

# 제5차 저출산대책포럼

- 일시: 2009년 9월 18일(금) 14:00~18:00
- 장소: 한국보건사회연구원 대회의실(본관2층)
- 주최: 저출산대책포럼
- 후원: 보건복지가족부 · 한국보건사회연구원

# 제5차 저출산대책포럼

- 일시: 2009년 9월 18일(금) 14:00~18:00
- 장소: 한국보건사회연구원 대회의실(본관2층)
- 주최: 저출산대책포럼
- 후원: 보건복지가족부 · 한국보건사회연구원



## 모시는 말씀

저출산의 주요 원인의 하나로 지적되던 범세계적인 경기침체가 최근에 이르러 조금씩 회복의 조짐을 보이고 있습니다. 그러나 우리 사회의 초저출산 현상은 좀처럼 반전할 기미를 보이지 않은 상태에서 세계 최저수준을 유지하고 있습니다. 최근에 발표된 2008년의 합계출산율은 1.19로, 출생아수는 2007년보다 5.5% 감소하였습니다. 특히 작년 8월 이후에는 1년 전 대비 감소율이 10%를 넘었습니다.

우리 정부와 지방자치단체는 출산을 장려하기 위해 지난 2004년 이래 다양한 정책들을 입안하여 시행해오고 있습니다. 최근에는 중앙정부, 지방자치단체, 종교계, 경제 및 사회단체들이 참여하여 출산증진을 위한 범국민운동을 벌이고 있습니다. 각종 조직의 출산장려 행동선언과 캠페인도 이어지고 있습니다. 이처럼 출산을 장려하는 사회적 분위기의 조성은 매우 중요하다고 생각됩니다. 그러나 각종 행사, 구호, 행동선언과 캠페인을 통해 출산장려 분위기 조성에 몰입하는 것만으로 저출산의 덫에서 벗어날 수는 없을 것입니다. 분위기 조성은 출산증진의 필요조건이기는 하지만 충분조건이 되기는 어렵습니다. 출산장려정책의 효율성을 높이고 새로운 정책대안을 개발하기 위해서는 우리 사회의 출산력 변화에 대한 체계적인 분석과 아울러 사회변동과의 연관성에 관한 종합적인 이해가 전제되어야 합니다.

저출산대책포럼에서는 저출산 현상의 분석과 정책대안을 모색하는 과정에서 다학제적 접근을 강화하고자 합니다. 아울러 출산장려정책의 효율성을 높이기 위해 최근의 출산감소현상과 사회인구학적 원인, 그리고 초저출산의 사회적 파급효과에 관하여 다각적인 분석과 토론의 장을 마련하고자 합니다. 이번 제5차 포럼에서는 저출산 시대의 임신 전 상담, 신생아 건강, 일본의 저출산 대책, 국제결혼 이주여성의 자녀 양육 등 다양한 주제의 연구결과가 발표될 예정입니다. 이번 포럼에도 많이 참석하셔서 새로운 연구결과와 학술정보를 함께 나누시고, 아울러 저출산 극복을 위한 유익한 모임이 될 수 있도록 이끌어주시기 바랍니다. 감사합니다.

2009. 9

저출산대책포럼 위원장 김 두 섭



# 진행순서

**13:30 ~ 14:00**      **등록**

**14:00 ~ 14:20**      **개회식**

개회사: 김두섭 저출산대책포럼 위원장

격려사: 김용하 한국보건사회연구원장

**14:20 ~ 16:20**      **주제발표**

좌장: 안계춘 (연세대학교 명예교수)

발표 1: 저출산환경에서의 결혼전/임신전 상담/검진의 중요성

박문일 (한양대학교 산부인과 교수)

발표 2: 저출산시대의 임신전 관리와 태아건강

김영주 (이화여대 산부인과 교수)

발표 3: 최근 일본의 저출산대책과 시사점: 2008~2009년 주요 추진 정책

신윤정 (한국보건사회연구원 부연구위원)

발표 4: 결혼이주여성의 자녀 출산·양육에 대한 정책적 대응과 특성

김영주(충남여성정책개발원 선임연구위원)

**16:20 ~ 16:30**      **Coffee Break**

**16:30 ~ 17:30    지정토론**

- 양재혁 (제일병원 산부인과 교수)
- 이경혜 (이화여대 간호과학부 교수)
- 윤자영 (한국노동연구원 부연구위원)
- 백선희 (서울신대 사회복지학과 교수)

**17:30 ~ 18:00    종합토론 및 폐회**

## 발표 1

# 저출산환경에서의 결혼전/임신전 상담/검진의 중요성

---

박문일

[한양대 산부인과 교수]





# 저출산환경에서의 결혼전/임신전 상담/검진의 중요성

박문일 (한양대학교 산부인과 교수)

## I. 서론

통계청에서 발표한 2008년 출생통계를 보면 작년보다 출생아 숫자가 약 2만 7,000여명 줄어들고 여성들의 합계출산율이 1.19명으로 감소하였다. '쌍춘년'이었던 재작년과 '황금돼지해'였던 작년에 반짝 증가했던 출산율이 다시 감소하여 OECD 국가 중 아기를 가장 적게 낳는 나라로 전락한 것도 문제이지만 우리나라에는 더 큰 문제가 하나 더 있다. 바로 출생시에 체중이 적은 저체중아들의 숫자가 지속적으로 증가하고 있는 것이다.

우리나라의 저출산현상은 이제 더 이상 개인의 문제가 아니라 사회 전체가 공동으로 해결해야 할 과제로 인식되고 있다. 개인과 가정이 해결할 수 없는 다양하고도 복잡한 여러가지 사회경제적인 원인이 복합되어 있다. 그중에서도 육아문제, 교육비 문제 등은 사실 단시간 내에 어쩔수 없는 요인들이다. 그러나 그렇다고 해서 저체중아 증가현상까지 방지해서는 안 된다. 우리나라 인구의 숫자도 줄어드는 판에 인구의 질까지 나빠진다면 보통 심각한 일이 아닌 것이다. 출생시의 신생아 체중은 임신전 및 임신중의 영양관리가 가장 중요하다. 이와 함께 고령임신과 쌍둥이 임신시에 필연적으로 늘어나는 조산의 예방에 힘써야 하는데 이러한 사항들은 임신전 상담 및 검진에서 관리할수 있다. 아쉽게도 우리나라는 아직 임신중은 물론 임신전 일반적 관리에 대한 국가 가이드라인이 없다.

저출산의 요인이 되는 평균결혼연령이 증가하면서, 점차 고령임신이 늘어나고, 이에 따른 임신 및 출산중 합병증 증가와 신생아 이환율 증가는 필연적인 결과로 나타나게 된다. 장기적으로 태어나는 신생아의 건강에 문제를 야기 할 수 있다는 것이 큰 문제가 된다. 본고에서는 이를 해결하기 위한 방안으로서 결혼전/임신전 상담 및 검진에 대하여 요약해 보기로 한다.

## II. 본론

### 1. 저출산도 중요하지만 저체중아가 더욱 문제이다

저체중아는 의학적으로 출생시 체중이 2.5kg 이하인 경우이다. 그 빈도가 전체 출생아의 4.9%로서 5% 돌파를 눈앞에 두고 있는 것이다. 이 수치는 작년보다 0.2%가 증가한 수치이며 2000년도의 3.8%와 비교하면 1.1% 증가한 수치이다. 한편으로는 출생아의 평균체중도 남아 및 여아 모두 작년보다 0.01kg이 감소하였다. 저체중아는 출생시 호흡이나 소화기능이 미숙한 경우가 많고, 발육이 더디며 신생아 시기에 각종 질환이환율이나 사망율도 높다. 또한 성인에서의 대사증후군, 즉 당뇨병, 고지혈증 및 고혈압 등의 심혈관질환으로 이어질 위험이 2~6배 이상 높아진다. 기타 비만 등의 성인병과의 관련도 꾸준히 보고되고 있다. 저체중아로 태어난 사실만으로도 평생 동안의 삶의 질이 나빠지는 것이다.

우리나라에서의 저체중아의 원인은 쌍둥이출산이 다소 증가한 탓도 있지만, 주요원인은 여성들의 결혼 연령이 늦어지면서 평균출산연령이 계속 늦어지는 탓이다. 작년도 평균출산연령은 30.8세인데 이는 10년 전의 28.5세보다 무려 2.3세가 늦어진 것이다. 전체 출산여성중 WHO에서 의학적으로 고령임신으로 분류하는 35세 이상 임신부가 14.3%로서 이 수치는 작년(13.1%)보다는 1.2%, 10년전(5.9%) 보다는 무려 8.4%가 늘어난 수치이다. 고연령 임신 자체가 저체중아의 원인이 되는 터에, 고연령 임신부들은 아기를 만삭 전에 분만하게 되는 조산율도 높아져 저체중아들이 더욱 늘어나게 된다. 최근의 사회 풍조중에 임신중에도 날씬함을 유지하려는 여성들이 늘어나는 것도 물론 원인이 될 것이다. 이러한 풍조는 물론 임신전 교육으로 교정이 가능하다.

### 2. 산전검진과 임신前검진의 개념 정립

우리나라에서는 아직도 산전검진(antenatal care)과 임신전검진(pre-conception care)을 혼동하고 있다. 산전검진은 일반적으로 임신중 검진을 뜻한다. 임신전검진은 물론 임신되기 전의 건강관리이다. 이 두가지 개념은 확실히 구별되어야 한다. 또한 외국에서는 계획임신이 보편적이지만 우리나라는 아직 이에 대한 개념정립이 안 되어있는 것도 문제이다. 또한 임신間검진(inter-conception care)도 강조되어야 한다.

우리나라의 여성들이 산부인과를 처음으로 방문하는 것은 크게 나누어 두부류이다. 한가지는 결혼후 임신을 하여 산부인과를 방문하는 것이고, 또 하나는 1년간 기다려도 임신이 되지 않아 불임클리닉을 찾는 경우이다. 외국과 같이 임신전 방문, 나아가서 결혼전 방문이란 참으로 보기 드물다. 이런 여성들을 부단히 교육하여 임신전 및 결혼전 검진이 꼭 필요하다는 인식을 가지도

록 노력해야 한다.

### 3. 임신전 부부검진의 필요성

임신을 계획중이라면 당연히 전문가의 도움을 받는 것이 좋다. 임신부 자신의 몸에 대하여 그리고 마음의 준비에 대하여 전문가들의 전문적이고도 세세한 지원을 받는 것이 좋다. 따라서 임신 전 병원을 방문하도록 해야 한다. 평소에 병원을 규칙적으로 다니는 것과, 임신 전 방문은 분명히 다르다. 임신을 계획중인 것을 의사가 알고 있을 때와 그렇지 않을 때는 많이 다른 것이다. 즉 의료진은 수태환경에서 평상시에는 문제없었던 부부의 건강상태에서 어떤 의미있는 의학적 사실들을 잡아낼 수 있다. 부부가 건강한 상태라고 해도 임신 전에는 꼭 병원을 방문해야 한다. 의사는 자연임신을 위하여, 또는 임신중 특별히 필요한 여러 가지 사항들에 대하여 부부가 미처 모르고 있는 여러 가지에 대한 정보를 제공해 줄 수 있다.

산부인과는 여자만 가는 곳이 아니다. 남편도 산부인과를 방문해야 한다. 병을 예방하기 위하여 정기건강검진을 받듯이 부부가 임신전에 임신이 가능한지, 임신을 위한 부부의 몸의 상태는 어떠한지, 미리 치료할 부분들은 없는지 등을 의사와 상의하는 것은 지극히도 정상적이고 바람직하며 또 필수적인 일이다. 남편들이 산부인과 방문을 꺼리는 것은 산부인과가 여성들만 가는 곳이라는 잘못된 인식 때문이다. 그런데 사실 이것은 남편들의 잘못이 아니다. 우리나라의 사회적 인식이 그렇기 때문일 뿐이다. 아내의 손을 잡고 사이좋게 웃으며 임신전부터 부부가 같이 산부인과를 들어서는 모습이 모든 사람에게 스스럼없이 받아들여지도록 사회적인 인식변화가 필요하다.

남편이 산부인과를 방문하기가 꺼렵다면 종합병원이나 종합검진센터등에 설치되어있는 예비부부클리닉, 혼전클리닉 등을 방문하여 상담과 검진을 받아보는 것도 좋다. 역시 부부가 동시에 상담과 검진을 받는 것이 바람직하다. 예비부부에게서 어떤 위험요인이 진단되었다면 해당되는 각각의 위험 요인을 제거하거나 개선할 수 있는 조치가 이루어져야 한다. 보다 전문적인 개별상담과 진료가 이루어 질수도 있다.

### 4. 계획임신의 필요성

대한산부인과학회지에 보고된 『계획임신율과 계획임신에 미치는 관련 요인 분석』(문명진 등, 2003)에 의하면 2003년을 기준으로 우리나라에서의 계획임신율은 전체 응답자 1,352명 중 657명, 즉 51.4%로 나타났다. 임신하는 부부중에서 겨우 절반정도만이 계획임신을 하고 있는 것이다. 결혼후 부부가 된 두사람의 평생에 있어서 임신계획처럼 중요한 것이 없다. 특히 건강한 아

기의 임신을 원한다면 모든 부부는 머리를 맞대고 계획임신을 기획하여야 한다. 부부의 평생 삶의 계획에서도 중요할 뿐 아니라, 본인들의 건강은 물론, 임신중의 임신부 건강, 장차 태어날 아기의 건강을 위하여 필수적인 것이다.

위의 논문결과에 의하면 계획임신을 한 그룹과 하지 않은 그룹 둘을 비교한 결과, 계획하지 않은 임신부에서 계획임산부에 비하여 임신 초기에 기형유발 물질에 대한 노출이 많았는데, 특히 알코올, 방사선, 약물에 대한 노출이 유의있는 증가를 나타내었다. 따라서 계획 임신은 임신 초기 위험 요인 노출에 따르는 불필요한 임신 중절을 예방하고, 태이기형 유발 물질에 따른 기형 발생률을 감소시킬 수 있다. 따라서 우리나라도 젊은 여성들에서 임신을 계획하고 특히 임신 초기에 위험물질에 노출이 되지 않도록 노력하도록 하는 풍토조성이 시급하다. 임신전에 검사를 하고 그에 따른 간단한 조치만 했어도 예방할 수 있는 질환들을 적기에 치료하지 못한 채 아기를 가지게 되고, 결국 자신은 물론 아기에게도 나쁜 영향을 주는 이러한 풍토가 계속되어서는 안 된다. 평소에 자신이 건강하다고 생각하더라도, 부부는 필히 자연임신을 시도하기 전에 병원에 확실한 검사를 받고 임신계획을 세우는 것이 당연시되어야 한다.

예상치 않은 임신초기에 본인도 모르게 복용한 감기약, 건강검진목적으로 촬영한 X-ray 검사 때문에 많은 여성들이 임신중절을 생각한다. 위험요인에 대한 확실한 근거도 없이, 더구나 전문가와의 상의도 없이 대부분의 여성은 혼자서 불안에 시달리다가 결국 임신중절을 선택하게 되는 것이다. 우리나라의 자료를 보면 임신중 약물복용으로 중절수술을 한 경우는 전체의 12.6%로 집계되었다. 이때의 중절수술은 본인들이 원해서 시행하는 것이 아니기 때문에 저출산국가인 우리나라에서 이것은 이만저만한 손실이 아니다. 임신중절은 여성의 신체적 손실은 물론 정신적 스트레스를 가져오며 그것은 가족에게도 마찬가지이다. 또한 임신중절후에는 여러 가지 합병증이 발생할 수 있는데, 감염, 출혈, 자궁외임신은 물론 심하면 불임까지도 발생할 수 있어서 역시 저출산현상을 더욱 악화시키는 요인이 된다.

또한 무계획한 임신은 임신부에게 우울증을 가져오며, 태아에게도 여러 가지 성격형성에 영향을 미친다. 원치 않는 임신을 할 경우 부부사이에서도 서로 책임진가를 하기 일수이며, 물론 주위에서도 환영을 받지 못한다. 따라서 스트레스가 증가되고 결국 우울증이 발생할 수 있는 것이다. 이런 우울증은 임신기간뿐 아니라 출산 후에도 출산 후 우울증으로도 이어지는 경우가 대부분이다. 우울증으로 인하여, 태아의 영양상태가 나빠지게 되고 또한 뇌 발달에도 영향을 끼칠 수 있다. 또한 우울증이 있는 산모는 새로 태어난 아이를 잘 돌보지 못할 수 있다. 결국 신생아의 양육에 문제를 미치게 되고 이런 아이들은 정서적 장애 및 성격장애가 발생할 소지가 크게 된다.

## 5. 임신계획은 결혼 전에 세우는 것이 바람직

결혼전 상담/검진을 부끄러워 할 필요가 없다. 특히 우리나라에서는 <산부인과>라는 병의원의 진료과목이 마치 ‘어린 여학생들이나 미혼여성이 드나들어서는 안 되는 곳!’으로 낙인찍혀 있다는 생각이 들 때가 많다. 따라서 대한산부인과학회에서는 <산부인과>라는 진료과목을 일본처럼 <여성의학과>로 변경하려 하고 있는데 여러 여건상 쉽지가 않다. 진료과목이 바뀌지 않더라도 부디 우리나라에서 여학생, 미혼여성 등 모든 여성이 스스로없이 병의원을 찾아올 수 있는 풍토가 되어야 한다.

결혼전의 상담과 검진이 안 되었다면 결혼후의 <임신전 상담/검진>이라도 꼭 시행하도록 해야 한다. 우선 예비 임신부 부부의 건강을 체크해야 한다. 예비 임신 부부의 건강 평가를 위한 기본 검사항목은 임신부가 초기에 해야하는 검사항목과 비슷하다. 의사와의 상담만으로도 임신과 관련된 여러 가지 위험요인들을 미리 체크할 수 있다. 본인의 영양상태는 물론, 각종 질병의 유무는 물론, 평상시의 생활 습관, 직장 및 가정의 환경 등에 대하여 조언을 받아야 한다. 나아가서는 임신과 관련된 과거병력을 체크하고 종합적으로 임신과 관련된 위험한 인자들을 조기에 파악하고 그것을 막도록 조치를 취할 수 있게 되는 것이다.

## 6. 계획임신으로 얻을 수 있는 장점들

계획임신의 장점들을 요약하면 다음의 6가지로 정리될 수 있다.

### 1) 부부의 건강상태를 미리 체크해볼 기회가 된다.

결혼 후에도 건강검진을 주기적으로 하지 않는 부부들이 많다. 그러나 임신계획을 세우는 순간부터 가장 건강한 정자와 가장 건강한 난자를 만나게 해주어야 하므로 자연스럽게 남편과 아내의 건강을 최고조로 이끌려는 노력이 뒤따르게 된다. 따라서 계획임신은 우선 부부의 건강을 챙기는 기회가 된다.

### 2) 아내의 심신안정을 도모할 수 있다.

무작정 임신하는 경우보다 가장 큰 장점이 임신부의 심신안정이다. 계획임신의 가장 큰 장점이라고도 할 수 있다. 임신 및 출산 전에 직장 일을 마무리 할 수 있는 시간적 여유도 가질 수 있다. 가정주부라면 집안의 선후 처리계획을 세우고 임신에 대비한 심리적 안정에 도움된다. 또한 여성들 자신의 임신에 해로운 습관 등을 교정할 수 있는 시간적 여유가 있으므로 장차의 임신에 큰 도움이 된다. 임신중 태교를 준비하는 마음의 여유를 가질 수 있다.

3) 남편이 확실하게 임신에 도움을 줄 수 있다.

계획임신은 부부공동의 노력이다. 맞벌이 부부가 많은 현실에서 부부가 함께 계획하여 임신하는 것은 너무나 중요하다. 두사람의 직장일정을 조정할 수 있는 것은 물론, 임신 및 출산과정에서 해로운 환경들, 예를 들면 임신부에 알맞는 가정내 환경조정같은 것에 남편이 도움을 줄 수 있다. 남편이 만약 흡연자였다면 임신계획 전부터 금연계획을 세우는 것도 중요한 일이다. 음주도 마찬가지이다.

4) 원하는 시기에 임신가능성이 높아진다.

임신을 계획하면 임신의 시도에 더욱 정성이 들어가게 된다. 따라서 수태율도 높아진다. 만약 계획된 시기에 임신이 되지 않는다고 한다면 불임을 미리 진단하고 치료할 수 있는 기회가 빨리 오게되므로 이것도 역시 장점이 된다.

5) 무계획임신에서 나타날 수 있는 각종 태아의 위험을 예방할 수 있다.

약물에 주의하게 되고, 나쁜 환경을 멀리하게 되며, 임신에 해로운 부부의 나쁜 습관들이 미연에 방지됨으로서 건강한 태아의 임신 및 출산에 기여하게 된다. 엽산 등의 임신에 필수적인 영양제를 부부가 임신전부터 미리 복용함으로써 기형아 출산을 예방할 수 있고, 결과적으로 태어나는 출생아의 저체중도 방지할 수 있는 장점들이 있다.

6) 임신과 관련된 경제적 계획을 세울 수 있다.

장차 부부가 이끌고 나가야 할 가정경제에 대한 계획을 세울 수 있다. 임신여부는 가정의 경제에 큰 영향을 미치는데, 저축, 대출 등은 물론 주택마련 등에 대한 장단기 계획을 미리 세울 수 있다.

## 7. 결혼전 상담/검진이 필요한 이유

결혼전 상담이 결혼후의 임신전 상담보다 중요한 이유는, 특히 성경험이 없는 미혼여성들은 임신등의 산부인과 기본진료를 위해 내원하는 기혼 여성들과 달리 성생활, 수태 및 자연적 임신의 전반에 걸친 광범위한 상담과 진료가 필요하기 때문이다. 또한 결혼을 하면 아직도 약 반수가 무계획임신을 하는 국내 상황을 감안할 때, 임신을 계획적으로 대비하는 차원에서도 결혼전 상담은 임신전 상담보다 중요하다. 결혼이 예정되어 있다면 약 3개월 전에는 적어도 한번 산부인과를 방문하는 것이 좋다. 여유가 있다면 6개월전에 방문하는 것이 더욱 좋다. 예방주사 등이 필요할 수도 있기 때문이다.

