

# 인공임신중절에 관한 연구

- 사회적 논의 및 사회적 인프라 구축을 중심으로 -

연세대학교 대학원

보건학과

이유리

# 인공임신중절에 관한 연구

- 사회적 논의 및 사회적 인프라 구축을 중심으로 -

지도 손 명 세 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2009년 12 월 일

연세대학교 대학원

보 건 학 과

이 유 리

이 유 리의 석사 학위논문을 인준함

심사위원\_\_\_\_\_인

심사위원\_\_\_\_\_인

심사위원\_\_\_\_\_인

연세대학교 대학원

2009년 12월 일

## 감사의 글

앞만 보고 달려온 2년은 제게 참으로 소중한 시간이었고, 인생 전체를 볼 때 가장 큰 발전과 발돋움의 기간이었습니다. 이렇게 변화할 수 있게 도와주신 주위에 모든 분들께 감사의 말씀을 드립니다.

이렇게 논문이 완성 될 수 있었던 것은 무엇보다도 보건학이는 학문을 통해 지식과 경험의 폭을 넓혀 주시고, 부족한 저를 믿어주시며 늘 기회를 주셨던 손명세 교수님의 지도 덕분이라 생각합니다. 항상 관심과 격려로 지도해 주시며 용기를 북돋워 주시던 박형욱 교수님과 김소윤 교수님이 계셨기에 어려움도 잘 극복 할 수 있었다고 말씀드리고 싶습니다. 다시 한 번 교수님들께 머리 숙여 깊은 감사의 인사를 드립니다.

배움의 여정이 즐거울 수 있게 해주었던 예방의학교실, 보건학과, 의료법윤리학 협동과정 강사님들, 선배님들, 동기들, 후배님들에게 감사의 마음을 전합니다. 지친 일상에 활력이 되어주는 친구들에게도 감사의 마음을 전합니다. 마지막으로, 그러나 가장 뜨겁고 깊은 감사의 마음을 사랑하는 부모님, 언제나 믿어주고 응원 해주셔서 정말 고맙습니다.

아직 인생을 이야기 할 나이에는 이르지만 감히 말씀 드리자면 저는 인생을 한편의 역사이자 그림을 완성해나가는 과정이라고 생각합니다. 비록 지금은 스케치 보여드리기 부끄럽지만, 이 어설픈 밑그림조차도 주변에 계신 많은 분들의 도움이 없었다면 불가능했을 것입니다. 제 그림이 언젠가 완성되는 그 날을 기대하며, 언제나 진심으로 감사하는 마음으로 삶을 대하겠습니다.

이 유 리 올림

# 목 차

표차례 .....	ii
국문요약 .....	iii
<b>제 1 장 서론</b> .....	1
1. 연구의 배경 및 목적 .....	1
2. 연구의 방법 .....	2
<b>제 2 장 국내외 인공임신중절 관련 현황</b> .....	3
1. 인공임신중절의 개념 및 규정 .....	3
2. 우리나라의 인공임신중절 실태 .....	6
3. 외국의 인공임신중절 관련 시사점 .....	10
4. 소결 .....	16
<b>제 3 장 인공임신중절에 관한 사회적 논의</b> .....	17
1. 인공임신중절에 관한 논쟁 .....	17
2. 인공임신중절 근절의 사회적 선언에 대한 각계의 입장 .....	18
3. 인공임신중절 법적 제재에 관한 논의 .....	23
4. 소결 .....	27
<b>제 4 장 인공임신중절 감소를 위한 사회적 인프라 구축방안</b> .....	29
1. 외국의 사회적 인프라 상황 .....	29
2. 우리나라의 사회적 인프라 상황 .....	40
3. 사회적 인프라 구축방안 .....	43
4. 소결 .....	48
<b>제 5 장 결론</b> .....	50
참고문헌 .....	52
ABSTRACT .....	55

## 표 차례

- 표 1. 우리나라의 인공임신중절률
- 표 2. 국가별 인공임신중절률의 비교
- 표 3. 낙태죄 발생건수
- 표 4. 외국의 낙태 관련 규정
- 표 5. OECD 회원국의 인공임신중절 허용기준
- 표 6. 선진국의 인공임신중절 관련 입법사례
- 표 7. 국가별 임신중절 허용기간
- 표 8. 외국의 인공임신중절 감소를 위한 사회적 인프라 상황

## 국 문 요 약

### 인공임신중절에 관한 연구

- 사회적 논의 및 사회적 인프라 구축을 중심으로 -

이 연구의 목적은 우리나라 인공임신중절과 관련된 사회적 논의를 살펴보고, 사회적 요구에 부응하는 인공임신중절 감소를 위한 전략을 모색하는 것이다. 연구방법은 첫째, 우리나라의 인공임신중절 규정과 현황을 살펴봄으로써 문제를 제시하고, 둘째, 인공임신중절 감소와 관련하여 사회에서 논의된 부분을 최근의 이슈를 중심으로 살펴본 뒤, 셋째, 비교제도론적 방법을 사용하여 인공임신중절 예방 대책 마련을 위한 사회적 인프라 구축방안을 제언하는 것이다.

우리나라는 형법에서 인공임신중절을 금지하고, 모자보건법에서는 그에 대한 위법성 조각사유로서 허용되는 인공임신중절을 규정하고 있다. 그러나 그 허용범위 및 해석에 있어서 여러 단체의 의견이 부분한 것이 현실이다. 실제로 발생하는 범죄의 수와 이를 절차상으로 실현하여 형벌권을 집행한 범죄의 수가 현격한 차이를 드러내고 있다. 이처럼 낙태 처벌규정이 있음에도 불구하고 그것이 지켜지지 않고 상당수의 인공임신중절이 이루어지는 등 법과 현실 사이에 커다란 괴리가 있다.

정부가 저출산 대책의 일환으로 불법 인공임신중절 문제를 거론하고, 때마침 일부 산부인과 의사들도 그간 불법 인공임신중절을 묵인해온 정부와 인공임신중절 시술의사를 고발하겠다고 나서 논란을 가열시켰고, 이에 대해 대한산부인과 의사회, 종교계, 여성계, 법학계, 시민단체 등 각계의 여러 의견이 쏟아져 인공임신중절 문제에 대한 국민과 언론의 관심이 높아진 상황이다.

인공임신중절과 관련된 사회적 논의 내용을 살펴보면, 인공임신중절을 남발해서

는 안 되고 인공임신중절을 줄여야 한다는 점과 이를 위해 출산 및 육아에 대한 국가지원과 사회적 환경변화가 필요하다는 점에 공감하고 있으나, 인공임신중절 남발을 막을 수 있는 해법에 대해서는 서로 다른 목소리를 내고 있다. 사회내부에서 인공임신중절의 허용범위, 향후의 법률 개정, 처벌기준 등의 인공임신중절 문제를 접근하는 엇갈리는 시선이 뚜렷하게 드러나고 있다. 불법 인공임신중절에 대한 처벌 강화에 관한 논란이 가열되는 상황에서 이참에 법을 엄격하게 적용해 불법 인공임신중절을 근절해야 한다는 주장이 있는가 하면, 다른 한편에서는 더 큰 부작용이 우려되기에 인공임신중절 문제에 대한 신중한 접근을 강조하고 있다.

저출산 극복수단으로 낙태에 대한 법적 제재를 강화한다면, 인공임신중절 시술 비용에 위험부담금이 추가될 수 있고, 경제적으로 여유가 있는 군은 낙태가 합법화된 나라로 가서 시술을 받고 오는 해외원정낙태가 성행하며, 그렇지 못한 군은 무자격자가 엉터리 시술을 하는 뒷골목낙태로 이어질 수 있다. 이 문제는 한 두 가지 반짝이는 아이디어로 단시일 내에 해결할 수 없는 문제로 이런 상황에서 인공임신중절 감소를 위한 사회적 인프라를 확충하자는 의견이 가장 합당해 보인다.

우리나라는 인공임신중절 감소를 위한 사회제도는 사전 예방적 차원의 정책보다는 사후 문제해결방법을 중심으로 이루어졌다는데 문제가 있고, 선진국에 비해 사회적 인프라가 매우 부족한 상황이다. 따라서 출산지원 인프라를 구축하기 위해 미혼모의 경제적 자립지원, 미혼모 양육환경 개선, 미혼부 책임 강화 방안이 강구되어야 하며, 출산 친화적인 의료 환경의 구축을 위해 아동수당제도의 도입, 분만 관련 수가 현실화, 산과의 접근성 강화가 이루어져야 한다. 또한 인공임신중절 감소를 위해 학교보건을 통한 성교육이 내실화되어야 하고 대국민 캠페인을 통한 보건 의사소통이 증진되어야 할 것이다.

---

핵심되는 말 : 인공임신중절, 사회적 논의, 사회적 인프라



# 제 1 장 서 론

## 1. 연구의 배경 및 목적

전 세계적으로 인공임신중절은 피임방법이 보급되기 이전부터 출산조절의 수단으로 이용되어 왔다. 우리나라에서도 인구의 양적 억제정책이 시작된 이래 피임방법과 함께 인공임신중절은 출산조절의 주요 수단으로 이용되어 왔으며, 정부도 이를 동조하거나 방관하는 입장을 취하였다. 이로 인한 우리 사회에서 인공임신중절의 만연은 사회 제 측면에서 부정적인 영향을 미치고 있다.<sup>1)</sup>

우리나라는 형법에서 낙태를 원칙적으로 금지하면서 모자보건법에서 인공임신중절의 허용요건을 규정하고 있으나 허용요건이 엄격하여 대부분의 인공임신중절행위는 불법 영역에 놓여 있다고 볼 수 있다. 그럼에도 불구하고 처벌되는 인공임신중절행위는 극소수에 불과하며, 점차 불법의식마저 없이 공공연히 시술되고 있어 낙태규정이 사문화되고 있다는 비판이 높아지고 있다.

따라서 이 연구의 목적은 우리나라 인공임신중절 관련 사회적 논의를 살펴보고, 사회적 요구에 부응하는 인공임신중절 감소를 위한 전략을 모색하여 사회적·제도적 차원에서 부적절한 인공임신중절 문제를 해결하기 위한 방향을 제시하고자 한다. 위와 같은 연구목적을 달성하기 위해 구체적인 연구내용 및 방법은 다음과 같다.

---

1) 이삼식 외. 인공임신중절 실태조사를 위한 사전 조사 설계 및 실시에 관한 연구. 한국보건사회연구원·건강증진기금사업지원단. 2003.

## 2. 연구의 방법

첫째, 우리나라의 인공임신중절 규정과 현황을 살펴봄으로써 실태를 확인하여 문제의식을 공유한 후, 인공임신중절에 관한 사회적 논의가 진행되어 온 과정을 문헌을 통해 살펴본다. 또한 최근에 부상한 인공임신중절 해결방안에 관련 내용을 입장에 따라 정리하여 확인한다.

둘째, 인공임신중절 감소에 대해 사회에서 논의된 부분을 최근의 이슈를 중심으로 살펴보고, 산부인과 의사를 비롯한 사회 각계가 이 문제를 해결해나갈 방향성을 제시하고자 한다. 이때, 인공임신중절 현실에 대한 통계 및 법 규정, 각국의 실태는 통계청, 한국건사회연구원 등의 통계자료와 국내외 학자들의 논문이나 통계 조사 분석 자료, 언론의 보도 자료를 인용한다.

셋째, 비교제도론적 방법론을 사용하여 외국 인공임신중절 예방 및 저출산 국가 정책 실태를 살펴보고 우리나라와 비교 분석하여 인공임신중절 대책 마련을 위한 제도 재정비에 접근하여 인공임신중절 감소를 위한 방안을 도출하며, 우리나라가 나아가야 할 방향에 대한 제언을 하고자 한다.

## 제 2 장 인공임신중절 관련 현황

### 1. 인공임신중절 개념 및 규정

#### 1.1. 인공임신중절의 개념

인공임신중절은 인공사산, 낙태, 인공유산 등의 용어와 혼용되어 사용되고 있으며, 인공임신중절은 치료적 인공임신중절과 자발적 인공임신중절로 구분된다. 전자는 모체의 건강 보호를 위해 태아의 생존가능 임신기간에 도달 전 임신을 종결시키는 것으로 모자보건법에 의하여 허용되나, 후자는 사회경제적 이유나 본인요청에 의한 것으로 허용되지 않는다.

#### 1.2. 우리나라의 인공임신중절 관련규정

우리나라에서 인공임신중절수술 및 낙태는 형법과 모자보건법에 의해 규율된다. 형법에서는 인공임신중절을 금지하고, 모자보건법에서는 그에 대한 위법성 조각사유로서 허용되는 인공임신중절을 규정하고 있다. 그러나 그 허용범위 및 해석에 있어서 여러 단체의 의견이 분분한 것이 현실이다. 형법 및 모자보건법의 인공임신중절 관련 조항은 다음과 같다.

### 1.2.1 형법의 낙태죄 구성요건

형법에서 규정하고 있는 낙태죄는 크게 2개의 조문<sup>2)</sup>과 7개의 항을 두고 있으며 그 구성요건은 자기낙태죄(제269조 제1항), 동의낙태죄(제269조 제2항), 업무상 낙태죄(제270조 제1항), 부동의 낙태죄(제270조 제2항)이다. 자기낙태죄는 임부가 자기 스스로 약물 기타 방법으로 낙태함으로써 성립되는 범죄이며, 동의낙태죄는 임부의 낙태에 대한 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 했을 때 범죄가 성립되고, 자기낙태죄 및 동의낙태죄의 경우 1년 이하의 징역 또는 200만 원 이하의 벌금에 처하게 된다. 업무상 동의낙태죄는 의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 임부의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 함으로써 범죄가 성립되며, 부동의 낙태죄는 임부의 촉탁 또는 승낙 없이 낙태하게 한 때 범죄가 성립되어, 업무상 동의낙태죄의 경우 형벌은 2년 이하의 징역, 부동의 낙태죄의 경우는 3년 이하의 징역을 받게 된다.

