

발 간 등 록 번 호

11-1352000-000522-01

전국 인공임신중절 변동 실태조사

2011. 10.



보건복지부



연세대학교

학술연구용역사업 최종결과보고서			
과제 번호	7-2010-0708		
과제명	국문	전국 인공임신중절 변동 실태조사	
	영문	National survey on trends of induced abortion	
주관연구기관	기관명	소재지	대표
	연세대학교 산학협력단	서울 서대문구 신촌동 134	홍대식
주관연구 책임자	성명	소속 및 부서	전공
	손명세	연세대학교 보건대학원	보건정책
	연락처	이메일	
	02-2228-1870	msohn53@yuhs.ac	
연구비	390,000 천원		
연구기간	2010 . 12 . 10 - 2011 . 10 . 7. (10월)		
총참여연구원	29 명 (책임연구원: 1명, 연구원: 9명, 연구보조원: 13명, 보조원 6명)		
<p>2010년도 학술연구용역사업에 의하여 수행중인 학술연구용역과제의 최종결과보고서를 붙임과 같이 제출합니다.</p> <p>붙임 : 최종결과보고서</p> <p style="text-align: right;">2011 년 10월 7 일</p> <p style="text-align: right;">주관연구책임자 손명세 (인 또는 서명)</p> <p style="text-align: right;">주관연구기관장 홍대식 (직인)</p> <p>보건복지부장관 귀하</p>			

제 출 문

보건복지부 장관 귀하

이 보고서를 “전국 인공임신중절 변동 실태조사” 과제의 최종
보고서로 제출합니다.

2011 . 10

주 관 연 구 기 관 명: 연 세 대 학 교 보 건 대 학 원

책임연구원: 손 명 세 (연세대학교 보건대학원)
연 구 원: 강 명 신 (연세대학교 보건대학원)
연 구 원: 장 석 일 (대한산부인과의사회)
연 구 원: 김 해 중 (대한산부인과학회)
연 구 원: 박 길 준 (연세대학교 의과대학)
연 구 원: 남 정 모 (연세대학교 예방의학교실)
연 구 원: 강 대 용 (연세대학교 보건대학원)
연 구 원: 정 영 철 (연세대학교 보건대학원)
연 구 원: 박 지 용 (연세대학교 의과대학)
연 구 원: 이 일 학 (연세대학교 보건대학원)
연구보조원: 김 윤 남 (연세대학교 보건대학원)
연구보조원: 선 준 구 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
연구보조원: 서 정 민 (연세대학교 일반대학원 보건학과)
연구보조원: 염 지 민 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
연구보조원: 권 오 탁 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
연구보조원: 이 유 리 (연세대학교 일반대학원 보건학과)
연구보조원: 이 민 지 (연세대학교 보건대학원)
연구보조원: 안 현 옥 (대한산부인과의사회)
연구보조원: 권 오 경 (대한산부인과학회)
연구보조원: 김 은 경 (대한산부인과학회)
연구보조원: 김 효 주 (대한산부인과학회)
연구보조원: 유 효 선 (대한산부인과학회)
연구보조원: 이 영 주 (대한산부인과학회)
보 조 원: 이 미 진 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
보 조 원: 이 성 우 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
보 조 원: 이 연 호 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
보 조 원: 이 동 현 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
보 조 원: 김 한 나 (연세대학교 의료법윤리학연구원)
보 조 원: 김 은 미 (대한산부인과의사회)

연 세 대 학 교 보 건 대 학 원

목 차

제1장 서론	1
--------------	---

제1절 연구의 배경 및 필요성	3
1. 연구추진의 배경	3
2. 연구의 필요성	4
제2절 연구의 목표	7
1. 인공임신중절의 실태와 변동파악	7
2. 각계 전문가의 의견파악	8
3. 외국 법정책사례 분석을 통한 거시적 시사점 파악	9
4. 본 조사와 정책분석을 통한 이슈별 제안	9

제2장 연구의 방법	11
------------------	----

제1절 연구수행체계	13
제2절 인공임신중절 실태조사의 방법론적 고려사항	14
1. 인공임신중절 실태조사의 조사환경	14
2. 인공임신중절 실태조사 방법의 종류	14
3. 인공임신중절 실태조사 실시방안	16
4. 조사환경을 고려한 현실적인 조사 방안	17
제3절 연구 진행 과정	18

제4절 연구윤리심의위원회(IRB)의 심의	20
------------------------	----

1. 생명과학 연구윤리 교육과정(CITI)	20
2. 심의의 주요 쟁점	21
3. 조사방법 상의 대책	22
4. IRB 심의자료	23

제5절 본 연구의 조사방법	26
----------------	----

1. 가임기 여성대상 조사	26
2. 산부인과 의사대상 조사	30
3. 경험자 정성조사	37
4. 전문가 의견조사	38

제3장 연구의 결과	41
------------	----

제1절 가임기 여성 대상 조사	43
------------------	----

1. 응답자 특성	43
2. 인공임신중절 변동실태	45
3. 인공임신중절 관련 인식 및 태도	76
4. 인공임신중절 관련법에 대한 인지 및 태도	89
5. 피임관련 사항	108

제2절 산부인과 의사 대상 조사	120
-------------------	-----

1. 응답자 특성	120
2. 인공임신중절 시술현황	122
3. 인공임신중절 관련 인식 및 태도	135
4. 종합병원 조사 결과	154

제3절 인공임신중절 경험여성 심층면접조사	159
------------------------	-----

1. 면접 대상자 특성	159
--------------	-----

2. 인공임신중절 추세에 대한 의견	160
3. 피임경험과 피임에 대한 의견	161
4. 인공임신중절 과정과 전후의 경험	162
5. 인공임신중절 예방정책에 대한 의견	163

제4절 전문가 심층면접조사

1. 면접 대상자 특성	164
2. 인공임신중절 수술에 대한 의견	164
3. 인공임신중절 현행제도 및 법안에 대한 의견	167
4. 인공임신중절 허용을 위한 절차적 보완 견해	170
5. 기타	171

제4장 외국의 인공임신중절 관련 법정책 동향

제1절 세계적 현황

1. 세계의 법, 정책 경과 및 현황 파악	175
2. 세계적 논의의 관점 고찰 (WHO Wall Paper 2011)	182

제2절 개별국가의 현황

1. 미국	211
2. 일본	220
3. 독일	228
4. 네덜란드	236
5. 스웨덴	237
6. 아일랜드	239
7. 칠레	241

제5장 우리나라 인공임신중절 관련 법·정책 제언	243
----------------------------------	-----

제1절 아젠다 전환 : “인구통제정책” 에서 “성보건·생식보건 정책” 으로	245
---	-----

제2절 원치않는 임신 : 인공임신중절 예방 정책의 초점	246
--------------------------------------	-----

제3절 피임 : “원치않는 임신” 예방의 초점	247
---------------------------------	-----

제4절 정기적 조사 및 생식보건 데이터의 필요성	248
----------------------------------	-----

제5절 인공임신중절의 근본적 해결책	249
---------------------------	-----

제6절 임신, 출산, 육아 환경개선을 위한 정책	250
----------------------------------	-----

부록 1	261
------------	-----

부록 2	297
------------	-----

표 목 차

<표 1> 2005년, 2011년 조사의 가임기여성 조사 연구방법론 비교	26
<표 2> 연령별 여성, 혼인상태별 15-44세 가임기 여성 모집단수와 표본수	27
<표 3> 지역별, 의료기관 유형별 산부인과 의사 모집단수와 가중치 후 표본비율	32
<표 4> 산부인과 의사대상 조사 진행 일정	33
<표 5> 응답자 특성	44
<표 6> 2010년도 인공임신중절률과 추정건수	47
<표 7> 연도별 인공임신중절추정건수	48
<표 8> 연도별 인공임신중절률	51
<표 9> 연도별 인공임신중절 경험률	52
<표 10> 가임기 여성의 인공임신중절 사유 (중복응답)	54
<표 11> 연도별 인공임신중절 사유(중복응답)	55
<표 12> 인공임신중절 수술을 하게 된 이유	57
<표 13> 인공임신중절 경험자 중 임신 당시 피임을 하지 않은(못한) 이유	59
<표 14> 인공임신중절 경험자 중 연도별 피임을 하지 않은(못한) 이유	60
<표 15> 인공임신중절 경험자 중 피임 실패 이유	61
<표 16> 인공임신중절 경험자 중 연도별 피임 실패 이유	62
<표 17> 인공임신중절 경험자 중 인공임신중절 수술과 관련하여 의료기관 이외에 상 담받은 경험(중복응답)	64
<표 18> 인공임신중절 경험자 중 의사, 의료기관의 상담 후 인공임신중절 수술을 받 기 전에 시술과 관련하여 고민경험 유무	65
<표 19> 인공임신중절 경험자 중 의사, 의료기관의 상담 후 인공임신중절 수술을 받 기 전에 시술과 관련하여 숙려기간	67
<표 20> 인공임신중절 경험자 중 인공임신중절 수술 당시 임신 주수가 8주 이상 지 연된 경우 그 이유(중복응답)	69
<표 21> 인공임신중절 시술 주수	70
<표 22> 연도별 인공임신중절 시술병원의 유형	71
<표 23> 인공임신중절 경험자 중 인공임신중절 수술 후, 그 전과 비교하여 피임방법 의 변화	72
<표 24> 인공임신중절 경험자 중 인공임신중절 수술 후에 주로 사용하게 된 피임방법	75

<표 25> 가임기 여성이 생각하는 사회 전반적 인공임신중절 추세에 대한 인식	77
<표 26> 가임기 여성 중 최근 3년간 인공임신중절 증가요인에 대한 의견(중복응답)	79
<표 27> 가임기 여성 중 최근 3년간 인공임신중절 감소요인에 대한 의견(중복응답)	80
<표 28> 인공임신중절 수술을 줄이기 위한 근본적인 해결책(1순위)	83
<표 29> 인공임신중절 수술을 줄이기 위한 근본적인 해결책 (1+2+3 순위)	84
<표 30> 임신 / 출산 / 육아와 관련된 사회적, 제도적 여건을 개선하기 위한 정부정책 중 우선순위 중 가장 중요한 것	86
<표 31> 임신 / 출산 / 육아와 관련된 사회적, 제도적 여건을 개선하기 위한 정부정책 중 우선순위 중 1+2+3 순위	88
<표 32> 형법 제269조 및 제270조	90
<표 33> 모자보건법 제14조 및 시행령 제15조	92
<표 34> 모자보건법 제14조 허용한계에 대한 의견	95
<표 35> 허용사유를 축소해야 된다고 응답한 이유	97
<표 36> 인공임신중절 사유별 적정한 허용주수에 대한 의견	99
<표 37> 인공임신중절의 결정권 여부 성인의 경우, 인공임신중절의 결정권은 누구에게 있어야 한다고 생각하십니까?	101
<표 38> 인공임신중절(낙태) 수술 시 배우자의 동의(사실혼 포함)를 받아야 한다고 생각하십니까?	103
<표 39> 인공임신중절(낙태) 수술 전·후에 의료기관에서의 상담이 필요하다고 생각하십니까?	105
<표 40> 인공임신중절(낙태) 수술 전·후에 의료기관 이외에 별도의 상담기관에서의 상담이 필요하다고 생각하십니까?	107
<표 41> 피임에 대한 정보나 교육을 받아본 경험여부	110
<표 42> 가임기 여성의 피임에 대한 정보나 교육을 받은 곳 또는 사람 (중복응답)	111
<표 43> 가임기 여성의 피임교육 경험 중 가장 도움이 된 곳 또는 사람	113
<표 44> 가임기 여성 중 피임방법별 피임실천(중복응답)	116
<표 45> 응급피임약 구입을 위한 의사의 처방에 대한 견해	118
<표 46> 10대 여성이 응급피임약을 사용하는 것에 대한 견해	119
<표 47> 응답자 특성(전체)	121
<표 48> 2009, 2010년 인공임신중절 수술경험	124
<표 49> 2009년 인공임신중절 건수	126
<표 50> 2010년 인공임신중절 건수	128
<표 51> 산부인과 의사조사를 통한 2009년 인공임신중절 건수추정	130

<표 52> 산부인과 의사조사를 통한 2010년 인공임신중절 건수추정	132
<표 53> 연도별 법률이 허용하지 않아 임신중절 수술 거부 여부	134
<표 54> 산부인과 의사가 생각하는 사회 전반적 인공임신중절 추세에 대한 인식	136
<표 55> 산부인과 의사 중 최근 3년간 임신중절 증가이유(중복응답 가능)	139
<표 56> 산부인과 의사 중 최근 3년간 임신중절 감소이유(중복응답 가능)	141
<표 57> 인공임신중절이 많이 이루어지는 이유(1순위)	143
<표 58> 인공임신중절이 많이 이루어지는 이유(1+2+3순위)	145
<표 59> 10대의 인공임신중절 추정시기	147
<표 60> 산부인과 의사의 인공임신중절 허용사유별 허용기간에 대한 의견 정리	149
<표 61> 인공임신중절 결정권자	152
<표 62> 인공임신중절에 대한 정부의 정책방향에 대한 의견	153
<표 63> 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성질환	154
<표 64> 태아의 생명유지가 어려운 기형	155
<표 65> 태아의 심각한 후유증이 예상되는 기형	155
<표 66> 태아의 치료가능한 기형	156
<표 67> 모체의 건강을 우려하여 시술한 인공임신중절 건수	157
<표 68> 모체의 정신적 건강 보호를 위한 인공임신중절	157
<표 69> 태아의 이상 또는 기형으로 인한 인공임신중절	158
<표 70> 경험자 심리조사 대상자의 일반적 특성	159
<표 71> 주요국가의 인공임신중절 허용기간 및 허용사유	178
<표 72> 인공임신중절 상담절차 등 절차적 요건에 관한 입법 현황	180
<표 73> 인공임신중절 허용사유 별 선진국과 개발도상국에서 허용국가 수의 비율	182
<표 74> 모체의 생명보호 사유 허용국가 수의 비율 : 선진국과 개발도상국	184
<표 75> 모체의 신체적 건강보호 사유 허용국가 수의 비율 : 선진국과 개발도상국	185
<표 76> 모체의 정신적 건강보호 사유 허용국가 수의 비율 : 선진국과 개발도상국	185
<표 77> 강간 또는 근친상간의 경우 허용국가 수의 비율 : 선진국과 개발도상국	186
<표 78> 태아의 장애로 인한 허용국가 수의 비율 : 선진국과 개발도상국	186
<표 79> 경제적·사회적 이유에 의한 허용국가 수의 비율 : 선진국과 개발도상국	187
<표 80> 본인의 요청에 의한 허용국가 수의 비율 : 선진국과 개발도상국	187
<표 81> 세계 인공임신중절 정책 2011	192

그림 목 차

< 그림 1 > 연구수행체계 도식화	13
< 그림 2 > 생명과학연구윤리교육과정 홈페이지	20
< 그림 3 > 가임기여성 조사의 틀	28
< 그림 4 > 의사대상 조사의 틀	31
< 그림 5 > 가중치 사용의 원리	36
< 그림 6 > 2010년 인공임신중절 시술관련 가임기 여성 특성	46
< 그림 7 > 인공임신중절률과 추정건수 및 변동추이	48
< 그림 8 > 연도별 결혼상태별 인공임신중절률 및 변동추이	49
< 그림 9 > 2010년 인공임신중절 사유	56
< 그림 10 > 인공임신중절 경험자 중 임신 당시 피임을 하지 않은(못한) 이유	58
< 그림 11 > 피임을 하지 않은 이유	60
< 그림 11 > 인공임신중절 경험자 중 피임이 실패한 이유	61
< 그림 13 > 인공임신중절 경험자 중 인공임신중절 수술 후, 연령대별 피임방법(중복 응답)	73
< 그림 14 > 인공임신중절 경험자 중 인공임신중절 수술 후, 결혼상태별 피임방법(중복 응답)	73
< 그림 15 > 인공임신중절 수술을 줄이기 위한 근본적인 해결책	81
< 그림 16 > 임신, 출산, 육아와 관련된 사회적, 제도적 여건을 개선하기 위한 가임기 여 성의 정부정책에 대한 의견	85
< 그림 17 > 인공임신중절 관련법 개정방향에 대한 태도	93
< 그림 18 > 인공임신중절 사유별 허용주수 개정기간	98
< 그림 19 > 피임에 대한 정보나 교육은 어디에서 혹은 누구에게 받아 보셨습니까?(중복 응답)	108
< 그림 20 > 피임에 대한 정보나 교육 중 가장 도움이 된 곳 혹은 사람	112
< 그림 21 > 현재 사용하는 피임방법(중복응답)	114
< 그림 22 > 가임기 여성과 산부인과 의사가 생각하는 사회 전반적 인공임신중절 추세에 대한 인식의 차이	137
< 그림 23 > 산부인과 의사의 인공임신중절 허용사유별 허용기간에 대한 의견 정리 ·	148
< 그림 24 > 인공임신중절 수술 결정권자에 대한 가임기여성과 산부인과 의사의 의견 ·	151
< 그림 25 > 인공임신중절 현황에 대한 인식	160

< 그림 26 > 피임의 책임에 대한 인공임신중절 경험여성의 의견	161
< 그림 27 > 인공임신중절 수술 경험자들의 스트레스 종류 및 강도	162
< 그림 28 > 인공임신중절의 허용사유 별 국가 수 비율 (1996, 2009)	183
< 그림 28 > 인공임신중절의 허용사유 별 국가 수 비율 (1996, 2009)	189

요 약 문

1. 2005년 보건복지부에서 실시한, <인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립> 연구에 이어, 2010년 인공임신중절 실태조사를 한 결과, 만 15세 이상 44세 이하의 가임기여성 전체의 인공임신중절건수는 168,738건, 인공임신중절률은 15.8로 추정되어 2005년에 추정한 인공임신중절건수 342,433건, 인공임신중절률 29.8에 비해 큰 폭으로 감소하였다. 추가적으로 본 조사에서 대표표본 4,000명에 대해 2008년, 2009년, 2010년 인공임신중절률을 본 결과 각각 21.9, 17.2, 15.8로 나타났는데, 동일 표본이긴 하지만, 2005년 이후로도 지속적으로 감소추세를 보여왔다는 결과 해석에는 큰 무리가 없다고 본다. 인공임신중절에 관한 통계를 제시하고 분석할 때는 인공임신중절 추정건수보다 가임기여성 인구수를 반영한 인공임신중절률을 가지고 파악하는 것이 바람직하다.

2. 교육수준별로 보면, 현재 대학생, 대학원생의 인공임신중절률은 8.8, 현재 중·고등학교 학생 및 중·고교 중퇴자를 포함한 고졸이하에서는 22.2, 대졸이상이 15.8, 대학원졸 이상이 21.6으로 나타났다. 결혼상태별로는 기혼과 미혼의 인공임신중절률이 각각 17.1, 14.1로 나타났으나 2008년과 2009년을 비교한 결과 기혼은 28.1에서 20.7로 크게 감소하는 경향을 보이는 반면, 미혼의 경우 13.9에서 12.7로 거의 비슷한 상태를 유지하며 기혼에 비해 감소폭이 매우 낮은 것으로 나타났다.

3. 인공임신중절경험자 중에서 임신 당시 피임을 하지 않은(못한) 이유로, 1) '이번에 임신이 될 줄 몰라서'가 52.8%, 2) '피임방법을 알고는 있었지만 사용할 생각을 하지 못해서'가 19.7%, 3) '예기치 않은 관계 또는 원치 않은 관계'에 10.2%, 4) '파트너가 피임을 원치 않거나 임신을 원해서'도 5.5%에 달하는 것으로 나타나 피임의 실천과 성공이 인공임신중절 예방을 위해 현실적으로 강조되어야 한다는 것을 알 수 있다. 더욱이, 전통적 피임방법인 월경주기법, 질외사정법에 의존하여 인공임신중절에 이른 경우가 2010년 기준으로 각각 43.9%, 42.2%로 나타났다. 이상의 결과를

통해, 여성들이 피임을 실천하지 않거나, 피임을 실천하더라도 대개 전통적인 피임 방법에 의존하다가 실패하는 경우가 많은 것으로 분석되며, 이 점이 원치 않는 임신에 의한 인공임신중절의 주원인임을 알 수 있다.

4. 인공임신중절 당시 시술이 임신주수 8주를 넘은 경우, 지연된 이유에 대해서는, 1) '임신헌인이 늦어짐'이 52.3%, 2) '출산할지 중절을 받을지 고민하다가 결정이 늦어져서'가 22.9%, 3) '상대방과 의견이 맞지 않아서'도 10.1%나 되었고 4) '경제적 여유가 없어서'라고 답한 경우도 7.5%나 되었다.

5. 인공임신중절 사유에 대해서는 '원치 않는 임신'이 50.7%, '미혼이어서'가 26.4%, '임신중 약물복용 등 태아의 건강문제'가 19.9%, '경제상 양육이 힘들 (고용불안정, 소득이 적어서 등)'이 19.9%, '가족계획 (자녀를 원치 않아서, 터울조절, 원하지 않은 성별)'이 12.9%, '사회활동지장'이 8.5% 등으로 나타났다. 3의 결과와 이를 종합해 볼 때 사회경제적 사유와 의학적 사유, 터울조절, 단산 등의 사유로 임신을 원치 않는 상황임에도 불구하고, 피임방법을 적극적으로 실천하지 않거나 평소에 성공하던 전통적인 피임방법의 실패로 말미암아 인공임신중절에 이르게 되는 것을 알 수 있다. 세계보건기구에서는 임신을 원치 않거나 미루고자 하는 의도가 있으면서도, 피임을 하지 않거나 못하는 것을, 가족계획의 미충족 필요로 정의하고 있다. 앞으로 이 부분에 대한 대책이 시급하다고 하겠다.

6. 조사방법론에 대한 검토는 조사를 실시할 때마다 충분히 이루어져야 한다. 2005년 보건복지부에서 실시한 <인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립> 연구에서 가임기여성에 대한 전화조사는 중도탈락자가 많아 부적절한 방법인 것으로 드러났다. 2003년 한국보건사회연구원이 건강증진기금사업지원단과 공동으로 내놓은 <인공임신중절 실태조사를 위한 사전조사 설계 및 실시에 관한 연구>는 조사방법에 대한 연구로서, 인공임신중절실태조사의 방법과 대상에 대한 장단점을 종합적으로 비교분석한 국내 유일의 문건이다. 이 보고서에서는, 가구면접조사의 경우 비밀보호 문제 등으로 밝히기를 꺼리는 관계로 어렵다는 점을 지적했다. 이에 본 연구에서는 전화조사와 가구면접조사를 사용하지 않고, 전국 가임기여성을 대표할 수 있는 표본을 추출하고, 이들에게 웹메일 기반의 설문조사를 실시함으로써 계획한 4,000명을

대표성 있도록 확보하였다. 이로써, 민감한 프라이버시 문제임과 동시에 불법일 수 있는 행동에 대한 조사연구가 가지는 연구윤리의 한계를 극복하였고, 임상시험심사위원회의 심의과정을 거쳐 조사상 윤리학적 부분을 검증받았다. 세계적으로도 불법 인공임신중절건수를 포함해서 전체 인공임신중절 실태를 파악하는 데에 어려움이 있다는 보고가 계속되고 있다. 우리나라에서도 인공임신중절을 법률로 제한하고 있어서 가임기여성이나 산부인과 대상으로 조사를 하는 경우 연구윤리나 조사연구의 측면에서 어려움이 크다.

7. 인공임신중절의 실제적인 추세는 초경연령의 감소, 혼전성교의 증가, 초혼연령의 증가 등의 증가요인과 이를 상쇄시키는 감소요인의 상호작용에 의해서 결정이 될 것이다. 가임기여성 대상 조사결과, 증가를 이끄는 요인에 대한 질문에, '혼전성교 및 미혼여성의 임신 증가'가 88.7%로 가장 많았고, '양육비 증가'가 47.9%, '경제상황의 악화' 45.9%, '여성의 사회참여 증가'가 31.7%였다. 감소를 이끄는 요인에 대한 질문에, '수술하지 않는 병원의 증가'가 70.0%, '여성의 사회참여 증가'에 42.8%, '생명존중의식의 향상'에 27.5%가 답했다. '수술하지 않는 병원의 증가'라고 답한 여성은 연령이 낮고 학력수준이 높은 경우가 많았는데, 이는 피임에 더 적극적이거나 또는 응급피임약 사용의 증가로 인해 결과적으로 인공임신중절시술 자체는 감소한다고 본 것으로 해석할 수 있다. '여성의 사회참여 증가'는 여성들이 피임 실패 시에 인공임신중절을 할 것이기 때문에 증가요인으로 볼 수 있지만, 반대로 피임과 가족계획으로 인해 인공임신중절자체를 줄이는 요인이기도 하므로, 증가요인과 감소요인에 포함된 것으로 보인다. '여성의 사회참여 증가'로 인공임신중절이 감소할 것이라고 보는 경우는 응답여성의 연령이 높을수록 많았다.

8. 인공임신중절경험자 심층면접조사를 시행한 결과, 과거대비 피임실천율의 증가와 수술병원의 감소로 인해 성인 인공임신중절은 감소한 반면, 십대의 임신율의 증가로 전체적인 추세는 크게 변동하지 않을 것으로 답하였다. 한편, 산부인과의를 대상으로 한 조사의 결과, 증가요인이 될 수 있는 것으로, '혼전성교 및 미혼임신의 증가'에 73.9%, '경제적 상황의 악화'에 27.7%, '여성의 사회참여증가'에 27.7%, '양육비 및 교육비 증가'에 12.9%가 답했다. 가임기여성 대상 조사와 산부인과 의사 대상 조사를 통틀어서 볼 때에, 공통적으로 '혼전성교 및 미혼임신의 증가'에 가장 일관

적으로 응답하고 있는 것으로 보아, 실질적 피임실천과 생명존중의식의 확대, 그리고 남녀의 피임책임의식 고취를 위한 사업이 필요할 것으로 보인다.

9. 인공임신중절 예방정책으로 근본적인 것을 제시하라는 질문에 대해, 미혼과 기혼을 포함, 전체 가임기여성들은 1) '원치 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육'이 31.6%로 가장 높았고, 2) '피임, 임신, 출산, 양육에 대해 남녀공동 책임의식의 강화'가 25.6%, 3) '임신, 출산, 육아와 관련된 사회적, 제도적 여건의 개선'을 18.1%, 4) '생명존중 사회분위기 조성노력'을 꼽았고 5) '비(미)혼 부모에 대한 차별 해소', '실질적인 자립지원'도 6.7%가 답했다. 따라서 실질적인 피임교육을 통해 원치 않는 임신을 줄이고, 이 외에도 출산 양육에 대해서까지 남녀의 공동책임의식을 강화하기 위한 제도적 개선과 사회적 의식 개선 방안을 강구하는 것이 필요하다고 하겠다. 특히, 3)에 해당하는, '임신, 출산, 육아와 관련된 사회적 제도적 여건의 개선'에서 정책우선순위를 묻는 질문에, 미혼과 기혼을 포함, 전체 가임기여성들은 1) 육아지원환경의 확충, 2) 안전한 자녀양육환경조성, 3) 출산지원금, 그리고 4) 사교육비경감을 들었다.

10. 인공임신중절경험자대상으로 심층면접조사 결과, 국내의 인공임신중절 수술 중단 현상에 대해서는, 원정낙태와 같은 사회현상과 음성화를 부추기는 일이며, 나아가 여성건강권과 여성의 선택권을 박탈하는 것이라고 답했다. 피임과 피임책임에 대해서는 남녀 동반 책임을 강조하였으나, 실패시 여성이 입는 피해가 크므로 여성의 적극성을 보다 강조하였다. 그리고 각급 학교에서 실질적이고 체계적인 성교육과 피임교육이 정착되는 부분에 대해서 정부의 간접적 책임도 있다고 답하였다. 인공임신중절 경험자의 전후 인식변화는 연령이 낮을수록, 시술받은 임신주수가 증가할수록 부정적 영향이 큰 것으로 나타났다.

11. 미혼여성의 시술기관 선택은 주변인과의 관계가 최대한 적은 병원을 택하는 반면, 기혼여성의 경우에는 접근성이 좋은 병원을 우선 택하는 것으로 응답하여 차이를 보였다. 죄책감과 같은 감정적 상처와 난임과 같은 신체적 후유증에 대한 걱정이 두드러지는 심리적 영향으로 집계 되었고, 종교활동이나 일상생활에 몰두함으로써 자연스럽게 잊으려고 노력하는 것으로 나타났다. 예방정책에 대해서는 피임책임

과 성관계후 책임감과 성폭행 방어 등을 포함한 실질적 성교육을 강조했으며, 남성의 피임에 대한 적극적 홍보와 캠페인을 주문하기도 했다. 출산 후에도 여성의 사회진출 가능성을 확대하는 방향의 정책과, 미혼모나 한 부모에 대한 긍정적 사회인식, 생명가치나 생명윤리 인식의 고취 등을 강조했다. 예방정책에 대해 가장 중요한 것으로 원치 않는 임신의 예방을 위한 성교육 피임교육의 강화를 들었다. 이상의 결과는 24명의 심층면접조사 결과이므로 가임기여성전체를 대표하는 것으로 해석하기에는 무리가 따르지만, 다른 정성조사와 결과를 견주고 종합하거나 다른 정성조사를 체계화할 때에 기초자료가 될 것이다.

12. 전문가 심층면접조사를 종합할 때, 여성계는 인공임신중절 허용과 관련하여, 완전허용에 근접한 입장을 보였고, 종교계는 모체의 생명이 위협을 받거나 태아의 생명 유지가 어려운 중증질환이거나 태아가 기형인 경우에만 구체화하여 허용하는 입장이었다. 의료계와 법조계는 모자보건법을 더욱 구체화, 현실화할 필요가 있다는 입장을 재확인하였다. 절차적 보완에 대해서 법조계와 의료계에서는 12주 이내라 하더라도 무조건 여성의 선택권을 보장하기보다는 객관적 기준이 있어야 하며, 여성계는 24주까지는 여성 선택권이 보장되어야 하고 수술결정 전후 본인 요청시 상담과정이 필요하다는 입장을 밝혔다. 사회적 대책 수립에 앞서서, 국가정책에 대한 의견으로 1) 원치 않는 임신을 예방하기 위해 10대와 성인을 대상으로 한, 현실적이고 구체적인 피임교육, 성교육이 이루어져야 한다고 강조했다. 2) 자녀양육을 지원하는 사회복지를 확대하여야 하며 이를 위해 경제적으로 어려운 아동양육비 지원과 미혼모 가족을 위한 양육비지원책이 개선되어야 한다고 답했다. 3) 사회적 인식 개선을 위해서도 정책이 필요하고, 피임의 필요성을 강조하고 피임도구의 접근성 확대, 미혼모와 한 부모에 대한 긍정적인 언론 보도와 생명가치와 생명윤리에 대한 공익광고 등을 제시했다. 4) 현실을 반영한 관련법의 개정과 제도 개선을 주문하였다. 이를 통해 종합해 보자면, 인공임신중절을 예방해야 한다는 입장은 동일하며, 이 때 지향점은 태아의 생명권, 여성의 선택권을 존중하여야 한다는 것이다. 그리고 현실적인 도움을 줄 수 있는 정책과 제도가 마련되기 위해서는, 일회적인 조사에 그치지 않고 현실적인 정책근거를 마련하기 위한 조사와 연구가 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

제1장

서론

제1장 서론

제1절 연구의 배경 및 필요성

1. 연구추진의 배경

가. 보건문제로서의 인공임신중절

인공임신중절 실태에 대한 국가적인 관심은 보건복지부 사업과 한국보건사회연구원(이하, 보사연)의 출산력 조사 등을 통해서 지속되고 있었다. 한국보건사회연구원의 조사는 인구통계를 위한 조사이지만, 2003년 조사방법론에 대한 연구보고서를 시작으로 인공임신중절에 관한 연구를 포함하고 있다.

나. 사회쟁점이 된 인공임신중절

사회문제로서 각계의 지적은 상존하였으나, 이 연구와 연관해서 중요한 것은 2009년 후반, 일부 산부인과 의사들의 양심선언이다. 특히 2009년 10월, 프로라이프 의사회의 불법 인공임신중절 근절선언과 이에 이은 2010년 2월 불법 인공임신중절 시술기관을 검찰에 고발하는 일련의 사태로 인해 사회 이슈화가 되었다.

다. 사회현실로서의 인공임신중절

2005년 의료기관 조사를 통한 결과 연간 34만 건으로 추정되는 등, 사회적으로 만연한 상황이라는 데에 이견이 없다. 사회쟁점이 된 후, 2010년 2월말 정부는 국가 정책조정회의를 거치고 3월초 '불법 인공임신중절 예방 종합계획'을 수립하여 추진하였다. 그리고 보건복지부에서는 '인공임신중절 예방 사회협의체'를 구성('10.2)하여, 인공임신중절 심각성에 대한 인식의 공유 및 각계의 협력을 얻어 인공임신중절 예방을 위해 노력하고 있다.

라. 법적문제로서의 인공임신중절

우리나라의 형법과 모자보건법은 그 연원이 일본의 법에 있다. 일본의 경우 합법화에 준하는 개정을 해왔지만, 우리나라의 법은 우생학적 규정 등 현실성에 대한 이견이 제시되어왔고, 현재 국회에 계류 중인 개정안도 다수인 상황이다.

마. 각계 입장대립이 첨예한 인공임신중절

각종 전문가 의견조사를 거쳐 가장 쟁점이 되는 지점은, 사회경제적 사유에 의한 인공임신중절의 허용 여부인데, 여성계의 경우 강력하게 요구하고 있는 반면, 종교계는 태아의 생명존중을 주장하며 전면 금지를 요구하고 있는 상황이다.

2. 연구의 필요성

가. 우리나라의 인공임신중절 현황

인공임신중절 건수는 표본조사나 단편적인 추정 혹은 추측에 의거하여 제시되고 있다. 한국보건사회연구원의 「전국 출산력 및 가족보건 실태조사」 결과를 이용한 유배우부인의 인공임신중절 추정건수는 1984년¹⁾ 50만 건, 1990년²⁾ 40만 건, 1996년³⁾ 23만 건으로 지속적으로 감소하고 있다. Park and Cho⁴⁾에 의한 정상적 출생성비(106)와 현재 출생성비 간 차이를 이용한 추정결과, 태아 성 검사 후 선택적 인공임신중절은 1986~1990년 총 76,200건으로 나타났으며, 단순한 사례나 추측에 의거한 예로는 1988년 한 해 동안의 전체 인공임신중절 건수가 신생아수의 두 배에 달하는 120만 건이라는 주장이 있다.

가장 최근에 우리나라의 전국 인공임신중절 시술 규모를 추정한 연구는 2005년도에 발표된 「인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립」⁵⁾이며, 시술 의료기관조사 결과 인공임신중절의 규모는 연간 시술건수 342,433건, 이중 기혼 198,515건, 미혼 143,918건으로 추정되었고, 이는 시술기관 평균 건수에 전체 의료기관 수를 적용하

1) 문현상 외, 『1998년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국인구보건연구원, 1989.

2) 공세권 외, 『한국에서의 가족형성과 출산행태(1991년 전국 출산력 및 가족보건실태조사)』, 한국인구보건연구원, 1992.

3) 조남훈 외, 『1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국인구보건연구원, 1998.

4) Park, Chai Bin and Nam-Hoon Cho (1995). "Consequences of son preference in a low-fertility society: imbalance of the sex ratio at birth in Korea". Population and Development Review 21(1):59-84.

5) 김해중 외, 『인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립』, 고려대학교·보건복지부, 2005.

여 추정한 것이다. 이를 바탕으로 15-44세 여성의 인공임신중절률은 1,000명당 기혼 여성 28.6, 미혼여성 31.6으로 추정되었고, 우리나라의 전체 인공임신중절률은 29.8로 이는 서구 선진국에 비해서는 높은 편으로 나타났다.

우리나라의 인공임신중절수술 및 인공임신중절에 대해서는 형법과 모자보건법에서 직접적으로 규율하고 있으며, 형법 제269조 및 제270조에서는 낙태 및 의사 등의 낙태를 금지하고 모자보건법 제14조에서는 위법성 조각사유를 열거하는 구조를 취하고 있다. 낙태행위에 대한 현행법의 구조가 위와 같은 반면, 2005년 「인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립」 연구의 결과에 의하면 전체 인공임신중절 시술의 약 4.4% 가량만이 현행법상 합법적 시술이라고 추정하고 있다.

따라서 2005년 위 연구에서는 규범과 현실의 괴리를 극복하기 위한 정책 대안으로 관련 법령 개정의 필요성을 제기하고 있으며, 인공임신중절 행위의 허용한계에 대한 명확한 기준이 설정되어야 함을 기본적인 방향으로 하여 임신 12주 이내, 임신 24주 이내, 임신 24주 이후의 3단계로 나뉘어 각 시기별 구체적인 위법성 조각사유를 규정하는 개정안을 제시하고 있다.

또한 2010년 「산부인과 병·의원의 출산 관련 실태조사 및 영유아 건강증진 방안 마련」⁶⁾ 연구에서는 인공임신중절수술에 대한 산부인과 병의원에 종사하는 의사를 대상으로 설문조사를 실시하여 인공임신중절시술 시행 여부 및 건수, 산부인과 의료서비스의 제반 공급환경 및 인공임신중절에 대한 전문가 의견을 탐지하여 인공임신중절 감소를 위한 사회적 인프라 구축방안 등을 도출하고 있다. 이 연구에서는 2008년 연간 인공임신중절건수에 대하여 258,146건으로 추정하고 있으며, 모성 및 영유아 건강증진을 위해 미혼모를 위한 현실적 정책 마련 및 영유아 건강검진 체계 확립 등을 제안하고 있다.

나. 세계적 현황⁷⁾

세계적인 인공임신중절의 추세를 살펴보면, 그 빈도는 감소하는 중인데, 1995년 4천 6백만 건에서 2003년 4천 2백만 건으로 감소하였다. 가임기여성 1000명당 비율로 환산하면, 1995년 35건에서 2003년에 29건으로 감소하였고, 이러한 감소 경향은 선진국에서 두드러지며 이 국가들의 경우 모든 종류의 인공임신중절이 안전하고 합법적이다. 거의 대부분의 인공임신중절은 개발도상국에서 이루어지는데 2003년 전

6) 김소윤 외, 『산부인과 병·의원의 출산 관련 실태조사 및 영유아 건강증진 방안 마련』, 연세대학교, 2010.

7) Guttmacher Institute(구트마허 연구소), Facts on Induced Abortion Worldwide, 2009.

체건수인 4천 2백만 건 중에서, 3천 5백만 건이 개발도상국에서 이루어졌고, 한 여성이 인공임신중절을 하게 될 확률은 선진국과 개발도상국에서 가임기 여성 1000명당 26과 29로 유사하게 조사되었다. 이런 차이는 저개발국가의 경우 가임기여성인구의 증가가 임신중절의 빈도증가와 병행되고 있기 때문이라고 분석하고 있으며, 선진국가의 경우 십대 임신이 크게 증가하지만, 현대적이고도 안전한 피임제의 사용 증가 현상과 병행하고 있기 때문이라는 분석이다. 세계적으로 약물을 이용한 중절이 크게 늘었으며 적어도 39개 국가에서 미페프리스톤(mifepristone)을 등록하였고 그 중 35개 국가는 지난 10년 동안 이를 등록하였다.

아시아와 남미는 인공임신중절의 빈도와 비율이 1995년 이후 서서히 감소하고 있으며 가장 낮은 지역은 서유럽으로 가임기여성 1000명당 12건에 머무르고 있다. 빈도수로 따지면 아시아에서 2천 6백만 건이 이루어지지만 이 중 9백만 건이 중국이며, 가임기여성 1000명당 1995년 33건에서 2003년 29건으로 줄었다.

인공임신중절에 대한 법적인 제한이 인공임신중절의 발생률에 영향을 미치지 않는다는 분석이 주류이며, 법적으로 허용이 되고 허용근거가 폭넓은 국가일수록 인공임신중절이 안전하고 그 반대의 경우 불안정하다고 밝혀지고 있다. 1997년 이후 스위스, 포르투갈, 대만 등 17개 국가에서 허용의 근거를 넓혀왔다.

다. 주기적 실태조사의 필요

인공임신중절과 관련한 정책의제의 마련 및 정책결정을 위한 증거자료로서, 전국 규모의 실태조사가 필요하다. 그러나, 보사연의 출산력조사에서는 유배우 여성만을 대상으로 하고 있으므로 가임기 여성 전체를 대상으로 한 자료가 필요하다. 2005년 조사의 경우에는 기혼여성과 미혼여성을 대상으로 조사하였으나 이후의 변동을 파악할 필요가 있다.

라. 조사방법론 연구의 필요

전국규모로 의료기관조사와 가임기여성을 대상으로 한 연구는 2005년 이후에 이루어지고 있으나, 2005년 연구와 조사방법을 달리해서 결과의 신뢰도를 높일 필요가 있으며, 차제에 앞으로 국가단위의 주기적 조사의 필요성과 관련 조사들을 마련할 필요도 있다.

마. 사회적 태도 및 인식조사의 필요

산부인과전문의와 가임기여성의 태도 및 인식, 법과 정책에 대한 의견을 조사함과 아울러 각계 전문가의 의견을 청취할 필요성은 상존한다. 다원화된 사회에서 각계의 의견을 고려하는 것은 매우 중요하며 합당한 범위 내에서 의견의 차이를 좁히는 일은 심의 민주주의적 정책 결정에서 중요하다.

바. 인공임신중절경험자대상 질적 연구의 필요

인공임신중절은 여성 본인의 삶에서도 가장 중요한 사건 중 하나이다. 인공임신중절을 예방하기 위한 조사연구에서 점차 중요하게 다루어지는 방법이 직접적인 대상자인 여성들의 경험에 대한 질적 조사이다. 성 활동이나 피임, 그리고 인공임신중절의 시점별 과정과 전후 경험은 기존 정책의 평가의 단초가 됨은 물론, 실효성 있는 정책이나 사업 개발의 중요한 자료가 될 것이다.

제2절 연구의 목표

1. 인공임신중절의 실태와 변동파악

가. 조사방법의 다각화

산부인과 의사와 가임기여성, 양쪽 당사자로부터 인공임신중절 건수를 조사한다. 산부인과 의사 전수조사를 실시하여, 약 800명의 유효 표본을 목표로 한다. 그리고 가임기여성 조사의 경우, 대표성 있는 표본추출을 하여, 유효 표본 4000명을 확보한다. 조사방법의 윤리성 검토를 통해서 발주처인 정부와 연구진에게는 익명화 처리된 자료만 접근가능하게 하는 방법을 모색한다.

나. 관련 단체의 협조 요청

대한산부인과 의사사회와 대한산부인과 학회의 협조를 얻어 응답률을 제고하도록 한다. 대부분의 인공임신중절이 불법인 상황이지만 조사연구가 필요 하기 때문에, 현실성 있는 정책 마련을 이유로 당사자를 설득하는 데에 관련단체의 협조가 필수적이다.

다. 조사내용의 선별과 방법의 제고

인공임신중절 예방을 위한 정책마련에 필요한 내용을 최소한으로 선별하고 당사자들의 입장에서 신뢰할만한 응답이 가능하도록 문항을 구성 배치한다. 조사의 방법도 우편이나 전화 등 직접 접촉이 아닌 온라인 웹 조사를 적극 고려한다.

라. 국제비교를 위한 국가보건통계 미비자료 제시

인공임신중절의 전체건수를 제시하는 관례를 벗어나서 인공임신중절률을 대표적인 통계치로 제시하도록 제안한다. 향후, 국가차원의 결혼여부를 떠나 가임기여성 조사가 필요하다는 점을 제안하면서, 국제비교가 가능한 데이터셋의 구조를 제시하려고 한다.

마. 인공임신중절 관련 태도와 인식 파악

산부인과 의사와 가임기여성 대상 조사에서 인공임신중절의 건수 파악뿐만 아니라, 인공임신중절의 추세에 대한 의견과 태도 및 관련 정책과 법에 대한 의견을 정량적으로 조사한다.

바. 인공임신중절의 과정 조사

인공임신중절 경험여성을 대표성 있게 추출하여 질적조사를 함으로써, 인공임신중절의 실제 사유와 과정과 이후의 다면적인 변화에 대한 이야기를 청취한다.

2. 각계 전문가의 의견파악

그간 관련 연구에서 전문가 의견은 많이 수렴되어 왔다. 본 조사에서 종교계, 여성계, 의료계, 법조계의 전문가를 대상으로 조사할 때 작성한 가이드라인은 그간 조사된 전문가의견 내용을 검토한 결과로 만들어진 것이다. 이 가이드라인을 가지고 부분적으로 구조화된 심층면접을 수행한다.

3. 외국 법·정책 사례 분석을 통한 거시적 시사점 파악

우선 세계기구를 통해 보고된 인공임신중절 관련 현황을 파악하고 중요한 이슈별로 국가를 선정하여 시사점을 정리함으로써, 이번 실태조사와 인식조사의 취합된 결과를 견주어서, 정책제언에 활용하고자 한다.

4. 본 조사와 정책분석을 통한 이슈별 제안

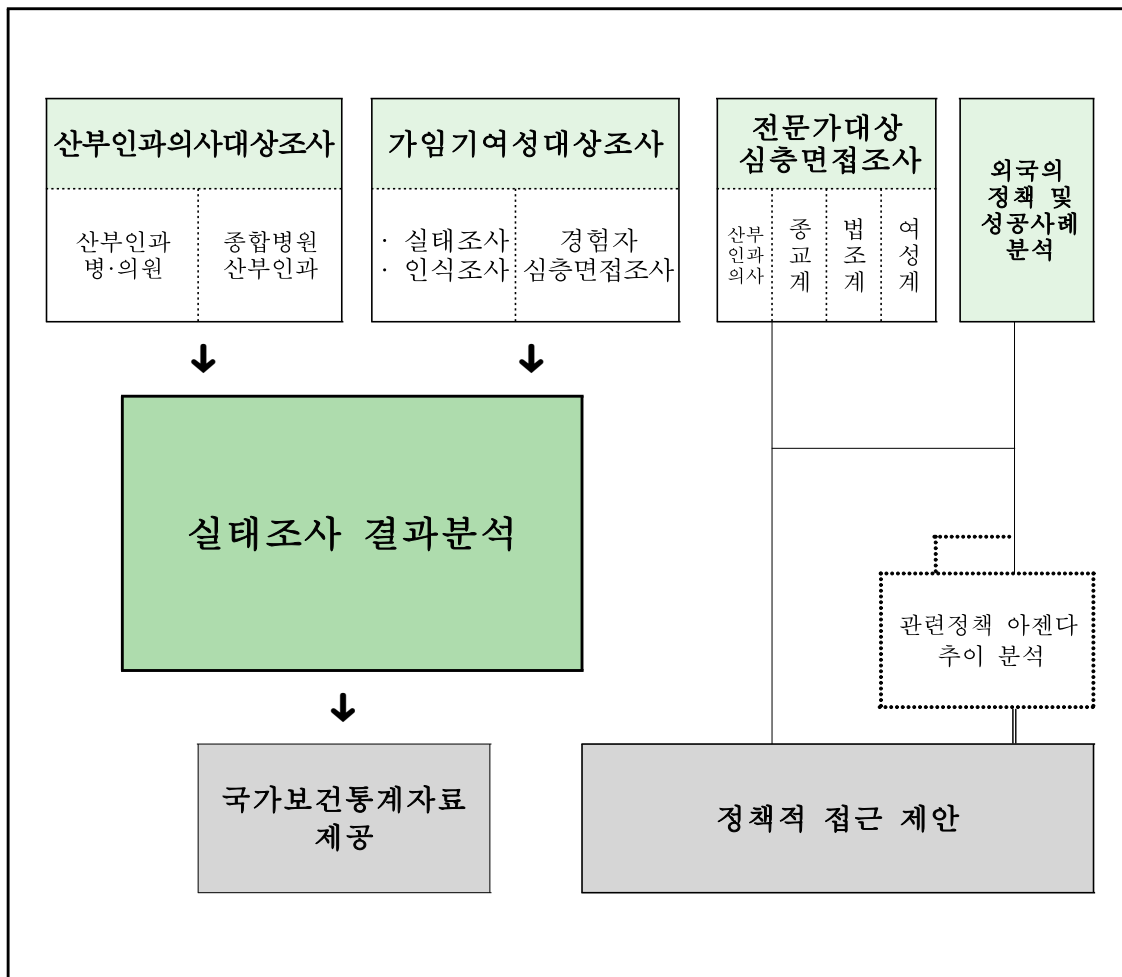
이번 조사에서 인공임신중절을 시술하는 산부인과 의사와 시술을 받은 가임기여성을 대상으로 실태와 태도, 인식을 조사한다. 특히, 인공임신중절 경험이 있는 여성을 대상으로 대표성 있게 표본을 추출하여 심층면접을 시행하고, 각계 전문가들에게는 산부인과 의사와 가임기여성 그리고 중절 경험여성의 관련 의견과 인식에 대해 취합된 결과를 사전에 제시하고, 합리적이고 근거 있는 인공임신중절 예방 정책을 제시하도록 요청한다. 이와 관련해서 외국 법·정책 사례 분석까지 더해서 현실적인 정책을 제언할 것이다.

제2장

연구의 방법

제2장 연구의 방법

제1절 연구수행체계



< 그림 1 > 연구수행체계 도식화

제2절 인공임신중절 실태조사의 방법론적 고려사항⁸⁾

1. 인공임신중절 실태조사의 조사환경

현재 발생되고 있는 인공임신중절의 대부분은 불법으로 파악되고 있다. 이러한 관점에서 효과적이고 성공적으로 인공임신중절 실태조사를 실시하기 위해서는 가장 먼저 주변의 조사환경을 검토할 필요가 있다. 전국적인 인공임신중절 실태조사에 직접적 혹은 간접적으로 영향을 미칠 수 있는 제반 조사 환경은 전국 인공임신중절 실태조사의 가능성 내지 한계성을 알 수 있다. 우리나라의 인공임신중절 실태조사를 위한 환경은 다음과 같다.

- 1) 법률적으로 인공임신중절 시술이 대부분 불법이기 때문에 시술기관이나 피시술자 모두 관련 기록의 공개를 기피하거나 왜곡된 정보를 제공할 가능성이 높다
- 2) 시술기관에서는 세금의 증가, 의료수가 조정 등을 우려하여, 인공임신중절 실태조사 자체에 대해 저항할 가능성이 있으며, 다른 한편으로 시술 실적을 실제와 다르게 제시할 가능성이 높다.
- 3) 또한, 시술기관은 여성의 정보를 제공(누출)하였을 경우 고객관리 차원에서 치명적인 타격을 받을 수 있으며, 그러한 이유로 인공임신중절 실태조사에 비협조적인 자세를 가질 수 있다.

2. 인공임신중절 실태조사 방법의 종류

지금까지 우리나라에서 실시된 인공임신중절 실태에 관한 조사들을 종합하면 가구면접조사, 시술기관조사, 특정집단조사가 있다. 이들 조사방법의 특징과 장·단점은 다음과 같다.

가. 가구면접조사 방법

조사원이 조사대상 가구를 방문하여 가임기여성을 대상으로 인공임신중절경험 여부 및 그 수준 등을 조사하는 수요자 접근방법을 말한다. 이 조사 방법은 일반적 특성과 임신·출산·피임을 인공임신중절 행태와 연관하여 분석이 가능하고 조사

8) 한국보건사회연구원, 인공임신중절 실태조사를 위한 사전조사설계 및 실시에 관한 연구. 2003.

협조도가 상대적으로 높다는 장점이 있는 반면, 전국 단위의 조사이므로 조사의 비용과 시간이 많이 소요되며, 표본조사일 경우 오차가 발생하여 결과의 신뢰도가 낮아지고, 후향적 조사(retrospective survey) 방법은 회상 바이어스(Recall bias)에 의해 조사결과의 정확도에 문제가 발생할 가능성이 있으며, 비밀보호 또는 정보부재로 미혼여성의 실태파악이 곤란하다는 단점이 있다.

한국보건사회연구원의 「전국 출산력 및 가족보건 실태조사」가 가구면접조사방법으로 매 3년마다 주기적으로 실시하는 대표적인 조사이며, 기혼여성의 일반적 특성, 임신·출산·피임, 인공임신중절과 관련된 항목을 포함하고 있다. 따라서 인공임신중절 시술에 관한 특성을 관련 항목과 연계하여 분석이 가능한 장점을 갖는다.

나. 시술기관 조사방법

시술기관 조사방법은 인공임신중절을 직접 시술한 의료기관 등을 통해 실태를 조사하는 공급자 접근방법을 말한다. 여기에는 시술기관에서 조사표를 인공임신중절 발생 시 마다 기록하는 전향적(prospective) 조사방법과 과거 일정기간 동안 시술된 인공임신중절에 대한 기록을 토대로 작성하여 제출하는 후향적(retrospective) 조사방법이 해당한다.

이 조사는 조사결과의 신뢰도가 높으며, 미혼여성의 실태 파악이 가능하고, 시술기간 내에 의무기록이 있기 때문에 의료관련 사항을 파악하는 데 용이하며 가구면접조사 방법에 비해 비용과 시간이 상대적으로 적게 소요된다는 장점이 있다. 그러나 불법사항, 세금, 의료수가 조정 등의 문제로 조사 협조도가 낮고, 조사 결과의 신뢰도가 낮을 수 있으며, 시술기관 유형, 소재 지역, 시술의사의 숙성 등에 따라 이용자의 특성(기혼, 미혼)이 달라 조사결과가 부정확해질 가능성이 있다는 단점이 있다.

2005년 고려대학교에서 수행한 「인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립」 연구에서 2005년 5월부터 8월까지 전국의 산부인과 개설행·의원 중 201개 기관을 대상으로 전향적 조사방법으로 2개월 동안 각 의료기관에서 이루어지는 인공임신중절을 조사하였다.

다. 특정집단 조사방법

이 조사 방법은 특정 집단을 대상으로 인공임신중절 경험 등을 조사하는 것으로 특정집단의 성 실태와 인공임신중절 실태 등을 심층 분석하기 위해 사용된다. 다만, 전수조사가 아니며 과학적인 표본추출 방법이 아닐 경우 전국이나 지역의 수준을 대표하는데 한계가 있다.

질병관리본부의 ‘청소년온라인건강행태조사’가 이 방법을 사용하여 우리나라 청소년의 건강행태 현황을 파악하기 위한 온라인 조사를 매년 수행하고 있으며, 2010년에는 표본 추출된 전국 중학교 1학년부터 고등학교 3학년 중 73,238명이 이 조사 참여하였다.

3. 인공임신중절 실태조사 실시방안

한국보건사회연구원(2003)에서 제시한 전국 인공임신중절 실태조사 방안은 단기적인 것과 중장기적인 방법으로 나뉜다. 단기적인 인공임신중절 실태조사 방안으로는 시술기관 접근을 통한 실태조사가 해당되며, 중장기적인 방법으로는 외국에서와 같이 행정신고체계를 통한 조사방법과 건강보험시스템을 통한 조사방법이 해당된다.

가. 건강보험자료를 이용한 인공임신중절 실태조사 방안

인공임신중절을 시술한 시술기관이 보험료를 지불 받기 위해 일정한 양식에 의거하여 건강보험공단에 제출한 신고서를 이용하여 실태조사를 하는 방법으로 호주에서 실시된 바 있다. 비용절감, 자료의 양적·질적 신뢰성이 높으며, 우리나라 전체 인공임신중절 시술 총 건수, 사유, 의료적 특징 등을 파악할 수 있다는 장점이 있다. 다만, 현실적으로 적용되기 위해 선결되어야 할 문제는 건강보험을 모든 인공임신중절로 확대하여 적용하며 그 수가를 현실화하는 노력이 필요하다.

나. 행정신고체계를 통한 인공임신중절 실태조사 실시방안

인공임신중절은 출생, 사망, 혼인과 같은 인구동태로 간주하여 인구동태신고체계(Vital registration system)에 포함하여 조사하는 방법으로 일본에서 이와 같은 방법으로 조사가 실시된 바 있다.

다만, 사산에 대한 국민의 신고의무를 부과하기 위해서는 법적인 근거가 필요하며, 우리나라 인공임신중절 시술 대부분이 불법적으로 이루어지고 있는 상황에서 사산을 법률적으로 신고하도록 할 경우 법률간 모순이 발생하는 문제점이 있다. 따라서 신고의무관련 법 제정과 모자보건법 상 인공임신중절 허용 조건 등의 개정이 우선적으로 필요하나, 현실적으로 이러한 문제는 인공임신중절 실태조사에 국한되지 않은 광범위한 사회문제와 연관되어 있어, 이 방안의 채택은 장기적으로 고려되어야 할 것이다.

다. 시술기관 실태조사 방안 : 단기적 방안

시술기관 접근방법은 인공임신중절 수준이나 그 패턴, 문제점을 파악하는데 가장 적합한 방법이다. 실태관련 정보의 누락 가능성이 최소화될 수 있으나, 여러 가지 복잡하고 난해한 이유로 시술기관의 협조를 보장할 수 없다는 단점이 있다.

4. 조사환경을 고려한 현실적인 조사 방안

인공임신중절 실태조사 방안은 우리나라 전체 인공임신중절의 수준과 특성을 규명하고 문제점 도출이 가능하여야 한다. 여러 가능한 실태조사 실시방안 모두는 법적 문제, 조사결과의 신뢰성 문제, 비용 등 일정한 한계성이 공통적으로 존재하다고 볼 때, 현재 가장 실현 가능하고 조사목적에 적합한 접근방법은 산부인과 의사를 대상으로 한 조사와 가임기여성을 대상으로 한 조사로 판단된다.

제3절 연구 진행 과정

구분		월별추진일정										비고
연구내용		12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
인공임신중절 관련 실태 파악												
국내 문헌검토												
국외 문헌검토												
데이터 검색을 통한 자료수집												
산부인과 병의원 조사												
조사대상 및 조사방법 선정												
조사내용 확정 & 설문지 작성												
Key Issue에 대한 설문지 개발												
조사대상자 명단(List 확보)												
IRB 승인을 위한 절차 시행												
웹 조사 프로그래밍												
후향적 조사 실시												
조사 미 참가자 독려												
자료분석 (기초통계자료)												
크로스체크를 위한 다른 자료 검토												
종합병원 산부인과 조사												
조사대상 및 조사방법 선정												
조사내용 확정 & 설문지 작성												
조사대상자 명단(List 확보)												
조사협조 공문 발송 및 참여 독려												
후향적 조사 실시												
자료분석												
가임기여성의 인공임신중절에 대한 인식조사 (정량조사)												
조사대상 및 조사방법 선정												
조사내용 확정 & 설문지 작성												
Key Issue에 대한 설문지 개발												
조사대상자 및 패널 정보 수집												
웹 조사 프로그래밍												
조사 실시												
자료분석 (기초통계자료)												
자료분석 (국가통계 산출)												

구	분	월별추진일정										비 고	
연	구	내	용	12	1	2	3	4	5	6	7		8
인공임신중절 경험자 심리조사 (정성조사)													
조사대상 및 조사방법 선정(Draft)													
조사내용 확정 & Key Issue 개발													
조사 대상자 모집 및 확정													
모더레이터, 리서치업체, 연구진 미팅													
조사실시 (면접시행)													
자료분석 (기초보고서)													
자료분석 (심층분석 시행)													
전문가 의견조사													
조사대상 및 조사방법 선정(Draft)													
조사내용 확정 & Key Issue 개발													
조사 대상자 모집 및 확정													
모더레이터, 리서치업체, 연구진 미팅													
조사실시 (면접시행)													
자료분석 (기초보고서)													
자료분석 (심층분석 시행)													
외국의 정책 및 성공사례 분석													
참고문헌 정리													
외국의 정책 분석													
외국의 성공사례 분석													
조사내용 결과 반영													
전문가 회의													
중간보고서													
워크숍 및 공청회 개최													
최종보고서													
추진진도 (%)				10	10	10	10	10	10	10	10	10	100

제4절 연구윤리심의위원회(IRB)의 심의

1. 생명과학 연구윤리 교육과정(CITI)

연세대학교 보건대학원은 생명과학연구윤리교육과정 즉 “CITI(Collaboration Institutional Training Initiative) Korea”에 가입되어 있으며, 여기에서는 가입된 연구기관에 소속한 모든 연구자들을 대상으로 연구윤리교육 프로그램을 제공하고 있다. 본 연구가 세브란스병원 연구심의위원회(IRB, Institutional Review Board)에 심의를 받기 위해서는 심의 전에 공동연구원 모두가 생명과학연구윤리교육과정을 필수적으로 이수하여야 했다.



< 그림 2 > 생명과학연구윤리교육과정 홈페이지 (<https://www.citiprogram.org>)

이 프로그램은 임상연구 역사와 윤리원칙, IRB의 기본규정과 심의절차의 이해, IRB 위원의 숙지사항, 임상 피험자를 대상으로 하는 연구에서의 이해와 상충, 피험자동의서, 생명의학 연구자를 위한 사회과학 및 행동학 연구, 데이터를 이용한 임상 연구, 취약한 환경의 피험자 정의, 미국 식품의약품안전청(FDA) 승인연구, 국제임상 연구 등에 관한 배경지식을 제공하고 있다. 특히 이 프로그램은 연구자에게 연구윤리와 관련하여 다음과 같은 체크리스트를 제공한다.

☐ **선행(Beneficence)의 원칙**

- 연구계획은 적절한가? 더 개선될 수 있는 여지가 있는가?
- 어떤 위험들이 있으며, 위험을 최소화하였는가? 피험자는 위험에 대해 충분한 정보를 받았는가?
- 이득은 무엇이며, 그것을 극대화하였는가? 피험자는 이득에 대해 충분한 정보를 받았는가?

☐ **정의(Justice)의 원칙**

- 연구에서 선정된 피험자 집단이 연구를 통해서 이득을 얻을 수 있는 피험자군을 대상으로 하고 있는가?
- 피험자 모집이 특정 피험자군만을 목표로 공정하지 않게 설정되어 있지는 않은가?
- 연구계획서상 피험자의 선정 및 제외 기준은 공정한가?

2. 심의의 주요 쟁점

원칙적으로 생명과학연구윤리교육과정(CITI)과 연구심의위원회(IRB)는 약제나 기기에 대한 임상연구에서 피험자에게 예상되는 위험들에 대한 정보를 충분히 제공하였는가의 관점에서 연구의 계획과 내용을 심의하기 위해 출발한 제도였으나, 최근에는 임상연구가 아닌 역학 조사, 설문조사 등을 포함하는 연구에도 적극적으로 활용되고 있다.

이번 연구는 인공임신중절이 현행법상 불법인 상황⁹⁾에서 만 15세 이상 44세 이하의 가임기여성, 인공임신중절을 시술하는 의사와 시술경험이 있는 여성을 대상으로 인공임신중절 시행여부 및 그 건수, 시술시의 경험과 태도 등 개인의 프라이버시 영역을 침해할 수 있는 설문조사를 시행한다는 점에서 잠재적 위험을 내포하고 있다. 모든 인공임신중절 시술이 불법인 것은 아니지만, 특히 산부인과 의사에게는 불법적인 행위를 얼마나 하였는지에 관하여 답을 해야 하는 설문이 포함되어 있다는 점과, 가임기여성 일반과 시술경험 여성에게는 인공임신중절이라는 주제 자체 사적(私的)이고 민감한 내용이라는 점에서, 조사대상자에게 심리적 부담을 안겨 줄 수 있어 연구의 진행과정을 제3자로부터 평가받을 필요성이 제기되었다.

9) 우리나라 형법 제269조 이하에서는 낙태를 금지하고 있으며, 모자보건법 제14조에서 예외적으로 인공임신중절을 허용하고 있다.

<가임기여성 대상 조사 설문 예시>

Q1. 귀하께서는 임신을 한 경험이 있습니까?

Q2. 임신 경험이 있는 경우 인공임신중절(낙태) 수술을 받은 적이 있습니까?

<의사 대상 조사 설문 예시>

Q1. 귀하는 2009년과 2010년 중에 인공임신중절 수술을 진행한 적이 있으십니까?

① 2009년

② 2010년

③ 2009, 2010년 둘 다 있음

④ 2009, 2010년 둘 다 없음

Q1-1. 2009년 인공임신중절 건수는 총 몇 건 정도입니까?

(총 _____ 건)

Q1-2. 2010년 인공임신중절 건수는 총 몇 건 정도입니까?

(총 _____ 건)

<경험자 대상 인터뷰 내용 예시>

Q. 인공임신중절을 결심하게 된 이유는 무엇입니까?

Q. 인공임신중절 후 어떠한 감정적 변화, 신체적·정신적 징후가 있었습니까?

3. 조사방법 상의 대책

주요쟁점에서 언급한 바와 같이 조사대상의 프라이버시 침해가 우려되는 설문임에도 불구하고, 설문조사 결과로 얻을 수 있는 이익을 형량해보면 조사 자체의 필요성은 의문의 여지가 없다. 조사를 통해 우리나라 인공임신중절의 실태를 정확히 파악하고, 산과 의료서비스의 제반 공급환경을 진단하며, 인공임신중절에 대한 각계각층의 의견과 태도를 탐지하여 정확한 정책마련에 기할 수 있다.

결과적으로 본 연구는 설문에 관한 설명·동의와 기밀유지에 관한 사항을 중요하게 다루어야 한다는 전제를 갖고 출발하였다. 설문조사를 시작하기 전 조사대상에게 조사결과를 외부에 공표할 때에는 개인식별이 가능한 정보는 완전히 삭제한 후, 집단 자료로만 제시할 것임을 주지하고 관련된 통계법 내용¹⁰⁾을 설명하였다.

10) 통계법 제33조(비밀보호) ① 통계의 작성과정에서 알려진 사항으로서 개인이나 법인 또는 단체 등의 비밀에 속하는 사항은 보호되어야 한다. ②통계의 작성을 위하여 수집된 개인이나 법인 또는 단체 등의 비밀에 속하는 자료는 통계작성 외의 목적으로 사용되어서는 아니 된다.

<가임기 여성 대상 설문조사 사전설명 내용 중 일부>

“설문조사 내용은 순수한 통계산출 목적으로만 사용하고, 그 외의 목적으로는 사용하지 않겠습니다. 또한 동 설문조사는 통계법 제33조(비밀보호)에 따라 조사내용의 비밀이 엄격히 보호된다는 점을 안내해 드립니다.

우리나라 여성건강과 생식건강을 위하여 소중한 자료로 활용될 수 있도록 귀하의 적극적인 협조를 다시 한번 당부 드립니다.”

<의사 대상 설문조사 사전설명 내용 중 일부>

“먼저, 동 조사는 통계법 제33조(비밀보호)에 따라 조사내용의 비밀이 엄격히 보호된다는 점을 안내해 드립니다.

- 1) 시술기관의 익명성을 보장하고,
- 2) 병·의원 정보가 수록된 조사내용은 어떠한 목적으로도 외부에 공개하지 않겠으며,
- 3) 설문조사 내용은 순수한 통계산출 목적으로만 사용하고, 그 외의 목적으로는 사용하지 않습니다.’

또한 조사대상의 개인 식별이 불가능하도록 보건복지부와 연세대학교 보건대학원, 한국리서치는 조사대상의 개인정보를 익명화 처리한 결과만을 볼 수 있도록 하였다. 또한 설문 방법은 온라인 웹메일을 기본으로 하여 개인 메일의 아이디와 패스워드를 입력하여 모니터로만 볼 수 있도록 하였다. 또한 최종 설문결과의 복사가 불가능하도록 설계하였으며 외부 유출을 원천 봉쇄할 수 있는 방어막을 구성하였다. 마지막으로 정부의 인공임신중절 관련 정책을 마련함에 있어 중요한 기초근거자료를 제시하기 위해 인공임신중절 당사자의 협조가 필요하다는 점 등을 제시하였다.

4. IRB 심의자료

본 연구의 진행과 관련하여 설문조사 시행 전에 임상연구 신규과제 심의 의뢰서, 연구계획서, 동의면제/동의서 면제 요청서, 연구책임자의 이력 및 경력, 연구비소요내역서 등을 연구심의위원회(IRB)에 제출하였고, 심의결과 통보서를 받은 후에 설문조사를 시행하였다.

수신	연구의뢰자	보건대학원 교수 손영세		
	시험책임자	보건대학원 교수 손영세		
심사종류	<input checked="" type="checkbox"/> 초심사 <input type="checkbox"/> 시정승인심사 <input type="checkbox"/> 보완심사 <input type="checkbox"/> 반려심사 <input type="checkbox"/> 이의신청심사 <input type="checkbox"/> 연구계획변경심사 <input type="checkbox"/> 중간보고서 <input type="checkbox"/> 종료보고서 <input type="checkbox"/> 최종결과보고서 <input type="checkbox"/> 연구계획취소심사 <input type="checkbox"/> 기타보고			
정수번호(승인번호)	4-2011-0123		과제승인일자	2011.04.22
과제명	전국 인공 임신 중절 변동 실태조사 및 정책 개발 연구			
	Protocol No	-		Version No
시험자	시험책임자	소속	직위	성명
		보건대학원		교수
연구관련	<input type="checkbox"/> 임상연구 (<input type="checkbox"/> 약물, <input type="checkbox"/> 의료기기, <input type="checkbox"/> 의료행위(시술, 수술, 진단방법) <input type="checkbox"/> 유전자 치료연구 <input type="checkbox"/> 배아줄기세포 연구 <input type="checkbox"/> 세포치료연구 <input type="checkbox"/> 기타)			
	<input checked="" type="checkbox"/> 관찰연구 (임상정보, 임상시료, 설문조사) <input type="checkbox"/> 기타			
	임상연구	연구대상	일반명 : -	성품명 : -
	Phase	<input checked="" type="checkbox"/> 학술용 <input type="checkbox"/> 국내 허가용 <input type="checkbox"/> 해외 허가용 <input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II (a,b) <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 생물학적 동등성 <input checked="" type="checkbox"/> 기타		
연구예정기간	IRB 승인일로부터 ~7개월			
중간보고 예정일자	면제	<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오 : 12개월마다		
연구의뢰자	회사명 : -		대표(직위) : -	
심의내용	심의의결 : 1) 임상연구 신규과제 심의 의결서 2) 계획서 요약 3) 연구 계획서 - 보건복지부 연구용역사업 신청서 - 산출 내역서, 기초 내역서 - 붙임 1~4 : 조사비용 4) 동의 면제 요청서 5) 설문지 양식 - 산부인과 의료기관 조사 - 가임기 여성 조사 - 경험자 심리 조사 - 가임기 여성 인식조사 - 전문가 조사 6) 연구책임자 이력서 (연구자 CITI 이수 확인함)			
심의일자	2011년04월22일	IRB 회의	<input type="checkbox"/> 제1위원회 <input type="checkbox"/> 제2위원회 <input checked="" type="checkbox"/> 제3위원회 <input type="checkbox"/> 제4위원회 <input type="checkbox"/> 제5위원회 <input type="checkbox"/> 제6위원회	
참석자명단	강희철(위원장), 박권수(제1간사), 김혜금(여성), 김세준, 박영석(편의위원, 비과학자/여성), 박인경(편의위원, 비과학자/여성), 변석호, 서석교(산부인과 전문의), 성지민(통계/여성), 신재일(소아청소년과 전문의), 한승혁, (총 12명 위원 중 11명 참석)			

서브라스별원 연구실의위원장

	※ 단, 시험책임자 및 시험담당자(해당 연구 관련자 포함)가 위원인 경우 해당 위원은 관련 임상 연구 상의에 참여하지 않음.
심의결과	<input checked="" type="checkbox"/> 승인 <input type="checkbox"/> 시정승인 <input type="checkbox"/> 보완 <input type="checkbox"/> 보류 <input type="checkbox"/> 반려 <input type="checkbox"/> 승인된 임상시험의 중지
	권고사항
	- 경험자 설문 조사를 위해, 병/의원 전문의의 추천을 받아 정한다고 하였는데, 이는 개인의 진료 기록이 노출되는 것이므로 삭제할 것을 권고함. ※ 권고사항은 임상시험 진행에 있어 차질이 없는 범위 내에서 승인 후 답변서 또는 수정을 요청하는 방식입니다.

※ 연세대학교 의과대학 세브란스병원 임상연구심의위원회는 국제 임상시험 통일안(ICH) 및 임상시험관리기준(GCP)을 준수합니다.

2011 년 04 월 22 일

연세대학교 의과대학 세브란스병원
연구심의위원회 위원장 박영환

제5절 본 연구의 조사방법

1. 가임기 여성 대상 조사

2010년 인공임신중절조사의 모집단은 2010년 기준의 만 15세~44세 가임기여성으로 정의하였다. 표본설계를 위한 추출틀은 「2005년 인구주택총조사(통계청)」 자료를 이용하였으며, 실사 이후 공개된 「2010년 인구주택총조사(통계청)」 자료에 맞게 가중치를 부여하였다. 표본은 한국리서치 패널을 이용하여 층화변수별 모집단 구성비와 표본 구성비가 일치하도록 비례배분법(proportional allocation)을 적용하여 4,000명을 웹조사하였다.

< 표 1 > 2005년, 2010년 조사의 가임기여성 조사 연구방법론 비교

	2005년 조사	2010년 조사
조사기간	1차: 05.08.18.~05.08.23. 2차: 05.09.03.~05.09.04.	11.05.24.~11.06.16.
조사방법	후향적	후향적
조사대상	1차: 미혼(14-44세)1,500명, 기혼(20-44세)1,500명 2차: 미혼(20-39세)1,000명	한국리서치 패널 중 가임기 여성 (15-44세) 4,000명 (미혼 1756명, 기혼 2,244명)
대상자 선정방법	- 통계청의 2000년 인구주택총 조사 자료이용 ① 1차:지역(16개)x연령 비율에 따라 표본 산출 ② 2차:위와 동일	- 2005년 인구통계 자료로 아래 비율에 따라 배분 할당. ① 시도x연령x학력수준 ② 읍/면, 동의 농촌/도시 ③ 기혼, 미혼 등 - 조사 이후에 공개된 2010년 인구통계 자료의 비율을 실 응답치와 비교한 가중치를 주어 2가지 타입의 결과 교차표 산출
자료수집방법	전화조사	웹조사
조사내용	일반적 특성, 피임, 인공임신중 절에 대한 태도, 현행법에 대한 의견, 시술내용	일반적 특성, 피임, 인공임신중 절에 대한 태도, 현행법에 대한 의견, 시술내용

가. 조사 대상

이번 조사의 모집단은 2010년 만 15세~44세 가임기 여성으로 정의하였다. 표본 설계를 위한 추출틀은 「2010년 인구주택총조사」 자료를 이용하였다.

처음 조사가 시작되었을 때에는 「2010년 인구주택총조사」 자료가 공개되기 이전이었으므로 조사설계는 「2005년 인구주택총조사」 자료를 이용하여 배분하였다. 층화변수별 모집단 구성비와 표본 구성비가 일치하도록 비례배분법(proportional allocation)을 적용하였다. 모집단 층화는 (1)16개 시도(제주를 제외한 15개 시도) (2)연령 (3)학력수준을 층화변수로 사용하여 모집단을 분류한 후, 도시/농촌(동읍면)과 혼인상태(기혼/미혼)를 고려하여 분류되었다. 조사된 자료는 2010년 가임기 여성의 인구구조를 반영하도록 가중치를 부여하였는데 그 기준은 실사 후 공개된 「2010년 인구주택총조사」 자료를 이용하였다. 모든 연구결과는 단순 평균, 비율이 아닌 가중 평균 및 가중비율이다. 표본오차는 $\pm 1.55\%$ 이다.

< 표 2 > 연령별 여성, 혼인상태별 15-44세 가임기 여성 모집단수와 표본수

단위 : 명 (%)

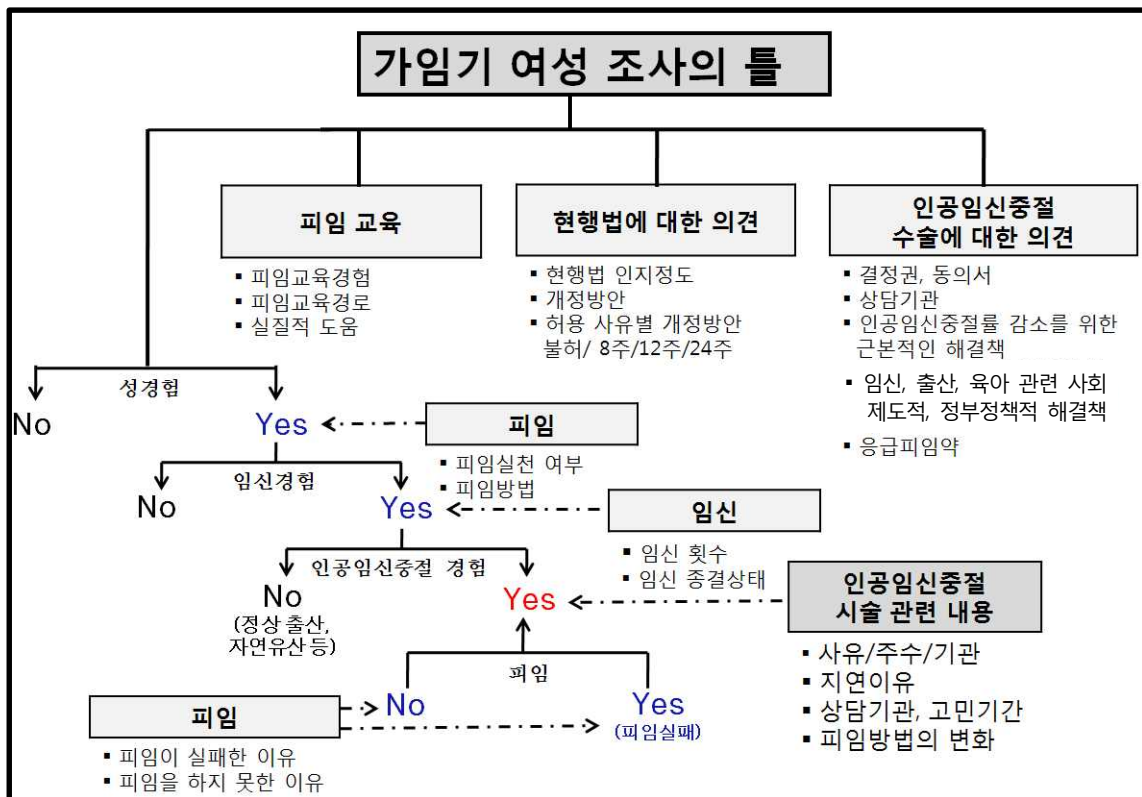
구분	모집단(2010년1)			표본		
	계(%)	기혼	미혼	계	기혼	미혼
15-19세	1,612,235 (15.1)	5,791 (0.1)	1,606,444 (31.5)	603 (15.1)	2 (0.1)	601 (34.2)
20-24세	1,430,049 (13.4)	57,211 (1.0)	1,372,838 (26.9)	533 (13.3)	31 (1.4)	502 (28.6)
25-29세	1,736,144 (16.2)	533,413 (9.5)	1,202,731 (23.6)	650 (16.3)	242 (10.8)	408 (23.2)
30-34세	1,828,951 (17.1)	1,296,014 (23.1)	532,937 (10.5)	685 (17.1)	562 (25.0)	123 (7.0)
35-39세	2,038,914 (19.0)	1,782,540 (31.8)	256,374 (5.0)	760 (19.0)	675 (30.1)	85 (4.8)
40-44세	2,059,992 (19.2)	1,933,056 (34.5)	126,936 (2.59)	769 (19.2)	732 (32.6)	37 (2.1)
계	10,706,285 (100.00)	5,608,025 (100.00)	5,098,260 (100.0)	4,000 (100.0)	2,244 (100.0)	1,756 (100.0)

주1) 출처 : 2010년 전국인구주택총조사, 통계청

나. 조사 기간 및 자료수집방법

2011년 5월 24일부터 6월 16일까지 조사대상자에게 메일을 보내어 조사 필요성 및 개인정보보호를 설명하였으며, 설문 참여를 동의하는 대상자는 메일에 연결된 URL에 접속하여 설문에 참여하였다. 설문 참여를 거부한 경우 그 대상자에 상응하는 다른 조사대상자를 추출하여 총 4,000명의 가임기 여성을 조사하였다.

웹조사는 한 화면에 질문 하나씩만 보이게 하여 무응답일 경우 다음 질문으로 넘어가지 않았으며 응답을 반복하지 못하게 설정되었다. 설문조사 완료 후 참여한 여성들에게 답례로 모바일 상품권이 지급되었다.



< 그림 3 > 가임기여성 조사의 틀

다. 조사 내용

이번 조사에서는 가임기 여성의 인공임신중절을 및 인공임신중절 경험률, 인공임신중절 관련 특성(피임에서 인공임신중절 전과정), 인공임신중절 관련 인식 및 태도 등에 관련된 내용을 핵심으로 다루고 있다. 특히, 인공임신중절 조사는, 과거에 실시된 조사에서의 분석결과와 시계열적으로 비교하는 특징을 지니고 있으므로, 이를 계속 유지할 수 있도록 조사내용을 구성하였다. 이와 함께 인공임신중절 전 과정과 함께 가임기 여성의 인공임신중절 관련 정책에 대한 의견과 관련법에 대한 인지 및 태도 등을 다루었다. 이와 같은 조사내용을 주요 영역별로 구분하여 설명하면 다음과 같이 요약된다.

1) 응답자 특성조사

응답자의 특성을 파악하기 위해 응답자의 거주지역, 연령, 최종학력, 종교, 직업, 월평균 가구소득, 혼인상태, 혼인연도, 산과력 등이 주요내용으로 포함되었다.

현재 거주하고 있는 지역은 도/시, 군/구, 동/읍(면) 단위까지 조사하였고 직업은 총 15가지로 분류하여 조사하였다. 산과력은 미혼 중 성관계 경험이 있는 경우를 포함하여 조사하였으며, 임신력, 출산력, 혼인력 등을 조사하였다. 혼인상태는 기혼동거, 기혼별거(이혼, 사별포함), 미혼 동거, 기혼으로 분류하였다.

2) 인공임신중절에 관한 사항

본 조사의 핵심이라 할 수 있는 인공임신중절 횟수와, 인공임신중절 관련 특성 등을 파악하였다.

인공임신중절률을 파악하기 위해 2008년, 2009년, 2010년 인공임신중절 건수를 한해 총 3회까지 조사하였고, 인공임신중절 경험률을 조사하기 위해 2007년 이전 인공임신중절 경험을 총 3회까지 기록하도록 하였다.

인공임신중절 관련 특성은 인공임신중절을 결정하게 된 사유에서부터 임신이 되었을 때 피임방법, 피임 실패 또는 피임을 하지 않았던 이유, 인공임신중절 수술을 받을 때까지 상담받은 경험, 숙려기간, 인공임신중절 시 임신 개월 수, 시술병원의 유형 등을 조사하였다. 인공임신중절 시 임신주수가 8주가 넘는 경우는 시술이 지연된 이유를 추가적으로 조사하였으며, 시술 전후 피임실천방법에 변화가 있는지를 조사하였다.

3) 인공임신중절 관련 인식 및 태도

조사 대상자 전체를 대상으로 인공임신중절 관련 정책과 관련법에 대한 인지 정도, 응답자가 생각하는 최근 3년간 인공임신중절 추세에 대한 의견과 함께 증가추세에 기여할 요인과 감소추세에 기여할만한 요인에 대한 의견도 조사하였다.

인공임신중절 관련 정책에 대한 의견은 인공임신중절 예방을 위한 정책의견, 인공임신중절 사유 중 하나인 임신, 출산, 육아 관련 정책에 대한 항목을 포함하였다. 인공임신중절 관련법에 대한 인지 및 태도는 현재 인공임신중절과 관련된 현행법에 대한 인지 정도와, 바람직한 법개정 방향에 대한 의견, 인공임신중절 시 결정권에 대한 의견, 인공임신중절 시 의료기관 상담 또는 의료기관외 상담의 필요성에 대한 의견을 조사하였다.

4) 피임관련 사항

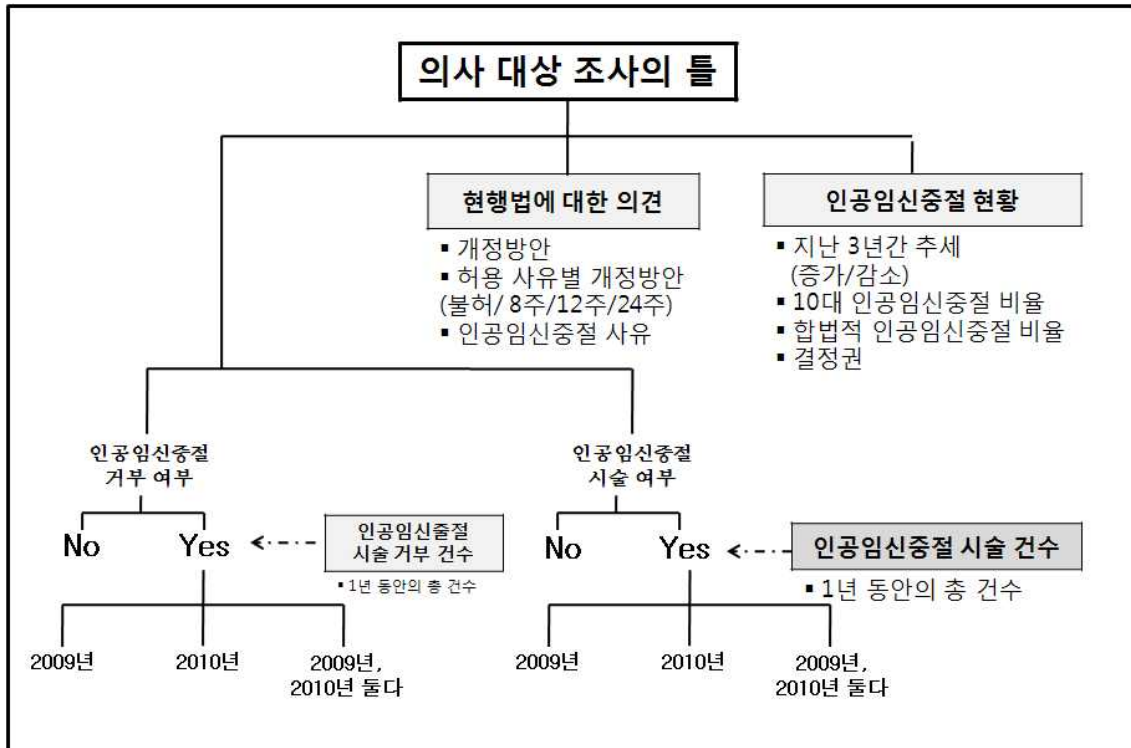
피임관련 사항은 피임교육을 받아본 경험과 유용성에 대해 조사하였고, 기혼여성 과 성관계 경험이 있는 미혼 여성을 대상으로 피임실천 양상을 조사하였다. 또한, 사회적으로 이슈가 된 사항을 파악하기 위한 것으로 응급피임약에 대한 의견을 포함하고 있다.

2. 산부인과 의사 대상 조사

의료기관 조사는 조사연구의 상황을 어렵게 한 일부 의사의 불법 인공임신중절 근절선언('09.10)과 불법시술기관 고발('10.2) 등의 사건이 있음에도 불구하고 연구의 필요성이 사회적으로 문제가 제기되었다. 그러나, 조사 문항이 불법을 포함한 응답을 요구하므로, 조사방법은 이중맹검법(double-blinded survey)¹¹⁾ 방식을 채택하여 조사를 실시하였다.

산부인과 의사대상 조사의 모집단은 산부인과 의사이며, 전수조사를 실시하였다. 조사방법은 웹메일조사, 홈페이지 온라인조사, 팩스 조사를 이용하였다. 결과는 건강보험심사평가원 자료를 이용하여 지역별 산부인과 기관 유형별 분포에 맞게 가중치를 부여하여 응답 구성비가 모집단의 구성비와 일치하도록 하였다.

11) 이중맹검법(double-blind survey)이란, 연구자와 피험자가 서로에 대한 정보를 알지 못한 상태에서 제3자가 개입을 하여 연구의 객관성을 높이는 조사방법



< 그림 4 > 의사대상 조사의 틀

가. 모집단

산부인과 의사대상 조사의 모집단은 산부인과 의사로서, 대한산부인과 의사회와 대한산부인과 학회에 등록되어 있는 산부인과 의사 전수를 대상으로 조사하였다.

나. 조사대상 및 가중치

이번 조사의 모집단은 2010년 산부인과 의사로 정의하였다. 조사는 전수조사로 이루어졌다. 이번 조사는 인공임신중절 건수에 대해 신뢰성 있는 통계를 산출하는데 목적이 있다. 조사에 참여한 응답자가 우리나라 산부인과 의사를 대표하도록 가중치를 부여함으로써 전국 인공임신중절 건수를 추정하였다.

의원 및 병원의 가중치는 건강보험심사평가원 자료를 이용하여 지역별로 산부인과 의사 분포에 맞게 가중치를 부여하였다. 종합병원 및 상급병원은 그 기관의 대표자에게만 그 기관의 인공임신중절 건수를 조사하였으므로 지역별로 산부인과 기관 분포에 맞게 가중치를 부여하였다.

