

# 다문화가족의 건강 및 보건의료 실태와 정책과제

*Health Status of Marriage-based Immigrants in Korea and Policy Directions*



김혜련 한국보건사회연구원 연구위원

우리나라는 다문화사회에 진입하고 있다. 통계청 혼인통계를 볼 때도 국제결혼은 전체 혼인의 10%를 차지하고 있다. 그동안 다문화가족지원법이 제정되고, 외국인정책 기본계획도 수립되어 다문화가족에 대한 제도나 정책도 짜여지고 있으며, '건강증진종합계획 (Health Plan) 2020'을 준비하면서 중점과제 영역의 하나로 다문화가족 건강분야를 포함하여 우리사회의 새로운 건강 요구에 부응하려는 계획을 마련하고 있다. 다문화가족은 아직까지 우리나라에서 사회경제적으로 취약계층에 속하는 인구계층이 많으며, 2009년 전국다문화가족 실태조사 결과 의료이용에도 의사소통과 비용부담으로 인한 어려움을 겪는 인구비율이 높음을 볼 수 있다.

다문화가족의 건강에 대한 사회적 투자는 향후 다문화사회에서 인구집단간의 건강격차 해소는 물론 우리사회 전체의 건강수준과 장기적으로 전체 인구의 자질과 질병부담에도 영향을 미치게 되는 중요한 과제이다. 향후 다문화가족에 대한 건강정책은 다문화가족의 건강상황과 변화추이를 지속적으로 모니터링하고, 다문화가족의 건강요구에 부응한 서비스를 효과적으로 전달하여 이들의 건강권을 보호하고, 장기적으로 한국 사회의 인구 자질을 향상시키고 건강형평성을 높이는 방향으로 전개되어야 할 것이다.

## 1. 서언

최근 우리나라에는 다양한 목적으로 노동이 주자와 국제결혼이민자 등 외국인들의 유입이 증가하고 있다. 이와같이 국내로의 외국인 이민이 증가함에 따라 한국사회에는 '다문화가족'으로 불리는 새로운 인구계층이 등장하게 되었다.

특히, 한국인 남성이 외국의 신부를 맞이하는 결혼이주 여성의 증가는 비교적 젊은 결혼 이주 여성들의 대규모 유입이라는 현상적 측면과 아

울러 그 자녀들의 새로운 보건복지 요구 출현, 노동력의 변화 측면은 물론 장기적으로 우리사회 전체의 건강수준과 전체 인구 자질에도 영향을 미치게 되어 중요한 함의를 갖는다.

이들 결혼이민자의 대다수를 차지하는 결혼 이주 여성은 1990년대 중반부터 증가하여 2010년에는 16만명으로 결혼이주여성 가구의 상당수는 사회경제적으로 취약 계층에 속한다. 이들은 출신국가별로 매우 다양한 문화적 배경을 가진 집단으로 언어문제, 문화적 갈등, 경제적 어려움, 사회적 편견 등으로 가족 등 갈등, 자녀양

육의 어려움, 사회적 소외를 경험하는 계층이 많다.

본 소고에서 다문화가족의 정의는 외국계주민<sup>1)</sup> 중 “한국인과 외국인이 결혼하여 형성된 결혼이민자와 배우자 및 그 후손으로 구성된 가족”으로 다문화가족법에서 규정한 협의의 개념으로 보고자 한다. 이들은 장기적으로 체류하면서 우리나라 인구와 사회에 미치는 영향이 큰 대상이라는 점에서 중요성이 크다고 볼 수 있다.

2009년 전국 다문화가족조사는 전국의 다문화가족을 대상으로 이루어진 전수 조사로서 다문화가족의 양상을 파악하는데 의미가 큰 통계를 산출하고 있다.

본 소고는 2009년 전국다문화가족조사 결과를 중심으로 하되, 기존의 몇몇 다문화가족에 대한 건강조사 결과를 이용하여 다문화가족의 건강문제의 현황과 향후의 정책과제를 제시하고자 한다.

## 2. 다문화가족의 건강수준 : 주관적 건강상태

여러 연구들이 이민자들의 건강수준에 영향을 미치는 요인은 연령, 출신국가의 건강에 대한 사회문화적 인식, 이민 전후의 사회경제적 상태, 보건의료 시스템에 따른 미충족 의료서비스 수준 등 여러 요인들이 상호 복합적으로 영향을 미치는 것으로 보고 있다.

2009년 전국 다문화가족조사는 전국의 다문

화가족에 대한 전수조사로써 전체 분석 대상 131,702명 중 여성 결혼이민자가 120,146(91.2%), 남성 결혼이민자가 11,556(8.8%)를 대상으로 한 결과이다.

우선 건강수준에 가장 결정적인 영향을 미치는 연령을 보면, 현재 한국에 거주하는 결혼이민 여성들의 국적별 연령 분포와 평균연령을 보면 베트남과 캄보디아 여성은 24세 이하가 60%가 넘으며, 평균 연령은 24세이다. 이에 비하여 중국(한국계)와 한족, 일본, 북미·호주·서유럽 여성의 평균 연령은 35~40세로 높다. 이러한 출신국가별 연령 분포에서부터의 차이가 주관적 건강에 대한 인식에도 영향을 미치고 있다(표 1).

