

연구보고서 2015-21-02

임산·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제



이소영 · 김은정 · 조성호 · 최인선

【책임연구자】

이소영 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요저서】

저출산·고령화 대응 인구 자질 향상 방안:고령 임신부의 출산 실태와 정책과제
한국보건사회연구원, 2013(공저)

초저출산·초고령사회의 인구자질에 관한 연구
한국보건사회연구원, 2014(공저)

【공동연구진】

김은정 한국보건사회연구원 부연구위원

조성호 한국보건사회연구원 부연구위원

최인선 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서 2015-21-02

**임신·출산 및 영아기 양육
인프라의 형평성과 정책과제**

발행일 2015년 12월 31일

저자 이 소 영

발행인 김 상 호

발행처 한국보건사회연구원

주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)

인쇄처 (주)한디자인코퍼레이션

정가 8,000원

© 한국보건사회연구원 2015
ISBN 978-89-6827-265-3 93330

우리나라의 지속적인 저출산 현상은 이제 우리 사회를 위협하는 문제의 하나로서 이해되고 있다. 우리나라의 저출산 현상의 원인 및 파급효과에 대해 그동안 많은 연구가 수행되어 왔고 범국가적 차원의 대응도 이루어져 오고 있다. 특히 지난 2005년에 ‘저출산·고령사회 기본법’이 제정되면서 저출산에 대한 국가의 정책적 개입이 시작되어 제1차 저출산·고령사회 기본계획(2006년~2010년)과 제2차 출산·고령사회 기본계획(2011년~2015년)이 시행되어 왔으며, 조속한 시일 내에 제3차 기본계획이 발표될 예정이다. 이러한 범국가적인 노력에도 불구하고 출산율은 여전히 증가하지 않고 있는 실정이다.

저출산 문제라는 것이 그 본질상 단 시간에 해결되는 문제가 아니라는 점과 해외 사례를 고려해 볼 때 우리나라의 저출산 정책은 아직까지 장기간에 걸쳐서 이루어졌다고는 볼 수 없다는 점에서 정책을 평가하기에는 무리가 있을 수 있으나, 그동안의 저출산 대응 정책이 인구의 양적인 측면을 강조했다는 한계점이 있다는 점에는 모두가 공감할 것이다. 효과적인 저출산 대응 정책이 되기 위해서는 질적인 측면도 함께 고려가 되어야 하는데, 이러한 질적인 측면에서 그동안의 출산 지원 정책이 과연 사회통합의 관점에서 형평한가의 문제도 이제는 고려해 볼 만 하다.

이러한 배경 하에서 본 보고서는 임신, 출산, 영아기의 양육을 지원하는 인프라가 우리나라에 어떻게 분포되어 있으며 이러한 분포는 형평한지에 대한 논의를 이끌어 가는데 초점이 있다. 이를 위해 본 보고서는 각 인프라의 현황을 진단하고 이용자의 의견을 분석하여 이를 바탕으로

한 형평성 있는 인프라의 확대를 위한 정책적 방향을 제시하고 있다는 점에서 그 의의가 있다고 하겠다.

본 보고서는 이소영 부연구위원의 책임 하에 김은정 부연구위원, 조성호 부연구위원, 최인선 연구원이 연구진으로 참여하였다. 바쁘신 중에도 본 보고서를 읽고 조언을 주신 본 원의 이상림 부연구위원, 정은희 부연구위원, 김정현 부연구위원과 한국여성정책연구원 김동식 연구위원, 육아정책연구소의 양미선 부연구위원에게 감사의 뜻을 전한다. 또한 본 연구를 위해 지원과 조언을 제공해 준 많은 전문가들에게도 깊은 감사를 드린다. 마지막으로 본 연구 결과는 본 연구원의 공식적인 견해가 아니라 연구자의 개별 입장을 대변함을 밝혀둔다.

2015년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서 론	11
제1절 연구의 배경 및 목적	13
제2절 연구의 내용 및 방법	17
제2장 형평성의 개념	27
제1절 형평성의 일반적인 개념	29
제2절 임신·출산 인프라의 형평성	32
제3절 영아기 양육 인프라의 형평성	35
제3장 현황 및 문제점	37
제1절 임신·출산 인프라의 현황과 문제점	39
제2절 양육지원 인프라의 현황과 문제점	59
제4장 해외사례	81
제1절 미국	83
제2절 영국	86
제3절 일본	88
제4절 소결	95

제5장 임신·출산 인프라의 형평성	97
제1절 임신·출산 인프라의 수요	99
제2절 임신·출산 인프라의 공급	109
제3절 임신·출산 인프라의 접근성	115
제4절 임신·출산 인프라의 이용도	129
 제6장 양육지원 인프라의 형평성	 141
제1절 양육지원 인프라 수요	143
제2절 양육지원 인프라 공급	149
제3절 양육지원 인프라 접근성	163
제4절 양육지원 인프라의 이용도	173
 제7장 임신·출산 및 양육지원 인프라 이용자 조사	 179
제1절 조사 방법	181
제2절 임신·출산 인프라 이용 현황	187
제3절 양육지원 인프라 이용 현황	202
제4절 인프라 이용경험: 초점집단면접(FGI) 결과	216
 제8장 결론 및 정책제언	 225
제1절 결론	227
제2절 정책 제언	235

참고문헌	243
------------	-----

부 록	247
-----------	-----

부록 1 임신·출산 및 영아기 자녀 양육 인프라 이용자 조사	247
---	-----

부록 2 임신·출산 인프라 현황	254
-------------------------	-----

부록 3 양육 인프라 현황	264
----------------------	-----

부록 4 수도권 육아종합지원센터, 건강가정지원센터 서비스 영역	273
--	-----

표 목차

〈표 3- 1〉 시도별 모성사망자수, 모성사망 구성비(2013)	40
〈표 3- 2〉 시·군·구별 합계출산율 현황(2013년)	41
〈표 3- 3〉 시·군·구별 출생아수 현황(2013년)	42
〈표 3- 4〉 시도별 출생아 수(2013년)	42
〈표 3- 5〉 산부인과 전문의 확보 현황	45
〈표 3- 6〉 시도별 전문과목별 전문의 현황(2013)	48
〈표 3- 7〉 분만 가능 의료 시설 수 추이	49
〈표 3- 8〉 산부인과 의원 개업 및 폐업 현황	50
〈표 3- 9〉 시·군·구별 분만취약지 현황(2015년)	51
〈표 3-10〉 시도별 산부인과병원 현황(2015)	52
〈표 3-11〉 시도별 종합병원/전문병원 산부인과 수(2015)	53
〈표 3-12〉 시도별 조산원 현황(2014)	54
〈표 3-13〉 시도별 보건소, 보건지소, 보건진료소 현황(2014)	55
〈표 3-14〉 시도별 임신·출산 지원 보건의로 인프라 현황(2015)	57
〈표 3-15〉 연령별 아동수(2014)	60
〈표 3-16〉 전국보육실태조사 어린이집 이용 수요율(2012)	61
〈표 3-17〉 연령별 어린이집 이용률	63
〈표 3-18〉 어린이집 유형별 현황(2014)	64
〈표 3-19〉 어린이집 유형별 분포(2014)	65
〈표 3-20〉 영아전담 어린이집(2014)	66
〈표 3-21〉 영아전담 어린이집 이용 아동 현황(2014)	67
〈표 3-22〉 영아전담 어린이집(2014)	68
〈표 3-23〉 건강가정지원센터(2014)	69
〈표 3-24〉 아이돌보미사업 서비스제공기관 위탁 유형(2014)	71
〈표 3-25〉 아이돌보미 서비스 제공기관 및 돌보미 현황	72
〈표 3-26〉 0-2세 아이돌보미 사업 이용 현황(2014)	73

〈표 3-27〉 가족돌봄 나눔사업 회기수 및 참여현황	74
〈표 3-28〉 가족돌봄 나눔사업 참여자 상위 지역(정부지원공동육아나눔터 포함)	75
〈표 3-29〉 가족돌봄나눔사업 회기 수 상위 지역(정부지원공동육아나눔터 포함)	75
〈표 3-30〉 지역별 육아종합지원센터 설치 현황	77
〈표 3-31〉 센터별 지원 어린이집 수 및 보육 교직원수	78
〈표 5- 1〉 사군구별 여성인구 군집분석 결과	101
〈표 5- 2〉 사군구별 출산율 군집분석 결과	105
〈표 5- 3〉 사군구별 가임기 여성인구, 합계출산율, 신생아수 군집분석 결과	108
〈표 5- 4〉 Global Moran's I	110
〈표 5- 5〉 산부인과 개설병원 시도·사군구 분포비교	111
〈표 5- 6〉 공공보건기관 시도·사군구 분포비교	112
〈표 5- 7〉 시도별 제왕절개 분만 가능 산부인과 개설병원 현황	119
〈표 5- 8〉 시도별 신생아 중환자실 보유 산부인과 개설병원 현황	120
〈표 5- 9〉 제왕절개 분만가능 산부인과 개설병원 시도·사군구 분포비교	121
〈표 5-10〉 신생아 중환자실 보유 산부인과 개설병원 시도·사군구 분포비교	122
〈표 5-11〉 시도별 신생아 중환자실 보유 산부인과 현황	125
〈표 5-12〉 최인접 출산인프라 접근성	127
〈표 5-13〉 모 연령 및 지역별 출산 장소	131
〈표 5-14〉 교육 수준별, 소득별, 의료보장 형태별 출산 장소	132
〈표 5-15〉 지역, 연령, 학력, 소득별 자녀의 분만 장소	133
〈표 5-16〉 산전 관리 적합도 지표(Kessner Index of Adequacy of Prenatal Care) ..	134
〈표 5-17〉 모연령, 학력, 소득별 '적합'한 (adequate) 산전 관리 비율	135
〈표 5-18〉 모연령, 학력, 소득별 저체중아 출산 및 조산 비율	137
〈표 6- 1〉 사군구별 0-2세 유아 군집분석 결과	145
〈표 6- 2〉 사군구별 어린이집 등록 원아 수 군집분석 결과	148
〈표 6- 3〉 어린이집, 건강가정지원센터 및 육아종합지원센터 Global Moran's I	151
〈표 6- 4〉 양육인프라 시도·사군구 분포비교	152
〈표 6- 5〉 사군구별 어린이집 군집분석 결과	155

〈표 6- 6〉 사군구별 어린이집당 평균 어린이 수 군집분석 결과	159
〈표 6- 7〉 사군구별 유아 1,000명당 어린이집 교사수 군집분석 결과	162
〈표 6- 8〉 육아종합지원센터, 건강가정지원센터, 아이돌봄 서비스제공기관 서비스 영역 면적 ..	165
〈표 6- 9〉 육아종합지원센터, 건강가정지원센터, 아이돌봄서비스 제공기관 접근거리	168
〈표 6-10〉 수도권 지원센터 상·하위 20개 지역	172
〈표 6-11〉 영아 가구 소득수준별 시설양육지원 인프라 이용률	174
〈표 6-12〉 영아 가구 소득수준별 개인양육지원 인프라 이용률	174
〈표 6-13〉 영아 가구 모 취업여부별 양육지원 인프라 이용률	175
〈표 6-14〉 영아 가구 맞벌이 여부별 양육지원 인프라 이용률	176
〈표 6-15〉 보육(교육)기관 입소 전 대기 경험 및 대기기간	177
〈표 6-16〉 어린이집 이용 아동의 등원시 소요시간	178
〈표 7- 1〉 조사지역으로 선정된 사군구	182
〈표 7- 2〉 조사지역의 사군구별 임신출산 인프라 현황	183
〈표 7- 3〉 조사지역의 사군구별 양육 인프라 현황	184
〈표 7- 4〉 인구사회학적 특성	186
〈표 7- 5〉 임신·출산 인프라 유형별 인구사회학적 및 산과 관련 특성	187
〈표 7- 6〉 산전 의료기관 이용 경험(중복응답)	188
〈표 7- 7〉 산전 의료기관 이용 빈도(중복응답)	189
〈표 7- 8〉 산전 의료기관이 위치한 지역	190
〈표 7- 9〉 산전 의료기관을 선택한 주된 이유	191
〈표 7-10〉 모의 연령별/ 출산력별 산전 의료기관을 선택한 주된 이유	192
〈표 7-11〉 산전 의료기관 이용시 가장 불편했던 점	193
〈표 7-12〉 분만 기관	194
〈표 7-13〉 분만 의료기관의 지역	195
〈표 7-14〉 출산 의료기관을 선택한 주된 이유	196
〈표 7-15〉 모의 연령별 분만 의료기관을 선택한 주된 이유	197
〈표 7-16〉 분만 의료기관 이용시 가장 불편했던 점	198
〈표 7-17〉 사군구에서 가장 필요한 임신·출산 의료시설	201

〈표 7-18〉 영아기 양육 인프라 유형별 인구사회학적 특성	202
〈표 7-19〉 시설 및 서비스의 충분성	204
〈표 7-20〉 자녀 연령별 시설 및 서비스의 충분성	205
〈표 7-21〉 어린이집 이용 현황	207
〈표 7-22〉 자녀 연령별 어린이집 이용 현황	207
〈표 7-23〉 모의 취업여부별 어린이집 이용 현황	208
〈표 7-24〉 어린이집 이용 사유	209
〈표 7-25〉 어린이집 만족도	209
〈표 7-26〉 어린이집 입소 대기시간 및 어린이집 하루평균 이용시간	210
〈표 7-27〉 양육 시 필요한 서비스(어린이집 이용 아동)	211
〈표 7-28〉 자녀 연령별 양육 시 필요한 서비스(어린이집 이용 아동)	211
〈표 7-29〉 모의 취업여부별 양육 시 필요한 서비스(어린이집 이용 아동)	212
〈표 7-30〉 가정에서 양육하는 이유	213
〈표 7-31〉 대기 어린이집 유무	213
〈표 7-32〉 양육 시 필요한 서비스(가정양육 아동)	214
〈표 7-33〉 조사지역의 시·군·구별 임신출산 인프라 현황	216
〈표 7-34〉 면담 참여자 특성	218

그림 목차

[그림 1- 1] 연구 체계도	21
[그림 3- 1] 연도별 모성사망자수 및 모성사망비	39
[그림 3- 2] 사도별 모성사망 구성비, 출생아수 구성비	43
[그림 3- 3] 산부인과 전문의 면허 발급수 및 전년도 대비 증가율	44
[그림 3- 4] OECD 주요국의 출생아 천 명당 산부인과 전문의 수 및 밀도	46
[그림 3- 5] 사도별 출생아 수 및 임신·출산 지원 보건의로 인프라 현황	58
[그림 5- 1] 사군구별 여성인구 군집분석(Local Moran's I Analysis)	100
[그림 5- 2] 사군구별 출산율 군집분석(Local Moran's I Analysis)	102
[그림 5- 3] 출생통계 군집분석(Local Moran's I Analysis)	107
[그림 5- 4] 산부인과 개설텐원, 보건기관 분포도	109
[그림 5- 5] 임신·출산 인프라 Getis-Ord Statistics	113
[그림 5- 6] 산부인과 개설텐원 위계별 Getis-Ord Statistics	114
[그림 5- 7] 사도별 가임기 여성인구 및 산부인과 개설텐원 수 분포	115
[그림 5- 8] 사군구별 인프라당 출생아 부양비 및 최인접 병원	116
[그림 5- 9] 사군구별 가임기 여성인구 및 산부인과 개설텐원 수 분포	117
[그림 5-10] 임신·출산 응급의료시설 분포	118
[그림 5-11] 임신·출산 인프라 Getis-Ord Statistics	122
[그림 5-12] 응급의료 필요 신생아 군집분석(Local Moran's I Analysis)	123
[그림 5-13] 사군구별 최인접 산부인과 응급의료시설	126
[그림 5-14] 지역별 '적합'한 (adequate) 산전 관리 비율	136
[그림 5-15] 지역별 저체중아 출산 비율	138
[그림 5-16] 지역별 조산 비율	139
[그림 6- 1] 0-2세 인구, 어린이집 원아수 군집분석(Local Moran's I Analysis)	146
[그림 6- 2] 어린이집 유형별 원아 수 군집분석(Local Moran's I Analysis)	147
[그림 6- 3] 어린이집, 육아종합지원센터 및 건강가정지원센터 분포도	149
[그림 6- 4] 어린이집 수 군집분석(Local Moran's I Analysis)	154

[그림 6- 5] 어린이집당 평균 어린이수 군집분석(Local Moran's I Analysis)	158
[그림 6- 6] 유아 1,000명당 교사수 군집분석(Local Moran's I Analysis)	161
[그림 6- 7] 전국 육아종합지원센터, 건강가정지원센터 서비스 영역	164
[그림 6- 8] 육아종합지원센터, 건강가정지원센터 아이돌봄서비스 제공기관 접근성	167
[그림 6- 9] 수도권 육아종합지원센터, 건강가정지원센터 서비스 영역	171

Abstract <<

Child birth, and child rearing and its policy implications

This study contributes to the limited number of studies on disparity in infrastructures that support pregnancy, child birth, and child rearing in Korea by examining accessibility through regional distribution, utilization of resources, adequacy of utilization, and outcomes(birth outcomes). It also examines how child care resources are distributed and how they response to need of families with children aged 0 to 2 years.

First, it reviews potential demand and supply for the infrastructure that supports pregnancy, childbirth, and child rearing. Second, accessibility is examined with Spatial Econometrics Approach to see how resources are distributed. Third, survey is conducted regarding utilization of resources during their pregnancy, child birth, and child rearing among mothers with children aged 0 to 2 years. It suggests policy directions considering results of Spatial Econometrics Approach, survey, and policy responses of other countries.

The results of the study suggests that social policies should focus on not only the number of resources but also quality of resources. Thus, social policies should make efforts to reduce disparity in infrastructure that supports pregnancy to child

2 임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제

rearing process by ensuring access to high-quality services in order to overcome the challenges posed by the lowest-low fertility.

*Key words: Disparity, Infrastructure supporting pregnancy and child rearing

1. 연구배경 및 목적

- 한국사회는 지속적으로 저출산 현상을 겪고 있음. 이에 따라 출산은 더 이상 개인의 책임이 아닌 사회의 책임이라는 인식이 공감대를 형성함.
- 저출산 문제에 대응하여 정부는 2005년 ‘저출산·고령사회 기본법’ 제정을 시작으로 ‘저출산·고령사회위원회,’ 2006년 8월 제1차 저출산·고령사회 기본계획, 2010년 제2차 저출산·고령사회 기본계획을 수립하게 되었고 2015년까지 시행을 하고 있는 중임. 이와 함께 중앙정부와 지방자치단체는 다양한 출산지원 사업들은 운영하고 있음.
- 출산율을 높이기 위해 정부가 개입하기 용이한 직접적인 부분인 임신부터 영유아시기(0~2세)의 지원정책이 우선적으로 도입되었는데 이러한 지원정책들은 크게 세 가지로 구분됨.
 - 첫 번째 유형은 임신과 출산에 관한 보건의료 인프라의 확장을 목표로 하는 정책임.
 - 두 번째 유형은 임신과 출산에 드는 직접적인 비용을 지원하거나 출산 장려금, 보육비를 지급하는 임신, 출산, 양육에 관한 재정적 지원 정책임.
 - 세 번째 유형은 임신과 출산, 영아기 양육에 관한 사회 서비스 정책임.

4 임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제

□ 이처럼 출산율을 높이기 위한 정부의 다양한 유형의 지원이 있었음에도 불구하고, 최근의 초저출산현상은 지속되고 있으며, 시행되고 있는 정부의 지원에 대한 종합적이고 심층적인 분석은 부족한 실정임.

○ 출산지원 정책에 관한 효과성에 대한 평가는 대체로 정량적 평가로서 각 분야의 지원 인프라나 수혜자의 양적인 증가를 목표로 하여 일정량에 도달한 것을 효과성으로 보는 평가와 정성적 평가로서 우수 사례를 선정하는 방식의 평가로 이루어짐.

○ 그러나 정책의 결과적 효과성뿐만 아니라 과정에 있어서의 형평성이라는 이슈는 사회통합의 관점에서 중요하다고 판단됨.

□ 본 연구는 임신 및 출산시기부터 영아기(0~2세)에 속하는 인구를 대상으로 하는 출산과 양육을 지원하는 시설과 서비스이라는 인프라의 현황을 살펴보고 접근성(accessibility), 이용도(utilization), 이용의 적합도(adequacy of utilization), 이용 결과(outcome) 등의 관점에서 수요에 기초한 인프라 공급의 형평성에 관해 논하여 사회 통합적 관점에서 바람직한 출산·양육의 공적 지원 체계를 구축하는데 이바지하고자 함.

2. 주요 연구결과

□ 사회적 형평성은 사회적으로 타인과의 비교를 통해 동일성과 차이를 고려하여 각 각의 분량을 갖도록 하는 것으로 정리됨(임의영, 2009).

○ 임신 및 출산과 관련하여 모자보건의료에 있어서의 형평성은 ‘안전한 임신과 출산’이라는 동등한 의료적 필요(needs)를 가지고 있는 모든 임신부에게 임신과 출산을 위한 의료 인프라의 동등한

접근과 동등한 의료의 이용을 보장함으로써 결과적으로 공평한 수준의 건강 결과를 달성하는 것을 의미함.

- 아동복지의 측면에서 형평성이란 모든 아동이 건강하게 양육될 권리가 보장됨으로 말미암아 아동의 삶의 질이 공평하게 보장받는 것으로 이해될 수 있음.

□ 우리나라의 임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라는 저출산 현상과 함께 전반적으로 그 규모가 축소되고 있는 실정임.

- 임신 및 출산을 지원하는 인프라는 그 규모와 종류에 있어서 지역별 격차를 보임.
 - 출생아 수라는 수요와 인프라의 수라는 공급은 양적으로는 대체로 정의 상관관계를 갖고 있으나, 인프라의 질적 수준에 있어서 산부인과 병원, 종합병원 혹은 전문병원에 산부인과가 개설된 병원은 ‘도’지역보다는 ‘시’지역에 편중되어 있음.

□ 우리나라의 영아기 양육을 지원하는 인프라에 있어서 어린이집 외에 공적 인프라는 제한되어 있는 실정임.

- 현재 양육지원정책은 전 계층을 대상으로 보편적으로 제공된다는 점과 동등한 기회의 제공, 평등한 지원이 이루어진다는 점에서 평등적이라 볼 수 있으나, 저소득층과 같은 사회의 취약계층에 대한 불평등을 완화한다는 측면에서 과연 형평적 기능을 수행하고 있는가의 문제가 제기될 수 있음.
- 시설유형별 서비스 수준차이가 있는 국내 보육시장 현황을 고려할 때 현재의 보육정책은 동등한 품질의 보육서비스를 제공한다는 측면에서 불형평하다고 볼 수 있음.

6 임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제

- 미국, 영국, 일본의 임신에서 영아기 자녀양육까지의 기간 동안 지원하는 인프라의 현황과 인프라의 형평성을 위한 정책에 관해 사례는 우리나라에 적용되는 함의를 줌.
- 미국은 임신·출산을 지원하는 보건의료 인프라의 지역격차에 대한 대응책을 주정부 차원에서 지속적으로 강구함.
 - 구체적으로 분만취약지역에 거주하는 국가의 의료보호 대상자인 산모의 인프라 접근과 이용을 향상시키기 위한 정책, 의료 공급자인 의료인 인프라의 양적 확대를 위한 주별 다양한 정책, 주에 위치한 의과대학의 다양한 프로그램을 통해 분만취약지에 위치한 산부인과의 인력을 확보하기 위한 정책, 의료의 질에 있어서의 형평성을 위한 정책이 있음.
- 영국의 보육시설은 국내 보육시장 상황과 동일하게 민간주도의 보육시설이 주를 이루고 있으며, 영아의 경우 가정양육을 강조하는 문화로 영아보다는 유아를 대상으로 하는 시설이 보다 활성화되어 있음.
- 일본은 1970년대 중반에 합계출산율이 인구대체수준 이하로 떨어지면서 출산율 제고를 위한 여러 정책을 시행해 오고 있는데 이러한 정책의 대부분은 임신·출산·육아에 이르는 생애주기별 인프라의 확충임.
- 임신·출산 인프라에 대한 수요와 공급을 고려한 인프라의 가용성(affordability)의 측면에서의 접근도(accessibility)를 지리정보시스템(GIS)을 활용한 공간 계량 분석기법(Spatial Econometrics Approach)을 통해 분석함.

- 일반적인 상황에 필요한 임신·출산 인프라의 민간부문의 공급은 전반적으로 수요량에 따라 이루어지고 있는 경향이 있으며, 공공 보건기관 중 위계가 낮은 기관이 농어촌지역의 소단위 수요에 대응하고 있음.
 - 그러나 잠재적으로 응급의료의 서비스를 제공할 수 있는 임신·출산 인프라의 경우 도시와 비도시, 농어촌간 상당한 격차가 발생하고 있음.
 - 따라서 효율성 측면에서 응급의료기관의 무분별한 확충 역시 경제되어야 할 것이나, 적어도 응급의료기관까지의 접근성을 확보할 필요가 있음.
- 임신·출산 인프라에 대한 이용(utilization) 행태와 출산 결과에 있어서의 격차를 살펴봄으로써 임신·출산 인프라의 이용에 있어서의 형평성을 분석함.
- 분석결과 소득에 따른 격차가 발견되었는데, 소득이 증가할수록 보다 전문화된 위계가 높은 병원을 이용하며, 적합한 산전관리를 하고 있는 것으로 나타남
- 영아기 양육 인프라의 접근도(accessibility)를 지리정보시스템(GIS)을 활용한 공간 계량 분석기법(Spatial Econometrics Approach)을 통해 분석하고 이용에 있어서의 격차를 분석함.
- 분석결과 어린이집의 수요율에 바탕을 둔 이용률 측면에서 만0세의 경우 상당수의 지역이 미충족 수요가 있는 것으로 나타남.
 - 어린이집의 45%가 서울과 경기도에 집중되어 있으며 국공립 시

8 임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제

설의 55%가 서울과 경기도에 집중되어 있어 지역별 격차를 보임.

- 어린이집 수와 규모의 분포를 함께 고려할 때 어린이집수가 많은 곳은 작은 규모의 어린이집이 몰려있을 가능성이 큼.

○ 어린이집, 육아지원센터, 건강가정지원센터의 시·도 또는 시·군·구의 횡단면(cross section) 분포를 살펴볼 때, 국공립 어린이집의 경우 시·군·구 단위 보다 시·도단위의 불균형이 상대적으로 높게 나타남.

□ 임신·출산 및 영아기 양육 인프라 이용자의 인프라 이용행태 및 인프라 이용에 대한 욕구를 파악하고자 인프라 이용자 조사 및 초점집단인터뷰(FGI: Focus Group Interview)를 실시함.

○ 임신과 출산이라는 과정에서 산전 진찰을 위해 이용한 의료기관과 분만을 위해 이용한 의료기관을 상위 인프라 지역에 거주하는 여성과 하위 인프라 지역에 거주하는 여성으로 구분하여 살펴본 결과 지역 간의 차이가 두드러지게 나타남.

○ 그러나 지역과 관계없이 거주하고 있는 시·군·구에 가장 필요한 인프라는 여성 전문 병원이라고 응답함.

○ 영아기 양육 인프라에 있어서는 육아종합서비스에 대한 요구도가 매우 높게 조사되었으며 이어 시간제 보육 서비스 시설에 대한 수요가 높게 나타남

○ FGI 결과, 임신·출산 관련 보건의로 인프라나 영아기 양육 지원 인프라에 있어서 다른 지역보다 상대적으로 인프라가 필요할 것으로 추정되는 수요 대비 공급이 적은 곳에 거주하고 있는 참여자들은 공통적으로 해당 지역에 인프라가 부족하다고 느끼고 있을 뿐만 아니라 제공되는 서비스의 질에 대한 불만이 많음.

- 양육 인프라의 경우 인프라의 절대적인 수가 작은 것뿐만 아니라 급할 때 맡길 수 있는 일시보육이나 시간제 보육 등 다양한 보육 서비스가 제공되지 않는 것이 문제점으로 지적됨.
- 종합하면, ‘수요 대비 공급’이라는 시장의 원리도 중요하나 공급이 제한적일 경우 나타나는 서비스 질의 저하를 고려할 때, 기본적으로 서비스의 질을 선택할 수 있는 여지가 있는 적정 수의 의료시설과 양육지원시설이 필요하다는 것을 시사함.

3. 제언 및 결론

- 임신·출산 보건의료 인프라와 영아기 양육 인프라의 형평성에 대해 분석한 결과 및 해외 사례를 토대로 하여 종합적인 개선방안을 제언함.
- 임신 및 출산을 위한 인프라의 양적인 격차 해소를 위해 지역별 적절한 인프라의 분배 및 확충이 필요함.
- 더 나아가 임신 및 출산을 위한 인프라의 질적인 격차 해소를 위한 노력이 필요함.
- 인프라의 이용(utilization)과 이용의 적합도(adequacy of prenatal care utilization)에 있어서 소득에 따른 격차를 해소하기 위한 노력이 필요함.
- 지역에 따른 인프라의 질적 격차를 해소하기 위한 대학 병원과 취약지 병원 간의 교류, 원격의료, 체계적인 주산기 의료 체계의 정비, 응급 이송을 위한 촘촘한 망의 구축 등이 필요함.
- 영아기 양육을 지원하는 다양한 인프라의 구축이 필요함.

- 지역사회 양육지원 인프라 공급 측면에서 현재 건강가정지원센터와 육아종합지원센터가 운영 중에 있으나, 시·군·구별 설치현황에 따른 불균형이 매우 심각하여 이에 대한 대응이 필요함.
 - 현재 미설치 시·군·구 지역 중 수요가 많은 곳을 중심으로 해당 시설의 공급을 확대하고, 접근성제고를 최우선 목표로 영국의 sure start 와 같이 지역 밀착형 서비스 제공기관의 운영이 필요
- 조사 결과, 어린이집 유형에 따른 지역불균형과 어린이집 규모에 따른 지역불균형이 큰 것으로 나타나 어린이집 유형과 어린이집 규모 측면에서 소규모의 가정어린이집과 대형 어린이집 간의 서비스 편차가 발생하지 않도록 제도적 지원이 요구됨.
- 임신 및 출산은 영아기 양육과 바로 이어지는 생애주기적 사건(event)이기 때문에 임신·출산·육아에 이르는 모든 시기를 포함하는 서비스를 제공하는 인프라의 구축도 필요함.
- 무엇보다 임신·출산을 지원하는 보건의료 인프라와 영아기 양육 인프라의 형평성을 제고하기 위해 기본 서비스가 지역별 격차 없이 골고루 분포되어야 하고 더 나아가 서비스의 질에 있어서 세부적인 욕구에 대응할 수 있는 질 높은 서비스가 형평하게 분배되어야 함.
- 양적인 형평성뿐만 아니라 질적인 형평성의 측면을 고려하여 균형 있는 정책을 수립하고 이를 통해 출산 및 양육에 친화적인 환경이 조성될 것이며 이는 초저출산 국가인 우리나라의 출산율 제고에 이바지할 것임.

*주요용어: 형평성, 보건의료 인프라, 양육 인프라, 저출산

제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법

제1절 연구의 배경 및 목적

한국 사회의 저출산 현상은 급격히 진행되었고 장기적으로 지속되고 있다. 저출산은 단순한 개인의 문제가 아닌 사회 전체가 겪어야 하고 책임져야 하는 사회 문제라는 인식은 이제 공감대를 얻었다. 잘 알려져 있듯이, 한 명의 여성이 평생 동안 낳을 것으로 예측되는 평균적인 자녀수인 합계출산율은 1983년 인구대체수준이라고 평가되는 2.1명에 도달한 후 조금씩 하락하다가 1990년대 말부터는 급감하기 시작하였고 2005년에는 1.08명으로 최저치를 기록한 후 유의미한 반등 없이 지속적으로 낮게 머물러 있는 상태이다. 더욱이 2001년에는 초저출산의 기준인 합계출산율이 1.3명에 도달하였고 2014년(합계출산율 1.21명)현재까지 우리 사회는 초저출산 사회로 국내뿐 아니라 세계적으로 알려져 있는 상황이다.

저출산으로 인한 1차적인 파급효과는 인구 규모와 인구 구조의 변화이다. 인구규모와 인구구조의 변화는 바로 가구구성과 가족의 형태에 영향을 미친다. 사회 전체적으로 저출산은 인구의 절대적인 수를 감소시키면서 노동시장에서의 노동 가능 인구를 감소시킴으로써 노동 가능 인구가 부양해야 할 유소년과 노인에 대한 부담을 가중시킨다. 또한, 단순히 사회 전체의 부양의 부담을 증가시키게 될 뿐만 아니라 사회 모든 영역에 영향을 미치게 된다는 점에서 그 파급효과는 크다. 저출산은 가족, 경제, 교육, 보건의료, 사회복지, 국방, 종교 등에 영향을 미치는 위험 요소(risk factor)로 자리하고 있다.

저출산 문제가 사회 문제임에도 불구하고, 출산은 지극히 개인적인 결

정이기 때문에 출산율을 높이기 위해 무조건 출산을 해야 한다고 강요할 수는 없는 문제이다. 이에 따라 정부는 저출산 문제에 대응하여 보다 우회적이나 동시에 근본적인 접근으로 출산과 양육을 지원하는 정책을 10년 넘게 시행하고 있는 상태이다. 정부는 2005년에 ‘저출산·고령사회 기본법’ 제정을 시작으로 ‘저출산·고령사회위원회’를 구성하였고, 2006년 8월에는 제1차 저출산·고령사회 기본계획, 2010년에 제2차 저출산·고령사회 기본계획을 수립하여 2015년까지 시행을 하고 있는 중이며, 2015년 현재 제3차 저출산·고령사회 기본계획을 수립하고 있는 상황이다. 이러한 저출산·고령사회 기본계획 하에서 중앙정부와 지방자치단체는 다양한 출산지원 사업들은 운영하고 있다.

출산지원 정책 중에서는 출산율을 높이기 위해 정부가 개입하기 용이하며 출산에 직접적인 영향을 미치는 임신부터 영유아시기(0~2세)의 지원정책이 우선적으로 도입되었고 지속적으로 시행되고 있는데, 이러한 지원정책들은 크게 세 가지 유형으로 구분될 수 있다. 첫 번째 유형은 임신과 출산에 관한 보건의료 인프라의 확장을 목표로 하는 정책이다. 예를 들어 분만 가능한 산부인과가 없는 분만취약지역¹⁾에 산부인과가 설치되고 운영될 수 있도록 지원하는 정책이다. 두 번째 유형은 임신과 출산에 드는 직접적인 비용을 지원하거나 출산 장려금, 보육비를 지급하는 임신과 출산에 관한 재정적 지원 정책이다. 임신 및 출산 관련 의료 비용을 지원하기 위한 국민행복카드(고운맘카드) 지원 정책, 지방자치단체별 다양한 현금 혹은 현물 형식의 출산 축하금(장려금)지급 정책, 미취학 아동을 대상의 양육수당 및 보육료 지원 정책이 대표적인 예이다. 세 번째 유형은 임신과 출산, 영아기 양육에 관한 사회 서비스 정책이다. 이는 특히 공

1) 60분내 분만율이 30% 미만이고 60분내 분만 가능 의료기관에 접근하기 불가능한 가임 여성의 비율이 30% 이상인 지역

공시설과 사회복지시설 등을 통해서 주로 제공되고 있다.

이처럼 출산율을 높이기 위한 정부의 다양한 유형의 지원이 있었음에도 불구하고, 초저출산현상은 여전히 지속되고 있으며 시행되고 있는 정부의 지원에 대한 종합적이고 심층적인 분석은 부족한 실정이다. 출산지원 정책에 관한 효과성에 대한 평가는 각 분야의 지원 인프라나 수혜자의 양적인 증가를 목표로 하여 일정량에 도달한 것을 효과성으로 보는 평가가 대부분이기 때문에 그러하기도 하다. 그러나 정책 평가에 있어서 목표치 실적 달성이라는 정책의 결과적 효과성뿐만 아니라 정책이 실행되는 과정과 결과에 있어서의 형평성도 사회통합의 관점에서 중요하므로 간과해서는 안 된다.

즉, 경제의 양적인 성장만을 강조하는 정책은 빈곤으로부터 벗어나게 하는 긍정적인 영향을 끼쳤으나 결국 경제적 불평등의 악화를 초래하여 사회통합에 장애가 되는 것은 역사 속에서 쉽게 관찰된다. 따라서 경제의 성장과 분배를 동시에 추구하여 균형 있는 발전을 하여 사회 각 계층이 동반성장을 하도록 하는 것이 사회통합에 있어서 중요하다. 같은 논리로 출산을 지원하는 보건의료 인프라에 있어서도 전체적인 양적 증가뿐만 아니라 제공되고 있는 인프라에 대한 형평성에 관한 종합적 논의가 필요하다는 것이다. 정부도 형평성의 차원에서 출산을 지원하는 인프라에 대한 정책을 펼치고 있다는 점에서 긍정적이다. 앞에서 언급했듯이, 정부는 지역별 격차를 토대로 임신 분만 취약지역에 대한 공공형 산부인과의 확충과 권역별 고위험 산모·신생아집중치료센터의 설치 운영의 계획을 가지고 이행 중에 있다. 그러나 지속되는 저출산 문제의 대응책으로서 출산을 지원하는 보건의료 인프라에 대한 논의의 대부분은 지역별 분만 건수에 근거한 지역 간의 격차에 한정되고 있다는 점에서 논의를 확장시킬 필요가 있다. 또한 저출산 대책으로서 영유아의 돌봄에 있어서의 정책은 여

성의 노동시장 참여 활성화, 양육부담 해소, 균등한 돌봄 기회의 보장 및 취약계층 지원의 목표를 가지고 확대되어 왔다. 그럼에도 불구하고 여성의 노동시장 참여는 지난 10년간 답보 상태이며, 수요자들의 돌봄지원에 대한 욕구도 충분히 충족되지 못하고 있다고 지적되고 있다. 특히 영아기 자녀의 돌봄은 시설서비스 이외에 다양한 유형의 돌봄지원이 요구되는 상황임에도 불구하고 현재의 지원체계는 어린이집으로 대표되는 시설 중심으로 제공되고 있으며, 이에 대한 평가 역시 시설, 프로그램(서비스), 이용자 수라는 단순한 양적인 잣대로 이루어지고 있는 실정이다. 따라서 사회통합의 관점에서 이러한 돌봄의 서비스의 공급에 있어서의 접근도와 수요자의 욕구라는 측면에 있어서 공평하게 분배가 되어있는지에 관해서도 논의가 필요하다. 요약하면, 기존의 인프라에 대한 접근 방식은 임신 및 출산을 위한 보건의료 인프라와 영아기 양육 지원 인프라로서의 어린이집에 대한 총량적인 접근을 통해 양적인 확대에 초점을 두고 있다는 제한점이 있다는 것이다.

이러한 배경 하에 본 연구의 목적은 다음과 같다. 임신 및 출산 시기부터 영아기(0~2세)에 속하는 인구를 대상으로 하는 출산과 양육을 지원하는 시설과 서비스에 있어서 인프라의 현황을 살펴보고 형평성에 관해 논하여 사회통합적 관점에서 바람직한 출산·양육의 공적 지원 체계를 구축하는데 이바지하고자 한다. 구체적으로 출산을 위한 보건의료 인프라와 어린이집을 중심으로 양육을 지원하는 인프라에 대한 수요와 공급을 살펴보고 인프라의 접근성(accessibility), 이용도(utilization), 이용의 적합도(adequacy of utilization), 이용 결과(birth outcome) 등의 관점에서 분석하여, 이를 토대로 형평성 있는 공평한 분배를 통해 사각지대에 있는 출산모와 출생아의 건강을 향상시키고 양육을 지원하는 인프라의 확대 방안을 도출하여 저출산 문제에 대한 개선방안 도출하고자 한다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구 내용

본 연구는 임신 및 출산을 지원하는 보건의료 시설과 양육을 지원하는 시설과 서비스라는 측면에서 관련 인프라의 현황을 살펴보고 인프라에 대한 접근도와 인프라의 이용에 있어서의 형평성에 관해 논함으로써, 사회 통합적 관점에서 바람직한 출산·양육의 공적 지원 체계를 구축하는데 이바지 하고자 한다.

제1장 서론에서는 연구의 배경과 목적, 각 장에서 포함하고 있는 연구의 내용을 기술하였다. 제2절에서는 연구의 방법으로 전체적으로 사용된 연구 방법과 접근도의 형평성을 분석하기 위해 제6장에서 활용되는 공간 계량분석기법(Spatial Econometrics Approach)에 대해 보다 자세히 설명하였다.

제2장에서는 형평성에 대한 일반적인 개념을 정리하고 본 연구와 관련된 보건의료 인프라의 형평성에 대한 개념과 본 연구에서 형평성에 관하여 포함할 범위에 관하여 정리하였다. 이어서 영아기 양육에 있어서의 형평성에 대한 개념과 영아기 양육 인프라의 형평성 분석을 위한 연구 범위를 정리하여 제시하였다.

제3장에서는 임신 및 출산과 관련된 보건의료 인프라의 현황과 문제점을 살펴보고, 영아기 양육을 지원하는 인프라의 현황과 문제점을 살펴보았다. 제1절에서는 임신 및 출산과 관련된 보건의료 인프라의 수요와 관련되는 모성사망률, 합계출산율 및 출생아 수를 17개 시·도별로 구분하여 살펴본 후 인프라의 공급에 해당되는 산부인과 전문의와 산부인과 병원, 산부인과 의원, 산부인과가 개설된 종합병원, 공공 보건기관 등의 시

설을 17개 시·도별로 구분하여 살펴봄으로써 임신 및 출산과 관련된 보건의료 인프라의 문제점을 정리하였다. 제2절에서는 17개 시·도별 양육 지원서비스 대상인구 현황과 기존 연구에서 제시된 연령별 보육수요율을 살펴보고, 전국적으로 영아전담어린이집, 어린이집, 건강가정지원센터, 육아종합지원센터 현황과 이용현황을 소개하고 있다. 또한 전국적인 양육지원 서비스 수요현황과 관련 인프라의 공급현황을 살펴봄으로써 현재 양육지원 인프라의 문제점을 제시하였다.

제4장에서는 임신 및 출산과 관련된 보건의료 인프라와 영아기 양육을 지원하는 인프라에 관련된 해외사례를 제시하였다. 임신 및 출산과 관련된 보건의료 인프라 혹은 영아기 양육 지원 인프라 자체에 대한 사례뿐만 아니라 인프라의 격차에 대한 해외 정부의 대응정책도 포함하였다. 제1절에서는 임신 및 출산과 관련된 보건의료 인프라의 지역별 격차를 해소하기 위한 미국 사례를 제시하였고, 제2절에서는 영국의 양육지원 체계를 살펴보고, 빈곤아동의 지원서비스로 sure start program 사례를 소개하고 있다. 제3절에서는 일본의 임신·출산·육아에 이르는 생애주기별 인프라의 확충을 위한 정책을 제시하였다.

제5장에서는 임신 및 출산과 관련된 인프라의 형평성에 대해 지리정보 시스템(GIS)을 활용한 공간 계량 분석기법(Spatial Econometrics Approach)을 활용하여 분석하였다. 임신 및 출산 인프라의 수요와 공급에 대한 공간적인 특성을 살펴본 후 이러한 인프라에 대한 접근도를 분석하였다. 제1절에서는 임신 및 출산 인프라에 대한 수요의 측면을 중심으로 살펴보고, 제2절에서는 인프라의 공급에 대한 측면을 고찰한 후 제3절에서는 수요와 공급을 고려한 접근도를 분석하였다. 제4절에서는 2012년 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」와 2012년 「한국의료패널조사」를 활용하여 임신·출산 인프라의 이용(utilization)과 출산결과

(birth outcome)에 있어서의 형평성에 관하여 분석하였다.

제6장에서는 제5장과 유사한 방식으로 양육지원 인프라의 형평성을 접근도와 이용이라는 두 가지 측면으로 나누어 분석하였다. 제1절과 제2절에서는 양육지원 인프라의 수요와 공급에 대한 공간적인 특성을 살펴 보았다. 제3절에서는 이러한 양육지원 인프라에 대한 수요와 공급을 고려하여 지리정보시스템(GIS)을 활용한 공간 계량 분석기법(Spatial Econometrics Approach)을 통해 인프라에 대한 접근도를 분석하였다. 제4절에서는 2014년 아이돌봄서비스 결과보고서와 2014년 건강가정지원센터 사업결과보고서를 활용하여 가구특성에 따른 양육지원 서비스 이용현황을 분석하였다.

제7장에서는 임신, 출산, 영아기 자녀 양육과 관련하여 이용한 시설에 대한 이용자 조사의 방법과 결과를 기술하였다. 제2절 조사 결과는 임신·출산 관련하여 이용한 인프라에 관한 측면과 영아기 자녀 양육과 관련하여 이용하고 있는 인프라에 관한 측면으로 구분하여 제시하였다.

제8장에서는 분석한 임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라의 형평성과 영아기 양육 인프라의 형평성에 대한 분석 결과를 정리하고, 분석결과와 해외 사례를 토대로 저출산에 대응하며 사회통합에 이바지하는 바람직한 인프라의 양적 혹은 질적 향상 방안에 관한 정책적 제언을 하였다.

2. 연구 방법

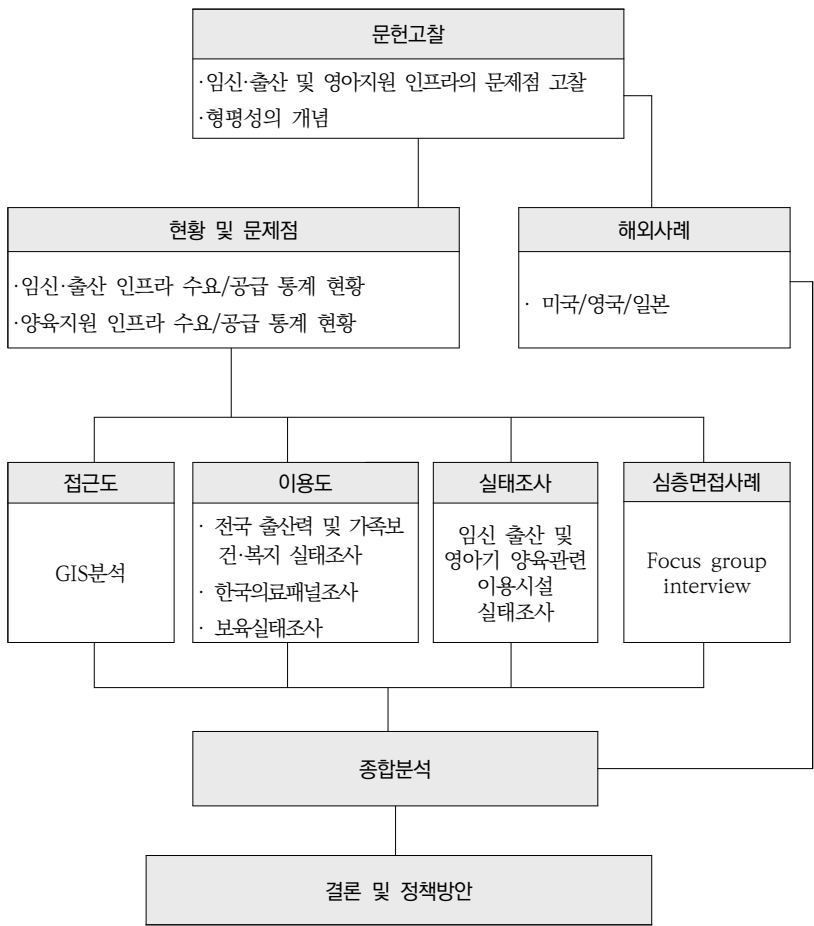
가. 개요

본 연구에서는 문헌고찰, 해외 사례 고찰, 공간계량분석, 기술 통계 분석, 임신 및 출산 관련 보건의로 인프라와 영아기 양육 지원 인프라의 이용에 관한 조사 방법, 초점집단면접(FGI)방법이 활용되었다. 본격적인 논의에 앞서 우선적으로 형평성에 대한 일반적인 개념과 보건의로 영역에서의 형평성의 개념, 양육 인프라에 있어서의 형평성의 개념에 대해 문헌을 통해 살펴보았다. 이를 통해 본 연구에서 논의할 임신·출산과 관련된 인프라와 영아기 자녀 양육을 지원하는 인프라의 개념 및 범위에 대해 규정하였다.

임신·출산과 관련된 인프라와 영아기 자녀양육을 지원하는 인프라의 현황을 파악하기 위해 국내 통계 자료뿐만 아니라 OECD 통계 자료를 활용하였다. 또한, 인프라의 형평성에 있어서 가장 기본이 되는 접근도에 관한 분석을 위해서 공간계량분석(Spatial Econometrics)방법을 활용하였다. 임신·출산과 관련된 인프라와 영아기 자녀 양육을 지원하는 인프라의 현황을 파악하고 인프라의 접근도에 관한 분석 결과를 토대로 하여 인프라 이용자를 대상으로 설문조사와 집단면접(FGI)를 실시하였다. 마지막으로, 임신·출산과 관련된 인프라와 영아기 자녀 양육을 지원하는 인프라와 관련된 해외 사례를 고찰하였다.

본 연구의 설계는 다음과 같이 요약될 수 있다(그림 1-1 참조).

[그림 1-1] 연구 체계도



나. 공간 계량분석 방법

본 연구(제3장과 제4장)에서는 인프라의 접근도에 대해 보다 심층적으로 분석하기 위해 임신·출산 인프라 및 영아기 양육에 관한 인프라와 수요계층의 공간적 분포 특성을 보다 시각화하여 분석하기 위해 활용된 공간계량분석방법에 관하여 자세히 살펴보고자 한다. 공간 계량분석의 핵심은 계량경제모델을 정의(Specification)하고 추정(Estimation)할 때 공간(위치, 거리, 공간적 상호작용)을 어떻게 고려할 것인가에 관한 것이다. 즉, 공간적 효과(Spatial Effect)인 공간적 의존성(Spatial Autocorrelation)과 공간적 이질성(Spatial Heterogeneity)을 고려한다는 것이다²⁾. 이것은 설정된 공간적 범위내의 통계량을 평면적으로 분석하여 얻을 수 있는 정보를 단순히 GIS(Geographic Information System, 공간정보시스템) 소프트웨어를 이용해 시각화하여 표현하는 것에 그치지 않고 공간적인 분포와 특성을 통계적으로 분석하는 것을 의미한다. 공간적인 분포 특성을 구분하여 분석하는 방법 중 가장 흔하게 쓰이는 기법이 공간 군집분석(Hot Spot Analysis)이다. 공간 군집분석은 데이터의 특성, 예를 들면 위치속성만 가지거나 또는 속성 값을 가지는 점(Point) 데이터와 공간단위의 집계 데이터(Polygon)에 따라 각기 다른 모형을 선택할 수 있다. 본 분석에서는 전반적인 공간 자기상관성과 각 세부 권역의 공간적 특성을 구분하여 살펴볼 수 있는 글로벌 모란지수와 국지 모란지수(Global, Local Moran's I)분석과 위치속성을 대상으로 분석이 가능한 Getis-Ords Statistics를 활용하였다.

모란지수는 주어진 전체 공간범위내의 데이터의 공간적 자기상관 관계를 판단하는 글로벌 모란지수(Global Moran's I)와 각 개별 공간의 공간

2) 월간 국토, 2014년 12월 (통권398호), Luc Anselin 인터뷰 내용 발췌

적 연관관계를 판단하기 위해 산정하는 국지 모란지수(Local Moran's I)로 구분된다.

우선, 글로벌 모란지수는 다음의 수식으로 산정된다.

$$z(I) = \frac{I - E(I)}{\sqrt{E(I^2) - (E(I))^2}} \quad \dots(1)$$

$$\text{where, } I = \frac{N \sum_{i=1}^N \sum_{j=1}^N w_{ij} (x_i - \bar{x})(x_j - \bar{x})}{\sum_{i=1}^N \sum_{j=1}^N w_{ij} \sum_i (x_i - \bar{x})^2} \quad \dots(2)$$

$$E(I) = \frac{-1}{N-1} \quad \dots(3)$$

x_j 는 공간 j 의 데이터 값,
 $w_{i,j}$ 는 공간 i 와 j 사이의 공간가중치,
 n 은 분석 총 공간 수

산정식을 살펴보면, 변수 간 공분산(Covariance)을 활용한 피어슨 상관계수(Pearson's Correlation)와 유사하지만, 변수 간 상관관계를 판단함에 있어 공간가중치(w_{ij})에 따라 거리에 따른 감응도의 차이를 반영하여 값이 결정되는 차이점이 있다.

산정값은 -1과 +1 사이의 값을 가지게 되는데, +1은 강한 양의 공간적 상관관계, 0은 무상관 관계, -1은 강한 음의 공간적 상관관계를 의미한다.

분석 값의 통계적 유의성은 무작위 분포(Random Distribution)를 가정하여 정규 분포성을 기준으로 판단하게 된다. 글로벌 모란지수는 시계열 분석(Time Series)의 자기상관성을 판단하기 위한 기초 통계량인 단위근 검정(Unit Root Test)과 같이 데이터의 공간적 자기상관관계를 판

단하는 유용한 지표로 사용되며, 공간 가중치 행렬을 제공한다. 다만, 글로벌 모란지수에서 제시된 값은 전반적인 공간적 분포의 평균값으로 개별적인 지역에서 나타날 수 있는 공간적 상관관계가 나타나지 않을 수 있는 경우가 있다. 이는 분석 데이터 표본(Sample)의 수와도 밀접한 영향을 가지게 되는데 본 분석에서 산부인과 종합병원의 결과가 이 경우에 해당 하는 것으로 볼 수 있다.

다음으로 국지 모란지수 산정의 간편식은 다음과 같다.

$$I_i = z_i \sum_{j=1}^{J_i} w_{ij} z_j \quad \dots(1)$$

z_i standardized y_i

$w_{i,j}$ 는 공간 i 와 j 사이의 공간가중치

국지 모란지수는 각 지역의 Morans' I 값을 산정하는 것으로 산정식을 살펴보면, 앞서 살펴본 Global Moran's I의 표준화 값의 비율로 산정되며, 이를 통해 각 지역의 특성을 5가지로 구분하게 된다.

먼저 지수 값이 +1에 근접한 군집(Spatial Autocorrelation 속성을 가진 군집)들 중 큰 속성 값(High Value)의 군집은 핫스팟(Hot Spot)으로 작은 속성 값(Low Value)의 군집은 콜드스팟(Cold Spot)으로 구분된다. 다음으로 지수 값이 -1에 근접한 군집(Spatial Heterogeneity 속성을 가진 군집) 작은 속성 값을 가지는 지역에 둘러싸인 큰 속성 값을 가진 지역, 반대로 큰 속성 값에 인접한 작은 속성 값을 가진 지역은 아웃라이어(Outlier)로 하이-로우 스팟(High-Low Spot), 로우-하이 스팟(Low-High Spot)으로 구분 하여 제시된다.

모란지수는 각 공간적 범위의 속성 값을 기준으로 분석을 진행하기 때

문에 단순 위치속성을 가진 점(Point)을 기준으로 분석하는 것에는 한계가 있다. 이 경우 Getis-Ord Statistics(Hot Spot Analysis)를 활용하여 분석할 수 있다. Getis-Ord 분석은 포인트간 거리를 기준으로 공간적 군집을 판단할 수 있는 통계량을 제공하며, 산정식은 다음과 같다.

$$G_i^* = \frac{\sum_{j=i}^n w_{i,j} x_j - \bar{X} \sum_{j=i}^n w_{i,j}}{S \sqrt{\frac{n \sum_{j=1}^n w_{i,j}^2 - (\sum_{j=i}^n w_{i,j})^2}{n-1}}} \quad \dots(1)$$

$$\bar{X} = \frac{\sum_{j=i}^n x_j}{n} \quad \dots(2)$$

$$S = \sqrt{\frac{n \sum_{j=1}^n x_j^2}{n} - (\bar{X})^2} \quad \dots(3)$$

단, x_j 는 공간 j 속성 값, $w_{i,j}$ 는 공간 i 와 j 사이 공간가중치, n 은 분석 총 공간 수

산정식을 간략하게 살펴보면, 통계량(G^*)은 공간 j 의 속성 값과 공간 가중평균의 차이를 비교하여 공간 j 의 속성 값이 분포상 통계적으로 유의미한 값인가를 판별하는 것이다. 분석을 위해 각 포인트를 포함하는 공간적 범위를 지정하거나, 가상의 Grid를 생성하여 분석한다. 분석에서 제시된 결과에서 각 사례별로 Grid의 차이가 발생되는데 이는 이러한 각 데이터의 샘플수와 분포에 차이에 기인하는 것이다.

분석결과는 정규분포를 가정하여 Z-Score로 변환 제시되며, Z-Score 기준으로 통계량이 ± 3 이상일 경우 99% 유의 수준에서 공간적 군집이

존재한다고 판단하며, 0에 근접하는 값은 임의(random) 분포를 보이는 것으로 판단한다. 여기서 앞서 살펴본 Local Moran's I와 유사하게 +3 이상의 경우 큰 속성 값(High Value)을 가지는 집단의 군집(Hot Spot Cluster), -3이하의 경우 작은 속성 값(Low Value)을 가지는 군집(Cold Spot Cluster)으로 분류하게 된다. 다만 Getis-Ord Statistics는 위치속성을 기초로 분석되는 것이기 때문에 Local Moran's I와 다르게 특이치(Outlier) 구분이 되지 않는다. 본 연구의 제3장과 제4장에서는 이러한 공간계량분석방법을 활용하여 인프라의 접근도에 대해 보다 심층적으로 분석하고자 한다.

제 2 장

형평성의 개념

제1절 형평성의 일반적인 개념

제2절 임신·출산 인프라의 형평성

제3절 양육지원 인프라의 형평성

제1절 형평성의 일반적인 개념

형평성(equity)은 ‘균형이 맞는 상태를 이루는 성질’로 정의된다(국립국어원 표준국어대사전). 형평성이라는 개념은 효율성(efficiency)이라는 개념과 함께 우리 사회에서 회자가 되는 철학적인 개념이다. 형평성은 자원을 효율적일 뿐만 아니라 공평하게 배분하는 것으로 대변되는 사회적 후생(social welfare)을 평가하는 후생 경제학(welfare economics)에서 주로 쓰인다.

경제학적으로 형평성은 평등성(equality), 정당한 권리(right), 공정성(fairness), 받을만한 자격(deservedness)이라는 네 가지 요소로 설명될 수 있다.³⁾ 첫 번째의 평등성은 소득과 재산이 사회 구성원 모두에게 평등하게 나누어져야 한다는 것으로, 인간의 외적인 차이로 인하여 차별을 받지 않아야 한다는 것이다. 정당한 권리는 모두의 정당한 권리가 보장되어야 한다는 것으로, 자신이 어떠한 것을 소유하고 있다는 것이 정당하게 보장되어야 한다는 것이다. 공정성은 어떤 일이 사회적 합의에 의하여 사전에 정해진 규칙에 의하여 공정하게 이루어져야 한다는 것이다. 받을만한 자격이라는 것은 어떠한 부(wealth)는 그것을 받을만한 자격이 있어야 한다는 것으로, 사회적으로 바람직하지 않은 방법으로 부를 축적한 경우 그것이 공평하지 않다는 것은 자명하다고 할 수 있다.