### 1.2.2. 모자보건법의 인공임신중절수술

모자보건법은 모성의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모함으로써 국민보건향상에 이바지함을 목적으로 하여 1973년 제정되었고, 1986년

2) 형법의 낙태관련 조항.

- |  |
|--|
| <p><b>제 269조 (낙태)</b> ① 부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만 원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>② 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 자도 제1항의 형과 같다.</p> <p>③ 제2항의 죄를 범하여 부녀의 상해를 이르게 한 때에는 3년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 7년 이하의 징역에 처한다.</p> <p><b>제 270조 (의사 등의 낙태, 부동의 낙태)</b> ① 의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다.</p> <p>② 부녀의 촉탁 또는 승낙 없이 낙태하게 한 때에는 3년 이하의 징역에 처한다.</p> <p>③ 제1항 또는 제2항의 죄를 범하여 부녀를 상해에 이르게 한 때에는 5년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.</p> <p>④ 전3항의 경우에는 7년 이하의 자격정지를 병과 한다.</p> |
|--|

5월 10일에 개정되어 시행되고 있다. 모자보건법 제14조<sup>3)</sup>는 형법상 낙태죄에 대하여 다음과 같이 다섯 가지의 위법성 조각사유를 두고 있다. 첫째, 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우, 둘째, 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우, 셋째, 강간 또는 준 강간에 의하여 임신된 경우, 넷째, 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우 다섯째, 임신의 지속이 보건 의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우이다. 또한 모자보건법시행령 제15조<sup>4)</sup>는 동 법 제14조에 따른 인공임신중절수술 허용한계를 임신 24주일 이내인 사람으로 한정하며, 인공임신중절이 허용되는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환, 전염성 질환을 구체적으로 한정하고 있다.

3) 모자보건법의 인공임신중절 관련 조항.

**제14조(인공임신중절수술의 허용한계)** ① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.

1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우
3. 강간 또는 준 강간(準強姦)에 의하여 임신된 경우
4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우
5. 임신의 지속이 보건 의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우

② 제1항의 경우에 배우자의 사망·실종·행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로 그 수술을 할 수 있다.

③ 제1항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.

4) 모자보건법시행령 인공임신중절수술 관련 조항.

**제15조(인공임신중절수술의 허용한계)** ① 법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 할 수 있다.

- ② 법 제14조제1항 제1호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환은 연골무형성증, 낭성섬유증 및 그 밖의 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환으로 한다.
- ③ 법 제14조제1항 제2호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 독소플라즈마증 및 그 밖의 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.

## 2. 우리나라의 인공임신중절 실태

### 2.1. 인공임신중절 관련 지표 및 통계자료

인공임신중절 건수는 표본조사나 단편적인 추정 혹은 추측에 의거하여 제시되고 있다. 한국보건사회연구의 「전국 출산력 및 가족보건 실태조사」 결과를 이용한 유배우부인의 인공임신중절 추정건수는 1975년 51만 건, 1984년 50만 건, 1990년 40만 건, 1996년 23만 건으로 지속적으로 감소하고 있다. 가장 최근에 우리나라의 전국 인공임신중절 시술 규모를 추정한 연구는 2005년도에 발표된 「인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립」<sup>5)</sup>이다. 시술의료 기관조사 결과 인공임신중절의 규모는 연간 시술건수 342,433건, 이 중 기혼 198,515건, 미혼 143,918건으로 추정되었으며, 이는 시술기관 평균 건수에 전체 의료기관 수를 적용하여 추정한 것이다.

인공임신중절의 시술규모와 관련하여 가장 대표적인 지표는 인공임신중절률(abortion rate)이다. 이 지표는 보통 15-44세 여성 1000명당 연간 시술 건수로 계산된다. 2005년 연구에서는 시술의료기관 조사결과를 바탕으로 15-44세 여성의 인공임신중절률과, 특수비로 결혼 상태별 인공임신중절률 및 연령별 인공임신중절률을 계산하였다. 그 결과 우리나라 여성의 인공임신중절률은 1,000명당 기혼여성 28.6, 미혼여성 31.6으로 추정되었다. 또한 2005년의 전체 인공임신중절률은 29.8로 외국의 현황과 비교해 보면, 서구 선진국에 비해서는 높은 편이며, 30개 OECD 회원국 중에서도 매우 높은 편이다.

5) 김해중 외. 인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립. 최종보고서. 고려대학교·보건복지부. 2005.

6) 인공임신중절률이란 가임기 여성(여기서 가임기 여성은 일반적으로 15세 이상에서 44세까지의 여성을 말하나 간혹 나라에 따라 15세에서 49세까지의 여성을 말하기도 한다.) 1000명 당 시행되는 인공임신중절 건수를 말하는 것이다.

표 1. 우리나라의 인공임신중절률

구 분	2005
15-44세 여성의 연간 인공임신중절 추정건수	339,818 건
15-44세 총인구수	6,878,712 명
인공임신중절률	29.8

\* 출처 : 김해중 외. 인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립. 최종보고서. 고려대학교·보건복지부. 2005.

표 2. 국가별 인공임신중절률(15-44세 여성 1000명당)의 비교

구분 (기준 년도)	인공임신중절률
우리나라 (2005)	29.8
캐나다 (2002)	14.9
미국 (2001)	21.1
호주 (2003)	19.7
영국 (2004)	17.8
일본 (1995)	13.4
불가리아 (1996)	51.3
헝가리 (1996)	34.7
중국 (1995)	26.1
베트남 (1996)	83.3

\* 출처 : 연세대학교 의료법윤리연구소. 부적절한 인공임신중절 예방사업개발 및 법적 정비방안 연구. 2008.

연간 이루어지는 약 34만여 건의 인공임신중절 시술 중에, 건강보험 청구 자료를 분석해 보면 모자보건법상 허용되는 인공임신중절 시술 건수는 1만5천여 건에 불과하다. 즉 전체 수술의 95.5%인 32만5천여 건이 불법시술이라는 결과가 된다. 2009년 9월 말 기준으로 전국 산부인과 전문의 수는 5,101명이고 병원 수는 1,623개인 상황을 고려하여 산술적으로 따져보면 전문의 1인당 연간 63건, 산부인과 병원 당 199건의 불법인공임신중절 수술을 하고 있는 셈이다. 이는 현행 인공임신중절 관련 법률이 얼마나 사문화된 것인지를 방증하고 있다.

## 2.2. 인공임신중절의 사회적 원인

불법인공임신중절이 자행되어온 원인은 여러 가지가 있다. 먼저 정부의 산아제한정책이 주요한 원인이라 볼 수 있다. 1962년 가족계획이 국가시책으로 시작되고 1973년 모자보건법이 제정되면서, 인공임신중절에 관한 법적인 규제가 완화되어 가족계획을 위해 인공임신중절이라도 해야 한다는 담론이 형성됐다. 그러나 인공임신중절에 관한 규정을 담고 있는 모자보건법에는 원하지 않는 임신을 했을 경우 인공임신중절을 선택할 수 있다는 근거가 없을 뿐 만 아니라, 형법상 낙태가 금지되어 있다는 사실조차 모르는 경우가 많았다.

물론 낙태죄는 일단 피해자가 명시적으로 드러나지 않고, 인공임신중절을 하는 측과 산부인과 측의 이해관계가 일치되기 때문에 관리·감독 차원에서 쉽게 통제될 수 있는 문제는 아니다. 인공임신중절은 병원 내에서 은밀하게 이뤄지는 것이기 때문에 강제적이지 않은 방법으로는 적발이 어렵고, 신고 없이 심증만으로 압수수색 영장을 발부받아 무차별적으로 강제수사를 벌이는 것은 더더욱 현실적으로 어려운 실정이기 때문이다. 우리나라의 인공임신중절 관련법은 외국보다 허용사유를 엄격하게 제한하고 있는 상황이 우리나라의 법이 현실을 반영하지 못함을 반증한다.

미혼모에 대한 사회적 인프라 부족도 관련요인이라 할 수 있다. 사회의 부정적인 시각으로 인해 미혼모가 취업, 사회생활의 어려움, 육아에 대한 부담이 있는 것이 사실이다. 실제로 인공임신중절이 보건학적·윤리적 이유보다는 사회경제적·문화적 이유 때문에 더 많이 시술되고 있다. 맞벌이 부부도 양육에 있어 많은 어려움을 겪고 있는데, 하물며 미혼모의 경우에는 생계를 유지하고 양육을 한다는 것은 현재의 사회적 여건이나 인식 하에서는 더욱 어려운 일이다. 미혼모의 생계유지와 양육에 대한 사회적 여건과 편견이 개선되지 않는 한 출산과 양육 책임을 일방적으로 떠안게 된 임신 여성의 인공임신중절선택은 줄어들지 않을 것이다.



### 2.3. 낙태 범죄 처리 현황

대검찰청 범죄분석에 의하면 낙태죄의 발생건수는 낮으며 인구 100,000명당 범죄발생건수인 발생비율은 0.1에 미치지 못하고 있다. 또한 낙태 범죄자 검찰처리 결과를 보면 2003년에는 8명이 기소처리 되고 33명이 불기소 처리되었음을 알 수 있다. 연간 낙태 건수는 34만2천433건 수준이나, 정식재판에 회부된 건수는 2005년 1건, 2006년 5건, 2007년 4건, 2008년 5건에 불과하다.

표 3. 낙태죄 발생건수

(단위 : 건수, %)

구분	발생건수 (발생비)	검거건수 (검거율)	검거인원		
			계	남성	여성
2005	25(0.1)	23(92.0)	33	21	12
2006	26(0.1)	23(88.5)	36	25	11
2007	18(0.0)	16(88.9)	27	13	14
2008	30(0.1)	30(100)	65	29	36

\* 출처 : 범죄분석, 대검찰청, 발생 비는 인구 100,000명에 대한 범죄 발생건수이며, 검거율은 발생건수에 대한 검거건수의 백분율(%)

우리나라는 형법에서 낙태를 원칙적으로 금지하면서 모자보건법에서 인공임신중절의 허용요건을 규정하고 있으나 허용요건이 엄격하여 대부분의 인공임신중절행위가 불법 영역에 놓여 있다고 볼 수 있다. 낙태처벌규정과 낙태허용규정이 존재하고 있음에도 불구하고 처벌되는 낙태행위가 극소수에 불과하다. 결과적으로 낙태가 공공연히 시술되고 있어 위 규정들이 사문화되고 있음을 드러낸다.

### 3. 외국의 인공임신중절 관련 시사점

#### 3.1. 인공임신중절 관련 규정 및 허용사유

외국의 인공임신중절 문제는 사회적 합의와 공론화를 통해 사회적 현실에 맞는 제도와 법 규정을 선택하고 있다. 이렇듯 인공임신중절 규정의 변화가 있었던 이유는 임부의 자기결정권이 증대되고 사회적 현실에 맞는 법 규정을 원하는 국민의 정서를 감안한 정책 결정의 결과라고 볼 수 있다. 외국의 인공임신중절 관련 규정과 임신중절 허용사유 범위는 다음과 같다.

표 4. 외국의 인공임신중절 관련 규정

국가	내 용
미국	1973년 연방대법원이 인공임신중절 선택권을 인정했으나, 주마다 인공임신중절을 제한하는 다양한 법이 존재
일본	형법상 금지, 우생보호법 규정에 따라 일부 인공임신중절 허용
독일	1992년 독일연방의회가 '임신 3개월 내 인공임신중절' 합법 인정
그리스	임신 3개월 이내 인공임신중절 허용
핀란드	임신 12주 이내 인공임신중절 허용. 13-20주는 승인 필요
스위스	임신 12주 이내 인공임신중절 제한적 허용
캐나다	1988년 연방대법원 인공임신중절 제한 위헌 판결

\* 출처 : 보건복지부·고려대학교, 인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립, 2005

표 5. OECD 회원국의 인공임신중절 허용기준

구분	모체건강	강간·근친 상간	태아이상	사회경제적 사유	본인요청
미국	○	○	○	○	○
캐나다	○	○	○	○	○
오스트리아	○	○	○	○	○
벨기에	○	○	○	○	○
체코	○	○	○	○	○
덴마크	○	○	○	○	○
프랑스	○	○	○	○	○
독일	○	○	○	○	○
그리스	○	○	○	○	○
헝가리	○	○	○	○	○
이탈리아	○	○	○	○	○
네덜란드	○	○	○	○	○
노르웨이	○	○	○	○	○
슬로바키아	○	○	○	○	○
스웨덴	○	○	○	○	○
터키	○	○	○	○	○
스위스	○	○	○	○	○
아이슬란드	○	○	○	○	×
룩셈부르크	○	○	○	○	×
핀란드	○	○	○	○	×
호주	○	○	○	○	×
영국	○	×	○	○	×
일본	○	○	×	○	×
스페인	○	○	○	×	×
포르투갈	○	○	○	×	×
폴란드	○	○	○	×	×
뉴질랜드	○	○	○	×	×
멕시코	○	○	×	×	×
한국	○		△	×	×
아일랜드	○	×	×	×	×

\* 출처 : 연세대학교 의료법윤리학연구소, 모자보건법 제14조 개정(안) 마련을 위한 공청회 자료집, 2008.