여러 연구들이 이민자들의 건강수준에 영향을 미치는 요인은 연령, 출신국가의 건강에 대한 사회문화적 인식, 이민전후의 사회경제적 상태, 보건의료 시스템에 따른 미충족 의료서비스 수준 등 여러 요인들이 상호 복합적으로 영향을 미치는 것으로 보고 있다. 주관적 건강상태는 역학 연구에서 인구집단의 건강상태를 측정하는데 있어서 광범위하게 활용되어 온 대표적인 건강수준 지표이다. 주관적 건강상태는 객관적으로 측정된 임상검사보다 주관적이라는 제한점에도 불구하고 건강조사에서 쉽게 얻을 수 있고, 최근의 건강상태를 평가하는 보편적인 지표의 하나로 통용되고 있다. 주관적 건강상태는 건강에 대한 자가평가로 안녕감이나 삶에 대한 만족도를 포함하는 감정적 요소와 신체적 요인들이 결합된 지표로서 의미가 있다. 주관적 건

1) 90일 이상 장기체류 외국인, 한국 국적 취득자, 결혼이민자 및 그 자녀

표 1. 여성 결혼이민자의 국적별 연령 분포

(단위: %, 세)

	전체	중국 (한국계)	중국 (한족)	베트남	필리핀	몽골	태국	캄보디아	일본	북미· 호주· 서유럽	기타
24세 이하	21.1	2.5	11.1	63.4	18.8	14.7	4.1	68.4	0.6	2.7	14.5
25~29세	20.2	12.3	23.7	25.7	23.3	28.3	18.6	28.1	6.0	16.9	26.7
30~34세	17.6	18.4	21.7	7.0	23.2	27.6	29.2	2.6	15.9	27.5	28.8
35~39세	16.7	23.2	19.6	2.7	19.2	18.1	27.0	0.5	23.0	17.8	15.9
40~49세	18.1	28.3	19.4	1.0	14.3	10.3	20.4	0.3	48.7	20.1	10.8
50세 이상	6.4	15.2	4.4	0.1	1.1	0.9	0.8	0.1	5.9	14.9	3.3
평균연령(세)	33.64	39.62	34.33	24.53	33.16	31.27	34.49	24.00	40.38	38.30	31.96
계 (구성비)	100.0 (100.0)	100.0 (30.4)	100.0 (27.3)	100.0 (19.5)	100.0 (6.6)	100.0 (1.4)	100.0 (1.3)	100.0 (2.0)	100.0 (4.1)	100.0 (1.8)	100.0 (5.5)

자료: 「2009년 전국 다문화가족실태조사」 원자료.

강수준은 삶의 질에 영향을 줄 수 있을 뿐만 아니라 질병 이환 및 사망과도 밀접한 연관성이 있다는 것이 여러 연구들에서 밝혀진 바 있다. 주관적 건강에 대한 인식은 출신국가에 따라 사회의 문화에 영향을 받아 의사표시와 인식수준이 다를 수 있다. 한편으로는 많은 외국의 선행 연구에서 제시된 바와 같이 건강하고 비교적 젊은 사람들이 이민을 하는 경향이 있다. 이미 다문화사회를 이룬 미국, 캐나다 등에서 이루어진 많은 연구들이 이민자와 본국인의 건강상태를 비교할 때 이민자들이 이민 초기에 본국인 보다 건강하며, 체류기간이 경과하고 문화적으로 적응함에 따라 본국인과 유사한 수준의 건강을 갖게 되는 경향이 있다는 소위 ‘healthy immigrant effect’ 라는 현상을 제시하여 왔다. 이민자가 젊은 연령층이 주류를 이루며, 비교적 건강한 사람이 이민을 선택하며, 이미 초기에는 건강상태가 좋다는 것이다.

2009년도 전국 조사 결과, 다문화가족은 전반적으로 주관적 건강상태를 매우 양호하게 것

으로 느끼는 것으로 나타나고 있다. 대상자의 연령 및 성별 구조에 차이가 있어 직접 비교에는 제한이 있지만 이는 우리나라 전국민대상 표본조사인 2008년 사회통계조사에 비하여 ‘매우 좋다’는 응답자의 비율이 높은 것이다. 2008년 국민건강영양조사에서 주관적 건강상태가 매우 좋거나 건강하다고 응답한 건강인지율에 비해서도 본 다문화가족 조사결과가 주관적 건강상태가 ‘매우 좋다’ 또는 ‘좋다’로 인식하는 주관적 건강인지율(여성 이민자의 52.2%, 남성 이민자의 61.6%)이 높았다. 이들과 연령대와 유사한 우리나라 국민을 대상으로 한 통계청 사회지표 통계나 국민건강영양조사 결과보다 높다. 이것은 이민자들이 이민 초기에 좋은 건강수준을 가지고 있으며, 비교적 젊은 연령층에 속하는 것도 이유일 것이다.

그러나 연령이 높아질수록, 교육수준과 가구 소득수준이 낮을수록, 체류기간이 길어질수록 주관적 건강인지율이 낮아짐을 볼 수 있어 이민자들이 점차 본국인의 건강수준과 유사하게 되

는 경향이 있다는 외국의 연구들과 부합되는 결과를 보여주고 있다(표 2).

