진국들은 일찍이 미혼모의 생활자립과 양육을 지원하기 위하여 의료, 주거, 교육 등 포괄적인 분야에서 다양한 프로그램과 사업을 적극적으로 추진함.

□ 우리나라도 한부모가족지원사업 등을 통해 미혼모의 생활안정과 자립을 도모하고 있으나 사업내용이나 예산 면에서 요구에 부응하지 못함.

□ 미혼여성의 임신 및 출산에 따른 개인적 비용과 편익에 대하여 추정한 결과, 학업이나 직업의 중단 또는 지연에 따른 경제적 기회비용을 고려

할 경우 미혼여성은 출산보다는 인공임신중절을 선택할 가능성이 높은 것으로 나타남. 그러나 양육에 따른 정신적 이득이 고통에 비해 큰 것으로 파악됨으로써, 미혼여성의 임신·출산에 대한 경제적 지원을 통해 미혼여성의 임신이 인공임신중절로 종결됨에 따른 폐해를 예방함과 아울러 결혼률 저하에 따른 출산율저하 문제에 접근할 수 있을 것으로 예상됨.

6. 정책제언

□ 인공임신중절의 허용을 극히 제한한 채 불법행위의 감시를 강화하고자 하는 현행 정책방향에 대하여, 법적 제재에 따른 부작용 발생을 최소화하는 관점에서의 재고가 필요함.

○ 인공임신중절은 생명존중의식이나 시술로 초래되는 합병증 등과 관련하여 제한됨이 바람직하지만 현실적으로 계획하지 않은 임신을 피하기 어려운 점에서, 합병증 발생위험에 대한 대국민 홍보와 함께 임신 초기에 대하여는 보다 광범위한 시술 허용을 검토

□ 인공임신중절로 인한 폐해가 결혼 전 특히 10대 연령층의 임신으로부터 초래될 수 있는 점과 결혼과 무관하게 자녀를 낳아 기르려는 인식이 증대되고 있는 점을 감안할 때, 출산력 및 인구자질 측면에서 이들의 임신, 출산, 양육을 적절히 지원하는 방안마련이 요구됨.

○ 첫성관계경험시기가 앞당겨지면서 결혼 전 특히, 10대 연령층에서의 임신 및 인공임신중절 경험률이 증가하고 있는 데 대하여 이들에 대한 피임교육을 강화할 필요

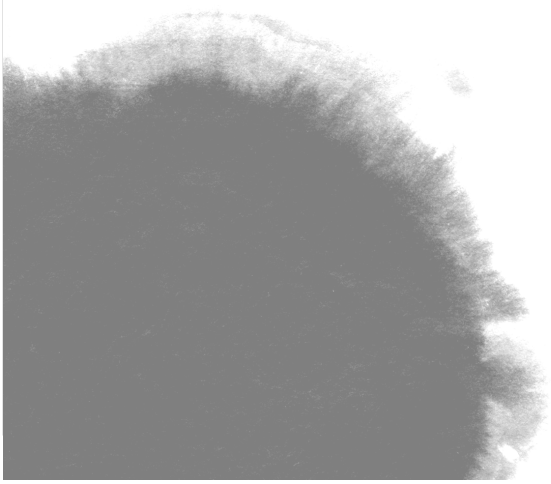
○ 결혼과 관계없이 성관계, 임신, 출산 및 양육을 수용하는 입장이 증가하고 있는 데 대하여 이들에 대한 사회적 편견 해소 및 생활자립·양육 지원을 통해 출산력 제고를 도모

□ 인공임신중절의 폐해에 대한 사회적 인식 확산 및 정책근거자료 제공을 위해서 인공임신중절과 그 폐해에 대한 정확한 실태파악이 필요함.

KIHASA

01

서론



제1장 서 론

제1절 연구배경 및 목적

우리나라는 최근 세계적으로 가장 낮은 수준의 출산율에 직면하여 정부 차원에서 저출산 해소를 위한 갖가지 방안들을 적극적으로 모색 중에 있다. 이러한 분위기 속에서, 연간 34만여 건(2005년도 기준)으로 추정되고 있는 인공임신중절의 경우에도 불법행위의 선별과 차단에 치중하던 기존의 논의에서 나아가 정부의 저출산 대응노력에 동참해야 하는 필요성을 더하게 되었다.

이러한 움직임은 인공임신중절과 관련한 실상을 들여다 볼 때 매우 타당하고 의미 있는 일이라 하지 않을 수 없다. 우선, 인공임신중절은 그 자체로 가임기 여성의 출산능력을 저하시키는 요인이 되고 있다. 세계적으로, 인공임신중절 두건 중 한건은 불안전 인공임신중절로서(unsafe abortion), 이로 인해 매년 약 5백만 명의 여성이 합병증으로 입원치료를 받고 있으며, 이들 중 상당수가 출산능력을 저하시키는 생식기관 염증과 속발성 불임증을 앓고 있는 것으로 보고되고 있다(WHO, 2003; CDC and ORC Macro, 2003).

또한, 계획하지 않은 임신임에도 불구하고 인공임신중절을 하지 못하고 어쩔 수없이 출산하는 경우, 여성의 임신 및 산욕기 중 활동제한이나 출생아의 건강문제 등 각종 폐해발생이 예상되고 있다. 즉, 이들은 출산을 염두에 두고 있지 않음에 따라 흡연, 음주, 약물 등과 같이 태아의 건강을 크게

위협하는 행위를 포함하여 산전관리에 충분한 주의를 기울이지 않음으로써 미숙아나 선천성이상아 등 건강하지 못한 출생아를 낳을 위험을 높이고 있다. 그리고 이와 같은 위험은 특히, 성 개방문화의 확산과 함께 증가하고 있는 10대 청소년의 임신과 출산에서 더욱 높을 것으로 우려되고 있다(김혜영, 2009; 천혜정 외, 2002).

한편, 우리나라에서 인공임신중절은 출산율 증대와는 상반된 인구의 양적 억제정책에 주로 이용되어 왔으며 그 과정에서 법과 무관하게 방관되어 온 측면이 있다. 또한 전국단위에서 적극적으로 추진되었던 피임보급사업도 출산조절에 주안점을 둔 채 인공임신중절을 줄이려는 의도는 그다지 표방되지 않았다. 그 결과, 서로 충분히 연계되어야 할 인공임신중절과 피임이 개별적으로 다루어지게 되고, 인공임신중절에 대한 정책도 사전예방 보다는 사후관리로 한정되는 경향을 보여 왔다. 이와 같은 상황은 인공임신중절과 관련한 정책을 저출산 문제의 해결로까지 확대시키는데 있어서 다소 걸림돌로 작용할 수 있다. 하지만, 불법 인공임신중절에 대한 감시와 처벌이 강화될 조짐을 보이면서 이를 방관하던 시절과 달리 불안전 인공임신중절로 인한 합병증이 심각하게 염려되는 시점에 이르러, 효과적인 대응책을 마련하기 위한 일환으로서 피임보급이나 미혼모지원과 같은 유관사업과의 연계는 어느 때보다도 절실해 지고 있다.

이처럼 인공임신중절은 여성의 출산능력에 영향을 미침은 물론이고 건강아 출산과 올바른 양육에 이르기까지 현실적으로 당면하고 있는 저출산과 관련한 과제에 폭넓게 관계되어 있다. 이에, 본 연구는 인공임신중절의 보건의료적 의의와 발생실태에 대한 종합적인 검토를 토대로, 인공임신중절로 초래될 수 있는 여성생식건강에 대한 폐해를 최소화하는 한편, 임신에서 양육에 이르는 출산환경의 바람직한 조성을 지원함으로써 궁극적으로 출산력 제고 및 인구자질 향상에 일조코자 한다.

제2절 연구내용 및 방법

본 연구는 인공임신중절이 저출산 문제를 가중시키는 요인으로 작용한다는 인식하에, 그 구체적인 배경과 함께 현재 추진 중에 있는 인공임신중절 정책의 적절성을 점검하고 필요할 경우 보다 효과적인 방안을 모색하고자 추진되었다.

따라서 연구의 초점은 인공임신중절이 출산력에 미치는 영향에 대하여 구체적으로 밝히는 일과 함께, 불법행위의 선별과 차단에 주안점을 두고 있는 인공임신중절 정책이 출산력제고 노력과 적절히 부합할 것인가를 검토하는 일에 맞추어졌다. 전자를 위한 연구내용으로는 인공임신중절이 지닌 보건의학적 특성을 바탕으로 특히, 불안전 인공임신중절(unsafe abortion)로 초래되고 있는 가임기 여성의 생명과 생식건강에 대한 위험성을 살펴보았다. 그리고 후자를 위해서는 첫째, 인공임신중절에 대한 세계 각국의 대응 동향과 법적 제재가 인공임신중절 발생에 미치는 효과, 둘째, 가임기여성의 결혼상태별 임신 및 인공임신중절 실태, 셋째, 미혼여성의 출산 및 양육에 따른 부담에 대해 파악함으로써 인공임신중절 정책의 적절성을 간접적으로 진단함과 아울러 나아갈 방향에 대한 시사점을 찾았다. 연구내용별 주요 논점과 활용자료는 다음과 같다.

1. 인공임신중절의 보건의학적 특성

인공임신중절이 지닌 보건의학적 특성을 바탕으로 특히, 불안전 인공임신중절의 발생상황과 이로 인한 가임기 여성의 생명과 생식건강에 대한 위험성을 파악하였다. 이를 위해서 인공임신중절에 대한 임상이론과 함께, 인공임신중절의 폐해를 줄이는데 앞장서고 있는 세계보건기구(WHO)의 보고자료 그리고 관련연구결과를 고찰하였다.

2. 인공임신중절에 대한 법적 제재의 동향과 효과

세계 각국의 인공임신중절 허용기준을 살펴보고, 허용정도와 인공임신중절 발생과의 관계에 대한 실증자료를 통해 법적 제재의 효과성을 가늠해 보았다. 이를 위해서, 세계보건기구와 국제연합의 모니터링 정보를 수집, 분석하고 관련 보고 자료와 연구결과를 고찰하였다.

3. 가임기여성의 임신 및 인공임신중절 발생 실태

우리나라 가임기여성의 결혼상태별 임신 및 인공임신중절 실태와 관련특성을 파악하였다. 인공임신중절의 발생실태와 관련하여서는 입장이나 목적에 따라 관심분야도 매우 다양할 것이나, 본 연구는 저출산에 대한 대응을 염두에 두고 인공임신중절이 여성의 출산능력을 저해할 것으로 우려되는 부분에 초점을 맞추었다. 따라서 인공임신중절의 임상특성과 여성생식건강에 미치는 영향을 바탕으로 특히, 불안전 인공임신중절의 발생위험이 높은 경우를 선별함과 동시에 그 발생규모에 대하여도 추정을 시도하였다.

우리나라는 인공임신중절을 비교적 엄격하게 제한하고 있으면서도 한편으로는 불법행위에 대하여 방관하는 자세를 취해옴에 따라, 인공임신중절이 만연하고 있다는 위기의식과 함께 가임기여성의 인공임신중절률이나 시술이유 등을 파악하려는 시도가 이어져 왔다. 따라서 이들로부터 인공임신중절 발생 실태나 추이가 어느 정도 구체적으로 파악되고 있는데 다만, 계획하지 않은 임신에 대한 인공임신중절은 기혼여성보다는 미혼여성에서 더욱 발생할 소지가 많음에도 사회적 통념 상 이들로부터 직접 정보를 얻기가 쉽지 않은 가운데, 대부분의 자료들이 주로 유배우 여성을 대상으로 수집되어 온 제한점을 지니고 있다. 그나마 다행스러운 것은 가족복지 혹은 여성복지 차원에서 미혼모시설을 확대 운영해 오는 가운데, 이들로부터 미혼여성의 임신 및 출산관련 정보를 나름대로 축적해 온점이다.

이에 본 연구에서는 기존의 관련 전국단위조사와 미혼모시설입소대상에

대한 보고 및 조사로서 다음의 자료를 활용하였다.

○ 전국 출산력 및 가족보건실태조사(한국보건사회연구원): 1980년대부터 실시된 유배우부인의 임신 및 인공임신중절실태 보고결과 고찰

○ 전국 결혼 및 출산동향조사(보건복지부·한국보건사회연구원): 2005년과 2009년에 실시된 유배우부인의 임신 및 인공임신중절 실태와 미혼남녀의 결혼관과 자녀관 등에 관한 보고결과 고찰

○ 인공임신중절실태조사 및 종합대책수립(보건복지부·고려대학교): 2005년에 시술의료기관조사와 가임기여성대상 전화조사로 실시된 임신 및 인공임신중절 실태 보고결과 고찰

○ 미혼모의 출산·양육환경 개선을 위한 사회적 지원방안(한국보건사회연구원): 2006년에 실시된 미혼모시설 입소자 복지서비스 실태 및 욕구조사와 양육모그룹홈 입소자 복지서비스 실태 및 욕구조사 보고결과 고찰

○ 미혼부모의 사회통합방안연구(한국여성정책연구원): 2009년에 전국 미혼모시설 입소자를 대상으로 실시된 생활실태 및 정책욕구조사의 원자료 수집 및 분석

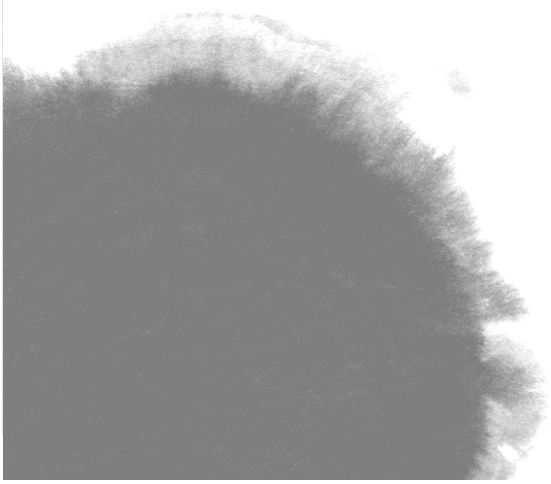
○ 여성가족부 내부자료: 2005~2009년 전국 미혼모시설 입소자에 대한 보고자료 수집 및 분석

4. 미혼여성의 출산·양육에 따른 부담과 사회적 지원 실태

인공임신중절의 법적 제재를 포함한 제반 사회 환경 여건 속에서 증가일로에 있는 미혼여성의 출산 및 양육과 관련하여, 이들이 당면하고 있는 어려움과 사회적 지원 실태를 파악하였다. 특히, 미혼여성의 출산, 양육에 따른 부담으로서 이들의 임신 및 양육과정에서의 고통과 경제적 기회상실을 비용으로 추정하였으며, 이를 토대로 이들의 부담을 경감할 수 있는 사회적 지원수준을 추정하여 정책의 실효성을 높이기 위한 대안으로 제안하였다. 이를 위해서 미혼모시설입소 대상자에 대한 기존의 조사결과를 고찰하는 한편, 4개 미혼모시설입소자 100명을 대상으로 의견조사를 실시하였다.

02

인공임신중절의 보건의학적 특성



제2장 인공임신중절의 보건의학적 특성

제1절 인공임신중절의 정의와 분류

인공임신중절은 흔히 낙태로도 일컬어지고 있는데, 낙태의 경우 주로 형법에서 다루어져 부정적인 개념으로 언급되어 온 측면이 많은 점에서 최근에는 행위중심의 가치중립적인 용어로서 인공임신중절을 주로 사용하는 경향에 있다.

인공임신중절은 출생, 사산, 유산으로 대별되는 임신종결형태 중 유산에 해당하는데, 유산은 수정란의 자궁 내 착상으로 형성된 태아가 모체 밖에서 생존할 수 있을 만큼 발육되기 전에 모체 밖으로 배출된 것으로 자연유산과 유도유산으로 구분된다. 자연유산에는 절박유산, 불완전유산, 계류유산, 습관성유산이 있고, 유도유산에는 치료적 유산과 선택적 유산이 있다. 유도유산은 인공적으로 태아와 그 부속물을 모체 밖으로 배출시키는 행위인 인공임신중절에 해당하며, 이는 치료적 인공임신중절(therapeutic abortion)과 자발적 인공임신중절(voluntary abortion)로 구분되기도 한다. 일반적으로 전자는 임신을 지속할 경우 모체의 생명이나 건강에 심각한 위험을 초래할 가능성이 많다고 판단됨에 따른 것으로 우리나라를 포함한 세계 대부분의 국가들에서 치료행위의 일환으로서 받아들여지고 있다. 반면에 후자는 계획하지 않은 임신이나 부적절하게 발생된 임신에 대하여 사회경제적 이유 혹은 본인요청 등을 좇아 시행하는 것으로 우리나라에서는 법으로 엄격히 제한되고 있다.

최근에는 인공임신중절로 인해 초래되는 여러 가지 부작용과 관련하여 안전 인공임신중절(safe abortion)과 불안전 인공임신중절(unsafe abortion)을 구분하고 그중 불안전 인공임신중절에 대하여 보다 초점을 맞추는 경향에 있다. 이와 관련하여, 세계보건기구(1992)는 불안전 인공임신중절(unsafe abortion)을 '제대로 의료시설이 갖추어지지 않은 환경에서, 또는 비의료인에게 의탁하여 임신을 종결'하는 것으로 정의하고 있다.

제2절 인공임신중절 방법 및 사후관리

불안전 인공임신중절(unsafe abortion)에 대한 관심이 증대됨과 아울러 이를 예방하기 위한 일환으로서, 안전 인공임신중절을 위한 시술방법의 보급에 세계보건기구가 적극적으로 나서고 있다(WHO, 2003).

일반적으로, 안전 인공임신중절의 시술방법은 임신주수에 따라 달라진다. 임신 5~12주에는 Manual vacuum aspiration(흡입술)가 가장 안전하고, 9주이하와 14~22주 사이에는 Mifepristone이나 misoprostol을 이용한 약물요법도 안전하며, 2분기 이후에는 Dilatation & Evacuation(경부확장 후 흡입술)이 권장되고 있다(표 2-1 참조).

〈표 2-1〉 임신주수에 따른 인공임신중절 시술방법 및 추후 관리

Recom-m ended Standards	Procedure				
	Manual acuum aspiration (MVA)	Dilation & cu-rettage (D&C) or dilation& eva-cuation (D&E)	Early medication abortion		Later medication abortion
			Miso-prostol only	Mifepristone and misoprostol	Mifepristone followed by repeated doses of misoprostol or vaginal prostaglandins
Appro-priate gesta-tional age	5-12 weeks (large body of evidence) ; > 12 weeks (limited vidence)	≥13 weeks	≤9 weeks	5-9 weeks (large body of evidence); 10-12 weeks (limited evidence)	≥13 weeks
Type of provider	Gynecolo gist, trained general physician trained midlevel provider	Gyneco logist, trained general physician	Trained midlevel provider	Gynecologist, trained general physician, trained midlevel provider	Gynecologist, trained general physician, trained midlevel provider
Type of facility	Primary care facility	District hospital, secondary or tertiary hospital	Primary care facility	Primary care facility	District hospital, secondary or tertiary hospital
Pain manage-ment	Mild sedation, analgesia and/or local anesthesia	Heavy or mild sedation, analgesia and/or local anesthesia	Analgesia	Analgesia	Analgesia
Follow-up care	Observation after procedure;	Observati on after procedure	Clinical observation for 4-6 hours after taking prostaglandin; if complete		Clinical observation until fetus and placenta are

Recom-mended Standards	Procedure				
	Manual acuum aspiration (MVA)	Dilation & cu-rettage (D&C) or dilation& eva-cuation (D&E)	Early medication abortion		Later medication abortion
			Miso-prostol only	Mifepristone and misoprostol	Mifepristone followed by repeated doses of misoprostol or vaginal prostaglandins
	follow-up visit with trained provider 7-10 days after procedure	;follow-up visit with trained provider 7-10 days after procedure	abortion is not confirmed, if drug is taken at home or if patient leaves before 6 hours, a return visit in 10-15 days is necessary to confirm completed abortion and absence of infection		expelled;Return visit in two weeks is recommended to confirm absence of infection
Counsel-ing and other	Counsel about all contraceptive methods, and about when to initiate postabortion contraception; provide method; provide emergency contraception, especially if patient is not starting a method right away; counsel about need for STI/HIV protection and condom use; offer STI/HIV testing if possible				

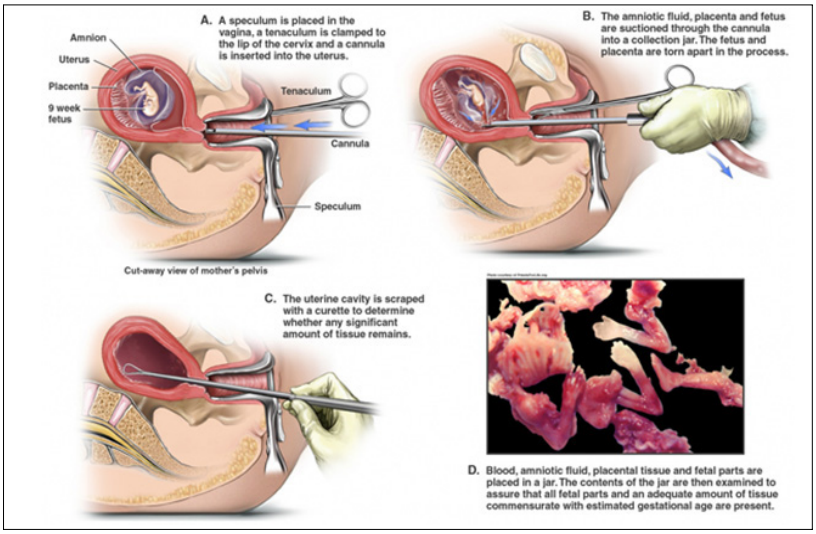
자료: WHO. Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems. 2003

인공임신중절 시술방법에는 약물적 방법과 수술적 방법이 있다.

약물적 방법은 자궁수축제, 고농도 액체 주입법, 프로스타글란딘제제, 항프로게스트론 제제 등의 약물을 투여하여 진통을 유발시킴으로써 수술적 방법과 더불어 사용된다.

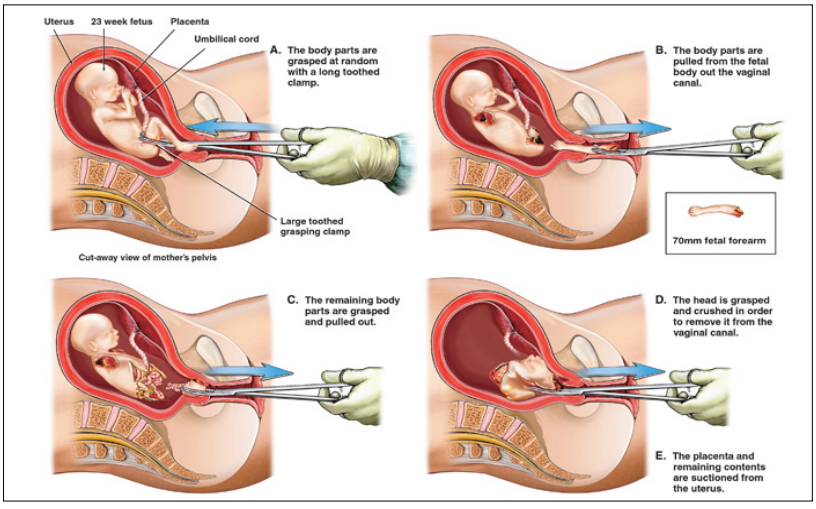
수술적 방법으로는 자궁경부 개대 및 흡입술/소파술이 있으며 인공임신중절 시기에 따라 시술방법에 차이가 있다. 우선 임신 초기의 배아일 경우, 보통 임신 12주 이전에는 약물이나 기구를 이용하여 자궁경부를 개대시킨 후 큰 주사기와 같은 플라스틱 튜브를 자궁 내에 넣어 진공흡인기로 흡인하게 되면 착상된 발육초기의 배아가 피스톤의 흡인력에 의해 떨어져 나오게 하거나 소파큐렛을 넣어 태아를 긁어냄으로써 자궁안의 내용물을 인위적으로 제거한다(그림 2-1 참조).

〔그림 2-1〕 자궁경부개대 및 흡입술/소파술



그리고 임신 16주 이후에, 태아의 위치가 정상이 아닐 경우는 태아의 신체를 부분 절단하여 배출하는 태아축소술을 시행 한다(그림 2-2 참조).

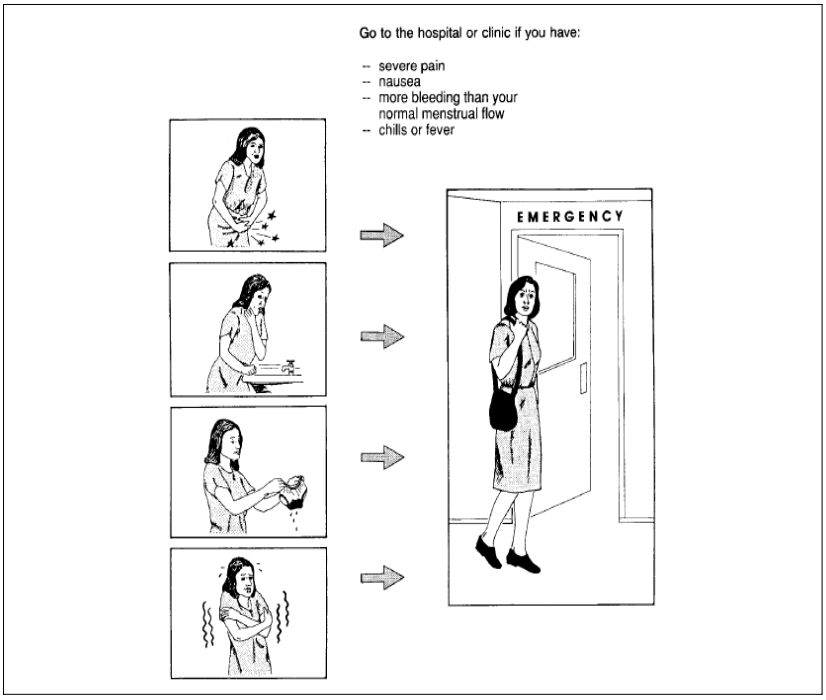
〔그림 2-2〕 태아축소술



인공임신중절은 일종의 수술로서 늘 부작용을 수반하게 된다. 이로부터 가장 우려되는 바는 여성생식건강의 저해이며, 이러한 인공임신중절의 합병증을 예방하기 위해서는 시술과정 뿐 아니라 시술 후에도 적절한 관리를 필요로 한다.

이와 관련하여 세계보건기구에서는 시술 후에 고열 및 오한, 근육통 및 무력감, 복통, 허리통증, 복부 압통, 출혈 지속, 악취 있는 분비물, 6주 이상 월경의 지연, 오심 및 구토의 증상이 있을 경우, 신속하게 검사와 치료를 받도록 지침을 마련하고 있다(그림 2-3참조).

〔그림 2-3〕 인공임신중절 후 합병증 발생의 위험증상



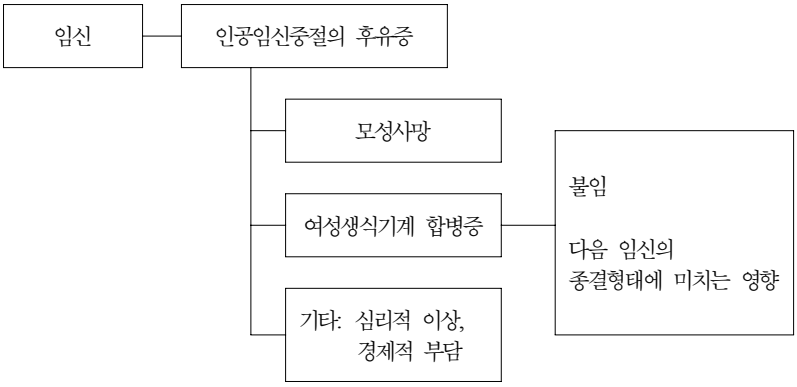
자료: WHO. Complications of abortion. 1995:13

제3절 인공임신중절에 따른 여성생식건강 문제

세계적으로 임신은 연간 2억 5백만 건 정도 이루어지고 있으며, 이 가운데 1/3이상이 계획하지 않은 임신에 해당하는 것으로 추정되고 있다. 이들 계획하지 않은 임신의 대부분에 대하여 인공임신중절이 시도되고 있는 가운데, 세계적으로 전체 임신의 약 20%가 인공임신중절로 종결되고 있다. 그리고 이러한 인공임신중절의 약 58%는 모성사망, 후천성불임, 자궁외임신, 습관성유산 등과 같은 합병증을 초래하는 불안전 인공임신중절(unsafe abortion)로 추정되고 있다(WHO, 2007).

이처럼 인공임신중절은 사망, 특정질환 이환, 다음 임신에 대한 영향 등 다양한 측면에서 여성생식건강에 직접적인 폐해를 초래하고 있으며, 그밖에도 여성의 심리적 건강문제나 경제적 부담 등을 통해 간접적으로 영향을 미치고 있다.

〔그림 2-4〕 인공임신중절의 여성생식건강에 대한 폐해



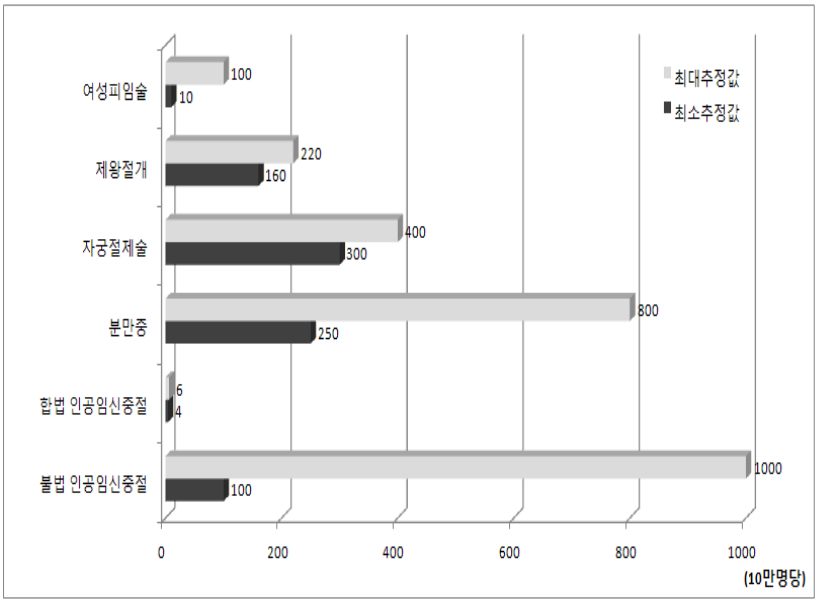
자료: 박상화, 1997:68 재작성

1. 모성사망

전 세계적으로 매년 6만 5천 명에서 7만 명에 달하는 가임기 여성이 인공임신중절로 인해 사망하는 것으로 보고되고 있는 가운데, 인공임신중절은 대부분의 국가에서 주요 모성사망원인으로 밝혀지고 있다.

모성사망을 초래하는 불안전 인공임신중절은 합법적 시술보다는 불법적 시술에서 보다 빈번하게 발생되고 있는 가운데, 신흥국에서는 불법 인공임신중절로 인한 모성사망이 사망원인의 1위를 차지하는 것으로 추정되기도 한다(그림 2-5 참조).

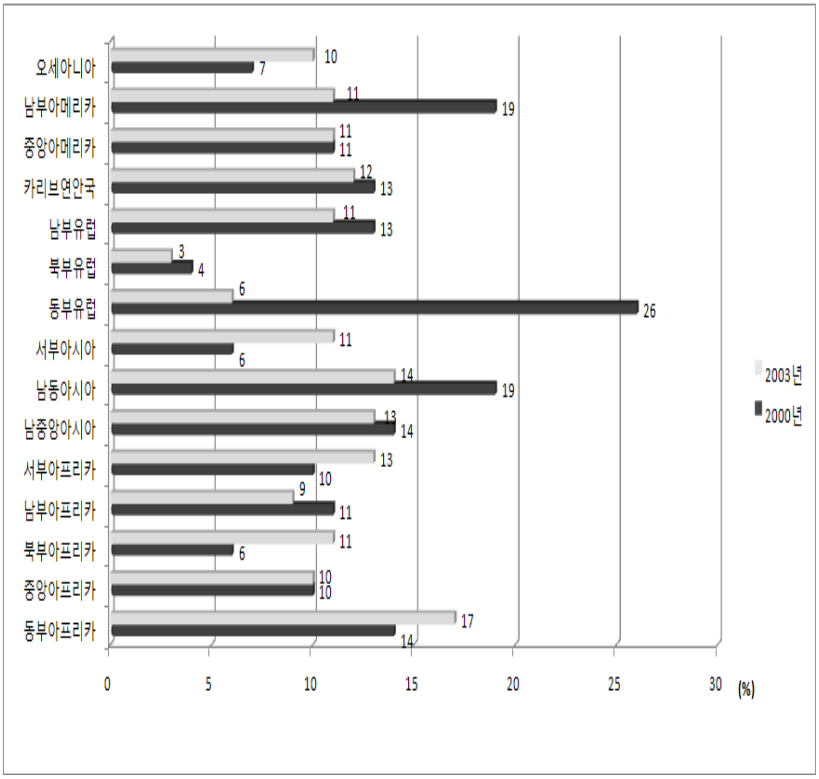
〔그림 2-5〕 신흥국(Developing countries)의 모성사망 위험요인



자료: WHO, Population Crisis Committee (WHO, 2004:5에서 재 인용)

불안전 인공임신중절로 인한 모성사망이 전체 모성사망에서 차지하는 비중은 지역에 따라 차이가 있으며, 대체로 선진국에서 낮고 저개발국에서 비교적 높게 나타나고 있는데, 이는 선진국에서 인공임신중절을 보다 광범위하게 허용하고 있는 점과 어느 정도 관련되었을 것으로 여겨지고 있다(그림 2-6 참조).

〔그림 2-6〕 세계 지역별 전체 모성사망 중 인공임신중절에 의한 모성사망 비율



자료: WHO, Unsafe abortion, 2004:16, 2007:13

이와 관련하여 세계보건기구에서는 불안전 인공임신중절로 인한 모성사망을 예방하기 위해 보건사업이 활발하지 못한 신흥국을 중심으로 지속적인 모니터링을 실시하고 있으며 동시에, 안전 인공임신중절(safe abortion)에 대한 안내와 연구사업도 적극적으로 펼치고 있다(그림 2-7 참조).

〔그림 2-7〕 세계보건기구의 불안전 인공임신중절 예방사업

자료: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/en/index.html

한편, 우리나라와 같이 인공임신중절을 법으로 금지하고 있는 경우에 의료기관으로부터 인공임신중절로 인한 모성사망을 파악하기란 쉽지 않다. 실제로 우리나라는 의료기관조사를 통해 모성사망을 파악하고 있는 가운데, 모성사망 사인 중 인공임신중절이 차지하는 비중은 극히 적은 것으로 나타나고 있다(최정수 외, 2010).