그러므로 형평성은 평등성, 정당한 권리, 공정성, 받을만한 자격의 네

3) 이준구 (2001). 『재정학 제2판』, 「제3장 후생경제학」 참조

가지 요소가 모두 충족이 되어야 하며, 어느 한 요소가 더욱 강조되면 형평성이 성립되지 않을 수도 있다. 예를 들어, 평등성의 경우, 극단적으로 ‘모든 사람들에게 똑같은 부가 배분되어야만 한다’라고 한다면 그것은 평등성 이외의 나머지 요소인 정당한 권리, 공정성, 받을만한 자격에 모두 위배될 가능성이 높아짐에 따라 형평하지 않은 것이다. 즉, 평등주의가 강조된다면 자신의 정당한 능력으로 쌓은 부를 다른 사람들과 비슷한 수준의 부만을 남겨두고 전부 반납해야 하는 경우도 생길 수 있다. 따라서 형평성을 간단하게 정리하면, 자원은 평등하게 뿐만 아니라 정당하고, 공정하게 배분이 되어야 하는데 그것은 그만한 자격이 있는 사람들에게 배분이 되어야 한다고 말할 수 있을 것이다.

같은 맥락으로 경제학에서 말하는 실행 가능한 바람직한 정책이란 형평성뿐만 아니라 효율성을 충족시키는 정책인 것이다. 즉, 자원의 배분이 효율적이면서 형평한(equitable) 것이라 할 수 있다. 구체적으로, Okun(1975)은 재분배 정책이 효율성의 상실로 말미암아 분배되는 양이 적어지므로 형평성과 효율성을 충족시키는 것에 대한 부정적인 견해를 보였으나, Blank(2002)와 Blinder(1987)는 형평성과 효율성의 두 가지 요소를 동시에 만족시키는 정책이 존재한다고 설명하고 있다. 비록 재분배 정책이 단기적으로 비효율성이 발생될 수 있지만, 정책의 종류에 따라 효율성 측면에서의 영향이 다를 수 있기 때문에, 효율성에 미치는 부정적인 영향을 최소화하는 재분배 정책이 존재할 것이고, 또한 이러한 정책이 효율성과 형평성을 모두 추구하는 정책이라는 것이다.

사회적 형평성은 ‘사회적으로 가장 어려운 사람들에게 최대의 혜택을 부여하는 행위’를 상징하는 이념으로 규정되기도 하였다(Hart, 1974; Harmon, 1974; 임의영, 2009: p.1에서 재인용). 이러한 관점에서 형평성의 향상을 위하여 취약한 계층에게 사회적 지원으로서 소득재분배를

하는 것이 형평적이나 이 경우 재분배 과정에서 초래하는 경제적 비용이 그에 따른 사회적 이익을 초과(Okun, 1975: 장경은, 2012 재인용)하여 효율성 측면에서 비효율이라고 제안하기도 한다. 즉 효율성과 형평성은 함께 추구하기 어려운 상충적인 관점을 제시하고 있다.

사회적 재분배 기능이 형평성의 기본 목표라면, 이는 선택적 복지의 추구와도 유사한 맥락으로 이해될 수 있을 것이다. 기존 연구에 따르면 자원의 재분배를 유도하는 선택적 복지가 비효율이라고 주장한 반면 정반대의 시각을 제시하기는 사례도 있다. 기존 연구에 따르면 일반적으로 ‘선택적 복지는 효율적이기는 하나 형평성의 원칙에서 어긋나는 반면 보편적 복지는 형평성을 살릴 수 있으나 효율성이 낮다고 인식’한다고 하였다(이영범, 2004; Gustaffson & Staffort, 1998; 장경은, 2012: p.128에서 재인용). 이처럼 사회적인 형평성의 개념에서도 형평성은 효율성의 측면에서 상호 보완적일 수도 있으며 때로는 상반된 방향으로 진행되기도 한다는 것이다. 그러나 사회적 형평성의 본질은 ‘제 몫을 갖게 하는 것’(임의영, 2009: p.11)이다. 즉 사회적인 관계 속에서 타인과 공통점과 차이점을 비교하고, 그 결과에 따라 각자의 분량에 맞도록 몫을 갖도록 하는 것이다. 이러한 점에서 사회적 필요를 규정하고 이러한 필요에 따라 공평한 분배를 하는 것이 형평성의 본질이라고 볼 수 있다.

제2절 임신·출산 인프라의 형평성

임신 및 출산은 개인적 삶의 과정이기도 하지만, 보건의료적인 개입이 반드시 필요한 생애사적인 사건(event)이다. 임신과 출산이라는 과정은 건강하게 보낼 수 있는 자연스러운 일련의 과정이기도 하지만 보건의료적 관점에서 사망에 이르는 부정적인 결과를 낳기도 하는 중요한(critical) 과정이다. 이러한 결과가 순수한 개인의 건강문제라면 더 이상 정책이 개입할 여지는 없다. 그러나 많은 선행연구들이 모성사망 및 영아 사망에 있어서의 사회경제적 요인이 중요한 역할을 하고 있음을 보고하고 있다.

보건의료적 관점에서 형평성이란 불형평 혹은 격차가 없는 상태를 의미하는데, 미국의학회의 보고서 「Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care」에서는 격차(disparity)의 정의를 “의료에 있어서의 환자의 욕구와 선호도, 이용 가능한 의로서비스의 존재 여부를 감안했을 때에도 여전히 존재하는 건강의 차이”라고 명시하고 있다(김동진 외, 2013, p.44에서 재인용).

건강에 있어서 형평성에 대해 통용되는 개념은 건강에 있어서 다음과 같은 격차가 존재하지 않을 때 이를 형평한 상태라고 할 수 있다는 것이다. 이러한 격차는 첫째, 의료의 접근도(accessibility)에 있어서의 격차인 환경의 격차, 둘째, 의료의 이용(utilization)에 있어서의 접근, 이용, 의료의 질에 있어서의 격차, 셋째, 이를 통한 건강 상태와 건강 결과에서의 격차를 포함한다. 또한 이러한 격차는 남성과 여성에 따른 격차, 연령에 따른 격차, 사회경제적 상태(소득 및 교육수준)에 따른 격차, 지역(도시 지역과 농어촌 지역)에 따른 격차를 포괄하는 개념이다(Federico & Liu, 2003; Mcgrath & Puzan, 2004; Quinn & Overbaugh, 2005).

따라서 임신 및 출산과 관련된 모자보건의료에 있어서의 형평성은 ‘안전한 임신과 출산’ 혹은 산모와 태아 및 신생아의 건강이라는 동등한 의료적 필요(needs)를 가지고 있는 모든 임신부에게 임신과 출산을 위한 의료 인프라의 동등한 접근과 동등한 의료의 이용을 보장함으로써 결과적으로 공평한 수준의 건강 결과를 달성하는 것을 의미한다. 우선 접근성(accessibility)은 동등한 의료의 이용과 이를 통한 형평성 있는 건강 결과(출산 결과)를 달성하기 위한 1차적인 전제 조건이 되는 것이다. 즉, 접근성을 보장하기 위해서는 동등한 의료이용을 위한 기회를 권리로서 제공해 주어야 한다는 것이다(Mooney, 1983).

이러한 보건 의료의 접근성을 막는 장애 요소는 크게 두 가지로 나누어 생각해 볼 수 있다. 우선은 비용 혹은 개인의 의료 서비스에 대한 지불능력(affordability)과 관련된 장애 요소가 있으며, 또 다른 요소는 의료인력 및 시설로 대표되는 인프라가 존재하는지에 대한 가용성(availability)과 관련된 요소이다(Bodenheimer & Grumbach, 2009). 보건의료 인프라의 가용성을 살펴볼 수 있는 지표는 보건의료 인프라의 분포이다. 즉, 각 지역별로 의료인(간호사, 의사 등)과 의료시설의 수는 1차적으로 의료의 접근성과 밀접한 관련을 갖는 핵심 지표라고 볼 수 있다.

임신 및 출산에 있어서 가장 중요한 인프라는 임신과 출산을 지원하는 보건의료 인프라인데, 이러한 보건의료 인프라의 핵심 요소는 인력(workforce)과 이를 포함하고 있는 시설이다(AHRQ 2013; AHRQ 2012). 보건의료 서비스의 제공자이며 비용의 원천이 되는 보건의료 인력의 전체적인 수, 지역별 분포, 인력의 질 등은 실제로 의료의 접근성의 주요한 결정요인으로 보고되고 있다(Sinoens et al., 2005). 또한, 의료시설은 인력, 장비, 기술 등을 포괄하기 때문에 의료시설은 의료자원의 분포와 의료이용의 결정요인이다(오영호 외, 2006). 실제로 우리나라의

의료 자원은 시장경제의 논리인 구매력에 따라 도시에 집중됨에 따라 의사 1인이 담당하는 인구 등이 지역별로 큰 차이를 보이고 있으며, 이러한 지역별 차이는 우리 사회 전반에서 나타나는 문제이나(장영호, 2015) 특히, 우리나라는 분만 취약지라고 명명하는 지역이 있을 정도로 임신 및 출산과 관련하여 명백한 지역별 접근도의 차이가 있기 때문에 형평성에 위배되는 측면이 있다.

보건의료적 측면에서 형평성의 개념은 보건의료기본법(법률 제 9847)에서 ‘국가와 지방자치단체는 모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족시킬 수 있도록 노력해야 한다.’라고 명시되어 있다. 따라서 본 보고서에서는 한국의 임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라의 지역별, 해당 인구수별 접근도와 이용 및 이용의 질에 관해 살펴봄으로써 형평성의 실태를 파악하고자 한다. 구체적으로 형평성의 정의에 따라 첫째, 구체적으로 임신 및 출산을 지원하는 산부인과, 보건소, 조산원 등의 시설과 산부인과 의료 인력이 지역에 따라 차이가 있는지와 지역의 인구학적 요인(가임기 여성, 출산율 등)에 따른 인프라의 배치가 적절한지 살펴봄으로써 가용성(affordability)의 측면에서의 접근도(accessibility)를 살펴보고자 한다. 둘째, 산전관리적합도(Adequacy of prenatal care)와 같은 지표를 사용하여 임신·출산을 위한 보건의료 인프라 이용의 적합도를 산출함으로써 의료의 이용(utilization)에 있어서의 형평성을 살펴보고자 한다. 셋째, 저체중 출산과 조산과 같은 부정적인 출산 결과(adverse birth outcomes)를 통해 건강결과에 있어서의 형평성을 살펴보고자 한다. 이를 통해 저출산 시대에 임신 및 출산을 지원하는 의료 인프라의 형평성 제고를 위한 정책적 방안을 제언하고자 한다.

제3절 영아기 양육 인프라의 형평성

본 연구에서 양육지원 인프라의 형평성에 있어서 형평성이라는 개념을 일반적으로 복지의 기본 기능과 같은 개념으로 인식하는 관점을 따라 사회적 불평등을 완화하는 시·도로 해석하고자 한다. 아동복지의 측면에서 형평성이란 ‘모든 아동들이 건강하게 양육될 수 있는 기회를 제공’받고 아동의 삶의 질이 공평하게 보장받고 있는 상태로 정의하고 있다 (장경은, 2012: p.127).

양육지원 정책은 아동복지 측면의 목적을 가지고 있으나, 이보다는 근로여성의 일가정 양립을 지원한다는 측면과 인적자본에 대한 사회적 투자 측면에서 이해되어 왔다. 특히 저출산 고령화 시대에 접어들면서 출산 지원정책으로서의 기능이 강화되고 양육을 지원함으로써 여성의 경제활동을 제고하고 노동력 확보에 기여하고자 하는 목적이 있었다. 이러한 측면에서 양육지원 정책은 모성보호 정책 개념으로 파악되어야 한다고 주장하기도 하지만(엄규숙, 2000) 아동의 삶의 질 향상 및 동등한 서비스 제공을 목적으로 볼 때 이에 대한 달성은 미흡하다고 볼 수 있다.

그동안 국내 양육지원의 수급대상은 급여체계에 따라 달라져 왔다. 소득계층에 따른 차별적 지원으로서 자원의 재분배의 기능을 수행해 왔다고 볼 수 있다. 이후 급여체계 확장에 따라 수혜대상자를 늘려오면서 대상 및 급여 체계의 보편성을 확대해 왔다.

현재 소득수준과 관계없이 전계층을 대상으로 무상보육 및 양육수당이 제공된다는 측면에서 평등적이라 볼 수 있으나, 저소득층과 같은 사회의 취약계층에 대한 불평등을 완화한다는 측면에서 과연 형평적 기능을 수행하고 있는가의 문제제기가 가능하다. 그러나 연구에서는 소득재분배 기능으로서의 형평성보다는 균등한 기회의 제공 측면에서 형평성을 다루

고자 한다. 즉 무상보육과 양육수당이 지급되는 현 시점에서 부모는 균등한 서비스 이용 기회를 제공받아야 할 권리가 있다. 무상보육 이전의 지원정책 하에서는 계층간, 가구유형간의 형평성 문제가 대두될 수 있지만, 현재의 지원체계 하에서는 모든 영유아가 보육료를 지원받거나 양육수당을 지원받는 구조이기 때문에 균등한 선택과 기회의 제공 측면에서 형평성을 바라보는 것이 더욱 적합할 것이다. 즉, 지역별 시설인프라의 차이로 인해서 형평성 문제가 대두되며 이러한 측면에서 양육지원 인프라의 형평성은 비용의 문제 보다는⁴⁾ 이용기회의 문제로 볼 수 있다.

이러한 측면에서 일반적인 형평성의 4가지 개념 중 효율성보다는 공정성(fairness)이 강조되어야 한다. 이에 본고에서는 인프라 이용을 위한 접근성 측면에서 지역적 형평성을 다루고자 한다. 양육을 지원하는 인프라의 핵심 요소는 보육시설과 이를 포함한 양육지원서비스를 제공하고 있는 시설로, 영아전담시설을 포함한 어린이집, 건강가정지원센터, 육아종합지원센터, 시간제 보육 서비스이므로 이를 본 연구의 분석 대상으로 삼고자 한다.

욕구를 가진 수요자가 필요로 하는 인프라의 가용성(affordability)의 측면에서의 접근도(accessibility)를 어린이집 시설이 지역에 따라 어떻게 분포되고 있는지를 통해서 살펴보고자 한다. 기존의 연구는 총량적으로 시설의 공급수준을 분석하거나 지역별 공급현황을 제시하는 데에 그친 반면 본 연구에서는 지역별 분포를 바탕으로 지리정보시스템(GIS)을 활용한 공간 계량 분석기법(Spatial Econometrics Approach)을 통해 접근도 분석을 실시하여, 지역 간의 시설 공급이 형평하게 이루어지고 있는지 살펴보고자 한다.

4) 다만, 지역내 국공립 시설이 없어 민간 시설을 이용함에 따라 이용료를 더 지불하는 사례 또는 추가비용부담에 따라 어린이집을 이용하지 못하는 사례가 있을 수 있다.

제 3 장

현황 및 문제점

제1절 임신·출산 인프라의 현황과 문제점

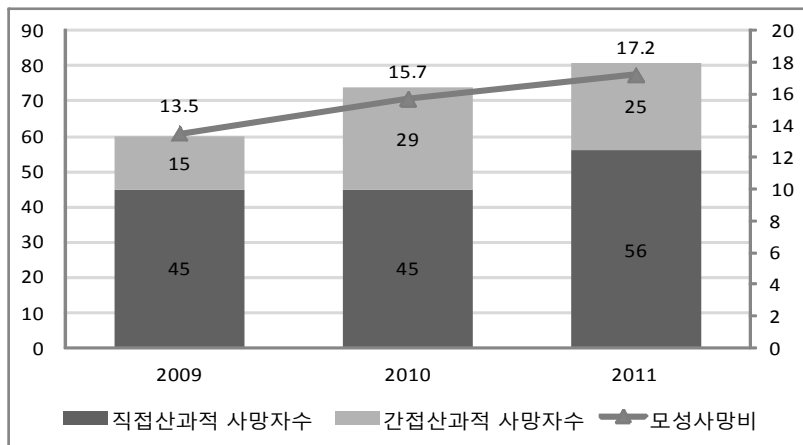
제2절 양육지원 인프라의 현황과 문제점

제1절 임신·출산 인프라의 현황과 문제점

1. 임신·출산 인프라의 수요

지속적인 저출산 문제는 임신·출산 인프라의 붕괴라는 문제와 서로 상호 작용을 일으키면서 우리사회의 문제로 자리 잡고 있다. 즉, 지속적인 저출산 현상으로 폐업하는 산부인과는 증가하며 산부인과 전문의는 감소하고 있는 실정이다. 그럼에도 불구하고 고령산모, 고위험 산모 및 신생아는 지속적으로 증가하고 있다. 결과적으로 고위험 출산은 증가하는 반면 이러한 임신출산을 지원하는 인프라는 감소하여 따라 모성사망률은 증가하고 있다.

[그림 3-1] 연도별 모성사망자수 및 모성사망비



자료: 통계청 보도자료, 2009-2011년 사망원인 보완조사 결과, 2012.

이처럼 증가하는 모성사망자수를 시·도별로 구분하여 살펴보면 <표 3-1>과 같다. 사망자 수는 경기도에 가장 많고 이어 서울특별시가 많으며, 인천광역시, 충청남도, 경상남도가 그 다음으로 많은 것으로 나타났다.

<표 3-1> 시·도별 모성사망자수, 모성사망 구성비 (2013)

(단위: 명, %)

구분	사망자수	구성비 ¹⁾
서울특별시	5	10.0
부산광역시	3	6.0
대구광역시	2	4.0
인천광역시	4	8.0
광주광역시	0	0.0
대전광역시	3	6.0
울산광역시	1	2.0
세종특별자치시	0	0.0
경기도	14	28.0
강원도	3	6.0
충청북도	2	4.0
충청남도	4	8.0
전라북도	1	2.0
전라남도	0	0.0
경상북도	3	6.0
경상남도	4	8.0
제주도	1	2.0
전국	50	100.0

주: 1) 전국 대비 지역별 모성사망자 수의 비율을 의미함.

자료: 통계청(2014), 2011-2013 영아사망·모성사망 출생전후기 사망 통계 p.24

출생아의 비중이 높은 시·도가 모성사망의 확률이 높은 것은 명백하므로 지역별 출산률을 함께 살펴보고자 한다. 저출산 현상과 함께 가속화되는 인구의 고령화는 특히 농어촌 지역에서 심화되면서 더더욱 농어촌 특정 지역의 출산율과 임신출산을 지원하는 인프라는 함께 감소하여 지역별 인프라의 격차는 점차 심화되고 있는 실정이다.

시·군·구별 합계출산율 현황은 다음과 같다(표 3-2 참조). 우선 합계출산율이 1.9이상인 시·군·구는 대체로 전라남도에 많이 나타났는데, 구체적으로 해남군(전라남도), 영암군(전라남도), 강진군(전라남도), 연천군(경기도), 인제군(강원도)인 것으로 나타났다. 반면 합계출산율이 0.9이하인 시·군·구는 대체로 서울과 부산에 있는 구였는데, 수영구(부산), 마포구(서울), 남구(대구), 중구(부산), 광진구(서울), 강남구(서울), 영도구(부산), 관악구(서울), 서구(부산), 종로구(서울)인 것으로 나타났다. 합계출산율은 개념 자체가 여성 1명이 평생 동안 낳을 것으로 예상되는 평균 출생아 수라는 점에서 각 지역의 임신 및 출산을 지원하는 인프라의 수요자 자체가 많다는 것을 의미하지는 않는다. 이러한 점을 고려할 때, 합계출산율 뿐만 아니라 출생아 수를 살펴볼 필요가 있겠다.

〈표 3-2〉 시·군·구별 합계출산율 현황 (2013년)

구분	빈도
합계출산율 1.9 이상	전남 해남군, 전남 영암군, 전남 강진군, 경기 연천군, 강원 인제군
합계출산율 0.9이하	부산 수영구, 서울 마포구, 대구 남구, 부산 중구, 서울 광진구, 서울 강남구, 부산 영도구, 서울 관악구, 부산 서구, 서울 종로구

자료: Kosis, 출산동향조사(2015.06.04.검색)

시·군·구별 출생아수 현황을 살펴보면, 합계출산율과 출생아수와의 상관관계는 발견되지 않는다(표 3-3 참조). 우선 출생아수가 8,000명 이상인 시·군·구는 수원시(경기도), 창원시(경상남도), 용인시(경기도), 성남시(경기도)인 것으로 나타나, 대체로 경기도에서 임신 및 출산을 지원하는 인프라의 수요가 많을 것으로 예측해 볼 수 있다. 반면, 출생아수가 130명 이하인 시·군·구는 울릉군(경상북도), 군위군(경상북도), 영양군(경상북도), 용진군(인천)인 것으로 나타났다.

42 임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제

〈표 3-3〉 사군구별 출생아수 현황 (2013년)

구분	빈도
출생아수 8,000명 이상	경기 수원시, 경기 용인시, 경기 성남시, 경남 창원시
출생아수 130명 이하	경북 울릉군, 경북 군위군, 경북 영양군, 인천 옹진군

자료: Kosis, 출산동향조사(2015.06.04.검색)

시·도별 출생아수 현황은 다음의 표에서 제시하였다.

〈표 3-4〉 시·도별 출생아 수 (2013년)

(단위: 천 명)

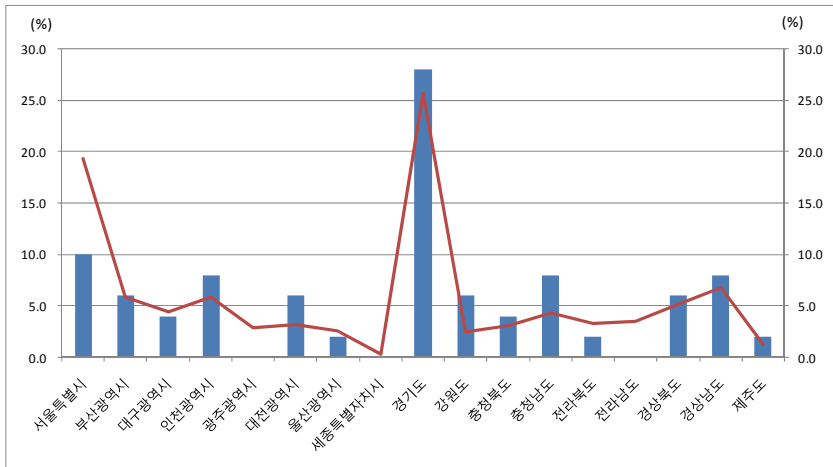
구분	2013년 출생아 수
서울특별시	84.1
부산광역시	25.8
대구광역시	19.3
인천광역시	25.6
광주광역시	12.7
대전광역시	14.1
울산광역시	11.3
세종특별자치시	1.1
경기도	112.1
강원도	11.0
충청북도	13.7
충청남도	18.6
전라북도	14.6
전라남도	15.4
경상북도	22.2
경상남도	29.5
제주도	5.3
전국	436.5

자료: Kosis, 출산동향조사(2015.06.04.검색)

경기도가 가장 출생아 수가 많고 이어 서울시가 출생아 수가 다른 시·도와 비교했을 때 월등히 많다. 기타의 시와 도의 출생아 수는 3만 명 미만이며, 특히 제주도와 세종시의 경우는 1만 명으로 시·도별 차이가 있음을 알 수 있다.

전체 출생아 수 대비 시·도별 출생아 수의 비중과 전체 출생아 수 대비 시·도별 모성사망자수의 비중이 일치하는 것이 형평성 있는 결과라고 볼 수 있다. [그림 3-2]를 살펴보면, 대체로 비슷한 추세에 있으나 출생아수의 비중에 비해 모성사망자의 비중이 적은 지역은 서울특별시, 전라북도인 반면, 출생아수의 비중에 비해 모성사망자의 비중이 큰 지역은 인천광역시, 대전광역시, 경기도, 충청남도이다. 이를 토대로 모성사망자가 비교적 많은 지역은 임신과 출산을 지원하는 보건의료 인프라가 그 양이나 질에 있어서 문제가 있을 수 있다고 추정할 수 있다.

[그림 3-2] 시·도별 모성사망 구성비, 출생아수 구성비



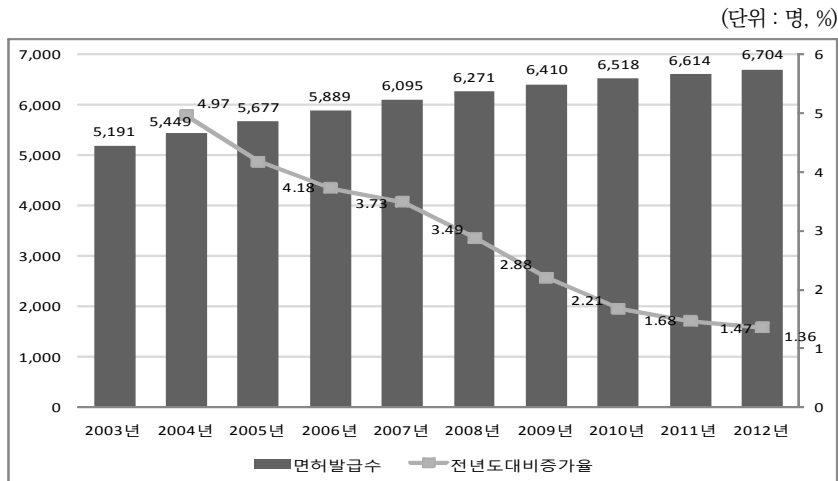
주: 막대그래프는 모성사망 구성비, 꺾은선그래프는 출생아수 구성비
 자료: 통계청(2014), 2011-2013 영아사망·모성사망 출생전후기 사망 통계 p24.

2. 임신·출산 인프라의 공급

임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라 중 가장 중요한 요소는 임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인력(workforce)과 이를 포함하고 있는 시설이다(AHRQ 2013; AHRQ 2012), 임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인력 중 대표적인 인력은 보건의료 서비스의 주된 제공자인 산부인과 전문의와 출산 직후 신생아를 담당하는 소아과 전문의라고 볼 수 있다. 또한, 임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라인 의료시설은 산부인과 병원, 보건소, 조산원을 포함한다.

우선, 인력의 측면에서 임신 및 출산과 관련된 보건의료서비스를 제공하는 전문의의 현황을 살펴보고자 한다. 다음 [그림 3-3]은 우리나라 전체 산부인과 전문의 면허를 발급받은 수와 전년도 대비 증가율을 제시하고 있다.

[그림 3-3] 산부인과 전문의 면허 발급수 및 전년도 대비 증가율



자료: 국회 보건복지위원회-2013년도 보건복지부 국정감사(2013.11.1.)자료

매년 산부인과전문의 면허 신규 발급자 수는 경우는 해마다 조금씩 증가하고 있으나, 전년도 대비 증가율을 살펴보면 지속적으로 감소하고 있음을 알 수 있다. 이는 매년 신규로 면허를 받는 산부인과 전문의의 수 뿐만 아니라 산부인과 인턴, 레지던트의 확보율과도 관계가 있다.

다음의 <표 3-5>에서는 인턴, 레지던트, 산부인과 전문의의 필요 정원과 응시한 수를 통한 지원율, 응시하여 합격한 수를 활용한 확보율, 중도포기율을 제시하였다.

<표 3-5> 산부인과 전문의 확보 현황

(단위: 명, %)

구분		인턴	레지던트	산부인과 전문의
2009	정원	3,814	4,039	191
	지원율	97.9	115.0	75.4
	확보율	91.5	89.7	75.9
2010	정원	3,853	4,065	193
	지원율	91.3	112.7	67.9
	확보율	88.0	87.4	64.2
2011	정원	3,877	4,063	186
	지원율	92.2	109.5	66.7
	확보율	88.4	87.4	65.6
2012	정원	3,802	3,982	170
	지원율	92.5	107.5	71.2
	확보율	87.1	89.1	70.0
2013 (6월말기준)	정원	3,458	3,780	159
	지원율	98.6	108.5	78.0
	확보율	90.7	90.3	73.6

주: 지원율 = 응시자 수/ 정원 * 100; 확보율 = 합격자 수/ 정원 * 100; 중도포기율 = 중도포기자 수/ 합격자 수 * 100

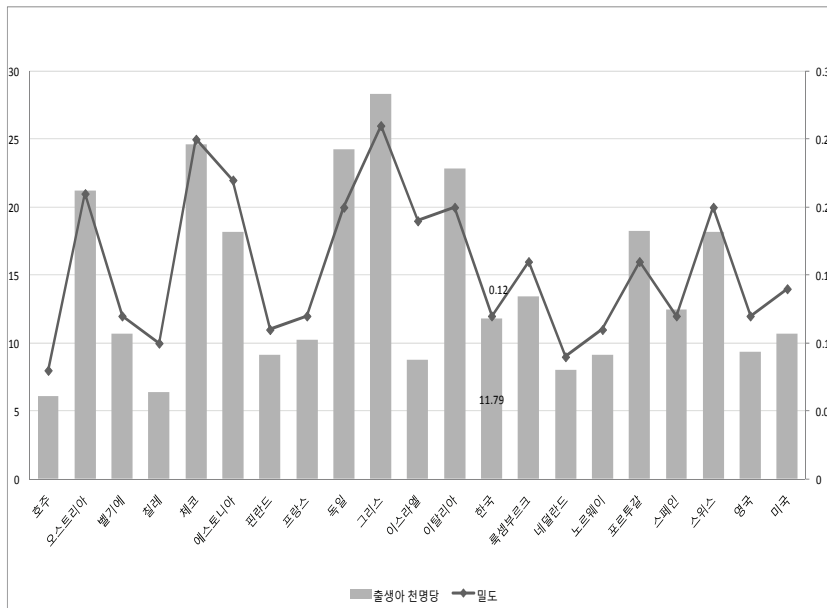
자료: 국회 보건복지위원회-2013년도 보건복지부 국정감사(2013.11.1.)자료

산부인과 전문의 합격자 수를 확보율을 통해서 살펴보면, 2009년 145명, 2010년 124명, 2011년 122명, 2012년 119명, 2013년 117명으로 해마다 조금씩 감소하는 경향을 보이고 있다. 2013년 6월 기준으로 살펴보면, 정원의 73.6%만이 채워졌는데, 이 중 5.1%는 중도에 포기하여 지속적으로 산부인과 전문의를 확보하기 위한 노력이 필요할 것으로 보인다.

한편, 2012년, 2013년 산부인과 의사의 수를 OECD 국가들과 비교하면 다음의 그림과 같다(그림 3-4 참조).

[그림 3-4] OECD 주요국의 출생아 천 명당 산부인과 전문의 수 및 밀도

(단위: 명, %)



주: 밀도 2013년 data를 활용하여 인구 1,000명당 산부인과 전문의의 수를 산출; 출생아 천 명당 산부인과 전문의의 수는 2012년 data를 활용
 자료: OECD. stat

한국의 인구 1,000명 당 산부인과 전문의의 수(밀도: density)는 0.12명으로 벨기에, 프랑스, 스페인, 영국과 같으나, OECD 28개국⁵⁾의 평균인 0.15명과 비교했을 때 다소 낮은 수준이다. 한편, 한국이 저출산 국가임을 감안했을 때 출생아 1,000명 당 산부인과 전문의 수를 비교하는 것이 보다 적절한 비교일 것이다. OECD 28개국의 평균인 12.93명과 비교하면, 한국의 출생아 1,000명 당 산부인과 전문의 수는 11.79명으로 OECD 평균보다 약 1.14명이 적은 수준이다. 또한 이러한 한국 전체의 산부인과 전문의 수가 한국 내에서 지역별로 고르게 분포되어 있는지를 살펴볼 필요가 있다. 한국의 산부인과 전문의의 수를 소아청소년과 전문의의 수와 함께 전체 과목 전문의라는 큰 범주 내에서 각 지역별로 살펴보면 다음의 표와 같다(표 3-6 참조).

전체 전문의 중 산부인과 전문의가 차지하는 비중은 6.1%~9.0%로 나타났다. 소아청소년과 전문의의 비중은 6.1%~8.7%로 나타나, 산부인과와 소아청소년과는 다른 과목에 비해 전체 전문 과목 중 10% 미만으로 그 비중이 낮을 뿐만 아니라, 지역별로 그 수의 차이가 있음을 알 수 있다. 전체 전문의 중 산부인과 전문의의 비중이 가장 높게 나타난 지역은 울산광역시(9.0%)였고, 소아청소년과 전문의의 비중이 가장 높게 나타난 지역은 경기도(8.7%)로 나타났다. 서울특별시의 경우 타 시·도에 비해 월등히 많은 전문의가 있는 것으로 나타났다. 서울시의 경우 전공과목에 상관없이 전문의 수는 총 19,423명이고, 세부적으로 구분하면 산부인과 전문의는 1,474명, 소아청소년과 전문의는 1,216명인 것으로 나타났다. 경기도의 경우는 전체 전문의 수는 14,057명이고, 산부인과 전문의는 1,117명으로 전체 전문의 중 차지하는 비율이 7.9%로 나타났

5) 호주, 오스트리아, 벨기에, 칠레, 체코, 에스토니아, 핀란드, 프랑스, 독일, 아이슬란드, 아일랜드, 이스라엘, 이탈리아, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 네덜란드, 노르웨이, 폴란드, 포르투갈, 슬로베니아, 스페인, 스위스, 터키, 영국, 미국

고, 소아청소년과 전문의는 1,228명으로 전체 전문의 중 차지하는 비율이 8.7%로 나타나 산부인과 보다는 소아청소년과 전문의가 더 많음을 알 수 있다. 전체전문의 및 산부인과와 소아청소년과 전문의가 가장 적은 지역은 세종특별시로, 전문의는 82명인 것으로 나타났고, 산부인과 전문의 수는 5명, 소아과 전문의 수 또한 5명인 것으로 나타났다. 그 다음으로 전문의의 수가 적은 지역은 제주도로, 전체 전문의 수는 785명, 산부인과 전문의 수는 62명, 소아과 전문의 수는 54명인 것으로 나타났다.

〈표 3-6〉 시·도별 전문과목별 전문의 현황 (2013)

(단위: 명)

구분	계	산부인과	소아청소년과
서울특별시	19,423	1,474 (7.6)	1,216 (6.3)
부산광역시	5,631	466 (8.3)	380 (6.7)
대구광역시	3,941	286 (7.3)	300 (7.6)
인천광역시	3,142	247 (7.9)	239 (7.6)
광주광역시	2,451	195 (8.0)	202 (8.2)
대전광역시	2,477	198 (8.0)	170 (6.9)
울산광역시	1,252	113 (9.0)	103 (8.2)
세종특별자치시	82	5 (6.1)	5 (6.1)
경기도	14,057	1,117 (7.9)	1,228 (8.7)
강원도	1,838	131 (7.1)	114 (6.2)
충청북도	1,752	128 (7.3)	123 (7.0)
충청남도	2,174	167 (7.7)	150 (6.9)
전라북도	2,541	188 (7.4)	170 (6.7)
전라남도	2,353	148 (6.3)	135 (5.7)
경상북도	2,919	216 (7.4)	181 (6.2)
경상남도	3,791	284 (7.5)	281 (7.4)
제주도	785	62 (7.9)	54 (6.9)
전국	70,609	5,425 (7.7)	5,051 (7.2)

자료: Kosis 「건강보험통계」

임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라인 시설 중 가장 중요한 시설은 분만을 가능하게 하는 의료시설이다. 분만을 담당하고 있는 의료기관의 수 추이를 연도별, 요양기관별로 살펴보면 다음과 같다.

〈표 3-7〉에서 살펴볼 수 있듯이 분만이 가능한 의료기관(상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원, 조산원, 공공보건기관)의 총 수는 2004년 1,311개소에서 2012년 739개소로 53.4%p 감소했고, 의원급 의료기관 수는 955개소에서 445개소로 510개소 감소하였다. 종합병원의 경우도 지속적으로 그 수가 감소하면서 분만실이 폐쇄되고 있는 실정이다(김암, 2013).

〈표 3-7〉 분만 가능 의료 시설 수 추이

(단위: 개)

해당연도 요양기관	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
상급종합	42	42	43	43	43	44	44	44	43
종합병원	156	151	138	133	125	112	108	100	97
병원	139	136	130	123	127	123	124	135	140
의원	955	866	789	710	640	564	518	484	445
조산원	18	18	18	17	18	16	14	13	13
보건기관	1	1	1	1	1	1	0	1	1
총계	1,311	1,214	1,119	1,027	954	860	808	777	739

자료: 국회 보건복지위원회-2013년도 보건복지부 국정감사(2013.11.1.)자료

의원급에서 산부인과 개업 및 폐업, 개업 대비 폐업의 비율을 보다 구체적으로 살펴보면 다음과 같다(표 3-8 참조). 2009년부터 2013년 상반기까지 개업하는 산부인과의 수는 감소하고 있으며, 개업 대비 폐업하는 산부인과의 비율은 증가하고 있는 것을 알 수 있다.

〈표 3-8〉 산부인과 의원 개업 및 폐업 현황

(단위 : 개소, %)

구분 \ 해당년도	2009		2010		2011		2012		2013년 상반기	
	신규	폐업	신규	폐업	신규	폐업	신규	폐업	신규	폐업
산부인과	80	95	50	93	52	102	56	97	24	52
폐업/ 개업 비율	1.19		1.86		1.96		1.73		2.17	

자료: 국회 보건복지위원회-2013년도 보건복지부 국정감사(2013.11.1.)자료

또한, 분만과정에서 발생하는 사고와 산모 및 신생아 중환자의 발생에 대비한 시설과 설비(인공호흡기 등의 필요한 장비)를 갖춘 분만실의 수도 감소하고 있다(김암, 2013). 더욱이 산모 및 신생아 집중치료실, 혹은 고 위험 산모 및 신생아 중환자 통합치료센터와 같은 종합적인 특화된 시설은 현재 거의 없는 상황임을 감안할 때 우리나라는 전체적으로 분만가능한 인프라가 부족한 실정이라고 평가할 수 있다.

이처럼 부족한 임신 및 출산을 지원하는 인프라는 지역에 따른 격차가 존재한다. 분만가능 인프라에 있어서도, 현재 관내 분만율이 30% 미만이고 60분내 도달할 수 있는 분만 가능한 의료기관이 없거나, 분만 가능한 의료기관까지 60분 내에 도달하기 불가능한 가임여성의 비율이 30%인 지역을 의미하는 분만취약지와 준분만취약지로 지정된 곳의 수도 시·도별도 차이가 있다. 전국 시·도별 및 시·군·구별로 분만취약지와 준분만취약지로 지정된 곳을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 3-9〉 사군·구별 분만취약지 현황 (2015년)

시도		분만 취약지 ⁶⁾	분만 준취약지 ⁷⁾
인천광역시	1	옹진군	
경기도	1		연천군
강원도	5	평창군, 정선군, 철원군, 화천군, 인제군	
충청북도	2	괴산군	음성군
충청남도	2	청양군	부여군
전라북도	5	무주군, 장수군, 순창군, 고창군	임실군
전라남도	7	보성군, 장흥군, 신안군, 해남군, 함평군	곡성군, 구례군
경상북도	6	군위군, 청송군, 영덕군, 울릉군, 영천시	문경시
경상남도	4	의령군, 남해군, 하동군, 창녕군	

자료: 분만취약지 6개 지역에 산부인과 개설·운영 지원(2015.4.8.)

비록 과거 일부 분만 취약지에서는 지원 사업이 제대로 운영이 되지 않아 시설이 폐쇄되는 사례가 발생하였으나, 분만 취약지를 통해 관내 분만을 및 분만 실적이 향상되고, 대도시를 가지 않고 의료서비스를 받게 됨에 따라 이용자의 만족도가 높아진 것으로 보고되어 분만 취약지 지원의 지속적 필요성이 제고되고 있다.⁸⁾

다음의 〈표 3-10〉은 시·도별로 산부인과 병원의 현황을 제시하고 있다. 우선, 경기도가 산부인과 병원이 52개소로 가장 많았고, 서울특별시가 48개소, 부산광역시가 29개소인 것으로 나타났다. 반면, 2015년 조사 시점에 세종특별자치시와 제주도에 산부인과 병원이 없는 것으로 나타났다.

6) 60분내 분만율이 30% 미만이고, 분만가능한 산부인과로부터 1시간 이상 떨어진 취약지
가임여성 인구비율이 30% 이상인 시·군

7) 준취약지 : 60분내 분만율이 30% 미만이고, 관내 분만실이 없는 시·군

8) 데일리 메디, 2015. 10. 12. 「취약지 지원 사업 효과 - 농어촌등 분만을 상승」

〈표 3-10〉 시·도별 산부인과병원 현황 (2015)

(단위: 개소)

구분	산부인과병원
서울특별시	48
부산광역시	29
대구광역시	18
인천광역시	10
광주광역시	9
대전광역시	6
울산광역시	8
세종특별자치시	0
경기도	52
강원도	11
충청북도	5
충청남도	5
전라북도	10
전라남도	12
경상북도	11
경상남도	25
제주도	0
전국	259

자료: 건강보험심사평가원 홈페이지(2015.5.20.일 검색)

종합병원 혹은 전문병원에 산부인과가 개설된 병원을 시·도별로 살펴본 결과, 서울이 54개소로 가장 많았고, 경기도는 52개소, 부산광역시 27개소 인 것으로 나타났다. 세종특별자치시의 종합병원에는 산부인과가 진료과목으로 없는 것으로 나타났고, 울산광역시는 5개소, 제주도는 6개소인 것으로 나타나 지역별 차이를 보았다. 산부인과를 둔 전문병원은 경기도가 5개소 가장 많았고, 그 다음이 서울특별시(4개소), 부산광역시(2개소), 광주광역시(2개소), 경상북도(2개소) 순인 것으로 나타나 적은 수의 전문병원이 일부지역에 주로 밀집해 있다는 것을 알 수 있다.

〈표 3-11〉 사도별 종합병원 / 전문병원 산부인과 수 (2015)

(단위: 개소)

구분	종합병원	전문병원
서울특별시	54	4
부산광역시	27	2
대구광역시	11	
인천광역시	15	1
광주광역시	14	2
대전광역시	10	
울산광역시	5	
세종특별자치시	0	
경기도	52	5
강원도	13	
충청북도	10	
충청남도	12	
전라북도	12	
전라남도	21	
경상북도	19	2
경상남도	19	
제주도	6	
전국	300	16

자료: 건강보험심사평가원 홈페이지(2015.5.20.일 검색)

임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라로서 조산원을 지역별로 구분하여 살펴보면 경기도가 9개소로 가장 많았고, 그 다음으로는 부산광역시가 6개소, 서울특별시 5개소인 것으로 나타났다. 이에 반해 울산광역시, 세종특별자치시, 충청남도, 전라북도, 경상북도는 조산원이 없는 지역으로 나타났다(표 3-12 참조).

〈표 3-12〉 시·도별 조산원 현황 (2014)

(단위: 개소)

구분	조산원
서울특별시	5
부산광역시	6
대구광역시	1
인천광역시	2
광주광역시	1
대전광역시	1
울산광역시	0
세종특별자치시	0
경기도	9
강원도	2
충청북도	1
충청남도	0
전라북도	0
전라남도	4
경상북도	0
경상남도	1
제주도	1
전국	34

자료: 한국보건산업진흥원(2015), 「2014 의료자원통계 핸드북」

마지막으로, 임신 및 출산 지원 인프라는 보건소(보건지소, 보건진료소)이다. 시·도별로 보건소, 보건지소, 보건진료소의 현황을 살펴보면(표 3-13 참조), 전라남도가 563개소로 가장 많았고, 다음으로 경상북도 556개소, 경상남도 410개소 순인 것으로 나타났다. 보건소가 가장 많은 지역은 전라남도로 45개소가 있는 것으로 나타났고, 보건지소 역시 전라남도가 220개소로 가장 많았으며, 보건진료소는 경상북도가 313개소 인 것으로 나타났다.

〈표 3-13〉 시도별 보건소, 보건지소, 보건진료소 현황 (2014)

(단위: 지소)

구분	보건소	보건지소	보건 진료소	계
서울특별시	25	4	0	29
부산광역시	16	11	5	32
대구광역시	8	9	9	26
인천광역시	10	27	25	62
광주광역시	5	1	10	16
대전광역시	5	8	8	21
울산광역시	5	8	11	24
세종특별자치시	1	9	6	16
경기도	45	124	162	331
강원도	18	96	129	243
충청북도	13	95	158	266
충청남도	14	150	235	399
전라북도	10	149	239	398
전라남도	19	215	329	563
경상북도	23	220	313	556
경상남도	20	171	219	410
제주도	6	10	47	63
전국	243	1307	1905	3,455

자료: 한국보건산업진흥원(2015), 「2014 의료자원통계 핸드북」

3. 임신·출산 인프라의 형평성 문제

우리나라의 임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라는 저출산 현상과 함께 전반적으로 그 규모가 축소되고 있는 실정이다. 반면, 모성사망비는 지속적으로 증가하고 있는데, 이는 OECD 대부분의 국가들과 비교했을 때 높은 수치이다. 저출산과 함께 발생하는 인구 전반의 고령화는 임신 및 출산의 측면에서 고령의 가임여성이 증가와 그 맥락을 같이한다.

실제로 고위험 산모가 지속적으로 증가하고 있는데(신현철, 2012), 이는 만혼과 고령 가임여성의 증가로 인한 고령임신의 증가가 하나의 원인이라고 볼 수 있다. 고령임신부는 여러 성인병(고혈압, 비만, 당뇨, 심장병 등)을 임신 전부터 가지고 있을 확률이 높고 난소의 노화로 인해 고위험 임신이 될 확률이 증가하기 때문이다.

만 20세미만 산모, 고령산모(만 35세 이상의 산모), 조산(재태주수 37주 미만)한 산모, 다태아를 출산한 산모 등 고위험 산모는 전체산모의 약 27%로 이에 대비한 인프라가 필요하다(통계청, 2012). 이 중 특히 고령산모와 다태아 출산 산모는 만혼 및 난임의 증가로 인해 향후에도 증가할 가능성이 크기 때문에 더욱 이를 대비한 보건의료 인프라가 필요하다.

시·도별 임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라에 대한 종합적인 현황은 다음의 표와 같다. <표 3-14>에서 볼 수 있듯이, 임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라의 분포를 살펴보았을 때, 지역별 격차가 있음을 알 수 있다. 특히, ‘시’지역의 경우는 산부인과 병원, 종합병원 혹은 전문 병원에 산부인과가 개설된 병원이 ‘도’지역보다 많은 반면, 보건소, 보건지소, 보건진료소의 경우는 ‘시’지역 보다 ‘도’지역에 많이 있다는 점을 알 수 있다.

〈표 3-14〉 시·도별 임신·출산 지원 보건의료 인프라 현황 (2015)

(단위: 개소)

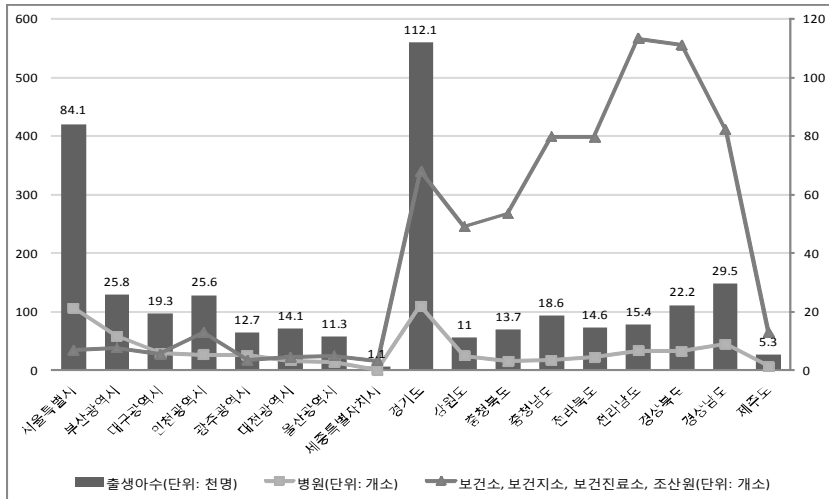
구분	산부인과 병원	종합 병원	전문 병원	보건소	보건 지소	보건 진료소	조산원
서울특별시	48	54	4	25	4	0	5
부산광역시	29	27	2	16	11	5	6
대구광역시	18	11		8	9	9	1
인천광역시	10	15	1	10	27	25	2
광주광역시	9	14	2	5	1	10	1
대전광역시	6	10		5	8	8	1
울산광역시	8	5		5	8	11	0
세종특별자치시	0	0		1	9	6	0
경기도	52	52	5	45	124	162	9
강원도	11	13		18	96	129	2
충청북도	5	10		13	95	158	1
충청남도	5	12		14	150	235	0
전라북도	10	12		10	149	239	0
전라남도	12	21		19	215	329	4
경상북도	11	19	2	23	220	313	0
경상남도	25	19		20	171	219	1
제주도	0	6		6	10	47	1
전국	259	300	16	243	1,307	1,905	34

자료: 건강보험심사평가원 홈페이지(2015.5.20.일 검색)

시·도별 인프라를 앞에서 제시한 시·도별 출생아 수와 비교하여 살펴보면 다음의 그림과 같다(그림 3-5 참조). 전반적인 추세는 수요에 맞추어 공급이 이루어지고 있으나, 반드시 출생아 수가 많은 지역에 인프라가 많다고 볼 수는 없다. 예를 들어 대구광역시와 인천광역시를 비교하면 인천광역시의 출생아 수가 6,300명 정도 더 많으나 산부인과 병원, 종합병원 혹은 전문병원에 산부인과가 개설된 병원의 수는 대구광역시가 3개소 더 많다. 또한 광주광역시와 대전광역시를 비교하면, 대전광역시의 출생아 수가 1,400명 더 많으나 산부인과 병원, 종합병원 혹은 전문병원에 산

부인과가 개설된 병원의 수는 광주광역시 9개소 더 많고 보건소, 보건지소, 보건진료소, 조산원의 경우도 4개소 더 많다. 또한, 비록 출생아 수라는 수요와 인프라라는 공급이 보건의료 시장 내에서 양적으로는 대체로 정의 상관관계를 갖고 있지만, 인프라의 수준에 있어서 산부인과 병원, 종합병원 혹은 전문병원에 산부인과가 개설된 병원은 ‘도’ 지역보다는 ‘시’ 지역에 편중되어 있는 경향을 보인다. 예외적으로 경기도의 경우는 산부인과 병원, 종합병원 혹은 전문병원에 산부인과가 개설된 병원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 조산원 모두 다른 시·도보다 많은 것으로 나타났다. 또한, 임신과 출산을 지원하는 서비스는 기본적으로 누려야 하는 보건의료 서비스라는 점에서 세종시와 제주도에 산부인과 병원, 종합병원 혹은 전문병원에 산부인과가 개설된 병원이 반드시 필요하다고 볼 수 있다.

[그림 3-5] 시·도별 출생아 수 및 임신·출산 지원 보건의료 인프라 현황



제2절 양육지원 인프라의 현황과 문제점

1. 양육지원 인프라의 수요

양육인프라의 수요는 서비스 대상을 어떻게 규정할 것인가에 따라 달라지며, 서비스 대상은 제공 서비스 특성에 따라 달리 규정할 수 있다. 국내의 양육지원은 시설양육과 가정양육지원으로 나누어 볼 수 있으며, 인프라 측면에서 가장 큰 부분을 차지하고 있는 부분은 어린이집으로 볼 수 있다. 본고에서는 공적 영역의 양육지원 인프라로 어린이집, 건강가정지원센터, 육아종합지원센터, 시간제 보육 서비스 제공을 분석대상으로 삼고자 한다.

영아기 어린이집에 대한 수요를 예측함에 있어서, 1990년대 초반에는 보육서비스 수요자를 취업모 가구의 자녀에 한정해서 분석이 이루어졌다. 실례로, 1990년 한국행동과학연구소 연구의 경우, 만 5세 미만의 취업모 아동비율을 추정한 후 해당 아동의 56.4%를 보육서비스 대상수요로 추정하였다. 56.4%의 추정치는 취업모 중에서 현실적으로 타아를 절실히 필요로 하는 비율로서 추정된 수치로 이를 바탕으로 취업모의 절대 타아수요인구를 추정한 바 있다(이성진 외, 1990).

그러나 2013년도부터 전계층 무상보육이 실시됨에 따라 부모는 가정양육(양육수당 지급)과 시설보육(보육료 지원)중에서 자율적으로 선택할 수 있으며, 이에 따라 시설보육을 선택할 경우 언제 어느 지역에서든지 일정수준의 보육서비스를 받을 권리가 있다고 볼 수 있으며, 국가는 이러한 부모선택권과 서비스를 받을 권리를 보장해줄 의무가 있다. 이러한 측면에서 양육지원서비스 대상자는 전국의 해당연령의 유아를 모두 포함하여 분석이 이루어져야 할 필요가 있다. 다시 말해 보육에 대한 보편적 지원 서비스의 성격이 강화됨에 따라 보육서비스 대상에 대한 수요추계는

모의 취업여부와 관계없이 좀 더 보편적인 관점에서 이루어질 필요가 있다.

본 연구에서 연구대상은 만 0~2세로 한정하고 있는 상황으로 17개 시·도의 0~2세를 잠정적 수요자로 볼 수 있으며 대상 아동 현황은 다음의 표와 같다. 2014년 기준으로 대상아동은 1,346,641명으로 미취학 아동의 약 42%에 해당하며 이는 전체 인구의 약 2.6%에 해당한다.

〈표 3-15〉 연령별 아동수 (2014)

(단위: 명, %)

구분	0세	1세	2세	계	비율
서울특별시	78,101	78,973	85,889	242,963	18.0
부산광역시	25,165	25,811	28,779	79,755	5.9
대구광역시	18,668	19,510	21,782	59,960	4.5
인천광역시	25,087	26,074	29,028	80,189	6.0
광주광역시	12,306	13,024	15,038	40,368	3.0
대전광역시	13,389	14,171	15,557	43,117	3.2
울산광역시	11,213	11,436	12,473	35,122	2.6
세종특별자치시	1,672	1,857	2,096	5,625	0.4
경기도	109,299	116,253	131,017	356,569	26.5
강원도	10,420	11,286	12,747	34,453	2.6
충청북도	12,986	13,545	15,076	41,607	3.1
충청남도	17,688	18,814	20,802	57,304	4.3
전라북도	13,761	14,838	16,608	45,207	3.4
전라남도	14,361	15,258	16,690	46,309	3.4
경상북도	21,267	22,174	24,280	67,721	5.0
경상남도	29,023	30,119	33,765	92,907	6.9
제주도	5,427	5,635	6,403	17,465	1.3
전국	419,833	438,778	488,030	1,346,641	100.0

자료: 보건복지부, 「2014년 보육통계」, 2014. 2014.12.31. 주민등록인구통계

앞서 말한바와 같이 서비스 수요대상자는 보편적 기준으로 전국의 영유아로 확대됨에도 불구하고 해당 서비스공급의 수요대상자를 전국의 영

아 전체를 대상으로 하지는 않는다. 왜냐하면 이들은 시설보육과 가정양육에 대한 적절한 선택에 따라 서비스 수요가 나뉘기 때문이다. 일반적으로 보육서비스의 수요를 분석함에 있어서는 대상 아동의 보육서비스에 대한 수요율을 예측하고 이에 따라 현재의 공급이 수요율에 얼마나 부합하는지 분석하는 접근법을 따른다.

가장 최근의 전국적인 서비스 수요율은 2012년 전국보육실태조사에서 실시된 수요율을 들 수 있다. 전국보육실태조사에 기반을 둔 가장 최근의 보육수요율은 2012년 자료로 대도시, 중소도시, 읍·면단위로 구분하여 제시하고 있다. 연령별 어린이집 이용에 대한 보육수요를 조사하고 해당 조사를 바탕으로 현재 이용률과 얼마나 차이가 있는지 제시하고 있으며 그 차이를 미충족 수요율(추가수요)로 보고 있다. 2012년 보육실태조사에 의한 만 0세~만 2세의 연령별 보육 수요율은 다음과 같다.

〈표 3-16〉 전국보육실태조사 어린이집 이용 수요율 (2012)

(단위: %)

구분		만0세 (11개월까지)	만1세 (23개월까지)	만2세 (35개월까지)
전체	보육수요	30.1	74.7	84.7
	이용률	14.2	63.4	85.2
	추가수요	15.9	11.3	- 0.5
대도시	보육수요	26.3	68.0	79.5
	이용률	11.7	56.6	80.4
	추가수요	14.6	11.4	-0.9
중소도시	보육수요	33.8	80.7	84.7
	이용률	17.1	66.9	85.2
	추가수요	16.7	13.8	-0.5
읍·면	보육수요	30.8	79.3	95.7
	이용률	14.5	73.2	94.6
	추가수요	16.3	6.1	1.1

자료: 육아정책연구소·보건복지부 「2012년 전국보육실태조사」

위에 제시된 보육서비스 수요율을 살펴보면 전국적으로 만 0~2세의 서비스 수요율은 각각 30.1%, 74.7%, 84.7%에 이르는 것으로 조사되었다. 0세의 경우 어린이집 이용 수요율은 대도시의 경우 26.3%, 중소도시의 경우 33.8%, 읍면지역의 경우 30.8%로 나타났다. 2012년 전국보육실태 조사 자료의 경우 2013년 전계층 무상보육이 실시되기 이전의 분석으로 무상보육실시에 따른 수요변화를 적절히 반영하지 못한다는 한계를 지적할 수 있으나, 대체로 가정양육을 선호하는 경우가 많은 만 0~2세의 영아의 경우는 2012년에는 0~2세 무상보육이 전면 실시되던 시기로 무상보육에 따른 가수요가 충분히 반영된 수요율로 봐도 무방할 것이다.

〈표 3-17〉은 현재 연령별 보육시설 이용아동 비율을 제시하고 있다. 보육실태조사에 따른 어린이집 이용에 대한 수요율과 현재 이용률을 비교해 볼 때, 지역별로 미충족 수요율(추가수요)에 따른 편차가 큰 것을 알 수 있다. 만0세의 경우 어린이집 이용 수요율 30.1%를 기준으로 할 때, 상당수의 지역이 미충족 수요가 있는 것으로 보여지고 있으며, 미충족 수요율이 가장 높은 지역은 이용률이 가장 낮은 부산과 울산으로 나타났다. 만1세의 경우 어린이집 이용 수요율 74.7%를 기준으로 할 때, 서울특별시, 부산광역시, 인천광역시만 미충족 수요가 있는 것으로 나타났으며 이외의 지역은 모두 수요율 이상의 이용률을 보이고 있다. 광주광역시, 제주도의 경우 시설이용률이 과도하게 높은 것으로 조사되었다. 만2세의 경우 수요율 84.7%를 기준으로 할 때, 서울특별시, 세종특별자치시, 부산광역시, 인천광역시에 미충족 수요가 있는 것으로 조사되었다. 시설 과잉 공급에 따른 수요율 이상의 이용률을 보이는 지역은 제주도, 전라북도, 광주광역시 등으로 나타났다.