자신이 알고 있는 성지식에 대해서도 거리낌없이 의사와 상담해야 한다. 우리 사회의 정서상 성교육이 부실하다. 유교적인 사회분위기로 인하여 결혼생활을 위해서 부부가 필수적으로 알고 있어야 할 기본적인 성지식도 모르는 경우를 많이 보아왔다. 결혼 전에 성생활을 포함한 여러가지 사항들에 대하여 미리 상담을 하고, 검사가 필요하다면 검사를 하여 원만한 결혼생활을 준비해야한다.

결혼전 상담을 소홀히 하면 원만한 결혼생활을 하지 못할 수도 있다. 결혼후에야 처음으로 산부인과 진료실을 찾는 여성들의 많은 고민 중에는 성생활문제, 습관성유산 문제들이 많지만 의외로 많은 것이 골반염이다. 즉, 결혼전에 여러 가지 이유로 산부인과 병의원을 방문하지 못한 미혼여성들은 안타깝게도 해당시기에 특정 산부인과 질환이 발생할 경우 질환이 악화되어서만이 병원을 찾게 되는 경우도 많이 보게 되는데, 그 대표적인 경우가 골반염이 것이다. 골반염이 발생할 경우 적절한 치료시기를 놓치면 난관감염이 되어 불임이 된다는 사실을 미혼여성들은 꼭 알아야 한다. 불임뿐만 아니라 난관이 좁아져서 난관임신, 즉 자궁외임신이 되어 응급실에 실려오는 일도 다반사로 있는 일이다. 저출산국에서 불임여성의 증가는 또다른 문제점을 가져오기 때문에 이러한 요인에서의 불임을 막을 목적으로도 결혼전, 임신전 상담 및 검진은 꼭 필요한 것이다.

## 8. '결혼면허증'제도 또는 '결혼서비스'제도를 제안함

결혼전 검사를 부부의 의무로 받아들이도록 해야 한다. 중국만 하더라도 얼마 전까지 혼인신고를 하기 위해서는 결혼전 부부의 신체검사증명서를 제출하는 것이 강제적인 의무로 되어있었다. 비록 최근에는 자율적으로 변화하기는 했지만 중국은 한 아기만 가지지는 운동이 퍼지면서 국민의 질을 높이기위해서 이렇게 강제조항까지 두었던 것이다. 그러나 이런 강제적 의무는 중국의 자율화 물결에 의하여 2003년도 10월에 폐지되었다. 그런데 이렇게 결혼전 신체검사가 폐지된 이후 중국의 헤이룽장(黑龍江)성에서는 “혼전 신체검사를 자율화한 후 신체검사를 하는 사람이 급격히 줄었으며 기형아 출생 비율이 높아졌기 때문에 신체검사를 다시 의무화하기로 했다”며 2005년도에 결혼전 신체검사를 다시 부활시켰다. 2005년 6월 24일에 공포된 ‘헤이룽장 성 모자보건 조례’에 따르면 예비 신랑 신부는 혼전 신체검사와 건강교육을 의무적으로 받아야 하며 신체검사 증명서가 있어야만 결혼등기기관에서 혼인신고를 할 수 있다. 또 신체검사증명서는 결혼등기 기관에 보존된다.

위와 같은 여러가지 이유에서 우리나라에서도 <결혼면허증 제도> 또는 <결혼서비스 제도>가 있었으면 하는 생각을 할 때가 있다. 결혼전 부부의 건강검진을 중국처럼 의무화 하고, 결혼전



상담과 교육을 정부나 공공단체 또는 산부인과, 보건소등을 통하여 받게 하고 병의원에서는 검진을 하는 것이다. 적어도 결혼에 대한 의무를 알게 한 후에 결혼면허증을 발급하지는 것이다. 강제적인 사항으로 하지 않더라도 국민모두에게 결혼전 건강과 상담의 중요성을 알리게 되는 계기가 될것이다. 사실 운전을 하려면 운전면허증이 있어야 하고, 의사와 약사는 각각 의사면허증과 약사면허증이 있다. 운전면허증 없이 운전을 하거나, 의사면허증 없이 환자를 돌본다면 어떻게 될까. 전문적이고도 중요한 일에는 이렇게 공인된 면허증이 있어야 해당 업무를 할 자격이 생긴다. 면허증이라는 것은 타인들에게 해를 끼치지 말고, 즉 사고를 내지말고 해당업무에 대하여 전문적인 ‘책임’을 질 수 있는 사람들에게 발행되는 것이다. 결혼처럼 인생에 중요한 일이 어디에 있는가? 꼭 결혼면허증이 아니더라도 이러한 사항들이 공론화 되는 사회를 기대해 본다.

‘결혼한다’는 것은, 사랑으로 맺어진 부부가 이제부터 서로 상대방에게 ‘책임’을 질 의무가 있다는 것, 그리고 결혼을 통하여 장차 태어날 아기에 대하여 건강과 행복을 가져다 줄 ‘책임’이 이제 막 결혼하는 부부에게 생긴 것이라고 할 수 있다. 여기에서 등장하는 ‘책임’이라는 단어를 영어로 표현하면 responsibility인데 그 어원은 ‘대답한다(response)’이다. 즉 부부의 사랑이란 서로 응답하며 책임을 지는 것이라고 할 수 있다. 결혼면허증은 부부가, 서로 상대방에게, 또한 이 세상에서 가장 중요한 장차 태어날 아기의 건강과 행복을 ‘책임’지는 의미에서도 필요하다. 부부가 될 사람들은 결혼에 대하여 그 책임감을 깊게 생각하고, 가능하면 두 사람이 만나 적어도 두 사람을 다시 세상에 내놓아야 한다는 생각들이 많아질 때 우리나라의 저출산현상도 회복되지 않을까 기대를 해본다.

## 9. 임신전 상담/검진, 어떻게 하나?

임신전 상담은 임신전 검진의 기본이 된다. 임신 전 관리란 임신부의 건강과 태아의 안녕을 위해서 임신 전에 기본적인 상담과 진찰을 시행한 후, 해당 검사를 시행하고 특정 기왕력에 대한 상담 및 관리도 동시에 시행하는 것을 말한다. 임신을 계획하는 것은 부부는 물론 태아 모두에게 유익하다. 사실 많은 여성들이 수정 후 몇주가 지난 다음에도 임신 사실을 알지 못한다. 이 초기 기간이 아기가 엄마 뱃속에서 자라는데 있어서 가장 중요한 기간이다. 이 기간 동안 여성의 건강과 영양은 매우 중요하다. 임신 전 관리를 통하여 임신에 대한 구체적인 계획을 세워야 한다.

임신 전 관리를 통해서 얻을 수 있는 장점은 예기치 못한 임신의 감소 효과, 내과적인 만성질환에 의한 임신부와 태아의 위험성 감소 등이다. 예를 들면, 당뇨 환자의 혈당 조절, 간질 환자의 약물 중 태아 기형의 위험성이 있는 약물의 최소화, 당뇨와 간질환자에서 엽산을 충분히 보

총함으로써 신경관결손을 예방하는 등의 조치를 취할 수 있다. 유전 질환이 있는 경우에는 임신을 조절하거나 임신 전 관리를 통해 선천성 대사이상, 신경관 결손증 등의 태아기형의 위험성을 감소시킬 수 있다.

### Ⅲ. 결론

저출산시대의 모성관리는

첫째, 결혼 전 상담으로 가족의 중요성 및 가치, 적절한 피임기간등의 교육이 필요하며,  
둘째, 임신 전 상담으로 임신전 건강한 몸 만들기, 유산후 임신, 출산 후 임신, 적절한 태울  
등에 대한 교육이 필수적이고,

셋째, 부부에게 결혼전 및 임신전에 필요한 최소한의 검진을 시행함으로써

결과적으로 저출산시대에서 <가족의 중요성> 및 <태어나는 아기들의 건강>에 대한 중요성을  
제고(提高)하여 출산율과 출산아들의 건강의 질을 동시에 개선시키는 것을 주안점으로 진행되어  
야 할 것이며, 이러한 의미에서 저출산시대의 모자보건의 중요성은 아무리 강조해도 부족함이 없  
다고 하겠다.

## 참고문헌

문명진 등(2003). 계획임신율과 계획임신에 미치는 관련 요인 분석. 대한산부인과학회지, Vol  
46, No.9.



## 발표 2

# 저출산시대의 임신전 관리와 태아건강

---

김영주

(이화여대 산부인과 교수)



# 저출산시대의 임신 전 관리와 태아건강

## -영양적인 측면을 중심으로-

김영주 (이화여자대학교 산부인과 교수)

### 초 록

저출산 고령화시대를 맞이하여 임신 전부터 가임 여성의 전반적인 건강을 관리하는 것은 출생할 태아의 건강을 위해서 반드시 필요한 일이다. 특히 저출산과 아울러 고령 산모의 증가가 매우 심각하며 이러한 고령 산모의 여러 가지 임신과 관련된 합병증의 예방을 위해서는 임신전 관리가 더욱 중요하다고 할 수 있겠다. 특히 “태아시기의 건강이 성인의 건강을 좌우한다”는 태아 프로그래밍의 개념에 대한 이해는 저출산시대에 임신 전 가임여성에 대한 영양학적 관리가 앞으로 태어날 귀중한 태아의 건강과 더 나아가 성인의 건강에 크게 영향을 미친다는 관점에서 매우 필요한 일인 것이다.

### I. 서 론

현재 우리나라에서 가장 중요하고 문제가 되는 사회적인 이슈는 저출산과 고령화에 대한 문제이며 이미 우리나라 사회는 고령화 사회 진입에 18년이 소요되어 고령화 속도가 세계에서 최고에 이르고 있는 심각한 상황이다.

저출산과 관련하여 우리나라의 합계출산율은 1995년 72만명/년으로 1.65였으나 2000년 1.47, 2002년 1.17, 2005년 1.08, 2007년 1.26 그리고 2008년에는 1.2도 채 되지 않아 OECD 국가 중에서 가장 낮은 수준이다. 성별 평균 초혼 연령도 2000년의 남자 29.3세, 여자 26.5세에서, 2002년에는 남자 29.8세, 여자 27세, 그리고 2005년에는 남자 20.0세, 여자 27.7세로 점차적으로 상승하고 있는 추세이다. 또한 임신여성의 연령에서 35세 이상의 고령임신의 빈도가 2000년

에는 5.4%였으나 2002년에는 7.0%, 2005년에는 9.4%로 두배로 증가하였으며 40세 이상의 고령임신의 빈도도 2000년에 0.9%에 지나지 않던 빈도가 2005년에는 1.3%로 매우 증가하였다.

고령임신은 보통 임신부의 연령이 35세 이상인 경우를 의미하며 저출산과 더불어 고령임신이 증가하는 이유는 효과적인 피임법의 사용, 시험관 기술과 같은 보조생식술의 발달, 늘어나는 만혼, 여성의 고학력화와 사회진출의 증가 등의 원인에 의한 것이다.

임신 전 관리는 수태 전(preconceptional) 또는 출생 전(prenatal)관리를 의미하며 그 목표는 임신에서 좋은 결과를 보장받기 위함이고 그 외에도 여성의 전반적인 건강관리와 예방에 관심을 가질 수 있는 중요한 기회가 된다. 특히 이러한 심각한 저출산 시대의 임신전 관리의 중요성은 아무리 강조해도 지나치지 않다고 할 수 있으며 임신전부터 여성을 관리하여 태아의 발생에 보다 이상적이고 좋은 환경을 만들어 주는 것은 사회복지적인 측면에서 볼 때 “요람에서 무덤까지 건강을 지킨다”는 측면에서 매우 바람직한 사회적인 움직임이라고 할 수 있겠다.

본 원고에서는 저출산시대의 임신전 관리와 태아건강에 대한 여러 가지 측면 중에서 특히 영양학적인 측면에서의 접근을 시도하려고 한다.

## II. 본론

### 1) 임신 전 관리의 중요성

산부인과 의사가 임신부를 처음 만났을 때 임신부는 이미 의학적인 문제나 태아 기형 등의 문제를 가지고 있는 경우가 많은데 이때 임신전 적절한 상담과 처치를 하였다면 미리부터 예방할 수 있는 경우가 많다. 따라서 임신전부터 관리를 시작하여 태아의 발생에 보다 좋은 환경, 이상적인 환경을 만들어 주는 것이 중요하다. 그 중요한 예로 무뇌어나 척추 이분증과 같은 신경관 결손의 예방을 위하여 임신 전 3개월 전부터 엽산을 복용하는 경우를 들 수 있겠다. 최근 선진국에서는 태아기의 자궁내 환경이 출생 후의 성인기의 여러 가지 질환, 즉 고혈압, 당뇨, 비만, 고지혈증, 암등의 성인기 질환과 매우 밀접하게 관련이 있다는 태아 프로그래밍의 개념이 활발하게 연구되고 있다.

### 2) 고령임신은 산과적으로 어떤 문제점을 갖는가?

고령임신은 임신부와 태아에게 미치는 영향이 매우 큰데 임신 제1기에는 자연유산의 빈도가 매우 증가하여 Wilson 등은 30세 이하의 산모군의 자연유산의 빈도가 1.4%인데 반하여 35세 이상의 고령 산모군에서는 4.3%였다고 보고하였으며 보통 40대 산모군의 자연 유산율은 20대

산모군에 비하여 2~4배의 위험도를 가진다.

고령임신에서 임신성 당뇨, 전치태반, 조산, 태반조기박리, 조기파막 등의 빈도가 증가한다는 여러 연구보고가 있었으며(길기철 등, 2007; 박희진 등, 2006; 최재호 등, 2006) 특히 임신성 고혈압이 고령 산모의 경우 가장 중요한 합병증으로 받아들여지는데 이중학 등(1987)에 의하면 대조군의 2.5배, Kessler 등(1980)에 의하면 약 4배 높음이 보고되었다.

고령 산모에서 주산기 사망률이 증가하는 이유는 조기분만, 태아성장지연등에 의한 것이며 고혈압성 질환이 있을 경우 더욱 증가하는데 일반적으로 고령 산모에서 주산기 사망이 증가하는 것은 선천성 기형의 증가와 고혈압성 질환의 합병으로 인한 태반조기박리, 태반 혈류부전 등에 의한 자궁-태반 혈류부전에 의한 것으로 보인다. 또 제왕절개술의 빈도도 증가하는데 이는 산모의 나이가 증가할수록 노화에 따른 이차적인 변화로 비정상적인 진통과정으로 진행될 가능성이 증가하거나 자궁수축의 효율성이 노화에 따라 감소하기 때문으로 추정된다(박희진 등, 2006). 하지만 고령 산모의 경우 40세 이상의 경우와는 달리 35세에서 39세의 산모는 산과적인 여러 가지 산과적인 합병증의 빈도가 그다지 증가하지 않기 때문에 임신전 관리를 철저히 받으면 여러 가지 합병증을 예방할 수 있을 것이며 40세 이상의 산모의 경우에는 합병증의 빈도가 증가하기는 하지만 역시 철저한 임신 전 관리로 합병증의 빈도를 감소시킬 수 있을 것이다.

### 3) 영양평가(Nutritional assessment)

여성에게 임신전에 식사 평가와 함께 태아에게 유익한 식습관으로 바꾸는 것은 임신전 관리의 중요한 구성요소의 하나이고 이때는 영양사의 상담을 받는 것이 좋다. 영양상태의 조사는 키에 대한 체중의 적절성 여부, 식습관, 채식주의자인지, 다이어트중인지 그 외 다른 식습관의 문제는 없는지를 살펴보고 각각의 여성에 맞게 맞춤요법으로 진행하는 것이 좋다.

채식주의자의 경우에는 정상 태아 발달을 위한 단백질의 보충이 필요하며 이를 위해 콩, 계란, 치즈 등의 섭취가 필요하고 비만의 경우 고혈압, 당뇨, 자간전증, 지연임신, 제왕절개술의 증가 등의 합병증이 증가하므로 적절한 체중관리와 운동이 필요하다. 또한 식욕부진이나 폭식증에서는 전해질 장애, 심부정맥, 소화기계 등의 이상을 초래하게 된다. 페닐케톤뇨증을 가진 여성의 경우에 태어난 영아는 작은 머리증, 정신지체 등이 생길 수 있고 선천성 심장병, 태아발육지연 등의 가능성이 증가되므로 이런 경우 임신 초기부터 혈중 페닐알라닌의 농도를 낮추는 식이조절이 태아기형의 위험을 낮출 수 있다.



#### 4) 생식능력을 높힐 수 있는 방법들

하버드 공중보건 대학원에서는 1976년 30세에서 55세 사이의 12만명 이상의 기혼 여성 간호사들을 대상으로 시행한 설문지로부터 배란과 연관된 불임여성을 위해 생식능력을 강력히 증가시키는 여러 가지 방법을 알아내었다(조지 E 사바로 등, 2008). 저출산과 더불어 가임 여성의 연령증가는 임신의 확률을 감소시키고 불임의 확률을 현격하게 증가시키는데 20~24세의 여성의 불임확률은 3%인 반면 35~39세 여성의 불임확률은 15%이고 40~44세 여성의 불임확률은 32%에 이르게 되므로 나이 든 여성이 임신을 잘 하기 위해서는 임신 전부터 다음과 같은 영양적인 주의를 하여야 한다(조지 E 사바로 등, 2008).

- 1) 시판중인 많은 식품이나 패스트푸드 음식에 들어 있는 동맥을 막히게 하는 트랜스지방을 피한다.
- 2) 올리브 오일이나 카놀라 오일 같은 불포화 식물성 기름을 더 많이 사용한다.
- 3) 동물성 단백질은 더 적게, 콩이나 견과류 같은 식물성 단백질은 더 많이 사용한다.
- 4) 몸에서 혈당이나 인슐린을 급격히 올리는 고도로 정제된 탄수화물 제품들 보다는 혈당이나 인슐린에 더 느리고 적게 작용하는 통곡물등 탄수화물의 다른 공급원을 선택한다.
- 5) 매일 전지 우유 한잔을 마시거나 아이스크림 작은 한 접시 또는 전지방 요구르트를 먹도록 한다. 이러한 고지방 식품을 섭취하기 위해 탈지유나 탈지유로 만든 희고 연한 코티치즈 같은 저지방 또는 무지방 식품 및 후로즌 요구르트 등은 멀리한다.
- 6) 엽산과 비타민 B종류가 포함된 종합 비타민 제제를 복용한다.
- 7) 붉은 색 육류에서가 아니라 과일, 야채, 콩 등으로부터 풍부한 철분을 얻는다.
- 8) 음료수 중에서는 물이 가장 좋다. 커피, 차, 술등은 적당한 선에서는 허용되나 설탕이 들어 있는 탄산음료는 피한다.
- 9) 건강한 체중을 위해 노력하라. 만약 과체중이라면 5~10%의 체중 감량만으로도 배란을 촉진시킬 수 있다.
- 10) 만약 신체적으로 활동적이지 못하다면 매일 운동계획을 세워 시작한다.

#### 5) 계획임신의 중요성

임신을 원하는 여성들은 주로 임신의 가능성에 대해 고민을 많이 하며 이때 의사들은 주로 영양 섭취가 임신에 도움이 될 것이라고 말을 한다. 계획임신은 임신을 하도록 도와주는 것 뿐 만 아니라 임신 기간 중의 건강 유지에도 큰 도움이 된다. 임신하기 전에 건강상태가 좋다면 잠재적인 합병증을 피할 수 있으며 태어날 아기가 건강할 가능성 또한 높아진다. 계획임신의 장점은 다음과 같다.

1) 임신하기 전에 건강한 몸무게에 도달하는 것은 임신을 보다 더 쉽게 해줄 뿐 만 아니라 장기적으로도 아이들의 건강에도 도움이 된다.

2) 엽산의 섭취는 선천적인 기형을 예방하는데 도움이 된다.

3) 건강을 위한 좋은 습관은 임신기간 중에도 계속 유지할 수 있다.

4) 임신 이전에 약물상태를 조절하는 것은 합병증을 예방하는데 도움이 된다.

임신 전에 건강한 몸무게에 도달해야 하는 이유는 몸무게가 자신의 키에 비해서 정상 보다 적게 나가는 여성들은 조산의 위험성이 상당히 높고 저체중의 아기를 출산할 가능성이 높으며 과체중 혹은 심각한 비만을 가진 여성들은 임신 기간중 합병증을 앓을 위험이 높고 난산이 될 가능성이 높다(W.알렌 워커, 2008).

〈표 1〉 임신전의 체질량 지수(Body mass index)

구분	체질량 지수
저체중	19.8 미만
정상 체중	19.8~26.0
과체중	26.0~29.0
심각한 비만	29.0 미만

주: 대한 비만학회에서는 WHO의 아시아-태평양지역의 진단기준에 따라서 한국인의 비만기준을 과체중의 기준을 23kg/m<sup>2</sup>이상으로, 비만은 25kg/m<sup>2</sup>이상으로 정함.

## 6) 엽산과 기형아 예방

2005년도 식생활 안내서(Dietary Guidelines for Americans)에서는 가임기의 모든 여성들에게 매일 엽산을 섭취하고, 엽산이 풍부한 음식을 섭취하도록 권장하고 있다. 그 이유는 엽산이 뇌와 척수의 선천성기형을 예방하는데 중요한 역할을 하기 때문이다.

엽산, 또는 폴산염(에스테르, folate)은 태아의 발달, 특히 신경계의 발달에 중요한 역할을 한다. 신경계는 처음으로 발생하는 신체기관중의 하나이다. 신경계는 작은 배아 내에 있는 특수한 세포들의 작은 원형반(disc)에서 시작한다. 임신 후 약 26일이 되면, 이 둥근 원형반은 접혀져서 뇌와 척수를 만드는 신경관(neural tube)이라고 불리는 실린더를 형성한다. 만약에 신경관이 완전하게 폐쇄되지 않는다면, 치명적인 선천적 기형인 척추 이분증을 유발할 수 있다. 척추이분증은 가장 일반적인 신경관 결손으로 이것은 신경손상, 수족마비, 학습장애 등을 유발한다. 엽산이 신경관의 폐쇄를 완전하게 하는데 필요한 것이고, 여성들은 태아가 이용할 수 있을 만큼 충분한 양의 엽산을 몸에 함유하고 있어야 한다. 신경관의 폐쇄는 임신 사실을 알아채기 이전에 일어나는 일이기 때문에 임신 전에 엽산을 충분히 섭취해 주는 것이 중요하다.