< 표 3 > 지역별, 의료기관 유형별 산부인과 의사 모집단수와 가중치 후 표본비율

(단위 : 명, %)

구분	모집단(2010년1)				표본			
	계	의원	병원	전문병원	계	의원	병원	전문 병원
서울	1,384 (27.9)	847 (27.27)	135 (16.69)	402 (38.43)	28.0	27.3	16.7	39.1
부산	399 (8.04)	231 (7.44)	73 (9.02)	95 (9.08)	8.1	7.4	9.0	9.2
대구	277 (5.58)	152 (4.89)	77 (9.52)	48 (4.59)	4.5	4.6	5.1	3.7
인천	223 (4.50)	144 (4.64)	41 (5.07)	38 (3.63)	5.6	4.9	9.5	4.7
광주	190 (3.83)	112 (3.61)	49 (6.06)	29 (2.77)	3.8	3.6	6.1	2.8
대전	173 (3.49)	107 (3.44)	30 (3.71)	36 (3.44)	3.5	3.4	3.7	3.5
울산	98 (1.98)	64 (2.06)	26 (3.21)	8 (0.76)	2.0	2.1	3.2	0.8
경기도	1,040 (20.96)	663 (21.35)	211 (26.08)	166 (15.87)	21.0	21.3	26.1	16.1
강원도	113 (2.28)	76 (2.45)	5 (0.62)	32 (3.06)	2.3	2.4	0.6	3.1
충청북도	113 (2.28)	86 (2.77)	10 (1.24)	17 (1.63)	1.9	2.8	1.2	0.0
충청남도	153 (3.08)	115 (3.7)	18 (2.22)	20 (1.91)	3.1	3.7	2.2	1.9
전라북도	157 (3.16)	108 (3.48)	18 (2.22)	31 (2.96)	3.2	3.5	2.2	3.0
전라남도	134 (2.7)	67 (2.16)	41 (5.07)	26 (2.49)	2.7	2.2	5.1	2.5
경상북도	188 (3.79)	123 (3.96)	31 (3.83)	34 (3.25)	3.8	4.0	3.8	3.3
경상남도	261 (5.26)	168 (5.41)	44 (5.44)	49 (4.68)	5.3	5.4	5.4	4.8
제주도	58 (1.17)	43 (1.38)	(0.00)	15 (1.43)	1.2	1.4	0.0	1.5
계	4,961 (100)	3,106 (100)	809 (100)	1,046 (100)	100.0	100.0	100.0	100.0

출처 : 건강보험심사평가원 자료(2010년)

다. 조사 기간 및 자료수집방법

이번 조사는 의원 및 병원조사는 연세대학교 보건대학원 연구원이 조사하였고, 종합병원 및 상급종합병원은 대한산부인과학회에서 조사하였다. (종합병원과 상급종합병원은 이하에서는 ‘종합병원’이라 칭한다)

2009년 인공임신중절과 관련된 일부 의사의 불법 인공임신중절 근절선언('09.10)과 불법시술기관 고발('10.2) 등의 상황으로 인해 산부인과 의사대상 조사는 쉽지 않았다. 조사 문항이 불법을 포함한 응답을 요구하므로 이중맹검법(double-blinded survey) 방식으로 처음에는 웹메일조사를 하였다. 4개월에 걸쳐 총 14회의 메일을 보냈으며, 설문 참여를 높이기 위해 메일을 보내기 직전에 대한산부인과학회에서 협조문자를 발송하였다. 응답률 제고를 위해 대한산부인과학회와 대한산부인과학

회 홈페이지 메인화면에 URL 링크를 걸어 조사를 시행하였다. 하지만 응답률이 저조하여 3차에 걸쳐 팩스 조사를 추가적으로 시행하였다. 팩스 전송은 대한산부인과 의사회에서 직접 발송하였고 설문이 완료된 설문지도 대한산부인과 의사회에서 취합하였다. 종합병원조사 역시 웹메일 조사를 하였다. 메일주소를 기입하도록 하여 중복으로 설문에 참여하는 것을 방지하였다.

< 표 4 > 산부인과 의사대상 조사 진행 일정

구 분 조 사 내 용	조 사 기 간				비 고
	4	5	6	7	
웹메일 조사 (4.12~7.22, 총 14회)					
1차~5차					총 5회
6차~11차					총 6회
12차					총 1회
13차~14차					총 2회
홈페이지 온라인조사 (5.19~7.22)					
의사회 대상(5.19~7.22)					
학회 대상(5.24~7.22)					
팩스조사 (6.13~7.22)					
1차(6.13)					
2차(6.23)					
3차(7.11)					
종합병원 조사 (6.14~6.30)					
6.14~6.30					

웹메일조사와 홈페이지 온라인 조사는 가임기여성 조사와 동일하게 대상자에게 조사필요성 및 개인정보보호를 설명하였으며, 설문 참여를 동의하는 대상자는 메일에 연결된 URL에 접속하여 설문에 참여하였다. 팩스 조사에서도 맨 앞장에는 조사필요성과 개인정보보호를 설명하였다. 조사 진행 결과 웹 조사 343건, 배너조사 123건, 팩스조사 106건, 종합병원 조사 161건으로 총 733건의 설문이 완료되었다.

라. 조사 내용

이번 조사에서는 산부인과 의사조사를 통한 인공임신중절건수 추정, 인공임신중절 관련 인식 및 태도 등에 관련된 내용을 조사하였다. 또한 2009년과 2010년의 인공임신중절 건수를 조사하였다. 후향조사이기도 하고, 일부 의사의 불법 인공임신중절 근절선언('09.10)과 불법시술기관 고발('10.2) 등의 상황으로 인해 인공임신중절과 관련된 특성들은 묻지 않고 간단한 시술 건수만을 조사하였다. 또한 2009년과 2010년 인공임신중절 시술을 거부한 건수도 조사하였다. 종합병원 조사는 대한산부인과

학회에서 수련병원 전문의를 대상으로 태아 이상 또는 기형으로 인한 인공임신중절 현황과 허용주수에 관한 내용 등을 추가적으로 포함하였다.

1) 응답자의 특성

응답자의 특성은 최소한으로 조사되었다. 응답자의 의료기관 소재지, 의료기관 유형, 성별, 연령대 등이 포함되었다. 의료기관 소재지는 도/시, 시/구 단위까지 조사하였고, 연령은 30대, 40대, 50대, 60대 이상으로 조사하였다.

2) 인공임신중절 시술현황

산부인과 의사대상으로 조사한 인공임신중절 시술현황은 2009년, 2010년 각각 시술한 건수를 조사하였다. 또한 현행 법률이 허용되지 않아 인공임신중절 수술을 거부한 건수도 2009년, 2010년 각각 조사하였다. 의원 및 병원은 의사 대상으로 각 개인이 시술한 인공임신중절 건수를 조사하였고, 종합병원의 경우는 기관대표에게 그 기관의 인공임신중절 건수를 조사하였다.

3) 인공임신중절 관련 인식 및 태도

인공임신중절 관련 정책과 관련법에 대한 의견, 응답자가 생각하는 최근 3년간 인공임신중절 추세에 대한 의견과 함께 증가추세에 기여할 요인과 감소추세에 기여할만한 요인에 대한 의견도 조사하였다.

사회전반의 인공임신중절 현황에 대한 의견 중 최근 3년간 증가, 감소 추세에 대한 인식과 함께 인공임신중절 사유의 빈도에 대한 의견과 응답자가 생각하는 법률상 허용사유에 해당하는 인공임신중절에 대한 비율, 10대 인공임신중절의 비율과 중절시기에 대한 의견 등이 조사되었다.

인공임신중절 관련법에 대한 인지 및 태도에서는 인공임신중절 관련법의 개정방향에 대한 태도를 물어보았고, 인공임신중절 결정권에 대한 태도를 조사하였다. 추가적으로 인공임신중절 예방 정책에 대한 의견을 자유진술 하도록 하였다.

마. 추정 인공임신중절건수 계산방법

1) 2005년 인공임신중절 실태조사 분석방법(의료기관조사)

- 가정1.** 시술의료기관조사에 참여한 전국의 201개 의료기관의 평균 시술건수는 전국 의료기관의 평균 시술건수를 반영한다.
- 가정2.** 기초 조사표에 응답한 775개 의료기관의 인공임신중절 시술 여부에 대한 결과는 전국 의료기관의 인공임신중절시술 기관 비율을 반영한다.
- 가정3.** 시술의료기관 조사를 통해 집계된 2개월간의 평균 건수에 6을 곱하여 계산하면 1년간의 건수를 반영한다.

① 의료기관 종별 연간 추정건수

- 의원 및 전문병원 연간 추정건수(a)=의원 및 전문병원 기관수*(1-시술하지 않는 의원 및 전문병원의 비율)*(의원 및 전문병원의 월평균 건수*12)
- 종합병원 연간 추정건수(b) = 병원 및 종합병원 기관수*(1-시술하지 않는 병원 및 종합병원의 비율)*(병원 및 종합병원의 월평균 건수*12)
(시술하지 않은 기관의 비율 : 기초 조사 이용)

② 전체 추정건수(c)=(의원 및 전문병원 연간 추정건수(a))+(병원 및 종합병원 연간 추정건수(b))

③ 기혼/미혼 시술건수 (기혼:미혼 시술건수=1.38:1)

- 기혼여성의 연간 추정건수(d)=전체 추정건수(c)*기혼여성 시술건수 비율
- 미혼여성의 연간 추정건수(e)=전체 추정건수(c)*미혼여성 시술건수 비율

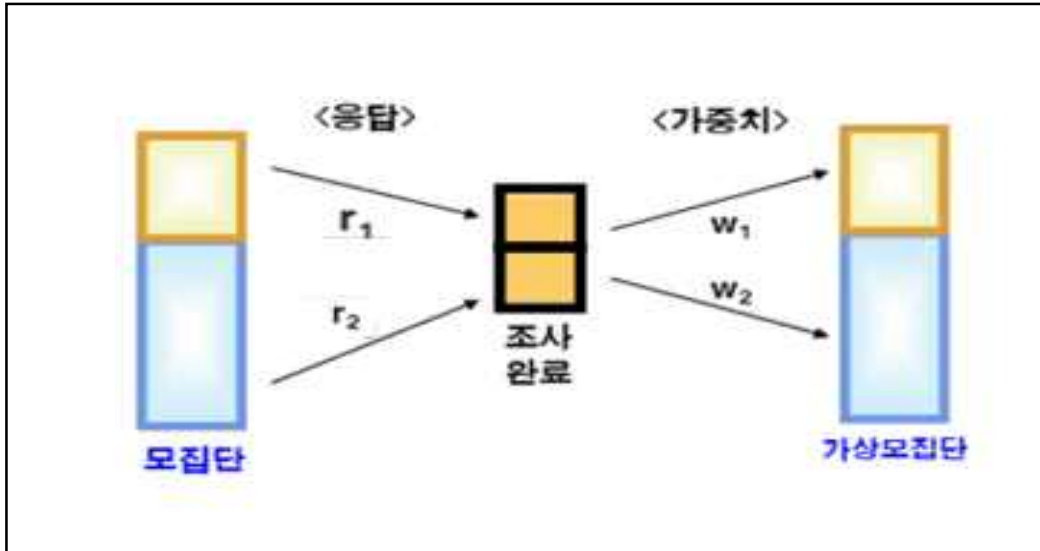
④ 결혼상태, 연령별 인공임신중절률 추계

- 2005년 결혼상태별, 연령별 인구수 : 2005년 연령별 여성인구수 추계자료에 2000년의 기혼/미혼비율과 연령비율을 적용
- 시술의료기관 조사를 통한 결혼상태별 인공임신중절률

구 분	기혼여성	미혼여성	전체
15-44세 여성의 연간 인공임신중절 추정건수	196,622(d)	143,195(e)	339,817(g)
15-44세 총 인구수	6,878,712(h)	4,535,519(i)	11,414,231(j)
인공임신중절률	28.6(=d/h*1000)	31.6(=e/i*1000)	29.8(=g/j*1000)

2) 2010년 인공임신중절 실태조사 분석방법 : 전수조사

① 가중치



< 그림 5 > 가중치 사용의 원리

- 의원 및 병원 : 의료기관 소재지*의원 또는 병원의 산부인과 전문의 수
- 종합병원 : 의료기관 소재지*종합병원의 수

② 의료기관 종별 연간 추정건수 = (a)+(b)+(c)

- 의원 연간 추정건수(a)= 가중치 후 의원 의사수* 의원 인공임신중절 건수 평균
- 병원 연간 추정건수(b)= 가중치 후 병원 의사수* 병원 인공임신중절 건수 평균
- 종합병원 연간 추정건수(c)= 가중치 후 종합병원수 * 종합병원 인공임신중절 건수 평균

* '종합병원'이라 함은 종합병원과 상급종합병원을 포함한다.

3. 경험자 정성조사

가. 조사 대상

조사 대상자는 과거 인공임신수술 경험이 있는 20~40대의 미혼여성 11명과 기혼 여성 13명이다. 모집방법은 정량조사에서 인공임신중절 경험이 있다고 응답한 대상자에게 전체 메일을 발송하였다. 정성조사참여에 동의한 여성 중 조사 설계 조건(연령, 지역, 혼인상태)에 맞는 24명을 임의 추출하였다.

나. 조사 기간 및 자료수집방법

조사 기간은 2011년 7월 18일부터 8월 5일까지 이루어졌다. 밀폐된 공간에서 전문 상담가와 대상자가 한 시간 가량 1:1 면담방식으로 진행되었다. 서울에서 진행된 경우는 한국리서치 본사에 대상자가 직접 방문하였고, 대상자가 타 지역에 사는 경우는 직접 상담가가 해당 지역에 방문하여 조사를 하였다. 대상자의 개인정보가 유출되지 않도록 전문 상담가는 대상자의 개인정보를 알지 못하도록 설계하였다.

다. 조사 내용

이번 조사에서는 경험자의 인공임신중절에 대한 견해, 개인의 인공임신중절 경험 공유, 인공임신중절과 관련된 정책에 대한 의견 등을 물어보았다. 특히 인공임신중절 경험은 임신부터 인공임신중절 수술 후 2년 후 변화까지 자세한 과정을 조사하였다. 경험자 정성조사는 인공임신중절경험자 24명을 대상으로 수술에 대한 개인적 경험을 공유하고, 경험자 입장에서의 정부정책에 대한 의견을 취합하여, 정책수립을 뒷받침할 기초 자료를 제공하는데 그 목적이 있다.

1) 인공임신중절에 대한 일반적 견해

최근 가임기 여성들 사이에서 전반적인 인공임신중절 경향을 조사하였다. 응답자가 생각하는 인공임신중절 추세에 대한 의견과 함께 증가추세에 기여할 요인과 감소추세에 기여할만한 요인에 대한 의견도 조사하였다. 최근 이슈가 되고 있는 해외 원정 낙태에 대한 인지정도, 국내 의료기관의 인공임신중절 수술 중단상황에 대한 의견, 10대 임신에 대한 의견을 물어보았다.

피임경험에 대한 의견은 피임에 대한 응답자의 생각, 피임책임, 본인이 생각하는 바람직한 피임방법, 응급피임약에 대한 의견을 조사하였다.

2) 개인의 인공임신중절 경험 공유

인공임신중절 경험에 대한 조사는 응답자가 큰 가이드라인 안에서 자유롭게 이야기 하도록 유도하였다. 응답자의 이야기를 들은 후, 부족한 부분을 추가적으로 질문하여 보충하였다.

처음 임신이 되고 수술을 선택하기까지의 전 과정과 수술을 결심하게 된 가장 큰 이유, 상담과 주위의 도움, 인공임신중절 수술을 하기 전에 가장 고민했던 부분(죄책감, 병원비, 주위의 시선 등), 수술을 받기 전에 혹시 유산을 시도하려고 했거나 생각해본 경험 등을 조사하였다. 인공임신중절을 하기 위해 병원을 방문하였을 경우 병원 선택의 기준과 수술을 받기까지 가장 어려웠던 부분(동의서 작성, 병원비, 수술병원 찾기 등)을 구체적으로 질문하였다.

인공임신중절 수술까지의 과정과 병원에 대한 질문과 함께 추가적으로 수술 후 감정적인 변화와 신체적 변화 등을 조사하였다. 과거의 삶과 현재의 삶의 변화, 시간에 따른 감정의 변화, 인공임신중절로 인한 긍정적 또는 부정적 감정, 인공임신중절과 관련된 감정을 해소하기 위해 노력했던 점을 조사하였다.

3) 인공임신중절 관련 정부정책에 대한 의견

인공임신중절 경험자로서 인공임신중절을 줄일 수 있는 근본적인 해결책에 대한 의견을 물어보았다. 개인의 노력으로 가능한 것과 정부차원에서의 노력에 대한 의견, 임신·출산·육아와 관련된 사회적, 제도적 여건이 임신중절에 어떠한 영향을 미친다고 생각하는지에 대한 의견, 인공임신중절률을 낮추기 위한 정부 정책 등에 대한 의견을 조사하였다.

4. 전문가 의견조사

전문가 정성조사는 법조계, 여성계, 종교계, 의료계를 대표할 수 있는 전문가 총 8명을 대상으로 조사하였다. 전문가 정성조사는 전문가 입장에서 인공임신중절에 대한 의견을 심층적으로 조사하여, 집단별 의견을 모아 정책수립의 기초 조사를 제공하는데 그 목적이 있다.

가. 조사 대상

조사 대상자는 각 전문가 계층을 대표할 수 있는 전문가로 여성계와 법조계는 관련단체의 간사급 이상, 의료계는 경력 3년 이상의 산부인과 전문의, 종교계는 기독교, 불교, 천주교 단체의 간사급 이상의 전문가 각 2명씩을 조사하였다.

특성	조사대상 전문가의 소속
법조계	1. 한양대학교 2. 이화여자대학교
종교계	1. 가톨릭대학교 생명대학원 2. 기독교생명윤리협회&낙태반대운동연합
여성계	1. 한국성폭력상담소 2. 한국여성민우회
의료계	1. 대한산부인과의사회 2. 피임연구회

나. 조사 기간 및 자료수집방법

조사 기간은 2011년 8월 1일부터 2011년 8월 31일까지 이루어졌다. 전문상담가가 직접 대상자에게 방문하여 두 시간 가량 1:1 면담방식으로 진행하였다.

다. 조사 내용

이번 조사에서는 인공임신중절에 대한 전문가의 견해, 인공임신중절 현행제도 및 법안에 대한 견해, 인공임신중절 허용을 위한 절차적 보완에 대한 견해, 최근 사회적 이슈가 되고 있는 응급피임약에 대한 견해, 사회적 대책수립에 선행되어야 할 국가정책 등을 물어보았다.

1) 인공임신중절 수술에 대한 일반적 견해

각 전문가 집단에서 생각하는 인공임신중절에 대한 입장과 인공임신중절 수술의 결정권 및 배우자(상대 남성)의 동의 필요성 여부 등을 조사하였다.

2) 인공임신중절 현행 제도 및 법안에 대한 견해

인공임신중절 관련 법률에 대한 인지도와 인공임신중절의 허용 사유에 대한 현행법의 규제 정도에 대해 견해를 조사하였다.

인공임신중절을 허용하는 임신기간을 개정한다면, 각각의 18가지 허용 사유별로 나누어 구체적으로 어떻게 개정되어야 한다고 생각하는지, 그 사유는 무엇인지를 조사하였다.

3) 인공임신중절의 절차적 보완에 대한 견해

인공임신중절 수술 절차에 있어 절차적 보완을 할 수 있는 방법에 대하여 조사하였다. 구체적으로 의료기관 지정제, 상담절차, 숙려기간, 여성의 인권침해 측면, 상담사의 소속, 사회 복지 등에 대한 사항을 조사하였다.

4) 응급피임약 등 기타 사항에 대한 의견

요즘 사회적으로 이슈가 되고 있는 응급피임약과 10대의 인공임신중절, 인공임신중절을 줄이기 위한 개인, 정부, 사회적 측면의 방안에 대해 물어보았다.

응급피임약은 전문의약품, 의약외품, 일반의약품, 자의의약품 중 어디에 속하는 것이 바람직하다고 생각하는지, 그 집단의 의견과 개인적 의견을 조사하였다.

마지막으로 현재 우리나라의 경우 전반적으로 인공임신중절 수술은 줄고 있는 추세이나, 인공임신중절률을 더욱더 줄이기 위한 정부, 개인, 사회적 측면에서 방안과 그 이유에 대해서 조사하였다.

제3장

연구의 결과

제3장 연구의 결과

제1절 가임기 여성 대상 조사

1. 응답자 특성

조사의 대상은 만 15~44세 가임기 여성 4,000명을 표본 추출하여, 기혼 2,244명(56.1%), 미혼 1,756명(33.9%)을 조사하였다. 응답자별 연령은 15~19세의 비율이 15.1%, 20~29세 29.6%, 30~39세 36.1%, 40~44세 19.2%로 나타났다.

교육수준별 응답자 분포를 학생과 일반인으로 나누어 보면, 현재 중/고등학생은 10.9%, 대학(원)생은 11.5%로 전체 대상자 중 학생의 비율은 22.4%였다. 학생이 아닌 일반인의 학력수준을 보면 고등학교 학력수준을 가진 응답자 비율은 34.8%, 대학교 졸업의 학력수준을 가진 응답자 비율이 38.5%로 가장 높은 분포를 보였으며, 대학원 졸업 이상의 학력이 4.4%였다. 결혼 상태별로 살펴보면, 미혼 응답자 중 50.4%가 학생인데 비해, 기혼 응답자는 0.5%만이 학생이었다. 기혼 응답자는 고등학교 이하 학력을 가진 비율이 48.0%로 가장 높았고, 미혼자는 대학교 졸업 학력의 비율이 29.0%로 가장 높아 결혼상태별로 학력상태가 차이를 보였다. 거주 지역별로 응답자의 분포를 보면 서울특별시와 광역시에 살고 있는 응답자가 48.9%로 가장 높았고, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역에 사는 응답자는 37.4%의 비율을 보였다. 결혼상태별 응답자의 거주 지역을 보면, 미혼 중 대도시에서 거주하는 응답자는 51.3%, 중소도시 33.6%, 농어촌 15.1%로 기혼과 비교하였을 때 중소 도시에 거주하는 비율이 낮았다. 월평균 가구소득은 월 300~500만원 이하인 경우 34.0%로 가장 높은 비율을 보였고, 그 다음으로는 200~300 이하 28.3%, 200만원 이하 25.3%, 500만원 초과 12.4% 순의 분포였다. 월평균 가구소득은 기혼인 경우가 미혼보다 300~500만원의 비율이 높고, 200만원 이하는 미혼이 기혼보다 높은 비율을 보여 결혼상태별로 월평균 가구소득에 차이를 보였다. 응답자의 종교는 무교가 45.5%로 가장 높았고, 불교 18.3%, 기독교 25.2%, 천주교 10.2%의 분포를 보였다. 결혼상태에 따라 큰 차이를 보이는 종교는 불교와 천주교로 미혼의 경우 무교비율이 높고 불교와 천주교의 비율이 기혼에 비해 낮았다.

< 표 5 > 응답자 특성

(단위 : 명, %)

구분	계(%)	기혼	미혼
전체	4,000 (100.0)	2,244 (100.0)	1,756 (100.0)
연령			
15-19세	603 (15.1)	0.1	34.2
20-29세	1,183 (29.6)	12.2	51.8
30-39세	1,445 (36.1)	55.1	11.9
40-44세	769 (19.2)	32.6	2.1
교육수준			
학생			
중/고등 학생	435 (10.9)	0.1	24.7
대학(원)생	461 (11.5)	0.4	25.7
일반인			
고졸 이하(10대 포함)	1,390 (34.8)	48.0	17.8
대졸 이상	1,538 (38.5)	45.8	29.0
대학원졸 이상	176 (4.4)	5.7	2.8
거주 지역¹⁾			
대도시	1,957 (48.9)	47.0	51.3
중소 도시(동)	1,497 (37.4)	40.5	33.6
농어촌(읍/면)	546 (13.7)	12.5	15.1
월평균 가구소득			
200만원 이하	1,012 (25.3)	17.6	35.1
200-300만원	1,132 (28.3)	30.7	25.3
300-500만원	1,360 (34.0)	39.5	27.0
500만원 초과	496 (12.4)	12.2	12.7
종교			
무교	1,819 (45.5)	41.4	50.6
불교	730 (18.3)	21.2	14.5
기독교	1,009 (25.2)	25.4	25.0
천주교	407 (10.2)	11.3	8.8
기타(무응답 포함)	35 (0.9)	0.8	1.0

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역,
 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절 유경험자 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

2. 인공임신중절 변동실태

가. 연도별 인공임신중절률 및 인공임신중절 추정건수

인공임신중절률(Induced Abortion Rate)은 한 여성이 생애동안 인공임신중절을 하는 횟수를 일정 기간동안 측정하는 것이다. 이번 연구에서는 만15~44세 가임기여성을 분석대상으로 하였다.

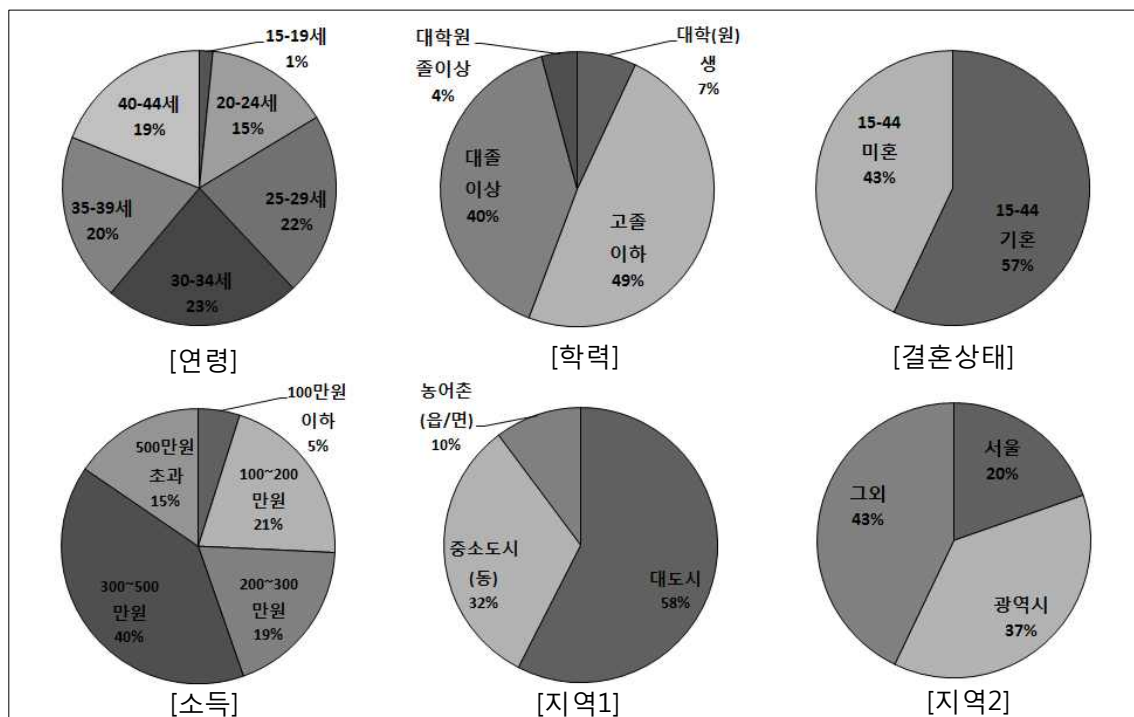
2010년 인공임신중절률은 15.8, 인공임신중절 추정건수는 168,738건으로 조사되었다. 연령대로 나누어 보면 30~34세 연령대의 인공임신중절률은 21.4로 가장 높았고, 25~29세 21.0, 20~24세 17.4, 35~39세 16.4, 40~44세 15.5, 청소년인 15~19세가 1.7로 가장 낮았다. 인공임신중절 추정건수의 비율도 30~34세가 23.2%로 가장 높았고, 25~29세 21.7%, 35~39세 19.9%의 분포를 보였다. 인공임신중절률과 비율을 비교해보았을 때 20~24세의 경우, 인공임신중절률이 17.4로 연령 그룹에서 3번째로 높았으나, 전체 인공임신중절 추정건수에서 차지하는 비율은 14.8%로 5번째로 높았다. 이는 20~24세가 차지하는 인구가 가임기 여성 중 가장 낮은 비율을 차지하고 있어, 인공임신중절률이 높는데 비해 전체에서 차지하는 인공임신중절 추정건수 비율은 상대적으로 낮은 것을 볼 수 있다.

결혼 상태별 인공임신중절률은 기혼 17.1, 미혼 14.1로 기혼이 미혼보다 높았다. 인공임신중절 추정건수 역시 기혼이 96,286건으로 전체 인공임신중절 추정건수 168,738건의 57.1%를 차지하였다.

교육수준별 인공임신중절률을 살펴보면, 고등학교 졸업이하의 학력을 가진 경우 가장 높은 인공임신중절률을 보였고, 전체 인공임신중절 추정건수에서 차지하는 비율은 48.8%로 역시 가장 높았다. 그 다음으로는 대학원 졸업 이상의 학력을 가진 집단에서 두 번째로 높은 인공임신중절률을 보였다. 고학력 여성들의 높은 인공임신중절률은 다양한 원인에 의하여 추정될 수 있는데, 출산할 경우 직장이 불안정해질 가능성, 혼전임신일 가능성, 학업 등의 이유로 첫 출산을 늦추려는 가능성 등이 거론될 수 있다. 중/고등학생인 경우 이번 조사에서는 인공임신중절 경험자가 조사되지 않았다. 이는 아마도 임신이 되었을 경우 학업을 지속할 수 없거나, Double-blinded survey(이중맹검법)에 의한 조사임에도 불구하고 다른 집단에 비해 상대적으로 자신을 드러내는 것으로부터 거부감으로 인한 것이라 추측된다. 이 외의 10대에서 인공임신중절의 경험이 있다고 응답한 경우는 현재 학생이 아닌 일반인으로 고등학교 졸업이하의 학력으로 조사되었다.

월평균 가구소득별 인공임신중절률을 보면 100~200만원 이하의 집단이 가장 높았고 300~500만원이 그 다음으로 높은 인공임신중절률을 보였다. 반면에 전체 인공임신중절 추정건수에서 차지하는 비율은 300~500만원이 39.9%로, 100~200만원 소득 집단에 비해 높다.

< 그림 6 > 2010년 인공임신중절 시술관련 가임기 여성 특성



< 표 6 > 2010년도 인공임신중절률 및 인공임신중절 추정건수

(단위 : 명, %)

구분	인공임신중절률3)	인공임신중절 추정건수(건)4)	비율(%)
전체	15.8	168,738	100.00
연령			
15-19세	1.7	2,676	1.6
20-24세	17.4	24,939	14.8
25-29세	21.0	36,541	21.7
30-34세	21.4	39,061	23.2
35-39세	16.4	33,537	19.9
40-44세	15.5	31,984	19.0
결혼상태			
기혼	17.1	96,286	57.1
미혼	14.1	72,452	42.9
교육수준			
학생			
중/고등 학생	-	0	-
대학(원)생	8.8	11,742	7.0
일반인			
고졸 이하(10대 포함)	22.2	82,314	48.8
대졸 이상	15.8	67,629	40.1
대학원졸 이상	21.6	7,054	4.2
거주 지역¹⁾			
대도시	18.5	- ²⁾	57.5
중소도시	13.6	-	32.3
농어촌(읍/면)	11.8	-	10.2
월평균 가구소득			
100만원 이하	9.3	8,256	4.9
100-200만원	21.4	35,166	20.8
200-300만원	13.9	31,940	18.9
300-500만원	17.4	67,270	39.9
500만원 초과	9.1	26,106	15.5

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

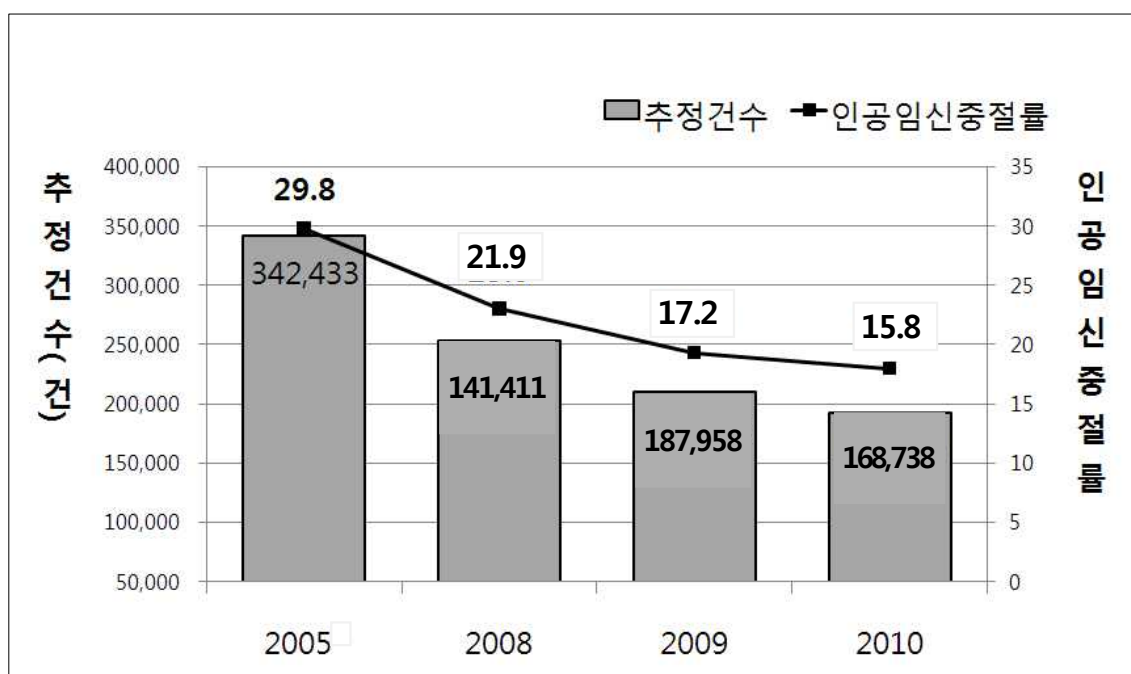
2) 「2010년 인구주택총조사」에서 모수 값이 없음

3) 인공임신중절률 = 연간 인공임신중절 건수/4000*1000 (단위 : 회/1000명)

4) 인공임신중절 추정건수 = 연간 인공임신중절 건수/4000*(2010년도 만 15-44세 가임기 여성 모집단 수)

인공임신중절률의 연도별 변화추이를 보면 2005년에 조사된 인공임신중절률 29.8에 비해 지속적으로 감소하는 추세를 보이고 있다. 이번 조사에서 3년간의 인공임신중절률은 2008년 21.9에서 2009년 17.2, 2010년 15.8로 꾸준히 감소하고 있는 것으로 조사되었다. 인공임신중절 추정건수 역시 2008년에 비해 2010년에 30%가량 감소하여 2010년에 168,738건으로 추정되었다. 이는 가임기 여성수(2005년 11,414,231명, 2010년 10,706,285명)가 5년 사이에 6%정도 감소하였고, 피임실천율의 증가 등에 의한 긍정적인 결과로 판단된다.

< 그림 7 > 인공임신중절률과 추정건수 및 변동추이



< 표 7 > 연도별 인공임신중절추정건수

구분	2005년 ¹⁾	2008년 ²⁾	2009년 ²⁾	2010년 ²⁾
인공임신중절률 ³⁾	29.8	21.9	17.2	15.8
인공임신중절 추정건수 ⁴⁾	342,433	241,411	187,958	168,738

주 1) 고려대학교, 인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립, 2005.

2) 본 조사결과

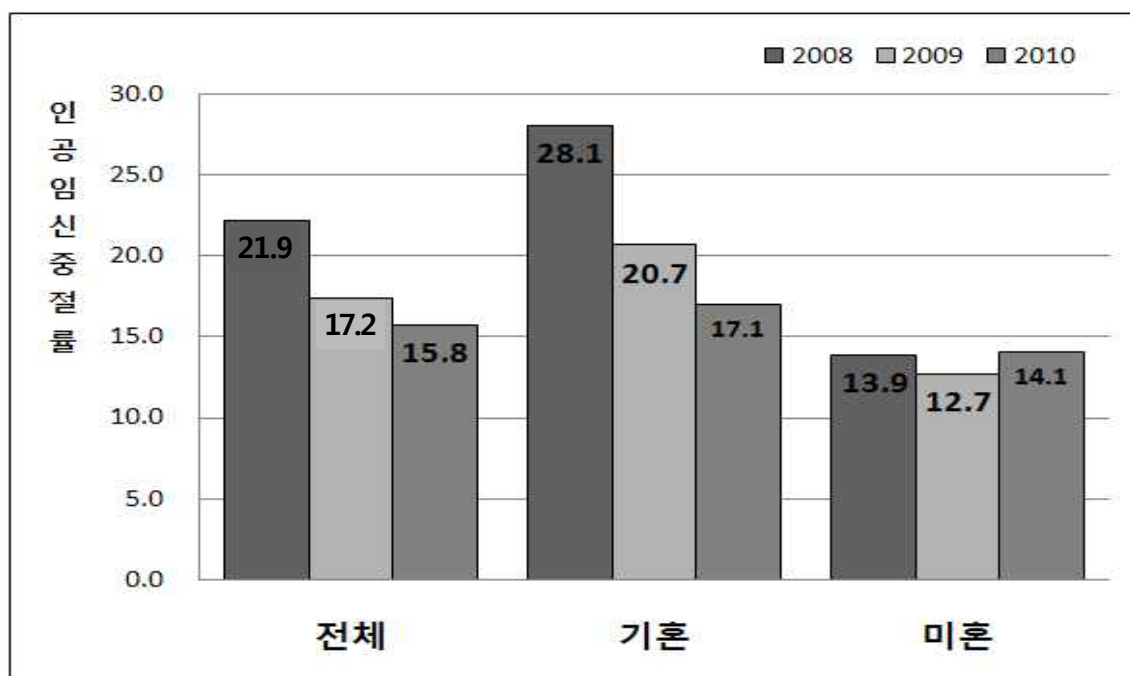
3) 단위 : 건/1000명당

4) 인공임신중절 추정건수 = 연간 인공임신중절 건수/4000*(2010년도 만 15-44세 가임기 여성 모집단 수)

연령별 인공임신중절률의 변동을 보면 20~24세, 30~34세 연령대는 2009년 다소 상승하였으나 2010년 다시 감소하는 경향을 보였으며, 25~29세 연령대는 2009년에 감소하였다가 2010년에 다시 증가하는 경향을 보였다. 35~39세와 40~44세의 연령대에서는 3년 동안 지속적으로 인공임신중절률이 감소하는 경향을 보이고 있었다. 「2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」¹²⁾와 같은 결과로 자녀의 출산 종료 후 보다 효과적인 피임방법에 의한 실천을 하거나 고령출산 또는 늦둥이 출산을 하기 때문인 것으로 추측된다.

결혼상태별 인공임신중절률의 추세는 기혼은 2008년 28.1에서 2010년 17.1로 감소하는 추세이고, 미혼은 13.9에서 14.1로 특별한 추세를 보이지 않았다. 최근 3년 사이 기혼여성의 인공임신중절률은 감소폭이 두드러진 반면, 미혼여성의 경우에는 줄지 않고 있어 미혼의 임신중절 문제에 대한 관심 제고가 필요한 것으로 분석됐다.

< 그림 8 > 연도별 결혼상태별 인공임신중절률 및 변동추이



12) 김승권 외, 「2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」, 2009.

거주지역별 인공임신중절률의 추세는 대도시를 제외한 중소 도시와, 농어촌 지역에서 꾸준히 감소추세를 보였고 대도시의 인공임신중절률이 18.5로 가장 높았다. 월 평균 가구소득별로 인공임신중절률은 공통적으로 꾸준히 감소하는 경향을 보였다.

인공임신중절률이 감소하는 요인으로는 인구학적, 사회경제적, 통계분석 사유 등이 복합적으로 작용한 것으로 보인다.

첫 번째 인구학적 사유로는 가임기 여성 수와 임신능력 감소로 실질적 임신 가능인구의 감소추세와 정상출생 비율의 증가이다. 가임기 여성은 2008년 1,104만명에서 2010년 1,071만명으로 2008년 대비 2010년에 가임기 여성이 3%가량 감소하였고, 난임으로 건강보험 진료 받은 환자수는 2006년 148천명에서 2010년 185천명으로 2006년 대비 2010년에 25%나 증가하였다. 반면 임신종결형태 중 정상출생 비율은 2003년 65.5%에서 2009년 72%로 증가하고 있다.

두 번째 사회경제적 사유로는 계획임신, 시술 위해성 인식 확산, 의료인 자정활동, 응급피임약 보급 증가, 정부 예방정책 등이 있다. 인공임신중절 인식도 조사에서 2008년 11.7%가 반대하였으나 2010년에는 19.0%가 반대하여 증가하는 추세를 보였다. 응급피임약 판매량(IMS)은 2006년 412천팩에서 2010년에 603천팩으로 연평균 12% 증가하였다.

마지막으로 통계 분석적 사유로는 사회·윤리적 낙인, 법률적 범죄시 경향으로 인한 응답자의 과소응답 가능성 등이 있다. 응답자의 부담을 줄여주기 위한 방법으로 웹조사를 시행하였으나, 과소응답 가능성은 배제할 수 없다.

< 표 8 > 연도별 인공임신중절률

구분	연도별 인공임신중절률2)		
	2008년	2009	2010
전체	21.9	17.2	15.8
연령			
15-19세	0.0	0.0	1.7
20-24세	17.2	27.6	17.4
25-29세	31.1	18.6	21.0
30-34세	21.6	23.0	21.4
35-39세	33.4	17.7	16.4
40-44세	23.3	16.5	15.5
교육수준			
학생			
중/고등학생	0.0	0.0	0.0
대학(원)생	6.9	3.8	8.8
일반인			
고졸 이하(10대 포함)	35.4	27.1	22.2
대졸 이상	20.8	17.6	15.8
대학원졸 이상	17.5	13.0	21.6
거주 지역 ¹⁾			
대도시	18.5	13.9	18.5
중소 도시(동)	26.9	21.7	13.6
농어촌(읍/면)	20.1	16.5	11.8
혼인상태			
기혼	28.1	20.7	17.1
미혼	13.9	12.7	14.1
월평균 가구소득			
200만원 이하	26.5	22.7	18.8
200-300만원	22.3	16.6	13.9
300-500만원	22.1	16.4	17.4
500만원 초과	10.8	9.4	9.1

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절률 : 가임기 여성 1000명당 인공임신중절 건수

가임기 여성의 인공임신중절 경험률은 두 가지를 제시하였다. 첫번째는 성경험이 있는 여성 중에 인공임신중절 경험이 있는 여성의 비율이고, 두 번째는 전체 가임기 여성 중에서 인공임신중절 경험이 있는 여성의 비율이다.

두 가지 다 연령이 증가할수록 경험률이 증가하는 추세를 보였고, 미혼은 성경험이 있는 여성 중 17.4%가 일생동안 한번 이상 인공임신중절 경험이 있는 것으로 조사되었다.

< 표 9 > 인공임신중절 경험률

(단위 : %)

구분	성경험이 있는 여성의 인공임신중절 경험률1)	전체 가임기 여성의 인공임신중절 경험률2)
전체	29.6	21.7
연령		
15-19세	1.8	0.2
20-24세	15.7	6.8
25-29세	17.2	13.8
30-34세	24.6	22.9
35-39세	34.0	32.8
40-44세	44.6	43.6
혼인상태		
기혼	33.3	33.3
미혼	17.4	6.8

주1) 성경험이 있는 여성의 인공임신중절 경험률 : 성경험이 있는 가임기 여성 중 한번이라도 인공임신중절 경험이 있는 여성의 비율(%)(분모는 성경험이 있는 미혼과 기혼이다)

2) 전체 가임기 여성의 인공임신중절 경험률 : 가임기 여성 중 한번이라도 인공임신중절 경험이 있는 여성의 비율(%)(분모는 전체 가임기여성이다)

나. 인공임신중절 관련 특성(피임에서 중절까지)

‘08년~’10년 중절 관련 특성

상담과 관련한 설문과 시술전후 피임실천 변화에 대한 설문은 2008~2010년 중 인공임신중절을 한번이라도 경험이 있는 경우 한번만 질문하였고, 인공임신중절 사유, 피임을 하지 않거나 실패한 이유, 인공임신중절 시술 개월 수는 연도별로 각각 조사하였다.

인공임신중절 사유, 피임을 하지 않거나 실패한 이유, 인공임신중절 시술 개월

수는 2008년, 2009년, 2010년도를 하나로 정리하여 분석하였고, 각 연도별 분포도 함께 제시하였다.

가) 중절사유

인공임신중절 사유는 원하지 않는 임신이 전체 응답자 중 50.7%로 가장 높았고, 미혼이 26.4%로 다음으로 높았다. 태아의 건강문제 때문에 인공임신중절을 한 경우는 전체 응답자의 약 20%였다. 여기서 말하는 태아의 건강문제에는 태아의 건강 이상이 확실한 경우뿐만 아니라 태아의 건강 이상이 우려되는 경우를 포함하는 것으로 산모가 임신 중 감기약, 음주, 흡연한 경우 등이 있으며, 임신확인이 늦어지면서 발생하는 것으로 추측된다. 그 외에 사회경제적 사유로 소득이 적거나 고용이 불안정하여 경제상 힘든 경우 17.9%, 터울 조절 또는 원하지 않는 성별과 같은 가족계획 12.9% 등이 있었다.

연령별 인공임신중절사유를 보면 연령이 낮을수록 원하지 않는 임신과, 사회활동 지장의 이유가 많았고, 30대의 경우는 사회경제적 사유와 태아 건강문제로 인한 인공임신중절이 많았으며, 미혼의 경우 혼전임신으로 인한 원하지 않는 임신의 비율이 높았다.

교육수준별 인공임신중절 사유는 고학력 일수록 태아의 건강문제로 인한 사유가 높았다. 그 이유는 학업의 연장과 사회활동 등의 이유로 첫 출산 연령이 늦어지면서 난임 또는 태아기형의 위험이 증가하는데 기인하는 것으로 추측된다. 가구소득이 적거나, 농어촌에 살수록 사회경제적 이유로 인한 인공임신중절 사유가 높으며, 가구소득이 높을수록 가족계획으로 인한 인공임신중절 사유가 높은 것으로 조사되었다.

< 표 10 > 가임기 여성의 인공임신중절 사유 (중복응답)

(단위 : %)

구분	원치 않는 임신	미혼	태아의 건강 문제2)	경제상 양육 부담3)	가족 계획4)	사회 활동 지장	신체 적인 질병	기타5)
전 체	50.7	26.4	19.9	17.9	12.9	8.5	5.0	1.0
연 령								
20-24세	64.5	51.6	16.1	12.9	9.7	19.4	0.0	3.2
25-29세	62.8	48.8	14.0	18.6	4.7	7.0	7.0	2.3
30-34세	44.2	18.6	27.9	23.3	16.3	9.3	7.0	0.0
35-39세	41.9	16.3	25.6	20.9	16.3	9.3	7.0	0.0
40-44세	42.5	2.5	17.5	15.0	17.5	7.5	7.5	0.0
교육수준								
학 생								
대학(원)생	75.0	50.0	12.5	12.5	0.0	12.5	0.0	0.0
일반인								
고졸 이하(10대 포함)	51.4	19.0	19.0	20.0	12.4	9.5	8.6	0.0
대졸 이상	48.1	33.8	22.1	14.3	16.9	7.8	1.3	2.6
대학원졸 이상	55.6	33.3	33.3	11.1	11.1	11.1	0.0	0.0
거주 지역 ¹⁾								
대도시	58.7	33.7	20.7	13.0	10.9	7.6	4.3	2.2
중소 도시(동)	41.2	16.5	18.8	18.8	12.9	9.4	7.1	0.0
농어촌(읍/면)	50.0	33.3	20.8	29.2	20.8	20.8	4.2	0.0
혼인상태								
기혼	41.0	14.9	26.9	18.7	14.9	6.7	6.7	1.4
미혼	70.1	49.3	6.0	16.4	7.5	13.4	4.5	0.0
월평균 가구소득								
200만원 이하	45.2	29.0	19.4	21.0	6.5	6.5	3.2	1.6
200-300만원	52.9	23.5	17.6	17.6	19.6	5.9	7.8	0.0
300-500만원	52.1	24.7	24.7	16.4	13.7	12.3	5.5	1.4
500만원 초과	64.3	21.4	14.3	14.3	21.4	7.1	0.0	0.0

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 태아의 건강문제 (임신 중 약물복용 포함)

3) 경제상 양육 부담 (고용불안정, 소득이 적어서)

4) 가족계획 (자녀를 원치 않아서, 터울조절, 원하지 않는 성별)

5) 기타 : 10대여성(1.0%), 출업을 위해(0.5%)

연도별 인공임신중절 사유는 원치 않는 임신, 미혼인 경우, 신체적 질병 등의 사유는 감소하는 경향을 보였다. 반면 태아의 건강문제, 가족계획 등의 사유는 증가하였다. 이는 초혼 연령의 증가와 여성의 사회진출의 증가 등의 사유로 더욱더 증가될 것으로 예상된다.

< 표 11 > 연도별 인공임신중절 사유(중복응답)

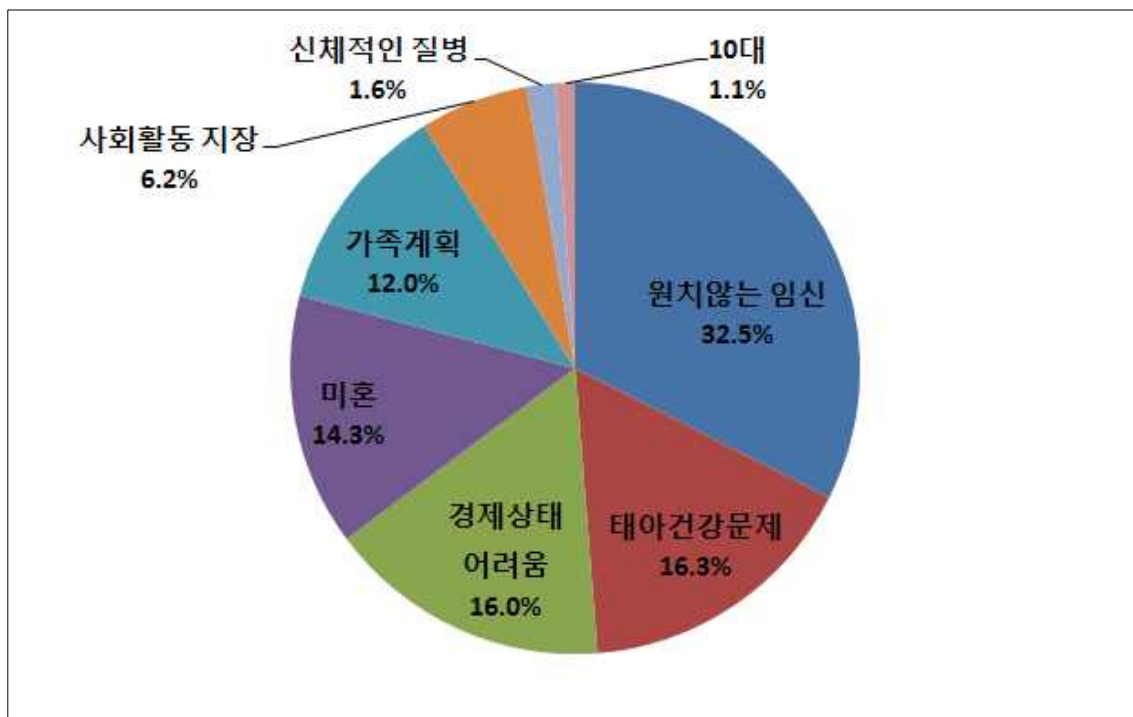
(단위 : %)

구분	2008년	2009년	2010년
원치 않는 임신이어서	56.8	46.5	46.8
태아의 건강문제 (임신 중 약물복용 포함)	15.7	21.1	23.4
경제상태상 양육이 힘들어서 (고용불안정, 소득이 적어서)	19.3	11.5	23.1
미혼이어서	29.7	26.7	20.6
가족계획 (자녀를 원치 않아서, 터울조절, 원하지 않는 성별)	8.4	14.8	17.3
사회활동 지장	9.5	8.2	8.9
신체적인 질병	7.1	6.0	2.3
10대여서	1.7	0.0	1.6

* 기타 응답으로는 학교 졸업을 위해(2010년 1.1%), 기타(2008년 1.2%)

2010년 인공임신중절 사유 전체를 100%로 환산한 그래프를 보면 원치않는 임신 32.5%, 태아의 건강문제(임신 중 약물복용 포함) 16.3%, 경제상태의 어려움(고용불안정, 소득이 적어서) 16.0%, 미혼 14.3%, 가족계획(자녀를 원치 않아서, 터울조절, 원하지 않는 성별) 12.0% 순으로 조사되었다. 기타의견으로는 사회활동의 지장 6.2%, 신체적 질병 1.6% 등이 있었다.

< 그림 9 > 2010년 인공임신중절 사유



나) 피임실패이유

임신 당시 피임을 하지 않은 비율이 전체 응답자 중 62.2%로 피임을 했으나 실패(37.8%)한 비율보다 높았다. 연령별로는 30~34세의 피임을 하지 않거나 못한 경우가 72.1%로 가장 높았고, 피임을 실패했다고 답한 경우는 35~39세 48.8%, 40~44세 30.0%를 차지하였다. 학력수준이 낮을수록 피임을 하지 않거나 못한 비율이 높았다.

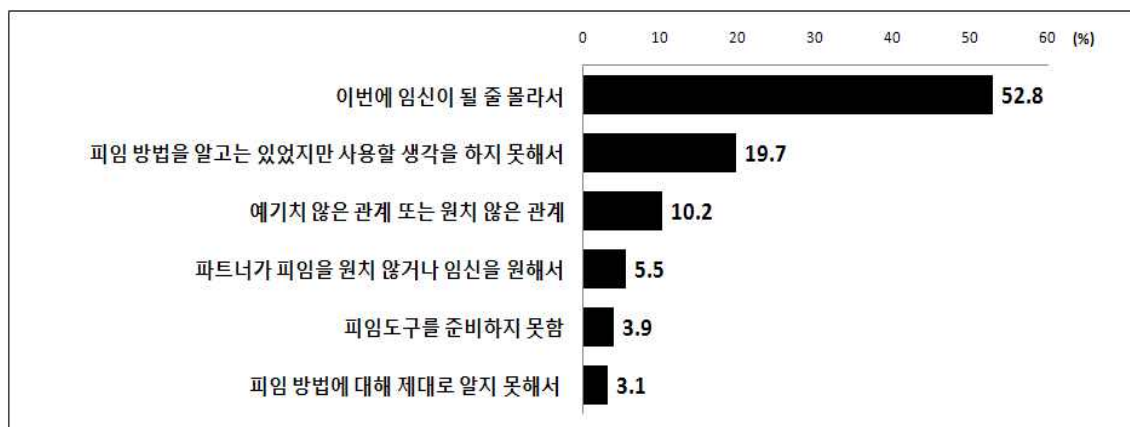
< 표 12 > 인공임신중절 수술을 하게 된 이유

(단위 : %)

구분	계(%)	피임을 하지 않아서(못해서)	피임을 했으나 실패해서
전체	100.0	62.2	37.8
연령			
20-24세	100.0	61.3	38.7
25-29세	100.0	53.5	46.5
30-34세	100.0	72.1	27.9
35-39세	100.0	55.8	48.8
40-44세	100.0	67.5	30.0
교육수준			
학생			
대학(원)생	100.0	62.5	37.5
일반인			
고졸 이하(10대 포함)	100.0	68.6	30.5
대졸 이상	100.0	53.2	46.8
대학원졸 이상	100.0	55.6	44.4
거주 지역¹⁾			
대도시	100.0	64.1	35.9
중소 도시(동)	100.0	61.2	38.8
농어촌(읍/면)	100.0	54.2	45.8
혼인상태			
기혼	100.0	58.2	41.8
미혼	100.0	70.1	31.3
월평균 가구소득			
200만원 이하	100.0	64.5	37.1
200-300만원	100.0	70.6	31.4
300-500만원	100.0	54.8	46.6
500만원 초과	100.0	71.4	35.7

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역,
농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2008년~2010년 인공임신중절 경험자 중 그 당시 피임을 하지 않거나 못한 이유로 이번엔 임신이 될 줄 몰라서(52.8%), 피임방법을 알고 있었지만 사용할 생각을 하지 못해서(19.7%), 예기치 않은 관계(10.2%), 파트너가 피임을 원치 않거나 임신을 원해서(5.5%), 피임도구를 준비하지 못해서(3.9%), 피임방법에 대해 제대로 알지 못해서(3.1%) 등이었다.



< 그림 10 > 인공임신중절 경험자 중 임신 당시 피임을 하지 않은(못한) 이유

연령대별로 살펴보면, 이번엔 임신이 될 줄 몰랐던 경우 40~44세 연령대에서 가장 높았다. 피임방법을 알고 있었지만 사용할 생각을 하지 못한 경우는 30~34세 연령대에서 33.3%로 가장 높았고, 예기치 않은 관계 또는 원치 않은 관계인 경우는 25~29세 연령대에서 가장 높았다. 20~24세 연령대에서는 파트너가 피임을 원하지 않거나 임신을 원하는 경우, 피임 도구를 준비하지 못한 경우, 피임 방법에 대해 제대로 알지 못한 경우의 비율이 다른 연령대에 비해 높게 나왔다. 교육 수준별로 당시에 피임을 실천하지 않은 이유에 대해서는 학력수준이 낮을수록 임신을 예상하지 못하고, 파트너가 피임을 원치 않아서, 피임도구 준비 미비, 피임방법의 지식 부족 등의 이유가 높은 것으로 조사되었다. 미혼은 예기치 않은 관계로 인해 피임을 하지 않은 경우가 기혼 보다 높았고, 피임을 제대로 알지 못한 비율도 5.8%임을 볼 때, 미혼에 대한 실질적인 피임교육이 중요할 것으로 보인다.

< 표 13 > 인공임신중절 경험자 중 임신 당시 피임을 하지 않은(못한) 이유

(단위 : %)

구분	계(%)	이번에 임신이 될 줄 몰라서	피임 방법을 알고는 있었지만 사용할 생각을 하지 못해서	예기치 않은 관계 또는 원치 않은 관계	파트너가 피임을 원치 않거나 임신을 원해서	피임 도구를 준비하 지 못함	피임 방법에 대해 제대로 알지 못해서	기타2)
전체	100.0	52.8	19.7	10.2	5.5	3.9	3.1	4.7
연령								
20-24세	100.0	63.6	0.0	4.5	13.6	9.1	4.5	4.5
25-29세	100.0	39.1	17.4	21.7	4.3	4.3	4.3	8.7
30-34세	100.0	48.5	33.3	3.0	6.1	3.0	3.0	3.0
35-39세	100.0	37.5	25.0	16.7	8.3	4.2	4.2	4.2
40-44세	100.0	66.7	14.8	7.4	3.7	0.0	3.7	3.7
교육수준								
학생								
대학(원)생	100.0	40.0	40.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0
일반인								
고졸 이하(10대 포함)	100.0	53.9	13.2	11.8	6.6	5.3	5.3	3.9
대졸 이상	100.0	53.5	25.6	4.7	7.0	2.3	0.0	7.0
대학원졸 이상	100.0	40.0	40.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0
거주 지역¹⁾								
대도시	100.0	54.1	18.0	8.2	8.2	3.3	1.6	6.6
중소 도시(동)	100.0	49.1	23.6	10.9	3.6	3.6	3.6	5.5
농어촌(읍/면)	100.0	57.1	14.3	14.3	0.0	7.1	7.1	0.0
혼인상태								
기혼	100.0	52.4	20.7	7.3	7.3	3.7	2.4	6.1
미혼	100.0	48.1	17.3	13.5	7.7	3.8	5.8	3.8
월평균 가구소득								
200만원 이하	100.0	45.5	18.2	9.1	6.8	4.5	6.8	9.1
200-300만원	100.0	65.8	7.9	10.5	5.3	2.6	5.3	2.6
300-500만원	100.0	42.5	32.5	10.0	10.0	2.5	0.0	2.5
500만원 초과	100.0	55.6	11.1	11.1	0.0	11.1	0.0	11.1

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역,
농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 기타 : 임신여부를 별로 개의치 않음(1.6%), 임신을 원해서(0.8%), 결혼하고 싶어져서(0.8%), 모름/무응답(1.6%)

연도별로 피임을 하지 않은(못한) 이유의 추이로는 피임방법을 알고 있었지만 사용할 생각을 못한 경우와 예기치 않은 관계 또는 원치 않는 관계는 줄어드는 경향을 보였으나 임신여부를 별로 개의치 않는 비율은 점차 증가하는 경향을 보였다.

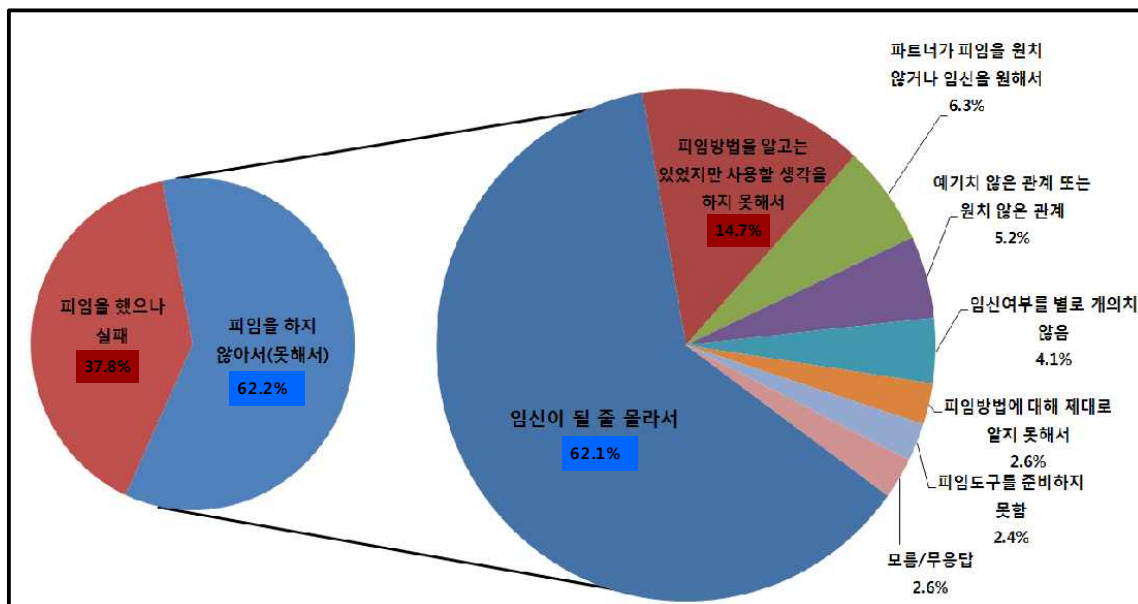
< 표 14 > 인공임신중절 경험자 중 연도별 피임을 하지 않은(못한) 이유

(단위 : %)

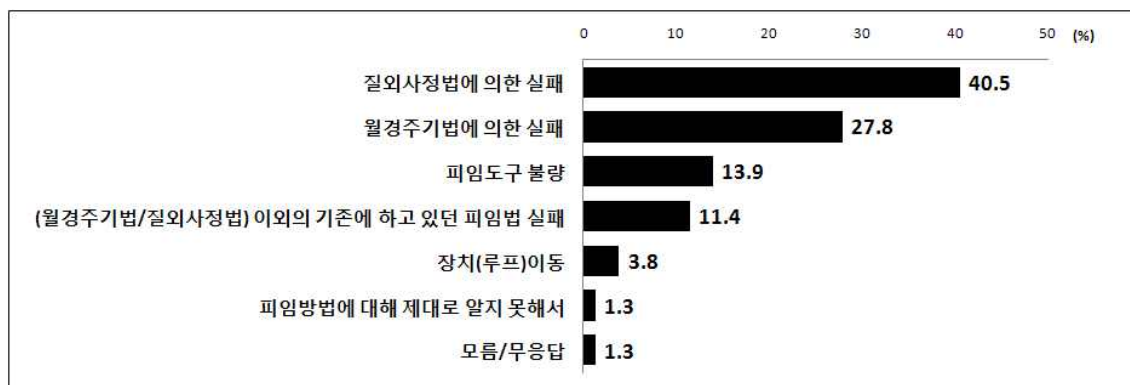
구분	2008년	2009년	2010년
이번에 임신이 될줄 몰라서	54.2	47.3	62.1
피임방법을 알고 있었지만 사용할 생각을 못한	23.4	21.4	14.7
파트너가 피임을 원치 않거나 임신을 원해서	5.1	7.2	6.3
예기치 않은 관계 또는 원치않는 관계	12.9	11.7	5.2
임신여부를 별로 개의치 않음	0.0	2.9	4.1
피임방법에 대해 제대로 알지 못함	1.4	5.4	2.6
피임도구를 준비하지 못함	3.3	3.5	2.4
기타 ¹⁾	2.0	4.1	2.6

주 1) 기타 : 당시에 임신을 원해서(2008년도 2.0%), 결혼을 하고 싶어져서(2009년도 2.4%), 기타(2010년도 2.6%)

< 그림 11 > 피임을 하지 않은 이유



임신 당시 피임을 했으나 실패한 이유로는 질외사정법(40.5%), 월경주기법(27.8%), 피임도구불량(13.9%) 이외의 기존에 하고 있던 피임법 실패(11.4%), 장치(루프)이동(3.8%), 피임방법에 대해 제대로 알지 못해서 등이 있었다. 여전히 우리사회에 안정성이 낮고 피임 실패율이 높은 전통적인 피임방법이 주로 행해지고 있다는 점이 이번 조사의 결과로 확인할 수 있었다.



< 그림 12 > 인공임신중절 경험자 중 피임이 실패한 이유

연도별 피임방법의 실패이유는 연도별 특별한 경향성을 보이지는 않았으며, 월경주기법 또는 질외사정법 이외의 기존에 하고 있던 피임법만이 감소하는 경향을 보였다.

< 표 15 > 인공임신중절 경험자 중 연도별 피임 실패 이유

(단위 : %)

구분	2008년	2009년	2010년
월경주기법에 의한 피임방법 실패	25.3	15.7	43.9
질외사정법에 의한 피임방법 실패	44.1	42.1	42.2
피임도구가 불량이어서	10.5	25.8	7.0
(월경주기법/질외사정법) 이외의 기존에 하고 있던 피임법이 실패	14.8	11.1	6.8
장치(루프)이동으로 피임실패	4.7	5.3	2.8
피임방법에 대해 제대로 알지 못해서	0.0	0.0	2.6
모름/무응답	3.1	0.0	0.0

< 표 16 > 인공임신중절 경험자 중 피임이 실패한 이유

(단위 : %)

구분	계(%)	질외사 정법에 의한 실패	월경주 기법에 의한 실패	피임도 구 불량	(월경주기 법/ 질외 사정법) 이외의 기존에 하고 있던 피임법 실패	장치 (루프) 이동	피임방 법에 대해 제대로 알지 못해서	모름/무 응답
전체	100.0	40.5	27.8	13.9	11.4	3.8	1.3	1.3
연령								
20-24세	100.0	40.0	26.7	6.7	13.3	6.7	6.7	0.0
25-29세	100.0	50.0	10.0	25.0	10.0	0.0	0.0	5.0
30-34세	100.0	50.0	33.3	8.3	8.3	0.0	0.0	0.0
35-39세	100.0	40.9	31.8	4.5	13.6	9.1	0.0	0.0
40-44세	100.0	16.7	50.0	25.0	8.3	0.0	0.0	0.0
교육수준								
학생								
대학(원)생	100.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
일반인								
고졸 이하(10대 포함)	100.0	29.6	48.1	7.4	11.1	0.0	3.7	0.0
대졸 이상	100.0	36.4	18.2	21.2	12.1	9.1	0.0	3.0
대학원졸 이상	100.0	64.7	5.9	11.8	17.6	0.0	0.0	0.0
거주 지역 ¹⁾								
대도시	100.0	37.8	27.0	5.4	18.9	5.4	2.7	2.7
중소 도시(동)	100.0	45.5	30.3	18.2	6.1	0.0	0.0	0.0
농어촌(읍/면)	100.0	41.7	25.0	25.0	0.0	8.3	0.0	0.0
혼인상태								
기혼	100.0	41.1	28.6	12.5	10.7	5.4	0.0	1.8
미혼	100.0	39.1	26.1	17.4	13.0	0.0	4.3	0.0
월평균 가구소득								
200만원 이하	100.0	31.8	27.3	31.8	0.0	9.1	0.0	0.0
200-300만원	100.0	50.0	25.0	6.3	18.8	0.0	0.0	0.0
300-500만원	100.0	42.1	28.9	5.3	18.4	0.0	2.6	2.6
500만원 초과	100.0	60.0	0.0	20.0	0.0	20.0	0.0	0.0

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역,
농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

다) 상담 받은 경험

인공임신중절 수술을 경험한 대상자 중 의료기관 이외에 상담을 받은 경우, 가장 많은 응답자가 배우자(상대 남성)라고 답하였다. 그 다음으로는 친구 또는 선후배 19.6%, 부모 11.3%, 전문 상담기관 3.3% 등이 있었다. 특히 의료기관 이외에 상담받은 경험이 없는 경우가 13.1%였다.

연령별로 살펴보면, 30~39세 연령의 여성은 배우자(상대남성)와 상담하는 경향이 높았고, 연령이 낮을수록 친구 또는 선후배와 상담하는 경향이 높았다. 40~44세 연령대는 상담받은 경험이 없는 비율이 24.3%로, 20~24세 연령대는 17.4%로 조사되었다. 이 외에 30대 연령대는 전문 상담기관에서 상담 받은 경험이 7.3%이고 다른 연령 집단에서는 상담 전문기관에서 상담 받은 경험이 전혀 없었다.

< 표 17 > 인공임신중절 경험자 중 인공임신중절 수술과 관련하여 의료기관 이외에
상담받은 경험(중복응답)

(단위 : %)

구분	배우자 (상대 남성)	친구/선후배	없다	부모	형제 자매/친척	'상담 전문기관 (상담소/센터)
전체	76.6	19.6	13.1	11.3	6.5	3.3
연령						
20-24세	75.6	31.4	17.4	16.3	0.0	0.0
25-29세	72.4	30.9	9.5	15.2	10.0	0.0
30-34세	76.6	20.6	10.0	18.1	6.4	7.3
35-39세	84.1	10.7	7.5	2.1	8.4	7.3
40-44세	72.8	6.7	24.3	5.8	5.8	0.0
교육수준						
학생						
대학(원)생	61.1	15.4	23.5	13.1	0.0	0.0
일반인						
고졸 이하(10대 포함)	71.4	21.2	16.1	8.4	6.0	2.4
대졸 이상	85.8	17.4	7.8	12.0	6.9	5.2
대학원졸 이상	75.1	24.5	12.6	37.6	15.6	0.0
거주 지역 ¹⁾						
대도시	73.3	20.9	13.9	8.3	4.9	4.3
중소 도시(동)	80.7	18.0	11.4	16.2	7.9	3.1
농어촌(읍/면)	76.0	20.1	16.1	6.4	7.9	0.0
혼인상태						
기혼	82.7	15.8	9.7	11.9	7.3	4.9
미혼	64.1	27.5	20.2	10.1	4.7	0.0
월평균 가구소득						
200만원 이하	71.7	22.7	16.2	4.3	2.6	3.9
200-300만원	82.0	18.2	9.7	14.1	10.2	1.3
300-500만원	78.4	19.2	11.3	14.9	8.6	4.7
500만원 초과	71.1	12.9	20.8	14.3	0.0	0.0

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역,
농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

라) 숙려기간

인공임신중절 경험자 중 의사 또는 의료기관의 상담 후 인공임신중절 수술을 받기 전에 시술과 관련하여 고민한 비율은 75.3%였다. 미혼이 기혼에 비해 고민한 경우가 높았으며, 교육수준, 연령, 거주 지역, 월평균 가구소득별 특별한 경향성을 나타내지는 않았다.

< 표 18 > 인공임신중절 경험자 중 의사, 의료기관의 상담 후 인공임신중절 수술을 받기 전에 시술과 관련하여 고민경험 유무

(단위 : %)

구분	계(%)	그렇다	아니다
전체	100.0	75.3	24.7
연령			
20-24세	100.0	80.4	19.6
25-29세	100.0	72.7	27.3
30-34세	100.0	76.4	23.6
35-39세	100.0	78.4	21.6
40-44세	100.0	68.3	31.7
교육수준			
학생			
대학(원)생	100.0	88.5	11.5
일반인			
고졸 이하(10대 포함)	100.0	75.3	24.7
대졸 이상	100.0	75.5	24.5
대학원졸 이상	100.0	59.2	40.8
거주 지역¹⁾			
대도시	100.0	76.9	23.1
중소 도시(동)	100.0	76.2	23.8
농어촌(읍/면)	100.0	65.6	34.4
혼인상태			
기혼	100.0	73.2	26.8
미혼	100.0	79.5	20.5
월평균 가구소득			
200만원 이하	100.0	78.3	21.7
200-300만원	100.0	68.9	31.1
300-500만원	100.0	82.2	17.8
500만원 초과	100.0	48.4	51.6

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

의사 또는 의료기관 상담 후 인공임신중절 수술을 받기 전에 시술과 관련하여 고민을 하였다고 답한 경우, 3일에서 1주일 이내로 숙려기간을 가진 비율이 38.0%로 가장 높았다. 3일 이내가 28.3%, 1~2주 이내가 19.6%, 2주~1개월 미만이 7.8%, 1개월 이상은 6.4%로 가장 낮았다. 약 85%가 의료기관과 상담 후 고민기간은 2주 이내였다.

연령대별로 연령이 증가할수록 수술과 관련한 고민 시간이 짧았으며, 40대 경우, 70%가 1주일 이내로 고민한다고 응답하였다. 교육수준별로 살펴보면 학력이 높을수록 숙려기간이 짧으며, 현재 대학(원)생인 경우는 2주 이내로 고민을 하는 것으로 조사되었다. 혼인 상태별 숙려기간은 미혼보다 기혼의 고민기간이 더 짧았으며, 미혼의 경우 1개월 이상 고민기간이 지연되는 경우가 7.2%로 기혼보다 높았다. 월평균 가구소득별 뚜렷한 경향성을 보이지는 않았다.

< 표 19 > 인공임신중절 경험자 중, 시술 받기 전 고민한 기간

(단위 : %)

구분	계(%)	3일 이내	3일-1주일 이내	1-2주일 이내	2주-1개월 미만	1개월 이상
전체	100.0	28.3	38.0	19.6	7.8	6.4
연령						
20-24세	100.0	19.4	36.5	37.3	4.3	2.6
25-29세	100.0	34.6	35.9	17.9	3.5	8.2
30-34세	100.0	21.4	59.9	7.5	6.7	4.6
35-39세	100.0	28.4	25.3	24.5	13.8	8.0
40-44세	100.0	39.0	31.3	12.1	9.4	8.2
교육수준						
학생						
대학(원)생	100.0	13.5	27.1	59.4	0.0	0.0
일반인						
고졸 이하(10대 포함)	100.0	27.3	38.8	19.3	5.6	9.0
대졸 이상	100.0	29.1	38.0	16.1	12.5	4.2
대학원졸 이상	100.0	58.0	42.0	0.0	0.0	0.0
거주 지역¹⁾						
대도시	100.0	28.0	38.5	17.0	9.7	6.9
중소 도시(동)	100.0	30.2	33.3	24.3	7.6	4.6
농어촌(읍/면)	100.0	22.4	53.9	12.7	0.0	11.1
혼인상태						
기혼	100.0	30.9	36.6	15.8	10.8	5.9
미혼	100.0	23.5	40.5	26.7	2.1	7.2
월평균 가구소득						
200만원 이하	100.0	18.5	40.0	30.3	2.0	9.2
200-300만원	100.0	35.3	36.6	17.8	4.3	6.0
300-500만원	100.0	34.1	35.7	11.6	13.7	4.9
500만원 초과	100.0	14.9	49.7	17.9	17.5	0.0

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역,
농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

마) 시술 지연이유

2008년~2010년에 인공임신중절 경험자를 대상으로 임신 8주(2개월) 이후에 인공임신중절 수술을 받았다고 응답한 경우, 시술이 지연된 이유에 대하여 조사하였다.

52.3%가 임신 확인이 늦어졌다고 응답하였다. 22.9%가 출산할지 인공임신중절 수술 할지 고민하다가 결정이 늦어졌고, 10.1%는 상대방과의 의견이 맞지 않아서, 7.5%는 경제적 여유가 없어서, 7.1%는 태아의 상태가 좋지 않은 것을 뒤늦게 알아서(기형)의 순으로 조사되었다.

연령대별로 살펴보면, 30~34세 연령대에서 임신 확인이 늦어진 경우가 62.2%로 가장 높았고, 35~39세 연령대는 상대방과의 의견이 맞지 않아서가 19.2%로 다른 연령대에 비해 가장 높았다. 20~24세 연령대에서는 경제적 여유가 없는 이유로 39.2%가 다른 연령대에 비해 높은 비율을 보였다. 결혼 상태별로 인공임신중절 수술이 지연된 이유로 가장 큰 차이는 기혼은 출산할지, 인공임신중절 수술 할지 고민하는 비율이 27.1%였고, 미혼의 경우 경제적 여유가 없어서 중절수술이 지연된 경우가 20.6%로 기혼과 미혼이 차이를 보였다. 월평균 가구소득별로 살펴보면, 소득이 높을 수록 출산과 인공임신중절 수술 사이에서 더 많은 고민을 하는 것으로 나타났다.

< 표 20 > 인공임신중절 경험자 중 인공임신중절 수술 당시 임신 주수가 8주 이상 지연된
경우 그 이유(중복응답)

(단위 : %)

구분	임신 확인이 늦어짐	출산할지, 인공임신중절 수술 할지 고민하다가 결정 늦어짐	상대방과의 의견이 맞지 않아서	경제적 여유가 없어서	태아의 상태가 좋지 않은 것을 뒤늦게 알아서(기형)
전체	52.3	22.9	10.1	7.5	7.1
연령					
20-24세	40.9	7.6	6.7	39.2	5.6
25-29세	42.1	30.5	17.2	0.0	10.2
30-34세	62.2	37.8	0.0	0.0	0.0
35-39세	57.8	10.9	19.2	0.0	12.1
40-44세	59.2	24.8	8.3	0.0	7.6
교육수준					
학생					
대학(원)생	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
일반인					
고졸 이하(10대 포함)	48.2	26.5	8.7	7.6	9.0
대졸 이상	61.7	16.0	13.8	8.5	0.0
대학원졸 이상	0.0	50.2	0.0	0.0	49.8
거주 지역 ¹⁾					
대도시	48.2	21.7	15.5	4.7	9.9
중소 도시(동)	57.7	21.7	5.6	9.7	5.3
농어촌(읍/면)	54.2	32.3	0.0	13.5	0.0
혼인상태					
기혼	50.3	27.1	10.5	2.1	10.0
미혼	57.3	12.7	9.3	20.6	0.0
월평균 가구소득					
200만원 이하	54.8	19.9	10.5	4.7	10.1
200-300만원	52.7	23.8	9.1	9.3	5.1
300-500만원	38.4	30.1	13.4	9.8	8.3
500만원 초과	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역,
농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

마) 시술 개월 수

인공임신중절 시 임신주수는 2개월 미만이 73.6%로 가장 높았다. 2~3개월 미만은 20.4%로 3개월 이내에 90%이상이 수술을 받는 것으로 조사되었다.

연령대별로 살펴보면, 30대가 임신 주수 2개월 이내에 인공임신중절 수술을 받은 비율이 가장 높았고, 교육수준별로는 학력이 높을수록 인공임신중절 수술을 빨리 하는 것으로 조사되었다. 결혼상태별 수술 시기는 큰 차이가 없었다.

< 표 21 > 인공임신중절 시술 주수

(단위 : %)

구분	계(%)	2개월미만	2-3개월 미만	3-6개월 미만	모르겠음
전 체	100.0	73.6	20.4	5.0	1.0
연 령					
20-24세	100.0	68.8	25.0	6.3	0.0
25-29세	100.0	72.7	18.2	9.1	0.0
30-34세	100.0	76.2	19.0	0.0	4.8
35-39세	100.0	81.8	15.9	2.3	0.0
40-44세	100.0	65.0	25.0	10.0	0.0
교육수준					
학 생					
대학(원)생	100.0	87.5	12.5	0.0	0.0
일반인					
고졸 이하(10대 포함)	100.0	69.8	20.8	7.5	1.9
대졸 이상	100.0	76.9	21.8	1.3	0.0
대학원졸 이상	100.0	77.8	11.1	11.1	0.0
거주 지역¹⁾					
대도시	100.0	71.7	20.7	7.6	0.0
중소 도시(동)	100.0	76.7	17.4	3.5	2.3
농어촌(읍/면)	100.0	70.8	25.0	4.2	0.0
혼인상태					
기혼	100.0	73.1	22.4	4.5	0.0
미혼	100.0	75.0	16.2	5.9	2.9
월평균 가구소득					
200만원 이하	100.0	79.0	14.5	6.5	0.0
200-300만원	100.0	59.3	31.5	9.3	0.0
300-500만원	100.0	77.3	17.3	2.7	2.7
500만원 초과	100.0	78.6	21.4	0.0	0.0

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

사) 시술병원의 유형

연도별로 인공임신중절 시 시술병원의 유형에 대하여 조사하였다. 조사 결과는 아래와 같지만 대부분의 여성들이 시술병원의 유형을 정확하게 알지 못하므로 해석의 주의가 필요하다.

기타 사항으로 해외로 원정 인공임신중절수술 경험이 있는 경우는 응답률이 0%로 이번 조사 내에서는 발견되지 않았다.

< 표 22 > 연도별 인공임신중절 시술병원의 유형

(단위 : %)

구분	2008년	2009년	2010년
산부인과의원	52.2	37.0	46.7
산부인과전문병원	45.2	59.8	49.7
일반중소병원	1.3	0.0	0.0
종합병원	0.0	1.0	3.5
병원종류 모름	2.9	2.2	0.0
모름/무응답	0.0	0.0	1.3

* 기타 : 외국 등(%)

아) 시술전후 피임실천

2008년~2010년 인공임신중절 경험이 있는 대상자에게 인공임신중절 수술 후 피임 방법에 변화가 있었는지 조사하였다. 67%가 피임 방법에 변화가 있었다고 응답하였다.

연령대 별로 살펴보면 20~24세의 79.7%가 수술 후, 피임방법의 변화가 있다고 응답하였고, 고령층인 40~44세는 60.2%만이 피임방법에 변화가 있었다. 교육수준별로는 현재 학생인 경우 피임방법의 변화폭이 가장 컸고, 반면 일반인의 경우, 학력수준이 높을수록 변화가 적었다. 미혼인 경우 81.9%가 피임 방법에 변화가 있었다고 응답하였다. 연령이 낮고 미혼 일수록 피임교육을 하였을 경우 효과적인 결과를 얻을 수 있다는 것을 짐작할 수 있다. 반면 연령이 높고, 학력수준이 높아질수록 자신의 피임방법을 고수하여 변화의 정도가 낮은 것으로 생각된다. 이에따라 기혼에 대한 적절한 피임교육이 수반되어야 할 것으로 보인다.

< 표 23 > 인공임신중절 경험자 중 인공임신중절 수술 후, 그 전과 비교하여 피임방법의 변화

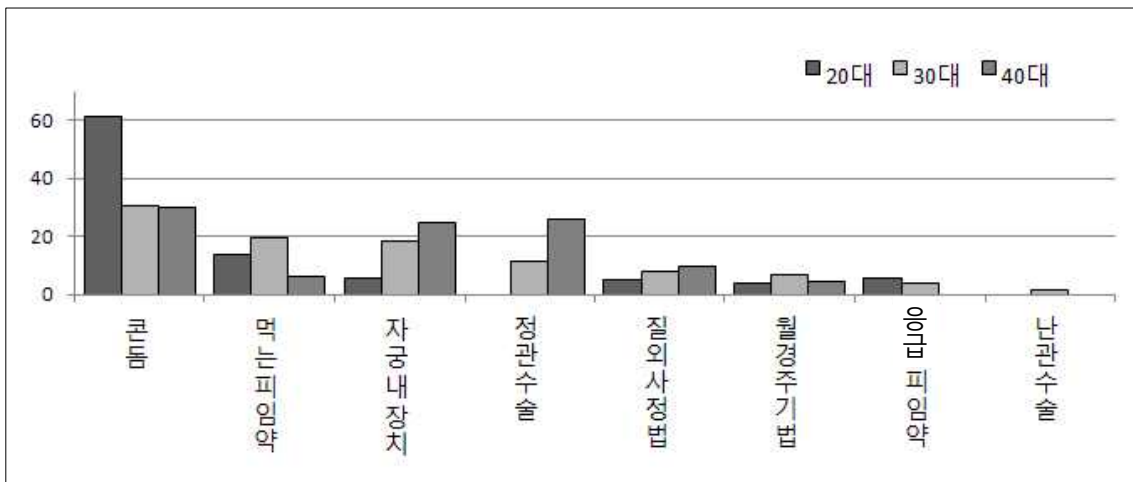
(단위 : %)

구분	계(%)	있다	없다
전체	100.0	67.0	33.0
연령			
20-24세	100.0	79.7	20.3
25-29세	100.0	63.7	36.3
30-34세	100.0	66.4	33.6
35-39세	100.0	67.1	32.9
40-44세	100.0	60.2	39.8
교육수준			
학생			
대학(원)생	100.0	88.5	11.5
일반인			
고졸 이하(10대 포함)	100.0	69.4	30.6
대졸 이상	100.0	64.2	35.8
대학원졸 이상	100.0	40.8	59.2
거주 지역 ¹⁾			
대도시	100.0	65.7	34.3
중소 도시(동)	100.0	70.7	29.3
농어촌(읍/면)	100.0	59.6	40.4
혼인상태			
기혼	100.0	59.7	40.3
미혼	100.0	81.9	18.1
월평균 가구소득			
200만원 이하	100.0	63.3	36.7
200-300만원	100.0	77.1	22.9
300-500만원	100.0	64.1	35.9
500만원 초과	100.0	62.9	37.1

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

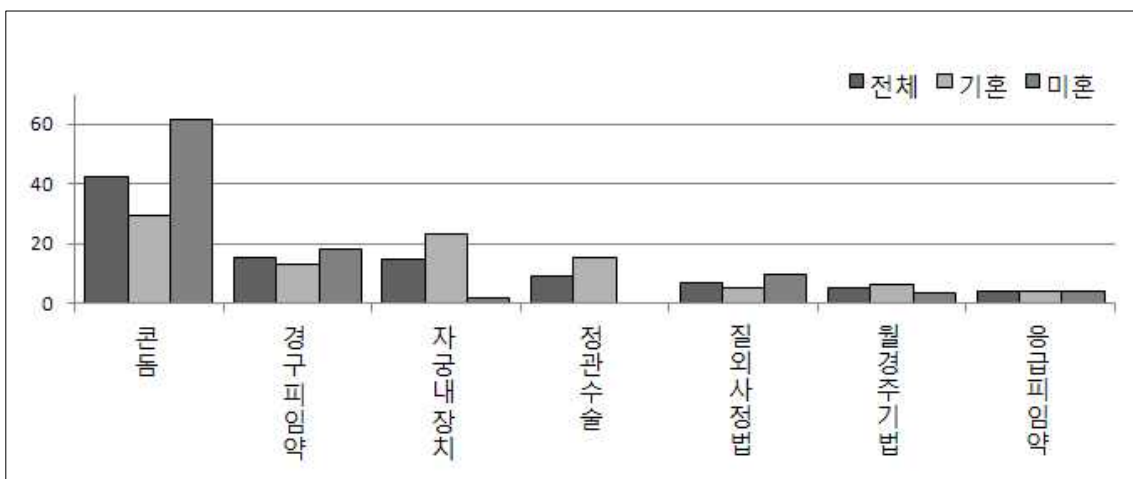
인공임신중절 수술 후에 주로 사용하게 된 피임방법으로는 콘돔이 42.4%, 경구 피임약 15.0%, 자궁 내 장치 14.5%, 정관 수술 9.3% 등이 있었다. 응급피임약의 사용도 3.9%였다.

연령대별로 살펴보면, 연령이 낮을수록 콘돔사용이 높았고, 자궁 내 장치, 정관수술과 같은 영구적인 피임방법은 연령이 높을수록 비율이 높았다. 응급 피임약의 사용은 35~39세 연령대에서 7.6%, 20~24세 연령대에서 6.9%로 조사되었다.



< 그림 13 > 인공임신중절 경험자 중 인공임신중절 수술 후, 연령대별 피임방법 (중복응답)

결혼 상태별 피임실천방법은 미혼인 경우 콘돔 사용이 두드러지게 높았고, 반면 기혼은 자궁 내 장치, 정관수술과 같은 영구적인 피임방법의 비율이 높은 것으로 조사되었다.



< 그림 14 > 인공임신중절 경험자 중 인공임신중절 수술 후, 결혼상태별 피임방법 (중복응답)

월평균 가구소득별로는 소득이 낮을수록 콘돔과 응급피임약 사용비율이 높았고, 소득이 높을수록 경구피임약과 정관수술방법 비율이 높았다. 교육수준이 높을수록 경구 피임약의 사용 비율이 높았고, 학력수준이 낮을수록 자궁 내 장치 사용 비율이 높았다. 응급피임약의 사용은 대학원 졸업 이상의 학력인 경우 30.9%로 사용의 비율이 매우 높았다. 현재 대학(원)생인 경우 간편하게 사용할 수 있는 콘돔을 대부분 주로 사용하는 것으로 조사되었다.

전반적으로 연령이 낮고 교육수준이 낮을수록 간편하게 사용할 수 있는 일시적 피임방법인 콘돔사용에 편중되었으나, 연령이 높아지고 소득이 많을수록 자궁 내 장치 등의 영구적이고 현대적인 피임방법을 사용하는 경향을 보였다. 이와 같은 경향은 나이가 많은 연령대에서는 자녀계획을 바탕으로 한 자궁 내 장치, 정관 수술을 수용하는 비율이 다른 연령대에 비하여 높은 것이며, 젊은 연령층, 기혼의 일부는 임신의 지연을 원하기 때문에 일시적 피임법을 선호하는 경향이 두드러진 것으로 해석된다. 따라서 피임방법의 지도는 인구학적 특성에 따라 차별화하여 관리될 때 효과적일 것으로 예상된다.

< 표 24 > 인공임신중절 경험자 중 인공임신중절 수술 후에 주로 사용하게 된 피임방법

(단위 : %)

구분	계(%)	콘돔	경구 피임약	자궁내 장치	정관수 술	질외 사정법	월경주 기법	응급피 임약	기타2)
전체	100.0	42.4	15.0	14.5	9.3	7.0	5.1	3.9	2.8
연령									
20-24세	100.0	70.4	9.2	5.2	0.0	5.1	3.2	6.9	0.0
25-29세	100.0	52.6	18.1	5.5	0.0	4.6	4.2	4.3	10.7
30-34세	100.0	34.4	23.5	22.3	8.7	5.9	5.1	0.0	0.1
35-39세	100.0	27.0	15.8	15.2	13.7	9.9	7.7	7.6	3.1
40-44세	100.0	29.7	6.0	24.7	25.7	9.4	4.5	0.0	0.0
교육수준									
학생									
대학(원)생	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
일반인									
고졸 이하(10대 포함)	100.0	37.4	11.6	19.1	8.4	8.2	5.8	4.3	5.2
대졸 이상	100.0	40.4	21.5	11.1	12.9	6.9	5.2	2.0	0.0
대학원졸 이상	100.0	38.2	30.9	0.0	0.0	0.0	0.0	30.9	0.0
거주 지역¹⁾									
대도시	100.0	42.8	16.6	14.6	7.7	6.7	5.5	1.8	4.3
중소 도시(동)	100.0	38.2	15.8	11.7	13.3	9.0	4.7	5.4	1.9
농어촌(읍/면)	100.0	57.5	5.1	25.5	0.0	0.0	4.9	7.0	0.0
혼인상태									
기혼	100.0	29.6	13.0	23.2	15.5	5.2	6.2	3.9	3.4
미혼	100.0	61.4	18.1	1.5	0.0	9.7	3.4	4.0	1.9
월평균 가구소득									
200만원 이하	100.0	47.2	8.8	9.3	4.9	7.1	7.9	7.7	7.1
200-300만원	100.0	41.2	10.9	23.7	8.8	8.5	1.8	2.6	2.5
300-500만원	100.0	39.6	20.1	14.0	12.8	6.9	4.1	2.5	0.0
500만원 초과	100.0	39.4	35.7	0.0	13.4	0.0	11.5	0.0	0.0

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역,
농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 기타 : 피임하지 않음(0.8%), 난관수술(0.7), 성관계 갖지 않음(0.5%)

3. 인공임신중절 관련 인식 및 태도

가. 최근 3년간 인공임신중절 추세에 대한 의견

1) 증가 또는 감소 추세에 대한 인식

가임기 여성 4,000명을 대상으로 가임기 여성이 생각하는 인공임신중절 추세에 대한 의견을 조사하였다. 응답자의 40.2%는 증가했다고 생각하였고, 15.7%는 감소했다고 생각하였다. 반면 작년과 큰 변동이 없다고 인식하는 비율은 17.1%였다.