인공임신중절에 의한 모성사망의 원인은 감염(25%), 혈전증(24%), 마취 부작용(16%), 과다출혈(15%) 등으로 시술당시 임신주수, 시술방법, 시술자의 숙련 정도, 임신여성의 연령 및 건강상태 등의 요인에 의해서 영향을 받는 것으로 보고되고 있다(Cates et al. 1981; Royston et al. 1989).

인공임신중절로 인한 패혈증이나 출혈 등으로 자궁절제술이 필요할 경우도 있으며 Clostridium perfringens으로 인한 가스괴저(Gas gangrene)는 이물질 삽입으로 인해 발생할 수 있고 파상풍 등으로 인한 사망가능성도 있다. 또한, 잔류태반이나 심각한 감염증으로 즉각적인 항생제 치료가 필요할 수 있으며 장손상으로 인해 복막감염이 발생한 경우에는 치료지연으로 인해 사망할 수도 있다(WHO, 2006).

인공임신중절로 인한 모성사망의 발생은 임신초기 8주 이내에서는 인공임신중절 10만 명당 0.6명으로 나타나고 있으나 8주 이후부터는 2주일이 가산될 때마다 2배씩 증가하는 것으로 알려져 있다.

2. 여성생식기계 합병증

WHO(2000)는 불안전 인공임신중절의 20-30%에서 생식기관 염증(reproductive tract infection, RTI)이 발생하고 이들 중 20-40%에서는 상부생식기관 염증 및 불임(secondary infertility)이 발생하는 것으로 보고한 바 있다.

전 세계적으로 매년 500만 명의 여성이 인공임신중절의 합병증으로 입원치료를 받고 있으며, 이들 중 300만 명은 생식기관염증(RTI)을 앓고 170만 명은 속발성불임증으로 발전하는 것으로 추정되고 있다(Singh, 2006). 이

에 따라 현재 전 세계적으로 약 2천 4백만 명이 불안전 인공임신중절로 인한 속발성 불임증으로 고통 받고 있음을 보고하고 있다(WHO, 2003).

속발성불임증은 인공임신중절이후 골반 내 장기감염으로 인해 나타나며, 인공임신중절 1000건당 1건 미만이 난관폐쇄로 인한 속발성불임증으로 발전할 가능성이 있는 것으로 알려지고 있다(Heisterberg, 1988; Westrom, 1980). 영구적인 불임은 불안전한 인공임신중절로 인해 심각한 자궁손상 또는 패혈성 쇼크로 자궁절제술을 받은 경우를 포함한다. 생식기관을 통한 상위감염은 난관과 난소의 손상을 일으키고 급기야 골반감염을 일으키고 이를 치료하지 않을 경우 만성골반통증과 유착과 자궁주위의 반흔형성으로 인한 양측 난관폐쇄, 속발성 불임증을 일으킨다.

세계보건기구(1990)는 질병부담보고서를 통해 전체 인공임신중절 중에서 불임을 일으키는 불안전 인공인심중절의 비율이 지역에 따라 3~12%에 달하는 것으로 보고하고 있다(표 2-2 참조).

〈표 2-2〉 불임을 초래하는 불안전 인공임신중절의 비율

지역구분	속발성불임을 일으킨 불안전 인공임신중절의 분포(%)
AFRO D, AFRO E, SEARO D	12
WPRO B+SEARO B	8
EMRO B+D	5
AMRO A, EURO A, WPRO A, EURO B and C. AMRO B and D	3

AFRICAN REGION (AFRO)	REGION OF THE AMERICAS (AMRO)	EASTERN MEDITERRANEAN REGION (EMRO)	Sweden	WESTERN PACIFIC REGION (WPRO)
			Switzerland	
			United Kingdom	
AFRO D				
(high child, high adult mortality)	AMRO A	EMRO B	EURO B	WPRO A
	(very low child, very low adult mortality)	(low child, low adult mortality)	(low child, low adult mortality)	(very low child, very low adult mortality)
Algeria	Canada	Bahrain	Albania	Australia
Angola	Cuba	Cyprus	Armenia	Brunei
Benin	United states of America	Iran (Islamic Republic of)	Azerbaijan	Darussalam
Burkina Faso		Jordan	Bosnia and Herzegovina	Japan
Cameroon	AMRO B	Kuwait	Bulgaria	New Zealand
Cape Verde	(low child, low adult mortality)	Lebanon	Georgia	Singapore
Chad		Libyan Arab Jamahiriya	Kyrgyzstan	
Comoros	Antigua and	Oman	Poland	
Equatorial Guinea			Romania	WPRO B
Gabon				
Gambia				

지역구분			속발성불임을 일으킨 불안전 인공임신중절의 분포(%)	
Ghana Guinea Guinea-Bissau Liberia Madagascar Mali Mauritania Mauritius Niger Nigeria Sao Tome and Principe Seychelles Senegal Sierra Leone Togo **AFRO E (high child, very high adult mortality)** Botswana Burundi Central African Republic Congo Côte d'Ivoire Democratic Republic of the congo Eritrea Ethiopia Kenya Lesotho Malawi Mozambique Namibia Rwanda South Africa Swaziland Uganda United Republic of Tanzania Zambia Zimbabwe	Barbuda Argentina Bahamas Barbados Belize Brazil Chile Colombia Costa Rica Dominica Dominican Republic El Salvador Grenada Guyana Honduras Jamaica Mexico Panama Paraguay Saint Kitts and Nevis Saint Lucia Saint Vincent and the Grenadines Suriname Trinidad and Tobago Uruguay Venezuela **AMRO D (high child, high adult mortality)** Bolivia Ecuador Guatemala Haiti Nicaragua Peru	Qatar Saudi Arabia Syrian ArabRepublic Tunisia United Arab Emirates **EMRO D (high child, high adult mortality)** Afghanistan Djibouti Egypt Iraq Morocco Pakistan Somalia Sudan Yemen **EUROPEAN REGION (EURO)** **EURO A (very low child, very low adult mortality)** Andorra Austria Belgium Croatia Czech Republic Denmark Finland France Germany Greece Iceland Ireland Israel Italy Luxembourg Malta Monaco Netherlands Norway Portugal San Marino Slovenia Spain	Slovakia Tajikistan The former Yugoslav Republic of Macedonia Turkey Turkmenistan Uzbekistan Yugoslavia **EURO C (low child, high adult mortality)** Belarus Estonia Hungary Kazakhstan Latvia Lithuania Republic of Moldova Russian Federation Ukraine **SOUTH-EAST ASIA REGION (SEARO)** **SEARO B (low child, low adult mortality)** Indonesia Sri Lanka Thailand **SEARO D (high child, high adult mortality)** Bangladesh Bhutan Democratic People's Republic of Korea India Maldives Myanmar Nepal	**(low child, low adult mortality)** Cambodia China China, Hong Kong SAR China, MacaoSAR Cook Islands Fiji Kiribati Lao People's Democratic Republic Malaysia Marshall Islands Micronesia, Federated States of Mongolia Nauru Niue Palau Papua New Guinea Philippines Republic of Korea Samoa Solomon Islands Tonga Tuvalu Vanuatu Viet Nam

자료: Global Burden of Disease, 1990.

또한 인공임신중절의 대표적 합병증인 골반염증 등 생식기 감염은 추후 자궁외임신의 원인이 되고 있으며, 반복적 시술의 경우에 자궁내막유착증 및 자궁경관무력증을 초래하여 향후 습관성 자연유산의 원인이 되기도 한

다. 이와 같은 인공임신중절의 합병증은 기혼여성보다 미혼여성에서 높은 것으로 보고되고 있는데, 특히 청소년기의 임신과 인공임신중절 경험은 단기적으로 신체적, 정신적, 사회적인 문제를 야기하며, 성인기의 생식건강에 지대한 영향을 미칠 것으로 더욱 관심을 모으고 있다(Cheng, Mark, Lydia etc, 1977).

우리나라의 경우, 인공임신중절 후 출혈, 요통, 복통, 염증, 부종, 빈혈 등의 부작용을 경험한 경우가 적게는 9.5%에서 많게는 18.4%에 이르는 것으로 보고되고 있다(김해중 등, 2005).

그밖에도, 인공임신중절이 이후의 새로운 임신에 어떤 영향을 초래할 것인가와 관련하여 이전 임신의 인공임신중절 여부와 미숙아, 저출생체중아, 자궁외임신 발생과의 연관성에 대한 많은 연구가 진행되었다.

인공임신중절과 자궁외임신 발생의 관련성에 대하여는 인공임신중절 경험자의 자궁외임신 발생 상대위험도가 매우 높으며 특히 반복적인 인공임신중절 경험자에서 유의하게 높음이 보고되고 있다(Parazzini 등, 1995; Skjeldestad and Atrash, 1997). 또한, 자궁외 임신 위험도는 인공임신중절 후 합병증이 있는 경우에 크게 증가하는 것으로 보고되고 있다(Chung 등, 1982).

인공임신중절이후 출생아의 저출생체중 위험에 대해서는 반복적인 인공임신중절 군에서 관련성을 보인다는 보고가 있다(Lumley, 1986). 이와 더불어 저출생체중아 발생의 상대위험도는 인공임신중절 횟수의 증가와 함께 증가하는 것으로 보고되고 있다(Lumley, 1986; Mandelson, 1992).

이상과 같은 합병증 외에도 인공임신중절은 임신여성에게 죄책감, 우울증 등의 정신적 후유증을 낳고 있으며, 이는 간접적으로 출산력에 영향을 미칠 수 있다. 이와 관련하여, 인공임신중절을 경험하게 되는 미혼여성의 경우에 장래에 대한 불안감, 배우자가 바뀌는 데에 따른 죄악감, 향후 결혼생활에 대한 심리적 압박감 등을 갖는 것으로 나타나고 있다(김해중 외, 2005).

KIHASA

03

인공임신중절의 법적 제재 동향과 효과

제3장 인공임신중절의 법적 제재 동향과 효과

제1절 인공임신중절의 법적 제재 동향

1. 인공임신중절에 대한 법적 제재의 유래와 논점

인공임신중절은 역사적으로 출산조절의 중요한 수단으로 이용되어 왔으며 여러 가지 피임방법이 보편적으로 보급된 현재에도 계획하지 않은 임신을 종결하는 수단으로서 널리 이용되고 있다.

인공임신중절은 고대 이집트시대에도 행해졌던 것으로 관련기록을 통해 밝혀지고 있다. 당시는 태아를 인간이 되기 전단계로 보았으며, 적정 자녀수를 유지할 목적으로 다양한 방법이 적용되었다. 그러나 이와 같은 태아에 대한 인식은 기독교가 수용되면서 태아를 하나의 생명으로 보는 인식으로 바뀌게 되었다. 이와 함께 인공임신중절은 죄악시 여겨지게 되었으며, 19세기말 교회는 모든 영혼이 수태의 순간에 들어간다고 보고 인공임신중절을 금지할 것을 선언하였다(전효숙 외, 2003).

하지만, 인공임신중절이 반드시 필요하다고 판단되는 사례들에 재차 직면하게 되면서 인공임신중절을 제한적으로 허용하는 상황이 여기저기서 나타나게 되었다. 또한, 2차 세계대전 이후에는 인구의 증가, 식량 부족, 여성권리의 신장에 직면하여 인공임신중절을 부분적 혹은 전면적으로 허용하는 국가가 생겨나기 시작하면서 인공임신중절은 양성화되는 추세를 보였다. 그리고 이는 점차적으로 인공임신중절의 허용기준과 처벌규정에 관한 법령을

제정하는 추세로 발전되었다. 그리고 1950년대에 들어서면서부터는 여성의 사회적 지위 향상과 더불어 인공임신중절을 여성의 자율적 선택에 맡기려는 움직임도 볼 수 있게 되었다(김해중, 2006).

이처럼 시대를 불문하고 인류의 생식을 인위적으로 조절하려는 시도와 이에 대한 윤리적 측면에서의 대응이 거듭되어온 가운데, 현대에 이르러서는 태아를 인간으로 보는 시점과 모체의 건강보호 등의 기존 논제에 여성의 자기 결정권이 추가되면서 인공임신중절의 허용사유에 대한 사회적 합의를 이끌어내는 방향으로 발전되었다.

세계 각국에서 인공임신중절의 허용범위를 설정하는 배경에는 의학적·우생학적·윤리적 측면을 고려하여 무분별한 임신이나 인공임신중절을 억제하려는 취지가 담겨 있다. 그러나 인공임신중절을 완전히 허용하지 않는 한 현실적으로 불법행위의 발생을 피하기 어려우며 더욱이 여성의 건강에 심각한 합병증을 초래하는 불안전 인공임신중절(unsafe abortion)은 불법시술로부터 더욱 많이 발생할 수밖에 없어서 생명존중의식의 확산에도 불구하고 허용범위를 제한적으로 설정하는 일이 결코 쉽지 않아 보인다(WHO, 2007). 이에, 인공임신중절과 관련한 규정에 있어서 여러 차례의 변화가 확인되는 등 국가마다 나름대로 고심한 흔적이 엿보이고 있으며 동시에 인공임신중절을 광범위하게 허용하는 국가들이 점차적으로 늘어나는 경향을 보이고 있다.

한편, 우리나라에서는 태아를 인간으로 여기는 전통적 태아관이 우세한 가운데 인공임신중절은 흔하게 발생하지도 공개적으로 이루어지지도 않음으로써, 법으로까지 규제해야 할 필요성에 미치지 못하였다. 그러나 17세기 의서인 동의보감이나 당시 속담에 이미 낙태방법 등이 언급되고 있는 점으로 미루어 볼 때, 인공임신중절이 실제로 행해지고 있었음을 짐작할 수 있다.[1)]

이러한 인공임신중절은 우리나라가 일본의 지배하에 놓이게 되면서 당시

1) 동의보감에서는 졸인 누룩이나 독성이 강한 부자며 쇠무릎풀, 구맥, 계심 등이 태를 떨구는 낙태약으로 소개되었다(전효숙 외, 2003:132)

기독교 윤리관에 기초하고 있던 일본형법의 영향을 받아 처벌대상으로 규정하게 되었다.[2] 그리고 이는 해방 후 찬반논쟁을 거쳐 1953년 형법에 낙태죄로서 존립하게 되었다.

이후 1950년대부터 1960대에 걸쳐 시행된 가족계획은 산아제한에 주안점을 두고 인공임신중절을 오히려 부추기기도 하는 등 낙태죄를 사실상 사문화시켰다(그림 3-1 참조).

〔그림 3-1〕 1970~80년대 산아제한정책 포스터

2) 일제 의용 형법에서의 낙태죄. 제212조 잉태한 부녀가 약물을 쓰거나 또는 기타의 방법으로 타태한 경우에는 1년 이하의 징역에 처한다. 제213조 부녀의 촉탁을 받거나 또는 승낙을 얻어 타태한 자는 2년 이하의 징역에 처하고, 이로 인하여 부녀를 사상에 이르게 한 자는 3월 이상 5년 이하의 징역에 처한다. 제214조 의사, 산파, 약제사, 또는 약종상이 부녀의 촉탁을 받거나 또는 승낙을 얻어 타태에 이르게 한 자는 3월 이상 5년 이하의 징역에 처하고 이로 인하여 부녀를 사상에 이르게 한때에는 6월 이상 7년 이하의 징역에 처한다. 제215조 부녀의 촉탁을 받지 않거나 또는 그 승낙을 얻지 않고서 타태한 자는 6월 이상 7년 이하의 징역에 처한다. 전항의 미수범은 벌한다. 제216조 전조의 죄를 범하여 부녀를 사상에 이르게 한 자는 상해죄와 비교하여 무거운 것에 따라 처단한다(전효숙 외, 2003:132)

이러한 분위기는 인공임신중절에 대한 찬반논의를 재차 불러 일으켰으며, 그 결과 1973년에 모자보건법을 제정하면서 인공임신중절의 허용사유를 정하여 낙태죄의 성립 범위를 제한하는 법적 완화조치가 이루어졌다. 이후에도 정부는 수차례에 걸쳐 허용사유를 확대하려는 시도를 펼쳤으나 종교계를 위시한 반대 입장에 부딪혀 실행에 옮기지는 못하였다(전효숙 외, 2003).

이상에서 볼 수 있듯이, 인공임신중절의 법적 제재와 관련한 최근의 논의는 생명 옹호론적 입장을 외면하지는 않으면서도 불안전 인공임신중절로 초래되는 각종 부작용에 보다 주의를 기울이는 모습이다. 그리고 여기에는 전 세계적으로 발생되고 있는 불안전 인공임신중절을 예의주시하면서 그 추이와 영향에 대해 모니터링하고 있는 세계보건기구가 주도적으로 역할하고 있다.

2. 인공임신중절의 허용기준

인공임신중절에 대한 법적 제재의 범위나 방식 등은 국가마다 상이하지만, 허용사유와 허용기한을 정하는 데 있어서 많은 공통점도 발견되고 있다. 즉, 전자의 경우 생명에 대한 위협, 신체적 건강의 위협, 정신적 건강의 위협, 강간 및 근친상간, 태아이상, 사회경제적 이유, 본인 요청 등 7대 보건사회적 허용사유가 구분되고 있는 가운데 거의 동일한 관점에서 우선순위를 설정하고 있으며, 후자의 경우 태아의 성장발달단계와 안전 시술을 고려한 인공임신중절 시기를 정하고 있다.

가. 보건사회적 허용기준

인공임신중절의 허용사유로서 가장 일반적으로 적용되고 있는 기준은 임신부의 생명을 위협하는 경우이다. 극히 일부 국가를 제외하고 세계 대부분의 국가에서 임신한 여성의 생명을 보호하기 위한 목적의 인공임신중절은

허용되고 있는 것으로 나타나고 있다(UN, 2007).[3] 그리고 임신부의 신체적 혹은 정신적 건강을 위협하는 경우에 대한 인공임신중절은 생명보호 다음으로 많은 약 65%의 국가에서 허용하고 있으며, 강간 및 근친상간으로 인한 임신에 대하여는 약 48%에 해당하는 국가에서 인공임신중절을 허용하고 있다. 또한, 태아이상에 대한 인공임신중절은 약 45%에 해당하는 국가에서 허용되고 있으며, 사회경제적 이유에 따른 인공임신중절은 34.5%에 해당하는 국가에서 허용되고 있고, 본인요청에 따른 인공임신중절은 28.3%에 해당하는 국가에서 허용되고 있다(표 3-1 참조).

〈표 3-1〉 세계 지역별 인공임신중절 허용기준, 2007

지역 및 국가	(N)	인공임신중절 허용기준						
		생명 보호	신체 건강 보존	정신 건강 보존	강간, 근친 상간	태아 이상	사회 경제 적 이유	본인 요청
전체	(194)	189	130	125	94	88	67	55
아프리카	(53)	53	31	29	16	16	4	3
동부아프리카	(17)	17	12	11	3	4	1	0
중앙아프리카	(9)	9	3	2	1	1		
북부아프리카	(6)	6	3	3	2	1	1	1
남부아프리카	(5)	5	4	4	3	4	1	1
서부아프리카	(16)	16	9	9	7	6	1	1
아시아	(46)	46	31	28	23	25	19	17
동부아시아1)	(5)	5	5	4	5	4	4	3
남중앙아시아	(14)	14	9	8	7	8	7	6
남동아시아2)	(10)	10	6	5	4	3	3	3
서부아시아	(17)	17	11	11	7	10	5	5
유럽	(44)	42	38	38	36	37	34	30

3) 세계적으로 여성의 생명보호를 포함하여 인공임신중절을 전혀 허용하지 않는 국가는 총 5개국-바티칸시티, 몰타공화국, 엘사바도르, 니카라과, 칠레-으로 밝혀지고 있는데, 교황청이 소재하고 있는 바티칸시티를 제외한 나머지 국가들의 경우에 실제적으로 어떻게 대응하는 지는 명확히 알려지고 있지 않다

지역 및 국가	(N)	인공임신중절 허용기준						
		생명 보호	신체 건강 보존	정신 건강 보존	강간, 근친 상간	태아 이상	사회 경제 적 이유	본인 요청
동부유럽	(10)	10	10	10	10	10	9	9
북부유럽	(10)	10	9	9	8	9	9	6
남부유럽	(15)	13	11	11	11	11	9	9
서부유럽	(9)	9	8	8	7	7	7	6
라틴아메리카&카리브	(35)	32	21	21	16	8	8	4
카리브연안국	(13)	13	9	9	5	3	3	1
중앙아메리카	(8)	6	3	3	2	1	1	0
남부아메리카	(12)	11	7	7	7	2	2	1
북부아메리카	(2)	2	2	2	2	2	2	2
오세아니아	(16)	16	9	9	3	2	2	1
호주/뉴질랜드	(2)	2	2	2	2	2	1	1
멜라네시아	(4)	4	3	3	0	0	1	0
마이크로네시아	(5)	5	1	1	0	0	0	0
폴리네시아	(5)	5	3	3	1	0	0	0
분포 (%)								
전체	(194)	97.4	67.0	64.4	48.5	45.4	34.5	28.4
아프리카	(53)	100.0	58.5	54.7	30.2	30.2	7.5	5.7
동부아프리카	(17)	100.0	70.6	64.7	17.6	23.5	5.9	0.0
중앙아프리카	(9)	100.0	33.3	22.2	11.1	11.1	0.0	0.0
북부아프리카	(6)	100.0	50.0	50.0	33.3	16.7	16.7	16.7
남부아프리카	(5)	100.0	80.0	80.0	60.0	80.0	20.0	20.0
서부아프리카	(16)	100.0	56.3	56.3	43.8	37.5	6.3	6.3
아시아	(46)	100.0	67.4	60.9	50.0	54.3	41.3	37.0
동부아시아1)	(5)	100.0	100.0	80.0	100.0	80.0	80.0	60.0
남중앙아시아	(14)	100.0	64.3	57.1	50.0	57.1	50.0	42.9
남동아시아2)	(10)	100.0	60.0	50.0	40.0	30.0	30.0	30.0
서부아시아	(17)	100.0	64.7	64.7	41.2	58.8	29.4	29.4
유럽	(44)	95.5	86.4	86.4	81.8	84.1	77.3	68.2

지역 및 국가	(N)	인공임신중절 허용기준						
		생명 보호	신체 건강 보존	정신 건강 보존	강간, 근친 상간	태아 이상	사회 경제적 이유	본인 요청
동부유럽	(10)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	90.0	90.0
북부유럽	(10)	100.0	90.0	90.0	80.0	90.0	90.0	60.0
남부유럽	(15)	86.7	73.3	73.3	73.3	73.3	60.0	60.0
서부유럽	(9)	100.0	88.9	88.9	77.8	77.8	77.8	66.7
라틴아메리카&카리브	(35)	91.4	60.0	60.0	45.7	22.9	22.9	11.4
카리브연안국	(13)	100.0	69.2	69.2	38.5	23.1	23.1	7.7
중앙아메리카	(8)	75.0	37.5	37.5	25.0	12.5	12.5	0.0
남부아메리카	(12)	91.7	58.3	58.3	58.3	16.7	16.7	8.3
북부아메리카	(2)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
오세아니아	(16)	100.0	56.3	56.3	18.8	12.5	12.5	6.3
호주/뉴질랜드	(2)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	50.0	50.0
멜라네시아	(4)	100.0	75.0	75.0	0.0	0.0	25.0	0.0
마이크로네시아	(5)	100.0	20.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0
폴리네시아	(5)	100.0	60.0	60.0	20.0	0.0	0.0	0.0

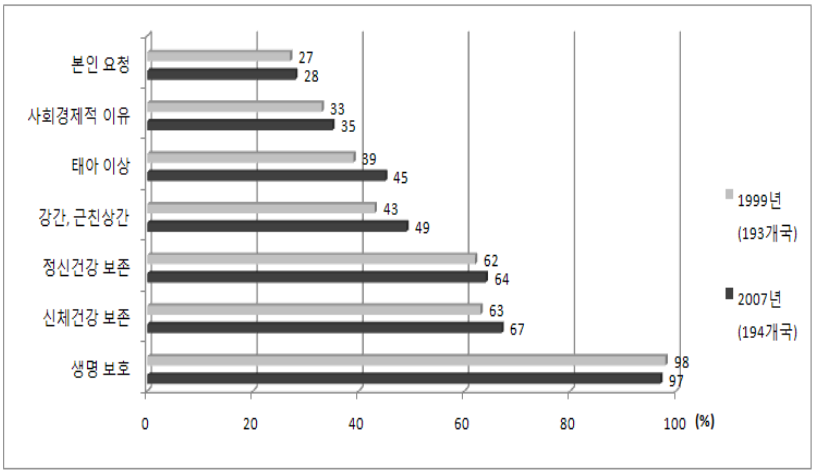
주: 1) 우리나라 포함.
2) 총 11개국이나 1개국(Timor-Leste)의 자료 없음.
자료: UN, 2007

이상과 같은 7개 허용사유별로 인공임신중절을 허용하고 있는 국가는 1999년에 비해 증가함으로써, 인공임신중절의 허용기준이 점차 완화되고 있음을 보여주고 있다(그림 3-2 참조).

인공임신중절을 허용하는 정도는 지역에 따라 차이를 보이며 근접국가 간에는 유사한 경향을 나타내고 있다. 미국과 캐나다 등 북아메리카 지역에서는 본인 요청을 포함하여 거의 모든 인공임신중절을 허용하고 있으며, 북유럽의 경우에도 폴란드를 제외한 9개 국가에서 7개 허용기준을 모두 채택하고 있다. 반면에, 아프리카 지역에서는 튀니지, 남아프리카공화국, 카보베르데 등 소수 국가를 제외하고는 대부분의 국가에서 태아이상, 사회경제적

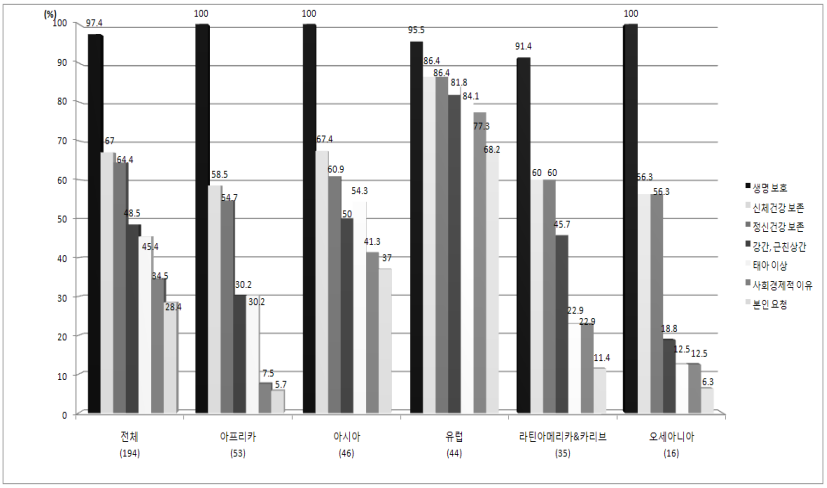
이유, 본인 요청에 따른 인공임신중절을 허용하지 않고 있다. 그리고 오세아니아 지역에서는 호주를 제외한 나머지 국가에서 사회경제적 이유나 본인요청에 따른 인공임신중절을 대부분 허용하지 않고 있다(그림 3-3 참조).

〔그림 3-2〕 인공임신중절 허용기준 추이, 1999 vs 2007



자료: UN, 1999, 2007

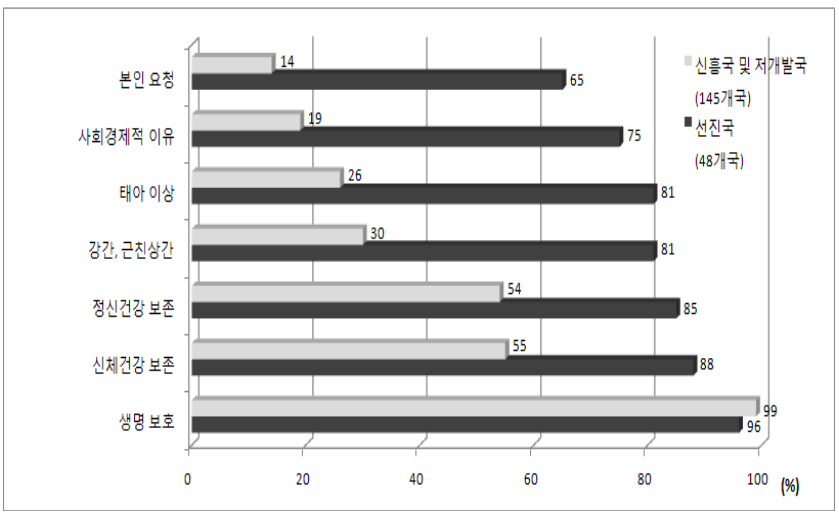
〔그림 3-3〕 지역별 인공임신중절 허용기준, 2007



자료: UN, 2007

인공임신중절은 선진국에서 신흥국이나 저개발국에 비해 보다 광범위하게 허용되는 경향을 보이고 있다. 즉, 임신부의 생명에 대한 위협을 제외하고 나머지 6개 사유에 대한 인공임신중절은 선진국에서 신흥국이나 저개발국에 비해 월등히 많이 허용하고 있으며 특히, 본인요청과 사회경제적 이유에 따른 인공임신중절은 선진국의 경우 각각 전체의 64.6%와 75.0%의 국가들에서 허용되고 있는 반면에 신흥국 및 저개발국에서는 각각 14.5%와 18.6%의 국가들에서 허용되는데 그치고 있다(그림 3-4 참조).

〔그림 3-4〕 선진국과 기타 국의 인공임신중절 허용기준, 1999



자료: UN, 1999

인공임신중절을 엄격하게 제한하는 정도에 따라 전 세계국가 및 인구를 크게 5개 그룹으로 나누어 볼 때, 생명보호에 국한하여 인공임신중절을 가장 엄격하게 제한하는 첫 번째 그룹에는 전 세계 인구의 25.7%를 포함하고 있는 68개국이 해당되고 있다. 그리고 본인요청을 포함하여 대부분의 사유에 대하여 인공임신중절을 허용하고 있는 마지막 그룹에는 세계 인구의 약 40%를 포함하는 56개국이 해당되고 있다(표 3-2 참조).

〈표 3-2〉 인공임신중절 허용상태별 국가 및 인구, 2009

구분	(제한) ←··· 인공임신중절에 대한 대응 ···→ (허용)					계
	생명보호	신체건강	정신건강	사회경제적 이유	본인요청	
대상국가	68개국1)	36개국2)	23개국3)	14개국4)	56개국5)	197개국
세계인구 중 분포	25.7%	9.6%	4.2%	21.3%	39.3%	100.0%

주: 1) Afghanistan, Andorra, Angola, Antigua & Barbuda, Bangladesh, Bhutan, Brazil, Brunei Darussalam, Central African Rep., Chile, Congo (Brazzaville), Côte d'voire, Dem. Rep. of Congo, Dominica, Dominican Republic, Egypt, El Salvador, Gabon, Guatemala, Guinea-Bissau, Haiti, Honduras, Indonesia, Iran, Iraq, Ireland, Kenya, Kiribati, Laos, Lebanon, Lesotho, Libya, Madagascar, Malawi, Mali, Malta, Marshall Islands, Mauritania, Mauritius, Mexico, Micronesia, Myanmar, Nicaragua, Nigeria, Oman, Palau, Panama, Papu New Guinea, Paraguay, Philippines, San Marino, Sao Tome & Principe, Senegal, Soloman Islands, Somalia, Sri Lanka, Sudan, Suriname, Syria, Tanzania, Timor-Leste, Tonga, Tuvalu, Uganda, United rab, Emirates, Venezuela, West Bank & Gaza Strip, Yemen

2) Argentina, Bahamas, Benin, Bolivia, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Chad, Comoros, Costa Rica, Djibouti, Ecuador, Equatorial, Guinea, Eritrea, Ethiopia, Grenada, Guinea, Jordan, Kuwait, Liechtenstein, Maldives, Monaco, Morocco, Mozambique, Niger, Pakistan, Peru, Poland, Qata, Rep. of Korea, Rwanda, Saudi Arabia, Togo, Uruguay, Vanuatu, Zimbabwe

3) Algeria, Botswana, Colombia, Gambia, Ghana, Hong Kong, Israel, Jamaica, Liberia, Malaysia, Namibia, Nauru, New Zealand, Northern Ireland, Saint Kitts & Nevis, Saint Lucia, Samoa, Seychelles, Sierra Leone, Spain, Swaziland, Thailand, Trinidad & Tobago

4) Australia, Barbados, Belize, Cyprus, Fiji, Finland, Great Britain, Iceland, India, Japan, Luxembourg, Saint Vincent & Grenadines, Taiwan, Zambia

5) Albania, Armenia, Austria, Azerbaijan, Bahrain, Belarus, Belgium, Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Cambodia, Canada, Cape Verde, China, Croatia, Cuba, Czech Rep., Dem. People's Rep. of Korea, Denmark, Estonia, France, Fmr. Yugoslav Rep., Macedonia, Georgia, Germany, Greece, Guyana, Hungary, Italy, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Moldova, Mongolia, Montenegro, Nepal, Netherlandsv, Norway, Portugal, Puerto Ricov, Romania, Russian Fed., Serbia, Singapore, Slovak Rep., Slovenia, South Africa, Sweden, Switzerland, Tajikistan, Tunisia, Turkey, Turkmenistan, Ukraine, United States, Uzbekistan, Vietnam

자료: Center for reproductive rights, The World's Abortion Laws(Fact sheet), 2009

우리나라는 인공임신중절을 비교적 엄격하게 제한하는 두 번째 그룹에 속하고 있다. 인공임신중절은 형법으로 금지되고 있으며 모자보건법에서 그에 대한 위법성 조각사유로서 허용범위를 규정하고 있다.[4] 모자보건법은

4) 형법의 낙태관련 조항. 제269조(낙태) ① 부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다 ② 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 자도 제1항의 형과 같다. ③ 제2항의 죄를 범하여 부녀의 상해를 이르게 한 때에는 3년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 7년 이하의 징역에 처한다. 제270조(의사 등의 낙태, 부동의 낙태) ① 의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다. ② 부녀의 촉탁 또는 승낙 없이 낙태하게 한 때에는 3년 이하의 징역에 처한다. ③ 제1항 또는 제2항의 죄를 범하여 부녀를 상하게 한 때에는 5년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다. ④ 전3항의 경우에는 7년 이하의 자격정지를 병과

모성의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모하고자 1973년 제정되었으며, 형법상 낙태죄에 대하여 다섯 가지의 위법성 조각사유를 규정하고 있다. 첫째, 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우, 둘째, 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우, 셋째, 강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우, 넷째, 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우, 다섯째, 임신의 지속이 보건 의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우 등이다. 이러한 인공임신중절의 허용기준에 대하여 최근에는 허용질환의 범위를 더욱 제한하는 조치가 취해진 바 있다.[5)]

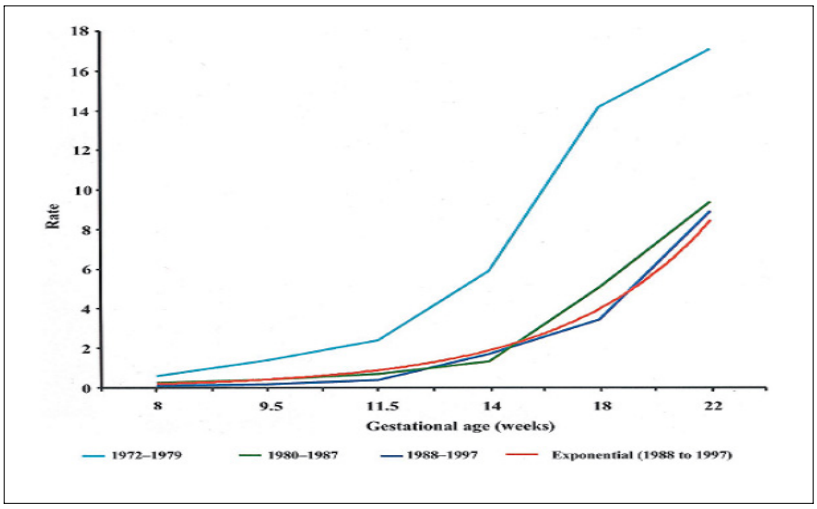
나. 임상의학적 허용기준

시술 당시 임신주수는 합병증발생 위험도의 중요한 예측인자로서 임신주수가 경과할수록 그 합병증의 위험도는 증가하는 것으로 알려지고 있다(그림 3-5 참조).

