

고령임신 현황과 정책방안

Policy Challenges for Pregnancy after the Age of 35 years



이소연 한국보건사회연구원 부연구위원

초저출산 현상은 단순한 하나의 사회 현상에서 '초저출산의 위기'라는 사회문제로 인식되고 있으며 따라서 저출산 문제에 국가가 개입해야 할 당위성이 있다. 효과적인 저출산 대응 정책은 출산율의 양적인 증가뿐만 아니라 인구의 자질이라는 질적인 향상 두 가지 접근방법을 모두 고려하는 정책이다. 본고에서는 고령의 산모와 출산결과에 초점을 두어 고령임신의 현황과 추세를 살펴보고 고령임신의 출산의 질을 향상시킴으로써 초저출산 문제에 대응하는 정책 방안을 제시하고자 한다. 증가하는 고령의 가임기 여성이 고령의 임신에 대해 막연한 두려움을 갖지 않고 임신 전부터 임신에 대비하고 관리하며, 임신 중에는 적합한 산전관리를 받고, 출산 후 회복과 아이의 양육에 있어서 신체적으로나 정신적으로 건강할 수 있도록 지원하는 정책이아말로 이들 인구의 질의 향상과 궁극적으로 초저출산 문제에 대응하는 효율적인 전략인 것이다.

1. 들어가며

우리나라는 합계출산율이 1983년 인구대체 수준인 2.1명에 도달한 후 지속적으로 하락하여, 2001년에 이르러서는 1.3명이 되면서 '초저출산 사회'¹⁾로 진입하게 되었다. 우려되는 심각한 문제 중의 하나는 초저출산으로 인한 노동 가능 인구의 감소인데, 이로 인한 노동 생산성의 저하는 나라의 경제발전, 더 나아가 나라의 존속자체를 위협한다는 것이다. 이러한 의미에서 초저출산 현상은 단순한 하나의 사회 현상에

서 '초저출산의 위기'라는 사회문제로 인식되고 있는 것이며, 바로 이러한 점에서 저출산 문제에 국가가 개입해야 할 당위성이 있다.

세계 여러 나라에서 저출산을 포함한 인구 문제에 대한 정부의 개입은 지속적으로 존재했다. 우리나라의 경우 정부가 1961년부터 1995년까지는 증가하는 인구를 억제하기 위한 정책을 시행하였고, 이어 1996년부터 2003년까지는 인구의 자질을 향상시키는 정책을, 그리고 지난 10년간 지속적으로 출산장려정책을 시행함으로써 저출산 문제에 대응해왔다. 이와 더

1) 합계출산율이 1.3명 이하인 경우

불어 저출산의 원인과 그 파급효과 및 대응방안에 관한 많은 연구들도 동시에 진행되어왔다. 저출산 대응의 노력들이 효과를 나타내기에는 장시간이 소요되는 것은 당연한 일이나 괄목할만한 성과 없이 우리나라는 계속해서 초저출산 국가로 머물러 있다는 한계를 간과할 수 없다. 통계청에서 2014년 초에 잠정 집계하여 발표한 결과에 따르면 2013년 우리나라의 합계출산율은 1.19명으로 2012년보다 0.11명 감소한 상황이다. 따라서 저출산 대응 정책을 보다 효과적으로 만들기 위해서는 출산율의 양적인 증가뿐만 아니라 인구의 자질이라는 질적인 향상의 두 가지 접근방법을 모두 고려해야 한다. 인구자질을 향상시키기 위한 방법은 여러 가지가 있으나 역사적으로나 학문분야별로 살펴볼 때 공통적으로 많이 언급되는, 가장 직접적으로 인구자질에 영향을 미치는 방법은 모자보건, 즉 임신부와 출생아의 건강을 증진시키는 방법이다. 이러한 측면에서 일본의 경우는 국가적 차원에서 지속적으로 모자보건을 강조해 왔고 특히 「건강하고 건전한 부모와 자녀 21」이라는 모자보건에 관한 국가 계획을 통해서 구체적인 인구자질향상정책을 수립하였다. 우리나라의 경우 모자보건의 영역 중에서도 최근 들어 관심을 기울이는 영역은 국정과제의 하나인 고위험군에 속해있는 산모와 출산아의 건강이라고 볼 수 있다. 우리나라에서 모의 평균 출산연령은 지속적으로 증가하여 2013년에

는 31.84세가 되었다. 이러한 상황을 종합적으로 고려할 때 모자보건의 영역에서도 현재 고위험군으로 분류되는 고령 임신부와 그들의 출산 결과에, 인구 자질의 향상이라는 측면에서 사회적인 관심을 가질 필요가 있는 것이다.

고령임신에 관해서는 산모의 연령과 초산인지 경산인지의 여부에 따라 비교적 다양한 정의가 존재한다. 구체적인 산모의 연령 기준은 만 35세 혹은 40세 이상으로 경우에 따라서 그 기준이 상이하나 일반적으로는 미국의 The Council of the International Federation of Gynecology & Obstetrics의 1958년 기준에 따르면 연령 만35세 이상의 임신을 고령 임신이라고 정의하고 있다. 세계보건기구(WHO)와 국제 산부인과연맹에서도 만35세 이상의 나이에 첫 임신을 한 경우를 고령 초산모라고 정의하고 있다. 따라서 우리나라에서도 초산 혹은 경산의 구별 없이 모의 연령이 만35세 이상의 경우라는 기준이 주로 적용되고 있다²⁾.