연령, 학력수준은 높을수록, 소득은 낮을수록 인공임신중절이 증가했다고 인식하는 비율이 높았다. 전반적으로 감소했다는 각계각층의 의견과는 달리, 최근 낙태와 관련된 문제가 거론되는 여론 및 관련 미디어의 영향, 성범죄의 잦은 출현 등으로 인해 가임기 여성은 증가했다고 체감하고 있는 것으로 분석된다. 작년과 비슷한 추세라고 인식한 경우는 학력과 소득이 높을수록 응답비율이 높았다.

< 표 25 > 가임기 여성이 생각하는 사회 전반적 인공임신중절 추세에 대한 인식

(단위 : 명, %)

구분	계(%)	증가했다	비슷했다	감소했다	모르겠다
전체	100.0	40.2	17.1	15.7	27.0
연령					
15-19세	100.0	54.3	13.2	2.9	29.6
20-29세	100.0	44.5	19.8	11.0	24.7
30-39세	100.0	33.9	17.3	21.9	26.9
40-44세	100.0	34.5	15.5	21.3	28.7
교육수준					
학생					
중/고등 학생	100.0	54.2	13.9	2.7	29.2
대학(원)생	100.0	57.7	14.6	3.7	24.0
일반인					
고졸 이하(10대 포함)	100.0	34.3	15.3	19.6	30.8
대졸 이상	100.0	36.5	19.7	19.4	24.5
대학원졸 이상	100.0	39.9	23.2	15.9	21.0
거주 지역¹⁾					
대도시	100.0	41.0	16.6	14.7	27.7
중소 도시(동)	100.0	39.0	18.4	17.3	25.4
농어촌(읍/면)	100.0	40.8	15.5	14.9	28.9
혼인상태					
기혼	100.0	33.1	17.3	21.9	27.7
미혼	100.0	49.4	16.8	7.7	26.1
월평균 가구소득					
200만원 이하	100.0	43.9	15.8	12.3	28.0
200-300만원	100.0	40.7	16.6	15.9	26.7
300-500만원	100.0	37.5	17.9	18.2	26.4
500만원 초과	100.0	39.1	18.6	15.2	27.1
종교					
무교	100.0	39.6	16.3	15.7	28.5
불교	100.0	38.7	20.9	15.6	24.8
기독교	100.0	40.9	16.7	15.4	27.0
천주교	100.0	44.3	15.6	16.3	23.8
기타(무응답 포함)	100.0	40.0	11.0	17.1	31.9
인공임신중절 경험여부²⁾					
있음	100.0	32.7	16.4	23.3	27.6
없음	100.0	42.3	17.3	13.6	26.8

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

나. 증가 및 감소요인에 대한 의견

최근 3년간 비교하였을 때 인공임신중절이 증가하였다고 인식한 경우 그 이유로는 혼전성교, 미혼모 증가가 86.7%로 가장 많았고, 다음으로 사회경제적 순으로 높았다. 사회경제적 사유로는 양육비 증가 47.9%, 경제악화 45.9%, 여성의 사회참여 증가 31.7% 등이 있었다. 그 외의 답변으로는 태아기형증가 19.5%, 특정 성에 대한 선호 6.9%, 성범죄 증가 1.0% 등이 있었다.

인공임신중절이 감소하였다고 인식한 경우 그 이유로는 수술하지 않는 병원의 증가 70.0%, 여성의 사회참여 증가 42.8%, 생명존중의식 향상 27.5% 피임비율증가 25.2%, 응급피임약 증가 11.3% 등의 순으로 높았다. '수술하지 않는 병원의 증가'라고 응답한 경우, 연령이 낮고, 학력수준이 높았다. 연령이 높을수록 '여성의 사회참여 증가'로 인공임신중절이 감소하였다고 인식한 경우가 많았다.

※ 참고자료 (출생아 수: 통계청 자료)

- 만 18세 이하 : 1,154명('07) → 1,120('08) → 1,123명('09) → 1,267명('10)
- 만 24세 이하 : 35,350명('07) → 30,947('08) → 27,726명('09) → 27,472명('10)

< 표 26 > 가임기 여성 중 최근 3년간 인공임신중절 증가요인에 대한 의견(중복응답)

(단위 : %)

구분	혼전 성교, 미혼모 증가	양육비 증가	경제 악화	여성 사회 참여 증가	태아 기형 증가	특정 성에 대한 선호	성범죄 증가	기타3)
전체	86.7	47.9	45.9	31.7	19.5	6.9	1.0	2.3
연령								
15-19세	84.6	53.2	47.6	30.3	17.9	6.5	2.5	3.3
20-29세	88.7	45.5	43.7	33.5	19.4	5.4	0.9	2.9
30-39세	84.5	49.7	49.3	31.1	22.7	8.9	0.6	1.4
40-44세	89.8	42.7	41.8	31.1	16.0	6.6	0.0	1.1
교육수준								
학생								
중/고등 학생	85.3	55.3	49.5	28.8	17.9	6.5	1.6	2.3
대학(원)생	88.7	47.3	42.5	33.3	14.7	5.2	1.3	3.8
일반인								
고졸 이하(10대 포함)	85.5	47.2	47.2	29.1	20.6	8.3	0.8	1.8
대졸 이상	87.3	46.0	44.6	33.4	21.6	6.7	0.8	1.9
대학원졸 이상	88.4	45.0	48.5	40.0	20.6	6.4	0.0	
거주 지역 ¹⁾								
대도시	87.7	50.9	47.1	33.3	19.3	6.5	0.9	2.7
중소 도시(동)	87.1	44.6	42.8	30.1	19.9	7.2	0.6	1.4
농어촌(읍/면)	82.2	45.6	49.6	30.5	19.6	7.4	2.0	2.1
혼인상태								
기혼	85.6	48.2	46.7	32.2	22.2	7.8	0.4	1.2
미혼	87.8	47.6	45.2	31.4	17.3	6.0	1.5	3.0
월평균 가구소득								
200만원 이하	84.6	50.9	47.3	31.6	19.4	7.3	1.4	2.4
200-300만원	89.8	47.9	48.6	31.2	19.9	6.1	0.4	1.3
300-500만원	85.4	44.6	44.0	29.3	19.6	6.7	1.4	2.5
500만원 초과	87.8	49.7	41.4	39.8	19.0	8.1	0.0	2.5
종교								
무교	86.2	48.6	46.3	31.7	18.1	7.5	1.5	2.9
불교	86.8	46.1	43.1	34.4	19.9	7.3	0.5	0.8
기독교	86.0	47.9	44.7	30.4	21.3	5.9	0.3	1.1
천주교	90.3	49.0	50.9	31.3	19.0	6.0	0.9	3.7
기타(무응답 포함)	87.9	32.7	54.2	24.1	41.2	4.6	0.0	9.1
인공임신중절 경험여부 ²⁾								
있음	83.7	50.0	52.3	34.1	18.1	10.2	0.6	1.4
없음	87.4	47.4	44.5	31.2	19.8	6.1	1.0	2.2

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역,
농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

주2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

주3) 기타 의견으로는 생명윤리의식 저하(0.3%), 성교육 부족으로 인한 미성년의 성관계 증가(0.3%), 가치관
변화로 인한 무분별한 성관계 증가(0.3%), 자녀를 원하지 않음(0.2%), 원하지 않는 임신(0.2%) 등이 있었다.

< 표 27 > 가임기 여성 중 최근 3년간 인공임신중절 감소요인에 대한 의견(중복응답)

(단위 : %)

구분	수술 하지 않는 병원 증가	여성의 사회 참여 증가	생명 존중 의식 향상	피임 비율 증가	응급피 임약 증가	인공임 신중절 금지법 처벌강 화	정부의 출산 장려 정책	수술 비용 부담	모름
전체	70.0	42.8	27.5	25.2	11.3	1.0	0.8	0.1	0.1
연령									
15-19세	79.3	19.8	44.8	23.4	11.4	0.0	0.0	0.0	0.0
20-29세	76.6	29.1	21.5	22.6	11.6	3.1	0.0	0.0	0.0
30-39세	72.6	46.6	27.3	24.7	11.7	0.7	1.2	0.0	0.3
40-44세	59.0	48.9	30.6	28.3	10.3	0.0	0.7	0.5	0.0
교육수준									
학생									
중/고등 학생	69.3	29.4	50.3	10.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
대학(원)생	88.6	28.2	30.1	23.0	24.1	5.9	0.0	0.0	0.0
일반인									
고졸 이하(10대 포함)	64.4	49.4	29.1	29.7	12.4	0.3	0.5	0.3	0.3
대졸 이상	73.2	39.0	23.5	22.7	9.5	1.5	0.4	0.0	0.0
대학원졸 이상	80.2	33.2	41.5	15.1	17.9	0.0	8.7	0.0	0.0
거주 지역 ¹⁾									
대도시	73.1	40.3	26.1	24.6	11.8	0.7	0.0	0.3	0.3
중소 도시(동)	67.1	43.3	29.2	24.1	10.1	1.3	1.4	0.0	0.0
농어촌(읍/면)	68.8	50.0	26.6	30.8	13.4	1.2	1.5	0.0	0.0
혼인상태									
기혼	68.9	46.6	28.3	25.3	10.0	0.5	0.7	0.2	0.2
미혼	74.3	29.0	24.4	24.7	16.2	3.0	0.9	0.0	0.0
월평균 가구소득									
200만원 이하	73.8	36.0	24.0	23.9	8.0	0.5	0.0	0.0	0.0
200-300만원	66.0	51.4	28.9	25.3	12.6	1.4	1.4	0.0	0.0
300-500만원	71.5	42.1	29.0	25.6	10.8	1.1	0.5	0.3	0.3
500만원 초과	68.7	35.7	24.6	25.5	15.6	0.9	1.6	0.0	0.0
종교									
무교	72.4	37.7	25.6	23.7	9.6	0.6	0.4	0.3	0.0
불교	65.3	50.2	29.2	23.7	14.4	1.3	0.0	0.0	0.0
기독교	65.8	46.8	29.0	30.9	12.3	1.7	1.6	0.0	0.5
천주교	76.6	42.7	31.1	20.1	11.9	1.0	1.9	0.0	0.0
기타(무응답 포함)	82.6	45.2	0.0	33.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
인공임신중절 경험여부 ²⁾									
있음	67.1	46.0	24.1	30.7	10.0	0.3	0.6	0.0	0.4
없음	71.5	41.3	29.0	22.5	11.9	1.4	0.9	0.2	0.0

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

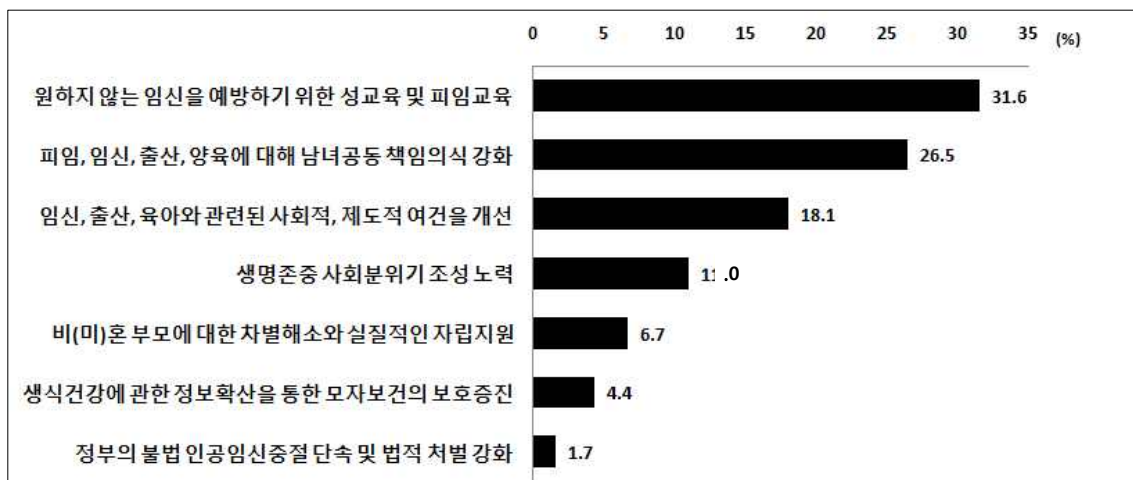
2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

다. 인공임신중절 관련 정책에 대한 의견

1) 인공임신중절 예방정책

가임기 여성을 대상으로 인공임신중절을 예방하기 위한 근본적인 해결책에 대한 응답은 다음과 같다.

우선순위로 ‘원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육’이 31.6%로 가장 높았고, ‘피임, 임신, 출산, 양육에 대해 남녀공동 책임의식 강화’ 26.5%, ‘임신, 출산, 육아와 관련된 사회적, 제도적 여건을 개선’ 18.1%, ‘생명존중 사회분위기 조성노력’ 11.0%, ‘비(미)혼 부모에 대한 차별해소, 실질적인 자립지원’ 6.7% 등의 순으로 조사되었다.



< 그림 15 > 인공임신중절 수술을 줄이기 위한 근본적인 해결책

응답자 특성별로 연령이 높을수록 ‘원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육’이 높았고, 미혼의 경우 ‘피임, 임신, 출산, 양육에 대해 남녀공동 책임의식 강화’이 많았다. 소득별로는 소득이 적을수록 ‘피임, 임신, 출산, 양육에 대해 남녀공동 책임의식 강화’가 많았고, 소득이 많을수록 ‘생명존중 사회분위기 조성노력’을 해결책으로 생각하였다. 인공임신중절 경험이 있는 응답자의 경우, ‘비(미)혼 부모에 대한 차별해소, 실질적인 자립지원’의 요구보다 ‘원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육’의 요구가 36.8%로 가장 높았다.

이를 통해 정리해 보자면, 실질적으로 원하지 않는 임신을 예방할 수 있는 성교육 및 피임교육의 지원, 피임, 임신, 출산, 양육에 사회적으로 남녀공동 책임의식을

강화하는 인식의 변화, 임신, 출산, 육아와 관련된 사회적, 제도적 여건개선 등으로
집약된다. 따라서 인공임신중절을 예방하기 위한 근본적인 해결책으로는 실질적인
피임교육을 제공하고, 출산·양육의 남녀공동 책임의식을 강화하기 위한 사회적인
의식개선이 필요할 것이다.

< 표 28 > 인공임신중절 수술을 줄이기 위한 근본적인 해결책(1순위)

(단위 : %)

구분	계(%)	원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육	피임, 임신, 출산, 양육에 대해 남녀공동 책임의식 강화	임신, 출산, 육아와 관련된 사회적, 제도적 여건을 개선	생명존중 사회분위기 조성 노력	비(미)혼 부모에 대한 차별해소, 실질적인 자립지원	기타
전체	100.0	31.6	26.5	18.1	11.0	6.7	6.1
연령							
15-19세	100.0	26.1	30.7	17.1	11.9	9.4	4.8
20-29세	100.0	28.9	30.8	19.7	8.2	6.3	6.2
30-39세	100.0	31.6	24.3	19.8	11.3	6.5	6.4
40-44세	100.0	39.8	20.7	13.1	14.1	5.6	6.7
교육수준							
학생							
중/고등 학생	100.0	25.8	28.7	16.9	12.6	10.5	5.5
대학(원)생	100.0	29.0	32.7	18.0	9.6	6.5	4.1
일반인							
고졸 이하(10대 포함)	100.0	34.9	25.1	16.6	10.5	6.2	6.7
대졸 이상	100.0	31.3	26.1	19.4	10.7	6.2	6.2
대학원졸 이상	100.0	28.5	20.4	20.7	16.3	6.8	7.4
거주 지역¹⁾							
대도시	100.0	31.4	27.4	18.5	10.2	6.6	6.0
중소 도시(동)	100.0	31.2	25.5	17.8	11.8	7.3	6.5
농어촌(읍/면)	100.0	33.1	26.2	17.3	11.7	5.7	6.0
혼인상태							
기혼	100.0	33.9	23.5	18.9	11.5	5.9	6.3
미혼	100.0	28.6	30.3	17.1	10.3	7.7	6.0
월평균 가구소득							
200만원 이하	100.0	30.9	28.6	18.1	10.3	6.5	5.6
200-300만원	100.0	32.5	27.6	16.7	10.2	7.1	5.9
300-500만원	100.0	31.5	24.8	19.5	11.6	6.5	6.1
500만원 초과	100.0	30.9	24.5	17.1	12.7	6.9	7.8
종교							
무교	100.0	31.0	27.5	19.5	9.0	7.3	5.8
불교	100.0	34.3	24.7	18.5	8.8	6.2	7.5
기독교	100.0	30.5	26.5	15.9	14.9	6.2	5.9
천주교	100.0	31.4	26.8	17.2	12.6	5.8	6.1
기타(무응답 포함)	100.0	34.9	11.1	8.9	27.6	10.5	7.0
인공임신중절 경험여부²⁾							
있음	100.0	36.8	25.4	17.3	8.8	4.9	6.8
없음	100.0	30.1	26.8	18.3	11.6	7.2	5.9

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

주2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

주3) 기타 응답으로는 성건강 및 생식건강에 관한 정보의 확산을 통한 모자보건(4.4%), 정부의 불법 인공임신중절 단속 및 법적 처벌 강화(1.7%) 등이 있었다.

< 표 29 > 인공임신중절 수술을 줄이기 위한 근본적인 해결책 (1+2+3 순위)

(단위 : %)

구분	피임, 임신, 출산, 양육에 대해 남녀공동 책임의식 강화	원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육	임신, 출산, 육아와 관련된 사회적, 제도적 여건을 개선	비(미)혼 부모에 대한 차별해소와 실질적인 자립지원	생명존중 사회분위기 조성 노력	성건강 및 생식건강에 관한 정보의 확산을 통한 모자보건보호증진	정부의 불법 인공임신중절 단속 및 법적 처벌 강화	기타
전체	74.1	71.2	61.7	34.4	29.4	20.1	8.8	0.3
연령								
15-19세	74.4	62.5	59.3	39.5	35.5	13.6	14.6	0.6
20-29세	77.7	69.3	65.1	36.5	23.8	18.8	8.5	0.3
30-39세	72.6	73.0	63.2	34.1	28.0	21.3	7.6	0.2
40-44세	71.3	77.7	55.6	27.8	35.6	24.9	7.1	0.0
교육수준								
학생								
중/고등 학생	74.8	62.6	59.5	39.5	34.3	13.7	15.2	0.4
대학(원)생	76.8	66.1	60.7	38.0	32.2	16.2	9.3	0.7
일반인								
고졸 이하(10대 포함)	73.3	76.0	59.8	33.2	27.0	23.0	7.7	0.0
대졸 이상	73.5	71.6	64.3	33.1	28.5	20.6	8.1	0.3
대학원졸 이상	76.5	64.6	62.8	33.5	35.9	18.5	7.0	1.2
거주 지역 ¹⁾								
대도시	74.8	72.5	63.4	34.1	28	18.7	8.2	0.3
중소 도시(동)	72.6	69.6	61.0	35.0	30.8	21.5	9.0	0.5
농어촌(읍/면)	75.6	71.3	57.5	33.7	30.3	21.0	10.3	0.3
혼인상태								
기혼	72.9	74.4	62.0	32.0	29.1	22	7.3	0.3
미혼	75.6	67.1	61.3	37.5	29.7	17.6	10.7	0.5
월평균 가구소득								
200만원 이하	75.8	68.3	59.9	36.9	30	18.9	9.6	0.6
200-300만원	73.7	72.1	64.0	33.0	27.5	20.4	9.2	0.1
300-500만원	74.2	72.1	61.2	34.0	29.3	20.5	8.6	0.1
500만원 초과	71.3	72.8	61.7	33.8	32.4	20.9	6.8	0.3
종교								
무교	75.7	70.8	63.8	36.2	25.8	19.3	8.3	0.1
불교	74.1	74.6	59.8	32.3	27.6	23.2	8.0	0.4
기독교	71.9	70.4	59.2	33.2	35.4	19.7	10.1	0.1
천주교	73.6	69.7	62.2	34.1	32.5	18.1	9.2	0.6
기타(무응답 포함)	62.8	67.0	63.2	24.6	41.9	29.7	10.7	0.1
인공임신중절 경험여부 ²⁾								
있음	73.9	76.8	61.3	32.9	25.1	23.9	6.1	0.0
없음	74.2	69.7	61.8	34.8	30.5	19.0	9.5	0.5

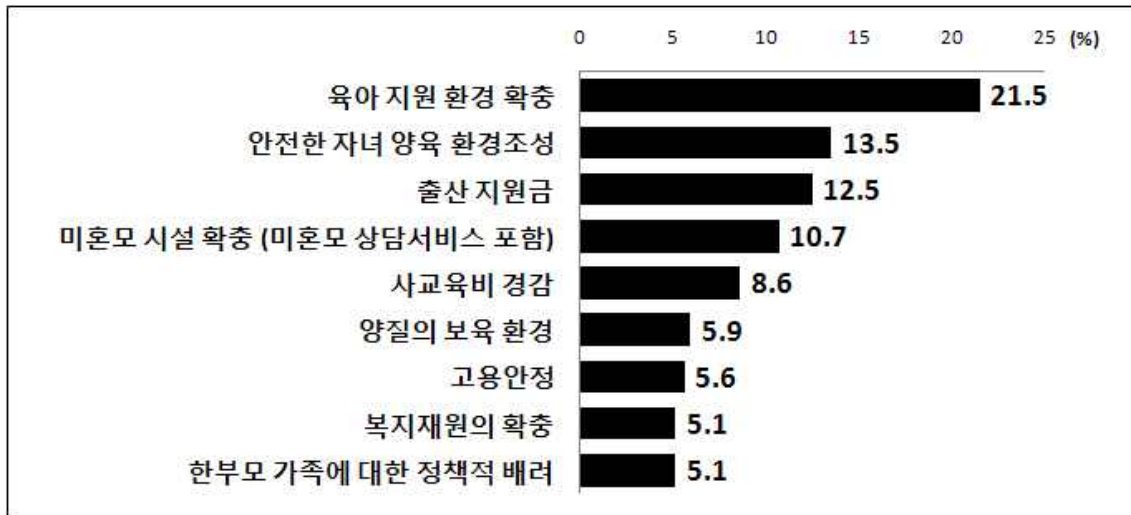
주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

3) 기타 응답으로는 성범죄 예방을 위한 법 강화 및 사전예방(0.2%), 상담 및 국가기관의 적극적 참여(0.1%) 등이 있다.

라. 임신, 출산, 육아 관련 정책

가임기 여성을 대상으로 임신, 출산, 육아와 관련된 사회적, 제도적 여건을 개선에 대한 의견은 다음과 같다.



< 그림 16 > 임신, 출산, 육아와 관련된 사회적, 제도적 여건을 개선하기 위한 가임기 여성의 정부정책에 대한 의견

우선 ‘육아지원환경의 확충’이 21.5%로 가장 높았고, 다음은 ‘안전한 자녀 양육 환경조성’ 13.5%, ‘출산 지원금’ 12.5%, ‘미혼모 시설 확충(상담 포함)’ 10.7%, ‘사교육비 경감’ 8.6%, ‘양질의 보육환경’ 5.9%, ‘고용안정’ 5.6%, ‘복지재원의 확충’ 5.1%, ‘한 부모 가족의 정책적 배려’ 5.1% 등의 순으로 조사되었다.

< 표 30 > 임신, 출산, 육아와 관련된 사회적, 제도적 여건 개선을 위한 정부정책 우선순위

(단위 : %)

구분	계(N)	육아 지원 환경 확충	안전 한 자녀 양육 환경 조성	출산 지원 금	미혼 모 시설 확충 (상담 포함)	사교 육비 경감	양질 의 보육 환경	고용 안정	복지 재원 의 확충	한부 모 가족 정책 적 배려	기타 3)
전체	100.0	21.5	13.5	12.5	10.7	8.6	5.9	5.6	5.1	5.1	11.5
연령											
15-19세	100.0	13.1	9.9	16.9	20.5	10.7	2.4	3.5	4.9	4.7	13.4
20-29세	100.0	21.1	10.1	17.3	14.2	4.5	4.9	7.6	5.6	4.1	10.6
30-39세	100.0	27.1	14.8	10.9	6.6	8.2	7.8	4.3	4.7	5.4	10.2
40-44세	100.0	18.1	18.9	4.7	5.2	14.1	6.8	6.3	5.6	6.3	14.0
교육수준											
학생											
중/고등 학생	100.0	12.1	9.4	17.4	22.7	10.4	1.4	3.8	5.5	4.1	13.2
대학(원)생	100.0	16.4	9.0	15.2	16.5	7.0	4.6	8.2	6.3	6.3	10.5
일반인											
고졸 이하(10대 포함)	100.0	21.5	15.6	10.3	8.6	10.8	5.6	5.6	4.4	6.3	11.3
대졸 이상	100.0	24.9	13.9	12.4	8.1	6.9	7.8	5.4	5.7	4.0	10.9
대학원졸 이상	100.0	28.7	14.9	11.8	4.6	5.4	6.9	4.2	2.7	4.1	16.7
거주 지역 ¹⁾											
대도시	100.0	21.3	13.7	12.2	10.2	8.9	6.7	5.4	4.5	5.2	11.9
중소 도시(동)	100.0	22.0	13.9	13.1	10.1	8.1	5.6	5.9	5.1	5.1	11.1
농어촌(읍/면)	100.0	21.0	11.7	12.1	13.8	8.8	4.0	5.0	7.6	4.8	11.2
혼인상태											
기혼	100.0	25.6	16.0	9.9	5.7	10.3	7.4	4.5	5.0	4.6	11.0
미혼	100.0	16.3	10.2	15.8	17.1	6.5	4.1	6.9	5.4	5.7	12.0
월평균 가구소득											
200만원 이하	100.0	17.7	10.8	15.7	14.5	9.0	4.7	6.1	5.0	5.1	11.4
200-300만원	100.0	21.3	14.6	13	9.2	8.3	5.7	6.4	4.3	6.2	11.0
300-500만원	100.0	24.3	14.0	10.1	9.7	9.0	6.9	4.4	5.7	4.3	11.6
500만원 초과	100.0	22.0	14.9	11.5	8.8	7.2	6.2	5.6	5.7	4.6	13.5
종교											
무교	100.0	20.9	11.5	13.0	10.6	9.0	5.7	5.9	5.7	6.0	11.7
불교	100.0	21.3	15.7	11.8	10.1	8.7	6.2	5.6	5.5	3.8	11.3
기독교	100.0	22.2	14.8	12.3	11.1	8.8	6.0	4.7	4.8	4.6	10.7
천주교	100.0	23.0	14.8	12.5	11.1	6.8	5.0	5.8	3.4	4.8	12.8
기타(무응답 포함)	100.0	20.2	12.9	9.1	10	2.1	17.9	7.6	0.0	1.8	18.4
인공임신중절 경험여부 ²⁾											
있음	100.0	20.7	15.1	10.3	6.7	10.7	7.1	5.9	5.0	6.8	11.7
없음	100.0	21.7	13.0	13.1	11.8	8.0	5.6	5.5	5.2	4.6	11.5

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

주2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

주3) 기타 의견으로는 가족 친화적 직장문화 촉진(2.8%), 양성평등 구현(2.0%), 공교육 강화(1.9%), 지나친 경쟁 사회 지양(1.3%), 서민들의 주택 용자(1.2%), 노인 간병서비스 확충(0.3%) 등이 있었다.

연령대별로는 30~39세 연령대는 '육아지원환경의 확충'이 27.1%로 가장 높았고, 연령이 낮을수록 '미혼모 시설 확충(상담 포함)'에 대한 요구가 높았으며, 연령이 높을수록 '한 부모 가족의 정책적 배려'에 대한 응답이 많았다. 학력별로는 학력수준이 높을수록 '육아지원환경의 확충' 비율이 높았고, 학력이 낮을수록 '사교육비 경감'의 요구가 많았다. 결혼 상태별로는 미혼은 '출산 지원금', '미혼모 시설 확충(상담 포함)', '고용안정'의 요구가 높았다. 가구 소득별로는 소득이 낮을수록 '미혼모 시설 확충(상담 포함)'에 대한 의견이 많았다. 인공임신중절 경험 여부에 따른 의견의 차이는 크게 보이지 않고 있었다.

따라서, 임신, 출산, 육아와 관련된 정책에 있어서 가임기 여성이 생각하는 우선 순위는 경제적인 부담을 줄일 수 있는 육아지원 환경확충, 출산 지원금 지원, 사교육비 경감, 양질의 보육환경, 고용안정 등이 있었고, 이와 함께 자녀를 안전하게 키울 수 있는 환경조성을 희망하였다. 또한 가족가치의 변화, 이혼에 대한 인식 및 태도변화 등에 의한 가족 구조가 다양해지면서 따라 미혼모와 한부모를 위한 정책적 제도 개선 등의 요구가 높은 것으로 조사되었다.

< 표 31 > 임신, 출산, 육아와 관련된 사회적, 제도적 여건을 개선하기 위한 정부정책 중
우선순위 중 1+2+3 순위

(단위 : %)

구분	육아 지원 환경 확충	안전 한 자녀 양육 환경 조성	출산 지원 금	사교 육비 경감	미혼 모 시설 확충 (상담 포함)	양질 의 보육 환경	한부 모 가족 정책 적 배려	복지 재원 의 확충	고용 안 정	가족 친화 적 직장 문화 촉진	기타 3)
전체	53.6	41.9	31.3	27.3	26.9	23.7	18.4	17.2	16.0	12.2	31.5
연령											
15-19세	37.8	30.5	45.3	29.9	47.7	11.9	19.7	15.5	13.7	7.0	41.0
20-29세	56.2	37.1	41.7	18.8	33.8	20.0	18.9	16.8	18.1	13.8	24.8
30-39세	61.8	47.1	26.2	28.1	19.0	29.6	16.5	17.2	13.1	13.8	27.6
40-44세	46.8	48.7	13.6	37.0	14.7	27.3	20.1	19.0	19.8	11.0	42.0
교육수준											
학생											
중/고등 학생	38.3	30.4	44.7	30.1	50.3	9.3	18.7	16.8	14.3	5.0	42.1
대학(원)생	45.4	33.8	40.4	23.4	40.3	18.4	24.9	16.9	18.5	11.2	26.8
일반인											
고졸 이하(10대 포함)	52.8	46.8	27.0	33.1	21.0	22.7	19.2	17.1	15.5	10.2	34.6
대졸 이상	59.7	43.2	29.2	23.7	22.2	29.4	16.1	17.8	16.0	15.3	27.4
대학원졸 이상	66.6	42.3	25.0	17.7	21.0	31.4	13.4	15.1	17.5	21.9	28.1
거주 지역 ¹⁾											
대도시	54.4	41.5	31.0	27.8	26.3	24.7	18.0	15.6	16.2	13.2	31.3
중소 도시(동)	53.0	42.5	31.0	26.8	26.4	23.3	19.6	18.8	15.3	11.9	31.4
농어촌(읍/면)	52.7	41.9	32.9	27.5	30.3	21.0	16.5	18.6	17.0	9.7	31.9
혼인상태											
기혼	59.2	47.5	24.6	31.4	17.3	28.5	16.1	17.8	14.4	12.8	30.4
미혼	46.5	34.9	39.8	22.2	39.1	17.5	21.3	16.5	17.9	11.5	32.8
월평균 가구소득											
200만원 이하	50.4	36.1	38.7	28.6	31.7	18.0	20.2	17.1	15.8	10.5	32.9
200-300만원	54.3	44.6	32.0	27.5	26.8	22.7	20.0	15.7	16.5	10.1	29.8
300-500만원	54.5	43.3	26.5	28.5	24.3	27.1	15.9	18.0	15.7	13.5	32.7
500만원 초과	56.4	44.0	27.5	21.3	24.2	28.2	17.6	18.6	16.1	17.2	28.9
종교											
무교	52.9	40.0	31.7	28.3	27.4	24.0	18.5	16.9	16.9	11.7	31.7
불교	53.8	46.6	29.8	28.3	24.5	23.0	17.9	17.9	15.2	10.4	32.6
기독교	54.7	42.1	31.3	25.9	27.0	22.5	18.8	18.9	15.5	12.1	31.2
천주교	55.2	40.7	32.1	26.1	28.8	25.3	17.9	13.2	14.8	17.3	28.6
기타(무응답 포함)	39.7	55.2	25.6	14.7	23.4	35.2	17.1	16.4	12.2	22.5	38.0
인공임신중절 경험여부 ²⁾											
있음	52.5	45.6	23.6	32.2	19.5	27.7	19.5	18.1	16.4	10.2	34.7
없음	53.9	40.9	33.4	26	28.9	22.5	18.1	16.9	15.9	12.8	30.7

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역,
농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

3) 기타 의견으로는 공교육 강화(8.3%), 학벌주위의 사회문화 타파(6.7%), 양성평등 구현(5.9%), 지나친 경쟁사
회 지양(5.5%), 서민들의 주택 융자(4.0%), 노인 간병서비스 확충(0.9%), 출산 후 부모의 고용안정 및 출산
휴가의 노동관련 법적 정책 강화, 결혼/임신/육아 때마다 필수 부부 합동교육, 성범죄 단속 및 관련 법규
강화, 성교육 강화(피임법/피임도구 사용법/피임도구 배부) 등이 있었다.

4. 인공임신중절 관련법에 대한 인지 및 태도

가. 인공임신중절 관련법 인지도

인공임신중절 현행 법규 중 형법 제269조¹³⁾ 및 제270조¹⁴⁾에 대한 내용을 어느 정도 인지하고 있는지에 대한 응답으로, 일부 알고 있다는 의견이 53.0%로 가장 많았고, 전혀 모른다는 의견 43.4%, 모두 알고 있다는 의견 3.6%로 조사되었다.

연령대별 분포를 살펴보면, 만15~44세 가임기여성 모든 연령대에서 일부 알고 있다는 응답이 48% 이상을 상회하였고, 전혀 모른다는 경우는 40% 이상의 비율을 보였으며, 모두 알고 있다는 경우는 2% 이상을 보였다. 교육수준별로는 대학(원)생에서 전혀 모른다는 응답과 모두 알고 있다는 의견이 각각 47.4%, 6.7%로 가장 높게 나타났고, 대학원 졸업 이상의 학력을 가진 경우 일부 알고 있다는 의견이 62.5%로 높았다. 거주 지역별이나 혼인상태별, 가구소득별, 종교별, 인공임신중절 경험여부별 분포는 전체 평균 비율과 비슷하게 나타나 전혀 모른다는 의견 40% 이상, 일부 알고 있다는 의견 50% 이상, 모두 알고 있다는 의견 약 3% 이상으로 거의 동일한 분포로 조사되었다.

따라서 인공임신중절 관련 현행 법규에 대해 가임기 여성의 40% 가량이 인지하지 못하고 있는 것으로 조사되어, 10대와 성인을 포함한 인공임신중절에 대한 법규정에 관한 교육이 필요할 것으로 판단된다.

13) 형법 제269조(낙태) ① 부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다
14) 형법 제270조(의사 등의 낙태, 부동의 낙태) ① 의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다

< 표 32 > 형법 제269조 및 제270조에 대한 인지여부

(단위 : %)

구분	계(%)	전혀 모른다	일부 알고 있다	모두 알고 있다
전체	100.0	43.4	53.0	3.6
연령				
15-19세	100.0	47.6	48.6	3.8
20-29세	100.0	43.8	51.7	4.5
30-39세	100.0	42.8	53.6	3.6
40-44세	100.0	40.6	57.2	2.2
교육수준				
학생				
중/고등 학생	100.0	45.6	50.9	3.6
대학(원)생	100.0	47.4	46.0	6.7
일반인				
고졸 이하(10대 포함)	100.0	45.2	51.9	2.9
대졸 이상	100.0	41.2	55.5	3.2
대학원졸 이상	100.0	32.8	62.5	4.7
거주 지역¹⁾				
대도시	100.0	43.8	52.4	3.7
중소 도시(동)	100.0	42.8	54.1	3.1
농어촌(읍/면)	100.0	43.5	51.9	4.6
혼인상태				
기혼	100.0	41.8	55.3	3.0
미혼	100.0	45.5	50.0	4.5
월평균 가구소득				
200만원 이하	100.0	44.6	52.2	3.2
200-300만원	100.0	44.8	51.2	3.9
300-500만원	100.0	41.1	55.5	3.4
500만원 초과	100.0	44.2	51.5	4.3
종교				
무교	100.0	43.9	53.1	3.0
불교	100.0	42.3	54.1	3.5
기독교	100.0	44.5	51.4	4.1
천주교	100.0	39.6	55.1	5.3
기타(무응답 포함)	100.0	51.1	43.1	5.8
인공임신중절 경험여부²⁾				
있음	100.0	44.3	52.8	2.9
없음	100.0	43.1	53.0	3.8

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

모자보건법 제14조¹⁵⁾ 및 시행령 제15조¹⁶⁾에 대한 법 규정 내용을 어느 정도 인지하고 있는지에 대한 응답으로, 일부 알고 있다는 의견이 57.5%로 가장 많았고, 전혀 모른다는 의견 36.9%, 모두 알고 있다는 의견 5.7%로 조사되었다.

연령대별로 살펴보았을 때, 10대의 경우 전혀 모른다는 의견과 모두 알고 있다는 의견 각각 43.1%, 8.2%와 40대에서 일부 알고 있다는 의견 62.8%가 가장 높게 조사되었다. 교육수준별 분포로는 중·고등학생이나 고등학생 졸업 이하인 경우에서 전혀 모른다고 응답한 경우가 40% 이상을 보였고, 대학 졸업이나 대학원 졸업 이상의 학력을 가진 가임기여성이 일부 알고 있다고 응답한 경우가 60% 이상을 상회하였다. 거주 지역별로 대도시, 중소 도시, 농어촌 모두 일부 알고 있다고 응답한 경우가 54% 이상을 보였고, 혼인상태별로나 가구 소득별, 종교별, 인공임신중절 경험여부별 분포는 전체 평균 비율과 비슷하게 나타나 전혀 모른다는 의견 32% 이상, 일부 알고 있다는 의견 52% 이상, 모두 알고 있다는 의견 약 5% 이상으로 거의 동일한 분포로 조사되었다.

15) 모자보건법 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 준강간(準強姦)에 의하여 임신된 경우
4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우
5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우

16) 모자보건법 시행령 제15조 (인공임신중절수술의 허용한계)

- ① 법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 할 수 있다.
- ② 법 제14조제1항제1호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체 질환은 연골무형성증, 낭성섬유증 및 그 밖의 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환으로 한다.
- ③ 법 제14조제1항제2호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 독소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.

< 표 33 > 모자보건법 제14조 및 시행령 제15조에 대한 인지여부

(단위 : %)

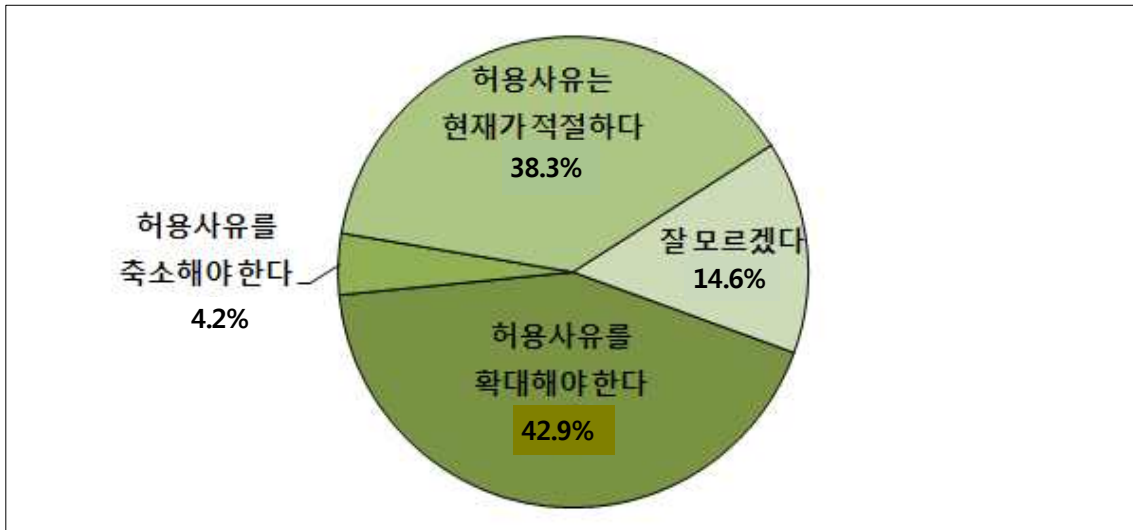
구분	계(%)	전혀 모른다	일부 알고 있다	모두 알고 있다
전체	100.0	36.9	57.5	5.7
연령				
15-19세	100.0	43.1	48.7	8.2
20-29세	100.0	36.9	57.2	5.8
30-39세	100.0	36.1	58.5	5.4
40-44세	100.0	33.2	62.8	4.0
교육수준				
학생				
중/고등 학생	100.0	41.7	49.3	9.1
대학(원)생	100.0	37.9	55.3	6.8
일반인				
고졸 이하(10대 포함)	100.0	40.1	55.2	4.8
대졸 이상	100.0	33.5	61.6	4.9
대학원졸 이상	100.0	25.7	66.0	8.3
거주 지역¹⁾				
대도시	100.0	37.4	57.3	5.4
중소 도시(동)	100.0	35.8	59.0	5.2
농어촌(읍/면)	100.0	37.9	54.1	8.0
혼인상태				
기혼	100.0	33.6	61.6	4.8
미혼	100.0	41.0	52.2	6.8
월평균 가구소득				
200만원 이하	100.0	39.7	54.0	6.3
200-300만원	100.0	37.5	57.6	5.0
300-500만원	100.0	34.7	59.8	5.5
500만원 초과	100.0	35.6	57.9	6.5
종교				
무교	100.0	36.4	57.7	5.8
불교	100.0	38.8	56.5	4.6
기독교	100.0	37.8	56.7	5.5
천주교	100.0	32.8	60.0	7.2
기타(무응답 포함)	100.0	38.2	55.4	6.4
인공임신중절 경험여부²⁾				
있음	100.0	36.1	59.7	4.2
없음	100.0	37.1	56.9	6.1

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

나. 인공임신중절 관련법 개정방향에 대한 태도

모자보건법 제14조의 허용한계에 대한 의견으로, 허용사유를 확대해야 한다는 의견이 42.9%로 가장 많았고, 현재가 적절하다는 의견이 38.3%, 잘 모르겠다고 응답한 경우 14.6%, 허용사유를 축소해야 한다는 의견 4.2% 순으로 조사되었다.



< 그림 17 > 인공임신중절 관련법 개정방향에 대한 태도

연령대별 분포로는 20대와 30대에서 허용사유를 확대해야 한다는 응답이 43% 이상으로 높게 나타났고, 반대로 허용사유를 축소해야 한다는 입장은 40대에서 가장 높게 나타났다.

교육수준별로 살펴보았을 때, 대학교 졸업 혹은 대학원 졸업 이상의 학력을 가진 경우 허용사유를 확대해야 한다는 의견이 47% 이상을 상회하였고, 중·고등학생인 경우 허용사유는 현재가 적절하다는 응답이 47.1%로 높았다.

거주 지역별 분포로 볼 때, 대도시, 중소도시, 농어촌 모두 허용사유를 확대해야 한다는 의견이 40% 이상으로 높게 조사되었고, 허용사유는 현재가 적절하다는 의견에 대해 모두 37% 이상의 응답비율을 보였다.

가구소득별로는 500만원 초과 월평균 소득이 있는 가임기 여성의 50%가 허용사유를 확대해야 한다고 응답하였고, 반대로 200만원 이하의 소득이 있는 경우에 허용사유를 축소해야 한다는 질문에 있어서 5.2%의 응답으로 가장 높았다.

종교별로도 무교이거나 불교, 기독교인 경우와 인공임신중절 경험이 있거나 없는 가임기 여성 모두 허용사유를 확대해야 한다는 의견이 40% 이상으로 조사되었다.

전술한 바와 같이 가임기여성 전체의 42% 이상이 허용사유를 확대해야 한다는 의견을 보이고 있다. 모자보건법의 현실화와 구체화를 위해 사회경제적 사유, 본인 요청으로 인한 사유에 대한 논의가 필요하며, 더불어 제도적 보완 절차가 있어야 할 것으로 판단된다.

< 표 34 > 모자보건법 제14조 허용한계에 대한 의견

(단위 : %)

구분	계(%)	허용사유를 확대해야 한다	허용사유를 축소해야 한다	허용사유는 현재가 적절하다	잘 모르겠다
전체	100.0	42.9	4.2	38.3	14.6
연령					
15-19세	100.0	34.9	4.4	43.8	16.9
20-29세	100.0	48.9	3.8	33.9	13.4
30-39세	100.0	43.5	4.1	36.9	15.5
40-44세	100.0	38.7	4.9	43.6	12.8
교육수준					
학생					
중/고등 학생	100.0	34.8	3.1	47.1	15.0
대학(원)생	100.0	43.2	5.3	36.0	15.6
일반인					
고졸 이하(10대 포함)	100.0	39.3	4.8	39.3	16.6
대졸 이상	100.0	47.8	3.7	35.7	12.8
대학원졸 이상	100.0	47.5	3.1	39.1	10.3
거주 지역¹⁾					
대도시	100.0	43.1	4.2	37.6	15.2
중소 도시(동)	100.0	43.4	4.3	39.0	13.3
농어촌(읍/면)	100.0	40.7	4.1	39.2	16.0
혼인상태					
기혼	100.0	42.8	4.1	39.8	13.4
미혼	100.0	43.0	4.3	36.5	16.1
월평균 가구소득					
200만원 이하	100.0	36.7	5.2	38.7	19.4
200-300만원	100.0	43.2	4.4	38.4	14.0
300-500만원	100.0	44.7	3.6	39.9	11.8
500만원 초과	100.0	50.0	3.2	33.1	13.7
종교					
무교	100.0	45.5	3.0	36.5	15.0
불교	100.0	43.2	5.0	40.5	11.3
기독교	100.0	40.2	4.7	39.6	15.5
천주교	100.0	38.4	5.6	41.2	14.7
기타(무응답 포함)	100.0	24.5	16.4	21.9	37.3
인공임신중절 경험여부²⁾					
있음	100.0	45.5	3.6	37.9	13.0
없음	100.0	42.1	4.4	38.5	15.0

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역,
농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

허용사유를 축소해야 한다고 응답한 이유에 대한 결과로, 태아의 생명존중을 위한 의견이 71.5%, 성문화 바로잡기 13.8%, 산모의 건강에 좋지 않아서 8.7%, 종교적 이유 3.9%, 출산율 증가 도모 2.1% 순으로 조사되었다.

연령대별 분포를 보았을 때, 15세 이상 19세 이하의 가임기여성에서 태아의 생명존중이라고 응답한 경우가 95.2%로 가장 높았고, 성문화 바로잡기에 대한 질문과 산모의 건강에 좋지 않아서라는 질문에 대한 응답이 30대에서 각각 19.7%, 10.4%로 많았다. 교육수준별로는 중·고등학생이나 대학(원)생의 경우 태아의 생명존중으로 응답한 경우가 90% 이상으로 높았고, 거주 지역별로 살펴보았을 때 대도시, 중소도시, 농어촌 모두에서 태아의 생명존중에 대한 응답이 70%이상을 나타냈다. 혼인상태별로나 가구소득, 종교별, 인공임신중절 경험여부별로도 태아의 생명존중으로 응답한 경우가 가장 많았다.

현재 태아의 자생적 생존가능성(viability)에 대한 논의와 연구가 계속되고 있고, 여성의 자기결정권에 대한 범위의 논쟁이 지속되어 왔다. 모호한 기준 안에서 분명한 것은 원치 않는 임신을 근절하는 것이다. 이를 위해 사회적으로나 제도적으로 인공임신중절 감소를 위해 구체적이고 현실적인 법·정책적 대안마련이 필요할 것이다.

< 표 35 > 허용사유를 축소해야 된다고 응답한 이유

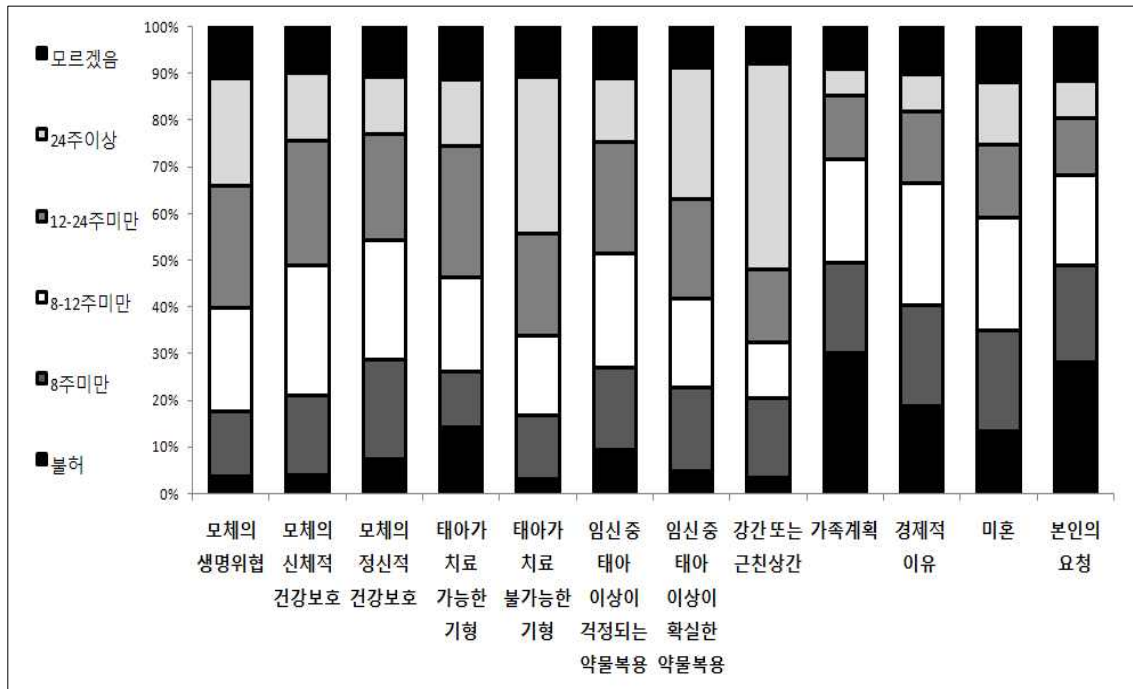
(단위 : %)

구분	계(%)	태아의 생명존중	성문화 바로잡기	산모의 건강에 좋지 않아서	종교적 이유	출산율 증가 도모
전체	100.0	71.5	13.8	8.7	3.9	2.1
연령						
15-19세	100.0	95.2	0.0	4.8	0.0	0.0
20-29세	100.0	71.2	11.1	8.9	7.6	1.1
30-39세	100.0	63.7	19.7	10.4	3.0	3.3
40-44세	100.0	67.5	17.7	8.8	3.4	2.7
교육수준						
학생						
중/고등 학생	100.0	90.6	0.0	9.4	0.0	0.0
대학(원)생	100.0	91.1	0.0	0.0	4.8	4.1
일반인						
고졸 이하(10대 포함)	100.0	68.3	20.0	7.0	1.1	3.7
대졸 이상	100.0	61.6	17.0	13.4	8.0	0.0
대학원졸 이상	100.0	81.5	0.0	18.5	0.0	0.0
거주 지역 ¹⁾						
대도시	100.0	70.9	16.2	8.0	4.2	0.6
중소 도시(동)	100.0	70.8	12.5	7.4	4.7	4.6
농어촌(읍/면)	100.0	75.4	9.2	15.3	0.0	0.0
혼인상태						
기혼	100.0	66.5	18.2	9.3	3.9	2.1
미혼	100.0	77.5	8.6	8.1	3.8	2.0
월평균 가구소득						
200만원 이하	100.0	71.9	17.4	7.1	3.5	0.0
200-300만원	100.0	79.3	6.6	9.8	2.5	1.9
300-500만원	100.0	71.7	12.3	10.3	2.5	3.1
500만원 초과	100.0	44.3	29.8	6.1	13.4	6.4
종교						
무교	100.0	80.6	11.8	7.5	0.0	0.0
불교	100.0	52.1	26.7	15.8	0.0	5.4
기독교	100.0	70.0	9.4	7.4	12.1	1.0
천주교	100.0	85.8	4.4	5.5	0.0	4.4
기타(무응답 포함)	100.0	60.5	26.9	0.0	12.6	0.0
인공임신중절 경험여부 ²⁾						
있음	100.0	57.2	22.3	11.5	7.4	1.6
없음	100.0	74.8	11.9	8.1	3.0	2.2

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역,
농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

인공임신중절 사유별 허용주수 기간을 개정한다면 사유별로 어떻게 개정하는 것이 적정한지 묻는 질문에 대한 응답으로, 모체의 생명위협의 사유에 대해 12주 이상 24주 미만 허용해야 한다는 의견이 26%로 가장 많았고, 24주 이상 23%, 8주 이상 12주 미만 22.4%로 순으로 조사되었다.



< 그림 18 > 인공임신중절 사유별 허용주수 개정기간

모체의 신체적 건강보호 사유에 대해 8주 이상 12주 미만으로 응답한 경우는 27.9%로 가장 많았고, 12주 이상 24주 미만 26.9%, 8주 미만 16.8% 순으로 나타났으며, 모체의 정신적 건강보호에 대해서 8주 이상 12주 미만 허용 25.8%, 12주 이상 24주 미만 22.5%, 8주 미만 21.1% 순으로 조사되었다.

태아의 치료 가능한 기형에 대해서 12주 이상 24주 미만 허용해야 한다는 의견이 28%로 가장 많았고, 8주 이상 12주 미만 20.3%, 24주 이상 14.3% 순으로 조사되었으며, 태아의 치료 불가능한 기형의 사유에 대해 24주 이상 허용해야 한다는 의견이 33.6%로 높은 비율을 보였다.

임신 중 태아 이상이 걱정되는 약물복용에 대해 8주 이상 12주 미만 허용해야 한다는 의견 24.3%, 임신 중 태아 이상이 확실한 약물복용의 사유를 24주 이상 허용해야 한다는 응답이 28%로 많이 조사되었다.

강간 또는 근친상간에 대해 24주 이상 허용해야 한다는 의견은 44%로 높은 비율을 보였으며, 가족계획에 대하여 불허해야 한다는 의견이 30.2%로 많았다.

사회경제적 이유와 ‘미혼이어서’에 대하여 8주 이상 12주 미만 허용해야 한다는 의견이 각각 26.2%, 23.9%로 많았고, 본인의 요청에 대해 불허해야 한다는 의견은 28%로 높은 비율을 보였다.

결국 본인의 요청에 대해서는 대부분 보수적인 반응을 보였고, 강간 및 근친상간, 임신중 태아기형이 확실한 경우 등은 허용해야 한다는 입장으로 분석된다.

< 표 36 > 인공임신중절 사유별 적절한 허용주수에 대한 의견

(단위 : %)

구분	불허	8주미만	8주이상 - 12주미만	12주이상 - 24주미만	24주이상	모르겠음	합계
01. 모체의 생명위협	3.7	13.8	22.4	26.0	23.0	11.1	100.0
02. 모체의 신체적 건강보호	4.1	16.8	27.9	26.9	14.4	9.9	100.0
03. 모체의 정신적 건강보호	7.5	21.1	25.8	22.5	12.2	10.9	100.0
04. (태아 이상 또는 기형) 태아가 치료 가능한 기형	14.1	12.0	20.3	28.0	14.3	11.3	100.0
05. (태아 이상 또는 기형) 태아가 치료 불가능한 기형	3.2	13.6	17.1	21.8	33.6	10.8	100.0
06. (태아 이상 또는 기형) 임신 중 태아 이상이 걱정되는 약물복용 (예: 감기약, 소화제, 두통약 등)	9.5	17.5	24.3	24.1	13.4	11.2	100.0
07. (태아 이상 또는 기형) 임신 중 태아 이상이 확실한 약물복용	4.8	18.0	19.0	21.2	28.0	8.9	100.0
08. 강간 또는 근친상간	3.5	17.0	12.0	15.6	44.0	7.9	100.0
09. (사회 경제적 이유) 가족계획 (자녀를 원치 않아서, 터울조절, 원하지 않는 성별)	30.2	19.3	22.3	13.4	5.9	9.0	100.0
10. (사회 경제적 이유) 경제적 이유 (양육이 어렵다고 인정되는 경제상태)	18.8	21.6	26.2	15.2	8.0	10.2	100.0
11. (사회 경제적 이유) 미혼이어서	13.2	21.8	23.9	15.8	13.2	12.0	100.0
12. 본인의 요청	28.0	20.9	19.2	12.4	7.9	11.6	100.0

다. 인공임신중절 결정권

성인의 경우 인공임신중절의 결정권이 누구에게 있어야 한다고 생각하는지 묻는 질문에 대해, 임신부와 상대남성에게 있다는 의견이 38.9%로 가장 많았고, 임신부 당사자에게 있다는 의견 33.9%, 임신부와 상대남성, 의사에게 있다는 의견 15.9%, 누구에게도 없다 7.9%, 임신부와 의사 3.2%, 기타 0.1% 순으로 조사되었다.

연령대별 분포를 보면 30대의 경우 임신부와 상대남성에게 있다고 응답한 의견이 44%, 20대의 경우 임신부 당사자라고 응답한 의견 35.1%, 임신부와 상대 남성, 의사에게 있다는 의견 16.6%, 임신부와 의사 4.1%로 나타났다.

교육수준별 분포로는 중·고등학생의 경우 임신부 당사자에게 결정권이 있다고 응답한 경우가 43%, 임신부와 상대남성에게 있다는 의견이 26.3%, 임신부와 상대남성, 의사에게 있다고 응답한 의견 12.1% 순으로 조사되었다. 거주 지역별로 살펴보면 대도시, 중소도시, 농어촌 모두 임신부와 상대남성으로 응답한 경우가 37% 이상을 상회했으며, 혼인상태별로는 기혼의 경우 44.2%가 임신부와 상대남성에게 있다고 응답하였고, 미혼의 경우 임신부 당사자에게 결정권이 있다는 의견이 38.4%로 많았다. 가구소득별로 보면 200만원 이하에서 500만원의 월평균 소득이 있는 가임기여성 모두 37% 이상이 임신부와 상대 남성에게 있다고 응답하였고, 500만원 초과 소득이 있는 경우 임신부 당사자에게 결정권이 있다는 의견이 37.4%로 조사되었다. 종교별로 무교, 불교, 기독교, 천주교의 38% 이상이 임신부와 상대남성에게 결정권이 있다고 응답하였고, 인공임신중절 경험여부가 있거나 없는 경우에도 임신부와 상대남성이라고 응답한 경우가 각각 46.8%, 36.8%로 나타났다.

조사결과에서 보여 지듯이 인공임신중절의 문제는 임신부 본인의 책임으로 한정하기 보다는 임신부와 남성이 함께 고민하는 문제로 인식하는 경우가 많았다.

< 표 37 > 인공임신중절의 결정권 여부

(단위 : %)

구분	계(%)	임산부, 상대남성	임산부 당사자	임산부, 남성, 의사	누구 에게도 없다	임산부, 의사	기타3)
전체	100.0	38.9	33.9	15.9	7.9	3.2	0.1
연령							
15-19세	100.0	26.0	42.9	12.1	13	5.8	0.2
20-29세	100.0	37.1	35.1	16.6	6.8	4.1	0.2
30-39세	100.0	44.0	31.2	15.9	6.9	1.9	0.1
40-44세	100.0	42.4	30.1	17.8	7.7	2.0	0.0
교육수준	100.0						
학생							
중/고등 학생	100.0	26.3	43.0	12.1	12.4	5.9	0.3
대학(원)생	100.0	31.8	37.9	14.0	10.1	6.0	0.2
일반인							
고졸 이하(10대 포함)	100.0	42.0	33.1	15.9	7.5	1.4	0.0
대졸 이상	100.0	42.3	31.7	16.7	6.2	3.0	0.1
대학원졸 이상	100.0	35.3	26.6	24.0	10.2	3.9	0.0
거주 지역¹⁾							
대도시	100.0	37.8	35.1	15.4	7.9	3.7	0.1
중소 도시(동)	100.0	39.9	32.9	16.8	7.6	2.6	0.2
농어촌(읍/면)	100.0	40.3	32.5	15.6	9.0	2.6	0.0
혼인상태							
기혼	100.0	44.2	30.3	16.6	7.1	1.7	0.1
미혼	100.0	32.3	38.4	15.1	8.9	5.0	0.2
월평균 가구소득							
200만원 이하	100.0	37.3	33.7	14.9	10.3	3.4	0.4
200-300만원	100.0	40.0	32.3	17.0	7.7	3.1	0.0
300-500만원	100.0	40.4	34.1	15.3	6.9	3.3	0.1
500만원 초과	100.0	36.1	37.4	17.3	6.7	2.4	0.0
종교							
무교	100.0	38.1	36.1	16.6	6.0	3.1	0.0
불교	100.0	42.9	35.4	13.9	4.5	3.3	0.0
기독교	100.0	38.1	30.7	16.4	11.5	3.1	0.2
천주교	100.0	38.3	30.2	15.7	12.1	3.0	0.7
기타(무응답 포함)	100.0	31.4	26.1	9.4	29.7	3.5	0.0
인공임신중절 경험여부²⁾							
있음	100.0	46.8	32.1	15.5	4.4	1.2	0.1
없음	100.0	36.8	34.4	16.1	8.9	3.7	0.1

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

3) 기타 응답으로는 임산부와 배우자 및 여러 명의 의사조건, 임산부와 배우자 및 부모 등이 있었다.

라. 배우자 동의의 필요성

인공임신중절 수술 시 배우자의 동의 여부에 대한 응답으로 가임기여성의 73.1%가 필요하다고 응답하였고, 26.9%는 필요하지 않다고 조사되었다. 연령별, 교육수준별, 거주지역별, 혼인상태별, 가구소득별, 종교별, 인공임신중절 경험여부별로 살펴 보았을 때, 전술한 전체 응답과 거의 동일한 비율을 보였다. 조사 결과를 통해 인공임신중절에 대해 여성이 남성과 공동의 책임이 있다고 생각하는 것을 알 수 있었다.

< 표 38 > 인공임신중절 수술 시 배우자의 동의(사실혼 포함) 필요 여부

(단위 : %)

구분	계(%)	배우자 동의 필요	배우자 동의 불필요
전체	100.0	73.1	26.9
연령			
15-19세	100.0	70.2	29.8
20-29세	100.0	70.2	29.8
30-39세	100.0	75.1	24.9
40-44세	100.0	76.0	24.0
교육수준			
학생			
중/고등 학생	100.0	70.9	29.1
대학(원)생	100.0	70.5	29.5
일반인			
고졸 이하(10대 포함)	100.0	73.1	26.9
대졸 이상	100.0	74.2	25.8
대학원졸 이상	100.0	74.3	25.7
거주 지역¹⁾			
대도시	100.0	69.9	30.1
중소 도시(동)	100.0	75.5	24.5
농어촌(읍/면)	100.0	77.8	22.2
혼인상태			
기혼	100.0	75.8	24.2
미혼	100.0	69.6	30.4
월평균 가구소득			
200만원 이하	100.0	71.9	28.1
200-300만원	100.0	74.0	26.0
300-500만원	100.0	74.9	25.1
500만원 초과	100.0	68.3	31.7
종교			
무교	100.0	69.9	30.1
불교	100.0	72.9	27.1
기독교	100.0	77.2	22.8
천주교	100.0	76.3	23.7
기타(무응답 포함)	100.0	81.6	18.4
인공임신중절 경험여부²⁾			
있음	100.0	74.4	25.6
없음	100.0	72.7	27.3

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

마. 의료기관 상담의 필요성

인공임신중절 수술 전·후에 의료기관에서의 상담 필요성 여부에 대한 응답으로, 필요하다는 의견 96.6% 대비 필요하지 않다는 의견 3.4%로 큰 차이를 보였다.

연령대별, 교육수준별, 거주 지역별, 혼인상태별, 가구소득별, 종교별, 인공임신중절 경험여부별 분포를 살펴보았을 때에도, 전체 응답비율과 거의 유사한 결과로 조사되었다.

따라서 인공임신중절 수술 전·후에 겪게 되는 정신적·심리적 부정적인 감정에 대한 개선을 위해서나, 인공임신중절률을 낮추기 위한 정부 차원의 현실적 대책으로서 인공임신중절 수술 전·후에 의료기관에서의 상담은 필요할 것으로 보인다.

< 표 39 > 인공임신중절(낙태) 수술 전·후에 의료기관에서의 상담 필요성 여부

(단위 : %)

구분	계(%)	필요하다	필요하지 않다
전체	100.0	96.6	3.4
연령			
15-19세	100.0	98.3	1.7
20-29세	100.0	97.5	2.5
30-39세	100.0	95.9	4.1
40-44세	100.0	95.0	5.0
교육수준			
학생			
중/고등 학생	100.0	98.0	2.0
대학(원)생	100.0	98.5	1.5
일반인			
고졸 이하(10대 포함)	100.0	94.4	5.6
대졸 이상	100.0	97.7	2.3
대학원졸 이상	100.0	95.5	4.5
거주 지역¹⁾			
대도시	100.0	96.3	3.7
중소 도시(동)	100.0	97.0	3.0
농어촌(읍/면)	100.0	96.5	3.5
혼인상태			
기혼	100.0	95.7	4.3
미혼	100.0	97.7	2.3
월평균 가구소득			
200만원 이하	100.0	96.4	3.6
200-300만원	100.0	96.3	3.7
300-500만원	100.0	97.2	2.8
500만원 초과	100.0	95.8	4.2
종교			
무교	100.0	96.2	3.8
불교	100.0	96.6	3.4
기독교	100.0	97.6	2.4
천주교	100.0	95.9	4.1
기타(무응답 포함)	100.0	93.5	6.5
인공임신중절 경험여부²⁾			
있음	100.0	94.2	5.8
없음	100.0	97.2	2.8

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

바. 의료기관 외 상담의 필요성

가임기 여성을 대상으로 인공임신중절 수술 전·후에 의료기관 외 상담기관에서의 상담 필요성을 조사한 결과 전체 응답자의 83%가 필요하다고 응답하였다.

연령대별로 살펴보면, 연령이 낮을수록 인공임신중절 수술 전·후에 의료기관 이외 별도의 상담기관에서 상담이 필요하다고 응답한 비율이 높았고, 학력 수준별로는 일반인보다 학생인 경우 ‘필요하다’는 응답이 많았다. 혼인 상태가 미혼이고, 월 평균 가구소득이 낮을수록 의료기관 이외의 상담기관이 필요하다고 생각하는 경우가 많았다. 인공임신중절 경험여부에 따른 의견은 인공임신중절 경험이 없는 응답자가 의료기관 이외의 상담기관이 필요하다고 생각하는 비율이 더 높았다.

< 표 40 > 인공임신중절(낙태) 전·후에 의료기관 이외의 별도 상담기관에서의 상담 필요 여부

(단위 : %)

구분	계(%)	필요하다	필요하지 않다
전체	100.0	83.0	17.0
연령			
15-19세	100.0	91.2	8.8
20-29세	100.0	85.1	14.9
30-39세	100.0	81.6	18.4
40-44세	100.0	77.2	22.8
교육수준			
학생			
중/고등 학생	100.0	90.5	9.5
대학(원)생	100.0	91.7	8.3
일반인			
고졸 이하(10대 포함)	100.0	79.5	20.5
대졸 이상	100.0	82.0	18.0
대학원졸 이상	100.0	82.6	17.4
거주 지역¹⁾			
대도시	100.0	82.7	17.3
중소 도시(동)	100.0	82.8	17.2
농어촌(읍/면)	100.0	86.2	13.8
혼인상태			
기혼	100.0	79.9	20.1
미혼	100.0	87.5	12.5
월평균 가구소득			
200만원 이하	100.0	85.5	14.5
200-300만원	100.0	82.9	17.1
300-500만원	100.0	82.9	17.1
500만원 초과	100.0	80.3	19.7
종교			
무교	100.0	82.9	17.1
불교	100.0	81.7	18.3
기독교	100.0	84.7	15.3
천주교	100.0	83.5	16.5
기타(무응답 포함)	100.0	85.5	14.5
인공임신중절 경험여부²⁾			
있음	100.0	74.1	25.9
없음	100.0	85.7	14.3

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

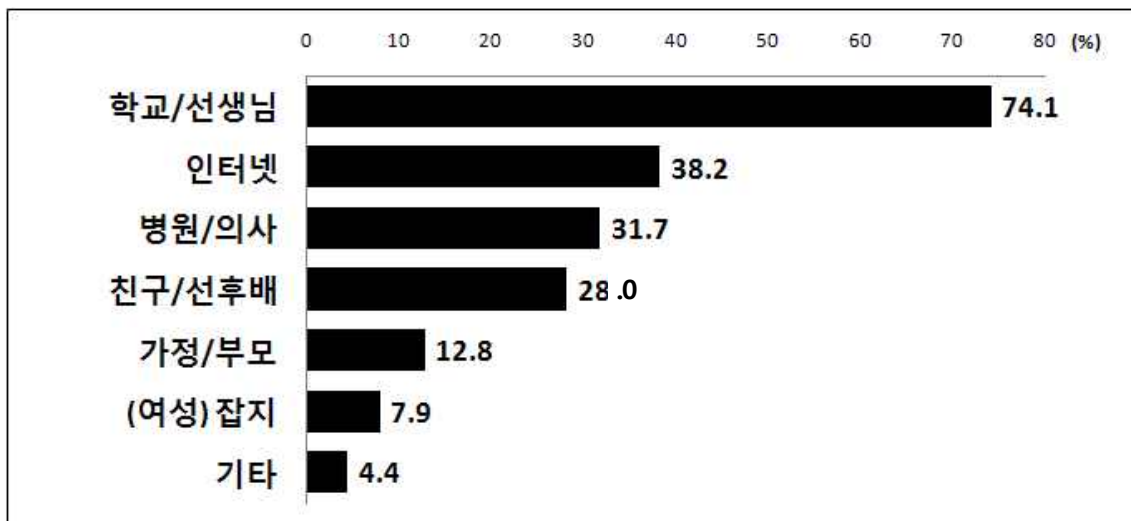
2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

5. 피임관련 사항

가. 피임교육과 유용성

가임기 여성의 피임관련 사항을 살펴보면, 피임에 대한 정보나 교육을 받아본 경험이 있다고 응답한 경우가 71.6%였다. 반면 28.4%는 피임에 대한 정보나 교육을 받아본 경험이 없다고 응답하였다.

연령대별로 살펴보면 현재 학생인 경우는 피임교육의 기회가 높은 것으로 보이나, 교육수준이 낮은 경우는 피임교육을 받아본 경험이 낮았다. 혼인 상태별로는 현재 미혼인 경우 기혼에 비해 피임교육의 경험이 많은 것으로 조사되었다. 월평균 가구소득에 따른 피임교육에 차이는 없었다. 인공임신중절 경험여부에 따른 피임교육의 경험 차이는 인공임신중절 경험이 있는 경우가 인공임신중절 경험이 없는 집단보다 피임교육의 경험이 적었다.



< 그림 19 > 피임에 대한 정보나 교육은 어디에서 혹은 누구에게 받아 보셨습니까?
(중복응답)

피임 교육을 받았다고 응답한 경우, 교육을 받은 장소 또는 대상자는 가장 많은 응답이 학교 또는 선생님(74.1%)이었다. 그 다음으로는 인터넷(38.2%), 병원 및 의사(31.7%), 친구 또는 선후배(28.0%), 가정 또는 부모(12.8%), 여성 잡지(7.9%) 등의 순이었다.

연령이 낮을수록 '선생님 또는 학교'를 통해 교육을 많이 받았고, 연령이 높을수

록 ‘의사 및 병원’과 ‘친구 또는 선후배’의 응답이 많았다. 교육수준별로는 현재 학생인 경우는 ‘학교 또는 선생님’의 응답이 90% 이상이었고, 교육수준이 낮을수록 ‘병원 및 의사’를 통한 피임교육이 많았다. 인공임신중절 경험이 있는 경우는 특히 ‘병원 및 의사’에서의 응답이 높았고, ‘학교 또는 선생님’의 응답은 상대적으로 낮았다.

< 표 41 > 피임에 대한 정보나 교육을 받아본 경험여부

(단위 : %)

구분	계(%)	경험이 있다	경험이 없다
전체	100.0	71.6	28.4
연령			
15-19세	100.0	88.1	11.9
20-29세	100.0	75.4	24.6
30-39세	100.0	64.4	35.6
40-44세	100.0	66.3	33.7
교육수준			
학생			
중/고등 학생	100.0	87.5	12.5
대학(원)생	100.0	84.0	16.0
일반인			
고졸 이하(10대 포함)	100.0	64.6	35.4
대졸 이상	100.0	69.6	30.4
대학원졸 이상	100.0	72.5	27.5
거주 지역¹⁾			
대도시	100.0	72.2	27.8
중소 도시(동)	100.0	70.0	30.0
농어촌(읍/면)	100.0	73.9	26.1
혼인상태			
기혼	100.0	66.4	33.6
미혼	100.0	78.2	21.8
월평균 가구소득			
200만원 이하	100.0	71.5	28.5
200-300만원	100.0	71.4	28.6
300-500만원	100.0	71.7	28.3
500만원 초과	100.0	71.9	28.1
종교			
무교	100.0	71.4	28.6
불교	100.0	71.8	28.2
기독교	100.0	70.5	29.5
천주교	100.0	74.7	25.3
기타(무응답 포함)	100.0	73.7	26.3
인공임신중절 경험여부²⁾			
있음	100.0	69.6	30.4
없음	100.0	72.1	27.9

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

< 표 42 > 가임기 여성의 피임에 대한 정보나 교육을 받은 곳 또는 사람 (중복응답)

(단위 : 명, %)

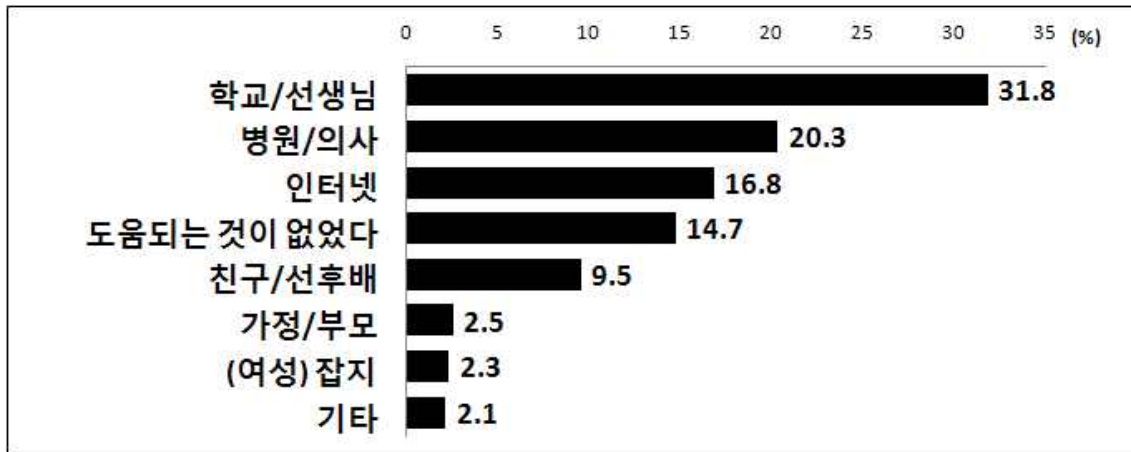
구분	학교, 선생님	인터넷	병원, 의사	친구, 선후배	가정, 부모	(여성) 잡지
전체	74.1	38.2	31.7	28.0	12.8	7.9
연령						
15-19세	98.9	28.3	5.8	10.5	14.2	3.5
20-29세	85.5	43.7	22.4	28.3	16.4	9.5
30-39세	60.3	43.9	45.6	33.3	9.3	8.4
40-44세	53.5	28.6	49.8	35.8	11.8	9.1
교육수준						
학생						
중/고등 학생	98.8	24.3	5.8	8.8	12.8	3.1
대학(원)생	95	35.7	10.2	18.8	18	7.5
일반인						
고졸 이하(10대 포함)	59.9	38.8	45.5	34.8	11.8	8.3
대졸 이상	70.3	44.2	36.7	31.8	11.9	9.9
대학원졸 이상	69.3	33	35.4	32.6	12.7	4.6
거주 지역 ¹⁾						
대도시	75.1	38	33.3	27.4	13.7	7.4
중소 도시(동)	71.5	39.3	32.1	29.1	11.4	8.3
농어촌(읍/면)	77.3	36.5	25.1	26.8	13.4	8.6
혼인상태						
기혼	60.1	39.5	48.6	34.2	10.8	8.2
미혼	89.3	36.9	13.4	21.2	15.1	7.6
월평균 가구소득						
200만원 이하	78.5	36.2	24.3	24.3	13.3	7.6
200-300만원	73.9	37.4	32.1	27	12.6	6.9
300-500만원	70.2	38.9	37.5	30.6	12.8	8.7
500만원 초과	76.2	42.5	30.2	30.3	12.8	8.7
종교						
무교	76.3	39.3	28.5	26.7	11.5	7.2
불교	68.5	38.3	40.1	28.4	13.1	7.6
기독교	73.6	36.2	30.7	30.9	13.6	9.8
천주교	75.3	37.3	34.4	25.0	15.9	7.6
기타(무응답 포함)	78.9	46.4	20.7	34.9	15.9	3.4
인공임신중절 경험여부 ²⁾						
있음	56.3	41.0	52.4	37.3	9.9	10.2
없음	78.9	37.5	26.2	25.5	13.6	7.3

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

3) 기타 의견으로는 성교육 책자(팜플렛) 또는 도서(1.0%), (인터넷/신문)기사(0.9%), (사내/종교단체/혼인강좌) 교육(0.4%), TV 프로그램(0.1%), 보건소(0.1%), 조리원(0.1%) 등이 있다.

피임교육을 받은 대상자 중 가장 피임교육이 유용했던 장소 또는 사람에 대한 응답으로 ‘학교 또는 선생님’이 31.8%로 가장 높았다. 그 다음 순으로는 ‘병원 및 의사’ 20.3%, ‘인터넷’ 16.8%, ‘도움되는 것이 없었다’ 14.7%, ‘친구 또는 선후배’ 9.5%, ‘가정 또는 부모’ 2.5% 등이 있었다.



< 그림 20 > 피임에 대한 정보나 교육 중 가장 도움이 된 곳 혹은 사람

연령대별로는 10대와 20대는 ‘학교 또는 선생님’이, 30대와 40대는 ‘병원 및 의사’가 가장 도움이 되었다고 응답하였다. 혼인상태별 미혼의 경우는 ‘학교 또는 선생님’의 응답이 가장 높았던 반면, 기혼의 경우는 ‘병원 및 의사’가 도움이 많이 되었다고 응답하였다. 월평균 가구소득별로는 소득이 높을수록 인터넷으로부터 피임 정보를 많이 획득하였다. 인공임신중절 경험에 따른 피임교육의 유용성이 높았던 곳은 ‘병원 및 의사’와 ‘인터넷’으로 인공임신중절 경험이 없는 집단과 차이를 보였다.

피임교육은 학생 또는 10~20대인 경우 ‘학교 또는 선생님’, ‘인터넷’, 연령대가 높거나 기혼인 경우는 ‘의사 및 병원’, ‘친구 또는 선후배’가 접근성이 높았다. 학생 또는 10~20대의 경우 피임교육의 유용성의 측면에서는 ‘학교 또는 선생님’의 비율이 높았고, 기혼과 인공임신중절 경험이 있는 여성은 ‘의사 및 병원’의 응답이 가장 많았다.

< 표 43 > 가임기 여성의 피임교육 경험 중 가장 도움이 된 곳 또는 사람

(단위 : %)

구분	계(%)	학교, 선생님	병원, 의사	인터넷	도움되는 것이 없었다	친구, 선후배	가정, 부모	기타3)
전체	100.0	31.8	20.3	16.8	14.7	9.5	2.5	4.4
연령								
15-19세	100.0	67.1	1.9	9.5	17.2	1.8	1.6	1.0
20-29세	100.0	34.0	13.3	21.3	16.0	8.0	3.5	3.9
30-39세	100.0	17.0	28.5	20.3	14.2	12.1	1.8	6.1
40-44세	100.0	18.2	36.8	10.1	10.5	15.2	3.2	5.9
교육수준								
학생								
중/고등 학생	100.0	68.5	1.8	7.2	18.8	1.9	0.9	0.9
대학(원)생	100.0	54.1	4.5	16.3	16.0	3.2	2.8	3.0
일반인								
고졸 이하(10대 포함)	100.0	18.4	31.4	15.9	12.3	14.4	3.5	4.1
대졸 이상	100.0	22.7	22.7	21.3	14.9	10.1	2.4	5.9
대학원졸 이상	100.0	25.3	25.3	15.0	12.4	11.8	1.7	8.5
거주 지역¹⁾								
대도시	100.0	31.6	20.9	16.5	14.4	9.6	2.4	4.5
중소 도시(동)	100.0	29.4	20.8	17.4	15.2	9.6	2.9	4.5
농어촌(읍/면)	100.0	38.7	16.9	15.9	13.8	8.8	2.2	3.7
혼인상태								
기혼	100.0	17.8	32.6	17.0	12.6	12.1	2.7	5.2
미혼	100.0	46.9	7.0	16.5	16.9	6.7	2.4	3.4
월평균 가구소득								
200만원 이하	100.0	39.9	14.9	15.5	14.4	8.5	2.7	4.2
200-300만원	100.0	32.7	20.9	15.8	16.1	8.7	2.7	3.2
300-500만원	100.0	25.9	23.6	17.7	14.0	11.1	2.5	5.2
500만원 초과	100.0	29.5	21.1	19.0	13.6	8.9	2.0	5.9
종교								
무교	100.0	33.4	16.5	18.4	16.1	9.4	2.2	4.2
불교	100.0	27.2	27.9	16.7	11.4	9.7	3.2	3.8
기독교	100.0	30.9	22.2	14.0	14.9	10.4	2.5	5.2
천주교	100.0	36.7	19.5	16.2	11.6	7.2	3.3	5.6
기타(무응답 포함)	100.0	11.4	18.2	20.4	39.6	10.4	0.0	0.0
인공임신중절 경험여부²⁾								
있음	100.0	15.2	33.0	17.9	12.9	13.5	2.3	5.2
없음	100.0	36.2	16.9	16.5	15.1	8.4	2.6	4.1

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

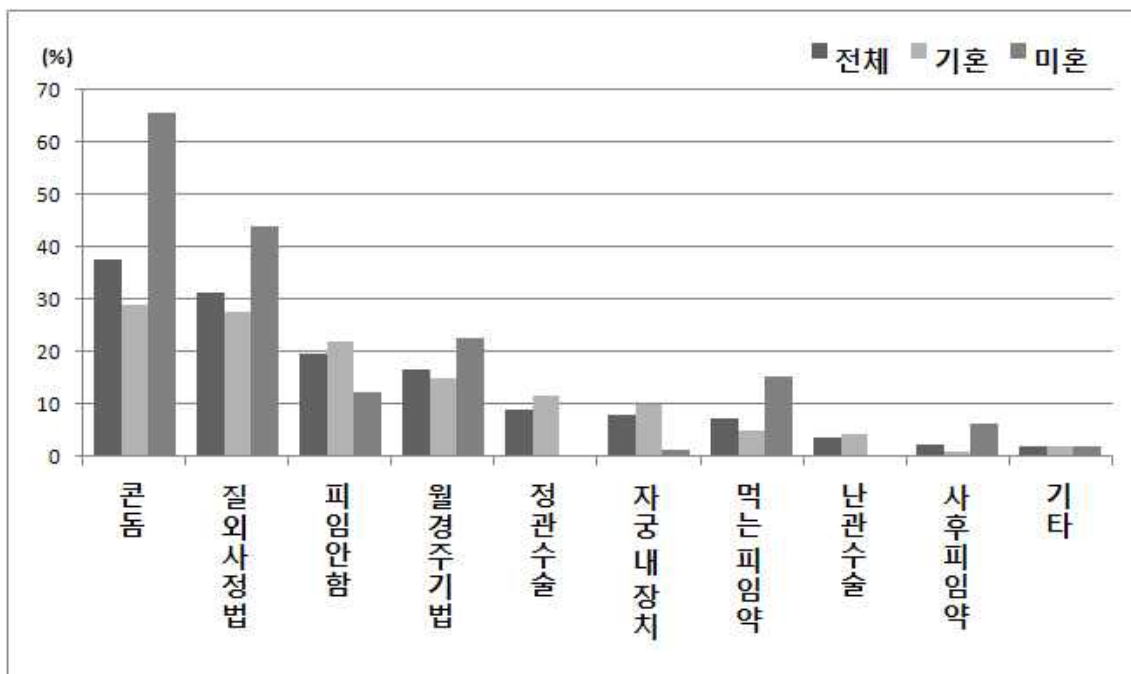
2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

3) 기타 의견으로는 (여성) 잡지(2.3%), 성교육 책자(팜플렛) 및 도서(0.7%), (사내/종교단체/혼인강좌) 교육(0.3%), TV 프로그램(0.2%), (인터넷/신문) 기사(0.2%), 조리원(0.1%), 보건소(0.1%)등이 있다.

나. 피임실천 양상

가임기 여성 중 성경험이 있는 미혼여성과 기혼여성의 특성 및 사용하는 피임방법에 따른 피임실천율의 차이를 살펴보면 다음과 같다.

가장 많이 사용하고 있는 피임방법은 콘돔 37.5%로 가장 높았고, 그 다음으로는 질외사정법 31.3%, 월경주기법 16.6%, 정관수술 9.1%, 자궁 내 장치 7.9%, 먹는 피임약 7.4%, 난관수술 3.5% 등이 있다. 반면 응답자 중 19.7%는 '피임을 하고 있지 않다'고 응답하였다.



< 그림 21 > 현재 사용하는 피임방법(중복응답)

혼인 상태별로 살펴보면 미혼의 경우는 콘돔 사용이 두드러지게 높았고 먹는 피임약 사용이 15.1%로 기혼에 비해 높은 비율을 보였다. 월평균 가구소득이 높은 경우에는 정관수술의 피임방법 실천비율이 높았다. 인공임신중절 경험이 있는 경우에는 정관수술과 자궁 내 장치 사용 비율이 상대적으로 높았고, 인공임신중절 경험이 없는 경우에 비해 오히려 피임실천율이 높았다.

연령대별로는 연령이 낮을수록 일시적인 피임방법인, 콘돔, 질외사정법, 월경주기법 등의 사용이 높았다. 반면 연령이 높아질수록 정관수술, 자궁 내 장치, 난관 수술 등의 비율이 높아졌다. 교육수준별로는 현재 학생인 경우 역시 일시적인 피임방법을 많이 사용하였다.

30대 연령대에서 피임실천율이 낮았는데, 이는 난임에 의한 영향이거나 자녀가 없을 경우 자녀를 원하기 때문으로 생각된다. 그리고 부인의 영구적인 피임방법 사용이 높은 이유는 자녀출산을 완료하고 단산을 목적으로 피임방법을 선택하는 경우로 이해된다. 또한 정부가 주도한 가족계획사업이 감소함에 따라 난관수술의 의존도가 떨어졌으며, 오히려 남성피임법인 정관수술과 반영구적 피임방법인 자궁 내장치, 콘돔 등의 피임방법에 의한 실천율이 높았다. 결과적으로 일시적 피임방법의 사용은 출산 가능성이 높은 젊은 연령대가 많았다. 이들 연령대의 피임실패는 인공임신중절로 이어지며, 이는 여성의 생식건강을 저해할 우려가 높음으로 인구학적 특성을 반영한 효과적인 피임방법의 지도가 차별적으로 이루어져야 할 것이다. 또한 단산을 목표로 하는 집단의 경우는 일시적 피임방법을 사용하는 비율을 낮추기 위해 적합한 피임방법을 선택할 수 있도록 홍보, 지도 등이 강화 되어야 할 것이다.