〈표 3-17〉 연령별 어린이집 이용률

(단위: %)

구분 ¹⁾	0세	1세	2세	계
서울특별시	27.1	68.4	74.7	57.3
부산광역시	22.0	72.5	82.2	60.1
대구광역시	26.2	78.1	87.6	65.4
인천광역시	28.5	73.2	83.1	62.8
광주광역시	43.9	90.0	89.0	75.6
대전광역시	37.8	83.8	87.9	71.0
울산광역시	23.8	77.2	86.7	63.6
세종특별자치시	37.0	75.1	76.6	64.3
경기도	37.7	79.4	84.2	68.4
강원도	35.6	83.0	89.0	70.9
충청북도	27.9	79.5	87.4	66.3
충청남도	33.1	79.4	87.9	68.2
전라북도	44.8	86.0	90.6	75.2
전라남도	32.1	76.2	83.7	65.2
경상북도	34.4	80.3	86.8	68.2
경상남도	36.3	85.0	89.6	71.5
제주도	56.8	106.3	92.1	85.7
전국	33.0	78.0	84.0	66.1

주: 1) 생활연령과 보육연령의 차이에 따라 이용비율이 과다 추정되는 경향이 있음

자료: 보건복지부, 「2014년 보육통계」, 2014. 2014.12.31. 주민등록인구(2014) 재구성

2. 양육지원 인프라의 공급 및 이용 현황

가. 어린이집

2014년 12월 기준으로 전국적으로 43,742개소의 어린이집이 있으며 이들 중 45%의 시설이 서울특별시와 경기도에 집중되어 있다. 국공립 시설은 전국적으로 2,489개소가 설치되어 있는데 이들 중 약 34%는 서울 특별시에 집중되어 있고 23.1%는 경기도에 집중되어 있어 국공립 시설

의 55%가 수도권에 집중되어 있는 것으로 볼 수 있다. 민간 어린이집의 경우 서울특별시와 경기도에 각각 15%, 27%가 분포되어 있는 것으로 나타났다. 가정어린이집의 경우 경기도에 35%가 분포되어 있어 가정어린이집의 경기도 집중도가 타 유형의 어린이집보다 높은 것으로 조사되었다.

이러한 지역별 편중은 서울특별시와 경기도의 어린이집 이용 대상 영유아 수에 따른 당연한 결과로 볼 수 있다. 앞서 분석한 0-2세 영아 현황에 따르면 전국 0-2세의 42%가 서울특별시와 경기도에 집중되어 있는 것으로 나타났다.

〈표 3-18〉 어린이집 유형별 현황 (2014)

(단위: 개소, %)

구분	계	국·공립	사회복지 법인	법인· 단체등	민간	가정	부모 협동	직장
계	43,742	2,489	1,420	852	14,822	23,318	149	692
서울특별시	6,787	844	36	154	2,273	3,277	27	176
부산광역시	1,957	155	84	39	827	814	9	29
대구광역시	1,588	42	121	34	728	639	6	18
인천광역시	2,308	132	11	22	815	1,274	7	47
광주광역시	1,260	30	108	24	408	660	9	21
대전광역시	1,698	29	41	14	438	1,138	5	33
울산광역시	946	33	13	5	471	396	5	23
세종특별자치시	160	8	8	4	46	86	0	8
경기도	13,259	575	70	137	4,076	8,186	64	151
강원도	1,257	85	114	45	415	570	3	25
충청북도	1,229	56	109	34	440	557	7	26
충청남도	2,053	68	126	59	649	1,118	3	30
전라북도	1,654	54	144	97	506	838	0	15
전라남도	1,242	86	175	54	408	498	1	20
경상북도	2,212	133	84	39	907	1,017	0	32
경상남도	3,533	135	99	51	1,141	2,075	3	29
제주도	599	24	77	40	274	175	0	9

자료: 보건복지부, 「2014년 보육통계」, 2014. 2014.12.31. 현재

〈표 3-19〉 어린이집 유형별 분포 (2014)

(단위: %)

구분	계	국·공립	민간	가정
계	100.0	100.0	100.0	100.0
서울특별시	15.5	33.9	15.3	14.1
부산광역시	4.5	6.2	5.6	3.5
대구광역시	3.6	1.7	4.9	2.7
인천광역시	5.3	5.3	5.5	5.5
광주광역시	2.9	1.2	2.8	2.8
대전광역시	3.9	1.2	3.0	4.9
울산광역시	2.2	1.3	3.2	1.7
세종특별자치시	0.4	0.3	0.3	0.4
경기도	30.3	23.1	27.5	35.1
강원도	2.9	3.4	2.8	2.4
충청북도	2.8	2.2	3.0	2.4
충청남도	4.7	2.7	4.4	4.8
전라북도	3.8	2.2	3.4	3.6
전라남도	2.8	3.5	2.8	2.1
경상북도	5.1	5.3	6.1	4.4
경상남도	8.1	5.4	7.7	8.9
제주도	1.4	1.0	1.8	0.8

자료: 보건복지부, 「2014년 보육통계」, 2014. 2014.12.31. 현재

어린이집 중 2004년 이전 영아전담 어린이집으로 지정받은 시설은 보육정원을 기준으로 가능한 2세 미만반이 2세반보다 많게 되도록 편성해야 하며 만 2세 이상 반만으로 보육정원을 책정할 수 없도록 하는 운영기준을 가지고 있다. 전국적으로 영아전담 어린이집은 613개소가 운영 중이며, 경상남도 71개소, 부산광역시 69개소, 서울특별시 53개소, 경기도 52개소 등이 있으며, 최대 영아를 수용할 수 있는 정원은 경상남도가 3,278명으로 가장 많았고, 그 다음이 부산광역시 3,130명, 대구광역시 3,072명 순인 것으로 나타났다.

충족률 현황을 살펴볼 때 인천광역시가 92.3%로 가장 높은 것으로 조사되었으며 이밖에 전라남도, 울산광역시, 경기도, 전라북도 등이 충족률이 높은 것으로 나타난 반면, 대구광역시의 경우 충족률이 제일 낮은 것으로 조사되었다. 0-5세 어린이집의 경우 전북, 전남의 정원충족률이 타 시·도에 비해 낮은 상황(각각 81.4%, 82.3%)이나 영아전담의 경우 더 높게 조사된 특이점이 있다.

〈표 3-20〉 영아전담 어린이집 (2014)

(단위: 개소, 명, %)

구분	어린이집	정원	현원	충족률
서울특별시	53	2,041	1,684	82.5
부산광역시	69	3,130	2,505	80.0
대구광역시	40	3,072	2,091	68.1
인천광역시	24	861	795	92.3
광주광역시	25	1,186	971	81.9
대전광역시	24	1,200	989	82.4
울산광역시	25	1,274	1,133	88.9
세종특별자치시	-	-	-	-
경기도	52	1,851	1,632	88.2
강원도	25	1,209	1,016	84.0
충청북도	27	1,716	1,211	70.6
충청남도	44	1,966	1,552	78.9
전라북도	39	1,836	1,629	88.7
전라남도	45	2,084	1,869	89.7
경상북도	25	1,509	1,073	71.1
경상남도	71	3,278	2,416	73.7
제주도	25	1,631	1,156	70.9
전국	613	29,844	23,722	79.5

자료: 보건복지부, 「2014년 보육통계」, 2014. 2014.12.31. 현재

영아전담어린이집 이용아동을 연령별로 살펴보면 0세가 3,186명, 1세가 9,689명, 2세가 10,847명인 것으로 나타나, 2세,1세,0세 순으로 영아전담어린이집을 많이 이용하는 것으로 분석되었다. 시·도별로 살펴보면, 0세의 이용아동이 가장 많은 시·도는 서울특별시로 347명이 영아전담어린이집을 이용하는 것으로 나타났고, 부산광역시 316명, 전라남도가 314명 순인 것으로 나타났다.

해당인구수 대비 이용영아수를 살펴보면, 제주도가 6.6%로 가장 높은 것으로 조사되었으며 경기도가 0.5%로 가장 낮은 것으로 조사되었다

〈표 3-21〉 영아전담 어린이집 이용 아동 현황 (2014)

(단위: 명, %)

구분 ¹⁾	0세	1세	2세	계	0-2세 아동 ²⁾	이용률
서울특별시	347	640	697	1,684	242,963	0.7
부산광역시	316	1,037	1,152	2,505	79,755	3.1
대구광역시	209	818	1,064	2,091	59,960	3.5
인천광역시	112	345	338	795	80,189	1.0
광주광역시	138	402	431	971	40,368	2.4
대전광역시	128	422	439	989	43,117	2.3
울산광역시	110	464	559	1,133	35,122	3.2
세종특별자치시	-	-	-	-	5,625	-
경기도	288	676	668	1,632	356,569	0.5
강원도	138	424	454	1,016	34,453	2.9
충청북도	146	528	537	1,211	41,607	2.9
충청남도	145	665	742	1,552	57,304	2.7
전라북도	211	588	830	1,629	45,207	3.6
전라남도	314	736	819	1,869	46,309	4.0
경상북도	130	434	509	1,073	67,721	1.6
경상남도	295	959	1,162	2,416	92,907	2.6
제주도	159	551	446	1,156	17,465	6.6
전국	3,186	9,689	10,847	23,722	1,346,641	1.8

주: 1) 이용아동은 현원을 의미함.

2) 아동수는 2014년 12.31일 기준 주민등록인구통계인구를 의미함

자료: 보건복지부, 「2014년 보육통계」, 2014. 2014.12.31. 현재

영아전담 어린이집의 보육 교직원 현황을 살펴보면, 부산광역시가 717명으로 가장 많았고, 경상남도 683명, 대구광역시 590명, 서울특별시 530명, 전라남도 500명 순인 것으로 나타났으며 300명 미만의 보육 교직원 수를 가진 시·도는 광주광역시(268명), 강원도(262명), 인천광역시(220명)인 것으로 나타났다. 보육 교직원 수를 영아 1인당 교직원 수로 살펴보면, 서울특별시가 가장 높은 반면 울산광역시와 전라북도가 가장 낮게 조사되었다.

〈표 3-22〉 영아전담 어린이집 (2014)

(단위: 명, %)

구분	보육교직원	영아 1인당 교직원
서울특별시	530	0.31
부산광역시	717	0.29
대구광역시	590	0.28
인천광역시	220	0.28
광주광역시	268	0.28
대전광역시	288	0.29
울산광역시	278	0.25
세종특별자치시	-	-
경기도	489	0.30
강원도	262	0.26
충청북도	338	0.28
충청남도	429	0.28
전라북도	409	0.25
전라남도	500	0.27
경상북도	303	0.28
경상남도	683	0.28
제주도	334	0.29
전국	6,638	0.28

자료: 보육통계 (2014) 2014.12.31. 현재

나. 건강가정지원센터

건강가정지원센터는 가족정책 전달체계로서 지역사회 내 모든 가족구성원의 행복한 삶을 위하여 돌봄, 교육, 상담, 문화 영역에서 가족 단위의 서비스를 제공하고 있다. 2004년 서울 용산구, 경남 김해시, 전남 여수시 3개 센터의 시범사업으로 시작해 2014년 현재 중앙의 건강가정지원센터 이외에 전국적으로 151개소가 운영되고 있다.

〈표 3-23〉 건강가정지원센터 (2014)

(단위: 개소, %)

구분	센터(계)	광역센터	시군구센터	시군구	시군구센터 설치비율
계	151	7	144	229	62.8
서울특별시	26	1	25	25	100.0
부산광역시	9	1	8	16	50.0
대구광역시	7	-	7	8	87.5
인천광역시	9	-	9	10	90.0
광주광역시	5	-	5	5	100.0
대전광역시	1	1	0	5	0.0
울산광역시	2	1	1	5	20.0
세종특별자치시	1	1	0	0	-
경기도	32	1	31	31	100.0
강원도	7	-	7	18	38.9
충청북도	4	-	4	12	33.3
충청남도	10	-	10	15	66.7
전라북도	6	-	6	14	42.9
전라남도	9	-	9	22	40.9
경상북도	9	-	9	23	39.1
경상남도	12	1	11	18	61.1
제주도	2	-	2	2	100.0

자료: 한국건강가정진흥원, 「2014년 전국 건강가정지원센터 사업실적보고서」, p.23, 2015.

지역별로 살펴보면, 경기도가 32개소로 가장 많고 그 다음이 서울특별시 26개소, 경상남도 12개소의 센터가 운영되고 있다. 시·군·구센터 설치 비율을 비교해 볼 때, 서울특별시, 광주광역시, 경기도, 제주도는 해당 지역의 모든 시·군·구 지역에 센터가 설치되어 있는 것으로 조사되었다. 반면에 대전광역시는 5개 시·군·구에 1개 광역센터만 있으며 울산광역시의 경우 5개 시·군·구에 1개 광역센터와 1개 시·군·구 센터가 있는 것으로 조사되어 시·군·구센터 설치비율이 낮은 것으로 나타났다. 이밖에 충청북도, 강원도, 경상북도, 전북 지역의 시·군·구센터 설치비율이 낮게 조사되었다.

건강가정지원센터의 사업영역 중 영아기 양육지원 인프라와 가장 관련이 높은 영역은 가족돌봄 나눔영역으로 아이돌봄 서비스, 공동육아나눔터 등의 사업을 수행하고 있다. 본 연구에서는 이들 사업에 대한 현황을 살펴보고자 한다.

1) 아이돌봄지원 사업

아이돌봄지원 사업은 부모의 다양한 자녀 양육 수요를 충족시킬 수 있는 가정내 개별 돌봄서비스의 활성화를 통해 취업 부모들의 양육부담을 경감하고 개별 양육을 희망하는 수요에 탄력적으로 대응하고 경력단절 중장년 여성의 고용증진 및 취약계층의 육아 역량 강화를 목적으로 하고 있다.⁹⁾ 이처럼 다양한 목적을 가지고 시간제 돌봄과 종일제 돌봄서비스를 제공하고 있다.

2014년 현재 125개의 건강가정지원센터를 포함하여 총 213개 기관에서 아이돌봄지원 서비스를 제공하고 있으며, 이밖에 다문화가족지원센터, 복지관, 여성단체 협의회, 여성인력개발센터, 자활센터, YWCA, YMCA 등의 기관과 단체를 통해서 사업이 운영되고 있다.

9) 2014 아이돌봄지원사업 결과보고서, 여성가족부·한국건강가정진흥원.

〈표 3-24〉 아이돌보미사업 서비스제공기관 위탁 유형 (2014)

(단위: 개소, %)

구분	빈도	비율
건강가정지원센터	125	58.7
다문화가족지원센터	37	17.4
직영	10	4.7
복지관	5	2.3
여성단체협의회 여성인력개발센터	7	3.3
자활센터	6	2.8
YMCA, YWCA	6	2.8
기타	17	8.0
계	213	100.0

주: 기타- 건강가정·다문화가족통합센터, 산학협력단, 새마을회 등
 자료: 한국건강가정진흥원, 「2014년 아이돌봄 지원사업 결과보고서」15p, 2015

전국적으로 서비스제공 기관의 분포를 살펴보면, 경기도에 집중되어 있으며, 이밖에 서울특별시, 경상북도, 경상남도, 강원도에 서비스 제공 기관이 상대적으로 많이 분포되어 있는 것으로 조사되었다. 특히 전체 시설의 약 26%가 서울특별시와 경기도에 집중되어 있는 것으로 나타났다. 대전광역시, 울산광역시, 세종특별자치시의 경우 1개소의 서비스 기관만 운영되고 있는 것으로 나타나 서비스 제공기관의 지역편차가 큰 것으로 나타났다.

활동 돌보미 현황을 살펴보면, 전국적으로 17,208명의 아이돌보미가 활동하고 있으며 경기도와 서울특별시에 약 3%의 돌보미가 집중되어 있는 것으로 나타났다. 이러한 비율은 서비스 제공기관의 비율에 비추어 볼 때 높은 비율로서 서울과 경기지역의 경우 서비스 제공기관수에 비해서 돌보미 제공이 상대적으로 많이 이루어진다고 볼 수 있다.

〈표 3-25〉 아이돌보미 서비스 제공기관 및 돌보미 현황

(단위: 개소, 명, %)

구분	제공기관		아이 돌보미	
	빈도	비율	빈도	비율
서울특별시	25	11.7	2,598	15.1
부산광역시	11	5.2	1,257	7.3
대구광역시	8	3.8	810	4.7
인천광역시	8	3.8	834	4.8
광주광역시	2	0.9	584	3.4
대전광역시	1	0.5	484	2.8
울산광역시	1	0.5	779	4.5
세종특별자치시	1	0.5	88	0.5
경기도	31	14.6	3,243	18.8
강원도	18	8.5	899	5.2
충청북도	12	5.6	544	3.2
충청남도	15	7.0	826	4.8
전라북도	14	6.6	893	5.2
전라남도	21	9.9	906	5.3
경상북도	23	10.8	1,162	6.8
경상남도	20	9.4	1,100	6.4
제주도	2	0.9	201	1.2
전국	213	100.0	17,208	100.0

주: 해당 연도의 소속 돌보미는 12월 기준 수치이며, 실 활동 돌보미 수는 해당 연도에 실제 돌보미 활동을 1회 이상 진행한 돌보미의 총 누적수를 의미하므로 소속 돌보미 수와 차이가 있음.
 자료: 한국건강가정진흥원, 「2014년 아이돌봄 지원사업 결과보고서」, 2015.

2014년도 이용현황을 살펴보면, 시간제 영아이용아동(만 24개월 이하)은 25,487명으로 서울지역 이용아동이 5,080명, 경기도 4,879명으로 조사되었다. 0~2세 아동 대비 이용비율을 살펴보면 강원도가 4.02%로 가장 높은 지역으로 조사되었으며 인천광역시가 1.02%로 가장 낮은 것으로 조사되었다. 종일제 영아이용아동은 4,586명이며 서울지역의 이용 영아가 916명으로 가장 많게 조사되었다. 0~2세 아동 대비 이용비율을 살펴보면, 시간제 이용과 마찬가지로 강원도가 가장 높게 조사되었으

며 인천이 가장 낮게 조사되었다. 아이돌보미 서비스의 경우 전반적으로 공급이 수요에 못 미치는 상황을 고려할 때, 이용아동비율이 낮은 지역은 해당서비스 공급이 제한적으로 이루어지는 지역으로 볼 수 있다.

〈표 3-26〉 0-2세 아이돌보미 사업 이용 현황 (2014)

(단위: 명, %)

구분	시간제		종일제	
	빈도	0-2세 아동 대비 이용 비율	빈도	0-2세 아동 대비 이용 비율
서울특별시	5,080	2.09	916	0.38
부산광역시	1,621	2.03	343	0.43
대구광역시	960	1.60	188	0.31
인천광역시	820	1.02	163	0.20
광주광역시	800	1.98	189	0.47
대전광역시	890	2.06	208	0.48
울산광역시	791	2.25	146	0.42
세종특별자치시	122	2.17	18	0.32
경기도	4,879	1.37	555	0.16
강원도	1,386	4.02	338	0.98
충청북도	804	1.93	150	0.36
충청남도	1,151	2.01	231	0.40
전라북도	1,350	2.99	254	0.56
전라남도	1,292	2.79	275	0.59
경상북도	1,652	2.44	318	0.47
경상남도	1,565	1.68	252	0.27
제주도	324	1.86	42	0.24
전국	25,487	1.89	4,586	0.34

주: 연중 1회 이상 서비스 이용 아동의 실수치임.

자료: 한국건강가정진흥원, 「2014년 아이돌봄 지원사업 결과보고서」, 2015

2) 공동육아나눔터

건강가정 지원사업 영역 중 가족돌봄 나눔사업 영역에서는 공통으로 모두가족봉사단, 모두가족품앗이, 아버지-자녀가 함께하는 토요일봄 프

로그그램을 실시하고 자유사업으로 공동육아나눔터운영(프로그램 제공), 공동육아나눔터(공간 제공), 자녀대상돌봄 프로그램을 운영하고 있다. 2014년에 공동육아나눔터를 운영하고 있는 센터는 26개소로, 해당사업은 공동육아나눔터 공간 운영을 통한 육아나눔을 기본으로 하여, 공간 내에서 돌봄 프로그램, 가족품앗이 프로그램을 진행하는 사업이다.

공동육아나눔터는 가족돌봄 나눔사업 영역 중 가장 활발한 참여를 이끌고 있는 사업에 해당된다. 2014년도 정부지원사업으로 진행하는 26개 센터를 통해 공동육아나눔터를 이용한 총 인원은 375,046명으로 전체 가족돌봄나눔사업 참여자의 50.8%에 이른다. 정부지원사업으로 진행하는 26개소 외에 지자체, 자부담, 리모델링, 통합시범센터 등으로 공동육아나눔터를 자체적으로 운영하는 센터는 25개 센터로 사상구, 계양구, 남동구, 연수구, 인천남구, 인천동구, 인천서구, 인천중구, 광주북구, 울주군, 과천시, 광주시, 이천시, 포천시, 보령시, 아산시, 경산시, 하동군, 달성군, 고성군, 광양시, 마포구, 광주남구, 노원구, 김천시로 파악되었으며, 해당 센터에서 공동육아나눔터를 이용한 인원은 총 57,703명인 것으로 조사되었다(한국건강가정진흥원, 2015)

〈표 3-27〉 가족돌봄 나눔사업 회기수 및 참여현황

(단위: 명, 회기수)

구분	참여인원	진행 회기 수
모두가족품앗이	95,262	9,232
모두가족봉사단	80,203	4,344
아버지-자녀가 함께 하는 토요일돌봄	31,266	1,222
공동육아나눔터 및 가족 품앗이(정부지원)	375,046	24,030
공동육아나눔터(자체운영)	57,703	3,947
자녀 돌봄	44,836	3,045
기타 돌봄	53,595	1,975
합계	737,911	47,795

자료: 한국건강가정진흥원, 「전국 건강가정지원센터 사업실적보고서」, 2014

정부지원 공동육아 나눔터 운영 센터 중 참여인원이 가장 많은 지역은 부산광역시이며, 가장 많은 회기를 진행한 센터는 서대문구센터인 것으로 조사되었다. 참여자 수도 많고 회기 수도 많은 지역은 동해시로 조사되었다. 또한 가족돌봄 나눔사업 참여자가 많은 센터는 대체로 공동육아 나눔터를 운영하고 있는 26개 센터에 해당하였다.

〈표 3-28〉 가족돌봄 나눔사업 참여자 상위 지역 (정부지원공동육아나눔터 포함)

(단위: 시간)

구분	센터명	참여인원
1	부산광역시	33,328
2	강남구	29,414,
3	고양시	28,572,
4	동해시	27,121
5	전주시	21,752

자료: 한국건강가정진흥원, 「전국 건강가정지원센터 사업실적보고서」, 2014.

〈표 3-29〉 가족돌봄나눔사업 회기 수 상위 지역 (정부지원공동육아나눔터 포함)

(단위: 시간)

구분	센터명	참여인원
1	서대문구	1,867
2	동해시	1,594
3	수성구	1,462
4	시흥시	1,451
5	울산광역시	1,418

자료: 한국건강가정진흥원, 「전국 건강가정지원센터 사업실적보고서」, 2014

다. 육아종합지원 센터

육아종합지원센터는 지역사회 내 육아지원을 위한 거점 기관으로서 어린이집 지원·관리 및 가정양육 보호자에 대한 맞춤형 지원과 일시보육서비스 제공 등 가정양육지원 기능의 지역내 원스톱(one-stop) 육아지원 서비스 제공을 목적으로 설립되었다(보건복지부, 2015).

2014년 12월 말 기준으로 중앙육아종합지원센터 1개소, 시·도육아종합지원센터 18개소(경기도 2개소), 시·군·구 육아종합지원센터 57개소로 총 76개소의 센터가 운영되고 있다. 광역시도 및 자치구 수 대비 센터 설치 현황을 살펴보면 시도육아종합지원센터는 18개소(경기도 2개소)로 세종시를 포함한 17개 시·도에 모두 설치되어 있다. 자치구 수 대비 설치비율을 살펴보면 서울특별시는 100% 설치되어 있으며, 경기도 지역은 21개소로 자치구의 67.7%가 설치되어 있는 것으로 조사되었다. 이밖에 인천광역시(50%) 지역의 설치비율이 상대적으로 높게 조사되었으며, 설치비율이 낮은 지역은 경상북도(8.7%), 충청북도(8.3%), 강원도(11.1%), 대구광역시(12.5%), 광주광역시(20.0%), 대전광역시(20.0%) 등으로 상당수 지역이 매우 낮은 설치율을 보이고 있는 것으로 조사되었다.

2014년 말 현재 중앙을 제외한 75개의 센터에서 지원하는 어린이집 수는 총 43,742개소이며, 이중 30%가 경기 지역 어린이집인 것으로 나타났다. 각 지역의 센터 1개소당 어린이집 지원 수와 보육교직원 지원수를 살펴보면, 시도센터 1개소만 설치된 지역(대구광역시, 광주광역시, 대전광역시, 세종특별시, 충청북도, 전라남도, 제주도)의 어린이집 지원 수가 높게 조사되었다. 이밖에 충청남도, 경상남도 지역 센터의 어린이집 지원 수도 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-30〉 지역별 육아종합지원센터 설치 현황

(단위: 개소, %)

구분	센터(계)	시도센터	시군구센터	시군구	설치비율
계	75	18	57	229	-
서울특별시	26	1	25	25	100.0
부산광역시	3	1	2	16	18.8
대구광역시	1	1	-	8	12.5
인천광역시	5	1	4	10	50.0
광주광역시	1	1	-	5	20.0
대전광역시	1	1	-	5	20.0
울산광역시	2	1	1	5	40.0
세종특별자치시	1	1	-	-	-
경기도	21	2	19	31	67.7
강원도	2	1	1	18	11.1
충청북도	1	1	-	12	8.3
충청남도	2	1	1	15	13.3
전라북도	2	1	1	14	14.3
전라남도	1	1	-	22	4.5
경상북도	2	1	1	23	8.7
경상남도	3	1	2	18	16.7
제주도	1	1	-	2	50.0

주: 1) 설치비율은 지역별 센터수/지역별 자치구 수로 계산함

자료: 보건복지부·중앙육아종합지원센터(2015), 「2014년 전국육아종합지원센터 사업결과보고서」

센터별 보육교직원 지원 수의 현황도 어린이집 지원 현황과 유사한 경향을 보였다. 센터당 가장 많은 보육교직원을 지원하는 지역은 대구광역시로 1개소가 대구전지역의 보육교직원 13,176명을 담당하는 것으로 조사되었다.

〈표 3-31〉 센터별 지원 어린이집 수 및 보육 교직원수

(단위: 개소, 명, %)

구분	센터 (A)	전국 어린이집 (B)	보육교직원 (C)	센터1개소당 지원 어린이집수 (D)=(B)/(A)	센터1개소당 지원 보육교직원수 (E)=(C)/(A)
서울특별시	26	6,787	53,301	261	2,050
부산광역시	3	1,957	15,549	652	5,183
대구광역시	1	1,588	13,176	1,588	13,176
인천광역시	5	2,308	16,568	462	3,313
광주광역시	1	1,260	9,839	1,260	9,839
대전광역시	1	1,698	10,155	1,698	10,155
울산광역시	2	946	6,989	473	3,495
세종특별자치시	1	160	1,323	160	1,323
경기도	21	13,259	85,341	631	4,064
강원도	2	1,257	8,906	629	4,453
충청북도	1	1,229	10,034	1,229	10,034
충청남도	2	2,053	14,324	1,027	7,162
전라북도	2	1,654	12,114	827	6,057
전라남도	1	1,242	10,741	1,242	10,741
경상북도	2	2,212	15,253	1,106	7,627
경상남도	3	3,533	22,720	1,178	7,573
제주도	1	599	5,484	599	5,484
전국	75	43,742	311,817	583	4,158

자료: 보건복지부·중앙육아종합지원센터(2015), 「2014년 전국육아종합지원센터 사업결과보고서」

3. 양육지원 인프라의 형평성 문제

양육지원 인프라 형평성의 가장 큰 문제는 지역별 공급불균형에 따른 접근성의 제약으로 볼 수 있다. 지역별 공급 인프라의 격차는 접근성 제약에 따른 서비스 이용 기회의 박탈과 함께 이용도의 차이를 가져올 수 있다. 앞서 논의한 바와 같이, 현 양육지원정책 하에서는 계층간 서비스 이용의 제약없이 전계층 보육시설을 이용할 기회가 균등하게 제공되어야

할 것이다. 이에 따라 지역간 보육시설 제공 및 접근성에 따른 격차 해소가 무엇보다도 중요한 정책과제가 될 것이다. 또한 보육시설 이외의 양육 지원서비스 시설의 경우 보육시설보다 더욱 큰 지역격차를 보이고 있다.

현행 국내의 양육지원정책의 기초는 ‘맞벌이’가정 등 수요자 특성별로 공급우선순위를 제시하고 있다. 예를 들어, 어린이집 우선순위, 아이돌보미 사업 우선연계 순위 등을 가지고 있으며 지속적으로 수요자의 필요에 부합하는 지원체계를 구축하고자 노력하고 있다. 형평성 분석의 관점에서 이와 같은 서비스 수요자 특성을 고려한 공급우선순위에 따라 형평적으로 해당서비스가 제공되고 있는지에 대한 분석이 요구됨에도 불구하고 앞서 분석된 보육시설 수요자 현황과 공급현황을 바탕으로 수요자 특성별 지원체계 현황을 파악하기는 자료의 한계로 어려운 상황이다.

1) 지역별 공급불균형 및 접근성

양육지원 인프라 수요와 공급현황을 살펴볼 때, 가장 큰 문제는 지역별 인프라 공급의 격차에 있다. 앞서 살펴본 바와 같이, 보육시설공급 및 양육지원 서비스를 제공하는 기관의 지역별 분포에 차이가 있다. 이로 인해 지역별로 접근성 및 이용도의 차이를 가져올 수 있다. 이에 따라 본 연구에서는 양육지원 인프라의 지역격차를 살펴보고 그에 따른 시사점을 제시하고자 한다.

2) 수요자 특성별 지원체계 미흡

앞서 분석된 보육시설 수요자 현황과 공급현황을 바탕으로 수요자 특성별 지원체계 현황을 파악하기는 불가한 상황이다. 그럼에도 불구하고,

지속적으로 수요자의 필요에 부합하는 지원체계 확립이 요구되고 있다. 과연 현행의 양육지원체계는 전업모, 취업모 모두에게 형평적으로 서비스를 제공하고 있는지 살펴볼 필요가 있다. 현행 국내의 양육지원정책의 기조는 ‘맞벌이’가정 등 수요자 특성별로 공급우선순위를 제시하고 있다. 예를 들어, 어린이집 우선순위, 아이돌보미 사업 우선연계 순위등을 가지고 있다. 이와 같은 서비스 수요자 특성을 고려한 공급우선순위에 따라 형평적으로 해당서비스가 제공되고 있는지에 대한 분석이 요구된다.

그러므로 영아기 양육 인프라의 형평성 분석을 위해 본 연구에서는 인프라의 가용성(affordability)의 측면에서의 접근도(accessibility)를 어린이집 시설이 지역에 따라 어떻게 분포되고 있는지를 살펴보고 지리정보시스템(GIS)을 활용한 공간 계량 분석기법(Spatial Econometrics Approach)을 통해 접근도 분석을 실시하여, 지역 간의 시설공급이 형평하게 이루어지고 있는지 살펴보고자 한다. 이와 함께 제한적으로나마 모의 취업여부 및 소득수준에 따른 보육시설 이용현황을 살펴보고 이에 따른 시사점도 함께 제시하고자 한다.

제 4 장

해외사례

제1절 미국

제2절 영국

제3절 일본

제4절 소결

본 장에서는 미국, 영국, 일본의 임신·출산 및 영아기 자녀 양육을 지원하는 시설 및 서비스를 살펴보고 이를 통해 우리나라 관련 인프라의 향상을 위한 정책적 함의를 찾고자 한다. 미국 사례는 임신·출산을 지원하는 보건의료 인프라의 지역격차에 대한 국가적 대응 정책에 관하여 살펴보고, 영국 사례는 보육서비스와 관련하여 슈어스타트(Sure Start)를 중심으로 양육을 지원하는 프로그램을 살펴보고자 한다. 마지막으로 일본 사례는 일본의 소자화 백서를 토대로 임신 및 출산기에서 영아기 자녀 양육기에 이르는 인프라가 어떠한 식으로 구축되었는지를 중심으로 살펴보고자 한다.

제1절 미국

미국은 지역별 의료의 격차를 해소하기 위해 분만 취약지의 분만 인프라에 대한 접근성을 향상시키기 위해 주정부를 중심으로 지속적으로 노력해왔다. 따라서 본 절에서는 임신·출산을 지원하는 보건의료 인프라의 지역격차에 대한 주정부의 대응책을 중심으로 기술하고자 한다. 기본적으로 주정부들은 소외 지역인 농어촌지역에서의 임신 및 출산을 위한 인프라의 접근도를 향상시키기 위해 다양한 재정적인 지원을 하고 있다. 우선, 분만취약지역에 거주하는 국가의 의료보호 대상자인 산모의 인프라 접근과 이용을 향상시키기 위한 노력도 함께 이루어지고 있다. 와이오밍(Wyoming)주의 경우는 분만취약지에 거주하는 저소득층의 산모의 의료의 접근도 및 이용을 높이기 위해 저소득층 산모의 건강보험(의료보호)인

Medicaid를 인접한 주에 위치한 다른 산부인과를 이용할 경우에도 적용 되도록 인접 주와의 협조 시스템을 구축하고 있다. 조지아(Georgia)주 역시 농촌지역에서 Medicaid를 사용하는 저소득층 산모가 많다는 점을 감안하여 Medicaid의 산과 수가를 높이는 정책을 취하고 있다. 또한 텍사스(Texas)주의 경우는 가장 규모가 큰 병원의 하나인 텍사스 대학의 의료 센터에서는 센터에서 멀리 떨어진 곳(off-site)에 위치한 분만 취약 지역에 거주하는 임신부에게 해당 센터까지 이동할 수 있도록 교통수단을 제공하고 있다.

다른 한편으로, 분만 취약지에서 의료 공급자인 의료인 인프라의 양적 확대를 위해 주별로 다양한 정책을 시행하고 있다. 우선, 오리건(Oregon)주에서는 주정부가 농촌에서 일하는 산부인과 의사에게 소득세(income tax credit)에서의 감면 혜택을 주고, 의료책임보험(medical liability insurance)에 있어서 보조를 해주고 있다. 비슷한 방식으로 노스캐롤라이나(North Carolina)주에서는 농촌지역 산과 집중 프로그램(Rural Obstetrical Care Incentive Program)을 시행하고 있는데, 이 프로그램을 통해 농촌지역에서 산부인과 의료 행위를 하는 산부인과 전문의, 가정의학과 및 내과 전문의, 외과 전문의, 조산사에게 의료책임보험(medical liability)에 있어서 \$6,500까지 보조해 주고 있다.

또한 주에 위치한 의과대학과 다양한 프로그램을 통해 분만취약지에 산부인과 인력 수급을 확보하기 위한 정책도 시행되고 있다. 대표적인 예는 펜실베이니아(Pennsylvania)주에서 찾을 수 있다. 펜실베이니아에 위치한 Jefferson 의대의 경우 1974년부터 의사가 부족한 지역에 의사를 공급하기 위한 목적을 가지고 농촌에서 일할 수 있도록 훈련하고 교육하는 의사취약지역프로그램(PSAP: The Physician Shortage Area Program)을 운영하고 있다. 이 프로그램에 참여하는 의과대학에 입학

한 의대생은 입학 당시부터 담당 교수와의 4년간의 멘토링을 통해 농촌 지역의 의료라는 주제를 가지고 정기적으로 토론하며, 3년차에는 직접적으로 농촌지역에서 인턴십을 하고 4년차에는 가정의학과에서 보조 인턴십(sub-internship)을 하도록 하고 있다. 이 프로그램에 참여하는 의대생에게는 학자금 대출의 혜택이 있다.

의료의 질에 있어서의 형평성을 위한 주의 노력도 살펴볼 수 있다. 알칸사스(Arkansas)주에서는 주립 의과대학(The University of Arkansas for Medical Sciences)을 지원하여 엔젤(Antenatal and Neonatal Guidelines, Education and Learning System: ANGEL)프로그램을 운영하고 있다. 엔젤프로그램은 농촌지역에서 제공되는 산부인과 의료의 질을 높이기 위해 알칸사스주뿐만 아니라 인접한 주의 농촌지역에서 산부인과를 담당하고 있는 의사 및 간호사에게 임신부, 산모, 신생아에게 발생할 수 있는 고위험 요소 등을 포함하는 지침을 교육하고 훈련시키는 프로그램이다.

추가적으로 주에 상관없이 미국 전역에서 지역별 의료의 형평성을 증가시키기 위한 방법으로 가장 많이 사용된 방법은 원격의료(telemedicine) 방법이다. 원격의료의 방법은 지난 40년간 50% 이상의 미국 병원과 보건소 등에서 활용되고 있다. 산부인과에서는 특히 실시간으로 초음파 사진까지 찍고 이를 실시간으로 전달하면서 분만취약지역의 의사와 도시 전문의 간 통신을 가능하게 하여 이들 간의 협업을 통한 산모의 진찰이 가능하게 되었다. 이러한 원격진료 방법을 통해 지역별 질 높은 의료 서비스의 접근성 차이를 감소시킴으로써 건강결과인 출산결과가 향상되었음이 입증되기도 하였다. 구체적으로 원격진료를 통해 농어촌지역 고위험 산모의 조산이 유의하게 감소되었다는 의미있는 연구가 보고되기도 하였다(Lowery, et al., 2014; Amadi-Obi, et al. 2014).

제2절 영국

영국의 경우 보육서비스의 주체는 공공보다 대부분 민간에서 이루어지며 영아의 경우 가정양육을 강조하는 문화로 영아보다는 유아를 대상으로 하는 시설이 좀 더 활성화 되어 있다. 양육지원에 대한 책임은 중앙정부와 지방정부가 공동책임을 가지며, 중앙정부에서는 시설 기준과 서비스 기준을 제공하며, 지방정부는 보육시설의 질적인 향상과 안전에 대한 관리를 담당한다. 양육지원 정책은 영유아와 그 가족을 위한 포괄적 지원 체계를 구축하고 있으며 부모의 양육에 대한 선택권 보장, 접근성 제고 및 비용지원 등을 통해 양육지원 시설을 적정하게 이용할 수 있도록 가족 지원제도를 갖추고 있다.

김소영 외(2013)의 연구에 의하면 만 3세 이하의 아동의 경우 대부분 가정내 보육지원 서비스(가정보육모, 베이비시터, 내니 및 오페어)등을 통한 일대일 보육서비스를 이용하며 베이비시터 및 내니를 고용하였을 때 정부에서 근로소득공제 및 아동보육 바우처를 지원 받는 것으로 알려져 있다.

영국은 민간중심의 보육서비스 시장 특성 상 보육비용이 매우 높아 빈곤아동들의 보육서비스에 대한 접근도는 높은 편이 못된다. 이에 따라, 1988년 계층 간 서비스 이용의 차이를 없애고 모든 영유아에게 영유아 보육 및 교육서비스를 제공하자는 취지에서 Sure Start 프로그램을 계획하였다. Sure Start의 시행 계획에 따라 영유아기 양육지원 및 교육에 대한 책임이 중앙정부에서 지방정부로 옮겨진 측면이 있다.

2003년 영국정부는 2005년까지 모든 지역사회에 Sure Start center를 만들고 이에 대한 책임을 지방정부에 이양한다는 계획을 발표하였다(Moss P. 2004). 아동빈곤 퇴치를 목적으로 지역 내 서비스 이용 격차 및

불평등이 큰 지역을 우선으로 Sure Start Center 건립 지역을 선정하였다. 이후 2004년에는 2008년까지 2,500개소의 센터건립을 계획하였으며 이후 2010년까지 3,500개소의 센터 건립을 계획하였다.

각 지역의 아동센터가 중심이 되고 도서관, 주민센터, 병원, 학교 등이 협조하여 진행되며, 모든 어린이들이 다섯 살 이전에 기본적인 학습 능력을 갖추 수 있는 것을 목표로 지원하고 있다. Sure Start Program에서 지원하고 있는 사업영역은 크게 현장방문 서비스 및 가족방문 서비스, 가족과 부모에 대한 지원, 양질의 놀이, 학습 그리고 아동보호 제공, 1차 보건진료 및 아동 보건과 발달을 위한 조언, 특별한 욕구를 지닌 아동에 대한 지원 영역으로 구성되어 있다.

최하위 불평등 지역 30%이내의 지역센터에서는 유아교육과 하루 최소 10시간, 주 5일, 연간 48주에 달하는 보육서비스를 제공하고 child-minder 제공을 지원한다. 이외 70%의 지역센터에서는 영유아기 양육지원보다는 오며가며 참여할 수 있는 활동 프로그램과 놀이 프로그램 등을 지원한다.

해당 프로그램은 철저하게 지역중심 프로그램으로 진행(지방자치단체 책임 하에 운영)되며, 프로그램이 필요하다고 인정되는 지역에서는 지방 정부를 포함한 국공립 기관(statutory agencies)과 자원봉사 기관(voluntary agencies)이 파트너십을 이루어 서비스를 제공하게 된다.

Sure Start 프로그램의 특징은 새로운 프로그램을 만들기 보다는 지역 사회에서 현재 제공되고 있는 기존의 서비스를 유지하면서 진행되고 있으며 부모와 지역사회의 적극적인 참여를 통해서만 가능하다는 것이다. 또한 프로그램 참여자에 대한 낙인효과 주의하고자 하는 노력을 특별히 기울이고 있다. 유사한 프로그램으로 미국의 Head start, 한국의 We start(민간중심), 드림스타트(복지부)가 있다.

제3절 일본

일본은 1970년대 중반에 합계출산율이 인구대체수준 이하로 떨어지면서 출산율 제고를 위한 여러 정책을 시행해 오고 있다. 이러한 정책은 대부분 임신·출산·육아에 이르는 생애주기별 인프라의 확충으로, 본 절에서는 일본의 임신·출산 및 영아기의 양육 인프라가 어떻게 구축되어 있는지에 대하여 알아본다. 본 절은 일본 2015년 소자화 백서와 내각부 자료를 요약하고 재구성하여 정리한 것이다(内閣府, 2015a; 内閣府, 2015b).

1. 임신·출산기

가. 「육아세대 포괄지원 센터」의 정비

임산부를 지원하는 모자보건 코디네이터를 배치하고, 산부인과 병원에서 퇴원한 임산부와 아기에 대한 심신 케어 및 육아 서포트 등을 행하는 산후 케어 사업, 그리고 임산부의 고립감 해소를 위하여 상담 등을 하는 사전·사후 서포트 사업 등, 각 지역의 특성에 맞는 임신·출산·육아에 이르는 과정에 대하여 끊임없는 지원을 위한 임신·출산 포괄 지원 모델 사업을 29개 시정촌에서 실시하였다. 또한, 2014년에 추경예산을 결의하여 임신기부터 육아기에 이르는 다양한 수요에 대한 종합적 상담 지원을 제공하는 원스톱 거점(육아세대 포괄지원 센터)을 정비하였다.

나. 출산 환경의 확보

안심하고 아이를 낳고 기를 수 있는 환경 조성을 위해 지역 의료 지원 센터¹⁰⁾에 대한 지원을 통하여 산부인과 의사를 확보하고 있다. 또한 분만

건수에 해당하는 수당을 지급하는 산부인과를 지원하여 산부인과 의사의 근무환경을 개선하고 있다. 그리고 우리나라의 분만취약지에 해당하는 격오지와 산간부 등 분만을 할 수 있는 의료기관 설립이 용의하지 않은 지역에는 근접 지역의 산부인과 병원에 재정지원을 하여 분만 가능한 지역의 범위를 넓히고 있다.

다. 조산사의 확보

산부인과 의사가 부족한 지방에서도 안심하고 안전한 출산을 할 수 있는 체제 확보를 위하여 조산사를 활용하는 방안을 모색하고 있다. 2014년에는 조산사의 편재해소, 조산 능력 강화, 조산 학생의 실습 시설 확보를 도모하는 목적으로 조산사 출장 지원 도입 사업 및 그 가이드 라인을 보급하는 등의 지원을 하고 있다.

라. 주산기 의료 체제의 정비·구급이송 및 체제 확보

주산기 구급의료와 관련해서는 종합 주산기 모자의료 센터와 지역 주산기 모자의료 센터를 정비함으로써 임신부 사망률 및 신생아 사망률의 개선을 도모해 왔다. 종합 주산기 의료 센터의 기능은 타진료과와 연계하여 산부인과와 관련되지 않은 합병증을 치료하는 것이다. 신생아 집중 치료실(NICU)은 2011년 현재 전국 평균 26.3 병상인데, 2014년 까지 출생 1만 명당 25~30 병상을 목표로 하고 있다.

10) 특정 지역 및 특정 진료과 예서의 근무를 조건으로 하는 의예과의 「지역 할당제」를 활용하여 의예과 입학 정원 증대 및 의사가 부족한 병원에 의사를 보내는 등의 역할을 한다.

마. 불임 전문 상담 센터의 정비

불임치료 및 불육증 치료에 관계된 정보제공이나 상담체제를 강화하기 위하여, 지역 거점 역할을 하는 보건 의료 시설에서 전문의 등에 의한 불임 및 불육증에 관한 의학적인 상담과 심리 상담을 행하는 「불임 전문 상담 센터 사업」을 실시하고 있다(2014년: 62개 지자체에서 실시).

바. 불임치료의 경제적 부담 완화

체외 수정 및 현미경 수정의 경우, 경제적 부담이 크기 때문에 2004년부터 이와 관련된 비용의 일부를 지원하여 경제적 부담을 덜어주고 있다. 2009년부터 1회 당 치료 상한액을 15만 엔까지 하였고, 2011년부터는 첫째 연도의 대상 회수를 3회까지 확대하였다(통산 5년, 총 10회를 넘어서지 않는 범위 이내). 그 후 2013년에는 급여 단가의 적정 수준에 대하여 검토하였다.

사. 모자보건·모자감염 예방 대책 추진

사춘기 여성 및 임신부 건강에 관한 지표와 그 목표를 정한 21세기 모자보건분야의 국민운동계획인 「건강한 모자 21」(이하, 모자 21)를 계획적으로 추진하고, 모자 보건 서비스의 확대를 도모하고 있다. 모자 21이 2014년에 종료됨으로 인하여 2013년의 최종 검토회에서 최종 보고서를 발표하였고, 2014년 4월에는 제 2차 모자 21 계획(2015~2024년)을 발표하였다. 또한, 모자감염 예방대책으로 HTLV-1 모자감염 대책사업을 실시하여, 각 지역에 모자감염 대책 협의회를 설치하거나 모자감염 예방을 위한 보건지도 등의 지원체제 정비를 도모하고 있다.

아. 임산부 건강 검진 사업

임산부의 건강 보전 및 증진을 위go 임산부에 대한 건강검진으로 ① 건강상태 파악, ② 검사계획, ③ 보건지도를 실시함과 동시에 임신 기간 중 적절한 시기에 필요한 의학적 검사를 실시하는 사업이다. 임산부의 적절한 검진 회수는 ① 임신 초기부터 임신 23주(임신 후 6개월 정도 경과)까지는 4주에 한번, ② 임신 24주부터 임신 35주(임신 후 9개월 정도 경과)까지는 2주에 한번, ③ 임신 36주부터 분만까지는 1주에 한번이며, 이러한 방식으로 검진을 하게 되면 대략 14회 정도가 된다.

2. 영아기

가. 이용자 지원 사업

이용자 지원 사업은 이용자(아이의 보호자 및 임신부 등)에 대하여 교육·보육·보건 등의 육아 지원을 원활히 이용할 수 있도록 정보를 제공하고, 필요에 따라서는 상담이나 조언을 하며, 더 나아가서는 관계 기관과의 연계를 통하여 지원하는 것이다. 이 사업은 크게 종합적 이용자 지원과 지역 연계의 두 가지로 나눌 수 있다. 종합적 이용자 지원은 어린 아이를 키우는 각 가정의 욕구를 파악하여, 교육·보육 시설 및 지역 육아 지원 사업 등을 이용할 수 있게 정보를 제공할 뿐만 아니라, 상담 및 이용 지원을 하는 것이다. 지역 연계는 육아 지원을 하는 관계 기관과의 연계를 지원하여, 지역의 육아 자원 육성, 문제점 파악 및 공유, 그리고 지역에 필요한 사회 자원을 개발하는 것이다. 이러한 두 가지 형태를 어떻게 운영하느냐에 따라서도 나눌 수가 있는데, ‘기본형’은 「이용자 지원」과「지역

연계」를 같이 실시하는 형태이고, ‘특정형’은 주로 「이용자 지원」을 실시하며, ‘모자보건형’은 보건사 등의 전문요원이 모든 임신부 등을 대상으로 「이용자 지원」과 「지역 연계」를 같이 실시하는 형태이다. 또한 ‘모자보건형’의 경우는 주로 보건소 및 보건센터 등을 활용하여 실시되고, 임신·출산기에서 살펴봤던 「육아세대 포괄지원 센터」가 주도적으로 그 역할을 담당한다. 따라서 이용자 지원 사업의 ‘모자보건형’은 영아기는 물론 임신·출산기도 포함하며, 크게 보면 임신·출산·육아에 이르는 모든 시기를 아우르고 있다고도 할 수 있겠다.

나. 지역 육아 지원 거점 사업

이 사업은 3세 미만 아동의 70~80%가 주로 가정에서 키워지고 있고, 핵가족화의 진전과 더불어 지역 사회와의 연계도 끊어지고 있는 상황에서 영유아 및 그 보호자가 상호 교류를 하는 장소를 개설하여 육아에 대한 상담, 정보 제공, 조연 등의 지원을 하는 사업이다. 실시 주체는 주로 시정촌이며, 이에 더하여 사회복지법인, NPO 법인, 민간 등에 위탁하는 것도 가능하다. 사업 형태로는 일반형과 연계형 두 가지가 있는데 일반형은 상호 교류를 하는 장소를 별도로 개설하여 운영하는 형태이고, 연계형은 지역의 아동복지시설 등, 기존의 시설을 이용하여 운영하는 형태이다.

다. 아동 학대 방지 및 예방 사업

일본에서는 산후 우울증으로 인하여 영아 및 유아를 사망에 이르게 하는 등의 문제가 발생함에 따라 아동 학대를 방지하고, 예방하며 아동 학대가 있을 시에 빠른 발견을 위한 사업을 시행하고 있다. 첫 번째로는 ‘영

아가정 전수방문 사업', 일명 안녕 아카짱 사업(이하, 아카짱 사업)이 있는데, 이것은 생후 4개월까지의 영아가 있는 모든 집을 방문하여 육아 지원에 관한 정보제공과 양육환경 등을 파악하는 사업이다. 두 번째로는 '양육지원 방문 사업'(이하, 양육 사업)으로 양육지원이 필요한 가정을 방문하여 양육에 관한 지도·조언 등을 함으로써 적절한 양육을 할 수 있게 도와주는 사업이다. 아카짱 사업은 2013년 4월 1일 현재 전국적으로 95.3%의 실시율을 나타내고 있고, 양육 사업은 70.3%로 나타나고 있다. 이 두 사업은 모두 각 가정을 직접 방문하여 산모들에게 육아에 대한 정보를 제공함과 동시에 그 가정의 분위기 및 아이들이 학대를 당하고 있는지 않는지 등을 파악하는 것이 특징이다.

라. 육아 단기 지원 사업

편부모 가정 등이 안심하고 아이를 키우면서 일을 할 수 있는 환경을 정비하기 위하여, 시정촌이 일정한 사유에 의하여 일시적으로 자녀의 양육이 어려워졌을 때 아동보호시설, 모자생활지원시설, 유아원, 보건소, 패밀리 홈 등에서 단기적으로 맡아 보육하는 사업으로, 쇼트 스테이와 야간 보호 사업이 있다. 쇼트 스테이 사업은 단기 입소 생활 지원 사업으로 보호자가 질병(만성적 질환 포함)이나 일 때문에 자녀의 양육이 곤란하거나, 육아에 대한 불안감 및 육아에 의하여 지치거나 스트레스를 받는 경우 그들의 신체적·정신적 부담을 경감시키기 위하여 자녀를 아동보호시설 등에서 일시적으로 맡아주는 사업이다. 야간 보호 사업은 트와일라이트 사업이라고도 하며, 보호자가 일 등으로 평일 야간이나 휴일에 집에 없을 경우, 또는 긴급을 요하는 경우에 자녀를 아동보호시설 등에서 맡아주는 사업이다. 단, 한부모 가정이 아니더라도 이용이 가능하다. 쇼트 스

테이 사업은 2013년 현재 전국의 674개 곳, 트와일라이트 사업은 364개 곳에서 운영되고 있다.

마. 패밀리 서포트 센터 사업(육아 도움 활동 지원사업)

영유아나 초등학생 등의 자녀를 둔 보호자를 회원으로 하여 자녀의 돌봄을 원하는 자와 돌봄을 하고 싶어 하는 자간의 연락 및 조정을 하는 사업으로, 2009년부터는 아픈 아이나 병원에서 퇴원하여 몸조리가 필요한 아이 뿐만 아니라 새벽 및 야간 등의 긴급한 경우에도 아이를 맡아주고 있다. 회원수는 2013년 현재, 의뢰 회원(돌봄을 원하는 자)의 경우, 466,287명, 돌봄 제공 회원(돌봄을 하고 싶어 하는 자)이 123,173명이다.

바. 다양한 보육 사업

다양한 보육 사업에는 보호자들의 다양한 필요(needs)에 대응하여 일시적으로 아이를 맡아주거나(일시 돌봄 사업), 기본적으로 보육이 제공되는 시간을 초과하여 아이를 맡아주거나(연장 보육 사업), 병이 든 아이를 맡아주는 것(병든 아이 보육 사업)이 있다. 일시 돌봄 사업은 가정에서의 보육이 일시적으로 곤란한 영유아를 낮 시간에는 인정어린이원, 유치원, 보육소, 지역 육아지원 거점 및 그 외의 장소에서 일시적으로 돌보거나 그에 필요한 보호를 하는 사업이다. 그리고 연장 돌봄 사업은 보육인정을 받은 아동의 통상 이용일수 및 이용시간 이외의 날에 인정어린이원, 보육소 등에서 보육을 실시하는 사업이며, 병든 아이 보육 사업은 병든 아이를 병원·보육소 등에 부설된 전용 스페이스 등에서 간호사 등이 일시적으로 보육하는 사업이다.

제4절 소결

본 장에서는 미국, 영국, 일본의 임신에서 영아기 자녀 양육까지의 기간 동안 지원하는 인프라의 현황과 인프라의 형평성을 위한 정책에 관해 해외 사례를 살펴보았다. 각 국의 다양한 시설 및 서비스를 포함하는 인프라는 우리나라에 적용할 수 있는 함의를 준다. 우선 미국 사례에서는 우리나라의 분만 취약지와 같은 임신 및 출산을 지원하는 보건의료 시설에 있어서의 소외지인 농어촌 지역에 대한 정부의 대응책을 살펴보았다. 한국의 분만 취약지 지원 정책은 시설 설립과 운영에 있어서의 지원을 통해 인프라를 양적으로 확대하는 것이 주로 초점이 맞추어져 있다면, 미국의 취약지 지원 정책은 인프라의 양적인 확대뿐만 아니라 취약지에서 제공되는 서비스의 질을 높이기 위한 대책까지 포함하고 있어 우리나라에 주는 시사점이 있다.

영국은 가정양육을 강조하기 때문에 영유아와 가족을 위한 포괄적인 지원체계가 구축되었고, 지역 내에서 양육에 있어서의 격차를 줄이기 위해 빈곤 아동을 위주로 하여 지역사회의 여러 프로그램을 경험할 수 있도록 지원하는 다양한 노력을 하고 있다. 한국의 경우 가정양육을 선택하는 경우 양육수당을 지원하고 시설보육을 선택하는 경우에는 보육료를 지원하여 사실상 가정양육과 시설보육 중 한 가지를 강조하지 않고 두 가지 모두를 동일한 비중으로 중요하게 보고 있다는 점에서 기본적인 차이가 있다. 그럼에도 불구하고 영아기 자녀 양육을 지원하는 인프라는 어린이 집이라는 시설이 가장 큰 비중을 차지하고 있다. 이러한 상황에서 가정양육을 강조하고 지역 사회 내에서 소외된 계층의 자녀 양육을 지원하는 영국의 노력은 우리나라에 주는 시사점이 있다.

마지막으로 일본의 경우는 저출산을 경험하면서 이에 대한 포괄적인

대책으로 임신, 출산, 영아기에 이르는 체계적인 지원체계가 구축되었다고 볼 수 있다. 또한 각 시기의 지원 체계는 분절적으로 이루어지지 않고 연계가 되어 있다는 장점이 있다. 일본의 다양한 지원 인프라와 연계성이 있는 지원체계는 우리나라의 인프라의 확충에 있어서 함의를 준다. 이러한 선진국의 사례는 우리나라 임신·출산 및 영아기 양육에 있어서의 형평성을 진단해보고 격차를 감소 혹은 제거하기 위한 정책적인 전략을 세우는 데 이바지할 것이다.

제 5 장

임신·출산 인프라의 형평성

제1절 임신·출산 인프라의 수요

제2절 임신·출산 인프라의 공급

제3절 임신·출산 인프라의 접근도

제4절 임신·출산 이용도

제1절 임신·출산 인프라의 수요

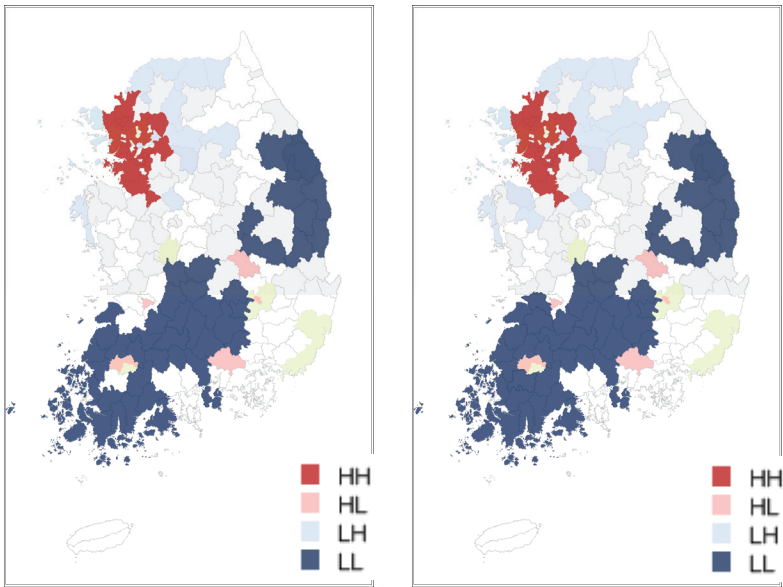
본 절에서는 형평성의 개념 정의에 따라 인프라의 가용성(affordability)의 측면에서의 접근도(accessibility)를 임신 및 출산을 지원하는 산부인과, 보건소, 조산원 등의 시설이 지역에 따라 어떻게 분포되고 있는지를 우선적으로 살펴보고자 한다. 이러한 접근은 감정기 외(2007)의 연구에서 의료서비스의 접근성을 물리적 접근성으로 평가한 것과 맥락을 같이 한다. 본 연구에서도 이러한 서비스에 대한 욕구가 있는 인구에 따른 인프라의 배치가 적절한지 살펴보고자 한다. 즉, 가임기 여성 수와 출생아 수라는 수요 측면의 요소를 고려했을 때 지역별 격차가 있는지를 살펴보고자 한다. 이는 이현주(1998)의 연구에서 정의된 접근도의 개념인 서비스에 대해 욕구를 가진 사람들이 서비스 혹은 서비스를 제공하는 시설을 이용할 수 있는 기회라는 개념에도 부합된다. 본 절에서는 이러한 임신·출산 인프라에 대한 수요와 공급을 고려한 접근도를 지리정보시스템(GIS)을 활용한 공간 계량 분석기법(Spatial Econometrics Approach)을 통해 분석하고자 한다. 우선, 임신·출산 인프라의 수요와 공급에 대한 공간적인 특성을 살펴본 후 접근도에 대해 분석하고자 한다.