미국연방정부에서는 미국인들의 엽산섭취를 증가시키기 위하여 엽산을 함유한 식품(특히 아침 시리얼과 밀가루)의 공급을 강화하는 프로그램을 시작하였다. 비록 이 프로그램이 신경관 장애 발생률을 감소시키고는 있지만, 엽산은 식품만으로는 충분한 양이 공급되지 않는다. 가임기의 여성들에게는 일일 600 마이크로그램의 엽산섭취가 권고되고 있다. 이것은 종합비타민 또는 보충제와 같은 것을 통해서 400 마이크로그램을 섭취하고, 식품을 통해서 200 마이크로그램을 섭취할 수 있다. 매일 엽산이 풍부한 식품을 섭취함으로써 200 마이크로그램을 얻을 수 있다. 그 외 엽산의 복용은 신경관 결손증 뿐 만 아니라 선천성 심장기형이나 언청이 등의 예방도 가능하게 해주므로 임신전 3개월부터 엽산을 복용하는 것은 매우 중요하다(W.알렌 워커, 2008).

〈표 2〉 엽산 함량이 높은 식품

강화된 아침 시리얼, 이집트콩, 얼룩덜룩한 강낭콩(pinto beans), 리마콩(lima beans) 아스파라거스, 시금치, 양상추, 붉은 강낭콩, 밀 맥아, 오렌지 주스
---

### 7) 태아기의 건강이 평생을 좌우 한다 -태아프로그래밍의 개념

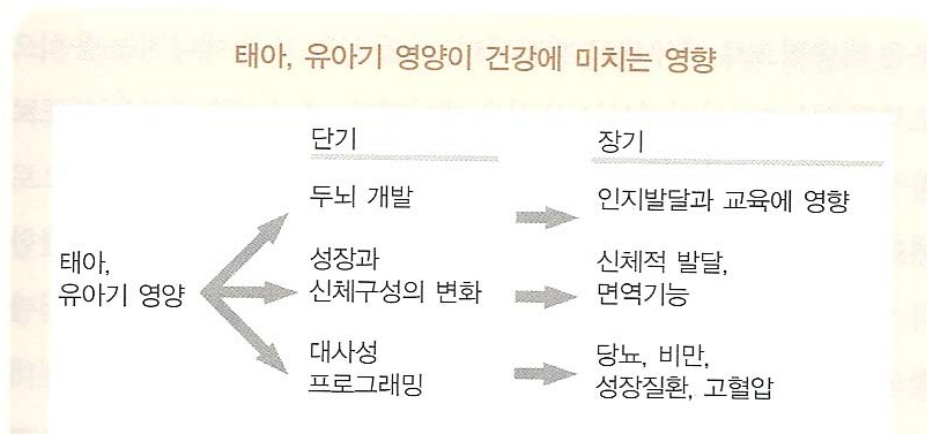
우리는 오랫동안 임신 기간 중 엄마의 건강 습관이 중요하다고 믿어 왔다. 지난 20년 동안의 연구 결과를 보면 임신 기간 중의 영양섭취가 우리가 생각했던 것보다 더 결정적일 수 있다는 것을 보여주고 있다. 즉, 태아기 동안의 영양 상태가 한 개인의 건강, 신진대사 그리고 만성질환의 위험 등 평생건강에 지속적인 영향을 미친다는 사실이 입증되고 있는 것이다. 이러한 연구는 임신 기간 중의 엄마의 건강이 건강한 아이를 분만하는데 도움을 줄 뿐만 아니라, 아기가 건강한 성인으로 자라는데도 도움을 준다는 것을 보여준다. 이러한 연구영역은 여전히 아주 새로운 것이지만, 연구결과로부터 몇 가지를 파악해 볼 수 있다.

- 태아기 때 불충분한 영양섭취로 인하여 성인이 되었을 때 만성질환에 걸리기 쉽다.
- 자궁 내 환경은 아기의 신진대사를 영원히 변경시킬 수 있다.
- 균형 잡힌 식단으로 자신의 몸을 돌보는 것, 적절한 체중을 유지하는 것, 그리고 임신 전이나 임신 중에 건강상의 문제들을 관리하는 것은 건강한 분만과 아기의 장기적인 건강에 매우 중요하다.

이러한 발견들은 이미 우리가 알고 있던, ‘건강한 임신을 위해서는 좋은 영양섭취가 중요하다’

라는 점을 확인시켜 준다. 이것들은 또한 삶의 가장 초기단계에서의 좋은 건강 상태는 일생에 걸쳐서 이익이 될 것이라는 점을 지지해준다. 여성의 몸은 아기가 발달되는 곳이기 때문에 단순히 아기를 위한 집 이상의 의미를 지닌다. 임신기간 중에 아기에게 전달되는 영양분은 마치 조각가가 진흙을 빚듯이 실제로 아기를 만드는 기능을 한다. 이러한 현상을 “태아 프로그래밍”이라고 한다. 태아 프로그래밍은 임신기간 중 좋은 영양 상태의 중요성에 대해서 일깨워 주는 새로운 연구 분야이다. 이것은 엄마 몸의 전체적인 건강 상태가 아기의 건강에 지속적으로 영향을 미칠 것이라는 점을 암시하고 있다(W.알렌 워커, 2008).

〈그림 1〉 태아, 유아기 영양이 건강에 미치는 영향



### III. 결 론

따라서 현시대와 같은 저 출산사회에서 태아의 건강을 보장받기 위해서는 임신전부터 가임기 여성을 영양학적인 측면에서 관리하고 교육하여야 하며 건강한 태아는 건강한 성인을 만든다는 태아 프로그래밍의 개념을 잘 이해하고 임신 전 관리에 적용한다면 전 국민의 건강에 크게 기여할 것으로 생각된다.

## 참고문헌

- 길기철 등(2007). 40세 이상 고령 임신이 주산기 결과에 미치는 영향. *대한주산회지*, 18(2), pp.125~30.
- 박희진 등(2006). 35세 이상 고령 산모의 산과적 예후. *대한산부회지*, 49(10), pp.2066~74.
- 이종학(1987). 노령 초산부에 관한 임상통계학적 고찰. *대한산부회지*, 30(2), pp.133~41.
- 조지 E. 사바로, 월터 C. 월렛. 불임극복의 식이요법. *조운커뮤니케이션*.
- 최재호 등(2006). 고령 산모의 임신 및 출산의 임상적 특성에 관한 메타분석. *대한산부회지*, 49(2), pp.294~308.
- Cetin I, Berti C, Calabrese S.(2009). Role of micronutrients in the periconceptional period. *Hum Reprod Update 2009*, pp1~16(advance access published June 30).
- Kessler I, Lancet M, Borenstein R et al.(1980). The problem of the older primipara. *Obstet Gynecol*, 56, p.2.
- W. 알렌 워커. 임신 출산 영양 가이드. *조운커뮤니케이션*.
- Wilson RD, Kendrick V, Wittmann BK, McGillivray B.(1986). Spontaneous abortion and pregnancy outcome after normal first-trimester ultrasound examination. *Obstet Gynecol*, 67, pp.352~5.

**발표 3**

**최근 일본의 저출산 대책과 시사점 :  
2008~2009년 주요 추진 정책**

---

**신윤정**

**[한국보건사회연구원 부연구위원]**



# 최근 일본의 저출산 대책과 시사점: 2008~2009년 주요 추진 정책

신윤정(한국보건사회연구원 부연구위원)

## I. 서론

일본의 합계출산율은 제1차 베이비붐 시기인 1947~1949년에는 4.32명의 높은 수준을 보이다가 제2차 베이비붐 시기인 1971~1974년에 인구대체수준인 2.14명으로 하락하였다. 그 후 20년이 채 지나지 않은 1989년 일본의 합계 출산율은 1.57명으로 하락하였는데(1.57 쇼크), 이러한 출산률의 감소는 일본 사회에 큰 충격으로 다가와 이후 출산률 회복을 위한 정책을 국가의 주요 정책으로 추진하기 시작하였다. 일본이 저출산 문제에 대응하기 위해 국가적인 정책으로 “엔젤 플랜”을 1995년부터 추진한 이래 거의 15년이 흐른 지금 시점에서 일본의 합계출산율은 그다지 큰 상승을 보이지 못하고 약 1.3명에 지속적으로 머무르고 있는 모습을 보이고 있다. 특히 2005년에는 일본이 인구동태추계를 시작한 이래 처음으로 인구가 2만 1,266명 감소하고 합계출산률 역시 1.26명으로 과거 최저 수준을 보이게 되어 일본 사회에 큰 충격을 주었다.

인구 감소에 따라 지금까지 추진해 오던 일본의 저출산 정책은 현재 패러다임의 변화를 시도하고 있다. 일본 저출산 정책의 최근 동향은 인구 감소와 국제적인 금융 위기 등 사회 변화에 능동적으로 대응하면서 지속적으로 정책을 추진한다는 특징을 보이고 있다. 특히 유럽 선진국에 비해 취약한 재정적 지원을 감안하여 저출산 정책 추진을 위한 재원 확보에 힘을 쏟고 있는 모습이 발견되고 있다. 인구 감소에 직면하여 일본은 2006년 6월 이제까지 보육 지원 중심의 “엔젤 플랜”에서 벗어나 사회경제적 대응으로서 미래 성장 동력 확보에 보다 중점을 둔 “새로운 저출산 정책”을 발표한 바 있다. 2008년 7월에는 전 세계적인 금융위기로 인한 경제불안에 대응하고 국민을 “안심”시키기 위한 “5가지 안심플랜”하에 저출산 정책을 제시하였다. 2008년 11월에는 “사회보장국민회의 최종보고”를 통해 저출산 대책이 미래를 위한 투자이며 이에 대한 정부의 지출을 확대해야 한다는 것을 강조하였다. 2009년 1월에는 “원점에서부터 시작하는 소자화대책 프로젝트팀”을 구성하여 2010년부터 새롭게 추진할 저출산 정책의 기본 방향을 모색하고 있다.

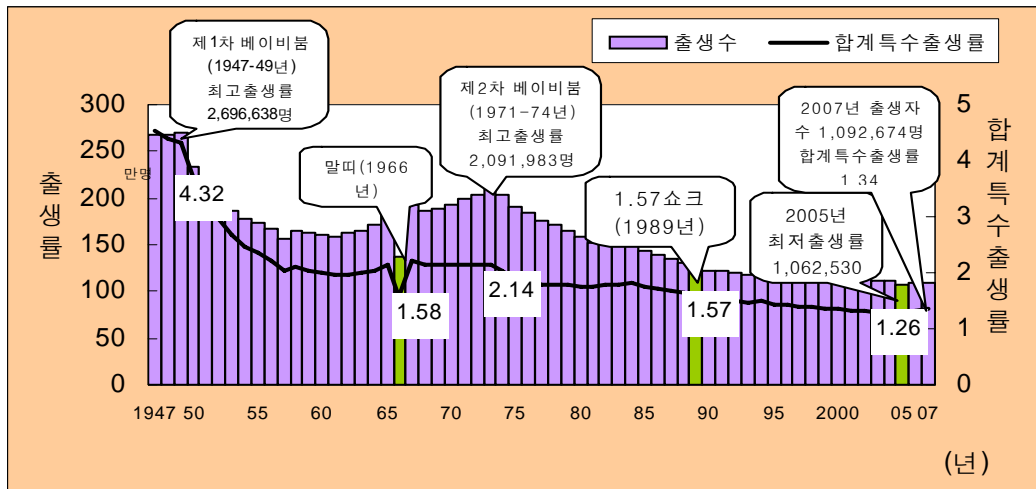
일본은 1인당 GDP 수준이 유럽의 복지 선진 국가에 못지 않는 수준을 보이고 있음에도 불구하고



하고 가족정책에 대한 지원 수준이 유럽 국가에 훨씬 미치지 못하는 양상을 보이고 있다. 일가정 양립을 위한 기업내 가족친화제도 역시 상당히 미흡한 수준을 보이고 있다. 높은 경제 수준에 비해 가족에 대한 지원이 미비한 이유는 저출산 정책에 대한 국민적 이해와 관심이 부족하고 효과적인 예산 투입이 어려운 사회구조적인 문제에 있다고 평가된다. 일본 정부 역시 그간에 제시한 저출산 정책들이 제대로 실행되지 못하고 있다는데 동의하고 있는 실정이다.

일본과 비슷한 문화적인 배경을 가진 우리나라는 일본 저출산 정책에 대해 쏟아지는 많은 비판과 유사한 비판으로부터 벗어나기는 어렵다고 보인다. 이러한 점에서 우리나라 저출산 정책 이행의 시행착오를 최소화하기 위해서는 일본의 정책으로부터 시사점을 얻는 것이 상당히 중요하다. 본 고에서는 일본 저출산 정책의 추진 과정을 살펴보고 2008~2009년 동안 추진한 일본 저출산 정책의 주요 동향에 대해 검토하고자 한다. 우리나라가 2011년부터 새롭게 추진할 제2차 저출산 고령사회 기본계획을 마련하고 있는 시점에서 일본 저출산 정책의 최근 추진 동향은 유용한 시사점을 주리라고 판단된다.

[그림 1] 일본의 출생자 수 및 합계 출산율 추이 (1947~2007)



자료: 일본 내각부(2009), 『평성21년판 소자화사회백서』.

## II. 일본 저출산 정책의 추진 경과

일본에서는 1989년 합계출산율이 1.57로 하락한 이후 저출산 문제가 사회 공론화되었다. 최

1) 같은 해 우리나라 합계 출산율도 1.58 수준을 기록하고 있었지만 저출산 현상이 사회적인 문제로 인식되지 않았다. 우리나라에서 저출산 문제가 사회 공론화 된 것은 2002년 합계출산율이 1.17명으로 하락한 후이다.

초의 국가적인 저출산 대응 정책으로 일본은 “엔젤플랜(1995~1999년)”을 제시하였으며 구체적인 실천계획으로 “긴급보육대책5개년사업”을 추진하였다. 엔젤플랜은 실천 계획에서 나타나듯이 보육 지원 중심의 정책으로서 보육서비스의 확충과 보육시설 기반 정비를 우선적인 사업으로 추진하였다. 일본의 초기 저출산 정책은 취업 여성에 대한 보육 서비스 지원 확충에 초점을 둔 정책 위주로 추진되었다. 이 시기의 일본 저출산 정책은 취업 여성들에 대해 보육 서비스 지원을 제공하면 출산율이 회복될 수 있을 것이라는 단순한 시각을 가지고 있었다. 저출산 문제가 복잡하고 다양한 사회 경제적 현상에 의해 유발되는 성격을 가지고 있다는 사실에도 불구하고 보육 시설 확충에만 중점을 둔 것이 엔젤플랜의 가장 큰 한계성이다. 이와 더불어 엔젤플랜이 마련되고 추진될 당시 저출산 정책을 법적인 구속력을 가지고 강력하게 뒷받침할 만한 법적 근거가 마련되지 않았다는 것도 엔젤플랜의 한계성으로 지적되고 있다.

신엔젤플랜(2000~2004)은 제2기의 일본 저출산 대책으로서 기존의 보육 서비스 지원 중심 정책에서 벗어나 보육 상담, 모자 보건, 교육, 주택 등 자녀 양육을 위한 보다 포괄적인 분야로 정책의 범위를 확대하였다는 특징이 있다. 무엇보다도 일 가정 양립을 위한 직장 문화 조성을 저출산 정책에 포함시켰다는 특징이 있다. 일 가정 양립을 위한 직장 문화 조성은 취업여성에 대한 보육 서비스 지원만 확충한다면 저출산 문제가 해결되리라는 기존의 편협한 사고 방식에서 벗어났다는데 의의가 있다. 이로서 취업 여성의 출산 및 양육 지원을 위해서는 기업 문화 풍토의 개선이 필요하다는 철학을 정책 속에 담게 되었다. 신엔젤플랜은 2003년 7월에 마련된 『저출산사회대책기본법』의 제정으로 인해 법적인 근거를 갖추고 추진되기에 이르렀다. 동법에 근거하여 저출산 대책을 추진하는 중심 체계로서 “저출산사회대책 회의”가 마련되어 범 정부차원에서 저출산 문제에 대응하기 시작하였다. “저출산대책 회의”는 내각총리대신을 회장으로 모든 각료를 위원으로 하는 일본 내각부의 특별 기관으로서 현재까지 일본 저출산 정책 추진의 중심 체계로서 기능을 하고 있다. 저출산대책회의 위원에는 내각관방장관을 포함한 모든 각료를 비롯하여 저출산 대책을 담당하고 있는 내각부특명담당대신과 경제재정정책을 담당하고 있는 내각부특명담당대신을 포함하고 있다). 엔젤플랜이 정책 추진의 중심 체계 없이 문부, 후생, 노동, 건설의 4대신의 합의하에 이루어진 것에 반해, 신엔젤플랜 이후 일본의 저출산 정책은 내각총리대신을 중심으로 범 정부 차원에서 체계적으로 추진되기 시작하였다.

이동·육아 응원 플랜(2005~2009)은 제3기의 일본 저출산 대책으로 2003년 저출산사회대책기본법의 제정으로 마련된 저출산사회대책대강의 중점과제에 대하여 구체적인 정책 내용을 포함하고 있다. 동 정책은 이제까지의 엔젤플랜과 신엔젤플랜 정책의 범위를 더욱 확대하여 젊은이의

2) 내각부특명담당대신은 우리나라의 경우 장관급 국무위원에 해당된다.

자립과 일과 노동에 관한 의식 개혁까지 포함하여 보다 폭 넓은 분야에서 다양한 시책을 제시한 특징이 있다.

한편, 2005년 일본의 총인구가 처음으로 2만 1,266명 감소하고 출생자수가 106만명, 합계출산율이 1.26명으로 최저 수준을 기록하자 이제까지와는 전혀 다른 시각에서 저출산 문제에 대응해야 한다는 필요성이 제기되었다. 이러한 문제 의식 하에 2006년도에 마련된 “새로운 저출산 대책”은 기존의 인구 정책 중심의 대응에 한계를 인식하고 사회·문화적 배경이라는 보다 근원적인 문제에 본격적으로 접근하였다. 노동력 인구의 감소를 완화하기 위하여 청년, 여성, 고령자의 노동 시장 참여를 촉진하고 결혼·출산·육아 지원 정책을 추진하되 급속한 생산연령인구와 노동력 인구 감소를 완화하기 위한 차원에서 지원하도록 정책의 기초를 변경하였다.

2008년 7월 국제적인 금융 위기가 도래하자 이에 따른 경기 불만에 대응하고 국민을 “안심” 시키기 위한 일환으로 일본 정부는 “5가지 안심플랜”을 제시하였다. “5가지 안심플랜”은 생활 지원 대책의 성격을 가지고 있는 것으로서 저출산 정책이 동 플랜에서 중요한 부분을 차지하고 있다. “5가지 안심플랜”에서 제시한 저출산 정책은 2010년부터 추진할 제4차 소자화대책의 원활한 이행을 위하여 아동복지법과 차세대육성지원법 등 관련 법령의 개정을 비롯하여 “안심어린이 기금” 설치 등 안정적인 재원 확보의 중요성을 강조하고 있다. 보다 구체적인 긴급 종합 대책으로서 “안심 어린이 기금 창설,” “육아 응원 특별 수당 지급,” “임신 건강진단의 공비부담 확대,” “중소기업의 육아 지원 촉진” 사업을 포함하고 있다.

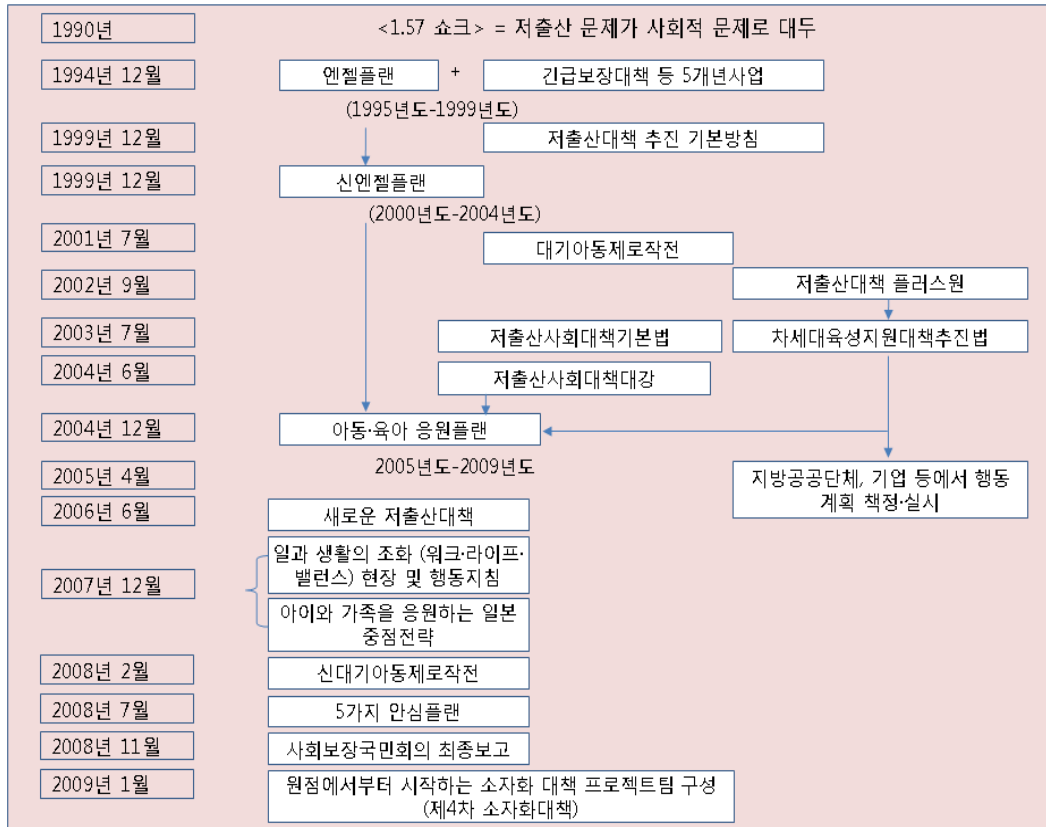
2008년 1월 “사회보장 국민회의”에서는 “소득 지원(고용 및 연금),” “서비스 보장(의료, 개호, 복지),” “지속가능한 사회구축 (소자화, 일과 생활의 조화)”의 3가지 분야에 대해 일본 사회 보장 제도의 방향성과 정부의 역할을 국민의 시각에서 논의하였다. 동 회의에서는 소자화 대책을 미래에 대한 투자로 인식하고 취업, 결혼, 출산, 육아의 양자 택일 구조를 해결하여 “희망과 현실의 괴리” 해소를 지향해야 한다는 것을 강조하였다. 특히 일본의 가족 정책 관련 지출이 다른 국가에 비해 현저하게 적다는데 동의하고 저출산 정책을 위한 예산 확보와 이에 대한 정부의 책임을 논하였다.