표 6. 선진국의 인공임신중절 관련 입법사례

국가	인공임신중절 관련 입법사례
영국	1967년 인공임신중절의 허용범위를 임신부의 육체적인 건강 외에도 <b>정신적 건강</b> 까지도 포함시킴으로써 거의 모든 인공임신중절이 합법화하였다. 그럼에도 불구하고 2004년도에 영국과 웨일즈에서 보고된 인공임신중절 건수는 185,400 건이며 인공임신중절률은 17.8로 우리나라의 34만과 29.8에 비하여 매우 낮은 수준이다.
캐나다	1988년 이후 인간의 권리와 자유에 대한 헌법쟁점을 기초로 <b>특별한 법적 제약 없이 여성의 요청이 있으면</b> 인공임신중절을 시행 받을 수 있게 되었다. 법 쟁점 전인 1987년의 인공임신중절률은 10.2였으며 법 쟁점 후인 1990년에는 11.2에서 1998년 15.7까지 점차 증가하였다가 1999년에 15.1, 2002년 14.9로 점차 감소하는 추세이다.
호주	주마다 약간의 차이가 있지만 <b>2명의 의사의 상담 하에</b> 인공임신중절을 합법으로 인정하고 있음. 1985년의 호주의 인공임신중절률은 17.9였으며 그 이후 점차 증가하여 1997년 21.9로 가장 높았다가 다시 점차 감소하여 2003년에는 19.7이 되었다.
미국	1960년 초 펜실베이니아 주를 비롯한 대부분의 주에선 산모의 건강에 심각한 해가 되는 임신이나 강간에 의해 임신이 된 경우를 제외하고는 임신중절을 금지하였으나 불법으로 시행되는 시술이 전국적으로 20만에서 120만까지 추정되었다. <b>1973년 여성이 임신을 중絶할 권리를 인정받게 되면서 이후 미국에서 인공임신중절은 법적으로 자유화가 되었다고 볼 수 있다.</b> 미국의 합법적인 인공 임신중절의 총 수는 1969년 5만 건에서 1970년 20만 건, 1975년 100만 건, 1980년에서 1985년 사이에는 160만 건으로, 1973년 사실상 법적으로 자유화가 된 이후 폭발적으로 증가하는 듯이 보이지만 실상은 임신 중絶이 증가한 것이 아니라 불법적인 시술과 원치 않는 임신이 감소했을 뿐이다. 1980년의 인공임신중절률은 29.3이었으나 그 이후 점차 감소하는 추세를 보이고 있으며 2002년에는 20.9까지 감소하였다. 우리나라는 25세 미만의 인공임신중절건수가 전체의 26.35%인데 반하여 미국은 전체의 52%이며 이중 19%는 20세 미만이 차지하고 있어 십대 임신과 임신중絶이 문제가 되고 있다.

\* 출처 : 연세대학교 의료법윤리학연구소. 모자보건법 제14조 개정(안) 마련을 위한 공청회 자료집. 2008.

출산이 임부에게 중대한 부담이 되는 우리 현실에서 인공임신중절 행위자에 대한 규제일변도의 논리만으로 해결할 수 있는 상황은 아니라고 본다. 대부분의 인공임신중절시술이 사회 경제적 사유에 의한 것이기 때문에 미성년자의 인공임신중절시술의 상당수가 출산 후의 양육을 기대할 수 없는 절망적인 상황에서 이루어진다는 현실을 전혀 고려하지 않고 있다. 이처럼 인공임신중절의 법과 현실의 차이가 크기에 선진국들의 사례처럼 사회·경제적 사유와 같은 현실적인 인공임신중절 사유를 어느 정도 인정하여 법과 맞추어 가는 것이 인공임신중절률을 줄이기에 더 적합한 방법이라는 것을 알 수 있다.<sup>7)</sup>

---

7) 연세대학교 의료법윤리학연구소, 모자보건법 제14조 개정(안) 마련을 위한 공청회 자료, 2008.2.13

### 3.2. 인공임신중절 허용기간

대부분의 국가에서는 인공임신중절의 정당화사유별로 각각의 기한을 제한하고 있다. 우생학적 정당화사유는 임신한 날로부터 12주와 28주 사이에 인공임신중절의 허용기간을 두고 있으며, 의학적 정당화사유의 시간적 제한도 10주와 28주 이내의 시점을 두고 있다.

표 7. 국가별 임신중절 허용기간

구 분	임신중절 허용기간
독 일	-착상 이후 12주까지: 요청에 의해 -12주 까지: 강간 또는 다른 성범죄에 의한 임신 -제한 없음: 의학적인 이유
영 국	-24주까지: 사회적, 사회 의학적, 사회경제적 이유 -제한 없음: 심각한 장애가 우려될 때 여성의 생명에 치명적이고 영구적인 손상이 우려될 때
프랑스	-12주까지: 요청에 의해 -임신 2주기(4-6개월): 산모의 생명이 위협이 되는 경우, 산모의 신체적 건강에 위협이 되는 경우, 태아 기형의 위험이 있는 경우
스위스	-법적인 제한 없음(대부분 12주-14주 사이): 산모의 신체적·정신적 위험이 초래되는 경우 -14주까지: 태아의 기형, 산모의 건강에 심각한 위험이 초래되는 경우만 허용
핀란드	-12주까지: 사회적·사회 의학적 또는 사회경제적 사유, 산모의 정신적 건강에 위험을 초래하는 경우, 강간 등의 성범죄에 의한 임신 -2주기(4-6개월): 산모의 신체적 건강에 위협이 되는 경우 -24주까지: 산모의 생명에 위협이 되는 경우, 태아 기형이 위험이 있는 경우
헝가리	-12주까지: 요청에 의해 -2주기(4-6개월): '중대한 위기 상황', '산모의 건강에 심각한 위험이 초래

	된 경우, 강간 등의 성범죄에 의한 임신
이탈리아	-90일까지: 사회적, 사회 의학적, 사회경제적 사유 -90일 이후: 산모의 생명에 신체적·정신적 위협이 되는 경우, 태아의 기형이 우려되는 경우, 강간 등의 성범죄
오스트리아	-완전착상 후 3개월까지: 요청에 의해 -임신 2주기(4-6개월): 산모의 생명에 신체적·정신적 위협이 되는 경우, 산모가 미성년자(14세 미만)인 경우
노르웨이	-12주까지: 요청에 의해 -임신 2주기(4-6개월): 산모의 생명에 신체적·정신적 위협이 되는 경우, 태아의 기형 위험, 강간 등의 성범죄, 사회적인 이유, 산모가 미성년자(16세 미만)인 경우 -18주 이후: 극도로 심각한 상황일 경우
네덜란드	-13주까지: 요청에 의해 -24주까지: 산모가 고통을 당하고 있다는 것이 산모와 의사 모두를 통해 입증될 경우 13주 이후에도 임신중절 허용.
스웨덴	-18주까지: 요청에 의해

\* 출처 : 손명세 외. 부적절한 인공임신중절 예방사업개발 및 법적 정비방안 연구. 최종보고서. 의료법윤리학회연구소. 보건복지가족부. 2008

모자보건법의 임신중절 허용기준이 임부나 배우자의 질병 여부 등에 따라서는 엄격하게 적용되지만 태아의 이상이나 기형 관련 인공임신 중절 문제가 된다. 최근 첨단 의과학기술의 발달로 발견된 태아의 유전적 결함이나 이상으로 인한 인공임신중절 시술에 대해 제도적 장치가 미비한 상태이어서 법적 논란이 제기된다.8)

8) 보건복지가족부. 인공임신중절예방 및 감소를 위한 생명포럼. 보건복지가족부·인구보건복지협회. 2008.10.28

## 제 4 절 소결

현행 인공임신중절 관련 규정의 문제는 인공임신중절의 개념 정의의 문제<sup>9)</sup>로부터 비롯된다. 사전적 용어의 인공임신중절은 태아를 인위적으로 유산시키는 일이며, 형법상 낙태의 개념은 태아를 자연적 분만기에 앞서서 모체 밖으로 배출하는 행위 및 태아를 모체 안에서 살해하는 행위를 의미한다. 또한 모자보건법상의 인공임신중절수술은 태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술이다. 이처럼 형법과 모자보건법에서 낙태에 관한 규정을 명시하고 있는데, 형법에서는 허용되지 않는 낙태를 규정하고 모자보건법에서는 허용되는 낙태를 규정하기에 혼란의 소지가 있다.

일부 학자들에 의해서 낙태에 관한 형법규정은 실질적으로 죽은 법이고, 모자보건법만이 살아있는 법이라고 한다. 모자보건법은 인공임신중절을 사실상 허용하고 있는 법의 탈을 쓴 불법이라는 비유도 거론하고 있다. 실제로 발생하는 범죄의 수와 이를 절차상으로 실현하여 형벌권을 집행한 범죄의 수가 현격한 차이를 드러내고 있다. 이처럼 낙태 처벌규정이 있음에도 불구하고 그것이 지켜지지 않고 상당수의 낙태가 이루어지는 등 법과 현실 사이에 커다란 괴리가 있다.

---

9) 연세대학교 의료법윤리학연구소, 모자보건법 제14조 개정(안) 마련을 위한 공청회 자료, 2008.2.13



## 제 3 장 인공임신중절에 관한 사회적 논의

### 1. 인공임신중절에 관한 논쟁

이제까지 인공임신중절 문제를 낙태반대론과 낙태찬성론의 이분법적인 요소로 접근해왔으며, 인공임신중절이 일어날 수밖에 없는 사회적 환경에 대한 논의는 도외시한 채 끝없는 논쟁이 이어져 왔다. 우리 사회에서 공공연히 용인되어온 불법 인공임신중절에 대해 진정으로 산부인과를 걱정하는 의사들의 모임(이하 '진오비'라 한다), 낙태반대연합 등의 시민사회단체가 낙태근절운동을 전개하고 있음에도 불구하고 인공임신중절문제가 우리 사회에서 꾸준히 지적되고 있다.

불법인공임신중절 예방을 위한 법제도적 정책마련 차원에서 개최된 2008년 보건복지가족부 공청회에서는 각계의 인공임신중절에 대한 의견차가 너무 현저하다는 사실만을 확인하는 자리였을 정도로 인공임신중절문제에 대한 공론화의 장이 부족했다. 이후 보건복지가족부 차원에서 시민단체, 종교계, 의료계, 여성계 등이 참여하는 생명포럼을 구성해, 2년 동안 운영해 왔으나 가시적인 성과를 내기는 역부족이었다.

정부가 저출산 대책의 일환으로 불법 낙태 처벌을 강화하겠다는 의지를 밝히면서 최근에 이 문제에 대한 본격적인 공론화가 이뤄졌다. 때마침 일부 산부인과 의사들도 그간 불법 낙태를 묵인해온 정부와 인공임신중절 시술하는 동료의사를 고발하겠다고 나서 논란을 가열시켰고, 이에 대해 대한산부인과의사회, 종교계, 여성계, 법학계 등 각계의 여러 의견이 쏟아지고 있다. 이처럼 전례 없이 인공임신중절 문제에 대한 국민과 언론의 관심이 높아진 상황이다.

## 2. 인공임신중절 근절의 사회적 선언에 대한 각계의 입장

### 2.1. 대한산부인과개원의사회(진오비)의 사회적 선언

대한산부인과개원의사회(진정으로 산부인과를 걱정하는 의사들 모임, 이하 ‘진오비’라 한다)는 개혁성향의 산부인과 개원의 680여 명으로 구성된 의사 단체다. 이들은 지난 2009년 11월 1일 불법 인공임신중절 근절운동 선포식을 열고, 자신들이 인공임신중절 기술을 하지 않는 것은 물론 필요하다면 다른 의사들의 기술도 감시하겠다는 뜻을 밝혔다. 인공임신중절 기술이 어려운 산부인과 경영난을 벗어나기 위한 방책이고 자행되고 있기에 생명을 구하기 위해 의사가 된 이들이 생명을 죽이는 일에 더 이상 나서지 말아야 한다고 주장했다.<sup>10)</sup>

인공임신중절 근절 운동을 주도하고 있는 진오비는 인공임신중절 근절을 위해서는 1단계로 인공임신중절을 원하는 국민이 없도록 국가 차원의 출산·양육 지원책이 마련해야 하고, 2단계로 의사가 불법 인공임신중절 유혹에 빠지지 않도록 제도적 뒷받침이 이뤄져야 하는데 현재는 1, 2 단계 모두 실패한 상태라고 판단했다. 현행 모자보건법의 인공임신중절 허용사유를 폐지하고 인공임신중절 근절과 임신 차별 금지 및 취약 임신 보호를 위한 특별법을 제정하자고 주장하고 있으며, 미혼모에 대한 국가의 경제적 지원을 10배 이상 증액하고 장애를 갖고 태어나는 모든 아이의 치료를 국가가 책임지면 인공임신중절이 줄어들 것이라는 의견이다.

진오비는 고임신을 저출산으로 만드는 인공임신중절률이 OECD 회원국 중 가장 높은 편이라고 지적하며, 이는 현행 모자보건법의 인공임신중절 허용 사유 폐지, 미혼모에 경제적 지원 10배 이상 증액, 해외입양 금지 및 입양제도 개선, 혼인 여부와 상관없이 직장 내 임신 여성을 우대하는 역차별 정책 추진, 불법 낙태 적극 단속 및 처벌 강화 등을 인공임신중절 근절과 임신 차별 금지 방안으로 제시했다.

10) 국민일보 불법낙태 선포 D-10일 앞두고 ‘자중지란’ 2009.10.22

## 2.2. 대한산부인과의사회 입장<sup>11)</sup>

대한산부인과의사회는 최근 일부 산부인과 의사들이 실시하고 있는 임신중절 근절 운동 활동 및 적출물 단속과 관련하여 언론 보도에 대한 우려를 나타내고 있다. 대한산부인과의사회는 진오비가 대한의사협회에 공식적으로 소속되어 있지 않은 단체로서 전체 산부인과 의사를 대변할 수 없다고 주장한다.

우리나라의 인공임신중절수술은 형법과 모자보건법의 범리상의 불합리함이 근본적인 문제가 되어, 그 해석에 있어서도 사회 여러 이익 단체의 의견이 분분한 것이 대한민국의 현실이다. 대부분의 인공임신중절이 비의학적인 사유, 사회적인 사유에 의해 행해진다는 점에서 의사 개개인의 엄중처벌이 문제가 아니라, 부적절한 임신을 예방하고 계도하는 사회적 인프라 구축의 절대적인 부족과 관계기관의 무대응 및 무대책이 문제의 핵심인 것은 너무나 자명한 사실이라는 입장이다.

또한 인공임신중절 시술과 관련된 문제는 산부인과 의사들을 사법처리 한다고 해서 해결될 수 있는 부분이 아니다. 사회 각계각층의 의견 도출과 합의가 절실히 요구되고, 현대 사회가 요구하는 합리적인 방안으로 해결점이 모색되어야 한다. 단순히 인공임신중절 시술이 만연한 사회문제를 산부인과의사 책임으로 호도하지 말고, 사회 전체가 관심을 갖고 여성들의 올바른 교육과 정신적, 신체적 건강을 위한 예방대책을 위한 사회 인프라를 구축하여야 하며, 당국은 현실에 맞는 정책적인 지원을 대한산부인과의사회와 함께 협의하기를 촉구하고 있다.