고령의 임신은 모성 사망으로 이어질 수 있는 임신 중 고혈압, 당뇨, 태반조기박리, 전치태반 등의 임신 합병증과 불량한 출산결과(adverse birth outcome)인 조산, 사산, 영아 사망, 뇌신경학적인 장애 및 선천성 기형 등의 발생 가능성이 높다. 예를 들어 고혈압의 경우는 고령 임신의 경우 젊은 연령의 임신에 비해 약 2~4배로 증가하며³⁾, 임신성 당뇨의 경우도 만35세 이상의 고령 임신에서 증가하여 이로 인한 거대아

2) 박문일, 한동운, 류기영, 윤태형, 이정은, 한현주(2005). 고위험 임신부의 효율적 관리방안 연구, 한양대학교 의과대학 건강증진사업 지원단.

3) Marai W, Lakew Z.(2002). Pregnancy outcome in the elderly gravida in Addis Ababa, *East African Medical Journal*, 79(1), pp.34~37.

출산 및 난산의 가능성이 높아진다⁴⁾. 이러한 점에서 고령임산부는 현재 의학적으로 고위험 산모로 분류된다⁵⁾. 이에 본고에서는 고령의 산모와 출산결과에 초점을 두어 고령임신의 현황과 추세를 살펴보고 고령임신의 출산의 질을 향상시킴으로서 초저출산 문제에 대응하는 정책 방안을 제시하고자 한다.

2. 고령임신의 현황과 추이

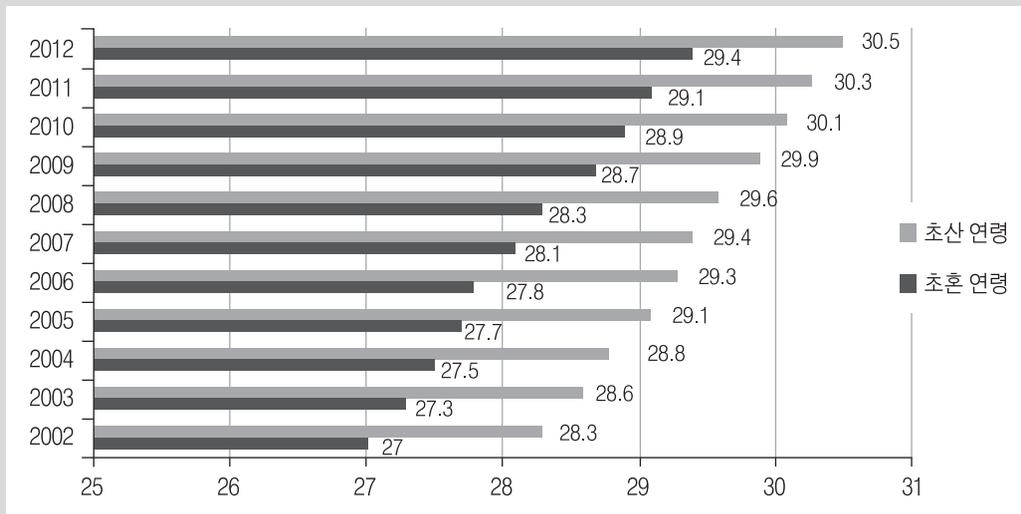
고령임신의 가장 직접적인 원인은 만혼이다.

지속적인 초혼연령의 증가와 이에 따른 초산연령의 증가는 실제로 비슷한 크기로 증가하고 있음을 알 수 있다. 최근 10년간의 통계청의 출생통계를 통해 살펴보면, 2002년 27세이던 초혼연령은 2012년에는 29.4세로 약 2세가 증가했고, 비슷한 양상을 띠며 초산 연령도 2002년 28.3세에서 2012년 30.5세로 약 2세가 증가했다.

고령임신의 증가는 저출산 및 고령화 현상과 맞물리는 가임여성의 고령화가 또 다른 원인이다. 최근 10년간의 통계청 주민등록인구통계를 통해 살펴보면, 전체 여성인구 대비 만15세부터 만49세까지의 가임여성의 비율이 2002년에는

그림 1. 초혼연령 및 초산연령 추이

(단위: 세)



자료: 통계청 출생통계(해당 연도)

4) 김태은, 이순표, 박종민, 황병철, 김석영(2009). 건강한 고령 초산모에서 산모 연령이 임신 결과에 미치는 영향, *대한주산회지*, 20(2), pp.146~152.

5) 서경(2005). 고령 임신의 위험 및 바람직한 어머니의 출산 연령, *한국모자보건학회 학술대회 자료집*, 서울: 한국모자보건학회; Jahan M. K., Shafiquzzaman M, Nahar K, Rahman M, Sultana N, Rahman M. M, Begum R.(2009). Outcome of pregnancy in women 35 years of age and above, *Mymensingh Medical Journal*, 18(1), pp.7~12.