### 3. 의료이용 현황

#### 1) 의료보장 현황

그동안 결혼이민가구에 대한 건강보험 가입 및 의료급여 대상 적용 등 의료보장 수혜를 제도적으로 개선하여 왔음에도 거주와 취업 및 소득의 불안정 등으로 실질적인 의료보장(건강보험, 의료급여 등)을 받지 못하는 계층이 상당수 있다. 2009년 전국다문화가족조사에서는 사회보험 적용 현황과 의료보호 지원 현황 등을 파악하였다. 이들의 특성상 모르겠다거나 무응

답률이 다소 높기는 하였으나 응답자를 중심으로 산출한 결과, 파악된 건강보험 가입률은 82.7%이며 그중 여성 이민자의 가입률(83.4%)이 남성 이민자의 가입률(74.9%) 보다 높았다. 의료보호 수혜자는 7.0%로 여성 이민자 가구의 7.9%, 남성 이민자 가구의 6.0%로 건강보험이나 의료급여 모두 여성 이민자 가구가 남성 이민자 가구에 비하여 의료보장 적용 인구비율이 높았다(표 3). 이는 여성 이민자가 남성 이민자 보다는 한국인 남편을 중심으로 한국 일반 주류 사회에 쉽게 편입하면서 수혜대상이 되기 때문으로 보인다.

건강보험은 1차적인 의료 안전망이라고 볼 수 있는데 결혼이민자는 체류기간이 짧은 경우, 가구소득이 낮은 경우 건강보험 가입률이 낮았다. 체류기간이 짧은 경우 건강보험에 대한 인

표 2. 결혼이민자의 특성별 주관적 건강상태 (N=129,937명)

(단위: %)

구분	주관적 건강상태 분포						주관적 건강인지율 <sup>1)</sup>			
	매우 좋음	좋은 편	보통	나쁜 편	매우 나쁨	계	전체	여성	남성	
전체	18.4	34.5	36.0	9.6	1.5	100.0	52.9	52.1	61.6	
지역	동부	17.8	35.2	35.2	10.2	1.7	100.0	53.0	51.9	61.5
	읍면부	20.0	32.6	38.2	8.2	1.0	100.0	52.6	52.3	62.8
연령	24세 이하	28.8	29.4	36.3	5.2	0.3	100.0	58.2	58.0	73.7
	25~29세	22.4	36.8	34.3	6.0	0.5	100.0	59.2	58.4	77.6
	30~34세	18.6	39.9	33.5	7.4	0.7	100.0	58.4	57.3	70.4
	35~39세	14.6	37.6	36.8	9.9	1.2	100.0	52.1	50.2	68.0
	40~49세	11.2	33.2	39.0	14.3	2.3	100.0	44.5	42.2	58.5
	50세 이상	7.8	25.4	36.5	23.1	7.2	100.0	33.2	30.3	43.2
체류기간	1년 미만	28.9	33.3	31.9	5.5	0.3	100.0	62.2	62.4	58.7
	1~2년 미만	24.2	34.5	33.8	6.9	0.6	100.0	58.7	58.8	56.5
	2~5년 미만	19.4	34.0	36.7	8.7	1.1	100.0	53.4	52.8	61.0
	5~10년 미만	13.8	36.6	36.2	11.4	2.0	100.0	50.4	48.6	64.3
	10년 이상	11.5	33.6	37.6	14.4	2.9	100.0	45.1	42.9	60.7

주: 1) 주관적 건강인지율: 주관적으로 건강하다고 생각하는 사람(매우건강 또는 건강하다고 응답한 사람)의 비율.  
 자료: 「2009년 전국 다문화가족실태조사」 원자료.

지부족이나 가구의 보험료 체납이나 혼인신고 지연 등 가족관계 등록상의 문제로 건강보험 수혜가 미치지 못하는 대상이 상당수 있음을 볼 수 있다.

## 2) 미충족의료 수준

미충족의료란 의사의 도움이 꼭 필요했는데도 실제로 의사의 도움을 받지 못했거나 중도에 치료를 포기한 경우를 말한다. 미충족의료에 대한 인식 또한 출신국가의 사회경제수준과 문화에 따라 달라질 수 있을 것으로 보인다.

다문화가족은 의료보장에서 건강보험이나 의료급여 등 의료보장제도가 포괄하는 인구범위를 나타내는 인구보장률(population coverage)이 우리나라 일반 국민에 비하여 낮다. 더구나 우리나라 건강보험은 보장성이 높지 않고, 본인 부담률이 높으며, 고비용 의료서비스 이용이 제한되어 있어 미충족 의료 발생하게 된다. 다문화가족은 특히 경제적으로 취약한 계층이 많아 특히 고비용 의료서비스 요구에 대해서는 미충족의료 발생 가능성이 높을 것으로 일면 예측할 수 있다.

2009년 전국다문화가족 조사에서는 이들의 의료 요구에 대한 미충족 수준을 파악하기 위해서 “지난 1년간 의사의 도움이 필요했는데도 병원에 가지 못하였거나 중도에서 치료를 포기한 경험이 있는지?” 여부를 파악하였다. 지난 1년간 미충족의료 경험은 전체적으로 10.6%이었으며, 여성 이민자에서 10.3%, 남성 이민자의 13.0%에서 치료포기 경험율을 보였다(표 4).