< 표 44 > 가임기 여성 중 피임방법별 피임실효(중복응답)

(단위 : %)

구분	콘돔	질외 사정법	피임하 지 않음	월경 주기법	정관수술	자궁 내 장치	먹는 피임약	난관수술
전체	37.5	31.3	19.7	16.6	9.1	7.9	7.4	3.5
연령								
15-19세	65.3	33.6	20.1	14.2	0.0	0.0	10.2	0.0
20-29세	62.5	43.1	13.7	21.5	0.5	1.7	12.8	0.1
30-39세	32.3	31.5	23.2	16.0	8.5	7.6	6.6	3.0
40-44세	20.0	19.1	19.3	13.1	19.6	15.2	3.1	8.0
교육수준								
학생								
중/고등 학생	68.9	27.2	19.8	19.8	0.0	0.0	7.9	0.0
대학(원)생	77.0	43.1	8.0	25.0	0.0	0.0	11.9	1.3
일반인								
고졸 이하(10대 포함)	27.0	25.7	22.6	13.0	11.5	10.8	8.1	6.2
대졸 이상	42.9	35.0	17.5	18.4	8.0	6.5	6.5	1.4
대학원졸 이상	37.2	35.8	24.0	23.7	8.7	4.3	5.3	1.3
거주 지역¹⁾								
대도시	38.7	33.3	19.1	16.8	7.7	7.9	7.6	2.3
중소 도시(동)	37.0	30.1	19.2	15.9	11.5	7.9	7.1	3.7
농어촌(읍/면)	34.2	27.0	23.6	18.2	7.3	7.6	7.5	7.1
혼인상태								
기혼	29.0	27.5	22.0	14.9	11.8	10.0	5.0	4.5
미혼	65.5	44.0	12.3	22.5	0.2	1.1	15.1	0.1
월평균 가구소득								
200만원 이하	36.9	31.1	25.7	14.4	5.7	7.5	8.0	2.6
200-300만원	38.8	33.6	19.1	19.1	6.7	6.4	7.5	3.4
300-500만원	36.5	30.5	16.9	16.1	12.0	9.7	6.6	4.1
500만원 초과	38.4	28.6	18.8	16.3	12.0	7.0	8.3	3.3
종교								
무교	40.6	31.6	20.3	16.0	8.0	6.6	7.3	2.9
불교	31.0	31.0	20.1	16.0	10.8	9.0	7.7	5.3
기독교	38.0	31.3	18.0	17.8	8.9	8.5	7.3	3.2
천주교	36.8	30.5	19.5	18.4	11.6	9.6	7.3	2.7
기타(무응답 포함)	30.7	31.7	29.4	8.6	0.0	6.9	10.6	5.8
인공임신중절 경험여부²⁾								
있음	28.3	30.8	15.1	14.2	15.2	14.6	6.9	3.9
없음	41.4	31.5	21.6	17.7	6.5	5.1	7.6	3.3

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

주2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

주3) 기타 의견으로는 살(질)정제(0.7%), 일플라논(팔복삽입 피임약)(0.4%), 임신/모유 중(0.2%), 자궁적출(0.1%), 루프(0.1%) 등이 있다.

다. 응급피임약에 대한 의견

가임기 여성을 대상으로 요즘 사회적으로 이슈가 되고 있는 응급피임약에 대한 의견을 조사하였다. 전체 응답자 중 45.9%가 처방전이 있어야 한다고 응답하였고, 48.3%가 처방이 없어도 된다고 응답하였다.

연령대별로 살펴보면, 연령이 높을수록 처방전이 없어도 된다고 생각하는 비율이 높았다. 교육수준별로는 교육수준이 높을수록 처방전이 있어야 한다고 응답하였고, 기혼보다 미혼이 처방전이 있어야 한다고 응답한 비율이 높았다. 인공임신중절 경험여부에 따른 의견은 인공임신중절 경험이 있는 여성의 경우가 처방이 없어도 된다고 생각하는 비율이 높았다.

10대 여성이 응급피임약을 사용하는 것에 대한 의견을 물어본 조사에서는 전체 응답자 중 36.1%가 의사의 처방을 받아서 약국에서 구입해야 한다고 생각하였다. 30.8%가 의사의 처방 없이 약국에서 구입해도 된다고 생각하였고, 30.0%가 부모의 동의하에 의사의 처방을 받아서 약국에서 구입을 해야 한다고 응답하였다. 전체 응답자 중 3.1%만이 10대는 절대 응급피임약을 사용해서는 안 된다고 대답하였다.

연령대별로 살펴보면 40대에서 가장 개방적으로 10대가 의사의 처방 없이 약국에서 응급피임약을 구입하는데 찬성이라고 대답하였다. 교육 상태별로는 학력이 낮을수록 더 개방적이었다. 인공임신중절 경험여부에 따른 생각은 인공임신중절 경험이 있는 응답자 35.7%가 10대 여성이 응급피임약을 부모의 동의와 의사의 처방 없이 약국에서 구입하는데 동의하였다.

< 표 45 > 응급피임약 구입을 위한 의사의 처방에 대한 견해

(단위 : %)

구분	계(%)	처방이 있어야 한다.	처방이 없어도 된다.	모르겠다
전체	100.0	45.9	48.3	5.8
연령				
15-19세	100.0	58.1	34.9	7.0
20-29세	100.0	44.1	50.2	5.7
30-39세	100.0	44.3	50.4	5.3
40-44세	100.0	42.0	51.9	6.1
교육수준				
학생				
중/고등 학생	100.0	61.6	30.9	7.5
대학(원)생	100.0	46.3	48.3	5.4
일반인				
고졸 이하(10대 포함)	100.0	41.9	51.8	6.3
대졸 이상	100.0	44.2	50.5	5.3
대학원졸 이상	100.0	51.9	44.5	3.6
거주 지역¹⁾				
대도시	100.0	47.2	46.7	6.0
중소 도시(동)	100.0	44.4	50.5	5.2
농어촌(읍/면)	100.0	45.3	47.9	6.8
혼인상태				
기혼	100.0	44.4	50.5	5.0
미혼	100.0	47.8	45.4	6.8
월평균 가구소득				
200만원 이하	100.0	46.8	45.7	7.5
200-300만원	100.0	47.8	46.5	5.7
300-500만원	100.0	44.9	49.6	5.5
500만원 초과	100.0	42.5	54.0	3.4
종교				
무교	100.0	44.6	49.5	5.8
불교	100.0	44.8	50.7	4.6
기독교	100.0	46.9	46.1	7.0
천주교	100.0	51.4	43.8	4.8
기타(무응답 포함)	100.0	42.1	50.0	7.9
인공임신중절 경험여부²⁾				
있음	100.0	38.2	57.2	4.6
없음	100.0	48.0	45.8	6.1

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역,
농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

< 표 46 > 10대 여성이 응급피임약을 사용하는 것에 대한 견해

(단위 : %)

구분	계(%)	의사의 처방 없이 약국에서 구입	의사의 처방을 받아 약국에서 구입	부모 동의 하에 의사의 처방을 받아 약국에서 구입	절대 사용해서는 안 된다.
전체	100.0	30.8	36.1	30.0	3.1
연령					
15-19세	100.0	30.9	37.6	29.0	2.6
20-29세	100.0	30.7	41.9	24.7	2.7
30-39세	100.0	27.9	36.3	32.9	2.9
40-44세	100.0	36.2	25.7	33.4	4.6
교육수준					
학생					
중/고등 학생	100.0	31.0	35.7	31.1	2.2
대학(원)생	100.0	32.0	41.7	24.4	1.9
일반인					
고졸 이하(10대 포함)	100.0	34.0	30.0	31.3	4.8
대졸 이상	100.0	28.3	39.0	30.5	2.3
대학원졸 이상	100.0	24.2	45.4	27.6	2.8
거주 지역¹⁾					
대도시	100.0	29.4	38.5	29.0	3.1
중소 도시(동)	100.0	31.9	34.9	30.4	2.9
농어촌(읍/면)	100.0	32.9	30.9	32.4	3.9
혼인상태					
기혼	100.0	30.5	33.4	33.0	3.1
미혼	100.0	31.2	39.5	26.2	3.2
월평균 가구소득					
200만원 이하	100.0	32.6	37.5	26.1	3.8
200-300만원	100.0	29.5	34.4	32.8	3.3
300-500만원	100.0	30.3	35.7	31.5	2.5
500만원 초과	100.0	31.5	38.1	27.4	2.9
종교					
무교	100.0	32.1	34.8	30.3	2.7
불교	100.0	31.7	34.8	31.0	2.5
기독교	100.0	30.4	38.6	27.1	3.8
천주교	100.0	24.3	38.1	34.0	3.6
기타(무응답 포함)	100.0	29.4	32.3	27.6	10.7
인공임신중절 경험여부²⁾					
있음	100.0	35.7	31.6	29.9	2.8
없음	100.0	29.5	37.3	30.0	3.2

주1) 거주 지역 : 대도시=서울특별시+광역시, 중소도시(동)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '동' 지역, 농어촌(읍/면)=서울, 광역시를 제외한 시군 지역의 '읍/면' 지역

2) 인공임신중절 경험여부 : 한번이라도 인공임신중절 수술경험이 있는 가임기 여성

제2절 산부인과 의사 대상 조사

1. 응답자 특성

조사의 대상은 대한산부인과 의사회와 대한산부인과 학회에 등록되어 있는 산부인과 의사 전수를 대상으로 하였다.

지역별 응답자 분포를 살펴보면, 산부인과 의원과 종합병원의 경우 서울지역이 각각 27.3%, 39.1%로, 산부인과 전문병원은 경기지역 26.1%로 가장 많았고, 전체적으로도 서울지역의 분포가 28%로 큰 비율을 차지했다.

성별 응답자 분포를 보면 남성인 경우가 산부인과 의원, 산부인과 전문병원, 종합병원 각각 62.8%, 73.7%, 66.6% 비율이며 전체적인 남성의 비율은 65.4%, 여성 비율은 34.6%이었다.

연령대별로는 산부인과 의원과 산부인과 전문병원 응답자 중 40대의 비율이 각각 43.7%, 43.8%, 종합병원의 응답자 중 30대의 비율이 41.2%로 가장 높았다.

조사방법별 응답자 분포로는 산부인과 의원의 경우 웹메일 조사에 64.8%로 가장 많은 참여율을 보였고, 홈페이지 온라인조사 20.1%, 팩스 조사 14.4%, 학회 홈페이지 온라인조사 0.4%, 학회 이메일 조사 0.4%의 비율을 보였다. 마찬가지로 산부인과 전문병원의 경우에도 웹메일 조사 비율이 44.9%로 가장 높았고, 홈페이지 온라인조사 13.2%, 팩스 조사 15.9%, 학회 홈페이지 온라인조사 5.3%, 학회 이메일 조사 20.7%의 비율로 나타났다. 반면 종합병원의 경우는 학회 이메일 조사를 통해 별개로 조사되어 100%의 응답비율을 보였다. 전체적인 조사방법별 응답자 분포는 웹메일 조사가 48%로 가장 높았고, 학회 이메일 조사 24.4%, 홈페이지 온라인조사 14.8%, 팩스조사 11.6%, 학회 홈페이지 온라인 조사 1.1% 순으로 나타났다.

< 표 47 > 응답자 특성 (전체)

(단위 : %)

구분	계(%)	산부인과 의원	산부인과 전문 병원	종합병원
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
지역				
서울	28.0	27.3	16.7	39.1
부산	8.1	7.4	9.0	9.2
대구	4.5	4.6	5.1	3.7
인천	5.6	4.9	9.5	4.7
광주	3.8	3.6	6.1	2.8
대전	3.5	3.4	3.7	3.5
울산	2.0	2.1	3.2	0.8
경기	21.0	21.3	26.1	16.1
강원	2.3	2.4	0.6	3.1
충북	1.9	2.8	1.2	0.0
충남	3.1	3.7	2.2	1.9
전북	3.2	3.5	2.2	3.0
전남	2.7	2.2	5.1	2.5
경북	3.8	4.0	3.8	3.3
경남	5.3	5.4	5.4	4.8
제주	1.2	1.4	0.0	1.5
성별				
남자	65.4	62.8	73.7	66.6
여자	34.6	37.2	26.3	33.4
연령				
30-39세	20.7	12.1	28.0	41.2
40-49세	40.3	43.7	43.8	27.4
50-59세	32.8	36.0	27.0	27.7
60세 이상	6.1	8.2	1.3	3.8
조사방법				
웹메일	48.0	64.8	44.9	0.0
홈페이지 온라인	14.8	20.1	13.2	0.0
팩스	11.6	14.4	15.9	0.0
학회 홈페이지 온라인	1.1	0.4	5.3	0.0
학회 이메일	24.4	0.4	20.7	100.0

2. 인공임신중절 시술현황

가. 인공임신중절 추정건수

산부인과 의사대상 조사를 통해 추정한 인공임신중절 건수는 2009년에는 167,568건, 2010년에는 108,679건으로 조사되었다.

구분	2009년	2010년
인공임신중절 추정건수	167,568건	108,679건

가임기 여성대상 조사와 산부인과 의사대상 조사에서 인공임신중절 추정건수에 차이가 나는 이유는 2009년과 2010년에 있었던 불법 인공임신중절 근절선언과 불법 시술기관 고발 상황 등으로 인해 산부인과 의사를 대상으로 불법 인공임신중절 건수를 조사하는데 한계가 있었던 것으로 분석된다. 조사 문항이 불법을 포함한 응답을 요구하므로, 이중맹검법(double-blinded survey) 방식을 채택하였어도 과소평가 될 가능성이 컸던 것으로 생각된다.

인공임신중절 수술경험 여부에 대한 질문에서 수술경험이 있다고 응답한 경우는 2009년 58.3%로 조사되었고, 없다고 응답한 경우는 41.7%로 나타나 경험이 있다고 응답한 비율이 높았다. 반대로 2010년에는 인공임신중절 수술경험이 있다고 응답한 비율이 49.3%, 없다고 응답한 비율이 50.7%로 조사되어, 없다고 응답한 비율이 조금 더 높게 나타났다.

(단위 : %)

	2009년	2010년
인공임신중절 수술경험 있다	58.3	49.3
인공임신중절 수술경험 없다	41.7	50.7
합계	100	100

인공임신중절 수술경험 여부에 대해서 지역별, 의료기관 유형별, 성별, 연령대별로 나누어 2009년, 2010년 각각 해당 연도에 수술한 경우와 2009년 2010년 두 해 모두에 수술경험이 있거나 없는 경우를 나누어 조사하였다.

먼저 지역별 분포를 보면, 충남지역에서 2009년에만 수술경험이 있는 경우 32.4%, 인천지역에서 2010년에만 수술경험 있는 경우 9.4%, 경남지역에서 2009년, 2010년 두 해 모두에 수술경험이 있는 경우 58.3%, 전남지역에서 2009년, 2010년 두 해 모두 수술경험이 없는 경우 56.0%로 가장 높은 비율을 보였다.

의료기관 유형별로는 산부인과 의원의 경우 2009년, 2010년 두 해 모두 수술경험이 있는 경우 54.3%, 산부인과 전문병원과 종합병원에서 2009년, 2010년 두 해 모두 수술경험이 없다고 응답한 각각의 비율 각각 54.4%, 59.2%로 가장 높게 나타났으며, 성별 분포를 살펴보면 남성은 2009년, 2010년 둘 다 수술경험이 있다고 응답한 경우 50%와 여성의 경우 2009년, 2010년 둘 다 수술경험이 없다고 응답한 43%의 비율이 높게 나타났다. 연령대별로는 30대의 경우 2009년, 2010년 둘 다 수술경험이 없다고 응답한 비율이 60.5%, 40대, 50대, 60대 이상의 경우 2009년, 2010년 둘 다 수술경험이 있다고 응답한 비율이 각각 48.2%, 53.9%, 66.6%로 가장 높게 조사되었다.

자료를 통해 분석해 볼 때, 2009년 대비 2010년에는 인공임신중절 수술경험이 감소하였다. 이는 인공임신중절에 대한 인식의 변화와 위해성에 대한 경각심 등 다양한 요인에 의하여 설명될 수 있을 것이다.

< 표 48 > 2009, 2010년 인공임신중절 수술경험

(단위 : %)

구분	계(%)	2009년에만 수술경험 있음	2010년에만 수술경험 있음	2009, 2010년 둘다 있음	2009, 2010년 둘다 없음	해당년도 총합	
						2009년	2010년
전체	100.0	11.8	2.8	46.5	38.9	58.3	49.3
지역							
서울	100.0	9.3	1.7	41.0	48.0	50.2	42.7
부산	100.0	11.4	4.8	49.1	34.7	60.5	53.9
대구	100.0	10.0	0.0	42.1	47.9	52.1	42.1
인천	100.0	7.3	9.4	53.6	29.7	60.9	63.0
광주	100.0	14.5	5.2	51.0	29.3	65.5	56.2
대전	100.0	1.9	0.0	57.9	40.1	59.9	57.9
울산	100.0	7.3	0.0	39.0	53.7	46.3	39.0
경기	100.0	12.9	5.2	47.4	34.5	60.2	52.6
강원	100.0	9.9	0.0	45.7	44.5	55.5	45.7
충북	100.0	32.0	0.0	50.0	18.0	82.0	50.0
충남	100.0	32.4	0.0	37.9	29.7	70.3	37.9
전북	100.0	17.1	4.0	51.3	27.6	68.4	55.4
전남	100.0	12.5	0.0	31.5	56.0	44.0	31.5
경북	100.0	14.5	0.0	54.8	30.6	69.4	54.8
경남	100.0	9.6	0.0	58.3	32.1	67.9	58.3
제주	100.0	12.9	0.0	49.4	37.6	62.4	49.4
의료기관 유형							
산부인과 의원	100.0	14.1	3.4	54.3	28.2	68.4	57.7
산부인과 전문병원	100.0	14.3	2.2	29.1	54.4	43.4	31.3
종합병원	100.0	2.7	1.6	36.5	59.2	39.2	38.1
성별							
남자	100.0	11.2	2.1	50.0	36.7	61.2	52.1
여자	100.0	13.0	4.2	39.8	43.0	52.7	44
연령							
30-39세	100.0	7.2	6.9	25.4	60.5	32.6	32.3
40-49세	100.0	16.4	0.8	48.2	34.6	64.6	49.1
50-59세	100.0	9.2	2.7	53.9	34.3	63.0	56.5
60세 이상	100.0	11.2	3.0	66.6	19.2	77.8	69.6

산부인과 의사 대상으로 2009년 인공임신중절 건수를 조사한 결과, 평균건수는 약 64건으로 응답하였다.

지역별로는 울산지역 약 144건, 강원지역 약 109건, 경남지역 약 98건 순으로 높게 나타났고, 반대로 충남지역 약 30건, 대전지역 약 34건, 부산지역 약 38건으로 낮게 조사되었다. 의료기관 유형별 분포를 살펴보면, 산부인과 의원은 약 71건으로 응답하였고, 산부인과 전문병원은 약 47건, 종합병원 약 14건의 인공임신중절이 있었다고 조사되었다. 성별로 볼 때, 남성과 여성 모두 2009년에 약 64건의 인공임신중절이 있었다고 응답하였으며, 연령대별로 30대의 경우 약 35건, 40대의 경우 약 67건, 50대의 경우 약 73건, 60대 이상의 경우 약 38건으로 조사되었다.

< 표 49 > 2009년 인공임신 중절 건수

(단위 : %, 건)

구분	계(%)	평균건수
전체	100.0	64.56
지역		
서울	24.1	55.46
부산	8.3	38.35
대구	4.1	53.95
인천	5.9	69.10
광주	4.2	84.11
대전	3.7	34.50
울산	1.5	144.55
경기	21.6	70.73
강원	2.1	109.21
충북	2.7	73.79
충남	3.8	30.23
전북	3.8	65.31
전남	2.0	54.00
경북	4.7	70.26
경남	6.3	98.30
제주	1.2	51.39
의료기관 유형		
산부인과 의원	74.4	71.23
산부인과 전문병원	11.5	47.58
종합병원	14.0	14.36
성별		
남자	68.6	64.67
여자	31.4	64.31
연령		
30-39세	11.4	35.75
40-49세	44.7	67.02
50-59세	35.6	73.90
60세 이상	8.3	38.25

산부인과 의사 대상으로 2010년 인공임신중절 건수를 조사한 결과, 평균건수는 약 49건으로 응답하였다.

지역별로 살펴보았을 때, 강원지역 약 83건, 충북지역 약 76건, 경남지역 약 65건 순으로 높게 나타났고, 반대로 충남지역 약 14건, 제주지역 약 15건, 대전지역 약 25건으로 낮게 조사되었다.

의료기관 유형별 분포를 살펴보면, 산부인과 의원은 약 56건으로 가장 많았고, 산부인과 전문병원은 약 21건, 종합병원 약 12건의 순으로 조사되었다. 성별로 볼 때, 남성은 2009년에 약 50건의 인공임신중절이 있었다고 응답하였고 여성은 약 47건이라고 답하였으며, 연령대별 분포로는 30대의 경우 약 27건, 40대의 경우 약 55건, 50대의 경우 약 52건, 60대 이상의 경우 약 33건으로 조사되었다.

결과적으로 2009년과 2010년도의 인공임신중절 건수를 지역별, 의료기관 유형별, 성별, 연령대별로 비교해보면, 충북지역만 제외하고 모든 부분에서 인공임신중절이 감소한 점을 알 수 있었다.

< 표 50 > 2010년 인공임신중절 건수

(단위 : %, 건)

구분	계(N)	평균건수
전체	100.0	49.55
지역		
서울	24.3	45.32
부산	8.8	37.32
대구	3.9	44.65
인천	7.2	43.32
광주	4.4	41.63
대전	4.1	25.78
울산	1.6	60.12
경기	22.4	60.64
강원	2.1	83.58
충북	2.0	76.67
충남	2.4	14.98
전북	3.6	46.36
전남	1.7	44.63
경북	4.2	56.39
경남	6.2	65.62
제주	1.2	15
의료기관 유형		
산부인과 의원	73.5	56.74
산부인과 전문병원	10.4	21.28
종합병원	16.1	12.77
성별		
남자	69.1	50.21
여자	30.9	47.96
연령		
30-39세	13.6	27.88
40-49세	40.1	55.48
50-59세	37.6	52.29
60세 이상	8.6	33.43

인공임신중절 건수를 추정함에 있어서 앞서 제2장의 연구방법론에서 전술한 바와 같이 조사에 참여한 응답자가 우리나라 산부인과 의사를 대표하도록 가중치를 부여함으로써 전국 인공임신중절 건수를 추정하였다.

산부인과 의원과 산부인과 전문병원의 경우, 건강보험심사평가원 자료를 이용하여 지역별로 산부인과 의사 분포에 맞게 가중치를 부여하였고, 그 결과 산부인과 의원의 가중치 후 의사 수는 2,110명이었으며, 여기에 2009년 인공임신중절 평균건수 71.23건을 곱하여 산출한 연간 시술건수는 150,295건으로 추정되었다. 동일한 방법으로 산부인과 전문병원의 가중치 후 병원 의사 수 326명과 2009년 인공임신중절 평균건수 47.58건을 곱하여 추정된 건수는 15,511건이었다.

종합병원의 경우는 기관의 대표자에게만 해당 기관의 인공임신중절 건수를 조사하였으므로 지역별로 산부인과 기관 분포에 맞게 가중치를 부여하였고, 그 결과 가중치 후 종합병원 수 115건에 2009년 인공임신중절 평균건수 15.32건을 곱하여 산출된 추정건수는 1,762건이었다.

각 의료기관 유형별 추정건수를 더하여 산출된 2009년 인공임신중절 전체 건수는 167,568건으로 추정되었다.

< 표 51 > 산부인과 의사조사를 통한 2009년 인공임신중절 건수추정

(단위 : 명, 건)

구분	산부인과 의원		산부인과 전문병원		종합병원	
	가중치 후 의원 의사수	평균 건수	가중치 후 병원 의사수	평균 건수	가중치 후 종합병원 수	평균 건수
서울	516	60.44	44	38.50	16	12.71
부산	129	40.95	41	42.91	20	15.00
대구	85	60.07	12	54.70	7	15.00
인천	123	74.90	28	44.86	4	0.00
광주	73	61.17	31	138.00	6	0.00
대전	82	36.00	22	28.86	0	0.00
울산	41	153.83	0	0.00	1	3.00
경기	458	83.14	90	27.64	19	15.00
강원	46	120.38	0	0.00	7	4.00
충북	72	76.83	5	30.00	0	0.00
충남	92	33.67	2	30.00	6	6.33
전북	65	79.30	12	67.50	12	5.00
전남	48	59.67	0	0.00	6	20.00
경북	99	76.14	17	41.75	9	60.00
경남	155	105.4	22	36.25	0	0.00
제주	27	65.00	0	0.00	3	3.00
합계	2110(A)	71.23(B)	326(C)	47.58(D)	115(E)	15.32(F)
추정 건수	150,295건(G) ¹⁾		15,511건(H) ²⁾		1,762건(I) ³⁾	
전체 추정 건수	167,568건 ⁴⁾					

주 1) 의원 연간 추정건수(G) = 가중치 후 의원 의사수(A) * 의원 시술 평균 건수(B)

2) 병원 연간 추정건수(H) = 가중치 후 병원 의사수(C) * 병원 시술 평균 건수(D)

3) 종합병원 연간 추정건수(I) = 가중치 후 종합병원수(E) * 종합병원 인공임신중절 건수 평균(F)

4) 전체 추정건수 = (의원 연간 추정건수(G)) + (전문병원 연간 추정건수(H)) + (종합병원 연간 추정건수(I))

앞서 전술한 2009년의 인공임신중절 건수추정과 같은 방법으로 2010년의 연간 시술건수가 추정되었으며, 그 결과 산부인과 의원의 가중치 후 의사 수는 1,792명이었으며, 여기에 2010년 인공임신중절 평균건수 56.74건을 곱하여 산출한 연간 시술건수는 101,678건으로 추정되었다. 동일한 방법으로 산부인과 전문병원의 가중치 후 병원 의사 수 254명과 2010년 인공임신중절 평균건수 21.28건을 곱하여 추정된 건수는 5,405건이었다.

종합병원의 연간건수 또한 앞서 전술한 산출방법과 동일하며, 그 결과로 가중치 후 종합병원 수 112건에 2010년 인공임신중절 평균건수 14.25건을 곱하여 산출된 추정건수는 1,596건이었다.

위의 각 의료기관 유형별 추정건수를 더하여 산출된 2010년 인공임신중절 전체 건수는 108,679건으로 추정되었다.

< 표 52 > 산부인과 의사조사를 통한 2010년 인공임신중절 건수추정

(단위 : 명, 건)

구분	산부인과 의원		산부인과 전문병원		종합병원	
	가중치 후 의원 의사수	평균 건수	가중치 후 병원 의사수	평균 건수	가중치 후 종합병원 수	평균 건수
서울	440	50.62	40	22.00	15	8.71
부산	109	42.06	35	40.78	21	11.00
대구	63	53.18	8	30.00	7	16.50
인천	117	46.84	26	25.00	8	0.00
광주	53	65.00	39	10.00	6	0.00
대전	80	28.13	20	16.33	1	3.00
울산	36	64.40	0	0.00	17	15.50
경기	445	68.63	44	13.8	5	3.00
강원	41	95.83	0	0.00	0	0.00
충북	43	85.00	5	5.00	6	5.33
충남	46	17.50	0	0.00	0	0.00
전북	51	55.25	5	120.00	12	5.00
전남	34	51.00	0	0.00	6	20.00
경북	68	65.00	18	26.25	9	50.00
경남	137	71.56	15	10.00	0	0.00
제주	29	15.00	0	0.00	0	0.00
합계	1792(A)	56.74(B)	254(C)	21.28(D)	112(E)	14.25(F)
추정 건수	101,678(G) ¹⁾		5,405(H) ²⁾		1,596(I) ³⁾	
전체 추정 건수	108,679 ⁴⁾					

주 1) 의원 연간 추정건수(G) = 가중치 후 의원 의사수(A) * 의원 시술 평균 건수(B)

2) 병원 연간 추정건수(H) = 가중치 후 병원 의사수(C) * 병원 시술 평균 건수(D)

3) 종합병원 연간 추정건수(I) = 가중치 후 종합병원수(E) * 종합병원 인공임신중절 건수 평균(F)

4) 전체 추정건수 = (의원 연간 추정건수(G)) + (전문병원 연간 추정건수(H)) + (종합병원 연간 추정건수(I))

나. 인공임신중절 법률상 거부건수

법률상 허용하지 않아 인공임신중절을 거부한 적이 있는지 묻는 질문에 대한 결과로, 2009년에는 0.7%, 2010년 15.8%가 있다고 응답하였고, 2009년 2010년 둘 다 거부한 적이 있다고 응답한 경우가 70%, 반대로 2009년 2010년 둘 다 거부한 적이 없다는 응답이 13.5%로 조사되었다. 각각 연도의 총합을 살펴보면, 2009년에는 70.7%, 2010년 85.8%로 나타난다.

지역별 분포나 의료기관 유형별, 성별, 연령대별로 비교하였을 때, 결과적으로 2010년에 법적으로 허용하지 않아 거부한 인공임신중절 건수가 많았다.

자세히 살펴보면, 지역별 분포에서 전남지역 2009년과 2010년 두 해 모두에 100% 거부한 경우가 가장 많았고, 의료기관 유형별로는 2010년에 산부인과 의원에서 90.9%, 산부인과 전문병원 80.7%, 종합병원 74.6%로 조사되었다.

성별 분포를 보면, 2010년 거부한 경우가 남성 84.3%, 여성 88.8%로 가장 많았고, 연령대별로는 30대에서 60대 이상 모두 82% 이상을 상회하며 높은 비율을 보였다.

전반적으로 산부인과 의사들의 인식이 변화하고 있으며, 원치않는 임신을 예방하여 인공임신중절을 줄이고 생명존중 분위기를 조성하자는 데에 초점이 모아지고 있다. 아울러, 법률상 허용하지 않는 인공임신중절에 대한 요구도는 계속 지속되고 있으며, 사실상 인공임신중절의 대부분이 허용한계에 포함되지 않는 부분이라는 점을 간과해서는 안되겠다.

< 표 53 > 연도별 법률이 허용하지 않아 임신중절 수술 거부 여부

(단위 : %, 건)

구분	계(%)	2009년	2010년	2009, 2010년 둘다 있음	2009, 2010년 둘다 없음	해당년도 총합	
						2009년	2010년
전체	100.0	0.7	15.8	70.0	13.5	70.7	85.8
지역							
서울	100.0	1.0	13.3	71.2	14.6	72.2	84.5
부산	100.0	0.9	24.0	60.0	15.1	60.8	84.0
대구	100.0	0.0	14.4	72.5	13.1	72.5	86.9
인천	100.0	1.5	15.8	74.8	7.9	76.4	90.6
광주	100.0	0.0	9.3	69.0	21.7	69.0	78.3
대전	100.0	5.2	24.5	67.2	3.1	72.4	91.7
울산	100.0	0.0	0.0	70.7	29.3	70.7	70.7
경기	100.0	0.0	16.5	67.6	15.9	67.6	84.1
강원	100.0	0.0	20.7	64.2	15.1	64.2	84.9
충북	100.0	0.0	25.6	55.2	19.2	55.2	80.8
충남	100.0	0.0	17.4	77.6	5.0	77.6	95.0
전북	100.0	0.0	21.1	67.5	11.4	67.5	88.6
전남	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100	100
경북	100.0	0.0	24.2	59.5	16.3	59.5	83.7
경남	00.0	1.9	7.7	82.7	7.7	84.6	90.4
제주	100.0	0.0	37.6	62.4	0.0	62.4	100
의료기관 유형							
산부인과 의원	100.0	0.2	19.2	71.7	8.9	71.9	90.9
산부인과 전문병원	100.0	1.6	14.4	66.3	17.7	67.8	80.7
종합병원	100.0	1.5	6.6	68.0	23.8	69.6	74.6
성별							
남자	100.0	0.6	13.9	70.4	15.1	71.0	84.3
여자	100.0	0.9	19.5	69.3	10.3	70.2	88.8
연령							
30-39세	100.0	1.5	18.3	63.7	16.4	65.3	82.0
40-49세	100.0	0.5	19.8	70.2	9.5	70.7	89.9
50-59세	100.0	0.6	8.9	73.4	17.1	74.0	82.3
60세 이상	100.0	0.0	18.2	72.1	9.7	72.1	90.3

3. 인공임신중절 관련 인식 및 태도

산부인과 의사 대상으로 우리나라 인공임신중절 변동 실태에 대하여 어떻게 인식하고 있는지를 조사하기 위하여 사회전반의 인공임신중절 현황에 대한 의견을 묻는 설문을 포함하였다. 그 결과 인공임신중절의 공급자 측인 의료인의 입장에서 스스로 인식하고 있는 최근의 경향을 알아보고 실제 추정건수 및 가임기여성을 대상으로 조사한 결과를 비교함에 따라 의료인의 인식도와 어떠한 차이가 있는지를 파악할 수 있을 것이라는 예상에 기초한 것이다. 또한 불법적 인공임신중절 근절을 위해 산부인과 의사들의 자정적인 노력과 정부 정책 등의 요소가 결합하면서 인공임신중절 건수 자체가 감소했다는 인식이 많은 상황에서 실제 의료인들의 인식이 일치하는지 여부에 대해 조사해보기 위한 설문이었다.

가. 사회전반의 인공임신중절 현황에 대한 의견

의료계 전반적으로 2010년도 인공임신중절 건수가 지난 3년간에 비해 어떻게 변했다고 생각하는지에 대한 질문에 증가했다는 인식은 1.2%에 불과하였고, 감소했다는 의견 77.4%, 비슷하다는 의견이 8.9%, 모르겠다는 의견 12.5%를 차지하였다.

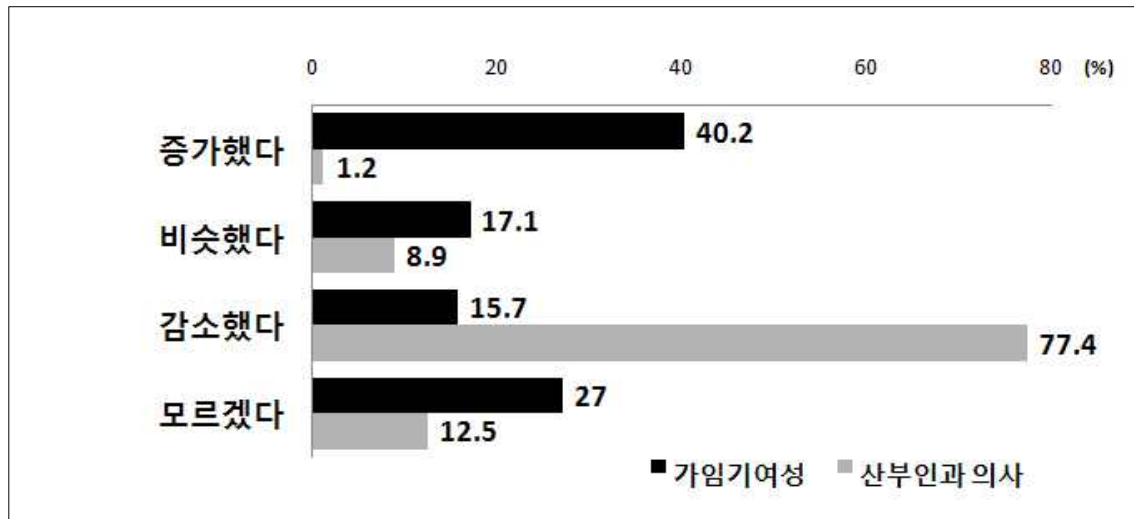
지역별로는 충남지역에서 증가했다는 인식이 10%로, 반대로 감소했다는 의견이 제주지역에서 100%로 가장 높았으며, 의료기관 유형별로 살펴보았을 때, 산부인과 의원, 산부인과 전문병원, 종합병원 모두 감소했다는 응답이 70% 이상을 상회했다. 성별로는 남성의 80.5%와 여성 71.5%가 감소했다고 응답하였고, 연령대별로도 대다수가 감소했다는 의견을 보였으며 특히 60세 이상이 87%로 가장 많았다.

< 표 54 > 산부인과 의사가 생각하는 사회 전반적 인공임신중절 추세에 대한 인식

(단위 : %)

구분	계(%)	증가했다	비슷하다	감소했다	모르겠다
전체	100.0	1.2	8.9	77.4	12.5
지역					
서울	100.0	1.0	8.2	78.1	12.7
부산	100.0	1.6	4.8	84.7	8.9
대구	100.0	0.0	2.9	78.5	18.6
인천	100.0	0.0	15.2	69.6	15.2
광주	100.0	0.0	8.3	65.9	25.8
대전	100.0	0.0	0.0	86.7	13.3
울산	100.0	0.0	2.7	80.0	17.2
경기	100.0	0.8	16.4	73.5	9.3
강원	100.0	0.0	0.0	72.4	27.6
충북	100.0	0.0	12.8	80.8	6.4
충남	100.0	10.0	2.6	79.7	7.6
전북	100.0	9.9	4.0	73.9	12.1
전남	100.0	0.0	0.0	93.8	6.3
경북	100.0	0.0	9.6	74.1	16.3
경남	100.0	0.0	11.7	77.0	11.3
제주	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0
의료기관 유형					
산부인과 의원	100.0	1.1	9.6	77.9	11.3
산부인과 전문병원	100.0	1.1	8.3	80.1	10.5
종합병원	100.0	1.5	7.2	73.8	17.5
성별					
남자	100.0	0.9	7.8	80.5	10.8
여자	100.0	1.8	11.0	71.5	15.7
연령					
30-39세	100.0	1.6	14.7	61.8	21.9
40-49세	100.0	1.0	7.9	79.4	11.7
50-59세	100.0	1.4	6.6	83.0	9.0
60세 이상	100.0	0.0	8.5	87.0	4.5

사회 전반적 인공임신중절 추세는 가임기 여성과 산부인과 의사의 인식의 차이가 극명하게 차이가 났다. 가임기 여성의 40.2%는 인공임신중절이 증가하고 있다고 응답한 반면, 산부인과 의사 77.4%가 감소했다고 생각하고 있었다.



< 그림 22 > 가임기 여성과 산부인과 의사가 생각하는 사회 전반적 인공임신중절 추세에 대한 인식의 차이

가임기 여성은 혼전성교, 미혼모 증가(86.7%), 양육비 증가(47.9%), 경제악화(45.9%), 여성의 사회참여 증가(31.7%) 등의 이유로 인공임신중절이 증가하고 있다고 생각하였다. 산부인과 의사는 응급피임약 보급 확대(67%), 피임 비율 증가(52.6%), 수술을 하지 않는 의료기관의 증가(49.5%), 여성의 사회참여 증가로 전반적 임신을 저하(39.8%), 수술억제 정책(1.7%) 등의 이유로 인공임신중절이 감소하고 있다고 생각하고 있었다.

실제로 혼전성교 증가로 임신의 가능성이 증가하고, 사회경제적 부담 등의 이유로 인공임신중절이 증가했다고 생각할 수 있으나, 가임기 여성 수가 감소함에 따라 실질적으로 임신가능 인구가 감소하였고, 첫 출산 연령이 높아져서 난산이 증가하여 인구학적 사유로 인공임신중절이 실제로 감소되는 것으로 조사되었다. 또 다른 이유는 산부인과 의사의 응답처럼 응급피임약 보급 확대(2010년 603천팩 판매)와 피임 실천인구가 증가하고, 정부 예방 정책 등이 복합적으로 작용하여 인공임신중절이 감소한 것으로 조사되었고, 현장에 있는 산부인과 의사의 응답 역시 감소하고 있다고 인식하고 있었다.

1) 최근 3년간 증가요인과 감소요인에 대한 의견

인공임신중절이 최근 3년간 전반적으로 증가한 이유에 대하여, 혼전 성교 및 미혼모 증가를 이유로 응답한 경우가 73.9%로 가장 많았고, 경제적 상황의 악화 27.7%, 여성의 사회참여 증가 27.7%, 양육비 및 교육비 증가 12.9%, 모르겠다는 의견 26.1%로 조사되었다.

의료기관 유형별로는 산부인과 의원의 응답자 중 100%가 혼전 성교 및 미혼모 증가를 이유로 응답했고, 경제적 상황의 악화, 여성의 사회 참여 증가, 양육비 및 교육비 증가에 대하여 각각 20% 정도가 증가요인이라고 중복 응답하였다. 산부인과 전문병원의 경우는 혼전 성교 및 미혼모 증가, 경제적 상황의 악화, 여성의 사회 참여 증가를 의견으로 각각 100%가 중복으로 응답하였으며, 종합병원의 경우 모르겠다는 의견이 100%였다. 성별로는 남성의 경우 혼전 성교 및 미혼모 증가를 이유로 응답한 경우가 100%, 여성의 경우 모르겠다는 의견 50.1%가 가장 많았고, 연령대별로는 30대와 40대에서 혼전 성교 및 미혼모 증가로 응답한 경우가 많이 나타났다.

전술한 바와 같이 지난 3년간 인공임신중절의 증가요인으로 혼전 성교 및 미혼모 증가로 인한 의견이 대다수인 것으로 분석된다.

< 표 55 > 산부인과 의사 중 최근 3년간 인공임신중절 증가요인에 대한 의견(중복응답)

(단위 : %)

구분	혼전 성교 및 미혼모 증가	경제적 상황의 악화	여성의 사회 참여 증가	양육비 및 교육비 증가	모름/무응답
전체	73.9	27.7	27.7	12.9	26.1
지역	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
서울	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
부산	100	0.0	0.0	0.0	0.0
대구	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
인천	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
광주	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
대전	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
울산	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
경기	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0
강원	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
충북	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
충남	100.0	50.0	50.0	50.0	0.0
전북	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
전남	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
경북	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
경남	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
제주	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
의료기관 유형					
산부인과 의원	100.0	21.8	21.8	21.8	0.0
산부인과 전문병원	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0
종합병원	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
성별					
남자	100.0	27.0	27.0	27.0	0.0
여자	49.9	28.4	28.4	0.0	50.1
연령					
30-39세	100.0	100.0	53.4	46.6	0.0
40-49세	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
50-59세	33.1	0.0	33.1	0.0	66.9
60세 이상	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

의료계 전반적으로 인공임신중절 건수가 지난 3년간 감소한 이유에 대한 응답으로 응급피임약 보급 확대가 67%로 가장 많았고, 피임 비율 증가 52.6%, 수술을 하지 않는 의료기관의 증가 49.5%, 여성의 사회참여 증가로 전반적 임신율 저하 39.8%, 수술억제 정책(법 제재) 1.7% 순으로 조사되었다.

지역별로 살펴보았을 때, 응급피임약 보급 확대는 전남지역 86.4%, 피임 비율 증가의 경우 경남지역에서 77.8%, 수술을 하지 않는 의료기관의 증가는 제주지역 62.4%, 여성의 사회참여 증가로 전반적 임신율 저하의 경우 경남지역 72.7%, 수술억제 정책의 경우 제주지역 24.7%가 감소요인으로 응답된 경우가 각각 가장 많았다. 의료기관 유형별로는 산부인과 의원에서 응급피임약 보급 확대 77.4%, 산부인과 전문병원과 종합병원의 경우 수술을 하지 않는 의료기관의 증가가 각각 66.3%, 75.1%로 응답비율이 가장 높았다. 성별에서 남성과 여성 67% 정도가 응급피임약 보급 확대를 이유로 응답한 경우가 많았고, 연령대별로 나누어 볼 때 30대의 70.2%는 수술을 하지 않는 의료기관의 증가를, 40대에서 60세 이상은 응급피임약 보급 확대를 감소이유로 응답한 비율이 높았다. 인공임신중절이 최근 3년간 감소한 이유에 대하여, 응급피임약 보급 확대에 대한 의견이 많았다.

< 표 56 > 산부인과 의사 중 최근 3년간 인공임신중절 감소요인에 대한 의견(중복응답)

(단위 : %)

구분	응급 피임약 보급 확대	피임 비율 증가	수술을 하지 않는 의료기관의 증가	여성의 사회참여 증가로 전반적 임신을 저하	수술억제 정책 (법 제제)
전체	67.0	52.6	49.5	39.8	1.7
지역					
서울	66.6	48.0	51.0	37.8	1.9
부산	69.5	53.1	61.8	31.3	1.9
대구	61.7	49.3	51.0	39.4	0.0
인천	43.0	42.2	41.2	23.4	2.2
광주	76.5	59.2	45.1	38.2	0.0
대전	70.6	61.3	34.9	34.1	2.2
울산	39.7	66.9	12.5	60.3	0.0
경기	70.1	49.2	52.9	38.4	2.3
강원	66.8	28.0	29.8	35.1	0.0
충북	69.8	61.9	60.4	15.8	0.0
충남	81.5	59.5	59.1	53.2	0.0
전북	66.0	52.6	45.0	37.3	0.0
전남	86.4	54.0	53.3	52.9	0.0
경북	80.4	61.3	16.2	54.9	0.0
경남	58.0	77.8	59.6	72.7	0.0
제주	49.4	62.4	62.4	24.7	24.7
의료기관 유형					
산부인과 의원	77.4	61.7	37.0	41.4	1.8
산부인과 전문병원	52.0	35.4	66.3	38.7	2.5
종합병원	46.6	37.9	75.1	35.4	0.9
성별					
남자	67.0	54.4	47.8	41.5	1.6
여자	67.2	48.6	53.0	36.0	2.0
연령					
30-39세	46.1	34.6	70.2	21.1	1.7
40-49세	66.6	50.8	47.5	40.9	1.4
50-59세	75.0	62.6	41.5	46.8	1.3
60세 이상	78.6	54.8	52.7	41.7	6.0

2) 인공임신중절 사유의 빈도에 대한 의견

사회전반에 이루지고 있는 인공임신중절이 어떤 사유로 인한 것인지 의견을 묻는 질문에서 본인의 요청이라고 응답한 경우가 48.9%로 가장 많았고, 사회경제적 이유 38.7%, 태아 이상 또는 기형 7.2%, 모체의 생명 위협 2.2% 순으로 조사되었으며, 강간 또는 근친상간, 모체의 신체적 건강 보호, 모체의 정신적 건강 보호는 각각 1%에 그쳤다.

지역별로 살펴보았을 때, 사회경제적 이유의 경우 제주지역에서 75.3%, 본인의 요청은 충남지역 62.7%, 모체의 생명 위협의 경우 울산지역의 26.5%가 인공임신중절이 이루어지는 이유로 응답한 경우가 많았다. 의료기관 유형별로 산부인과 전문병원과 종합병원에서 본인의 요청을 사유로 응답한 비율이 50% 이상을 상회하였고, 산부인과 의원에서는 사회경제적 이유가 48.4%로 가장 많았다. 성별은 남성과 여성 모두와 연령대별에서 30대에서 50대까지 본인의 요청을 이유로 응답한 경우가 45% 이상의 높은 응답비율을 차지하였다.

전술한 바와 같이 사회전반에서 인공임신중절이 본인의 요청이나 사회경제적 이유로 인해서 이루어지고 있다는 의견이 많았다. 이에 따라 분석해 볼 때 현실적으로 자행되는 인공임신중절의 근절과 법적으로 허용하는 사유에 대해서 구체화할 필요성에 대한 요구가 크다는 것을 알 수 있다.

< 표 57 > 인공임신중절이 많이 이루어지는 이유에 대한 의견(1순위)

(단위 : %)

구분	계(%)	본인의 요청	사회경 제적 이유	태아 이상 또는 기형	모체의 생명 위협	강간 또는 근친상간	모체의 신체적 건강 보호	모체의 정신적 건강 보호
전체	100.0	48.9	38.7	7.2	2.2	1.0	1.0	1.0
지역								
서울	100.0	49.9	39.1	6.1	2.0	1.0	1.0	1.0
부산	100.0	55.3	28.5	9.2	4.6	0.0	2.5	0.0
대구	100.0	43.3	39.6	10.5	4.0	0.0	0.0	2.6
인천	100.0	57.0	32.6	1.5	2.1	4.6	0.0	2.1
광주	100.0	38.2	38.2	20.4	0.0	3.1	0.0	0.0
대전	100.0	35.5	47.9	8.3	5.2	3.1	0.0	0.0
울산	100.0	34.5	29.0	10.0	26.5	0.0	0.0	0.0
경기	100.0	50.3	37.9	6.6	0.9	0.9	1.7	1.7
강원	100.0	56.9	38.4	4.7	0.0	0.0	0.0	0.0
충북	100.0	44.8	55.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
충남	100.0	62.7	27.4	5.0	2.6	2.4	0.0	0.0
전북	100.0	47.3	48.7	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0
전남	100.0	25.4	61.8	6.5	0.0	0.0	6.3	0.0
경북	100.0	61.5	38.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
경남	00.0	46.3	33.0	20.6	0.0	0.0	0.0	0.0
제주	100.0	24.7	75.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
의료기관 유형								
산부인과 의원	100.0	44.8	48.4	2.0	0.9	1.1	1.3	1.6
산부인과 전문병원	100.0	52.5	34.9	6.8	3.4	2.0	0.4	0.0
종합병원	100.0	58.5	12.4	23.3	5.2	0.0	0.7	0.0
성별								
남자	100.0	47.5	39.8	7.7	2.7	0.9	0.8	0.7
여자	100.0	51.6	36.5	6.3	1.3	1.3	1.3	1.7
연령								
30-39세	100.0	59.2	22.5	13	2.6	1.1	1.7	0.0
40-49세	100.0	47.6	41.2	5.7	2.8	0.9	0.3	1.4
50-59세	100.0	45.3	45.0	5.1	1.2	1.0	1.1	1.3
60세 이상	100.0	42.0	42.3	8.5	2.3	1.9	3.0	0.0

인공임신중절이 이루어지는 이유로 1순위에서 3순위까지를 종합적으로 합하여 분석한 결과, 사회경제적 이유가 89.3%로 가장 많았고, 본인의 요청 87.6%, 태아 이상 또는 기형 64.4%, 모체의 신체적 건강 보호 21.3%, 모체의 생명 위협 18.4%, 모체의 정신적 건강 보호 10.3%, 강간 또는 근친상간 7.4% 순으로 조사되었다.

< 표 58 > 인공임신중절이 많이 이루어지는 이유에 대한 의견(1+2+3순위)

(단위 : %)

구분	사회경제적 이유	본인의 요청	태아 이상 또는 기형	모체의 신체적 건강 보호	모체의 생명 위협	모체의 정신적 건강 보호	강간 또는 근친상간
전체	89.3	87.6	64.4	21.3	18.4	10.3	7.4
지역							
서울	87.8	88.7	62.1	24.6	19.3	8.5	8.0
부산	86.1	85.1	75.2	15.7	15.1	14.2	8.4
대구	87.7	80.6	64.2	27.2	13.5	20.6	5.1
인천	88.1	91.1	70.6	12.1	12.1	16.2	3.7
광주	84.7	70.3	69.0	31.4	12.4	16.9	15.3
대전	87.7	83.4	62.1	23.5	18.6	12.4	12.3
울산	90.0	63.5	68.3	24.5	7.3	10.0	36.5
경기	91.7	91.4	60.1	22.3	22.4	5.2	4.2
강원	85.8	94.8	69.0	25.4	10.3	5.2	9.4
충북	100.0	93.6	74.4	12.8	6.4	12.8	0.0
충남	90.0	89.8	47.6	20.3	24.7	20.0	7.6
전북	96.0	94.3	64.2	0.0	30.1	15.4	0.0
전남	93.5	81.3	87.5	25	6.3	0.0	6.5
경북	84.1	83.1	69.4	40.3	14.1	0.0	9.0
경남	90.6	90.6	53.4	7.7	27.2	21.1	9.4
제주	100.0	100.0	75.3	0.0	24.7	0.0	0.0
의료기관 유형							
산부인과 의원	95.1	88.8	52.9	22.5	24.0	12.6	2.7
산부인과 전문병원	90.7	90.0	81.5	11.5	11.0	4.7	8.2
종합병원	70.5	82.0	85.6	25.6	7.5	7.8	21
성별							
남자	89.0	86.9	64.1	20.5	17.7	12.4	8.5
여자	89.8	88.9	64.9	22.9	19.8	6.3	5.4
연령							
30-39세	81.9	87.6	80.8	17.5	12.2	7.5	11.5
40-49세	91.7	88.3	63.3	24.1	16.1	8.4	7.0
50-59세	91.5	87.4	58.7	21.3	24.4	9.8	5.4
60세 이상	85.9	83.9	46.5	16.4	22.7	35.2	7.1

10대의 인공임신중절 추정시기에 대한 응답으로 12주 미만인 경우가 75.1%로 가장 많았고, 12주 이상 24주 미만 24.7%, 24주 이상 0.3%로 조사되었다.

지역별로 광주지역과 전남지역에서 12주 미만인 경우가 93.8%로 가장 많았고, 의료기관 유형별로나 성별로도 12주 미만으로 응답한 비율이 산부인과 의원, 산부인과 전문병원, 종합병원 각각 80.9%, 74%, 58.4%, 남성 79.4%, 여성 66.9%로 많이 조사되었다.

연령대별로도 30대, 40대, 50대, 60대 이상 모두 12주 미만으로 응답한 경우가 가장 많은 비율을 차지하였고, 전체적으로 보았을 때 24주 이상의 의견을 보인 경우는 매우 적었다.

세계적으로 10대의 임신율이 증가하는 추세를 보이고 있고, 한국도 다르지 않은 것으로 조사되고 있다. 따라서 10대의 원치 않는 임신을 예방하기 위하여 피임방법과 더불어 성관계 후 책임감, 성폭행 방어 등의 현실적이고 구체적인 교육이 의무화 되어야 할 것으로 판단된다.

< 표 59 > 10대의 인공임신중절 추정시기

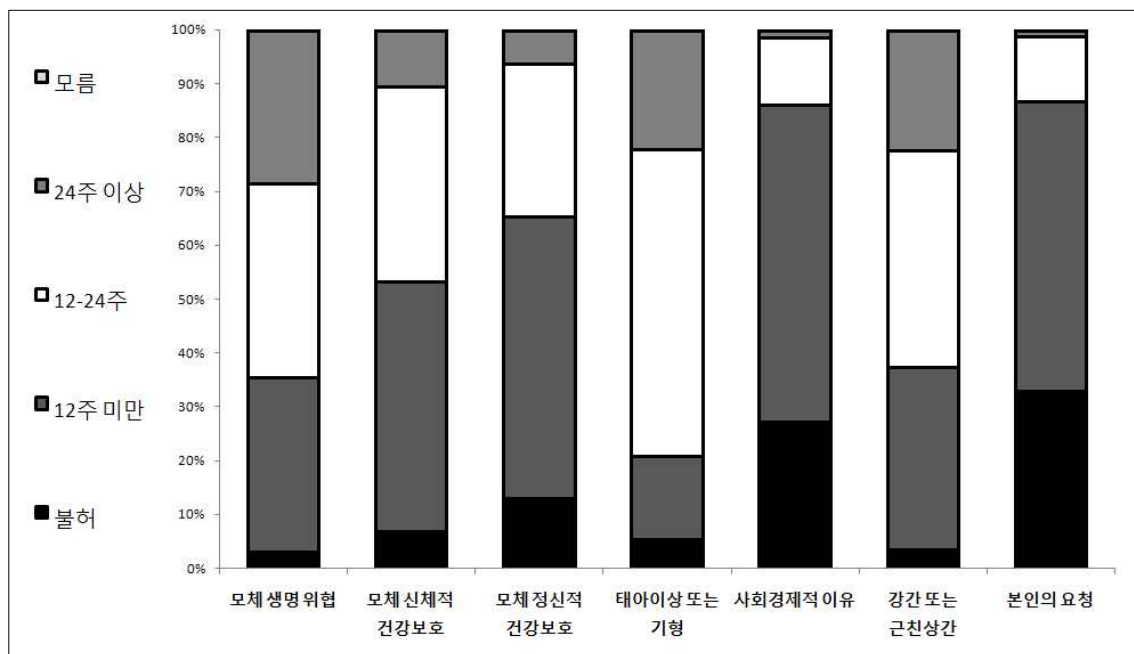
(단위 : %)

구분	계(%)	12주 미만	12-24주	24주 이상
전체	100.0	75.1	24.7	0.3
지역				
서울	100.0	67.0	32.5	0.5
부산	100.0	73.5	24.9	1.6
대구	100.0	78.8	21.2	0.0
인천	100.0	70.7	29.3	0.0
광주	100.0	93.8	6.2	0.0
대전	100.0	79.6	20.4	0.0
울산	100.0	90.0	10.0	0.0
경기	100.0	75.7	24.3	0.0
강원	100.0	62.9	37.1	0.0
충북	100.0	87.2	12.8	0.0
충남	100.0	57.6	42.4	0.0
전북	100.0	82.9	17.1	0.0
전남	100.0	93.8	6.3	0.0
경북	100.0	85.9	14.1	0.0
경남	100.0	82.7	17.3	0.0
제주	100.0	87.1	12.9	0.0
의료기관 유형				
산부인과 의원	100.0	80.9	18.7	0.4
산부인과 전문병원	100.0	74.0	26.0	0.0
종합병원	100.0	58.4	41.6	0.0
성별				
남자	100.0	79.4	20.4	0.2
여자	100.0	66.9	32.7	0.4
연령				
30-39세	100.0	59.8	39.5	0.7
40-49세	100.0	77.4	22.3	0.3
50-59세	100.0	80.9	19.1	0.0
60세 이상	100.0	79.9	20.1	0.0

나. 인공임신중절 관련법에 대한 인지 및 태도

1) 인공임신중절 허용사유별 허용임신기간에 대한 태도

전반적으로 의료계에서 보인 인공임신중절 허용사유별 허용기간에 대한 의견으로, 모체 생명 위협의 사유를 불허해야 한다는 응답이 3%로 나타났고, 12주 미만 허용 32.3%, 12주 이상 24주 미만 허용 36.2%, 24주 이상 허용 28.4%, 모르겠다는 의견 0.1%로 조사되었다. 모체의 신체적 건강보호에 대해서는 불허해야 한다는 응답이 6.8%, 12주 미만 허용 46.3%, 12주 이상 24주 미만 허용 36.3%, 24주 이상 허용 10.4%, 모르겠다는 의견 0.1%로 응답하였고, 모체의 정신적 건강보호에 대한 의견으로 불허해야한다 13%, 12주 미만 허용 52.3%, 12주 이상 24주 미만 허용 28.4%, 24주 이상 허용 6.3%, 모르겠다는 의견 0.1%로 나타났다.



< 그림 23 > 산부인과 의사의 인공임신중절 허용사유별 허용기간에 대한 의견 정리

태아 이상 또는 기형에 대하여 불허해야 한다 5.4%, 12주 미만 허용 15.3%, 12주 이상 24주 미만 허용 57.1%, 24주 이상 허용 22.1%, 모르겠다는 의견 0.1%로 조사되었고, 사회경제적 이유에 대한 의견으로 불허 27.1%, 12주 미만 허용 58.8%, 12주 이상 24주 미만 허용 12.5%, 24주 이상 허용 1.4%, 모름 0.1%로 응답하였다.

강간 또는 근친상간의 사유에 대해서는 불허해야 한다는 의견 3.3%, 12주 미만 허용 33.9%, 12주 이상 24주 미만 허용 40.4%, 24주 이상 허용 22.3%, 모름 0.1%로 조사되었고, 본인의 요청에 대해서 불허 32.8%, 12주 미만 허용 53.8%, 12주 이상 24주 미만 허용 12.2%, 24주 이상 허용 1.1%, 모르겠다는 의견 0.1%로 응답하였다.

< 표 60 > 산부인과 의사의 인공임신중절 허용사유별 허용기간에 대한 의견 정리

(단위 : %)

	불허	12주 미만	12-24주	24주 이상	모름
모체 생명 위협	3.0	32.3	36.2	28.4	0.1
모체 신체적 건강보호	6.8	46.3	36.3	10.4	0.1
모체 정신적 건강보호	13.0	52.3	28.4	6.3	0.1
태아이상 또는 기형	5.4	15.3	57.1	22.1	0.1
사회경제적 이유	27.1	58.8	12.5	1.4	0.1
강간 또는 근친상간	3.3	33.9	40.4	22.3	0.1
본인의 요청	32.8	53.8	12.2	1.1	0.1

전반적으로 태아이상, 강간, 모체 생명 위협의 사유에 대해서는 허용하자는 의견이 많았으나, 경제적 사유, 본인 요청 등은 30% 정도로 불허하자는 의견이 상대적으로 다소 높게 나타났다.

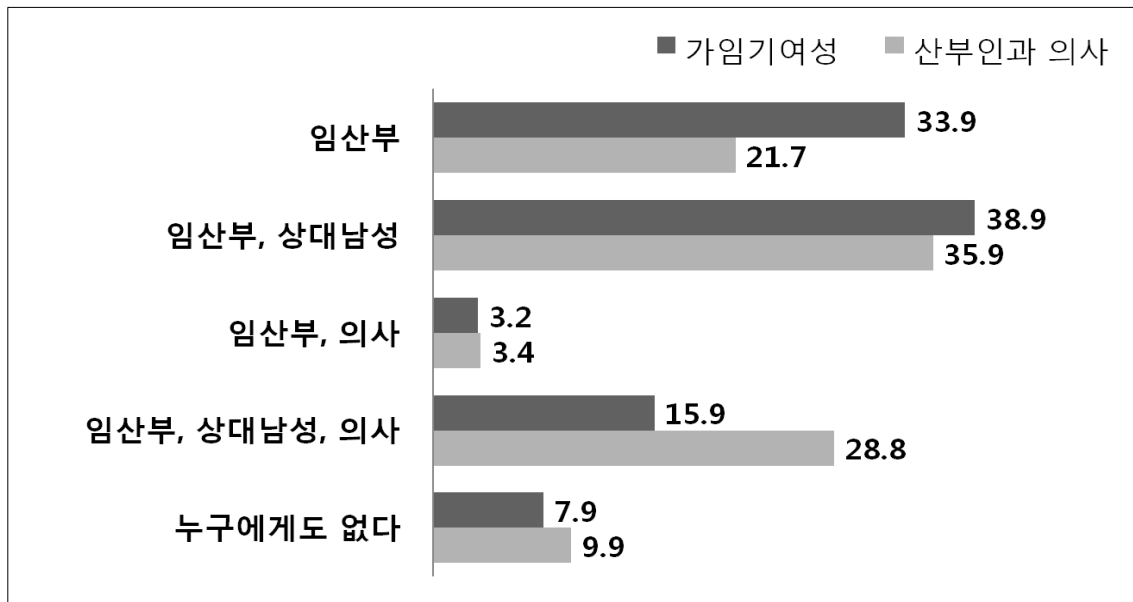
2) 인공임신중절 결정권

산부인과 의사를 대상으로 인공임신중절 결정권에 대한 의견을 조사하였다. 인공임신중절의 결정권자는 ‘임산부와 배우자’가 35.9%로 가장 높았고, ‘임산부, 배우자, 진료에 참여한 산부인과 의사’ 28.8%, ‘임산부 자신’ 21.7%, ‘임산부와 진료에 참여한 산부인과 의사’ 3.4%, ‘임신중절 결정권은 누구에게도 없다’ 9.9% 순으로 조사되었다.

의료기관 유형별로는 산부인과 전문병원이 ‘임산부와 배우자’ 응답비율이 높았고, 종합병원은 임산부, 배우자, 진료에 참여한 산부인과 의사가 인공임신중절 결정권자라고 응답한 비율이 가장 높았다. 인공임신중절 결정권자에 대한 의견이 성별에 따라 큰 차이를 보이지는 않았다. 연령대별로 살펴보면, 30대, 40대, 50대 연령대에서는 ‘임산부와 배우자’의 응답비율이 가장 높았으나 60세 이상 연령대에서는 ‘임산부, 배우자, 진료에 참여한 산부인과 의사’의 응답의 비율이 가장 높았다.

가임기 여성에게 이와 마찬가지로 인공임신중절 결정권자에 대한 의견을 조사한 결과, ‘임산부와 배우자’가 38.9%로 가장 높았고, ‘임산부 자신’ 33.9%, ‘임산부, 배우자, 진료에 참여한 산부인과 의사’ 15.9%, ‘임신중절 결정권은 누구에게도 없다’ 7.9%, ‘임산부와 진료에 참여한 산부인과 의사’ 3.2% 순으로 조사되었다.

산부인과 의사와 가임기 여성 조사에서의 인공임신중절 결정권자에 대한 의견은 다소 차이가 있었다. 특히, 산부인과 의사의 경우 산부의과 의사에게도 결정권이 있어야 한다고 생각하는 반면, 가임기 여성은 그 비율이 다소 낮은 것으로 분석되었다.



< 그림 24 > 인공임신중절 수술 결정권자에 대한 가임기여성과 산부인과 의사의 의견

< 표 61 > 인공임신중절 결정권자

(단위 : %)

구분	계(%)	임산부와 배우자	임산부, 배우자, 진료에 참여한 산부인과 의사	임산부 자신	임산부와 진료에 참여한 산부인과 의사	임신중절 결정권은 누구에게도 없다	기타
전체	100.0	35.9	28.8	21.7	3.4	9.9	0.3
지역							
서울	100.0	29.4	33.5	20.9	5.7	10.5	0.0
부산	100.0	38.5	20.9	23.4	12.1	5.0	0.0
대구	100.0	33.3	42.1	18.9	0.0	5.7	0.0
인천	100.0	50.8	27.3	16.2	0.0	5.8	0.0
광주	100.0	44.8	18.6	22.7	10.7	3.1	0.0
대전	100.0	18.2	54.2	17.4	1.9	8.3	0.0
울산	100.0	29.0	24.5	7.3	0.0	39.2	0.0
경기	100.0	42.8	20.6	24.0	0.0	11.8	0.8
강원	100.0	22.9	12.1	34.9	0.0	30.1	0.0
충북	100.0	44.8	29.6	19.2	0.0	6.4	0.0
충남	100.0	34.7	25.0	25.0	0.0	12.6	2.6
전북	100.0	37.3	52.1	5.7	0.0	3.3	1.6
전남	100.0	43.3	25.2	12.5	0.0	19.0	0.0
경북	100.0	31.4	30.6	30.6	7.3	0.0	0.0
경남	100.0	34.4	32.8	25.3	1.9	5.6	0.0
제주	100.0	37.6	0.0	49.4	0.0	12.9	0.0
의료기관 유형							
산부인과 의원	100.0	35.3	29.4	24.5	2.8	8.0	0.0
산부인과 전문병원	100.0	42.5	20.3	20.6	2.5	12.8	1.4
종합병원	100.0	32.3	33.8	14.0	6.2	13.2	0.4
성별							
남자	100.0	37.9	28.1	21.3	2.6	9.6	0.5
여자	100.0	32.1	30.1	22.5	5.0	10.3	0.0
연령							
30-39세	100.0	36.9	29.1	18.9	5.7	9.4	0.0
40-49세	100.0	37.0	27.6	18.8	3.4	13.0	0.1
50-59세	100.0	34.5	28.3	28.3	2.3	5.9	0.8
60세 이상	100.0	32.4	38.7	15.1	1.6	12.3	0.0

다. 인공임신중절 예방 정책에 대한 의견(자유진술정리)

< 표 62 > 인공임신중절에 대한 정부의 정책방향에 대한 의견

(단위 : %)

구분	계(%)	의료기관의 유형		
		산부인과 의원	산부인과 전문 병원	종합 병원
국가의 피임교육 강화(연령, 성별 관계없이 철저하게)	4.3	5.4	0.9	3.7
임신중절 결정권은 산모에게 주어야 함 (특히, 12~16주 이내)	11.9	15.1	7.1	6.1
태아가형 시 임신중절 가능해야 함 (의사의 의학적 판단 존중)	3.3	2.3	7.8	2.6
임신중절 결정권은 산모와 상대 남성에게 주어야 함 (특히, 12 주내에)	2.1	3.0	1.4	0.0
10대 임신 시, 산모가 원하면 임신중절 가능하게 해야함	1.9	2.6	1.6	0.0
임신중절 시술자 등록 사업으로 국가적 관리 필요 (음성적 시술 기관 철폐)	1.5	1.4	2.1	1.5
1회 상담(의사 외 상담사 포함) 후 숙려기간을 가진 후 임신중절 결정권은 개인에게 주어야 함	1.0	0.7	3.3	0.0
12주내 임신중절에 대한 법적 완화 필요	1.9	2.6	1.3	0.0
인공임신중절이 법적으로 불법이므로, 미혼모가 출산 시, 상대 남성의 책임 강제화가 필요함	0.1	0.2	0.0	0.0
미혼모 및 양육 관련 지원 사업 확대	2.3	3.1	2.5	0.0
사회경제적 이유라도 산모가 원하면 법적 임신주수 내에 임신중절 가능해야 함 (개인의 행복추구권 존중)	6.4	9.3	2.6	0.7
임신중절은 허용하되 임신주수에 대한 제한만 법적으로 확정했으면 함(규제 최소화)	3.8	4.7	4.5	0.7
임신중절에 대한 현실적이고 확실한 합법적 근거 마련 (모자보건법의 현실적 개정, 사회적 이유 기준 마련)	10.0	10.9	13.8	4.1
법적제재를 가하기 전에 법과 현실의 중재역할을 하는 판단기관이 필요함	0.3	0.0	0.8	0.9
임신중절 제재보다 사회의 도덕성 고취 (성에 관한 인식전환)를 위한 노력이 더 필요한 시점임	0.5	0.8	0.0	0.0
어떤 경우에도 임신중절은 허용하면 안됨	0.7	0.8	0.5	0.7
기타	4.2	3.5	7.9	3.1
여론수렴을 통한 합법화 (부분허용)후 엄정한 법집행	2.0	3.0	0.6	0.0
없음	50.2	42.0	48.8	75.9

4. 종합병원 조사 결과

대한산부인과학회에 등록되어 있는 수련병원 전문의 대상으로 전수 조사를 실시하였으며, 조사 내용에는 인공임신중절 허용사유 중 태아 이상 또는 기형으로 인한 인공임신중절 현황과 허용주수에 관한 의견 등을 포함하였다.

태아 이상 또는 기형으로 인하여 인공임신중절이 이루어진다면 허용할 수 있는 임신주수의 개정방향에 대한 내용으로 1) 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환, 2) 태아의 생명유지가 어려운 기형, 3)태아의 심각한 후유증이 예상되는 기형, 4) 태아의 치료 가능한 기형으로 나누어 조사하였다.

가. 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환

태아 이상 또는 기형으로 인한 인공임신중절 중 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환에 대하여 12주 이상 24주 미만 허용해야 한다는 의견이 51%로 가장 많았다. 그 다음으로 12주 미만 29%, 24주 이상 13%, 불허 7%로 조사되었다.

< 표 63 > 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성질환

(단위 : %)

구분	계
불허	7
12주 미만	29
12주 이상 24주 미만	51
24주 이상	13
총 합	100

나. 태아의 생명유지가 어려운 기형

태아 이상 또는 기형으로 인한 인공임신중절 중 무뇌아 등과 같이 태아의 생명유지가 어려운 기형에 대하여 24주 이상 허용해야 한다는 의견이 53%로 가장 높았고, 12주 이상 24주 미만 33%, 12주 미만 12%로 응답하였다.

< 표 64 > 태아의 생명유지가 어려운 기형

(단위 : %)

구분	계
불허	2
12주 미만	12
12주 이상 24주 미만	33
24주 이상	53
총 합	100

다. 태아의 심각한 후유증이 예상되는 기형

태아 이상 또는 기형으로 인한 인공임신중절 중 척추 이분증, 심한 심장기형, 다운증후군 등과 같이 태아의 심각한 후유증이 예상되는 기형에 대하여 12주 이상 24주 미만 허용해야 한다는 응답이 54%로 가장 많았다. 그 다음으로 24주 이상 19%, 12주 미만 16%, 불허 11%로 조사 되었다.

< 표 65 > 태아의 심각한 후유증이 예상되는 기형

(단위 : %)

구분	계
불허	11
12주 미만	16
12주 이상 24주 미만	54
24주 이상	19
총 합	100

라. 태아의 치료가능한 기형

태아 이상 또는 기형으로 인한 인공임신중절 중 다지증, 구순열, 심장기형 등과 같이 태아의 치료가능한 기형에 대하여 불허해야 한다는 응답이 79%로 가장 많았다. 그 다음으로 12주 이상 12주 미만 허용해야 한다는 의견이 14%, 12주 미만 6%, 24주 이상 1%로 조사되었다.

< 표 66 > 태아의 치료가능한 기형

(단위 : %)

구분	계
불허	79
12주 미만	6
12주 이상 24주 미만	14
24주 이상	1
총 합	100

마. 시술이유

인공임신중절 이유 중 모체의 건강을 우려하여 시술한 경우는 1~10건으로 응답한 경우 2009년 41%, 2010년 39%이었으며, 11건에서 20건은 2009년 7%, 2010년 7%로 나타났고, 없음으로 응답한 경우는 2009년 52%, 2010년 54%로 조사되었다.

< 표 67 > 모체의 건강을 우려하여 시술한 인공임신중절 건수

(단위 : %)

구분	2009년	2010년
없음	52	54
1~10건	41	39
11~20건	7	7
총 합	100	100

모체의 건강을 우려하여 시술한 인공임신중절 중 모체의 정신적 건강 보호를 위한 경우는 1건에서 5건이 2009년에는 100%, 2010년은 71.4%로 가장 많았고, 2010년에는 없음이 14.3%이며, 6건에서 10건이 14.3%로 조사되었다.

< 표 68 > 모체의 정신적 건강 보호를 위한 인공임신중절

(단위 : %)

구분	2009년	2010년
없음	0	14.3
1~5건	100	71.4
6~10건	0	14.3
총 합	100	100

모체의 건강을 우려하여 시술한 인공임신중절 중 태아의 이상 또는 기형으로 인한 경우는 1건에서 10건이 2009년 48%, 2010년 46%로 가장 많았고, 11건에서 20건으로 응답한 경우는 2009년 4%, 2010년 7%로 조사되었다.

< 표 69 > 태아의 이상 또는 기형으로 인한 인공임신중절

(단위 : %)

구분	2009년	2010년
없음	39	43
1~10건	48	46
11~20건	4	7
21~30건	4	2
31~40건	0	0
41~50건	2	2
50건 이상	2	0
총 합	100	100

제3절 인공임신중절 경험여성 심층면접조사

인공임신중절 경험자 대상으로 인공임신중절 수술에 대한 의견을 모아 정책수립을 뒷받침할 기초 자료를 제공하는데 목적이 있으며, 조사목적을 효과적으로 달성하기 위해 가임기 여성들의 인공임신중절에 대한 일반적 견해와 수술경험자의 개인적 경험 공유, 경험자 입장에서의 정부정책 평가, 응급피임약 등 기타 의견을 조사였다.

1. 면접 대상자 특성

< 표 70 > 경험자 심리조사 대상자의 일반적 특성

단위 : 명 (%)

구분	응답자 수
전체	24 (100.0)
연령	
20대	8 (33.3)
30대	10 (41.7)
40대	6 (25.0)
거주 지역	
서울	14 (58.3)
부산	4 (16.7)
대구	3 (12.5)
대전	1 (4.2)
광주	2 (8.3)
혼인상태	
기혼	10 (41.7)
미혼	14 (58.3)

인공임신중절을 경험한 24명의 여성을 대상으로 일대일 심층면접조사를 한 결과, 응답자들의 특성은 표1에서 보는 바와 같았다. 연령대별 분포는 20대 33.3%, 30대 41.7%, 40대 25%를 차지하였고, 지역별 분포는 서울이 58.3%, 부산 16.7% 대구 12.5% 순으로 서울 거주자가 가장 많았다. 혼인상태별 분포는 기혼 41.7%, 미혼 58.3%였다.

2. 인공임신중절 추세에 대한 의견

인공임신중절 추세에 대한 응답으로 과거대비 피임실천율의 상승과 수술병원의 감소로 인해 성인 인공임신중절은 줄어들었지만, 10대 임신율이 증가하면서 전체적으로 인공임신중절률은 비슷할 것이라는 의견이 많았다.

과거와 비교하면, 10대 인공임신중절 비율의 증가와 성문화의 변화 대비 현실적이고 올바른 성교육, 피임교육이 부족하다고 인식하는 경향이 크게 나타났고, 또한 국내 인공임신중절수술 감소현상은 원정 인공임신중절과 같은 비정상적인 임신중절수술 음성화를 부추기는 것이며, 이는 여성건강을 위협하고 여성의 선택권을 박탈할 수 있다고 응답하였다.

따라서 여성의 인권을 위해서라도 법적으로 전면 금지하는 것은 문제가 있으며, 태아의 인권만큼 여성 선택에 대한 권리도 중요하다고 조사되었다.



< 그림 25 > 인공임신중절 현황에 대한 인식

3. 피임경험과 피임에 대한 의견

피임에 대해 질문한 결과, 인공임신중절 경험여성들은 피임이 절대적으로 중요하다는 것을 알고 있었다. 응답자 중 미혼보다 기혼여성들이 피임기구 사용에 적극적이며, 자녀계획이 마무리된 40대 여성들의 경우에는 남성들이 정관수술을 하는 것에 대해 매우 긍정적이었다. 주로 사용하는 피임방법에 대하여 미혼의 경우 콘돔, 피임약, 질외사정법, 월경 주기계산법이라고 응답하였고, 기혼의 경우 콘돔이나 피임약 외에도 루프나 임플라논과 같이 여성이 적극적으로 피임기구를 사용하는 것으로 조사되었다.

응급피임약에 대해서는 인공임신중절에 대한 현실적인 대비방법이라는 측면에서 전반적으로 긍정적인 평가를 했다. 하지만 성인의 경우 남용을 우려하면서도 일단 처방전 없이 구매접근성을 높여야 한다는 의견이 많은 반면, 10대의 경우는 부모의 동의서 등을 지참하여 현재의 의사 처방전을 대신하자고 응답하였다.

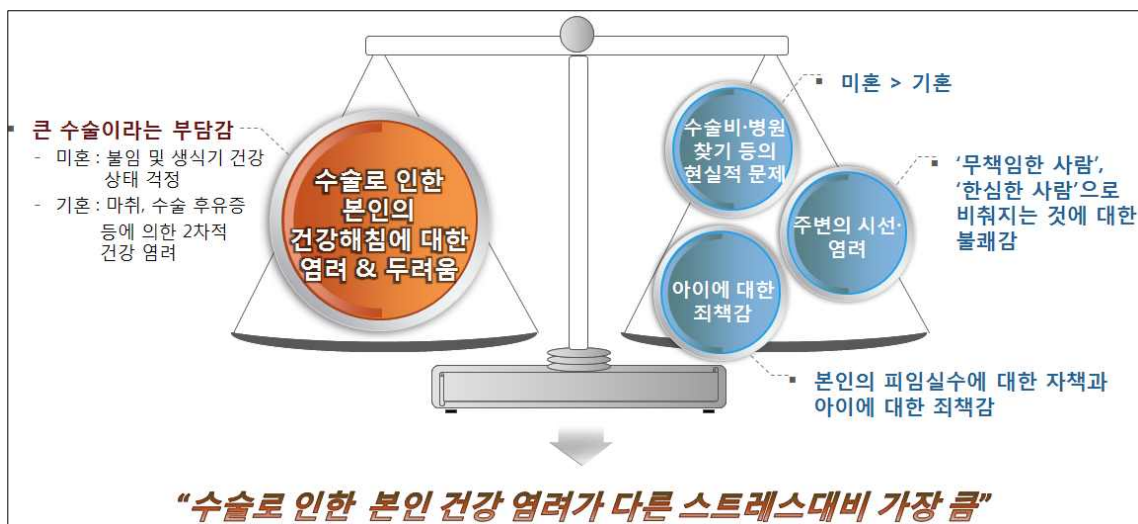


< 그림 26 > 피임의 책임에 대한 인공임신중절 경험여성의 의견

피임의 책임에 대한 응답으로 미혼, 기혼여성들 모두 피임의 책임은 개인적인 것으로 인식하고 있었지만, 정부가 안전한 피임에 대한 교육을 해야 한다는 측면에서 간접적 책임이 있다고 대답하였다.

4. 인공임신중절 과정과 전후의 경험

인공임신중절 수술에 있어서 미혼과 기혼 모두 경제적 이유로 인한 경우가 가장 많았으나, 세부적으로 주요원인에 차이가 있었다. 미혼의 경우, 경제적 이유와 더불어 결혼에 있어서 상대남성에 대한 불확신성, 직업과 관련한 미래에 대한 걱정을 수술결심 이유로 대답하였고, 기혼의 경우 남편의 권유나 태아의 기형에 의한 인공임신중절 수술 결심 비중이 크게 조사되었다. 10대의 경우는 주위의 시선이나 본인의 미래에 대한 걱정을 이유로 응답하였다.



< 그림 27 > 인공임신중절 수술 경험자들의 스트레스 종류 및 강도

수술경험자들은 수술을 앞두고, 아이에 대한 죄책감 같은 감정적 고민보다는 수술 후유증 등으로 인한 본인의 건강염려에 대한 걱정을 크게 나타냈다. 인공임신중절 수술에 대해, 미혼의 경우 난임 및 생식기 건강 상태를 걱정하였고, 기혼은 마취나 수술 후유증 등에 의한 2차적 건강을 염려하였다.

수술비나 병원의 선택 등의 현실적 문제에 있어서 기혼 보다는 미혼이 더 걱정하는 것으로 조사되었고, 본인의 피임실수에 대한 자책과 수술로 인한 죄책감을 느끼거나 주변 사람에게 무책임한 사람이나 한심한 사람으로 비춰지는 것에 대해 염려하는 것으로 나타났다.

인공임신중절 수술 후에 정신적·감정 변화는 임신주수, 결혼유무, 연령에 따라 다르게 조사되었다. 임신 8주 내에 수술을 경험한 경우가 12주 이후에 경험한 경우보다 죄책감 등과 같은 감정적인 상처를 적게 받았고, 미혼인 상태에서 임신을 경

험한 경우 수술 후에 느끼는 심리적 안정감은 있지만, 난임 등 후유증에 대한 불안감이 상대적으로 더 크게 나타났다. 또한 성인에 비해 10대가 상대적으로 수술 후 감정변화가 크고 부정적인 형태로 나타났다.

미혼과 기혼의 차이를 보면, 미혼의 경우 홀가분함이나 안정감을 느끼는 등 수술 후 긍정적 감정변화가 뚜렷한 반면, 기혼은 수술 후 기존의 자녀들에게 더 강한 책임의식을 갖게 되는 것으로 조사되었다. 기혼의 이러한 행동은 인공임신중절 수술로 인한 죄책감을 자녀들에게 대신 보상해주려는 것이라고 대답하였다.

인공임신중절 수술 후에 죄책감, 미안함 등의 부정적인 감정은 시간이 지날수록 강도가 약해지기는 하나, 시간이 오래 지나도 특정계기를 통해 간헐적으로 되새겨지며, 이를 해소하기 위해 종교 활동을 하는 경우가 많았고, 그 외에 일상생활에서 본인의 본업에 더욱 몰두하면서 부정적인 기억을 자연스럽게 잊으려 노력한다고 응답하였다.

5. 인공임신중절 예방정책에 대한 의견

인공임신중절 예방정책에 대한 응답으로, 정부 차원의 현실적인 피임 및 성교육 실시를 위해 10대, 성인 모두 피임방법 뿐만 아니라 성관계 후 책임감, 성폭행 방어 등에 대한 교육을 실시해야 한다고 대답했다. 따라서 성윤리와 성도덕적 부분을 강조한 주기적 성교육이 이루어져야 하며, 콘돔이나 피임약의 사용방법과 질외사정 및 주기계산법에 의한 피임 실패에 대해 명확히 교육을 해야 한다고 조사되었다. 또한 임신을 하게 되었을 때, 안심하고 상담 받을 수 있는 상담소의 위치와 전화번호 등을 알려주어 불법 인공임신중절을 사전에 예방할 수 있도록 해 주어야 한다고 대답했다. 더불어 여성용 피임약 뿐 아니라 콘돔과 같은 남성의 적극적 피임방법에 대한 광고 및 캠페인의 활성화가 이루어져야 한다고 응답했다.

또한 출산 후, 회사복귀 등에 대한 고용안정 확립과 직업훈련 지원, 의무적 보육 시설에 대한 강화와 정부 국립 보육 시설 증대 등을 통해 출산 후 여성의 사회 진출가능성을 확대해야 한다고 응답하였다.

미혼모, 한부모에 대한 긍정적인 언론보도나 생명가치 및 생명윤리에 대한 공익 광고 등을 통해 사회적인 인식 개선 활동을 강화해야 한다고 조사되었다.

인공임신중절 경험여성들은 인공임신중절률을 낮추기 위해서는 정부의 강력한

현실적 대책이 필요하며, 특히 원치 않는 임신 자체를 예방할 수 있도록 제대로 된 피임교육이나 성교육을 강화하는 것이 가장 선행되어야 한다고 응답했다.

제4절 전문가 심층면접조사

1. 면접 대상자 특성

여성계, 법조계, 의료계, 종교계의 각 계층을 대표할 수 있는 전문가 8명을 대상으로 일대일 심층면접조사를 실시하였다. 여성단체 간사급 이상의 여성계 전문가 2명, 법조단체 간사급 이상의 법조계 전문가 2명, 경력 3년 이상의 산부인과 전문의로 구성된 의료계 전문가 2명, 종교계 관련 단체의 간사급 이상 전문의 2명을 대상으로 하였다.

2. 인공임신중절 수술에 대한 의견

가. 인공임신중절 수술에 대한 견해

인공임신중절 허용범위에 대한 응답으로 법조계와 의료계의 경우 태아는 잠재적인 생명이기에 원칙적으로 인공임신중절은 불가하지만, 상황에 따라서는 완전한 생명인 산모를 위한 제한적 허용이 불가피하다고 응답하였다. 또한 현실적으로 원천적인 인공임신중절 방지는 불가능하며, 오히려 불법화할 경우 1)무면허 의료시술 증가, 2)원정 인공임신중절 증가, 3)인공임신중절 수술 비용 증가 등의 인공임신중절 음성화 현상이 나타날 것이라고 응답하였다.

여성계에서는 완전 허용에 가까운 24주 이내의 제한적 허용을 주장하며, 인공임신중절 수술에 대한 선택과 그 이후의 삶에 영향을 받는 당사자인 여성의 선택권을 보장해야 한다고 응답하였다.

종교계는 모체의 생명이 위협받거나 태아의 생명 유지가 어려운 중증질환이거나 태아가 기형인 경우에만 인공임신중절 수술을 허용해야 하며, 태아도 생명이고 생명윤리는 누구에게나 적용되는 보편성을 가지고 있기에 상황논리로 생명원칙을 바꿀 수는 없다고 응답하였다.

나. 인공임신중절 결정권

인공임신중절 수술 결정권 대한 응답으로는 종교계를 제외한 의료계, 법조계, 여성계에서 '여성본인'에게 권리가 있다고 응답하였다. 인공임신중절 수술은 삶에 큰 영향을 주므로, 사회적 관계부터 생활여건까지 종합적으로 고려하여 인공임신중절이 결정되는 것이므로 여성본인에게 결정권이 있다고 응답하였다. 다만, 의료계와 법조계에서는 독단적으로 결정되지 않도록 보완적 절차가 필요하다고 응답하였다.

"여성의 선택권 대 태아의 생명권이 서로 대립적으로 부딪치는 것 같이 얘기를 하는데 저희가 보는 시각은 그렇지 않다는 거예요. 여성들이 결정할 때는 내 선택이라기보다는 나와 아이를 포함한, 나와 아이, 아이의 양육환경까지 다 고려해서 가장 바람직한 선택지가 어딘가 하는 것을, 어디인지를 종합적인 고려속에서...(중략) 거기에 물론 배우자도 들어가겠죠. 그거까지 포함해서 종합적인 결정을 하고 있고 그래서 인공임신중절을 선택하는 대부분의 여성들의 경우에는 인공임신중절을 선택하는 것이 아니라 아이를 키울 수 있는 아이를 잘 낳아서 키울 수 있는 권리가 없기 때문에 그 권리를 확보하고 있지 못하기 때문에 어쩔 수 없이 선택하는 경우가 대부분이더라 하는 것이..."

종교계에서는 인공임신중절에 대한 결정권은 아무에게도 없다고 응답하였고 인공임신중절 수술 자체를 반대하였다.

"인간 생명은 수정된 순간부터 인간으로 인정하며, 자생가능성의 경우 태어난 아기도 일정기간 부모의 보호를 받아야만 살 수 있으므로 태아도 동등한 생명체로 보아야 한다고 생각해요"

다. 인공임신중절 수술 시 배우자 동의 필요성

종교계는 인공임신수술 자체를 반대하고, 여성계와 법조계는 불필요하다고 응답하였다. 임신한 여성과 상대남성과의 관계 내에서 여러 가지 상황이 있을 수 있으며, 배우자가 이해관계자이기는 하지만, 산모의 의지 및 선택권을 주는 것이 중요하다고 응답하였다. 미성년자의 경우는 현행과 같이 법적 보호자의 동의 정도만 필요하며, 함께 성교육을 실시하여야 한다고 생각하였다.

의료계는 인공임신중절 수술 시 배우자의 동의가 필요하다고 응답하였다. 배우자가 없거나 강간 등의 예외적인 경우를 제외하고 원칙적으로는 필요하다고 응답하였다. 배우자(상대 남성)는 태아에 대한 절반의 책임이 있어, 법적으로 남성의 권리를 주장할 수 있는 여지가 존재하므로 현재처럼 동의서를 받는 과정이 필요하다고 생각하였다.

라. 기타 : 활동 집단의 관련 이슈

여성계에서는 의료보험혜택을 보장해야 한다고 응답하였다. 인공임신중절 수술을 받은 후에 모성관련 보호제도를 통한 휴가 등 고용보험 체계 내에서의 법적, 제도적 혜택을 보장하여야 한다고 응답하였다.

종교계와 법조계에서는 출산율과 인공임신중절을 연결하지 않도록 해야 한다고 주장하였다. 출산율과 인공임신중절을 연결시킨다면 인공임신중절에 대한 윤리기준은 없어지며, 기준 없이 정부 정책의 도구로 활용 될 수 있음을 우려하였다.

“왜 젊은 부부들이 애 낳기를 두려워합니까, 그게 다 사회경제적인 이유에 의한 것이 아닙니까. 그런 것들을 사회 정책적으로 풀어주는 것으로 출산정책이 나아가야 하는 것이지, 국가가 아무런 노력도 하지 않고 이 낙태죄를 가지고서 감옥에 보내는 방법으로 출산율을 조절할겁니까? 그런 각도에서 출산율의 문제는 사회경제적 별도의 정책으로 접근해야 하는 것이지, 그것을 낙태죄와 연결해가지고 출산율 문제를 도모하는 것은 안된다.”

3. 인공임신중절 현행제도 및 법안에 대한 의견

인공임신중절 현행 법안에 대한 의견은 법조계, 의료계, 여성계의 경우 현실을 인정한 '사회경제적, 본인요청 사유'를 인정하고 확대해야 한다고 주장하는 반면, 종교계는 '모체의 생명위협 및 태아 생명유지가 어려운 경우'를 제외한 사유에 대해서는 축소, 폐지를 주장하였다.

종교계는 허용사유가 축소 또는 폐지되어야 한다고 주장하였다. 생명과 관련해서는 선택권이 주어질 수 없으므로 생명권은 어떤 경우에도 보호되어야 하는 관점에서 폐지되어야 한다고 주장하였다. 다만, 모체건강 또는 태아의 생명유지가 어려운 이상(기형, 질환)은 유지, 구체화 되어야 한다고 응답하였다.