57.3%였는데 2012년에는 51.7%로 약 5.6%p (약 63만 명) 감소하였다. 이와는 대조적으로 고령임신으로 연결되는 만35세 이상부터 만49세까지의 가임여성은 증가하고 있는 추세이다. 2002년에는 약 600만 명이었던 만35세 이상 가임여성은 2012년 약 635만 명으로 증가하였다. 이를 비율로 살펴보면, 전체 가임여성 대비 만35세 이상 가임여성의 비율이 2002년 43.1%에서 2012년 48.3%로 약 5.2%p 증가했음을 알 수 있다. 이러한 현상은 한국 사회의 전반적인 인구 고령화 현상을 반영하는 현상이다.

이러한 초산연령의 증가와 고령의 가임여성의 증가는 실제로 전체 임신내의 고령임신의 비율을 증가시키는 결과로 이어진다. 통계청의 주민등록인구통계를 통해 전체 출산모 대비 만35세 이상 출산모의 비율을 만35세 미만 출산모의 비율과 비교하면, 이 두 집단의 변화 추이가 대칭적인 양상을 띠고 있음을 알 수 있다. 구체적으로, 만35세 미만 출산모는 2002년 전체 출산모의 92.0%를 차지하다가 점점 감소하여 2012

년에는 81.3%로 현저히 낮아졌는데, 이와는 대조적으로 만35세 이상 출산모는 2002년에는 전체 출산모의 8.0%로 극히 낮은 비중을 차지하였으나 점차 증가하여 2012년에는 18.7%로 2배 이상 증가하였다.

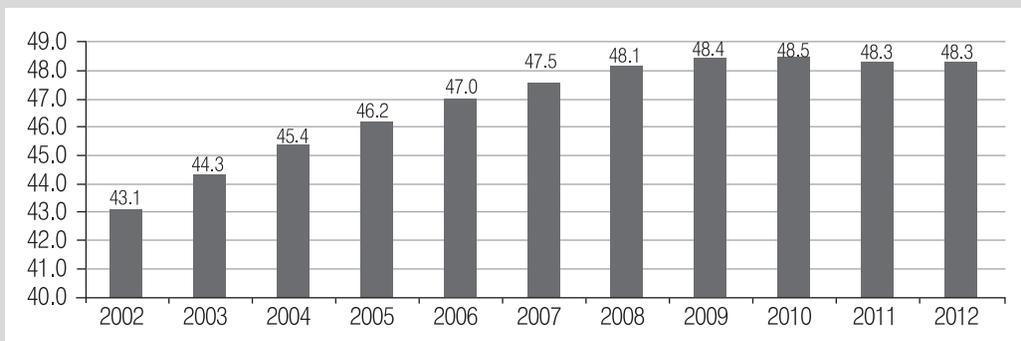
요약하면 한국사회 초저출산 현상으로 인한 가임인구의 고령화 현상과 만혼의 현상은 이로 인한 고령임신의 증가를 일으켰고 이러한 현상은 지속화될 것으로 전망된다. 따라서 초저출산현상에 대한 보다 효과적인 전략은 결혼과 출산의 시기를 앞당기도록 유도하여 출산율을 양적으로 증가시키기 위한 정책이라기보다는 증가하는 고령임신을 지원하는 정책이라고 볼 수 있다.

3. 고령임신의 출산결과

고령 임신에 따른 출산결과(birth outcome)에 대해서는 많은 연구들이 진행되어 왔다. 대부

그림 2. 만35세 이상 가임여성 비율 추이

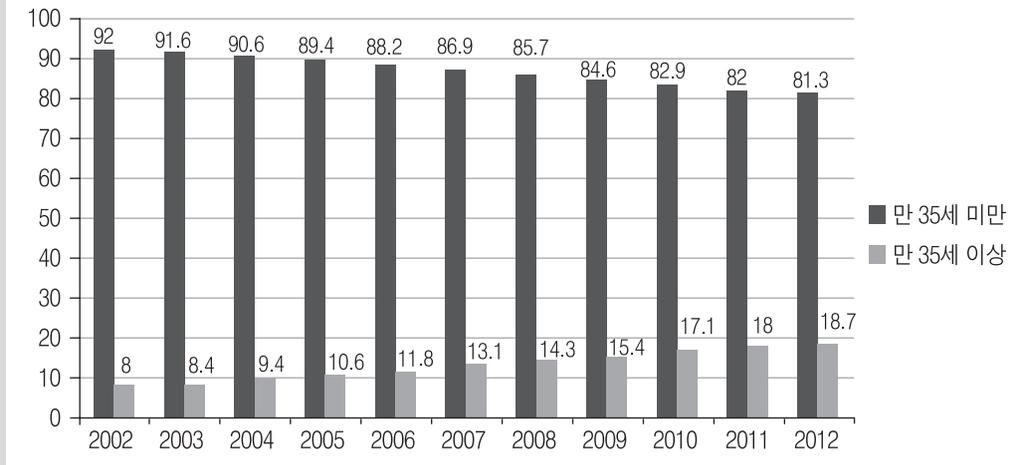
(단위: %)



자료: 통계청 주민등록인구통계 각년도.