---

11) 대한산부인과의사회 보도자료, 2009. 10. 19.

### 2.3. 정부의 입장

정부는 불법인공임신중절을 근절하기 위해 정부 차원의 종합대책 마련하고 있다. 인공임신중절을 바라보는 국민 의식을 파악하는 조사에 나서는 한편 대한산부인과학회와 대한산부인과의사회가 참여하는 불법 인공임신중절 예방 태스크포스를 구성해 운영하고 있다. 이 태스크포스는 분과별로 지역별 산부인과 개원 불균형 등 인프라 개선, 건강보험 수가 현실화, 불법 인공임신중절을 근절할 자정 방안 등을 논의하고 있다.

### 2.4. 종교계의 입장

종교계는 생명의 존엄함을 강조하고 있으며, 인간의 존엄성과 그 생명권은 불가침의 인간 기본권이며 임신되는 순간부터 마땅히 보호되어야 한다는 입장이다. 태아의 생명이 보호받아야 함에도 불구하고 태아의 생명과피를 본질적 내용으로 하는 인공임신중절행위는 인간의 존엄과 가치에 위배되는 사안으로 본다. 종교계는 이 문제에 대해 낙태죄 집행이나 모자보건법 개정을 주장하고 있으며, 그 밖에 미혼모를 위한 사회적 지원에 대해서도 강조하고 있다.

### 2.5. 여성계의 입장

여성계는 여성에 대한 사회적 편견과 남성우월주의 문화를 불법 인공임신중절이 자행되어온 원인으로 지목하고 있다. 인공임신중절을 선택하는 여성 개인의 도덕적 책임감이 없어서, 삶의 불편함을 견디기 싫은 이기적인 존재인 듯 비난 여론을 조성하지만 정작 비난의 대상이 여성이라고 할 수는 없다는 입장이다. 여성이 인공임신중절을 택하게 되는 것은 태어날 아이, 가족, 주변인, 여성이 감내하는 사회적 삶에 대한 통합적인 고찰 끝에 내리는 결론이라 할 수 있다.

특히 미혼모 문제와 관련 양육의 책임을 전적으로 미혼모가 떠맡아야 하니 미

혼모와 그 부모들이 쉽게 인공임신중절을 선택하기 때문에 미혼부에게 출산과 양육에 대한 책임을 법적으로 지워야 한다는 주장도 있다. 많은 여성들이 원하지 않는 임신과 출산으로 고통 받고 있고, 한편으로는 사회적 경제적 요인으로 인공임신중절을 하고 있다. 이것이 여성만의 문제가 아니기 때문에 남성도 책임을 져야 한다는 주장이다. 더 나아가 인공임신중절 문제가 우리 사회의 문제라는 인식을 갖는 것이 이 문제에 대한 사회적 공감대와 국가적 합의의 출발점으로 보고 있다.

## 2.6. 인공임신중절 반대 시민단체의 입장

한국성폭력상담소 소장은 태아를 사람과 동등하게 본다면 낙태죄의 형량은 살인죄와 동등해야 하는 것이며, 임신, 출산, 육아에 대한 복지환경과 우호적이지 않은 사회적 시선이라는 현실을 감안하지 않고 힘들게 인공임신중절을 선택한 여성들을 비난하는 것은 잘못이라는 입장이다. 또한 인공임신중절 근절운동이 저출산 극복의 현실적 대책이 될 수 없으며 법적 규제 강화는 오히려 새로운 탈·불법을 조장할 수 있기에 여성의 자기 선택권과 결정권 보호를 주장한다. 과거에 산아제한의 주요 수단으로 여성의 건강권과 모성권이 침해되었다면 여성의 권리가 침해되고 있다고 판단되며, 국가가 인공임신중절을 저출산의 방해요인으로 규정하면서 개입하려는 의도는 받아들이기 힘들다는 입장이다.

## 2.7. 여성 대상 인식조사 결과

지난 2009년 12월 7일부터 2010년 1월 6일까지 한 인터넷 포털 사이트<sup>12)</sup>에 한 달 동안 방문한 여성 1,293명을 대상으로 실시한 온라인 설문조사를 대한산부인과 의사회가 분석한 결과, 우리나라 여성들은 임신중절 문제를 해결하기 위한 근본적인 해결방법으로 단속보다는 효과적인 피임법 교육이 필요하다고 생각하는 것으로 나타났다. 조사결과에 따르면 인공임신중절을 줄이기 위한 근본적인 해결책을 묻

---

12) 와이즈우먼의 피임·생리이야기([www.wisewoman.co.kr/piim365](http://www.wisewoman.co.kr/piim365))

는 질문에 원하지 않는 임신을 예방하기 위한 피임교육과 정확한 피임방법이라는 응답이 78.4%로 가장 많았다. 다음으로는 출산 양육과 관련된 사회적 지원 45%, 순결의식과 생명존중에 대한 윤리교육 31% 등으로 나타났고, 단속 강화라는 응답은 13%에 그쳤으며, 임신중절 근절을 위해 단속과 처벌을 강화해야 한다는 입장에 대한 의견을 묻는 질문에는 단속 실효성에 의구심을 갖는 응답자가 많았다. 단속과 처벌을 강화해도 근절이 어렵다(58.5%), 임신중절을 쉽게 생각하는 인식 변화를 위해 사회적 인프라 구축이 필요하다(51.4%), 음성화된 불법 임신중절을 선진국처럼 합법적으로 바꾸자(37.3%) 등이었고, 단속과 처벌이 꼭 필요하다는 의견은 15%에 그쳤다.

### 3. 인공임신중절 법적 제재에 관한 논의

인공임신중절과 관련된 사회적 논의 내용을 살펴보면, 인공임신중절을 남발해서는 안 되고 인공임신중절을 줄여야 한다는 점과 이를 위해 출산과 육아에 대한 국가 지원과 사회적 환경변화가 필요하다는 점에 공감하고 있다. 그러나 인공임신중절 남발을 막을 수 있는 해법에 대해서는 서로 다른 목소리를 내고 있다. 인공임신중절 문제를 바라보는 사회 내부의 엇갈리는 시선이 뚜렷하게 드러나는 가운데, 인공임신중절의 허용 범위, 향후의 법률 개정과 처벌기준에 대한 의견들은 엇갈리고 있다.

#### 3.1. 인공임신중절 근절을 위한 엄벌시행 찬성론

엄벌시행 찬성에 대해 진오비, 낙태반대 시민단체, 일부 학자 및 전문가 군이 찬성하고 있는 것으로 알려졌다. 이는 불법 인공임신중절 방지를 위해 처벌을 강화하여 인공임신중절시술 원천봉쇄해야 한다는 입장이다.

##### 3.1.1 인공임신중절의 원인

이제까지의 불법 인공임신중절 행위가 소극적으로 규제된 배경에 국가의 미온적인 개입이 있다. 임신을 원하지 않는데도 피임을 제대로 하지 않고, 이미 생긴 아이를 사정상 포기하는 경우가 많은 것은 인공임신중절이 너무 쉽기 때문이며 현재 전국 산부인과 의원 중 분만 가능 기관이 적은 사실을 감안해 보았을 때 인공임신중절에 대한 접근성이 분만에 대한 접근성보다 훨씬 쉬운 상황을 강조한다.

##### 3.1.2. 인공임신중절의 허용범위

현행 모자보건법상 인공임신중절 허용 사유 폐지하고 임신 유지가 모체의 생명

을 위협하는 경우에만 인공임신중절을 허용해야 한다는 주장이다.

### 3.1.3. 낙태의 처벌에 대한 입장

2005년 기준으로 연간 34만여 건의 인공임신중절시술이 이뤄지고 있으나, 이 가운데 합법적인 시술은 4.4%에 불과하고 가임력이 우수한 20~30대 인공임신중절이 88%를 차지하는 현실을 고려할 때, 불법 인공임신중절의 강력한 처벌만이 유일한 해결책이라는 주장이다.

### 3.1.4. 향후의 법률 개정 방향

인공임신중절은 기본적으로 타인의 생명을 침해하는 범죄라는 사실을 분명히 인식해야 하며 사실상 인공임신중절을 허용하고 있는 모자보건법의 폐지를 고려할 수 있다는 입장이다. 이미 모자보건법의 적용은 상징적인 것이 현실이고 불법 인공임신중절행위는 모자보건법과 관계없이 진행되고 있으므로 모자보건법 제14조 인공임신중절수술의 허용한계를 삭제하고 모자지원법으로 변경시키는 방법이 분명한 개선책이 될 수 있다. 인공임신중절 근절방안으로 인공임신중절 근절과 임신 차별 금지 및 취약 임신 보호를 위한 특별법의 제정, 국가 의료기관 및 준 국가 의료 기관에서의 인공임신중절 시술 원천 봉쇄 등을 언급했다.

### 3.1.5. 사회적 환경변화

인공임신중절 근절을 위해 의사들의 확고한 직업윤리와 함께 불법 시술 유혹에 빠지지 않도록 산부인과 의료 환경을 바꾸는 제도적 뒷받침이 필요하다. 또한 인공임신중절 근절 운동 참여 산부인과 및 단체 지원, 미혼 양육모에 경제적 지원 증액 등의 과제를 제안하였다. 또한 미혼모 자녀라는 이유로 불이익을 받지 않는 세심한 지원책이 필요하다는 주장이다.



### 3.2. 인공임신중절 근절을 위한 엄벌시행 반대론

엄벌시행 반대에 대해 일부 학자 및 전문가 군이 찬성하고 있는 것으로 알려졌으며, 이들은 인공임신중절 문제에 대한 신중한 접근을 강조한다.

#### 3.2.1. 인공임신중절의 원인

인공임신중절의 절대원인은 사회경제적 이유 때문이며 외국의 많은 국가들이 여성의 경제적 상태, 나이, 혼인상태, 자녀수 등의 특별한 사유가 있을 경우에는 인공임신중절을 법으로 허용하고 있음을 근거로 내세우고 있다. 또한 저출산의 일환으로 인공임신중절을 근절하자는 사회적 목소리에 대해 인공임신중절이 인구수를 조절하는 수단이 될 수 없다는 주장이다. 우리나라에서 인공임신중절이 만연하게 된 이유는 출산율 증가의 일환으로 인공임신중절을 사용했기 때문이라는 견해로 인공임신중절의 절대원인은 계획하지 않은 임신이며 인공임신중절 근절이 저출산의 대책이 될 수 없는 의견이다.

#### 3.2.2 인공임신중절의 허용범위

임신과 출산에 대한 자기결정권은 한 여성의 삶 전체를 좌우할 수 있는 중대한 권리이기 때문에 반드시 존중되어야 한다. 따라서 현실적인 인공임신중절 기준을 마련할 필요가 있다. 인간생명존중을 기본으로 한 명확한 인공임신중절 기준을 마련하여 이 기준에 맞으면 합법화 하는 방안이 필요하다는 입장으로 인공임신중절이 불가피한 현실을 인정하고 법과 제도가 이를 수용해야 한다는 의견이다.

#### 3.2.3. 낙태의 처벌에 대한 입장

저출산의 극복 수단으로 인공임신중절에 대한 법적 제재를 강화한다면 인공임신중절의 시술비용은 올라갈 수 있고, 인공임신중절이 합법화되는 나라로 가서 시

술받고 오는 해외원정낙태나 무자격자에 의한 뒷골목 낙태가 이루어질 것이다. 이처럼 단순한 논리로 접근하는 것은 또 다른 심각한 사회문제를 야기할 수 있는 심각한 정책상 실기가 될 수도 있다고 본다. 법적 규제 강화는 오히려 새로운 탈·불법을 조장할 수 있고, 처벌만 강화 시 심각한 사회문제 야기할 것이므로 무조건적인 처벌위주의 인공임신중절 문제의 해결보다는 전향적인 태도로 국민적 합의를 이끌어 내기 위한 공론화 과정이 요구된다는 입장이다.

### 3.2.4. 향후의 법률 개정 방향

낙태죄의 성격상 관리감독이 쉽지 않은 측면이 있으므로 아무리 엄격한 법을 만들어도 사회 환경 변화 등이 선결되지 않으면 실효성이 없다는 입장이다. 따라서 인공임신중절을 더욱 어렵게 하는 법적인 금지나 규제를 만드는 것보다 여성의 자율성과 복지를 존중하는 사회적 환경, 복리제도의 실현을 통해 인공임신중절 발생의 숫자를 줄이는 것이 더 시급한 일로 본다.

### 3.2.5. 사회적 환경변화

여성은 자기 선택권과 결정권을 보호받아야 하며 원치 않는 임신을 막을 수 있는 사회적 예방대책 수립 등이 필요하다. 출산에 대한 사회 환경의 변화와 지원이 우선적으로 이루어지고, 윤리적 옳고 그름 뿐 아니라 복지 정책적, 사회학적 차원 등 다양한 접근을 통한 종합적 대책의 필요성을 주장한다. 불법 인공임신중절 처벌 앞서 미혼모 지원 인프라부터 갖추어져야 하며, 우리 사회가 사람이 살만한 사회가 되면 원하지 않는 인공임신중절은 줄어들고 사회를 믿고 출산하는 사람은 늘어날 것으로 본다. 즉, 사회적 인프라가 구비되지 못한 채 시행되는 인공임신중절 단속과 여성의 건강을 해치는 위험천만한 결과만을 낳을 것이다.

## 4. 소결

우리 사회에서 불법 인공임신중절 문제는 법과 현실의 괴리가 가장 큰 이슈 중의 하나로, 오랫동안 수면 아래 잠복해 있던 불법 인공임신중절 문제가 최근 우리 사회의 뜨거운 감자로 부상했다. 일부 산부인과 의사들은 인공임신중절 시술 의사 고발 등 다소 과격함 방법으로 이 문제를 제기했고, 정부도 저출산 대책의 일환으로 불법 낙태 처벌을 강화하겠다는 의지를 밝히고 있다.

