

발 간 등 록 번 호

11-1352000-002436-01

정책보고서 2018-66

# 인공임신중절 실태조사



이소영·변수정·김종훈·김희성·박종서·임정미·조성호·오  
신휘  
김동식·신동일·김소윤·신옥주·이근덕·한정열

**【책임연구자】**

이소영 한국보건사회연구원 연구위원

**【주요저서】**

2017년 저출산·고령사회정책 성과평가  
보건복지부·한국보건사회연구원, 2018(공저)

산후 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구  
한국보건사회연구원, 2017(공저)

**【공동연구진】**

변수정 한국보건사회연구원 연구위원  
김중훈 한국보건사회연구원 연구위원  
김희성 한국보건사회연구원 부연구위원  
박종서 한국보건사회연구원 연구위원  
임정미 한국보건사회연구원 부연구위원  
조성호 한국보건사회연구원 부연구위원  
오신희 한국보건사회연구원 전문연구원  
김동식 한국여성정책연구원 연구위원  
신동일 한경대학교 법학과 교수

김소윤 연세대학교 의료법윤리학과 교수  
신옥주 전북대학교 법학전문대학원 교수  
이근덕 한국천주교주교회의 가정과생명위원회 총무  
한정열 단국대학교 제일병원 산부인과 교수

---

## 제 출 문 < <

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 「인공임신중절 실태조사」의 최종보고서로 제출합니다.

2018년 11월  
한국보건사회연구원 원장  
조 홍 식



# 목 차

제1장 서 론 .....	1
제1절 연구의 배경 및 목적 .....	3
제2절 연구의 내용 및 방법 .....	8
제2장 인공임신중절(낙태)에 관한 이론적 고찰 .....	31
제1절 인공임신중절(낙태) .....	51
제2절 인공임신중절(낙태) 관련 현행법 고찰 .....	41
제3장 국외 사례 .....	72
제1절 인공임신중절(낙태) 관련 규정 .....	92
제2절 개별국가의 인공임신중절(낙태) 관련 상담절차 .....	57
제4장 인공임신중절(낙태) 실태 파악을 위한 방법론 .....	98
제1절 인공임신중절(낙태) 추정 방법 .....	19
제2절 인공임신중절(낙태) 실태 조사 방법 .....	49
제3절 인공임신중절(낙태) 경험자 심층면접 조사 방법 .....	60
제5장 인공임신중절(낙태) 실태 .....	901
제1절 인공임신중절(낙태) 실태 조사 대상자 일반 사항 .....	111
제2절 인공임신중절(낙태) 실태 조사 주요 결과 .....	311
제6장 인공임신중절(낙태) 관련 여성의 경험 분석 .....	191
제1절 임신중단 경험자 특성 .....	9
제2절 임신 당시 피임 상태, 임신 및 임신중단 사실 공유 및 협박 피해 .....	69
제3절 임신중단 사유 및 경험 과정 특성 .....	72
제4절 논의 .....	246

---

제7장 결 론 .....	249
제1절 요 약 .....	251
제2절 시사점 .....	257
참고문헌 .....	263
부 록 .....	271
보 론: 인공임신중절(낙태) 정책 방향에 대한 견해 .....	273

## 표 목차

<표 1-1> 「모자보건법」 제14조 제1항 1~5호 (인공임신중절수술의 허용한계) .....	3
<표 1-2> 인공임신중절(낙태) 관련 현행법 .....	8
<표 1-3> 2005년, 2011년 인공임신중절 실태조사 .....	0 1
<표 1-4> 심층면접 조사 개요 .....	1 1
<표 2-1> 재생산 건강의 의미 .....	6 1
<표 2-2> 유엔여성차별철폐협약(CEDAW) 제16조 .....	7 1
<표 2-3> 「대한민국헌법」 제36조 제3항 .....	7 1
<표 2-4> 「대한민국헌법」 제10조 .....	8 1
<표 2-5> 가톨릭 교회 교리서 제2271~2272항 .....	8 1
<표 3-1> 개발정도별·지역별 인공임신중절(낙태) 법적 허용 정도 현황 (1996~2013년) .....	3 3
<표 3-2> OECD 회원국 인공임신중절(낙태) 허용 사유 및 인공임신중절률 .....	5 3
<표 3-3> 모체의 생명 보호 사유 허용 국가 현황 .....	6 3
<표 3-4> 모체의 신체적 건강 보호 사유 허용 국가 현황 .....	7 3
<표 3-5> 모체의 정신적 건강 보호 사유 허용 국가 현황 .....	8 3
<표 3-6> 강간 또는 근친상간 사유 허용 국가 현황 .....	8 3
<표 3-7> 태아의 장애 사유 허용 국가 현황 .....	9 3
<표 3-8> 경제적 또는 사회적 사유 허용 국가 현황 .....	0 4
<표 3-9> 본인의 요청 사유 허용 국가 현황 .....	1 4
<표 3-10> 연도별 인공임신중절(낙태) 건수와 인공임신중절률 (만 15~49세 여성인구 1,000명 기준) .....	5
<표 4-1> 인공임신중절(낙태) 실태조사 개요 .....	4 9
<표 4-2> 인공임신중절(낙태) 불법성 문항 배치에 따른 응답률 변화 .....	5 9
<표 4-3> 지역별 모집단 현황 .....	7 9
<표 4-4> 혼인상태에 따른 모집단 현황 .....	8 9
<표 4-5> 혼인상태에 따른 모집단 비율 .....	8 9
<표 4-6> 최종 모집단 현황 .....	9 9
<표 4-7> 조사업체 보유 패널 현황: 만 15~44세 여성 (2018년 9월말 기준) .....	0 0 1
<표 4-8> 표준화 과정을 통한 조사대상자 현황 (10,000명) .....	1 0 1
<표 4-9> 최종 조사 완료 대상 (10,000명) .....	2 0 1
<표 4-10> 조사 쿼터별 가중치 적용 (10,000명) .....	2 0 1

<표 4-11> 인공임신중절(낙태) 실태조사 중도 포기자 현황 .....	5·0·1
<표 4-12> 심층면접에 대한 개요 .....	6·0·1
<표 4-13> 심층면접 참여자 특성 .....	7·0·1
<표 5-1> 응답자(만 15~44세) 일반 특성 .....	2·1·1
<표 5-2> 임신경험 및 임신결과 .....	4·1·1
<표 5-3> 인공임신중절 경험률 .....	8·1·1
<표 5-4> 인공임신중절 경험률 비교 (생애기준) .....	9·1·1
<표 5-5> 인공임신중절(낙태)을 하지는 않았지만 임신기간 동안 인공임신중절(낙태)을 고려한 여성의 당시 연령 및 혼인상태 .....	9·1·1
<표 5-6> 피임에 대한 인지 정도 .....	1·2·1
<표 5-7> 피임 지식 및 정보의 주된 습득 경로 (복수응답, 2개) .....	3·2·1
<표 5-8> 성경험 유무 .....	4·2·1
<표 5-9> 성관계 전 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와의 피임 이야기 여부 .....	6·2·1
<표 5-10> 성관계 시 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와의 피임 실천 행태 .....	8·2·1
<표 5-11> 피임 실천 방법 (복수응답) .....	1·3·1
<표 5-12> 피임을 하지 않거나 못하는 이유 (복수응답) .....	2·3·1
<표 5-13> 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 피임을 원하지 않는 이유 .....	3·3·1
<표 5-14> 성관계 중이나 후에 임신 가능성에 대한 걱정 여부 .....	5·3·1
<표 5-15> 임신 가능성에 대한 걱정으로 인한 응급피임약(사후) 복용 여부 .....	6·3·1
<표 5-16> 주변 지인(친인척, 친구 등) 중 2017년에 인공임신중절(낙태)을 한 경우 .....	8·3·1
<표 5-17> [인공임신중절(낙태)에 대한 인식 ①] 인공임신중절(낙태)한 여성은 이기적이라고 생각한다 .....	0·4·1
<표 5-18> [인공임신중절(낙태)에 대한 인식 ②] 인공임신중절(낙태)은 온전히 여성이 결정할 사항이라고 생각한다 .....	3·4·1
<표 5-19> [인공임신중절(낙태)에 대한 인식 ③] 인공임신중절(낙태)에 있어 남성보다 여성을 비난하는 경향이 있다 .....	6·4·1
<표 5-20> [인공임신중절(낙태)에 대한 인식 ④] 어떠한 경우라도 임신한 아이를 낳아 키워야 한다고 생각한다 .....	9·4·1
<표 5-21> [인공임신중절(낙태)에 대한 인식 ⑤] 안전한 인공임신중절(낙태)은 사회구성원의 권리라고 생각한다 .....	2·5·1



〈표 5-22〉 [인공임신중절(낙태)에 대한 인식 ⑥]	
국가가 인공임신중절(낙태) 금지보다는 출산 및 양육 지원, 성평등한 노동환경 등에 더 집중해야 한다고 생각한다 .....	51
〈표 5-23〉 [인공임신중절(낙태) 전후의 상담 필요성 ①]	
인공임신중절(낙태)술과 관련된 의료 상담 .....	851
〈표 5-24〉 [인공임신중절(낙태) 전후의 상담 필요성 ②]	
인공임신중절(낙태) 관련 의료적 내용 이외의 심리·정서적 상담 .....	9·5·1
〈표 5-25〉 [인공임신중절(낙태) 전후의 상담 필요성 ③]	
출산·양육에 관한 정부 지원 상담 .....	11
〈표 5-26〉 여성 및 의료인에 대한 인공임신중절(낙태) 처벌 규정(「형법」 제269조 및 제270조)에 대한 인지 정도 .....	12
〈표 5-27〉 인공임신중절(낙태) 처벌 규정(「형법」 제269조 및 제270조) 개정에 대한 생각3.....	6..... 1
〈표 5-28〉 인공임신중절(낙태) 처벌 규정(「형법」 제269조 및 제270조)이 개정되어야 한다고 생각하는 이유 (복수응답) .....	11
〈표 5-29〉 인공임신중절 허용 사유(「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조)에 대한 인지 정도 ..	6..... 1
〈표 5-30〉 인공임신중절 허용 사유(「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조) 개정에 대한 생각 ..	6..... 1
〈표 5-31〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ①] 모체의 생명위협 .....	6..... 1
〈표 5-32〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ②] 모체의 신체적 건강보호 ..	1..... 1
〈표 5-33〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ③] 모체의 정신적 건강보호 ..	1..... 1
〈표 5-34〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ④] 태아 이상 또는 기형 .....	7..... 1
〈표 5-35〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ⑤] 강간 또는 근친상간 ..	7..... 1
〈표 5-36〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ⑥] 자녀계획(자녀를 원치 않아서, 터울조절 등) .....	871
〈표 5-37〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ⑦] 경제적 이유(양육이 어렵다고 인정되는 경제상태) .....	0·8 1
〈표 5-38〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ⑧] 파트너 관계 불안(이별, 별거, 이혼 등) .....	181
〈표 5-39〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ⑨] 미성년자 .....	3..... 8..... 1
〈표 5-40〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ⑩] 본인의 요청 .....	5..... 8..... 1
〈표 5-41〉 인공임신중절 허용 사유 개정에 대한 인식 (「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조) ..	8..... 1

〈표 5-42〉	인공임신중절(낙태)과 관련된 국가의 역할 (우선순위 3가지)	7.....8..... 1
〈표 5-43〉	인공임신중절(낙태)과 관련된 국가의 역할 (우선순위 1순위)	8.....8..... 1
〈표 5-44〉	인공임신중절(낙태)과 관련된 국가의 역할 (우선순위 2순위)	9.....8..... 1
〈표 5-45〉	인공임신중절(낙태)과 관련된 국가의 역할 (우선순위 3순위)	0.....9..... 1
〈표 6-1〉	임신중단 경험자의 임신중단 당시 혼인상태별 연령	4.....9... 1
〈표 6-2〉	임신중단 경험자의 임신중단 당시 연령 및 혼인상태별 임신중단 횟수	6.....9..... 1
〈표 6-3〉	임신중단 경험자의 임신 당시 피임 실천 여부와 비실천 이유 (복수응답)	8.....9..... 1
〈표 6-4〉	임신중단 경험자의 임신중단 당시 피임 방법과 평소 피임 방법 (복수응답)	0.....0..... 2
〈표 6-5〉	임신중단 경험자의 임신 당시 혼인상태별 평소 피임 방법 (복수응답)	1.....0..... 2
〈표 6-6〉	임신중단 경험자의 임신 사실 관련 파트너와의 공유 여부 및 공유 시 파트너 반응	4.....0..... 2
〈표 6-7〉	임신중단 경험자가 임신 사실을 파트너와 공유하지 않은 이유 (복수응답)	5.....0..... 2
〈표 6-8〉	임신중단 관련 이야기를 나누거나 상담한 대상(복수응답) 및 이후 협박·고소당한 경험	0..... 2
〈표 6-9〉	임신중단 경험자의 임신중단 이유 (복수응답)	8.....0... 2
〈표 6-10〉	임신중단 고려자의 임신중단 고려 이유 (복수응답)	0.....1... 2
〈표 6-11〉	임신중단 관련 필요했던 정보(복수응답) 및 주된 습득 경로	4.....1... 2
〈표 6-12〉	임신중단 관련 의료기관(의사, 간호사 등 의료인) 상담 여부 및 이후 임신중단 결정까지의 소요기간	.....72
〈표 6-13〉	임신중단 방법	.....022
〈표 6-14〉	임신중단 방법으로 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약] 또는 유사약 선택 이유(복수응답) 및 복용 시 임신주수	.....1·2 2
〈표 6-15〉	임신중단 방법으로서의 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약] 또는 유사약 등의 약물 구매 방법 및 비용	.....32
〈표 6-16〉	임신중단 가능 의료기관을 알아볼 때 어려움 및 방문한 의료기관 수	.....5.....2..... 2
〈표 6-17〉	임신중절수술을 받은 기관 유형 및 지역	.....8·2... 2
〈표 6-18〉	임신중절수술을 받은 기관 선택 이유(복수응답) 및 임신중절수술 지불 비용	.....9.....2..... 2
〈표 6-19〉	임신중절수술을 받은 기관에 대한 인식과 제공받은 정보의 충분 정도	.....1.....3..... 2
〈표 6-20〉	임신중절수술 시 임신주수 및 10주 이상이었던 이유 (복수응답)	.....5.....3..... 2
〈표 6-21〉	약물 및 수술 방법에 의한 임신중단 이후 신체적·정신적 증상 경험 및 치료 여부	6.....3..... 2
〈표 6-22〉	임신중단 이후 신체적 및 정신적 증상 미치료 이유	.....8·3... 2
〈표 6-23〉	임신중단(약물 또는 수술) 이후 휴식 정도	.....9·3... 2

<표 6-24> 임신중단 이후 신체적·정신적 증상 미치료자의 휴식 정도 .....	1·4·2
<표 6-25> 임신중절 수술시 임신주수 및 임신중절 이후 휴식 정도 .....	2·4·2
<표 6-26> 임신중단에 대한 현재의 생각 .....	3·4·2
<부표 1> 인공임신중절(낙태)을 하지는 않았지만, 임신기간 동안 인공임신중절(낙태) 고려 여부 .....	7·2
<부표 2> 인공임신중절(낙태)을 하지 않았으나 이를 고려한 응답자의 당시 연령 및 혼인상태 .....	7·2
<부표 3> 인공임신중절(낙태)을 하지 않았으나 이를 고려한 응답자의 임신 사실 관련 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와의 공유 여부 .....	2·7·2
<부표 4> 인공임신중절(낙태)을 하지 않았으나 이를 고려한 응답자의 임신 사실 관련 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와 공유 시 파트너 반응 .....	3·7·2
<부표 5> 인공임신중절(낙태)을 하지 않았으나 이를 고려한 응답자의 당시 상담 대상 (복수응답) .....	7·2
<부표 6> 인공임신중절(낙태)을 하지 않았으나 이를 고려한 응답자가 최종적으로 인공임신중절(낙태)을 하지 않은 주된 이유 (복수응답, 2개) .....	4·7·2
<부표 7> 인공임신중절(낙태) 경험 여성의 당시 연령 및 혼인상태 .....	4·7·2
<부표 8> 인공임신중절(낙태) 경험자의 인공임신중절(낙태) 관련 필요했던 주된 정보 (우선순위 1순위) ....	2
<부표 9> 인공임신중절(낙태) 경험자의 인공임신중절(낙태) 관련 필요했던 주된 정보 (우선순위 2순위) ....	2
<부표 10> 인공임신중절(낙태) 경험 여성의 인식: 수술 환경의 안전이나 위생에 대해 불안감을 느꼈 ...	2
<부표 11> 인공임신중절(낙태) 경험 여성의 인식: 수술 방법과 후유증 등에 대한 정보를 사전에 충분히 제공받음 .....	8
<부표 12> 인공임신중절(낙태) 경험 여성의 인식: 수술 후 몸 관리 및 피임방법에 대한 정보를 충분히 제공받음 .....	27
<부표 13> 인공임신중절(낙태) 경험 여성의 인식: 의료인(의사, 간호사 등) 및 관계자가 인격적으로 대함 ...	2
<부표 14> 인공임신중절(낙태) 이후 나의 피임 실천 변화 .....	8·7·2
<부표 15> 인공임신중절(낙태) 이후 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)의 피임 실천 변화 .....	8·7·2

## 그림 목차

[그림 1-1]	인공임신중절률과 추정건수 및 변동추이 .....	4
[그림 1-2]	세계 각국의 인공임신중절(낙태) 허용 사유 (1996년, 2013년) .....	6
[그림 1-3]	연구 체계 개념도 .....	2 1
[그림 3-1]	인공임신중절(낙태) 법적 허용 정도에 대한 유형별 분포 (2013년) .....	1 3
[그림 3-2]	인공임신중절(낙태) 법적 허용 정도에 대한 변화 (1996~2013년) .....	2 3
[그림 3-3]	지난 5년 간 안전한 인공임신중절(낙태) 서비스 제공 관련 정부 정책 조치 실행 현황 (2012년 기준) .....	11
[그림 3-4]	주요 정책 의제로서의 청소년 출산 인식 정도 (1996~2013년) .....	3 4
[그림 3-5]	자녀계획에 대한 정부의 직접적 지원 (1996~2013년) .....	4 4
[그림 3-6]	지난 5년 간 성(sexual) 및 재생산 건강(reproductive health)서비스 접근성 향상을 위한 정책 조치 현황 (2012년 기준) .....	4 4
[그림 3-7]	인공임신중절(낙태) 정책 유형과 불안전 인공임신중절(낙태) 비율의 관계 (2011년) .....	4
[그림 3-8]	인공임신중절(낙태) 정책 유형과 모성사망률의 관계 (2013년) .....	7 4
[그림 3-9]	인공임신중절(낙태) 건수 추이 (1949~2016년) .....	1 5
[그림 3-10]	연령(군)별 인공임신중절률 (2016년) .....	3 5
[그림 4-1]	인공임신중절(낙태) 실태조사 가임기 여성(만 15~44세) 조사 체계 .....	6 9
[그림 4-2]	인공임신중절(낙태) 실태조사 온라인 조사 체계 .....	3 1
[그림 4-3]	인공임신중절(낙태) 실태조사 조사 진행 방식 .....	4 1
[그림 4-4]	인공임신중절(낙태) 실태조사 조사 진행률 추이 .....	5 1
[그림 5-1]	인공임신중절 추정건수 및 인공임신중절률의 변화 (2008, 2009, 2010, 2016, 2017) .....	1 1
[그림 5-2]	편의점 기준 점포당 콘돔 판매량 .....	6 1
[그림 5-3]	만 15~44세 여성 연앙인구 추이 (2005, 2008, 2009, 2010, 2016, 2017) .....	7 1
[그림 5-4]	인공임신중절(낙태)에 대한 '우리 사회'와 '나 자신'의 인식 .....	7 1
[그림 6-1]	임신중단 당시 연령 .....	4 1
[그림 6-2]	임신중단 주요 사유별 임신중단 관련 의료기관(의사, 간호사 등 의료인) 상담 이후 임신중단 결정까지 소요 기간 .....	8
[그림 6-3]	임신중절수술 시 임신주수 .....	3 2

# 제 1 장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법



## 제1절 연구의 배경 및 목적

우리나라의 법률상 인공임신중절(낙태)과 관련된 내용은 「모자보건법」과 「형법」에서 찾아볼 수 있다. 「모자보건법」 제2조에서는 “인공임신중절수술이란 태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술을 말한다.”라고 명시되어 있다. 「형법」 제27장(낙태의 죄), 제269조(낙태)는 “부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다.”라고 명시되어 있다. 따라서 두 법에서 법률적 용어로 인공임신중절과 낙태가 혼용되어 사용되고 있기 때문에 본 연구에서도 인공임신중절(낙태)이라는 용어를 대표적으로 사용하고자 한다. 다만, 학술적으로는 인공임신중절이라는 용어가 일반적으로 사용되기 때문에, 경우에 따라 인공임신중절이라는 용어를 사용하기도 하고, 6장에서는 인공임신중절(낙태)을 고려하였거나 실제 여성을 대상으로 그 과정에서의 상황과 특징을 살펴보는 것을 주목적으로 하는 만큼 ‘임신중단’이라는 용어를 사용하고자 한다.

우리나라에서 현재 인공임신중절(낙태)은 「모자보건법」 제14조(인공임신중절수술의 허용한계)에서 정하고 있는 몇 가지 예외적인 조건에 해당하는 경우에만 합법적으로 인정되고 있다.

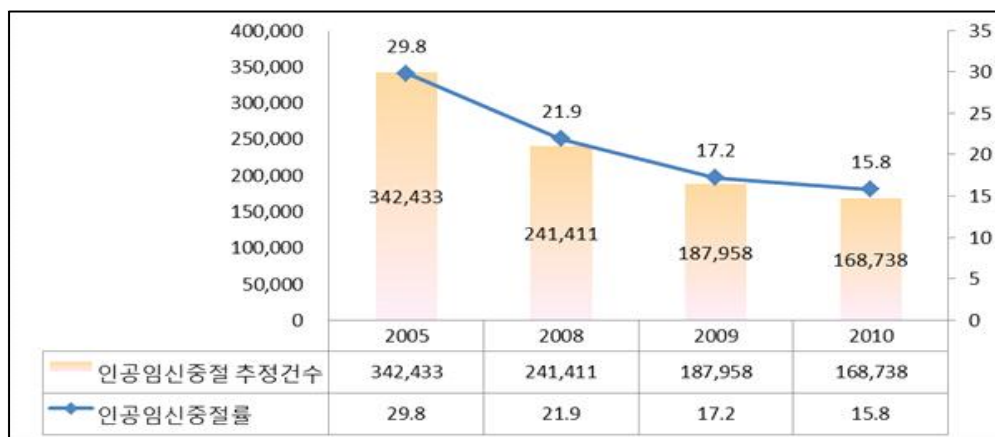
<표 1-1> 「모자보건법」 제14조 제1항 1~5호 (인공임신중절수술의 허용한계)

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>① 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우</li> <li>② 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우</li> <li>③ 강간 또는 준강간(準強姦)에 의하여 임신된 경우</li> <li>④ 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우</li> <li>⑤ 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우</li> </ul> |
|---|

#### 4 인공임신중절 실태조사

이와 같이 인공임신중절(낙태)은 법률상 예외적으로만 허용되고 있지만, 현실에서는 광범위하게 행해지고 있는 것으로 알려져 있다. 보건복지부·고려대학교에서 2005년에 실시한 조사 결과에 따르면 인공임신중절(낙태) 추정건수는 342,433건으로 나타났고 인공임신중절률은 29.8%였다(김해중 등, 2005). 이후, 보건복지부·연세대학교에서 실시한 2011년 조사결과에서 인공임신중절률은 2008년 21.9%, 2009년 17.2%, 2010년 15.8%로 나타났다(손명세 등, 2011).

[그림 1-1] 인공임신중절률과 추정건수 및 변동추이



자료: 손명세, 강명신, 장석일, 김해중, 박길준, 남정모, ... 김은미. (2011). 전국 인공임신중절 변동 실태조사. 서울: 보건복지부, 연세대학교. p. 48 재구성.

국내에서 인공임신중절(낙태) 규모는 행위의 불법성, 규범적 낙인효과 등으로 정확히 파악하기 어려운 한계가 있지만, 정책적으로 정확한 규모 파악이 절실한 실정이다. 무엇보다 2011년 이후 최근의 실태 파악이 요구되고 있다. 기존 추정결과에 따르면 2005년에서 2010년 사이 인공임신중절(낙태)건수는 2005년 342천 건에서 2010년 169천 건으로 약 51% 감소했지만, 많은 인공임신중절(낙태) 사례가 「모자보건법」의 예외 조건에 해당하지 않는 현실로 인해 법과 현실의 괴리가 오랫동안 지속되고 있다.

안전하게 보호받지 못하는 인공임신중절(낙태) 수술은 결과적으로 여성에게 부정적인 결과를 초래할 수 있다. 특히, 불법적으로 인공임신중절(낙태) 수술을 받는 경우 음성적으로 행해지기 때문에 여성이 안전하지 못한 환경에 노출될 위험이 있어 여성의 생명권 및 건강권이 위협 받을 뿐만 아니라 음성 수술에 대한 고비용 부담을 초래한다.



이러한 상황에서 인공임신중절(낙태)에 여성의 자기결정권이 작동해야 한다는 주장(pro-choice)이 강력하게 제기되고 있다. 여성은 원치 않는 임신을 한 경우나 출산 후 양육이 불가한 상황에도 임신을 유지하거나, 그렇지 않으면 불법 수술을 선택함으로써 위험에 노출되는 동시에 범법 행위를 하게 되는 비자발적 선택 상황에 처하게 된다. 국제연합(UN)의 여성차별철폐협약, 1994년 카이로 ICPD, 1995년 북경 세계여성대회 등에서 강조된 여성의 재생산 권리(reproductive rights), 재생산 건강(reproductive health)에 대한 권리, 이와 관련된 개인의 프라이버시권을 넘는 재생산에 대한 여성의 자기결정권에 관한 이슈가 제기된 바 있다. 즉, 여성의 자기결정권, 재생산권, 건강권이라는 권리의 측면에서 인공임신중절(낙태)에 대한 논의가 활발하게 논의되고 있다.

한편, 이러한 사회적 논의 속에는 인공임신중절(낙태)의 허용에 반대하는 입장이 종교계를 중심으로 제기되고 있다. 관련해서 태아의 인권에 있어서 ‘인간으로서의 범위’, ‘법률로서 보호받는 생명의 범위’와 관련된 인간과 생명에 관한 본질적 이슈가 제기되고 있다.

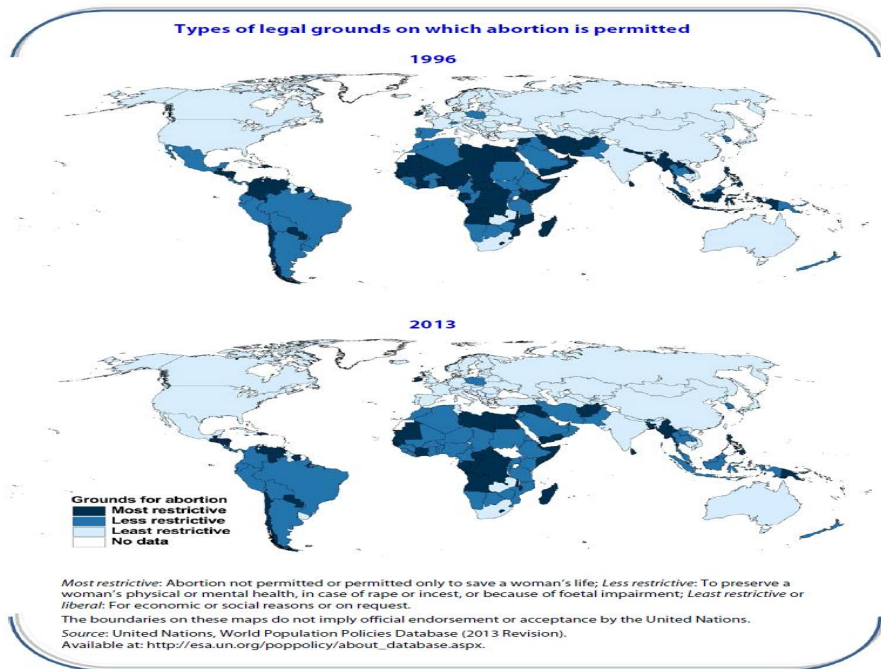
또한, 사회 전체적으로 볼 때, 인공임신중절(낙태)은 여성의 건강뿐 아니라 다음 임신에도 부정적 영향을 미칠 수 있으므로, 인구의 양적, 질적 측면 모두에 영향을 미친다고 볼 수 있다. 최근 인공임신중절(낙태) 합법화에 대한 사회적 논의가 쟁점이 되어, 23만 명 이상의 ‘낙태죄 폐지’ 청원에 청와대가 입장을 발표한 바 있다(청와대 청원답변 2호, 2017. 11. 26.). 해당 청원을 계기로 정부는 인공임신중절(낙태)에 대한 법·제도 현황 및 쟁점을 검토하고 보완대책을 마련할 계획과 함께, 2011년 이후 국가차원의 인공임신중절 실태조사가 진행되지 않은 점을 지적하고, 2018년 인공임신중절 실태조사를 재개할 계획을 발표하였다.

세계적인 추세를 볼 때, 인공임신중절(낙태)에 대한 국내 법·제도에 대한 사회적 논의가 필요한 단계이기도 하다. 세계적으로, 2010년에서 2014년 사이 임신 건수의 25%는 임신중절로 귀결되고 있다(Singh, Remez, Sedgh, Kwok, & Onda, 2018). 일반적으로 인공임신중절(낙태)에 대해 강력히 규제하는 국가와 반대로 합법적인 국가 사이에 인공임신중절 비율의 차이는 크지 않은 것으로 나타나(Singh et al., 2018) 합법화로 인해 인공임신중절(낙태)이 증가하지는 않을 것이라는 학계의 의견이다. 또한, 전반적으로 인공임신중절(낙태) 허용 범위에 관한 법적 제한이 과거보다 덜 엄격해지고 있기도 하다(United Nations, 2014). 1996년과 2013년을 비교해 보면, 유럽, 미

## 6 인공임신중절 실태조사

국, 캐나다 등의 국가는 이미 인공임신중절(낙태)에 대한 제약이 엄격하지 않았고, 그 외의 멕시코, 남미, 아프리카 등 여러 국가는 인공임신중절(낙태) 제약을 점차 완화하는 추세이다( [그림 1-2] 참조).

[그림 1-2] 세계 각국의 인공임신중절(낙태) 허용 사유 (1996년, 2013년)



- 주: 1) Most restrictive: 여성의 생명 보호에 대해서만 허용 또는 인공임신중절(낙태) 미허용.  
2) Less restrictive: 여성의 신체적·정신적 건강 보호, 강간 또는 근친상간, 태아의 장애에 대해 허용.  
3) Least restrictive(or liberal): 경제적·사회적 사유 또는 본인에 요청에 의한 허용.  
4) 각 지도의 경계는 UN의 공식적인 승인에 의한 것은 아님.

자료: United Nations. World Population Policies Database (2013 Revision); United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11. p. 5 재인용.

세계적인 변화와 함께 우리 사회에서도 인공임신중절(낙태)에 대한 논의가 쟁점이 되고 있지만 최근의 전국 규모의 실태를 파악한 연구는 매우 제한적이다. 보건복지부·연세대학교에서 2011년에 실시한 ‘인공임신중절 실태조사’ 이후에 진행된 최근 연구는 ‘임신중단(낙태)에 관한 여성의 인식과 경험 조사(김동식, 황정임, 동제연, 2018)이다. 해당 연구에서는 인공임신중절(낙태)에 관한 여성의 인식과 경험 과정에서 낙태죄

로 인해 겪었던 어려움과 그로 인한 문제점, 낙태죄 폐지 및 유산유도약 합법화에 대한 입장을 수렴하는 것을 주목적으로 하여 수행되었는데, 성경험이 있는 만 16~44세 여성을 대상으로 실시하여 인공임신중절 추정건수 및 인공임신중절률이라는 지표를 생산하는 데 한계가 있다. 또한, ‘2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사(이삼식 등, 2015)’ 연구는 인공임신중절(낙태) 횟수, 시기, 이유, 피임 방법 및 실천 등에 관해 종합적으로 접근하였지만, 기혼 여성(만 15~49세)에 초점을 두어 미혼자가 제외된 한계가 있다. 그 밖에 ‘인공임신중절의 현황과 대책(김재연, 2015)’, ‘낙태(인공임신중절) 실태와 쟁점(이병호, 2015)’, ‘산부인과 병·의원의 출산 관련 실태조사 및 영유아 건강 증진 방안 마련(김소윤 등, 2010)’, ‘인공임신중절 실태와 정책과제(최정수, 원종욱, 채수미, 박은자, 서경, 2010)’ 등의 연구들은 일부 표본에 대한 설문조사 또는 기존 전국 조사 결과 활용함에 따라 전국 규모의 실태를 파악하는 것에는 미흡한 실정이다. 따라서, 인공임신중절(낙태)과 관련된 법제도와 현실의 괴리 문제, 사회적 논쟁으로 불거지는 갈등을 최소화하기 위해 임신중절의 정확한 규모와 실태, 현행 제도의 문제점, 외국의 사례, 경험자의 욕구 등을 종합적으로 파악하고 정책 개선 방향을 마련할 필요성이 제기되고 있다.

이러한 배경 하에 본 연구는 제도 개선을 위한 인공임신중절(낙태) 규모 및 실태의 파악을 주된 목적으로 하고 있다. 또한 인공임신중절(낙태) 관련법과 현실의 괴리를 좁힘으로써, 여성과 태아의 건강과 인권을 보호할 수 있는 제도적 개선 방향을 도출하는데 기초자료를 제공하는 것을 목적으로 한다. 세부 목표는 다음과 같다. 첫째, 다각적인 접근과 과학적 방법을 고려하여 인공임신중절(낙태) 규모를 추정하며 여성의 관련 경험 사례를 분석한다. 둘째, 여성계, 의료계, 종교계 등 각계 의견을 제시한다. 셋째, 국외 인공임신중절(낙태)에 대한 법·제도 사례 분석한다. 넷째, 분석 결과를 종합하여 시사점을 도출한다.

이에 본 연구는 2011년 실태조사 이후 인공임신중절(낙태) 관련 변동 현황을 파악하여 통계자료를 생성하고, 인공임신중절(낙태)의 원인, 인공임신중절(낙태)과 관련된 심리적 경험, 가임기 여성의 정책 욕구, 국외 동향 등을 분석하여 시사점을 도출하고자 한다. 좀 더 구체적으로는 제1~5장은 한국보건사회연구원 연구진이 주로 작성하되, 제2장 제2절, 제3장 제1절과 제2절 내 독일 사례는 원외의 신동일 교수(한경대학교)가 작성하였으며, 제6장은 김동식 연구위원(한국여성정책연구원)이 작성하였다. 또한 보

론은 여성 건강 관점, 성인지적 관점, 의료법·윤리적 관점, 종교계(천주교) 관점에서의 정책 방향에 대해 분야별 전문가인 한정열 교수(단국대학교), 신옥주 교수(전북대학교), 김소운 교수(연세대학교), 이근덕 총무(한국천주교주교회의)에게 원고를 의뢰하여 작성되었다. 마지막 제7장은 제1~6장과 보론의 내용을 토대로 본 연구의 목적을 고려하여 한국보건사회연구원 연구진에서 작성하였다.

## 제2절 연구의 내용 및 방법

### 1. 인공임신중절(낙태) 관련 쟁점 및 법률 고찰

여기서는 인공임신중절(낙태)을 둘러싸고 있는 다양한 권리(right)와 기타 쟁점에 대해 제시하고자 한다. 또한 인공임신중절(낙태)과 관련된 현행법을 고찰하였다. 즉, 인공임신중절(낙태)에 관한 내용을 담고 있는 「모자보건법」과 해당 시행령, 「형법」을 고찰하였다.

#### <표 1-2> 인공임신중절(낙태) 관련 현행법

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- 「모자보건법」 : 제2조(정의), 제12조(인공임신중절 예방 등의 사업), 제14조(인공임신중절수술의 허용한계), 제28조(「형법」의 적용 배제)</li> <li>- 「모자보건법」 시행령 : 제15조(인공임신중절수술의 허용 한계)</li> <li>- 「형법」 : 제269조(낙태), 제270조(의사 등의 낙태, 부동의 낙태)</li> </ul> |
|---|

### 2. 인공임신중절(낙태) 규모 추정 및 실태 파악

본 보고서에서는 우선 인공임신중절(낙태) 규모를 추정하기 위한 방법을 고찰하고, 우리나라에서 가용한 데이터베이스가 있는지 살펴보았다. 다음으로, 가임기(만 15~44세) 여성을 대상으로 인공임신중절(낙태) 실태를 파악하고자 하였다. 표본오차를 최소화하여 신뢰성 있는 통계자료를 생산하기 위해 기존 조사들보다 표본의 규모를 확대하여, 가임기(만 15~44세) 여성 약 10,000명을 대상으로 구조화된 질문지를 활용한 온

라인 설문조사를 실시하였다. 조사를 위한 표본은 「2018년 9월말 기준 주민등록인구통계」 현황 자료를 모집단 비율로 활용하여 만 15~44세 여성을 비례할당(proportional allocation)하여 추출하였다. 또한 인공임신중절(낙태)은 혼인상태에 따라 인식과 경험이 다를 수 있어 ‘혼인 여부’를 2015년 통계청 인구주택총조사를 기준으로 지역별·연령별 비율을 적용하였다. 따라서 전국 16개 시도(세종특별자치시는 충청남도에 포함) 연령별·지역별 인구비례에 따른 할당을 하고 시도 단위로 혼인여부 또한 전국 인구비례를 따르도록 설계하였다. 또한, 온라인 조사의 특성 상 표본 대표성 한계를 극복하기 위하여 보유하고 있는 패널의 규모가 크고 패널 관리가 철저한 조사 기관을 선정하여 조사를 수행하였다. 조사 설계와 진행에 있어서 관련 전문가의 자문을 받아 조사의 신뢰도를 높이고자 하였다.

추가적으로 분석이 가능한 데이터베이스의 적용 가능성에 대해 살펴보았다. 건강보험 데이터베이스는 전 국민 건강보험제도 시행을 통해 모든 보험 가입자의 사회경제적 정보(성, 연령, 가입자 유형, 보험료 분위, 거주지 등), 출산 정보(출산일, 출산 경험 등), 진료 기록(상병명, 요양기관 방문일, 입내원일 수, 의료비, 방문 요양기관 정보 등) 등이 전산자료로 관리되고 있어 병의원을 통해 분만하는 산모의 정보를 분석할 수 있는 가장 유용한 자료이다. 해당 데이터베이스를 활용하여 건강보험 청구 자료에서 임신과 출산 관련 청구 코드가 있는 여성을 추출하여 임신 관련 청구 코드가 있으나 출산 관련 청구 코드가 없는 여성의 규모, 또는 유산 후 합병증(complications 또는 post-abortion care)과 관련된 진료 기록을 통해 건강보험 청구 자료가 있는 인공임신중절(낙태) 경험자의 규모 추정하는 방법을 고려해 보았다. 그러나 산부인과 전문의 등 전문가들은 인공임신중절(낙태) 경험 여성의 경우 임신관련 기록 차체를 남기지 않는다는 점, 합병증에 대한 치료를 제대로 하지 않는다는 점, 유산을 유도하는 약물의 처방이 유산을 유도하는 목적으로만 사용되지 않기 때문에 유산한 경우를 선별할 수 없다는 점 등을 이유로 건강보험 데이터베이스를 적용하는 것이 적절하지 않다는 의견을 제시하였으며, 이에 따라 본 연구에서는 해당 자료를 통한 분석을 실시하지 않았다.

가임기(만 15~44세) 여성을 대상으로 인공임신중절(낙태) 실태를 파악하기 위한 조사내용은 기본적으로 2005년 및 2011년 실시된 인공임신중절 실태조사 이후의 변동 현황 파악 및 시계열 분석을 위한 내용과 최근의 쟁점을 반영하는 내용으로 구성되었다.

## 10 인공임신중절 실태조사

〈표 1-3〉 2005년, 2011년 인공임신중절 실태조사

구 분	2005년 조사	2011년 조사	2018년 조사
조사대상	15-44세 미혼 여성 1,500명(1차) 20-44세 기혼 여성 1,500명(1차) 20-39세 미혼 여성 1,000명(2차)	15-44세 여성 4,000명	15-44세 여성 10,000명
조사방법	전화조사	온라인조사(웹조사)	온라인조사(웹조사)
조사성격	횡단조사	횡단조사	횡단조사
	전국통계	전국통계	전국통계
조사기간	(1차) 2005. 8. 18. - 8. 23. (2차) 2005. 9. 3. - 9. 4.	2011. 5. 24. - 6.16.	2018. 9. 20. - 11. 11.

주: 각 연도 내용은 다음 보고서에 기초하여 정리하였음.

2005년 - 김해중, 안형식, 김순덕, 박문일, 박춘선, 임지은, ... 김경훈. (2005). 인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립. 서울: 보건복지부, 고려대학교.

2010년 - 손명세, 강명신, 장석일, 김해중, 박길준, 남정모, ... 김은미. (2011). 전국 인공임신중절 변동 실태 조사. 서울: 보건복지부, 연세대학교.

조사 결과를 토대로 인공임신중절(낙태) 관련 현황을 분석하고 주요 지표에 대한 값을 산출하였다. 또한, 2005년, 2011년 실태조사 결과를 토대로 시계열 분석을 실시하였다. 인공임신중절(낙태) 규모 추정을 위해 조사 대상의 연령 등 기존 추정방법에 대한 재검토 및 전문가 자문을 통해 신뢰도 제고 방안을 모색하였다.

### ○ 인공임신중절(낙태) 추정건수 및 시계열 분석

$$\begin{aligned} & \text{만 15~44세 여성의 인공임신중절(낙태) 추정건수} \\ & = \text{조사결과 산출된 인공임신중절(낙태) 건수} / \text{조사 응답자수} \times \text{모수(만 15~44세 여성 수)} \end{aligned}$$

### ○ 인공임신중절(낙태)률, 인공임신중절(낙태) 경험률 산출 및 시계열 분석

- 만 15~44세 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률
- 성경험이 있는 만 15~44세 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률
- 임신경험이 있는 만 15~44세 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률

### 3. 인공임신중절(낙태) 경험자 및 고려자 대상 심층면접 조사

본 연구에서는 정량적 조사인 실태조사의 한계를 보완하기 위해 실태조사 문항으로 파악하는 데 한계가 있는 심리적 경험과 관련 욕구 등에 대한 심층면접 조사를 실시하였다.

〈표 1-4〉 심층면접 조사 개요

- 조사 대상: 최근(가급적 3년 이내) 인공임신중절(낙태)을 경험했거나 고려한 만 20~44세 여성 20명
  - 청소년은 IRB 승인을 위해 조사 대상에서 제외하며, 후향적(retrospective) 조사에 따른 오차(bias) 감소를 위해 가급적 최근 3년 이내 인공임신중절(낙태) 경험자 및 고려자를 중심으로 조사 대상 한정
- 조사 방법: 심층면접(In-depth Interview)
  - (표본 추출 방식) 실태조사에 참여한 만 20~44세 여성 중 심층면접조사 참여에 동의한 여성을 대상으로 연령, 지역, 혼인 상태 등을 고려하여 추출
- 조사 내용: 실태조사에서 조사한 문항의 구체화
  - 인공임신중절(낙태) 관련 경험(전과 후로 구분하여 피임, 임신 등과 관련된 사항, 심리적 경험, 수술 및 고려 경험, 수술 후의 심리적·사회적 변화 등)
  - 인공임신중절(낙태)에 관한 견해(현행 법, 지원 정책과 관련된 사항)

### 4. 국외 사례 고찰

우선 국외의 인공임신중절(낙태) 현황 및 추세 비교를 위해 선진국(developed countries) 對 개발도상국(developing countries) 등 국가군별 인공임신중절 관련 현황을 비교하고, 자료가 존재하는 개별 국가의 인공임신중절(낙태)률을 비교하였다. 둘째로, 국외 인공임신중절(낙태)관련 법령 및 제도 현황을 비교하였다. 여성의 생명 보호, 여성의 신체적 건강 보호, 여성의 정신적 건강 보호, 강간 또는 근친상간, 태아 이상 및 장애(foetal impairment), 사회경제적 이유, 본인의 요청 등 7가지 범주를 기준으로 개별 국가별 허용 범위를 고찰하였다. 또한, WHO의 「안전한 인공임신중절(Safe Abortion: Technical And Policy Guidance for Health Systems)」을 고찰하였다.

## 5. 인공임신중절 관련 법·제도 개선 방향 도출

전문가 자문과 전문가 조사를 통해 개선 방향을 파악하고자 하였다. 산부인과 관련 보건의료계, 여성계, 종교계 등 전문가를 대상으로 제도 개선 방향과 관련하여 전문가 조사를 실시하였다. 또한, 각 계의 전문가들이 공동연구진으로 참여하여 의견을 제시하였다. 관련 내용은 보론에서 제시하였다.

[그림 1-3] 연구 체계 개념도



주: 2차 데이터 분석 중 건강보험 DB 활용은 앞서 언급했듯이 자료의 한계로 분석을 실시하지 않았고, 응급피임약 처방건수는 제5장에서 현황을 제시하였음.

추가적으로 학계 및 관련 전문가로 구성된 자문위원단의 운영하여 연구계획, 연구 진행과정, 기초 분석 결과 등에 대해 다양한 의견을 수렴하였다. 특히 실태조사 관련하여 표본설계 및 인공임신중절(낙태) 규모 추정에 관련 전문가의 검토 의견을 반영하였다. 실태조사(온라인 실태조사 및 심층면접조사) 실시를 위해 한국보건사회연구원 IRB(생명윤리위원회) 승인을 받았다.



## 제 2 장

# 인공임신중절(낙태)에 관한 이론적 고찰

제1절 인공임신중절(낙태)

제2절 인공임신중절(낙태) 관련 현행법 고찰



# 2

## 인공임신중절(낙태)에 관한 < 이론적 고찰 <

### 제1절 인공임신중절(낙태)

#### 1. 인공임신중절(낙태)의 개념

인공임신중절이라는 용어는 「모자보건법」에서 사용하고 있는 개념이다. 사전적 의미의 인공임신중절이란 인위적으로 행하는 인공유산(협회의 낙태)이며 인공유산 중 대한민국법에서 허용한 의료인의 의료적인 낙태 행위를 인공임신중절 혹은 임신중절술이라고 부른다.<sup>1)</sup> 임신결과(pregnancy outcome)는 크게 출산(live birth), 사산(stillbirth), 유산(abortion)으로 구분된다. 유산은 수정란이 자궁 내에 착상된 후 태아가 모체 밖에서 독자적으로 생존할 수 있을 만큼 발육되기 전에 모체 밖으로 배출된 것을 의미한다. 유산에는 절박유산, 불완전유산, 계류유산, 습관성유산으로 구분되는 자연유산(miscarriage 또는 spontaneous abortion), 치료적 유산과 선택적 유산으로 구분되는 유도유산(induced abortion)이 있다. 이러한 유도유산이 현행법에서 다루고 있는 인공임신중절(낙태)로 정의될 수 있다. 인공임신중절은 약물을 통한 유산(medical abortion)과 수술적 유산(surgical abortion)으로 구분된다.<sup>2)</sup>

#### 2. 인공임신중절(낙태)을 바라보는 다양한 관점과 논의 과정

인공임신중절(낙태)를 바라보는 다양한 관점이 있다. 본 절에서는 다양한 관점 중 일부와 관련된 논의 과정을 정리하였다. 따라서 본 절에서 제시되지 않은 관점도 있으며 하나의 관점 내에서도 다양한 입장이 있을 수 있다. 우선, 인도주의실천의사협의회에서 제시하고 있는 인공임신중절(낙태)에 대한 보건의료적 관점을 살펴보면 다음

1) 위키백과. [웹사이트]. (2018. 4. 3.). URL: <https://ko.wikipedia.org/>

2) MedlinePlus. [Website]. (2018. 4. 3.). Retrieved from <https://medlineplus.gov/ency/article/002912.html>

과 같이 요약될 수 있다. 첫째, 인공임신중절(낙태)은 여성의 몸에서 일상적으로 일어나는 일이므로 의료의 일환으로 접근해야 한다. 둘째, 안전한 인공임신중절(낙태)을 하기 위해 인공임신중절(낙태)이 합법화되어야 한다는 것이다. 인공임신중절(낙태)이 불법적으로 이루어짐에 따라 표준화되지 않고 안전한 진료를 하기 어렵다는 의견이다.

또한, 여성의 재생산권, 건강권, 자기결정권의 3가지 기본권을 중심으로 인공임신중절(낙태)을 살펴 볼 수 있다. 우선, 임신과 출산에 관련된 권리로 재생산권(reproductive right)을 살펴볼 수 있다. 재생산권은 재생산 건강(reproductive health)을 지킬 권리이다. 재생산 건강은 다음과 같이 정리될 수 있다(하정옥, 2017)

<표 2-1> 재생산 건강의 의미

재생산 건강은 육체적·정신적·사회적인 안녕의 상태로써 단지 질병이 없거나 허약하지 않음이 아닌 생식계 및 그 기능과 과정에 관련된 모든 것에서 안녕한 상태이다. 그러므로 재생산 건강은 사람들이 만족스럽고 안전한 성 생활을 할 수 있고 그들이 재생산 능력을 갖고 있고 언제 그리고 얼마나 자주 할 것인지를 결정할 자유가 있음을 의미한다. 이 마지막 조건에 함축된 것은 남성과 여성의 다음과 같은 권리이다: 그들이 선택한 자녀계획의 안전하고 효과적이고 감당할 수 있고 수용할 수 있는 방법에 대해 충분히 설명을 들을 권리와 그것에 접근할 권리, 그들이 선택한 출산력 조절의 법률에 반하지 않는 다른 방법은 물론이고, 자녀계획의 방법을 그들 선택에 따라 접근할 권리와 그리고 여성들이 안전하게 임신과 출산을 할 수 있도록 그리고 커플에게 건강한 신생아를 가질 최선의 기회를 보장하도록 적절한 건강관리 서비스에 접근할 권리이다.

자료: Cook R. J., Dickens B. M., & Fathalla M. F. (2003). *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. Oxford & New York: Oxford University Press. p. 12; 하정옥. (2017). 낙태에 대한 형사처벌의 시대착오: 건강권-사회권-인권 실천의 국제적 합의를 중심으로. *의료와 사회*, 8, 64-79. p. 72에서 재인용.

재생산과 관련된 논의는 1968년 테헤란 국제인권총회를 시작으로 1994년 카이로 국제인구개발회의와 1995년 북경 세계여성대회에 오면서 확대되고 발전되었다.

또한 우리나라가 1984년 비준하여 1985년부터 발효가 된 유엔여성차별철폐협약(Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women: CEDAW)에서도 재생산권에 관한 규정을 찾아볼 수 있다. 특히 제16조는 남녀평등의 기초 위에 ‘자녀의 수와 터울에 대해 자유롭고 책임감 있게 결정하고 이러한 권리를 행사할 수 있게 하는 정보, 교육, 기타 수단에 대해 접근할 수 있는 남녀의 동일한 권리(e향)’를 규정하고 있다.

<표 2-2> 유엔여성차별철폐협약(CEDAW) 제16조

<p>[ Article 16]</p> <p>1. States Parties shall take all appropriate measures to eliminate discrimination against women in all matters relating to marriage and family relations and in particular shall ensure, on a basis of equality of men and women:</p> <p>(a) The same right to enter into marriage;</p> <p>(b) The same right freely to choose a spouse and to enter into marriage only with their free and full consent;</p> <p>(c) The same rights and responsibilities during marriage and at its dissolution;</p> <p>(d) The same rights and responsibilities as parents, irrespective of their marital status, in matters relating to their children; in all cases the interests of the children shall be paramount;</p> <p>(e) The same rights to decide freely and responsibly on the number and spacing of their children and to have access to the information, education and means to enable them to exercise these rights;</p>
---

주: General Recommendation No. 21 (13th session, 1994) 내용임.

자료: United Nation. [Website]. (2018. 4. 9.). Retrieved from <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>

기본적으로 여성을 포함한 모든 국민의 건강권은 「헌법」에 의해 보장되는 권리이다. 「헌법」 제36조 제3항에 의거하여 여성은 국민으로서 보건에 관하여 국가로부터 보호받을 권리가 있다. 1995년 헌법재판소의 선고(헌재결 1995. 4. 20. 91헌바11)에서 “ 「헌법」 제36조 제3항이 규정하고 있는 국민의 보건에 관한 권리는 국민이 자신의 건강을 유지하는 데 필요한 국가적 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리를 말하는 것으로서, 국가는 국민의 건강을 소극적으로 침해하여서는 아니 될 의무를 부담하는 것에서 한걸음 더 나아가 적극적으로 국민의 보건을 위한 정책을 수립하고 시행하여야 할 의무를 부담한다는 것을 의미한다.”라고 하여 건강권에 대한 보호를 기본적인 권리로서 인정하고 있다.

<표 2-3> 「대한민국헌법」 제36조 제3항

모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.
-----------------------------

자료: 대한민국헌법. 헌법 제10호, 1987. 10. 29., 전부개정.

마지막으로 자기결정권은 일정한 개인적 사항에 관하여 스스로 결정할 수 있는 자의 적 권리로 「헌법」 제10조를 전제로 하는 권리이다.

<표 2-4> 「대한민국헌법」 제10조

모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다.

자료: 대한민국헌법. 헌법 제10호, 1987. 10. 29., 전부개정.

즉, 「헌법」 제10조에 의해 보장되는 ‘개인의 인격권과 행복추구권에 전제된 개인의 자기운명결정권’이며 이러한 자기운명결정권에는 성적(임신과 출산에 관한) 결정의 자유를 포함한다는 것이다(헌재결 2012. 8. 23. 2010헌바402; 헌재결 1990.9.10. 89헌마82).

한편, 종교계는 각 종교마다 인공임신중절(낙태)에 관한 관점이 조금씩 차이가 있으나, 대부분의 종교에서 인공임신중절(낙태)을 반대하고 있다. 가장 중요한 이유는 태아는 생명이 있는 존재로 생명권을 인정해야 한다는 것이며 이러한 내용은 각 종교의 교리서 또는 경전에 근거한다. 특히, 가톨릭(천주교, 이하 가톨릭)의 경우 교리서, 교황의 회칙, 생명의 복음 등 관련 문서에 의해 낙태를 강력하게 반대하고 있다. 특히, 가톨릭 교회 교리서 제2271~2272항에 의하여 낙태를 반대하고 있다.

<표 2-5> 가톨릭 교회 교리서 제2271~2272항

2271 교회는 1세기부터 모든 인위적 낙태를 도덕적인 악으로 단정하였다. 이러한 가르침은 변하지 않았으며, 불변하는 것으로 존속한다. 직접 낙태, 곧 목적이나 수단으로서 의도한 낙태는 도덕률의 중대한 위반이다. 생명의 주인이신 하느님께서 생명을 보존이라는 숭고한 직무를 인간에게 맡기시어 인간 품위에 알맞은 방법으로 이 직무를 수행하도록 하셨다. 그러므로 생명은 임신 순간부터 최대의 배려로 보호받아야 한다. 낙태와 유아 살해는 '흉악한 죄악'이다.

2272 낙태에 대한 분명한 협력은 중죄가 된다. 교회는 인간 생명을 거스르는 이 죄를 교회법적 벌인 파문으로 제재한다. “범죄 사실 자체로” 그리고 교회법으로 정해진 조건들에 따라, “낙태를 주선하여 그 효과를 얻는 자는 자동 처벌의 파문 제재를 받는다.” 이렇게 함으로써 교회가 자비의 영역을 제한하려는 것은 아니다. 교회는 이 범죄의 중대함과, 죽임을 당한 무고한 태아와, 그 부모와 그리고 사회 전체에 끼친 돌이킬 수 없는 손실을 표명하고자 하는 것이다.

자료: 한국천주교주교회의. (2011). 가톨릭 교회 교리서(제2판 6쇄). 서울: 한국천주교중앙협의회.

천주교에서는 낙태를 수술한 사람, 낙태 당사자, 그리고 낙태를 종용하고 관계된 사람은 즉시 교회법상 과문제재를 받게 되며, 가톨릭 교회의 성사예식에도 참여할 수 없다. 가톨릭 신자들이 낙태 허용 법안을 공개적으로 지지하거나 낙태 허용 시위에 참가하거나, 낙태 허용 법안에 찬성투표를 던지는 것 역시 엄격히 금지되고 있으며, 실제로 공개적으로 낙태 합법화를 지지한 가톨릭신자 정치인이 교회법 915조에 근거하여 영성체를 금지당하기도 했다. 1995년 교황청에서 발표한 교황회칙 <생명의 복음>에 의하면 낙태는 윤리적인 무질서이며 안락사와 더불어 어떠한 인간의 법도 그것을 정당화할 수 있다고 주장할 수 없는 범죄라고 규정한 바 있다. 천주교에서는 수정란부터 영혼이 깃들어 생명으로서의 존엄을 갖추므로 배아(수정란)는 단순한 세포가 아닌 엄연한 하나의 인격체인 인간이라고 보고 있다.

정교회는 교회법, 고백성사 지침, 공식적 윤리 교육 내의 가르침에 근거하여 낙태를 살인의 하나로 보고 있다. 개신교의 경우 교파에 따라 의견의 차이가 있을 수 있으나 근본적으로는 낙태를 반대하고 있고 실제로 많은 개신교 교단에서 낙태 반대 및 생명운동에 참여하고 있다. 이슬람교의 경우 120일 후(4개월)에 하나님이 생명을 불어넣어 준다고 믿기 때문에 4개월 미만의 낙태는 허용되는 반면, 4개월 이후 태아는 생명이 있는 사람이므로 낙태뿐만 아니라 과실로 인한 유산도 살인으로 보고 있다. 유대교의 경우 산모의 생명이 위급한 경우 낙태를 허용한다. 불교의 경우 기본적으로 살생을 금하기 때문에 낙태에 반대한다. 다만 불교는 종파마다 다르며 낙태에 적용되는 규정이 따로 존재하지 않고 낙태 또는 유산된 아기의 혼을 위로하는 종교 의식이 존재한다. 즉, 종교마다 생명을 존중하는 기본 교리는 동일하나 생명의 시작 시점을 보는 관점, 생명의 우선순위 등에 관해 차이가 있고 이에 따라 인공임신중절(낙태)에 대한 입장이 다르다고 볼 수 있다.

인공임신중절(낙태)과 관련된 논의는 오랫동안 계속되어 왔지만, 특히 2000년 말에 관련 쟁점이 두드러지면서 더 큰 사회의 관심을 받게 되었다. 2000년 말부터 현재까지 쟁점이 되었던 내용을 중심으로 시간의 흐름에 따라 살펴보고자 한다. 우선, 2008년 12월에 진오비(진정으로 산부인과를 걱정하는 의사들 모임)가 출범하였다.

2009년 10월, 진오비에서 ‘불법 낙태 근절 대국민 성명서 발표’와 ‘양심선언’ 등을 발표하였다. 2009년 11월에 대통령 주재 ‘제1차 저출산 대응 전략회의’에서 저출산 대책의 일환으로 낙태 줄이기 캠페인을 채택하였다. 2009년 12월, 진오비 회원들이

주축인 낙태근절운동본부는 프로라이프의사회로 이름을 바꾸고 “두려워 마십시오. 저희 의사들이 당신을 돕고 당신의 아기를 지킬 것입니다.”라는 표어를 제시하였다. 한편, 2009년 12월에 「모자보건법」 일부개정법률안을 성윤환 의원이 대표발의하였다. 해당 개정안에서는 낙태 허용 사유를 그대로 두고 요건을 더 엄하게 규정하였다. 「모자보건법」 제14조 1항의 인공임신중절(낙태) 수술의 경우 수술의사 외의 다른 의사의 서면 증명을 전제하는 등 조건을 보다 엄격하게 제한하고 있다.

2010년 1월 1일부터 불법 낙태 수술 병원 정보를 제보받기 시작한 프로라이프의사회는 2월 23일 불법 낙태 수술 병원 세 곳을 형사 고발하였고, 3월 1일 보건복지가족부는 ‘불법 인공임신중절예방 종합대책’을 발표하였다. 이에 3월 5일에는 낙태에 반대하는 24개 여성·진보단체들이 ‘여성의 임신·출산 및 몸에 대한 결정권 선언’을 하였다. 3월 24일 프로라이프의사회는 ‘2010 태아 살리기 범국민대회’를 주최하였다. 한편, 4월 12일에는 홍일표 의원이 「모자보건법」 일부개정법률안을 대표발의하였는데, 여기에는 임신중절수술 허용 사유에 임신한 날로부터 12주 이내에 한하여 대통령령으로 정하는 사회경제적인 사유를 추가하자는 것이 주된 내용이다.

2017년 9월 28일, 11개의 여성단체 연대체인 ‘모두를 위한 낙태죄 폐지 공동행동’이 발족되었다. 9월 30일 “낙태죄 폐지와 자연유산 유도약(미프진) 합법화 및 도입을 부탁드립니다.”는 청원이 청와대 게시판에 올라왔고 10월 30일 마감까지 답변 기준인 20만 명을 넘어섬에 따라 11월 26일 청와대가 낙태죄 폐지 청원과 관련, 7년간 중단됐던 정부의 ‘임신중절 실태조사’를 재개하는 한편 헌법재판소에서 위헌심판이 진행 중인 만큼 사회적·법적 논의가 이뤄질 것이라는 입장을 밝혔다. 12월 14일 생명윤리학, 철학, 신학, 사회학, 사회복지학, 간호학, 의학 등 학계의 연구자 115명으로 구성된 낙태죄 폐지를 바라는 ‘생명윤리학·철학·신학 연구자연대’에서는 “낙태 반대만이 생명윤리에 부합하는 것은 아니다. 생명윤리 관련 연구자로서 낙태죄의 폐지에 찬성한다.”, “낙태가 생명윤리의 관점에서 문제가 있다고 주장하는 것과, 이를 국가의 법률 조항에 넣어서 모든 낙태를 일괄적으로 규제하고 처벌해야 한다고 주장하는 것은 엄연히 다르다.”, “이미 낙태를 통해 충분한 고통을 받고 있는 여성을 형법으로 단죄하여 얻을 수 있는 실익이 없으며, 이는 여성에게만 가혹한 불공정한 일이고, 또 낙태를 불법으로 단죄하는 것만이 유일한 바람직한 길이 아니라는 데 모두 동의할 뿐이다.”라는 의견을 제시하며 향후 활발한 연구와 논의를 통해 “낙태와 관련된 사회적 논의가 보다 성숙해지



고, 나아가 제도적인 개선의 결실로 이어져, 이로 인해 커다란 심신의 고통을 겪은 수많은 여성들이 처벌의 공포와 죄의식이라는 이중 삼중의 굴레에서 해방되기를 진심으로 기대하는 바이다.”라는 내용의 성명을 발표하였다.

2018년 3월 22일, 천주교에서는 낙태죄 폐지에 반대하는 100만 9천 577명의 서명이 담긴 서명지와 낙태죄 조항의 위헌 여부를 묻는 헌법소원을 기각해 달라는 탄원서를 헌법재판소에 전달했다. 천주교 주교회의 의장인 김희중 대주교는 “낙태는 태중의 무고한 생명을 직접적으로 죽이는 일이며, 어떤 이유로도 정당화될 수 없으므로 낙태죄 폐지를 강력히 반대한다.”고 의견을 제시하였다. 이어 7월 7일 ‘모두를 위한 낙태죄 폐지 공동행동’에서는 낙태죄 폐지 퍼레이드를 진행하였다. 한편, 5월 24일에는 낙태를 처벌하는 「형법」 조항(제269조, 제270조)의 위헌 여부를 가리는 공개변론이 진행되었다. 같은 날 오전 낙태반대운동연합, 생명운동연합, 프로라이프교수회, 한국기독교생명윤리협회 등으로 구성된 ‘낙태법 유지를 바라는 시민연대’는 기자회견을 열어 ‘낙태죄 폐지’를 반대한다는 주장을 하였다. 이어 ‘모두를 위한 낙태죄 폐지 공동행동’ 등 ‘낙태죄 폐지’를 주장하는 단체가 기자회견을 통해 “위헌 판결은 생명에 대한 책임을 여성에게만 전가해온 역사를 성찰하고, 국가와 사회가 헌법에서 보장되는 생명권, 행복추구권, 자기결정권을 누구에게나 평등하게 보장할 수 있는 시대로 나아가기 위한 시작이 될 것”이라고 주장하였다.

## 제2절 인공임신중절(낙태) 관련 현행법 고찰

### 1. 현행법

현행 「모자보건법」은 1973년 5월 10일 발효되었다. 법률의 목적은 “모성 및 영유아 생명과 건강 보호와 건전한 자녀 출산과 양육 도모를 통해 국민보건 향상을 하기 위함이다(제1조)”. 이 법률은 특히 제14조에 인공임신중절수술의 조건과 그에 따른 정당화 규정을 두고 있다. 낙태 행위는 1953년 제정된 「형법」 제269조와 제270조에 의해 처벌된다. 「모자보건법」 제14조는 「형법」의 적용을 배제시키는 위법성조각사유 내지 정당화사유로 이해되고 있다. 이 규범 구조는 법이론적으로 볼 때 정상적인 것은 아니다.

그 이유는 형법이론상 정당화사유는 「형법」의 주요 이론변화 과정에서 등장하기 때문이다. 즉, 범죄적 징표(구성요건해당성)로 볼 수 있지만, 다른 법률들 내지 특정한 법적권한을 인정할만한 상황(사회상규적합성 등)에 속하면 처벌을 하지 않는다. 이론 형식이 형성된 시기에서 형벌권은 국가의 주요 기능처럼 여겨졌다. 근대로 오면서 형벌권은 국가에게 독점되는 권한이라기보다는 사회공동체가 일정한 가치(규범)를 존중하기 위하여 준수하는 규칙처럼 여겨진다. 이 경우 정당화사유는 처음부터 국가의 형벌권으로 개입할 수 없는 어떤 것이 된다. 요컨대 「형법」에서 정한 낙태 금지는 「헌법」이 명령하는 시민의 생명권보호(제10조 후문)를 실현하기 위한 최소한의 규칙이고, 「모자보건법」 제14조는 「형법」 제269조 내지 제270조의 정당화사유들을 정한 규칙인 것이다.

## 2. 개념의 문제

### 가. 태아

사전적 의미에서 ‘태아’란 ‘어머니 배 속에 있는 아이’이다. 의학적으로는 수정 후 단계를 전배아 내지 배아(embryo)로 부르고, 태아기(fetal period)는 정확하지는 않지만 수정 후 9주 정도 후부터 출생 전으로 분류한다. 과학적으로 볼 때 태아는 수정 후 9주가 지나야 생성된다. 그러나 이 개념은 과학적 필요에 따라 발생학적으로 구분한 것이고 우리 대법원은 이미 1966년 낙태죄 선고<sup>3)</sup>에서부터 태아개념을 법적-규범적 개념으로 판단한다.

법이론에 따라 파악할 때 수정 후 출생까지 명확한 구분점(Zäsur)이 없는 한 소위 잠재성 논증과 연속성 논증으로만 태아의 법적 지위를 설명할 수 있다. 잠재성 논증(Potentialitätsargumentation)이란 수정 이후부터 출생까지 태아는 모두 인간으로서의 잠재성을 갖춘 존재이므로 인간과 동일하게 존중한다는 주장이다. 이 주장은 독일 연방헌법재판소의 1975년 판결에서 확립된다.<sup>4)</sup> 이와 함께 – 견해 차이는 있지만 –

3) 대법원. 1966. 9. 6. 선고 66도1005 판결.

4) BVerfGE 39,1; 국내 문헌으로는 배인구. (2012). 독일 낙태죄 규정에 대한 독일 연방헌법재판소 판결. 김찬진, 이영애, 심상덕, 최안나, 박수현, 김현철, ... 군나 두트게. (2012). 초기 인간생명 보호를 위한 제언 (pp. 235-254). 서울: 세창출판사. p. 243 이하 참조.

「민법」의 기대이익권을 근거로 태아의 법적 권리를 인정한다.<sup>5)</sup> 우리 「민법」에서 태아의 법적권리는 제858조 인지권, 제762조 손해배상청구권, 제1000조 제3항에 따라 상속권을 가질 수 있다. 단, 우리 법상 태아는 살아서 출생하여야만 하는 소위 정지조건부 권리주체로 인정된다. 이와 달리 연속성 논증(Kontinuitätsargumentation)은 같은 종으로서 개체의 연속적 지위를 인정하여 태아를 인간과 같은 또는 유사한 법적 보호대상으로 보는 관점이다.<sup>6)</sup> 이 관점은 독일 연방헌법재판소의 제2차 낙태죄 위헌결정에서 확립된다. 법적 논증에서 잠재성 논증과의 차이점은 태아를 자연과학적으로 중단없는 생명 현상으로 인정하여 법적 지위를 평가한다는 점이다. 연속성 논증은 종족주의(Speziesismus)를 근거로 하며, 같은 종으로서 동일한 생명이해를 가진다는 견해에 따른다.<sup>7)</sup> 두 논증은 약간 차이가 있지만 국가의 태아 생명보호 의무에 직접적인 법률 근거를 마련한다. 잠재성 논증에 따를 때 태아는 수정에 의해 인간으로 발전하는 존재이고, 연속성 논증에 따를 때는 태아는 이미 수정 후부터 인간으로서 출생단계 전의 존재로 볼 수 있다.

## 나. 낙태

1973년에 제정된 「모자보건법」은 제14조에 인공임신중절 수술 허용을 규정하고 있다. 반면 1954년 제정된 「형법」은 제269조 내지 제270조에서 낙태를 금지하고 있다. 낙태와 인공임신중절은 같은 의미이지만 「모자보건법」에서는 인공임신중절을, 그리고 「형법」에서는 낙태로 표현한다. 사전적 의미에서 볼 때 낙태는 태아가 ‘자연적 출산 시기 이전에 죽어서 나오는 유산’(인공유산과 자연유산을 포함)을 의미하고, 다른 의미로는 ‘자연 분만 시기 이전에 태아를 모체에서 분리하는 일 또는 그 태아’라고 정의한다. 임신중절수술은 ‘태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 시기에 인위적으로 모체 밖으로 배출 시키는 수술’이다. 두 개념은 완전히 같지 않다. 사전적으로 낙태의 두 번째 의미와 임신중절수술이 유사하다. 임신중절수술이 자연적으로 실행될 가능성은 없

5) Kloepfer, M. (2002). Humangenetik als Verfassungsfrage, JZ, 417(420); 비판적으로는 Seelmann, K. (2004). Haben Embryonen Menschenwürde? Überlegungen aus justischer Sicht, in: Kettner(Hrsg.), Biomedizin und Menschenwürde (pp. 63-80). Berlin: Suhrkamp 참조.

6) BVerfGE 88, 203.

7) Zschiegner, A. (2011). Die dogmatische Einordnung der beratungsgebundenen Fristenlösung gem § 218 a Abs. 1 StGB, uni-edition. p. 35.

어 보이므로 인공임신중절과 임신중절수술, 인공임신중절수술은 같은 개념으로 볼 수 있다.

「형법」에서 낙태라는 개념을 사용하는 이유는 분명하지는 않다. 추측할 수 있는 것은 입법자들이 1953년 「형법」 제정을 하면서 통용되던 언어적 표현방식에 따라 제269조와 제270조에 해당하는 금지 행위를 낙태라고 명명했을 가능성이 있다. 태아에 대한 다른 표현이 없고, 낙태 행위는 태아의 사망을 결과하는 경우가 많기 때문에 낙태라는 단어는 금지적 속성을 강조하기 위한 사용에 속할 수 있다. 「모자보건법」에서 낙태가 아닌 인공임신중절 또는 인공임신중절수술을 선택한 이유는 아마도 낙태 개념의 부정적인 요인을 중립화하여 임신중절이라는 기술적 의미를 구성하려고 한 듯하다. 외국어 어원에서도 유산이라는 의미의 라틴어 동사 *aboriri*와 명사형 *abortio*에서 나온 *abortion*과 임신의 중단이라는 의미의 *termination of pregnancy*를 사용한다. *aboriri*는 박탈한다는 의미의 *ab*과 서다라는 의미의 *orio*의 결합단어로 의미적으로는 서지 못하게 한다, 즉 태어나지 못하게 한다는 낙태와 같은 의미로 볼 수 있다. 독일어의 낙태는 *Abtreibung/Entfruchtung*이며, 이 단어는 의미론적으로 영어의 *abortion*과 동일하다. 독일은 「형법」에서 중립적인 단어인 *Schwangerschaftsabbruch*(임신중단)을 사용한다. 독일도 우리말의 낙태라는 의미의 *Abtreibung*을 「형법」에서 사용하고 있었다. 1974년 「형법」 개정으로 오늘날과 같은 중립적인 임신중단(*Schwangerschaftsabbruch*) 단어를 유지한다.<sup>8)</sup>

일본의 경우 「형법」 제212조 이하에 우리와 같은 단어인 낙태로 규정하고 있다. 반면 1948년에 제정된 「우생보호법」은 「형법」상 낙태를 ‘인공임신중절’로 표현한다. 우생학에 대한 자국 내 비판으로 1996년 「모체보호법」으로 개정된 후에도 이와 같은 낙태와 인공임신중절(낙태) 개념의 이원적인 사용은 계속되고 있다. 우리의 현실은 일본 「형법」과 유사하다고 평가된다. 「형법」은 낙태를, 그리고 「모자보건법」에서는 임신중절로 규정하는 것은 법률의 입법 시기나 목적에 따라 이해될 수는 있지만, 임신중절 내지 임신중단 등의 중립적인 개념으로 통일시키는 것이 합리적일 수 있다. 한걸음 더 나아가간다면 중절(中絶)이라는 단어보다 적합한 단어를 찾는 노력도 필요하다. 그 이유는

8) Gropp. W., Vor §§ 218ff, MK, p. 745 이하. 독일의 경우는 1933년 나치스에 의한 「형법」 개정에서 기존의 낙태행위에서 과실범 규정을 두지 않았던 것을 변경하여 과실낙태죄와 낙태예비죄까지 처벌하기도 하였음. 그 이유는 낙태가 독일 민족의 생명력(*Lebeskraft des deutschen Volkes*)을 침해하는 범죄로 여겼기 때문이다.

중절이란 단어는 실제 생활에서 잘 사용되지 않으며, 중단이나 중지보다도 이질적이기 때문이다. 본 과제에서는 가급적 인공임신중절(낙태)이라는 단어를 중심으로 기술하도록 한다.



# 제 3 장

## 국외 사례

제1절 인공임신중절(낙태) 관련 규정

제2절 개별국가의 인공임신중절(낙태) 관련 상담절차





## 제1절 인공임신중절(낙태) 관련 규정

### 1. UN Abortion Policies<sup>9)</sup>

1994년 카이로에서 열린 ICPD (International Conference on Population and Development) 국제행동계획은 ‘재생산 건강(reproductive health)’은 생식 시스템과 그 기능, 과정의 안녕과 관계된 모든 것으로 개략적으로 정의하였다. 모든 성관계는 강압적이지 않고 감염이 없으며, 모든 임신은 의도된 임신이어야 하고, 모든 출산은 건강해야 한다고 보았다. 때문에 국제행동계획은 모든 부부·연인(couples)과 개인은 자녀에 대한 수, 터울과 시기 선택(timing)에 대한 자율적이고 책임감 있게 결정할 수 있는 권리, 자녀계획방법에 대한 안전하고 효과적이며 적절하고 수용할 수 있는 정보에 대한 접근성 권리, 건강하고 안전한 임신과 출산을 위한 적절한 보건서비스(health-care) 이용에 대한 권리를 강조하였다.

이러한 측면에서 국제행동계획은 안전하지 않은 인공임신중절(낙태)에 대한 예방과 관리의 중요성, 법률에 위반되지 않는 안전한 인공임신중절(낙태)에 대한 서비스 제공, 원치 않는 임신 예방에 대한 정부의 우선순위 설정 등을 강조했다. 특히, 모든 정부와 관련 기관은 안전하지 않은 인공임신중절(낙태)을 공중보건위제로 다루고, 모든 경우에 있어 여성들은 인공임신중절(낙태)로 인한 합병증 관리에 대한 양질의 서비스를 받아야 함을 권고했다. 이에 많은 정부들은 인공임신중절(낙태)에 대한 법률을 개정하고, 안전한 인공임신중절(낙태) 서비스와 사후관리 서비스 제공 등 관련된 다양한 프로그램을 제공·강화하였다.

9) United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.X III.11. 일부 내용을 번역·정리함.

## 가. 인공임신중절(낙태) 허용 정도에 대한 개괄<sup>10)</sup>

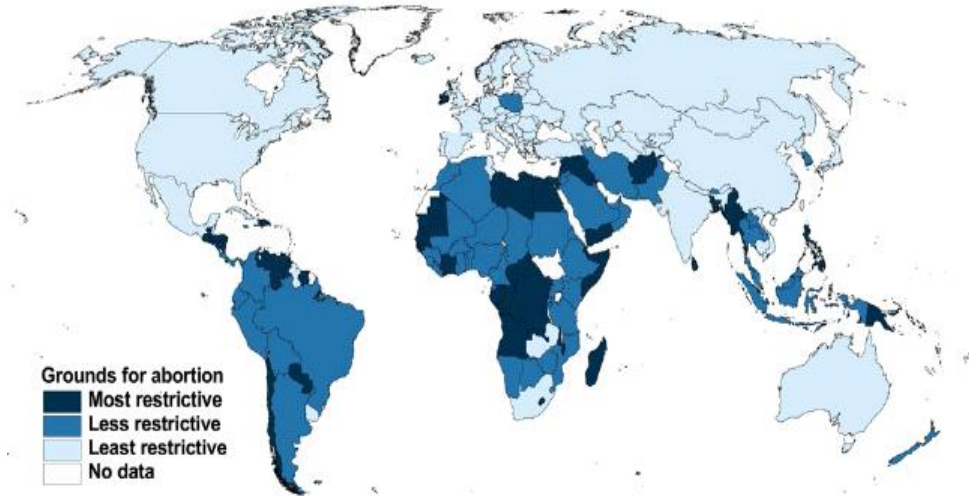
2013년 기준, 전 세계 국가의 97%는 여성의 생명을 보호하기 위한 인공임신중절(낙태)을 허용하고 있다.<sup>11)</sup> 이 중 2/3는 여성의 신체적 또는 정신적 건강이 위태로울 때 인공임신중절(낙태)이 허용되며, 강간·근친상간 또는 태아의 장애에 의한 허용은 절반 정도의 국가만 해당된다. 그 밖에 1/3의 국가들은 경제적·사회적 사유와 본인의 요청에 의한 인공임신중절(낙태)을 허용하고 있다. 반면, 칠레, 도미니카공화국, 엘살바도르, 바티칸시국, 몰타, 니카라과는 어떠한 경우에도 인공임신중절(낙태)을 허용하지 않는다.

이를 지리적으로 살펴보면, 인공임신중절(낙태) 정책은 오세아니아에서 가장 제한적이었고, 아프리카와 라틴 아메리카, 카리브해 지역이 그 뒤를 이었다. 반면, 유럽과 북아메리카는 상당히 완화되고 자유로운 입장으로 북아메리카와 유럽의 73% 정부들은 본인의 요청에 의한 인공임신중절(낙태)을 허용하고 있다( [그림 3-1] 참조). 그러나 전 세계 국가와 인구에 대한 인공임신중절(낙태) 정책의 제한(또는 완화) 비율은 상당히 다르게 나타나는데, 2013년을 기준으로 경제적·사회적 사유에 대해 인공임신중절(낙태)을 허용하는 국가 비율은 36%인데 반해 이들이 차지하는 전체 인구 비율은 61%에 이른다( [그림 3-2] 참조).

10) 인공임신중절(induced abortion) 통계적 수치에 관한 정확한 정보를 얻기는 현실적으로 어려운 측면이 있음. 특히 인공임신중절(낙태) 정책이 제한적인 국가들에게서 그러하며, 인공임신중절(낙태)을 폭넓게 허용하는 일부 국가들에서는 공식적인 통계가 수집되고, 정확도 등에서도 어느 정도 수용 가능하지만, 제한적 입장을 취하는 일부 국가들의 통계 수치들은 일반적으로 이용이 불가하거나 자료가 매우 불완전하기 때문임. 또한 사적으로(privately) 행해지는 인공임신중절(낙태)은 보고되지 않거나 일부 국가에서는 자연유산(spontaneous abortion)을 인공임신중절(낙태)에 포함시켜 보고하기도 때문에 이용에 있어 일부 한계가 있으며, 이에 대해 유의할 필요가 있음.

11) 여기서 포함하는 국가는 197개국으로 United Nations에 가입한 193개국과 바티칸 시국(Holy See), 팔레스타인, 쿡제도(Cook Islands), 니우에(Niue)가 해당됨.

[그림 3-1] 인공임신중절(낙태) 법적 허용 정도에 대한 유형별 분포 (2013년)



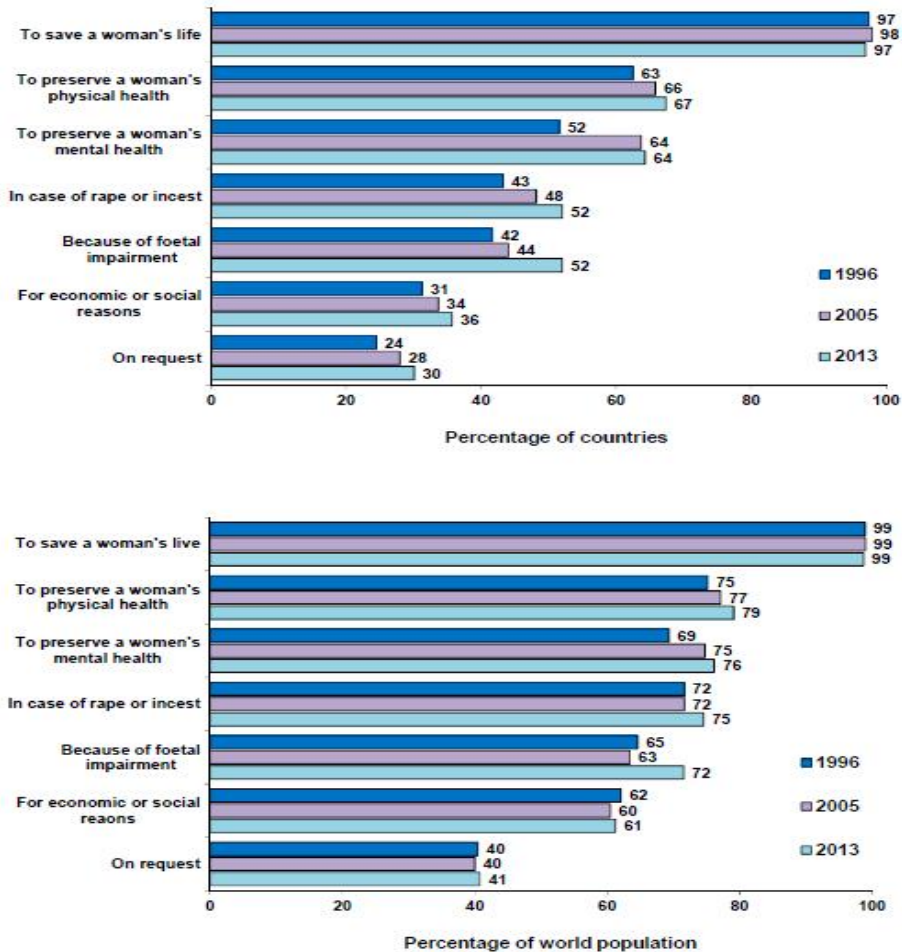
- 주: 1) Most restrictive: 여성의 생명 보호에 대해서만 허용 또는 인공임신중절(낙태) 미허용.  
 2) Less restrictive: 여성의 신체적·정신적 건강 보호, 강간 또는 근친상간, 태아의 장애에 대해 허용.  
 3) Least restrictive(or liberal): 경제적·사회적 사유 또는 본인에 요청에 의한 허용.  
 4) 각 지도의 경계는 UN의 공식적인 승인에 의한 것은 아님.

자료: United Nations, World Population Policies Database (2013 Revision); United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11. p. 5에서 일부 재인용.

점차 많은 국가들에서 인공임신중절(낙태)에 대한 법적 허용 사유가 확대되고 있지만, 제한적인 정책 입장을 유지하고 있는 국가도 상당수이다. [그림 3-2]에 따르면, 1996~2013년 사이에 ‘여성의 생명 보호’를 제외한 다양한 허용 사유들이 확대되었는데, ‘여성의 신체적 건강’은 63%에서 67%로, ‘정신적 건강’은 52%에서 64%, ‘강간 또는 근친상간’은 43%에서 52%, ‘태아의 장애’는 41%에서 52%로 증가했다. ‘경제적·사회적 사유’ 및 ‘본인의 요청’ 역시 31%, 24%에서 36%, 30%로 각각 증가하였다. 그럼에도 불구하고 여전히 많은 국가들은 제한적 입장을 취하고 있는 비율이 상당하며, 동일 기간(1996~2013) 내 8개국<sup>12)</sup>은 법적 허용 사유를 축소하기도 하였다.

12) 라틴 아메리카 및 카리브해 3개국, 아프리카 2개국, 아시아 2개국, 오세아니아 1개국

[그림 3-2] 인공임신중절(낙태) 법적 허용 정도에 대한 변화 (1996~2013년)



자료: United Nations. World Population Policies Database (2013 Revision); United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11. p. 4에서 재인용.

<표 3-1>은 인공임신중절(낙태) 허용 사유의 변화를 개발정도별·지역별로 보다 상세히 정리한 표이다. 앞서 살펴본 바와 같이 1996년 이후, 인공임신중절(낙태)의 법적 허용 사유는 전 세계적으로 확대되고 있는 추세이나, '경제적 또는 사회적 사유', '본인의 요청'과 같은 사유에 대해서는 상당수의 국가들이 허용하지 않고 있으며, '모체의 생명 보호'에 대해서만 대다수의 국가들이 인공임신중절(낙태)을 허용하고 있다. 인공임신중절(낙태)을 허용하는 사유의 국가 비율은 대체로 '모체 생명 보호', '모체의 신체

적 건강’, ‘모체의 정신적 건강’, ‘강간 또는 근친상간’, ‘태아의 장애’, ‘경제적 또는 사회적 사유’, ‘본인 요청’의 순으로 높았다.

한편, 각 국가들의 개발정도를 기준으로 인공임신중절(낙태) 허용 정도를 보면, 최빈 개발도상국 → 개발도상국 → 선진국의 흐름으로 그 범위가 넓어짐을 알 수 있다. ‘경제적 또는 사회적 사유’, ‘본인 요청’을 기준으로 볼 때, 최빈개발도상국은 각각 6.3%(3개국), 4.2%(2개국)인데 반해 개발도상국은 각각 20.4%(30개국), 16.3%(24개국), 선진국은 81.6%(40개국), 71.4%(35개국)로 나타났다. 지리적으로는 북아메리카가 모든 사유에 대해 허용하고 있었으며, 그 다음으로 유럽, 아시아 순이었다. 다른 지역의 경우, 허용 사유별로 일부 순서의 변동이 있으나 ‘경제적 또는 사회적 사유’, ‘본인 요청’을 기준으로 할 때, 라틴아메리카 및 카리브해가 각각 21.2%(7개국), 12.1%(4개국)으로 가장 많았고, 아프리카가 7.5%(4개국), 5.7%(3개국)으로 가장 적었다[오세아니아 12.5%(2개국), 6.3%(1개국)]. 인공임신중절(낙태) 허용을 불가하는 국가는 라틴아메리카 및 카리브해 지역이 가장 많았다.

〈표 3-1〉 개발정도별·지역별 인공임신중절(낙태) 법적 허용 정도 현황 (1996~2013년)

(단위: %, 개국)

구 분	모체 생명 보호	모체의 신체적 건강	모체의 정신적 건강	강간 또는 근친 상간	태아의 장애	경제적 또는 사회적 사유	본인 요청	허용 불가	전체 (국가 수)
전체									
1996	187	120	99	83	80	60	47	5	192
2005	189	127	123	93	85	65	54	4	193
2013	190	132	126	102	102	70	59	6	196
선진국									
1996	45	42	41	39	39	36	28	3	48
2005	46	42	41	40	40	37	32	2	48
2013	47	43	42	42	42	40	35	2	49
개발도상국									
1996	142	78	58	44	41	24	19	2	144
2005	143	85	82	53	45	28	22	2	145
2013	143	89	84	60	60	30	24	4	147
최빈개발도상국									
1996	49	18	11	5	5	3	1	0	49
2005	49	24	21	10	10	4	3	0	49
2013	48	24	22	13	14	3	2	0	48
아프리카									
1996	53	25	16	13	11	4	2	0	53
2005	53	31	29	17	16	4	3	0	53
2013	53	33	30	20	21	4	3	0	53

### 34 인공임신중절 실태조사

구 분	모체 생명 보호	모체의 신체적 건강	모체의 정신적 건강	강간 또는 근친 상간	태아의 장애	경제적 또는 사회적 사유	본인 요청	허용 불가	전체 (국가수)
아시아									
1996	46	30	26	22	24	17	15	0	46
2005	46	31	28	23	24	19	17	0	46
2013	48	32	30	25	28	19	17	0	48
유럽									
1996	40	37	36	34	35	32	26	3	43
2005	41	37	37	35	36	33	29	2	43
2013	42	38	38	37	38	36	32	2	44
라틴아메리카 & 카리브해									
1996	31	17	11	10	6	4	2	2	33
2005	31	17	18	13	5	5	2	2	33
2013	29	19	18	14	10	7	4	4	33
북아메리카									
1996	2	2	2	2	2	2	2	0	2
2005	2	2	2	2	2	2	2	0	2
2013	2	2	2	2	2	2	2	0	2
오세아니아									
1996	15	9	8	2	2	1	0	0	15
2005	16	9	9	3	2	2	1	0	16
2013	16	8	8	4	3	2	1	0	16

자료: United Nations. World Population Policies Database (2013 Revision); United Nations. (2014).  
Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication,  
Sales No. E.14.XIII.11. p. 17에서 재인용.

<표 3-2>는 OECD 회원국의 인공임신중절(낙태) 허용 사유 및 인공임신중절률에 대한 내용이다. 2018년 기준 36개 OECD 회원국 중 25개국(69.4%)은 ‘본인 요청’까지 7개 사유에 전체에 대해 인공임신중절(낙태)을 허용하고 있다. ‘본인 요청’을 제외한 ‘경제적 또는 사회적 사유’까지 허용하는 국가는 아이슬란드, 룩셈부르크, 핀란드로 OECD 회원국의 대다수는 인공임신중절(낙태)에 대해 완화된 입장을 취하고 있다. 제일 보수적 입장을 취하는 국가는 칠레(허용 불가)였다. 아일랜드 역시 ‘모체의 생명 보호’를 제외한 모든 사유를 허용하지 않고 있지만, 2018년 5월 국민투표를 통해 낙태 금지를 규정한 「헌법」 규정 폐지가 결정된 상태로 향후 입법화 과정을 거치면서 허용 사유 범위는 변동될 것으로 보인다. 한국의 경우, ‘경제적 또는 사회적 사유’와 ‘본인 요청’은 법적으로 인공임신중절(낙태) 허용 사유에 해당되지 않는다. 하지만, 국가별 허용 정도와 인공임신중절률 간에는 특정한 경향이 보이지는 않는다.<sup>13)</sup>

13) 특히, 각국의 인공임신중절률은 수치의 취합연도가 상이하고, 특정 국가들은 45세 이상 여성, 다른 국가의

〈표 3-2〉 OECD 회원국 인공임신중절(낙태) 허용 사유 및 인공임신중절률

(단위: 1,000명당 건수)

국가명	모체 생명 보호	모체의 신체적 건강	모체의 정신적 건강	강간 또는 근친상간	태아의 장애	경제적 또는 사회적 사유	본인 요청	인공임신 중절률 (15~44세)
1. 캐나다	○	○	○	○	○	○	○	12.1('12)
2. 미국	○	○	○	○	○	○	○	11.8('15)
3. 영국	○	○	○	×	○	○	×	13.0*('15)
4. 덴마크	○	○	○	○	○	○	○	15.5('10)
5. 아이슬란드	○	○	○	○	○	○	×	12.0*('13)
6. 노르웨이	○	○	○	○	○	○	○	12.0*('15)
7. 터키	○	○	○	○	○	○	○	3.9('11)
8. 스페인	○	○	○	○	○	○	○	9.0*('14)
9. 포르투갈	○	○	○	○	○	○	○	9.0('12)
10. 프랑스	○	○	○	○	○	○	○	15.0*('15)
11. 아일랜드	○	×	×	×	×	×	×	-
12. 벨기에	○	○	○	○	○	○	○	9.3('11)
13. 독일	○	○	○	○	○	○	○	7.2('12)
14. 그리스	○	○	○	○	○	○	○	7.3('08)
15. 스웨덴	○	○	○	○	○	○	○	18.0*('15)
16. 스위스	○	○	○	○	○	○	○	5.0*('14)
17. 오스트리아	○	○	○	○	○	○	○	1.4('00)
18. 네덜란드	○	○	○	○	○	○	○	8.0*('14)
19. 룩셈부르크	○	○	○	○	○	○	×	-
20. 이탈리아	○	○	○	○	○	○	○	9.4*('12)
21. 일본	○	○	×	○	×	○	×	10.4('08)
22. 핀란드	○	○	○	○	○	○	×	8.0*('15)
23. 오스트레일리아	○	○	○	○	○	○	○	10.6('13)
24. 뉴질랜드	○	○	○	○	○	×	×	12.0*('15)
25. 멕시코	○	○	○	○	○	○	○	0.7('12)
26. 체코	○	○	○	○	○	○	○	10.5('12)
27. 헝가리	○	○	○	○	○	○	○	14.0*('14)
28. 폴란드	○	○	○	○	○	×	×	0.1('12)
29. 한국	○	○	○	○	○	×	×	15.8('10)
30. 슬로바키아	○	○	○	○	○	○	○	8.0*('14)
31. 칠레	×	×	×	×	×	×	×	0.5('05)
32. 슬로베니아	○	○	○	○	○	○	○	10.4('12)
33. 이스라엘	○	○	○	○	○	×	×	12.5('12)
34. 에스토니아	○	○	○	○	○	○	○	17.0*('15)
35. 라트비아	○	○	○	○	○	○	○	15.0('12)
36. 리투아니아	○	○	○	○	○	○	○	9.2('12)

주: 1) OECD 회원국은 2018년 리투아니아 가입으로 현재 36개국임.

2) 아일랜드의 경우, 2018년 5월 국민투표를 통해 낙태 금지를 규정한 「헌법」 규정 폐지가 결정된 상태로 임신 12주 이내 수술은 제한을 두지 않고, 12~24주 사이엔 특정 사유에 대해 낙태를 허용하는 법안을 제출할 예정임: BBC 뉴스 [웹사이트]. (2018. 5. 29.) URL: <https://www.bbc.com/korean/news-44269487>. 한편, 국제적으로 보고되는 인공임신중절률은 산출되고 있지 않으나, 보조 수치로서 영국에서 인공임신중절을 받은 아일랜드 여성의 인공임신중절률은 보고되고 있음 [3.2('16)]: U.K., Department of Health. (2017). Abortion Statistics, England and Wales: 2016. Overview of Irish Abortion. Retrieved from [www.secondlookproject.ie/main/wp-content/uploads/2017/12/2017-stats.pdf](http://www.secondlookproject.ie/main/wp-content/uploads/2017/12/2017-stats.pdf)

3) 인공임신중절률은 만 15~44세 여성 천명 당 인공임신중절 건수를 의미하며, \*는 만 15~49세 인공임신중절률을 뜻함.

거주자 여성 등의 수치가 포함되었기 때문에 표면적인 비교는 한계가 있으며 해석에 유의해야 함.

### 36 인공임신중절 실태조사

자료: 1) 인공임신중절(낙태) 허용 사유: World Population Policies - 2015 Database: Fertility, Family Planning and Reproductive Health. United Nations, World Population Policies Database. [Website]. (2018. 7. 9.). Retrieved from [http://esa.un.org/poppolicy/about\\_database.aspx](http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx)

#### 2) 인공임신중절률

- ① United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11. 40-46.
- ② Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., & Onda, T. (2018). Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. New York: Guttmacher Institute.
- ③ 한국: 손명세, 강명신, 장석일, 김해중, 박길준, 남정모, ... 김은미. (2011). 전국 인공임신중절 변동 실태조사. 서울: 보건복지부, 연세대학교.
- ④ 뉴질랜드: New Zealand Government. [Website]. (2018. 11. 5.) Retrieved from <https://www.stats.govt.nz/information-releases/abortion-statistics-year-ended-december-2017>
- ⑤ 미국: Jatlaoui TC, Boutot ME, Mandel MG, et al. (2018). Abortion Surveillance — United States, 2015. MMWR Surveill Summ, 67(No. SS-13): 1-45.

앞서 살펴봤듯이 인공임신중절(낙태) 허용 사유는 크게 7가지로 구분되는데, 이하에서는 인공임신중절(낙태) 허용 사유별로 살펴보도록 한다.

#### 1) 모체의 생명 보호

모체의 생명 보호는 대다수의 국가에서 허용하고 있는 인공임신중절(낙태) 사유이다. 이에 대한 허용 정도는 2013년을 기준으로 최빈개발도상국이 가장 높고, 개발도상국, 선진국 순으로 나타났다. 지역별로는 유럽과 라틴아메리카 및 카리브해 지역이 해당 지역 내 국가 중 허용하는 비율이 다른 지역에 비해 다소 낮았다. 1996년과 비교할 때, 개발도상국과 라틴아메리카 및 카리브해 지역은 허용 국가 비율이 줄어든 반면, 선진국과 유럽 지역은 일부 증가했다.

〈표 3-3〉 모체의 생명 보호 사유 허용 국가 현황

(단위: %)

연 도	개발정도			지역					
	최빈 개발 도상국	개발 도상국	선진국	아프리카	아시아	유럽	라틴아메 리카 & 카리브해	북아메리카	오세아니아
1996	100.0	98.6	93.8	100.0	100.0	93.0	93.9	100.0	100.0
2005	100.0	98.6	95.8	100.0	100.0	95.3	93.9	100.0	100.0
2013	100.0	97.3	95.9	100.0	100.0	95.5	87.9	100.0	100.0

주: 해당 수치는 각 항목별 전체 국가 수 대비 비율임.

자료: United Nations. World Population Policies Database (2013 Revision); United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11. p. 17. 재구성.



## 2) 모체의 신체적 건강 보호

모체의 신체적 건강 보호는 ‘모체의 생명 보호’와 달리 선진국의 허용 비율이 가장 높으며, 최빈개발도상국, 개발도상국, 선진국 모두 작게나마 허용 국가의 비율이 1996년 이후 증가하고 있다. 지역별로는 북아메리카(100%)와 유럽이 높고, 그 다음으로 아시아 지역이 자리하고 있다. 1996년과 비교할 때, 증가 정도는 아프리카가 가장 크며 (47.2% → 62.3%), 유럽과 아시아는 비슷한 수준을 유지하고 있다. 라틴아메리카 및 카리브해 지역은 1996년에 비해 허용하는 국가 비율이 늘었지만, 절대치는 다른 지역에 비해 낮은 편이며, 오세아니아 지역은 허용 국가의 비율이 계속적으로 줄어들고 있는 것이 특이점이다.

〈표 3-4〉 모체의 신체적 건강 보호 사유 허용 국가 현황

(단위: %)

연 도	개발정도			지역					
	최빈 개발 도상국	개발 도상국	선진국	아프리카	아시아	유럽	라틴아메 리카 & 카리브해	북아메리카	오세아니아
1996	36.7	54.2	87.5	47.2	65.2	86.0	51.5	100.0	60.0
2005	49.0	58.6	87.5	58.5	67.4	86.0	51.5	100.0	56.3
2013	50.0	60.5	87.8	62.3	66.7	86.4	57.6	100.0	50.0

주: 해당 수치는 각 항목별 전체 국가 수 대비 비율임.

자료: United Nations. World Population Policies Database (2013 Revision); United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11. p. 17. 재구성.

## 3) 모체의 정신적 건강 보호

모체의 정신적 건강 보호 사유에 대한 개발정도별 국가의 허용 정도는 2013년을 기준으로 선진국이 85.7%로 가장 높고 최빈개발도상국이 45.8%로 가장 낮았으며, 지역별로는 아프리카, 오세아니아, 라틴아메리카 및 카리브해 지역이 50%대에 머물렀다. 아시아의 경우 62.5%로 다소 높지만, 북아메리카(100.0%)와 유럽(86.4%)과 비교했을 때 큰 격차를 보인다. 1996년과 비교했을 때, 개발정도에 관계없이 허용 국가 비율은 증가 추세에 있고, 지역별로도 대체로 동일한 경향을 보인다. 단, 오세아니아 지역은 2005년에 증가했다가 2013년에는 1996년보다 낮은 비율을 기록했다.

〈표 3-5〉 모체의 정신적 건강 보호 사유 허용 국가 현황

(단위: %)

연 도	개발정도			지역					
	최빈 개발 도상국	개발 도상국	선진국	아프리카	아시아	유럽	라틴아메 리카 & 카리브해	북아메리카	오세아니아
1996	22.4	40.3	85.4	30.2	56.5	83.7	33.3	100.0	53.3
2005	42.9	56.6	85.4	54.7	60.9	86.0	54.5	100.0	56.3
2013	45.8	57.1	85.7	56.6	62.5	86.4	54.5	100.0	50.0

주: 해당 수치는 각 항목별 전체 국가 수 대비 비율임.

자료: United Nations. World Population Policies Database (2013 Revision); United Nations. (2014).  
 Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication,  
 Sales No. E.14.XIII.11. p. 17. 재구성.

## 4) 강간 또는 근친상간

강간 또는 근친상간에 대해 선진국은 앞서 살펴본 사유들과 같이 80% 이상의 높은 허용 비율을 보이는 반면, 2013년 기준, 최빈개발도상국은 27.1%으로 선진국(85.7%)과의 격차가 매우 크게 나타났으며, 개발도상국 역시 40.8%로 선진국에 절반에도 미치지 못해 동 사유에 대해서는 제한적인 입장을 취함을 알 수 있다. 지역별로는 북아메리카, 유럽, 아시아를 제외한 모든 지역에서 50% 미만의 허용 정도를 보였고, 오세아니아가 25.0%로 가장 낮게 나타났다. 1996년과 비교할 때, 개발정도와 지역에 상관없이 모든 국가들에서 강간 또는 근친상간을 허용하는 국가의 비율은 증가하였다.

〈표 3-6〉 강간 또는 근친상간 사유 허용 국가 현황

(단위: %)

연 도	개발정도			지역					
	최빈 개발 도상국	개발 도상국	선진국	아프리카	아시아	유럽	라틴아메 리카 & 카리브해	북아메리카	오세아니아
1996	10.2	30.6	81.3	24.5	47.8	79.1	30.3	100.0	13.3
2005	20.4	36.6	83.3	32.1	50.0	81.4	39.4	100.0	18.8
2013	27.1	40.8	85.7	37.7	52.1	84.1	42.4	100.0	25.0

주: 해당 수치는 각 항목별 전체 국가 수 대비 비율임.

자료: United Nations. World Population Policies Database (2013 Revision); United Nations. (2014).  
 Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication,  
 Sales No. E.14.XIII.11. p. 17. 재구성.

## 5) 태아의 장애

태아의 장애로 인한 인공임신중절(낙태) 허용 역시 선진국, 북아메리카 및 유럽에서 허용 정도가 높다. 1996년과 비교할 때 허용 비율은 전반적으로 증가하였지만, 개발정도별 그리고 지역별 격차는 상당히 크다. 2013년 기준 최빈개발도상국은 29.2%, 개발도상국은 40.8%인 반면, 선진국은 85.7%로 매우 높고, 아프리카, 라틴아메리카 및 카리브해, 오세아니아 지역은 40% 미만 수준인데, 반해 북아메리카와 유럽은 각각 100.0%, 86.4%이다. 특히 오세아니아 지역은 2013년 기준 18.8%로 매우 제한적이었으며, 아프리카는 39.6%이나 1996년과 비교할 때 허용 비율의 증가량이 가장 높았다. 아시아 지역은 50%대 수준에서 유지하고 있다.

〈표 3-7〉 태아의 장애 사유 허용 국가 현황

(단위: %)

연 도	개발정도			지역					
	최빈 개발 도상국	개발 도상국	선진국	아프리카	아시아	유럽	라틴아메 리카 & 카리브해	북아메리카	오세아니아
1996	10.2	28.5	81.3	20.8	52.2	81.4	18.2	100.0	13.3
2005	20.4	31.0	83.3	30.2	52.2	83.7	15.2	100.0	12.5
2013	29.2	40.8	85.7	39.6	58.3	86.4	30.3	100.0	18.8

주: 해당 수치는 각 항목별 전체 국가 수 대비 비율임.

자료: United Nations. World Population Policies Database (2013 Revision); United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11. p. 17. 재구성.

## 6) 경제적 또는 사회적 사유

경제적 또는 사회적 사유에 의한 인공임신중절(낙태) 허용은 개발정도로는 선진국과 지역별로는 북아메리카와 유럽을 제외하면, 앞서 살펴본 다른 사유에 비해 허용 비율이 크게 감소한다. 전 세계적으로 볼 때, 인공임신중절(낙태)의 완화 또는 제한의 주된 변곡점이 경제적 또는 사회적 사유라고 볼 수 있는 것이다. 오히려 선진국과 유럽 지역의 경우 1996년에 비해 허용 비율의 증가분이 상당히 컸다. 즉, 변곡점일 수 있는 경제적 또는 사회적 사유에 대해 상당수의 다른 국가들은 제한적인 입장을 고수하는 반면,

선진국과 유럽 지역의 국가들은 더욱 적극적인 입장을 취하고 있는 것이다(북아메리카는 7가지 모든 사유에 대해 허용). 라틴아메리카 및 카리브해 지역 역시 2013년에 21.2%로 1996년에 비해 크게 증가하기는 했지만, 절대적 수치로 볼 때, 다른 지역과 같이 상당히 제한적이라고 할 수 있다. 아시아 지역 역시 다른 사유들과 비교해 볼 때, 2013년 기준 39.6%로 크게 하락한다.

〈표 3-8〉 경제적 또는 사회적 사유 허용 국가 현황

(단위: %)

연 도	개발정도			지역					
	최빈 개발 도상국	개발 도상국	선진국	아프리카	아시아	유럽	라틴아메 리카 & 카리브해	북아메리카	오세아니아
1996	6.1	16.7	75.0	7.5	37.0	74.4	12.1	100.0	6.7
2005	8.2	19.3	77.1	7.5	41.3	76.7	15.2	100.0	12.5
2013	6.3	20.4	81.6	7.5	39.6	81.8	21.2	100.0	12.5

주: 해당 수치는 각 항목별 전체 국가 수 대비 비율임.

자료: United Nations. World Population Policies Database (2013 Revision); United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11. p. 17. 재구성.

## 7) 본인의 요청

인공임신중절(낙태) 허용 사유 중 본인의 요청은 7가지 사유 중 가장 완화된 사유임과 동시에 허용 비율이 가장 낮은 사유이다. 상대적으로 높은 허용 비율을 보였던 선진국과 유럽 지역의 국가들도 2013년 기준 70% 초반대에 머문다. 그러나 경제적 또는 사회적 사유와 마찬가지로 이들 국가는 1996년 이후 허용 정도 비율이 가장 크게 증가해 보다 적극적으로 인공임신중절(낙태) 허용을 완화하고 있음을 알 수 있다. 개발정도로는 최빈개발도상국과 개발도상국이 각각 4.2%, 16.3%만 허용하고 있었고, 지역별로는 아프리카와 라틴아메리카 및 카리브해, 오세아니아 지역은 5.7%, 12.1%, 6.3% 수준의 허용 정도를 보였다(2013년 기준). 개발정도별·지역별 국가의 허용 정도 분포를 볼 때, (2~5번 사유에 대해 제한적 입장을 취하는 국가 비율이 상당하지만) 본인의 요청 사유는 경제적 또는 사회적 사유와 함께 현재 그리고 향후 인공임신중절(낙태)에 대한 제한 또는 완화의 주요한 기준이 되고 있다고 할 수 있겠다.

〈표 3-9〉 본인의 요청 사유 허용 국가 현황

(단위: %)

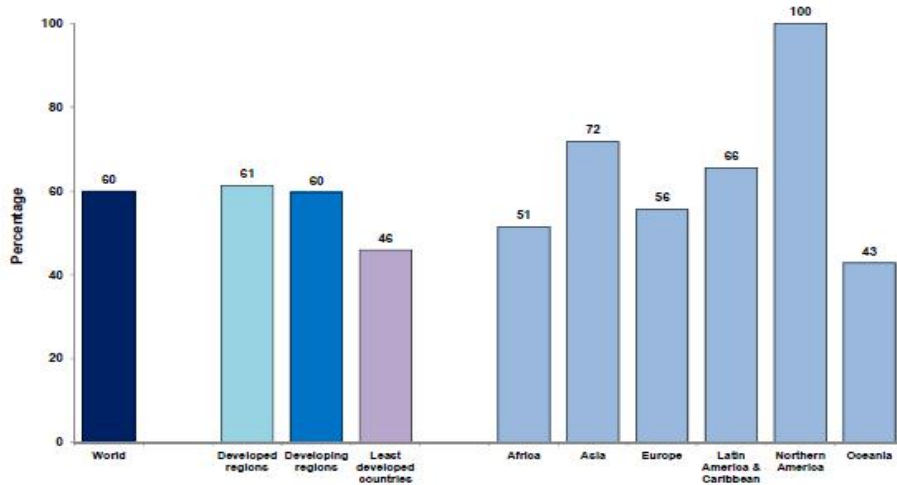
연 도	개발정도			지역					
	최빈 개발 도상국	개발 도상국	선진국	아프리카	아시아	유럽	라틴아메 리카 & 카리브해	북아메리카	오세아니아
1996	2.0	13.2	58.3	3.8	32.6	60.5	6.1	100.0	0.0
2005	6.1	15.2	66.7	5.7	37.0	67.4	6.1	100.0	6.3
2013	4.2	16.3	71.4	5.7	35.4	72.7	12.1	100.0	6.3

주: 해당 수치는 각 항목별 전체 국가 수 대비 비율임.

자료: United Nations. World Population Policies Database (2013 Revision); United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11. p. 17. 재구성.

한편, 2012년 기준 145개국(가용 데이터 기준) 중 87개국(60%)은 지난 5년 간 법적 범위 안에서 안전한 인공임신중절(낙태) 서비스 이용을 위한 각종 구체적인 정책 조치들을 실행하였다. 이러한 조치를 취한 비율은 개발도상국과 선진국은 유사했지만, 최빈개발도상국에는 훨씬 낮았다. 지역별로는 아시아의 72%, 라틴 아메리카 및 카리브해의 66%, 유럽의 56%, 아프리카의 51%. 오세아니아의 43% 수준이었다.

[그림 3-3] 지난 5년 간 안전한 인공임신중절(낙태) 서비스 제공 관련 정부 정책 조치 실행 현황 (2012년 기준)



자료: United Nations Population Fund. (2012). ICPD Beyond 2014 Global Survey Database; United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11. p. 8에서 재인용.

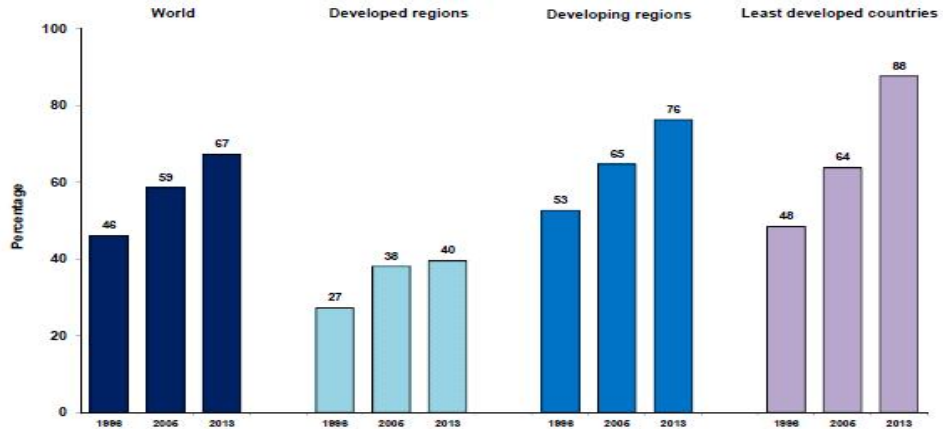
## 나. 재생산 건강(reproductive health) 정책

전 세계적으로 저출산 현상이 일어나고 있다. 1990~1995년의 3.0명의 합계출산율(total fertility rate)은 2010~2015년에는 2.5명으로 감소했다. 대부분의 고출산 국가들이 위치한 아프리카에서도 1990~1995년 5.7명에서 2010~2015년 4.7명으로 지속적인 감소를 보였고, 대체출산율(2.1명) 이하에 해당하는 국가들도 1990~1995년 55개국에서 2010~2015년에는 86개국으로 증가하였다.

이와 함께 점차 많은 정부들이 높은 청소년 출산율에 대해 정책적 관심을 보이고 있다. 이들의 조기 출산은 낮은 교육 수준과 빈곤과 관련이 있고, 모성 사망 또는 신체적 장애의 위험성을 높이고, 저연령의 모(母)에게서 태어난 아이들은 높은 이환율과 사망률을 보이는 경향이 있기 때문이다. 전 세계적으로 청소년 출산을 주요 의제로 인식하고 있는 정부 비율은 1996년 46%에서 2013년 67%로 계속적으로 증가했으며, 개발도상국 지역의 정부 비율이 선진국에 비해 더 높았다(선진국 40%, 개발도상국 76%, 2013년 기준).

이에 전 세계의(가용 데이터 기준의 195개국, 2013년 기준) 90%는 청소년 출산을 줄이기 위한 정책과 프로그램을 실행 중이며, 개발도상국은 94%, 선진국은 77%, 최빈 개발도상국은 모든 국가에서 채택·실행하고 있다. 라틴 아메리카와 카리브해, 북아메리카와 오세아니아의 모든 정부와 1개국을 제외한 아프리카의 모든 정부는 청소년 출산을 줄이기 위한 정책을 채택한 반면, 유럽의 23%와 아시아의 19%는 이러한 정책을 가지고 있지 않았다.

[그림 3-4] 주요 정책 의제로서의 청소년 출산 인식 정도 (1996~2013년)



자료: United Nations. World Population Policies Database (2013 Revision); United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11. p. 10에서 재인용.

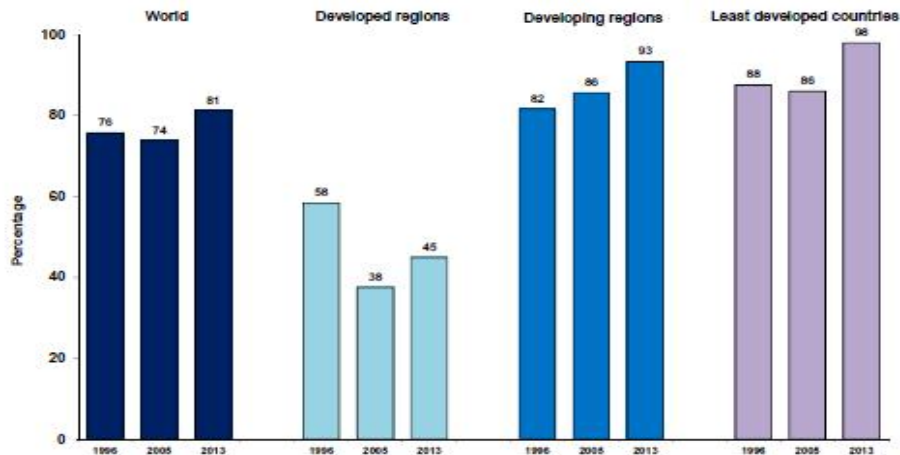
2013년 기준, 전 세계 197개국 중 160개국(81%)은 자녀계획에 대한 직접 지원<sup>14)</sup>을 하고 있었다. 20개국은 민간 영역 또는 비정부기구에 대한 간접적 지원을, 나머지 17개국은 전혀 지원하지 않았다. 직접적 자녀계획 지원을 하는 개발도상국들은 1996년 82%에서 2013년 93%로 증가했지만, 선진국은 1996년 58%에서 2005년 38%로 감소하였고, 2013년에는 45%로 일부 늘었다. 여전히 개발도상국 지역의 정부들은 선진국에 비해 2배 이상 자녀계획을 직접적으로 지원하고 있었다. 라틴 아메리카와 카리브해 지역의 정부(97%), 아프리카(96%), 오세아니아(94%)는 직접적인 자녀계획 지원을 한 반면에 유럽 정부는 이들의 절반에도 미치지 못하였다(45%).

또한 2012년 기준 172개국(가용 데이터 기준) 중 152개국(88%)은 지난 5년 간 결혼 상태와 연령에 관계없이 종합적인 성 보건 및 재생산 건강 서비스에 대한 여성의 접근성을 높이기 위한 구체적인 조치를 취했다. 이는 선진국(65%)에 비해 개발도상국(95%)에서 보다 높게 나타났으며, 유럽의 경우 61%만이 조치를 취한 것으로 나타났다. 그 밖에도 많은 국가들은 여성의 재생산 건강을 포함한 신체적·정신적 위해와 직결될 수 있는 파트너 폭력 등 가정 내 여성 폭력 방지를 위한 법률 제정과 정책 추진을 하

14) 병원, 진료소, 보건소 및 보건센터 등과 같은 정부 운영 시설이나 기관 및 현장 실무자를 통한 자녀계획에 대한 정보, 안내, 제공을 뜻함.

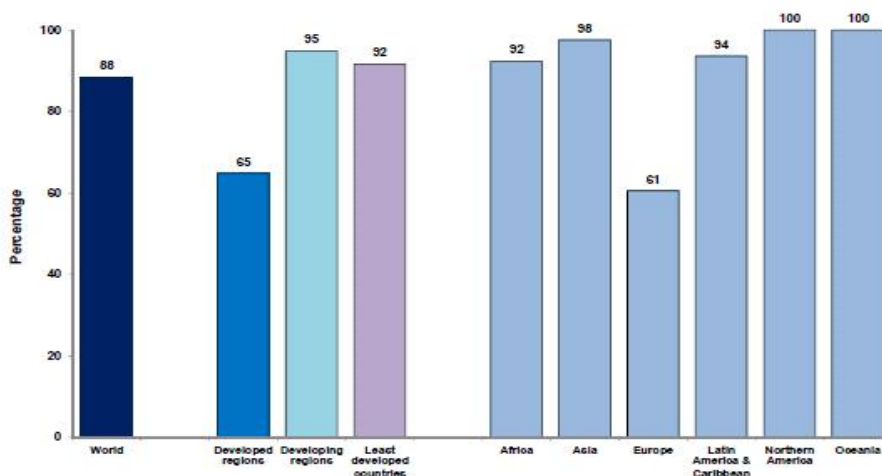
고 있다. 2013년 기준으로 195개국(가용 데이터 기준) 중 10개국을 제외한 모든 국가(95%)는 가정 내 여성 폭력을 방지하기 위한 법적 조치 내지는 정책을 채택했다.

[그림 3-5] 자녀계획에 대한 정부의 직접적 지원 (1996~2013년)



자료: United Nations. World Population Policies Database (2013 Revision); United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11. p. 11에서 재인용.

[그림 3-6] 지난 5년 간 성(sexual) 및 재생산 건강(reproductive health)서비스 접근성 향상을 위한 정책 조치 현황 (2012년 기준)



자료: United Nations Population Fund. (2012). ICPD Beyond 2014 Global Survey Database; United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11. p. 12에서 재인용.



한편, 모성사망률은 감소하는 경향을 보이지만, 여전히 많은 개발도상국들은 자국의 모성사망률이 부적정하다고 인식하고 있다. 전 세계적으로는 1990년과 2013년 사이의 모성사망자 수는 10만 명당 380명에서 210명으로 약 45% 감소했고, 2013년에는 약 289,000명의 사망건수가 있을 것으로 추정되었다. 그럼에도 가임기간(reproductive lifetimes) 동안 개발도상국의 여성들은 선진국에 비해 임신과 출산과 관련된 원인에 의한 사망가능성이 약 23배나 높은 것으로 나타났다. 대부분의 국가들에서 모성사망률은 감소하고 있지만, 개발도상국 상당수의 여전히 높은 모성사망률은 문제로 남아있다.

#### 다. 인공임신중절(낙태) 정책과 재생산 건강(reproductive health) 결과

인공임신중절(낙태) 정책에 관해 정리한 유엔의 보고서(UN, 2014)에서는 경제적·사회적 사유 또는 본인에 요청에 의한 인공임신중절(낙태)을 허용한 국가들을 ‘완화된(liberal)’ 인공임신중절(낙태) 정책 국가로, 그 외의 국가들을 ‘제한적(restrictive)’ 인공임신중절(낙태) 정책 국가로 조작적 정의를 한 후, 다음과 같은 분석 결과를 제시하고 있다.

##### 1) 인공임신중절(낙태) 정책 유형과 불안전(unsafe) 인공임신중절(낙태)<sup>15)</sup> 비율

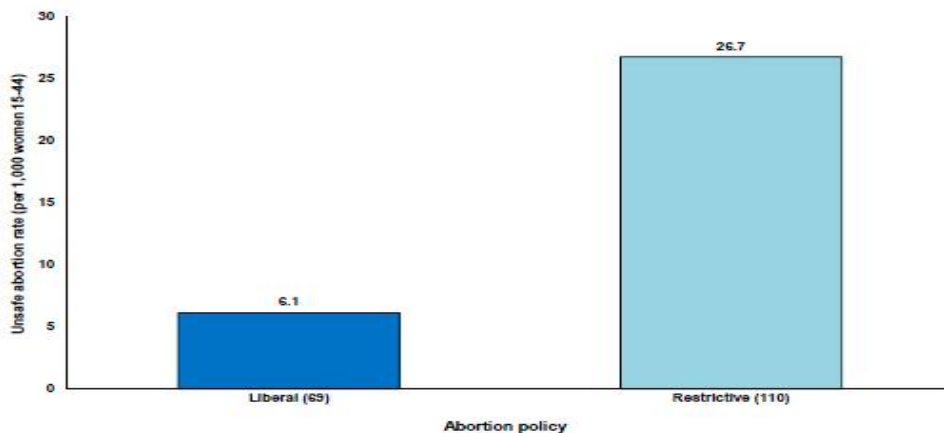
제한적 인공임신중절(낙태) 정책을 추진하는 국가들은 안전하지 못한 인공임신중절(낙태) 비율이 훨씬 더 높게 나타났다. 2011년 기준 15~44세 여성 1,000명당 26.7명으로 이는 완화된 정책을 추진하는 국가들의 4배 이상이었다(1,000명당 6.1명). 불안정한 인공임신중절(낙태)의 대다수가 발생하는 개발도상국에서는 인공임신중절(낙태) 정책 유형과 안전하지 못한 인공임신중절(낙태) 비율 간의 강한 상관관계가 관찰되었다. 개발도상국 안에서의 불안전 인공임신중절(낙태) 평균 비율은 1,000명당 26.9명인데 반해 완화된 정책을 추진하는 국가들에서는 1,000명당 7.8명에 불과했다.

제한적인 인공임신중절(낙태) 정책과 불안전 인공임신중절(낙태) 비율 간의 강한 정

15) WHO에 따르면 필수적인 기술이 부족한 사람 또는 기본적 의료 기준에 못 미치는 환경에서 원치 않은 임신이 종결(termination)되는 과정을 의미함. WHO. [Website]. (2018. 9. 12.). Retrieved from [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe\\_abortion/hrpwork/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/hrpwork/en/)

적 관계는 국가의 개발 수준과 안전한 인공임신중절(낙태) 서비스의 이용 사이의 정적 관계를 반영하기도 한다. 개발도상국들은 안전한 인공임신중절(낙태) 서비스 제공 역량이 떨어지는 열악한 보건의료 체계(health-care systems)과 함께 더 제한적인 인공임신중절(낙태) 정책을 추진하고 있는 것이다. 추가로, 제한적 인공임신중절(낙태) 정책들은 원치 않는 임신의 안전한 종결을 위한 이용 가능한 방법 실천에 한계가 있기 때문에 불안정한 인공임신중절(낙태) 비율에 직접적인 영향을 미칠 수 있다.

[그림 3-7] 인공임신중절(낙태) 정책 유형과 불안정 인공임신중절(낙태) 비율의 관계 (2011년)



주: 불안정 인공임신중절(낙태) 비율: 15~44세 여성의 가중 평균치

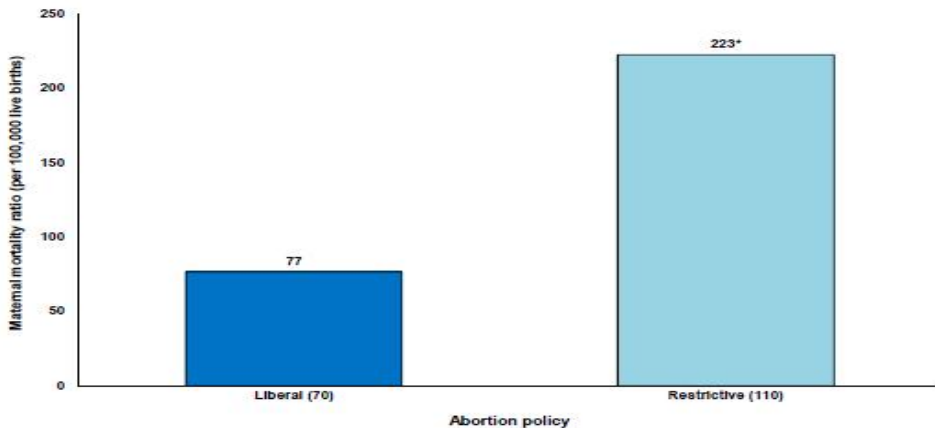
자료: United Nations. World Population Policies Database (2011 Revision) and the World Health Organization estimates of unsafe abortion; United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11. p. 15에서 재인용.

## 2) 인공임신중절(낙태) 정책 유형과 모성사망률

제한적 인공임신중절(낙태) 정책을 추진하는 국가들은 모성사망률 수준이 훨씬 더 높게 나타났다. 2013년 기준 10만 명당 모성사망자 수는 223명으로 이는 완화된 정책을 추진하는 국가들의 약 3배 정도였다(10만 명당 77명). 또한 개발도상국 지역의 평균 모성사망률을 보면, 제한적 인공임신중절(낙태) 정책을 추진하는 국가들이 완화된 정책을 추진하는 국가들에 비해 유의하게 높음을 알 수 있다(2013년 10만 명 당, 제한적 국가 227명, 완화적 국가 97명).

제한적인 인공임신중절(낙태) 정책과 모성사망률 간의 강한 정적 관계는 국가의 개발 수준과 모성보건서비스(maternal health care services)의 이용 가능성 및 질적 수준 사이의 정적 관계를 반영한다. 개발도상국 지역의 국가들은 열악한 보건의료 체계[health-care systems: 특히 모성건강과 산과적 돌봄] 함께 더 제한적인 인공임신중절(낙태) 정책을 추진하고 있는 것이다. 추가로, 제한적 인공임신중절(낙태) 정책들은 원치 않는 임신의 안전한 종결을 위한 이용 가능한 방법 실천에 한계가 있기 때문에 모성사망률의 위험성에 직접적인 영향을 미칠 수 있다.

[그림 3-8] 인공임신중절(낙태) 정책 유형과 모성사망률의 관계 (2013년)



주: 1) \*  $p < .001$ .

2) 모성사망률: 15~19세 여성의 가중 평균치

자료: United Nations. World Population Policies Database (2013 Revision) and Global Health Observatory Data Repository (World Health Organization, 2014); United Nations. (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11. p. 16에서 재인용.

## 2. 일본

### 가. 일본 인공임신중절(낙태) 관련 법률 개정과정

#### 1) 1948년 「우생보호법」

일본은 1880년 제정된 「(구)형법」, 「1907년 (현)형법」에 낙태죄를 포함시켰고 인공

임신중절(낙태)을 금지시켰다. 하지만 2차 세계대전 이후 사회, 경제적 요인(물품 수입 경로 단절로 식량부족, 인구증가에 대한 우려 등)을 이유로 인구 억제 정책이 실시되었고 그 일환으로 1948년 「우생보호법」이 제정되며 인공임신중절(낙태)이 합법화되었다(三枝有, 2012). 「우생보호법」의 목적은 ‘불량(不良)한 자손의 출생을 막고 모성의 생명과 건강을 보호’하는 것이다. 이 법은 본인과 배우자에게 정신병이 있거나 유전질환이 있는 경우, 한센병이 있는 경우, 모체의 건강을 위협하는 경우, 폭행·협박에 의해 임신한 경우에 한해 인공임신중절(낙태)이 허용되었다. 이듬해인 1949년에는 경제적 사유에 의한 인공임신중절(낙태)이 합법화되었고 여성 본인과 배우자의 동의, 우생보호위원회의 인공임신중절(낙태) 관련 심의결정이 있으면 인공임신중절(낙태)이 허용되었다. 게다가 우생보호위원회의 심의를 통과하면 여성 본인의 동의가 없어도 인공임신중절(낙태)이 가능했다. 1951년에는 우생보호위원회의 인공임신중절(낙태) 여부 심사 결정이 폐지되고 의사 1명의 판단에 의해 허용됨으로써 인공임신중절(낙태)이 보다 자유롭게 되었다. 하지만 위에서 언급한 인공임신중절(낙태)에 관한 법적 변동(인공임신중절(낙태)의 합법화)은 전후(戰後)의 급격한 인구변화에 대한 대응, 즉 경제적 요소를 중시한 결과로 여성의 건강과 자기결정권, 태아의 생명권을 고려하지 않은 정치적 의도에 근거한 정책이었다(三枝有, 2012). 아울러 우생수술의 대상을 확대하는 등 우생학적 목적에 의한 인공임신중절(낙태)을 강화한 법률이라 볼 수 있다(角田亜希, 2012). 그 결과 「우생보호법」 내 인공임신중절(낙태)의 합법화는 여성권의 확립이라기보다 여성을 인구정책, 우생정책의 대상으로 삼은 것에 불과하다는 비판에 직면케 했다.<sup>16)</sup>

## 2) 「우생보호법」 개정운동

인공임신중절(낙태) 규제에 대한 종교계의 움직임이 활성화되면서 1972년 「우생보호법」 개정안이 발의되었다. 개정안은 인공임신중절(낙태) 허용 사유에 우생학적 목적을 더욱 강화하고 경제적 사유에 의한 인공임신중절(낙태) 조항을 삭제하여 임신 혹은 임신의 유지가 모체의 건강을 위협하는 상황에 한해서만 인공임신중절(낙태)을 허용하려 하는 등 보다 엄격히 규제하려 하였다(岡山県医師会報第1458号<sup>17)</sup>). 하지만 장애인

16) SOSHIREN. [Website]. (2018. 9. 16.). Retrieved from [http://www.soshiren.org/yuseihogo\\_toha.html](http://www.soshiren.org/yuseihogo_toha.html)

단체에서는 우생학적 목적의 장애인 인공임신중절(낙태) 허용은 장애인 말살 정책에 해당된다고 비판하였고, 여성단체는 경제적 사유에 의한 인공임신중절(낙태) 허용조항 삭제가 오히려 불법적인 중절을 양산한다고 주장하였다(角田亜希, 2012).

### 3) 1996년 「모체보호법」

1996년에는 「우생보호법」을 「모체보호법」으로 개정하였고, 우생학적 개념[한센병 환자, 불량(不良)한 자손의 출산 금지 등]의 법 조항이 삭제되었다. 개정된 법은 인공임신중절(낙태)에 대한 인식 변화(장애인 차별 금지, 건강한 아이만을 선별해서 출산하는 것에 대한 저항)가 반영되었다(角田亜希, 2012).