임신·출산 인프라의 수요 측면에 대한 분석은 시·군·구별로 집계된 인구의 규모를 기준으로 국지 모란지수를 산출하여 공간 분석을 수행하였다. 수요 측면은 통계청(2013)의 시·군·구별 성, 연령, 5세별 주민등록 연앙인구를 기준으로 전체 여성인구와 가임기 여성인구의 군집 분석을 실

시하였다. 분석결과는 유의수준 95% 이상을 기준으로 분류하였다(그림 5-1 참조).

[그림 5-1]에서 HH는 핫스팟클러스터(Hot Spot Cluster), LL은 콜드스팟클러스터(Cold Spot Cluster), HL은 아웃라이어 핫스팟(Outlier Hot Spot), 그리고 LH는 아웃라이어 콜드스팟(Outlier Cold Spot)을 의미한다.

[그림 5-1] 시·군·구별 여성인구 군집분석(Local Moran's I Analysis)



(a) 시·군·구 여성인구 Cluster

(b) 15~49세 여성인구 Cluster

〈표 5-1〉 사군·구별 여성인구 군집분석 결과

(단위: 개)

지 역	여성인구		가임기 여성인구	
	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster
전국	57(6)	65(47)	59(6)	71(50)
서울특별시	21(0)	1(0)	21(0)	1(0)
부산광역시				
대구광역시	1(1)		1(1)	
인천광역시	6(0)	4(0)	6(0)	4(0)
광주광역시	2(2)		2(2)	
대전광역시				
울산광역시				
세종특별자치시				
경기도	23(0)	7(0)	25(0)	7(0)
강원도		8(4)		9(4)
충청북도		2(1)		2(1)
충청남도	1(0)	2(1)	1(0)	4(1)
전라북도	1(1)	8(8)	1(1)	10(10)
전라남도		17(17)		18(18)
경상북도	1(1)	9(9)	1(1)	9(9)
경상남도	1(1)	7(7)	1(1)	7(7)
제주도				

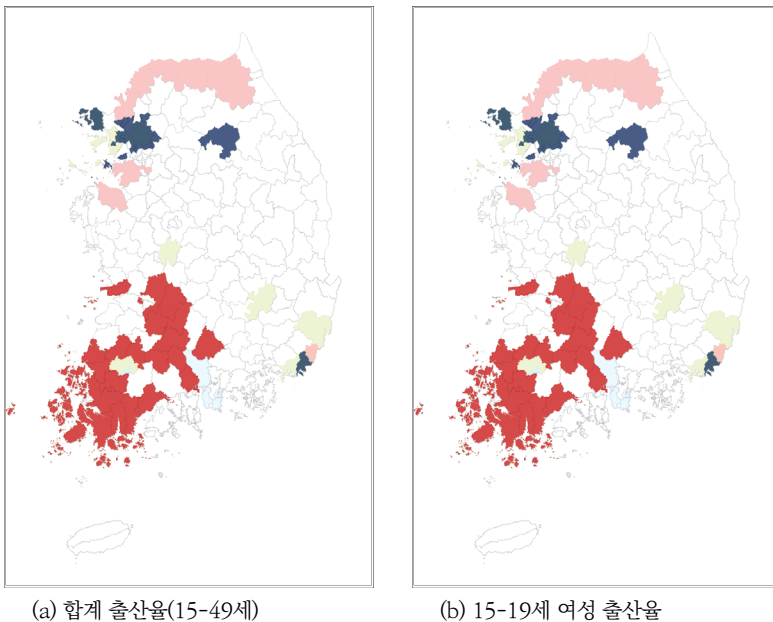
주: ()는 HL 또는 LH 의미

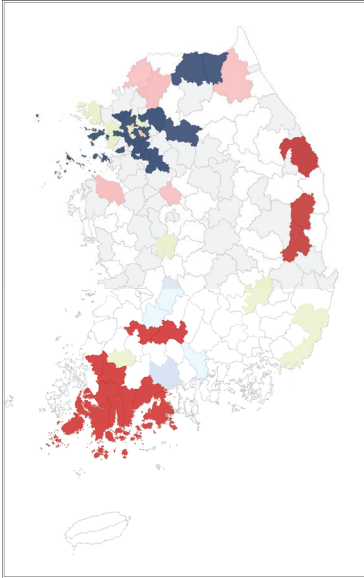
가임기 여성인구의 분포는 모집단인 여성인구의 분포와 유사한 분포를 보이는 것으로 분석되었다. High Cluster는 수도권을 중심으로, Low

Cluster는 호남과 강원, 경북지역을 중심으로 형성되었다. 반면, Low Cluster가 형성된 지역 중에도 전주, 구미, 진주시에는 High Cluster가 형성된 것으로 분석되었다.

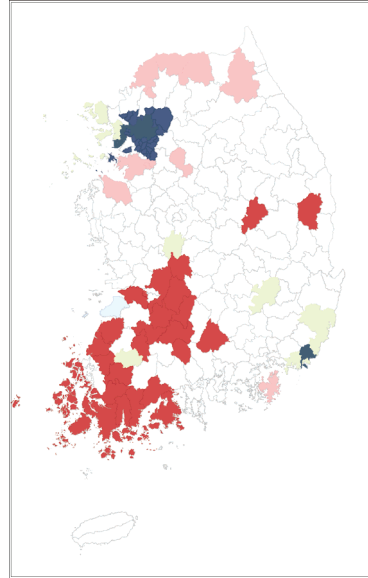
수요의 다른 측면은 출산율이다. 시·군·구별 출산율을 살펴보기 위해 통계청(2013)의 시·군·구단위 합계출산율과 연령 집단별 출산율을 기준으로 한 공간 군집 분석 결과는 다음과 같다(그림 5-2 참조). 각 지역별 합계출산율의 공간적 분포를 살펴보면, 수도권과 부산권에서 출산율이 낮은 군집이 형성된 것으로 나타나 앞에서 살펴본 여성 인구 및 가임 여성의 인구분포와 다른 군집의 형태를 보이고 있음을 알 수 있다. 또한 호남권과 경기·강원권의 접경지역이 상대적으로 높은 출산율을 보이는 공간적 군집이 형성된 것으로 분석되었다.

[그림 5-2] 시·군·구별 출산율 군집분석(Local Moran's I Analysis)

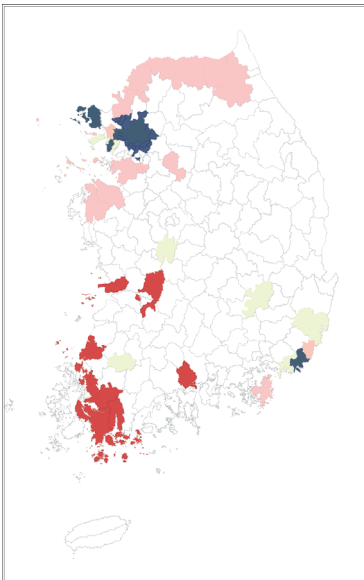




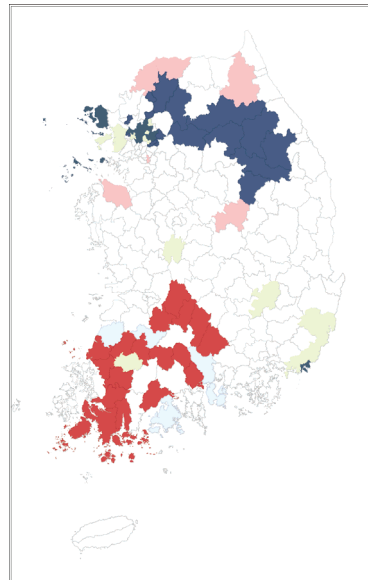
(c) 20-24세 출산율



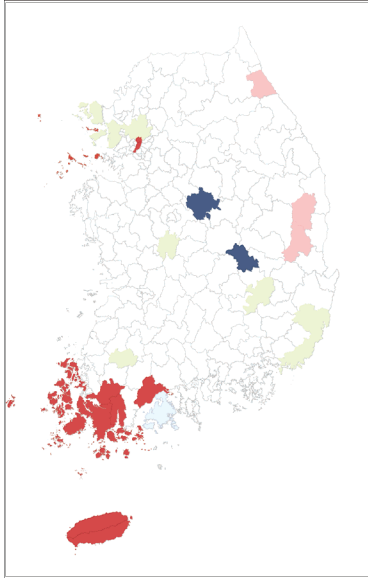
(d) 25-29세 출산율



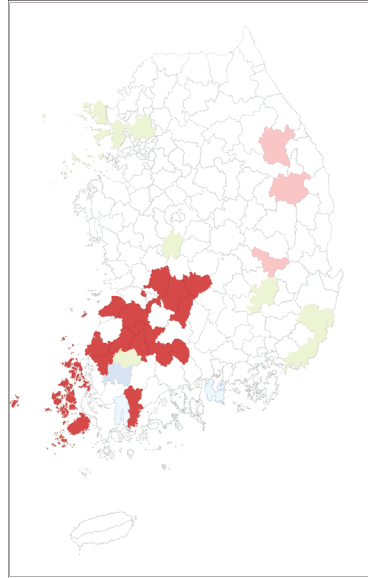
(e) 30-34세 출산율



(f) 35-39세 출산율



(g) 40-44세 출산율



(h) 45-49세 출산율

연령집단별로 살펴보면 각 연령 집단별로 다소 다른 공간적 패턴을 보이는 것으로 나타났으나, 전반적으로 호남지역에서 높은 출산율을 가진 군집이 공통적으로 관측되었다.

〈표 5-2〉 사군·구별 출산율 군집분석 결과

(단위: 개)

지역	합계 출산율		15-19세 출산율		20-24세 출산율		25-29세 출산율	
	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster
전국	33(9)	59(56)	33(9)	59(56)	24(8)	45(41)	37(10)	64(63)
서울특별시		25(25)		25(25)	2(2)	15(15)		25(25)
부산광역시	1(1)	11(11)	1(1)	11(11)				9(9)
대구광역시								
인천광역시		4(4)		4(4)		3(3)		4(4)
광주광역시		1(0)		1(0)				
대전광역시								
울산광역시								
세종특별자치시								
경기도	3(3)	15(15)	3(3)	15(15)	3(3)	21(21)	5(5)	25(25)
강원도	4(4)	1(1)	4(4)	1(1)	2(1)	2(2)	3(3)	
충청북도					1(1)			
충청남도	1(1)		1(1)		1(1)		2(1)	
전라북도	6(0)		6(0)		2(0)	2(0)	8(0)	1(0)
전라남도	17(0)		17(0)		11(0)	1(0)	15(0)	
경상북도					2(0)		2(0)	
경상남도	1(0)	2(0)	1(0)	2(0)		1(0)	2(1)	
제주도								

주: ()는 HL 또는 LH 의미

〈표 5-2〉 계속

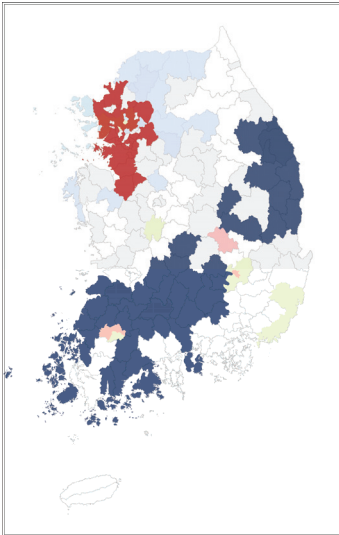
지역	30-34세 출산율		35-39세 출산율		40-44세 출산율		45-49세 출산율	
	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster
전국	25(16)	60(60)	25(6)	49(44)	15(3)	3(2)	19(3)	3(0)
서울특별시		25(25)		20(20)				
부산광역시	1(1)	12(12)		6(6)				
대구광역시								
인천광역시	2(2)	5(5)		2(2)	1(0)			
광주광역시								
대전광역시								
울산광역시								
세종특별자치시								
경기도	6(6)	18(18)	2(2)	10(10)	2(0)			
강원도	4(4)		2(2)	5(5)	1(1)		1(1)	
충청북도				1(1)		1(1)		
충청남도	2(2)		1(1)					
전라북도	2(0)		3(0)	2(0)			7(0)	
전라남도	7(0)		14(0)	1(0)	7(0)	1(0)	9(0)	2(0)
경상북도			1(1)		2(2)	1(1)	2(2)	
경상남도	1(1)		2(0)	2(0)				1(0)
제주도					2(0)			

주: ()는 HL 또는 LH 의미

인구분포와 출산율의 분석결과를 종합하면, 여성인구밀집의 군집이 형성된 지역에서의 낮은 출산율의 군집, 적은 여성인구를 가진 군집지역에서의 높은 출산율의 군집이 형성된 것을 알 수 있다. 이는 여성 인구 혹은 가임기 여성 인구와 출산율 대한 군집은 서로 다른 방향성을 가지고 있다고 해석된다.

[그림 5-3]과 <표 5-3>은 2013년 1월부터 2014년 4월까지의 출생 통계를 활용하여 신생아 수를 기준으로 하는 각 지역의 특성을 제시하고 있다. 출생 통계 자료(data)는 출생 장소, 출산 당시 임신주수, 출생아의 체중, 모의 연령이 불분명한 표본을 제외한 총 435,900건의 사례를 기준으로 분석하였다. 분석결과, 신생아 수는 여성 인구의 분포와 유사한 군집을 형성하고 있었으며, 수도권과 구미시, 광주광역시 등에서 High Cluster를 형성하고 있는 것으로 분석되었다.

[그림 5-3] 출생통계 군집분석(Local Moran's I Analysis)



주: 2013.01-2014.04

〈표 5-3〉 사군구별 가임기 여성인구, 합계출산율, 신생아수 군집분석 결과

(단위: 개)

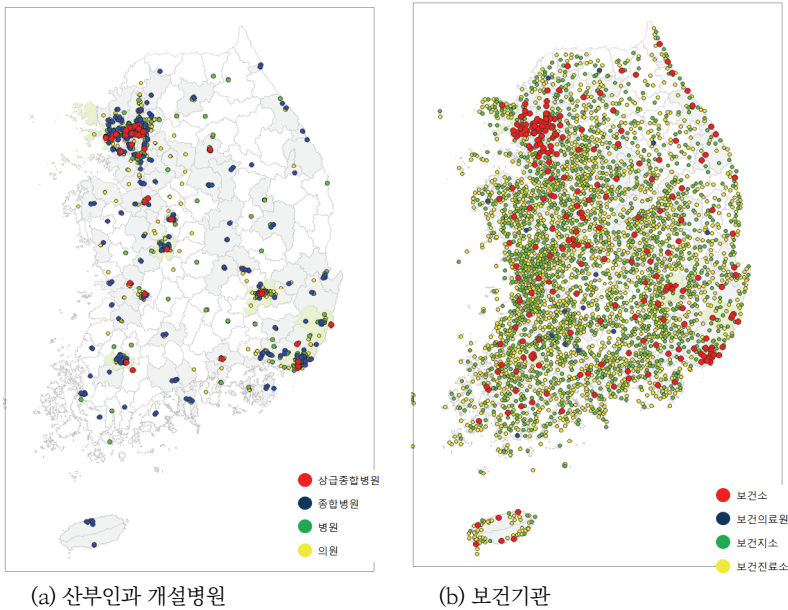
지역	가임기 여성인구		합계 출산율		출생통계	
	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster
전국	59(6)	71(50)	33(9)	59(56)	55(4)	66(45)
서울특별시	21(0)	1(0)		25(25)	21(0)	2(0)
부산광역시			1(1)	11(11)		
대구광역시	1(1)				1(1)	
인천광역시	6(0)	4(0)		4(4)	6(0)	4(0)
광주광역시	2(2)			1(0)	2(2)	
대전광역시						
울산광역시						
세종특별자치시						
경기도	25(0)	7(0)	3(3)	15(15)	22(0)	8(0)
강원도		9(4)	4(4)	1(1)		8(4)
충청북도		2(1)				2(1)
충청남도	1(0)	4(1)	1(1)		2(0)	2(0)
전라북도	1(1)	10(10)	6(0)			9(9)
전라남도		18(18)	17(0)			15(15)
경상북도	1(1)	9(9)			1(1)	9(9)
경상남도	1(1)	7(7)	1(0)	2(0)		7(7)
제주도						

주: ()는 HL 또는 LH 의미

제2절 임신·출산 인프라의 공급

본 절에서는 임신·출산 인프라의 공급 측면에서 공간분석을 실시하였다. 우선, 산부인과 병원, 의원, 종합병원과 상급종합병원, 보건소, 보건지소, 보건의료원, 보건진료소 등의 분포도를 살펴보고자 한다. 제시된 배경 지도에서 광역시는 녹색, 시지역은 회색, 군지역은 흰색으로 표시되었으며, 행정구역의 기준연도는 2013년이다.

[그림 5-4] 산부인과 개설행원, 보건기관 분포도



각 시·군·구에 설치된 각 시설의 수를 기준으로 시설구분별 글로벌 Moran 지수 값은 <표 5-4>에 제시되었다. 종합병원을 제외한 모든 시설에서 공간 자기상관 관계가 있는 것으로 분석되었으며, 이것은 공간적으로 상호 의존성이 있음을 제시하고 있다.

〈표 5-4〉 Global Moran's I

	Moran's I Index	Z-Score	P-Value	Significance
의료기관 합	0.16	13.2	0.00	<1%
상급종합병원	0.03	2.6	0.01	<5%
종합병원	0.01	1.2	0.22	Random
병원	0.06	5.1	0.00	<1%
의원	0.18	15.7	0.00	<1%
(공공)보건기관 합	0.33	27.3	0.00	<1%
보건소	0.10	8.9	0.00	<1%
보건의료원	0.03	2.8	0.01	<5%
보건지소	0.30	24.4	0.00	<1%
보건진료소	0.34	27.4	0.00	<1%

〈표 5-4〉에서 제시된 산부인과 개설텔원과 보건기관에 대한 시·도·시·군·구 데이터를 기준으로 기초 분포 통계량을 살펴보면 다음과 같다. 표에 서로 다른 분포를 가지는 각 데이터의 특성을 비교하기 위해 다음 식으로 산정되는 변동계수(CV, Coefficient of Variation, 상대표준편차) 값을 제시하였다.

$$CV = \frac{\sigma}{\mu}$$

σ : standard deviation, μ : mean

변동계수는 상대적인 분산의 크기를 표준화하여 비교할 수 있는 값으로 본 분석에서는 시도와 시·군·구간의 상대적인 분포의 분산 값이 증가 또는 감소하는 방향성을 살펴보았다.

다음의 〈표 5-5〉는 산부인과 병원, 의원, 종합병원, 상급종합병원을 시

·도와 시·군·구로 구분하여 각 기관별 변동계수를 제시하고 있다. <표 5-5>에서 제시하였듯이 산부인과 개설병원의 결과를 살펴보면, 상급종합병원, 종합병원, 병원의 경우 시·군·구의 변동계수 값이 시도 대비 증가하여 분산 값이 커지고 있음을 살펴 볼 수 있다. 반면, 의원급의 경우 변동계수 값에 큰 차이를 보이지 않았다. 이는 규모가 큰 병원의 경우에 있어서 시·군·구 단위의 분포의 불균형이 상대적으로 크게 나타나고 있음을 의미한다고 볼 수 있다.

<표 5-5> 산부인과 개설병원 시도·시군구 분포비교

(단위: 개소)

구 분		합 계	상급종합	종 합	병 원	의 원
시도	표준편차	123.0	3.2	11.9	14.7	96.3
	평균	113.0	2.5	15.1	15.4	80.0
	CV	1.09	1.27	0.79	0.96	1.20
시군구	표준편차	8.1	0.5	1.2	1.4	6.4
	평균	7.7	0.2	1.0	1.0	5.4
	CV	1.05	2.70	1.16	1.35	1.18

다음의 <표 5-6>는 공공보건기관을 도와 시·군·구로 구분하여 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소별 변동계수를 제시하고 있다. 공공보건기관의 경우 평균적인 변동계수 값이 산부인과 개설 병원과 비교할 때 작게 나타나 상대적으로 고르게 분포되어 있음을 알 수 있다. 또한, 보건 의료원의 경우 전국에 16개소가 있어 분석을 해석함에 있어 유의할 필요가 있으나, 그럼에도 불구하고 전반적으로 시·군·구 기준 변동계수 값이 작아지는 방향성을 보이고 있다. 이는 민간의료기관과 공공보건기관의 분포 특성에 차이를 제시하는 것으로 각 공급기관의 설립목적, 대상 등에 차이를 반영한 결과로 볼 수 있다.

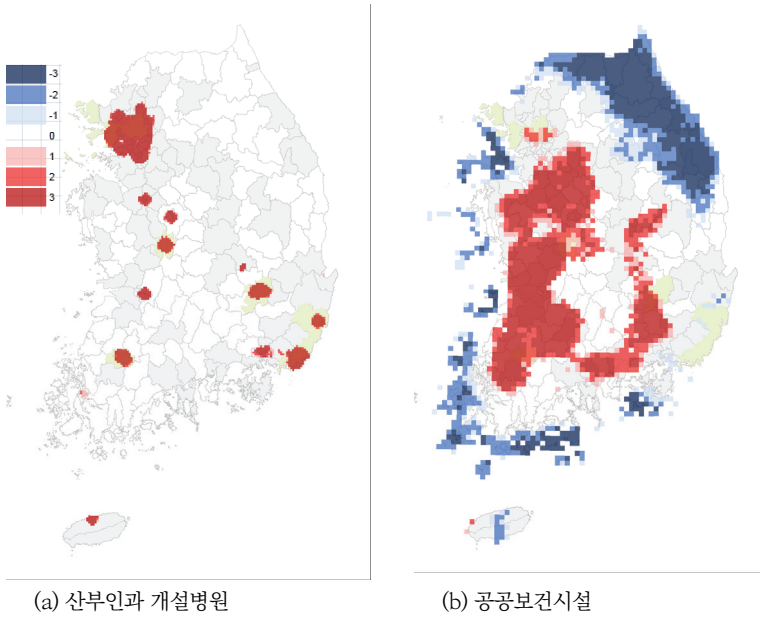
〈표 5-6〉 공공보건기관 시도·시군구 분포비교

(단위: 개소)

구 분		합 계	보건소	보건 의료원	보건지소	보건 진료소
시도	표준편차	198.7	10.2	1.4	78.2	115.0
	평균	204.9	14.4	0.9	77.2	112.4
	CV	0.97	0.71	1.48	1.01	1.02
시군구	표준편차	191.6	0.4	0.2	5.0	7.8
	평균	233.5	1.0	0.1	5.2	7.6
	CV	0.82	0.43	3.83	0.95	1.03

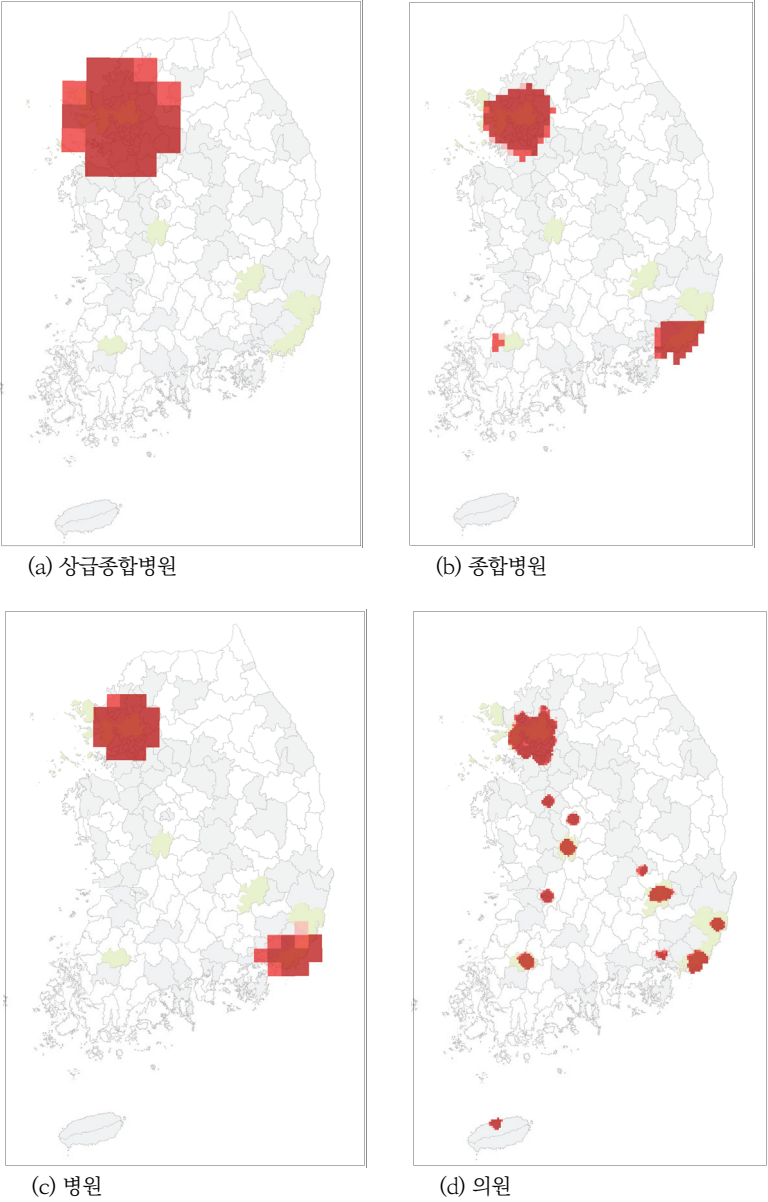
이러한 각 기관의 공간적 분포를 민간의료기관(산부인과 병의원, 종합 병원, 상급종합병원)과 공공보건기관(보건소, 보건지소, 보건의료원, 보건진료소)의 분포특성을 공간분석, Getis-Ord Statistics를 을 통해 살펴보면 다음과 같다. 산부인과 개설병원의 경우 수도권과 광역시를 중심으로 각 지역의 중심지 역할을 담당하고 있는 전북 전주시, 구미시 등에 군집을 형성하는 것으로 분석되었다. 반면, 공공보건기관의 경우 충청도와 호남권을 중심으로 군지역에 Hot Spot 군집을 넓게 형성하고 있으며 강원 산간지역과 연안지역, 서해안 도서지역에 Cold Spot을 형성하고 있는 것으로 분석되었다. 공공보건기관의 분포는 우리나라 지형적 특성(산지)을 고려할 때 전반적으로 고르게 분포하고 있는 것으로 판단된다. 다만, 인프라의 종류에 있어서 수도권과 광역시 및 중심지는 보다 전문적인 시설이 분포되어 있는 반면, 공공보건기관의 경우는 충청도 및 전라도를 중심으로 분포하고 있다는 점에서 격차가 존재한다고 볼 수 있다.

[그림 5-5] 임신·출산 인프라 Getis-Ord Statistics



이러한 맥락에서 산부인과 개설 병원의 위계별 공간적 군집 특성을 다음의 [그림 5-6]에서 지도로 분석 결과를 제시하였다. 위계가 가장 높은 상급종합병원의 경우 수도권 군집이 관측되었으며, 종합병원과 병원의 경우 수도권과 부산권에 군집이 형성된 것으로 분석되었다. 이것은 일반진료이외에 필요한 상급진료 서비스 접근성에 상당한 지역적 차이가 나타날 수 있음을 제시하고 있다.

[그림 5-6] 산부인과 개설병원 위계별 Getis-Ord Statistics

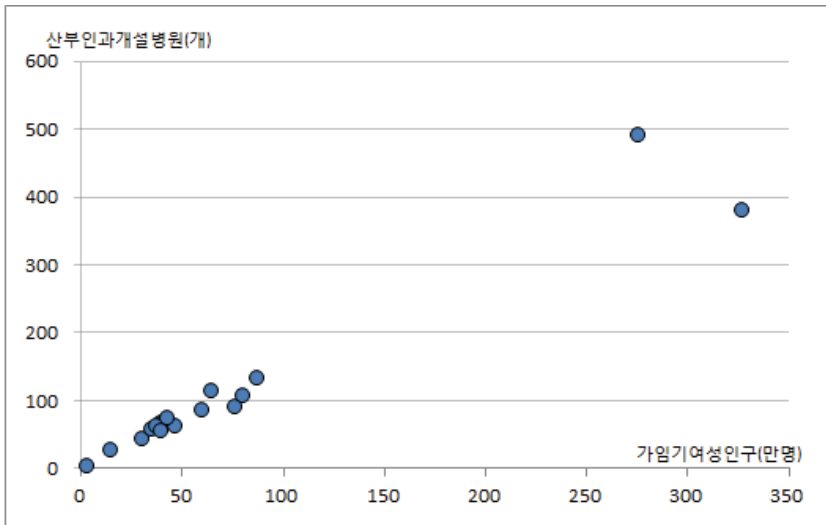


제3절 임신·출산 인프라의 접근성

지금까지 살펴 본 임신·출산 인프라의 수요와 공급의 관계를 살펴보기 위해 가임기 여성인구(15세 ~49세)와 산부인과 개설 병원수를 시·도별, 시·군·구별로 구분하여 살펴보았다.

우선 시·도별 가임기 여성인구를 기준으로 산부인과 개설병원 수의 분포 그래프는 다음의 [그림 5-7]과 같다. [그림 5-7]에서 제시된 그래프에서 살펴볼 수 있듯이, 가임기 여성인구와 산부인과 개설병원의 뚜렷한 경향성이 존재하는데, 이는 일반적으로 주장되는 수요·공급 원리, 즉 시장의 경향성을 반영하는 것으로 판단된다.

[그림 5-7] 시도별 가임기 여성인구 및 산부인과 개설병원 수 분포



임신·출산 인프라(보건의료 시설)당 출생아 부양비를 기준으로 한 분석 결과 역시 인구 공동화 현상이 나타나는 서울, 대구, 부산 도심지와 인근 군지역보다 인프라가 상대적으로 부족한 것으로 나타난 장흥군을 제외하면 산부인과 개설 병원 당 전체 인구에서 출생아가 차지하는 비중인 출생아 부양비의 특별한 군집현상은 없는 것으로 나타났다. 또한 시·군·구 중심점을 기준으로 가장 근접한 각 기관까지의 직선거리를 비교할 때 역시 지역간 차이는 크게 나타나지 않았다.

[그림 5-8] 시·군·구별 인프라당 출생아 부양비 및 최인접 병원

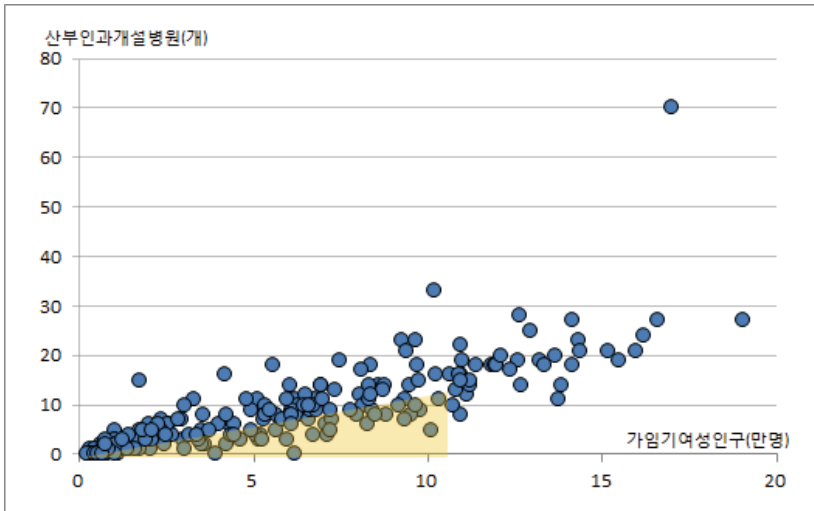


(a) 시설당 신생아 부양비

(b) 최인접 산부인과

시·군·구별 가임기 여성인구와 산부인과 개설병원 수를 비교한 그래프는 [그림 5-9]와 같다. 이와 같이 공간적 단위를 세분화하여도 앞서 살펴본 시도단위의 경향성은 유지되고 있는 것을 살펴 볼 수 있다. 하지만 그 그래프에서 음영으로 표현된 부분의 시·군·구에서는 출산 인프라의 부족이 발생할 수 있는 개연성을 살펴볼 수 있다. 이러한 지역은 예를 들어 가임 여성 약 10만 명인 시·군·구에서 산부인과 개설병원이 10개소 미만인 지역과 30개소 이상인 지역이 존재하고 있는 부분이다. 이것은 단순히 수요 부족에 따른 공급 부족으로 이해하기 보다는 잠재수요가 이용할 수 있는 시설의 부족에 대한 문제인식이 필요한 부분으로 판단된다.

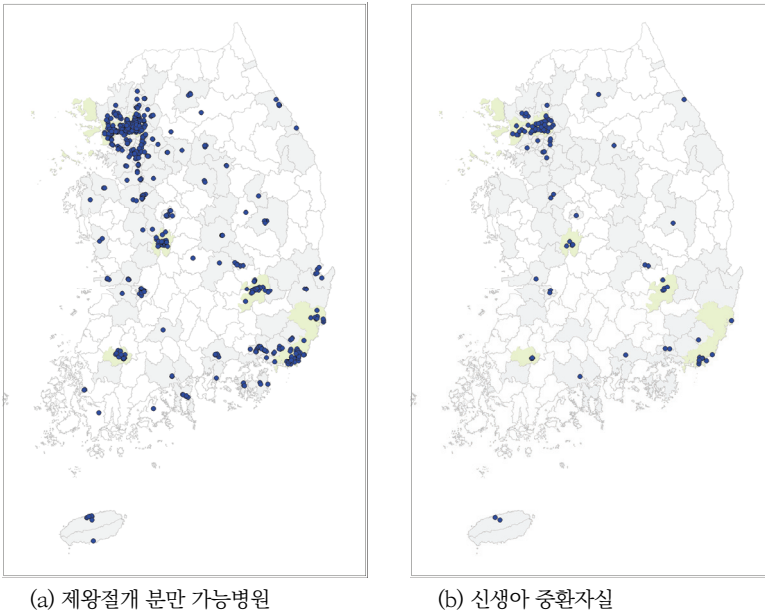
[그림 5-9] 시·군·구별 가임기 여성인구 및 산부인과 개설병원 수 분포



이러한 잠재수요를 위한 공급에 필요성을 살펴보기 위해 임신·출산 인프라 중 응급의료에 대한 부분을 따로 분리하여 분석하였다. 지금까지의 분석 내용은 전반적으로 시설의 공급량만 고려된 것으로 공급 서비스 수

준을 고려한 분석을 진행하기 위하여 수요계층과 공급 서비스수준을 한정할 수 있는 응급의료시설을 선택하였다 임신·출산 인프라 중 응급의료와 관련된 부분은 제왕절개 분만가능 시설과 신생아 중환자실이 제공되는 시설을 대표 변수로 사용하였다. 각 응급의료시설별 현황은 [그림 5-10]과 <표 5-7>, <표 5-8>에 제시되었다.

[그림 5-10] 임신·출산 응급의료시설 분포



〈표 5-7〉 시도별 제왕절개 분만 가능 산부인과 개설병원 현황

(단위: 개소)

지 역	합 계	상급종합	종 합	병 원	의 원
전국	576	42	74	133	327
서울특별시	98	14	18	21	45
부산광역시	35	4	5	17	9
대구광역시	27	4	2	8	13
인천광역시	27	3	1	5	18
광주광역시	17	2	1	8	6
대전광역시	29	1	5	5	18
울산광역시	11	1	0	6	4
세종특별자치시	1	0	0	0	1
경기도	147	5	14	29	99
강원도	12	1	3	1	7
충청북도	17	1	2	3	11
충청남도	19	2	1	3	13
전라북도	25	2	2	3	18
전라남도	11	0	3	6	2
경상북도	34	0	8	10	16
경상남도	51	2	6	8	35
제주도	15	0	3	0	12

〈표 5-8〉 시도별 신생아 중환자실 보유 산부인과 개설병원 현황

(단위: 개소)

지 역	합 계	상급종합	종 합	병 원
전국	92	41	47	4
서울특별시	28	14	14	0
부산광역시	8	4	4	0
대구광역시	5	3	2	0
인천광역시	5	3	1	1
광주광역시	3	2	1	0
대전광역시	4	1	3	0
울산광역시	1	1	0	0
세종특별자치시	0	0	0	0
경기도	19	5	12	2
강원도	3	1	2	0
충청북도	1	1	0	0
충청남도	2	2	0	0
전라북도	3	2	1	0
전라남도	1	0	0	1
경상북도	3	0	3	0
경상남도	4	2	2	0
제주도	2	0	2	0

제왕절개 분만 가능병원과 신생아 중환자실 보유 산부인과와의 시도기준 변동계수와 시·군·구기준 변동계수 값 변화량(difference)을 기준으로

분포의 변화를 살펴보았다(표 5-9 참조). 상급종합병원의 경우 일반 산부인과 개설기관의 변동계수의 차이는 1.43, 제왕절개 분만가능 기관과 신생아 중환자실 보유 기관의 변동계수 차이는 각각 1.44, 1.41로 비슷한 수준으로 평가된다. 하지만 종합병원의 경우 변동계수의 차이가 일반산부인과 0.37에서 제왕절개 분만가능 기관 1.06, 신생아 중환자실 보유 기관 1.15로 나타나 보다 전문화된 시설일수록 시·군·구에 따른 상대적인 분포의 불균형이 크게 증가하고 있음을 알 수 있다.

〈표 5-9〉 제왕절개 분만가능 산부인과 개설병원 시도·시군구 분포비교

(단위: 개소)

구 분		합 계	상급종합	종 합	병 원	의 원
시도	표준편차	35.3	3.2	4.8	7.6	22.7
	평균	33.9	2.5	4.4	7.8	19.2
	CV	1.04	1.31	1.10	0.97	1.18
시군구	표준편차	2.6	0.5	0.6	0.9	1.9
	평균	2.3	0.2	0.3	0.5	1.3
	CV	1.14	2.75	2.16	1.79	1.44

〈표 5-10〉은 신생아 중환자실을 보유하고 있는 상급종합병원, 종합병원, 병원 및 의원에 대한 지역별 분포를 제시하고 있다. 특히 신생아 중환자실 보유 산부인과의 경우 상대적으로 광역시 이외 지역에 많이 입지하고 있고 상대분산 값의 변화량이 5.54로 나타나 각 지역에서 고위험군에 대한 1차 대응기관의 역할을 담당할 수 있는 병원급의 경우 각 시·군·구별로 지역간 차이가 크게 증가하는 것으로 분석되었다.

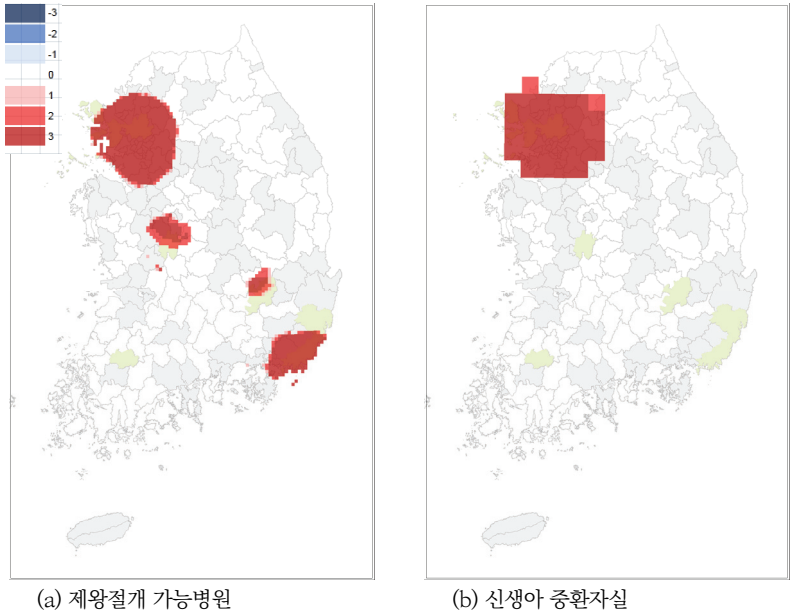
〈표 5-10〉 신생아 중환자실 보유 산부인과 개설병원 시도·시군구 분포비교

(단위: 개소)

구 분		합 계	상급종합	종 합	병 원	의 원
시도	표준편차	7.0	3.2	3.9	0.5	-
	평균	5.4	2.4	2.8	0.2	-
	CV	1.30	1.33	1.42	2.32	-
시군구	표준편차	0.7	0.4	0.5	0.1	-
	평균	0.4	0.2	0.2	0.0	-
	CV	1.92	2.74	2.57	7.86	-

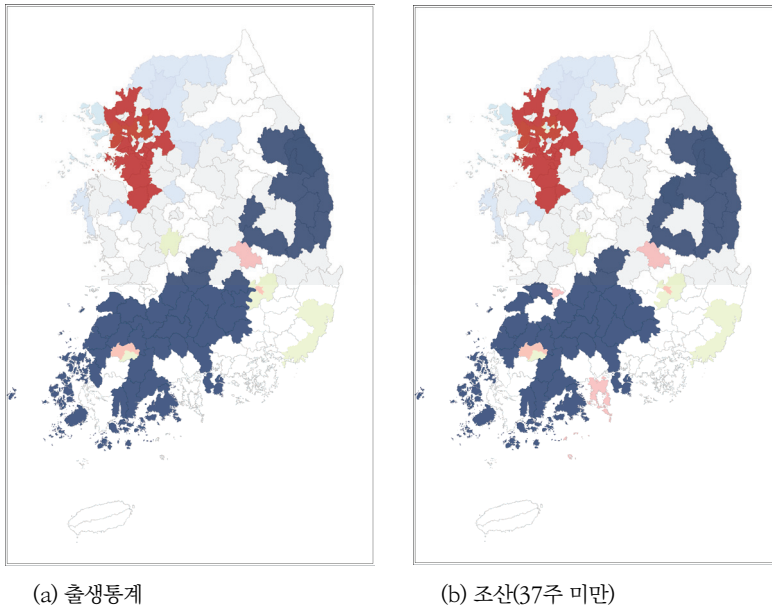
게다가 〈표 5-8〉에서 살펴보았듯이, 신생아 중환자실을 보유하고 있는 병원 급 인프라는 전국에 4개소만 운영되고 있어 각 지역의 1차 대응기관으로써의 역할을 기대하기 어려운 것으로 판단된다.

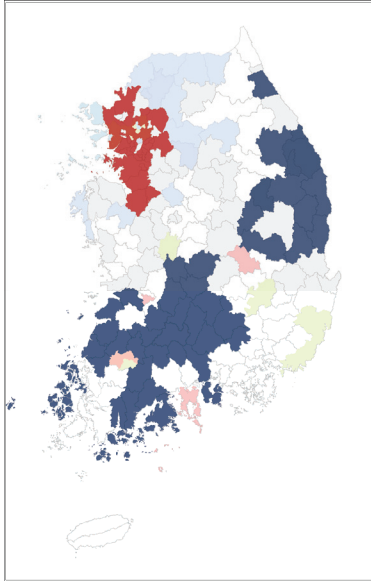
〔그림 5-11〕 임신·출산 인프라 Getis-Ord Statistics



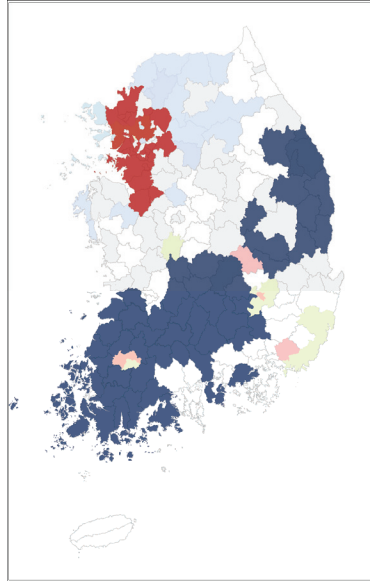
[그림 5-12]는 응급의료에 대한 잠재적 수요가 되는 저체중아(출생체중 2,500g 미만) 및 조산아(재태주수 37주 미만 출생), 고령 출산(만 35세 이상 산모의 출산)에 따른 공간적 군집 분포를 제시하고 있다. 잠재적으로 응급의료 인프라가 필요한 신생아의 공간적 군집 현황을 살펴보면 모집단인 신생아 분포와 유사하게 나타나고 있다. 여기서 전남, 경북, 강원 지역에서 낮은 밀도의 Cold Spot이 분석되었는데, 이는 넓은 지역에 작은 수요가 이산되어 있음을 의미한다.

[그림 5-12] 응급의료 필요 신생아 군집분석(Local Moran's I Analysis)





(c) 저체중아(2.5kg 미만)



(d) 고령출산(모의 연령 35세 이상)

잠재수요 대비 응급 인프라의 공급수준을 살펴볼 수 있는 시·도별로 각 시설당 담당해야하는 위험군 임신부의 비중은 다음과 같다(표 5-11 참조). 제왕절개가 가능한 의료기관의 경우 전반적인 의료기관 당 제왕절개 위험군의 비율이 크게 차이를 보이지 않았으나, 신생아 중환자실에 경우 지역간 편차가 크게 나타나고 있으며, 울산, 충북, 전남의 경우 1,000명을 상회하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 5-11〉 사도별 신생아 중환자실 보유 산부인과 현황

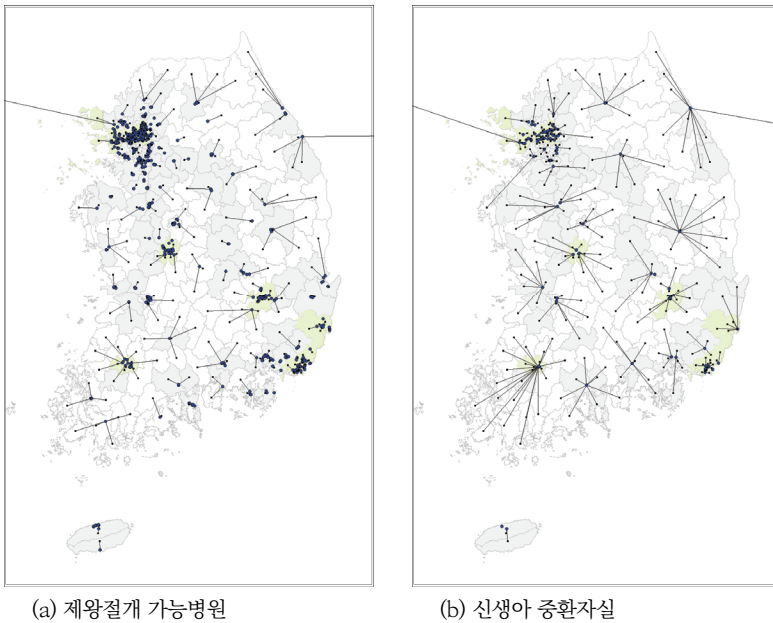
(단위: 개소)

지 역	1) 제왕절개 위험군 (백명)	제왕절개 가능 의료기관 당 위험군 수 (명/병원)	2) 신생아 중환자실 이용 위험군 (백명)	신생아 중환자실 당 위험군 수 (명/병원)
전국	1,421	247	540	587
서울특별시	196	200	72	258
부산광역시	54	154	24	296
대구광역시	39	143	17	347
인천광역시	51	190	24	480
광주광역시	24	143	11	358
대전광역시	28	95	12	299
울산광역시	19	176	10	1,044
세종특별자치시	2	205	1	-
경기도	236	161	98	518
강원도	21	174	10	329
충청북도	24	140	11	1,141
충청남도	31	162	16	812
전라북도	28	111	12	414
전라남도	27	245	15	1,540
경상북도	38	111	20	658
경상남도	52	101	26	641
제주도	12	83	4	210

주: 1) 고령출산 2) 조산, 저체중아

임신·출산 인프라의 공급시설의 서비스 용량 차이뿐만 아니라 산부인과 응급의료시설의 접근성에서도 상당한 차이가 있는 것으로 분석되었다. 분석결과는 도서지역이 다수인 인천시 옹진군, 경상북도 울릉군을 제외한 결과로 시·군·구 중심점을 기준으로 가장 근접한 각 시설까지의 직선 거리를 계산한 값이다. 분석 결과 각 지역별로 평균 이동거리의 차이가 상당히 크게 나타났으며, 특히 군지역에서 그 차이가 크게 나타나고 있어 산부인과 응급의료시설에 대한 접근성에 상당한 차이가 있는 것으로 나타났다.

[그림 5-13] 시·군·구별 최인접 산부인과 응급의료시설



〈표 5-12〉 최인접 출산인프라 접근성

(단위: km)

지 역		산부인과	제왕절개	신생아 중환자실
전국	시지역	0.4	4.8	12.6
	군지역	0.4	24.1	38.3
서울특별시	시지역	0.3	1.1	2.3
	군지역			
부산광역시	시지역	0.4	2.0	4.9
	군지역	1.1	4.5	12.6
대구광역시	시지역	0.5	2.2	3.9
	군지역	0.5	7.2	15.0
인천광역시	시지역	0.3	3.4	5.2
	군지역	0.6	20.6	27.0
광주광역시	시지역	0.5	3.6	7.3
	군지역			
대전광역시	시지역	0.4	3.4	5.5
	군지역			
울산광역시	시지역	0.5	2.9	8.5
	군지역	0.3	9.4	23.2
세종특별자치시	시지역	0.4	10.0	18.2
	군지역			
경기도	시지역	0.3	3.4	8.8
	군지역	0.3	18.4	34.8
강원도	시지역	0.3	19.3	34.4
	군지역	0.4	37.7	43.4
충청북도	시지역	0.4	5.1	21.1
	군지역	0.4	17.3	30.9
충청남도	시지역	0.4	6.2	26.9
	군지역	0.6	21.5	42.4
전라북도	시지역	0.4	5.0	19.2
	군지역	0.4	24.5	33.8
전라남도	시지역	0.3	10.5	27.2
	군지역	0.4	21.5	49.0
경상북도	시지역	0.3	10.7	34.1
	군지역	0.4	26.1	33.6
경상남도	시지역	0.4	7.1	17.1
	군지역	0.4	26.2	36.0
제주도	시지역	0.3	7.6	9.8
	군지역			

특히 신생아 중환자실의 경우 군지역의 평균 접근 거리가 38.3km로 시지역의 12.6km보다 3배 이상 먼 것으로 나타났다. 또한, 농어촌 지역으로 구분할 수 있는 강원, 충남, 전남의 군지역의 경우 평균 접근거리가 40km를 상회하고 있어 응급의료시설의 접근성이 매우 부족한 것으로 평가된다.

지금까지 살펴본 분석결과를 요약하면 일반적인 상황에 필요한 임신·출산 인프라의 민간부문의 공급은 전반적으로 수요량에 따라 이루어지고 있는 경향을 확인할 수 있었으며, 공공보건기관 중 위계가 낮은 기관이 농어촌지역의 소단위 수요에 대응하고 있음을 확인 할 수 있었다. 그러나 잠재적으로 응급의료가 필요한 임신·출산 인프라의 경우 도시와 비도시, 농어촌간 격차가 상당히 발생하고 있는 것도 또한 확인 할 수 있었다. 효율성 측면에서 응급의료기관의 무분별한 확충 역시 경계되어야 할 것이나, 적어도 응급의료기관까지의 접근성을 확보해 줄 수 있는 고민이 필요한 것으로 사료된다.

제4절 임신·출산 인프라의 이용도

본 절에서는 임신·출산 인프라의 이용(utilization)과 출산 결과에 있어서의 격차를 통해 임신·출산 인프라의 이용에 있어서의 형평성을 살펴보고자 한다. 의료의 이용은 접근도와 불가분의 관계이다. 의료 서비스에 있어서 형평성에 대한 선행연구에서도 서비스의 이용(utilization)은 접근도(accessibility)가 현실화된 것으로 개념화되었다(Levesque, et al, 2013). 더 나아가 이용을 통한 건강 결과인 저체중아 출산 및 조산과 같은 출산 결과를 살펴보는 것은 결국 이용도를 통한 접근도를 현실화하는 또 다른 방법이다.

1. 자료(Data source)

본 절에서는 2012년 「전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사」와 2012년 「한국의료패널조사」를 활용하여 인프라의 이용 및 출산 결과에 있어서의 형평성에 대해 살펴보고자 한다. 우선, 본 절에서는 1960년대부터 실시하여 3년을 주기로 하여 한국보건사회연구원에서 실시하고 있는 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」의 2012년 자료를 사용하였다. 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」는 가구 조사와 개인 조사로 설계되어 있다. 본 절에서는 약 15,000여 표본 가구에 거주하는 15~49세의 기혼 여성으로 조사년도 2년 전 1월 1일부터 조사 시점까지 출산 경험이 있는 여성 1,055을 대상으로 살펴보고자 한다.

또한, 2012년 「한국의료패널조사」가 활용되었는데, 「한국의료패널조사」는 임신 및 출산에서의 의료이용과 건강에 관해 별도의 조사표를 설계하여 조사를 실시하고 있다. 2012년 「한국의료패널조사」에 포함된

2012년에 자녀를 출산한 여성은 총 137명으로 이들을 대상으로 살펴보고자 한다.

우선, 2012년 「한국의료패널 조사」와 2012년 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」를 활용하여 분만 시 이용한 분만 시설을 모의 연령, 모의 교육 수준, 가구 소득, 지역에 따른 이용 기관의 격차를 살펴봄으로써 형평성에 대한 논의를 시작하고자 한다. 또한, 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」를 활용하여 산전관리적합도(Adequacy of prenatal care)와 같은 지표를 통해 임신·출산을 위한 보건의로 인프라 이용의 적합도를 산출함으로써 의료의 이용(utilization)에 있어서의 형평성을 살펴보고자 한다. 마지막으로, 2012년 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」를 활용하여 저체중 출산과 조산과 같은 부정적인 출산 결과(adverse birth outcomes)를 통해 건강 결과에 있어서의 형평성을 살펴보고자 한다.

2. 임신·출산 인프라의 이용에 있어서의 형평성

다음의 <표 5-13>은 출산 시 이용한 의료 인프라(산과 병원 및 의원, 종합병원, 공공보건기관)를 모 연령과 지역에 따라 구분하여 제시하고 있다. 우선 모의 연령에 따라 살펴보면, 연령이 증가할수록 산과 병원 및 의원보다는 종합병원을 이용하는 경향이 있다. 이는 출산 시 연령이 고연령일수록 고위험 임신 및 출산을 하게 될 확률이 높아지고 필요시 응급 상황이 발생할 수 있기 때문에 종합병원을 이용하는 것으로 해석할 수 있다.

17개 시·도별로 출산 시 이용한 의료 기관을 살펴보면, 서울, 대구, 전남, 경북의 경우에만 종합병원을 이용하고 있는 반면, 울산, 경기, 제주의 경우는 보건 기관에서 출산한 경우가 14% 이상 있었으나, 경기 지역의

경우는 보건 기관은 4.2%정도만 이용하였으나 종합병원과 보건 기관까지 골고루 이용하고 있음을 알 수 있다.

〈표 5-13〉 모 연령 및 지역별 출산 장소

(단위: 개소, %)

구분		합계 (빈도)	산부인과 병원	종합 병원	공공보건기관 외
모 연령	24세 이하	2	100.0	-	-
	25-29세	26	88.5	7.7	3.8
	30-34세	67	89.6	7.5	3.0
	35-39세	39	84.6	12.8	2.6
	40세 이상	3	66.7	33.3	-
지역	서울특별시	21	71.4	28.6	-
	부산광역시	9	100.0	-	-
	대구광역시	8	75.0	25.0	-
	인천광역시	15	100.0	-	-
	광주광역시	7	100.0	-	-
	대전광역시	5	100.0	-	-
	울산광역시	6	66.7	-	33.3
	경기도	24	87.5	8.3	4.2
	강원도	6	100.0	-	-
	충청북도	-	-	-	-
	충청남도	7	100.0	-	-
	전라북도	5	100.0	-	-
	전라남도	5	80.0	20.0	-
	경상북도	6	66.7	33.3	-
	경상남도	6	100.0	-	-
	제주도	7	85.7	-	14.3

주: 1) 연간 가구소득을 의미함
자료: 「한국의료패널조사」(2012)

다음의 〈표 5-14〉는 출산 시 이용한 의료 인프라(산과 병원 및 의원, 종합병원, 보건 기관)를 사회경제적 수준을 대표하는 교육 수준별, 소득

별, 의료보장 형태별로 구분하여 제시하고 있다. 표에서 살펴볼 수 있듯이 특히 종합병원의 경우 경향성이 보이는데, 사회경제적 수준이 높을수록 종합병원을 이용하는 확률이 높음을 알 수 있다.

〈표 5-14〉 교육 수준별, 소득별, 의료보장 형태별 출산 장소

(단위: 개소, %)

구분		합계 (빈도)	산부인과 병원	종합 병원	공공보건기 관 외
학력	중학교 졸업 이하	4	100.0	-	-
	고등학교 졸업	35	94.3	5.7	-
	대학교 졸업 이상	98	84.7	11.2	4.1
소득 ¹⁾	2400만원 미만	13	92.3	7.7	-
	2400~3599만원	43	88.4	9.3	2.3
	3600~4799만원	32	93.8	3.1	3.1
	4800~5999만원	21	81.0	19.0	-
	6000만원 이상	28	82.1	10.7	7.1
의료보장	의료급여, 기타	2	100.0	-	-
	지역의료보험	33	87.9	9.1	3.0
	공무원교직원, 직장보험	102	87.3	9.8	2.9

주: 1) 연간 가구소득을 의미함
 자료: 「한국의료패널조사」(2012)

2012년 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」를 활용하여 지역, 연령, 학력, 소득에 따른 분만 장소를 살펴보면 다음과 같다(표 5-15 참조). 우선 「한국의료패널 조사」를 사용하여 앞에서 제시한 표(표 5-13, 표 5-14)와 대체로 동일한 결과를 제시하고 있음을 알 수 있다. 구체적으로, 모의 연령이 35세 이상일수록 종합병원에서의 분만 비율이 높은 것을 볼 수 있는데, 이것은 고령 출산의 위험에 대한 대응으로 역시 해석할 수 있다. 학력에 있어서도 학력이 높을수록 종합병원을 이용하는 비중이 높아지고, 소득이 높을수록 종합병원에서의 분만이 높은 경향이 있는 것을 알 수 있다.

〈표 5-15〉 지역, 연령, 학력, 소득별 자녀의 분만 장소

(단위: %)

	종합병원	병원	의원	보건 기관	합계(N)
지역					
서울특별시	22.0	67.0	11.0	0.0	100.0 (91)
부산광역시	11.3	83.0	3.8	1.9	100.0 (51)
대구광역시	12.7	81.8	5.5	0.0	100.0 (55)
인천광역시	12.3	71.2	15.1	1.4	100.0 (73)
광주광역시	5.3	93.4	1.3	0.0	100.0 (76)
대전광역시	5.7	88.7	5.7	0.0	100.0 (52)
울산광역시	6.5	80.4	13.0	0.0	100.0 (46)
경기도	8.6	86.8	4.6	0.0	100.0 (151)
강원도	21.9	21.9	56.3	0.0	100.0 (32)
충청북도	6.4	78.7	14.9	0.0	100.0 (47)
충청남도	10.0	70.0	20.0	0.0	100.0 (69)
전라북도	9.0	62.8	26.9	1.3	100.0 (78)
전라남도	4.0	92.0	4.0	0.0	100.0 (50)
경상북도	15.4	73.9	9.2	1.5	100.0 (65)
경상남도	9.1	72.7	18.2	0.0	100.0 (77)
제주도	18.9	35.1	43.2	2.7	100.0 (37)
연령					
35세 미만	8.6	77.0	14.0	0.5	100.0 (834)
35세 이상	19.9	68.5	11.1	0.5	100.0 (216)
학력					
고등학교 미만	10.0	77.1	12.2	0.6	100.0 (317)
초대졸	10.1	71.7	18.2	0.0	100.0 (246)
대졸이상	11.9	75.9	11.7	0.6	100.0 (487)
소득					
250만 원 미만	7.7	80.3	10.9	1.1	100.0 (181)
250~350만 원	7.5	78.6	13.6	0.3	100.0 (331)
350~450만 원	11.3	74.1	14.2	0.5	100.0 (212)
450~550만 원	17.5	68.8	13.1	0.6	100.0 (158)
550만 원 이상	14.0	70.7	15.2	0.0	100.0 (164)
합계	10.9	75.3	13.4	0.5	100.0 (1,055)

자료: 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」(2012)

한편, 병원과 의원을 구분하여 지역별로 살펴보면, 대부분의 지역에서 병원에서 분만한 비율이 가장 큰 반면, 강원과 제주는 의원의 비율이 가장 큰 것으로 나타나 지역별 격차를 보인다. 다음은 임신 기간 동안 의료 인프라를 적절하게 이용했는지에 대한 지역별, 연령별, 학력별, 소득별로 살펴보고자 한다. 이를 위해 초진 시기와 산전 진찰 횟수와 재태주수를 고려하여 만든 산전 관리 적합도 지표(Kessner Index of Adequacy of Prenatal Care)를 활용하였다.