불법 낙태에 대한 처벌 강화에 대한 논란이 가열되는 상황에서 이참에 법을 엄격하게 적용해 불법 낙태를 근절해야 한다는 주장이 있는가 하면, 더 큰 부작용이 우려되는 만큼 합법적 낙태의 폭을 오히려 넓혀야 한다는 상반된 주장도 존재한다. 이는 쉽게 결론을 내기 어려운 문제로 태아의 생명을 더 존중할 것인지 여성의 선택권을 더 존중할 것인지에 따라 주장이 엇갈리며, 인공임신중절 문제가 저출산과 연결되면서 상황이 한층 복잡해진 형국이다.

인공임신중절의 법적 규제 강화가 인공임신중절을 줄이지 않을 것이라 생각된다. 외국의 사례에서 볼 때, 인공임신중절을 법으로 완전히 허용해도 인공임신중절이 증가하지 않을 것으로 예측된다. 법적인 규제를 전혀 두지 않는 독일의 인공임신중절율이 1,000명당 7.6, 네덜란드가 6.5이다. 또한 루마니아의 초대 대통령 니콜라에 차우세스쿠의 영부인인 엘레나 차우세스쿠가 여자는 4명 이상 출산해야 하고, 인공임신중절은 무조건 불법화 시켰고, 인공임신중절한 의사를 사형에 처했음에도 오히려 인공임신중절은 외국으로 하고 오는 등 루마니아 인구는 줄었다.

저출산 극복 수단으로 낙태에 대한 법적 제재를 강화하다면, 인공임신중절 시술 비용은 위험부담금이 추가될 수 있고, 경제적으로 여유가 있는 군은 낙태가 합법화된 나라로 가서 시술받고 오는 해외 원정낙태가 성행하며, 그렇지 못한 군은 의사가 아닌 무자격자가 돈을 벌기 위한 목적으로 비위생적 엉터리 시술을 하게 될

것이다. 이런 뒷골목 낙태는 경제적 손실 뿐 아니라, 의학적으로 골반염, 복막염, 패혈증, 출혈 등 수술 합병증을 야기하게 될 것이며 더 나아가 불임, 사망 등의 후유증으로 저 출산문제를 악화시켜, 국가 성장 동력 자체의 상실로 이어질 것이 자명하다.

이 문제는 한두 가지 반짝이는 아이디어로 단시일 내에 해결할 수 없는 문제다. 불법 낙태를 엄격히 금함으로써 저출산 문제를 해결할 수 있을 것이라는 생각은 단견이다. 이미 현행법이 사문화된 것이나 마찬가지로인 상황에서 합법화하자는 것도 바람직한 방안은 아니며, 그렇다고 지금껏 그래왔듯이 개인이 대처하도록 내버려두자고 할 수도 없다. 이런 상황에서 출산 및 육아와 관련된 사회적 인프라를 확충하자는 의견이 가장 합당해 보인다.

## 제 4 장 인공임신중절 감소를 위한 사회적 인프라 구축방안

### 1. 외국의 사회적 인프라 상황

#### 1.1. 인공임신중절 감소를 위한 사회제도

##### 1.1.1. 미국

미국은 독신모 가정을 위한 공공부조를 통해 지원하고 있다. 미혼모의 공공부조에 대한 의존비율이 매우 높은 형편이다. 미국의 미혼모 정책은 크게 청소년의 10대 임신을 예방하는 방향과 청소년들이 절제하는 성행동을 하는 방향으로 구성되어 있다. 이러한 점에서 미국의 미혼모 관련 정책목표는 10대 청소년들의 임신율을 30% 이상 낮추는 것이며, 청소년들을 대상으로 한 성교육 프로그램의 효과로 10대 청소년의 임신 및 10대 미혼모 발생비율이 감소하는 추세를 보이고 있다. 청소년들의 10대 임신 예방을 위한 방안으로 청소년들이 책임 있는 행동을 하도록 유도하면서 성행동을 시작하는 연령을 가급적 늦추도록 유도하고 있다. 또한 미국은 미혼모 관련된 다양한 정책 및 프로그램을 운영하고 있다.

##### 1.1.2. 일본

일본은 서구 국가들에 비해 미혼모 발생비율이 상당히 낮은 것으로 조사되고 있다. 따라서 미혼모만을 위한 특화된 법이나 정책은 따로 존재하지 않으나, 모자가정의 한 유형으로 분류되어 지원을 받고 있다. 일본의 모자가정은 각종 세제 혜택, 취업교육, 주택보호, 소득지원 등의 혜택을 제공받고 있다. 정부는 직업훈련제공, 취업알선 등 여성가구주의 취업을 통한 모자가정의 자립의 강조하고 있다. 따

라서 모자가정의 경제적 문제와 자녀양육 문제에 초점을 맞추어 여성들이 직장생활과 자녀와의 생활양립을 위해 좋은 여건의 직장에서 근무할 수 있도록 돕고 있다. 그밖에 공공보육시설을 통한 양육환경 적정화, 공공부조를 통한 지원, 저소득층 모자가정을 위한 정책이 일본의 사회적 인프라의 핵심이라고 볼 수 있다.

### 1.1.3. 캐나다

캐나다는 미혼모 정책이 아동을 키우는 독신모 관련 정책 중심으로 이루어지고 있다. 다른 국가와는 달리 정부의 수준, 아동연령 및 수에 따라 세제혜택을 차별화 하였다. 캐나다의 미혼모 정책은 미혼모 발생을 줄이기 위한 예방정책과 이미 발생한 미혼모에 대한 지원 정책의 두 가지 틀로 나눌 수 있다. 예방정책으로는 아동이 어린 시절부터 다양한 경험을 하여 임신을 늦추고 자립적인 생활이 가능하도록 지원한다. 또한 발생한 미혼모에 대해서는 경제적 자립을 목표로 하여 취업과 교육을 위한 다양한 인센티브를 제공하여 직업 기술을 습득 할 수 있도록 하며, 궁극적으로 직업을 통한 자립이 이루어질 수 있도록 돕고 있다.

### 1.1.4. 영국

영국의 미혼모 지원 제도는 사회적 배제 문제의 해결차원에서 마련되고 있다. 즉, 미혼모가 교육과 노동, 취업훈련에 참여하도록 함으로써 장기적인 관점에서 사회에서 받게 되는 차별을 최소화하는 것을 목표로 한다. 영국도 다른 국가들과 마찬가지로 미혼모 정책을 모자가정이나 독신부모의 정책 틀 안에서 다루고 있다. 정책의 기본 방향은 '보다 나은 예방'과 '보다 나은 지지'를 이루는 것으로 미혼모 발생을 줄이기 위한 정책과 이미 발생한 미혼모에 대한 지원을 강화하고자 한다. 예방정책으로는 예방교육 및 성교육에 초점을 맞추고, 지원정책은 미혼모에게 교육기회 제공, 학업성취 강조, 취업 기회 제공하고 있다. 특히 예방정책에서 남성을 프로그램에 적극적으로 포함시킨다는 점에서 부성책임의 강조성향이 나타난다고 볼 수 있다.

### 1.1.5. 독일

독일의 미혼모 정책도 독신모 관련 정책 중심으로 이루어져 독신모에게 다양한 경제적 혜택을 주고 있다. 한부모 가정이나 독신모 가정을 위한 사회복지 서비스를 제공하거나 미혼부 생활비 지급을 의무화 하는 등 미혼모의 발생을 예방하기 위한 정책보다는 이미 발생한 미혼모의 지원에 관한 정책이 주를 이루고 있다. 독일은 혼인을 통해 태어난 아동과 혼외로 태어난 아동 사이의 법적 차별을 없애는 방향을 가지고 양육비를 제공하는 세제혜택, 아동수당 제공, 아동 부양 여성의 연금수급권 보장 등의 프로그램을 마련하여 시행하고 있다.

## 1.2. 인공임신중절 감소를 위한 정책

### 1.2.1. 보편적 사회보장 및 수당지급

대부분의 국가에서 미혼모에게 보편적으로 적용되는 제도는 미흡한 실정이다. 그러나 아동수당제나 세제지원 등이 이루어지고 있다. 아동수당제도의 경우 일본은 아동의 의무교육 취학 수료 전까지 일정 금액을 지원하고 있으며, 캐나다에서는 자녀세금우대 제도를 시행하여 18세 이하 자녀들을 둔 부모에게 자녀 양육을 돕기 위해 해당 가정에 매월 정부에서 아동수당을 지급하고 있다. 영국은 소득이나 재산에 관계없이 16세 미만의 아동을 보호 또는 양육할 경우 수당을 지급하고 있으며, 독일은 출생 후 24개월까지 아동양육수당을 지급하며 아동출생 후 18세까지 아동수당을 지급하고 있다.

여러 국가에서 인공임신중절 감소를 위한 세제지원이 이루어지고 있다. 미국은 저소득층 근로소득공제와 아동세액 공제를 시행함으로써 간접적으로 분배가 가능하도록 하였고, 일본은 아동부양 공제혜택, 육아휴직 중 보험료 면제 제도를 시행하고 있다. 캐나다는 국가적 차원에서 자녀세금우대제도, 자녀혜택 보조금 지급제도, 장애아동 급여제도를 시행하고 있다. 영국은 아동을 양육하는 가정에 연간 소

독을 기준으로 세제혜택을 주고 있으며, 독일은 양육비 부담 경감을 위한 세금 공제제도를 시행하고 있다.

### 1.2.2. 보육시설

보육시설에 관한 부분을 살펴보면, 미국은 보육시설에 대해 정부개입이 미미한 상황이며, 캐나다도 재정지원이 부족한 상황이다. 일본의 경우는 공공보육시설의 비율이 60%로 높은 편이며, 공사립의 막론하고 보육료에 관한 정부부담률이 68~89%로 높은 편이다. 영국은 육아개발센터와 보육시설이 새로 설치되고 있으며, 특히 저소득 취업부모의 보육료 경감을 위한 보육 세금 공제, 육아보조금 확대, 방과 후 보육시설 확대 등을 추진하고 있다. 독일은 3세 이상의 취학 전 아동이 유치원 자리를 법적으로 보장받을 수 있도록 하였으며, 저렴하고 수준 높은 보육시설의 보급을 위하여 지속적으로 노력중이다.

### 1.2.3. 공공부조

공공부조와 관련된 지원은 대부분의 국가가 사회부조를 통해 지원하고 있다. 미국은 빈곤가족을 위한 공공부조 정책을 시행하고 있다. 일본은 아동의 부가 없는 일정한 소득 이하의 저소득층 모자세대에게 일정수당을 지급하는 아동부양수당제도와 모자가정의 생활 안정과 복지를 도모하기 위한 모자 과부복지대출제도를 시행하고 있다. 캐나다는 사회부조의 자격요건에 한부모 가장을 포함하여 지원하고 있으며, 한부모 가장이 직업을 갖도록 유도하며, 직장 내에 보충급여제도를 통해 저임금 고용자를 지원하는 제도를 시행하고 있다. 영국은 최저소득한도 이하의 극빈 여성에게 출산수당 지급, 모자가정의 모에게 매주 지급되는 소득보조, 최저임금에 미달되는 액수를 조건 없이 보조하는 보조급부를 채택하고 있다. 독일도 사회부조를 통해 취업 세제 혜택을 주고 있으며, 모자가정 생활비지급 청구제도를 두어 독신모나 독신부가 아동양육을 위한 최소한의 생활비를 지방정부에 청구할 수 있도록 하였다.



#### 1.2.4. 의료지원

의료지원은 각 국가의 보건의료체계에 따라 다르게 적용되고 있다. 미국은 의료보호(Medicaid)를 통해 저소득층 미혼모들에게 의료혜택을 주고 있으며 포괄적 모자건강서비스를 시행하여 산전보호소 운영, 공공간호서비스 제공, 예방접종, 건강진단 등의 산모와 아동의 건강유지를 위한 예방활동에 주력하고 있다. 일본은 여성클리닉센터를 운영하여 인공임신중절을 한 여성을 1명의 조산사 또는 간호사의 일괄 책임 하에 일차보건의료를 제공하고 있으며, 특히 중고생 인공임신중절여성에게 상담 및 교육의 기회를 제공하고 있다.

캐나다는 국립건강보험프로그램을 통해 의료서비스를 무료로 이용 가능한 체계로 정부가 자금을 조달하며 재원은 세금을 통해 징수하고 있다. 영국은 국민보건서비스를 통해 가정의로부터 무료로 서비스를 제공받는 형태로 아동과 출산 전후의 여성의 저소득층일 경우 일보본임부담금을 공제해주고 있다. 독일은 의료보험상의 규정으로 독신모나 독신부가 취업활동을 하고 있는데, 부양자녀의 간호문제가 생겼을 경우 유급간호휴가를 주도록 법으로 명시하고 있다.

#### 1.2.5. 교육 및 훈련 지원

교육과 관련된 사회적 인프라 구축은 인 미혼모가 학업을 지속할 수 있도록 돕는 사후교육 프로그램을 중심으로 운영되고 있다. 미국에서 10대 임신예방 프로그램을 운영하고 있으며, 미혼모가 학업을 계속할 수 있도록 특별학교로 학교 내 학교 프로그램 및 대안학교를 통해 학업을 유지하고 검정고시도 치를 수 있도록 지원하고 있다. 일본은 모자가정의 모가 지정교육을 받고 수료한 경우 경비를 지원하는 '자립지원 교육훈련 급부사업', 자격취득을 위한 수업을 받은 경우 비용을 지원해주는 '모자가정 고등지능훈련 촉진비 사업'을 시행하고 있다. 또한 공공직업안정소에 미혼모를 위한 상담원을 배치하여 일자리를 알선하고 있으며, 사업장에서는 사업주가 미혼모의 고용을 촉진하도록 비용을 지원하고 있다.