이것은 기존의 다문화가족 연구결과에 비해

여 다소 낮아진 수준이며, 우리나라 일반 성인들의 미충족의료 수준이 연구나 자료에 따라 약 3~10%에 달하고, 빈곤층은 8~15%이라는 기존 연구결과나 2008년 차상위계층 실태조사에서의 의료미충족율이 일반 가구 8.35%, 의료급여 1종가구 23.5%, 2종 가구 24.7%, 법정차상위 가구 26.9%, 차차상위 16.2%로 나타났던 것과 비교할 때 다문화가족의 미충족의료 경험률이 우리나라 일반가구보다는 높지만 의료급여 및 차상위계층이나 빈곤층에 비하여 낮은 것으로 볼 수 있다. 이것은 미충족의료에 대한 인식이 다문화가족의 출신국가의 사회경제수준과 문화에 따라 다를 수 있으며, 특히 이민 초기 이들의 건강수준이 높고 젊은 연령층이 많기 때문에 고비용 의료서비스에 대한 필요도가 낮아 미충족의료 수준이 아직까지 낮을 수 있는 것도 그 요인의 하나로 볼 수 있다.

건강보험 미가입자의 미충족의료 경험은 가입자에 비하여 높음을 볼 수 있다. 미충족의료 경험은 월가구소득이 낮을수록 높은 양상을 보였다. 여성 이민자에서는 연령이 높을수록, 교육수준이 낮을수록, 월가구소득수준이 낮을수록, 체류기간이 길수록 미충족 의료수준이 높았다. 그러나 남성 이민자에서는 체류기간에 따른 차이가 없었으며, 특히 24세 이하, 저학력자, 건강보험 미가입자에서 미충족의료 경험이 높게 나타났다.

## 3) 의료기관 및 이용 시 장애요인

의료기관 이용의 장애요인은 다문화가족의 거주지역, 체류기간, 경제수준, 교육수준 및 의

**표 3. 결혼이민자의 특성별 의료보장 현황과 미충족의료 경험률 (N=119,928명)**

(단위: %)

구분		건강보험 가입율 <sup>1)</sup>			의료급여 수혜율 <sup>1)</sup>			1년간 미충족의료 경험률		
		전체	여자	남자	전체	여자	남자	전체	여자	남자
전체		82.7	83.4	74.9	7.0	7.9	6.0	10.6	10.3	13.0
지역	동부	81.8	82.8	74.2	7.0	7.1	6.2	11.2	11.0	13.1
	읍면부	85.0	85.2	80.7	9.9	10.1	6.0	8.8	8.7	12.3
연령	24세 이하	84.0	84.3	57.0	7.2	7.2	4.2	4.6	4.5	18.2
	25~29세	83.6	84.1	72.7	7.5	7.6	5.0	7.4	7.4	8.5
	30~34세	84.4	85.0	78.4	8.0	8.4	4.6	10.8	10.8	11.7
	35~39세	84.8	85.3	80.5	7.6	7.7	7.2	13.2	13.1	14.1
	40~49세	79.4	80.6	72.6	7.8	8.2	5.1	14.7	14.8	14.5
	50세 이상	76.7	78.1	71.8	8.8	8.9	8.4	16.0	17.1	12.4
체류기간	1년 미만	74.7	76.3	50.3	6.9	6.6	11.6	5.1	4.5	16.2
	1~2년 미만	79.2	80.1	61.7	7.4	7.5	5.7	7.0	6.5	16.4
	2~5년 미만	81.5	82.3	72.9	7.1	7.2	6.0	9.0	8.6	13.6
	5~10년 미만	85.4	86.3	78.8	8.1	8.2	7.2	13.2	13.5	11.4
	10년 이상	89.4	90.2	83.5	8.4	9.0	4.0	16.1	16.6	12.2

주: 건강보험 가입 및 의료보호 지원 여부에 대해서는 무응답률이 높았으며, 무응답을 제외하고 산출함.  
 자료: 「2009년 전국 다문화가족실태조사」 원자료.

사소통 능력 등에 영향을 받을 것으로 볼 수 있다. 다문화가족이 의료기관을 이용하면서 가장 힘든 점으로 ‘의사소통의 어려움’을 가장 많이 호소하였고, 그 다음으로는 ‘의료비에 대한 부담’을 제기하였다. 상대적으로 ‘교통 불편’, ‘이용절차 복잡’을 호소하는 경우는 낮았다.<sup>2)</sup> 읍면 지역 거주자에서 의사소통 불편과 교통 불편을 지적하는 비율이 동부 거주자에 비하여 높은 것을 볼 수 있다(표 4).

교육수준이 낮고, 체류기간이 짧은 이민자일수록 의사소통에 어려움을 더 호소하였으며, 체류기간이 길어짐에 따라 비용부담을 의료기관 이용에 장애요인으로 인식하는 경향이 있었다.