〈표 5-16〉 산전 관리 적합도 지표(Kessner Index of Adequacy of Prenatal Care)

적합도	초진시기 (임신주수)	재태주수	산전 진찰 횟수	합계(%)
적합 (Adequate)	임신 12주 이하 이면서	13주 이하 14-17 18-21 22-25 26-29 30-31 32-33 34-35 36주 이상	1회 이상이거나 무응답 2회 이상 3회 이상 4회 이상 5회 이상 6회 이상 7회 이상 8회 이상 9회 이상	89.8
부적합 (Inadequate)	임신28주 이상 이거나	14-21 22-29 30-31 32-33 34주 이상	0회 이거나 무응답 1회 이하이거나 무응답 2회 이하이거나 무응답 3회 이하이거나 무응답 4회 이하이거나 무응답	0.0
보통 (Intermediate)	적합, 부적합, 무 진료의 경우를 제외한 경우			10.2
무 진료 (No care)	산전 진찰을 받지 않은 경우			0.0
합계(수)				100.0 (1,050)

자료: Institute of Medicine, National Academy of Sciences: Infant Deaths, An Analysis by Maternal Risk and Health Care. In: Contrasts in Health Status, Vol. I, 1973. Based on: The American College of Obstetricians and Gynecologists: Standards for Obstetric-Gynecologic Services. Chicago, 1974. 이소영 외(2012) 저출산고령화 대응 인구자질 향상방안: 고령임산부의 출산실태와 정책과제, 한국보건사회연구원 p.81에서 재인용

〈표 5-16〉은 이러한 산전 관리 적합도 지표의 산식과 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」를 활용했을 때, 각 각의 적합도 범주에 속하는 비중을 제시하고 있다. 〈표 5-17〉은 산전관리 적합도에서 ‘적합’(adequate) 산전 관리를 받은 산모를 연령, 교육 수준, 소득에 따라 구분하여 제시하고 있다. 표에서 살펴볼 수 있듯이, 임신·출산 관련 비용 지원으로 인해 모든 세부 범주에서 약 90% 이상이 임신 기간 동안 산전 진찰을 적합하게 받고 있음을 짐작할 수 있다. 즉, 적합도에 있어서 전체적으로 ‘적합’의 경우 89.8%, ‘보통’의 경우 10.2%로 나타나 모든 산모가 임신 기간 동안 한 번 이상 진료를 받은 것으로 나타났다(표 5-17 참조).

〈표 5-17〉 모연령, 학력, 소득별 ‘적합’한 (adequate) 산전 관리 비율

(단위: %)

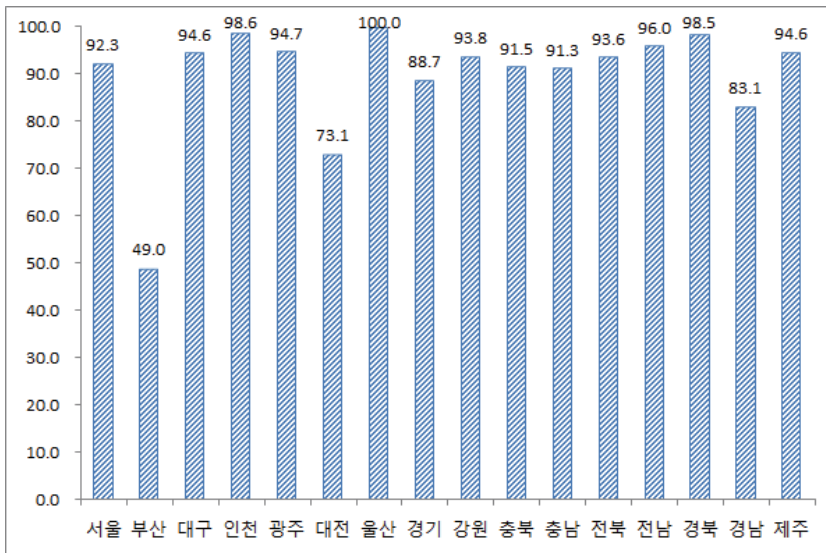
	산전관리 적합도 ‘적합’
모 연령	
35세 미만	89.7
35세 이상	90.3
학력	
고등학교 미만	89.0
고등학교 졸업 이상	90.7
대졸이상	89.9
소득	
250만 원 미만	85.1
250-350만 원	88.8
350-450만 원	89.6
450-550만 원	93.0
550만 원 이상	94.5
합계	89.8

자료: 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」 (2012)

모의 연령과 교육 수준에 따른 차이는 거의 없으나, 모 연령이 고령인 경우와 고등학교 졸업 이상의 학력 수준인 경우가 ‘적합’한 산전관리를 받는 비중이 다소 높게 나타났다. 이에 비해, 소득에 따른 차이는 비교적 크게 나타났는데 대체로 소득이 증가할수록 적합한 산전관리를 하고 있음을 알 수 있다.

다음의 [그림 5-14]는 17개 시·도별로 산전관리에 있어서 ‘적합’한 수준의 산전관리를 받은 비율을 제시하고 있다.

[그림 5-14] 지역별 ‘적합’한 (adequate) 산전 관리 비율



자료: 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」(2012)

‘적합’한 산전관리를 받은 비율은 대부분의 지역은 90%가 넘는 반면, 부산은 49.0%, 대전은 73.1%, 경남은 83.1%, 경기도는 88.7%로 나타나 지역에 따른 격차를 보이고 있다.

3. 출산 결과에 있어서의 형평성

출산 결과에 있어서는 2012년 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」를 활용하여 임신 주수(gestational age) 37미만의 출산인 조산과 출생 체중(birth weight) 2,500g 미만의 출생아인 저체중아 출산을 통해 살펴보고자 한다. 다음의 <표 5-18>은 연령, 학력, 소득별로 구분하여 저체중아 출산 비율과 조산 비율을 제시하고 있다.

<표 5-18> 모연령, 학력, 소득별 저체중아 출산 및 조산 비율

(단위: %)

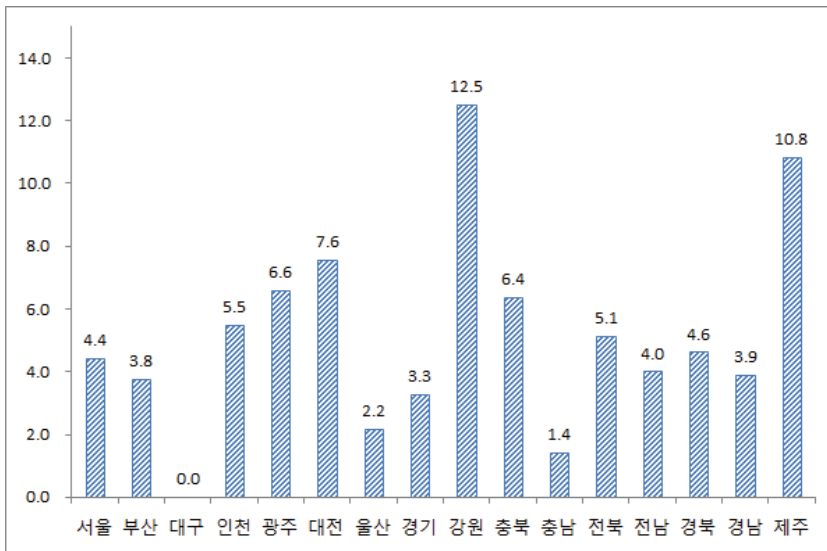
	저체중아	조산아	(N)
모 연령			
35세 미만	3.8	5.4	(834)
35세 이상	7.9	7.4	(216)
학력			
고등학교 미만	5.3	6.6	(317)
고등학교 졸업 이상	4.5	4.9	(246)
대졸이상	4.3	5.8	(487)
소득			
250만 원 미만	3.8	2.8	(181)
250-350만 원	3.6	4.8	(331)
350-450만 원	3.8	5.2	(212)
450-550만 원	6.9	8.8	(158)
550만 원 이상	6.1	8.6	(164)
전체	4.6	5.8	(1,050)

우선 모의 연령은 의학적으로도 고위험 요인으로 저체중아 출산 및 조산과 관련이 있다. 이에 따라 35세 이상 고령 산모의 경우가 그렇지 않은 산모보다 2.0% 이상 더 높은 발생률을 보이고 있는 것은 인프라 자체보다는 고령 산모라는 특성과 보다 관련이 있다고 판단된다. 그러나 학력에 있어서는 고등학교 미만의 저학력인 경우 저체중아 출산 및 조산에 있어서 더 높은 발생률을 보이고 있다. 소득의 경우는 450만원을 기준으로 봤을 때 고소득 집단이 저체중아 출산 및 조산의 발생률이 높게 나타났다. 이는 소득이 높은 경우 난임, 고령 임신 등 소득과 관련된 다른 요인들에 의한 영향일 가능성이 높은 것으로 추정해 볼 수 있다. 이 부분에 관해서는 보다 심도있는 분석이 필요할 것이다.

이어지는 그림은 저체중아 출산과 조산이라는 출산 결과를 15개 시·도별로 구분하여 제시하고 있다(그림 5-15 참조).

[그림 5-15] 지역별 저체중아 출산 비율

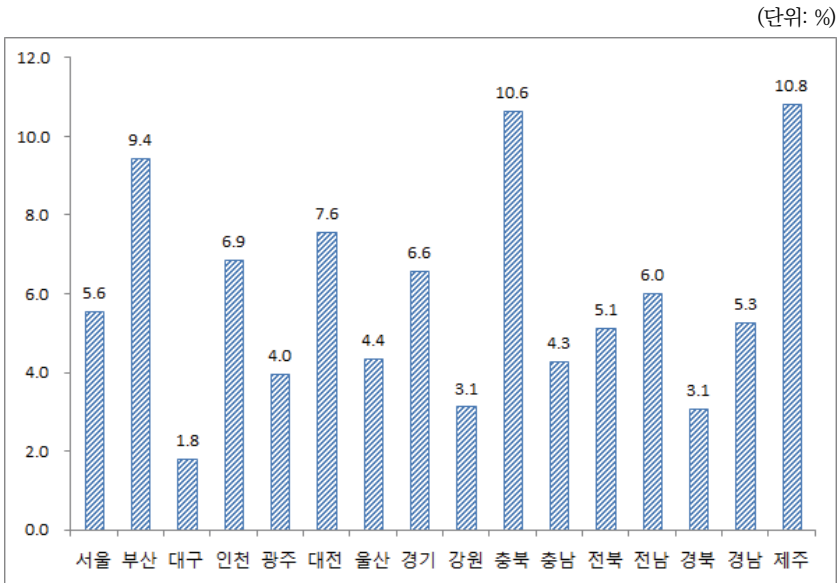
(단위: %)



전체 출산 대비 저체중아 출산의 비율을 지역별로 살펴보면, 대부분 5% 내외의 저체중아 발생률을 보이고 있으나, 강원은 12.5%, 제주는 10.8%로 상대적으로 높은 비율을 보이고 있다. 반면, 대구의 저체중아 비율은 0%로 전국에서 가장 낮은 것을 알 수 있다.

[그림 5-16]은 지역별 전체 출산 대비 조산의 비율을 제시하고 있다. 부산, 충북, 제주의 경우 다른 지역보다 10% 내외로 비교적 높게 나타나고 있다. 반면, 저체중아 출산의 비율이 가장 낮은 지역이었던 대구는 조산의 비율에 있어서도 1.8%로 전국에서 조산 발생률이 가장 낮은 지역이라는 것을 알 수 있다.

[그림 5-16] 지역별 조산 비율



제 6 장

양육지원 인프라의 형평성

제1절 양육지원 인프라의 수요

제2절 양육지원 인프라의 공급

제3절 양육지원 인프라의 접근성

제4절 양육지원 인프라의 이용도

6

양육지원 인프라의 형평성 <<

제1절 양육지원 인프라 수요

양육지원 인프라의 수요 측면에 대한 분석은 시·군·구별로 집계된 0~2세 인구수와 어린이집 이용 원아수를 기준으로 국지모란지수를 산출하여 공간 분석을 수행하였다. 수요 분포의 특성은 밀집 또는 이산 정도에 따라 그 차이가 더 크게 나타날 가능성이 있다. 이러한 차이를 살펴보기 위해 0-2세 인구 수, 어린이집 수, 어린이집 평균 원아 수, 0-2세 인구 1,000명당 어린이집 교사수, 육아지원센터와 건강가정지원센터의 입지 및 서비스 영역을 기준으로 수요량과 수요기준 공급량을 살펴보았다. 제시된 배경 지도의 광역시는 녹색, 시지역은 회색, 군지역은 흰색으로 표시되었으며, 행정구역의 기준 연도는 2014년이다.

1. 0-2세 인구수

〈표 6-1〉에서는 0-2세 인구의 시·군·구별 공간적 분포를 제시하고 있다. 우선, 0-2세 인구수의 공간적 분포를 살펴보면, 상위 10개 지역은 서울 강서구와 송파구, 대구 달서구, 인천 남동구와 서구, 경기도 남양주시와 화성시 그리고 용인 기흥구, 경북 구미시, 경남 김해시로 이들 지역의 0-2세 인구수는 1.4천명을 상회하는 것으로 나타났다. 반면 인천 옹진군, 강원 고성군과 양양군, 충북 괴산군과 단양군, 전북 장수군, 전남 곡성군과 구례군, 경북 군위군, 영양군, 울릉군은 0-2세 인구가 500명 이하로 나타났다. 특히 경북 울릉군의 경우 0-2세 인구수가 상위 지역의 10%

미만인 166명으로 나타나 시·군·구별로 0-2세 인구 규모에 편차를 보이는 것으로 나타났다.

이러한 각 시·군·구의 인구 규모를 기준으로 공간적 자기상관관계를 분석한 결과를 다음에 제시하였다. 시·도별로 살펴보면, Hot Spot(HH: High cluster with High value and HL: High cluster surrounded Low value)의 경우 수도권에(서울, 경기, 인천) 46개로 분석되어 전국 56개 High Cluster의 87.5%가 분포하는 것으로 나타났다. 서울의 경우 강북지역(성동구, 광진구, 동대문구, 중랑구, 성북구, 강북구, 도봉구, 노원구, 은평구, 마포구)과 강남지역(양천구, 강서구, 구로구, 영등포구, 동작구, 관악구, 서초구, 강남구, 송파구, 강동구)에 고르게 나타났고, 인천은 남구, 연수구, 남동구, 부평구, 계양구, 서구로 나타났다. 경기도는 경기남부지역(수원시 장안구, 권선구, 영통구, 성남시 분당구, 안양시 동안구, 부천시 원미구, 안산시 상록구, 단원구, 용인시 기흥구, 수지구, 광명시, 평택시, 오산시, 시흥시, 군포시, 김포시, 화성시, 광주시)이 경기북부(고양시 덕양구, 일산서구, 의정부시, 남양주시)보다 상대적으로 많이 분포하고 있는 것으로 나타났다. 수도권 이외 지역에서는 대구 달서구, 광주 북구와 광산구, 충남 천안시 서북구와 아산시, 전북 전주시 완산구, 경북 구미시에서 Hot Spot이 분석되었다.

Cold Spot(LL: Low cluster with Low value and LH: Low cluster surrounded High value)의 경우 전국 65개 클러스터 중 호남지역에 24개, 영남지역에 16개가 분포하고 있어 63.1%의 비중을 차지했다. 수도권의 경우 서울 종로구와 중구, 인천 중구, 동구, 용진군, 강화군, 경기 동두천시, 과천시, 하남시, 여주시, 연천군, 가평군, 양평군이 분석되어 수도권에서도 구·군별로 차이가 있는 것으로 분석되었으며, 그 외 다른 지역의 경우 대부분 군지역이 Cold Spot으로 분류되었다.

〈표 6-1〉 사군·구별 0-2세 유아 군집분석 결과

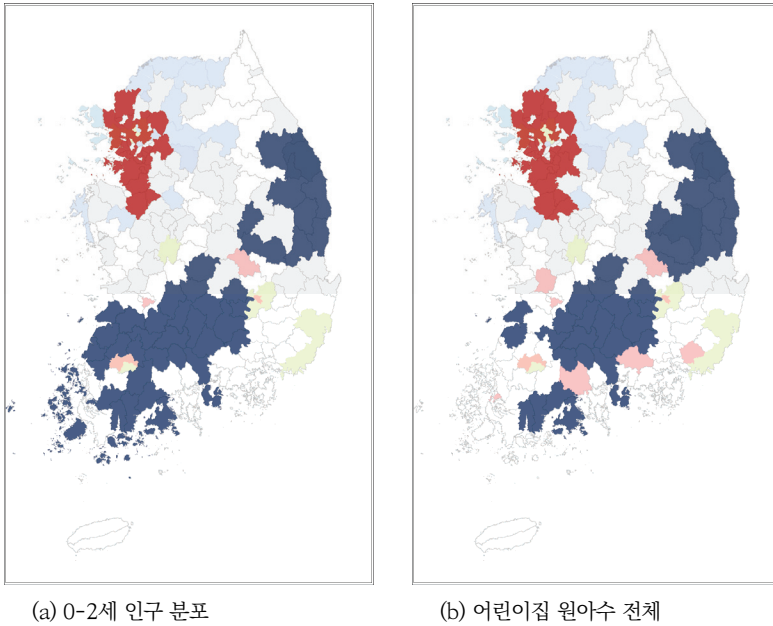
(단위: 명, 개)

지역	연령별 유아수				0-2세 Local Moran's I	
	0세	1세	2세	0-2세 합	High Cluster	Low Cluster
전국	420,693	462,726	481,016	1,364,435	56(5)	65(45)
서울	78,339	83,613	84,401	246,353	20(0)	2(0)
부산	24,997	27,232	28,208	80,437		
대구	18,689	20,580	21,477	60,746	1(1)	
인천	25,000	27,406	28,643	81,049	6(0)	4(0)
광주	12,358	13,936	14,801	41,095	2(2)	
대전	13,535	14,890	15,443	43,868		
울산	11,097	11,892	12,172	35,161		
세종	1,402	1,598	1,726	4,726		
경기	109,389	122,849	129,442	361,680	23(0)	7(0)
강원	10,566	11,950	12,638	35,154		8(4)
충북	13,105	14,279	14,968	42,352		2(1)
충남	17,927	19,719	20,623	58,269	2(0)	2(0)
전북	13,977	15,673	16,555	46,205	1(1)	9(9)
전남	14,673	16,037	16,515	47,225		15(15)
경북	21,395	23,361	23,827	68,583	1(1)	9(9)
경남	28,917	31,798	33,377	94,092		7(7)
제주	5,327	5,913	6,200	17,440		

주: ()는 HL(Outlier Hot Spot) 또는 LH(Outlier Cold Spot)

[그림 6-1]은 0-2세 인구수와 어린이집 원아수에 대한 군집 분석을 국지모란지수를 통해 실시한 결과를 제시하고 있다.

[그림 6-1] 0-2세 인구, 어린이집 원아수 군집분석(Local Moran's I Analysis)

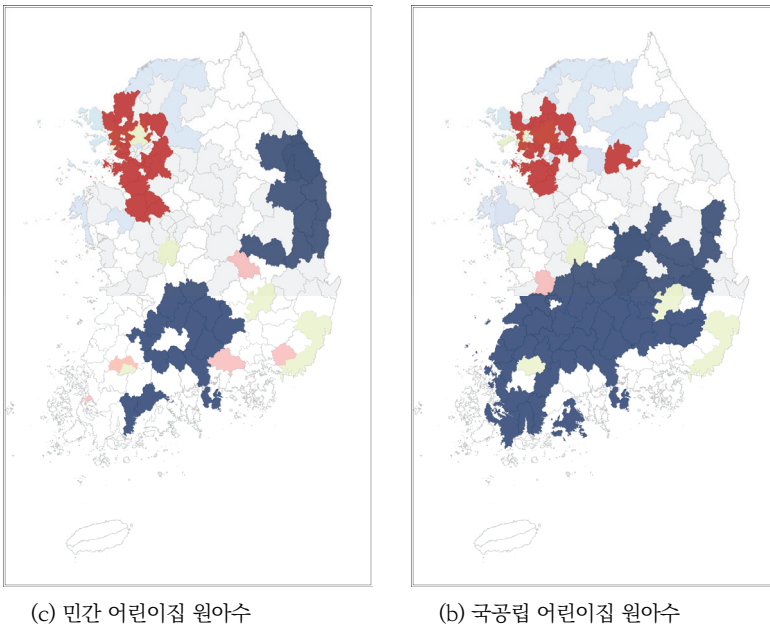


2. 어린이집 원아수

어린이집 원아수(현원기준)의 분포를 분석한 결과는 다음과 같다. 먼저 Hot Spot이 형성된 지역 중 경기 용인시 처인구, 양주시, 충남 천안시 동남구, 전북 익산시, 전남 목포시, 순천시, 경남 진주시, 김해시의 경우와 Cold Spot이 형성된 지역 중 경북 안동시와 군위군의 경우 0-2세 분석 결과에서는 식별되지 않았던 지역으로 분포상의 차이가 있는 것으로 나타났다.

전체 어린이집의 원아수 분포는 운영주체별로 비중이 높은 민간 어린이집 원아수의 공간 분석결과와 유사한 분포를 가지는 것으로 나타났다. 하지만 Hot Spot으로 분석된 지역 중 서울 광진구, 동대문구, 성북구, 강북구, 마포구, 동작구, 관악구, 강남구, 인천 연수구, 경기 성남시 분당구, 안양시 동안구, 오산시, 군포시, 양주시, 전북 익산시, Cold Spot의 경우 경기 여주시, 강원 횡성군, 충북 영동군, 전북 남원시, 고창군, 부안군, 전남 공흥군, 강진군, 경북 군위군, 고령군, 성주군, 예천군, 경남 의령군의 경우에는 민간어린이집이 아닌 국공립어린이집의 분포를 따르는 것으로 나타났다.

[그림 6-2] 어린이집 유형별 원아 수 군집분석(Local Moran's I Analysis)



〈표 6-2〉 사·군구별 어린이집 등록 원아 수 군집분석 결과

(단위: 개)

지역	전체 어린이집		민간 어린이집		국공립 어린이집	
	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster
전국	61(10)	52(37)	43(6)	37(25)	52(1)	66(48)
서울	18(0)		10(0)		25(0)	
부산						
대구	1(1)					
인천	6(0)	4(0)	5(0)	4(0)	4(0)	2(0)
광주	2(2)		2(2)			
대전						
울산						
세종						
경기	24(0)	5(0)	19(0)	4(0)	21(0)	9(0)
강원		7(4)		6(4)	1(0)	5(0)
충북		2(1)				1(1)
충남	3(0)	2(0)	3(0)	2(0)		3(1)
전북	2(2)	8(8)		5(5)	1(1)	12(12)
전남	2(2)	6(6)	1(1)	4(4)		13(13)
경북	1(1)	11(11)	1(1)	6(6)		12(12)
경남	2(2)	7(7)	2(2)	6(6)		9(9)
제주						

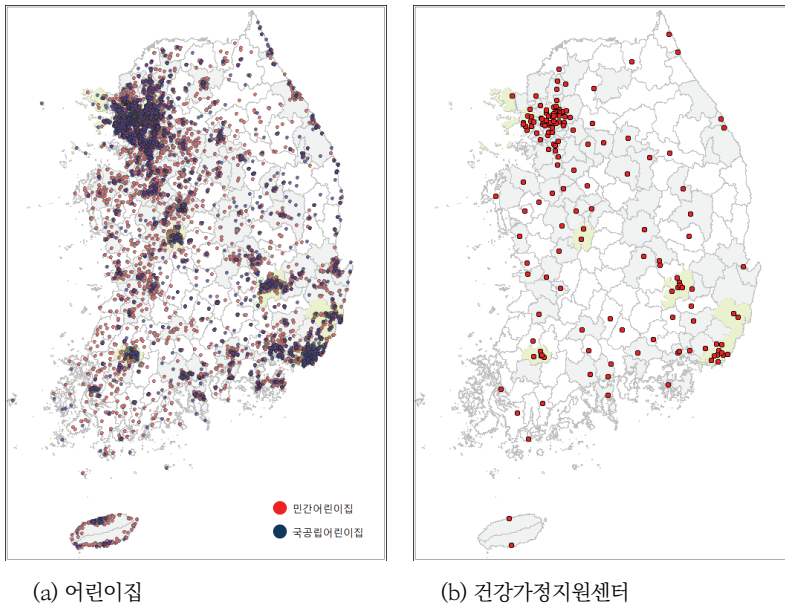
주: ()는 HL 또는 LH 의미

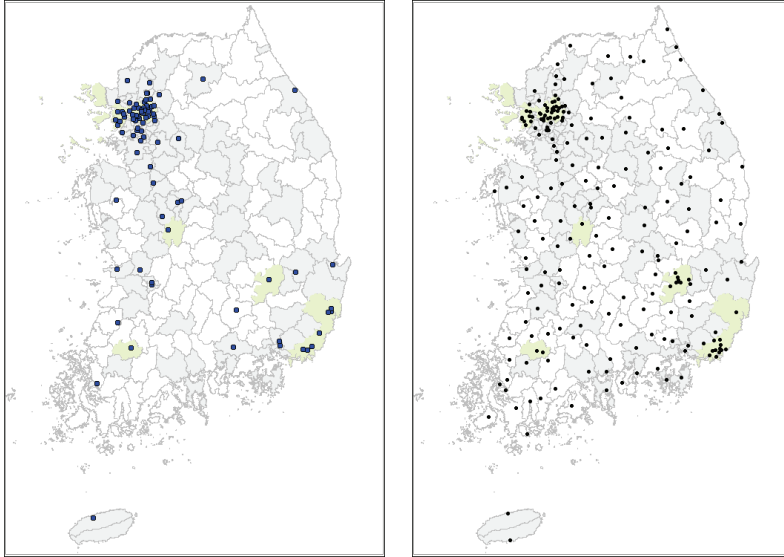
제2절 양육지원 인프라 공급

양육지원 인프라의 공급 측면에서 어린이집, 건강가정지원센터, 육아종합지원센터의 전국적 분포를 살펴보았다.

전국 어린이집은 총 2014년 기준 43,844개로 이중 민간에서 운영하는 어린이집은 41,316개로 94.2%를 차지하고 있어 민간 중심으로 운영되고 있으며, 이중 50.4%가 서울, 인천, 경기도에 입지하고 있다.

[그림 6-3] 어린이집, 육아종합지원센터 및 건강가정지원센터 분포도





(a) 육아종합지원센터

(d) 아이돌봄서비스제공기관

육아종합지원센터와 건강가정지원센터는 각 거점 권역을 중심으로 2015년 기준 각각 86개, 156개(권역의 센터가 분리 운영되고 있는 지역의 경우 지점 포함), 아이돌봄서비스 제공기관은 2014년 기준 213개소로 조사되었다.

어린이집과 각 지원센터의 공간적 분포특성을 시·군·구 단위로 각 시설의 수를 기준으로 글로벌 Moran지수를 통해 확인한 결과는 다음과 같다. 분석결과 어린이집과 지원센터의 공간적 분포는 모두 유의수준 1%이 이하의 공간적 자기상관관계가 있는 것으로 나타났으며, 이는 공간적으로 상호 의존성이 있음을 제시하고 있다.

〈표 6-3〉 어린이집, 건강가정지원센터 및 육아종합지원센터 Global Moran's I

구 분	Moran's I Index	Z-Score	P-Value	Significance
어린이집 합	0.18	15.3	0.00	<1%
민간어린이집	0.44	36.3	0.00	<1%
국공립어린이집	0.16	13.8	0.00	<1%
육아종합지원센터	0.23	19.2	0.00	<1%
건강가정지원센터	0.09	7.7	0.00	<1%
아이돌봄서비스제공기관	0.06	5.1	0.00	<1%

유형별 어린이집과 육아종합 지원센터, 건강가정지원센터에 대한 시도·시·군·구 데이터를 기준으로 기초 분포 통계량을 살펴보면 다음과 같다. 표에서 서로 다른 분포를 가지는 각 데이터의 특성을 비교하기 위해 변동계수(상대적인 분포의 분산 값의 크기를 표준화 하여 비교할 수 있는 계수)를 제시하였다. 어린이집, 육아지원센터, 건강가정지원센터의 시도 또는 시·군·구의 횡단면(cross section) 분포를 살펴볼 때, 시도기준 각 기관의 변동계수 값이 0.9~1.5이며 시·군·구 기준 0.9~1.5로 큰 차이가 없어 시도와 시·군·구간 공간적 위계별 차이가 크지 않은 것으로 나타났다. 다만 국공립 어린이집의 경우 시도의 변동계수가 시·군·구의 변동계수보다 높게 나타나 시도단위의 불균형이 상대적으로 높다고 볼 수 있다.

이러한 결과는 어린이집과 지원센터의 분포 특성이 반영된 것으로 해석상의 차이를 생각할 필요가 있다. 여기서 말하는 분포 특성은 어린이집의 경우 서울과 경기도의 비중이 50%이상으로 높고, 그 외 지역간 차이가 크지 않은 것과 지원센터의 경우 각 거점(광역시 및 시도의 중심지)에 입지하고 있어 대부분의 시와 군지역에서 0의 값을 가지는 부분이다. 두 경우 모두 분포상 특정 구간에서 빈도가 크게 나타나 전반적으로 안정적

으로 보일 수 있으므로, 공간 분석에서도 역시 어린이집의 경우 서울과 경기도, 지원센터의 경우 시군지역의 해석상 유념할 필요가 있다. 아이돌봄서비스 제공기관의 경우 총 213개 기관 모두 각 시·군·구 지역에 1개소씩 위치하고 있어 변동계수의 값이 작은 것으로 분석되었다.

〈표 6-4〉 양육인프라 시도·시군구 분포비교

(단위: 개소)

구 분		어린이집	민간 어린이집	국공립 어린이집	육아종합 지원센터	건강가정 지원센터	아이돌봄 서비스 제공기관
시도	표준편차	3,029.6	2,853.6	219.2	7.5	8.5	9.2
	평균	2,579.1	2,430.4	148.7	5.1	9.2	12.5
	CV	1.2	1.2	1.5	1.5	0.9	0.7
시군구	표준편차	161.0	155.8	10.2	0.5	0.5	0.4
	평균	174.0	164.0	10.0	0.3	0.6	0.8
	CV	0.9	1.0	1.0	1.5	0.9	0.4

1. 어린이집 수

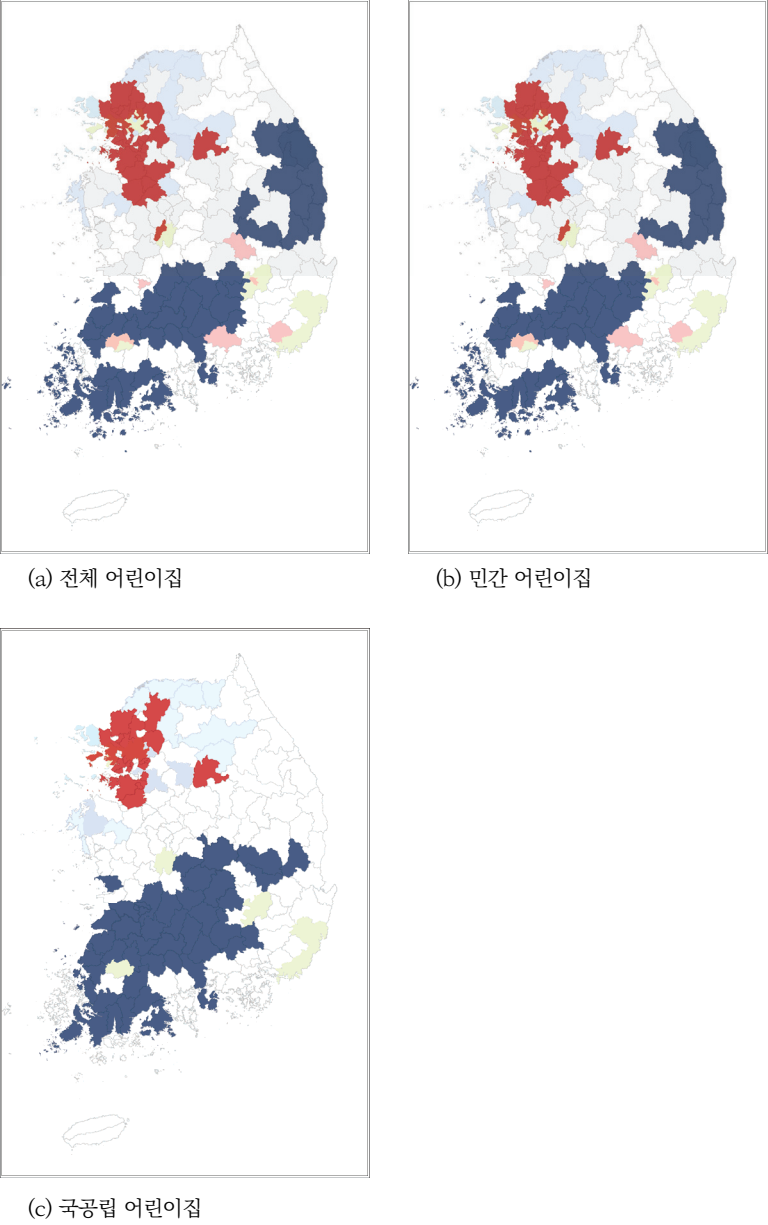
민간 어린이집과 국공립 어린이집 모두에서 Hot Spot을 형성하고 있는 지역은 서울 성북구, 도봉구, 노원구, 은평구, 양천구, 강서구, 구로구, 관악구, 송파구, 강동구, 인천 남동구, 부평구, 계양구, 서구, 경기 성남시 분당구, 안양시 동안구, 광명시, 평택시, 안산시 단원구, 고양시 덕양구, 고양시 일산동구, 남양주시, 오산시, 시흥시, 군포시, 용인시 기흥구, 파주시, 김포시, 화성시, 양주시, 강원 원주시로 대부분의 지역이 수도권을 중심으로 분포하는 것으로 나타났다.

경기 수원시 장안구, 용인시 수지구, 전주시 완산구의 경우 민간 어린

이집은 Hot Spot이 관측되었으나 국공립어린이집의 경우 Cold Spot으로 분석되어 인근 지역과 다른 성격을 가진 것으로 나타났다.

Cold Spot의 경우 서울 종로구, 중구, 인천 강화군, 옹진군, 경기 과천시, 여주시, 연천군, 가평군, 양평군, 강원 동해시, 태백시, 삼척시, 횡성군, 정선군, 철원군, 화천군, 충북 진천군, 충남 예산군, 태안군과 호남 및 영남지역의 군지역에서 분석되어 수도권을 제외한 대부분의 지역에 분포하고 있는 것으로 나타났다. 이들 지역중 서울 종로구와 중구의 경우 국공립 어린이집이 Hot Spot을 형성하고 있는 것으로 나타나 지방과 다른 분포를 보였다.

[그림 6-4] 어린이집 수 군집분석(Local Moran's I Analysis)



〈표 6-5〉 사군·구별 어린이집 군집분석 결과

(단위: 개)

지역	전체 어린이집		민간어린이집		국공립 어린이집	
	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster
전국	56(7)	59(43)	53(7)	56(40)	52(0)	63(45)
서울	12(0)	2(0)	10(0)	2(0)	25(0)	
부산						
대구	1(1)		1(1)			
인천	6(0)	3(0)	5(0)	3(0)	6(0)	2(0)
광주	2(2)		2(2)			
대전	1(0)		1(0)			
울산						
세종						
경기	26(0)	5(0)	26(0)	5(0)	20(0)	8(0)
강원	1(0)	7(4)	1(0)	7(4)	1(0)	5(0)
충북		1(0)		1(0)		2(2)
충남	3(0)	2(0)	3(0)	2(0)		4(1)
전북	1(1)	8(8)	1(1)	8(8)		13(13)
전남		15(15)		14(14)		15(15)
경북	1(1)	9(9)	1(1)	8(8)		6(6)
경남	2(2)	7(7)	2(2)	6(6)		8(8)
제주						

주: ()는 HL 또는 LH 의미

2. 어린이집 규모

각 시설의 수를 기준으로 한 분석 이외에 시설의 평균적인 규모를 간접적으로 살펴볼 수 있는 어린이집 당 평균 원아 수(현원 기준)를 기준으로 분석한 결과를 다음에 제시하였다.

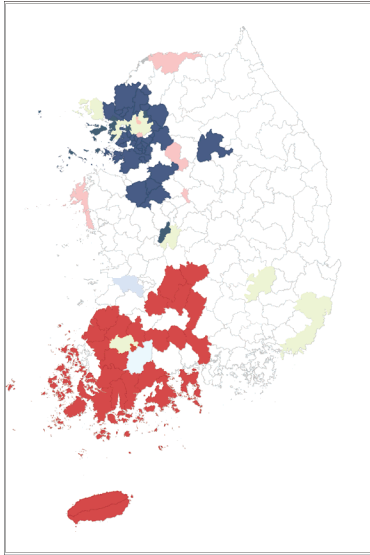
어린이집 수를 기준으로 분석한 결과에서 Hot Spot으로 분류된 서울 노원구, 양천구, 구로구, 인천 연수구, 서구, 대전 유성구, 경기 수원시 장안구, 권선구, 영통구, 성남시 분당구, 의정부시, 안양시 동안구, 부천시 원미구, 광명시, 안산시 단원구, 고양시 덕양구, 일산동구, 일산서구, 남양주시, 오산시, 시흥시, 군포시, 용인시 기흥구, 수지구, 파주시, 안성시, 파주시, 김포시, 화성시, 광주시, 양주시, 강원 원주시, 충남 천안시 동남구, 서북구, 아산시 등 어린이집 당 평균원아 수에서는 Cold Spot으로 분류되어 평균적인 규모가 작은 어린이집이 많이 분포하고 있는 것으로 나타났다.

반면, 어린이집 수를 기준으로 분석한 결과에서 Cold Spot으로 분류된 서울 종로구, 중구, 경기 과천시, 강원 철원군, 충남 태안군, 전북 진안군, 무주군, 장수군, 임실군, 고창군, 전남 담양군, 곡성군, 구례군, 고흥군, 보성군, 장흥군, 강진군, 해남군, 영암군, 함평군, 영광군, 장성군, 완도군, 진도군, 신안군, 경남 하동군, 함양군은 Hot Spot으로 분석되어 상대적으로 평균 원아수가 많은 것으로 분석되었다.

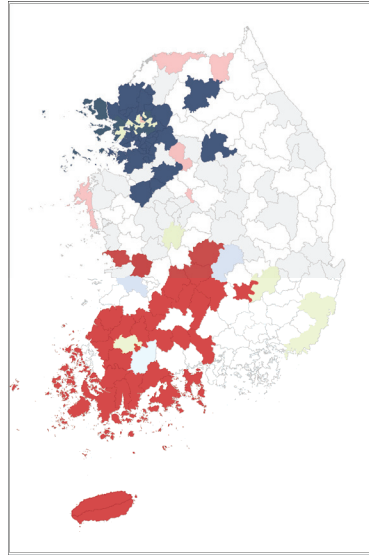
민간 어린이집과 국공립 어린이집의 평균 원아 수를 기준으로 분석한 결과를 비교하면, 전북 장수군, 전남 보성군에서만 민간과 국공립 모두 Hot Spot으로 구분되었으며, 인천 옹진군은 모두 Cold Spot으로 분석되어 민간과 국공립 어린이집의 평균 원아수의 경향이 유사한 것으로 나타났다.

반면, 전북 임실군, 순창군, 전남 장흥군, 강진군, 해남군, 영암군, 완도군, 신안군의 경우 민간어린이집 평균 원아 수는 Hot Spot, 국공립어린이집 평균 원아 수는 Cold Spot으로 분석되었으며, 서울 서초구, 강남구, 경기 수원시 장안구, 성남시 수정구, 분당구, 의정부시, 안산시 단원구, 오산시, 용인시 수지구, 광주시, 강원 춘천시는 민간의 경우 Cold Spot, 국공립어린이집의 경우 Hot Spot으로 분류되어 서로 다른 경향성을 보였다.

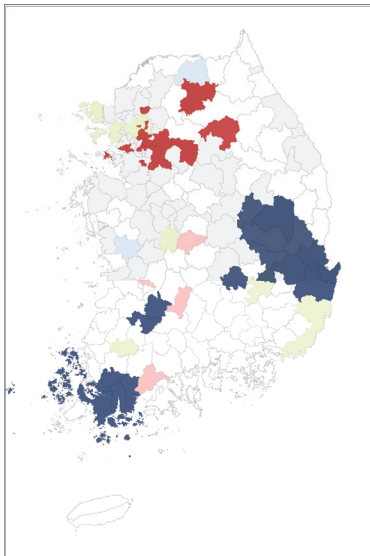
[그림 6-5] 어린이집당 평균 어린이수 군집분석(Local Moran's I Analysis)



(a) 전체어린이집



(b) 민간 어린이집



(c) 국공립 어린이집

〈표 6-6〉 사군·구별 어린이집당 평균 어린이 수 군집분석 결과

(단위: 개)

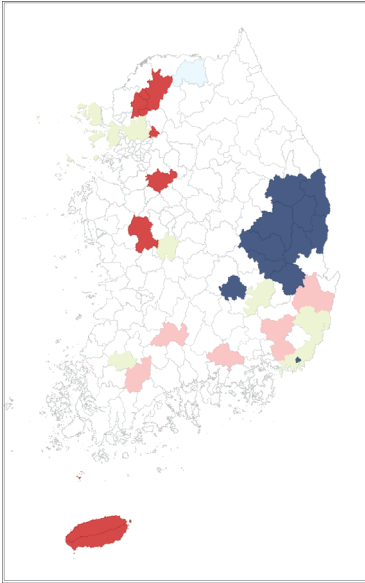
지역	전체 어린이집		민간어린이집		국공립 어린이집	
	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster
전국	35(7)	46(44)	40(6)	59(55)	23(4)	23(20)
서울	2(2)	3(3)	1(1)	12(12)	5(0)	
부산						
대구						2(2)
인천		5(5)		7(7)		1(0)
광주	1(0)		1(0)			
대전		1(1)				
울산						
세종						
경기	2(2)	31(31)	1(1)	32(32)	12(0)	
강원	1(1)	1(1)	2(2)	2(2)	2(0)	1(0)
충북	1(1)		2(1)		1(1)	
충남	1(1)	3(3)	2(1)	2(2)		1(0)
전북	5(0)	1(0)	7(0)	1(0)	2(2)	2(2)
전남	18(0)	1(0)	18(0)	1(0)	1(1)	6(6)
경북			1(0)	2(0)		10(10)
경남	2(0)		3(0)			
제주	2(0)		2(0)			

주: ()는 HL 또는 LH 의미

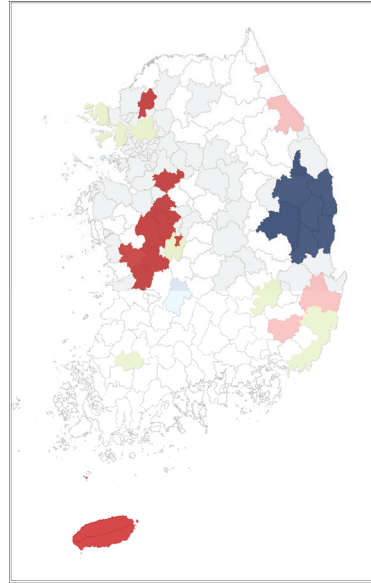
지역별 어린이집 규모특성을 다른 측면에서 검토하기 위하여 0-2세 인구 1,000명당 교사 수 분포를 비교하였다. 교사와 보육 아동 비율이 법률로 규정되어 있어 어린이집의 규모특성을 반영할 수 있기 때문이다. 여기서 초과보육 운영가능 규정과 농어촌지역 특례인정 규정이 있어 앞서 살펴본 평균 원아 수와 해석상의 차이가 있을 수 있어 민간어린이집과 국공립어린이집의 전반적인 경향성을 살펴보았다.

분석결과, 민간어린이집의 0-2세 인구 천명당 교사수를 기준으로 Hot Spot으로 분류된 지역은 대전 대덕구, 세종시, 경기 동두천시, 안성시, 양주시, 강원 강릉시, 속초시, 충북 청주시 흥덕구, 충남 천안시 동남구, 공주시, 논산시, 부여군, 전북 익산시, 경북 경주시, 경남 밀양시, 제주 제주시, 서귀포시로 나타났으며, 이들 지역에서 국공립어린이집은 특별한 공간균집현상은 관측 되지 않았다. 또한 민간어린이집의 Cold Spot으로 분류된 인천 옹진군, 강원 태백시, 전북 진안군, 경북 안동시, 청송군, 영양군, 영덕군, 봉화군, 울진군, 울릉군에서도 인천 옹진군, 강원 태백시, 경북 울진군, 울릉군 4개 시군지역에서만 국공립어린이집의 0-2세 인구 천명당 교사수의 Hot Spot이 관측되어 운영주체별 공간적 분포의 특성이 서로 다르게 나타나는 것으로 나타났다. 여기서 국공립어린이집의 0-2세 천명당 교사수 분석결과를 살펴보면, 서울 종로구, 중구 외 9개 구, 부산 중구, 서구, 인천 강화군, 옹진군, 경기 과천시, 연천군, 강원 태백시, 정선군, 인제군, 고성군, 충북 단양군, 금산군, 무주군, 장수군, 전남 신안군, 경북 청도군, 경북 고령군, 울진군, 울릉군, 경남 산청군, 함양군으로 서울과 부산, 경기를 제외한 지역은 모두 농어촌 지역에서 Hot Spot이 분석되었다.

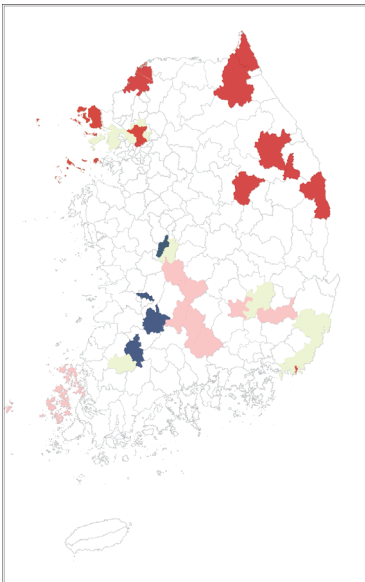
[그림 6-6] 유아 1,000명당 교사수 군집분석(Local Moran's I Analysis)



(a) 전체어린이집



(b) 민간 어린이집



(c) 국공립 어린이집

〈표 6-7〉 사·군구별 유아 1,000명당 어린이집 교사수 군집분석 결과

(단위: 개)

지역	전체 어린이집		민간어린이집		국공립 어린이집	
	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster	High Cluster	Low Cluster
전국	15(6)	12(11)	17(4)	10(8)	32(8)	4(4)
서울					11(0)	
부산		1(1)			2(0)	
대구						
인천				1(0)	2(0)	
광주						
대전			1(0)			1(1)
울산						
세종			1(0)			
경기	6(0)		3(0)		2(0)	
강원		1(0)	2(2)	1(1)	4(0)	
충북			1(0)		1(0)	
충남	1(0)		4(0)		1(1)	
전북	1(1)		1(0)	1(0)	2(2)	2(2)
전남	1(1)				1(1)	1(1)
경북	1(1)	10(10)	1(1)	7(7)	4(2)	
경남	3(3)		1(1)		2(2)	
제주	2(0)		2(0)			

주: ()는 HL 또는 LH 의미

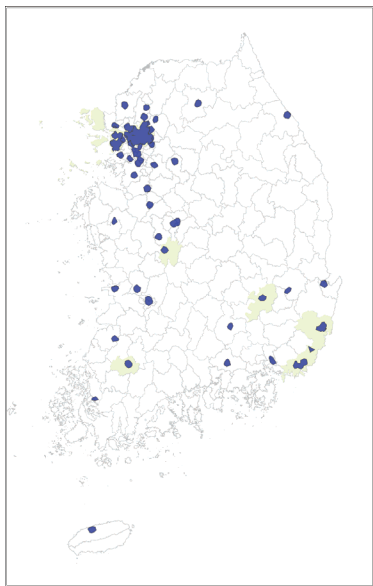
제3절 양육지원 인프라 접근성

1. 지역별 접근성

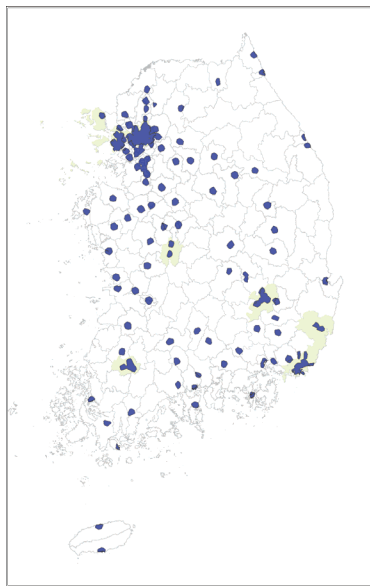
육아인프라의 접근성을 살펴보기 위해 각 지원센터의 서비스 영역을 도로망을 기준으로 5km로 가정하여 분석하였다. 제시된 서비스 영역은 도로를 따라 기관에서부터의 누적거리의 합이 5km가 되는 지점을 산정하여, 이 지점을 모두 포함하는 영역을 의미한다. 따라서 접한 도로의 길이와 도로망의 복잡도에 따라 서비스영역의 차이가 구분된다. 예를 들면 원형의 도로망이 복잡하게 형성된 도시의 중심지에 위치한 시설의 서비스영역은 원에 가깝게 산정되며, 고속도로 휴게소의 서비스영역은 선형에 가깝게 산정된다.

분석된 서비스 영역은 각 지역별로 서비스 영역의 면적을 전체 서비스 면적의 합인 누적 서비스 면적과 각 기관의 중첩되는 서비스면적을 제외한 순수 서비스영역 면적으로 나누어 제시하였다. 실제 제공되는 각 기관별 순수 서비스 면적을 기준으로 육아종합지원센터, 건강가정지원센터, 그리고 아이돌봄서비스 제공기관의 시설당 평균 순 서비스 면적(전국 순 서비스 영역 면적/기관 수를 의미)은 각각 33.7km², 35.1km², 38.3km²로 나타났다.

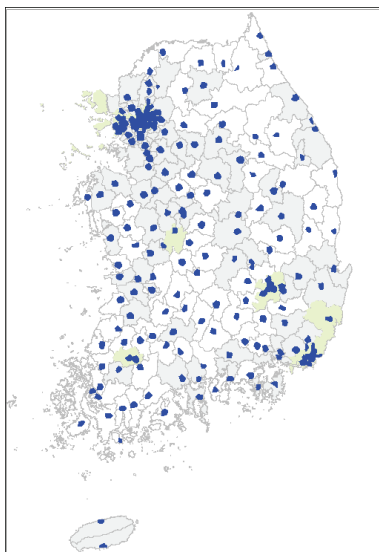
[그림 6-7] 전국 육아종합지원센터, 건강가정지원센터 서비스 영역



(a) 육아종합지원센터



(b) 건강가정지원센터



(c) 아이돌봄서비스 제공기관

〈표 6-8〉 육아종합지원센터, 건강가정지원센터, 아이돌봄 서비스제공기관 서비스 영역 면적

(단위: km²)

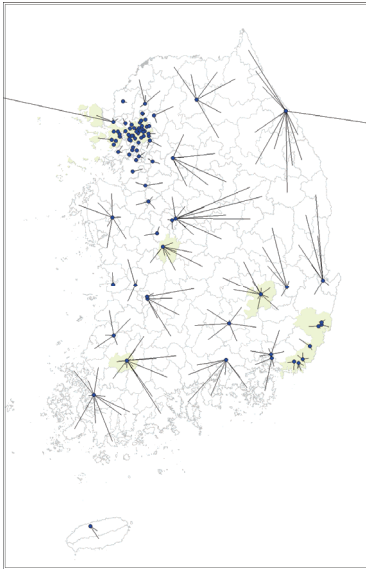
지역	육아종합지원센터			건강가정지원센터			아이돌봄서비스 제공기관		
	서비스 영역 합	순 서비스 영역	중복 영역	서비스 영역 합	순 서비스 영역	중복 영역	서비스 영역 합	순 서비스 영역	중복 영역
전국	4,040	2,897	1,143	6,970	5,471	1,499	9,409	8,165	1,244
서울	1,287	536	751	1,332	529	804	1,184	525	658
부산	161	144	18	327	246	82	392	286	106
대구	53	53	0	352	211	141	391	245	146
인천	294	219	75	428	276	151	380	238	142
광주	59	59	0	251	157	94	99	96	3
대전	47	47	0	76	76	0	47	47	0
울산	143	90	53	79	75	4	43	43	0
세종	47	47	0	25	25	0	25	25	0
경기	1,095	919	177	1,537	1,331	206	1,443	1,285	159
강원	101	101	0	256	256	0	705	705	0
충북	107	87	20	235	235	0	622	599	23
충남	85	85	0	503	503	0	725	725	0
전북	248	214	34	261	261	0	670	670	0
전남	26	26	0	357	358	0	895	895	0
경북	88	88	0	412	409	3	915	907	8
경남	150	134	16	466	451	15	807	807	0
제주	49	49	0	73	73	0	68	68	0

시·군·구 중심점을 기준으로 가장 근접한 각 시설까지의 직선 거리를 산정한 결과는 <표 6-9>와 같으며, 제시된 분석결과는 도서지역이 다수인 인천시 옹진군, 경상북도 울릉군을 제외한 값이다.

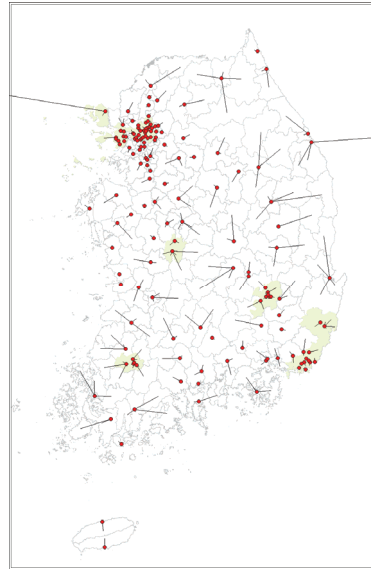
육아종합지원센터와 건강가정지원센터의 경우 시 단위 지역과 군 단위 지역간 평균 접근거리는 군지역이 시지역보다 약 3배가량 접근 거리가 긴 것에 비해 아이돌봄서비스 제공기관의 경우 시지역과 군지역간의 평균 거리의 차이가 2.3km로 큰 차이를 보이지 않았으며, 그 거리 또한 짧아 접근성에서 지원센터와 차이를 보였다.

군지역 소재지가 다수인 지역(수도권, 광역시, 제주도 제외)을 살펴보면 지원센터의 경우 시지역과 군지역의 접근거리가 차이(시지역의 접근거리가 짧은) 보다 아이돌봄서비스 제공기관의 경우 군 지역의 접근성이 우수한(군지역의 접근 거리가 짧거나 차이가 상대적으로 크지 않은) 것으로 나타났다.

[그림 6-8] 육아종합지원센터, 건강가정지원센터 아이돌봄서비스 제공기관 접근성



(a) 육아종합지원센터



(b) 건강가정지원센터



(c) 아이돌봄서비스 제공기관

〈표 6-9〉 육아종합지원센터, 건강가정지원센터, 아이돌봄서비스 제공기관 접근거리

(단위: km)

지 역		육아종합지원센터	건강가정지원센터	아이돌봄서비스 제공기관
전국	시지역	12.6	6.1	5.0
	군지역	36.3	19.4	7.3
서울	시지역	1.5	1.7	1.7
	군지역			
부산	시지역	5.3	2.6	2.4
	군지역	5.1	10.7	10.7
대구	시지역	6.2	3.7	3.3
	군지역	17.3	10.1	10.1
인천	시지역	3.8	3.1	3.1
	군지역	20.9	5.5	26.0
광주	시지역	7.9	4.2	5.0
	군지역			
대전	시지역	10.5	7.0	8.7
	군지역			
울산	시지역	4.9	7.7	7.7
	군지역	10.9	7.8	10.9
세종	시지역	7.8	4.6	4.6
	군지역			
경기	시지역	6.1	4.9	4.9
	군지역	27.4	7.9	7.9
강원	시지역	38.2	17.2	6.7
	군지역	47.7	23.5	9.6
충북	시지역	25.6	9.8	9.0
	군지역	39.5	21.2	4.3
충남	시지역	18.6	7.0	4.5
	군지역	23.9	12.8	4.8
전북	시지역	16.0	6.7	4.6
	군지역	28.7	25.6	6.6
전남	시지역	38.5	8.6	6.2
	군지역	35.5	18.6	8.0
경북	시지역	40.7	14.6	9.5
	군지역	53.6	26.5	8.5
경남	시지역	17.3	8.7	6.8
	군지역	28.4	13.6	4.1
제주	시지역	13.3	10.2	10.5
	군지역			

2. 수도권 접근성

양육지원 인프라의 상당부분이 밀집·집중되어 있으며, 서울이외에도 도시 성격을 가지는 지역이 다수인 경기남부지역, 도농복합지역의 성격을 가지는 지역이 다수인 경기북부지역으로 이루어져 있어 도농간 차이를 간접적으로 살펴볼 수 있기 때문에 수도권의 접근성 현황을 살펴보고자 한다. 이를 위해 수도권의 기관 분포와 서비스 영역을 살펴보았다.