캐나다는 10대 부모들이 교육을 마칠 수 있도록 학자금대출 보조, 수업에 따른 상환 휴자제도, 학교 계속 다니기 운동을 추진하고 있으며, 양육미혼모 보호시설에서 부모교육과 직업훈련을 받을 수 있는 기회를 제공한다. 또한 구세군희망센터에서 지원하는 센터를 설립하여 16~19세 미혼모와 자녀가 함께 살며 학교와 보육시설의 기능을 이용할 수 있다. 영국은 미혼모의 교육, 직업훈련, 취업기회 연계를 위한 개별 전문 상담가를 배치하여 미혼부모들과 1:1로 상담을 실시하고 있으며 미혼모 청소년들이 학업을 지속할 수 있도록 교육유지수당을 지급하고 있다. 독일도 학업지속 교육지원을 위해 비용을 무이자로 대출해주는 제도를 시행하고 있으며, 직업교육지원비제도, 자녀학비보조금 및 장기유자 제도를 시행하고 있다.

#### 1.2.6. 성교육 및 예방정책

인공임신중절 감소를 위한 성교육 및 예방정책은 일선학교나 지역사회를 기반으로 교육프로그램을 운영하거나 클리닉을 개설하여 교육 및 정보제공이 이루어지고 있다. 미국과 일본은 사회적으로 책임질 수 있을 때까지 성관계를 갖지 않도록 유도하는 교육프로그램을 마련하여 운영하고 있다. 또한 일본과 캐나다에서는 청소년건강클리닉을 운영하여 상담이나 임신 연기 방법 교육, 간단한 피임서비스 도움을 받을 수 있도록 하고 있다. 영국에서는 10대 미혼모 발생 감소를 위해 양질의 상담 및 피임관련 서비스 제공, 효과적인 성과 이성교육 교육을 제공하고 있으며, 체계적인 교육을 위하여 정부차원에서 교육과 관련된 실천지침서를 만들어 제공하고 있다. 또한 미국에서는 청소년 혼전 성관계, 청소년 임신과 양육에 관한 원인 및 결과 연구에 재정을 지원함으로써 장기적인 예방 전략을 실행하고 있다.

#### 1.2.7. 주거지원

여러 국가들이 미혼모들을 위한 주거공간을 제공하거나 입주의 혜택을 주고 있다. 미국은 미혼모들을 위한 그룹홈의 개념으로 개별 또는 공동의 주택을 제공하

고 있다. 일본은 지방공공단체가 공영주택을 공급하도록 법령으로 명시하였으며 시영주택의 입주가 일반인보다 약 7배정도 유리하도록 시영주택 우대추천제를 실시하고 있다. 캐나다도 저소득층 가정 및 미혼모에게 정부보조 주택 입주의 혜택을 주고 있으며 저소득 주택소유자에게 주택수리비용을 보조하고 있다. 영국은 한부모 가정에 주택급여, 난방보조비 등의 혜택을 제공하고 있다.

### 1.2.8. 부성책임 강조정책

서구 여러 국가들이 부성책임을 강조한 정책을 시행하고 있다. 독일의 경우 남성이 부담하는 생활비지급이 신속하게 결정되어 시행될 수 있도록 정책이 마련되어 있으며, 미국은 양육비지급 강제제도를 두어 생물학적 부성이 의료적·경제적 책임을 강제하고 있다. 또한 캐나다는 아기의 이름을 친부의 성에 따라 지을 경우 친부가 양육비를 부담하도록 하며, 이에 응하지 않을 경우 운전면허나 여권 취소, 벌금, 구속 등의 형벌이 주어지게 된다. 그러나 아버지가 양육하기로 결정할 경우에는 미혼모보다 더 많은 보조금이 나오게 함으로써 부성의 책임을 강조하고 있다.

### 1.2.9. 기타

인공임신중절 감소를 위한 다른 제도로는 미국의 경우 여성·영유아를 위한 특별영양보충 프로그램을 시행하고 있다. 일본은 모자복지시설에 모자복지상담원을 배치하여 생활지원 및 상담 사업을 실시하고 있으며, 모자가정 자립지원을 위한 모의취업, 모자복지자금에 관한 정보를 제공하고 있다. 그밖에 모자휴양 홈, 모자생활지원 시설운영, 모자가정방문간호사업 등이 이루어지고 있다.

표 8. 외국의 인공임신중절 감소를 위한 사회적 인프라 상황

		미 국	일 본	캐나다		영 국		
<b>개 요</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>독신모 가정을 위한 공공부조</li> <li>공공부조 의존비율 높음</li> <li>클린턴 정부부터 부시 정부까지 정책기조 이어짐</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>모자가정의 한 유형으로 분류, '모자 및 과부 복지법'의 적용</li> <li>세계혜택, 취업교육, 주택보호, 소득지원의 혜택</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>독신모 관련 정책 중심</li> <li>정부의 수준, 아동연령 및 수에 따른 세계혜택이 차별적</li> <li>미혼모의 경제적 자립이 목표</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>사회적 배제 문제 해결차원에서 마련</li> <li>독신부모의 정책 다름</li> <li>미혼모 장기적으로 사회적인 배제의 위 줄여나가는 것</li> </ul>			
<b>정 책 의 기 본 방 향</b>	<b>개 관</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>청소년의 10대 임신 예방하는 방향</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>청소년들이 성행동을 절제하도록 하는 방향</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>공공부조나 저소득층 모자가정을 위한 정책이 핵심</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>미혼모 발생을 줄이기 위한 정책</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>기발생 미혼모에 대한 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>미혼모 발생을 줄이기 위한 정책</li> </ul>	
	<b>내 용</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>목표는 10대 청소년들의 임신율을 30%이상 낮추는 것</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>청소년들이 성행동을 시작하는 연령을 늦추고, 성병 및 AIDS 감염 억제</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>여성의 취업을 통한 모자가정의 자립이 필수적이라고 봄</li> <li>여성들의 직장생활과 자녀와의 생활양립을 위한 좋은 여건의 직장을 알선함</li> <li>모자가정의 경제적 문제와 자녀양육문제에 초점</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>아동이 어린 시절부터 다양한 경험을 하여 자립적인 생활 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>독신모 가정 공공부조 및 직업을 가질 수 있도록 함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>10대의 미혼모 발생을 줄이기 위한 예방교육, 성교육</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>10대 미혼모 교육, 노동취업의 증가</li> </ul>
	<b>프 로 그 램</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>개인책임, 근로기회조정법</li> <li>청소년 가족생활 프로그램</li> <li>남자청소년 대상 프로그램</li> <li>학교기반 예방 프로그램</li> <li>가족계획 프로그램</li> <li>아동건강보험 프로그램</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>아동수당제도</li> <li>높은 공공보육시설의 보급도</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>독신모 직업기술 습득 기회</li> <li>부성책임 강조하는 정책</li> <li>미혼모에게 보육시설, 사회적서비스, 교육수당을 제공</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>미혼모의 교육기회 및 학업성취 강조, 기회 제공 (20 Sure Start Plus)</li> <li>국가적 차원의 캠페인</li> <li>중앙정부와 지방정</li> </ul>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>위기청소년 프로그램</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>다양한 세제혜택</li> </ul>	협력행동
정책내용	보편적 사회보장장 및 수당	<ul style="list-style-type: none"> <li>보편적 사회보장과 수당제도 없음</li> <li>저소득층 근로소득공제(EITC), 아동세액공제(CTC) : 간접적 분배가 가능하도록 한 세금정책</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>미혼모에게 보편적으로 적용되는 제도는 미흡</li> <li>아동수당제도 : 아동의 의무교육 취학 수료 전까지 금액 지원</li> <li>세계지원 : 아동부양공제혜택, 육아휴직 중 보험료 면제 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>사회보험번호(SIN) 필요</li> <li>아동수당제도 UCCB(New Universal Child Care Benefit)</li> <li>자녀세금우대(CCTB, Canada Child Tax Benefit)</li> <li>국가자녀혜택보조금(National Child Benefit Supplement), 장애아동급여(Child Disability Benefit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>출산급여제도 : 출산에 참여하는 여성으로 국민보험체제에 가입</li> <li>아동수당제도 : 재산에 관계없이 16세 이하의 아동을 보호, 양육 지원</li> <li>아동세제공제 : 소득을 기준으로 아동세제혜택</li> </ul>
	보육시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>정부개입이 미미함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>높은 공공보육시설 비용(60%)</li> <li>공사립을 막론하고 정부부담률이 68~89%로 높음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>육아를 기혼여성의 취업 장애요인으로 인지</li> <li>재정지원이 부족한 상황</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>육아개발센터, 보육교사 지원</li> <li>저소득 취업부모의 보육료 경감을 위한 보육세금 공제, 육아 확대, 방과후 보육사업 추진</li> </ul>
	공공부조	<ul style="list-style-type: none"> <li>미혼모에게 가장 실효성 있음</li> <li>AFDC(Aids for Families with Dependent Children)이 TANF로 대체</li> <li>근로연계요소 강화</li> <li>TANF(Temporary Assistance to Needy Families) 빈곤가족을 위한</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>아동부양수당제도 : 부가 일정한 소득 이하의 저소득층 모자세대에게 일정수당을 지급</li> <li>특별아동부양차금 : 아동부양수당이 감소한 모자개정에 법률 개정 후 5년간 차액을 무이자 대여</li> <li>모자과부복지대출</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>사회부조를 통한 지원</li> <li>직장 내의 보충급여제도를 통해 저임금 고용자를 지원</li> <li>사회부조 자격요건에 한부모 가장을 포함하고 있음</li> <li>한부모 가장이 직업을 찾고 알맞은 직업을 선택할 것을 권함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>출산수당 : 최저소득 이하의 극빈 여성에게 지불됨</li> <li>소득보조 : 모자세대에게 매주 지급됨</li> <li>부모가정아동 임가계소득보조금부</li> <li>빈부모를 위한 소득보조</li> </ul>

	<p><u>공공부조 정책</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>이로써 양육환경 더욱 어려워짐</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li><b>보조금부</b> : 최저임금 미달되는 액수를 조보조</li> </ul>
의료지원	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>의료보호(Medicaid)</b> : 저소득층 미혼모들에게 의료혜택</li> <li><b>포괄적 모자건강서비스</b>를 시행 산전보호소, 공공간호서비스, 예방접종, 학령기아동의 건강진단 등 산모와 아동의 건강유지를 위한 예방활동</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>여성클리닉 센터</b> : 낙태한 여성을 1명의 조산사 또는 간호사의 일괄 책임 하에 일차보건의료를 제공, 특히 중고생 낙태여성에게 상담 및 교육을 제공</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>국립건강보험프로그램(National Health Insurance Program)을 통해 서비스를 무료로 이용가능, 정부가 자금을 조달하며 재원은 세금</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>국민보건서비스를 가정으로부터 무료로 서비스를 제공받음</li> <li>아동, 출산 전후의 통해 저소득층은 일부분임부담금 공제</li> </ul>
교육훈련지원	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>10대 임신예방 프로그램(TAPP, Teen Age Pregnancy Prevention)</b></li> <li>특별학교로 <b>학교 내 학교(School within School)</b>, 대안학교를 통해 학업유지 및 검정고시 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>공공직업 안정소에 미혼모를 위한 직업상담원 배치</li> <li><b>사업주가 고용 촉진하도록 지원</b></li> <li><b>자립지원 교육훈련</b></li> <li><b>급부사업</b> : 모자가정의 모가 지정교육을 받고 수료한 경우 경비 지원</li> <li><b>모자가정 노동기능 훈련촉진비 사업</b> : 자격취득을 위한 수업을 받은 경우 비용지급</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>10대 부모들이 교육을 마칠 수 있도록 <b>학자금대출 보조, 수입에 따른 상환 용자제도, 학교 계속 다니기 운동</b> 추진</li> <li>양육미혼모 보호시설에서 부모교육 및 직업훈련 시행</li> <li><b>구세군희망센터 지원 유희 센터</b> : 16~19세 미혼모와 자녀가 살며 학교와 보육시설의 기능</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>미혼모의 교육, 자취업기회 연계를 위한 <b>개별 전문상담가 배치</b>,하여 미혼부모 1:1 상담실시</li> <li><b>교육유지수당(EM Education Maintenance Allowances)</b> : 미혼 청소년들이 학업을 수 있도록 수당 지원</li> </ul>
성교육	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>AFL(the Adolescent Family Life Demonstration &amp; Research)</b></li> <li>1. 결혼 전까지 성행동</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>중고등학생 금융교육 프로그램</b> : 사회적으로 책임질 수 있을 때까지 성관계를 갖지</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>정책 목표</li> <li>1. 아동청소년기에 성공적인 경험의 기회를 제공함으로써 임신율</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>10대 미혼모 발생 위해 <b>양질의 상담 피임관련 서비스</b> <b>효과적인 성과 이</b></li> </ul>