이것은 체류기간에 길어짐에 따라 상대적으로 의료기관 이용에 장애요인이 다르게 변화하기 때문이라고 볼 수 있다. 연령이 낮은 이주자들이 의사소통에 더 어려움이 있는 것으로 나타난 것은 연령이 낮을수록 체류기간이 짧을 가능성과 연관되어 있는 것으로 보인다.

#### 4) 주 이용 의료기관

다문화가족이 지난 1년간 아플 때 주로 이용한 의료기관은 의료보장 수혜 여부, 지역별 의료기관종별 분포, 지리적 접근성이 일반적으로 영향을 미치며 이주민의 연령, 체류기간, 의료

2) 기존 연구와 본 조사결과와 비교해 볼 때, 본 조사에서 의료비용 부담이 보다 높았고, 교통의 불편은 상대적으로 낮았다(김유경 등, 다문화시대를 대비한 복지정책방안 연구, 2008).

표 4. 결혼이민자의 특성별 의료기관 이용시 가장 힘든 점 (N=116,916명)

(단위: %)

구분		의사소통 어려움	이용절차 복잡	비용부담	교통 불편	기타	계
전체		38.7	3.6	26.4	5.4	25.9	100.0
성	여성	39.8	3.5	25.8	5.7	25.2	100.0
	남성	26.4	4.7	32.9	1.9	34.1	100.0
지역	동부	37.0	3.8	28.6	2.6	28.0	100.0
	읍면부	43.0	3.1	20.7	12.5	20.7	100.0
연령	24세 이하	61.4	3.4	13.4	6.2	15.5	100.0
	25~29세	47.5	3.5	20.7	5.9	22.4	100.0
	30~34세	36.5	3.4	27.1	5.3	27.6	100.0
	35~39세	30.4	4.0	31.4	5.2	29.0	100.0
	40~49세	26.0	3.9	34.4	4.4	31.4	100.0
	50세 이상	10.9	3.8	42.2	4.8	38.1	100.0
체류 기간	1년 미만	70.9	2.0	10.6	2.5	14.1	100.0
	1~2년 미만	63.6	2.6	15.1	3.8	14.9	100.0
	2~5년 미만	42.9	3.8	23.3	5.9	24.1	100.0
	5~10년 미만	21.9	4.2	41.6	6.1	33.4	100.0
	10년 이상	9.9	4.1	41.6	6.1	38.2	100.0

자료: 김승권 외, 『2009년 전국 다문화가족실태조사 연구』, 보건복지가족부·법무부·여성부·한국보건사회연구원, 2010.

기관 이용에 대한 정보와 인식에 따라라도 차이를 보일 수 있다. 2009년 다문화조사 결과 이들이 아플 때 주로 이용한 기관은 병의원이 73.3% 이었고, 그 다음으로 약국 이용이 높았다. 보건소 이용은 기존의 연구<sup>3)</sup>에서 보다 다소 높은 수준을 보였다(표 5).

이주민들이 주로 이용하는 의료기관은 병의원이 큰 비중을 차지하고 있다. 그러나 연령, 체류기간에 따라 약국, 보건소, 한의원 이용에서 약간의 차이를 보인다. 도시지역 거주자, 연령이 많은 계층에서 약국 이용이 다소 높으며, 체류기간이 길수록 병의원 이용과 약국이용이 높았다. 연령이 높을수록 한의원 이용이 높았으며, 보건소 이용은 젊은 연령층에서 높게 나타

났다. 이는 농촌지역의 결혼이주여성들이 젊은 연령층이 많고 이들이 지역적 특성상 보건소 이용을 많이 하기 때문으로 보인다. 체류기간이 짧은 경우에도 병의원 이용이 상대적으로 낮고, 약국 이용이 높은 것으로 나타나고 있는데 이들은 의장보장 수혜가 없는 경우가 비교적 많고, 의료기관에 대한 정보 부족으로 인하여 접근성이 낮을 수 있는 것도 한 요인으로 보인다.

#### 4. 여성 결혼이민자의 모자보건 현황

다문화가족의 대다수를 차지하는 결혼이민

3) 설동훈 등(2005). 국제결혼 이주여성 실태조사 및 보건·복지 지원 정책방안, 보건복지부.

표 5. 결혼이민자의 특성별 지난 1년간 아플 때 주로 이용한 의료기관 (N=127,290명)

(단위: %)

구분		병·의원	한의원	보건소	약국	기타	계
전체		72.3	5.9	4.6	13.0	4.2	100.0
성	여성	73.0	6.0	4.7	12.3	4.0	100.0
	남성	64.7	5.2	2.8	20.5	6.8	100.0
지역	동부	70.9	6.3	3.5	14.7	4.5	100.0
	읍면부	75.8	4.8	7.2	8.7	3.6	100.0
연령	24세 이하	77.3	2.5	6.6	9.4	4.2	100.0
	25~29세	73.8	5.2	5.0	11.6	4.3	100.0
	30~34세	73.2	6.6	3.9	12.0	4.4	100.0
	35~39세	71.4	6.9	3.8	14.5	3.4	100.0
	40~49세	66.7	7.8	3.5	17.3	4.6	100.0
	50세 이상	69.5	7.3	4.0	14.1	5.1	100.0
체류 기간	1년 미만	64.6	5.4	5.5	16.4	8.2	100.0
	1~2년 미만	69.8	6.0	5.7	13.3	5.3	100.0
	2~5년 미만	71.6	6.0	5.3	13.1	3.9	100.0
	5~10년 미만	75.5	5.9	3.4	12.1	3.5	100.0
	10년 이상	76.9	5.8	2.8	11.0	3.3	100.0

자료: 김승권 외, 『2009년 전국 다문화가족실태조사 연구』, 보건복지가족부·법무부·여성부·한국보건사회연구원, 2010.