한다.

5)"정부는 인공임신중절을 합법화하려는 의지가 전혀 없으며, 오히려 '09.7.8 모자보건법 제정 후 36년만에 인공임신중절 관련 시행령을 개정하여 인공임신중절 허용기간을 28주에서 24주로 단축하고, 허용질환의 범위를 대폭 축소하였습니다. *주요 개정내용 : 유전성 정신분열증, 유전성 조울증 등 유전적 정신질환, 혈우병 등 우생학적·유전적 신체질환, 수두, 간염 등 전염성 질환을 허용질환에서 삭제 정비 "(정부보도자료, ...).

〔그림 3-5〕 Legal induced abortion mortality rates with plot of exponential model, by gestational age－United States, 1972-1979, 1980-1987, and 1988－1997.



자료: AMA, 1992

이와 관련하여 임신 3개월 이내에 합법적이고 안전하게 시행된 인공임신중절은 의학적 위험성이 매우 낮을 뿐 아니라 임신을 계속 유지하는 것보다 사망이나 질병의 위험도 오히려 낮은 것으로 보고되고 있다(AMA, 1992). 또한 10대 청소년의 인공임신중절에 있어서 임신 3개월 이전에 시행할 경우 심리적 및 의학적 부작용은 거의 없는 것으로 나타나고 있다(Zabin and Sedivy 1992).

그러나 인공임신중절의 상당수는 임신 1분기(3개월) 이후에 이루어지고 있으며, 이로 인해 인공임신중절에 따른 합병증 발생률도 높아지고 있다(Gebreselassie, 2005).

이에 대하여, 대부분의 국가에서는 인공임신중절의 허용사유와 함께 허용기한을 정하고 있는데, 인공임신중절을 광범위하게 허용하는 국가들은 대체로 임신 1분기(3개월)에 대하여 전면적으로 허용하고 있으며, 일부에서는 목적에 따라 최대 28주까지 허용하고 있다(표 3-3 참조).

〈표 3-3〉 각국의 인공임신중절 허용사유별 허용기한

국가	허용기한
독일	• 착상이후 12주까지: 요청에 의해 • 12주까지: 강간 또는 다른 성범죄에 의한 임신 • 제한 없음: 의학적 이유
영국	• 24주까지: 사회적, 사회의학적, 사회경제적 이유 • 제한 없음: 심각한 장애가 우려될 때, 여성의 생명에 치명적이고 영구적인 손상이 우려될 때
프랑스	• 12주까지: 요청에 의해 • 임신2기(4~6개월): 산모의 생명에 위협이 되는 경우, 산모의 신체적 건강에 위협이 되는 경우, 기형의 위험이 있는 경우
스위tm	• 법적인 제한 없음(대부분 12~14주 사이): 산모의 신체적 정신적 위험이 초래되는 경우 • 14주까지: 태아의 기형, 산모의 건강에 심각한 위험이 초래되는 경우만 허용
핀란드	• 12주까지: 사회적, 사회의학적 또는 사회경제적 사유, 산모의 정신적 건강에 위험을 초래하는 경우, 강간 등의 성범죄에 의한 임신 • 2분기(4~6개월): 산모의 신체적 건강에 위협이 되는 경우 • 24주까지: 산모의 생명에 위험이 되는 경우, 태아기형의 위험이 있는 경우
헝가리	• 12주까지: 요청에 의해 • 2분기(4~6개월): 중대한 위기 상황, 산모의 건강에 심각한 위험이 초래된 경우, 강간 등의 성범죄에 의한 임신
이탈리아	• 90일까지: 사회적, 사회의학적, 사회경제적 사유 • 90일 이후: 산모의 생명에 신체적 정신적 위협이 되는 경우, 태아의 기형이 우려되는 경우, 강간 등의 성범죄
오스트리아	• 완전착상 후 3개월까지: 요청에 의해 • 임신2분기(4~6개월): 산모의 생명에 신체적 정신적 위협이 되는 경우, 산모가 미성년자(14세미만)인 경우
노르웨이	• 12주까지: 요청에 의해 • 임신2분기(4~6개월): 산모의 생명에 신체적 정신적 위협이 되는 경우, 태아의 기형 위험, 강간 등의 성범죄, 사회적인 이유, 산모가 미성년자(16세미만)인 경우 • 18주 이후: 극도로 심각한 상황일 경우
네덜란드	• 13주까지: 요청에 의해 • 24주까지: 산모가 고통을 당하고 있다는 것이 산모와 의사 모두를 통해 입증될 경우 13주이후에도 허용
스웨덴	• 18주까지: 요청에 의해

자료: 손명세 외, 2008

우리나라는 모자보건법에 정한 인공임신중절 허용사유에 한하여 임신 24주 이내에 시행하도록 규정하고 있다.

제2절 인공임신중절의 법적 제재 효과

인공임신중절이 점차적으로 광범위하게 허용되고 있는 것과 관련하여, 세계보건기구(2007)는 세계 15~44세 가임기 여성 1천 명당 인공임신중절 횟수는 1995년의 35회에서 2003년에 29회로 감소하였으며, 이는 주로 인공임신중절이 합법화되고 안전하게 시술되는 선진국에서의 감소에 기인하였음을 보고하였다.

또한 남아프리카에서는 인공임신중절의 합법화 이후에 심각한 인공임신중절 합병증 예를 들면, 38℃이상의 고열, 내부장기부전, 복막염, 120회 이상의 빈맥, 쇼크, 자궁 내 이물질, 기계적 손상 등의 발생이 16.5%에서 9.7%로 감소한 것으로 나타났다. 그리고 이와 같은 사례는 미국, 영국, 호주, 캐나다 등에서 유사하게 보고되고 있다(표 3-4 참조).

〈표 3-4〉 선진국의 인공임신중절 관련 입법사례

국가	인공임신중절 관련 입법사례
영국	1967년 인공임신중절의 허용범위를 육체적인 건강 외에도 정신적 건강까지도 포함시킴으로써 거의 모든 인공임신중절이 합법화하였다. 그럼에도 불구하고 2004년도에 영국과 웨일즈에서 보고된 인공임신중절 건수는 185,400건이며 인공임신중절률은 17.8이다.
캐나다	1988년 이후 인간의 권리와 자유에 대한 헌법쟁점을 기초로 특별한 법적 제약 없이 여성의 요청이 있으면 인공임신중절을 시행 받을 수 있게 되었다. 법 쟁점 전에 1987년의 인공임신중절률은 10.2였으며 법 쟁점 후인 1990년에는 11.2에서 1998년 15.7까지 점차 증가하였다가 1999년에 15.1, 2002년에 14.9로 점차 감소하는 추세이다.
호주	주마다 약간의 차이가 있지만 2명의 의사의 상담 g에 인공임신중절을 합법으로 인정하고 있다. 1985년의 호주의 인공임신중절률은 17.9였으며 그 이

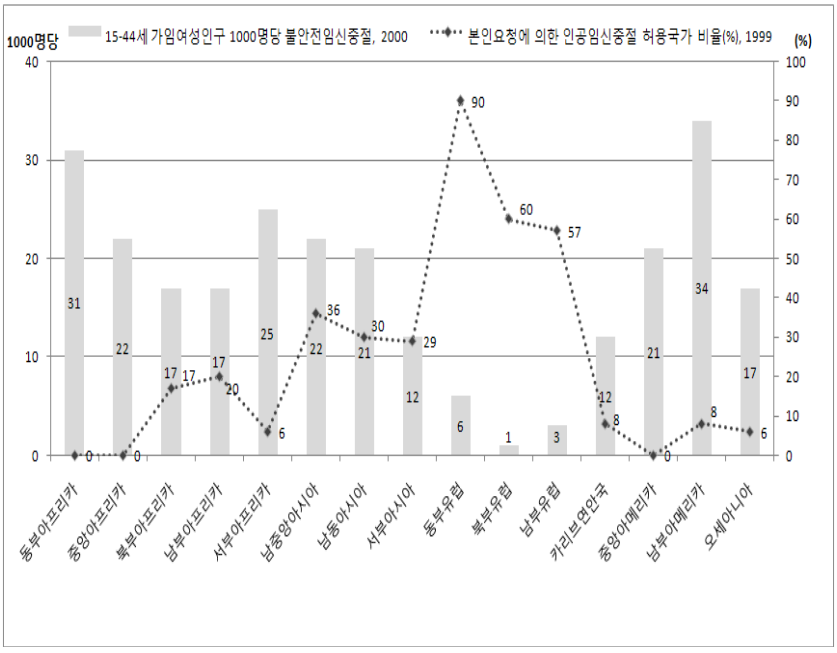
국가	인공임신중절 관련 입법사례
	후 점차 증가하여 1997년 21.9로 가장 높았다가 다시 감소하여 2003년에는 19.7이 되었다.
미국	1960년 초 펜실베니아 주를 비롯한 대부분의 주에서는 산모의 건강에 심각한 해가 되는 임신이나 강간에 의해 임신이 된 경우를 제외하고는 인공임신중절을 금지하였으나 불법으로 행해지는 시술이 전국적으로 20만에서 120만까지 추정되었다. 1973년 여성이 임신을 종결할 권리를 인정받게 되면서 이후 미국에서 인공임신중절은 법적으로 자유화가 되었다고 볼 수 있다. 미국의 합법적인 인공임신중절의 총 수는 1969년 5만 건에서 1970년 20만 건, 1975년 100만건, 1980년에서 1985년 사이에는 160만건으로 1973년 사실상 법적으로 자유화가 된 이후 폭발적으로 증가하는 듯이 보이지만 실상은 인공임신중절이 증가한 것이 아니라 불법적인 시술과 원치 않는 임신이 감소했을 뿐이다. 1980년의 인공임신중절률을 29.3이었으나 그 이후 점차 감소하는 추세를 보이고 있으며 2002년에는 20.9까지 감소하였다.

자료: 연세대학교 의료법윤리학연구소, 2008

이처럼 최근에는 보다 많은 관심이 인공임신중절의 허용기준 완화로 인공임신중절건수나 불안전 인공임신중절건수가 오히려 줄어들고 있는 점에 쏠리고 있다. 전 세계적으로 불안전 인공임신중절은 1993년에서 2003년간 매년 1천 9백만에서 2천만건 정도 발생한 것으로 추정되고 있다(WHO, 2007). 하지만 불법 인공임신중절의 경우에 시술결과나 합병증에 대한 추적이 사실상 어려운 가운데, 불안전 인공임신중절 여부가 거의 가려지지 않고 있어서 그 발생규모는 실제 드러난 것보다 훨씬 클 것으로 예상되고 있다. 더욱이 불안전 인공임신중절의 합병증은 비단 시술과정에서 뿐 아니라 시술 후 관리 상태에 따라서도 영향을 받음으로써, 사후 관리에 미흡하기 쉬운 불법 인공임신중절의 경우에 위험은 더욱 클 것이라 여겨지고 있다.

이러한 불안전 인공임신중절은 인공임신중절이 광범위하게 허용되는 국가에서 오히려 낮은 발생률을 기록하고 있다. 15~44세 가임여성인구 1천 명당 불안전 인공임신중절 발생건수는 최소 1건에서 최대 34건까지 지역에 따라 큰 차이를 보이고 있는 가운데, 본인요청에 의한 인공임신중절을 허용하는 국가의 비율은 이와 반대의 경향을 보이고 있다(그림 3-6 참조).

〔그림 3-6〕 세계 지역별 인공임신중절 허용국비율과 불안전 인공임신중절률

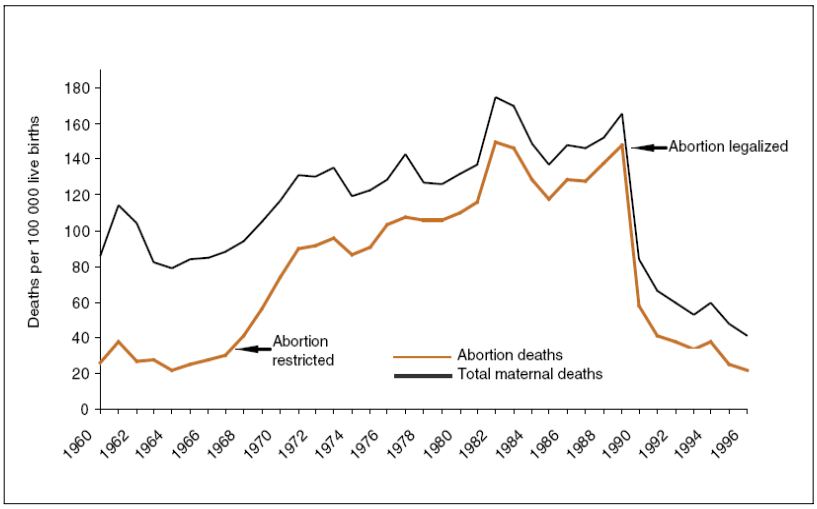


자료: WHO, 2004; UN, World abortion policies 1999. 단, 동부아시아 , 북부아메리카 , 서부유럽 제외

인공임신중절의 허용과 불안전 인공임신중절 발생 간 역관계는 루마니아의 사례로부터 좀 더 명확히 드러나고 있다. 루마니아의 지난 40년간 출생아 10만 명당 모성사망자 수는 인공임신중절에 대한 법적 제재가 강화된 이후 증가하는 경향을 보이다가 인공임신중절을 허용하게 되면서 급락하였다(그림 3-7 참조).

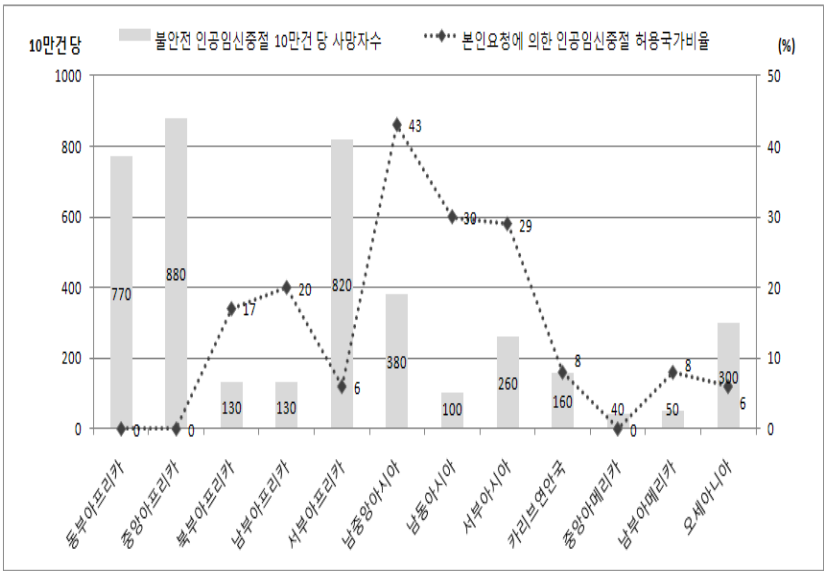
루마니아 외에도, 불안전 인공임신중절로 인해 초래되고 있는 모성사망이 인공임신중절을 대부분 제한 없이 허용하고 있는 국가들에서 오히려 낮은 수준을 보이고 있음이 확인되고 있다(그림 3-8 참조).

〔그림 3-7〕 인공임신중절의 허용동향과 모성사망비 추이 사례(루마니아), 1960-1996



자료: World Health Statistics Annual 각년도 (WHO, 2004:3에서 재인용)

〔그림 3-8〕 세계 지역별 인공임신중절 허용국비율 대비 인공임신중절로 인한 사망자수



자료: WHO, 2007

이상과 같이 인공임신중절에 대한 법적 제재가 적어도 불안전인공임신중절의 발생에는 부정적 결과를 가져오고 있음을 여러 사례를 통해 확인해 볼 수 있다. 그리고 이와 같은 상황은 인공임신중절의 허용기준을 마련하는 등의 계획하지 않은 임신에 대한 사후적 조치를 마련함에 있어서, 불안전 인공임신중절의 발생을 최소화하는데 대한 고려가 우선되어야 할 필요성을 강하게 시사하고 있다.

인공임신중절에 대한 광범위한 허용은 신흥국이나 저개발국에 비해 선진국에서 더욱 흔히 볼 수 있는데 여기에는 의료기술수준이나 의료자원공급도 일부 관련되어 있을 것으로 보인다. 다시 말해, 아프리카 등 저개발국들이 인공임신중절을 비교적 엄격하게 제한하는 데에는 비용에 대한 부담은 차치하고라도 조기 진단이나 전문인에 의한 시술을 기대하기 어려운 상황으로, 시술 자체가 각종 부작용을 초래할 수 있는 점이다.

세계 각국의 인공임신중절에 대한 대응을 통해 볼 때, 임신부의 생명과 건강을 명백히 위협하는 경우 외에는 인공임신중절에 대한 허용범위가 사회의 개방정도와 경제수준 그리고 의료자원공급에 상당부분 의존하여 결정되고 있음을 짐작케 한다. 이는 인공임신중절로 인한 폐해가 당사자는 물론이고 사회적으로 많은 부담을 초래하고 있는 가운데, 윤리적 논쟁과는 별개로 개인과 사회의 부담을 최소화하는 차원에서 허용기준에 대한 검토가 이루어지고 있는 것으로도 풀이 된다. 그리고 이는 인공임신중절의 임상적 가이드라인을 보급하거나 계획하지 않은 임신에 대한 상담을 확대하는 등, 안전한 인공임신중절을 적극적으로 유도하는 데까지 진전되고 있다(Davis VJ, 2006).

04

임신 및 인공임신중절 실태

제4장 임신 및 인공임신중절 실태

제1절 기혼여성의 임신 및 인공임신중절 실태

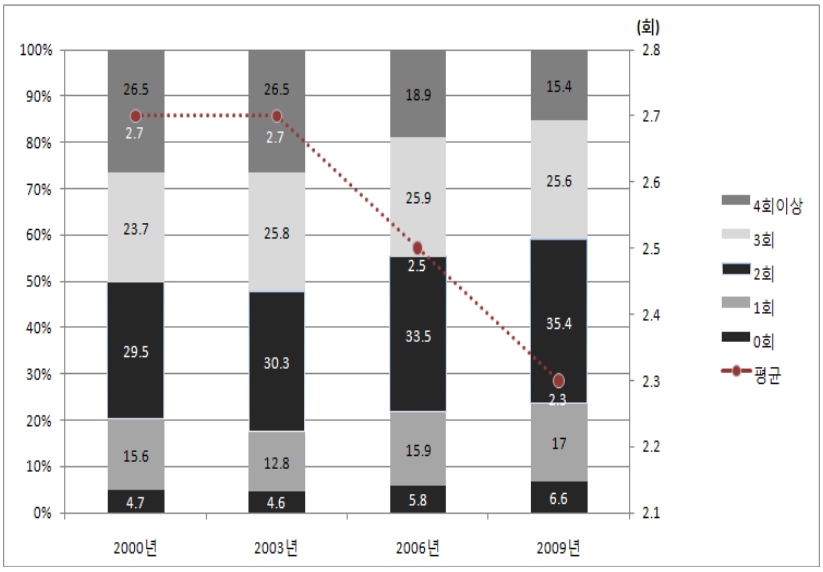
1. 임신 실태

가. 총 임신횟수

우리나라는 최근 급격한 출산율 저하를 당면하고 있는 가운데, 만혼이나 출산연기 분위기 속에서 특히 20대 유배우 여성의 출산율 저하가 두드러지고 있다. 그리고 출산율 저하와 함께 총 임신횟수의 감소도 동반되어 나타나고 있는데, 2000~2009년간 기혼여성의 평균임신횟수는 2.7회에서 2.3회로 감소하였으며 이와 더불어 한 번도 임신하지 않은 기혼여성은 4.7%에서 6.6%로 증가한 것으로 보고되고 있다(그림 4-1 참조).

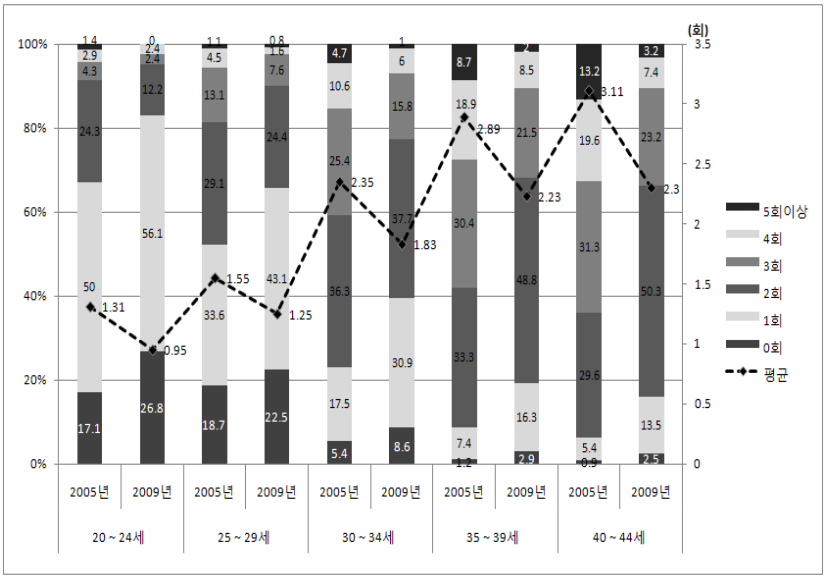
한 번도 임신을 하지 않은 경우는 20대 연령층에서 비교적 많으며 이는 결혼 후에 취업 등으로 출산을 연기하는 최근의 의식을 반영하는 것으로 풀이된다. 하지만 2회 이상 임신경험자도 20~24세에서 17%, 25~29세에서 34.4%로 다소 높게 나타나고 있어서, 20대 연령층의 낮은 출산율이나 평균 자녀수와 대비하여 볼 때, 이들 임신이 결혼 전에 발생했을 가능성을 시사하고 있다(그림 4-2 참조).

〔그림 4-1〕 15~44세 기혼여성의 총 임신횟수



자료: 김승권 외, 2009:130

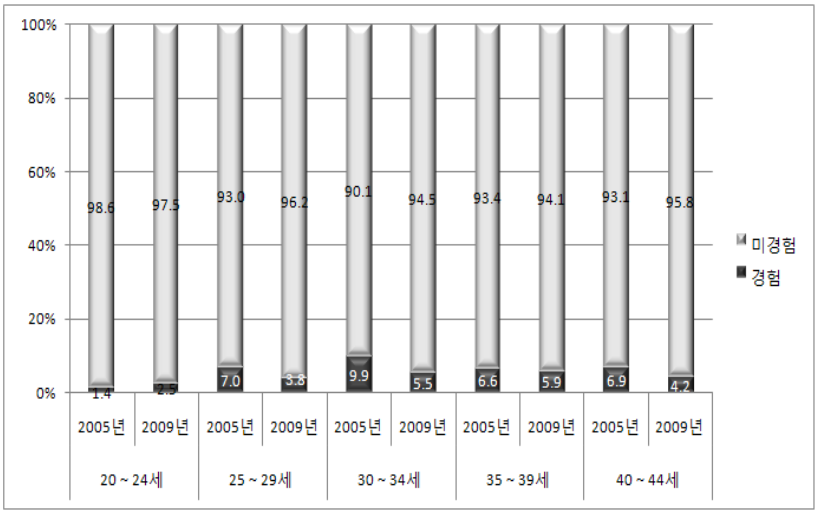
〔그림 4-2〕 기혼여성(20～44세)의 연령별 임신 횟수



자료: 이삼식 외, 2009:330; 2005:375

한편, 불임진찰경험률은 2009년에 20~24세에서 2.5%, 20~29세에서 3.8%로 특히, 20~24세에서의 불임진찰경험률이 2005년에 비해 약 80% 포인트 증가한 것으로 나타나고 있다(그림 4-3 참조). 이와 같은 사실은 불임진단을 받은 경우에 받지 않은 경우보다 인공임신중절률이 2배 이상 높게 보고되고 있는 점으로 미루어, 이들의 결혼 전 임신을 의심케 하고 있다(이삼식 외, 2009).

〔그림 4-3〕 20~44세 기혼여성의 불임진찰 경험 비율



자료: 이삼식 외, 2009:341; 2005:402

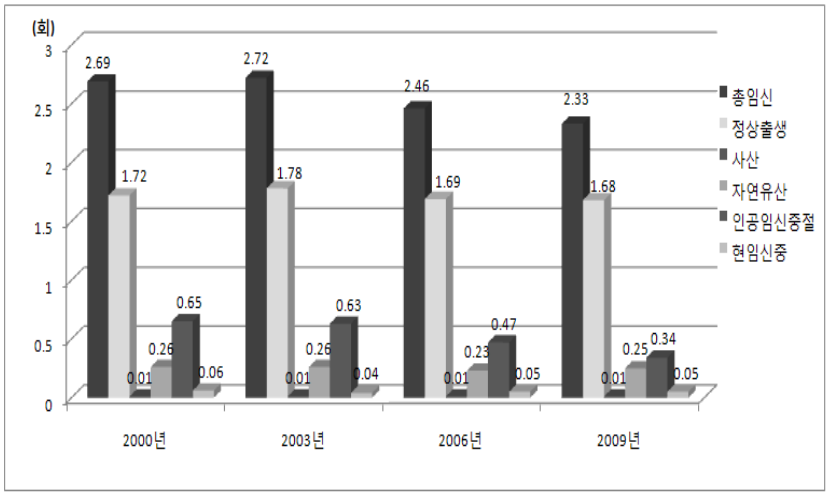
이와 같은 기혼여성의 임신실태는 두 가지 측면에서 당초의 우려를 뒷받침하고 있다. 하나는 결혼 후 출산이 대부분 시작되는 20대 연령층의 출생아수 대비 임신수로부터 첫 번째 임신에 대한 인공임신중절 가능성이 간접적으로 확인되고 있는 점이고, 다른 하나는 이들의 총 임신횟수로 미루어 결혼 전에 임신을 경험했을 가능성과 함께 인공임신중절로 초래되는 부작용의 위험에도 노출되었을 것이라는 점이다.

나. 임신종결형태

앞서의 가임여성 1인당 평균 출생아수와 평균 임신수로부터 추정해 볼 때 전체 임신 중 72%만 출산으로 이어지고 나머지는 임신소모로서 사산이나 자연유산 또는 인공임신중절로 종결되었음을 알 수 있다. 정상출생 외의 임신종결형태는 그것이 사산이나 자연유산과 같이 자연적으로 발생되었든 인공임신중절과 같이 인위적으로 발생되었든 모두 여성생식건강과 관련되어 다음 임신에 영향을 미칠 수 있다.

총 임신횟수가 감소하면서 정상출생과 인공임신중절은 뚜렷한 감소추세를 보이고 있으나 사산이나 자연유산의 경우에는 감소추세가 거의 나타나지 않고 있다. 인공임신중절의 감소는 최근 들어 불법 인공임신중절에 대한 감시와 처벌이 강화되고 있는 점과 관련되었을 것으로 여겨진다. 하지만 사산 및 자연유산이 총 임신에서 차지하는 비중이 다소 높아진 것은 여성생식건강의 저하를 일부 반영한 것으로 해석된다(그림 4-4 참조).

〔그림 4-4〕 15~44세 기혼여성의 임신종결 형태별 평균횟수



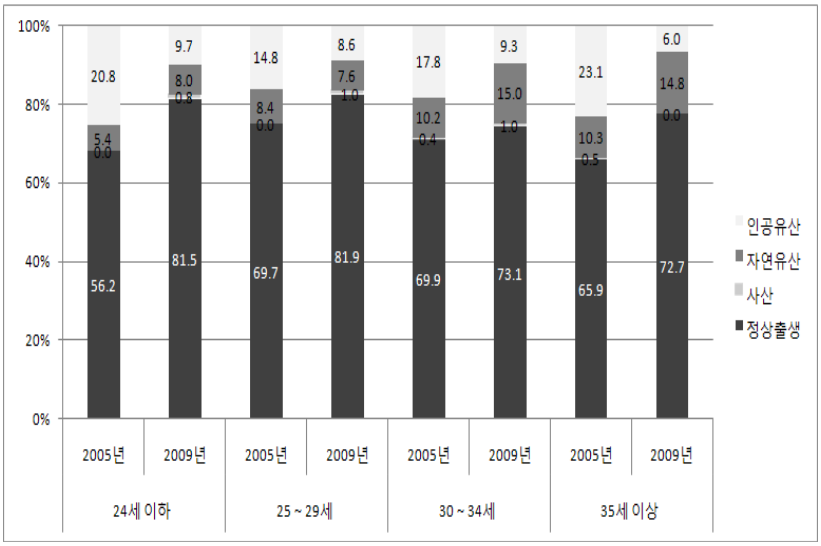
자료: 김승권 외, 2009:132

기혼여성의 연령별 임신종결 형태는 정상출생의 경우 출산이 종료되는 시점과 관련되어 변화될 것으로서 총 임신에서 정상출생이 차지하는 분포는 30-34세까지 서서히 증가하고 이후 감소함으로써 이 시기에 대부분의 출산이 종료됨을 보고주고 있다. 반면에 임신소모는 연령과 함께 꾸준히 증가한 것으로 나타나 여성의 출산능력이 연령증가와 더불어 지속적으로 저하하고 있음을 확인시켜주고 있다(이삼식, 2009).

초혼연령과 대비하여 나타난 임신종결 형태는 여성생식건강 수준을 간접적으로 판단하게 하는 동시에 첫 임신에 대한 부적절한 종결여부를 예측하는데 도움을 줄 수 있다. 예를 들면, 초혼 연령이 30세 이상인 기혼여성의 인공임신중절은 결혼 전에 발생했을 가능성이 보다 높은 점 등이다. 이와 관련하여, 현 임신을 제외할 경우, 인공임신중절을 통한 임신종결은 2009년에 초혼연령 30~34세에서 9.5%, 35세 이상에서 6.5%로 나타나고 있다.

한편, 여성의 출산능력을 대변하는 자연유산 및 사산의 경우 전체 임신에서 차지하는 비중이 모든 연령층에서 증가하였다(그림 4-5참조).

〔그림 4-5〕 기혼여성(20~44세) 연령별 임신종결 형태별 구성비



자료: 이삼식 외, 2009:331, 2005:377

이상을 요약해 보면, 기혼여성의 임신에서 정상출생의 비중은 점차 커지고 있는 반면에 임신소모의 비중은 낮아지는 추세에 있다. 하지만, 임신소모 중에서 여성의 출산능력과 관련된 사산 및 자연유산이 줄어들지 않고 있는 점은 만혼이나 결혼률 저하 분위기 속에서 혼인과 관계없이 이루어지는 성관계와 임신이 증가하고 있는 가운데, 다음 임신에 미치는 영향을 고려하지 않고 인공임신중절을 무분별하게 시행한 때문이 아닌가 의심케 하고 있다.

2. 인공임신중절 실태

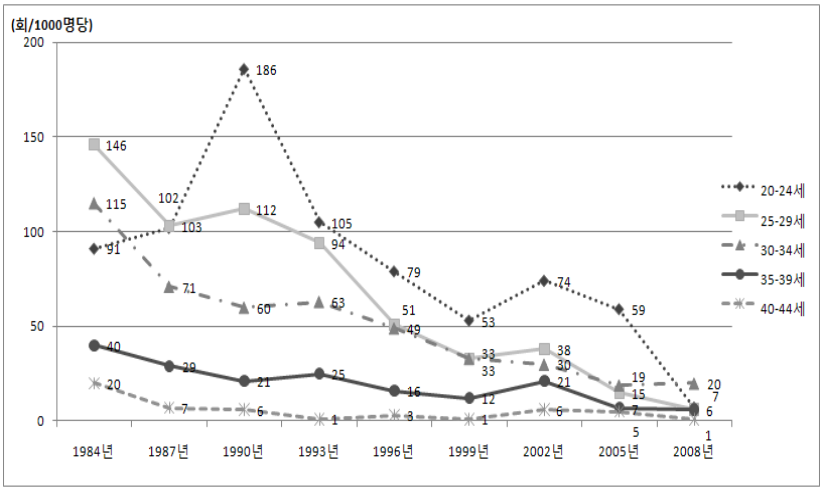
가. 인공임신중절률[6)]

인공임신중절이 모체와 태아의 건강을 크게 위협하고 있음에도 불구하고 우리나라에서는 합법적 시술의 범위가 극히 제한된 상태여서 정확한 발생규모나 원인을 파악하기가 쉽지 않다. 그나마 기혼여성의 인공임신중절에 대하여는 인구정책수립과 관련하여 1980년대 중반부터 전국단위가구조사를 통해 수집된 정보가 축적되어 있어서 어느 정도 추정이 가능할 것으로 여겨진다. 다만, 임신과 마찬가지로, 인공임신중절로 초래되는 부작용의 경우 그 효과가 다음 임신은 물론이고 생애에 걸쳐 지속되기도 하는 점에서 결혼 전과 후를 구분하지 못한 데 따른 한계는 여전히 남아 있다.

우리나라에서 기혼여성의 인공임신중절률은 지난 20여 년간 다소의 변동을 보이면서 전반적으로 감소추세에 있는 것으로 보고되었다. 특히, 인공임신중절률은 최근 들어 불법행위에 대한 감시와 처벌이 강화되고 있는 상황에서 2008년에 매우 급격하게 감소되었음을 보고하고 있다(그림 4-6 참조).

6) 인공임신중절률은 age specific abortion rate로서, 연령별 가임기 여성인구 1천명당 인공임신중절횟수에 해당한다.