<p>및 예 방 정 책</p>	<p>지연교육 2. 10대 부모 가족의 문제 개선을 위한 개입 프로젝트 3. 청소년 혼전 성관계, 청소년 임신과 양육에 대한 원인 및 결과연구에 재정지원</p>	<p>양도록 유도하는 프로그램 ▪ <u>학교 기반 클리닉</u> <u>프로그램</u> : 주치의를 통한 상담, 간단한 피임서비스를 받을 수 있는 클리닉중심 프로그램 존재</p>	<p>연기할 분명한 이유 2. <u>청소년건강클리닉</u> : 임신을 연기하는 방법을 인지하도록 함 3. 이미 발생한 미혼모 지지기반 조성하는 것</p>	<p><u>교육(SRE, Sex and Relationships Edu</u> ▪ 교육부는 SRE를 수업계획과 사례연 포함된 실천지침서 남학생을 대상으로 성병감염에 대한 고 ▪ <u>전국부모포럼</u> 개</p>
<p>주 거 지 원</p>	<p>▪ 양육미혼모들을 위한 <u>그룹홈(maternity group home)</u> 1. 개별 또는 공동의 주택 제공 2. 슈퍼비전을 통한 자립기술제공 3. 사례관리를 통한 관리</p>	<p>▪ 지방공공단체가 <u>공영주택을</u> 공급하도록 법령으로 명시 ▪ 시영주택의 입주자 일반인보다 약 7배 정도 유리하도록 <u>시영주택</u> <u>우대추천제</u>를 실시</p>	<p>▪ 저소득층 가정 및 미혼모에게 <u>정부보조 주택</u> <u>입주 혜택</u> ▪ 저소득 주택소유자에게 주택수리비용을 보조</p>	<p>▪ 한 부모 가정에 <u>주택급여, 난방보조</u> 등의 혜택 제공 ▪ 10대 양육모를 위 주택지원으로 서로 5개 주택모델에 대 시범사업</p>
<p>기 타</p>	<p>▪ <u>양육비지급</u> <u>강제제도(Child Support Enforcement Program)</u> : 생물학적 부성의 의료적·경제적 책임 강제</p> <p>▪ <u>여성·영유아를 위한</u> <u>특별영양보충</u> <u>프로그램(WIC, Special Supplemental Nutrition Program for Women Infants and Children)</u></p>	<p>▪ <u>모자복지시설 운영</u> 1. 생활지원 및 상담사업 실시 2. 모자복지상담원 배치 3. 모자가정 실정조사, 모자가정 자립지원을 위한 모의취업, 모자복지자금 내용 상담지도</p> <p>▪ <u>모자휴양휴</u> ▪ <u>모자생활 지원시설</u> ▪ <u>모자가정 방문간호사업</u></p>	<p>▪ <u>부성책임 강조</u> : 미혼모에게 양육 월생계비, 양육보조금 지급 1. 아기의 이름을 친부의 성에 따라 지을 경우 친부는 양육비 부담해야 함. 2. 응하지 않으면 운전면허나 여권 취소, 벌금, 구속 등의 형벌이 주어짐. 3. 아버지가 양육하기로 결정할 경우에는 미혼모 보다 더 많은 보조금이 나옴.</p>	<p>▪ <u>부성책임 강조</u></p>

## **2. 우리나라의 사회적 인프라 상황**

### **2.1. 인공임신중절 감소를 위한 사회제도**

지금까지 우리사회에서 미혼모 문제는 언론을 통해 피상적으로 제시되었을 뿐 실질적인 대안모색에 관한 부분이 미흡하였다. 미혼모 관련 정책은 대부분 출산 전 또는 직후에 관련된 단기적인 시설보호위주의 서비스로서 장기적인 접근이 매우 부족한 실정이다. 사전 예방적 차원의 정책보다는 사후 문제해결방법을 중심으로 이루어졌다는데 문제가 있으며, 그것도 아주 미약하게 이루어지고 있다.

### **2.2. 우리나라의 인공임신중절 감소를 위한 정책**

#### **2.2.1. 보편적 사회보장 및 수당지급**

국민기초생활보장법에 근거하여 생계급여를 지원하고 있으며, 국민기초생활보장법에 따라 해산급여, 교육급여 등의 지원을 받을 수 있다. 하지만 이런 지원책은 저소득 모자가정의 제한적 범위 내에서만 제공하고 있으며, 외국에서처럼 다양한 가정의 한 형태로 수용하여 보편적인 정책을 실시하고 있지는 않다.

#### **2.2.2. 보육시설**

미혼모를 위한 정책에는 저소득 모자가정 특별지원책에 근거하여 국·공립 보육시설의 입소우선순위, 보육비용의 지원이 시행되고 있다. 그러나 양육미혼모의 아동 양육 상의 어려움으로 아동양육비 부담이 심한 상황이다.



### 2.2.3. 공공부조

미혼모에 대한 소득보장이나, 기초생활 보장을 위한 제도, 외국의 여러 나라에서 시행되고 있는 아동수당제도가 부재한 상황이다.

### 2.2.4. 의료지원

미혼모를 위한 의료지원은 국민기초생활보장법에 근거하여 의료급여를 지원하고 있다.

### 2.2.5. 교육 및 훈련지원

우리나라는 10대의 미혼모에게 필요한 학교복귀 프로그램이나 학업보장을 위한 학업지원프로그램이 제공되지 않고 있다. 따라서 미혼모가 빈곤과 복지 의존에서 탈피하여 자립적인 생활이 가능한 체계가 구비되어 있지 않다고 볼 수 있다.

### 2.2.6. 성교육 및 예방정책

우리나라는 가임기여성의 생식건강증진을 위하여 모자보건과에서 성교육 및 성상담 사업과 피임사후관리, 아동청소년성보호과에서는 청소년성문화센터 설치 및 운영하고 있다. 또한 인공임신중절 예방 및 감소를 위한 공익광고를 시행하는 캠페인 활동을 벌이고 있으며, 성교육 및 성상담 전문가를 양성하고 보수교육을 시행하고 있다. 현실에서는 아직도 실질적인 피임교육이 매우 미흡한 실정이며, 그동안의 성교육이나 피임교육의 효용성도 크게 떨어지는 것이 사실이다.

### 2.2.7. 주거지원

미혼모를 위한 복지시설은 임신한 미혼여성의 분만과 건강회복을 지원하는 미

혼모자시설과 만 2세 미만의 영유아를 양육하는 미혼모를 위한 공공생활가정, 모·부자보호시설, 모자자립시설에 거주가 가능하다. 그러나 이 시설들은 미혼모가 어린 여성이라는 점과, 이들이 모성으로서 권리와 책임을 수행해 나가기 위해서는 스스로 자립과 자녀양육의 부담을 갖고 있다는 점을 충분히 고려하여 서비스를 제공하지 못하고 있다. 또한 제가미혼모를 대상으로 하는 주거지원 정책이 마련되어 있지 않은 상황이다.

### **2.2.8 여성책임 강조**

우리나라는 외국에서 실시하고 있는 미혼부를 대상으로 하는 양육비지급 강제제도 등 여성책임 강조 정책들이 도입되어 있지 않고 논의도 활발하지 않다.

### 3. 사회적 인프라 구축 방안

#### 3.1. 미성년자 출산지원 인프라 구축

##### 3.1.1. 미혼모의 경제적 자립지원

경제적·직업적 대책이 없는 미혼모들이 자력으로 생활할 수 있도록 교육기회와 직업능력 개발이 충분히 이루어질 수 있도록 제도적 장치가 마련되어야 한다. 미혼모가 자립할 수 있도록 자립정책금의 지급, 직업 및 취업교육의 현실화가 필요하다. 미혼모가 늘어나고 있음을 고려할 때 미성년 미혼모를 위한 학교교육 제공이 검토되어야 하며, 교육을 받는 동안의 생활비 지원도 필요하다. 미혼모를 대상으로 빈곤의 악순환을 극복하고 경제적 안정을 위해서 미혼모시설 및 양육모 그룹홈 보호자와 지역사회 거주 미혼모에 대해 국민기초생활보장대상자에 준하는 지원기준을 적용하여 기초생활이 보장되도록 해야 한다. 이를 위하여 국민기초생활보장 수급자 결정시 유연한 기준이 적용될 필요가 있다. 또한 미혼모의 소득보장을 강화하기 위해 직접적인 소득지원 뿐만 아니라, 여성 친화적 직업훈련직종 개발 및 실시와 취업연계가 강화되어야 할 것이다.

##### 3.1.2. 미혼모 양육환경 개선

미혼모를 위한 다양한 보육시설의 확대 및 무료이용이 보장되어야 할 것이며 양육비의 지원이 이루어져야 한다. 우리나라는 미혼모를 요보호 여성으로 간주하여 저소득 모자가정 정책 틀에서만 서비스를 제공하고 있다. 반면 외국의 경우 미혼모를 다양한 가족의 한 형태로 수용하고 보편적인 정책을 실시하는 추세이다. 저출산 시대에 양육미혼모의 증가에 대응하기 위해서는 미혼모 가족을 인정하여 보편적 정책으로 추진해야 할 것이다. 따라서 인공임신중절 관련 사회 인프라 구축을 위한 미혼모 관련 시설 확충 및 육아시설의 의무적 확충이 필요하다. 주거정

책의 경우, 우리나라는 시설정책으로 국한되어 있으나, 외국의 경우 시설을 포함한 제가중심의 다양한 지원들이 제공되고 있다. 따라서 우리도 지역사회 내의 제가미혼모를 대상으로 하는 다양한 주거지원 정책이 필요하다. 미혼모를 위한 정책은 예방위주의 정책에만 편중되어 있고, 학교 복귀를 위한 프로그램이 전무하여 지속적인 학업보장을 위한 학비지원, 교육유지수당, 학자금 대출, 용자제도 등 다양한 지원이 요구된다.

### **3.1.3. 미혼부 책임 강화**

서구 여러 나라에서 자녀의 양육비를 미혼부가 보조하게끔 하는 제도를 우리나라에도 도입할 필요가 있다고 생각된다. 미혼부의 사회적 책임의 공동분담 차원에서 양육비지급제도 등의 도입이 필요할 것이다. 미성년자 및 미혼모들의 출산 이후 학업유지, 사회생활 복귀 및 원만한 가정환경 조성 등을 위해 일정 기간 국가에서 미혼부가 체계적인 지원을 할 수 있는 방안이 강구되어야 한다.

## **3.2. 출산 친화적인 의료 환경 구축**

### **3.2.1. 아동수당제도 도입**

아동양육비의 부담을 완화하기 위하여 외국의 여러 나라에서 채택하여 시행하고 있는 아동수당제도의 도입을 고려해볼 필요가 있다. 아동수당제도는 모든 아동을 대상으로 양육비를 경감해 줄 수 있는 직접적이고 보편적인 지원제도이다. 특정 연령까지 매월 일정 액수가 지급되므로 독신모의 양육에 대한 경제적 부담을 줄이고 아동의 기본적인 건강과 생활을 보장할 수 있을 것이다.

### 3.2.2. 분만 관련 수가 현실화

분만 관련 수가를 현실화해야 한다. 현재 우리나라의 분만수가는 OECD국가 대비 1/4~1/12 수준이며, 유럽의 의사가 아닌 조산사 분만의 경우보다 1/2~1/3 수준이다. 직업의 특성상 하루 24시간, 1년 365일 분만실에 가까이 있어야 하는 환경에 개인의 사생활을 희생해야 함에도 불구하고, 직업적 긍지나 경제적 보상 등이 전혀 충족되지 않는다. 따라서 산부인과의사에 대한 정책적 보상체계를 확립해야 한다.

### 3.2.3. 산과의 접근성 강화

무과실 보상제도 및 의료분쟁 조정법의 조속한 도입으로 산부인과 의사와 산모 상호간에 야기되는 정신적, 물리적 고통을 해결하고, 안정적인 진료환경을 조성한다. 벽지 등 산부인과의가 없는 지역 또는 분만 하는 병, 의원이 없는 경우, 병원 설립, 직원 관리 등의 전반적인 지원을 하고, 경영분기점에 해당하지 못하는 저출산 지역은 최소 운영비용 충당을 위한 정부지원 및 인프라를 적극 지원한다.

또한 300병상 이하의 종합병원에 내과, 외과, 산부인과, 소아과가 과거에는 모두 있어야 했지만, 현재는 의료법이 개정 되어 위 4개 과중 3개 과만 있어도 되는 등 설립요건이 완화되었다. 그러자 모두 시설비가 많이 들고, 의료사고가 많이 나면서, 경영수입이 낮은 산부인과의를 폐쇄하였다. 그 결과가 각 지방에 산부인과 병의원이 없는 이유가 되었다. 산부인과의를 필수과목으로 설치하는 방안을 고려해 볼 수 있다.

### 3.3. 보건교육 강화 및 대국민 캠페인

#### 3.3.1. 학교보건을 통한 피임방법 교육 내실화

우리나라 모자보건사업 내용 중 인공임신중절 예방 홍보를 통한 임신 소모 최소화와 관련된 부분이 있다. 구체적인 내용으로는 인공임신중절의 불법성 및 건강상 위해성에 대한 사회적 인식 제고를 위한 홍보 강화와 성교육 자료 제작 및 교육, 청소년 대상 성교육 이동 클리닉이 있다. 하지만 불법 낙태 문제의 해결과 관련해서, 가장 시급하면서도 그나마 쉬운 대책 중의 하나는 각 급 학교에서의 성교육 강화다.

학교 보건교육의 강화가 장기적으로 국민건강 증진과 의료비 억제 등 모든 면에서 가장 비용 효과적이라는 것은 이미 검증된 사실이다. 이런 이유로 선진국에서는 학교 보건교육에 점점 더 많은 투자를 하고 있으며, 그 중에서 성교육은 매우 큰 비중을 띤다. 현대적 의미의 성교육은 피임과 안전한 성행위에 대한 지식과 건전한 성의식을 심어줌으로써 그들의 성행동습관을 변화시키는 방향으로 행해지고 있다. 우리의 성교육은 아직도 순결교육 수준에 머물러 있다고 해도 과언이 아니다. 다양한 대책들이 필요하지만, 그 중에서도 특히 필요한 것은 교육이다. 불법 낙태를 줄이기 위한 근본적인 방안은 원하지 않는 임신 자체를 줄이는 것이다.

성교육 프로그램으로 전국 초중고등학교 학생들을 대상으로 기존 이론위주의 형식적인 성교육에서 벗어나 보건의료전문가가 직접 학생 성교육에 앞장서고 보건복지가족부와 교육과학부와 협업을 통해 실질적이고 현실적인 내용의 커리큘럼으로 성교육 수준을 한 단계 격상시킨다. 또한 대학생들을 대상으로 대학 축제기간을 이용하여 대학생을 위한 무료 건강 상담을 실시, 산부인과를 찾기 어려워하거나 찾지 않는 20대 대학생들을 위해 피임이나 여성 건강과 관련된 전문적인 내용을 교육하고 상담한다.