2009년 1월에는 제4기 소자화대책 마련을 위하여 내각부특명담당대신인 소자화대책담당대신 주관하에 “원점에서 시작하는 소자화대책 프로젝트팀”을 구성하였다. “일과 가정의 양립,” “임신, 출산, 육아에 대한 불안 해소” “유아기 교육·보육의 무상화 등 교육비 경감,” “취약가정에 대한 육아 지원,” “지역에서의 육아 지원”의 5대 핵심 논의 과제를 중심으로 현재 작업을 계속 추진하고 있다. 2009년 6월 현재까지 독립적인 주제 하에 제10회 회의를 추진하였다.

본 고에서는 우리나라의 제2차 저출산고령사회 기본계획 마련을 위한 시사점을 모색하기 위해 일본 정부가 제4기 소자화 대책의 원활한 이행을 위한 준비과정으로서 추진하고 있는 “5가지 안

심플랜,” “사회보장국민회의,” “원점에서 시작하는 소자화 대책 프로젝트팀”의 주요 논의 사항을 검토하기로 한다.

[그림 2] 일본 저출산 정책의 추진 경과 (1990~2009년)



자료: 일본 내각부(2009), 『평생21년판 소자화사회백서』.

### Ⅲ. 최근 일본 저출산 정책의 주요 내용(2008~2009)

#### 1. “5가지 안심 플랜”에서의 소자화 대책(2008. 7)

2008년 7월 일본 정부는 국제적인 금융 위기에 직면하여 국민을 안심시키기 위한 일환으로 ‘미래에 희망을 갖고 안심하고 일하며 아이를 낳고 기를 수 있을 것’, ‘병에 걸려도 안심하고 의료 혜택을 받을 수 있을 것’ 등을 포함한 사회보장 방안을 검토하였다. 이를 바탕으로 5가지 중점과제를 중심으로 “사회보장 기능강화를 위한 긴급대책-5가지 안심플랜”을 제시하였다

5가지 안심플랜의 중점과제에서는 저출산 대책이 중요한 부분을 차지하고 있는바, “미래를 짊어질 아이들을 보호하고 키우는 사회 구축”을 비전으로 제시함으로써 저출산 정책 추진에 대한 강력한 의지를 보이고 있다. “국민의 결혼·출산·육아에 대한 희망과 실현의 괴리 해소”, “아동과 가족을 지원하는 사회적 기반을 정비”, “일과 생활의 조화 실현”의 세가지 목표하에 <표 1>와 같은 다양한 정책을 제시하였다.

<표 1> “5가지 안심플랜” 에 포함된 저출산 정책의 주요 내용

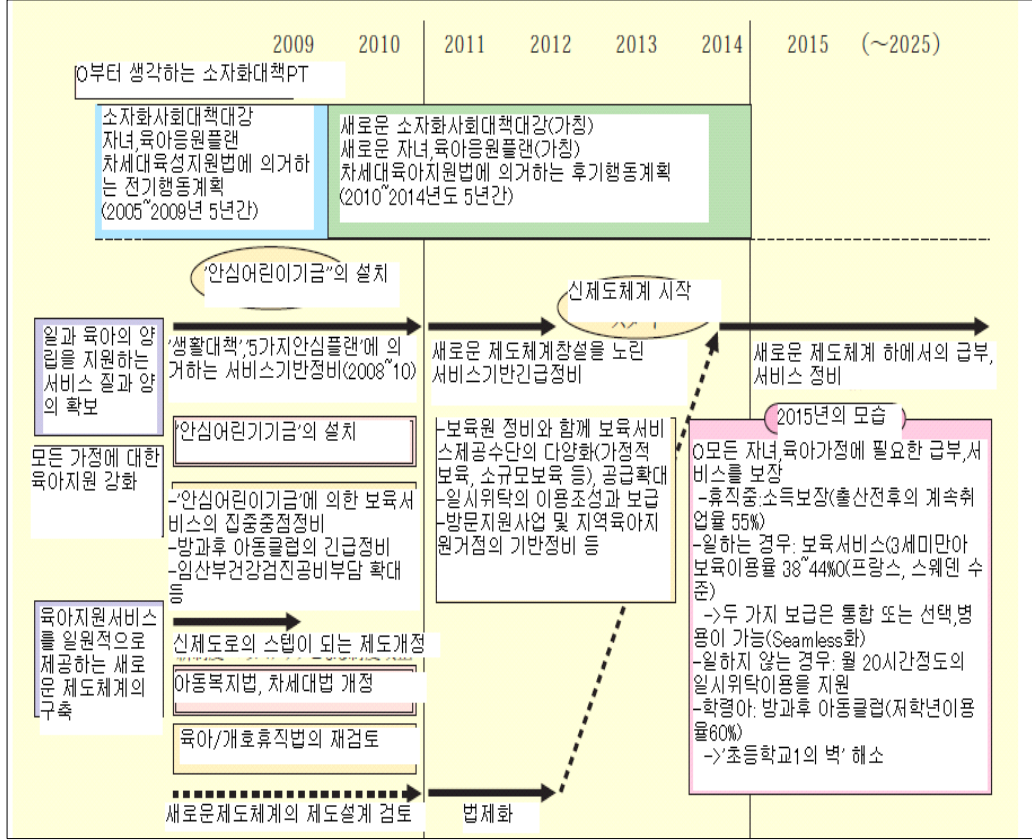
비전	미래를 짊어질 아이들을 보호하고 키우는 사회	
목표	1. 국민의 결혼·출산·육아에 대한 희망과 실현의 괴리 해소 2. 아동과 가족을 지원하는 사회적 기반 정비 3. ‘일과 생활의 조화’ 실현	
전략	보육서비스 등 육아를 지원하는 사회적 기반 정비	1. 인정어린이원의 근본적 개혁 - ‘어린이교부금’ 창설 및 종합적인 재정지원 검토 - 교부금 신청·집행의 일원화 추진 - 인정어린이원 제도개혁 2. 보육서비스 등의 확대 - 대가이동이 많은 지역에 대한 보육시설 긴급정비 - 시간 연장보육 확대 - 충실한 병아·병후아(질병 후의 아동) 보육 - 방과후 아동클럽 설치 촉진 - 가정적 보육(보육업마)의 제도화 3. 육아 불안을 안고 있는 가정에 대한 지원 - 일시 위탁사업 등의 확대 - 사회적 양호체제 등의 확대 - 장애아·발달장애자 지원의 확대 - 각종 육아지원사업 제도화를 위한 아동복지법 개정 등 4. 형제자매가 있는 가정 등에 대한 지원 - 보육비 경감 검토 - 육아·개호휴직법의 재검토 (충실한 자녀의 간호휴가제도) - 형제자매 같은 보육원 우선 입소 - 주택 지원 등 5. 포괄적인 차세대 육성지원의 틀 만들기 구축 - 포괄적인 차세대 육성지원 틀 구축에 대한 검토 6. 아동의 사회보장에 대한 이해 강화
	일과 생활의 조화 실현	- ‘카에루 재팬(Kaeru Japan)’ 캠페인 추진 - 일과 생활의 조화 추진 어드바이저 양성지원 - 육아·개호휴직법 재검토에 관한 검토(육아기 단시간근무제도 강화 등) 등

이러한 안심플랜의 일환으로서 “안심어린이기금”, “육아응원 특별 수당”, “임신부 건강진단 지원 확대”, “중소기업 육아지원 촉진”을 추진하였다. 첫째, “안심어린이기금”을 창설하여 보육 시

설 및 보육 서비스 정비를 위한 1,000억엔의 기금을 도도부현에 마련하였다. 동 기금을 통해 인 정 어린이집(공공어린이집), 임대 건물에 보육 시설 조성, 보육 마마 제도의 강화 등을 통해 15 만명 분의 영유아에 대한 보육 시설 및 서비스를 추가로 확보하는 것을 목표로 하고 있다. 이 밖에도 방과후 아동클럽의 촉진 및 보육의 질 향상을 위해 동 기금을 활용할 것으로 기대되고 있다. 둘째, 어려운 경제 상황을 고려한 2008년도 긴급 조치로서 “육아 응원 특별 수당”을 마련 하였다. 동 수당으로 초등학교 취학전 3년간의 둘째아 이상 자녀에 대해 1인당 3.6만엔(원화로 약 46만 8,000원)을 지급함으로써 육아에 대한 가정의 “안심”을 확보하고자 하고 있다. 셋째, 임신부의 충실한 건강관리와 경제적 부담을 경감하기 위해 임신건강진단에 대한 지원을 확대하 여 임신부가 약 14회에 걸친 건강검진 비용을 지원받을 수 있도록 정부지원을 확대하기로 하였 다. 넷째, 중소기업의 육아 지원 촉진을 위해 육아휴직취득자 및 단시간근무제도의 이용자가 처 음 발생한 경우, 현재 첫째 및 둘째 자녀를 지급대상으로 하고 있는 중소기업사업주에 대한 정 부 지원금 지급 대상 범위를 5명째까지 확대하고, 2명째 이후의 지급액을 현행 60만엔에서 80 만엔으로 인상하기로 하였다. 근로자가 이용한 육아서비스 비용에 대한 중소기업사업주 대상 정 부 지원금을 현재 비용의 2분의 1 지원에서 4분의 3로 인상하고 한도액을 1인당 30만엔에서 40 만엔, 사업주 당 360만엔에서 480만엔으로 인상하기로 하였다.

일본 정부는 2009년을 제4기 소자화 대책을 추진하기 위한 발판을 마련하는 중요한 시점으로 인식하고 “안심플랜”을 기반으로 새로운 저출산 정책으로의 원활한 이행을 위해 노력하고 있다. “안심어린이기금”을 통해 보육 시설 및 보육 서비스 확충을 위한 충분한 재원을 확보하여 시설 및 서비스 기반 구축에 노력하는 한편, 새로운 제도의 원활한 이행 위해 아동복지법, 차세대법의 개정과 육아 및 개호휴직법의 재검토를 고려하고 있다. 제4차 소자화대책의 주요 사항에 대해서 는 아직 발표된 바는 없지만, 사업의 종료되는 2015년 시점에서의 비전으로 “자녀를 양육하는 모든 가정에 필요한 급여 및 서비스 보장”을 제시하고 있다. 보다 구체적인 모습으로 육아 휴직 기간 중의 소득 보장을 통해 출산 전후의 계속 취업률이 55%를 유지하고, 취업모 0~3세 자녀 의 보육 서비스 이용률을 프랑스와 스웨덴 수준인 44%까지 향상 시키며, 전업 주부의 경우 월 20시간 정도의 일시 보육 서비스 이용을 가능하는 것을 목표로 하고 있다. 또한 초등학교 방과 후 보육 서비스를 강화하여 초등학교 저학년 방과후 학교 이용율을 60%까지 향상 시키는 것을 목표로 하고 있다.

[그림 3] 소자화 대책의 향후 추진 방향



## 2. 사회보장국민회의 최종 보고(2008. 1)

2008년 1월 일본 정부는 국민이 희망을 갖고 안심할 수 있는 사회보장제도의 바람직한 모습이 과연 무엇이며, 국민이 정부에게 어떠한 역할을 기대하고 있고 어떠한 부담을 나눌 수 있을지를 국민들의 입장에서 논의하기 위해 사회보장국민회의를 개최하였다. 국민회의에서는 논의를 효율적으로 진행하기 위해, ① 소득확보(고용, 연금), ②서비스 보장(의료, 개호, 복지), ③지속 가능한 사회 구축(소자화, 일과 생활의 조화)의 3가지 테마에 대해 분과회 및 워킹그룹을 설치하여 논의를 추진하였으며 같은 해 6월 중간보고를 거쳐 11월에 최종보고를 제출하였다.

중간보고에서는 소자화 대책을 미래의 일꾼들을 육성하는 '미래에 대한 투자'로 인식하고 취업과 결혼, 출산, 육아의 '양자택일구조' 해결을 통한 '희망과 현실의 괴리' 해소를 지향하며, 일과 생활의 조화 및 육아지원의 사회적 기반 확대를 '수레의 양쪽 바퀴'로 추진하는 것이 중요하다는데 이해를 함께 하고 있다.

또한 일본의 가족정책 관련 지출이 다른 국가들에 비해 매우 적다는데 동의하고 정부가 책임감을 갖고 재원 확보를 도모한 뒤, 대담하고 효율적인 재정투입을 실시하여 서비스의 질과 양의 근본적인 확대를 도모하는 것이 필요하다고 주장하고 있다.

이러한 중간보고 정리를 통해 최종보고에서는 다음과 같은 사항을 제시하고 있다. 첫째, 일과 육아의 양립을 지원하는 보육 서비스의 질과 양을 확보하기 위해 현재의 보육 환경 여건을 재검토하여 질이 좋고 유연한 서비스를 제공하는 시스템의 도입, 다양한 제공주체의 참가, 일정한 질이 유지되기 위한 정부 책임의 방향성 마련이 필요하다. 둘째, 모든 육아 가정에 대한 지원 확대, 임신, 출산기 지원 확대, 특별한 지원을 필요로 하는 아이들에 대한 배려, 다양한 주체의 참가 및 협동이 요청된다. 셋째, 소자화 대책은 사회보장제도 전체의 지속가능성의 근간에 관련된 정책으로 명확히 자리매김하고 효과적으로 재원을 투입해야 한다. 즉, 소자화 대책은 ‘미래에 대한 투자’로서 정부, 공공단체, 사업주, 국민이 각각의 역할에 따라 비용을 부담할 수 있도록 합의 형성이 필요하다.

### 3. “원점에서부터 시작하는 소자화 대책 프로젝트팀”의 주요 논의 사항(2009. 1)

2009년 1월에는 제4기 일본 소자화 대책(2010~2014)의 구체적인 사항을 마련하기 위해 내각 부특명담당대신인 소자화대책담당대신의 주관 하에 “원점에서부터 시작하는 소자화대책 프로젝트팀”을 구성하여 현재까지 논의를 계속하고 있다. 동 프로젝트팀에서는 1995년 엔젤플랜 실시 이후 일본 출산률에 별다른 진전이 없다는 사실을 인식하고 새로운 저출산 정책을 마련한다기 보다 이미 기존에 마련되어 있는 다양한 정책들이 실행되지 못하는 요인을 규명하고 이를 해소하는 방안을 마련하는데 중점을 두고 있다. 일본 사회에서 저출산 정책의 실행이 어려운 이유를 국민적 이해 및 관심 부족과 사회 구조적인 문제에 있다는 것에 의견을 같이하고 있다. 동 프로젝트팀에서는 출산 및 육아 당사자의 관점에서 매회 테마를 설정하고 다양한 분야의 전문가와 국민 각계 각층의 의견을 수렴함으로써 실효성 있는 정책을 제언하는데 초점을 두고 있다. 지역적 현실을 반영하기 위해 전국 각지에서도 프로젝트팀을 구성하여 간담회를 개최하고 있다.

동 프로젝트팀의 5대 핵심 논의 과제는 ①일과 가정의 양립, ②임신, 출산, 육아에 대한 불안 해소, ③유아기 교육·보육의 무상화 등 교육비 경감, ④한부모 가정, 장애아 가정 등 취약계층 가정에 대한 육아 지원, ⑤지역에서의 육아 능력 지원 등을 포함하고 있다. 2009년 2월부터 6월까지 총 10차례의 회의를 진행하였으며 주요 논의 사항은 아래 <표 2>와 같다.



〈표 2〉 “원점에서부터 시작하는 소자화 대책 프로젝트팀”의 주요 논의 사항

회 차	테 마	내 용
제1회 회의 (2009.2.10)	연애·결혼	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 저출산 대책의 첫 단추는 “연애·결혼”부터</li> <li>- 기존의 저출산 대책이 기혼자 중심적임을 반성</li> <li>- 기혼자 중심적 대책으로는 저출산문제의 근본해결에 한계</li> <li>- 저출산 문제는 미혼·만혼·비혼화와 깊숙이 연결되어 있음</li> <li>- 따라서 연애·결혼을 고려한 정책적 대응이 요구됨</li> <li>- 결혼 지원을 위한 국가적 정책 대안(예컨대, 새로운 만남의 장공, 커뮤니케이션 능력 제고, 카운셀링 등)이 요구되고 있으나 국민적 합의가 중요.</li> </ul>
제2회 회의 (2009.2.24)	젊은층의 고용과 자립지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 젊은층이 안심하고 가족을 형성할 수 있는 환경 조성</li> <li>- 기존의 저출산 대책은 임신·출산 이후에만 초점이 놓여짐.</li> <li>- life-cycle적 관점에서 포괄적인 젊은층 지원정책의 미비</li> <li>- 젊은층에게 가족형성이 가능한 취업과 경제적 자립 과정을 포괄적으로 지원함으로써 결혼이나 출산이후 생애로 연결해갈 수 있는 생활환경을 마련해야 함</li> </ul>
제3회 회의 (2009.3.9)	불임치료	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 임신이나 가족형성에 관한 인식 보급</li> <li>- 만혼화 등의 사회적 변화, 자궁내막증, 무정자증의 증가 등은 저출산 문제에 영향을 미치는 중요한 요인들임</li> <li>- 특히 불임치료에 대응할 수 있는 하드·소프트적 대응 요구</li> <li>- 학교 수준에서부터 임신이나 불임치료에 관한 정확한 교육과 지식이 확보될 수 있도록 경주해야 함.</li> <li>- 정책적 대안으로 불임치료의 ‘표준화’ 제고, 공적시설 및 연구강화, 카운셀링 인재 양성 등이 논의 중임.</li> </ul>
제4회 회의 (2009.3.24)	work-life balance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 복잡한 경제정세에 대응한 노동환경의 변화 필요</li> <li>- 일과 생활을 조화시킬 수 있는 유연한 노동환경 조성 요구</li> <li>- ‘work-life balance 현장’, ‘일과 생활 양립의 조화를 위한 행동지침’, 부친 육아지원책 마련 등이 요구</li> </ul>
제5회 회의 (2009.4.7)	보육·유아교육	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 유아교육과 보육에 관한 종합적 검토 필요</li> <li>- 여성의 사회활동 다양화, 육아능력 저하 등을 고려하여 이용자 중심적 관점에서 유아교육 무상화나 관련 보장제도개혁이 요구</li> </ul>
제6회 회의 (2009.4.21)	한부모가정과 어린이 빈곤	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 어린이 빈곤과 격차 간의 연쇄 방지 필요</li> <li>- 어린이 빈곤 문제가 학력격차, 건강, 학대, 비행문제로 연결되는데 대한 종합적인 정책 검토 요구(아동부양수당, 교비문제, 세제조치, 공공주택시설, 보육원의 방과 후 대책, 어린이 빈곤에 대한 성인교육 등)</li> <li>- 한부모가정(모자가정, 부자가정) 등에 대한 효과적 지원책 실시</li> </ul>
제7회 회의 (2009.5.12)	학교교육	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 가계의 과중한 교육비 부담 경감 필요</li> <li>- 취학원조, 수업료감면, 장학금 등을 통한 가계 교육비 부담 경감 추진</li> </ul>
제8회 회의 (2009.5.26)	가정·지역·마을만들기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사회 전체가 육아활동을 지원하는 환경 조성</li> <li>- 인재형성(차세대 인재 양성), 지역형성(공원/광장 등 교류공간 형성, 의료/보육 지원 등 사회적 서비스 충실 등)을 통해 가정이나지역의 육아 지원기능 강화</li> </ul>
제9회 회의 (2009.6.9)	소아의료·주산기의료· 병아보육	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 병아가 안심하고 생활할 수 있는 환경 조성</li> <li>- 병아 발생 시 부모의 불안 해소 및 병아 보육에 대한 대응 충실</li> </ul>
제10회 회의 (2009.6.23)	기존 회의내용의 종합정리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 소비세 1%를 어린이를 위해 활용하는 방안 강구</li> <li>- 시대변화로 가족, 지역, 직업영역이 담당해 온 결혼이나 육아지원기능이 저하되면서 육아에 대한 사회적 안전망 재구축 요구</li> <li>- 국민적 관심 부재, 대처방법 미비, 재원부족(가족관계 시책 예산)을 해소 요구</li> </ul>

#### IV. 최근 일본 저출산 정책 동향의 시사점

2010년은 우리나라 제1차 저출산고령사회기본계획이 마무리 되는 해로서 2011년부터 새로운 제2차 저출산고령사회기본계획이 시작된다. 이러한 2차 기본계획에는 1차 기본계획 사업을 추진함으로써 얻은 교훈과 반성을 함께 포함시켜야 할 것은 물론이며, 급변하는 사회 환경에 대응하기 위하여 새롭게 대두된 저출산고령화 관련 이슈를 정책 내용에 포함시켜야 할 것이다. 이러한 관점에서 일본의 최근 저출산 정책 동향은 우리나라의 제2차 저출산고령사회기본계획이 어떠한 방향으로 추진되어야 할 것인가에 대한 유용한 시사점을 주고 있다. 일본의 저출산정책이 아직 출산률 회복에 커다란 변화를 가져오지는 못하고 있지만 저출산 정책이 미래를 위한 투자이며 이를 위해서는 아낌없는 재정적 지원이 필요하고 이를 위한 사회적 구조 개선과 국민적인 합의가 필요하다는 사실을 인식하고 있다는 점은 우리에게 많은 시사점을 주고 있다.