"삶과 죽음은 선택의 바깥에 있어, 선택권을 주장하는 것은 자율성 존중의 범위를 넘어서는 것이라고 생각합니다"

여성계는 현행법이 기본적으로 인공임신중절을 불법으로 정의하고 허용사유는 부분적이고, 합리적이지 않은 근거에 짜맞춰있는 상황이므로 임신중기까지 허용사유를 확대하고, 본인의 요청 및 사회경제적인 이유를 허용사유로 포함하여야 한다고 주장하였다. 그러므로 여성계는 임신 24주까지 '사회, 경제적 사유 및 본인요청'을 허용사유로 확대해야 한다고 생각하였고, 사회경제적인 인공임신중절을 허용함과 동시에 아이를 낳고 키울 수 있는 적극적인 사회정책 마련이 반드시 필요하다고 주장하였다.

의료계와 법조계는 모자보건법의 허용범위가 현실과 맞지 않는 문제점을 지적하면서, 일정한 기준을 정하여 임신단계별로 구체적으로 허용사유를 추가, 확대하여야 한다고 주장하였다. 의료계와 법조계는 임신 12주까지는 여성의 선택권이 보장되기 위해서 허용사유가 확대되어야 한다고 생각하였다. 단, 의학적인 부분은 의사의 판단, 사회경제적인 부분은 상담사들의 검증을 통한 절차적 보완이 필요하다고 생각하였다.

"모자보건법상 그거 외에는 하면 안 되잖아요. 굉장히 카톨릭 국가처럼 엄격하게 규제는 돼 있지만 실질적으로는 그렇지 않는 거죠. 겉으로는 금지하고 속으로는 계속 방치하는 나라.."

가. 모체건강

전반적으로 산모생명의 위협을 가하는 경우는 임신주수에 상관없이 허용사유로 인정되어야 한다고 응답하였다. 단, 의학적인 판단이 필요하며, 2명 이상 의사의 소견 혹은 종합병원의 검증 자료 등이 제시되어야 한다고 주장하였다.

여성계는 모체의 정신적 건강도 허용사유에 포함되어야 한다고 주장하였다. 그 이유로는 WHO에서 정의하는 건강의 개념이 심리적, 사회적 건강도 포함하고 있으며, 의학적인 판단이 충분히 가능한 부분이기 때문이다. 반대로 종교계에서는 모체의 정신적 건강은 허용 사유에서 제외되어야 한다고 주장하였다. 모체의 정신적 건강은 해석의 범위가 넓고 입증이 어려워, 법을 피해갈 수 있는 사유가 될 수 있기 때문이다.

나. 강간 및 근친상간

전반적으로 허용사유로 인정하였다. 다만 종교계는 소극적으로 인정하였다.

종교계는 법리적으로 문제가 있는 상황으로 강제성을 줄 수는 없으나, 기본적으로 생명윤리 원칙 따라야 한다고 주장하였다. 그렇기 때문에 정신적 위로와 안정을 줄 수 있는 국가의 복지정책 등 제도적인 장치가 필요하다고 주장하였다. 단, 근친상간의 경우는 불가라는 입장을 밝혔다.

여성계에서는 강간 절차에 대한 문제를 지적하면서 입증이 현실적으로 어려우며, 인공임신중절은 시간을 다투는 문제이기 때문에 상담사실 확인서 등의 절차 폐지를 주장하였다.

다. 태아이상

부모의 문제로 인한 태아이상과 관련하여 전반적인 의견은 부모 질환의 기준범위가 모호하다는 점이었다. 모자보건법 제 14조에서 부모의 장애 및 질환 부분을 2009년도에 개정했음에도 불구하고 여전히 기준 범위가 불명확하여, 허용사유 재정비 및 논의를 통한 구체화가 필요하다고 지적하였다.

법조계와 의료계는 산모의 선택권을 인정할 경우 임신 초기에 결정해야 하며, 제도적인 보완절차가 필요하다고 말하였다. 이후 임신 중기와 말기의 경우는 현재와

동일하게 태아에게 미치는 위험성이 높은 질환에 대해 구체적으로 표현할 필요성이 있다고 주장하였다.

여성계에서는 24주 안에 여성 본인의 선택권으로 스스로 선택하도록 해야하며, 부모의 정신질환도 허용사유에 포함되어야 한다고 주장하였다. 반면에 종교계는 산모 또는 태아의 생명에 지장이 없는 경우는 불가입장을 밝혔고, 부모의 정신질환은 허용사유에서 제외해야 한다고 주장하였으며, 이를 보완하기 위해 법적으로 육아능력이 없는 부모로 판단된 경우 국가에서 대리하여 보호해줄 수 있는 정책이 마련되어야 한다고 말하였다.

태아의 문제로 인한 태아이상의 경우는 전반적으로 태아의 이상(기형, 장애, 질환)은 허용사유에 반드시 포함되어야 한다고 응답하였다. 하지만 태아의 생명유지가 어려운 중증질환, 기형의 경우 의학적 소견을 바탕으로 구체화 할 필요성이 있다고 주장하였다.

여성계를 제외한 법조계, 의료계, 종교계는 다운증후군, 구순열 등의 생명에 영향을 주지 않는 기형과 장애는 불가하다는 입장을 밝혔다. 또한 의료계와 법조계는 12주까지는 여성의 선택 권리를 주고, 중기와 말기는 치료가 불가능하거나 생명유지가 어려운 질환과 기형만 인정해야 한다고 주장하는 반면, 여성계는 24주 까지 여성에게 선택권이 주어져야 한다고 주장하였다.

라. 사회경제적 이유와 본인 요청

인공임신중절 사유로 사회경제적 사유와 본인 요청은 각 계의 의견에서 큰 차이를 보였다. 종교계는 절대 불가의 원칙을 고수하였고, 법조계와 의료계는 임신 초기까지 허용해야 한다고 생각하였으며, 여성계는 임신 중기(24주) 까지 여성의 본인선택권에 따라 인정해야 한다고 생각하였다.

종교계는 현재 인공임신중절의 96% 이상이 사회경제적 이유이므로 이는 인공임신중절의 합법화를 공표하는 것이며, 생명윤리에 어긋난다고 응답하였다.

마. 10대와 미혼

인공임신중절 사유로 미성년자 또는 미혼모인 경우 법조계와 의료계는 임신초기 산모의 선택권을 인정하여야 하며, 추가적으로 제도적인 보완절차가 필요하다고 응답하였다. 여성계는 임신중기까지 산모의 선택권에 따라 인정해야 한다고 응답하였다.

전반적으로 허용vs불가를 떠나 10대 혹은 미혼모의 사회경제적인 사유는 사회와 국가가 정책적으로 도와줘야 한다고 생각하였다. 종교계의 경우 정책이 활성화 되고 있다고 생각하는 반면, 여성계 등의 다른 전문가의 경우 아직 시설이 부족하고, 사회적인 인식 때문에 현실적으로 어렵다고 생각하고 있었다. 시설에 대한 국가적인 홍보와 더불어 국민의 의식을 바꿀 수 있는 캠페인 노력이 선행되어야 한다고 지적하였다.

4. 인공임신중절 허용을 위한 절차적 보완 견해

인공임신중절 허용을 위한 절차적 보완에 대해 각계의 의견은 다양했다.

종교계는 인공임신중절 자체를 반대하는 입장으로 현행 허용 사유인 강간 또는 성폭력의 경우 법적 신고 내역을 제출하거나 상담확인서와 같은 절차가 추가되어야 한다고 의견을 제시하였다.

의료계는 인공임신중절 수술을 임신 12주 이내 본인의 요청인 경우 절차적 보완이 필요하다고 응답하였다. 2번 이상의 상담, 숙려기간의 도입, 2명 이상의 의사 확인 등의 제도를 두되, 산모가 선택할 수 있도록 해야 한다고 응답하였다.

“좀 더 신중하고 성숙된 판단을 도와주는 제도, 혹은 그걸 설블리 결정할 수 없도록 감시하는 제도는 필요하다고 보는데, 선택은 할 수 있어야 한다고 봐요”

여성계는 인공임신중절 수술을 위한 절차들이 필요 없다고 응답하였다. 그 이유로는 인공임신중절 시기가 지연될 우려가 있고, 이는 산모의 건강을 해치게 하기 때문이다. 다만, 절차적 보완대신 선택적으로 수술 전후 여성의 정신적 건강 또는 주변인들과의 관계 개선 등을 위해 상담이 필요하다고 응답하였다.

"사회 시선과 여성들이 죄책감, 우울증 등을 해소하는 것이 이후 여성 건강과 주변인들의 관계 개선을 위해서도 필요하겠다고 저희가 보는 것이고요. 어쩔 수 없는 자기 선택들에 대해서 나름의 상담을 통해서 치유과정이 있어야 된다는 생각이 들었고요. 사전상담을 하게 된다면 이것을 인공임신중절을 할 것이냐, 말 것이냐 하는 상담보다는 저럴 때는 아주 폭넓게 아이를 낳건 아니면 인공임신중절을 선택한 이후 자기 전망을 폭넓게 같이 상담 속에서 그려 보고 그 속에서 선택을 하건 안하건 할 수 있는 굉장히 열린 종합적 상담이 가능하다면 사전상담도 필요하다. 그런데 이것을 어떤 기관의 누가 상담하느냐 하는 것이 굉장히 중요한 문제이기 때문에 사실은 위험한 얘기일 수는 있죠"

5. 기타

가. 응급피임약에 대한 견해

응급피임약에 대한 의견은 의료계와 종교계는 현행과 같이 의사의 처방이 필요한 '전문의약품 유지'를 주장하나, 여성계는 접근성과 경제적인 사유로 '일반의약품화'에 찬성하였다.

종교계는 응급피임약이 여성의 건강에 위험을 주고, 성의 문란을 야기할 수 있으며, 성을 단순한 쾌락의 도구로 생각하여 생명경시 사상이 증가될 수 있는 가능성을 우려하였다. 그러므로 응급피임약은 의사를 통한 전문적인 복약지도가 반드시 필요하다고 주장하였다. 의료계 역시 우리나라의 경우 올바른 피임교육이 이루어지지 않아 인식적으로 성숙되지 못함을 지적하며, 오남용의 문제를 방지하고, 정확한 복용방법 및 부작용 등의 복약지도가 반드시 필요하다고 응답하였다.

법조계는 안전성이 담보된다면 처방없이 복용할 수 있도록 해야 한다고 응답하였다. 여성계는 오남용 및 부작용에 대한 문제로 의학정보를 전달할 수 있는 사람(약사 이상)의 판매는 가능하다고 생각하였다. 응급피임약을 일반의약품화로 전환하면 접근성을 용이하게 하여, 효과를 담보할 수 있는 시간을 확보할 수 있고, 경제적으로도 처방료 등으로 인한 가격 상승을 막을 수 있다고 응답하였다.

나. 사회적 대책수립에 선행되어야 할 국가정책

사회적 대책수립에 선행되어야 할 국가정책에 대한 의견을 질문한 결과, 첫째 원치않는 임신을 예방하기 위하여 10대와 성인을 대상으로 한 현실적이고 구체적인 피임 교육, 성교육이 의무화 되어야 한다고 응답하였다. 둘째, 자녀양육을 지원하는 사회복지를 확대해야 하며 이를 위해 경제적으로 어려운 아동 양육비 지원과 미혼모 가족을 위한 양육여건이 개선되어야 한다고 응답하였다. 셋째, 사회적인 인식 개선을 위한 캠페인이나 홍보활동이 있어야 하고, 구체적인 내용으로 피임에 대한 필요성 인식 강조와 피임도구의 접근성 확대, 미혼모, 한부모에 대한 긍정적인 언론보도 활동, 생명가치 및 생명윤리에 대한 공익광고를 제시하였다. 넷째, 상담시설, 미혼모 시설 등 국가지원정책에 대한 적극적인 홍보활동, 마지막으로 현실을 반영한 관련법과 제도 개정을 추진해야 한다고 응답하였다. 이를 위해 생명윤리와 인공임신중절에 대한 의사 재교육과 의무 교육 실시, 가정주부에 대한 가사보조금 지원 등을 정책대안으로 제시하였다.

각계 전문가들의 종합적인 의견은 출산율과 인공임신중절을 연결시키는 인구 정책적 접근이 아닌, 태아의 생명과 여성의 선택권이 함께 존중될 수 있도록 출산 후 현실적인 도움을 줄 수 있는 보호대책으로서의 국가정책마련이 선행되어야 한다는 것이다.

제4장

외국의 인공임신중절 법정책 동향

제4장 외국의 인공임신중절 관련 법정책 동향

제1절 세계적 현황

1. 세계의 법, 정책 경과 및 현황 파악

가. 세계 인공임신중절 관련법의 역사개괄

인공임신중절에 대한 현대적 사유의 결과가 세계적으로 관련법에 어떻게 드러나는가를 보는 것은 본 연구와 관련하여 의미가 있다. 단적으로 말하면, 합법화 추세의 가속화와 인구통제 아젠다에서 정보권, 생식보건 아젠다로 변한 점, 그리고 인권 논의가 보건분야에 급속도로 파급되면서 이 문제가 여성인권의 아젠다로 부각되어 왔다는 것을 요점으로 들 수가 있다.

1) 1967년~1977년

관련 자료가 허용하는 대로, 10년씩 나누어 추세를 살펴본다. 1967년부터 1977년 사이의 변화 양상에서 두드러진 점은, 형법에 의한 법적 통제에서 여성 및 가족의 복지 우선 법정책으로 바뀌었다는 것이다. 그리하여 여성과 현재 가족의 건강 및 사회적 복지를 허용사유로 채택하는 경우가 많아졌다. 다만 인공임신중절수술의 공급과 관련해서는, 안전하고 합법적인 수단으로만 접근하도록, 적어도 법적으로는 규정하고 있다. 허가 절차 역시 의료계에 2차 의견을 구하거나 법의 준수를 모니터링 하는 위원회의 허가를 받도록 하는 경우가 생겨났다. 부모 동의나 배우자 동의가 인공임신중절에 대한 동의로, 그리고 그들의 반대는 인공임신중절에 대한 거부로 작동하고 있는 경우도 존속한다. 그러나 세계적으로는 안전하고 합법적인 인공임신중절수술의 공급까지 법적으로 보장해주는 법 개혁은 아직 요원한 상태였다.

2) 1977년~1988년

1977년부터 1988년 사이에는 35개 국가가 인공임신중절 허용사유의 폭을 넓히는

방향으로 인공임신중절의 자유화 지향의 개정을 단행한 반면, 4개 국가는 오히려 허용사유를 제한하는 방향으로 법개정이 이루어졌다. 모체의 건강과 태아의 장애 등의 사유를 통해서 기존의 허용폭을 넓히는 한편, 사춘기, 고령임신, 가족의 여건, AIDS와 HIV 감염까지 새로운 적응증으로 편입하는 경우가 많아졌다. 아울러 새로운 움직임으로는 법개정이 허용사유의 확대에 머물지 않고, 피임과 난임, 그리고 인공임신중절수술에 대한 접근과 전달을 원활하게 하는 포괄적인 보건의료 관련법의 일부로서 인공임신중절 관련법을 재기획하는 경우가 많아졌다는 점이다. 이로써 인공임신중절 소송이 증가하고 이것이 규정의 자유화를 촉진하는 자극제가 되었다. 이에 따라 점차 여성의 자율적인 결정이 법규정 안으로 포섭되는 경우가 많아졌다. 캐나다의 경우, 인공임신중절에 대한 형법적인 금지가 전적으로 위헌이라는 결론에 도달했는데, 근거는 여성의 온전성과 안전성에 대한 권리를 위반하는 법적 강제라는 것이었다. 반면 남미 등지에서는 여성의 생명을 위협하는 경우가 아니면 인공임신중절을 금지하고 있었다.

3) 1988년부터 1997년

1988년부터 1997년까지의 시기에는 형벌 규정적 접근, 보건학적 접근, 인권적인 접근 사이의 긴장이 법 개혁을 가져온 점이 두드러지는 현상을 보였다. 거의 모든 국가에서 이 세 가지 접근이 공존하는데, 상호간의 배타성은 거의 없었다. 형법을 근거로 처벌하고 법적으로 불허하는 인공임신중절에 대해 낙인을 찍는 경향성은 이 시대에도 잔존하고 있으나, 점차 줄어들고 있는 것으로 보인다. 이런 상황에는, 정량적 연구와 정성적 연구를 통한 접근으로는 전혀 성과를 볼 수 없다는 인식이 높아진 점이 크게 기여했다. 대다수 국가에서 여성의 건강과 복지를 유지하기 위한 사유를 인정하고, 몇 개 국가에서는 국가보건의료서비스 또는 국가건강보험프로그램으로 참여와서 급여혜택을 주거나 보상을 해주는 방식을 채택하는 경우도 생겨났다. 또한 이 시기에는 상당수의 국가가 인권이라는 근거를 적용하게 되었는데, 이런 움직임이 일어난 데에는, 카이로 회의(1994년)와 북경 회의(1995년)를 통해서 그리고 유엔 인권위원회의 노력으로 여성인권 일반과 생식관련 자기결정권의 중요성에 대한 인식이 높아진 것이 주효했다.

4) 1998년부터 2007년

1998년부터 2007년까지도 계속해서 인공임신중절 관련법의 자유화 움직임이 계

속 이어졌고 인공임신중절의 제한이 여성인권에 미치는 영향에 대한 인식으로 인해, 인공임신중절에 대한 접근을 제공하는 방향의 노력이 증가되는 결과를 가져왔다. 여성의 인공임신중절에 대한 권리를 지지하는 근거로 인권의 원칙을 활용하는 예가 확대된 경향이 확실해진 시기이다. 이로 인해 각국의 법정과 정부가 인권관련 국제법의 우산 아래에서 각기 공적인 책임을 다하는 것이 중요하다는 인식이 커졌기 때문에 법개혁이 이루어진 것이다. 여성의 존엄과 건강에 대한 권리로서의 여성 인권이 인공임신중절과 관련된 자기결정권 뿐만 아니라, 인공임신중절 수술에 대한 정보와 접근을 보장받을 권리를 보장하는 것이어야 한다는 것이 획기적이다. 그리하여 각국 정부는 허용사유의 확대는 물론, 법적인 범위의 중절에 대해서는 접근을 보장하라는 압력까지 받게 된 것이다. 국제법으로서의 인권법에 따라 정부의 역할을 하려고 노력하는 국가들에게는 근간의 세계적인 법개정 변화의 움직임을 통해 개혁의 방향을 모색하는 데에 도움이 될 것이다.

나. 최근 인공임신중절 관련법의 비교

< 표 71 > 주요국가의 인공임신중절 허용기간 및 허용사유

구분	임신중절 허용기간
일본	<ul style="list-style-type: none"> - 허용시기에 대한 명시적 규정은 없으나, 정부의 입장은 태아의 viability를 고려하여 22주로 이해하는 경향이 있음 - 허용사유(모체보호법 제14조) <ul style="list-style-type: none"> · 임신을 지속하거나 분만함으로써 신체적 또는 경제적 이유에 의해 모체의 건강을 현저히 해칠 우려가 있는 자 · 폭행이나 협박에 의해서 또는 저항이나 거절을 할 수 없는 틈을 타서 간음을 당해 임신한 자
독일	<ul style="list-style-type: none"> - 착상 이후 12주까지 : 본인의 요청에 의해 - 12주까지 : 강간 또는 다른 성범죄에 의한 임신 - 제한없음 : 의학적인 이유
영국	<ul style="list-style-type: none"> - 24주까지: 사회적, 의학적, 사회경제적 이유 - 제한 없음: 심각한 장애가 우려될 때 여성의 생명에 치명적이고 영구적인 손상이 우려될 때
프랑스	<ul style="list-style-type: none"> - 10주까지 : 요청에 의해 - 10주이후 : 산모의 생명에 위협이 되는 경우, 산모의 신체적 건강에 위협이 되는 경우, 태아 기형의 위험이 있는 경우
네덜란드	<ul style="list-style-type: none"> - 법적인 제한 없음 - 단, 13주 이후에는 승인된 기관에서만 시행
헝가리	<ul style="list-style-type: none"> - 12주까지 : 본인 요청에 의해 가능 - 12주 이후 : 건강상의 이유, 태아이상, 형법적 범죄에 의한 결과, 임신여성이 장애가 있는 경우, 여성이 의료과오로 임신사실을 몰랐을 경우, 합법적 인공임신중절이 병원의 주의의무나 행정당국의 문제로 지연되었을 경우 - 임신 전 과정 : 임신이 여성의 건강에 심각한 위협을 유발하거나, 태아기형으로 출생 후 회복 불가능한 경우
이탈리아	<ul style="list-style-type: none"> - 12주까지 : 임신을 지속함에 있어서 신체적 · 경제적 · 사회적 사유에 의해 산모의 건강에 심각한 위협이 초래되거나 태아의 기형이 우려되는 경우 - 12주 이후 : 산모의 생명에 신체적 · 정신적 위협이 되는 경우, 태아의 기형이 우려되는 경우

구분	임신중절 허용기한
스위스	<ul style="list-style-type: none"> - 법적인 제한 없음 : 산모의 신체적·정신적 위험이 초래되는 치료적 유산의 경우 (대부분 임신 12주 전) - 스위스 주(canton)에 따라 합법적, 비합법적 영역이 다름
핀란드	<ul style="list-style-type: none"> - 12주까지 : 사회적·사회과학적 또는 사회경제적 사유, 산모의 정신적 건강에 위험을 초래하는 경우, 강간 등의 성범죄에 의한 임신, 태아 기형의 위험이 있는 경우 - 12주 이후 : 산모의 신체적 건강에 위험이 되는 경우 - 20주까지 : 산모가 미성년자(17세 미만)인 경우 - 24주까지 : 태아 기형의 위험이 있는 경우
노르웨이	<ul style="list-style-type: none"> - 12주까지 : 요청에 의해 - 12주 이후 : 산모의 생명에 신체적·정신적 위험이 되는 경우, 태아의 기형 위험, 강간 등의 성범죄, 사회적인 이유, 산모가 미성년자(16세 미만)인 경우 - 18주 이후 : 극도로 심각한 상황일 경우
스웨덴	<ul style="list-style-type: none"> - 18주까지 : 요청에 의해 - 18주 이후 : 산모의 생명에 신체적·정신적 위험이 되는 경우
벨기에	<ul style="list-style-type: none"> - 12주까지 : 요청에 의해 - 12주 이후 : 산모의 건강에 심각한 위험이 초래된 경우, 태아가 태어났을 때 심각한 병리학적 문제가 발생 가능할 경우 - 제한없음 : 의학적인 이유
체코	<ul style="list-style-type: none"> - 12주까지 : 요청에 의해 - 12주 이후 : 지난 6개월간 인공임신중절경험이 있으면 불허, - 제한없음 : 의학적인 이유
덴마크	<ul style="list-style-type: none"> - 12주까지 : 요청에 의해 - 12주 이후 : 의학적인 이유

출처 : UN Abortion Policies : a Global Review(2008년) 자료.
<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm>

< 표 72 > 인공임신중절 상담절차 등 절차적 요건에 관한 입법 현황

구분	관련법	확인 및 상담절차	확인자료
독일	형법	<ul style="list-style-type: none"> - 2명의사 구분(상담의사, 시술의사) - 상담 법적의무 *의학적 사유와 강간 및 성범죄인 경우 예외 - 상담이후 의무적 대기기간 3일 	상담절차 의무화 상담확인서 (상담소)
영국	낙태법	<ul style="list-style-type: none"> - 2명의 의사 동의를 요구 - 미성년자(16세미만 또는 보호 중에 있는)는 부모나 보호자, 사회봉사자의 동의요구. 의사의 임상적 판단이 있을 경우 예외 - 상담에 관한 규정 없음. 의무사항 아님 	일반의사 2명 사유 확인
프랑스	공중 보건법	<ul style="list-style-type: none"> - 모든 낙태 신고 의무 - 의무적 대기기간 최소7일 - 임신10주 이내 낙태 의학적·사회적 상담필요. (한명의 의사 또는 가족상담사나 사회복지사의 검토 요구) - 미성년자 부모 또는 법적 보호자의 동의 요구 	상담절차 의무화 상담확인서 (상담소)
네덜란드	낙태법	<ul style="list-style-type: none"> - 진찰의사와 상담(의무), 사회복지요원, 심리학자와 사회상담(임의적) - 미성년자(16세미만) 부모 또는 보호자 동의 요구 - 유예기간 : 상담 후 시술까지(6일) - 임신중절은 면허가 있는 병원이나 의원 의사들에 의해서만 시행 - 정부에서 낙태시술 보조비 지원 	상담의사 확인서
헝가리	낙태법	<ul style="list-style-type: none"> - 산부인과 의사 확인→ 사회적 사유의 경우 가족상담사의 승인 필요 - 상담출석 : 상담을 담당하는 간호사는 임신여성에게 피임실천, 임신중절에 필요한 정보를 제공 - 의무적 대기기간 : 첫 번째 상담이후 3일 	의사확인 상담확인
이탈리아	형법	<ul style="list-style-type: none"> - 의사나 승인받은 건강·복지기관에 신청 - 의사는 사회복지시설의 이용·권리 설명, 기관은 상담의무 - 낙태사유 확인→7일간 유보기간 후 시술 - 공공병원이나 승인받은 시설에서 낙태시술 (무료 지원) - 미성년자(18세미만) 부모 또는 판사 동의 	의사 확인서
스위스	낙태법	<ul style="list-style-type: none"> - 2명 의사구분(확인의사, 시술의사) - * 일정 자격을 인정받은 의사 확인 - 스위스 주(cantons)에 따라 다른 상담의무, 비용지원 	시술 외 다른 의사 확인서

구분	관련법	확인 및 상담절차	확인자료
오스트리아	연방법	<ul style="list-style-type: none"> - 의사와 상담 - 임신중절은 의사에 의해서만 행해짐 	상담절차 의무화 의사확인서
캐나다	형법에서 낙태법 분리 but, 위헌	<p><1960-70년대></p> <ul style="list-style-type: none"> - 낙태절차 : 의사 확인→낙태심사위원회 낙태 허가 신청→낙태허가여부 결정 *기혼여성의 경우 남편의 동의 필요 *미성년자의 경우 부모동의 필요 <p><1980년대></p> <ul style="list-style-type: none"> - 낙태금지 법률에 대한 위헌소송, 연방차원의 법률은 없으나, 주차원의 법률은 존재 	위원회 결정 의사확인서
벨기에	낙태법	<ul style="list-style-type: none"> - 2명의사 동의필요 - 상담내용 : 사회적 지원책에 대한 부분 포함 - 의무적 대기기간 최소6일 	상담절차 의무화 의사확인서
체코	낙태법	<ul style="list-style-type: none"> - 낙태허용 : 의학적 사유 또는 다른 중대한 사유 - 위원회는 산과 의사, 사회복지사, 공무원 총 3명으로 구성 (1986년 위원회 제도 폐지) 	의사확인서 위원회 결정
스웨덴	낙태법	<ul style="list-style-type: none"> - 임신 12~18주 사이에 사회복지상담원의 상담 청구 - 18주 이후 보건복지부의 허가 - 임신중절은 일반병원이나 승인받은 시설에서 자격 갖춘 의사 시행(위급상황 예외) - 상담 의무적이지 않음 - 정부에서 보조금 지급 	-
노르웨이	낙태법	<ul style="list-style-type: none"> - 임신 12주 이후 2명 의사가 있는 이사회 제출, 승인된 곳에서만 시행 - 미성년자(16세 미만) 부모 또는 법적보호자 동의 - 정신지체가 있을 시 법적 보호자의 동의 - 여성은 피임 상담 의무 	상담의사 확인서
핀란드	낙태법	<ul style="list-style-type: none"> - 임신중절 사유에 따라 필요조건이 다름 ①의사 2명 견해 : 산모의 생명에 신체적·정신적 위협이 되는 경우, 사회·경제적 사유, 강간 등의 성범죄에 의한 임신, 부모가 신체적·정신 결함이 있어 자녀를 돌보지 못할 경우 ②시술의 견해 : 산모가 미성년자(17세 이하)이거나 40세 이상인 경우, 자녀가 4명 이상인 경우 ③ 주립의학위원회 승인 : 태아가 정신지체를 가질 위험이 있거나 심각한 질병, 신체적 결함의 위험이 있을 경우 - 임신중절 병원에서만 시행 	사유에 따라 필요조건 상이

출처 : UN Abortion Policies : a Global Review(2008년) 자료.

(<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm>)

2. 세계적 논의의 관점 고찰¹⁷⁾

가. 서론

대부분의 국가는 일정한 범위 내에서 인공임신중절(Induced Abortion)을 허용하는 태도를 취하고 있다. 2009년 기준, 세계 97%의 국가가 모체의 생명을 구하기 위한 인공임신중절(abortion)을 허용하고 있다. 세계적으로 인공임신중절의 허용사유가 확장되는 추세에 있는 반면, 개발도상국의 인공임신중절 관련 법률과 규제는 선진국에 비하여 상당히 제한적이다. 즉, 선진국 중 80%의 국가는 경제적 또는 사회적 이유에 대해 인공임신중절을 허용하고 있으며 69%의 국가에서 본인의 요청에 의한 인공임신중절을 허용하고 있다. 그런데, 개발도상국 중 19%의 국가만이 경제적 또는 사회적 이유로 하는 인공임신중절을 허용하고 있으며 16%의 국가에서 본인의 요청에 의한 인공임신중절을 허용하고 있다.

< 표 73 > 인공임신중절 허용사유 별 선진국과 개발도상국에서 허용국가 수의 비율

허용사유	선진국 (developed)		개발도상국 (developing)	
	허용	불허	허용	불허
경제적 또는 사회적 이유	80%	20%	19%	81%
본인의 요청	69%	31%	16%	84%

출처 : WHO wall paper 2011

WHO wall paper에서 한국은 개발도상국(developing countries)에 포함하고 있음.

(이하 표에서 동일)

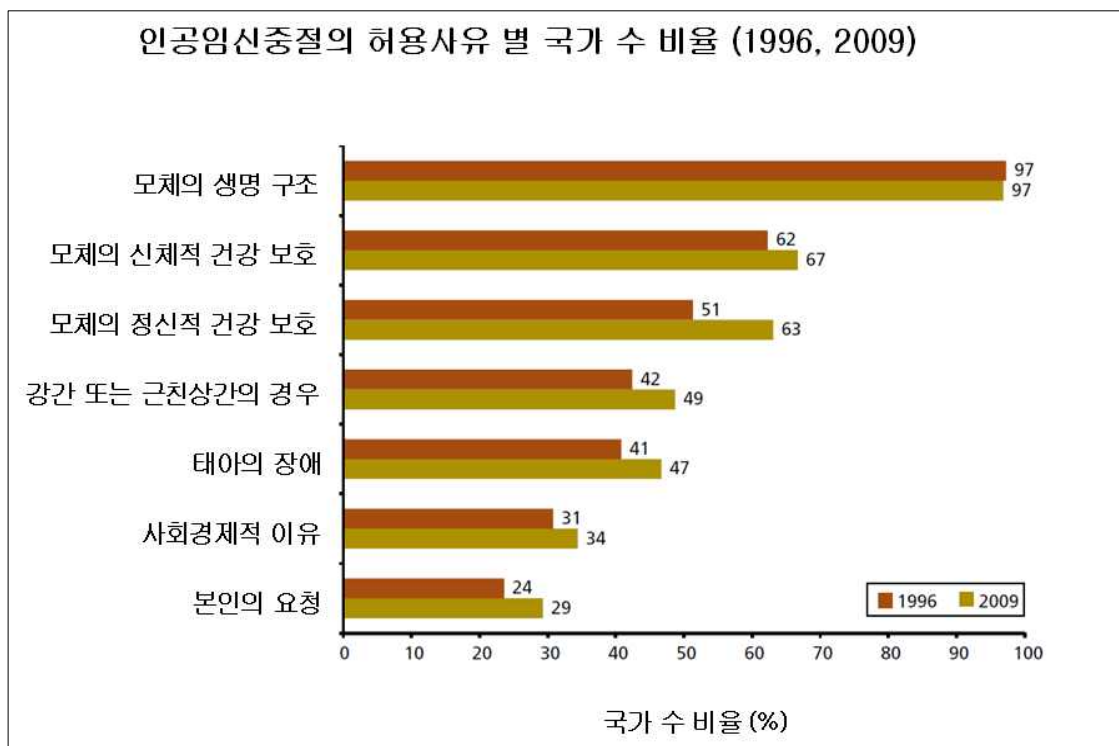
1996년부터 2009년 사이에 46개의 국가가 인공임신중절 허용사유를 확장한 반면 11개의 국가에서 허용사유를 축소했다. 법률과 규제를 제정함으로써 인공임신중절을 제한함과 더불어, 많은 국가에서 절차적 요건(procedural requirements)을 충족시키는 경우 인공임신중절이 합법적으로 수행될 수 있도록 하고 있다. 일반적으로 이러한 절차적 요건은 ①인공임신중절 허용 주수, ②법적 숙려기간, ③부모 또는 배우자의 동의, ④제3자의 허가(authorization), ⑤지정의료인제도, ⑥지정의료기관제도, ⑦법적 상담 절차가 포함된다. 그러나 문제는 법적으로 인공임신중절이 허용되는 국가에서도 인공임신중절에 관련한 의료서비스의 접근도는 취약할 수가 있다는 점이다.

17) United Nations, World Abortion Policies 2011, 2011.

각 국가의 인공임신중절 정책에 관한 최신 정보가 입수되지 않는 경우가 많다. 최신 정보가 입수되었다고 하더라도 일부 국가의 경우에는 불완전하거나 불명확할 수 있다. UN 경제사회이사회 인구정책분과에서는 최신의 정확한 정보를 가지고 있는 경우 보내주기를 요청하고 있다. (보내는 곳: Director, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York, NY 10017)

나. 인공임신중절의 허용사유

인공임신중절 허용사유는 크게 7가지로 분류한다: ①모체의 생명 구조, ②모체의 신체적 건강 보호, ③모체의 정신적 건강 보호, ④강간 및 근친상간의 경우, ⑤태아에게 발생한 심각한 손상 및 장애(impairment), ⑥경제적·사회적 이유, ⑦본인의 요청. 각각의 구체적 내용은 다음과 같다.



< 그림 28 > 인공임신중절의 허용사유 별 국가 수 비율 (1996, 2009)

1) 모체의 생명 구조

일반적으로 세계 모든 국가에서 공통적으로 모체의 생명을 보호하기 위한 인공

임신중절은 허용되고 있다. 일부 국가의 법률이나 규제에서 모체의 생명을 해하는 경우에 대하여 세부적인 리스트를 규정하고 있기는 하나 대부분 명확한 정의는 하지 않고 있으며 인공임신중절을 시술하거나 승인하는 의료인의 판단에 맡기고 있는 태도를 보인다. 2009년 기준, 개발도상국 중 97%의 국가와 선진국 중 96%의 국가에서 모체의 생명을 위한 인공임신중절을 명백하게 허용하고 있거나, 형법상 위법성 조각사유에 해당하는 것으로 보아 허용하고 있다. 1996년에는 각각 개발도상국에서 99%, 선진국에서 94%였다.

< 표 74 > 모체의 생명보호 사유 허용국가 수의 비율 : 선진국과 개발도상국

	1996년		2009년	
	선진국 (developed)	개발도상국 (developing)	선진국 (developed)	개발도상국 (developing)
모체의 생명보호를 위한 인공임신중절 허용	94%	99%	96%	97%

예외적인 국가로는 칠레, 도미니카 공화국, 엘살바도르, 교황청(the Holy See), 말타(Malta), 니카라과아(Nicaragua)가 해당되며, 이들 국가에서는 어떠한 경우에도 인공임신중절은 허용되지 않는다는 명문 규정을 가지고 있다.

2) 모체의 신체적 건강 보호

대부분의 국가에서 모체의 신체적 건강을 보호하기 위하여 필요한 경우 인공임신중절이 허용되고 있다. 다만 ‘신체적 건강’이라는 용어의 정의는 다양하다. 일부 국가에서는 모체의 신체적 건강을 해하는 경우에 대하여 구체적인 리스트로 규정하는 등 제한적으로 해석하고, 또한 일부 국가에서는 광범위한 해석의 재량을 허용하는 태도를 보이고 있다. 2009년 기준, 선진국의 88%와 개발도상국의 60%가 모체의 신체적 건강을 보호하기 위한 인공임신중절을 허용하고 있다. 상대적으로 1996년에는 각각 선진국의 87%, 개발도상국의 54%가 허용했다.

< 표 75 > 모체의 신체적 건강보호 사유 허용국가 수의 비율 : 선진국과 개발도상국

	1996년		2009년	
	선진국 (developed)	개발도상국 (developing)	선진국 (developed)	개발도상국 (developing)
모체의 신체적 건강보호를 위한 인공임신중절 허용	87%	54%	88%	60%

3) 모체의 정신적 건강 보호

많은 국가에서 임신이 모체의 정신적 건강을 위협하는 경우 인공임신중절을 허용하고 있다. 다만 “신체적 건강”의 경우와 마찬가지로, “정신적 건강” 역시 무엇이 정신적 건강에 대한 위협을 구성하는지에 대하여는 다양하게 정의되고 있다. 일부 국가의 법률과 규제에서는 “건강(health)”으로 규정하고, 이에 신체적 건강과 정신적 건강이 포함되는지 여부에 대해서는 명확하게 규정하지 않는 태도를 취하고 있으며 단지 여성의 건강을 해하는 위협을 방지하기 위한 인공임신중절을 허용하고 있다. 이 경우 모체의 신체적·정신적 건강을 모두 포함하는 것으로 해석되고 있다. 2009년 기준, 선진국의 86%, 개발도상국의 55%가 모체의 정신적 건강을 보호하기 위한 인공임신중절을 허용하고 있다. 상대적으로 1996년에는 선진국의 85%, 개발도상국의 40%가 허용했다.

< 표 76 > 모체의 정신적 건강보호 사유 허용국가 수의 비율 : 선진국과 개발도상국

	1996년		2009년	
	선진국 (developed)	개발도상국 (developing)	선진국 (developed)	개발도상국 (developing)
모체의 정신적 건강보호를 위한 인공임신중절 허용	85%	40%	86%	55%

4) 강간 또는 근친상간의 경우

대부분의 국가에서, 심지어 인공임신중절에 대해 엄격한 태도를 취하는 국가에서도 강간 또는 근친상간의 경우에는 인공임신중절을 허용하고 있다. 다만 개발도상국의 경우에는 이 사유에 대한 규정이 선진국에 비해 상대적으로 없는 경우가 많

다. 일부 국가에서는 강간 또는 근친상간의 사유에 대해서 명확히 법률로 규정하고 있으나, 다른 국가에서는 “형법상 범죄(criminal offence)”로 인한 임신의 경우 허용하고 있으며, 또 다른 일부 국가에서는 강간의 피해자인 여성이 정신적인 피해를 입었을 경우에만 인공임신중절을 허용하고 있다. 2009년 기준으로, 선진국의 84%, 개발도상국의 37%가 이 사유에 의한 인공임신중절을 허용하고 있으며 1996년에는 각각 81%와 30%였다.

< 표 77 > 강간 또는 근친상간의 경우 허용국가 수의 비율 : 선진국과 개발도상국

	1996년		2009년	
	선진국 (developed)	개발도상국 (developing)	선진국 (developed)	개발도상국 (developing)
강간 또는 근친상간의 경우 인공임신중절 허용	81%	30%	84%	37%

5) 태아의 장애(impairment)

일부 국가에서는 태아에게 장애(impairment)가 있는 경우에 대해 제한적인 범위 내에서 종종 허용되고 있다. 몇몇 국가에서는 인공임신중절이 허용되는 태아의 손상 및 장애의 유형(type) 및 정도(level)를 규정하고 있다. 2009년 기준으로, 선진국의 84%, 개발도상국의 34%가 이 사유에 의한 인공임신중절을 허용하고 있으며 1996년에는 각각 81%와 28%였다.

< 표 78 > 태아의 장애로 인한 허용국가 수의 비율 : 선진국과 개발도상국

	1996년		2009년	
	선진국 (developed)	개발도상국 (developing)	선진국 (developed)	개발도상국 (developing)
태아의 장애로 인한 인공임신중절 허용	81%	28%	84%	34%

6) 경제적·사회적 이유

경제적·사회적 이유로 인공임신중절을 허용하는 법률 역시 매우 다양한 형태가

있다. 이 중 일부는 경제적·사회적 이유를 상세히 규정하는 반면 일부는 함축적으로 규정하는 데에 머문다. 대부분의 법률에서는 경제적·사회적 이유에 대하여 자유롭게 해석하고 있으며 실제에 있어서는 본인의 요청에 의한 인공임신중절과 크게 다르지 않게 적용되고 있다. 2009년 기준으로, 선진국의 80%, 개발도상국의 19%가 경제적·사회적 사유에 의한 인공임신중절을 허용하고 있으며 1996년에는 각각 74%와 17%였다.

< 표 79 > 경제적·사회적 이유에 의한 허용국가 수의 비율 : 선진국과 개발도상국

	1996년		2009년	
	선진국 (developed)	개발도상국 (developing)	선진국 (developed)	개발도상국 (developing)
경제적·사회적 이유에 의한 인공임신중절 허용	74%	17%	80%	19%

7) 본인의 요청

본인의 요청에 따라 인공임신중절을 허용하는 국가는 일반적으로 인공임신중절을 원하는 여성으로 하여금 본인의 중절이유에 대하여 정당화할 것을 요구하지 않는다. 그러나 일부 국가에서는 여성이 위기(crisis or distress) 상황에 있음을 진술할 것을 당사자 여성에게 요구하기도 한다. 국가 간 법률비교에 있어서 본인의 요청에 따라 인공임신중절을 허용하는 경우에는, 굳이 다른 구체적인 인공임신중절 허용사유를 명시하지 않더라도 다른 사유에 의한 인공임신중절이 허용된다고 가정할 수 있다. 2009년 기준으로, 선진국의 69%, 개발도상국의 16%가 본인의 요청에 따른 인공임신중절을 허용하고 있으며, 1996년에는 각각 57%와 13%였다.

< 표 80 > 본인의 요청에 의한 허용국가 수의 비율 : 선진국과 개발도상국

	1996년		2009년	
	선진국 (developed)	개발도상국 (developing)	선진국 (developed)	개발도상국 (developing)
본인의 요청에 의한 인공임신중절 허용	57%	13%	69%	16%

다. 인공임신중절 관련 통계

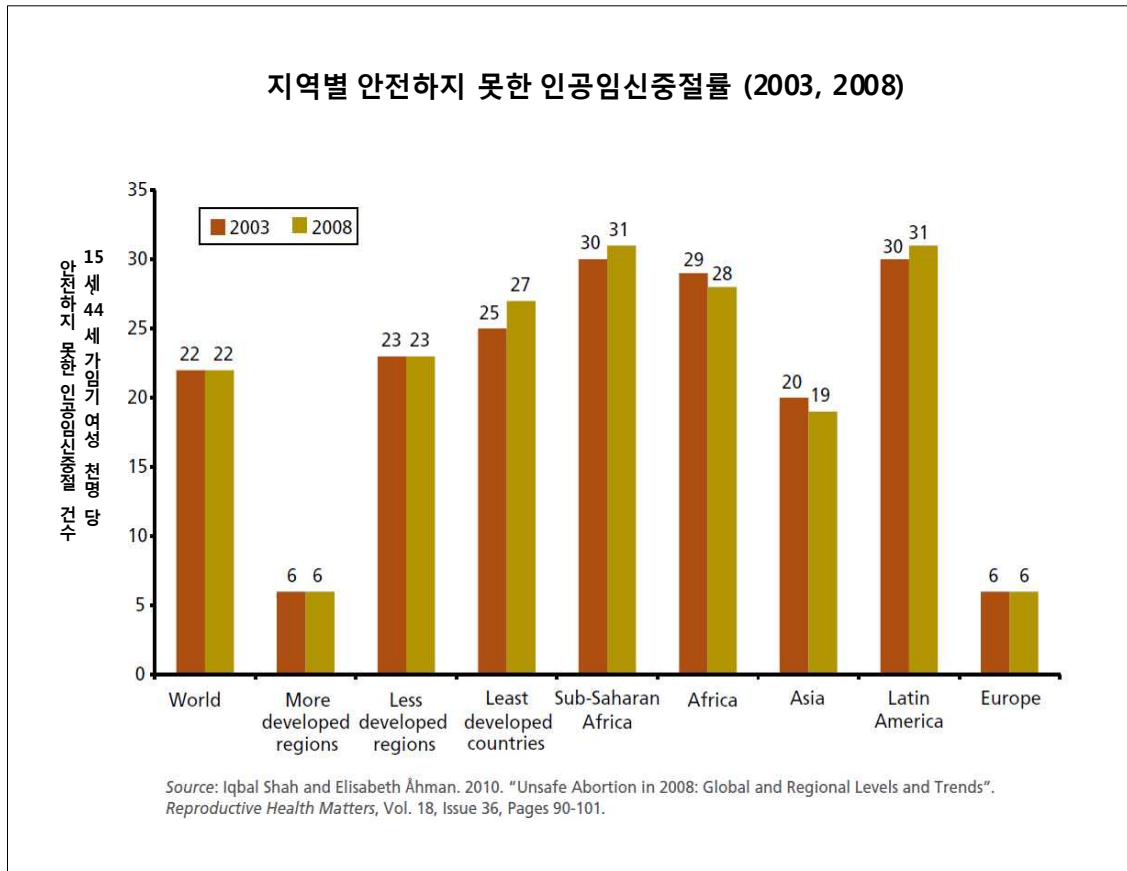
세계 각국의 인공임신중절에 관한 정확한 정보를 얻기는 어려운 것이 사실이다. 일부 인공임신중절을 폭넓게 허용하고 있는 국가에서는 공식적인 통계가 수집되고 그 정확도도 합리적인 수준이라 할 만 하지만, 일부국가에서는 공식적인 자료가 없거나 불완전하기 때문이다. 이러한 상황에서 가장 큰 문제는 은밀하게(privately) 시술되는 인공임신중절이 실제보다 적게 보고되는 경향이 있어 유효한 통계치로 반영되지 않는다는 점이다. 게다가 일부 국가에서는 자연유산(spontaneous abortion)을 인공임신중절 건수에 포함하여 보고하기도 한다. 인공임신중절이 금지되는 국가의 통계는 일반적으로 입수가 불가능하며 입수된다고 하더라도 매우 불완전한 경향을 띤다. 인공임신중절 건수에 대한 정보는 현재 72개 국가의 통계만이 유효한 것으로 보인다.

라. 인공임신중절률(Abortion Rate)

인공임신중절률은 15세~44세의 여성 1,000명 당 인공임신중절 건수로 계산된다. 공식 통계가 나와 있는 72개 국가의 인공임신중절률을 보면, 20개 국가에서는 10미만, 37개 국가에서 10이상~20미만, 15개 국가에서 20이상으로 나타나고 있다.

마. 안전하지 못한 인공임신중절 (Unsafe abortion)

불안전한 인공임신중절이 여전히 세계 곳곳에서 계속되고 있으며 거의 대부분의 개발도상국에서 행해지고 있다. WHO에 따르면, 2008년 불안전한 인공임신중절의 건수는 세계적으로 2천 1백 6십만 건에 이르며, 2003년 1천 9백 7십만 건에 비해 증가한 것으로 나타나고 있다. 안전하지 못한 인공임신중절이 증가한 주요한 이유 중 하나는 가임기 여성의 수가 증가한 것이었다. 2003년부터 2008년 사이에 안전하지 못한 인공임신중절률은 계속적으로 14를 기록했다. 이는 일부 국가에서는 안전하지 못한 인공임신중절이 감소하는 경향을 보이긴 했으나 중앙아프리카, 서부아시아, 중앙아메리카에서의 통계가 2003년보다 2008년에 보다 신뢰성 있게 보고되었기 때문인 것으로 해석된다. 2008년 기준, 안전하지 못한 인공임신중절률이 가장 높은 지역이 동부 및 중앙 아프리카 지역인 것으로 나타났다. 세계적으로는 연간 47,000명의 여성이 안전하지 못한 인공임신중절에 의해 생명을 잃고 있으며, 이들 중 대부분이 성교육, 피임교육, 피임수단의 공급, 안전한 의료서비스의 제공이 있었으면 상당부분 예방 가능했을 것으로 추정된다.



< 그림 28 > 인공임신중절의 허용사유 별 국가 수 비율 (1996, 2009)

바. 피임실천율

피임법의 보급은 꾸준히 증가하는 것으로 보인다. 2009년 기준, 15세~49세의 여성 중 63%가 피임법을 사용하고 있으며, 56%가 현대적인 피임방법¹⁸⁾을 사용하고 있는 것으로 나타난다. 2009년 기준 15세~49세 여성 중 피임실천율은 선진국에서 72%, 개발도상국에서 61%로 집계되고 있다. 후진국의 경우 피임실천율은 더 낮은 것으로 보고되었고, 15세~49세 여성의 31%만이 피임법을 사용, 25%만이 현대적 피임법을 사용하고 있다고 보고되고 있다.

사. 가족계획에 대한 정부지원

각 국가의 정부는 국가의 상황에 따라 직접적, 간접적인 방법으로 가족계획을 지

18) 현대적 피임방법에는 난임수술, 경구피임약, 자궁내 장치, 콘돔, 여성콘돔 등이 있고, 전통적 피임방법에는 자연주기법, 질외사정 등이 있다.

원하는 정부가 있는 반면, 전혀 지원하지 않거나 오히려 제한하는 정부도 있다. 2009년 기준, 각 국가의 75%가 정부직영기관이나 정부출연기관을 통해 가족계획에 대한 직접적인 지원정책을 펼치고 있고, 16%의 국가에서는 정부가 직접 개입하지 않고 비정부 기관을 지원하는 등 간접적 지원정책이 이루어지고 있다. 나머지 9%의 국가(18개국)에서는 가족계획에 대한 접근을 제한하거나, 전혀 지원을 하지 않는 것으로 밝혀졌다. 정부가 직접적으로 가족계획정책을 펼치는 경향은 개발도상국에서 주로 보이며 1996년 82%에서 2009년 87%로 증가하였고, 선진국에서는 1996년 58%에서 2009년 39%로 감소한 것으로 밝혀졌다.

아. 가족계획의 미충족 필요(Unmet need for family planning)

가족계획의 미충족 필요란 15세부터 49세의 기혼 또는 사실혼 관계의 가임기 여성이며 성생활을 하지만, 자녀를 더 이상 원하지 않거나 임신의 시기를 늦추고자 함에도 불구하고, 어떠한 피임방법도 사용하지 않는 여성의 수를 뜻한다. 2009년 세계적으로 15세부터 49세 여성의 11%가 결혼을 하거나 사실혼 관계에 있으며 가족계획의 필요가 충족되지 못하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 모습은 후진국에서 24%로 현저하게 높게 나타났다.

자. 총 출산율(Total fertility)

총출산율이란 연령별 출산율의 총합으로 여성이 일생동안 낳는 출생아의 수를 말한다. 2005년부터 2010년까지 세계적으로 여성 1명당 2.6명을 출산하는 것으로 나타났다. 개발도상국에서는 여성 1명당 2.7명을 선진국에서는 여성 1명당 1.6명을 출산하고 있다. 151개 개발도상국 중 전세계 인구의 16%를 차지하는 45개 국가에서의 총 출산율이 4를 넘는 것으로 나타났다.

차. 모성 사망률(Maternal mortality)

사하라 이남 아프리카와 남부 아시아 지역에서 지속적으로 높은 모성 사망률이 문제된다. 1990년부터 2015년 사이에 모성 사망비(maternal mortality ratio)의 3/4를 감소시키는 것이 새천년개발목표(MDGs¹⁹), Millenium Development Goals) 중의 하나이다. 모성 사망률의 감소를 위해서는 1)산전(antenatal) 보건의료서비스의 급여,

19) 2000년 9월에 열린 '밀레니엄 정상회의'(The Millenium Summit)에서 공식적으로 확인한 8가지 새천년개발목표(Millennium Development Goals)를 말하는 것으로 Goal 5의 경우 모성건강의 개선으로 명시한 바 있다.

2)숙련된 산과의료, 3)임신험병중의 경우 응급산과의료의 접근성 개선, 4)원치않는 임신을 예방하기 위한 가족계획의 접근성을 개선하는 것이 필요하다. 2008년 발생한 약 358,000명의 모성사망 건수 중 99%인 약 355,000건이 개발도상국에서 발생했다. 그 중 사하라 이남 아프리카 지역과 남부 아시아 지역의 모성 사망건수가 87%인 313,000건에 달한다. 2000년부터 2008년 사이에 개발도상국의 모성 사망비는 출산 100,000건 당 370건의 모성사망에서 290건으로 감소한 것으로 추정된다. 모성사망비의 감소에 주효한 이유는 개발도상국에서의 출산율이 저하되었기 때문인 것으로 추정된다. 모성사망비는 선진국에서는 매우 낮으며 2008년 기준 100,000건의 출산건당 17건의 모성사망이 발생하는 것으로 나타났다.

세계 인공임신중절 정책 2011

한글본 제작: 보건복지부, 연세대학교 보건대학원 2011

< 표 81 > 세계 인공임신중절 정책 2011

구 분	인공임신중절 허용사유 (Ground on which abortion is permitted)							임신 중절률 (Abortion rate)		피임실천율 (Contraceptive prevalence, 전체 피임법/현대식 피임법/Year)		가족 계획에 대한 정부의 지원 방법	가족계획의 미충족 필요		총 출산율 (Total fertility ratio, 2005-2010)	모성 사망비 (Maternal mortality ratio, 2008)
	모체의 생명구조 (To save a woman's life)	모체의 신체적 건강보호 (Preserve physical health)	모체의 정신적 건강보호 (Preserve mental health)	강간·근친상간 (Rape or incest)	태아의 장애 (Foetal impairment)	사회·경제적 이유 (Economic or social reasons)	본인요청 (On request)	연도	율 (Rate, per 1000 women aged 15-44)	연도	모든방법 / 현대적 방법 (%)		연도	백분율		
World	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	63/56	-	2009	11.2	2.6	260
More developed regions	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	72/61	-	2009	?	1.6	17
Less developed regions	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	61/55	-	2009	11.4	2.7	290
Least developed regions	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	31/25	-	2009	24.2	4.4	590
Africa	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	29/22	-	2009	22.7	4.6	590
Eastern Africa	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	28/23	-	2009	27.6	5.3	?
Burundi	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2005/06	9/8	Direct	2002	29.0 ¹	4.7	970
Comoros	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2000	26/19	Direct	1996	34.6	4.0	340
Djibouti	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2006	18/17	Direct	?	?	3.9	300

구 분	인공임신중절 허용사유 (Ground on which abortion is permitted)							임신 중절률 (Abortion rate)		피임실천율 (Contraceptive prevalence, 전체 피임법/현대식 피임법/Year)		가족 계획에 대한 정부의 지원 방법	가족계획의 미충족 필요		총 출산율 (Total fertility ratio, 2005-2010)	모성 사망비 (Maternal mortality ratio, 2008)
	모체의 생명구조 (To save a women's life)	모체의 신체적 건강보호 (Preserve physical health)	모체의 정신적 건강보호 (Preserve mental health)	강간· 근친상간 (Rape or incest)	태아의 장애 (Foetal impairment)	사회· 경제적 이유 (Economic or social reasons)	본인요청 (On request)	연도	율 (Rate, per 1000 women aged 15-44)	연도	모든방법 / 현대적 방법 (%)		연도	백분율		
Eritrea	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2002	8/5	Direct	2002	27.0	4.7	280
Ethiopia	○	○	○	○	○	×	×	2008	22.1	2005	15/14	Direct	2005	33.8	5.4	470
Kenya ²	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2008/09	46/39	Direct	2008/09	25.6	5.0	530
Madagascar	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2008/09	40/28	Direct	2008/09	18.9	4.8	440
Malawi ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2006	41/38	Direct	2004	27.6	5.6	510
Mauritius ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2002	76/39	Direct	2002	3.5	1.8	36
Mozambique	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2003/04	17/12	Direct	2003/04	18.4	5.1	550
Rwanda	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2007/08	36/26	Direct	2005	37.9	5.4	540
Seychelles	○	○	○	○	○	×	×	?	?	?	?	Direct	?	?	?	?
Somalia ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2005/06	15/1	Indirect	?	?	6.4	1200
Uganda ²	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2006	24/18	Direct	2006	40.6	6.4	430
United Republic of Tanzania ²	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2010	34/26 ⁴	Direct	2004/05	21.8	5.6	790
Zambia	○	○	○	×	○	○	×	?	?	2007	41/27	Direct	2007	26.5	5.9	470
Zimbabwe	○	○	×	○	○	×	×	?	?	2005/06	60/58	Direct	2005/06	12.8	3.5	790
Middle Africa	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	19/7	-	2009	22.6	5.7	?
Angola ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2001	6/5	Direct	?	?	5.8	610
Cameroon	○	○	○	○	×	×	×	?	?	2006	29/12	Direct	2004	20.2	4.7	600
Central African Republic ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2006	19/9	Indirect	1994/95	16.2	4.8	850
Chad	○	○	×	×	○	×	×	?	?	2004	3/2	Direct	2004	20.7	6.2	1200
Congo ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2005	44/13	Direct	2005	16.2	4.4	580

구 분	인공임신중절 허용사유 (Ground on which abortion is permitted)							임신 중절률 (Abortion rate)		피임실천율 (Contraceptive prevalence, 전체 피임법/현대식 피임법/Year)		가족 계획에 대한 정부의 지원 방법	가족계획의 미충족 필요		총 출산율 (Total fertility , 2005 -2010)	모성 사망비 (Maternal mortality ratio, 2008)
	모체의 생명구조 (To save a women's life)	모체의 신체적 건강보호 (Preserve physical health)	모체의 정신적 건강보호 (Preserve mental health)	강간· 근친상간 (Rape or incest)	태아의 장애 (Foetal impairment)	사회· 경제적 이유 (Economic or social reasons)	본인요청 (On request)	연도	율 (Rate, per 1000 women aged 15-44)	연도	모든방법 / 현대적 방법 (%)		연도	백분율		
Dem. Republic of the Congo ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2007	21/6	Direct	2007	24.4	6.1	670
Equatorial Guinea	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2000	10/6	Direct	?	?	5.4	280
Gabon ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2000	33/12	No support	2000	28.0	3.4	260
Sao Tome and Principe ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2008/09	38/33	Direct	2008/09	37.2	3.9	?
Northern Africa	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	50/45	-	2009	13.5	2.9	?
Algeria	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2006	61/52	Direct	?	?	2.4	120
Egypt	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2008	60/58	Direct	2008	9.2	2.9	82
Libyan Arab Jamahiriya	○	×	×	×	×	×	×	?	?	1995	45/26	No support	?	?	2.7	64
Morocco	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2003/04	63/52	Direct	2003/04	10.0	2.4	110
Sudan	○	×	×	○	×	×	×	?	?	2006	8/6	Direct	1992/93	26.0 ⁵	4.2	750
Tunisia	○	○	○	○	○	○	○	2008	7.0	2006	60/52	Direct	2001	12.1	1.9	60
Southern Africa	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	58/58	-	2009	15.5	2.6	?
Botswana	○	○	○	○	○	×	×	?	?	2000	44/42	Direct	1988	26.9	2.9	190
Lesotho	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2009	47/46	Direct	2004/05	31.0	3.4	530
Namibia	○	○	○	○	○	×	×	?	?	2006/07	55/54	Direct	2006/07	20.6	3.4	180
South Africa	○	○	○	○	○	○	○	2006	7.0	2003/04	60/60	Direct	2003/04	13.8	2.6	410
Swaziland	○	○	○	×	○	×	×	?	?	2006/07	51/47	Direct	2006/07	24.0	3.6	420
Western Africa	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	14/9	-	2009	24.2	5.3	?
Benin	○	○	○	○	○	×	×	?	?	2006	17/6	Direct	2006	29.9	5.5	410
Burkina Faso	○	○	○	○	○	×	×	?	?	2006	17/13	Direct	2003	28.8	5.9	560

구 분	인공임신중절 허용사유 (Ground on which abortion is permitted)							임신 중절률 (Abortion rate)		피임실천율 (Contraceptive prevalence, 전체 피임법/현대식 피임법/Year)		가족 계획에 대한 정부의 지원 방법	가족계획의 미충족 필요		총 출산율 (Total fertility ratio, 2005-2010)	모성 사망비 (Maternal mortality ratio, 2008)
	모체의 생명구조 (To save a women's life)	모체의 신체적 건강보호 (Preserve physical health)	모체의 정신적 건강보호 (Preserve mental health)	강간·근친상간 (Rape or incest)	태아의 장애 (Foetal impairment)	사회·경제적 이유 (Economic or social reasons)	본인요청 (On request)	연도	율 (Rate, per 1000 women aged 15-44)	연도	모든방법 / 현대적 방법 (%)		연도	백분율		
Cape Verde	○	○	○	○	○	○	○	?	?	2005	61/57	Direct	2005	16.7	2.8	94
Cote d'Ivoire	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2006	13/8	Direct	1998/99	27.7	4.6	470
Gambia ²	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2001	18/13	Direct	?	?	5.1	400
Ghana	○	○	○	○	○	×	×	?	?	2008	24/17	Direct	2008	35.3	4.3	350
Guinea	○	○	○	○	○	×	×	?	?	2005	9/4	Indirect	2005	21.2	5.5	680
Guinea-Bissau ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2006	10/6	Indirect	?	?	5.7	1000
Liberia	○	○	○	○	○	×	×	?	?	2007	11/10	Direct	2007	35.6	5.1	990
Mali ³	○	×	×	○	×	×	×	?	?	2006	8/6	Direct	2006	31.2	5.5	830
Mauritania ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2007	9/8	Direct	2000/01	31.6	4.5	550
Niger ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2006	11/5	Direct	2006	15.8	7.1	820
Nigeria ⁶	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2008	15/8	Direct	2008	20.2	5.3	840
Senegal	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2005	12/10	Direct	2005	31.6	5.0	410
Sierra Leone ²	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2008	8/6	Direct	2008	27.6	5.2	970
Togo	○	○	×	○	○	×	×	?	?	2006	17/11	Direct	1998	32.3	4.3	350
Asia	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	66/60	-	2009	9.3	2.4	180
Eastern Asia	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	83/81	-	2009	2.3	1.7	?
China	○	○	○	○	○	○	○	2007	23.7	2006	85/84	Direct	2001	2.3 ¹	1.8	38
Dem. People's Rep. of Korea	○	○	○	○	○	○	○	?	?	2002	69/58	Direct	?	?	1.9	250
Japan	○	○	×	○	×	○	×	2008	10.38	2005	54/44 ⁹	Indirect	?	?	1.3	6
Mongolia	○	○	○	○	○	○	○	2008	14.5	2005	66/61	Direct	2003	4.6 ¹	2.0	65

구 분	인공임신중절 허용사유 (Ground on which abortion is permitted)							임신 중절률 (Abortion rate)		피임실천율 (Contraceptive prevalence, 전체 피임법/현대식 피임법/Year)		가족 계획에 대한 정부의 지원 방법	가족계획의 미충족 필요		총 출산율 (Total fertility ratio, 2005-2010)	모성 사망비 (Maternal mortality ratio, 2008)
	모체의 생명구조 (To save a women's life)	모체의 신체적 건강보호 (Preserve physical health)	모체의 정신적 건강보호 (Preserve mental health)	강간·근친상간 (Rape or incest)	태아의 장애 (Foetal impairment)	사회·경제적 이유 (Economic or social reasons)	본인요청 (On request)	연도	율 (Rate, per 1000 women aged 15-44)	연도	모든방법 / 현대적 방법 (%)		연도	백분율		
Republic of Korea	○	○	○	○	○	×	×	?	?	2009	80/70 ⁹	Direct	?	?	1.2	18
South-central Asia	-	-	-	-	-	-	-	?	?	?	?	-	?	?	2.8	?
Afghanistan	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2006	19/16 ⁹	Direct	?	?	6.6	1400
Bangladesh	○	×	×	×	×	×	×	2000	3.6	2007	56/48	Direct	2007	16.8	2.4	340
Bhutan	○	×	○	○	×	×	×	?	?	2000	31/31	Direct	?	?	2.7	200
India	○	○	○	○	○	○	×	2008	2.4	2005/06	56/49	Direct	2005/06	12.8	2.8	230
Iran (Islamic Republic of) ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2002	73/59 ⁹	Direct	?	?	1.8	30
Kazakhstan	○	○	○	○	○	○	○	2008	32.3	2006	51/49	Indirect	1999	8.7	2.3	45
Kyrgyzstan	○	○	○	○	○	○	○	2008	15.6	2005/06	48/46	Direct	1997	11.6	2.6	81
Maldives	○	○	×	×	×	×	×	?	?	2009	35/27 ⁴	Direct	?	?	2.1	37
Nepal	○	○	○	○	○	○	○	2005	5.3	2006	48/44	Direct	2006	24.6	2.9	380
Pakistan ¹⁰	○	○	○	×	×	×	×	2002	26.6	2007/08	27/19	Direct	2006/07	24.9	4.0	260
Sri Lanka	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2006/07	68/53 ^{4,11}	Direct	2006/07	7.3 ¹¹	2.3	39
Tajikistan	○	○	○	○	○	○	○	2008	11.2	2007	37/32	Direct	?	?	3.5	64
Turkmenistan	○	○	○	○	○	○	○	2008	9.8	2000	62/45	Indirect	2000	10.1	2.5	77
Uzbekistan	○	○	○	○	○	○	○	2008	5.8	2006	65/59	Direct	1996	13.7	2.3	30
South-eastern Asia	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	62/55	-	2009	11.0	2.3	?
Brunei Darussalam	○	×	×	×	×	×	×	?	?	?	?	No support	?	?	2.1	21
Cambodia	○	○	○	○	○	○	○	?	?	2005	40/27	Direct	2005	25.1	3.0	290
Indonesia	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2007	61/57	Direct	2007	9.1	2.2	240

구 분	인공임신중절 허용사유 (Ground on which abortion is permitted)							임신 중절률 (Abortion rate)		피임실천율 (Contraceptive prevalence, 전체 피임법/현대식 피임법/Year)		가족 계획에 대한 정부의 지원 방법	가족계획의 미충족 필요		총 출산율 (Total fertility ratio, 2005-2010)	모성 사망비 (Maternal mortality ratio, 2008)
	모체의 생명구조 (To save a women's life)	모체의 신체적 건강보호 (Preserve physical health)	모체의 정신적 건강보호 (Preserve mental health)	강간·근친상간 (Rape or incest)	태아의 장애 (Foetal impairment)	사회·경제적 이유 (Economic or social reasons)	본인요청 (On request)	연도	율 (Rate, per 1000 women aged 15-44)	연도	모든방법 / 현대적 방법 (%)		연도	백분율		
Lao People's Dem. Republic	○	○	×	×	×	×	×	?	?	2000	32/29	Direct	2005	27.0	3.5	580
Malaysia	○	○	○	×	×	×	×	?	?	1994	55/30 ¹²	Direct	?	?	2.6	31
Myanmar	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2007	41/38	Direct	2001	19.1 ¹	2.3	240
Philippines ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2008	51/34	Direct	2008	22.3	3.1	94
Singapore	○	○	○	○	○	○	○	2008	12.6	1997	62/55 ⁹	Direct	?	?	1.3	9
Thailand	○	○	○	○	○	×	×	?	?	2006	81/80	Direct	2006	3.1 ¹	1.8	48
Timor-Leste	○	?	?	?	?	?	?	?	?	2009/10	22/21 ⁴	Direct	2003	3.8	6.5	370
Viet Nam	○	○	○	○	○	○	○	2007	18.4	2007	79/68	Direct	2002	4.8	2.1	56
Western Asia	-	-	-	-	-	-	-			2009	55/36	-	2009	13.5	3.0	?
Armenia	○	○	○	○	○	○	○	2007	14.6	2005	53/19	Indirect	2005	13.3	1.7	29
Azerbaijan	○	○	○	○	○	○	○	2008	11.2	2006	51/13	Direct	2006	22.7	2.2	38
Bahrain	○	○	○	○	○	○	○	2002	11.0	1995	62/31 ¹³	Direct	?	?	2.3	19
Cyprus	○	○	○	○	○	×	×	?	?	?	?	Direct	?	?	1.5	10
Georgia	○	○	○	○	○	○	○	2008	22.6	2005	47/27 ⁹	Direct	2005	16.3 ¹	1.6	48
Iraq	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2006	50/33	Direct	?	?	4.1	75
Israel	○	○	○	○	○	×	×	2009	13.3	1987/88	68/52 ^{9,14}	Indirect	?	?	2.8	7
Jordan	○	○	○	×	○	×	×	?	?	2009	59/41	Direct	2009	11.2	3.1	59
Kuwait	○	○	○	×	○	×	×	?	?	1999	52/39 ^{9,13}	Direct	?	?	2.2	9
Lebanon	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2004	58/34	Direct	?	?	1.9	26
Oman	○	×	×	×	○	×	×	?	?	2000	32/25	Direct	?	?	3.1	20

구 분	인공임신중절 허용사유 (Ground on which abortion is permitted)							임신 중절률 (Abortion rate)		피임실천율 (Contraceptive prevalence, 전체 피임법/현대식 피임법/Year)		가족 계획에 대한 정부의 지원 방법	가족계획의 미충족 필요		총 출산율 (Total fertility, 2005-2010)	모성 사망비 (Maternal mortality ratio, 2008)
	모체의 생명구조 (To save a women's life)	모체의 신체적 건강보호 (Preserve physical health)	모체의 정신적 건강보호 (Preserve mental health)	강간·근친상간 (Rape or incest)	태아의 장애 (Foetal impairment)	사회·경제적 이유 (Economic or social reasons)	본인요청 (On request)	연도	율 (Rate, per 1000 women aged 15-44)	연도	모든방법 / 현대적 방법 (%)		연도	백분율		
Qatar	○	×	×	×	×	×	×	2005	1.3	1998	43/32 ¹³	Direct	?	?	2.4	8
Saudi Arabia	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2007	24/? ^{9,13}	No support	?	?	3.2	24
Syrian Arab Republic ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2006	58/43	Direct	?	?	3.3	46
Turkey	○	○	○	○	○	○	○	2008	14.8	2008	73/46	Direct	2008	6.2	2.1	23
United Arab Emirates	○	×	×	×	×	×	×	?	?	1995	28/24 ¹³	No support	?	?	1.9	10
Yemen	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2006	28/19	Direct	1997	38.6	5.3	210
Europe	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	73/59	-	?	?	1.5	16
Eastern Europe	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	75/54	-	?	?	1.3	?
Belarus	○	○	○	○	○	○	○	2008	19.2	2005/06	73/56	Direct	?	?	1.3	15
Bulgaria	○	○	○	○	○	○	○	2008	23.6	1997/98	63/40 ⁹	Indirect	1997/98	29.7 ^{1,15}	1.4	13
Czech Republic	○	○	○	○	○	○	○	2008	11.7	1997	72/63 ⁹	Indirect	1997	10.8 ^{1,15,16}	1.4	8
Hungary	○	○	○	○	○	○	○	2008	21.2	1992/93	81/71 ⁹	Indirect	1992/93	7.0 ^{1,15,16}	1.4	13
Poland	○	○	○	○	○	×	×	2008	0.1	1991	73/28 ⁹	No support	?	?	1.3	6
Republic of Moldova	○	○	○	○	○	○	○	2008	18.9	2005	68/43	Direct	2005	6.7	1.5	32
Romania	○	○	○	○	○	○	○	2008	26.7	2004	70/38 ⁹	Direct	2004	11.9 ¹	1.3	27
Russian Federation	○	○	○	○	○	○	○	2008	43.1	2007	80/65 ⁹	Indirect	?	?	1.4	39
Slovakia	○	○	○	○	○	○	○	2008	10.9	1997	80/66 ⁹	No support	?	?	1.3	6
Ukraine	○	○	○	○	○	○	○	2008	14.2	2007	67/48	Indirect	2007	10.3	1.3	26
Northern Europe	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	80/77	-	?	?	1.8	?
Denmark	○	○	○	○	○	○	○	2006	14.0	1988	78/72 ⁹	Indirect	?	?	1.8	5

구 분	인공임신중절 허용사유 (Ground on which abortion is permitted)							임신 중절률 (Abortion rate)		피임실천율 (Contraceptive prevalence, 전체 피임법/현대식 피임법/Year)		가족 계획에 대한 정부의 지원 방법	가족계획의 미충족 필요		총 출산율 (Total fertility ratio, 2005-2010)	모성 사망비 (Maternal mortality ratio, 2008)
	모체의 생명구조 (To save a women's life)	모체의 신체적 건강보호 (Preserve physical health)	모체의 정신적 건강보호 (Preserve mental health)	강간· 근친상간 (Rape or incest)	태아의 장애 (Foetal impairment)	사회· 경제적 이유 (Economic or social reasons)	본인요청 (On request)	연도	율 (Rate, per 1000 women aged 15-44)	연도	모든방법 / 현대적 방법 (%)		연도	백분율		
Estonia	○	○	○	○	○	○	○	2009	34.5	1994	70/56 ^{9,17}	Indirect	?	?	1.6	12
Finland	○	○	○	○	○	○	×	2008	10.6	1989	77/75 ⁹	Direct	?	?	1.8	8
Iceland	○	○	○	○	○	○	×	2009	14.5	?	?	Direct	?	?	2.1	5
Ireland	○	×	×	×	×	×	×	2009	4.4	2004/05	65/61 ⁹	Direct	?	?	2.0	3
Latvia	○	○	○	○	○	○	○	2008	21.3	1995	68/56 ⁹	No support	1995	16.8 ^{1,15,16}	1.4	20
Lithuania	○	○	○	○	○	○	○	2008	12.6	1994/95	51/33 ⁹	Indirect	1994/95	18.0 ^{1,15,16}	1.3	13
Norway	○	○	○	○	○	○	○	2008	16.9	2005	88/82 ⁹	Direct	?	?	1.9	7
Sweden	○	○	○	○	○	○	○	2009	21.0	1996	75/65 ^{9,18}	Direct	?	?	1.9	5
UnitedKingdom ¹⁹	○	○	○	×	○	○	×	2009	16.8	2008/09	84/84 ^{9,20}	Direct	?	?	1.8	12
Southern Europe	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	64/46	-	2009	11.8	1.4	?
Albania	○	○	○	○	○	○	○	2008	11.4	2008/09	69/10	Direct	2008/09	12.8	1.9	31
Andorra ³	○	×	×	×	×	×	×			?	?	No support	?	?	?	?
Bosnia and Herzegovina	○	○	○	○	○	○	○	2001	1.1	2005/06	36/11	Indirect	?	?	1.2	9
Croatia	○	○	○	○	○	○	○	2008	10.2	?	?	Direct	?	?	1.4	14
Greece	○	○	○	○	○	○	○	2005	7.0	2001	76/46 ⁹	No support	?	?	1.4	2
HolySee ²¹	×	×	×	×	×	×	×	?	?	?	?	Limits	?	?	?	?
Italy	○	○	○	○	○	○	○	2009	10.2	1995/96	63/41 ⁹	Indirect	1995/96	11.8 ^{1,15,16}	1.4	5
Malta ²²	×	×	×	×	×	×	×	?	?	1993	86/46 ⁹	No support	?	?	1.3	8
Montenegro	○	○	○	○	○	○	○	2007	12.4	2005/06	39/17	Direct	?	?	1.6	15
Portugal	○	○	○	○	○	○	○	2009	9.0	2005/06	87/83 ⁹	Direct	?	?	1.4	7

구 분	인공임신중절 허용사유 (Ground on which abortion is permitted)							임신 중절률 (Abortion rate)		피임실천율 (Contraceptive prevalence, 전체 피임법/현대식 피임법/Year)		가족 계획에 대한 정부의 지원 방법	가족계획의 미충족 필요		총 출산율 (Total fertility , 2005 -2010)	모성 사망비 (Maternal mortality ratio, 2008)
	모체의 생명구조 (To save a women's life)	모체의 신체적 건강보호 (Preserve physical health)	모체의 정신적 건강보호 (Preserve mental health)	강간· 근친상간 (Rape or incest)	태아의 장애 (Foetal impairment)	사회· 경제적 이유 (Economic or social reasons)	본인요청 (On request)	연도	율 (Rate, per 1000 women aged 15-44)	연도	모든방법 / 현대적 방법 (%)		연도	백분율		
San Marino ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	?	?	No support	?	?	?	?
Serbia	○	○	○	○	○	○	○	2008	11.5	2005	41/19	Direct	?	?	1.6	8
Slovenia	○	○	○	○	○	○	○	2008	12.0	1994/95	79/63 ⁹	Direct	1994/95	9.2 ^{1,15,16}	1.4	18
Spain	○	○	○	○	○	×	×	2008	12.1	2006	66/62	Indirect	1995	11.8	1.4	6
TFYR Macedonia	○	○	○	○	○	○	○	2008	13.0	2005/06	14/10	Direct	?	?	1.4	9
Western Europe	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	72/69	-	?	?	1.6	?
Austria	○	○	○	○	○	○	○	2000	1.2	1995/96	51/47 ⁹	No support	?	?	1.4	5
Belgium	○	○	○	○	○	○	○	2007	8.7	2004	75/73 ^{9,23}	Direct	1991/92	3.4 ^{1,15,16,24}	1.8	5
France	○	○	○	○	○	○	○	2007	17.6	2004/05	77/75	Indirect	2004/05	1.7 ¹⁵	1.9	8
Germany	○	○	○	○	○	○	○	2009	7.2	1992	70/66 ⁹	No support	?	?	1.3	7
Liechtenstein	○	○	○	×	×	×	×	?	?	?	?	No support	?	?	?	?
Luxembourg	○	○	○	○	○	○	×	?	?	?	?	Indirect	?	?	1.7	17
Monaco ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	?	?	No support	?	?	?	?
Netherlands	○	○	○	○	○	○	○	2008	10.1	2008	69/67 ⁹	Indirect	?	?	1.7	9
Switzerland	○	○	○	○	○	○	○	2008	6.7	1994/95	82/78 ⁹	No support	?	?	1.5	10
Latin America and the Caribbean	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	73/67	-	2009	9.9	2.3	85
Caribbean	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	62/57	-	2009	20.3	2.4	?
AntiguaandBarbuda ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	1988	53/51 ⁹	Indirect	?	?	?	?
Bahamas	○	○	○	×	×	×	×	?	?	1988	62/60 ⁹	Direct	?	?	2.0	49
Barbados	○	○	○	○	○	○	×	?	?	1988	55/53 ⁹	Direct	?	?	1.5	64

구 분	인공임신중절 허용사유 (Ground on which abortion is permitted)							임신 중절률 (Abortion rate)		피임실천율 (Contraceptive prevalence, 전체 피임법/현대식 피임법/Year)		가족 계획에 대한 정부의 지원 방법	가족계획의 미충족 필요		총 출산율 (Total fertility , 2005 -2010)	모성 사망비 (Maternal mortality ratio, 2008)
	모체의 생명구조 (To save a women's life)	모체의 신체적 건강보호 (Preserve physical health)	모체의 정신적 건강보호 (Preserve mental health)	강간· 근친상간 (Rape or incest)	태아의 장애 (Foetal impairment)	사회· 경제적 이유 (Economic or social reasons)	본인요청 (On request)	연도	율 (Rate, per 1000 women aged 15-44)	연도	모든방법 / 현대적 방법 (%)		연도	백분율		
Cuba	○	○	○	○	○	○	○	2008	29.1	2006	73/72	Direct	?	?	1.5	53
Dominica	○	×	×	×	×	×	×	?	?	1987	50/48 ⁹	Direct	?	?	?	?
Dominican Republic	×	×	×	×	×	×	×	2005	12.9	2007	73/70	Direct	2007	11.4	2.7	100
Grenada	○	○	○	×	×	×	×	?	?	1990	54/52 ⁹	Direct	?	?	2.3	?
Haiti ³	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2005/06	32/24	Direct	2005/06	37.5	3.5	300
Jamaica ²	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2002/03	69/66	Direct	2002/03	11.7 ¹	2.4	89
Saint Kitts and Nevis ²	○	○	○	○	×	×	×	?	?	1984	41/37 ⁹	Direct	?	?	?	?
Saint Lucia	○	○	○	○	×	×	×	?	?	1988	47/46 ⁹	Direct	?	?	2.0	?
St. Vincent and the Grenadines	○	○	○	○	○	○	×	?	?	1988	58/56 ⁹	Direct	?	?	2.1	?
Trinidad and Tobago ²	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2006	43/38	Direct	1987	16.1	1.6	55
Central America	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	68/63	-	2009	13.2	2.5	?
Belize	○	○	○	×	○	○	×	?	?	2006	34/31	Indirect	1999	20.8 ¹	2.9	94
Costa Rica	○	○	○	×	×	×	×	2008	8.0	1999	80/72 ⁹	Direct	1992/93	5.0 ¹	2.0	44
El Salvador ²²	×	×	×	×	×	×	×	?	?	2008	73/66 ⁹	Direct	2002/03	8.9 ¹	2.3	110
Guatemala	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2002	43/34	Direct	2002	27.6	4.2	110
Honduras ²⁵	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2005/06	65/56	Direct	2005/06	16.9	3.3	110
Mexico ²⁶	○	○	○	○	○	○	○	2008	<0.05	2006	71/67	Direct	2006	12.0 ¹	2.2	85
Nicaragua ²²	×	×	×	×	×	×	×	?	?	2006/07	72/69	Direct	2006/07	7.5 ¹	2.8	100
Panama	○	○	×	○	×	×	×	2008	<0.05	1984/85	58/54 ⁹	Direct	?	?	2.6	71
South America	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	76/70	-	2009	7.5	2.2	?

구 분	인공임신중절 허용사유 (Ground on which abortion is permitted)							임신 중절률 (Abortion rate)		피임실천율 (Contraceptive prevalence, 전체 피임법/현대식 피임법/Year)		가족 계획에 대한 정부의 지원 방법	가족계획의 미충족 필요		총 출산율 (Total fertility , 2005 -2010)	모성 사망비 (Maternal mortality ratio, 2008)
	모체의 생명구조 (To save a women's life)	모체의 신체적 건강보호 (Preserve physical health)	모체의 정신적 건강보호 (Preserve mental health)	강간· 근친상간 (Rape or incest)	태아의 장애 (Foetal impairment)	사회· 경제적 이유 (Economic or social reasons)	본인요청 (On request)	연도	율 (Rate, per 1000 women aged 15-44)	연도	모든방법 / 현대적 방법 (%)		연도	백분율		
Argentina	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2001	65/64 ⁹	Direct	?	?	2.3	70
Bolivia (Plurinational State of)	○	○	○	○	×	×	×	?	?	2008	61/34	Direct	2008	20.2	3.5	180
Brazil	○	×	×	○	×	×	×	?	?	2006	80/77	Direct	2006	6.0	1.9	58
Chile ²²	×	×	×	×	×	×	×	2005	0.5	2006	64/? ^{9,16,27}	Direct	?	?	1.9	26
Colombia	○	○	○	○	○	×	×	?	?	2004/05	78/68	Direct	2004/05	5.8	2.5	85
Ecuador	○	○	×	×	×	×	×	?	?	2004	73/59	Direct	2004	7.4 ¹	2.6	140
Guyana	○	○	○	○	○	○	○	2007	12.5	2009	43/40 ⁴	Direct	?	?	2.3	270
Paraguay	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2008	79/70 ⁹	Direct	2008	4.7 ¹	3.1	95
Peru	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2009	73/50	Direct	2009	7.2	2.6	98
Suriname	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2006	46/45	Indirect	?	?	2.4	100
Uruguay	○	○	○	○	×	×	×	?	?	2004	77/75 ^{9,16,18}	Direct	?	?	2.1	27
Venezuela (BolivarianRep.of)	○	×	×	×	×	×	×	?	?	1998	70/62	Direct	1998	18.9 ¹	2.5	68
Northern America	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	78/73	-	2009	6.6	2.0	23
Canada	○	○	○	○	○	○	○	2006	13.3	2002	74/72 ⁹	Indirect	?	?	1.6	12
United States of America	○	○	○	○	○	○	○	2008	18.9	2006/08	79/73 ⁹	Direct	2006/08	6.6 ¹	2.1	24
Oceania	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	60/57	-	?	?	2.4	100
Australia/NewZealand	-	-	-	-	-	-	-	?	?	2009	72/71	-	?	?	1.9	?
Australia	○	○	○	○	○	○	○	2009	16.2	2001/02	71/71 ⁹	Indirect	?	?	1.8	8
New Zealand	○	○	○	○	○	×	×	2008	20.0	1995	75/72 ⁹	Direct	?	?	2.0	14
Melanesia	-	-	-	-	-	-	-	?	?	?	?	-	?	?	3.9	?

구 분	인공임신중절 허용사유 (Ground on which abortion is permitted)							임신 중절률 (Abortion rate)		피임실천율 (Contraceptive prevalence, 전체 피임법/현대식 피임법/Year)		가족 계획에 대한 정부의 지원 방법	가족계획의 미충족 필요		총 출산율 (Total fertility , 2005 -2010)	모성 사망비 (Maternal mortality ratio, 2008)
	모체의 생명구조 (To save a women's life)	모체의 신체적 건강보호 (Preserve physical health)	모체의 정신적 건강보호 (Preserve mental health)	강간· 근친상간 (Rape or incest)	태아의 장애 (Foetal impairment)	사회· 경제적 이유 (Economic or social reasons)	본인요청 (On request)	연도	율 (Rate, per 1000 women aged 15-44)	연도	모든방법 / 현대적 방법 (%)		연도	백분율		
Fiji ²	○	○	○	○	○	×	×	?	?	?	?	Direct	?	?	2.8	26
Papua New Guinea	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2006	36/..	Direct	?	?	4.1	250
Solomon Islands	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2006/07	35/27	Indirect	2006/07	11.1	3.9	100
Vanuatu	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2007	38/37	Direct	?	?	4.0	?
Micronesia	-	-	-	-	-	-	-	?	?	?	?	-	?	?	2.5	?
Kiribati	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2000	36/31 ⁹	Direct	?	?	?	?
Marshall Islands	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2007	45/42	Direct	2007	8.1	?	?
Micronesia (Federated States of)	○	×	×	×	×	×	×	?	?	?	?	Direct	?	?	3.6	?
Nauru ²	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2007	36/23 ⁴	Direct	?	?	?	?
Palau	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2003	33/30 ⁹	Indirect	?	?	?	?
Polynesia	-	-	-	-	-	-	-	?	?	?	?	-	?	?	3.0	?
Cook Islands	○	○	○	○	×	×	×	?	?	1999	43/38 ⁹	Direct	?	?	?	?
Niue	○	○	○	×	×	×	×	?	?	?	?	Indirect	?	?	?	?
Samoa ²	○	○	○	×	×	×	×	?	?	2009	29/27	Direct	2009	45.6	4.0	?
Tonga	○	×	×	×	×	×	×	?	?	?	?	Direct	?	?	4.0	?
Tuvalu	○	×	×	×	×	×	×	?	?	2007	31/22	Direct	2007	24.2	?	?

주(Notice)

이 도표(wallchart)에서 사용한 명칭과 표현에 있어서 특정한 국가, 영토, 시, 지역, 정부당국(authorities) 또는 그 경계나 국경의 구획의 법적 상태에 관한 UN 사무국의 의견과는 상관없음을 밝힌다. 또한 'more developed regions', 'less developed regions', 'developed countries', 'developing countries'와 같은 명명은 통계적인 편의를 위해 사용된 것이지, 특정 국가나 지역에서 개발과정에서 도달한 단계에 관한 판단이 개입된 것은 아니다. 또한 이 도표에서 사용된 'country'라는 용어는 적절하다고 판단되는 경우 일정한 영역이나 지역을 나타내는 것이다.

'the more developed regions'는 유럽 전역, 북아메리카, 호주, 뉴질랜드와 일본을 포함한다. 이하에서는 '선진국(developed countries)'라고 하겠다.

'the less developed regions'는 아프리카, 아시아(일본 제외), 라틴아메리카, 카리브해와 멜라네시아, 마이크로네시아 및 폴리네시아를 포함한다. 이하에서는 '개발도상국(developing country)'라고 하겠다.

2010년 12월 31일 현재, 최저개발국에는 49개 국가가 속하는데, 이는 유엔총회에서 명명한 것이다.

총 출산율과 인공임신중절률은 2009년 기준으로 거주자 수가 10만 명보다 적은 지역이나 나라의 경우에는 표시되지 않았다.

'○'는 인공임신중절이 허용됨을 의미한다. '×'는 해당 사유로는 인공임신중절이 허용되지 않음을 의미한다. '?'은 통계치가 정확하지 않음을 의미한다. '-'은 해당란에 적용될 수 없다는 것을 의미한다.

1. 이 데이터는 가족계획의 미충족 필요(unmet need)에 관한 비표준적인 정의(non-standard definition)에 따른 것이다.
2. 인공임신중절에 관한 법률은 ①여성의 생명을 구하기 위한 목적으로만 인공임신중절이 허용될 수 있도록 명시적인 규정이 존재하거나, ②인공임신중절의 이유가 여성의 생명을 구하기 위한 것이고, 이를 위해서 인공임신중절이 필요한

경우에 형법의 일반원칙상 예외적으로 허용하는 방식으로 규제되고 있다. ③ 「R. v. Bourne」라는 영국의 판례를 따라 해당 판결의 근거가 적용된다. 위 영국 판례의 결정에 따르면 여성의 신체적·정신적 건강을 보호하기 위하여 인공임신중절을 한 경우 역시 인공임신중절의 필요성에 대한 근거로 인정된다.

3. 인공임신중절에 관한 법률이 여성의 생명을 구하기 위한 인공임신중절에 대하여 명시적으로 허용한다는 규정이 없다. 그러나 그와 같은 이유로 인공임신중절을 할 필요가 있는 경우, 형법의 일반원칙상 허용하고 있다.
4. 이전 데이터에 의한 것이다.
5. 북수단(Northern Sudan)의 경우에 해당한다
6. 나이지리아의 경우 인공임신중절에 관한 법률은 ①북부의 주를 관할하는 법률과 ②남부의 주를 관할하는 법률로 구별된다. 양 법률 모두 여성의 생명을 구하기 위한 인공임신중절을 허용하고 있다. 게다가 남부에서는 영국의 'R. v. Bourne' 판례가 적용되어 여성의 신체적, 정신적 건강을 보호하기 위한 인공임신중절을 허용하고 있다.
7. 정신적 건강, 태아의 장애를 이유로 한 인공임신중절에 관하여는 구체적인 언급이 없다. 그러나 사회경제적 이유에 의한 낙태를 허용하고 있으므로 위의 경우에도 허용되는 것으로 볼 수 있다.
8. 일본 영토 내 거주하는 일본국적 취득자에게만 국한한다.
9. 비표준 연령별 구간이나 결혼상태별 구간에 따른다.
10. 여성의 생명을 구조하기 위한 경우와 의학적으로 필요한 경우의 인공임신중절은 허용한다. 다만 그 법은 어떠한 인공임신중절이 의학적으로 필요한 경우에 해당하는지에 대해서는 명시하지 않았다.
11. 북 프로방스는 제외한다.
12. 말레이시아 반도에 해당한다.
13. 국적취득자에게 해당한다.
14. 유대인에 해당한다.
15. 단산(limiting childbearing)을 목적으로 하는 미충족 필요의 경우에 해당한다.
16. 남성과 여성에 해당한다.
17. 최근 지난 한 달에 사용한 방법에 해당한다.
18. 최근 마지막 성교에서 사용한 방법에 해당한다.
19. 영연방 영토 중에서 영국, 웨일즈, 스코틀랜드를 관할하는 낙태법(the abortion law)에 해당한다.
20. 북아일랜드는 제외한다.