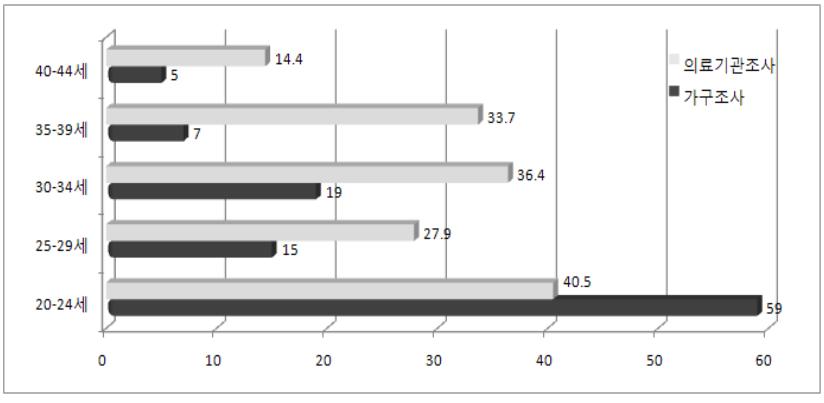
〔그림 4-6〕 20~44세 유배우부인의 연령별 인공임신중절률 변동추이



자료: 김승권 외, 2009

기혼여성의 인공임신중절률은 가구조사와 시술의료기관조사에서 다소 차이를 보이고 있으며 전반적으로 시술의료기관조사에서 높게 나타남으로써 대상자로부터 직접 파악하는 데 따른 어려움과 표본조사의 제한점을 간접적으로 보여주고 있다(그림 4-7 참조).

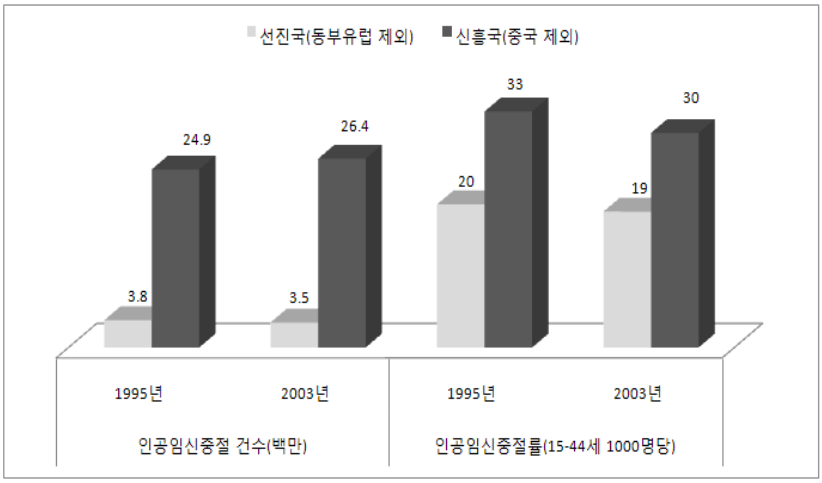
〔그림 4-7〕 연령별 인공임신중절률, 2005



자료: 김해중 외, 2005; 김승권 외, 2005

시술의료기관조사 결과, 2005년도 기혼여성의 인공임신중절률은 가임기 여성인구 1천 명당 28.6건으로 연간 인공임신중절횟수는 19만 6천여 건으로 추정되었다. 이와 같은 인공임신중절률은 선진국보다는 높고 신흥국보다는 약간 낮은 수준에 해당한다(그림 4-8 참조).

〔그림 4-8〕 선진국과 신흥국 간 인공임신중절률 추이 비교



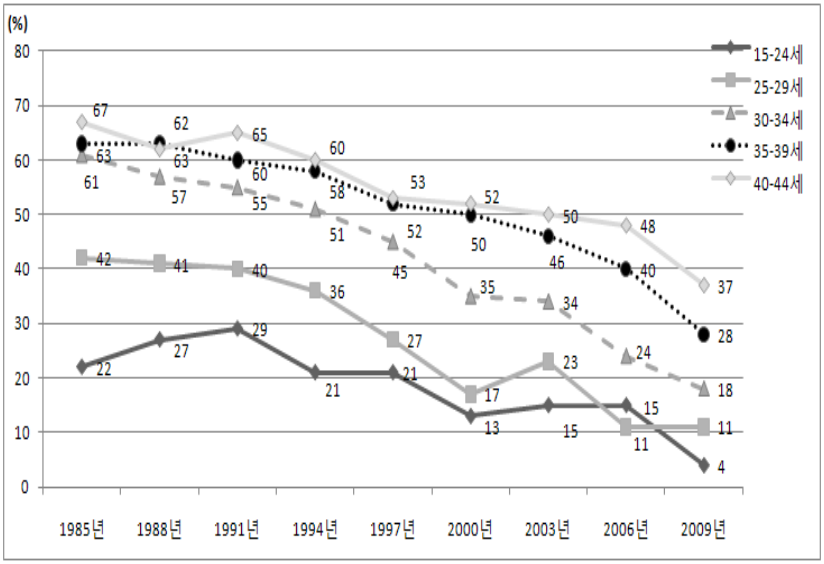
자료: WHO, 2007

나. 인공임신중절 경험률 및 경험횟수

가구조사에서 파악된 기혼여성의 인공임신중절 경험률은 1985년 53%, 1994년 49%, 2003년 40%, 2009년 26%로 지난 20여 년간 지속적으로 감소한 것으로 보고되고 있다. 하지만, 피임보급의 역사와 인공임신중절의 법적 제재 등을 감안할 때, 인공임신중절 경험률은 아직까지 높은 수준에 달하고 있다고 하겠다. 또한, 인공임신중절이 계획하지 않은 임신의 발생에서 비롯되고 있는 점을 고려한다면, 이는 피임에 대한 지식을 충분히 갖추지 않은 계층으로 특히, 10대 등 저연령층을 떠올리게 하고 있다.

이와 관련하여 연령별 인공임신중절 경험률 추이에서는 15~24세의 감소폭이 비교적 적은 가운데, 장기적으로 이후 연령층에 파급효과를 가져오고 있음이 간접적으로 확인되고 있다(그림 4-9 참조).

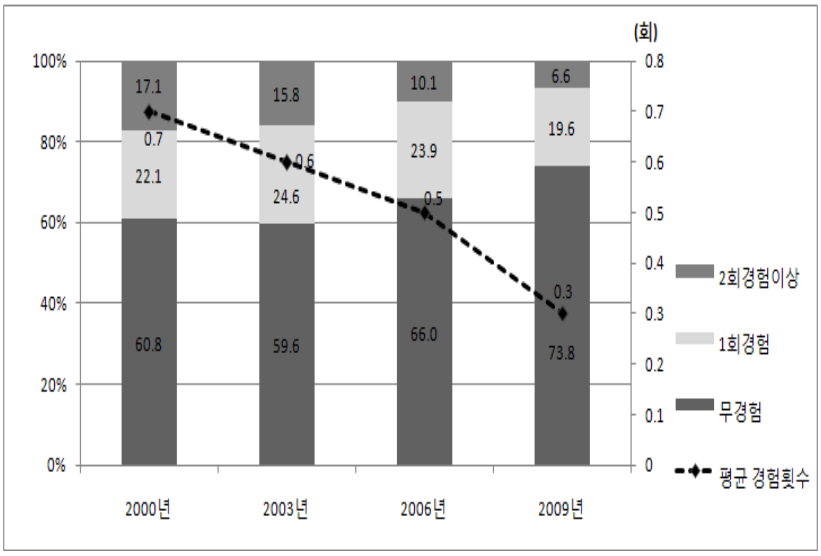
〔그림 4-9〕 기혼여성의 연령별 인공임신중절 경험률 추이, 1985~2009



자료: 김승권 외, 2009:195

기혼여성의 인공임신중절 경험률이 감소하면서 경험횟수도 감소추세에 있는 것으로 보고되고 있으며 특히, 2회 이상 반복경험자가 크게 감소한 것으로 나타났다(그림 4-10 참조).

〔그림 4-10〕 15~44세 유배우부인의 인공임신중절 경험횟수 분포

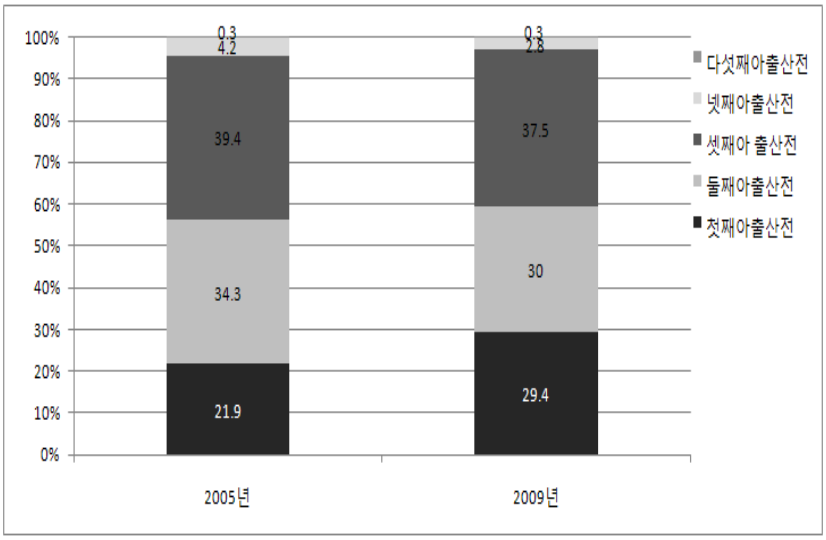


자료: 김승권 외 2009:196

인공임신중절 경험자의 상당수는 첫째아 출산 전 즉 첫 번째 임신에 대하여 인공임신중절을 한 것으로 나타나고 있다.[7] 첫 번째 임신에 대한 인공임신중절은 2009년 기준 전체 기혼여성의 3.9%에서 이루어졌으며, 이는 2005년의 8.2%에 비해 감소하였다. 그러나 이와 같은 감소는 최근의 결혼추세로 볼 때 인공임신중절 경험자 중 상당수가 미혼상태로 남아 있는데 따른 결과일 수 있어서 추이를 좀 더 관찰할 필요가 있다(그림 4-11 참조).

7) 첫 번째 임신이 반드시 인공임신중절이 아니고 자연유산이나 사산 등으로 종결되었을 수도 있으나 임신소모라는 점에서 위험성은 모두 크다고 할 수 있다.

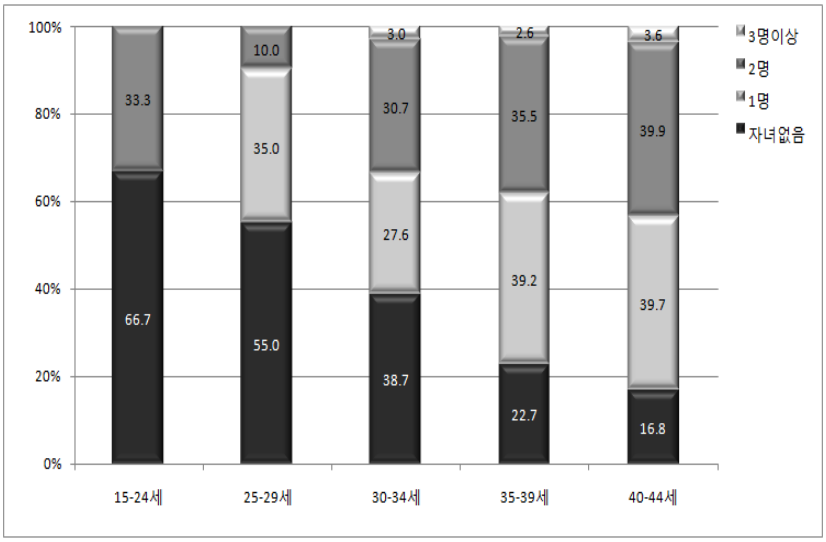
〔그림 4-11〕 인공임신중절 경험자의 출산상태별 시술 분포



자료: 이삼식 외, 2005:386, 2009:338

이처럼 첫 번째 임신부터 인공임신중절로 종결하는 상황은 첫 번째 인공임신중절 당시 자녀수에 대한 보고를 통해서도 나타나고 있다. 특히, 연령별로 볼 때, 젊은 연령층의 기혼여성일수록 자녀가 없는 상태에서 인공임신중절을 경험한 비율이 높으며 이는 이들의 결혼 전 임신에 대한 종결 형태를 일부 반영한 것으로도 해석된다(그림 4-12 참조).

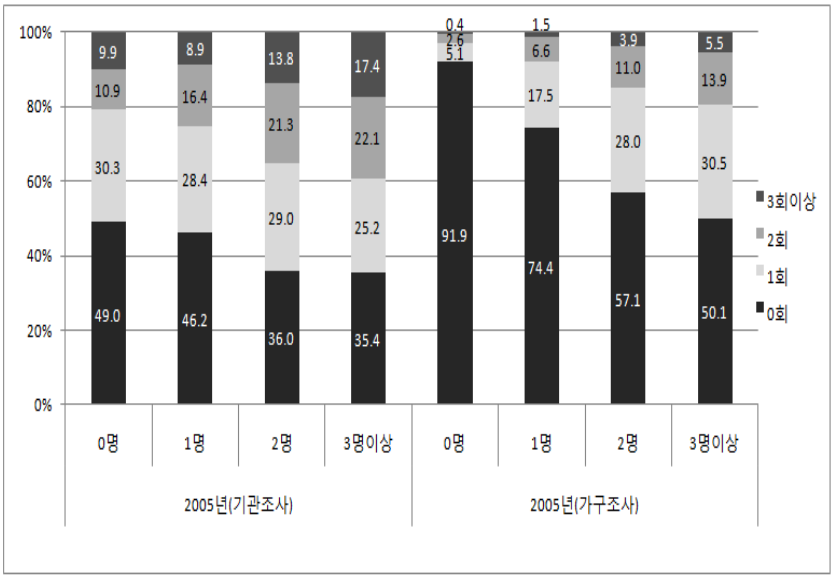
〔그림 4-12〕 15~44세 유배우부인의 첫 번째 인공임신중절당시 자녀수



자료: 김승권 외 2009:203

한편, 인공임신중절 경험자의 출생자녀수 대비 인공임신중절 경험횟수는 가구조사결과와 의료기관 조사 결과 간에 많은 차이를 보였다. 이에 따르면, 실제 자녀가 없는 상태에서의 인공임신중절 경험자는 가구조사 결과보다는 좀 더 많을 것으로 예상된다(그림 4-13 참조).

〔그림 4-13〕 기혼여성의 출생자녀수 대비 인공임신중절 경험횟수 분포의 조사간 비교



자료: 이삼식 외, 2005:384

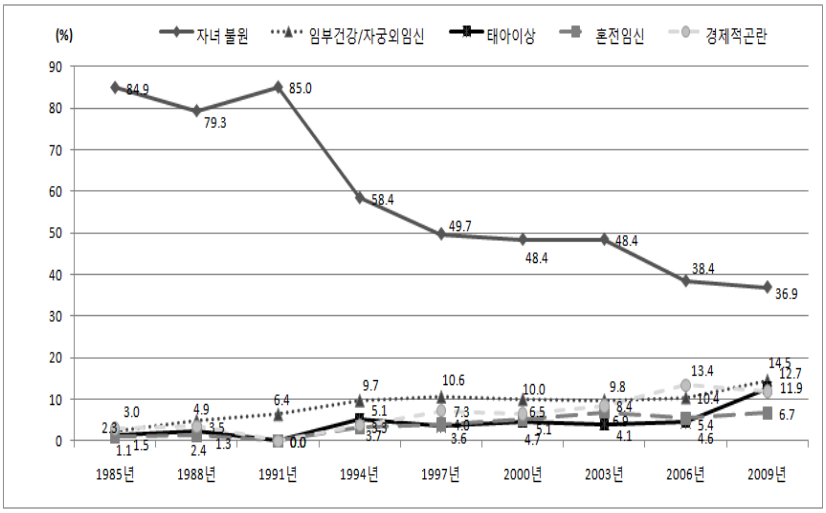
이상을 종합해 볼 때, 인공임신중절 경험률은 감소하는 추세에 있으나, 경험자의 반복시술 경향과 첫 번째 임신의 인공임신중절에 대하여는 여전히 우려해야 하는 상황이다. 특히, 첫 번째 임신을 인공임신중절로 종결한 경우가 전체 기혼여성의 3.9%에 달하고 있는 점에 유의해야 할 것으로 보인다. 더욱이 이는 결혼연령이 증가하면서 결혼 전 성관계에 따른 임신이 무분별한 인공임신중절에 노출되어 나타난 결과일 수 있어서 불안전 인공임신중절에 따른 폐해도 함께 커질 수 있다.

다. 인공임신중절 이유

기혼여성의 인공임신중절은 건강문제 등 어쩔 수 없는 경우를 제외하고는 대부분 단산, 터울조절, 태아성별과 관련하여 발생되고 있다. 하지만, 결혼 전 성관계로 임신과 인공임신중절을 경험하는 사례가 증가하면서 기혼

여성의 인공임신중절 이유도 보다 다양하게 나타나고 있다. 이와 관련하여 15~44세 기혼여성의 인공임신중절 이유로서 '자녀를 원하지 않기 때문은 피임실천에 힘입어 지난 20여 년간 꾸준히 감소한 것으로 보고되고 있다. 반면에 임신부건강, 태아이상, 혼전임신, 경제적 어려움에 따른 인공임신중절은 서서히 증가하였다(그림 4-14 참조).

〔그림 4-14〕 15~44세 유배우부인의 마지막 인공임신중절의 수용이유



자료: 김승권 외, 2009

기혼여성의 인공임신중절 이유는 이들이 경험한 인공임신중절 가운데 상당수가 결혼 전 임신에 대한 종결이었음을 확인시켜주고 있다. 우리나라 15-44세 기혼여성의 첫 번째 인공임신중절에 대한 이유로서 혼전임신은 2009년에 9.5%로 2006년의 7.9%에 비해 증가한 것으로 보고되었다. 따라서 이를 인공임신중절경험자율에 대입할 경우, 전체 가임기 기혼여성의 결혼 전 인공임신중절 경험율은 2006년에 2.7%, 2009년에 2.5%로 추정된다(표 4-1 참조).

〈표 4-1〉 15~44세 기혼여성의 혼전임신에 따른 인공임신중절 경험률

구 분		2006년	2009년
인공임신중절경험 유무	있음	34.0	26.2
	없음	66.0	73.8
	계(N)	100.0(5,395)	100.0(4,867)
첫 인공임신중절 수용이유	혼전임신	7.9	9.5
	기타	92.1	90.5
	계(N)	100.0(1,833)	100.0(1,273)
전체 기혼여성의 결혼전 인공임신중절 경험률		2.7%	2.5%

자료: 김승권 외, 2009:197, 204 (자료 편집)

혼전임신을 이유로 한 인공임신중절은 최대 4번째 인공임신중절에서도 나타나고 있으며, 이는 결혼 전 임신에 대하여 아무런 고려 없이 인공임신중절이 행해지고 있음을 입증하는 것이라 하겠다(이삼식 외, 2009:339)

또한, 기혼여성의 인공임신중절 이유로서 임부의 건강이나 태아이상이 차지하는 비율이 증가한 것은 앞서의 사산이나 자연유산의 증가와 함께 여성의 출산능력이 저하되고 있음을 시사하고 있다.

라. 인공임신중절 후유증

저출산과 관련한 인공임신중절에 대한 관심은 주로 이에 따른 부작용을 염두에 두고 있는데서 비롯되고 있다. 우리나라의 경우 비교적 높은 수준의 의료와 의료접근도 하에서 인공임신중절로 인한 부작용의 발생은 주로 시술당시의 임신주수나 임신여성의 건강상태 그리고 시술 후 관리 상태와 관련이 있을 것으로 보이다.

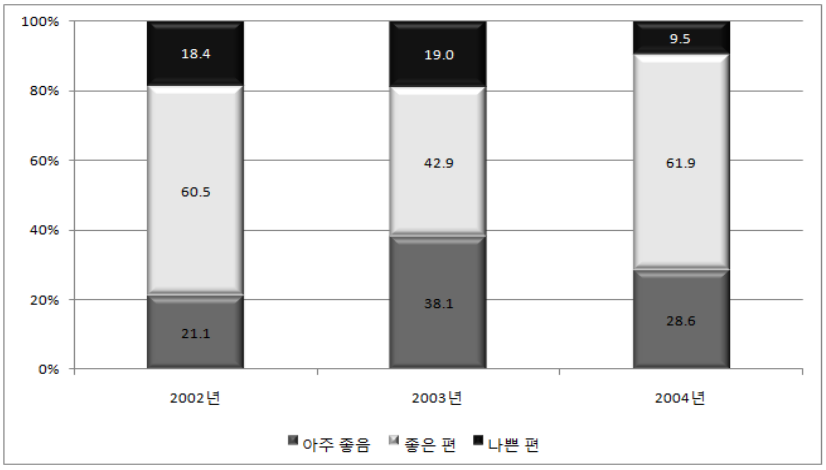
인공임신중절은 임신 초기, 이르면 이를수록 임신부의 신체적 정신적 건강에 미치는 영향이 적은 것으로 밝혀지고 있다. 이와 관련하여 인공임신중절은 임신초기인 임신 12주 이내에 시행할 것이 권고되고 있으며, 인공임신중절을 허용하는 국가들은 대체로 이 기간을 허용기준에 포함하고 있다.

한편, 임신초기 이후의 인공임신중절은 임신초기에 비해 자궁천공, 출혈, 패혈증과 같은 합병증의 발생위험이 높으며 이에 따른 건강상의 위협도 심각한 것으로 보고되고 있다(허준용, 1994).

이처럼 인공임신중절은 시술시기가 중요함에도 불구하고, 우리나라에서 이에 대한 자료는 2005년의 시술의료기관 조사를 통해서 파악된 것이 고작이다. 동 조사에서는 기혼여성의 인공임신중절은 대부분 임신 12주 이내에 시행된 것으로 나타났다(김해중 외, 2005).

이와 관련하여 기혼여성의 인공임신중절시술 후 경과는 시술연도에 따라 시술여성의 10~19%에서 나쁜 편인 것으로 파악되었으며 최근에 가까울수록 나쁜 편이라는 응답이 줄어들었다(그림 4-15참조).

〔그림 4-15〕 기혼여성의 인공임신중절 시술 후 경과



자료: 김해중, 2005:72

그러나 인공임신중절 후 사후관리를 위해 시술의료기관을 방문한 경우는 전체 시술자의 65.7%로서 사후관리가 소홀함을 드러내었다(김해중 외, 2005).

제2절 미혼여성의 임신 및 인공임신중절 실태

1. 임신 실태

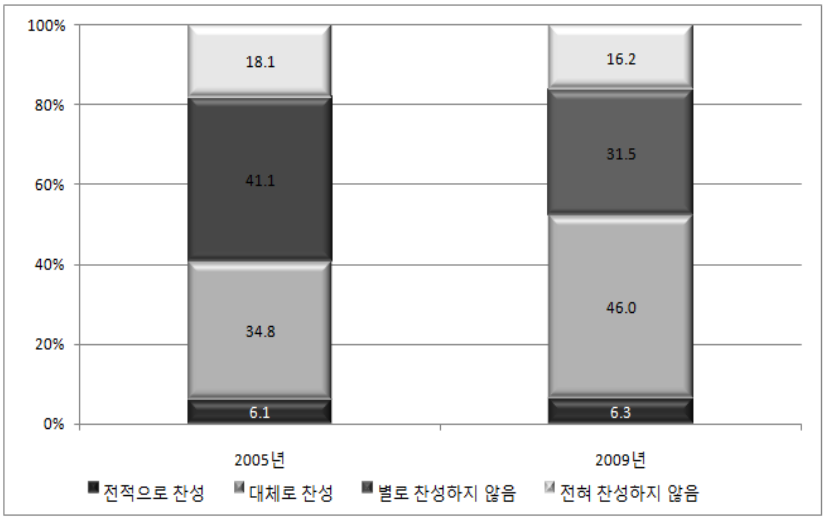
가. 임신경험률

미혼여성의 임신이나 그 종결 형태에 대하여 파악하기란 현실적으로 많은 제한이 따르고 있으나, 결혼률이 저하되고 미혼모의 발생이 증가하고 있는 상황에서 저출산 대응을 위한 구체적인 전략을 수립하기 위해서는 대략적이나마 발생규모와 발생특성 그리고 그 추이에 대하여 파악해 보는 일은 매우 중요하다고 하겠다.

우선, 미혼여성의 임신은 강간 등의 특수한 경우를 제외하고는 결혼과 연계한 성에 대한 태도와 피임 실천율에 의존할 것으로 특히, 비교적 장기간에 걸쳐있는 가임기간 동안 성관계를 언제부터 시작하는 가에 많은 영향을 받을 것으로 보인다.

이와 관련하여, 20~44세 미혼여성 가운데 '결혼과 관계없이 성관계를 가질 수 있다'고 생각하는 비율이 증가하는 양상으로 미혼여성의 임신율 또한 증가할 것이 예상되고 있다(그림 4-16참조).

〔그림 4-16〕 20~44세 미혼여성 중 '결혼과 관계없이 성관계를 가질 수 있다' 고 생각하는 비율 추이



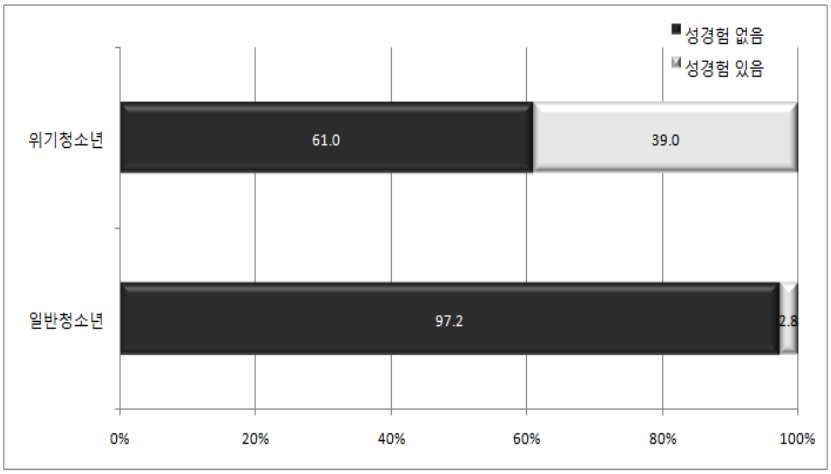
자료: 이삼식 외, 2005:167; 2009:118

실제로, 전국단위 조사에서 나타난 2005년도 20~39세 미혼여성의 성관계 경험률은 39.1%로서 혼전성관계를 찬성하는 20~44세 미혼여성 40.9%와 유사한 수준을 나타냈다(김해중 외, 2005:61).

또한, 2010년의 전국 14~19세미만 청소년에 대한 조사에서는 일반청소년의 2.8%와 가출 등 위기청소년의 39%에서 성관계 경험률이 있는 것으로 파악되어 이들의 연령이 증가하면서 전체 미혼여성의 성관계 경험률도 증가할 것으로 추측된다(그림 4-17참조).

미혼여성의 성관계 경험률 증가추이는 첫 성관계시기를 통해서도 간접적으로 확인되고 있다. 즉, 전체 미혼여성은 아니지만 점차 그 수가 증가하고 있는 미혼모의 연령별 첫 성관계 시기는 2007년에 출산한 미혼모에서 2008년에 출산한 미혼모보다 전반적으로 빨라진 것으로 나타나고 있다(표 4-2 참조).

〔그림 4-17〕 14~19세 미만 청소년의 성관계 경험률, 2010



자료: 홍봉선 외, 2010

〈표 4-2〉 미혼모 연령별 출산년도별 첫 성관계시기

단위: Mean±SD

	2008년 (N=86)	2009년 (N=203)
19세 이하	16.0±1.9	15.9±1.7
20-24세	18.7±2.4	18.3±2.0
25-29세	21.1±2.8	20.6±2.9
30-34세	22.2±4.0	22.3±2.9
35세이상	24.8±5.0	22.7±3.8
전체	20.0±4.3	18.6±3.3

자료: 김혜영 외, 2009 (조사자료 재분석 결과)

성관계 경험시기가 앞당겨 짐에 따라 임신이 시작되는 시기도 자연히 빨라질 것으로 예상되며 이는 특히, 만혼 분위기 속에서 혼전 임신 경험이나 임신 횟수에 영향을 미칠 것으로 보인다.

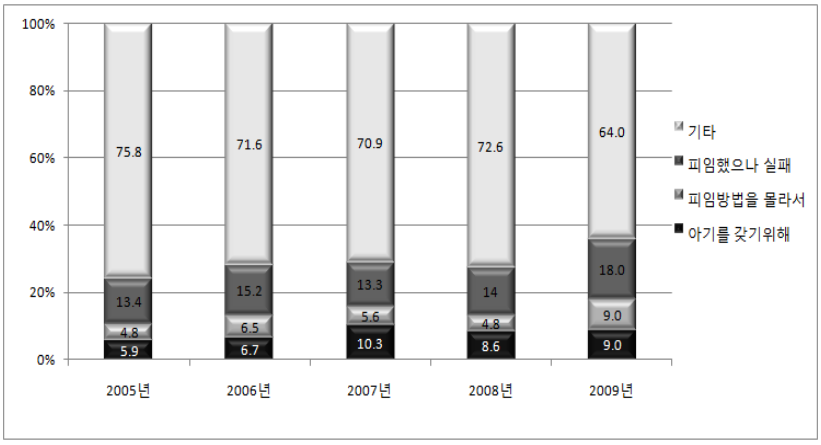
2005년도 조사에서 나타난 우리나라 15~44세 미혼여성의 임신경험률은 7%였으며, 이들이 모두 인공임신중절을 한다고 가정하고 시술여성의 총 임

신횟수로부터 전체 미혼여성의 임신횟수를 추정해 볼 때, 임신경험자의 약 56%가 2회 이상 임신을 하고 약 11%는 4회 이상 반복해서 임신을 한 것으로 파악된다(김해중 외, 2005:54).

이와 같은 미혼여성의 반복 임신은 이들의 피임실천행태에서 쉽게 예상되고 있다. 즉, 미혼여성의 임신은 대부분 계획하지 않은 임신으로 임신 당시 적어도 두 명 가운데 한명은 피임을 전혀 하지 않았으며 피임을 한 경우에도 자연주기법이나 체외사정법 등 피임실패확률이 비교적 높은 방법을 많이 사용한 것으로 나타나고 있다(김유경, 2006; 보건타임즈, 2007.3.31.).

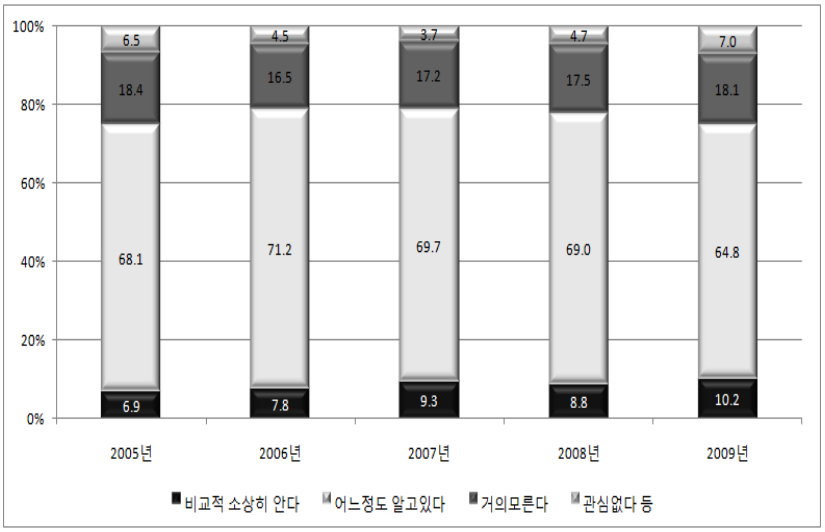
이처럼 미혼여성들이 피임을 부적절하게 하는 배경에는 피임방법에 대한 지식부족이 자리하고 있으며, 이를 개선하지 않는 한 반복 임신을 피하기는 어려워 보인다. 구체적으로, 미혼모시설 입소자의 임신이유로서 피임방법을 모르거나 피임에 실패한 경우가 전체의 18~27%를 차지하고 있으며, 이는 지난 5년 동안 유사한 수준이거나 오히려 증가하기까지 하는 경향을 보이고 있다. 이와 더불어 이들의 성이나 피임에 관한 지식에서도 '비교적 소상히 알고 있다'는 경우는 전체의 10%에도 미치지 못하고 있다(그림 4-18, 19 참조).

〔그림 4-18〕 미혼모시설입소 임신여성의 임신 이유



자료: 여성가족부 내부자료

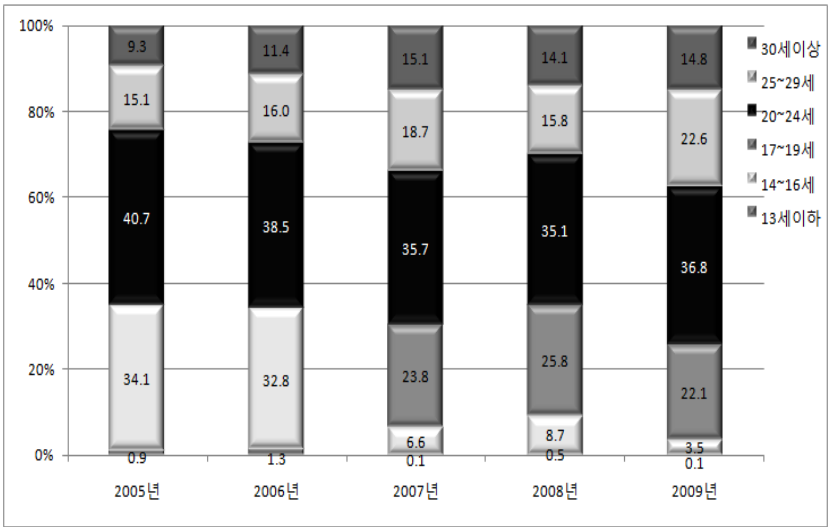
〔그림 4-19〕 미혼모시설입소 임신여성의 성 및 피임지식 정도



자료: 여성가족부 내부자료

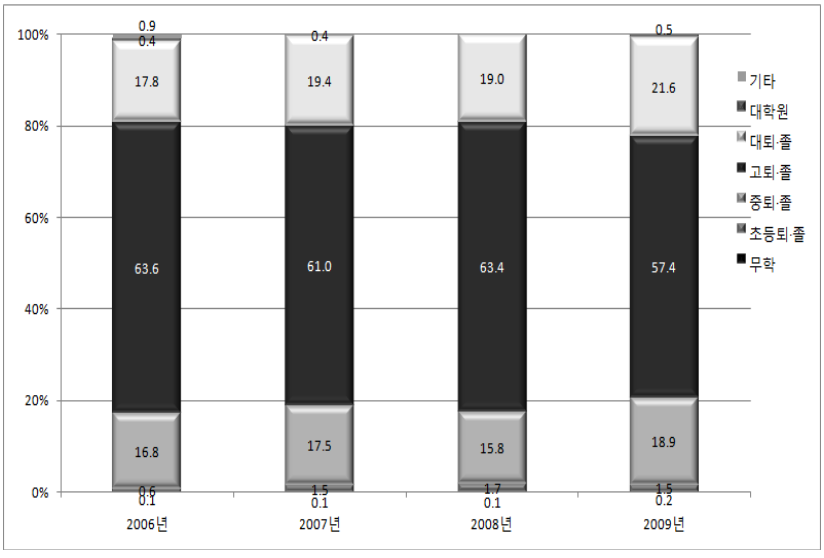
미혼여성의 성이나 피임에 대한 지식부족은 이들의 연령이나 교육수준과도 관련이 있을 것으로 예상되는데 2005~2009년 미혼모자시설에 입소한 임신여성 총 10,676명의 연령분포와 교육수준을 살펴본 결과, 10대 연령층이 전체의 31.7%를 차지하였고 전체의 약 80%는 고졸이하의 학력을 지닌 것으로 나타났다(그림 4-20, 21 참조)

〔그림 4-20〕 미혼모시설입소 임신여성의 연령 분포 추이, 2005~2009



주: 2005, 2006년은 '13세 이하'가 '14세 이하'를, '14-16세'가 '15-19세'를 포함하고 있음.
자료: 여성가족부 내부자료

〔그림 4-21〕 미혼모시설입소 임신여성의 교육수준 분포



자료: 여성가족부 내부자료

이와 같은 사실은 임신을 경험하는 미혼여성의 상당수가 피임에 대한 지식의 부족 하에서 반복적으로 임신에 노출될 수 있음을 충분히 예상케 하고 있다.