여성들은 앞에서 본 바와 같이 비교적 젊은 연령으로 새로운 한국문화의 적응에 앞서 이루어지는 임신·출산에 따른 모자건강보호 서비스의 수요가 높은 대상이 많다. 이들에게 임신·출산 시 건강관리, 출생아의 건강보호를 위한 기본 모자보건 서비스의 보장은 생식건강권 측면과, 인구 자질 향상을 위하여 중요한 인구보건 정책과제로 대두될 것이다.

다문화가족실태나 관련 연구들은 그동안 사회학, 사회복지학과 여성학 영역에서 주로 다루어져 건강관련 연구는 비교적 최근 몇몇 연구에 제한되어 있다. 최근에 이루어진 다문화가족의 건강관련 연구는 결혼이주 여성의 건강과 임신

및 출산 등 모자보건에 초점이 맞추어져 있다.<sup>4)</sup>

2008년 결혼이주 여성에 대한 조사에서 다문화가족 구성에서 대다수를 차지하는 결혼이민 여성들은 임신과 출산 시 ‘임신·출산 관련 교육 및 정보의 부족’, ‘의료진과 의사소통’에서 많은 어려움을 겪었고, 이주여성들이 임신, 출산에 대해 알고 싶은 내용은 ‘출생 후 아기를 돌보는 방법’, ‘임신 중 태아의 정상발달’, ‘산후관리’, ‘엄마젓 먹이는 방법’, ‘임신중 음식’, ‘피임방법’, ‘유산·사산 예방관리’, ‘임신중에 피해야 할 약과 건강생활(담배, 술 등)’, ‘진찰을 받아야 하는 병원이나 보건소의 위치’ 순으로 제시되었고, ‘신생아 돌보기’, ‘자녀의 성장발육에

4) 김혜련·황니미·장인순·윤강재 등(2008), 국제결혼 이주여성의 생식건강 실태와 정책과제: 질병관리본부, 국내 이주자 코호트 연구(2007~2010); 한국건강관리협회(2009), 2008년 여성결혼이민자 건강검진 및 설문 분석 결과; 양숙자 등(2009), 도시와 농촌 지역의 여성결혼이민자의 건강개념, 건강상태와 보건의료이용에 관한 연구.



대한 정보’, ‘아기 영양보충 방법’, ‘예방접종’, ‘자녀 사고 예방’ 등 임신·출산·육아에 대한 정보 요구도가 높은 것을 볼 수 있었다.<sup>5)</sup>

주로 베트남 출신 다문화가족을 대상으로 한 질병관리본부의 ‘국내 이주자 코호트 사업(2007~2010년)’ 결과, 결혼 이주여성은 우리나라 가임기 여성과 비교하면 빈혈 유병율과 기생충 감염율이 높고, B형간염 보균율, B형간염 항체 양성율이 낮아 이주여성 자신의 건강은 물론 모자수직감염예방을 위해 간염예방접종이 필요한 대상이 많은 것으로 파악되었다.<sup>6)</sup> 이러한 건강문제는 임신 결과와 밀접한 관련을 갖기 때문에 특히 중요하다.

2009년 전국 다문화가족 조사에서는 전수조사에 따른 제한된 문항으로 인하여 결혼이민자 임신 및 출산에 대해서는 지원 서비스의 이용경험과 요구도에 대해서만 파악하였다. 이들 서비스의 필요성이 높은 44세 미만이면서 국내 체류기간이 5년 미만의 여성 결혼이민자 중에서 임신과 출산에 대한 지원 서비스를 받은 경험은 35.3%로 약 1/3 정도의 여성 결혼이민자가 임신과 출산지원 서비스를 받은 것으로 나타나 인구학적 관점에서 요구도가 높은 서비스가 그동안 상당부분 제공되어 왔다고 평가할 수 있다. 읍면부 거주 여성, 24세 미만 여성, 교육수준이 낮은 여성, 체류기간이 짧고, 월가구소득수준이 낮은 여성들이 보다 지원을 받는 비율이 높았다. 이들 수혜자가 느끼는 도움정도는 읍면부 거주 여성, 24세 미만 여성, 교육수준이 낮은 여

성, 체류기간이 짧고, 월가구소득수준이 낮은 여성들에게 더 도움이 되었던 것으로 나타났다(표 6).

임신 및 출산지원 서비스의 필요성에 대해서도 매우 필요하다는 대상이 44세 미만 체류기간 5년 미만 여성중 40.5%로 높았으며, 특히 읍면부 거주 여성, 교육수준이 낮은 여성, 체류기간이 짧고, 월가구소득수준이 낮은 여성들에서 더욱 높아 임신 및 출산지원 건강서비스의 지원에서 요구도가 높은 대상에게 우선적으로 접근할 필요가 있음을 나타낸다(표 7).