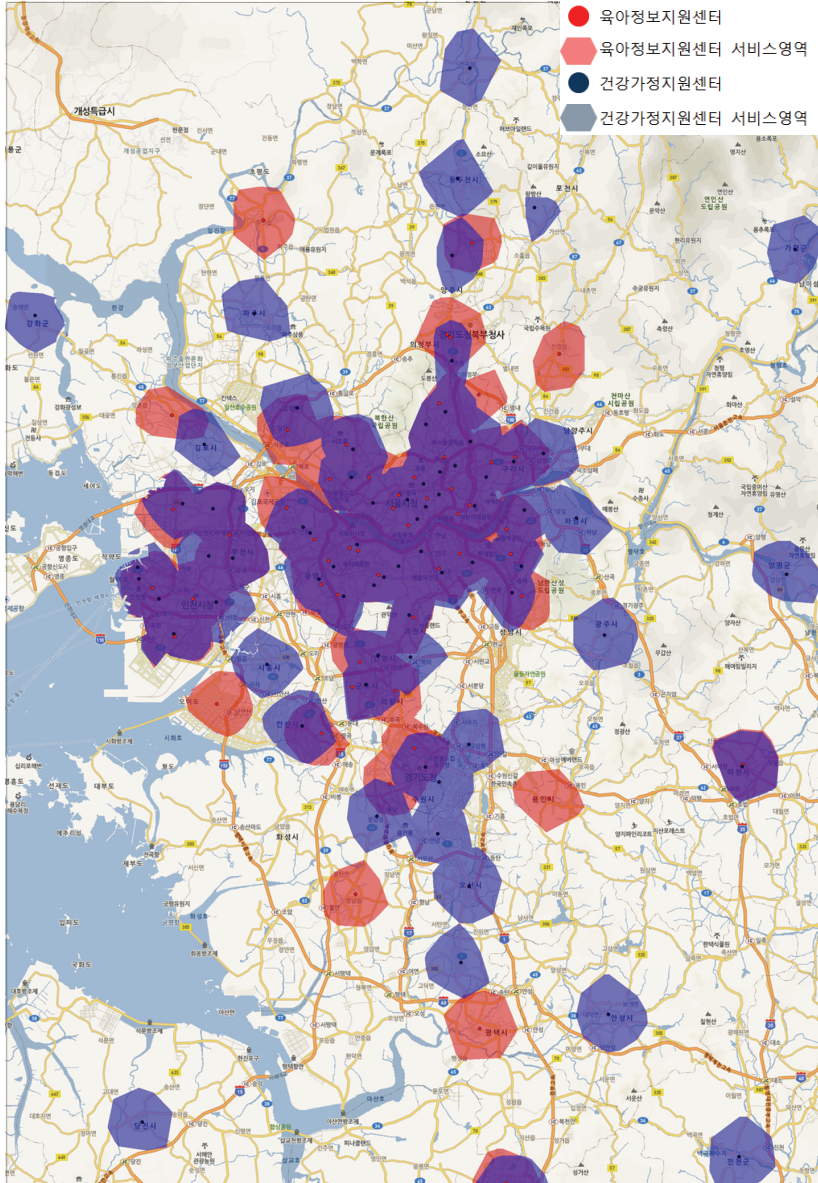
[그림 6-9]와 같이 두 지원센터 서비스영역에 모두 포함되는 지역은 서울시, 인천시, 동두천시, 의정부시, 안산시, 수원시, 용인시 중심권역으로 분석되었다. 그 외 지역에서는 시설 간 분포와 서비스 영역에 다소 차이를 보이고 있다. 두 지원센터의 서비스영역의 전체 서비스면적에서 중첩면적이 차지하는 비중을 경기북부지역과 경기남부지역을 비교하여 살펴보면, 육아종합센터의 경우 경기북부의 중첩비중이 19.6%로 경기남부지역의 14.2%보다 높고 서비스면적은 작아 상대적으로 서비스의 지역집중이 높은 것으로 나타났다. 반면 건강가정지원센터의 경우 중첩 서비스영역의 면적비중이 경기북부 8.8%, 경기남부 15.5%로 오히려 경기남부지역에 상대적으로 서비스 지역이 집중되고 있는 것으로 나타났다.

순 서비스영역의 면적을 기준으로 상위 20개 지역과 하위 20개 지역을 살펴보면 다음과 같다. 두 기관간의 상위지역 중 서울 강남구, 서초구, 인천 남동구, 서구, 경기 고양시 덕양구, 남양주시, 화성시, 평택시, 이천시, 파주시, 양주시가 공통적으로 순 서비스 면적이 넓은 지역으로 나타났다. 서울 송파구, 강서구, 노원구, 인천 계양구, 경기 의정부시, 김포시, 용인시 처인구, 수원시 권선구, 안산시 상록구의 경우 육아종합센터의 순 서비스 면적이, 인천 강화군, 경기 하남시, 안성시, 광주시, 시흥시, 오산시, 양평군, 연천군의 경우 건강가정지원센터의 순 서비스 면적이 상위 그룹

에 속하는 것으로 나타났다.

서울 중구, 인천 동구, 용진군, 경기 용인시 기흥구, 부천시 소사구, 고양시 일산서구, 성남시 분당구, 포천군의 경우 두 기관의 순 서비스 면적이 작은 지역으로 나타났다. 육아종합센터의 경우 순 서비스 면적이 작은 지역은 인천 강화군, 경기 수원시 영통구, 용인시 수지구, 안성시, 광주시, 동두천시, 오산시, 여주시, 연천군, 가평군, 양평군으로 나타났으며, 건강가정지원센터의 경우 서울 동작구, 강북구, 종로구, 동대문구, 금천구, 인천 중구, 경기 수원시 팔달구, 장안구, 부천시 오정구, 성남시 중원구, 용인시 처인구가 서비스 면적이 작은 것으로 분석되었다.

[그림 6-9] 수도권 육아종합지원센터, 건강가정지원센터 서비스 영역



〈표 6-10〉 수도권 지원센터 상·하위 20개 지역

구분	상위 지역	하위 지역
육아종합 지원센터	경기 고양시 덕양구, 경기 남양주시, 경기 화성시, 경기 평택시, 인천 서구, 경기 이천시, 경기 파주시, 경기 의정부시, 경기 양주시, 인천 남동구, 서울 강남구, 경기 김포시, 서울 서초구, 서울 송파구, 경기 용인시 처인구, 경기 수원시 권선구, 서울 강서구, 서울 노원구, 경기 안산시 상록구, 인천 계양구	서울 중구, 경기 용인시 기흥구, 인천 동구, 경기 고양시 일산동구, 경기 부천시 소사구, 경기 수원시 영통구, 경기 안성시, 경기 광주시, 인천 강화군, 인천 옹진군, 경기 동두천시, 경기 고양시 일산서구, 경기 포천시, 경기 연천군, 경기 가평군, 경기 양평군, 경기 성남시 분당구, 경기 오산시, 경기 용인시 수지구, 경기 여주시
건강가정 지원센터	경기 화성시, 경기 고양시 덕양구, 경기 평택시, 경기 하남시, 경기 안성시, 인천 남동구, 경기 여주시, 경기 이천시, 인천 서구, 경기 광주시, 경기 양주시, 경기 양평군, 경기 파주시, 경기 시흥시, 경기 연천군, 경기 오산시, 서울 강남구, 서울 서초구, 인천 강화군, 경기 남양주시	서울 동작구, 서울 강북구, 경기 용인시 기흥구, 서울 종로구, 경기 포천시, 서울 동대문구, 서울 금천구, 경기 고양시 일산동구, 경기 수원시 팔달구, 경기 부천시 오정구, 인천 중구, 경기 수원시 장안구, 서울 중구, 인천 동구, 경기 부천시 소사구, 경기 성남시 중원구, 경기 성남시 분당구, 경기 용인시 처인구, 경기 고양시 일산서구, 인천 옹진군

제4절 양육지원 인프라의 이용도

기존 연구에 따르면, 가구소득이나 부모의 취업유무 등은 양육지원 서비스를 선택하는데 영향을 미치는 주요 요인인 것으로 나타났다. 본 연구에서는 「2012년 보육실태조사」 분석 자료를 바탕으로 가구의 소득수준, 부모의 취업특성, 영아연령에 따른 보육서비스 이용 차이를 비교해 보고자 한다.

1. 양육지원 인프라 이용률

영아 가구의 소득수준별 시설양육지원 서비스 이용률을 살펴본 결과 이용률에 차이가 있는 것으로 조사되었다. 가구소득이 높아질수록 어린이집, 문화센터 등 사설기관을 이용하는 비율이 높은 경향이 나타났다. 가구소득 149만원 이하 가구는 어린이집과 문화센터 이용률이 각각 39.7%, 1.8%로 평균 이용비율에 못미치는 것으로 조사되었다. 어린이집 이용률의 경우 소득수준 500만원까지는 소득수준이 증가할수록 이용률이 점차 증가하는 것으로 조사된 반면 500만원 이상 그룹에서는 다소 다른 양상을 보였다. 소득수준이 600만원~699만원 가구의 어린이집 이용률이 62.9%로 가장 높게 조사되었는데, 이는 중산층 맞벌이 가구의 이용률에 영향을 받은 것으로 판단된다. 최상의 소득계층의 경우 다시 이용률이 최하위 소득계층 수준으로 감소하나 두 계층 간에 이용률이 낮은 이유는 상이할 것으로 판단된다. 개인양육지원 서비스 이용 현황을 살펴볼 때, 비혈연인 이용률은 가구소득 700만원 이상에서 12.2%로 그 이하 소득계층과 뚜렷한 차이를 보인다. 이에 따라, 가계소득이 149만원 이하의 경우 홀벌이일 가능성이 많음에 따라 시설이용보다는 가정양육비율이 높

은 것으로 판단되며, 최상위 소득계층에서는 비혈연 개인양육지원 서비스를 이용하는 비율이 높기 때문인 것으로 판단된다.

〈표 6-11〉 영아 가구 소득수준별 시설양육지원 인프라 이용률

(단위: %, 명)

구분	149 이하	150~ 199	200~ 249	250~ 299	300~ 349	350~ 399	400~ 499	500~ 599	600~ 699	700 이상	전체
어린이집	39.7	41.4	42.5	47.3	50.0	53.3	53.6	48.4	62.9	39.5	48.0
문화센터 등 시설기관	1.8	3.6	6.8	6.5	13.7	14.2	8.7	9.2	14.3	13.0	9.1
시간제 보육 등	-	0.7	0.9	0.4	0.8	-	1.1	0.7	-	0.9	0.7

자료: 보건복지부, 「2012년 보육 실태조사」 p.135 재구성, 2012

〈표 6-12〉 영아 가구 소득수준별 개인양육지원 인프라 이용률

(단위: %, 명)

구분	149 이하	150~ 199	200~ 249	250~ 299	300~ 349	350~ 399	400~ 499	500~ 599	600~ 699	700 이상	전체
친조부모	12.1	13.7	14.0	19.7	13.3	17.2	15.5	16.3	21.1	19.1	16.1
외조부모	8.8	7.2	11.8	12.9	16.6	23.7	24.9	26.6	42.9	29.6	19.1
친인척	5.3	1.4	2.7	3.6	3.3	2.2	3.4	0.7	2.8	1.7	2.7
비혈연	-	0.7	0.5	-	0.8	0.7	1.1	3.3	1.4	12.2	1.7
육아전문 파견 인력	3.4	-	-	0.4	0.4	-	1.1	0.7	1.4	2.6	0.7

자료: 보건복지부, 「2012년 보육 실태조사」 p.135 재구성

다음은 모의 취업여부에 따른 서비스 이용률을 살펴보고자 한다. 모의 취업여부에 따른 시설 양육지원 서비스 이용률은 눈에 띄는 차이가 있는 것으로 조사되었다. 취업모 가구의 72.2%가 어린이집을 이용하는 반면, 미취업 가구의 39.7%만이 어린이집을 이용하고 있는 것으로 나타났다. 어린이집 이용률은 취업모 가구가 높은 반면, 문화센터 등 시설기관의 이

용률은 미취업모 가구의 이용률이 다소 높은 것으로 나타났다. 이는 취업모 가구는 시간제약이 덜하기 때문에 문화센터 등의 이용비율이 더 높은 것으로 판단된다.

개인양육지원 서비스 이용률을 살펴보면 취업모의 경우 조부모, 친인척, 비혈연을 통한 개인양육지원 서비스를 받는 비율이 상대적으로 높은 것으로 조사되었으며 휴직중인 경우에도 조부모의 양육지원을 받는 비율이 미취업모에 비해서 높은 것으로 나타났다.

〈표 6-13〉 영아 가구 모 취업여부별 양육지원 인프라 이용률

(단위: %, 명)

구분		취업	휴직중	미취업	전체
시설 양육지원	어린이집	72.2	29.7	39.7	47.9
	문화센터 등 사설기관	6.6	6.8	10.4	9.1
	시간제 보육 등	0.7	-	0.8	0.7
개인 양육지원	친조부모	23.9	16.1	12.6	16.0
	외조부모	32.9	29.4	12.7	19.1
	친인척	3.4	3.4	2.4	2.7
	비혈연	5.7	-	0.3	1.7
	육아전문 파견인력	1.8	0.8	0.3	0.7

자료: 보건복지부, 「2012년 보육 실태조사」 p.137 재구성

양육지원 서비스 이용에 큰 영향을 미치는 중요 가구 특성으로, 맞벌이 여부에 따른 서비스 이용률을 살펴본 결과, 모의 취업여부가 이용률에 크게 영향을 미치는 것으로 조사되었다. 앞서 분석된 결과와 유사하게 어린이집 이용률은 맞벌이 가구가 높은 반면, 문화센터 이용률은 외벌이 가구가 높게 조사되었으며 맞벌이 가구의 조부모를 통한 양육지원비율이 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 또한 비혈연 및 육아전문 파견인력을 통한 서비스 이용비율도 맞벌이 가구가 높은 것으로 나타났다.

〈표 6-14〉 영아 가구 맞벌이 여부별 양육지원 인프라 이용률

(단위: %, 명)

구분		맞벌이	외벌이	둘다무직	전체
시설 양육지원	어린이집	63.0	40.8	42.4	48.0
	문화센터 등 사설기관	6.7	10.5	-	9.1
	시간제 보육 등	0.6	0.8	-	0.7
개인 양육지원	친조부모	22.2	13.4	3.0	16.0
	외조부모	32.3	12.2	30.3	19.1
	친인척	3.7	2.0	12.1	2.7
	비혈연	4.4	0.5	-	1.7
	육아전문 파견인력	1.3	0.5	-	0.7

자료: 보건복지부, 「2012년 보육 실태조사」 p.138 재구성

2. 접근성

영아기 어린이집 이용의 접근성을 대기기간과 등하원에 소요되는 시간 측면에서 살펴보고자 한다. 우선 대기기간의 경우 영아의 연령이 증가할수록 평균 대기기간은 4.2개월에서 5.4개월로 길어지는 것으로 조사되었다. 5개월 이상 대기기간을 경험한 사례는 연령에 따라 31%~35%내외로 조사되었다.

지역규모에 따른 대기기간의 차이를 살펴보면, 대도시의 평균 대기기간이 더 길게 나타났으며, 모의 취업여부에 따른 대기기간은 취업모 및 휴직중인 경우 미취업모 가구의 대기기간보다 다소 긴 것으로 조사되었다¹¹⁾.

11) 다만, 이는 유아를 포함하여 분석된 값으로 영아의 대기기간 상태가 다소 왜곡될 소지가 있다.

〈표 6-15〉 보육(교육)기관 입소 전 대기 경험 및 대기기간

(단위: %, 개월)

구분	1~2개월	3~4개월	5~10개월 미만	10~15개월 미만	15개월 이상	계	평균
연령							
0세	52.0	16.4	16.4	9.6	5.5	100	4.2
1세	33.1	31.8	18.6	13.1	3.5	100	5.1
2세	46.1	18.4	16.3	9.2	9.9	100	5.4
지역규모							
대도시	34.5	19.3	19.3	16.7	10.1	100	6.8
중소도시	36.6	16.5	24	13.6	9.3	100	6.3
읍·면	38.1	20.6	27.8	11.3	2	100	4.6
모취업여부							
취업	32.7	18.6	20.7	19.4	8.6	100	6.9
휴직중	36.1	2.8	25	25	11.1	100	6.8
미취업	36.5	19.7	23.1	12.2	8.6	100	6.2
모부재	100.0	0.0	0	0	0	100	1.2

주: 지역규모 및 모의 취업여부에 따른 대기기간은 유아를 포함하여 분석된 값임
 자료: 보건복지부, 「2012년 보육 실태조사」 p.147 재구성

다음은 차량 또는 도보를 이용할 경우 등원 시 소요시간을 분석하였다. 분석결과 연령이 낮을수록 등원 시 소요되는 시간이 짧은 것으로 조사되었으며 대부분 10분 이하의 등원시간이 소요되는 것으로 조사되었다. 이는 영아의 특성상 가능한 한 이동시간을 짧게 하고 근거리를 이용하고자 하는 부모의 욕구가 반영된 것으로 판단된다. 다만, 시설유형별로 살펴봤을 때, 가정어린이집의 등원시간이 평균적으로 가장 짧게 나타났으며, 국공립 어린이집의 등원시간은 민간 어린이집보다 다소 높은 것으로 조사되었다.

〈표 6-16〉 어린이집 이용 아동의 등원시 소요시간

(단위: %, 분)

구분	10분 이하	11~20분	21~30분	31분 이상	계	평균
연령						
0세	87.4	12.6	-	-	100.0	7.2
1세	84.9	12.1	2.0	1.0	100.0	8.8
2세	77.0	15.4	7.1	0.5	100.0	10.0
지역규모						
대도시	76.9	16.4	4.9	1.8	100.0	7.7
중소도시	83.8	12.8	2.9	0.5	100.0	6.3
읍·면	72.4	19.3	7.9	0.3	100.0	7.1
어린이집 유형						
국공립	78.0	12.7	9.0	0.4	100.0	10.2
법인	73.5	12.2	6.1	8.2	100.0	12.1
법인 외	69.7	24.2	6.1	-	100.0	11.2
민간	77.2	18.0	4.3	0.5	100.0	9.8
가정	89.5	9.4	0.3	0.7	100.0	7.5
직장	31.6	36.8	31.6	-	100.0	18.4

주: 지역규모 및 어린이집 유형에 따른 대기기간은 유아를 포함하여 분석된 값임
 자료: 보건복지부, 「2012년 보육 실태조사」 p.245 재구성

제 7 장

임신·출산 및 양육지원 인프라 이용자 조사

제1절 조사 방법

제2절 임신·출산 인프라 이용 현황

제3절 양육지원 인프라 이용 현황

제4절 인프라 이용경험: 초점집단면접(FGI) 결과

7

임신·출산 및 양육지원 인프라 이용사 조사

제1절 조사 방법

본 연구에서는 임신·출산 및 영아기 양육 인프라 현황과 더불어 이용자의 인프라 이용행태 및 인프라 이용에 대한 욕구를 파악하고자 인프라 이용자 조사를 실시하였다.

1. 조사대상

인프라 이용 조사대상을 선정하기 위해 2장에서 논의된 임신·출산 인프라와 양육 인프라를 토대로 시·군·구별 인프라를 삼분위로 나누어 상위 지역과 인프라 하위 지역에 거주하는 만 0~2세 자녀를 둔 여성을 대상으로 조사하였다. 먼저 임신·출산 인프라 지역선정은 「인구동향조사」 주민등록연앙인구의 만 0세 인구 대비 건강보험심사평가원의 산부인과(종합병원, 병·의원)비율을 통해 선정하였고, 영아기 양육인프라 지역선정은 0-2세 인구 대비 「보육통계」의 전체 어린이집 정원 비율을 통해 선정하였다. 조사의 특성상 전국조사에 한계가 있어 수도권 중심의 조사를 실시하였다. 수도권 지역을 인프라 총량에 따라 상위 인프라 지역과 하위 인프라 지역으로 구분하였고 이를 통해 선정된 지역은 서울특별시(서초구, 강남구, 송파구, 용산구, 마포구, 관악구, 성동구, 노원구, 종로구, 동대문구, 영등포구, 광진구, 금천구, 강서구)와 경기도 (과천시, 수원시, 성남시) 총 17개 시·군·구이다. 조사대상은 해당 17개 시·군·구에 거주하는 만 0-2세 아동(2013년 9월 1일 이후 출생)이 있는 가구(어머니) 712명을 대

상으로 하였다. 지역별 분포의 형평성을 주기 위해 시·군·구별 각 3% 이상의 응답자를 확보하였다.

조사지역으로 선정된 시·군·구를 살펴보면, 임신·출산 인프라 영역(상위 인프라 지역 혹은 하위 인프라 지역)과 영아기 양육 인프라 영역(상위 인프라 지역 혹은 하위 인프라 지역) 모두에 포함된 시·군·구가 있는 반면, 두 개의 영역 중 한 영역에만 해당하는 시·군·구도 있다. 두 영역 모두 포함되는 시·군·구는 서초구, 강남구, 관악구, 노원구, 종로구, 영등포구, 광진구, 금천구, 과천시 이고, 한 영역에만 해당하는 시·군·구는 송파구, 용산구, 마포구, 성동구, 동대문구, 강서구, 수원시, 성남시이다. 두 영역에서 모두 상위 인프라에 해당하는 시·군·구는 종로구가 유일하고, 나머지 시·군·구는 두 영역사이에서 서로 교차되는 것으로 나타났다.

〈표 7-1〉 조사지역으로 선정된 시·군·구

영역	상위 인프라	하위 인프라
임신·출산	노원구, 광진구, 관악구, 서초구, 금천구, 영등포구 동대문구, 강남구, 종로구	과천시, 강서구, 수원시
영아기 양육	금천구, 과천시, 종로구	서초구, 강남구, 송파구, 용산구, 마포구, 성남시, 관악구, 성동구, 강서구, 노원구, 영등포구, 광진구

조사지역으로 선정된 시·군·구별 현황을 살펴보면, 종로구에 14개소(1.753)의 산부인과가 있어 만 0세 인구수 대비 가장 많은 병원을 가지고 있고, 그 다음이 강남구(1.465), 동대문구(0.904) 순으로 인구수 대비 산부인과 병의원이 많았다. 강남구의 산부인과 병의원 수는 62개소로 조사 대상 지역 중 가장 많은 병의원이 위치한 시·군·구인 것으로 나타났다. 상대적으로 인구수 대비 산부인과 병의원이 적은 곳은 과천시가 1개소(0.201)로 가장 적고, 그다음이 강서구 18개소(0.350)이다. 과천시는 인

구수 대비 산부인과 병의원이 가장 적은 시·군·구임과 동시에 절대적인 개소수도 가장 적은 시·군·구인 것으로 나타났다.

〈표 7-2〉 조사지역의 시·군·구별 임신·출산 인프라 현황

(단위: 명, 개소, %)

영역	0세 인구수	산부인과 수	비율 ¹⁾
강남구	4,231.5	62	1.465
강서구	5,137	18	0.350
과천시	497	1	0.201
관악구	3,726	24	0.644
광진구	2,764	17	0.615
금천구	1,661	11	0.662
노원구	4,362	23	0.527
동대문구	2,544	23	0.904
마포구	3,239	23	0.710
서초구	3,838.5	25	0.651
성남시	8,217.5	36	0.438
성동구	2,543	11	0.433
송파구	5,565.5	27	0.485
수원시	11,135.5	44	0.395
영등포구	3,201	28	0.875
용산구	1,803	9	0.499
종로구	798.5	14	1.753

주: 1) 인구수 대비 병의원 개소수가 적어 비율에 100을 곱하여 산정함.

자료: Kosis, 「인구동향조사」 주민등록 연앙인구, 건강보험심사평가원 「병원현황」

조사지역의 양육 인프라 현황을 살펴보면, 0-2세 인구수 대비 어린이집 정원비율이 가장 높은 곳은 종로구(1.800)이고, 그 다음이 과천시(1.732), 금천구(1.614) 순이었다.

영아 인구수 대비 어린이집 정원 비율이 낮은 곳은 서초구(0.748), 강남구(0.871), 송파구(0.971)순이다. 영아 인구수 대비 어린이집 정원비율은 영아인구수가 높은 시군일수록 낮은 것으로 나타났다.

〈표 7-3〉 조사지역의 시군구별 양육 인프라 현황

(단위: 명, 개소, %)

영역	0-2세 인구수	어린이집정원수	비율
강남구	12,928	11,264	0.871
강서구	16,225	17,387	1.072
과천시	1,580	2,736	1.732
관악구	11,389	12,186	1.070
광진구	8,356	9,674	1.158
금천구	5,361	8,653	1.614
노원구	13,758	15,108	1.098
동대문구	8,279	9,697	1.171
마포구	9,791	9,988	1.020
서초구	12,296	9,194	0.748
성남시	25,676	26,518	1.033
성동구	7,670	8,210	1.070
송파구	17,478	17,053	0.976
수원시	31,717	41,365	1.304
영등포구	9,932	11,439	1.152
용산구	5,663	5,670	1.001
종로구	2,626	4,728	1.800

2. 조사방법 및 내용

인프라 이용 대상자와의 면대면(face-to-face)인 직접 조사의 방법을 활용하여 2015년 10월1일부터 10월 20일까지 약 3주에 걸쳐서 조사가

진행되었다. 조사내용은 이용자의 과거 경험으로 응답할 수 있는 임신·출산 인프라의 경험과, 현재 자녀 양육에 대한 문항으로 구성되었다.

임신·출산 인프라 이용부분에서는 산전진찰을 포함한 임신기간 동안의 인프라 이용경험 여부 및 빈도, 만족도와 불편했던 점에 대한 문항, 출산 시 이용했던 인프라, 인프라의 선택 이유, 만족도 및 출산결과, 인프라에 대한 욕구에 관한 문항으로 구성하였다.

영아기 양육 인프라 이용부분에서는 어린이집 이용아동과 미이용 아동으로 나누어 문항이 구성되었다. 어린이집 이용자를 대상으로 하는 문항에는 어린이집 위치 및 이용시간 만족도 이용사유, 그리고 어린이집 이외에 이용하는 인프라에 대한 내용으로 구성되었고, 어린이집을 이용하지 않는 경우의 문항은 향후 어린이집 이용여부와 어린이집을 이용하지 않고 아이를 양육하는데 필요한 서비스, 현재 이용하고 있는 인프라 현황에 대한 내용으로 구성되었다.

3. 조사 대상자

조사 대상자는 0~2세의 자녀를 둔 어머니들이다. 다음의 <표 7-4>에 서는 이러한 조사 대상자의 일반특성에 대해 제시하고 있다. 우선, 모의 연령을 살펴보면, 35세 이상인 경우가 450명(63.2%), 34세 이하인 경우가 262명(36.8%)인 것으로 나타났다. 학력별로 살펴보면, 대학교 졸업이 79.6%(567명)으로 가장 많았고, 그 다음이 고등학교 졸업이하가 133명(18.7%), 대학원 이상이 12명(1.7%)인 것으로 나타났다. 취업여부를 살펴보면, 취업한 여성이 33.0%였고, 비취업 여성이 67.0%인 것으로 나타났다. 가구소득을 살펴보면, 400만원 이상이 38.6%로 가장 많았고, 그 다음이 300~350만원(24.0%), 350~400만원이 23.2%, 300만원 미만

14.2%순인 것으로 나타났다. 출산력을 살펴보면, 초산(49.6%)과 경산(50.4%)이 절반씩 있는 것으로 나타났다. 분만 방법을 살펴보면, 자연분만이 73.6%로 대다수가 자연분만을 했던 것으로 나타났다. 재태 주수(임신기간)를 살펴보면, 38주 이상이 660명으로 약 90%이상이 38주 이상 일 때 출산하는 것으로 나타났다.

〈표 7-4〉 인구사회학적 특성

(단위: 명, %)

영역			빈도	비율
전체			712	100.0
인구 사회 학적	모연령	34세 이하	262	36.8
		35세 이상	450	63.2
	학력	고등학교 졸업 이하	133	18.7
		대학(교) 졸업	567	79.6
		대학원 이상	12	1.7
	취업여부	취업	235	33.0
		비취업	477	67.0
	가구소득	300만원 미만	101	14.2
		300-350만원 미만	171	24.0
		350-400만원 미만	165	23.2
		400만원 이상	275	38.6
산과 관련	출산력	초산	353	49.6
		경산	359	50.4
	분만방법	자연분만	524	73.6
		제왕절개	188	26.4
	임신기간	37주 미만	52	7.3
		38주	660	92.7

제2절 임신·출산 인프라 이용 현황

본 절에서는 서울 및 수도권 지역 중 상위 인프라 지역에 거주하는 만 0~2세 자녀를 둔 기혼여성과 하위 인프라 지역에 거주하는 만 0~2세 자녀를 둔 기혼여성의 임신·출산 인프라의 이용에 관한 설문조사 결과를 바탕으로 하여 기술하고자 한다. <표 7-5>는 조사에 참여한 만 0~2세 자녀를 둔 기혼여성을 인프라의 규모에 따른 거주지별로 구분하여 인구사회학적 특성을 제시하고 있다.

<표 7-5> 임신·출산 인프라 유형별 인구사회학적 및 산과 관련 특성

(단위: 명, %)

영역			상위인프라		하위인프라		x ²
			빈도	비율	빈도	비율	
인구 사회 학적 특성	모 연령	34세 이하	129	39.6	40	33.1	1.592
		35세 이상	197	60.4	81	66.9	
	학력	고등학교 졸업 이하	83	25.5	14	11.6	11.187**
		대학(교) 졸업	240	73.6	104	86.0	
		대학원 이상	3	0.9	3	2.5	
	취업여부	취업	106	32.5	47	38.8	1.569
		비취업	220	67.5	74	61.2	
	가구소득	300만원 미만	52	16.0	21	17.4	2.786
		300~350만원 미만	81	24.8	34	28.1	
		350~400만원 미만	63	19.3	28	23.1	
400만원 이상		130	39.9	38	31.4		
산과 관련 특성	출산력	초산	159	48.8	68	56.2	1.947+
		경산	167	51.2	53	43.8	
	분만방법	자연분만	249	76.4	84	69.4	2.249+
		제왕절개	77	23.6	37	30.6	
	재태주수	37주 미만	23	7.1	14	11.6	2.369+
		38주	303	92.9	107	88.4	
계			326	100.0	121	100.0	-

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1

〈표 7-5〉에서 살펴볼 수 있듯이 조사에 참여하고 중요한 변수에 결측치가 없는 본 연구에서 분석된 만 0~2세 자녀를 둔 기혼여성은 총 447명으로 상위 인프라 지역에 거주하는 여성 326명과 하위 인프라에 거주하는 여성 121명으로 구성되어있다. 비록 표본의 절대 규모에서는 차이를 보이고 있으나 인프라의 규모에 따른 인구사회학적 특성에 있어서는 큰 차이점은 보이지 않고 있다. 다만, 주목해서 볼 점은 산과적 특성에 있어서는 다소 차이를 보이며 이러한 차이들이 모두 통계적 유의성을 갖는다는 것이다. 우선 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 상위 인프라 지역에 거주하는 여성들에 비해 초산이 많으며 제왕절개 출산이 많고 조산(제태주수 37주 미만의 출산)의 확률이 높은 경향이 나타났다.

1. 산전 인프라 이용 현황

〈표 7-6〉은 조사에 참여한 만 0~2세 자녀를 둔 기혼여성을 인프라의 규모에 따라 상위 인프라 지역과 하위 인프라 지역으로 구분하여 임신 기간 동안 산전 진찰을 받은 기관을 제시하고 있다.

〈표 7-6〉 산전 의료기관 이용 경험(중복응답)

(단위: 명, %)

영역		상위 인프라	하위 인프라	χ^2
종합병원	이용경험 없음	66.0	70.2	.738
	이용경험 있음	34.0	29.8	
산부인과 병·의원	이용경험 없음	19.6	16.5	.557
	이용경험 있음	80.4	83.5	
보건소	이용경험 없음	93.6	90.1	1.559
	이용경험 있음	6.4	9.9	
계		326	121	-

〈표 7-6〉에서 살펴볼 수 있듯이 상위 인프라 지역에 거주하는 여성과 하위 인프라 지역에 거주하는 여성의 산전 기간 동안의 각 의료기관의 이용에 있어서의 차이는 통계적으로 유의미하지 않았다. 그럼에도 불구하고 상위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 종합병원과 보건소를 하위 인프라 지역에 거주하는 여성보다 많이 이용한 반면, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 산부인과 병원 및 의원의 이용을 더욱 많이 이용하는 경향을 보이고 있다. 즉, 인프라가 풍부한 상위 인프라 지역에서는 보다 전문성이 있는 종합병원을 이용함과 동시에 철분제, 엽산제 등을 제공하는 보건소를 이용함에 있어서도 더욱 높은 이용률을 보이고 있어 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들과 산전 의료기관 이용에 있어서 차이를 보인다.

보다 구체적으로 이러한 임신 중에 이용한 의료기관에 있어서 주로 이용한 기관의 이용 빈도 및 평균 이용 횟수를 살펴보면(표 7-7 참조), 상위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 종합병원과 보건소의 평균 이용 횟수가 많은 반면 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 산부인과 병원 및 의원의 이용 횟수가 많다. 특히, 산부인과 병원 및 의원의 이용에 있어서 두 집단 간의 평균 이용 횟수에 있어서의 차이는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다.

〈표 7-7〉 산전 의료기관 이용 빈도(중복응답)

(단위: 횟수, 명)

영역	상위 인프라			하위 인프라			T값
	빈도	평균	표준편차	빈도	평균	표준편차	
종합병원	111	9.41	4.89	36	8.33	4.94	1.149
산부인과 병·의원	262	11.36	3.35	101	12.26	2.24	-2.942**
보건소	21	2.24	1.61	12	1.83	0.83	0.808

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1

임신 중에 주로 이용한 의료기관이 위치한 지역에 대한 조사 결과는 <표 7-8>에서 제시하였다. 상위 인프라 지역에 거주하는 여성들과 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들 간에 이용한 의료 기관의 위치에 있어서의 큰 차이는 발견되지 않았고(1% 미만의 차이) 이들의 차이는 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 전체의 86%이상은 동일 시·군·구에 위치한 의료기관을 이용하는 것으로 나타났고, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들의 경우는 동일 시·도 내에서 타 시·군·구에 위치한 의료기관을 이용하는 것으로 나타났다. 이는 대체로 여성들은 근처에 위치한 좋은 의료 기관을 이용하는 것으로 나타났다.

<표 7-8> 산전 의료기관이 위치한 지역

(단위: 명, %)

영역	상위 인프라	하위 인프라	χ^2
동일 시·군·구 내	86.2	86.0	.394
타 시·군·이나 동일 시·도	12.3	13.2	
타 시·도	1.5	.8	
계	326	121	

동일 시·군·구 내에 선택할 만한 인프라가 많지 않은 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 동일 시·도 내에서 근처에 위치한 타 시·군·구의 비교적 질이 높은 의료 기관을 이용한다는 것은 임신 중에 주로 이용한 의료기관을 선택한 이유를 통해서 확인해 볼 수 있다(표 7-9 참조). 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들의 31.4%가 서비스의 질을 산전 의료 기관 선택의 주된 이유로 선택하였다. 다음으로 ‘유명한 곳이라고 들어서(23.1%),’ ‘집에서 가까워서(19.8%),’ ‘대중교통 이용 등 이동이 편리한 곳이어서(11.6%)’가 주된 이유로 선택되었다. 반면, 상위 인프라 지역에

거주하는 여성의 경우는 집에 가까워서(30.4%)가 가장 많이 주된 이유로 선택되었고, 이어서 ‘유명한 곳이라고 들어서(24.2%),’ ‘서비스의 질이 마음에 들어서(19.6%)’를 주된 이유로 선택하여 차이를 보였다. 상위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 집에 가까운 곳에서 임신 기간 중 산전 진찰을 받는 경우가 많은 반면, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 서비스 질이 좋은 동일 시도 내에서 근접한 시·군·구에 위치한 산부인과를 이용하는 것으로 추정해 볼 수 있다.

〈표 7-9〉 산전 의료기관을 선택한 주된 이유

(단위: 명, %)

영역	상위 인프라	하위 인프라
대중교통 이용 등 이동이 편리한 곳에 위치해서	8.3	11.6
집에서 가까워서	30.4	19.8
유명한 곳이라고 들어서	24.2	23.1
전에 이용한 기관이어서	5.2	7.4
서비스의 질이 마음에 들어서	19.6	31.4
비용이 비교적 저렴해서	1.8	0.0
의료진이 여성이어서	5.2	3.3
난임 혹은 고위험 임신이어서	3.1	2.5
지역의 유일한 의료기관이어서	0.3	0.8
기타	1.8	0.0
계	326	121
x2	16.529	

이러한 상위 인프라 지역에 거주하는 여성과 하위 인프라 지역에 거주하는 여성의 차이를 임신 시 고위험 임신부로 분류가 되는 만 35세 이상 여성과 만 34세 이하의 여성으로 구분하여 살펴본 결과는 〈표 7-10〉에

서 제시하였다. ‘대중교통 이용 등 이동이 편리한 곳에 위치해서’라는 이유를 주된 이유로 응답한 경우를 살펴보면, 하위 인프라 지역에 거주하는 34세 이하의 여성의 경우는 5.0%만이 주된 이유로 응답한 반면, 하위 인프라 지역에 거주하는 35세 이상 여성의 경우는 14.8%가 주된 이유로 응답하여 차이를 보인다. 또한 하위 인프라 지역에 거주하는 35세 이상 여성의 경우는 16.0% 정도만이 집과의 거리(집에 가까운 곳)를 선택의 주된 이유로 응답한 반면, 그 외 상위 인프라 지역에 거주하는 여성과 하위 인프라 지역에 거주하는 34세 이하 여성의 경우는 27.5%~31.5%까지 높은 비중을 두고 주된 이유로 응답하여 차이를 보였다.

〈표 7-10〉 모의 연령별/ 출산력별 산전 의료기관을 선택한 주된 이유

(단위: 명, %)

영역	연령			
	34세 이하		35세 이상	
	상위	하위	상위	하위
대중교통 이용 등 이동이 편리한 곳에 위치해서	10.9	5.0	6.6	14.8
집에서 가까워서	28.7	27.5	31.5	16.0
유명한 곳이라고 들어서	25.6	25.0	23.4	22.2
전에 이용한 기관이어서	3.1	0.0	6.6	11.1
서비스의 질이 마음에 들어서	20.2	32.5	19.3	30.9
비용이 비교적 저렴해서	2.3	0.0	1.5	0.0
의료진이 여성이어서	4.7	7.5	5.6	1.2
난임 혹은 고위험 임신이어서	1.6	2.5	4.1	2.5
지역의 유일한 의료기관이어서	0.8	0.0	0.0	1.2
기타	2.4	0.0	1.5	0.0
계	129	40	197	81
x2	7.171		22.090*	

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1

조사 결과를 토대로 유추해 보면 하위 인프라 지역에 거주하는 35세 이상 고령산모들은 더더욱 서비스의 질이 좋은 곳을 찾되 대중교통 이용 등 이동이 편리한 곳을 이용하고 있다고 볼 수 있다.

비슷한 관점에서 임신 중 산전 진찰을 받은 의료기관을 이용하면서 불편했던 점에 있어서도 상위 인프라 지역과 하위 인프라 지역의 차이가 발견된다(표 7-11 참조). 상위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 35%가 대기시간이 긴 것을 가장 큰 불편한 점으로 응답(35.0%)한 반면, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 비용의 부담을 가장 큰 불편한 점으로 응답(41.3%)하여 대조를 이룬다. 또한 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 상위 인프라 지역에 거주하는 여성과 비교해서 ‘이용시간대의 제한(12.4%)’과 ‘거리가 멀(9.9%)’이라는 이유를 보다 많이 불편한 점으로 꼽았다.

〈표 7-11〉 산전 의료기관 이용시 가장 불편했던 점

(단위: 명, %)

영역	상위 인프라	하위 인프라
거리가 멀	8.0	9.9
교통편이 불편	5.2	3.3
시설이 낙후	5.5	5.0
접수처리, 등록 등 행정의 불편	6.7	3.3
오랜 대기 시간	35.0	13.2
이용시간대의 제한	10.1	12.4
낮은 서비스의 질(전문성 부족)	2.8	2.5
비용의 부담	17.2	41.3
없음	9.5	9.1
계	326	121
x2	39.436***	

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1

이는 상위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 가까운 곳에 위치한 혹은 동일 시·군·구 내에 위치한 질 좋은 의료시설을 이용하기 때문에 대기 시간이 긴 것이 가장 불편한 점인 반면, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 보다 먼 곳에 위치한 의료시설을 이용하게 되면서 거리가 멀어 이용시간이 제한되고 비용 부담이 생기기 때문인 것으로 판단된다.

2. 분만 인프라 이용 현황

〈표 7-12〉은 조사에 참여한 만 0~2세 자녀를 둔 기혼여성을 거주지에 따라 상위 인프라 지역 거주 여성과 하위 인프라 지역 거주 여성으로 구분하여 분만한 기관을 제시하고 있다.

〈표 7-12〉 분만 기관

(단위: 명, %)

영역	상위 인프라	하위 인프라	χ^2
종합병원	29.8	21.5	5.562+
산부인과 병·의원	70.2	77.7	
조산원	0.0	0.8	
계	326	121	

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1

〈표 7-12〉에서 살펴볼 수 있듯이 공통적으로 산부인과 병·의원에서 가장 많이 분만했음을 알 수 있다. 그럼에도 불구하고 상위 인프라 지역에 거주하는 여성의 약 30%는 종합병원에서 분만을 한 것에 반해, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성은 약 21% 정도만 종합병원에서 분만을 한 것으로 나타났다. 반대로, 산부인과 병·의원의 경우는 상위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 약 70%가 산부인과 병·의원에서 분만한 반면, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 약 78%가 산부인과 병·

의원에서 분만하여 대조를 이룬다. 또한 상대적으로 산부인과 병·의원의 인프라가 적은 지역에서 분만 시에 조산원을 이용한 사례가 발견되어 차이를 보인다. 이러한 상위 인프라 지역에서 거주하는 여성과 하위 인프라 지역에서 거주하는 여성 간의 분만 기관의 차이는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다.

이러한 분만 의료기관이 위치한 지역에 대한 조사 결과는 <표 7-13>에서 제시하였다. 상위 인프라 지역에 거주하는 여성들과 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들 간에 이용한 의료 기관의 위치에 있어서의 큰 차이는 발견되지 않았고 이들의 차이는 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 공통적으로 전체의 약 83%이상은 동일 시·군·구에 위치한 의료기관을 이용하는 것으로 나타났다(1% 미만의 차이). 반면, 상위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 타 시·도에 위치한 기관은 거의 이용하지 않은 것으로 나타난 반면, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들의 경우는 동일 시·도 내에서 타 시·군·구에 위치한 의료기관뿐만 아니라 타 시·도에 위치한 기관까지도 이용하는 것으로 나타나 차이를 보인다.

<표 7-13> 분만 의료기관의 지역

(단위: 명, %)

영역	상위 인프라	하위 인프라	χ^2
동일 시·군·구 내	82.5	82.6	1.754
타 시·군·이나 동일 시·도	16.6	14.9	
타 시·도	0.9	2.5	
계	326	121	

하위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 분만을 위해 질 높은 서비스를 제공하는 타 시·도에 위치한 의료기관까지도 이동하는 반면, 상위 인프라

지역은 근처에도 인프라가 분포되어 근처에 위치한 기관을 선택해서 이용하고 있다고 유추해 볼 수 있다. 이러한 유추의 타당성은 분만한 의료기관을 선택한 이유를 통해서 확인해 볼 수 있다(표 7-14 참조).

〈표 7-14〉 출산 의료기관을 선택한 주된 이유

(단위: 명, %)

영역	상위 인프라	하위 인프라
대중교통 이용 등 이동이 편리한 곳에 위치해서	6.1	6.6
집에서 가까워서	29.8	22.3
유명한 곳이라고 들어서	26.4	28.1
전에 이용한 기관이어서	6.1	9.1
서비스의 질이 마음에 들어서	19.6	27.3
비용이 비교적 저렴해서	1.2	.8
의료진이 여성이어서	4.6	1.7
난임 혹은 고위험 임신이어서	3.7	2.5
지역의 유일한 의료기관이어서	0.0	1.7
기타	2.5	0.0
계	326	121
x2	16.257	

하위 인프라 지역에 거주하는 여성들의 27.3%가 서비스의 질을 분만 의료 기관 선택의 주된 이유로 응답하였다. 다음으로 ‘유명한 곳이라고 들어서(22.3%),’가 주된 이유로 선택되어 서비스의 질을 위해 분만 의료기관이 다소 멀더라도 이용하고 있음을 알 수 있다. 반면, 상위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 약 30%가 ‘집에 가까워서’를 가장 주된 이유로 응답하였고 그 다음으로 ‘유명한 곳이라고 들어서(26.2%)’를 주된 이유로 선택하여 차이를 보였다. 한편, 하위 인프라 지역에 거주하는 여

성의 1.7%는 해당 지역에 있는 의료 기관에서 분만을 한 이유가 ‘지역의 유일한 의료 기관이어서’라고 응답하여 하위 인프라 지역의 인프라의 질에 대한 문제를 제기하였다. 즉, 상위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 집에 가까운 의료 기관에서 분만을 하는 경우가 많은 반면, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 가까운 곳에 질 좋은 인프라가 부족하기 때문에 서비스 질이 좋은 비교적 먼 의료기관을 이용하고 있음을 알 수 있다.

이러한 상위 인프라 지역에 거주하는 여성과 하위 인프라 지역에 거주하는 여성의 차이를 임신 시 고위험 임신부로 분류가 되는 만 35세 이상 여성과 만 34세 이하의 여성으로 구분하여 살펴본 결과는 <표 7-15>에서 제시하였다.

<표 7-15> 모의 연령별 분만 의료기관을 선택한 주된 이유

(단위: 명, %)

영역	연령			
	34세 이하		35세 이상	
	상위	하위	상위	하위
대중교통 이용 등 이동이 편리한 곳에 위치해서	7.0	5.0	5.6	7.4
집에서 가까워서	27.1	32.5	31.5	17.3
유명한 곳이라고 들어서	29.5	25.0	24.4	29.6
전에 이용한 기관이어서	3.1	2.5	8.1	12.3
서비스의 질이 마음에 들어서	20.2	22.5	19.3	29.6
비용이 비교적 저렴해서	3.1	2.5	0.0	0.0
의료진이 여성이어서	6.2	5.0	3.6	0.0
난임 혹은 고위험 임신이어서	0.8	2.5	5.6	2.5
지역의 유일한 의료기관이어서	0.0	2.5	0.0	1.2
기타	3.1	0.0	2.0	0.0
계	129	40	197	81
x2	6.170		17.145	

〈표 7-15〉에서 발견되는 차이점은 비록 통계적으로 유의미하지 않게 나타났지만, 주목할 점은 35세 이상 고령 산모의 분만 의료기관의 선택 이유이다. 고령 산모의 경우를 살펴보면, 임신 중 산전 진찰을 받은 의료기관의 선택 요인과는 다소 차이를 보이는데, 상위 인프라 지역에 거주하는 고령 산모의 약 32%가 ‘집에 가까워서’를 분만 의료기관을 선택한 주된 이유로 응답한 반면, 하위 인프라 지역에 거주하는 고령 산모의 경우는 ‘유명한 곳이라고 들어서’와 ‘서비스의 질이 마음에 들어서’를 약 30% 씩 응답하여 대조를 보였다. 즉, 고령 산모의 경우는 분만 시 위험 요소를 내포하고 있기 때문에 다른 무엇보다 제공되는 서비스의 질이 분만 의료기관을 선택하는 주된 이유임을 알 수 있다.

〈표 7-16〉 분만 의료기관 이용시 가장 불편했던 점

(단위: 명, %)

영역	상위 인프라	하위 인프라
거리가 멀	7.1	11.6
교통편이 불편	7.1	4.1
시설이 낙후	5.8	5.0
접수처리, 등록 등 행정의 불편	6.4	2.5
오랜 대기 시간	34.0	8.3
이용시간대의 제한	7.1	15.7
낮은 서비스의 질(전문성 부족)	1.2	1.7
비용의 부담	20.9	41.3
없음	10.4	9.9
계	326	121
x2	48.914***	

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1

분만 의료기관의 선택에 있어서의 이유가 다른 것처럼, 분만 의료기관을 이용하면서 느꼈던 불편한 점에 있어서도 상위 인프라 지역과 하위 인프라 지역의 차이가 발견된다(표 7-16 참조). 즉, 상위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 34%가 대기시간이 긴 것을 가장 큰 불편한 점으로 응답한 반면, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 비용의 부담을 가장 큰 불편한 점으로 응답(41.3%)하여 대조를 이룬다. 또한 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 상위 인프라 지역에 거주하는 여성과 비교해서 ‘이용시간대의 제한(15.7%)’과 ‘거리가 멀(11.6%)’이라는 이유를 보다 많이 불편한 점으로 꼽았다. 임신 중 산전 진찰을 받은 의료기관의 경우와 마찬가지로 이는 상위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 가까운 곳에 위치한 질 좋은 의료시설을 이용하기 때문에 대기 시간이 긴 반면, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 보다 먼 곳에 위치한 의료시설을 이용하게 되면서 거리가 멀어 이용시간이 제한되고 비용 부담이 생기기 때문인 것으로 생각해 볼 수 있다.

3. 소결

임신과 출산이라는 과정에서 산전 진찰을 위해 이용한 의료기관과 분만을 위해 이용한 의료기관을 상위 인프라 지역에 거주하는 여성과 하위 인프라 지역에 거주하는 여성을 구분하여 살펴본 결과 인프라의 양적 수준에 따른 지역 간의 차이가 두드러지게 나타났다.

우선 임신 기간 이용한 의료기관에 있어서, 상위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 집에 가까운 곳에서 임신 기간 중 산전 진찰을 받는 경우가 많은 반면, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 서비스 질이 좋은 근처 시·군·구에 위치한 산부인과를 이용한다고 추정할 수 있다. 또한 산전 진찰의 경우는 보다 빈번하게 이용해야 한다는 점에 있어서, 그리고 분만

기관은 보다 전문성이 있는 질 좋은 기관을 선택하고자하는 경향이 있다는 점에서 산전 진찰을 위해 이용한 기관은 분만 시에 이용한 기관보다 동일 시·군·구 내에 위치한 것으로 나타났다(약 86% vs. 약 83%).

분만 의료 기관의 경우를 자세히 살펴보면, 상위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 산전 진찰을 위해 이용한 의료 기관과 분만 의료 기관에 있어서의 차이가 거의 발견되지 않는다. 이들은 기호에 맞게 선택할 수 있는 의료기관이 집에서 가까운 곳에 위치하기 때문에 대체로 임신과 출산 기간동안 같은 의료기관을 이용한다고 볼 수 있다. 반면, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 가까운 곳에 질 좋은 인프라가 부족하기 때문에 서비스 질이 좋은 의료 기관을 이용하되 분만 의료기관에 있어서는 단순히 근처의 시·군·구에 위치한 의료 기관만을 이용하는 것이 아니라 타 시·도에 위치한 비교적 먼 의료기관을 이용하고 있음을 알 수 있다. 즉, 인프라의 규모에 따라 인프라의 이용 행태가 다를 수 있다는 것이다. 이에 따라 임신과 출산의 기간동안 이용한 의료 기관에 있어서 상위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 대기 시간이 긴 것이 가장 큰 불편한 점으로 나타난 반면, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 의료 기관까지의 거리가 멀어 이용시간이 제한되고 비용 부담이 큰 것이 가장 불편한 점으로 나타났다.

각 지역에 거주하는 여성들이 거주하고 있는 시·군·구에 가장 필요한 임신과 출산을 지원하는 의료 시설에 대한 질문에 응답한 결과는 <표 7-17>에서 제시하였다.

지역과 관계없이 여성 전문 병원을 가장 필요하다고 응답하였다. 상위 인프라 지역의 경우는 다양한 기관에 대한 욕구를 표현한 반면, 하위 인프라 지역의 경우는 비교적 기본적인 인프라에 대한 욕구를 나타냈다는 점에서 차이를 보인다. 특히 하위 인프라 지역의 경우는 종합병원에 대한 필요가 상위 인프라 지역보다 약 10% 더 많게 나타났다.

〈표 7-17〉 사군구에서 가장 필요한 임신·출산 의료시설

(단위: 명, %)

영역	상위 인프라	하위 인프라	χ^2
여성 전문 병원	47.9	33.1	15.722*
분만가능 산부인과 병원	31.9	31.4	
종합병원	13.2	22.3	
정신건강 보건센터	6.1	13.2	
임신·출산 교육기관	.3	0.0	
고위험임산부를 위한 병원	.3	0.0	
없음	.3	0.0	15.722*
계	326	121	

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, + $p < .1$

종합해 볼 때, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 임신과 출산을 위해 상위 인프라 지역에 거주하는 여성에 비해 타 지역의 인프라를 이용하고 있음을 알 수 있다. 조사 지역이 서울과 수도권임을 감안할 때 하위 인프라 지역도 타 농어촌 지역보다는 인프라가 갖추어진 곳임을 알 수 있다. 그럼에도 불구하고 여성 전문 병원이나 종합병원과 같은 인프라를 포함하여 질 높은 서비스와 전문 서비스를 원하고 이러한 서비스를 제공해주는 타 지역에 위치한 의료 기관을 이용하고 있다는 것을 발견하게 된다. 이는 임신 및 출산에 있어서 반드시 이용하게 되는 의료기관의 단순한 규모의 증가보다는 제공되는 서비스의 질에 있어서도 형평한 분배가 이루어져야 함을 시사한다.

제3절 양육지원 인프라 이용 현황

영아기 양육인프라 이용 현황은 인프라 상위 지역과 인프라 하위 지역을 비교하는 관점을 중심으로 분석하고자 한다. 해당 분석에 있어서의 한계는 인프라 수준을 해당지역 영아수 대비 어린이집 정원에 한정해서 보았다는 점에 있다. 표본의 특징을 분석한 결과, 인프라 상위지역과 하위 지역간에 모의 취업비율, 가구소득, 자녀연령구성, 어린이집이용비율은 유의한 차이가 없으나 모의 학력은 유의한 차이가 있는 것으로 조사되었다(표 7-18 참조).

〈표 7-18〉 영아기 양육 인프라 유형별 인구사회학적 특성

(단위: 명, %)

영역			상위 인프라		하위 인프라		x ²
			빈도	비율	빈도	비율	
가구 현황	모의 학력	고등학교 졸업 이하	10	8.5	114	22.4	51.536***
		대학(교) 졸업	101	86.3	391	76.8	
		대학원 이상	6	5.1	4	.8	
	모의 취업 여부	취업	44	37.6	164	32.2	1.244
		비취업	73	62.4	345	67.8	
	가구 소득	300만원 미만	22	18.8	72	14.1	3.488
		300-350만원 미만	27	23.1	118	23.2	
		350-400만원 미만	20	17.1	122	24.0	
		400만원 이상	48	41.0	197	38.7	
자녀 관련	자녀 연령	0세	46	39.3	161	31.6	4.848+
		1세	43	36.8	244	47.9	
		2세	28	23.9	104	20.4	
	시설 이용 여부	어린이집 이용	44	37.6	239	47.0	3.356+
		가정양육	73	62.4	270	53.0	
계			117	100.0	209	100.0	-

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1

1. 인프라 공급의 충분성에 대한 인식

수요자가 느끼는 인프라 공급의 충분성을 조사하기 위해서 국공립 어린이집, 영아전담 및 가정어린이집, 시간제 보육서비스, 시간연장 보육시설, 영유아플라자 및 문화센터, 오프라인 정보나눔터에 대한 공급의 충분성을 5점 척도로 조사한 결과, 국공립 어린이집, 영아전담 및 가정어린이집, 시간연장 보육시설, 정보나눔터에 대한 충분성 인식정도의 지역 간 차이가 있는 것으로 조사되었으며, 시간제 보육과 영유아 플라자 및 문화센터 공급의 충분성에 대한 인식차이는 없는 것으로 나타났다.

상위 인프라 지역에서는 국공립 어린이집 공급의 충분성을 상대적으로 높게 인식하고 있는 반면 영아전담 및 가정어린이집 공급, 시간연장 어린이집의 충분성에 대한 인식은 다소 낮은 것으로 나타났다. 오프라인 정보나눔터의 경우 상위 인프라 지역 수요자들이 공급이 부족하다고 인식하는 비율, 충분하다고 인식하는 비율 모두 하위 인프라 지역보다 높아서 인식이 다소 양분되어 있는 것으로 나타났다.

국공립 어린이집을 제외하고 오히려 하위 인프라 지역 보다 상위 인프라 지역 수요자들이 인프라의 공급부족을 상대적으로 더 인식하고 있는 것은 지역에 따른 요구도(need)의 차이에 기인한 것일 수도 있으며 실제로 해당서비스의 공급이 부족한 것일 수도 있다. 상위 인프라 지역으로 선정된 종로구의 경우 상업지역이 매우 발달된 특성을 갖고 있는 만큼 거주민의 욕구가 다를 수 있다. 또한, 이는 지역구분을 위한 인프라 기준을 어린이집 공급 현황에 한정해서 보았다는 한계에 따른 결과일 수 있다.

〈표 7-19〉 시설 및 서비스의 충분성

(단위: 명, %)

영역		상위 인프라	하위 인프라	χ^2
국공립어린이집	매우 낮음	6.8	18.9	24.374***
	낮음	47.0	38.7	
	보통	23.9	30.1	
	높음	20.5	12.4	
	매우 높음	1.7	0.0	
영아전담/ 가정어린이집	매우 낮음	2.6	3.5	11.575*
	낮음	22.2	22.0	
	보통	54.7	40.1	
	높음	20.5	32.8	
	매우 높음	0.0	1.6	
시간제보육	매우 낮음	7.7	5.5	3.964
	낮음	42.7	36.1	
	보통	31.6	40.9	
	높음	17.9	17.5	
시간연장 어린이집	매우 낮음	10.3	3.5	9.932*
	낮음	30.8	32.4	
	보통	46.2	47.9	
	높음	12.8	15.9	
	매우 높음	0.0	.2	
영유아플라자 및 문화센터	매우 낮음	4.3	2.6	7.630
	낮음	39.3	29.1	
	보통	28.2	38.9	
	높음	28.2	29.1	
	매우 높음	0.0	0.4	
오프라인 정보나눔터	매우 낮음	13.7	2.9	43.548***
	낮음	31.6	30.6	
	보통	28.2	49.5	
	높음	24.8	16.9	
	매우 높음	1.7	0.0	

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1

자녀 연령에 따른 서비스 공급 충분성에 대한 인식차이를 분석한 결과, 국공립 어린이집의 경우 2세영아 자녀를 둔 경우 인프라 상위지역과 하위지역간의 충분성에 대한 인식차이가 있는 것으로 조사되었다. 앞서 분석된 결과와 마찬가지로 상위 인프라 지역 수요자가 공급이 충분하다고 인식하는 비율이 높은 것으로 나타났다.

이밖에 시간연장 어린이집의 경우에도 2세 영아 자녀를 둔 경우에만 지역간에 유의한 차이가 있었으며, 상위 인프라 지역 수요자의 충분성에 대한 인식이 더 낮은 것으로 조사되었다.

오프라인 정보나눔터의 경우 모든 연령그룹에 대해서 유의한 차이가 있는 것으로 조사되었으며, 0세와 1세의 경우에는 상위 인프라 지역에 거주하는 여성의 충분성에 대한 인식정도가 더 높은 반면, 2세의 경우 하위 인프라 지역에 거주하는 여성의 충분성에 대한 인식이 더 높은 것으로 조사되어 자녀의 연령별로 인프라의 충분성에 대한 인식 차이가 있는 것으로 나타났다.