### 3.3.2. 대국민 캠페인을 통한 보건 의사소통의 증진

정부와 언론, 사회 각계각층의 협업을 통해 대국민 캠페인을 시행하는 것이 필요하다. 원치 않는 임신으로 인한 부적절한 낙태의 근절을 위해, 계획된 임신의 중요성을 알리고, 저 출산 문제 해결을 위해 전 국민에게 캠페인을 실시한다. 또한 일반인을 대상으로 피임생리 콜센터를 운영하는 방안을 모색해 볼 수 있다. 전문가와의 상담을 통해 자신에게 맞는 피임 방법을 찾기 보다는 출처가 불분명한 정보에 의존해 계획에 없던 임신으로 이어지는 사례가 많은 상황이다. 이에 피임과 생리에 대한 올바른 이해를 통해 여성들이 정신적, 육체적으로 건강한 상태를 지켜나가며, 계획적인 임신을 할 수 있도록 전문 간호사의 상담을 실시하는 방법을 생각해 볼 수 있다.

#### 4. 소결

생명 존중 차원에서 인공임신중절 근절이 중요하지만, 미혼모에 대한 사회적 대책을 마련하지 않고 무조건 출산을 강요한다면 여성 인권의 차원에서는 한 발짝 후퇴하는 것이 된다. 현실에서는 미혼 여성의 성경험이 자유롭게 이뤄지고 그에 따라 임신의 위험성에 노출되는데 정작 임신이 되었을 때 그 책임을 여성의 책임으로 몰아붙인다면 건강한 산모와 아기는 요원할 수 있기 때문이다. 생명존중과 여성의 건강한 삶을 위해서 불법 인공임신중절 금지 뿐 만 아니라, 인공임신중절 감소운동과 미혼모에 대한 사회보장 정책을 함께 실시하는 여성인권 차원의 캠페인이 진행되어야 한다.

또한 사회 복지적 차원에서의 심도 있는 논의가 필요하다. 낙태의 관행은 여성의 의식과 이념에 의해서 오로지 형성되는 개인적인 영역에 있는 것이 아니다. 책이나 복지정책과 맞물려 있으면서, 성문화, 경제적 상황 등의 그 시대의 사회구조적 요인들에 의해서 낙태의 선택이 이루어지는 것이다. 특히 아이의 출산 혹은 양육이 임부와 가정 및 그 밖의 상황을 고려하여 임부에게 중대한 부담이 되는 경우에 사회적 적응이라는 방식으로 이를 허용하는 규정을 가지고 있지 않는 우리 현실에서는 낙태행위자에 대한 규제일변도의 논리만으로 해결할 수 있는 상황은 아니라고 본다.

사회적 적응사유는 양육의 희망, 기대가 절망적인 출생의 경우에는 낙태가 허용된다는 것을 의미하며, 대부분의 낙태시술이 사회 경제적 사유에 의한 것이기 때문에 미성년자의 낙태시술의 상당수가 임신, 출산 후의 양육을 기대할 수 없는 절망적인 상황에서 이루어진다는 현실을 전혀 고려하지 않고 이를 허용하지 않음으로써 낙태현실과의 괴리를 묵인하여 낙태죄 처벌규정의 사문화현상을 전적으로 방임하고 있다는 비판을 받을 수밖에 없다.



우리사회는 혼인관계 외의 출산이나 미성년자의 출산에 대한 배려와 지원은 인색하다. 혼인관계 외의 자녀일지라고 본인이 키우고 싶으면 주위의 불편한 시선 없이 양육할 수 있는 사회, 출산과 학교를 병행할 수 있는 사회, 미혼모가 모든 사회적 책임을 맡지 않고 미혼부와 사회가 책임을 나누는 사회, 입양아를 외국으로 보내지 않을 환경을 만드는 사회 이 모든 것이 출산율에 영향을 미친다는 사실을 기억해야 한다.

낙태단속을 통해 출산율을 높이겠다는 국가정책, 결혼을 하지 않거나 자녀를 출산하지 않은 여성을 이기적인 여성으로 몰아가는 여론 등은 출산율이 낮은 본질적인 원인을 외면 한 채 출산율이라는 미명하에 여성의 몸을 국가가 통제하겠다는 발상이다. 한 나라의 출산율은 인간이 살고자하는 삶의 질의 총체로 아이를 키우기 좋은 사회가 되려면 다양한 양육을 선택할 수 있고, 그동안 개인에게 주어졌던 양육에 대한 책임을 지금보다 훨씬 많이 사회와 국가가 나누어야 한다. 따라서 법집행보다는 사회적 인프라를 위한 제도정비와 인식개선에 힘써야 한다고 생각한다.

## 제 5 장 결 론

이 연구는 우리나라 인공임신중절과 관련된 사회적 논의를 살펴보고, 사회적 요구에 부응하는 인공임신중절 감소를 위한 전략을 모색하고자 하였다. 미혼모의 생계유지와 양육에 대한 사회적 여건과 편견이 개선되지 않는 한 출산과 양육 책임을 일방적으로 떠안게 된 임신여성의 낙태 선택은 줄어들지 않을 것이다. 여성 생식보건을 증진시키기 위한 방안으로써 인공임신중절의 사전 예방 및 사후치료를 위해 법적·윤리적 논의를 통해 충분한 합의가 도출된 인공임신중절관련 정책을 합리적으로 수립할 필요가 있다.

우리나라는 형법에서 인공임신중절을 금지하고, 모자보건법에서는 그에 대한 위법성 조각사유로서 허용되는 인공임신중절을 규정하고 있다. 그러나 그 허용범위 및 해석에 있어서 여러 단체의 의견이 부분한 것이 현실이다. 실제로 발생하는 범죄의 수와 이를 절차상으로 실현하여 형벌권을 집행한 범죄의 수가 현격한 차이를 드러내고 있다. 이처럼 낙태 처벌규정이 있음에도 불구하고 그것이 지켜지지 않고 상당수의 인공임신중절이 이루어지는 등 법과 현실 사이에 커다란 괴리가 있다.

정부가 저출산 대책의 일환으로 불법 인공임신중절 문제를 거론하고, 때마침 일부 산부인과 의사들도 그간 불법 인공임신중절을 묵인해온 정부와 인공임신중절 시술의사를 고발하겠다고 나서 논란을 가열시켰고, 이에 대해 대한산부인과 의사회, 종교계, 여성계, 법학계, 시민단체 등 각계의 여러 의견이 쏟아져 인공임신중절 문제에 대한 국민과 언론의 관심이 높아진 상황이다.

인공임신중절과 관련된 사회적 논의 내용을 살펴보면, 인공임신중절을 남발해서는 안 되고 인공임신중절을 줄여야 한다는 점과 이를 위해 출산 및 육아에 대한 국가지원과 사회적 환경변화가 필요하다는 점에 공감하고 있으나, 인공임신중절

남발을 막을 수 있는 해법에 대해서는 서로 다른 목소리를 내고 있다. 사회내부에서 인공임신중절의 허용범위, 향후의 법률 개정, 처벌기준 등의 인공임신중절 문제를 접근하는 엇갈리는 시선이 뚜렷하게 드러나고 있다. 불법 인공임신중절에 대한 처벌 강화에 관한 논란이 가열되는 상황에서 이참에 법을 엄격하게 적용해 불법 인공임신중절을 근절해야 한다는 주장이 있는가 하면, 다른 한편에서는 더 큰 부작용이 우려되기에 인공임신중절 문제에 대한 신중한 접근을 강조하고 있다.

저출산 극복수단으로 낙태에 대한 법적 제재를 강화한다면, 인공임신중절 시술 비용에 위험부담금이 추가될 수 있고, 경제적으로 여유가 있는 군은 낙태가 합법화된 나라로 가서 시술을 받고 오는 해외원정낙태가 성행하며, 그렇지 못한 군은 무자격자가 엉터리 시술을 하는 뒷골목낙태로 이어질 수 있다. 이 문제는 한 두 가지 반짝이는 아이디어로 단시일 내에 해결할 수 없는 문제로 이런 상황에서 인공임신중절 감소를 위한 사회적 인프라를 확충하자는 의견이 가장 합당해 보인다.

우리나라는 인공임신중절 감소를 위한 사회제도는 사전 예방적 차원의 정책보다는 사후 문제해결방법을 중심으로 이루어졌다는데 문제가 있고, 선진국에 비해 사회적 인프라가 매우 부족한 상황이다. 따라서 출산지원 인프라를 구축하기 위해 미혼모의 경제적 자립지원, 미혼모 양육환경 개선, 미혼부 책임 강화 방안이 강구되어야 하며, 출산 친화적인 의료 환경의 구축을 위해 아동수당제도의 도입, 분만 관련 수가 현실화, 산과의 접근성 강화가 이루어져야 한다. 또한 인공임신중절 감소를 위해 학교보건을 통한 성교육이 내실화되어야 하고 대국민 캠페인을 통한 보건 의사소통이 증진되어야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 김정하 외. 임출산 관련 의료이용행태 및 비용 분석, 국민건강보험공단 연구보고서, 2007.
- 김미숙 외. 인구전환기에 대응한 사회제도 개선방안. 한국보건사회연구원. 2006.
- 김설아. 우리나라 여성의 인공임신중절 결정요인에 관한 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문. 2002.
- 김승권. 2005년 전국 출산력 및 가족보건복지 실태조사. 한국보건사회연구원. 2005.
- 김승권. 2006년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사. 한국보건사회연구원. 2006.
- 김승권. 초저출산 국가의 출산동향과 정책대응에 대한 한일 비교연구. 한국보건사회연구원. 2006.
- 김승권 외. 저출산의 사회경제적 영향과 장·단기 정책방안. 한국보건사회연구원. 2002.
- 김승권 외. 저출산 대비 인구정책 개발 및 범정부추진체계 수립연구. 보건복지부·한국보건사회연구원. 2003.
- 김승권 외. 인구전환기의 한국사회 가치관 및 가족변화와 대응방안. 한국보건사회연구원. 2005.
- 김영곤. 낙태규정에 관한 입법론적 고찰. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문. 2006.
- 김해중 외. 인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립. 최종보고서. 고려대학교·보건복지부. 2005.
- 대한산부인과 의사회 보도자료. 가칭 대한산부인과개원의사회에 대한 대한산부인과의학회의 입장. 보도시기 : 2009.10.19
- 대한산부인과 의사회 보도자료. 인공임신중절수술 보도 관련 대한산부인과의학회의 성명서. 보도시기 : 2009.10.13

대한산부인과학회, 제1회 산부인과 신의료기술 및 의료수가개발을 위한 심포지움  
2008. 7. 6.

보건복지부·한국보건사회연구원. 새국민 건강증진 종합계획 수립. 보건복지부·  
한국보건사회연구원. 2005

보건복지부. 인공임신중절 실태조사. 보건복지부. 2005

보건복지가족부. 인공임신중절예방 및 감소를 위한 생명포럼. 보건복지가족부·인  
구보건복지협회. 2008.10.28

보건복지부. 2008년 모자보건사업안내. 2008

서미경 외. 건강증진정책의 평가 및 실천방향. 2006

손명세 외. 부적절한 인공임신중절 예방사업개발 및 법적 정비방안 연구. 중간보  
고서. 2007.10

손명세 외. 부적절한 인공임신중절 예방사업개발 및 법적 정비방안 연구. 최종보  
고서. 의료법윤리학연구소·보건복지가족부. 2008

연세대학교 의료법윤리학연구소. 모자보건법 제14조 개정(안) 마련을 위한 공청회  
자료. 2008.2.13

오영호 외. 보건의료 인력자원의 지역별 분포 적정성과 정책과제. 한국보건사회연  
구원. 2007

이삼식 외. 인공임신중절 실태조사를 위한 사전 조사 설계 및 실시에 관한 연구.  
한국보건사회연구원·건강증진기금사업지원단. 2003

이필량. 산부인과 의사 및 분만 병원의 실태, 제 92차 대한산부인과학회 학술대회,  
2006.

이해종 외. 병원경영 개선을 위한 정부지원책의 국제 비교 연구. 연세대학교 보건  
과학연구소. 1996.6

최은진 외. 근거기반의 건강증진사업 추진 활성화 전략. 한국보건사회연구원. 2007

최정수 외. 보건의료정책평가 현황과 발전과제. 한국보건사회연구원. 2006.

한성숙 외. 간호윤리학 3판. 대한간호협회. 2008.

황나미. 건강한 생의 출발을 위한 모성 및 영유아 건강증진정책 방향. 보건복지포  
럼, 2008.7

- 황나미. 미숙아 및 선천성 이상아 등록체계 확립 및 의료비 지원방안. 한국보건사회연구원. 2001
- 황나미. 저출산 대응과 차세대 인구자질 향상을 위한 모자보건서비스 혁신방안. 한국보건사회연구원. 2007
- CDC. Safe Motherhood; Promoting Health for Women Before, During, and After Pregnancy. 2008
- Lynne S.Wilcox, James S.Marks. CDC's Public Health Surveillance for Women, Infants and Children. CDC, 2008
- Henshaw SK, Singh S, Haas T. The incidence of abortion worldwide. Int Fam Plann Persp. 1999 Jan;25(Suppl):S30-8.
- Gilda Sedgh et al. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. Lancet 2007; 370: 1338 - .45

[ Abstract ]

**A Study on Social discussions and Social infrastructure  
related to Induced Abortion**

**Lee, Yu Ri**  
**Graduate School of Yonsei University**  
**Department of Public Health**

This paper analyses the present state of knowledge on induced abortion in Korea based on a critical review of information from several social aspects. It focuses on the public discussions of induced abortion and methods to make infrastructure.

Abortion is one of the most controversial issues in the medical and public health fields worldwide and is unlikely to be resolved in the near future. Despite the legal restriction abortion is widely practiced in Korea. It is one of the topics that can spark debate between those who support it and those who strongly oppose the procedure which is mainly related to the intersection of religion, law, politics and bioethics.

Abortion is not just illegal as far as the law is concerned, but it is also in Korea's social infrastructure. Abortion continues to negatively affect health in Korea. Recommended responses include broadening benefits for single mothers, universal sex education in schools and campaigns to promote health communication. Recommendations are mainly based on the experiences of other countries while keeping a culturally sensitive approach. The paper follows the public health perspective and stand regarding abortion, leaving religious and legal stances to be discussed by their respective professionals.

---

Key words : Induced Abortion, Korea, Social discussion, infrastructure