출산률 회복은 하나의 정책에 의해서 단기간에 이루어 질 수 있는 단순한 문제가 아니다. 저출산 문제를 성공적으로 해결하였다고 평가되는 대표적인 국가인 프랑스와 스웨덴에서도 저출산 문제를 인식하고 이를 해결하기 위한 노력을 수십년 간에 걸쳐 추진한 이래 오늘날과 같은 출산률 회복을 가져왔다. 저출산 문제를 해결하고자 하는 과정에서 프랑스와 스웨덴은 많은 사회적 변화와 제도상의 변혁을 시도하였다. 일본이 저출산 문제에 대응하기 위하여 처음으로 엔젤플랜을 제시한 이래 약 15년 남짓의 세월이 흘렀다. 일본의 저출산 정책이 “실패”하였다고 단정하기에는 아직은 시기상조라고 본다. 저출산 정책은 장기적인 안목에서 추진해야 할 것이며 새롭게 등장하는 사회적 문제에 대응하여 지속적으로 추진해야 한다는 사실을 일본의 최근 저출산 정책 동향이 잘 지적해 주고 있다.



**발표 4**      **결혼이주여성의 자녀 출산·  
양육에 대한 정책적 대응과 특성**

---

**김영주**

[충남여성정책개발원 선임연구위원]



# 결혼이주여성의 자녀 출산·양육에 대한 정책적 대응과 특성

김영주(충남여성정책개발원 선임연구위원)

## I. 머리말

이제 한국 사회에서 국제결혼은 예외적인 현상이 아니라 자연스러운 혼인방식의 하나로 자리 잡았다. 국제결혼의 급격한 증가에는 출생성비 불균형 심화, 농촌·도시 인구이동, 양성평등 관념의 확산과 세계화 등 많은 사회적인 요인들이 자리잡고 있다(김두섭, 2006). 이른바 국제결혼을 계기로 형성된 ‘다문화가정’이 증가하면서, 결혼이주여성을 비롯한 다문화가정 구성원의 사회통합은 국가적인 과제로 대두되었다.

이 과정에서 결혼이주여성과 관련한 다양한 정책과 지원 서비스가 확대된 것은 사실이다. 하지만 그럼에도 불구하고 결혼이주여성은 생활상의 많은 어려움을 경험하고 있다. 그 중에서도 결혼이주여성이 처한 가장 큰 어려움의 중의 하나로 자녀양육과 교육 문제가 지적되고 있다(김오남, 2006; 서홍란 외, 2008; 왕한석, 2006; 이진숙, 2007; 조영달, 2006; 한건수, 2006).

한국 입국 이후 결혼이주여성의 상당수는 임신·출산을 경험하고, 자녀양육을 실질적으로 수행한다. 그 과정에서 결혼이주여성은 건강에의 취약함과 자녀양육의 부담 및 다양한 스트레스에 직면한다. 결혼이주여성의 건강과 자녀들의 건강한 성장을 위한 양육 환경의 조성은 한국 사회의 책무이자 과제이다. 이는 결혼이주여성의 어려움을 해결하는 차원만이 아니라 이들이 우리 사회의 한 구성원으로서 평등하고 인간다운 삶을 영위할 수 있게 하기 위해서 기본적으로 추진되어야 할 것들이다.

이러한 맥락에서 이 글에서는 결혼이주여성의 임신·출산 및 자녀 양육에 대한 정책과 그 특성을 살펴보고, 향후 과제에 대하여 논의하고자 한다. 2장에서는 결혼이주여성의 임신·출산 및 자녀 양육과 관련한 선행연구를 검토하고, 결혼이주여성의 모성건강과 자녀양육의 정책적 접근에 있어 고려해야 할 이슈들을 ‘젠더 이슈’와 ‘다문화 이슈’의 두 가지 차원에서 논의한다.

3장에서는 현재 결혼이주여성의 자녀 출산 및 양육 현황을 관련 통계를 중심으로 한다. 주로 결혼이주여성의 혼인 및 지역별 자녀의 수와 출신국가별 특성 등을 중심으로 살펴볼 것이다.

4장에서는 결혼이주여성의 임신·출산 및 자녀양육과 관련한 정책들을 살펴보고, 정책의 특성을 젠더 관점과 다문화적 관점이라는 두 가지 차원에서 검토하고, 향후 과제에 대하여 논의한다.

## II. 선행연구 검토 및 정책 이슈

### 1. 선행연구 검토

우선, 결혼이주여성의 자녀 출산에 관한 선행연구를 검토해보면, 최근의 결혼이주여성에 관한 많은 연구에 비한다면 결혼이주여성의 출산에 관한 연구는 많지 않다. 그럼에도 불구하고 결혼이주여성의 출산행태와 출산력에 관한 연구가 조금씩 이루어지고 있는데, 주로 표본조사나 사례조사를 통하여 결혼이주여성의 출산행태 및 출산력과 사회·인구학적 변인 및 문화적 요인 등의 관계를 탐색하거나 임신·출산 관련 생식건강 실태에 관한 연구가 이루어지고 있다(김두섭 외, 2008; 김영주 외, 2008; 김혜련 외, 2008; 이삼식 외, 2007; 차승은·김두섭, 2008).

이삼식 등의 연구에서는 미국, 영국, 스위스, 독일, 이탈리아 등 비교적 이민이 활발한 국가들에서 공통적으로 이민자의 출산율이 비이민자에 비해 높게 나타나지만, 한국의 경우 현실적으로 한국인 남편의 연령이 높고, 경제력이 취약한 상황 등은 결혼이주여성의 출산력이 억제되는 요인으로 작용하기 때문에 결혼이주여성의 출산력은 한국의 출산율에 보다 근접한 수준일 것으로 보고 있다(이삼식 외, 2007).

또 결혼이주여성의 출산수준과 사회적 자본과의 관계를 탐색한 연구에서는, 결혼이주여성의 경우 사회적응 스트레스 및 불안한 지위 등으로 인하여 한국인 기혼여성보다 출산수준이 낮고 출산 간격이 긴 것으로 나타났는데, 특히 결혼이주여성의 사회적 자본, 즉 사회적 활동이 활발하고 타인과의 접촉이 다양할수록, 그리고 사회 연결망의 직업 위세가 높을수록 자녀수가 증가하는 경향을 보이고 있음을 밝혀내었다(김두섭, 2008).

그 외에도 출산과 관련한 건강에 대한 연구로는, 출신국별로 차이는 있지만, 출산과 경제활동과 같은 사회적 역할 수행이 결혼이주여성의 우울을 해소하는데 기여하고 있다고 밝힌 연구(차승은·김두섭, 2008)와 결혼이주여성의 임신, 분만, 출산 지원과 관련한 다양한 여성건강 간호중재 프로그램 개발의 필요성을 강조한 연구가 있다(김혜자, 2008).

다음으로, 자녀양육 및 교육에 관한 연구는 최근 몇 년간 비교적 활발하게 수행되어왔다. 국제 결혼의 증가와 함께 자녀 수의 급증은 국제결혼부부 당사자만이 아니라 그 자녀들의 양육 및 교육 현실과 환경에 대한 관심을 자연스럽게 가지게 한 것으로 보인다.

결혼이주여성 자녀양육 및 교육과 관련한 선행연구들은 크게 두 가지 차원에서 접근이 이루어

지고 있다. 하나는 결혼이주여성의 자녀양육 실태에 관한 연구로서 자녀양육 과정에서 경험하는 스트레스나 양육 과정에 직면하는 어려움에 대한 양적·질적 연구들이다(김도희 외, 2007; 김영옥 외, 2008; 서현·이승은, 2007; 서홍란 외, 2008; 송미경 외, 2007; 오성배, 2007; 이진숙, 2007; 전홍주 외, 2008).

다른 하나는 결혼이주여성 자녀의 교육과 관련한 연구로서, 주로 자녀들의 언어 및 정서 발달 수준, 자아정체감 등에 관한 연구와 초등학교 재학 자녀들의 학교 현장에서의 적응 및 학습 수준 등에 관한 연구들이 이에 해당한다(오성배, 2005; 이재분 외, 2008; 전홍주 외, 2008; 정은희, 2004).

이 연구들에 따르면, 결혼이주여성의 자녀교육에 대한 관심과 기대수준은 높지만 언어 소통과 교육 관련 정보 습득에서의 취약함으로 자녀 교육에 대한 지원과 실질적인 개입에 한계를 지니고 있음을 보여주었다(오성배, 2007; 전홍주 외, 2008).

이 중에서 이 글의 논의대상인 결혼이주여성 자녀들의 임신·출산과 자녀양육과 관련한 선행연구들을 살펴보면, 우선 김도희 외(2007)는 농촌 거주 필리핀이나 일본 결혼이주여성보다 베트남 여성의 양육 스트레스가 더 높다는 것을 밝혀냈고, 서홍란 외(2008)는 베트남 결혼이주여성들의 자녀 양육 스트레스의 수준이 전반적으로 높다는 것을 밝혀내었다. 결혼이주여성의 자녀 양육 스트레스 수준이 높은 것은 자녀 양육방식의 문화적 차이, 부부갈등, 사회적 지지 및 양육과 관련한 정보와 지원 체계 부족 등에서 비롯되는 것으로 보인다.

이 외에도 결혼이주여성들이 겪고 있는 자녀양육 스트레스는 자신의 언어적 의사소통의 어려움이 자녀들의 지적 성장이나 언어발달에 영향을 미칠 수도 있다는 불안과도 관련된다(송미경 외, 2007).

또한 자녀양육의 실질적인 책임이 여성에게 주어지는 한국 사회에서 배우자인 남편의 자녀양육 참여도가 높지 않기 때문에 결혼이주여성의 자녀 양육에 대한 어려움은 더욱 가중되고 있다. 관련 연구에서도 국제결혼 가정의 아버지 양육참여는 중간 수준으로서 일상적 양육보다는 활동적인 놀이 중심의 참여가 이루어지고 있음을 밝히고 있다(이진숙, 2007).

특히 이 연구에서는 배우자인 남편의 학력이 낮고 농업, 생산직 등 직업 위세가 낮은 업종에 종사할수록 자녀양육 참여 수준이 낮은 것으로 나타났는데, 농림어업직 남성의 40% 정도가 국제결혼을 하고, 국제결혼 가정의 52%가 빈곤계층에 속한다는 실태에 비추어 볼 때(설동훈 외, 2005), 국제결혼 가정 남편의 자녀양육 참여도는 전반적으로 낮다고 예상되며 이에 남편의 자녀양육 참여를 높일 수 있는 방안과 사회적 지원이 필요함을 시사한다.



## 2. 결혼이주여성 자녀 출산 및 양육 관련 젠더-다문화 이슈와 정책

결혼이주여성의 자녀 임신·출산 및 양육에 대한 지원은 크게 두 가지 차원에서 생각해볼 수 있다. 하나는 젠더 관점에서의 돌봄의 사회화와 관련된 것이고, 다른 하나는 다문화적 사회통합의 관점과 관련된 것이다. 결혼이주여성의 임신·출산 및 자녀 양육에 대한 정책은 한국사회에서 돌봄의 사회화를 확산시키고 다문화적인 사회통합을 증진시키는데 매우 중요한 의미를 지닌다. 전통적인 가족 기능의 약화와 여성의 사회·경제적 참여 증대 등으로 자녀 양육은 여성 고유의 역할과 사적인 책임의 영역이 아니라 사회적인 수준의 공적인 책임의 영역이 되었다.

특히 국제결혼가정과 같은 다양한 가족형태의 증가는 상대적으로 자녀 돌봄에 취약한 가족의 돌봄 기능을 정책적으로 보완하고 지원해야할 과제를 증대시키게 되었다. 그러나 이러한 돌봄의 사회화가 젠더 관점에서 이루어지지 않는다면, 자녀 돌봄에 대한 부담이 일부 경감될 수는 있어도 ‘돌봄 수행자’로서의 여성의 위치와 역할 체제의 변화는 기대하기 어렵게 된다. 또한 젠더 관점에서의 돌봄의 사회화는 자녀 양육에 대한 서비스 확충이나 가족친화적인 제도의 정착과 관련한 문제만이 아니라 여성의 임신·출산과 같은 재생산 과정도 포함된다고 할 수 있다.

최근, 한국의 출산율이 세계적으로 유래없을 정도로 낮아지면서 저출산 문제가 사회적 현안이 되고 있는 가운데, 출산과 자녀양육에 대한 정책 지원이 강화되고 있지만 이것도 여성의 재생산권과 안전하고 건강한 출산 및 양육에 대한 보장이 없으면 한계가 있을 수밖에 없다. 따라서 여성 개인의 다양한 생애설계와 행복추구권을 고려하면서 인간의 재생산 과정에서 여성의 의사결정권과 건강권, 이를 보장받을 수 있는 제반 사회적 지원이 포괄적으로 보장되어야 한다(김인춘·최정원, 2008).

결국 결혼이주여성의 임신·출산 및 자녀양육에 대한 정책은 젠더 관점에 입각하여 접근되고 추진되어야 한다. 이것과 관련하여 우선적으로 결혼이주여성의 임신·출산과 자녀양육을 젠더 관점에서 바라보았을 때 제기될 수 있는 정책 이슈들을 정리해보면 다음과 같다.

### 1) 결혼이주여성의 임신·출산 및 자녀양육과 관련한 젠더 이슈

- 임신·출산에 관한 선택 및 결정의 권리
- 모성의 사회적 가치에 대한 재평가와 사회적 지원
- 자녀양육에 대한 전통적인 성별분업 체제 극복
- 취업과 출산 및 양육을 병행할 수 있는 제도의 구축

첫째는 결혼이주여성이 한국사회의 한 구성원이자 독립된 인격체로서 임신·출산과 관련한 상황에서 선택 및 결정의 권리가 보장되는 것인가의 문제이다. 혹은 결혼이주여성의 재생산권이 보장될 수 있도록 지원하는 내용이 정책에 얼마나 포함되어 있는가와 관련된다. 재생산권은 여성 자신이 출산을 할 권리와 출산을 하지 않을 권리 등 자신의 몸과 재생산에 관련한 행위 및 상황에 있어 스스로 통제하고 선택 및 자율성을 지닐 권리를 의미한다.

둘째, 젠더 관점에서 모성은 여성 개인이 자연스럽게 지니거나 수행할 수 있는 어떤 역할이 아니라 역할 수행에 대한 기대와 제도가 결합된 것으로서 시대나 사회에 따라 다르게 규정될 수 있다. 현대 사회에서 모성은 여성 개인이 전적으로 책임을 져야 할 영역이 아니라 남성을 포함하여 사회 구성원 모두가 책임을 공유하고 함께 참여해야 할 영역이다. 따라서, 모성활동을 여성의 역할로 규정짓지 않고, 사회 전체가 책임지어야 할 영역으로 접근하는 가운데, 다양한 조건과 상황에 놓여있는 양육 주체(여성, 남성, 가족 등)들의 모성활동을 지원하는 것이 필요하다.

셋째, 이러한 모성활동의 지원은 자녀양육에서의 전통적인 성별분업 체제를 극복하는 것과 연관된다. 남성의 자녀양육 참여는 부모로서의 권리를 행사할 수 있게 하며, 생계부양자인 남성과 자녀양육자인 여성이라는 성별분업 체제를 약화시킨다는 점에서 성평등적인 가족문화의 확산에 기여한다. 따라서 현실적으로 자녀양육의 참여에 취약한 국제결혼가정의 남편들의 자녀 돌봄의 참여를 확대하기 위한 정책개발이 요구된다.

넷째, 출산 및 양육과 취업을 병행할 수 있는 환경의 조성은 여성의 사회참여 및 여성인적자원의 활용 등을 위해서는 매우 중요하다. 결혼이주여성은 상당수가 경제적으로 어렵고, 모국의 가족에 대한 부양의 책임 등을 이유로 취업에 대한 욕구가 상당히 높은 편이다. 또한 현실적으로 생계부양자로서의 역할을 해야 하는 이들도 있다. 현재 일과 가정의 양립을 위한 산전후 휴가나 육아휴직 등 제도가 운용되고는 있으나, 결혼이주여성이나 남편이 일하고 있는 분야는 사실상 제도의 수혜를 받기 어려운 영세 사업장이나 자영업체의 생산직, 서비스직, 농어업직이다. 따라서 결혼이주여성의 현실과 특성에 맞는 일과 가정의 양립을 위한 정책 마련과 제도의 보완이 필요하다.

다음으로 결혼이주여성의 임신·출산 및 자녀양육에 대한 지원은 ‘이주민’으로서 사회통합의 관점에서 접근되고 추진될 필요가 있는데, 그것과 관련하여 제기될 수 있는 이슈들은 다음과 같다.

## 2) 결혼이주여성의 임신·출산 및 자녀양육과 관련한 다문화 이슈

- 의사소통의 문제
- 임신·출산 과정에서의 모성건강

- 다문화적 출산 문화 및 자녀 양육문화 이해: 다문화 의료·보건 케어
- 자녀의 긍정적 정체성 유지와 다문화적 양육 및 교육

첫째, 결혼이주여성이 일상적으로 접할 수 있는 어려움으로서 의사소통의 어려움은 공통적으로 경험하게 되는데, 임신·출산 등 모성건강과 자녀양육에 있어 의사소통의 문제 때문에 건강상의 위험한 상황에 처하게 되거나 충분한 케어를 받지 못하는 경우가 없도록 지원해야 한다.

선행연구에서도 결혼이주여성들이 임신 중에 병원이나 보건소에 가지 못했거나 자주 가지 못한 이유로 병원비 부담이나 거리가 멀고 교통이 불편한 이유 외에도 의사소통의 어려움이 주된 이유 중의 하나임을 밝혀낸 바 있다(김혜련 외, 2008). 이러한 현실을 본다면, 결혼이주여성의 모성건강을 위해서는 의사소통의 장벽으로 인한 접근성의 문제가 우선적으로 해결되어야 한다.

둘째, 결혼이주여성은 ‘이주민’으로서 특히 입국 초기에 임신·출산을 할 경우, 한국출신의 여성보다 더 많은 스트레스와 어려움을 경험할 것으로 예상된다. 김혜련 외의 연구에서도, 임신 중 먹는 음식이 출신국가 음식과 달라 전혀 먹지 못한 경우는 12.8%, 잘 먹지 못한 경우 49.6%로 약 60%가 음식 섭취의 어려움을 경험하였고, 빈혈이 19.6%, 산전 후 출혈 9.4%, 저체중이나 임신 중 체중증가 미달 8.3%, B형 간염 8.2%로 나타났다(김혜련 외, 2008).

이러한 사실은 결혼이주여성들이 이주민으로서의 어려운 상황으로 인하여 임신·출산 과정에서 건강상의 취약한 집단이 될 가능성이 높음을 의미한다. 따라서 결혼이주여성의 특수성을 고려한 모성건강과 임신 및 출산에 대한 다양한 지원이 필요하다.

셋째, 우리가 다문화적 관점에서 출산이나 자녀 양육을 바라본다면, 출산의 주체인 결혼이주여성의 문화적 배경과 자녀 양육 방식의 문화적 다양성을 생각해보아야 한다. 출산은 생물학적 재생산의 과정만이 아니라 출산의 준비와 방법 등에 있어 다양한 관습과 제도가 결합된 문화적인 과정이기도 하다. 따라서 결혼이주여성의 출산과 관련한 지원 서비스는 이들의 다양한 출산 문화와 자녀 양육 방식에 대한 문화적 이해가 접목되어야 한다.

### III. 결혼이주여성의 자녀 출산·양육 현황

#### 1. 결혼이주여성의 혼인 및 이혼

##### 1) 결혼이주여성의 혼인

결혼이주여성의 혼인과 관련하여 출신국가별 혼인 추이, 혼인형태, 부부 연령차에 대해서 살펴

보고자 한다. 우선, 2008년 외국인과의 혼인은 총 3만 6,204건으로 총 혼인의 11.0%를 나타내며, 2005년의 13.5%를 정점으로 3년째 조금씩 감소하고 있는 추세를 보이고 있다. 외국인과의 혼인에서도 ‘한국인 남성과 외국인 여성’의 혼인이 77.7%를 차지한다.

〈표 1〉 외국인과의 혼인

(단위: 건, %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
총 혼인건수	332,090	318,407	304,877	302,503	308,598	314,304	330,634	343,559	327,715
외국인과의 혼인	11,605	14,523	15,202	24,776	34,640	42,356	38,759	37,560	36,204
총혼인건수대비 구 성 비	3.5	4.6	5.0	8.2	11.2	13.5	11.7	10.9	11.0
증 감	1,782	2,918	679	9,574	9,864	7,716	-3,597	-1,199	-1,356
증 감 륜	18.1	25.1	4.7	63.0	39.8	22.3	-8.5	-3.1	-3.6
한국남자+외국여자	6,945	9,684	10,698	18,751	25,105	30,719	29,665	28,580	28,163
증 감 륜	29.3	39.4	10.5	75.3	33.9	22.4	-3.4	-3.7	-1.5
한국여자+외국남자	4,660	4,839	4,504	6,025	9,535	11,637	9,094	8,980	8,041
증 감 륜	4.6	3.8	-6.9	33.8	58.3	22.0	-21.9	-1.3	-10.5

자료 : 통계청(2009), 『2008년 혼인통계결과』.