21. 바티칸 시티를 말한다.
22. 인공임신중절에 관한 법률을 최근 수정해서 모든 인공임신중절 허용사유를 삭제했다. 그러나 여성의 생명을 구하기 위한 인공임신중절에 대하여 생명구조를 위해 인공임신중절의 필요성이 정당화를 허용하는지 여부는 분명하지 않다.
23. 지난 1년 동안 사용한 방법을 말한다.
24. 플라망 지역(Flemish, 벨기에 북쪽 지역) 인구에 해당한다.
25. 형법에서는 인공임신중절을 일반적으로 금지하고 그 예외를 두지 않고 있으나, 의료윤리규정(the Code of Medical Ethics)에서는 치료적인 목적으로 하는 인공임신중절을 허용하고 있다.
26. 인공임신중절 관련 법률이 주 단위에 따라 채택하고 있다. 인공임신중절 허용사유는 연방형법령(the Federal Penal Code)에 규정된 것만을 반영한다. 주에 따라서는 ①여성의 신체적 건강의 보호, ②여성의 정신적 건강의 보호, ③태아의 장애, ④사회경제적 이유에 의한 낙태를 허용하고 있다.
27. 가장 흔하게 사용되는 네 가지 방법만을 의미한다.

가. 용어의 정의와 출처

● **인공임신중절의 허용사유** : 일반적으로 다음 7가지로 분류한다.

- ① 여성의 생명구조
- ② 여성의 신체적 건강 보호
- ③ 여성의 정신적 건강 보호
- ④ 강간 및 근친상간의 경우
- ⑤ 태아의 장애
- ⑥ 사회경제적 이유
- ⑦ 본인의 요청

(출처: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Policies 2009* (United Nations publication, Sales No. E.09.XIII.14))

● **인공임신중절률(Abortion rate)** : 15세 ~ 45세 여성 1,000명 당 인공임신중절 건수

(출처: The number of induced abortions according to national sources and to United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division, United Nations Demographic Yearbook (various issues))

● **안전하지 못한 인공임신중절(Unsafe abortion)** : 세계보건기구에 따르면 안전하지 못한 인공임신중절은 ①필요한 숙련도를 갖추지 못한 자가 시술한 경우, ②최소한의 의학적 표준에 미달하는 시설에서 시술한 경우, 또는 ③두 경우 모두에 해당할 경우를 의미한다. 즉 인공임신중절이 임신여성 본인에 의해서 이루어지는 경우와 의학적 숙련이 부족한 자에 의해서 시술되거나 비위생적 환경에서 시술되는 경우를 말한다. 딱딱한 물체(보통 뿌리, 나뭇가지, 카테터)를 자궁 내로 삽입하거나, 확장소파술(D & C)이 적절하게 시술되지 않았거나, 외부에서 물리적 힘을 가하는 형태로 행해지는 경우이다.

(출처: Iqbal Shah and Elisabeth Ahman, “Unsafe Abortion in 2008: Global and Regional Levels and Trends”. Reproductive Health Matters, November 2010 (Vol. 18, Issue 36, Pages 90-101))

● **피임실천율(Contraceptive prevalence)** : 15세 ~ 49세의 기혼 또는 사실혼 관계의 여성이면서 현대적인 피임방법(난임수술, 경구피임약, 자궁내장치, 주사제 임플란트, 인플란트, 콘돔, 질격막)을 사용하거나, 어떠한 피임방법(위에서 서술한 현대적 방법 또는 월경주기법, 질외사정과 같은 전통적인 피임방법)이던 피임을 하고 있는 여성의 백분율. 사실혼(union)이란 남녀가 결혼과 유사한 방식으로 함께 사는 것을 말한다. 지역별 추정치는 해당 국가에서 산출한 인구 수에 따라 가중치를 부여한 평균 값이다.

(출처 : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Contraceptive Use 2010 (United Nations publication, POP/DB/CP/Rev.2010))

가중치를 추정한 방식은 ①‘2008 World Marriage Data 2008’에 제시된 각국의 기혼 또는 동거중인 여성의 비율에 관한 자료에 근거하거나 ②‘World Population Prospects: The 2008 Revision’에 근거한 연령 구간별 여성인구 수의 추정치로부터 산출하였다.

● **가족계획에 관한 정부지원(Government support for family planning)** : 각국에서 정부가 가족계획 서비스에 제공하는 지원의 형태. 정부의 지원형태는 ①직접지원, ②간접지원, ③지원 없음, ④가족계획 제한의 방식으로 분류된다. 직접지원이라 함은 정부 서비스를 통해서 직접 가족계획 정보를 제공하거나 가족계획 지도를 하거나 정부직영기관 또는 정부출연기관을 통해서 가족계획 정보, 지도, 자료를 제공하는 등 정부가 직접 서비스를 제공하는 것을 의미한다. 간접지원이라 함은 정부가 직접 지원하지는 않으나 비정부 기구를 포함하는 민간부문을 지원하는 방식을 의미한다. 지원 없음의 경우에는 정부가 민간부문이 가족계획 서비스를 제공하는 것을

허가하는 데에 그치고, 지원하지 않는 경우를 말한다. 가족계획 제한의 방식은 공공 부문이나 민간부문이나 할 것 없이 가족계획 서비스의 제공을 허용하지 않는 것을 의미한다.

(출처 : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Population Policies 2009 (United Nations publication, Sales No. E.09.XIII.14))

● **가족계획의 미충족 필요(Unmet need for family planning)** : 가족계획의 미충족 필요를 가진 여성이라 함은 ①15세 ~49세의 기혼 또는 사실혼 상태에서, ②다산이거나 성적으로 활동적이지만 ③피임방법을 전혀 사용하지 않으면서도 ④더 이상 아이를 원하지 않는다고 보고하거나 임신을 연기하고자 하는 여성의 수를 의미한다. 세계 추정치 및 지역별 추정치는 필요한 대로 2009년 당시 15세~49세 여성, 결혼 또는 동거중인 여성 수에 관하여 2009년 기준 각국의 지표에 가중치를 둔 값이다.

(출처 : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Contraceptive Use 2010 (United Nations Publication POP/DB/CP/Rev.2010 (database)))

추정 가중치는 ①'2008 World Marriage Data 2008' (United Nations publication, POP/DB/Mar/Rev.2008)에 제시된 각국의 기혼 또는 동거중인 여성의 비율에 관한 자료에 근거하거나 ②'World population Prospects: The 2008 Revision'(United Nations publication, Extended Dataset, Sales No. E.09.XII.6)에 보고된 여성인구 수의 추정치를 근거로 하였다.

● **총출산율(Total fertility)** : 여성 1인당 일생동안 각 연도별로 연령별 출산율에 적용하였을 때 그 여성이 일생동안 출산한 아이의 수.

(출처 : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Population Prospects: The 2008 Revision. Volume I: Comprehensive Tables (United Nations Publication, Sales No. E.10.XIII.2))

● **모성사망비(Maternal mortality ratio)** : 출산 100,000건당 해당 연도에 발생한 모성 사망의 건수. 세계보건기구에 따르면 모성사망이라 함은 임신 중 또는 임신 종결 후 42일 이내에 사망한 여성의 수, 즉 임신지속기간이나 임신의 위치(자궁내외)에 관계없이 임신 또는 임신의 관리 여하에 관련되어 악화된 원인에 의해 사망한 여성의 수를 말한다. 단, 사고나 우연적인 원인에 의한 것은 제외한다. 사망의 원인이 부정확한 경우에는 그 원인에 관계없이 임신 중 또는 임신종결 42일 이내에 사망한 여성에 포함하여 계산한다.

(출처 : World Health Organization, Trends in Maternal Mortality, 1990 to 2008: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank)

제2절 개별국가의 현황

< 표 82 > OECD 회원국 인공임신중절 허용사유 및 인공임신중절률

국가명	모체 건강	강간· 근친상간	태아 이상	사회· 경제적	본인 요청	인공임신 중절률
1. 호주	○	○	○	○	○	16.2 ('09)
2. 오스트리아	○	○	○	○	○	1.2 ('00)
3. 벨기에	○	○	○	○	○	8.7 ('07)
4. 캐나다	○	○	○	○	○	13.3 ('06)
5. 칠레	×	×	×	×	×	0.5 ('05)
6. 체코	○	○	○	○	○	11.7 ('08)
7. 덴마크	○	○	○	○	○	14.0 ('06)
8. 에스토니아	○	○	○	○	○	34.5 ('09)
9. 핀란드	○	○	○	○	×	10.6 ('08)
10. 프랑스	○	○	○	○	○	17.6 ('07)
11. 독일	○	○	○	○	○	7.2 ('09)
12. 그리스	○	○	○	○	○	7.0 ('05)
13. 헝가리	○	○	○	○	○	21.2 ('08)
14. 아이슬란드	○	○	○	○	×	14.5 ('09)
15. 아일랜드	○	×	×	×	×	4.4 ('09)
16. 이스라엘	○	○	○	×	×	13.3 ('09)
17. 이탈리아	○	○	○	○	○	10.2 ('09)
18. 일본	○	○	×	○	×	10.4 ('08)
19. 한국	○	○	○	×	×	15.8 ('10)
20. 룩셈부르크	○	○	○	○	×	-
21. 멕시코	○	○	○	○	○	<0.05 ('08)
22. 네덜란드	○	○	○	○	○	10.1 ('08)
23. 뉴질랜드	○	○	○	×	×	20.0 ('08)
24. 노르웨이	○	○	○	○	○	16.9 ('08)
25. 폴란드	○	○	○	×	×	0.1 ('08)
26. 포르투갈	○	○	○	○	○	9.0 ('09)
27. 슬로바키아	○	○	○	○	○	10.9 ('08)
28. 슬로베니아	○	○	○	○	○	12.0 ('08)
29. 스페인	○	○	○	×	×	12.1 ('08)
30. 스웨덴	○	○	○	○	○	21.0 ('09)
31. 스위스	○	○	○	○	○	6.7 ('08)
32. 터키	○	○	○	○	○	14.8 ('08)
33. 영국	○	×	○	○	×	16.8 ('09)
34. 미국	○	○	○	○	○	18.9 ('08)

* 국외 주요국 중절률 : World abortion policies ('11, UN) / 한국 중절률 ('10, 실태조사)

1. 미국

가. 인공임신중절 현황²⁰⁾

허용사유	허용여부
모체의 생명위협	○
모체의 신체적 건강보호	○
모체의 정신적 건강보호	○
강간 또는 근친상간	○
태아 이상 또는 기형	○
사회경제적 이유	○
본인의 요청	○

*** 추가적인 요건:** 태아의 체외생존가능성이 있기 이전이라면 모든 주에서 본인의 요청에 의해 인공임신중절이 허용된다. 태아의 체외생존가능성이 있다고 판단되는 시기가 지난 경우에는 모체의 생명 위협에 한해 예외적으로 허용된다. 연방법에서는 여성에게는 체외생존가능성이 생긴 이후에도 인공임신중절을 할 수 있는 헌법상의 권리를 부여하고 있는 한편, 개별 주당국에 대해서는 여성의 선택권에 부당하게 부담을 주지 않는 한, 임신 기간 전체에 걸쳐서 인공임신중절을 제한할 수 있도록 하고 있다.

1) 인공임신중절률 및 추정건수

Guttmacher Institute의 보고서에 의하면, 2008년 미국의 인공임신중절률은 19.6이며, 인공임신중절 추정건수는 약 121만건이다. 이러한 수치는 2000년의 약 131만건 보다 약 10만건 정도 줄어든 것이다. 1973년 연방대법원의 Roe v. Wade 판결로 낙태가 합법화될 당시의 인공임신중절률은 16.3이었으나 이후 꾸준히 상승하여 1981년 29.3으로 최고점을 기록하였다. 1981년 이후에는 인공임신중절률이 지속적으로 하락하고 있는 추세를 보이고 있으나, 2005년부터 2008년까지는 19.4 내지 19.6의 인공임신중절률을 기록하여 그 하락추세가 정체되고 있는 실정이다. 1973년부터 2008년까지 약 5,000만건의 합법적인 인공임신중절 수술이 시행된 것으로 보고되고 있다.

20) 이 단락은 Guttmacher Institute, Facts on Induced Abortion in the United States, 2011.를 주로 참고하여 작성하였음을 밝힌다.

2) 인공임신중절 시술 관련 가임기 여성 특성

인공임신중절 시술을 받은 미국 여성 중 약 18%는 10대인 것으로 보고되었다. 구체적으로 15세~17세 여성은 전체 인공임신중절 시술의 6%를, 18~19세 여성은 11%를, 15세 미만 여성은 0.4%를 각 차지하였다. 20대 여성은 전체 인공임신중절 시술의 약 57%를 점유하고 있는데, 이 중 20~24세 여성이 33%, 25~29세 여성이 24%를 각각 기록하였다.

인종별로는 백인이 36%, 흑인이 30%, 히스패닉이 25%를 차지하고 있으며, 아시아 기타 인종은 9%이다. 또한 종교별로는 개신교가 37%, 카톨릭은 28%를 기록하였다. 그리고 결혼 경험이 없거나 동거하는 상대방이 없는 여성의 비율은 전체 인공임신중절 시술의 약 45%이며, 전체 인공임신중절 시술의 약 61%는 한 명 이상의 자녀를 가지고 있는 여성들이었다.

3) 인공임신중절 시술사유

인공임신중절 시술을 받게 된 이유 중 많은 부분은 부모 또는 가족으로서의 책임감과 관련되어 있다. 인공임신중절 시술을 받은 여성의 4분의 3은 자녀 양육 및 가족으로서의 책임감 내지 걱정을 언급하면서 경제적 사유를 들고 있다. 또한 3분의 2의 여성은 직장 또는 학업에 곤란하다는 점을 들었고, 절반 정도의 여성은 미혼모가 되기를 원치 않는다거나 남편이나 동거인과의 문제를 언급하였다.

4) 피임 관련 사항

피임과 관련하여, 전체 인공임신중절 시술 중 54%는 피임을 시도하였으나 결과적으로 피임이 실패한 경우이고, 46%는 피임을 시도하지 않은 경우로 보고되었다. 다만, 피임 실패의 경우 중 피임약 복용자의 76%와 콘돔 사용자의 49%는 비지속적으로 피임을 시도한 것으로 조사되었다. 반면, 피임을 시도하지 않은 여성의 경우, 임신이 안 될 것이라고 믿은 비율이 33%, 성관계시 피임을 원하지 않은 비율이 32%, 예상치 않은 성관계가 26% 등으로 보고되었다.

나. 중절의 허용사유 및 기타 절차적 요건

1) 의료인 및 의료기관 관련

39개 주에서는 자격 있는(licensed) 의사에 의해서만 인공임신중절이 가능하도록 규정하고 있으며, 19개 주에서는 일정시기 이후에는 특정한 병원에서만 인공임신중절이 가능하도록 규정하고 있다. 또한 19개 주에서는 특정한 시점 이후에는 다른 의사(second physician)가 의무적으로 진료에 참여하도록 규정하고 있다.

2) 임신 주수 관련

39개 주에서 일정시기 이후(주로 태아의 독립생존가능성이 인정된다고 판단되는 시점 이후의 특정 시점)에는 인공임신중절을 금지하도록 규정하고 있다. 다만, 모체의 생명 또는 신체의 위험, 강간 또는 강제추행 등으로 임신한 경우 등의 정당화 사유를 함께 규정하고 있으므로 특정 시점 이후의 인공임신중절에 해당한다고 할지라도 정당화 사유가 있는 시술은 허용된다.

3) 부분출산 낙태 금지

16개 주는 인공임신중절 시술 방식에 대한 제한으로서 이른바 ‘부분출산 낙태’(partial-birth abortion)를 금지하고 있다. 다만, 이 중 3개주는 태아의 독립생존가능성 이후의 부분출산 낙태만을 금지하고 있다. 종래 연방대법원은 이러한 부분출산 낙태금지 규정이 여성의 낙태권을 침해하여 위헌이라고 판시한 바 있으나(2000년 *Stenberg v. Carhart* 판결, 일명 *Carhart I* 판결), 최근 이를 합헌으로 그 의견을 변경한 바 있다(2007년 *Gonzales v. Carhart* 판결, 일명 *Carhart II* 판결). 이에 대하여는 후술한다.

4) 공공 기금의 사용

17개 주에서는 의학적으로 인공임신중절이 필요한 경우에 한하여 주의 메디케이드(Medicaid)에서의 지출을 허용하고 있다. 또한 32개 주에서는 모체의 생명보호를 위한 인공임신중절 또는 강간 또는 근친상간으로 인한 임신일 때 시술되는 인공임신중절 시술로서 연방정부의 낙태시술 지원 예산을 사용할 수 있는 경우 주의 예산 지원을 금지하고 있다.

5) 의료인 또는 의료기관의 인공임신중절 시술 거부권

46개 주에서는 의료인 개인(individual health care providers)에게, 43개 주에서는 의료기관에게 각각 당해 인공임신중절 시술이 합법적인 것이라 할지라도 그 시술을 거부할 수 있음을 규정하고 있다. 다만 의료기관의 경우 위 43개 중 16개 주에서는 이러한 권리를 사적 의료기관 내지 종교적 의료기관에만 허용하고 있다.

6) 상담제도와 숙려기간

19개 주에서는 인공임신중절을 원하는 여성에게 의무적인 상담절차를 받도록 하고 있다. 특히 이러한 주에서는 다음의 정보를 적어도 하나 이상 제공하도록 규정하고 있다. 즉, 6개 주에서는 인공임신중절과 유방암과의 연관성에 대한 정보를, 11개 주에서는 태아가 낙태 시술 시 정신적 고통을 느낄 수 있다는 것에 대한 정보를, 6개 주에서는 낙태 시술과 여성의 정신건강과의 상관성에 대한 정보를, 10개 주에서는 초음파에 대한 정보를 각각 제공하도록 하고 있다. 또한 24개 주에서는 상담과 낙태 시술 사이에 일정한 숙려기간(보통 24시간)을 설정하고 있으며, 이 중 8개 주에서는 상담 의사와 시술 의사를 분리하도록 하고 있다.

다. 미국연방대법원의 판례

1) 개설

1973년 미 연방대법원의 Roe v. Wade 판결은 여성의 낙태에 대한 권리를 헌법상의 프라이버시권의 보호 영역에 포함된다고 판시하여 여성의 낙태권을 헌법상 권리로 승인하였다. 이 판결로 인하여 여성의 낙태권은 일정한 요건 하에서 헌법적으로 보호받게 되었으며, 이후 미국은 '낙태합법화'의 길을 걷게 되었다. 비록 이후의 낙태에 관한 연방대법원 판결에서 Roe 판결을 파기하거나 무력화시키기 위한 보수성향 대법관들의 거센 도전이 있었음에도 불구하고 현재까지 Roe 판결의 근본 정신, 즉 여성의 낙태권은 프라이버시권으로서 헌법상의 권리라는 법리는 확고하게 유지되고 있다.

2) Roe v. Wade 판결

1973년 연방대법원은 산모의 생명이 위험한 경우를 제외하고는 낙태를 금지하는

텍사스 주 낙태법에 대해 헌법상의 프라이버시 권리를 침해하여 위헌이라고 판시했다. 즉, 여성의 낙태에 대한 결정권은 헌법상의 프라이버시 권리 속에 포함되며, 이를 제한하는 주법은 필요 불가결한(compelling) 이익이 있는 경우에만 정당화된다는 것이다.

법정의견을 쓴 Blackmun 대법관은 여성이 가지는 헌법상의 프라이버시 권리가 “임신을 중지시킬 것인지 여부에 대한 결정을 포함하기에 충분할 만큼 광범위하다”고 판시하였다. 특히 프라이버시권의 근거조항으로 수정헌법 제14조의 자유(liberty)를 들면서, 이러한 프라이버시권 속에 여성의 낙태권이 포함된다고 결론내린 것이다.

법정의견은 임신을 중지할 수 있는 권리가 중요한 이유에 대하여는 다음과 같은 설시를 하고 있다. 즉, 더 많은 자녀는 여성에게 가혹한 삶과 미래를 강요할 수 있으며, 또한 절박한 심리적 해악을 초래할 수 있다. 또한 모의 신체적, 정신적 건강은 자녀양육으로 인해 해로운 영향을 받을 수 있다. 아울러 원치 않는 자녀로 인해 주변 사람들이 고통을 겪을 수 있으며, 이미 더 이상의 자녀를 돌볼 능력이 없는 가정에 아이를 출산케 하는 문제가 있다. 나아가 일부 미혼모의 경우는 여러 가지 어려움과 함께 사회적 비난을 받게 된다.

법정의견에서 특기할 만한 것은 임신을 3개월 단위로 구분해서, 처음 3개월은 임신한 여성이 독자적 판단에 의하여 전적으로 낙태 여부를 결정할 수 있으나 3개월 이후에는 일정한 제한이 가해질 수 있다고 보았다. 중요한 것은 임신 초기 즉, 처음 3개월 동안의 임신 동안에는 여성이 독자적 판단에 의하여 낙태를 결정할 수 있는 권리를 헌법상 보장하고 있으므로, 이 기간 동안에는 주의 어떠한 낙태에 대한 규제도 헌법적으로 용인될 수 없다는 것이다. 그렇지만 법정의견도 여성의 낙태권을 무제한적인 절대적인 권리로 인정하지는 않았다. 즉 초기 3개월이 경과한 이후에는 일정한 규제가 정당화될 수 있는데, 다만 이 경우에도 주는 그 낙태 규제에 대하여 주의 필요불가피한 이익이 있음을 입증하여야만 이를 정당화할 수 있다는 것이다(이른바 ‘엄격심사기준’의 채택).

주의 필요불가피한 이익에 관하여 먼저 임신 3개월 이후에는 모의 건강을 보호하기 위한 주의 개입을 인정했다. 또한 법정의견은 임신 마지막 3개월 동안 태아의 잠재적 생명(potential life)에 대한 주의 필요 불가피한 이익을 인정했다. 이러한 법정의견의 근거에 흐르고 있는 논리는 우선 태아는 헌법상 의미에서의 사람은 아니지만, 모의 자궁 외부에서 살아갈 가능성이 있는 생존능력(viability)을 가지는 시점

부터 주는 이를 보호하기 위해서 여성의 프라이버시 권리를 제한할 수 있다는 것이다. 그러면서도 생명이 언제 시작되는지에 대한 어려운 문제에 대하여 법원이 판단할 필요는 없다고 보았다.

이러한 법정의견에 대하여 Rehnquist 대법관은 여성의 낙태권이 프라이버시권으로서 보호된다는 법정의견에 동의할 수 없다고 판시하면서 반대의견을 냈다. 또한 임신을 3개의 독립된 기간으로 나누어서, 주가 기간별로 일정한 제한을 할 수 있도록 한 법정의견은, 수정헌법 제14조의 입법의도를 넘어서서 사실상 입법행위를 한 것으로서 사법의 본질을 일탈한 것이라고 주장했다. 다수의 주가 적어도 한 세기 동안 낙태를 규제했다는 사실을 볼 때 낙태에 대한 권리가 근본적 권리로서 미국 국민의 전통과 양심 속에서 뿌리 깊은 것으로 보기는 어렵다고 반박했다.

결론적으로 Roe 판결은 낙태에 대한 여성의 결정권을 헌법상의 근본적 권리로 인정하여 이를 제한하고자 할 경우 필요 불가피한 이익을 요구하는 엄격 심사기준을 채택한 것이다. 이는 여성의 낙태권이 결혼, 출산, 피임, 자녀양육과 마찬가지로 개인의 근본적 권리로서의 프라이버시 권리이며, 정부의 부당한 간섭이 허용되지 않는 영역임을 확실히 한 것이다. 다만 모성의 건강과 태아의 잠재적 생명을 보호하기 위하여 일정 시점 이후에 제한할 수 있는 것으로 보고 있다.

3) Roe 판결 이후의 주요 판결

Roe 판결 이후 상당 기간 동안 절차적 규제는 연방대법원에서 위헌으로 판단되었으며, 여성의 낙태에 대한 프라이버시 권리는 충실히 보장되었다. 예컨대 1976년 Planned of Central Missouri v. Danforth 사건에서 연방대법원은 기혼여성의 경우 낙태 시 배우자의 동의를 얻도록 한 조항과 미혼의 미성년자의 경우 부모 동의를 얻도록 한 조항을 모두 위헌으로 판시했다. 그리고 83년 City of Akron v. Akron Center for Reproductive health 사건에서는 15세 미만 여성의 낙태시 부모 동의를 요구하는 조항을 비롯한 다양한 낙태규제 절차를 위헌으로 선언했다.

하지만 낙태에 대한 절차적 규제와 달리 이에 대한 공적자금 지원을 제한하여 여성의 낙태권을 제한하려는 노력은 상대적으로 성공을 거두었다. 예컨대 1976년 일부 주 의회는 낙태에 대하여 의료보장급부의 지급을 금지하기 시작했는데, 1977년 연방대법원은 Maher v. Roe 판결에서 의료보장급부를 의학적으로 필요한 임신 3개월 이내의 낙태로 제한한 코네티컷 주의 규제를 합헌이라고 판단했다. 즉 선례에서 인정된 프라이버시 권리는 부당한 간섭으로부터 임신 중단 여부를 결정할 여

성의 자유를 보호하는 것이며, 주가 낙태보다는 출산을 선호하여 이를 공적자금의 배분에 의해서 실행할 권한을 제한하지는 않는다고 보았다.

또한 1976년 이후 매년 낙태 시 연방자금의 사용을 금지하고자 Hyde Amendment가 제정되었는데, 연방대법원은 80년 *Harris v. McRae* 판결에서 이를 승인했다. 법정의 견은 이전의 선례들은 단지 직접적인 정부의 간섭 없이 낙태를 선택할 여성의 권리를 확립한 것에 불과하며, 이것이 선택을 가능토록 하는 재정적 지원에 대한 헌법적 자격을 의미하지는 않는다고 판시했다.

1980년대 후반 공화당 출신 대통령이 지명한 보수 성향의 대법관들이 등장하면서 낙태에 대한 여성의 프라이버시 권리의 보호 범위를 제한하고자 하는 움직임이 두드러지게 나타나게 되었다. 예컨대, *Webster v. Reproductive Health Services* 판결은 Roe 판결을 파기하지는 않았지만 4인의 대법관은 Roe 판결의 핵심 법리 중 하나인 3개월 기간구분법(trimester framework)을 비판하면서, 원리상 근거가 불충분하고 현실적으로 기능할 수 없다고 주장했다. 특히 Scalia 대법관은 동조의견을 통해서 여성의 낙태권을 헌법상 권리로 보장한 Roe판결이 파기되어야 한다고까지 주장했다.

4) *Planned Parenthood v. Casey* 판결

Webster 판결 이후 여성의 낙태 여부를 결정할 헌법상의 프라이버시 권리는 위기에 처한 듯이 보였으며, 여러 주에서 제한적인 낙태법이 제정되었다. 그러나 1992년 연방대법원은 펜실베이니아주의 낙태법을 심사하면서 Roe판결의 ‘핵심적 내용’은 유지된다고 선언했으며, 낙태에 대한 여성의 프라이버시 권리를 재승인 하였다. 또한 *Casey*판결에서 법원은 “여성의 역할에 대한 주의 견해, 우리 역사와 문화 속에서 지배적인 견해를 주가 주장하기에는 여성의 고통이 너무나 내밀하고 사적인 것”이기 때문에, 주는 임신한 여성의 낙태 결정을 존중할 의무가 있다고 강조했다.

한편 법원은 여성이 낙태에 대한 권리를 가지는 시점으로 ‘생존능력’은 계속 인정했으나, Roe판결에서의 3개월 기간구분법은 거부했다. 즉 동 기간구분법이 여성의 권리와 태아의 잠재적 생명에 대한 주의 경쟁적인 이해관계에서 균형을 잡기 위한 수단이라는 본래 목적을 넘어서고 있다고 보았다. 나아가 그 동안 사용되어오던 엄격 심사기준 대신에 “법의 목적이나 효과가 태아의 생존능력을 갖기 전에 낙태를 하려는 여성에게 실질적 장애(substantial obstacle)가 되는 경우”에만 동 법을 무효로 보는 ‘부당한 부담(undue burden)심사기준’을 새롭게 채택했다.

결국 이 판결은 여성의 낙태에 대한 결정권을 프라이버시 권리로 재승인 했지만, Roe 판결의 핵심법리인 3개월 기간구분법을 부인하고, 주의 낙태규제에 대하여 과거보다 완화된 ‘부당한 부담’ 심사기준을 적용함으로써 주가 좀 더 쉽게 낙태를 규제할 수 있는 길을 열어놓았다. 또한 어떤 경우에 낙태에 대한 ‘부당한 부담’이 되는지 명확한 판단 기준을 제시하지 못함에 따라 이러한 보호의 범위는 모호하게 남겨졌다.

5) 부분출산 낙태 금지에 대한 연방대법원의 입장

2000년 Stenberg v. Carhart 판결에서는 연방대법원은 이른바 부분출산 낙태 (partial birth abortion)를 금지하는 Nebraska 주법을 위헌으로 판단했다. 동 사건의 법정 의견은 Casey 판결에서 확립된 원리를 적용했는데, 첫 번째로는 동 주법이 모의 생명보호만을 예외로 하고 있을 뿐 건강보호는 예외사유로 하고 있지 않은 점이 지적되었다. 둘째, 동 법은 특정 낙태절차를 선택한 여성의 능력에 ‘부당한 부담’을 가하며 이는 결국 낙태 그 자체를 선택할 여성의 권리에 ‘부당한 부담’을 가하는 것이라고 판단되었다. 즉 법률상 D&E (자연확장흡입) 방법과 D&X(확장적출) 방법이 구별되지 않고 사용되고 있는데, 동 법상의 금지는 그 대상인 D&X 방법뿐 아니라 일반적인 수술인 D&E방법의 낙태까지 포함할 수 있으므로 지나치게 광범위하다고 본 것이다. 동 판결이 내려진 이후 버지니아 주를 포함하여 다른 30여개 주의 유사한 부분출산낙태금지법이 폐지되었다.

이러한 연방대법원의 판결에도 불구하고 2003년 부분출산낙태금지법은 10월 초 하원에서 281대 142로, 10월 21일 64대 34로 통과되었으며, 11월 6일 부시 대통령은 동 법안에 서명했다. 즉, 연방의회는 임신 3분기 중 2분기(3~6개월)에 주로 행하여지는 시술방법으로서 “손을 대지 않고 자궁을 팽창시켜 태아를 제거”하는 낙태방법 (intact D&E, 즉 D&X라고도 함)을 규제하기 위하여 “일부노출낙태금지법 (Partial-Birth Abortion Ban Act of 2003, PBABA)을 제정하였다.

이에 대해서 6월 1일 샌프란시스코 소재 연방지방법원은 임신 말기 낙태를 금지하는 부분출산낙태금지법을 위헌이라고 판시했다. 필리스 해밀턴 판사는 첫째, 낙태를 하려는 여성에서 부당한 부담을 가하고 있으며, 둘째 법조문이 명확하지 않아서 헌법에 위배되며, 셋째 산모의 건강을 보호하는데 필요한 예외적 절차를 의무화하지 않았다는 점에서 위헌이라고 판시했다. 제8 연방항소법원은 연방지방법원의 판결의 정당성을 확인하였으나 동법이 무효인 근거를 주로 모체의 건강을 위한 예외

규정(의학적 적응요건)의 부재에 두었다. 연방대법원은 사건 이송명령 신청을 받아 들여 심리하기에 이르렀는데 이것이 *Gonzles v. Carhart* (*Carhart II*) 사건이다.

연방대법원은 많은 의사와 D&X방식의 낙태 시술을 목격한 사람들의 증언과 법문의 표현을 검토한 끝에 동법이 금지하는 낙태방식은 무효일 정도로 막연하지 않다는 결론에 도달했다. 이 법은 보통의 지성을 가진 의사라면 무엇이 금지되는 것인지를 알 수 있고 합리적인 설명을 제공하고 있고 금지된 행위에 대해 비교적 명백한 가이드라인을 제시하고 있으며 의사의 행위를 평가할 수 있는 객관적인 기준도 제시하고 있다는 것이다. 결론적으로 D&X를 시행하는 의사는 살아 있는 태아를 의도적으로 자궁 경부를 거쳐 배출함으로써 생명을 종식시키지 않는 한 형사책임을 추궁당하지 않을 것임을 알 수 있기 때문에 이 법은 무효일 만큼 그 표현이 막연하지 않다고 판시하였다.

연방대법원이 이 사건을 심리함에 있어서 가장 논쟁이 치열했던 쟁점은 PBABA가 임신부의 건강을 보호하기 위하여 필요한 경우조차도 D&X 방식의 낙태를 허용하지 않음으로써 여성의 낙태에 대한 권리를 위험적으로 제한하고 있지 않느냐 하는 문제, 즉 임신부의 생명이나 건강의 보호를 위하여 일정한 경우에 낙태를 허용하는 예외규정인 이른바 의학적 적응사유를 규정하고 있지 않다는 문제였다. 그러나 연방대법원은 다음과 같은 이유로 이러한 주장을 배척하였다. 즉, 안전한 낙태방식으로 인정되는 대안의 선택이 가능할뿐더러 금지된 방식의 낙태가 임신부의 건강의 보호에 긴요한지 여부가 불확실한 상황에서 의학적 적응사유의 부존재가 PBABA를 명백하게 무효가 되게 한다고 할 수 없다고 보고, 향후로는 의학적 적응사유의 존재가 낙태규제 입법이 헌법적 심사를 통과하기 위한 필수요소는 아니라고 보아야 한다고 함으로써 기존의 선례를 변경하였다.

그동안 연방대법원은 의학적으로나 과학적으로 불확실성이 존재하는 영역에서는 의회에게 입법형성권에 대한 광범위한 재량을 허용한다는 논리를 반복하여 전개해왔다. 의학적으로 불확실성이 존재한다고 하여 다른 분야에 비하여 유독 낙태 관련 분야에서 입법부의 권한을 더 많이 감축해야 할 합리적 이유는 없다. 따라서 D&X 방식에 의한 낙태의 경우에 적응사유를 규정하지 않았다고 하여 여성에게 건강에 대한 부당한 부담을 과하는 입법재량의 행사는 아니라는 것이 연방대법원의 판단이라고 할 수 있다.

라. 오바마 건강보험법 개혁안 (Obama Health Reform)

오바마 정부가 추진했던 건강보험법 개혁 법안이 2009년 12월 연방 상원을 통과한 후 2010년 3월에는 연방 하원을 통과(찬성 219표, 반대 212표)하였다. 당초 의회에 제출한 원안에는 인공임신중절에 대한 제한 규정이 존재하지 않아서 합법적 인공임신중절 시술은 연방정부의 지원 대상에 포함되는 것으로 해석되었다. 그러나 하원 심의 과정에서 민주당 내 반낙태파 의원들의 반발로 인하여 결국 연방정부의 재정 지원 대상이 되는 낙태 시술은 산모의 생명이 위태로운 경우, 강간 또는 근친상간으로 인한 임신의 경우에만 한정하는 것으로 후퇴하였다. 결국 위와 같은 내용의 제한 규정은 건강보험법안 공표와 동시에 대통령 행정명령으로 발효되었다.

2. 일본

허용사유	허용여부
모체의 생명위협	○
모체의 신체적 건강보호	○
모체의 정신적 건강보호	△
강간 또는 근친상간	○
태아 이상 또는 기형	X
사회경제적 이유	○
본인의 요청	X

*** 추가적인 요건:** 인공임신중절이 가능한 임신주수에 대한 명시적 규정은 없으나, 정부의 방책(1990.3.20. 후생성발 건의 제55호, 후생사무차관통지)에 따라 통상 22주 미만이어야 시술이 가능하다. 합법적인 인공임신중절은 지역사회 의사회가 지정한 의사의 재량하에 의료기관에서만 시술할 수 있다. 여성 또는 배우자의 법적 동의가 요구되는데, 여성이 정신장애자인 경우, 보호자의 동의만으로 시술할 수 있다. 강간이나 근친상간에 의한 임신인 경우 여성의 법적인 동의가 없어도 시술이 가능하다.

**** 참고)** 일본의 인공임신중절관련법은 신체적 건강보호 사유에 대해서는 구체적으로 지정하고 있지만 정신적 건강 보호 사유에 대해서는 구체적으로 지정하지 않고 있다. 그러나, 법에서 사회경제적 이유를 허용하고 있기 때문에, 정신적 건강 보호나 태아의 이상 및 기형도 바로 이 허용사유에 포함될 수 있는 구조를 하고 있다.

가. 서론

일본의 인공임신중절 건수는 매년 약 33만 건으로 추정된다. 최근 현대 의료기술은 눈부시게 발전하는 한편 인류 역사에 상존해온 인공임신중절의 위험은 여전히 논란이 되고 있다.

인공임신중절에 관하여 다음 두 가지 법률 조항이 있다. 현행 일본 형법 제212조는 타태(墮胎)의 죄를 규정하여 낙태행위를 원칙적으로 금지하는 태도로써 태아의 생명권을 보호하고 있다²¹⁾. 단, 1948년 우생보호법(the Eugenic Protection Act)의 제정으로 일부의 경우 인공임신중절을 합법화되었다. 이하에서는 일본에서의 인공임신중절에 관한 역사적 논의의 역추적을 통해 현재의 쟁점을 재조명해보도록 하겠다.

나. 현대의 논의

1) 우생보호법 시행 후

우생보호법은 2차 대전에서 패한 일본의 절망적인 상황을 제정의 배경으로 한다. 전쟁 후 몇 년간은 기아와 영양실조가 창궐하였고 일본은 심각한 빈곤상태에 직면하여 전쟁 후 귀향민과 제대군인의 증가 경향으로 베이비 붐으로 인해 낙태건수가 증가하는 상황이었다. 또한 강간과 성매매의 확산으로 임신 건수도 증가하는 경향을 보였다. 임신한 여성은 불법적 낙태기술 외에는 달리 선택할 수 있는 방법이 없었고 이로 인해 많은 여성이 사망하였다. 우생보호법은 이러한 사회적 상황과의 모순에서 출발하였다. 우생보호법의 시행으로 낙태기술은 무료화 되었고, 이 시기 정부의 정책은 산아장려로 바뀌고, 이와 함께 우생보호법이 반복적으로 개정되었다. 현재에는 수태(Gestation) 후 22주 안에는 일정한 사유 하에서 합법적인 인공임신중절이 가능하다. 1955년 연평균 인공임신중절 건수는 약 1,170,000건으로 기록되고, 1980년에는 반으로 줄어 약 600,000건으로 감소되었다. 이 후 감소추세가 계속되어 1993년에는 약 300,000건으로 기록된다.

21) 우리 형법 제269조는 “부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다.”고 규정하고 있다.

2) 우생보호법에서 모체보호법으로의 전환

1996년 우생보호법은 우생학적 개념을 삭제하여 모체보호법(the Maternal Protection Act)으로 개정하였다. 모체보호법으로의 개정된 이유는 우생보호법이 내재하는 육체적·정신적 장애를 갖고 있는 자들에 대하여 차별로 보이는 조항을 삭제하기 위함이었다. 이러한 개정의 배경은 1994년 카이로 선언(International Conference on Population and Development)에서 공식적으로 여성의 생식권 존중의 원칙과 생식의 권리와 생식보건의 개념을 인정함에 있다. 이때 일본의 우생보호법을 비판하였으며 정신과 환자에 대한 처우를 개선할 것을 일본정부에 요청하였다.

모체보호법으로의 개정이 우생학적 개념을 삭제하는 데에 기여하였음에도 불구하고, 인공임신중절을 허용하는 규정은 개정되지 않았다. 이와 같은 개정의 결과 태아의 생명권과 산모의 생명권 및 생식에 관한 자기결정권, 여성의 인권에 대한 법적 태도의 모순이 발생하였다. 1997년 모체보호법의 시행이후 연간 약 33만 ~ 34만 건의 인공임신중절 건수가 발생하였으며 2005년에는 약 29만 건으로 추정된다. 그러나 일본 시민의 건강보험 가입이 강제되었음에도 불구하고 인공임신중절을 보험으로 보장하지 않았으며 이는 산모의 삶에 큰 위협이 되었다. 현재에도 인공임신중절은 보험보장의 영역 외이며 산모 스스로 비용을 부담하여야 한다. 이와 같이 낙태와 출산의 사이에서 제한된 선택권만을 갖는 여성이 증가하면서 원치 않는 자녀가 태어나는 경우가 나타나고 있다.

다. 현재의 쟁점

현행 일본 형법은 태아의 생명권 보호를 위하여 원칙적으로 낙태를 금지하고 있는 한편, 모체보호법은 일정한 경우 낙태를 허용하는 태도를 취하고 있다. 그러나 낙태의 죄로 형법상 처벌되는 경우는 현재 전혀 없으며 이에 대하여 형법의 실효성이 없다는 비판이 끊임없이 제기되고 있다. 이러한 관점에서 현실과의 괴리를 보이는 법률의 타당성을 재검증하는 것이 현재 중요한 논점으로 작용하고 있다. 그 하나의 예로 모체보호법 규정 내에서 태아의 생명을 존중하는 규정은 어디에도 찾아볼 수 없다는 것이다. 또한 낙태를 원칙적으로 금지하고 있는 형법조항과 일치할 수 있도록 모체보호법에서도 태아의 생명에 대한 존중의 논리를 보일 수 있도록 개정해야 할 것이다.

인공임신중절을 지정의사(designated doctors)에 의해서만 독점적으로 시술할 수

있도록 한 모체보호법은 여성의 자기결정권 침해 여부의 관점에서 많은 논점이 야기되고 있다. 여성의 재생산권의 범주는, 의사가 여성의 결정에 근거하여 인공임신중절을 시행할 수 있도록 하는 것을 그 내용으로 하고 있다. 이와 같이 모체보호법상 낙태를 허용하는 요건으로서의 지정의사제도가 갖는 의문점이 제기될 수 있다.

게다가, 의료기술의 발달은 인간의 시작점이 언제인지를 논하는 데에 연결되고 있다. 태아가 출산되기까지의 자연적 과정에서 기술적인 개입이 모체보호법상 “태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 경우”에만 낙태를 허용할 수 있도록 한 규정에 의문점을 제기할 수 있을 것이다. 이와 같이 수정 전 단계와 수정란의 단계까지 기술적인 개입이 가능할 경우 여성의 건강에 대해서는 소홀해질 수 있으며, 태아의 지속적인 존재성을 소홀히 여길 가능성이 있는 것이다.

형법상 원칙적 낙태 금지규정과 모체보호법상 낙태 허용요건 관련 규정의 관계를 재정립할 필요가 있으며, 또한 현행 낙태 관련 법률이 여성의 자기결정권 특히 임신의 과정에서 기술적인 개입을 결정한 권리에 미치는 영향을 살펴야 할 것이다.

이러한 논의는 임신이라는 하나의 현상은 다양한 관점에서 고려되어야 하며, 여기서 다양한 관점은 일본에 사는 한명의 개인으로서의 여성의 지위뿐만 아니라 일본 국민으로서의 여성의 관점 및 다른 국가에서 바라보는 일본인으로서 여성의 자기결정권, 여성의 프라이버시, 여성주의자가 제기하는 문제점이 포함될 것이다.

라. 일본 모체보호법 전문

모체보호법(母體保護法)

1948년 7월 13일 법률 제156호
최종개정: 2010년 6월 23일 법률 제46호

제1장 총칙

제1조 (이 법률의 목적) 이 법률은, 불임 수술 및 인공임신중절에 관한 사항을 정함으로써 모성의 생명건강을 보호하는 것을 목적으로 한다.

제2조 (정의) ① 이 법률에서 불임수술이라고 하는 것은, 생식선을 제거하지 않고, 생식을 불가능하게 만드는 수술로 후생노동성령에서 정하는 것을 말한다.

② 이 법률에서 인공임신중절이라고 하는 것은, 태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없을 시기에 인공적으로 태아 및 그 부속물을 모체 밖으로 배출하는 것을 말한다.

제2장 불임수술

제3조 (불임수술 등) ① 의사는 다음 각 호의 1에 해당하는 자에 대해, 본인의 동의 및 배우자(신고를 하지는 않았지만 사실상 혼인관계와 같은 상태에 있는 자를 포함한다. 이하 동일)가 있을 때에는 그 동의를 얻어서 불임수술을 행할 수 있다. 단, 미성년자에 대해서는 이에 해당하지 않는다.

1. 임신 또는 분만이 모체의 생명에 위험을 미칠 우려가 있는 자
2. 현재 자녀가 몇 명 있는데, 분만할 때마다 모체의 건강 상태가 명백히 저하될 우려가 있는 자

② 전 항 각 호에 명시되어 있는 경우에는, 그 배우자에 대해서도 동항의 규정에 의한 불임수술을 행할 수 있다.

③ 제1항의 동의는, 배우자를 알 수 없는 경우나 배우자의 동의를 표시할 수 없는 경우는 본인의 동의만으로도 충분하다.

제4조 ~ 제13조 (삭제)

제3장 모성 보호

제14조 (의사의 인정에 의한 인공임신중절) ① 도도부현(都道府縣)의 지역을 단위로 설립된 공익사단법인인 의사회가 지정하는 의사 (이하 「지정 의사」라고 한다.)는 다음 각 호의 하나에 해당하는 자에 대해, 본인 및 배우자의 동의를 얻어 인공임신중절을 시행할 수 있다.

1. 임신을 지속하거나 분만함으로써 신체적 또는 경제적 이유에 의해 모체의 건강을 명백히 해칠 우려가 있는 자
2. 폭행이나 협박에 의해서 또는 저항이나 거절을 할 수 없는 틈을 타서 간음을 당해 임신한 자

② 전 항의 동의는, 배우자를 알 수 없거나 동의를 표시할 수 없을 때, 또는 임신 후에 배우자가 사망했을 때에는 본인의 동의만으로도 충분하다.

제15조 (수태조절의 현지 지도) 여자에 대해서 후생노동 대신이 지정하는 피임용 기구를 사용하는 수태조절의 현지 지도는, 의사 또는 도도부현 지사의 지정을 받은 자가 아니면 업으로써 행해서는 안 된다. 단, 자궁 질 내에 피임용 기구를 삽입하는 행위는 의사가 아니면 업으로써 행해서는 안 된다.

② 전 항의 도도부현지사의 지정을 받을 수 있는 자는, 후생노동 대신이 정하는 기준에 따라서 도도부현지사가 인정하는 강습을 수료한 조산사(助産師), 보건의사 또는 간호사로 정한다.

③ 전 2항에서 정하는 것 이외에 도도부현지사의 지정 또는 인정에 관해서 필요한 사항은 정령(政令)에서 이를 정한다.

제4장 ~ 제5장 (삭제)

제6장 신고, 금지 등

제25조 (신고) 의사 또는 지정의사는 제 3조 제 1항 또는 제 14조 제 1항의 규정에 의해 불임 수술 또는 인공임신중절을 시행한 경우에는 그 달의 수술 결과를 정리해서 다음 달 10일까지 이유를 기록하여 도도부현지사에게 신고하지 않으면 안 된다.

제26조 (통지) 불임수술을 받은 자는 혼인하려고 할 때에는 그 상대방에 대해 불임수술을 받은 취지를 통지하지 않으면 안 된다.

제27조 (비밀의 보존) 불임수술 또는 인공임신중절 시행의 사무에 종사한 자는, 직무상 알게 된 사람의 비밀을 누설해서는 안 된다. 그 직무를 그만 둔 후에도 동일하다.

제28조 (금지) 누구든 이 법률의 규정에 의한 경우 외에, 이유 없이 생식을 불가능하게 하는 것을 목적으로 수술 또는 원트젠 조사를 행해서는 안 된다.

제7장 벌칙

제29조 (제15조 제1항 위반) 제15조 제1항의 규정을 위반한 자는 50만엔 이하의 벌금에 처한다.

제30조 ~ 제31조 (삭제)

제32조 (제25조 위반) 제 25조의 규정에 위반하여, 신고를 하지 않거나 허위로 신고를 한 자는 10만엔 이하의 벌금에 처한다.

제33조 (제27조 위반) 제27조의 규정에 위반하여, 이유 없이 타인의 비밀을 누설한 자는 6개월 이하의 징역 또는 30만엔 이하의 벌금에 처한다.

제34조 (**제28조 위반**) 제 28조의 규정에 위반한 자는, 1년 이하의 징역 또는 50만엔 이하의 벌금에 처한다. 이 때문에 사람을 죽게 한 경우는 3년 이하의 징역에 처한다.

부칙

제35조 (**시행기일**) 이 법률은 공포일로부터 기산하여 60일을 경과한 날부터 시행한다.

제36조 (**관계법률의 폐지**) 국민우생법(1940년 법률 제 107호)은 이것을 폐지한다.

제37조 (**벌칙규정의 효력의 존속**) 이 법률 시행 전에 성립된 위반행위에 대한 벌칙의 적용에 대해서는 전조의 법률은 이 법률 시행 후에도 계속 효력을 지닌다.

제38조 (**신고의 특례**) 제 25조의 규정은 1946년 후생성령 제 42호(사산의 신고와 관련된 규정)의 규정에 의한 신고를 한 경우에는 그 범위 내에서 이를 적용하지 않는다.

제39조 (**수태조절지도를 위해 필요한 의약품**) ① 제15조 제1항의 규정에 의해 도도부현지사의 지정을 받은 자는 2015년 7월 31일 까지만 그 실시 지도를 받는 자에 대해서는 수태조절을 위해 필요한 의약품으로 후생노동 대신이 지정하는 것에 한해, 약사법 (1960년 법률 제 145호) 제24조 제1항의 규정과 상관 없이 판매할 수 있다.

② 도도부현지사는 제15조 제 1항의 규정에 의해 도도부현지사의 지정을 받은 자가 다음 각 호의 하나에 해당하는 경우에는 동조 동항의 지정을 취소할 수 있다.

1. 전 항의 규정에 의해 후생노동 대신이 지정하는 의약품에 있어서 약사법 제 43조 제 1항의 규정의 적용이 있을 경우에, 동항의 규정에 의한 검정에 합격하지 않은 해당 의약품을 판매했을 때
2. 전 항의 규정에 의해 후생노동 대신이 지정하는 의약품 이외의 의약품을 업으로 판매했을 때
3. 전 각 호 이외에, 수태조절의 실시 지도를 받는 자 이외의 자에 대해서 의약품을 업으로 판매했을 때

③ 전 항의 규정에 의한 처분에 관계되는 행정절차법(1993년 법률 제88호) 제15조 제 1항의 통지는 청문의 기일인 일주일 전까지 하지 않으면 안 된다.

<모체보호법 해설>

□ 인공임신중절의 정의

모체보호법 제 2조 제 2항에서는, 인공임신중절을 다음과 같이 규정하고 있다.

이 법률에서 인공임신중절이란, 태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없을 시기에 인공적으로 태아와 그 부속물을 모체 밖으로 배출하는 것을 말한다. 여기에서 태아부속물이란 태반, 난막, 난대, 양수 등을 말한다.

태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 시기, 즉 태아가 생존할 가능성이 없는 시기의 판단에 관해서는 모체보호법 제 14조에 의거하여 지정된 의사(지정 의사)가 개별 사례에 따라 행하도록 되어 있는데, 당초에 1953년 6월 후생사무차관통지 「우생보호법의 시행에 대해」에서 그 시기의 기준은 통상 임신 8월 미만으로 되어 있었던 것이다.

여기에서 생명의 유지, 즉 생존의 가능성이란 출산시의 생사가 아니라 그 이후에 대한 것을 말한다.

그러나 의학의 진보와 더불어 미숙아 보육에 대한 의학적 수준 또한 향상되어서, 지정의사는 그러한 의학수준에 입각하여 생명을 유지할 수 있는 시기에 대한 판단을 행하고 있는 것이다. 이러한 현상을 감안하여, 후생성에서는 관련단체 등의 의견을 청취한 후, 후생사무차관 통지에 따라 당시의 우생보호법에 의해 인공임신중절을 실시할 수 있는 시기를 1976년 1월에는 「통상 만 24주 미만」으로, 그리고 1991년 1월부터는 「통상 만 22주 미만」으로 개정했다.

우생보호법 제 2조 제 2항의 「태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 시기」의 기준은, 통상 임신 만 22주 미만을 말함. 이 시기의 판단은 개개의 사례에 따라 우생 보호법 제 14조에 의거하여 지정된 의사가 행하는 것임. (1990년 3월 20일, 후생성발건의(厚生省發健醫) 제 55호, 후생사무차관통지)

그리고 인공임신중절을 실시하는 시기의 기준을 변경함과 더불어 원활한 실시를 도모하기 위해 발행된 보건의료국 정신보건과장통지에 따르면 다음과 같다.

1. 우생보호법 제 2조 제 2항의 「태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 시기」의 기준의 변경은, 최근 미숙아에 대한 의료수준의 향상으로 인해 임신 만 24주 미만이라도 생육하고 있는 사례를 감안하여 시행된 것임.

2. 사무차관통지에서 지시하고 있는 기준은, 우생보호법 제 2조 제 2항의 「태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 시기」에 관한 의학적인 관점에서의 기준으로, 고도의 의료시설에서 태아가 생육할 수 있는 한계에 근거하여 정한 것으로, 당해기간 이후에 모든 태아가 반드시 생육한다는 것을 의미하는 것은 아님.
3. 우생보호법에 따라 인공임신중절을 실시할 수 있는 시기의 판정은, 우생보호법 제 14조의 규정에 의거하여 도도부현의 의사회가 지정한 의사가 개별 사례에 있어서, 의학적 관점으로 객관적으로 판단하는 것임.
(1990년 3월 20일, 후생성발건의 제 55호, 후생사무차관통지)

즉, 이 기준은 어디까지나 의학적인 관점에서의 기준으로, 일반 의료 수준에서의 가능성을 문제 삼고 있는 것은 아니다. 중절을 실시할 수 있는 시기는 개별적으로 지정의가 의학적 관점에서 객관적으로 「태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 시기」라고 판단하는 시기로, 그 판정은 전문가인 지정의에게 위임을 하므로 지정의의 재량권이 강조되고 있다. 지정의의 책임은 막중하므로 그 판단은 명확한 의학적 이유가 있어야 하는데, 다른 의사도 납득할 수 있는 객관적 판단이 아니면 안 된다.

3. 독일에서의 낙태에 관한 판례와 입법동향

허용사유	허용여부
모체의 생명위협	○
모체의 신체적 건강보호	○
모체의 정신적 건강보호	○
강간 또는 근친상간	○
태아 이상 또는 기형	○
사회경제적 이유	○
본인의 요청	○

*** 추가적인 요건:** 의학적 사유에 의한 인공임신중절을 예외로 하고, 여성은 인공임신중절을 받기 전에 중절전 사회상담 세션을 거쳐야 한다. 인공임신중절은 병원이나 그 외에 법적으로 시술을 허가 받은 시설에서만 받을 수 있다.

살인금지(인간 존엄, 생명존중의 사상이 바탕에 있는 것이라고 할 수 있는데 이와 마찬가지로 형성 중의 인간인 태아의 생명을 박탈하는 행위도 많은 국가에서 이를 불법행위로 처벌하고 있다. 낙태의 문제는 가치관이나 철학 등과 밀접하게 연관되어 있어 태아에 대한 이해와 대처방법도 국가마다 차이를 나타내고 있다. 이에 대하여 미국에서는 개인의 자유 내지 프라이버시를 중시하고 행복추구권의 내포로서 자기결정의 권리라는 관점에서 해결하려는 경향이 강한 반면에 독일 등 유럽국가에서는 첨단과학기술로 인해 인간이 도구로 전락될 수도 있다는 위험을 인식하고 인간의 존엄성규정을 출생 전의 태아에 대해 어떻게 적용할 수 있는가 하는 문제를 중심으로 접근하고 있다.²²⁾

미국의 태도가 낙태문제를 私事로 전락시켜 여권신장에는 기여하였으나 태아생명의 존엄이 경시되고 있다는 비판에 직면해 있다. 그러나 독일의 태도는 태아의 생명권과 여성의 자기결정권을 상충하는 가치로 보지 않고 상호 양립할 수 있는 것으로 보아 그 해결책을 제시하고 있다. 이에 독일에서의 인간존엄의 원리가 판례와 입법에 어떻게 투영되었는지 살펴보는 작업이 중요한 의미를 가짐은 두말할 나위가 없을 것이다. 독일의 1차, 2차 판결을 알아보고 이에 관련된 입법의 동향을 살펴보기로 한다.

가. 독일에서의 낙태판결

1) 1차 낙태판결

가) 제5차 형법개정안과 평가

1974년 6월 18일의 독일형법개정안은 낙태를 부분적으로 합법화하였다. 개정안은 수태 후 12주 이내에 임신부의 동의 아래 의사가 실시하는 중절은 처벌하지 않는 것으로 규정하고 12주 후의 낙태는 예외적 제한과 함께 중전처럼 처벌할 수 있는 범죄로 하였다. 다만 동법은 중절을 희망하는 임신부에 대해 의사 또는 상담소에서 조언을 받을 의무를 지도록 하고 있었다.

제5차 형법개정법의 낙태관련규정은 12주 내의 낙태를 불가별로 하여 소위 기한규정을 채택하고 있으며, 12주를 경과한 때에는 의학적·우생학적 지표가 인정되는 경우에만 예외적으로 낙태를 허용하고 있다. 그리고 낙태를 하기 전에 의사 등과

22) 이에 대하여 자세히는 지규철, 미국과 독일의 낙태판결에 관한 비교법적 고찰, 공법학연구 제9권 제1호, 2008, 85쪽 이하를 참조하라.

상담을 하게 하여 낙태를 간접적으로 억제하려는 정책을 시도하고 있다.

나) 1975년 2월 25일 연방헌법재판소의 낙태 판결(BVerfGE 39, 1)

○ 헌법재판소의 판결내용

- 제5차 형법개정안을 심사한 결과 동 법률은 기본법 제1조 제1항과 관련하여 제2조 제2항 제1단에서 발생하는 의무에 부적합한 것으로 판단된다.

(1) 태아를 보호하라는 헌법상의 명령은 우선 입법자에게 부과된다. 연방헌법재판소의 임무는 입법자가 이 명령을 수행하였는지를 판단하는 것이다. 이 판단은 입법자가 형법이라는 가장 강력한 수단을 채택할 의무가 있는지의 여부에도 유효하다.

(2) 지금까지의 형법 제218조는 낙태의 거의 대부분을 차별 없이 처벌하였기에 결과적으로 불충분하게 태아를 보호하였다고 일반적으로 인정되고 있다. 왜냐하면 형법적인 제재가 적합하지 않은 경우들이 존재한다는 인식이 결국에는 가벌적인 경우에 엄격하게 효과적으로 소추될 수 없다는 결론에 도달했기 때문이다.

- 입법자는 제5차 형법개정안의 최종안에서 억압적인 제재보다는 예방적 조치에 우선권을 두는 사상에 근거하였다. 이것은 입법자가 임부의 자기책임임을 강화하는 상담(Beratung)을 포함한 예방적인 조치를 통하여 태아의 생명을 보호할 자신의 의무를 수행하려고 시도하는 한 헌법적으로 용인된다. 그러나 문제의 기한규정은 여러 측면에서 결정적인 헌법적 문제를 야기한다.

(1) 헌법상 요구되는 낙태에 대한 법적 부인은 헌법하의 법질서에서도 명백하게 표현되어야 한다. 이러한 법적인 부인의 예외는 기본법 제2조 제2항 제1단과 관련된 가치결정을 고려하여 임부의 임신의 계속이 기대될 수 없을 경우에만 인정될 수 있다. 이러한 일반적인 반가치판단(Unwerturteil)은 12주 내의 낙태에 관한 제5차 형법개정안의 규정에서는 표현되어 있지 아니하다. 제5차 형법개정안의 기타의 규정에서도 정당화사유가 없는 12주 내의 낙태가 법적으로否認되고 있는지가 표현되어 있지 않다. 이러한 규정들은 12주 내에 의사에 의해 행해지는 낙태는 불

법이 아니고 또한 법적으로 허용되어야 한다는 것을 의미할 수도 있다.

- (2) 낙태에 관한 공식적인 법률상의 부인은 충분하지 않을 것이다. 제5차 형법개정안의 입법자는 태아의 생명의 보호를 위해서는 적극적인 조치가 필요하다는 인식에서 형벌규범을 형법 제218c조에서 규정하고 있는 상담체제로 대체하였다. 그러나 태아의 생명을 완전히 자유로운 임부의 처리권한에 귀속시킴으로써 가벌성의 완전한 폐지를 통하여 태아의 생명에 대한 보호의 공백(Schutzlücke)이 생긴다.
- (3) 형법 제218c조 제1항에서 규정되어 있는 상담(Beratung)과 정보제공(Unterrichtung)은 임신의 계속에 영향을 미치기에는 적합한 것으로 볼 수 없다. 제218c조 제1항 제1호에 따르면 임부, 母子를 위한 공적·사적 원조에 관한 조언은 모든 의사에 의해 수행될 수 있다. 그러나 의사들은 이러한 상담업무에 그들의 직업교육상 적합하지 못할 뿐만 아니라, 그들에게는 개별적인 상담을 위해 필요한 시간적 여유도 없다. 또한 낙태수술을 행하여야 하는 의사에 의해 이러한 사회적 원조에 대한 조언이 행해질 가능성이 있다. 이러한 방법으로는, 낙태수술을 행할 목적으로 임부들이 찾아오는 의사에 의해서는 임신을 계속하게 하려는 목적을 가진 교육이 제대로 기대될 수 없다.
- (4) 제5차 형법개정법의 제218a조는 기본법상의 가치결정에 따른 존중할만한 근거 없이 낙태를 可罰性에서 제외시킬 때, 그 점에 있어서는 기본법 제1조 제1항과 관련하여 제2조 제2항 제1단과 합치하지 아니한다. 이 범위 내에서 동 규정의 무효성은 확정되었다. 가벌적 낙태와 불가벌적 낙태를 자세히 구별하는 것은 입법자의 임무이다.

2) 2차 낙태판결²³⁾

동서독이 통일된 후 의회는 1992년 “임신과 가정보조법(Schwangeren und Familienhilfegesetz)”이란 새로운 낙태법을 제정하였다. 동법에 의한 형법의 낙태죄 규정 등의 개정에 대하여 바이에른 주정부 및 연방의회 의원이 제기한 추상적 규범적 통제사건이다.

본건에서는 동법의 근간부분인 ① 조언을 받은 12주 이내의 중절을 위법이 아니라고 규정한 형법 제218a조, ② 조언의 조직, 절차, 내용, 목적을 규정한 형법 제219

23) BVerfGE 88, 203.

조, ③ 중절에 관한 연방통제의 폐지가 모두 위헌무효로 되었고, ④ 조언 후의 중절에 대한 법정건강보험급여도 헌법에 위반된다고 판시하였다.²⁴⁾

다) 국가의 생명보호의무

국가는 태아의 생명을 임신의 전기간 동안 보호해야 할 의무가 있으며 일반적으로 그러한 생명권은 모체의 권리에 앞서 우선권을 갖는다. 보호의무는 임신에 부수하는 곤궁상태의 회피 내지 제거를 목적으로 한 보호조치와 법적 행태명령²⁵⁾을 포함하고 있다. 그러나 미출생 생명의 권리가 절대적이라는 것을 명백히 하지는 않았다.

따라서 법원은 국가가 임신 3개월 이내에 일어나는 낙태에 대해 불법행위로 처벌할 필요는 없고 임신한 여자가 마음 바꿀 것을 설득하는 노력을 해야 한다고 주장했다.

라) 과소보호의 금지

보호의 방법과 범위를 구체적으로 확정하는 것은 입법자의 임무이다. 그렇지만 입법자는 과소보호금지(Untermaßverbot)를 존중하지 않으면 안 된다. 그 한도에서 입법자는 헌법재판소의 통제에 복종한다. 과소보호금지에 의해 다음이 요구된다.

- 1) 중절은 임신의 전기간 동안 원칙상 위법으로서 법적으로 금지된다.
- 2) 중절금지의 예외로서 허용되는 것은 임신부의 생명·건강에 대한 중대한 침해의 위험만은 아니다. 그 판단기준은 기대가능성(Zumutbarkeit)이다. 국가 범질서가 미출생아의 생명권의 우위를 여성에게 요구할 수 없는 경우가 있을 수 있기 때문이다.
- 3) 형법은 침해적 성격이 가장 강하기 때문에 최후의 수단이고 비례원칙에 따르지만 생명보호는 국가의 기본적 임무이기 때문에 형법의 개입 및 형법의 보호작용의 임의적 포기는 과소보호금지에 위반한다.

24) 이에 대하여 자세한 사항은 J. Isensee, Das Grundrecht als Abwehrrecht und als staatliche Schutzpflicht, in: ders. / Paul Kirchhof (Hrsg.), HStR V, 2. Aufl., 2000, § 111, S. 143ff.; Ch. Starck, Der verfassungsrechtliche Schutz des ungeborenen menschlichen Lebens, JZ 1993, S. 816ff.; W. Kluth, Der rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch als erlaubte Handlung, FamRZ 1993, S. 1382ff.를 참조하라.

25) 법적 행태명령이란 법률에 의한 명령·금지의 선언, 작위·부작위 의무의 정립을 말한다.

마) 의사 및 가족 등의 책무

헌법재판소는 태아의 생명을 보호하기 위해 국가가 일반적 의무를 다하도록 특정한 의무들을 부과하고 있다.

- 1) 기본권 보호의무에 기초하여 중절을 요구받은 의사는 의학적 견지로부터 임신부에게 조언과 원조를 주게 되는데 이 때 의사는 중절이 인간 생명의 파괴라고 하는 것을 적절한 방법으로 임신부에게 조언해주어야 한다. 이 책무위반에 대하여는 형벌에 의한 제재가 가능하고 또 필요하다.
- 2) 국가의 미출생 생명 보호의무는 제3자 특히 임신부의 가족과 그 다른 사회적 환경에 속한 사람으로부터 발생하는 위험에 대한 보호를 포함한다. 이 때 그들에 대하여 책임의 자각을 호소하는 것만으로는 충분치 않고 가족적 책임 및 사회적 환경에서 당연히 요구할 수 있는 배려를 실제로 요구할 수 있기 위한 전제조건을 법률에 의하여 창설하는 것이 요구된다.

나. 통일 이후의 현재 상황

1990년 서독과 동독이 통일된 후에도 구 서독형법의 적응사유규정(제218조-제219d조)이 구 동독지역에도 효력이 미치는가에 관하여 결정하지 못하였기 때문에 구 동독지역에는 잠정적으로 구 동독형법(구 동독형법 제153조-제155조)이 그대로 적용되고 있었다.

그리하여 낙태에 관한 법적 통일의 논의가 활발히 이루어져 인공임신중절의 불법성은 그대로 인정되었지만(제218조) 임신 12주 이내에 긴급상황과 충돌상황에서 상담을 받은 뒤 의사에 의해 행해지는 임신중절은 위법하지 않은 것으로 규정되었다(제218a조). 이러한 상황에서 임신부가 받아야 하는 상담은 기본적으로 임신부의 자기책임으로서 인식하는 자신의 양심상의 결정이라는 면이 강조된 것이다. 따라서 12주 이내의 임신중절이 면책되고 의학적·사회적 적응사유나 범죄학적 적응사유는 의미가 없어지게 되었다. 그러나 이 조항도 헌법재판소의 위헌판결을 받았다.

그리하여 다음과 같은 방향으로 개정이 이루어졌다. 즉 12주 이내의 임신중절은 처벌하지 않지만 의학적·사회적 적응사유(제218a조 제2항)나 범죄학적 적응사유(제218a조 제3항)가 존재해야 한다. 이러한 임신중절은 임신부의 동의를 얻어 의사가

시술하여야 한다.

이로써 1974년부터 1993년까지 20여 년간 지속되어 온 낙태논쟁은 일단락을 짓고 현재에 이르고 있다.²⁶⁾

다. 현행 독일 형법상의 낙태조항에 관한 평가

1) 기한규정의 채택과 낙태제한사유의 혼합

기간해결방식이란 일정한 기간 안에 행하여진 낙태는 어떤 정당화사유가 있는지, 또는 어떤 이유에서 행해졌는지를 묻지 않고 허용하는 방식이다. 임신은 수정란이 자궁에 착상한 때 시작되며, 수정 후 늦어도 14일이면 착상이 가능하다.

따라서 어느 기간 안에서 낙태를 허용할 것인가가 문제이다. 프랑스 형법과 미국 연방대법원의 판례에서는 임신 3개월 이내의 낙태, 즉 초기 낙태를 허용하고 있다. 기간해결방식은 낙태를 쉽게 하는 방식이긴 하지만, 그 자유의 제한은 항상 헌법적 검토의 대상이 된다.

독일의 경우 1차 낙태판결에 따라 12주의 기한규정은 위헌으로 판단되었지만 그 후 통일 형법전의 논의과정에서 임신중절의 불법성은 그대로 유지하되 12주 이내의 임신중절은 불가별로 규정하였다. 이른바 기간해결방식을 채택한 셈이다.

그러나 또한 이 기간 경과 후에도 낙태를 허용해야 할 사례가 있으므로 기간해결방식을 쓰는 경우에도 적응해결방식을 혼용해야 할 필요가 있다. 독일형법에 따르면 12주 이내의 임신중절은 처벌하지 않지만 의학적·사회적 적응사유(제218a조 제2항)나 범죄학적 적응사유(제218a조 제3항)가 존재해야 한다. 이러한 임신중절은 임신부의 동의를 얻어 의사가 시술하여야 한다.

이것은 독일형법이 기간해결방식에 적응해결방식을 가미한 것이다. 적응해결방식에서는 낙태의 허용기준을 임신중절에 적응하는 의학적·우생학적 이유, 형사학적·윤리적 이유 등에서 구해 낙태의 자유를 제한하자는 입장이다.

이러한 방식은 낙태의 전면금지가 아니라 제한된 범위 내에서 자유화를 지향하는 입법태도에 속한다. 스칸디나비아제국이나 구 서독형법에서 이러한 해결방식을 채택하고 있고, 우리나라 모자보건법 제14조와 일본의 모체보호법 제14조, 우생보호법 제14조 등이 채택하고 있다.

26) 강태수, 통독후 법적 동화과정과 문제: 낙태에 대한 헌법상의 논의를 중심으로, 사법행정 제382호, 1992, 20쪽; 김승환, 임신중절의 기간에 의한 해결방식의 위헌성-1975년 2월 25일 독일연방헌법재판소 제1부 판결, 법학연구 제21집(전북대학교), 98-99쪽.

2) 상담절차의 법제화

현행 독일형법의 특색으로 꼽는다면 상담절차를 자세하게 규정하고 있다는 것이다. 상담모델방식은 임산부를 위한 조언과 도움을 제공할 수 있는 일정한 상담을 필요적으로 거친 뒤 임산부 자신이 최종 책임을 지는 결정 하에 낙태를 허용하는 방식이다. 특히 곤궁에 처한 임산부와 협의 또는 담론을 거친다는 의미에서 담론 모델이라고도 부른다.

여기에서는 태아의 생명을 우위를 지닌 보호법익으로 인정하되 곤궁한 갈등상황 하에서 낙태를 예외적으로 허용하자는 입장이다. 다만 이 경우에도 임산부와 협의의 통해 임산부가 최종적인 결정을 자기 책임하에 내릴 수 있게 해 낙태여부를 임산부의 책임있는 자기결정에 맡기자는 것이다.

1995년에 최종 입법화된 독일개정형법이 이 모델을 채택하고 있다. 기간해결방식을 취했던 구 동독형법과 적응해결방식에 무게를 뒀던 구 서독형법을 통일 후 절충하는 과정에서 마련됐다는 점에서 제3의 길로 불리고 있다.²⁷⁾

이러한 입장에서 독일형법은 상담절차를 형법 외에도 임신의 문제해결에 관한 법률에서 자세하게 규정함으로써 기존의 기간해결방식과 적응해결방식 외에도 상담 모델방식까지 아울러 채택하여 낙태문제의 해결을 시도하고 있다고 평가된다.

이러한 독일형법의 태도는 이른바 규범조화적 해석(praktische Konkordanz)을 그 바탕으로 하여 낙태문제를 해결하고자 하는 것으로 우리에게 시사하는 바가 크다.

27) 정효성 '낙태죄 바람직한 입법을 위한 제언', 의협신문, 이에 대하여는 <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=72659>를 참조하라

4. 네덜란드²⁸⁾

허용사유	허용여부
모체의 생명위협	○
모체의 신체적 건강보호	○
모체의 정신적 건강보호	○
강간 또는 근친상간	○
태아 이상 또는 기형	○
사회경제적 이유	○
본인의 요청	○

*** 추가적인 요건:** 최초의 인공임신중절 상담 내원 시점으로부터 인공임신중절을 시술하는 시점까지 적어도 6일간의 숙려기간을 요구하고 있다. 인공임신중절 시술은 반드시 인공임신중절 시술면허를 취득한 병원 또는 의원에서만 받을 수 있다. 인공임신중절 시술 비용은 정부가 부담하고 있다.

1981년 5월 1일부로 임신중절 관련법이 대폭 개편되어 중절관련 규정 중에서 제한적인 부분을 철폐하게 되었다. 이 개정된 법에 따르면, 착상 이후부터 체외생존 가능성이 생기는 시점까지에 한해서, 인공임신중절을 시술하는 면허를 취득한 병원과 의원에서 시술받는 경우에, 사실상 본인의 요청에 의해서 허용되고 있다. 또한 인공임신중절 시술을 받으려고 하는 여성은 의사와의 상담을 필히 받도록 요구하고 있다. 이 규정의 목적은 인공임신중절 결정이 신중하게 이루어 졌다는 것을 보증하고, 임신한 여성이 달리 선택의 여지가 없는 정신적 고통이 있을 경우에만 허용하기 위함이다. 상담의 내용은 정신적 고통 상태를 치료 받을 수 있는 다른 방법에 대한 적절한 정보를 제공하는 것을 포함한다. 상담을 받은 후에도 6일 동안의 숙려기간을 거쳐야만 인공임신중절을 시술 받을 수 있다. 인공임신중절을 시술받은 이 후에도 중절 후 진료 서비스를 충분히 받을 수 있도록 보장받아야 하도록 법에서 요구하고 있다. 중절 후 진료서비스의 내용에는 반드시 원치않는 임신을 예방할 수 있는 방법에 관한 적절한 정보가 포함되어야만 한다. 6일 동안의 숙려기간에 대한 법적 요구도 여성의 생명이 위협받는 경우에는 필요치 않은 것으로 되어있다. 임신 13주 이상인 경우에 시술되는 인공임신중절의 경우에는 특별한 허가를 취득하기 위

28) Population Policy Data Bank maintained by the Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat.

한 특별한 요구조건에 부합하는 병원이나 의원에서만 가능하다.

1981년에 인공임신중절 관련법이 대폭 자유화 되었음에도 불구하고 이 시술과 관련된 규제가 공식적으로 채택된 것은 1984년이다. 법의 자유화 이전에는 비영리 개인의원과 몇몇 병원에서 널리 시술받을 수 있었다. 왜냐하면 네덜란드 사회에는 특별히 가족계획에 대한 수용성이 매우 높기 때문이다.

1984년 11월 이후에는 네덜란드 거주여성은 인공임신중절을 무료로 받을 수 있는데, 정부가 운영하는 국가건강보험체계에서 지원받을 수 있도록 하고 있기 때문이다. 구체적으로 '예외적의료비지원기금(Exceptional Medical Expenses Fund)'에서 의원에서 시술하는 인공임신중절의 비용을 지원하고 있다. 이 기금에서 인공임신중절을 지원한 이후에도 인공임신중절 건수가 늘지 않았으며, 이 정책을 시행한 이후에 인공임신중절을 시술하는 기관이 병원급에서 의원급으로 크게 변하였다. 외국인이 네덜란드 영토 내에서 인공임신중절을 받지 못하도록 금지되고 있진 않지만, 외국인의 경우에는 본인 부담으로만 시술 받을 수 있도록 법에서 규정하고 있다.

5. 스웨덴²⁹⁾

허용사유	허용여부
모체의 생명위협	○
모체의 신체적 건강보호	○
모체의 정신적 건강보호	○
강간 또는 근친상간	○
태아 이상 또는 기형	○
사회경제적 이유	○
본인의 요청	○

*** 추가적인 요건:** 임신주수가 18주가 될 때까지는 본인의 요청을 포함해서 인공임신중절이 합법이다. 단, 인공임신중절 시술 자체가 여성의 생명이나 건강을 위협해선 안된다. 12주에서 18주까지의 임신에 대해서는, 사회복지사와 인공임신중절에 대해서 상담을 받을 것을 요구하고 있다. 18주이후의 임신에 대해서는, 스웨덴 보건복지부로부터 허가를 받아야만 한다. 인공임신중절의 시술은 시술면허를 받은 의사가 해야 하며, 응급이 아닌 경우에는, 반드시 종합병원이나 허가받은 의료기관에서 해야만 한다. 인공임신중절 시술의 비용은 정부 부담이다.

29) Population Policy Data Bank maintained by the Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat.

1938년 이전에는 임신의 유지가 여성의 생명을 위협하거나 심각한 건강상의 문제를 일으키는 경우를 제외하고는, 형법 상의 범죄로 다루어졌다. 1910년까지만 해도 피임약의 판매와 피임약과 관련된 정보의 전파도 법으로 금지하고 있었다. 1938년에 낙태법이 제정 공표되면서, 허용사유가 확대되었다. 1975년까지 이어져 온 1348년 낙태법은, 원칙적으로는 인공임신중절을 금지하지만 건강상의 문제를 포함해서, 우생학적 이유에 의한 인공임신중절과 범죄의 결과로 이루어진 임신에 대한 인공임신중절, 그리고 “여성의 허약”이라고 명시되는 일련의 의학적-사회적 곤란의 경우에도 허용하도록 규정하고 있었다. 의학적 이유의 인공임신중절은 임신 주수에 관계없이 언제나 허용되나 2인의 의사가 인공임신중절이 필요한 의학적 문제라고 승인한 경우에 한한다. 의학적 문제가 아닌 이유에 의한 인공임신중절도 임신 20주 이내에 해야하고, 의료당국의 위원회의 허가를 받아야 하도록 되어있었다.

1965년 정부 위원회에서 보고를 통해 미래의 법개정 방향을 제시하였다. 해당 보고서에서, 여성이 낙태할 권리를 가지고 있으며 임신기간에 따른 낙태의 제한이 없어야 한다고 명시했다. 보건의료체계 내에서 다양한 가족계획서비스를 제시하고 있었다. 정부위원회의 보고서 내용이 스웨덴 의회의 승인을 받아, 1974년에 스웨덴 낙태법이 공표된다. 1975년부터 발표가 된 이 법에 의하면, 임신 18주 이내에는, 인공임신시술 자체가 여성의 생명 또는 건강을 위협하지 않는 한, 본인의 요청에 의해 임신을 중지할 수 있도록 규정하였다. 18주 이상이 되면 사회복지사와 상담을 하도록 하고 있으며, 스웨덴 시민이나 영주권자만 받을 수 있으나, 그 외의 경우에도 국가보건복지위원회가 허가한 경우에는 받을 수 있다. 18주까지의 인공임신중절에 대해서는 정부가 지원하므로 본인부담은 없다.

임신 18주 이후의 인공임신중절에 대해서는, 국가보건복지위원회의 허가를 받아야 한다. 일반적으로는 태아가 체외생존가능성이 있다고 판단되었을 때에는 인공임신중절이 허용되지 않는다. 그러나 여성의 생명이나 건강을 위협하면 어떤 경우에도 허가를 받을 수 있다. 응급상황에서는 허가 없이도 가능하다. 동의관련 규정은 법에 명시된 바 없다. 1975년 새로운 법이 발효된 이후, 스웨덴에서의 인공임신중절 시술절차가 단순화됨으로 인해, 더 많은 여성이 인공임신중절을 받는 시기를 임신 초기로 할 수 있게 되었다. 조사결과 95%가 12주 이내에 시술되고 있었다. 가임기 여성 천 명 당 건수로 산출하는 인공임신중절률이 18-21 사이에 있다.

스웨덴의 사회복지서비스체계는 임신과 출산, 양육의 재정적 부담을 덜어주고 있다. 모성 및 부성 휴가가 290일까지 가능하고 그 동안에 봉급의 90%을 받을 수 있다. 아이의 질병으로 가족이 돌보아야 하는 경우, 유급양육휴가가 매년 60일까지 가

능하다. 그 아이가 16세가 되면 가족수당이 한 아이에 매월 스웨덴 화폐단위로 750 크로너가 지급되며 아이의 수에 따라 추가 지급된다. 가족계획서비스는 모자보건의료에 통합되어있으며 전국에서 서비스를 받을 수 있다. 이런 정책의 결과, 스웨덴의 피임방법은 20세에서 44세 사이의 여성에서 현대적인 방법으로 피임을 하는 비율이 71%에 이른다. 가족계획서비스는 주로 인공임신중절의 예방책에 중점을 두고 있다. 25세 이상의 경우 불임수술은 본인 요청에 의해 가능하다. 본인 요청에 의한 인공임신중절, 성교육과 가족계획교육을 통합한 보건교육, 그리고 피임관련서비스에 대한 높은 접근도에 의해서, 스웨덴에서는 실패임신중절의 감소와 인공임신중절의 감소에 있어서만큼은 그 어느 나라보다 성공을 거두고 있는 것으로 평가된다.

6. 아일랜드³⁰⁾

아래의 표의 내용은 영국에 해당하나, 아일랜드에는 적용되지 않는다.

허용사유	허용여부
모체의 생명위협	○
모체의 신체적 건강보호	○
모체의 정신적 건강보호	○
강간 또는 근친상간	X
태아 이상 또는 기형	○
사회경제적 이유	○
본인의 요청	X

*** 추가적인 요건:** 24주 이내에서는 합법이며 배우자의 동의가 불필요하다. 이상의 내용은 아일랜드에 적용되지 않으며, 아일랜드의 인공임신중절 법정책에 대해서는 아래에 상술한다.

영국에서는 아일랜드를 제외하고, 잉글랜드와 스코틀랜드, 웨일즈의 경우에는 1967년에 발효된 낙태법(Abortion act of 1967) 이후, 1990년 인간생식배아법(Human Fertilization and Embryology Act of 1990)에 의해 수정안이 나와서, 두 명의 의사가 허가하면 넓은 범위의 사유가 합법이다. 즉, 1) 임신기간이 24주를 넘지 않았으며, 임신을 지속하는 경우 여성은 물론이고 해당 여성의 아이들의 정신적

30) Population Policy Data Bank maintained by the Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat.

건강과 신체적 건강에 미치는 위험이 더 크다는 판단이 있는 경우, 2) 여성의 정신적 건강과 신체적 건강에 미치는 손상이 영구적일 것이라는 판단이 있는 경우, 그리고 3) 임신의 지속이 여성의 생명에 대한 위협이 더 큰 경우라는 판단이 있는 경우, 4) 출산을 한다면 아이가 심각한 장애가 될 만큼 신체적 장애와 정신적 장애로 고통을 받을 위험이 큰 경우로 판단이 되는 경우가 해당한다.

공식적으로는 아일랜드의 인공임신중절은 위의 법에 의해 적용을 받지 않는 것으로 되어있었고 명시적 규정이 없이 불허되고 있었다. 1993년과 1994년 아일랜드에서 중요한 소송사건에 대한 재판부의 판결이 허용범위를 드러내주었다. 14세 여성이 인공임신중절시술을 받지 못하면 자살을 하겠다고 한 사례였다. 다른 하나는, 성폭력을 당한 23세 정신장애 여성으로 임신으로 인해 정신적으로 큰 고통 중에 있는 사례이다. 재판부는 이 사건의 판결문을 통해, 아일랜드령의 인공임신중절의 합법적 허용범위는 심각한 정신적 건강을 근거로 할 수 있다고 판시했다.

실제로는 아일랜드의 인공임신중절이 의사 두 명의 상담을 받고 여성의 동의가 있으면 시술이 가능하다. 물론 합법적인 지침에 의해서 시술이 되긴 하지만, 여성의 생명이 직접적으로 위협받는 경우가 아니라면 불법이라고 규정되고 있기에 비난을 받을 수 있다는 두려움과, 아일랜드 내에서의 낙태라고 하는 것이 가지는 정서적 무게로 인해, 의료계는 정확한 인공임신중절실태를 밝히지 못하고 있다. 마찬가지로 이유로 보건사회복지부 역시 통계를 산출하지 못한다. 아일랜드에서 심각한 정신적 건강의 위해라는 사유에 해당하지 않지만 인공임신중절시술을 받으려는 여성에게 주어진 선택지는 1) 그대로 임신을 유지해서 출산을 한다. 2) 불법낙태를 받아야 하고, 그에 따른 건강 및 신체에의 위해가능성은 본인이 떠안는다. 3) 영국으로 가서 인공임신중절을 받는다. 대개 3번을 택한다.

이와 직결해서, 2010년 아일랜드의 인공임신중절에 획기적인 사건이 발생한다. 아일랜드 당국이 조인한 유럽의 인권협약을 위반하고 있다고 세 명의 여성이 문제제기를 하면서 일이 불거졌다. 스트라스부르크의 유럽인권재판소 (European court of human rights) 기록에 의하면, 이 여성들은 본국 아일랜드에서 인공임신중절이 불법으로 규정함으로 인해서 원정을 갈 수밖에 없고 이 때문에 여성의 건강과 복지에 위해가 간다고 주장했다. 아일랜드에서 합법적으로 시술을 받을 수 없기 때문에 힘들고 불필요한 비용까지 소요되었다는 것이었다. 이 여성들의 입장을 아일랜드 가족계획협회 등이 지원하고 있었으며, 이에 대해 피고인 아일랜드 당국은 주장하기를, 유럽인권협약이 낙태권을 인정하는 것으로 해석할 수 없다고 반박했다. 인간의 생명이 시작할 때부터 인간은 존엄한 권리를 가진다는 것을, 출산 전의 생명에

대한 권리를 옹호하는 근거로 삼았다. 하지만 결국 이 재판에서 여성들이 승소하였고 이 계기를 통해 아일랜드당국이 법 개정으로 이끌어갈 가능성이 생겼다. 2011년 9월에도 유럽인권위는 재판 결과를 아일랜드 당국이 집행하는 구체적인 행동을 하라는 입장을 강하게 밝혔다고 한다.

7. 칠레³¹⁾

허용사유	허용여부
모체의 생명위협	X*
모체의 신체적 건강보호	X
모체의 정신적 건강보호	X
강간 또는 근친상간	X
태아 이상 또는 기형	X
사회경제적 이유	X
본인의 요청	X

* 추가적인 요건: 허용사유가 없으므로 추가요건이라는 것이 없다.

칠레에서는 인공임신중절이 어떤 경우에도 합법이 아니다. 여성의 생명을 위협하는 경우에 대해서도 불법으로 규정하고 있어 이것만으로도 주목을 받는다. 그럼에도 불구하고 1990년대 보고서에 의하면 세계적으로도 매우 중절률이 높은 나라로 알려져있다. 그 이후로는 중절이 감소되는 것으로 추정되고 있다.

1874년 이래로 적용되는 형법에서 악의에 의한 낙태를 금하고 있지만 역사적으로는 낙태가 여성의 생명을 구하기 위해서라면 할 수 있다는 인식이 내려오고 있다. 그리고 여성의 생명을 보호하기 위한 인공임신중절에 대해서는 보건법(Health Code)에서 치료적 유산으로 명시적으로 허용하고 있다.

1989년에 와서 칠레정부는 보건법의 해당 조항을 개정, “낙태를 할 목적으로는 어떠한 행위도 행해선 안된다”는 규정으로 만들었다. 이러한 새로운 제한규정의 근거로 제시한 것은, 현대의학의 진보로 인해서, 임신 여성의 생명을 보호할 목적의

31) Population Policy Data Bank maintained by the Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat.

인공임신중절 허용규정은 더 이상 실질적으로 불필요하다는 것이었다. 이 개정조항으로 인해서 모두가 그런 것은 아니지만, 일반에서는 더 이상 칠레에서 인공임신중절을 합법적으로 할 수 없다는 인식이 굳어지게 되었다. 여성의 동의에 의해 인공임신중절을 시술한 자는 누구든지 단기간 구속 수감된다. 여성의 동의 없이 시술한 자는 해당 범죄의 법정 구속기간 중 최장기간 수감된다. 자신에게 인공임신중절을 시술해달라고 요청하는 여성이나 시술에 동의한 여성 역시 마찬가지로, 해당범죄의 법정 구속기간 중 최장기간 수감된다. 시술한 자가 의사일 경우에는 더 중한 형벌에 처해진다. 이런 형벌 규정에도 불구하고 실제 집행은 거의 이루어지지 않는다. 인공임신중절의 신체적인 증거로서 내부장기의 손상 등의 증거가 형집행에 필요하기 때문이다. 1988년 이후로, 인공임신중절에 구형하는 형벌을 더 중하게 만들어서, 영아살해나 살인에 구형하는 형벌과 동일하게 하려는 시도가 몇 차례 있었으나 성공하지는 못했다.

이러한 법적인 제한에도 불구하고 칠레의 인공임신중절률은 아주 높다고 알려져 있다. 사실, 높은 중절률과 그에 따른 모성사망률의 증가로 인해, 칠레 정부는 남미 최초로 가족계획서비스에 대해 공식적으로 지원하는 정부가 되기도 했다. 1960년대 중반에 가족계획의 도입으로 줄어들기는 했지만 여전히 인공임신중절로 인한 모성사망이 높은 것으로 알려져 있다. 칠레에서의 가족계획서비스는 거의 모두 기혼여성에만 제공된다. 1996년 교육부가 보수층의 엄청난 반대를 무릅쓰고 성교육프로그램을 실시했다. 같은 해 보건부가 청소년보건프로그램을 시작했지만 생식보건관련 서비스가 전혀 포함되지 못했다. 칠레에서 계속적으로 보건의료체계를 민영화하고 있어서 빈곤층에 대한 가족계획서비스의 가용성과 접근성에 적지 않은 영향을 미친 것으로 보고 있다.