그림 3. 전체출산모 대비 만35세 미만 출산모와 만35세 이상 출산모의 비율 추이

(단위: %)



자료: 통계청 출생통계 각 연도

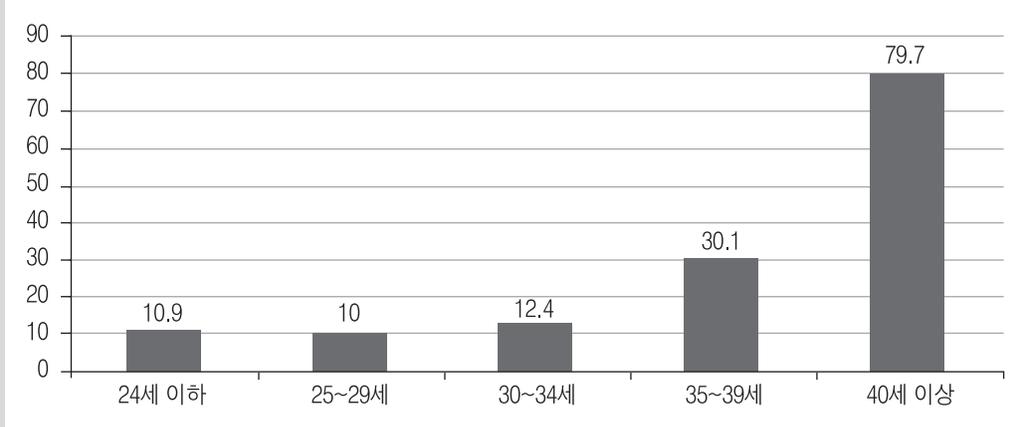
본 연구에서는 고령임신이 의학적으로 위험 인자를 가지고 있어서 고위험임신의 가능성이 높다고 보고하고 있다. 본 절에서는 모성사망과 영아사망, 저체중 출생아 출산, 조산이라는 출산결과에 관한 전국 통계자료와 선행연구들을 보다 자세히 고찰하고자 한다. 우선 2009~2011년 평균 모의 연령별 모성사망을 살펴보면 출생아 십만 명당 모성사망비는 모의 연령이 증가할수록 증가하는 경향을 보임을 알 수 있다. 구체적으로 35~39세의 출산모의 경우는 34세 이하의 산모와 비교하여 2~3배 더 높은 사망비를 보이며, 40세 이상의 출산모는 35~39세의 출산모와 비교하여 2.5배 이상 더 높은 모성사망비를 보이고 있다. 따라서 고령산모 중에서도 특히 40세이상의 고령산모에게 있어서 모성사망을 감소시키기 위한 노력이 필요할 것으로 보인다.

다음으로 영아사망률을 살펴보면 2009~2011년 동안 전체 출산모 중에서 20세 미만의 출산모와 40세 이상의 출산모의 경우가 다른 연령 집단에 비해 가장 높은 영아사망률을 보인다. 또한 영아사망률은 모의 연령이 25세에서 40세 이상으로 증가할수록 증가하는 경향을 보인다. 20세 미만의 임신은 전체 임신에서 차지하는 비율이 낮고, 10대의 임신의 경우는 출산 결과의 질보다는 임신 자체를 감소시키려는 노력이 더욱 필요한 반면, 고령임신은 증가하고 있다는 점에서 비록 고령임신에 의한 영아사망이 2009년에서 2011년으로 갈수록 감소하고 있으나 이를 더욱 감소시키기 위한 국가의 정책적인 개입이 필요한 것으로 보인다.

영아사망이 20세 미만의 산모에게 높게 나타나는 이유는 모의 신체적 미성숙 등이 주된 이유이며, 고령임신의 경우에 있어서는 저체중아

그림 4. 모의 연령별 모성사망비

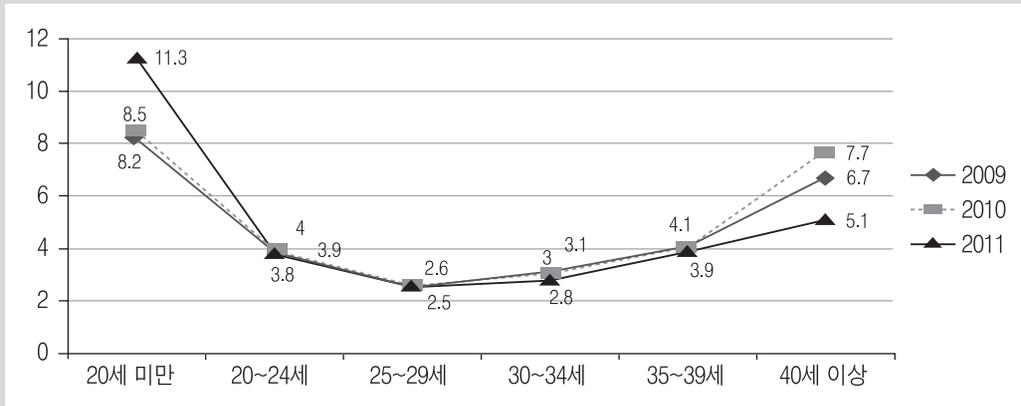
(단위: 출생아 천명당)



자료: 통계청(2012). 영아사망, 모성사망, 출생전후기 사망통계 2009~2011년

그림 5. 모의 연령별 영아사망률

(단위: 출생아 천명당)