그러나 「모체보호법」으로 개정된 이후에도 여전히 「형법」에 낙태죄가 존재하고, 인공임신중절(낙태) 처벌 대상에 배우자는 포함되지 않고 인공임신중절(낙태) 수술을 실시한 의사와 여성만이 포함된다는 점에서 여성단체에서는 중대한 여성 인권 침해라고 비판하고 있다. 이는 여성의 건강 회복을 위한 의료행위[인공임신중절(낙태) 수술]가 법적 처벌의 대상이라는 점, 임신의 책임을 여성에게만 전가한다는 점 때문이다.<sup>18)</sup>

「모체보호법」에서는 인공임신중절(낙태) 시, 본인과 배우자의 동의가 필요하지만 예외적으로 배우자를 알 수 없을 때, 배우자가 의사를 표시할 수 없을 때, 임신 후 배우자가 사망했을 때 배우자의 동의 없이 인공임신중절(낙태)이 가능하다. 태아의 ‘부’가 인공임신중절(낙태)에 동의해 주지 않는 경우, 동의서에 배우자 불명으로 기재하여 진행하는 경우도 있다.<sup>19)</sup> 하지만 배우자 동의서를 받지 않고 인공임신중절(낙태)한 경우 소송을 당할 수 있기 때문에 대부분의 병원(의사)은 배우자의 동의서를 요구한다. 또 「모체보호법」에는 인공임신중절(낙태)에 대한 나이제한이 명시되어 있지 않아 미성년자도 본인과 배우자의 동의가 있으면 지정의사[의사회의 지정을 얻어 인공임신중절(낙태)

17) 岡山県医師会. [Website]. (2018. 9. 16.). Retrieved from [http://www.okayama.med.or.jp/activity/kaiho\\_lineup/files/ijifunsou/1458.pdf#search='%E4%BA%BA%E5%B7%A5%E5%A6%8A%E5%A8%A0%E4%B8%AD%E7%B5%B6%E3%82%92%E3%82%81%E3%81%90%E3%82%8B%E6%9C%80%E8%BF%91%E3%81%AE%E8%A9%B1%E9%A1%8C'](http://www.okayama.med.or.jp/activity/kaiho_lineup/files/ijifunsou/1458.pdf#search='%E4%BA%BA%E5%B7%A5%E5%A6%8A%E5%A8%A0%E4%B8%AD%E7%B5%B6%E3%82%92%E3%82%81%E3%81%90%E3%82%8B%E6%9C%80%E8%BF%91%E3%81%AE%E8%A9%B1%E9%A1%8C')

18) SOSHIREN. [Website]. (2018. 9. 16.). Retrieved from [http://www.soshiren.org/yuseihogo\\_toha.html](http://www.soshiren.org/yuseihogo_toha.html)

19) 育児ログ. [Website]. (2018. 9. 16.). Retrieved from <https://ikuji-log.net/entry/abortion-consent-form#i-2>

수술을 실시할 수 있는 의사]에게 인공임신중절(낙태)을 받을 수 있다. 다만 이 수술은 건강보험이 적용되지 않아 고액의 비용<sup>20)</sup>이 들고 수술시 발생하는 위험 때문에 미성년자의 경우 각 병원의 방침에 따라 부모의 동의서를 요구하기도 한다.

#### 나. 「모체보호법」 관련 최근 쟁점

1994년 국제인구개발회의에서 인공임신중절(낙태) 합법화에 대한 논의가 이루어진 후 일본에서 역시 「모체보호법」에 대한 비판이 잇따르고 있다. 즉, 성과 생식(生殖)에 관한 사항은 국가권력에 구속되지 않고 그 당사자인 여성 자신이 결정해야 함을 주장한다(三枝有, 2012). 다시 말해 「형법」에 의한 낙태죄 규정은 안전한 환경에서 인공임신중절(낙태)할 수 있는 여성의 권리를 침해하고 인공임신중절(낙태)에 대한 의사와 배우자의 동의는 여성을 탈주체적 존재로 만든다는 점에서 「형법」과 「모체보호법」의 인공임신중절(낙태)에 대한 이중적 잣대(「형법」의 인공임신중절(낙태)행위 범죄화와 「모체보호법」의 인공임신중절(낙태)행위 합법화)에 대해 문제를 제기한다. 남자나 여자 모두 성별에 관계없이 자신이 선택한 안전한 환경에서 자신의 선택에 의해 출산할 수 있는 권리를 보장받아야 한다는 것이다. 모든 부부·연인(couples)과 개인은 자녀 수, 출산 간격, 출산 시기를 자유롭게 결정할 수 있으며(책임동반), 그것을 위한 수단과 정보를 얻을 수 있는 권리가 있고 인공임신중절(낙태) 역시 기본적인 권리 중 하나라는 것이다.<sup>21)</sup>

한편, 국제연합 여성차별철폐위원회와 국제연합 고문방지위원회는 형벌을 동반하는 인공임신중절(낙태), 즉 낙태죄와 인공임신중절(낙태)에 대한 배우자와 친권자의 동의 조항이 여성에 대한 중대한 권리 침해라고 지적하였다(岡山県医師会報第1458号). 이에 따라 2011년 국제연합은 일본에 인공임신중절(낙태)의 비범죄화, 그리고 배우자와 친권자의 동의조항 철폐를 권고하였다. 「형법」에 의한 인공임신중절(낙태)의 범죄화는 국가권력의 부당한 개입임과 동시에 인권침해라는 것이다(岡山県医師会報第1458号).

20) 인공임신중절(낙태) 비용은 병원에 따라 임신주수에 따라 다양하게 설정되어 있음. 초진과 수술 전 검사 그리고 수술비(12주 미만)를 합치면 약 13만 엔(약 130만 원), 12주에서 22주 미만의 인공임신중절(낙태)은 보다 높은 비용(약 20만 엔, 약 200만 원)을 지불해야 함.

21) TSUKAHARA Kumi. (2013). What Are the Real Problems of Abortion?. The Japanese Association for Philosophical and Ethical Researches in Medicine, 31, 59-62. doi: 10.24504/itetsu.31.0\_59

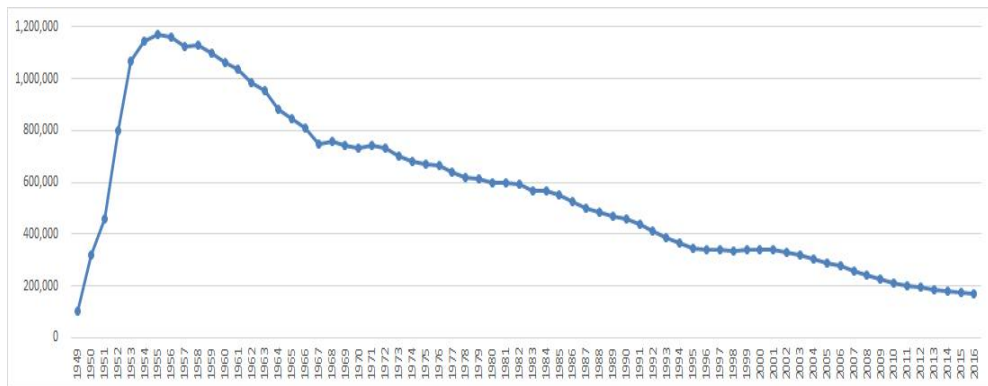
또한 청소년을 대상으로 성 건강에 관한 교육을 추진하고 인공임신중절(낙태)을 포함한 성 건강에 관한 모든 정보와 서비스를 여성과 여아가 인지할 수 있도록 접근성을 강화할 것, 그리고 인공임신중절(낙태) 후의 후유증 등 여성의 정신적·심리적 건강에 관한 정보제공 의무 강화를 권고하였다(日本性教育協會, 2014).

2013년 일본변호사연합회는 「형법」과 「매춘방지법(売春防止法)」 등의 일부조항 삭제를 요구하는 의견서를 발표하였다. 「형법」 제212조(낙태), 제213조(동의낙태, 同意墮胎 및 동치사상, 同致死傷) 및 제214조(업무상 낙태 및 동치사상)의 삭제를 요구하고 「모체보호법」의 인공임신중절(낙태) 배우자 동의요건의 재검토를 주장하였다. 가정폭력을 당한 여성은 인공임신중절(낙태)을 위한 배우자 동의조항 설정이 비현실적이며 피해 여성 지원의 걸림돌이 된다는 것이다(日本性教育協會, 2014).

#### 다. 인공임신중절 건수 추이

일본의 인공임신중절(낙태) 건수는 1948년 「우생보호법」이 제정된 이후 1955년까지 증가하다가 이후 계속해서 감소하고 있는 추세이다. 인공임신중절률은 1990년 만 15~49세 여성인구 1,000명당 14.5건, 2000년 11.7건, 2016년 6.5건으로 계속해서 감소하고 있다. 연령(군)별 인공임신중절률은 만 20~24세가 12.9건으로 가장 높게 나타났고 이어 만 25~29세 10.6건, 만 19세 10.2건 순으로 나타났다.

[그림 3-9] 인공임신중절(낙태) 건수 추이 (1949~2016년)



자료: 国立社会保障・人口問題研究所. (2018). 人口統計資料集2018을 참고하여 작성.

52 인공임신중절 실태조사

<표 3-10> 연도별 인공임신중절(낙태) 건수와 인공임신중절률 (만 15~49세 여성인구 1,000명 기준)

(단위: 건, 천 명당 건)

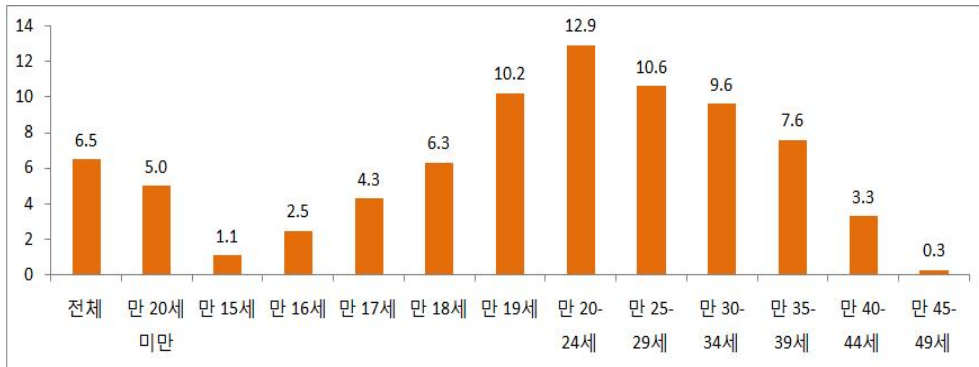
연 도	인공임신중절 (낙태) 건수	인공임신중절률	연 도	인공임신중절 (낙태) 건수	인공임신중절률
1949	101,601	4.9	1983	568,363	18.5
1950	320,150	15.1	1984	568,916	18.5
1951	458,757	21.3	1985	550,127	17.8
1952	798,193	36.3	1986	527,900	17.1
1953	1,068,066	47.7	1987	497,756	16.0
1954	1,143,059	50.2	1988	486,146	15.6
1955	1,170,143	50.2	1989	466,876	14.9
1956	1,159,288	48.7	1990	456,797	14.5
1957	1,122,316	46.2	1991	436,299	13.9
1958	1,128,231	45.6	1992	413,032	13.2
1959	1,098,853	43.6	1993	386,807	12.4
1960	1,063,256	42.0	1994	364,350	11.8
1961	1,035,329	40.6	1995	343,024	11.1
1962	985,351	37.8	1996	338,867	10.9
1963	955,092	35.7	1997	337,799	11.0
1964	878,748	32.1	1998	333,220	11.0
1965	843,248	30.2	1999	337,288	11.3
1966	808,378	28.5	2000	341,146	11.7
1967	747,490	26.0	2001	341,588	11.8
1968	757,389	26.0	2002	329,326	11.4
1969	744,451	25.3	2003	319,831	11.2
1970	732,033	24.8	2004	301,673	10.6
1971	739,674	24.9	2005	289,127	10.3
1972	732,653	24.5	2006	276,352	9.9
1973	700,532	23.2	2007	256,672	9.3
1974	679,837	22.4	2008	242,326	8.8
1975	671,597	22.1	2009	226,878	8.3
1976	664,106	21.8	2010	212,694	7.9
1977	641,242	21.1	2011	202,106	7.5
1978	618,044	20.3	2012	196,639	7.4
1979	613,676	20.1	2013	186,253	7.0
1980	598,084	19.5	2014	181,905	6.9
1981	596,569	19.5	2015	176,388	6.8
1982	590,299	19.3	2016	168,015	6.5

자료: 国立社会保障·人口問題研究所. (2018). 人口統計資料集2018. URL: <http://www.ipss.go.jp/>



[그림 3-10] 연령(군)별 인공임신중절률 (2016년)

(단위: 천 명당 건)



주: 1) 인공임신중절률 전체 수치는 분모에 만 15~49세 여성인구, 분자에 만 15~49세 인공임신중절건수를 이용하여 계산함.

2) 만 20세 미만 인공임신중절률은 분모에 만 15~19세 여성인구, 분자에 만 15~19세 인공임신중절건수를 이용하여 계산함.

자료: 厚生労働省.(2017). 平成28年度衛生行政報告例の概況. URL: [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei\\_houkoku/16/dl/kekka6.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/16/dl/kekka6.pdf)

## 라. 「모체보호법」 특징

### 1) 목적

법률의 목적이 ‘불임 수술’과 ‘낙태’에 관한 사항을 규정하기 위함임을 명기하였다(인공임신중절을 합법화시킴, 「모체보호법」 제1조). 더 나아가 이 법률은 불량(不良)한 자손 생산에 대한 생식기(生殖器) 제거와 인공임신중절(낙태) 허용과 관련된 우생학적 조향을 삭제하였을 뿐 아니라 불임수술을 생식기(生殖器) 제거가 아닌 생식(生殖)을 불가능하게 하는 수술임을 명시하였다(제2조). 미성년자는 불임수술의 대상에서 제외된다.

### 2) 인공임신중절(낙태) 허용기간

인공임신중절(낙태)은 태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 시기에 한해 이루어진다(「모체보호법」 제2조). 「모체보호법」에는 인공임신중절(낙태)이 가능한 임신 주수에 대한 규정이 명시되어 있지는 않으나 1990년 후생성 보건의료 제55호 후생사무 차관 통지에 따르면, 인공임신중절(낙태)은 태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는

시기에 실시할 수 있고, 그 시기에 대한 판단은 개별 사례별로 지정의사의 의학적 관점에 의해 결정되며, 통상적으로 그 기준을 22주 미만(21주 6일까지)으로 정해놓고 있다.<sup>22)</sup> 22주 이상이 되면 어떠한 이유로도 인공임신중절(낙태)이 불가능하다.<sup>23)</sup> 다만, 태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 시기에 대한 판단은 개별 사례에 따라 지정의사의 의학적 관점에 의해 결정되므로, 태아가 모체 내에서 더 이상 발육이 불가능하다고 의사가 판단한 경우(부부의 동의와 임부 모친의 의향을 종합한 결과) 임신 28주 5일에 후기중절을 실시한 사례도 있다(田口朝子, 2012).

3) 인공임신중절(낙태)을 실시할 수 있는 자

공익사단법인 의사회가 지정하는 의사(이하, 지정의사)만이 인공임신중절(낙태)을 실시할 수 있고(「모체보호법」 제14조), 지정의가 아닌 사람이 수술한 경우 불법에 해당된다. 지정의사만이 인공임신중절(낙태)을 할 수 있는 이유는 인공임신중절(낙태) 수술은 모성의 생명과 건강 유지·증진을 목적으로 실시하고(「모체보호법」 제1조), 임신의 배경에는 복잡한 사회경제적 문제, 인구문제, 사회 가치관 및 윤리 등이 깊이 관련되어 있기 때문에 일정한 요건(품위/윤리, 시설조건, 연수조건 등)을 충족한 지정의사만이 수술을 실시할 수 있도록 하였다(日本医師會, 2013).

#### 4) 인공임신중절(낙태) 허용 조건

임신을 지속하거나 분만하는 것이 신체적 또는 경제적 사유에 의해 모체의 건강을 현저히 위협할 경우, 폭행 또는 협박에 의해, 혹은 저항 또는 거절할 수 없는 사이에 간음을 당한 경우 인공임신중절(낙태)이 허용된다(「모체보호법」 제14조). 또 「모체보호법」은 인공임신중절(낙태)에 대한 연령제한을 하고 있지 않아 미성년자도 성인과 마찬가지로 본인과 배우자의 동의가 있으면 원칙적으로 인공임신중절수술을 받을 수 있다.

22) 후생노동성. [웹사이트]. (2018. 9. 16.). URL: [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00ta9692&dataTypeId=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta9692&dataTypeId=1&pageNo=1)

23) 22주 이후의 인공임신중절은 불법이므로, 22주 이후 태아가 모체를 위협하는 상황이 발생하면 제왕절개 등을 통해 태아 구출이 가능한 방법을 고려해야 함.

경제적인 사유<sup>24)</sup>로 인공임신중절(낙태)이 허용됨에 따라 원하지 않는 임신 시 인공임신중절(낙태) 수술을 받을 수 있는 길이 열리게 되었다. 그러나 최종적으로는 인공임신중절(낙태) 허용조건에 관한 지정의사의 승인에 의해 중절(낙태)여부가 결정된다(岡山県医師会報第1458号).<sup>25)</sup>

## 5) 인공임신중절(낙태) 동의 조건

인공임신중절(낙태)을 하기 위해서는 본인과 배우자의 동의가 필요하지만 배우자를 모를 때, 또는 그 의사를 표시할 수 없는 경우, 임신 후에 배우자가 사망한 경우에는 본인의 동의만으로 인공임신중절(낙태)이 가능하다(「모체보호법」 제14조). 태아의 부가 인공임신중절(낙태)에 동의를 해 주지 않는 경우, 동의서에 배우자 불명을 기재하여 인공임신중절(낙태)하는 경우도 있지만<sup>26)</sup> 대부분의 병원이 배우자 동의서를 요구한다.

배우자가 동의서에 동의해 주지 않을 때, 배우자의 동의를 위조해서 인공임신중절(낙태)을 실시하면 불법에 해당되지만, 배우자 불명 혹은 다른 사람을 아이의 부로 지정<sup>27)</sup>하여 수술동의를 얻으면 불법에 해당되지 않는다.<sup>28)</sup> 이러한 동의 요건 아래 지정의사가 필요하다고 인정하는 경우 인공임신중절(낙태)은 합법적으로 이루어진다.

## 6) 인공임신중절(낙태) 신고의무

인공임신중절(낙태)을 실시한 경우, 의사는 사유를 기록하여 이를 다음달(翌月) 10일까지 도도부현 지사에게 신고할 의무가 있고(「모체보호법」 제25조), 이를 위반한 경우에는 벌칙(벌금 10만 엔 이하, 제32조)이 주어진다. 인공임신중절(낙태)을 실시한 의사는 그 달의 수술 건수를 보고표에 각자 기재할 필요가 있고, 인공임신중절(낙태) 건

24) 기본적으로 경제적 사유는 임부본인의 신고(의사)에 근거하고, 이에 대한 증명절차는 법에 명시되어 있지 않음.

25) 지정의는 법적으로 인공임신중절(낙태) 수술을 할 수 있도록 지정한 의사이므로, 실제 임부의 동의, 배우자의 동의가 있으면 경제적 사유로 인공임신중절(낙태)을 하는 것을 거부하는 사례는 매우 드물.

26) 育児ログ. [Website]. (2018. 9. 16.). Retrieved from <https://ikuji-log.net/entry/abortion-consent-form#i-2>

27) 배우자 A가 중절을 반대할 때, 임부가 A의 아이가 아니고 B의 아이라고 하여 B의 동의서를 얻어 인공임신중절(낙태)을 신청하면 이는 불법이 아님.

28) 弁護士ドットコム. [Website]. (2018. 11. 22.). Retrieved from [https://www.bengo4.com/c\\_3/c\\_1163/b\\_316292/](https://www.bengo4.com/c_3/c_1163/b_316292/)

수가 0인 경우에도 반드시 보고해야한다. 복수의 지정의가 있는 시설(병원)은 책임자가 각자의 수술건수를 정리하여 보고해야 한다(日本医師会, 2013).

## 7) 인공임신중절(낙태) 신고절차

「모체보호법」 시행령 제9조에는 「모체보호법」 제25조에 근거한 인공임신중절(낙태) 신고에 대해 해당신고를 의사의 주소지 관할 보건소장을 경유하는 것으로 규정하고 있다. 인공임신중절(낙태) 신고는 의사가 인공임신중절(낙태) 실시보고표를 작성하고 일본산부인과 의사회 도도부현 지부가 이를 정리한 후 이를 의사의 주소지 관할 보건소장에게 전달하는 체계이다.

의사→일본산부인과 의사회 도도부현 지부→보건소→도도부현→후생노동성

### 「모체보호법」 신고 제25조 실시예 관해<sup>29)</sup>

1. 인공임신중절(낙태)에 관한 신고는 신고규정이 인구 동태 파악에 이바지하기 때문에 처한 상황을 고려하여, 특히 완전한 신고를 도모하기 위해 사단법인 일본산부인과 의사회 도도부현 지부에 의사의 신고를 정리하도록 하고 다음의 요령을 따른다. 그러나 사단법인 일본산부인과 의사회 도도부현 지부가 설치되어 있지 않거나 사단법인 일본산부인과 의사회 도도부현 지부의 직원이 극소수인 경우 등이 있을 경우에는 예외로 한다.

① 사단법인 일본산부인과 의사회 도도부현 지부는 「모체보호법」 시행규칙 제27조에서 정하는 각 의사마다 "인공임신중절(낙태)실시보고서"에 접수번호를 기록하고 각 "인공임신중절(낙태) 실시보고표"란 외에 위의 접수 번호를 기재한 후, 보고표를 신고 의사의 주소지 관할 보건소마다 정리해, 송부서(신고 의사의 성명, 보고표 총 매수 기재)를 첨부해 다음달 10일까지 해당 보건소장에게 제출하여야한다.

② 보고서는 편의상 사단 법인 일본 산부인과 의사회 도도부현 지부에 보관하는 것으로 한다. 그러나 도도부현 지사는 필요할 때, 당연히 이에 대해 조사할 수 있다.

29) 모자보건행정법령·통지집(母子保健行政法令·通知集)의 통발(統発) 제293호, 아발(児発) 제829호의 내용을 일부 정리함.

## 8) 인공임신중절(낙태) 절차

일본은 임신계속 여부를 고민하는 숙려기간제가 운영되고 있지 않다. 인공임신중절(낙태)을 원하는 경우, 임부는 지정의가 있는 병원에 가서 상담을 받고, 배우자의 동의를 얻어 지정의사 1인의 판단[인공임신중절(낙태) 허용 사유에 해당한다고 판단한 경우]에 의해 인공임신중절(낙태)을 실시한다. 지정의사가 개인의 생명, 건강의 유지와 증진 또는 사회경제적 문제(사유) 등의 이유에 해당되지 않는다고 판단하는 경우, 지정의는 인공임신중절(낙태) 수술을 거절할 수 있다(日本医師会, 2013).<sup>30)</sup>

마. 「모체보호법」 전문<sup>31)</sup>

### 제1장 총칙

#### 제1조 (법률의 목적)

이 법률은 불임 수술 및 낙태에 관한 사항 등을 규정함으로써 모성의 생명과 건강을 보호하는 것을 목적으로 한다.

#### 제2조 (정의)

① 이 법률에서 불임수술이라 함은 생식선을 제거하지 않고 생식을 불가능하게 만드는 수술로 후생노동성령에서 정하는 것을 말한다.

② 이 법률에서 인공임신중절이라 함은 태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 시기에 인공적으로 태아와 그 부속물을 모체 밖으로 배출하는 것을 말한다.

### 제2장 불임수술

30) 지정의사의 판단/동의(허용조건에 대한 판단/동의)에 의해 최종적으로 인공임신중절(낙태)이 가능하기 때문에[다시 말해 임부가 배우자의 동의를 얻어 수술을 원해도 지정의사가 인공임신중절(낙태) 허용조건에 해당한다고 승인하지 않으면 불가능], 여성단체에서는 여성의 자기결정권 침해를 이유로 인공임신중절(낙태) 허용조건에서 배우자와 지정의사의 동의조항을 삭제할 것을 요구하고 있음.

31) e-Gov. [Website]. (2018. 9. 16.). Retrieved from [http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail?lawId=323AC1000000156#55](http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=323AC1000000156#55)의 내용을 번역하였음.

### 제3조 (의사의 인정에 의한 불임수술)

① 의사는 다음 각 호의 하나에 해당하는 자에 대해 본인의 동의 및 배우자(혼인신고를 하지 않았지만 사실상 혼인관계와 동일한 상황에 있는 자를 포함한다. 이하 동일)가 있을 때 그 동의를 얻어 불임수술을 실시할 수 있다. 단, 미성년자는 이에 해당하지 않는다.

1. 임신 또는 분만이 모체의 생명에 위험을 초래할 염려가 있는 자
2. 현재 여러 명의 자녀가 있고 분만할 때마다 모체의 건강이 현저히 저하될 우려가 있는 자

② 전 항(前項) 각 호에 명시되어 있는 경우에는 그 배우자에 대해서도 동일한 항에 대한 규정에 근거해 불임수술을 실시할 수 있다.

③ 제1항의 동의는 배우자를 알 수 없는 경우 혹은 배우자가 의사를 표시할 수 없는 경우에 한해 본인의 동의만으로도 충분하다.

### 제4조부터 제13조까지 삭제

### 제3장 모성보호

### 제14조 (의사의 인정에 의한 인공임신중절)

① 도도부현(都道府県, 광역지방자치단체)을 구역 단위로 설립된 공익사단법인 의사회가 지정하는 의사(이하, 지정의사)는 다음 각 호의 하나에 해당하는 자에 대해 본인과 배우자의 동의를 얻어 인공임신중절을 실시할 수 있다.

1. 임신을 지속하거나 분만하는 것이 신체적 또는 경제적 이유에 의해 모체의 건강을 현저히 위협할 염려가 있는 자
  2. 폭행 또는 협박에 의해, 혹은 저항 또는 거절할 수 없는 사이에 간음을 당해 임신한 자
- ② 전 항(前項)의 동의는 배우자를 알 수 없거나 혹은 동의를 표시할 수 없는 경우 또는 임신 후에 배우자가 사망한 경우, 본인의 동의만으로도 충분하다.

### 제15조 (수태조절의 실시 지도)

① 후생노동대신이 지정하는 피임용 기구를 사용하는 여성의 수태조절에 관한 지도는 의사 혹은 도도부현 지사의 지정을 받은 자가 아니면 업(業)으로써 실시해서는 아니된다. 단, 자궁 질 내에 피임용 기구를 삽입하는 행위는 의사가 아니면 업으로써 실시해서는 아니된다.

② 전 항(前項)의 도도부현 지사의 지정을 받을 수 있는 자는, 후생노동대신이 정하는 기준에 따라 도도부현 지사가 인정하는 강습을 수료한 조산사(助産師), 보건사(간호사에 해당) 또는 간호사로 정한다.

③ 전(前) 2항(項)에서 정하는 것 이외에 도도부현 지사의 지정 또는 인정과 관련해 필요한 사항에 대해 정령(政令)에서 이를 정한다.

#### 제4장과 제5장 삭제

#### 제6장 신고, 금지, 그 외

##### 제25조 (신고)

의사 또는 지정의사는 제3조 제1항 혹은 제14조 제1항의 규정에 의해 불임수술 또는 인공임신중절을 실시한 경우, 그 달의 수술 결과를 정리해서 다음 달 10일까지 사유를 기록하여 도도부현 지사에게 신고하여야 한다.

##### 제26조 (통지)

불임수술을 받은 자는 혼인하려고 할 때 그 상대방에게 불임수술을 받은 뜻을 통지하여야 한다.

##### 제27조 (비밀유지)

불임수술 또는 인공임신중절 수행 사무에 종사한 자는 직무상 알게 된 사람의 비밀을 누설해서는 안 된다. 그 직무를 그만 둔 후에도 동일하다.

##### 제28조 (금지)

누구든지 이 법률에서 규정하는 경우 이외에 이유 없이 생식을 불가능하게 하는 것을 목적으로 수술 또는 엑스레이를 촬영해서는 아니된다.

#### 제7장 벌칙

##### 제29조 (제15조 제1항 위반)

제15조 제1항의 규정을 위반한 자는 50만 엔 이하의 벌금에 처한다.

##### 제30조와 제31조 (삭제)

##### 제32조 (제25조 위반)

제25조의 규정에 위반하여 신고를 하지 않거나 허위로 신고한 자는 10만 엔 이하의 벌금에 처한다.

### 제33조 (제27조 위반)

제27조의 규정에 위반하여 이유 없이 타인의 비밀을 누설한 자는 6개월 이하의 징역 또는 30만 엔 이하의 벌금에 처한다.

### 제34조 (제28조 위반)

제28조의 규정에 위반한 자는 1년 이하의 징역 또는 50만 엔 이하의 벌금에 처한다. 제28조의 규정을 위반해 사람을 죽게 한 경우 3년 이하의 징역에 처한다.

### 부칙

### 제35조 (시행기일)

이 법률은 공포일로부터 기산(起算)<sup>32)</sup>하여 60일을 경과한 날부터 시행한다.

### 제36조 (관계법률 폐지)

국민우생법(1940년 법률 제 107호)은 폐지한다.

### 제37조 (별칙규정의 효력 존속)

이 법률 시행 전에 성립된 위반행위에 대한 별칙 적용에 대해서는 전조(前条)의 법률이 이 법률 시행 후에도 계속 효력을 지닌다.

### 제38조 (신고 특례)

제25조 규정은 1946년 후생성령 제42호(사산 신고와 관련된 규정) 규정에 의해 신고를 한 경우에 한해 그 범위 내에서 이를 적용하지 않는다.

### 제39조 (수태조절 지도를 위해 필요한 의약품)

① 제15조 제1항의 규정에 의해 도도부현 지사의 지정을 받은 자는, 2015년 7월 31일까지에 한해 그 실시 지도를 받는 자가 후생노동대신이 지정하는 수태조절에 필요한 의약품을 약사법(1960년 법률 제145호) 제24조 제1항의 규정에 상관없이 판매할 수 있다.

② 도도부현 지사는 제15조 제1항의 규정에 의해 도도부현 지사의 지정을 받은 자가 다음 각 호의 하나에 해당하는 경우 동조 동항의 지정을 취소할 수 있다.

1. 전 항(前項)의 규정에 의해 후생노동대신이 지정하는 의약품에 대해 약사법 제43조 규정을 적용하여 동항의 규정에 의한 검정에 합격하지 않은 의약품을 판매했을 때



2. 전 항(前項)의 규정에 의해 후생노동대신이 지정하는 의약품 이외의 의약품을 업으로 판매했을 때  
 3. 전 각 호 이외, 수태조절에 관한 지도를 받는 자 이외의 자가 의약품을 업으로 판매했을 때  
 ③ 도도부현 지사는 전 항(前項)에 규정하는 처분을 하고자 할 때, 징계 사유와 청문 기일 및 장소를 기일 1주일 전까지 해당 처분을 받는 사람에게 통지하고 그 사람 또는 그 대리인을 소환하여 청문해야 한다. 다만, 도도부현 지사는 해당 처분을 받는 자 또는 그 대리인이 정당한 이유 없이 청문에 응하지 않았을 때 청문을 하지 않고 전 항(前項)에서 규정하는 처분을 할 수 있다.

#### 제40조 (지정 의사를 지정하는 의사회)의 특례)

① 제14조 제1항에서 규정하는 공익사단법인에는, 일반사단법인과 일반재단법인에 관한 법률 및 공익사단법인과 공익재단법인 인정 등에 관한 법률 시행에 따른 관계 법률 정비 등에 관한 법률 (2006년 법률 제50호) 제283조에서 규정하는 것과, 공익사단법인과 특례사단법인(동법 제42조 제1항에 규정하는 특례사단법인, 이하 동일) 이외의 일반사단법인으로 모체보호법의 일부를 개정하는 법률(2011년 법률 제75호) 시행 시 특례사단법인(특정법인)이었던 것을 포함하는 것으로 한다.

② 후생노동대신은 도도부현 구역 단위로 설립된 특정법인인 의사회에 대하여 당해 의사회가 실시하는 제14조 제1항의 지정에 관하여 필요하다고 인정하는 때에는 보고를 요구하고 조언 또는 권고를 할 수 있다.

## 바. 성·건강 정책

### 1) 성교육

10대의 예기치 않는 임신은 학업을 중단하는 원인이 되고 모자(母子) 모두 빈곤에 빠뜨릴 위험이 클 뿐 아니라 학대발생의 위험 요인으로 지적되고 있기 때문에 사춘기의 성, 피임에 대한 지식습득, 임신과 출산에 대한 책임감 있는 판단, 자기 결정에 대한 교육은 매우 중요하다(內閣部, 2018). 이에 문부과학성(이하, 문부성)은 “학교교육 전체에서 해결해야 할 과제(식사교육, 안전교육, 성교육)와 학습지도요령”을 제시하고,<sup>32)</sup> 도도부현의 교육위원회에서 성에 관한 지도, 절차에 관한 가이드라인을 발표하고 있다. 그 내용을 일부 살펴보면, 초등학교에서는 신체의 변화, 2차 성징에 대한 이해를

32) 공포일로부터 샘플 시작함.

33) 문부과학성. [웹사이트]. (2018. 9. 17.) URL: [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo3/022/siryo/06092114/001/004/003.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/022/siryo/06092114/001/004/003.htm)

높이는 것을 목표로 교육을 실시하고 4학년생에게는 월경교육을 실시한다. 중학교에 서는 3학년을 대상으로 에이즈(AIDS)와 성감염증 예방을 위한 콘돔 사용을 주지시키고 있다. 하지만 지침에 콘돔 사용(실습) 교육에 대해서는 뚜렷하게 명시되어 있지 않아 교장의 방침, 교원의 재량에 따라 실습이 이루어지고 있다(齋藤益子, 2018). 고등학교에서는 건강한 결혼생활과 질병 예방을 위해 성교육을 진행하고 있으며, 수정, 임신, 출산, 그리고 원치 않는 임신으로 인한 영향과 책임감에 대해 교육시키고 있다. 성교육을 하는 방법은 다양한데 주로 교사에 의한 수업, 의사와 조산사에 의한 출강(교육위원회가 의사회, 조산사회에 성교육 출강을 의뢰), 사춘기 동료(peer)상담, 장애아에 대한 성교육, 양호시설에서의 성교육 등으로 이루어지고 있다(齋藤益子, 2018).

## 2) 상담·지원

예기치 않는 임신 혹은 청소년 임신이 아동학대의 위험요인으로 지적되고 있는 만큼 접근하기 쉬운 상담·지원체계 구축이 성·건강정책에 있어 중요하다(內閣部, 2018). 다만, 상담·지원 체계와 내용에 대해서는 다음 절에서 자세히 설명되기 때문에 여기서는 간략히 정리하고자 한다.

임신, 인공임신중절(낙태), 양육, 입양은 물론 임신과 관련된 불안과 건강 등에 대해 상담을 받을 수 있는 기관으로 여성건강지원센터, 지자체의 아동가정상담창구, 전국에 설치되어 있는 「임신SOS network」 등이 있다. 「임신SOS network」는 지자체 사업에 의해 보건소, 건강관리센터, 의사회, 간호협회, 모자보건종합의료센터 등에서 운영(위탁)하고(지자체별로 사업 위탁운영기관은 상이), 민간단체의 독자사업으로 운영되기도 한다(단, 상담대응은 전국). 입양기관에서도 임신SOS 상담을 진행하고 있다(입양 등을 생각하지 않는 임부도 상담신청 가능).<sup>34)</sup> 하지만 이러한 기관들의 일부는 출산 이후의 상담, 즉 사후적 대응이 주를 이루고 있기 때문에 출생 전 상담 등이 강화되어야 할 필요성이 있다(田口朝子, 2012).

34) 임신SOS 네트워크. [웹사이트]. (2018. 11. 22.). URL: <http://zenninnet-sos.org/contact-list>

## 사. 일본의 지정의사 양성체계

「모체보호법」 지정의사[공익재단법인 의사회가 지정한 인공임신중절(낙태)이 가능한 의사]는 도도부현 의사회가 인정하는 교육기관에서 일정기간 산부인과 의사로서의 전문지식과 응급조치법 등의 기술을 습득하여야 한다. 구체적 요건은 다음과 같다.

### 「모체보호법」 지정의사 지정기준 모델<sup>35)</sup>

#### [ 2. 기능(技能): 자격기준 ]

- ① 의사 면허 취득 후 5년 이상 경과하고 산부인과 연수를 3년 이상 받은 자거나 산부인과 전문의 자격을 가진 자
- ② 연수기간 동안 20건 이상의 인공임신중절(낙태) 수술 또는 유산수술에 대해 현장지도를 받은 자로, 10건 이상의 인공임신중절(낙태) 수술을 포함할 것. 또한, 지정의사가 아닌 의사는 연수기관에서 지도의사의 직접 지도 하에서만 인공임신중절(낙태) 수술을 할 수 있음
- ③ 도도부현 의사회가 정한 지정의사를 위한 강습회(이하 "「모체보호법」 지정의사 연수회")를 원칙적으로 신청 시까지 수강하고 있을 것

#### [ 3. 연수기관의 조건 ]

- ① 의료교육기관의 부속시설 또는 연간 개복수술 50건 이상(복강경 수술 포함), 분만 수 120건 이상을 취급하는 시설에서 2명 이상의 「모체보호법」 지정의사의 자격자를 갖추고 응급수술에 대응할 수 있는 기관
- ② 「모체보호법」 지정의사로 연수의를 교육할 수 있는 인격과 기술을 갖춘 주임지도의가 존재할 것. 주임지도의는 원칙적으로 산부인과 전문의의 자격을 가진 사람일 것
- ③ 의료기관이 단독으로는 연수기관의 요건을 충족하지 못하는 경우에도 의료교육기관과 요건을 충족하는 연수기관의 연계시설로서 도도부현 의사회에 등록하면 연수기관으로 인정할 수 있음

35) 「모체보호법」 지정의사 지정기준 모델 개정 내용 일부를 정리함.

日本医師会. (2013). 「母体保護法指定医師の指定基準」 モデル の改定について. URL: [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20130424\\_2.pdf#search='%E6%8C%87%E5%AE%9A%E5%8C%BB%E5%B8%A B%E3%82%92%E7%BD%AE%E3%81%8F%E7%90%86%E7%94%B1'](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20130424_2.pdf#search='%E6%8C%87%E5%AE%9A%E5%8C%BB%E5%B8%A B%E3%82%92%E7%BD%AE%E3%81%8F%E7%90%86%E7%94%B1')

### 3. 독일

#### 가. 배경

인공임신중절(낙태)과 관련되는 우리나라 법률들은 대체로 너무 오래되었다. 그렇기 때문에 다른 새로 입법된 법률들과 기능적으로 일치하지 않을 수 있다. 또한 이론적으로 상호 모순되거나 낙후된 설명이 동시에 혼재되어 있다. 고전 법이론<sup>36)</sup>에서도 현재 실정 법률은 이성적인 논의 방식과 불일치하며, 현대적 체계이론에서 볼 때는 이러한 모순관계는 더욱 명확하다. 독일의 인공임신중절(낙태) 관련 법제도는 두 번의 중요한 개정과 두 번의 연방헌법재판소의 위헌 결정이 반복되면서 형성되었다. 그 이론적 배경은 우리처럼 정치적인 상황도 있지만, 주로 법이론적인 틀 안에서 진행되었다는 점에서 우리에게 많은 시사점이 있다. 근본적으로 법체계 내의 해결에 집중하는 여건이 우리나라의 현재적 상황과 사실상의 차이를 만든다. 또한 새로운 입법과 그를 해결하는 이론의 시간-공간적 맥락의존성이 기능적으로 조화될 여지가 큰 점도 눈여겨 볼 만하다.

#### 1) 두 번의 법 개정

독일은 「구형법」 제218조에서 수정 후 13일 이후 낙태행위를 3년 이하의 징역형에 처하도록 하고 있었다. 반면, 당시 유럽의 다른 국가들은 대체로 미국의 ‘로 대 웨이드 판결’의 영향으로 12주 미만의 경우 처벌을 하지 않는 법 개정이 일반적인 경향이였다. 1974년 6월 18일 제5차 「형법」 개정은 제218조 제1항에 대한 정당화 규정을 제218a조에 두는 방식으로 이루어졌다. 이 규정으로 임부의 결정에 의한 12주 이내에 의사가 행한 인공임신중절(낙태) 수술은 처벌받지 않게 되었다. 이와 함께 모체의 건강을 위태롭게 하는 경우와 태아 자체의 유전적 결함을 근거로 하는 경우 12주 이후 22주 이내에서 인공임신중절(낙태) 수술을 할 수 있게 되었다.

개정 전 독일은 원칙적으로 낙태행위를 처벌하고, 이론적으로 정당화사유인 이익형

36) 국내 법철학 연구는 여전히 자연법에 대한 관점에 집중하고 있음. 박은정. (2007). 자연법의 문제들. 서울: 세창출판사; 김현철. (2017). 자연주의적 자연법 이론의 가능성. 법철학연구, 20(1), 35-62; 김상용. (2015). 자연법의 재생. 한독법학 20, 169-247; 고봉진. (2012). 자연법과 자연권으로서의 인권. 법과정제, 18(2), 1-26 등.

량에 따른 긴급피난의 경우로 처벌을 면해주고 있었다. 문제는 개정 「형법」 제218c조에 규정된 사회적 부조의 일환으로 제공되는 의료보험청구권이 함께 개정되면서 개정된 「형법」 규정의 위헌성이 연방헌법재판소에 청구된 것이다. 결국 1975년 2월 25일 연방헌법재판소는 1차로 다음과 같은 내용의 결정을 내린다.<sup>37)</sup> 1) 모체로부터 독립된 태아는 헌법의 보호를 받는 독립적 법익을 가진다. 2) 국가는 임부의 태아에 대한 침해도 방지해야 한다. 3) 태아의 생명권은 임부의 자기결정권보다 우선한다. 4) 입법자는 낙태를 규제해야 하며, 실질적 태아보호를 위한 방안을 마련한다. 5) 임부의 생명이나 건강이 위태로운 경우에만 낙태행위를 예외적으로 허용할 수 있다. 등이다.

두 번째 개정은 서독과 동독이 통일되면서 당시 동독의 「임신중절에 관한 법률(Gesetz über die Schwangerschaft)」이 모든 여성들에게 12주 이내의 낙태를 자유화하고 있던 것과 서독의 「형법」 규정이 일치하지 않음을 근거로 시도된다. 동독의 법률은 12주가 지나도 의학적-사회적 사유가 있는 경우 임부의 요구에 따라 낙태가 실시되었다. 통일과정의 일환으로 두 체계의 법을 통합하는 요구 때문에 1992년 “출생전/생성 중인 생명의 보호와 아동에 친밀한 사회건설 및 임신갈등의 해소지원, 낙태규율을 위한 법률, 속칭 임부와 가족지원법(Gesetz zum Schutz des vorgeburtlichen/werdenden Lebens, zur Förderung einer kindfreundlichen Gesellschaft, für Hilfen des Schwangerschaftskonflikt, und zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs, Schwangeren- und Familienhilfegesetz)”을 제정하였다. 일부 주의회의 의원들은 이 개정이 심각한 「헌법」 위반이라고 생각하여 연방헌법재판소에 위헌심사를 요구했다. 특히 개정법에 위법하지 않다(nicht rechtswidrig)라는 문언의 표현이 많은 비판을 받았다. 독일의 전통적인 관점에서는 “낙태는 위법하지만 처벌하지 않는다”로 이해하기 때문이다. 두 번째로 연방헌법재판소는 해당 조문 제218a조와 제219조는 위헌이라고 결정한다. 근거는 독일 「헌법」은 국가의 태아 생명보호 의무를 규정하고, 태아는 어머니로부터도 보호받아야 하며, 원칙적으로 전체 임신 기간 동안 낙태는 금지되고, 개정된 제218a조는 정당화사유로 규정하여 미출생 생명보호의무를 포기하는 것이므로 이를 무효로 하고 위헌이라고 하였다. 그에 따라 새로운 입법은 현재의 규정처럼

37) 배인구. (2012). 독일 낙태죄 규정에 대한 독일 연방헌법재판소 판결. 김찬진, 이영애, 심상덕, 최안나, 박수현, 김현철, ... 군나 두트게. (2012). 초기 인간생명 보호를 위한 제언 (pp. 235-254). 서울: 세창출판사. p. 239 이하.

변경된다. 독일은 법률과 헌법재판소의 결정 모두 낙태문제에 대해서 애매한 타협을 시도하고 있다는 비판을 받고 있는 상황이다.<sup>38)</sup>

## 2) 평가

독일의 법 개정과 연방헌법재판소의 결정은 미묘한 차이점을 가지고 있음에도 불구하고 공통된 이론적 전제를 가지고 있다. 독일 「헌법」 제1조의 인간의 존엄성과 생명권 보호를 정치적 요구에 따라 입법화된 인공임신중단에 대한 분명한 한계로 인정하고 있다. 그럼으로써 태아생명을 국가가 법으로 보호해야 하는 제1차적 원칙이 설정된다. 독일 연방헌법재판소의 결정문을 읽어 보면 ‘사회적 변화’나 ‘임부가 처한 현실’ 등과 같은 법적으로 확인되지 못하는 내용이나 ‘자연과학’과 같은 외부적 가치관점을 판단의 전제로 하지 않는다.

독일 연방헌법재판소는 「헌법」의 규정과 개정된 「형법」 제218a조 이하의 허용 사유 내지 상담조건이 「헌법」이 규정한 생명권 보호에 있어서 문언 및 현실적 모순관계라는 데 동의하고 있다.<sup>39)</sup> 순수 법규범적 관점에서 볼 때 「형법」에서 인정하는 허용 사유(정당방위와 긴급피난)의 내용과 개정 법률이 일치하지 못하고, 상담의 내용을 「헌법」에서 명령하는 생명보호와 반대로 작용하게 규정한 것은 독일 연방의 법질서와 맞지 않는다는 점을 확인한 것이다. 그로 인하여 두 번의 시도는 「헌법」 및 기타 법률과 일치하지 못하는 12주 미만의 단순 기간적용사유를 문언적 평가에서부터 위헌으로 선언하게 된다. 개정된 제218a조와 제219조는 긴급피난 원리를 중심으로 태아 생명보호를 실질화할 수 있는 규정을 포함한다. 명확하게 두 번 모두 현실적으로 태아의 생명을 위태롭게 할 수 있는 행위주체를 임부로 보고 있다. 이러한 태도는 전통적인 관념에서 어

38) 배인구. (2012). 독일 낙태죄 규정에 대한 독일 연방헌법재판소 판결. 김찬진, 이영애, 심상덕, 최안나, 박수현, 김현철, ... 군나 두트게. (2012). 초기 인간생명 보호를 위한 제언 (pp. 235-254). 서울: 세창출판사. p. 253; 차병직, 윤재왕, 윤지영. (2016). 안녕 헌법. 서울: 지안출판사. p. 17; 군나 두트게. (2012). 독일에서 후기 낙태의 문제점 (신동일 역). 김찬진, 이영애, 심상덕, 최안나, 박수현, 김현철, ... 군나 두트게. (2012). 초기 인간생명 보호를 위한 제언 (pp. 139-184). 서울: 세창출판사. p. 139.

39) 독일 학자 모두가 이러한 견해에 동의하는 것은 아님. 태아의 생명권 주체를 부정하는 견해로 Nobert Hörster는 프랑크푸르터 알게마이너 차이퉁(FAZ) 2009년 2월 28일자 기고문, 35에서 헌법적인 구속력을 일반 법률에서 다루고 있으며, 태어나지도 않은 존재의 완전한 생명보호를 인정하려는 연방헌법재판소의 결정은 전반적으로 기대되는 "배아 보호의 자유화"를 위한 노력에 "찬물을 끼얹는 것"이라는 비판글을 게재한 바 있음. 유사한 견해는 그의 Abtreibung im säkularen Staat: Argumente gegen den § 218, Berlin: Suhrkamp, 1999 참조.

머니와 자녀간의 유대성을 전제로 할 때 태아의 생명권 지위가 취약해질 수 있음을 전제하고, 근대적으로 개정된 독일 「민법」의 가족관계에 따른 법률적 태도를 적용한 결과이다. 또한 1970년부터 빠르게 가족에 대한 부양권 등을 사회복지체제로 이양시킨 노력도 이러한 맥락이다. 이는 자녀의 출생을 기본법상 국가가 요구할 수 없지만, 출생한 미성년 자녀의 부양책임을 제1차적으로 생물적 부모와 제2차적으로 국가 사회로 견고하게 만드는 노력을 국가의 사회복지정책의 기조로 채택한 결과이다.<sup>40)</sup>

## 나. 현행 규정

### 1) 「형법」 제218a조

우선 독일 「형법」 제218조는 다음과 같이 규정하고 있다.

#### **제218조 【낙태】 Schwangerschaftsabbruch**

- (1) 낙태한 자는 3년 이하의 자유형 또는 벌금형에 처한다. 자궁 내 수정란의 착상완료 전에 이를 저지한 행위는 이 법의 낙태로 보지 아니한다.
- (2) 특히 중한 경우 6월 이상 5년 이하의 자유형에 처한다. 특히 중한 경우란 특별한 사정이 없는 한 행위자가 다음 각 호의 하나에 해당하는 경우를 말한다.
1. 임부의 의사에 반하여 행위하는 자
  2. 중과실로 임부에 대하여 사망 또는 중한 건강훼손의 위험을 야기한 자
- (3) 임부가 낙태한 경우에는 1년 이하의 자유형 또는 벌금형에 처한다.
- (4) 미수범은 처벌한다.

이 규정에서 확인되듯이 독일의 경우 낙태행위는 제218조에 따라 원칙적으로 처벌하고 있으며, 형량도 우리 「형법」 제269조 내지 제270조보다 훨씬 높다. 우리의 경우 1년 이하의 자유형이 최고형이며, 독일 「형법」 상 낙태치사상만 유사하게 5년 내지 10년 미만으로 정하고 있다. 낙태에 대한 처벌면제는 제218a조에 규정되어 있는데 아래에서는 이를 조금 더 자세히 설명한다.

40) 강지원. (2010). 미국과 독일의 자녀부양체계 및 자녀양육비 이행제도 비교. 보건복지포럼, 161, 70-82.

**제218조a 【낙태의 처벌면제】 Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs**

(1) 제218조의 구성요건은 다음 각 호의 요건이 모두 충족되는 경우에는 실현되지 아니한다.

1. 임부가 낙태를 촉탁하고 제219조 제2항 제2문(상담)에 의한 확인서를 통해 최소한 수술 3일 이전에 상담을 거친 사실을 의사에게 입증한 경우
2. 낙태가 의사에 의하여 수술된 경우
3. 착상 이후 12주 이상 경과하지 않은 경우

(2) 임부의 승낙을 받아서 의사가 수술한 낙태는 임부의 현재와 장래 생활관계를 고려하여 의사의 진단결과 임부의 생명에 대한 위험 또는 신체적 정신적 건강상태의 중한 훼손의 위험을 방어하기에 적절하고 다른 기대될 수 있는 방법으로 그 위험을 방어할 수 없는 경우에는 위법하지 아니하다.(긴급 인공임신중절 수술)

(3) 의사의 진단결과 임부에 대해 제176조(아동 강간 내지 성적 남용) 내지 제177조(성적 남용)에 따른 위법 행위가 범하여졌고, 그로 인하여 임신한 것으로 인정할 만한 유력한 근거가 있으며, 착상 이후 12주 이상 경과하지 않은 경우로서 임부의 동의하에 의사에 의해 수술된 낙태에 있어서는 제2항의 조건을 적용한다.

(4) 낙태가 의사와의 상담(제219조) 후에 수술되고 착상 이후 12주 이상이 경과되지 아니한 경우에는 임부는 제218조에 의해 처벌되지 아니한다. 법원은 임부가 수술당시 특별한 곤경에 빠져있었던 경우에는 제218조에 의한 처벌을 면제할 수 있다.

제218a조의 표제는 1992년 제2차 「형법」 개정에서 문제된 바 있다. ‘위법하지 않다’는 표현은 다시 ‘구성요건이 실현되지 않는다’(der Tatbestand des ist nicht verwirklicht...)로 변경되었다. 제1항 제1호는 임부의 촉탁과 제219조에 따른 상담을 마친 후 확인서를 수술 3일전 통해 의사에게 제출토록 되어 있다. 독일법은 비교적 명확하게 착상 후 출생 전 단계만을 태아로 보고, 의학적 주기에 따라 제3주기 후기 낙태만을 심각한 범죄적 현상으로 이해한다. 착상을 기준으로 하는 이유에 대해서는 명확하지는 않지만, 태아를 ‘출생전’으로 구분한 근거는 「형법」에서는 1998년 폐지된 「구형법」 제217조의 영아살해죄의 구성요건에 ‘출생 후’(nach dem Geburt)로 규정하고 있고, 「민법」은 제1조에 사람은 출생 후부터 권리능력을 가진다는 규정을 두고 있음에 있다. 「민법」 규정으로는 태아가 법적으로 사람이 아닌지는 확인하기는 어렵지만 독일의 다수 견해는 착상 이후와 태아과정, 그리고 출생으로 사람의 지위를 인정받는 것으로 보고 있다. 또 한 가지 법적인 근거는 독일의 1990년 「배아보호법」(Embryonenschutzgesetz)이 착상 이전의 수정란과 배아에 대해 충실한 법적 보호를 규정하고 있다는 점이다. 이



법률에 따를 때 임신 목적 이외의 수정은 불가능하며, 임신 목적에서도 잔여배아가 남겨지지 못한다. 그렇기 때문에 독일 법체계에서 착상전 태아(배아)의 생명권이 위협받는 경우는 매우 희박하다고 볼 수 있다.

한편, 12주 미만의 의미가 왜 「형법」 상의 정당화사유에 포함되어야 하는지는 더 이상 설명이 없다. 이를 독일에서는 ‘자기적응사유’(Selbstindikation)라고 부른다.<sup>41)</sup> 판례나 학설은 기대불가능성으로 근거를 설명하지만 여전히 형법 도그마틱적으로는 불충분하다는 주장이 제기된다.<sup>42)</sup> 이론적으로는 위법성조각사유가 될 적성이 없다는 것이 핵심적인 내용이다. 또한 독일 「민법」 제134조에 따라서 법률적 금지(태아생명침해금지)에 해당하는 법률행위(임신중단 의료계약)는 무효화된다. 어떤 이유로 무효화된 민사상 계약이 치유되는지 충분한 설명이 없다. 결국 이 규정은 법정책적으로 타당성을 설명할 수밖에 없는데, 그 근거는 임신갈등에 대한 국가적 개입으로 설명할 수 있다.<sup>43)</sup> 앞에서 언급했듯이 독일법의 역사에서 낙태에 대한 두 번의 개정은 정상적인 사회적 갈등의 과정이라기보다는, 급격한 변동을 처리하기 위한 정치적 결정에 그 원인이 있었다. 그로 인해 급박한 개정과 연방헌법재판소의 위헌결정이 현재의 법정책을 ‘타협하게’ 만든 것으로 보인다.<sup>44)</sup> 현재는 새로운 법률에 따라 임신중단은 시행되고 있지만, 아직 갈등의 여지는 존재하고 있다. 최근 Pro Familia와 같은 단체는 전면적인 낙태자유화를 요구하고 있고, 미국의 경우 '로 대 웨이드 판결'을 철회하겠다는 트럼프 행정부의 공언 때문에 낙태의 문제는 새로운 국면을 맞이하고 있다.

그런 배경으로 볼 때 독일 「형법」 제218a의 미래가 어떨지는 장담하기 어렵다. 우선 이 법률은 다음과 같은 약점을 가진다. 우선, 일반적인 독일 형법이론들과 상충하지 못한다. 독일 형법이론은 제218a조의 대부분의 처벌면제 사유를 설명하는데 실패하고 있다. 유일한 일치성은 동조 제2항(응급긴급피난)에 국한될 수 있다. 대부분 추상적인 처벌

41) Siebel, J. (2007). Straf- und zivilrechtliche Probleme des "beratenen" Schwangerschaftsabbruchs nach § 218 a Absatz 1 StGB. Hamburg: Dr. Kovac. p. 123 이하; Berghäuser, G. (2016). Die Ungeborenen im Widerspruch. Der symbolische Schutz des menschlichen Lebens in vivo und sein Fortwirken in einer allopoietischen Strafgesetzgebung und Strafrechtswissenschaft. Duncker & Humblot·Berlin. p. 552.

42) Gropp, W., in: Joecks/Miebach, MK-StGB, § 218a Rn.11; Merkel, R. (2000). An den Grenzen von Medizin, Ethik und Strafrecht: Die chirurgische Trennung sogenannter siamestischer Zwillinge, in: Roxin/Schroth, Medizinstrafrecht, 145-174.

43) BVerfGE 88, 203(264 이하).

44) 군나 두트게. (2012). 독일에서 후기 낙태의 문제점 (신동일 역). 김찬진, 이영애, 심상덕, 최안나, 박수현, 김현철, ... 군나 두트게. (2012). 초기 인간생명 보호를 위한 제언 (pp. 139-184). 서울: 세창출판사. p. 140.

면제 사유로 구성되고 있다는 점도 취약성을 보여준다. 이러한 문언형식이 처벌하는데 사용된다면 독일 「헌법」 제103조의 명확성규정 위반으로 해석될 여지가 충분하며, 이런 관점에서 다시 위헌법률심판이 청구될 여지 역시 분명히 존재한다. 현재로서는 형벌목적론의 이념에서 임부에게 처벌을 조건에 한해서 면제한다는 설명만 가능하기 때문이다.

## 2) 「형법」 제219조

개정된 제219조는 아래와 같다.

### 제219조 【긴급 및 갈등 상황에 처한 임신부에 대한 상담】

- (1) 상담은 태아의 생명보호에 기여한다. 상담은 임신의 지속을 위하여 임신부를 격려하고 자녀와 함께 하는 삶의 전망을 일깨워 주기 위한 노력을 이끌어야만 한다. 상담은 책임 있고 양심에 따른 결정을 하도록 임신부에게 조력해야 한다. 이 경우 태아가 임신의 각 단계에서 임신부에 대하여 생명에 대한 독자적인 권리를 가지는 것과 출산을 통해 임부가 겪을 피해의 한도를 초과하는 중대하고 비통상적인 고통이 야기되는 경우에 예외적 상황에서 범질서에 의해 낙태가 고려될 수 있다는 것을 임신부에게 인식시켜야 한다. 상담은 조언과 지원을 통해 임신과 관련하여 존재하는 갈등상황을 제거하고 긴급상황을 시정하는데 기여하여야 한다. 자세한 사항은 「임신갈등법」에서 규율한다.
- (2) 상담은 「임신갈등법」에 따라 승인된 임신갈등상담소가 하여야 한다. 상담소는 상담종료 후 임신부에게 최종 상담일자과 임신부의 성명이 기재된 확인서를 「임신갈등법」에 따라서 발급하여야 한다. 낙태를 수술한 의사는 상담원이 될 수 없다.

제시된 바와 같이, 이 규정은 1993년 연방헌법재판소가 기간 적응사유에 대한 입법을 위헌으로 결정한 후 1992년 7월 27일 제정된 ‘임신갈등 방지와 회복을 위한 법률’(Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten, SchKG, 이하 「임신갈등법」)과 함께 해석되어야 한다. 즉, 「형법」 제219조는 중심적인 권고사항만 규정하고 구체적인 사항은 「임신갈등법」에 규정하고 있다. 제219조의 주요 내용은 상담을 통해 태아의 생명을 보호할 수 있는 것으로 정하며(제1항), 「임신갈등법」에 규정된 상담소의 자격과 확인서 발급 등이 규정된다(제2항).

「임신갈등법」은 임신갈등이 발생된 가족에 대한 지원과 상담을 주요 내용으로 한다. 제13조에는 국가와 지방정부는 미리 임신중단을 위한 시설을 마련할 것을 규정하고 있다.<sup>45)</sup> 제19조는 「형법」 제218a조에 따른 인공임신중절(낙태) 수술 의료비 지원을

규정하고 있다. 이는 앞서 언급했던 미국의 경우처럼 법정 임신중단과 사회적 지원의 연결고리가 끊어지는 것은 예방한 것으로 보인다. 특별한 경제적 상황이 존재하는 임신의 경우는 제19조 제1항에 따르면 사회적으로 어려움에 처한 임부에게 「난민지원법」 제10a조 제3항 제4 내지 5문에서 보장하는 주택과 일반 생활여건을 총괄하는 국가 지원금을 지원하고, 제2항에 제1항의 조건에 충족되지 않는 임부에게는 월수입이 1,001 유로가 초과되지 않는 조건에서 기 자녀를 포함한 생활보조금을 지급하도록 규정한다.

이 법률을 요약하자면 우선 법률의 목적은 태아의 생명권을 보호하는데 있고, 둘째는 사회-경제적 사유로 인해 임신중단을 결정하지 않도록 하는 배려가 상세히 규정되고 있다. 그런 측면에서 외형적으로는 사회-경제적 사유로 인한 임신중단을 「형법」 제218a조에 인정하면서도 그러한 상태에 자국의 시민이 처한다는 현실을 독일의 「사회보장법」이나 「헌법」 상의 근거로서 다시 보완하려는 경향을 볼 수 있다. 실질적인 내용은 「임신갈등법」에 규정하고, 「형법」 제219조는 그 지도적인 상황만 규정하고 있는 것도 다른 독일법의 상황과 다소 다른 점으로 지적할 수 있다.

### 3) 「형법」 상 낙태광고의 금지

독일 「형법」은 제219a조에 낙태를 위한 선전활동 등을 금지하고 있다. 이 규정은 모순된 가치관련성을 「헌법」으로 보장하면서 발생하는 딜레마라고 비판받는다.<sup>45)</sup> 이 규정은 제1항에 “집회 중에 또는 문서의 반포(제11조 제3항)를 통하여 자신의 영리로 인해 또는 현저히 불쾌한 방법으로 다음 각 호의 하나에 관하여 공연히 제안 광고 선전하거나 또는 그 내용을 설명한 자는 2년 이하의 자유형 또는 벌금형에 처한다.”라고 규정

45) 이 규정은 일부 학자들에 의해 국가의 불법에 대한 공범성을 규정한 조항이 아니냐는 비판을 받기도 했음 (소위 아기학살 Babycaust 논쟁). 이 논쟁은 법률에 따라 임신중단시설로 지정된 만하임시 근거의 바인하임(Weinheim) 시의 의사가 법률이 나치의 인종학살과 같은 아기학살을 명령한 것이라고 그 중단을 요구하는 플래카드를 내걸면서 촉발되었으며, 칼스루에 고등법원은 해당 표어가 지나치다는 근거로 청구인에게 그 중단을 요구하면서 마무리되었음. 자세한 것은 Merkel, R. (2008). Grundrechtsschutz für den menschlichen Embryo? Vortrag auf der Tagung der Juristen-Vereinigung Lebensrecht am 2. Mai 2008, ZfL, 38-42. p. 40; Berghäuser, G. (2016). Die Ungeborenen im Widerspruch. Der symbolische Schutz des menschlichen Lebens in vivo und sein Fortwirken in einer allopoietischen Strafgesetzgebung und Strafrechtswissenschaft. Duncker & Humblot-Berlin. p. 612. 참조.

46) Duttge, G. (2018). Abtreibungswerbungsverbot - § 219 a StGB Abschaffen oder nicht?. StadtRadio Göttingen, 107, eins.; Frommel, M. (2018). Haben Ärzte ein Recht zur Information über ihre Bereitschaft, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen?. Zeitschrift des Lebensrechts, 17-18.

하고 있다. 최근 독일은 이와 유사하게 하노버의 소위 조력자살 기관 디그니타스의 영업적 활동을 금지한 바 있다. 독일법상 임신중단에 대해 처벌을 면제하면서 왜 그 광고 활동은 금지하는지에 대해 설득력 있는 해명은 어려워 보인다. 소위 사회윤리적 제한이라는 변명은 법이론적으로 볼 때 추상적이다.

동조 동향 제2항 내지 제3항은 「형법」 제219조에 따라 상담시설에 관한 사항이나 기구 등에 관한 내용은 본 조가 적용되지 않는다고 한다.<sup>47)</sup> 이러한 입법방식은 여러 차례 상징적인 입법으로 비난받은 바 있다.<sup>48)</sup> 이러한 상징적 입법은 법체계에 이론적으로 설명되지 못하는 요소들을 증가시켜 결국 법의 주요 기능들을 종국적으로 훼손시킬 수 있다. 체계정형성을 위태롭게 하는 요인들의 증가는 법의 기능에 나쁜 영향을 미칠 수 있다. 법체계에 대한 신뢰는 형식적인 모순이 없고, 자율적 조정기능이 활성화될 때 얻어질 수 있다. 그런 면에서 「형법」 제219a조는 다른 광고나 표현의 자유권에 대한 모순을 해결할 수 있는 방식으로 해석되어야 한다. 예를 들어 낙태광고가 「형법」 상 금지되는 행동에 관한 광고(예를 들어 살인청부광고)에 포함되는 것인지, 아니면 「형법」 제218a조에 의해 처벌이 면제되는 임신중단에 관한 사항 이외의 사회윤리적 수용 범위를 초과하는 것인지는 결국 법정에서 논의되어야 하기 때문에 법의 주요기능인 일반 행위기대 표준으로서 작동하지 못한다.<sup>49)</sup> 이 법률은 실질적으로 무엇을 규정하려는지 애매하며, 단지 제2차 연방헌법재판소가 결정한 사항을 입법으로 재확인하는데 그치고 있다는 판단을 받을 수 있다.

#### 다. 종합 평가

우리나라 헌법재판소는 2012년 8월 23일자 결정(2010헌마402)에서 “인간의 생명은 고귀하고, 이 세상에서 무엇과도 바꿀 수 없는 존엄한 인간 존재의 근원이며, 이러

47) 제1항 제1호: “의사 또는 법률에 근거하여 승인된 상담소가 제218조a 제1항 내지 제3항의 조건하에 낙태를 시도하도록 준비된 의사 병원 시설에 관하여 보고받은 경우에는 적용되지 아니한다.” / 제1항 제2호: “(제1항)의 행위가 의사 또는 제1항 제2호에 열거된 수단 또는 물건을 거래할 권한 있는 자 또는 의학 약학 전문지에 출판됨으로써 행해진 경우에는 적용되지 아니한다.”

48) Neves, M. (1998). Symbolische Konstitutionalisierung. Duncker & Humblot; Noll, P. (1981). Symbolische Gesetzgebung, in: Zeitschrift für Schweizerisches Recht, B.100, 347–364.

49) Duttge, G. (2018). Abtreibungswerbungsverbot – § 219 a StGB Abschaffen oder nicht?. StadtRadio Göttingen, 107, eins.

한 생명에 대한 권리는 기본권 중의 기본권이다. 태아가 비록 그 생명의 유지를 위하여 모에게 의존해야 하지만, 그 자체로 모와 별개의 생명체이고 특별한 사정이 없는 한 인간으로 성장할 가능성이 크므로 태아에게도 생명권이 인정되어야 하며, 태아가 독자적 생존능력을 갖추었는지 여부를 그에 대한 낙태 허용의 판단 기준으로 삼을 수는 없다.”라고 근거를 제시한다.

이러한 근거 제시는 이전 결정에서와 마찬가지로 어떤 근거로 결론을 내렸는지에 대해서는 침묵하고 있다. 즉, 이러한 결정문은 이후 언제나 변화될 수 있는 소위 ‘일상대화적 설명’에 불과하다. 반면에 독일 연방헌법재판소의 근거는 언제나 독일 기본법 제1조에 따른 법문언 해석에 기속된다. 그 차이는 매우 현격하다고 볼 수 있다. 특히 우리나라의 결정문에서 나타나는 재판관들의 주관적 견해는 어떤 경우에는 비전문적이라고 볼 수 있다. 예를 들어 “한편, 낙태를 처벌하지 않거나 형벌보다 가벼운 제재를 가하게 된다면 현재보다도 훨씬 더 낙태가 만연하게 되어 자기낙태죄 조항의 입법목적을 달성할 수 없게 될 것이고, 성교육과 피임법의 보편적 상용, 임부에 대한 지원 등은 불법적인 낙태를 방지할 효과적인 수단이 되기에는 부족하다. 나아가 입법자는 일정한 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우와 같은 예외적인 경우에는 임신 24주 이내의 낙태를 허용하여(「모자보건법」 제14조, 동법 시행령 제15조), 불가피한 사정이 있는 경우에는 태아의 생명권을 제한할 수 있도록 하고 있다. 나아가 자기낙태죄 조항으로 제한되는 사익인 임부의 자기결정권이 위 조항을 통하여 달성하려는 태아의 생명권 보호라는 공익에 비하여 결코 중하다고 볼 수 없다. 따라서 자기낙태죄 조항이 임신 초기의 낙태나 사회적·경제적 사유에 의한 낙태를 허용하고 있지 아니한 것이 임부의 자기결정권에 대한 과도한 제한이라고 보기 어려우므로, 자기낙태죄 조항은 헌법에 위반되지 아니한다.”라고 설명하고 있다.

이러한 결정문에서 낙태를 처벌하지 않으면 낙태가 증가할 것이라는 주장의 근거는 어디에서도 발견되기 힘들며, 낙태를 처벌하지 않는데 왜 낙태의 증가에 대해서 고민해야 하는지 근거가 명확하지 않다. 이론적으로 법은 시민의 자유영역의 최소한에서 개입해야 한다는 「헌법」 상 보충성과 비례성 원칙(제37조 등)을 스스로 위반하는 진술이기 때문이다. 이처럼 일상이론에 따라 법원이 결정하는 경우 헌법소송의 기본 취지인 “헌법과 법률에 따라 심판한다.”(「헌법재판소법」 제4조)에도 일치하지 못하게 된다. 다른 법원과 달리 상소제도가 없는 헌법재판소는 무엇보다도 법률 문언 해석에 집중해

야 한다. 헌법재판소의 일상이론 근거 제시는 중국적으로 법치국가원칙을 벗어나는 결정의 가능성을 허용할 수 있기 때문이다.

우리 사회는 다시 낙태죄에 대해 폐지 또는 축소를 주장하고 있다. 그 배경은 복잡하지만 표면적 내용은 여성의 사회적 지위와 관련되는 사회적 평가가치의 재조정 등이다. 여성들에 대한 차별은 뿌리깊은 문제이다. 불평등하고 비인권적인 요소를 회복하는 과정에서 등장한 이슈 중 낙태행위와 관련된 논증들이 포함된다.<sup>50)</sup> 그러나 낙태행위의 비범죄화 주장은 전제사실들에서 정리될 필요가 있다. 우선 일정 시기까지 태아의 생명을 보호할 가치가 없다는 주장은 소위 국가의 시민에 대한 생명보호의 절대성을 약화시키기 때문에 「헌법」과 「형법」에 맞지 않는다.<sup>51)</sup> 낙태행위를 임부의 결정에 따르도록 하는 법제도는 인간의 생명을 처분권이 위임되는 물건과 동등하게 볼 수 있기 때문에 현행 법제도상으로는 원칙적으로 불가능하다. 무엇보다도 그동안 낙태를 근대적 법이론과 법체계의 표준적인 전문 논의방식에서 다루었는지 확인하기 어렵다. 이러한 의심은 낙태죄 폐지 주장에만 국한된 것은 아니다. 근본적으로 「형법」으로 낙태행위를 금지시킨 근거도 불분명하기는 마찬가지이다.

근대 법학에서 범죄화는 비범죄화와 마찬가지로 정책뿐 아니라 이론적인 근거에 의존한다.<sup>52)</sup> 규범은 시기와 장소에 따라 구성된다. 그렇기 때문에 낙태를 금지시켜야 한다는 인식만으로 낙태금지 규범을 창설하기 어렵다. 결국 태아를 인간으로 파악하지 않은 것을 형사불법의 변화와 연관하여 추측하기보다는 국가에 의해 처벌되는 유형의 행위에 대한 사회적 효능성을 중심으로 볼 때 형벌목적의 달성가능성과 그 과정의 적

50) 법적인 맥락에서 낙태에 대한 여성주의와 관련된 정밀한 분석은 Johnson, D. (1992). Shared Interests: Promoting Health Births Without Sacrificing Womens Liberty, in: J. Douglas Butler/David F. Walbert(ed.), Abortion, Medicine, and the Law (pp. 254-291). 4th. Edition, FactsonFile. 참조.

51) 김일수, 서보학. (2007). 형법각론. 서울: 박영사. p. 46 이하; 박상기. (1999). 형법각론(전정판). 서울: 박영사. p. 87; 배종대. (2006). 형법각론(제6전정판). 서울: 홍문사. p. 158; 신동윤. (2015). 형법각론. 파주: 법문사. p. 579; 이재상. (2009). 형법각론(제6판). 서울: 박영사. p. 87; 오영근. (2009). 형법각론(제2판). 서울: 박영사. p. 101 이하. 다만, 임종의 경우 태아의 생명권이 절대적 보호대상이 아니라 상대적인 수준이라는 견해를 가지고 있음[임웅. (2016). 형법각론(제7전정판). 파주: 법문사. p. 112].

52) 법학에서 이론을 기반으로 한 논의는 중세 말기나 와야 가능했으며, 스토아 철학이나 그리스 고전철학이 법학에 영향을 준 로마 고전기 법학(기원전 1세기 중엽부터 서기 400년 무렵)을 제외하면 기록은 거의 전무함. 이론에 근거를 둔 논의 방식은 근대 법학의 방법론에 국한되며, 오늘날의 이해를 기준으로 과거 법현상을 조명하는 것은 인식론적인 한계가 있음. 보편 지식을 근거로 한 논의 방식의 출현은 고등교육의 표준화와 관련이 있는 하나의 현상이지 존재적으로 당연한 전제는 아님. 고전과 관련된 법이해에서 이런 오류를 지적하는 글로는 안재원. (2010). 키케로의 쟁점 구성 이론(status)에 관하여: 쿠리우스 소송을 중심으로. 서울대학교 법학, 51(2), 37-68 참조.

절성을 감안하여 판단하는 것을 전제한다고 봐야할 것이다. 이처럼 보게 되면 불법과 허용이라는 도식에서 벗어나서 불법의 사회적 처리로 관점이 이동하게 된다. 근대에 와서야 범죄와 민사적 불법을 구분하게 되었다. 과거 노예에 대한 살인은 전혀 문제가 되지 않았으며, 직계비속을 살해하는 경우도 범죄로 판단하지 않았다. 근대에 와서 형사법적인 불법(범죄)이 민사법적인 불법(불법행위)과 다르다는 주장이 설득력을 가지면서, 그동안 범죄가 아니던 행위들이 새로이 범죄로 편입된다. 대표적으로 타인이 맡긴 금전 위탁을 보관자가 소비하는 경우 횡령죄가 되고, 주식시세의 공시의무 위반만으로도 처벌되는 근대적 범죄군들이 등장했다.

낙태죄의 폐지와 존치를 물어보기 전에 낙태행위가 근대부터 진행된 형사법적 불법 유형에 얼마나 적합한지를 생각해봐야 한다. 지금 주장되는 비범죄화란 현재의 형사법적 불법이 시기적으로나 규범적으로 타당하지 않을 때만 고려되는 요구이기 때문이다.

## 제2절 개별국가의 인공임신중절(낙태) 관련 상담절차

많은 경제협력개발기구(OECD) 회원 국가는 의무적으로 ‘상담’ 과정을 거쳐 인공임신중절(낙태)을 허용하고 있다.

### 1. 일본

허용 사유	허용 여부
1. 모체의 생명 보호	○
2. 모체의 신체적 건강 보호	○
3. 모체의 정신적 건강 보호	×
4. 강간 또는 근친상간	○
5. 태아의 장애	×
6. 경제적 또는 사회적 사유	○
7. 본인 요청	×

일본의 인공임신중절(낙태) 관련 상담 체계가 확립된 것은 후생노동성에서 각 지자체로 ‘원하지 않는 임신’에 대한 상담 체계를 갖추도록 한 2011년이라고 할 수 있다(厚生労働省, 2011). 그 시작은 2010년에 ‘아동학대에 따른 사망사례 등의 검증결과 등

에 대하여' 보고서 결과가 발표된 것으로 볼 수 있는데, 당시 아동학대에 의한 사망 중 부모동반 자살 437명을 제외하면, 0세 44.2%, 0세 0개월은 전체의 20.1%, 출생 당일(0세 0개월 0일)은 전체의 17.4%였으며, 이들 중 의료기관에서 출산한 경우는 한 건도 없고, 76.3%가 '원하지 않는 임신'으로 집계된 것이 발표되었다(白井, 2014). 이러한 발표 이후 일본 사회는 '원하지 않는 임신'에 대해 관심을 갖게 되었고, 이들을 위한 보호 체계를 구축하는 것이 급선무라고 판단하였다.

#### 가. 임신기부터 임신·출산·육아 등에 관한 상담체제 등 가이드라인

이러한 배경에서 2011년 7월 26일 후생노동성은 '임신기부터 임신·출산·육아 등에 관한 상담체제 등의 정비에 대하여'라는 가이드라인을 각 지자체에 전달하였다. 가이드라인은 ① 임신 등에 관한 상담창구의 설치·홍보, ② 각 상담창구에서의 대응, ③ 보호·지원제도의 활용, ④ 환경정비를 위한 지원의 네 가지로 구성되어 있는데 그 내용은 다음과 같다.

##### 1) 임신 등에 관한 상담창구의 설치·홍보

임신 등에 관한 고민을 가지고 있는 이들이 상담하기 쉬운 환경을 만들기 위하여 상담창구를 설치하고 이를 적절히 홍보해야 한다. 그러나 지자체에 따라서는 이미 여성 건강센터, 아동상담소 등을 주된 상담창구로 하여 홍보를 하거나, 근처에 있는 상담창구를 홍보하는 것도 가능하다. 즉, 각 지역 상황에 맞게 상담창구를 정할 수 있다.

또한 임신 등에 관한 상담창구를 홍보할 경우에는 산부인과 및 약국, 대학의 보건관리센터 등의 협조를 얻는 등 지자체 담당부서(모자보건, 아동복지), 관련 상담기관, 관련 단체 등과 연계하는 것도 좋은 방법이다. 홍보 방법으로는 홍보 전단 또는 홈페이지에 임신 등에 관한 상담창구를 게재하거나, 모자보건수첩을 교부하거나 집단지도 시 그리고 건강검진 시에 상담창구가 기재된 리플렛을 배포하는 방법을 생각해볼 수 있다.



## 2) 각 상담창구에서의 대응

내담자는 ‘임신이 주위에 알려지길 원하지 않고’, ‘출산비용이 없고’, ‘육아에 자신이 없는’ 등의 여러 가지 고민을 안고 있기 때문에, 각 상담창구에서는 다음 사항에 유의할 필요가 있다. ① 내담자가 익명을 원하는 경우에도 상담을 충분히 이어나가는 것, ② 내담자의 고민에 대하여 적절한 상담기관을 소개하여 연결하는 것과 조산시설이나 입양제도 등 사회적 양호 또는 여성보호제도에 의한 보호·지원제도에 대한 정보 제공 등을 하는 것, ③ 관련 단체나 비영리(NPO) 법인 등이 실시하고 있는 상담사업도 필요에 따라서는 활용하고, 대응 가능한 상담기관에서 확실하게 상담을 연결해야 한다. 또한, 내담자가 출산을 한 후 자녀 양육 상의 문제 등이 있을 경우에는 각 관련 기관이 충분히 연계를 도모하여 지속적인 지원이 이루어지게 하는 것이 필요하다.

## 3) 보호·지원제도 활용

상담 결과, 출산에 대한 경제적 지원, 사회적 양호 또는 여성보호제도에 의한 보호·지원이 필요한 경우는 각 상담기관은 아동상담소, 여성상담소 또는 복지사무소를 통한 조산시설 입소, 입양·위탁, 아동보호시설, 모자생활시설 또는 여성보호시설 입소 등으로 안전을 확보하고, 임신·출산 및 모자 생활을 지원, 그리고 아이의 보호·양육을 실시한다.

## 4) 환경정비를 위한 지원

본 가이드라인에 의거하여 환경을 정비할 경우에는 지자체 담당부서(모자보건, 아동복지), 관련 상담기관, 관련 단체 등에 의한 연계 체계를 충분히 검토할 필요가 있다. 또한 이러한 환경을 만든 다음에 홍보와 관련된 경비는 ‘안심아동기금’의 ‘아동학대방지대책강화’로서 지출이 가능하다. 또한 여성건강지원센터에서 임신 상담체계 정비 및 홍보는 ‘모자보건의료대책 등 종합지원사업’을 활용하도록 한다.

## 나. 각 상담기관의 역할

### 1) 여성건강지원센터

여성은 임신, 출산뿐만 아니라 여성 고유의 신체적 특징을 가지고 있기 때문에 다양한 고민을 가지고 있다. 이에 여성이 친근하게 다가갈 수 있는 기관으로서 여성의 건강 상태에 따라 적절하게 건강관리를 할 수 있도록 건강교육을 실시하고, 손쉽게 상담을 할 수 있는 체계를 갖추고 있는 곳이 여성건강지원센터이다.

이곳에서는 신체적, 정신적 고민을 가지고 있는 여성에 대한 상담지도를 하고, 2011년부터는 특히 임신에 대하여 고민하고 있는 이들에게 전임상담원을 배치할 수 있게 됐다. 또한, 대상이 되는 이들(특히 임신에 대한 고민이 있는 이들)이 여성건강지원센터의 위치 등을 쉽게 파악할 수 있게 하기 위하여, 기관의 위치 및 주소, 연락처가 기재되어 있는 리플렛 등을 제작하여 배포하고 있다. 상담을 받을 때에는 의학적인 측면뿐만 아니라 심리·사회·경제적인 측면을 종합적으로 고려하며 필요시에는 적절하게 타 기관과 연계하는 등의 지원을 하고 있다.

### 2) 아동상담소

아동상담소는 아동 및 임신부의 복지에 관한 전문적인 지식과 기술을 필요로 하는 상담에 대하여 필요한 조사, 판정, 지도를 하고, 아동을 일시 보호하는 등의 업무를 수행하는 곳이다. 보건소나 시정촌 보건센터와 연계를 하고 있으며, 필요에 따라서 의료기관, 복지사무소 등 적절한 기관과도 연계하고 있다. 또한 출산 후, 자녀 양육에 있어서 문제가 발생할 경우, 조기발견·조기대응 및 일관된 지도·지원이 될 수 있도록 하고 있다. 그리고 자녀 출산 전이라도 필요한 경우에는 요보호아동 대책지역협의회 등에서 출산 후의 일에 대하여 논의 및 검토할 수 있다.

### 3) 도도부현·시정촌 모자보건상담창구(보건소·보건센터)

일본의 「모자보건법」에서는 도도부현 및 시정촌의 역할로서 모성 등의 유지 및 증진

을 위하여 임신, 출산 또는 육아에 관하여 상담을 하고, 개별 또는 집단에 지도 및 조언 등을 하며 모자보건에 관한 지식 보급을 명시하고 있다. 또한 시정촌은 임산부 및 그 배우자 등에 대하여 임신, 출산 또는 육아에 관하여 필요한 보건지도 등을 한다.

시정촌 보건센터는 임산부의 상담내용에 따라 보건소 및 아동상담소, 의료기관 등과 연계를 도모하고, 자녀 출산 이후 필요에 따른 양육지원체계를 구축한다. 자녀의 양육이 매우 힘들 경우의 상담은 아동상담소와 연계하여, 임산부에게 양육을 대신 해줄 수 있는 입양·위탁, 아동보호시설 연계 등에 대해 알려주고 이것들을 선택할 수 있도록 지원한다. 그리고 의료기관과 연계하여 임신출산기의 건강을 지원한다.

#### 4) 복지사무소

복지사무소는 사회복지법으로 규정되어 있는 ‘복지에 관한 사무소’를 말하고, 「생활보호법」, 「아동복지법」, 「모자 및 과부복지법」, 「노인복지법」, 「신체장애자복지법 및 지적장애자복지법」에서 정하는 보호 및 지원에 관한 사무를 보는 곳이다.

「생활보호법」에서는 생활이 곤궁한 자에 대하여 식비를 비롯하여 일상생활에 필요한 비용으로서 생활부조, 주택부조, 출산부조 등 곤궁한 정도에 따라 필요한 보호를 하는 곳이라고 할 수 있다. 또한 보건상 필요할 경우 경제적인 이유와 관계없이 조산시설을 이용할 수 있도록 하고, 출산에 필요한 비용을 지원한다. 배우자로부터의 폭력, 부채, 가정불화로 인한 상담은 여성 상담원이 대응하며, 필요에 따라 여성상담소와 연계하여 피해자를 보호한다. 또한, 모자자립지원을 돕는 복지사에 의해 자립지원상담 및 모자생활지원시설로의 입소결정 등이 이루어진다.

#### 5) 여성상담소

여성상담소에서는 「매춘방지법」, 「배우자로부터의 폭력 방지 및 피해자 보호에 관한 법률」에 기초하여 배우자로부터 폭력 피해를 당한 자, 기타 생활의 곤란과 함께 지원체계 부족으로 보호를 받지 못하는 여성에 대한 상담이 이루어지고, 필요한 조사 및 의학·심리학적 판정에 따라 여성뿐만 아니라 동반 가족도 일시보호와 여성보호시설 입소가 이루어진다.

또한 여성상담소에서는 임신·출산 상담 이외에 배우자로부터 폭력 피해를 받은 이  
들이나 성폭력 피해자 등 다양한 배경에서 생활 곤란을 겪고 있으면서 임신까지 한 경  
우의 상담, 즉, 임신·출산만이 아닌 복합적인 상황에서는 상담뿐만 아니라 가족 환경  
및 임신 과정, 출산 후의 양육환경 등의 다양한 측면에서 조사 및 파악을 실시한다. 그  
리고 필요에 따라 의료기관, 복지사무소 등의 적절한 기관과 연계하고, 임신 상담 직원  
을 배치하여 상담을 실시한다.

## 2. 독일

허용 사유	허용 여부
1. 모체의 생명 보호	○
2. 모체의 신체적 건강 보호	○
3. 모체의 정신적 건강 보호	○
4. 강간 또는 근친상간	○
5. 태아의 장애	○
6. 경제적 또는 사회적 사유	○
7. 본인 요청	○

1976년 5월 18일 독일은 수정 후 13일 이후 낙태는 원칙적으로 처벌하고, 의학적  
사유와 범죄적 사유, 사회-경제적 사유의 경우 상담을 한 후 12주, 태아의 유전학적 사  
유인 경우 22주의 기간을 정해 허용하는 방식으로 변경되었다.

1992년 「임부와 가족지원법」(Gesetz zum Schutz des vorgeburtlichen/werdenden  
Lebens, zur Förderung einer kindfreundlichen Gesellschaft, für Hilfen des  
Schwangerschaftskonflikt, und zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs,  
Schwangeren- und Familienhilfegesetz)을 제정하여 제218a조를 임신 12주 이내  
에 임부가 법에서 정한 상담을 수행하는 경우 인공임신중절(낙태)을 허용하는 것으로  
개정하였다. 제219조는 상담의 의무기록을 삭제하고 상담소는 임부의 요구에 따를 것  
을 규정한다. 이로써 상담조건부 기간규정으로 변경되었다.

개정된 제218a조는 정당화사유 규정을 통해 미출생 생명보호의무를 포기하는 것이  
므로 이를 무효로 하고, 상담은 생명보호를 위해서 실시되어야 하므로 제219조의 내용  
은 국가의 의무와 상충하지 못하므로 위헌이라고 하였다. 그에 따라 새로운 입법은 현

재의 규정처럼 변경된다. 즉, 허용범위에 있어서 12주 미만의 상담을 거친 인공임신중절(낙태)과 긴급 인공임신중절(낙태), 성범죄로 인한 임신의 경우 등이 포함된다. 그리고 위법하지 않다는 표현은 삭제되었다. 제219조는 상담의 주체를 의사로부터 「임신갈등법」 상의 전문상담인으로 변경하고, 인공임신중절(낙태)을 방지하는 데 도움이 되는 상담으로 할 것을 규정한다.

상담에 관한 구체적인 현행 규정은 「형법」 제218조의 낙태에 관한 규정과 제219조 긴급 및 갈등상황에 처한 임산부에 대한 상담, 「임신갈등 방지와 회복을 위한 법률」에서 찾아 볼 수 있다. 「형법」 제218조a의 제1항 제1호에 따르면 임부의 촉탁과 제219조에 따른 상담을 마친 후에 확인서를 수술 3일전 의사에게 제출토록 되어 있다.

**제218조 【낙태】 Schwangerschaftsabbruch**

**제218조a 【낙태의 처벌면제】 Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs**

(1) 제218조의 구성요건은 다음 각 호의 요건이 모두 충족되는 경우에는 실현되지 아니한다.

1. 임부가 낙태를 촉탁하고 제219조 제2항 제2문(상담)에 의한 확인서를 통해 최소한 수술 3일 이전에 상담을 거친 사실을 의사에게 입증한 경우
2. 낙태가 의사에 의하여 수술된 경우
3. 착상 이후 12주 이상 경과하지 않은 경우

(중략)

(4) 낙태가 의사와의 상담(제219조) 후에 수술되고 착상 이후 12주 이상이 경과되지 아니한 경우에는 임부는 제218조에 의해 처벌되지 아니한다. 법원은 임부가 수술당시 특별한 곤경에 빠져있었던 경우에는 제218조에 의한 처벌을 면제할 수 있다.

상담에 관한 규정은 제219조에 보다 자세하게 제시되어 있다. 상담은 태아의 생명 보호에 기여하며, 임신과 관련하여 존재하는 갈등상황을 제거하고 긴급상황을 시정하는데 기여하여야 한다는 내용과 상담을 받을 수 있는 상담소, 필요한 절차 등을 규정하고 있다. 보다 자세한 사항은 「임신갈등법」에서 추가적으로 제시하고 있다.

**제219조 【긴급 및 갈등 상황에 처한 임신부에 대한 상담】**

- (1) 상담은 태아의 생명보호에 기여한다. 상담은 임신의 지속을 위하여 임신부를 격려하고 자녀와 함께 하는 삶의 전망을 일깨워 주기 위한 노력을 이끌어야만 한다. 상담은 책임 있고 양심에 따른 결정을 하도록 임신부에게 조력해야 한다. 이 경우 태아가 임신의 각 단계에서 임신부에 대하여 생명에 대한 독자적인 권리를 가지는 것과 출산을 통해 임부가 겪을 피해의 한도를 초과하는 중대하고 비통상적인 고통이 야기되는 경우에 예외적 상황에서 법질서에 의해 낙태가 고려될 수 있다는 것을 임신부에게 인식시켜야 한다. 상담은 조언과 지원을 통해 임신과 관련하여 존재하는 갈등상황을 제거하고 긴급상황을 시정하는데 기여하여야 한다. 자세한 사항은 「임신갈등법」에서 규율한다.
- (2) 상담은 「임신갈등법」에 따라 승인된 임신갈등상담소가 하여야 한다. 상담소는 상담종료 후 임신부에게 최종 상담일자과 임신부의 성명이 기재된 확인서를 「임신갈등법」에 따라서 발급하여야 한다. 낙태를 수술한 의사는 상담원이 될 수 없다.

1992년 7월 27일 제정된 「임신갈등 방지와 회복을 위한 법률」(Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten, SchKG, 이하는 「임신갈등법」)은 임신갈등이 발생된 가족에 대한 지원과 상담에 관한 구체적인 사항을 다루고 있다. 「임신갈등법」 제2조는 상담에서 임부에 대한 주거지원과 태아에 대한 양육과 교육비 제공, 기타 심리적-신체적 지원에 대해 고지해야 함을 규정하고 있다. 제2a조는 산전진단에 의해 태아의 장애가 예상되는 경우에도 출산에 따른 부담이 해소될 수 있는 사회적-국가적 지원이 있음을 고지하도록 규정한다. 「임신갈등법」 제5조 이하에서는 상담의 구체적인 형식과 내용 등이 규정된다. 이에 따르면 상담은 임부의 생명존중을 요구하는 목적을 가져야 하며(제1항), 다음과 같은 세부적인 사항에 대해 상담이 이루어져야 할 것을 규정한다. 첫째, 갈등상담에 처해 있다는 점, 둘째, 임신중단이 목적이란 점, 셋째, 상담이 임부의 대화와 조력을 강요하는 것이 아니라는 점(제2항 제1호), 어머니와 자녀 간의 일반적인 법률관계와 사회적 지원의 규모와 내용에 대한 전달(동항 제2호), 임부에게 필요한 경우 주거지원과 자녀를 돌보고 교육시킬 수 있는 사회적 지원이 동반된다는 사실(동항 제3호) 등이다.

## 3. 네덜란드

허용 사유	허용 여부
1. 모체의 생명 보호	○
2. 모체의 신체적 건강 보호	○
3. 모체의 정신적 건강 보호	○
4. 강간 또는 근친상간	○
5. 태아의 장애	○
6. 경제적 또는 사회적 사유	○
7. 본인 요청	○

네덜란드는 「인공임신중절(낙태)법」(Termination of Pregnancies Act)상 임신을 중단하고자 할 때, 제일 먼저 의사와 상담을 해야 한다. 여성은 의사와의 상담을 통해 인공임신중절(낙태)을 할 수 있는 자격 면허가 있는 클리닉이나 병원의 의사를 소개받는다. 또는 처음부터 직접 인공임신중절(낙태)이 가능한 클리닉으로 갈 수도 있다. 대부분은 소개받은 클리닉이나 병원에서 여성은 자신의 상황에서 인공임신중절(낙태)이 아닌 다른 대안적인 선택 방법에 대한 정보를 반드시 제공 받도록 되어 있다. 그러면 여성은 자신의 의지로 심사숙고를 거쳐 최종 결정을 하게 되고, 그 후 면허 의사가 인공임신중절(낙태)술을 하게 된다. 이 과정에서 여성이 생각을 할 수 있도록 네덜란드의 「인공임신중절(낙태)법」(Termination of Pregnancies Act)에서는 여성이 의사와 처음 상담한 날과 실제 인공임신중절(낙태)을 하기까지 반드시 5일의 숙려기간을 가져야 한다고 규정하고 있다. 결국 최종 결정은 여성이 하지만, 인공임신중절(낙태) 결정에 이르기까지 과정에 대해서는 여성과 의사 둘 모두가 책임을 진다. 여성이 상대 남성이나 부모에게 법적으로 동의를 받아야 할 필요는 없고, 결정은 여성 혼자 한다.

인공임신중절(낙태)은 태아가 모체 밖에서 독자생존이 가능하지 않은 한에서만 허용된다. 의학계에서는 최근 태아가 독자생존이 가능하지 않은 시기를 24주부터로 보고 있다. 하지만, 대부분 인공임신중절(낙태) 클리닉에서는 여전히 22주에서 며칠 내까지 만으로 기간을 제한하고 있다. 임신기간은 초음파 진단으로 정확히 계산할 수 있다. 월경시기가 16일 이상(17일 미만) 지나지 않았을 때 인공임신중절(낙태)을 하는 것은 「월경조정법」(menstrual regulation)이라고 하고, 이 경우는 5일간의 의무 숙려기간

을 갖지 않아도 된다. 이 「월경조정법」(menstrual regulation) 또한 네덜란드의 「인공임신중절(낙태)법」(Termination of Pregnancies Act)상 면허 허가를 받은 클리닉이나 병원에서만 할 수 있다.

인공임신중절(낙태) 수술 후에 여성은 원치 않는 임신을 피할 수 있는 방법에 대한 정보를 제공받고, 적절한 회복치료를 받을 수 있다. 그리고 인공임신중절(낙태) 사실을 받아들이는데 도움이 필요하다면 상담을 받을 수 있다. 사회복지사나 담당의사 등이 여성을 상담사에게 연결시켜 줄 수 있다.

네덜란드 거주자의 인공임신중절(낙태) 비용은 국가건강보험시스템과 개인보험 적용 등을 통해 무료이다(Government of the Netherlands; Sexual and Reproductive Health and Rights 웹페이지에서 2018. 9. 25. 인출).

#### 4. 이탈리아

허용 사유	허용 여부
1. 모체의 생명 보호	○
2. 모체의 신체적 건강 보호	○
3. 모체의 정신적 건강 보호	○
4. 강간 또는 근친상간	○
5. 태아의 장애	○
6. 경제적 또는 사회적 사유	○
7. 본인 요청	○

이탈리아에서는 1978년부터 임신 첫 90일까지 산모의 요청에 의해 임신을 종결하는(terminate) 것이 법에 의해 허용된다. 임신 90일 이후에는 산모의 생명에 위협이 되는 경우, 태아의 기형이 우려되는 경우를 포함하여 병리학적으로 산모에게 신체적·정신적 건강에 위협이 되는 경우에 허용이 된다. 인공임신중절(낙태)을 규정하는 법(Gesetz Nr.194/1978: The law 194 on the adoption of social protection of motherhood and the voluntary termination of pregnancy: 모성의 사회적 보호와 자발적인 임신중절의 적용에 관한 법률 194 또는 법률 제194호)을 살펴보면 다음과 같다.

제1조(article 1)는 국가가 책임감 있고 계획된 부모의 권리를 보장하고, 모성의 사



회적 가치를 인정하며, 처음부터 인간의 생명을 보호해야한다고 명시하고 있다. 또한, 해당 법에서 허용하는 인공임신중절(낙태)은 피임의 수단이 될 수 없음을 명시하고 있다. 특히, 제2조(article 2)는 가족상담센터(consultori familiari)의 기능과 역할에 관해 규정하고 있다. 가족상담센터는 다음의 역할을 통해 임부(pregnant woman)를 지원해야 한다. 첫째, 법률에 따른 권리와 실제로 이용할 수 있는 사회복지서비스, 보건서비스 등에 관한 정보를 제공해야 한다. 둘째, 임신한 여성을 보호하기 위해 제정된 노동법 입법의 조항을 활용할 수 있는 적절한 방법을 알려주어야 한다. 셋째, 모성(motherhood)과 관련된 문제에 대한 지역기관의 해결 방법을 제안해야 한다. 넷째, 인공임신중절(낙태)을 하도록 만드는 여러 요인을 해결할 수 있도록 도와주어야 한다.

법률 제194호에서는 임신 시기에 따라 다른 규정을 둔다. 제4조에서는 임신 90일 내의 경우를 규정한다. 임신 90일까지는 건강, 경제, 사회, 가족 환경의 관점(임신한 환경 또는 태아의 기형이나 이상 가능성)에서 임신, 출산, 모성의 지속이 임부의 신체적·정신적 건강에 중대한 위협을 주는 경우에 허용된다. 위에서 언급된 이유로 인해 임부가 인공임신중절(낙태)을 원하는 경우 상담을 청구하여 지역 내의 가족상담센터나 인가된 사회·의료(medical-social)기관 또는 임부가 원하는 의사와 상담을 해야 한다(법률 제194호 제5조 제1항과 제2항). 상담의 목적은 부담을 경감시키고 사회적 지원을 통해 임신을 지속하고 모성의 의무를 감당하는 것을 임부가 결정할 수 있도록 하는데 있다(법률 제194호 제1조).

제6조에서는 임신 90일 이후 인공임신중절(낙태)을 규정하고 있다. 임신 90일 후에는 매우 엄격한 조건에서만 허용된다. 병리학적 과정이 여성의 신체적·정신적 건강에 중대한 위협이 되는 경우, 태아의 심각한 이상이나 기형을 진단받는 등 임신과 출산이 여성에게 심각한 위협이 되는 경우에 가능하다. 인공임신중절(낙태)이 긴급하게 이루어져야 하는 상황에서는 지역 내의 가족상담센터나 인가된 사회·의료(medical-social)기관 또는 임부가 원하는 의사의 확인을 받아야 한다. 긴급한 상황이 아닌 경우 임부는 상담을 한 후에 임신경과기간과 인공임신중절(낙태) 사유에 대한 확인을 받고 7일간의 숙려기간 후 인공임신중절(낙태)이 가능하다(법률 제194호 제5조 제4항).

## 5. 스웨덴

허용 사유	허용 여부
1. 모체의 생명 보호	○
2. 모체의 신체적 건강 보호	○
3. 모체의 정신적 건강 보호	○
4. 강간 또는 근친상간	○
5. 태아의 장애	○
6. 경제적 또는 사회적 사유	○
7. 본인 요청	○

스웨덴은 임신 18주까지 인공임신중절(낙태) 수술이 여성의 생명 또한 건강을 위협하지 않는 한, 임산부의 요청에 의해 인공임신중절(낙태)을 결정할 수 있다. 임산부는 임신 18주까지 의사와의 상담에 대한 선택권을 가지고 있지만, 법적 의무사항은 아니다. 임신 18주 이후부터 22주까지는 보건복지위원회의 허가를 받아야 하는데, 일반적으로 태아가 체외생존가능성이 있다고 판단되었을 때에는 인공임신중절(낙태)이 허용되지 않는다. 그러나 임신이 여성의 생명이나 건강을 위협하면 어떤 경우에도 허가를 받을 수 있고, 응급상황에서는 허가 없이도 가능하다. 임신 22주 이후에는 태아의 체외생존이 가능하다는 점에 근거해 어떤 사유에도 인공임신중절(낙태)이 허용되지 않는다.

## 6. WHO Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems

세계보건기구(WHO)의 안전한 인공임신중절(낙태)에 관한 가이드라인(Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems)에서는 안전한 인공임신중절(낙태)을 위해 필수적인 요소로서 상담을 제시한다. 상담에 관한 체계적인 지침은 별도로 구성되지 않았으나 안전한 인공임신중절(낙태)을 위한 여러 지침에 상담의 목적, 시기, 내용, 상담서비스 제공자에 관한 간략한 지침을 포함하고 있다.

기본적으로 상담은 인공임신중절(낙태)을 진행하기 위해, 사후 관리를 위해, 피임을 위해, 기타 충족되지 않은 필요를 위한 목적으로 제공되어야 한다. 또한, 안전한 인공임신중절(낙태)을 계획하고 관리하기 위해 필요한 의학적으로 정확한 정보가 제공되어야 하고 정확한 정보를 획득한 후에 자기결정을 위해 여성이 요청하는 경우 상담을 제

공하는 것을 최소한의 원칙으로 삼고 있다. 추가적으로 청소년의 경우도 부모나 다른 사람 없이 상담을 받기에 충분히 성숙하다고 간주되어 개인의 사생활 침해가 되지 않도록 비밀을 유지하며 상담을 받을 수 있다. 시기별 상담은 다음과 같다.

#### 가. 인공임신중절(낙태) 사전 관리(pre-abortion care) 단계에서의 상담

인공임신중절(낙태) 전 상담을 필수적인 절차로 제안하고 있다. 임신주수는 인공임신중절(낙태) 전 여성에게 제공되어야 할 상담의 내용에 가장 중요한 요소이다. 지체 없이 가장 가까운 상담서비스 제공 기관에 의뢰하고 당사자인 여성이 선택 가능한 사항(option)을 알려줌으로써 스스로 선택을 할 수 있도록 도와주는 전문적 상담이 필요하다.

#### 나. 인공임신중절(낙태)을 고려하는 모든 여성에게 주어져야 하는 상담

인공임신중절(낙태)을 고려하는 모든 임신부에게는 반드시 필요한 정보와 다양한 인공임신중절(낙태)방법에 대한 지식과 경험이 있는 보건의료 전문가(health care professional)로부터의 상담이 필요하다. 상담은 지체 없이 가능한 신속하게 이루어져야 한다. 파트너, 가족, 보건의료인, 타인으로부터 인공임신중절(낙태)을 하라는 압력을 받고 있는 경우 여성 당사자를 따로 만나서 상담을 하고 추가적인 상담을 의뢰해야 한다. 상담기관의 관리자는 모든 직원이 보건의료체계와 지역사회 내에서 가능한 지원에 관해 알고 있도록 관리해야 한다.

#### 다. 인공임신중절(낙태) 사후 관리(post-abortion care) 단계에서의 상담

인공임신중절(낙태) 후의 상담은 여성 당사자에게 가장 적합하고 수용 가능한 피임방법을 시작할 수 있도록 하는데 그 목적이 있다. 상담의 내용에 있어서 피임과 관련된 정보를 제공하되 응급피임약과 관련된 내용을 포함해야 한다. 또한, 이러한 상담은 의료시설에서 퇴원하기 전에 이루어져야 한다.

상담 서비스 제공자에 관한 지침은 다음과 같다. 인공임신중절(낙태) 관련 서비스 제

공자의 훈련 내용의 권고사항으로 상담과 관련한 내용을 포함한다. 즉, 서비스 제공자는 다음과 같은 사항을 훈련 받아야 한다. 인공임신중절(낙태)와 관련된 태도와 가치관에 대한 명확화, 비밀보장 및 개인정보보호(privacy), 대인 의사소통(interpersonal communication) 및 상담 기술, 에이즈(AIDS) 및 기타 성병과 관련된 쟁점과 위험에 대한 인지, 청소년·저소득 여성·장애인 여성·강간 피해자 등 추가적인 상담에 대한 필요(need)가 있는 경우 이에 대해 고려하는 것, 폭력의 위협이 있는지를 발견하고 이에 따른 추가적인 상담과 서비스를 연계하는 것, 여성 스스로 충분한 의사결정을 할 수 있도록 지원하는 것을 훈련받아야 한다.

지역사회 수준(community level)에서 보건의료 관련종사자(보건소 담당자 등)는 피임 정보를 적절하게 제공하여 원치 않는 임신을 피할 수 있도록 여성을 지원하는 중요한 역할을 할 수 있다. 1차 의료기관 수준(primary-care facility level)의 모든 임신·출산과 관련된 보건의료 관련종사자는 피임, 원치 않는 임신, 인공임신중절(낙태)에 관한 상담이 가능하도록 훈련받아야 한다.

## 제 4 장

# 인공임신중절(낙태) 실태 파악을 위한 방법론

제1절 인공임신중절(낙태) 추정 방법

제2절 인공임신중절(낙태) 실태 조사 방법

제3절 인공임신중절(낙태) 경험자 심층면접 조사 방법



# 4

## 인공임신중절(낙태) 실태 < 파악을 < 위한 방법론

### 제1절 인공임신중절(낙태) 추정 방법<sup>53)</sup>

인공임신중절(낙태) 실태의 파악은 인공임신중절(낙태)이 합법인지 불법인지에 따라 방법이 달라질 수 있다. 인공임신중절(낙태)이 합법화되어 있는 국가에서는 통상 두 가지 방법, 중앙 행정당국이 인공임신중절(낙태)을 수술한 의료기관의 보고 자료를 활용하거나 혹은 독립된 기관이 의료기관을 조사하는 방법을 통해 인공임신중절률을 측정한다. 합법화된 국가에서는 인공임신중절(낙태)이 과소보고될 가능성이 낮기 때문에 정확한 통계를 생산할 수 있다. 반면, 인공임신중절(낙태)이 불법이거나 허용 사유가 엄격한 법적 규정이 있는 국가에서는 다양한 방법을 통해 인공임신중절률을 추정해야 한다.

인공임신중절(낙태) 추정 방법은 크게 직접적인 방법과 간접적인 방법으로 구분된다. 직접적인 추정 방법으로는 산부인과 대상 설문조사와 가임기 여성 대상 설문조사, 전향적 연구, 제3자 익명조사 기법 등이 있다. 간접적인 방법으로는 인공임신중절(낙태) 합병증 통계 활용 기법과 사망률과 가중잔차법이 있다. 이러한 추정 방법들의 주요한 특징과 방법론적 쟁점 사항은 다음과 같다.

#### 1. 직접 추정 방법

먼저 직접적인 추정 방법으로 인공임신중절(낙태) 수술 의료기관을 대상으로 하는 설문조사 방법이 있다. 이는 산부인과 등 의료기관을 표본추출하고, 해당 의료기관에서 수술한 인공임신중절(낙태) 횟수를 조사하는 방법이다. 의료 공급자를 대상으로 한 이러한 방식에는 인공임신중절(낙태)이 과소추정될 가능성이 존재한다. 불법 수술로 인한 법적 처벌이나 불법 수술 의료기관이라는 여론의 공격 등에 대한 우려로 인해 조

53) 추정 방법의 내용은 Rossier(2003) 연구를 요약 정리한 것임.

사 참여 자체를 꺼려 표본의 대표성을 확보하기가 어렵기 때문이다(Singh et al., 2010, p. 7).

두 번째 방법은 가임기 여성의 자기보고식 설문조사를 활용하는 방법이다. 의료기관을 대상으로 한 방법과 동일하게, 이 방법 또한 여러 가지 이유로 인공임신중절률이 과소보고될 가능성이 있다. 우선 표본설계의 대표성 이슈이다. 청소년이나 취약계층 여성 등은 상대적으로 과소표집되는 경향이 있어 인공임신중절률의 편향이 발생할 수 있다. 표본 대표성과 관련된 더 심각한 문제는 인공임신중절(낙태)을 경험한 이들이 설문조사 자체에 참여하기를 거부하는 경향이 더 크다는 데 있다. 이러한 표본설계와 관련된 쟁점 외에도 과소보고로 인한 측정의 쟁점 또한 제기된다. 통상 응답자의 기억에 의존하는 자기보고식 조사이기 때문에 정확한 응답을 하지 못할 가능성이 있고, 사회적 낙인 효과 때문에 실제 인공임신중절(낙태) 수술한 횟수보다 적게 응답할 가능성이 있다. 이러한 표본설계와 측정에서의 쟁점을 완화하기 위한 조치로는 첫째, 원하지 않은 임신 등으로 간접적인 질문을 활용하는 방법, 둘째, 대면조사보다 익명성 보장과 사생활 보호 효과가 뚜렷한 무작위 응답 기법(randomized response technic)이나 온라인 조사 등 컴퓨터 기반 조사, 끝으로 응답자와 피응답자 간의 신뢰관계를 촉진하는 기법들이 있다.

세 번째 방법은 비교적 최근에 등장한 추정 방법인 전향적 연구(prospective study) 방법이다. 이는 자기보고식 설문조사가 변형된 것으로서 임신 여성 코호트 집단을 일정 기간마다 방문해 인공임신중절(낙태) 경험을 추적조사하는 방식이다. 제3세계 국가의 농촌지역에서 실험적으로 진행된 사례가 일부 있으나 여전히 과소응답의 경향이 있고 자기보고식 설문조사에 비해 상대적으로 조사비용이 크게 드는 문제가 있다.

네 번째 방법은 제3자 익명조사 기법이다. 이는 본인의 경험이 아니라, 지역사회 사람들의 인공임신중절(낙태) 경험에 대한 정보를 수집해 추정하는 방법이다. 이 방법은 인공임신중절(낙태)이 비밀리에 행해지고 촘촘한 사회연결망이 형성되어 있는 지역사회(커뮤니티)에서 활용되고 있는 방법이나, 아직까지 정교하게 발전된 방법은 아니다.

## 2. 간접 추정 방법

다음은 간접적인 추정 방법으로 인공임신중절(낙태) 합병증 통계 활용 기법이다. 이



는 기본적으로 인공임신중절(낙태)로 인한 합병증 치료를 받은 여성의 규모를 추정해 인공임신중절률을 산출한다. 이 방법을 적용하기 위해서는 두 가지의 자료가 필요하다. 먼저 건강보험통계 혹은 의료기관 자료를 활용해 인공임신중절(낙태) 합병증 치료를 의료기관에서 제공받은 여성의 숫자를 파악해야 한다. 통상 건강보험자료에는 자연유산으로 인한 합병증과 인공임신중절(낙태)로 인한 합병증 치료기록이 혼재되어 있기 때문에 이를 구분하기 위한 추정치가 필요하다. 두 번째로 유산을 했던 모든 여성 중에 의료기관에서 인공임신중절(낙태) 합병증 치료를 받은 여성의 비중을 알아야 한다. 합병증이 있더라도 의료기관을 방문해 치료를 받지 못한 사람들이 있을 수 있어 보정이 필요하다. 이 때문에 인공임신중절(낙태) 합병증과 관련된 행정통계 외에도 의료전문가 조사를 추가로 실시해, 의료기관 유형(1차, 2차 등)에 따른 인공임신중절(낙태)을 경험한 여성의 비율 분포, 의료기관 유형에 따라 의료서비스를 필요로 하는 합병증이 유발될 확률, 그리고 합병증을 가진 여성들이 의료기관에서 의료서비스를 받을 확률에 관한 승수값(multiplier)을 추정해 활용한다. 인공임신중절(낙태) 합병증 통계 활용 방법에 추정된 인공임신중절률은 의료전문가 조사자료로 산정된 승수값에 크게 좌우되기 마련이다. 따라서 의료전문가 조사자료의 신뢰도가 미흡한 경우 인공임신중절(낙태)은 과소 혹은 과대 추정될 우려가 있다. 또한 이 방법은 인공임신중절(낙태)을 경험한 여성들의 인구사회학적 정보를 파악할 수 없기 때문에 다양하게 하위집단 분석을 할 수 없는 한계가 있다.

두 번째 대표적인 간접 추정 방법은 Bongaarts 합계출산율 모형을 적용한 가중잔차법(residual method)이다. 이 모형에 의하면, 합계출산율은 혼인율과 피임률, 인공임신중절률, 그리고 불임률의 함수로 구성된다. 따라서 합계출산율, 혼인율, 피임률, 불임률에 관한 각 관련 변수(독립변수) 자료가 있다면 역으로 인공임신중절률을 산출할 수 있다. 그러나 가중잔차법에 의한 인공임신중절률 수치는 이러한 독립변수의 정확성에 매우 민감하게 영향을 받아 편향이 발생할 가능성이 크다. 또한 이 독립변수들이 가임기 여성별로 일정하다는 가정이 전제되어 있는 문제가 있다.

우리나라의 경우 간접 추정 방법은 불가능하다. 불법적인 인공임신중절(낙태)을 한 후 의료기관에서 합병증 치료를 받은 여성의 숫자를 파악하는 것이 불가능하기 때문이다. 자연유산으로 인한 합병증과 인공임신중절(낙태)로 인한 합병증 치료기록이 혼재되어 있기 때문에 이를 구분하기도 어려우나 건강보험 적용 없이 치료를 받는 경우가

많기 때문에 더욱 그러하다. 따라서 본 연구에서는 직접 추정 방법으로서 만 15~44세 가임기 여성의 자기보고식 설문조사를 활용하는 방법을 적용하고자 한다. 특히 앞서 언급한 과소보고 등의 한계를 최소화하기 위하여 사전조사를 실시하여 보다 정확한 조사 결과 도출을 위한 문항 배치 등을 고려하였고 무작위 응답 기법을 포함한 온라인 조사를 실시하였다. 그러나 이 역시 인공임신중절률이 과소보고될 가능성이 여전히 존재한다.

## 제2절 인공임신중절(낙태) 실태 조사 방법

### 1. 조사 개요

인공임신중절(낙태) 실태 파악을 위해 10,000명의 만 15~44세 가임기 여성을 대상으로 온라인 조사를 실시하였다. 조사를 실시하기 전 생명윤리위원회(IRB)의 승인(제 2018-50호)을 완료하였다. 또한, 본 조사에 앞서 정확한 실태 파악을 위해 사전조사를 실시하여 발생될 수 있는 문제점을 최소화하고자 하였다. 사전조사 및 본조사의 조사 기간, 조사 규모는 다음과 같다.

<표 4-1> 인공임신중절(낙태) 실태조사 개요

구 분	조사 기간	조사 규모	비고
사전 조사	2018.8.23.~2018.8.28	가임기 여성(만 15~44세) 총 1,000명 (A형, B형 각 500명)	-A형(관련법 문항 임신경험 문항 뒤에 배치) -B형(관련법 문항 임신경험 문항 앞에 배치)
본 조사	2018.9.20.~2018.10.30.	가임기 여성(만 15~44세) 총 10,000명	

조사의 신뢰도를 제고하기 위해 사전조사를 실시하여 인공임신중절(낙태)의 불법성에 따른 응답률 차이를 검토하여 설문지를 구성하였다. 사전조사는 A형(관련법 문항을 임신경험 문항 뒤에 배치)과 B형(관련법 문항을 임신경험 문항 앞에 배치)으로 구분하여 인공임신중절(낙태)의 불법성에 관한 내용이 담긴 문항을 임신경험 관련 문항 앞 또는 뒤에 배치하여 그 차이를 알아보았다. 즉, 「형법」과 「모자보건법」 등 인공임신중절

(낙태)의 불법성을 인지할 수 있는 문항을 임신경험을 조사하기 전/후로 구분하여 질문하여 조사하였다. 가임기 여성(만 15~44세) 총 1,000명을 조사하였으며, A형과 B형 각각 500명을 대상으로 실시하였다.

사전조사 결과, 관련법 문항을 임신경험 문항 뒤에 배치했을 경우 앞에 배치했을 때보다 인공임신중절(낙태) 횟수가 높게 나타나 법 관련 문항이 인공임신중절(낙태) 응답에 영향을 미치는 것을 살펴볼 수 있었다. 구체적으로 전체 임신경험 건수 대비 인공임신중절(낙태) 건수 비율을 보면, 관련법 문항을 사전에 배치한 경우 12.7%, 이후에 배치한 경우 19.1%로 나타나 차이를 보였다.

<표 4-2> 인공임신중절(낙태) 불법성 문항 배치에 따른 응답률 변화

구 분	임신 경험		출산		사산		자연유산		인공임신중절(낙태)	
	사례수	횟수	사례수	횟수	사례수	횟수	사례수	횟수	사례수	횟수
A형 (관련법 문항 임신경험 문항 뒤에 배치)										
2015년 이전	116	209	100	160	3	4	27	30	30	39
2016년	15	15	10	10	1	1	1	1	3	3
2017년	18	18	13	13	0	0	5	5	5	5
2018년	25	25	10	10	1	1	3	3	4	4
합계	174	267	133	193	5	6	36	39	42	51
B형 (관련법 문항 임신경험 문항 앞에 배치)										
2015년 이전	104	191	89	147	3	3	26	32	25	28
2016년	16	16	11	11	0	0	4	4	2	2
2017년	18	20	9	9	0	0	7	9	0	0
2018년	17	17	8	8	0	0	3	3	1	1
합계	155	244	117	175	3	3	40	48	28	31

이에 따라 관련법 문항을 임신경험 뒤에 배치하여 본 조사를 진행하였다. 또한 조사의 신뢰도를 높이기 위해 조사 명칭과 조사 문항 보기에 관해서 고려를 하였다. 온라인 조사에 익숙한 조사 업체 패널의 특성 상 조사 제목에 ‘인공임신중절(낙태)’라는 용어가 들어갈 경우 경험이 없는 응답자도 경험이 있다고 응답할 확률이 높다는 통계학 전문가의 자문을 토대로 온라인 조사의 제목을 ‘여성의 성 건강 관련 실태조사’라고 하였으며, 조사 문항 보기의 배치에 따라 응답이 달라질 수 있음을 고려하여 특정 경향 내지는 편향된 응답 등을 미연에 방지하기 위해 조사 문항의 보기를 무작위(random)로 배치하여 신뢰도를 제고하고자 하였다. 본 인공임신중절(낙태) 실태조사의 체계는 다음과 같다.

[그림 4-1] 인공임신중절(낙태) 실태조사 가임기 여성(만 15~44세) 조사 체계



## 2. 표본 설계

이번 조사는 선행된 인공임신중절 실태조사보다 더 많은 표본을 대상으로 조사를 실시하여 표본오차를 최소화 하고자 하였다. 2011년에 수행된 실태조사에서는 A조사 업체 패널 중 가임기 여성(만 15~44세) 4,000명을 대상으로 조사가 실시됨에 따라 표본 오차  $\pm 1.55\%p$  범위 내에서 신뢰도를 확보한 반면, 이번 조사는 국내 최대 패널 수를 보유하고 있는 B조사 업체의 패널 중 가임기 여성(만 15~44세) 10,000명을 대상으로 실시하여 95% 신뢰수준에서 표본오차를  $\pm 1.0\%p$  수준으로 감소시킴으로써 신뢰도를 제고하였다. 또한, 모집단을 설계할 때 행정안전부의 2018년 9월말 기준 주민등록인구통계 자료를 활용하여 최근의 인구변화를 반영하였고, 이를 근거로 층화변수별 모집단과 표본의 구성비가 일치하도록 비례배분법(proportional allocation)을 적용하여 표본을 추출하였다. 추가적으로 인공임신중절(낙태)은 혼인상태에 따라 인식과 경험이 다를 수 있음을 고려하여 2015년 인구주택총조사 자료를 활용하여 혼인 여부에 대한 지역별·연령별 비율을 반영하였다. 정리하면, 최신 주민등록인구통계를 우선 활용하여 연령과 지역별 현황을 반영하고, 이후 2015년 인구주택총조사의 혼인 비율을 활용

하여 표본을 추출하였다. 이는 인구주택총조사는 연령, 지역, 혼인상태별 모집단 비율에 대한 표본 배분이 가능하다는 장점이 있으나, 본 조사와 2015년 인구주택총조사는 통계작성 시점이 약 3년의 차이가 발생하여 최근의 인구학적 변화를 반영하는데 일부 한계가 있기 때문이었다. 표본 설계 및 추출에 대한 구체적 내용은 다음과 같다.

#### 가. 모집단

행정안전부의 주민등록인구통계자료(2018년 9월말) 기준 가임기 여성(만 15~44세)은 10,098,865명으로 이 인구가 1차 모집단이 되며, 지역 및 연령별 모집단 구성은 <표 4-3>과 같다. 단, 지역별 구분 시 세종특별자치시가 전국에서 차지하는 비중이 적어 충청남도에 포함하여 16개 시·도별로 모집단을 구성하였다.

<표 4-3> 지역별 모집단 현황

(단위: 명)

구 분	연령						총계
	15~19세	20~24세	25~29세	30~34세	35~39세	40~44세	
전체	1,358,800	1,627,140	1,606,956	1,556,882	2,003,571	1,945,516	10,098,865
서울	233,975	337,231	396,981	368,675	409,011	374,595	2,120,468
부산	80,003	106,593	105,610	96,732	127,637	120,071	636,646
대구	66,682	80,422	72,077	65,193	91,011	93,263	468,648
인천	77,347	95,931	100,139	92,116	118,874	112,570	596,977
광주	46,630	53,200	45,028	42,249	58,049	58,519	303,675
대전	42,768	52,855	48,505	45,127	57,834	58,407	305,496
울산	31,305	35,441	32,993	33,367	46,186	43,777	223,069
경기	360,726	413,893	414,907	408,718	543,250	531,170	2,672,664
강원	40,499	43,977	36,381	35,497	49,095	52,258	257,707
충북	42,146	47,985	41,976	42,612	55,361	55,730	285,810
충남	62,926	65,625	63,238	70,695	94,119	88,778	445,381
전북	51,778	56,174	44,887	43,537	58,307	62,913	317,596
전남	49,667	51,976	41,639	41,658	56,295	57,321	298,556
경북	64,339	70,928	61,371	64,496	87,451	87,795	436,380
경남	89,277	94,556	83,051	88,462	125,568	123,379	604,293
제주	18,732	20,353	18,173	17,748	25,523	24,970	125,499

주: 행정안전부 주민등록인구통계(2018년 9월말) 기준.

앞서 언급했듯이 인공임신중절(낙태)은 혼인상태에 따라 인식과 경험이 다를 수 있어 2015년 인구주택총조사 자료의 혼인 여부 변수를 지역별·연령별로 비율을 적용하였고, 이를 토대로 <표 4-6>의 최종 조사모집단을 구성하였다(미혼 52.9%, 기혼 47.1%).

98 인공임신중절 실태조사

<표 4-4> 혼인상태에 따른 모집단 현황

(단위: 명)

구 분	계	미혼							기혼						
	전체	15 ~19세	20 ~24세	25 ~29세	30 ~34세	35 ~39세	40 ~44세		15 ~19세	20 ~24세	25 ~29세	30 ~34세	35 ~39세	40 ~44세	
전체	10,212,773	1,510,017	1,524,989	1,117,085	658,748	355,681	234,941		3,637	50,221	327,554	1,096,642	1,497,783	1,835,475	
서울	2,161,556	264,744	335,769	309,201	202,103	110,389	71,573		266	5,305	54,757	205,982	270,224	331,243	
부산	669,446	96,872	109,469	80,114	50,415	27,689	19,509		153	2,453	17,384	63,306	90,295	111,787	
대구	492,378	77,017	76,913	50,783	30,044	16,386	11,782		203	1,764	13,441	48,531	71,058	94,456	
인천	599,620	85,305	89,433	67,381	36,696	19,172	12,240		133	3,173	20,226	67,845	90,342	107,674	
광주	328,154	54,421	53,529	33,946	20,366	10,172	5,651		82	1,479	9,405	32,006	47,408	59,689	
대전	332,268	52,285	56,298	35,017	19,418	10,516	6,472		72	1,503	10,463	33,999	47,499	58,726	
울산	230,103	35,174	30,582	21,527	11,636	6,127	3,772		35	1,110	8,759	28,966	36,729	45,686	
경기	2,594,481	378,240	366,668	266,537	146,001	79,332	52,773		1,123	12,607	86,078	296,795	411,481	496,846	
강원	264,689	44,846	40,620	22,962	13,388	7,591	5,163		303	2,828	10,178	26,942	39,263	50,605	
충북	299,310	50,754	46,776	28,036	15,198	7,812	5,317		164	2,006	11,269	33,697	44,583	53,698	
충남	432,390	69,749	65,811	37,462	19,455	10,022	7,311		360	3,750	19,330	53,887	68,824	76,429	
전북	330,006	58,142	51,970	30,739	17,136	9,001	5,843		122	2,005	11,489	33,181	48,548	61,830	
전남	287,277	51,799	37,859	24,692	14,548	7,232	4,437		149	2,211	10,862	31,870	45,180	56,438	
경북	462,357	75,012	67,954	43,198	24,995	13,487	9,301		175	3,628	17,571	52,661	68,808	85,567	
경남	613,785	96,854	79,773	55,248	30,651	16,231	10,762		238	3,499	22,377	74,678	100,966	122,508	
제주	114,953	18,803	15,565	10,242	6,698	4,522	3,035		59	900	3,965	12,296	16,575	22,293	

주: 통계청 인구주택총조사(2015년) 기준.

<표 4-5> 혼인상태에 따른 모집단 비율

(단위: %)

구 분	계	미혼							기혼						
	전체	15 ~19세	20 ~24세	25 ~29세	30 ~34세	35 ~39세	40 ~44세		15 ~19세	20 ~24세	25 ~29세	30 ~34세	35 ~39세	40 ~44세	
전체	1.0000	0.1479	0.1493	0.1094	0.0645	0.0348	0.0230		0.0004	0.0049	0.0321	0.1074	0.1467	0.1797	
서울	0.2117	0.0259	0.0329	0.0303	0.0198	0.0108	0.0070		0.0000	0.0005	0.0054	0.0202	0.0265	0.0324	
부산	0.0655	0.0095	0.0107	0.0078	0.0049	0.0027	0.0019		0.0000	0.0002	0.0017	0.0062	0.0088	0.0109	
대구	0.0482	0.0075	0.0075	0.0050	0.0029	0.0016	0.0012		0.0000	0.0002	0.0013	0.0048	0.0070	0.0092	
인천	0.0587	0.0084	0.0088	0.0066	0.0036	0.0019	0.0012		0.0000	0.0003	0.0020	0.0066	0.0088	0.0105	
광주	0.0321	0.0053	0.0052	0.0033	0.0020	0.0010	0.0006		0.0000	0.0001	0.0009	0.0031	0.0046	0.0058	
대전	0.0325	0.0051	0.0055	0.0034	0.0019	0.0010	0.0006		0.0000	0.0001	0.0010	0.0033	0.0047	0.0058	
울산	0.0225	0.0034	0.0030	0.0021	0.0011	0.0006	0.0004		0.0000	0.0001	0.0009	0.0028	0.0036	0.0045	
경기	0.2540	0.0370	0.0359	0.0261	0.0143	0.0078	0.0052		0.0001	0.0012	0.0084	0.0291	0.0403	0.0486	
강원	0.0259	0.0044	0.0040	0.0022	0.0013	0.0007	0.0005		0.0000	0.0003	0.0010	0.0026	0.0038	0.0050	
충북	0.0293	0.0050	0.0046	0.0027	0.0015	0.0008	0.0005		0.0000	0.0002	0.0011	0.0033	0.0044	0.0053	
충남	0.0423	0.0068	0.0064	0.0037	0.0019	0.0010	0.0007		0.0000	0.0004	0.0019	0.0053	0.0067	0.0075	
전북	0.0323	0.0057	0.0051	0.0030	0.0017	0.0009	0.0006		0.0000	0.0002	0.0011	0.0032	0.0048	0.0061	
전남	0.0281	0.0051	0.0037	0.0024	0.0014	0.0007	0.0004		0.0000	0.0002	0.0011	0.0031	0.0044	0.0055	
경북	0.0453	0.0073	0.0067	0.0042	0.0024	0.0013	0.0009		0.0000	0.0004	0.0017	0.0052	0.0067	0.0084	
경남	0.0601	0.0095	0.0078	0.0054	0.0030	0.0016	0.0011		0.0000	0.0003	0.0022	0.0073	0.0099	0.0120	
제주	0.0113	0.0018	0.0015	0.0010	0.0007	0.0004	0.0003		0.0000	0.0001	0.0004	0.0012	0.0016	0.0022	

주: 통계청 인구주택총조사(2015년) 기준.

&lt;표 4-6&gt; 최종 모집단 현황

(단위: 명)

구 분	계			미혼						기혼					
	전체	미혼	기혼	15~19세	20~24세	25~29세	30~34세	35~39세	40~44세	15~19세	20~24세	25~29세	30~34세	35~39세	40~44세
전체	10,098,865	5,341,216	4,757,649	1,493,176	1,507,979	1,104,624	651,402	351,715	232,320	3,596	49,662	323,898	1,084,413	1,481,077	1,815,003
서울	2,137,448	1,279,349	858,099	261,791	332,024	305,752	199,849	109,158	70,775	263	5,246	54,146	203,685	267,210	327,549
부산	661,979	379,784	282,195	95,792	108,248	79,220	49,853	27,380	19,291	151	2,426	17,190	62,600	89,288	110,540
대구	486,886	259,993	226,893	76,158	76,055	50,217	29,709	16,203	11,651	201	1,744	13,291	47,990	70,265	93,402
인천	592,932	306,767	286,165	84,354	88,436	66,629	36,287	18,958	12,103	132	3,138	20,000	67,088	89,334	106,473
광주	324,494	176,099	148,395	53,814	52,932	33,567	20,139	10,059	5,588	81	1,463	9,300	31,649	46,879	59,023
대전	328,561	177,998	150,563	51,702	55,670	34,626	19,201	10,399	6,400	71	1,486	10,346	33,620	46,969	58,071
울산	227,537	107,605	119,932	34,782	30,241	21,287	11,506	6,059	3,730	35	1,098	8,661	28,643	36,319	45,176
경기	2,565,542	1,275,167	1,290,375	374,021	362,578	263,564	144,373	78,447	52,184	1,110	12,466	85,118	293,485	406,892	491,304
강원	261,737	133,069	128,668	44,346	40,167	22,706	13,239	7,506	5,105	300	2,796	10,064	26,642	38,825	50,041
충북	295,972	152,177	143,795	50,188	46,254	27,723	15,029	7,725	5,258	162	1,984	11,143	33,321	44,086	53,099
충남	427,566	207,469	220,097	68,971	65,077	37,044	19,238	9,910	7,229	356	3,708	19,114	53,286	68,056	75,577
전북	326,327	170,904	155,423	57,494	51,390	30,396	16,945	8,901	5,778	121	1,983	11,361	32,811	48,007	61,140
전남	284,074	139,000	145,074	51,221	37,437	24,417	14,386	7,151	4,388	147	2,186	10,741	31,515	44,676	55,809
경북	457,201	231,337	225,864	74,175	67,196	42,716	24,716	13,337	9,197	173	3,588	17,375	52,074	68,041	84,613
경남	606,939	286,290	320,649	95,774	78,883	54,632	30,309	16,050	10,642	235	3,460	22,127	73,845	99,840	121,142
제주	113,670	58,208	55,462	18,593	15,391	10,128	6,623	4,472	3,001	58	890	3,921	12,159	16,390	22,044

## 나. 조사 대상자(표본)

표본추출을 위해 선정된 조사 업체가 보유하고 있는 2018년 9월말 기준 129만 패널 중 만 15~44세 여성을 대상으로 지역별·연령별·혼인상태별 모집단 구성비와 표본 구성비가 일치되도록 비례배분법(proportional allocation)을 적용하였으며, 목표표본의 5배수 단위로 표본 리스트를 구성하여 무작위 추출(random sampling)로 조사대상을 선정하여 10,000명 대상의 온라인 조사를 수행하였다. 최종 조사대상자 현황(10,000명)은 <표 4-8>과 같다.