불법으로 하고 있어 신뢰성 있는 통계자료는 없지만 1990년대의 구트마허 보고자료에 의하면,³²⁾ 당시 세계적으로도 매우 높은 중절률을 가진 것으로 보고되었다. 그러나 최근 자료에 의하면,³³⁾ 다른 나라에서와 마찬가지로, 출산력이 감소하고 있고 인공임신중절의 합병증도 줄어들고 있어서 정확한 추정치는 없지만 1990년대 이후로는 계속 줄어들고 있다고 보고되고 있다.

32) Singh S, Wulf D. Clandestine abortion: a Latin American reality. New York: Alan Guttmacher Institute, 1994.

33) Shepard BL, Becerra LC. Abortion policies and practices in Chile: ambiguities and dilemmas. Reproductive Health Matters. 2007;15(30):202-210.

제5장

우리나라 인공임신중절 관련 법·정책 제언

제5장 우리나라 인공임신중절 관련 법·정책 제언

제1절 아젠다 전환 : “인구통제정책” 에서 “성보건·생식보건 정책” 으로

과거에는 세계적으로 인공임신중절 관련 정책을 인구통제라는 아젠다로 설정했던 반면, 인공임신중절도 남성과 여성의 성보건과 생식보건의 관점에서 다루어져야 한다는 논점이 강조되는 추세다.³⁴⁾ 1960년대 이후 국제적인 가족계획사업 안에서 가장 우세한 이슈는 인구통제였다. 인구통제가 흔히 의미하는 것은 생식력 제한이라는 단 하나의 목표였다. 가족계획서비스에 대한 권리에 충분한 고려가 이루어지지 못했다. 이런 좁은 초점의 사업을 추진해본 결과, 각국에서 얻은 교훈은, 정책 추진에 강제성이 수반되거나 윤리적인 의무를 위반할 가능성이 높고, 가족계획에도 효과적이지 못하다는 것이었다. 그리하여, 점차 여성의 건강과 생식보건 쪽으로 정책이 전환되고 있는 것이다. 생식보건이라는 아젠다 안에서 보건의료의 넓은 관점을 취함으로써, 성에 의해 전파되는 질환에서부터 난임, 인공임신중절, 생식시계의 종양, 여성의 주체적 결정 등의 이슈를 종합적으로 고려하는 정책을 기획할 수 있다. 우리나라의 경우에도, 이제 남녀의 성, 생식보건 및 가족계획 필요라는 맥락에서 인공임신중절 예방정책을 수립하여야 한다. 가족계획 필요란, 임신을 원하지 않거나 미루길 원하면서도 피임을 하지 않는 가임기여성수를 말한다. 피임과 임신과 출산까지 이어지는 가족계획 관련 보건의료의 수요와 공급 측면에서 인공임신중절을 포함시켜 바라볼 때가 되었다.

인공임신중절을 둘러싼 도덕적, 종교적 논란으로 인해 인공임신중절이 보건문제로서의 측면이 무색해지는 경향이 있다. 도덕적, 종교적 논란이 무의미하다는 것이 아니다. 보건문제로서의 인공임신중절을 바라보는 관점을 명확히 할 필요가 있다는 것이다. 이런 관점에서는 오히려, 사회의 도덕적, 종교적, 법적인 낙인이 인공임신중절과 관련해서, 어떤 보건학적 결과를 가져오는지 주목하여야 한다. 보건문제로서의 인공임신중절의 규모 및 건수와 중절률을 파악하여 예방하는 것이 무엇보다 중요하다. 예방을 위해서 제도적, 정책적 여건을 어떻게 개선할 필요가 있는지 연구하여야

34) Lane SD, From population control to reproductive health: an emerging policy agenda. Social Science and Medicine. 1994;39(9): 1303-1314.

하는 것이다. 인공임신중절의 예방을 위해서는 무엇보다도 원치 않는 임신의 빈도를 줄여야 하고, 또 이를 위해서는 피임방법의 가용성과 접근성을 높여야 한다.

또한 성, 생식보건 아젠다는 여성의 건강과 인권으로서의 보건의료 및 여성의 생식관련 의사결정권의 맥락에서도 강조되고 있는 추세다. 인구와 여성에 관한 세계회의에서도 가족계획과 관련된 여성의 의사결정을 여성의 인권으로 다루고 있다.³⁵⁾ 우선, 1994년 9월의 카이로 인구개발 회의 (Cairo International Conference on Population and Development)가 채택한 행동계획 중에는 '생식보건과 정보권에 대한 권리와 가족계획'이 포함되어있다. 이듬해인 1995년 9월의 베이징 세계여성회의 (World Conference on Women)에서는 이전에 멕시코시티, 코펜하겐, 나이로비에서 개최되었던 세계여성회의 주요 결의안의 이행상황을 검토하였다. 이 회의에서 채택한 베이징선언(Beijing Declaration and Programme of Action)에서는 '여성인권이 보편적 인간의 권리이며, 타인에게 양도될 수 없는 불가침의 권리'임을 명시하고 있는데, 여성의 생식건강과 생식권은 여성의 주체적 권리 행사의 초석이라는 점도 분명히 하였다. 구체적으로는, 2015년까지 가족계획 서비스를 포함한 생식보건의료에 대한 보편적 접근을 제공하는 것이 포함되어있다.

제2절 원치 않는 임신 : 인공임신중절 예방 정책의 초점

이번 조사에서도 원치 않는 임신이 인공임신중절의 사유로 가장 빈도가 높았다. 인공임신중절을 성보건 및 생식보건의 관점에서 다루어온 세계적인 연구소인 구트마허 연구소에서도 원치 않는 임신의 예방이야말로 인공임신중절 정책의 구체적인 목표가 되어야한다고 일관되게 주장해왔다. 인공임신중절은 그 어느 당사자에게도 좋지 않은 일임이 분명하다. 원치 않는 임신을 예방함으로써 인공임신중절을 감소시키는 정책을 채택하여야만 한다.

원치 않는 임신을 예방하여야 하는 이유로, 미국 보건복지부가 주목하는 것은 다음과 같다. 1) 우선 원치 않는 임신이야말로 인공임신중절 가능성과 직결된다. 2) 뿐만 아니라 최적의 임신을 준비할 수 있는 기회를 상실하게 하고 산모와 태아의 질병가능성을 높인다. 3) 그리고 산모가 임신 1삼분기(임신 3개월째까지)의 산전진단을 받지 않을 가능성이나 출산 직전의 산전진단을 아예 포기할 가능성도 매우 높다. 4) 또한 모유수유를 할 가능성도 떨어지고 태아가 좋지 않은 물질 즉 담배와 알

35) 위의 책, p. 26.

코울에 노출될 가능성이 높다. 4) 따라서, 원치 않는 임신이 출산으로 이어질 경우에는, 저체중아, 영아사망, 아기학대 등의 가능성이나 건강한 성장발육을 위해서도 자원이 충분치 않을 가능성이 높다. 또한, 미국 질병통제예방센터에서도 21세기의 10대 보건목표 중 하나인 가족계획 중에 원치 않는 임신의 예방을 포함시키고 있다.

제3절 피임 : “원치 않는 임신” 예방 정책의 초점

이번 조사에서 실제 인공임신중절의 사유로 원치 않는 임신을 포함해서 많은 경우가 사회경제적 사유에 의한 것임이 밝혀졌다. 각 사유별로 어떤 이해당사자의 책임이나 의무 역할을 논하기 전에, 여성과 가족의 가족계획 필요라는 구도 안에서 피임 책임을 성 당사자인 남녀 모두에게 지울 필요가 있다.

특히 미혼여성의 경우 피임효과가 떨어지거나 실패하는 전통적인 방법에 의존하고 있는 점과 실제 인공임신중절로 이어진 성관계에서 임신이 될 줄 몰라서 피임을 하던 사람도 하지 않은 점을 주목할 필요가 있다. 이렇게 볼 때, 아직 가족으로서의 책임을 다할 준비가 되어있지 않은 상태에서 피임을 실천하지 않는 것이 무책임하다는 것을 성교육과 사회교육에 반영하여 관련 의식을 고취할 필요가 있다. 그러나, 완전한 금욕을 제외한 피임방법은 모두 실패가능성을 안고 있고 피임의 실패는 인공임신중절로 이어지기 쉽다. 때문에 응급피임은 필요하다. 1998년 응급피임과 관련한 세계보건기구의 자료에 따르면³⁶⁾, 준비되지 않은 임신을 75퍼센트까지 예방할 수 있다고 한다. 이 자료는, 72시간 내에 경구용 응급피임제를 1회 복용하거나, 5일 이내에 구리 재질의 자궁내장치를 삽입하는 것을 응급피임의 방법으로 보고하고 있다. 의학적 관점에서 보면, 피임과 인공임신중절의 차이는 분명하다.³⁷⁾ 임신이 확실해지는 것은, 자궁내 상피에 수정란이 착상이 완료되어야 한다. 나팔관이나 자궁에 수정란이 착상 전에 움직이고 있을 때에는 임신이 된 것이 아니다. 착상이 완료되기 전에 작용하는 방법은 피임방법이고, 착상이 완료된 이후에 작용하는 방법이 인공임신중절이다. 이것이 의학적 관점이다.

2010년 구트마허 정책보고서에 따르면, 여성의 일차의료, 예방적 의료의 한 요소로 피임을 통합하여야 한다고 기술한다. 이와 연관된 일차의료에는 건강한 여성의

36) WHO, Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery (Geneva: WHO, 1998), WHO/FRH/FPP/98.19, 1-19.

37) Cook R, Dickens B, and Fathalla M, Reproductive Health and Human Rights: integrating medicine, ethics, and law. Oxford University Press. 2003. p.27

예방적 의료방문 산전진단 및 가족계획 서비스 뿐만 아니라, 40세 이상 여성의 유방조영술과 임신과 산후 우울증 검진, 가정폭력조사, 매년 여성건강진단 서비스 및 가족계획 서비스가 포함된다. 특히 가족계획서비스의 경우 피임관련 서비스가 중요한데, 미국 보건복지부는 Healthy People 2010에서 이미 가족계획서비스의 중요성을 원치 않는 임신이 가져오는 사회적 경제적, 의학적 비용부담을 줄이는 차원에서 강조하고 있다. 미국 질병통제예방센터에서도 피임이 효과적이라는 분명한 증거에 주목하여, 피임서비스와 기구의 공적인 재원을 투입함으로써 연 200만 건에 달하는 원치않는 임신을 예방했다고 보고했다. 특히 현대적인 피임방법의 사용이 매년 증가하여 성과를 나타냄으로서 피임에 대한 접근도와 사용을 증가시키는 것을 중요한 정책목표로 삼고 있다. 미국의 관련 의사단체와 학계에서도 가족계획 및 피임 관련 서비스를 예방적 일차의료에서 중요하게 다뤄야함을 공통적으로 표명한 바 있다.

제4절 정기적 조사 및 생식보건 데이터의 필요성

인공임신중절의 정확한 실태는 보건정책의 근거로 중요한 사항임에도 불구하고 이와 관련된 조사의 어려움이 세계 각국에서 보고되고 있다. 종교와 문화에 따라서 다소 차이가 있겠지만, 인공임신중절은 여성과 산부인과 의사에게 사회적, 법적, 윤리적 낙인의 이유가 되기 때문에 조사에 응하는 응답자들 역시 과소 보고할 가능성이 있다. 의료기관이나 의사를 대상으로 조사할 경우에, 또한 국가에 보고할 의무가 법적으로 규정되어 있지 않거나, 보고시스템을 갖추지 않은 상태에서 응답자를 추출하는 것 자체가 매우 어려운 일이다. 응답에 참여하는 사람이 체계적으로 실제 건수를 적을 가능성도 무시할 수 없다. 그럼에도 불구하고 성보건 및 생식보건 정책의 근거로 삼을 정기적인 자료는 필요하기 때문에 조사대상자들에게 여하한 위험을 느끼지 않고 조사에 응할 수 있는 실태조사시스템을 구축할 필요가 있다. 3년마다 한국보건사회연구원에서 출산력조사를 유배우자여성에게 하고 있고, 일부 인공임신중절 관련 조사항목도 포함되어 있기는 하지만, 2005년 [인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립] 이후 기혼과 미혼 여성 전체를 대상으로 한 가임기여성 조사의 필요성이 지적되어 왔다. 2005년 연구와 이번 연구의 장단점을 검토하고 실행가능성을 충분히 살려서 시스템을 구축한다면, 정책의 기획과 정책의 평가에 중요한 자료로 활용될 것이 분명하다.

아울러, 국제적인 생식보건 데이터의 산출을 통해 국제비교를 할 필요가 있다. Reproductive Health Indicators for Global Monitoring: Report of the Second

Interagency Meeting(Geneva: WHO, 2001)에 따르면 성보건 및 생식보건과 관련된 국가통계지표에 대한 국제적인 비교가능성을 높일 수 있는 통계수치의 목록이 제시되어 있다. 제시된 항목을 나열하면 다음과 같다. 우선 1) 생식력과 피임 (Fertility and contraceptive use)과 관련해서, ①총출산률 (Total fertility rate (births per woman)), ②청소년출산률 (Adolescent fertility rate (births per woman aged 15-19)), ③피임활용률(Contraceptive prevalence (% of married women using contraception)) 등의 데이터가 있어야 하고, 2) 모자보건수준과 관련서비스 (Maternal health status and services)와 관련해서, ①모성사망률 (Maternal mortality ratio (maternal deaths per 100,000 live births)), ②산전진단급여수혜율 (Antenatal care coverage (% of pregnant women covered)), ③숙련된 보건의료인에 의한 출산의 백분율(% of births attended by skilled health personnel), ④주산기사망률 (Perinatal mortality rate (no. of perinatal deaths per 1,000 births)), ⑤출생아 중 저체중아 백분율 (% of live births with low birthweight), ⑥임산부 중 빈혈여성의 백분율 (% of pregnant women with anaemia)의 자료가 필요하다. 3) HIV/AIDS 유병률 (HIV/AIDS prevalence)과 관련해서도, 산전진단 클리닉에서 HIV/AIDS에 이환된 임산부의 백분율 (% of pregnant women with HIV/AIDS in antenatal care clinics)을, 도시와 비도시 지역으로 구분해서 조사한 데이터가 필요하다. 우리나라의 경우, 2)의 ⑤와 ⑥에 해당하는 데이터와 3)에 해당하는 데이터가 보고되지 않고 있는 것으로 나타났다.

제5절 인공임신중절의 근본적 해결책

2010년 2월에 보건복지부는, 각계 기관대표 간담회를 시작으로 “인공임신중절에 방사회협의체”를 구성하였다. 6차례 회의를 거친 후, 협약서를 2010년 6월 4일에 공표하였다. 이는 우리 사회의 각계가 인공임신중절의 심각성에 인식을 같이 하고, 예방에 교류 협력하기 위한 목적으로 채택된 것이다. 상호협의를 거쳐 진행하기로 한 세부사항에 첫째, 인공임신중절 예방 및 생명존중 사회분위기 조성, 둘째 실천 가능한 피임방법과 생식건강 정보의 확산, 셋째 비(미)혼 부모에 대한 임신 및 양육 과정 지원 넷째, 피임·임신·출산·육아의 전 과정에 남녀의 공동책임 분위기 조성 및 실천 등을 제시하고 있다. 이는 이번 조사에서 가임기 여성 전체와 산부인과 의사들의 인식조사의 결과와 거의 공통적임을 감안할 때에 중요한 시사점을 가지는 것으로 평가할 수 있다.

본 조사에서 가임기여성들이 우선적으로 꼽은 근본적인 해결책은 1)피임, 출산, 육아에 대한 남녀공동책임의식의 강화 2)원치 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육 3)임신, 출산, 육아와 관련된 사회, 제도적 여건의 개선 4)생명존중분위기 조성 노력 등 이다. 또한 본 조사에서 가임기여성들과 산부인과 의사들이 인공임신중절의 중요한 사유로 꼽고 있는 것이 원치 않는 임신(본인의 요청, 이하에서 괄호 안은 산부인과 의사들의 의견임), 경제상태상 양육의 어려움(사회경제적 이유), 태아의 건강문제(태아 이상 및 기형)라고 하는 점은 앞으로의 정책에서 중요한 과제로 삼을 필요가 있다.

제6절 임신, 출산, 육아 환경개선을 위한 정책

인공임신중절을 반대하는 단체에서도 인공임신중절 예방의 근본적 해결책으로 생명존중 분위기 조성을 가장 중요한 요소로 제시하는 단체에서도 공히 주장하는 내용이 있다. 사회제도적 여건이 임신, 출산, 육아에 친화적이라면 간접적으로 인공임신중절을 줄일 수 있다는 주장이다. 여기서 말하는 여건이란, 여성의 직장에서의 고용안정에만 연관된 것은 아니다. 남성의 공동책임인식이 중요한 사회적 분위기로 자리 잡는 것이 무엇보다 중요하다. 그 뿐만이 아니다. 2009년 전국출산력 및 가족보건 복지 실태조사 보고서를 보면,³⁸⁾ “사회경제적 이유에 의한 인공임신중절은 현행법상 불법이므로 이러한 경우가 발생되지 않도록 예방을 강화하면서 불원임신일지라도 출산으로 종결될 수 있도록 자녀양육에 대한 사회적 지원대책이 강구되어야 할 것이다”라는 제언이 제시되고 있다. 이 때 예방이라고 하는 것은, 사회경제적 이유로 인공임신중절을 하지 않게 하는 것이다. 그렇다면 남녀 개인적 차원에서는 철저한 피임과 피임성공이 되겠고, 사회제도적으로는 장기적 정책방향에 따라 임신소모로서의 인공임신중절의 방지가 가능할 수 있다.

그럼에도 불구하고 인공임신중절의 규제와 예방을 저출산 타개 대안으로서의 의미에 대해서는 제고가 필요하다. 많은 전문가는 인공임신중절 예방 정책과 저출산 정책은 분리되어야 한다고 주장한다. 이점에서 스웨덴을 주목할 필요가 있다. 스웨덴의 저출산 정책은 사회복지의 확충으로 해결하였다. 피임과 인공임신중절을 규제하는 국가 강제적 출산장려정책을 포기하고 출산을 주저하게 하는 어려움의 근본적인 원인을 찾아 이를 타개하기 위한 대안으로 아동수당, 주택보조금, 건강보험, 무

38) 김승권, 김유경, 조애저, 김혜련, 임성은. 2009년 전국 출산력 및 가족보건.복지실태조사. 한국보건사회연구원, 2009. 518쪽.

상보육, 간호 보육수당 등 광범위한 사회복지 정책을 통하여 인적자원에 대한 생산적인 투자를 통해 저출산 위기를 극복했다는 점에서 우리나라에 시사하는 바가 크다.

제7절 정부 정책 제언

세계적으로 인공임신중절과 관련한 정책의 아젠다가 인구통제정책 일변도에서 탈피하여 남녀의 성보건·생식보건 아젠다로 바뀌고 있다. 이런 측면에서 관련 정책의 초점은 인공임신중절예방이 되어야 하고, 이를 위해 가족계획서비스에 대한 접근의 보장이 되어야 하며, 여기에 피임방법이나 피임제에 대한 접근 및 안전한 인공임신중절이 포함되어야 할 것이다. 인공임신중절이라는 쟁점은 정치의 문제가 아니다. 여성의 성보건·생식보건에 관한 일이다. 정치가 보건에 간섭을 함으로써 가장 큰 이득을 놓치는 분야로 꼽힌다.³⁹⁾ 성보건과 생식보건에 대한 권리는 기본적인 인권의 구성 요소들이다. 태아의 생명권도 중요하고 태어난 아이들의 권리도 중요하고 아이를 낳아 기르는 여성의 인권도 중요한 것이다. 이제는 이러한 권리를 우리 사회에서는 각 이해당사자들의 어떤 의무와 상응하는 것인가에 대한 논의가 필요한 것이다.

인공임신중절을 줄이기 위한 가장 중요한 요인은 성공률이 높은 피임방법의 실천이다. 세계적으로 현대적인 피임방법의 활용도가 꾸준히 증가하고 있지만, 우리나라의 미혼 여성들의 피임방법으로는 널리 쓰이지 않고 있다는 점은 중요한 정책의 초점이 되어야 할 것이다. 또한 세계적으로 문제가 되는 십대 임신의 문제 역시 청소년의 성보건·생식보건의 차원에서 사회적으로 더 열린 대화를 통해서 적절한 정책을 구상하여야 할 것이다. 청소년은 예기치 않은 임신에 놓일 가능성이 높아지고 있어서 문제가 될 뿐만 아니라, 청소년의 임신은 비단 보건 문제가 아니라 사회적, 교육적인 문제이기 때문에, 범부처간 공조가 더욱 필요한 영역이다.

성보건과 생식보건의 차원에서 여성의 자기결정권이 말하는 것은, 사회경제적 요인 때문에 여성의 인공임신중절을 하지 못하게 막겠다는 차원의 사회경제적 요인에 주목하는 것이 아니다. 보건학적 관점에서는 여성의 성보건·생식보건 관련 자기결

39) Glasier A, Gulmezoglu AM, Schmid GP, MOrreno CG, Look PFAV. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. www.thelancet.com 2006;368(4):1595-1607.

정권은, 특히 언제 몇 명의 자녀를 낳을지 결정할 수 있는 능력과 권리는 여성 자신의 사회경제적 상태를 고려하게 할 뿐만 아니라, 태어난 자녀의 사회경제적 환경을 가름한다는 면을 주목하는 것이다. 이 점에서 여성 일반의 교육권과 가족계획에 대한 교육 및 서비스의 보장이야말로 일차적인 인공임신중절예방정책이라 하겠다.

대개 한 국가의 인공임신중절에 대한 법의 태도는 사회의 통념을 반영하는 것이 일반적이다. 네덜란드가 인공임신중절률을 낮추고 십대임신도 낮추어 세계적으로 관련정책의 본보기가 된 데에는 성교육과 피임교육이 매우 현실적으로 이루어지고 있다는 점과 피임방법과 피임제제에 대한 접근도가 큰 몫을 하였다. 스웨덴과 네덜란드는 인공임신중절서비스에 대해 국가에서 거의 예외 없이 급여하고 있다.

저출산 고령화 구조로 치닫고 있는 인구문제에 인공임신중절의 문제를 병치시키는 것은 문제해결에 도움이 되지 않는다. 그러나 정책의 내용이 관건이라는 증거가 스웨덴이다. 임신과 출산과 양육 전과정에서 남녀의 공동책임을 사회보장복지노동정책으로 실질적으로 구현하고 있다. 스웨덴의 인공임신중절 예방 정책은 특별히 노동부와 교육부와 사회복지, 보건 등에 관련한 거의 모든 부처간 공동노력의 산물이다. 인공임신중절정책을 더욱 폭넓은 차원의 사회문제 아젠다로 보는 나라에서는 형법상의 규제 수준을 넘어서서 가족의 삶의 질을 고려하는 정책을 펴고 있다는 사실을 유념하여야 한다.

이론 - 인공임신중절과 관련된 법현실이나 제도는 사실상 사회통념에 거의 의거함.
현실 - 법적으로 여성의 자기결정권이 보장된 국가는 사법부의 의지, 입법부의 결단과 관련입법을 통해 가능했었던 것이지만, 사실상 사회통념의 변화가 병렬로 진행된 것으로 보임.
현실II - 사회통념에서 중요한 것은 인공임신중절 자체에 대한 찬반론 및 여성의 자기결정권 보장 논의도 중요하지만, 실제로 여성들이 왜 인공임신중절을 택하는지 라는 부분과 미혼모에 대한 사회적인 시각 또는 임신학생에 대한 사회적인 시각, 임신과 출산과 양육과 교육 현실에 대한 언론의 제대로된 보도 및 여론의 선도가 매우 중요함.

각국의 현실

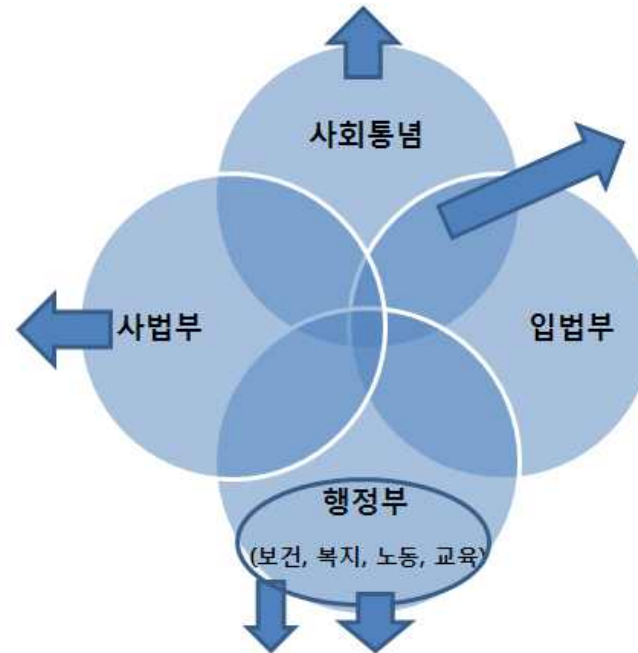
-과거 인공임신중절 관련 법이 형법에 서는 벗어나고 인공임신중절을 특화해 서 다른 법이 신설된 경우, 대법원의 판결이 주효했고 이것이 국회의 의지로 반영되어 정치적인 혼란을 겪었지만, 결국 인공임신중절 자체를 여성에게 일임하는 방향으로 되어왔음.

추가 의견 I

-세계보건기구에서는 성보건/생식보건 아젠다로 인공임신중절을 포함한 가족 계획서비스에 대한 여성의 접근권 보장 및 결정권 보장을 명시하고 있음.

추가 의견 II

- 여성의 인권과 관련된 국제협약에서도 각국에 추가의견II에 대한 내용을 권고하고 있음.



이론

- 각국의 인공임신중절 관련 법은 인공임신중절에 대한 사회통념을 반영함

현실

- 한국의 현실은 가임기여성이나 산부인과 의사조사에서 보듯이 의견표현에서 보수적인 입장임

희망

- 이미 관련 개정안들이 많이 계류 중에 있는데, 이것에 대한 지속적인 토론과 관심과 의지가 필요함
 (사회적 이해와 여론이 중요함)

이론 - 여성의 권리로서 인공임신중절을 허용하고 이를 전체 가족계획서비스의 일부로 보는 국가는 인공임신중절을 공적의료체계에서 부담함.

이론II - 인공임신중절을 저출산문제와 아울러서 보는 국가는 제도적으로도 범부처가 공조하여 관련 사회복지서비스를 널리 확대하여 제공하고 있음.

한국의 현실

- 현재 법현실 및 사회통념이 지배하고 있는 상황에서 보건복지부가 단독으로 할 수 있는 현실적인 정책이란 생각하기 힘들며, 실질적인 제도마련이 어려울 것으로 보임
 - 그러나 이 상황에서도 사회복지 및 노동복지, 교육, 의료복지와 관련된 모든 부처가 예산을 확보하여, 임신, 출산, 양육, 의료, 교육과 관련한 서비스를 여성 및 영유아 그리고 소아청소년까지 확대하려는 의지가 있다면 희망이 있음.

참고문헌

- 공세권 외, 한국에서의 가족형성과 출산행태(1991년 전국 출산력 및 가족보건실태조사), 한국인구보건연구원, 1992.
- 김소운 외, 산부인과 병·의원의 출산 관련 실태조사 및 영유아 건강증진 방안 마련, 연세대학교, 2010.
- 김승권 외, 2003년 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사, 한국보건사회연구원, 2004.
- 김승권 외, 2006년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사, 한국보건사회연구원, 2009.
- 김승권 외, 2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사, 한국보건사회연구원, 2009.
- 김승권, 김유경, 조애저, 김혜련, 임성은. 2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사. 한국보건사회연구원, 2009. 518쪽.
- 김해중 외, 인공임신중절 실태조사 및 종합대책수립, 고려대학교·보건복지부, 2005.
- 문현상 외, 1998년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국인구보건연구원, 1989.
- 박숙자, 여성의 낙태 선택권과 입법과제 연구, 한국 여성학 2001;17(2)
- 박영주 외, 한국 10대 여성의 임신, 인공유산 및 출산 경험 실태, 대한간호학회지 1998;28(3):573-582
- 서울대학교 의과대학 의료관리학 역, 여성의 건강과 인권, 한울 1995.
- 심영희, 낙태의 실태 및 의식에 관한 연구, 한국형사정책연구원, 1991
- 이삼식 외. 2009년도 전국 결혼 및 출산 동향조사. 저출산고령사회위원회, 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 이삼식 외. 인공임신중절 실태조사를 위한 사전조사설계 및 실시에 관한 연구. 한국보건사회연구원.
- 이현숙. 한국사회의 낙태에 대한 인식변화. 연세의사학.2009;12(2):29-44.
- 임웅, 낙태죄의 비범죄화에 관한 연구, 2005
- 전효숙 외, 해방이후 우리나라 낙태의 실태와 과제, 의사학회지 2003;12(23):129-143
- 전효숙, 서흥관. 해방 이후 우리나라 낙태의 실태와 과제. KoreanJMedHist.2003;12(2):129-143.
- 정진주. 유럽 각국의 낙태 접근과 여성건강-한국 낙태논쟁에 대한 함의. 페미니즘 연구.2010;10(1):123-158.
- 정현미. 낙태죄와 관련한 입법론. 2005.
- 조남훈 외, 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국인구보건연구원, 1998.
- 최정수 외, 인공임신중절 실태와 정책과정, 한국보건사회연구원, 2010.
- 통계청, 인구동태통계, 각 연도

한국보건사회연구원 건강증진기금사업지원단, 인공임신중절 실태조사를 위한 사전 조사설계 및 실시에 관한 연구, 보건복지부, 2003

Abortion policy in the absence of Roe. Guttmacher Institute;2011.

Abortion reporting requirements. Guttmacher Institute;2011.

An overview of Abortion Laws. Guttmacher Institute;2011.

An overview of abortion laws: Guttmacher Institute;2011.

Bankole A, Singh S, Haas T. Characteristics of women who obtain induced abortion: a worldwide review. International Family Planning Perspectives 1999; 68-77

Bans on "Partial-Birth" abortion. Guttmacher Institute;2011.

Barreto T, Campbell OM, Davies JL, et al. Investigating induced abortion in developing countries: methods and problems. Stud Fam Plann. 1992 May-Jun;23(3):159-70.

Boland R, Katzive L. Developments in laws on induced abortion. International Family Planning Perspectives, 2008;34(3):110-120.

Boonstra HD, Institute AG. Abortion in women's lives: Guttmacher Institute New York;2006.

Boonstra HD. Advocates Call for a New Approach After the Era of 'Abstinence-Only' Sex Education. Guttmacher Policy Review. 2009;12(1).

Boonstra HD. Off base: The U.S. military's ban on privately funded abortions. Guttmacher Policy Review. 2010;13(3).

Boonstra HD. The Heart of the Matter: Public Funding of Abortion for Poor Women in the United States. Guttmacher Policy Review. 2007;10(1).

Brind J, Chinchilli VM, Severs WB, et al. Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a comprehensive review and meta-analysis. J Epidemiol Community Health. 1996 Oct;50(5):481-96.

Chow LP, Gruhn W, Chang WP. Feasibility of the randomized response technique in rural Ethiopia. Am J Public Health. 1979 Mar;69(3):273-6.

Cohen SA. Abortion and Mental Health: Myths and Realities. Guttmacher Policy Review. 2006;9(3).

Cohen SA. Facts and consequences: Legality, incidence and safety of abortion worldwide. Guttmacher Policy Review. 2009;12(4).

- Cohen SA. Insurance coverage of abortion: The battle to date and the battle to come. *Guttmacher Policy Review*. 2010;13(4).
- Cohen SA. New Data on Abortion Incidence, Safety Illuminate Key Aspects of Worldwide Abortion Debate. *Guttmacher Policy Review*. 2007;10(4).
- Cohen SA. Offbase: The U.S. military's ban on privately funded abortions. *Guttmacher Policy Review*. 2010;13(4).
- Cohen SA. Repeat Abortion, Repeat Unintended Pregnancy, Repeated and Misguided Government Policies. *Guttmacher Policy Review*. 2007;10(2).
- daniels CR. At women's expense: State power and the politics of fetal rights. Harvard University Press, 1996.
- Delineating the Obligations That Come with Conscientious Refusal : A Question of Balance
- Diczfalusy E. Contraceptive prevalence, reproductive health and our common future. *Contraception*. 1991 Mar;43(3):201-27.
- Facts on abortion and unintended pregnancy in asia. Guttmacher Institute;2009.
- Facts on Induced Abortion In the United States. Guttmacher Institute;2009.
- Fathalla MF. Inequity in reproductive health: the challenge to obstetricians/gynaecologists. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1992 Mar 23;44(1):3-8.
- Finer LB, Frohworth LF, Dauphinee LA, et al. Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspect Sex Reprod Health*. 2005 Sep;37(3):110-8.
- Finer LB, Frohworth LF, Dauphinee LA, et al. Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Contraception*. 2006 Oct;74(4):334-44. Epub 2006 Jun 30.
- Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006 Jun;38(2):90-6.
- Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health*. Jun 2006;38(2):90-96.
- Finer LB, Henshaw SK. Estimates of US abortion incidence, 2001-2003. New York: The Alan Guttmacher Institute 2005
- Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, et al. Characteristics of women undergoing

- repeat induced abortion. Canadian Medical Association Journal 2005; 172(5): 637
- Frost JJ, Darroch JE, Remez L. Improving contraceptive use in the United States. Issues Brief (Alan Guttmacher Inst) 2008(1): 1-8
- Gold RB, Nash E. State Abortion Counseling Policies and the Fundamental Principles of Informed Consent. Guttmacher Policy Review. 2007;10(4).
- Gold RB. All That's Old Is New Again: The Long Campaign To Persuade Women to Forego Abortion. Guttmacher Policy Review. 2009;12(2).
- Gold RB. Insurance coverage and abortion incidence: information and misinformation. Guttmacher Policy Review. 2010;13(4).
- GoldRB. Insurance coverage and abortion incidence: information and misinformation: Guttmacher Policy Review;2010
- Gold RB. Rekindling Efforts to Prevent Unplanned Pregnancy: A Matter of 'Equity and Common Sense'. Guttmacher Policy Review. 2006;9(3).
- Guttmacher Institute, Facts on Induced Abortion Worldwide. 2009.
- HD Boonstra, RB Gold, CL Richards, et al. abortion in women's Lives. New York: Guttmacher Institute; 2006
- Henshaw SK, Kost K. Trends in the characteristics of women obtaining abortions, 1974 to 2004: New York: Guttmacher Institute, 2008
- HenshawSK. Unintended pregnancy in the United States. Fam Plann Perspect. Jan-Feb 1998;30(1):24-29,46.
- Jacobson JL. Transforming family planning programmes: towards a framework for advancing the reproductive rights agenda. Reprod Health Matters. 2000 May;8(15):21-32.
- Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. Perspect Sex Reprod Health. 2002 Nov-Dec;34(6):294-303.
- JonesRK, Institute AG. Repeat abortion in the United States: Alan Guttmacher Institute; 2006.
- Jones RK, Zolna MR, Henshaw SK, et al. Abortion in the United States: incidence and access to services, 2005. Perspect Sex Reprod Health. 2008 Mar;40(1):6-16
- Jones RK, Zolna MR, Henshaw SK, et al. Unintended Pregnancy in the United

- States Family Planning Perspectives, 1998,30(1):24-29 & 46
- Lane SD, From population control to reproductive health: an emerging policy agenda. Social Science and Medicine. 1994;39(9): 1303-1314.
- Lane SD. From population control to reproductive health: an emerging policy agenda. Soc Sci Med. 1994 Nov;39(9):1303-14.
- MajorB, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo N, West C. Report of the APA task force on mental health and abortion. American Psychological Association. 2008;68.
- Mauldin WP, Ross JA. Prospects and programs for fertility reduction, 1990-2015. Stud Fam Plann. 1994 Mar-Apr;25(2):77-95.
- Mosher WD, Bachrach CA. Understanding U.S. fertility: continuity and change in the National Survey of Family Growth, 1988-1995. Fam Plann Perspect. 1996 Jan-Feb;28(1):4-12.
- Nyblade L, Edmeades J, Pearson E. Self-reported abortion-related morbidity: a comparison of measures in Madhya Pradesh, India. Int Perspect Sex Reprod Health 2010; 36(3): 140-8
- Park, Chai Bin and Nam-Hoon Cho. "Consequences of son preference in a low-fertility society: imbalance of the sex ratio at birth in Korea". Population and Development Review. 1995;21(1):59-84.
- Population Policy Data Bank maintained by the Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat.
- Portecting Access to clinics. Guttmacher Institute;2011.
- Post, Stephen Garrard. Encyclopedia of Bioethics McaMillan, 2003.
- Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Induced abortion: not an independent risk factor for pregnancy outcome, but a challenge for health counseling. Ann Epidemiol. 2006 Aug;16(8):587-92. Epub 2006 Apr 18.
- Rahman A, Katzive L, Henshaw SK. A global review of laws on induced abortion, 1985-1997. International Family Planning Perspectives 1998: 56-64
- Refusing to provide Health services. Guttmacher Institute;2011.
- Regushevskaya E, Dubikaytis T, Laanpere M, et al. Risk factors for induced abortions in St Petersburg, Estonia and Finland. Results from surveys among women of reproductive age. Eur J Contracept Reprod Health Care.

- 2009;14(3):176-86.
- Requirements for ultrasound. Guttmacher Institute;2011.
- Restricting insurance coverage of abortion. Guttmacher Institute;2011.
- Richerdson CT, Nash E. Misinformed Consent: The Medical Accuracy of State-Developed Abortion Counseling Materials. Guttmacher Policy Review. 2006;9(4).
- RK Jones, LB Finer, S Singh. Characteristics of US Abortion Patients, 2008. New York: Guttmacher Institute; 2010
- Rubiales AS. Abortion and fertility regulation. Lancet. Aug 17 1996;348(9025):478; author reply 478-479.
- Sedgh G, Henshaw S, Singh S, et al. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. Lancet 2007; 370(9595): 1338-45
- Sedgh G, Henshaw S, Singh S, et al. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. The Lancet 2007b; 370(9595): 1338-45
- Shepard BL, Becerra LC. Abortion policies and practices in Chile: ambiguities and dilemmas. Reproductive Health Matters. 2007;15(30):202-210.
- Singh S, Wulf D. Clandestine abortion: a Latin American reality. New York: Alan Guttmacher Institute, 1994.
- SonfieldA,AlrichC,GoldRB.Public funding for family planning, sterilization and abortion services, FY1980-2006. Occasional Report.2008.
- State Funding of abortion under medicaid. Guttmacher Institute;2011.
- State funding of abortion under medicaid. Guttmacher Institute;2011.
- State policies on later-term abortions. Guttmacher Institute;2011.
- Ventura SJ, Abma JC, Mosher WD, et al. Recent trends in teenage pregnancy in the United States, 1990-2002. Health E-stats. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics 2006
- WHO, Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery (Geneva: WHO, 1998), WHO/FRH/FPP/98.19, 1-19.

부록 1. 설문조사지

- 산부인과 의사대상 설문지
- 가임기여성 대상 설문지
- 경험자 정성조사 가이드라인
- 전문가 조사 가이드라인
- 산부인과 종합병원대상 설문지

< 산부인과 의사대상 설문지 >

먼저 바쁘신 가운데에서도 소중한 시간을 할애하여 설문조사에 참여해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

현재 인공임신중절 현황은 2005년 인공임신중절에 관한 최초 조사를 통해 추정하고 있으나, 이는 표본수가 적은 편이며, 5년 이상이 경과하여 현재의 객관적인 통계로 사용하기에 어려움이 많습니다.

먼저, 동 조사는 통계법 제33조(비밀보호) 규정에 따라 조사내용의 비밀이 엄격히 보호됩니다.

- 1) 시술기관의 익명성을 보장하고,
- 2) 병·의원 정보가 수록된 조사내용은 어떤 목적으로도 외부에 제공하지 않겠으며,
- 3) 설문조사 내용은 순수한 통계산출 목적으로만 사용하고, 그 외의 목적으로는 사용하지 않겠습니다.

아울러 동 설문조사와 관련하여 조사방법에 대해서 상세히 안내해 드리겠습니다.

- 1) 대한산부인과의사회에서 직접 팩스조사를 진행하므로 개인정보(의료기관명, 성명, 개인연락처)에 대한 익명성을 최대한 보장합니다.
- 2) 설문조사 안내공지 및 참여 독려 문자 메시지는 모든 의사를 대상으로 대한산부인과학회와 의사회에서 일괄적으로 발송하므로 참여의사 개인정보 및 연락처에 대한 정보를 알 수 없습니다.
- 3) 귀하께서 설문에 응답하신 사항은 이 연구와 관계없는 사람은 접근이 불가능합니다.

이와 관련하여 궁금한 사항은 대한산부인과의사회(02-3487-8271)나 저희 대학원으로 연락을 주시기 바랍니다. (연세대 보건대학원 02-2228-2530, 02-2228-1528)

아무쪼록 우리나라 여성과 생식건강을 위해 소중한 기초자료로 활용될 수 있도록 귀하의 적극적인 협조를 부탁드립니다.

대한산부인과의사회 /연세대학교 보건대학원

* 본 팩스를 받으신 분은 본 의원의 산부인과 의사 선생님이십니까?

① 예 --> 계속진행

② 아니오--> 산부인과 의사 선생님께 본 설문을 전달 해주십시오.

사전질문

SQ0. 귀하는 **최근 2개월 내에** 이메일로 받으신 '인공임신중절'관련 설문 조사를 하신 적이 있으십니까?

① 예 --> 설문중단 ② 아니오--> 계속진행

> 귀하가 속한 의료기관에 대한 일반적 사항에 대한 질문입니다. 해당사항을 기입해 주십시오.

SQ1. 의료기관의 소재지 : _____ 도/ 시 _____ 시/군

SQ2. 의료기관의 유형

- ① 산부인과의원 --> 계속 진행
- ② 산부인과전문병원 (병원 포함) --> 계속 진행
- ③ 종합병원(종합병원) --> 설문 중단
- ④ 기타병원 --> 설문 중단

A. 우리나라 인공임신중절 현황

A1. 의료계 전반적으로 **2010년도** 인공임신중절 건수가 지난 3년간에 비해 어떻게 변했다고 생각하십니까?

- ① 증가했다 --> A3으로 갈 것 ② 비슷하다 --> A4-1로 갈 것
- ③ 감소했다 --> A2응답 후, A4-1로 갈 것 ④ 모르겠다 --> A4-1로 갈 것

A2. 인공임신중절 수술건수가 **감소하였다고** 생각하신다면, 그 **이유**가 무엇이라고 생각하십니까? 모두 골라 주십시오.(복수)

- ① 여성의 사회참여 증가로 전반적 임신을 저하 ② 피임 비율 증가
- ③ 응급 피임약 보급 확대 ④ 수술을 하지 않는 의료기관의 증가

⑤기타(적을 것:)

A3. 인공임신중절 수술건수가 증가하였다고 생각하신다면, 그 이유가 무엇이라고
생각하십니까? 모두 골라 주십시오.(복수)

①혼전 성교 및 미혼모 증가

②남아선호 사상

③태아 기형의 증가

④경제적 상황의 악화

⑤양육비 및 교육비 증가

⑥여성의 사회 참여 증가

⑦기타(적을 것:)

A4-1. 외국조사의 경우, 전체 인공임신중절은 감소하지만, 십대의 인공임신중절
비율은 감소하지 않는다는 보고가 있고, 때문에 십대의 원치 않는 임신에 대한
예방책을 강구하는 추세입니다. 국내의 경우, 십대의 인공임신중절은 전체의
몇 %나 된다고 생각하십니까? (%)

A4-2. 그렇다면, 십대의 경우, 다음 중 주로 어느 기간에 인공임신중절이 이루어지고
있다고 생각하십니까?

① 12주 미만

② 12주 이상-24주 미만

③ 24주 이상

A5. 현행 모자보건법상 인공임신중절 허용사유로 수술하는 경우가 전체 인공임신중절
중에서 몇 %라고 생각하십니까? (%)

[참조]: 현행 모자보건법 제 14조 인공임신중절 허용사유

본인과 배우자의 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우

본인이나 배우자의 전염성질환이 있는 경우

강간또는 근친상간에 의해 임신되는 경우

보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우

A6. 인공임신중절에 대한 결정권은 누구에게 있어야 한다고 생각하십니까? **하나만**
골라주십시오.(단일)

대상자	A4-1
1. 임신부 자신	1
2. 임신부와 배우자	2
3. 임신부와 진료에 참여한 산부인과 의사	3
4. 임신부와 배우자 및 진료에 참여한 산부인과 의사	4
5. 임신중절 결정권은 누구에게도 없다	5
6. 기타()	6

A7-1. 2009년과 2010년도에 인공임신중절 수술과 관련하여 전문 의료인으로서,
현행 법률이 허용되지 않아 수술을 거부한 경우가 있었습니까?(단일)

- ① **2009년--> A7-2 응답 후, B1으로 갈 것**
- ② 2010년--> **A7-3으로 갈 것**
- ③ 2009, 2010년 둘다 있음--> **A7-2, A7-3 모두로 갈 것**
- ④ 2009, 2010년 둘다 없음--> **B1으로 갈 것**

A7-2. 인공임신중절 수술과 관련하여 전문 의료인으로서, 현행 법률이 허용되지
않아 수술을 거부한 건수는 **2009년**에 약 몇 건이었는지 적어주십시오.

- **2009년 (총 건)**

A7-3. 인공임신중절 수술과 관련하여 전문 의료인으로서, 현행 법률이 허용되지
않아 수술을 거부한 건수는 **2010년**에 약 몇 건이었는지 적어주십시오.

- **2010년 (총 건)**

B.인공임신중절 현행법개정 관련 의견

B1. 인공임신중절 허용사유 국제비교에서 활용하는 범주가 다음 표와 같습니다.

인공임신중절을 허용하는 임신기간을 개정한다면, 각각의 **허용사유별로 임신 기간**이 어떻게 개정되어야 한다고 생각하십니까? 각 허용사유에 따라 불허 또는 허용 기간을 **하나만** 골라주십시오.(단일)

<가임기여성 대상 설문지>

가임기여성 대상 설문지

응답자 ID

먼저, 바쁘신 가운데에서도 소중한 시간을 할애하여 설문조사에 참여해 주셔서 감사 드립니다. 우리나라 가임기 여성(만15세~44세) 전체에 대한 인공임신중절 관련 통계자료가 미비하여 성·생식보건정책을 수립하는데 어려움이 많습니다. 이에 따라, 보건복지부에서 지원하는 연구 용역을 통해 합리적인 인공임신중절 예방정책을 수립·추진하기 위한 취지로 동 설문조사를 실시하게 되었습니다. 동 설문조사 내용은 순수한 통계산출 목적으로만 사용하고, 그 외의 목적으로는 사용하지 않겠습니다. 또한, 동 설문조사는 통계법 제33조(비밀보호) 규정에 따라 조사내용의 비밀이 엄격히 보호된다는 점을 안내해 드립니다. 우리나라 여성건강과 생식건강을 위하여 소중한 자료로 활용될 수 있도록 귀하의 적극적인 협조를 다시 한번 당부 드립니다.

연세대학교 보건대학원

거주 지역				
연령	1. 10대	2. 20대	3. 30대	4. 40대
최종학력				

Screener. 기초 조사표

SQ1. 성별 (P : 질문하지 말고, 보기에 자동 표시할 것) 1. 여자

SQ2. (P : 쿼터문항) 귀하의 올해 나이(연세)는 만으로 어떻게 되시나요?

만 _____ 세

1. 만 15세 미만 → 면접중단
2. 만 15~19세
3. 만 20~24세
4. 만 25~29세
5. 만 30~34세
6. 만 35~39세
7. 만 40~44세
8. 만 45세 이상 → 면접중단

SQ3. (P : 쿼터문항) 귀하께서 현재 거주하고 계시는 지역은 어느 곳입니까?

(P : 전국 전체 지역 나오도록 프로그램 제시 할 것)

▼ _____ 도/ 시 ▼ _____ 군/ 구

SQ3-1. 귀하께서 거주하시는 지역의 행정단위는 다음 중 어디에 해당하십니까?

→ (Soft Quota체크)

아래 보기를 선택 후, 해당 지역(읍/면/동)을 직접 적어주십시오..

1. 동 (적을 것: _____) 2. 읍/면 (적을 것: _____)

SQ4. 직종 : 귀하의 직업은 어디에 해당됩니까?

(※ 주의 - 전업주부인 경우 '무직'이 아닌 '전업주부'에 표시해 주십시오.)

1. 전문직 (교수, 의사, 법조인, 언론인, 예술인, 종교인 등)
2. 경영직 (대기업이사 이상, 중소기업 사장)
3. 관리직 (영관급 이상 군인, 4급 이상 공무원, 대기업 부장급, 중소기업 이사급)
4. 사무직 (5급 이하 공무원, 기업체 사무직 등)
5. 기술직 (엔지니어 등)
6. 서비스직 (이/미용사, 유흥업소 종업원 등)
7. 기능직 (기능공, 선반공, 목공, 기사 등)
8. 판매직 (점원, 보험 등 서비스상품 세일즈맨, 기타 세일즈맨 등)
9. 노무직 (현장노동, 청소원, 경비, 방범 등)
10. 농/임/축/수산업 종사자
11. 자영업 (음식업, 숙박업, 부동산 중개업, 부동산 임대업, 이/미용업, 식료품 판매업, 의류/신발 등 패션용품 판매업, 생활용품 판매업, 가구업, 기계/공작 기구 판매업, 건축자재 판매업 등)
12. 학생 → [SQ4-1] 문항으로 이동
13. 전업주부 → [SQ4-3] 문항으로 이동
14. 무직
15. 기타(기록: _____)

(P : SQ4 = 12인 경우 질문할 것)

SQ4-1. 다음 중 어디에 해당하십니까? → [SQ4-2] 문항으로 이동

1. 중학생 2. 고등학생 3. 대학(원)생

(P : SQ4 = 12인 경우 질문할 것)

SQ4-2. 현재 재학 중이십니까? 또는 휴학 중이십니까?

1. 재학
2. 휴학

(P : SQ4 = 13인 경우 질문할 것)

SQ4-3. 혹시 현재 **주부**이면서 **학교**도 다니고 계십니까?

1. 예
2. 아니오

(P : SQ4 = 12를 제외한 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14의 경우 질문할 것)

SQ5. **교육 정도** : 귀하의 최종학력은 다음 중 어디에 해당하십니까?

(※ 주의 - '중퇴'는 졸업에 해당되지 않습니다. 예를 들어 '고등학교 중퇴'인 경우 '중학교 졸업'에 표시하시면 됩니다.)

1. 무학
2. 초등학교 졸업
3. 중학교 졸업
4. 고등학교 졸업
5. 2-3년제 대학 졸업
6. 4년제 대학 졸업
7. 대학원 수료
8. 대학원 졸업

SQ6. **월평균 가구소득** : 귀하의 **한달 평균 총 가구 소득**은 얼마나 됩니까?

1. 100만원 이하
2. 100만원 초과~200만원 이하
3. 200만원 초과~300만원 이하
4. 300만원 초과~500만원 이하
5. 500만원 초과

SQ7. **종교** : 귀하의 종교는 무엇입니까?

1. 무교
2. 불교
3. 기독교
4. 천주교
5. 이슬람교
- 6 기타(기록:_____)

SQ8. **혼인상태** : 실례지만 귀하께서는 결혼을 하셨습니까?

1. 기혼동거

2. 기혼별거(이혼, 사별 포함)
3. 미혼동거
4. 미혼

(P : SQ8 = 1, 2 경우 질문할 것) / (P : 시스템 상 연도가 보기로 제시되어 선택할 수 있도록 설계)

SQ9. 결혼연도 : 그럼 귀하께서 결혼하신 년도는 언제입니까?

_____ 년도

Part II. 피임 실천 여부

A1. 귀하께서는 피임에 대한 정보나 교육을 받아보신 경험이 있으십니까?

1. 경험이 있다 → [A1-1] 문항으로 이동
2. 경험이 없다 → [A2] 문항으로 이동

A1-1. 그럼 피임에 대한 정보나 교육은 어디에서 혹은 누구에게 받아 보셨습니까?
모두 체크해 주십시오. (복수)

1. 가정/부모
2. 학교/선생님
3. 병원/의사
4. 인터넷
5. 친구/선후배
6. 기타 - 잡지/신문기사 등 (기록:_____)

(P : A1-1 에서 1, 2, 3, 4, 5, 6 중 두 개 이상 체크한 경우 질문할 것) / (P : A1-1 에서 선택한 보기와 보기7번 함께 보여줄 것)

A1-2. 그 중에서 가장 도움이 된 곳 혹은 사람은 누구였습니까? 하나만 체크해 주십시오. (단일)

1. 가정/부모
2. 학교/선생님
3. 병원/의사
4. 인터넷
5. 친구/선후배
6. 기타 - 잡지/신문기사 등 (기록:_____)
7. 도움되는 것이 없었다 → [A2] 문항으로 이동 (P : 보기7 선택 시 중복응답 불가능)

(P : SQ8 = 3, 4 경우 질문할 것)

A2. 혹시 **성경험**이 있으십니까?

1. 성경험이 있다
2. 성경험이 없다 → [IV. 현행법에 대한 의견 Part] 로 이동

A3. **현재 어떤 방법으로 피임**을 하고 있습니까? 다음 중 이용하시는 방법을 모두 선택해 주십시오. (중복응답 가능)

1. 피임하지 않음 (P : 보기1 선택 시 중복응답 불가능)
2. 난관수술
3. 정관수술
4. 자궁 내 장치
5. 먹는 피임약
6. 콘돔
7. 살(질)정제
8. 월경주기법
9. 응급피임약
10. 질외사정법
11. 기타(기록:_____)

Part III. 산과력

귀하께서는 임신을 한 경험이 있습니까?

(※ 주의 - '임신중절수술'을 하거나 '자연 유산'을 한 경우도 포함해서 말씀해 주십시오.)

→ 해당년도별로 모두 B1=1, 임신 경험 없는 경우 [IV. 현행법에 대한 의견 Part] 로 이동

(B1=1 응답자) 임신 경험이 있는 경우 그럼 정상적으로 출산한 적이 있습니까?

(B1=1 응답자) 임신 경험이 있는 경우 인공임신중절(낙태) 수술을 받은 적이 있습니까?

→ B1=1 & B2=1, 임신 후 출산경험이 있는 경우 [IV. 현행법에 대한 의견 Part] 로 이동

→ B1=1 & B2/B3=2, 임신경험은 있으나 수술 없이 출산을 하지 못한 경우 [IV. 현행법에 대한 의견 Part] 로 이동

(P : 제시된 연도 중 하나라도 B3=1, 인공중절 수술 경험이 있는 경우는 수술 횟수를 체크하고 B3-1 문항으로 이동)

(P : 왼쪽 상단에 설명 문구 계속 제시)

※ 주의 : 사산, 자연유산은 인공임신중절(낙태)수술에 해당되지 않음

	B1. 임신 경험	B2. 출산 경험	B3. 인공임신중절(낙태) 수술 경험
2007년 이전	1. 있다 2. 없다	1. 있다 2. 없다	1. 있다 (① 1회, ② 2회, ③ 3회 이상) 2. 없다
2008년	1. 있다 (① 1회, ② 2회, ③ 3회 이상) 2. 없다	1. 있다 2. 없다	1. 있다 (① 1회, ② 2회, ③ 3회 이상) 2. 없다
2009년	1. 있다 (① 1회, ② 2회, ③ 3회 이상) 2. 없다	1. 있다 2. 없다	1. 있다 (① 1회, ② 2회, ③ 3회 이상) 2. 없다
2010년	1. 있다 (① 1회, ② 2회, ③ 3회 이상) 2. 없다	1. 있다 2. 없다	1. 있다 (① 1회, ② 2회, ③ 3회 이상) 2. 없다

(P : 경험 연도 해당자 (B3=1응답자)만 연도별로 뜨도록 Programing)

[📖 2008년 / 2009년 / 2010년] (P : 보기 로테이션)

B3-1. 해당 년도에 인공임신중절(낙태) 수술을 유발하게 된 임신의 원인은 무엇입니까?

1. 피임을 하지 않아서(못해서)
2. 피임을 했으나 실패해서

[📖 2008년 / 2009년 / 2010년] (P : 보기 로테이션)

B3-2. (B3-1=1 응답자) 해당 년도에 피임을 하지 않은(못한) 이유는 무엇입니까?

1. 이번에 임신이 될 줄 몰라서
2. 피임방법에 대해 제대로 알지 못해서
3. 피임방법을 알고는 있었지만 사용할 생각을 하지 못해서
4. 예기치 않은 관계 또는 원치 않은 관계
5. 피임도구를 준비하지 못함 (돈이 없어서, 부모 또는 배우자가 피임을 알아 차릴까봐 피임 도구를 구해놓지 않음)
6. 파트너가 피임을 원치 않거나 임신을 원해서
7. 임신여부를 별로 개의치 않음
8. 기타(기록:_____)

[📖 2008년 / 2009년 / 2010년] (P : 보기 로테이션)

B3-3. (B3-1=2 응답자) 해당 년도에 피임을 했는데 실패한 이유는 무엇입니까?

1. 피임방법에 대해 제대로 알지 못해서
2. 피임도구가 불량이어서
3. 월경주기법에 의한 피임방법 실패
4. 질외사정법에 의한 피임방법 실패
5. (월경주기법/질외사정법) 이외의 기존에 하고 있던 피임법이 실패해서
6. 기타(기록:_____)

[📖 2008년 / 2009년 / 2010년] (P : 보기 로테이션)

B3-4. 그럼 해당 년도에 **인공임신중절(낙태) 수술을 하게 된 이유**는 무엇입니까?
(중복응답 가능)

1. 원치 않는 임신이어서
2. 신체적인 질병
3. 태아의 건강문제 (임신 중 약물복용 포함)
4. 가족계획 (자녀를 원치 않아서, 터울조절, 원하지 않는 성별)
5. 경제상태상 양육이 힘들어서(고용불안정, 소득이 적어서)
6. 돌보아야 할 가족 환자가 있어서
7. 미혼이어서
8. 10대여서
9. 사회활동 지장
10. 기타(기록:_____)

(P : B3의 해당 년도만 제시)

B4. 다음 중 인공임신중절(낙태) 수술을 받은 **병원 종류**는 어디에 해당됩니까?

병원구분	2007년 이전	2008년	2009년	2010년
1. 산부인과의원	1	1	1	1
2. *산부인과전문병원	2	2	2	2
3. **일반중소병원	3	3	3	3
4. 종합병원	4	4	4	4
5. 병원종류 모름	5	5	5	5
6. 기타(외국 등) (직접 적어주십시오:_____)	6	6	6	6

※ 참고 - * 산부인과전문병원 : 내과, 소아과 등 일부 타과가 포함될 수 있으며,
주로 산부인과 중심으로 진료하는 병원

** 일반중소병원 : 100병상 이하로 산부인과를 포함한 몇 개의 진료과목을
운영하는 병원

(P : 경험 연도 해당자 (B3=1응답자)만 연도별로 뜨도록 Programing / 해당 연도별로
모두 응답할 것)

[📖 2008년 / 2009년 / 2010년]

B5. 인공임신중절(낙태) 수술은 임신 **몇 개월** 정도에 하셨습니까?

1. 8주 미만 (2개월 미만)
2. 8주 이상 12주 미만(2개월 이상~3개월 미만)
3. 12주 이상 24주 미만(3개월 이상~6개월 미만)

4. 24주 이상(6개월 이상)
5. 모르겠음

(P : 2008, 2009, 2010년 중 한 해라도 B5 = 2, 3, 4 응답한 경우 질문할 것 / 보기 로테이션)

B6. 인공임신중절(낙태) 수술이 **지연된 이유**는 무엇입니까? (중복응답 가능)

1. 응급 피임약을 못 구해서
2. 경제적 여유가 없어서
3. 상대방(배우자)과 의견이 맞지 않아서
4. 출산할 지, (인공임신중절)수술을 할지 고민하다 결정이 늦어져서
5. 일부 병원에서 인공임신중절(낙태) 수술을 거부해서
6. 임신 확인이 늦어져서
7. 종교적 신념 때문에
8. 기타(기록:_____)

B7. 인공임신중절(낙태) 수술과 관련하여 의료기관에 상담을 하거나, 의사를 만나 중절을 의논하는 것 외에, 어떤 분과 **상담**하엿습니까? (중복응답 가능)

1. 없다
2. 배우자(상대 남성)
3. 부모
4. 상담 전문기관(상담소/센터)
5. 형제 자매/친척
6. 친구/선후배
7. 기타(기록:_____)

B8. 의사 · 의료기관의 상담 후 인공임신중절(낙태) 수술을 받기 전에 **시술**과 관련하여 고민하셧습니까?

1. 그렇다 → **[B8-1] 문항으로 이동**
2. 아니다 → **[B9] 문항으로 이동**

(P : B8=1경우 질문할 것)

B8-1. 그럼 인공임신중절(낙태) 수술을 받기 전에 어느 정도 **고민**하셧습니까?

(※ 주의 - 단순 상담일과 시술 예약일까지의 기간이 아닌, 상담 후 '시술'과 관련하여 고민한 기간임)

1. 3일 이내

2. 3일 이상 - 1주일 이내
3. 1주일 이상 - 2주일 이내
4. 2주일 이상 - 1개월 미만
5. 1개월 이상

B9. 인공임신중절(낙태) 수술 후, 그 전과 비교하여 피임 방법에 변화가 있었습니까?

1. 있다 → [B9-1] 문항으로 이동
2. 없다 → [IV. 현행법에 대한 의견 Part] 로 이동

(P : B9=1경우 질문할 것)

B9-1. 인공임신중절(낙태) 수술 후에 주로 사용하게 된 피임방법은 무엇입니까?

1. 피임하지 않음
2. 난관수술
3. 정관수술
4. 자궁 내 장치
5. 먹는 피임약
6. 콘돔
7. 살(질)정제
8. 월경주기법
9. 응급피임약
10. 질외사정법
11. 기타(기록:_____)

Part IV. 현행법에 대한 의견

[P : 현행 법규 제시]

우리나라 인공임신중절(낙태)에 관한 관련법은 아래와 같이 되어 있습니다.

주요 내용은 형법에서는 낙태를 금지하고 있으나, 모자보건법 제14조에서 예외적으로 몇 가지 사항에 대하여 인공임신중절(낙태)수술이 가능하도록 되어 있습니다.

아래 법 규정을 보시고 귀하의 의견에 대하여 답변해 주시기 바랍니다.

법 명	조 항	내 용
형법	제269조(낙태)	① 부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다.
	제270조 (의사 등의 낙태, 부동의 낙태)	① 의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다.
모자보건법	제14조	① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본

	(인공임신중절수술의 허용한계)	<p>인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 준강간(準強姦)에 의하여 임신된 경우 4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우 5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우
모자보건법 시행령	제15조 (인공임신중절수술의 허용한계)	<ol style="list-style-type: none"> ① 법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 할 수 있다. ② 법 제14조제1항제1호에 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 제14조제1항제2호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 톡소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.

C1. 귀하께서는 인공임신중절(낙태)에 대한 법 규정 내용을 어느 정도 알고 계십니까?

법규정	전혀 모른다	일부 알고 있다	모두 알고 있다
형법 제269조 및 제270조	1	2	3
모자보건법 제14조 및 시행령 제15조	1	2	3

C2. 모자보건법 제14조 허용한계에 대해 어떻게 생각하십니까?

1. 허용사유를 확대해야 한다
2. 허용사유를 축소해야 한다 → [C2-1] 문항으로 이동
3. 허용사유는 현재가 적절하다
4. 잘 모르겠다

(P : C2=2경우 질문할 것)

C2-1. 허용사유를 축소해야 된다고 응답한 경우, 그렇게 생각하시는 이유는 무엇입니까?

1. 태아의 생명존중
2. 종교적 이유
3. 출산율 증가 도모
4. 성문화 바로잡기 (건전한 성풍속 유지)

5. 산모의 건강에 좋지 않아서

6. 기타(기록:_____)

(P : 왼쪽 상단에 설명 문구 계속 제시)

※ 주의 : 사산, 자연유산은 인공임신중절(낙태)수술에 해당되지 않음

C3. 인공임신중절(낙태) 수술 허용 기간은 모자보건법 시행령 제15조에 의해 임신 24주 이내 (6개월 이내)인 경우에만 가능하도록 하고 있습니다. 만약 수술 가능 기간을 개정한다면 허용 사유별로 허용 가능기간을 어떻게 개정하는 것이 적절하다고 생각하십니까?

허용사유	불허	허용 임신기간				모르겠음
		8주 미만	8-12주 미만	12-24주 미만	24주 이상	
1. 모체의 생명위협	1	2	3	4	5	6
2. 모체의 신체적 건강보호	1	2	3	4	5	6
3. 모체의 정신적 건강보호	1	2	3	4	5	6
4. 태아 이상 또는 기형						
4-1. 태아가 치료 가능한 기형	1	2	3	4	5	6
4-2. 태아가 치료 불가능한 기형	1	2	3	4	5	6
4-3. 임신 중 태아 이상이 걱정되는 약물복용 (예: 감기약, 소화제, 두통약 등)	1	2	3	4	5	6
4-4. 임신 중 태아 이상이 확실한 약물복용	1	2	3	4	5	6
5. 강간 또는 근친상간	1	2	3	4	5	6
6. 사회 경제적 이유						
6-1. 가족계획 (자녀를 원치 않아서, 터울조절, 원하지 않는 성별)	1	2	3	4	5	6
6-2. 경제적 이유(양육이 어렵다고 인정되는 경제상태)	1	2	3	4	5	6
6-3. 미혼이어서	1	2	3	4	5	6
7. 본인의 요청	1	2	3	4	5	6

C4. 사회 전반적으로 2010년도 인공임신중절(낙태) 수술 건수가 지난 3년간에 비해 어떻게 변했다고 생각하십니까?

1. 증가했다 → [C4-2] 문항으로 이동
2. 비슷하다
3. 감소했다 → [C4-1] 문항으로 이동
4. 모르겠다

(P : C4=3경우 질문할 것)

C4-1. 인공임신중절(낙태) 수술건수가 감소하였다고 생각하신다면, 그 이유가 무엇

이라고 생각하십니까? 모두 골라 주십시오 (복수)

1. 여성의 사회참여 증가로 전반적 임신율 저하
2. 피임 비율 증가
3. 응급 피임약 보급 확대
4. 수술을 하지 않는 의료기관의 증가
5. 생명존중에 대한 인식 향상
6. 기타(기록:_____)

(P : C4=1경우 질문할 것)

C4-2. 인공임신중절(낙태) 수술건수가 증가하였다고 생각하신다면, 그 **이유**가 무엇이라고 생각하십니까? 모두 골라 주십시오 (복수)

1. 혼전 성교 및 미혼모 증가
2. 특정 성(남아 혹은 여아)에 대한 선호사상
3. 태아 기형의 증가
4. 경제적 상황의 악화
5. 양육비 및 교육비 증가
6. 여성의 사회 참여 증가
7. 기타(기록:_____)

Part V. 인공임신중절 수술에 대한 의견

D1. 성인의 경우, **인공임신중절(낙태)의 결정권**은 누구에게 있어야 한다고 생각하십니까? (단일)

1. 임산부 당사자
2. 임산부와 배우자(상대 남성)
3. 임산부와 의사
4. 임산부와 배우자(상대 남성) 및 의사
5. 임신중절 결정권은 누구에게도 없다
6. 기타(기록:_____)

D2. 인공임신중절(낙태) 수술 시 **배우자의 동의(사실혼 포함)**를 받아야 한다고 생각하십니까?

1. 배우자 동의 필요
2. 배우자 동의 불필요

D3. 인공임신중절(낙태) 수술 전·후에 의료기관에서의 상담이 필요하다고 생각하십니까? (※ 주의 - 인공임신중절(낙태) 수술과 관련된 의학적인 내용을 위주로 하는 상담을 말함)

1. 필요하다
2. 필요하지 않다

D4. 인공임신중절(낙태) 수술 전·후에 의료기관 이외에 별도의 상담기관에서의 상담이 필요하다고 생각하십니까? (※ 주의 - 의학적인 내용 이외에 사회 심리적인 내용을 위주로 하는 상담을 말함)

1. 필요하다
2. 필요하지 않다

(P : 보기 로테이션)

D5. 인공임신중절(낙태) 수술을 줄이기 위한 근본적인 해결책 중, 우선순위 3가지를 가장 중요한 것부터 순서대로 선택해 주세요.

(1순위 : _____ , 2순위 : _____ , 3순위 : _____)

1. 생명존중 사회분위기 조성 노력
2. 성건강 및 생식건강에 관한 정보의 확산을 통한 모자보건의 보호증진
3. 비(미)혼 부모에 대한 차별해소와 실질적인 자립지원
4. 피임, 임신, 출산, 양육에 대해 남녀공동 책임의식 강화
5. 정부의 불법 인공임신중절 단속 및 법적 처벌 강화
6. 원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육
7. 임신, 출산, 육아와 관련된 사회적, 제도적 여건을 개선
8. 기타(기록:_____)

(P : 보기 로테이션)

D6. 임신 / 출산 / 육아와 관련된 사회적, 제도적 여건을 개선하기 위한 정부정책 중, 우선순위 3가지를 가장 중요한 것부터 순서대로 선택해 주세요.

(1순위 : _____ , 2순위 : _____ , 3순위 : _____)

1. 미혼모 시설 확충 (미혼모 상담서비스 포함)
2. 출산 지원금
3. 노인 간병 서비스 확충
4. 양성평등 구현
5. 학벌위주의 사회문화 타파
6. 공교육 강화

7. 사교육비 경감
8. 고용안정
9. 가족 친화적 직장문화 촉진
10. 한부모 가족에 대한 정책적 배려
11. 안전한 자녀 양육 환경조성
12. 양질의 보육 환경
13. 육아 지원 환경 확충
14. 복지 재원의 확충
15. 지나친 경쟁사회 지양
16. 서민들의 주택 융자
17. 기타(기록:_____)

D7. *응급피임약은 **의사의 처방**이 있어야 한다고 생각하십니까?

※ 응급피임약 :

“응급피임약은 응급피임약이라고도 부르며, 성관계 이후 길게는 3일까지 사용함으로써, 착상이 안되도록 하는 약제 입니다”

1. 처방이 있어야 한다.
2. 처방이 없어도 된다.
3. 모르겠다

D8. **10대 여성이 응급피임약을 사용**하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까?

1. 의사의 처방 없이 약국에서 구입할 수 있도록 해야 한다.
2. 의사의 처방을 받아 약국에서 구입하도록 해야 한다.
3. 부모 동의 하에 의사의 처방을 받아 약국에서 구입하도록 해야 한다.
4. 절대 사용해서는 안 된다.

<경험자 정성조사 가이드라인 >

I. Warming Up Stage (5분/ 누적 5분)

1. 상호 인사(진행자 및 참석자 상호 인사)
명함교환 및 감사 인사
2. 심층면접의 목적 설명 → *아래의 내용 중심으로 간단하게 설명*
 - 보건복지부 및 연세대학교 중심으로 가임기 여성들의 임신과 출산, 낙태에 대한 솔직한 의견과 정부의 정책에 대한 생각을 점검하고자 함.
3. 심층면접 방법 설명
 - 소요시간은 1시간 남짓 소요 예상.
 - 기본적인 진행은 가이드라인 내용에 따라 진행하되, 인터뷰 내용에 따라 추가질문을 하는 방식으로 진행함. 정답이 없으며, 평소 느낌과 생각, 사실을 정확하게 이야기해주시는 것이 최상임.

II. Main Stage

1. 인공임신 중절에 대한 일반적 견해(10분/누적 15분)

- [전반적 상황] _ 최근 가임기 여성들 사이에서 임신중절의 경향**
- 주변에 임신중절의 비중이 줄어든 것 같습니다? 늘어난 것 같습니다?
 - 그 이유는?
 - 해외 또는 타 지역 원정 임신중절에 대해 들어보신 적이 있습니까?
 - 어떻게 생각하십니까?
 - → 국내 의료기관의 임신중절 수술 중단상황에 대한 본인의 의견 자연스럽게 연결할 것.
 - 10대의 임신중절 소식에 대한 본인의 의견은?
- [피임경험] _ 피임경험에 대한 의견**
- 피임에 대한 본인의 생각은 어떻습니까?(필수,불필요,부끄러움,낙태에 대한 최선의 방법 등)
 - 피임의 책임은 누구에게 있다고 생각하십니까?(남자, 여자, 국가 등)
 - 본인이 생각하는 가장 바람직한 피임방법은 무엇입니까?
 - 그 이유는?
 - 응급 피임약에 대한 의견은? (10대 응급 피임약, 처방전 필요 유무 등)

1. 개인의 임신중절 경험 공유(30분/누적 45분)

[본인의 임신과 임신중절 과정]

- 다소 여쭙보기 민감할 수 있는 내용에 대해 기꺼이 공유하고 참여해 주시겠다고 하셔서 덕분에 저희가 여성들의 임신과 상황에 대한 연구를 할 수 있게 되었습니다. 정말 감사 드립니다. 일단, 과거에 인공임신 중절 경험이 있었다고 하셨는데요. 그때의 이야기에 대해 좀 들려주실 수 있으신가요?
 - 임신을 하시고 임신중절을 선택하기까지의 과정에 대해 이야기 부탁 드립니다.
 - 임신중절을 결심하시게 된 가장 큰 이유는 무엇이었습니까?
 - 임신중절을 결정하실 때 본인에게 가장 정신적 도움을 주거나 상담을 해주었던 사람이 있습니까?
 - 어떤 면에서 도움을 받았습니까?(정신적인 지지, 실질적인 조언, 병원비 등)
 - 수술 전에 병원의 의사 선생님이 아닌 다른 전문기관에서 상담이 필요하다고 느꼈던 적이 있습니까?
 - 임신중절을 하기 전에 가장 고민했던 부분은 어떤 것 입니까? (죄책감, 병원비, 주위의 시선 등)
 - 병원에서 중절수술을 받기 전에 다른 방법으로 유산을 시도하려고 했거나 생각을 해본 적이 있으십니까? (방법도 확인)
- 임신중절을 하기 위해 병원을 방문했을 상황에 대해 여쭙보겠습니다. 병원을 방문하여 수술을 받기까지의 과정을 이야기 해 주시겠습니까?
 - 병원을 선택했던 기준이 있으셨습니까? (선택의 어려움이 있었는지 확인)
 - 병원에서 수술 받기까지 가장 어려웠던 점은 무엇입니까? (동의서 작성, 병원비 마련, 수술병원 찾기 힘들 등)
 - 수술당시에 상대남성의 동의가 필요하셨습니까? 본인은 임신중절 수술에 상대남성의 동의가 필요한 절차라고 생각하십니까?
- 임신중절을 경험하고 본인이 느끼기에 정신적, 신체적 변화가 있었습니까? 있었다면 어떤 것이었는지 설명해 주십시오.
 - 과거와 다른 삶의 변화가 있다면, 어떤 변화인가요? 이러한 변화의 가장 큰 이유는 무엇 때문이라고 생각하십니까? (긍정적 변화 & 부정적 변화 모두 확인)
 - 중절 수술 후 시간이 지남에 따라 감정의 변화가 있었나요?
 - 어떤 변화가 있었나요? (1년후, 2년 후 등)
 - 임신중절 후 가장 힘들었던 점이 있다면 어떤 것인가요?
 - (감정변화, 신체변화, 주변인 관계 등)
 - (부정적 감정 등)에 대한 해소를 위해 노력한 점이 있습니까?
 - 상담 등 본인의 감정상태에 도움을 주는 활동들이 필요하다고 생각하십니까? 왜?
- 만약, 그 당시에 어떠한 조건이 갖추어졌다면 수술대신 출산을 선택했을 것 같습니까?

- 만약, 현재에 임신중절을 해야 하는 상황이 되었다면, 과거와 동일한 선택을 하시겠습니까?
→ 조건과 상관없이 본인의 미래, 또는 장래를 위한 결정이었는지, 주변의 환경에 의한 어쩔 수 없는 결정인지에 대한 것을 확인 할 수 있도록 할 것.

3. 임신중절관련 정부정책에 대한 의견(20분/누적 65분)

- 인공 임신 중절을 줄일 수 있는 근본적인 해결책이 무엇이라고 생각하십니까?
 - 개인의 노력으로 가능한 것은 무엇이 있다고 생각하십니까? 즉, 경험자로서 같은 일을 접한 여성들에게 해주고 싶은 조언은 어떤 것이 있습니까?
 - 개인의 노력 이상, 정부적인 차원에서 어떠한 노력이 필요하다고 생각하십니까? 임신중절을 경험할 당시, 정부에 요청하고 싶었던 것이 있었다면 어떤 것이 있었습니까?
 - (정부의 정책 및 사회적 지원 또는 단속 및 처벌에 대한 의견)
 - 임신, 출산, 육아와 관련된 사회적, 제도적 여건이 임신중절에 영향을 미친다고 생각하십니까?
 - 그렇다면, 어떠한 정부 정책을 통해서 인공임신 중절율을 낮출 수 있다고 생각하십니까?
- Ex) 1. 미혼모 시설 확충
 2. 출산 지원금
 3. 노인간병 서비스 확충
 4. 양성평등 구현
 5. 학벌위주 사회문화 타파
 6. 공교육 강화
 7. 고용안정
 8. 가족친화적 직장문화 촉진
 9. 한 부모 가족에 대한 정책적 배려
 10. 안전한 자녀양육환경 조성
 11. 양질의 보육환경
 12. 육아지원환경 확충 등
- 마지막으로, 임신중절을 경험할 당시에, 상대방 남성이나 사회에 외치고 싶었던 말이 있으셨다면 어떤 것이었습니까? 어떤 것이라도 좋으니 편하게 생각하시고 말씀해주십시오.

4. 감사인사 및 마무리 (마무리 5분/70분)

< 전문가 조사 가이드라인 >

[기록 사항]

응답자 성명		연락처	
소속 단체		소속 단체 직급	
근무처(근무병원)		면접 일시	

I. Warming Up Stage (5분/ 누적 5분)

- 상호 인사(진행자 및 참석자 상호 인사)
명함교환 및 감사 인사
- 심층면접의 목적 설명 → *아래의 내용 중심으로 간단하게 설명*
 - 인공임신중절 수술에 대한 각 계 전문가들의 핵심 쟁점을 파악하고자 함.
- 심층면접 방법 설명
 - 소요시간은 1시간 남짓 소요 예상.
 - 기본적인 진행은 가이드라인 내용에 따라 진행하되, 인터뷰 내용에 따라 추가질문을 하는 방식으로 진행함. 정답이 없으며, 평소 느낌과 생각, 사실을 정확하게 이야기해주시는 것이 최상임.

II. Main Stage

1. 일반적 특성 (5분/누적 10분)

- 연령 / 성별 / 결혼상태 / 종교
- 근무(진료)지역 / 현직종근무연수(자격취득년수)
- 활동 단체 특성 및 활동 내역

2. 인공임신중절 수술에 대한 일반적 견해 (5분/누적 15분)

[인공임신중절 수술에 대한 견해] _ 각 계 전문가 그룹 특성

- 인공임신중절 수술에 대해 어떻게 생각하십니까? (완전히 허용/제한적 허용/불가)
- 인공임신중절에 대한 결정권은 누구에게 있어야 한다고 생각하십니까?
- 인공임신중절 수술 시 배우자(상대 남성)의 동의를 받아야 한다고 생각하십니까?

3. 인공임신중절 현행 제도 및 법안에 대한 견해 (25분/누적 40분)

- 인공임신중절에 대한 **법 내용**을 어느 정도 알고 계십니까?
- 인공임신중절의 허용 사유에 대한 현행법의 규제 정도가 어떻다고 생각하십니까?
- 현행 모자보건법상의 허용 사유가 어느 정도 개정되어야 한다고 생각하십니까?
 - 허용 사유를 확대 혹은 축소해야 하는 이유는 무엇이라고 생각하십니까?
- 인공임신중절을 허용하는 임신기간을 개정한다면, 각각의 허용 사유별로 어떻게 개정되어야 한다고 생각하십니까?

[→ 현행법 내용(규제 정도) 자세히 소개 ; 국내의 규제정도를 예로들 것]

 - (1) 본인 또는 배우자의 정신/신체 질환
 - (2) 본인 또는 배우자의 전염성 질환
 - (3) 강간/ 준강간
 - (4) 혈족/ 인척간의 임신
 - (5) 모체 건강 위협
 - 그럼 허용사유의 개정 방향은 구체적으로 어떻게 개정 되어야 한다고 생각하십니까? 각각, 그 이유에 대해서도 자세하게 의견 주십시오.

[→ 현행법 내용(규제 정도) 자세히 소개 ; 아래의 국제적 규제정도를 비교로 삼을 것]

 - (1) 모체의 생명 위협
 - (2) 모체의 신체적 건강보호
 - (3) 모체의 정신적 건강보호
 - (4) 태아 이상 또는 기형
 - (5) 사회 경제적 이유 → '사회 경제적' 이유
 - (6) 강간 또는 근친상간 → '윤리적' 이유
 - (7) 본인의 요청
- 현행 모자보건법상 제 14조를 재정한다면, 고려되어야 할 부분은 무엇이며, 그렇게 생각하시는 이유는 무엇입니까?

[→ 현행 모자보건법 제 14조 내용 별도 설명]

 - (1) [모체건강] 임신이 지속되거나 출산 시 산모의 건강을 해할 경우
 - (2) [모체건강] 임신이 지속되거나 출산 시 산모의 생명이 위험한 경우
 - (3) [강간 및 근친상간] 강간 및 준강간에 의한 임신인 경우
 - (4) [강간 및 근친상간] 근친상간에 의한 임신인 경우
 - (5) [태아이상] 부모가 유전질환이 있는 경우
 - (6) [태아이상] 부모가 치료 가능한 전염성 질환이 있는 경우
 - (7) [태아이상] 부모가 치료 불가능한 전염성 질환이 있는 경우
 - (8) [태아이상] 태아가 치료 가능한 기형이 있는 경우
 - (9) [태아이상] 태아가 치료 불가능한 기형이 있는 경우

- (10) [태아이상] 임신 중 산모가 태아 영향의 우려가 있는 약물을 복용한 경우
- (11) [태아이상] 임신 중 산모가 태아 영향이 입증된 약물을 복용한 경우
- (12) [사회/경제적 이유] 미성년자가 임신한 경우
- (13) [사회/경제적 이유] 미혼여성이 임신한 경우
- (14) [사회/경제적 이유] 양육이 어렵다고 인정되는 경제적 상태
- (15) [사회/경제적 이유] 자녀를 그만 낳기를 원하는 경우
- (16) [사회/경제적 이유] 자녀의 터울 조절을 원할 경우
- (17) [사회/경제적 이유] 자녀의 성별이 원인인 경우
- (18) [본인의 요청] 임신한 여성의 요청이 있는 경우

4. 인공임신중절의 절차적 보완에 대한 견해 (5분/누적 45분)

- 인공임신중절 수술 절차에 있어 절차적인 보완을 할 수 있는 방법이 있을까요?
ex. **의료기관 지정제, 상담절차, 숙려기간, 여성의 인권침해 측면, 상담사의 소속**(종교인, 심리상담사, 정신상담사, 의사 등), **사회 복지**(사회경제적인 면) 등

5. 응급피임약 등 기타 사항에 대한 의견 (마무리 15분/60분)

- 실제로 응급피임약이 일반의약품으로 전환되는 것이 OECD 국가의 추세입니다. 이런 점을 미루어 볼 때 우리나라의 경우 어떻게 되어야 한다고 생각하십니까?
● 그렇게 생각하시는 이유는 무엇입니까?
● 그렇다면, 세계적 추세를 떠나서 개인적인 의견으로 응급피임약은 전문의약품, 의약외품, 일반의약품, 자유의약품 중에 어디에 속하는 것이 바람직하다고 생각하십니까? 그 이유는 무엇입니까?
- 요즘, 10대 임신 및 인공임신중절의 증감에 대해서는 어떻게 생각하십니까?
그렇게 생각하시는 이유는 무엇입니까?
- 현재 우리나라의 경우 전반적으로 인공임신중절(낙태) 수술율은 줄고 있는 추세입니다만, 더 줄일 수 있는 방안에 대해 어떤 것 들이 있을 것으로 생각하십니까?(정부, 개인, 사회적 측면)
- 인공임신중절에 대한 사회적 대책 수립에 선행되어야 할 정책 중에서 가장 중요하다고 생각하시는 것은 무엇입니까?
그렇게 생각하시는 이유는 무엇입니까?

6. 인공임신중절 시술관련(20분) → 의사대상

최근 산부인과의 산과에 지원하는 의사가 줄고 있고, 인신중절과 관련한 정책과 현실과의 괴리로 인해 산부인과 전문의들의 고충이 많으시다고 들었습니다. 그럼에도 불구하고 저희의 조사에 응하시어 도움을 주셔서 매우 감사합니다.

- 그럼, 최근 1년간의 인공임신 중절 시술량이 지난 3년에 비하여 어떠하십니까?
(증가/감소/변함없다)
- 감소 또는 증가한 이유는 무엇이라고 생각하십니까?
- 응급피임약(응급피임약) 처방에 대해 어떻게 생각하십니까?
(ex. 의사처방이 필요한 현재 수준이 적절하다, 현행보다 엄격하게 강화해야 한다, 의사 처방전 없이 일반 시판을 허용해야 한다 등)
- 응급 피임약을 어떠한 경우에 처방하십니까? (ex. 대상자가 원하는 경우면 언제든지 처방, 꼭 필요하다고 생각되는 경우 제한적 처방, 처방하지 않는다 등)
- 응급 피임약의 사용 증가가 어떤 사회적인 영향을 미칠 것이라 생각하십니까?
(ex. 인공임신중절 감소, 여성 정신건강보호, 인공임신중절 증가, 약물 오남용, 기타)

대단히 감사합니다

[우리나라 인공임신중절(낙태)에 관한 관련 법규 및 규제]

주요 내용은 형법에서는 낙태를 금지하고 있으나, 모자보건법 제14조에서 예외적으로 몇 가지 사항에 대하여 인공임신중절(낙태) 수술이 가능하도록 되어 있음

법 명	조 항	내 용
형법	제269조(낙태)	① 부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다.
	제270조 (의사 등의 낙태, 부동의 낙태)	① 의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다.
모자보건법	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 준강간(準強姦)에 의하여 임신된 경우 4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우 5. 임신의 지속이 보건·의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우
모자보건법 시행령	제15조 (인공임신중절수술의 허용한계)	① 법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 할 수 있다. ② 법 제14조제1항제1호에 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 제14조제1항제2호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 톡소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.

<산부인과 종합병원대상 설문지>

먼저 바쁘신 가운데에서도 소중한 시간을 할애하여 설문조사에 참여해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

현재 인공임신중절 현황은 2005년 인공임신중절에 관한 최초 조사를 통해 연간 34만 건이 이루어지고 있다고 추정하고 있으나, 이는 201개 병원을 대상으로 추정한 통계치로 표본수가 적은 편이며, 5년 이상이 경과하여 시차적으로 차이가 길어져서 객관적인 통계로 사용하기에 어려움이 많습니다.

이에 따라, 현실적인 정책마련을 위한 기초자료를 위해 동 설문조사를 실시하게 되었습니다.

먼저, 동 조사는 통계법 제33조(비밀보호) 규정에 따라 조사내용의 비밀이 엄격히 보호된다는 점을 안내해 드립니다.

- 1) 시술기관의 익명성을 보장하고,
- 2) 병의원 정보가 수록된 조사내용은 어떤 목적으로도 외부에 제공하지 않겠으며,
- 3) 설문조사 내용은 순수한 통계산출 목적으로만 사용하고, 그 외의 목적으로는 사용하지 않겠습니다.

아무쪼록 우리나라 여성과 생식건강을 위해 소중한 기초자료로 활용될 수 있도록 귀하의 적극적인 협조를 부탁드립니다.

연세대학교 보건대학원
대한산부인과학회

일반적 사항

> 귀하가 속한 의료기관에 대한 일반적 사항에 대한 질문입니다. 해당사항을 기입해 주십시오.

SQ1. 의료기관의 소재지 : _____도/시_____시/군

SQ2. 의료기관의 유형

- ① 산부인과의원
- ② 산부인과전문병원 (병원 포함)
- ③ 종합병원(3차병원)

A. 우리나라 인공임신중절 현황

A1. 의료계 전반적으로 2010년도 인공임신중절 건수가 지난 3년간에 비해 어떻게 변했다고 생각하십니까?

- ①증가했다.
- ②비슷하다.
- ③감소했다.
- ④모르겠다.

A2. 인공임신중절 수술건수가 감소하였다고 생각하신다면, 그 이유가 무엇이라고 생각하십니까?

모두 골라 주십시오.(복수)

- ①여성의 사회참여 증가로 전반적 임신을 저하
- ②피임 비율 증가
- ③응급 피임약 보급 확대
- ④수술을 하지 않는 의료기관의 증가
- ⑤기타()

A3. 인공임신중절 수술건수가 **증가하였다고** 생각하신다면, 그 **이유**가 무엇이라고 생각하십니까?

모두 골라 주십시오.(복수)

- ①혼전 성교 및 미혼모 증가
- ②남아선호 사상
- ③태아 기형의 증가
- ④경제적 상황의 악화
- ⑤양육비 및 교육비 증가
- ⑥여성의 사회 참여 증가
- ⑦기타()

A4-1. 외국조사의 경우, 전체 인공임신중절은 감소하지만, 십대의 인공임신중절 비율은 감소하지 않는다는 보고가 있고, 때문에 십대의 원치 않는 임신에 대한 예방책을 강구하는 추세입니다. 국내의 경우, 십대의 인공임신중절은 전체의 몇 %나 된다고 생각하십니까?
비율 (%)

A4-2. 그렇다면, 십대의 경우, 다음 중 주로 어느 기간에 인공임신중절이 이루어지고 있다고 생각하십니까?

- ① 12주 미만,
- ② 12주 이상-24주 미만,
- ③ 24주 이상

A5. 현행 모자보건법상 인공임신중절 허용사유로 수술하는 경우가 전체 인공임신중절 중에서 몇 %라고 생각하십니까? (%)

[참조]: **현행 모자보건법 제 14조 인공임신중절 허용사유**

본인과 배우자의 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
본인이나 배우자의 전염성질환이 있는 경우
강간또는 근친상간에 의해 임신되는 경우
보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우

A6. 인공임신중절에 대한 결정권은 누구에게 있어야 한다고 생각하십니까?(단일)

대상자	A4-1
1. 임신부 자신	1
2. 임신부와 배우자	2
3. 임신부와 진료에 참여한 산부인과 의사	3
4. 임신부와 배우자 및 진료에 참여한 산부인과 의사	4
5. 임신중절 결정권은 누구에게도 없다	5
6. 기타()	6

A7-1. 2009년과 2010년도에 인공임신중절 수술과 관련하여 전문 의료인으로서, 현행 법률이 허용되지 않아 수술을 거부한 경우가 있었습니까?(단일)

- ① 2009년
- ② 2010년
- ③ 2009, 2010년 둘다 있음
- ④ 2009, 2010년 둘다 없음

A7-2. 인공임신중절 수술과 관련하여 전문 의료인으로서, 현행 법률이 허용되지 않아 수술을 거부한 건수는 2009년에 약 몇 건이었는지 적어주십시오.