자료: 통계청(2012). 영아사망, 모성사망, 출생전후기 사망통계 2009~2011년

출산 및 조산의 경향이 주요인으로 추정되고 있다.⁶⁾ 따라서 저체중아 출산 및 조산의 경우도 주

목할 만한 출산결과인데, 고령임신의 경우 저체중아 출산 및 조산이 실제로 비고령임신에 비교

6) 통계청(2012). 영아사망, 모성사망, 출생전후기 사망통계 2009~2011년

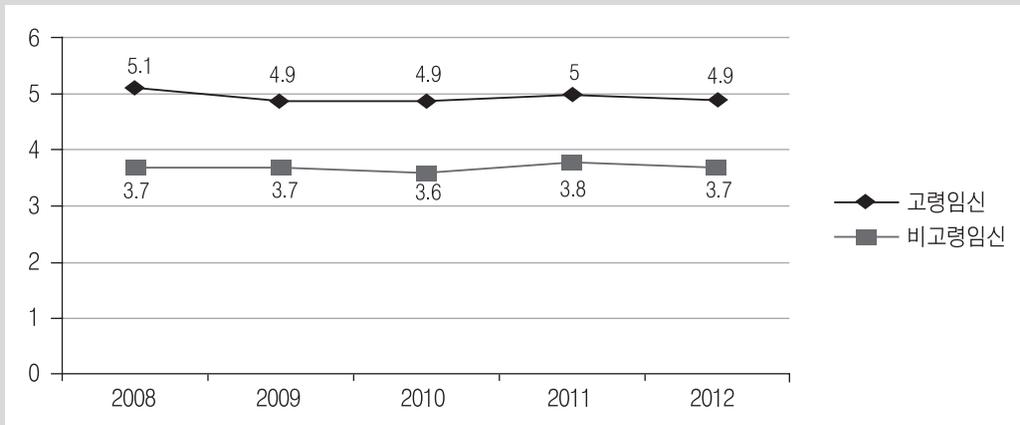
하여 어느 정도 차이가 있는지 살펴보면, 2012년 전체 산모의 저체중 출생아 출산 비율이 4.0%과 이며 고령 산모의 저체중 출생아 출산 비율은 4.9%로 고령 산모는 비고령 산모와 비

교하여(3.7%) 1.2%의 차이를 보이고 있음을 알 수 있다.

다음으로 조산이라는 출산결과를 살펴보면, 고령임신에 있어서 조산은 2008~2012년까지

그림 6. 모의 연령에 따른 임신유형별 저체중아 출산비율

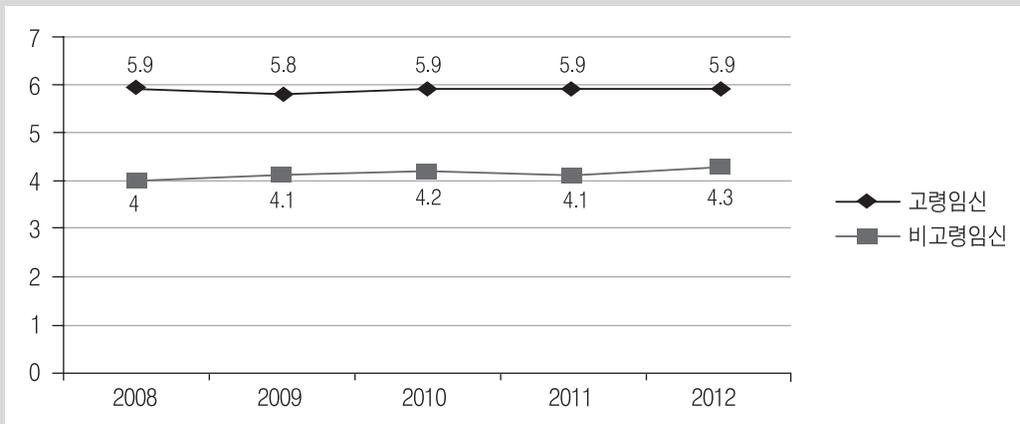
(단위: %)



자료: 통계청(2012). 영아사망, 모성사망, 출생전후기 사망통계 2009~2011년

그림 7. 모의 연령에 따른 임신유형별 조산비율

(단위: %)



자료: 통계청(2012). 영아사망, 모성사망, 출생전후기 사망통계 2009~2011년

큰 변화 없이 약 5.9%의 비율을 보이고 있다. 2012년 고령임신에 따른 조산 비율은 비고령 산모와 비교하여(4.3%) 1.6%의 차이를 보이고 있다.

종합해보면 출산결과에 있어서 저체중 출생아 출산과 조산의 비율이 고령임신의 경우 비록 조금씩 감소하고는 있으나 비고령의 임신과 비교하면 여전히 그 비율이 높다는 것을 알 수 있다. 고령임신의 높은 모성사망비, 영아사망률, 저체중 출생아 출산 및 조산 비율이 고령이라는 모의 연령 그 자체가 가장 큰 원인인지 아니면 고령과 결부된 다른 요인들이 원인인지를 밝히기 위한 연구들도 그동안 많이 수행되었다. 대부분의 연구결과는 모의 고령은 영아사망, 저체중아 출산, 조산의 비율과 정(+)의 상관관계에 있다고 보고하고 있다. 그러나 일부 연구에서는 다른 요인을 통제했을 때 모의 연령은 출산결과와 관련이 없거나 영향력이 작다고 보고하고 있다⁷⁾. 예를 들어, Wang 외⁸⁾의 연구에서는 영아사