&lt;표 4-7&gt; 조사업체 보유 패널 현황: 만 15~44세 여성 (2018년 9월말 기준)

(단위: 명)

구 분	연령						총계
	15~19세	20~24세	25~29세	30~34세	35~39세	40~44세	
전체	30,832	109,849	131,091	100,357	97,429	61,053	530,611
서울	6,787	27,392	35,411	30,572	31,722	20,731	152,615
부산	1,748	6,554	8,728	7,404	7,038	4,209	35,681
대구	1,413	5,698	6,478	4,459	4,376	2,775	25,199
인천	2,098	7,463	9,289	6,302	5,931	3,718	34,801
광주	1,050	3,419	3,904	2,793	2,686	1,776	15,628
대전	966	3,730	4,333	3,407	3,049	1,864	17,349
울산	649	2,006	2,457	1,776	1,699	922	9,509
세종	139	209	232	256	235	122	1,193
경기	8,079	27,554	30,769	22,615	22,261	14,493	125,771
강원	761	2,722	3,070	2,249	2,043	1,177	12,022
충북	756	2,686	3,070	2,313	1,943	1,082	11,850
충남	1,031	3,490	3,910	2,686	2,223	1,248	14,588
전북	1,014	3,254	3,741	2,712	2,289	1,341	14,351
전남	982	2,880	3,140	2,191	1,762	1,072	12,027
경북	1,131	4,169	4,809	3,272	3,088	1,769	18,238
경남	1,916	5,651	6,562	4,642	4,369	2,419	25,559
제주	312	972	1,188	708	715	335	4,230



&lt;표 4-8&gt; 표준화 과정을 통한 조사대상자 현황 (10,000명)

(단위: 명)

구 분	계			미혼						기혼					
	전체	미혼	기혼	15 ~19세	20 ~24세	25 ~29세	30 ~34세	35 ~39세	40 ~44세	15 ~19세	20 ~24세	25 ~29세	30 ~34세	35 ~39세	40 ~44세
전체	10,000	5,289	4,711	1,478	1,493	1,094	645	348	231	1	51	321	1,074	1,467	1,797
서울	2,117	1,267	850	259	329	303	198	108	70	0	5	54	202	265	324
부산	654	375	279	95	107	78	49	27	19	0	3	17	62	88	109
대구	482	257	225	75	75	50	29	16	12	0	2	13	48	70	92
인천	588	305	283	84	88	66	36	19	12	0	3	20	66	89	105
광주	320	174	146	53	52	33	20	10	6	0	2	9	31	46	58
대전	325	175	150	51	55	34	19	10	6	0	2	10	33	47	58
울산	225	106	119	34	30	21	11	6	4	0	1	9	28	36	45
경기	2,540	1,263	1,277	370	359	261	143	78	52	1	12	84	291	403	486
강원	259	132	127	44	40	23	13	7	5	0	3	10	26	38	50
충북	295	152	143	50	46	28	15	8	5	0	2	11	33	44	53
충남	423	205	218	68	64	37	19	10	7	0	4	19	53	67	75
전북	325	170	155	57	51	30	17	9	6	0	2	11	33	48	61
전남	280	137	143	51	37	24	14	7	4	0	2	11	31	44	55
경북	454	230	224	74	67	42	25	13	9	0	4	17	52	67	84
경남	601	284	317	95	78	54	30	16	11	0	3	22	73	99	120
제주	112	57	55	18	15	10	7	4	3	0	1	4	12	16	22

또한 조사된 자료는 만 15~44세의 인구구조를 반영하도록 가중치를 부여하였는데, 본 조사의 설계가중치는 각 층에 대한 표본 추출물의 역수를 이용하였다. 단, 만 15~19세 기혼자의 경우, 표본설계 시 대상자가 할당되지 않는 부분이 있어 가중치 부여 시 만 15~24세로 묶어서 적용하였다. 이에 모든 조사 결과는 단순 평균 비율이 아닌 가중 평균 및 가중비율이다.

$$\text{설계가중치} = \frac{N_{ijk}}{n_{hijk}}$$

102 인공임신중절 실태조사

<표 4-9> 최종 조사 완료 대상 (10,000명)

(단위: 명)

구 분	계			미혼						기혼					
	전체	미혼	기혼	15 ~19세	20 ~24세	25 ~29세	30 ~34세	35 ~39세	40 ~44세	15 ~19세	20 ~24세	25 ~29세	30 ~34세	35 ~39세	40 ~44세
전체	10,000	5,394	4,606	1,356	1,564	1,229	596	403	246	1	46	347	950	1,571	1,691
서울	2,100	1,277	823	234	328	333	185	122	75	0	5	56	181	282	299
부산	632	364	268	80	104	86	43	31	20	0	2	18	53	95	100
대구	465	257	208	67	78	56	26	18	12	0	2	14	39	72	81
인천	592	316	276	77	93	76	35	22	13	0	3	22	57	95	99
광주	300	168	132	47	51	36	17	11	6	0	1	8	25	46	52
대전	303	166	137	43	51	37	17	11	7	0	1	11	28	46	51
울산	220	109	111	31	34	23	10	7	4	0	1	9	23	38	40
경기	2,637	1,348	1,289	357	398	310	136	92	55	1	11	96	268	441	472
강원	256	132	124	41	41	25	12	8	5	0	2	11	23	41	47
충북	283	146	137	42	45	29	13	11	6	0	2	12	29	44	50
충남	439	205	234	63	62	41	19	12	8	0	3	21	51	80	79
전북	317	169	148	52	54	32	15	10	6	0	2	12	29	48	57
전남	298	155	143	50	49	29	14	8	5	0	3	12	28	48	52
경북	433	221	212	64	67	44	21	15	10	0	3	17	43	71	78
경남	600	294	306	89	90	59	26	19	11	0	4	23	62	105	112
제주	125	67	58	19	19	13	7	6	3	0	1	5	11	19	22

<표 4-10> 조사 쿼터별 가중치 적용 (10,000명)

구 분	계			미혼						기혼				
	전체	미혼	기혼	15 ~19세	20 ~24세	25 ~29세	30 ~34세	35 ~39세	40 ~44세	15 ~24세	25 ~29세	30 ~34세	35 ~39세	40 ~44세
전체	1.00000	0.98051	1.02281	1.09000	0.95460	0.89021	1.08220	0.86350	0.93901	1.10640	0.92511	1.13050	0.93381	1.06271
서울	1.00810	0.99221	1.03281	1.10681	1.00300	0.90991	1.07030	0.88520	0.93331	1.00000	0.96431	1.11600	0.93971	1.08361
부산	1.03481	1.03021	1.04101	1.18751	1.02880	0.90701	1.13950	0.87100	0.95001	1.50000	0.94441	1.16980	0.92631	1.09001
대구	1.03661	1.00001	1.08171	1.11940	0.96150	0.89291	1.11540	0.88891	1.00001	1.00000	0.92861	1.23080	0.97221	1.13581
인천	0.99320	0.96521	1.02541	1.09090	0.94620	0.86841	1.02860	0.86360	0.92311	1.00000	0.90911	1.15790	0.93681	1.06061
광주	1.06671	1.03571	1.10611	1.12771	1.01960	0.91671	1.17650	0.90911	1.00002	2.00001	1.12501	1.24001	1.00001	1.11541
대전	1.07261	1.05421	1.09491	1.18601	1.07840	0.91891	1.11760	0.90910	0.85711	2.00000	0.90911	1.17861	1.02171	1.13731
울산	1.02270	0.97251	1.07211	1.09680	0.88240	0.91301	1.10000	0.85711	1.00001	1.00001	1.00001	1.21740	0.94741	1.12501
경기	0.96320	0.93690	0.99071	1.03640	0.90200	0.84191	1.05150	0.84780	0.94551	1.08330	0.87501	1.08580	0.91381	1.02971
강원	1.01171	1.00001	1.02421	1.07320	0.97560	0.92001	1.08330	0.87501	1.00001	1.50000	0.90911	1.13040	0.92681	1.06381
충북	1.04241	1.04111	1.04381	1.19051	1.02220	0.96551	1.15380	0.72730	0.83331	1.00000	0.91671	1.13791	1.00001	1.06001
충남	0.96361	1.00000	0.93161	1.07941	1.03230	0.90241	1.00000	0.83330	0.87501	1.33330	0.90481	1.03920	0.83750	0.94941
전북	1.02521	1.00591	1.04731	1.09620	0.94440	0.93751	1.13330	0.90001	1.00001	1.00000	0.91671	1.13791	1.00001	1.07021
전남	0.93960	0.88391	1.00001	1.02000	0.75510	0.82761	1.00000	0.87500	0.80001	0.66670	0.91671	1.10710	0.91671	1.05771

주: 만 15~19세 기혼자의 경우, 표본설계 시 대상자가 할당되지 않는 부분이 있어 가중치 작업 시 만 15~24세로 묶어서 적용함.

### 3. 조사 방법

이번 조사는 구조화된 웹 설문지를 이용해 조사 패널을 대상으로 온라인 조사 방식으로 실시하였다. 온라인 조사 방식을 활용한 이유는 앞서 언급했듯이 조사 내용에 성 경험 및 인공임신중절(낙태) 경험과 같은 민감한 주제가 포함되어 있기 때문에 조사 참여자의 익명성 보장이 무엇보다 중요하기 때문이다.

온라인 조사는 전문조사기관을 선정하고 조사업체에 위탁하여 시행하였다. 해당 조사업체는 국내 최대 규모의 패널을 보유하고 있어 단일 표본틀을 가지고 본 조사를 수행할 수 있었으며, 동 패널은 인구주택총조사를 대표할 수 있도록 전국민을 지역, 성, 연령별로 모집한 패널이다.

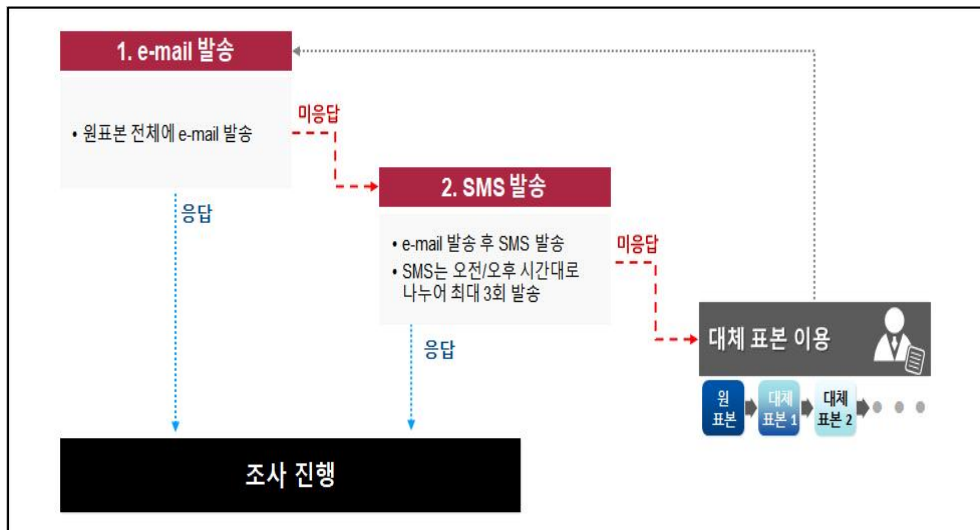
[그림 4-2] 인공임신중절(낙태) 실태조사 온라인 조사 체계



온라인 조사 진행에 있어 표본의 대표성 확보를 위해 원표본에 대한 응답률을 최대한 높일 수 있도록 단계별 연락 매체 및 적절한 독려시기를 설정하여 응답률을 확보하

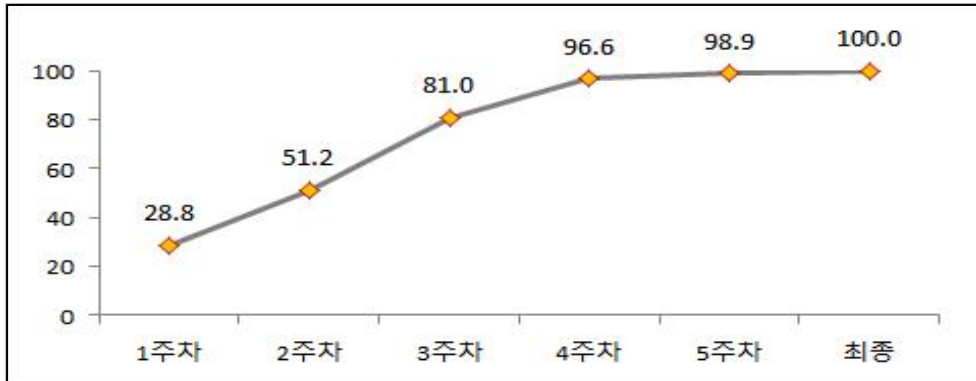
였다. 일반적인 온라인 조사에 있어서는 전화를 통한 직접 연락을 통해 응답률을 확보할 수 있으나, 이번 조사의 경우, 조사 주제의 민감성으로 인해 직접 통화는 진행하지 않고 E-mail 및 SMS 발송을 통해 독려하였다.

[그림 4-3] 인공임신중절(낙태) 실태조사 조사 진행 방식



본 조사는 2018년 9월 20일을 시작으로 실사 2주차 동안 목표표본의 약 50%를 완료하였고, 실사 3주 동안 약 80%를 완료하는 등 전반적으로 안정적인 실사가 진행되었다. 조사는 각 쿼터별 목표 표본수가 확보될 때까지 진행하였고, 가능한 최초 추출한 원표본이 조사에 참여하도록 독려하였다. 조사 대상자에게 E-mail을 보내어 조사 필요성 및 개인정보보호를 설명하였으며, 설문 참여를 동의하는 대상자에 한해 진행하였다. 조사 진행률 현황은 [그림 4-4] 와 같다.

[그림 4-4] 인공임신중절(낙태) 실태조사 조사 진행률 추이



한편, 본 조사 참여자 중 중도에 포기한 경우는 1,181명으로 파악되었는데, 이들의 경우 접속 후 미진행이 약 50.9%(601명), 성경험 질문 및 임신, 인공임신중절(낙태) 경험 등 조사 내용의 민감성으로 인해 포기한 경우가 약 40%(472명)로 나타났다.

&lt;표 4-11&gt; 인공임신중절(낙태) 실태조사 중도 포기자 현황

(단위: 명)

중도 포기(전체)	접속 후 미진행	성경험 질문 포기	임신 및 인공임신중절 질문 포기	이후 기타 문항 포기
1,181	601	138	334	108

### 제3절 인공임신중절(낙태) 경험자 심층면접 조사 방법

본 연구에서는 한국보건사회연구원 생명윤리위원회(IRB)의 승인을 받은 후 심층면접을 진행하였다. 심층면접의 대상은 최근(가급적 최근 3년 이내) 인공임신중절(낙태)을 고려했거나 경험한 만 20~44세 여성 가운데 실태조사 후 심층면접에 자발적으로 응할 의사를 표시한 총 20명이다.

심층면접 기간은 2018년 11월 2~23일이었으며, 사례 당 약 1시간 동안 연구진에 의해 진행되었다. 심층면접 과정은 다음과 같다. 면접 참여자에게 면접 전에 조사목적 및 내용, 개인정보 보호 및 비밀 유지 등에 대해 설명하였고, 면접을 진행 중이더라도 대상자가 거부하면 종료할 수 있음을 고지하였다. 또한 해당 내용에 대한 숙지 및 조사 참여, 면접 내용 녹음 등에 대한 서면동의서를 받고 진행하였다. 수행된 심층면접의 개요는 <표 4-12>와 같다.

<표 4-12> 심층면접에 대한 개요

구 분	내용
면접 대상자 모집 방식	- 온라인 실태조사 참여자 중 인공임신중절(낙태)을 고려했거나 경험이 있으면서 심층면접조사 참여에 동의한 모든 참여자를 모집
면접 대상자	- 인공임신중절(낙태)을 고려했거나 경험이 있는 만 20~44세 여성 20명
면접 방식	- 반구조화된 개별 면접
면접 내용	- 인공임신중절(낙태) 고려 및 경험과 관련된 내용(당시 상황, 심리적 어려움, 파트너와의 당시 관계 등), 관련 정책 욕구 등
면접 시간	- 약 1시간
면접 내용의 기록 및 전사	- 면접 참여자의 사전 동의서를 받고 기록(녹음) 및 전사함
면접 진행자	- 연구진

심층면접을 완료한 대상자의 특성은 다음과 같다(<표 4-13> 참조). 심층면접 결과는 인공임신중절(낙태) 관련 경험 여성을 분석한 제6장에서 제시하도록 한다.

&lt;표 4-13&gt; 심층면접 참여자 특성

연번 (대상자)	인공임신중절 (낙태) 경험 여부	연령	혼인상태	주수	연도	직업
①	경험	19	미혼	4주	2009	학생
		20대 초반	미혼	-	2011~2012	학생(휴학/ 아르바이트)
②	경험	25	미혼	-	2017	학원강사
③	고려	41	기혼	-	2016	전업주부
④	경험	40	미혼	8주	2008	직장인
⑤	경험	37	기혼	6주	2018	직장인
⑥	경험	30대 중반	기혼	-	-	전업주부
		40	기혼	5주	2015	전업주부
⑦	경험	25	미혼	6주	2017	직장인
⑧	경험	24	미혼	9주	2008	직장인
⑨	경험	28	미혼	7주	2015	직장인
⑩	경험	36	기혼	12~14주	2016	직장인
⑪	경험	30	기혼	6주	2018	전업주부
⑫	경험	38	기혼	4주	2016	전업주부
⑬	경험	38	기혼	7~8주	2015 또는 2016	중소기업 직원
⑭	경험	33	미혼	8~10주	2018	학원강사
⑮	경험	31	기혼	10주	2008	무직 → 은행원
⑯	경험	36	기혼	6~7주	2013	직장인
⑰	경험	37	기혼	6주	2015	무직
⑱	경험	33	기혼	5주	2018	농구교사
⑲	고려	40	미혼	5주	2010	헤드헌터
⑳	경험	30대 초반	미혼	3~4주	2008~2009	백화점 판매원

주: 연령, 혼인상태, 직업 등의 내용은 인공임신중절(낙태)을 고려 또는 경험했을 당시의 기준이며 제시된 정보는 응답자의 응답 내용을 토대로 작성함.





# 제 5 장

## 인공임신중절(낙태) 실태

제1절 인공임신중절(낙태) 실태 조사 대상자 일반 사항

제2절 인공임신중절(낙태) 실태 조사 주요 결과



# 5

## 인공임신중절(낙태) 실태 <

&lt;

### 제1절 인공임신중절(낙태) 실태 조사 대상자 일반 사항

가임기 여성(만 15~44세) 응답자 총 10,000명에 대한 일반 특성은 <표 5-1>과 같다. 지역별로는 대도시 거주자가 47.1%로 가장 많았고, 중소도시 42.0%, 농어촌 10.9% 순이었다. 조사 당시 연령은 40~44세가 20.3%로 가장 많았고, 15~19세가 14.8%로 가장 적었다. 교육수준은 대졸 이하·대학원 이상이 81.7%로 응답자 대다수의 교육수준이 높게 나타났다. 현재 혼인상태(조사시점)별로 살펴보면, 미혼이 52.9%, 법률혼 37.8%, 사실혼·동거 7.5%, 별거·이혼·사별 1.8%였다. 가임기 여성 중 55.3%는 조사 당시 취업한 상태였으며, 월평균 가구소득은 300~400만 원 미만이 20.5%로 가장 많았고, 100~200만 원 미만이 17.6%, 500~600만 원 미만이 17.3%, 400~500만 원 미만이 10.4%, 200~300만 원 미만이 10.2%였으며, 나머지 구간은 10% 미만으로 나타났다. 종교의 경우 무교인 응답자가 61.9%로 가장 많았고, 그 뒤로 개신교 19.2%, 불교 10.4%, 천주교 8.2% 등의 순이었다.

〈표 5-1〉 응답자(만 15~44세) 일반 특성

(단위: %, 명)

구 분	계	(명)
전체	100.0	(10,000)
지역		
대도시	47.1	(4,711)
중소도시	42.0	(4,203)
농어촌	10.9	(1,086)
현재 연령		
15~19세	14.8	(1,479)
20~24세	15.4	(1,544)
25~29세	14.1	(1,415)
30~34세	17.2	(1,719)
35~39세	18.1	(1,815)
40~44세	20.3	(2,028)
교육수준		
중졸 이하	1.5	(147)
고졸 이하	16.9	(1,686)
대졸 이하	68.5	(6,848)
대학원 이상	13.2	(1,319)
현재 혼인상태		
미혼	52.9	(5,289)
법률혼	37.8	(3,781)
사실혼·동거	7.5	(749)
별거·이혼·사별	1.8	(181)
취업여부		
취업	55.3	(5,526)
비취업	44.7	(4,474)
월평균 가구소득		
100만 원 미만	3.5	(350)
100~200만 원 미만	17.6	(1,762)
200~300만 원 미만	10.2	(1,016)
300~400만 원 미만	20.5	(2,052)
400~500만 원 미만	10.4	(1,042)
500~600만 원 미만	17.3	(1,734)
600~700만 원 미만	9.1	(908)
700만 원 이상	9.0	(895)
잘 모름	2.4	(241)
종교		
개신교	19.2	(1,921)
불교	10.4	(1,043)
원불교	0.1	(9)

주: 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## 제2절 인공임신중절(낙태) 실태 조사 주요 결과

### 1. 인공임신중절률 및 인공임신중절(낙태) 추정건수

인공임신중절률(Induced Abortion Rate)은 일정 기간 동안 인공임신중절(낙태)을 하는 횟수를 의미한다. 대체로 만 15~44세 가임기 여성 1,000명 당 시행되는 인공임신중절(낙태) 건수를 의미한다.<sup>54)</sup> 2017년 인공임신중절률은 천 명당 4.8건, 인공임신중절(낙태) 추정건수는 조사 결과 산출된 인공임신중절률과 만 15~44세 전체 여성의 2017년 연앙인구를 기준으로 49,764~50,703건으로 도출되었다.<sup>55)</sup>

○ 2017년 인공임신중절률:  $48/10,000 * 1000 =$  천 명당 4.8건

– (미혼) 천 명당 1.9건

– (기혼) 천 명당 8.1건

○ 2017년 인공임신중절 추정건수

– (전체 인공임신중절률을 활용한 추정)

$$48.413/10000 * [\text{만 15~44세 여성 모집단 수}(2017\text{년 연앙인구})] = 49,764\text{건}$$

– (연령별 인공임신중절률을 활용한 추정)

$$\sum_{n=15}^{44} (\text{인공임신중절률}(n) * n\text{세}2017\text{년연앙인구}) = 50,066\text{건}$$

– (5세 단위 연령 집단별 인공임신중절률을 활용한 추정)

$$\sum_{n=1}^8 (\text{인공임신중절률}(n\text{집단}) * \text{집단별}2017\text{년연앙인구}) = 50,703\text{건}$$

54) 국제연합 경제사회국 인구분과([www.unpopulation.org](http://www.unpopulation.org)) 및 OECD 회원 국가는 만 15~44세 여성의 지표를 산출하고 있으며, 이 중 일부 국가들은 이외의 만 15~49세 여성의 인공임신중절률을 추가로 산출하고 있음.

55) 만 15~44세의 연령별 인공임신중절률을 산출하여 각각의 모집단을 통해 추정한 건수를 합한 결과는 50,066건. 만 15~44세를 5세 단위의 연령 집단으로 나누어 각 연령 집단별 인공임신중절률을 산출하여 연령집단별 모집단을 통해 추정한 건수를 합한 결과는 50,703건으로 편차가 있음.

구체적으로, 응답자 10,000명 중 2018년 조사 시점에 성경험이 있다고 응답한 여성(만 15~44세)의 임신경험과 임신결과를 살펴보면 다음과 같다. 성경험이 있다고 응답한 여성 7,320명의 평생 임신경험은 7,484회이며, 이 중 인공임신중절(낙태) 건수는 총 1,084건으로 나타났다(<표 5-2> 참조). 출산은 5,418건, 사산은 71건, 자연유산은 1,089건으로 나타났다. 2017년에 임신을 경험한 횟수는 450건으로 나타났고, 임신 결과에 있어서 출산은 289건, 사산은 9건, 자연유산은 108건, 인공임신중절(낙태)은 48건으로 나타났다. 2017년 임신경험, 출산, 자연유산, 인공임신중절(낙태) 건수는 2016년과 비교했을 때 모두 감소한 반면, 사산 건수만 증가하였음을 알 수 있다.

〈표 5-2〉 임신경험 및 임신결과

(단위: 건수)

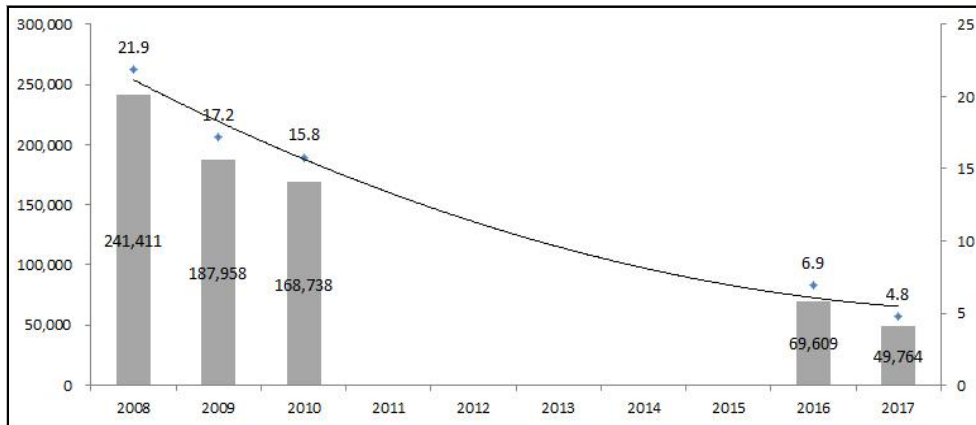
구 분	임신경험	임신결과			
		출산	사산	자연유산	인공임신중절(낙태)
전체	7,484	5,418	71	1,089	1,084
2018년	445	234	3	105	28
2017년	450	289	9	108	48
2016년	497	329	3	112	69
2015년 이전(2015년 포함)	6,092	4,567	56	765	939

주: 해당 수치는 승수 적용 후 반올림한 수치(건수)로 각 연도의 임신경험과 해당 연도의 임신결과 수치는 일치하지 않을 수 있음.

인공임신중절률 및 추정건수의 변화를 살펴보면 다음과 같다. 인공임신중절률은 2008년 21.9%에서 2009년 17.2%, 2010년 15.8%로 체감적으로 감소하는 양상을 보인다( [그림 5-1] 참조).

[그림 5-1] 인공임신중절 추정건수 및 인공임신중절률의 변화 (2008, 2009, 2010, 2016, 2017)

(단위: 건, 천 명 당 건)



자료: 1) 2005~2010년 수치: 손명세, 강명신, 장석일, 김해중, 박길준, 남정모, ... 김은미. (2011). 전국 인공임신중절 변동 실태조사. 서울: 보건복지부, 연세대학교.

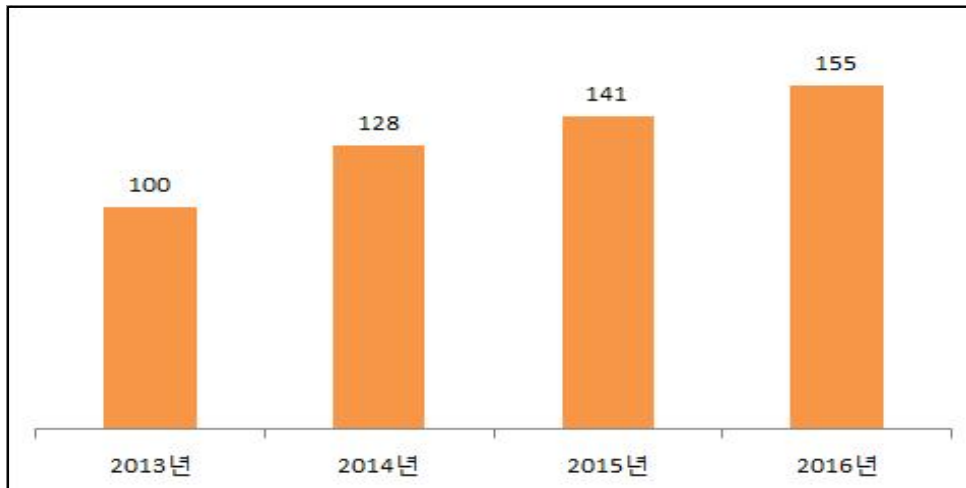
2) 2016~2017년 수치: 본 연구에서 실시한 인공임신중절 실태조사.

이러한 인공임신중절률의 감소는 피임실천율의 증가와 관련이 있다고 볼 수 있다. 이를 2011년 실태조사 결과와 비교해 보면, 평소에 피임을 실천하지 않는 비율은 2011년 19.7%에서 2018년 7.3%<sup>56)</sup>로 급감하였다. 또한 피임방법(복수응답)에 있어서 콘돔을 사용한 비율은 2011년 37.5%에서 36.7%p 증가하였고(2018년 74.2%), (사전) 경구피임약 복용은 2011년 7.4%에서 11.5%p 증가하였다(2018년 18.9%). 우리나라 청소년 성관계 경험자의 피임실천율은 2014년 43.6%에서 매년 증가하여 2016년 51.9%로 나타났다(교육부, 보건복지부, 질병관리본부, 2016, 청소년건강행태온라인조사 통계). 또한, 건강보험심사평가원의 사후피임약 처방현황(2012~2018.6)에 따르면, 2017년 한 해 동안 사후피임약을 처방한 건수는 총 1,783백 건으로 2012년 1,384백 건에 비해 28.8% 증가하였다(보건복지부, 2018). 그밖에 피임도구(콘돔)의 판매량도 지속적으로 증가하였는데, [그림 5-2]에 따르면 특정 판매업체의 콘돔 판매량은 2013년 100%에서 2015년에는 141%으로 상승했고, 2016년에는 155%로 증가하는 경향을 보였다.

56) 본 수치는 성경험이 있는 여성(7,320명) 중 본인과 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대) 모두 피임을 전혀 하지 않는 여성(538명)의 비중으로 여성 본인이 피임을 하지 않는 비율과는 상이함.

[그림 5-2] 편의점 기준 점포당 콘돔 판매량

(단위: %)



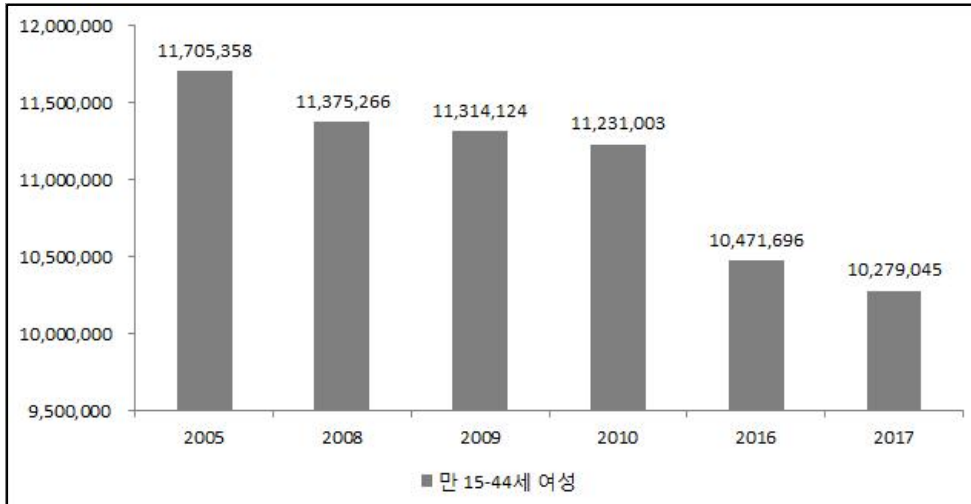
주: 편의점 GS25의 각 연도 1~2월 기준 점포당 콘돔 판매량, 2013년을 100으로 전체해 집계함.

자료: GS리테일; 매일경제(2016. 3. 17.). “콘돔 판매 ‘고공행진’... 올해도 경제 안 좋으려나”. URL: <http://news.mk.co.kr/newsRead.php?year=2016&no=202624>

인공임신중절(낙태) 추정건수의 감소는 우선적으로 만 15~44세 여성의 감소와 관련이 있다고 볼 수 있다. 만 15~44세 여성은 2010년 11,231,003명에서 약 76만 명이 감소하여 2016년 10,471,696명이었으며 매년 지속적으로 감소하고 있는 추세이다( [그림 5-3] 참조). 특히 주요 출산 연령대인 만 25~34세 여성의 경우 연평균 7만 명씩 감소하다가 2015년과 2016년 각각 10만 명씩 감소하고 있다. 이렇게 가임기 여성의 수가 감소하기 때문에 인공임신중절(낙태)을 건수보다는 비율로 비교하는 것이 보다 적합할 것이다.



[그림 5-3] 만 15~44세 여성 연앙인구 추이 (2005, 2008, 2009, 2010, 2016, 2017)



자료: 행정안전부, 주민등록인구통계 [웹사이트]. (2018. 9. 10.). URL: <http://27.101.213.4/index.jsp>

## 2. 인공임신중절(낙태) 경험률

인공임신중절(낙태)을 경험한 여성은 총 756명으로 이를 기준으로 인공임신중절(낙태)에 대한 경험률을 산출하면 다음과 같다(<표 5-3> 참조). 전체 조사 완료 여성(10,000명) 중 한 번이라도 인공임신중절(낙태) 경험이 있는 여성(756명)의 비율(%)인 전체 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률은 7.6%이다. 성경험 여성(7,320명) 중 한 번이라도 인공임신중절(낙태) 경험이 있는 여성(756명)의 비율(%)인 성경험 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률은 10.3%이며, 임신경험 여성(3,792명) 중 한 번이라도 인공임신중절(낙태) 경험이 있는 여성(756명)의 비율(%)인 임신경험 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률은 19.9%로 도출되었다. 이러한 결과를 2011년 조사 결과와 비교하면, 전체 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률, 성경험 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률 모두 큰 폭으로 감소하였다.

〈표 5-3〉 인공임신중절 경험률

(단위: %)

구 분	인공임신중절(낙태) 경험률		
	전체 여성	성경험 여성	임신경험 여성
2018년 조사 결과	7.6	10.3	19.9
2011년 조사 결과	21.7	29.6	—

자료: 1) 2011년 조사 결과: 손명세, 강명신, 장석일, 김해중, 박길준, 남정모, ... 김은미. (2011). 전국 인공임신중절 변동 실태조사. 서울: 보건복지부, 연세대학교.

2) 2018년 조사 결과: 본 연구에서 실시한 인공임신중절 실태조사.

전체 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률, 성경험 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률, 임신경험 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률을 응답자의 특성에 따라 구분하여 살펴보면 다음과 같다(<표 5-4> 참조). 전체 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률과 성경험 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률의 경우 혼인상태에 있어서 법률혼, 사실혼·동거, 별거·이혼·사별의 경우 상대적으로 높고 미혼의 경우 그 비율이 상대적으로 낮음을 알 수 있다. 임신경험 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률의 경우는 미혼인 경우가 81.9%로 가장 높게 나타났고, 29세 이하 집단에서 높게 나타났다. 단, 해석에 있어 위에서 언급한 연령과 혼인상태는 조사 시점 기준으로 인공임신중절(낙태) 당시의 연령과 혼인상태가 아님을 유의할 필요가 있다.

(표 5-4) 인공임신중절 경험률 비교 (생애기준)

(단위: %, 명)

구 분	경험자 수	인공임신중절(낙태) 경험률					
		전체 여성 대비		성경험 여성 대비		임신경험 여성 대비	
		비율	전체 여성 수	비율	성경험 여성 수	비율	임신경험 여성 수
전체 지역	(756)	7.6	(10,000)	10.3	(7,320)	19.9	(3,792)
대도시	(317)	6.7	(4,711)	9.3	(3,414)	19.6	(1,615)
중소도시	(335)	8.0	(4,203)	10.8	(3,111)	19.7	(1,700)
농어촌	(104)	9.6	(1,086)	13.1	(796)	21.8	(476)
현재 연령							
19세 이하	(1)	0.1	(1,479)	0.5	(215)	50.0	(2)
20~29세	(82)	2.8	(2,959)	4.2	(1,950)	32.9	(249)
30~39세	(323)	9.1	(3,534)	10.0	(3,226)	16.5	(1,957)
40~44세	(350)	17.3	(2,028)	18.1	(1,931)	22.1	(1,584)
교육수준							
중졸 이하	(0)	0.0	(147)	0.0	(4)	—	(0)
고졸 이하	(151)	9.0	(1,686)	17.6	(858)	29.0	(520)
대졸 이하	(505)	7.4	(6,848)	9.5	(5,309)	18.7	(2,700)
대학원 이상	(99)	7.5	(1,319)	8.6	(1,149)	17.3	(572)
현재 혼인상태							
미혼	(113)	2.1	(5,289)	4.3	(2,609)	81.9	(138)
법률혼	(473)	12.5	(3,781)	12.5	(3,781)	15.7	(3,019)
사실혼·동거	(123)	16.4	(749)	16.4	(749)	24.8	(496)
별거·이혼·사별	(47)	26.0	(181)	26.0	(181)	34.1	(138)
취업여부							
취업	(531)	9.6	(5,526)	11.1	(4,796)	22.8	(2,332)
비취업	(224)	5.0	(4,474)	8.9	(2,525)	15.4	(1,459)
월평균 가구소득							
200만 원 미만	(126)	6.0	(2,112)	10.0	(1,262)	25.7	(490)
200~400만 원 미만	(231)	7.5	(3,068)	10.5	(2,197)	21.8	(1,060)
400~600만 원 미만	(251)	9.0	(2,776)	11.1	(2,266)	18.0	(1,391)
600만 원 이상	(133)	7.4	(1,803)	9.3	(1,437)	17.0	(784)
잘 모름	(16)	6.6	(241)	10.1	(159)	24.2	(66)

주: 1) 상기 수치는 조사 시점 기준으로 인공임신중절(낙태) 경험 당시의 일반적 특성과는 상이할 수 있음(혼인상태, 연령 등).

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

한편, 인공임신중절(낙태)을 하지 않았으나 임신기간 동안 인공임신중절(낙태)을 고려한 경험이 있는 여성의 당시 연령과 당시 혼인상태를 살펴보면, 다음과 같다(<표 5-5> 참조). 고려한 당시 연령의 경우, 20대와 30대가 각각 46.9%, 47.9%로 다른 연령대에 비해 높은 비율로 나타났으며, 인공임신중절(낙태)을 고려했을 때의 혼인상태는 법률혼이 56.4%로 가장 높았고, 미혼이 약 30%로 차이를 보인다.

〈표 5-5〉 인공임신중절(낙태)을 하지는 않았지만 임신기간 동안 인공임신중절(낙태)을 고려한 여성의 당시 연령 및 혼인상태

(단위: %, 명)

구 분	인공임신중절 고려	(명)
전체	100.0	(383)
당시 연령		
19세 이하	2.4	(9)
20~29세	46.9	(180)
30~39세	47.9	(183)
40~44세	2.8	(11)
당시 혼인상태		
미혼	29.8	(114)
법률혼	56.4	(216)
사실혼·동거	11.1	(42)
별거·이혼·사별	2.7	(10)

주: 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

### 3. 가임기 여성의 피임 지식과 성경험

피임에 대한 인지 정도는 ‘잘 알고 있다’ 47.0%, ‘어느 정도 알고 있다’ 51.7%로 대다수의 가임기 여성은 피임에 대해 인지하고 있는 것으로 나타났다. 또한 연령, 교육수준, 혼인상태, 취업여부, 월평균 가구소득별로 응답 분포의 차이를 보였다.

연령별로는 19세 이하의 경우 ‘잘 알고 있다’는 비율은 다른 연령대에 비해 낮게 나타났다. ‘어느 정도 알고 있다’ 비율은 가장 높았다. ‘모른다’는 비율 역시 다른 연령대에 비해서는 높았으나, 2.6% 수준으로 피임에 대해 모르고 있는 비중은 매우 낮음을 알 수 있다. 또한 교육수준이 높을수록 피임에 대해 ‘잘 알고 있다’는 비율이 높았다.

혼인상태별로는 미혼이 기혼(법률혼, 사실혼·동거, 별거·이혼, 사별)에 비해 피임에 대해 ‘잘 알고 있다’는 비율이 낮았고 ‘모른다’는 비율이 높았으며, 취업여부 역시 유의미하게 분포의 차이를 보였다. 또한 월평균 가구소득이 높을수록 피임에 대해 ‘잘 알고 있다’는 응답 비율이 높게 나타났다. 상기 변수들에 따른 피임에 대한 인지 정도는 분포의 차이가 통계적으로 유의미하게 나타났지만, 주로 ‘잘 알고 있다’와 ‘어느 정도 알고 있다’의 분포의 차이였으며, 대다수의 가임기 여성들은 피임에 대해 인지하고 있음을 알 수 있다. 한편, 종교 유무는 유의미한 분포의 차이를 보이지 않았다.

〈표 5-6〉 피임에 대한 인지 정도

(단위: %, 명)

구 분	잘 알고 있다	어느 정도 알고 있다	모른다	계	(명)
전체	47.0	51.7	1.3	100.0	(10,000)
지역( $x^2=1.795$ )					
대도시	47.4	51.3	1.3	100.0	(4,711)
중소도시	46.2	52.5	1.3	100.0	(4,203)
농어촌	48.0	50.7	1.3	100.0	(1,086)
현재 연령( $x^2=77.944***$ )					
19세 이하	38.4	59.0	2.6	100.0	(1,479)
20~29세	49.4	49.7	0.8	100.0	(2,959)
30~39세	49.4	49.4	1.2	100.0	(3,534)
40~44세	45.4	53.4	1.2	100.0	(2,028)
교육수준( $x^2=53.343***$ )					
중졸 이하	39.7	58.2	2.1	100.0	(147)
고졸 이하	41.6	56.1	2.3	100.0	(1,686)
대졸 이하	47.3	51.6	1.1	100.0	(6,848)
대학원 이상	52.9	45.9	1.1	100.0	(1,319)
현재 혼인상태( $x^2=199.100***$ )					
미혼	40.9	57.1	2.0	100.0	(5,289)
법률혼	52.9	46.6	0.4	100.0	(3,781)
사실혼·동거	57.7	41.3	1.1	100.0	(749)
별거·이혼·사별	55.0	45.0	0.0	100.0	(181)
취업여부( $x^2=27.514***$ )					
취업	49.0	50.1	1.0	100.0	(5,526)
비취업	44.6	53.7	1.7	100.0	(4,474)
월평균 가구소득( $x^2=76.237***$ )					
200만 원 미만	42.1	55.8	2.0	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	44.8	54.0	1.2	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	50.3	48.4	1.3	100.0	(2,776)
600만 원 이상	52.4	46.9	0.7	100.0	(1,803)
잘 모름	39.0	59.8	1.2	100.0	(241)
종교 유무( $x^2=3.227$ )					
있음	48.0	50.6	1.4	100.0	(3,809)
없음	46.4	52.4	1.2	100.0	(6,191)

주: 1) \*\*\* $p<0.001$ 

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

가임기 여성들의 피임 지식이나 정보의 주된 습득 경로(복수응답 2개 기준)를 살펴 보면, 인터넷 등 언론매체(72.5%)에 집중되고 있음을 알 수 있다. 뒤로 이어 학교(교육) 32.8%, 지인(친구, 선후배 등) 29.7%, 의료기관(병원, 산부인과 등) 26.0% 등으로 나타났으나, 언론매체(인터넷 등)에 비해서는 비율이 낮았다. 특히 공공기관(보건소,

주민센터 등)을 통한 피임 지식 및 정보 습득은 매우 낮게 나타났고, 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)나 가족·친척(부모, 형제자매 등) 역시 상대적으로 다른 항목에 비해 비율이 낮았다.

연령을 중심으로 살펴보면, 연령이 높을수록 의료기관(병의원, 산부인과 등)과 잡지 및 책을 통한 피임 지식 및 정보 습득이 높게 나타났다. 특히 19세 이하의 언론 매체(인터넷 등)와 학교(교육)에 집중되어 있음을 알 수 있다. 교육수준 역시 학력이 높을수록 의료기관(병의원, 산부인과 등)과 잡지 및 책을 통한 피임 지식 및 정보 습득 비율이 높았다. 이는 교육수준이 높을수록 보다 정확하고 전문적인 정보를 찾는다고 볼 수도 있지만, 본 조사 대상이 만 15세부터라는 것을 고려할 때, 연령의 영향이 있을 것으로 판단된다. 특히 중졸 이하의 경우 학교(교육)를 가장 많이 응답(83.4%)했다는 것을 통해서도 어느 정도 예상할 수 있다. 또한 성인 등 연령이 높은 여성에 비해 산부인과와 같은 의료기관을 방문할 가능성이 낮을 수 있음도 고려할 수 있다. 또한 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)나 지인(친구, 선후배 등)을 통한 습득 비율은 20대를 기점으로 크게 증가하고 있다.

혼인상태별로는 기혼과 미혼의 경향 차이가 두드러지게 나타났는데, 미혼의 경우 기혼과 달리 의료기관(병의원, 산부인과 등)보다는 언론매체(인터넷 등)나 학교(교육)에 집중되었다. 또한 취업한 여성이 그렇지 않은 여성에 비해 의료기관(병의원, 산부인과 등), 잡지 및 책, 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대), 지인(친구, 선후배 등)을 통한 피임 지식 및 정보 습득 비율이 높게 나타났다. 월평균 가구소득별로는 높은 비율은 아니나 200만 원 미만 집단에서의 공공기관(보건소, 주민센터 등)과 가족·친척(부모, 형제자매 등)을 통한 피임 지식 및 정보 습득 비율이 상대적으로 높았고, 소득이 높을수록 학교(교육)를 통한 습득은 낮아지고, 지인(친구, 선후배 등)을 통한 습득은 많아졌다. 종교가 없는 경우 언론매체(인터넷 등)와 학교(교육)를 제외한 항목에서 종교가 있는 여성보다 피임 지식 및 정보 습득 비율이 대체로 낮았다.

〈표 5-7〉 피임 지식 및 정보의 주된 습득 경로 (복수응답, 2개)

(단위: %, 명)

구 분	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	(명)
전체	26.0	4.0	18.1	72.5	32.8	11.0	5.2	29.7	0.6	(9,870)
지역										
대도시	25.6	3.5	18.0	72.0	32.1	11.2	5.5	31.5	0.6	(4,649)
중소도시	26.1	4.3	18.2	72.6	33.2	11.2	5.1	28.6	0.7	(4,148)
농어촌	26.9	5.2	18.3	74.4	34.2	9.6	4.5	26.4	0.5	(1,072)
현재 연령										
19세 이하	3.2	6.8	11.6	75.0	72.5	2.8	8.6	18.5	1.0	(1,441)
20~29세	16.2	3.4	14.4	76.3	39.6	10.9	5.6	32.8	0.8	(2,934)
30~39세	33.9	3.6	20.5	72.0	20.5	13.6	3.8	31.6	0.4	(3,491)
40~44세	42.8	3.7	24.0	66.0	15.7	12.5	4.8	30.1	0.4	(2,003)
교육수준										
중졸 이하	2.3	6.7	12.1	69.5	83.4	0.0	9.1	16.2	0.8	(144)
고졸 이하	22.1	5.5	14.7	72.4	47.5	7.1	7.5	22.3	1.0	(1,649)
대졸 이하	26.6	3.7	18.7	73.3	29.6	11.6	4.7	31.4	0.6	(6,774)
대학원 이상	30.4	3.6	20.1	69.0	25.2	14.4	4.8	32.1	0.4	(1,304)
현재 혼인상태										
미혼	12.4	3.9	17.0	76.5	45.4	8.1	6.0	29.9	0.8	(5,183)
법률혼	41.0	4.1	19.8	68.1	19.3	14.5	4.0	28.8	0.4	(3,764)
사실혼·동거	41.0	5.0	16.7	66.8	18.4	13.8	6.2	31.8	0.3	(741)
별거·이혼·사별	41.1	1.7	21.0	71.5	12.2	10.8	4.9	36.2	0.5	(181)
취업여부										
취업	31.1	3.4	19.4	71.2	23.8	12.7	4.4	33.4	0.5	(5,473)
비취업	19.5	4.7	16.4	74.2	44.0	8.9	6.3	25.2	0.8	(4,397)
월평균 가구소득										
200만 원 미만	21.0	5.3	16.5	72.7	41.7	9.4	5.9	26.8	0.7	(2,069)
200~400만 원 미만	24.0	3.8	18.2	74.8	33.0	10.8	4.9	29.8	0.7	(3,032)
400~600만 원 미만	31.1	4.1	17.6	70.4	28.1	12.6	4.9	30.6	0.4	(2,739)
600만 원 이상	27.4	3.0	20.1	71.4	28.6	11.1	5.6	32.0	0.7	(1,791)
잘 모름	24.5	2.0	21.6	74.4	38.2	8.3	4.3	25.9	0.8	(238)
종교 유무										
있음	29.7	4.7	18.8	68.3	30.7	11.5	5.9	29.9	0.6	(3,756)
없음	23.7	3.6	17.7	75.1	34.1	10.7	4.8	29.6	0.7	(6,114)

주: 1) 피임 지식 및 정보의 주된 획득 경로 9가지 항목은 다음과 같음.

- |                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| ① 병의원 산부인과 등의 의료기관  | ② 보건소, 주민센터 등의 공공기관     |
| ③ 잡지 및 책            | ④ 인터넷 등 언론 매체           |
| ⑤ 학교(교육)            | ⑥ 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대) |
| ⑦ 부모, 형제자매 등 가족, 친척 | ⑧ 친구, 선후배 등의 지인         |
| ⑨ 기타                |                         |

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

전체 응답자 10,000명 중 성경험이 있는 여성의 비율은 73.2%로 나타났다. 지역별로는 분포의 유의미한 차이를 보이지 않았다. 연령을 중심으로 보면, 연령이 높을수록 성경험이 있는 여성의 비중이 높았고, 특히 20대부터 성경험 비율이 급격하게 높아졌다. 다른 연령대에 비해 비율이 높지는 않지만 10대의 14.5%는 성경험이 있는 것으로 나타났다. 이러한 연령의 경향은 교육수준에서도 살펴볼 수 있는데 학력이 높을수록 성경험 비율이 높게 나타났다. 한편, 혼인상태의 경우, 미혼 여성의 약 절반은 성경험이 있는 것으로 나타났으며, 취업한 여성일수록 성경험 비율이 높았다. 월평균 가구소득의 경우 통계적으로 유의미한 분포의 차이를 보였지만, 600만 원 이상의 경우 가구소득 수준에 따라 점차 증가하던 성경험 비율이 소폭 감소했다. 종교의 경우, 종교가 있는 여성의 성경험 비율이 그렇지 않은 여성보다 높게 나타났다.

〈표 5-8〉 성경험 유무

(단위: %, 명)

구 분	있음	없음	계	(명)
전체	73.2	26.8	100.0	(10,000)
지역( $x^2=2.783$ )				
대도시	72.5	27.5	100.0	(4,711)
중소도시	74.0	26.0	100.0	(4,203)
농어촌	73.2	26.8	100.0	(1,086)
현재 연령( $x^2=3766.928***$ )				
19세 이하	14.5	85.5	100.0	(1,479)
20~29세	65.9	34.1	100.0	(2,959)
30~39세	91.3	8.7	100.0	(3,534)
40~44세	95.2	4.8	100.0	(2,028)
교육수준( $x^2=992.894***$ )				
중졸 이하	2.7	97.3	100.0	(147)
고졸 이하	50.9	49.1	100.0	(1,686)
대졸 이하	77.5	22.5	100.0	(6,848)
대학원 이상	87.1	12.9	100.0	(1,319)
현재 혼인상태( $x^2=3261.093***$ )				
미혼	49.3	50.7	100.0	(5,289)
법률혼	100.0	0.0	100.0	(3,781)
사실혼·동거	100.0	0.0	100.0	(749)



구 분	있음	없음	계	(명)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=346.028^{***}$ )				
200만 원 미만	59.7	40.3	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	71.6	28.4	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	81.7	18.3	100.0	(2,776)
600만 원 이상	79.7	20.3	100.0	(1,803)
잘 모름	66.0	34.0	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=46.361^{***}$ )				
있음	77.1	22.9	100.0	(3,809)
없음	70.8	29.2	100.0	(6,191)

주: 1)  $***p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

#### 4. 가임기 여성의 피임 실천 및 행태

성경험이 있는 여성 중 현재 또는 가장 최근의 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와의 성관계에 있어 ‘성관계 전 피임에 대해 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와 이야기한 적이 있습니까?’라는 질문에 대해 64.5%는 본인이 먼저 이야기를 한다고 응답하였으며, 파트너가 먼저 이야기를 하는 경우 18.8%, 아무도 이야기를 꺼내지 않는 경우 16.7%로 나타났다. 지역별로는 농어촌 거주자의 경우 피임에 대해 아무도 이야기를 꺼내지 않는 비중이 21.0%로 도시지역 거주자에 비해 높았고, 본인이 먼저 이야기를 하는 경우도 제일 낮았다(59.9%).

연령별로는 19세 이하 여성들은 다른 연령군에 비해 본인이 먼저 피임을 하자고 이야기하는 비율이 더 낮았고, 파트너가 먼저 이야기하는 비율이 더 높았으며, 40~44세의 경우 어떠한 이야기도 없는 경우가 23.2%로 가장 높았다. 혼인상태별로는 현재 미혼인 경우 파트너가 먼저 이야기를 꺼내는 비중이 25.3%로 가장 높았고, 아무도 이야기를 꺼내지 않는 비중이 11.4%로 제일 낮게 나타났다. 결과적으로 (피임 이야기를 꺼내는 주체와 상관없이) 미혼이 기혼(법률혼, 사실혼·동거, 별거·이혼·사별)에 비해 성관계 전 피임에 대해 이야기하는 경향이 있음을 알 수 있다.

또한 취업한 여성의 경우 본인이 먼저 이야기를 꺼내는 경우가 65.6%로 비취업한 여성에 비해 다소 높았고, 월평균 가구소득이 높을수록 여성이 직접 이야기하는 비중이 더 높았다.

〈표 5-9〉 성관계 전 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와의 피임 이야기 여부

(단위: %, 명)

구 분	내가 먼저 피임을 하자고 이야기함	파트너가 먼저 피임을 하자고 이야기함	아무도 피임에 대한 이야기를 꺼내지 않음	계	(명)
전체	64.5	18.8	16.7	100.0	(7,320)
지역( $\chi^2=16.466^{**}$ )					
대도시	64.8	19.5	15.7	100.0	(3,414)
중소도시	65.4	17.8	16.7	100.0	(3,111)
농어촌	59.9	19.1	21.0	100.0	(796)
현재 연령 ( $\chi^2=242.804^{***}$ )					
19세 이하	56.5	30.4	13.1	100.0	(215)
20~29세	62.6	27.3	10.1	100.0	(1,950)
30~39세	66.6	16.3	17.0	100.0	(3,226)
40~44세	63.9	12.9	23.2	100.0	(1,931)
교육수준					
중졸 이하	100.0	0.0	0.0	100.0	(4)
고졸 이하	57.8	17.5	24.7	100.0	(858)
대졸 이하	65.2	19.0	15.9	100.0	(5,309)
대학원 이상	66.5	18.7	14.8	100.0	(1,149)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=172.290^{***}$ )					
미혼	63.3	25.3	11.4	100.0	(2,609)
법률혼	65.9	14.8	19.3	100.0	(3,781)
사실혼·동거	61.4	18.0	20.6	100.0	(749)
별거·이혼·사별	66.7	10.0	23.3	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=6.654^{*}$ )					
취업	65.6	18.1	16.3	100.0	(4,796)
비취업	62.6	20.0	17.4	100.0	(2,525)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=21.909^{**}$ )					
200만 원 미만	60.0	22.4	17.6	100.0	(1,262)
200~400만 원 미만	63.9	19.3	16.8	100.0	(2,197)
400~600만 원 미만	65.9	17.5	16.6	100.0	(2,266)
600만 원 이상	67.1	17.1	15.8	100.0	(1,437)
잘 모름	66.0	16.4	17.6	100.0	(159)
종교 유무 ( $\chi^2=1.885$ )					
있음	64.2	18.4	17.4	100.0	(2,935)
없음	64.8	19.0	16.2	100.0	(4,386)

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$ 

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

3) 5보다 작은 기대빈도를 갖는 셀이 20% 이상인 경우  $\chi^2$ 값을 제시하지 않음.

성관계 전 피임에 대한 이야기 여부와 상관없이, 실제 성관계 시 피임 실천 행태에 대해 본인과 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)로 구분하여 응답한 결과는 다음과 같다.

우선, 본인의 피임 실천 행태와 관련하여 응답자 여성들의 33.7%는 ‘항상 한다’고 응답하였고, ‘대부분 하는 편이다’ 29.6%, ‘하지 않는 편이다’ 22.5%, ‘전혀 하지 않는다’ 14.2%로 나타났다. 지역별로는 확연한 차이를 보이지는 않지만, 농어촌의 경우 피임을 하지 않는 경향(하지 않는 편+전혀 하지 않음)이 39.4%로 도시지역에 비해 다소 높았다. 반면, 연령이 낮을수록 피임을 하는 경향(항상 함+대부분 하는 편)이 나타났고, 19세 이하의 경우 피임을 하는 경향(항상 함+대부분 하는 편)이 83.8%로 크게 높았다. 교육수준별로는 고졸이하의 경우, 피임을 하지 않는 경향(하지 않는 편+전혀 하지 않음)이 42.8%로 대졸 이상의 여성들에 비해 높게 나타났다. 혼인상태별로는 미혼 여성이 기혼여성(법률혼, 사실혼·동거, 별거·이혼·사별)에 비해 피임을 하는 경향(항상 함+대부분 하는 편)이 강하게 나타났고, 취업여부는 통계적으로 유의한 차이를 보였지만, 피임을 항상 한다와 대부분 한다를 함께 고려 시 큰 차이를 보이지는 않았다. 월평균 가구소득별로는 600만 원 이상을 제외하면, 소득이 높을수록 피임 실천을 하는 비율(항상 함+대부분 하는 편)이 낮아졌는데, 이는 일정 부분 혼인상태의 구성에 따른 차이에 기인한다고 볼 수 있다. 또한 종교가 없는 여성이 피임 실천을 더 하는 경향(항상 함+대부분 하는 편)이 있는 것으로 나타났다.

한편, 응답자 여성이 생각하는 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)의 피임 실천 행태에 대한 질문에 대해 ‘항상 한다’ 34.7%, ‘대부분 하는 편이다’ 33.7%로 여성 본인이 피임 실천을 하는 것보다 다소 높게 나타났다. 지역별로는 농어촌의 경우 피임을 하지 않는 경향(하지 않는 편+전혀 하지 않음)이 34.0%로 도시지역에 비해 다소 높았다. 또한 연령이 낮을수록 대체로 파트너가 피임을 한다(항상 함+대부분 하는 편)는 응답 비율이 높게 나타났다. 교육수준별로는 중졸 이하를 제외하면, 학력이 높을수록 파트너의 피임 실천 수준이 좀 더 높게 나타나는데, 이는 앞서 살펴봤듯이 교육수준이 높을수록 성관계 전 파트너와 피임 이야기를 하는 비율(이야기 주체 상관없이)이 높은 것과 일정부분 관련이 있을 것으로 보인다. 여성 본인의 피임 실천 질문과 마찬가지로 취업여부는 통계적으로 유의한 분포 차이를 보였지만, ‘피임을 항상 한다’와 ‘대부분 하는 편이다’를 함께 고려 시 큰 차이를 보이지는 않았다. 월평균 가구소득의 경우, 가구소득이 높을수록 대체로 파트너가 피임을 하는 경향(항상 함+대부분 하는 편)이 나타났다. 종교 유무에 따른 파트너 피임 실천은 여성 본인의 피임 실천 행태와 같은 경향을 보였다. 단, 상기 변수별 해석은 파트너가 아닌 응답자 여성의 일반적 특성에 따른 것

임에 유의할 필요가 있다.

〈표 5-10〉 성관계 시 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와의 피임 실천 행태

(1) 응답자 본인

(단위: %, 명)

구 분	항상 한다	대부분 하는 편이다	하지 않는 편이다	전혀 하지 않는다	계	(명)
전체 지역( $\chi^2=18.276^{**}$ )	33.7	29.6	22.5	14.2	100.0	(7,320)
대도시	34.8	29.0	23.1	13.2	100.0	(3,414)
중소도시	32.9	30.5	22.2	14.3	100.0	(3,111)
농어촌	32.3	28.4	20.9	18.5	100.0	(796)
현재 연령 ( $\chi^2=479.131^{***}$ )						
19세 이하	53.2	30.6	9.3	6.9	100.0	(215)
20~29세	47.8	31.6	15.5	5.1	100.0	(1,950)
30~39세	26.9	30.1	26.5	16.4	100.0	(3,226)
40~44세	28.7	26.5	24.1	20.7	100.0	(1,931)
교육수준						
중졸 이하	50.0	50.0	0.0	0.0	100.0	(4)
고졸 이하	32.8	24.5	23.1	19.7	100.0	(858)
대졸 이하	33.6	30.4	22.4	13.6	100.0	(5,309)
대학원 이상	34.7	29.7	22.5	13.1	100.0	(1,149)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=729.337^{***}$ )						
미혼	48.8	32.7	14.1	4.5	100.0	(2,609)
법률혼	24.9	26.8	27.3	21.0	100.0	(3,781)
사실혼·동거	26.9	30.3	27.3	15.5	100.0	(749)
별거·이혼·사별	29.3	40.9	21.5	8.3	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=21.907^{***}$ )						
취업	32.8	31.0	22.9	13.3	100.0	(4,796)
비취업	35.4	27.0	21.7	16.0	100.0	(2,525)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=41.021^{***}$ )						
200만 원 미만	37.8	30.5	21.0	10.6	100.0	(1,262)
200~400만 원 미만	33.1	30.6	22.1	14.2	100.0	(2,197)
400~600만 원 미만	31.0	28.5	23.8	16.6	100.0	(2,266)
600만 원 이상	35.2	28.5	22.3	14.0	100.0	(1,437)
잘 모름	34.2	33.5	20.9	11.4	100.0	(159)
종교 유무 ( $\chi^2=16.447^{***}$ )						

주: 1)  $^{**}p<0.01$ ,  $^{***}p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

3) 5보다 작은 기대빈도를 갖는 셀이 20% 이상인 경우  $\times^2$ 값을 제시하지 않음.

## (2) 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)

(단위: %, 명)

구 분	항상 한다	대부분 하는 편이다	하지 않는 편이다	전혀 하지 않는다	계	(명)
전체	34.7	33.7	21.6	10.0	100.0	(7,320)
지역( $\chi^2=26.750***$ )						
대도시	36.3	32.8	21.9	9.0	100.0	(3,414)
중소도시	33.1	35.1	21.7	10.1	100.0	(3,111)
농어촌	34.2	31.8	19.8	14.2	100.0	(796)
현재 연령( $\chi^2=227.938***$ )						
19세 이하	49.1	31.8	13.1	6.1	100.0	(215)
20~29세	43.1	34.5	17.6	4.7	100.0	(1,950)
30~39세	28.5	35.0	25.2	11.3	100.0	(3,226)
40~44세	35.0	30.9	20.4	13.8	100.0	(1,931)
교육수준						
중졸 이하	25.0	50.0	25.0	0.0	100.0	(4)
고졸 이하	30.4	28.1	23.8	17.7	100.0	(858)
대졸 이하	34.7	34.5	21.6	9.2	100.0	(5,309)
대학원 이상	37.8	34.0	19.8	8.4	100.0	(1,149)
현재 혼인상태( $\chi^2=293.855***$ )						
미혼	43.8	35.0	17.2	4.0	100.0	(2,609)
법률혼	30.0	32.5	23.8	13.7	100.0	(3,781)
사실혼·동거	30.3	32.8	24.3	12.7	100.0	(749)
별거·이혼·사별	21.0	42.5	26.0	10.5	100.0	(181)
취업여부( $\chi^2=14.684**$ )						
취업	33.6	34.6	22.3	9.5	100.0	(4,796)
비취업	36.8	32.0	20.2	11.0	100.0	(2,525)
월평균 가구소득( $\chi^2=12.930$ )						
200만 원 미만	33.2	33.8	22.9	10.1	100.0	(1,262)
200~400만 원 미만	34.1	34.0	22.1	9.8	100.0	(2,197)
400~600만 원 미만	34.8	33.2	21.0	11.0	100.0	(2,266)
600만 원 이상	36.4	34.3	20.3	9.0	100.0	(1,437)
잘 모름	38.4	28.9	25.2	7.5	100.0	(159)
종교 유무( $\chi^2=11.003*$ )						
있음	33.2	33.8	21.7	11.3	100.0	(2,935)
없음	35.7	33.6	21.5	9.2	100.0	(4,386)

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$ 

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

3) 5보다 작은 기대빈도를 갖는 셀이 20% 이상인 경우  $\chi^2$ 값을 제시하지 않음.

본인과 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대) 모두 피임을 전혀 하지 않는 경우를 제외하고 피임 실천 방법에 대해 복수응답으로 질문한 결과, 콘돔이 74.2%로 가장 많았고 뒤로 이어 질외사정법 42.6%, 월경주기법 23.1%, 경구 피임약(사전) 18.9% 등의 순으로 나타났다. 이를 지역별로 살펴보면, 농어촌의 경우 도시에 비해 콘돔이나 경구 피임약(사전) 사용 비율은 낮게 나타났으나, 월경주기법, 자궁 내 피임장치, 난관수술, 정관수술은 더 높았다. 또한 연령이 낮을수록 콘돔의 사용 비중이 급격하게 증가했으며, 10대의 경우 가장 주된 피임 방법이었다(93.7%). 월경주기법이나 질외사정법, 자궁 내 피임장치, 난관수술, 정관수술은 연령이 높을수록 사용 비율이 높은 경향으로 나타났다. 한편, 경구 피임약(사전)의 경우 20대의 사용 비율이 높은 것이 특징적이다.

교육수준의 경우, 사례 수가 적은 중졸 이하를 제외하면, 교육수준이 높을수록 월경주기법과 콘돔 사용이 많았고, 교육수준이 낮을수록 경구 피임약(사전), 자궁 내 피임장치, 난관수술, 정관수술 응답 비율이 높았다. 특히 자궁 내 피임장치, 난관수술, 정관수술의 경우, 교육수준보다는 연령의 영향이 큰 것으로 판단된다(연령이 높은 계층에 상대적으로 저학력 위치). 혼인상태별로는 피임 실천 방법이 상당히 상이하게 나타나는데, 미혼의 경우 콘돔에 집중된 반면, 기혼(법률혼, 사실혼·동거, 별거·이혼·사별)의 경우 그 외의 피임 방법 사용 비율이 대체로 미혼에 비해 모두 크게 높았다. 단, 경구 피임약(사전)과 응급피임약(사후)은 혼인상태별로 약간 다른 양상을 보였는데, 경구 피임약(사전)은 미혼과 별거·이혼·사별이, 응급피임약(사후)은 미혼과 사실혼·동거가 유사한 수준의 응답률을 보였다. 반면, 법률혼 여성은 2가지 항목 모두에서 가장 적게 응답했다는 점이 특징적이다. 한편, 종교가 있는 여성의 경우, 월경주기법, 질외사정법, 자궁 내 피임장치, 난관수술, 정관수술의 비중이 무교인 여성에 비해 높았다.

〈표 5-11〉 피임 실천 방법 (복수응답)

(단위: %, 명)

구 분	월경 주기법	질외 사정법	살(질) 정제	콘돔	경구 피임약 (사전)	자궁내 피임 장치	피임 주사	응급 피임약 (사후)	난관 수술	정관 수술	기타	(명)
전체 지역	23.1	42.6	0.7	74.2	18.9	4.1	0.2	5.1	1.0	6.3	0.1	(6,782)
대도시	23.4	41.6	0.9	76.7	20.3	3.5	0.2	5.1	0.7	5.5	0.2	(3,182)
중소도시	22.4	43.9	0.6	72.6	18.1	4.4	0.3	5.1	1.1	6.8	0.0	(2,887)
농어촌	25.0	41.6	0.4	69.0	16.3	6.2	0.1	5.1	1.6	7.8	0.1	(713)
현재 연령												
19세 이하	19.7	33.5	0.5	93.7	18.0	0.0	0.0	6.9	0.0	2.7	0.0	(207)
20~29세	19.4	36.3	0.6	88.8	26.4	1.1	0.2	6.4	0.1	0.7	0.1	(1,902)
30~39세	24.5	46.8	0.8	73.1	18.8	3.5	0.4	5.4	1.0	5.7	0.1	(2,934)
40~44세	25.5	43.3	0.7	57.6	11.1	9.0	0.1	3.1	2.1	13.8	0.2	(1,739)
교육수준												
중졸 이하	24.6	24.6	0.0	72.8	27.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	(4)
고졸 이하	15.8	44.0	0.9	61.8	22.2	8.1	0.0	5.3	2.6	10.0	0.0	(757)
대졸 이하	23.8	42.2	0.6	75.2	18.6	3.7	0.2	5.0	0.8	6.0	0.2	(4,948)
대학원 이상	25.4	43.2	0.8	78.0	18.1	3.4	0.6	5.6	0.7	5.0	0.0	(1,072)
현재 혼인상태												
미혼	19.9	35.0	0.5	89.9	25.4	0.8	0.2	6.3	0.0	0.7	0.0	(2,565)
법률혼	25.5	47.8	0.7	65.2	13.3	6.0	0.2	3.9	1.5	9.8	0.1	(3,366)
사실혼·동거	22.5	45.0	1.2	63.6	20.7	5.7	0.6	6.7	1.8	9.2	0.3	(676)
별거·이혼·사별	27.0	43.6	0.6	57.5	25.6	12.0	0.7	4.7	3.0	8.0	0.0	(174)
취업여부												
취업	23.0	43.3	0.7	73.2	20.6	4.6	0.3	5.3	1.0	5.9	0.1	(4,476)
비취업	23.4	41.1	0.7	76.1	15.6	3.2	0.2	4.7	0.9	7.0	0.2	(2,306)
월평균 가구소득												
200만 원 미만	19.3	39.9	0.6	77.0	20.9	4.5	0.2	6.0	1.1	4.1	0.1	(1,182)
200~400만 원 미만	21.8	40.9	0.9	75.5	19.6	4.0	0.1	5.1	0.9	5.4	0.2	(2,033)
400~600만 원 미만	24.7	46.0	0.6	70.1	17.7	4.3	0.2	4.7	1.0	7.8	0.1	(2,072)
600만 원 이상	26.4	42.9	0.8	75.7	18.1	4.0	0.7	5.0	1.0	7.1	0.1	(1,343)
잘 모름	20.5	37.5	0.0	75.2	18.4	3.2	0.0	5.2	1.2	6.6	0.0	(151)
종교 유무												
있음	25.4	44.9	0.7	72.3	18.0	4.8	0.3	5.2	1.2	7.1	0.0	(2,692)
없음	21.7	41.0	0.7	75.4	19.6	3.7	0.2	5.1	0.9	5.7	0.2	(4,089)

주: 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

본인과 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대) 모두 피임을 항상 하는 경우를 제외하고 피임을 하지 않거나 못하는 이유를 질문한 결과, 전체적으로 ‘내가 피임도구(콘돔 등)를 사용하는 것이 불편해서’라는 이유가 28.1%로 가장 많고, 그 다음으로 ‘피임도구(콘돔 등)를 준비하지 못해서’ 25.2%, ‘임신을 원해서’ 24.0%, ‘임신이 쉽게 될 것 같지 않아서’ 20.7%, ‘파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 피임을 원하지 않아서’ 20.2%, ‘상대방이 피임을 충분히 하고 있을 것이라고 생각해서’ 12.6%, ‘피임방법에 대해 제대로 알지 못해서’ 2.4% 등의 순으로 나타났다.

‘피임도구(콘돔 등)를 준비하지 못해서’라는 응답의 비율은 19세 이하(48.2%)에서, 미혼에서(41.6%), 월평균 가구소득 200만 원 미만(32.3%)에서 상대적으로 높게 나타났다. 이와 유사하게 ‘파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 피임을 원하지 않아서’라는 응답 비율 또한 19세 이하(33.1%)와 미혼(29.9%)에서 상대적으로 높게 나타났다.

〈표 5-12〉 피임을 하지 않거나 못하는 이유 (복수응답)

(단위: %, 명)

구 분	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	(명)
전체	24.0	28.1	2.4	25.2	20.2	20.7	12.6	5.7	(5,388)
지역									
대도시	24.1	29.2	2.7	26.0	20.5	21.2	12.2	5.2	(2,455)
중소도시	23.3	28.0	2.1	25.1	20.7	20.3	12.3	5.8	(2,336)
농어촌	26.2	24.0	2.5	22.4	17.2	20.0	14.9	7.1	(597)
현재 연령									
19세 이하	1.9	27.8	9.6	48.2	33.1	25.0	7.7	4.0	(115)
20~29세	10.3	37.9	3.0	37.5	27.5	20.5	9.0	4.3	(1,195)
30~39세	34.4	25.3	2.3	22.1	20.1	20.3	10.6	4.4	(2,555)
40~44세	19.0	25.1	1.7	19.1	13.8	21.1	19.0	9.1	(1,523)
교육수준									
중졸 이하	0.0	0.0	0.0	32.6	67.4	33.6	0.0	0.0	(3)
고졸 이하	16.9	24.8	3.5	23.6	19.4	24.2	15.3	8.9	(667)
대졸 이하	24.5	28.5	2.3	25.9	20.7	20.1	12.0	5.3	(3,898)
대학원 이상	27.4	28.8	2.3	23.3	18.4	20.8	13.0	5.0	(820)
현재 혼인상태									
미혼	1.8	35.0	4.1	41.6	29.9	20.3	10.8	4.4	(1,590)
법률훈	35.8	24.4	1.6	17.9	15.1	21.0	13.4	6.2	(3,054)
사실혼·동거	25.1	30.3	2.6	18.7	20.2	20.1	12.8	6.2	(590)
별거·이혼·사별	15.8	22.7	0.6	27.1	22.1	21.5	13.8	7.2	(154)
취업여부									
취업	23.2	28.3	2.1	24.6	20.6	20.7	12.6	5.8	(3,579)
비취업	25.6	27.7	3.1	26.6	19.4	20.7	12.6	5.6	(1,809)
월평균 가구소득									
200만 원 미만	17.6	29.1	3.1	32.3	22.9	20.7	11.2	5.5	(906)
200~400만 원 미만	22.4	29.1	2.9	25.5	22.0	20.0	13.5	4.7	(1,627)
400~600만 원 미만	28.1	26.7	1.9	23.0	18.0	20.7	12.6	6.6	(1,701)
600만 원 이상	25.7	28.2	2.0	22.3	17.9	21.8	12.8	5.7	(1,040)
잘 모름	21.0	25.3	3.2	27.0	27.7	19.5	6.7	8.3	(115)
종교 유무									
있음	26.9	28.6	2.6	23.0	20.3	21.4	13.4	5.8	(2,221)
없음	21.9	27.7	2.3	26.8	20.2	20.2	12.0	5.7	(3,167)

주: 1) 피임을 하지 않거나 못하는 이유 8가지 항목은 다음과 같음.

- ① 임신을 원해서
- ② 내가 피임도구(콘돔 등)를 사용하는 것이 불편해서
- ③ 피임 방법에 대해 제대로 알지 못해서
- ④ 피임도구(콘돔 등)를 준비하지 못해서
- ⑤ 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 피임을 원하지 않아서
- ⑥ 임신이 쉽게 될 것 같지 않아서
- ⑦ 상대방이 피임을 충분히 하고 있을 것이라고 생각해서
- ⑧ 기타

2) 승수적용으로 함이 일치하지 않을 수 있음.



다음은 앞서 피임을 하지 않거나 못하는 이유로 ‘파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 피임을 원하지 않아서’라는 이유를 선택한 경우 구체적인 이유를 질문한 결과이다. 전체적으로, ‘피임도구(콘돔 등) 사용이 불편해서’라는 응답이 63.5%로 가장 높았고, 그 다음으로 ‘임신이 쉽게 될 것 같지 않아서’ 9.0%, ‘임신을 원해서’ 7.9%, ‘임신 가능성 자체를 고려하지 않아서’ 6.8% 등의 순으로 나타났다.

‘피임도구(콘돔 등) 사용이 불편해서’라는 이유는 타 연령층에 비해 20대(71.3%)에서 상대적으로 높게 나타났다. 또한 교육수준이 높을수록 같은 이유로 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 피임을 원하지 않았다는 이유가 상대적으로 많았다. 혼인상태별로는 미혼(71.1%)과 별거·이혼·사별(76.5%)에서 상대적으로 높은 응답 비중을 나타냈다.

〈표 5-13〉 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 피임을 원하지 않는 이유

(단위: %, 명)

[illegible]

구 분	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	계	(명)
400~600만 원 미만	7.5	63.2	2.0	7.2	8.8	3.9	4.6	2.9	100.0	(307)
600만 원 이상	7.0	68.1	1.1	7.0	5.4	4.3	4.3	2.7	100.0	(186)
잘 모름	3.1	62.5	0.0	18.8	3.1	0.0	9.4	3.1	100.0	(32)
종교 유무 ( $\chi^2=6.630$ )										
있음	6.9	62.1	1.1	10.9	6.4	4.2	5.3	3.1	100.0	(451)
없음	8.6	64.4	1.3	7.7	7.0	3.4	5.8	1.9	100.0	(639)

주: 1) 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 피임을 원하지 않는 이유 8가지 항목은 다음과 같음.

- ① 임신을 원해서
- ② 피임도구(콘돔 등) 사용이 불편해서
- ③ 피임 방법에 대해 제대로 알지 못해서
- ④ 임신이 쉽게 될 것 같지 않아서
- ⑤ 임신 가능성 자체를 고려하지 않아서
- ⑥ 내가 피임을 충분히 하고 있을 것이라고 생각해서
- ⑦ 원하지 않는 이유를 모르겠음
- ⑧ 기타

2) \*\* $p < 0.01$

3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

4) 5보다 작은 기대빈도를 갖는 셀이 20% 이상인 경우  $\chi^2$ 값을 제시하지 않음.

성관계 중이나 후에 임신 가능성에 대해 걱정했던 적이 있었던 응답자 비율은 79.6%로 나타났다. 연령별로 보면, 저연령층일수록 임신가능성을 걱정한 비율이 상대적으로 높게 나타나는 경향이 있으며, 특히 19세 이하 층의 91.2%와 20대층의 89.6%가 임신가능성을 걱정했다고 응답했다. 교육수준별로는 고졸 이하(74.4%)에 비해 대졸 이하(80.5%)와 대학원 이상(78.9%)이 높게 나타나 차이를 보였다. 혼인상태별로는 미혼(88.6%), 가구소득별로는 200만 원 미만(81.3%)과 200~400만 원 미만(81.0%)에서 임신 가능성을 걱정한 비율이 상대적으로 다소 높게 나타났다.

〈표 5-14〉 성관계 중이나 후에 임신 가능성에 대한 걱정 여부

(단위: %, 명)

구 분	있음	없음	계	(명)
전체	79.6	20.4	100.0	(7,320)
지역( $x^2=3.061$ )				
대도시	80.0	20.0	100.0	(3,414)
중소도시	79.7	20.3	100.0	(3,111)
농어촌	77.2	22.8	100.0	(796)
현재 연령 ( $x^2=226.819***$ )				
19세 이하	91.2	8.8	100.0	(215)
20~29세	89.6	10.4	100.0	(1,950)
30~39세	77.6	22.4	100.0	(3,226)
40~44세	71.4	28.6	100.0	(1,931)
교육수준				
중졸 이하	100.0	0.0	100.0	(4)
고졸 이하	74.4	25.6	100.0	(858)
대졸 이하	80.5	19.5	100.0	(5,309)
대학원 이상	78.9	21.1	100.0	(1,149)
현재 혼인상태 ( $x^2=209.919***$ )				
미혼	88.6	11.4	100.0	(2,609)
법률훈	73.9	26.1	100.0	(3,781)
사실혼·동거	77.1	22.9	100.0	(749)
별거·이혼·사별	78.9	21.1	100.0	(181)
취업여부 ( $x^2=0.184$ )				
취업	79.7	20.3	100.0	(4,796)
비취업	79.3	20.7	100.0	(2,525)
월평균 가구소득 ( $x^2=14.297**$ )				
200만 원 미만	81.3	18.7	100.0	(1,262)
200~400만 원 미만	81.0	19.0	100.0	(2,197)
400~600만 원 미만	77.4	22.6	100.0	(2,266)
600만 원 이상	78.9	21.1	100.0	(1,437)
잘 모름	84.3	15.7	100.0	(159)
종교 유무 ( $x^2=17.263***$ )				
있음	77.2	22.8	100.0	(2,935)
없음	81.2	18.8	100.0	(4,386)

주: 1) \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

3) 5보다 작은 기대빈도를 갖는 셀이 20% 이상인 경우  $\chi^2$ 값을 제시하지 않음.

성관계 중이나 후에 임신 가능성에 대해 걱정했던 적이 있었던 경우 응급피임약(사후)을 복용했는지에 대해 질문한 결과, 전체적으로 ‘응급피임약(사후)에 대해 알았으나 복용 안함’이 59.9%로 가장 많았고, 그 다음으로 ‘의사진단서를 받고 복용’ 25.1%, ‘응급피임약(사후)에 대해 알지 못해 복용 못함’ 8.9%, ‘의사진단서 없이 복용’ 4.2% 등의 순으로 나타났다.

응급피임약(사후)에 대해 알았으나 복용하지 않았다는 응답 비율은 19세 이하(68.7%), 미혼(60.5%)과 법률혼(61.9%), 비취업(63.3%) 여성에서 상대적으로 높게 나타나는 경향을 보였다. 한편, 응급피임약(사후)에 대해 알지 못해 복용하지 못했다는 응답 비율은 19세 이하(12.8%)와 40~44세(17.1%), 고졸 이하(14.4%)<sup>57)</sup>, 별거·이혼·사별(16.1%)에서 상대적으로 높은 응답 비중을 나타냈다.

〈표 5-15〉 임신 가능성에 대한 걱정으로 인한 응급피임약(사후) 복용 여부

(단위: %, 명)

구 분	알지 못해 복용 못함	알았으나 복용 안함	의사진단서를 받고 복용	의사진단서 없이 복용	기타	계	(명)
전체	8.9	59.9	25.1	4.2	1.9	100.0	(5,825)
지역( $\chi^2=11.636$ )							
대도시	8.3	59.8	25.5	4.4	2.0	100.0	(2,730)
중소도시	8.9	60.6	24.5	4.4	1.6	100.0	(2,481)
농어촌	11.5	57.9	25.4	2.9	2.3	100.0	(614)
현재 연령 ( $\chi^2=272.970^{***}$ )							
19세 이하	12.8	68.7	14.9	1.5	2.1	100.0	(196)
20~29세	3.5	59.2	32.2	3.0	2.1	100.0	(1,747)
30~39세	7.9	59.9	25.9	4.8	1.6	100.0	(2,503)
40~44세	17.1	59.7	16.0	5.1	2.2	100.0	(1,378)
교육수준							
중졸 이하	25.0	75.0	0.0	0.0	0.0	100.0	(4)
고졸 이하	14.4	56.2	21.6	5.8	2.0	100.0	(638)
대졸 이하	8.3	60.9	25.2	3.8	1.9	100.0	(4,275)
대학원 이상	7.9	57.9	27.0	5.4	1.8	100.0	(907)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=116.528^{***}$ )							
미혼	5.2	60.5	28.4	4.0	1.9	100.0	(2,312)
법률혼	10.6	61.9	21.3	4.2	2.0	100.0	(2,793)

57) 중졸 이하는 사례 수가 4명으로 다른 집단과 비교하기에는 한계가 있음.

구 분	알지 못해 복용 못함	알았으나 복용 안함	의사진단서를 받고 복용	의사진단서 없이 복용	기타	계	(명)
취업여부 ( $\chi^2=41.206^{***}$ )							
취업	8.3	58.2	27.2	4.7	1.6	100.0	(3,823)
비취업	10.0	63.3	21.0	3.3	2.4	100.0	(2,002)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=17.331$ )							
200만 원 미만	10.0	55.4	28.1	4.6	2.0	100.0	(1,025)
200~400만 원 미만	9.3	60.8	23.7	4.3	1.9	100.0	(1,779)
400~600만 원 미만	9.1	60.3	24.7	4.2	1.8	100.0	(1,753)
600만 원 이상	7.2	62.1	24.9	3.8	1.9	100.0	(1,134)
잘 모름	6.7	60.7	25.9	5.2	1.5	100.0	(134)
종교 유무 ( $\chi^2=11.366^*$ )							
있음	10.1	60.5	23.2	4.3	1.9	100.0	(2,265)
없음	8.1	59.6	26.2	4.2	1.9	100.0	(3,560)

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

3) 5보다 작은 기대빈도를 갖는 셀이 20% 이상인 경우  $\chi^2$ 값을 제시하지 않음.

## 5. 인공임신중절(낙태)에 관한 인식

2017년에 주변 지인(친인척, 친구 등) 중 인공임신중절(낙태)을 한 사람이 있는지에 대해 질문한 결과, ‘있다’고 응답한 사람은 17.2%로 나타났다. 연령별로는 20대(19.5%)와 30대(19.6%)에서, 교육수준별로는 대학원 이상(22.0%)에서, 혼인상태별로는 사실혼·동거(21.5%)와 별거·이혼·사별(22.8%)에서, 취업별로는 취업자(20.3%)에서, 월평균 가구소득별로는 600만 원 이상(19.1%)에서, 그리고 종교가 있는 응답자(18.5%)에서 주변 지인의 인공임신중절(낙태) 경험이 있다고 응답한 비율이 상대적으로 높게 나타났다.

〈표 5-16〉 주변 지인(친인척, 친구 등) 중 2017년에 인공임신중절(낙태)을 한 경우

(단위: %, 명)

구 분	있음	없음	계	(명)
전체	17.2	82.8	100.0	(10,000)
지역 ( $\chi^2=4.746$ )				
대도시	17.7	82.3	100.0	(4,711)
중소도시	17.2	82.8	100.0	(4,203)
농어촌	14.9	85.1	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=101.539***$ )				
19세 이하	8.9	91.1	100.0	(1,479)
20~29세	19.5	80.5	100.0	(2,959)
30~39세	19.6	80.4	100.0	(3,534)
40~44세	15.6	84.4	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=48.034***$ )				
중졸 이하	6.8	93.2	100.0	(147)
고졸 이하	13.6	86.4	100.0	(1,686)
대졸 이하	17.3	82.7	100.0	(6,848)
대학원 이상	22.0	78.0	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=31.044***$ )				
미혼	15.4	84.6	100.0	(5,289)
법률혼	18.6	81.4	100.0	(3,781)
사실혼·동거	21.5	78.5	100.0	(749)
별거·이혼·사별	22.8	77.2	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=87.876***$ )				
취업	20.3	79.7	100.0	(5,526)
비취업	13.2	86.8	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=15.418**$ )				
200만 원 미만	14.7	85.3	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	17.2	82.8	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	17.9	82.1	100.0	(2,776)
600만 원 이상	19.1	80.9	100.0	(1,803)
잘 모름	14.9	85.1	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=7.874**$ )				
있음	18.5	81.5	100.0	(3,809)
없음	16.3	83.7	100.0	(6,191)

주: 1) \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

다음은 인공임신중절(낙태)에 대해 응답자 본인의 생각과 우리 사회의 인식에 대해 질문한 결과이다. 먼저 ‘인공임신중절(낙태)한 여성은 이기적이라고 생각한다’에 대해 본인의 생각을 물어본 결과, ‘그렇다’는 응답은 10.7%(대체로 그렇다+매우 그렇다)에 불과했고, ‘그렇지 않다’는 응답은 89.4%(전혀 그렇지 않다+별로 그렇지 않다)에 달하는 것으로 나타났다.

강하게 반대 의견(전혀 그렇지 않다)을 제시한 응답자 비율을 기준으로 보면, 연령층이 낮을수록 대체로 부정적 의견이 강하게 나타나는 경향이 있으며, 특히 19세 이하(54.4%)와 20대(54.5%)에서 부정적 의견 비중이 상대적으로 높게 나타났다. 동일한 기준으로 볼 때, 미혼(53.7%), 비취업자(49.6%), 종교가 없는 응답자(51.7%)에서 상대적으로 강하게 반대하는(전혀 그렇지 않다) 경향을 보였다.

다음은 ‘인공임신중절(낙태)한 여성은 이기적이라고 생각한다’에 대한 우리 사회의 인식에 대해 질문한 결과, ‘그렇다’는 응답은 62.8%(대체로 그렇다+매우 그렇다)인 반면, ‘그렇지 않다’는 응답은 37.2%(전혀 그렇지 않다+별로 그렇지 않다)로 나타났다.

강하게 긍정 의견(매우 그렇다)을 제시한 응답자 비율을 기준으로 보면, 연령별로는 특히 20대(25.7%)에서 우리 사회가 인공임신중절(낙태)한 여성을 이기적이라고 생각한다고 인식하는 경향이 상대적으로 높게 나타났다. 이와 같은 경향은 교육수준이 높을수록, 미혼(23.4%)에서, 600만 원 이상 고소득층(22.1%)에서, 종교가 없는 응답자층(22.1%)에서도 유사한 것으로 확인됐다.

〈표 5-17〉 [인공임신중절(낙태)에 대한 인식 ①] 인공임신중절(낙태)한 여성은 이기적이라고 생각한다

## (1) 본인 자신의 인식

(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다	계	(명)
전체	47.5	41.9	9.1	1.6	100.0	(10,000)
지역						
( $\chi^2=13.498^*$ )						
대도시	48.6	40.6	9.5	1.3	100.0	(4,711)
중소도시	46.5	43.1	8.8	1.6	100.0	(4,203)
농어촌	46.6	42.7	8.4	2.3	100.0	(1,086)
현재 연령						
( $\chi^2=216.271^{***}$ )						
19세 이하	54.4	38.1	6.7	0.8	100.0	(1,479)
20~29세	54.5	37.6	6.9	1.0	100.0	(2,959)
30~39세	44.7	43.5	10.3	1.5	100.0	(3,534)
40~44세	37.4	48.0	11.6	3.0	100.0	(2,028)
교육수준						
( $\chi^2=5.139$ )						
중졸 이하	52.1	38.4	8.2	1.4	100.0	(147)
고졸 이하	47.7	41.7	8.6	2.0	100.0	(1,686)
대졸 이하	47.5	41.9	9.2	1.4	100.0	(6,848)
대학원 이상	47.0	42.2	9.1	1.7	100.0	(1,319)
현재 혼인상태						
( $\chi^2=205.039^{***}$ )						
미혼	53.7	38.3	7.0	1.0	100.0	(5,289)
법률혼	40.6	46.4	11.0	2.1	100.0	(3,781)
사실혼·동거	40.1	44.5	12.7	2.8	100.0	(749)
별거·이혼·사별	44.2	40.9	12.7	2.2	100.0	(181)
취업여부						
( $\chi^2=15.665^{**}$ )						
취업	45.8	43.0	9.4	1.7	100.0	(5,526)
비취업	49.6	40.5	8.6	1.3	100.0	(4,474)
월평균 가구소득						
( $\chi^2=8.405$ )						
200만 원 미만	48.1	41.1	9.3	1.5	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	46.6	43.2	8.5	1.7	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	46.8	42.2	9.4	1.6	100.0	(2,776)
600만 원 이상	49.4	40.4	8.8	1.4	100.0	(1,803)
잘 모름	48.5	39.0	10.8	1.7	100.0	(241)
종교 유무						
( $\chi^2=252.052^{***}$ )						
있음	40.7	43.1	13.5	2.7	100.0	(3,809)
없음	51.7	41.1	6.3	0.8	100.0	(6,191)

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$ 

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.



## (2) 우리 사회의 인식

(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다	계	(명)
전체 지역 ( $\chi^2=4.610$ )	16.6	20.6	41.7	21.1	100.0	(10,000)
대도시	16.5	19.9	42.1	21.6	100.0	(4,711)
중소도시	16.5	21.3	41.3	20.9	100.0	(4,203)
농어촌	17.4	21.3	41.6	19.7	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=186.452***$ )						
19세 이하	23.7	21.7	35.6	18.9	100.0	(1,479)
20~29세	16.9	16.5	40.9	25.7	100.0	(2,959)
30~39세	15.5	21.0	42.7	20.8	100.0	(3,534)
40~44세	12.9	25.2	45.4	16.5	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=53.711***$ )						
중졸 이하	23.1	24.5	34.0	18.4	100.0	(147)
고졸 이하	21.5	21.8	37.6	19.1	100.0	(1,686)
대졸 이하	15.6	20.1	42.7	21.6	100.0	(6,848)
대학원 이상	14.8	21.6	42.2	21.4	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=102.653***$ )						
미혼	17.9	18.3	40.3	23.4	100.0	(5,289)
법률혼	14.4	22.4	44.8	18.4	100.0	(3,781)
사실혼·동거	17.4	26.2	36.3	20.2	100.0	(749)
별거·이혼·사별	21.0	27.6	38.1	13.3	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=18.864***$ )						
취업	15.2	20.6	42.8	21.3	100.0	(5,526)
비취업	18.3	20.6	40.3	20.8	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=32.748**$ )						
200만 원 미만	19.5	21.2	38.0	21.4	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	16.3	21.8	41.3	20.6	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	15.4	19.6	44.2	20.8	100.0	(2,776)
600만 원 이상	15.8	19.4	42.8	22.1	100.0	(1,803)
잘 모름	15.8	21.6	41.9	20.7	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=39.421***$ )						
있음	14.7	22.7	43.2	19.4	100.0	(3,809)
없음	17.8	19.3	40.7	22.1	100.0	(6,191)

주: 1) \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

인공임신중절(낙태)에 대한 응답자 스스로와 우리 사회의 인식을 각각 알아본 결과 중 ‘인공임신중절(낙태)은 온전히 여성이 결정할 사항이라고 생각한다’는 견해에 대해 살펴보면, 이 견해에 대해 ‘대체로 그렇다’고 생각하는 비율은 32.0%, ‘매우 그렇다’고 생각하는 비율은 23.5%로 나타나 55.5%가 인공임신중절(낙태)이 온전히 여성이 결정할 사항이라고 생각하고 있다는 것을 알 수 있다. 연령별로 살펴보면, 연령이 높을수록 그러하다는 비율이 낮은 것을 볼 수 있다. 교육수준에 따라서는 전반적으로 교육수준이 높아질수록 이 견해에 대해 부정적으로 생각하는 비율이 높아지는 것으로 나타났다. 특히, 교육수준이 대학원 이상인 경우가 다른 학력 수준과 비교해 상대적으로 이 견해에 대해 부정적인 비율이 높았다. 혼인상태별로는 미혼 여성의 경우가 다른 혼인상태의 여성과 다르게 나타났는데, 미혼인 여성은 이 견해에 대해 ‘매우 그렇다’는 응답이 32.2%로 다른 혼인상태의 여성들이 12.2~14.0% 수준에서 적극적인 태도를 보인 것과 차이가 있다는 것을 알 수 있다.

위의 내용이 인공임신중절(낙태)이 온전히 여성이 결정할 사항이라고 생각하는지에 대한 응답자 본인의 인식을 알아보았다면, 이 견해에 대한 우리 사회의 인식이 어떠한지 알아보았다. 이 견해에 대해 ‘그렇다(대체로 그렇다+매우 그렇다)’고 생각하는 비율은 41.8%로 앞서 살펴봤던 본인의 인식인 55.5%보다 13.7%p 낮은 것을 알 수 있다. 따라서 여성 개인은 인공임신중절(낙태)이 온전히 여성이 결정할 사항이라고 생각하는 경향이 있지만, 우리 사회의 분위기는 그렇지 않다는 것으로 생각하고 있는 경향이 있는 것으로 나타났다. 즉, 여성 스스로 생각하는 것보다 우리 사회는 인공임신중절(낙태)을 여성이 결정해야 할 사항이라고 보고 있지 않다고 여성들은 느끼고 있는 것이다. 연령별로 보면, 20대가 37.1%로 ‘그렇다(대체로 그렇다+매우 그렇다)’는 비율이 가장 낮게 나타났다. 혼인상태별로는 미혼인 여성들이 ‘그렇다(대체로 그렇다+매우 그렇다)’는 비율이 낮은 경향이 있다. 또한, 미혼이 아닌 혼인상태의 여성들은 ‘별로 그렇지 않다’고 생각하는 비율과 ‘대체로 그렇다’고 생각하는 비율 사이의 차이가 크게 나타나지 않았으나, 미혼인 여성들은 ‘별로 그렇지 않다’는 비율(38.2%)과 ‘대체로 그렇다’는 비율(25.9%) 사이의 차이가 크게 나타났다.

〈표 5-18〉 [인공임신중절(낙태)에 대한 인식 ②] 인공임신중절(낙태)은 온전히 여성이 결정할 사항이라고 생각한다

(1) 본인 자신의 인식

(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다	계	(명)
전체	20.8	23.7	32.0	23.5	100.0	(10,000)
지역 ( $\chi^2=13.972^*$ )						
대도시	20.5	23.0	31.5	24.9	100.0	(4,711)
중소도시	20.7	24.0	32.5	22.7	100.0	(4,203)
농어촌	22.4	25.5	31.4	20.7	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=654.233^{***}$ )						
19세 이하	10.8	18.9	35.0	35.4	100.0	(1,479)
20~29세	15.5	19.3	32.5	32.6	100.0	(2,959)
30~39세	24.4	25.9	32.2	17.5	100.0	(3,534)
40~44세	29.6	29.7	28.6	12.1	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=32.852^{***}$ )						
중졸 이하	15.1	19.2	32.2	33.6	100.0	(147)
고졸 이하	20.3	22.1	31.6	26.0	100.0	(1,686)
대졸 이하	20.5	23.9	32.7	22.9	100.0	(6,848)
대학원 이상	24.2	24.8	28.4	22.7	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=645.445^{***}$ )						
미혼	14.4	20.3	33.1	32.2	100.0	(5,289)
법률혼	27.6	27.9	30.5	14.0	100.0	(3,781)
사실혼·동거	30.4	25.0	31.4	13.2	100.0	(749)
별거·이혼·사별	27.6	28.7	31.5	12.2	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=149.042^{***}$ )						
취업	23.9	25.4	30.9	19.8	100.0	(5,526)
비취업	17.0	21.6	33.3	28.1	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=37.981^{***}$ )						
200만 원 미만	18.8	22.4	32.4	26.4	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	20.3	24.2	32.8	22.7	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	23.8	23.2	31.2	21.9	100.0	(2,776)
600만 원 이상	20.2	25.0	30.8	24.0	100.0	(1,803)
잘 모름	15.4	24.5	34.9	25.3	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=115.314^{***}$ )						

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## (2) 우리 사회의 인식

(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다	계	(명)
전체	20.7	37.5	29.2	12.6	100.0	(10,000)
지역 ( $\chi^2=9.981$ )						
대도시	21.2	36.7	29.2	12.9	100.0	(4,711)
중소도시	20.2	39.0	28.6	12.1	100.0	(4,203)
농어촌	20.1	35.2	31.4	13.3	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=110.004***$ )						
19세 이하	20.1	37.8	26.8	15.3	100.0	(1,479)
20~29세	24.2	38.7	24.4	12.7	100.0	(2,959)
30~39세	20.7	37.0	30.9	11.4	100.0	(3,534)
40~44세	15.7	36.6	34.9	12.8	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=15.710$ )						
중졸 이하	16.9	34.5	33.8	14.9	100.0	(147)
고졸 이하	20.7	35.1	29.2	14.9	100.0	(1,686)
대졸 이하	20.7	38.2	29.0	12.1	100.0	(6,848)
대학원 이상	20.9	37.1	29.4	12.5	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=75.281***$ )						
미혼	23.0	38.2	25.9	12.9	100.0	(5,289)
법률혼	18.0	36.7	33.2	12.2	100.0	(3,781)
사실혼·동거	18.3	37.6	31.3	12.8	100.0	(749)
별거·이혼·사별	17.7	35.9	33.1	13.3	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=8.994*$ )						
취업	20.8	37.5	29.8	11.8	100.0	(5,526)
비취업	20.4	37.5	28.4	13.7	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=10.018$ )						
200만 원 미만	21.4	37.4	27.6	13.5	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	20.5	36.9	30.5	12.1	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	20.2	37.6	29.6	12.5	100.0	(2,776)
600만 원 이상	21.0	38.0	28.1	12.9	100.0	(1,803)
잘 모름	17.8	41.1	29.5	11.6	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=19.075***$ )						
있음	20.1	38.2	30.7	11.0	100.0	(3,809)
없음	21.0	37.1	28.2	13.6	100.0	(6,191)

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\*\* $p<0.001$ 

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

‘인공임신중절(낙태)에 있어 남성보다 여성을 비난하는 경향이 있다’고 생각하는지에 대해서는 ‘그렇다(대체로 그렇다+매우 그렇다)’고 응답한 비율이 전체적으로 77.4%로

높게 나타났다. ‘매우 그렇다’라는 응답이 45.0%로 많은 여성이 본인 스스로도 인공임신중절(낙태)에 있어 남성보다 여성을 비난하는 경향이 있다고 응답했다. 연령별로 보면, 20대 여성들의 경우 이 견해에 대해 ‘매우 그렇다’라고 응답한 비율이 51.9%인 반면, 40대 여성은 38.8%로 큰 차이를 보였다. 교육수준별로는 대학원 이상인 여성이 이 견해에 대해 ‘전혀 그렇지 않다’는 비율이 9.8%, ‘별로 그렇지 않다’는 비율이 9.3%로 나타나 다른 교육 수준의 여성들과 비교했을 때, 본인 스스로 인공임신중절(낙태)에 있어 남성보다 여성을 비난하는 경향이 있다고 생각하는 비율(80.9%)이 가장 높았다. 미혼인 여성은 이 견해에 대해 ‘대체로 그렇다’고 응답한 비율은 28.5%로 다른 혼인상태에 있는 여성들보다 낮은 반면, ‘매우 그렇다’고 응답한 비율이 49.6%로 다른 혼인상태 여성들보다 높아 미혼인 경우 더욱 인공임신중절(낙태)에 있어 남성보다 여성을 비난하는 경향이 있다고 생각하는 것으로 나타났다. 그 밖에 취업여부, 가구소득, 종교 유무에 따른 차이도 통계적으로 유의미하게 나타났다.

우리 사회가 인공임신중절(낙태)에 있어 ‘남성보다 여성을 비난하는 경향이 있다’고 생각하는지 알아본 결과에서는 여성 개인이 생각하는 것보다 더욱 그러한 경향이 강한 것으로 나타났다. ‘대체로 그렇다’고 응답한 비율은 33.8%로 여성 스스로 ‘대체로 그렇다’고 생각하는 비율(32.4%)과 큰 차이가 없었으나, ‘매우 그렇다’고 응답한 비율은 55.6%로 여성 본인이 ‘매우 그렇다’고 응답한 비율(45.0%)보다 높은 결과를 보여 우리 사회가 인공임신중절(낙태)에 있어 남성보다 여성을 비난하는 경향이 여성 개인의 인식보다 더 크다고 생각하는 것을 알 수 있다. 연령별로는 20대와 30대에서 ‘그렇다(대체로 그렇다+매우 그렇다)’는 비율이 높았다(각각 90.8%, 90.1%). 또한 교육수준이 높을수록 ‘그렇다(대체로 그렇다+매우 그렇다)’고 응답한 비율이 높게 나타났으며, 혼인상태별로는 미혼이 가장 높고, 별거·이혼·사별이 가장 낮았다. 취업여부 역시 유의미한 차이가 있었는데, 취업자가 비취업자에 비해 우리 사회는 인공임신중절(낙태)에 있어 남성보다 여성을 비난하는 경향이 있다고 보았다. 월평균 가구소득별로는 큰 차이를 보이지는 않으나, 소득이 높을수록 ‘그렇다(대체로 그렇다+매우 그렇다)’고 응답한 비율이 다소 높게 나타났다. 종교의 경우, 종교가 없는 여성이 ‘매우 그렇다’ 응답 비율이 더 높았으며, ‘대체로 그렇다’를 함께 고려했을 때 종교의 유무에 따른 차이는 거의 없다고 볼 수 있다.

〈표 5-19〉 [인공임신중절(낙태)에 대한 인식 ③] 인공임신중절(낙태)에 있어 남성보다 여성을 비난하는 경향이 있다

(1) 본인 자신의 인식

(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다	계	(명)
전체	11.9	10.7	32.4	45.0	100.0	(10,000)
지역 ( $\chi^2=9.554$ )						
대도시	11.8	10.3	32.7	45.2	100.0	(4,711)
중소도시	11.6	10.6	32.7	45.0	100.0	(4,203)
농어촌	13.7	12.4	29.9	44.0	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=176.650***$ )						
19세 이하	16.9	11.6	28.4	43.1	100.0	(1,479)
20~29세	12.2	9.5	26.5	51.9	100.0	(2,959)
30~39세	10.7	10.7	35.0	43.6	100.0	(3,534)
40~44세	10.1	11.7	39.4	38.8	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=44.695***$ )						
중졸 이하	14.2	14.2	32.4	39.2	100.0	(147)
고졸 이하	15.5	12.2	30.8	41.6	100.0	(1,686)
대졸 이하	11.4	10.5	32.2	45.9	100.0	(6,848)
대학원 이상	9.8	9.3	35.6	45.3	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=123.672***$ )						
미혼	12.1	9.8	28.5	49.6	100.0	(5,289)
법률혼	11.5	11.2	37.2	40.1	100.0	(3,781)
사실혼·동거	13.4	13.6	35.1	37.9	100.0	(749)
별거·이혼·사별	10.5	13.8	35.4	40.3	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=38.427***$ )						
취업	10.3	10.4	34.1	45.2	100.0	(5,526)
비취업	13.9	11.0	30.3	44.8	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=22.681*$ )						
200만 원 미만	12.8	11.6	29.6	45.9	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	11.7	10.9	32.4	45.0	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	12.5	9.8	33.8	43.9	100.0	(2,776)
600만 원 이상	10.8	10.0	33.4	45.8	100.0	(1,803)
잘 모름	9.1	14.5	32.0	44.4	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=44.154***$ )						

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## (2) 우리 사회의 인식

(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다	계	(명)
전체 지역 ( $\chi^2=8.696$ )	3.7	6.9	33.8	55.6	100.0	(10,000)
대도시	3.6	6.3	34.2	55.9	100.0	(4,711)
중소도시	3.8	7.2	33.9	55.0	100.0	(4,203)
농어촌	4.1	8.1	31.4	56.4	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=185.111***$ )						
19세 이하	6.3	7.9	31.2	54.6	100.0	(1,479)
20~29세	3.8	5.4	27.6	63.2	100.0	(2,959)
30~39세	3.1	6.9	35.6	54.5	100.0	(3,534)
40~44세	2.9	8.4	41.5	47.2	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=68.310***$ )						
중졸 이하	7.5	10.2	35.4	46.9	100.0	(147)
고졸 이하	6.5	8.7	32.4	52.5	100.0	(1,686)
대졸 이하	3.2	6.5	33.8	56.5	100.0	(6,848)
대학원 이상	2.7	6.4	35.3	55.6	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=131.304***$ )						
미혼	4.0	6.1	29.7	60.3	100.0	(5,289)
법률혼	3.3	7.2	38.2	51.3	100.0	(3,781)
사실혼·동거	4.3	10.7	38.3	46.8	100.0	(749)
별거·이혼·사별	3.9	11.0	40.9	44.2	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=23.037***$ )						
취업	3.1	6.3	34.5	56.1	100.0	(5,526)
비취업	4.5	7.7	32.9	54.9	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=27.609**$ )						
200만 원 미만	5.3	7.5	32.7	54.5	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	3.6	7.0	33.6	55.8	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	3.3	6.2	34.9	55.5	100.0	(2,776)
600만 원 이상	2.8	6.7	34.0	56.5	100.0	(1,803)
잘 모름	4.1	9.5	31.1	55.2	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=28.313***$ )						
있음	3.3	7.4	36.5	52.7	100.0	(3,809)
없음	4.0	6.6	32.1	57.4	100.0	(6,191)

주: 1) \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

‘어떠한 경우라도 임신한 아이를 낳아 키워야 한다고 생각한다’라는 견해에 대한 본인 자신의 인식을 살펴보면, 전체적으로 ‘전혀 그렇지 않다’와 ‘별로 그렇지 않다’의 비율이 매우 크게 나타나고 있는데, 둘의 비율을 합하면 86.5%로 나타났다. 따라서 경우에 따라서는 임신한 아이를 낳아 키우지 않아도 된다는 경향이 크다고 생각해 볼 수 있다. 지역별로 ‘전혀 그렇지 않다’의 비율은 대도시가 높은 편이고 농어촌이 낮게 나타나지만, ‘별로 그렇지 않다’는 농어촌이 높은 편으로 나타나 대체로 유사한 크기로 나타나고 있으며 이 차이들은 통계적으로 유의하지 않게 나타났다. 연령별로는 ‘전혀 그렇지 않다’의 비율이 저연령대에서 크게 나타났는데, 30대 미만에서는 이 비율이 50%를 넘고 있으나, 30대는 43.6%, 40대는 33.7%였다. 교육수준에서는 수준별로 그다지 큰 차이를 보이고 있지 않다. 혼인상태별로는 미혼인 경우 ‘전혀 그렇지 않다’의 비율이 54.0%로 크게 나타났고, 별거·이혼·사별이 36.7%로 가장 낮게 나타났다. 취업여부와 월평균 가구 소득별로는 통계적으로는 유의한 것으로 나타났지만 뚜렷한 차이는 나타나지 않았다. 종교의 경우, 종교를 가지고 있는 여성의 ‘전혀 그렇지 않다’의 비율은 37.3%로 종교가 없는 경우의 52.5%보다 낮았고, 이 차이는 유의하게 나타났다.

다음으로 앞의 견해에 대한 우리 사회의 인식에 대해서 살펴보면, 전체적으로 ‘전혀 그렇지 않다’와 ‘별로 그렇지 않다’의 비율의 합이 47.5%로 자신의 인식에서 나타난 86.5%와 크게 차이가 나는 것을 볼 수 있다. 지역별로는 그다지 큰 차이가 없었으며 통계적으로 유의하지 않다는 것을 알 수 있다. 연령별로 보면, 40대에서 ‘그렇지 않다(전혀 그렇지 않다+별로 그렇지 않다)’의 비율(55.1%)이 가장 높게 나타난 반면, 20대에서는 41.3%로 가장 낮았는데, 이를 통해 20대는 우리 사회가 어떠한 경우라도 임신한 아이를 낳아 키워야 한다고 인식한다고 생각하는 비율이 상대적으로 높음을 알 수 있다. 한편, 20대 이하는 ‘전혀 그렇지 않다’와 ‘별로 그렇지 않다’의 비율이 20%대에서 비슷한 수준을 보이는 반면, 30대 이상에서는 그 차이가 크게 나타나는 것이 특징적이다.

교육수준별로는 대졸 이상(대졸 이하+대학원 이상)의 여성들이 ‘그렇다(대체로 그렇다+매우 그렇다)’는 비율이 높게 나타났고, 동일한 기준으로 미혼인 경우가 55.9%로 높았다. 취업여부에 따른 차이는 그다지 크지 않았고, 월평균 가구소득은 소득별 차이가 유의하지 않았다. 종교의 경우, ‘전혀 그렇지 않다’의 비율이 종교가 없는 경우가 더 높게 나타났는데, ‘별로 그렇지 않다’를 함께 고려했을 때 두 집단 간 차이는 거의 없다고 볼 수 있다.



〈표 5-20〉 [인공임신중절(낙태)에 대한 인식 ④] 어떠한 경우라도 임신한 아이를 낳아 키워야 한다고 생각한다

(1) 본인 자신의 인식

(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다	계	(명)
전체	46.7	39.8	11.3	2.1	100.0	(10,000)
지역 ( $\chi^2=7.924$ )						
대도시	48.0	39.1	10.8	2.1	100.0	(4,711)
중소도시	46.0	40.2	11.7	2.2	100.0	(4,203)
농어촌	44.1	41.3	12.4	2.2	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=324.917***$ )						
19세 이하	51.9	37.3	9.7	1.0	100.0	(1,479)
20~29세	56.8	34.2	7.5	1.5	100.0	(2,959)
30~39세	43.6	41.7	12.3	2.4	100.0	(3,534)
40~44세	33.7	46.6	16.4	3.4	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=10.139$ )						
중졸 이하	46.9	40.1	11.6	1.4	100.0	(147)
고졸 이하	45.9	40.4	10.9	2.8	100.0	(1,686)
대졸 이하	47.3	39.5	11.4	1.9	100.0	(6,848)
대학원 이상	44.9	40.8	11.8	2.6	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=283.172***$ )						
미혼	54.0	35.9	8.8	1.3	100.0	(5,289)
법률혼	38.3	44.8	14.1	2.8	100.0	(3,781)
사실혼·동거	40.2	41.0	14.4	4.4	100.0	(749)
별거·이혼·사별	36.7	45.6	15.6	2.2	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=11.421*$ )						
취업	45.3	40.5	12.0	2.1	100.0	(5,526)
비취업	48.4	38.9	10.5	2.1	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=25.867*$ )						
200만 원 미만	46.7	39.2	11.1	3.0	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	46.4	40.4	11.5	1.7	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	45.6	40.9	11.9	1.7	100.0	(2,776)
600만 원 이상	48.9	38.2	10.8	2.2	100.0	(1,803)
잘 모름	46.3	38.8	10.3	4.5	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=416.784***$ )						

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## (2) 우리 사회의 인식

(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다	계	(명)
전체 지역 ( $\chi^2=5.150$ )	19.4	28.1	39.0	13.4	100.0	(10,000)
대도시	19.3	27.5	39.1	14.1	100.0	(4,711)
중소도시	19.5	28.6	39.2	12.7	100.0	(4,203)
농어촌	19.8	28.6	38.2	13.4	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=217.323***$ )						
19세 이하	22.3	25.2	36.8	15.6	100.0	(1,479)
20~29세	20.1	21.2	42.1	16.6	100.0	(2,959)
30~39세	19.0	29.4	38.9	12.8	100.0	(3,534)
40~44세	17.1	38.0	36.3	8.5	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=28.630**$ )						
중졸 이하	22.4	28.6	34.0	15.0	100.0	(147)
고졸 이하	21.9	29.6	33.8	14.7	100.0	(1,686)
대졸 이하	18.8	27.6	40.5	13.1	100.0	(6,848)
대학원 이상	19.1	28.6	38.9	13.4	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=122.919***$ )						
미혼	20.2	23.9	40.7	15.2	100.0	(5,289)
법률혼	17.7	32.8	38.3	11.1	100.0	(3,781)
사실혼·동거	21.8	31.8	33.2	13.2	100.0	(749)
별거·이혼·사별	23.8	34.8	30.4	11.0	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=8.770*$ )						
취업	18.7	29.0	39.3	13.0	100.0	(5,526)
비취업	20.3	27.0	38.7	14.0	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=18.550$ )						
200만 원 미만	20.6	27.1	37.1	15.2	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	19.7	28.5	38.5	13.3	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	18.6	28.4	40.6	12.4	100.0	(2,776)
600만 원 이상	19.0	28.3	39.9	12.7	100.0	(1,803)
잘 모름	18.3	26.3	38.3	17.1	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=56.209***$ )						
있음	16.6	31.3	39.9	12.2	100.0	(3,809)
없음	21.2	26.1	38.5	14.2	100.0	(6,191)

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$ 

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

‘안전한 인공임신중절(낙태)은 사회구성원의 권리라고 생각한다’라는 견해에 대한 본인 자신의 인식을 살펴보면, 전체적으로 ‘매우 그렇다’와 ‘대체로 그렇다’의 비율이 84.2%로 나타나 안전한 인공임신중절(낙태)은 권리라고 생각하는 경향이 있는 것을 알 수 있다. 여성의 특성별로 살펴보면, 지역별로는 큰 차이가 나타나지 않으며 유의하지 않은 것을 알 수 있다. 연령별로 살펴보면, 연령이 낮을수록 ‘그렇다(대체로 그렇다+매우 그렇다)’고 생각하는 비율이 높아졌는데, 특히 20대가 가장 높았다(87.8%). 교육수준별로는 동일한 기준으로 중졸 이하가 87.7%로 가장 높았고, 뒤로 이어 대졸 이하 85.0%, 대학원 이상 82.1%, 고졸 이하 81.9%였다. 그러나 ‘매우 그렇다’라는 응답은 교육수준이 높을수록 그 비중이 늘어나는 경향을 보였다. 혼인상태별로는 혼인 경험이 있는 이들보다 미혼인 경우에 안전한 인공임신중절(낙태)은 권리라고 생각하는 경향이 강했고, 취업여부에 따라서는 취업하지 않은 경우가 취업한 경우보다 ‘그렇다(대체로 그렇다+매우 그렇다)’는 비율이 다소 높았다. 월평균 가구소득별로 보면, 소득 수준이 높을수록 ‘그렇다(대체로 그렇다+매우 그렇다)’는 비율이 대체로 높아지는 경향은 있으나 그 차이가 크지는 않았다. 종교에 따라서는 동일한 기준으로 종교가 없는 경우가 있는 경우보다 그 비율이 매우 높게 나타났다.

다음으로 같은 견해에 대하여 우리 사회의 인식은 어떠한지에 대한 견해를 살펴보면, ‘매우 그렇다’와 ‘대체로 그렇다’의 비율이 46.7%로 본인의 인식 84.2%와 크게 차이가 나는 것을 볼 수 있다. 이를 통해 우리나라 여성들은 이 사회가 안전한 인공임신중절(낙태)은 사회구성원의 권리라는 것을 상대적으로 인정하지 않는다는 견해를 가지고 있다는 것을 알 수 있다. 응답자 특성별로 살펴보면, 지역별로는 특정한 경향이 나타나지는 않았으며, 차이도 그다지 크지 않았다. 연령별로는 20대가 ‘그렇다(대체로 그렇다+매우 그렇다)’는 비율이 43.1%로 가장 낮아 우리 사회에 대해 상대적으로 부정적 인식을 가지고 있음을 알 수 있다. 또한 교육수준이 높을수록 우리 사회에 대한 부정적 인식이 강하게 나타났고, 혼인상태별로는 미혼의 ‘그렇다(대체로 그렇다+매우 그렇다)’는 응답은 45.2%로 혼인을 경험한 여성에 비해 그 수준이 낮았다. 취업여부와 월평균 가구소득은 통계적으로 유의미한 차이는 없었으며, 종교가 있는 경우 없는 경우에 비해 ‘전혀 그렇지 않다’와 ‘매우 그렇다’는 비율이 낮게 나타났다.

〈표 5-21〉 [인공임신중절(낙태)에 대한 인식 ⑤] 안전한 인공임신중절(낙태)은 사회구성원의 권리라고 생각한다

(1) 본인 자신의 인식

(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다	계	(명)
전체	3.9	11.9	47.3	36.9	100.0	(10,000)
지역 ( $\chi^2=11.311$ )						
대도시	3.7	11.9	45.9	38.5	100.0	(4,711)
중소도시	4.2	12.0	48.2	35.6	100.0	(4,203)
농어촌	3.9	11.2	49.4	35.5	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=239.022***$ )						
19세 이하	2.8	10.3	45.5	41.3	100.0	(1,479)
20~29세	2.6	9.6	42.2	45.6	100.0	(2,959)
30~39세	4.7	12.6	48.8	33.9	100.0	(3,534)
40~44세	5.4	14.9	53.3	26.4	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=22.386**$ )						
중졸 이하	2.1	10.3	55.5	32.2	100.0	(147)
고졸 이하	4.5	13.5	46.4	35.5	100.0	(1,686)
대졸 이하	3.6	11.3	47.7	37.3	100.0	(6,848)
대학원 이상	5.1	12.8	44.9	37.2	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=252.081***$ )						
미혼	2.8	10.4	43.1	43.7	100.0	(5,289)
법률혼	5.1	13.1	52.6	29.3	100.0	(3,781)
사실혼·동거	5.9	14.7	50.8	28.7	100.0	(749)
별거·이혼·사별	6.1	19.3	42.5	32.0	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=15.116**$ )						
취업	4.4	12.5	47.4	35.7	100.0	(5,526)
비취업	3.4	11.1	47.1	38.5	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=24.089*$ )						
200만 원 미만	3.7	14.1	45.1	37.0	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	3.8	11.3	48.6	36.3	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	4.3	11.6	48.1	36.0	100.0	(2,776)
600만 원 이상	3.9	10.6	45.7	39.8	100.0	(1,803)
잘 모름	4.1	12.0	49.8	34.0	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=222.377***$ )						

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## (2) 우리 사회의 인식

(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다	계	(명)
전체 지역 ( $\chi^2=1.942$ )	15.5	37.8	32.8	13.9	100.0	(10,000)
대도시	15.6	37.3	32.9	14.3	100.0	(4,711)
중소도시	15.3	38.4	32.7	13.7	100.0	(4,203)
농어촌	15.8	38.3	32.6	13.3	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=147.916***$ )						
19세 이하	15.1	34.1	33.9	16.9	100.0	(1,479)
20~29세	20.4	36.5	28.5	14.6	100.0	(2,959)
30~39세	14.4	39.4	32.9	13.3	100.0	(3,534)
40~44세	10.4	39.8	38.0	11.8	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=19.092*$ )						
중졸 이하	12.3	32.2	39.7	15.8	100.0	(147)
고졸 이하	15.3	34.3	35.1	15.3	100.0	(1,686)
대졸 이하	15.5	38.7	32.3	13.6	100.0	(6,848)
대학원 이상	16.0	38.8	31.5	13.7	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=85.707***$ )						
미혼	18.2	36.6	30.5	14.7	100.0	(5,289)
법률혼	12.6	39.6	35.2	12.5	100.0	(3,781)
사실혼·동거	11.1	38.4	35.5	15.1	100.0	(749)
별거·이혼·사별	15.6	35.0	34.4	15.0	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=5.468$ )						
취업	15.5	38.5	32.8	13.2	100.0	(5,526)
비취업	15.5	37.1	32.7	14.8	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=10.644$ )						
200만 원 미만	15.6	37.2	32.6	14.6	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	15.4	37.3	33.7	13.6	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	14.8	38.7	33.2	13.3	100.0	(2,776)
600만 원 이상	16.7	38.3	30.8	14.2	100.0	(1,803)
잘 모름	14.2	37.9	31.3	16.7	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=32.316***$ )						
있음	13.9	38.7	35.0	12.3	100.0	(3,809)
없음	16.4	37.3	31.4	14.9	100.0	(6,191)

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\*\* $p<0.001$ 

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

‘국가가 인공임신중절(낙태) 금지보다는 출산 및 양육 지원, 성평등한 노동환경 등에 더 집중해야 한다고 생각한다’는 견해에 대한 본인 자신의 인식을 살펴보면, 전체 응답자의 89.5%가 ‘그렇다(대체로 그렇다+매우 그렇다)’고 응답하였다. ‘매우 그렇다’를 기준으로 할 때, 연령이 낮을수록, 교육수준이 높을수록 인공임신중절(낙태) 금지보다 출산 및 양육 지원, 성평등한 노동환경에 더 집중해야 한다고 응답한 비율이 높았다. 취업 여부와 월평균 가구소득은 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다.

위의 질문과 동일한 문항으로 우리 사회의 인식에 대해 질문한 결과, 전체 응답자의 62.3%가 ‘그렇다(대체로 그렇다+매우 그렇다)’고 응답하였는데, 이는 본인의 인식(89.5%) 보다는 낮은 수준이었다. 이를 구체적으로 살펴보면, 19세 이하(65.2%), 40세~44세(66.6%)에서, 중졸 이하(64.3%), 고졸 이하(65.6%)에서, 법률혼(65.5%), 사실혼·동거(67.0%)인 경우에 ‘우리사회는 국가가 인공임신중절(낙태) 금지보다는 출산 및 양육 지원, 성평등한 노동환경 등에 더 집중해야 한다고 생각한다’고 응답하는 경향이 높게 나타났다. 취업하지 않은 경우(64.2%)에, 월평균 가구소득이 200만 원 미만(63.4%), 200~400만 원 미만(63.5%)에서, 종교가 있는 경우(63.4%)에도 동일한 경향이 나타났다.

〈표 5-22〉 [인공임신중절(낙태)에 대한 인식 ⑥] 국가가 인공임신중절(낙태) 금지보다는 출산 및 양육 지원, 성평등한 노동환경 등에 더 집중해야 한다고 생각한다

## (1) 본인 자신의 인식

(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다	계	(명)
전체	2.9	7.7	28.1	61.4	100.0	(10,000)
지역 ( $\chi^2=12.188$ )						
대도시	3.4	7.8	28.6	60.3	100.0	(4,711)
중소도시	2.4	7.4	27.9	62.4	100.0	(4,203)
농어촌	2.7	8.4	26.4	62.6	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=31.127^{***}$ )						
19세 이하	2.0	8.5	26.3	63.2	100.0	(1,479)
20~29세	3.2	8.2	26.7	61.9	100.0	(2,959)
30~39세	2.9	6.6	28.2	62.4	100.0	(3,534)
40~44세	3.1	8.1	31.2	57.5	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=19.949^*$ )						
중졸 이하	0.0	11.6	28.8	59.6	100.0	(147)
고졸 이하	3.4	8.1	28.7	59.9	100.0	(1,686)
대졸 이하	2.6	7.4	28.3	61.7	100.0	(6,848)
대학원 이상	3.9	8.0	26.0	62.1	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=27.917^{**}$ )						
미혼	2.9	8.2	27.0	61.9	100.0	(5,289)
법률혼	2.7	6.4	29.0	61.9	100.0	(3,781)
사실혼·동거	3.2	8.9	30.7	57.1	100.0	(749)
별거·이혼·사별	4.4	12.7	27.6	55.2	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=5.375$ )						
취업	3.2	7.7	28.4	60.7	100.0	(5,526)
비취업	2.5	7.7	27.6	62.2	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=15.885$ )						
200만 원 미만	3.3	8.7	27.6	60.4	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	3.0	8.1	27.5	61.4	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	2.7	6.6	29.1	61.6	100.0	(2,776)
600만 원 이상	2.6	7.5	27.2	62.7	100.0	(1,803)
잘 모름	2.5	6.7	33.3	57.5	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=27.166^{***}$ )						
있음	3.0	8.2	30.7	58.2	100.0	(3,809)

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## (2) 우리 사회의 인식

(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다	계	(명)
전체 지역 ( $\chi^2=6.671$ )	8.3	29.4	33.6	28.7	100.0	(10,000)
대도시	8.3	29.3	34.1	28.2	100.0	(4,711)
중소도시	8.0	30.1	33.0	28.9	100.0	(4,203)
농어촌	9.1	26.7	34.1	30.0	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=71.245^{***}$ )						
19세 이하	7.7	27.1	33.6	31.6	100.0	(1,479)
20~29세	10.5	31.9	33.1	24.5	100.0	(2,959)
30~39세	7.9	29.4	33.3	29.3	100.0	(3,534)
40~44세	6.2	27.2	35.0	31.6	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=43.547^{***}$ )						
중졸 이하	4.1	31.5	34.2	30.1	100.0	(147)
고졸 이하	9.4	25.0	32.5	33.1	100.0	(1,686)
대졸 이하	7.7	30.3	33.9	28.1	100.0	(6,848)
대학원 이상	10.3	30.0	33.5	26.3	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=66.394^{***}$ )						
미혼	9.4	31.3	33.3	26.1	100.0	(5,289)
법률혼	6.7	27.8	34.3	31.2	100.0	(3,781)
사실혼·동거	8.0	25.0	33.6	33.4	100.0	(749)
별거·이혼·사별	11.7	25.0	30.0	33.3	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=12.523^{**}$ )						
취업	8.6	30.6	32.7	28.1	100.0	(5,526)
비취업	7.9	27.8	34.8	29.4	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=22.218^*$ )						
200만 원 미만	8.9	27.6	33.6	29.8	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	8.7	27.7	34.2	29.3	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	7.2	31.1	33.4	28.3	100.0	(2,776)
600만 원 이상	8.5	31.8	32.6	27.0	100.0	(1,803)
잘 모름	9.2	27.5	35.4	27.9	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=8.290^*$ )						
있음	7.6	28.9	35.1	28.3	100.0	(3,809)
없음	8.7	29.6	32.7	28.9	100.0	(6,191)

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$ 

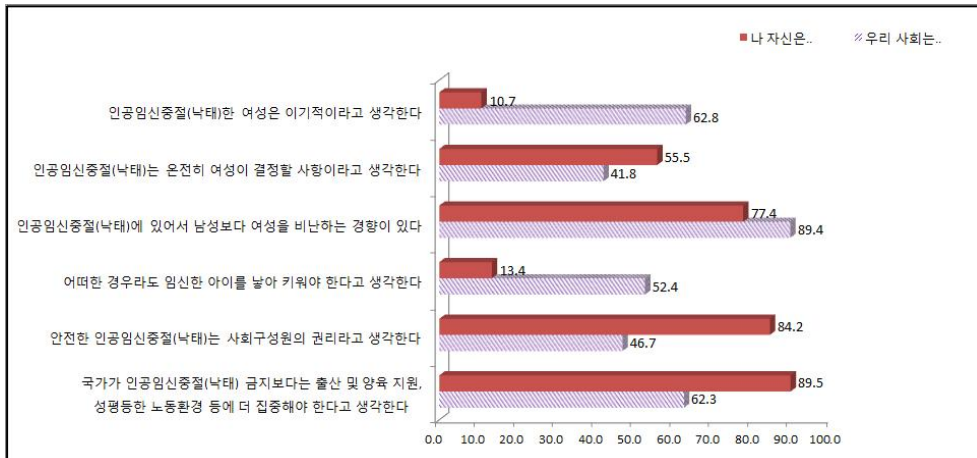
2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

가임기 여성을 대상으로 인공임신중절(낙태)에 대한 본인의 인식과 인지하고 있는 사회의 인식에 관해 조사한 결과를 종합하면 다음과 같다.



[그림 5-4] 인공임신중절(낙태)에 대한 ‘우리 사회’와 ‘나 자신’의 인식

(단위: %)



주: 각 항목별 수치는 ‘대체로 그렇다’와 ‘매우 그렇다’의 합계임.

본인이 생각하는 인식과 사회의 인식에 대한 차이가 가장 큰 항목은 ‘인공임신중절(낙태)한 여성은 이기적이라고 생각한다’로 해당 견해에 대한 동의 정도가 52.1%p 차이가 나타났다. 본인과 사회 모두 동의하는 정도가 크다고 인식하는 항목은 ‘인공임신중절(낙태)에 있어서 남성보다 여성을 비난하는 경향이 있다’와 ‘국가가 인공임신중절(낙태) 금지보다는 출산 및 양육 지원, 성평등한 노동환경 등에 더 집중해야 한다고 생각한다’는 견해로 나타났다.

다음으로 인공임신중절(낙태) 전후에 인공임신중절(낙태)술 관련 의료 상담이 필요한지를 조사한 결과는 다음과 같다. 조사 결과, 97.5%의 응답자가 의료 상담이 필요하다(다소 필요함+매우 필요함)고 응답하였다. 그중에서도 20대(61.4%)와 30대(58.8%)에서, 대졸 이상인 경우(약 60.0%), 미혼인 경우(60.2%), 월평균 가구소득이 200~400만 원 미만(59.2%), 600만 원 이상(62.2%)인 경우에, 인공임신중절(낙태) 전후 의료 상담이 ‘매우 필요하다’고 응답한 비율이 상대적으로 높았다.

〈표 5-23〉 [인공임신중절(낙태) 전후의 상담 필요성 ①] 인공임신중절(낙태)술과 관련된 의료 상담  
(단위: %, 명)

구 분	전혀 필요하지 않음	별로 필요하지 않음	다소 필요함	매우 필요함	계	(명)
전체	0.5	1.9	38.9	58.6	100.0	(10,000)
지역 ( $\chi^2=3.959$ )						
대도시	0.6	1.8	38.6	59.0	100.0	(4,711)
중소도시	0.6	1.9	39.7	57.9	100.0	(4,203)
농어촌	0.3	2.1	37.6	60.0	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=36.713***$ )						
19세 이하	1.2	1.8	41.0	56.0	100.0	(1,479)
20~29세	0.5	1.6	36.6	61.4	100.0	(2,959)
30~39세	0.4	1.8	39.0	58.8	100.0	(3,534)
40~44세	0.3	2.5	40.8	56.3	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=35.634***$ )						
중졸 이하	1.4	2.7	48.6	47.3	100.0	(147)
고졸 이하	1.0	2.4	41.9	54.7	100.0	(1,686)
대졸 이하	0.4	1.6	38.4	59.6	100.0	(6,848)
대학원 이상	0.5	2.3	37.2	60.0	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=33.685***$ )						
미혼	0.7	1.7	37.5	60.2	100.0	(5,289)
법률혼	0.4	1.7	40.5	57.4	100.0	(3,781)
사실혼·동거	0.4	3.6	41.7	54.3	100.0	(749)
별거·이혼·사별	0.0	3.9	37.8	58.3	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=2.199$ )						
취업	0.4	1.9	39.0	58.6	100.0	(5,526)
비취업	0.6	1.9	38.9	58.6	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=28.663**$ )						
200만 원 미만	0.5	2.7	40.7	56.2	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	0.5	1.6	38.8	59.2	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	0.8	1.6	40.1	57.6	100.0	(2,776)
600만 원 이상	0.3	2.0	35.4	62.2	100.0	(1,803)
잘 모름	0.4	1.7	39.6	58.3	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=1.383$ )						
있음	0.6	2.0	39.1	58.3	100.0	(3,809)
없음	0.5	1.8	38.8	58.9	100.0	(6,191)

주: 1) \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

인공임신중절(낙태) 전후에 인공임신중절(낙태) 관련 의료적 내용 이외의 심리·정서적 상담이 필요한지에 대해 질문한 결과, 97.7%의 응답자가 필요하다(다소 필요함+매우 필요함)

우 필요함)고 응답하였다. 응답자의 특성에 따른 차이를 살펴보면, 연령, 교육수준, 혼인상태에 따른 차이가 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 19세 이하(69.0%), 20대(72.2%)에서, 대학원 이상인 경우(67.5%), 미혼인 경우(70.5%) 의료상담 외에 심리·정서적 상담이 ‘매우 필요하다’고 응답한 비율이 상대적으로 높았다.