〈표 7-20〉 자녀 연령별 시설 및 서비스의 충분성

(단위: 명, %)

영역		0세		1세		2세	
		상위	하위	상위	하위	상위	하위
국공립 어린이집	매우 낮음	10.7	18.3	7.0	17.2	4.3	21.7
	낮음	35.7	40.4	51.2	38.5	50.0	37.9
	보통	28.6	29.8	27.9	31.1	17.4	28.6
	높음	25.0	11.5	14.0	13.1	23.9	11.8
	매우 높음	0.0	0.0	0.0	0.0	4.3	0.0
χ^2		3.666		4.032		19.683**	
영아전담/ 가정어린이집	매우 낮음	0.0	4.8	2.3	1.6	4.3	5.6
	낮음	28.6	23.1	14.0	22.5	26.1	20.5
	보통	64.3	37.5	53.5	40.6	50.0	41.0
	높음	7.1	32.7	30.2	34.0	19.6	31.1
	매우 높음	0.0	1.9	0.0	1.2	0.0	1.9
χ^2		na		na		na	

영역		0세		1세		2세	
		상위	하위	상위	하위	상위	하위
시간제 보육	매우 낮음	3.6	6.7	4.7	5.7	13.0	4.3
	낮음	39.3	38.5	41.9	34.8	45.7	36.6
	보통	32.1	44.2	34.9	39.3	28.3	41.0
	높음	25.0	10.6	18.6	20.1	13.0	18.0
	매우 높음	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
χ^2		4.506		0.808		7.101+	
시간연장 어린이집	매우 낮음	0.0	5.8	11.6	3.7	15.2	1.9
	낮음	21.4	31.7	34.9	34.8	32.6	29.2
	보통	60.7	48.1	44.2	44.3	39.1	53.4
	높음	17.9	14.4	9.3	17.2	13.0	14.9
	매우 높음	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6
χ^2		3.274		6.151		15.171**	
영유아 플라자 등	매우 낮음	3.6	1.9	4.7	2.9	4.3	2.5
	낮음	32.1	33.7	32.6	29.9	50.0	24.8
	보통	28.6	39.4	27.9	37.7	28.3	40.4
	높음	35.7	25.0	34.9	29.5	17.4	31.1
	매우 높음	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2
χ^2		1.907		1.771		na	
오프라인 정보 나눔터	매우 낮음	3.6	4.8	9.3	2.0	23.9	3.1
	낮음	32.1	33.7	25.6	32.4	37.0	26.1
	보통	32.1	54.8	30.2	45.9	23.9	51.6
	높음	32.1	6.7	30.2	19.7	15.2	19.3
	매우 높음	0.0	0.0	4.7	0.0	0.0	0.0
χ^2		14.109**		21.999***		27.860***	

주: na의 경우 표본수의 제한으로 카이분석이 불가능한 경우임.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, + $p < .1$

2. 어린이집 영아 서비스 이용 현황

어린이집 이용 영아의 서비스 이용 현황은 지역간 유의한 차이가 있는 것으로 조사되었다. 상위 인프라 지역에서는 국공립 시설과 가정 어린이집 이용 비율이 높은 반면, 민간 어린이집 이용 비율은 낮은 것으로 조사되었다. 상위 인프라 지역의 경우 국공립 어린이집 이용비율이 하위 인프라

라 지역의 경우보다 높기 때문에 전반적으로 앞서 분석된 국공립 어린이집 공급 충분성에 대한 인식이 높게 조사된 것으로 판단된다.

〈표 7-21〉 어린이집 이용 현황

(단위: 명, %)

영역	상위 인프라	하위 인프라	χ^2
국공립 어린이집	29.5	17.2	7.953*
가정 어린이집	34.1	23.8	
민간 어린이집	36.4	59.0	
계	44	239	

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1

모의 취업 여부에 따른 이용유형을 분석한 결과 2세의 경우에 지역간의 이용유형의 차이가 통계적으로 유의하게 있는 것으로 조사되었다. 앞서 분석된 바와 같이 국공립 어린이집과 가정어린이집 이용비율이 높은 것으로 나타났다. 1세의 경우에도 이용비율의 차이는 있지만 통계적으로 유의하지 않은 차이인 것으로 나타났다.

〈표 7-22〉 자녀 연령별 어린이집 이용 현황

(단위: 명, %)

영역	1세		2세	
	상위	하위	상위	하위
국공립 어린이집	16.7	11.3	34.4	21.3
가정 어린이집	41.7	29.2	31.3	18.9
민간 어린이집	41.7	59.4	34.4	59.8
계	32	127	12	106
χ^2	1.395		6.693*	

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1

모의취업여부에 따른 이용유형을 분석한 결과 유의수준 0.1 수준에서 취업모의 경우 지역 간의 이용비율의 차이가 있는 것으로 나타났으며 비취업모의 경우 시설이용 유형에 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 조사되었다. 취업모의 경우 앞서 분석된 바와 같이 상위 인프라 지역이 국공립 어린이집, 가정 어린이집 이용 비율이 높았으며 민간 어린이집 이용 비율은 낮은 것으로 조사되었다.

〈표 7-23〉 모의 취업여부별 어린이집 이용 현황

(단위: 명, %)

영역	취업		비취업	
	상위	하위	상위	하위
국공립 어린이집	27.3	15.5	36.4	19.8
가정 어린이집	33.3	25.0	36.4	22.0
민간 어린이집	39.4	59.5	27.3	58.2
계	33	148	11	91
χ^2	4.754+		3.829	

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1

어린이집 이용 사유에 대한 조사결과 지역간의 유의한 차이가 없는 것으로 조사되었다(표 7-24 참조). 어린이집 이용의 주된 이유는 ‘부모의 근로 등의 이유로 가정에서 돌봐주기 어려운 상황’에 따른 것으로 조사되었으며, 뒤를 이어 ‘아이의 전인적 발달을 위해서’인 것으로 나타났다. 이는 본 연구대상이 영아이기 때문에 부모의 근로로 인해서 시설양육을 이용하는 사례가 특히 높은 것으로 판단된다.

〈표 7-24〉 어린이집 이용 사유

(단위: 명, %)

영역	상위 인프라	하위 인프라	χ^2
부모의 근로 등의 이유로 가정에서 돌봐주기 어려운 상황이어서	52.3	52.7	1.467
아이의 전인적 발달을 위해서(사회적, 특기교육 등)	25.0	20.5	
집에서 돌보는 양육부담을 덜기 위해	15.9	14.6	
보육료가 지원이 되어서(무상보육)	6.8	11.3	
어린이집에 보내지 않으면 상대적으로 손해를 본다고 생각해서	0.0	0.8	
계	44	239	

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1

〈표 7-25〉 어린이집 만족도

(단위: 명, %)

영역		상위 인프라	하위 인프라	χ^2
집에서 어린이집까지의 거리	만족	95.5	92.1	0.627
	불만족	4.5	7.9	
운영시간	만족	95.5	91.2	0.895
	불만족	4.5	8.8	
입소하기까지의 대기기간	만족	59.1	72.8	3.371+
	불만족	40.9	27.2	
주변환경의 안전성	만족	84.1	88.3	0.603
	불만족	15.9	11.7	
보육교사의 전문성	만족	88.6	90.8	0.201
	불만족	11.4	9.2	
계		44	239	-

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1

시설이용에 따른 만족도를 분석한 결과, 대기기간에 따른 만족도 차이만 유의할 뿐, 거리, 운영시간, 주변 환경의 안전성, 보육교사의 전문성에 대한 지역 간의 유의한 차이는 없는 것으로 조사되었다(표 7-25 참조).

어린이집 입소 대기 시간 및 하루 이용시간을 분석한 결과 입소대기시간은 지역 간의 유의한 차이가 있는 반면 이용시간은 유의한 차이가 없는 것으로 조사되었다. 입소대기기간의 경우 상위 인프라 지역이 평균 2.64개월로 하위 인프라 지역의 입소대기기간 2.87개월보다 다소 짧은 것으로 나타났으나 앞서 분석된 내용을 살펴보면, 입소대기 기간에 대한 만족도는 상위 인프라 지역이 낮은 것으로 나타났다. 이는 지역 특성에 따라 수요자의 욕구가 다르기 때문인 것으로 판단된다. 평균적으로 입소대기기간은 3개월 이내로 조사되었다.

〈표 7-26〉 어린이집 입소 대기시간 및 어린이집 하루평균 이용시간

(단위: 횟수, 명)

영역	상위 인프라			하위 인프라			T값
	빈도	평균	표준편차	빈도	평균	표준편차	
입소 대기시간	44	2.64	0.650	239	2.87	0.687	-2.131*
하루 평균 이용시간	44	6.95	1.738	239	7.25	1.626	-1.100

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1

양육 시 필요한 서비스에 대해서 분석한 결과 지역 간의 유의한 차이가 있는 것으로 조사되었다. 상위 인프라 지역의 경우 시간제 보육서비스에 대한 욕구가 매우 높은 반면, 하위 인프라 지역의 경우 영유아플라자 및 문화센터 프로그램에 대한 욕구와 육아종합에 대한 욕구가 높게 조사되었다.

〈표 7-27〉 양육 시 필요한 서비스(어린이집 이용 아동)

(단위: 명, %)

영역	상위 인프라	하위 인프라	χ^2
육아 정보 제공, 육아 관련 프로그램	25.0	32.6	23.310***
장난감, 어린이 도서대여 등의 어린이 도서관	18.2	20.9	
시간제 보육 서비스 시설	52.3	20.5	
영유아플라자/문화센터와 같이 아이와 엄마가 함께 할 수 있는 프로그램	2.3	20.5	
지역 내 엄마들과 육아정보를 공유할 수 있는 오프라인 정보 나눔터	2.3	5.4	
계	44	239	

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, + $p < .1$

자녀연령별로 서비스 요구도에 대한 차이를 분석한 결과, 지역간의 유의한 차이가 없는 것으로 조사되었다. 전체적으로 1세의 경우 육아정보에 대한 요구도가 높은 것으로 조사되었다.

〈표 7-28〉 자녀 연령별 양육 시 필요한 서비스(어린이집 이용 아동)

(단위: 명, %)

영역	1세		2세	
	상위	하위	상위	하위
육아 정보 제공, 육아 관련 프로그램	41.7	31.1	18.8	33.9
장난감, 어린이 도서대여 등의 어린이 도서관	25.0	17.0	15.6	23.6
시간제 보육 서비스 시설	25.0	28.3	62.5	15.0
영유아플라자/문화센터와 같이 아이와 엄마가 함께 할 수 있는 프로그램	8.3	19.8	0.0	20.5
지역 내 엄마들과 육아정보를 공유할 수 있는 오프라인 정보 나눔터	0.0	3.8	3.1	7.1
계	12	106	32	127
χ^2	na		2.018	

주: na의 경우 표본수의 제한으로 카이분석이 불가능한 경우임.

모의 취업여부별로 서비스 요구도에 대한 차이를 분석한 결과, 취업모의 경우에만 지역 간의 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 취업모의 경우 상위 인프라 지역의 시간제 보육에 대한 요구도가 매우 높게 조사되었으며 하위 인프라 지역의 경우 육아정보와 장난감 및 도서대여 서비스, 영유아 플라자 및 문화센터에 대한 요구도가 높게 나타났다.

〈표 7-29〉 모의 취업여부별 양육 시 필요한 서비스(어린이집 이용 아동)

(단위: 명, %)

영역	취업		비취업	
	상위	하위	상위	하위
육아 정보 제공, 육아 관련 프로그램	24.2	37.8	27.3	24.2
장난감, 어린이 도서대여 등의 어린이 도서관	9.1	21.6	45.5	19.8
시간제 보육 서비스 시설	60.6	20.3	27.3	20.9
영유아플라자/문화센터와 같이 아이와 엄마가 함께 할 수 있는 프로그램	3.0	15.5	0.0	28.6
지역 내 엄마들과 육아정보를 공유할 수 있는 오프라인 정보 나눔터	3.0	4.7	0.0	6.6
계	33	148	11	91
χ^2	22.855***		na	

주: na의 경우 표본수의 제한으로 카이분석이 불가능한 경우임

***p<.001, **p<.01, *p<.05, +p<.1

3. 가정양육 지원 서비스 이용 현황

가정양육을 하고 있는 사례를 대상으로 가정양육의 이유를 조사한 결과, 아이의 성장 발달상 가정양육을 선택한 비율이 가장 높게 조사되었으며 다음으로 밋고 맡길만한 어린이집이 근처에 없기 때문인 것으로 조사되었다. 다만, 하위 인프라 지역의 경우 양육수당을 받기 위해서 가정양육을 선택한 비율이 두 번째로 높게 조사되었다.

〈표 7-30〉 가정에서 양육하는 이유

(단위: 명, %)

영역	상위 인프라	하위 인프라
아이의 성장 발달상	83.6	73.3
믿고 맡길만한 어린이집이 근처에 없어서	8.2	10.4
다른 사설교육기관을 이용하고 싶어서(놀이학교 등)	0.0	0.7
가정양육수당을 받는 것을 위해서	4.1	13.0
조부모가 돌봐줄 수 있어서	4.1	1.1
아이가 어려서	0.0	1.5
계	73	270

현재 가정양육 중이지만 향후 이용을 고려하여 대기신청을 해 놓은 어린이집이 있는지에 대한 조사결과 지역별로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 하위 인프라 지역의 경우 대기신청을 해놓았다는 비율이 상대적으로 높게 조사되었다. 이는 상위 인프라 지역의 어린이집 공급이 상대적으로 충분하기 때문인 것으로 판단된다.

〈표 7-31〉 대기 어린이집 유무

(단위: 명, %)

영역	상위 인프라	하위 인프라	χ^2
있음	21.9	48.5	16.603***
없음	78.1	51.5	
계	73	270	

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, + $p < .1$

양육 시에 필요한 서비스에 대해서 분석한 결과 어린이집 이용 가구의 경우 지역 간의 차이가 있었던 반면, 가정양육가구의 경우 지역간의 차이가 없는 것으로 조사되었다. 전반적으로 육아정보에 대한 요구도가 매우 높게 조사되었으며 뒤이어 시간제 보육 서비스 시설에 대한 수요가 높게 나타났다.

〈표 7-32〉 양육 시 필요한 서비스(가정양육 아동)

(단위: 명, %)

영역	상위 인프라	하위 인프라	χ^2
육아정보 제공, 육아 관련 프로그램	34.2	35.9	4.341
장난감, 어린이 도서대여 등의 어린이 도서관	21.9	17.8	
시간제 보육 서비스 시설	28.8	21.5	
영유아플라자/문화센터와 같이 아이와 엄마가 함께 할 수 있는 프로그램	11.0	18.9	
지역 내 엄마들과 육아정보를 공유할 수 있는 오프라인 정보 나눔터	4.1	5.9	
계	73	270	

4. 소결

인프라의 규모에 따라 구분된 상위인프라 지역과 하위인프라 지역의 영아기 양육과 관련된 시설을 이용하고 있는 이용자의 인식과 행태에 있어서 공통점과 차이점을 동시에 찾아볼 수 있었다. 우선, 어린이집을 이용하고 있는 이유에 관해 상위인프라 지역과 하위인프라 지역 간의 유의한 차이는 발견되지 않았다. 즉, 부모의 입장에서 취업 등으로 인해 아이를 돌볼 수 없는 이유와 아이의 입장에서 아이의 전인적 발달을 위해서라는 이유가 공통적으로 많이 지적되었다. 이처럼 비슷한 이유로 어린이집

에 대한 욕구가 있는데도 불구하고 하위인프라 지역에 거주하는 경우는 이용할 인프라가 부족하다는 인식이 높고 실제로 부족하여 어린이집 입소 대기신청을 하고 있는 비율도 높은 반면, 상위인프라 지역에 거주하는 경우는 특히 국공립 어린이집 공급의 충분성을 높게 인식하고 있었고 실제로 국공립 어린이집의 이용률도 높게 나타나 지역 간의 대조를 보인다. 즉, 하위인프라 지역에 거주하는 경우는 실제로 인프라의 부족에 대한 불편을 겪고 있다는 것을 알 수 있다. 특히 하위인프라 지역에 거주하는 경우는 육아정보에 대한 욕구, 장난감 및 도서대여 서비스에 대한 욕구, 영유아 플라자 및 문화센터에 대한 욕구도 높게 나타나 부족한 어린이집 외에도 양육을 지원하는 인프라에 대한 미충족 욕구(unmet need)가 표출되었다고 할 수 있다. 한편, 가정 양육을 하고 있는 경우에는 거주 지역과 상관없이 육아정보와 시간제 보육 서비스에 대한 필요가 표출되었다. 따라서 지역과 상관없이 기본적으로 인프라에 대한 욕구는 같다. 이러한 점에서 인프라의 공급에 있어서 지역 간의 격차를 줄이기 위한 노력이 필요하다고 할 수 있다.

제4절 인프라 이용경험: 초점집단면접(FGI) 결과

본 절에서는 수요자 대비 인프라 수에 따라 분류한 결과를 바탕으로 서울 및 수도권, 광역시를 제외하고 선정한 3개 지역의 만 0~2세 자녀를 둔 여성을 대상으로 이루어진 간담회 결과를 기술하고자 한다.

1. 조사대상

임신·출산 및 영아기 양육지원 인프라 이용자 조사는 직접조사의 한계상 수도권 지역으로만 조사되어, 수도권 외의 하위 인프라 지역 3개 지역을 추가로 선정하여 심층 면접을 통해 양적조사 결과가 포괄하지 못하는 내용을 추가적으로 포함하고자 초점집단면접조사(FGI)를 실시하였다. 지역 선정에 위해 양적 조사와 동일하게 임신·출산 인프라는 0세 인구 대비 산부인과(종합병원, 병·의원)비율, 영아기 양육 인프라는 0~2세 인구대비 전체 어린이집비율을 3분위로 나누어 살펴보았다. 본 조사 대상으로 선정된 지역은 조사대상자들의 요청에 의해 A, B, C 지역으로 명명하였다.

선정된 지역을 지역별 현황을 살펴보면, 임신·출산 인프라의 상위이면서 영아기 양육 인프라 상위인 지역은 산부인과병원이 3개소, 어린이집 161개소였고, 임신·출산 인프라의 상위이면서 영아기 양육 인프라 하위인 지역은 산부인과병원이 4개소, 어린이집이 39개소, 임신·출산 인프라의 하위이면서 영아기 양육 인프라 하위인 지역은 산부인과가 5개소, 어린이집이 267개소인 것으로 나타났다.

〈표 7-33〉 조사지역의 사군구별 임신출산 인프라 현황

지역	임신·출산 인프라	영아기 양육 인프라	산부인과병원	어린이집	0~2세
A지역	하	상	3	161	5,707
B지역	상	하	4	39	1,585
C지역	하	하	5	267	8,792

면담참여자의 특성을 살펴보면, 연령은 26세부터 40세까지 있는 것으로 나타났고, 자녀연령은 만 0세에서 2세까지 있는 것으로 나타났다.

출산 지역은 분만 산부인과가 없는 B지역을 제외하고, A지역과 C지역의 경우는 모두 거주하는 시·군·구에서 출산하거나 타 지역에서 출산을 한 참여자가 모두 포함되었다. A지역의 임신·출산 인프라의 이용경험을 살펴보면, 참여자 1명을 제외하고 모두 본인이 원래 다니는 산부인과를 임신 중과 분만 시에 이용한 것으로 나타났다. 동일 시·군·구 내에서 출산한 사유로는 ‘지역의 유일한 의료기관이어서’ 혹은 ‘지역 내 2개의 산부인과 중 그나마 나아서’라고 응답하여 선택의 폭이 넓지 않음을 표출하였다. B지역은 임신·출산 인프라가 해당 인구수 대비 비교적 많은 곳으로 나타났으나, 실제 분만 산부인과가 없어 면접 참여자 모두 타 시·군에서 출산한 것으로 나타났다. C지역은 면접 참여자 모두 해당 지역의 보건소와 산부인과 병원을 이용한 것으로 나타났다. 타 지역에서 출산한 참여자의 출산 사유로는 ‘서비스의 질이 좋다고 들어서’인 것으로 나타났고, 동일 지역 내에서 출산한 사유로는 ‘거리가 가까워서’거나 혹은 ‘교통이 편리해서’인 것으로 나타났다. 동일 시·군·구 내에 위치한 분만 기관을 선택한 가장 큰 요인은 ‘접근성’이었고, 타 시·군·구의 분만 기관을 선택한 이유는 ‘서비스의 질’이었다.

양육행태를 살펴보면, 가정양육을 하거나 어린이집을 보내는 양육행태가 모두 발견되었다. A지역 참여자의 어린이집을 이용하는 사유로는 ‘또래 친구를 만들어 주기 위해서’가 가장 큰 것으로 나타났고, 가정양육을 하는 이유로는 ‘아이의 발달상 가정양육을 하는 것이 좋을 것 같아서’라고 응답 하였다. B지역의 경우, 가정양육을 하는 참여자 2명은 문화센터를 이용하는 것으로 나타났다. C지역의 어린이집 이용 참여자 중에서 모가 취업중인 경우 ‘근로 등으로 인해 아이를 돌볼 수 없어서’라고 응답했

고, 이외 참여자는 ‘아이의 전인적 발달을 위해서’라고 응답하였다. 특히 C지역의 경우 온라인 정보망이 확산되어 인프라 이용 정보를 잘 활용하고 있었다.

〈표 7-34〉 면담 참여자 특성

지역	연번	모 연령	자녀연령	출산지역	양육행태	취업여부
A 지역	1	34세	만1세	거주지역	어린이집	비취업
	2	40세	만1세	타지역	어린이집	비취업
	3	34세	만1세	거주지역	가정양육	비취업
	4	39세	만1세	타지역	어린이집	취업
	5	35세	만1세	거주지역	가정양육	비취업
B 지역	6	33세	만1세	타지역	가정양육	취업
	7	30세	만0세	타지역	가정양육	비취업
	8	26세	만0세	타지역	가정양육(대기)	비취업
	9	34세	만0세	타지역	어린이집	비취업
C 지역	10	29세	만2세	타지역	어린이집	취업
	11	29세	만2세	타지역	어린이집	비취업
	12	29세	만0세	거주지역	가정양육	비취업
	13	29세	만2세	거주지역	어린이집	비취업

2. A 지역

해당 지역의 산부인과는 2개로 파악되었는데 이 중 하나는 5-6년 전 산모와 아이가 사망하는 사고로 인하여 임신부들이 꺼리고 있는 실정이라고 하였다. 산부인과의 수가 적기 때문에 병원이 매우 붐비고 대기 시간이 매우 길다는 단점이 있고 해당 산부인과들은 인큐베이터를 구비하지 않아 출산에 있어서 위험요소(risk)가 있는 경우 다른 큰 병원에 가도

록 유도하고 있는데 해당 지역의 종합병원에는 산부인과가 없기 때문에, 인근 시에서 출산하기도 한다고 하였다. 또한 이 지역에서는 많은 경우 의사가 제왕 절개를 권하고 있고 의사의 시간 소모 없이 낳자를 정하여 분만하는 경향이 있다고 하였다. 산후조리원의 경우도 해당 지역에 2개소가 존재하는데 입소를 위해서 반 년 전에는 예약을 해야 한다고 하였다. 이에 따라 산후 도우미 서비스를 이용하기도 하는데 산후 도우미 서비스도 인프라가 풍부하지 않아 이용하기가 힘든 상황이라고 하였다. 또한, 소아청소년과도 매우 부족한 상황이고 더 나아가 야간 응급 상황의 발생 시에 갈 수 있는 야간 응급 진료 병원이 부재하기 때문에 인근 시에 위치한 병원을 이용한다고 하였다.

관련하여 개선 사항에 대해 언급하였는데, 우선 보건소에서 산부인과 진료를 했으면 좋겠다는 의견이 있었다. 그러나 한 편으로는 보건소에 있는 의사는 비숙련된 것 같다고 하면서 다른 대안이 있었으면 좋겠다는 의견을 보였다. 또한, 보건소에서 철분, 엽산 등을 제공하는 시간이 정해져 있는데 이로 인해 불편함을 느낀다고 하였다.

양육 인프라에 있어서는 우선 어린이집의 공급이 적기 때문에 신청하고 기본적으로 대기를 6개월 이상 해야 하며 어린이집의 입학 추첨일이 동일한 곳이 많아 남편이 휴가를 내고 참여하거나 할머니, 할아버지까지 동원하여 참석하는 경우도 있다고 하였다. 대부분의 어린이집은 오후 3시~3시 반 정도에 문을 닫기 때문에 늦게까지 문을 여는 어린이집이 부족하며 추가적으로 긴급할 경우 이용할 수 있는 시간제 보육도 부족하여 급한 일이 생겼을 경우에 이용할 수 있는 양육 인프라가 없어서 불편하다는 의견을 주었다. 유치원의 경우는 대부분이 운동장이 없어서 학교 병설 유치원에 보내려 하는 경향이 있다고 하였다.

또한 해당 지역에는 어린이집을 대체할 수 있는 시설도 부족하여 개별

적인 모임을 많이 하고 있는데 엄마들 7명 정도가 모이면 하나의 모임으로서 시에서 지원을 해 주는 프로그램을 활용하고 있다고 하였다. 결국, 어린이집의 수가 부족하여 인근 세 개의 시 지역으로 이사 가는 경우가 많다고 하였다.

3. B 지역

해당 지역에는 분만 산부인과가 없으며, 일반 산부인과의 경우에도 만족도가 낮은 것으로 나타났는데, 그 이유는 우선 의료진이 매우 고령이며, 최신 진료설비 등이 부족하고 시설이 낙후되어 있어 진료에 대한 신뢰도가 낮고 진료비도 높다는 것이다. 실제로 기왕력, 조기 진통 등의 증상들이 있을 경우에 산부인과에서 보다 전문적인 병원으로 가라고만 할 뿐 별다른 조치가 없었다고 하였다. 이로 인해 심층면접자 4명 중 2명은 임신 중 산전진찰과 출산을 위하여 인근 시의 의료기관을 이용하였으며 다른 2명은 친정부모님이 계신 지역으로 가서 출산을 한 것으로 나타났다. 즉, 이 지역에 거주하는 대부분의 산모는 산전진찰 및 출산을 위해서 차로 40~50분부터 1시간 30분 정도 소요되는 인근에 위치한 3개 시의 의료기관을 이용하고 있는 것으로 나타났다. 따라서 인근지역의 의료기관 이용 시 가장 큰 불편사항은 거리가 멀다는 데에 있었다.

양육 인프라에 있어서는 시립어린이집이 1개소가 있으나, 해당 시설에 대한 선호도가 그리 높지 않은 것으로 나타났다. 시립시설임에도 불구하고 선생님의 연령대(40대)가 높아서 부모님들이 선호하지 않는 것으로 나타났다. 문화센터의 경우 대형마트에서 운영하고 있는 1개의 시설이 있으나, 프로그램이 매우 제한적이고, 개설된 프로그램도 프로그램의 내용과 강사진들에 대한 부모들의 만족도가 낮아 폐강이 되는 사례들이 있다고

하였다. 오감발달과 같은 일부 프로그램의 경우 프로그램 평도 좋고 신청자도 많아서 원활히 운영되는 반면 그렇지 못한 프로그램들이 있다고 하였다. 따라서 문화센터에서 제공되는 프로그램이 매우 제한적이라고 볼 수 있다. 또한 해당 시설은 주변의 타 시·군·구 주민들도 함께 이용하여 더욱 공급에 대비하여 이용자가 많아 더욱 불편함을 겪고 있다고 하였다. 특히, 이들은 영유아교육에 대한 인프라가 너무 적어 이를 필요로 하고 있었다. 방문교사를 통한 다양한 교육을 받고자 하나 공급이 너무 제한적이며 예체능의 경우에는 거의 방문교사를 찾을 수 없다는 어려운 점을 제기하였다.

4. C 지역

해당 지역에는 2개의 산부인과가 존재한다고 하였다. 두 곳 모두 시설이 낙후되었고 불친절하며 서비스의 질이 낮다고 하였다. 또한 몇 해 전까지는 두 산부인과 모두 여자 의사가 없어서 불편했는데 최근에 두 산부인과 중 한 곳에 여자 의사가 진료를 보게 되어 그 곳으로 사람들이 몰리고 있다고 하였다. 많은 사람들은 인근 시의 전문병원에서 임신 중 산전진찰을 받고 분만을 하고 있는 실정이라고 하였다. 그러나 인근 시의 전문병원의 경우는 1시간부터 3시간까지의 대기 시간이 있고 진료비용이 높다는 단점이 있다고 하였다. 또한, 인근 시로 가는 대중교통이 불편하고 시간이 오래 걸리기 때문에 자차로 이동해야 한다고 하였다.

소아청소년과의 경우도 해당 지역에서 야간 응급 진료를 보는 곳이 없기 때문에 자녀가 아플 경우에 남편이 퇴근하기를 기다렸다가 남편이 운전해서 인근 2개의 시에 위치한 전문 병원을 이용하고 있다고 하였다. 이들은 모두 병원 인프라가 적어 선택권이 없는 것을 가장 큰 불만 사항으

로 표출하였다.

양육 인프라에 있어서는 기본적으로 다양한 양육 및 보육 시설이 없다는 것을 가장 큰 문제로 꼽았다. 도로 사정이 좋지 않아서 유모차를 끌고 다니는 것조차 힘들다고 하였고 모든 시설에는 자가 운전을 해서 가야하기 때문에 많은 엄마들이 인터넷 맘 카페 등을 통해 그룹을 형성하고 이 들끼리 가정에서 돌아가면서 함께 육아를 하고 있다고 하였다. 어린이집 자체도 많지 않고 걸어서 갈 수 있는 어린이집은 더더욱 부족하다고 하였다. 따라서 시간제 보육, 일시보육과 같은 서비스는 찾을 수 없다고 하였다. 기타 문화센터는 대형 마트를 중심으로 그 안에 위치하고 있는데 이용하기 위한 경쟁률이 너무 높기 때문에 이용 시도조차 하고 있지 않다고 하였다. 이들의 가장 큰 요구 사항은 공원, 어린이 도서관 등 도보로 이용이 가능한 육아 지원 시설이 인근에 필요하다는 것이었다.

이에 따라 이들이 제안한 개선 사항은 서비스의 질이 높고 비용이 저렴한 임신 및 출산을 위한 의료기관이 생기거나 근처 시의 전문 병원까지 가는 대중교통이 증설되었으면 좋겠다는 것과 도보로 갈 수 있는 공원을 만들고 유모차로 다닐 수 있도록 도로 공사를 해주고 시에서 제공하는 많은 양육 지원 프로그램이 신설 및 증설되며 아동 장남감 대여소나 분점 등이 운영되었으면 좋겠다는 것이었다.

5. 소결

간담회 참여자들은 임신·출산 관련 보건의료 인프라나 영아기 양육 지원 인프라에 있어서 다른 지역보다 상대적으로 인프라가 필요한 수요 대비 공급이 적은 곳에 거주하고 있다. 비록 A지역과 B의 경우는 임신·출산 관련 보건의료 인프라나 영아기 양육 지원 인프라 중 한 부류의 인프라는

많은 지역임에도 불구하고 도시 지역이 아니기 때문에 수요 대비 공급은 적지 않으나 절대적인 인프라의 수가 작아 참여한 모든 여성들이 해당 지역에 인프라가 부족하다고 느끼고 있다. 또한 간담회 참여자들은 공통적으로 공급되는 서비스의 질에 대한 불만이 많았다. 불친절하고 시설이 낙후되고 의료진이 나이가 많거나 남자 의사만 있거나 하는 등 서비스 질의 문제를 가장 많이 언급하였다. 양육 인프라의 절대 수 자체가 적다는 것도 문제였으나 급할 때 맡길 수 있는 일시보육이나 시간제 보육 등 다양한 보육 서비스가 제공되지 않는 것이 문제점으로 지적되었다. 이는 ‘수요 대비 공급’이라는 시장의 원리도 중요하나 공급이 제한적일 경우 나타나는 서비스 질의 저하를 고려할 때, 기본적으로 서비스의 질을 선택할 수 있는 여지가 있는 적정 수의 의료시설 및 양육 지원 시설이 필요하다는 것을 시사한다.

공통적으로 전체 임신·출산 관련 보건의료 인프라 및 영아기 양육 지원 인프라가 동일 시·군·구내에 많지 않기 때문에 인접한 시 지역에 위치한 인프라를 이용하는 경향을 보인다. 따라서 인프라를 확대할 때 동일 시·군·구로 지역을 구분하여 한정하기보다는 이용할 수 있는 동선을 파악하여 인접 시·군·구까지 포괄하여 고려하여 균등하게 분포시킬 필요가 있다. 무엇보다 인접 시·군·구까지 이동이 편리하도록 도로 및 대중교통 등 기반이 되는 인프라가 우선적으로 구축되어야 할 필요성이 있음을 알 수 있다.

제 8 장

결론 및 정책제언

제1절 결론

제2절 정책 제언

제1절 결론

본 연구는 임신 및 출산 시기부터 영아기(0~2세)에 속하는 인구를 대상으로 하는 출산과 양육을 지원하는 시설과 서비스로 대표되는 인프라의 현황을 살펴보고, 통계 분석, 공간계량분석, 시설 및 서비스 이용자 설문 조사 및 핵심집단인터뷰(Focus Group Interview) 분석을 통해 형평성에 관해 논하여 사회 통합적 관점에서 바람직한 출산·양육의 공적 지원 체계를 구축하는데 이바지하고자 하였다.

우리나라의 임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라는 저출산 현상과 함께 전반적으로 그 규모가 축소되고 있는 실정이다. 우리나라의 출생아 1,000명 당 산부인과 전문의 수는 OECD 28개국의 평균인 12.93명보다 약 1.14명이 적은 11.79명이다. 반면, 모성사망비는 지속적으로 증가하고 있는데, 이는 OECD 대부분의 국가들과 비교했을 때도 높은 수치이다. 또한, 수요의 측면에서 저출산과 함께 발생하는 인구 전반의 고령화는 임신 및 출산의 측면에서 고령의 가임여성의 증가와 그 맥락을 같이 한다. 실제로 수요의 측면에서 만 20세 미만 산모, 고령산모(만 35세 이상의 산모), 조산(재태주수 37주 미만)한 산모, 다태아를 출산한 산모 등 고위험 산모는 전체산모의 약 27%로 이에 대비한 인프라가 필요하다(통계청, 2012). 이 중 고령산모와 다태아 출산 산모는 만혼 및 난임의 증가로 인해 향후에도 증가할 가능성이 크기 때문에 더욱 이를 대비한 보건의료 인프라가 필요하다. 그럼에도 불구하고 산모 및 신생아 집중치료실 혹

은 고위험 산모 및 신생아 중환자 통합치료센터와 같은 종합적이며 특화된 시설이 현재 거의 없는 상황임을 감안할 때 전체적으로 분만 가능한 인프라는 부족하다고 볼 수 있다.

본 연구에서는 이러한 임신 및 출산을 지원하는 보건 의료 인프라의 형평성을 접근도(accessibility), 이용도(utilization), 이용의 적합도(Adequacy of utilization), 이용의 결과(outcomes)의 측면에서 살펴 보았다. 우선 접근도에 대한 분석 결과 시·도별 임신 및 출산을 지원하는 보건 의료 인프라의 분포에 있어서 지역별 격차가 발견되었다. 전반적인 추세는 수요에 맞추어 공급이 이루어지고 있으나, 반드시 출생아 수가 많은 지역에 해당 인프라가 많다고 볼 수는 없다는 점에서 격차는 시작된다. 구체적으로 시·도별 가임기 여성인구를 기준으로 산부인과 개설행원 수의 분포를 분석한 결과, 가임기 여성인구와 산부인과 개설행원의 뚜렷한 경향성이 나타나 일반적으로 주장되는 수요·공급 원리, 즉 시장의 경향성이 반영되었다고 볼 수 있다. 그러나 인프라의 질적 수준에 있어서 산부인과 병원, 종합병원 혹은 전문병원에 산부인과가 개설된 병원은 ‘도’지역보다는 ‘시’지역에 편중되어 있는 경향을 보인다. 즉, ‘시’지역의 경우는 산부인과 병원, 종합병원 혹은 전문병원에 산부인과가 개설된 병원이 ‘도’지역보다 많은 반면, 보건소, 보건지소, 보건진료소의 경우는 ‘시’지역 보다 ‘도’지역에 많이 있어 명백한 지역별 차이를 보였다. 더욱이 전문 병원의 경우는 6개 시·도에만 1~5개소가 운영되고 있는 실정이다.

공간계량분석을 통해서도 유사한 결과를 도출할 수 있었다. 즉, 의원급보다는 상급종합병원, 종합병원, 병원의 경우 시·군·구 단위의 분포의 불균형이 상대적으로 크게 나타나고 있음을 알 수 있다. 특히 상급종합병원의 경우 수도권에 주로 밀집되어 있으며, 종합병원과 병원의 경우 수도권

과 부산 지역에 군집이 형성된 것으로 분석되었다. 이는 일반진료이외에 필요한 상급진료 서비스 접근성에 상당한 지역적 차이가 나타날 수 있음을 암시하고 있다. 실제로 산부인과 응급의료시설의 접근성에서도 상당한 차이가 나타났다. 분석 결과, 각 지역별로 평균 이동거리의 차이가 상당히 크게 나타났는데, 특히 군지역에서 그 차이가 크게 나타나고 있어 군 지역 거주자의 경우 산부인과 응급의료시설에 대해 비교적 상당한 접근성의 어려움이 있는 것으로 나타났다. 반면, 보건소, 보건지소, 보건 진료소를 포함한 공공보건시설의 경우는 산부인과 개설 병원과 비교했을 때 고르게 분포되어 있었다.

접근도에 대한 분석 결과를 요약하면 임신·출산 보건의료 인프라의 양적인 공급은 전반적으로 수요의 규모에 따라 이루어지고 있다고 볼 수 있다. 그러나 간과하지 말아야 할 점은 공공보건시설 중 위계가 낮은 기관이 농어촌지역의 소단위 수요에 대응하고 있고 잠재적으로 응급의료가 필요한 임신·출산 인프라의 경우 도시와 비도시, 농어촌간 격차가 상당히 발생하고 있다는 점이다. 따라서 전체적인 수요뿐만 아니라 세분화된 수요(잠재적 위험 산모)를 고려해서 질적인 측면에서도 형평성 있는 인프라의 분배가 이루어져야 할 것이다. 물론 효율성 측면에서 응급의료기관의 무분별한 확충 역시 경계되어야 할 것이나, 적어도 응급의료기관까지의 접근성은 누구에게나 확보되어야 할 것이라고 사료된다.

실제적 이용도(utilization)의 경우는 2012년 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」와 「한국의료패널 조사」를 활용하여 지역뿐만 아니라 연령, 학력, 소득에 따른 이용의 차이를 분석하였다. 임신·출산 보건의료 인프라 중에서 종합병원의 경우는 경향성이 나타났는데, 사회경제적 수준이 높을수록 종합병원을 이용하는 확률이 높아 졌다. 학력이 높을수록 종합병원을 이용하는 비중이 높아지고, 소득이 높을수록 종합병원

에서 분만하는 경향이 높게 나타났다. 모연령에 있어서는 모의 연령이 35세 이상일수록 종합병원에서의 분만 비율이 높은 것을 볼 수 있는데, 이는 고령 출산의 위험에 대한 대응으로 해석될 수 있다. 한편, 병원과 의원을 구분하여 지역별로 살펴보면, 대부분의 지역에서 병원에서 분만한 비율이 가장 큰 반면, 강원도와 제주도는 의원의 비율이 가장 큰 것으로 나타나고 있다.

임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라의 형평성을 이용의 적합도(adequacy of utilization) 측면에서 2012년 「전국 출산력 및 가족 보건·복지실태조사」를 활용하여 임신 기간 동안 의료 인프라를 적절하게 이용했는지에 대한 지역별, 연령별, 학력별, 소득별로 분석한 결과, 소득에 따른 차이가 비교적 크게 나타났는데 대체로 소득이 증가할수록 적합한 산전관리를 하고 있음을 알 수 있다.

임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라의 형평성을 이용의 결과(outcomes)의 측면에서 저체중아 출산(출생체중 2,500g 미만의 출생) 및 조산(재태주수 37주 미만의 출산)이라는 출산 결과를 분석한 결과를 요약하면 다음과 같다. 우선 전체 출산 대비 저체중아 출산의 비율을 지역별로 살펴보면, 대부분 5% 내외의 저체중아 발생률을 보이고 있으나, 강원도(12.5%)와 제주도(0.8%)는 상대적으로 높은 비율을 보이고 있어 지역별 차이를 나타냈다. 특히, 제주도의 경우는 지역별 전체 출산 대비 조산의 비율에 있어서 다른 지역이 대체로 1.8%~7% 정도인 것과 대조적으로 10.8%인 것으로 나타나 출산 결과에 있어서의 격차를 보였다. 한편, 이용의 적합도와 마찬가지로 출산 결과에 있어서도 모 연령에 따른 차이는 확연하게 구분이 되었는데, 만 35세 이상 고령 산모의 경우는 그렇지 않은 산모와 비교했을 때 2.0~4.1%pt 더 높은 저체중아 및 조산 발생률을 나타냈다.

실질적인 임신·출산 인프라의 이용 행태와 욕구를 살펴보기 위한 이용자 조사는 임신 기간 중 산전 진찰을 위해 이용한 의료기관과 분만을 위해 이용한 의료기관을 중심으로 조사되었다. 지역, 모연령, 학력, 취업 여부, 가구 소득에 따른 격차가 있는지 분석한 결과, 지역에 따른 격차가 가장 크게 나타났다. 즉, 인구수 대비 인프라가 가장 많은 상위 인프라 지역에 거주하는 여성과 하위 인프라 지역에 거주하는 여성 간의 이용행태에 있어서 차이가 두드러지게 나타났다.

상위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 기호에 맞게 선택할 수 있는 의료기관이 집에서 가까운 곳에 위치하기 때문에 대체로 임신과 출산 기간 동안 집에 가까운 곳에 위치한 동일한 의료기관을 이용하는 행태가 발견된다. 반면, 하위 인프라 지역에 거주하는 여성들은 서비스 질이 좋은 근처 시·군·구에 위치한 산부인과를 임신 기간 산전 진찰을 받기위해 이용하고 분만 의료기관에 있어서는 단순히 근처의 시·군·구에 위치한 의료기관만을 이용하는 것이 아니라 타 시·도에 위치한 비교적 먼 의료기관을 이용하고 있음을 알 수 있다. 이에 따라 하위 인프라 지역에 거주하는 여성의 경우는 의료 기관까지의 거리가 멀어 이용시간이 제한되고 비용 부담이 큰 것이 가장 불편한 점으로 나타났다. 이러한 조사결과는 초점집단면접(FGI)의 결과와도 일치하였다.

종합해 보면, 임신 및 출산을 지원하는 보건 의료 인프라의 형평성을 접근도(accessibility), 이용도(utilization), 이용의 적합도(Adequacy of utilization), 이용의 결과(outcomes), 이용 행태, 인프라에 대한 욕구는 측면을 포함하여 분석한 결과는 동일한 시사점을 주고 있다. 우선 접근도와 이용도, 그리고 이용의 결과에 있어서의 상관성(association)을 발견할 수 있다. 즉, 병원의 수가 적고 전문 병원도 없는 강원도와 제주도의 경우 다른 지역에 비해 의원에서의 분만 비율이 높게 나타났는데 이러

한 접근도와 이용도에서의 차이는 이용 결과인 출산결과에서의 차이로 이어져서 저체중아 출산에 있어서 강원도와 제주도에서 상대적으로 높은 비율을 보였고, 조산에 있어서는 제주도에서 높은 비율을 보였다.

이용자 조사 결과 시·군·구에 가장 필요한 임신과 출산을 지원하는 의료 시설에 대한 질문에 지역과 관계없이 대부분의 여성들이 여성 전문 병원을 가장 필요한 시설이라고 응답하여 질 높고 전문적인 서비스를 향한 공통적인 욕구를 발견할 수 있었다. 특히, 종합병원이 부족한 하위 인프라 지역의 경우는 추가적으로 종합병원에 대한 필요 역시 상위 인프라 지역보다 약 10% 더 많게 나타났다. 그러므로 임신·출산 보건의료 인프라의 양적인 측면에서 형평성 있는 확대도 중요하나 제공되는 서비스의 질에 있어서도 형평한 분배가 이루어져야 함을 시사한다.

이러한 임신·출산 보건의료 인프라의 형평성에 주는 함의는 영아기 양육을 지원하는 인프라의 형평성에서 도출되는 함의와 크게 다르지 않았다. 본 연구의 분석결과, 수요율에 바탕을 둔 이용률 측면에서 연령에 따른 차이가 발견되었다. 구체적으로, 만 0세의 경우 상당수의 지역이 미충족 수요(unmet need)가 있는 것으로 나타났으며, 미충족 수요율이 가장 높은 지역은 부산과 울산으로 나타났다. 만 1세의 경우 서울, 부산, 인천 지역만 미충족 수요가 있는 것으로 나타났으며 만 2세의 경우 서울, 세종, 부산, 인천 지역에 미충족 수요가 있는 것으로 조사되었다. 추가적으로, 만 0세~만 2세의 경우는 연령이 증가할수록 어린이집 이용을 선호하는 비율이 높게 나타나기 때문에 만 0세에서 만 2세가 될수록 미충족 수요율이 감소하는 것은 자연스러운 현상이다. 또한 부산의 경우는 전반적으로 어린이집 이용률이 낮은 반면, 정부지원 공동육아 나눔터 운영 센터의 참여인원이 가장 많은 것으로 나타났는데 이는 가정양육지원 인프라가 활성화됨에 따라 시설보육보다 가정양육이 증가함을 시사한다.

시설공급 현황을 살펴보면, 어린이집의 45%가 서울과 경기도에 집중되어 있으며 국공립 시설의 55%가 서울과 경기도에 집중되어 있는 것으로 조사되었다. 광주, 제주 지역의 경우 시설이용률이 전국평균 수요율보다 높고 정원 충족률은 낮은 상황으로 시설공급 과잉 우려도 제기된다. 어린이집, 육아지원센터, 건강가정지원센터의 시도 또는 시·군·구의 횡단면(cross section) 분포를 살펴볼 때, 국공립 어린이집의 경우 시·군·구 단위 보다 시도단위의 불균형이 상대적으로 높게 나타났다. 어린이집 규모를 살펴볼 때 민간 어린이집의 규모가 국공립에 비해서 큰 것으로 조사되었으며, 어린이집 당 평균원아수의 공간분포는 어린이집수 분석결과와 전혀 다른 군집을 형성하고 있는 것으로 나타났다. 즉, 어린이집 수와 규모의 분포를 함께 고려할 때 어린이집수가 많은 곳은 작은 규모의 어린이집이 몰려있을 가능성이 크다는 것으로 이해할 수 있다.

자치구 수 대비 육아종합지원센터 설치비율을 살펴보면 서울은 100% 설치되어 있으며, 경기도 지역은 21개소로 자치구의 67.7%가 설치되어 있는 것으로 조사되었다. 설치비율이 낮은 지역은 경북, 충북, 강원 등으로 상당수 지역이 매우 낮은 설치율을 보이고 있는 것으로 조사되었다. 접근성을 분석한 결과, 군지역의 최인접 육아종합지원센터까지의 평균거리는 36.3km로 현실적으로 군 지역에 시설을 이용하는데 상당한 제약요인이 될 것으로 판단되며, 특히 경북의 경우 그 거리가 50km를 상회하여 추가적인 시설의 공급이 고려되어야 할 필요가 있다. 건강가정지원센터의 경우 군 지역에서 최인접 센터까지의 평균 거리는 19.4 km로 조사되었으며 경북의 경우, 육아종합지원센터와 마찬가지로 군지역에서의 접근거리가 26.5km로 가장 긴 것으로 분석되었다.

양육지원 인프라의 상당부분이 집중되어 있는 수도권의 접근성을 분석한 결과, 두 지원센터 서비스영역에 모두 포함되는 지역은 서울시, 인천

시, 동두천시, 의정부시, 안산시, 수원시, 용인시 중심권역으로 분석되었다. 그 외 지역에서는 시설 간 분포와 서비스 영역에 다소 차이를 보이고 있으며, 이러한 차이가 기관의 이용자 접근성이 반영된 것인지 또는 시설 간 입지 특성에 다른 요인이 있는 것인지에 대한 추가적인 논의가 필요할 것으로 보인다. 두 지원센터의 서비스영역의 전체 서비스면적에서 중첩면적이 차지하는 비중을 경기북부지역과 경기남부지역을 비교하여 살펴보면, 육아종합센터의 경우 경기북부의 중첩비중이 19.6%로 경기남지역의 14.2%보다 높고 서비스 면적은 작아 상대적으로 서비스의 지역집중이 높은 것으로 나타났다. 반면 건강가정지원센터의 경우 중첩 서비스영역의 면적비중이 경기북부 8.8%, 경기남부 15.5%로 오히려 경기남부지역에 상대적으로 서비스 지역이 집중되고 있는 것으로 나타났다.

FGI 결과, 임신·출산 관련 보건의료 인프라나 영아기 양육 지원 인프라에 있어서 다른 지역보다 상대적으로 인프라가 필요한 수요 대비 공급이 적은 곳에 거주하고 있는 참여자들은 공통적으로 해당 지역에 인프라가 부족하다고 느끼고 있을 뿐만 아니라 제공되는 서비스의 질에 대한 불만이 많았다. 양육 인프라의 경우 규모가 작은 것뿐만 아니라 급할 때 맡길 수 있는 일시보육이나 시간제 보육 등 다양한 보육 서비스가 제공되지 않는 것이 문제점으로 지적되었다. 이는 ‘수요 대비 공급’이라는 시장의 원리도 중요하나 공급이 제한적일 경우 나타나는 서비스 질의 저하를 고려할 때, 기본적으로 서비스의 질을 선택할 수 있는 여지가 있는 적정 수준의 의료시설과 양육지원시설이 필요하다는 것을 시사한다.

제2절 정책 제언

본 절에서는 지금까지 살펴본 임신·출산 보건의료 인프라와 영아기 양육 인프라의 형평성에 대해 분석한 결과와 해외 사례 등을 토대로 종합적인 개선방안을 제언하고자 한다. 생애주기적 관점에서 우선 임신 및 출산을 위한 보건의료 인프라의 양적·질적 격차를 해소하기 위한 정책적 제언을 하고, 영아기 양육 인프라의 양적·질적 격차를 해소하기 위한 정책적 방안을 제시하고자 한다. 임신 및 출산을 위한 보건의료 인프라에 있어서는 거시적 관점에서 양적인 격차 해소와 질적인 격차를 해소하기 위한 방안을 제시하고, 세부적으로는 소득에 따른 격차, 지역에 따른 인프라의 질적인 격차를 해소하기 위한 방안을 제시하고자 한다. 영아기 양육 인프라에 있어서는 거시적 관점에서 다양한 인프라의 확충 방안과 지역사회와의 연계 방안을 먼저 제시한 후 세부적으로 지역에 따른 인프라의 질적인 격차를 해소하기 위한 방안을 제시하고자 한다. 마지막으로 임신·출산을 위한 보건의료 인프라와 영아기 양육 지원 인프라 간에 연계성 있는 서비스 제공의 필요에 관해 제언하고자 한다.

1. 임신·출산을 위한 인프라의 양적인 격차 해소

우선, 임신·출산을 지원하는 보건의료 인프라의 개선점에 있어서 가장 기본이 되는 것은 지역별 적절한 인프라의 분배일 것이다. 사실, 이를 위해 시장 원리에 의해 적절한 산부인과 의료 시설의 공급이 부족하게 되는 지역에 보건소, 보건지소, 보건진료소와 같은 공공보건기관이 위치하여 그 차이(gap)을 메워주고 있고, 그래도 부족한 지역에 임신·출산을 지원하는 인프라를 형성하기 위해 정부는 분만 취약지 지원 사업을 추진하고

있다. 분만 취약지 지원 사업의 기준은 앞서도 언급하였듯이 관내 분만을, 가임여성 인구비율, 그리고 60분 내 도달가능한 분만 산부인과의 유무이다. 즉, 기본적인 욕구의 충족이라는 점에서 이러한 분만 취약지 지원 사업은 반드시 필요한 사업이다. 이러한 점에서 임신 및 출산을 위한 인프라의 양적인 격차를 해소하기 위해 중앙정부와 지방정부는 노력하고 있다고 볼 수 있고, 따라서 비록 비판 의견도 많으나 기본적으로 현재 시행되고 있는 분만 취약지 지원 사업은 지속적으로 확대되어야 할 것이다.

2. 임신·출산을 위한 인프라의 질적인 격차 해소

본 연구의 분석 결과 가장 주목할 만 한 점은 대부분의 여성들이 임신 및 출산의 기간 동안 보다 전문성 있고 보다 질 높은 서비스를 받기를 원한다는 점이다. 이용자 조사 결과 시·군·구에 가장 필요한 임신과 출산을 지원하는 의료 시설에 대한 질문에 인프라의 규모에 따른 지역 구분과 관계없이 대부분의 여성들이 여성 전문 병원을 가장 필요한 시설이라고 응답하여 질 높고 전문적인 서비스를 향한 공통적인 욕구를 발견할 수 있었다. 따라서 이제는 단순히 서비스가 공평하게 가용하도록 하는 차원을 넘어 질 높은 서비스가 형평성 있게 분포되도록 하는 노력이 필요하다. 이를 위해 단순히 가임여성 수 및 출산 수만을 기준으로 인프라의 확대 정책을 수립할 것이 아니라 보다 전문적인 서비스가 필요할 수 있는 고령 산모 등을 고려하여 인프라를 확대할 필요가 있다고 할 수 있다. 더 나아가 임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라의 질 관리를 위한 모니터링 체계(monitoring system)를 구축해야 할 것이다. 민간 보건의료 시설은 시장 원리에 따라서 이윤을 추구하며 운영되는 것이 당연할 수 있으나 임신과 출산 과정에서 보건의료 인프라를 통해 제공되는 서비스는 필수적

이며 기본적으로 누려야하는 보건의료 서비스라는 점에서 적절한 모니터링 체계는 필요할 것으로 보인다.

3. 지역에 따른 임신·출산을 위한 인프라의 질적인 격차 해소

본 연구의 연구결과, 지역별 격차가 가장 크게 발견되었다. 지역별 인프라의 격차에 대한 대응책으로서 제4장에서 제시한 미국 알칸사스(Arkansas)주의 사례를 참고할 수 있다. 구체적으로, 농어촌에 위치한 임신·출산을 위한 보건의료 인프라의 질을 높이기 위해 주립 의과대학(The University of Arkansas for Medical Sciences)에서 농촌에서 제공되는 산부인과 의료 질을 높이기 위해 고안된 엔젤(Antenatal and Neonatal Guidelines, Education and Learning System: ANGEL)프로그램을 참고할 수 있겠다. 즉, 우리나라의 경우에도 대학 병원을 중심으로 농어촌의 열악한 의료 시설과 연계하여 담당 의료진을 대상으로 교육하고 훈련시키는 프로그램을 설계해 볼 수 있겠다.

더 나아가 미국 전역의 많은 병원 및 보건소에서 지역별 의료의 형평성을 증가시키기 위한 방법으로 가장 많이 사용되었고 실제로 출산 결과의 향상이라는 효과성 검증도 이루어진 원격의료(telemedicine)의 적절한 도입이 필요하다. 분만취약지역의 의사와 도시 전문의 간 통신을 가능하게 하여 이들 간의 협업을 통한 산모의 진찰은 접근도가 떨어지는 지역에 거주하며 전문적이고 질 높은 서비스를 원하는 산모의 만족도를 직접적으로 높일 것이다.

추가적으로 주산기의 의료 체계를 정비하고 응급 이송을 위한 촘촘한 망(network)의 구축이 필요하다. FGI 결과에서도 살펴볼 수 있었듯이 인프라가 많지 않은 지역에 거주하는 만 0~2세 자녀를 둔 여성의 경우 공

통적으로 전체 임신·출산 관련 보건의로 인프라가 동일 시·군·구내에 많지 않기 때문에 인접한 시 지역에 위치한 인프라를 이용하는 경향을 보였다. 따라서 인프라를 확대할 때 동일 시·군·구로 지역을 구분하여 한정하기보다는 이용할 수 있는 동선을 파악하여 인접 시·군·구까지 포괄하여 인프라를 균등하게 분포시킬 필요가 있다. 무엇보다 인접 시·군·구까지 이동이 편리하도록 도로, 대중교통 등 기반이 되는 인프라가 우선적으로 구축되어야 할 필요성이 있음을 알 수 있다. 미국 텍사스(Texas)주의 경우는 가장 규모가 큰 병원의 하나인 텍사스 대학의 의료 센터 지점에서 멀리 떨어진(off-site) 분만 취약지역에 거주하는 임신부에게 해당 지점까지 이동할 수 있도록 교통수단을 제공하고 있다. 우리나라의 경우도 병원을 주축으로 하여 보다 먼 취약지역에 거주하는 임신부에게 교통의 편의를 제공하는 방법도 고려해 볼 수 있겠다.

4. 소득에 따른 임신·출산을 위한 보건의로 인프라격차의 해소 방안

인프라의 이용(utilization)과 이용의 적합도(adequacy of prenatal care utilization)에 있어서 소득이 높은 여성이 소득이 낮은 여성과 비교하여 보다 전문적인 보건의로 인프라를 이용하고, 보다 적합한 이용을 하고 있는 것으로 나타나 인프라의 이용에 있어서의 형평성을 달성하기 위해서는 취약계층인 저소득층이 보다 적합한 이용을 할 수 있도록 지원하는 체계가 필요할 것으로 사료된다. 예를 들어 임신 및 출산 관련 진료비 지원에 있어서 저소득층 산모에게 일반 산모와 차등하게 지원하는 것도 하나의 방법으로 고려해 볼 수 있겠다. 무엇보다, 적합한 산전관리에 대한 인식 제고를 위해 저소득층을 중심으로 하여 교육 및 홍보를 확대해 나아가야 할 것이다.

5. 다양한 영아기 양육 지원 인프라의 구축

우리나라의 영아기 양육을 지원하는 인프라의 경우는 임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라의 경우보다 더욱 지역별 격차가 심하다. 기본적으로 우리나라의 경우는 어린이집 외에 양육을 지원하는 인프라의 종류와 규모는 한정적이다. 특히나 공적인 체계로 한정짓는다면 이러한 인프라는 거의 없는 수준이다. 앞에서 언급했듯이 가정양육을 중시하는 영국의 경우와 비교해도 그러하다. 미국의 경우 주마다 차이가 존재하겠지만, 많은 주에서 영유아 대상의 도서관 및 놀이터는 도보로 이용할 수 있을 정도로 많이 분포하고 있고, 기타 저렴한 비용으로 이용할 수 있는 시설들이 많이 있다. 일본의 경우도 만 3세 미만 아동의 대부분이 가정에서 양육되기 때문에 이용자 지원 사업을 통해 교육·보육·보건 등의 육아 지원을 원활히 이용할 수 있도록 정보를 제공하고, 필요에 따라서는 적절한 상담과 더 나아가서는 관계 기관과의 연계를 통하여 지원하고 있다. 우리나라의 경우 영아기 양육을 위해 이러한 지원을 하는 공적인 시설이 기본적으로 필요하다고 본다.

6. 지역 연계형 양육지원체계의 구축

지역사회 양육지원 인프라 공급 측면에서 현재 건강가정지원센터와 육아종합지원센터가 운영 중에 있으나, 시·군·구별 설치현황에 따른 불균형이 매우 심각하며, 이에 따라 상당수의 지역에서 서비스 접근성의 제약을 받고 있는 것으로 판단된다. 수요자 요구도 분석결과 영유아플라자 및 문화센터와 같이 지역밀착형 양육지원 서비스에 대한 수요뿐만 아니라 육아정보와 시간제 보육 서비스에 대한 수요가 높게 조사됨에 따라 이와 같은 서비스를 체계적으로 제공할 수 있는 지역시설이 반드시 체계적으로

운영되어야 할 필요가 있다. 이를 위해서는 현재 미설치 시·군·구 지역 중 수요가 많은 곳을 중심으로 해당 시설의 공급을 확대하고, 접근성제고를 최우선 목표로 영국의 Sure Start 와 같이 지역 밀착형 서비스 제공기관의 운영이 필요하다. 효율성의 관점에서 이러한 서비스 제공기관의 설립이 어려운 지역에서는 차량 운행 서비스와 같은 직접적인 접근성 향상을 위한 서비스를 제공하는 것도 고려할 수 있다.