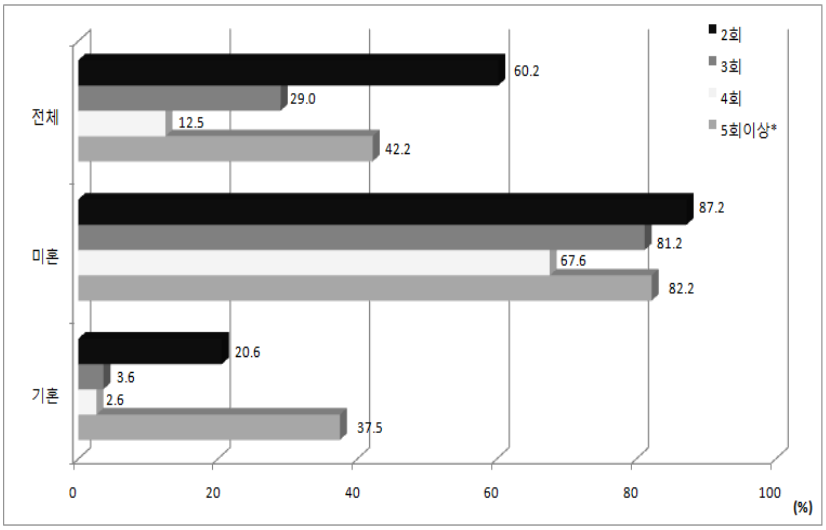
따라서 미혼여성의 임신실태는 첫 성관계경험시기의 조기화로 인해 저연령층에서의 임신경험률이 증가할 것이라는 점과 이러한 임신경험률이 특히 저학력자에서 높은 가운데 이들의 피임지식부족과 관련하여 반복임신 가능성도 높아질 것을 예상케 하고 있다. 그리고 이는 미혼여성의 임신이 대부분 인공임신중절로 이어지고 있는 상황에서 볼 때, 첫 번째 임신에 대한 인공임신중절과 반복적 인공임신중절로 여성의 출산능력이 저하될 것임을 시사하는 것이기도 하다.

나. 임신종결형태

미혼여성 임신의 종결 형태는 임신을 하게 된 배경과 관련이 있을 것으로, 계획된 임신은 출산으로 그리고 계획하지 않은 임신은 인공임신중절로 종결될 것으로 쉽게 예상해 볼 수 있다.

2005년의 시술의료기관 조사에서 미혼여성의 전체 임신을 대상으로 인공임신중절여부를 파악한 결과, 현재 시술대상 임신이 첫 번째 임신인 경우는 50.6%에 불과하였으며 나머지는 두 번째 이상 임신으로 나타났다. 또한 모든 임신에 대하여 인공임신중절을 시행한 경우는 2회 이상 임신여성의 87.2%, 3회 임신여성의 81.2%, 4회 임신여성의 67.6%였다. 이와 같은 결과는 기혼여성과 대비하여 월등히 높은 수준이며 기혼여성의 인공임신중절에는 결혼 전의 인공임신중절도 포함되어 있을 것으로서 이를 고려할 경우 미혼여성의 임신이 인공임신중절로 종결되는 경우는 더욱 많을 것으로 짐작된다(그림 4-22 참조).

〔그림 4-22〕 임신횟수별 모두 인공임신중절로 종결한 경우



주: *4회 이상 중절
자료: 김해중 외, 2005

이와 더불어, 인공임신중절이 불법행위로 간주되고 있는 상황을 감안한다면, 미혼여성의 임신 중에서 인공임신중절로 종결을 원하는 경우는 더욱 많을 것으로 보인다. 실제로, 미혼모시설입소 임신여성의 출산을 결정하게 된 배경에서는 낙태를 못해서라는 이유가 전체의 약 70%에 이르는 것으로 나타나고 있다(표 4-3 참조).

〈표 4-3〉 미혼모시설입소 임신여성의 출산 결정 이유

단위: %(N)

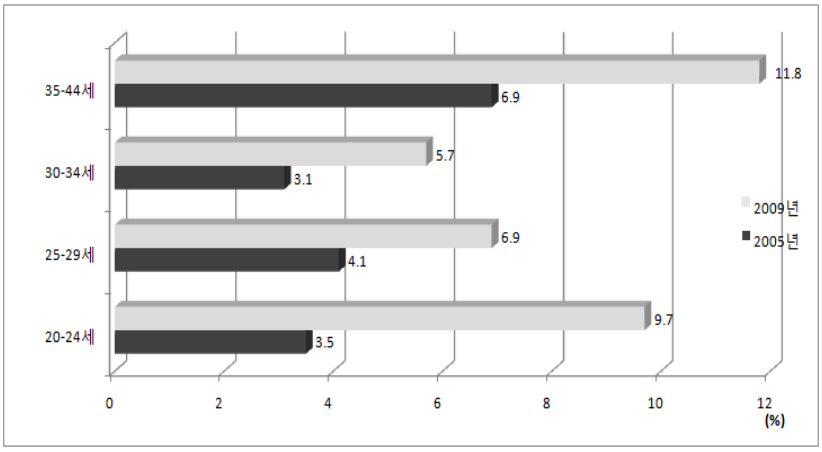
연도	아기를 원해서	낙태를 못해서					미혼부가 원해서	기타	계
		낙태 시기를 놓쳐서	낙태시킬 돈이 없어서	낙태가 무섭고 두려워서	낙태는 죄악이라서	소계			
2005	14.7	38.7	14.0	16.1	9.1	78.0	5.9	1.4	100.0 (1,968)
2006	21.3	37.5	8.3	14.1	11.3	71.2	6.6	0.9	100.0 (1,937)
2007	27.9	34.8	11.2	13.0	9.2	68.1	4.0	-	100.0 (2,161)

연도	아기를 원해서	낙태를 못해서					미혼부가 원해서	기타	계
		낙태 시기를 놓쳐서	낙태시킬 돈이 없어서	낙태가 무섭고 두려워서	낙태는 죄악이라서	소계			
2008	27.4	36.8	8.2	15.2	8.0	68.2	4.4	-	100.0 (2,151)
2009	28.0	37.7	10.9	10.4	8.6	67.6	4.4	-	100.0 (2,457)
계	24.2	37.1	10.5	13.6	9.2	70.4	5.0	0.4	100.0 (10,674)

자료: 여성가족부 내부자료

한편, 미혼모시설입소 임신여성의 출산배경으로서 '아기를 원해서'라는 이유는 증가하는 추세에 있어서, 미혼모에 대한 사회적 편견에도 불구하고 임신을 하는 여성이 증가하는 경향을 보이고 있다. 이는 결혼 전 성관계에 대한 태도의 변화와 함께 자녀관에도 변화가 일고 있는 때문으로 여겨지는데, 미혼여성 가운데 '결혼하지 않아도 자녀를 가질 수 있다'는 태도는 최근 연령과 관계없이 전반적으로 증가하는 것으로 보고되고 있으며 증가경향은 20대 초반에서 더욱 두드러지게 나타나고 있다(그림 4-23 참조).

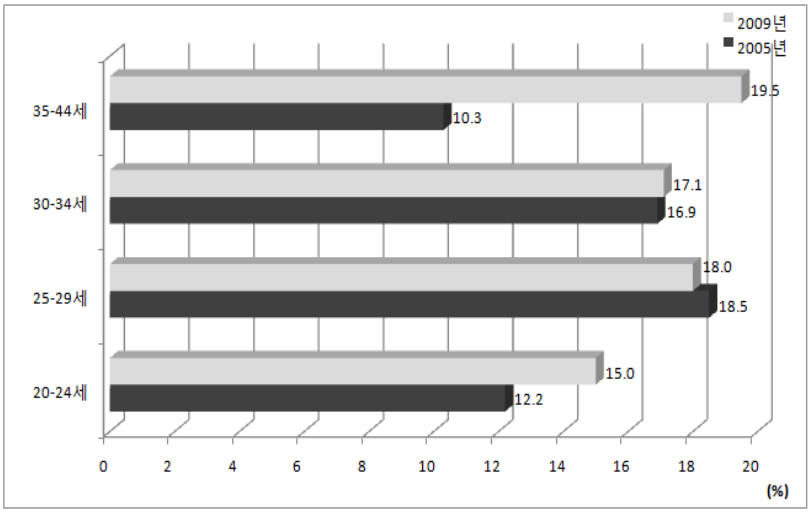
〔그림 4-23〕 '결혼하지 않아도 자녀를 가질 수 있다'에 전적으로 동의하는 20-44세 미혼여성의 비율



자료: 이삼식 외, 2005:160; 2009:114

또한 혼전임신에 대하여도 20~44세 미혼여성 전체의 약 17%가 '반드시 낳아야 한다'고 생각하는 것으로 최근 조사되었으며, 이러한 견해는 특히 20대 초반과 30대 후반이후 연령층에서 증가하는 경향에 있다(그림 4-24 참조).

〔그림 4-24〕 혼전임신에 대하여 '반드시 낳아야 한다' 에 동의하는 20~44세 미혼여성의 비율



자료: 이삼식 외, 2005:234; 2009:120

이에 맞추어, 실제로 미혼여성 임신이 출산으로 이어지는 경우에 있어서 첫 번째 임신이 차지하는 비율은 2006년의 66.5%에서 2008년에 79.1%로 증가하였다. 그리고 이와 같은 추세는 20대 연령층의 미혼여성에서 더욱 두드러지게 나타나고 있다(표 4-4 참조).

〈표 4-4〉 미혼모 연령별 현재 출산의 임신순위 추이(첫번째 임신), 2006~2008

단위: %(N)

구분	첫 번째 임신인 경우				
	19세이하	20-24세	25-29세	30세이상	전체(N)
2006년	80.0	65.8	42.9	57.1	66.5 (194)
2007년	85.7	79.2	89.5	57.1	76.1 (86)
2008년	87.7	80.6	75.6	62.1	79.1 (203)

자료: 김유경 외, 2006:217; 김혜영 외, 2009

이처럼 미혼여성에서 자녀를 원하여 아이를 낳는 경우와 첫 번째 임신의 출산 비중이 높아지는 추세 속에서, 출산 후 본인이나 가족이 아기를 직접 양육할 계획을 갖는 경우도 점차적으로 증가하고 있다(표 4-5 참조).

〈표 4-5〉 미혼모시설입소 임신여성의 출산 후 아기 진로에 대한 견해

단위: %

연도	본인 양육	부모·가족 양육	미혼부 양육	해외 입양	국내 입양	미결정	기타	계
2005	17.2	2.0	1.0	25.2	42.9	11.7	-	100.0 (1,968)
2006	21.4	1.8	1.4	21.2	39.7	13.6	0.9	100.0 (1,937)
2007	29.3	1.7	1.5	17.2	38.3	12.0	-	100.0 (2,161)
2008	29.3	2.4	0.9	14.0	44.4	9.1	-	100.0 (2,151)
2009	29.1	2.3	0.7	15.2	40.3	7.6	4.7	100.0 (2,457)
계	25.6	2.1	1.1	18.3	41.1	10.6	1.2	100.0 (10,674)

자료: 여성가족부 내부자료

미혼여성의 출산과 자녀양육의 선택은 상당부분 연령과 관련이 있을 것으로 보인다. 다시 말해, 10대 연령층 보다는 20대 이후 연령층에서 이와 같은 결정이 보다 많을 것이라는 점이다. 이에 대하여, 직접적으로 확인할 수 있는 자료를 확보하지 못해 정확한 입증은 어렵지만, 우리나라 10대 연령층의 출산율 추이로부터 간접적으로 확인해 볼 수 있다.

국제연합이 새천년목표달성을 목표로 모니터링하고 있는 15-19세 여성 1000명당 출생아 수에서는 우리나라가 미국, 캐나다, 호주 등의 선진국에 비해 월등히 낮은 수준에 있음은 물론이고 가까운 일본에서 점차 증가되고 있는 것과 대조적으로 최근 들어 오히려 낮아지는 추세마저 보이고 있다 (표 4-6 참조).

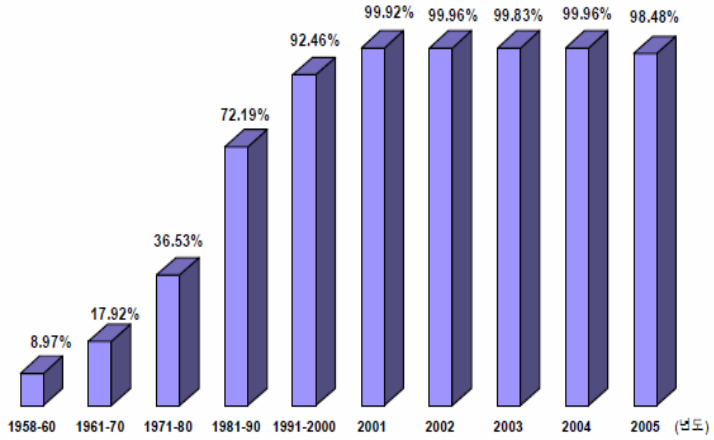
〈표 4-6〉 주요 국가의 15~19세 여성 1,000명당 출생아 수 추이, 1997~2007

	한국	일본	캐나다	미국	호주
1997	3.3	4.2	20.1	51.8	19.6
1998	3	4.5	20.0	50.8	18.6
1999	2.8	4.8	18.9	48.9	18.2
2000	2.5	5.4	17.2	47.2	17.5
2001	2.2	5.8	16.2	44.2	17.7
2002	2.6	6.1	15.0	41.5	17.2
2003	2.4	5.8	14.4	40.0	16.0
2004	2.2	5.6	14.1	39.6	16.1
2005	2.1	5.2	13.2	39.2	15.6
2006	2.2	5.1	13.6	40.8	15.2
2007	2.3	4.9	14.1	41.3	16.0

자료: UN, 2010

이처럼 미혼여성의 출산이 증가하는 것으로 분명하게 확인되고 있는 가운데. 이들의 출산이 과연 건강아 출산과 올바른 양육으로 이어질 지가 의문이다. 왜냐하면 이들로부터 출생한 자녀는 산전관리의 소홀 등으로 건강문제를 일으킬 소지가 많으며 또한 미처 자립능력을 갖추지 못한 관계로 입양을 선택해야 하는 상황에 종종 처할 것으로 예상되기 때문이다. 실제로도, 최근 점차 줄어드는 추세에 있기는 하지만, 미혼모가 출산 후 양육보다는 국내외 입양을 선택하는 비율이 전체의 과반수를 차지하고 있는 가운데, 해외 입양아동의 대부분이 미혼여성의 자녀로 채워지고 있다(그림 4-25 참조).

〔그림 4-25〕 해외 입양아동중 미혼자녀 비율



자료: 재외동포재단, 2006 국외입양인 백서 (이미정, 2009:44에서 재인용)

또한 입양기관에서 상담을 받은 미혼여성의 자녀 가운데 저출생체중아와 장애아의 비율이 전체 출생아에 비해 월등히 높음을 보고한 연구도 있다 (이삼식, 1998).

그리고 미혼여성으로부터 출생한 자녀의 경우에 출생신고가 적절하게 이루어지지 않을 수 있으며, 이는 양육과정에서 학교입학시기 등에 영향을 미칠 것으로 보인다. 실제로, 미혼모시설입소 미혼모의 2009년 출생아에 대한 출생신고는 전체의 57%에 그쳤으며, 이들이 신고한 부모는 본인인 경우가 약 92%였고 나머지는 아기 아버지나 아기 아버지 부모인 것으로 나타나고 있다(표 4-7 참조).

〈표 4-7〉 미혼모 자녀의 출생해당년도 출생신고상태, 2008

출생신고상태					
신고함				신고안함	전체
본인	아기 부	아기 부의 부모	소계		
52.3	3.5	1.2	57.0	43.0	100.0 (86)

자료: 김혜영 외, 2009 (자료 재분석 결과)

이상을 통해 볼 때, 미혼여성의 출산이나 자녀양육에 있어서 결혼을 전제로 하지 않는 경우는 점차적으로 증가하고 있으나, 아직은 미혼여성의 임신 대부분이 인공임신중절로 종결되는 상황에 있다(김해중 외, 2005).

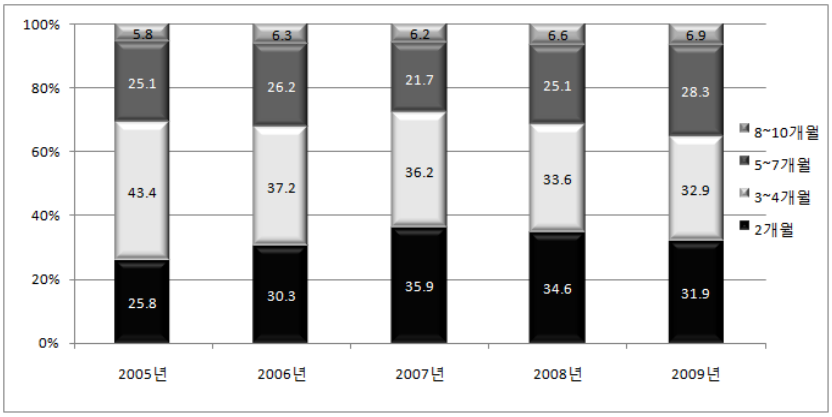
또한 미혼여성의 첫 번째 임신이 출산에서 차지하는 비중이 높아진 것은 그것이 피임에 따른 효과이건 자녀관의 변화에 따른 것이건 간에 긍정적인 결과로서 여겨진다. 다만, 10대에서의 임신율과 출산률 추이를 통해 이들 연령층의 임신종결 형태로서 인공임신중절이 증가하고 있음을 확인할 수 있는 점과 미혼여성으로부터 출생한 자녀의 건강 등 양육과 관련한 문제점이 드러나고 있는 점은 부정적 결과임에 틀림이 없다.

다. 산전관리실태

미혼여성의 임신과 임신종결 형태에 대한 관심은 이들의 임신이 대부분 인공임신중절로 종결되는 상황에서 그 부작용으로 결혼 후 출산능력에까지 영향이 미친다는 사실에서 비롯되고 있다. 그리고 또 한편으로는, 임신이 인공임신중절로 종결되지 않는다고 하더라도 건강아를 출산하는데 필요한 조치들이 적절히 취해지지 않을 것으로 예상되는 점도 관계되어 있다. 즉, 태아 건강은 산모의 건강상태는 물론이고 흡연, 음주, 약물 등의 건강행태로부터 직접적으로 영향을 받는 가운데, 계획하지 않은 임신에서 이러한 일들이 보다 소홀히 다루어질 가능성이 많기 때문이다.

산전관리는 임신사실을 인지하는 시기와도 밀접하게 관련될 것으로서, 미혼여성의 경우에 임신사실을 늦게 인지하는 경향이 있음은 여러 자료를 통해 확인되고 있다. 2005~2009년 미혼모시설입소 임신여성의 경우, 전체의 약 32%가 임신 5개월 후에 임신사실을 알게 되었으며 전체의 6.4%는 8개월 후에야 임신사실을 안 것으로 나타나고 있다. 그리고 임신5개월 후에 임신사실을 인지하는 비율은 최근에 올수록 오히려 높아지는 경향마저 보이고 있다(그림 4-26 참조).

〔그림 4-26〕 미혼모시설입소 임신여성의 임신사실 인지시기



자료: 여성가족부 내부자료

미혼여성의 임신사실 인지 시기는 10대 연령층에서 30대 연령층보다 평균 1개월 늦는 것으로 나타나고 있는데, 임신의 인지 시기는 출산 후 자녀의 거취에 대한 태도와도 관련성을 보이고 있어서 계획하지 않은 임신에서 더욱 늦어지고 있음을 시사하고 있다(김혜영 외, 2009:52).

한편 임신인지시기와 관련하여, 본인이 임신을 인지하는 시기는 비교적 이른 시기에 이루어지지만 실제적으로 병원 확인 등의 중재가 들어가는 시기와 큰 시차를 보인다는 보고도 나오고 있다(r1). 그밖에도 미혼모에 대한 연구들은 이들의 산전관리 소홀과 고위험 임신 가능성 그리고 음식이나 약물 부주의 등 건강관리 미흡으로 인한 태아의 건강 위험가능성 등에 대하여 보고하고 있다(천혜정 외, 2002; 이석재, 1985).

2. 인공임신중절 실태

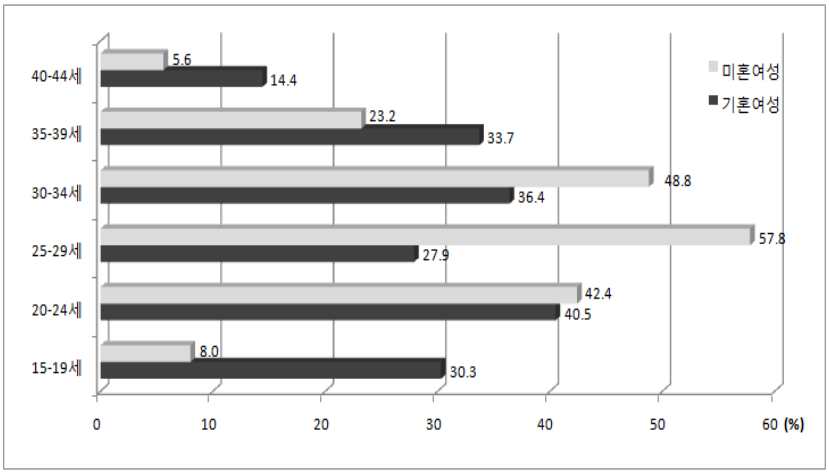
가. 인공임신중절률

가임기여성 인구 당 인공임신중절횟수에 대한 자료들은 거의 대부분 기

혼여성에 국한하여 수집되고 있는 가운데, 인공임신중절로 인한 폐해가 미혼여성에서 더욱 심각할 것으로 예상되고 있음에도 불구하고 여기에 대한 경각심을 충분히 불러일으키지 못하고 있다.

이러한 미혼여성의 인공임신중절횟수는 2005년의 전화조사와 시술의료기관조사에서 각각 15~44세 미혼여성 1천 명당 3.3회와 31.6회로 나타나 정확한 파악이 어려움을 실감케 하고 있다(김해중 외, 2005). 시술의료기관 조사에 따르면, 미혼여성의 인공임신중절률은 출산률이 높은 20~34세에서 전반적으로 기혼여성에 비해 높게 나타나고 있다(그림 4-27 참조).

〔그림 4-27〕 의료기관조사에서의 연령별 인공임신중절률, 2005



주: ASAR: age-specific abortion rate=연령층의 건수/연령층의 인구수*1000
자료: 김해중 외, 2005:49

이와 같은 결과는 해당연령층의 전체 인구수와 대비해 볼 때 특히, 20~24 미혼여성의 인공임신중절률에 대한 우려를 자아내고 있다. 즉, 20~24세 연령층의 총 인공임신중절횟수는 미혼여성 69,400건, 기혼여성 8,250건으로 추정되어 미혼여성에서 월등히 많은 횟수의 인공임신중절이 이루어지고 있음을 확인해 볼 수 있다(표 4-8 참조).

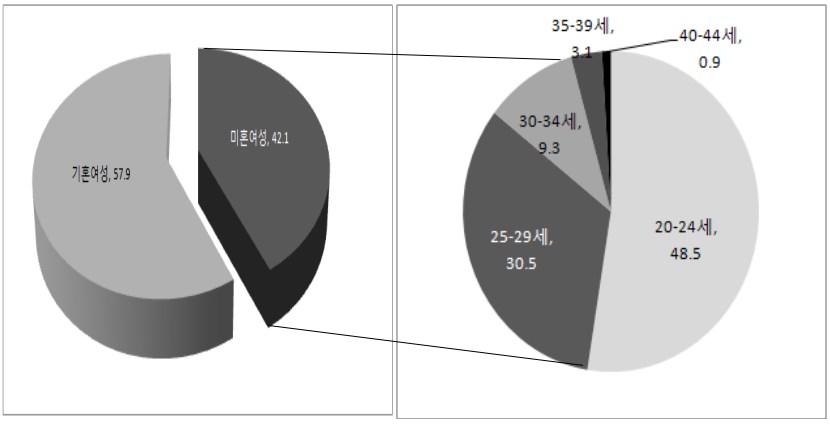
〈표 4-8〉 결혼상태별 연령별 인구수 및 인공임신중절률, 2005

	인구수			인공임신중절률[1]		
	기혼여성	미혼여성	전체	기혼여성	미혼여성	전체
15~19세	9,659	1,445,197	1,454,856	30.3	8.0	8.1
20~24세	203,706	1,636,788	1,840,494	40.5	42.4	42.2
25~29세	1,108,982	755,632	1,864,614	27.9	57.8	40.0
30~34세	1,842,245	274,303	2,116,548	36.4	48.8	38.0
35~39세	1,870,357	190,763	2,061,120	33.7	23.2	32.7
40~44세	1,843,764	232,835	2,076,599	14.4	5.6	13.4
전체	6,878,712	4535519	11,414,231	28.6	31.6	29.8

주: 1) age-specific abortion rate(동일연령층 인구 1천 명당 인공임신중절횟수)
자료: 김해중 외, 2005:49

또한 10대 연령층과 30대 후반이후 연령층의 경우에 각기 미혼율과 유배우율에서 편중성을 보이는 점을 감안할 때, 전반적으로 미혼에서의 높은 인공임신중절률을 실감케 하고 있다. 이와 같은 특성은 총 인공임신중절횟수의 결혼상태별 분포를 통해서도 재차 확인되고 있다(그림 4-28 참조).

〔그림 4-28〕 총 인공임신중절횟수의 결혼상태별 분포



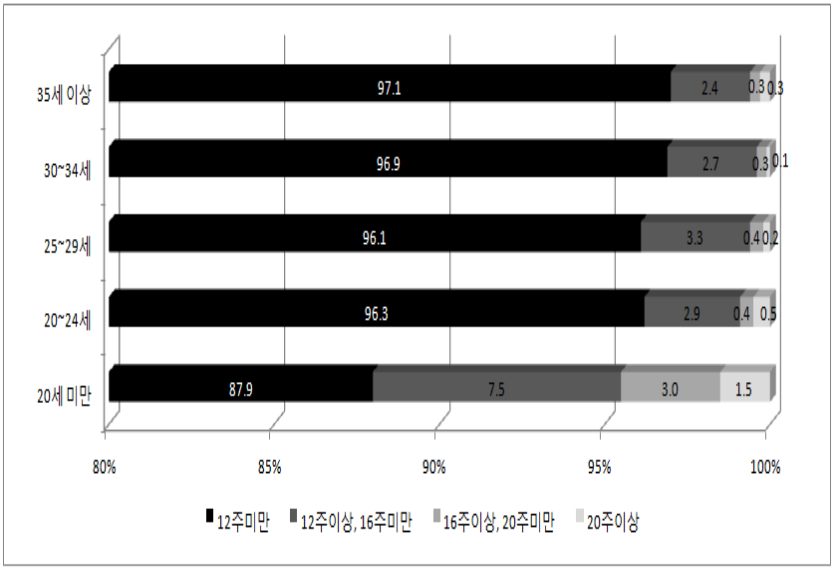
자료: 김해중 외, 2005

한편, 미혼여성 중 인공임신중절경험자는 2005년에 전체의 6.4%로 조사되었으며, 인공임신중절경험자의 인공임신중절횟수는 3회 이상인 경우가 미혼여성은 전체의 15.9%, 기혼여성은 22.1%로서 인공임신중절 경험자의 반복적인 시술경향을 드러내었다(김해중 외, 2005).

나. 인공임신중절 시기

인공임신중절 시기가 10대 연령층이나 미혼여성에서 비교적 늦는 경향은 여러 연구에서 밝혀지고 있다. 2005년의 시술의료기관조사 결과, 임신 3개월(12주) 이후에 인공임신중절을 하는 경우는 기혼여성보다 미혼여성에서 많은 것으로 보고되었다. 또한 결혼여부에 관계없이 10대 연령층에서 3개월 이후에 인공임신중절을 하는 경우가 전체의 12.1%를 차지하였다(그림 4-29 참조).

〔그림 4-29〕 인공임신중절 시기, 2005



자료: 김해중 외, 2005:53

이처럼 인공임신중절 시기가 늦어지는 이유는 무엇보다도 임신사실을 늦게 인지하는 데 있다. 이는 미혼모시설입소 임신여성의 경우에도 마찬가지로, 2005~2009년간 전체 입소자의 약 32%에서 임신 5개월 후 임신사실을 인지한 것으로 나타났고 이에 따라 낙태시기를 놓쳐서' 출산을 하게 된 경우도 전체의 약 37%를 차지하였다(표 4-9 참조).

〈표 4-9〉 미혼모시설입소 임신여성의 임신사실 인지시기(5개월 이후)와 출산이유(낙태시기를 놓쳐서) 추이, 2005~2009

단위: %(N)

	2005	2006	2007	2008	2009	계
전체 (N)	100.0 (1,968)	100.0 (1,937)	100.0 (2,161)	100.0 (2,151)	100.0 (2,457)	100.0 (10,676)
(출산이유) 낙태시기를 놓쳐서	38.7	37.5	34.8	36.8	37.7	37.1
(임신인지시기) 임신 5개월 후	30.4	32.2	27.9	31.7	35.2	31.5

자료: 여성가족부 내부자료

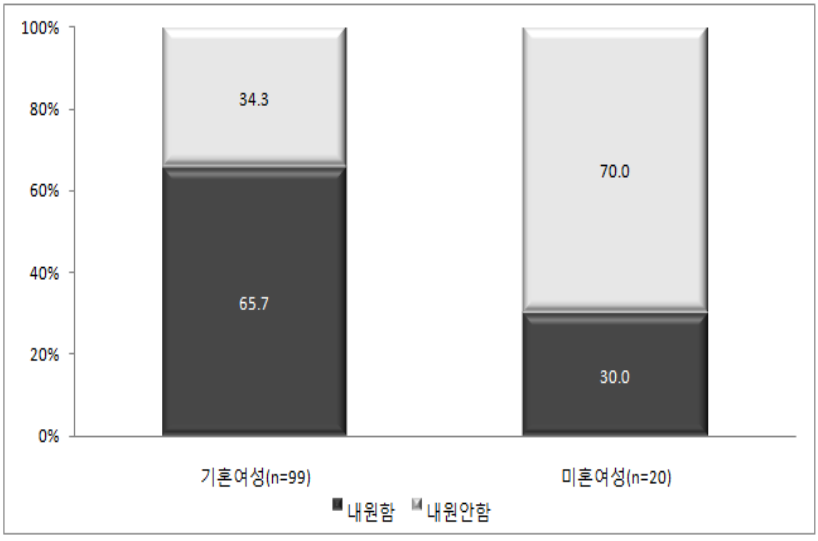
한편, 이러한 임신초기 이후의 인공임신중절은 임신에 대한 지식과 대응부족, 그리고 가용한 의료 및 상담 서비스의 부족 등에도 기인할 것으로 보이는 가운데 특히, 10대 청소년이나 저소득계층은 적절한 의료 및 복지서비스에 대한 낮은 접근도 하에서 인공임신중절시기가 늦어짐에 따라 부작용도 증가될 소지를 안고 있다. 그리고 이와 같은 우려는 인공임신중절을 비교적 엄격하게 제한하고 있는 상황에서 불안전 인공임신중절의 발생 가능성으로 인해 더욱 커지고 있다. 이와 관련하여 미혼모의 상당수가 사회적 제재의 두려움, 지식·정보의 부족, 경제적 이유 등과 관련하여 비의료기관에서 출산하였다는 보고도 접하고 있다(김유경 외, 2006).

다. 인공임신중절 후유증

인공임신중절시기 등으로 미루어 미혼여성에서의 인공임신중절 후유증이 충분히 예상됨에도 불구하고 이들이 시술 후 사후관리를 위해 시술의료기관을 방문하는 경우가 적고 또한 인공임신중절 자체가 불법행위로 간주되고 있는 상황과 자칫 의료사고로 비추어질 수 있는 점 등으로, 관련 정보의 수집이 거의 이루어지지 않고 있다.

다만, 2005년의 가임기여성에 대한 전화조사에서 시술을 받은 전체 미혼여성 가운데 30%가 시술 후 사후관리를 위해 의료기관을 방문한 것으로 나타났으며, 이는 기혼여성의 65.7%에 비해 매우 낮은 수준이다(그림 4-30 참조).

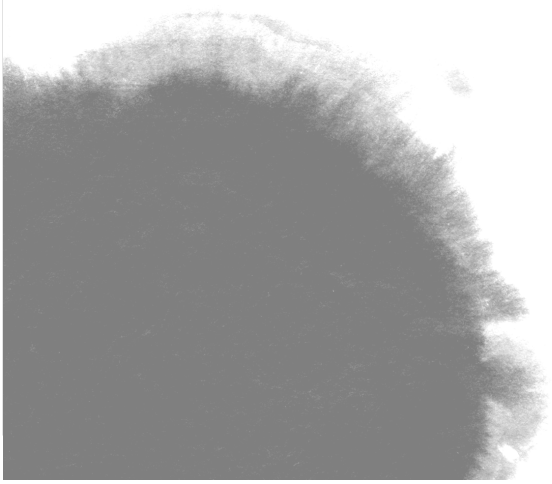
〔그림 4-30〕 인공임신중절 시술 후 관리를 위한 의료기관 방문여부



자료: 김해중 외, 2005:73

05

미혼여성의 출산양육에 따른 부담과 사회적 지원 실태



제5장 미혼여성의 출산·양육에 따른 부담과 사회적 지원 실태

제1절 미혼여성의 출산·양육에 따른 어려움과 사회적 지원 현황

성관계경험 시기는 앞당겨지고 있는 반면에 결혼연령은 오히려 늦어지고 있는 사회분위기 속에서 미혼여성의 계획하지 않은 임신도 증가하고 있다. 그리고 이러한 임신은 인공임신중절에 대한 법적 제재 등과 관련하여 출산으로 이어져 결과적으로 미혼 한부모 가구의 증가를 가져오고 있다(표 5-1 참조).