〈표 5-24〉 [인공임신중절(낙태) 전후의 상담 필요성 ②] 인공임신중절(낙태) 관련 의료적 내용 이외의 심리·정서적 상담

(단위: %, 명)

구 분	전혀 필요하지 않음	별로 필요하지 않음	다소 필요함	매우 필요함	계	(명)
전체 지역 ( $\chi^2=2.217$ )	0.5	1.8	31.1	66.6	100.0	(10,000)
대도시	0.5	1.8	30.8	66.9	100.0	(4,711)
중소도시	0.6	1.7	31.4	66.3	100.0	(4,203)
농어촌	0.3	1.8	31.0	66.9	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=126.919***$ )						
19세 이하	1.1	1.4	28.6	69.0	100.0	(1,479)
20~29세	0.4	1.4	26.0	72.2	100.0	(2,959)
30~39세	0.5	1.9	32.1	65.5	100.0	(3,534)
40~44세	0.1	2.4	38.7	58.8	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=30.296***$ )						
중졸 이하	1.4	2.1	38.4	58.2	100.0	(147)
고졸 이하	1.1	1.8	33.6	63.5	100.0	(1,686)
대졸 이하	0.3	1.7	30.5	67.4	100.0	(6,848)
대학원 이상	0.5	2.0	30.0	67.5	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=107.767***$ )						
미혼	0.7	1.4	27.4	70.5	100.0	(5,289)
법률혼	0.4	1.8	35.0	62.8	100.0	(3,781)
사실혼·동거	0.0	3.9	36.7	59.5	100.0	(749)
별거·이혼·사별	0.0	2.8	33.3	63.9	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=5.608$ )						
취업	0.4	1.8	32.0	65.8	100.0	(5,526)
비취업	0.6	1.8	30.0	67.7	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=8.602$ )						

구 분	전혀 필요하지 않음	별로 필요하지 않음	다소 필요함	매우 필요함	계	(명)
종교 유무 ( $\chi^2=2.077$ )						
있음	0.6	1.7	31.7	66.0	100.0	(3,809)
없음	0.5	1.9	30.7	67.0	100.0	(6,191)

주: 1) \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

인공임신중절(낙태) 전후에 출산·양육에 관한 정부 지원 상담이 필요한지에 대해 질문한 결과, 전체 응답자의 96.7%(다소 필요함+매우 필요함)가 필요하다고 응답하였다. 특히 19세 이하(66.8%), 30세~39세(67.1%)에서 인공임신중절(낙태) 전후의 출산·양육에 관한 정부 지원과 관련된 상담이 ‘매우 필요하다’고 응답한 비율이 상대적으로 높게 나타났다.

〈표 5-25〉 [인공임신중절(낙태) 전후의 상담 필요성 ③] 출산·양육에 관한 정부 지원 상담  
(단위: %, 명)

구 분	전혀 필요하지 않음	별로 필요하지 않음	다소 필요함	매우 필요함	계	(명)
전체 지역 ( $\chi^2=3.029$ )	0.6	2.7	31.0	65.7	100.0	(10,000)
대도시	0.5	2.9	31.3	65.3	100.0	(4,711)
중소도시	0.6	2.5	31.0	65.9	100.0	(4,203)
농어촌	0.6	2.3	29.8	67.2	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=30.074$ ***)						
19세 이하	0.9	2.4	29.8	66.8	100.0	(1,479)
20~29세	0.5	2.6	30.6	66.2	100.0	(2,959)
30~39세	0.6	2.7	29.6	67.1	100.0	(3,534)
40~44세	0.2	3.0	35.0	61.8	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=7.846$ )						
중졸 이하	1.4	2.0	34.7	61.9	100.0	(147)
고졸 이하	0.7	2.8	29.8	66.7	100.0	(1,686)
대졸 이하	0.5	2.7	31.3	65.6	100.0	(6,848)
대학원 이상	0.8	2.7	30.9	65.6	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=14.388$ )						

구 분	전혀 필요하지 않음	별로 필요하지 않음	다소 필요함	매우 필요함	계	(명)
취업여부 ( $\chi^2=1.982$ )						
취업	0.5	2.7	31.2	65.6	100.0	(5,526)
비취업	0.7	2.7	30.7	65.9	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=18.445$ )						
200만 원 미만	0.8	2.9	30.1	66.2	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	0.4	2.4	30.5	66.6	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	0.6	2.4	32.4	64.7	100.0	(2,776)
600만 원 이상	0.6	3.4	30.1	65.9	100.0	(1,803)
잘 모름	0.0	1.7	36.9	61.4	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=1.287$ )						
있음	0.7	2.6	31.1	65.7	100.0	(3,809)
없음	0.5	2.7	31.0	65.8	100.0	(6,191)

주: 1) \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## 6. 인공임신중절(낙태) 관련 법·제도

「형법」 제269조 및 제270조의 인공임신중절(낙태) 처벌 규정에 대한 인지 정도를 질문한 결과, 전체 응답자의 54.0%가 ‘들어본 적은 있지만 잘 알지 못한다’고 응답하였고, 16.9%의 응답자는 ‘전혀 알지 못한다’고 응답하였다. 응답자의 특성에 따른 차이를 살펴보면, 19세 이하(71.6%)와 40대(77.7%)에서, 중졸 이하(72.8%)와 고졸 이하(75.2%)에서, 별거·이혼·사별인 경우(77.9%), 월평균 가구소득이 낮을수록(200만 원 미만 72.8%, 200~400만 원 미만 71.8%, 400~600만 원 미만 69.8%, 600만 원 이상 68.0%), 「형법」의 인공임신중절(낙태) 처벌 규정에 대해 알지 못하는(잘 알지 못한다+전혀 알지 못한다) 비율이 상대적으로 높았다. 취업의 경우 취업하지 않은 여성이 취업한 여성에 비해 ‘전혀 알지 못한다’는 비율이 더 높게 나타났고, ‘들어본 적은 있지만 잘 알지 못한다’를 함께 고려 시에는 그 수준이 유사했다. 한편, 지역과 종교에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다.

〈표 5-26〉 여성 및 의료인에 대한 인공임신중절(낙태) 처벌 규정(「형법」 제269조 및 제270조)에 대한 인지 정도  
(단위: %, 명)

구 분	알고 있다	들어본 적은 있지만 잘 알지 못한다	전혀 알지 못한다	계	(명)
전체	29.1	54.0	16.9	100.0	(10,000)
지역 ( $\chi^2=5.384$ )					
대도시	30.1	52.9	17.1	100.0	(4,711)
중소도시	28.2	54.9	16.9	100.0	(4,203)
농어촌	28.6	55.4	16.0	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=129.407^{***}$ )					
19세 이하	28.4	50.0	21.6	100.0	(1,479)
20~29세	34.9	49.0	16.0	100.0	(2,959)
30~39세	28.5	55.7	15.8	100.0	(3,534)
40~44세	22.3	61.1	16.6	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=54.760^{***}$ )					
중졸 이하	27.2	55.8	17.0	100.0	(147)
고졸 이하	24.9	53.0	22.2	100.0	(1,686)
대졸 이하	29.5	54.6	15.9	100.0	(6,848)
대학원 이상	33.1	51.9	15.0	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=47.670^{***}$ )					
미혼	31.0	51.1	17.9	100.0	(5,289)
법률혼	27.8	57.1	15.1	100.0	(3,781)
사실혼·동거	24.6	56.9	18.6	100.0	(749)
별거·이혼·사별	22.1	61.9	16.0	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=17.608^{***}$ )					
취업	29.0	55.5	15.6	100.0	(5,526)
비취업	29.3	52.2	18.5	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=64.282^{***}$ )					
200만 원 미만	27.1	51.8	21.0	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	28.3	54.2	17.6	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	30.2	55.8	14.0	100.0	(2,776)
600만 원 이상	32.1	53.6	14.4	100.0	(1,803)
잘 모름	24.1	52.7	23.2	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=5.325$ )					
있음	28.2	53.9	17.9	100.0	(3,809)
없음	29.7	54.0	16.3	100.0	(6,191)

주: 1) \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

「형법」의 인공임신중절(낙태) 처벌 규정 개정에 대해 질문한 결과, 전체 응답자의 75.4%가 개정해야 한다고 응답하였다. 그중에서도 20대(77.7%)와 30대(77.4%)에서,

대졸 이하(76.5%), 대학원 이상(78.1%)에서, 미혼(76.3%)과 법률혼(75.1%)에서, 취업자(76.5%)에서, 월평균 가구소득이 높을수록, 종교가 없는 경우(77.8%)에, 「형법」 제 269조 및 제270조를 개정해야 한다고 생각하는 비율이 상대적으로 높았다.

〈표 5-27〉 인공임신중절(낙태) 처벌 규정(「형법」 제269조 및 제270조) 개정에 대한 생각  
(단위: %, 명)

구 분	예	아니오	잘 모르겠음	계	(명)
전체	75.4	3.8	20.8	100.0	(10,000)
지역 ( $\chi^2=8.286$ )					
대도시	75.3	4.2	20.5	100.0	(4,711)
중소도시	75.7	3.7	20.6	100.0	(4,203)
농어촌	74.1	2.8	23.1	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=58.859***$ )					
19세 이하	70.3	4.0	25.8	100.0	(1,479)
20~29세	77.7	2.9	19.4	100.0	(2,959)
30~39세	77.4	3.8	18.8	100.0	(3,534)
40~44세	72.1	5.1	22.8	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=68.333***$ )					
중졸 이하	70.7	6.1	23.1	100.0	(147)
고졸 이하	68.9	5.1	26.0	100.0	(1,686)
대졸 이하	76.5	3.2	20.3	100.0	(6,848)
대학원 이상	78.1	5.2	16.8	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=22.527**$ )					
미혼	76.3	3.4	20.3	100.0	(5,289)
법률혼	75.1	3.9	21.0	100.0	(3,781)
사실혼·동거	71.7	5.9	22.4	100.0	(749)
별거·이혼·사별	67.2	6.7	26.1	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=14.774**$ )					
취업	76.5	4.0	19.5	100.0	(5,526)
비취업	73.9	3.6	22.5	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=48.020***$ )					
200만 원 미만	71.4	4.8	23.8	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	74.3	3.6	22.2	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	76.9	3.7	19.5	100.0	(2,776)
600만 원 이상	80.0	3.2	16.8	100.0	(1,803)
잘 모름	72.5	4.2	23.3	100.0	(241)

주: 1) \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

전체 조사 응답 여성 10,000명 중 「형법」 제269조 및 제270조를 개정해야 한다고 응답한 7,535명에게 개정 사유가 무엇인지에 대해 질문했다(복수응답). 그 결과, 66.2%의 여성이 ‘인공임신중절(낙태)시 여성만 처벌하기 때문’이라고 응답하였다. 이어서 ‘인공임신중절(낙태)의 불법성이 여성을 안전하지 않은 환경에 노출시키기 때문(65.5%)’, ‘자녀 출산 여부는 개인(혹은 개별가족)의 선택이기 때문(62.5%)’, ‘사회경제적으로 어려운 사람들에게 자녀를 낳으라고 강요하면 안 되기 때문에(56.4%)’ 등의 순으로 나타났다.

이러한 「형법」 개정 사유를 응답자 여성의 특성별로 살펴보면, ‘인공임신중절(낙태)시 여성만 처벌하기 때문에’는 20대 이하(19세 이하 71.0%, 20~29세 74.3%), 미혼(72.1%), 비취업자(68.5%), 월평균 가구소득 400만 원 미만(200만 원 미만 68.3%, 200~400만 원 미만 68.0%)에서 상대적으로 응답을 많이 하였다. ‘인공임신중절(낙태)의 불법성이 여성을 안전하지 않은 환경에 노출시키기 때문’은 20대 여성(68.6%), 대졸 이상(대졸 이하 67.3%, 대학원 이상 64.7%), 미혼(67.9%)과 별거·이혼·사별(66.6%), 월평균 가구소득 600만 원 이상(68.3%)에서 상대적으로 많았다. ‘자녀 출산 여부는 개인(혹은 개별가족)의 선택이기 때문’은 20대 여성(66.8%), 미혼(65.4%), 종교가 없는 여성(65.2%)들이 상대적으로 많은 응답을 하였다.

〈표 5-28〉 인공임신중절(낙태) 처벌 규정(「형법」 제269조 및 제270조)이 개정되어야 한다고 생각하는 이유  
(복수응답)

(단위: %, 명)

구 분	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	(명)
전체	62.5	50.9	52.0	56.4	66.2	65.5	2.5	(7,535)
지역								
대도시	63.0	51.0	52.9	56.8	66.4	66.5	2.3	(3,549)
중소도시	62.6	51.2	52.3	56.3	66.4	64.9	2.8	(3,180)
농어촌	59.9	49.3	47.1	55.3	64.8	63.6	2.2	(806)
현재 연령								
19세 이하	61.7	58.1	57.7	59.9	71.0	61.8	2.9	(1,039)
20~29세	66.8	58.2	55.3	59.8	74.3	68.6	3.6	(2,300)
30~39세	62.8	46.4	48.7	54.2	63.2	64.7	2.0	(2,735)
40~44세	55.8	42.9	49.2	52.7	56.1	64.8	1.6	(1,462)



구 분	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	(명)
현재 혼인상태								
미혼	65.4	57.6	54.7	58.4	72.1	67.9	3.2	(4,036)
법률혼	60.2	42.8	48.0	53.1	59.8	63.3	1.8	(2,840)
사실혼·동거	55.2	43.7	54.7	57.6	56.2	58.9	1.7	(538)
별거·이혼·사별	54.5	50.0	45.4	64.4	65.8	66.6	1.7	(121)
취업여부								
취업	61.9	49.6	51.0	55.1	64.5	65.4	2.2	(4,229)
비취업	63.3	52.6	53.3	58.1	68.5	65.5	2.9	(3,306)
월평균 가구소득								
200만 원 미만	60.6	51.8	53.3	61.5	68.3	63.9	2.6	(1,508)
200~400만 원 미만	63.4	50.4	51.7	57.3	68.0	65.5	2.4	(2,278)
400~600만 원 미만	61.6	49.0	51.9	54.2	63.2	64.5	2.5	(2,133)
600만 원 이상	64.5	53.0	51.4	52.4	65.9	68.3	2.5	(1,442)
잘 모름	61.2	56.2	52.5	61.4	66.3	67.9	3.2	(174)
종교 유무								
있음	57.8	47.5	49.8	53.3	65.6	65.1	2.4	(2,720)
없음	65.2	52.8	53.3	58.2	66.6	65.7	2.6	(4,815)

주: 1) 「형법」 제269조 및 제270조가 개정되어야 한다고 생각하는 이유 7가지 항목은 다음과 같음.

- ① 자녀 출산 여부는 기본적으로 개인(혹은 개별가족)의 선택이기 때문에
- ② 여성에게 임신·출산의 결정권을 주지 않는 것은 성차별이기 때문에
- ③ 성적 자유가 있는 사회에서는 원치 않는 임신이 많을 것 같기 때문에
- ④ 사회경제적으로 어려운 사람들에게 자녀를 낳으라고 강요하면 안 되기 때문에
- ⑤ 인공임신중절(낙태)시 여성만 처벌하기 때문에
- ⑥ 인공임신중절(낙태)의 불법성이 여성을 안전하지 않은 환경에 노출시키기 때문에
- ⑦ 기타

2) 승수적용으로 함이 일치하지 않을 수 있음.

「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조의 인공임신중절 허용 사유에 대해 인지 정도를 알아본 결과, 전체 응답자 10,000명 여성 중 ‘알고 있다’고 응답한 비율은 26.0%였고, ‘들어본 적은 있지만 잘 알지 못한다’고 응답한 비율은 49.6%, 그리고 ‘전혀 알지 못한다’고 응답한 비율은 24.3%로 나타나 응답자의 절반 정도는 들어본 적 있는 정도로 알고 있었다. 이를 응답자 특성별로 살펴보면, 20대 이하(19세 이하 30.2%, 20대 33.5%)인 경우, 대졸 이상(대졸 이하 26.6%, 대학원 이상 27.3%)인 경우, 미혼(29.8%)인 경우, 비취업자(27.7%)인 경우, 월평균 가구소득이 높을수록, 종교가 없는 경우(27.0%)가 상대적으로 알고 있는 비율이 높았으며 모두 통계적으로 유의하였다. 특히, 20대 이하와 미혼의 경우 그렇지 않은 여성들과 비교 시 알고 있다고 응답한 비율의 차이가 컸는데, 이는 혼인상태와 연령의 상관관계에 따른 것임을 예상할 수 있다. 전체적으로는 인공임신중절(낙태) 허용 사유에 대해 알고 있는 정도는 높다고 할 수는 없으나 저연령대(특히 20대 이하) 여성들의 인지 수준은 상대적으로 높음을 알 수 있다.

〈표 5-29〉 인공임신중절 허용 사유(「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조)에 대한 인지 정도  
(단위: %, 명)

구 분	알고 있다	들어본 적은 있지만 잘 알지 못한다	전혀 알지 못한다	계	(명)
전체	26.0	49.6	24.3	100.0	(10,000)
지역 ( $\chi^2=2.640$ )					
대도시	26.4	49.2	24.3	100.0	(4,711)
중소도시	25.8	49.6	24.7	100.0	(4,203)
농어촌	25.1	51.7	23.2	100.0	(1,086)
현재 연령 ( $\chi^2=210.401^{***}$ )					
19세 이하	30.2	44.8	25.1	100.0	(1,479)
20~29세	33.5	46.2	20.3	100.0	(2,959)
30~39세	23.1	52.1	24.8	100.0	(3,534)
40~44세	17.2	54.0	28.8	100.0	(2,028)
교육수준 ( $\chi^2=39.803^{***}$ )					
중졸 이하	24.5	49.0	26.5	100.0	(147)
고졸 이하	22.9	47.1	30.1	100.0	(1,686)
대졸 이하	26.6	50.1	23.4	100.0	(6,848)
대학원 이상	27.3	50.8	21.9	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=89.656^{***}$ )					
미혼	29.8	47.2	23.1	100.0	(5,289)
법률혼	22.6	51.9	25.5	100.0	(3,781)
사실혼·동거	19.5	53.3	27.2	100.0	(749)
별거·이혼·사별	15.5	59.1	25.4	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=16.886^{***}$ )					
취업	24.6	51.4	24.0	100.0	(5,526)
비취업	27.7	47.5	24.8	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=37.558^{***}$ )					
200만 원 미만	24.0	49.1	26.9	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	25.1	49.8	25.1	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	26.1	49.9	24.0	100.0	(2,776)
600만 원 이상	30.4	49.2	20.4	100.0	(1,803)
잘 모름	21.7	52.5	25.8	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=10.876^{**}$ )					
있음	24.5	49.7	25.8	100.0	(3,809)
없음	27.0	49.6	23.5	100.0	(6,191)

주: 1)  $^{**}p<0.01$ ,  $^{***}p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

인공임신중절 허용 사유 내용을 담고 있는 「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조에 대한 개정을 어떻게 생각하는지 알아보았다. 앞선 질문에서 인공임신중절 허용 사

유의 인지 정도를 알아보았을 때, ‘알고 있다’고 응답한 비율이 26.0%에 지나지 않았지만 조사 시 「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조를 제시하여 이전에 이 내용을 모르고 있던 응답자들도 응답 과정에서 인지하여 본 질문에 응답할 수 있도록 하였다. 조사 결과 ‘개정해야 한다’고 생각하는 경우가 48.9%, ‘잘 모르겠다’고 응답한 비율은 40.4%, 그리고 ‘개정하지 말아야 한다’고 생각하는 경우는 10.7%로 나타났다.

인공임신중절 허용 사유를 ‘개정해야 한다’는 비율은 지역별로 비슷하게 나타났으나, ‘개정에 반대한다’는 응답에서는 약간의 지역차를 볼 수 있었다. 즉, ‘잘 모르겠다’고 응답한 비율에 있어 농어촌 지역이 대도시나 중소도시보다 높은 것이 반영되어, 인공임신중절 허용 사유를 개정해야 한다고 생각하지 않는 비율이 다른 지역보다는 농어촌 지역이 낮은 것으로 나타났다. 연령에 따라서는 19세 이하 그룹과 40세 이상 그룹은 ‘잘 모르겠다’는 비율이 높은 것으로 나타난 반면, ‘개정해야 한다’고 생각하는 비율은 20대와 30대 그룹에서 각각 과반수를 차지하는 것을 볼 수 있다. 교육수준에 따라서 인공임신중절 허용 사유 개정에 대한 견해가 다르게 나타났는데, 중졸 이하의 경우는 ‘개정해야 한다’고 생각하는 비율이 31.3%에 지나지 않았으나, 대학원 이상의 교육수준을 가진 그룹에서는 55.0%가 ‘개정해야 한다’고 응답해 큰 차이를 보였다. 취업한 경우가 비취업한 경우보다, 월평균 가구 소득이 높을수록 ‘개정해야 한다’고 응답한 비율이 높게 나타났다. 또한, 종교유무에 따라서는 종교가 없는 경우는 인공임신중절 허용 사유를 개정해야 한다고 응답한 비율이 50.5% 이상으로 나타나 종교 유무에 따른 차이를 확인할 수 있다.

〈표 5-30〉 인공임신중절 허용 사유(「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조) 개정에 대한 생각  
(단위: %, 명)

구 분	예	아니오	잘 모르겠음	계	(명)
전체	48.9	10.7	40.4	100.0	(10,000)
지역 ( $\chi^2=12.505^*$ )					
대도시	49.3	11.6	39.1	100.0	(4,711)
중소도시	48.5	10.2	41.2	100.0	(4,203)
농어촌	48.5	8.7	42.8	100.0	(1,086)

구 분	예	아니오	잘 모르겠음	계	(명)
교육수준 ( $\chi^2=82.689^{***}$ )					
중졸 이하	31.3	15.0	53.7	100.0	(147)
고졸 이하	42.0	10.3	47.7	100.0	(1,686)
대졸 이하	49.8	10.7	39.5	100.0	(6,848)
대학원 이상	55.0	10.8	34.2	100.0	(1,319)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=10.035$ )					
미혼	49.4	10.0	40.6	100.0	(5,289)
법률혼	48.6	11.6	39.8	100.0	(3,781)
사실혼·동거	45.7	11.7	42.5	100.0	(749)
별거·이혼·사별	51.4	8.8	39.8	100.0	(181)
취업여부 ( $\chi^2=23.290^{***}$ )					
취업	51.0	10.2	38.7	100.0	(5,526)
비취업	46.2	11.3	42.5	100.0	(4,474)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=48.657^{***}$ )					
200만 원 미만	45.5	10.3	44.3	100.0	(2,112)
200~400만 원 미만	47.4	10.9	41.8	100.0	(3,068)
400~600만 원 미만	49.8	11.2	39.0	100.0	(2,776)
600만 원 이상	54.9	10.0	35.2	100.0	(1,803)
잘 모름	42.7	11.6	45.6	100.0	(241)
종교 유무 ( $\chi^2=28.726^{***}$ )					
있음	46.3	12.5	41.2	100.0	(3,809)
없음	50.5	9.6	39.9	100.0	(6,191)

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

인공임신중절 허용 사유 내용을 담고 있는 「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조를 개정해야 한다고 답한 응답자(4,888명)를 대상으로 상세한 10가지 허용 사유별[모체의 생명위협, 모체의 신체적 건강보호, 모체의 정신적 건강보호, 태아 이상 또는 기형, 강간 또는 근친상간, 자녀계획(자녀를 원치 않아서, 터울조절 등), 경제적 이유(양육이 어렵다고 인정되는 경제상태), 파트너 관계 불안(이별, 별거, 이혼 등), 미성년자, 본인의 요청] 허용 수준을 어떻게 생각하고 있는지 알아보았다.

먼저 인공임신중절 허용 사유를 개정한다면 ‘모체의 생명위협’에 대해 어느 정도 허용을 생각하는지 알아본 결과, ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 비율이 69.9%로 높은 수준으로 나타났다. 그리고 ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’는 비율도 26.5%로 나타나, 모체의 생명위협 시에는 인공임신중절을 허용해야 한다는 비율이 전체적으로 96.4%로 매우 높게 나타났다.

연령별 특성을 보면, 20대는 모체의 생명위협에 대해 인공임신중절을 허용해서는 안 된다는 견해가 0.7%로 매우 낮고, ‘임신주수와 관계없이 허용해야 한다’고 생각하는 비율이 79.2%로 높아 다른 연령 그룹과 비교해 매우 적극적으로 개정되어야 할 부분으로 생각하는 것을 엿볼 수 있다. 중졸 이하는 다른 교육 수준별 집단에 비해 허용이 불가하다는 비율이 11.1%로 가장 높게 나타났다. 또한 현재 혼인상태가 별거·이혼·사별인 여성들은 모체의 생명이 위협되는 상황에서 인공임신중절 허용을 반대하는 비율이 4.3%로 다른 그룹과 비교해서 상대적으로 높은 비율로 나타났고, ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’는 비율(41.3%)도 상대적으로 높게 나타나 혼인상태에 따른 생각의 차이를 확인할 수 있다.

〈표 5-31〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ①] 모체의 생명위협  
(단위: %, 명)

구 분	허용 불가	임신 주수를 고려하여 허용	임신 주수와 상관없이 허용	잘 모르겠음	계 (명)
전체	1.2	26.5	69.9	2.4	100.0 (4,888)
지역 ( $\chi^2=9.618$ )					
대도시	1.4	25.5	70.9	2.2	100.0 (2,323)
중소도시	0.8	27.3	69.6	2.4	100.0 (2,039)
농어촌	1.7	28.3	66.9	3.0	100.0 (527)
현재 연령 ( $\chi^2=134.088***$ )					
19세 이하	1.6	21.0	73.3	4.1	100.0 (609)
20~29세	0.7	19.0	79.2	1.1	100.0 (1,548)
30~39세	1.1	31.6	64.7	2.7	100.0 (1,794)
40~44세	1.9	32.9	62.5	2.7	100.0 (936)
교육수준 ( $\chi^2=96.304***$ )					
중졸 이하	11.1	13.3	68.9	6.7	100.0 (46)
고졸 이하	2.0	29.8	62.8	5.4	100.0 (708)
대졸 이하	0.9	25.6	71.5	1.9	100.0 (3,409)
대학원 이상	1.2	28.2	69.4	1.1	100.0 (726)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=140.108***$ )					
미혼	0.9	20.5	76.4	2.1	100.0 (2,614)
법륜혼	1.1	33.3	63.2	2.3	100.0 (1,839)
사실혼·동거	2.9	31.5	60.9	4.7	100.0 (343)

구 분	허용 불가	임신 주수를 고려하여 허용	임신 주수와 상관없이 허용	잘 모르겠음	계	(명)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=48.833***$ )						
200만 원 미만	2.5	26.3	67.6	3.6	100.0	(960)
200~400만 원 미만	0.7	28.3	68.4	2.7	100.0	(1,454)
400~600만 원 미만	1.1	27.2	69.8	2.0	100.0	(1,382)
600만 원 이상	0.9	23.2	75.0	0.9	100.0	(989)
잘 모름	1.0	28.2	66.0	4.9	100.0	(103)
종교 유무 ( $\chi^2=41.016***$ )						
있음	1.8	30.6	64.6	3.0	100.0	(1,762)
없음	0.9	24.2	72.9	2.0	100.0	(3,126)

주: 1) \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

다음으로 「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조의 개정과 관련해서 ‘모체의 신체적 건강보호’ 사유에 대한 허용 의견을 조사하였다. 모체의 신체적 건강을 보호하기 위한 인공임신중절을 허용해야 하는지 질문한 결과, ‘허용 불가’ 견해는 0.7%로 매우 낮았다. 그리고 ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’는 비율이 31.9%, ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 비율은 65.5%였다.

20대 이하의 연령에서는 모체의 신체적 건강보호 사유에 있어서도 ‘임신 주수와 관계없이 허용해야 한다’는 비율이 70.0% 이상으로 높게 나타났다. 즉, 인공임신중절 허용 사유를 개정해야 한다고 생각하는 20대 이하 여성 집단은 다른 연령 집단에 비해 허용에 대해 매우 적극적인 태도임을 엿볼 수 있다. 또한 교육수준이 높을수록 허용(‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’+‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’)의 비율이 더 높게 나타나는 특성을 보인다. 혼인상태에 있어서는 별거·이혼·사별한 경우 ‘허용 불가’견해의 비율이 2.2%로 가장 높게 나타났으며 미혼인 경우 허용(‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’+‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’)의 비율이 98.1%로 가장 높게 나타나 차이를 보인다. 종교가 있는 경우가 없는 경우보다 ‘허용 불가’를 응답한 비율이 높게 나타나 차이를 보인다. 한편, 지역의 경우, ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 비율이 대도시에서 가장 높았다.

〈표 5-32〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ②] 모체의 신체적 건강보호  
(단위: %, 명)

구 분	허용 불가	임신 주수를 고려하여 허용	임신 주수와 상관없이 허용	잘 모르겠음	계 (명)
전체	0.7	31.9	65.5	1.9	100.0 (4,888)
지역 ( $\chi^2=13.060^*$ )					
대도시	0.8	30.1	67.6	1.5	100.0 (2,323)
중소도시	0.7	33.3	63.9	2.1	100.0 (2,039)
농어촌	0.6	34.2	62.4	2.8	100.0 (527)
현재 연령 ( $\chi^2=156.075^{***}$ )					
19세 이하	1.5	22.7	73.7	2.1	100.0 (609)
20~29세	0.3	24.0	74.5	1.2	100.0 (1,548)
30~39세	0.6	36.3	61.1	2.0	100.0 (1,794)
40~44세	1.1	42.6	54.0	2.3	100.0 (936)
교육수준 ( $\chi^2=40.367^{***}$ )					
중졸 이하	4.3	23.9	69.6	2.2	100.0 (46)
고졸 이하	1.7	31.1	63.4	3.8	100.0 (708)
대졸 이하	0.5	32.0	65.9	1.6	100.0 (3,409)
대학원 이상	0.4	32.8	65.7	1.1	100.0 (726)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=172.200^{***}$ )					
미혼	0.6	24.9	73.2	1.3	100.0 (2,614)
법률혼	0.8	40.4	56.9	1.9	100.0 (1,839)
사실혼·동거	1.2	36.4	57.1	5.2	100.0 (343)
별거·이혼·사별	2.2	45.7	48.9	3.3	100.0 (93)
취업여부 ( $\chi^2=4.204$ )					
취업	0.6	32.9	64.6	1.9	100.0 (2,821)
비취업	0.9	30.5	66.8	1.8	100.0 (2,067)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=30.152^{**}$ )					
200만 원 미만	0.7	29.9	66.4	2.9	100.0 (960)
200~400만 원 미만	0.3	32.9	65.0	1.7	100.0 (1,454)
400~600만 원 미만	0.7	33.5	63.9	1.9	100.0 (1,382)
600만 원 이상	1.0	29.8	68.4	0.8	100.0 (989)
잘 모름	2.9	34.0	60.2	2.9	100.0 (103)
종교 유무 ( $\chi^2=30.190^{***}$ )					
있음	1.1	36.0	60.8	2.1	100.0 (1,762)
없음	0.5	29.6	68.2	1.7	100.0 (3,126)

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

인공임신중절 허용 사유에 있어 ‘모체의 정신적 건강보호’에 대한 생각에 대한 결과에서는 ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 비율이 60.7%, ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’는 비율은 34.9%, ‘잘 모르겠다’는 비율은 3.4%, 그리고 ‘허용 불가’ 비율은 1.0%로 나타났다.

연령에 따른 차이를 보면, 40세 이상 그룹에서는 ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’는 비율이 41.8%로 다른 그룹에 비교해 높은 수준이고, 반대로 ‘임신주수와 상관없이 허용해야 한다’는 비율은 52.2%로 상대적으로 낮은 수준임을 볼 수 있다. 연령이 높아질수록 인공임신중절 허용 사유에 대해 개정은 해야 한다고 생각하지만, 무조건적인 허용보다는 그 수준에 있어 임신 주수를 고려해야 한다는 의견도 증가하는 양상을 보인다. 다만, 전체 허용(‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’+‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’)의 비율을 기준으로 하면 연령에 따른 특정한 양상은 발견할 수 없다.

지역별 차이를 살펴보면, 도시 지역이 농어촌 지역보다 허용(‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’+‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’)의 비율은 높고, ‘허용 불가’의 비율은 낮은 특징을 보인다. 교육수준에 따른 차이를 살펴보면, 중졸 이하의 경우 허용 불가를 응답한 비율이 6.5%로 가장 높고 교육수준이 높아질수록 허용(‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’+‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’)의 비율이 높아지는 경향을 보인다. 혼인상태에 있어서는 별거·이혼·사별한 경우 ‘허용 불가’ 견해의 비율이 2.2%로 가장 높게 나타났으며 미혼인 경우 허용(‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’+‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’)의 비율이 97.0%로 가장 높게 나타나 차이를 보인다. 가구소득별 차이를 살펴보면 월평균 가구소득 600만 원 이상의 고소득인 경우 ‘허용 불가’를 응답한 비율이 1.2%로 상대적으로 높게 나타났다. 종교가 있는 경우가 없는 경우보다 ‘허용 불가’의 비율이 높게 나타나 차이를 보인다.



〈표 5-33〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ③] 모체의 정신적 건강보호  
(단위: %, 명)

구 분	허용 불가	임신 주수를 고려하여 허용	임신 주수와 상관없이 허용	잘 모르겠음	계 (명)
전체	1.0	34.9	60.7	3.4	100.0 (4,888)
지역 ( $\chi^2=14.255^*$ )					
대도시	1.0	33.3	63.0	2.8	100.0 (2,323)
중소도시	0.9	36.1	59.0	4.0	100.0 (2,039)
농어촌	1.5	37.5	57.2	3.8	100.0 (527)
현재 연령 ( $\chi^2=110.695^{***}$ )					
19세 이하	1.6	25.4	69.8	3.1	100.0 (609)
20~29세	0.4	28.9	67.8	2.9	100.0 (1,548)
30~39세	1.1	39.7	55.9	3.3	100.0 (1,794)
40~44세	1.6	41.8	52.2	4.4	100.0 (936)
교육수준 ( $\chi^2=44.769^{***}$ )					
중졸 이하	6.5	17.4	73.9	2.2	100.0 (46)
고졸 이하	2.3	32.7	60.0	5.1	100.0 (708)
대졸 이하	0.6	35.4	60.8	3.2	100.0 (3,409)
대학원 이상	1.2	36.1	60.2	2.5	100.0 (726)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=139.919^{***}$ )					
미혼	0.6	29.0	68.0	2.4	100.0 (2,614)
법률혼	1.4	42.6	51.9	4.1	100.0 (1,839)
사실혼·동거	1.7	38.2	53.4	6.7	100.0 (343)
별거·이혼·사별	2.2	39.1	55.4	3.3	100.0 (93)
취업여부 ( $\chi^2=10.872^*$ )					
취업	0.9	36.7	59.2	3.3	100.0 (2,821)
비취업	1.3	32.5	62.7	3.5	100.0 (2,067)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=30.982^{**}$ )					
200만 원 미만	0.9	31.0	63.1	4.9	100.0 (960)
200~400만 원 미만	0.8	35.4	61.1	2.8	100.0 (1,454)
400~600만 원 미만	0.9	37.2	58.3	3.6	100.0 (1,382)
600만 원 이상	1.2	35.0	61.4	2.3	100.0 (989)
잘 모름	3.9	34.0	57.3	4.9	100.0 (103)
종교 유무 ( $\chi^2=29.099^{***}$ )					
있음	1.5	38.9	56.1	3.4	100.0 (1,762)
없음	0.7	32.7	63.3	3.3	100.0 (3,126)

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

다음으로 살펴 볼 인공임신중절 허용 사유는 ‘태아의 이상이나 기형’의 사유이다. 해당 사유에 대해서는 ‘임신 주수와 관계없이 인공임신중절을 허용해야 한다’고 응답한 비율이 74.0%로 ‘모체의 생명위협’, ‘모체의 신체적 건강보호’, ‘모체의 정신적 건강보호’ 사유에서 나타난 결과보다 높은 비율을 확인할 수 있다.

응답자 연령에 있어서 위의 3가지 사유에서 나타난 결과와 약간 다른 경향을 발견할 수 있다. 19세 이하 응답자의 경우 ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 비율이 59.3%로 비교적 낮고, ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’는 비율(27.4%), ‘허용 불가’라고 응답한 비율(4.3%), ‘잘 모르겠다’고 응답한 비율(9.0%)이 다른 연령 집단과 비교했을 때 상대적으로 높게 나타났다. 20대 이하의 그룹이 비슷한 경향을 보였던 앞선 결과들과는 달리, 해당 허용 사유에 있어서는 19세 이하의 그룹과 20대 그룹의 응답 비율이 다르게 나타났다. 즉, 이전 질문인 인공임신중절 허용 사유 중 모체의 생명, 건강상의 이유에 대해서는 19세 이하 그룹과 20대 그룹이 비슷한 양상을 보였으나, 태아와 관련된 허용 사유에서는 20대 미만과 20대의 생각이 다르게 나타난 것이다.

교육수준에 따른 차이를 살펴보면, 중졸 이하의 경우 ‘허용 불가’를 응답한 비율이 8.7%로 가장 높고 교육수준이 높아질수록 허용(‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’+‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’)의 비율이 높아지는 경향을 보인다. 혼인상태에 있어서는 법률혼인 경우 허용(‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’+‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’)의 비율이 95.2%로 가장 높게 나타났다. 가구소득별 차이를 살펴보면 월평균 가구소득 200만 원 미만의 경우 ‘허용 불가’를 응답한 비율이 2.4%로 상대적으로 높게 나타났다. 취업한 경우는 비취업한 경우와 비교해서 ‘허용 불가’를 응답한 비율은 낮고 허용(‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’+‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’)의 비율은 높게 나타났다. 종교가 있는 경우가 없는 경우보다 ‘허용 불가’를 응답한 비율은 높고 허용(‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’+‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’)의 비율은 낮게 나타났다. 한편, 지역에 따른 차이는 통계적으로 유의미하지 않았다.

〈표 5-34〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ④] 태아 이상 또는 기형  
(단위: %, 명)

구 분	허용 불가	임신 주수를 고려하여 허용	임신 주수와 상관없이 허용	잘 모르겠음	계 (명)
전체	1.8	19.8	74.0	4.4	100.0 (4,888)
지역 ( $\chi^2=4.043$ )					
대도시	1.8	20.0	74.3	4.0	100.0 (2,323)
중소도시	1.7	19.2	74.4	4.7	100.0 (2,039)
농어촌	1.7	21.7	71.5	5.1	100.0 (527)
현재 연령 ( $\chi^2=105.422***$ )					
19세 이하	4.3	27.4	59.3	9.0	100.0 (609)
20~29세	1.3	20.3	75.1	3.2	100.0 (1,548)
30~39세	1.3	17.4	77.4	3.9	100.0 (1,794)
40~44세	1.7	18.7	75.2	4.4	100.0 (936)
교육수준 ( $\chi^2=53.310***$ )					
중졸 이하	8.7	26.1	60.9	4.3	100.0 (46)
고졸 이하	3.5	23.8	66.2	6.5	100.0 (708)
대졸 이하	1.4	18.9	75.5	4.1	100.0 (3,409)
대학원 이상	1.2	19.6	75.5	3.7	100.0 (726)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=24.947**$ )					
미혼	2.1	21.1	71.7	5.0	100.0 (2,614)
법륜혼	1.1	18.1	77.1	3.8	100.0 (1,839)
사실혼·동거	2.3	17.8	76.7	3.2	100.0 (343)
별거·이혼·사별	2.2	25.0	69.6	3.3	100.0 (93)
취업여부 ( $\chi^2=48.606***$ )					
취업	1.1	18.1	77.3	3.5	100.0 (2,821)
비취업	2.7	22.1	69.6	5.7	100.0 (2,067)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=44.448***$ )					
200만 원 미만	2.4	24.6	66.9	6.1	100.0 (960)
200~400만 원 미만	1.4	19.9	74.1	4.5	100.0 (1,454)
400~600만 원 미만	1.8	17.7	77.4	3.2	100.0 (1,382)
600만 원 이상	1.4	18.0	76.6	3.9	100.0 (989)
잘 모름	2.9	20.2	69.2	7.7	100.0 (103)
종교 유무 ( $\chi^2=18.986***$ )					
있음	2.5	22.1	71.2	4.2	100.0 (1,762)
없음	1.3	18.5	75.6	4.5	100.0 (3,126)

주: 1) \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

2) 승수적용으로 함이 일치하지 않을 수 있음.

「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조의 개정과 관련해서 ‘강간 또는 근친상간’과 관련된 허용 사유에 대한 조사 결과는 다음과 같다. 강간이나 근친상간에 의해 임신이 된 경우 인공임신중절을 허용해야 한다고 응답한 비율은 96.6%로 매우 높다. 이 중 ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’고 응답한 비율은 5.4%, ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’고 응답한 비율은 91.2%로 나타났다. 즉, 인공임신중절 허용 사유에 대한 법령 개정이 이루어져야 한다고 생각하는 여성들은 강간이나 근친상간으로 임신한 경우 조건 없이 인공임신중절을 허용해야 한다고 생각하는 비율이 90.0% 이상으로 매우 높은 비율로 나타났다.

20대 여성은 강간이나 근친상간으로 임신한 경우 ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 비율이 94.3%로 높게 나타난 반면 ‘허용 불가’의 비율은 1.2%로 이 사유에 대한 인공임신중절 허용에 있어 다른 연령 그룹보다 적극적인 태도를 확인할 수 있다. 혼인상태에 따른 결과를 보면, 미혼인 경우 ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 비율이 93.2%로 법률혼 89.5%, 사실혼·동거 86.9%, 별거·이혼·사별 86.0%로 나타난 것과 비교해 상대적으로 높게 나타났다.

인공임신중절 허용 사유를 개정해야 한다고 생각하는 여성들의 경우 모체의 생명 및 건강에 따른 이유, 태아의 이상 또는 기형 관련 이유, 강간이나 근친상간으로 인한 이유 모두 허용해야 한다는 견해에 대해서는 큰 차이가 없다. 하지만, ‘임신 주수와 상관없이 인공임신중절을 허용해야 한다’는 견해로 세분해 보면 ‘강간이나 근친상간’으로 인한 임신의 경우가 모체의 생명 및 건강상 이유나 태아의 이상이나 기형으로 인한 임신인 경우보다 그 비율이 확연하게 높은 것을 알 수 있다. 특히, ‘강간이나 근친상간’으로 인한 인공임신중절은 「모자보건법」 상 본인과 배우자 또는 사실상 혼인관계에 있는 사람의 동의를 받으면 현재 인공임신중절의 허용 사유에 해당된다. 다만, 임신 24주 이내인 경우만 인공임신중절이 가능한 상황이다. 따라서 향후 인공임신중절 허용 사유에 대한 개정 논의가 이루어진다면, 이미 허용 사유에 해당되는 강간이나 근친상간으로 인한 임신 같은 경우는 인공임신중절 가능 주수에 대한 논의가 보다 심도 있게 이루어져야 할 것이다.

〈표 5-35〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ⑤] 강간 또는 근친상간  
(단위: %, 명)

구 분	허용 불가	임신 주수를 고려하여 허용	임신 주수와 상관없이 허용	잘 모르겠음	계 (명)
전체	2.0	5.4	91.2	1.3	100.0 (4,888)
지역 ( $\chi^2=7.735$ )					
대도시	1.9	5.5	91.4	1.2	100.0 (2,323)
중소도시	1.9	5.1	91.7	1.4	100.0 (2,039)
농어촌	3.2	6.5	88.4	1.9	100.0 (527)
현재 연령 ( $\chi^2=42.307***$ )					
19세 이하	3.1	5.3	90.3	1.3	100.0 (609)
20~29세	1.2	3.7	94.3	0.7	100.0 (1,548)
30~39세	1.6	6.1	90.7	1.6	100.0 (1,794)
40~44세	3.2	7.0	87.7	2.0	100.0 (936)
교육수준 ( $\chi^2=43.970***$ )					
중졸 이하	8.7	6.5	82.6	2.2	100.0 (46)
고졸 이하	4.0	6.5	87.6	2.0	100.0 (708)
대졸 이하	1.4	4.8	92.5	1.3	100.0 (3,409)
대학원 이상	2.3	7.3	89.4	1.0	100.0 (726)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=35.545***$ )					
미혼	1.8	4.1	93.2	0.9	100.0 (2,614)
법률혼	2.1	6.8	89.5	1.7	100.0 (1,839)
사실혼·동거	3.2	7.3	86.9	2.6	100.0 (343)
별거·이혼·사별	3.2	7.5	86.0	3.2	100.0 (93)
취업여부 ( $\chi^2=2.246$ )					
취업	1.8	5.6	91.2	1.4	100.0 (2,821)
비취업	2.3	5.2	91.2	1.3	100.0 (2,067)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=27.836**$ )					
200만 원 미만	3.1	6.3	88.5	2.1	100.0 (960)
200~400만 원 미만	1.4	5.4	91.5	1.7	100.0 (1,454)
400~600만 원 미만	2.3	5.1	91.6	1.0	100.0 (1,382)
600만 원 이상	1.4	4.7	93.1	0.7	100.0 (989)
잘 모름	1.9	8.7	89.3	0.0	100.0 (103)
종교 유무 ( $\chi^2=22.624***$ )					
있음	2.5	7.2	88.7	1.6	100.0 (1,762)
없음	1.7	4.4	92.6	1.2	100.0 (3,126)

주: 1) \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조의 개정과 관련해서 ‘자녀계획(자녀를 원치 않아서, 터울조절 등)’의 사유를 허용하는 것과 관련된 의견을 조사한 결과는 다음과

같다. 「모자보건법」 개정이 필요하다고 응답한 여성의 50.1%는 ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’고 하였다. ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’고 응답한 경우는 28.3%, ‘허용 불가’ 의견은 14.1%로 나타났다. 전체적으로 약 50%는 ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’는 의견이었으며 중졸 이하의 학력 집단을 제외한 모든 집단에서 ‘허용 불가’ 의견이 10% 이상 나타났다.

응답자의 특성에 따른 차이를 구체적으로 살펴보면, 연령이 증가할수록 ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’는 비율이 증가하는 반면 ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 비율은 대체로 감소, ‘허용 불가’ 의견 비율은 증가하는 양상을 보인다. 혼인상태에 있어서는 미혼인 경우 ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 의견의 비율(32.1%)이 다른 혼인 상태의 경우보다 높게 나타났다. 한편, 종교 유무에 관계없이 ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’는 의견이 약 50%로 나타났다. 다만 종교가 있는 경우는 ‘허용 불가’ 의견이 7.1%p 높게 나타난 반면, 종교가 없는 경우 ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 의견이 7.3%p 높게 나타나 차이를 보인다.

〈표 5-36〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ⑥] 자녀계획(자녀를 원치 않아서, 터울조절 등)

(단위: %, 명)

구 분	허용 불가	임신 주수를 고려하여 허용	임신 주수와 상관없이 허용	잘 모르겠음	계	(명)
전체	14.1	50.1	28.3	7.4	100.0	(4,888)
지역 ( $\chi^2=17.918^{**}$ )						
대도시	13.1	48.9	30.4	7.6	100.0	(2,323)
중소도시	15.1	51.4	26.9	6.6	100.0	(2,039)
농어촌	14.8	50.7	24.7	9.9	100.0	(527)
현재 연령 ( $\chi^2=41.082^{***}$ )						
19세 이하	11.3	47.4	33.8	7.5	100.0	(609)
20~29세	12.5	48.6	31.9	7.0	100.0	(1,548)
30~39세	15.5	51.8	25.7	7.0	100.0	(1,794)
40~44세	15.9	51.2	24.0	8.9	100.0	(936)
교육수준 ( $\chi^2=9.733$ )						

구 분	허용 불가	임신 주수를 고려하여 허용	임신 주수와 상관없이 허용	잘 모르겠음	계	(명)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=56.875^{***}$ )						
미혼	12.1	48.7	32.1	7.0	100.0	(2,614)
법률훈	16.3	52.7	23.1	8.0	100.0	(1,839)
사실혼·동거	17.5	48.1	28.3	6.1	100.0	(343)
별거·이혼·사별	16.1	47.3	24.7	11.8	100.0	(93)
취업여부 ( $\chi^2=1.433$ )						
취업	14.4	50.5	27.7	7.4	100.0	(2,821)
비취업	13.7	49.6	29.2	7.5	100.0	(2,067)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=17.407$ )						
200만 원 미만	14.8	47.9	28.5	8.8	100.0	(960)
200~400만 원 미만	13.2	49.2	29.8	7.8	100.0	(1,454)
400~600만 원 미만	15.1	52.2	26.0	6.7	100.0	(1,382)
600만 원 이상	13.2	51.7	28.7	6.4	100.0	(989)
잘 모름	16.5	41.7	32.0	9.7	100.0	(103)
종교 유무 ( $\chi^2=61.192^{***}$ )						
있음	18.6	50.4	23.7	7.3	100.0	(1,762)
없음	11.5	50.0	31.0	7.5	100.0	(3,126)

주: 1) \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조의 개정과 관련해서 ‘경제적 이유(양육이 어렵다고 인정되는 경제상태)’의 사유를 허용하는 것과 관련된 의견을 조사한 결과는 다음과 같다. 「모자보건법」 개정이 필요하다고 응답한 응답자의 45.0%는 ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’고 하였다. ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’고 응답한 경우는 42.1%, ‘허용 불가’ 의견은 5.6%로 나타났다. 허용할 수 없다는 의견은 사실혼·동거 집단과 별거·이혼·사별 집단에서 약 10%로 다른 집단에 비해 상대적으로 높게 나타났고, 미혼 집단에서는 3.6%로 가장 낮게 나타났다. ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 의견은 19세 이하와 20대 집단에서 50% 이상으로 높게 나타난 반면, 40대 집단에서는 30.8%로 가장 낮게 나타났다.

구체적으로 응답자 특성에 따른 차이를 살펴보면, 연령이 증가할수록, 교육수준이 높아질수록, 비취업여성보다는 취업여성에게서, 종교가 없는 여성보다는 종교가 있는 여성에게서 ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 비율이 감소하는 경향을 보인다.

〈표 5-37〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ⑦] 경제적 이유(양육이 어렵다고 인정되는 경제상태)

(단위: %, 명)

구 분	허용 불가	임신 주수를 고려하여 허용	임신 주수와 상관없이 허용	잘 모르겠음	계	(명)
전체	5.6	45.0	42.1	7.3	100.0	(4,888)
지역 ( $\chi^2=7.297$ )						
대도시	5.9	44.0	43.3	6.7	100.0	(2,323)
중소도시	5.2	45.5	41.7	7.7	100.0	(2,039)
농어촌	6.1	47.6	38.3	8.0	100.0	(527)
현재 연령 ( $\chi^2=192.392^{***}$ )						
19세 이하	3.3	35.5	55.1	6.1	100.0	(609)
20~29세	3.2	41.4	50.3	5.0	100.0	(1,548)
30~39세	6.7	49.2	36.6	7.5	100.0	(1,794)
40~44세	8.8	49.3	30.8	11.2	100.0	(936)
교육수준 ( $\chi^2=12.136$ )						
중졸 이하	4.3	37.0	54.3	4.3	100.0	(46)
고졸 이하	5.6	40.8	45.7	7.9	100.0	(708)
대졸 이하	5.4	45.6	41.7	7.3	100.0	(3,409)
대학원 이상	6.5	47.2	39.5	6.7	100.0	(726)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=177.779^{***}$ )						
미혼	3.6	40.4	50.2	5.9	100.0	(2,614)
법률혼	7.3	51.3	32.0	9.4	100.0	(1,839)
사실혼·동거	9.9	46.6	36.7	6.7	100.0	(343)
별거·이혼·사별	9.8	47.8	34.8	7.6	100.0	(93)
취업여부 ( $\chi^2=25.261^{***}$ )						
취업	5.8	47.8	39.1	7.3	100.0	(2,821)
비취업	5.4	41.3	46.1	7.2	100.0	(2,067)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=29.215^{**}$ )						
200만 원 미만	4.9	41.7	45.3	8.1	100.0	(960)
200~400만 원 미만	5.1	44.5	43.8	6.7	100.0	(1,454)
400~600만 원 미만	6.2	48.8	37.1	7.8	100.0	(1,382)
600만 원 이상	5.9	44.7	43.2	6.2	100.0	(989)
잘 모름	8.7	37.5	44.2	9.6	100.0	(103)
종교 유무 ( $\chi^2=83.146^{***}$ )						
있음	8.3	48.5	34.8	8.3	100.0	(1,762)
없음	4.0	43.1	46.2	6.7	100.0	(3,126)

주: 1) \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조의 개정과 관련해서 ‘파트너 관계 불안(이별, 별거, 이혼 등)’의 사유를 허용하는 것과 관련된 의견을 조사한 결과는 다음과 같다.



「모자보건법」 개정이 필요하다고 응답한 여성의 51.4%가 ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’고 응답하였고, 다음으로 37.2%는 ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’고 하였으며, ‘허용 불가’ 의견은 4.4%로 나타났다.

응답자의 특성에 따른 차이를 살펴보면 다음과 같다. 현재의 연령에 있어서, 19세 이하와 40~44세인 경우 ‘허용 불가’를 응답한 비율이 5.7%로 상대적으로 높게 나타났고, 20~29세인 경우 허용(‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’+‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’)을 응답한 비율이 91.4% 상대적으로 높게 나타났다. 현재의 혼인상태별로는 별거·이혼·사별 집단에서 ‘허용 불가’ 의견이 2.2%로 가장 낮게 나타났다. 반면, ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 의견은 미혼인 경우가 55.7%로 가장 높게 나타났다. 종교가 있는 경우가 없는 경우보다 ‘허용 불가’를 응답한 비율은 높고 허용(‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’+‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’)의 비율은 낮게 나타났다. 한편, 지역, 교육수준, 취업여부, 가구소득에 따른 차이는 통계적으로 유의미하지 않는 것으로 나타났다.

〈표 5-38〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ⑧] 파트너 관계 불안(이별, 별거, 이혼 등)

(단위: %, 명)

구 분	허용 불가	임신 주수를 고려하여 허용	임신 주수와 상관없이 허용	잘 모르겠음	계	(명)
전체	4.4	37.2	51.4	7.0	100.0	(4,888)
지역 ( $\chi^2=9.976$ )						
대도시	4.3	36.8	52.5	6.5	100.0	(2,323)
중소도시	4.6	37.1	51.4	6.9	100.0	(2,039)
농어촌	4.8	39.4	46.4	9.5	100.0	(527)
현재 연령 ( $\chi^2=58.373***$ )						
19세 이하	5.7	31.5	55.4	7.4	100.0	(609)
20~29세	2.5	34.9	56.5	6.1	100.0	(1,548)
30~39세	4.9	39.9	48.7	6.5	100.0	(1,794)
40~44세	5.7	39.6	45.6	9.1	100.0	(936)
교육수준 ( $\chi^2=7.246$ )						

구 분	허용 불가	임신 주수를 고려하여 허용	임신 주수와 상관없이 허용	잘 모르겠음	계	(명)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=55.609^{***}$ )						
미혼	3.4	34.2	55.7	6.7	100.0	(2,614)
법륜혼	5.7	40.6	46.0	7.6	100.0	(1,839)
사실훈·동거	5.5	39.1	48.1	7.3	100.0	(343)
별거·이혼·사별	2.2	47.3	48.4	2.2	100.0	(93)
취업여부 ( $\chi^2=4.648$ )						
취업	4.5	38.4	50.5	6.7	100.0	(2,821)
비취업	4.3	35.6	52.7	7.4	100.0	(2,067)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=19.470$ )						
200만 원 미만	4.5	35.5	51.6	8.4	100.0	(960)
200~400만 원 미만	3.5	36.2	53.2	7.1	100.0	(1,454)
400~600만 원 미만	4.9	39.2	49.7	6.2	100.0	(1,382)
600만 원 이상	4.7	38.2	51.0	6.1	100.0	(989)
잘 모름	6.8	31.1	50.5	11.7	100.0	(103)
종교 유무 ( $\chi^2=33.214^{***}$ )						
있음	6.3	39.2	47.5	7.0	100.0	(1,762)
없음	3.4	36.1	53.6	7.0	100.0	(3,126)

주: 1)  $***p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조의 개정과 관련해서 ‘미성년자’ 사유를 허용하는 것과 관련된 의견을 조사한 결과는 다음과 같다. 「모자보건법」 개정이 필요하다고 응답한 여성 중 ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’고 응답한 경우는 71.3%로 가장 높게 나타났고, 다음으로 21.5%는 ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’고 하였으며, ‘허용 불가’ 의견은 3.1%로 가장 낮게 나타났다.

응답자 특성별로 살펴보면, 현재 혼인상태별로는 별거·이혼·사별 집단에서 ‘허용 불가’ 의견이 6.5%로 가장 높게 나타났고, 미혼인 경우는 허용(‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’+‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’)의 비율이 93.6%로 높게 나타나 차이를 보인다. 가구소득에 있어서는 월평균 가구소득 200만 원 미만인 경우 ‘허용 불가’를 응답한 비율이 소득 집단 중 가장 높게 나타났고(4.0%), 600만 원 이상인 경우 허용(‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’+‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’)의 비율이 94.1%로 가장 높게 나타나 차이를 보인다. 종교의 경우, ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 의견은 종교가 없는 집단이 73.4%로 종교가 있는 집단 67.6%에 비해 더 높았다. 한편, 지역, 현재 연령, 교육수준, 취업여부에 따른 차이는 통계적으로

유의미하지 않는 것으로 나타났다.

〈표 5-39〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ⑨] 미성년자  
(단위: %, 명)

구 분	허용 불가	임신 주수를 고려하여 허용	임신 주수와 상관없이 허용	잘 모르겠음	계	(명)
전체	3.1	21.5	71.3	4.1	100.0	(4,888)
지역 ( $\chi^2=6.656$ )						
대도시	3.0	21.2	72.0	3.8	100.0	(2,323)
중소도시	2.8	21.7	71.2	4.3	100.0	(2,039)
농어촌	4.4	22.2	68.3	5.1	100.0	(527)
현재 연령 ( $\chi^2=15.557$ )						
19세 이하	2.6	20.7	70.7	6.1	100.0	(609)
20~29세	2.4	21.9	72.5	3.2	100.0	(1,548)
30~39세	3.7	21.9	70.1	4.2	100.0	(1,794)
40~44세	3.3	20.6	71.8	4.3	100.0	(936)
교육수준 ( $\chi^2=13.268$ )						
중졸 이하	8.7	17.4	71.7	2.2	100.0	(46)
고졸 이하	3.7	20.3	70.3	5.6	100.0	(708)
대졸 이하	2.8	21.8	71.4	4.0	100.0	(3,409)
대학원 이상	3.6	21.4	71.4	3.6	100.0	(726)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=19.661^*$ )						
미혼	2.6	20.8	72.8	3.7	100.0	(2,614)
법률혼	3.4	22.6	69.5	4.5	100.0	(1,839)
사실혼·동거	3.8	22.2	67.9	6.1	100.0	(343)
별거·이혼·사별	6.5	15.1	77.4	1.1	100.0	(93)
취업여부 ( $\chi^2=3.985$ )						
취업	3.3	22.3	70.5	3.9	100.0	(2,821)
비취업	2.9	20.4	72.3	4.5	100.0	(2,067)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=25.778^*$ )						
200만 원 미만	4.0	21.0	69.6	5.4	100.0	(960)
200~400만 원 미만	2.8	21.6	71.3	4.3	100.0	(1,454)
400~600만 원 미만	2.6	21.4	72.3	3.6	100.0	(1,382)
600만 원 이상	2.7	22.3	71.8	3.1	100.0	(989)
잘 모름	8.7	17.5	67.0	6.8	100.0	(103)
종교 유무 ( $\chi^2=26.426^{***}$ )						

주: 1) \* $p<0.05$ , \*\*\* $p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조의 개정과 관련해서 ‘본인의 요청’ 사유를 허용하는 것과 관련된 의견을 조사한 결과는 다음과 같다. 「모자보건법」 개정이 필요하다고 응답한 여성 중 ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’고 응답한 경우는 45.8%로 가장 높게 나타났고, 다음으로 38.7%는 ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’고 하였으며, ‘허용 불가’ 의견은 7.4%로 가장 낮게 나타났다. 전체 응답자 특성에 따른 집단 중 중졸 이하 집단(11.1%)과 사실혼·동거 집단(11.1%)에서 ‘허용 불가’ 비율이 가장 높았고 별거·이혼·사별 집단에서의 ‘허용 불가’ 의견은 가장 낮게(3.3%) 나타나 차이를 보인다. 또한 법률혼 집단의 경우 ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 의견이 35.7%로 가장 낮았다. ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 의견은 20대(53.6%)에서 가장 높게 나타났으며, ‘임신 주수를 고려하여 허용해야 한다’는 의견은 연령이 높을수록 증가하는 경향을 보인다. 지역별로는 대도시 지역에서 ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 응답이 많았고, 종교가 있는 경우가 없는 경우보다 ‘허용 불가’ 응답 비율이 높았다.

〈표 5-40〉 [「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조 개정에 대한 생각 ⑩] 본인의 요청  
(단위: %, 명)

구 분	허용 불가	임신 주수를 고려하여 허용	임신 주수와 상관없이 허용	잘 모르겠음	계 (명)
전체	7.4	38.7	45.8	8.0	100.0 (4,888)
지역 ( $\chi^2=13.390^*$ )					
대도시	6.8	37.7	48.1	7.4	100.0 (2,323)
중소도시	7.5	39.7	44.4	8.4	100.0 (2,039)
농어촌	9.7	39.3	41.9	9.1	100.0 (527)
현재 연령 ( $\chi^2=103.135^{***}$ )					
19세 이하	6.7	32.5	51.4	9.4	100.0 (609)
20~29세	5.0	35.8	53.6	5.7	100.0 (1,548)
30~39세	8.6	41.9	41.4	8.2	100.0 (1,794)
40~44세	9.6	41.5	38.1	10.8	100.0 (936)
교육수준 ( $\chi^2=14.614$ )					
중졸 이하	11.1	28.9	46.7	13.3	100.0 (46)
고졸 이하	8.2	35.3	48.4	8.2	100.0 (708)
대졸 이하	7.4	39.4	44.8	8.4	100.0 (3,409)
대학원 이상	6.6	39.3	48.2	5.9	100.0 (726)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=153.462^{***}$ )					
미혼	5.4	34.3	53.4	6.9	100.0 (2,614)
법률혼	9.8	44.8	35.7	9.7	100.0 (1,839)
사실혼·동거	11.1	38.2	42.6	8.2	100.0 (343)
별거·이혼·사별	3.3	45.7	45.7	5.4	100.0 (93)
취업여부 ( $\chi^2=5.157$ )					
취업	7.7	39.8	44.6	7.9	100.0 (2,821)
비취업	7.0	37.2	47.5	8.3	100.0 (2,067)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=22.394^*$ )					
200만 원 미만	7.2	37.6	45.8	9.5	100.0 (960)
200~400만 원 미만	6.7	37.2	48.7	7.4	100.0 (1,454)
400~600만 원 미만	7.9	42.0	41.8	8.3	100.0 (1,382)
600만 원 이상	7.9	37.8	47.4	7.0	100.0 (989)
잘 모름	9.7	34.0	45.6	10.7	100.0 (103)
종교 유무 ( $\chi^2=60.430^{***}$ )					
있음	10.4	41.4	39.9	8.2	100.0 (1,762)
없음	5.7	37.2	49.2	7.9	100.0 (3,126)

주: 1)  $*p<0.05$ ,  $***p<0.001$

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

「모자보건법」 개정이 필요하다고 응답한 여성 중 인공임신중절 허용 사유별 의견을 종합하면 다음과 같다. ‘자녀계획(자녀를 원치 않아서, 터울조절 등)’과 ‘경제적 이유(양육이 어렵다고 인정되는 경제상태)’를 제외하고 ‘모체의 생명위협’, ‘모체의 신체적 건강보호’, ‘모체의 정신적 건강보호’, ‘태아 이상 또는 기형’, ‘강간 또는 근친상간’, ‘파트너 관계 불안(이별, 별거, 이혼 등)’, ‘미성년자’, ‘본인의 요청’ 사유에 대해 ‘임신 주수와 상관없이 허용해야 한다’는 의견이 가장 높게 나타났다(45.8~91.2%).

〈표 5-41〉 인공임신중절 허용 사유 개정에 대한 인식 (「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조)

(단위: %)

허용 사유	허용 불가	임신 주수를 고려하여 허용	임신 주수와 상관없이 허용	잘 모르겠음	계
모체의 생명위협	1.2	26.5	69.9	2.4	100.0
모체의 신체적 건강보호	0.7	31.9	65.5	1.9	100.0
모체의 정신적 건강보호	1.0	34.9	60.7	3.4	100.0
태아 이상 또는 기형	1.8	19.8	74.0	4.4	100.0
강간 또는 근친상간	2.0	5.4	91.2	1.3	100.0
자녀계획 (자녀를 원치 않아서, 터울조절 등)	14.1	50.1	28.3	7.4	100.0
경제적 이유 (양육이 어렵다고 인정되는 경제상태)	5.6	45.0	42.1	7.3	100.0
파트너 관계 불안 (이별, 별거, 이혼 등)	4.4	37.2	51.4	7.0	100.0
미성년자	3.1	21.5	71.3	4.1	100.0
본인의 요청	7.4	38.7	45.8	8.0	100.0

주: 1) 「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조를 개정해야 한다고 응답한 4,888명 기준.

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

인공임신중절(낙태)과 관련하여 국가가 해야 할 역할에 관한 질문에 응답한 결과는 다음과 같다. 우선순위 1순위와 관련하여 ‘피임·임신·출산에 대한 남녀공동책임의식 강화’가 27.1%로 가장 높게 나타났고, 이어 ‘원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육(23.4%)’, ‘양육에 대한 남성 책임을 의무화할 수 있는 법·제도 신설(18.1%)’, ‘출산·양육에 대한 사회경제적 지원(13.1%)’ 등의 순으로 나타났다. ‘피임·임신·출산에 대한 남녀공동책임의식 강화’의 경우 2순위와 3순위에서도 가장 높게 나타났다. 2순위와 3순위에서는 ‘양육에 대한 남성 책임을 의무화할 수 있는 법·제도 신설’이 그 다음으로 높게 나타나 1순위와는 차이를 보인다. 2순위와 3순위에서는 인공임신중절(낙태)과 관련된 전문 상담 서비스 지원이 1순위보다 높은 10% 이상으로 나타났는데, 특히 3순위의 경우 16.0%로 높게 나타났다.

〈표 5-42〉 인공임신중절(낙태)과 관련된 국가의 역할 (우선순위 3가지)

(단위: %)

구 분	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	계
1순위	13.1	2.3	27.1	18.1	23.4	9.5	6.0	0.5	100.0
2순위	12.7	3.6	26.7	21.0	16.3	11.7	7.8	0.1	100.0
3순위	16.8	5.7	18.7	18.6	15.3	16.0	8.6	0.3	100.0

주: 1) 인공임신중절(낙태) 관련 국가의 역할 8가지 항목은 다음과 같음.

- ① 출산·양육에 대한 사회경제적 지원
- ② 다양한 가족에 대한 차별인식 제거
- ③ 피임·임신·출산에 대한 남녀공동책임의식 강화
- ④ 양육에 대한 남성 책임을 의무화할 수 있는 법·제도 신설
- ⑤ 원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육
- ⑥ 인공임신중절(낙태)과 관련된 전문 상담 서비스 지원
- ⑦ 인공임신중절(낙태)과 관련된 의료비 지원
- ⑧ 기타

2) 본 조사 대상자 10,000명 기준.

3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

인공임신중절(낙태)과 관련하여 국가가 해야 할 역할을 응답자의 인공임신중절(낙태) 경험 특성에 따라 비교해 보았다. 우선순위 1순위를 기준으로 살펴보면, 대체로 모든 응답자가 ‘피임·임신·출산에 대한 남녀공동책임의식 강화’를 우선 시 해야 할 역할이라고 응답했다. 그러나 인공임신중절(낙태) 경험자와 임신을 경험했으나 인공임신중절(낙태)에 대해 고려하거나 경험한 적이 없는 여성은 ‘원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육’을 국가가 가장 우선 시 해야 할 역할이라고 응답하였다.

〈표 5-43〉 인공임신중절(낙태)과 관련된 국가의 역할 (우선순위 1순위)

(단위: %, 명)

구 분	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	계	(명)
전체	13.1	2.3	27.1	18.1	23.4	9.5	6.0	0.5	100.0	(10,000)
가임기 여성 특성 ( $\chi^2=265.114***$ )										
인공임신중절 경험자	11.7	1.5	25.2	13.4	26.2	15.0	6.9	0.3	100.0	(756)
인공임신중절 고려자(미경험)	18.8	3.7	25.8	15.4	21.7	9.1	5.2	0.3	100.0	(383)
임신허험자 (인공임신중절 미고려/미경험)	15.4	2.3	24.5	15.2	30.0	8.9	3.7	0.0	100.0	(2,653)
성경험은 있으나 임신허험자	11.4	2.1	27.9	19.0	21.9	9.6	7.3	0.7	100.0	(3,528)
성경험 미경험자	12.5	2.4	29.3	21.4	18.4	8.5	6.5	1.0	100.0	(2,680)

주: 1) 인공임신중절(낙태) 관련 국가의 역할 8가지 항목은 다음과 같음.

- ① 출산·양육에 대한 사회경제적 지원
- ② 다양한 가족에 대한 차별인식 제거
- ③ 피임·임신·출산에 대한 남녀공동책임의식 강화
- ④ 양육에 대한 남성 책임을 의무화할 수 있는 법·제도 신설
- ⑤ 원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육
- ⑥ 인공임신중절(낙태)과 관련된 전문 상담 서비스 지원
- ⑦ 인공임신중절(낙태)과 관련된 의료비 지원
- ⑧ 기타

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.



인공임신중절(낙태)과 관련하여 국가가 해야 할 역할 우선순위 2순위 및 3순위를 응답자의 인공임신중절(낙태) 경험 특성에 따라 비교해 보았다. 대체로 모든 응답자가 ‘피임·임신·출산에 대한 남녀공동책임의식 강화’를 2순위로 해야 할 역할이라고 응답했다. 3순위로 국가가 해야 할 역할로 ‘피임·임신·출산에 대한 남녀공동책임의식 강화’와 ‘양육에 대한 남성 책임을 의무화할 수 있는 법·제도 신설’을 각각 18.7%, 18.6%로 높게 응답하였다.

〈표 5-44〉 인공임신중절(낙태)과 관련된 국가의 역할 (우선순위 2순위)

(단위: %, 명)

구 분	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	계	(명)
전체	12.7	3.6	26.7	21.0	16.3	11.7	7.8	0.1	100.0	(10,000)
가임기 여성 특성 ( $\chi^2=92.922^{***}$ )										
인공임신중절 경험자	13.4	3.4	28.0	17.5	15.7	13.1	8.7	0.1	100.0	(756)
인공임신중절 고려자(미경험)	16.4	4.2	21.9	18.5	18.8	15.1	5.2	0.0	100.0	(383)
임신행험자 (인공임신중절 미고려/미경험)	13.1	3.8	26.5	21.7	18.2	11.1	5.6	0.0	100.0	(2,653)
성경험은 있으나 임신행험자	11.6	3.5	27.6	19.5	16.6	12.1	9.0	0.2	100.0	(3,528)
성경험 미경험자	13.2	3.6	26.0	23.8	13.9	10.8	8.7	0.1	100.0	(2,680)

주: 1) 인공임신중절(낙태) 관련 국가의 역할 8가지 항목은 다음과 같음.

- ① 출산·양육에 대한 사회경제적 지원
- ② 다양한 가족에 대한 차별인식 제거
- ③ 피임·임신·출산에 대한 남녀공동책임의식 강화
- ④ 양육에 대한 남성 책임을 의무화할 수 있는 법·제도 신설
- ⑤ 원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육
- ⑥ 인공임신중절(낙태)과 관련된 전문 상담 서비스 지원
- ⑦ 인공임신중절(낙태)과 관련된 의료비 지원
- ⑧ 기타

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

〈표 5-45〉 인공임신중절(낙태)과 관련된 국가의 역할 (우선순위 3순위)

(단위: %, 명)

구 분	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	계	(명)
전체	16.8	5.7	18.7	18.6	15.3	16.0	8.6	0.3	100.0	(10,000)
가임기 여성 특성 ( $\chi^2=104.268***$ )										
인공임신중절 경험자	14.3	4.0	18.1	19.5	18.0	17.2	8.6	0.3	100.0	(756)
인공임신중절 고려자(미경험)	15.7	5.2	18.8	22.2	14.9	12.8	10.2	0.3	100.0	(383)
임신헌험자 (인공임신중절 미고려/미경험)	15.4	5.8	21.2	19.5	16.2	16.3	5.3	0.2	100.0	(2,653)
성경험은 있으나 임신헌험자	17.7	5.4	17.1	17.9	15.4	16.6	9.5	0.3	100.0	(3,528)
성경험 미경험자	17.7	6.5	18.3	18.0	13.5	15.1	10.6	0.3	100.0	(2,680)

주: 1) 인공임신중절(낙태) 관련 국가의 역할 8가지 항목은 다음과 같음.

- ① 출산·양육에 대한 사회경제적 지원
- ② 다양한 가족에 대한 차별인식 제거
- ③ 피임·임신·출산에 대한 남녀공동책임의식 강화
- ④ 양육에 대한 남성 책임을 의무화할 수 있는 법·제도 신설
- ⑤ 원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육
- ⑥ 인공임신중절(낙태)과 관련된 전문 상담 서비스 지원
- ⑦ 인공임신중절(낙태)과 관련된 의료비 지원
- ⑧ 기타

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## 제 6 장

# 인공임신중절(낙태) 관련 여성의 경험 분석

제1절 임신중단 경험자 특성

제2절 임신 당시 피임 상태, 임신 및 임신중단 사실 공유 및  
협박 피해

제3절 임신중단 사유 및 경험 과정 특성

제4절 논의



# 6

## 인공임신중절(낙태) 관련 < 여성의 < 경험 분석58)

### 제1절 임신중단 경험자 특성

#### 1. 임신중단 당시 연령 및 혼인상태

본 조사에 참여한 여성 중 조사 시점까지 임신중단을 평생에 한 번이라도 한 적이 있다고 응답한 경우는 전체 응답자(10,000명)의 7.6%인 756명<sup>59)</sup>이었다. 이는 성관계 경험자(7,320명)의 10.3%, 임신 경험자(3,792명)의 19.9%에 해당된다.

임신중단을 한 적 있었다는 여성(756명)의 임신중단 시 만 연령(이하 연령)<sup>60)</sup>은 17세부터 43세로 매우 다양하였고, 평균 연령은 28.4세( $\pm 5.71$ )이었다. 성인이 되는 20세를 기점으로 임신중절은 급격히 증가하고 25세 때는 전체의 8.0%로 가장 높은 수준을 보인다. 이후 증감은 수차례 반복되나 대체로 감소세를 보인다. 세부적으로 보면, 25~29세가 전체의 30.0%로 가장 많았고, 이어 소폭 낮은 24세 이하 29.5%, 30~34세 22.8%, 35세 이상 17.7% 순이다. 이렇게 임신중단 당시의 연령 기준으로 보면 20대 이하가 전체의 약 60%를 차지한다.<sup>61)</sup>

임신중단 시 혼인상태를 보면, 46.9%가 미혼이었고, 법률혼 37.9%, 사실혼·동거 13.0%, 별거·이혼·사별 2.2%였다(기혼 53.1%).<sup>62)</sup> 여기서 임신중단 시 혼인상태 중 별

58) 이 장에서는 임신중단을 고려하였거나 실제 임신중단을 경험한 여성을 대상으로 그 과정에서의 상황과 특징(설문지 D, E 영역, <부록>의 설문지 참조)을 살펴보는 것을 주목적으로 하는 만큼 '임신중단'이라는 용어를 사용하였고, 이외 「형법」 상의 낙태죄와 관련해서는 '낙태' 용어를, 「모자보건법」 상의 허용 범위와 관련해서는 '임신중절' 용어를 각각 사용함. 또한 여기서의 분석 결과는 제4장에서 소개한 실태조사와 경험자 심층면접 자료에 근거하며, 구체적인 내용과 방법에 관해서는 해당 장을 참고하기 바람.

59) 임신중단을 한 적은 없지만 고려한 적이 있었다는 응답자는 383명으로, 임신중단을 한 적이 있었다는 응답자 756명과 합치면 총 1,139명임. 이는 전체 응답자의 11.4%, 성관계 경험자의 15.6%, 그리고 임신 경험자의 30.0%를 차지함. 한편, 임신중단 고려자의 경우, 임신중단 고려 중 경험적 특성이 실제 중단자의 경험과 비교해서 그 의미가 크게 다르지 않아 여기서는 주로 임신중단 경험자 중심의 결과를 제시하였고, 임신중단 고려자의 결과는 동일 문항이나 관련 문항에 대해서만 비교 차원에서 제시하였음.

60) 임신중단을 2회 이상 경험한 경우는 가장 최근의 연령을 적용함.

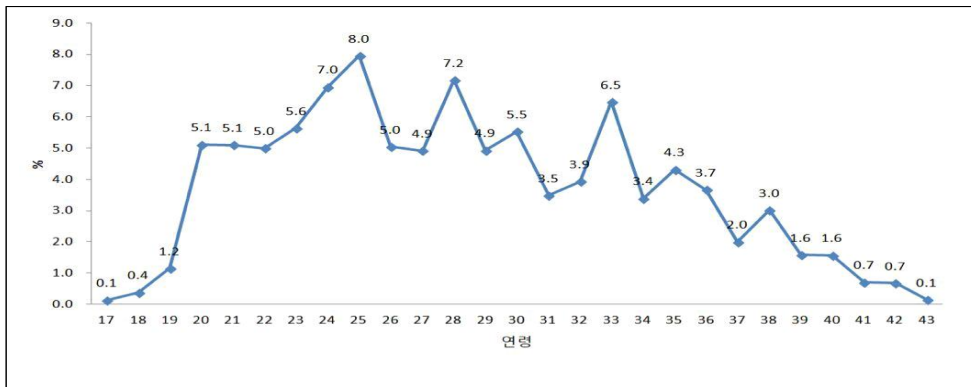
61) 심층면접에 참여한 20명(복수경험자 포함)의 경우, 임신중단 고려자는 2명, 임신중단 경험자는 18명이며, 당시 연령은 30대 미만이 5명, 나머지 30대 이상은 15명이었음.

62) 심층면접에 참여한 20명(복수경험자 포함)의 임신중단 고려 혹은 시도 당시 혼인상태를 보면, 미혼 8명

거·이혼·사별<sup>63)</sup>을 법률혼과 묶어 전체 3개 집단으로 재분류하여, 이들 집단의 임신중단 시 연령의 차이를 살펴보았다. 그 결과 아래 <표 6-1>과 같이, 미혼, 기혼(사실혼·동거), 기혼(법률혼·별거·이혼·사별) 순으로 임신중단 시의 연령이 낮은 것으로 나타났다. 좀 더 세부적으로 보면, 미혼의 경우 임신중단 시 평균 연령은 24.6세였고, 연령의 범위는 17세부터 38세까지였다. 법률혼·별거·이혼·사별과 사실혼·동거의 평균 연령은 각각 32.4세와 30.1세로, 미혼에 비해 상대적으로 더 높았다.

[그림 6-1] 임신중단 당시 연령

(단위: %)



주: 1) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

&lt;표 6-1&gt; 임신중단 경험자의 임신중단 당시 혼인상태별 연령

(단위: %, 명, 세)

구 분		비율	명	임신중단 당시 평균연령(표준편차)	연령 범위 (최소값~최대값)	F (p)
당시 혼인 상태	미혼	46.9	355	24.6(±3.45)	17~38	276.15 (***)
	기혼(법률혼·별거·이혼·사별)	40.1	303	32.4(±4.71)	20~43	
	기혼(사실혼·동거)	13.0	98	30.1(±5.80)	19~42	
계		100.0	756	28.4(±5.71)	17~43	

주: 1) \*\*\*p<0.001

2) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

(40%), 기혼 11명(55%)이며, 미혼 1회·기혼 1회 1명(5%)이 있음. 상기 미혼 8명, 기혼 11명의 경우에도 중복경험자가 각각 1명씩 포함되어 있음(당시 혼인상태는 동일).

63) 여기서 후자인 별거·이혼·사별은 사례수가 17명으로 적기도 하고 법률혼과 비슷한 특성을 보여 법률혼에 포함하여 하나의 집단으로 고려하여 분석하였고, 사실혼·동거와는 다른 특성을 지니고 있어 구분하여 분석함.

## 2. 임신중단 당시 연령 및 혼인상태별 임신중단 횟수

임신중단 경험자의 임신중단 횟수는 1회부터 7회까지 다양하였는데, 평균 횟수는 1.43회( $\pm 0.74$ )였다. 임신중단 경험자의 68.1%는 임신중단 횟수가 1회였고, 나머지는 31.9%는 2회 이상이었다.<sup>64)</sup> 좀 더 세분화해서 보면, 2회는 22.5%, 3회는 7.8%, 4회는 1.1%, 그리고 5회 이상은 0.4%였다. 임신중단을 반복 경험한 여성들의 경우, 심층면접에 참여한 20명의 면담 내용에 근거해서 볼 때, 다음과 같은 이유를 발견할 수 있었다. 임신중단 이후 여성은 배우자와의 성관계 시 피임실천에 좀 더 신경을 쓰고 있었고, 더 이상 자녀계획이 없는 경우 여성은 배우자에게 영구피임을 요구하는 경우가 많았다. 그러나 배우자의 대다수는 이를 거부하거나 원하지 않고, 일시적으로 콘돔을 사용하거나, 여성에게 자궁 내 장치를 요구하는 등 피임실천에 있어 부부 간의 갈등도 많이 확인되었다. 이러한 과정에서 다시 계획하지 않은 임신을 경험하게 되는 사례들도 있어, 피임의 비실천이 중복적 임신중단의 위험을 높이는 중요한 요인으로 보인다.

한편, 임신중단 당시의 연령과 혼인상태에 따른 임신중단 평균 횟수를 보면, 대체로 연령이 높을수록 평균 횟수가 많았고, 혼인상태별로는 유사한 수준이나 미혼이 다소 많았다.

64) 심층면접에 참여한 20명 중 2명은 고려만 하였고, 18명은 임신중단을 하였는데, 이들 중 2회 이상 임신중단 경험자는 총 3명(16.7%)이었음.

〈표 6-2〉 임신중단 경험자의 임신중단 당시 연령 및 혼인상태별 임신중단 횟수<sup>65)</sup>

(단위: %, 명, 세, 회)

구 분		비율	명	평균(표준편차) (범위)	임신중단 평균 횟수	F (p)
당시 연령	24세 이하	29.5	223	28.4세(±5.71) (17~43세)	1.39회(±0.65)	3.038 (*)
	25~29세	30.0	227		1.39회(±0.64)	
	30~34세	22.8	172		1.41회(±0.78)	
	35세 이상	17.7	134		1.61회(±0.96)	
당시 혼인상태	미혼	46.9	355	-	1.46회(±0.75)	0.319
	기혼(법률훨·별거·이혼·사별)	40.1	303		1.41회(±0.72)	
	기혼(사실혼·동거)	13.0	98		1.42회(±0.78)	
임신중절 횟수	1회	68.1	515	1.43회(±0.74) (1~7회)	-	-
	2회	22.5	170			
	3회	7.8	59			
	4회	1.1	8			
	5회 이상	0.4	3			
계		100.0	756			

주: 1) \*p&lt;0.05

2) 복수의 임신중단 경험 시 당시 연령 및 혼인상태는 가장 최근의 경험 시점 기준임.

3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## 제2절 임신 당시 피임 상태, 임신 및 임신중단 사실 공유 및 협박 피해

### 1. 임신 당시 피임 실천 및 평소 피임방법

#### 가. 임신 당시 피임 실천 여부 및 비실천 이유

임신중단을 했을 당시 피임을 한 경우는 12.7%(콘돔, 자궁 내 장치 등)이었다. 47.1%는 불완전한 피임방법인 질외사정법, 월경주기법을, 나머지 40.2%는 아무런 피임[응급 피임약(사후) 복용 포함]을 하지 않았다고 응답했다. 피임 실천율은 연령에 따라 차이는 있었지만, 절대적 실천율은 낮았으며, 혼인상태에 따른 차이는 유의미하지 않았다. 그렇지만 미혼의 경우 기혼에 비해 피임을 하지 않은 비율이 높았고 콘돔, 자궁 내 장

65) 당시 연령별 집단 구분은 연령별 응답자 수를 고려하여 '24세 이하', '25~29세', '30~34세', '35세 이상'으로 통일함(이하 동일).



치 등과 같은 현대적 피임방법을 사용한 경우는 더 낮았다.

이어서 임신 당시 ‘피임하지 않았다[응급피임약(사후) 복용 포함]’는 304명을 대상으로 그 이유를 물어본 결과(복수응답), ‘임신이 쉽게 될 것 같지 않아서’라는 응답이 과반이 조금 넘는 50.6%로 가장 많았다. 이어 ‘피임도구(콘돔 등)를 준비하지 못해서’ 18.9%, ‘파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 피임을 원하지 않아서’ 16.7%, ‘피임방법에 대해 제대로 알지 못해서’ 12.0% 등의 순이었다. 이를 통해 피임을 하지 않아도 임신이 되지 않을 것이라는 부적절한 인식이 나타나고 있음을 볼 수 있다. 이것이 성교육이나 우리사회의 성에 대한 통념 등과 연관성이 있는지에 대한 논의는 향후 필요해 보인다.

이외 이 결과에서 주목할 필요가 있는 것은 바로 ‘피임도구(콘돔 등)를 준비하지 못해서’와 ‘피임방법에 대해 제대로 알지 못해서’이다. 특히 임신중단 당시 만 연령이 24세 이하 집단과 미혼 집단에서 상대적으로 이에 응답한 비율이 높았다. 좀 더 살펴볼 필요는 있겠지만, 피임방법에 대한 지식이 부족하거나 피임도구를 구매하기 위한 접근에서의 제약이 이들 집단(특히 낮은 연령대의 미혼 여성)에서 더 취약하기 때문에 나타난 결과로 보인다. 아울러 피임을 하지 않는 이유로서 ‘파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 피임을 원하지 않아서’라는 응답 역시 동일하게 연령이 낮거나 미혼 집단에서 상대적으로 높는데, 이는 심층면접에서도 확인된 결과로서 파트너인 남성과 응답자 본인(여성) 간의 관계가 평등하지 않았음을 유추해 볼 수 있다.

〈표 6-3〉 임신중단 경험자의 임신 당시 피임 실천 여부와 비실천 이유 (복수응답)

(단위: %, 명)

구 분		피임 여부					피임하지 않은 이유(복수응답)									
		질외 사정법, 월경 주기법 으로 피임	콘돔, 자궁내 장지 등의 다른 방법 으로 피임	피임 하지 않음	계	$\chi^2$ (p)	임신을 원해서	피임 도구 사용이 불편 해서	피임 방법에 대해 제대로 알지 못해서	피임 도구를 준비 하지 못해서	파트너 가 피임을 원하지 않아서	임신이 쉽게 될 것 같아서	강제로 성관계 를 하게 되어서	상대방이 피임을 충분히 하고 있을 것이라고 생각해서	기타	계
당시 연령	24세 이하	41.3	11.2	47.5	223	18.024 (**)	2.9	11.8	26.8	23.3	25.1	51.8	2.7	2.0	4.5	106
	25~29세	47.1	14.1	38.8	227		9.3	9.1	6.9	20.7	10.0	50.1	3.4	9.6	3.7	88
	30~34세	43.6	14.5	41.9	172		20.9	9.6	2.8	13.1	11.0	50.3	3.9	2.7	4.1	72
	35세 이상	61.7	10.5	27.8	134		21.5	5.8	0.0	13.2	19.6	48.6	2.7	2.7	5.6	37
당시 혼인 상태	미혼	44.8	11.0	44.2	355	4.762	2.0	11.0	20.4	28.2	19.4	50.6	3.6	5.9	5.0	157
	기혼 (법률혼·별거·이혼·사별)	49.2	14.2	36.6	303		22.7	8.5	2.9	5.4	14.0	52.7	2.7	2.9	2.7	111
	기혼 (사실혼·동거)	48.0	14.3	37.8	98		17.0	8.1	3.1	20.0	13.1	44.1	2.7	3.1	6.1	37
계		47.1	12.7	40.2	756		11.3	9.7	12.0	18.9	16.7	50.6	3.2	4.4	4.3	304

주: 1) 응급피임약(사후) 복용은 피임하지 않은 것에 포함.

2) 피임하지 않은 이유는 피임 여부에서 '피임하지 않았다'는 응답자만 그 이유를 물어본 결과임.

3) \*\*p&lt;0.01

4) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

5) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

이상의 임신중단 당시의 피임실천 결과는 심층면접에서도 동일하게 확인되었다. 임신 당시의 피임방법으로 거의 대다수가 불완전한 피임방법인 질외사정법이나 월경주기법을 사용하고 있었다는 점, 그리고 피임을 하지 않더라도 임신은 잘 되지 않을 것이라는 인식을 하고 있었다. 이 결과는 혼인상태가 기혼이든 미혼이든, 그리고 연령과 상관없이 모두에게서 관찰된다는 점에서 생애 전반에서 원하지 않는 임신예방을 위해서는 피임 실천의 중요성을 인식시키고 올바른 피임법을 선택하도록 하는 것, 그리고 남녀의 평등한 관계 및 성적 동의 등에 대한 교육이나 캠페인이 필요하다고 판단된다.

그때는(고등학교 3학년), 그때는 (피임을) 안 했었어요. 고등학생 때는 별로 중요하다고 생각을 못 했었고...(중략)... 그때(대학생 때)는 피임을 했는데 안 됐죠. (그래서 응급피임) 약 먹었어요. 경구. 다른 거는 안 했어요. (사례1, 19~20대 초반 미혼)

그때는 특별히 피임 도구를 사용한다든지 이렇게 하지 않았고, 아무래도 생리 주기를 파악을 하고 있으니깐 좀 안전할 거라고 생각을 한 날이었는데 임신을 하게 된 거죠. 피임은 월경주기법을 주로 했고요. (사례4, 40세 미혼)

(그때) 피임 안 했는데. 배란주기하고 연관해서 저희는 임신될 거라고 생각을 못했어요. (사례6, 30대 중반~40세 기혼)

(피임) 하다가 한 번 안 했는데 그때 딱 된 거예요. 안전한 날이겠거니 했는데 그게 이제 배란일이 끼어있었나 봐요, 그때가 (사례8, 24세 미혼)

(그때 피임을) 안 했던 것 같아요. 사실은 저희가 콘돔을 사용을 했었는데요. 남편이 아무래도, 남자들은 약간 기피하는 그게 있더라고요. 그래서 100% 사용을 안 했던 것 같고 날짜, 위험한 날짜를 피해서 질외사정으로 해가지고 했었던 것 같아요. (사례17, 37세 기혼)

아예 안 했는데 저희가 낳고 싶을 때만 됐기 때문에 잘 조절하는 줄 알았어요. (사례13, 38세 기혼)

## 나. 임신 당시 피임방법 및 혼인상태별 평소 피임방법

위에서는 임신중단 당시의 피임 여부 및 방법을 살펴보았는데, 이를 이들의 평소 피임방법과 비교해 보았다. 그 결과, 콘돔을 사용한다는 응답이 60.3%로 가장 많았고, 다음으로 많이 사용하는 피임방법은 질외사정법(53.5%)과 월경주기법(30.3%)이었다. 임신중단 당시 피임을 하였든 하지 않았든, 하였더라도 현대적 피임방법이든 아니든 상관없이 많은 여성이 질외사정법(53.5%)과 월경주기법(30.3%)을 평소 피임방법으로 응답하였다(복수응답 기준)는 점은 주목할 만하다.

또한 임신중단 당시 피임방법에서 질외사정법이나 월경주기법으로 피임하였다고 응답한 경우와 피임을 전혀 하지 않았다는 경우 모두, 콘돔이나 자궁 내 장치 등 다른 방법으로 피임한 여성에 비해 평소 피임방법 중 응급피임약(사후) 사용률이 좀 더 많았다. 응급피임약(사후)은 임신을 예방하기 위한 방법이지만 계획임신을 위한 방법은 아니므로, 안전하지 않는 질외사정법이나 월경주기법과 같은 피임방법을 선택한 경우 응급피임약(사후)을 사용할 수밖에 없는 긴급 상황이 더 많이 발생되고 있음을 알 수 있다. 조사 결과, 평소 사용하는 피임방법으로 응급피임약(사후)의 사용 비율이 7.8%로 나타났는데, 이는 그만큼 임신중단 경험자의 피임에 관한 인식과 실천이 부족함

을 반증하는 결과이다.

〈표 6-4〉 임신중단 경험자의 임신중단 당시 피임 방법과 평소 피임 방법 (복수응답)

(단위: %, 명)

구 분		평소 피임방법(복수응답)											
		월경 주기법	질외 사정법	샐(질) 정제	콘돔	경구 피임약 (사전)	자궁내 피임 장치	피임 주사	응급 피임약 (사후)	난관 수술	정관 수술	기타	계
임신 중단 당시 피임 방법	질외사정, 월경주기법으로 피임	35.6	58.7	0.6	57.8	19.8	12.4	0.0	8.7	1.7	11.4	0.0	338
	콘돔, 자궁 내 장치 등의 다른 방법으로 피임	23.3	44.5	1.2	65.7	16.8	18.4	1.0	5.5	3.4	19.6	0.0	91
	피임 하지 않음 [응급피임약 (사후) 복용 포함]	26.2	50.0	0.0	61.5	19.6	10.8	0.8	7.4	2.6	10.1	0.4	274
계		30.3	53.5	0.4	60.3	19.3	12.6	0.4	7.8	2.3	11.9	0.2	703

주: 1) 현재 파트너 또는 가장 최근의 파트너와의 관계를 기준으로 파트너와의 성관계 시 본인과 파트너 모두 피임을 전혀 하지 않는다는 응답자는 제외한 결과이며, 임신중단 당시 파트너와는 동일하지 않을 수 있음.

2) 복수의 임신중단 경험 시 당시 피임 방법은 가장 최근의 경험 시점 기준임.

3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

한편 임신중단 당시의 혼인상태와 평소 피임방법 간에서 시점의 차이가 응답자에 따라 있을 수 있겠지만, 경향성을 확인하고자 임신중단 당시 혼인상태에 따른 평소 피임 방법<sup>66)</sup>을 살펴보았다. 그 결과 월경주기법과 질외사정법의 경우 미혼보다는 기혼, 특히 법률혼·별거·이혼·사별에서의 사용률이 더 높았고, 콘돔이나 경구 피임약(사전)은 미혼에서 상대적으로 더 많이 이용하고 있었다.<sup>67)</sup> 또한 응급피임약(사후)의 경우 기혼(사실혼·동거)과 미혼에서 사용률이 높았고(각각 9.9%, 8.2%), 장기간 피임할 수 있는 여성의 자궁 내 피임장치나 남성의 영구피임법인 정관수술의 경우 미혼보다는 기혼에서 사용률이 높았다.

여기서는 결과표를 제시하지 않았지만, 임신중단 여성의 평소 피임실천과 관련해서

66) 임신중단 당시와 평소의 시점 간에는 응답자에 따라 차이가 있을 수 있지만, 대략적인 경향성을 확인할 수 있음.

67) 단, 경구 피임약(사전) 사용 비율은 기혼(사실혼·동거)과 미혼이 약 21% 수준에서 유사함.

항상 피임한다는 응답은 28.6%, 대부분 하는 편은 30.7%로 나타나, 나머지 40% 가까이 평소에는 피임을 하지 않고 있었다. 무엇보다도 피임을 실천하고 있더라도 콘돔이나 경구 피임약(사전) 등 현대적인 피임방법 사용 외에도 월경주기법이나 질외사정법을 평소에도 행하는 경우도 많은 것으로 확인되었다. 이는 앞서 제시한 심층면접 결과에서도 동일하게 관찰된 결과이다.

〈표 6-5〉 임신중단 경험자의 임신 당시 혼인상태별 평소 피임 방법 (복수응답)

(단위: %, 명)

구 분		평소 피임방법											
		월경 주기법	질외 사정법	샬(질) 정제	콘돔	경구 피임약 (사전)	자궁내 피임 장치	피임 주사	응급 피임약 (사후)	난관 수술	정관 수술	기타	계
당시 혼인 상태	미혼	27.7	51.4	0.0	68.3	21.2	7.5	0.3	8.2	3.2	7.9	0.0	323
	기혼 (법률혼·별거· 이혼·사별)	34.0	56.1	0.7	53.1	16.4	17.9	0.0	6.6	1.7	14.6	0.4	286
	기혼 (사실혼·동거)	28.3	52.7	1.2	54.6	21.9	13.7	2.1	9.9	1.1	17.4	0.0	94
	계	30.3	53.5	0.4	60.3	19.3	12.6	0.4	7.8	2.3	11.9	0.2	703

주: 1) 현재 파트너 또는 가장 최근의 파트너와의 관계를 기준으로 파트너와의 성관계 시 본인과 파트너 모두 피임을 전혀 하지 않는다는 응답자는 제외한 결과이며, 임신중단 당시 파트너와는 동일하지 않을 수 있음.

2) 복수의 임신중단 경험 시 당시 혼인상태는 가장 최근의 경험 시점 기준임.

3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## 2. 임신 및 임신중단 사실 공유 및 협박 피해

### 가. 임신 사실 관련 파트너와의 공유

임신 사실을 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)에게 알렸는지 여부와 그때의 반응을 살펴보기 전에, 우선은 응답자(여성) 본인들의 생각과 마음 상태는 어떠했는지는 살펴보는 것이 필요하다.<sup>68)</sup> 그 이유는 아래 심층면접에서와 같이, 임신의 이벤트는 여성

68) 실태조사 문항에서는 응답자(여성) 본인의 임신 사실을 인지한 당시의 생각과 상황에 대한 태도는 질문하지 않았고 심층면접을 통해 확인하였음.

의 삶 과정에서 계획을 통해 얻기도 하지만 그렇지 않은 상황에서도 발생되기 때문이다. 특히 계획하지 않은 임신인 경우, 당사자인 여성은 임신 사실을 알게 되었을 때 대체로 당혹감과 함께 현실적 두려움을 겪는 경우가 많다. 그리고 이 상황을 어떻게 할 것인지, 수용할 것인지 아니면 그렇지 않을 경우 어떻게 해야 하는지 등 여러 복잡한 상황에서 배우자나 연인, 혹은 (배우자와 연인이 있음에도 불구하고) 홀로 깊은 고민을 하고 있다. 그런 만큼, 여성의 몸에서 일어난 임신의 이벤트를 여성 스스로 간단히 생각하고 결정하였다고 보아서는 안 될 것이다.

슬프죠, 엄청. 엄청 슬프죠. 그냥 내 몸이 망가진다는 것도 싫고, 고등학교 때는 멋물라서, 아무런 생각도 안 했다고 해도 성인이 됐을 때는 결혼을 할 수도 있는 상황인 거잖아요? 근데 이것도 제 선택이 아니라 어쨌든 지워야 되는 상황이기는 하지만 너무 속상하죠. 제대로 착상됐으면 나도 결혼해서 낳아서 잘 살 수도 있을 텐데 이걸 지워야 되니까.

(사례1, 19~20대 초반 미혼)

좀 억울하다고 약간 생각했었어요. 이게 여자만 감당해야 되는 부분이니까. 그런 게 좀 있었고, 되게 혼란스럽고 좀 그랬어요. (사례2, 25세 미혼)

(임신중단을 했을) 그때가 2년 전이니까 마흔 살이었으니까 그냥 한국 나이로 마흔 살이었거든요. 그런데 나이 때문에 약간 만약에 혹시나 제가 임신했으면 어떡할까? 꿈에서도 아이가 장애가 있으면 어떨까? 어떻게, 어떻게 될까? 물론 장애인 아이도 너무 고통스럽지만, 부모가 너무 고통스러운 걸 알기 때문에 ... 제일 걱정이 됐던 거는 나이가 제일 걱정됐어요. 나이가 많아서 아이를 낳으면 어떻게 키울 수 있을까? (사례3, 41세 기혼)

만감이 교차를 했죠. 제가 지금 현재 아이가 둘이 있는데요. 이제 저는 그니까 2명으로 끝 내려고. 그래서 전혀 생각지도 못하다가 갑자기 이렇게 임신 사실을 알게 돼서 너무 좀 당황스러웠고, 좀 기분이 많이 좋지는 않았었어요. 그래서 걱정도 좀 됐었고요.

(사례5, 37세 기혼)

(임신을 유지할지, 아니면 중단할지에 대해서) 혼자서 결정을 내리기까지가 되게 고민을 많이 했던(것이 가장 힘들었다) (사례14, 33세 미혼)

남편하고만 상의했어요. 부모님한테 말씀드리기도 조금 어려웠고, 남편하고만 상의했고 되게 감정? 복잡하고 난감한 그런 감정이었던 것 같아요. 내가 어떤 걸 선택해야지. 아, 그런데 이게 자꾸 선택이 그게 참 그런 부분이 선택을 한다는 게 제가 지금 말하면서도 되게 죄책감이 많이 느껴지는데 복잡했던 것 같아요. 심란하고. (사례15, 31세 기혼)

임신중단 경험자의 대다수인 95.0%(718명)는 임신 사실을 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)에게 이야기 한 것으로 나타났다. 여기서는 당시 연령과 혼인상태에서 유의미한 차이를 보였는데, 주로 연령이 낮거나 미혼에서 임신 사실을 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와 공유한 비율이 상대적으로 낮았다. 그 이유는 기혼과 달리 미혼은 연인과의 관계가 불확실하다는 점, 그리고 경제적 여건이나 상황이 더 취약하다는 점과 연관성이 있다고 보여진다.

여기서 임신 사실을 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)에게 알린 여성에게 있어 이후의 파트너의 반응은 크게 세 가지였는데, 하나는 여성의 의사와 선택에 대한 존중이었고, 다른 하나는 아이를 낳자는 것, 그리고 마지막 하나는 임신중절을 하자는 것이었다. 가장 응답률이 높았던 것은 ‘내(응답자 여성 본인) 의사와 선택을 존중하겠다’였는데, 43.0%가 이에 응답하였다. 여기서의 선택은 아이를 낳을 것인지 아니면 임신중절을 할 것인지 양쪽이 포함된 것이다. 이 응답은 대체로 연령과 비례하고 있다. ‘(파트너가) 인공임신중절(낙태)을 하자고 했다’는 응답도 20.2%가 있었다. 이는 연령별로는 특정한 경향을 보이지는 않지만, 혼인상태에서는 미혼이 26.2%로 가장 응답률이 높았고, 이어 사실혼·동거가 19.8%, 법률혼·별거·이혼·사별은 이보다 낮은 13.5%로 나타났다. 이는 임신이 법률적 혼인제도 안에서가 아닌, 제도 밖에서 이루어질 때 감당해야 하는 사회적 편견과 낙인화 부담의 측면에서 미혼은 부담이 더 클 수 있어 이러한 결과가 나타난 것으로 보인다. 같은 맥락에서 볼 때, 법률혼·별거·이혼·사별 집단은 ‘아이를 낳자고 했다’는 응답 비율이 42.2%로 가장 높았다.

〈표 6-6〉 임신중단 경험자의 임신 사실 관련 파트너와의 공유 여부 및 공유 시 파트너 반응  
(단위: %, 명)

구 분		임신 사실 파트너 공유 여부				임신 사실 공유 시 파트너 반응						
		공유함	공유하지 않음	계	$\chi^2$ (p)	아이를 낳자고 했다	인공임신 중절(낙태)을 하자고 했다	내 의사와 선택을 존중하겠다고 했다	본인과는 상관없는 일이니 알아서 하라고 했다	파트너가 아무런 의견 없이 연락을 끊었다	기타	계
당시 연령	24세 이하	91.0	9.0	223	21.674 (***)	34.0	25.6	35.5	2.0	1.0	2.0	203
	25~29세	93.0	7.0	227		34.6	18.0	45.0	0.9	1.4	0.0	211
	30~34세	98.8	1.2	172		32.7	20.5	44.4	0.6	0.6	1.2	170
	35세 이상	100.0	0.0	134		34.6	15.0	48.9	0.0	0.0	1.5	134
당시 혼인 상태	미혼	92.1	7.9	355	13.074 (**)	27.7	26.2	42.1	1.2	1.5	1.2	326
	기혼 (법률혼·별거·이혼·사별)	98.0	2.0	303		42.2	13.5	42.2	0.3	0.3	1.4	296
	기혼 (사실혼·동거)	96.9	3.1	98		30.2	19.8	47.9	2.1	0.0	0.0	95
계		95.0	5.0	756		34.0	20.2	43.0	0.9	0.8	1.1	718

주: 1) \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

2) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

(남자친구에게 임신 사실을) 말했더니 놀라긴 놀랐었는데 일단은 제 선택에 맡기겠다고 하더라고요. 강요는 없었어요. (사례2, 25세 미혼)

신랑이, 신랑이 그러더라고요. “우리가 애가 둘이 있는데 하나는 낳아도 되긴 하지만 지금 둘이 있는 아이들한테 더 정성을 쏟자. 애들이 어리니까.” 그리고 금전 문제. 그 생각을 하니까 그게 맞더라고요. 그래서 “그래.” 그래서 서로 동의하에 가게 됐죠. 병원에, 다른 병원에. 이제 첫째, 둘째 낳은 병원이 있어요. (사례18, 33세 기혼)

앞서 본인의 임신 사실에 관해 대다수는 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)에게 이야기를 하였지만, ‘하지 않았다’는 38명을 대상으로 그 이유를 물어보았다(복수응답). 그 결과, 가장 많은 응답을 보인 것은 ‘당시에 파트너와의 관계가 종료되어서’였는데 28.4%가 이에 응답하였다. 이어 ‘이야기를 하면 아이를 낳아야 할 것 같아서’와 ‘두렵고 무서워서’가 각각 응답률이 약 22%였다. 특히 ‘인공임신중절(낙태)을 하라고 할 것 같아서’라는 응답은 연령이 20대 이하이거나 미혼에게서만 있었다. 이는 앞서 실제



파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)에게 임신 사실을 말한 후 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 임신중절을 요구했다는 결과와 같은 맥락에서 이해될 수 있다. 또한 파트너와의 연락 문제로 그 당시 임신 사실을 파트너와 공유하지 않았다는 응답자의 경우도 연령이 낮거나 미혼 집단에서 주로 나타났다. 이는 비계획 임신으로 인한 부담이 이들 집단에서 상대적으로 크기 때문인 것으로 보인다.

〈표 6-7〉 임신중단 경험자가 임신 사실을 파트너와 공유하지 않은 이유 (복수응답)

(단위: %, 명)

구 분		이야기를 하면 인공임신중절(낙태) 하라고 할 것 같아서	이야기를 하면 연락이 두절될 것 같아서	이야기를 하면 상대방의 관계가 긴밀하게 유지될 것 같아서	이야기를 하면 아이를 낳아야 할 것 같아서	상대방의 의견이 중요하지 않다고 생각해서	두렵고 무서워서	당시에 파트너와 의 관계가 종료 되어서	파트너가 연락을 끊어서	계
당시 연령	24세 이하	8.6	14.3	0.0	26.9	26.7	27.3	13.6	4.6	20
	25~29세	6.1	13.7	13.3	12.8	12.1	18.5	43.7	11.8	16
	30~34세	0.0	0.0	0.0	45.8	0.0	0.0	54.2	0.0	2
	35세 이상	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0
당시 혼인 상태	미혼	9.4	14.1	3.6	22.6	14.5	25.5	26.4	9.7	28
	기혼 (법률혼·별거·이혼·사별)	0.0	0.0	0.0	30.7	48.3	16.8	35.7	0.0	6
	기혼 (사실혼·동거)	0.0	34.0	35.0	0.0	0.0	0.0	30.9	0.0	3
계		7.0	13.2	5.5	22.2	19.1	22.1	28.4	7.3	38

주: 1) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

#### 나. 임신중단 사실 공유 대상자 및 이후 협박 피해 경험

임신중단 경험자에게 임신중단에 관해 이야기를 나누거나 상담을 했다면 그 대상이 누구였는지 물어보았는데(복수응답), 가장 응답률이 높았던 대상은 ‘파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)’로 73.2%가 이에 해당되었다. 이어서 ‘의료인(의사, 간호사 등)’이 41.6%였고, ‘친구 및 지인(선후배, 직장동료 등)’ 31.9%, ‘부모’ 10.0%, ‘형제자매 및 친인척’ 8.0% 등의 순이었다. 그 대상이 ‘온라인(인터넷)을 통한 불특정 대상’이라는 응답도 5.5%가 있었다.

여기서 임신중단 당시 혼인상태가 미혼인 경우 기혼에 비해 상대적으로 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와 임신중단에 대해 상의한 경우가 적게 나타났다. 이는 앞서 살펴보았듯이 당시(임신 문제로 인해) 파트너와 연락이 끊기거나 이전에 헤어지는 등의 파트너 부재로 나타나는 결과로 보여진다. 이외에도 미혼의 경우는 기혼에 비해 친구 및 지인(선후배, 직장동료 등, 40.2%)이나 온라인(인터넷)을 통한 불특정 대상(7.2%)을 통해 임신중단을 상의하거나 혼자 결정(7.5%)하는 경우가 상대적으로 많았다. 그만큼 임신 여성, 특히 미혼여성은 임신을 하게 되었을 때 기혼여성에 비해 이를 공유할 수 있는 주변 자원에 제약을 더 받을 수밖에 없는데, 이는 미혼여성의 임신에 대한 사회적(주변적) 편견과 임신을 혼인제도 안에서만 인정하는 우리사회의 문화성과 연관성이 있을 것으로 판단된다.

그 근거로 임신중단 당시 혼인상태에 따른 임신중단에 대한 우리사회의 편견과 관련된 2개 문항(①우리사회는 임신중절을 한 여성은 이기적이라고 생각한다, ②우리사회는 임신중절에 있어 남성보다 여성을 비난하는 경향이 있다)을 합쳐(1~8점, 점수가 높을수록 편견이 높다고 인식) 그 점수의 차이를 살펴본 결과를 보면, 미혼은 6.22점( $\pm 1.41$ )으로 사실혼·동거 6.03점( $\pm 1.49$ )과 법률혼·별거·이혼·사별 5.91점( $\pm 1.43$ )보다 상대적으로 높았다( $F=3.827, p<0.05$ ). 그만큼, 미혼인 경우 기혼에 비해 임신중단에 있어 사회적 부담을 더 받고 있음을 알 수 있다.<sup>69)</sup>

한편, 임신중단 경험자에게 본인의 임신중단 사실을 알고 있는 이들로부터 협박이나 고소를 당한 적이 있는지 물어본 결과, 1.0%(8명)는 있었다고 응답하였다. 비록 소수이지만 여성들은 임신중단이 불법적인 사유일 때, 그 행위로 인해 상대방에게 협박의 도구로 사용되어 피해를 받을 수 있음을 확인할 수 있다. 특히 이러한 피해 대상자는 미혼이거나 사실혼·동거에서 나타나고 있다. 그만큼, 임신의 이벤트를 법률적 관계로 한정하는 사회적 분위기가 반영된 결과라고 할 수 있다.

69) 실제 심층면접 과정에서 임신중단 경험자는 우리사회가 임신중단을 한 여성에 대해 안 좋게 보는 시선이 있어, 이를 개선하는 것이 필요하다는 의견을 많이 제시하였음.

〈표 6-8〉 임신중단 관련 이야기를 나누거나 상담한 대상(복수응답) 및 이후 협박·고소당한 경험

(단위: %, 명)

구 분		임신중절 관련 이야기나 상담을 나눈 대상(복수응답)										협박·고소당한 경험			
		파트너	부모	형제 자매 및 친인척	친구 및 지인	상담사, 관련 단체 (기관) 관계자	의료인	종교인	온라인	기타	없음 (혼자 결정)	계	있음	없음	계
당시 연령	24세 이하	68.2	8.9	7.8	43.3	1.4	41.5	0.9	4.9	0.0	8.8	223	1.3	98.7	223
	25~29세	74.6	8.2	6.9	30.4	0.5	41.6	0.4	6.9	0.5	5.0	227	1.3	98.7	227
	30~34세	76.0	14.5	7.7	21.6	0.0	39.9	0.0	2.3	0.0	4.9	172	1.1	98.9	172
	35세 이상	75.4	8.8	10.6	28.6	0.7	43.8	1.5	8.3	0.0	3.7	134	0.0	100.0	134
당시 혼인 상태	미혼	69.0	5.7	6.9	40.2	0.6	41.1	0.8	7.2	0.0	7.5	355	1.6	98.4	355
	기혼 (법률혼·별거·이혼·사별)	77.6	12.5	9.5	22.4	0.7	44.5	0.7	3.3	0.4	4.8	303	0.0	100.0	303
	기혼 (사실혼·동거)	74.6	17.4	7.1	31.1	1.1	34.0	0.0	6.2	0.0	3.1	98	1.9	98.1	98
계		73.2	10.0	8.0	31.9	0.7	41.6	0.6	5.5	0.1	5.9	756	1.0	99.0	756

주: 1) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

### 제3절 임신중단 사유 및 경험 과정 특성

#### 1. 임신중단 사유

임신중단 경험자에게 임신중단의 주된 이유 2가지에 대해 질문하였다(복수응답). 그 결과 크게 3가지 사유가 확인되었는데, ‘학업, 직장 등 사회활동 지장이 있을 것 같아서(33.4%)’, ‘경제상태상 양육이 힘들어서[고용불안정, 소득이 적어서 등(32.9%)]’, 그리고 ‘자녀계획 때문에[자녀를 원치 않아서, 터울조절 등(31.2%)]’가 그것이었다. 여기서 ‘학업, 직장 등 사회활동 지장이 있을 것 같아서’는 연령이 낮거나(24세 이하 52.9%) 미혼 여성(49.9%)에서 응답률이 높았다. ‘경제상태상 양육이 힘들어서’는 연령이 낮거나(24세 이하 36.7%) 사실혼·동거 여성(35.0%)에서 응답률이 상대적으로 높았다. 추가적으로 실제 현재(조사시점) 월평균 가구소득을 기준으로 경제적 사유의 응답 비율을 분석해 보았다.<sup>70)</sup> 그 결과 월평균 가구소득이 200만 원 미만인 그룹에서 경제상황

이 좋지 않아 임신중단을 했다는 응답률이 36.5%였는데, 이는 가구소득이 200~400만원 미만(33.6%), 400만 원 이상(31.7%)에 비해 좀 더 높았다. 이어 임신중단의 사유가 ‘자녀계획 때문에(자녀를 원치 않아서, 터울조절 등)’의 경우, 연령이 30대 이상(30~34세 45.6%, 35세 이상 49.7%)이 높고 또한 법률혼·별거·이혼·사별(51.8%)에서 응답률이 가장 높았다.

이외에도 임신중단의 사유로 ‘파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와 관계가 불안정해서[이별, 이혼, 별거 등(17.8%)]’, ‘파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 아이를 원하지 않아서(11.7%)’, ‘태아의 건강문제 때문에[임신 중 약물복용 포함(11.3%)]’, ‘나의 건강상태에 문제가 있어서(9.1%)’, ‘나 또는 파트너의 부모가 인공임신중절(낙태)을 하라고 해서(6.5%)’ 등도 있었다. 특히 ‘파트너와의 관계 불안정’은 연령이 낮거나 미혼에서 높았다.

〈표 6-9〉 임신중단 경험자의 임신중단 이유 (복수응답)

(단위: %, 명)

구 분		나의 건강 상태에 문제가 있어서	태아의 건강 문제 때문에	학업, 직장 등 사회 활동에 지장이 있을 것 같아서	자녀 계획 때문에	경제 상태상 양육이 힘들어서	파트너가 아이를 원하지 않아서	파트너와 관계가 불안정 해서	나 또는 파트너의 부모가 인공임신중절(낙태)을 하라고 해서	강간 또는 준강간에 의해 임신해서	기타	계
당시 연령	24세 이하	5.4	5.9	52.9	11.9	36.7	11.7	27.5	10.3	2.0	3.7	223
	25~29세	4.5	11.2	33.9	28.3	35.3	11.0	20.2	7.1	0.5	6.1	227
	30~34세	12.5	19.3	19.5	45.6	24.8	12.2	11.6	4.2	0.0	5.6	172
	35세 이상	18.8	10.0	18.1	49.7	33.0	12.4	5.4	2.2	0.8	5.5	134
당시 혼인 상태	미혼	4.6	6.2	49.9	12.5	31.5	12.5	29.5	9.1	1.8	5.4	355
	기혼 (법률혼·별거·이혼·사별)	13.1	16.3	14.6	51.8	33.9	10.1	5.8	3.3	0.0	6.2	303
	기혼 (사실혼·동거)	13.1	14.0	31.7	35.3	35.0	13.8	12.3	7.0	0.0	1.0	98
계		9.1	11.3	33.4	31.2	32.9	11.7	17.8	6.5	0.9	5.1	756

주: 1) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

70) 임신중단 당시의 가구소득과 다를 수 있지만, 대략적인 소득계층별 경향성을 확인하기 위한 분석결과임.

한편, 임신기간 동안 임신중단은 하지 않았지만<sup>71)</sup> 이를 고려한 여성(383명)에게 주된 임신중단 고려 이유 2가지에 대해 물어본 결과(복수응답), ‘경제상태상 양육이 힘들어서(고용불안정, 소득이 적어서 등)’가 46.9%, ‘자녀계획 때문에(자녀를 원치 않아서, 터울조절 등)’가 44.0%, ‘학업, 직장 등 사회활동에 지장이 있을 것 같아서’가 42.0% 순으로 높은 응답률을 보였다. 이는 앞서 살펴본 임신중단 경험이 있는 여성의 임신중단 사유와 유사하게 나타났으나, 응답률의 순서에서는 차이를 보였다.<sup>72)</sup> 연령이 낮을수록 사회활동 지장이 임신중단 고려의 주된 사유로 나타났고, 24세 이하에서 가장 높은 응답률을 보였다(64.1%). 미혼인 경우에도 사회활동 지장이 임신중단 고려 사유로 가장 많이 응답하였다(57.7%). 경제적 이유에 대한 비율은 24세 이하가 다른 연령집단과 비교하여 가장 높았으나, 25세 이상부터는 연령이 높을수록 그 비율이 점차적으로 높아지는 경향을 보인다. 여기에는 여성의 경제활동 여부와 연령이 높은 집단은 이미 자녀 출산 및 양육으로 인한 경제적 비용 발생이라는 복합적인 배경이 있을 것으로 보인다. 이는 기혼이 미혼보다 경제적 이유에 대한 응답 비율이 상대적으로 높게 나타난 것에서도 유추해 볼 수 있다. 자녀계획의 경우 기혼 특히 법률혼 및 별거·이혼·사별에서 많았다.

71) 임신중단을 고려했었지만 최종적으로는 하지 않은 주된 이유 2가지에 대해 물어본 결과(복수응답), 가장 응답률이 높았던 것은 ‘태아의 생명이 중요하다고 생각해서’였고, 71.5%가 이에 응답함. 다음으로는 ‘아이를 키울 수 있을 것 같아서(경제 상황이 좋아져서, 파트너와의 관계가 좋아져서 등)’ 39.8%, ‘나의 건강을 해칠 수 있어서(부작용, 향후 임신에 부정적 영향)’ 24.2%, ‘인공임신중절(낙태) 자체가 무서워서’ 18.9% 등의 순이었음(<부표 6> 참조).

72) 임신중단 경험 여성의 임신중단 사유를 응답률이 높은 순서로 나타내면 다음과 같음. ‘학업, 직장 등 사회활동에 지장이 있을 것 같아서(33.4%)’, ‘경제상태상 양육이 힘들어서[고용불안정, 소득이 적어서 등(32.9%)]’, ‘자녀계획 때문에[자녀를 원치 않아서, 터울조절 등(31.2%)]’(〈표 6-9〉 참조).

〈표 6-10〉 임신중단 고려자의 임신중단 고려 이유 (복수응답)

(단위: %, 명)

구 분		나의 건강 상태에 문제가 있어서	태아의 건강 문제 때문에	학업, 등 직장 등 사회 활동에 지장이 있을 것 같아서	자녀 계획 때문에	경 제 상태상 양육이 힘들어서	파트너가 아이를 원하지 않아서	파트너와 관계가 불안정 해서	나 또는 파트너의 부모가 인공임신 중절(나태 을 하라고 해서	강간 또는 준강간에 의해 임신해서	기타	계
당시 연령	24세 이하	2.5	6.4	64.1	11.9	60.4	5.4	32.1	9.3	2.7	5.3	79
	25~29세	17.3	17.4	42.2	49.1	39.9	5.7	22.2	1.8	0.0	4.5	110
	30~34세	17.3	13.5	32.3	56.0	43.1	11.1	17.0	1.0	0.9	7.8	122
	35세 이상	25.3	13.9	33.9	50.8	49.4	7.2	15.5	1.3	0.0	2.8	72
당시 혼인 상태	미혼	5.9	6.8	57.7	22.2	42.3	9.2	40.3	4.6	1.8	9.3	114
	기혼 (법률혼·별거·이혼·사별)	22.4	18.1	31.6	55.8	48.2	7.4	10.3	1.4	0.5	4.4	226
	기혼 (사실혼·동거)	7.1	4.9	55.2	39.8	52.4	4.8	28.9	6.9	0.0	0.0	42
계		15.8	13.3	42.0	44.0	46.9	7.6	21.3	3.0	0.8	5.4	383

주: 1) 임신중단을 고려했던 임신이 2회 이상일 경우, 가장 최근의 고려 경험 시점 기준임.

2) 중수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

위의 실태조사에 확인된 임신중단의 사유는 심층면접에서도 동일하게 확인되었다. 실제 임신중단을 경험한 18명은 거의 대다수가 실태조사 결과와 같이, 경제활동을 계속 이어나갈 수밖에 없는 상황이었거나 당시 일자리를 힘들게 찾고 있었고 마침 취업이 되면서 불가피하게 선택을 할 수밖에 없었다는 점, 경제적으로 아이를 낳아 키울 수 있는 경제적인 여건이나 이를 위한 환경(결혼 등)이 아니었다는 점, 그리고 이미 자녀가 2명이 있었던 상황에서 아이를 낳아 키우는 것에 대한 심리적 및 경제적 부담이 있었다는 점 등이 주된 임신중단의 이유인 것으로 나타났다.

(그때는) 경제적으로도 자리도, 둘 다(나와 남자친구) 자리를 잡은 상태가 아닌데 이렇게 무책임하게 낳는 거는 조금 아니라고 생각을 했고... (사례2, 25세 미혼)

미혼인 상태에서 아이를 낳아서, 그렇다고 해서 저희 집이 또 여유가 있다든지, 누군가 봐줄 수 있는 상황도 아니었고. 제가 이 아이를 감당하면서, 사실 사회적 시선도 그렇게 좋지 않은데요. 혼자 아이를 낳아서 키우는데 시설 같은 데 들어가서 생활한다는 것도 사실 쉽지 않은 일이고, 그래서 이제 그렇게 결정을 내렸던 거 같아요. (사례4, 40세 미혼)

지금 제가 둘째가 지금 7살이에요. 그래서 둘째도 이제 어느 정도 다 키워놓고, 제가 이제 둘째 다 키워놓고 나서 직장생활을 시작한지가 이제 한 1년이 조금 넘었는데, 이제 저도 좀 육아에서 벗어나서 이제 좀 사회생활도 하고 막 이러니까 그니까 그 생활로 다시 돌아가고 싶지가 않더라고요. 그리고 경제적인 상황도 좀 그랬고. 지금 요즘 아이 키우는데 돈이 엄청 많이 들어가잖아요. 그래서 지금도 저희 맞벌이를 하지 않으면 되게 힘든 상황이라서요. 그래서 맞벌이를 그냥 포기하고 셋째를 낳기에는 조금 제가 용기가 좀 부족했었어요. 독박 육아, 그런 게 너무 힘들어서 할 수밖에 없었던 그런 상황이었어요. (사례5, 37세 기혼)

근데 이제(지금 아이들이랑) 터울도 좀 있고 그때 이제 둘째도 이제 초등학교 가야 되잖아요. 그면 이제 또 손이 많이 간다 하더라고요. 그리고 그런데다 (몸이 아픈) 첫째 또 케어를 제가 해야 돼갖고 사정이 좀 여의치 않아 갖고 이렇게 터울이 많이 지다보니까 체력적으로도 힘들고 도와주실 분이 또 친정이나 시댁에서 도와주실 분이 없거든요. 부모님도 좀 편찮으시고... (사례12, 38세 기혼)

따로 상의 같은 건 안 했는데, 그냥 둘 다 그렇게 했죠. 셋째까지는 안 된다. (암묵적으로 둘이 끝이라고 생각하시고 있으셨는데 그렇게 임신이 되셨군요.) (사례13, 38세 기혼)

제가 일을 계속 해야 되는 상황이었어요. 이제 임신을 하면 일을 또 바로 멈춰야 된다고 그렇게 생각을 해서 첫 번째는 예쁘게 보이고 싶어서였고 두 번째는 일을 그럼 멈춰야 되는데 당장 남편이 버는 돈으로 생활을 하기가 좀 어려웠던 상태여서.. (사례14, 33세 미혼)

(그 당시에는) 둘째 생각이 있었는데 그래서 갖게 됐는데 제가 그 당시에 취업을 갑자기... 또 준비하게 되면서 그게 된 거예요, 취업이. 그래서 취업이 돼서 그 뱃속의 아이가 그때 한 달 됐나? 4주, 5주 그 정도 됐었는데 그래서 직장을 다시 나갈 계획으로 그렇게 결정을 하게 됐습니다. (사례15, 31세 기혼)

아이 키우는 것만으로 솔직히 경험 그게 다 새롭고 그게 그렇잖아요. 그러니까 그런 일하고 집안일도 있고 그런 모든 것들이 지금 상태에서 그때 당시에 몇 년 있다가 내가 익숙해진 상태에서 둘째를 가진 게 아니어서 심리적인 그럴 여력은 없었던 것 같아요. 힘들, 그리고 우울증에 빠질 그런, (사례16, 36세 기혼)

(그 당시에) 우리가 애가 둘이 있는데 아이들한테 더 정성을 쏟자. 애들이 어리니까. 그리고 금전 문제. 그 생각을 하니까 그게 맞더라고요. 그래서 서로 동의하에 (병원)가게 됐죠. (사례18, 33세 기혼)

(빛이) 감당하기가 힘들어져가지고. 네. 그런데 이제 저희 집에서 그거를 일절 돈을 보태서 결혼을 해주실 형편이 안 되었기 때문에 제가 스스로 그거를 벌어서 가야 될 상황이라 그거를 제가 또 손을 내밀 수가 없어서 저도 심적으로는 안정이 되고 가야겠다는 생각이 들어서. (사례20, 30대 초반 미혼)

이 외에도 본인의 건강상의 문제로 인해, 그리고 미혼의 경우 결혼하지 않은 상태에서 아이를 낳았을 때 직면하게 되는 사회적 시선과 낙인에 대한 두려움, 기혼의 경우 이미 아이가 있고 다시 어린 자녀를 키워야 하는데 그것에 대한 부담이 오로지 본인(여성)에게만 있는 것에 대한 두려움이 임신중단을 결정하게 된 배경인 것으로 확인되었다.

만약에 (남자친구랑)결혼을 할 생각이었다면 굳이 병원을 생각하지 않았을 거 같아요. 근데 그때 상황은 사실 결혼을 할 상황은 아니었기 때문에 그 부분이 가장 고민이 됐고. 그 다음으로...(중략)... 일도 하고 있었고. 근데 미혼인 상태에서 아이를 낳아서, 그렇다고 해서 저희 집이 또 여유가 있다든지, 누군가 봐줄 수 있는 상황도 아니었고. 제가 이 아이를 감당하면서, 사실 사회적 시선도 그렇게 좋지는 않잖아요. 혼자 아이를 낳아서 키우는데 시설 같은 데 들어가서 생활한다는 것도 사실 쉽지 않은 일이고. 그래서 그렇게 결정을 내렸던 거 같아요. (사례4, 40세 미혼)

그 당시에 수술을 한, 허리수술에 자궁수술에 이렇게 했었거든요. 근데 임신하면 안 된다고 그랬어요, 허리에 무리가 가고 그래서. 근데 이제 임신을 하게 돼서. 나이도 있고 몸상태도 안 좋았어요. 둘째까지 있는 상황. 둘째까지 낳고 더 이상은 아빠도 나이도 있고 그래서 (사례6, 30대 중반~40세 기혼)

남편은 셋째를 좀 원하기도 했었고 해가지고. 근데 이제 경제적인 것도 있고 이제 남편 일하고 저는 독박육아라서. 아직 둘째도 어리고. 그런 이유를 다 대니까 좀 허락을 해주더라고요. (사례11, 30세 기혼)

그냥 엄두가 안 났죠. 24살이었으니까, 회사를 다니는 상태고, 결혼 전이니까 아무래도 인식 자체가 결혼 전에 애를 가진다는 게, 결혼날짜 한 1년 남은 상태인데 애를 낳고 해야 되잖아요, 그러면. 그니까 그게 엄두가 안 나니까 나중에 결혼하고 낳자, 라고 생각을 해서 그때는... (사례8, 24세 미혼)

## 2. 임신중단 관련 필요한 정보 및 주된 습득 경로

임신중단 경험자에게 임신중단과 관련하여 필요했던 정보(우선순위 2가지)를 물어본 결과(복수응답 처리)<sup>73)</sup>, 가장 많이 응답한 것은 ‘인공임신중절(낙태)이 가능한 의료기관’으로 71.9%가 이에 응답하였다. 이 정보에 대해서는 임신중단 당시의 연령과 혼인상태에 따른 특정한 경향이 나타나지는 않았다. 이는 그만큼 임신중단이 미혼에 비해 기혼이, 낮은 연령에 비해 높은 연령에서 좀 더 쉽게 수술할 수 있는 의료기관에 접

73) 우선순위별 응답은 부록에 제시하였음. (<부표 8, 9> 참조)



근이 가능한 것이 아님을 의미한다. 다시 말해서 현행법에서 낙태를 범죄로 규정하고 있는데, 그에 따른 임신중절수술이 가능한 의료기관을 찾는 것은 기혼이든, 미혼이든, 연령이 높은 낮은 상관없이 어렵다는 것이다. 이보다는 응답률이 낮지만 ‘인공임신중절(낙태)에 드는 비용’에 대한 응답이 57.9%가 있었다. 특히 혼인상태가 법률혼·별거·이혼·사별(53.0%)보다는 사실혼·동거(62.5%)나 미혼(60.8%)에서 많았다. 다음으로 ‘인공임신중절(낙태)로 인한 부작용 및 후유증’에 대해서 40.2%가 응답하였는데, 여기서는 기혼(법률혼·별거·이혼·사별/사실혼·동거)이 미혼보다 좀 더 응답률이 높았다. 또한 미혼은 대체로 방금 지정한 임신중단 비용을 비롯하여 임신중단 방법에 관한 정보를 기혼에 비해 더 필요하다고 응답하였지만, 기혼의 경우는 임신중단에 따른 부작용 및 후유증을 비롯하여 임신중단 관련 전문상담기관이나 법률 관련 정보를 미혼에 비해 더 필요했다고 응답하였다.

한편, 위에서 살펴본 임신중단 관련 정보를 어떻게 습득하게 되었는지 그 주된 경로를 보면, ‘의료인(의사, 간호사 등)’이 34.6%로 가장 많았고, 이어 ‘온라인(인터넷)을 통한 불특정 대상’이 29.3%로 나타났다.<sup>74)</sup> 이들 경로가 전체의 약 64.0%를 차지하는데, 전자인 ‘의료인(의사, 간호사 등)’에 의한 정보 습득은 법률혼·별거·이혼·사별(46.5%), 사실혼·동거(30.6%), 미혼(25.6%) 순으로 나타났지만, ‘온라인(인터넷)을 통한 불특정 대상’을 통한 정보 습득은 사실혼·동거(34.7%)과 미혼(33.0%)이 법률혼·별거·이혼·사별(23.3%)보다 많았다. 이외에도 ‘친구 및 지인(선후배, 직장동료 등)’을 통해 정보를 습득한 경우도 18.3%가 있었는데, 이는 미혼에서 응답이 많았다.

이상의 결과를 통해 볼 때, 임신중단 과정에서 미혼은 기혼에 비해 사회적 편견과 낙인으로 인해 익명성을 보장받는 온라인 환경이나 주변인을 통해 필요한 정보를 습득하고 있음을 알 수 있다.