## 5. 다문화가족의 건강과 보건의료 부문 정책과제

다문화가족의 건강과 보건의료 부문에 대해서 주로 2009년 전국 다문화가족 조사에 포함되었던 실태에 근거하여 주요 정책과제를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 다문화가족은 주관적 건강상태나 유병수준은 한국인에 비하여 매우 양호한 편이지만 교육수준이 낮고, 가구소득이 낮고, 체류기간이 길어지고, 혼인상태가 이혼이나 사별이 되는 경우 주관적 건강수준이 나쁘고, 유병수준도 높게 나타났으며, 치료포기 경험률도 증가하는 것으로 나타나고 있어 다문화가족에 대한 건강지원은 사회경제적으로 취약한 다문화가족 계층을 파악하여 좀더 표적화하여 접근할 필요가 있다.

5) 전계서(김혜련 등, 2008)

6) 질병관리본부(2010), 이주자 코호트 사업(2007~2010) 내부자료.

**표 6. 여성 결혼이민자의 임신 및 출산관련 지원을 받은 경험과 도움정도(44세 미만, 체류기간 5년 미만 여성, N=53,236)**

(단위: %)

구분		임신, 출산 지원 수혜 경험률	수혜자가 느끼는 도움 정도 분포					계
			매우 도움이 됨	약간 도움이 됨	보통	별로 도움이 되지 않음	전혀 도움이 되지 않음	
전체		35.9	31.9	26.2	22.2	8.2	11.4	100.0
지역	동부	28.5	28.5	26.2	22.1	9.1	14.1	100.0
	읍면부	44.8	37.3	26.2	22.4	8.2	11.4	100.0
연령	24세 이하	41.3	38.0	27.0	22.8	6.4	5.8	100.0
	25~29세	40.2	29.5	26.9	23.0	8.6	11.9	100.0
	30~34세	34.1	27.8	25.5	22.5	10.2	13.9	100.0
	35~39세	25.5	22.9	23.9	18.5	11.1	23.5	100.0
	40~44세	13.8	20.6	17.1	22.2	9.6	38.3	100.0
체류 기간	1년 미만	28.0	35.9	23.5	19.0	7.4	14.2	100.0
	1~2년 미만	39.5	31.7	27.3	21.9	7.7	11.4	100.0
	2~5년 미만	36.6	31.2	26.3	23.1	8.5	10.9	100.0

자료: 「2009년 전국 다문화가족실태조사」 원자료

**표 7. 여성 결혼이민자의 임신 및 출산관련 지원 서비스 요구(44세 미만, 체류기간 5년 미만 여성, N=53,501명)**

(단위: %)

구분		임신 및 출산관련 지원 필요성 분포					계
		매우 필요	대체로 필요	보통	별로 필요치 않음	전혀 필요치 않음	
전체		40.5	14.9	12.5	12.4	19.6	100.0
지역	동부	38.2	14.6	12.0	13.5	21.7	100.0
	읍면부	45.6	15.7	13.5	10.2	14.9	100.0
연령	24세 이하	48.9	16.3	13.8	8.8	12.2	100.0
	25~29세	43.8	16.7	13.3	11.7	14.5	100.0
	30~34세	38.8	15.1	12.6	15.5	18.5	100.0
	35~39세	26.9	11.3	9.2	18.1	34.5	100.0
	40~44세	11.8	6.6	7.7	18.2	55.7	100.0
체류 기간	1년 미만	55.2	15.2	10.4	7.4	11.8	100.0
	1~2년 미만	45.9	16.0	12.6	11.4	14.1	100.0
	2~5년 미만	33.8	14.4	13.1	14.4	24.2	100.0

자료: 「2009년 전국 다문화가족실태조사」 원자료

둘째, 다문화가족이 의료기관을 이용하면서 가장 힘든 점으로 '의사소통의 어려움'을 가장 많이 호소하였고, 그 다음으로는 '의료비에 대

한 부담'을 제기하였다. 읍면 지역 거주자에서 는 의사소통 불편과 교통 불편을 지적하는 비율 이 높았다. 이러한 의료이용의 장애요인들을 감

소시키기 위해서는 의료접근성 자체의 증진대책과 함께 의료이용의 장애가 되는 의사소통의 어려움 해소를 위한 통역서비스가 효과적으로 연계되어 지원될 필요가 크다. 특히 읍면지역 거주자가 체류기간이 짧고 환경여건상 다문화가족 지원서비스 접근이 제약될 수 있음을 고려할 때 이들이 쉽게 의료이용과 의료정보를 획득할 수 있도록 다중언어로 된 건강교육 정보와 의료이용에 절차 및 한국어 의료용어에 대한 정보를 다각적 경로로 제공하여 의료이용 접근의 장애를 낮추어야 할 것이다. 이를 위해서는 중앙에서는 관련 부처간 긴밀한 공조체계가 필요하며, 지역에서는 다문화가족지원센터와 보건소 등 지역사회 다문화가족 지지체계의 효과적인 네트워킹이 필요하다.