그러나 이들 대부분은 임신이나 출산·양육에 대하여 미처 준비되지 않은 상태로서, 임신 중에는 물론이고 출산 후 양육과정에서 각종 스트레스에 당면하는 것으로 나타나고 있다. 즉, 각자 처한 상황에 따라 다소 차이는 있으나 임신 초기부터 사회적 차별감이나 미음의 혼란 등 심리적 부담을 비롯하여 아기의 장래문제와 본인의 향후 진로문제 그리고 경제적인 문제 등을 공통적으로 접하고 있다(표 5-2 참조).

〈표 5-1〉 미혼한부모가구의 증가추이

(단위: 가구)

연도	구분	가구 전체	한부모 가구	모+자녀 가구	부+자녀 가구
2005년	가구 계	15,887,128	1,369,943	1,083,020	286,923
	사 별	1,832,308	501,095	427,209	73,886
	유배우	11,120,410	327,864	263,716	64,148
	이 혼	904,154	398,532	258,861	139,671
	미 혼	2,030,256	142,452	133,234	9,218
2000년	가구 계	14,311,807	1,123,854	903,857	219,997
	사 별	1,561,841	502,284	438,226	64,058
	유배우	10,739,411	252,917	194,690	58,227
	이 혼	552,720	245,987	153,177	92,810
	미 혼	1,457,155	122,666	117,764	4,902
1995년	가구 계	12,958,181	959,972	787,574	172,398
	사 별	1,407,557	526,320	458,298	68,022
	유배우	10,060,042	216,067	165,401	50,666
	이 혼	277,798	123,969	72,889	51,080
	미 혼	1,212,746	93,616	90,986	2,630

출처: 통계청. 각 년도별 인구센서스.

〈표 5-2〉 미혼모시설입소 임신여성의 임신이후 어려웠던 점

구분	~19세	20-24세	25-29세	30-34세	35세~	전체
아기 장래문제	8.8	8.0	13.8	18.8	21.1	11.3
경제적인 문제	26.9	38.1	28.4	45.8	44.7	33.7
마음의 혼란	32.7	27.8	25.9	14.6	7.9	26.4
가족과의 관계	11.1	11.4	12.1	8.3	5.3	10.7
아기 아버지와의 관계	4.7	4.0	6.0	8.3	15.8	5.8
사회적 냉대, 주위시선	8.2	4.5	5.2	4.2	0.0	5.5
숙식문제	1.2	1.7	3.4	0.0	2.6	1.8
건강문제	1.8	1.7	1.7	0.0	0.0	1.5
진로문제	3.5	0.6	2.6	0.0	0.0	1.8
없음	0.6	1.7	0.0	0.0	0.0	0.7
기타	0.6	0.6	0.9	0.0	2.6	0.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(171)	(176)	(116)	(48)	(38)	(549)

자료: 김혜영 외, 2009

우선, 미혼모시설입소 임신여성의 대부분은 미혼모에 대한 사회적 편견이나 차별정도가 매우 심각하다고 인식하고 있는 것으로 나타나고 있다. 이와 같은 인식은 10대 연령층에 비해 20대 이후 연령층에서 높고 저학력에 비해 고학력에서 높게 나타나고 있는데, 이는 출산 후 자녀의 양육여부를 결정하는 데에도 영향을 미칠 것으로 보인다(표 5-3 참조).

〈표 5-3〉 미혼모에 대한 사회적 편견과 차별정도

(단위: 명, %)

구분	전혀 없다	거의 없는 편	심각한 편	매우 심각하다	전체	$\chi^2(df)$
전체	11(2.0)	50(9.0)	323(58.3)	170(30.7)	554(100.0)	
미혼모 유형						
입양	6(2.8)	20(9.3)	120(56.1)	68(31.8)	214(100.0)	1.753(3)
양육	4(1.4)	24(8.4)	172(59.9)	87(30.3)	287(100.0)	
전체	10(2.0)	44(8.8)	292(58.3)	155(30.9)	501(100.0)	
연령						
19세이하	5(2.9)	28(16.4)	99(57.9)	39(22.8)	171(100.0)	
20-24세	5(2.8)	12(6.7)	109(61.2)	52(29.2)	178(100.0)	27.616(9)**
25-29세	0(0.0)	6(5.3)	64(56.6)	43(38.1)	113(100.0)	
30세이상	1(1.1)	4(4.4)	49(54.4)	36(40.0)	90(100.0)	
전체	11(2.0)	50(9.1)	321(58.2)	170(30.8)	552(100.0)	
교육수준						
중졸이하	4(5.3)	17(22.7)	40(53.3)	14(18.7)	75(100.0)	
고졸미만	4(3.0)	17(12.8)	81(60.9)	31(23.3)	133(100.0)	52.917(9)***
고졸	0(0.0)	15(8.1)	100(53.8)	71(38.2)	186(100.0)	
대재이상	2(1.3)	0(0.0)	97(64.7)	51(34.0)	150(100.0)	
전체	10(1.8)	49(9.0)	318(58.5)	167(30.7)	544(100.0)	

주: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$
자료: 김혜영 외, 2009

이러한 편견이나 차별감은 일상생활 전반에 걸쳐 인식되고 있는 것으로 나타나고 있다(김유경 외, 2006; 김혜영 외, 2009). 이와 관련하여, 2005~2007년 한국 미국 일본 독일 등 39개 국가에서 실시한 세계 가치관 조사(World Value Survey)결과는 우리나라에서 미혼모를 인정하는 정도가 매우 낮음을 입증하고 있다(그림 5-1 참조).

〔그림 5-1〕 미혼모에 대한 인식과 관련한 세계 가치관조사 결과

자료: 동아일보 2007-08-15 03:05

미혼여성의 출산 후 아기양육과 관련하여서는 여전히 상당수에서 국내외 입양을 고려하고 있으나 본인이 양육하고자 하는 경우도 점차 늘어나는 추세에 있다(표 5-4 참조). 이와 관련하여 최근 가족관계법의 개정으로 미혼모가 자신의 호적에 아이를 입적시킬 수 있게 됨에 따라, 결혼과 관계없이 자녀를 낳아 기르고자 하는 경우에 부담을 한층 덜어주고 있다.

〈표 5-4〉 미혼모시설입소 임신여성의 출산 후 아기진로에 대한 태도

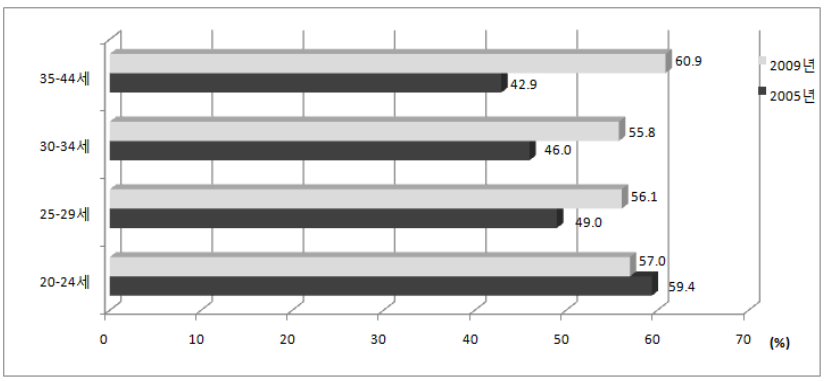
단위: %

연도	본인 양육	부모·가족양육	미혼부가 양육	해외 입양	국내 입양	미결정	기타
2005	17.2	2.0	1.0	25.2	42.9	11.7	-
2006	21.4	1.8	1.4	21.2	39.7	13.6	0.9
2007	29.3	1.7	1.5	17.2	38.3	12.0	-
2008	29.3	2.4	0.9	14.0	44.4	9.1	-
2009	29.1	2.3	0.7	15.2	40.3	7.6	4.7
계	25.6	2.1	1.1	18.3	41.1	10.6	1.2

자료: 여성가족부 내부자료

하지만, 미혼여성의 대부분은 출산 후 자녀를 양육하는 과정에서 경제적 어려움에 당면하는 것으로 나타나고 있는 가운데, 경제적 자립능력을 갖추지 못해 출산 후 자녀양육을 포기하는 사례도 빈번히 발생하는 것으로 보고되고 있다(김유경 외, 2006; 여성가족부, 2005). 이에 따라 미혼여성의 첫 자녀 출산여건으로서 고용 및 소득안정에 대한 요구도 점차 증가하고 있다(그림 5-2 참조).

〔그림 5-2〕 20~44세 미혼여성의 첫 자녀 출산여건으로서 고용 및 소득안정에 대한 요구비율



자료: 이삼식 외, 2005:222; 2009:205

이와 같은 경제적 어려움은 미혼여성의 경우 임신으로 인해 임신 전의 학업이나 직장을 일시적으로 혹은 영구히 중단함으로써 더욱 가중될 수 있다. 2009년의 미혼시설입소자 조사결과, 학업은 전체의 67%에서 중단한 것으로 나타났으며 직장은 전체의 93%에서 중단한 것으로 나타났다(표 5-5, 6 참조).

〈표 5-5〉 미혼모시설입소 임신여성의 임신에 따른 학업중단여부

구분	19세 이하	20-24세	25-29세	30-34세	전체
예	69.6	60.7	66.7	50.0	67.0
아니오	30.4	39.3	33.3	50.0	33.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(79)	(28)	(3)	(2)	(112)

자료: 김혜영 외, 2009

〈표 5-6〉 미혼모시설입소 임신여성의 임신에 따른 직장중단여부

구분	19세 이하	20-24세	25-29세	30-34세	35세 이상	전체
예	87.5	93.3	93.2	95.0	96.7	93.0
아니오	12.5	6.7	6.8	5.0	3.3	7.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(40)	(104)	(88)	(40)	(30)	(302)

자료: 김혜영 외, 2009

미혼여성이 출산 및 양육과정에서 당면하고 있는 어려움은 비단 우리나라에서만 볼 수 있는 것은 아니다. 이에 대하여 특히, 우리나라보다 일찍이 저출산 문제에 직면한 선진국들은 미혼모의 생활자립과 양육을 지원하기 위한 각종 사업을 개발하여 추진해 오고 있다(김혜영 외, 2009; 김유경 외, 2006).

한편 우리나라에서는 보건복지부와 여성가족부를 중심으로 인공임신중절 예방 및 대책사업, 한부모가족지원사업, 성폭력방지를 위한 긴급전화 개설, 청소년성문화센터 운영을 실시하고 있다. 이 중 특히, 한부모가족지원사업은 저소득, 한부모가족, 미혼가족, 조손가족을 대상으로 생활안정과 자립기반을 조성할 수 있도록 하고 있다. 그러나 연간 예산액이 2009년에 약 577억 원으로, 13만여 가구로 추정되는 미혼모가구를 지원하기에는 턱없이 부족하다고 하겠다.

제2절 미혼여성의 임신, 출산에 따른 고통과 경제적 기회상실에 대한 비용 추정

1. 임신과 출산에 따른 기회비용 추정의 배경 및 목적

미혼여성의 인공임신중절을 예방하기 위해서는 인공임신중절의 의사결정에 미치는 요인들을 규명하는 것이 중요하다. 따라서 여기서는 미혼여성의 인공임신중절 결정이나 출산에 영향을 미치는 각종 요인별 화폐가치의 절대적 규모를 추정해 보았다.

미혼여성이 임신 후 인공임신중절을 할 것인지 출산을 할 것인지에 대한 의사결정과정에서 출산에 따른 각종 비용이 편익보다 크다고 생각되면 인공임신중절을 할 것이고 반대로 편익이 크다고 생각하는 경우 출산을 할 것이다. 인공임신중절과 출산에 영향을 미치는 요인은 보다 다양할 것으로 예상되지만, 본 연구에서는 다음과 같은 단순한 가정을 수립하였다.

- 인공임신중절: 비용 > 편익
- 출산: 비용 < 편익

미혼여성이 인공임신중절을 결정하는 데는 가족의 의견과 본인의 의견을 모두 고려하였을 것이나 이들을 종합해 보면, 미혼모에 대한 부정적인 사회관념, 미혼모와 아기의 장래, 임신과 출산에 따른 기회비용(교육 및 취업 그리고 경력단절) 등으로 단순화시킬 수 있다. 이러한 각종 사회·경제적 비용에도 불구하고 출산을 결정한 미혼모는 임신과 출산에 따른 편익이 크다고 판단한 경우로 여겨진다.

출산에 대한 편익 또한 여러 가지가 있을 수 있지만 여기서는 분석의 단순화를 위해 임신과정과 출산 후 아기양육에서 오는 즐거움 또는 심리적 안정감으로 대변될 수 있다고 보았다.

이에 출산을 결정한 미혼모들이 느끼는 편익이 과연 비용을 초과하였는지를 검증하는 데 필요한 기초자료로서, 미혼모자시설 입소자에 대한 설문조사를 실시하였다. 비용과 편익을 추정하기 위해서는 전체 임신한 미혼여성 중

에서 인공임신중절을 결정한 경우와 출산을 결정한 경우에 대하여 동일하게 자료를 수집해야 하지만, 본 연구에서는 여러 가지 제약으로 인해 후자에 한정되었다. 하지만 이들의 경우 대부분이 자의에 의해 출산을 결정하였기보다는 인공임신중절시기를 놓치는 등으로 어쩔 수 없이 내린 결정이라는 점에서, 이들을 대상으로 한 추정은 나름대로 시사하는 바가 클 것으로 여겨진다.

2. 설문조사의 내용 및 대상

가. 설문조사의 내용

설문조사는 예산의 제약 하에서 소규모 표본을 대상으로 하는 가운데, 임신과 출산에 따른 비용과 편익 특히, 기회비용의 상실에 대한 항목을 화폐가치로 환산할 수 있다는 가능성을 제시하는 것에 초점을 맞추어 비교적 단순한 내용을 포함하였다.

따라서 설문은 총 14개 문항으로 미혼모의 직업(학생, 또는 직장인 취업준비 등)과 직업별로 임신과 출산에 따른 학업중단, 취업연기, 경력단절, 등으로 인한 기회비용적인 경제적 손실을 묻는 문항과 임신과 양육에 따른 정신적·육체적 고통 또는 즐거움에 대해 묻는 문항으로 구성되었다(첨부 조사표 참조). 학생인 경우, 기회비용적인 항목에 대해서는 학업을 포기하였거나 연기하는 경우, 학업을 재개하는 데까지 소요되는 기간을 파악하였다. 분석의 단순화를 위해 학업재개까지 지연되는 기간만큼 취업이 늦어지고 지연기간 동안의 임금상실을 비용으로 계산하였다. 경제활동을 하던 미혼모의 경우, 임신과 출산으로 경제활동을 중단한 후 재취업 시 임금하락의 가능성과 규모에 대한 의견을 파악하여 경력단절에서 발생하는 임금하락을 기회비용으로 계산하였다. 심리적인 측면을 화폐로 환가하기 위해 아기 양육으로 인한 어려움을 상쇄할 수 있는 보상금액을 파악하였으며, 양육에 따른 편익을 계산하기 위해서 아기와 보내는 시간에서 얻는 즐거움을 화폐단위로 어느 정도가 되는 지도 파악하였다.

나. 설문조사 대상

조사대상으로는 전국 31개 미혼모시설 가운데 광역시 소재 시설로서 입소자수가 많은 4개 시설을 선정하였으며, 이들 시설에 입소 중인 미혼여성 총 100명에 대하여 조사를 실시하였다. 따라서 최종적으로는 임신 중의 미혼여성 23명과 양육 중의 미혼여성 72명 등 총 95명에 대한 자료를 분석에 활용하였다.

설문조사 응답자의 인구학적 특성은 <표 5-7>과 같다. 연령별 분포는 20~29세가 46.32%, 14~19세가 35.79%로 10대 후반, 20대가 많았고 현재 거주지는 미혼모자시설이 48.42%, 자택이 20%, 미혼공동생활가정이 18.95%였다. 학력별 분포는 대학교 이상이 22.34%, 고등학교가 50%, 중학교가 25.53%였다. 월평균 생활비는 100만 원 이상이 27.38%, 50~99만 원이 42.86%, 10~49만 원이 17.86%로 조사되었다. 아기를 출산하여 양육 중인 미혼여성이 임신 중인 미혼여성보다 나이가 많고 학력이 높으며 월평균 생활비도 많았다.

〈표 5-7〉 설문조사 참여자의 인구사회학적 특성

단위: 명(%)

	임신 중 (n=23)	아기를 출산하여 양육 중 (n=72)	전체 (n=95)
연령			
14-19세	12(52.17)	22(30.56)	34(35.79)
20-29세	8(34.78)	36(50.00)	44(46.32)
30-39세	3(13.04)	12(16.67)	15(15.79)
40세 이상		2(2.78)	2(2.11)
현재 거주지			
미혼모자시설	22(96.65)	24(33.33)	46(48.42)
미혼공동생활가정	1(4.35)	17(23.61)	18(18.95)
자택		19(26.39)	19(20.00)
기타		12(16.67)	12(12.63)

	임신 중 (n=23)	아기를 출산하여 양육 중 (n=72)	전체 (n=95)
최종학력			
초등학교		2(2.82)	2(2.13)
중학교	6(26.09)	18(25.35)	24(25.53)
고등학교	15(65.22)	32(45.07)	47(50.00)
대학교 이상	2(8.70)	19(26.76)	21(22.34)
월평균 생활비			
없음	1(5.26)	4(6.15)	5(5.95)
1-9만원	3(15.79)	2(3.08)	5(5.95)
10-49만원	8(42.11)	7(10.77)	15(17.86)
50-99만원	2(10.53)	34(52.31)	36(42.86)
100만원 이상	5(26.32)	18(27.69)	23(27.38)

3. 소표본으로 인한 편의(Bias)에 대한 검증

기회비용 등을 화폐가치로 환가하는 것은 응답자의 주관적인 견해가 많이 반영되는 만큼, 본 조사는 표본규모가 적은데 따른 편의 발생의 소지를 지니고 있다. 편의가 발생하는 경우, 결과를 일반화해서 해석하는 데에 한계가 따를 것으로, 표본추출과정에서 발생하는 편의를 검정해 보기 위해 김혜영 등(2009)이 전국의 미혼모자시설 입소자 전수를 대상으로 실시한 조사결과와 비교분석을 실시하였다. 이를 위하여 본 조사에서는 당초부터 상기 조사와 동일한 문항을 설문에 포함하는 가운데 다만, 화폐가치에 대한 문항만을 추가하는 것으로 하였다.

두 조사 간 응답자의 연령, 학력 직업관련 항목과 학업포기 및 직장퇴사, 아기양육에 대해 느끼는 감정, 아기양육으로 미혼자의 즐거움 포기, 양육의 고통의 정도, 양육으로 인한 변화 등의 문항에 대한 응답분포를 비교한 결과는 다음과 같다.

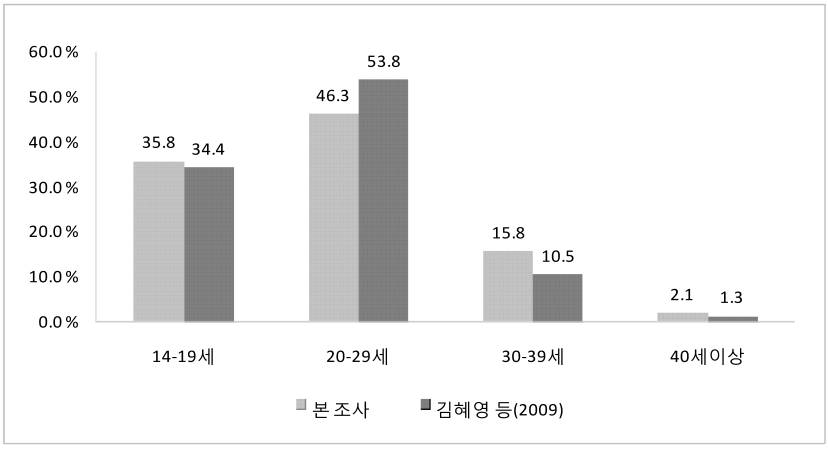
가. 연령분포

임신 중과 양육 중인 경우를 모두 포함한 전체 응답자의 연령별 분포는 두 조사 간에 큰 차이를 보이지 않았다(표 5-8, 그림 5-3 참조).

〈표 5-8〉 조사 간 응답자의 연령분포 비교

구 분		본 조사		김혜영 외(2009)	
		대상자수	분포	대상자수	분포
임신 중	14-19세	12	52.2	83	35.0
	20-29세	8	34.8	128	54.0
	30-39세	3	13.0	23	9.7
	40세 이상	-	-	3	1.3
	계	23	100.0	237	100.0
양육 중	14-19세	22	30.6	48	20.3
	20-29세	36	50.0	77	32.5
	30-39세	12	16.7	17	7.2
	40세 이상	2	2.8	2	0.8
	계	72	100.0	144	60.8

〔그림 5-3〕 조사 간 응답자의 연령분포 비교



나. 임신 당시 직업 및 학력분포

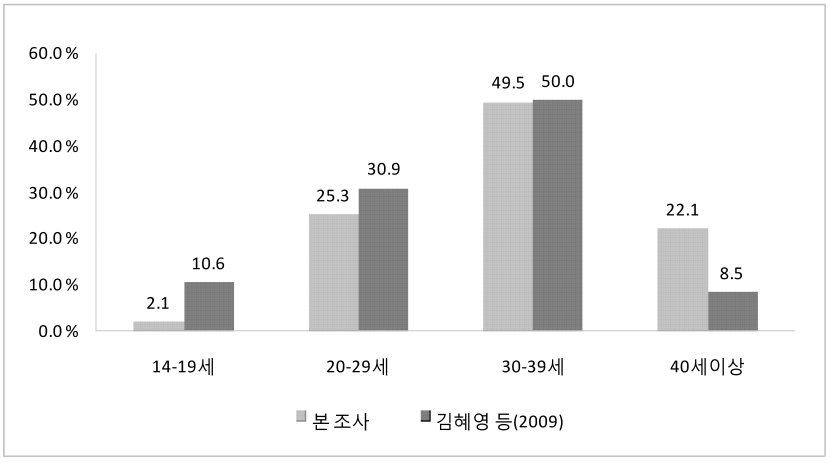
학력은 인공임신중절과 출산의 의사결정에 많은 영향을 미칠 것으로 여겨지는 점과 관련하여, 두 조사 간 응답자의 학력분포는 거의 유사하였으며 특히, 고졸응답자가 50%로 동일하였고, 대학이상 학력자의 비율은 본 조사에서 여성정책연구원 조사보다 다소 높았다. 또한, 임신당시 직업분포도 두 조사의 응답자 간에 유의한 차이가 없었다.

따라서 두 조사 간 연령, 학력, 직업의 분포가 유사하여 거의 동일한 속성을 가진 표본으로 추정되었다(표 5-9, 그림 5-4, 5 참조).

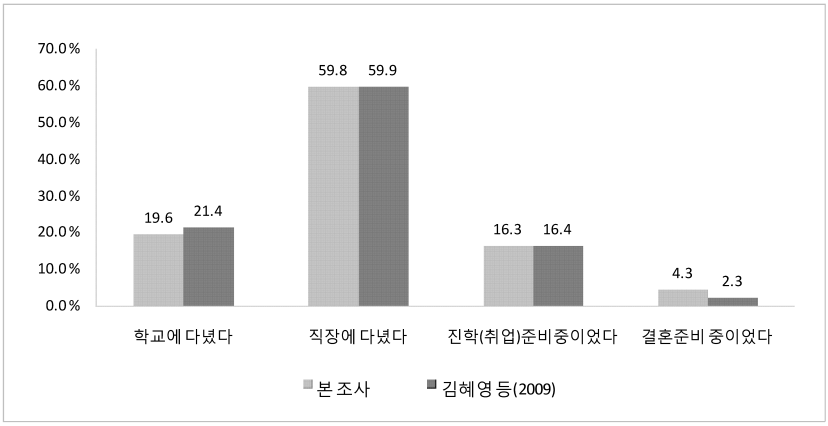
〈표 5-9〉 조사 간 응답자의 임신당시 학업 및 직업상태 비교

구 분	본 조사		여성정책연구원	
	대상자수	분포	대상자수	분포
학교에 다녔다	18	19.6	112	21.4
직장에 다녔다	55	59.8	314	59.9
진학(취업) 준비 중이었다	15	16.3	86	16.4
결혼준비 중이었다	4	4.3	12	2.3
계	92	100.0	524	100.0

[그림 5-4] 조사 간 응답자의 임신당시 학력 분포 비교



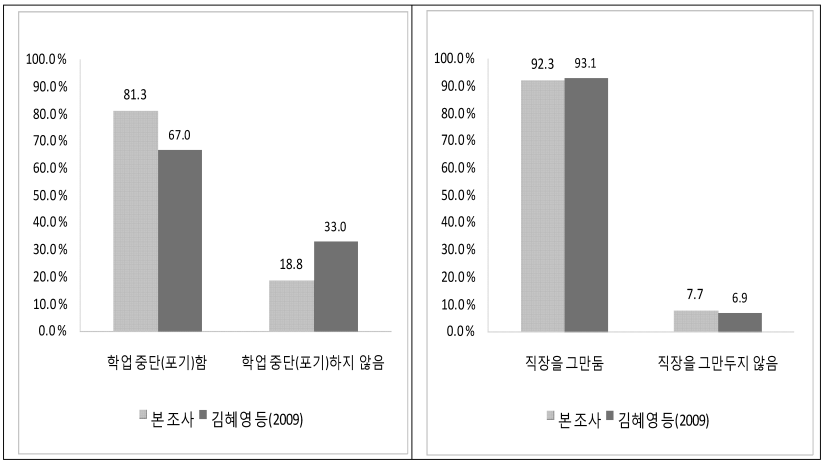
〔그림 5-5〕 조사 간 응답자의 임신당시 직업상태 분포 비교



다. 직장 및 학업 포기여부에 대한 설문결과

학업을 포기한 경우는 본 조사 81.3%, 여성정책연구원 조사 67%로 조금 더 낮게 조사되었으며 직장을 그만두는 경우는 두 설문조사 모두 92~93%로 유사하였다(그림 5-6 참조).

〔그림 5-6〕 조사 간 응답자의 학업 및 직장 포기여부 분포 비교



라. 아기양육에 대한 심리적 상황

아기를 양육하는데 따른 어려움은 3개의 설문문항을 통해 파악되었다. 첫 번째 설문은 아기를 양육하면서 느끼는 감정에 대한 것으로 ① 예상보다 더 힘들어 포기하고 싶다. ② 힘들지만 아기와 함께 할 수 있어 행복하다 ③ 생각보다 별로 힘들지 않아 잘 결정했다 ④ 힘들어도 절대 포기하지 않을 것이다 등의 항목으로 구성되어 있다. 두 번째 설문은 아기를 양육하면서 힘든 적이 있다면 얼마나 힘들다고 느끼는지에 대한 것으로 ①아주 많이 힘들다 ② 많이 힘들다 ③ 힘들다 ④ 약간 힘들다 등으로 구성되어 있다. 그리고 세 번째 설문은 아기양육으로 인한 응답자의 심적 변화에 대한 것으로 아래와 표와 같이 구성되어 있다.

〈표 5-10〉 아기양육에 따른 심적 변화에 대한 설문내용

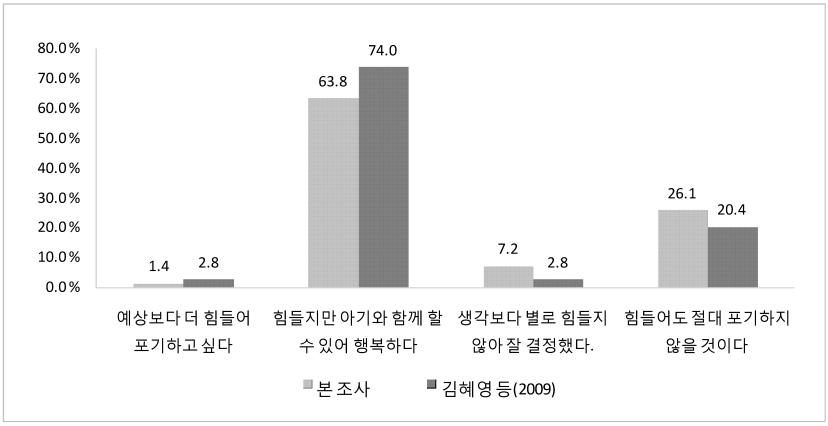
구 분	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
아기 양육 후 나자신이 더 가치 있는 사람이 된 것 같다				
아기 양육 후 나는 삶의 목표가 더 뚜렷해 졌다				
아기 양육 후 책임감이 강해짐을 느끼고 있다				
아기와 보내는 시간이 보람되고 즐겁다				
아기로 인한 갑작스런 생활의 변화가 짜증스럽다				
아기 양육으로 인한 스트레스가 많다				

이와 같은 심리적인 항목을 동일하게 설문한 것은 보사연의 설문조사가 표본이 적고 표본추출을 심층적으로 하지 않은데 따른 편의가 발생하는 지를 점검해 보기 위함이다. 응답자의 연령, 직업, 학력 등과 같은 항목의 분포도 중요하지만 임신과 양육에 대한 태도가 한 쪽으로 치우쳐 있는 응답자만이 선택되었는지를 점검하기 위함이다.

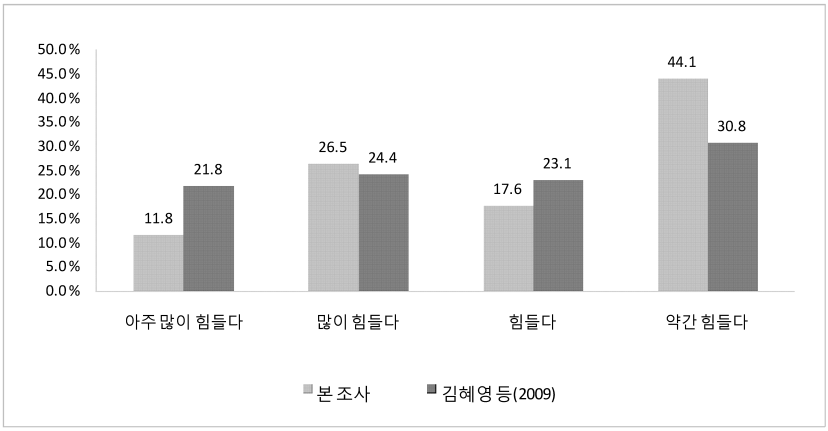
1) 아기를 양육에 대한 감정과 힘든 정도에 대한 응답자 분포

두 조사의 응답자 간 양육에 대한 감정은 거의 동일한 분포를 하는 가운데, ② 힘들기는 하지만 아기와 있어 행복하다고 답한 사람들이 약 70%로 가장 높은 비중을 차지하고 있다. 그러나 힘든 정도에 있어서는 두 조사 간 다소의 차이를 보였는데, 본 조사에서는 약간 힘들다고 답한 사람들의 분포가 가장 높은 반면 여성정책연구원의 조사에서는 약간 힘들다가 가장 높지만 4개 항목이 거의 비슷한 분포를 보이고 있다.

〔그림 5-7〕 조사 간 응답자의 양육에 대한 감정 분포 비교



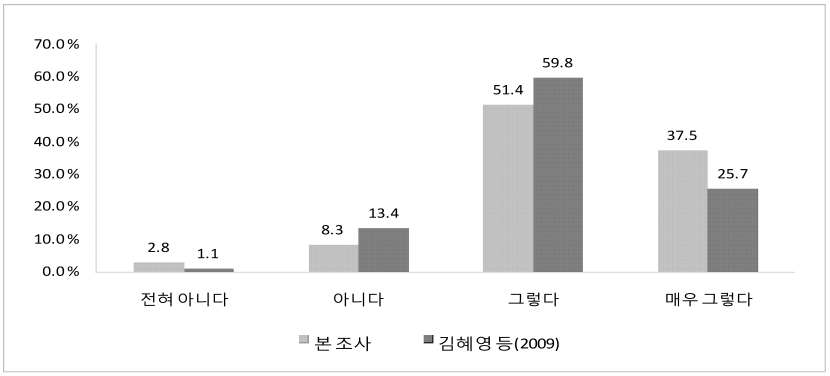
〔그림 5-8〕 조사 간 응답자의 양육에 따른 힘든 정도 분포 비교



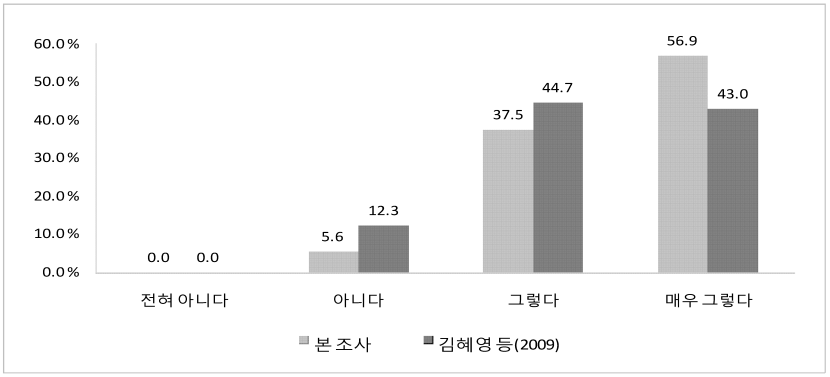
2) 아기 양육이후 심적 변화에 대한 설문

아기 양육이후 심적 변화에 대한 설문에서는 모든 문항에서 두 조사의 응답자 간에 유의한 차이를 보이지 않았다(그림 5-9~13 참조).