74) 설문지상의 ‘종교인’, ‘기타’ 항목에 대한 응답은 없었음.

〈표 6-11〉 임신중단 관련 필요했던 정보(복수응답) 및 주된 습득 경로

(단위: %, 명)

구 분		임신중단 관련 필요했던 정보						임신중단 관련 정보 주된 습득 경로									계
		인공 임신 중절 (낙태) 방법	인공 임신 중절 (낙태) 가능 의료 기관	인공 임신 중절 (낙태) 관련 법률 정보	인공 임신 중절 (낙태) 비용	인공 임신 중절 (낙태) 부작용 및 후유증	전문 상담 기관/ 단체	파트너	본인 부모	파트너 부모	형제 자매 및 친인척	친구 및 지인	상담사 및 관련 단체 (기관) 관계자	의료인	온라인	없음	
당시 연령	24세 이하	15.1	72.1	1.9	61.6	38.2	11.1	8.5	1.3	2.7	0.9	18.8	0.0	28.7	31.8	7.2	223
	25~29세	14.6	72.1	5.0	58.7	40.5	9.1	7.1	0.0	4.0	1.8	18.1	0.0	34.5	30.1	4.4	227
	30~34세	15.0	68.4	7.8	50.0	44.9	13.9	5.8	0.6	1.7	1.2	18.0	0.6	42.4	23.8	5.8	172
	35세 이상	7.7	75.9	7.9	60.7	37.1	10.8	6.8	0.8	2.3	2.3	17.3	3.0	35.3	30.8	1.5	134
당시 혼인 상태	미혼	16.4	73.1	3.3	60.8	37.0	9.4	8.2	0.8	3.4	0.8	21.4	0.3	25.6	33.0	6.5	355
	기혼 (법률혼·별거·이혼·사별)	12.1	71.1	6.2	53.0	43.7	14.0	5.6	0.3	2.0	2.3	14.6	1.0	46.5	23.3	4.3	303
	기혼 (사실혼·동거)	8.5	70.2	9.3	62.5	41.4	8.0	8.2	1.0	4.1	1.0	17.3	1.0	30.6	34.7	2.0	98
계		13.6	71.9	5.2	57.9	40.2	11.1	7.2	0.7	2.8	1.5	18.3	0.6	34.6	29.3	5.0	756

주: 1) 임신중단 관련 필요했던 정보 수치는 응답된 우선순위 2가지를 복수응답으로 처리하였음.

2) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

3) 설문지상의 '기타' 항목에 대한 응답은 없었음.

4) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

이상의 설문조사의 내용은 심층면접 참여자로부터 확인된 것과 크게 다르지 않았다. 이를테면, 임신중단 과정에서 필요했던 정보는 임신중절수술을 어디에서 받을 수 있고, 이때 비용과 이후 후유증 및 건강관리에 관해서였다. 그리고 이런 정보를 얻기 위해 활용한 방법은 주로 온라인이나 주변의 친한 지인이었다. 임신중단이 현행법에서 불법으로 규정되어 있는 상황에서 관련 정보를 얻을 수 있는 방법이나 공개된 경로가 막혀 있기 때문에, 일반적이고 가장 우선적으로 찾게 되는 방법이 온라인이었다. 또한 온라인은 임신을 종료하고자 하는 자신의 생각이나 결정된 마음상태를 보여주지 않아도 되기 때문이다. 주변 지인의 경우에는 자신과 같은 상황을 이미 경험하였거나 자신의 현재 상황을 잘 이해해 줄 수 있다고 생각하기 때문이었다. 그러면서도 임신중단 경

험자(심층면접 참여자)들은 임신중단과 관련하여 궁금한 부분이나 전문적인 내용에 대해 상담을 받을 수 있는 기관이 있었으면 하는 바람이 있었다. 그 이유는 온라인이나 주변 지인을 통해 관련 정보를 얻는다 하더라도, 좀 더 자신이 알고 싶은 하는 내용에 대한 정확한 정보가 맞는지에 대한 의구심이 있기 때문이었다. 특히 자신의 몸과 관련된 이 선택이 적절한지 혹은 선택에 있어 어떤 문제나 생각하지 못한 상황에 직면할 수 있는지 등 자신의 몸을 보호하기 위한 기존의 관련 정보들이 자신들의 궁금증을 해소하기에는 여전히 불충분했기 때문이다. 또한 자신의 몸과 상황을 전문적으로 상담해 줄 의료기관이 있음에도 불구하고, 범죄로 규정된 현행법상에서는 이들 기관에 몇몇하게 방문하기 어렵고, 방문하더라도 죄인처럼 내몰리거나 거부당하는 등 여러 부당한 대우와 차별을 경험하고 있었다. 그래서 이들은 현행법에서의 임신중단자를 범법자로 내몰지 않는 것, 그리고 자신과 같은 고민과 불가피한 선택을 할 수밖에 없는 여성에게 정확한 정보와 전문적인 상담의 할 수 있는 창구가 필요하다는 것, 더 나아가 안전하게 임신중단을 할 수 있는 시설과 환경에 관한 향후 변화를 기대한다는 의견이 많았다.

제가 아까 친구랑 같이 (임신중절 받았다고)했는데 저는 (수술 시간이) 30분, 친구는 5분. 이런 게 왜 그렇게 되는 건지 설명도 없이 그냥 “끝났어요. 약 맞고 가세요.” (의무적으로 증상과 원인과 치료방법과 후유증과 이런 것들에 대해) 아무 설명도 없었으니까. (사례1, 19~20대 초반 미혼)

뭔가 어른들께 한번 여쭙보고 싶은데 부모님께 여쭙보긴 그렇고 그렇다고 아는 분도 없는 거 같고. 그래서 상담을 만약에 하자니 좀 오래 걸릴 거 같아서, 그래서 인터넷만 계속 검색을 하다가 여기저기 많이 물어봤었거든요 (사례2, 25세 미혼)

일단 그런 일(임신중단)을 겪었을 때 좀 상담을 해줄, 뭐 어쩔 수 없이 피치 못할 사정으로 낳지 못하는 사람들이 있잖아요. 그니까 그런 사람들을 위해서 좀 그니까 어떻게 해야 되는지 그걸 좀 상담해주는 기관이 있었으면 좋겠고요. 그리고 그거에 대한 뭐 수술, 수술 비용이라든지 이런 것도 조금 부담을 해주셨으면 좋겠어요. (사례5, 37세 기혼)

그때는 그제(낙태가) 불법이다 보니까 쉬쉬하게 되잖아요. 그거를 좀 이렇게 법제화를 좀 제대로 해가지고 정말 저 같은 경우에 있는 사람들은 낙태하는 거가 불법이 아니게끔. 왜냐하면 이것도 돈이 많이 들어가는 거거든요. (사례6, 30대 중반~40세 기혼)

일단은 인터넷을 막 뒤져봤는데 인터넷에도 정보가 없어요. 광고는 엄청 많은데 불법이라는 얘기만 엄청 많고 저도 이걸 누구한테 얘기를 할 수가 없으니까 처음에 인터넷으로만 계속 봤는데 그러다가 그냥 어느 산부인과 그냥 예약해서 갔어요. (수술기관을 찾는 것은)

어렵진 않지만 정보를 구하는 데에 있어서 정확한 정보인지에 대해서는 의문이 많이 갔었어요...(중략)... 진짜 산모가 어떻게 잘못되어서 한 소파수술이 아니라, 유산해서 이렇게 한 그런 게 아니라 그 사후 관리가 없잖아요. 잘 모르는데 내 몸을 정기검진? 그런 관리는 못 받았죠. 제가 직접 병원에 가서 물어보고 검사받고 이래야만 아는 거니까..  
(사례7, 25세 미혼)

그 비용이 지금은 저렴한 편도 아니고. 네, 비용이 아마 제일 크지 않을까? 당장 그거를 이제 현금으로 준비를 해야 되니까. (사례8, 24세 미혼)

일단 뭐 자연적으로 가졌고 뭐 성폭행이나 이런 거 피치 못할 경우에만 자기네들은 그거 그런 수술을 해준다고 안 된다 해갖고 그 며칠을 또 그거 찾는다고 시간을 많이 또 허비했었어요. 그래갖고 제가 하얏튼 뭐 카페 같은 데도 물어보고, 이렇게 하니까 쪽지 같은 것도 보내주시고 해갖고 하니까 또 뭐 여기가 지금 00구인데 00구 쪽에 있으니까 너무 가기가 힘든 거예요. 또. 애들 또 올 시간도 있고 이러니까.. 그래갖고 안 되겠다 싶어갖고 또 근처에 이렇게 보니까 이제 뭐지, 그냥 이렇게 지나가다가 보니까 좀 되게 허름한 산부인과인데 있었어요. 그래갖고 혹시나 싶어갖고 전화하니까 거기는 가능하다 하시더라고요.  
(사례12, 38세 기혼)

(임신이 되어서) 이제 병원을 알아봤죠. 이제 검색도 해보고 근데 그때 당시에 어떤 이유가 불명확하고 남편의 동의가 없으면 안 됐었어요, 그 임신중절이. 병원을 두 군데를 갔어요. 한 군데는 이제 거기는 평소 제가 결혼 전에 자궁검사라든가 하는 병원이었는데 거기서는 남편 데리고 와라. 동의가 있어야 된다 그래서 그냥 나왔고 그 근처에 또 다른 이제 작은 병원을 갔었던 거죠. 왜 그랬는지 모르겠어요. 작은 병원은 왠지 좀 더, 좀 더 이렇게 복잡하지 않게 될 거 같아서 가봤는데 거기는 가능하다 그래가지고. (사례14, 33세 미혼)

### 3. 임신중단 관련 의료기관(의사, 간호사 등 의료인) 상담 여부 및 이후 임신중단 결정까지의 소요기간

임신중단과 관련하여 의료기관(의사, 간호사 등 의료인)에 상담을 한 적이 있다는 응답자는 전체 임신중단자 756명의 73.7%인 557명이었는데, 이들은 연령이 높고, 혼인 상태가 법률혼·별거·이혼·사별에서 좀 더 많았다. 이렇게 의료기관(의사, 간호사 등 의료인)에서 임신중단과 관련하여 상담한 적이 있었다는 응답자를 대상으로 상담 후 임신중단을 하기로 결정하기까지 소요된 기간을 물어 보았는데, 전체의 67.5%는 '1주일 미만'이라고 응답하였고, 여기에는 '3일 미만'이 36.9%p를 차지한다. 특히 '3일 미만' 응답자는 연령이 낮고(24세 이하 41.5% vs. 35세 이상 26.0%), 사실혼·동거(43.7%)와 미혼(39.4%)이 법률혼·별거·이혼·사별(32.0%)보다 상대적으로 많았다. 반면 '1개월

이상' 소요되었다는 응답자의 경우 임신중단 당시 연령이 24세 이하가 4.3%로 가장 높게 나타나기도 하였다. 대체로는 가능한 빠른 시일 내에 임신중단을 결정하는 경향은 연령이 낮고, 미혼에서 좀 더 높음을 알 수 있다.

〈표 6-12〉 임신중단 관련 의료기관(의사, 간호사 등 의료인) 상담 여부 및 이후 임신중단 결정까지의 소요기간

(단위: %, 명)

구 분		의료기관(의료인) 상담 여부			의료기관(의료인) 상담 이후 임신중단 결정까지의 소요기간					
		상담했음	상담하지 않음	계	3일 미만	3일 이상 ~ 1주일 미만	1주일 이상 ~ 2주일 미만	2주일 이상 ~ 1개월 미만	1개월 이상	계
당시 연령	24세 이하	73.1	26.9	223	41.5	30.5	15.9	7.9	4.3	163
	25~29세	68.7	31.3	227	37.2	30.8	23.7	7.1	1.3	156
	30~34세	77.5	22.5	172	39.8	29.3	18.0	9.8	3.0	134
	35세 이상	78.2	21.8	134	26.0	31.7	33.7	4.8	3.8	104
당시 혼인 상태	미혼	71.8	28.2	355	39.4	30.3	19.7	7.5	3.1	254
	기혼 (법률훨별거·이혼·사별)	76.5	23.5	303	32.0	33.8	23.4	7.8	3.0	231
	기혼 (사실혼·동거)	72.4	27.6	98	43.7	21.1	25.4	7.0	2.8	71
계		73.7	26.3	756	36.9	30.6	21.9	7.6	3.0	557

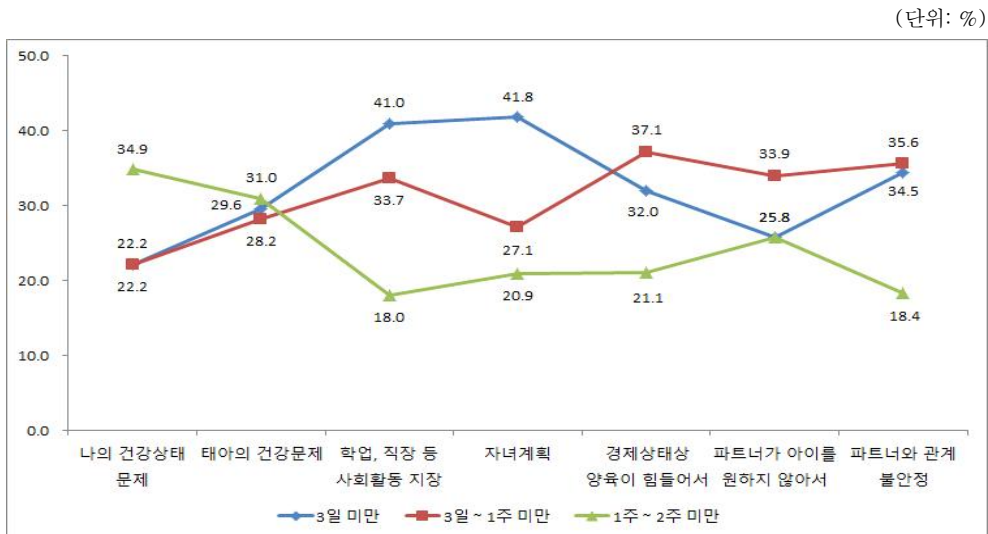
주: 1) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

한편, 앞서 살펴본 임신중단 사유들 중에서 주요 사유 7가지를 중심으로 의료기관(의사, 간호사 등 의료인) 상담 이후 임신중단 결정까지 소요된 기간(여기서 소요기간이 2주 이상은 사유별 차이가 크지 않아 제시하지 않음)의 차이를 살펴보았다. 그 결과, 이들 사유 중에서도 응답률이 높았던 '학업, 직장 등 사회활동에 지장이 있을 것 같아서', '경제상태상 양육이 힘들어서(고용불안정, 소득이 적어서 등)', '자녀계획(자녀를 원하지 않아서, 터울조절 등)'은 상담 이후 대체로 임신중단을 결정하기까지 소요된 기간이 1주일 미만인 비율이 많았다(각각 74.7%, 69.1%, 68.9%). 특히, 사회활동과 자녀계획은 3일 미만의 비율이 매우 높게 나타났다(각각 41.0%, 41.8%). 그 밖에도 '파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와 관계가 불안정해서(이별, 이혼, 별거 등)'도

70.1%는 의료기관 상담 후 임신중단 결정을 1주일 미만으로 하고 있었다. 이 사유는 앞서 사회활동, 자녀계획, 경제적 사유에 비해서는 임신중단 사유의 비중은 낮았지만 (표 6-9 참조), 의료기관(의사, 간호사 등 의료인) 상담 이후 임신중단 결정에 있어 소요되는 시간이 길지 않은 중요한 사유임을 알 수 있다. 사회활동, 경제적 이유, 자녀계획 역시 임신중단을 빨리 결정하게 되는 중요한 사유라고 할 수 있다.

[그림 6-2] 임신중단 주요 사유별 임신중단 관련 의료기관(의사, 간호사 등 의료인) 상담 이후 임신중단 결정까지 소요 기간



주: 1) 상기 그림은 각 사유별로 '2주일 이상 ~ 1개월 미만', '1개월 이상'의 응답비율이 미제시된 것으로 합계가 100.0%가 되지 않음.

2) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

앞서 살펴본 설문조사와 같이 임신중단 이후에 가능한 빠른 시일 내에 임신을 종료 하고는 있지만, 그 시기가 늦어지는 경우도 많다. 여기에는 중단수술을 해 줄 수 있는 의료기관을 찾기 어려운 것도 있다. 더 나아가 임신중절이 불법이라는 것 때문에 수술 기관의 전문성이나 수술환경 등 내외적 정보를 얻기까지 시간이 필요하여 늦어지는 경우도 있다. 심층면접을 통해 소비자로서 여성은 수술기관 및 수술의를 선택할 수 없고, 오히려 이들의 선택을 받고 이들의 비공개된 의료적 전문성과 기술, 판단에 의존할 수밖에 없는 구조임을 발견할 수 있었다. 또한 임신중절을 선택하는 과정에서 충분한 상담과 정보를 제공받기 어려운 부분도 있다. 이는 심층면접 과정에서 임신중단자들의

일관된 경험이기도 하다. 그런데 이렇게 임신중절수술을 받을 수 있는 기관을 찾는 것으로 모든 것이 해결된 것처럼 생각하는 경우도 있다. 그 이유는 임신중절이 가능한 의료기관을 찾지 못하면 그만큼 여성이 겪는 심리적 부담감은 더 가중될 수밖에 없기에, 임신중단의 과정이 안전하고 위생적인지, 충분히 이를 인지했는지의 문제는 소비자로서는 제기할 수 없는 부분이기 때문이다.

(중절결정 후 수술한 시점) 한 2주? 2주는 안 걸리고 한 일주일 정도 안에 끝난 거 같아요. 결정하고 병원 알아보고. 그리고 저는 진짜 수술이 가능하다고 할 때 바로 수술을 받았거든요. (사례7, 25세 미혼)

일단 뭐 자연적으로 가졌고 뭐 성폭행이나 이런 거 피치 못할 경우에만 자기네들은 그거 그런 수술을 해준다고 안 된다 해갖고 그 며칠을 또 그거 찾는다고 시간을 많이 또 허비했었어요. (사례12, 38세 기혼)

#### 4. 임신중단 방법으로서 약물 선택과 관련 특징

##### 가. 약물 방법 선택 및 관련 이유

임신중단을 위해 선택한 방법은 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약과 같은 약물을 이용한 방법과 의료기관 등을 통한 수술방법이 있다. 약물만 복용하여 임신중단한 여성은 전체(756명)의 2.8%(21명)이었고, 약물을 복용하였으나 임신중단이 되지 않아 최종적으로 임신중절 수술을 한 여성은 7.0%(53명), 수술만 한 여성은 90.2%(682명)으로 나타났다. 특히, 약물의 경우 전체 임신중단 경험 여성 중 9.8%(74명)가 경험하였으며, 이 중 53명인 71.6%는 임신중단을 하지 못하여 다시 임신중절 수술을 통해 임신을 중단하였다. 즉, 이들의 28.4%(21명)만이 약물 방법으로 임신중단을 한 것으로 나타났다.<sup>75)</sup>

한편, 약물 방법 선택에 있어 당시 연령에 따른 차이는 보이지는 않았지만, 혼인상태

75) 본 실태조사에서는 ‘자연유산유도약(미프진 등 인공임신중절(낙태)약)이나 유사약’으로 범위가 넓음. 임신중절을 위해 싸이토텍(성분명: 미소프로스톨)이라는 유도분만제도 종종 사용되는데, 수일 간 복용해야 하고 그 방법도 임신주수에 따라 달라져 임신중단을 성공하지 못한 경우도 있을 수 있음. 또는 임신중단을 위해 약물을 복용 이후 자궁수축 작용과정에서 찌꺼기가 모두 빠져나가지 못하여 의료기관에서 수술방법을 한 경우가 있어, 이 경우에는 약물에 의한 임신중단을 하였다고 응답하지 않았을 가능성도 있음.

에 있어서는 차이가 있었다. 이를테면, 사실혼·동거에서의 약물 선택률(약물 복용 후 임신중단 실패로 인한 수술 포함)은 15.3%로 미혼과 법률혼·별거·이혼·사별의 8.8%, 9.2%에 비해 상대적으로 높았다. 그리고 사실혼·동거에서의 약물 선택 결과는 성공률도 높았지만, 실패율도 높았다.

〈표 6-13〉 임신중단 방법

(단위: %, 명)

구 분		약물 복용	약물 복용 → 임신중단 실패 → 임신중절수술	임신중절수술 선택 (약물 미복용)	계
당시 연령	24세 이하	2.7	6.3	91.0	223
	25~29세	3.5	7.9	88.5	227
	30~34세	2.3	5.2	92.4	172
	35세 이상	2.3	9.0	88.7	134
당시 혼인 상태	미혼	2.3	6.5	91.3	355
	기혼 (법률혼·별거·이혼·사별)	2.6	6.6	90.8	303
	기혼 (사실혼·동거)	5.1	10.2	84.7	98
계		2.8	7.0	90.2	756

주: 1) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

임신중단을 위해 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약 등의 약물을 복용한 74명을 대상으로 그 이유를 물어 본 결과(복수응답), ‘인공임신중절(낙태) 수술이 두려워서’와 ‘인공임신중절(낙태) 수술보다 비용부담이 적어서’라는 응답이 각각 34.6%와 31.5%로 전체의 66.1%를 차지하였다. 이보다는 응답률은 낮지만, ‘인공임신중절(낙태) 수술보다 부작용이 덜할 것 같아서’ 24.9%, ‘인공임신중절(낙태) 수술을 할 수 있는 병의원을 찾을 수 없어서’ 14.9%, ‘병의원에 가지 않고도 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약을 구할 수 있어서’ 12.4%, ‘파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)의 동의 없이 가능해서’ 10.8%가 있었다. 여기서 주목해야 할 것은 비용 부담, 수술을 받을 수 있는 의료기관에 대한 접근의 어려움, 파트너의 동의 불필요의 이유로 약물을 복용했다는 것은 낙태를 범죄로 규정함에 따른 부작용으로 볼 수 있다는 것이다.

한편, 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약 등의 약물 방법



을 선택하였을 때 임신 주수는 2주부터 20주까지 매우 다양하였고, 평균적으로는 5.9주( $\pm 3.79$ )로 나타났다. 본문에는 제시하지 않았지만, 선택률이 가장 높았던 시기(임신 주수)를 보면 임신 4주와 5주로, 각각 20.7%와 23.0%이며 전체의 43.7%를 차지하였다. 30대 초반까지는 5.8주로 연령 간에 차이가 없었지만, 35세 중후반에서는 6.4주로 좀 더 임신주수가 길어진 것을 볼 수 있다. 혼인상태별로 보면, 법률혼·별거·이혼·사별에서의 약물 사용 시 임신주수가 5.4주로 가장 빨랐고, 미혼과 사실혼·동거는 각각 6.1주와 6.4주로 나타났다.

〈표 6-14〉 임신중단 방법으로 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약] 또는 유사약 선택 이유 (복수응답) 및 복용 시 임신주수

(단위: %, 주, 명)

구 분		임신중단을 위해 수술 대신 약물 방법 선택 이유(복수응답)							약물 복용 시 임신 주수			계
		파트너 동의 없이 가능해서	병의원 가지 않고 약물을 구할 수 있어서	인공 임신중절(낙태)술이 두려워서	인공 임신중절(낙태)술보다 비용 부담이 적어서	인공 임신중절(낙태)술을 할 수 있는 병의원을 찾을 수 없어서	인공 임신중절(낙태)술보다 부작용 덜할 것 같아서	기타	평균 임신주수 (표준편차)	범위	F (p)	
당시 연령	24세 이하	14.0	9.9	35.7	30.4	24.9	32.0	9.4	5.8주( $\pm 4.75$ )	2~20주	0.093	20
	25~29세	16.1	16.5	48.0	28.1	8.4	22.6	4.4	5.8주( $\pm 3.73$ )	2~20주		26
	30~34세	0.0	22.5	7.2	30.9	7.0	32.5	15.3	5.8주( $\pm 3.57$ )	2~13주		13
	35세 이상	7.1	0.0	34.2	39.1	19.7	13.0	0.0	6.4주( $\pm 2.88$ )	3~12주		15
당시 혼인 상태	미혼	15.5	13.8	46.7	23.2	19.6	25.4	6.1	6.1주( $\pm 4.04$ )	2~20주	0.411	31
	기혼 (법률혼·별거·이혼·사별)	0.0	10.9	26.2	43.6	10.6	23.4	7.3	5.4주( $\pm 3.96$ )	2~20주		28
	기혼 (사실혼·동거)	21.5	12.4	25.8	25.9	13.3	26.9	7.2	6.4주( $\pm 2.97$ )	3~12주		15
계		10.8	12.4	34.6	31.5	14.9	24.9	6.8	5.9주( $\pm 3.79$ )	2~20주		74

주: 1) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## 나. 약물 구매 방법 및 비용

임신중단을 위해 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약 등의 약물을 구매한 방법을 보면, 과반 이상인 62.1%는 의사 처방을 통해 구매한 것으로 나타났다.<sup>76)</sup> 나머지 37.9%는 본인이 직접 인터넷 사이트(15.3%)를 통해, 혹은 지인이나 구매대행인(22.6%)을 통해 구매한 것으로 나타났다. 앞서 임신중단 당시 혼인상태가 사실혼·동거에서 약물 선택률이 가장 높았는데, 이들의 구매 방법은 미혼과 법률혼·별거·이혼·사별에 비해 의사 처방보다는 직접 인터넷 사이트나 지인 및 구매대행인을 통해 구매한 비율이 상대적으로 높았다.

자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약 등의 약물 구매에 필요한 비용을 보면, 10만 원 미만이 36.3%, 10~20만 원 미만이 24.3%, 20~30만 원 미만이 13.9%로 나타나 상당수(74.5%)는 30만 원 미만의 범위에서 약물 구매 비용을 지출하고 있는 것으로 나타났다. 그 외의 약 25%는 30~40만 원 미만 12.2%, 40~50만 원 미만 3.7%, 50만 원 이상 9.6%였다.

76) 임신중단을 위해 사용되는 약물로는 ‘미프진’이 잘 알려져 있는데, 현재 우리나라에서는 미승인된 약물로서 판매와 구매가 불법임. 그러나 이 약물 이외 싸이토텍(전문의약품)이라는 약물도 있음. 이 약물은 위장약으로 잘 알려져 있지만, 그 성분명은 미소프로스톨(misoprostol)이므로 산부인과에서는 임신부의 자궁수축을 도와 임신중절이나 유도분만을 위해 이 약물을 사용하기도 함. 따라서 이 약물을 의사의 처방을 통해 구매했다는 응답이 있을 수 있음.

〈표 6-15〉 임신중단 방법으로의 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약] 또는 유사약 등의 약물 구매 방법 및 비용

(단위: %, 명)

구 분		약물 구매 방법			약물 구매 비용						계
		의사 처방 구매	직접 인터넷 사이트 구매	지인/구매 대행인을 통해 간접구매	10만 원 미만	10~20만 원 미만	20~30만 원 미만	30~40만 원 미만	40~50만 원 미만	50만 원 이상	
당시 연령	24세 이하	55.0	5.0	40.0	35.0	15.0	0.0	25.0	10.0	15.0	20
	25~29세	73.1	19.2	7.7	28.0	36.0	20.0	12.0	0.0	4.0	26
	30~34세	61.5	23.1	15.4	38.5	30.8	15.4	0.0	0.0	15.4	13
	35세 이상	53.3	13.3	33.3	46.7	13.3	20.0	6.7	6.7	6.7	15
당시 혼인 상태	미혼	67.7	9.7	22.6	25.8	25.8	9.7	19.4	6.5	12.9	31
	기혼 (법혼·별거·이혼·사별)	64.3	14.3	21.4	50.0	17.9	21.4	3.6	3.6	3.6	28
	기혼 (사실혼·동거)	46.7	26.7	26.7	33.3	33.3	6.7	13.3	0.0	13.3	15
계		62.1	15.3	22.6	36.3	24.3	13.9	12.2	3.7	9.6	74

주: 1) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2) 중수적응으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## 5. 임신중단 방법으로서 수술 선택과 관련 특징

### 가. 수술 방법 선택 및 그 과정에서의 어려움

앞서 살펴본 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약 등의 약물 방법으로 임신중단을 하기도 하지만, 대다수는 수술방법을 통해 임신중단을 선택하고 있다. 여기서는 임신중단을 위해 의료기관을 알아보는 과정에서 가장 어려웠던 점을 물어보았는데, ‘특별히 어려운 점이 없었음(42.5%)’을 제외하면 가장 많이 지적한 것이 ‘인공임신중절(낙태)이 가능한 의료기관에 관한 정보가 부족하였다’였는데 약 40%가 이에 응답하였다. 이보다는 낮지만 12.2%는 ‘의료기관(의료인)으로부터 인공임신중절(낙태)이 불법이라고 거절당했다’는 응답도 있었다. 이는 모두 낙태죄로 인한 어려움과 연관성이 높다. 이와 관련하여 최근 김동식 등(2018) 연구에서는 임신중절을 위해 의료기관 방문에 어려움을 겪었던 시기가 2010년을 전후로 나타나고 있음을 지

적하였다. 실제 2010년 3월 정부는 낙태 근절을 위해 불법 임신중절예방종합대책을 발표하였고, 사회적으로 임신중단 행위가 불법인 것을 각인시켰으며, 그에 따라 당사자는 임신중절수술을 받을 수 있는 의료기관을 찾기 어려워지거나, 찾더라도 높아진 비용으로 수술을 포기해야 하는 상황이 되었다고 설명한다.

본 조사결과, 임신중단을 위해 찾은 의료기관 수를 보면 평균적으로 1.51회였다. 이 결과만 보면 임신중절수술을 받기 위해 의료기관을 찾는 것이 그렇게 어렵지 않다고도 볼 수도 있지만, (「모자보건법」에서는 일부 제한적으로 임신중절을 허용하고 있긴 하지만) 「형법」에서는 그 행위 자체를 불법으로 규정하고 있다. 그럼에도 불구하고, 수술이 가능한 의료기관을 찾는데 평균적으로 1.5개의 의료기관만 방문하였다는 것은 시사하는 바가 크다. 한편, 일부 여성들은 임신중단을 위해 3~5회, 어떤 여성은 10회까지 수술기관을 찾아다닌 것으로 나타났다는 점도 주목할 필요가 있다. 임신중단 당시 연령이 24세 이하이고, 미혼인 경우에서 의료기관 방문 수는 1회부터 10회까지 매우 다양했다. 이는 그 당시 연령이 25세 이상이거나 사실혼·동거, 법률혼·별거·이혼·사별에서 방문 의료기관 수가 5회 이하인 것과 비교할 때, 그 차이가 있음을 주목할 필요가 있다.

〈표 6-16〉 임신중단 가능 의료기관을 알아볼 때 어려움 및 방문한 의료기관 수

(단위: %, 명, 회)

구 분		임신중단 가능한 의료기관을 알아볼 때 가장 어려웠던 점							임신중단을 위한 방문 의료기관 수			
		인공임신 중절(낙태) 가능한 의료기관 정보 부족	의료기관 (의료인) 으로부터 불법 이유로 거절	의료기관 (의료인) 으로부터 다른 이유로 거절	의료기관 에서 갖추기 힘든 서류 요구	기타	특별히 어려움 없었음	계	평균 횟수 (표준편차)	범위	계	F (p)
당시 연령	24세 이하	42.2	10.3	0.0	3.4	0.5	43.6	203	1.62회(±1.08)	1~10회	217	2.944 (*)
	25~29세	39.1	10.4	0.5	4.0	1.0	45.0	201	1.45회(±0.78)	1~5회	219	
	30~34세	32.7	11.3	1.3	4.4	3.8	46.5	159	1.40회(±0.68)	1~4회	169	
	35세 이상	44.9	19.5	1.7	2.5	0.8	30.5	118	1.59회(±0.71)	1~3회	131	
당시 혼인 상태	미혼	40.4	10.5	0.6	4.0	1.2	43.2	324	1.53회(±0.95)	1~10회	347	2.016
	기혼 (법률훈·별거· 이혼·사별)	37.6	12.8	0.7	3.3	2.2	43.4	275	1.45회(±0.72)	1~5회	295	
	기혼 (사실혼·동거)	42.2	16.9	1.2	3.6	0.0	36.1	83	1.65회(±0.86)	1~5회	93	
계		39.6	12.2	0.7	3.5	1.4	42.5	682	1.51회(±0.85)	1~10회	735	

주: 1) \*p&lt;0.05

- 2) 의료기관을 알아볼 때의 어려움은 임신중절수술을 위해 처음부터 의료기관을 찾은 경우의 결과임(약물 복용 후의  
의료기관 방문 제외).
- 3) 임신중단을 위한 방문 의료기관 수는 임신중절 방법으로 약물을 선택하였으나 실패하여 임신중절수술을 위해  
의료기관을 찾은 경우와 처음부터 임신중절수술을 위해 의료기관을 찾은 경우의 결과임.
- 4) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.
- 5) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

이상의 설문조사 결과에서 심층면접 내용에 근거하여 임신중절수술기관을 찾는 과정에서 어려움을 좀 더 살펴보고자 한다. 면접자 20명 중 18명은 실제 임신중단을 경험한 자로서, 모두 어렵게 임신중단을 결정한 후에 수술기관을 찾는 과정은 매우 험난한 것을 확인할 수 있었다. 일부 기혼부부의 경우, 특별히 1, 2자녀가 이미 있어 정기적으로 산과 및 부인과 진료를 받았던 여성의 경우는 자신이 종종 찾는 의료기관에서 지금의 주치의와 자신의 상황에 대해 고민을 털어놓고 상담을 이어갔던 것을 볼 수 있다. 그 과정에서 어려움도 있었지만, 그럼에도 불구하고 임신중단을 선택하고 진행하는 과정에서 필요로 했던 다양한 형태의 정보를 제공받았었다.

첫째, 둘째 낳았던 병원으로 그냥 갔어요, 일단. 상담이라도 한번 받아보자 하고, 일단은. 왜냐 하면 처음 다니는 병원이면 좀 거부될 수 있는 경우도 많고 요즈음 안 해주는 데도 많으니까. 그래서 일단 신랑이랑 얘기해서 신랑이랑 같이 갔죠. 병원 찾아갔죠. 말씀을 드렸더니 맨 처음은 생각할 시간을 일주일 정도 가졌으면 좋겠다고 말씀을 하시더라고요. 생각을 하고 대화를 나누는 것이기 때문에 의사 선생님도 물어보시더라고요. 두 분 합의하신 게 맞냐고. 그래서 맞다고. 둘이 충분히 생각을 하고 결정을 하고 왔다. 그래서 일단은 그것도 얘기하고 일단 저희 상황을 설명을 드렸죠. 그랬더니 의사 선생님도 처음에는 그렇게 얘기하시다가 사실 애가 없거나 아니면 애가 하나밖에 없거나 그런 상황이면 안 해주시려고 했다고 하더라고요.

(사례18, 33세 기혼)

(찾다가 그냥 배우자분께서 “다니던 곳에 전화해보자.” 해가지고). (그 곳에서는 임신중절을 안 한다고 해서) 다 하는 거 봤다고 해가지고, 다니던 산부인과에 전화를 해본 거예요. 된다고는 안 하고 우선 나와 보라고 해서...(중략)... (해당 의료기관에서 임신중절을) 해주시겠다고 하셨어요. 자기 본인은 애가 있어서 안 되고 다른 선생님이 해주실 거라고. (사례13, 38세 기혼)

위의 사례는 혼하지 않은 상황일 수 있다. 많은 여성들은 이와 다른 상황에 직면하기도 한다. 임신 사실을 인지한 이후부터는 여성들은 많은 혼란 속에 정보를 찾는다. 앞서 설문조사와 심층면접의 내용에서도 언급하였지만, 의료인을 통해 정보를 얻기도 하지만, 온라인과 주변의 친구 및 지인을 통해 정보는 얻는 경우도 많다. 특히 온라인상에서는 임신중단과 관련된 익명의 수많은 정보가 게시되어 있다. 그러나 이 정보가 처음 경험한 여성뿐만 아니라 반복 경험한 여성에게도 유용하지는 않다. 그것은 현재의 낙태가 법으로 금지되어 있기 때문이다. 아래의 심층면접 내용에서도 알 수 있듯이, 인터넷을 통해 필요한 정보를 개개인이 수집하여, 수술을 받을 수 있는 기관을 여러 번 찾고 있음을 볼 수 있다. 그런데 이렇게 반복적으로 수술 기관을 찾고 알아보는 것이 좀 더 좋은 질의 의료서비스를 제공받기 위함이기보다는 당장 수술이 가능한 곳을 찾기 위함이라는 것이다.

(임신중단을 위해 의료기관을 찾아 다닐)그때 이 블로그 알아보면서 세 곳인가? 네 곳 정도를 알고 있긴 했는데, 거기에서 이제 00으로 먼저 물어봤었거든요. 00 상담으로 해서 이런, 이런 지금 상황이 어떻게 되고 가능하냐고 물었을 때 네 군데에서 두 군데만 가능하다고. 일단은 한번 와서 내원을 해보라고 했었어요. 그중의 하나를 들른 거였어요. 두 군데는 이거를 00으로 얘기를 할 수 없다고. 확인을 안 해줬기 때문에 제가 거기까지 가면 좀 시간낭비일 거 같아서 안 갔던, 둘 중에 좀 인터넷 검색을 많이 해봤는데 좀 다른, 이런 수술 후기는 없었지만 다른 활동을 많이 한 병원이 여기인 거 같아서..

(사례2, 25세 미혼)

(인터넷을 통해 정보를 찾아 해당 의료기관에 전화를 해서) 혹시 임신중절수술이 가능한지, 비용은 어느 정도 발생이 되는지 물어봤는데, 아무래도 전화로 세부적으로 얘기하지는 않고, 일단 방문하라고 얘기를 했어요. 여러 군데 했던 거 같아요, 몇 군데 했던 거 같아요. 한 세 군데, 네 군데? 아예 그런 거 자체를 하지 않는다고 말하는 병원도 있었어요. (사례4, 40세 미혼)

큰 병원이라서 그 환자 뭐야. 저의 상태보다는 불법, 불법이니깐 안 된다고 그래서 거기선 포기하고 그냥 개인 산부인과 가서 한 거예요. (사례6, 30대 중반~40세 기혼)

요즘은 그걸 안 해주잖아요. 수술을. 소문을 듣고 갔죠 왜냐하면 제 친구도 그런 적이 있어가지고, 근데 전 00에 살고 있으니까 웬만한 큰 병원은 안 해주시거든요. 아무리 남편하고 이렇게 상의를 해도 안 해주세요. 그래 가지고 원래 가봤던 곳이기도 하고 해서 그쪽이 해준다고 해가지고 가게 됐어요. (사례11, 30세 기혼)

#### 나. 수술 기관 유형 및 수술 받은 지역

조사결과에 따르면, 임신중절수술은 거의 모두 의료기관에서 이루어지고 있다. 특히 약 70%는 산부인과 개인병원(의원)에서 수술을 받았고, 산부인과 전문병원 및 일반 중소병원은 이보다는 낮지만 28.3%가 응답하였다. 대체로 연령이 낮거나 미혼에서 좀 더 산부인과 개인병원(의원)에서 받았고, 그 반대는 산부인과 전문병원 및 일반 중소병원에서 수술을 받은 경우가 좀 더 많았다. 그러나 이는 산모의 건강이나 상황 등에 따라 달라질 수 있는 부분이 있어, 해석상에 주의가 필요하다.

임신중절수술을 받은 지역을 보면, 64.7%는 ‘주거지 근처’라고 응답하였다. 이 다음으로 ‘주거지와 가까운 타 시·도 지역’ 25.1%, ‘주거지와 먼 타 시·도 지역’ 9.9% 순이었다. 여기서 좀 더 살펴보아야 할 것은 24세 이하인 경우와 미혼인 경우에는 수술 받은 지역이 주거지가 아닌 타 시·도지역인 경우가 많다는 점이다. 특히, 미혼은 주거지와 먼 타 시·도지역인 경우도 13.0%가 응답했는데, 이는 법률혼·별거·이혼·사별이 6.5%, 사실혼·동거가 8.6% 응답한 것과 비교할 때 차이를 보인다.

〈표 6-17〉 임신중절수술을 받은 기관 유형 및 지역

(단위: %, 명)

구 분		임신중절수술을 받은 기관 유형					임신중절수술을 받은 지역				
		산부인과 개인병원 (의원)	산부인과 전문병원 /일반 중소병원	종합병원	조산원	잘 모르겠음	주거지 근처	주거지와 가까운 타 시·도	주거지와 먼 타 시·도	해외	계
당시 연령	24세 이하	75.1	24.0	0.0	0.0	0.9	58.5	26.3	14.7	0.5	217
	25~29세	72.0	26.6	0.5	0.9	0.0	67.6	22.4	10.0	0.0	219
	30~34세	65.1	32.5	1.8	0.0	0.6	68.5	22.6	8.3	0.6	169
	35세 이상	63.1	33.1	1.5	0.0	2.3	65.4	31.5	3.1	0.0	131
당시 혼인 상태	미혼	76.4	23.1	0.0	0.3	0.3	60.5	26.2	13.0	0.3	347
	기혼 (법률혼·별거· 이혼·사별)	62.7	34.6	1.7	0.3	0.7	70.1	23.1	6.5	0.3	295
	기혼 (사실혼·동거)	67.0	28.7	1.1	0.0	3.2	64.5	26.9	8.6	0.0	93
계		69.7	28.3	0.8	0.3	0.8	64.7	25.1	9.9	0.3	735

주: 1) 의료기관 유형 중 ‘한의원’, ‘기타’에 대한 응답은 없었음.  
 2) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.  
 3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

#### 다. 수술 받은 기관 선택 이유 및 비용

임신중절수술을 받은 기관을 선택한 이유(복수응답)에 대해서 가장 많은 응답은 ‘지리적으로 가까워서’로 45.2%였다. 이외 이유들 중에서 ‘유일하게 거절하지 않은 곳이어서(23.0%)’, ‘비밀 유지가 잘 될 것 같아서(17.9%)’, ‘비용이 저렴해서(3.1%)’가 있었는데, 이들 이유는 낙태죄로 인한 영향과도 연관성이 있다. 이를 각각 살펴보면, 미혼, 사실혼·동거, 법률혼·별거·이혼·사별 순으로 응답률이 높다. 그만큼, 미혼 혹은 사실혼·동거는 법률혼·별거·이혼·사별에 비해 낙태죄로 인해 임신중단행위로 인한 사회적 낙인의 두려움과 비용 부담 등 사회경제적 영향에 더 민감하고 더 많은 영향을 받고 있음을 알 수 있다.

임신중절수술에 지불한 비용(중개 수수료, 영양제 주사 등 제반 비용 총합)을 질문한 결과, 대다수(83.7%)는 100만 원 미만의 범위에서 지출한 것으로 나타났다. 반면, 임신중절 비용이 100만 원 이상인 경우도 7.9%가 있었다.



〈표 6-18〉 임신중절수술을 받은 기관 선택 이유(복수응답) 및 임신중절수술 지불 비용

(단위: %, 명)

구 분		임신중절수술을 받은 기관 선택 이유(복수응답)							임신중절수술 지불 비용								
		가까 워서	비밀 유지	의료진 실력	여의사 여서	저렴한 비용	거절 안한 곳 (유일)	기타	30 만원 미만	30~ 50 만원 미만	50~ 100 만원 미만	100~ 150 만원 미만	150~ 200 만원 미만	200~ 300 만원 미만	300~ 500 만원 미만	잘 모르 겠음	계
당시 연령	24세 이하	38.3	20.2	8.3	28.1	4.4	25.6	6.3	13.3	41.7	28.9	3.2	2.8	0.9	0.9	8.3	217
	25~29세	52.6	17.8	12.7	22.6	2.4	19.0	7.6	11.0	48.9	26.5	5.0	0.9	0.9	0.0	6.8	219
	30~34세	47.0	15.8	15.1	12.9	1.3	22.0	8.4	8.3	36.9	36.9	4.2	1.8	0.6	0.0	11.3	169
	35세 이상	42.0	16.8	13.4	15.5	4.5	26.5	9.5	4.6	35.4	40.8	10.0	2.3	0.0	0.0	6.9	131
당시 혼인 상태	미혼	42.3	20.3	10.0	26.9	4.5	24.7	5.4	12.7	44.1	29.7	3.5	1.7	0.9	0.6	6.9	347
	기혼 (법률혼·별거·이혼·사별)	47.3	15.1	14.9	15.3	1.3	20.9	10.3	7.1	40.5	35.4	5.8	1.4	0.0	0.0	9.9	295
	기혼 (사실혼·동거)	49.4	17.7	11.1	14.9	3.5	23.3	8.4	8.5	36.2	30.9	9.6	4.3	2.1	0.0	8.5	93
계		45.2	17.9	12.1	20.7	3.1	23.0	7.8	9.9	41.7	32.1	5.1	1.9	0.7	0.2	8.3	735

주: 1) 임신중절수술 비용 중 '500만 원 이상'에 대한 응답은 없었음.

2) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

본 설문조사에도 확인할 수 있듯이 임신중단 비용의 범위는 매우 다양하다. 이는 임신중단이 법에 의해 금지되어, 음성적으로 이루어지고 있어 비용은 개별 수술기관에 따라 책정되고 있기 때문이다. 그런데 이 비용은 수술기관을 찾는데 있어 매우 중요한 요인이 된다. 수술이 가능하더라도 비용이 부담이 되면, 자신이 부담할 수 있는 비용의 범위에서 다시 다른 기관을 찾을 수밖에 없다. 이는 특별히 연령이 낮고 미혼에서 더욱 비용의 문턱은 높을 수밖에 없다.

(임신중절수술)비용은 90만 원 조금 안 됐던 거 같아요. 네. 링거나 영양제나 다른 거, 그거는 저희 여행 가려고 원래 적금 부었던 게 있는데 그걸로, 그때 그냥 카드 안 된다고 해서 현금으로만 해야 된다고 했었거든요. (사례2, 25세 미혼)

갑자기 닥친 상황에 너무 큰돈이 나가야 되니까, 제가. 그렇게 알아봐서 그냥. 너무 비싸다고 저도 생각이 들고 급한, 급한 대로 그냥 거기서(45만 원 병원) 수술을 받았죠. 진짜 별로였는데, 그런데 원래 다른 병원은 그 남자친구가 직접 같이 꼭 오든가 아니면 직접 와서 동의서? 그걸 꼭 같이 써야지만 해주는데 그 병원은 그런 것도 없이 그냥 혼자 오고, (사례7, 25세 미혼)

그 비용도 딴 데보다는 적게 부르시더라고요. 비용 같은 것도 솔직히 딴 데는 좀 차이가 있어갖고...(중략)... 한 영양주사까지 다 맞고 해도 한 50만 원 안 졌거든요. 40 몇 만 원, 45만 원인가? 뭐 좀 얘기를 했어요, 그렇게 하니까. 여기는 많이 받지는 않는다고. 근데 딴 데는 좀 많이 받고 시간도 좀 이렇게 제가 원하는 시간이 잘 안 나오고 해갖고..  
(사례12, 38세 기혼)

## 라. 수술 받은 기관에 대한 인식 및 제공받은 정보의 충분 정도

임신중절수술을 받은 기관에 대한 인식(수술환경의 안전이나 위생에 대한 불안감)과 경험[의료인(의사, 간호사 등) 및 관계자로부터의 인격적 대우 제공] 및 제공받은 정보(중절수술 방법 및 후유증, 수술 이후 몸 관리 및 피임방법)의 충분 정도를 물어보았다. 대체로 제공 받은 정보가 충분했다는 응답은 연령이 높거나 법률훈·별거·이혼·사별 혹은 사실혼·동거에서 높았다. 다시 말해서, 연령이 낮거나 미혼에서는 임신중절수술에 대한 방법이나 관련 후유증에 대한 사전 정보를 충분히 제공 받거나, 혹은 임신중절 이후 몸 관리나 피임방법에 대한 정보를 충분히 제공받았다는 응답이 상대적으로 낮았다. 임신중절 환경의 안전이나 위생에 대한 불안감의 경우 혼인상태별로 통계적으로 유의했는데, 수치상 크게 차이는 없지만 미혼에서 불안감을 느끼는 정도가 다른 집단에 비해 다소 높았다. 반면, 의료인(의사, 간호사 등) 및 관계자의 인격적 대우에서는 통계적으로 연령별·혼인상태별 집단 간 차이는 나타나지 않았다.

〈표 6-19〉 임신중절수술을 받은 기관에 대한 인식과 제공받은 정보의 충분 정도

(단위: 점, 명)

구 분		인공임신중절(낙태)술 환경의 안전 및 위생 관련 불안감 느낌		의료인 및 관계자로부터 인격적 대우 받음		인공임신중절(낙태)술 방법 및 후유증 등 정보를 사전에 충분히 제공 받음		인공임신중절(낙태) 이후 몸 관리 및 피임방법 정보를 충분히 제공 받음		계
		평균점수 (표준편차)	F (p)	평균점수 (표준편차)	F (p)	평균점수 (표준편차)	F (p)	평균점수 (표준편차)	F (p)	
당시 연령	24세 이하	2.4점(±0.90)	1.555	2.9점(±0.71)	1.195	2.3점(±0.86)	4.449 (**)	2.3점(±0.95)	4.405 (**)	217
	25~29세	2.4점(±0.80)		2.9점(±0.60)		2.4점(±0.85)		2.5점(±0.85)		219
	30~34세	2.2점(±0.85)		3.0점(±0.67)		2.6점(±0.86)		2.5점(±0.85)		169
	35세 이상	2.3점(±0.90)		3.0점(±0.66)		2.6점(±0.89)		2.7점(±0.90)		131
당시 혼인 상태	미혼	2.4점(±0.85)	3.258 (*)	2.9점(±0.65)	0.712	2.3점(±0.89)	6.864 (**)	2.3점(±0.90)	6.862 (**)	347
	기혼 (법률혼·별거· 이혼·사별)	2.3점(±0.86)		3.0점(±0.67)		2.6점(±0.84)		2.6점(±0.87)		295
	기혼 (사실혼·동거)	2.2점(±0.87)		3.0점(±0.68)		2.6점(±0.80)		2.6점(±0.87)		93
계		2.3점(±0.86)		3.0점(±0.66)		2.5점(±0.87)		2.5점(±0.89)		735

주: 1) \*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01

2) 표 안의 값은 '전혀 그렇지 않았다' 1점, '그렇지 않은 편이었다' 2점, '그런 편이었다' 3점, '매우 그랬다' 4점을 기준으로 총 4점 만점의 평균 점수와 표준편차를 의미함.

3) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

4) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

한편, 아래의 내용은 위의 수술 환경의 안전이나 위생의 문제, 그리고 의료인(의사, 간호사 등) 및 관계자로부터의 비인격적 대우, 정보 제공과 관련하여 심층면접에서 나타난 결과이다. 이들은 수술기관을 어렵게 찾았지만, 수술기관에 들어섰을 때의 이미지는 일반 병원과는 달랐다고 많이 언급한다. 또한 과연 의료시설로서 나의 몸을 보호 받은 가운데 안전한 수술을 받을 수 있을지에 대한 의구심을 많이 가졌다고 하였는데, 그 이유가 바로 수술기관의 의료인 구성이나 위생적 환경 및 이용자를 대하는 의료인의 태도와 상황에서 확인할 수 있다. 수술을 하는 의료기관조차도 이 의료적 행위가 불법이기 때문에 수술 이후에 가능한 빨리 일을 처리하고 싶은 생각에, 전신마취로 수술을 받은 여성이 깨어나자 수술기관 밖으로 나가도록 요구하는 등 의료서비스의 이용자는 그 상황에서 보호받을 권리를 침해당한 일부 사례도 있었다. 여성은 자신의 수술 과정이, 그리고 수술 이후에 수술 결과가 어떠하며, 자신의 몸 관리와 앞으로 파트너와의 관계는 어떻게 해야 하는지에 대한 기본적인 정보를 받기 원하지만, 이에 대한 상담이나 교육은 거의 이루어지지 않았음을 알 수 있다.

제가 인터넷을 알아본 병원은 깨끗하고 큰 병원이긴 했는데 좀 비쌌어요. 그래서 저도 좀 고민을 하고 있었는데 그 사람은 처음에 안 믿으려고 그러고, “왜 이렇게 비싼 데에서 하나?” 그러고 하니까 그냥 그 사람이 말한 그 병원에서 그냥 한 거이긴 한데 정상적인 병원 같진 않았어요. 진짜 의사 한 명이랑 간호사 한 명? 딱 두 분이서만 하고, 그리고 좀 충격 있어요. 그런 병원도 있구나. 되게 시설도 진짜 안 좋고 위생적인 거는 솔직히 잘, 딱 봐도 안 좋아 보이긴 하는데 수면마취를 하잖아요. 그래서 잘 모르겠긴 한데 거의 공장이라고 그래야 되나? 그 정도로 저 말고도 사람이 제 뒤로도 줄이 서 있어요. 아는 사람만 오는 거 같은 그것만 전문으로, 약간 그런 느낌인 거예요...(중략)... 설명도 없고 그냥 수술해주고 회복하고 회복 끝나면 집에 알아서 가라, 이 식인 거예요. 수술하기 전에 돈 내고, 좀 충격이었어요. (사례7, 25세 미혼)

중절수술 하면서, 근데 좀, 분위기가 좀 좋지는 않았던 거 같아요. 행정하시는 분이 오셔서 뭐 이렇게 동의서를 쓰는 건데, 이제 뭐라고 했더라? 잘못 돼도 자기네들이 책임지지 않는다. 누가 알려달라고 해도 안 알려주는 대신에 그런 계약조건이 있는 거예요. 비밀유지를 해야 된다. 왜냐하면 그것도 불법이니까. (사례9, 28세 미혼)

그 의사선생님이 일단 낳을, 낳지 않을 거라는 그 얘기를 한 순간부터는 대하는 그 태도? 그런 게, 원래 제가 첫째나 둘째 임신해가지고 갔을 때 그런 선생님이 대하는 태도랑 달랐어요, 완전.불친절하고 그냥 그런 사람들만 대하는 것 같은, 그런 낙태하러 오는 사람들만 대하는 것 같은...(중략)... 여기서는 막 이렇게 잘 존중해주지 않는 듯한. (사례11, 30세 기혼)

(임신중단을 위해)전신마취를 했거든요. 전신마취를 하고 토요일이었어요. 토요일에 전신마취를 하고 깨어났는데 굉장히 빠르게 나가라고. 이제 급하게 병원 문을 빨리 닫아야 되기 때문에. 그래서 그게 불법이어서 그랬는지는 모르겠어요. 근데 빠르게 나가라 그래서 그때가 이제 완전 여름, 그러니까 겨울에서 봄으로 4월, 5월 이때니까 그렇게 따뜻한 날씨는 아니었다고 제가 기억이 나서 되게 춥고 막 어지럽고 몸이 너무 힘들었어요. 그래서, 택시를 타고. 택시도 이제 너무 잡기도 힘들고 막 몸이 너무 안 좋은 상태에서 마취가 이제 막 깨어났는데 빨리 짐 싸서 나가라고 그래서 되게 힘들게 나와서 집에 가서 막 너무나 힘들어, 마음도 힘들고 몸도 힘들고 막 왜 그랬을까. 되게 많은 감정들이 그때 그날 토요일 오후에. (사례14, 33세 미혼)

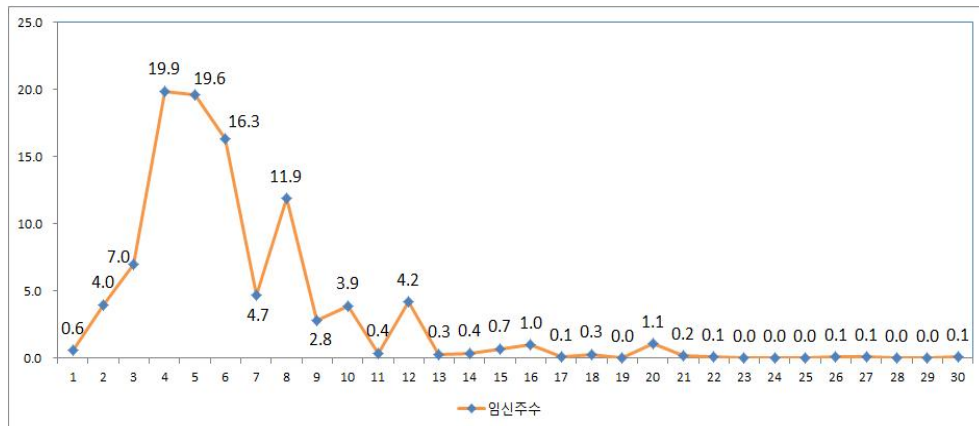
제대로 수술이 됐는지 그것도 궁금하고, 정말 뭐 저 같은 경우는 이제 아기를 낳아서 상관없는데 미혼인 아가씨들 같은 경우에는 정말 수술을 대충해가지고 자궁벽에 상처를 낼 수도 있는 거고, 아기를 못 가질 수도 있는 거잖아요. (사례11, 30세 기혼)

### 마. 수술 당시 임신주수 및 임신 10주 이후 수술 받은 이유

임신중절수술을 받았을 때 임신주수를 보면 그 범위는 매우 다양했는데, 평균적으로 6.4주인 것으로 나타났다.<sup>77)</sup> 그러나 과반 이상인 55.8%는 임신주수가 4~6주(4주 19.9%, 5주 19.6%, 6주 16.3%)였다. 누적 비율로 보면 임신주수가 4주 이하는 31.5%, 8주 이하는 84.0%, 12주 이하는 95.3%, 16주 이하는 97.7%, 20주 이하는 99.2% 등으로 나타났다.

[그림 6-3] 임신중절수술 시 임신주수

(단위: %)



주: 1) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.  
2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

여기서 임신중절수술 당시 임신주수가 10주 이상이었던 대상자는 총 97명으로 전체(735명)의 13.2%를 차지한다. 이들에게 10주 이후 수술을 받은 이유에 대해 물어본 결과(복수응답), 가장 많이 응답한 이유로는 ‘임신한 사실을 늦게 알게 되어서’였는데, 47.3%로 나타났다. 연령이 낮은 경우와 혼인상태가 미혼, 사실혼·동거, 법률혼·별거·이혼·사별 순으로 그 비율이 높았다. 이 다음으로는 ‘수술비용을 마련하느라’ 25.8%, ‘파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대) 및 가족과의 의견 조율이 늦어져서’ 25.4%, ‘처

77) 심층면접에 참여한 20명 중 임신중단을 한 18명 모두 수술방법으로 통해 임신중단을 하였고, 그 당시 임신주수를 응답하지 않은 2명을 제외한 16명의 당시 임신주수는 3~14주로 다양하였고, 여기서 11명(68.8%)은 8주 이내, 나머지 5명(31.2%)은 9주 이후에 임신중단을 하였다고 응답함.

음에는 낳으려고 했으나 상황이 변해서 고민하다가' 19.1%, '인공임신중절(낙태)을 하려고 했으나 적절한 방법을 몰라서 알아보다가' 14.5%, '건강상태가 좋지 않아서 시기를 기다리느라' 10.3% 등이 순차적으로 있었다. 특히 '수술비용을 마련하느라' 임신주수가 10주 이후에 수술을 받았다는 경우는 연령이 24세 이하(50.7%)이거나 미혼(39.0%)에서 높았는데, 이는 다른 연령대 및 혼인상태와 비교할 때 큰 차이를 보인다. 사실혼·동거의 경우도 20.0%로 법률혼·별거·이혼·사별 8.7%에 비해 2배 이상 높다. '처음에는 낳으려고 했으나 상황이 변해서 고민하다가' 응답의 경우는 사실혼·동거가 46.8%로 가장 높았고, 법률혼·별거·이혼·사별 21.2%, 그리고 미혼 9.3%로 나타나 혼인상태에 따른 뚜렷한 차이를 보였다.

이외 좀 더 살펴보아야 할 이유들로는 '[일부 병원에서 인공임신중절(낙태)술을 거부해서(수술 기관을 못 찾아서)]' 9.1%, '법적 처벌 때문에 고민하다가' 1.2%, '다른 인공임신중절(낙태) 방법을 시도했으나 실패해서' 1.2%'가 있는데, 이들 이유는 '수술비용을 마련하느라(25.8%)'와 같이 현행법의 낙태죄 규정에 직간접적 영향을 받아 나타난 결과이기도 하다.

〈표 6-20〉 임신중절수술 시 임신주수 및 10주 이상이었던 이유 (복수응답)

(단위: 주, %, 명)

구 분		수술 시 임신 주수				수술 시 임신주수 10주 이상이었던 이유 (복수응답)												
		평균 임신주수 (표준편차)	범위	계	F (p)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	계	
당 시 연 령	24세 이하	7.1주(±4.55)	1~30주	217	6.139 (***)	50.7	28.3	17.1	10.2	57.0	0.0	3.0	23.7	3.0	4.8	0.0	38	
	25~29세	6.4주(±3.52)	2~26주	219		9.9	16.7	30.8	6.3	54.7	0.0	0.0	9.7	0.0	6.6	11.1	29	
	30~34세	5.7주(±2.38)	1~16주	169		17.7	30.6	6.3	12.6	31.4	6.3	0.0	6.8	0.0	12.8	12.2	16	
	35세 이상	5.9주(±2.89)	1~20주	131		0.0	30.0	15.0	8.0	22.9	0.0	0.0	8.3	0.0	30.9	0.0	13	
당 시 혼 인 상 태	미혼	6.7주(±3.85)	1~30주	347	3.663 (*)	39.0	26.1	9.3	11.9	58.0	0.0	2.3	22.0	2.3	7.5	2.1	49	
	기혼(법률훈 별거·이혼·사별)	5.9주(±3.09)	1~26주	295		8.7	27.3	21.2	9.1	31.7	0.0	0.0	3.4	0.0	16.0	12.8	33	
	기혼(사실혼 동거)	6.7주(±3.89)	2~20주	93		20.0	19.0	46.8	0.0	46.5	6.9	0.0	14.3	0.0	6.9	0.0	15	
	계	6.4주(±3.59)	1~30주	735		25.8	25.4	19.1	9.1	47.3	1.1	1.2	14.5	1.2	10.3	5.4	97	

주: 1) 10주 이상 사유 항목은 다음과 같음.

- ① 수술 비용을 마련하느라      ② 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대) 및 가족과의 의견 조율이 늦어져서  
 ③ 처음에는 낳으려고 했으나 상황이 변해서 고민하다가  
 ④ 일부 병원에서 인공임신중절(낙태)술을 거부해서(수술 기관을 못 찾아서)  
 ⑤ 임신한 사실을 늦게 알게 되어서      ⑥ 종교적 신념 때문에 고민하다가  
 ⑦ 법적 처벌 때문에 고민하다가      ⑧ 인공임신중절(낙태)을 하려고 했으나 적절한 방법을 몰라서 알아보다가  
 ⑨ 다른 인공임신중절(낙태) 방법을 시도하였으나 실패하여서  
 ⑩ 건강상태가 좋지 않아서 시기를 기다리느라      ⑪ 기타

2) \*p&lt;0.05, \*\*\*p&lt;0.001

3) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

4) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## 바. 임신중단 이후 신체적·정신적 증상 경험

자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약 등의 약물이나 수술 방법으로 임신중단을 경험한 이들(756명)에게 그 이후 신체적 혹은 정신적 증상을 경험하였는지, 경험하였다면 치료를 하였는지 물어보았다. 그 결과, 신체적 증상은 8.5%, 정신적 증상은 54.6%가 경험하였다고 응답하였다. 이들 증상의 경험에 있어서도 연령과 혼인상태에 따른 차이를 보였는데, 대체로 연령이 낮거나 미혼과 사실혼·동거(법률훈·별거·이혼·사별 대비)에서 응답률이 높았다. 한편, 증상 경험자 중에서 치료를 한 경우를 보면, 신체적 증상 경험자 중에서는 43.8%만이, 그리고 정신적 증상 경험자 중에서는 14.8%만이 치료를 하였다고 응답하였다.

〈표 6-21〉 약물 및 수술 방법에 의한 임신중단 이후 신체적·정신적 증상 경험 및 치료 여부  
(단위: %, 명)

구 분		신체적 증상								정신적 증상							
		증상 경험				증상 치료 여부				증상 경험				증상 치료 여부			
		경험 합	경험 안함	계	$\chi^2$ (p)	치료 합	치료 안함	계	$\chi^2$ (p)	경험 합	경험 안함	계	$\chi^2$ (p)	치료 합	치료 안함	계	$\chi^2$ (p)
당 시 연 령	24세 이하	10.8	89.2	223	6.956 (+)	45.8	54.2	24	-	64.4	35.6	223	14.108 (**)	11.9	88.1	143	4.206
	25~29세	10.6	89.4	227		41.7	58.3	24		53.1	46.9	227		16.7	83.3	120	
	30~34세	5.2	94.8	172		22.2	77.8	9		51.2	48.8	172		11.4	88.6	88	
	35세 이상	5.3	94.7	134		71.4	28.6	7		45.5	54.5	134		21.3	78.7	61	
당 시 혼 인 상 태	미혼	11.0	89.0	355	13.671 (**)	38.5	61.5	39	4.402	62.1	37.9	355	18.253 (***)	11.4	88.6	220	7.166 (*)
	기혼(법물혼· 별거·이혼· 사별)	4.0	96.0	303		33.3	66.7	12		45.5	54.5	303		15.9	84.1	138	
	기혼(사실혼· 동거)	13.3	86.7	98		69.2	30.8	13		56.1	43.9	98		25.5	74.5	55	
계		8.5	91.5	756		43.8	56.2	64		54.6	45.4	756		14.8	85.2	413	

주: 1) +p<0.1, \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

2) 5보다 작은 기대빈도를 갖는 셀이 20% 이상인 경우  $\chi^2$ 값을 제시하지 않음.

3) 신체적 증상: 자궁천공, 자궁유착증, 습관성 유산, 불임 등.

4) 정신적 증상: 죄책감, 우울감, 불안감, 두려움, 자살충동 등.

5) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

6) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

임신중단 이후 구토와 현기증, 몸살 등과 같은 신체적 증상은 심층면접에 참여한 많은 여성들에게서도 확인되었다. 그러나 이들에게서 임신중단 이후의 어려움의 상황을 들어보면, 주로 정신적 측면과 관련되어 있었다. 사람마다 그 심각성의 정도는 다를 수는 있겠지만 정신적 후유증은 대체로 많이 얘기하고 있다. 이는 자신의 신체적 증상으로 나타난 정신적 문제도 있겠지만, 임신중단에 따른 죄책감이 더욱 크다. 이러한 정신적 증상 관련 문제는 임신중단 당시에 존재하고 사라지는 것이 아니라, 살아가면서 더욱 커져간다는 여성들도 있었다.

그때는 좀 막 자살충동도 일어나고, 집밖에 나오기 싫고. 첫 번째 때는 그냥 흐지부지 넘어 갔다가 나중에 한참 지나고 나서 ‘내가 그때 왜 그랬지?’ 이런 후회만 했지. ‘내가 그때 너무 생각이 없었구나.’ 이런 후회만 했고, 두 번째 때는 밖에 나가기도 싫고 누구 만나기도 싫고 ‘아, 진짜 이 상태로 확 죽어버릴까.’ 이런 생각도 하고, 엄마 얼굴 보기도 미안하고. 그냥 아무 것도 안 하고 집안에만 있었어요. 극복이 그냥 시간, 시간 지나니까.

(사례1, 19~20대 초반 미혼)



(임신중단을)결정할 때? 몸이 안 좋다는 거는 근데 처음, 두 번할 때는 제가 몸이 이렇게 안 좋아질 거라는 건 몰랐어요. 근데 이제 수술을 그렇게 받고 나니까 세 번째 할 때는 ‘아, 진짜 몸조심해야 되겠다.’ 그래서 꾸준히 운동을 하려고 하고.. (사례6, 30대 중반~40세 기혼)

제가 이게 후유증이 사실은 조금 있어요. 왜냐하면 불쌍하다고 생각하니까. 어떻게 보면 생명체잖아요? 그런 거에 대한 좀 죄책감은 없지 않아 있어요. 죄책감이 좀 많이 심했어요. 왜냐하면 저희 엄마가 중절인지 모르고 그냥 자연인지 알고 우셨거든요. 그 얘기가 불쌍하다고. 그런 죄책감에 되게 좀 많이 시달렸었어요. 지금도 간혹 생각이 나요, 그 얘기에 대해서...(중략)... (가장 심하게 느껴질 때는) 얘기를 볼 때죠, 놀 때. 잘 놀 때. 얘기가 지금 되게 잘 놀 때예요, 되게 튼튼해요. 좀 됐는데도 이상하게 그런 후유증은 좀 있더라고요. (사례9, 28세 미혼)

계속 있지요. 계속 그거는 있는데 그냥 밖으로 표출은 못 하죠. 그런데 주위에서 셋째 가졌는데 이걸 어떻게 할까, 어떻게 할까 하다가 낳았다. 키우고 있는 사람들 보면은 그냥 괜히 마음속으로 움츠러들고 나는 그렇게 했는데 그 생명한테 또 미안해지고 그런 거는 항상 있죠. (사례13, 38세 기혼)

가끔 가끔 요즘에도 문득 문득 생각나요. 개가 태어났으면 어땠을까? 여자였을까, 남자였을까. 그런 거. (사례15, 31세 기혼)

그 전에는 그런 게 없었는데요. 중절수술을 하고 나서 2년 정도는 정말로 매달 감기 몸살이 항상 왔던 것 같아요. 너무 심하게. 그래서 약 먹고 생리가 시작되고 그러면 이제 조금 괜찮아졌던 것 같고요. 그리고 매달 정말 감기약을 늘 복용했었고 지금은 약간에 그것처럼 심하지는 않지만 몸살기가 늘 있고요, 감기 몸살기가. 그리고 되게 예민해지고, 일주일 정도 전부터...(중략)... 사실 그냥 불안감보다는요, 수술한 당일 날은 약간 후에 무슨 일이 생길까봐 약간의 불안감은 있었는데 수술 끝나고 낳을 때는 죄책감이 가장 컸던 것 같아요. 심리적으로 그래서 우울하기도 했고 되게 많이 울기도 하고 식사도 잘 안 했던 것 같고요, 한동안은. (사례17, 37세 기혼)

임신중단 이후 신체적 혹은 정신적 증상이 경험했음에도 불구하고 치료를 하지 않은 이유에 대해 물어보았다. 여기서 주목할 것이 있다면 ‘치료 받으러 의료기관에 가는 것이 부끄럽고 창피해서(12.8%)’와 ‘비용이 많이 들 것 같아서(5.8%)’, ‘치료 받을 만한 의료기관을 찾지 못해서(2.4%)’인데, 이는 낙태에 대한 사회의 부정적 인식과 낙태죄와 연관성이 높다. 이들 이유를 모두 합치면 21.0%이다. 특히 다른 이유들보다도 ‘치료 받으러 의료기관에 가는 것이 부끄럽고 창피해서’에 대해서는 법률혼·별거·이혼·사별이 6.7% 응답한 것에 비해 미혼은 14.3%, 사실혼·동거는 21.4%로 뚜렷한 차이를 보인다.

한편 ‘어떻게 해야 할지 몰라서’ 치료를 하지 못했다는 응답도 22.8%가 있었는데, 이는 앞서 임신 10주 이후 수술을 받은 이유에서 ‘인공임신중절(낙태)을 하려고 했으나 적절한 방법을 몰라서 알아보다가’와 같이 연령이 낮거나 미혼과 사실혼·동거에서 이에 응답한 비율이 높았다. 이는 임신중절에 관한 정보가 이들 인구집단에 상대적으로 취약하다는 것을 시사한다.

〈표 6-22〉 임신중단 이후 신체적 및 정신적 증상 미치료 이유

(단위: %, 명)

구 분		증상이 심각하지 않아서 (자연치유 생각)	치료 받으러 의료기관에 가는 것이 부끄럽고 창피해서	어떻게 해야 할지 몰라서	시간적 여유가 없어서	비용이 많이 들 것 같아서	치료 받을 만한 의료기관 을 찾지 못해서	기타	계
당 시 연 령	24세 이하	41.5	14.6	28.5	4.6	6.2	2.3	2.3	129
	25~29세	39.4	17.3	25.0	10.6	2.9	1.9	2.9	105
	30~34세	58.0	8.6	14.8	11.1	7.4	0.0	0.0	82
	35세 이상	56.0	4.0	16.0	8.0	8.0	8.0	0.0	50
당 시 혼 인 상 태	미혼	39.9	14.3	30.0	6.9	4.9	2.5	1.5	203
	기혼(법물혼·별거·이혼·사별)	58.0	6.7	13.4	9.2	7.6	2.5	2.5	120
	기혼(사실혼·동거)	45.2	21.4	14.3	11.9	4.8	2.4	0.0	42
계		46.3	12.8	22.8	8.3	5.8	2.4	1.6	365

주: 1) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

위의 내용에 대해 심층면접에 근거해서 추가적으로 언급하고자 하는 것은 수술과정에서 의료인에 의한 부당한 대우와 자신을 바라보는 시선에 대한 불편감이다. 수술과정에서 겪었던 여러 부당함과 비인격적 상황들은 임신중단 이후의 치료와 앞으로의 건강관리를 위한 과정에 여성 스스로 당당함과 주체성을 갖는데 어려움을 주고 있다. 이러한 경험들은 여성들에게 트라우마로 작용하여, 자신 스스로 건강의 권리를 포기하도록 한다.

이거는 정말 죄지는 사람마냥 숨어서 정말 노후한 병원 찾아가지고, 이렇게 해야 되니까 이게 정말 싫거든요. 다른 병원, 동네병원 가면 안 그러는데 거기 가서 그 불친절한 사람들한테 또 가서 그 또 다리 벌리고서 그렇게 소독 받아야 된다는 게 싫으니까.. (사례11, 30세 기혼)

## 사. 임신중단 이후 휴식 정도

임신중단 이후 휴식 정도를 보면, 적절한 휴식을 취했다는 응답자는 전체의 47.7%로 과반수를 못 미치는 수준이었다. 나머지는 적절한 휴식을 취하지 못했거나(44.8%), 전혀 휴식을 취하지 못했다(7.5%). 이 역시도 연령이 낮고 미혼에서 휴식을 적절히 취하지 못했거나 전혀 취하지 못했다는 응답이 기혼(법률훈·별거·이혼·사별, 사실혼·동거)에 비해 상대적으로 많았다.

〈표 6-23〉 임신중단(약물 또는 수술) 이후 휴식 정도

(단위: %, 명)

구 분		적절한 휴식을 취했다	적절한 휴식을 취하지 못했다	전혀 휴식을 취하지 못했다	계
당시 연령	24세 이하	39.0	52.9	8.1	223
	25~29세	50.0	42.1	7.9	227
	30~34세	52.9	40.1	7.0	172
	35세 이상	51.5	41.8	6.7	134
당시 혼인 상태	미혼	43.7	47.9	8.5	355
	기혼(법률훈·별거·이혼·사별)	51.2	41.6	7.3	303
	기혼(사실혼·동거)	52.0	42.9	5.1	98
계		47.7	44.8	7.5	756

주: 1) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

이처럼 임신중단을 경험한 여성들의 상당수가 임신중단 이후 충분한 휴식을 취하지 못한 것은 심층면접에서도 동일하게 언급된 문제이기도 하다. 충분한 휴식에 대한 개인차가 있겠지만, 하루 이틀 정도, 주말을 끼고 쉬는 정도 이외는 별도로 휴가를 내어 휴식을 취한 경우는 드물었다. 그 이유는 일을 계속해야 했거나 기존의 아이를 돌봐야 했기에, 그렇다고 주변에 임신중단 사실을 알리고 쉴 수 있는 상황이 아니었기 때문이다.

그렇게 쉬지는 못 했어요. 제가 계속 일을 하고 있는 상황이라서, 그냥 그제, 근데 뭐 그제를 이렇게 그때 초기라서 그렇게 알린 상황도 아니었고. 그러니까 그 사실을, 뭐 그냥 어쨌든 만약에 그것 때문에 쉬려면 회사에다 정확하게 이야기를 해야 되잖아요. 그제 쉽지 않아서 그냥 연가를 조금 사용을 했고 그렇게 폭 쉬지는 못 했어요. (사례10, 36세 기혼)

하루 그냥 그날만 쉬고, 아기들을 봐야 되니까, 딱히 조리 같은 거는 못했어요.  
(사례11, 30세 기혼)

(임신중절수술을 받고 나서)사실은 어머님하고 같이 사니까 어머님은 상태를 모르니까 사실은 바로 일을 하고. 그래서 진짜 쉰 거는 이틀, 사실은 원래 더 쉬었어야 되는데 못 쉬었죠. 더 쉬었어야 되는데 못 쉬었죠. 그래서 그것 때문에도. (사례18, 33세 기혼)

(휴가) 그런 거는 쓸 수가 없었어요. 그때 당시에는 제가 관리자로, 직원이 없었거든요. 네. 직원이 없는 상황에서 제가 자리를 비울 수 없는, 그래서 수술하는 날하고 다음날은 어떻게 휴가를 얻었는데.. (사례20, 30대 초반 미혼)

한편, 앞서 설문조사에서 살펴본 임신중단 이후 신체적·정신적 증상에 대한 미치료 이유와 임신중단 이후 휴식 정도를 교차하여 살펴본 결과, ‘치료 받을 정도로 증상이 심각하지 않아서(자연치유 될 것이라고 생각해서)’라고 응답한 여성의 임신중단 이후 ‘적절한 휴식을 취했다’는 비율이 45.3%로 가장 높았다. 반면, ‘치료 받으러 의료기관에 가는 것이 부끄럽고 창피해서’라고 응답한 여성이 적절한 휴식을 취한 비율은 21.7%로 가장 낮았다. 또한 ‘휴식을 전혀 취하지 못했다’는 응답자의 특성을 보면, ‘치료 받을 만한 의료기관을 찾지 못해서’가 22.2%로 평균(9.5%)에 비해 크게 높았다.

여기서 주목해야 할 점은 ‘치료 받을 만한 의료기관을 찾지 못해서’ 부분이다. 의료서비스는 이용자가 필요하고 요구할 때 제공되어야 한다. 이용자가 원함에도 불구하고 그 서비스를 제공하는 기관을 찾기 어렵다는 것은 지역적으로 의료서비스가 낙후되었거나 인프라가 부족하여 필요한 의료서비스를 제공할 수 있는 의료기관이 부재한 것도 있겠지만, 여기서는 낙태를 범죄로 규정함에 따라 의료기관이 이를 원하는 이용자의 의료서비스 요구를 거부하거나 요구에 따라 서비스를 제공하더라도 높은 비용 등으로 이용자의 접근에 제약이 있어 이용자가 비자발적으로 다른 의료기관을 찾을 수밖에 없는 상황으로 이해되는 것이 더 적절하다고 볼 수 있다. 이렇게 의료기관을 찾는 과정에서 치료의 시간을 놓치는 상황이 벌어지고 있다고 볼 수 있다.

〈표 6-24〉 임신중단 이후 신체적·정신적 증상 미치료자의 휴식 정도

(단위: %, 명)

구 분		임신중단 이후 휴식 정도			
		적절한 휴식을 취했다	적절한 휴식을 취하지 못했다	전혀 휴식을 취하지 못했다	계
미치료 이유	치료받을 정도로 증상이 심각하지 않아서 (자연치유 생각)	45.3	45.9	8.8	169
	치료 받으러 의료기관에 가는 것이 부끄럽고 창피해서	21.7	69.6	8.7	47
	어떻게 해야 할지 몰라서	35.7	57.1	7.1	83
	시간적 여유가 없어서	35.5	48.4	16.1	30
	비용이 많이 들 것 같아서	38.1	52.4	9.5	21
	치료 받을 만한 의료기관을 찾지 못해서	44.4	33.3	22.2	9
	기타	66.7	16.7	16.7	6
계		39.2	51.3	9.5	365

주: 1) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

이와 더불어, 임신중절수술 이후 신체적 혹은 정신적 증상 경험 여부에 따른 수술시 평균 임신 주수 및 임신중절 이후 휴식 정도에 차이가 있는지 살펴보았다. 그 결과, 우선 임신중절수술 이후 신체적 증상과 정신적 증상 모두 경험이 있었던 집단은 그렇지 않은 집단에 비해 수술 당시의 평균 임신주수도 조금 더 긴 것으로 나타났는데, 정신적 증상과 관련해서는 두 집단(경험군 6.63주 vs. 비경험군 6.06주) 간에 통계적으로 유의미한 차이가 있었다. 또한 신체적 증상과 정신적 증상을 경험한 집단과 그렇지 않은 집단 간에 임신중절수술 이후 적절한 휴식을 취했다는 비율을 보면, 오히려 증상이 있었던 집단에서 휴식을 취한 비율이 상대적으로 낮았다. 이를테면, 신체적 증상 경험 집단에서 적절한 휴식을 취한 비율은 28.1%인데 반해, 비경험 집단은 49.4%로 유의미한 차이를 보였다. 이러한 차이는 정신적 증상 경험 집단과 비경험 집단 간에도 동일하게 나타났다.

〈표 6-25〉 임신중절 수술시 임신주수 및 임신중절 이후 휴식 정도

(단위: 주, %, 명)

구 분		수술시 임신 주수				임신중절 이후 휴식 정도				
		평균 임신주수 (표준편차)	범위	계	F (p)	적절한 휴식을 취했다	적절한 휴식을 취하지 못했다	전혀 휴식을 취하지 못했다	계	$\chi^2$ (p)
신체적 증상	경험함	7.0주(±3.92)	2~21주	60	2.244	28.1	60.9	10.9	64	10.690 (**)
	경험 안함	6.3주(±3.55)	1~30주	675		49.4	43.4	7.2	692	
정신적 증상	경험함	6.6주(±3.79)	1~30주	400	4.721 (*)	40.0	50.5	9.5	413	22.841 (***)
	경험 안함	6.1주(±3.30)	1~22주	335		57.0	38.0	5.0	343	
계		6.4주(±3.59)	1~30주	735		47.7	44.8	7.5	756	

주: 1) \*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001

2) 임신중절 이후 휴식 정도는 약물 복용을 통한 사례도 포함됨.

3) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

4) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

#### 아. 임신중단에 대한 현재의 생각

임신중단 경험자에게 당시의 임신중단에 대해 현재 어떠한 생각을 가지고 있는지에 관해 질문하였다. ‘결과적으로 잘했다’는 응답이 전체의 62.8%였다. ‘그때의 결정을 후회한다’는 응답은 12.7%였고, 나머지 24.5%는 ‘잘 모르겠다’고 응답하였다. 임신중단 당시 혼인상태가 미혼인 경우의 69.5%가 ‘결과적으로 잘했다고 생각한다’고 응답한 반면, 임신중단 당시 혼인상태가 기혼(법률혼·별거·이혼·사별, 사실혼·동거)인 경우의 15% 이상은 ‘그 때의 결정을 후회한다’고 응답하여 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 또한 현재(조사시점)의 연령과 혼인상태에 따른 생각의 차이도 통계적으로 유의하게 나타났다. 현재 연령이 24세 이하인 경우 80.0%가 ‘결과적으로 잘했다고 생각한다’고 응답한 반면, 현재 연령이 35세 이상인 여성의 15.2%가 ‘그 때의 결정을 후회한다’고 응답하였다. 또한 현재 미혼인 여성의 78.9%는 ‘결과적으로 잘했다고 생각한다’고 응답한 반면, 법률혼·별거·이혼·사별 여성은 13.5%, 사실혼·동거 여성은 17.2%가 ‘그 때의 결정을 후회한다’고 응답하였다.

〈표 6-26〉 임신중단에 대한 현재의 생각

(단위: %, 명)

구 분	결과적으로 잘했다고 생각한다	그때의 결정을 후회한다	잘 모르겠다	(명)	$\chi^2$ (p)
전체	62.8	12.7	24.5	(756)	
임신중단 당시 연령					
24세 이하	70.4	9.9	19.7	(223)	9.493
25~29세	59.0	15.0	26.0	(227)	
30~34세	57.6	13.4	29.1	(172)	
35세 이상	63.4	12.7	23.9	(134)	
임신중단 당시 혼인상태					
미혼	69.5	8.8	21.8	(355)	18.534 (**)
기혼(법률혼·별거·이혼·사별)	59.4	15.2	25.4	(303)	
기혼(사실혼·동거)	49.0	19.4	31.6	(98)	
현재 연령					
24세 이하	80.0	4.0	16.0	(25)	23.441 (**)
25~29세	75.9	8.6	15.5	(58)	
30~34세	75.0	4.3	20.7	(116)	
35세 이상	58.1	15.2	26.7	(557)	
현재 혼인상태					
미혼	78.9	4.4	16.7	(114)	20.709 (***)
기혼(법률혼·별거·이혼·사별)	61.7	13.5	24.8	(520)	
기혼(사실혼·동거)	51.6	17.2	31.1	(122)	

주: 1) \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001

2) 복수의 임신중단 경험 시 가장 최근의 경험에 대한 응답임.

3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## 자. 현행법 및 제도 관련 문제점과 개선사항에 대한 의견

여기서는 심층면접 참여자의 현행법 및 제도 관련 문제점과 개선사항에 대한 의견을 정리하고자 한다. 대체로 심층면접자들은 임신중단이 여성의 몸에서 일어나는 것인 만큼, 여성이 당사자이며, 여성이 주체적으로 결정해야 함을 강조하였다. 그리고 현행법은 낙태를 엄격히 금지할 뿐, 낙태를 할 수밖에 없는 여성들의 상황과 고충은 고려되지 않음을 지적하였다. 결국 원하지 않는 임신에서 갈등하는 당사자가 낙태가 아닌 다른 선택에 있어서 관련 제도와 정보가 뒷받침되거나 제공되지 않고 있는 현 실정에서는 여성에게만 그 책임을 부여하는 것일 수밖에 없다고 볼 수 있다. 이는 국가가 임신중단을 할 수밖에 없는 여성의 상황을 이해하고, 함께 공감함으로써 당사자의 부담을 덜어 주기 위한 관련 지원이 절실히 필요함을 의미한다.

같은 맥락에서 심층면접 참여자들은 당사자인 여성의 건강권을 보장하기 위해서라도 낙태죄 폐지는 필요하다고 강조한다. 낙태가 불법으로 규정됨에 따라, 경제적인 부담뿐만 아니라 그것이 신체적·정신적 부담으로도 동시에 이어지고 있음을 면접 참여자들은 경험적으로 이야기를 하고 있다. 어렵게 수술을 하더라도 당당하지 못하고, 그 과정에서 발생한 의료적 문제에 대해서도 뿔뿔이 말할 수 없는 상황이 현행 낙태죄와 연관성이 있음을 지적한다. 이와 같이 낙태죄로 인해 여성이 겪는 어려움에 대해서는 이미 선행연구(김동식 등, 2018)에서도 양적 자료에 근거하여 확인된 부분이기도 하다.

능력이 안 되거나 나이가 어리거나 이런 애들은 낳으면 안 돼요. 그거는 국가에서 책임져줄 것도 아니고, 뭐 종교단체? 그 단체에서 해결해줄 것도 아니에요. 그거는 오로지 자기가 감당을 해야 되는 건데, 자기가 감당을 못 하겠다 그러는 거잖아요? 미성년자, 경제적인 능력, 그리고 자기 의견도 되게 중요하지 않나요? 본인이 못 낳겠다고 하면, 저는 그게 중요하다고 생각하는데.. 낳아서 버리는 것보다야 나을 거 같아요. (낙태죄 폐지는) 분명히 필요한 거 같기는 해요. 분명히 필요해요. 그래야 합법적으로 좋은 환경에서, 수술 후에도 (관리가 필요한데, 저는) 아무것도 못했으니까.. (사례1, 19~20대 초반 미혼)

본인이 원하면 낙태를 가능하게 해야 되지 않을까라고 생각을 하거든요. 일단은 당사자니까. 자기가, 자기가 결정해야 되지 않을까? ...(중략)... 그냥 어떤, 어떤 병원, 가이드라인을 잡아줬으면.. 약간 이게 지금 음지 같은 느낌이잖아요? 불법이니까.. 그래서 그냥 일반 산부인과처럼 낙태도 그냥 일반적인 수술처럼 이렇게 좀 인식이 되었으면 좋겠어서.. (사례2, 25세 미혼)

(사회경제적 사유를 인정하는 것보다는) 정말 제도적으로 바뀌어야 되는 거지 그거는 이것을 낙태해서 될 일은 아닌 것 같아요. 아직까지 우리나라가 뭐, 한부모 가정이 허용된 분위기가 아니기는 한데 경제적 지원을 해준다거나 아니면 이런 식으로 하면은 그래도 혼자서도 키울 수 있지 않을까 싶어요. ...(중략)... 여성 중에 전문직 직종 여성 아니고서야 정말 혼자서 아이를 키우기는 쉽지가 않잖아요. 제일 큰 거는 아무래도 경제적인 거죠. 정말 여성이 자립할 수 있도록, 왜냐하면 저도 제가 아이들이 있으니까 뭔가 일을 하려고 해도 구애가 있잖아요. 한정이 돼 있잖아요. 제가 그렇다고 정규직을 할 수 있는 것도 아니고 아이도 케어해야 되고 파트타임으로 해야 되는데 그것도 쉽지가 않다고요. (사례3, 41세 기혼)

우선은 법이 있다고 해서 아예 안 되는 건 아니에요. 어쨌든 불법으로 이루어지고 있고, 그로 인해서 비용만 더 올라가는 거고. 그게 첫 번째 문제인 거 같고요. 아예 안 된다고 하려면 그에 따른 책임도 져줘야 된다고 생각을 해요. 그렇다고 하면 아이를 임신하고 있는 동안에 경제적인 부분이라든지 병원에 관련된 부분이라든지 생활에 관련된 부분이라든지, 그리고 그 사람이 머무를 수 있는 공간을 비롯해서 심리적인 부분의 상담까지도 다 포함해서, 그 부분을 책임져주면서 금지를 한다면 모를까 그게 아니면, 그냥 그렇게 법만 만들어놓고 불법적으로 수술되게 하고, 비용만 올려놓고 이거는.. (사례4, 40세 미혼)



저는 왜 불법인지를 모르겠어요. 이게 그 남자랑 여자랑 같이 합의하에 했는데 왜 여자만 이렇게 힘들어야 되는지 저도 이해가.. 그거조차도 이해가 너무 안 되고요. 이것을 왜 불법적으로 해야 되는지를 모르겠어요. 이것을 무조건적으로 금지를 시키는 것보다는 그냥 합법화했으면 좋겠어요. 그리고 보험적용도 되게 해주셨으면 좋겠고, 그 수술비 지원이 안 된다면 보험적용이라도 좀 해주셨으면.. 그리고 불법적으로 하면 왜 다 쉬쉬하고, 몰래 숨어서 다녀야 되고 막 이래야 되잖아요. 일단 뭐 법적으로 이렇게 합법을 해주면 그래도 조금 더 당당하게.. 정신적으로 조금 힘들긴 하지만 그래도 불법적으로 이렇게 했을 때보다는 훨씬 조금 더 위안이 되지 않을까 싶어요. (사례5, 37세 기혼)

낙태라는 것 자체가 사람이 결정할 때 결코 쉽게 하는 거는 아니라고 생각하거든요. 누구든지.. 그제(낙태를 허용한다고 해서) 생명경시 풍조가 이루어질 만큼 그렇게 우리 인간이 그렇게 그런 이성적이지 못한 사람들도 아니고 충분히 고민에, 고민에, 고민을 하고 가는 사람들이라고 생각해요. (사례15, 31세 기혼)

만약에 이렇게 불법으로 해 놓을 거면 그러면 저희 이렇게 미혼모나, 이런 학생들, 그러니까 미성년자들이 아이를 출산하거나 이런 것에 대한 거나 아니면 그런 복지나 이런 것들을 갖춰 놓은 상황에서 그러니까 내가 혼자서 낳을 수 있거나, 아니면 내가 혼자서 아이를 맡겨 놓고 정말로 직장생활에서 내가 내 힘으로 아이를 키울 수 있는.. (사례17, 37세 기혼)

이외에도 심층면접 참여자들은 임신중절에 관한 정보 및 전문적 상담서비스 제공 등도 제안하였다. 또한 낙태에 대한 편견과 부정적인 시선에 관한 것도 개선되어야 할 사항으로 지적하였다. 전문 상담을 통해 필요한 정보와 서비스를 제공 받는다는 하더라도, 낙태를 바라보는 우리사회의 편견과 부정적인 시선이 함께 개선되지 않는다면, 임신중단을 선택할 수밖에 없는 여성들의 상황은 크게 달라지지 않는다는 것이다.

좋은 거 같기는 한데 (전문 상담제도는) 많이 유용할 거 같지는 않아요. 우리나라 사람들 인식이 바뀌지 않는 한.. 누구나 낙태했다 그러면 안 좋게 봐요. 그러니까 인식을 바꿔야 되는데 그 인식을 바꾼다는 거 자체가 너무 힘든 일이잖아요? 상담소가 있어도, 이게 익명이라고 해도 내가 그 시설에 들어가는 모습을 누가 볼까봐 무섭고, ‘그 상담사조차 나를 안 좋게 보면 어떡하지?’ 라는 불안감이 있을 거 같아요. 있으면 좋죠. 있으면 좋은데, 저라면 이용을 안 해요. (사례1, 19~20대 초반 미혼)

## 제4절 논의

이 장에서는 임신중단에 대한 여성의 경험과 그 과정에서의 어려움 등 다양한 상황적 특성을 중심으로 살펴보았고, 주요 결과에 근거하여 다음의 몇 가지 논의를 하고자 한다.

첫 번째는 관련된 현행법에 관한 것이다. 우선 낙태 처벌 규정(「형법」 제269조 및 제270조)에 대해 본 실태조사에 참여한 여성의 75.4%는 개정이 필요하다고 응답하였고, 심층면접 참여자의 상당수도 이 부분을 지적하였다. 이 이유와 관련해서는 좀 더 논의가 필요하겠지만, 본 실태조사와 심층면접에 근거할 때, 임신중단을 경험한 여성들이 일관되게 경험한 것이 의료기관의 의료행위 거부와 그에 따른 임신중절이 가능한 의료기관을 찾는 것에 대한 어려움, 수술 이전에 알고 싶은 내용에 대한 정보 부족, 타 지역 소재의 의료기관에서 수술을 받아야 하는 상황 등의 문제가 있었고, 이는 현행법과 일정부분 연관성이 있다고 판단된다. 실제로 낙태 처벌 규정을 개정해야 한다고 응답한 여성들은 ‘인공임신중절(낙태) 시 여성만 처벌하기 때문에(66.2%, 복수응답)’, ‘인공임신중절(낙태)의 불법성이 여성을 안전하지 않은 환경에 노출시키기 때문에(65.5%, 복수응답)’, ‘자녀 출산 여부는 기본적으로 개인(혹은 개별가족)의 선택이기 때문에(62.5%, 복수응답)’, ‘여성에게 임신·출산의 결정권을 주지 않는 것은 성차별이기 때문에(50.9%, 복수응답)’ 등을 개정 필요성 이유로 응답하였다. 또한, 인공임신중절 허용 사유(「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조)에 있어서도 본 실태조사에 참여한 여성의 과반에 가까운 48.9%는 개정이 필요하다고 응답했다. 그리고 본 실태조사와 심층면접 사례 분석에서도 확인하였듯이, 임신중단의 주된 사유는 크게 세 가지였는데, 학업과 경력 유지, 경제적 여건과 부담, 그리고 자녀계획이 그것이다. 학생의 경우 현재의 학업이, 그리고 일자리를 찾거나 일을 하고 있는 이들에게는 그 일을 지속(경력)해야 하는 상황에서 원하지 않은 임신은 이들에게 심리적 부담뿐만 아니라 생활 전반에서 큰 부담이 되고 있음을 확인하였다. 그리고 자녀가 있거나 비록 자녀를 계획하였더라도 자신과 가족의 여건이 아이를 낳아 양육함에 있어 적절한 시기가 아닌 경우, 혹은 자녀 터울을 고려하고 있는 상황에서 계획과는 다르게 아이가 생겼을 경우에는 심리적으로나 경제적으로 고민을 할 수 밖에 없음을 실태조사와 심층면접 사례를 통해 확인할 수 있었다. 그렇다고 단순히 여성 스스로의 결정으로 임신중단으로 전개되는 것은 아니다. 임신중

단의 결정 과정에서는 많은 고민과 복잡한 생각과 상황, 여성 자신과 자신을 둘러싼 다양한 사회경제적 상황까지 고려되고 있었다. 무엇보다도 여성에게 있어서 임신중단을 결정하는 것은 괴롭고 힘겨운 선택이라는 것이다. 그러나 현행법에서 사회경제적 이유와 본인의 요청은 허용 사유가 되지 않기 때문에 대다수의 임신중절은 불법에 해당된다. 비록 임신중절이 가능한 의료기관을 찾는 것이 어렵지만, 계속적으로 찾는 과정에서는 결국 수술이 가능한 기관을 찾아가게 된다. 그리고 의료기관 방문 이후 3일 이내로 수술을 결정하는 경우가 많은데,<sup>78)</sup> 그만큼 여성에게는 매우 중요한 사유가 있기 때문이라는 것이다. 이런 이유로 현행법에 대한 개정이 필요하다고 응답한 여성들 중에서 약 80~90%는 자녀계획, 경제적 이유, 파트너 관계 불안, 미성년자 등과 같은 사회경제적 사유와 본인 요청이 있는 경우, 임신 주수 고려에 대한 의견 차이는 있었지만 허용해야 한다는 것에 대해서는 동의를 하였다.

두 번째는 생애 단계별 성인지적 성교육에 관한 것이다. 여기서는 특히나 피임에 관한 교육으로서, 원하지 않는 임신을 예방하고 이를 평등하게 실천하도록 교육하는 것이 필요하다. 본 실태조사에서 확인하였듯이, 임신중단 경험자의 평균 임신중단 횟수는 1.43회였다. 임신중단 경험자의 약 32%는 2회 이상의 중복 경험을 했다는 점을 고려할 때, 임신중단에 반복적으로 노출된 여성들이 상당 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다. 특히 이들이 반복적인 임신중단을 하게 되는 것은 평소 피임 실천과 연관성이 높다. 무엇보다도 여기서 강조하고자 하는 것은 피임방법에 대해 잘못 인지하는 경우가 많다는 것이다. 임신중단 경험자는 물론이고, 조사 참여자 중 성관계 경험자들이 선택한 평소의 주된 피임방법은 콘돔이지만, 이를 제외하면 질외사정법과 월경주기법을 많이 사용하였다. 그런데 이는 엄밀히 말하면, 피임법이 아니다. 이는 언제라도 임신을 가능케 하므로, 원하지 않는 임신을 예방하기 위한 방법으로는 적절하지 않다. 또한 파트너의 피임에 대한 실천적 참여가 낮다는 것이다. 임신중단을 자신의 몸에서 직접 경험한 여성으로서 임신중단 이후 파트너와의 성관계시 피임의 중요성을 인지하고, 그 방법에 대해서도 피임의 성공률이 높은 현대적 방법을 사용하고자 하지만, 상대적으로 파트너의 인식과 참여가 부족한 경우가 심층면접 사례 분석을 통해 확인되었다. 추가적인 자녀계획이 없어, 여성은 파트너에게 영구피임을 요구하지만, 이를 미루거나 거

78) 3일 미만 36.9%, 3일 이상 1주일 미만 30.6%, 1주일 이상 2주일 미만 21.9%, 2주일 이상 1개월 미만 7.6%, 1개월 이상 3.0%

부하여, 여성 자신이 자궁 내 장치 등의 영구피임을 하거나 파트너의 지속적인 요구에 어쩔 수 없이 이전의 피임방법(질외사정법, 월경주기법)을 사용하는 경우가 많았다. 마지막으로 피임을 하지 않더라도 임신이 쉽게 되지 않을 것이라는 잘못된 인식이 남녀 모두에게 있다는 것이다. 실제 임신중단 경험자 중 임신 당시 40.2%는 아무런 피임을 하지 않았다. 이와 같은 이유들로 인해, 응급피임약 복용과 같이 긴급 상황에 노출되는 여성들이 많이 있다는 것을 본 실태조사와 심층면접 사례를 통해 확인하였다. 원하지 않는 임신 예방을 위해서는 그리고 반복되는 임신중단으로부터 여성의 건강을 보호하기 위해서는, 왜곡된 피임에 관한 통념, 불완전한 피임방법에 대한 인식, 그리고 파트너의 적극적인 피임 실천은 필수적인 요소이다. 따라서 피임의 중요성과 사용방법에 대해 청소년에서부터 성인에 이르기까지 생애별 맞춤형의 실질적(포괄적)인 성교육을 실시할 필요가 있다. 또한 반복되는 임신중단의 위험을 줄이기 위해, 임신중절 전과 이후의 체계적인 건강관리와 함께 피임교육을 여성과 그 파트너 모두를 대상으로 의무화하여, 안전하고 현대적인 피임방법을 적극적으로 실천할 수 있도록 관련 규정이나 방안을 모색하는 것도 검토해야 한다.

세 번째는 낙태 관련 전문적인 상담과 관련 서비스에 관한 것이다. 본 실태조사와 심층면접 사례 분석을 통해 확인하였듯이, 낙태에 대한 사회의 편견과 낙인은 임신중단을 경험한 여성들로 하여금 뒤흔들리게 자신의 몸에서 발생하는 것과 관련해서 전문 상담기관이나 의료기관으로부터 필요한 정보와 전문적 상담을 받기 어렵게 한다. 오히려 죄인처럼 내몰리거나 거부당하는 등 부당한 대우와 차별을 경험하곤 한다. 여성들이 원하는 것은 이들과 같이 임신을 중단한 자를 범법자로 내몰지 않는 것과 함께 자신과 같이 불가피하게 임신중단을 선택할 수밖에 없는 이들에게, 자신을 보호하고 임신중단 이후의 건강한 관계와 삶을 위해 필요한 정보와 전문적 상담을 제공해 줄 창구가 필요하다는 것이다. 이런 측면에서 관련 상담과 의료서비스에 관한 검토가 필요하다고 판단된다.

마지막 네 번째는 임신중단에 대한 잘못된 사회적 통념에 관한 것이다. 본 실태조사와 심층면접 사례 분석에서도 확인하였듯이, 임신중단은 미혼이든 기혼이든, 사실혼이든, 법률혼이든 모두 경험하는 생활 사건이다. 그런데 임신 중단 이후 적절한 휴식을 취하지 못한 경우는 52.3%였고, 또한 35.3%는 주거지 근처가 아닌 타 지역에서 수술을 받았는데, 이는 임신중단 행위를 바라보는 우리사회의 편견과 낙인에 기인한다고 본다. 따라서 임신중단에 관한 잘못된 사회 통념을 개선하기 위한 노력이 필요하다.

# 제 7 장      결 론

제1절   요 약  
제2절   시사점



## 제1절 요약

인공임신중절(낙태)은 「모자보건법」 제14조와 동법 시행령 제15조, 「형법」 제269조와 제270조에서 다루지고 있다. 「모자보건법」의 목적은 “모성 및 영유아 생명과 건강 보호와 건전한 자녀 출산과 양육 도모를 통해 국민보건 향상을 하기 위함(제1조)”이며, 제14조와 동법 시행령 제15조에 인공임신중절(낙태) 수술의 조건과 그에 따른 정당화 규정을 두고 있다. 낙태행위는 「형법」 제269조와 제270조에 의해 처벌된다. 「모자보건법」 제14조는 「형법」의 적용을 배제시키는 정당화사유로 이해되고 있다. 국외 사례를 살펴본 결과 다양한 배경에서 다양한 방식으로 인공임신중절(낙태)을 규정하고 있었다. 본 연구에서는 특히 일본과 독일의 사례를 집중적으로 살펴보았다.

일본의 경우 「모체보호법」을 통해 인공임신중절(낙태)이 이루어지고 있다. 법률의 목적이 ‘불임 수술’과 ‘낙태’에 관한 사항을 규정하기 위함임을 명기하였다(인공임신중절(낙태)을 합법화시킴, 「모체보호법」 제1조). 인공임신중절(낙태)은 태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 시기에 한해 이루어진다(「모체보호법」 제2조). 공익사단법인 의사회가 지정하는 의사(이하, 지정의사)만이 인공임신중절(낙태)을 실시할 수 있고(「모체보호법」 제14조), 지정의가 아닌 사람이 수술한 경우 불법에 해당된다. 지정의사만이 인공임신중절(낙태) 수술을 할 수 있는 이유는 인공임신중절(낙태)수술은 모성의 생명과 건강 유지·증진을 목적으로 실시하고(「모체보호법」 제1조), 임신의 배경에는 복잡한 사회경제적 문제, 인구문제, 사회 가치관 및 윤리 등이 깊이 관련되어 있기 때문에 일정한 요건(품위/윤리, 시설조건, 연수조건 등)을 충족한 지정의사만이 수술을 실시할 수 있도록 하였다(日本医師会, 2013). 임신을 지속하거나 분만하는 것이 신체적 또는 경제적 사유에 의해 모체의 건강을 현저히 위협할 경우, 폭행 또는 협박에 의해, 혹은 저항 또는 거절할 수 없는 사이에 간음을 당한 경우 인공임신중절(낙태)이 허용된다(「모체보호법」 제14조). 또 「모체보호법」은 인공임신중절(낙태)에 대한 연령 제한을 하고 있지 않아 미성년자도 성인과 마찬가지로 본인과 배우자의 동의가 있으면

원칙적으로 인공임신중절(낙태) 수술을 받을 수 있다. 경제적인 사유<sup>79)</sup>로 인공임신중절(낙태)이 허용됨에 따라 원하지 않는 임신 시 인공임신중절(낙태) 수술을 받을 수 있는 길이 열리게 되었다. 그러나 최종적으로는 중절(낙태) 허용조건에 관한 지정의사의 승인에 의해 중절(낙태)여부가 결정된다(岡山県医師会報第1458号).<sup>80)</sup>

독일의 경우 낙태행위는 「형법」 제218조에 따라 원칙적으로 처벌하고 있으며, 형량도 우리 「형법」 제269조 내지 제270조보다 높은 수준이다. 인공임신중절(낙태)에 대한 처벌면제는 제218a조에 규정되어 있는데 임부가 인공임신중절(낙태)을 촉탁하고 제219조 제2항 제2문(상담)에 의한 확인서를 통해 최소한 수술 3일 이전에 상담을 거친 사실을 의사에게 입증한 경우, 인공임신중절(낙태) 수술이 의사에 의하여 진행된 경우, 착상 이후 12주 이상 경과하지 않은 경우이다. 「형법」 제219조는 중심적인 권고사항만 규정하고 구체적인 사항은 「임신갈등법」에 규정되어 있다. 「임신갈등법」은 임신갈등이 발생된 가족에 대한 지원과 상담을 주요 내용으로 하고 있다.

인공임신중절(낙태) 실태의 파악은 인공임신중절(낙태)이 합법인지 불법인지에 따라 방법이 달라질 수 있다. 인공임신중절(낙태)이 합법화되어 있는 국가에서는 통상 두 가지 방법, 중앙 행정당국이 인공임신중절(낙태)을 수술한 의료기관의 보고 자료를 활용하거나 혹은 독립된 기관이 의료기관을 조사하는 방법을 통해 인공임신중절률을 측정한다. 합법화된 국가에서는 인공임신중절(낙태)이 과소보고될 가능성이 낮기 때문에 정확한 통계를 생산할 수 있다. 반면, 인공임신중절(낙태)이 불법이거나 허용 사유에 대해 엄격한 법적 규정이 있는 국가에서는 다양한 방법을 통해 인공임신중절률을 추정해야 한다.

우리나라의 경우 불법적인 인공임신중절(낙태)을 한 후 합병증 치료를 의료기관에서 제공받은 여성의 숫자를 파악하는 간접 추정방법은 사용이 불가능하다. 자연유산으로 인한 합병증과 인공임신중절(낙태)로 인한 합병증 치료기록이 혼재되어 있기 때문에 이를 구분하기도 어려우나 건강보험 적용 없이 치료를 받는 경우가 많기 때문에 더욱 그러하다. 따라서 본 연구에서는 직접 추정방법으로서 만 15~44세 여성의 자기보고식 설문조사를 활용하는 방법을 적용하였다. 물론 이러한 방법 역시 인공임신중절률이 과

79) 기본적으로 경제적 사유는 임부분인의 신고(의사)에 근거하고, 이에 대한 증명절차는 법에 명시되어 있지 않음.

80) 지정의는 법적으로 중절(낙태)수술을 할 수 있도록 지정한 의사이므로, 실제 임부의 동의, 배우자의 동의가 있으면 경제적 사유로 인공임신중절(낙태)을 하는 것을 거부하는 사례는 매우 드물.



소보고될 가능성이 높다.

본 연구에서는 인공임신중절(낙태) 실태의 파악을 위해 10,000명의 만 15~44세 여성을 대상으로 온라인조사를 실시하였다. 보다 정확한 실태 파악을 위해 사전조사를 통해 발생할 수 있는 문제점을 최소화하고자 하였다. 사전조사에서는 조사의 신뢰도를 제고하기 위해 인공임신중절(낙태)의 불법성에 따른 응답률 차이를 검토하여 설문지를 구성하였다. 사전조사는 A형(관련법 문항을 임신경험 문항 뒤에 배치)과 B형(관련법 문항을 임신경험 문항 앞에 배치)으로 구분하여 인공임신중절(낙태)의 불법성에 관한 내용이 담긴 문항을 임신경험 관련 문항 앞 또는 뒤에 배치하여 그 차이를 알아보았다. 즉, 「형법」과 「모자보건법」 등 인공임신중절(낙태)의 불법성을 인지할 수 있는 문항을 임신경험을 조사하기 전/후로 구분하여 질문하여 조사하였다. 만 15~44세 여성 총 1,000명을 대상으로 관련법 문항을 임신경험 뒤에 배치한 경우(A) 500명, 앞에 배치한 경우(B) 500명으로 구분하여 조사를 실시하여 비교한 결과, 관련법 문항의 위치가 응답에 영향을 미쳤다. 따라서 관련법 문항을 임신경험 뒤에 배치하여 본 조사를 진행하였다. 또한 조사의 신뢰도를 높이기 위해 조사 명칭과 조사 문항 보기에 관해서 고려를 하였다. 온라인 조사에 익숙한 조사 업체 패널의 특성 상 조사 제목에 ‘인공임신중절(낙태)’이라는 용어가 들어갈 경우 경험이 없는 응답자도 경험이 있다고 응답할 확률이 높다는 통계학 전문가의 자문을 토대로 온라인 조사의 제목을 ‘여성의 성 건강 관련 실태조사’라고 하였으며, 조사 문항 보기의 배치에 따라 응답이 달라질 수 있음을 고려하여 특정 경향 내지는 편향된 응답 등을 미연에 방지하기 위해 조사 문항의 보기를 무작위(random)로 배치하여 신뢰도를 제고하고자 하였다. 추가적으로 본 조사는 선행된 인공임신중절 실태조사보다 더 많은 표본을 대상으로 조사를 실시하여 표본오차를 최소화 하고자 하였다.

인공임신중절률(Induced Abortion Rate)은 일정 기간 동안 인공임신중절(낙태)을 하는 횟수를 의미한다. 대체로 만 15~44세 여성 1,000명 당 시행되는 인공임신중절(낙태) 건수를 의미한다.<sup>81)</sup> 2017년 인공임신중절률은 천 명당 4.8건, 인공임신중절(낙태) 추정건수는 조사 결과 산출된 인공임신중절률과 2017년 연앙인구를 기준으로 추정 방

81) 국제연합 경제사회국 인구분과(www.unpopulation.org) 및 OECD 회원 국가는 만 15~44세 여성의 지표 산출하고 있으며, 이 중 일부 국가들은 이외의 만 15~49세 여성의 인공임신중절률을 추가로 산출하고 있음.

식에 따라 49,764~50,703건으로 도출되었다. 2018년 조사 시점에 성경험이 있다고 응답한 여성(만 15~44세) 7,320명의 평생 임신경험은 7,484회이며, 이 중 인공임신중절(낙태) 건수는 총 1,084건으로 나타났다. 또한, 출산은 5,418건, 사산은 71건, 자연유산은 1,089건으로 나타났다(<표 5-2> 참조). 2017년에 임신을 경험한 횟수는 450건으로 나타났고, 임신 결과에 있어서 출산은 289건, 사산은 9건, 자연유산은 108건, 인공임신중절(낙태) 건수는 총 48건으로 나타나 인공임신중절률은 천 명당 4.8건으로 산출되었다. 인공임신중절률은 2008년 천 명당 21.9건에서 2009년 17.2건, 2010년 15.8건으로 지속적으로 감소하는 양상을 보인다. 이러한 인공임신중절률의 감소는 피임실천의 증가와 관련이 있다고 볼 수 있다. 구체적으로 증가하는 피임도구(콘돔)의 사용량, 청소년 성관계 경험자의 피임실천율, 사후피임약 처방 건수와 관련이 있다고 볼 수 있다. 또한 인공임신중절(낙태) 추정건수의 감소는 만 15~44세 가임기 여성의 감소와 관련이 있다고 볼 수 있다. 만 15~44세 여성은 2010년 11,231,003명에서 약 76만 명이 감소하여 2016년 10,471,696명으로 감소하였으며, 매년 지속적으로 감소하고 있는 추세이다. 특히 주요 출산 연령대인 만 25~34세 여성의 경우 연평균 7만 명씩 감소하다가 2015년과 2016년 각각 10만 명씩 감소하고 있다.

전체 조사 대상 여성(10,000명)중 한 번이라도 인공임신중절(낙태) 경험이 있는 여성(756명)의 비율(%), 즉 전체 여성의 인공임신중절경험률은 7.6%이다. 성경험 여성(7,320명)중 한 번이라도 인공임신중절(낙태) 경험이 있는 여성(756명)의 비율(%), 즉 성경험 여성의 인공임신중절경험률은 10.3%이며, 임신경험 여성(3,792명)중 한 번이라도 인공임신중절(낙태) 경험이 있는 여성(756명)의 비율(%), 즉 임신경험 여성의 인공임신중절경험률은 19.9%로 도출되었다. 이러한 결과를 2011년 조사 결과와 비교하면, 전체 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률, 성경험 여성의 인공임신중절(낙태) 경험률 모두 큰 폭으로 감소하였다.

인공임신중절(낙태)을 경험한 여성에 대한 조사 결과를 살펴보면, 인공임신중절(낙태) 당시 만 연령<sup>82)</sup>은 17세부터 43세로 매우 다양하였고, 평균 연령은 28.4세( $\pm 5.71$ )였다. 당시의 혼인상태는 미혼 46.9%, 법률혼 37.9%, 사실혼·동거 13.0%, 별거·이혼·사별 2.2%였다.

82) 임신중단을 2회 이상 경험한 경우는 가장 최근의 연령을 응답함.

인공임신중절(낙태)을 했을 당시 피임을 한 경우는 12.7%(콘돔, 자궁 내 장치 등)이었다. 또한 47.1%는 불완전한 피임방법인 질외사정법, 월경주기법을 하였다고 응답했으며, 40.2%는 아무런 피임[응급피임약(사후) 복용 포함]을 하지 않았다. 경험자의 대다수인 95.0%(718명)는 임신 사실에 대해 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)에게 이야기 한 것으로 나타났다. 그러나 연령과 혼인상태에 따라서는 유의미한 차이를 보였는데, 주로 연령이 낮거나 기혼보다는 미혼에서 임신사실을 파트너와의 공유한 비율이 상대적으로 낮았다. 인공임신중절(낙태) 경험자에게 인공임신중절(낙태)을 하게 된 주된 사유 2가지(복수응답)에 대해 응답하도록 하였다. 그 결과 크게 세 가지 사유가 확인되었는데, ‘학업, 직장 등 사회활동 지장이 있을 것 같아서(33.4%)’, ‘경제상태상 양육이 힘들어서[(고용불안정, 소득이 적어서 등), 32.9%)’, 그리고 ‘자녀계획 때문에 [(자녀를 원치 않아서, 터울조절 등), 31.2%]’가 그것이었다. 사유가 사회활동 지장인 경우는 연령이 낮거나(24세 이하 52.9%) 미혼(49.9%)인 여성에게서 많았다. 사유가 경제적 문제인 경우는 연령이 낮거나(24세 이하 36.7%), 사실혼·동거 여성(35.0%)에서 그 수준이 상대적으로 높았다. 이어 자녀계획 사유의 경우, 연령이 30대 이상(35세 이상 49.7%)에서 그리고 법률혼(별거·이혼·사별 포함, 51.8%)에서 이에 대한 응답률이 가장 높았다. 인공임신중절(낙태) 경험자에게 인공임신중절(낙태)을 위해 필요했던 정보(우선순위 2가지)에 대해 물어본 결과(복수응답 처리)<sup>83)</sup>, 가장 많이 응답한 것은 ‘인공임신중절(낙태)이 가능한 의료기관’으로 71.9%가 이에 응답하였다.

인공임신중절(낙태)을 경험한 여성 중 의료기관에서 인공임신중절(낙태) 수술만 받은 여성은 90.2%(682명), 약물을 사용한 여성은 9.8%(74명)이고, 약물사용자 74명 중 53명이 약물로 인공임신중절이 되지 않아 의료기관 등에서 추가적으로 수술을 실시한 것으로 나타났다. 여기서 약물을 사용한 이유(복수응답)를 물어본 결과, ‘인공임신중절(낙태) 수술이 두려워서’와 ‘인공임신중절(낙태) 수술보다 비용부담이 적어서’라는 응답이 각각 34.6%와 31.5%로 가장 많았다. 이 외에도 ‘인공임신중절(낙태) 수술보다 부작용이 덜할 것 같아서’ 24.9%, ‘인공임신중절(낙태) 수술을 할 수 있는 병의원을 찾을 수 없어서’ 14.9%, ‘파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)의 동의 없이 가능해서’ 10.8%가 있었다. 수술방법을 선택한 여성들 중 42.5%는 의료기관을 알아보는 과정에서

83) 우선순위별 응답은 부록에 제시하였음. (<부표 8, 9> 참조).

‘특별히 어려운 점이 없었다’고 응답했지만, 39.6%는 ‘인공임신중절(낙태)이 가능한 의료기관에 관한 정보가 부족하였다’, 12.2%는 ‘의료기관(의료인)으로부터 인공임신중절(낙태)이 불법이라고 거절당했다’라고 응답하였다.

한편, 수술 방법으로 임신중절을 한 대부분의 여성(95.3%)은 12주 이하에 수술을 받은 것으로 나타났다. 수술받은 시기는 평균 6.4주로 나타났고, 과반 이상인 55.8%는 임신주수가 4~6주로 나타났다. 인공임신중절(낙태) 수술을 받은 지역은 주거지 근처가 64.7%, 주거지와 가까운 타 시·도 25.1%, 주거지와 먼 타 시·도 9.9%, 해외 0.3% 수준으로 나타났다. 인공임신중절(낙태) 수술을 위해 방문한 의료기관 수는 평균 1.51회( $\pm 0.85$ )로 나타났으며 비용은 30~50만 원 미만 41.7%, 50~100만 원 미만 32.1%, 30만 원 미만 9.9% 순으로 나타났다. 인공임신중절(낙태) 이후에 적절한 휴식을 취했다고 응답한 여성은 47.7%이었으며, 인공임신중절(낙태) 이후 8.5%가 신체적 증상을 경험하였으나 이 중 43.8%만 치료를 받았고, 54.6%가 정신적 증상을 경험하였으나 이 중 14.8%만이 치료를 받은 것으로 나타났다.

임신기간 동안 인공임신중절(낙태)을 하지 않았으나 인공임신중절(낙태)을 고려한 경험이 있는 여성 비율은 임신경험 여성 중 10.1%(383명)로 나타났다. 고려할 당시 연령의 경우, 20대와 30대가 각각 46.9%, 47.8%로 다른 연령대에 비해 높은 비율로 나타났으며, 인공임신중절(낙태)을 고려했을 때의 혼인 상태별로는 법률혼이 56.4%로 가장 높았고, 미혼인 경우 약 30%로 나타나 차이를 보였다.

전체 응답자의 법 개정과 관련된 의견에서는 「형법」 제269조와 제270조를 개정해야 한다는 의견은 75.4%(잘 모름 20.8%), 「모자보건법」 제14조 및 동법 시행령 제15조를 개정해야 한다는 의견은 48.9%(잘 모름 40.4%)로 나타났다. 「모자보건법」 개정이 필요하다고 응답한 여성을 대상으로 허용 사유별 의견을 조사한 결과, 자녀계획과 경제적 이유를 제외하고 모체의 생명 위협, 모체의 신체적 건강보호, 모체의 정신적 건강보호, 태아 이상 또는 기형, 강간 또는 근친상간, 파트너와의 관계 불안, 미성년자, 본인의 요청 사유에 대해 임신주수와 상관없이 허용해야 한다는 의견이 가장 높게 나타났다(45.8~91.2%). 국가 정책에 대한 욕구(우선순위 1순위)는 피임·임신·출산에 대한 남녀공동책임의식 강화(27.1%), 원하지 않는 임신 예방을 위한 성교육 및 피임교육(23.4%), 양육에 대한 남성 책임을 의무화할 수 있는 법·제도 신설(18.1%) 순으로 높게 나타났다.

## 제2절 시사점

1994년 카이로에서 열린 ICPD (International Conference on Population and Development) 국제행동계획은 ‘재생산 건강(reproductive health)’을 생식 시스템과 그 기능, 과정의 안녕과 관계된 모든 것으로 개략적으로 정의하였다. 모든 성관계는 강압적이지 않고 감염이 없으며, 모든 임신은 의도된 임신이어야 하고, 모든 출산은 건강해야 한다고 보았다. 때문에 국제행동계획은 모든 부부·연인(couples)과 개인은 자녀에 대한 수, 태울과 시기 선택(timing)에 대한 자율적이고 책임감 있게 결정할 수 있는 권리, 자녀계획방법에 대한 안전하고 효과적이며 적절하고 수용할 수 있는 정보에 대한 접근성 권리, 건강하고 안전한 임신과 출산을 위한 적절한 보건의료서비스(health-care) 이용에 대한 권리를 강조하였다.

이러한 측면에서 국제행동계획은 안전하지 않은 인공임신중절(낙태)에 대한 예방과 관리의 중요성, 법률에 위반되지 않는 안전한 인공임신중절(낙태)에 대한 서비스 제공, 원치 않는 임신 예방에 대한 정부의 우선순위 설정 등을 강조하였다. 특히, 모든 정부와 관련 기관은 안전하지 않은 인공임신중절(낙태)을 공중보건의제로 다루고, 모든 경우에 있어 여성들은 인공임신중절(낙태)로 인한 합병증 관리에 대한 양질의 서비스를 받아야 함을 권고했다. 이러한 국제적 흐름에 맞추어 우리 사회도 다시 한 번 인공임신중절(낙태)에 관해 심도 있게 고민해 볼 필요가 있다. 그 외에도 여성의 재생산 건강과 권리를 보장하기 위해 낙태 처벌 규정 및 인공임신중절 허용 사유와 기준에 관해 다시 한 번 논의해 볼 필요가 있다. 본 실태조사에도 낙태 처벌 규정에 대해서는 75.4%, 인공임신중절 허용 사유와 기준에 대해서는 48.9%가 개정이 필요하다고 응답하였다.

여성 건강의 관점, 성인지적 관점, 의료법·윤리적 관점, 종교계(천주교)의 관점을 각 전문가로부터 수렴한 결과, 공통적으로 ‘태아의 생명권’과 ‘여성의 자기결정권’ 문제의 대립적 가치 대결은 논리적으로 맞지 않다고 주장한다. 또한 인공임신중절(낙태)과 관련해서 공통적으로 고려하는 것은 여성의 건강이다. 안전하게 보호받지 못하는 인공임신중절(낙태) 수술은 결과적으로 여성 건강에 있어서 부정적인 결과를 초래할 수 있다. 특히, 불법으로 인공임신중절(낙태) 수술을 받는 경우 음성적으로 행해지기 때문에 여성이 안전하지 못한 환경에 노출될 위험이 있어 여성의 생명권 및 건강권이 위협 받을 뿐만 아니라 음성 수술에 대한 고비용 부담을 초래한다. 본 실태조사에서도 확인하였

듯이, 인공임신중절(낙태) 수술을 받은 여성의 상당수는 수술을 위한 의료기관을 알아보는데 있어 다양한 형태의 차별과 어려움을 경험하였다고 응답했다. 또한 사회 전체적으로 볼 때, 인공임신중절(낙태)은 여성의 다음 임신에도 부정적 영향을 미칠 수 있으므로, 인구의 양적, 질적 측면 모두에 영향을 미친다고 볼 수 있다. 조사결과, 피임 지식 및 정보 습득, 피임 실천, 인공임신중절(낙태) 경험 과정에서 취약성과 어려움을 확인할 수 있었다. 만 15~44세 여성의 피임 지식 및 정보의 습득은 인터넷 등 언론매체에 집중되어 있었으며, 평소 피임 실천 행태에 있어서 콘돔과 같은 피임도구를 사용하는 비율이 가장 높기는 하였으나 질외사정법·월경주기법과 같은 불완전한 방법으로 피임을 하는 비율도 높게 나타났다. 인공임신중절(낙태) 경험 여성 중 당시 피임하지 않은 비율이 40.2%로 높게 나타났으며, 인공임신중절 경험 여성의 피임 비실천 이유로 ‘임신이 쉽게 될 것 같지 않아서’와 같은 인식이 높게 나타났다. 그 밖에 적절한 휴식, 신체적·정신적 증상 치료 등을 포함한 인공임신중절(낙태) 사후관리에서도 열악한 상황을 확인할 수 있었다.

종합해 볼 때, 무엇보다 여성이 자신의 재생산건강(reproductive health)을 위해 알 권리가 먼저 충족되어야 한다고 본다. 이를 위해 정확한 성교육과 출산과 육아 등에 대한 직접적인 교육이 필요하다. 피임과 관련된 구체적 정보에 대하여 공인된 기관(교육기관을 포함)을 통한 직접적인 교육이 필요하다. 학교나 의료기관 등의 공인된 기관을 통하여 전문가가 직접적인 성관련 지식과 정보를 전달할 수 있는 교육체계가 우선시 되며 이러한 제도적 접근이 미성년자를 포함한 남녀 모두에게 제한 없이 이루어 질 수 있도록 해야 한다.

특히, 이러한 성지식 및 정보와 관련된 내용은 여러 선진국의 사례를 통해 확인할 수 있듯이 학교 등의 공인 교육기관을 통해 초·중·고등학교 때부터 단계별로 구체적인 교육을 진행할 필요가 있다. 이러한 예로 스웨덴, 노르웨이, 핀란드를 비롯한 북유럽 국가들과 앞서 살펴본 일본이 대표적이다. 그중에서도 스웨덴은 세계에서 성교육이 가장 발달한 나라로 알려져 있다. 스웨덴은 지난 1956년부터 아동 성교육을 의무화했다. 그리고 성지식 및 정보에 대한 교육을 단계별로 진행하여 만 4세부터 연령에 맞춰 성교육을 받고, 만 15세가 되면 피임에 대해 교육을 받는다. 따라서 실효성 있는 질 높은 피임교육이 확대되고 강화되어야 한다. 또한 임신의 계획과 예방에 있어 남성의 피임에 관한 인식과 실천적 참여는 매우 중요하다. 추가로 직접적인 피임을 하지 않는 경우,

사후피임약을 통한 응급피임의 필요성을 인지시키고 접근도를 높이기 위한 방안도 강구해야 한다.

국제적으로 볼 때 전반적으로 인공임신중절(낙태) 허용 범위에 관한 법적 제한이 과거보다 덜 엄격해지고 있기도 하다(United Nations, 2014). 허용 범위 확대 여부와 별개로 원치 않는 임신과 안전하지 않은 인공임신중절(낙태)을 감소시키기 위해 우리 사회가 노력해야 한다는 당위성에 대한 이견은 많지 않을 것이다. 성관계 중이나 후에 임신 가능성에 대해 걱정했던 적이 있었던 응답자 비율은 79.6%로 나타났다. 연령별로 보면, 저연령층일수록 임신가능성을 걱정한 비율이 상대적으로 높게 나타나는 경향이 있으며, 특히 19세 이하 층의 91.2%와 20대층의 89.6%가 임신가능성을 걱정했다고 응답했다. 이러한 맥락에서 실제로 조사 대상의 96% 이상이 상담의 필요성을 느끼고 있었다. 인공임신중절(낙태) 전후 의료적 상담은 97.5%의 응답자가 필요하다고 하였으며, 의료상담 이외에 심리·정서적 상담에 대해서는 97.7%의 응답자가, 그리고 출산·양육에 관한 정부의 지원 정책과 관련된 상담의 경우 96.7%가 필요하다고 응답하였다. 따라서 기본적인 교육에 더해 상담이 필요하다. 세계보건기구(WHO)의 안전한 인공임신중절(낙태)에 관한 가이드라인(Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems)에서는 안전한 인공임신중절(낙태)을 위해 필수적인 요소로서 상담을 제시한다. 기본적으로 상담은 인공임신중절(낙태)을 진행하기 위해, 사후 관리를 위해, 피임을 위해, 기타 충족되지 않은 필요를 위한 목적으로 제공되어야 한다. 또한, 안전한 인공임신중절(낙태)을 계획하고 관리하기 위해 필요한 의학적으로 정확한 정보가 제공되어야 하고 정확한 정보를 획득한 후에 자기결정을 위해 여성이 요청하는 경우 상담을 제공하는 것을 최소한의 원칙으로 삼고 있다.

WHO에서 권고하는 피임, 원치 않는 임신, 인공임신중절(낙태)에 관한 상담에 추가적으로 의료적 상담, 심리·정서적 상담, 국가 정책에 관한 상담에 대한 접근이 용이하도록 노력해야 한다. 많은 경제협력개발기구(OECD) 국가는 의무적으로 ‘상담’ 과정을 거쳐 인공임신중절(낙태)을 허용하고 있다. 일본의 경우 2011년 후생노동성이 ‘임신기부터 임신·출산·육아 등에 관한 상담체제 등의 정비에 대하여’라는 가이드라인을 각 지자체에 배포하였다. 가이드라인은 ①임신 등에 관한 상담창구의 설치·홍보, ②각 상담창구에서의 대응, ③보호·지원제도의 활용, ④체제정비를 위한 지원의 네 가지 내용을 담고 있다. 또한 여성건강지원센터, 아동상담소, 보건소 및 보건센터의 모자보건상

담창구, 복지사무소, 여성상담소를 통해 상담이 가능하다. 출산과 비출산을 결정할 때는 충분한 생각과 고민이 필요하므로 이를 지원하는 상담은 필수적이다. 우리나라의 경우도 인공임신중절(낙태)의 불법여부를 떠나 이에 대한 적극적인 상담 가이드라인이 마련되어야 한다.

원치 않는 임신 중 사회·경제적 문제에 대해서는 국가차원의 보육과 양육에 대한 정책적 지원이 필요하다고 볼 수 있다. 즉, 아기를 낳기 힘든 상황에서도 국가의 지원과 주위의 인식 변화로 아기를 낳고 키울 수 있는 인프라를 갖추는 것이 선행되어야 한다. 조사 결과, 인공임신중절(낙태) 경험 여성과 경험하지 않았지만 인공임신중절(낙태)을 고려한 여성 모두 인공임신중절(낙태) 결정(내지는 고려) 사유의 상당부분이 사회경제적 배경에 있음을 염두에 두어야 한다. 인공임신중절(낙태) 경험 여성은 ‘학업, 직장 등 사회활동에 지장이 있을 것 같아서’, ‘경제상태상 양육이 힘들어서(고용불안정, 소득이 적어서 등)’ 등 사회경제적 이유에 의해 인공임신중절을 하는 비율이 높게 나타났다. 또한 인공임신중절 고려 여성이 인공임신중절을 하지 않은 이유로 ‘아이를 키울 수 있을 것 같아서(경제 상황이 좋아져서 등)’를 응답한 비율이 높게 나타났다. 따라서 차별 없는 출산과 양육을 위한 인프라를 구축하는 등 국가의 충분한 지원이 선행되어야 한다. 또한 사회와 국가에 앞서 기본적으로 남성이 부양의 책임을 지도록 하는 구조를 견고하게 마련해야 할 것이다. 덴마크, 캐나다, 영국, 미국 등 미혼부의 책임이 법제화된 사례를 참고하여 자녀의 양육비를 회피하는 경우 월급 및 재산 압류, 운전면허 정지, 여권 정지, 벌금, 구속 등 법제화가 필요하다. 예를 들어 독일의 경우 청소년이든 성인 이든 친생부가 경제능력이 아직 안 되면 정부가 출산과 양육비를 지원하고 차후에 구상권을 행사한다. 우리나라도, 미혼부가 양육비 지급 능력이 없으면 국가가 미혼모에게 선지급 후 미혼부에게 구상권 청구를 법제화하는 것에 대해 고려할 필요가 있다.