7. 지역에 따른 양육 지원 인프라의 질적인 격차 해소

양육지원 인프라의 지역 형평성을 분석한 결과, 어린이집 유형에 따른 지역불균형과, 어린이집 규모에 따른 지역불균형이 큰 것으로 조사되었다. 국공립 어린이집의 경우 55%가 서울과 경기권에 집중되어 있으며, 시·군·구간의 불평형성 보다 시·도간의 불평형성이 높게 분석됨에 따라 우선적으로 시·도간의 불균형을 해소할 필요가 있으며, 무엇보다도 어린이집 유형에 따른 서비스 편차가 발생하지 않도록 제도적 지원이 요구된다. 또한 어린이집 규모 측면에서 소규모의 가정어린이집과 대형 어린이집간의 서비스 편차에 대한 검토가 선행되어야 할 것이다.

8. 임신·출산을 위한 인프라와 영아기 양육 지원 인프라 간의 연계성 구축

이용자 조사를 위해 가임 여성 인구 대비 임신 및 출산을 위한 보건의료 인프라의 총량과 0~2세 아동 인구 대비 어린이집의 총량을 기준으로 각 시·군·구의 순위를 매겨본 결과 임신 및 출산을 위한 인프라 상위지역과 영아기 양육 지원 인프라 상위지역은 일치하지 않은 경우가 훨씬 더 많았다. 물론 본 조사에서는 자료의 한계로 인해 영아기 양육 지원 인프라

라는 어린이집만을 포함했기 때문에 임신 및 출산을 위한 인프라 상위지역과 영아기 양육 지원 인프라 상위지역이 일치하지 않은 점도 있다. 그러나 우리나라에서 특히 대도시가 아닌 지역에는 절대적으로 양육을 지원하는 인프라의 종류와 수가 적은 것이 사실이다. 임신 및 출산을 지원하는 보건의료 인프라로서의 보건소는 여러 가지 프로그램과 서비스로 임신 및 출산 기간 동안 수요자의 욕구를 만족시키고 있다. 한편, 어린이집 외에 공적인 가정 양육 지원은 주로 건강가정지원센터를 통해서 이루어진다. 따라서 이러한 거점 기관이 되는 보건소와 건강가정지원센터에서 보다 포괄적인 서비스를 제공하고 이러한 서비스의 이용을 높이기 위한 차량 지원과 같은 전략을 세워볼 수 있겠다.

일본의 사례에서도 살펴볼 수 있듯이 임신 및 출산은 영아기 양육과 바로 이어지는 생애주기적 사건(event)이기 때문에 ‘이용자 지원 사업’과 같은 사업은 임신·출산·육아에 이르는 모든 시기를 포함하는 서비스를 제공함으로써 보다 많은 이용자가 이용할 수 있는 장점이 있다. 이러한 점에서 보건소와 건강가정지원센터 등 관련 기관들이 서로 연계가 되어 필요한 서비스를 포괄적으로 제공하는 시스템을 구축할 필요가 있다.

요약하면, 무엇보다 임신·출산을 지원하는 보건의료 인프라와 영아기 양육 인프라의 형평성을 제고하기 위해, 일차적으로 기본 서비스가 지역별 격차 없이 골고루 분포되어야 하고, 더 나아가 서비스의 질에 있어서 세부적인 욕구에 대응할 수 있는 질 높은 서비스가 형평하게 분배되어야 할 것이다. 이는 제3차 저출산·고령사회 기본계획이 수립되는 이 시점에서, 양적인 형평성에 편향된 현행 정책들이 보다 질적인 형평성의 측면을 고려하여 균형 있게 나아가야 할 필요가 있음을 시사하는 것이다. 이를 통해 출산 및 양육에 친화적인 환경이 조성될 것이며 이는 결국 초저출산 국가인 우리나라가 나아가야 할 방향인 것이다.

참고문헌 <<

- 감정가·김은자·남정자(2007). 경남지역 재가 장애아동의 재활의료서비스 접근성에 관한 다중사례연구, 인문논총 21, pp.76~106.
- 건강보험심사평가원 홈페이지(2015.5.20.일 검색)
- 국가통계포털(Kosis), 출산동향조사(2015.06.04.검색)
- 국회 보건복지위원회(2013). 2013년도 보건복지부 국정감사 자료
- 김동진·이소영·기명·김명희·김승섭·김유미·윤태호·장숙량·정최경희·채희란·이정아(2013). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제, 한국보건사회연구원.
- 김소영·장혜경·김영란·선보영·조윤주(2013). 민간베이비시터 운영실태 및 관리 개선방안 연구, 여성가족부.
- 김암(2013). 분만 인프라의 붕괴 그리고 불가항력적 의료사고 보상제도. 저출산 시대의 안전한 분만환경 조성 방안. 국회토론회 자료, 대한민국 국회.
- 데일리 메디(2015. 10. 12.) 취약지 지원 사업 효과 - 농어촌등 분만을 상승. 데일리 메디.
- 백선희(2006) 영국의 국가아동보육전략 연구를 통한 우리나라 보육정책의 발전 방안 모색: Sure Start를 중심으로, 사회복지정책. 27, pp.79~133.
- 보건복지부(2015). 2014 전국 육아종합지원센터 사업결과보고서.
- 보건복지부(2015). 보육통계 2014.
- 신현철(2012). 고위험 산모 임신·출산 관련 진료경향 분석, HIRA 정책동향 6(3).
- 엄규숙(2000). 모성보호비용의 사회분담화 방안, 한국노총중앙연구원.
- 여성가족부·한국건강가정진흥원(2015). 2014 아이돌봄지원사업 결과보고서.
- 오영호·조재국·최병호·이신호·이상영·박재용(2006). 의료공급 중장기 추계, 한국보건사회연구원.
- 이성진(1990). 전국 탁아 수요 및 부모의 요구조사 연구, 한국행동과학연구소.
- 이소영·임지영(2013). 저출산·고령화 대응 인구 자질 향상 방안: 고령 임신부의 출산 실태와 정책과제. 한국보건사회연구원.

- 이영범(2004). 공공서비스의 제공의 효율성과 형평성의 관계에 관한 실증적 연구: 상수도 사업을 중심으로, 한국행정연구. 13(3). pp.236~262.
- 이준구(2001) 재정학 제2판, 다산출판사.
- 이현주(1998). 사회복지이용시설 접근성에 대한 평가, 사회복지연구. 12, pp.111~129.
- 임의영(2009). 사회적 형평성의 정의론적 논거 M. Walzer의 '다원주의적 정의론'을 중심으로, 한국행정학보. 43(2), pp.1~18.
- 장경은(2012). 한국 아동 복지의 형평성 -보육정책과 저소득층 아동복지 정책을 중심으로, 한국아동복지학회. 38, pp.127~155.
- 장영호(2015). 지역 간 격차와 지역내 격차의 특성과 정책 시사점: 경기도 31개 시군을 사례로, 지방행정연구. 29(1), pp.99~125.
- 통계청 (2012). 2009-2011년 사망원인 보완조사 결과. 보도자료
- 통계청 보도자료(2012). 2009-2011년 사망원인 보완조사 결과, 통계청
- 통계청(2014). 2011-2013 영아사망·모성사망 출생전후기 사망 통계.
- 한국건강가정진흥원(2014). 2014 전국 건강가정지원센터 사업실적 보고서.
- 한국건강가정진흥원(2015). 2014년 아이돌봄지원 사업결과보고서.
- 한국보건산업진흥원(2015). 2014 의료자원통계 핸드북.
- AHRQ (2012). National Healthcare Quality & Disparities Reports. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
- AHRQ (2013). National Healthcare Quality & Disparities Reports. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
- Amadi-Obi, A. et al.(2014). Telemedicine in pre-hospital care: a review of telemedicine application in the pre-hospital environment. *International Journal of Emergency Medicine*. 7:29 1~11.
- Blank, R. M. (2002). Can Equity and Efficiency Complement Each Other?, *NBER Working Paper*, No. W8820.

- Blinder, A. (1987). *Hard Heads, Soft Hearts*, Reading: Addison Wesley.
- Federico, M.J., Liu, A.H. (2003). Overcoming childhood asthma disparities of the inner-city poor. *Pediatr Clin North Am.* 50(3)
- Gustaffson, S.S & Stafford, F.P. (1998) Equity and efficiency tradeoffs and government policy in the United States, the Netherland and Sweden in Inga Persson and Christina Joungh (Eds.), *Economics of the family and family policies*. London: Routledge Research in Gender and Society.
- Harmon, M (1974) Social equity and Organizational Man: Motivation and Organizational Democracy. *Public Administration Review*, 34(1), 11~18.
- Hart, D.K (1974). Socail Equitiy, justice and Equitable Administrator. *Public Administration review*. 34(1):3~11.
- Levesque, J, Harris, M. F., Russell, G. (2013). Patient-centered access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations, *International Journal for Equity in Health*, 12~18.
- Lowery, C.L. et al. (2014). Distributing medical expertise: the evolution and impact of telemedicine in Arkansas. *Health Affairs*. 33(2), 235~243.
- Mcgrath, B.B., Puzan, E. (2004). Gender disparities in health: attending to the particulars. *Nurs Clin North Am*, 39(1), 37-51
- Mooney, G. H. (1983). Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*, 1(4), 179~185.
- Moss P (2004) A new era for universal childcare? childcare and early Years Services in 2004. Setting the scene: A vision of Universal children's space London: Daycare Trust.
- NCHS (1984). *Health, United States, 1983*. Washington, DC: US

- Government Printing Office.
- OECD (2015). Health Working Papers NO. 19.
- Okun, A. (1975) Equality and Efficiency: The Big Trade-off, Wahington D.D.: Brookings.
- Quinn, T. C., Overbaugh, J. (2005). HIV/AIDS in women: an expanding epidemic. *Science*. 308(5728): 582~1583.
- Simoens S., Villeneuve M., Hurst J. Tackling Nurse Shortages in OECD
- Thomas Bodenheimer, M.D., Kevin Grumbach, M.D., and Robert A. Berenson, M.D. (2009). Health Care 2009: A Lifeline for Primary Care. *N Engl J Med*
- U.S. Department of Health and Human Services (1990). Healthy People 2000. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Washington, DC. Available at http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010.htm, Accessed Sept. 25, 2013.
- U.S. Department of Health and Human Services (2000). Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, 2nd ed. Washington, DC: Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (2010). Healthy People 2020. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Washington, DC. Available at http://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2020.htm, Accessed Sept. 25, 2013.

내閣府 (2015a) 「少子化の状況及び少子化への対処施策の概況」

내閣府 (2015b) 「子ども・子育て支援新制度について (平成27年7月)」

부 록 <<

부록 1: 임신·출산 및 영아기 자녀 양육 인프라 이용자 조사
임신·출산, 영아기 자녀 관련 이용 시설에 관한 조사

조사표 일련번호	이 조사표에 기재된 내용은 통계법 제33조에 의하여 비밀이 보장됩니다.
안녕하십니까? 한국보건사회연구원은 임신, 출산, 영아기 양육에 있어서 이용하는 시설과 필요한 시설에 관한 설문조사를 실시하고자 합니다. 본 설문조사는 0~2세 아동이 있는 가구 전체를 대상으로 실시하고 있습니다. 귀 가정에서 작성해주신 설문 결과는 국민들이 출산과 양육에 있어서 필요한 시설을 구축하는데 기초 자료로 이용될 것입니다. 바쁘시더라도 잠시 틈을 내어 정확하게 응답하여 주시면 감사하겠습니다. 모든 응답 내용은 통계법에 따라 절대 비밀이 보장되며, 그 내용은 통계자료로만 이용됩니다. 2015년 9월 한국보건사회연구원장	

주소	1) 서초구 2) 강남구 3) 송파구 4) 용산구 5) 마포구 6) 관악구 7) 성동구 8) 노원구 9) 종로구 10)동대문구 11) 영등포구 12) 광진구 13) 금천구 14) 강서구 15) 과천시 16) 수원시 17) 성남시
----	---

응답자 성명	집전화번호	()
	핸드폰번호	
면접원성명	면접 일시	____년 ____월 ____일
귀하는 0-2세 자녀가 있습니까? ① 없음(-)조사종료) ② 있음		

1. 최근 출생아의 산전 관리에 관한 사항

※ 2013년 9월 1일 이후 출생한 자녀에 관한 질문입니다. 이 기간 중 출생한 자녀가 여러 명일 경우 맨내자녀를 기준으로 기입하여 주시기 바랍니다.

1. 이 자녀는 몇 째 아이입니까? ① 첫째 아이 ② 둘째 아이 이상
2. 이 자녀의 생년월은 무엇입니까? _____년 _____월
3. 이 자녀의 임신기간 동안 사신 곳은 현재와 같은 시군구입니까? ① 현 거주지와 같은 시·군·구 ② 현 거주지와 다름(_____시/ 군/ 구 _____시/ 도)
4. 이 자녀를 임신했을 때 어느 의료기관을 몇 회 이용하셨습니까? ① 종합병원(_____회) ② 산부인과 병원, 의원(_____회) ③ 보건소(보건의료원)(_____회) ④ 조산원(_____회) ⑤ 기타(_____회)
해당 문항(4.1~4.4)부터는 가장 많이 이용한 의료기관을 기준으로 작성해 주십시오.
4.1. 해당 기관은 어디에 있습니까? ① 동일 시·군·구 내에 ② 타 시·군·구이나 동일 시·도 ③ 타 시·도 (_____시/ 군/ 구 _____시/ 도)
4.2. 해당 기관을 선택한 주된 이유는 무엇입니까? ① 대중교통 이용 등 이동이 편리한 곳에 위치해서 ② 집에서 가까워서 ③ 유명한 곳이라고 들어서 ④ 전에 이용한 기관이어서 ⑤ 서비스의 질이 마음에 들어서 ⑥ 비용이 비교적 저렴해서 ⑦ 의료진이 여성이어서 ⑧ 난임 혹은 고위험 임신이어서 ⑨ 지역의 유일한 의료기관이어서 ⑩ 기타(무엇: _____)
4.3. 해당 기관 이용 시 가장 불편했던 점은 무엇이었습니까? ① 거리가 멀 ② 교통편이 불편 ③ 시설이 낙후 ④ 접수처리, 등록 등 행정의 불편 ⑤ 오랜 대기 시간 ⑥ 이용시간대의 제한 ⑦ 낮은 서비스의 질(전문성 부족) ⑧ 비용의 부담 ⑨ 기타(무엇: _____)
4.4. 해당 기관에 대해 얼마나 만족하십니까? ① 매우 불만족 ② 불만족 ③ 만족 ④ 매우 만족
5. 임신기간 동안 몇 회의 산전 진찰을 받았습니까? (_____ 회)
6. 처음으로 산전진찰을 받는 시기(초진시기)는 언제입니까? 임신 _____주

II. 출산에 관한 사항

1. 이 자녀는 어디서 출산 하셨습니까?			
① 종합병원(병원 이름: _____)	② 산부인과 병원, 의원(이름: _____)		
③ 보건소(보건의료원)(이름: _____)	④ 조산원(이름: _____)		
⑤ 기타(_____)			
1-1. 해당 기관은 어디에 있습니까?			
① 동일 시·군·구 내에			
② 타 시·군·구이나 동일 시·도			
③ 타 시·도 (_____ 시/군/구 _____ 시/도)			
1-2. 해당 기관을 선택한 주된 이유는 무엇입니까?			
① 대중교통 이용 등 이동이 편리한 곳에 위치해서	② 집에서 가까워서		
③ 유명한 곳이라고 들어서	④ 전에 이용한 기관이어서		
⑤ 서비스의 질이 마음에 들어서	⑥ 비용이 비교적 저렴해서		
⑦ 의사선생님이 여성이어서	⑧ 난임 혹은 고위험 임신이어서		
⑨ 지역의 유일한 의료기관이어서	⑩ 기타(무엇: _____)		
1-3. 해당 기관 이용 시 불편했던 점은 무엇이었습니까?			
① 거리가 멀	② 교통편이 불편		
③ 시설이 낙후	④ 접수처리, 등록 등 행정의 불편		
⑤ 오랜 대기 시간	⑥ 이용시간대의 제한		
⑦ 낮은 서비스의 질(전문성 부족)	⑧ 비용의 부담		
⑨ 기타(무엇: _____)			
1-4. 해당 기관에 대해 얼마나 만족하십니까?			
① 매우 불만족	② 불만족	③ 만족	④ 매우 만족
2. 이 자녀는 자연분만으로 낳으셨습니까? 제왕절개로 낳으셨습니까?			
① 자연분만 ② 제왕절개			
3. 이 자녀는 임신 몇 주에 분만하셨습니까? _____ 주			
4. 출산 시 출생아의 체중은 얼마였습니까? 체중 _____ kg			

III. 어린이집에 다니는 자녀에 관한 사항

1. 이용하고 있는 어린이집 유형은 무엇입니까?

- ① 국공립 어린이집 ② 가정 어린이집
③ 민간 어린이집 ④ 직장 어린이집 ⑤ 기타()

1-1. 해당 시설은 집에서 얼마나 가까운 거리에 있습니까?

※ 차량을 이용하더라도 도보로 기준으로 작성하여 주십시오.

- ① 도보 15분 이내 거리 ② 도보 15~20분 이내 거리
③ 도보 20~30분 이내 거리 ④ 도보 30분 이상 거리

1-2. 현재 어린이집은 하루평균 몇시간 이용하고 있습니까? _____시간

1-3. 현재 이용하는 시설의 다음사항에 대하여 어느 정도 만족하십니까?

항목	만족 정도
집에서 어린이집까지의 거리	① 매우 불만족 ② 불만족 ③ 만족 ④ 매우 만족
운영시간	① 매우 불만족 ② 불만족 ③ 만족 ④ 매우 만족
입소하기까지의 대기기간	① 매우 불만족 ② 불만족 ③ 만족 ④ 매우 만족
주변환경의 안전성	① 매우 불만족 ② 불만족 ③ 만족 ④ 매우 만족
보육교사의 전문성	① 매우 불만족 ② 불만족 ③ 만족 ④ 매우 만족

1-4. 현재 이용하는 시설에 입소하기 위한 대기기간은 얼마나 됩니까? _____개월

2. 어린이집을 보내는 이유는 무엇입니까?

- ① 부모의 근로 등의 이유로 가정에서 돌봐주기 어려운 상황이며서
② 아이의 전인적 발달을 위해서 (사회성, 특기교육 등)
③ 집에서 돌보는 양육부담을 덜기위해
④ 보육료가 지원이 되어서 (무상보육)
⑤ 어린이집에 보내지 않으면 상대적으로 손해를 본다고 생각해서
⑥ 기타 ()

3. 아동 발달 및 정서적 측면을 고려할 때, 어린이집 이용시기는 언제부터가 적절하다고 생각하십니까? _____개월

4. 현재 어린이집 이외에 정기적으로 이용하는 시설이 있습니까? 있다면 모두 체크해 주시고 이용 횟수를 작성해 주십시오.

- ① 없음(☐) 문항 5번으로 이동) ② 문화센터 (백화점/마트)(주/월____회)
③ 복지관 및 육아종합지원센터 프로그램(주/월____회)
④ 사설학원 (집보리 등)(주/월____회)
⑤ 기타() (주/월____회)

4-1. (가장 많이 이용하는 기관)이용하는 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 집에서 혼자 돌보는게 힘들어서 ② 아이의 인지적 발달을 위해서
③ 또래 친구를 만들어주기 위해서 ④ 또래 아이 엄마들과의 교류를 위해서
⑤ 기타()

5. 어린이집을 이용하지 않고, 아이를 양육할 경우 필요한 서비스는 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 육아 정보 제공, 육아 관련 교육 프로그램
- ② 장난감, 어린이 도서관 등 어린이 도서관
- ③ 시간제 보육 서비스 시설
- ④ 영유아 플라자/문화센터와 같이 아이와 엄마가 함께 할 수 있는 프로그램
- ⑤ 지역 내 엄마들과 육아정보를 공유할 수 있는 오프라인 정보 나눔터

IV. 어린이집을 다니지 않은 (양육수당을 받는) 자녀에 관한 사항

1. 이 아이를 보육료가 지원되는 어린이집이나 유치원에 보내지 않는 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 아이의 성장 발달상 가정에서 키우는 것이 더 좋을 것 같아서
- ② 믿고 맡길만한 어린이집이 근처에 없어서
- ③ 다른 사설교육기관을 이용하고 싶어서 (놀이학교 등)
- ④ 가정양육수당을 받는 것을 원해서
- ⑤ 기타 ()

2. 현재 향후 어린이집 이용을 위해 대기해 놓은 곳이 있습니까?

- ① 예 ② 아니오

2-1. 대기하고 있는 경우, 향후 이용하고자 하는 시설의 유형은 무엇입니까?

- ① 국공립 어린이집 ② 가정 어린이집
- ③ 민간 어린이집 ④ 직장 어린이집 ⑤ 기타()

3. 아이가 몇 개월이 되었을 때 어린이집을 보낼 계획이십니까? _____개월

※ 유치원은 포함되지 않음

3-1. 향후 어린이집을 보내고자 하는 이유는 무엇입니까?

- ① 부모의 근로 등의 이유로 가정에서 돌봐주기 어려운 상황이었어서
- ② 아이의 전인적 발달을 위해서 (사회성, 특기교육 등)
- ③ 집에서 돌보는 양육부담을 덜기위해
- ④ 보육료가 지원이 되어서 (무상보육)
- ⑤ 어린이집에 보내지 않으면 상대적으로 손해를 본다고 생각해서
- ⑥ 기타 ()

4. 향후 어린이집을 선택할 때 다음의 사항 중 중요한 사항은 무엇입니까?

- ① 집에서 어린이집까지의 거리
- ② 충분한 운영시간
- ③ 입소하기까지의 대기기간
- ④ 주변환경의 안전성
- ⑤ 보육교사의 전문성

5. 어린이집을 이용하지 않고, 아이를 양육할 경우 필요한 서비스는 무엇이라고 생각하십니까? ① 육아 정보 제공, 육아 관련 교육 프로그램 ② 장난감, 어린이 도서대여 등의 어린이 도서관 ③ 시간제 보육 서비스 시설 ④ 영유아 플라자/문화센터와 같이 아이와 엄마가 함께 할 수 있는 프로그램 ⑤ 지역 내 엄마들과 육아정보를 공유할 수 있는 오프라인 정보 나눔터
6. 현재 어린이집 이외에 정기적으로 이용하는 시설이 있습니까? 있다면 모두 체크해 주시고 이용 횟수를 작성해 주십시오 ① 없음(☐) V. 기타사항으로 이동) ② 문화센터 (백화점/마트)(주/월____회) ③ 복지관 및 육아종합지원센터 프로그램(주/월____회) ④ 사설학원 (집보리 등)(주/____회) ⑤ 기타(_____) (주/월____회)
6-1. (가장 많이 이용하는 기관) 이용하는 주된 이유는 무엇입니까? ① 집에서 혼자 돌보는게 힘들어서 ② 아이의 인지적 발달을 위해서 ③ 또래 친구를 만들어주기 위해서 ④ 또래 아이 엄마들과의 교류를 위해서 ⑤ 기타(_____)

V. 기타 사항

1. 귀하의 혼인상태는 다음 중 어떤 상태입니까?

- ① 배우자 있음(☑ 문항 1-1번으로 이동)
 ② 배우자 없음(이혼 사별 별거 등)(☑ 문항 2번으로 이동)

1-1. 배우자와 동거 빈도는 어떠합니까?

- ① 함께 살고 있음 ② 주 2~3회(주말부부) ③ 월 2~3회 ④ 연 1~2번 ⑤ 기타()

2. 귀하께서는 지금 취업 중이십니까?

- ① 취업 ② 비취업

3. 귀하의 생년월은 무엇입니까? _____년 _____월

4. 귀하의 학력상태는 무엇입니까?

- ① 고등학교 졸업 이하 ② 대학(교) 졸업 ③ 대학원 이상

5. 임신 및 출산을 지원하기 위해 귀하의 시·군·구에서 가장 필요한 의료 시설은 무엇이라고 생각하십니까?

- ① 여성 전문 병원 ② 분만 가능 산부인과 병원 ③ 종합병원
 ④ 정신건강 보건 센터 ⑤ 기타(내용:_____)

6. 귀하의 지역에 다음의 시설 및 서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 생각하십니까?
 5점 척도

- ① 매우 낮다 ② 낮은 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 높은 편이다 ⑤ 매우 높다

- 1) 국공립 어린이집
 2) 영아전담 어린이집/가정어린이집
 3) 시간제 보육 서비스 시설
 4) 시간연장 보육시설
 5) 영유아플라자/문화센터와 같이 아이와 엄마가 함께 할 수 있는 프로그램
 6) 지역내 엄마들과 육아정보를 공유할 수 있는 오프라인 정보 나눔터

7. 귀댁의 월평균 소득액은 얼마나 되십니까?

- ① 150만원 미만 ② 150~200만원 미만 ③ 200~250만원 미만 ④ 250~300만원 미만
 ⑤ 300~350만원 미만 ⑥ 350~400만원 미만 ⑦ 400~450만원 미만 ⑧ 450~500만원 미만
 ⑨ 500만원 이상

8. 귀댁의 경제 수준은 어떠하다고 생각하십니까?

- ① 매우 낮다 ② 낮은 편이다 ③ 그저 그렇다 ④ 높은 편이다 ⑤ 매우 높다

※ 바쁘신 와중에도 불구하고 귀한 의견 주셔서 대단히 감사합니다.

부록 2: 임신·출산 인프라 현황

〈표 1〉 시군구별 임신·출산 인프라 현황

(단위: 개소)

구 분	산부인과				공중보건			
	상급 종합	종합 병원	병원	의원	보건소	보건지소	보건 진료소	보건 의료원
전국	43	257	261	1,360	244	1,313	1,911	16
서울특별시	14	40	47	390	25	4	0	0
종로구	2	2	1	9	1	0	0	0
중구	0	3	0	8	1	0	0	0
용산구	0	1	1	7	1	0	0	0
성동구	1	0	0	10	1	0	0	0
광진구	1	1	1	14	1	0	0	0
동대문구	1	4	2	16	1	0	0	0
종랑구	0	2	2	12	1	0	0	0
성북구	1	0	1	14	1	0	0	0
강북구	0	1	4	8	1	0	0	0
도봉구	0	1	2	8	1	0	0	0
노원구	0	3	3	17	1	1	0	0
은평구	0	0	3	16	1	0	0	0
서대문구	1	1	1	9	1	1	0	0
마포구	0	0	0	23	1	0	0	0
양천구	1	1	3	16	1	0	0	0
강서구	0	3	2	13	1	0	0	0
구로구	1	1	3	13	1	0	0	0
금천구	0	1	1	9	1	0	0	0
영등포구	0	7	2	19	1	0	0	0
동작구	1	1	2	10	1	0	0	0
관악구	0	2	1	21	1	0	0	0
서초구	1	0	0	24	1	1	0	0

구 분	산부인과				공중보건			
	상급 종합	종합 병원	병원	의원	보건소	보건지소	보건 진료소	보건 의료원
강남구	2	1	7	52	1	0	0	0
송파구	1	1	4	21	1	1	0	0
강동구	0	3	1	21	1	0	0	0
부산광역시	4	23	29	76	16	11	5	0
중구	0	1	0	3	1	0	0	0
서구	3	1	0	3	1	0	0	0
동구	0	3	0	3	1	0	0	0
영도구	0	2	0	5	1	0	0	0
부산진구	1	3	4	9	1	0	0	0
동래구	0	3	4	7	1	0	0	0
남구	0	1	0	5	1	0	0	0
북구	0	1	3	6	1	1	0	0
해운대구	0	1	2	11	1	2	0	0
사하구	0	0	4	4	1	0	0	0
금정구	0	1	5	3	1	0	0	0
강서구	0	0	1	1	1	4	3	0
연제구	0	1	4	4	1	0	0	0
수영구	0	2	2	4	1	0	0	0
사상구	0	2	0	6	1	0	0	0
기장군	0	1	0	2	1	4	2	0
대구광역시	4	7	18	85	8	9	9	0
중구	2	1	2	9	1	0	0	0
동구	0	1	0	14	1	0	0	0
서구	0	1	0	5	1	0	0	0
남구	2	0	1	7	1	0	0	0
북구	0	2	3	11	1	1	0	0
수성구	0	0	4	16	1	0	0	0
달서구	0	2	8	20	1	0	0	0

256 임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제

구 분	산부인과				공중보건			
	상급 종합	종합 병원	병원	의원	보건소	보건지소	보건 진료소	보건 의료원
달성군	0	0	0	3	1	8	9	0
인천광역시	3	12	10	65	10	28	27	0
중구	1	2	0	2	1	2	1	0
동구	0	1	0	2	1	0	0	0
남구	0	2	3	7	2	1	0	0
연수구	0	1	1	7	1	1	0	0
남동구	1	0	0	12	1	1	0	0
부평구	1	2	2	16	1	1	0	0
계양구	0	1	2	6	1	1	0	0
서구	0	3	1	13	1	1	0	0
강화군	0	0	0	0	1	12	14	0
옹진군	0	0	1	0	0	8	12	0
광주광역시	2	12	9	43	5	1	10	0
동구	2	1	0	5	1	0	0	0
서구	0	2	2	10	1	0	1	0
남구	0	2	1	6	1	0	2	0
북구	0	2	4	9	1	0	0	0
광산구	0	5	2	13	1	1	7	0
대전광역시	1	9	6	50	5	7	8	0
동구	0	1	0	5	1	1	1	0
중구	1	2	0	7	1	1	1	0
서구	0	3	4	20	1	2	1	0
유성구	0	1	2	10	1	2	4	0
대덕구	0	2	0	8	1	1	1	0
울산광역시	1	4	8	31	5	8	11	0
중구	0	1	2	4	1	0	0	0
남구	0	2	5	17	1	1	0	0
동구	1	0	0	5	1	0	0	0

구 분	산부인과				공중보건			
	상급 종합	종합 병원	병원	의원	보건소	보건지소	보건 진료소	보건 의료원
북구	0	0	1	3	1	0	2	0
울주군	0	1	0	2	1	7	9	0
세종특별자치시	0	0	0	4	1	11	7	0
경기도	5	47	53	276	45	125	161	1
수원시 장안구	0	1	0	4	1	0	0	0
수원시 권선구	0	0	3	5	1	0	0	0
수원시 팔달구	0	2	2	15	1	0	0	0
수원시 영통구	1	0	4	7	1	0	0	0
성남시 수정구	0	0	1	5	1	0	0	0
성남시 중원구	0	1	0	8	1	0	0	0
성남시 분당구	1	2	2	16	1	1	0	0
의정부시	0	3	5	10	1	0	0	0
안양시 만안구	0	2	1	6	1	0	0	0
안양시 동안구	1	0	4	12	1	0	0	0
부천시 원미구	1	3	6	12	1	0	0	0
부천시 소사구	0	1	0	5	1	0	0	0
부천시 오정구	0	0	0	4	1	0	0	0
광명시	0	1	0	9	1	0	0	0
평택시	0	3	1	11	2	9	11	0
동두천시	0	0	0	3	1	0	0	0
안산시 상록구	0	1	0	7	1	1	0	0
안산시 단원구	1	2	2	16	1	2	1	0
고양시 덕양구	0	1	3	9	1	0	0	0
고양시 일산동구	0	3	3	5	1	0	0	0
고양시 일산서구	0	1	0	7	1	0	0	0
과천시	0	0	0	1	1	0	0	0
구리시	0	1	0	6	1	2	0	0
남양주시	0	3	3	15	1	8	3	0

258 임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제

구 분	산부인과				공중보건			
	상급 종합	종합 병원	병원	의원	보건소	보건지소	보건 진료소	보건 의료원
오산시	0	1	0	4	1	0	0	0
시흥시	0	3	1	11	1	1	4	0
군포시	0	2	1	5	1	0	0	0
의왕시	0	0	1	1	1	1	0	0
하남시	0	0	0	2	1	0	0	0
용인시 처인구	0	2	1	5	1	7	7	0
용인시 기흥구	0	1	1	7	1	0	2	0
용인시 수지구	0	0	0	6	1	0	1	0
파주시	0	1	2	2	1	6	7	0
이천시	0	0	0	4	1	7	15	0
안성시	0	1	0	3	1	10	16	0
김포시	0	2	2	5	1	6	7	0
화성시	0	1	2	8	2	14	13	0
광주시	0	0	0	4	1	4	12	0
양주시	0	0	1	4	1	2	3	0
포천시	0	2	0	3	1	13	9	0
여주시	0	0	0	2	1	9	13	0
연천군	0	0	0	1	0	7	7	1
가평군	0	0	1	0	1	5	15	0
양평군	0	0	0	1	1	10	15	0
강원도	1	12	12	33	18	96	129	2
춘천시	0	2	2	7	1	9	13	0
원주시	1	1	2	10	1	9	8	0
강릉시	0	2	1	6	2	6	9	0
동해시	0	1	0	3	1	1	0	0
태백시	0	1	0	1	1	1	1	0
속초시	0	2	0	4	1	0	0	0
삼척시	0	1	0	1	2	7	6	0

구 분	산부인과				공중보건			
	상급 종합	종합 병원	병원	의원	보건소	보건지소	보건 진료소	보건 의료원
홍천군	0	0	1	1	1	8	18	0
횡성군	0	0	2	0	1	8	8	0
영월군	0	1	0	0	1	7	5	0
평창군	0	0	0	0	0	7	15	1
정선군	0	0	0	0	1	7	11	0
철원군	0	1	1	0	1	4	7	0
화천군	0	0	0	0	0	4	6	1
양구군	0	0	1	0	1	4	3	0
인제군	0	0	2	0	1	5	5	0
고성군	0	0	0	0	1	4	9	0
양양군	0	0	0	0	1	5	5	0
충청북도	1	9	5	47	14	93	159	0
청주시 상당구	0	2	1	6	2	4	11	0
청주시 서원구	1	1	1	5	1	2	2	0
청주시 흥덕구	0	1	0	9	0	4	5	0
청주시 청원구	0	1	1	3	1	3	7	0
충주시	0	2	0	9	1	13	16	0
제천시	0	2	0	8	1	8	11	0
보은군	0	0	0	1	1	7	15	0
옥천군	0	0	0	1	1	8	17	0
영동군	0	0	1	0	1	10	17	0
증평군	0	0	0	1	1	1	1	0
진천군	0	0	0	2	1	6	7	0
괴산군	0	0	1	0	1	12	18	0
음성군	0	0	0	2	1	8	18	0
단양군	0	0	0	0	1	7	14	0
충청남도	2	10	6	45	14	151	234	2
천안시 동남구	2	1	0	5	1	8	11	0

구 분	산부인과				공중보건			
	상급 종합	종합 병원	병원	의원	보건소	보건지소	보건 진료소	보건 의료원
천안시 서북구	0	1	3	11	1	4	7	0
공주시	0	1	0	4	1	10	18	0
보령시	0	1	0	2	1	10	17	0
아산시	0	1	0	6	1	11	16	0
서산시	0	2	0	3	1	10	15	0
논산시	0	1	1	4	1	13	26	0
계룡시	0	0	1	1	1	2	0	0
당진시	0	0	0	3	1	11	19	0
금산군	0	0	0	1	1	9	9	0
부여군	0	0	1	0	1	15	20	0
서천군	0	0	0	1	1	10	17	0
청양군	0	0	0	0	0	9	13	1
홍성군	0	1	0	2	1	11	14	0
예산군	0	1	0	1	1	11	16	0
태안군	0	0	0	1	0	7	16	1
전라북도	2	10	9	54	10	149	242	5
전주시 완산구	0	2	3	13	1	0	1	0
전주시 덕진구	1	1	2	12	0	0	2	0
군산시	0	2	0	8	1	14	19	0
익산시	1	1	1	10	1	15	24	0
정읍시	0	1	0	4	1	15	26	0
남원시	0	2	0	3	1	15	24	0
김제시	0	0	0	2	1	14	25	0
완주군	0	0	1	0	1	12	17	0
진안군	0	0	1	0	1	10	12	1
무주군	0	0	0	0	0	5	10	1
장수군	0	0	0	0	0	5	11	1
임실군	0	0	0	0	0	11	20	1

구 분	산부인과				공중보건			
	상급 종합	종합 병원	병원	의원	보건소	보건지소	보건 진료소	보건 의료원
순창군	0	0	0	0	0	10	17	1
고창군	0	0	0	1	1	12	23	0
부안군	0	1	1	1	1	11	11	0
전라남도	1	20	13	22	19	215	329	3
목포시	0	5	3	6	1	1	0	0
여주시	0	3	3	4	1	14	29	0
순천시	0	4	2	5	1	9	22	0
나주시	0	1	0	2	1	13	16	0
광양시	0	0	0	0	1	8	14	0
담양군	0	0	1	0	1	11	11	0
곡성군	0	0	0	0	0	8	15	1
구례군	0	0	0	0	0	7	12	1
고흥군	0	2	0	1	1	16	26	0
보성군	0	0	0	0	1	10	14	0
화순군	1	0	0	0	1	12	13	0
장흥군	0	1	0	2	1	8	11	0
강진군	0	0	1	0	1	10	7	0
해남군	0	1	0	2	1	13	18	0
영암군	0	0	1	0	1	10	13	0
무안군	0	1	0	0	1	9	11	0
함평군	0	0	0	0	1	8	16	0
영광군	0	2	0	0	1	7	13	0
장성군	0	0	1	0	1	8	11	0
완도군	0	0	1	0	0	11	18	1
진도군	0	0	0	0	1	6	15	0
신안군	0	0	0	0	1	16	24	0
경상북도	0	19	11	55	23	224	312	2
포항시 남구	0	2	0	2	1	7	11	0

262 임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제

구 분	산부인과				공중보건			
	상급 종합	종합 병원	병원	의원	보건소	보건지소	보건 진료소	보건 의료원
포항시 북구	0	3	3	3	1	7	12	0
경주시	0	1	1	5	1	12	16	0
김천시	0	2	0	5	1	16	16	0
안동시	0	3	1	4	1	14	25	0
구미시	0	3	0	16	2	8	12	0
영주시	0	0	2	4	1	10	13	0
영천시	0	1	0	2	1	11	13	0
상주시	0	2	0	3	1	18	24	0
문경시	0	1	0	3	1	9	13	0
경산시	0	1	1	6	1	8	10	0
군위군	0	0	0	0	1	7	10	0
의성군	0	0	1	0	1	17	21	0
청송군	0	0	0	0	0	6	12	1
영양군	0	0	0	0	1	5	8	0
영덕군	0	0	0	0	1	8	13	0
청도군	0	0	0	0	1	8	10	0
고령군	0	0	0	0	1	7	10	0
성주군	0	0	0	0	1	9	11	0
칠곡군	0	0	0	2	1	7	10	0
예천군	0	0	1	0	1	10	16	0
봉화군	0	0	0	0	1	9	7	0
울진군	0	0	1	0	1	9	16	0
울릉군	0	0	0	0	0	2	3	1
경상남도	2	17	25	64	20	171	221	1
창원시 의창구	0	1	3	6	1	3	2	0
창원시 성산구	0	2	3	4	0	0	0	0
창원시 마산합포구	0	3	1	5	1	4	3	0
창원시 마산회원구	0	2	0	6	0	2	0	0

구 분	산부인과				공중보건			
	상급 종합	종합 병원	병원	의원	보건소	보건지소	보건 진료소	보건 의료원
창원시 진해구	0	0	1	3	1	1	2	0
진주시	1	2	1	8	1	11	13	0
통영시	0	0	1	3	1	3	18	0
사천시	0	0	2	2	2	6	12	0
김해시	0	3	5	10	1	8	1	0
밀양시	0	1	2	2	1	9	15	0
거제시	0	3	0	3	1	11	12	0
양산시	1	0	1	7	1	6	2	0
의령군	0	0	0	0	1	10	10	0
함안군	0	0	0	1	1	6	9	0
창녕군	0	0	1	1	1	13	19	0
고성군	0	0	0	0	1	12	12	0
남해군	0	0	0	1	1	9	15	0
하동군	0	0	0	1	1	12	18	0
산청군	0	0	0	0	0	8	15	1
함양군	0	0	0	0	1	10	11	0
거창군	0	0	2	1	1	11	18	0
합천군	0	0	2	0	1	16	14	0
제주특별자치도	0	6	0	20	6	10	47	0
제주시	0	5	0	17	3	6	23	0
서귀포시	0	1	0	3	3	4	24	0

부록 3: 양육 인프라 현황

〈표 2〉 시군구별 양육 인프라 현황

(단위: 개소)

구 분	육아종합 지원센터	건강가정 지원센터	어린이집
전국	86	156	43,844
서울특별시	27	28	6,795
종로구	1	1	78
중구	2	2	66
용산구	2	1	131
성동구	1	1	197
광진구	1	1	228
동대문구	1	1	235
중랑구	1	1	276
성북구	1	1	345
강북구	1	1	204
도봉구	1	1	294
노원구	1	1	544
은평구	1	1	354
서대문구	1	1	175
마포구	1	1	244
양천구	1	1	367
강서구	1	1	450
구로구	1	1	366
금천구	1	1	194
영등포구	1	1	264
동작구	1	1	237
관악구	1	2	302
서초구	1	2	208
강남구	1	1	239

구 분	육아종합 지원센터	건강가정 지원센터	어린이집
송파구	1	1	466
강동구	1	1	331
부산광역시	4	10	1,972
중구	0	0	14
서구	0	0	44
동구	0	0	38
영도구	0	1	55
부산진구	1	1	175
동래구	0	1	125
남구	0	0	150
북구	0	1	208
해운대구	0	1	251
사하구	0	1	209
금정구	0	1	125
강서구	0	0	60
연제구	1	1	103
수영구	0	1	88
사상구	1	1	148
기장군	1	0	179
대구광역시	1	7	1,594
중구	0	1	40
동구	0	0	208
서구	1	1	136
남구	0	1	64
북구	0	1	361
수성구	0	1	218
달서구	0	1	425
달성군	0	1	142
인천광역시	6	9	2,316
중구	0	1	125
동구	0	1	78

266 임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제

구 분	육아종합 지원센터	건강가정 지원센터	어린이집
남구	1	1	256
연수구	1	1	247
남동구	1	1	389
부평구	1	1	415
계양구	1	1	301
서구	1	1	473
강화군	0	1	21
옹진군	0	0	11
광주광역시	1	5	1,264
동구	0	1	48
서구	0	1	262
남구	0	1	145
북구	1	1	337
광산구	0	1	472
대전광역시	1	2	1,702
동구	0	0	242
중구	0	0	227
서구	0	1	556
유성구	1	1	474
대덕구	0	0	203
울산광역시	3	2	952
중구	1	0	140
남구	2	1	273
동구	0	0	159
북구	0	0	218
울주군	0	1	162
세종특별자치시	1	1	172
경기도	23	33	13,278
수원시 장안구	1	0	297
수원시 권선구	1	0	406
수원시 팔달구	0	2	185

구 분	육아종합 지원센터	건강가정 지원센터	어린이집
수원시 영통구	0	0	425
성남시 수정구	1	1	171
성남시 중원구	0	0	239
성남시 분당구	0	0	351
의정부시	2	1	568
안양시 만안구	1	0	232
안양시 동안구	0	1	357
부천시 원미구	1	1	322
부천시 소사구	0	0	169
부천시 오정구	0	0	143
광명시	1	1	391
평택시	1	1	433
동두천시	0	1	129
안산시 상록구	1	1	361
안산시 단원구	0	0	377
고양시 덕양구	1	1	473
고양시 일산동구	0	0	250
고양시 일산서구	0	0	386
과천시	1	1	52
구리시	1	1	173
남양주시	1	1	719
오산시	0	1	267
시흥시	1	1	427
군포시	1	1	315
의왕시	1	1	188
하남시	0	1	167
용인시 처인구	1	0	214
용인시 기흥구	0	0	575
용인시 수지구	0	1	373
파주시	1	1	532
이천시	1	1	175

구 분	육아종합 지원센터	건강가정 지원센터	어린이집
안성시	0	1	242
김포시	1	1	412
화성시	1	2	721
광주시	0	1	395
양주시	1	1	294
포천시	0	1	150
여주시	0	1	79
연천군	0	1	40
가평군	0	1	38
양평군	0	1	65
강원도	2	7	1,260
춘천시	1	0	274
원주시	0	1	386
강릉시	1	0	170
동해시	0	1	72
태백시	0	0	26
속초시	0	1	63
삼척시	0	1	46
홍천군	0	0	41
횡성군	0	0	28
영월군	0	1	15
평창군	0	0	19
정선군	0	0	13
철원군	0	0	28
화천군	0	0	18
양구군	0	1	17
인제군	0	0	21
고성군	0	1	12
양양군	0	0	11
충청북도	2	4	1,237
청주시 상당구	0	0	161

구 분	육아종합 지원센터	건강가정 지원센터	어린이집
청주시 서원구	0	1	251
청주시 흥덕구	1	0	256
청주시 청원구	1	0	158
충주시	0	1	128
제천시	0	1	69
보은군	0	0	10
옥천군	0	0	27
영동군	0	0	16
증평군	0	0	21
진천군	0	1	49
괴산군	0	0	13
음성군	0	0	64
단양군	0	0	14
충청남도	2	10	2,049
천안시 동남구	0	0	319
천안시 서북구	1	1	415
공주시	0	1	85
보령시	0	1	68
아산시	0	1	478
서산시	0	0	155
논산시	0	1	102
계룡시	0	0	47
당진시	0	1	161
금산군	0	0	35
부여군	0	0	31
서천군	0	1	26
청양군	0	0	17
홍성군	0	1	52
예산군	1	1	32
태안군	0	1	26
전라북도	5	5	1,646

270 임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제

구 분	육아종합 지원센터	건강가정 지원센터	어린이집
전주시 완산구	1	1	418
전주시 덕진구	1	0	321
군산시	1	1	237
익산시	1	1	258
정읍시	0	1	95
남원시	0	1	72
김제시	0	0	63
완주군	0	0	77
진안군	0	0	8
무주군	0	0	12
장수군	0	0	6
임실군	0	0	11
순창군	0	0	14
고창군	1	0	26
부안군	0	0	28
전라남도	1	9	1,246
목포시	0	1	227
여수시	0	1	148
순천시	0	1	252
나주시	0	0	53
광양시	0	1	152
담양군	0	0	13
곡성군	0	0	13
구례군	0	1	11
고흥군	0	0	22
보성군	0	0	15
화순군	0	0	74
장흥군	0	1	17
강진군	0	0	17
해남군	0	1	32
영암군	0	0	41

구 분	육아종합 지원센터	건강가정 지원센터	어린이집
무안군	1	0	63
함평군	0	0	13
영광군	0	0	19
장성군	0	1	15
완도군	0	1	25
진도군	0	0	11
신안군	0	0	13
경상북도	2	10	2,219
포항시 남구	1	0	269
포항시 북구	0	1	302
경주시	0	0	224
김천시	0	1	123
안동시	0	1	97
구미시	0	1	499
영주시	0	1	51
영천시	1	0	53
상주시	0	1	47
문경시	0	0	39
경산시	0	1	216
군위군	0	0	5
의성군	0	1	14
청송군	0	0	10
영양군	0	0	6
영덕군	0	0	14
청도군	0	1	16
고령군	0	0	18
성주군	0	0	21
칠곡군	0	1	138
예천군	0	0	20
봉화군	0	0	12

272 임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제

구 분	육아종합 지원센터	건강가정 지원센터	어린이집
울진군	0	0	23
울릉군	0	0	2
경상남도	4	12	3,542
창원시 의창구	1	0	239
창원시 성산구	1	1	232
창원시 마산합포구	0	2	134
창원시 마산회원구	0	0	202
창원시 진해구	0	0	262
진주시	1	1	361
통영시	0	1	121
사천시	0	0	134
김해시	0	1	895
밀양시	0	1	82
거제시	0	0	246
양산시	0	0	382
의령군	0	1	12
함안군	0	0	66
창녕군	0	1	25
고성군	0	0	31
남해군	0	0	17
하동군	0	1	17
산청군	0	1	16
함양군	0	1	17
거창군	0	0	37
합천군	1	0	14
제주특별자치도	1	2	600
제주시	1	1	466
서귀포시	0	1	134

부록 4: 수도권 육아종합지원센터, 건강가정지원센터 서비스 영역

〈표 3〉 수도권 시군구별 육아종합지원센터, 건강가정지원센터 서비스 영역

(단위: km²)

지 역	육아종합지원센터			건강가정지원센터		
	서비스 영역 합	순서비스 영역	중복 영역	서비스 영역 합	순서비스 영역	중복 영역
서울 소계	1,286.0	535.6	750.4	1,331.5	528.4	803.2
종로구	58.4	17.5	40.9	46.2	14.8	31.4
중구	52.5	10.0	42.5	48.2	10.0	38.2
용산구	67.5	21.9	45.6	71.4	21.9	49.5
성동구	67.6	16.8	50.8	68.6	16.8	51.8
광진구	50.0	17.0	33.0	28.6	17.0	11.6
동대문구	54.7	14.2	40.5	70.2	14.2	56.0
중랑구	42.3	18.5	23.8	61.7	18.5	43.1
성북구	60.9	22.5	38.4	77.5	22.1	55.4
강북구	35.0	15.6	19.4	38.9	15.5	23.4
도봉구	32.1	16.4	15.6	35.3	16.9	18.4
노원구	49.3	32.4	16.9	47.6	27.9	19.7
은평구	41.1	22.7	18.4	39.7	24.7	14.9
서대문구	45.6	17.7	27.9	40.2	17.5	22.7
마포구	45.3	23.5	21.8	35.7	21.3	14.4
양천구	33.3	17.4	15.9	40.4	17.4	23.0
강서구	44.5	32.9	11.6	28.9	17.9	11.0
구로구	56.4	17.0	39.4	53.4	18.3	35.1
금천구	40.5	13.0	27.5	33.4	13.0	20.4
영등포구	76.6	24.4	52.2	58.7	24.2	34.4
동작구	42.4	16.4	26.0	51.0	16.4	34.6
관악구	56.4	25.9	30.5	83.7	26.2	57.4
서초구	55.8	34.0	21.9	98.8	38.9	59.9
강남구	81.8	38.3	43.5	89.8	39.5	50.3

274 임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제

지 역	육아종합지원센터			건강가정지원센터		
	서비스 영역 합	순서비스 영역	중복 영역	서비스 영역 합	순서비스 영역	중복 영역
송파구	74.5	33.8	40.6	54.2	33.0	21.2
강동구	21.4	15.7	5.8	29.5	24.3	5.2
인천 소계	291.9	216.9	75.0	422.8	274.3	148.5
중구	10.4	10.4	0.0	28.5	12.0	16.5
동구	6.9	6.8	0.1	17.3	7.0	10.4
남구	46.9	24.9	22.0	60.3	24.9	35.5
연수구	33.4	24.2	9.2	32.7	24.3	8.3
남동구	49.2	41.4	7.9	68.3	53.1	15.3
부평구	47.7	27.3	20.4	64.4	32.0	32.4
계양구	39.1	30.5	8.6	52.0	33.3	18.7
서구	58.2	51.4	6.8	61.3	49.9	11.4
강화군	0.0	0.0	0.0	37.9	37.9	0.0
옹진군	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
경기북부 소계	381.5	306.8	74.8	483.5	440.9	42.6
의정부시	86.8	45.2	41.5	25.8	25.2	0.6
동두천시	0.0	0.0	0.0	37.2	37.2	0.0
고양시 덕양구	84.2	72.4	11.8	68.3	61.6	6.7
고양시 일산동구	5.8	5.8	0.0	13.0	13.0	0.0
고양시 일산서구	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
구리시	46.6	29.6	17.0	54.2	30.6	23.6
남양주시	61.4	60.9	0.6	49.5	37.7	11.8
파주시	47.6	47.6	0.0	46.0	46.0	0.0
양주시	49.1	45.2	3.9	48.0	48.0	0.0
포천시	0.0	0.0	0.0	14.8	14.8	0.0
연천군	0.0	0.0	0.0	45.0	45.0	0.0
가평군	0.0	0.0	0.0	35.5	35.5	0.0
양평군	0.0	0.0	0.0	46.3	46.3	0.0
경기남부 소계	713.1	611.5	101.6	1,053.0	889.3	163.7
수원시 장안구	27.7	24.4	3.2	12.2	10.4	1.9
수원시 권선구	42.8	33.4	9.4	45.4	28.8	16.6

지 역	육아종합지원센터			건강가정지원센터		
	서비스 영역 합	순서비스 영역	중복 영역	서비스 영역 합	순서비스 영역	중복 영역
수원시 팔달구	15.5	12.0	3.5	25.6	12.9	12.8
수원시 영통구	2.1	2.1	0.0	45.8	26.5	19.3
성남시 수정구	19.0	17.7	1.3	20.2	19.4	0.8
성남시 중원구	12.7	12.7	0.0	3.9	3.9	0.0
성남시 분당구	0.0	0.0	0.0	0.8	0.8	0.0
안양시 만안구	28.0	23.2	4.8	23.7	18.9	4.8
안양시 동안구	29.3	17.9	11.4	39.4	18.9	20.4
부천시 원미구	27.6	17.3	10.3	24.5	17.2	7.3
부천시 소사구	5.9	5.2	0.8	7.0	5.6	1.4
부천시 오정구	15.4	12.8	2.6	16.4	12.4	3.9
광명시	50.8	25.2	25.6	42.5	24.3	18.3
평택시	51.5	51.5	0.0	58.4	58.4	0.0
안산시 상록구	30.7	30.7	0.0	33.6	33.6	0.0
안산시 단원구	16.3	16.3	0.0	19.2	19.2	0.0
과천시	28.1	27.2	0.8	42.3	28.0	14.3
오산시	0.0	0.0	0.0	44.5	40.0	4.5
시흥시	30.1	30.1	0.0	45.8	45.8	0.0
군포시	42.2	22.6	19.6	31.2	23.9	7.3
의왕시	32.1	29.6	2.6	48.0	33.3	14.7
하남시	18.2	12.5	5.8	66.1	57.3	8.8
용인시 처인구	33.7	33.7	0.0	0.1	0.1	0.0
용인시 기흥구	9.6	9.6	0.0	16.6	15.4	1.2
용인시 수지구	0.0	0.0	0.0	16.7	16.7	0.0
이천시	50.8	50.8	0.0	49.9	49.9	0.0
안성시	1.3	1.3	0.0	55.0	55.0	0.0
김포시	35.9	35.9	0.0	29.7	29.7	0.0
화성시	55.8	55.8	0.0	87.9	82.5	5.4
광주시	0.0	0.0	0.0	49.7	49.7	0.0
여주시	0.0	0.0	0.0	50.7	50.7	0.0

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.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

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

연구보고서 발간자료 목록

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2015-01	의료이용 합리화를 위한 실태분석과 제도 개선방안	김남순
연구 2015-02	보건의료인력의 연수교육 개선방안	오영호
연구 2015-03	의료패러다임 변화에 따른 미래 보건의료산업 정책과제	김대중
연구 2015-04	한국의 건강불평등 지표와 정책과제: 건강불평등 완화를 위한 전략	김동진
연구 2015-05	2015 한국 의료 질 보고서: 의료서비스 질 향상에 대한 의료시스템의 성과와 과제	강희정
연구 2015-06	보건의료 공급체계 재설계를 통한 국민의료비 합리화 방안	정영호
연구 2015-07	호스피스·완화의료 활성화 방안 -노인장기요양서비스 이용자를 중심으로	최정수
연구 2015-08	주요 소득보장정책의 효과성 평가 연구	강신욱
연구 2015-09	돌봄·보건의료 연합서비스(Joned-up Services)공급 모형에 관한 전망과 과제	박세경
연구 2015-10	가족형태 다변화에 따른 부양체계 변화전망과 공 사 간 부양분담방안	김유경
연구 2015-11	공공 사회복지 전달체계의 변화와 정책적 함의	이현주
연구 2015-12	각국 공공부조제도 비교 연구: 스웨덴&프랑스&미국 편	임완섭
연구 2015-13	사회보장 역할분담 구조 변화와 정책적 대응방안 연구	정해식
연구 2015-14	시간제 일자리 확산이 소득불평등과 빈곤에 미치는 영향	김현경
연구 2015-15	사회보장재정 재구조화를 위한 중장기 전략연구	고제이
연구 2015-16	사회보장재정과 경제 선순환 국제비교연구	유근춘
연구 2015-17	공·사적 연금 체계의 노후소득보장 효과 전망과 발전 방향	우해봉
연구 2015-18	사회보장 중장기 재정추계 모형 개발을 위한 연구: 장기재정전망과 재정평가	신화연
연구 2015-19	사회복지법인의 재정운용 실태와 제도개선 방안	고경환
연구 2015-20	지역단위 복지서비스 수요·공급 분석	정홍원
연구 2015-21-01	가족변화에 따른 결혼·출산행태 변화와 정책과제	이삼식
연구 2015-21-02	임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제	이소영
연구 2015-21-03	동아시아 국가의 가족정책 비교연구	신윤정
연구 2015-21-04	여성노동-출산 및 양육행태와 정책과제	박종서
연구 2015-21-05	저출산·고령사회 동태적 분석을 위한 지역추적조사(III) -정릉3동·영등2동·소태면 사례를 중심으로	오영희

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2015-21-06	은퇴전환기 중고령자의 일·여가현황과 여가증진방안 연구	강은나
연구 2015-21-07	노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축	선우덕
연구 2015-21-08	연령통합 지표 개발과 적용	정경희
연구 2015-21-09	인구구조 변화와 사회보장 재정의 사회경제적 파급 효과 연구	원종욱
연구 2015-21-10	자출산 극복을 위한 아동보호체계 국제비교 연구: 한중일 비교를 중심으로	류정희
연구 2015-21-11	소셜 빅데이터 기반 저출산 정책 수요 예측	송태민
연구 2015-22	한국사회의 사회심리적 불안의 원인분석과 대응방안	이상영
연구 2015-23	건강영향평가 사업 운영	김정선
연구 2015-24	한국형 복지모형 구축: 생애주기별 소득·자산·소비 연계형 복지모형 구축	여유진
연구 2015-25	사회통합 실태진단 및 대응방안 II: 사회통합과 사회이동	여유진/정해식
연구 2015-26	정책결정자의 사회통합 인식에 관한 연구	김미곤
연구 2015-27	아시아 각국의 복지제도 비교연구: 소득보장체계를 중심으로	노대명
연구 2015-28	지방자치단체 복지정책평가센터 운영	강혜규
연구 2015-29	보건복지통계정보 통합 관리 및 운영	오미애
연구 2015-30-1	국민건강과 안전을 위한 아동안전전략 구축방안 -아동손상예방 전략을 중심으로	김미숙
연구 2015-30-2	국민건강과 안전을 위한 식품안전전략 구축방안	김정선
연구 2015-31	2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	이삼식
연구 2015-32	2015년 한국복지패널 기초분석: 한국복지패널로 본 한국의 복지실태	노대명
연구 2015-33	2013 한국의료패널 기초분석보고서(II)-만성질환, 임신·출산, 보건의식행태-	이수형
연구 2015-34	2015년 빈곤통계연보	정은희
연구 2015-35	2015년 소셜 빅데이터 기반 보건복지 이슈 동향 분석	송태민
연구 2015-36	의료기술 혁신과 의료보장체계의 지속성을 위한 국제동향과 정책과제	박실비아
연구 2015-37	보건분야 국제공동연구사업: 주요국 보건의료산업 육성정책 변화와 동향연구	김대중