셋째, 2009년 전국 다문화가족조사에서는 포함되지 못하였지만 그동안의 몇몇 여성 결혼이민자에 대한 조사와 검진결과 다문화가정의 여성은 우리나라 가임기 여성과 비교하면 빈혈 유병율과 기생충 감염율이 높고, B형간염 보균율, B형간염 항체음성율이 높아 이주여성 자신의 건강은 물론 모자수직감염예방을 위해 간염예방접종이 필요한 대상이 많았다. 이러한 가임여성의 건강문제는 임신결과와도 밀접한 관련을 갖기 때문에 중요하다. 다문화가족의 여성은 대부분 개발도상국 출신으로 연령이 낮고, 교육정도가 낮은 여성이 많은 반면, 임신과 출산에 대한 지식이 낮은 배경을 가져 임신전 건강관리(preconceptional care)와 교육 제공의 필요성이 높은 집단이라고 볼 수 있다.

전국 다문화가족조사에서도 임신과 출산지원 서비스의 필요성에 대한 요구도가 상당히 높

았음을 볼 때 가임기에 있는 다문화가족의 여성의 건강을 위해서는 임신전 및 출산후 건강관리 프로그램을 포함하는 기본적인 모자건강서비스가 지역사회에서 제공되어야 한다. 특히 농촌지역이나 체류기간이 짧고, 젊은 연령층의 여성 결혼이민자의 보건소 이용이 높았음을 볼 때 다문화가족의 보건의료서비스 요구에 대응하는데 있어서 보건소의 역할 증대가 필요하다.

또한 이들이 출신국가와는 다른 사회문화적 환경의 변화를 겪으면서 우리나라에 정착함에 따라 어떠한 건강상태의 변화가 있는지, 즉 저체중상태에서 비만으로 급속한 이행 가능성과 이로 인한 만성질환 고위험군으로 대두 될 가능성을 지속적으로 모니터링할 필요가 있다. 더불어 다문화가족은 기존의 각종 취약계층이나 저소득층에 대한 의료 및 복지서비스, 영양플러스사업, 방문보건사업, 건강검진사업 등 다양한 취약계층 대상 건강서비스의 주요 대상자로 되고 있어 기존의 건강과 복지 서비스들이 다문화적 배경을 고려하여 이들의 서비스 요구에 효과적으로 대응할 수 있도록 기존 사업들에서 새로운 서비스 부문을 개발할 필요성도 제기된다.

## 6. 결론

우리나라는 다문화사회에 진입하고 있다. 2010년 외국계 주민이 전체 주민등록인구의 2.3%에 이르고 있다. 통계청 혼인통계를 볼 때도 한국인 남성과 외국인 여성, 그리고 한국여성과 외국인 남성간의 국제결혼은 2000년대 초에 크게 증가하여 2005년 정점을 이루다가 약

간 감소추세에 있기는 하나 2004년 이래 전체 혼인의 10% 정도를 차지하고 있다. 그동안 다문화가족지원법이 제정되고, 외국인정책 기본계획도 수립되어 다문화가족에 대한 제도나 정책도 짜여지고 있으며, 기초자료를 확보하기 위하여 2009년에서 다문화가족에 대한 전수조사가 이루어지게 되었다. 다문화가족지원법에서는 다문화가족의 건강관리와 관련하여 가족상담, 부부교육, 부모교육, 가족생활교육, 산전·산후 건강관리 지원, 아동보육과 교육, 생활정보 제공 등의 조항을 포함하여 제도적 지원책의 근거를 마련하고 있다. 2008년 12월 발표된 제1차 외국인정책 기본계획(2008~2012)에서는 결혼이민자와 가족에 대한 정보 제공 및 상담 강화, 지자체를 중심으로 한 사회서비스 강화, 사회 적응 여건 조성, 배우자 대상 결혼준비 교육, 보육 등 아동양육 지원서비스 확대, 외국인에 대한 사회보장수급권 확대 및 진료편의 제공 등을 포함한 계획을 세우고 있다. 한편, '건강증진 종합계획(Health Plan) 2020'을 준비하면서 향후 10개년의 국가건강증진종합계획의 31개 중

점과제 영역의 하나로 다문화가족 건강분야를 포함하여 우리사회의 새로운 건강에 대한 요구에 부응하는 계획을 마련하고 있다.

다문화가족의 건강에 대한 사회적 투자는 향후 다문화사회에서의 건강격차 해소는 물론 우리사회 전체의 건강수준과 장기적으로 전체 인구의 자질에도 영향을 미치는 중요한 과제로 대두되고 있다. 특히 다문화가족의 대다수를 차지하는 결혼이민 여성들은 비교적 젊은 연령으로 새로운 한국문화의 적응에 앞서 임신·출산이 이루어져 모자건강보호 서비스 수요가 높은 대상이다. 향후 다문화가족에 대한 건강정책은 다문화가족과 그 자녀의 건강상황과 변화추이를 지속적으로 모니터링하고, 다문화가족의 건강요구에 부응하여 보건의료 서비스를 다양한 다문화가족을 위한 관련 서비스의 필수 요소로 포함하고, 효과적으로 전달하여 이들의 건강권을 보호하고, 장기적으로 한국 사회 전체의 인구자질의 향상과 질병부담의 감소를 가져오고, 건강형평성을 추구하는 방향으로 발전되어야 할 것이다. 본  
문  
지