한편, 인공임신중절(낙태)을 경험한 심층면접 대상자들은 산부인과 자체에 대한 거부감을 표현하였다. 산부인과에 대한 접근성은 여성의 성건강과 직결되는 만큼 조기의 산부인과 이용은 의미가 있다. 이러한 점에서 현재 시행되고 있는 국민건강보험공단의 생애 주기별 건강검진제도에 청소년기의 남녀를 포함시키는 것을 고려할 필요가 있다. 또한 현재 국가에서 시행하는 학생건강검진 항목에 제2차 성징이 지난 연령의 미성년자인 여성의 경우에는 산부인과 검진 항목을 추가하는 것도 포함할 수 있을 것이다. 이를 통해 조기에 건강을 유지하고 병원 이용에 대한 거부감을 없앨 수 있을 것이다.



본 연구에서는 만 15~44세 여성을 대상으로 온라인 실태조사를 수행한 결과를 토대로 인공임신중절률과 추정건수를 도출하였다. 사전조사를 통해 보다 신뢰성을 제고하는 조사 방법을 활용하였고, 혼인상태와 연령을 우리나라 전체 여성을 대표할 수 있도록 표본을 설계하였으며 표준오차를 줄이기 위해 표본의 규모를 확대하였다. 그럼에도 불구하고 온라인 조사가 가지고 있는 대표성의 한계는 분명 존재한다. 또한 불법성에서 오는 과소추정의 한계도 있다. 이러한 이유로 본 조사의 경우도 통계청의 승인을 득하지 못하였다. 결과적으로 현재 우리나라의 경우 대부분의 인공임신중절(낙태)이 음성적으로 이루어지기 때문에 건강보험 데이터베이스의 활용이 어려운 상황이므로 정확한 실태 파악을 위한 심도있는 고민이 지속적으로 필요하다. 일본의 경우 인공임신중절(낙태)을 실시하게 되면, 의사는 사유를 기록하여 이를 다음달(翌月) 10일까지 도도부현 지사에게 신고할 의무가 있고(「모체보호법」 제25조), 이를 위반한 경우에는 벌칙(벌금 10만 엔 이하, 제32조)이 주어진다. 인공임신중절(낙태)을 실시한 의사는 그 달의 수술 건수를 보고표에 각자 기재할 필요가 있고, 인공임신중절(낙태) 건수가 0인 경우에도 반드시 보고해야 한다. 우리나라의 경우도 일본과 같이 불법성 여부와 상관없이 기록을 유지하고자 하는 방법을 고민할 필요가 있다. 또한 인공임신중절(낙태)과 관련된 논의는 사회의 가치관과 관련되어 있으므로 제도 변경과 설계를 위해 국민 전체의 인식도 파악할 필요가 있다. 마지막으로 본 연구를 통해 파악된 인공임신중절(낙태)에 대한 실태와 여성의 관련 경험 등은 앞으로의 정책의 개선을 위한 기초자료를 제공한다는 데 의미가 있다고 볼 수 있다.



### <국내문헌>

- 강지원. (2010). 미국과 독일의 자녀부양체계 및 자녀양육비 이행제도 비교. 보건복지포럼, 161, 70-82.
- 고봉진. (2012). 자연법과 자연권으로서의 인권. 법과정책, 18(2), 1-26.
- 군나 두트게. (2012). 독일에서 후기 낙태의 문제점 (신동일 역). 김찬진, 이영애, 심상덕, 최안나, 박수현, 김현철, ... 군나 두트게. (2012). 초기 인간생명 보호를 위한 제언 (pp. 139-184). 서울: 세창출판사.
- 교육부, 보건복지부, 질병관리본부. (2016). 제12차(2016년) 청소년건강행태온라인조사 통계. 세종: 교육부, 보건복지부, 질병관리본부.
- 김동식, 황정임, 동제연. (2018). 임신중단(낙태)에 관한 여성의 인식과 경험 조사. 서울: 한국여성정책연구원.
- 김상용. (2015). 자연법의 재생. 한독법학, 20, 169-247.
- 김소운, 장석일, 김재연, 노정숙, 정호진, 곽미영, ... 김윤덕. (2010). 산부인과 병·의원의 출산 관련 실태조사 및 영유아 건강 증진 방안 마련. 서울: 보건복지부, 연세대학교.
- 김일수, 서보학. (2007). 형법각론. 서울: 박영사.
- 김재연. (2015). 인공임신중절의 현황과 대책. 한국모자보건학회, 제37차 한국모자보건학회 춘계학술대회 자료집, 115-129.
- 김해중, 안형식, 김순덕, 박문일, 박춘선, 임지은, ... 김경훈. (2005). 인공임신중절 실태조사 및 종합대책수립. 서울: 보건복지부, 고려대학교.
- 김현철. (2017). 자연주의적 자연법 이론의 가능성. 법철학연구, 20(1), 35-62.
- 대법원. 1966. 9. 6. 선고 66도1005 판결.
- 대한민국헌법. 헌법 제10호, 1987. 10. 29., 전부개정.
- 매일경제. (2016. 3. 17.). “콘돔 판매 ‘고공행진’... 올해도 경제 안 좋으려나”. URL: <http://news.mk.co.kr/newsRead.php?year=2016&no=202624>
- 모자보건법. 법률 제15444호, 2018. 3. 13., 일부개정.
- 모자보건법. 대통령령 제29148호, 2018. 9. 11., 일부개정.
- 박상기. (1999). 형법각론(전정판). 서울: 박영사.

- 박은정. (2007). 자연법의 문제들. 서울: 세창출판사.
- 배인구. (2012). 독일 낙태죄 규정에 대한 독일 연방헌법재판소 판결. 김찬진, 이영애, 심상덕, 최안나, 박수현, 김현철, ... 군나 두트게. (2012). 초기 인간생명 보호를 위한 제언 (pp. 235-254). 서울: 세창출판사.
- 배종대. (2006). 형법각론(제6전정판). 서울: 홍문사.
- 보건복지부. (2018). 내부자료(사후피임약 처방현황).
- 손명세, 강명신, 장석일, 김해중, 박길준, 남정모, ... 김은미. (2011). 전국 인공임신중절 변동 실태조사. 서울: 보건복지부, 연세대학교.
- 신동운. (2015). 형법각론. 파주: 법문사.
- 안재원. (2010). 키케로의 쟁점 구성 이론(status)에 관하여: 쿠리우스 소송을 중심으로. 서울대학교 법학, 51(2), 37-68.
- 오영근. (2009). 형법각론(제2판). 서울: 박영사.
- 이병호. (2015). 낙태(인공임신중절) 실태와 쟁점. 이슈 & 진단(경기연구원), 196, 1-25.
- 이삼식, 박중서, 이소영, 오미애, 최효진, 송민영. (2015). 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이재상. (2009). 형법각론(제6판). 서울: 박영사.
- 임웅. (2016). 형법각론(제7전정판). 파주: 법문사.
- 차병직, 윤재왕, 윤지영. (2016). 안녕 헌법. 서울: 지안출판사.
- 청와대 청원답변 2호. (2017. 11. 26.) “낙태죄 폐지와 자연유산 유도약(미프진) 합법화 및 도입을 부탁드립니다.” URL: <https://www1.president.go.kr/petitions/18278>
- 최정수, 원종욱, 채수미, 박은자, 서경. (2010). 인공임신중절 실태와 정책과제. 서울: 한국보건사회연구원.
- 하정욱. (2017). 낙태에 대한 형사처벌의 시대착오: 건강권-사회권-인권 실천의 국제적 합의를 중심으로. 의료와 사회, 8, 64-79.
- 한국천주교주교회의. (2011). 가톨릭 교회 교리서(제2판 6쇄). 서울: 한국천주교중앙협의회.
- 헌법재판소. 1990. 9. 10. 89헌마82. 「형법」 제241조 위헌여부에 관한 헌법소원.  
\_\_\_\_\_. 1995. 4. 20. 91헌바11. 「특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률」 제11조 및 「마약법」 제60조에 대한 헌법소원.  
\_\_\_\_\_. 2012. 8. 23. 2010헌바402. 「형법」 제270조 제1항 위헌소원.
- 형법. 법률 제15793호, 2018. 10. 16., 일부개정.

## &lt;국외문헌&gt;

- Berghäuser, G. (2016). *Die Ungeborenen im Widerspruch. Der symbolische Schutz des menschlichen Lebens in vivo und sein Fortwirken in einer allopoietischen Strafgesetzgebung und Strafrechtswissenschaft*. Duncker & Humblot·Berlin.
- BVerfGE 39, 1 – Schwangerschaftsabbruch I.
- \_\_\_\_\_ 88, 203 – Schwangerschaftsabbruch II.
- Cook R. J., Dickens B. M., & Fathalla M. F. (2003). *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. Oxford & New York: Oxford University Press.
- Duttge, G. (2018). *Abtreibungswerbungsverbot – § 219 a StGB Abschaffen oder nicht?*. StadtRadio Göttingen, 107, eins.
- Frommel, M. (2018). Haben Ärzte ein Recht zur Information über ihre Bereitschaft, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen?. *Zeitschrift des Lebensrechts*, 17–18.
- GESETZ VOM 22. MAI 1978, Nr. 194.
- Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG).
- Gropp, W., in: Joecks/Miebach, MK–StGB, § 218a Rn.11.
- Hörster, N. (1999). *Abtreibung im säkularen Staat: Argumente gegen den § 218*. Berlin: Suhrkamp.
- Jatlaoui TC, Boutot ME, Mandel MG, et al. (2018). Abortion Surveillance — United States, 2015. *MMWR Surveill Summ*, 67(No. SS–13): 1–45.
- Johnson, D. (1992). Shared Interests: Promoting Health Births Without Sacrificing Womens Liberty, in: J. Douglas Butler/David F. Walbert(ed.), *Abortion, Medicine, and the Law* (pp. 254–291). 4th. Edition, FactsonFile.
- Kloepfer, M. (2002). *Humangenetik als Verfassungsfrage*, JZ, 417–428.
- Merkel, R. (2000). *An den Grenzen von Medizin, Ethik und Strafrecht: Die chirurgische Trennung sogenannter siamesischer Zwillinge*, in: Roxin/Schroth, Medizinstrafrecht, 145–174.
- \_\_\_\_\_. (2008). *Grundrechtsschutz für den menschlichen Embryo? Vortrag auf der Tagung der Juristen-Vereinigung Lebensrecht am 2. Mai 2008*, ZfL, 38–42.

- Neves, M. (1998). *Symbolische Konstitutionalisierung*. Duncker & Humblot.
- Noll, P. (1981). Symbolische Gesetzgebung, in: *Zeitschrift für Schweizerisches Recht*, B.100, 347–364.
- Rossier, C.(2003). Estimating Induced Abortion Rates: A Review. *Studies in Family Planning*, 34(2), 87–102.
- Seelmann, K. (2004). Haben Embryonen Menschenwürde? Überlegungen aus justischer Sicht, in: Kettner(Hrsg.), *Biomedizin und Menschenwürde* (pp. 63–80). Berlin: Suhrkamp.
- Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR), Global Abortion Policies Database. (2018). *Abortion conditions*. Retrieved from <https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/17-Netherlands-Questions-and-Answers-regarding-Abortion-2011.pdf>
- Siebel, J. (2007). *Straf- und zivilrechtliche Probleme des "beratenen" Schwangerschaftsabbruchs nach § 218 a Absatz 1 StGB*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Singh, S., Remez, L., & Tartaglione, A., (Eds.). (2010). *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*. New York: Guttmacher Institute; and Paris: International Union for the Scientific Study of Population.
- Singh, S., Remez, L. Sedgh, G., Kwok, L., & Onda, T. (2018). *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. New York: Guttmacher Institute.
- The Local – Sweden’s News in English. (2018. 5. 24.) “*How Sweden got some of the most liberal abortion laws in the world*”. Retrieved from <https://www.thelocal.se/20180524/the-history-of-legal-abortion-in-sweden-liberal-laws>
- TSUKAHARA Kumi. (2013). What Are the Real Problems of Abortion?. *The Japanese Association for Philosophical and Ethical Researches in Medicine*, 31, 59–62. doi: 10.24504/itetsu.31.0\_59
- U.K., Department of Health. (2017). Abortion Statistics, England and Wales: 2016. *Overview of Irish Abortion*. Retrieved from [www.secondlookproject.ie/main/wp-content/uploads/2017/12/2017-stats.pdf](http://www.secondlookproject.ie/main/wp-content/uploads/2017/12/2017-stats.pdf)
- United Nations. (2002). *Abortion Policies: a Global Review*. New York, United States: United Nations(UN)

- \_\_\_\_\_. (2014). *Abortion Policies and Reproductive Health around the World*. United Nation publication, Sales No. E.14.XIII.11.
- WHO. (2012). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva: WHO.
- Zschiegner, A. (2011). *Die dogmatische Einordnung der beratungsgebundenen Fristenlösung gem § 218 a Abs. 1 StGB*, uni-edition.
- 角田亜希. (2012). 人工妊娠中絶を減らすために: 国、社会、個人ができること. URL: [www.f.waseda.jp/k\\_okabe/semi-theses/13aki\\_tsunoda.pdf](http://www.f.waseda.jp/k_okabe/semi-theses/13aki_tsunoda.pdf)
- 厚生労働省. (2011). 妊娠期からの妊娠・出産・子育て等に係る相談体制等の整備について. URL: <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/dv110805-2.pdf>
- \_\_\_\_\_. (2017). 平成28年度衛生行政報告例の概況. URL: [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei\\_houkoku/16/dl/kekka6.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/16/dl/kekka6.pdf)
- 国立社会保障・人口問題研究所. (2018). 人口統計資料集2018. URL: <http://www.ipss.go.jp/>
- 齋藤益子. (2018). わが国の性教育の現状と課題. 日本性教育協会, 87, 1-16.
- 白井千晶. (2014). 妊娠葛藤・子の養育困難にある女性の養子に出す意思決定プロセスと公的福祉—特別養子縁組を託す女性の語りから—. 和光大学現代人間学部紀要, 第7号, 55-75.
- 田口朝子. (2012). 妊娠葛藤の質的構造: 妊娠から出産に至るまでの女性たちの悩みの声, 生命倫理, 22(1), 14-25.
- 内閣部. (2018). 男女共同参画白書平成30年版. URL: [http://www.gender.go.jp/about\\_danjo/whitepaper/h30/zentai/html/honpen/b1\\_s00\\_02.html](http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h30/zentai/html/honpen/b1_s00_02.html)
- 日本医師会. (2013). 「母体保護法指定医師の指定基準」モデルの改定について. URL: [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20130424\\_2.pdf#search='%E6%8C%87%E5%AE%9A%E5%8C%BB%E5%B8%AB%E3%82%92%E7%BD%AE%E3%81%8F%E7%90%86%E7%94%B1'](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20130424_2.pdf#search='%E6%8C%87%E5%AE%9A%E5%8C%BB%E5%B8%AB%E3%82%92%E7%BD%AE%E3%81%8F%E7%90%86%E7%94%B1')
- 日本性教育協会. (2014). 現代性教育研究ジャーナル. URL: [http://www.jase.faje.or.jp/jigyo/journal/seikyoiku\\_journal\\_201405.pdf#search='%E5%AE%89%E5%85%A8%E3%81%97%E3%81%AA%E3%81%84%E4%B8%AD%E7%B5%B6'](http://www.jase.faje.or.jp/jigyo/journal/seikyoiku_journal_201405.pdf#search='%E5%AE%89%E5%85%A8%E3%81%97%E3%81%AA%E3%81%84%E4%B8%AD%E7%B5%B6')에서 2018.9.16.인출.
- 母子保健事業団. (2012). 母子保健行政法令・通知集. 平成24年, 母子保健事業団.
- 三枝有. (2012). 人工妊娠中絶と胎児の生命. 信州大学法学論集, 20, 1-19.

<홈페이지>

- BBC 뉴스. [웹사이트]. (2018. 5. 29.) URL: <https://www.bbc.com/korean/news-44269487>
- 문부과학성. [웹사이트]. (2018. 9. 17.) URL: [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo3/022/siryo/06092114/001/004/003.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/022/siryo/06092114/001/004/003.htm)
- 임신SOS 네트워크. [웹사이트]. (2018. 11. 22.). URL: <http://zenninnet-sos.org/contact-list>
- 위키백과. [웹사이트]. (2018. 4. 3.). URL: <https://ko.wikipedia.org/>
- 행정안전부. 주민등록인구통계 [웹사이트]. (2018. 9. 10.). URL: <http://27.101.213.4/index.jsp>
- 후생노동성. [웹사이트]. (2018. 9. 16.). URL: [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00ta9692&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta9692&dataType=1&pageNo=1)
- e-Gov. [Website]. (2018. 9. 16.). Retrieved from [http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail?lawId=323AC1000000156#55](http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=323AC1000000156#55)
- Government of the Netherlands. [Website]. (2018. 9. 25.). Retrieved from <https://www.government.nl/topics/abortion/question-and-answer/i-am-thinking-about-getting-an-abortion-what-should-i-do>
- NewZealand Government. [Website]. (2018. 11. 5.) Retrieved from <https://www.stats.govt.nz/information-releases/abortion-statistics-year-ended-december-2017>
- MedlinePlus. [Website]. (2018. 4. 3.). Retrieved from <https://medlineplus.gov/ency/article/002912.html>
- SOSHIREN. [Website]. (2018. 9. 16.). Retrieved from [http://www.soshiren.org/yuseihogo\\_toha.html](http://www.soshiren.org/yuseihogo_toha.html)
- United Nation. [Website]. (2018. 4. 9.). Retrieved from <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>
- United Nations, World Population Policies Database. [Website]. (2018. 7. 9.). Retrieved from [http://esa.un.org/poppolicy/about\\_database.aspx](http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx)
- WHO. [Website]. (2018. 9. 12.). Retrieved from [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe\\_abortion/hrpwork/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/hrpwork/en/)
- 育児ログ. [Website]. (2018. 9. 16.). Retrieved from <https://ikuji-log.net/entry/abortion-consent-form#i-2>



岡山県医師会. [Website]. (2018. 9. 16.). Retrieved from [http://www.okayama.med.or.jp/activity/kaiho\\_lineup/files/ijifunsou/1458.pdf#search='%E4%BA%BA%E5%B7%A5%E5%A6%8A%E5%A8%A0%E4%B8%AD%E7%B5%B6%E3%82%92%E3%82%81%E3%81%90%E3%82%8B%E6%9C%80%E8%BF%91%E3%81%AE%E8%A9%B1%E9%A1%8C'](http://www.okayama.med.or.jp/activity/kaiho_lineup/files/ijifunsou/1458.pdf#search='%E4%BA%BA%E5%B7%A5%E5%A6%8A%E5%A8%A0%E4%B8%AD%E7%B5%B6%E3%82%92%E3%82%81%E3%81%90%E3%82%8B%E6%9C%80%E8%BF%91%E3%81%AE%E8%A9%B1%E9%A1%8C')

弁護士ドットコム. [Website]. (2018. 11. 22.). Retrieved from [https://www.bengo4.com/c\\_3/c\\_1163/b\\_316292/](https://www.bengo4.com/c_3/c_1163/b_316292/)



## 부 록 <

### [부 록 1] 인공임신중절 실태조사 부표

<부표 1> 인공임신중절(낙태)을 하지는 않았지만, 임신기간 동안 인공임신중절(낙태) 고려 여부  
(단위: %, 명)

구 분	있음	없음	계	(명)
전체	12.6	87.4	100.0	(3,036)
지역 ( $\chi^2=8.359^*$ )				
대도시	11.1	88.9	100.0	(1,298)
중소도시	13.0	87.0	100.0	(1,365)
농어촌	16.6	83.4	100.0	(373)
현재 연령				
19세 이하	0.0	100.0	100.0	(1)
20~29세	18.6	81.4	100.0	(168)
30~39세	12.2	87.8	100.0	(1,634)
40~44세	12.4	87.6	100.0	(1,233)
교육수준 ( $\chi^2=8.736^*$ )				
고졸 이하	16.6	83.4	100.0	(369)
대졸 이하	11.6	88.4	100.0	(2,195)
대학원 이상	14.4	85.6	100.0	(472)
현재 혼인상태 ( $\chi^2=27.096^{***}$ )				
미혼	37.5	62.5	100.0	(24)
법륜혼	12.0	88.0	100.0	(2,546)
사실혼·동거	12.3	87.7	100.0	(374)
별거·이혼·사별	25.0	75.0	100.0	(92)
취업여부 ( $\chi^2=3.224$ )				
취업	13.5	86.5	100.0	(1,801)
비취업	11.3	88.7	100.0	(1,235)
월평균 가구소득 ( $\chi^2=6.551$ )				
200만 원 미만	14.0	86.0	100.0	(365)
200~400만 원 미만	14.7	85.3	100.0	(830)
400~600만 원 미만	11.7	88.3	100.0	(1,140)
600만 원 이상	10.9	89.1	100.0	(651)
잘 모름	12.0	88.0	100.0	(51)
종교 유무 ( $\chi^2=0.085$ )				
있음	12.8	87.2	100.0	(1,382)
없음	12.5	87.5	100.0	(1,654)

주: 1) 전체 응답자는 임신경험자 중 인공임신중절(낙태) 경험자를 제외한 경우임.

2) 교육수준 중 '중졸 이하'는 해당자가 없음.

3) \* $p<0.05$ , \*\*\* $p<0.001$

4) 5보다 작은 기대빈도를 갖는 셀이 20% 이상인 경우  $\chi^2$ 값을 제시하지 않음.

5) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## &lt;부표 2&gt; 인공임신중절(낙태)은 하지 않았으나 이를 고려한 응답자의 당시 연령 및 혼인상태

(단위: %, 명)

구 분	계	(명)
전체	100.0	(383)
당시 연령		
19세 이하	2.4	(9)
20~24세	18.1	(69)
25~29세	28.8	(110)
30~34세	31.9	(122)
35~39세	15.9	(61)
40~44세	2.8	(11)
당시 혼인상태		
미혼	29.8	(114)
법률혼	56.4	(216)
사실혼·동거	11.1	(42)
별거·이혼·사별	2.7	(10)

주: 1) 인공임신중절(낙태)을 고려했던 임신이 2회 이상일 경우, 가장 최근의 고려 경험 시점 기준임.  
 2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## &lt;부표 3&gt; 인공임신중절(낙태)은 하지 않았으나 이를 고려한 응답자의 임신 사실 관련 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와의 공유 여부

(단위: %, 명)

구 분	있음	없음	계	(명)
전체	95.7	4.3	100.0	(383)
당시 연령				
24세 이하	93.6	6.4	100.0	(79)
25~29세	98.2	1.8	100.0	(110)
30~34세	95.9	4.1	100.0	(122)
35세 이상	94.4	5.6	100.0	(72)
당시 혼인상태				
미혼	91.2	8.8	100.0	(114)
기혼(법률혼·별거·이혼·사별)	97.3	2.7	100.0	(226)
기혼(사실혼·동거)	100.0	0.0	100.0	(42)

주: 1) 인공임신중절(낙태)을 고려했던 임신이 2회 이상일 경우, 가장 최근의 고려 경험 시점 기준임.  
 2) 5보다 작은 기대빈도를 갖는 셀이 20% 이상인 관계로  $\times^2$ 값을 제시하지 않음.  
 3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

<부표 4> 인공임신중절(낙태)은 하지 않았으나 이를 고려한 응답자의 임신 사실 관련 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와 공유 시 파트너 반응

(단위: %, 명)

구 분	아이를 낳자고 했다	인공임신 중절(낙태) 을 하자고 했다	내 의사와 선택을 존중하겠 다고 했다	본인과는 상관없는 일이니 알아서 하라고 했다	파트너가 아무런 의견 없이 연락을 끊었다	기타	계	(명)
전체	56.6	6.0	35.5	1.1	0.3	0.5	100.0	(367)
당시 연령								
24세 이하	58.9	6.8	32.9	1.4	0.0	0.0	100.0	(73)
25~29세	56.5	6.5	35.2	0.9	0.0	0.9	100.0	(108)
30~34세	57.6	6.8	33.1	0.8	0.8	0.8	100.0	(118)
35세 이상	52.9	2.9	42.6	1.5	0.0	0.0	100.0	(67)
당시 혼인상태								
미혼	54.8	7.7	36.5	1.0	0.0	0.0	100.0	(104)
기혼(법률혼·별거·이혼·사별)	54.8	5.9	37.1	0.9	0.5	0.9	100.0	(220)
기혼(사실혼·동거)	69.8	4.7	23.3	2.3	0.0	0.0	100.0	(42)

주: 1) 인공임신중절(낙태)을 고려했던 임신이 2회 이상일 경우, 가장 최근의 고려 경험 시점 기준임.

2) 5보다 작은 기대빈도를 갖는 셀이 20% 이상인 관계로  $\times^2$ 값을 제시하지 않음.

3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

<부표 5> 인공임신중절(낙태)은 하지 않았으나 이를 고려한 응답자의 당시 상담 대상 (복수응답)

(단위: %, 명)

구 분	파트너	부모	형제 자매 및 친인척	친구 및 지인	상담사/ 관련단체 (기관) 관계자	의료인	온라인	없음	계	(명)
전체	64.1	13.9	7.0	17.4	1.1	19.6	5.7	10.6	100.0	(383)
당시 연령										
24세 이하	59.7	15.6	6.3	36.2	1.2	15.3	6.7	9.3	100.0	(79)
25~29세	62.2	13.9	4.7	13.5	1.0	24.7	7.3	11.7	100.0	(110)
30~34세	67.4	11.3	7.6	10.0	0.0	21.1	4.5	10.0	100.0	(122)
35세 이상	66.1	16.7	10.1	15.4	3.0	14.0	4.3	11.3	100.0	(72)
당시 혼인상태										
미혼	58.1	11.9	6.0	26.4	0.0	18.5	9.2	10.8	100.0	(114)
기혼 (법률혼·별거·이혼·사별)	68.5	13.2	8.3	11.6	1.5	22.6	3.7	10.1	100.0	(226)
기혼(사실혼·동거)	56.5	23.4	2.5	24.4	2.3	7.0	7.1	12.8	100.0	(42)

주: 1) 인공임신중절(낙태)을 고려했던 임신이 2회 이상일 경우, 가장 최근의 고려 경험 시점 기준임.

2) 설문지상의 '종교인', '기타' 항목에 대한 응답은 없었음.

3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

<부표 6> 인공임신중절(낙태)을 하지 않았으나 이를 고려한 응답자가 최종적으로 인공임신중절(낙태)을 하지 않은 주된 이유 (복수응답, 2개)

(단위: %, 명)

구 분	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	계	(명)
전체	24.2	71.5	2.2	3.8	39.8	8.9	5.0	18.9	3.5	13.3	8.8	100.0	(383)
당시 연령													
24세 이하	22.4	71.3	1.4	2.8	31.8	10.0	3.8	33.2	8.0	9.3	6.2	100.0	(79)
25~29세	28.9	62.4	0.9	5.9	41.6	11.3	3.5	15.5	6.4	13.6	9.9	100.0	(110)
30~34세	21.9	78.6	3.4	3.3	45.9	5.4	3.4	15.1	0.0	9.2	13.9	100.0	(122)
35세 이상	23.1	73.9	2.8	2.8	35.1	9.7	11.6	15.2	0.0	24.3	1.4	100.0	(72)
당시 혼인상태													
미혼	21.5	61.9	1.8	4.6	42.1	11.3	1.7	24.6	7.2	15.0	8.3	100.0	(114)
기혼													
(법률혼·별거·이혼·사별)	25.6	76.8	1.4	3.7	37.2	8.9	6.7	14.1	1.8	13.5	10.3	100.0	(226)
기혼(사실혼·동거)	24.4	69.7	7.5	2.4	46.9	2.3	5.0	29.3	2.4	7.6	2.6	100.0	(42)

주: 1) 인공임신중절(낙태)을 하지 않은 이유 11가지 항목은 다음과 같음.

- ① 나의 건강을 해칠 수 있어서(부작용, 향후 임신에 부정적 영향 등)
- ② 태아의 생명이 중요하다고 생각되어서
- ③ 인공임신중절(낙태) 비용 마련이 어려워서
- ④ 인공임신중절(낙태)이 가능한 의료기관을 찾지 못해서
- ⑤ 아이를 키울 수 있을 것 같아서(경제 상황이 좋아져서, 파트너와의 관계가 좋아져서 등)
- ⑥ 인공임신중절(낙태)이 불법이고 처벌을 받을 수 있어서
- ⑦ 종교적인 신념 때문에
- ⑧ 인공임신중절(낙태) 자체가 무서워서
- ⑨ 다른 사람이 알게 되는 것이 걱정되어서
- ⑩ 사산·유산이 되어서
- ⑪ 기타

2) 인공임신중절(낙태)을 고려했던 임신이 2회 이상일 경우, 가장 최근의 고려 경험 시점 기준임.

3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

<부표 7> 인공임신중절(낙태) 경험 여성의 당시 연령 및 혼인상태

(단위: %, 명)

구 분	계	(명)
전체	100.0	(756)
당시 연령		
19세 이하	1.7	(13)
20~24세	27.8	(210)
25~29세	30.0	(227)
30~34세	22.8	(172)
35~39세	14.6	(110)
40~44세	3.1	(23)
당시 혼인상태		

주: 1) 복수의 인공임신중절(낙태) 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

<부표 8> 인공임신중절(낙태) 경험자의 인공임신중절(낙태) 관련 필요했던 주된 정보 (우선순위 1순위)  
(단위: %, 명)

구 분	인공임신 중절(낙태) 을 하는 방법	인공임신 중절(낙태) 이 가능한 의료기관	인공임신 중절(낙태) 관련 법률정보	인공임신 중절(낙태) 에 드는 비용	인공임신 중절(낙태) 로 인한 부작용 및 후유증	전문적인 상담을 제공하는 기관/단체	계	(명)
전체	6.2	46.3	2.3	21.0	18.0	6.2	100.0	(756)
당시 연령 ( $\chi^2=16.454$ )								
24세 이하	6.7	46.6	0.9	23.8	16.6	5.4	100.0	(223)
25~29세	7.9	44.7	1.8	21.5	18.0	6.1	100.0	(227)
30~34세	6.9	48.0	4.0	15.0	19.1	6.9	100.0	(172)
35세 이상	1.5	45.5	3.0	23.9	19.4	6.7	100.0	(134)
당시 혼인상태 ( $\chi^2=17.382$ )								
미혼	7.6	49.4	1.1	19.8	16.1	5.9	100.0	(355)
기혼(법률혼·별가·이혼·사별)	5.0	45.2	2.6	19.5	21.1	6.6	100.0	(303)
기혼(사실혼·동거)	4.1	39.2	5.2	29.9	15.5	6.2	100.0	(98)

주: 1) 복수의 인공임신중절(낙태) 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.  
2) 설문지상의 '기타' 항목에 대한 응답은 없었음.  
3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

<부표 9> 인공임신중절(낙태) 경험자의 인공임신중절(낙태) 관련 필요했던 주된 정보 (우선순위 2순위)  
(단위: %, 명)

구 분	인공임신 중절(낙태) 을 하는 방법	인공임신 중절(낙태) 이 가능한 의료기관	인공임신 중절(낙태) 관련 법률정보	인공임신 중절(낙태) 에 드는 비용	인공임신 중절(낙태) 로 인한 부작용 및 후유증	전문적인 상담을 제공하는 기관/단체	계	(명)
전체	7.4	25.7	2.9	36.9	22.2	4.9	100.0	(756)
당시 연령 ( $\chi^2=14.762$ )								
24세 이하	8.5	25.6	0.9	37.7	21.5	5.8	100.0	(223)
25~29세	6.6	27.3	3.1	37.4	22.5	3.1	100.0	(227)
30~34세	8.1	20.3	3.5	35.5	25.6	7.0	100.0	(172)
35세 이상	6.1	30.3	4.5	37.1	18.2	3.8	100.0	(134)
당시 혼인상태 ( $\chi^2=17.005$ )								
미혼	8.7	23.9	2.2	41.0	20.8	3.4	100.0	(355)
기혼(법률혼·별가·이혼·사별)	7.3	26.1	3.3	33.3	22.4	7.6	100.0	(303)

주: 1) 복수의 인공임신중절(낙태) 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.  
2) 설문지상의 '기타' 항목에 대한 응답은 없었음.  
3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

<부표 10> 인공임신중절(낙태) 경험 여성의 인식: 수술 환경의 안전이나 위생에 대해 불안감을 느낌  
(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않았다	그렇지 않은 편이었다	그런 편 이었다	매우 그랬다	계	(명)
전체 당시 연령 ( $\chi^2=11.266$ )	17.5	40.8	33.5	8.2	100.0	(735)
24세 이하	17.1	36.9	35.0	11.1	100.0	(217)
25~29세	13.2	44.3	35.6	6.8	100.0	(219)
30~34세	19.5	44.4	29.0	7.1	100.0	(169)
35세 이상	22.1	36.6	33.6	7.6	100.0	(131)
당시 혼인상태 ( $\chi^2=7.762$ )						
미혼	13.8	41.5	34.6	10.1	100.0	(347)
기혼(법률훈·별거·이혼·사별)	20.3	40.3	32.5	6.8	100.0	(295)
기혼(사실혼·동거)	21.5	39.8	32.3	6.5	100.0	(93)

주: 1) 복수의 인공임신중절(낙태) 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.  
2) 인공임신중절(낙태) 수술을 받은 여성의 응답임(약물 복용 후 중절이 되지 않아 수술을 받은 경우 포함).  
3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

<부표 11> 인공임신중절(낙태) 경험 여성의 인식: 수술 방법과 후유증 등에 대한 정보를 사전에 충분히 제공받음  
(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않았다	그렇지 않은 편이었다	그런 편 이었다	매우 그랬다	계	(명)
전체 당시 연령 ( $\chi^2=24.414^{**}$ )	15.3	32.6	42.2	9.9	100.0	(735)
24세 이하	20.7	31.8	41.9	5.5	100.0	(217)
25~29세	14.2	38.1	38.1	9.6	100.0	(219)
30~34세	10.7	35.1	41.1	13.1	100.0	(169)
35세 이상	14.6	21.5	50.8	13.1	100.0	(131)
당시 혼인상태 ( $\chi^2=16.187^*$ )						
미혼	19.9	34.3	37.2	8.6	100.0	(347)
기혼(법률훈·별거·이혼·사별)	11.6	31.6	45.2	11.6	100.0	(295)
기혼(사실혼·동거)	9.7	29.0	51.6	9.7	100.0	(93)

주: 1) 복수의 인공임신중절(낙태) 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.  
2) 인공임신중절(낙태) 수술을 받은 여성의 응답임(약물 복용 후 중절이 되지 않아 수술을 받은 경우 포함).  
3) \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$   
4) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.



## &lt;부표 12&gt; 인공임신중절(낙태) 경험 여성의 인식: 수술 후 몸 관리 및 피임방법에 대한 정보를 충분히 제공받음

(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않았다	그렇지 않은 편이었다	그런 편 이었다	매우 그랬다	계	(명)
전체	16.3	31.8	40.9	11.0	100.0	(735)
당시 연령 ( $\chi^2=21.377^*$ )						
24세 이하	23.1	33.3	32.9	10.6	100.0	(217)
25~29세	15.1	31.2	45.4	8.3	100.0	(219)
30~34세	12.5	33.3	43.5	10.7	100.0	(169)
35세 이상	11.5	27.7	43.8	16.9	100.0	(131)
당시 혼인상태 ( $\chi^2=14.373^*$ )						
미혼	20.7	33.1	37.5	8.6	100.0	(347)
기혼(법률훨·별거·이혼·사별)	12.2	30.8	43.1	13.9	100.0	(295)
기혼(사실혼·동거)	12.9	29.0	46.2	11.8	100.0	(93)

주: 1) 복수의 인공임신중절(낙태) 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2) 인공임신중절(낙태) 수술을 받은 여성의 응답임(약물 복용 후 중절이 되지 않아 수술을 받은 경우 포함).

3)  $*p<0.05$ 

4) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## &lt;부표 13&gt; 인공임신중절(낙태) 경험 여성의 인식: 의료인(의사, 간호사 등) 및 관계자가 인격적으로 대함

(단위: %, 명)

구 분	전혀 그렇지 않았다	그렇지 않은 편이었다	그런 편 이었다	매우 그랬다	계	(명)
전체	3.1	13.8	65.7	17.4	100.0	(735)
당시 연령 ( $\chi^2=13.182$ )						
24세 이하	4.1	16.1	62.2	17.5	100.0	(217)
25~29세	1.4	17.0	68.3	13.3	100.0	(219)
30~34세	3.6	11.3	64.9	20.2	100.0	(169)
35세 이상	3.8	8.4	67.9	19.8	100.0	(131)
당시 혼인상태 ( $\chi^2=4.115$ )						
미혼	2.6	16.1	65.4	15.9	100.0	(347)
기혼(법률훨·별거·이혼·사별)	3.4	12.2	65.6	18.7	100.0	(295)
기혼(사실혼·동거)	4.3	10.8	66.7	18.3	100.0	(93)

주: 1) 복수의 인공임신중절(낙태) 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2) 인공임신중절(낙태) 수술을 받은 여성의 응답임(약물 복용 후 중절이 되지 않아 수술을 받은 경우 포함).

3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## &lt;부표 14&gt; 인공임신중절(낙태) 이후 나의 피임 실천 변화

(단위: %, 명)

구 분	피임에 대한 다양한 지식을 알고자 노력하였다	보다 적극적인 피임방법을 사용하였다	상대방의 피임에 적극적으로 개입하게 되었다	변화가 없었다	계	(명)
전체	15.8	48.9	22.6	12.7	100.0	(756)
당시 연령 ( $\chi^2=18.937^*$ )						
24세 이하	21.4	50.0	18.8	9.8	100.0	(223)
25~29세	15.9	48.2	22.1	13.7	100.0	(227)
30~34세	8.7	52.6	22.5	16.2	100.0	(172)
35세 이상	15.0	43.6	29.3	12.0	100.0	(134)
당시 혼인상태 ( $\chi^2=12.016$ )						
미혼	19.2	48.9	20.9	11.0	100.0	(355)
기혼(법률혼·별거·이혼·사별)	10.6	50.5	24.1	14.9	100.0	(303)
기혼(사실혼·동거)	19.4	43.9	23.5	13.3	100.0	(98)

주: 1) 복수의 인공임신중절(낙태) 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2)  $*p<0.05$ 

3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## &lt;부표 15&gt; 인공임신중절(낙태) 이후 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)의 피임 실천 변화

(단위: %, 명)

구 분	피임에 대한 다양한 지식을 알고자 노력하였다	보다 적극적인 피임방법을 사용하였다	나의 피임에 적극적으로 개입하게 되었다	변화가 없었다	잘 모르겠다	해당 없음 (파트너와의 관계종료 등)	계	(명)
전체	10.9	39.4	15.4	12.5	10.8	11.0	100.0	(756)
당시 연령 ( $\chi^2=45.247^{***}$ )								
24세 이하	8.1	31.8	14.8	13.5	12.6	19.3	100.0	(223)
25~29세	15.4	37.4	16.7	8.8	11.0	10.6	100.0	(227)
30~34세	7.6	46.5	14.0	16.3	8.1	7.6	100.0	(172)
35세 이상	12.7	45.5	15.7	12.7	10.4	3.0	100.0	(134)
당시 혼인상태 ( $\chi^2=52.141^{***}$ )								
미혼	11.0	33.3	15.5	10.2	11.0	18.9	100.0	(355)
기혼(법률혼·별거·이혼·사별)	11.3	46.4	14.6	14.6	10.9	2.3	100.0	(303)

주: 1) 복수의 인공임신중절(낙태) 경험 시 가장 최근의 경험 시점 기준임.

2)  $***p<0.001$ 

3) 승수적용으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

## [부 록 2] 인공임신중절 실태조사 설문지: 만 15~44세 여성 대상

<b>여성의 성 건강 관련 실태조사</b>	ID				
-------------------------	----	--	--	--	--

안녕하세요?

바쁘신 가운데에서도 설문조사에 참여해 주셔서 감사드립니다. 이번 「여성의 성 건강 관련 실태조사」는 전국에서 표본추출한 만 15~44세 여성을 대상으로 실시됩니다. 귀하께서 응답해 주신 내용은 앞으로 우리나라 여성의 성 건강과 관련된 정부 정책을 수립하는데 귀중한 기초자료로 활용됩니다.

귀하께서 말씀해 주신 모든 내용은 「통계법」 제33조, 제34조와 「개인정보보호법」에 따라 비밀이 확실하게 보장되며, 통계 산출 목적으로만 사용되고, 그 외의 목적으로는 사용되지 않습니다. 응답 도중에 언제든지 설문 참여를 중단할 수 있으며, 이에 대한 어떠한 불이익도 없습니다.

본 조사가 정부정책 수립과 추진에 소중한 자료로 활용될 수 있도록 귀하의 적극적인 참여와 정확하고 솔직한 응답을 부탁드립니다.

#### 조사 주관 기관



※ 각 문항별 보기 항목은 온라인 조사 시 무작위로 배치하여 진행되기 때문에 해당 순서는 고정되어 있지 않습니다.

### [조사 참여 및 개인정보 동의서]

#### [개인정보 수집 항목]

응답자 일반사항, 피임, 성경험, 임신과 출산경험, 출산결과(출산, 사산, 자연유산, 인공임신중절), 관련 인식 및 법·제도에 대한 견해

#### [개인정보 수집 목적]

피임, 성경험, 임신과 출산경험, 출산결과(출산, 사산, 자연유산, 인공임신중절) 등에 관한 실태 및 관련 요인을 파악하여 정부의 인구정책, 출산 및 모자보건정책 등 수립 및 평가에 있어 기초자료 제공

#### [개인정보 보유 및 이용기간]

상기 『개인정보의 수집·이용목적』을 달성하는데 필요한 기간 동안에 한하여 보유 및 이용됩니다. 다만, 수집 및 이용 목적이 달성된 경우에도 다른 법령 등에 의하여 보관의 필요성이 있는 경우에는 개인정보를 보관할 수 있습니다.

■ 본인은 위 사항들을 이해하였고, 조사대상으로 참여하며 개인정보 제공에 동의합니다.

☐ 동의함

☐ 동의안함

#### SQ1. 귀하의 연령은 만으로 어떻게 됩니까?

만 \_\_\_\_\_세 [만 15세 미만, 45세 이상 설문 종료]

## Part A. 피임 지식 및 성경험 유무

**A1. 귀하께서는 피임에 대해 어느 정도 알고 계십니까?**

- ① 잘 알고 있다                      [→ A1-1로 이동]
- ② 어느 정도 알고 있다            [→ A1-1로 이동]
- ③ 모른다                                [→ A2로 이동]

A1-1. 그림 피임에 대한 지식이나 정보는 주로 어디에서 얻으셨습니까?(2개)

- ① 병의원 산부인과 등의 의료기관
- ② 보건소, 주민센터 등의 공공기관
- ③ 잡지 및 책
- ④ 인터넷 등 언론 매체
- ⑤ 학교(교육)
- ⑥ 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)
- ⑦ 부모, 형제자매 등 가족, 친척
- ⑧ 친구, 선후배 등의 지인
- ⑨ 기타 ( )

**A2. 귀하께서는 성경험이 있으십니까?**

- ① 있다 [→ Part B로 이동]      ② 없다 [→ Part F로 이동]

## Part B. 피임 실천 및 행태

※ B1~B3-1 문항은 현재 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대) 또는 가장 최근의 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와의 관계를 기준으로 응답하여 주십시오.

**B1. 귀하께서는 성관계 전 피임에 대해 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와 이야기한 적이 있습니까?**

- ① 내가 먼저 피임을 하자고 이야기를 꺼냈다
- ② 파트너가 먼저 피임을 하자고 이야기를 꺼냈다
- ③ 아무도 피임에 대한 이야기를 꺼내지 않았다

**B2. 귀하께서는 성관계 시, 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와 피임을 하십니까?**

구분	항상 한다	대부분 하는 편이다	하지 않는 편이다	전혀 하지 않는다
1) 나는 _____	①	②	③	④
2) 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)는 _____	①	②	③	④

※ 본 질문은 본인과 파트너 모두 피임을 전혀 하지 않는 경우는 제외됩니다.

B2-1. 그럼, 피의인을 할 때 주로 어떤 방법으로 하십니까? 다음 중 주주로 사양을 하거나 피의인 방법을 모두 선택하여 주십시오.

- ① 월경주기법                      ② 질외사정법  
③ 살(질) 정제                    ④ 콘돔  
⑤ 경구 피임약(사전)             ⑥ 자궁 내 피임장치  
⑦ 피임 주사                        ⑧ 응급피임약(사후)  
⑨ 난관수술                        ⑩ 정관수술  
⑪ 기타 (                                  )

**B2-2. 피임을 하지 않거나 못하는 이유는 무엇입니까? 다음 중 해당되는 이유를 모두 선택하여 주십시오.**

- ① 임신을 위해서 [→ B3으로 이동]
- ② 내가 피임도구(콘돔 등)를 사용하는 것이 불편해서 [→ B3으로 이동]
- ③ 피임 방법에 대해 제대로 알지 못해서 [→ B3으로 이동]
- ④ 피임도구(콘돔 등)를 준비하지 못해서 [→ B3으로 이동]
- ⑤ 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 피임을 원하지 않아서 [→ B2-2-1로 이동]
- ⑥ 임신이 쉽게 될 것 같지 않아서 [→ B3으로 이동]
- ⑦ 상대방이 피임을 충분히 하고 있을 것이라고 생각해서 [→ B3으로 이동]
- ⑧ 기타 ( ) [→ B3으로 이동]

**B2-2-1. 귀하께서는 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 피임을 원하지 않는 이유는 무엇이라고 생각하십니까?**

- ① 임신을 위해서
- ② 피임도구(콘돔 등) 사용이 불편해서
- ③ 피임 방법에 대해 제대로 알지 못해서
- ④ 임신이 쉽게 될 것 같지 않아서
- ⑤ 임신 가능성 자체를 고려하지 않아서
- ⑥ 내가 피임을 충분히 하고 있을 것이라고 생각해서
- ⑦ 원하지 않는 이유를 모르겠음
- ⑧ 기타 ( )

**B3. 성관계 중이나 후에 임신 가능성에 대해 걱정했던 적이 있었습니까?**

- ① 있다 [→ B3-1로 이동]
- ② 없다 [→ Part C로 이동]

**B3-1. 임신가능성에 대한 걱정으로 귀하는 응급피임약(사후)을 복용 하였습니까?**

- ① 응급피임약(사후)에 대해 알지 못해서 복용하지 못했다
- ② 응급피임약(사후)에 대해 알고 있었으나 복용하지 않았다
- ③ 의사진단서를 받고 응급피임약(사후)을 구하여 복용하였다
- ④ 의사진단서 없이 응급피임약(사후)을 구하여 복용하였다

## Part C. 임신 및 인공임신중절(낙태) 경험

**C1. 다음은 귀하의 임신 경험에 대한 질문입니다. 각 문항에 대해 횟수로 표기해 주십시오. (경험이 없는 경우, 0회로 응답)**

- ※ 사산: 임신 24주후에 태아가 사망한 경우
- ※ 자연유산: 임신 24주 이내의 태아가 사망한 경우
- ※ 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약 복용은 인공임신중절(낙태)에 해당
- ※ 응급피임약(사후피임약) 복용은 인공임신중절(낙태)에 해당되지 않음
- ※ 쌍둥이 이상을 임신한 경우 임신 횟수는 1회로 응답함

연 도	C1-1. 임신 경험	임신 결과			
		C1-2. 출산	C1-3. 사산	C1-4. 자연유산	C1-5. 인공임신 중절(낙태)
2015년 이전 (2015년 포함)	( )회	( )회	( )회	( )회	( )회
2016년	( )회	( )회	( )회	( )회	( )회
2017년	( )회	( )회	( )회	( )회	( )회
2018년	( )회	( )회	( )회	( )회	( )회

- 1) C1-1 문항에서 모두 0회로 응답한 경우: [→ Part F로 이동]
- 2) C1-5 문항에서 1회 이상으로 응답한 경우: [→ Part E로 이동]
- 3) C1-1 문항에서 0회가 아니면서(임신경험이 있으면서), C1-5 문항에서 0회인 경우  
[인공임신중절(낙태) 경험이 없는 경우] [→ C2로 이동]

**C2. 인공임신중절(낙태)을 하지는 않았지만, 임신기간 동안 인공임신중절(낙태)을 고려한 적이 있었습니까?**

- ① 있다 [→ Part D로 이동]                      ② 없다 [→ Part F로 이동]



## Part D. 인공임신중절(낙태) 고려 경험

※ 아래 문항들은 귀하가 '인공임신중절(낙태)'은 하지 않았지만 생각해 본 적이 있었던 임신'을 회상하여 응답하여 주십시오.

※ 만약 '인공임신중절(낙태)'을 생각했던 임신'이 두 번 이상이면, 가장 최근의 경험을 기준으로 응답하여 주십시오.

**D1. 귀하께서는 임신 사실에 대해 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)에게 이야기한 적이 있습니까?**

① 있다 [→ D1-1로 이동]

② 없다 [→ D2로 이동]

**D1-1. 임신 사실을 말했을 때, 성관계 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)의 반응은 어떠했습니까?**

- ① 아이를 낳자고 했다
- ② 인공임신중절(낙태)을 하자고 했다
- ③ 내 의사와 선택을 존중하겠다고 했다
- ④ 본인(파트너)과는 상관없는 일이니 알아서 하라고 했다
- ⑤ 파트너가 아무런 의견 없이 연락을 끊었다
- ⑥ 기타 ( )

**D2. 귀하께서 인공임신중절(낙태)을 고려했을 때의 연령은 어떻게 됩니까?**

만 \_\_\_\_\_ 세

**D3. 그때 귀하의 혼인상태는 어떠했습니까?**

① 미혼

② 법률혼

③ 사실혼/동거

④ 별거/이혼/사별

**D4. 인공임신중절(낙태)을 고려하셨을 때, 다음 중 누구와 상담을 하셨습니까? 해당되는 것에 모두 응답해 주십시오.**

- ① 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)
- ② 부모님
- ③ 형제자매 및 친인척
- ④ 친구 및 지인(선후배, 직장동료 등)
- ⑤ 상담사나 관련 단체(기관) 관계자
- ⑥ 의료인(의사, 간호사 등)
- ⑦ 종교인
- ⑧ 온라인(인터넷)을 통한 불특정 대상
- ⑨ 기타 ( )
- ⑩ 없다

**D5. 인공임신중절(낙태)을 고려하게 된 이유는 무엇입니까? 주된 이유 2가지를 선택하여 주십시오.**

- ① 나의 건강상태에 문제가 있어서
- ② 태아의 건강문제 때문에(임신 중 약물복용 포함)
- ③ 학업, 직장 등 사회활동에 지장이 있을 것 같아서
- ④ 자녀계획 때문에(자녀를 원치 않아서, 터울조절 등)
- ⑤ 경제상태상 양육이 힘들어서(고용불안정, 소득이 적어서 등)
- ⑥ 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 아이를 원하지 않아서
- ⑦ 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와 관계가 불안정해서(이별, 별거, 이혼 등)
- ⑧ 나 또는 파트너의 부모가 인공임신중절(낙태)을 하라고 해서
- ⑨ 강간 또는 준강간에 의해 임신했기 때문에
- ⑩ 기타 ( )

**D6. 최종적으로 인공임신중절(낙태)을 하지 않은 이유는 무엇입니까? 주된 이유 2가지를 선택하여 주십시오.**

- ① 나의 건강을 해칠 수 있어서(부작용, 향후 임신에 부정적 영향 등)
- ② 태아의 생명이 중요하다고 생각되어서
- ③ 인공임신중절(낙태) 비용 마련이 어려워서
- ④ 인공임신중절(낙태)이 가능한 의료기관을 찾지 못해서
- ⑤ 아이를 키울 수 있을 것 같아서(경제 상황이 좋아져서 파트너와의 관계가 좋아져서 등)
- ⑥ 인공임신중절(낙태)이 불법이고 처벌을 받을 수 있어서
- ⑦ 종교적인 신념 때문에

[→ Part F로 이동]

## Part E. 인공임신중절(낙태) 경험

※ 아래 문항들은 귀하가 ‘인공임신중절(낙태)을 하였을 때’를 회상하여 응답하여 주십시오.

※ 만약 ‘인공임신중절(낙태)’을 두 번 이상 하였다면, 가장 최근의 경험을 기준으로 응답하여 주십시오.

E1. 귀하께서는 임신 사실에 대해 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)에게 이야기한 적이 있습니까?

- ① 있다 [→ E1-1로 이동]                      ② 없다 [→ E1-2로 이동]

E1-1. 임신 사실을 말했을 때, 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)의 반응은 어떠했습니까?

- ① 아이를 낳아고 했다
- ② 인공임신중절(낙태)을 하자고 했다
- ③ 내 의사와 선택을 존중하겠다고 했다
- ④ 본인(파트너)과는 상관없는 일이니 알아서 하라고 했다
- ⑤ 파트너가 아무런 의견 없이 연락을 끊었다
- ⑥ 기타 ( )

[→ E2로 이동]

E1-2. 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)에게 임신 사실을 말하지 않은 이유는 무엇입니까? 해당되는 것을 모두 선택하여 주십시오.

- ① 이야기를 하면 인공임신중절(낙태)하라고 할 것 같아서
- ② 이야기를 하면 연락이 두절될 것 같아서
- ③ 이야기를 하면 상대방과의 관계가 긴밀하게 유지될 것 같아서
- ④ 이야기를 하면 아이를 낳아야 할 것 같아서
- ⑤ 상대방의 의견이 중요하지 않다고 생각해서
- ⑥ 두렵고 무서워서
- ⑦ 당시에 파트너와의 관계가 종료되어서
- ⑧ 파트너가 연락을 끊어서
- ⑨ 기타 ( )

E2. 귀하께서 가장 최근 인공임신중절(낙태)을 했을 때의 연령은 어떻게 됩니까?

만\_\_\_\_\_세

**E3. 그때 귀하의 혼인상태는 어떠했습니까?**

- |          |            |
|----------|------------|
| ① 미혼     | ② 법률혼      |
| ③ 사실혼/동거 | ④ 별거/이혼/사별 |

**E4. 그때, 피임을 하였습니까?**

- ① 질외사정법, 월경주기법으로 피임하였다 [→ E5로 이동]
- ② 질외사정법, 월경주기법이 아닌 다른 방법(콘돔, 자궁 내 장치 등)으로 피임하였다 [→ E5로 이동]
- ③ 피임하지 않았다[응급피임약(사후) 복용 포함] [→ E4-1로 이동]

**E4-1. 피임을 하지 않은 이유는 무엇입니까? 해당되는 것에 모두 응답해 주십시오.**

- ① 임신을 위해서
- ② 내가 피임도구(콘돔 등)를 사용하는 것이 불편해서
- ③ 피임방법에 대해 제대로 알지 못해서
- ④ 피임도구(콘돔 등)를 준비하지 못해서
- ⑤ 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 피임을 원하지 않아서
- ⑥ 임신이 쉽게 될 것 같지 않아서
- ⑦ 강제로 성관계를 하게 되어서
- ⑧ 상대방이 피임을 충분히 하고 있을 것이라고 생각해서
- ⑨ 기타 ( )

**E5. 인공임신중절(낙태)에 대해 이야기를 나누거나 상담한 대상을 모두 선택하여 주십시오.**

- ① 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)
- ② 부모님
- ③ 형제자매 및 친인척
- ④ 친구 및 지인(선후배, 직장동료 등)
- ⑤ 상담사나 관련 단체(기관) 관계자
- ⑥ 의료인(의사, 간호사 등)
- ⑦ 종교인
- ⑧ 온라인(인터넷)을 통한 불특정 대상
- ⑨ 기타 ( )
- ⑩ 없다(혼자 결정했다)

**E6. 본인이 인공임신중절(낙태)을 하였다는 것을 알고 있는 이들로부터 협박이나 고소를 당한 적이 있습니까?**

- ① '그 사실을 주변에 알리겠다' 혹은 '신고하겠다'는 등의 협박을 받았다
- ② 고소를 당했다
- ③ 협박과 고소를 모두 당했다
- ④ 협박과 고소를 당하지 않았다

**E7. 인공임신중절(낙태)을 하게 된 이유는 무엇입니까? 주된 이유 2가지를 선택하여 주십시오.**

- ① 나의 건강상태에 문제가 있어서
- ② 태아의 건강문제 때문에(임신 중 약물복용 포함)
- ③ 학업, 직장 등 사회활동에 지장이 있을 것 같아서
- ④ 자녀계획 때문에(자녀를 원치 않아서, 터울조절 등)
- ⑤ 경제상태상 양육이 힘들어서(고용불안정, 소득이 적어서 등)
- ⑥ 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)가 아이를 원하지 않아서
- ⑦ 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)와 관계가 불안정해서(이별, 이혼, 별거 등)
- ⑧ 나 또는 파트너의 부모가 인공임신중절(낙태)을 하라고 해서
- ⑨ 강간 또는 준강간에 의해 임신했기 때문에
- ⑩ 기타 ( )

**E8. 인공임신중절(낙태)과 관련하여 귀하에게 필요했던 정보는 무엇입니까? 주된 정보를 우선순위대로 선택하여 주십시오. (1순위, 2순위)**

- ① 인공임신중절(낙태)을 하는 방법
- ② 인공임신중절(낙태)이 가능한 의료기관
- ③ 인공임신중절(낙태) 관련 법률정보
- ④ 인공임신중절(낙태)에 드는 비용
- ⑤ 인공임신중절(낙태)로 인한 부작용 및 후유증
- ⑥ 전문적인 상담을 제공하는 기관/단체
- ⑦ 기타 ( )

**E9. 인공임신중절(낙태) 관련 정보는 주로 어디(누구)를 통해 얻었습니까?**

- ① 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)
- ② 본인 부모
- ③ 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대) 부모
- ④ 형제자매 및 친인척
- ⑤ 친구 및 지인(선후배, 직장동료 등)
- ⑥ 상담사 및 관련 단체(기관) 관계자

**E10. 인공임신중절(낙태)과 관련하여 의료기관(의사, 간호사 등 의료인)에 상담한 적이 있습니까?**

- ① 있다 [→ E10-1로 이동]                      ② 없다 [→ E11로 이동]

**E10-1. 상담 후 인공임신중절(낙태)을 하기로 결정하기까지 어느 정도의 기간이 걸렸습니까?**

※ 인공임신중절(낙태)술을 한 날이 아닌 상담 후 인공임신중절(낙태)을 하기로 결정하기까지 걸린 기간

- ① 3일 미만  
 ② 3일 이상 - 1주일 미만  
 ③ 1주일 이상 - 2주일 미만  
 ④ 2주일 이상 - 1개월 미만  
 ⑤ 1개월 이상

**E11. 귀하께서 인공임신중절(낙태)을 위해 선택한 방법은 무엇입니까?**

- ① 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약을 복용하였다 [→ E11-1로 이동 후 E11-4번까지 응답 후 E20으로 이동]  
 ② 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약 복용으로 인공임신중절(낙태)이 되지 않아 병·의원에서 인공임신중절(낙태)술을 하였다 [→ E11-1로 이동 후 E11-4까지 응답 후 E13으로 이동]  
 ③ 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약을 복용하지 않고 병·의원에서 인공임신중절(낙태)술을 받았다 [→ E12로 이동]

**E11-1. 의료기관에서의 인공임신중절(낙태)술 대신, 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약을 선택한 이유를 모두 응답해 주십시오.**

- ① 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)의 동의 없이 가능해서  
 ② 병의원에 가지 않고도 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약을 구할 수 있어서  
 ③ 인공임신중절(낙태)술 받는 것이 두려워서  
 ④ 인공임신중절(낙태)술보다 비용 부담이 적어서

**E11-2. 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약을 복용했을 때, 임신 몇 주차였습니까?**

임신\_\_\_\_\_주차 (※ 마지막 월경의 시작일을 기준으로 계산)

**E11-3. 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약은 어떻게 구매를 했습니까?**

- ① 의사에게 처방을 받아 구매했다
- ② 내가 직접 인터넷 사이트를 통해 구매했다
- ③ 지인 또는 구매 대행인을 통해서 간접적으로 구매했다
- ④ 기타 ( )

**E11-4. 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약] 구입에 지불한 비용은 얼마입니까?**

- ① 10만 원 미만
- ② 10-20만 원 미만
- ③ 20-30만 원 미만
- ④ 30-40만 원 미만
- ⑤ 40-50만 원 미만
- ⑥ 50만 원 이상

**E12. 인공임신중절(낙태)이 가능한 의료기관을 알아볼 때, 가장 어려웠던 점은 무엇입니까?**

- ① 인공임신중절(낙태)이 가능한 의료기관에 대한 정보가 부족하였다
- ② 의료기관(의료인)으로부터 인공임신중절(낙태)이 불법이라고 거절당했다
- ③ 의료기관(의료인)으로부터 다른 이유로 거절당했다
- ④ 의료기관에서 갖추기 힘든 서류를 요구하였다(예: 보호자의 동의를 받아오라고 함, 가해자 고소사실 확인서를 받아오라고 함 등)
- ⑤ 기타 ( )
- ⑥ 특별히 어려운 점은 없었다

**E13. 귀하께서는 인공임신중절(낙태)을 위해 몇 곳의 의료기관을 방문하셨습니다습니까?**

\_\_\_\_\_곳

**E14. 귀하께서 인공임신중절(낙태)을 받은 지역은 어디입니까?**

**E15. 인공임신중절(낙태)을 한 곳은 어디입니까?**

## ※ 산부인과 전문병원

- 내과, 소아과 등 일부 타과가 포함될 수 있으며, 주로 산부인과 중심으로 진료하는 병원

## ※ 일반 중소병원

- 100병상 이하로 산부인과를 포함한 몇 개의 진료과목을 운영하는 병원

- ① 산부인과 개인병원(의원)
- ② 산부인과 전문병원 및 일반 중소병원
- ③ 종합병원
- ④ 한의원
- ⑤ 조산원
- ⑥ 기타 ( )
- ⑦ 잘 모르겠음

**E16. 귀하께서 최종적으로 인공임신중절(낙태)한 시설을 고른 이유는 무엇입니까? 해당되는 것에 모두 응답하여 주십시오.**

- ① 지리적으로 가까워서
- ② 비밀 유지가 잘 될 것 같아서
- ③ 의료진 실력이 좋다고 들어서
- ④ 여의사여서
- ⑤ 비용이 저렴해서
- ⑥ 유일하게 거절하지 않은 곳이어서
- ⑦ 기타 ( )

**E17. 인공임신중절(낙태)술을 받은 곳에 대한 아래의 사항들에 대해 어떻게 생각하십니까?**

문항	전혀 그렇지 않았다	그렇지 않은 편이었다	그런편이었다	매우 그랬다
(1) 인공임신중절(낙태)술 환경의 안전이나 위생에 대해 불안감을 느꼈다	①	②	③	④
(2) 인공임신중절(낙태)술 방법과 후유증 등에 대한 정보를 사전에 충분히 제공받았다	①	②	③	④



**E18. 인공임신중절(낙태)술에 지불한 비용(중개 수수료, 영양제 주사 등 제반 비용 총합)은 얼마입니까?**

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| ① 30만 원 미만      | ② 30-50만 원 미만   |
| ③ 50-100만 원 미만  | ④ 100-150만 원 미만 |
| ⑤ 150-200만 원 미만 | ⑥ 200-300만 원 미만 |
| ⑦ 300-500만 원 미만 | ⑧ 500만 원 이상     |
| ⑨ 잘 모르겠음        |                 |

**E19. 인공임신중절(낙태)술을 받았을 때, 임신 몇 주차였습니까?**

임신\_\_\_\_\_주차 (※ 마지막 월경의 시작일을 기준으로 계산)

※ 마지막 월경일 기준 10주 미만일 경우: [→ E20로 이동]

**E19-1. 마지막 월경일 기준 10주 이후에 인공임신중절(낙태)을 한 이유는 무엇입니까? 해당되는 것을 모두 선택하여 주십시오.**

- ① 수술 비용을 마련하느라
- ② 파트너(연인 배우자 등 성관계 상대) 및 가족과의 의견 조율이 늦어져서
- ③ 처음에는 낳으려고 했으나 상황이 변해서 고민하다가
- ④ 일부 병원에서 인공임신중절(낙태)술을 거부해서(수술 기관을 못 찾아서)
- ⑤ 임신한 사실을 늦게 알게 되어서
- ⑥ 종교적 신념 때문에 고민하다가
- ⑦ 법적 처벌 때문에 고민하다가
- ⑧ 인공임신중절(낙태)을 하려고 했으나 적절한 방법을 몰라서 알아보다가
- ⑨ 다른 인공임신중절(낙태) 방법을 시도하였으나 실패하여서
- ⑩ 건강상태가 좋지 않아서 시기를 기다리느라
- ⑪ 기타 ( )

**E20. 자연유산유도약[미프진 등 인공임신중절(낙태)약]이나 유사약 복용 또는 인공임신중절(낙태)술을 통해 인공임신중절(낙태)을 한 후 적절한 휴식을 취했습니까?**

- ① 적절한 휴식을 취했다

**E21. 인공임신중절(낙태) 이후, 다음의 증상을 경험하셨습니까?**

문항	E21-1.		E21-2.	
	증상 경험		증상 치료 경험	
	예	아니오	예	아니오
(1) 자궁천공, 자궁유착증, 습관성 유산, 불임 등 신체적 증상	①	②	①	②
(2) 죄책감, 우울감, 불안감, 두려움, 자살충동 등 정신적 증상	①	②	①	②

- 1) E21-1 문항에서 ①번 응답자만 E21-2 문항으로 이동, ②번 응답자는 E22 문항으로 이동  
 2) E21-2 문항에서 하나라도 ②번을 응답할 경우 E21-3 문항으로, 그 외는 E22 문항으로 이동

**E21-3. 신체적, 혹은 정신적 증상이 있었지만 치료를 받지 않은 가장 큰 이유는 무엇입니까?**

- ① 치료받을 정도로 증상이 심각하지 않아서(자연 치유될 것이라고 생각해서)
- ② 치료받으러 의료기관에 가는 것이 부끄럽고 창피해서
- ③ 어떻게 해야 할지 몰라서
- ④ 시간적 여유가 없어서
- ⑤ 비용이 많이 들 것 같아서
- ⑥ 치료받을 만한 의료기관을 찾지 못해서
- ⑦ 기타 ( )

**E22. 인공임신중절(낙태) 후, 나의 피임 실천에 대해 어떠한 변화가 있었습니까?**

- ① 피임에 대한 다양한 지식을 알고자 노력하였다
- ② 보다 적극적인 피임방법을 사용하였다
- ③ 상대방의 피임에 적극적으로 개입하게 되었다
- ④ 변화가 없었다

**E23. 인공임신중절(낙태) 후, 파트너(연인, 배우자 등 성관계 상대)의 피임 실천에 대해 어떠한 변화가 있었습니까?**

- ① 피임에 대한 다양한 지식을 알고자 노력하였다
- ② 보다 적극적인 피임방법을 사용하였다

**E24. 지금 귀하께서는 그 당시 인공임신중절(낙태)에 대해 어떻게 생각 하십니까?**

- ① 결과적으로 잘했다고 생각한다
- ② 그때의 결정을 후회한다
- ③ 잘 모르겠다

## Part F. 인공임신중절(낙태)에 관한 인식

**F1. 귀하의 주변 지인(친인척, 친구 등) 중 2017년에 인공임신중절(낙태)을 하신 분이 있습니까?**

- ① 있다
- ② 없다

**F2. 다음은 인공임신중절(낙태)에 대한 ‘우리 사회’와 ‘귀하 자신’의 인식과 관련된 내용입니다. 이에 대해 귀하의 평소 생각과 가장 가까운 것에 응답해 주십시오.**

문항	F2-1. 나 자신은				F2-2. 우리 사회는			
	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
(1) 인공임신중절(낙태)한 여성은 이기적이라고 생각한다	①	②	③	④	①	②	③	④
(2) 인공임신중절(낙태)은 온전히 여성이 결정할 사항이라고 생각한다	①	②	③	④	①	②	③	④
(3) 인공임신중절(낙태)에 있어서 남성보다 여성을 비난하는 경향이 있다	①	②	③	④	①	②	③	④
(4) 어떠한 경우라도 임신한 아이를 낳아 키우야 한다고 생각한다	①	②	③	④	①	②	③	④
(5) 안전한 인공임신중절(낙태)은 사회정책의 권리라고 생각한다	①	②	③	④	①	②	③	④

**F3. 인공임신중절(낙태) 전후에 다음의 상담이 어느 정도 필요하다고 생각하십니까?**

문항	전혀 필요 없음	별로 필요 없음	다소 필요함	매우 필요함
(1) 인공임신중절(낙태)술과 관련된 의료 상담	①	②	③	④
(2) 인공임신중절(낙태) 관련 의료적인 내용 이외의 심리·정서적 상담	①	②	③	④
(3) 출산·양육에 관한 정부 지원 상담	①	②	③	④

**Part G. 인공임신중절(낙태) 관련 법/제도**

**G1. 우리나라 형법 제269조와 제270조에는 아래 조문과 같이 인공임신중절(낙태)을 한 여성과 의료인을 처벌할 수 있는 규정이 있습니다. 이러한 법조문에 대해 알고 계십니까?**

**제269조(낙태)**

- ①부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다.
- ②부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 자도 제1항의 형과 같다.
- ③제2항의 죄를 범하여 부녀를 상해에 이르게 한 때에는 3년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 7년 이하의 징역에 처한다.

**제270조(의사 등의 낙태, 부동의낙태)**

- ①의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약중상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다.
- ②부녀의 촉탁 또는 승낙없이 낙태하게 한 자는 3년 이하의 징역에 처한다.
- ③제1항 또는 제2항의 죄를 범하여 부녀를 상해에 이르게 한 때에는 5년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.
- ④전 3항의 경우에는 7년 이하의 자격정지를 병과한다.

**G2. 위의 형법(제269조 및 270조)을 개정해야 한다고 생각하십니까?**

- ① 예 [→ G2-1로 이동]  
 ② 아니오 [→ G3으로 이동]  
 ③ 잘 모르겠음 [→ G3으로 이동]

**G2-1. 위 형법 조문들이 개정되어야 한다고 생각하는 이유는 무엇입니까? 해당되는 것에 모두 응답해 주십시오.**

- ① 자녀 출산 여부는 기본적으로 개인(혹은 개별가족)의 선택이기 때문에  
 ② 여성에게 임신·출산의 결정권을 주지 않는 것은 성차별이기 때문에  
 ③ 성적 자유가 있는 사회에서는 원치 않는 임신이 많을 것 같기 때문에  
 ④ 사회경제적으로 어려운 사람들에게 자녀를 낳으라고 강요하면 안 되기 때문에  
 ⑤ 인공임신중절(낙태)시 여성만 처벌하기 때문에  
 ⑥ 인공임신중절(낙태)의 불법성이 여성을 안전하지 않은 환경에 노출시키기 때문에  
 ⑦ 기타 ( )

**G3. 모자보건법 제14조(및 시행령 제15조)에는 아래와 같이 인공임신중절(낙태)을 할 수 있는 허용 사유가 있습니다. 이러한 법조문에 대해 알고 계십니까?**

모자보건법 제14조(인공임신중절수술의 허용한계)

- ①의사는 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
- ②제1항의 경우에 배우자의 사망·실종·행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로 그 수술을 할 수 있다.
- ③제1항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.

모자보건법 시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계)

- ①법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 할 수 있다.
- ②법 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.

③법 제14조제1항제2호에 따라 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 톡소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.

- ① 알고 있다
- ② 들어본 적은 있지만 잘 알지 못한다
- ③ 전혀 알지 못한다

**G4. 모자보건법 제14조(및 시행령 제15조)를 개정해야 한다고 생각하십니까?**

- ① 예 [→ G5로 이동]
- ② 아니오 [→ G6으로 이동]
- ③ 잘 모르겠음 [→ G6으로 이동]

**G5. 귀하께서는 위의 모자보건법 제14조 및 모자보건법 시행령 제15조의 인공임신중절 허용 사유를 개정하고자 한다면 어떻게 해야 한다고 생각하십니까?**

허용 사유	허용 해서는 안 됨	임신 주수를 고려하여 허용	임신 주수와 상관없이 허용	잘 모르겠음
(1) 모체의 생명위협	①	②	③	④
(2) 모체의 신체적 건강보호	①	②	③	④
(3) 모체의 정신적 건강보호	①	②	③	④
(4) 태아 이상 또는 기형	①	②	③	④
(5) 강간 또는 근친상간	①	②	③	④
(6) 자녀계획(자녀를 원치 않아서, 터울 조절 등)	①	②	③	④
(7) 경제적 이유(양육이 어렵다고 인정되는 경제상태)	①	②	③	④
(8) 파트너 관계 불안(이별, 별거, 이혼 등)	①	②	③	④
(9) 미성년자	①	②	③	④

G6. **인공임신중절(낙태) 문제와 관련하여 국가가 해야 할 일은 무엇  
입니까? 중요한 것 3가지를 우선순위대로 선택하여 주십시오.**

- ① 출산·양육에 대한 사회경제적 지원
- ② 다양한 가족에 대한 차별인식 제거
- ③ 피임·임신·출산에 대한 남녀공동책임의식 강화
- ④ 양육에 대한 남성 책임을 의무화할 수 있는 법·제도 신설
- ⑤ 원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육
- ⑥ 인공임신중절(낙태)과 관련된 전문 상담 서비스 지원
- ⑦ 인공임신중절(낙태)과 관련된 의료비 지원
- ⑧ 기타 ( )

## Part H. 일반사항

**DQ1. 귀하께서는 현재 어디에 거주하고 계십니까?**

\_\_\_\_\_시/도 \_\_\_\_\_시/군/구 \_\_\_\_\_읍/면/동

**DQ2. 귀하의 현재 혼인상태는 어떻게 됩니까?**

- ① 미혼                                  ② 법률혼  
③ 사실혼/동거                      ④ 별거/이혼/사별

### DQ3. 귀하의 최종 학력은 어떻게 됩니까?

- ① 중졸 이하                      ② 고졸 이하(재학, 중퇴 포함)  
③ 대졸 이하(재학, 중퇴 포함)    ④ 대학원 이상(재학, 중퇴, 졸업 포함)

**DQ4. 귀하의 직업은 어떻게 됩니까?**

- |                        |               |
|------------------------|---------------|
| ① 주부                   | [→ DQ5으로 이동]  |
| ② 학생                   | [→ DQ5으로 이동]  |
| ③ 관리자, 전문가 및 관련 종사자    | [→ DQ4-1로 이동] |
| ④ 사무종사자                | [→ DQ4-1로 이동] |
| ⑤ 서비스 및 판매 종사자         | [→ DQ4-1로 이동] |
| ⑥ 농림어업 숙련 종사자          | [→ DQ4-1로 이동] |
| ⑦ 기능원, 장치·기계조작 및 조립종사자 | [→ DQ4-1로 이동] |

**DQ4-1. 귀하의 고용형태는 어떻게 됩니까?**

- ① 상용직 임금근로자(고용계약기간 1년 이상이거나 정규직 근로자)
- ② 임시/일용직 임금근로자(고용계약기간 1년 미만의 근로자)
- ③ 비임금근로자(고용주, 자영업자, 무급가족종사자)
- ④ 기타 및 구분 모호( )

**DQ5. 귀하의 현재 월 평균 가구소득은 어떻게 됩니까?**

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| ① 100만 원 미만     | ② 100-200만 원 미만 |
| ③ 200-300만 원 미만 | ④ 300-400만 원 미만 |
| ⑤ 400-500만 원 미만 | ⑥ 500-600만 원 미만 |
| ⑦ 600-700만 원 미만 | ⑧ 700만 원 이상     |
| ⑨ 잘 모르겠음        |                 |

**DQ6. 귀하의 종교는 무엇입니까?**

- |       |          |
|-------|----------|
| ① 개신교 | ② 불교     |
| ③ 원불교 | ④ 천주교    |
| ⑤ 무교  | ⑥ 기타 ( ) |

**\*\*\* 지금까지 조사에 참여해 주셔서 진심으로 감사드립니다.**

**설문을 종료합니다. \*\*\***



## [부 록 3] 인공임신중절(낙태) 심층면접 조사 연구설명서 및 연구참여동의서

## 연 구 설 명 서

**인공임신중절(낙태) 관련 경험 조사**

본 연구(「인공임신중절 실태조사」)는 우리나라 만 15세~44세 여성에 대한 인공임신중절(낙태) 현황을 파악하여 정부정책 수립과 추진의 기초자료를 제공하는 것을 목적으로 합니다. 귀하께서는 「인공임신중절 실태조사」에 참여하였으며, 경험자 심층면접 조사 참여 의향에 동의를 해주신 바 있습니다. 본 인공임신중절(낙태)에 대한 경험 조사는 실태조사로 파악할 수 없는 개인적 경험과 욕구에 대해 면담 형식으로 진행됩니다. 면담시간과 장소는 귀하의 편의에 따라 결정될 수 있고, 필요한 경우 재면담이 이루어질 수도 있습니다. 귀하께서 응답해 주신 내용은 정부의 귀중한 정책 자료로 활용됩니다.

귀하께서 말씀해 주신 모든 내용은 「통계법」 제33조, 제34조와 「개인정보보호법」에 따라 비밀이 확실하게 보장되고, 「인공임신중절 실태조사」 보고서 작성에 활용되며, 활용 시 귀하의 이름과 그 밖의 개인적인 정보는 익명처리할 것입니다. 본 연구 자료의 비밀유지를 위해 귀하의 이름과 그 외의 개인적인 정보는 삭제될 것입니다. 그 외 녹음 파일을 포함한 모든 정보는 연구자가 약 5년 동안 보관하고 폐기할 예정입니다.

본 개별 면접 조사는 약 1시간 30분 정도가 소요될 예정이며 면접의 내용은 녹음이 되어 분석될 것이고, 면접에 응하시는 분께 소정의 면접비를 지급합니다. 귀하께서 원하지 않으면 언제든지 심층면접 조사 참여를 거절할 수 있고, 면접 도중에 중단할 수 있습니다. 또한 면접 도중 귀하는 불편한 질문에 대답하지 않아도 됩니다. 심층면접 참여 및 거절, 참여 중 중단하더라도 어떠한 위험이나 불이익은 없습니다. 본 심층면접조사의 자발적 참여와 개인정보 제공에 동의하신다면 연구참여동의서 작성을 요청드립니다.

감사합니다.

연구책임자 : 인구정책연구실 이소영 저출산연구센터장

## 연구 참여 동의서

### 인공임신중절(낙태) 관련 경험 조사

본인은 「인공임신중절 실태조사」를 위해 심층면접에 참여할 것을 동의합니다. 연구목적과 연구절차, 연구 참여에 따른 장단점, 자료의 비밀보장, 연구 참여시 불편한 경우 중단할 수 있는 권리, 연구 자료를 다루는 사람 등 참여에 필요한 정보를 연구자로부터 충분한 설명을 들었으며 내용을 숙지하였습니다.

\_\_\_\_\_

연구참여자의 성명

\_\_\_\_\_

날짜

\_\_\_\_\_

서명

=====

연구참여동의서에 서명한 참여자는 본 연구에 자발적으로 참여하며 이에 동의했습니다.

\_\_\_\_\_

연구자 성명

\_\_\_\_\_

날짜

\_\_\_\_\_

서명

\* 본 연구참여동의서는 두 장을 작성하여 한부는 참여자가 보관하고 한부는 연구자가 수거합니다.

## [부 록 4] 인공임신중절(낙태) 전문가 조사 결과표

본 전문가 조사는 인공임신중절(낙태) 관련법 및 기타 개선사항, 정부정책 방향 등에 관하여 여성계, 의사계, 약사계, 종교계, 민간단체 등 관련 분야의 전문가 의견을 청취하고자 2018년 11월 10일 ~ 11월 20일까지 11일간 전문가 조사 설문지 배포 후 E-mail 취합 형태로 진행하였다. 최종적으로 설문지는 14명(곳)에 배포되었으며, 8개가 취합되었는데, 이 중 1개는 여성계 민간단체 연합(4곳)에서 공동으로 작성한 내용이다(이하에서는 여성계로 분류). 이를 정리한 내용은 다음과 같다.

## &lt;전문가 조사 개요&gt;

구 분	내 용	비 고
조사 기간	2018.11.10.~2018.11.20.	
조사 내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>-인공임신중절(낙태) 규모 변동에 대한 견해</li> <li>-인공임신중절(낙태) 관련 현행법 개정 필요성 및 이유에 대한 견해 (「형법」 제269조 및 제270조, 「모자보건법」 제14조 및 시행령 제15조)</li> <li>-인공임신중절(낙태) 허용 사유 개정에 대한 견해</li> <li>-인공임신중절 승인 방식과 상담 절차에 대한 견해</li> <li>-인공임신중절 허용 사유 해당 시 배우자 동의에 대한 견해</li> <li>-미프진 자연유산 유도제(약물)에 의한 임신중절(낙태) 도입에 대한 견해</li> <li>-인공임신중절(낙태) 관련 개선 사항에 대한 견해</li> </ul>	-소속기관 및 단체, 활동 내용 등 파악
조사 대상	-여성계, 의사계, 약사계, 종교계, 민간단체 등 관련 분야 전문가 14명(곳) (조사표 배포 기준)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-여성계 6명(민간단체 포함), 의사계 3명, 약사계 1명, 종교계 2명, 민간단체 2명</li> <li>-분야별 전문가 추천 요청 후 추천받은 전문가에게 배포</li> </ul>
조사 결과	- 총 8건 완료	-여성계(민간단체 연합 4곳) 1건, 의사계 3건, 약사계 1건, 종교계 2건, 민간단체 1건 완료

이하에서는 설문 문항과 이에 대한 응답을 ‘표’로 제시하도록 한다.

## 1. 인공임신중절(낙태) 규모 변동에 대한 견해

[문항: A1]

- A1. 인공임신중절건수는 최근 증가/감소/일정 수준을 유지하고 있다고 생각하십니까? 그렇다면 그 이유는 무엇입니까?

[조사 결과: A1]

분 야	내 용
여성계	<p>&lt;응답자 ①&gt; 확인 불가 및 보류</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 현행법상 임신중지가 불법인 현실에서 인공임신중절수술은 매우 음성화되어 있으며, 그 구체적인 건수를 확인하는 것은 불가능함</li> <li>- 따라서 증가/감소/유지 여부를 추측하여 답변할 수 없음</li> <li>- 임신중지 실태를 파악하기 위해서는 임신중지의 비범죄화, 즉 낙태죄 폐지가 선행되어야 함</li> </ul>
의사계	<p>&lt;응답자 ②&gt; 감소</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전체 가임기 여성의 감소와 임신의 감소</li> </ul> <p>&lt;응답자 ③&gt; 일정 수준 유지</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 최근 가임기 연령층의 성생활 시작 연령은 낮아지고 출산 희망 연령은 높아지는데 비해 정확한 피임 실천율은 과거에 비해 큰 변화가 없기 때문에 낙태율은 증가할 것으로 예상</li> <li>- 다만 가임기 여성 총수가 감소하고 있어 총 낙태 건수는 일정 수준을 유지할 것으로 예상</li> </ul> <p>&lt;응답자 ④&gt; 감소</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 최근 인터넷 또는 SNS 등을 통한 피임에 대한 정보 교류를 통해 가임여성의 피임 지식이 많아졌으며, 여성 스스로 임신을 예방하는 것이 현명하다고 판단하고 있기 때문임</li> </ul>
약사계	<p>&lt;응답자 ⑤&gt; 증가</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 예전과 다른 성 자유문화와 원치 않는 임신으로 인해</li> </ul>
종교계	<p>&lt;응답자 ⑥&gt; 일정 수준 유지</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2005년 약 34만 건, 2011년 약 17만 건으로 추정하고 있으나, 일선 산부인과 의사가 경험하는 여성들의 낙태 경험 응답은 사실과 차이가 많음. 응답률보다 2~3배 차이가 날 수 있음. 많은 경우에 굳이 자신의 낙태 경험을 사실대로 말할 필요를 느끼지 않고, 음성적으로 이루어지는 경우도 상당히 많음</li> </ul> <p>&lt;응답자 ⑦&gt; 증가</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 자유로운 성개방 개념으로 비혼 성관계가 급증하고 성관계 연령도 낮아지고 있으나 합계출산율은 2018년 2분기 0.97로 감소추세이며, 이에 따라 불법 인공임신중절건수는 최근 분명 더욱 많아졌을 것으로 사료됨</li> </ul>

## 2. 인공임신중절(낙태) 관련 현행법에 대한 견해

[문항: B1~B2]

**[참고 1] 형법(제269조 및 제270조)**

제269조(낙태) ① 부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다. (이하 생략)

제270조(의사 등의 낙태, 부동의낙태) ① 의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다. (이하 생략)

- B1. 현행 **형법의 개정**이 필요하다고 생각하십니까?

① 전혀 필요하지 않다 ② 필요하지 않다 ③ 보통이다 ④ 필요하다 ⑤ 매우 필요하다

- B2. 상기 형법을 유지/폐지/강화한다고 생각하시는 **이유**는 무엇입니까?

[조사 결과: B1~B2]

분 야	내 용
여성계	<p>&lt;응답자 ①&gt; 매우 필요함</p> <p>- 상기 형법(제269조 제1항 및 제270조 제1항)는 다음과 같은 이유로 폐지되어야 함</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 여성의 행복추구권과 평등권을 침해함</li> <li>· 여성의 성·재생산 건강과 권리를 침해함</li> <li>· 여성의 신체의 자유와 자기결정권을 침해함</li> <li>· 안전하고 적합한 의료서비스에 대한 정보 접근권, 선택권, 의료권을 침해함</li> <li>· 여성의 성적 자유와 권리를 억압하고 스스로 삶을 통제할 수 있다는 자기효능감을 저해함</li> <li>· 성차별적 성 규범과 성별 고정관념을 강화함</li> <li>· 임신중지에 대한 예방 기능 및 억제 효과 없음</li> <li>· 안전하지 않고 음성화된 불법 임신중지를 조장하여 여성의 건강권과 생명권을 침해함</li> <li>· 가정폭력·데이트폭력 등 가해자에 의하여 여성을 협박하는 도구로 악용됨</li> <li>· 국가가 여성을 통제하고 관리하기 위한 수단으로 악용됨</li> </ul> <p>- 위와 같은 이유로 형법 제27장 &lt;낙태의 죄&gt; 자체가 폐지되어야 하며, 270조 2항 '부동의 낙태'에 대해서는 형법상 상해 관련 조항 또는 의료법 등에서 보완해야 함</p>

분 야	내 용
의사계	<p>&lt;응답자 ②&gt; 필요하지 않음 - 태아의 생명권 존중</p>
	<p>&lt;응답자 ③&gt; 매우 필요함 - 현행법은 부녀에 대한 처벌 규정만 있고 낙태의 원인 제공자인 배우자에 대한 처벌 규정이 없으므로 배우자 처벌 규정을 추가해야 함 - 특히 부양의 책임을 지지 않아 부녀를 낙태에 이르게 한 경우에는 처벌 규정을 강화해야 함 - 또한 낙태를 원치 않는 부녀에게 낙태를 강요한 낙태 교사범(배우자, 가족 등)에 대해서도 처벌 규정을 강화해야 함</p>
	<p>&lt;응답자 ④&gt; 필요함 - 여성들이 스스로 임신을 결정할 수 있는 지식과 판단능력을 가지고 있어 요즘은 충동적인 성행위에 의해 임신하는 경우가 매우 적어졌을 것으로 판단됨 - 원하지 않는 임신 사실을 나중에 알게 된 여성들은 모든 방법을 동원하여 낙태방지법을 위반해서라도 낙태를 할 것이며, 낙태가 음성화됨으로써 부작용이 더 클 것임 - 낙태법을 적절하게 개선하여 가임여성의 건강을 지키는 것이 오히려 국가에 도움임</p>
약사계	<p>&lt;응답자 ⑤&gt; 필요함 - 원치 않는 임신, 미혼모 등 한 생명이 태어나서 겪을 문제를 심각하게 생각해야 함 - 기대수명을 고려할 때 축복받지 못한 탄생으로 사회 속에서 힘들게 살아야 할 현실을 감안하면 탄력적인 개정이 필요함</p>
종교계	<p>&lt;응답자 ⑥&gt; 필요함 - 상기 형법이 만들어진 시기는 1953년이고, 2012년 합헌 판결을 받았으나, 우선 용어상 부적합한 표현이 많음(예: 약중상은 일본 식민지 시대에 있었던 직군으로 현대에는 사라진 업종이며, 부녀 역시 거의 사용하지 않는 전근대적 용어임) - 임신은 남성과 여성이 같이 한 행위이지만, 현행법에는 낙태 시 남성에게 부과되는 아무런 법적 책임 소재가 없음</p>
	<p>&lt;응답자 ⑦&gt; 전혀 필요하지 않음 - 형법에서 태아는 배아가 자궁 내에 착상과정을 완료한 때부터 형법상 사람으로 인정되기 전까지의 인간 생명을 뜻함 - 2010년 5월 10일 입법예고된 생명윤리법 전부개정안 제1장 제2조(정의)의 3에서 ‘배아란 인간의 수정란 및 수정된 때부터 착상 완료이전까지의 분열된 세포군을 말한다. 다만, 착상된 이후에는 태아로 본다.’라고 하여 형법에서의 태아의 해석과 같이 정의하고 있음 - 형법상의 낙태죄의 전제가 되는 ‘낙태’는 자연분만기 이전에 자궁에서 발육중인 태아를 인공적으로 배출시키거나 모체 내에서 살해하는 것을 말하며 이것은 의학적 견지에서라도 타당하며 태아에 대한 살인죄에 대한 처벌은 반드시 필요함</p>
민간단체	<p>&lt;응답자 ⑧&gt; 전혀 필요하지 않음 - 국가의 기본 책무는 ‘모든’ 생명의 보호이고, 그것이 헌법 정신임 - 태아는 그 부모의 자녀이자 독립된 생명으로 보호대상이지 취사선택의 대상이 될 수 없음 - 형법 제269조는 생명 원칙을 지키는 기준으로 낙태를 선택권으로 할 경우, 한편으로는 출산을 원하는데 낙태를 강요당하는 여성의 출산권을 지켜 줄 보호막이 없어짐. 하나의 권리를 얻어 다른 하나의 권리를 손상시키는 것은 입법 원칙에 맞지 않음</p>

[문항: B3~B4]

**[참고 2] Ⅱ. 모자보건법(제14조 및 시행령 제15조)****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

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

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

**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, 독소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.

- B3. 현행 인공임신중절 허용 사유에 대한 **모자보건법 및 시행령의 개정**이 필요하다고 생각하십니까?

① 전혀 필요하지 않다 ② 필요하지 않다 ③ 보통이다 ④ 필요하다 ⑤ 매우 필요하다

- B4. 상기 모자보건법 및 시행령을 유지/폐지/강화한다고 생각하시는 **이유**는 무엇입니까?

## [조사 결과: B3~B4]

분 야	내 용
여성계	<p>&lt;응답자 ①&gt; 매우 필요함</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 상기 모자보건법(제14조) 및 시행령(제15조)은 다음과 같은 이유로 폐지 또는 전면 개정되어야 함</li> <li>· 여성의 권리를 위한 법이 아니라, 국가가 모성을 보호한다는 명목으로 여성의 몸을 도구화하고 인구를 통제하기 위해 제정된 법임</li> <li>· ‘우생학적’ 사유 등을 통해 국가에 필요한 생명과 그렇지 않은 생명을 선별하여 차별함</li> <li>· 장애인 또는 감염인 등의 출생 및 재생산에 대한 차별과 협으로 작동함</li> <li>· 성폭력 피해 시 허용 사유를 ‘강간 또는 준강간에 의한 임신’으로 협소하게 규정하고, 이로 인해 위계·위력에 의한 성폭력 피해자 등은 피해자로서 권리를 인정받지 못하는 법적 공백이 발생함</li> <li>· 사회경제적 사유, 가족계획 등 여성이 임신중지를 결정하는 다양한 원인을 고려하지 않고 매우 제한적인 사유만 허용함</li> <li>· 원칙적으로 형법상 임신중지가 불법이기 때문에 병원 및 의사는 처벌을 피하기 위해 시술을 기피할 수밖에 없고, 그 때문에 모자보건법 상 허용 사유에 해당하는 경우에도 시술을 받기 어려움</li> <li>· 합법적인 임신중지를 하기 위해 피해자는 병원에 성폭력 피해 사실을 입증해야 하며, 그 과정에서 다양한 2차 피해가 발생함</li> <li>· 성폭력 피해 사실을 입증하는 사이 임신 주수가 길어져 피해자의 부담이 증가하고, 최악의 경우 합법적으로 임신중지를 할 수 있는 시기(임신 24주일 이내)를 놓치기도 함</li> <li>· 임신 여부는 당사자의 혼인 여부와 무관함에도 불구하고, ‘배우자 동의’를 요구하는 조항을 두어 임신한 여성을 기혼 여성으로만 전제하고 법조문상 비혼 여성을 합법적인 임신중지의 대상에서 배제함</li> <li>· ‘배우자 동의’를 요구하는 조항은 여성의 삶을 (남성) 배우자의 의사에 종속시키고, ‘여성’은 남성의 소유물’이라는 성차별적 인식을 강화함</li> <li>· 원칙적으로 임신중지가 불법이고 예외적인 사유로만 허용하기 때문에, 산부인과 커리큘럼이나 임상 실습, 수련과정에서 관련 기술 및 지식을 충분히 교육·훈련하지 않아, 합법적인 임신중지의 경우에도 의사의 전문성을 신뢰하기 어려움</li> <li>- 위와 같은 문제는 모자보건법 제14조에 허용 사유를 확대하는 등의 일부 개정만으로는 결코 해결될 수 없으며, 반드시 형법 제27장 &lt;낙태의 죄&gt; 폐지와 모자보건법 제14조 및 시행령 제15조 폐지 또는 전면개정이 함께 이루어져야 함</li> </ul>
의사계	<p>&lt;응답자 ②&gt; 필요하지 않음</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 해당 사유 중에는 태아의 생명권은 태아에게 있음을 나타내고 있음</li> <li>- 태아의 생명 유지 여부를 떠나 ‘모’나 제3자가 결정하는 것은 옳지 않음</li> </ul> <p>&lt;응답자 ③&gt; 매우 필요함</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1973년에 제정된 현행 모자보건법 제14조는 일본의 우생법을 본 따 만든 것으로 일본도 1996년 우생 조항을 모두 삭제하였는데 우리나라는 유지하고 있음</li> <li>- 우리 사회는 45년 전과 비교할 수 없을 정도로 사회적으로 의학적으로 성장하였으며, 현대 의학과 인권 의식에 맞지 않는 낙태 허용 기준은 삭제되어야 마땅함</li> <li>- 입법 취지대로 ‘모자의 보건을 위한 모자보건법’을 만들어야 함</li> </ul> <p>&lt;응답자 ④&gt; 매우 필요함</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 현행 모자보건법의 낙태 범위는 매우 제한적임. 생존 불가능한 기형아를 임신하였어도 임신중절을 할 수 없음</li> <li>- 출생 후 생존가능성에 대한 낙태는 엄격히 제한할 필요가 있으나, 의학적으로 출생 후 생존불가능한 태아에 대하여는 의학적, 윤리적 문제에 대해 전문가들이 모여 논의한 후 모자보건법을 개정할 필요가 있음</li> </ul>



분 야	내 용
종교계	<p>&lt;응답자 ⑥&gt; 매우 필요함</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- '모자보건법'은 일본의 우생보호법(일본은 이미 폐지)을 차용해서 1973년도에 만든 것으로 현대 사회에 전혀 맞지 않으며, 인간을 우생적으로 본다는 시각 자체는 이미 사장된 개념이고, 1항의 내용은 의학적으로 볼 때 맞지 않고, '유전학적 정신장애'라는 용어는 없음</li> <li>- 2항 내용 또는 의학적으로 볼 때 인공임신중절수술의 사유로서 맞지 않음</li> <li>- 5항을 빌미로 많은 인공임신중절수술이 이루어져 왔으나, 임신 지속이 임신부의 건강을 해칠 정도의 병은 그리 많지 않음</li> <li>- '모자보건법'이라는 이름에 맞는 진정으로 '모'와 아기 모두가 건강할 수 있는 법이어야 하지, 태아의 낙태를 위한 편법으로 존재하는 것은 적절하지 않음</li> </ul> <p>&lt;응답자 ⑦&gt; 보통임</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 큰 틀에서는 유지가 필요하며 보완 유지를 위해 대한산부인과학회의 모자보건법 TFT에서 논의된 내용을 제시함</li> <li>· 제2조(정의) 6항: 배아 및 태아측의 인공임신중절 사유에 현행 모자보건법 시행령 내의 조항과 불일치된 표현이 있음</li> <li>· 제14조 1항 1호: 우생학 이론은 과거 일제 강점기의 잔재로 오늘날의 인본주의에서 우생학적 이유를 적용하는 것은 불가</li> <li>· 제14조 1항 5호: 보건의학적 이유라는 애매한 표현의 재개정 필요</li> <li>· 시행령 제1조 2항 2호: 선천성 이상과 유전학적 이상질환을 구분하여 규정하자면 관련 법조문, 시행령 및 시행규칙 등에서도 이를 구분하여 정의할 필요</li> <li>· 시행령 제15조 1항: 출생 후 생존이 명확하게 어렵다고 판단되는 경우에 한하여 임신주수에 관계없이 허용도 고려해야 함</li> <li>· 시행령 제15조 1항 2호, 3호: 임상의학의 측면에서 볼 때, 임신중절수술을 시행할 수 있는 질환을 명확히 구분하여 열거한다는 것은 현실적으로 불가능하며, 의학적 결정은 배아 혹은 태아에 미치는 위험성을 고려해야 함</li> <li>- 대한산부인과 학회의 모자보건법 TFT에서 논의된 신설 제안</li> </ul> <p>&lt;모자보건법 제14조 신설 의견(인공임신중절 특별위원회 규정)&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· (합법적) 인공임신중절을 시행하려고 하는 경우에도, 관련 특별위원회의 허가를 얻도록 하여 진단의 객관성과 인공임신중절의 타당성 검증 필요</li> <li>· 모자보건법이 규정하는 인공임신중절의 허용 사유에 해당하는가 여부를 결정하는 공적 기관의 구성과 운영 필요(시행령, 시행규칙 모두 적용)</li> </ul> <p>&lt;모자보건법 시행령 제15조 신설 의견(모체측 인공임신중절수술의 사유에 2차 의견 개진)&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 산모의 인공임신중절수술을 요하는 위해의 판단은 협진 담당 전문의 등의 2차 의견을 요하도록 하여 타과 전문 의견의 개진과 객관성을 갖출 필요</li> </ul>
민간단체	<p>&lt;응답자 ⑧&gt; 필요함(모자보건법 제14조 1항과 2항 폐지, 5항 개정)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1항의 우생학 용어는 잘못된 용어임. 정신장애가 유전된다는 것은 의학적으로 근거가 없음</li> <li>- 2항의 전염성 질환은 부모에게 있는 것인지 태아에게 있는 것이 아니므로 낙태의 사유가 될 수 없음. 만약 산모의 전염성 질환이 산모의 생명을 위해할 때는 5항의 산모구명낙태 조항을 적용하여 치료적 낙태가 가능함. 부모가 전염병이 있다고 하여 태아를 제거할 이유는 없음</li> <li>- 5항의 사유는 산모구명낙태 사유로서 '모체의 생명을 해칠 우려가 있는 경우'로 해야 적절함. 현행 기준이라면 건강을 해치는 정도를 누가, 어떤 기준으로 정할 것인가가 불분명하여 사유의 범위를 무한정 확대 해석할 수 있음</li> <li>- 모자보건법 14조를 적용할 다양한 경우에 관한 세부 시행령이 부족한 상태임</li> <li>- 중절 허용 주수는 24주에서 20주로 개정할 필요성</li> <li>· 조산아 생존 기록은 이미 22주까지 사례가 있음</li> <li>· 미국의 경우 태아통각 기준으로 20주 이상의 중절을 금지하도록 법을 개정하는 주가 증가하고 있음</li> <li>· 20주 허용 기준은 낙태는 기본적으로 예방되어야 하고, 필요시 치료적 낙태만 허용되어야 하기 때문임</li> <li>· 치료적 낙태는 20주, 치료적 낙태가 아닌 경우(예: 강간 또는 준강간)는 10주로 허용주수를 한정</li> </ul>

분 야	내 용
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 산모와 태아 모두를 살릴 수 있는 방법을 찾는 것이 중요</li> <li>- 2,3항의 중절을 허용할 수 있는 매우 특이한 질환은 제14조 1,2항을 폐지하여 제14조 1항에 넣거나, 14조 1항에 특이 질환의 경우라고 하고 시행령 제15조 2,3항을 묶어 질환을 명기</li> <li>- 현행 성폭행에 의한 임신 여부를 판단하는 기준이 없어 이에 대한 기준 마련 필요</li> </ul>

[문항: B5~B5-1]

- B5. 현행 모자보건법 제14조 및 모자보건법 시행령 제15조에 대해 개정을 하고자 한다면 어떻게 해야 한다고 생각하십니까?

※ 하단 표에 각 사유별로 임신 주수와 관계없이 허용 불가한지, 허용해야 하는지, 또는 임신 몇째 주까지 허용해야 하는지 응답해 주세요.

※ 제시한 허용 사유에 대해 추가할 사항이나 제시한 허용 사유 외에 포함되어야 할 항목(사유)이 있다면 8. 기타에 작성해 주십시오.

**<참고>**

❖ 현재 모자보건법 시행령 제15조에서는 인공임신중절 허용 주수를 **24주 이내**로 규정하고 있음

❖ 임신 주수를 응답하는 경우 괄호 형태로 작성[예: ②(00주)]

허용 사유	허용 불가	임신 주까지 허용	태아가 독자적 생존이 가능한 시기(임신 24주 이후) 이후에도 허용	B5(응답)
1. 모체의 생명위협	①	②	③	<input type="text"/>
2. 모체의 신체적 건강보호	①	②	③	<input type="text"/>
3. 모체의 정신적 건강보호	①	②	③	<input type="text"/>
4. 태아 이상 또는 기형				
4-1. 기능장애와 관련 있는 유전자적 이상이 있는 태아	①	②	③	<input type="text"/>
4-2. 치료가 불가능한 구조적 기형이 있는 태아	①	②	③	<input type="text"/>
4-3. 치료는 가능하나 기대수명이 짧거나 삶의 질이 낮은 기형이 있는 태아	①	②	③	<input type="text"/>

허용 사유	허용 불가	임신 주까지 허용	태아가 독자적 생존이 가능한 시기(임신 24주 이후) 이후에도 허용	B5(응답)
5. 강간 또는 근친상간	①	②	③	<input type="text"/>
6. 사회 경제적 이유				
6-1. 자녀계획 (자녀를 원치 않아서, 태울조절, 원하지 않는 성별)	①	②	③	<input type="text"/>
6-2. 경제적 이유 (양육이 어렵다고 인정되는 경제상태)	①	②	③	<input type="text"/>
6-3. 미혼이어서	①	②	③	<input type="text"/>
6-4. 파트너와의 결별	①	②	③	<input type="text"/>
7. 본인의 요청	①	②	③	<input type="text"/>
8. 기타( )	①	②	③	<input type="text"/>
<p>- B5-1. 추가적으로, 모자보건법 및 시행령에 대한 개선 사항이 있으시면, 의견과 이 유를 적어주십시오.</p>				

## [조사 결과: B5]

분 야	내 용
여성계	<p>&lt;응답자 ①&gt;</p> <p>- 현행 모자보건법 제14조 및 모자보건법 시행령 제15조 일부 개정만으로는 부족하다는 입장이므로 답변하지 않으며, 상기 B4 답변 참조.</p>
의사계	<p>&lt;응답자 ②&gt;</p> <p>- (1),(4-4),(5)는 임신 23주 이내 허용,  - (2),(3),(4-1),(4-2),(4-3),(6-1),(6-2),(6-3),(6-4),(7),(8)은 허용 불가  - (4-1),(4-2),(4-3)의 경우 현재 모자보건법상 허용 사유가 아님</p>
	<p>&lt;응답자 ③&gt;</p> <p>- (1)은 임신 20주까지 허용  - (2),(3),(4-1),(4-2),(4-3),(4-4),(6-1),(6-2),(6-3),(6-4),(7)은 허용 불가  - (5)는 임신 8주까지 허용  - (1)은 현대의학으로 태아의 독자적 생존이 어려운 20주 이전은 모체구명낙태이고, 이후는 낙태가 아닌 조산아 분만으로 미숙아 치료를 요함. 생존가능한 아이를 죽음에 이르게 하는 것은 영아 살해임  - (2),(3)은 낙태가 아니라 치료 대상임  - (4-1): 생존에 문제가 있는 태아는 유산·사산되며, 태어날 때는 태어날 만한 경한 문제임  - (4-2): 치료불가능하다고 판단된 아이도 생후 성장한 사례들에서 보듯 산전진단으로 정확한 예후를 판단하기 어려움  - (4-3): 아기 이상은 낙태가 아닌 치료의 대상이며, 생후 예후에 대한 판단은 산부인과가 아닌 소아외과등 아기 치료를 담당하는 의료진의 판단에 따라야 함. 복잡심장 기형도 낙태하지 않고 분만한 부모들이 있어 치료법이 눈부시게 발전함  - (4-4): 부모의 전염성 질환은 낙태의 대상이 아니라 치료의 대상이며, 부모가 유전질환이 있어도 자녀에게 반드시 유전질환이 나타나는 것은 아니므로 부모 질환을 이유로 낙태하는 것은 의학적으로 타당하지 않음  - (5): 임신 주수가 증가할수록 낙태로 인한 합병증과 모성사망률도 함께 증가하므로 낙태 허용 주수는 신중하게 결정되어야 함. 특히 강간 등 임신 당시에 명백한 사유가 있는 경우는 임신 초기에 낙태하여 시술로 인한 여성의 합병증 위험을 줄여야 함  - (6-1): 성감별 낙태는 심각한 범죄임  - (6-2),(6-3): 낙태가 아니라 경제적, 사회적 지원의 대상의 차원임</p>
	<p>&lt;응답자 ④&gt;</p> <p>- (1),(4-2)는 태아가 독자적 생존이 가능한 시기(임신 24주 이후) 이후에도 허용  - (2),(3),(4-1),(5),(6-3),(6-4),(7)은 임신 24주까지 허용  - (4-3),(4-4),(6-1),(6-2)는 허용 불가  - (8)은 경우에 따라</p>
약사계	<p>&lt;응답자 ⑤&gt;</p> <p>- (1),(2),(3),(4-1),(4-2),(4-3),(4-4),(5)는 태아가 독자적 생존이 가능한 시기(임신 24주 이후) 이후에도 허용  - (6-1),(6-2),(7)은 허용 불가  - (6-3),(6-4)는 임신 특정 주수까지 허용(구체적 허용 주수 무응답)</p>
종교계	<p>&lt;응답자 ⑥&gt;</p> <p>- 모든 사유에 대해 허용 불가</p>

분 야	내 용
민간단체	<p>&lt;응답자 ⑧&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1),(5)는 임신 20주까지 허용, 나머지는 허용불가</li> <li>- 산모구명낙태의 경우에도 임신 20주 이상에서는 1, 2주 더 기다려 제왕절개술을 시행하면, 산모와 아기의 생명도 기대해 볼 수 있음</li> </ul>

## [조사 결과: B5-1]

분 야	내 용
여성계	<p>&lt;응답자 ①&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 애초에 모자보건법은 과거 산아제한을 목표로 했던 가족계획사업의 법적 근거로 제정되었음</li> <li>- 이후 여러 차례 개정을 거쳐 왔으나 여전히 법의 명칭, 목적, 정의 등 전반에 여성의 몸을 ‘건강한 출산 및 양육’을 위한 도구로 보는 관점이 견지되고 있음</li> <li>- 본 법률은 인구정책의 일환이 아닌 인간의 존엄과 인권을 보장하기 위한 법률로 개정되어야 함</li> <li>- 전면적 관점의 전환이 필요한 만큼 모자보건법을 폐지한 후 새로운 법률을 마련하거나 또는 폐지에 준하는 전면 개정 작업이 검토되어야 할 것으로 보임</li> </ul>
의사계	<p>&lt;응답자 ②&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 모자보건법 제14조 제1항 제1호, 시행령 제15조 제2항의 삭제             <ul style="list-style-type: none"> <li>· 유전되는 정신장애는 없으며, 이는 정신장애환자들의 인권을 명백히 침해하는 조항</li> <li>· 유전되는 신체질환의 경우도 유전자를 물려준 부모는 성인으로 성장하여 성생활과 임신도 할 수 있는 정도의 질환인데, 그 자녀는 태어날 가치조차 없다고 판단하는 것은 합리적이지 않으며 이 역시 우생학적 개념의 낙태 조항이므로 삭제되어야 함</li> <li>· 우리 사회는 출생 후 생존 가능성보다 산전 진찰에서 발견이 쉬운 이상을 가진 아기들이 더 낙태됨</li> <li>· 아기 이상을 이유로 낙태를 허용하려면 허용 범위와 절차에 대해 연명의료 중단과 같은 법적 규정을 만들어야 의료 현장의 혼란을 막을 수 있음</li> </ul> </li> <li>- 모자보건법 제14조 제1항 제2호, 시행령 제15조 제3항의 삭제             <ul style="list-style-type: none"> <li>· 임신 중에 감염성 질환이 발생하였다 하더라도 감염되는 태아는 일부임. 임신부가 감염된 임신 시기에 따라 태아 감염의 위험도는 크게 다르며 설사 태아가 감염되었다 하더라도 발달에 영향을 받지 않고 정상인 경우도 많음</li> <li>· 태아 결손을 일으키는 대표적 감염성 질환인 풍진의 경우, 임신 18주 이후에 감염된 경우 태아 결손이 발생할 가능성은 0%에 가까움</li> <li>· 치료 중인 에이즈 환자도 임신과 출산에 문제 없음</li> <li>· 임신부가 감염성 질환에 걸리면 치료의 대상이지 낙태의 대상이 아님</li> </ul> </li> </ul>
종교계	<p>&lt;응답자 ⑥&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 인간 생명의 시작은 수정단계부터라고 개인적으로 생각하고 이에 모든 낙태에 대해 반대하고 있지만, 현실적으로 법은 제정될 것이므로 의견을 제시함</li> <li>· 모자보건법 제14조 1,2,5항은 폐지하고 좀 더 의학적인 내용을 토대로 만들어야 함</li> <li>· ‘임신 24주일 이내’는 현대의료에서 얼마든지 살 수 있는 시기이므로 좀 더 앞당겨야 함(22주 태아도 살린 기록이 있음)</li> <li>· 2항의 ‘우생학적..’ 용어의 교체 필요</li> <li>· 3항의 ‘전염성 질환..’은 좀 더 의학적으로 시기 등을 표기해서 얼마든지 낙태할 필요가 없는 경우에 태아가 살 수 있게 해야 함(예를 들어 풍진도 임신부가 18주 이후 감염이면 태아 기형이 생기지 않음)</li> <li>- 그 밖에 법 개정을 좀 더 체계적으로 해야 함(인공임신중절과 낙태의 정의, 법의 필요성과 목적, 절차상의 규정 등)</li> </ul>

분 야	내 용
	<p>&lt;응답자 ⑦&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 인간의 존엄과 기본 인권 차원에서 “우생학적”이라는 용어의 표현은 적절하지 않음</li> <li>- 본인이나 배우자의 유전학적 정신장애나 신체질환이 현실적으로 배아 혹은 태아에서 동종의 질환이 발생할 가능성이 존재하지만 모든 태아에서 발현되는 것은 아니며 태중에서도 알 수 없는 경우가 많음. 게다가 본인이나 배우자가 해당 질환이 없는 경우에도 태아에게 다양한 유전학적 이상과 선천성 이상이 발생할 가능성이 있기 때문에 부모의 병력만으로 결정하는 것은 위험함</li> <li>- 전염성 질환 역시 의학적으로 볼 때, 배아 혹은 태아에게 반드시 감염을 일으키는 것은 아니기 때문에 태아가 감염이 되었는지에 대한 정밀검사를 실시하여 태아의 감염여부를 확인하는 것이 필요함</li> <li>- 즉 현행 모자보건법 제14조 제1항 제1호와 제2호에서 규정하는 인공임신중절의 허용한계조항은 그 원인에 관계없이 태아측 선천성 이상의 존재 유무를 중심으로 통합하여 태아측 사유로 하는 하나의 조항으로 전면적으로 개편하는 것이 타당</li> <li>· 의학적으로는 배아 혹은 태아에 발생하는 유전학적 이상질환(보인자 제외)과 선천성 이상이 명확히 구분되지 않는 경우가 흔히 있음</li> <li>· 태아 측에 볼 때 결과적으로 이상이 발생했다는 면에서는 유전학적 이상으로, 또는 선천성 기형으로 인한 선천성 이상소견인지에 대하여 달리 구분할 이유나 구분하는 실익이 없음</li> <li>· 전염성질환의 경우에도 본인이나 배우자가 감염되어 있더라도 배아 혹은 태아에게 반드시 감염되는 것은 아니므로 태아를 중심으로 이상이 발생한 경우로 한정하여 광의의 선천성 이상에 포함시킬 수 있음</li> <li>- 태아측 사유로 인한 인공임신중절 허용 사유에 대한 적절하고 보다 구체적이면서 선별적인 규정의 마련은 임신진료를 하는 현장에서 반드시 필요한 사항임</li> <li>· 태아의 생명권 보호차원에서 출생 후 생명을 유지할 수 없는 심각한 이상의 존재유무에 대하여 정확한 진단이 이루어져야 함은 필수적이고 중요함. 태아의 생명권은 우선적으로 보호되어야 하며, 따라서 진단이 조심스럽고 신중하게 이루어져야 하고, 철저하게 확인 할 수 있는 투명한 절차의 마련이 선행되어야 할 것임</li> <li>- 모체 외 생존가능성이 없는 태아의 이상이 있는 경우에 있어서는 진단이 되는 시기에 임부와 보호자가 원한다면 시술을 할 수 있도록 하는 것이 적절함(시기에 대한 허용한계를 두지 않음)</li> <li>- 모체 건강상 심각한 영향을 미치지 않고 있는 한 치료가 불가능한 구조적 기형이나 치료가 능하나 기대수명이 짧거나 삶의 질이 낮은 기형이라 할지라도 태아는 비록 그러한 삶이라도 영위하고 싶은 욕구와 권리의 가능성을 가지고 있으므로 이를 존중해야 함(생명의 기본권은 헌법이 추구하는 최고의 가치이며 태아의 권리와 생명의 기본권도 보장되어야 함)</li> <li>- 모체의 임신자체로 인한 심각한 임신의 합병증이나, 내·외과적, 정신과적 동반질환으로 인하여 모체의 생명 또는 건강에 심각한 지장을 초래할 위험이 있는 경우에 대한 객관적인 판단이 이루어질 수 있는 정확한 절차 마련 필요</li> <li>- 모체측의 임신을 유지할 수 없는 의학적 사유가 있는 경우에는 당연히 시기에 대한 허용한계를 두지 않도록 하는 것이 바람직함</li> </ul>
민간단체	<p>&lt;응답자 ⑧&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 현행 법률에 없는 태아 사유를 추가하는 것은 낙태의 임의 허용으로 이어질 수 있어 반대함</li> <li>- 의사의 오진가능성은 이상이 없는 자녀를 떠나보낼 수 있으며, 기형이나 장애 정도를 누가, 무슨 기준으로 판단할 것인가는 애매함(태아 초음파 진단에서 육손 또는 구순구개열이라고 중절수술을 요청하는 경우가 있는 것이 현실임)</li> <li>- 의사로서는 의료분쟁의 부담을 느끼기 때문에 의료인의 지식과 양심을 넘어 임신 가족의 요구에 응하게 되는 경우가 있어 의사에 대한 보호도 필요함</li> <li>- 태아의 장애를 문제시하는 사회의 시각이 장애이며, 장애=불행이라는 잘못된 공식이 없어져야 함</li> <li>- 사회경제적 사유는 그 용어가 현학적인 뿐 실제 내용은 ‘모든 경우 낙태 가능’이라는 뜻임. 즉, 이를 허용할 경우 낙태가 안 되는 경우를 예시할 수 없음. 사회적 문제는</li> </ul>

분 야	내 용
	<p>사회적으로 경제적 문제는 경제적으로 해결해야 함</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 임신중절을 만병통치약으로 삼으면, 사회적·경제적 문제를 해결할 동기가 없어짐</li> <li>- 임신의 원인 제공자가 아닌 태아에게 책임을 지우는 것은 원인-결과 상관계에 맞지 않음</li> </ul>

## [문항: B6]

- B6. 허용 사유가 확대될 경우, 각 사유별 인공임신중절 승인 방식과 상담 절차에 대한 의견을 작성해 주십시오.

허용 사유	승인 방식(B6-1)					상담(B6-2)			
	승인절차 필요없음	의사1인 승인	의사2인 승인	위원회 승인	B6-1 (응답)	상담 필요없음	상담 권고	의무적 상담 실시	B6-2 (응답)
1. 모체의 건강상의 이유	①	②	③	④	<input type="text"/>	①	②	③	<input type="text"/>
2. 태아 이상 또는 기형	①	②	③	④	<input type="text"/>	①	②	③	<input type="text"/>
3. 강간 또는 근친상간	①	②	③	④	<input type="text"/>	①	②	③	<input type="text"/>
4. 사회 경제적 이유	①	②	③	④	<input type="text"/>	①	②	③	<input type="text"/>
5. 본인의 요청	①	②	③	④	<input type="text"/>	①	②	③	<input type="text"/>

## [조사 결과: B6]

분 야	내 용
여성계	<p>&lt;응답자 ①&gt;</p> <p>1) 승인방식: 모두 항목 필요 없음</p> <p>2) 상담 절차: 모든 항목 필요 없음</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 형법 제27장 낙태의 죄를 폐지하고, 당사자의 자발적인 결정에 따라 안전하고 합법적인 임신중지를 할 수 있도록 하여야 함</li> <li>- 여성의 재생산권을 보장하기 위해서는 사유 및 시기를 불문하고 본인의 요청에 따라 임신중지를 할 수 있도록 하되, 계획하지 않은 임신을 예방하고 임신 초기에 발견과 대처가 신속하게 이뤄질 수 있도록 올바른 피임법, 성평등, 출산 또는 임신중지에 관한 당사자의 권리 등을 적극적으로 교육·홍보하여야 함</li> <li>- 가급적 태아가 독자적으로 생존 가능한 시기(주수 협의 필요)에는 임신중지를 하지 않도록 대안을 마련하여야 하겠지만, 후기 임신중지라 하더라도 무조건적으로 금지하거나 처벌하여서는 안 됨</li> <li>- 승인 절차 또는 상담 절차는 당사자의 권리를 제한할 가능성이 매우 높으므로 절대</li> </ul>

분 야	내 용
	<p>의무화하여서는 안 됨</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 당사자가 원하는 경우에는 필요한 상담을 받을 수 있도록 안내하여야 하고, 모든 상담이 성평등한 관점에서 당사자의 삶과 결정을 존중하고 인권을 침해하지 않는 방식으로 이뤄지도록 보장해야 함</li> </ul>
의사계	<p>&lt;응답자 ②&gt;</p> <p>1) 승인방식</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1)은 위원회 승인</li> <li>- (3)은 승인절차 필요 없음</li> <li>- (2),(4),(5)는 허용 사유 불가</li> </ul> <p>2) 상담 절차</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1)은 상담 권고</li> <li>- (3)은 가족 동의</li> <li>- (2),(4),(5)는 허용 사유 불가</li> </ul>
	<p>&lt;응답자 ③&gt;</p> <p>1) 승인방식</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1)은 의사 2인 승인(낙태시술의사를 제외한 산부인과 전문의 1인, 모체건강관련 전문의 1인)</li> <li>- (2)는 위원회 승인(선천성 이상 치료 전문의 포함)</li> <li>- (3),(4),(5)는 위원회 승인(의사가 확인할 수 없는 사유로 위원회 승인 필요)</li> </ul> <p>2) 상담 절차</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1)은 상담 권고(이 경우 본인의 건강보다 출산을 원하는 경우가 많음)</li> <li>- (2)는 의무적 상담 실시(모체 및 태아 예후에 대한 의학적 상담 외에 선천성 이상 치료 등에 정부지원 상담 필요)</li> <li>- (3)은 의무적 상담 실시(낙태 후유증 등에 대한 의학적 상담 외에 사회적·경제적·법적 지원 상담 필요)</li> <li>- (4),(5)는 의무적 상담 실시(낙태 후유증 등에 대한 의학적 상담 필수, 사회적·경제적 지원 상담 필요)</li> </ul>
	<p>&lt;응답자 ④&gt;</p> <p>1) 승인방식</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1),(2),(3),(5)는 위원회 승인, (4)는 반대</li> </ul> <p>2) 상담 절차</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1),(2),(3),(5)는 의무적 상담 실시, (4)는 상담 필요 없음</li> </ul>
약사계	<p>&lt;응답자 ⑤&gt;</p> <p>1) 승인방식</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1),(2)는 의사 1인 승인</li> <li>- (3)은 의사 2인 승인</li> <li>- (4),(5)는 위원회 승인</li> </ul> <p>2) 상담 절차</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 모든 사항에 대해 의무적 상담 실시</li> </ul>
종교계	<p>&lt;응답자 ⑥&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 모든 사유에 대해 위원회 승인 및 의무적 상담 실시</li> </ul>
	<p>&lt;응답자 ⑦&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 모든 사유에 대해 위원회 승인 및 의무적 상담 실시</li> </ul>
민간단체	<p>&lt;응답자 ⑧&gt;</p> <p>1) 승인방식</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1),(3)은 의사2인 승인, (2),(4),(5)는 허용 사유 반대</li> <li>- (1)은 일반적인 건강 사유가 아닌 생명 위협의 경우에 한정</li> </ul> <p>2) 상담 절차</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1),(3)은 상담 권고, (2),(4),(5)는 허용 사유 반대</li> </ul>



## [문항: B7]

<p>- B7. 모자보건법에서 규정하고 있는 인공임신중절 허용 사유에 해당 시 필수 절차인 <b>배우자 동의</b>에 대한 의견을 작성해 주십시오.</p> <p>(예: 미성년자의 경우, 인공임신중절(낙태)은 본인 이외에 전문의료인의 동의가 필요함, 남성 파트너(연인, 배우자)와 갈등상황(이별, 별거 등)이 있는 성인의 경우 동의 불필요)</p>

## [조사 결과: B7]

분 야	내 용
여성계	<p>&lt;응답자 ①&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 임부 본인의 의사만을 요건으로 두고, 배우자를 비롯한 제3자의 동의 규정은 폐지되어야 함</li> <li>- 모자보건법상 배우자 동의조항은 기혼 여성의 임신만을 합법적·정상적인 것으로 인정하는 ‘순결 이데올로기’와 ‘정상가족 이데올로기’에 기반을 두고 있으며, 여성의 신체에 대한 통제권을 남성에게 부여함으로써 불평등한 성별권력관계를 강화하고 평등권을 침해함</li> <li>- 실제 ‘낙태죄’에 따른 그간의 판례를 보면, 임신중지에 대한 여성의 자기 의사와 요청을 기준으로 처벌 요건을 명시한 형법과 모자보건법상의 배우자 동의조항을 이용하여 상대 여성을 악의적으로 고소하고 폭력적인 관계에 종속시키려고 하는 일들이 발생하고 있음</li> <li>- 낙태죄를 유지하고 있는 현행법 체계 안에서 임신 과정과 임신중지 여부의 결정 과정에 책임이 있는 여러 당사자 중 다른 이들은 책임을 면하지만, 여성만은 어떤 식으로든 그 책임을 면하기가 어려움</li> <li>- 본인의 요청만으로 합법적이고 안전한 임신중지 시술을 받을 수 있도록 법률을 개정해야 함</li> </ul>
의사계	<p>&lt;응답자 ②&gt; 필요함</p> <p>&lt;응답자 ③&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 일반적인 수술과 같은 기준을 적용하는 것이 타당함. 즉, 미성년자의 경우에는 법적 보호자의 동의하에 수술하고 성인인 경우 본인의 동의만으로 수술 가능함</li> <li>- 단, 미성년자의 경우 보호자의 강압에 의한 수술 동의인지 여부를 상담 절차를 통해 충분히 확인해야 함</li> </ul> <p>&lt;응답자 ④&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 현행 동의방법 유지</li> </ul>
약사계	<p>&lt;응답자 ⑤&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 성인의 경우 동의 불필요</li> </ul>

분 야	내 용
	<p>&lt;응답자 ⑦&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 일반적으로 기혼여성의 배우자의 의미는 태아와 산모에 대한 법적인 보호자 및 모체와 마찬가지로 생물학적 동질성을 지닌 아버지의 의미가 있음</li> <li>- 생명윤리의 측면으로 볼 때 비혼자여서 배우자라는 표현이 불분명하다면 생물학적 태아의 아버지 및 여성 본인의 법적 보호자(여성의 아버지) 등 더욱 강화할 필요가 있음</li> </ul>
민간단체	<p>&lt;응답자 ⑧&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 허용 사유 중 '강간 또는 준강간'은 범죄행위에 해당하므로 배우자 동의 절차는 불필요함. 그러나 다른 허용 사유들은 임신은 남녀 양자의 문제이기 때문에 배우자 동의가 필요함</li> </ul>

[문항: B8]

- B8. 미프진 등 자연유산 유도제(약물)에 의한 임신중절(낙태) 도입에 대한 의견을 작성해 주십시오.

[조사 결과: B8]

분 야	내 용
여성계	<p>&lt;응답자 ①&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 정부는 미프진 등 임신중지 유도약을 필수약품으로 지정하여, 약물을 이용한 임신중지를 할 수 있도록 반드시 보장해야 함</li> <li>- 세계보건기구(WHO)는 미프진 등 임신중지 유도약을 필수약품 목록에 등재하고, 안전한 임신중지의 방법으로 약물을 통한 임신중지를 권장하고 있음</li> <li>- 임신중지 유도약은 안전성과 효과성이 입증되어 현재 66개국에서 식약처 승인하에 널리 사용되고 있으며, OECD 국가 중에서 임신중지 유도약이 도입되어 있지 않은 나라는 슬로바키아, 일본, 폴란드, 아일랜드, 칠레, 한국에 불과함</li> <li>- 약물을 통한 임신중지는 수술을 통한 임신중지보다 비용이 덜 들고 마취와 입원이 필요 없어 의료 인프라가 부족한 상황에서 유용하며, 자신의 집에서도 시술할 수 있기 때문에 개인의 프라이버시를 보호할 수 있는 등 다양한 장점이 있음</li> <li>- 특히 8주 이내의 이른 주수에 사용할 경우, 그 어떤 시술보다도 안전하고 효과적인 방법임</li> <li>- 그러나 한국은 임신중지 유도약이 승인되어 있지 않아 합법적으로 임신중지 유도약을 사용할 수 없는 상황이며, 세계보건기구가 불완전하기 때문에 지양해야 한다고 지속적으로 권고하는 소파술이 대부분을 차지하고 있는 현실임</li> <li>- 안전한 임신중지를 위한 의료 정보와 서비스를 제공하는 것은 국가의 의무이며, 이에 정부는 임신중지 유도약을 필수약품으로 지정하여 더 안전하고 더 효과적이고 더 경제적인 약물을 사용한 임신중지를 보장해야 함</li> </ul>

분 야	내 용
의사계	<응답자 ②> - 국민건강을 해칠 위험이 큼
	<응답자 ③> 반대
	<응답자 ④> - 약물을 이용한 낙태는 불완전한 낙태로 인한 합병증 발생 가능성이 있으며, 합병증 발생 시 여성에게 치명적인 위해를 끼칠 수 있음 - 자연유산 유도제 도입은 신중히 논의하여 도입하여야 하며, 낙태에 대한 법률 개정(낙태 허용)이 먼저 시행된 후 자연유산 유도제 도입이 바람직함
약사계	<응답자 ⑤> - 약물로 인한 임신중절이 수술보다 안전하다면 도입 찬성
종교계	<응답자 ⑥> - 이 약을 인터넷으로 구입하고, 약국에서 판매하는 문제는 의학적인 과정을 잘 모르기 때문임. 상담수가 응급피임약으로 잘못 알고 있는 경우도 많음 - 이미 자궁 내에 착상된 태아의 성장을 중지시키고 자궁 수축을 일으켜서 태아를 모체 밖으로 내보내는 과정 중 불완전하게 나오거나, 다량의 출혈로 산모에게 상당한 후유증을 남김 - 반드시 의사의 정확한 진단과 사후관리가 필요하며, 이는 여성이 차후 가임 능력을 보존하기 위해서도 반드시 필요함
	<응답자 ⑦> - 절대 반대함. 합법적 인공임신중절의 범위에 대한 보편적 허용기준도 불분명한 상태에서 손쉽게 인공 임신 중절을 할 수 있는 자연유산 유도제의 사용을 허가한다면 불법 인공 임신 중절을 촉발시키며 국민 윤리와 국민 건강에 악영향을 미칠 수 있음
민간단체	<응답자 ⑧> - 전문의료인이 전문적으로 사용하고 후속 조치까지 해야 하는 시술 방법으로 전문의약품이어야 함 - 현재도 미국에서 의사가 낙태 시술을 할 때 낙태약 복용 방법보다는 수술적 방법을 선택함(25%만 초기 낙태 사용, 75%는 수술적 방법 선택). 이는 낙태약 복용이 수술보다 안전하지 않기 때문임. 굳이 후유증과 불법 유통을 걱정하면서 낙태약 도입을 할 필요는 없음 - 낙태약 도입은 오직 의사에게만 의료기술로서 제공한다는 뜻이 되어야 하며, 일반인이 구할 수 있는 약이어서는 안 됨 - 낙태약을 일반인이 사용하는 것은 낙태 불법 국가에서나 허용 국가에서나 공히 불법임 - 2001년 응급피임약 도입할 때 전문의약품으로 분류하고 철저히 규제한다고 공언하였지만, 현재는 불법유통과 오남용을 막을 수 없는 지경임. 낙태약 도입 역시 동일한 현상이 발생할 것임

## 3. 인공임신중절(낙태) 관련 개선사항에 대한 견해

[문항: C1]

- C1. 인공임신중절(낙태) 전후에 다음의 상담이 어느 정도 필요하다고 생각하십니까?  
필요하다고 응답하신 경우, 각 상담을 의무사항으로 하는 것에 대한 의견을  
제시해 주십시오.