망, 저체중 출생아 출산, 조산에 있어서 다른 요인들을 통제했을 때 모의 연령에 따른 차이는 없다고 주장하였다. 또한 김상미 외(2012)⁹⁾의 연구는 2000년대 초반과 비교해서 2000년대 말에 모의 연령이 영아사망에 미치는 영향력이 감소했다고 보고하였다. 저체중아 출산이라는 출산결과에 있어서는 고령임신과 비고령의 임신과의 차이가 없다고 밝힌 연구도 있었고¹⁰⁾, 예외적으로 40세 이상의 산모가 20~29세 산모에 비해 저체중출생아 위험이 적다고 보고한 연구도 있다¹¹⁾. 조산의 경우도 최수란 외¹²⁾의 연구에서는 40세 이상의 임신부를 기준으로 40세 미만의 임신부와 비교한 결과, 두 집단 간 조산의 발생률에 있어서 차이가 없다고 하였다. 더 나아가 양영균 외¹³⁾와 장은철 외¹⁴⁾는 고령임신에 의한 조산 비율이 비고령의 임신에 비해 오히려 낮다고 예외적으로 보고하기도 하였다.

이들 연구들의 주장은 고령 산모는 일반적으로 교육 수준이 높기 때문에 사회경제적인 위

7) 이소영, 임지영(2013). 저출산·고령화 대응 인구자질 향상방안: 고령임산부의 출산실태와 정책과제, 한국보건사회연구원.
 8) Wang Y, Tanbo T, Abyholm T, Henriksen T(2011). The impact of advanced maternal age and parity on obstetric and perinatal outcomes in singleton gestations, *Arch Gynecol Obstet*, 284, pp.31~37.
 9) 김상미, 김동식(2012). 부모의 사회경제적 지위가 출산 결과 및 영아사망에 미치는 영향: 2000년대 초반과 후반을 중심으로, *한국인구학*, 35(1), pp.131~149.
 10) 김태은, 이순표, 박종민, 황병철, 김석영(2009). 건강한 고령 초산모에서 산모 연령이 임신 결과에 미치는 영향, *대한산부회지*, 20(2), pp.146~152; 최수란, 김광준, 이순표, 김석영, 윤성준, 이의돈(2003). 40세 이후 고령 산모의 임신과 출산의 임상적 고찰, *대한산부회지*, 46(3), pp.612~616; 홍성훈, 김윤진, 최형민, 정병준, 전명권, 이응수(2002). 35세 이상 고령 산모의 임신과 출산의 최근 동향에 관한 임상적 연구, *대한산부회지*, 45(4), pp.549~553.
 11) Yogeve, Y., Melamed, N., Bardin, R, Tenenbaum~Gavish, K, Ben~Shitrit, G, Ben~Haroush, A.(2010). Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(6), pp.e1~7.
 12) 최수란, 김광준, 이순표, 김석영, 윤성준, 이의돈(2003). 40세 이후 고령 산모의 임신과 출산의 임상적 고찰, *대한산부회지*, 46(3), pp.612~616.
 13) 양영균, 정병욱, 정진국, 이명재, 유광혁, 신승권(1998). *대한산부회지*, 41(1), pp.34~41.
 14) 장은철, 손은식, 임희택, 김기중, 이호형, 최호준(2002). 35세 이상 산모의 임신 및 주간기 예후에 관한 고찰, *대한산부회지*, 45(5), pp.816~822.

치가 높고 이러한 보호요인으로 인해 생물학적인 위험요인의 영향력이 작아진다는 것이다¹⁵⁾. 즉 고령임신에 있어서 불량한(adverse) 출산결과가 더 많이 나타나지만, 이는 산모의 연령보다는 산모가 가진 사회경제적인 수준 등이 출산의 질에 더 큰 영향을 미친다는 것이다. 선행 연구에서는 이러한 보호요인으로 산모의 교육 수준, 경제력, 직업, 혼인상태 등을 제시하였다. 또한 이소영 외(2013)의 연구에서도 출산결과에 영향을 미치는 많은 요인들을 통제했을 때 산전진찰 초진시기를 임신초기(1st trimester)에 받는 것과 적합한 수준의 산전진찰을 받는 것이 출산결과에 유의미한 영향을 끼친 것으로 보고되었다. 이러한 연구결과들은 사회경제적 환경, 예방적 측면에서의 산과적인 요소가 개선된다면 고령임신의 출산결과를 향상시킬 수 있음을 시사한다.

4. 결론 및 정책적 제언¹⁶⁾

고령임신의 경우에 비고령의 임신과 비교하여 모성사망이나 영아사망률이 지속적으로 높게 나타났다. 특히 40세 이상의 고령임신에 있어서 더욱 그렇다. 그러나 선행연구에 따르면

영아사망과 이와 밀접한 관계에 있는 저체중아 출산이나 조산이라는 출산결과에 있어 모의 고령이라는 요인은 고령이라는 것 자체보다는 고령과 함께 연관된 다른 요인들이 출산 결과에 더 큰 영향을 미친다. 따라서 무조건 고령이라는 이유로 고위험으로 간주되어 관리되기 보다는 고령임신 내에서도 모 연령 40세 미만의 임신이거나, 산전 관리를 잘 받게 되면 안전하게 출산할 수 있음에 대한 사회적 인식과 교육도 필요함을 간과해서는 안 된다. 이를 위해 우선적으로 고령의 가임기 여성들이 제대로 된 임신과 출산에 관한 정보를 획득하여 고령 임신은 무조건 위험한 임신이라는 인식을 탈피하고 본인의 출산 관련 건강에 대해 정확히 인지하며 건강한 임신과 출산을 위해 미리부터 관리하는 방법을 배울 수 있도록 하는 교육과 홍보가 필요하다 하겠다. 동시에 이를 뒷받침할 수 있는 과학적인 증거에 기반을 둔(evidence-based) 연구들이 지속적으로 이루어져야 한다. 또한 이를 위한 국가적 차원의 자료(database)의 구축이 선제적으로 필요하다.