〈표 2〉 국적별 외국인과의 혼인

(단위: 건, %)

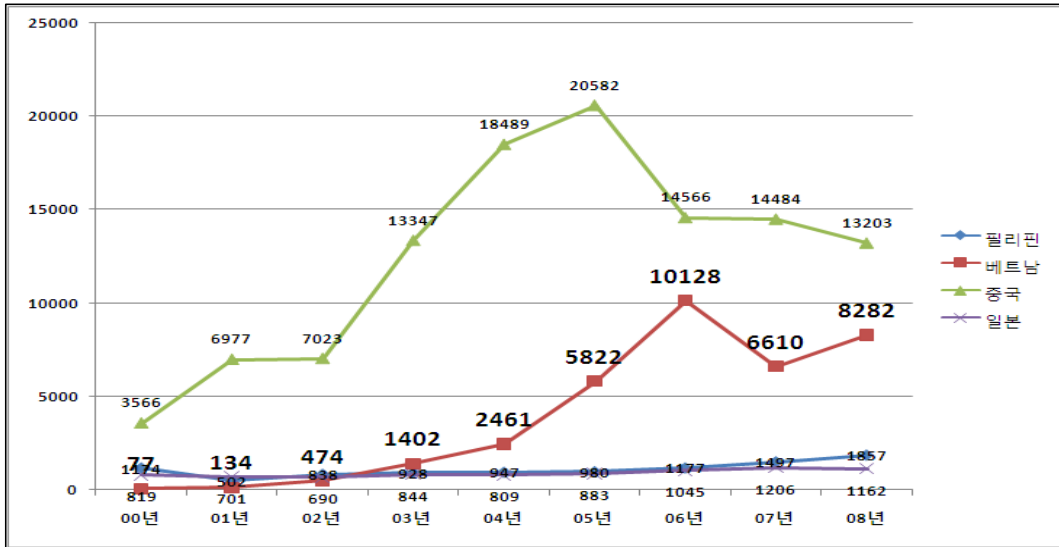
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
									건수	구성비
한국남자+외국여자	6,945	9,684	10,698	18,751	25,105	30,719	29,665	28,580	<b>28,163</b>	<b>100.0</b>
중 국	3,566	6,977	7,023	13,347	18,489	20,582	14,566	14,484	<b>13,203</b>	<b>46.9</b>
베트남	77	134	474	1,402	2,461	5,822	10,128	6,610	<b>8,282</b>	<b>29.4</b>
필 리 핀	1,174	502	838	928	947	980	1,117	1,497	<b>1,857</b>	<b>6.6</b>
일 본	819	701	690	844	809	883	1,045	1,206	<b>1,162</b>	<b>4.1</b>
캄보디아	*	*	*	19	72	157	394	1,804	<b>659</b>	<b>2.3</b>
태 국	240	182	327	345	324	266	271	524	<b>633</b>	<b>2.2</b>
몽 골	64	118	194	320	504	561	594	745	<b>521</b>	<b>1.8</b>
우즈베키스탄	43	66	183	328	247	332	314	351	<b>492</b>	<b>1.7</b>
기 타	962	1,004	969	1,218	1,252	1,136	1,236	1,359	<b>1,354</b>	<b>4.8</b>

자료 : 통계청(2009), 『2008년 혼인통계결과』.

다음으로 출신국가별 결혼이주여성의 혼인은 중국이 46.9%, 베트남 29.4%, 필리핀 6.6%로 중국과 베트남이 약76%를 점유하고 있다. 출신국가별 결혼이주여성의 혼인 추이는 필리핀과 일본은

거의 변화가 없는 형태를 보이거나 중국은 2005년까지 급증세를 보이다가 이후에 약간 감소하는 추세를 나타내고 있다. 베트남은 2003년까지 완만한 증가 추이를 보이다가 2003년 이후 크게 증가하였으며 현재 중국에 이어 두 번째로 혼인이 많이 이루어지고 있음을 알 수 있다([그림 1] 참고).

[그림 1] '한국남성+외국여성' 국제결혼의 배우자 출신국가 추이



자료: 통계청, 『혼인통계』(www.kosis.or.kr).

외국인 여성(결혼이주여성)과 한국남성의 혼인을 형태별로 보았을 때, 초혼은 64.7%, 재혼은 35.3%인데, 2006년 이후 조금 증가하고 있기는 하지만 한국인 부부의 초혼율(76.1%)에 비한다면 재혼의 비율이 상대적으로 높은 것으로 나타난다. <표 3>의 통계에서는 결혼이주여성의 재혼에 대해서 정확히 알 수 없으나 배우자인 한국인 남성이 재혼인 경우가 1/3을 넘고 있다.

<표 3> 외국인과 혼인한 한국인의 혼인종류별 구성비

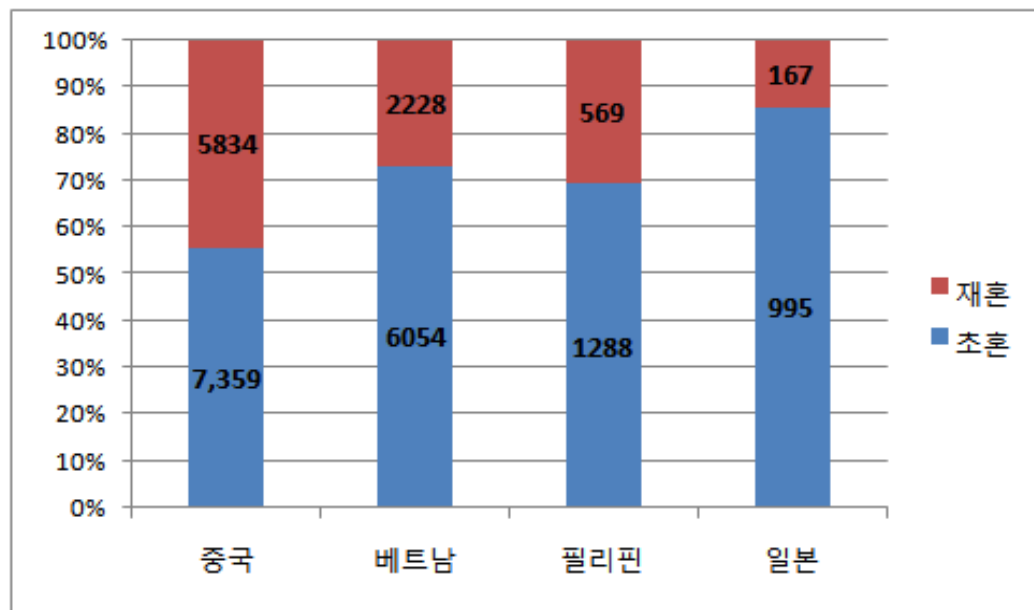
(단위: %)

혼인종류		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
한국남자+ 외국여자	초혼(A)	75.3	66.8	65.5	58.3	53.5	55.7	63.6	62.8	<b>64.7</b>
	재혼(B)	24.7	33.2	34.5	41.7	46.5	44.3	36.4	37.2	<b>35.3</b>
	비(A/B)	3.1	2.0	1.9	1.4	1.2	1.3	1.8	1.7	<b>1.8</b>
한국여자+ 외국남자	초혼(A)	63.2	61.2	63.3	56.8	45.9	43.3	55.2	57.6	<b>58.4</b>
	재혼(B)	36.8	38.8	36.7	43.2	54.1	56.7	44.8	42.4	<b>41.6</b>
	비(A/B)	1.7	1.6	1.7	1.3	0.8	0.8	1.2	1.4	<b>1.4</b>

자료: 통계청(2009), 『2008년 혼인통계결과』.

한국남성의 결혼형태와 배우자인 결혼이주여성의 출신국가를 교차하여 살펴보면, 출신국가에 따라 한국남성의 결혼형태가 상이하게 나타남을 볼 수 있는데, 중국여성과의 혼인은 한국남성이 재혼인 비율이 44.2%, 베트남 26.9%, 필리핀 30.6%, 일본14.3%로 일본이나 베트남 여성보다는 중국(재중동포 포함)과 필리핀 여성과의 혼인에서 재혼 비율이 훨씬 높음을 알 수 있다.

[그림 2] 한국남성의 배우자 출신국가별 결혼형태



자료: 통계청 통계데이터베이스(www.kosis.or.kr).

결혼이주여성의 결혼당시 혼인형태를 통계적으로 정확하게 파악하기는 어렵다. 다만, 선행연구들을 참고로 하면 결혼이주여성의 재혼 비율은 비교적 편차가 크게 나타난다. 일부 연구에서는 결혼이주여성의 재혼이 비교적 높은 것으로 조사되었지만(설동훈 외, 2005; 정기선 외, 2007), 또 다른 연구들에서는 결혼이주여성의 재혼이 10% 이하로 비교적 높지 않은 것으로 나타난다(김영주, 2006; 장명선·이옥경). 설동훈 외(2005)의 연구에서는 ‘남 초혼/여 재혼’ 비율이 7.9%, ‘남 재혼/여 초혼’ 비율이 13.6%, ‘모두 재혼’이 16.7%로 여성의 재혼도 한국인 여성의 재혼 비율보다는 상대적으로 높은 것으로 나타난다. 이와 같은 양상은 경기도 내 국제결혼가족을 대상으로 한 정기선 외(2007)의 연구에서도 비슷하게 나타나고 있다.

그러나 이러한 차이에도 불구하고 출신국가에 따른 결혼이주여성의 혼인형태는 비슷한 패턴을 보이고 있다. 즉 중국 출신 여성은 한족 및 재중동포(조선족) 모두 다른 출신국가 여성에 비하여 재혼 비율이 상대적으로 훨씬 높은 것으로 나타난다(설동훈 외, 2005; 장명선·이옥경, 2008; 정

기선 외, 2007).

외국인과의 혼인과 재혼의 증가는 그만큼 한국의 혼인과 가족구성이 다양해지고 있음을 보여주는 징표이다. 한편, 외국인과의 혼인에서 부부의 연령차는 한국인 부부의 혼인 연령차 보다 매우 크다. 특히 한국 남성과 외국 여성 부부의 혼인 연령차는 한국인 부부보다 9.5세가 많다. 그리고 한국 여성과 외국 남성 부부의 혼인 연령차는 4.1세로 한국인 부부의 혼인 연령차(2.3세) 보다는 크지만 그 차이가 그리 크지 않으며, 2000년의 6.6세에서 전반적으로 연령 격차가 줄어들고 있음을 보여준다.

그러나 한국 남성과 외국 여성 부부의 혼인 연령차는 11.8세에 달하고 있으며 2000년 이후 그 차이가 계속 증가하고 있음을 보여준다(<표 4> 참고).

<표 4> 부부의 평균 혼인 연령차

(단위: 세)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
한국 남자+외국 여자	6.9	7.5	7.9	8.3	8.4	9.1	11.6	11.5	<b>11.8</b>
한국 여자+외국 남자	6.6	6.5	5.2	4.0	3.1	2.7	4.1	4.3	<b>4.1</b>
한국 여자+한국 남자	2.7	2.6	2.6	2.6	2.6	2.5	2.4	2.4	

자료: 통계청(2009), 「2008년 혼인통계결과」.

이러한 결혼이주여성 부부의 연령 차이는 출신국가에 따라 차이를 보이는 것으로 나타난다. 일본여성 및 중국여성과의 혼인에서는 부부 연령 차이가 상대적으로 적지만, 베트남, 캄보디아 등 동남아시아 출신국 여성과의 혼인 시 부부 연령 차이는 15세가 넘는 것으로 조사된 바 있다 (장명선·이옥정, 2008; 정기선 외, 2007).

## 2) 결혼이주여성의 이혼

결혼이주여성의 이혼은 국제결혼의 급증과 누적에 따른 자연스러운 현상이라고 볼 수 있지만, 그 증가폭이 최근 몇 년간 크게 나타나고 있다는 점에서 주목해야 한다. 국제결혼부부의 이혼은 2002년에 총 이혼 대비 구성비가 1.2%에 불과하였으나, 2008년에는 9.7%로 8배가 증가하였다 (<표 5> 참고). 특히 한국남성과 외국여성 부부의 이혼은 건수나 증감률에 있어서 매해 큰 폭으로 증가 추세를 보이고 있다.

〈표 5〉 한국인과 외국인 부부의 이혼

(단위 : 건, %)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
총 이혼건수	144,910	166,617	138,932	128,035	124,524	124,072	116,535
외국인과의 총 이혼	1,744	2,012	3,300	4,171	6,136	8,671	11,255
총 이혼 대비 구성비	1.2	1.2	2.4	3.3	4.9	7.0	9.7
증 감	50	268	1,288	871	1,965	2,535	2,584
증감률	3.0	15.4	64.0	26.4	47.1	41.3	29.8
-한국인 남편+외국인 처	380	547	1,567	2,382	3,933	5,707	7,962
증감률	-1.8	43.9	186.5	52.0	65.1	45.1	39.5
-한국인 처+외국인 남편	1,364	1,465	1,733	1,789	2,203	2,964	3,293
증감률	4.4	7.4	18.3	3.2	23.1	34.5	11.1

자료 : 통계청(2009), 『2008년 이혼통계결과』.

또한 국제결혼부부의 이혼 시 평균 동거기간이 매우 짧다는 것이 특징이다. 한국인 부부의 경우 2000년 이후 전체 이혼에서 동거기간 5년 미만이 차지하는 비율이 점차 낮아지고(2008년 33.1%), 동거기간 20년 이상이 차지하는 비율이 점차 높아지는 추세를 보이는 것과는 대조적이다. 특히 ‘한국남성과 외국여성’ 부부의 이혼 시 평균 동거기간은 2.7년으로 매우 짧다.

〈표 6〉 외국인 배우자와의 이혼 시 평균 동거기간

(단위 : 건, %)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
한국인 남편+외국인 처	2.2	2.3	2.1	2.1	2.2	2.5	2.7
외국인 남편+한국인 처	5.3	5.3	6.0	5.7	5.3	5.9	5.6

자료: 통계청(2009), 『2008년 이혼통계결과』.

결국 이러한 통계들은 국제결혼부부들이 결혼생활을 지속하는데 있어 많은 어려움과 갈등이 있음을 보여준다. 국제결혼부부들은 의사소통의 어려움과 한계 외에도 가족 구성원간의 역할수행과 기대, 생활방식 등 가족문화의 차이로 인한 갈등을 경험할 가능성이 높다. 한국과는 달리 양계적인 가족관계와 문화를 지니고 있는 동남아시아 출신의 결혼이주여성이나 비교적 가사분담이 평등하게 이루어져 있는 중국 출신의 결혼이주여성들은 부계중심적인 가족관계와 문화에서 생활하는 것에 많은 어려움을 겪는다. 때로는 그 과정에서 한국남성의 가족들이 결혼이주여성에게 강압적인 방식의 적응을 강요하거나 언어적·정신적·신체적 학대와 폭력을 동반하는 경우도 있다.



## 2. 결혼이주여성의 자녀 출산

현재 결혼이주여성의 출산력을 정확히 파악하기는 어렵다. 출생신고서에 부모의 국적(혹은 출신국가)을 표기하도록 되어 있지 않기 때문이다. 따라서 국제결혼가정의 자녀수에 대한 통계를 토대로 간접적으로 자녀의 규모나 연령별 현황을 파악하고자 한다.

이 글에서 국제결혼가정 자녀의 현황은 크게 네 가지 차원에서 접근한다. 첫 번째, 국제결혼가정 자녀의 최근 증가추이를 살펴보고, 두 번째, 지역별로 국제결혼가정자녀의 수와 결혼이민자 수 대비 평균자녀수를 분석하였다. 세 번째, 부모의 출신국가별 자녀수와 지역별 분포와 함께 지역별로 부모의 출신국가별 평균자녀수를 분석하였다. 네 번째, 연령대별 국제결혼가정자녀의 현황과 부모의 출신국가별 분포를 검토하였다.

먼저, 2009년 현재 결혼이민자는 약 16만 7천명이다. 이 중에서 결혼이주여성은 약 15만명에 달하고 있다.<sup>3)</sup> 이는 외국인주민 전체의 14.9%에 해당하는 규모이다. 지역별 결혼이민자의 수는 대체로 해당 지역 인구규모와 상응하는 양상을 띠고 있다.

결혼이주여성의 자녀 현황을 살펴보기 위해서 가장 최근의 통계 자료인 『외국인주민현황조사』를 참고로 하였다. 그러나 이 통계는 카테고리 분류상 결혼이민자의 성별에 따른 자녀수를 파악하기 불가능한 한계가 있다. 즉, 2006년 이후 행정안전부에서 실시하고 있는 『외국인주민현황조사』는 ‘국제결혼가정자녀’에 대한 통계가 포함되어 있으나 여성결혼이민자와 남성결혼이민자 가정이 별도로 구분되어 있지 않다.<sup>4)</sup>

따라서 부득이하게 여기서는 남성결혼이민자를 포함한 전체 국제결혼가정자녀에 대한 현황을 살펴보고자 한다. 물론 남성결혼이민자의 자녀가 포함되어 있지만, 남성결혼이민자의 비율이 10%에 불과하기 때문에 결혼이주여성 자녀의 현황을 전반적으로 파악하는데는 큰 무리가 없을 것으로 보인다.

첫 번째로, 국제결혼가정자녀의 증가 추이를 살펴보면, 2006년 2만 5,246명에서 2009년 10만 3,484명으로 3년 사이 75.6%가 증가하였다. 특히 2009년은 자녀 수가 전체 10만명이 넘어섰으며, 전년 대비 43.9%가 증가하였음을 보여준다. 자녀의 성비는 2007년 102.8, 2008년 105.9, 2009년 104.3으로 모두 정상성비를 보인다.

3) 여기서 결혼이주여성은 한국 국적을 취득한 혼인귀화여성도 포함된다. 2009년 5월 발표된 『외국인주민현황조사결과』(행정안전부)에 따르면, 결혼이민여성은 총 14만 9,853명으로 그 중에 혼인귀화여성은 3만 9,370명이다.

4) 교육과학기술부의 다문화가정자녀에 대한 현황통계는 결혼이주여성 가정의 자녀에 대한 정보를 포함하고 있으나 초·중·고 재학 자녀의 현황만 포함하고 있어 학령기 이전의 유아에 대한 자료는 제외되어 있어 전체 결혼이주여성 자녀의 수와 연령대별 파악은 어렵다.

〈표 7〉 국제결혼가정 자녀의 증가 추이

(단위: 명, %)

	2006	2007	2008	2009
계	25,246	44,258	58,007	103,484
남	-	22,442	29,837	52,842
여	-	21,816	28,170	50,642
증감률(%)	-	42.9	23.7	43.9

자료: 행정안전부, 『외국인주민현황조사』, 2006~2009.

이러한 증가추이는 당분간 지속될 것으로 전망된다. 실제로 결혼이민자 자녀 수를 추계한 연구들에 따르면, 결혼이민자의 자녀가 2030년에는 20만이 넘게 된다고 추산하고 있다(설동훈, 2008). 그리고 농촌 지역의 결혼이주여성농업인 자녀들의 경우 2020년쯤에 13만명이 넘을 것으로 추산하기도 한다(강혜정, 2009).

〈표 8〉 결혼이주여성 및 자녀수 추계

(단위: 명)

연도	설동훈(2008) (결혼이민자 자녀)		강혜정(2009) (결혼이주여성농업인자녀)	
	결혼이민자	자녀수	자녀수(1명출산)	자녀수(2명출산)
2010	179,286	72,029	22,185	44,370
2015	266,426	107,037	42,363	84,726
2020	354,084	142,254	65,165	130,331
2025	446,844	179,520	-	-
2030	538,303	216,264	-	-

자료: 설동훈(2008), 강혜정(2009)의 다문화자녀 인구추계표 재구성.

강혜정의 연구에서는 19세 미만 농가인구에서 다문화 자녀가 차지하는 비중은 2020년에는 24.5~49.0%까지 증가할 것으로 전망하고 있는데, 이는 농촌의 결혼이주여성이 평균 2명의 자녀를 출산할 경우 거의 절반에 해당하는 비율이다.

이는 앞으로 인구과소화 현상이 심화되고 있는 농촌 지역사회에서는 결혼이주여성의 자녀가 어떠한 위치와 여건에 놓여있는가에 따라 지역사회의 활력과 발전의 향배가 좌우됨을 시사한다.

두 번째로, 결혼이주여성의 출산력을 간접적으로 파악하기 위하여 현재 결혼이민자의 평균자녀수와 지역별 현황을 살펴보면 다음과 같다. 결혼이민자의 평균자녀수는 0.62명이며, 지역별로는 전남이 1.0명으로 가장 많고 강원 0.95명, 경남 및 울산 0.83명의 순으로 많은 것으로 나타난다. 반면에 서울은 0.38명으로 가장 적고 경기(0.54명)와 대구(0.59명)가 다른 지역보다 상대적으로 적은 것으로 나타난다.

〈표 9〉 지역별 결혼이민자의 평균자녀수

(단위: 명)

지역	결혼이민자			국제결혼가정 자녀수	평균자녀수
	계	남	여		
계	167,090	17,237	149,853	103,484	0.62
서울	39,275	6,717	32,558	14,897	0.38
부산	7,526	593	6,933	5,053	0.67
인천	4,965	408	4,557	3,577	0.72
대구	10,486	1,242	9,244	6,227	0.59
광주	3,267	186	3,081	2,393	0.73
대전	3,623	295	3,328	2,420	0.67
울산	2,950	163	2,787	2,463	0.83
경기	44,760	5,626	39,134	24,300	0.54
강원	4,188	201	3,987	3,968	0.95
충북	4,927	250	4,677	3,715	0.75
충남	8,003	366	7,637	6,268	0.78
전북	6,743	198	6,545	5,443	0.81
전남	7,290	144	7,146	7,264	1.00
경북	8,057	293	7,764	6,318	0.78
경남	9,586	461	9,125	8,003	0.83
제주	1,444	94	1,350	1,175	0.81

자료: 행정안전부, 2009, 「외국인주민현황조사」에서 재구성

세 번째로, 부모의 출신국가별 자녀의 현황을 살펴보면, 일본은 거의 큰 변화가 없고 필리핀은 약간 증가한 것으로 나타나며, 중국과 베트남의 증가가 두드러지게 나타난다. 특히 베트남 출신의 부나 모를 둔 자녀의 수는 지난 2년간 77.3%의 증가율을 보여 가장 크게 증가한 것으로 나타난다. 그러나 이것이 베트남 결혼이주여성의 출산력이 높다고 말해주는 것은 아니다. 일본이나 필리핀의 경우 전반적으로 결혼이주자의 수가 크게 증가하지 않았고, 최근 베트남과 중국을 중심으로 결혼이주여성이 크게 증가하였기 때문에 전체적으로 이들 출신국가 여성들이 출산한 자녀 수가 많은 효과 때문인 것으로 보인다. 또한 일본과 필리핀 결혼이주여성의 경우 베트남 여성이 크게 증가하기 이전에 상당수가 입국하여 결혼기간을 지속하여 이미 자녀를 1명 이상 출산한 여성들도 많기 때문에 신규 출산 자체가 적은 이유도 생각해볼 수 있다.