〔그림 5-9〕 조사 간 응답자의 양육이후 심적 변화 분포 비교
- 자신이 더 가치 있는 사람이 된 것 같다

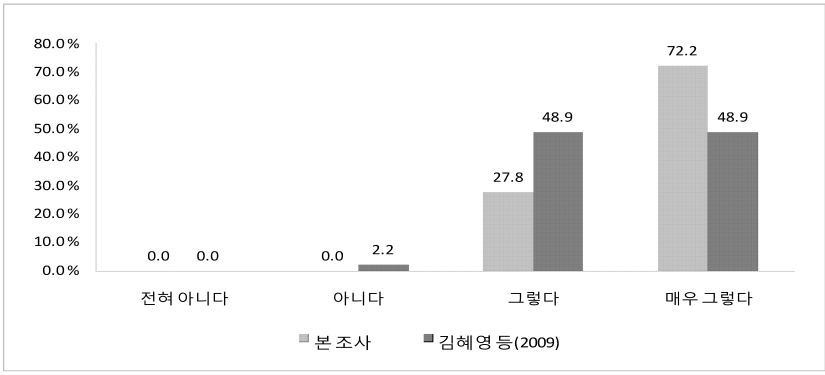


〔그림 5-10〕 조사 간 응답자의 양육이후 심적 변화 분포 비교
- 삶의 목표가 더 뚜렷해 졌다



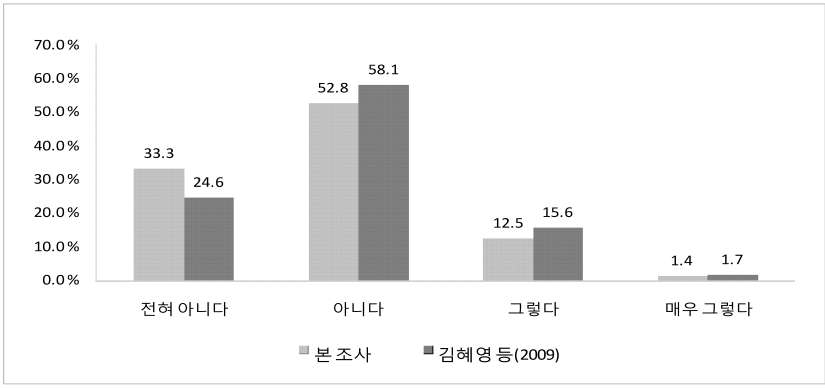
〔그림 5-11〕 조사 간 응답자의 양육이후 심적 변화 분포 비교

- 책임감이 강해짐을 느끼고 있다



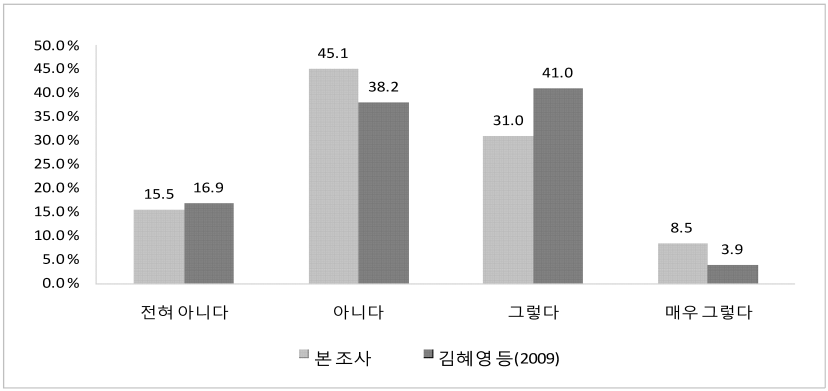
〔그림 5-12〕 조사 간 응답자의 양육이후 심적 변화 분포 비교

- 갑작스런 생활의 변화가 짜증스럽다



〔그림 5-13〕 조사 간 응답자의 양육이후 심적 변화 분포 비교

- 스트레스가 많다



결론적으로, 본 조사는 동일한 설문에 대한 응답분포가 전수조사결과와 유사하게 나타남으로써, 대표성을 갖추었다고 보기에 무리가 없을 것으로 판단되었다.

4. 비용의 추정

비용은 앞서 설명한 바와 같이 크게 경제적기회비용과 정신적 보상금액으로 구분된다.

경제적기회비용은 설문을 통해 자신의 경력(학력, 취업)이 단절됨에 따라 경제활동을 하지 못하는 데 따른 상실임금을 측정한 것이다. 임신과 육아의 고통에 따른 보상금액은 임신과 육아의 고통을 상쇄할 수 있는 보상금액을 설문하여 추계하였다.

가. 임신과 육아로 인한 경제적 기회비용

임신 당시 미혼모의 경력은 학생, 직장인, 진학(취업)준비, 결혼준비 등

크게 4가지로 구분된다. 직장인, 학생, 그리고 진학(취업)준비 중 이었던 미혼모의 경우 임신과 출산으로 인해 경제적 기회비용이 발생하게 된다. 학생은 휴학 또는 학업포기로 인해, 직장인은 퇴사로 인해, 그리고 진학(취업)을 준비 중이던 사람들은 진학과 취업이 지연됨으로 인해 발생되는 비용을 감수해야만 한다. 따라서 이들 경력별로 해당되는 설문내용을 적용하여 비용을 추계하였다.

〈표 5-11〉 미혼모의 임신당시 경력

활동내용	보사연 조사		여성정책연구원조사	
	표본수	비중	표본수	비중
학교에 다녔다	18	19.6	112	21.4
직장에 다녔다	55	59.8	314	59.9
진학(취업) 준비 중이었다	15	16.3	86	16.4
결혼준비 중이었다	4	4.3	12	2.3
계	92	100.0	524	100.0

1) 직장인의 경력단절

본 조사결과 임신 당시 직장을 다니던 경우의 92.3%가 직장을 그만둔 것으로 나타났다. 그리고 출산이후 다시 취업을 하는 경우, 경력의 단절 등으로 인해 예상되는 임금의 감소에 대해 설문한 결과 아래 <표 5-12>와 같이 응답하였다. 임금감소에 대한 구간의 중간 값을 예상감소액으로 정하고 응답자분포를 비중으로 감안한 가중평균을 구한 결과 월 평균 20만 원 정도의 임금감소의 기회비용이 발생하는 것으로 추정되었다. 이와 함께 임신기간 중 퇴사로 인해 받지 못하는 임금도 고려되어야 한다. 20대 고졸여성의 평균임금 139만 원을 적용하여 12개월 동안 임금상실분을 계산하면 1인당 1,668만 원의 비용이 발생하게 된다.

〈표 5-12〉 직장인의 재취업에 따른 예상임금감소액

임금감소구간	구간 중간값 (A)	백분율 비중 (B)	월 가중임금감소액(만원) =(A*B)
10만원 내외	10	5.8	0.57
10-30만원	20	17.3	3.46
30-40만원	35	11.5	4.03
40-50만원	45	26.9	12.11
이전 직장 수준	0	38.5	0
계		100	20.19

1년 단위로 계산하는 경우, 240만 원 정도의 임금감소가 예상되며, 본 연구에서는 분석의 단순화를 위해 임금감소를 경력기간 동안 회복하지 못하는 것으로 가정하였다. 이 경우, 여성의 생애평균근로기간을 10년, 15년, 20년으로 가정하는 경우, 이 기간에 해당하는 생애평균임금감소액은 <표 5-13>과 같다.

〈표 5-13〉 직장인의 근로기간 중 예상임금감소총액

직장여성의 예상 근로기간 (년)	연간 예상임금 감소액(만원)	근로기간 중 예상 임금상실금액 (만원)	직장인 미혼모수(명)	우리나라 직장인경력 미혼모의 예상임금감소총액(만원)
10	240	2400 + 1,668	73,539	176,493,694 + 122,663,052
15	240	3600 + 1,668	73,539	264,740,541 + 122,663,052
20	240	4800 + 1,668	73,539	352,987,388 + 122,663,052

이 금액을 우리나라 전체 미혼모로 확장시키는 경우, 우리나라 미혼모가 133,234명이고 보사연의 설문조사에 의한 경력사항을 준용하여 이들 중 59.8%가 직장인인 것으로 추정할 수 있다. 또한 직장인의 92.3%가 직장을 그만두고 다시 직장을 구할 것으로 응답하여 임금감소를 경험하게 되는

미혼모의 수는 73,539명(133,234명×59.8% ×92.3%)으로 추정된다. 이들 경력단절 미혼모 전체가 감수해야 하는 생애임금감소총액은 적게는(경력을 10년으로 가정) 1조 7천억 원이며 많게는(경력을 20년으로 가정) 3조 5천억 원인 것으로 추계된다. 이 비용에 연간 임금상실분을 고려하는 경우 최소 2조 9,915억 원에서 최대 4조 7,565억 원으로 추계된다.

2) 학생의 학업중단

본 조사결과 임신 당시 학생이었던 경우는 전체의 19.6%였으며, 이들 가운데 81.3%가 학업을 중단한 것으로 나타났다. 학생의 학업중단으로 인한 기회비용은 임신을 하지 않았을 경우와 비교하여 취업이 지연되는 효과로 계산하였다. 학업을 중단한다고 응답한 사람들에게 학업재개시점을 설문한 결과는 <표 5-14>와 같다. 연구의 편의상 가장 응답이 많은 1년과 2년을 가중 평균한 1.23년을 학업중단기간으로 계산하였다. 또한 학생이었던 미혼모가 취업을 하는 경우 수령하게 되는 임금은 2010년도 20대 고졸여성의 평균임금인 월 139만 원으로 책정하였다. 학생이었던 미혼모의 학업중단에 따른 기회비용은 1인당 평균 2,052만 원(139만 원×12개월×1.23년)으로 계산된다.

〈표 5-14〉 학업중단기간

학업중단기간	n	비중(%)
1년	7	63.6
2년	2	18.2
3년		0.0
4년	1	9.1
다시 할 생각 없다	1	9.1
계	11	100.0

학생이었던 미혼모들의 기회비용총계는 전체 미혼모수인 133,234명에 학생비중 19.6%를 적용하고 학업을 중단한다고 응답한 비율 81.3%를

적용하면 21,231명의 학생미혼모가 계산된다. 따라서 전체 학생미혼모들의 학업중단에 따른 총기회비용은 약 4,356억 원(2,052만 원 ×21,231명)이 된다.

〈표 5-15〉 학업중단에 따른 미혼모 전체 기회비용

1인당 학업중단 기회비용(만원)	학생미혼모수(명)	총액(만원)
2,052	21,231	43,557,490

3) 진학 및 취업준비 연기

본 조사결과 임신 당시 진학준비 또는 취업준비를 하고 있었던 경우는 전체의 16.3%였다. 진학준비와 취업준비의 연기는 연구의 편의상 취업의 지연으로 이어진다는 가정 하에 기회비용을 계산하였다. 아래 <표 5-16, 17>은 진학준비연기와 취업준비연기기간에 대한 설문조사결과이다. 진학준비와 취업준비가 지연되는 가중평균기간은 취업연기기간 설문조사결과 응답이 가장 많은 1년과 2년의 평균인 1.5년을 적용하였다.

〈표 5-16〉 진학준비연기 기간

연기기간	표본	비중(%)
1년	4	44.4
2년	2	22.2
3년	3	33.3
4년		0.0
다시 할 생각 없다.		0.0
계	9	100.0

〈표 5-17〉 취업준비연기 기간

취업연기기간	표본	비중(%)
1년	5	45.5
2년	5	45.5
3년	1	9.1
4년		0.0
다시 할 생각 없다.		0.0
계	11	100.0

학업중단과 마찬가지로 취업준비연기와 진학준비연기는 취업의 지연으로 이어지기 때문에 20대 고졸여성의 평균임금인 139만 원을 적용하는 경우 1인당 1.5년 지연되는데 따른 기회비용은 2,502만 원이 된다. 전체 미혼모를 133,234명으로 추정하는 경우, 이들의 16.3%가 진학준비 또는 취업준비를 하고 있었던 것으로 가정할 수 있으며 총 21,717명이 이에 해당된다. 이에 해당되는 전체 미혼모의 기회비용은 약 5,434억 원(2,502만 원×21,717명)이 된다(표 5-18 참조).

〈표 5-18〉 취업준비연기와 진학연기에 따른 총기회비용

1인당 기회비용(1.5년, 만원)	해당 미혼모수(명)	연간 총 기회비용(만원)
2,502	21,717	54,336,289

나. 임신과 양육의 육체적·심리적 어려움에 대한 보상금액

임신과 양육에 따른 육체적·심리적 어려움(스트레스)을 잊어버릴 수 있기 위해 필요한 보상금액에 대해 설문하였다(표 5-19 참조).

〈표 5-19〉 아이양육의 고통에 대한 보상금액(월)

응답금액(만원) (A)	빈도	백분율 (B)	비용(만원) =A*B/100
0	1	1.39	0
10	1	1.39	0.13
15	6	8.33	1.24
25	4	5.56	1.39
35	5	6.94	2.42
45	26	36.11	16.24
60	1	1.39	0.83
65	1	1.39	0.903
75	1	1.39	1.04
80	1	1.39	1.11
90	1	1.39	1.25
100	15	20.83	20.83
139	9	12.51	17.38
합계	72	100	64.81

주: 구간이 주어진 경우, 구간의 중간 값을 응답금액으로 정하였음

분석의 단순화를 위해 '돈으로 환산할 수 없다'라고 응답한 경우는 결측치로 하였으며 과대추정을 방지하기 위해 응답자가 직접 기입한 금액 중에서 20대 고졸 여성의 평균임금인 139만 원을 초과한 비용을 응답한 경우는 139만 원으로 코딩하였다. 평균보상금액은 응답금액과 빈도의 비중을 가중치로 가중평균을 계산하였다. 아이양육의 고통에 대한 보상금액의 가중평균금액은 월 64.81만 원이며 연간보상금액은 약 777만 원으로 추계된다. 아이 양육기간을 2년, 3년, 5년으로 가정하는 경우, 미혼모 1인당 임신과 양육에 따른 어려움을 보상하는데 필요한 보상금액은 최소(양육기간 2년) 1,555만 원에서 최대(양육기간 5년) 3,885만 원으로 추계된다.

이 금액을 전체 미혼모 수에 적용할 경우 전체 미혼모의 아이양육 고통에 대한 보상금액은 최소 약 2조 704억 원에서 최대 5조 1,761억 원으로 추계된다(표 5-20 참조).

〈표 5-20〉 전체 미혼모의 아이양육 고통에 대한 보상금액(총액)

아이양육 고통에 대한 연간 보상금액(만원)	양육기간 (년)	전체 미혼모 수(명)	전체 미혼모에 대한 보상금액(만원)
777	2	133,234	207,045,636
	3	133,234	310,568,454
	5	133,234	517,614,090

5. 편익의 추정

가. 아이양육에 따른 즐거움의 화폐가치

본 연구에서의 가정은 임신과 양육에 따른 각종 비용이 양육에 따른 편익(심리적)을 초과하면 인공임신중절을 선택하고 그 반대라면 출산을 선택한다는 것이다. 이에 대하여 앞서 임신과 양육에 따른 육체적·심리적 고통에 대한 비용과 학업 및 경제활동의 지연에 따른 기회비용을 계산하였다. 따라서 여기서는 아이양육에 따른 주관적 편익을 추정해 보았다.

설문대상자들이 출산을 선택한 미혼모이기 때문에 양육에 대한 편익이 임신과 양육으로 인한 육체적·심리적 비용보다 클 것으로 예상할 수 있다. 또 다른 가능성은 4)에서 추정한 심리적 보상금액에 대해 임신을 선택한 미혼모의 경우 중절을 선택한 사람보다 낮게 책정할 가능성도 고려해 볼 수 있다.

임신과 육아에 따른 정신적 보상금액을 계산하기 위해서 「아기와 보내는 즐거운 시간을 화폐가치로 환산한다면 얼마 정도가 된다고 생각하십니까?」를 조사하였다. 응답자 중에서 '돈으로 환산할 수 없다'라고 응답한 경우는 결측치로 처리하였으며 심리적 보상금액과 마찬가지로 과대추정을 방지하기 위해 20대 고졸 여성의 평균임금인 139만 원을 초과한 비용을 응답한 경우는 139만 원으로 간주하였다(표 5-21 참조).

〈표 5-21〉 아이양육의 즐거움에 대한 화폐가치

응답금액(만원)	빈도	백분율	비용(만원)
0	1	1.38	0
15	3	4.16	0.62
35	5	6.94	2.42
45	20	27.77	12.50
60	1	1.38	0.83
65	1	1.38	0.90
70	2	2.77	1.94
80	2	2.77	2.22
90	1	1.38	1.25
100	10	13.89	13.89
139	26	36.11	50.19
합계	72	100	86.79

이로부터 아이양육의 즐거움에 대한 화폐가치의 평균값은 월 86.79만 원이며, 연간 단위로 환산하는 경우 1,041만 원으로 추정되었다. 아이양육 기간을 2, 3, 4년으로 가정하여 전체 미혼모 수에 적용할 경우 최소(양육기간 2년)약 2조 7,752억 원에서 최대(양육기간 5년) 6조 9,348억 원으로 추계된다(표 5-22 참조).

〈표 5-22〉 전체 미혼모의 아이양육의 즐거움에 대한 화폐가치(총액)

(연간)아이양육 즐거움의 화폐가치(만원)	양육기간(년)	전체 미혼모 수(명)	전체 미혼모에 대한 화폐가치(만원)
1,041	2	133,234	277,521,092
	3	133,234	416,089,782
	5	133,234	693,482,970

6. 가설의 검정

가. 학생에 대한 가설검정

위에서 직업별로 계산한 비용과 편익으로부터 순편익을 계산해 보았다. 순편익(1)은 총비용(심리적·육체적어려움 + 경제적기회비용)과 편익(아이양육의 즐거움)을 고려한 것이고 순편익(2)는 경제적기회비용을 제외한 심리적인 비용과 심리적인 편익만을 비교한 것이다. 학생미혼모의 경우, 총비용을 감안한다면 비용이 편익보다 크다는 것을 알 수 있다. 그러나 경제적기회비용만을 감안한다면 순편익이 연간 528만 원으로 양(+)의 값이 계산된다. 설문대상자들이 출산을 결정한 사람들이므로 경제적기회비용을 제외한 심리적인 부분만을 고려한 것일 수도 있다는 것을 보여주고 있다.

출산과 중절의 결정에는 많은 요인이 작용하지만 본 연구의 제한된 비용·편익분석 결과, 인공임신중절을 선택한 학생들은 경제적기회비용을 감안하였거나 육체적·심리적비용이 출산을 결심한 사람보다 클 수 있다는 것을 예측해 볼 수 있다. 또는 아기양육에서 오는 편익이 적거나 없다고 생각하였을 수도 있을 것이다.

〈표 5-23〉 학생미혼모의 순편익

	예상비용 (만원)	예상편익 (만원)	예상순편익 (1)	예상순편익 (2)
학업중단에 따른 취업지연	2,052			
임신과 양육의 육체적·심리적고통	1,554			
아이양육의 즐거움		2,082		
합계(1)	3,606	2,082	2,082 − 3,606 = -1,524	2,082 − 1,554 = 528
합계(2)	1,554			

주: 임신과 양육의 육체적·심리적 고통과 아이양육의 즐거움에 대한 아이양육기간은 동일하게 2년으로 가정하였음.

나. 진학 및 취업준비중인 사람들에 대한 가설검정

진학 및 취업준비중인 사람들도 학생들과 동일한 결과를 보이고 있다. 다만, 취업지연기간이 학생과 달라 경제적기회비용이 조금 더 추계되었다. 진학 및 취업준비 중이었던 사람들도 학생들과 동일하게 심리적인 면만을 고려한 결과 출산을 결심한 것으로 유추해 볼 수 있다. 경제적기회비용까지 감안한다면 예상순편익이 음(-)의 값이 계산되는데도 불구하고 출산을 결심한 것은 이 비용이 고려대상이 아니거나 본인들은 크지 않다는 견해를 가지고 있을 수도 있다.

〈표 5-24〉 진학 및 취업준비중인 사람들의 순편익

	예상비용 (만원)	예상편익 (만원)	예상순편익 (1)	예상순편익 (2)
취업지연	2,502			
임신과 양육의 육체적·심리적고통	1,554			
아이양육의 즐거움		2,082		
합계(1)	4,056	2,082	2,082－4,056 = -1,974	2,082－1,554 = 528
합계(2)	1,554			

다. 취업 중이던 사람들에 대한 가설검정

취업 중이던 사람들 중에서 퇴사를 하여 경력단절이 발생한 사람들에 대한 비용 및 편익을 계산한 것이다. 경제적 기회비용은 퇴사로 인해 받지 못하는 임금 1,668만 원 과 재취업에 따른 임금감소액이 경력기간 동안 지속되는 데 따른 비용인 2,400만 원을 더한 금액이 된다. 심리적인 부분의 비용과 편익은 학생과 진학 및 취업준비 중이던 사람들과 동일하다. 취업 중이던 사람들이 임신으로 퇴사를 하는 경우 경제적 기회비용은 가장 클 수밖에 없다. 이들의 경제적 기회비용은 4,068만 원인 것으로 계산이 된다.

경제적기회비용까지 감안한 순편익이 -3,540만 원으로 학생이나 취업준비 중이던 사람들 보다 크다. 비용이 큼에도 불구하고 출산을 결심한 것은 다른 요인도 있겠지만 본 연구의 결과만으로 해석해 보는 경우 심리적인 비용만을 고려한 것일 수 있다는 것이다.

〈표 5-25〉 퇴사한 사람들의 순편익

	예상비용 (만원)	예상편익 (만원)	예상순편익 (1)	예상순편익 (2)
임신기간 중 임금[1)]	1,668			
재취업에 따른 임금감소[2)]	2,400			
임신과 양육의 육체적·심리적고통	1,554			
아이양육의 즐거움		2,082		
합계(1)	5,622	2,082	2,082 − 5,622 = -3,540	2,082 − 1,554 = 528
합계(2)	1,554			

주: 1) 임신기간 중 상실임금은 12개월을 적용하였음.
2) 재취업시 임금감소액은 감소된 임금이 경력 10년 동안 지속되는 것으로 가정하였음.

라. 가설검정 결과

임신 당시 미혼여성이 처한 상황별로 임신, 출산, 양육에 대한 경제적기회비용과 심리적인 비용 및 편익을 화폐단위로 환가하여 본 결과, 순편익 규모자체는 다소 차이를 보이지만 상황에 관계없이 일관된 경향을 나타냈다. 즉, 첫째는 출산 후 양육을 하게 되는 경우에 아이양육에 따른 즐거움이 임신과 양육의 육체적·심리적 고통보다 더 크다는 점이고 둘째는 경제적 기회비용을 고려할 경우 출산을 선택하기보다 인공임신중절을 선택할 가능성이 높은 점이다.

본 연구는 매우 제한적인 측면만을 고려한 것이고 비용 및 편익을 주관

적인 설문조사에 의존하고 있는 등 많은 제한점을 갖고 있으나, 이로부터 유추되는 점은 경제적기회비용에 대한 보상이 정책적으로 지원될 수 있다면 인공임신중절을 줄일 수 있는 가능성이 있다는 것이다. 본 연구에서 비용을 전체 미혼모에 대한 총비용을 계산한 것도 이러한 비용이 국가 차원에서 지원되는 경우 소요되는 예산을 추정해 보기 위해서이다. 예를 들어 경제적기회비용의 극히 일부분에 해당하는 퇴사를 하게 된 미혼모에 대해 1년간 20대 고졸여성의 평균임금인 139만 원을 지원하는 경우, 연간 1조 2,266억 원이 소요된다. 심리적 고통에 대한 보상을 정책적으로 지원하는 경우, 2조 704억 원이 소요된다.

임신중절의 결정은 많은 사회·문화·종교·경제적 요인이 종합적으로 작용한 것이다. 개인의 배경에 따라 이들 요인이 의사결정에 미치는 기여도는 다를 것이다. 본 연구는 이러한 종합적인 요인에 대해 엄격한 분석을 수행한 것이 아니라 경제적기회비용과 심리적인비용 및 편익만을 고려한 것이다. 이러한 결과만으로 해석한다면 인공임신중절의 예방은 경제적 보상에 의해 크게 좌우될 수 있다는 것을 알 수 있었다. 법과 제도로 인공임신중절을 막는 데는 한계가 있다는 것을 시사하며 경제적보상이 없이는 인공임신중절을 줄이는데 한계가 있다는 것을 보여주고 있다.

우리나라의 한부모가족지원사업에서는 미혼자를 비롯하여 배우자와 사별 또는 이혼한자 등에 해당하는 세대주인 모 또는 부와 그에 의하여 양육되는 만 18세 미만(취학 시 만22세 미만)의 자녀로 이루어진 가정을 대상으로 자녀학비, 아동양육비, 복지자금, 주거, 취업 등을 지원하고 있으나, 미혼모가구 수 대비 예산액을 통해 추정해 보면 연간 미혼모 1인에게 지원되는 예산은 2009, 2010년도에 각각 44만 원, 50만 원 정도에 불과하다. 본 연구에서 미혼 양육모를 대상으로 조사한 결과에 따르면 임신과 양육의 고통에 대한 보상금액만을 계산한 경우 1인당 64만 원이었다. 그러나 조사대상이 출산 후 기간이 얼마 지나지 않은 미혼모였고, 대부분 시설에서 지원을 받고 있었기 때문에 정신적 고통이 과소 추정되었을 가능성이 있다. 정신적 보상 금액과 함께 아이를 양육하면서 발생하는 직접비용을 포함하

면 임신과 양육으로 인한 부담은 미혼모 개인이 감당하기 어려운 수준이다. 특히 조사 결과에서 나타난 것처럼 임신과 출산으로 인해 대부분이 학업을 중단하게 되었고, 직장을 그만두었으며, 상당수가 향후 일하게 되었을 때 임금이 감소할 것으로 생각한다는 점에서 이들의 자립을 위한 지원이 필수적이다. 따라서 아기를 출산·양육하는 미혼모에 대한 사회적 비용 지원을 확대한다면 인공임신중절을 줄이고 건강한 양육문화를 조성하는데 기여할 것이다.

06

결론 및 정책제언

제6장 결론 및 정책제언

제1절 결론

1. 인공임신중절의 여성생식건강에 대한 폐해

인공임신중절은 출생, 사산, 유산으로 대별되는 임신종결형태 중 유산에 해당하는 것으로, 태아가 모체 밖에서 생존할 수 있을 만큼 발육되기 전에 인공적으로 태아와 그 부속물을 모체 밖으로 배출시키는 행위이다.

인공임신중절은 수술의 일종으로서 부작용의 위험을 늘 지니고 있다. 즉, 감염, 혈전증, 마취나 약제에 따른 후유증, 과다출혈, 생식기관 및 내부장기 손상, 불완전 유산 등으로 인해 모성사망이나 질환이 발생되기도 하고 다음 임신에서 불임이나 자궁외 임신과 같은 문제를 일으키기도 한다. 구체적으로, 전 세계 모성사망의 약 13%가 인공임신중절에 기인하여 발생되고 있으며, 현재 전 세계 약 2천 4백만 명이 인공임신중절로 인한 속발성 불임증을 앓고 있는 것으로 보고되고 있다(WHO, 2007; WHO, 2003).

이와 같은 부작용은 불법 등을 이유로 안전하지 못한 시술환경에서 행해지는 불안전 인공임신중절(unsafe abortion)로부터 대부분 발생되고 있으며 특히, 시술시기(임신주수)가 늦어질수록, 출산적령기가 아닌 경우, 2회 이상 반복적인 시술의 경우에 발생위험이 더욱 높아지는 것으로 보고되고 있다(WHO, 1995; Royston et al., 1989).

2. 인공임신중절의 법적 제재에 따른 효과

임신연령의 저하 추세와 불안전 인공임신중절로 인한 폐해의 발생 그리고 인구감소에 대한 우려 속에서, 전 세계국가의 1/4을 초과하는 56개국('09 기준)이 임신 12주 이전의 인공임신중절을 전면 허용하고 있으며 일부는 목적에 따라 임신 28주 이내의 인공임신중절도 허용하고 있다. 한편, 우리나라는 모자보건법에서 인공임신중절의 허용사유를 비교적 엄격하게 규정하고 있으며, 허용기한도 임신 24주 이내로 제한하고 있다.

인공임신중절을 광범위하게 허용하는 국가들은 합법화 이후에 인공임신중절 건수가 증가하지 않았음은 물론 합병증 발생이 오히려 감소하였음을 보고하고 있다. 인공임신중절을 허용하는 국가들이 증가하면서 세계적으로 불안전 인공임신중절의 발생도 감소하는 추세에 있다(WHO, 2009). 즉, 세계 15~44세 가임기 여성 1000명당 인공임신중절 발생횟수는 1995년 35회에서 2003년 29회로 감소하였으며, 이는 주로 인공임신중절이 합법화되고 안전하게 시술되는 선진국에서의 감소에 기인하는 것으로 보고하고 있다. 또한, 남아프리카에서는 인공임신중절의 합법화 이후에 심각한 인공임신중절 합병증 예를 들면, 38℃이상의 고열, 내부장기부전, 복막염, 120회 이상의 빈맥, 쇼크, 자궁 내 이물질, 기계적 손상 등의 발생률이 16.5%에서 9.7%로 감소한 것으로 보고하고 있다.

3. 기혼여성의 임신 및 인공임신중절 실태

2000~2009년간 15~44세 유배우여성의 총 임신횟수, 정상출생횟수, 인공임신중절횟수는 점차적으로 감소하였다. 동기간 중 유배우여성 1인당 총 임신횟수는 8.5%포인트 감소, 정상출생횟수는 1.7%포인트 감소, 인공임신중절횟수는 27.7%포인트 감소하여 전반적으로 정상출생의 비중이 증가하고 임신소모의 비중이 감소하는 긍정적인 결과를 나타냈다.

그러나 여성의 출산능력을 대변하는 사산·자연유산의 경우, 기혼여성

1인당 평균 사산·자연유산횟수는 2000년 0.27회, 2009년 0.26회로 변동폭이 매우 적은 가운데, 총 임신에서 사산·자연유산이 차지하는 분율은 2000년 10.0%에서 2009년 11.2%로 증가하여 고위험계층에 대한 관리미흡을 시사하였다. 이와 함께 인공임신중절이유로서 계획하지 않은 임신은 꾸준히 감소한 반면에 자궁외 임신 등의 임신부 건강은 지속적으로 증가하는 등 우려를 가중시키고 있다.

또한 유배우여성 1천 명당 인공임신중절건수인 인공임신중절률은 전반적인 감소추세 속에서 20~24세 연령층의 경우 타 연령층에 비해 2배 이상 높게 나타나 이들의 결혼 전 특히 10대에서의 인공임신중절 가능성을 시사하였다. 그리고 이는 인공임신중절이유에 있어서 혼전임신의 지속적인 증가로부터 간접적으로 확인되고 있다.

4. 미혼여성의 임신 및 인공임신중절 실태

미혼여성의 임신은 강간 등 특수한 경우를 제외하고는 결혼과 연계한 성에 대한 태도나 피임실천율에 의존하며 특히, 장기간에 걸쳐있는 가임기간 동안 성관계를 언제부터 시작하는 가에 영향을 받는다. 이와 관련하여, 가임기 미혼여성 중 결혼과 관계없는 성관계를 전적으로 찬성하는 경우가 증가추세에 있는 가운데, 첫 성관계경험시기와 첫 임신시기가 점차 앞당겨지고 있음이 전국 미혼모자시설 입소자를 통해 확인되고 있다.

우리나라의 경우 성 규범과 인공임신중절에 대한 법적 제재 하에서 특히 미혼여성의 임신이나 인공임신중절에 관한 정확한 통계자료를 갖추지 못하고 있으며, 2005년의 전국단위 가구조사와 시술의료기관조사를 통해 추정한 것이 고작이다. 이에 따르면, 20~39세 미혼여성의 성관계경험률은 39.1%이고(가구조사 결과) 15~44세 미혼여성의 임신경험률과 인공임신중절경험률은 각각 7%와 6.3%이다(시술의료기관조사 결과). 또한, 시술여성의 총 임신횟수로부터 추정해 볼 때, 임신경험자의 약 56%가 2회 이상 그리고 약 11%는 4회 이상 반복해서 임신을 한 것으로 파악되고 있어서 폐

해 또한 적지 않을 것으로 우려된다.

한편, 전국 미혼모자시설 입소자를 통해 파악한 미혼 임신여성의 임신인지시기는 전체의 약 32%가 임신 5개월 이후로 나타나는 등 늦은 경향을 보였으며 이는 결국 인공임신중절 시기를 놓쳐 출산을 하게 되는 이유로도 작용하고 있다. 그밖에도 미혼여성의 임신이 출산으로 이어지는 경우는 대부분 불법시술에 따른 어려움이나 시술비용부담 등에 따른 것으로, 이들의 경우 산전관리의 소홀과 함께 태아 건강을 위협하는 각종 위해행위에 충분한 주의를 기울이지 않음으로써 저출생체중아나 선천성이상아 등 건강하지 못한 출생아를 낳을 위험도 높은 것으로 보고되고 있다. 그리고 이들 미혼여성으로부터의 출생아는 해외입양아동의 거의 대부분을 차지하는 등 양육보다는 입양되는 상황에 더욱 많이 놓이고 있다.

5. 미혼여성의 양육 환경과 정부지원 동향

미혼여성의 임신이 출산 및 양육으로 이어지는 사례가 점차 증가하고 있는 가운데, 이들 대부분이 보육, 주거, 취업 및 교육, 의료, 가족 및 사회관계 등 일상생활 전반에 걸쳐 어려움에 당면하고 있으며, 이는 종종 부적절한 양육이나 양육의 중도 포기를 낳고 있다(김혜영, 2009; 공일숙, 2005)

우리 정부는 미혼가족에 대하여 2010년 기준 약 660억 원의 예산으로 추진 중인 한부모가족지원사업을 통해 자녀학비, 아동양육비, 복지자금, 주거, 취업 등을 지원하고 있으나, 개인단위로는 극히 미흡상태에 있다.

미혼여성의 임신, 출산, 양육이 보다 일반화 되고 있는 선진국들의 경우, 이들의 생활자립과 적절한 양육환경 조성을 위한 지원사업을 전개하여 저출산 해소에 실질적 성과를 얻고 있는 것으로 평가된다.

6. 미혼여성의 임신, 출산에 따른 비용과 편익 추정

광역별 시설규모 기준 4개 미혼모자시설 입소자에 대한 설문조사 결과와

김혜영 등(2009)의 전국 미혼모자시설 입소자 설문조사 결과의 연계를 통해, 임신 당시 미혼여성이 처한 상황별로 임신, 출산, 양육에 대한 경제적 기회비용과 심리적인 비용 및 편익을 화폐단위로 환가하여 미혼여성의 임신 및 출산에 따른 비용 및 편익을 추정하였다. 그 결과, 학업이나 직업의 중단 또는 지연에 따른 경제적 기회비용을 고려할 경우 미혼여성은 출산보다는 인공임신중절을 선택할 가능성이 높은 것으로 나타났다. 그러나 양육에 따른 정신적 이득이 고통에 비해 큰 것으로 파악됨으로써, 미혼여성의 임신·출산에 대한 경제적 지원을 통해 미혼여성의 임신이 인공임신중절로 종결됨에 따른 폐해를 예방함과 아울러 결혼률 저하에 따른 출산율저하 문제에 접근할 수 있을 것으로 예상되었다.

제2절 정책제언

인공임신중절은 계획하지 않은 임신의 종결수단으로서 주로 이용되고 있는 가운데, 생명체를 인위적으로 제거하는 데 대한 윤리도덕적 측면과 임신여성의 건강보호 및 증진 측면에서 허용기준을 놓고 끊임없이 논란을 불러일으켜 왔다.

이에 따라 인공임신중절은 각국의 사회문화제도적 여건에 따라 엄격히 제한되는 경우, 본인 의사에 맡겨지는 경우 그리고 상황에 따라 부분적으로 허용되는 경우 등 다양한 양상을 보이고 있다. 그리고 이와 같은 양상은 최근에 이를수록 제한보다는 광범위하게 허용하는 형태로 나아가고 있다. 이와 같은 인공임신중절에 대한 제재의 완화는 무엇보다도 여성의 권리신장에 기인한 것이지만, 그밖에도 제재가 실효성을 거두기 어려움은 물론이고 제재 하에서 부작용이 더욱 많이 발생되고 있는데 대한 인식을 근거로 하고 있다.