상담 내용	C1-1				C1-1 (응답)	C1-2		C1-2 (응답)
	전혀 필요 하지 않음	별로 필요 하지 않음	다소 필요 함	매우 필요 함		의무 사항	선택 사항	
(1) 인공임신중절(낙태)술과 관련 된 의료 상담	①	②	③	④	<input type="text"/>	①	②	<input type="text"/>
(2) 인공임신중절(낙태) 의료적인 내용 이외에 심리정서적 상담	①	②	③	④	<input type="text"/>	①	②	<input type="text"/>
(3) 출산양육에 관한 정부 자원 상담	①	②	③	④	<input type="text"/>	①	②	<input type="text"/>

[조사 결과: C1]

분 야	내 용
여성계	<p>&lt;응답자 ①&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (2), (3) 선택사항</li> <li>- 모든 의료행위는 충분한 설명과 상담이 수반되어야 함. 인공임신중지에 대한 상담 역시 그에 준하여 행해져야 하며, 그 외 필수적이지 않은 의료 상담을 조건으로 묶으로써 필요한 의료적 조치가 늦어지는 것은 오히려 여성 건강에 위해가 될 수 있음</li> <li>- 심리/정서적 상담, 출산/양육에 관한 상담은 필요한 여성이 있고 필요치 않은 여성이 있을 것임. 필요치 않은 여성에게 상담이 강요되어선 안 됨</li> <li>- 의료행위에 앞서 행해져야 하는 필수적 조치 이외의 모든 상담은 관련 정보를 쉽게 접할 수 있게끔 구비 및 전달되어야 하며, 상담을 원하는 여성의 경우 비용이나 거리의 제약 없이 상담을 받고 이로써 충분하고 정확한 정보를 제공받을 수 있어야 함</li> </ul>
의사계	<p>&lt;응답자 ②&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1),(3)은 상담이 매우 필요하며, 의무화에 있어 (1)은 의무사항, (3)은 선택사항</li> <li>- (2)는 상담이 다소 필요하며 선택사항</li> </ul> <p>&lt;응답자 ③&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1),(2),(3)은 모두 상담이 매우 필요하며 의무사항</li> </ul>

분 야	내 용
종교계	<응답자 ⑥> - 모든 사항에 대해 상담은 매우 필요하며 의무사항
	<응답자 ⑦> - 모든 사항에 대해 상담은 매우 필요하며 의무사항
민간단체	<응답자 ⑧> - (1),(2),(3) 모두 매우 필요하며, (1),(3)은 의무사항, (2)는 선택사항

[문항: C2]

- C2. 다음 사항에 관한 귀하의 찬성 여부를 표해주시고, 관련 의견을 비고란에 제시하여 주십시오.				
항목	찬성	반대	응답 (응답)	관련 의견
(1) 합법적 인공임신중절(낙태)에 대해 건강 보험을 적용하는 것	①	②	<input type="checkbox"/>	
(2) 합법적 인공임신중절(낙태)이 가능한 의료 기관(산부인과)을 지정하는 것	①	②	<input type="checkbox"/>	
(3) 합법적 인공임신중절(낙태)의 허용범위가 확대될 경우 의과대학에서 인공임신중절(낙태) 교육을 통해 전문 의료인을 양성하는 것	①	②	<input type="checkbox"/>	
(4) 합법적 인공임신중절(낙태)의 허용범위가 확대될 경우 "의료인의 양심적 거부조항 및 보호 정책(법률)"을 마련하는 것	①	②	<input type="checkbox"/>	

## [조사 결과: C2]

분 야	내 용
여성계	<p>&lt;응답자 ①&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1) 찬성, (2) 반대</li> <li>- (1): 소득수준에 상관없이 누구나 안전한 인공임신중지 의료를 제공받을 수 있도록 건강보험급여 적용 필요</li> <li>- (2): 일부 지정된 의료기관에서만 임신중지가 가능하고 그 외 의료기관에서는 불가능하다면 대기인원이 많아지거나 의료기관과의 거리가 멀어짐에 따라 여성들의 의료 접근권이 심각하게 제한될 것이며, 이는 결국 위험한 임신중지로 이어짐</li> <li>- (3): 현재 부실하게 이뤄지고 있는 의과대학의 인공임신중지 관련 교육을 강화하고 숙련된 전문 의료인을 양성하는 것은 여성들이 양질의 의료를 제공받도록 하기 위해 반드시 필요함. 단, 만약 임신중지 기술이 가능한 의료인의 조건을 특정함에 있어 과도한 제한이 추가되어 임신중지 기술 의료인의 수가 줄어드는 방식이라면 결과적으로 여성들의 의료접근권 역시 과도하게 제한될 것이므로, 현행 전문의 양성 제도 내 보편적 교육을 강화하는 방식이어야 함</li> <li>- (4): 의료 인력 및 설비, 의사의 경험의 부족할 경우 등 불가피한 사유를 제외하고는 의료인은 진료를 거부해선 안 됨</li> </ul>
의사계	<p>&lt;응답자 ②&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1),(2),(3)은 반대, (4)는 찬성</li> </ul>
	<p>&lt;응답자 ③&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1),(2),(4)는 찬성, (3)은 반대</li> <li>- (1): 건강보험 적용이 되어야 상담 및 보고 절차를 적용할 수 있고 낙태 합병증 등에 대한 관리가 가능함(이미 합법적 낙태는 건강보험 적용대상임)</li> <li>- (2): 낙태 기술은 허용된 의료기관에서만 하는 것으로 한정해야 실효성 있는 상담 및 보고 체계가 가능함. 또한 의사들이 이윤 추구의 목적으로 낙태 기술을 하는 피해를 막을 수 있음</li> <li>- (3): 전체 의사를 대상으로 낙태 기술 교육을 할 이유가 없음. 현재도 모든 산부인과 의사들은 유산술(소파술)에 대한 교육과 수련을 받고 있음. 낙태에 대한 기술 교육은 낙태하는 의사 대상의 보수교육으로 충분함. 의료계에 필요한 것은 낙태 기술에 대한 교육보다 상담과 보고 체계임. 정확한 통계와 합병증 보고 및 관리를 위한 교육이 필요하며 낙태 합병증 관리는 낙태하지 않는 의사들에게도 필요함</li> <li>- (4): 생명을 살리는 것이 직업 소명인 의사들에게 낙태를 일반적인 의료 기술로 강제할 수 없음. 의사들이 경제적 이유나 법적인 강제가 아닌 소신에 의해서만 낙태할 수 있도록 제도적 장치 요함. 즉, 의료법 제15조 1항의 진료를 거부할 수 있는 정당한 사유에 '의료인의 낙태 거부 권리'를 포함해야 함</li> </ul>
	<p>&lt;응답자 ④&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1),(2),(3)은 반대, (4)는 찬성</li> <li>- (1): 원하지 않는 임신에 대한 인공임신중절은 질병이 아니므로 건강보험법 적용은 적절하지 않음</li> <li>- (2): 인공임신중절에 대한 전문적인 지식과 기술 경험을 갖고 있는 전문의에게 기술 받는 것이 여성 건강 유지에 매우 중요함</li> <li>- (3): 의과대학 교육 목표는 일차진료 의사로서 소양을 갖추는 것으로 인공임신중절은 일차의료에 해당하지 않음</li> <li>- (4): 의료인의 양심적 거부는 가능하도록 해야 함. 의사 본인의 종교관, 철학, 양심 등에 위배한 행위를 강요하는 것은 우리나라 기본법에 위배됨</li> </ul>

분 야	내 용
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (1): 낙태 자체를 반대하는 입장이지만, 건강보험이 적용되어야 추후 실태 파악을 할 수 있음</li> <li>- (3): 의사로서 방법은 알고 있어야 함</li> <li>- (4): 반드시 필요함</li> </ul>
	<p>&lt;응답자 ⑦&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1),(4)는 찬성</li> <li>- (2),(3)은 반대</li> <li>- (1): 현재도 합법적 의학적 인공임신중절에 대하여는 건강보험이 적용되고 있음. 그러나 인공임신중절의 범위가 확대될 때 모두 건강보험을 적용하는 것은 문제가 있음</li> <li>- (2): 합법적 인공임신중절과 계류유산 등의 의학적 중절만을 다루는 기관을 두는 것은 비효율적임</li> <li>- (3): 합법적 인공임신중절의 범위가 확대되고 낙태가 활성화되었을 대의 상황을 염두에 둔 것으로 적절하지 않음(비인간적)</li> <li>- (4): 인공임신중절의 허용범위가 확대될 경우 치료자의 기본권 보장과 진료권 보호를 위해 반드시 포함되어야 하는 내용</li> </ul>
민간단체	<p>&lt;응답자 ⑧&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1),(2),(3),(4) 모두 찬성</li> <li>- (1): 제한적 허용 사유 외에는 낙태를 반대하는 입장에서 낙태 시술 비용에 대한 급여화 찬성은 이상하게 여겨질 수 있으나, 그나마 이것이 낙태를 예방하고 낙태를 줄일 수 있는 방안이기 때문임. 낙태가 돈이 된다고 여겨지는 낙태는 산업이 됨. 합법인 경우의 의료시술인데 이를 비급여로 하는 것은 법리에도 맞지 않음. 또한 낙태 시술비용이 급여가 되어야 낙태 실태가 제대로 파악되고 낙태 예방사업을 펼칠 수 있음</li> <li>- (2): 개인병원은 반대할지 몰라도 국공립병원이 접근성 있게 각 시도에 있기 때문에 국공립병원을 낙태 시술 지정 병원으로 할 수 있다고 생각함</li> <li>- (3): 합법적 치료적 낙태의 경우가 있기 때문에 가능</li> <li>- (4): 낙태 시술을 하지 않는 입장을 가진 의사는 자신의 의학지식에 위배된다고 판단하는 행위를 하지 않을 권리와 양심의 자유도 허용되어야 함. 여기서 양심은 종교적 입장이 아닌 과학적 입장임</li> </ul>

[문항: C3]

<p>- C3. 인공임신중절(낙태)과정에서의 절차적 보완 방법에 관한 귀하의 고견을 부탁드립니다.</p> <p>[의료기관 지정제, 상담 절차, 숙려 기간, 여성의 인권침해 측면, 상담사의 소속(종교인, 심리상담사, 정신상담사, 의사 등) 등]</p>

## [조사 결과: C3]

분 야	내 용
여성계	<p>&lt;응답자 ①&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 합법적 임신중지 절차 마련은 임신중지 당사자 여성에 대한 신뢰와 존중을 기본 원칙으로 해야 함</li> <li>- 임신중지 요건으로서의 불필요한 '상담 절차', '숙려 기간'은 여성의 판단에 대한 불신에 기반 한 것이며 임신중지를 '더 어렵게' 만들고 임신중지를 더 늦춤으로써 여성 건강에 위해가 될 것임</li> <li>- 여성이 원하는 경우 지원되는 심리상담, 출산/양육 관련 상담은 해당 분야 공인된 전문가가 담당해야 하며, 임신 유지를 중용하거나 임신중지에 대한 죄책감을 유발하는 내용으로 진행되어선 안 됨</li> </ul>
의사계	<p>&lt;응답자 ②&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 낙태 적응증에 대한 위원회 승인 과정</li> </ul> <p>&lt;응답자 ③&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 낙태가 합법이 되면, 여성들이 출산을 원해도 배우자나 주위로부터 낙태를 강요받는 일의 증가는 분명하며, 이를 보호할 체계가 없음. 이는 어떤 사유의 낙태를 허용할 것인지 보다 중요한 문제이며 낙태 거부권을 보호할 제도적 장치가 반드시 필요함</li> <li>- 모든 시술은 정부에 보고되어 정부의 정확한 실태와 낙태 원인을 파악하여 낙태보다 출산을 선택하는 것이 개인이나 가정에 더 득이 되도록 지원을 대폭 확대해야 함</li> <li>- 충분한 의학적 및 사회경제적 상담과 숙고 절차가 보장되어야 함. 이러한 과정 없이 선택하게 되는 낙태는 여성의 권리 보호가 아니라 사회적 강요임. 낙태 허용 사유보다 제도적 절차 마련이 더 중요한 문제이며, 연령의료결정법과 같이 목적과 정의 및 절차가 규정되어야 함</li> <li>- 10대 여성도 성인 여성과 같은 권리를 보장해야 함. 어떠한 경우도 배우자나 가족에 의한 낙태 청원이 여성의 의견보다 우선 되어서는 안 됨. 낙태 문제에 있어서 임신한 여성의 권리 보호가 무엇보다 중요함</li> <li>- 우리 사회가 허용해야 한다고 합의한 낙태에 대해서는 지금처럼 건강보험 급여가 적용되어야 하며, 낙태 시술은 지정된 의료기관에서 하는 것으로 한정해야 실효성 있는 상담절차와 보고체계가 가능하고 의료인이 이윤 추구의 목적으로 낙태 시술을 유인하는 폐해를 막을 수 있음</li> <li>- 낙태 허용 주수는 여성의 안전을 우선하여 결정해야 함. 임신 8주 이후부터 낙태로 인한 합병증 및 모성 사망률이 증가함. 또한 임신 8주 이후는 태아의 성감별이 가능해짐. 현재 우리나라 대부분의 낙태가 임신 8주 이전에 시행되므로 비의학적 사유의 낙태 허용 주수는 여성의 건강권을 고려하여 낙태로 인한 후유증이 적은 임신 8주 이전으로 하는 것이 타당함</li> </ul> <p>&lt;응답자 ④&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 상기 문항에서 인공임신중절시 상담이 필요하다고 의견을 내었으나, 성인인 여성이 본인의 중요한 결정을 상담을 통해 반복할 가능성은 매우 적다고 생각됨</li> <li>- 상담의 목적은 여성의 임신중절에 따른 신체손상을 설명하는 것이 우선이며, 윤리적, 종교적 문제는 본인이 원하는 경우에만 가능할 것임</li> </ul>
약사계	<p>&lt;응답자 ⑤&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 생명의 존엄성 때문에 충분한 상담을 통해 결정하고 필요에 따른 낙태는 찬성함</li> </ul>
종교계	<p>&lt;응답자 ⑥&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료기관 지정제, 숙려기간 필수</li> <li>- 낙태의 과정과 의미: 상담사는 물론 상담자 및 상대 남성도 같이 알 필요가 있음</li> </ul>



분 야	내 용
	등이 발생하기 때문에 인공임신중절에 대한 심각한 인식과 의학적 결정에 대한 강화(위원회, 2차 의견 등) 및 심리상담, 정신상담까지 고려된 견고한 접근 강화 필요
민간단체	<p>&lt;응답자 ⑧&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료기관 지정 필요</li> <li>- 상담과 숙려 절차는 반드시 필요함. 특히 상담 사례를 보면, 우리나라의 사회복지에 관한 정보가 없어 혼자서 감당해야 한다고 생각하여 쉽게 낙태를 생각한 경우가 많음. 사회가 함께 하는 출산, 양육 지원책을 소개하면 마음의 변화가 일어남</li> <li>- 상담사는 꼭 종교인일 필요는 없음. 낙태는 종교계와 비종교계의 이중 잣대가 있을 수 없는 주제임</li> </ul>

## [문항: C4]

<p>- C4. 인공임신중절 관련하여 필요한 정부정책에 관한 귀하의 고견을 부탁드립니다. [원치 않는 임신 예방을 위한 정책(피임기구보급, 피임 교육 등), 인공임신중절 전후(고민-결정-사후) 과정에서 정부가 지원해야 할 현재 정책 중 강화해야 할 요소 등]</p>

## [조사 결과: C4]

분 야	내 용
여성계	<p>&lt;응답자 ①&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 인공임신중절을 비롯해 피임, 임신, 양육 등과 관련한 정부 정책을 인구정책이 아닌 재생산 건강과 인권의 관점으로 전면 전환해야 함</li> <li>- 그동안 정부는 인공임신중절을 출산조절 및 인구정책의 수단으로 주요하게 접근 해왔음</li> <li>- 낙태죄 존치를 통해 임신 당사자의 임신중지 결정을 처벌하면서 한편으로는 우생학적 사유 등에 따른 임신중지를 허용하는 가운데, 국가와 사회의 필요에 따라 인구수를 관리하고 생명을 선별하기 쉽도록 여성의 몸을 통제의 도구로 삼았으며, 사회경제적, 성적으로 불평등한 위치에 놓여있는 여성들에게 책임을 전가해 왔음</li> <li>- 인공임신중절(낙태) 금지에서 안전한 임신중지 지원으로 국가정책의 패러다임이 바뀌어야 하며, 안전한 임신중지를 위해서는 인공임신중절 비범죄화, 즉 낙태죄 폐지가 반드시 선행되어야 함</li> <li>- 세계보건기구는 안전한 임신중지를 위한 가이드라인을 통해, 1) 인공임신중절과 관련된 법과 정책은 여성의 건강과 인권을 보호해야 한다, 2) 안전한 임신중절을 시기적절하게 받는 것을 방해하는 절차적·제도적인 장벽을 철폐해야 한다, 3) 보건정책들은 여성의 인권을 존중하고 보호하는 방향-여성의 건강지표들을 향상시키고, 정확한 피임 정보와 기술을 제공하고, 특히 저소득층, 청소년, 성폭력 피해자, HIV 감염인과 같은 취약계층의 특수한 요구를 충족시키는 방향이어야 한다고 천명하고 있음</li> <li>- 재생산권은 단지 아이를 낳고 안 낳고의 문제가 아니며, 국제사회의 권고와 가이드라인에 따라 피임·임신·임신중지·출산·양육 전반의 권리가 온전히 실현될 수 있도록 제도적</li> </ul>

분 야	내 용
	방안을 마련해야 하고, 성별, 장애, 질병, 연령, 경제적 상황, 지역적 조건, 혼인 여부, 교육 수준, 가족 상태, 국적, 이주상태, 성적지향 등에 따른 복합적인 차별과 다양한 필요에 대응해야 함
의사계	<p>&lt;응답자 ②&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 미혼모가 혼자 양육할 수 있는 정부 지원 확대</li> </ul>
	<p>&lt;응답자 ③&gt; 미혼부의 양육 책임 법제화</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 남성이 부양의 책임을 지지 않아도 되는 구조를 바꾸지 않고 낙태 허용 범위를 넓히면 여성의 자기결정권을 높이는 것이 아니라 낙태의 위협으로 내모는 것임</li> <li>- 양육비를 회피하는 경우 월급 및 재산 압류, 운전면허 정지, 여권 정지, 벌금, 구속 등 법제화 필요(덴마크, 캐나다, 영국, 미국 등 낙태율이 낮은 나라 모두 미혼부 책임 법제화)</li> <li>- 피임은 교육만으로 되는 것이 아니라 그 결과에 대한 책임을 법제화해야 실효성을 거둘 수 있음</li> <li>- 현재 수입이 월 150만 원 미만인 미혼부는 양육비의 법적 책임이 없음. 미혼모는 수입이 없어도 아이를 혼자 키우고 있는데 미혼부의 책임을 면해주는 것은 부당하며, 만약 미혼부가 양육비 지급 능력이 없으면 국가가 미혼모에게 선지급 후 미혼부에게 구상권 청구를 법제화하는 것이 가능</li> </ul>
	<p>&lt;응답자 ④&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 원하지 않는 임신을 예방하기 위한 교육은 현재 교육과정에 포함된 것으로 충분함</li> <li>- 다만, 사회와 국가가 원하지 않는 임신중절에 대한 국민의 뜻을 모아 적절한 법을 만드는 것이 우선임. 국민의식 및 성에 대한 개념이 과거와 달라졌기 때문에 임신중절에 대한 논의를 할 수 있으리라 사료됨</li> </ul>
약사계	<p>&lt;응답자 ⑤&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 피임교육 강화</li> <li>- 임신중절 결정시 충분한 생각·고민이 필요하며, 상담을 받아 생명의 존엄성을 염두에 두고 결정</li> </ul>
종교계	<p>&lt;응답자 ⑥&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 인간 생명의 가치를 최우선으로 생각한다는 큰 명제 하에 태아의 생명권이 보호되어야 함. ‘태아의 생명권’과 ‘여성의 자기결정권’ 문제의 대립적 가치 대결은 논리적으로 맞지 않음. 여성의 자기결정권이 존중 받고, 여성이 더 건강하고 행복해지기 위해서는 여건상 아기를 낳기 힘든 상황에서도 국가의 지원과 주위의 인식 변화로 아기를 낳고 키울 수 있는 인프라를 갖추는 것이 선행되어야 함. 이러한 맥락에서 미혼모에 대한 인식의 변화를 이끌 수 있는 정책과 지원이 가장 시급함</li> <li>- 피임교육의 질과 담당 교육자에 대한 교육이 먼저 이루어져야 함. 피임교육에 앞서 어린 시절부터 인간의 성을 도구가 아닌 아름다운 것으로 생각하도록 하는 교육이 선행되어야 함</li> <li>- 미혼모 정책을 제고하여 상대 남성에게 대한 법적인 책임 부과를 해야 함</li> <li>- 의사들이 경제적 이유로 낙태할 수밖에 없는 이유는 의료 행위에 대한 원가 이하의 수가가 가장 큰 문제임. 짧은 시간에 많은 환자를 진료할 수밖에 없는 의료 환경에서는 충분한 설명을 할 수도 없음.</li> <li>- 의사는 기본적으로 인간 생명을 살리는 행위를 하는 직업을 가진 사람들로 자신의 소신에 따라서 낙태를 하지 않을 거부 권리도 법적으로 제도화해야 함</li> </ul>
	<p>&lt;응답자 ⑦&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 미혼부 책임법(양육비책임법) 제정과 청소년 성교육에서의 책임 교육 강화 필요</li> </ul>

# 보 론: 인공임신중절(낙태) 정책 방향에 대한 견해

- I. 여성 건강 관점에서의 정책 방향
- II. 성인지적 관점에서의 정책 방향
- III. 의료법·윤리적 관점에서의 정책 방향
- IV. 종교계(천주교) 관점에서의 정책 방향



# 보 론: 인공임신중절(낙태) 정책 < 방향에 대한 견해 <

이하 기술된 부분은 인공임신중절(낙태) 관련 분야 전문가(공동연구진)의 개별 견해임

## I. 여성 건강 관점에서의 정책 방향

한정열 (단국대학교 제일병원 산부인과 교수)

### 1. 연구의 배경 및 목적

최근 낙태죄 폐지와 관련된 청와대 청원에 23만 명 이상의 참여가 있었다. 청원인은 “원치 않은 출산은 당사자와 태어나는 아이, 국가 모두에 비극적인 일이다. 현행법은 여성에게만 죄를 묻고 처벌하는 것으로 알고 있는데 여성에게만 ‘독박책임’을 물어서는 안 된다”고 주장했다. 이어 여러 피임법의 불안전성에 대해 언급하며 “피임을 최대한 하더라도 임신이 되지 않는다는 보장이 없다”며 “현재 119개국에서 자연유산 유도약(미프진)을 합법으로 인정하고 있다. 나라에서 국민의 신체건강과 정신건강을 지켜 줘야 한다고 생각해 낙태죄 폐지와 자연유산 유도제의 국내 도입을 부탁한다.”고 덧붙였다. 청와대는 홈페이지에 올라온 국민 청원 가운데 ‘30일 동안 20만 명 이상의 추천을 받은 청원’에 대해 책임 있는 정부관계자가 답변하도록 되어있다. 이는 국민 청원으로 “낙태죄 폐지 청원이 채택”된 것이다(싱글리스트, 2017. 10. 30.).

이에 대해 청와대 대통령비서실 민정수석(조국)의 답변은 “매우 예민한 주제다. 낙태라는 용어는 자체가 부정적 함의를 담고 있다. 오늘은 모자보건법이 사용하고 있는 ‘임신중절’이라는 단어를 사용하겠다.”며 말문을 열었다. “우리 형법이 제정된 1953년부터 임신중절은 처벌돼 왔다. 여성, 시술의사가 처벌되는데 1973년 모자보건법이 제정된 후 아주 예외적인 조건에 한해서 임신중절을 허용하고 있다. 부부가 우생학적으로 유전학적으로 장애가 있거나 흡혈이 있는 경우, 강간이나 준강간에 의한 경우 등이

다.”라고 설명했다. 또한, “태아의 생명권과 여성의 자기결정권 중 둘 중 하나만 택해야 하는 제로섬으로는 논의를 진전시키기 어렵다. 둘 다 우리 사회가 지켜나가야 할 소중한 가치이기 때문이다.” 그리고 “현행 법제는 모든 법정책임을 여성에게만 묻고 있다는 문제가 있다. 국가와 남성의 책임은 완전히 빠져 있다. 여성의 자기결정권 외에 불법 임신중절 수술과정에서 여성의 생명권, 여성의 건강권 침해 가능성도 함께 논의되어야 한다.”고 말했으며, 최종적으로 “정부 차원에서 임신중절관련 보완대책을 다양하게 추진하겠다.”고 하였다(싱글리스트, 2017. 11. 26).

위의 청와대 청원과 답변을 보면 21세기를 살아가는 대한민국의 국민들에게 낙태 또는 인공임신중절과 관련된 이슈가 극명하게 드러나 있다.

“태아의 생명권과 여성의 자기결정권”

“여성의 건강권 침해”,

“여성의 독박책임”,

“현행법에서 남성의 책임과 국가의 책임 전무”

하지만, 이러한 이슈들 어느 하나도 쉽게 풀기 어려운 상황이다.

「모자보건법」 제2조에 의하면 인공임신중절수술이란 “태아가 모체 밖에서는 생명을 유지 할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술을 말한다”고 정의하고 있다. 「형법」에서는 ‘낙태’란 용어를 같은 의미로 사용하고 있다.

인공임신중절은 역사적으로 적정 자녀수와 터울을 유지할 목적으로 출산조절의 중요한 수단이 되어왔다. 하지만, 기독교의 영향에 의해 태아를 하나의 생명으로 보는 인식이 생기고 또한, 더 나아가서 “19세기말 교회에 의해 모든 영혼이 수태의 순간에 들어간다고 보고 인공임신중절 금지”를 선언하면서 인공임신중절에 관한 입장은 더욱 완고해졌다(전효숙, 서흥관, 2003).

하지만, 국제적으로는 제2차 세계대전 이후 인구의 증가, 식량부족, 여성의 권리신장에 의하여 인공임신중절을 부분적 또는 전면적으로 허용하는 국가가 생겨났다. 한편, 우리나라도 1973년부터 「모자보건법」에 예외적인 조항을 두어 1953년에 낙태죄로 처벌해왔던 인공임신중절을 부분적으로 허용하고 있다. 하지만, 그럼에도 불구하고 「모자보건법」의 예외적인 조항이 너무 제한적이고 폐쇄적이어서 인공임신중절의 사유

들을 다 포함할 수가 없다. 결과적으로 인공임신중절이 불법적으로 공공연하게 행해지고 있다. 국가 조사에 의한 인공임신중절건수는 2005년 34만 건, 2010년 17만 건으로 밝혀져 있으며, 현행법상으로 예외적인 조항에 포함된 합법적인 인공임신중절은 겨우 5% 정도인 것으로 알려져 있다(최정수 등, 2010). 나머지 95% 정도는 불법 인공임신중절로 추정된다.

과거에 인공임신중절은 정부의 출산인구정책과 밀접한 관계를 가졌었다. ‘둘만 낳아 잘 기르자’는 산아제한이 국가시책이었던 시기에는 인공임신중절의 인구억제 효과 때문에 이를 사실상 정부에서 방관해왔다. 하지만, 최근 합계출산율이 1.3명 미만으로 초저출산 국면에 접어들면서 출산을 장려할 목적으로 불법 인공임신중절 단속을 강화하고 있다. 결과적으로 불법 인공임신중절에 의해 여성들의 건강권과 자기결정권이 더욱 심각하게 훼손되었다.

지난 2018년 5월 26일 가톨릭 전통이 강하고 민족주의적 성향으로 낙태를 전면금지하고 있었던 아일랜드가 국민투표를 통해 66.4%가 “인공임신중절을 금하는 수정헌법 제8조” 폐지에 찬성하면서 인공임신중절이 합법화 되었다. 최근 이러한 아일랜드의 국민투표 결과는 우리나라에서 국민청원채택과 맞물려 인공임신중절에 대한 헌법재판소의 「형법」 상의 ‘낙태죄’의 위헌 여부 결정에 영향을 미칠 뿐만 아니라 국민들의 인공임신중절에 관한 인식에도 상당한 변화를 줄 것으로 예상된다.

이러한 법과 인식의 변화는 적절한 피임법 사용과 원치 않는 임신을 예방함으로써 불법 인공임신중절과 불안전 인공임신중절(unsafe abortion)로 인한 사망률과 질병률을 낮출 것으로 기대된다. 알려진 바로는 불안전 인공임신중절은 모성사망 원인의 13%를 차지하며, 전체 임신과 출산과 관련된 사망과 장애의 20%를 차지하는 것으로 알려져 있다. 전 세계적으로 연간 불안전 유산으로 4,700명이 사망하고, 약 5백만 명이 난임을 포함하여 일시적, 영구적 장애를 겪는다(WHO, 2012).

한편, 임신중절에 관한 법적제한은 인공임신중절률을 줄이거나 출산률을 증가시키지 않는 것으로 알려져 있다(Levine & Staiger, 2004; Sedgh et al., 2012). 반면, 안전한 인공임신중절의 허용범위가 넓고 접근성이 쉬운 법과 정책들을 적용한 나라에서도 인공임신중절률과 수가 증가되지 않았다고 보고된다(Grimes et al., 2006).

따라서 여기서는 인공임신중절억제를 위한 어떤 법적 제한도 인공임신중절을 막을 수 없으며 인구조절에도 도움이 되지 않는다는 근거 중심적 상황이 밝혀진 상황에서

원치 않는 임신을 줄이고, 원치 않는 임신이 발생한 경우 여성독박책임이 아닌 국가가 책임을 함께 함으로써 안전한 인공임신중절을 늘리는 방향의 중재방법을 제안하고자 한다. 이와 관련된 내용은 이번에 실시된 인공임신중절 실태조사와 이전의 실태조사 보고서 및 국내외 문헌 고찰을 통해 기술하였다.

## 2. 연구의 내용 및 방법

### 가. 연구 내용

- 본 연구에서는 어떤 법적 제한도 인공임신중절을 막을 수 없으며 인구조절에도 도움이 되지 않는다는 근거 중심적 상황을 파악
- 인공임신중절이 개인의 책임이기 이전에 국가책임이라는 증거들을 파악
- 국가 주도하의 원치 않는 임신을 줄이고, 원치 않는 임신이 발생한 상황에서 여성독박책임이 아닌 국가책임의 안전한 인공임신중절을 늘리는 방향의 중재방법 제안
- 안전한 인공임신중절을 위한 근거중심적인 안전하고 효율적인 인공임신중절방법의 지침을 제안

### 나. 연구 방법

본 연구의 목적으로 원치 않는 임신을 줄이고, 원치 않는 임신이 발생한 경우 여성독박책임이 아닌 국가가 책임을 함께 함으로써 불안전 인공임신중절을 줄여 여성의 생명과 건강을 지키는 방향의 중재방법을 제안하기 위하여 2018년 국내 인공임신중절 실태조사 결과와 2018년 이전의 국내외 인공임신중절 관련 보고서 그리고 국내외 문헌을 고찰한다.

- 2018년 국내 인공임신중절 실태조사 결과
- 국내 인공임신중절 실태조사 결과보고에 대한 고찰



- 국내 인공임신중절 관련 실태와 정책과제에 대한 고찰
- 국내 인공임신중절 실태와 쟁점에 대한 고찰
- 국내외 인공임신중절 관련 합병증 및 후유증 관련 문헌 고찰
- WHO Safe Abortion 관련 지침 고찰
- UN World Abortion Policies 고찰

### 3. 연구 결과

#### 가. 인공임신중절이 여성 건강에 미치는 영향

인공임신중절이 여성건강에 미치는 부정적 영향에 관하여 강인숙(2009)이 정리하여 발표한 문헌에 의하면 다음과 같다.

##### 1) 육체적 후유증

인공임신중절 후 여성의 31%는 신체적 합병증을 겪으며, 출혈, 감염, 자궁경부 상처, 부종, 경련, 만성 복통, 무감각 증상, 색전증, 마취 합병증, 사망 등 급성기 후유증을 겪는다. 그 외에도 생식기관 손상(자궁 외 임신, 반복유산, 미숙아출산, 난임)을 겪게 된다.

##### 2) 정신적 후유증

죄책감(80%), 후회(83%), 상실감(79%), 분노(62%), 우울증(70%), 자살충동(60%), 자살시도(28%) 등 낙태후증후군(PAS; Post-Abortion Syndrome)을 겪는다.

##### 3) 그 외 후유증

섭식장애(거식증, 과식증) 39%, 약물남용 5배, 알코올 남용 2배가 더 많은 것으로 나타나며 강박장애, 성적기능장애, 이혼율이 높다.

한편, 이번 연구에서 수행한 인공임신중절 실태조사에 의하면 인공임신중절 후 8.5%는 신체적 증상을 경험하였고, 정신적 증상을 경험한 경우는 54.6%인 것으로 나타났다. 하지만, 치료가 필요한 경우조차도 어떻게 해야 할지 몰라서 22.8%, 치료받으러 병원에 가는 것이 부끄럽고 창피해서 12.8%, 시간적 여유가 없거나 비용이 많이 들 것 같아서 14.1%, 치료받을 만한 의료기관을 찾지 못해서 2.4% 수준의 치료를 받지 않은 이유가 조사되었다(<표 6-21>, <표 6-22> 참조).

#### 나. 인공임신중절 사례를 통해 본 인공임신중절의 원인, 과정 그리고 후유증

본 내용은 강명선, 양성은(2011)이 20명의 인공임신중절을 경험한 기혼 17명, 이혼 후 독신 3명의 여성을 대상으로 심층적 탐색을 통해 무지한 성관계로 인한 원치 않은 임신에 의한 불안 그리고 인공임신중절 경험 그리고 인공임신중절 이후의 부정적 경험을 사례별로 정리하였다. 하지만, 이 사례들은 원치 않은 임신과 인공임신중절이 개인에게만 책임을 지우기에는 인공임신중절이 여성 건강에 미치는 후유증이 너무 크고 여성 홀로 이 문제를 극복하기에는 한계가 많음을 보여주고 있다. 특히, 남성의 책임 그리고 국가의 책임이 왜 필요한지를 보여주고 있다.

#### <인공임신중절 관련 문제들과 단계별 결과>

인공임신중절 관련 문제들	인공임신중절 관련 이슈에 따른 단계별 결과
성관계의 결과에 대한 무지 피임의 실패	원치 않은 임신
육아에 대한 걱정 자아성취에 대한 좌절 배우자와의 관계고려	지각한 현실에 대한 불안으로 인공임신중절 선택
병원에서 인공임신중절경험	불법적이고 불안정한 인공임신중절
부정적 정서 경험 제발방지를 위한 피임을 위한 노력 배우자와의 관계회피 자녀에 대한 성교육 필요 느낌	인공임신중절 후 예측하지 못한 부정적 결과

자료: 강명선, 양성은, (2011). 여성의 낙태경험에 관한 현상학적 연구. 한국가정관리학회지, 29(4), 233-250.

## 1) 성관계 결과에 대한 무지

**[성관계의 결과가 원치 않은 임신으로 이어진다는 생각 못함 : #15, #9, #14, #2]**

#15

학교에서 배운 게 있다고 하지만 그게 제대로 들어맞지가 않아. 나는 생리 주기가 계속 고르지 못하기 때문에 안 들어맞더라구, 그게 안 들어맞는 경우가 더 많아.

#9

그(성관계) 경험이 딱 한번이었거든요. 혹시 하는 마음에 약국에 가서 소변검사로 검사하는 거를 샀죠. 확인하니까 임신으로 나왔더라고요. 굉장히 좀 당황스럽고, 이게 정말 말로만 듣던 그건 가부다.

#14

셋째는 진짜 생각도 안했어요. 마음이 없었으면 아무래도 대처를 했었어야 하는데 그 생각은 못했던 것 같아요. 내가 둘째를 늦게까지 모유수유를 했었거든요. 나는 그때까지 모유수유를 하 기만 하면 아... 자연피임이 되는 줄 알고 있었거든요. 근데 들어섰더라고요.

#2

근데 잠을 잤었는데, 그게 참 찔러했어. 피임을 어떤 외부약이나 뭐 콘돔을 사용하지 않았어요. 콘돔을 한번 사용해봤는데 너무 불편했어요. 콘돔을 사용할 수가 없었는데, 둘 다 암묵적으로 임신을 하면 안된다가 너무 강했어가지고 음,, 그러니까 자연적으로 그냥 이렇게 절대로 절대로 그 결 사정을 안에다 안 시키는...

## 2) 피임의 실패

**[피임에 대한 지식 부족과 소극적 피임 : #5, #2, #15]**

#5

그거는(피임) 안하고 이제 조금 더 조심을 하자라고 생각을 했지. 그렇게 또 다시 반복이 될 줄은 몰랐죠. 그랬는데, 그리고 그 다음에도 그러니까, 내가 생각하기에 일 년 안에 세 번이 다 된 거 같아요.

#2

나는 그게 미스터리가 내가 생리를 시작한지 일주일 이 지난 상태였어요. 그러니까 가임기간은 아니었걸랑, 내 상식으로는, 그게 그럴 수도 있다는 것을 나중에 알게 됐는데, 시작일로부터 일

주일정도 일주일도 채 안지난 거 같아. 그랬으니까 분명히 가임기간은 아니었던 거야. 그니까 28살에 했던 두 번째 임신도 그게 나에게서 너무 헛갈렸던 문제였어. 사람마다 그런 경우가 있는데, 정자가 오래 버티는 거야.

#15

아! 이걸 왜 못했어? 피임 애길 하더라구... 내가 무슨 선수야? 그리고 남자들 입장에서 너무 황당하게 그걸 왜 못했느냐 라고 하더라고, 당황했어. 하기는 했겠는데... 피임기간에 맞는 지식 이 그 계산을 해서 해야 하잖아. 그런데 그게 나하고는 전혀 상관없다는 애기다라는 얘기를 했었지. 지금도 그렇지만 그때도 그런 얘기를 해도 그닥 뭐... 그럼 내가 조심해야지 하는 그런 건 남자가 질외 사정인데 그것도 그게 제대로 됐으면 임신이 안됐겠지. 빨리 처리를 해야겠다. 그 생각만, 지금 이 상황에서 빨리 벗어나고 싶다. 두렵고, 두렵다는 생각이 가장 많았지.

### 3) 지각한 현실에 대한 불안

[육아의 어려움 : #1, #10]

#1

임신했을 때 축복처럼 안 느껴졌던 것 같아요. 시댁에서도 별루, 친정에서도 손자들이 많으니까..., 큰애가 좀 짜증을 많이 내요. 신랑이랑 나랑 같은 회사 다녔는데 회사가 부도가 난거예요. 나는 그만두고 신랑은 다니는데 부도난 회사니까 월급은 잘 안 나오고 첫째 낳고 그 힘든 기억이 너무 많이 나서 경제적으로 힘든 기억이... 신혼에는 힘든 기억밖에 없는 거예요. 좋은 기억보다는, 좋아서 결혼 했는데 신혼 초에 어려운 기억밖에 없으니까 그게 애한테 간 것 같아요. 신랑도 25살에 결혼 했으니까 그냥 내 앤가부다 하고 둘 다 잘못 키웠죠.

#10

나는 아들 둘을 키워서 그러면서 일을 같이하고 있어서 너무 힘들다 못해 힘들다는 것조차 느끼지 못할 정도로 바빠 가지고, 그때는 힘들다는 걸 모르고 시간이 지나가는지 계절이 지나가는지 못 느끼는 상태로 지나갔는데, 어느 날 보니까 애들이 우유병도 떼고, 기저귀도 떼고, 그러고 있더라구요. 그때 너무 힘들었다는 걸 새삼 느꼈죠. 한 4-5살 때 쯤... 두 아이가 또 더 군다나 남자아이고, 그리고 연년생이다 보니까,.... 갑자기 또 들어서버리니까 너무 힘들어가지고 낳을까 말까 고민을 했는데.

**[뜻하지 않은 태어난 자녀의 죽음 등 : #8]**

#8

큰애 낳고 둘째 낳기 전에 애를 임신했는데 8개월 때 조산을 했어요. 그러니까 빨리 진통이 와서 병원에 가서 낳아서 아기는 인큐베이터에 있고, 나는 집에 왔지. 그때 애기가 인큐베이터에서 한 보름 정도 있다가 그냥 먼저 가버렸어요. 우리가 그런 조금 아픔이 있었어요. 그래서 이제 일 년 있다가 둘째 아들을 낳았기 때문에 그 다음에 아기가 생겼어도 아마 미련이 없어진 것 같아, 그때 마음의 상처를 많이 받아가지고, 너무 속상해서 아, 그(낙태한) 아이는 생각 안하고 그냥 있는 애나 잘 키우자가 강했죠.

**[약 먹은 거 때문에 태아가 기형아일 수도 있다는 엄마의 생각이 태아에게 미치는 영향 생각, 태어날 아이의 부정적 영향 고려 : #12, #16]**

#12

저는 낙태 못 할거 같아요. 지금도 애 밝은 모습을 보면 되게 좋고... 이번에는 그럼에도 불구하고 그게 안되더라구요. 어쩔 수 없이 갖고 싶었고 원했는데 교통사고 나서 병원에 다니고 약을 너무 독한 거를 먹었고 그랬는데 솔직히 염려가 되더라고요. 아이에게 꼭 스트레스가 꼭 뭘 해서 스트레스가 아니라고 그 생각을 갖고 태아를 갖고 있잖아요. 그 아이에게 스트레스가 갈 것 같아요. 그걸 알고 있으니까, 그걸 인지하고 있잖아요. 아이도 그걸 느끼잖아요.

#16

우선 애들이 없었으면 솔직한 말로 애들이 없었으면 낳았을 수도 있겠쥬, 근데 이제 위에 애들 둘이 있기 때문에 그것도 작용을 했쥬, 아마... 그리고 그때 힘들고 했었으니까. 그 애 낙태는 (다이어트)약 때문이고, 그것으로 인해 애가 아프고 그러면 그 아이가 있음으로 해서 다른 애들도 다 힘들게 되니까, 감당이 안돼요.

왜냐면 저는 봤거든요. 작은 애 다니는 학교가 통합학교인데 장애아도 봐왔기 때문에, 봐왔는데 그 엄마를 봐서는요 나는 그렇게 못할 것 같아요. 애 있으면 진짜 꿈쩍도 못하고 집에 있어야 하는 상황이더라고요. 그렇게 되면 그 집은 그 애 하나이기 때문에 쫓아 다니는데, 만일 우리집 같은 경우에는 두 애는 완전히 저기하고 붙어서 해야 하는 상황이기 때문에, 그 애를 생각하면 개를 낳아야 하는데 내가 그 애를 잘 키운다는 자신은 못 가지니까.

## 4) 자아성취에 대한 좌절

**[이전의 아기 육아와 이후 임신에 따른 사회생활 단절 우려 : #7, #1]**

#7

2년 전이면 작은애가 여덟 살이 된 거잖아요 지금 열 살이니까. 그러니까 셋째를 낳아서 기르는 이제 도저히 시간상으로 너무 아닌거야. 내가 공부하는 과정도, 막 달려가는 과정인데 다 멈춰야 되고, 경제적으로도 그렇고, 아무리 생각해도 이건 아닌 거예요. 그래서 두 번 말할 것도 없이 낙태결정을 했죠.

#1

그 때 솔직히 저도 생각이 없었던 거고 살기도 빠듯한데 셋까지 키워야하니까 또 일찍 애기를 낳았으니까 그때는 내 생활을 갖고 싶었어요. 애기 낳고 직장 다니면서 처음 내 생활을 가지면서 내가 나를 찾아가고 있는 그런 시기였던 것 같아요. 근데 애가 생김으로써 또 나를 포기해야 하는 거잖아요. 엄마로서... 그제 나한테 싫었던 부분이었고 신랑만이 아니라 나도 싫었던 것 같아요. 서른이 넘어가면서 그때 직장 다니고 그런 걸 내가 찾아가고 있는 시기에 애기가 생긴다면 다시 원점이 돼서 나는 또 애기 엄마가 돼서 집에서 애들보고 나는 그때가 제일 싫었어요. 난 내가 다시와도 똑같이 할 거예요.

**[배우자와의 관계고려 : #6, #8]**

#6

애기 아빠가 딸을 너무 좋아하니까 이 애가 딸이면 안 지워도 되냐고 그랬지. 나는 그게 지푸라기 하나라도 잡는 하나의 심정이었으니까... 그래가지고 병원에 갔더니 병원에서 그러더라고 아직은 모른다고... 남편 입장은 알지만 나도 너무 갖고 싶은 마음이 있으니까.

근데 애기 아빠가 내가 애기를 낳으면 이혼할 생각해라 딸 그러더라고 못 낳는다고, 낳으면 나랑 그냥 살 생각하지 말라는 식으로 그러는 거예요. 그 소리에, 그렇게 극단적으로 말을 해버리니까 내가 더 힘이 없는 거예요. 더 이상 버틸 힘이 없는거야. 그래가지고 유산을 했죠, 눈물을 머금고, 그래가지고 그때 내가 아이한테도 너무 미안했던 거야.

#8

결혼을 해서 첫 애를 낳기 전부터 이 사람이랑 살아야 되나 말아야 되나 그런 갈등이 심했기 때문에 삶을 지속하다 보니까. 남편하고 성관계를 별로 안하고 살았었어. 그때부터 그렇게 살다가 지금 둘째 낳기 전에 임신이 된 거야 큰애가 어렸으니까 둘이 조금 안됐을 때거든 그래서 애

를 중절했어요. 중절 후에 그리고 둘째애가 생겼는데 임신 사실을 알고 정말 슬퍼했어. 나는... 그 남자하고의 삶이 지속되기를 원치 않았기 때문에, 그 와중에 임신이 된 것을 뒤늦게 알아가지고 정말 많이 슬퍼했는데 그때는 내가 이미 종교적인 신념이 있어서 낙태를 할 수 없었어. 그때는 내가 아마 종교가 없었더라면 애도 지워버렸을 꺼야.

그래서 이 애를 출산했고, 그리고 나서 삶을 지속하다가 또 임신이 된 거야... 그 사람이랑 살게 아니었기 때문에, 이미 안 살려고 마음먹었기 때문에 그래서 할 수 없이 병원가서 사비를 들여 가지고 수술했지. 아무한테도 얘기 안하고 혼자.

## 5) 불법적이고 불안정한 인공임신중절

**[병원에서의 인공임신중절 과정, 몸과 마음이 소진, 수치심과 죄책감 : #19, #4]**

#19

되게 놀랍다, 그 기억들이.... 낙태를 했다는 그 사실보다, 낙태를 하는 그 상황보다 그때 나의 상황? 그런게 막... 수술대 위에 누워서 그런 나의 비참함, 옛날 일인데도 다 그때의 감정이 남아있네..

#4

다른 사람은 그 낙태했다고 해서 몸이 그렇고 그렇다는 얘기를 안 하는데 나는 굉장히 많이 힘들었어. 막 굉장히 많이 어지럽고 구토를 많이 하고 그런 몸에 반응인지, 내 마음에서 우러나오는 마음에서 있던 거를 다른 사람에게 표현을 못하니까 어느 책에 마음이 운다는 그런 말이 있던데, 그러니까 마음이 울고 싶은 걸 어디다 풀지도 못하고 울 수가 없으니까 몸이 울었던 건 아닌가라는 생각도 들고 일주일 동안 심하게 아프고 나니까 조금 정신이 들었던 것 같아.

**[인공임신중절을 위한 병원비용, 카드 아닌 현찰만, 사비로 : #6]**

#6

병원에서는 낙태에 대해서는 별 말이 없었어요. 뭐 수술하실 건가요? 뭐 이런 식이었죠. 그리고 카드는 안 됩니다. 현찰입니다. 이렇게 얘기하고, 카드는 안 되고 현찰로 하라고 그리고 참 허무했던 거, 그리고 나서 수술하고 나니까 입덧이 싹 없어졌다는 거, 그게 참 신기하다.

#8

중절 후에 그리고 둘째애가 생겼는데 임신 사실을 알고 정말 슬퍼했어. 그래서 이 애를 출산했고, 그리고 나서 삶을 지속하다가 또 임신이 된 거야... 그 사람이랑 살게 아니었기 때문에, 이미 안 살려고 마음먹었기 때문에 그래서 할 수 없이 병원가서 사비를 들여 가지고 수술했지. 아무한테도 얘기 안하고 혼자.

## [임신중절 후 부정적 경험 : #9, #7, #6]

#9

결정하기까지는 힘들었죠. 물론 힘들었고, 하기까지 과정보다는 하고 나서가 너무 힘들었어요. 그 이유는 뭐였나면 할 때까지는 아무 생각이 없었어요, 너무 당황스럽고 누가 알게 될까봐 특히 가족이 알게 될까봐 수치스런게 가장 컸고, 주변 친구들도 많이 아는 게 아니라 두 명 정도 친한 친구만 얘길 했었고 그랬는데, 낙태를 하고 나서 죄책감이나 이 아이에 대한 미안함이 너무 커서 거의 몇 개월 정확히 그게 언제 사라졌는지는 모르겠는데, 항상 꿈을 꾸면 악몽을 꾸고 아기 울음소리가 귀에서 맴돌고 그랬던 기억이 있어요. 그래서 전보다 후가 훨씬 힘들었던 기억이 있어요.

#7

이 체험은 아마 또 저만의 체험일거라 다른 사람은 또 저처럼 그런 비참한 기분 느끼면서 병원에서 욕하면서 그러지는 않았겠죠. 그런데 얼마나 그 물건 취급 받듯이 그런 기분 나쁜 취급이었으면... 제일 편안하고 위로 받아야 할 시점에서 말하자면 그게 오래 갔어요. 그 기분... 그냥 잊어버리고 어디서 기분 나쁜 일 있었던 것처럼, 어우 오늘 일진 사나워 어우 기분 나빠 이렇게 끝난 게 아니었어요. 근데 이거는 내가 사물 같고 인간 이하의 대접을 받았던 거 같은 그런 기분은 그게 듣는 사람이나 다른 사람에 의하면 아무것도 아닌 뭐 살다가 그럴 수도 있겠고 그런 일이 있든 나보다 그럴지도 모르겠지만 당사자한테는 그 불쾌감이 너무 오래가는 거야. 진짜 오래 가더라구.

#8

지금이야기 한 거는 정말 처음인거죠. 우리 엄마도 모르고 주변사람 아무도 모르고, 정말 하나님은 아시겠지만... 병원 혼자 가서 수술하고 그냥 조금 있다가 집에 와서 일상생활하고 아무 일도 없었던 것처럼 했었지... 그런 얘기를 나눌만한 그런 곳도 없었고, 그리고 그 당시에 내가 다 가까이 지내던 사람은 다 종교인인데 종교인한테 그런 일을 이야기조차 할 수 없는 일이고, 그리고 결혼을 일찍 하다보니까 세상친구가 학교친구가 다 단절된 상태고, 혼자 생각해서 할 수밖에 없는 상황이었어요. 그리고 나서는 종교생활을 못했어요.

## 6) 피임을 위한 노력

## [임신중절을 예방하기 위한 피임법, 몸에 부작용으로 어려움 : #15, #6]

#15

요새는 피임약을 먹는데, 피임약도 그다지, 그다지가 아니라 피곤하지. 피곤하고 성관계를 하면 예전에는 몰랐던. 아파, 아프고, 위궤양? 위에 부담되고 한번은 안 좋은 걸 많이 느껴서.



#6

낙태하고 얼마 있다가 물어봤죠, 루프를 꺼야 되니까. 그거라도 해야 하니까. 왜냐하면 루프는 그거를 빼면 아기를 또 가질 수 있는 거니까 그런 마음에 위안이 되니까. 우리 남편은 안 한다 그러고 또 그런 일이 생기면 또 내 몸만 뒤흔들니까 그래서 할 수 없이 내가 루프를 끼게 된 거지. 이제 그걸 끼고 나면서부터는 생리양도 엄청 많아지고 냉이 많이 생겼어요. 그전에 냉이 없었는데 루프로 인해서 생기는 게 냉이잖아요. 그게 좀 불편하죠, 그것 때문에 당장 빼버리고 싶죠.

## 7) 자녀에 대한 성교육 필요

**[자신의 인공임신중절 경험을 통해 과거시절 성지식의 부족함을 인식하고 자녀들에게 성교육을 함으로써 자신들의 경험을 자녀들에게 대물림 하고 싶지 않음 : #10]**

#10

책임감을 가지고 피임을 잘해야 하는 얘기를 해주고 싶지. 피임은 꼭해야 된다. 난 나중에 아빠 얘기를 해 줄거야. 우리 아들한테 피임을 안 해가지고 엄마가 이렇게 몇 번을 낙태했는데... 그때마다 엄마는 병원 갈 때 창피했다. 근데 니 여자친구를 그렇게 해봐라. 얼마나 창피하겠니? 가정을 이루어서 이렇게 자식도 계획을 세워서 낳는 게 중요하다. ... 그래서 사전에 좀 미리 예방을 해야 될 것 같아. 여자도 마찬가지고.

## 다. 인공임신중절 여성, 개인의 책임을 넘어 국가의 책임

### 1) 원치 않는 임신

인공임신중절의 원인 사례에 따르면, 성관계의 결과가 임신으로 이어진다는 사실에 대한 무지, 피임에 대한 지식 부족과 임신으로 이어질 가능성이 높은 불규칙 생리주기, 불가피한 일정비율의 피임실패 등이 포함된다.

한편, 이번 연구에서 수행한 인공임신중절 실태조사에 의하면, 원치 않는 임신을 예방하기 위한 성관계 시 피임 여부(가장 최근 인공임신중절을 했을 때의 피임 여부)는 피임을 하지 경우가 40.2%나 되지만 질외사정법, 월경주기법 그리고 콘돔, 자궁 내 장치를 하는 경우도 불가피하게 임신이 되어 인공임신중절하고 있음을 보여준다(<표 6-3> 참조). 이는 개인의 책임을 넘어 국가가 함께 책임져야만 하는 불가피성을 보여준다.

## 2) 인공임신중절의 원인

사례에 따르면 인공임신중절의 원인은 경제적 문제로 인한 육아의 어려움, 이전 임신 시 자연유산, 태어난 자녀의 죽음으로 인한 임신지속의 불안함, 임신초기 다이어트약 등의 약물 노출로 기형아 발생의 우려, 뜬금없이 생긴 아이, 아이가 크고 새롭게 자아 성취를 위한 교육이나 사회활동 시작 단계에 방해 우려, 배우자가 아기 유지 시 이혼 거론 등 강요, 남편의 공황장애와 같은 질환으로 가정 위기, 배우자와 관계 위기 등이 원인이다.

한편, 이번 연구에서 수행한 인공임신중절 실태조사에 따르면(복수응답 허용), 사회 경제적 이유가 가장 많고(33.4%, 32.9%), 다음이 자녀 계획 때문에(자녀를 원치 않아서, 터울조절 등, 31.2%), 파트너와 관계불안정(17.8%) 순이다. 태아건강문제(임신 중 약물 복용 포함)도 11.3%에 이른다(<표 6-9> 참조). 이 결과는 2005년 (보건복지부, 2005) 조사결과와 유사하다.

## 3) 인공임신중절의 경험

사례에 의하면 수술대 위에 누워서 느낀 비참함, 옛날의 일인데도 다 그때의 감정이 남음, 살인하는 느낌의 죄책감, 다른 사람에게 표현할 수 없는 울분과 신체적으로 심한 고통 느낌을 겪고 있었다.

한편, 이번 연구에서 수행한 인공임신중절 실태조사에 의하면, 의료인 및 관계자가 인격적으로 대했는지에 대한 질문에 ‘전혀 그렇지 않았다’ 3.1%, ‘그렇지 않은 편이었다’ 13.8%로 나타났다(<부표 13> 참조).

## 4) 인공임신중절을 위한 병원비용

사례에 의한 인공임신중절 비용 관련하여 “불법 인공임신중절로 병원에 기록에 남는 카드는 안 되고 현찰입니다. 그리고 아무한테도 이야기 못하고 사비를 들어서 인공임신중절을 한다.”고 응답했다.

한편, 이번 연구에서 수행한 인공임신중절 실태조사에 의하면, 인공임신중절 비용은

가장 많은 경우가 30-50만 원 미만(41.7%)이었다. 하지만, 100만 원 이상도 약 8%로 부담되는 비용이었다(<표 6-18> 참조).

#### 5) 인공임신중절 후 부정적 경험

누가 알게 될까봐 수치스럽고, 아이에 대한 미안함으로 인한 죄책감, 병원에서의 물건 취급을 받는 듯한 기분 나쁜 취급, 주변의 종교인에게도 이야기하기 어려운 경험 그리고 친구도 모두 단절된 상황에서 고립, 남편의 무심함에 따른 서운함을 응답하였다.

#### 6) 인공임신중절을 예방하기 위한 피임법

인공임신중절 재발을 방지하기 위한 피임법, 피임약 복용에 의해 성관계시 통증, 위궤양 등의 부작용, 남편이 피임을 안 한다 하고 루프를 끼우고 나니 생리양도 많아지고 냉도 많이 생겨 불편하다고 응답하였다.

인공임신중절을 경험한 여성들은 원치 않는 임신의 원인인 피임실패가 여성뿐만 아니라 남성 및 국가도 피임에 대한 간접적인 책임이 있다고 인식하였다. 남성은 여성보다 쉽게 준비할 수 있으므로 스스로 준비하는 것이 필요하고, 국가에 대해서는 특히 남성이 구하기 쉬운 콘돔 광고나 피임 캠페인 광고의 부족, 학교의 체계적인 성교육, 피임교육이 정착하지 못한 점 등을 들었다.

## &lt;피임의 책임에 대한 인공임신중절 여성의 의견&gt;



자료: 손명세, 강명신, 장석일, 김해중, 박길준, 남정모, ... 김은미. (2011). 전국 인공임신중절 변동 실태조사. 서울: 보건복지부, 연세대학교. p. 161.

한편, 이번 연구에서 수행한 인공임신중절 실태조사에 의하면, 인공임신중절문제와 관련하여 국가가 해야 할 일에서 보면(1,2,3순위 조사의 합), 피임·임신·출산에 대한 남녀공동책임의식 강화(72.5%), 원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육(55.0%)로 인공임신중절과 관련하여 국가에서 원하지 않는 임신을 예방할 수 있도록 성교육 및 피임교육 강화를 원하고 있다(<표 5-42> 참조).

## 7) 자녀에 대한 성교육 필요

자녀들에게 인공임신중절 경험을 대물림하지 않기 위해 성교육 필요, 절실함. 엄마 아빠가 피임을 안 해가지고 엄마가 이렇게 몇 번을 낙태했는데... 그때마다 엄마는 병원 갈 때 창피했다. 근데 니 여자 친구를 그렇게 해봐라, 얼마나 창피하겠나?

위의 인공임신중절관련 내용들은 인공임신중절이 피임실패로 인한 원치 않는 임신의 결과로 임신중절을 선택하게 되는 더 이상 자녀를 원치 않음, 경제적 이유, 결혼상태 등의 다양한 이유들로 여성 개인이 감당하기 어려운 상황들이다. 그리고 불법적인 인공임신중절의 경험과 수술비용의 개인부담, 병원에서 안전하지 않고 비인간적인 취급의 수술경험, 자녀의 성교육을 통해 인공임신중절 경험 대물림하지 않기 위한 성교육

의 필요성이 강조된다.

네덜란드의 경우 1971년 자녀계획을 국가공중보건보험체계에 편입시켜 피임약, 자궁 내 피임기구(IUD) 등이 무료로 제공되며, 의료보험의 적용은 재정적 지원뿐만 아니라 상징적 차원에서도 원치 않는 임신은 개인의 문제가 아니라 공공의 의무로 규정되는 의미를 갖게 된다. 즉 원치 않는 임신은 개인의 문제가 아니라 정부의 책임이라는 것을 천명하고, 1984년 이래 여성은 정부가 지원하는 국민건강보험체계에서 무료로 인공임신중절을 받을 수 있게 되었다.

따라서 우리나라에서도 원치 않는 임신의 원인 해소와 인공임신중절과 관련된 제반 상황으로 인공임신중절 예방을 위한 원인별 상담, 안전한 인공임신중절을 위한 정보제공, 인공임신중절 비용 등 논의, 인공임신중절 재발 방지를 위한 피임교육 등의 국가적 사회공동체의 절대적 책임과 대책이 필요하다.

## 라. 인공임신중절의 여성건강관점에서의 정책방향

### 1) 정책방향의 기본전제

우리나라에서 인공임신중절은 모든 낙태를 범죄시하는 「형법」 과 일부 보건학적 이유의 허가사항을 포함하고 있는 「모자보건법」 에 의해서 관리되고 있다. 이들 법 적용은 출산인구정책과 밀접한 관계를 가져왔다. ‘둘만 낳아 잘 기르자’와 같은 산아제한이 국가시책이던 시기에서 인공임신중절은 인구억제 효과를 위해 방관되었으며, 최근 저출산이 이슈가 되면서 출산을 장려하기 위해 불법 인공임신중절을 단속하고 있다.

하지만, 국제적 보고에 의해 인공임신중절 관리가 인구조절에 도움이 되지 않는다는 근거들을 살펴볼 수 있다. Sedgh et al. (2012) 등의 연구에 의하면 전 세계적으로 인공임신중절률과 인공임신중절관련 법의 상태와 관련하여 경향을 분석하였다. 인공임신중절 제한법의 세계적 추세에도 불구하고 세계적으로 인공임신중절률은 2003년과 2008년 사이에 변화가 없다. 15~44세의 가임여성 1,000명당 각각 29건과 28건이었다. 2003년과 2008년 사이에 0.3% 차이로 거의 차이가 없었다. 인공임신중절이 법적으로 제한하던 하지 않던 원하지 않은 임신을 인공임신중절할 가능성은 같다.

한편, 우리나라에서 인공임신중절 중에 「모자보건법」 의 허용 사유에 의한 합법적인

인공임신중절은 겨우 5% 정도에 불과하다. 95% 정도는 불법 인공임신중절에 의한 것으로 추정되고 있다. 엄격한 법 적용은 결과적으로 불법 인공임신중절을 양산한다.

불법 인공임신중절은 불안전 인공임신중절로 이어지며 모성사망 원인의 13%를 차지한다. 전 세계적으로 연간 불안전 인공임신중절로 4,700명이 사망하고, 약 5백만 명이 난임을 포함하여 일시적, 영구적 장애를 겪는다(WHO, 2012).

유럽연합의회는 2002년에 앤 반 리포트(Anne van Lancker report)라는 결의를 통해 유럽연합의 국가가 안전하고 합법적인 인공임신중절에 대한 접근성을 확대하고 불법적 인공임신중절을 시행한 여성에 대한 처벌을 종식시킬 것을 결의한 바 있다. 또한, 2008년에는 유럽의 47개 회원국에게 “안전하고 합법적인” 인공임신중절을 부여하고자 하는 결의문 초안을 발표하였다(Wurm, 2008). 이 결의문은 인공임신중절 금지하는 인공임신중절을 감소시키는 효과를 낳지 않고, 인공임신중절을 금지하는 것은 대부분 비밀리에 행해지는 불법 인공임신중절로 이어지며, 이는 여성에게 더 많은 정신적 외상을 일으켜 위험하다고 경고하였다. 이 결의문은 더 나아가서 인공임신중절에 대해 과거보다 더 관용적 태도를 가질 것을 주문하며, 인공임신중절에 소요되는 높은 비용, 위생적이지 않거나 붐비는 시설은 “사실상의 인공임신중절에 대한 비접근성”이라고 보고 있다. 또한, 인공임신중절 전의 의무적인 숙려기간, 2명의 의사의 동의와 같은 인공임신중절 제한은 역효과를 낸다고 보았다. 이러한 제한들은 인공임신중절할 때 태아연령만 증가시키고, 신체적, 심리적 건강위험과 명백한 이익도 없는 수술비용만 증가시킨다. 즉, 여성이 선택을 더욱 빠르게 하면 할수록, 여성이 이용 가능한 약물치료로 임신중절이 가능성이 더 커지며, 수술에 따른 위험을 피할 수 있다고 보았다.

따라서 우리나라에서도 인공임신중절이 여성건강관점에서 정책방향의 기본적 전제조건으로 인공임신중절의 허용 제한을 최소화하고 접근성을 높여 불안전 인공임신중절을 줄임으로써 모성사망률과 유병률을 최소화해야 한다.

## 2) 인공임신중절의 허용범위와 허용시기

우리나라는 인공임신중절을 1953년 9월에 대한민국 최초 「형법」 제269조와 270조에 낙태죄로 명시하고 있다. 하지만, 「모자보건법」 제14조에 인공임신중절의 허용한계에 관하여 논하고 있다.

< 「모자보건법」에서의 인공임신중절 관련 조항>

제14조(인공임신중절수술의 허용한계)

- ① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.
  1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
  2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우
  3. 강간 또는 준강간(準強姦)에 의하여 임신된 경우
  4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우
  5. 임신의 지속이 보건·의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우
- ② 제1항의 경우에 배우자의 사망·실종·행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로 그 수술을 할 수 있다.
- ③ 제1항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.

한편, 「모자보건법」 시행령 제15조는 인공임신중절 허용기간을 임신 24주 이내로 한정하고 허용되는 유전성, 전염성 질환을 구체적으로 명기하고 있다. 2009년 시행령 제정으로 전에 비해 허용되는 유전성, 전염성 질환이 대폭 삭제되었고, 이전엔 임신 28주 이내였던 임신주수도 4주 단축되었다.

< 「모자보건법」 시행령에서의 인공임신중절 관련 조항>

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, 독소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.

현재 우리나라의 인공임신중절의 허용범위와 허용시기는 임신 여성의 선택권을 인정하지 않고, 「모자보건법」 14조에 규정되는 사유만 임신 24주 이내로 제한하고 있다는 점에서 인공임신중절의 허용범위가 매우 좁은 편이다.

한편, 이번 연구에서 수행한 인공임신중절 실태조사에 의하면, 인공임신중절 허용 사유와 허용 임신주수를 보면, 허용 불가는 자녀계획(자녀를 원치 않아서, 터울조절) 14.1%를 제외하고 10% 미만이다. 그리고 임신주수와 상관없이 인공임신중절을 허용 하자는 의견은 자녀계획, 경제적 이유, 그리고 본인 요청 외에는 모두 50% 이상이 찬성하고 있다(<표 5-41> 참조).

다른 나라들의 인공임신중절의 허용기준 및 허용기한을 보면 다음 그림과 같이 아일랜드, 폴란드, 브라질 등 가톨릭 인구가 많은 국가는 인공임신중절을 매우 엄격히 제한한다. 가령 아일랜드는 강간 또는 근친상간이 경우에도 허용하지 않는다.

인공임신중절의 허용범위와 관련해서는 모체건강, 강간·근친상간, 태아이상, 사회 경제적 사유, 요청에 의한 모두를 허용하는 나라는 미국, 캐나다, 프랑스, 독일, 네덜란드, 남아프리카, 호주가 포함된다. 아시아에서는 중국과 북한만이 포함되어 있다. 그리고 일본의 경우 태아이상은 허용하지 않고 있다. 아일랜드의 경우는 모체건강 외는 허용하지 않고 있다. 하지만, 아일랜드는 2018년 5월 26일 국민투표를 통해 “인공임신중절을 금하는 수정헌법 제8조”를 폐지하게 되었다.

한편, 인공임신중절을 사회적 또는 경제적 이유로 허용하는 경우는 선진국에서는 80%인 것에 비교해서 개발도상국에서는 19%인 것으로 나타나고 있다(WHO, 2012). 허용 기간은 미국의 경우 임신초기(임신 12주 이내)는 임신부의 요구에 의해, 임신중기(임신 12주에서 6개월까지)는 주정부 재량에, 그리고 임신 후기(임신 6개월 이후)는 인공임신중절을 금지하고 있다. 그리고 착상 이후 12주 이내에 독일, 프랑스, 덴마크, 스페인, 이탈리아, 임신 22주 이내 일본, 그리고 24주 이내 영국이 임신부의 요청에 의한 인공임신중절술을 허용한다.



<주요 국가의 인공임신중절 허용기준 및 허용기한>

United Nations · Department of Economic and Social Affairs · Population Division · www.unpopulation.org <b>World Abortion Policies 2013</b>								
Legal grounds on which abortion is permitted (2011)								
Country or area	fn	To save a woman's life (1)	To preserve a woman's physical health (2)	To preserve a woman's mental health (3)	In case of rape or incest (4)	Because of foetal impairment (5)	For economic or social reasons (6)	On request (7)
<b>Africa</b>		—	—	—	—	—	—	—
Ethiopia		X	X	X	X	X	-	-
South Africa		X	X	X	X	X	X	X
Nigeria	10	X	X	X	-	-	-	-
<b>Asia</b>		—	—	—	—	—	—	—
China		X	X	X	X	X	X	X
Democratic People's Republic of Korea		X	X	X	X	X	X	X
Japan	11	X	X	-	X	-	X	-
Iraq		X	-	-	-	-	-	-
Israel		X	X	X	X	X	-	-
<b>Europe</b>		—	—	—	—	—	—	—
Poland		X	X	X	X	X	-	-
Ireland		X	-	-	-	-	-	-
France		X	X	X	X	X	X	X
Germany		X	X	X	X	X	X	X
Netherlands		X	X	X	X	X	X	X
<b>America</b>		—	—	—	—	—	—	—
Brazil		X	-	-	X	-	-	-
Canada		X	X	X	X	X	X	X
United States of America		X	X	X	X	X	X	X

X : 허용 - : 제한

자료: United Nation. (2013). World Abortion Policies 2013. Retrieved from [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013\\_WallChart.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013_WallChart.pdf)

미성년·미혼 임신 등 '사회적 이유'로 인한 각국 낙태 허용 범위



자료 : 조선일보. (2010. 2. 10). “낙태’ 외국과 비교해보니...”. URL: [http://news.chosun.com/site/data/html\\_dir/2010/02/10/2010\\_021000113.html](http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2010/02/10/2010_021000113.html)

## &lt;선진국과 개발도상국 간의 인공임신중절 허용의 제한범위&gt;

Table 1.2 Grounds on which abortion is permitted (% of countries) by region and subregion, 2009								
Country or area	To save the woman's life	To preserve physical health	To preserve mental health	Rape or incest	Fetal impairment	Economic or social reasons	On request	Number of countries
All countries	97	67	63	49	47	34	29	195
Developed countries	96	88	86	84	84	80	69	49
Developing countries	97	60	55	37	34	19	16	146
Africa	100	60	55	32	32	8	6	53
Eastern Africa	100	71	65	18	24	6	0	17
Middle Africa	100	33	22	11	11	0	0	9
Northern Africa	100	50	50	33	17	17	17	6
Southern Africa	100	80	80	60	80	20	20	5
Western Africa	100	63	56	50	44	6	6	16
Asia*	100	63	61	50	54	39	37	46
Eastern Asia	100	100	100	100	100	75	75	4
South-central Asia	100	64	64	57	50	50	43	14
South-eastern Asia	100	55	45	36	36	27	27	11
Western Asia	100	59	59	41	59	29	29	17
Latin America and the Caribbean	88	58	52	36	21	18	9	33
Caribbean	92	69	69	38	23	23	8	13
Central America	75	50	38	25	25	25	13	8
South America	92	50	42	42	17	8	8	12
Oceania*	100	50	50	14	7	0	0	14

\* Japan, Australia and New Zealand have been excluded from the regional count, but are included in the total for developed countries.  
Adapted from reference 3.

자료: WHO. (2012). Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: WHO.

우리나라에서의 허용범위와 허용시기와 관련하여 헌법재판소에서 낙태죄의 위헌 판결이 전제가 되어야 하겠지만, 헌법재판소의 판결에 상관없이 대부분의 선진국과 마찬가지로 「모자보건법」의 허용범위의 제한을 최소화하고, 임신부의 요구에 의해서 인공임신중절이 가능하도록 개정되어야 한다. 이는 결과적으로 불법적 인공임신중절을 없앴으로써 안전한 인공임신중절을 통해 모성사망률과 유병률을 대폭 줄일 수 있으리라 기대된다. 우리나라의 인공임신중절의 시기를 보면 96.3%(5,516/5,930)가 임신 12주 이내였으며 임신 12주 이후에 해당하는 경우는 미혼여성 4.3% 그리고 기혼여성 3.3%로 비슷하였다(2005년 실태조사 결과).

<결혼 상태별·연령별 인공임신중절 당시 임신 주수>

(단위: %, 명)

구 분	기혼	미혼	기혼+미혼	20세 미만	20-24세	25-29세	30-34세	35세 이상
12주 미만	3,154 (96.7)	2,296 (95.7)	5,450 (96.3)	175 (87.9)	1,248 (96.3)	1,184 (96.1)	1,295 (96.9)	1,580 (97.1)
12-16주 미만	91 (2.8)	79 (3.3)	170 (3.0)	15 (7.5)	37 (2.9)	41 (3.3)	36 (2.7)	39 (2.4)
16-20주 미만	8 (0.3)	17 (0.7)	25 (0.4)	6 (3.0)	5 (0.4)	5 (0.4)	4 (0.3)	5 (0.3)
20주 이상	9 (0.3)	7 (0.3)	16 (0.3)	3 (1.5)	6 (0.5)	2 (0.2)	1 (0.1)	4 (0.3)
전체	3,262 (100.0)	2,399 (100.0)	5,661 (100.0)	199 (100.0)	1,296 (100.0)	1,232 (100.0)	1,336 (100.0)	1,628 (100.0)

자료: 김해중, 안형식, 김순덕, 박문일, 박춘선, 임지은, ... 김경훈. (2005). 인공임신중절 실태조사 및 종합대책수립. 서울: 보건복지부, 고려대학교.

따라서, 우리나라에서 인공임신중절의 허용범위와 시기는 선진국 수준으로 합리적으로 결정되어야 한다. 우리나라에서도 대부분의 선진국처럼 임신 12주 이내는 임신부의 요청만으로 인공임신중절을 허용할 수 있어야 된다. 12주 이내라면 위 자료에 의하면 96%가 포함된다. 그리고 약 4%에 해당하는 임신 12주 이후 인공임신중절의 경우 임신 12주부터 임신 24주까지는 의료인의 동의하에 허용하고, 임신 24주 이후는 인공임신중절을 금지할 것을 권장한다. 이번 인공임신중절 실태조사에서는 대부분의 허용 사유가 임신시기에 상관없이 인공임신중절을 허용하자는 의견이지만, 임신 24주 이후는 출산 후 생존이 가능한 시기이기 때문에 국제적으로도 인공임신중절은 금지되고 있어서 국내에서도 금지를 권장한다.

하지만, 임신 12주부터 임신 24주까지는 기혼여성의 경우 태아건강의 문제로 인공임신중절을 선택할 가능성이 높다. 반면 미혼여성, 특히, 미성년자의 경우 경제적 이유 등으로 12주 이전의 임신중절 기회를 놓치는 경우이다. 따라서 기혼여성의 경우 인공임신중절 예방을 위해 태아의 건강문제에 관한 적극적이고 전문적 정보제공과 전문적 상담이 필요하다. 이 시기에는 인공임신중절에 의한 합병증 위험이 높아 안전한 인공임신중절을 시행할 수 있도록 인공임신중절의 허용기준을 제한하고 제한된 의료인과 의료기관에서 상담하고 필요시 수술을 시행할 수 있도록 제한할 필요가 있다. 하지만, 출산 후 생존이 가능한 임신 24주 이후는 원칙적으로 인공임신중절을 금지할 것을 권장한다.

### 3) 인공임신중절 관련 정보 제공 및 국가적 책임과 감독 필요

인공임신중절은 신체적, 정신적 영향뿐만 아니라 사회적 관계에 영향을 미친다. 수술 후유증으로 출혈, 감염 등이 발생하고 영구적 불임과도 관련된다. 장기적으로는 죄책감, 우울증 등을 포함하는 낙태증후군을 유발하며, 사회적 영향의 부정적 결과로 부부간의 신의를 격감시키고 불화와 이혼, 그리고 주변의 친구나 심지어 종교생활로 부터도 고립된다.

하지만, 인공임신중절 관련하여 여성들은, 특히 미혼여성은 적절한 정보를 얻는데 한계가 있다. 2005년 여성가족부 보고에 의하면 미혼여성이 임신한 경우 임신에 대한 의논을 할 수 있는 상대는 아기 아버지 33.6%, 친구 28.9%, 가족 19.6%, 미혼모시설 6.8%로 나타났다(허남순, 노충래, 허소영, 조수민, 2005, 여성가족부).

따라서 원치 않은 임신이 발생하는 경우 인공임신중절을 선택하는 여성들의 건강과 차후 인공임신중절을 예방하고 재발을 방지하기 위해서는 적절한 정보제공은 필수적이다. 이번 실태조사에서는 인공임신중절 경험자에게 질문한 인공임신중절 관련 필요한 정보 중 1순위는 인공임신중절이 가능한 의료기관(46.3%), 인공임신중절 비용(21.0%), 인공임신중절 부작용 및 후유증(18.0%), 그리고 인공임신중절 방법과 상담기관 등이었다(<부표 8> 참조).

인공임신중절 의료기관 섭외의 어려움으로는 특별히 어려운 점이 없었다는 답변 외에는 인공임신중절 의료기관 정보 부족(39.6%), 의료인으로부터의 불법이라는 사유에 의한 거절(12.2%), 갖추기 힘든 서류 요구(3.5%) 순이었다(<표 6-16> 참조).

#### ① 인공임신중절의 과정, 합병증 정보 부족

<사례들>

#9

결정하기까지는 힘들었죠. 물론 힘들었고, 하기까지 과정보다는 하고 나서가 너무 힘들었어요. 그 이유는 뭐였냐면 할 때까지는 아무 생각이 없었어요, 너무 당황스럽고 누가 알게 될까봐 특히 가족이 알게 될까봐 수치스런게 가장 컸고, 주변 친구들도 많이 아는 게 아니라 두 명 정도 친한 친구만 얘길 했었고 그랬는데, 낙태를 하고 나서 죄책감이나 이 아이에 대한 미안함이 너무 커서

거의 몇 개월 정확히 그게 언제 사라졌는지는 모르겠는데, 항상 꿈을 꾸면 악몽을 꾸고 아기 울음소리가 귀에서 맴돌고 그랬던 기억이 있어요. 그래서 전보다 후가 훨씬 힘들었던 기억이 있어요.

#19

되게 놀랍다, 그 기억들이.... 낙태를 했다는 그 사실보다, 낙태를 하는 그 상황보다 그때 나의 상황? 그런게 막... 수술대 위에 누워서 그런 나의 비참함, 옛날 일인데도 다 그때의 감정이 남아 있네...

#7

애 하나를 지운다는 느낌이 그렇더라구요. 애 하나를 지운다는 느낌이에요. 그냥 생긴 애 필요 없으니까 뭐 다른 사람들도 다 낙태하는데 이 기분이 아니고, 죄책감이 굉장히 컸거든요. 살인하는 느낌 딱 그거였거든요. 어쨌건 생긴 생명이고.

우리나라에서는 인공임신중절의 과정 및 시술의 합병증에 대한 적절한 정보제공이 거의 없지만, 독일은 「형법」(제219조, 제218C조)에서는 인공임신중절을 원하는 경우 임신부가 합리적이고 양심적 의사결정을 도와 줄 수 있도록 규정하고 있으며, 또한, 인공임신중절의 심각성 특히 임신중절 과정의 상황, 시술 후 효과 및 위험, 인공임신중절을 함으로써 야기될 수 있는 정신적 혹은 육체적 후유증에 대해서 정보를 제공하도록 하고 있다. 또한, 만약 정보제공자가 임신부에게 이 내용을 충분히 전달하지 않을 경우 1년 미만 징역 혹은 벌금을 부과하도록 하고 있다.

## ② 인공임신중절의 재발 방지를 위한 피임 정보 부족

피임률이 높은 경우에 인공임신중절률이 낮다. 하지만, 피임에 의해서 100% 임신을 예방할 수 없다. 전 세계적으로 매년 3천만 명 이상이 피임 중에 우발적으로 임신을 한다(WHO, 2012).

이번 실태조사에 의하면 피임을 잘 알고 있다고 답하는 경우는 미혼 40.9%, 기혼(법률혼)은 52.9%에 불과하다(<표 5-6> 참조). 한편 피임정보를 얻는 경로(복수응답)는 인터넷 등 언론매체(72.5%), 학교(32.8%), 지인(29.7%), 병의원 산부인과(26.0%), 보건소·주민센터 등 공공기관(4.0%) 순이었다(<표 5-7> 참조).

## &lt;사례들&gt;

#5

그거는(피임) 안하고 이제 조금 더 조심을 하자라고 생각을 했지. 그렇게 또 다시 반복이 될 줄은 몰랐죠. 그랬는데, 그러고 그 다음에도 그러니까, 내가 생각하기에 일 년 안에 세 번이 다 된 거 같아요.

#2

나는 그게 미스터리가 내가 생리를 시작한지 일주일이 지난 상태였어요. 그러니까 가임기간은 아니었걸랑, 내 상식으로는, 그게 그럴 수도 있다는 것을 나중에 알게 됐는데, 시작일로부터 일주일정도 일주일도 채 안지난 거 같아. 그랬으니까 분명히 가임기간은 아니었던 거야. 그러니까 28살에 했던 두 번째 임신도 그게 나에게는 너무 헛갈렸던 문제였어. 사람마다 그런 경우가 있는데, 정자가 오래 버티는 거야.

#15

요새는 피임약을 먹는데, 피임약도 그다지, 그다지가 아니라 피곤하지. 피곤하고 성관계를 하면 예전에는 몰랐던. 아파, 아프고, 위궤양? 위에 부담되고 한번은 안 좋은 걸 많이 느껴서.

#6

낙태하고 얼마 있다가 물어봤죠, 루프를 끼야 되니까. 그거라도 해야 하니까. 왜냐하면 루프는 그거를 빼면 아기를 또 가질 수 있는 거니까 그런 마음에 위안이 되니까. 우리 남편은 안한다 그러고 또 그런 일이 생기면 또 내 몸만 뒤흔들니까 그래서 할 수없이 내가 루프를 끼게 된 거지. 이제 그걸 끼고 나면서부터는 생리양도 엄청 많아지고 냉이 많이 생겼어요. 그 전에 냉이 없었는데 루프로 인해서 생기는 게 냉이잖아요. 그게 좀 불편하죠, 그것 때문에 당장 빼버리고 싶죠.

우리나라에서는 위의 사례들처럼 제대로 된 피임을 하지 않거나 경구용 피임약과 루프 착용에 따른 불편함과 부작용으로 피임을 포기하는 경우가 발생할 수 있다. 이는 원치 않는 임신과 인공임신중절의 재발로 이어진다. 전문가에 의한 적절하고 정확한 피임에 관한 정보 제공이 필요하다.

EU에서는 원치 않는 임신과 인공임신중절을 감소시키기 위해서는 성관계에 대한 성인지적 교육이 의무적으로, 그들이 원하는 환경에서, 연령대에 맞추어 실시되고, 원치 않는 임신을 피하기 위해 여성과 남성이 합리적인 가격에 피임할 수 있는 방법이 도입되며, 적절한 성과 생식에 대한 건강전략을 채택해야 한다고 결의하였다(Wurm, 2008).

### ③ 인공임신중절을 원하는 여성을 위한 상담관련 정보 제공

독일의 경우 1975년 「헌법」 상 보호되는 생명권은 태아에게도 인정되며 국가는 그것을 보호할 의무가 있다고 하여 자기결정권보다 태아의 생명에 우선권을 두었다. 하지만 1992년 법안에서는 임신부가 사전에 상담을 하였다면 임신 초기 3개월 이내 인공임신중절이 위법하지 않다고 규정하였다. 여기에는 “상담을 통해 임신부는 태아가 살 권리를 가지고 있으며, 인공임신중절이 법에 따라 고려되어질 수 있다는 사실을 인지하도록 한다. 상담자는 임신부에게 임신을 지속하도록 권장해야 하며, 임신부가 인공임신중절에 대해서 합리적이고 양심적인 의사결정을 도와주어야 한다. 뿐만 아니라 상담을 통해서 임신부가 임신과 관련된 다양한 갈등상황을 극복할 수 있도록 노력해야 한다.”는 내용이 포함된다.

뉴질랜드의 경우 「인공임신중절법」 제35조에서 상담은 임신부가 인공임신중절을 결정할 경우에 임신부가 가지는 권리를 공시함을 목적으로 하며, 뿐만 아니라 「인공임신중절법」 제31조에 따라 입양과 같은 인공임신중절 대안과 출산 후 혹은 인공임신중절에 관해 조언을 제공해 줄 수 있는 적절한 기관을 소개하거나, 관련 있는 사회서비스 및 기관에 대한 정확하고 구체적인 정보를 제공하도록 규정하고 있다.

WHO(2012)에서는 안전한 인공임신중절을 위해 인권보호(Protect Human Right)를 규정하고 있다. 건강에 관한 최고의 달성 가능 표준에 관한 권리(Right to the highest attainable standard of health), 무차별 권리(Right to non-discrimination), 생명권리(Right to life), 자유권리(Right to liberty), 안전의 권리(Right to security of the person), 비인간적이고 모멸적인 처치로부터 자유로울 권리(Right to be free from inhuman and degrading treatment), 그리고 교육과 정보에 대한 권리(right to education and information)가 규정에 포함되어 있다.

이번 연구에서 실시한 인공임신중절 실태조사에 의하면 인공임신중절 경험 여성은 이에 대해 이야기를 나누거나 상담한 대상에 있어(복수응답) 파트너(73.2%), 의료인(41.6%), 지인(31.9%), 인터넷(불특정 대상, 5.5%), 상담사나 관련기관(0.7%), 그리고 없음(5.9%) 순으로 나타났다(<표 6-8> 참조).

우리나라에서는 이은영, 김소윤, 손명세, 이일학(2010)에 의하면 인공임신중절 시술 전에 인공임신중절과 관련된 상담을 통해 임신부가 자율적 판단을 하도록 도와야 한다고 하였다. 이 상담은 일정 조건을 갖춘 기관에서 체계적으로 이루어져야 한다. 한편, 보건복지부에서는 “위기 임신 전문상담기반 구축”과 관련하여 위기 임신 전문상담 센터의 하나로 태아기형유발물질 전문상담서비스(마더세이프프로그램)를 2010년부터 운영하고 있다.

#### ④ 인공임신중절의 원인별 예방을 위한 체계 필요

2005년 인공임신중절 실태조사에 따르면 인공임신중절의 원인으로 기혼여성의 경우 더 이상 자녀를 원치 않아서 70%, 경제적 어려움 17.5%로 80% 이상이 이 2가지 원인에 의한다. 그리고 미혼여성의 경우 미성년자 혹은 혼인상의 문제가 93.7%로 대부분이다. 이들 문제들을 해결하기 위해서는 현재보다 더 많은 경제적 지원과 비혼모 및 비혼아에 대한 사회적 인식변화가 필요하다.

기혼여성의 경우, 경제적 문제로 양육에 비용이 많이 듦과 동시에 육아의 어려움과 관계되어 있다. 실제로 인공임신중절 사례들에서도 육아의 어려움을 많이 호소하고 있다. 이들을 위한 정부의 적극적인 재정적 지원뿐만 아니라 육아 지원이 절실하다.

#1

큰애가 좀 짜증을 많이 내요. 신랑이랑 나랑 같은 회사 다녔는데 회사가 부도가 난거예요. 나는 그만두고 신랑은 다니는데 부도난 회사니까 월급은 잘 안 나오고 첫째 낳고 그 힘든 기억이 너무 많이 나서 경제적으로 힘든 기억이... 신혼에는 힘든 기억밖에 없는 거예요. 좋은 기억보다는, 좋아서 결혼 했는데 신혼 초에 어려운 기억밖에 없으니까 그게 애한테 간 것 같아요.

#4

그 때는 아빠 회사 일을 돕고 있는 상태였는데 갑자기 내가 빠질 형편도 아니었고, 그래서 고심 끝에 그냥... 그때는 왜 아기를 지우고 저거 하는데 대해서 심각하게 생각도 안하고 그냥 현실적 문제만 집착했던 것 같아. 아이에 대한, 생명에 대한 뭐 그런 거 소중함이라던가.

이런 건 둘째 치고, 당장 현실을 봤을 때, 양육하기 힘들다. 어휴, 그렇게 심각하게 생각을 못 했던 것 같은데.



#10

나는 아들 둘을 키워서 그러면서 일을 같이 하고 있어서 너무 힘들다 못해 힘들다는 것조차 느끼지 못할 정도로 바빠 가지고, 그때는 힘들다는 걸 모르고 시간이 지나가는지 계절이 지나가는지 못 느끼는 상태로 지나갔는데, 어느 날 보니까 애들이 우유병도 떼고, 기저귀도 떼고, 그러고 있더라고요. 그때 너무 힘들었다는 걸 새삼 느꼈죠. 한 4-5살 때 쯤... 두 아이가 또 더군다나 남자아이고, 그리고 연년생이다 보니까,..... 갑자기 또 들어서버리니까 너무 힘들어가지고 낳을 까 말까 고민을 했는데.

미혼여성의 경우 미성년자 혹은 혼인상의 문제가 93.7%로 대부분이다. 이들 문제들은 뉴질랜드처럼 입양과 같은 인공임신중절 대안과 출산 후 혹은 인공임신중절에 관해 조언을 제공해 줄 수 있는 적절한 기관을 소개하거나, 관련 있는 사회서비스 및 기관에 대한 정확하고 구체적인 정보를 제공할 필요가 있다.

또한 상당수는 건강문제로 기혼여성은 19.2%, 미혼여성은 6.1%이다. 기혼여성의 경우 임신 중 약물복용 12.6%, 태아의 건강문제 3.7%, 부모의 건강문제 2.9%이다. 미혼여성은 임신 중 약물복용 5.4%, 태아의 건강문제 0.5%, 그리고 부모의 건강문제 0.2%이다.

인공임신중절의 원인으로 건강문제는 대부분 잘못된 정보(misinforamtion)로 인한 잘못된 인식(misperception)의 결과이다. 예를 들면, 임신 중 약물복용과 관련하여, 한국마더세이프전문상담센터 상담례 중 여드름약 이소트레티노인(isotretinoin)의 경우, 이 약물을 중단 후 4주 지나서 임신하는 경우 태아기형 발생과 관련되지 않는다고 알려져 있음에도, 이 약 중단 후 4주가 지나 임신된 경우조차도 약 13%가 인공임신중절을 한 것으로 나타나고 있다. 이는 이 약물이 임신부 금기로 미국 FDA X등급이며, 임신 중 노출 시 중추신경계, 안면, 심장기형을 35%정도 발생하는 것으로 알려져 있어서 각인효과로 인공임신중절을 선택한다(Yook et al. 2012).

한편, 인공임신중절 관련 소개한 사례 20례 중 2례가 임신 중 약물 노출과 관련되어 있다.

#12

저는 낙태 못할 거 같아요. 지금도 애 밝은 모습을 보면 되게 좋고...

이번에는 그럼에도 불구하고 그게 안 되더라고요. 어쩔 수 없이 갖고 싶었고 원했는데 교통사고 나서 병원에 다니고 약을 너무 독한 거를 먹었고 그랬는데 솔직히 염려가 되더라고요. 아이

에게 꼭 스트레스가 꼭 뭘 해서 스트레스가 아니라고 그 생각을 갖고 태아를 갖고 있잖아요. 그 아이에게 스트레스가 갈 것 같아요.

#16

우선 애들이 없었으면 솔직한 말로 애들이 없었으면 낳았을 수도 있겠죠, 근데 이제 위에 애들 둘이 있기 때문에 그것도 작용을 했겠죠, 근데 이제 위에 애들 둘이 있기 때문에 그것도 작용을 했겠죠. 아마...그리고 그때 힘들고 했었으니까. 그 애 낙태는 (다이어트)약 때문이고, 그것으로 인해 애가 아프고 그러면 그 아이가 있으므로 해서 다른 애들도 다 힘들게 되니까, 감당이 안돼요.

왜냐면 저는 봤거든요. 작은애 다니는 학교가 통합학교인데 장애아도 봐왔기 때문에, 봐왔는데 그 엄마를 봐서는요 나는 그렇게 못할 것 같아요. 애 있으면 진짜 꼼짝도 못하고 집에 있어야 하는 상황이라구요. 그렇게 되면 그 집은 그 애 하나이기 때문에 쫓아 다니는데, 만일 우리집 같은 경우에는 두 애는 완전히 저기하고 붙어서 해야 하는 상황이기 때문에, 그 애를 생각하면 개를 낳아야 하는데 내가 그 애를 잘 키운다는 자신은 못 가지니까.

임신 중 약물 및 임신부의 건강과 관련하여 보건복지부의 지원 하에 마더세이프전문상담센터가 2010년 4월부터 운영되고 있다. 보건복지부에 의하면 ‘한국마더세이프(Mother Safe) 전담상담센터’는 임신초기 흡연과 음주, 약물 복용으로 인공임신중절을 고민하는 임신부들에게 태아기형을 유발하는 위험물질에 대한 정확한 정보를 알려주고 전문상담을 해준다. 해당 상담센터는 임신 전이나 임신 중에 먹은 약물로 막연한 불안감에 인공임신중절을 생각하는 여성들이 마더세이프 상담으로 안전한 임신과 출산을 목적으로 개설된 센터이다(뉴시스, 2010. 4. 21.).

#### <한국마더세이프전문상담센터>

본 센터는 2010년부터 2018년 현재까지 온·오프라인에서 임신부, 예비임신부, 모유수유부를 대상으로 약물, 알코올, 흡연, 케미칼, 방사선의 기형유발성에 관한 정보제공과 상담을 진행해 오고 있다. 일차적으로 전국의 거점지역(부산, 광주, 대전, 대구, 울산)의 콜센터(☎1588-7309)에서 정보를 제공하며 기형유발약물, 복합노출, 지나치게 불안해하는 경우 각 거점의 클리닉을 방문하여 상담을 받는다. 이 서비스는 북미의 Mothertobaby의 시스템과 같은 방식으로 진행되고 있다.

<한국마더세이프 전문상담센터의 상담 내용>

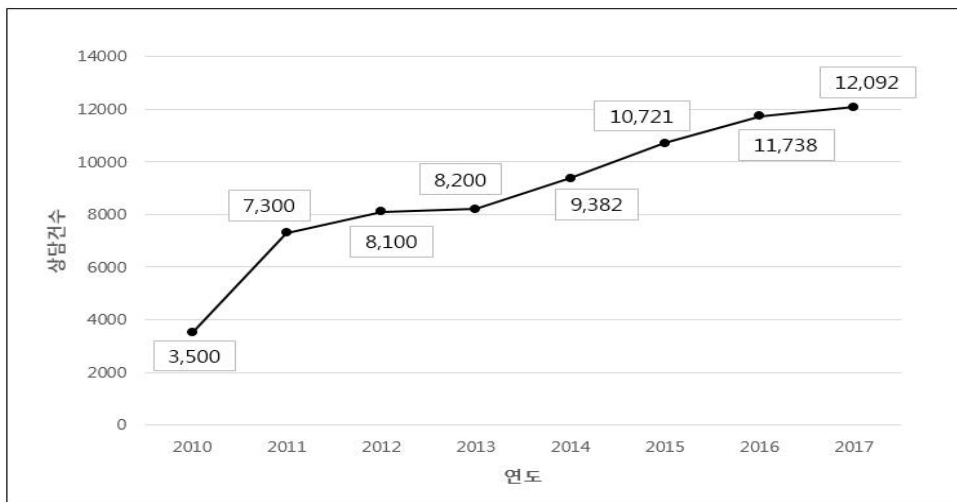
(단위: 건, %)

구 분	빈도(건수)	백분율(%)	사례
약물	544	94.2	감기, 위장약, 여드름을 제외한 피부질환, 항생제, 다이어트약, 근·골격계, 신경정신과, 혈압약, 진통제, 생식기염증, 여드름약, 피임약, 진통제, 비염, 한약, 백신, 마취제, 천식, 항바이러스, 항진균제, 제산제, 신경정신과, 항구토, 간질약, 변비, 영양제, 결핵, 구내염, 치과치료, 점안액, 담낭절제술, 안약, 안구건조증, 수술 후 처방, 수술, 눈썹문신, 말초신경염, 돌발성난청, 족저근막염, 조영제, 요로결석, 코 수술, 탈모, 잇몸염증, 유산균, 치질, 허브 차, 구충제, 치핵, 담도증, 라섹수술, 베체트병, 부종, 신경계마비, 안면통증
영양제 등	24	4.2	남편 복용 약, 치과치료, 보톡스, 지방흡입, 탈모, 필러, 영양제, 비타민A
화학물질	2	0.4	음주, 흡연
방사선	7	1.2	건강검진, CT 촬영, 치과 X-ray, 흉부 X-ray, 가슴 X-ray
합계	577	100	

자료: 한정열 등. (2017). 2017년 위기임신전문상담센터 운영 사업보고서. 보건복지부.

상담 중에 약물이 90% 이상으로 대부분 급성질환인 감기, 위장약 등이며, 만성질환으로 정신질환, 고혈압, 천식, 베체병 등이 포함되어 있다.

<한국마더세이프전문상담센터의 연간 상담 건수 추이 (2010~2017)>



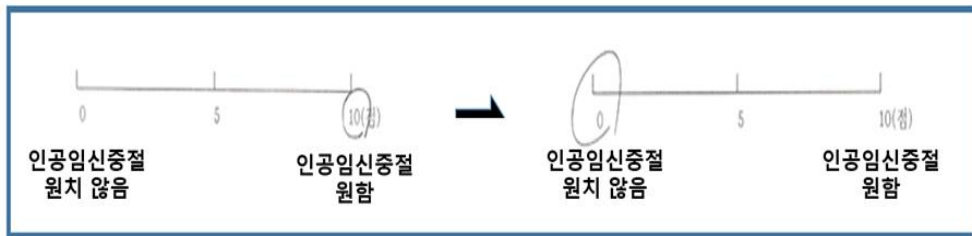
자료: 한정열 등. (2017). 2017년 위기임신전문상담센터 운영 사업보고서. 보건복지부.

마더세이프전문상담센터에서 임신부 상담을 통한 인공임신중절 예방효과를 평가하기 위한 비용편익분석 시 인공임신중절 경향이 매우 높은 임신부를 임신유지 경향으로 전환하여 임신유지에 따른 편익을 평가한 결과 비용 대비 편익이 매우 높은 것으로 나타나고 있다.

#### <인공임신중절예방을 위한 마더세이프전문상담센터의 상담효과 및 비용편익 평가>

마더세이프전문상담센터 운영에 의한 지난 5년 간(2010~2014)의 비용-편익평가에 의하면 임신 중 약물 등에 노출되어 상담했던 24,807례 중 95%가 출산을 하였으며, 순수하게 상담효과에 의한 임신중절예방률은 35%로 이로 인해 출산한 아이들의 생산유발효과는 매우 크다. 임신중절예방률은 아래 그림의 VAS로 5점 이상으로 평가된다. 인공임신중절 경향이 높은 임신부가 상담 후 5점 미만으로 인공임신중절 경향이 낮아지는 율로 평가한다. 해당 내용은 다음과 같다.

#### <VAS 척도에 의한 임신중절예방률>



자료: 한정열, 최준식, 안현경, 안현숙, 송태복, 홍달수, ... 이태진. (2015). 인공임신중절예방을 위한 한국마더세이프 전문상담센터 운영에 따른 비용-편익. 한국모자보건학회지, 19(2), 289-295.

지난 5년 동안 마더세이프전문상담센터에서 상담 임신부는 총 24,807례이었으며, 이들 중 실제 출산으로 이어진 경우는 20,515례로 추정됨. 클리닉 상담에 의한 인공임신중절예방률은 34.5%이었으며 707명의 아이를 출산함. 콜센터상담에 의한 인공임신중절예방률은 클리닉의 100%, 70%, 50%, 30%로 하였을 경우 각각 7,852례, 5,496례, 3,926례 그리고 2,356례였다. 본 사업에 따른 비용 편익의 산출결과로 클리닉과 콜센터의 인공임신중절률을 동일하다고 가정하였을 때 일차적 효과로 인공임신중절시술비 절감효과는 64억 1천 9백 2십 5만 원, 이차적 효과로 출산에 따른 생산유발효과 8조 6천 3백 5십 1억 6천만 원이었으며 비용편익으로는 인공임신중절시술비는

비용대비 5.1배의 절감효과가 있었고, 출산으로 인한 생산유발효과는 7,043배이었다. 그리고 일자리 창출은 8,140개이었고 순일자리 창출은 3,751개이었다. 한편 콜센터의 인공임신중절물을 30%로 하였을 때 일차적 효과로 인공임신중절시술비 절감효과는 22억 9천 7백 2십 5만 원, 이차적 효과로 출산에 따른 생산유발효과 3조 7천 3백 6십 8억 6천만 원이었다. 비용편익으로는 인공임신중절시술비는 비용대비 1.9배의 절감효과가 있었고, 출산으로 인한 생산유발효과는 2,520배이었다. 그리고 일자리 창출은 2,912개이었고 순일자리 창출은 1,342개이었다. 따라서 본 연구의 결론은 임신부의 약물 노출에 의한 인공임신중절예방을 위한 한국마더세이프전문상담센터 운영사업은 비용대비 일차적 인공임신중절시술비 절감효과 뿐만 아니라 이차적으로 출산으로 인한 생산유발효과 및 일자리 창출효과가 매우 크다.

또한, 태아의 건강문제와 관련된 인공임신중절 역시 정확한 정보와 근거중심적 상담이 필요하다. 한 보고(김지은 등, 2001)에 의하면 태아의 건강문제에 의한 임신중절의 적응증을 보여주고 있다.

태아의 건강문제로 가장 많은 빈도를 차지하는 부분은 선천성기형(congenital anomaly)이며, 염색체이상과 조기양수파막이 뒤를 잇는다. 태아의 건강문제에 의한 임신중절 여부는 태아가 출산 후 건강하게 잘 자라고 성장하여 사회의 일원이 될 수 있는지에 의해서 결정될 수 있다. 자궁 내 태아가 출산 후 건강할 지는 그 당시의 태아의 상태와 의료수준에 의해서 결정된다. 하지만, 태아의 상태와 그 당시의 의료수준을 잘 파악하여 그 임신부와 가족들에게 정보를 주고 상담을 할 수 있는 것은 그 임신부가 있는 현재의 병원과 의료인에 기댈 수밖에 없다. 결과적으로 관련 정보의 수준은 다양할 수밖에 없다. 예를 들면, 심장기형의 하나인 대혈관전이(폐동맥과 대동맥의 전이)의 경우 출산 시 응급수술하지 않은 경우 사망할 수 있다. 하지만, 출산 시 수술(arterial switch operation)하여 교정하는 경우 대부분이 정상이 된다. 한 보고에 의하면 이 기형아 출산 후 나이별 생존률은 10세, 15세, 20세, 25세에 각각 90%, 88%, 85%, 그리고 78%이다(Görler et al., 2011).

하지만, 이 기형이 발생 시 적지 않은 임신부가 정보의 부족으로 그리고 의료인들의 부정적 태도로 임신중절을 선택해 왔다. 태아에서 이런 기형이 발생한 경우 이 기형과 동반된 다른 기형여부를 정확히 진단하고 상담하고 수술까지 이루어져야 한다. 따라서 관련 전문가에 의한 정확한 정보전달과 상담이 중요하다.

## &lt;인공임신중절의 적응증에 따른 빈도&gt;

적응증	빈도 (N=1,087)	발생률	전체출산아중 발생률(N=61,842)
선천성기형	399	36.7	0.65
염색체이상	215	19.8	0.35
임신2기 양수파막	138	12.7	0.22
무양수증(anhydramnios)	32	2.9	0.05
풍진감염	24	2.2	0.04
임신2기 중증임신중독증	6	0.6	0.01
중증자궁내성장지연	4	0.4	0.01
모체의 암	2	0.2	0.00
자궁내태아사망	261	24.0	0.43
기타	6	0.6	0.01

자료: 김지은, 한정열, 오동출, 김연주, 정영철, 정상희, ... 이영호. (2001). 임신중절적응증의 최근 경향 변화 (1993-2000). 대한산부인과학회지, 44(11), 2025-2030.

## ⑤ 안전한 인공임신중절(safe abortion, WHO 2012)

미국의 경우 연간 2천만 건 이상의 인공임신중절이 불안전하게 행해지고 있으며, 결과적으로 연간 4만 7천 명이 사망하고, 5백만 명 이상의 여성들이 장애(disability)를 겪는다. 이들 사망과 장애들은 거의 모두 성교육, 자녀계획, 안전하고 합법적인 인공임신중절 그리고 인공임신중절 합병증의 관리를 통해 예방이 가능하다(Bartlett LA et al. 2004). 하지만, 이번 실태조사에서 불안전 인공임신중절 관련 내용을 보면 유산유도약이나 유사약 구매 경로를 보면 대리인을 통해서 간접적 구매(22.6%), 인터넷으로 구매(15.3%)하는 경우가 전체적으로 약 38%에 이른다(<표 6-15> 참조). 이는 부작용이 심한 약을 임의로 구입하여 스스로 사용하는 경우 상당한 부작용이 예상된다. 그리고 처방되지 않는 약의 안전성에도 심각한 문제가 있을 수 있다.

또한, 국내에서 인공임신중절이 가능한 병원을 찾기가 쉽지 않다. 인공임신중절이 가능한 의료기관 정보부족(39.6%), 의료기관으로부터 불법이라는 이유로 거절(12.2%), 그리고 갖추기 어려운 서류 요구(보호자 동의서 등, 3.5%) 등이 인공임신중절의 접근성을 어렵게 하고 불안전 인공임신중절로 내몰 가능성이 매우 높다(<표 6-16> 참조). 안전한 인공임신중절시술을 위한 근거중심적 최상의 Practice 제공이 필요하다.

<WHO 안전한 인공임신중절방법 가이드라인 (WHO, 2012)>

1. 안전한 인공임신중절방법 가이드라인
  - 약물에 의한 유산/수술에 의한 유산, 주수별 가이드라인, 자궁경부 전처치 방법, 수술 후의 처치, 불완전수술 후의 처치, 피임방법, 항생제/진통제
2. 안전한 인공임신중절 서비스 조건
  - 쉽게 접근하고 모든 여성이 이용 가능, 일차의료로서 제공, 필요시 상위 기관과의 연계
3. 시술의료인의 훈련
  - 국가적 기준과 지침 하에 양질의 care제공을 위해 지속적 감독, 질 보증, 모니터와 평가 필요
4. 비용
  - 유산이 필요한 모든 여성들이 이용 가능 할 정도로 합리적인 비용이어야 함. 안전한 유산에 추가되는 비용은 불안정한 유산의 합병증 치료비용보다 상대적으로 낮다.

자료: WHO. (2012). Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: WHO.

(1) 수술적 인공임신중절

WHO에서는 안전한 인공임신중절을 위해 수술적 방법으로 임신 12~14주 이전까지 자궁진공흡인법(Vacuum aspiration)을 권장하고 있으며, 날카로운 큐렛을 상용적으로 사용해서 시술을 끝낼 필요가 없음을 강조하고 있다. 자궁경부를 넓히고 날카로운 큐렛을 사용한 소파수술은 자궁진공흡인법(Vacuum aspiration)으로 대체되어야 한다.

<안전한 인공임신중절을 위한 WHO의 수술적 방법 권장 내용>

**BOX 1**

**Recommended methods for surgical abortion**

Vacuum aspiration is the recommended technique of surgical abortion for pregnancies of up to 12 to 14 weeks of gestation. The procedure should not be routinely completed by sharp curettage. Dilatation and sharp curettage (D&C), if still practised, should be replaced by vacuum aspiration.

(Strength of recommendation: strong.  
Quality of evidence based on randomized controlled trials: low to moderate.)

See also: Annex 5, Recommendation 1, page 113.

자료: WHO. (2012). Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: WHO.

## (2) 약물에 의한 인공임신중절

약물에 의한 인공임신중절은 미페프리스톤이 사용 가능한 나라에서는 미소프로스톨과 함께 사용한다. 미페프리스톤(Mifepristone)은 RU486으로 알려져 있으며 프로게스테론 수용체에 프로게스테론의 결합을 방해하여 자궁 내 착상된 수정체에 영양공급을 차단하여 자궁과 수정체를 분리시키는 역할을 한다. 미소프로스톨(Misoprostol)은 프로스타글란딘 유사체이며 자궁경부의 숙화로 부드러워지고 열리게 하며 자궁수축을 하여 자궁 내 수정체가 밖으로 나오게 하는 역할을 한다.

하지만, 우리나라는 인공임신중절 금지 국가여서 미페프리스톤은 시판되지 않고 있다. 미페프리스톤은 WHO에서 2005년에 필수약품으로 지정하였고(WHO, 2015), 현재 미국, 유럽의 대부분 국가, 중국, 베트남 등에서 사용되어 전 세계 67개국에서 사용되고 있다. 국내에서는 승인되지 않은 약물로 온라인 등 불법적인 유통경로를 통해 꾸준히 증가하고 있다. 2016년 193건이었던 것이 2017년에는 1,144건으로 6배가량, 2018년 9월까지 1,984건이 적발되어 급증하고 있다(코메디닷컴, 2018. 10. 12.).

다음 그림의 추천은 미페프리스톤과 미소프로스톨 병용요법을 권장하고 있다. 한편, 미페프리스톤이 허가되지 않아 구입할 수 없는 경우 약물에 의한 인공임신중절에는 미소프로스톨만 사용하고 있다. 또한 12~14주가 넘는 경우 자궁경부개대(D&E)와 약물요법(미페프리스톤과 미소프로스톨; 미소프로스톨 단독)을 권장하고 있다.



<약물에 의한 인공임신중절 관련 WHO 권장 내용>

BOX 2
Recommended methods for medical abortion
The recommended method for medical abortion is mifepristone followed by misoprostol.
<p><b>For pregnancies of gestational age up to 9 weeks (63 days)</b></p> <p>The recommended method for medical abortion is mifepristone followed 1 to 2 days later by misoprostol. [See notes below for dosages, and routes of administration.]</p> <p>(Strength of recommendation: strong. Quality of evidence based on randomized controlled trials: moderate.)</p> <p><b>Dosages and routes of administration for mifepristone followed by misoprostol</b></p> <p><b>Mifepristone</b> should always be administered orally. The recommended dose is 200 mg. Administration of <b>misoprostol</b> is recommended 1 to 2 days (24 to 48 hours) following ingestion of mifepristone.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• For vaginal, buccal or sublingual routes, the recommended dose of misoprostol is 800 µg.</li> <li>• For oral administration, the recommended dose of misoprostol is 400 µg.</li> <li>• With gestations up to <b>7 weeks</b> (49 days) misoprostol may be administered by vaginal, buccal, sublingual or oral routes. After 7 weeks of gestation, oral administration of misoprostol should <i>not</i> be used.</li> <li>• With gestations up to <b>9 weeks</b> (63 days) misoprostol can be administered by vaginal, buccal or sublingual routes.</li> </ul> <p>See also: Annex 5, Recommendation 2, page 113.</p>
<p><b>For pregnancies of gestational age between 9 and 12 weeks (63–84 days)</b></p> <p>The recommended method for medical abortion is 200 mg mifepristone administered orally followed 36 to 48 hours later by 800 µg misoprostol administered vaginally. Subsequent misoprostol doses should be 400 µg, administered either vaginally or sublingually, every 3 hours up to four further doses, until expulsion of the products of conception.</p> <p>(Strength of recommendation: weak. Quality of evidence based on one randomized controlled trial and one observational study: low.)</p> <p>See also: Annex 5, Recommendation 3, page 114.</p>
<p><b>For pregnancies of gestational age over 12 weeks (84 days)</b></p> <p>The recommended method for medical abortion is 200 mg mifepristone administered orally followed 36 to 48 hours later by repeated doses of misoprostol.</p> <p>[See notes below for dosages, and routes of administration of misoprostol.]</p> <p>(Strength of recommendation: strong. Quality of evidence based on randomized controlled trials: low to moderate.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• With gestations between 12 and 24 weeks, the initial misoprostol dose following oral mifepristone administration may be either 800 µg administered vaginally or 400 µg administered orally. Subsequent misoprostol doses should be 400 µg, administered either vaginally or sublingually, every 3 hours up to four further doses.</li> <li>• For pregnancies beyond 24 weeks, the dose of misoprostol should be reduced, due to the greater sensitivity of the uterus to prostaglandins, but the lack of clinical studies precludes specific dosing recommendations.</li> </ul> <p>See also: Annex 5, Recommendation 6, page 115.</p>

box 2 continued

Recommended methods for medical abortion

Where mifepristone is not available

<p><b>For pregnancies of gestational age up to 12 weeks (84 days)</b></p> <p>The recommended method of medical abortion is 800 µg of misoprostol administered by vaginal or sublingual routes. Up to three repeat doses of 800 µg can be administered at intervals of at least 3 hours, but for no longer than 12 hours.</p> <p>(Strength of recommendation: strong. Quality of evidence based on one randomized controlled trial: high.)</p> <p>See also: Annex 5, Recommendation 4, page 115.</p>
<p><b>For pregnancies of gestational age over 12 weeks (84 days)</b></p> <p>The recommended method of medical abortion is 400 µg of misoprostol administered vaginally or sublingually, repeated every 3 hours for up to five doses.</p> <p>(Strength of recommendation: strong. Quality of evidence based on one randomized controlled trial: low to moderate.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• For pregnancies beyond 24 weeks, the dose of misoprostol should be reduced, due to the greater sensitivity of the uterus to prostaglandins, but the lack of clinical studies precludes specific dosing recommendations.</li> </ul> <p>See also: Annex 5, Recommendation 6, pages 115 and 116.</p>

## BOX 3

### Recommended methods of abortion for pregnancies of gestational age over 12 to 14 weeks

Dilatation and evacuation (D&E) and medical methods (mifepristone and misoprostol; misoprostol alone) are both recommended methods for abortion for gestation over 12 to 14 weeks. Facilities should offer at least one, and preferably both methods, if possible, depending on provider experience and the availability of training.

(Strength of recommendation: strong.

Quality of evidence based on randomized controlled trials: low.)

See also: Annex 5, Recommendation 5 page 115.

## ⑥ 인공임신중절을 위한 비용

WHO(2012)는 안전한 인공임신중절을 위해서는 허용범위의 제한이 없어야하고 인공임신중절이 필요한 모든 여성들이 이용 가능할 정도로 합리적인 비용이어야 한다고 말한다. 안전한 인공임신중절을 위해 추가되는 비용은 불안정한 인공유산의 합병증 치료비용보다 상대적으로 낮다.

이번 연구에서 수행한 인공임신중절 실태조사에 의하면, 인공임신중절비용은 가장 많은 경우가 30~50만 원 미만(41.7%)이었다. 하지만, 100만 원 이상도 약 8%로 부담되는 비용이었다(<표 6-18> 참조). 또한, 우리나라의 경우 사례를 보면 수술비용을 현금으로만 개인책임으로 지불해야 한다. 달리 이야기하면 전혀 국가에서 보장받지 못하고 있는 실정이다.

### #6

병원에서는 낙태에 대해서는 별 말이 없었어요. 뭐 수술하실건가요? 뭐 이런 식이었죠. 그러고 카드는 안 됩니다. 현찰입니다. 이렇게 얘기하고, 카드는 안 되고 현찰로 하라고 그러고 참 허무했던 거, 그리고 나서 수술하고 나니까 입덧이 싹 없어졌다는 거, 그게 참 신기하다. 입덧이 참 심했었거든요. 그 잠깐 순간인데도 입덧이 심하고 그랬었는데. 수술하고 나서 그게 싹 없어졌다는 느낌이 와 진짜 이제 없구나. 아이가 없구나. 그런 생각을 했었고 그랬죠.

아일랜드의 경우에는 과거 인공임신중절을 금지하고 있어서 매년 2,000명의 여성이 해외(주로 영국)로 떠났다. 하지만, 인공임신중절을 위한 여행비용과 수술비용을 마련할 수 있었던 중산층 이상의 여성들만 가능했다. 반면 경제적으로 어려운 상황에 있는 여성은 불법적인 대안을 국내에서 찾을 수밖에 없었다.

영국의 경우 인공임신중절이 민간병원에서 이루어지지 않고 국민건강서비스(National Health Service:NHS)병원이나 NHS에서 지원하는 자녀계획클리닉에서 무료로 시행되며 의무기록에 남게 되어있다. 만약 의무기록에 남기고 싶지 않다면 민간병원에서 해야 하는데 비싼 비용을 지불해야 한다.

뉴질랜드의 경우에는 인공임신중절 감독위원회 업무의 하나로 진료비 권고 내용이 있는데, 여기에는 인공임신중절 관련 진료비 적정수준 권고 내용을 포함하고 있다. 네덜란드의 경우 1984년 이래 인공임신중절이 전면 허용되면서 정부가 지원하는 국민건강보험체계에서 무료로 비영리클리닉에서 수술을 받을 수 있게 되었다. 클리닉에서 시행되는 인공임신중절의 비용은 예외적 의료지원 기금(The exceptional medical expenses funds)에 의해 지원되고 있다. 외국인의 경우 네덜란드에서 인공임신중절을 할 수는 있지만 비용은 자가 부담이다. 우리나라에서도 인공임신중절의 허용범위의 제한이 풀리고 합법화된다면 여성 개인에게 비용을 모두 지불하게 하는 것보다는 안전한 인공임신중절을 할 수 있도록 있게 하고 여성건강을 지키기 위해 국가 책임 하에 의료보장 차원에서 접근할 필요가 있다.

## ⑦ 인공임신중절 익명성

이번 연구에서 실시한 인공임신중절 실태조사에서는 인공임신중절의 익명성 관련 내용으로 인공임신중절 후 신체적, 정신적 부작용이 나타났을 때조차도 ‘치료기관에 가는 것이 부끄럽고 창피해서’라는 응답이 12.8%에 이른다(<표 6-22> 참조).

사례에서 보면 우리나라에서 인공임신중절은 불법이고 비밀리에 행해지고 있는 상황이다.

## #9

결정하기까지는 힘들었죠. 물론 힘들었고, 하기까지 과정보다는 하고 나서가 너무 힘들었어요. 그 이유는 뭐였냐면 할 때까지는 아무 생각이 없었어요, 너무 당황스럽고 누가 알게 될까봐 특히 가족이 알게 될까봐 수치스런게 가장 컸고, 주변 친구들도 많이 아는 게 아니라 두 명 정도 친한 친구만 애길 했었고 그랬는데, 낙태를 하고 나서 죄책감이나 이 아이에 대한 미안함이 너무 커서 거의 몇 개월 정확히 그게 언제 사라졌는지는 모르겠는데, 항상 꿈을 꾸면 악몽을 꾸고 아기 울음소리가 귀에서 맴돌고 그랬던 기억이 있어요. 그래서 전보다 후가 훨씬 힘들었던 기억이 있어요.

하지만, 외국의 경우 인공임신중절이 허용되고 있어서 상담절차가 있고 비밀이 보장되고 있다. 영국의 경우 성인과 청소년 모두 의사, 간호사, 학교간호사와 인공임신중절에 관하여 논의할 때 비밀은 꼭 보장 받도록 규정되어 있다. 단, 청소년의 경우 심각한 위험이나, 학대 및 유기의 상황이 포착된다면 의료진은 청소년과 의논한 내용을 관계 기관 등과 공유할 수 있다. 또한, 인공임신중절이 NHS병원에서 시행하는 경우 인공임신중절기록이 남아 익명성에 문제가 있는 것으로 알려져 있다.

네덜란드의 경우 의료진은 여성이 동의한다면 여성의 상태에 대해 다른 의료진에게 정보를 제공할 의무를 가지고 있다.

우리나라에서도 원치 않는 임신으로 인공임신중절을 해야 하는 경우 네덜란드처럼 필요한 케어(necessary care, 공동체의 일원으로 정상적인 참여를 할 수 있도록 해주는 케어)로 자리 잡아야 하고, 국가적인 의료보장 적용과 함께 익명성을 보장하기 위한 체계가 필요하다. 예를 들면, 국내에서 정신건강의학과 진료기록을 권한이 있는 의료인에게만 허용하는 방법 등을 강구해야 할 것 같다.

## ⑧ 인공임신중절의 국가적 책임으로 해야 할 일

이번 인공임신중절 실태조사에 의하면, 인공임신중절 문제와 관련하여 국가가 해야 할 일에서 보면(1,2,3순위 조사의 합), 피임·임신·출산에 대한 남녀 공동책임의식 강화(72.5%), 양육에 대한 남성 책임을 의무화할 수 있는 법·제도 신설(57.7%), 원하지 않는 임신을 예방하기 위한 성교육 및 피임교육(55.0%), 출산·양육에 대한 사회경제적 지원(42.6%), 전문 상담서비스 지원(37.2%), 의료비 지원(22.4%), 다양한 가족에 대

한 차별인식 제거(11.6%) 순이었다(<표 5-42> 참조).

#### ⑨ 인공임신중절의 국가적 관리

뉴질랜드의 경우 “피임, 불임 및 인공임신중절법 1977”에서 규정하여 개설된 ‘인공임신중절 감독위원회’에서 매년 ‘인공임신중절감독위원회 보고서(Report of the Abortion Supervision Committee)’를 국회에 보고하고 있다.

이 보고서에는 인공임신중절 감독 위원회의 활동— 인공임신중절 시술 기관 선정, 인공임신중절 시술기관 면허발급·갱신·취소, 전문상담자 교육에 관해 기록하고, 매년 시행되고 있는 인공임신중절건수를 포함하고 있다.

네덜란드의 경우 인공임신중절을 공공기금에 의해 공공의료서비스에서 시행할 수 있도록 하는 정책을 적용하여 인공임신중절을 하는 여성이 정상적으로 참여 가능한 필요한 케어(necessary care)가 되게 하고 있다. 결과적으로 중립적인 상담과 정보제공, 임신초기의 빠른 인공임신중절 시행, 인공임신중절에 대한 공공기금의 지원, 인공임신중절에 대한 표준기준 적용이 가능하게 하고 있다.

우리나라에서도 인공임신중절로 인한 불안전 인공임신중절을 예방하기 위해서는 국가적으로 관리가 필요하며, 뉴질랜드와 같은 인공임신중절감독위원회가 필요하다. 연간 인공임신중절건수 파악, 인공임신중절 기관 선정 및 관리, 그리고 원치 않는 임신을 예방하기 위한 피임교육과 자녀계획, 그리고 건강한 아이 임신을 위한 남녀임신준비교육 등이 추진되어야 한다.

#### 마. 연구 요약 및 결론

- 우리나라에서 인공임신중절은 「형법」 상 불법이며 「모자보건법」 상 매우 제한된 범위의 허용기준
- 유럽 등의 여러 선진국에 비교해서 극도로 제한적임
- 불법 인공임신중절이 불안전(unsafe) 인공임신중절로 모성사망과 장애의 주요원인임
- 인공임신중절의 허용범위와 시기의 제한이 적을수록 불안전 인공임신중절이 적음

- 선진국 수준의 우리나라 인공임신중절 허용범위 확대와 임신시기별 허용범위 조정 필요
- 우리나라에서 인공임신중절의 법적 적용은 출산인구의 추세에 따라 달리 적용되어옴
- 인공임신중절의 법 적용의 관용 또는 강화가 인공임신중절률과 출산인구 조절에 영향일 미치지 않음
- 인공임신중절은 여성 개인의 독박책임보다는 남성 및 국가가 책임을 함께해야 함
- 인공임신중절관련 정보 제공 또는 상담 필요(임신중절결정, 시술과정, 합병증, 피임 정보)
- 인공임신중절예방을 위한 원인별 대책 및 상담 필요(마더세이프전문상담센터 등)
- 안전한 인공임신중절을 위한 가이드라인 제공, 표준 약물(미프진 도입) 및 시술방법
- 인공임신중절 비용의 공적보장성 강화와 함께 익명성 보장으로 접근성을 높일 필요
- 인공임신중절의 국가적 감독 관리 필요

## <참고문헌>

- 강명선, 양성은, (2011). 여성의 낙태경험에 관한 현상학적 연구. 한국가정관리학회지, 29(4), 233-250.
- 강인숙. (2009). 한국에서의 낙태후유증 치유를 통한 생명 문화 회복의 길 -라헬프로그램 중심으로-. 가톨릭대학교 대학원. 석사논문.
- 김지은, 한정열, 오동출, 김연주, 정영철, 정상희, ... 이영호. (2001). 임신중절적응증의 최근 경향 변화(1993-2000). 대한산부인과학회지, 44(11), 2025-2030.
- 김해중, 안형식, 김순덕, 박문일, 박춘선, 임지은, ... 김경훈. (2005). 인공임신중절 실태조사 및 종합대책수립. 서울: 보건복지부, 고려대학교.
- 뉴시스. (2010. 4. 21.), “‘약물 복용 임신부 낙태 막는다’ 마더세이프상담센터 개설.” URL: <https://news.naver.com/main/read.nhn?mode=LSD&mid=sec&sid1=102&oid=003&aid=0003198719>
- 손명세, 강명신, 장석일, 김해중, 박길준, 남정모, ... 김은미. (2011). 전국 인공임신중절 변동 실태조사. 서울: 보건복지부, 연세대학교.
- 싱글리스트. (2017. 10. 30.). “‘낙태죄 폐지’ 청원 23만명 이상 종료...청와대 답변에 이목 집중”. URL: <http://www.slist.kr/news/articleView.html?idxno=22064>
- \_\_\_\_\_. (2017. 11. 26.). “조국, 낙태죄 폐지 청원에 ‘현행법, 여성에게만 책임 물어...실태 조사 재개’”. URL: <http://www.slist.kr/news/articleView.html?idxno=23343>
- 이은영, 김소윤, 손명세, 이일학. (2010). 낙태관련 의사결정의 합리화 -각국의 낙태 상담절차와 규정. 한국의료법학회지, 18(1), 105-127.
- 전효숙, 서홍관. (2003). 해방 이후 우리나라 낙태의 실태와 과제. 의사학, 12(2), 129-143.
- 조선일보. (2010. 2. 10). “‘낙태’ 외국과 비교해보니...”. URL: [http://news.chosun.com/site/data/html\\_dir/2010/02/10/2010021000113.html](http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2010/02/10/2010021000113.html)
- 최정수, 원종욱, 채수미, 박은자, 서경. (2010). 인공임신중절 실태와 정책과제. 서울: 한국보건사회연구원.
- 코메디닷컴. (2018. 10. 12.). “‘낙태약 ‘미프진’ 불법 판매 급증, 가짜 약 피해 우려”. URL: <https://blog.naver.com/mgd365/221376645061>
- 한국마더세이프전문상담센터. [웹사이트]. (2018. 11. 3.). URL: <http://www.mothersafe.or.kr/> (2018. 11. 3.).
- 한정열, 최준식, 안현경, 안현숙, 송태복, 홍달수, ... 이태진. (2015). 인공임신중절예방을 위한 한국마더세이프전문상담센터 운영에 따른 비용-편익. 한국모자보건학회지, 19(2), 289-295.

허남순, 노충래, 허소영, 조수민. (2005). 미혼모부자 종합대책에 관한 연구. 서울: 여성가족부.

Bartlett, LA., Berg, CJ., Shulman HB., Zane, SB., Green, CA., Whitehead, S., & Atrash HK. (2004). Risk factor for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol*, 103(4), 729-737.

Görler, H., Ono, M., Thies, A., Lunkewitz, E., Westhoff-Bleck, M., Haverich, A., ...Boethig, D. (2011). Long-term morbidity and quality of life after surgical repair of transposition of the great arteries: atrial versus arterial switch operation. *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*, 569-574,

Grimes, DA., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, FE., & Shah, IH. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The LANCET*, 1908-1919.

Levine, PB., & Staiger, D. (2004). Abortion policy and fertility outcomes: the Eastern European experience. *The Journal of Law & Economics*, 47(1), 223-243.

Sedgh, G., Singh, S., Shah, IH., Åhman, E., Henshaw, S. K., & Bankole, A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The LANCET*, 625-632.

United Nation. (2013). *World Abortion Policies 2013*. Retrieved from [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013\\_WallChart.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013_WallChart.pdf)

Wurm. (2008). *Access to safe and legal abortion in Europe*. Retrieved from <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-en.asp?FileID=11867&lang=en>

WHO. (2012). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva: WHO.

\_\_\_\_\_. (2015). *19th WHO Model List of Essential Medicines*. Geneva: WHO. Retrieved from [http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML2015\\_8-May-15.pdf](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML2015_8-May-15.pdf)

Yook, JH., Han, JY., Choi, JS., Ahn, HK., Lee, SW., Kim, MY., ... Nava-Ocampo, AA. (2012). Pregnancy outcomes and factors associated with voluntary pregnancy termination in women who had been treated for acne with isotretinoin. *Clin Toxicol (Phila)*. 896-901.



## II. 성인지적 관점에서의 정책 방향

신옥주 (전북대학교 법학전문대학원 교수)

### 1. 서 론

서구에서는 1960년대와 1970년대에 활발한 학생운동과 여성운동과 더불어 여성들의 임신중단에 대한 주장이 전개되었고, 광범위한 지지를 받아 여러 나라에서 기한방식의 임신중단제도가 도입되었다. 우리나라의 경우 1953년 형법에서 낙태를 금지하고, 모자보건법에서 예외적인 사유가 있는 경우 허용하는 방식을 취하고 있는데 이처럼 여성의 몸에 관한 규정을 정함에 있어서 여성을 중심에 두고 논의가 진행된 것이 아니라 인구정책을 위하여 낙태를 금지해야 하는지가 논의되었다. 서구와 달리 여성들이 형법과 모자보건법상의 낙태관련 규정에 큰 관심을 두지 않았던 배경에는 법률의 규정의 사문화로 인하여 현실에서 낙태가 비교적 자유로웠기 때문이라고 할 수 있다.

우리나라에서는 비교적 최근에 여성들이 낙태에 관련된 논의를 활발하게 전개하고 있다. 2000년대 이르러 종교단체들이 모자보건법상의 정당화사유를 삭제하기 위한 움직임을 보이기 시작했다. 또한 2009년 한 의사단체에서 형법상 낙태규정을 위반한 병원을 고발하면서 사문화된 규정이 주는 공포를 체감하게 되었고 낙태를 할 수 밖에 없는 상황에 처하거나 처할 가능성이 있는 여성들이 중심되어 목소리를 내기 시작하였다. 2013년 강남역 여성살인사건으로 인하여 여성들은 자신의 몸에 대한 폭력, 이를 용이하게 하고 공고화하는 사회구조에 관심을 크게 갖고 임신, 출산, 양육 전 영역에 대한 유기적 해법을 모색하기 시작했고 동시에 임신, 출산, 양육이 사회적, 정책적으로 복잡하게 다양한 요인들이 결합되어 있는 영역인데 여성에게만 모든 책임을 지우는 부조리한 현실에 문제제기를 하였다.<sup>84)</sup> 이러한 상황과 더불어 국가가 여성의 몸의 통제를 통한 인구감소대책을 세우고 2016년 보건복지부공고(제2016-587호, 2016. 9. 23.)로 의료관계행정처분 규칙 일부개정안을 발표하였는데, 그 내용은 인공임신중절을 비윤리적 의료행위로 규정하고 의사면허정지를 1년으로 정하는 것이었다. 결국 강력한 제

84) 문한나. (2017). 낙태죄 폐지논란으로 바라본 여성의 주체성 회복의 필요성과 개선방안. 생명윤리, 18(2), 57-76.

항에 부딪혀 무산되었지만 이는 긴 낙태의 역사 속에서 여성의 소외와 여성의 객체성이 현재에도 여실함을 잘 보여준 사건이라고 할 것이다. 때로는 법과 무관하게 자유로이 낙태를 하도록, 혹은 법을 엄격하게 적용하면서 여성의 몸이 국가의 목적을 위하여 통제될 수 있는 것으로 보는 시각이 투영된 것이다. 그러나 여성의 몸의 통제를 통한 인구정책은 인간의 존엄에 반하는 것으로서 더 이상 통용될 수 없는 것이다. 임신, 낙태, 출산과 양육은 여성의 시각을 반영하여 유기적으로 접근해야 하는 사안이다. 이는 실질적 평등의 실현을 통하여 낙태가 발생하지 않는 사회적 환경과 법제 정비를 하고, 다양한 가족에 대한 인식의 개선을 통하여 달성될 수 있도록 세심하게 접근되어야 하는 것이다.

우리사회에서는 특히 혼인과 가족, 성과 출산 등의 영역에서 여전히 여성의 자유로운 결정권이 잘 존중되고 있지 못하다. 법정혼을 중심으로 출산을 이해하는 것이 일반적인 우리사회에서는 여성의 재생산과 관련된 자기결정권의 행사가 크게 존중받고 있지 못하다고 평가할 수 있다. 이는 출산자녀를 민법에서 혼인 중의 자와 혼인외의 자로 구분하여 칭하고 가족관계등록을 위하여서도 이를 구분하여 등록을 해야 하는 점에서 잘 드러난다. 모든 모성에 대한 사회적 인정이 잘 이루어지지 않고 혼자 출산 후 양육하는 모에 대한 지원도 여전히 미흡한 실정이다. 임신과 관련된 체계적인 사회관리 시스템이 정비되지 않아 임신과 출산, 그리고 양육을 하는 과정에서 다양한 ‘임신갈등’에 처하게 된 미혼, 혹은 기혼의 여성들이 많이 존재 한다. 이러한 현실을 고려하지 않은 채, 국가가 예외없이 낙태를 금지하고 처벌하는 것은 여성들에게 미래의 고난을 강제하는 것으로서 여성의 자기결정권을 침해하여 임신, 출산, 양육이 수반하는 부담을 오롯이 여성에게 부과하는 것이라고 할 것이다.

형법의 개정을 통하여 태아의 생명권과 여성의 자기결정권이 조화를 이룰 수 있도록 개정할 필요가 있다. 프랑스의 Vo사건에서 보듯이 국가의 생명보호의무가 반드시 형벌적 수단을 통해 충족되는 것은 아니다. 또한 독일의 입법례에서 잘 나타나듯이 상당 조건부 기한방식의 낙태는 낙태예방의 측면에서도 긍정적인 면이 있어, 낙태반대론자들도 합의가 가능하므로 도입이 가능하다고 본다.

## 2. 여성의 관점이 고려된 낙태법제의 필요성

### 가. 여성의 몸에 관한 법제에서의 여성의 소외

1953년 형법에 현행 낙태죄 규정되었다. 1953년 형법초안이 국회에 상정되었을 때 낙태 허용론과 처벌론을 둘러싼 논쟁이 있었다. 그러나 이는 인구정책적 측면에서 산아제한을 위하여 낙태를 허용하여야 한다는 주장과 적정 인구수의 유지와 윤리적 방종을 저지하기 위하여 낙태죄가 필요하다는 것이었다.<sup>85)</sup> 정부는 1960년대 이후 강력한 출산억제정책을 전개하였다. 낙태죄는 1962년부터 시작된 제1차 경제개발 5개년 계획에 따라 경제개발을 위한 산아제한이 필요하다는 주장<sup>86)</sup>을 배경으로 자녀계획법의 성격을 가지고 있었다.<sup>87)</sup>

모자보건법은 1962년 제1차 경제개발 5개년 계획이 수립된 이후, 경제개발 우선주의가 사회의 지배가치가 되고, 경제발전을 위하여 산아제한이 필요하다는 인식이 만연한 상황에서 진행되었다. 유신체제 하에서 국회가 해산된 채 ‘1973. 2. 8. 비상국무회의’의 의결을 거쳐 제정되어 입법기관이 아닌 기구에서 제정된 특징이 있다. 비상적 입법절차에 따라 제정되었기 때문에 사회 각계의 의견을 충분히 반영하기가 거의 불가능했고 일반국민들도 법에 대하여 인식할 기회를 갖기가 어려웠다.<sup>88)</sup> 명시적 입법취지는 모성과 영유아 생명보호<sup>89)</sup>이나 여성과 아동의 생명과 건강보호의 목적을 위해서라기보다는 ‘부국강병’의 국가주의논리에 따른 것<sup>90)</sup>으로서 제14조 낙태수술의 허용 사유 규정을 통해 낙태가 합법화되는 길을 열어둠으로써 인구억제를 하려는 것이었다. 우생

85) 정부는 1976년 사회경제적 사유 추가개정안, 1983년 비혼여성의 낙태와 2자녀 영세민 가구의 단산낙태 합법화 방안, 1985년 비혼여성 낙태합법화 추진방안 등을 시도하였는데 이러한 시도도 경제개발 안에서의 인구정책과 밀접한 관련이 있음.