2009년 (총 건)

A7-3. 인공임신중절 수술과 관련하여 전문 의료인으로서, 현행 법률이 허용되지 않아 수술을 거부한 건수는 2010년에 약 몇 건이었는지 적어주십시오.

2010년 (총 건)

B.인공임신중절 현행법개정 관련 의견

B1. 인공임신중절 허용사유 국제비교에서 활용하는 범주가 다음 표와 같습니다.

인공임신중절을 허용하는 임신기간을 개정한다면, 각각의 **허용사유별로 임신 기간이** 어떻게 개정되어야 한다고 생각하십니까?(단일)

허용사유	불허	허용 임신기간		
		12주 미만	12주 이상 24주 미만	24주 이상
1) 모체의 생명 위협	1	2	3	4
2) 모체의 신체적 건강 보호	1	2	3	4
3) 모체의 정신적 건강 보호	1	2	3	4
4) 태아 이상 또는 기형	1	2	3	4
5) 사회경제적 이유	1	2	3	4
6) 강간 또는 근친상간	1	2	3	4
7) 본인의 요청	1	2	3	4

B2. 태아 이상 또는 기형으로 인하여 인공임신중절이 이루어진다면 허용할 수 있는 태아의 기형 및 임신기간은 어떻게 개정되어야 한다고 생각하십니까?

허용사유	불허	허용 임신기간		
		12주 미만	12주 이상 24주 미만	24주 이상
1) 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성질환 (풍진, 톡소플라즈마증 등)	1	2	3	4
2) 태아의 생명유지가 안되는 기형 (무뇌아 등)	1	2	3	4
3) 태아의 심각한 후유증이 예상되는 기형(척추 이분증, 심한 심장기형, 다운증후군 등)	1	2	3	4
4) 태아의 치료가능한 기형 (다지증, 구순열, 심장기형 등)	1	2	3	4

B3. 지금 현재 어떤 사유로 인공임신중절이 **가장 많이** 이루어지고 있다고 생각하십니까?

순서대로 3순위까지 까지 골라주십시오.----- (1순위: 2순위: 3순위:)

- ① 모체의 생명 위협
- ② 모체의 신체적 건강 보호
- ③ 모체의 정신적 건강 보호
- ④ 태아 이상 또는 기형
- ⑤ 사회경제적 이유
- ⑥ 강간 또는 근친상간
- ⑦ 본인의 요청

B3. 인공임신중절에 대한 정부의 정책방향 등에 대해 개인적인 의견이 있으면 자유롭게 기재해 주십시오.
()

C. 인공임신중절 수술 경험

C1. 귀하는 2009, 2010년 중에 인공임신중절 수술을 진행한 적이 있으십니까?

- ① 2009년
- ② 2010년
- ③ 2009, 2010년 둘 다 있음
- ④ 2009, 2010년 둘 다 없음

C2 - C3에 해당하는 질문은 각병원에서 과의 책임을 맡으신 선생님들만 답해주십시오.

C2 귀과의 2009년의 인공임신중절 건수는 총 몇 건 정도 입니까?

(총 건)

C2-1 그 중 모체의 건강을 우려하여 실시한 인공임신중절 건수는 총 몇 건 입니까?

(총 건)

C2-1-1 그 중 모체의 정신적 건강 보호를 위하여 인공임신중절을 한 적이 있습니까?

있다면 약 몇 건입니까?

있다 () 없다 () (약 건)

C2-2 그 중 태아의 이상 또는 기형으로 인한 인공임신중절 건수는 총 몇 건입니까?

(총 건)

C3. 귀과의 2010년의 인공임신중절 건수는 총 몇 건 정도 입니까?

(총 건)

C3-1 그 중 모체의 건강을 우려하여 실시한 인공임신중절 건수는 총 몇 건 입니까?

(총 건)

C3-1-1 그 중 모체의 정신적 건강 보호를 위하여 인공임신중절을 한 적이 있습니까?

있다면 약 몇 건입니까?

있다 () 없다 () (약 건)

C3-2 그 중 태아의 이상 또는 기형으로 인한 인공임신중절 건수는 총 몇 건입니까?

(총 건)

기초 통계용

긴 설문에 정성껏 응답해 주셔서 감사합니다.

본 조사는 **현실적인 정책마련을 위한 기초자료로 사용할 것입니다.**

귀하의 성명과 의료기관명은 소속단체 밖으로 절대 유출되지 않도록 익명화 처리했음을 다시 한 번 알려드립니다. 다음의 기초 정보도 연구이외의 목적에 사용되지 않을 것임을 밝혀드리며 응답을 부탁드립니다.

D1. 귀하의 **성별**은 무엇입니까?

- ① 남성
- ② 여성

D2. 귀하의 **연령**은 다음 중 어디에 해당됩니까?

- ① 20대 ② 30대 ③ 40대 ④ 50대 ⑤ 60대 이상

부록

부록 2. 공청회 지정토론문

지 정 토 론

「2010 전국 인공임신중절 변동 실태조사 및 정책개발 연구」 공청회

김재연 법제이사
대한산부인과 의사회

토 론 문

김재연 법제이사
대한산부인과의사회

1. 들어가며

국내의 임신중절수술 실태조사는 지난 2005년 단 한 번 이뤄졌으며 출산아의 80%에 육박하는 34만여 건으로 추정된 바 있다. 이번 실태조사는 산부인과 병의원 2166개소를 대상으로 인공임신중절 현황조사를 진행된 적이 있다.

이번 조사는 전국 인공임신중절 실태 파악을 통해 ▲현실적인 정책수립 및 관련 정책 결정 ▲프로그램 마련 등에 필요한 근거자료 제시 ▲인공임신중절 사유별 분석 자료를 바탕으로 인공임신중절 예방정책방안마련 및 제도개선 등을 목적으로 이뤄졌다.

조사 대상으로 “대한산부인과의사회”와 여성을 대상으로 한 여성단체의 협조를 통해 실태 조사를 진행했고, 그 결과가 나오기까지 수고 해주신 연세대학교 보건대학원의 노고에 감사드리며 임신중절 현황조사의 결과를 바탕으로 올바른 향후 정책 수립에 이바지 할 수 있기를 기대 해본다.

2. 인공임신중절 변동 실태조사 결과

1) 실태조사의 결과에 대한 이해

이번 조사는 2005년 「전국 인공임신중절 실태조사 및 종합대책 마련」과 관련하여 인공임신중절에 대한 실태조사 결과이후 최근까지 실태조사의 자료가 전무한 상태에서 이루어진 실태조사로 과거 조사와 비교하여 조사 방식과 참여 인원 등을 확대하여, 조사 방식이 의료기관조사와 일반여성조사를 병행하여 보다 현실적인 실태 파악에 접근 했다고 본다. 아울러 현실적인 정책 자료로 이용 될 수 있으리라 기대 해본다.

과거 2005년 고려대학교 의과대학 (책임연구원 : 산부인과 김해중 교수)결과를 우선 살펴보면 전국 의료기관 200여 곳과 미혼을 포함한 가임기 여성 4,000명을 대상으로 이루어져 연간 시술건수는 약 35만 건(기혼21만 건, 미혼14만 건)으로 추정되며, 연간 가임기 여성 1,000명당 시술건수는 30.7로 나타난 바 있다.(기혼 17.8, 미혼12.9) 시술 이유로는 미혼여성은 95%가 사회경제적 이유(미혼, 미성년, 경제적 어려움 등)이고, 기혼여성은 자녀불원, 터울조절 등의 가족계획(75%), 경제적 어려움(17.6%) 등이었다. 모자보건법의 임신중절허용범위 확대에 대한 견해는 일반 여성 46.5%, 법조계 60.1%, 여성계 67.4%, 종교계 23.8%가 찬성한 바 있다.

현행 모자보건법에서 인공임신중절 허용사유를 엄격하게 제한하고 있으나 현실을 반영하지 못하고 있다는 비판을 받고 있는 현실에서 이번 조사 결과를 통해서 인공임신중절 수술 경험여성의 인식조사와 전문가 조사 결과를 살펴보고 이에 따른 향후 방향 설정에 대하여 논의해보고자 한다.

2) 인공임신중절 수술 경험여성의 인식조사 결과

과거에 비하여 인공임신중절 수술의 비중을 보는 견해로 전반적으로 비슷하거나 약간 증가했다고 생각하는 결과에 반해 30대 미혼의 경우 수술해주는 의료기관이 현저히 감소되었다는 의견이 많았다.

수술 경험한 여성이 보는 국내 수술 중단 상황을 보는 견해는 인공임신 중절수술이 이로 인해 음성화되어 불법시술을 조장하게 되어 여성의 성적 자기 결정권이 침해되어 문제가 있다고 생각 하고 있다.

피임에 대한 책임은 남성과 여성 모두에게 있다고 보고 있으며, 사후 피임약에 대한 인식은 비교적 긍정적이거나, 20대와 30대에서는 접근성보다는 남용에 대한 걱정이 공존하고 있으나 40대에서는 접근성을 중요시 하였다. 하지만 응급피임약이 일반의약품으로 판매 되고 있는 해외 사례를 통해서도 확인할 수 있다. 노르웨이는 2000년 응급피임약을 처방전 없이 구입할 수 있는 일반의약품으로 전환했다. 이로 인한 인공 임신 중절 률 감소 효과는 거의 없었으며, 단지 응급피임약의 판매량만 30배 이상 증가했다. 이와 유사한 현상이 미국, 호주 등 응급피임약을 일반의약품으로 전환한 대부분의 국가에서도 관찰되고 있다. 현재 우리나라의 인공 임신 중절 비율은 비정상적으로 높으며 올바른 피임 문화가 제대로 정착되지 않은 상황이다.

응급피임약은 피임 실패율이 작게는 5%, 크게는 42%에까지 달한다. 따라서 일반인이 무분별하게 응급피임약을 구입, 복용하는 것은 오히려 인공 임신 중절 비율 증가의 원인이 될 수 있다는 점을 강조 하고 싶다.

수술경험 여성이 가장 고민 하는 부분은 미혼의 경우, 후유증과 수술비용이, 기혼의 경우는 후유증이, 10대의 경우는 경제력 부재와 주위 시선에 대하여 고민이 큰 것으로 나타났다.

수술을 원할 경우 시술 병원의 태도는 간단한 진료와 상담으로 가능하였고 일부 수술 후 피임 방법과 수술 후 후유증에 대한 설명과 출산을 고려해 볼 것을 권유 받았으나 결과적으로는 피임방법은 도움 되었으나 오히려 수술에 결정을 한 마음의 상태에서 이에 대한 부담감만 가중시켰다.

수술 결정을 하는 경우 남성에 대한 동의 여부는 문제 삼지 않았다고 한다. 실제로 남성의 동의서를 필요하다고 인식하는 경우가 적었다. 의료기관에서 해당 남성을 확인할 방법이 없어서 확인하려는 노력에 소극적이라는 인상이었다.

수술경험 여성이 보는 정신적 신체적 변화는 임신 주수가 작을수록 적었고, 미혼의 경우 수술 후 안정감과 긍정적인데 반해, 기혼의 경우 자녀들에 대한 책임감이 일종의 보상작용으로 강해졌다고 한다. 그러나 10대의 경우에는 정신적 상처도 크고 대인 기피증과 남성 기피증 및 우울감이 나타났다고 한다.

수술 경험한 여성이 느끼는 임신 중절 관련 정부정책에 대한 의견은 개인으로써는 피임의 중요성을 강조되어야 하며, 10대 뿐 아니라 성인을 대상으로 현실적인 성교육을 진행해 달라는 의견과 미혼모의 현실과 10대 임신에 대한 사회적인 캠페인 필요성을 인식하게 해달라고 하였으며, 출산 후 여성의 사회적 지위를 보장하고, 출산을 증가 시킬 수 있는 사회적 환경을 개선해 달라고 요구하는 것이 다수를 이루고 있다.

3) 인공임신 중절 수술에 대하여 전문가 조사 결과

인공 임신 중절 수술에 대한 일반적 견해를 살펴보면 법조계와 의료계는 12주 이내의 사회 경제적인 사유로 본인이 요청하는 경우는 허용해야 한다고 한 반면에 여

성계에서는 24주 이내의 사회 경제적 사유까지 허용해야 한다고 한 반면 종교계에서는 어떠한 경우에도 허용 되어서는 안 된다는 입장이다.

인공임신 중절 수술의 결정권에 관해서도 법조계와 여성계 및 의료계는 여성 본인에게 있다고 보지만 종교계에서는 낙태의 결정권은 아무에게도 없다고 보고 있다.

인공임신중절 허용사유에 대한 현행법의 규제의 정도를 묻는 의견에서 법조계와 의료계는 모자 보건법의 현실화와 구체화로 사회 경제적 사유, 본인 요청으로 허용사유를 확대하되 보완 절차가 필요하며, 허용사유이외에는 법집행이 엄격해져야 한다고 보지만 종교계는 축소 또는 폐지를 원하지만 모체건강이 태아로 인해 위협해지거나 태아가 생명유지가 힘든 질환을 구체화해서 허용하자는 견해이고, 여성계는 사회 경제적 사유를 포함하여 확대하자는 견해를 보이고 있다.

현행모자 보건법의 제 14조제정시 고려해야 할 사유로 모체 건강에 관하여서는 전반적으로 건강을 생명으로 수정하고 생명을 위협하는 경우 임신주수에 상관없이 허용 하자는 입장이나 여성계는 정신 건강까지를 포함해야 한다고 하지만 종교계는 모체의 정신적 건강을 제외하자는 입장이다.

강간과 근친상간의 경우에는 전반적으로 허용사유로 인정하나 종교계에서는 소극적으로 인정하자는 견해이다.

태아이상과 부모문제의 경우에는 법조계와 의료계는 임신 초기에는 선택권을 제도적 보완절차 후에 인정하자는데 반해 임신 중기나 후기는 구체적 질환을 표기 하자는 견해이다. 여성계에서는 24주이내의 여성 본인의 선택권이 존중되어야하며 부모의 정신질환이 포함되어야 한다. 그러나 이 또한 종교계에서는 반대하고 있는 견해이다.

사회 경제적 사유의 경우로 본인이 요청하는 경우에는 법조계와 의료계는 임신 초기 12주 이내에 해결할 문제이며 중기나 말기의 사유로는 허용 할 수 없다는 입장이고, 여성계의 경우 24주 까지 여성 본인의 선택권에 따라 인정해야 한다고 보지만 종교계에서는 절대 불가 입장에 있다.

10대 미혼모에 대한 의견으로는 법조계와 의료계는 임신 초기에 결정해야 하며

제도적 보완이 필요하다고 보는 반면 여성계에서는 초기에 임신 확인 자체가 늦어지는 경우가 많아 임신 중기까지 허용해야 한다는 입장이다. 더불어 미혼모의 양육 환경 개선을 위해 국가가 정책적으로 지원을 확대해야 한다고 본다.

끝으로 인공임신 중절 허용을 위한 제도적 보완의 견해로는 법조계는 3일정도 숙려기간을 필요하다고 보고, 종교계는 현행 허용사유인 강간에서조차 상담 확인서가 필요하다는 입장이다. 여성계의 경우는 절차적 보완보다 사후 상담에 주력해야 한다고 보며 의료계에서는 2번이상의 상담과 2인 이상의 의사 확인을 필요로 하나 선택권은 산모에게 주어야 한다는 입장이다.

3. 인공임신중절 수술 실태조사 결과를 통한 향후 개선방향

대한산부인과 개원의 협의회는 복지부가 인공임신중절에 대한 정책 수립 근거 마련을 위해 실시할 예정인 ‘전국인공임신중절 변동 실태조사 및 정책 개발연구 프로젝트’에 대하여 정부 조사에 협조하는 의견을 묻는 대 회원 설문조사를 실시한 결과, 전체 79.1%(211명)의 회원이 찬성 의사를 밝혀, 인공임신중절과 관련된 정부의 실태조사에 참여한 바 있다.

지난 1999년 정부가 실시한 조사에서는 34만 건의 낙태가 이루어지고 있다고 나타났다지만 산부인과 의사들의 노력 등으로 올해 조사에서는 많이 감소할 것으로 기대하고 있다.

이번 실태 조사는 3년마다 한국보건사회연구원에서 실시하는 ‘전국 출산력 및 가족보건 실태조사’는 유 배우자 부인들만을 대상으로 하고 있는데 많이 감소한 것(2000년 39% --> 2009년 26%로 감소)이후에 나온 최근 실태조사로 의의가 있다고 할 것이다.

이번 조사를 통해 개선방향의 기초를 마련하는 계기가 되었다고 생각한다. 조사 결과 대다수의 전문가들의 견해로는 사회적 대책 수립에 선행되어야 하는 국가정책으로 10대, 성인을 대상으로 한 현실적이고 구체적인 피임, 성교육 의무화 및 10대, 미혼모들의 출산지원 제도(경제적 지원 및 교육권리 보장)와 아울러 사회적인 인식 변화가 필요함에 같은 견해를 보였다. 다시 말해서 피임에 대한 필요성, 인식 강조 및 피임도구 접근성 확대하고 보다 많은 언론 보도를 통해 미혼부모, 싱글 부모에

대한 현실 인식기회 확대 및 생명의 가치 및 생명윤리에 대한 공익 광고를 확대하고, 상담 시설 등 국가에서 지원하고 있는 정책에 대한 적극적인 지원 확대와 홍보 활동을 강화하여야 한다. 또한 의사들의 생명 윤리 및 인공임신중절에 대한 의대 교육 과정 내에 교육 및 개원 의사들에 대한 재교육의 필요성이 강조 되어야 할 것이다.

의학적 사유뿐 아니라 비의학적 사유 즉, 사회·경제적 사유에 의한 인공임신중절 허용 여부 역시 필연적으로 논의돼야 할 주제로 비의학적 사유에 의한 인공임신 중절 허용 규정을 중심으로 각계의 의견을 충분히 수렴되기를 바란다.

- ▲ 일정한 기간(3개월) 내에서는 사회 경제적 사유를 포함하여 여성의 자기 결정권이 존중돼야 한다.
- ▲ 일정기간 (3개월)이후의 수술에 대해서는 산모의 건강과 자기 결정권을 보호하기 위해서 합리적인 범위 내에서 불가피한 경우로 제한해야 한다.
- ▲ 출생 후 생존이 가능한 시기(24주 이후)의 수술은 산모의 생명권과 더불어 판단돼야 한다.
- ▲ 수술의 허용과정이 객관적이고 투명하게 결정되어 산모의 건강이 침해되지 않도록 관리돼야 한다.

인공임신중절수술의 현실적인 제도적 보완책을 마련하는데 있어 사회 경제적 사유와 태아사유 부분을 허용할 수 있는 객관적이고 합리적인 가이드라인이 필요할 것이다. 임신초기에 한해 여성 자신의 몸에 대한 자기결정권이 존중돼야 하고, 중기 이후에는 가능하다면 수술을 억제하는 방향으로 개선해야 하며, 임신 말기에는 불가피한 경우를 제외하고는 원칙적으로 금지해야 한다.

여성의 의사에 반해 태어난 아동의 양육을 국가가 책임질 수 있도록 복지제도를 증진해야 한다. 인공임신중절수술에 대한 논란이 완전히 해소되기를 기대하는 것 보다는 찬성과 반대의 양측이 수용할 수 있는 타협안 마련이 더 현실적인 방안일 수도 있다.

법률적 개정이 현실적인 방향으로 개정 된다면 최선이 되겠지만 아직도 인공임신 중절수술에 대하여 사회적 합의가 엄연히 이루어지지 않은 현실에서 사회적 합의 없는 법률 개정이 오히려 사회적 갈등을 야기 시키고, 그 혼란으로 인한 추가적

인 사회 경제적 비용을 가져올 수 있다고 생각한다.

이번 정부 조사를 통해 선진국의 낙태법과 관련된 많은 사례를 참고로 하여 보다 현실적인 법안을 마련할 수 있는 기회가 될 수 있도록 하기를 기원하며 범사회적인 노력이 다방면에서 이루어져 멀지 않은 시기에 사회적 합의를 도출 하였으면 한다.

지 정 토 론

「2010 전국 인공임신중절 변동 실태조사 및 정책개발 연구」 공청회

고재환 간사

대한산부인과학회 법제위원회, 인제의대

토 론 문

고재환

-대한산부인과학회 법제위원회 행정간사

대한산부인과학회 법제위원회에서 인공임신중절과 관련 논의가 시작되었던 것은, 위원회 창립 제 1기의 11차 회의가 열린 2007년 2월 22일이었습니다. 보건복지부에서 의견을 요청한 사항으로 모자보건법 시행령 제15조 제1항이 안전이었는데, ‘임신한 날로부터’의 의미를 어떻게 해석하여야 하는가에 대한 의견이었습니다. 모든 정의의 기본이 되는 법 조항의 의미가 애매하게 쓰이고 있다는 사실이 당시 저로써는 큰 충격이었습니다. 통상적으로 ‘임신 28주’라 함은 마지막생리시작일로부터 28주를 말하나, 법조항에 명시된 ‘임신한 날로부터 28주’라는 표현은 마지막생리시작일로부터 볼 수도, 수정된 날로부터 볼 수도 있어 당시 상황이나 해석하는 사람에 따라 다르게 해석될 소지가 있다고 하는 답변을 회신서로써 송부하였으며, 이후로도 이 조항은 오랫동안 해결되지 않고 남아있었습니다.

인공임신중절에 관련된 법안이 방치되어 있었던 주요 이유는 어느 누구도 손대고 싶지 않은 부분이었기 때문일 것입니다. 건드려서 책임지지 못할 일을 할 용기가 어느 누구도 없었고, 뜨거운 감자로 남아 있던 차에 크게 관심을 받을 일이 생기게 됩니다. ‘프로라이프 의사회’의 등장은 준비되지 않은 상태에서 너무나 긴박하게 몰아가는 문제점도 안고 있었지만 갑작스러운 사건으로 인해 관심과 사회 이슈화 되었다는 점에서는 이들 덕분이라고도 볼 수 있겠습니다.

대한산부인과학회는 2006년에 창립된 법제위원회를 통해 인공임신중절의 문제점을 인식하고 일찍부터 관심과 해결의 노력을 위해 많은 활동을 하였습니다.

***2010년까지 법제위원회 활동 내용별 활동 내역**

법제위원회 회의 : 12

간담회 : 1

공청회 : 4

상임위원회 : 3

TFT 활동 모임 : 6

인공임신중절예방 법제분과위원회 회의 : 1

그 중엔 금일 주관하시는 연세대학교 의료법윤리학연구소의 자문에 관한 토의 (2008년 1월 14일)와, 2008년 2월13일 '모자보건법 제14조 개정안 마련'을 위한 공청회 참여도 포함됩니다.

대한산부인과학회 모자보건법 개정안 마련의 기본 원칙은 생명 보호와 건강의 증진이라는 의학의 본래 사명에 충실하여 의학의 전문영역에 한정하여 개정안 논의를 진행하며, 법이 허용할 수 있는 의학적 한계를 명확히 규정하여 의학적 측면에서 합리적 결정을 통하여 불가피한 경우에 한하여 인공임신중절을 허용함으로써 결과적으로 위법한 인공임신중절을 예방하는 것을 목적으로 하였습니다. 학회 입장에서 의학 및 의료의 본래 사명을 의료인 및 전체 국민들에게 널리 알리고, 실추되어 있는 의료인들에 대한 국민적 신뢰를 회복할 수 있는 좋은 계기로 믿었습니다.

*현재까지 본 학회에서 정한 기본 입장은

1. 인공임신중절에 대해서는 원칙적으로 반대
2. 이외에 인공임신중절 허용사유로 의학적 측면에서의 규정을 정하자는 것입니다.

이는 본 학회가 인간의 생명존중, 즉 태아의 생명권을 존중하는 차원과 건강증진, 즉 인공임신중절이 모체에 초래할 수 있는 위해를 예방하는 차원에서 원칙적으로 인공임신중절수술에 대해서 반대하며, 모체측 뿐만 아니라 태아측 사유로 인한 인공임신중절의 허용 규정도 마련하여야 하며, 배아 혹은 태아에게 선천성 이상이 있어 현재의 의료 수준에서 볼 때 출생후 생존이 심히 어렵다고 판단되는 경우는 허용사유로 하자는 것입니다.

그러다보니 당연히 사회,경제적 사유에 대한 학회의 공식 입장은 없습니다. 비의학적 논의의 주도자는 적어도 사회·경제적인 분야의 전문단체 혹은 여성계 혹은 전체적인 입법 과정에 관여하고 있는 국가기관이 되어야 한다는 것이 대한산부인과학회의 기본 입장입니다.

*대한산부인과학회의 인공임신중절 감소 대책안

1. 우선 예방 대책이 가장 시급합니다.

1) 대한산부인과 학회에서 일선 학교의 성교육 및 피임교육의 적극적 지원

2) 그릇된 정보로 인한 불필요한 인공임신중절 예방을 위한 교육

① 임신 초 태아에 영향을 끼칠 수 있는 약물에 대한 리스트 및 각 약물별 위험도를 정리하고 이러한 약은 임신 초기에 복용을 하더라도 태아의 발달에 전혀 영향이 없음을 알려주는 책자 배포 및 광고

② 사소한 태아 기형은 출산 후 치료하여 건강하게 키울 수 있다는 공익광고.

3) 대한산부인과학회내에 인공임신중절에 대한 윤리위원회를 설치하고 자체적 윤리교육 강화

4) 학회 홈페이지를 통해 인공임신중절을 원하는 여성들에 대한 상담을 위해 고충처리반 가동

5) 인공임신중절 예방을 위한 산부인과 의사들의 인식 파악(설문조사 등)

2. 지금까지도 그랬지만 향후 회의 구성에 대한 논의를 자주 갖고, 토론의 다각화 방안으로 다양한 목소리를 들을 수 있도록 여러 시민단체를 참여하는 기회를 갖고자 합니다.

3. 현행 모자보건법에서 규정하고 있는 낙태허용조항에 대한 구체적이고 정확한 법적 해석을 위해 지속적인 노력을 할 계획입니다. (출생 후 생존 가능성이 없는 무뇌아 등 심각한 선천성 기형은 임신 주수에 관계없이 임신중절이 가능하도록 허용하는 조항 포함.)

이번 실태 조사를 통해 낙태 수술 건수가 많이 감소하였다는 것은 축하할 만한 일입니다. 산모 개개인 뿐 아니라 직접 관련이 있는 산부인과 의사들, 또 여성 및 시민단체와 종교계 여러분들의 노력으로 인한 의미있는 결과라고 생각합니다. 하지만 향후 지속적으로 개선되어야 할 과제가 있습니다.

늘어가는 미혼모와 성폭행 피해자의 임신등의 대책입니다. 또한 경제적으로 여유 있는 사람들은 낙태시술을 하기 위해 일본과 중국등으로 해외 원정을 간다는 말도 나오고 있습니다. 낙태의 숫적 감소에 이러한 음성적 통계는 기록되지 않습니다. 가장 확실한 방법은 분만해도 좋은 나라, 살아서 행복한 나라가 되어야 한다는 것입니다. 그러기 위해서는 국가에서 지원하고 있는 정책에 대한 적극적인 지원 확대와

홍보 활동이 강화되어야 하고, 관련 전문가들의 생명윤리 및 성교육 과정에 적극 참여하여야 할 것입니다.

지 정 토 론

「2010 전국 인공임신중절 변동 실태조사 및 정책개발 연구」 공청회

김만오 변호사

법무법인 화우

토 론 문

김만오 변호사

법무법인 화우

1. 낙태와 인공임신중절에 관한 논의는 태아의 생명권과 산모의 자기결정권을 어떻게 조화시킬 것인가에 집중되어 있지만, 자기낙태가 사실상 처벌되지 않고 있는 우리 사회의 현실에서는 낙태를 선택한 산모가 형법상 낙태죄나 모자보건법위반죄로 처벌받을 수 있을 뿐만 아니라 그로 인하여 면허가 취소될 수 있는 의사가 인공임신중절수술을 하여 주지 않음에 따라 결과적으로 은밀하거나 위험한 방법으로 낙태를 할 수밖에 없어 자기결정권이 형해화된다는 점을 간과할 수 없다.

토론자로서는 우리 나라의 경우 미국을 비롯한 민주주의 사회에서 많은 경우에 있어서 임신 초기의 낙태에 대해서 어떤 이유로든 법적인 금지를 하지 않는 점을 감안하여 예컨대 12주 이내의 낙태에 대하여는 형법상의 낙태죄의 규정이 적용되지 않도록 하는 입법자의 결정이 이루어진다면 현재 논의되고 있는 인공임신중절수술과 관련한 많은 쟁점들이 해소될 수 있을 것으로 본다.

2. 토론자는 임신초기의 낙태와 관련하여서는 이를 태아의 생명권과 산모의 자기결정권의 충돌되는 것으로 보는 것은 적절하지 않다고 보는 바, 이는 뒤에서 보는 바와 같은 본질적인 난점이 있기 때문에 생명에 대하여 단계적 또는 점진적인 관점을 취한다는 입장으로서는 수정란이 어느 시점부터 인간이 되는가에 대하여 법적 판단이라는 규범적 판단을 통하여 결정될 수 있다고 본다. 나아가 낙태와 관련하여 입법자의 결정에 따라 국가형벌권이 행사되지 않는 부분이 있다고 하여 그것이 생명권을 경시하는 것과 직결된다고 할 수는 없다고 본다.

3. 물론 대법원은 “인간의 생명은 잉태된 때로부터 시작되는 것이고 회임된 태아는 새로운 존재와 인격의 근원으로서 존엄과 가치를 지니므로 그 자신이 이를 인식하고 있던지 또 스스로 방어할 수 있는지에 관계없이 침해되지 않도록 보호되어야 한다(대법원 1985. 6. 11. 선고 84도1958 판결)”고 판시하고, 헌법재판소는 “태아는 형성 중의 인간으로서 생명을 보유하고 있다(헌법재판소 2008. 7. 31. 선고 2004헌바81 결정)”거나 “출생 전 형성 중의 생명에 대해서 헌법적 보호의 필요성이 크고... 초기배아는 수정이 된 배아라는 점에서 형성 중인 생명의 첫걸음을 떼었다고 볼 여지가 있다(헌법재판소 2010. 5. 27. 선고 2005헌마346 결정)”고 판시하여 인간 생명의 시작을 수정시부터 인정해야 한다고 하고 있지만, 이는 선언적 의미를 갖는 것으로 보아야 한다.

헌법재판소가 위 2004헌바81 결정에서 “생명의 연속적 발전과정에 대해 동일한 생명이라는 이유만으로 언제나 동일한 법적 효과를 부여하는 것은 아니다. 동일한 생명이라 할지라도 법질서가 생명의 발전과정을 일정한 단계들로 구분하고 그 각 단계에 상이한 법적 효과를 부여하는 것이 불가능하지 않다.”라고 판시하고 있는 점에서 입법자의 결정을 존중하고 있음을 알 수 있다.

4. 토론자가 앞서 태아의 생명권과 산모의 자기결정권의 충돌로 보지 않아야 한다는 의견을 제시한 것은 위 권리들은 모두 헌법 제10조(인간의 존엄성과 기본인권보장)의 “모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 갖는다.” 규정에서 유래된다고 할 수 있는바, 생명권은 인간의 존엄성에, 자기결정권(특히 상대가 있다고 할 경우에는 그 상대에 대한 배려와 존중이 수반되지 않는 자기결정권은 진정성이나 법적 보호가치에 의심을 받을 수 있음)은 행복추구권에 기한 것이라 할 것이어서 같은 기본권 중의 기본권이라 할지라도 그 충돌의 경우 생명권이 우선한다고 볼 수밖에 없기 때문이다.

5. 임신초기 단계의 형벌권 불개입이 이루어진다면(기간해결방식과 같은 효과) 임신 12주 이내의 경우에는 산모의 선택권(인공임신중절수술의 결정권 및 배우자 동의의 필요성 관련)이 최대한 존중될 수 있을 것이므로, 그 이후 임신 24주(모자보건법 및 관련시행령 규정 참조) 이내의 인공임신중절수술에 대하여는 적어도 현행 법규정 이상의 허용사유 특히 사회경제적/본인요청 사유로까지의 확대에 대하여는 소극적인 입장을 취한다.

다만 모체의 건강과 관련하여 의학적인 판단이 충분히 가능하다면 정신적 건강까지를 포함하여야 할 것이고, 태아의 이상에 대하여는 의학적인 소견을 최대한 엄격하게 적용하여 허용사유에 포함시켜야 할 것으로 본다.

6. 무엇보다도 인공임신중절수술에 대한 사유 및 실행시기 등에 대한 실태조사가 정확하게 이루어져 각각의 사유에 대응하는 사회적 대책수립과 국가정책이 시행되어야 할 것으로 본다. 토론자로서는 임신초기단계의 낙태 쟁점만 해결된다면 양육지원 확충이나 안전한 자녀 양육 환경조성 등의 정부정책의 시행만으로도 허용사유 이외의 인공임신중절에 대한 형법의 강력한 집행에 대한 사회적 공감대를 얻게 될 것으로 본다.

끝으로 대법원이 “임신의 지속이 모체의 건강을 해칠 우려가 현저할 뿐 아니라 기형아 내지 불구아를 출산할 가능성마저도 없지 않다는 판단하에 부득이 취하게 된 산부인과 의사의 낙태 수술행위는 정당행위 내지 긴급피난에 해당되어 위법성이 없는 경우에 해당된다(대법원 1976. 7. 13. 선고 75도 1205 판결)”, “인공임신중절수술이 허용되는 경우의 하나인 모자보건법 제14조 제1항 제5호 소정의 ‘임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우’라 함은 임신의 지속이 모체의 생명과 건강에 심각한 위험을 초래하게 되어 모체의 생명과 건강만이라도 구하기 위하여 인공임신중절수술이 부득이하다고 인정되는 경우를 말하며 이러한 판단은 치료행위에 임하는 의사의 건전하고도 신중한 판단에 위임되어 있다(대법원 1985. 6. 11. 선고 84도1958 판결 및 2005. 4. 15. 선고 2003도 2780 판결)”고 판시한 점에 비추어 임신 24주 이후의 임신중절수술의 허용사유를 따로 규정하지 않는 경우에도 정당한 사유가 될 수 있는 경우가 있다고 본다.

지 정 토 론

「2010 전국 인공임신중절 변동 실태조사 및 정책개발 연구」 공청회

김현철 회장

낙태반대운동연합, 침례신학대학교 겸임교수

토 론 문

김현철 회장
낙태반대운동연합

보건복지부가 정부를 대표하여 우리나라 여성의 임신, 출산, 육아, 인공임신중절로 인한 아픔에 관심을 갖고 적극적으로 문제해결을 위해서 일하고 있는 것에 감사를 드립니다. 2005년에 이어 정책개발을 위한 실태조사와 연구조사를 실시한 노고에 감사를 드립니다. 연구용역을 맡은 연세대 보건대학원과 한국 리서치 등 관계기관에도 감사를 드립니다.

2005년 ‘전국 인공임신중절(낙태) 실태조사 및 종합대책 마련(고려대 의대 김해중 보고서, 이하 2005년 보고서)’에서 연간 낙태건수를 35만 건으로 발표한 이후 정부가 인공임신중절 감소를 위해서 노력을 했고, 2009년 ‘진정으로 산부인과를 걱정하는 의사들 모임’의 일부 의사들이 낙태근절을 선포하면서 낙태에 대한 주의가 환기되었습니다. 이런 사회적인 변화의 연장선에서 낙태건수가 줄어들 것으로 기대하고 실태조사를 했을 것이며, 또 실제로 그렇게 되었을 것이라고 추정합니다. 아직은 실태조사서를 확인하지 못한 상태이기 때문에 낙태건수의 변화에 대해서는 의견을 제시할 수는 없습니다. 다만 낙태건수의 변화가 있다면, 그 변화를 해석하는 데 적절하고 개연성 있는 원인을 연구자들이 밝혀주기를 기대합니다. 원인의 분석이 낙태를 더 줄이는 데 필요한 정책이 무엇인지를 알려 줄 것이기 때문입니다.

이제 토론자가 받은 ‘2010 전국 인공임신중절 변동 실태조사 및 정책개발 연구’ 결과 개요에 대해서 논평을 하고자 합니다.

태아가 사람이나 아니냐의 논쟁은 이제 그만 하든지, 아니면 의학적 결론을 바꾸든지

낙태의 윤리성은 “언제부터 인간생명인가?”라는 질문에 대한 대답으로 결정됩니다. 그 대답을 종교, 철학, 정치 이데올로기, 여론에서 구하는 것은 적절하지 않습니다. 생명의 시작에 대해서는 생명의 발생과 성장을 과학적으로 연구하는 의학에서 객관적인 근거를 구하는 것이 마땅합니다. 태아학의 결론은, 난자와 정자가 만

나 수정되는 순간부터 46개의 인간염색체를 지닌 독립된 인간이 발생한다는 것입니다. 수정된 생명은 임신부의 세포조각이나 부산물이 아니라 오직 인간일 뿐입니다. 다만 시간이 흐름에 따라 그 크기를 키워갈 뿐이지 존재의 정체를 바꾸지는 않습니다. 수정으로부터 출산까지의 과정을 보면, 인간이 아니었다가 어느 단계에서 인간으로 돌변하는 '혁명적 기점'이 없습니다. 즉, 한 때는 돌맹이였다가, 홍당무였다가, 토끼이었다가, 적당한 때 인간으로 바뀌지 않습니다. 생명에는 연속성이 있다는 것이 과학의 기본 원리입니다. 만일 의학에서 태아에 대해 새로운 과학적 결론을 내린다면 당연히 낙태에 대한 입장도 바뀔 것입니다. 그러나 태아가 인간인 이상 그 생명을 해치는 일을 반대하는 것은 자연스럽고 당연한 것입니다. 그동안 지구의 자전속도를 천문학자, 지구과학자, 물리학자가 잘못 계산을 했다는 것이 밝혀진다면 하루의 시간이 24시간이 아니라고 조정해야 할 것이고, 모든 인류가 새로운 기준에 따라 일상생활을 조정할 것입니다. 마찬가지로 인간생명의 정의(定義)를 바꾸지 않는 한 낙태가 어떤 행위인가에 대한 입장은 바뀔 수가 없습니다. '잠재적 인간'이라는 특이한 용어는 논쟁을 위해 개발된 언어입니다. '자생적 생존가능성(viability)'를 태아에게만 적용하는 것은 불합리합니다. 왜냐하면 두 살짜리 아기도 어머니가 돌보지 않고 내버려두면 사망에 이르기 때문입니다.

낙태를 허용하는 범위는 중간지대가 없다 - 사회경제적인 문제는 사회경제적으로 해결해야 낙태를 지금보다 좀 더 허용범위를 넓히려는 견해들이 있습니다. 그런데 낙태는 법적으로 전면 허용을 하든지 전면 허용을 하지 않든지(산모구명낙태, 태아생존불능낙태, 성폭행임신낙태는 제외사항) 둘 중의 하나로 결정될 수밖에 없습니다. 낙태를 허용하는 임신 기간을 조정하는 것은 아무 의미가 없습니다.

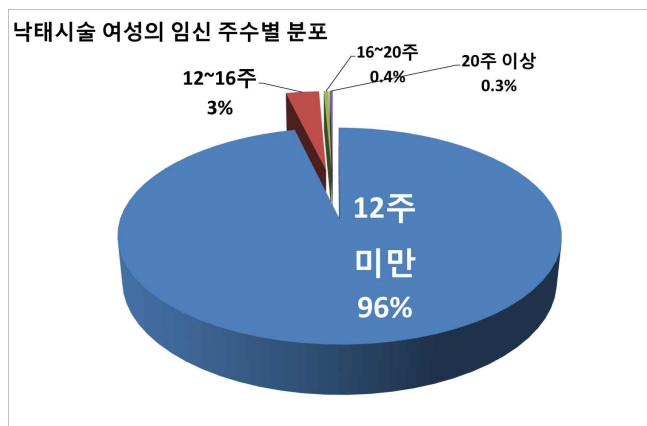
실제로 우리나라 국회에서는 2010년 4월 12일 모 의원의 대표발의로 사회경제적 사유를 낙태허용 사유로 하는 모자보건법 개정안이 제출되었습니다. 개정안의 주요 골자를 요약하면 다음과 같습니다.

1. 대통령령이 정하는 사회, 경제적인 사유로 낙태할 수 있다.
2. 청소년(법정 청소년은 24세 이하)이 임신했을 경우 낙태할 수 있다.
3. 전국에 인공임신중절 상담소를 설치하여, 그 상담소의 상담을 받고 상담확인증을 발급받은 후 2일이 지난 후에 낙태할 수 있다.
4. 치료적 낙태의 경우는 24주 이하에서, 그 외의 경우는 12주 이하에서 낙태할 수 있다.

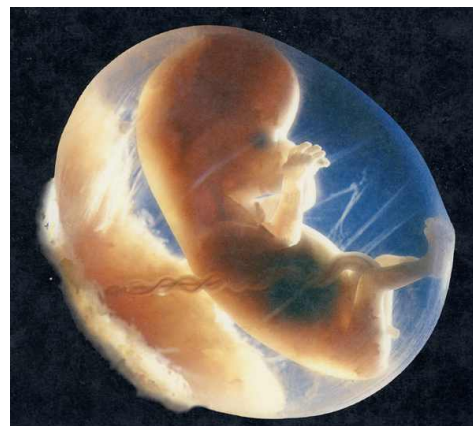
얼핏 보기에는, (1)현행 모자보건법에서 허용하고 있는 낙태시술의 경우 24주 이

하로 되어 있는 것을 더욱 엄격하게 제한하여 12주 이하로 하고, (2)사회, 경제적인 사유로 낙태할 수 있는 조항을 추가하되 모든 사회, 경제적인 사유가 아니라 대통령령이 정하는(현재로서는 정확히 알 수 없음) 사회, 경제적인 사유 제한하며, (3)상담과 숙려기간을 의무화해서 무분별한 낙태 결정을 줄이도록 하는 등 제도적 보완 장치를 갖춘 개정안이라고 생각할 수 있습니다.

그러나 현실은 다음과 같습니다. (1) 2005년 보고서에 의하면, 현재 우리나라에서 시행되는 낙태시술의 96%가 임신 주수 12주 미만(12주 이하도 아니고 12주 미만)에서 이루어지고 있습니다[그림 1]. 그러므로 개정안이 법안으로 의결된다면, 거의 대부분의 낙태가 합법화되는 것입니다. 만일 이렇게 되면 생명원칙을 무시하면서까지 [그림 2]에서 보는 소중한 인간을 임의로 제거하는 것입니다. 그리고 실제 의료현장에서 임신 12주가 넘었다고 해서 과연 의사가 낙태를 거절할 수 있을지도 의문입니다.



[그림 1] 낙태시술 여성의 임신 주수별 분포
(2005년 보고서 52쪽 인용)



[그림 2] 12주 태아의 실제 모습

(2) “현행법에서는 임신의 유지가 산모의 생명이 위험한 경우와 성폭행에 의한 임신의 경우만 낙태를 허용하고 있다. 그러나 낙태의 허용범위를 지금보다는 넓혀야 한다. 낙태가 옳은 것은 아니지만 사회경제적인 사유로 출산이 어려운 경우에도 낙태를 허용하도록 법을 고치는 것이 현실적이다.” 이와 같이 사회경제적인 사유로 낙태를 허용해야 한다는 주장이 있습니다. 그러면 그들이 제안하는 소위 ‘사회경제적 적응사유’란 도대체 무엇일까요? ① 더 이상 자녀를 원하지 않는데 임신이 된 경우, ② 아기를 낳아서 키울만한 경제력이 없다고 판단되는 경우, ③ 터울조절을 위해서, ④ 임신과 출산이 직장생활에 방해가 되는 경우, ⑤ 미혼 상태에서 임신을 한 경우, ⑥ 임신사실이 공개되면 곤란한 처지가 되는 경우(불륜에 의한 임신 등)입니다. 2005년 보고서에서 인공임신중절 시술 이유를 살펴보면, 기미혼 평균 95.7%가 사회경제적인 사유로 불법낙태를 했습니다[그림 3]. 그러므로 사회경제적인 사유를 낙태 허용 사유로 확대하자는 것은, “모든 낙태를 합법화하자.”는 주장과 다를 바가 없습니다. 왜냐하면 낙태가 허용되지 않는 경우가 단 한 가지도 없기 때문입니다.

또한 개정안에서 허용하지 않는 경우라면 낙태를 원하는 임산부나 낙태 요청에 응하는 산부인과 의사는 이른바 ‘낙태 사유 갈아타기’를 얼마든지 할 수 있습니다. 예를 들어, 대통령에서 ‘터울 조절’은 사회적 사유로서는 부적절하다고 한다면, ‘직장생활



[그림 3] 사회경제적 사유의 비율

의 어려움’이나 ‘경제적인 어려움’으로 사유를 바꾸어 제시할 수 있습니다. 지금도 낙태를 원하는 임신 여성이 “만취 상태에서 알지 못할 남자에게 성폭행 당했다.”고 산부인과 의사에게 말하는 것이 하나의 비법처럼 오용되고 있습니다. 2010년 4월 16일에 상담했던 임산부의 진술에 따르면, “낙태를 하려면 진료기록부에 ‘출혈이 심하고, 태아 기형이 우려되어서 낙태를 하려고 함’이라고 사유를 적고 자필 서명을 하라.”고 병원 간호사가 거짓 사유를 안내까지 해주었습니다. 이런 마당에 법까지 자유낙태를 보장해 준다면 수많은 생명의 희생은 예정된 것이나 다름이 없습니다. 2011년 8월 부산의 모 여성상담소에서 남자 친구 부모님의 강요로 낙태를 고민하고 있는 여성에게 “병원에 가서 성폭행 당했다고 진술하세요.”라고 안내까지 해주고 있는 것이 현실입니다.

(3) 이미 (1),(2)가 실체가 되는 이상 의무 상담제도는 적법요건을 갖추기 위한 행정절차일 뿐 여과장치의 역할을 기대하기는 어렵습니다. 만일 사회경제적인 사유가 낙태 허용 사유가 된다면 결국 모든 낙태가 합법화되고 마는 것입니다.

사회경제적인 사유라는 것은 극히 주관적인 판단과 느낌에 의한 것이지 객관적 기준이 있을 수 없어서 법적으로도 합법성을 가질 수가 없습니다. 법을 바꾸는 것이 낙태 문제 해결의 관건이 아니라 낙태가 불법인데도 낙태의 필요를 느끼게 만드는 사회적인 문제, 경제적인 문제를 정부와 사회가 힘을 합해 해결해 나가는 것이 관건입니다. 다시 말해, 상황이 잘못되었다면 상황을 바꾸는 노력을 해야 하는데, 상황을 그대로 두고 잘못된 상황에 맞게 법을 바꾸려고 하는 것은 대단히 잘못된 방법입니다. 예를 들어, 경제적인 여유가 없어서 도저히 아기를 낳을 수 없다는 주장을 법적으로 인준할 수 있다면, 1998년 IMF 환란 위기 때나 2008년 세계금융 위기 때 경제적인 어려움 때문에 키우고 있던 자녀 셋 중에서 하나를 포기해도 법적으로 제재를 가할 수 없는 논리도 인정해야 할 것입니다.

상황이 고민거리가 되는 것과 한 인간의 생사가 결정되는 것은 차원이 다른 주제입니다. 임신부가 사회적인 이유, 또는 경제적인 이유로 출산을 고민하는 경우는 많이 발생합니다. 그러나 그 고민의 해결책이 낙태가 될 수는 없습니다. 왜냐하면 태아의 생명을 지키는 일과 임신으로 인해 고민하는 여성을 돕는 일은 서로 다른 영역의 문제이기 때문입니다. 그러므로 잉태된 아기를 잘 낳아서 살 수 있도록 해주는 노력과 임신으로 인한 고민이 발생하지 않도록, 또는 임신부의 고민을 해결할 수 있도록 돕는 사회적이고 경제적인 노력은 서로 다른 영역에서 추진되어야 합니다. 서로 다른 가치의 주제를 한 영역에서 다루고자 하기 때문에 논쟁이 종결되지 않는 것입니다. 우리나라의 임신부들 가운데서 사회경제적인 사유로 출산보다는 낙태를 선택하게 되는 여성이 있다면, 사회경제적인 환경을 바꾸어서 낙태보다는 출산을 당연히 선택하는 풍토를 마련하는 것이 올바른 문제해결의 방식입니다.

지금까지 토론자가 상담한 임신부는 거의 모두 사회경제적인 사유로 낙태를 생각하고 있었던 사람들입니다. 그런데 그들에게 태아의 상태를 알려주고, 아기를 출산할 수 있는 사회경제적인 도움을 제공했을 때 대부분 마음을 바꾸어 아기를 출산했습니다. 최근의 한 설문조사에서, 낙태를 경험한 여성의 84%가 여건이 개선되고 사회적으로 지지를 받았다면 낙태하지 않고 아기를 낳았을 것이라고 답변한 것을 주목할 필요가 있습니다. 이번 보고서에 발표된 가임기 여성 인식조사 결과에서도, 양육지원 확충, 한부모가족 정책강화, 사교육비 경감, 가정 친화적 직장문화 조성 등 사회경제적인 문제를 사회경제적으로 해결해 줄 것을 제안했습니다.

낙태는 인간생명을 제거하는 것이므로 허용될 수도 없지만, 법적으로 낙태를 허용한다고 해서 거꾸로 사회경제적인 문제나 여성의 인권 문제가 해결되는 것이 아닙니다. 도리어 그 반대현상이 일어날 것입니다. 사회경제적인 이유로 고민하고 있는데 그 고민을 낙태로 종결시켜 버리면 국가는 사회경제적인 문제를 줄여나가고자

노력할 필요를 못 느끼고, 따라서 사회경제적인 문제해결을 위해서 예산을 사용하지 않을 것입니다. 즉, 사회경제적인 문제는 여전히 해결되지 않고 방치된 채 남겨져 있기가 십상입니다. 여성이 자기 마음대로 낙태를 할 권리를 가지면 과연 여성이 행복해지는 것일까요? 그렇지 않습니다. 낙태를 하는 것이 여성의 몸과 마음에 해를 끼치면 끼치지 결코 도움이 되지 않는다는 것을 수많은 사례를 통해서 겪었습니다. 낙태는 필연적으로 여성의 육체를 손상시키고 심리적으로, 정신적으로 후유증을 남기게 됩니다. 남자들은 낙태라는 비상구가 있기 때문에 더욱 무책임하게 여성을 상대할 수 있고, 피임도 회피하게 될 것입니다. 이와 같이 낙태를 자유롭게 할 수 있도록 허용하면 여성은 성관계, 피임, 출산 또는 낙태 등 모든 책임을 자기 혼자서 감당해야 하는 사회적 약자가 될 수밖에 없습니다.

뇌물을 주지 못하도록 하는 것이 현행법입니다. 그러나 뇌물을 완전히 막을 수 없습니다. 그렇다고 해서 '현실'을 고려해서 1억 원 미만의 뇌물공여는 허용하기로 법을 개정한다면 누가 납득을 하겠습니까? 법 자체가 모든 문제를 해결할 수는 없어도 사회적 보호장치, 또는 제어장치로서 그 기준을 올곧게 지탱하고 있어야 하는 것입니다.

세심한 수개정이 필요한 낙태 관련 조항들

1. 모자보건법 제14조제1항⑤호 '임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우'를 '임신의 지속이 보건의학적 이유로 산모의 생명에 위험을 초래하는 경우'로 개정하기를 제안합니다. 이 조항은 이른바 '산모구명낙태'에 해당하는 것으로서 산모와 태아 중 한 명만을 살려야 하는 위기상황의 인공임신중절 시술을 허용할 수 있다는 내용입니다. 그런데 '건강을 심각하게 해치는 경우'의 뜻이 얼마든지 자의적으로 해석될 수 있으므로 법의 원래 취지에 맞게 '생명에 위험을 초래하는 경우'로 의미를 명백히 할 필요가 있습니다. 또한 산모의 생명을 위험을 초래하는 경우가 어떤 경우인지를 시행령에 명시해야 의사들의 판단기준으로 삼을 수 있을 것입니다. 산부인과 의사들의 제안은 다음과 같습니다.

- ① 중증 심장 질환 (심장 질환의 기능적 분류 상 클래스 3 이상)
- ② 중증 폐기능 장애
- ③ 임신 중기 이전에 발생한 중증 임신성 고혈압
- ④ 임신 중기 이전에 발견된 각종 악성 종양
- ⑤ 기타로 의사 2인 이상이 판단하여 임신의 유지가 산모의 생명을 심각히 위협

한다고 진단한 경우

(참고)

A. 심장 질환의 기능적 분류 (뉴욕 심장 협회의 분류)

Class 1:

육체 활동의 제한이 없음. 일상적인 활동으로 지나친 피로감, 빈맥, 호흡 곤란, 협심증이 발생하지 않음.

Class 2:

육체 활동에 어느 정도의 제한이 있음. 안정시에는 편안하나 일상적인 활동으로 피로, 빈맥, 호흡곤란, 협심증이 나타남.

Class 3:

육체 활동에 상당한 제한이 있음. 안정시에는 편하나 일상 이하의 활동으로 피로, 빈맥, 호흡곤란, 협심증이 나타남.

Class 4:

안정시에도 증상이 나타나며 어떠한 신체 활동도 증상을 악화시킴.

B. 폐기능 장애 분류

폐기능 장애는 제한성 환기능 이상, 폐쇄성 환기능 이상 등 여러 종류가 있으며 일례로 환기 장애의 정도는 아래와 같다.

아래 기준을 바탕으로 중증도 이상의 환기 장애시는 허용 범주에 포함하면 될 것이다.

1. 정상

FEV1이 추정 정상치

2. 경도

FEV1이 65%~79%

3. 중등도

FEV1이 50~64%

4. 중증

FEV1이 35~49%

5. 극심 중증

FEV1이 35% 이하

(FEV1은 Forced expiratory volume in 1 second)

C 중증 임신성 고혈압의 기준

혈압이 160/110mmHg 이상이거나 24시간 뇨중 단백이 5gm 이상의 단백뇨가 있거나 아래 증상 중 하나 이상이 있을 때이다.

- 심한 지속적인 두통, 손가락, 얼굴의 부종, 망막의 동맥경련으로 인한 시력장애
- 명치 통증, 오심, 구토
- 불안정, 정서적 긴장, 과반사, 어지러움
- HELLP 증후군

2. 모자보건법 제14조제1항③호 ‘강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우’를 실제로 적용할 수 있는 지침을 모자보건법 시행령으로 만들 것을 제안합니다.⁴⁰⁾ 성폭행에 의한 임신이라는 사실을 본인의 진술만을 듣고 산부인과 의사가 사실여부를 확인할 길이 없습니다. 그래서 최근 의료현장에서 임산부는 성폭행에 의한 임신이라고 주장하지만 산부인과 의사로서는 근거를 확인할 수 없어서 진료를 회피하는 일들이 발생하고 있습니다. 최근에 논란이 되고 있는 ‘데이트 강간’이나 ‘부부간 강간’도 이 조항의 범주에 포함되는 것인지가 불분명한 상태입니다. 성폭행에 의한 임신 낙태 허용 조항은 지금보다 정교한 지침이 없을 때는 낙태의 핑계로 가장 많이 오남용 될 수도 있고, 한편 법적 절차가 과도하게 복잡할 경우 실제로 성폭행을 당한 여성에게 심적으로 추가 피해를 가져다 줄 수 있는 예민한 사안입니다.

3. 산모구명낙태에 대응하여 ‘태아 생존 불가능의 경우’를 낙태 허용 사유로 하자는 제안이 있는데 이에 대해서는 태아의학협회와 산부인과학회의 전문적인 연구와 논의가 필요합니다. 이에 해당하는 용어로 ‘태아기형의 경우’라는 것을

40) 낙태반대운동연합은 상담의 현장에서는 성폭행에 의한 임신의 경우도 출산의 가능성을 전제하면서 상담을 합니다. 낙태가 피해여성에게는 육체적, 정신적으로 2차 피해가 될 수 있고 태아는 생명을 잃어야 하는 상황이기 때문입니다. 다만 법리적으로만 따질 때, 성폭행에 의한 임신의 경우에는 임신의 원인제공자가 피해여성이 아니기 때문에 임신을 유지하고 출산하는 책임을 피해여성에게 법적으로 강제할 수 없기 때문에 낙태허용 사유로 용인하는 것입니다.

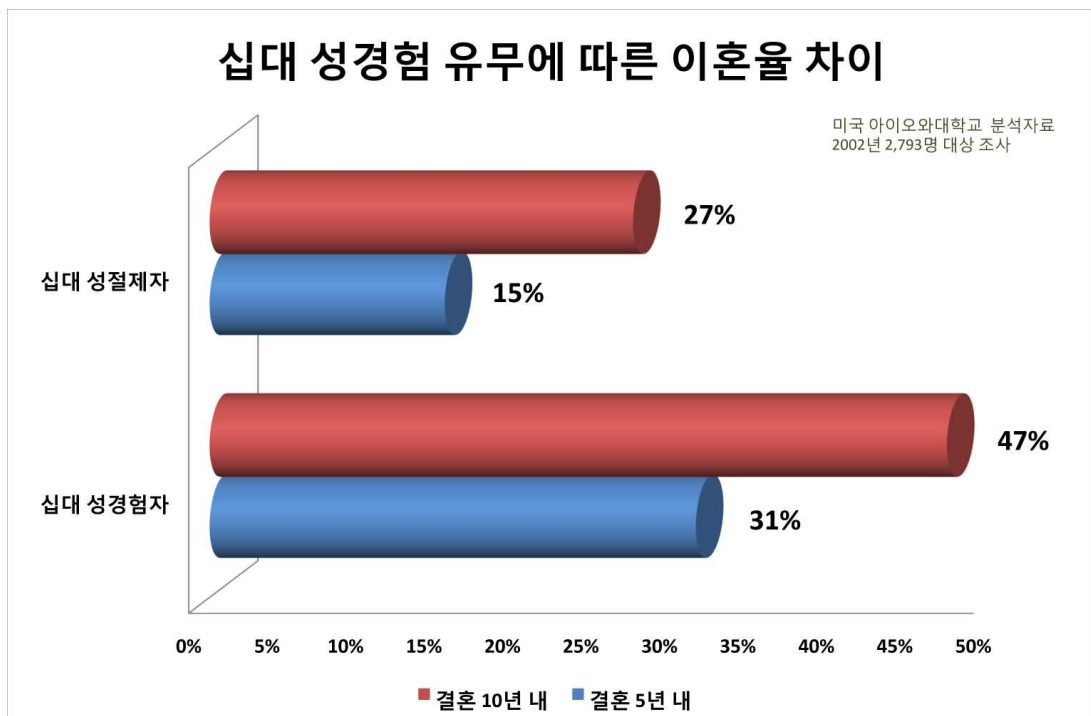
사용하는데 이는 부적절한 표현이라고 생각합니다. 기형 정도를 사람마다 임의로 해석할 수 있기 때문입니다. ‘태아 생존 불가능의 경우’란 자궁 내에서 태아가 생명을 지속할 수 없는 중증 장애로서 무뇌아나 태아수종 같은 경우를 가리킵니다. 앞서의 산모구명낙태 가능 경우와 마찬가지로 구체적인 의료지침이 시행령에 담겨야 할 것입니다.

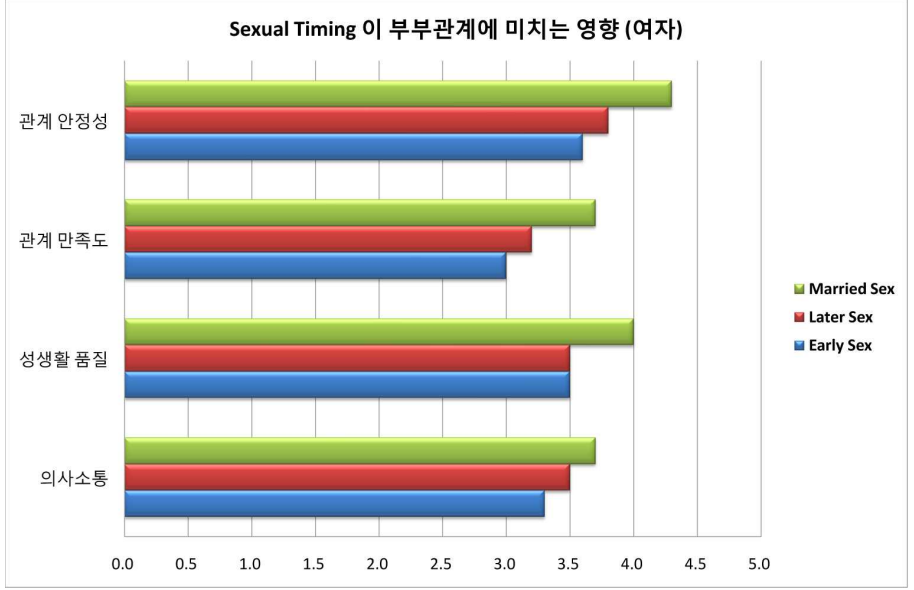
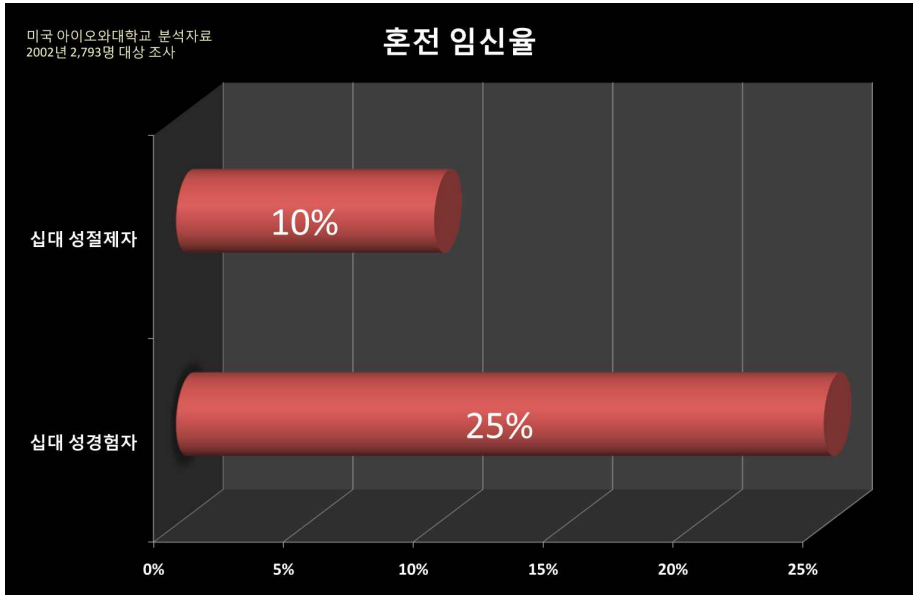
자기결정권의 범위

낙태문제에 대해서 사회적 논의를 할 때 항상 등장하는 주제가 여성의 자기결정권과 태아의 생명권입니다. 그런데 두 주제는 서로 다른 영역의 것이며, 서로 충돌할 수 없는 가치입니다. 여성은 전근대적인 시대처럼 남자에 비해서 차등의 대우를 받아서는 안 됩니다. 그러나 여성의 자기결정권이라는 주제가 여성의 사회적 지위에서는 적용될 수 있는 주제이지만, 태아의 생명을 제거하는 권리까지 확대될 수는 없습니다. 태아는 임신부의 결정권 아래 있는 부속물이 아닙니다. 여성의 재생산권이라는 것도 임신을 하지 않을 수 있는 권리와 출산을 원하는 대로 할 수 있는 권리지 임신된 아기를 제거할 수 있는 권리는 아닙니다. 그 누구에게나 자신의 몸에 대한 자기결정권이 있습니다. 성적 행복추구권이 있고 임신을 하지 않을 권리도 있고 임신을 할 권리도 있습니다. 자기 몸을 자기 마음대로 손질할 권리도 있습니다. 손톱을 자를 것인가 기를 것인가, 그 누구도 간섭할 수 없습니다. 쌍꺼풀을 만들 권리도 있습니다. 그래서 우리나라에 성형수술 금지법이 없는 것입니다. 왜냐하면 자기 세포에 적용하는 행위이기 때문입니다. 그러나 태아는 자기 몸이 아닙니다. 엄마와 연결되어 엄마의 도움을 받고는 있지만, 그렇다고 해서 엄마가 임의로 제거할 수 있는 세포덩어리가 아니라 사람입니다. 한 살짜리 아기가 엄마 젖을 물고 있다고 해서 그 아기를 엄마의 몸이라고 할 수 없는 것과 마찬가지입니다. 배속 아기의 존폐여부를 엄마가 임의로 할 수 있다는 주장은 “탯줄을 끊은 다음에야 인간이라고 할 수 있다.”는 비과학적인 생각이 아니고서는 불가능한 주장입니다. 만일 배속의 아기를 자기 마음대로 다룰 수 있는 것이 자기결정권이라면 자녀유기도 범죄로 다루어서는 안 됩니다. 작년에 부모가 둘 다 게임에 빠져서 3개월 된 아기가 굶어 죽는 사건이 있었는데 왜 부모를 범죄자로 체포했습니까? 그 부모는 자신의 결정권을 사용해서 행복을 추구하다가 발생한 일인데 말입니다. 여성의 자기결정권이라는 것이, 눈에 보이는 자녀를 유기해서는 안 되고, 눈에 보이지 않는 배속의 자녀는 유기해도 된다는 식의 일관성 없는 가치기준일 수는 없습니다. 자녀는 자궁에 있을 때도 소중한 인간이었고, 자궁을 벗어나서도 소중한 인간입니다.

성교육의 지침

성교육을 받은 십대들의 반응이 부정적인 점이 일부 있다는 것이 보고서에서 발표되었습니다. 그 이유를 밝혀서 금년에 제작을 완료하기로 한 교육과학기술부의 성교육 교과서에 성교육 지도자 지침으로 반영하기를 바랍니다. 청소년이 느끼기에 성교육이 윤리를 주입시키는 교육으로 느껴져서는 안 될 것입니다. 청소년들이 자신의 의사결정에 도움을 얻기 위해서는 ‘선택의 결과’에 대해 생각할 수 있는 구체적인 자료의 제시가 필요합니다. 예를 들어, 혼전절제의 필요성을 가르친다고 해서 모든 청소년들이 혼전 성관계를 하지 않게 되지는 않습니다. 그러나 자신의 결정에 대해서 책임을 지는 의식을 지니게 하기 위해서는, 오늘의 선택이 향후 인생에 어떤 영향을 미치게 되는지를 알려 줄 필요가 있습니다. 아래에 몇 가지 자료를 예시합니다.





피임을 조기에 교육하는 것이 청소년들의 성개방을 조장한다는 견해가 있습니다. 교육자의 입장에서, 피임을 가르쳤다고 해서 그것을 오늘 사용하라고 가르치는 것은 아닐 것입니다. 마찬가지로 피교육생의 입장에서, 피임을 배웠다고 해서 그것을 오늘 사용해보겠다고 결단하지는 않습니다. 피임교육을 통해서 도리어 성행위에 대한 책임의식을 고취시킬 수 있습니다. 다만 피임방법 중에서, 여성의 생리적 건강을 위해서 응급피임약에 대한 잘못된 인식은 반드시 고쳐주어야 할 필요가 있습니다.

노레보정(시장점유율 53.5%)으로 대변되는 응급피임약이 어떤 약인지에 대해서 아직은 우리 사회가 올바른 인식을 가지지 못하고 있다고 생각합니다. 첫째 응급피

임약이라는 용어 대신에 응급피임약이라는 용어가 주는 잘못된 암시가 문제입니다. 난자와 정자가 만나지 못하게 조치를 취하는 피임이란 원래 사전에 하는 것이지 사후에 하는 것이 아닙니다. 응급피임약이 마치 성관계 다음에 약 한 알을 복용하는 편리한 피임방법으로 착각하면 안 됩니다. 제약회사의 설명서를 보면, 응급피임약의 작용기전이 배란 지연, 수정 방해, 착상 억제, 세 가지로 적혀 있습니다. 그러나 이 약의 가장 주요 목적은 자궁내막의 변화를 일으켜 수정된 배아가 착상하지 못하도록 하는 것입니다. 강간과 같은 비상상황에서만 사용해야 하는 말 그대로 응급약입니다. 그런데 일반인들이 응급약으로 인식하지 않고 피임약의 한 종류로 알고 있기 때문에 오남용이 우려됩니다. 응급피임약은 일반 피임약에 비해 호르몬 농도가 10배 정도 되는 매우 강력한 약입니다. 고농도 호르몬은 여성의 생리체계를 인위적으로 바꾸는 것이기 때문에 건강에도 좋지 않고 수반되는 여러 가지 부작용도 많습니다. 그래서 약 설명지에는 A4 한 장 분량의 주의사항이 적혀 있을 정도입니다. 피임을 하지 않은 채 성관계를 했을 때 72시간 내에 복용하면 임신을 막을 수 있는 약으로 알려져 있습니다. 그러나 실제로 임신에 이르지 않으려면 24시간 내에 복용해야 효과가 있습니다. 그리고 실제 사용자의 경험으로는 25~30% 피임실패율을 보이고 있습니다. 효과가 능통한 응급피임약으로 과신을 해서 도리어 임신에 이르게 되고, 임신을 책임지지 않는 사람은 낙태까지 하게 되는 것입니다. 또한 응급피임약은 응급용이기 때문에 평생에 한두 번 쓸까 말까한 약입니다. 반복적으로 복용하게 되면 그 사람에게는 약효도 떨어지게 됩니다. 이와 같은 약의 속성을 제대로 알지 못하고 약을 사용한 사람이 53~67%로 조사되었습니다(순천향대 산부인과 피임연구회). 우리나라에서 응급피임약을 처방 받는 여성의 80%가 미혼입니다. 10대가 20%, 20대가 67%입니다. 월요일에 병원을 들러 처방 받는 경우가 전체의 93%입니다. 피서철인 7,8월과 연말인 12월에 다른 달과는 비교가 안 될 정도로 응급피임약의 판매가 증가합니다. 이런 사실은 무엇을 의미하는지 독자들은 금방 판단할 수 있을 것입니다. 성생활에 대한 책임의식도 부족하고, 정확한 성지식이나 약에 대한 지식도 없는 채, 성경험의 빈도만 높아지고 있습니다. 이 상황에서 응급피임약이라고 잘못 알려져 있는 약을 맹신하고 의존했을 때 우리나라 여성의 건강이 우려됩니다. 도리어 준비되지 않은 임신확률이 더 높아질 수 있고, 따라서 낙태도 더 늘어날 수 밖에 없습니다. 사전 피임을 대체할 수 있는 사후 피임약이라는 것은 존재하지 않습니다. 현재 의사의 처방에 따라 구입할 수 있는 노레보나 포스티노는 불가피한 상황에서만 사용해야 하는 응급약입니다. 그런데 어떻게 응급약이 연간 59억 원어치, 62만 팩(하루에 1,700팩)이 판매될 수 있습니까?

정책개발의 방향

이번 연구보고서가 정책개발의 방향을 제시하고 있다고 생각합니다. 보고서 중 낙태경험자 종합 의견에 제시된, 정부적인 차원에서의 노력(낙태율을 낮추기 위한 정부정책안), 남자들에게 전하는 의견, 여자들에게 전하는 의견, 의사에게 전하는 의견, 이 네 가지가 정책화 되면 분명히 지금보다 낙태가 줄어들고 우리나라 여성의 몸과 마음이 건강해질 것입니다

의견문

「2010 전국 인공임신중절 변동 실태조사 및 정책개발 연구」 공청회

최안나 대변인

진오비[진정으로 산부인과를 걱정하는 의사들 모임]

낙태 줄이기 위해 정부가 해야 할 일은?

진오비[진정으로 산부인과를 걱정하는 의사들 모임] 대변인 최안나

이번 낙태 실태 조사는 2005년 첫 실태 조사 이후 6년만에 시행된 정부 차원의 전국 실태 조사이며, 2010년 진오비의 낙태 병원 고발 등으로 촉발된 사회적 논란의 영향으로 복지부가 약속한 종합대책 중의 하나이다. 이제 이 결과를 바탕으로 낙태를 줄이기 위한 실효성있는 정부 대책이 나와야 한다. 이를 위해 이번 실태 조사 결과에 대해 다음과 같은 의견을 제시한다.

1. 낙태 감소 추세, 의미 있으나 국민들은 느끼지 못하고 있다.

2005년 조사 결과 가임 여성 1000명당 낙태율 29.8명과 비교하면 2010년 낙태율 15.8은 5년만에 반 정도로 감소한 것이고, 2008년에서 2010년 사이 28% 감소했다는 결과 역시 놀라울 정도의 감소 수치이다. 불법인 상황에서 여성들이 스스로 고백한 낙태 건수를 토대로 한 결과라 저평가 되었을 가능성이 커서 절대적 수치를 그대로 인정하기는 어려우나 최근 낙태 동향이 감소 추세라는 것은 의미 있는 결과라고 본다.

하지만 여성들에게 낙태 건수 추세를 물었더니 감소했다고 답한 것은 16%에 불과하고 증가 또는 비슷하다는 57%로 아직까지 우리 여성들은 본인과 주위 경험을 통해 여전히 낙태가 줄지 않고 있다고 여기며, 이는 낙태를 줄이기 위한 정부 정책에 대해 국민들이 효과적으로 느끼지 못하고 있다고 볼 수 있다. 낙태 하지 않아도 되는 대한민국을 만들기 위해 여성들이 체감하는 낙태 예방 정책이 시급히 시행되어야 하는 이유가 여기에 있다.

2. 의사 대상 조사 결과 신뢰하기 어렵다.

이번 연구가 산부인과 의사를 대상으로 전수 조사를 하였다고 하나 응답자 수와 진료 형태 분포가 결과에 나와있지 않아 신뢰도를 판단할수 없고, 낙태 추정 건수 결과가 현실에 비추어 볼 때 믿기 힘들 정도로 적은 수치이고 여성들의 결과에 비해서도 크게 낮다 (2010년 낙태 추정 건수- 여성:168,738건, 의사:108,679건).

진오비의 낙태근절운동 이후 낙태의 비윤리성과 불법성에 대한 국민적 인식이 높아진 상황에서 산부인과 의사들에 의한 자발적 낙태 건수 보고는 신뢰성 있는 결과를 기대하기 어렵다고 본다.

또한 낙태 시술 의사가 2009년 58.3%에서 2010년 49.3%로 9%가 감소하였는데 2010년 진오비의 낙태근절운동 이후 낙태를 중단 한 산부인과 의사가 9% 증가하였다는

것은 의미 있게 평가한다.

그런데 2005년 1차 실태조사때 전국의 산부인과 중 80%가 낙태 시술을 하는 것으로 파악되었고 진오비 활동 전까지 이와 같은 실태는 그대로였는데 이번 조사에서 진오비 활동 전인 2009년도에 낙태 한적이 없다고 답한 산부인과 의사가 41.7%에 달한다는 것은 현실과는 다른 결과이다. 결국 이번 조사는 원래 낙태를 하지 않았거나 낙태 했던 사실을 숨기고 싶은 산부인과 의사들이 주로 응답한 것으로 생각되며 따라서 전수조사를 하였다고는 하나 결과가 전체 산부인과를 대변하기는 어렵다고 판단된다.

3. 낙태 문제에 있어 산부인과는 전체 의료계를 대표할수 없다.

2005년 1차 실태 조사시 전문가 조사는 산부인과, 법조계, 여성계, 종교계 인사 총 5664 명을 대상으로 하여 총 1110명의 응답을 바탕으로(산부인과 전문의 743명, 법조계 238명, 여성계 88명, 종교계 41명) 조사하였다.

그런데 이번 조사는 여성계, 법조계, 의료계, 종교계 각 2명씩 총 8명에게 낙태 허용범위와 현행 제도 및 법안에 대한 견해, 국가 정책 등에 대한 의견을 물었는데 의견 수가 너무 적어 각 분야를 대표하는 또는 합일된 의견으로 보기 어렵다.

특히 산부인과 의사 2명에게 물어 이를 의료계 전체의 의견으로 보는 것은 심각한 오류이다. 참고로 2009년 진오비 낙태 근절 운동에 대해 의사 전문 포털 사이트 닥플에서 전체 의사를 대상으로 찬반을 묻는 설문에 응답자의 90%가 진오비 운동에 찬성하였고 반대는 10%이하였다. 반면 산부인과 개원의 협의회는 진오비의 낙태 근절 운동을 가장 강하게 반대하였다. 낙태가 주요 수입원이면서 불법의 문제를 안고 있는 산부인과와 다른 과 의사들의 의견 차이는 당연한 것으로 낙태에 관련한 시술자인 산부인과의 의료계 전체의 의견을 대표할 수 없다. 따라서 이번 전문가 조사 결과 의료계가 본인 요청에 의한 낙태를 허용하여 낙태 허용 범위를 확대하자 했다는 결론은 명백한 오류이며 시정되어야 한다.

의료계가 비 의학적 사유의 낙태 허용 범위 확대를 주장한 나라는 세계적으로 유례가 없는 일이다. 이제 우리 의료계도 낙태 문제를 산부인과 문제로만 두지 말고 의료계 전체의 의견 수렴에 나서야 한다.

4. 합법을 가장한 낙태가 늘고 있다.

여성들이 답한 낙태 사유는 '원치 않은 임신'에서 '사회 활동 지장'에 이르기까지 답

변 거의 전부가 현행법상 허용되지 않는 사유이다.

산부인과 의사들은 합법 낙태가 증가하고 있다고 답했으나 낙태 사유에 대한 답변에서 합법 낙태로 생각되는 비율이 4% (강간 또는 근친상간 1%, 모체 생명 위협 2%, 모체 신체적 건강보호 1%)로 2005년도 1차 실태 조사 때 4.4%와 비슷한 결과이다.

즉 합법 낙태가 늘고 있다고 볼 만한 사유 증가가 없고, 실상은 고발 및 단속을 피하기 위해 합법을 가장한 낙태 (강간에 의한 임신으로 위장하는 등)가 늘고 있는 것이다.

5. 충격적인 피임 실태

낙태를 한 여성의 60%가 아예 피임을 하지 않았고 피임하지 않은 이유로는 임신될 줄 몰라서(62.2%)가 가장 많았다.

피임을 한 경우도 42%가 월경 조절술, 40%가 질외 사정법으로 80%가 넘는 여성들이 실패율이 매우 높은 부정확한 피임법에 의존하고 있다. 세계 최고 수준의 우리나라 교육열을 생각해 볼 때 이러한 국민적 피임 무지는 기가 막힌 상황이다.

강간에 의한 임신을 제외한 모든 임신은 피임하지 않은 성관계가 선행한다. 성관계 하면서 임신하고 싶지 않으면 피임해야 하는 것은 너무도 당연한데 왜 우리 국민들은 피임하지 않는 것일까?

그 이유는 하나다. 그동안 낙태에 대한 접근성이 너무 쉬웠기 때문에 국민들이 정확한 피임의 필요성을 느끼지 못했던 것이다. 산부인과 의사들이 원치 않은 임신의 해결사 노릇을 다 해왔기 때문에 우리 사회는 피임 교육도, 피임 실천도 등한시해 온 것이다. 경험자 조사 결과에서도 보여주듯이 원치 않은 임신과 낙태를 줄이기 위해 성교육 강화가 가장 중요하다고 모두가 지적하고 있지만 국민 대다수가 피임을 제대로 하지 않는 결과가 나온 것은 말로만 하는 피임 교육은 소용 없다는 것을 보여준다.

낙태에 대한 접근성을 떨어뜨려 피임 하지 않고 임신되었을 때 그 결과를 책임지게 하는 풍토가 정착되어야만 비로서 실효성 있는 피임 교육이 이뤄질 것이다.

6. 낙태 증가/감소 요인에 대해

낙태 증가를 이끄는 사회적 요인에 대해 여성과 산부인과 의사 모두 혼전 성교 및 미혼모 증가를 가장 큰 요인으로 꼽았고 (여성 86.7%, 의사 73.9%), 낙태 감소

이끄는 사회적 요인으로 여성들은 수술하지 않는 의료기관의 증가 (70%)를 가장 큰 요인으로 꼽았고, 산부인과 의사는 응급피임약 보급 확대 (67%), 피임 비율 증가(52.6), 수술 하지 않는 의료 기관의 증가 (49.5%) 순으로 답했다.

여성과 의사의 우선 순위에서 차이는 나지만 낙태를 줄이기 위해 가장 필요한 것은 낙태 병원 감소 즉 낙태에 대한 접근성이 어려워 지는 것이 중요하고, 피임 교육 못지 않게 혼전 임신 등 성윤리에 대한 교육도 절실하다는 것을 알수 있다.

학교 교육에 가장 큰 영향을 미치는 것이 입시 제도이다. 수능과 같은 입시 문제에 생명 문제를 한 문제라도 출제하면 성과 피임, 생명 교육에 있어 획기적인 효과를 볼 수 있을 것이다.

7. 낙태법 개정 논의보다 낙태 줄이기 위한 정부 대책 부터 나와야

이번 전문가 조사는 임신 12주를 기준으로 허용 여부 및 상담절차 도입 등 낙태법 개정에 대한 의견을 물었는데 종교계를 제외한 법조계, 산부인과, 여성계는 모두 허용 확대를 주장한 것으로 되어 있다.

현재 형법 제 270조 1항 낙태죄에 대해 위헌 소송 중이다. 이번 위헌소원에서 낙태죄가 합헌으로 판결이 나면 정부 차원의 낙태법 개정 논의는 더 이상 진행되어서는 안될 것이다.

우리나라가 낙태 공화국이라는 오명을 벗지 못하고 있는 것은 법이 잘못되어서가 아니고 여성들이 출산보다 낙태를 선택할 수 밖에 없는 사회적 문제 때문이다.

국민들이 낙태하지 않게 하기 위해 정부가 우선 노력해야 하는 것은 법 개정이 아니고 현행법을 지키도록 국민을 계도하면서 낙태하지 않고 출산할 수 있는 제도적, 재정적 지원을 시급히 시행하는 것이다.

< 결론 >

2005년 1차 낙태실태조사와 마찬가지로 이번 조사도 저평가된 결과로 생각하나 최근 3년간 감소하는 추세는 의미있다고 평가한다.

또한 정부가 2005년도에 이어 6년이나 지났지만 다시 낙태 실태 조사에 나선 것을 환영한다. 무엇이든 문제를 해결하기 위한 첫 걸음은 실태에 대한 정확한 파악이기 때문이다.

이번 조사를 바탕으로 정부는 조사의 신뢰성을 높이기 위한 방법을 연구하여 해마다 지속적으로 평가하고, 낙태를 줄이기 위한 실효성 있는 정책을 적극적으로 시행

하기 바란다.

저평가된 결과를 그대로 믿더라도 오늘도 하루에 500여명의 우리 여성들이 자식을 포기하기 위해 낙태 수술대에 오른다. 그것도 불법으로.

이것을 방치하면서 어떻게 선진사회가 될 것인가?

어떠한 상황에서 임신했어도 임신으로 인해 고통받지 않고 임신이 축복이 되는 사회, 모든 여성이 자식을 포기하지 않고도 행복해지는 세상으로 대한민국은 가야 한다.

공청회 토론자 토론발제 요약

○ 김재연 법제이사

- 1) '원치 않는 임신' 자체를 줄이는 방향에 찬성한다
- 2) 성교육 피임교육 노력이 중요하고 산부인과개원의들도 참여할 것이다
- 3) 인공임신중절 예방 사회협의체에 참여하여 노력을 도모할 것이다.
- 4) 비의학적 사유에 대한 논의가 불가피하다.
안) 임신 3개월 이내 - 사회경제적 사유를 포함, 여성의 자기결정권 존중
임신 3개월 이후 - 불가피한 경우로 인공임신중절을 제한
체외생존가능성이 있는 24주 이후 - 모체의 생명위협의 경우로 극히 제한
- 5) 현실적 법개정 필요

○ 고재환 간사

- 1) 방치되었던 문제에 관심이 촉발된 일련의 사건에 대해 환영한다.
- 2) 산부인과학회에서는 모체와 태아측의 의학적 허용한계에 대해 정하는 일에 힘을 더할 것이다.
- 3) 사회경제적 사유 등에 대해서는 사회와 입법과정으로 미루겠다.
- 4) 분만을 해도 좋은 나라 살아서 행복한 나라가 궁극적인 지향점이 되어야 한다.

○ 김만오 변호사

- 1) 형법에 의한 국가형벌권 작동보다 입법자의 결정을 중시하는 방향을 지지한다.
- 2) 특히 임신 12주 이내의 인공임신중절에 대해서는 형법상의 낙태죄가 적용되지 않는 방향으로 입법자의 결정이 이루어진다면 많은 쟁점이 해결될 것으로 본다.
- 3) '2004헌바81'의 헌법재판소의 결정에서도 "생명의 연속적 발전과정에 대해 동일한 생명이라는 이유만으로 언제나 동일한 법적 효과를 부여하는 것은 아니다"라는 부분을 눈여겨 볼 필요가 있다.
- 4) 임신초기의 인공임신중절과 관련하여 생명권과 자기결정권의 충돌로 보지 않는 방향의 법학적 논의가 필요하다: 헌법 제10조 (인간의 존엄성과 기본인권 보장)에서 생명권과 자기결정권이 유래한다고 할 수 있고, 생명권은 인간의 존엄성에 자기결정권은 행복추구권에 기인한다. 두 기본권이 충돌할 때 생명

권이 우선한다고 볼 수밖에 없다. 임신초기 즉 12주 이내의 형별권 불개입이 이루어지면 산모의 선택권 존중이 가능할 것이다.

- 5) 그러나 임신 12주 이후부터 24주까지의 현행 법규정 이상의 허용사유에 대해서는 소극적 입장을 취한다. 단, 모체의 건강과 관련하여 의학적인 판단이 충분히 가능하다면 정신적 건강까지를 포함하여야 할 것이고, 태아 이상에 대해서는 최대한 엄격한 의학적 소견을 적용하여야 할 것이다.
- 6) 그러나, 무엇보다도, 인공임신중절의 사유와 시술시기에 대한 실태조사가 정확하게 이루어져서 각 사유에 해당하는 사회적 대책과 정부 정책이 수립되어야 할 것이다.

○ 김현철 회장

- 1) 인공임신중절률이 계속적으로 감소하도록 해야 한다.
- 2) 임신출산육아환경의 개선이 무엇보다 중요하다.
- 3) 사회경제적 사유가 거의 모든 사유다. 이것을 열어놓는다는 것은 인공임신중절을 거의 다 허용하는 것이 된다는 입장이다. 사회경제적 사유를 허용하지 말고 사회경제적 여건을 적극 개선하도록 하여야 한다.
- 4) '원하는 성과 원치 않는 임신' 사이의 괴리가 문제이다. 성교육 피임교육을 강화하여야 한다. 자기결정에 대한 책임의식을 강조하여야 하는데, 선택의 결과를 구체적으로 보여주는 교육이 되어야 하고, 수능에 시험문제로 포함시키는 것은 어떨까!
- 5) 치료적 사유는 허용으로 가야 한다.

○ 하정옥 박사

- 1) 실질적 논의를 하자는 데에 적극 찬성한다.
- 2) 정책의 근거자료를 마련하기 위한 실태조사는 지속되어야 한다.
- 3) 가임기여성의 의견과 산부인과개원의들의 의견에서, 인공임신중절에 대한 근본적인 해결책이 대동소이하다는 것을 주목하여야 한다. : 특히, 성생식관련 정보 서비스 제공 및 재생산관련여건 개선이 우선되어야 함을 말한 데 대해 적극 찬성한다.
- 4) 당사자들의 경험에 대한 정성조사도 매우 중요하다고 생각한다.
- 5) 이번 정책제언에서는 국가의 인구통제정책 아젠다에서 성보건/생식보건 아젠

다로의 이행을 주장한 부분을 더 강조해두고 싶다.

- 6) 특히, 1994년 카이로 선언 이후 성보건/생식보건 관련, 여성의 인권 차원에서 논의되고 있는 국제적 현실도 눈여겨 볼 필요가 있다.

○ 최안나 대변인

- 1) 전문가 의견조사의 의사대상조사결과를 놓고, 행여 의사들 전체 의견을 대변하는 것으로 오해하게 해선 안된다. 의료계의 입장은 의협의 대표의견이 되어야 하는 것이다.
- 2) 응급피임약이라는 단어는 반드시 응급피임약이라고 해야 할 것이다.
- 3) 인공임신중절이 너무 쉽게 시술되기 때문에 경각심이 없다고 생각한다: 여성의 해이, 정부의 무관심 등을 지적하는 바이다.
- 4) 피임이야말로 중요하고, 피임상담을 산부인과의료서비스로 인정하여야 한다.
- 5) 사회경제적 사유로 인공임신중절이 발생한다면 이 사유를 허용할 것이 아니다. 사회경제적 여건을 개선하여야 한다.

○ 방청석 중요 커멘트

참석자 1 (시민 남성)

- 1) 중절을 줄여야 한다.
- 2) 여성부, 교과부, 보건복지부 등 관련부처 전체가 나서야 한다. 보건복지부 구 강가죽건강과라는 부서에서 이 중차대한 일을 다 감당하여야 한다는 것이 문제다.
- 3) 성교육 피임교육의 실질적인 현실화 주장에 적극 찬성한다.
- 4) 10 임신, 미혼여성의 인공임신중절 문제의 중요성을 지적한 부분에 진심으로 찬성하는 입장이다.

참석자 2 (여성학 대학원생)

- 1) 10대 여성과 미혼 여성을 혹시 무지하고 무책임한 인격체로 보지 말아달라. 절대 그렇지 않다.
- 2) 오히려 강조할 것은 남성책임이다. 가임기여성과 산부인과의사들만의 문제가 아니다. 결혼 임신 육아 전과정에서 남성의 책임이 공유되는 것을 강조하고 이것이 사회에 정착되도록 하는 부분에 각계각층의 노력이 경주되어야 할 것이다.

참석자 3 (의료법윤리학과 교수)

국가생명윤리위원회에서도 이 중요한 인공임신중절 이슈를 다루어야 한다고 생각한다.