〈표 10〉 부모의 출신국가별 국제결혼가정 자녀 현황

(단위: 명, %)

부모의 출신국	2007	2008	2009
계	44,258 (100.0)	58,007 (100.0)	103,484 (100.0)
중국	21,917 (49.5)	27,570 (47.5)	47,577 (45.9)
베트남	5,062 (11.4)	8,194 (14.1)	22,350 (21.5)
일본	6,016 (13.5)	6,508 (11.2)	6,751 (6.5)
필리핀	6,013 (13.5)	6,378 (10.9)	10,576 (10.2)
기타	5,250 (11.8)	9,357 (9.0)	16,230 (15.6)

자료: 행정안전부, 2009, 「외국인주민현황조사」에서 재구성

관련 연구에서는 출신국가에 상관없이 결혼이주여성의 출산 수준이 한국이 여성보다 전반적으로 낮고 사회적 자본이 클수록 출산 행위를 촉진한다고 밝힌 바 있다(김두섭, 2008). 차후 출신 국가별, 지역별 결혼이주여성의 출산 행위 및 출산 수준에 관한 다각적인 검토와 분석이 필요하다고 사료된다.

다음으로 결혼이민자 부모의 출신국가별 자녀수와 시도별 현황을 교차하여 살펴보면, 서울, 인천, 경기 등 수도권 지역은 중국 출신 자녀의 비율이 상대적으로 높고, 경북, 경남, 충남 등 지역은 베트남 출신 자녀의 비율이 상대적으로 높은 것으로 나타난다. <표 11>를 보면, 지역별로 약간의 특이한 점들이 보인다. 전남에서는 다른 지역과 달리 필리핀과 일본 출신 자녀의 비율이 상대적으로 높고 강원 지역의 경우 일본 출신 자녀의 출산 비율이 상대적으로 높은 것을 알 수 있다.

〈표 11〉 국제결혼가정자녀의 부모출신국가·지역별 현황

(단위: 명, %)

구분	합계	중국	중국(재중동포)	베트남	일본	필리핀	기타
서울	14,897	4,768 (-32.0)	4,856 (-32.6)	1,576 (-10.6)	735 (- 4.9)	855 (- 5.7)	2,107 (-14.1)
부산	5,053	1,902 (-37.6)	655 (-13.0)	1,140 (-22.6)	206 (- 4.1)	419 (- 8.3)	731 (-14.5)
대구	3,577	1,081 (-30.2)	631 (-17.6)	1,033 (-28.9)	211 (- 5.9)	240 (- 6.7)	381 (-10.7)
인천	6,227	3,564 (-57.2)	31,526 (- 8.4)	796 (-12.8)	155 (- 2.5)	424 (- 6.8)	762 (-12.2)
광주	2,393	642 (-26.8)	480 (-20.1)	514 (-21.5)	117 (- 4.9)	365 (-15.3)	275 (-11.5)
대전	2,420	971 (-40.1)	199 (- 8.2)	608 (-25.1)	87 (- 3.6)	203 (- 8.4)	352 (-14.5)
울산	2,463	624 (-25.3)	384 (-15.6)	948 (-38.5)	61 (- 2.5)	158 (- 6.4)	288 (-11.7)
경기	24,300	9,582 (-39.4)	4,644 (-19.1)	3,580 (-14.7)	1,146 (- 4.7)	1,730 (- 7.1)	3,618 (-14.9)
강원	3,968	942 (-23.7)	623 (-15.7)	778 (-19.6)	481 (-12.1)	713 (-18.0)	431 (-10.9)
충북	3,715	812 (-21.9)	671 (-18.1)	1,028 (-27.7)	292 (- 7.9)	470 (-12.7)	442 (-11.9)
충남	6,268	1,716 (-27.4)	797 (-12.7)	1,762 (-28.1)	404 (- 6.4)	922 (-14.7)	667 (-10.6)
전북	5,443	1,501 (-27.6)	603 (-11.1)	1,408 (-25.9)	486 (- 8.9)	961 (-17.7)	484 (- 8.9)
전남	7,264	1,340 (-18.4)	729 (-10.0)	1,840 (-25.3)	1,055 (-14.5)	1,542 (-21.2)	758 (-10.4)
경북	6,318	1,432 (-22.7)	800 (-12.7)	2,418 (-38.3)	577 (- 9.1)	585 (- 9.3)	506 (- 8.0)
경남	8,003	2,383 (-29.8)	674 (- 8.4)	2,642 (-33.0)	653 (- 8.2)	818 (-10.2)	833 (-10.4)
제주	1,175	372 (-31.7)	140 (-11.9)	279 (-23.7)	85 (- 7.2)	171 (-14.6)	128 (-10.9)

자료: 행정안전부, 2009, 「외국인주민현황조사」에서 계산

보다 정확한 실태 파악을 위하여 결혼이민자의 출신국가별 평균자녀수를 살펴보면, 일본이 1.26명으로 가장 많고 필리핀 1.08명, 베트남 0.73명, 중국 0.69명이고 재중동포 0.32명으로 가장 적은 것으로 나타난다. 지역별로 교차하여 살펴보면, 일본 여성의 경우 지역별 격차가 비교적 크게 나타나는 반면, 베트남 여성의 경우 지역별 평균자녀수의 차이가 크게 나타나지 않는다.

일본 여성의 평균자녀수는 서울이 0.55명으로 가장 적고 강원이 3.19명으로 가장 많다. 그 외에 전남(2.84명)과 전북(2.31명)도 평균자녀수가 다른 지역보다 비교적 많은 것으로 나타난다. 베트남 여성의 경우 울산 0.87명으로 가장 많고 서울이 0.51명으로 가장 적게 나타나고, 중국 여성은 울산이 1.0명으로 가장 많고, 다음 강원이 0.93명으로 다른 지역보다 비교적 많은 반면, 서울이 0.56명으로 가장 적은 것으로 나타난다. 재중동포 여성의 경우 평균자녀수가 다른 출신 국가에 비하여 전반적으로 적은 가운데, 인천이 0.19명으로 가장 적고 전남이 0.69명으로 가장 많다. 필리핀 여성은 전남이 1.40명으로 가장 많고 서울이 0.82명으로 가장 적다.

〈표 12〉 결혼이민자 출신국가별 평균자녀수

(단위: 명)

지역	평균자녀수	중국	재중동포	베트남	일본	필리핀	기타
계	0.62	0.69	0.32	0.73	1.26	1.08	0.68
서울	0.38	0.56	0.23	0.51	0.55	0.82	0.51
부산	0.67	0.68	0.44	0.69	0.88	1.00	0.80
대구	0.72	0.79	0.48	0.77	1.34	1.23	0.64
인천	0.59	0.73	0.19	0.74	0.70	1.08	0.66
광주	0.73	0.63	0.65	0.74	1.05	1.13	0.72
대전	0.67	0.64	0.42	0.72	0.96	0.86	0.76
울산	0.83	1.00	0.54	0.87	1.09	0.99	0.94
경기	0.54	0.65	0.28	0.68	0.87	0.94	0.68
강원	0.95	0.93	0.62	0.79	3.19	1.28	0.90
충북	0.75	0.61	0.60	0.78	1.93	1.09	0.77
충남	0.78	0.70	0.61	0.76	1.44	1.08	0.82
전북	0.81	0.79	0.43	0.80	2.31	1.16	0.73
전남	1.00	0.82	0.69	0.81	2.84	1.40	0.91
경북	0.78	0.77	0.59	0.74	2.19	1.07	0.65
경남	0.83	0.87	0.54	0.77	1.92	1.20	0.72
제주	0.81	0.86	0.55	0.78	1.18	0.93	0.90

자료: 행정안전부(2009), 『외국인주민현황조사』에서 계산.

네 번째로, 연령대별 자녀 현황은 ‘만5세 미만’이 50,289명으로 전체의 48.5%를 차지하여 가장 많고, 다음이 ‘만5세~만10세 미만’이 2만 6,041명으로 25.1%를 차지하고 있다. 만10세 미만이 자녀가 전체 73.6%를 차지한다(<표 13> 참고).

다음으로 결혼이민자 부모의 출신국가와 자녀의 연령대를 교차하여 살펴보면, 베트남과 필리

핀은 ‘만5세 미만’의 비율이 상대적으로 높고, 중국과 일본은 ‘만10세 이상’의 비율이 상대적으로 높다. 특히 베트남의 경우 자녀수의 78.8%가 ‘만5세 미만’인 것으로 나타난다.

이러한 현황에 비추어볼 때, 베트남 출신의 결혼이주여성의 경우 자녀출산 직후 및 유아기 자녀의 양육 지원에 대한 정책 수요가 높고, 중국, 일본, 필리핀 출신의 경우 학령기 이후의 자녀에 대한 정책 수요가 상대적으로 높을 것으로 예상되며, 이러한 출신국가별 특성에 따른 자녀출산 및 양육 지원이 적절하게 이루어져야 할 것으로 보인다.

〈표 13〉 결혼이민자 부모의 출신국가별·연령대별 자녀 현황

(단위: 명, %)

구분	합계	만 5세 미만	만 5세~ 만 10세 미만	만 10세~ 만 15세 미만	만 15세~ 만 18세
계	103,484 (100.0)	50,289 (45.1)	26,041 (25.1)	18,447 (17.8)	8,707 ( 8.4)
중국	33,632 (100.0)	12,421 (36.9)	9,442 (28.0)	8,418 (25.0)	3,351 ( 9.9)
중국(조선족)	17,412 (100.0)	6,940 (39.8)	4,709 (27.0)	3,575 (20.5)	2,188 (12.5)
베트남	22,350 (100.0)	17,633 (78.8)	1,875 ( 8.3)	1,609 ( 7.1)	1,233 ( 5.5)
일본	6,751 (100.0)	2,028 (30.0)	2,557 (37.8)	1,792 (26.5)	374 ( 5.5)
필리핀	10,576 (100.0)	4,659 (44.0)	4,355 (41.1)	1,197 (11.3)	365 ( 3.4)
기타	12,763 (100.0)	6,608 (51.7)	3,103 (24.3)	1,856 (14.5)	1,196 ( 9.3)
필리핀	10,576 (100.0)	4,659 (44.0)	4,355 (41.1)	1,197 (11.3)	3,351 ( 9.9)
기타	12,763 (100.0)	6,608 (51.7)	3,103 (24.3)	1,856 (14.5)	2,188 (12.5)

자료: 행정안전부(2009), 「외국인주민현황조사」에서 재구성.

## IV. 정책적 대응 양상과 특성

### 1. 결혼이주여성의 자녀출산 및 양육지원 정책

#### 1) 관련 법령

우선적으로 결혼이주여성의 임신·출산과 자녀 양육에 관련한 법령을 검토한다. 법령은 정책 추진의 근거가 되며, 정부의 관련 정책 기조 및 방향과 관점이 반영되어 있다고 볼 수 있다. 크게 보면, 다문화 정책의 직접적인 근거가 되는 법령으로서, 「재한외국인처우기본법」과 「다문화가족지원법」을 들 수 있으며, 복지관련 법령으로 「아동복지법」, 「영유아보육법」, 「모자보건법」, 「보건의료기본법」, 「국민기초생활보장법」, 「저출산·고령사회기본법」을 들 수 있다.

먼저, 「재한외국인처우기본법」에서는 제12조의 ‘결혼이민자 및 그 자녀의 처우’에 관한 조항

에서 결혼이민자의 자녀에 대한 보육과 교육을 지원할 수 있도록 명시하고 있다. 또한 사실혼 관계의 결혼이민자 및 그 자녀도 지원 대상에 포함되어 있음을 규정하고 있다.

『다문화가족지원법』은 결혼이민자 가족의 지원에 관한 포괄적인 내용을 담고 있는데, 결혼이주여성의 모성보호를 위한 지원, 결혼이민자가정 자녀의 차별금지, 자녀의 보육 및 교육 지원을 포함하고 있다. 특히 제9조에서는 결혼이주여성의 모성보호를 위해 산전도우미 파견이나 통역 서비스를 제공할 수 있음을 규정하고 있다.

다음으로 복지관련 법령으로, 『아동복지법』에서는 제3조 기본이념과 제4조 국가 및 지자체의 책임에 관한 조항에서, 자신 또는 부모의 “인종”에 따른 차별을 받지 말아야 하고, 차별방지를 위한 시책을 강구하도록 규정하고 있다. 이는 결혼이주여성 외에도 모든 외국인주민의 자녀에게 적용될 수 있다고 본다. 그러나 『아동복지법』에서 구체적인 지원 내용 등에 대한 조항은 포함되어 있지 않다.

『영유아보육법』은 제3조의 보육이념과 제26조 취약보육의 우선실시 조항이 관련되는데, 보육이념에 대한 규정에서는 『아동복지법』과 달리 “인종”에 따른 차별금지가 명시되어 있지 않다. 다만, 제26조에서 영아, 장애아와 함께 다문화가정에 대한 보육을 우선적으로 실시해야 함을 규정하고 있다.

『보건의료기본법』은 건강에 대한 권리와 보건의료 취약 계층에 대한 지원과 관련하여 규정하고 있는 법령인데, 이 법에서는 결혼이주여성의 모성보호와 건강에 대한 직접적인 언급은 되어 있지 않다. 제10조 건강권에서도 건강에 관한 권리를 침해받지 않는 대상을 ‘모든 국민’으로 한정함으로써, 국민의 자격이 주어지지 않은 국적 미취득자나 영주권자의 경우 그 대상에서 제외되고 있다.

결혼이주여성의 모성보호와 관련하여서는 특별히 결혼이주여성 등 취약집단에 대한 내용은 명시되어 있지는 않지만, 제32조에서 포괄적으로 여성의 건강한 자녀 출산과 양육 지원을 포함하고 있다. 또 『모자보건법』에서는 제3조의3항에서 결혼이주여성에게도 이 법이 적용됨을 규정하고 있다.

『저출산·고령사회기본법』에서는 모자보건 및 보육, 일과 가정의 양립 지원 등을 규정함으로써 자녀의 출산과 양육에 필요한 제반 지원의 사항들을 포함하고 있다. 물론 ‘임산부’나 ‘자녀를 양육하려는 자’와 같이 그 대상을 포괄적으로 규정함으로써 민족·출신국가 등에 따른 제한은 없지만, 특별히 결혼이주여성에 대한 조항은 포함하고 있지 않다.

〈표 14〉 결혼이주여성 출산 및 자녀양육 지원 관련 법령

구분	법령	관련 조항
	재한외국인처우 기본법	<p>제10조 (재한외국인 등의 인권옹호) 국가 및 지방자치단체는 재한외국인 또는 그 자녀에 대한 불합리한 차별방지 및 인권옹호를 위한 교육·홍보, 그 밖에 필요한 조치를 하기 위하여 노력하여야 한다.</p> <p>제12조 (결혼이민자 및 그 자녀의 처우) ①국가 및 지방자치단체는 결혼이민자에 대한 국어교육, 대한민국의 제도·문화에 대한 교육, 결혼이민자의 자녀에 대한 보육 및 교육지원 등을 통하여 결혼이민자 및 그 자녀가 대한민국 사회에 빨리 적응하도록 지원할 수 있다. ②제1항은 대한민국 국민과 사실상 관계에서 출생한 자녀를 양육하고 있는 재한외국인 및 그 자녀에 대하여 준용한다.</p>
다문화 정책 관련 법령	다문화 가족지원법	<p>제7조 (평등한 가족관계의 유지를 위한 조치) 국가와 지방자치단체는 다문화가족이 민주적이고 양성평등한 가족관계를 누릴 수 있도록 가족상담, 부부교육, 부모교육, 가족생활교육 등을 추진하여야 한다. 이 경우 문화의 차이 등을 고려한 전문적인 서비스가 제공될 수 있도록 노력하여야 한다.</p> <p>제9조 (산전·산후 건강관리 지원) 국가와 지방자치단체는 결혼이민자등이 건강하고 안전하게 임신·출산할 수 있도록 영양·건강에 대한 교육, 산전·산후 도우미 파견, 건강검진과 그 검진 시 통역등 필요한 서비스를 지원할 수 있다.</p> <p>제10조 (아동보육·교육) ①국가와 지방자치단체는 아동보육·교육을 실시함에 있어서 다문화가족 구성원인 아동을 차별하여서는 아니된다. ②국가와 지방자치단체는 다문화가족 구성원인 아동이 학교생활에 신속히 적응할 수 있도록 교육지원대책을 마련하여야 하고, 특별시·광역시·도·특별자치도의 교육감은 다문화가족 구성원인 아동에 대하여 학과 외 또는 방과후 교육프로그램 등을 지원할 수 있다. ③국가와 지방자치단체는 다문화가족 구성원인 아동의 초등학교 취학 전 보육 및 교육 지원을 위하여 노력하고, 그 아동의 언어발달을 위하여 한국어교육을 위한 교재지원 및 학습지원 등 언어능력 제고를 위하여 필요한 지원을 할 수 있다.</p>
복지관련 법령	아동복지법	<p>제3조 (기본이념) ①아동은 자신 또는 부모의 성별, 연령, 종교, 사회적 신분, 재산, 장애유무, 출생지역, 인종 등에 따른 어떠한 종류의 차별도 받지 아니하고 자라나야 한다.</p> <p>제4조 (책임) ⑤국가와 지방자치단체는 아동이 자신 또는 부모의 성별, 연령, 종교, 사회적 신분, 재산, 장애유무, 출생지역 또는 인종 등에 따른 어떠한 종류의 차별도 받지 아니하도록 필요한 시책을 강구하여야 한다.</p>
	영유아보육법	<p>제3조 (보육이념) ③영유아는 자신과 보호자의 성, 연령, 종교, 사회적 신분, 재산, 장애 및 출생지역 등에 따른 어떠한 종류의 차별도 받지 아니하고 보육되어야 한다.</p> <p>제26조 (취약보육의 우선실시 등) ①국가나 지방자치단체, 사회복지법인, 그 밖의 비영리법인이 설치한 보육시설과 대통령령으로 정하는 보육시설의 장은 영아·장애아·다문화가족지원법에 따른 다문화가족의 아동 등에 대한 보육을 우선적으로 실시하여야 한다.</p>



〈표 14〉 계속

구분	법령	관련 조항
복지관련 법령	보건의료기본법	제10조 (건강권 등) ②모든 국민은 성별·연령·종교·사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다. 제32조 (여성과 어린이의 건강증진) 국가 및 지방자치단체는 건강한 자녀의 출산·양육 지원 등 여성과 어린이의 건강을 보호·증진하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다. 제45조 (취약계층 등에 대한 보건의료서비스 제공) ①국가 및 지방자치단체는 노인·장애인 등 보건의료 취약계층에 대하여 적절한 보건의료서비스를 제공하기 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.
	모자보건법	제3조의3 (결혼이민자에 대한 적용) 이 법은 <재한외국인처우기본법> 제2조제3호의 결혼이민자에 대하여도 적용한다. 제9조 (모자보건수첩의 발급) ①특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 제8조1항에 따라 신고된 임신부나 영유아에 대하여 모자보건수첩을 발급하여야 한다.
	저출산고령사회 기본법	제8조 (자녀의 출산과 보육 등) ①국가 및 지방자치단체는 모든 자녀가 차별받지 아니하고 안전하고 행복한 생활을 영위하며 교육과 인성함양에 도움을 주는 사회환경을 조성하기 위한 시책을 강구하여야 한다. ②국가 및 지방자치단체는 자녀를 임신·출산·양육 및 교육하고자 하는 자가 직장생활과 가정생활을 병행할 수 있도록 사회환경을 조성·지원해야 한다. ③국가 및 지방자치단체는 자녀를 양육하려는 자에게 양질의 보육서비스를 제공하기 위한 시책을 강구해야 한다. 제9조 (모자보건의 증진 등) ①국가 및 지방자치단체는 임신부·태아 및 영유아에 대한 건강진단 등 모자보건의 증진과 태아의 생명존중을 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다. ②국가 및 지방자치단체는 임신·출산·양육의 사회적 의미와 생명의 존엄성 및 가족구성원의 협력의 중요성 등에 관한 교육을 실시하여야 한다.

## 2) 주요정책 현황

정부 차원에서 결혼이주여성의 출산과 자녀양육에 대한 내용이 지원정책에 포함되기 시작한 것은 2006년의 「여성결혼이민자가족의 사회통합 지원대책」에서부터이다. 당시 빈부격차·차별시정위원회에서 대통령 주재의 제74회 국정과제회의를 통하여 발표한 이 대책은 결혼이주여성의 보건서비스 지원과 자녀 양육 지원의 내용을 일부 포함하고 있다. 이 대책에 포함된 결혼이주여성 출산과 양육 지원 정책들은 2008년 2월 참여정부 당시의 주관부처인 여성가족부 통하여 추진되다가 새 정부 출범 이후부터는 보건복지가족부에서 추진하고 있으며, 2008년 10월 30일에는 「다문화가족 생애주기별 맞춤형 지원 강화대책」(이하 「생애주기별 지원 강화대책」)을 발표한 바 있다. 이 「생애주기별 지원 강화대책」은 결혼이주여성의 생애주기로서 3단계를 ‘자녀양육기’로 설정하고 자녀 임신·출산·양육 지원에 대한 정책을 담고 있는데, 이전의 「여성결혼이민자가족

의 사회통합 지원대책」보다 자녀 출산 및 양육 지원의 부분이 대폭 강화되어 있다.

〈표 15〉 보건복지가족부의 다문화가족 생애주기별 정책과제

주기	정책과제	세부추진과제
결혼준비기	결혼중개 탈법 방지 및 결혼예정자 사전준비 지원	-국제결혼 탈법방지 및 결혼당사자 인권보호 -결혼이민예정자 사전정보 제공 -한국인 예비배우자 사전교육
가족형성기	결혼이민자 조기적응 및 다문화가족의 안정적 생활지원	-결혼이민자 의사소통 지원 -다양한 생활정보 제공 -다문화가족 생활보장 -가족관계 증진 및 가족위기 예방
자녀양육기	다문화가족 자녀 임신·출산·양육 지원	-임신·출산 지원 -부모의 자녀양육 능력배양 -영유아 보육·교육 강화 -부모·자녀 건강관리
자녀교육기	다문화이동·청소년 학습발달 및 역량개발 강화	-이동 언어·학습·정서발달 지원 -이동·청소년 역량개발 지원 -빈곤·위기 이동·청소년 지원 -부모의 자녀교육 역량강화
가족역량강화기	결혼이민자 경제·사회적 자립 역량강화	-결혼이민자 경제적 자립 역량강화 -결혼이민자 사회 연계 강화
가족해체시	해체 다문화가족 자녀 및 한부모가족 보호·지원	-한부모가족 지원 -요보호 이동 지원
전(畵) 단계	다문화사회 이행을 위한 기반구축	-사업추진체계 정비 -대국민 다문화 인식 제고

자료: 보건복지가족부, 「다문화가족 생애주기별 맞춤형 지원 강화대책」(2008. 10.30).