더 나아가 임신 전부터 시작하여 출산 후까지 생애 주기별로 고령임신을 지원하는 체계적인 시스템의 구축은 증가하는 고령임신의 출산 결과를 향상시킴으로 말미암아 모와 출생아의 건

15) Hammarberg, K., Clarke, V. E.(2005). Reasons for delaying childbearing—a survey of women aged over 35 years seeking assisted reproductive technology. *Australian Family Physician*, 34(3), pp.187~189; Joseph, K.S., Allen, A.C., Dodds, L., Turner, L.A., Scott, H., Liston, R.,(2005). The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstetrics and Gynecology*, 105(6), pp.1410~1418; Mirowsky J.(2005). Age at first birth, health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), pp.32~50; 이정주(2007). 여성의 첫 출산 연령이 저체중출생아의 출생률에 미치는 영향, *대한소아과학회지*, 50(12), pp.1206~1211

16) '이소영, 임지영(2013). 저출산·고령화 대응 인구자질 향상방안: 고령임산부의 출산실태와 정책과제, 한국보건사회연구원'의 일부를 재구성함.

강을 통한 인구의 질 향상이라는 초저출산 시대의 효과적인 대응책이 될 것이다. 인구의 전반적인 고령화와 만혼화, 그리고 이에 따른 초산의 만산 현상은 결혼과 동시에 임신에 대한 지원이 필요함을 시사한다. 실제로 미국의 경우 임신 전 관리(preconception care)의 임신 및 출산 결과에 있어서의 영향에 대한 인식이 높아짐에 따라 2006년에는 질병관리본부(CDC)와 유독성물질질병등록청(Agency for Toxic Substances and Disease Registry: ATSDR)에서 임신 전 관리를 위한 권고사항(Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care)¹⁷⁾을 발표하기도 하였다. 한국에서도 임신 전에 다음 단계와의 연계가 용이하도록 상담 및 관련 건강검진을 포함하여 통합적으로 관리를 받을 수 있는 제도적 장치를 고안하여 의무화 하는 것이 필요하다. 예를 들어, 국민건강보험공단에서 실시하고 있는 ‘생애 전환기 건강검진’과 유사한 제도로서, 생애 주기별 맞춤형 통합 건강서비스로의 하나로 결혼을 후 바로 임신에 관한 상담을 필수적으로 받을 수 있도록 하는 제도를 설치하여 임신 전부터 개인 맞춤형으로 임신과 출산에 관한 관리를 할 수 있도록 지원하는 것이다. 구체적으로 혼인 신고 시에 무료 상담안내책자와 쿠폰 등을 제공하는 것도 하나의 방안이다. 예를 들면 임신 전 검사로서 개인에 따라 난자의 노화 속도가

다르다는 것에 점을 염두에 둔 난소노화검사¹⁸⁾ 같은 검사를 미리 받을 수 있도록 하여 잠재적 고위험 임신, 불임, 조기폐경의 가능성을 예측하고 이에 따라 효과적이고 효율적으로 관리할 수 있도록 하는 것이다. 동시에 임신 전부터 필요한 건강 관리법과 엽산(folic acid)나 엽산이 포함된 종합 비타민제(multivitamin with folic acid) 등 필수적인 영양제의 섭취를 포함한 적절한 영양 섭취에 관한 홍보와 교육이 필요하며, 그리고 특히 임신을 계획한 고령의 가임기 여성에게 필요한 영양제를 우선적으로 섭취할 수 있도록 적절한 지원도 필요하다.

임신 중에도 역시 체계적이고 적합한 산전관리가 필요하며 이를 촉진하는 지원 정책이 가장 필요하다. 체계적인 산전 관리는 고령의 임신부의 임신과 출산 결과의 질을 높이기 위해 가장 중요한 요인 중의 하나라는 것에는 이견이 없다. 비록 한국의 경우 산전 진찰 수진율은 거의 100%를 보이지만 이는 산전 진찰의 경험의 여부만을 반영하는 결과이므로 실제로 적합한 수준의 산전 진찰을 받고 있는 지에 대해서는 여전히 의문으로 남는다. 따라서 보다 실정에 맞는 적합한 산전 진찰 가이드라인이 필요하다. 특히 모든 고령임신을 고령임신이라는 하나의 범주로 간주하여 동일한 지침을 주기보다 실효성 있게 모의 연령을 세분화하고, 질환력이나 초산여부, 임신 중독증 등과 같은 위험 요인의

17) 전문은 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm> 참조

18) 피검사를 통해 난소의 나이를 알 수 있는 검사인데 대표적으로 생리주기와 상관없이 혈액검사로 난소 기능을 평가하는 AMH(항뮐러리안호르몬: 난소 안에서 배란이 되는 어린 난포들에서 분비되는 호르몬), 생리 2~4일 사이에 혈액검사로 난소 기능을 평가하는 FSH(난포자극호르몬: 뇌하수체에서 분비되는 성선자극호르몬) 수치를 보고 판단할 수 있음. 초음파로는 생리 초기에 난포의 수를 체크해서 난소의 노화 검사 AFC(기저동난포수: 초음파로 측정된 성숙 난포로 진행할 가능성을 가진 난포의 개수, 불임치료 시 난소 반응을 예측하는 인자)를 함.