이와 관련하여 우리나라는 세계적으로 인공임신중절을 엄격히 제한하는 국가에 속하고 있는 가운데, 가임기 여성의 인공임신중절 경험률은 감소추

세에 있기는 하나 최근까지도 기혼여성 약 26%, 미혼여성 약 6%로 높은 수준에 있으며 이들 대부분이 법적 허용기준을 벗어난 불법시술에 해당하고 있다. 또한 인공임신중절의 폐해가 특히, 첫 번째 임신에 대한 시술과 반복적 시술에서 높은 것으로 보고되고 있는 가운데, 기혼여성의 경우 혼전 임신에 따른 인공임신중절 비중이 증가추세를 보이고 있으며 미혼여성의 경우 인공임신중절 경험자 중 반복시술 경험자가 높은 수준을 나타내는 등 법적 제재의 실효성에 대한 의문을 낳고 있다. 더욱이 법적 제재 하에서 인공임신중절의 실태를 파악하기가 더욱 어려움으로써, 문제의 심각성에 대한 경각심을 불러일으킨다거나 해결방안을 모색하는 데에도 제한이 따르고 있다.

한편, 성관계나 자녀에 대한 의식이 변화하면서 우리나라에서도 미혼여성의 출산이 증가하고 이에 따른 한부모가정도 증가하는 추세에 있는 가운데, 이들은 대부분 생활자립이나 자녀양육에 어려움을 겪고 있는 것으로 나타나고 있다. 이에 대하여 선진국들은 적절한 지원을 통해 출산력 제고에까지 기여하고 있는 반면에 우리나라는 지원의 미흡은 물론이고 사회적 차별이라는 부담마저 해소시키지 못하고 있는 상황에 있다.

결론적으로, 인공임신중절의 폐해를 고려한다면 임신을 철저하게 막아야 할 것이고, 인공임신중절을 금지하려면 이미 발생한 임신에 대하여 건강아 출산과 올바른 양육을 도모하고자 노력해야 할 것이다. 그리고 이와 같은 대응은 위험계층을 규명하고 이들에 대하여 임신과정을 고려한 단계별 관리방안을 마련하여 추진되어야 보다 효과를 높일 수 있을 것으로 보인다. 이러한 점에서 볼 때, 본 연구결과는 인공임신중절 정책의 효과성을 제고하기 위해서는 우선관심대상을 기혼여성보다는 결혼 전 특히 10대와 20대 초반 연령층에 맞추고 인공임신중절 허용기준과 지원방안에 대한 현실화를 도모할 필요성을 강하게 시사하고 있다.

1. 가임기 미혼여성의 임신단계별 관리 및 지원

임신부터 출산과 양육에 이르는 각 과정에서 접근되는 게 바람직하며 각 과정에서의 중점 활동이나 사업내용을 제안하면 다음과 같다.

〈표 6-1〉 고위험계층에 대한 단계별 지원 사업

	사업목표	사업내용		
		보건교육	경제적 지원	기타 지원
임신 전	- 계획하지 않은 임신 예방	- 인공임신중절이 여성건강과 추후 임신에 미치는 영향 - 피임종류 및 효과		
임신 중	- 임신조기진단 - 태아건강을 위협하는 행위의 억제	- 임신 조기진단의 중요성 및 방법 - 임신 중의 건강관리 및 건강행태	- 의료비	- 산전관리 - 학업, 직장 유지
출산 직후	- 재임신 방지	- 재임신의 위해성	- 산후조리비	- 출산도우미 - 학업, 직장 유지
양육 중	- 올바른 양육	- 신생아 응급관리	- 양육비	- 양육도우미 - 학업, 직장 유지

가. 보건교육

홍보교육은 특히 인공임신중절로 인해 초래되는 각종 부작용과 관련하여 첫째, 인공임신중절이 여성건강과 추후 임신에 미치는 영향, 둘째, 효과적인 피임방법, 셋째, 임신의 조기진단 필요성 및 방법, 넷째, 임신 중의 건강과 건강행태 관리에 보다 주안점을 두어야 할 것이다.

우선순위 대상은 10대 청소년으로 특히 가출 등 위기 청소년을 포함해야 하고, 이들에 대한 접근을 보다 높이기 위해서 정규교육과정에서 다루어지도록 하는 방안을 마련해야 한다. 또한, 보다 나은 성과를 위해서는 현재보다 이른 시기 즉, 초등교육과정에서부터 시작되는 게 바람직하다.

나. 양육도우미 사업

미혼모가 초기 양육과정에서 당면하는 어려움으로 수유나 목욕 등 육아의 기초적 지식조차 부족한 데 따른 문제가 제기되고 있으며 이는 양육을 중도에 포기하는 사례로까지 발전되고 있다.

이에 대하여 사회적 지지망의 일환으로서, 출산 후 양육에 대한 정보제공과 함께 실질적인 도움을 제공해 주는 1:1 '양육도우미'(가칭)사업을 특히, 출산 초기에 추진할 필요가 있다.

다. 경제적 지원

본 연구에서 미혼모의 임신과 육아의 고통에 대한 보상금액은 월 62만 원으로 추정되었다. 이와 관련하여 우리나라의 한부모가족지원사업에서는 미혼자를 비롯하여 배우자와 사별 또는 이혼한자 등에 해당하는 세대주인 모 또는 부와 그에 의하여 양육되는 만 18세 미만(취학 시 만22세 미만)의 자녀로 이루어진 가정을 대상으로 자녀학비, 아동양육비, 복지자금, 주거, 취업 등을 지원하고 있으나, 미혼모가구 수 대비 예산액을 통해 추정해 보면 미혼모 1인에게 지원되는 예산은 2010년에 연간 50만 원 정도에 불과하다.

따라서 임신과 출산에 따른 직장인의 경력단절과 학업중단 등으로 상실되는 기회비용, 기타 추정되지 않은 정신적 보상 금액, 그리고 아이를 양육하면서 발생하는 직접비용을 고려할 때, 임신과 양육으로 인한 부담을 미혼모 개인에게 부과하기보다 아기를 출산·양육하는 미혼모에 대한 사회적 비용 지원을 확대할 필요가 있다.

이는 결과적으로, 인공임신중절을 줄이고 건강한 양육문화를 조성하는데 기여할 것으로 여겨지며 동시에 최근의 결혼률 저하로 인한 출산율 저하를 막는 데에도 일조할 것으로 본다.

2. 인공임신중절 허용기준에 대한 재검토

인공임신중절은 무엇보다도 발생자체를 억제하는 것이 중요하다. 하지만 현실적으로 계획하지 않은 임신을 완전히 예방하기란 불가능 하다.

따라서 계획하지 않은 임신의 발생을 최소화하는 노력과 함께 이러한 임신의 발생에 대한 적절한 대응책도 마련할 필요가 있다. 여기에는 피임방법의 보급과 함께 인공임신중절의 폐해에 대한 일반인의 인식을 확산시키는 일 그리고 인공임신중절의 법적 제재 등으로 어쩔 수 없이 출산한 경우의 양육지원 등이 포함된다.

이와 더불어 법적 제재가 인공임신중절에 미치는 효과성을 토대로, 임신초기의 인공임신중절에 대하여 보다 광범위하게 허용하는 등 현재의 허용기준에 대한 보완이 필요하다. 그리고 동시에 안전 인공임신중절을 위한 임상 가이드라인의 보급 등 폐해를 줄이기 위한 적극적인 대응도 요청된다.

3. 인공임신중절 실태조사 실시

인공임신중절의 폐해에 대한 사회적 인식 확산 및 정책근거자료 제공을 위해서 인공임신중절과 그 폐해에 대한 정확한 실태파악이 필요하다.

특히, 미혼여성의 인공임신중절 실태에 주안점을 두되 정확한 정보의 수집을 위해서 가구조사나 전화조사 보다는 시술의료기관조사의 추진이 요청된다.

참고문헌

강영실(2002). 미혼양육모의 현황. 서울특별시 여성복지연합회·서울특별시, **제7회 서울시여성복지세미나**. 2002. 10.

강영실(2000). **청소년 재임신 예방프로그램 개발을 위한 기초연구**. 석사학위논문, 서울여자대학교.

강은화(2005). 미혼모의 양육권 보장을 위한 논의: 입양문제를 중심으로. **한국여성학, 22(3)**, pp.39-59.

공일숙(2005). **양육미혼모의 복지서비스 개선방안에 관한 연구**. 석사학위논문, 행정대학원, 경희대학교.

김승권 등(2009). **2009년 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사**. 한국보건사회연구원.

김승권 등(2004). **2003년 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사**. 한국보건사회연구원.

김유경·조애저·노충래(2006). **미혼모의 출산· 양육 환경 개선을 위한 사회적지원방안**. 한국보건사회연구원.

김해중 등(2005). **인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립**. 보건복지부·고려대학교.

김해중(2006). 각국의 인공임신중절 실태. **생명윤리, 7(1)**, pp.1-7.

김혜선, 문옥륜(1984). **인공임신중절과 피임수용행위에 관한 조사연구**. 석사학위논문, 보건대학원, 서울대학교.

김혜영 외(2009). **미혼부모의 사회통합방안 연구**. 한국여성정책연구원.

김혜영(2008). **미혼모정책 어디로 가야하는가「미혼모를 둘러싼 현황과 쟁점」**. 한국여성정책연구원.

김혜영, 안상수(2009). 미**혼부·모에 대한 한국인의 태도와 의식「미혼모에 대한 인식개선과 지원방안」**. 한국여성정책연구원.

대한산부인과학회(2010). **모자보건법 개정안 마련을 위한 대한산부인과학회 공청회** - 태아측 사유에 의한 인공임신중절 허용규정을 중심으로.

도미향, 정은미(2001). 10대 미혼모의 문제와 복지대책에 관한 연구. **청소년복지연구, 3(2)**, pp.1-11.

박상화(1997). 인공임신중절과 여성생식건강. **대한보건협회지, 23(1)**, pp.66-78.

손명세 외(2008). **부적절한 인공임신중절 예방사업개발 및 법적 정비방안 연구**. 의료법유리학연구소·보건복지가족부.

이미정(2009). 국내외 입양과 미혼모 복지, 미혼모에 대한 사회적 인식 개선과 지원방안. **여성정책포럼, 52차**.

이삼식 외(2003). **인공임신중절 실태조사를 위한 사전조사설계 및 실시에 관한 연구**. 한국보건사회연구원.

이삼식 외(2009). **2009년도 전국 결혼 및 출산 동향조사**. 보건복지가족부·한국보건사회연구원.

이삼식 외(2005). **2005년도 전국 결혼 및 출산 동향조사**. 저출산고령사회위원회, 보건복지부·한국보건사회연구원.

이원철(1982). Logistic analysis를 이용하여 분석한 인공유산이 속발성 불임에 미치는 영향. **예방의학회지, 15(1)**, pp.179-85.

이유리(2010). **인공임신중절에 관한 연구-사회적 논의 및 사회적 인프라 구축을 중심으로** 석사학위논문, 연세대학교.

이임순·박은희·이정재(2006). 한국 미혼여성들을 대상으로 한 성의식 실태조사. **대한산부인과학회, 49(1)**, pp.157-167.

전효숙, 서홍관(2003). 해방 이후 우리나라 낙태의 실태와 과제. **의사학, 12(2)**, pp.129-143.

천혜정 외(2002). 미혼모 보호시설에 거주하는 10대 미혼모의 경험에 관한 연구. **한국가정관리학회지, 20(4)**, pp.1-12.

한인영(1998). 미혼모 발생현황 및 미혼모 복지의 방향. **한국모자보건학회 춘계학술대회.**

홍봉선 외(2010). 청**소년 성문화 의식조사를 통한 청소년 성매매 방지대책 연구**. 한국여성인권진흥원.

홍순혜 외(2007). **청소년 미혼모의 교육권 보장 실태조사**. 국가인권위원회.

Ahman, E., Shah, I.H., Mathers, C. *Mortality and morbidity due to unsafe abortion.*

American Medical Association(AMA)(1992). Induced abortion of pregnancy before and after ROev Wade. J*ournal of American Medical Association, 268(22)*, pp.3231-3239.

Andelson, P.L., Frommer, M.S., Weisberg, E. A. (1995). Survey of women seeking termination of pregnancy in New South Wales. *The Medical Journal of Australi,. 163*, pp.419-422.

Bartlett, A., et al. (2004). Risk Factors for Legal Induced Abortion‐Related Mortality in the United States. *ObstetGynecol, 103*, pp.729-737.

Berkoiwtz, G.S., Papiernik, E. (1993). Epidemiology of preterm birth. *Epidemiologic Reviews, 15*, pp.414-443.

Canada Revenue Agency. (2006). Your Canada Child Tax Benefit, from the World Wide Web http://www.cra-arc.gc.ca/E/pub/tg/t4114/t4114-06e.pdf/

Cates W.Jr, Grimes D.A. (1981). Morbidity and mortality of abortion in the United States, in Hodgson, J.E. (eds.), Abortion and Sterilization: Medical and Social Aspects. London. Academic Press. pp.155-180.

Centers for Diseases Control and Prevention(CDC) and ORC Macro. (2003). Reproductive, matermal and child health in Eastern Europe and Eurasia: acomparativereport(revised 2005). Atlanta and Calverton, MD:CDC and ORCMacro.

Chung, C.S., et al. (1982). Induced abortion and ectopic pregnancy in subsequent outcome of pregnancy. *American journal of Epidemiology, 115*, pp.879-887.

David, H.P. (1992). Abortion in Europe, 1920-91; A public health perspective. *Studies in Family Planning, 23(1)*, pp.1-22.

David, H.P., et al. (1990). United States and Denmark; difference approaches to health care and family planning. *Studies in Family Planning, 21(1)*, pp.1-19.

Davis, V.J. (2006). Induced Abortion Guidelines. *JOGC, Nov.*, pp.1014-1027.

Federal Ministry for Family Affairs. (2004). Senior Citizens, Women and Youth, Women in Germany, from the World Wide Web, http://www.bmfsfj.de/Publikationen/women-in-germany/women_in_germany.pdf.

Francome, C. (1998). *International handbook on abortion*. Connecticut: Greenwoodpress, pp.458-494

Gebreselassie, H., Gallo, M.F., Monyo, A., Johnson, B.R. (2005). The magnitude of abortion complications in Kenya. *BJOG, 112*, pp.1229–1135.

Heinrich, J.F., Bobrowsky, R.P. (1994). The incidence of repeat induced abortion in a randomly selected group of women. *The Journal of Reproductive Medicine, 29(4)*, pp.260-264.

Heisterberg, L. (1988). PID following induced first trimester abortion. *Danish Medical Bulletin, 35(1)*, pp.64-75.

Hogue, CJR., et al. (1982). The effects of induced abortion on subsequent reproduction. Epidemiologic Reviews, 4, pp.66-94.

http://www.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=15&codcch=418 (accessed July 11, 2006).

Kramer, M.S. (1987). Determinants of low birth weight:methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the WHO, 65*, pp.663-737.

Lumley, J. (1986). Very low birth weight and previous induced abortion. *Australia Newzealand Journal of Obstet Gynecol, 26*, pp.268-272.

Mandelson, M.T., et al. (1992). Low birth weight in relation to multiple induced abortions. *American Journal of Public Health, 82(3),* pp.391-394.

Michael, T. (1972). Abortion and Infanticide. *Philosophy and Public Affair, 2*, pp.37-65.

NFetal, A. (1990). Phychological response after abortion. *Sciences, 248*, pp.41-44.

Obel, E. (1979). Pregnancy complications following legally induced abortion with special reference to abortion technique. *Acta Obstetrics and Gynecology Scand, 58*, pp.147-152.

Parazzini, F., et al. (1995). Induced abortion and risk of ectopic pregnancy. *Human reproduction, 10(7)*, pp.1841-1944.

Royston E., Armstrong S. (1989). Preventing maternal deaths. WHO. Geneva. pp.107-136.

Singh, S. (2006). Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet, 368*, pp.1887-1892.

Singh, S., et al. (2009). Abortion Worldwide: *A decade of uneven progress*. New York: Guttmacher Institute.

Skjeldestad, F.E., Atrash, H.K. (1997). Evaluation of induced abortion as a risk factor for ectopic pregnancy. *Acta Obstetrics and Gynecology Scand, 76*, pp.151-158.

Susan, D. (Ed). (1997). *Understanding the Problem of Abortion.* California: Wadsworth Publisher.

Tietze, C., Forrest, J.D., Henshaw, S.K. (1998). *International handbook on abortion*. Connecticut: Greenwoodpress, pp.473-494.

UN. (2007). World Abortion Policies 2007. www.unpopulation.org.

Warren, M. A. On the Moreal and Legal Status of Abortion. *The Monist,* 57, pp.43-61.

Westrom, L. (1980). Abortions prevalence and trends of acute PID and its consequences in industrialized countries. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 138(7)*, pp.880-892.

WHO. (1992). *The prevention and management of unsafe abortion: report of a technical working group*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (1995). Complications of Abortion. Geneva: World Health Organization.

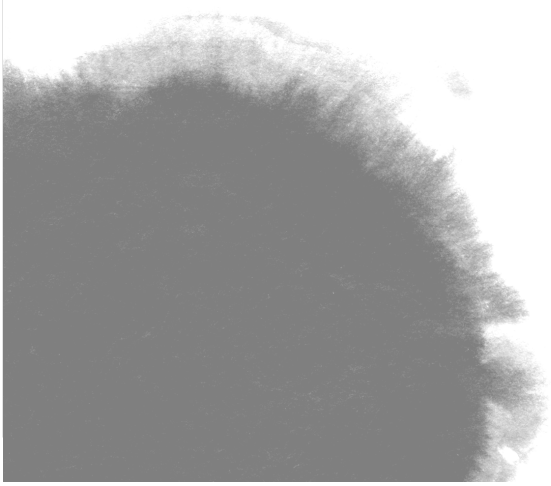
WHO. (2003). *Safe abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2004). *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. 4th edition. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2006). Complications of Abortion. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2007). Facts on Induced Abortion Worldwide. Geneva: World Health Organization.

부 록



부록

〔부록 1〕 조사표

〈부탁의 말씀〉

안녕하십니까? 본 조사는 임신·출산의 당사자인 여성의 입장을 저출산대응정책에 보다 적극적으로 반영하고자 마련되었습니다. 통계법 제33조에 의해 개인비밀이 보호되오니, 귀하의 솔직한 응답을 당부드립니다.

- 현재거주지 □ 미혼모자시설 □ 미혼모공동생활가정 □ 자택 □ 기타( )
- 결혼상태 □ 미혼 □ 기혼 □ 이혼 □ 사별 □ 별거
- 최종학교 □ 초등학교 □ 중학교 □ 고등학교 □ 대학이상
- 나이 만 _____세
- 월 평균 생활비 : _____만원

※ 해당사항에 모두 ☑ 해주십시오.

1. 귀하는 현재 다음 중 어디에 해당하십니까?

□① 임신 중 □② 아기를 출산하여 양육 중

2. 귀하는 이번 임신(출산) 바로 전까지 무엇을 하셨나요?

□① 학교에 다녔다

□② 직장에 다녔다

□③ 진학(취업) 준비 중이었다

□④ 결혼준비 중이었다

3. (학교에 다니던 경우) 귀하는 임신(출산)으로 현재 학업을 포기한 상태입니까?
□① 예 □② 아니오 □③ 해당 없음

4. (학교에 다니던 경우) 몇 년 후에 학업을 다시 시작할 수 있다고 생각하십니까?
□① 1년 □② 2년 □③ 3년 □④ 4년 □⑤ 할 생각 없다. □⑥ 해당 없음

5. (직장에 다니던 경우) 귀하는 임신(출산)으로 다니던 직장을 그만둔 상태입니까?
□① 예 □② 아니오 □③ 해당 없음

6. (직장에 다니던 경우) 향후 직장을 찾는다면 이전 직장에 비해 월소득이 어느 정도 감소할 것으로 생각하십니까?
□① 10만원내외 □② 10~30만원 □③ 30~40만원 □④ 40~50만원
□⑤ 이전 직장과 같은 수준 □⑥해당 없음

7. (진학준비 중이던 경우) 진학준비를 몇 년간 연기해야만 한다고 생각하십니까?
□① 1년 □② 2년 □③ 3년 □④ 4년 □⑤ 할 생각 없다. □⑥ 해당 없음

8. (취업준비 중이던 경우) 취업준비를 몇 년간 연기해야만 한다고 생각하십니까?
□① 1년 □② 2년 □③ 3년 □④ 4년 □⑤ 할 생각 없다. □⑥ 해당 없음

아래 질문은 **출산해서 아기를 양육 중인 경우에만 응답**하십시오

9. 아기를 양육하면서 느끼는 감정은 어떠합니까?
□① 예상보다 더 힘들어 포기하고 싶다.
□② 힘들지만 아기와 함께 할 수 있어 행복하다
□③ 생각보다 별로 힘들지 않아 잘 결정했다.
□④ 힘들어도 절대 포기하지 않을 것이다.
□⑤ 기타 구체적으로( )

10. 귀하는 아기 양육으로 인해 이 전의 자유와 즐거움을 포기하는 것이 힘들다고 느낀 적이 있습니까?

□① 예 □② 아니오

11. 힘든 적이 있다면 얼마나 힘들다고 느끼십니까?

□① 아주 많이 힘들다 □② 많이 힘들다 □③ 힘들다 □④ 약간 힘들다

12. 다음은 아기 양육으로 인한 변화에 관한 것입니다. 귀하의 생각에 가장 가까운 것을 골라 주십시오.

구분	전혀 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
아기 양육 후 나 자신이 더 가치 있는 사람이 된 것 같다	□	□	□	□
아기 양육 후 나는 삶의 목표가 더 뚜렷해 졌다	□	□	□	□
아기 양육 후 책임감이 강해짐을 느끼고 있다	□	□	□	□
아기와 보내는 시간이 보람되고 즐겁다	□	□	□	□
아기로 인한 갑작스런 생활의 변화가 짜증스럽다	□	□	□	□
아기 양육으로 인한 스트레스가 많다	□	□	□	□

13. 아기와 보내는 즐거운 시간을 화폐가치로 환산한다면 얼마 정도가 된다고 생각하십니까?

□① 월 10만원 □② 월 10~20만원 □③ 월 20~30만원 □④ 월 30~40만원
□⑤ 월 40~50만원 □⑥ 월 _____ 만원

14. 아기 양육으로 인한 각종 어려움(스트레스 등)을 잊어버릴 수 있기 위해 필요한 보상금액은 얼마정도가 되어야 한다고 생각하십니까?

□① 월 10만원 □② 월 10~20만원 □③ 월 20~30만원 □④ 월 30~40만원
□⑤ 월 40~50만원 □⑥ 월 _____ 만원

♥ 성실히 응답해주셔서 고맙습니다.

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결재
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 국제협력홍보팀 간행물 담당자 (Tel: 02-380-8303)

도서판매처

- 한국경제서적(총판) 737-7498
- 영풍문고(종로점) 399-5600
- Yes24 http://www.yes24.com
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 서울문고(종로점) 2198-2307
- 알라딘 http://www.aladdin.co.kr

신간 안내

KIHASA 한국보건사회연구원 Korea Institute for Health and Social Affairs

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2010-01	지역보건의료정책의 현황과 개선방안	이상영	5,000
연구 2010-02	희귀난치성질환자의 의약품 접근성 제고 방안	박실비아	5,000
연구 2010-03	해외의료시장 개척의 투자효과 분석과 중장기 발전 전략	조재국	미정
연구 2010-04	식품안전분야의 사회적 위험 요인 중장기 관리전략 수립	정기혜	6,000
연구 2010-05	단체급식의 영양관리 개선을 통한 국민식생활 향상 방안	김혜련	7,000
연구 2010-06	식품안전 규제영향분석의 실효성 제고 방안	곽노성	7,000
연구 2010-07	식품위해물질 모니터링 중장기 추진 계획 수립	김정선	5,000
연구 2010-08	건강보험 정책현황과 과제	신영석	7,000
연구 2010-09	의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향	신현웅	미정
연구 2010-10	국민연금기금 해외투자 환경 분석을 위한 주요 해외금융시장 비교 연구	원종욱	5,000
연구 2010-11	사회통합을 위한 복지정책의 기본방향	이태진	5,000
연구 2010-12	한국 제3섹터 육성방안에 대한 연구	노대명	8,000
연구 2010-13	기초보장제도 생계보장 평가와 정책방향	김태완	7,000
연구 2010-14	주거복지정책의 평가 및 개편방안 연구 : -기초보장제도 시행 10년 주거급여를 중심으로-	이태진	7,000
연구 2010-15	자활정책에 대한 평가 및 발전방향	노대명	7,000
연구 2010-16	2010년도 빈곤통계연보	김문길	8,000
연구 2010-17	OECD 국가 빈곤정책 동향분석: 복지자본주의 체제 변화에 따른 공공부조제도의 조응성 분석	여유진	7,000
연구 2010-18	근로장려세제(EITC) 확대 개편방안의 효과성 분석 및 소득보장체계 연계방안 연구	최현수	8,000
연구 2010-19	이동복지정책 유형과 효과성 국제비교	김미숙	6,000
연구 2010-20	공공 사회복지서비스 최저수준 설정을 위한 연구: 돌봄서비스를 중심으로	윤상용	8,000
연구 2010-21	사회복지서비스의 이용자중심 제도 운영에 관한 연구	강혜규	미정
연구 2010-22	장애인의 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구: 장애인정책발전5개년계획 복지분야 중간점검	김성희	8,000
연구 2010-23	민간 복지자원 확충을 위한 자원봉사 활성화 방안의 모색	박세경	7,000
연구 2010-24	자살의 원인과 대책연구: 정신의학적 접근을 넘어서	강은정	5,000
연구 2010-25	한국 노인의 삶의 변화 분석 및 전망을 통한 노인복지정책 개발	이윤경	7,000
연구 2010-26	보건복지통계 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-27	보건복지통계 생산 표준화 방안 연구: 메타정보관리를 중심으로	손창균	6,000
연구 2010-28	한국의 보건복지 동향: 2010	장영식	10,000
연구 2010-29	지역별 보건통계 생산방안	도세록	6,000
연구 2010-30-1	저출산 원인과 파급효과 및 정책방안	이삼식	미정
연구 2010-30-2	생애주기 변화와 출산수준 간의 상관성에 관한 연구: 교육, 경제활동 및 결혼을 중심으로	이삼식	5,000
연구 2010-30-3	결혼행태 변화와 출산율의 상관성 연구	변용찬	5,000
연구 2010-30-4	출산관련 의식변화와 출산율간 인과관계 연구	김나영	6,000
연구 2010-30-5	평균수명 연장에 따른 자녀가치와 출산율 관계 연구	김은정	5,000
연구 2010-30-6	저출산의 거시경제적 효과분석	남상호	6,000
연구 2010-30-7	저출산·고령화가 가족형태 및 개인의 삶의 질에 미치는 영향	김은지(외부)	6,000
연구 2010-30-8	자녀 양육비용 추계와 정책방안 연구	신윤정	6,000
연구 2010-30-9	저출산고령화에 따른 사회보험 개편방안	윤석명	7,000
연구 2010-30-10	한국의 인구정책 동향과 전망	장영식	6,000
연구 2010-30-11	입양실태와 정책방안	김유경	10,000
연구 2010-30-12	인공임신중절 실태와 정책과제	최정수	6,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2010-30-13	저출산 극복을 위한 불임부부 지원사업 현황과 정책과제	황나미	6,000
연구 2010-30-14	저출산·고령화시대 노동력 부족과 인력활용 방안	염지혜	5,000
연구 2010-30-15	저출산정책 효과성 평가 연구	이삼식	5,000
연구 2010-30-16	저출산·고령사회 정보관리체계 및 통계DB 구축방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-30-17	신노년층의 특징과 정책과제	정경희	6,000
연구 2010-30-18	베이비 부머의 생활실태 및 복지욕구	정경희	10,000
연구 2010-30-19	예비노년층의 일과 여가에 대한 욕구와 정책적 함의	이소정	6,000
연구 2010-30-20	신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제	선우덕	5,000
연구 2010-30-21	신노년층의 소비행태 특성과 고령친화산업적 함의	김수봉	미정
연구 2010-31-1	2010 사회예산 분석	최성은	8,000
연구 2010-31-2	2010 보건복지재정의 정책과제	유근춘	9,000
연구 2010-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(4차년도): DB의 활용성 측면을 중심으로	고경환	7,000
연구 2010-31-4	사회복지 재정지출과 지방재정 부담에 관한 연구	최성은	6,000
연구 2010-31-5	복지경영의 이론적 논의와 과제	고경환	6,000
연구 2010-31-6	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명	7,000
연구 2010-31-7	건강보험 재정평가	신영석	5,000
연구 2010-32-1-1	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제1권	김동진	8,000
연구 2010-32-1-2	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제2권	김동진	11,000
연구 2010-32-2	건강영향평가 DB 구축	서미경	5,000
연구 2010-32-3	건강마을의 건강영향평가	최은진	5,000
연구 2010-33	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(3년차)	오영호	9,000
연구 2010-34	보건사회 기후변화 모니터링센터 운영 (1년차)	신호성	14,000
연구 2010-35	취약위기 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 (1년차)	김승권	미정
연구 2010-36	아시아 복지국가 자료 및 전략센터 구축 (1년차): 아시아 국가의 사회안전망	홍석표	8,000
연구 2010-37-1	2010년 한국복지패널 기초분석 보고서	강신욱	14,000
연구 2010-37-2	2009년 한국복지패널 심층분석 보고서: 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	김미곤	6,000
연구 2010-38-1	2008년 한국의료패널 기초분석 보고서(Ⅱ)	정영호	11,000
연구 2010-38-2	2009년 한국의료패널 기초분석 보고서	정영호	7,000
연구 2010-39	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영 (10년차)	정영철	7,000
연구 2010-40	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영 (2년차)	이연희	5,000
연구 2009-01	의료서비스 질 및 효율성 증대를 위한 통합적 의료전달 시스템 구축 방안	신호성	7,000
연구 2009-02	고가의료장비의 적정공급과 효율적 활용방안	오영호	8,000
연구 2009-03	신의료기술의 패턴 변화에 따른 의사결정제도의 발전방향 -의약품 허가제도와 약가제도를 중심으로-	박실비아	6,000
연구 2009-04	생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석 (1)	정영호	6,000
연구 2009-05	미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구	허순임	5,000
연구 2009-06	식품안전관리 선진화를 위한 취약점 중점 관리방안 구축	정기혜	7,000
연구 2009-07	부문간 협력을 통한 비만의 예방관리체계의 구축 방안 -비만의 역학적 특성 분석과 비만예방관리를 위한 부문간 협력체계의 탐색	김혜련	8,000
연구 2009-08	국가건강검진사업의 성과제고를 위한 수요자 중심의 효율적 관리체계 구축방안	최은진	7,000
연구 2009-09	취약계층에 대한 사회보험 확대적용 방안 - 국민연금을 중심으로 -	윤석명	7,000
연구 2009-10	글로벌 금융위기상황하의 국민연금기금의 운용방안	원종욱	8,000
연구 2009-11	건강보험 내실화를 위한 재정효율화 방안 -본인부담 구조조정 방안 중심으로	신현웅	6,000
연구 2009-12	A study for improving the efficiency of health security system the division of roles between public and private health insurance	홍석표	5,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2009-13	사회수당제도 도입타당성에 대한 연구	노대명	7,000
연구 2009-14	저소득층 지원제도의 유형 및 특성	여유진	8,000
연구 2009-15	저소득층 금융지원 실태 및 정책방안 연구	김태완	6,000
연구 2009-16	한국의 사회위기 지표개발과 위기수준 측정 연구	김승권	13,000
연구 2009-17	아동청소년복지 수요에 기반한 복지공급체계 재편방안 연구 Ⅱ: 지역유형별 사례를 중심으로	김미숙	8,000
연구 2009-18	한국가족의 위기변화와 사회적 대응방안 -경제위기 이후 가족생애주기별 위기유형을 중심으로	김유경	8,000
연구 2009-19	장애인 소득보장과 고용정책 연계 동향 및 정책과제	윤상용	8,000
연구 2009-20	사회자본과 민간 복지자원 수준의 국가간 비교연구: 자원봉사활동과 기부를 중심으로	박세경	6,000
연구 2009-21	사회복지부문별 정보화현황 및 정책적용방안	정영철	6,000
연구 2009-22	노인건강정책의 현황과 향후 추진방안: 일상생활기능의 자립향상을 중심으로	선우덕	7,000
연구 2009-23	노인의 생산활동 실태 및 경제적 가치 평가	정경희	6,000
연구 2009-24	보건복지가족부 웹사이트 통합·연계 및 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2009-25	한국의 보건복지 동향 2009	장영식	9,000
연구 2009-26-1	2009년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 -법제정 10년의 제도운영 점검-	이태진	10,000
연구 2009-26-2	가난한 사람들의 일과 삶: 심리사회적 접근을 중심으로	이현주	6,000
연구 2009-26-3	근로빈곤층 지원정책 개편방안 연구	노대명	8,000
연구 2009-26-4	사회복지지출의 소득재분배 효과 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-5	저소득층의 자산 실태 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-6	2009년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 2009-27-1	유럽의 능동적 복지정책 비교연구	홍석표	6,000
연구 2009-28	2008년 한국의료패널 기초분석보고서	정영호	7,000
연구 2009-29	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2009년 보건의료자원실태조사 결과보고서-	오영호	6,000
연구 2009-30-1	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제1권 (총괄)	강은정	10,000
연구 2009-30-2	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제2권 -건강영향평가 시범사업	강은정	11,000
연구 2009-31-1	2009 사회예산 분석	최성은	9,000
연구 2009-31-2	보건복지재정의 정책과제	유근춘	7,000
연구 2009-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(3차년도): 중앙재정 세출 예산을 중심으로	고경환	6,000
연구 2009-31-4	보육지원정책의 적정성 및 효과성 분석	최성은	6,000
연구 2009-31-5	자활사업의 평가 연구: 정책설계와 정책효과 그리고 쟁점들	고경환	7,000
연구 2009-32-1	2009년 한국복지패널 기초분석 보고서	손창균	14,000
연구 2009-32-2	2008년 한국복지패널 심층분석 보고서 - 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	여유진	6,000
연구 2009-33	2009년 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사	김승권	14,000
연구 2009-34-1	다문화가족 증가가 인구의 양적·질적 수준에 미치는 영향	이삼식	5,000
연구 2009-34-2	저출산에 대응한 육아 지원 인프라의 양적·질적 적정화 방안	신윤정	6,000
연구 2009-34-3	장기요양등급외자 관리를 위한 노인복지관과 보건소의 보건복지서비스 연계 방안	오영희	6,000
연구 2009-34-4	노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색	이소정	6,000
연구 2009-34-5	고령친화용품 소비실태 및 만족도에 관한 연구	김수봉	7,000
연구 2009-35	보건복지통계 정보시스템 구축 및 운영	이연희	6,000
연구 2009-36	2009 인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영	정영철	7,000