「생애주기별 지원 강화대책」을 통하여 현재 추진되고 있는 관련 사업들은 보건복지가족부를 비롯하여, 전국의 다문화가족지원센터와 보건소 등에서 수행하고 있다. <표 16>에서 정리한 「생애주기별 지원 강화대책」의 주요 정책을 검토해보면, 우선 첫 번째, 임신·출산 지원에서는 ‘임신·출산 방문 지원서비스’를 2007년부터 실시하고 있는데, 이 사업은 다문화가족지원센터에서 출산 예정자를 대상으로 임신·출산의 준비와 건강관리 등에 대한 방문 교육이다. ‘산모도우미’ 파견은 저소득층 결혼이주여성에게 산모도우미를 파견하는 사업으로 2006년부터 실시되었으며, 2010년부터는 중산층 가정으로 확대할 예정으로 있다. ‘임산부·영유아 영양플러스’ 사업은 보건소를 통하여 월1회 이상의 영양 교육과 보충 영양식품을 제공하는 것으로 2008년 153개 보건소에서 실시하였고, 2009년에는 253개로 확대하였다.

〈표 16〉 결혼이주여성 자녀출산 및 양육지원 정책 현황

대책명	구분	주요 정책	
『여성결혼이민자 가족의 사회통합 지원대책』(2006)	기초생활보장 및 보건서비스 지원	-미성년자녀 양육시 ‘모부자복지법’ 지원대상에 포함 -미성년자녀 양육 국적취득 전 결혼이주여성에 대해 ‘국민 기초생활보장법’ 적용 (07~) -저소득층 ‘산모도우미’ 파견(06~) -‘농어촌 출산농가 도우미’ 지원 -무료건강검진서비스 시범실시(07~) -방문간호사업대상에 포함	
	가족형성기	결혼이민자 의사소통 지원 -보건소 통역서비스 확대(07~)	
『다문화가족 생애주기별 맞춤형 지원강화대책』 (2008)	자녀양육기	임신·출산 지원	-임신·출산지원 방문서비스(07~) -저소득층 ‘산모도우미’ 파견 → 중산층 확대(10~) -임산부·영유아 영양플러스 사업(08~)
		자녀양육능력 배양	-아동양육지원 방문교육(07~) -아버지육아교육 실시(09)
		영유아 보육·교육강화	-영유아 무상보육 확대(가구소득 하위 50% 이하)(09) -농어촌지역 소규모 보육사업(09) -아이돌보미사업 연계강화(07~) -보육시설 다문화프로그램 강화(08~)
		부모·자녀 건강관리	-의료서비스 지원(05~) -맞춤형 방문건강관리서비스(07~) -자녀 예방접종 정보집 배포(08)

자료: 보건복지가족부(2008), 『다문화가족 생애주기별 맞춤형 지원 강화대책』.

두 번째, 부모의 자녀양육 능력 배양에서는 다문화가족지원센터에서 아동양육지도사를 파견하는 ‘아동양육지원 방문교육’사업과 역시 다문화가족지원센터에서 남편 대상 육아교육 프로그램을 운영하는 ‘아버지 육아교육’을 2009년부터 실시하고 있다.

세 번째, 영유아 보육 및 교육 강화 분야에서는 ‘영유아 무상보육 확대’와 ‘농어촌 지역 소규모 보육사업’, ‘보육시설 다문화프로그램 강화’를 대표적으로 들 수 있다. ‘영유아 무상보육 확대’는 가구소득 수준에 따라 만5세 이하 영유아 보육료를 전액 지원하는 것으로 2010년부터 실시할 것을 검토하고 있다.

‘농어촌 지역 소규모 보육사업’은 보육시설이 없는 농어촌을 중심으로 소규모보육 시범지역을 지정하고, 마을회관 등 유휴공간을 활용하여 보육교사를 파견하는 사업으로 2009년부터 실시하고 있다. 그리고, ‘보육시설 다문화 프로그램 강화’사업은 다문화 영유아 정서발달 프로그램 개발과 보육교사 양성교육에 활용(09~), 보육시설에 한국어교사 및 치료사 파견(10~) 등을 내용으로 하고 있다. ‘아이돌보미사업 연계강화’는 양육자의 출장·질병 등 돌봄 공백시 아이돌보미 서비스를 제공하는 것을 주 내용으로 하고 있으며 2007년부터 시행하고 있는 사업으로서, 향후 사업시행기관을 확대해 서비스 이용도와 접근성을 높일 것을 목표로 하고 있다.

네 번째, 부모 및 자녀의 건강관리 분야는 의료 취약계층인 결혼이민자와 배우자에게 건강검진 및 의료서비스 지원과 관련한 사업들로서, 건강보험 미가입자 등 의료혜택을 받기 어려운 결혼이주여성에게 의료비를 지원하거나 보건소 등록관리 및 방문서비스를 제공하는 ‘맞춤형 방문건강관리서비스’를 실시하고 있다. ‘자녀 예방접종 정보집’은 예방접종과 관련한 각종 정보들을 2008년부터 8개국 언어로 번역하여 배포한 사업이다.

이 외에도 결혼이주여성의 보건소 이용시 통역서비스를 받을 수 있도록 통역자를 보건소에 파견하는 사업을 2008년부터 실시하고 있는데, 2009년에는 시범보건소의 확대(08년 10개소→09년 15개소)와 통역요원(08년 19명→09년 30명)을 증원하여 수행 중에 있다.

## 2. 정책의 특성 및 과제

지금까지 결혼이주여성의 임신·출산 및 자녀 양육과 관련한 정부의 정책들을 정리·검토해보았다. 2006년 이후 결혼이주여성에 대한 정책이 정부 차원의 ‘대책’으로서 추진·관리되는 가운데 정책의 대상이나 범위도 확대되었음을 알 수 있다. 물론 이러한 정책의 확대, 특히 정책 범위 및 대상의 확대가 어떠한 함의를 지니는지는 면밀하게 분석할 필요가 있다. 이러한 맥락에서 여기에서는 결혼이주여성에 대한 임신·출산 및 자녀 양육 정책의 특성을 두 가지 차원에서 검토하였다. 첫 번째는 결혼이주여성의 임신·출산 및 자녀 양육에 대한 정책이 젠더 관점에서 접근되고 있는가이다. 두 번째는 이 정책들이 과연 다문화적으로 접근되고 있는가이다.

정책적 대응이 어떠한 관점에서 접근되고 추진되는가에 따라 그 정책의 효과는 달라질 수밖에 없다. 따라서 이 두 차원에서 현재 결혼이주여성의 임신·출산 및 자녀 양육 정책의 특성과 한계를 검토하고 향후 과제를 제시하고자 한다.

### 1) 결혼이주여성의 자녀출산 및 양육 지원 정책은 젠더 관점에서 접근되고 있는가?

현재의 결혼이주여성에 대한 지원 정책이 부계중심적 가족문화를 유지하기 위한 성격을 띠고 있다는 비판이 제기되고 있다(김선희·전영평, 2008; 김혜순, 2008). 결혼이주여성에 대한 정책이 점차 ‘다문화가족’ 지원 정책으로 바뀌게 되면서, 자녀 출산 및 양육자로서의 적응과 역할수행에 방점이 주어졌다는 비판이 그것이다.

그렇다면, 결혼이주여성의 임신·출산 및 자녀양육에 관한 정책들은 과연 어떠한가? 2006년 이후 결혼이주여성의 임신·출산에 대한 지원은 증가해왔으며, 특히 2008년의 『생애주기별 맞춤형 지원대책』에서는 ‘자녀양육기’에 임신·출산 및 양육 관련 서비스가 상당 부분 포함되어 있음을

확인할 수 있었다.

그러나, 양적으로는 임신·출산 및 자녀양육 관련 정책이 많아졌음에도 불구하고, 주로 ‘임신·출산’의 시기에 집중되어 있다는 한계가 있다. 이는 결혼이주여성의 모성건강을 임신과 출산의 과정에 국한하여 접근하는 것은 아닌가 생각된다. 즉, 모성건강을 보호하고 건강한 자녀 출산과 양육을 도모하는 ‘모자보건’에 치중해 있다고 볼 수 있다. 사실상 결혼이주여성의 임신 이전 시기와 출산 이후 시기의 모성건강에 대한 포괄적인 접근과 관심이 필요하다. 즉, 가임기 결혼이주 여성의 생애주기에 따른 건강 문제와 그에 대한 지원으로 확대될 필요가 있다. 폭넓게 본다면 모자보건의 대상은 임신, 생산, 양육 과정에 있는 15세 이상 49세까지의 여성과 성장기 아동을 포함한다(조영미, 2008).

두 번째로 생각해볼 수 있는 것은 현재 결혼이주여성의 임신·출산에 대한 정책에 재생산권 보장과 관련한 정책은 거의 포함되어 있지 않다는 것이다. 원하지 않는 임신을 예방하고, 결혼이주 여성 자신이 충분히 임신과 출산에 대하여 선택·결정할 수 있도록 필요한 교육 등이 이루어져야 한다.<sup>5)</sup> 이것과 관련하여 결혼이주여성의 몸에 대한 주체적인 자각과 남편에 대한 성 교육 등이 임신 전후 시기에 의료적인 지원 서비스와 함께 이루어져야 할 것이다.

세 번째로, 임신과 출산에 대한 지원이 생물학적 건강 유지를 중심으로 한 의료서비스의 성격 을 띠고 있어 정신 및 심리적 건강 등 다양한 차원의 건강에 대한 지원이 필요하다.

젠더 관점의 여성 건강을 논의한 다른 연구에서는 여성건강이 신체, 심리, 사회 건강의 개념으로 확대되어야 한다고 주장한 바 있다(조영미, 2007). 낯선 환경에서 불안과 스트레스가 가중될 수 있는 결혼이주여성들에게 임신·출산은 새로운 기대 혹은 희망이 될 수 있지만, 경우에 따라서는 새로운 스트레스가 될 수도 있다. 또한 유산의 경험이나 산후 우울증과 같이 심리적 치유가 필요한 부분도 있으며, 따라서 결혼이주여성의 임신·출산 지원 정책에는 이러한 심리·정신적 건강에 대한 지원도 포함되어야 할 것이다.

네 번째로, 결혼이주여성의 자녀양육 지원 정책이 대체로 결혼이주여성을 ‘자녀양육의 전담자’로 설정하고 있는 측면이 있다. 하나의 예로 ‘아동양육 지원 방문교육’과 같은 사업은 결혼이주여성들에게 자녀양육의 방법이나 정보 등을 방문교육 형태로 제공하는 사업을 들 수 있다. 자녀양육의 방법에 대한 교육을 상대적으로 고비용인 방문교육 사업의 형태로 지원하기 보다는 오히려 결혼이주여성의 보육 서비스 확대나 남편의 자녀양육 참여 확대를 위한 정책이 필요하다고 본다.

물론 자녀양육에 남성의 참여를 촉진하기 위한 ‘아버지 육아교육 실시’와 같은 정책이 올해에 처음 도입되고, 다문화가족지원센터의 부부교육 등에서 육아참여 필요성 및 육아법 교육을 하도

5) 관련 연구에서는 모국에서 피임교육을 받은 경험이 없는 비율이 70.4%에 이르고, 피임방법을 모르는 경우도 36.4%인 것으로 나타났다(김영주, 김희경, 이현주, 2008).

록 하고 있는 것은 다행스러운 일이다. 그러나 이 외에도 현실적으로 결혼이주여성의 남편들이 자녀양육에 더욱 관심을 가지고 함께 참여할 수 있도록 동기부여와 유인책들을 제도적으로 마련해야 한다.

## 2) 결혼이주여성의 임신·출산 및 자녀양육 지원 정책은 다문화적으로 접근되고 있는가?

결혼이주여성에 대한 지원 정책의 추진에 있어 젠더 관점에 기반한 정책들을 ‘성 인지적’인 것으로 개념화할 수 있다면, 다문화적인 접근은 소수자인 결혼이주여성을 고려하는 ‘문화 인지적’(Wiseman, 1991; 조영미, 2007; 82)인 것으로 볼 수 있다.

우선, 정책의 추진 근거가 관련 법령에 있다고 할 때, 과연 관련 법령들, 특히 임신·출산이나 자녀양육과 관련한 보건의료 및 복지 관련 법령이 얼마나 소수자에 대하여 배려하고 있는지를 검토해볼 필요가 있다. 앞에서 살펴보았던 복지관련 법령에서, 『영유아보육법』에서는 다문화가족 자녀에 대한 우선 보육실시의 내용이 포함되어 있으나, 기본적인 이념의 규정에서 『아동복지법』에서와 같이 ‘인종’ 혹은 ‘출신국가’ 등에 따른 차별을 받지 않아야 한다는 내용을 포함시켜야 할 것으로 보인다.

다음으로, 『보건의료기본법』에서 건강권의 대상에 “인종” 혹은 “출신국가” 등에 따른 권리를 침해받지 않는다는 내용을 명시해야 하고, 보건의료 서비스의 취약계층으로 “거주 외국인”의 항목을 포함시켜 결혼이주여성과 같은 이주민들에 대한 건강 지원을 보다 강조할 필요가 있다.

두 번째, 임신·출산 및 자녀양육에 대한 지원 정책들이 얼마나 문화적 차이와 다양성을 고려하고 있는가를 검토해보아야 한다. 이는 임신·출산 및 양육지원 서비스가 결혼이주여성의 문화적 차이와 관련한 특성을 고려하고 반영하고 있는가의 문제이다. 현재 진행 중인 정책 중에서 ‘보건소 통역사 파견’사업이나 ‘임산부·영유아 영양플러스’ 사업, ‘다언어 예방접종 정보집’ 배포, ‘보육시설 다문화교육프로그램 강화’사업 등은 문화 인지적 접근이라고 평가할 수 있다.

‘임산부·영유아 영양플러스’ 사업의 경우 결혼이주여성들이 임신 중에 음식 섭취의 어려움(음식의 차이)이나 심리적 스트레스 등의 요인으로 영양 부족 상태일 가능성이 상대적으로 높은 현실을 고려한 것으로 보인다.

그러나 앞으로 결혼이주여성의 임신·출산과 모성건강 보호를 위해서는 임신·출산 지원 서비스의 제공에 있어 문화적 차이를 고려한 대응이 보다 강화되어야 할 것으로 보인다. 보건소의 통역 서비스가 보다 확대되어야 하고, 보건의료 종사자들이 문화적 차이를 인지한 서비스를 제공할 수 있도록 관련 교육을 확대할 필요가 있다. 또한 다언어 모자보건수첩 제작 등 다언어로 보건 의료 정보 제공 및 관리가 이루어질 수 있도록 하는 것도 필요하다.

세 번째, 결혼이주여성 자녀들의 한국어 의사소통 능력 저하나 정서 발달 지체와 같은 현상을 결혼이주여성의 ‘한국어의 미숙함’과 직결지어 판단하고 과도하게 ‘치료’의 관점에서 접근하고 있는 것은 아닌가 고려해볼 필요가 있다. 일부 결혼이주여성 자녀의 정서 불안이나 발달 지체와 같은 현상은 어머니의 한국어 소통 능력에서 직접적으로 비롯되는 것이기보다는 부부갈등, 결혼이주여성의 스트레스, 빈곤 등 안정적이지 못한 양육 환경에 기인하는 바가 크다고 사료된다. 물론 일부 자녀의 경우 인지 발달 및 정서 발달 지체를 보이는 사례도 있겠지만, 보다 근본적으로는 자녀 양육과 관련하여 어려운 요인들을 해소하는 방향으로의 지원이 우선시되어야 할 것이다.

## V. 맺음말

결혼이주여성의 임신·출산과 자녀양육에 대한 지원은 여성과 자녀의 건강만이 아니라 한국 사회의 한 구성원으로서 자리매김을 할 수 있게 하는데 매우 중요하고 필요하다. 또한 출산과 양육은 생물학적이고 자연적인 행위나 과정이 아니라 사회·문화적인 가치와 관점이 개입되는 영역임을 상기하여 볼 때, 결혼이주여성의 출산과 자녀양육에 대한 정책은 이들의 ‘이중적 위치’에서 비롯되는 독특한 현실을 반영해야 한다. 그런 점에서 결혼이주여성의 임신·출산과 자녀양육에 대한 지원 정책은 젠더 관점과 다문화적 관점을 동시에 견지해야 한다고 본다.

앞으로 임신·출산과 자녀양육에 대한 정책의 범위는 협소한 차원의 서비스 지원을 넘어 문화적 다양성과 생애주기에 따른 건강의 문제를 포함하는 것으로 확대되어야 한다.

이러한 부분을 정책적으로 고민하고 정책 대상자들에게 ‘지원’ 혹은 ‘서비스’로 다가갈 때, 젠더 평등과 사회통합의 과제를 해결하는 노정에 한 걸음 더 내딛을 수 있을 것이다.

## 참고문헌

- 강혜정 외(2009). 농촌 다문화 후계세대 육성방안에 관한 연구. 농림수산식품부.
- 김도희 외(2007). 농촌지역 결혼이민여성의 배우자 지지와 사회적 지지가 양육스트레스에 미치는 영향에 관한 연구. 가족과 문화, 제19집 제3호.
- 김두섭(2006). 한국인 국제결혼의 설명틀과 혼인 및 이혼신고자료의 분석. 한국인구학, 제29권 제1호, 한국인구학회.
- 김두섭(2008). 외국인 배우자의 지위와 사회적 자본이 출산력에 미치는 영향. 한국인구학, 제31권 제3호, 한국인구학회.
- 김선희, 전영평(2008). 결혼이주여성정책의 정체성 분석: 인권보호인가, 가족유지가?. 행정논총, 제46권 제4호, 서울대학교 한국행정연구소.
- 김영주(2006). 충남 국제결혼가족 실태 및 지원 정책방안에 관한 연구. 충남여성정책개발원.
- 김영주, 김희경, 이현주(2008). 여성결혼이민자의 생애주기별 건강실태 및 건강 증진 방안 연구. 충남여성정책개발원.
- 김인춘, 최정원(2008). 한국의 저출산·고령화와 성평등정책. 사회과학연구, 제16집 제1호, 서강대학교 사회과학연구소.
- 김혜련 외(2008). 국제결혼이주여성의 생식건강 실태와 정책과제. 한국보건사회연구원.
- 김혜순(2008). 결혼이주여성과 한국의 다문화사회 실험: 최근 다문화담론의 사회학. 한국사회학, 제42집 제2호, 한국사회학회.
- 김혜자(2008). 국제결혼이주여성의 배우자 지지, 건강교육 요구와 삶의 질. 여성건강간호학회지, 제14권 제1호, 여성건강간호학회.
- 빈부격차·차별시정위원회(2006). 여성결혼이민자가족의 사회통합 지원대책.
- 서현, 이승은(2007). 농촌지역의 국제결혼가정 자녀가 경험하는 어려움에 관한 연구. 열린유아교육연구, 제12권 제4호, 열린유아교육학회.
- 서홍란 외. 베트남 여성결혼이민자의 양육스트레스에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 한국가족관계학회지, 제13권 제3호, 한국가족학회.
- 설동훈 외(2005). 국제결혼 이주여성 실태조사 및 보건·복지 지원 정책방안. 보건복지부.
- 설동훈(2008). 결혼이민자 자녀양육과 교육: 현황과 과제. 다문화가정 자녀의 교육실태와 향후 대책, 국회의원 원희목 주최 정책토론회 자료집.



- 설동훈, 전광희(2009). 다문화사회에 대비한 한국 이민정책의 동향과 발전방안. 한국 이민정책의 동향과 미래의 대응방향, 제2회 세계인의 날 기념 이민정책포럼집.
- 송미경 외(2007). 다문화가정 외국인 모의 경험에 관한 연구. 한국청소년상담원.
- 오성배(2005). 코시안 아동의 성장과 환경에 관한 사례연구. 한국교육, 제32집 3호
- 오성배(2007). 국제결혼가정 자녀의 교육기회 실태와 대안모색. 인간연구, 제12호, 가톨릭대학교 인간학연구소
- 이삼식 외(2007). 국제결혼이주여성의 결혼·출산 행태와 정책방향. 한국보건사회연구원.
- 이재분 외(2008). 다문화가정 자녀 교육실태 연구. 한국교육개발원.
- 장명선, 이옥경(2008). 서울시 다문화가족 실태 및 지원체계 구축방안 연구. 서울시여성가족재단.
- 전홍주 외(2008). 결혼이민자 가정에서 이루어지는 자녀 교육지원의 실제와 의미. 가족과 문화, 제20집 제3호, 한국가족학회.
- 정은희(2004). 농촌지역 국제결혼가정 아동의 언어발달과 언어환경. 언어치료연구, 제13집 제3호
- 조영미(2007). 모자보건 정책분석을 통한 여성건강개념 확대방안. 여성건강, 제8집 제2호, 대한여성건강학회.
- 차승은, 김두섭(2008). 혼인이주 여성의 출산 및 경제활동과 우울증. 한국인구학, 제31권 제3호, 한국인구학회.
- 홍승아(2008). 젠더관점에서 본 아동양육지원정책. 선진화시대를 여는 여성·가족정책의 전망과 과제, 한국여성정책연구원 개원25주년 기념국제학술심포지엄 자료집.
- 황나미(2007). 여성건강 관점에서의 공공 모자보건사업 현황과 발전방안. 여성건강, 제8집 제2호, 대한여성건강학회.
- 藤原ゆかり(2008). 多文化な出産とトランスカルチュラルケア. 川村千鶴子, 『移民國家日本』と多文化共生論, 明石書店.

**MEMO**

---

**MEMO**

---

---

**MEMO**

---

---

**MEMO**