정도를 심도 있게 파악하여 각각의 고령임신의 경우에 따라 적합하고 적절한 검사를 권유할 수 있도록 보다 구체적인 표준화된 지침서(manual)를 사용할 필요가 있다.

또한 임신하면서부터 출산 후까지 체계적으로 관리해 주는 준전문직(para-professional)의 도우미 제도를 만드는 것도 효과적이라고 사료된다. 즉, 기존의 산모·신생아 도우미의 역할을 확대시켜서 외국의 사례에서 발견되는 ‘doula,’ ‘hebamme(독일),’ ‘health visitor(영국)’의 역할의 일부를 포함하여 산모에게 출산 전, 출산 도중, 출산 이후의 전 과정에 있어서 조언을 주고 정보를 제공하며 정신적·육체적 지지를 해주는 역할을 수행할 수 있는 체계적인 도우미 제도를 만드는 것이 필요하다고 본다.

출산을 지원하기 위한 적합한 의료 기반의 확충도 필요하다. 고령임신의 출산 결과를 향상시키기 위해서는 고령임신을 포함한 모든 고위험 출산을 안전하게 할 수 있도록 분만과 분만 후 집중 관리를 위한 개인병의원-전문병원-대학병원 간 ‘응급의료망(emergency medical network, EMNet)’의 구축과 지역별 의료 환경적 특성을 고려한 개인병의원-전문병원-대학병원 산전 관리 체계 및 의료서비스망을 구축할 필요가 있다. 이러한 체계는 지역의 1차 병원에서는 고령임산부 중에서 고위험 환자를 스크린하는 역할을 담당하고, 2차병원에서는 단순 분만을, 그리고 마지막 지역 거점병원인 3차 병원에서는 1, 2차병원에서 고위험군으로 판정된 혹은 응급 전원된 환자에 대한 합병증 관리(생존, 치료 및 회복)를 맡도록 함으로써 의료기관별 비용효과성도 추구될 수 있다.

출산 후 신체의 회복이 더디고 신생아를 돌보는 것이 힘들어 하는 고령 산모를 위해 출산 후에도 산후 검진을 보다 정밀하게 하여 관절통, 산후 우울증 등 고령 산모에게 수반되기 쉬운 신체적·정신적인 증세 및 질환에 대해 검진 및 이상시 치료를 지원해 주는 정책이 필요하다. 비고령 산모에 비해 고령 산모가 취업 중인 경우가 더 많고, 육아에 있어 도움을 줄 수 있는 친정 부모님 혹은 시부모님도 고령 임신부와 함께 고령화가 되어 실질적인 도움을 받을 수 없는 여건인 경우가 많다. 따라서 직장 생활을 병행하며 출산과 육아를 하는 것에 대한 고령 임신부의 신체적 부담감뿐만 아니라 정신적 스트레스 또한 커서 출산 후 겪는 우울증의 강도도 점점 더 커질 수밖에 없다. 이러한 점에서 고령 산모는 산후 관리 도우미의 도움의 필요 정도가 더 크기 때문에 고령임신의 경우 소득 제한을 완화하거나 소득에 따라 본인 부담금을 다르게 책정하되 모든 고령 산모가 대상자로 다 포함되도록 하고 지원 기간도 늘리는 방안도 고려해 볼 만하다.

5. 나가며

초저출산 대응 정책은 우리가 계속해서 고민해야 할 중요한 문제이다. 출산율을 높이기 위한 사회적 환경의 조성은 사회적 책임으로 국가가 할 일임이 분명하다. 현재 실시되고 있는 임신과 출산에 관련된 다양한 지원 정책을 살펴보면 임신 중 진료비를 지원 등 일부 지원 정책을 제외한 대부분의 정책이 출산 후의 지원

정책이라는 한계가 있다¹⁹⁾. 이러한 한계점을 넘어 본 고에서는 증가하는 추세에 있고 비고령 산모에 비해 모성사망, 영아사망, 저체중아 출생아 출산과 조산의 발생률이 높은 취약계층인 고령임산부를 임신부터 시작하여 출산 후까지 지원하는 체계적이고 통합적인 지원 방안을 제시하였다.

증가하는 고령의 가임기 여성이 고령의 임신

에 대해 막연한 두려움을 갖지 않고 임신 전부터 임신에 대비하고 관리하며, 임신 중에는 적합한 산전관리를 받고, 출산 후 회복과 아이의 양육에 있어서 신체적으로나 정신적으로 건강할 수 있도록 지원하는 정책이야말로 이들 인구의 질의 향상과 궁극적으로 초저출산 문제에 대응하는 효율적인 전략인 것이다. 본문
복사

19) 김동식, 김영택, 김태희(2011), 고령 임신부의 임신결과 및 정책지원 방안, 서울: 한국여성정책연구원.