86) 김차봉, 낙태죄와 산아제한. 1981-1988: 낙태는 경제적 사유로 주로 발생한다고 하면서 경제적 문제 극복을 위한 방법으로는 이민, 농지개발, 산아제한 등이 있는데 산아제한방법이 가장 바람직하며, 따라서 낙태금지를 하고 있는 형법을 개정하여 낙태를 할 수 있도록 건강, 우생학, 범죄적 사유를 명시해야 할 것을 주장하였음.

87) 주호노. (2012). 낙태에 관한 규정의 현황과 모자보건법의 합리적 개정방안. 한국의료법학회지, 20(2), 51-81. p. 54, 각주 16 참조.

88) 문한나. (2017). 낙태죄 폐지논란으로 바라본 여성의 주체성 회복의 필요성과 개선방안. 생명윤리, 18(2), 57-76. p. 62.

89) 법률 제2514호 제정 1973.2.8. 시행 1973.5.10. 모자보건법 제1조 (목적) 이 법은 모성의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모함으로써 국민의 보건향상에 기여하게 함을 목적으로 한다.

90) 최규진. (2017). 낙태죄의 역사, 의료와사회, 8, 262-273. p. 270.

학적, 윤리적, 범죄적, 보건의학적 사유 등 낙태의 정당화사유 (Indikationslösung)가 명문화되었는데 이는 서구와 같은 여성들의 낙태자유화 산물이 아니고 인구정책의 부산물이었다. 제정 이후 2009년 제14조 자구수정 외에 현재까지 변화 없이 이어지고 있다.<sup>91)</sup> 다만 모자보건법 시행령 제15조는 개정되었다.

여성관련 법제에서 여성의 소외현상은 여전하다. 형법 제269조 낙태죄는 부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만 원 이하의 벌금에 처한다고 규정되어 있는데, 부녀는 원래는 결혼한 여성을 전제로 하는 개념이다. 제14조에서는 낙태시술시 의사가 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다고 하며, 배우자의 사망·실종·행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로 그 수술을 할 수 있고, 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다. 여성의 자기결정권의 행사에 배우자 동의를 얻도록 하는 것은 비례원칙에 반하여 과도하게 기본권을 침해하는 것이며, 또한 배우자나 사실혼 관계자의 동의를 얻도록 함으로써 혼인관계의 유무에 따라 여성을 차별하여 위헌의 소지가 있다.<sup>92)</sup>

통계청, 교육부, 여성가족부 등이 내놓은 자료를 보면 2018년 출생아 수는 32만 명으로서 출산율이 1.0명 아래로 떨어질 것으로 전망되고 있다. 이 수치는 역대 최저를 기록했던 지난해 출산율(1.05명)과 출생아 수(35만8000명)를 1년 만에 경신한 것이다. 저출산고령사회위원회는 2022년 이전에 한 해 출생아 수가 20만 명대로 떨어질 것으로 추측하고 있다.<sup>93)</sup> 초저출산국으로부터 벗어나기 위하여 정부는 여성을 대상으

91) 1992년 개정안 낙태허용요건을 형법에 편입규정하는 안. 모자보건법상의 적응방식 채택, 우생학적 적응과 관련하여 그 판단기준을 부모에서 태아로 변경. 윤리적 사유와 관련하여 강간, 준강간, 특수강간, 미성년자간음, 업무상 위력 등에 의한 간음 등에 의한 임신 등 모두 포함. 사회적 적응사유는 검토되지 않음. 수포. 2010.10.28. 이영애 의원 등 개정안. 유전학적, 우생학적 표현 삭제, 장애인 출산권 보장, 배우자 동의권 삭제, 임신중절수술 승인사유를 심사할 위원회 설치, 임신중절 의료기관 지정 등

92) 이선순. (2014). 낙태논쟁 속 법담론의 탈관계성 비판: 낙태죄 헌법소원을 중심으로. 젠더와 문화, 7(1), 169-203. p. 190.

93) 국제신문. (2018. 7. 5.). 위라벨 등 부모 삶의 질 개선 초점, 정책 패러다임 전환...출산율 제고. URL: <http://www.kookje.co.kr/news2011/asp/newsbody.asp?code=&key=20180706.22005002506>  
출산지원금. 자영업, 특수고용직 등 고용보험 미적용자 5만 명에게 출산지원금 지원 월 50만 원씩 총 90일간; 1세 아동 의료비 대폭 경감. 고위험 산모 비급여 입원진료비 지원 범위 기존 5개 질환에서 11개 질환으로 확대, 국민행복카드 사용 기한 확대로 분만예정일 이후 1년까지 사용 가능, 단태아 60, 다태아 100만 원씩 각 10만 원 인상. 만 1세 미만 아동의 외래진료비 건보부담률을 기존 21~42%에서 5~20% 정도로 경감; 아이돌보미 지원대상 확대. 중위소득 120%에서 150%까지 확대. 3인가구 기준 월 소득

로 매우 직접적이고 적극적으로 출산율 제고정책을 전개하고 있다. 예컨대 2017. 1. 행정자치부는 폐기되기는 하였지만 ‘대한민국 출산지도’를 공개하였는데 전국 시, 군, 구별 15~49세 가임기 여성 분포도를 수치로 기재하여 지역별로 순위를 매기고 상호 출산경쟁을 유도하고자 하였다. 또한 보건복지부의 인공임신중절 예방포스터와 피임 캠페인을 성인지예산으로 책정하여 지적을 받은 바 있다. 그러나 이러한 출산율 제고 정책은 우리사회에 내면화된 가부장제를 중심으로 여성이 자유롭게 결정해야 하는 임신, 출산을 국가가 의무로서 강조하는 것이기 때문에 결코 바람직하지 못하다.<sup>94)</sup>

## 나. 현행 형법과 모자보건법상 낙태에 관한 규정 이해

### 1) 형법상 낙태죄 금지

낙태는 자연분만기 이전에 인공적으로 태아를 모체 밖으로 배출하거나 모체 안에서 살해하는 행위라고 설명된다. 다수설은 위험범설에 입각하여 태아의 사망여부는 낙태죄 성립에 영향을 미치지 않는다고 본다.<sup>95)</sup> 한편 모자보건법에서는 일정한 경우 임신중절을 허용하면서, 제2조 각 호 7에서 ‘인공임신중절수술’이란 태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술을 말한다고 정의하고 있다. 이렇게 볼 때 낙태는 인공임신중절보다 더 넓은 개념이다. 합법적 유산의 경우를 인공임신중절, 불법적인 경우는 낙태라고 표현해도 될 것이다.<sup>96)</sup>

일제 강점기 이전에는 존재하지 않았던 낙태죄는 1912년 일제의용 「형법」 제212조

553만 원 이하도 지원 대상. 저소득층 가구 이용금액 정부지원 비율 최대 90%까지 높임. 아이 돌보미 현재 2만 3000명에서 4만 3000명으로 확대. 2022년까지 이용 아동규모 9만에서 18만 명, 공동육아나눔터 113개에서 160개 시군구로 확대.

94) 중앙과 지방재정을 합치면 매년 10조 원이 넘는 예산이 투입되는 각종 보육지원 정책이 출산율을 올리는 데는 뚜렷한 효과를 내지 못하고 있다는 국책연구기관의 연구 결과가 나왔다. 연구진은 출산율을 올리는 데 가장 중요한 ‘일·가정 양립’이 활성화되지 않으면 자칫 밀 빠진 독에 물 붓기가 될 수 있다고 결론을 내리고 있다. 한국일보. (2017. 4. 24.). 각종 보육정책, 출산율 제고 효과 못 내. URL: [http://www.hankookilbo.com/News/Read/2017\\_04240413011055](http://www.hankookilbo.com/News/Read/2017_04240413011055); 한의신문. (2018. 2. 7.). 저출산 예산 10년 새 7배 늘었지만... 출산율 제자리. URL: <http://www.akomnews.com/?p=391299>

95) 대법원 2005.4.15. 선고 2003도2780. 낙태죄의 보호법익은 태아의 생명이며, 낙태죄는 침해범이라는 의견은 박찬걸. (2010). 낙태죄 합리화 정책에 관한 연구. 법학논총, 27(1), 199-222. p. 205.

96) 이병규. (2012). 낙태에 대한 헌법적 논의. 법학논총, 28, 135-168. p. 138; 이재학. (2017). 낙태죄의 비범죄화 논란에 대한 소고-생명과 자유의 화합의 관점에서. 법학논고, 59, 113-151.

“잉태한 부녀가 약물을 쓰거나 또는 기타의 방법으로 타태<sup>97)</sup>한 경우에는 1년 이하의 징역에 처한다” 규정을 통해 적용되기 시작했다.<sup>98)</sup> 해방 후 1947년에 조직된 법전편찬위원회는 인구증가를 중요하게 여겨 1953년 「형법」에 낙태죄를 존립시켰으며, 자구수정만 있었을 뿐 그 내용이 현재까지 유지되고 있다.<sup>99)</sup>

형법 제269조에서 제1항에서는 부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다고 함으로써 자기낙태를 금지한다. 제2항에 따라 촉탁에 의한 낙태도 금지되어 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 자도 자기낙태와 동일한 형을 받는다. 그리고 촉탁에 의한 낙태의 죄를 범하여 부녀를 상해에 이르게 한 때에는 3년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 7년 이하의 징역에 처한다.

제270조는 의사 등의 낙태, 부동의낙태를 규정한다. 제1항에 따라 의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다. 그리고 제2항에서는 부녀의 촉탁 또는 승낙없이 낙태하게 한 자는 3년 이하의 징역에 처하도록 하고 있다. 그리고 제3항에 따라 제1항 또는 제2항의 죄를 범하여 부녀를 상해에 이르게 한 때에는 5년 이하의 징역에 처하며, 사망에 이르게 한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다. 또한 전 3항의 경우에는 7년 이하의 자격정지를 병과한다.

국가주도적 경제개발 시기의 국가의 적극적 산아제한 정책<sup>100)</sup>은 형법상 낙태죄를

97) 사전적 의미로 타태(墮胎)란 “복약(服藥)하거나 기타의 인위적인 수단(手段)에 의(依)하여 생활력(生活力) 있는 태아(胎兒)를 분만기(分娩期)가 되기 전(前)에 모체(母體)밖으로 떨어지게 함”을 의미.

98) 이외에도 제213조 여성의 청탁을 받거나 또는 승낙을 얻어 낙태한 자는 2년 이하의 징역에 처하고, 이로 인하여 여성을 다치거나 사망에 이르게 한 자는 3월 이상 5년 이하의 징역에 처한다.

제214조 의사·산파·약제사 또는 약종상이 여성의 청탁을 받거나 또는 승낙을 얻어 낙태에 이르게 한 때에는 3월 이상 5년 이하의 징역에 처하고, 이로 인하여 여성을 다치거나 사망에 이르게 한 때에는 6월 이상 7년 이하의 징역에 처한다.

제215조 여성의 촉탁을 받지 않거나 또는 그 승낙을 얻지 않고서 낙태한 자는 6월 이상 7년 이하의 징역에 처한다. 이에 대한 미수 역시 처벌한다. 최규진. (2017). 낙태죄의 역사. 의료와사회, (8), 262-273. p. 266 재인용.

99) 이경직. (2007). 낙태에 대한 한국 교회의 입장. 기독교와 인문학, 8, 63-93. p. 74.

100) 국가에 의한 불법낙태수술도 있었다. 소록도 한센인 강제불임시술과 강제낙태시술이 시행되었다. 이에 대해서는 최근 국가배상책임이 인정되었다. 위 강제낙태수술 당시 피해자들은 낙태하면 결혼을 할 수 있게 해주겠다는 등의 회유에 따라 낙태수술에 동의하였는데, 법원은 이를 진정한 의사에 따른 동의라고 볼 수 없다고 판단하였다(서울중앙지방법원 2015. 7. 16. 2013가합521666 판결). 이 강제낙태는 형법상 부동의낙태죄에 해당함에도 불구하고 당시에 신고조차 되지 않았다. 최현정. (2016). 낙태죄의 문제점 및 개선방향. 이화젠더법학, 8(3). 225-258. 각주 28) 참조.

무용하게 만들었다. 시민들은 낙태에 대한 불법인식이 거의 없이 의료기관에서 낙태시술을 받았으며<sup>101)</sup> 낙태죄에 대한 관심은 매우 적었다고 볼 수 있다.<sup>102)</sup> 또한 기소건수를 보면 1996년 4건, 1997년 0건, 1998년 3건, 1999년 8건, 2000년 8건, 2001년 4건, 2002년 4건, 2003년 3건, 2004년 2건, 2005년 1건, 2006년 5건, 2007년 3건, 2008년 4건, 2009년 4건, 2010년 7건, 2011년 8건, 2012년 5건이었다.<sup>103)</sup> 2016년 대법원 사법연감에 따르면 2015년에 낙태죄와 관련하여 재판(제1심)받은 사람은 14명에 불과하였으며, 이 중 8명은 집행유예, 2명은 재산형, 4명은 선고유예 판결을 받았다. 부산지법에서는 임부(28세)로부터 임신 7주된 태아를 낙태시켜달라는 부탁을 받고 흡입 소파술을 이용하여 낙태한 산부인과 의사에 대하여 낙태죄를 인정하였다. 그러나 ‘태아의 생명에 대한 절대적 보호의견과 함께 임신초기 태아의 낙태와 관련한 부녀의 권리 등에 대한 다양한 의견이 제시되고 있는 시대적 상황, 그동안 낙태에 대한 처벌과 관련하여 공권력의 처벌의지가 상대적으로 미약했던 경험적 사실에 기초한 형평성의 문제’를 고려하여 선고유예를 선고하였다.<sup>104)</sup>

## 2) 모자보건법상 낙태규정

모자보건법<sup>105)</sup> 제14조와 법령 제15조에 따라 임신 24주일 이내에 ① 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환<sup>106)</sup>이 있는 경우 ② 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환<sup>107)</sup>이 있는 경우 ③ 강간

101) 신동일. (2010). 모자보건법 제14조: 개정 필요성과 방향. 안암법학, 32(0), 143-172. pp. 151-152.

102) 조희원. (2013). 한국의 낙태규제정책: 쟁점과 딜레마. OUGHTOPIA: The Journal of Social Paradigm Studies, 28(1), 109-138. 124쪽.

103) 대검찰청. (2016). 2016년 검찰연감.

104) 신현호. (2010). 낙태죄에 관한 제문제. 저스티스, 121, 370-413. p. 374.

105) 일본 우생보호법을 본뜬 것으로 추정되는데, 1948년 일본우생보호법에서는 다음과 같은 낙태규정을 두고 있었음. 이하 법조문은 최규진. (2017). 낙태죄의 역사. 의료와사회, 8, 262-273. p. 270 재인용. 제14조 광역자치단체차원에서 설립된 사단법인인 의사회가 지정한 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우, 본인과 배우자의 동의를 받아 인공임신중절 수술을 할 수 있다.

1. 본인 또는 배우자에 정신병이나 지적장애, 정신병질, 유전성 신체 질환 또는 유전성 기형이 있는 경우.
2. 본인 또는 배우자의 4친등(親等) 내의 혈족(血族) 관계에 있는 자에 유전성 정신병이나 유전성 지적 장애, 유전성 정신병질, 유전성 신체질환 또는 유전성 기형이 있는 경우.
3. 본인 또는 배우자가 나병 환자인 경우.
4. 임신의 지속과 분만이 신체적 또는 경제적 이유로 인해 모체의 건강을 심각하게 해칠 우려가 있는 경우.
5. 폭행 또는 협박에 의해 저항과 거절이 불가능한 상황에서 강간당하고 임신된 경우.

106) 연골무형성증, 남성섬유증 및 그 밖의 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환

또는 준강간에 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 인공임신중절수술을 할 수 있다. 이 경우 인공임신중절은 위법성이 조각되어 처벌되지 않는다. 모자보건법은 배경, 절차, 내용 등 모든 면에서 한계가 컸다. 우선 박정희 정권이 모자보건법을 제정한 배경은 경제성장을 위한 자녀계획사업 추진에 있었다. 즉, 낙태 허용의 배경마저, 일제시기 일본 본토의 낙태죄를 그대로 도입<sup>108)</sup>했고 그 낙태죄를 해방 이후에도 존치시켰던, 바로 그 ‘부국강병’을 앞세운 국가주의 논리였다. 그 절차 역시 정당국회가 아닌 유신체제하 비상국무회의에서 처리됐다. 민선국회에 의한 입법이 아니라 비민선, 비상입법기구에 의한 비공개적 입법이었던 것이다. 이 때문에 사회각계의 의견이 반영되기는커녕 시대에 맞지 않는 전근대적인 내용들로 채워졌다.<sup>109)</sup>

모자보건법은 1948년 만들어진 일본 우생보호법 제14조를 모태로 하고 있다고 추측된다. 동조에 따라 광역자치단체차원에서 설립된 사단법인인 의사회가 지정한 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우, 본인과 배우자의 동의를 받아 인공임신중절 수술을 할 수 있다. : 1. 본인 또는 배우자에 정신병이나 지적장애, 정신병질, 유전성 신체 질환 또는 유전성 기형이 있는 경우. 2. 본인 또는 배우자의 4친등(親等) 내의 혈족(血族) 관계에 있는 자에 유전성 정신병이나 유전성 지적장애, 유전성 정신병질, 유전성 신체질환 또는 유전성 기형이 있는 경우. 3. 본인 또는 배우자가 나병 환자인 경우. 4. 임신의 지속과 분만이 신체적 또는 경제적 이유로 인해 모체의 건강을 심각하게 해칠 우려가 있는 경우. 5. 폭행 또는 협박에 의해 저항과 거절이 불가능한 상황에서 강간당하고 임신된 경우.

한편 일본의 우생보호법은 나치시대에 장애인의 생산을 억제하기 위하여 만들어진 소위 거세법(Sterilisationsgesetz)<sup>110)</sup>이라 불리는 1933년의 질병을 가진 후손의 예

107) 풍진, 톡소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환

108) 최규진. (2017). 낙태죄의 역사. 의료와사회, 8, 262-273. p. 271. 일본은 우생보호법으로 바꾸면서 경제적 이유 추가. 1996년 모체보호법으로 변경, 우생수술이란 용어를 불임수술로 수정.

109) 최규진. (2017). 낙태죄의 역사. 의료와사회, 8, 262-273. p. 270.

110) 국가법을 통하여 일정한 부류의 사람이나 질병을 가진 사람이 불임이 되도록 하는 것이다. 우리나라에서도 국가에 의한 한센인의 강제불임수술과 불법낙태수술이 있었다. 이 강제낙태는 형법상 부동의낙태죄에 해당함에도 불구하고 당시에 신고조차 되지 않았다. 2015. 7. 16. 서울중앙지방법원(2013가합521666 판결)은 국가배상책임을 인정하면서 위 강제낙태수술 당시 피해자들은 낙태하면 결혼을 할 수 있게 해주겠다는 등의 회유에 따라 낙태수술에 동의하였는데, 법원은 이를 진정한 의사에 따른 동의라고 볼 수



방을 위한 법률(Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses: GzVeN)<sup>111)</sup>을 모태로 한다. 이법은 독일민족의 혈통을 우수하게 보존하고 촉진하기 위하여 생물학적으로 가치가 낮은 유전자를 불임수술을 통하여 제거하려는 것이었다. 1933년 제정당시에는 질병을 가진 사람(의학적 사유 medizinischen Indikation)<sup>112)</sup>에 대한 불임수술만 규정되었으나 1938년 개정을 통하여 특정 종족(종족적 사유 ethische Indikation)에 대한 불임수술도 가능케 하였다. 1988년 독일연방의회는 동법의 기초하에 시행되었던 강제불임수술이 불법이었음을 시인하였으며, 사용하였던 “살 가치 없는 생명(lebensunwerten Leben)”이라는 표현의 조치들을 배척하며, 희생자들에게 존경과 공감을 갖는다고 공개적으로 표현을 하였다.<sup>113)</sup> 2007년 독일연방의회는 동법이 그 구성과 적용에 있어서 불법이라고 선언했다. 그러나 정부는 이러한 조치들이 민주주의 국가에서도 시행되기 때문에 나치시대의 희생자로 볼 수 없으며 따라서 연방손해배상법에 따른 손해배상청구의 대상은 되지 않는다는 입장이다.<sup>114)</sup> 현재 독일 형법 제218a조에서는 임신중절 불처벌을 규정하고 있는데, 의도적으로 ‘우생학’이라는 단어를 피하고 있다. 제1항에서는 제219조 제2항에 따른 증명서를 통해 최소 수술 3일전에 상담을 종료했고 수태 12주 이내에 의사가 임신중절수술을 하는 경우 제218조의 구성요건이 실현되지 않는다고 규정하고, 제2항에서는 산모의 현재와 미래의 삶의 고려 속에서 임신부의 생명의 위험 또는 신체적 또는 정서적 건강상태의 심각한 침해 위험으로부터 벗어나기 위하여 임신중절이 예견되는 때에 임신부의 동의를 얻어 의사에 의하여 실행되는 중절

없다고 판단하였다. 최현정. (2016). 낙태죄의 문제점 및 개선방향. 이화젠더법학, 8(3). 225-258. 각주 28) 참조.

111) 14. Juli 1933(RGBl. I S. 529) 제정; 1. Januar 1934 발효. 점령후 1945년부터 각주에서 점령군법에 따라 폐지되기 시작했고, 1949 독일기본법에 따라 폐지.

112) 1.angeborener Schwachsinn (heute Geistige Behinderung), 2.Schizophrenie, 3.zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (heute Bipolare Störung), 4.erbliche Fallsucht (heute Epilepsie), 5.erblicher Veitstanz (im Gesetz auch als Huntingtonsche Chorea, heute als Chorea Huntington bezeichnet), 6.erbliche Blindheit, 7.erbliche Taubheit, 8.schwere erbliche körperliche Missbildung. Ferner konnte unfruchtbar gemacht werden, wer an „schwerem Alkoholismus“ litt.

113) Bundestagsdrucksache 11/1714, zitiert nach A. Scheulen. (2005). Zur Rechtslage und Rechtsentwicklung des Erbgesundheitsgesetzes 1934.

114) Katja Neppert. (1997). Warum sind die NS-Zwangssterilisierten nicht entschädigt worden? In: Halbierete Vernunft und totale Medizin. Zu Grundlagen, Realgeschichte und Fortwirkungen der Psychiatrie im Nationalsozialismus Hrsg. M. Hamann und H. Asbek, Berlin, S. 219; Anna Catherin Loll, Rene Althammer. (2010). Vergessene NS-Opfer - Zwangssterilisierte kämpfen um ihr Recht In: Kontraste.

수술은 법에 위반이 되지 않는다고 규정한다. 또한 제3항에 따라 의사가 형법 제176조부터 178조까지의 불법적 행위가 있었음을 인지하고 임신이 그 결과 이루어졌고 수태 후 12주가 경과되지 않았음을 인지한 때 의사에 의해 임신중절이 실행되는 경우에도 제2항상의 전제조건들이 유효하다. 그리고 제4항에서는 제219조에 따른 상담 후 의사에 의해 실행되고 수태 후 22주가 경과하지 않는 경우 임신중절은 불처벌이고 법원은 임신중절수술시 특별한 공박에 있으면 제218조에 따른 처벌을 하지 않을 수 있다고 규정한다.

현행 낙태죄는 사문화<sup>115)</sup> 되었다는 평가를 받기도 한다. 또한 사람들 사이에서는 형법상 낙태금지규정이 「모자보건법」 제14조의 인공임신중절 허용규정과 상호작용하면서 일반인들의 시각에서는 낙태가 정상적 행위라고 하는 허구의 믿음이 생겼다는 점도 있다.<sup>116)</sup> 낙태를 법적인 차원에서 실제로 규제하는 것도 아니면서 그렇다고 사회적 논의가 활발한 영역도 아니기에 개인으로선 불확실성과 사회적 압력만이 크게 존재하여 불합리한 형편이다. 지금의 상황에서 낙태를 고민하거나 결정한 여성들에게 자신의 이익만을 고려하여 결정한 여성이라는 시선 또는 임신과 출산의 불평등한 구조, 미혼모에 대한 편견 등 구조적인 현실에 관심을 갖지 않고 윤리적인 주장만 하는 사회지도층의 주장은 그 자체로 여성에게 분노나 억울함을 안겨줄 뿐이며, 이것이 사회적 고통의 요인이 될 것이다.<sup>117)</sup>

### 3) 헌법재판소의 낙태에 대한 태도

헌법재판소는 2012. 8. 23. 형법 제270조 의사 등의 낙태처벌규정의 위헌성을 판단하면서 이 규정의 근원이 되는 형법 제269조 낙태죄의 위헌성에 대하여 판단하였다.<sup>118)</sup> 다수의 합헌의견은 다음과 같은 이유로 낙태죄 처벌이 합헌임을 피력하였다.

115) 낙태의 실제건수에 관련된 정부실태조사는 2011년에 진행된 것으로 2010년 인공임신중절 실태조사는 가임기 여성(만 15세 이상 44세 이하)의 인공임신중절 건수는 168,737건임. 손명세, 강명신, 장석일, 김해중, 박길준, 남정모, ... 김은미. (2011). 전국 인공임신중절 변동 실태조사. 서울: 보건복지부, 연세대학교.

116) 신동일. (2010). 모자보건법 제14조: 개정 필요성과 방향. 안암법학, 32(0), 143-172. p. 144.

117) 문한나. (2017). 낙태죄 폐지논란으로 바라본 여성의 주체성 회복의 필요성과 개선방안. 생명윤리, 18(2), 57-76. p. 64.

118) 헌재 2012. 8. 23. 2010헌바402, 형법 제270조 제1항 위헌소원.

첫째, 인간의 생명은 고귀하고, 이 세상에서 무엇과도 바꿀 수 없는 존엄한 인간 존재의 근원이며, 이러한 생명에 대한 권리는 기본권 중의 기본권이다. 태아가 비록 그 생명의 유지를 위하여 모에게 의존해야 하지만, 그 자체로 모와 별개의 생명체이고 특별한 사정이 없는 한 인간으로 성장할 가능성이 크므로 태아에게도 생명권이 인정되어야 하며, 태아가 독자적 생존능력을 갖추었는지 여부를 그에 대한 낙태 허용의 판단 기준으로 삼을 수는 없다.

둘째, 낙태를 처벌하지 않거나 형벌보다 가벼운 제재를 가하게 된다면 현재보다도 훨씬 더 낙태가 만연하게 되어 자기낙태죄 조항의 입법목적을 달성할 수 없게 될 것이고, 성교육과 피임법의 보편적 상용, 임부에 대한 지원 등은 불법적인 낙태를 방지할 효과적인 수단이 되기에는 부족하다. 입법자는 일정한 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우와 같은 예외적인 경우에는 임신 24주 이내의 낙태를 허용하여(모자보건법 제14조, 동법 시행령 제15조), 불가피한 사정이 있는 경우에는 태아의 생명권을 제한할 수 있도록 하고 있다. 나아가 자기낙태죄 조항으로 제한되는 사익인 임부의 자기결정권이 위 조항을 통하여 달성하려는 태아의 생명권 보호라는 공익에 비하여 결코 중하다고 볼 수 없다. 따라서 자기낙태죄 조항이 임신 초기의 낙태나 사회적·경제적 사유에 의한 낙태를 허용하고 있지 아니한 것이 임부의 자기결정권에 대한 과도한 제한이라고 보기 어려우므로, 자기낙태죄 조항은 헌법에 위반되지 아니한다.

셋째, 이 사건 법률조항은 그 법정형의 상한이 2년 이하의 징역으로 되어 있어 법정형의 상한 자체가 높지 않을 뿐만 아니라, 비교적 죄질이 가벼운 낙태에 대하여는 작량 감경이나 법률상 감경을 하지 않아도 선고유예 또는 집행유예 선고의 길이 열려 있으므로, 지나치게 과중한 형벌을 규정하고 있다고 볼 수 없다. 그러므로 이 사건 법률조항은 책임과 형벌 간의 비례원칙에 위배되지 아니한다.

그러나 4인의 재판관들<sup>119)</sup>은 다음과 같이 현행 낙태죄 규정이 헌법에 위반된다는 점을 밝히고 있다.

첫째, 태아에 대한 국가의 보호 의무에는 여성이 임신 중 또는 출산 후 겪게 되는 어려움을 도와주는 것까지 포함된다고 보아야 할 것이고, 국가는 생명을 보호하는 입법적 조치를 취함에 있어 인간생명의 발달단계에 따라 그 보호정도나 보호수단을 달리할

119) 재판관 이강국, 재판관 이동흡, 재판관 목영준, 재판관 송두환의 반대 의견

수 있다. 현대 의학의 수준에서는 태아의 독자적 생존능력이 인정되는 임신 24주 이후에는 임부의 낙태를 원칙적으로 금지하고, 임부의 생명이나 건강에 현저한 위해가 생길 우려가 있는 등 특단의 사정이 있는 경우에만 낙태를 허용함이 바람직하다. 임신 중기(임신 13주-24주)의 낙태는 임신 초기(임신 1주-12주)의 낙태에 비하여 임부의 생명이나 건강에 위해가 생길 우려가 증가한다는 점에서 국가는 모성의 건강을 증진하기 위하여 낙태의 절차를 규제하는 등으로 임신중기의 낙태에 관여할 수 있다고 할 것이다. 그런데 임신 초기의 태아는 고통을 느끼지 못하는 반면, 임신 초기의 낙태는 시술 방법이 간단하여 낙태로 인한 합병증 및 모성사망률이 현저히 낮아지므로 임신 초기에는 임부의 자기결정권을 존중하여 낙태를 허용해 줄 여지가 크다. 따라서 임신 초기의 낙태까지 전면적, 일률적으로 금지하고 처벌하고 있는 자기낙태죄 조항은 침해의 최소성 원칙에 위배된다.

둘째, 형법상 낙태죄 규정이 현재는 거의 사문화되어 자기낙태죄 조항으로 달성하려는 태아의 생명보호라는 공익은 더 이상 자기낙태죄 조항을 통하여 달성될 것으로 보기 어려운 반면, 자기낙태죄 조항으로 제한되는 사익인 임부의 자기결정권은 결코 가볍게 볼 수 없어 법익의 균형성 요건도 갖추지 못하였다. 그러므로 자기낙태죄 조항은 임신 초기의 낙태까지 전면적, 일률적으로 금지하고 처벌하고 있다는 점에서, 임부의 자기결정권을 침해하여 헌법에 위반된다.

그리고 보충의견<sup>120)</sup>으로서 임부의 자기결정권을 존중하여 임신 초기의 낙태를 허용하더라도 임부가 낙태에 대하여 충분히 숙고한 뒤에 결정할 수 있도록 함과 동시에 의학적으로 안전한 낙태시술이 이루어질 수 있도록 입법조치를 취하여야 한다는 의견이 있었다.

## 다. 낙태에 대한 각국의 입법례

### 1) 독일

독일은 형법에서 임신중절의 처벌과 상담조건부의 불처벌규정을 두고 있고, 임신갈등의 상담을 위하여 임신갈등법을 제정하여 임신으로 인하여 갈등상황에 놓이게 된 여

120) 재판관 이동흡

성에게 체계적 지원을 하고 있는 점이 특징이다. 또한 동법에서 신뢰출산제도를 도입하여 여성의 익명출산이 가능하도록 하였으며, 아동의 권리를 위하여 아동은 16세에 자신의 뿌리를 알 권리를 행사할 수 있도록 하고 있다.

독일 연방헌법재판소는 1, 2차 낙태판결에서 태아의 생명권과 여성의 자기결정권, 그리고 국가의 기본권 보호 의무에 관하여 실시하고 있다.

1974. 4. 26. 연방의회는 제218조에 대한 제2차 개정을 통하여 기한방식을 도입하였다. 제218a조는 산모의 동의를 얻어 의사의 상담 후 행해지는 12주 내의 낙태는 허용되며 처벌되지 않는다고 규정하였다. 연방헌법재판소는 제1차 낙태판결<sup>121)</sup>에서 어떠한 정당화사유 없이 임신 12주째까지의 임신중절 불처벌을 규정한 기한방식이 헌법에 반한다고 결정하였다. 입법자들에게 형벌을 통한 효과있는 태아생명보호를 주문하였으며, 태아의 생명권은 산모의 자기결정권보다 우선된다고 파악하였다. 제2차 낙태판결<sup>122)</sup>은 1990. 10. 3. 통독 후 동서독의 상이한 낙태규정을 하나로 통합하면서 발생하였는데, 「임산부 및 가족원조법(Schwangeren- und Familienhilfegesetz)」에서 임신 12주내에 상담을 전제로 하는 낙태는 법률에 위반되지 않는다(nicht rechtswidrig)고 규정하였다. 1993. 5. 28. 연방헌법재판소는 1992년 임산부 및 가족원조법이 낙태를 더 이상 법에 위반되지 않는다고 규정하고 있기 때문에 기본법 제1항 인간존엄과 제2항 생명권에 반하고 무효라고 결정하였다. 그러나 한편으로는 개정 법률의 12주 내 상담조건부 기간규정은 임신 전 기간 동안 임신중절이 불법이고 법적으로 금지된다는 원칙에 반하기는 하지만, 여성이 출산강제로 겪게 될 상황을 고려하면, 위 기간규정을 준수한 자를 처벌하지 않는 것(straffrei)은 합헌이라고 판시함으로써 상담조건부 기한방식의 임신중절이 새로이 도입될 수 있는 여지와 합헌가능성도 열어주었다.

현행 「형법」 제218조에서는 원칙적으로 낙태를 처벌한다고 규정하고 있다. 그리고 제218a조에서는 중절시술이 시행되기 최소 3일 전에 상담을 한 임신부가 임신중절을 요청하고, 상담증명서를 의사에게 제시하고, 의사로부터 임신중절시술이 시행되고, 임신 12주가 지나지 않은 경우 시행이 되면 임신중절이 불처벌(Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs)된다고 규정한다. 제218a조 제1항의 상담조건부 자유 임신중절 규정의 특징은 임신중단의 위법성을 배제할 뿐만 아니라, 범죄구성요건에서도 배제했다

121) BVerfGE 39, 1 - Schwangerschaftsabbruch I.

122) BVerfGE 88, 203 - Schwangerschaftsabbruch II.

는 점이다. 그리고 정당화사유에 따른 임신중절도 허용되며, 정당화사유로 의학적 사유, 질병적 사유, 윤리적 혹은 범죄적 사유, 공박상황 혹은 사회적 정당화사유를 두고 있다. 「임신갈등법<sup>123)</sup>」에서 임신갈등에 있는 사람들에게 대하여 연령별, 그룹별로 법적, 제도적, 그리고 실무적으로 매우 개별화된 맞춤형 정보제공과 상담을 하고 있고, 자신의 신분을 노출시키고 싶어 하지 않는 여성들에게 16년 동안 익명이 보장되는 제한적 익명출산을 할 수 있도록 한다.<sup>124)</sup>

## 2) 프랑스

프랑스는 1975년 Loi Veil을 통해서 기간방식을 도입하였다. 원래는 5년의 한시법으로 도입되었으나, 1979년 판결로 확고하게 기한방식에 따른 임신중절이 자리를 잡았다. 2001년에 동법은 큰 폭으로 개정되었다. 형법에는 임신부의 동의없는 임신중절의 구성요건규정만 있다(Artikel 223-10). 임신중절과 관련된 다른 사항은 건강법(Code de la santé publique, Art. L2211-1 ff)에서 규정한다. 임신 14주 내에 위기에 처한 여성은 의사에게 임신중절을 요구할 수 있었다. 의사는 임신중단에 대한 조언과 정보를 제공한다. 미성년자의 경우 상담소를 방문해야 하며, 부모에게 알리길 원하지 않는 경우 일인이 그의 선택에 동행하도록 하였다. 시술은 7일의 숙려기간이 지난 후 가능하며, 시술을 위해 의사 2인의 동의가 있어야 한다. 2014년 남녀평등법에서 임신중절을 위한 여성의 위기상황조건을 삭제하였다. 따라서 현재는 임신을 계속하기를 원하지 않는 모든 여성은 임신중절을 할 수 있다. 프랑스에서는 일 년에 약 220,000건의 임신중절이 행해지는데, 처음 임신중절의 수는 감소하고 2회 이상의 수는 증가한 것으로 나타났다.<sup>125)</sup>

유럽인권재판소에서 1994. 7. 8. 결정한 Vo/Frankreich<sup>126)</sup> 사건은 우리에게도 많

123) Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz - SchKG).

124) 신옥주. (2018). 낙태죄의 위헌성에 관한 고찰. 생명, 윤리와 정책, 2(1), 19-51. pp. 43-45.

125) Frankreich in Deutschland. Französische Botschaft in Berlin. [Website]. (2018. 10. 28.). Retrieved from <https://de.ambafrance.org/40-Jahre-Loi-Veil-Der-Schwangerschaftsabbruch-in-Frankreich>

126) Kerstin Blau. (2005). Neuere Entwicklung in der Schutzpolitik des RGMR am Beispiel des Falles 'Vo/Frankreich'. Heft 3-2005-ZEuS. S. 402-410.

은 시사점을 준다. 처음으로 유럽재판소는 태아의 보호를 위하여 국가에게 처벌의무가 주어질 수 있으므로 국가가 태아의 과실치사에 대하여 행위자가 처벌이 되도록 규정을 하여야 하는지에 대한 판단을 하였다. 이 사안은 태아와 산모의 보호법익이 충돌하는 산모의 자유의사에 의한 임신중단이 아니라 의사가 임신중단을 위해 병원을 찾은 Vo와 정기검사를 받으러 병원을 방문한 임신 약 21주의 Vo를 잘못 인식해서 정기검진을 위해 온 임신부 Vo에게 임신중절수술을 한 경우이다. Vo는 프랑스가 이러한 경우를 위한 범죄구성요건을 만들지 않아 낙태수술을 한 의사를 처벌을 할 수 없게 된 결과, 태아에게 불리하게 되었으므로 처벌형태로 이루어지는 국가의 생명보호의무를 다하지 못했다고 주장하면서 유럽인권재판소에 유럽인권협약 제2조 생명권의 침해를 이유로 제소하였다.

유럽인권재판소는 동협약 제2조의 원칙에 따라 국가는 사인 사이에 기본권이 침해되지 않도록 하는 소극적 기본권보호의무뿐만 아니라 사회적 차원의 급부를 위한 적극적 기본권보호의무, 그리고 절차적 보호라고 불리는 절차나 조직법상의 보호의무를 충족시켜야 한다고 보았다. 그리고 경우에 따라서는 법 시스템에서 효과적인 처벌적 제재를 마련할 것이 요구될 수 있지만 이 사안처럼 과실치사의 경우 처벌이 반드시 필요한 것은 아니라고 보았다. 프랑스의 법에서 태아의 생명보호의무는 과실치사에 대해서는 민사상 청구만으로도 충족되고, 또한 당해 병원과 의사에 대한 형사적 제재나 징계 처분과 함께 절차적 보장을 하고 있기 때문에 보호의무의 충족을 위하여 충분하다고 하면서, 프랑스는 이러한 보호의무를 충실하게 이해하고 있다고 판단했다.<sup>127)</sup>

### 3) 오스트리아

오스트리아는 1975년부터 형법 제96, 97, 98조에서 임신중단에 관한 규정을 두고 있다. 착상 시부터 생명이 보호된다. 임신은 출산(진통의 시작, 수술)과 더불어 종료된다. 원칙적으로 모든 고의적인 임신중단은 임신부의 동의를 얻어 의사에 의하든, 제3자 또는 임신부 스스로가 하든 제96조에 따라 처벌이 된다. 제98조 제1항에서는 임신중단을 위한 임신부의 동의가 없거나 임신중단이 강요된 경우 행위자를 처벌하며, 제2항에서는 이러한 임신중단이 임신부를 구조하기 위한 유일한 수단인 경우 행위자를 불

127) 신옥주. (2018). 낙태죄의 위헌성에 관한 고찰. 생명, 윤리와 정책, 2(1), 19-51. p. 43.

처벌한다고 규정한다.

제97조 제1항 Z 1에서는 기한방식에 따라 임신 3개월 이내의 임신중단이 가능하다고 규정한다. 제1항 Z 2와 3에서는 3개월 이후 의학적 사유로 인한 임신중단의 불처벌을 규정하고 있는데, 이에 따라 임신이 임산부에게 직접적인 생명의 위험을 또는 임산부의 신체적, 정서적(seelisch) 건강에 대한 중대한 손상의 진지한 위험을 의미하는 경우 임신중단은 처벌되지 않는다. 또한 우생학적 사유로 인한 임신중단이 불처벌된다고 하고 있는데, 이에 따라 임신 시 14세 미만이었거나 중증장애아를 출산할 진지한 위험이 있는 경우이다. 제2항과 3항에 따라 임산부가 생명위험에 있는 경우를 제외하고는 어느 누구도 임신중단을 시술하거나 조력할 의무가 없으며, 어느 누구도 임신중단의 조력이나 조력 거부로 인하여 차별받지 않는다.

1974. 1. 23. 오스트리아 헌법재판소는 기한방식의 낙태규정인 연방헌법 제97조 제1항이 헌법에 위반되므로 무효로 해달라고 하는 잘쯔부르크 주정부의 청구를 받아들이지 않는다고 하면서 동 규정은 연방헌법에 위반되지 않는다는 결정을 하였다.<sup>128)</sup>

잘쯔부르크 주정부는 1974.3.15. § 97 Abs. 1 Z. 1이 생명권을 침해한다고 다음과 같이 주장한다: 연방헌법이나 연방헌법 제149조 제1항에 따라 헌법법률로 유효한, 이 사안에서 대상이 되는 법률들에서 헌법적으로 보장되는 권리로써 명시적으로 생명권을 보장하고 있지 않다. 그러나 명시적으로 규정된 기본 권리들과 자유권들은 이 생명권을 전제로 한다. 따라서 생명권은 기본권과 자유권으로서 헌법적 지위를 가지며 시민의 권리일 뿐만 아니라 인간의 권리이다. 입법자들은 생명권을 존중해서 이 권리가 국가의 자의적 또는 기타의 공격으로부터 침해받지 않도록 해야 한다. 이 권리는 아직 태어나지 않은 태아(Noch-Ungeborenen)에게도 인정된다. 이는 법적 의미의 사람에 대해서뿐만 아니라 다른 법적 인격으로서 볼 수 있는 것들에게도 인정되는데, 이 경우 태어나지 않은 태아에게도 권리주체로서 생명에 대한 권리가 인정된다.

그러나 연방헌법재판소는 잘쯔부르크 주정부의 위의 주장을 다음과 같이 반박하고 있다: 헌법적 지위를 갖는 시민의 일반적 권리들에 관한 1867년의 국가기본법의 기본권 목록은 전통적인 자유주의적 이상을 담고 있는데, 국가의 행위로부터 개인의 보호를 보장한다. 잘쯔부르크 주정부가 위헌이라고 주장하는 § 97 Abs. 1 Z. 1의 내용적

128) Nr. 7400 - Erk. v. 11 Oktober 1974, C 8/74.



관점에서 명시적으로는 규정되지 않은 생명권의 구성요건이(Bestand) 형법상 명시적으로 규정된 권리들의 해석의 방법 속에서 도출될 수 있는지 혹은 어떠한 전제하에서 도출될 수 있는지의 문제이다. 생명에 대한 권리는 형법의 체계에 따라 그 안에 들어 있는 권리들의 보호방향에 상응하여 개인을 국가의 생명침해로부터 보호하기 위하여 그 내용을 갖게 된다. 제96조부터 제97조까지는 생명에 대한 국가의 침해에 관한 것이 아니라 제96조에 따라 처벌이 되는 임신중단이 제97조의 전제하에서 처벌되지 않는다는 것이다.

사형을 폐지한 헌법 제85조에서부터 주관적 권리를 도출할 수 있다고 하여도 이는 국가의 생명 침해로부터 보호를 위한 것이므로 사안과 관련하여서는 어떠한 근거도 도출될 수가 없다. 따라서 § 97 Abs. 1 Z. 1가 헌법적으로 보장되는 생명권을 침해함에 따른 위헌이라고 할 수는 없다.

#### 4) 미국<sup>129)</sup>

Roe v. Wade 사건<sup>130)</sup>에서는 임신부의 낙태할 권리가 프라이버시권의 내용에 포함, 임신부의 건강 또는 생명이 위험한 경우를 제외하고는 낙태를 금지한 텍사스 주법은 위헌이라 결정하였다.

임신 초기 3개월에는 임신부가 낙태할 권리를 온전히 가지며, 국가는 낙태를 금지하거나 엄격한 규제를 할 수 없고, 낙태수술은 의사에 의해 최소한의 안전장치가 갖추어진 상태에서 이루어져야 한다는 등의 최소한의 규제를 할 수 있을 뿐이다. 임신 중기 3개월 동안은 국가와 여성이 임신에 대한 관심을 공유하는 단계로서 임신부의 건강 및 생명을 보호하기 위한 목적으로 낙태를 규제할 수 있다. 임신 후기 3개월에는 태아가 독자적인 생존이 가능한 시기로서 국가는 임신부의 건강과 생명은 물론 태아의 생명 또한 보호해야 하는 중대한 이해관계를 가진다. 따라서 임신부의 건강과 생명에 위협이 없는 한 태아의 생명을 보호하기 위해 국가가 낙태를 금지할 수 있다.

Planned Parenthood v. Ashcroft 사건<sup>131)</sup>에서는 미혼미성년 임신부가 낙태할

129) 오영인, 이열, (2017), 낙태절차에 관한 미국 연방대법원 결정이 우리나라 낙태규제에 주는 시사점, 미국헌법연구, 28(3), 151-185의 내용을 요약함.

130) Roe v. Wade, 410 U.S. 113 (1973).

경우 부모의 동의를 얻도록 하는 규정은 부모의 동의를 받지 않고 사법부의 승인 등 우회할 수 있는 절차를 두는 한 위헌이 아닌 것으로 변경되었다.

Webster v. Reproductive Health Services 사건<sup>132)</sup>에서는 낙태규제절차에 다소 허용적인 입장을 취하였다. 즉 연방대법원은 ①인간의 생명은 임신이 된 이후부터 시작된다는 법문, ②공무원에 의한 낙태수술 금지 및 낙태 시 공공시설의 사용 금지, ③낙태상담에 대한 공적 기금의 사용 금지, ④임신 20주 이상의 임신부가 낙태할 경우 의사로 하여금 수술 전 태아의 몸무게, 폐의 성장상태 등을 강제적으로 조사하게 하는 규정을 담은 미주리 주법에 대해 합헌을 결정하였다.

Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey 사건<sup>133)</sup>에서 연방대법원은 Roe 결정에서 사용하였던 3단계 구분법을 폐기하였다. 즉 태아의 독립적인 생존이 가능한 시점을 기준으로 하되, 태아의 독립적인 생존능력이 없는 시점에도 임신부에게 낙태자기결정권을 행사하는데 부당한 부담을 주지 않는 한, 주는 임신 전 기간에 걸쳐 낙태를 규제할 수 있다고 보았다. Roe 결정의 3가지 원칙을 재확인함과 동시에 잠재적인 생명보호에 대한 국가의 실질적인 이익과 헌법적으로 보호되는 모체의 자유가 조화를 이룰 수 있는 기준으로서 부당한 부담 심사기준을 확립하였다는 데 의의가 있다. 다만, 부당한 부담 심사기준은 기존의 엄격심사기준보다 완화된 심사기준으로 볼 수 있기 때문에 동 결정 이후 다수의 낙태규제 절차들이 합헌 결정을 받았다.

1997년 Mazureck v. Armstrong 사건<sup>134)</sup>에서는 의료보조인에게 낙태수술을 할 수 없도록 금지하는 몬타나 주법 규정에 대해 합헌 결정을 하였다. 2007년 Gonzales v. Carhart 사건<sup>135)</sup>에서는 부분출산낙태를 금지하는 규정에 대해 합헌 결정을 하였다.

2013년 7월 텍사스 주는 낙태수술을 하는 의사에게 ‘환자이송특권(admitting privileges) 요건’과 수술이 행해지는 장소에 대해 ‘수술센터(surgical center) 요건’을 갖춘 것을 포함한 낙태제한법(House Bill 2)을 제정하였는데 대법원은 이 법의 위헌성에 대하여 Whole Woman’s Health v. Hellerstedt 579 US (2016)사건에서 판단하였다.

다수의견의 판단은 다음과 같다:

131) Planned Parenthood Assn. v. Ashcroft, 462 U.S. 476 (1983).

132) Webster v. Reproductive Health Services, 92 U.S. 490 (1989).

133) Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey, 505 U.S. 833 (1992).

134) Mazureck v. Armstrong, 520 U.S. 968 (1997).

135) Gonzales v. Carhart, 550 U.S. 124 (2007).

### <① 환자이송특권에 대한 판단>

이 규정이 도입되기 전의 상황을 보면 텍사스 내에서의 낙태수술은 합병증 발생률이 상당히 낮은 안전한 수술이었음이 확인됨에 따라 환자이송특권 규정을 통해 여성의 건강이 더욱 보호될 것이라고는 기대할 수 없다고 보았다. 오히려 이 규정 도입 후 낙태 클리닉이 40개에서 20개로 감소함에 따라 임신부가 낙태를 하기 위해서는 먼 거리를 이동하여야 하며, 폐업하지 않는 낙태클리닉에서 더 긴 대기시간을 가져야 하는 등 여성에 대한 건강상의 혜택을 발견할 수 없다고 하였다. 결국 환자이송특권 규정은 여성의 낙태 선택에 방해가 되는 부당한 부담을 초래하는 위헌적 규정이라고 판단하였다.

### <② 수술센터요건>

낙태클리닉은 텍사스 주법에 따라 여러 가지 보건 및 안전 요건을 갖추고 있는데, 더 강화된 수술센터 요건은 환자에게 이익이 된다고 볼 수 없다. 낙태수술은 수술센터 요건을 요구하지 않는 여타 클리닉에서의 수술보다 안전하며, 낙태클리닉에서의 낙태수술이 수술센터에서의 낙태수술보다 위험하다고 볼 수 없다. 낙태클리닉이 앞으로 부담해야 할 낙태수술 건수는 약 5배 증가할 것으로 예상된다. 따라서 인력 및 시설을 보강하지 않으면 현실적으로 모든 환자를 수용할 수 없으며, 이에 따라 낙태 상담 및 수술의 질이 떨어질 것으로 예상되는데, 이는 환자의 건강 보호에 도움이 되지 않는 것이다.<sup>136)</sup>

단순 비교형량하여 어떠한 기본권이 우월한지 획일적인 결과를 도출하는 것은 바람직하지 않다. 출산으로 인한 어떠한 희생도 감내할 수 있는 사람은 국가, 사회가 아닌 어머니로서의 ‘임신한 여성’이다. 임신부는 출산과 관련하여 자신의 건강, 사회·경제적 여건뿐만 아니라 태아의 건강과 장래를 함께 고려할 수밖에 없으므로 임신부의 낙태 결정은 곧 태아를 위한 결정임을 인정해야 한다. 낙태 허용 사유가 있음에도 불구하고 출산한 여성에게 사회적 관심과 격려가 필요한 것은 별론으로 하고, 출산에 따른 정신적·신체적 고통을 이기지 못한 임신부의 낙태결정을 태아의 생명보다 결코 덜 중한 것으로 볼 수 없다.<sup>137)</sup>

136) 오영인, 이열. (2017). 낙태절차에 관한 미국 연방대법원 결정이 우리나라 낙태규제에 주는 시사점. 미국헌법연구, 28(3), 151-185. pp. 151-169.

137) 오영인, 이열. (2017). 낙태절차에 관한 미국 연방대법원 결정이 우리나라 낙태규제에 주는 시사점. 미국헌법연구, 28(3), 151-185. p. 170.

## 라. 여성의 자기결정권과 태아생명권의 조화

### 1) 생명권과 자기결정권의 헌법적 근거

현행 「헌법」 제10조에서는 인간의 존엄과 가치, 행복추구권, 그리고 국가의 기본권 보장의무를 규정하고 있다. 인간의 존엄과 가치에서 파생되는 권리로서 먼저 생명권을 들 수 있다. 인간의 존엄을 헌법 최고의 가치로 보는 것은 이 권리가 생명을 전제로 하기 때문이라고 할 수 있다. 대법원은 생명이 “존엄한 인간존재의 근원이다.”이라고 판시함으로써 생명권의 도출근거를 「헌법」 제10조에서 찾는 판결을 한 바 있다.<sup>138)</sup> 헌법재판소도 “인간의 생명은 고귀하고, 이 세상에서 무엇과도 바꿀 수 없는 존엄한 인간존재의 근원이다. 이러한 생명에 대한 권리, 즉 생명권은 비록 헌법에 명문의 규정이 없다 하더라도 인간의 생존본능과 존재 목적에 바탕을 둔 선험적이고 자연법적인 권리로서 헌법에 규정된 모든 기본<sup>139)</sup>권의 전제로서 기능하는 기본권 중의 기본권”으로 보고 있다.<sup>140)</sup>

자기결정권도 역시 헌법 제10조 인간의 존엄과 가치와 행복추구권에서 도출된다. 헌법재판소는 우리 국민이 헌법상 인간상에 부합하여 자기결정권을 지닌 창의적이고 성숙한 개체로서 자신이 스스로 선택한 인생관·사회관을 바탕으로 사회공동체 안에서 각자의 생활을 자신의 책임 하에 스스로 결정하고 형성하는 민주적 시민이라고 보고 있다.<sup>141)</sup> 자기결정권의 내용으로는 자기운명에 대한 자기결정권<sup>142)</sup>, 재생산에 대한 자기결정권,<sup>143)</sup> 개인정보 자기결정권<sup>144)</sup>, 그리고 성적 자기결정권<sup>145)</sup>을 들 수 있다.

138) 대법원 1963. 2. 28. 선고 62도241 판결; 1967. 9. 19. 선고 67도988 판결. “생명은 한 번 잃으면 영원히 회복될 수 없고, 이 세상 무엇과도 바꿀 수 없는 절대적 존재이며, 한 사람의 생명은 고귀하고 전 지구보다 무겁고 또 귀중하고 엄숙한 것이며 존엄한 인간존재의 근원이다”

139) 헌재 2008. 7. 31. 2004헌바81 민법 제3조 등 위헌소원

140) 헌재 2008. 7. 31. 2004헌바81 민법 제3조 등 위헌소원; 신옥주, (2017). 생명의료영역에서 여성인권 존중의 필요성. 법학논집, 22(2), 1-42. p. 13.

141) 헌재 1998. 5. 28. 96헌가5 기부금품모집금지법 제3조 등 위헌제청

142) 헌재 2009. 11. 26. 2008헌마385. 연명치료에 대한 중단은 헌법 제10조에 근거를 둔 자기운명 자기결정권의 한 내용. 헌법재판소는 2012. 8. 23. 2010헌바402. 형법 제270조 제1항 위헌소원에서 헌법 제10조에서 개인의 인격권과 행복추구권을 보장하고 있고 개인의 인격권·행복추구권에는 개인의 자기운명결정권이 전제되는 것이라고 보고 있음.

143) 헌재 2012. 8. 23. 2010헌바402. 자기운명결정권에는 임신과 출산에 관한 결정, 즉 임신과 출산의 과정에 내재하는 특별한 희생을 강요당하지 않을 자유가 포함되며 형법상 자기낙태죄의 규정은 헌법 제10조에서 도출되는 임부의 자기결정권, 즉 낙태의 자유를 제한하고 있다고 파악하고 있음.

## 2) 재생산에서 여성의 자기결정권과 생명권 보호의 조화 필요성

자기결정권과 재생산권의 법적 성격을 비교하여 보면 자기결정권은 자유권적인 성격을, 그리고 재생산권은 자유권적 성격과 함께 사회권적 성격을 가지고 있다.

“재생산권이란 개인의 혼인상태, 연령, 계급 등과 상관없이 성관계, 피임, 임신, 출산, 임신 중절을 비롯한 재생산활동에 대한 자유권적 권리이자 출산 이후 건전한 양육을 위한 사회적 국가적 책임까지를 포괄하는 사회권적 권리이다.”<sup>146)</sup> 낙태에 대한 여성의 자기결정권은 재생산을 위한 개인적 결정권으로서, 아이를 낳을 여부를 결정할 권리, 생식 내용에 관한 자기결정권이며, 여성의 재생산권은 여성이 성관계에 있어서 스스로 통제하고 자율적으로 결정할 수 있는 자유로운 성적 권리를 확보하는 것을 포함하고, 원치 않은 임신으로부터 자유로울 권리와 출산의 규모와 터울을 결정할 수 있는 권리를 그 내용으로 하며 자유권에 속한다고 볼 수 있다. 그리고 여성의 건강관리에 대한 권리로서 여성의 신체적, 정신적 건강과 안전을 위한 지원을 요구할 수 있는 권리는 사회권으로 볼 수 있는 것이다.

형법상 낙태죄는 태아의 생명권을 절대적으로 보호함으로써 여성의 재생산권을 전면적으로 제한하고 있다. 헌법재판소는 국가가 가지는 태아의 생명보호의무는 형법상의 낙태에 대한 처벌이외의 방법으로 실현되기 어렵다고 보면서 입법자가 모자보건법 제14조에 따른 사유가 있는 경우 태아의 생명권을 제한하도록 허용하고 있고, 자기낙

144) 통상 개인정보 자기결정권의 헌법적 근거로 헌법 제10조, 제17조, 제37조 제1항 등을 들며, 헌법재판소는 주민등록증과 관련된 판결에서 헌법 제37조 제1항에서 도출되는 독자적 기본권으로도 파악한 바 있음. 개인정보 자기결정권의 헌법상 근거로는 헌법 제17조의 사생활의 비밀과 자유, 헌법 제10조 제1문의 인간의 존엄과 가치 및 행복추구권에 근거를 둔 일반적 인격권 또는 위 조문들과 동시에 우리 헌법의 자유민주적 기본질서 규정 또는 국민주권원리와 민주주의원리 등을 고려할 수 있으나, 개인정보 자기결정권으로 보호하려는 내용을 위 각 기본권들 및 헌법원리들 중 일부에 완전히 포섭시키는 것은 불가능하다고 할 것이므로, 그 헌법적 근거를 굳이 어느 한두 개에 국한시키는 것은 바람직하지 않은 것으로 보이고, 오히려 개인정보 자기결정권은 이들을 이념적 기초로 하는 독자적 기본권으로서 헌법에 명시되지 아니한 기본권이라고 보아야 할 것이다. 2005. 5. 26. 99헌마513, 2004헌마190(병합), 주민등록법 제17조의8 등 위헌확인 등.

145) 헌재 2002. 10. 31. 99헌바40, 2002헌바50(병합) 등. 형법 제304조 위헌소원. 헌법 제10조에서 보장하는 인격권 및 행복추구권, 헌법 제17조에서 보장하는 사생활의 비밀과 자유는 타인의 간섭을 받지 아니하고 누구나 자기운명을 스스로 결정할 수 있는 권리를 전제로 하는 것이다. 이러한 권리내용 중에 성적 자기결정권이 포함되는 것은 물론이다.

146) 여성차별철폐조약 제16조e에서는 ‘아이의 수 및 출산의 간격을 자유롭게 또 책임을 가지고 결정할 남녀의 동일한 권리’라고 규정하고 있음. 재생산권과 관련하여서는 양현아. (2010). 낙태에 관한 다초점 정책의 요청: 생명권 대(對) 자기결정권의 대립을 넘어. 한국여성학, 26(4), 63-100. 참조.

태죄 조항으로 제한되는 사익인 임부의 자기결정권이 위 조항을 통하여 달성하려는 태아의 생명권 보호라는 공익에 비하여 결코 중하다고 볼 수 없다고 한다. 따라서 자기낙태죄 조항이 임신 초기의 낙태나 사회적·경제적 사유에 의한 낙태를 허용하고 있지 아니한 것이 임부의 자기결정권에 대한 과도한 제한이라고 보기 어렵다는<sup>147)</sup> 것이다.

그러나 여성의 몸과 관련이 깊은 재생산의 영역에서 여성의 자기결정권은 자유주의적, 개인주의적 사고에 바탕을 둔 고립된 개인으로서의 여성의 권리로 이해하기보다는 사회적·법적인 전체적 체계와의 관계 속에서 자기결정권으로 이해할 필요가 있다. 자유주의적 인간관에 따라 사회적 관계성을 무시한 채 추상적 개인에 기초한 자기결정권은 더 이상 개인적인 삶의 형성의 차원이 아니라 장차 태어나는 아이가 사회의 삶에 대한 가치에 상응하는지와 함께 모에 대한 사회적 부담에 대하여도 살펴야 하는 점을 고려하는 자기결정권으로 변하게 되었다. 재생산과정에서 여성의 자기결정권은 사회적 맥락 하에서 복합적인 관계를 고려한 자율성으로 이해될 필요가 있다. 여성의 재생산, 건강은 고도로 삶의 관계와 사회적 사실들에 의해 좌우된다. 낙태결정에서 사회적 맥락을 고려해야 한다는 요청은 낙태결정 당시에는 아직 존재하지 않는 낙태결정 이후의 상황들에 대하여 여성이 항상 불충분하게 준비될 수밖에 없는 데 따른 책임과 부담, 그리고 선택 후 결국은 여성 홀로 그 결과를 떠안아야 하는 것과도 깊은 관계가 있다.

우리사회에서 임신과 출산, 그리고 양육을 하는 과정에서 특히 혼인을 하지 않고 임신을 하는 여성, 미성년자 등의 경우 출산과 낙태, 입양과 양육 사이에서 다양한 '임신 갈등'<sup>148)</sup>에 처하게 되는 경우가 있다. 임신갈등여성을 위한 공적인 관리시스템이 정비되지 않은 현실에서 「형법」 제269조에 따른 원칙적인 낙태금지와 처벌은 여성에게 미래의 고난을 강제하는 것으로서 여성의 자기결정권을 침해하여 임신, 출산, 양육에 수반되는 부담을 여성에게 온전히 떠맡기는 결과를 초래하게 된다.

태아의 생명이 소중하고 보호되어야 한다는 점에 대하여 이의가 있는 사람은 없을

147) 현재 2012. 8. 23. 2010헌바402.

148) 임신 출산갈등 개념은 독일형법 낙태조항상의 임신갈등규정과 '임신갈등의 회피와 극복을 위한 법률(Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten(Schwangerschaftskonfliktgesetz-SchKG) Ausfertigungsdatum: 27.07.1992. Vollzitat: "Schwangerschaftskonfliktgesetz vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398), das zuletzt durch Artikel 14 Nummer 1 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (BGBl. I S. 1722) geändert worden ist". 약칭: 임신갈등법)'에서 착안한 것으로서, 여성이 임신부터 낙태, 출산, 그리고 그 후 입양과 양육에 이르기까지 겪게 되는 갈등을 말함. 신옥주. (2016). '미혼모'의 인권제고를 위한 법제개선방안 비교법적 연구. 법학논집, 21(2), 233-272. p. 236쪽 이하 참조.

것이다. 그러나 수태부터 출산 시까지 모든 시기의 태아와 동일한 생명보호를 함으로써 임신으로 인해 갈등상황에 놓이게 된 여성에게 일방적으로 그 부담을 지우는 것은 바람직하지 못하다. 2012년 헌법재판소 낙태결정에서 소수의견은 다음과 같이 이 점을 잘 적시하고 있다: “태아는 생성중인 인간으로서 생물학적으로 모체 내에서 모체에 종속되어 있어 생명의 유지와 성장을 전적으로 모체에 의존하고 있는 불완전한 생명이며, 임신과 출산은 기본적으로 모(母)의 책임 하에 대부분이 이루어지므로, 원하지 않은 임신 내지 출산이 모(母)와 태아 그리고 우리 사회 전체에 불행한 결과를 초래할 수 있다는 현실(미혼모 문제, 해외입양문제, 영아유기·치사 문제, 고아문제 등)을 감안하면, 임신기간 중 일정 시점까지는 임부의 자기결정권을 존중해 줄 필요가 있다.”

국가의 태아의 생명에 대한 보호의무는 형법적 낙태처벌을 통해서만 달성되는 것은 아니다. 이 점은 낙태죄 판결의 소수의견에서도 태아의 생명보호의무가 출산 후 인간답게 살 수 있는 환경조성까지 포함되어야 함을 잘 설명하고 있다. 위에서 언급한 Vo 사건에서 유럽인권재판소도 국가의 생명보호의무가 형법적 처벌에만 국한되지 않고 권리의 절차적 보장, 행정적 처분, 민사적 제재 등을 포함하는 것으로 이해한다.

헌법재판소를 비롯하여 낙태죄의 유지를 찬성하는 입장에서는 태아의 생명권과 여성의 자기결정권을 대립시키고, 태아의 생명을 절대적인 것으로 보고 태아의 생명을 보호하기 위하여 여성의 자기결정권을 제한할 수 있다는 논리를 전개한다. 그러나 인간이나 생명개념에 관한 고민이나 구체적 논의가 없는 생명존중론은 생명 그 자체에 주목하기보다는 오로지 낙태죄 규정을 유지하는 수단이 될 가능성이 높다. 생명이 있다는 점으로 인해 인간의 생명권과 ‘되어가는 사람’인 태아의 생명에 대한 권리를 동일하게 보기는 어렵다고 본다. 태아를 수정란부터 출산에 이르기까지 동일한 가치를 갖는다고 보는 것은 무리이다. 태아뿐만 아니라 산모의 전 생애에 걸쳐 주기별 삶을 고려하여 인간으로서의 존엄과 가치에서 도출되는 자기결정권도 고려되어야 한다.<sup>149)</sup>

149) 신옥주. (2018). 낙태죄의 위헌성에 대한 고찰. 생명, 윤리와 정책, 2(1), 19-51. pp. 27-34 참조.

### 3. 임신부터 양육까지의 종합적 대책마련의 필요성

#### 가. 임신, 출산과 낙태 및 양육에 대한 유기적 지원 시스템 필요

임신과 낙태 혹은 출산, 입양과 양육은 유기적으로 보고 법제정비와 정책추진이 되어야 한다. 형법상 낙태죄를 개정하고 임신갈등여성에게 상담과 체계적 지원을 하는 시스템을 구축하기 위해서는 독일 형법상 낙태죄의 규정과 임신갈등을 지원하기 위한 임신갈등법이 하나의 대안이 될 수 있을 것으로 생각한다.

독일의 경우 여성이 임신부터 낙태, 출산 후 입양까지 발생하는 갈등을 임신갈등으로 보고 이러한 갈등을 해소 혹은 극복할 수 있도록 연방차원에서 법제 정비와 지원체계를 마련했다. 먼저 「형법」 제218조에서 낙태를 금지한다. 그리고 제218a조에서는 12주 이내의 임신갈등여성에게 상담을 거쳐 3일의 숙려기간 후 의사에 의해 낙태를 허용한다. 여기에서 주목해서 볼 점은 낙태를 고민하는 임신여성을 「형법」에서는 그 이유를 불문하고 ‘임신갈등’에 있는 여성으로 파악하고 이들에게 상담을 통하여 구체적인 조력이 이뤄질 수 있도록 하고 있는 점이다. 임신갈등법에서는 임신갈등상담소에서 모든 사람에게 건강상담과 임신갈등 상황이 발생하지 않도록 예방적 상담활동을 하는 한편, 상담중심으로 임신갈등이 극복 또는 해결될 수 있도록 시스템을 구축하고 있다.

#### 나. 형법의 개정

##### 1) 낙태죄 규정들의 개정

국가는 태아의 생명을 보호하기 위하여 일정한 경우 형벌권을 행사할 수 있다. 그러나 모든 낙태행위를 금지함으로써 국가가 태아의 생명보호를 다 하는 것은 아니다.<sup>150)</sup> 태아의 생명보호는 임부의 신체적·사회적 보호를 포함할 때에야 비로소 실질적인 의미를 가질 수 있다. 따라서 국가는 임신위기여성에게 상담을 제공하고 태아의 출생 후 산

150) 신옥주. (2017). 생명의료영역에서 여성인권존중의 필요성. 법학논집, 22(2), 1-42. pp. 10-11.



모와 영아, 아동이 차별 없이 인간다운 삶을 영위할 수 있도록 여건을 유기적으로 조성하고, 생명존중에 대한 국민인식개선사업 등을 펼침으로써 생명보호의무를 충족할 수 있다.

현행 형법 제269조 낙태죄규정은 비례원칙에 맞지 않게 모의 자기결정권을 침해한다. 태아생명의 보호목적은 정당하고 이를 위하여 낙태를 처벌하는 수단도 적정하다고 볼 수 있지만 어떠한 예외도 허용함이 없이 모든 경우의 낙태를 처벌함으로써 여성의 자기결정권을 최대한 침해하고 있어 침해최소성의 원칙을 견지하지 못한다. 또한 270조의 전문가를 통한 낙태를 처벌함으로써 산모가 낙태를 하고자 하는 경우 전문적 도움을 받을 수 없게 되므로 제269조 낙태죄의 개정과 더불어 반드시 개정되어 의사를 통한 낙태만이 처벌되지 않도록 규정될 필요가 있다.

먼저 제269조에서 낙태를 처벌한다. 그리고 동의와 의사에 의한 낙태를 원칙으로 제270조에서 일정한 경우 낙태를 처벌하지 않도록 할 필요가 있다. 또한 낙태 시 배우자의 동의는 삭제되어야 한다. 제1항에서 상담조건부 낙태를 착상 후 12주 내에서 불처벌로 규정할 필요가 있다. 또한 현행 모자보건법 제14조의 정당화사유를 형법으로 포섭하여 규정할 필요가 있다. 그러한 경우 제270조 제2항 이하로 구성할 필요가 있다. 제2항 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 정신장애나 신체질환이 있는 경우, 제3항 강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우 제4항 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우 제5항 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우 등이 될 것이다.

현재 많이 논의가 되고 있는 모자보건법 제14조에 사회·경제적 사유를 추가하는 의견<sup>151)</sup>은 문제가 있다고 생각한다. 사회적 사유의 구체적 예로는 미혼임신, 아동복지법상 아동임신, 기혼여성의 경우 피임실패, 혼인외 임신, 이혼 후 전 남편의 임신, 임신후 사별, 자녀가 이미 많은 경우의 임신 등 다양하다. 경제적 사유는 경제적 궁박을 이유로 하는 낙태를 의미한다. 그러나 출산은 경제적 손해를 증가시키는 손해가 아니다. 대법원은 원치 않은 자녀출산에 대하여 손해배상책임을 부정함으로써 이러한 시각을 보여주고 있다.<sup>152)</sup> 독일 연방 헌법재판소도 출생은 손해가 아니라고 판단하고 있다.<sup>153)</sup>

151) 임웅, (2005). 낙태의 비범죄화에 관한 연구. 성균관법학, 17(2), 371-391. pp. 386, 389.

152) 대법원 1999.6.11. 선고 98다22857 판결. 원치않은 출산과 손해배상책임.

153) BVerfGE 88, 203.

동 재판소는 법률적으로 자녀의 존재를 손해의 원천으로 특징짓는 것은 헌법상 고려될 수 없다고 하면서 모든 사람을 그 존재에 있어서 그 자체로서 존중하여야 할 모든 국가 권력의 의무는 자녀를 위한 양육의무를 손해로 파악하는 것을 금지한다고 판시하고 있다.<sup>154)</sup>

인간은 사회적 동물이다. 사회적 유대관계를 유지하면서 인격을 형성하게 된다. 먼저 국가가 사회·경제적 사유로 인한 낙태를 고려하지 않도록 사회적 편견, 다양한 가족수용 문화를 위한 사회적 환경을 조성할 필요가 있다. 이러한 여건의 조성 없이 사회·경제적 사유로 인한 낙태를 허용하는 것은 국가의 사회국가원칙에 따른 책임을 다하지 않고 낙태를 정당화함으로써 그 의무를 회피해 버리는 결과를 야기하는 것이며, 사회·경제적 사유로 강제된 낙태가 되기 때문에 여성의 자기결정권의 행사라고 보기도 어렵다.<sup>155)</sup>

## 2) 영아살해죄와 영아기아죄 규정의 폐지

형법 제251조에 따라 ① 직계존속이 치욕을 은폐하기 위하여나 ② 양육할 수 없음을 예상하거나 ③ 특히 참작할 만한 동기로 인하여 분만 중 또는 분만직후의 영아를 살해한 때에는 10년 이하의 징역에 처하게 된다. 부양의무가 있는 직계존속이 사회·경제적 동기, 특히 참작할 만한 동기로 분만 중이나 직후에 사람을 살해하는 경우, 이를 참작하여 일반살인죄에 비해 감경하고 있는 것이다.<sup>156)</sup>

영아유기의 경우도 형법 제272조에서 직계존속이 치욕을 은폐하기 위하여나 양육할 수 없음을 예상하거나 특히 참작할 만한 동기로 인하여 영아를 유기한 때에는 2년 이하의 징역 또는 300만 원 이하의 벌금에 처한다고 규정함으로써 역시 일반유기에 비하여 감경하고 있다. 이 또한 사회·경제적 동기인 ‘직계존속이 치욕을 은폐하기 위하여나 양육할 수 없음을 예상하는 경우’ 뿐만 아니라 ‘특히 참작할 만한 사유’로 자기의 돌

154) 연방대법원은 시종일관 원치 않은 출생에 대한 손해 인정 ‘자녀의 양육비를 손해로 인정하는 것은, 자녀 그 자체를 손해로 보는 것이 아니라, 계획에 어긋난 출산으로 인하여 발생한 부모의 양육비 부담을 손해로 보는 것이며, 이처럼 자녀와 그로 인한 양육비의 부담을 분리하여 관찰하는 것은 결코 인위적인 분할이 아니라는 손해배상법상 많은 대응사례가 있음. BGHZ 76, 249; 76, 259, 390.

155) 신옥주. (2012). 실질적 성평등 실현의 관점에서 살펴본 이명박정부 성평등정책 평가 및 제언. 민주법학, 50, 219-270. 배종대. (2006). 형법각론. 서울: 홍문사. p. 162에서도 같은 취지로 서술.

156) 영아살해죄 발생건수를 보면 1990년 7건이었다가 1992년 20건으로 급증하였음. 그 후 1999년 18건, 2000년 17건, 2002년 10건으로 감소한 상태로 발생하다 2010년 18건으로 증가하고, 2012년에는 16건이 발생함. 22년 동안 20건 이상 발생한 해는 1992년 한 해뿐이고, 10건에서 18건이 12년, 3건에서 9건 발생한 해가 9년임. 신옥주. (2018). 낙태죄의 위헌성에 관한 고찰. 생명, 윤리와 정책, 2(1). 19-51. p. 35.

봄 하에 있는 직계존속을 유기하는 경우 감정을 하고 있는 것이다.

독일의 경우에도 구 형법 제217조에서 “혼인외의 아동을 분만 중 또는 분만 직후에 살해한 모는 3년 이상 15년 이하의 자유형에 처한다”는 규정을 두고 있었다. 사회적 배제, 직업의 상실, 전신효과 등 사회적 압력을 근거로 하여 불법행위가 경감된다는 데에서 기인하였다. 혼인 중의 영아에 대한 살해에 대해서는 동 규정이 적용되지 않았다. 그러나 동 규정은 사회의 변화와 더불어 혼인외 자에 대한 인정과 이들의 동등지위가 인정이 되고 더 이상 시대에 맞지 않는 것으로 평가되어 1998년 삭제되었다.<sup>157)</sup> 현행 형법에서는 영아살해나 유기에 대하여 특별한 감경사유를 두지 않고 영아살해는 제 211조의 일반살인죄로 평가될 수 있으며, 영아유기의 경우도 형법 제221조부터 213조에서 일반유기에 따라 처벌받게 된다.

어떤 이유로든 신생아를 양육하지 않겠다는 산모에게 출생을 강요하는 것은 문제이다. 출산을 강요한 후 치욕 은폐 등을 위한 유기나 살해를 감경하는 것도 매우 큰 모순이라고 할 것이다. 현행 형법상 낙태죄의 경우 태아의 절대적 생명보호를 위하여 착상이 된 이후에는 시기를 구분하지 않고 동일하게 처벌하고 있음에 비해 살아서 태어난 영아에게는 사회·경제적 동기인 ‘직계존속의 치욕을 은폐하기 위하여’ 살해하는 경우, 그리고 유기하는 경우에도 감경하고 있는 것은 규정의 타당성과 법체계의 정당성을 상실하였다고 볼 수 있다. 따라서 낙태죄 규정의 개정과 더불어 삭제될 필요가 있다고 생각한다.<sup>158)</sup>

#### 다. 모자보건법의 개정

모자보건법 제14조를 형법으로 이동하고 모자보건법은 건강한 임신, 출산과 관련하여 필요한 내용으로 구성될 필요가 있다. 독일의 임신갈등법과 같은 내용을 삽입하여 형법상 낙태규정과 연동되는 낙태전 상담제도를 도입할 필요가 있다. 또한 낙태를 하지 않고 익명으로 출산하는 경우를 위하여 제한적 익명출산제도, 즉 일정 기간까지만

157) 신옥주. (2018). 낙태죄의 위헌성에 관한 고찰. 생명, 윤리와 정책, 2(1), 19-51. p. 36.

158) 전보경. (2013). 영아살해죄의 규정과 해석에 관한 비판적 고찰. 법학논총, 37(3), 169-192. p. 181; 동조항의 폐지 또는 해석론에 대해서는 성낙현. (2010). 영아살해죄의 해석론과 입법론. 법조, 59(7), 5-39. p. 5 이하; 이영란. (2002). 형법에서의 여성의 인권. 아시아여성연구, 41, 99-135. pp. 109-114 참조.

산모의 사생활의 비밀과 자유가 보장되는 출산제도의 도입이 고려될 필요가 있다.

독일의 임신갈등법 제6편은 제한적 익명출산제도인 신뢰출산제도를 규정하고 있다. 신뢰출산과 관련된 친모의 익명성은 1회 임신상담소에서 밝혀진다. 친모의 근원증명서류는 밀봉되어 가족과 시민사회 업무를 위한 연방청에 이송되어 보관되며, 이후에서의 모든 절차는 친모의 가칭으로 문서화됨으로써 친모의 익명성이 보장된다. 익명출산 아동의 경우 만 16세에 달한 아동은 자신의 친모에 대해 알 권리를 행사하게 되며, 이를 통해 자신의 뿌리를 알 권리가 보장된다. 즉, 신뢰출산아동은 법제31조 제1항에 따라 만 16세가 되면 가족과 시민사회를 위한 업무 연방청에 보관되어 있는 근본증명을 열람하거나 복사본을 요청할 권리가 있다. 또한 법제31조 제2항에 따라 친모는 아동이 만 15세가 된 후부터 상담소에 그녀의 가칭으로 열람권에 대항하는 본인의 이익들을 설명할 수 있다. 상담소는 친모에게 도울 수 있는 방안들을 알려주고 두려움을 주는 위협으로부터 방어를 할 수 있게 그녀가 취할 수 있는 조치들에 대하여 설명해 준다. 신뢰출산제도를 통해 논란이 많은 베이비박스과 완전한 익명출산의 가능성에 대하여 새로운 대안이 제시되고 있는데, 이를 통해 위기상황에 처해 있는 임신부의 익명성에 대한 염원과 아동의 자신의 뿌리를 알 권리가 알맞게 충족되었다고 할 수 있다. 또한 임신갈등문제의 해결을 위해 상담중심의 접근을 한 점도 높이 평가할 수 있다. 언제 어디서나 접근가능한 상담소의 설치 및 직통전화 개설과 끊임없는 대중작업을 통해 임신갈등여성이 손쉽게 상담소에 접근할 수 있는 체제를 갖춘 점도 긍정적으로 평가될 수 있다.<sup>159)</sup>

#### 4. 결 론

2010년 보건복지부에서 실시한 인공임신중절 실태조사 연구에서 만 15세~44세 가임기 여성 전체 인공임신중절 178,738건 가운데, 여성의 인공임신중절 사유로 응답자의 50.7%가 원하지 않는 임신 때문, 다음으로 미혼이어서가 26.4%를 차지했으며, 기타 사유로 10대여서 또는 졸업을 위해서가 1.0%를 차지했다. 사실상, 원하지 않는 임신 및 미혼과 10대 및 졸업을 이유로 한 상황을 모두 합하면 78.1%를 차지한다. 또한 영아유기도 많은데 특히 베이비박스에 유기되는 아동의 한 해 평균 200명 이상이다.

159) 제한적 익명출산제 혹은 신뢰출산제도에 대해서는 신옥주, (2014), 독일의 입법례를 중심으로 살펴본 제한적 익명출산제도의 도입 필요성에 관한 연구. 한양법학, 25(4), 331-367 참조.

베이비박스에 아이를 버리는 행위는 아동 유기·방임의 범죄이다. 양육할 수 없는 미혼 모의 원치 않는 출산은 다른 범죄 혹은 또 다른 비극으로 이어질 수 있다.

형법 제269조에서는 임신여성의 낙태를 예외 없이 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처하도록 규정한다. 그리고 제270조에서는 낙태시술을 한 의사 등에 대한 처벌규정을 두고 있다. 모자보건법 제14조에서는 예외적으로 본인과 배우자의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있도록 하고 있다. 이 규정에 따라 ① 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우 ② 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우 ③ 강간 또는 준강간에 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 낙태는 처벌되지 않는다. 이러한 원칙적 낙태금지, 예외적 허용 방식은 국가의 출산정책과 여성 몸의 객체화에도 긴밀한 관계가 있다. 국가는 여성의 출산을 통제함으로써 인구를 조절하려는 정책을 펼쳐왔다. 이에 따라 여성의 몸이 국가 인구정책을 실현하기 위한 중요한 수단으로 여겨짐으로써 여성은 임신과 출산을 결정하는 중대한 문제에서 주체가 되지 못한 채 자신들의 문제에서 소외돼 왔다. 국가는 형법상 낙태죄와 모자보건법상 낙태불처벌 규정을 도외시하거나 매우 엄격하게 적용하려고 시도하면서 출산대책을 수립했다. 이 점은 박근혜 정부에서 저출산 대책으로 낙태금지를 내세우면서 모자보건법상 허용되는 낙태수술이외의 낙태수술을 불법낙태수술로서 ‘비도덕적 진료행위’로 규정하고 처벌을 강화했다. 이 점은 의료법시행령과 시행규칙을 개정하려고 시도했던 것에서도 잘 나타난다.

형법상 낙태죄와 모자보건법상 임신중절시술의 경우와 관련되는 논의에서 임신과 출산영역에서 여성주체성의 회복이 시급하다. 지금까지는 여성의 몸과 관련된 법제는 의에서 여성이 소외된 채 인구정책적 고려에서 논의가 진행되었고 여성은 임신하여 아이를 잘 기르는 존재로만 여겨졌다. 여성의 주체성을 회복하기 위해서 인구정책적 접근과 임신과 출산 등 영역에 대한 접근을 분리시켜야 한다. 현재 논의되고 있는 저출산 시대에 대한 다양한 접근으로 임신과 출산 영역에서 다양한 지원방안을 마련한다는 것은 기존의 인구정책적 접근을 반복하여 여성에게 임신과 출산에 대한 역압을 야기할 소지가 있다. 낙태 외에 임신, 출산, 양육 등의 여성의 재생산 활동이나 여성이 처하고 있는 구조적 현실과 관련하여 여성의 낙태와 관련된 법제정비에 있어서 여성의 동의를

바탕으로 하는 사회적 합의가 중요하다. 여성은 남성과 동일한 주체임과 동시에 자신의 미래와 자신과 연관된 사회를 구성할 권리가 있다.

여성의 재생산에 대한 자기결정권은 임신과 출산에 대해 스스로 결정하고 그 결과를 감당하는 것으로서 헌법 제10조의 인간의 존엄과 가치에 뿌리를 둔 인격권에서 그 근거를 도출할 수 있다. 현행 형법에서는 모자보건법의 사유가 아니면 임신 전 기간에 걸쳐 낙태를 금지함으로써 국가가 최대한 태아의 생명을 보호하고 있으나 이로 인해 다른 한편으로 여성이 임신과 출산과 관련해 자신의 몸에 대해 스스로 판단하고 결정할 수 있는 권리를 전혀 보호받지 못하게 된다. 따라서 양자의 조화로운 보장방법을 강구할 필요가 있다. 모자보건법상의 낙태정당화 사유로 인한 인공임신중절은 임신유지를 하는 것이 심신의 건강을 매우 크게 해치게 되는 특정한 사유들로 인한 것이어서 여성이 자유로이 판단하고 선택한 자기결정권의 행사라고 보기 어렵다. 국가는 태아의 생명을 보호하기 위하여 일정한 경우 형벌권을 행사할 수 있다. 그러나 모든 낙태행위를 금지함으로써 국가가 태아의 생명보호를 다 하는 것은 아니다. 태아의 생명보호는 임부의 신체적·사회적 보호를 포함할 때에야 비로소 실질적인 의미를 가질 수 있다. 따라서 국가는 임신위기여성에게 상담을 제공하고 태아의 출생 후 산모와 영아, 아동이 차별 없이 인간다운 삶을 영위할 수 있도록 여건을 유기적으로 조성하고, 생명존중에 대한 국민인식개선사업 등을 펼침으로써 생명보호의무를 충족할 수 있다.

현재 ‘낙태죄 폐지 논의’는 크게 사회적·경제적 사유에 의한 낙태를 허용 또는 임신 초기의 낙태죄 처벌의 두 가지 방향으로 전개되고 있다. 먼저 낙태죄 폐지 논의 중 현재 낙태의 대부분이 사회적·경제적 사유로 인한 것이므로 모자보건법 제14조의 낙태정당화사유에 사회적·경제적 사유를 추가하자는 주장에 대해서는 동의하기 어렵다. 사회·경제적 사유로 인한 낙태는 모자보건법상의 낙태 정당화사유와는 전혀 다른 성격을 가진다. 불륜, 미성년, 미혼모 등의 사회적 상황으로 인해, 혹은 경제적 궁핍함으로 인해 행해지는 낙태는 여성의 재생산에 대한 자기결정에 따른 자유로운 결정에 따른 것이 아니다. 사회·경제적 환경으로 인해 출산을 할 수 없어서 낙태를 하는 강제된 비자발적 낙태인 것이다. 국가는 여성이 사회·경제적 사유로 강요된 낙태를 하지 않도록 사회국가원칙에 따라 사회·경제적 조건을 형성하고 국민의 인식개선사업을 적극적으로 도와야 한다. 즉, 경제적 취약계층이 임신, 출산, 양육에 있어서 인간다운 삶을 향유하기 위한 사회적 급부를 받고, ‘미혼모’에 대한 사회적 차별이 제거되어야 하는 것이다.

따라서 현행 형법상 낙태죄 규정을 임신초기 단계에서의 여성의 재생산에 대한 자기 결정권과 조화를 이룰 수 있도록 하는 방안이 고려될 필요가 있다. 미국의 기한방식에 따라 임신초기 3개월은 자유낙태가 임신부의 사생활의 자유로서 보호되는 해결방안도 고려할 수 있으나, 이보다는 임신, 낙태, 출산, 입양, 양육을 유기적으로 연계하는 시스템을 가진 독일의 방안이 좀 더 적합하다고 생각한다. 독일의 경우 여성이 임신부터 낙태, 출산 후 입양까지 발생하는 갈등을 임신갈등으로 보고 이러한 갈등을 해소 혹은 극복할 수 있도록 연방차원에서 법제 정비를 하고 지원체계를 마련했다. 먼저 형법 제 218조에서 낙태를 금지한다. 그리고 제218a조에서는 12주 이내의 임신갈등여성에게 상담을 거쳐 3일의 숙려기간 후 의사에 의해 낙태를 허용한다. 여기에서 주목해서 볼 점은 낙태를 고민하는 임신여성을 형법에서는 그 이유를 불문하고 ‘임신갈등’에 있는 여성으로 파악하고 이들에게 상담을 통하여 구체적인 조력이 이뤄질 수 있도록 하고 있는 점이다. 임신갈등법에서는 임신갈등상담소에서 모든 사람에게 건강상담과 임신갈등 상황이 발생하지 않도록 예방적 상담활동을 하는 한편, 상담중심으로 임신갈등이 극복 또는 해결될 수 있도록 시스템을 구축하고 있다. 임신갈등여성에 대한 상담은 결론을 제시하지 않는 개방적 상담이며, 내용은 출산 후 아이와 함께 인간다운 생활하기에 충분한 급부의 내용에 대한 구체적이고 상세한 정보, 조력기관 및 유관단체들에 대한 정보제공에 이르기까지 광범위하다. 임신갈등여성은 상담 후 3일의 숙려기간을 거쳐 임신중단을 할 수 있다. 또한 임신갈등여성은 제한적 익명출산을 선택할 수 있는데, 그 경우 임신갈등상담소에 익명출산을 밝히는 제1회 상담에서만 실명을 밝히게 되며, 그 서류는 국가가 보관한다. 그 이후 진료, 치료, 출산, 출생신고, 신분등록까지의 모든 절차에서 산모는 서류에서 익명으로 남게 된다. 양육포기된 아동은 입양되며 아동에게는 16세가 되면 자신의 친모에 대한 서류를 열람할 권리가 보장된다. 출산 후 아동과 함께 생활하는 경우 우리나라와 같이 ‘미혼모’에 대한 사회적 편견이 없고 인간다운 삶을 향유하기에 충분한 다양한 경제적 급부와 주택지원 등을 받게 된다.

## <참고문헌>

- 국제신문. (2018. 7. 5.). 위라벨 등 부모 삶의 질 개선 초점, 정책 패러다임 전환...출산을 제고.  
URL: <http://www.kookje.co.kr/news2011/asp/newsbody.asp?code=&key=20180706.22005002506>
- 대검찰청. (2016). 2016년 검찰연감.
- 대법원. 1963. 2. 28. 선고 62도241 판결.  
\_\_\_\_\_. 1967. 9. 19. 선고 67도988 판결.  
\_\_\_\_\_. 1999. 6. 11. 선고 98다22857 판결.
- 문한나. (2017). 낙태죄 폐지논란으로 바라본 여성의 주체성 회복의 필요성과 개선방안. 생명윤리, 18(2), 57-76.
- 박찬걸. (2010). 낙태죄 합리화 정책에 관한 연구. 법학논총, 27(1), 199-222.
- 배종대. (2006). 형법각론(제6전정판). 서울: 홍문사.
- 성낙현. (2010). 영아살해죄의 해석론과 입법론. 법조, 59(7), 5-39.
- 손명세, 강명신, 장석일, 김해중, 박길준, 남정모, ... 김은미. (2011). 전국 인공임신중절 변동 실태조사. 서울: 보건복지부, 연세대학교.
- 신동일. (2010). 모자보건법 제14조: 개정 필요성과 방향. 안암법학, 32(0), 143-172.
- 신옥주. (2012). 실질적 성평등 실현의 관점에서 살펴본 이명박정부 성평등정책 평가 및 제언. 민주법학, 50, 219-270.  
\_\_\_\_\_. (2014). 독일의 입법례를 중심으로 살펴본 제한적 익명출산제도의 도입 필요성에 관한 연구. 한양법학, 25(4), 331-367.  
\_\_\_\_\_. (2016). '미혼모'의 인권제고를 위한 법제개선방안 비교법적 연구. 법학논집, 21(2), 233-272.  
\_\_\_\_\_. (2017). 생명의료영역에서 여성인권존중의 필요성. 법학논집, 22(2), 1-42.  
\_\_\_\_\_. (2018). 낙태죄의 위헌성에 관한 고찰. 생명, 윤리와 정책, 2(1), 19-51.
- 신현호. (2010). 낙태죄에 관한 제문제. 저스티스, 121, 370-413.
- 양현아. (2010). 낙태에 관한 다초점 정책의 요청: 생명권 대(對) 자기결정권의 대립을 넘어. 한국여성학, 26(4), 63-100.
- 오영인, 이열. (2017). 낙태절차에 관한 미국 연방대법원 결정이 우리나라 낙태규제에 주는 시사점. 미국헌법연구, 28(3), 151-185.
- 이경직. (2007). 낙태에 대한 한국 교회의 입장. 기독교와 인문학, 8, 63-93.
- 이병규. (2012). 낙태에 대한 헌법적 논의. 법학논총, 28, 135-168.



- 이선순. (2014). 낙태논쟁 속 법담론의 탈관계성 비판: 낙태죄 헌법소원을 중심으로. 젠더와 문화, 7(1), 169-203.
- 이영란. (2002). 형법에서의 여성의 인권. 아시아여성연구, 41, 99-135.
- 이재학. (2017). 낙태죄의 비범죄화 논란에 대한 소고-생명과 자유의 화합의 관점에서. 법학논고, 59, 113-151.
- 임웅. (2005). 낙태죄의 비범죄화에 관한 연구. 성균관법학, 17(2), 371-391.
- 전보경. (2013). 영아살해죄의 규정과 해석에 관한 비판적 고찰. 법학논총, 37(3), 169-192.
- 조희원. (2013). 한국의 낙태규제정책: 쟁점과 딜레마. OUGHTOPIA: The Journal of Social Paradigm Studies, 28(1), 109-138.
- 주호노. (2012). 낙태에 관한 규정의 현황과 모자보건법의 합리적 개정방안. 한국의료법학회지, 20(2), 51-81.
- 최규진. (2017). 낙태죄의 역사. 의료와사회, 8, 262-273.
- 최현정. (2016). 낙태죄의 문제점 및 개선방향. 이화젠더법학, 8(3), 225-258.
- 한국일보. (2017. 4. 24.). 각종 보육정책, 출산율 제고 효과 못 내. URL: [http://www.hankookilbo.com/News/Read/2017\\_04240413011055](http://www.hankookilbo.com/News/Read/2017_04240413011055)
- 한의학신문. (2018. 2. 7.). 저출산 예산 10년새 7배 늘었지만... 출산율 제자리. URL: <http://www.akomnews.com/?p=391299>
- 헌법재판소. 1998. 5. 28. 96헌가5. 기부금품모집금지법 제3조 등 위헌제청.
- \_\_\_\_\_. 2002. 10. 31. 99헌바40·2002헌바50(병합). 형법 제304조 위헌소원
- \_\_\_\_\_. 2005. 5. 26. 99헌마513·2004헌마190(병합). 주민등록법 제17조의8 등 위헌확인.
- \_\_\_\_\_. 2008. 7. 31. 2004헌바81. 민법 제3조 등 위헌소원.
- \_\_\_\_\_. 2009. 11. 26. 2008헌마385. 연명치료 중단 등에 관한 법률의 입법부작위 위헌 확인에 관한 헌법소원.
- \_\_\_\_\_. 2012. 8. 23. 2010헌바402. 형법 제270조 제1항 위헌소원.

- Anna Catherin Loll, Rene Althammer. (2010). *Vergessene NS-Opfer – Zwangssterilisierte kämpfen um ihr Recht* In: Kontraste.
- A. Scheulen. (2005). *Zur Rechtslage und Rechtsentwicklung des Erbgesundheitsgesetzes 1934*.
- BVerfGE 39, 1 – Schwangerschaftsabbruch I.  
88, 203 – Schwangerschaftsabbruch II.
- Frankreich in Deutschland. Französische Botschaft in Berlin. [Website]. (2018. 10. 28.).  
Retrieved from <https://de.ambafrance.org/40-Jahre-Loi-Veil-Der-Schwangerschaft-sabbruch-in-Frankreich>
- Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG).
- Gonzales v. Carhart, 550 U.S. 124 (2007).
- Katja Neppert. (1997). Warum sind die NS-Zwangssterilisierten nicht entschädigt worden? In: *Halbierte Vernunft und totale Medizin. Zu Grundlagen, Realgeschichte und Fortwirkungen der Psychiatrie im Nationalsozialismus* Hrsg. M. Hamann und H. Asbek, Berlin, S. 219.
- Kerstin Blau. (2005). Neuere Entwicklung in der Schutzpolitik des RGMR am Beispiel des Falles ‘Vo/Frankreich’. *Heft 3-2005-ZEuS*. S. 402–410.
- Mazureck v. Armstrong, 520 U.S. 968 (1997).
- Nr. 7400 – Erk. v. 11 Oktober 1974, C 8/74.
- Planned Parenthood Assn. v. Ashcroft, 462 U.S. 476 (1983).
- Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey, 505 U.S. 833 (1992).
- Roe v. Wade, 410 U.S. 113 (1973).
- Webster v. Reproductive Health Services, 92 U.S. 490 (1989).

### III. 의료법·윤리적 관점에서의 정책 방향

김소윤 (연세대학교 의료법윤리학과 교수)

지난 50여 년간 우리나라 뿐 아니라 전 세계적으로 인공임신중절과 관련한 정책은 산아제한, 인구통제라는 측면에서 강조되었다. 그러나 지금은 인공임신중절도 개인의 선택이면서 남성과 여성의 성적·생식적 관점에서 바라보고 자기결정권의 측면에서 논의가 이루어져야 한다는 부분이 강조되고 있다. 따라서 성과 생식에 대한 자기결정권 안에서 보건의료의 넓은 관점을 취함으로써, 성에 의해 전파되는 질환에서부터 난임, 인공임신중절, 생식기계의 종양, 여성의 주체적 결정 등의 이슈를 종합적으로 고려하는 정책의 필요성이 대두되고 있는 실정이다.

따라서 궁극적으로 인공임신중절은 찬성과 반대의 논리에서 벗어나 남녀의 성, 생식 보건 및 자녀계획 필요라는 맥락에서 실제적인 인공임신중절 예방정책을 수립하여야 한다. 여기에서 언급해야 하는 자녀계획 필요란, 과거의 산아제한이라는 한 가지 목표에 치우친 자녀계획이 아니라 임신을 원하지 않거나 미루길 원하면서도 피임을 하지 않는 가임기 여성에 대한 적극적인 정책개입을 말한다. 이를 통해 피임과 임신과 출산까지 이어지는 자녀계획 관련 보건의료의 수요와 공급 측면에서 인공임신중절을 포함시켜 바라볼 때가 되었다.

인공임신중절에 대한 다양한 논란을 간과하고 생명존중에 따른 도덕적, 종교적 관점만을 강조하는 것은 인공임신중절을 시행할 수밖에 없다고 결정한 다양한 이유를 상쇄시키고 해당 문제를 매우 좁은 관점에서만 논의할 수밖에 없도록 제한한다. 일반적으로 인공임신중절에 대하여 찬성하는 측의 주장은 여성 스스로에 대한 육체의 소유권과 그 일부로서의 태아를 중심으로 여성이 자신의 신체에 대하여 자기결정권을 가지고 있다는 것이다. 따라서 여성 스스로 어머니가 될 것인가 혹은 언제 될 것인가의 문제를 결정할 수 있다는 것이 인공임신중절을 찬성하는 입장의 주장이다. 이와 반대로 인공임신중절을 반대하는 입장은 태아의 적극적인 생명권을 주장하는 것이다. 이러한 주장의 기본 근거는 ‘태아는 곧 인간’이라는 것이다. 따라서 인간을 죽이는 것은 일종의 살인행위이며 이에 따라 인간인 태아를 죽이는 것은 잘못된 일이라는 것이 인공임신중절

을 반대하는 입장의 주장이다. 문제는 이러한 찬반의 논리의 틀에서 인공임신중절을 바라본다면 현재 진행되는 인공임신중절에 대한 모든 논의는 평행선을 달릴 수밖에 없다. 따라서 현실에서의 인공임신중절은 앞서 언급하였듯이 찬반의 논리에서 벗어나서 보건학적, 사회·문화적, 경제적 관점 등의 다양한 방향에서 바라보는 것이 필요하다. 이러한 관점에서 단순히 도덕적으로 또는 종교적, 법적으로 나타나는 사회적 낙인은 인공임신중절의 문제를 명확히 추산하고 이를 파악하여 예방하는 것에 도움이 되지 않는다.

그렇다면, 인공임신중절의 예방 정책의 주요 방향을 무엇으로 맞춰야 하는가?

지난 2011년 보건복지부의 연구용역을 통해 진행된 「전국 인공임신중절 변동 실태조사」의 결과를 살펴보면 실제 인공임신중절의 가장 큰 사유로 ‘원치 않는 임신’의 빈도가 높게 나타났다. 이것은 결국 인공임신중절 자체가 그 시술의 당사자인 여성의 신체에 좋지 않은 영향을 끼침에도 ‘원치 않는 임신’으로 인공임신중절을 선택할 수밖에 없음을 나타낸 것이다. 따라서 당시의 연구결과를 통해 유추할 수 있는 것은 인공임신중절의 예방은 결국 ‘원치 않는 임신’을 예방할 수 있는 정책이 필요하다는 것이었다. 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 알코올에 노출될 가능성이 높다. 4) 따라서, 원치 않는 임신이 출산으로 이어질 경우에는, 저체중아, 영아사망, 아기학대 등의 가능성이나 건강한 성장발육을 위한 자원이 충분치 않을 가능성이 높다(손명세 등, 2011). 즉, 원치 않는 임신 그 자체가 산모의 건강 뿐 아니라 궁극적으로 태아의 건강에도 악영향을 끼칠 수 있기 때문에 원치 않는 임신을 통한 인공임신중절 또는 출산에 대하여 정책적으로 예방할 수 있는 방안이 필요하다는 것을 강조하고 있는 것이다.

2018년 진행된 한국보건사회연구원의 인공임신중절 실태조사 역시 이러한 방향에서 크게 벗어나지 않는다. 다만 올해 진행된 연구의 결과에서 더욱 명확하게 파악할 수 있는 것은 포괄적으로 ‘원치 않는 임신’이라는 것이 구체적으로 어떤 사유에 의해 인공임신중절을 하게 되었는가에 대하여 확인할 수 있었다는 것이다. 그 결과를 살펴보면 결국 원치 않는 임신의 구체적 사유는 복수응답을 포함한다 하더라도 ‘경제상태에 따른 양육의 어려움’, ‘학업, 직장생활 등 사회활동의 지장’ ‘자녀계획’, ‘상대 배우자와의 관계 문제’ 등 사회·경제적 문제가 절반 이상을 차지하고 있었다. 따라서 ‘원치 않는 임신’이라는 큰 명제 하에 대부분의 사유는 상대방의 아이를 원하지 않는 단순한 이유를 포함하여 많은 경우가 사회·경제적 사유에 의한 것임이 명확하게 드러났다고 볼 수 있다. 또한 ‘학업, 직장생활 등 사회활동의 지장’ ‘상대 배우자와의 관계 문제’ 등의 사유는 응답 여성의 연령이 낮을수록 특히 미성년자이거나 미혼일수록 그 응답빈도가 상대적으로 높았다. 이것은 여성의 사회적 진출 및 출산, 육아에 대한 국가적인 책임과 의무를 바탕으로 사회·문화적으로 안전한 임신과 출산이 보장되어야 함을 보여주는 하나의 예라고 할 수 있을 것이다.

이번 인공임신중절 실태조사와 과거의 조사를 비교하여도 크게 변하지 않은 것은 실제 효과를 기대하기 어려운 질외사정에 의존하거나 피임효과가 완벽하다고 보기는 어려운 콘돔, 월경주기법 등의 방법을 활용하는 빈도가 높다는 것이다. 또한 성관계를 통해 임신이 될 줄 몰랐기 때문에 피임을 하지 않았다는 응답, 파트너가 피임도구의 사용이 불편하기 때문에 파트너의 판단에 따라 피임을 하지 않았다는 응답도 상당수 있다는 점에 주목할 필요가 있다. 따라서 원치 않는 임신을 예방하기 위하여 가장 선행되어야 할 것은 결국 임신과 출산에 대한 명확한 성교육과 성윤리의식의 고취, 출산과 육아에 대한 직접적인 교육이다.

우선, 임신을 목적으로 한 성행위가 아니라 할지라도 철저하고 완벽한 금욕생활을 제외하고 성행위 시 임신의 가능성은 피임도구나 약물을 사용하더라도 완벽하지 않다는 점을 남녀 모두에게 반드시 인지시킬 필요가 있다. 또한 이러한 문제로 인하여 직접적인 피임을 하지 않는 경우, 응급피임이 꼭 필요함을 주지시킬 필요가 있다. 또한 이러한 구체적 정보에 대하여 공인된 기관(교육기관을 포함)을 통한 직접적인 교육이 필요하다. 연구결과에서 피임에 대한 정보나 지식습득의 통로로 주요하게 나타난 것은

‘인터넷 등의 언론매체’와 ‘학교 교육’, ‘지인 등’이다. 문제는 인터넷 등의 언론매체를 통해 얼마나 정확하고 믿을만한 정보가 확인되고 이것을 공유하는지에 대한 법적·제도적 장치가 전혀 없다는 것이다. 따라서 학교나 의료기관 등의 공인된 기관을 통하여 전문가가 직접적인 성관련 지식과 정보를 전달할 수 있는 교육체계가 우선시 되고 이러한 제도적 접근이 미성년자를 포함한 남녀 모두에게 제한 없이 이루어 질 수 있도록 우선되어야 한다.

특히, 이러한 성지식 및 정보와 관련된 내용은 여러 선진국의 사례를 통해 확인할 수 있듯이 학교 등의 공인 교육기관을 통해 초·중·고등학교 때부터 단계별로 구체적인 교육을 진행할 필요가 있다. 이러한 예로 스웨덴, 노르웨이, 핀란드를 비롯한 북유럽 국가들이 대표적이다.

그중에서도 스웨덴은 세계에서 성교육이 가장 발달한 나라로 알려져 있다. 스웨덴은 지난 1956년부터 아동 성교육을 의무화했다. 그리고 성지식 및 정보에 대한 교육을 단계별로 진행하여 만 4세부터 연령에 맞춰 성교육을 받고, 15세가 되면 피임에 대해 교육을 받는다.

여기서 논란이 될 수 있는 것은 우리나라의 경우, 미성년자의 성적 접근과 접촉에 대하여 금기시 하고 있다는 것이다. 그러나 더 큰 문제는 이것이 결국 소극적이고 폐쇄적인 성교육으로 이어지고 있으며 그 결과 미성년자에게 제대로 된 성인식과 정보가 차단된 채 그릇된 성문화와 정보가 인터넷 등의 매체를 통해 무분별하게 퍼지고 있다는 것이다. 즉, 미성년자에게 무분별한 성적 접근을 허용하는 것이 아니라 그릇된 정보를 차단하고 올바른 인식과 내용을 전파하는 형식으로 성교육이 활성화 될 필요성이 있다는 것이다.

극단적인 예로 미성년자에 의한 성폭력 등의 문제에 있어 피해자가 반대로 무분별하고 마치 성적으로 문란한 것처럼 낙인되는 것 역시 그릇된 성의식의 문제로 볼 수 있다. 극단적인 예이기는 하나 이러한 의식과 가치관이 성년이 된 이후에도 지속될 수 있음을 간과해서는 안 된다. 따라서 학령기 때 연령과 수준에 맞는 적절한 성의식 고취와 정보교류를 통해 올바른 성적 가치관을 형성하여 이것이 지속될 수 있도록 적극적인 교육이 반드시 필요하다. 그리고 이러한 교육에서 반드시 포함되어야 할 것은 결국 ‘인간존중’과 ‘남녀평등’, ‘성적 자기결정권’의 존중이다. 이번 조사결과를 통해 확인할 수 있는 부분 중 하나는 상대방의 의사에 따라 피임을 하지 않거나 스스로 쉽게 임신될 것

같지 않다는 판단 하에 피임을 하지 않았다는 응답이 일정비율 존재하는 것이다. 따라서 이러한 관점에서 성의식 등의 교육에서 지속적으로 전제되어야 하는 필수적인 요소는 여성 스스로의 성적 자기결정권과 그 결정에 따른 결과로 임신과 출산, 육아가 나타날 수 있다는 것, 그리고 이러한 결정과정 내에서 무엇보다도 본인 스스로의 의사가 가장 중요하다는 것을 알게 할 필요가 있다. 이것은 인공임신중절 찬성 측에서 주장하는 태아가 여성의 일부이기 때문에 여성의 자기결정권적 결정에 의해 인공임신중절이 이루어질 수 있다는 측면과는 전혀 다르다. 성의식과 정보에 대한 교육과정에서 이야기되고 다뤄져야 하는 것은 인공임신중절의 찬성 측 입장과 같은 자기결정권이 아닌 성적 접근과 행동에 대한 자기결정권이며 이것은 하나의 인간으로서 존중되어야 하는 권리로 나타나야 한다.

지속적인 교육을 통한 인식개선이 선행된 이후에 인공임신중절의 예방적 차원에서 논의되어야 하는 것은 인공임신중절의 불법여부를 떠나 이에 대한 사회적인 안전망을 포함하여 적극적인 상담 등의 가이드라인이 마련되어야 하는 것이다.

이번 연구의 결과를 통해 인공임신중절의 사유를 살펴보면 대부분은 현행법에서 금지하고 있는 불법적 사유가 다수를 차지한다. 이러한 사유를 모두 법적으로 처벌할 것 인가의 문제를 논의하기 전에 인공임신중절을 할 수 밖에 없다고 판단한 사유에 대하여 적극적이고 실질적인 사회적 개입이 있었는가를 판단하여야 한다.

지금의 「형법」 과 「모자보건법」 상 사회·경제적 이유를 통한 인공임신중절이 불법이라 할지라도 이러한 사유를 포함하여 인공임신중절을 선택하려는 모든 여성에게 적극적인 상담을 통한 지원이 필요하다는 것 역시 연구결과를 통해 알 수 있다. 인공임신중절의 전·후 상담의 필요성에 대하여 응답한 결과를 살펴보면 ‘필요하다’와 ‘매우 필요하다’를 포함하여 필요성을 인식한 비율은 90% 이상을 차지한다. 또한 이와 함께 불법성 여부를 떠나 본인의 인공임신중절에 대하여 그 결과를 긍정적으로 답변한 비율은 전 연령과 혼인상태에 따른 구분을 망라하고 모두 과반수 이상을 차지했다. 이것은 결국 본인의 선택을 후회하지는 않지만 그 과정 내에서 실질적으로 도움이 되는 상담과 그에 따른 가이드라인이 필요하다는 것을 단적으로 보여준다.

지난 2014년에 진행된 김동식, 김영택, 이수연(2014)의 연구결과를 살펴보면 OECD 국가 대부분이 인공임신중절 여성에 대하여 의학적, 사회적 의무상담 제도를 시행하고

있었으며 주요한 내용은 임신부의 현재와 장래의 생활관계에 대한 내용, 신체적, 정신적, 사회적 측면, 임부 자신과 장래의 모성에 대한 의학적 위험 등에 대한 전반적 상담과 설명 등이다. 특히, 독일의 경우에는 의학적 상담 이전에 사회적 상담을 먼저 받고 이후 의학적 상담을 진행하도록 하고 있었다. 대부분의 조사 국가 모두 인공임신중절 시술 최소 2~3일 전에서 해당의 상담을 받은 후에 인공임신중절에 대한 결정을 하도록 권고하고 있었다. 그러나 우리나라는 인공임신중절에 대한 불법성 여부에만 초점이 맞춰져 이러한 측면의 실질적인 제도가 뒷받침되고 있지 않다는 것이 문제다. 가장 큰 문제는 이러한 상담 역시 지인이나 인터넷을 통해 무분별하게 진행되고 있기 때문에 무엇이 옳고 그른 것인가를 판단하기보다는 본인의 감정적 문제와 상황에 따라 판단할 수밖에 없는 상황에 직면하게 된다는 것이다.

국가적 차원에서 이러한 상담제도의 운영이 인공임신중절의 불법성 여부에 따라 시행하기 어렵다면 산부인과 등의 의료기관 차원에서 진행할 수 있도록 장려하는 것도 고려할 필요가 있다. 또한 산부인과 외에도 다양한 지역사회 기반의 대학의 성문화 상담소 혹은 관련 지역센터 등이 존재하고 있기 때문에 이것을 활용하는 것도 고려해야 한다. 즉, 인공임신중절 자체가 몇 가지 사유를 제외하고 모두 불법이기 때문에 아주 기본적인 사회적 안전망에도 접근하지 못한 채 의학적, 사회·경제적 어려움에 노출시키기보다는 제도권 내에 정착시키기 어렵다면 제도권 밖의 전문적인 매체나 기관을 활용하여 우선 국민의 기본권인 생명권과 건강권을 보장하는 것도 고민해야 한다.

또한 이러한 상담제도와 밀접하게 연계되어 진행되어야 하는 또 다른 측면은 산부인과 방문을 통한 주기적인 검진과 교육 등이 터부시되어서는 안 된다는 것이다. 우리나라에서 여성이 산부인과에 주기적으로 방문하여 검진을 받거나 상담을 받는 것에 대하여 많은 부분 부정적인 시각을 가지고 있는 측면이 있다. 그러나 이러한 인식을 전환하여 미성년자를 포함한 가임기 여성이 주기적으로 산부인과를 방문하여 검진하거나 상담하는 것에 대하여 부정적인 인식을 재고하고 활성화 할 수 있도록 국가적인 차원에서 홍보와 교육, 안내가 필요하다.

이번 연구결과를 통해서 알 수 있듯이 여성 스스로 임신의 여부를 명확히 판단하지 못했다는 응답도 무시할 수 있는 빈도는 아니다. 임신 테스트기를 통한 임신여부의 판단이나 전통적 방식의 입덧 또는 생리의 중단 등으로 임신의 여부를 판단하는 것은 100% 신뢰할 수 있는 방법은 아니다. 결국 정확하고 빠른 임신의 판단여부는 산부인



과의 검사를 통해 알 수 있다. 따라서 이러한 측면에서 미성년자를 포함한 가임기 여성 모두에게 산부인과의 검진 및 상담에 대한 접근성을 높일 필요성이 있다. 이러한 방법 중 하나로 국민건강보험의 건강검진제도에 대한 확대 가능성을 고려할 수 있다.

현재 국민건강보험공단은 생애 주기별 건강검진제도를 시행하고 있다. 이것은 생애 주기별로 40세와 66세만 해당이 되는데 여기에 청소년기의 남녀를 포함시키는 것도 고려할 필요가 있다. 또한 현재 국가에서 시행하는 학생건강검진 항목에 제2차 성징이 지난 연령의 미성년자인 여성의 경우에는 산부인과 검진 항목을 추가하는 것도 포함할 수 있을 것이다. 현재 학생건강검진은 초등학교 4학년과 중학교 1학년, 고등학교 1학년을 대상으로 진행하고 있다. 여성의 경우 빠르면 2차 성징이 13세를 전후로 나타나는 경우도 있기 때문에 이것을 고려하여 미성년자인 여성의 경우에는 학생건강검진 시 필수적으로 산부인과 검진항목을 포함하여 진행할 수도 있을 것이다. 또한 이러한 방안 등을 포괄적으로 고려하여 학교와 지역사회 보건소, 지역사회 내 산부인과 등과 연계한 미성년자 포함의 가임기 여성에 대한 주기적인 산부인과 검진 및 상담제도도 추가적으로 실시할 수 있을 것이다.

인공임신중절과 관련하여 기본적인 교육 및 상담지원이 뒷받침 되면서 지속적으로 논의할 필요성이 있는 부분 중 또 다른 하나는 사회·경제적 사유로 인한 인공임신중절을 예방하기 위한 국가적인 지원체계의 마련이다. 이것은 현재 지속적으로 논의되고 다양한 정책을 진행하고 있는 저출산 정책과도 맞물려 이야기 할 수 있다.

이번 연구를 통해 사회·경제적 사유 자체에 대하여 구체적으로 금전적 여유가 없어서 인공임신중절이 불가피한 것인지 아니면 맞벌이 등의 가정 내 양육 등의 문제로 인하여 인공임신중절이 불가피한 것인지에 대한 파악을 하기는 쉽지 않다. 다만 일반적인 사항을 모두 종합하여 볼 때, 원치 않는 임신 중 사회·경제적 문제에 대해서는 국가 차원의 보육과 양육에 대한 정책적 지원이 필요하다고 볼 수 있다.

인공임신중절의 사유 중 높은 빈도를 차지했던 것 중 하나는 ‘경제상태에 따른 양육의 어려움’, ‘학업, 직장생활 등 사회활동의 지장’ 이었다. 이것은 지속적으로 우리나라가 출산과 보육, 양육에 대하여 정책과 제도 측면의 개선을 진행하고 있지만 여전히 이것이 인공임신중절의 현실적인 문제 중 하나라는 것이다. 또한 이것은 여성의 입장에서 아직도 우리나라가 출산과 보육, 양육에 있어서 여성의 부담과 책임을 가중시키고

있다는 것을 반증한다고 할 수 있다. 그렇기 때문에 정책적으로 출산과 보육, 양육에 있어서 남녀 모두의 문제인 동시에 국가가 앞장서서 개선해야 할 문제임을 인식시키는 것이 선행되어야 한다. 특히, 남성의 경우 선진국에 비해 여전히 출산 이후 육아부분에 있어 휴가나 휴직 등의 제도를 원활히 사용하기 쉽지 않은 사회적 인식이 존재한다. 따라서 이러한 인식을 전환시켜 출산과 육아문제에 있어 남녀 공동의 책임과 의무임을 강조하여 부모가 모두 함께 해야 한다는 것을 지속적으로 강조해야 한다. 또한 남녀 모두 법적으로 보장되어 있는 육아휴직 등의 필수적인 보육지원 제도를 활용하고 이를 방해하거나 문제 삼는 사업체 등에 대하여 적극적으로 저지할 수 있는 제도적 개선이 함께 이루어 질 필요가 있다. 또한 이러한 제도는 기혼자 뿐 아니라 미혼자도 적극적으로 활용할 수 있도록 개선될 필요가 있다. 여전히 우리나라는 인공임신중절 또는 미혼 여성의 출산에 대한 비난과 상대방 남성의 책임 회피를 묵인하는 사회적인 인식이 매우 강하다. 이러한 인식의 문제는 모든 책임과 편견, 비난의 대상이 여성이라는 것이다. 따라서 이러한 인식을 재고하고 미혼여성의 경우에도 실제로 육아휴직 등의 제도를 원활히 적용받으며 상대방인 남성 역시 필수적으로 육아 및 양육에 필요한 전반적인 지원을 반드시 해야 한다는 인식의 전환이 반드시 필요하다. 계획적이지 않은 임신과 출산은 예방할 필요가 있지만 이것을 완벽하게 통제하기 어려운 상황을 받아들이고 미혼이라 할지라도 임신과 출산에 대하여 의학적 사유가 아닌 사회·경제적 사유만으로 인공임신중절을 고려할 수밖에 없는 지금의 현실은 반드시 개선되어야 한다.

인공임신중절의 근본적인 대책을 논의함에 있어 앞서 언급한 다양한 제도적 개선방안과 함께 지속적으로 필요하며 가장 필수적인 것인 인공임신중절과 관련한 국가차원의 자료 생성이다.

인공임신중절의 명확하고 구체적인 실태파악은 국가차원에서 이루어질 수밖에 없으며 이러한 자료의 생성과 이를 통한 연구와 정책적 제언사항은 보건의료정책 특히 모성건강과 생식보건에 관련한 매우 중요한 요소이다. 그러나 이렇게 필수적이고 중요한 요소임에도 불구하고 인공임신중절과 관련한 국가적 차원의 연구 및 조사의 어려움은 우리나라 뿐 아니라 다른 여러 나라에서 모두 고민하고 있는 상황이다. 종교나 사회제도의 차이, 문화적 접근방식에 따라서 국가마다 다소 차이가 있을 수는 있지만, 인공임신중절은 심지어 인공임신중절이 국가차원에서 전면적으로 허용된 국가에서조차도 여

성과 이를 시행하는 산부인과 의사 모두에게 사회적, 윤리적 낙인의 이유가 되기 때문에 조사에 응하는 응답자들(해당 여성 및 의사) 모두 각각의 경험과 사례를 실제적인 사례의 내용과 숫자보다 과소 추계하여 보고할 가능성이 있다.

특히, 의료기관이나 의사가 조사대상이 되어 관련 조사를 시행하는 경우에는 우선 국가에 보고할 의무가 법적으로 규정되어 있지 않거나, 또는 인공임신중절과 관련한 별도의 보고응답체계를 갖추지 않은 상태에서 해당 조사에 필요한 응답자와 대상 사례를 추출하는 것 자체가 매우 어려운 일이다. 혹은 일련의 체계를 통해 응답자를 추출한다 할지라도 응답에 참여하는 의사나 의료기관 자체 내에서 기관의 지역적 혹은 기타의 다른 특성으로 인하여 인공임신중절의 실제 시행건수 자체가 일반적인 평균보다 적을 가능성도 무시할 수 없다. 그럼에도 불구하고 모성보건 및 생식보건 정책의 근거로 삼을 수 있는 인공임신중절 및 관련 조사를 통한 정기적인 자료는 반드시 필요하다. 따라서 조사대상자들에게 불법성 여부를 떠나 실제적인 위험을 느끼지 않고 기관의 자료 그대로 조사에 응할 수 있는 실태조사체계를 구축할 필요가 있다. 현재 매 3년마다 한국보건사회연구원에서 출산력조사를 유배우자 여성에게 하고 있고, 일부 인공임신중절 관련 조사항목도 포함되어 있기는 하지만, 2005년 [인공임신중절 실태조사 및 종합 대책 수립] 이후 지속적으로 미성년자를 포함한 기혼과 미혼여성 등의 전체를 대상으로 한 가임기여성 조사의 필요성이 지적되어 왔다. 그 결과 지난 2005년에 이어 2011년, 그리고 올해 2018년에 인공임신중절에 대한 실태조사가 실시되었다고 볼 수 있다. 문제는 거의 7년의 터울로 진행되고 있는 관련 연구를 얼마나 지속적으로 구체적이며 포괄적인 체계 내에서 진행할 수 있을 것인가에 대한 고민이다.

또한 관련 자료에 대하여 어떠한 항목을 산출하여 정책적 기초자료로 사용할 것인가에 대한 것도 고민이 필요하다. 이미 지난 2011년 진행된 연구에서 이와 관련하여 국제적인 생식보건 데이터의 산출을 통해 국제비교를 할 필요가 있다는 점을 지적한 바 있다.

또한 필요한 자료의 산출항목으로 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 있다는 점을 밝히며 아래와 같이 관련된 제시 항목을 나열하였다.

- 1) 생식력과 피임 (Fertility and contraceptive use)과 관련해서, ① 총출산률 [Total fertility rate (births per woman)], ② 청소년출산률 [Adolescent fertility rate (births per woman aged 15–19)], ③ 피임활용률 [Contraceptive prevalence (% of married women using contraception)]
- 2) 모자보건수준과 관련서비스 (Maternal health status and services)와 관련해서, ① 모성사망률 [Maternal mortality ratio (maternal deaths per 100,000 live births)], ② 산전진단급여수혜율 [Antenatal care coverage (% of pregnant women covered)], ③ 숙련된 보건의료인에 의한 출산의 백분율(% of births attended by skilled health personnel), ④ 주산기사망률 [Perinatal mortality rate (no. of perinatal deaths per 1,000 births)], ⑤ 출생아 중 저체중아 백분율 (% of live births with low birthweight), ⑥ 임신부 중 빈혈여성의 백분율 (% of pregnant women with anaemia)
- 3) HIV/AIDS 유병률 (HIV/AIDS prevalence)과 관련하여, 산전진단 클리닉에서 HIV/AIDS에 이환된 임신부의 백분율 (% of pregnant women with HIV/AIDS in antenatal care clinics)을 도시와 비도시 지역으로 구분해서 조사한 자료

현재 우리나라의 경우, 2)의 ⑤와 ⑥에 해당하는 데이터와 3)에 해당하는 데이터가 보고되지 않고 있는 것으로 나타났기 때문에 이러한 부분에 대한 지속적인 자료수집과 보완이 필요하다. 따라서 2005년 연구와 2011년의 연구, 그리고 2018년 진행된 이번 연구의 장단점을 충분히 검토하고 지속가능한 조사체계를 구축하여 이것을 제도화 한다면 인공임신중절 뿐 아니라 모자보건 및 생식보건과 관련한 정책의 기초자료로 활용할 수 있는 기반자료의 수집이 지속적으로 가능할 것으로 생각된다.

다양한 정책적 개선방향의 궁극적이고 핵심적인 논의사항은 결국 기존의 「형법」과 「모자보건법」 상의 인공임신중절에 대한 사항을 어떻게 개선할 수 있을 것인가이다. 이러한 논의의 적용과제는 결국 사회·경제적 여건에 따른 인공임신중절을 허용할 것인가에 대한 논의와 맞물려 있다.

앞서 밝힌 바와 같이 인공임신중절과 관련한 다양하고 많은 문제들이 종교적 관점과 도덕적 관점에서 단순히 생명존중에 따른 판단만을 강조하는 것은 인공임신중절을 시

행할 수밖에 없다고 결정한 다양한 이유를 상쇄시키고 해당의 문제를 매우 좁은 관점에서만 논의할 수밖에 없도록 제한한다. 따라서 이른바 ‘낙태죄’에 대한 논리 역시 이러한 논점 뿐 아니라 현실적으로 어떠한 조치들과 함께 개선되어야 하는가를 살펴볼 필요가 있다.

현재 「형법」에서는 태아의 생명권을 온전히 보호하기 위해 임신 전 기간에 걸쳐 원칙적으로 낙태를 금지하는 조항이 명시되어 있다. 「형법」 제269조 제1항에서는 임신 여성의 자기낙태를, 제2항에서는 임신여성의 촉탁에 의한 낙태 또는 승낙에 따른 낙태를 예외 없이 1년 이하의 징역 또는 200만 원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다. 또한 「동법」 제270조에서는 낙태시술을 한 자가 의사 등인 경우 가중하여 처벌한다고 명시하면서 인공임신중절을 의뢰한 여성 뿐 아니라 이를 시행한 의료인에게 모두 그에 대한 형사법적 책임을 묻고 있다.

이와는 별도로 「모자보건법」은 다른 의미에서 인공임신중절을 제한하고 있다. 「모자보건법」 제14조에 따르면 ① 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우 ② 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우 ③ 강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우 ④ 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우 ⑤ 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해결 우려가 있는 경우 예외적인 인공임신중절이 가능하다.

위의 법률상의 내용을 살펴보면 우리나라는 지금까지 법과 제도상으로 임신과 출산에 대하여 「형법」과 「모자보건법」으로 특별한 사유 외에는 엄격하게 인공임신중절을 제한하고 있으며 이러한 형태의 규제방식은 국가가 임신과 출산에 대한 부분에 있어서 한 개인으로서의 여성의 권한을 인정하기보다는 국가가 직접적으로 임신과 출산을 주도하는 듯한 양상을 보이고 있다는 것이다.

물론 무분별한 인공임신중절의 문제와 생명경시 풍조의 만연과 이를 예방하기 위한 국가의 직접적인 처벌은 태아를 하나의 생명으로 인식하고 태아에 대한 생명을 보호한다는 취지에서는 필요한 사항이다. 그러나 이와 함께 여성의 신체에 대한 자기결정권이 어디까지 범위를 확대할 수 있는가에 대한 부분 역시 함께 고려되어야 필요가 있다.

지금의 법적 내용을 통해 유추할 수 있는 것은 법률에 따라 원칙적으로 인공임신중절을 금지하고 있으며 이에 대한 위반의 경우 처벌을 통해 국가가 태아의 생명을 보호하고 있다고 할 수 있다는 것이다.

문제는 사회·경제적인 다양한 문제로 인하여 방치되고 있는 영·유아의 문제를 함께 살펴보면 과연 인공임신중절의 금지만이 태아의 생명권을 보장할 수 있는가에 대한 고민이 나타나게 된다. 또한 오히려 태아의 생명권을 보장하기 위해서 여성이 임신과 출산과 관련해 자신의 몸에 대해 스스로 판단하고 결정할 수 있는 권리를 전혀 보호받지 못하게 되는 문제가 발생한다. 이러한 문제 중 하나의 사유는 법적으로 합법적인 혼인만을 중심으로 임신과 출산이 진행되는 것이 옳바르다고 보편적으로 인식하는 우리사회의 문제도 기인할 것이다.

이것은 현재 「민법」 상에 합법적 혼인 중의 자와 혼인외의 자로 구분하여 칭하고 가족관계등록을 위해서도 이를 구분하여 등록을 해야 하는 점에서 잘 드러난다. 물론 불륜을 통한 임신과 출산 또는 불법적 상황을 모두 허용해야 한다는 것은 당연히 아니다.

다만 모든 여성과 자녀에 대하여 모자보건적 관점 혹은 사회적 관점에서 안정이 잘 이루어지지 않고 어떠한 경우에서든 여성 홀로 출산을 한 이후에 모든 보육과 양육에 대한 책임과 의무가 여성에게 부과될 수밖에 없는 현실의 문제가 우선적으로 개선되어야 한다는 것이다.

그 대상이 누구인건 간에 심지어 미성년자라 할지라도 임신 및 출산과 관련된 체계적인 사회안전망과 지원체계가 명확하고 평등하게 구축되어 적용되지 않는 상황 속에서 임신과 출산, 그리고 양육을 하는 과정에서 필연적으로 겪을 수밖에 없는 사회적, 제도적 차별과 경제적 어려움에 대하여 묵과할 수는 없다.

이러한 현실적 문제를 논외로 한 채, 현재 우리나라처럼 국가가 직접적으로 그 어떤 상황에 대한 상담과 교육, 지원체계에 대한 논의도 없이 법적으로 정한 사항 외의 모든 인공임신중절을 엄격하게 금지하고 처벌하는 것은 태아의 생명권을 존중한 나머지 여성의 자기결정권을 등한시한 부분이라고밖에 표현할 수 없다.

또한 이러한 법적 문제에서 등한시 되는 것 중 또 다른 것은 임신과 출산, 육아의 또 다른 주체인 남성이다. 물론 여성이 임신과 출산 혹은 인공임신중절을 경험을 직접 경험하는 주체이지만 일련의 모든 과정에 대한 전제 조건이 이성 간의 성적 결합에 의한 것이기 때문에 이 모든 과정에서 남성을 배제해서는 안 된다. 그럼에도 불구하고 「형법」과 「모자보건법」 그 어디에서 또 다른 주체로서의 남성에 대한 책임을 명시한 부분은 확인할 수가 없다. 이것은 이번 연구결과를 통해서도 직접적으로 확인할 수 있다. 피임에 대한 결정여부와 인공임신중절의 결정여부, 임신에 대한 고지 등에 있어 상당

수가 임신이라는 결과의 공동주체인 남성과의 논의를 통해 결정되고 있다는 것을 알 수 있다. 특히, 지난 정윤지(2008)의 보고서는 성관계 시 콘돔 등의 사용 여부에 대한 의사결정 과정과 그 외의 피임방법 등의 합의에 있어 오히려 여성보다도 남성이 주도로 결정하는 경향성을 보이며 특히, 여성과 사전에 피임에 대한 협의 없이 성관계를 진행하고 이러한 상황을 경험한 여성들의 대다수가 임신하였으며, 인공임신중절을 경험하였다고 말한다.

이러한 관점에서 살펴볼 때, 「형법」과 「모자보건법」 상의 법적 조항의 개선에 대한 찬·반 논리를 진행하기에 앞서 진행되어야 하는 것은 결국 임신과 출산을 직접 경험하는 여성들에 대한 사회적 안전망에 대한 구축이다. 사회적으로 그 대상자가 누구이건간에 임신과 출산에 대하여 사회·경제적 제한이 없이 진행할 수 있는 상황에 이르렀을 때 비로소 인공임신중절을 법적으로 제한할 수 있는가 없는가의 판단이 진행되어야 하는 것이다. 그러나 우리나라는 이미 「형법」과 「모자보건법」 상에 인공임신중절에 대한 엄격한 규제가 명시되어 있다. 따라서 이것에 대한 보완책으로 사회·경제적 여건으로 인한 인공임신중절에 대하여 무조건적인 처벌규정의 적용보다는 앞서 언급한 제도적 상담과 교육, 출산·양육에 대한 지원이 우선적으로 선행될 필요가 있다는 것이다. 또한 이러한 제도적 지원의 방안 중 하나로 반드시 상대남성에 대한 법적 책임과 의무를 부과하는 것이 병행되어야 한다. 즉, 사회·경제적 사유로 인하여 불법적으로 인공임신중절을 할 수밖에 없는 상황에 이를 경우 이것에 대한 책임을 상대남성의 사회·경제적 여건의 파악을 통하여 어떠한 방식으로 이루어졌는가를 확인하고 이를 예방할 수 있는 제도적 지원과 검토가 함께 이루어져야만 한다.

현재 인공임신중절을 적극적으로 반대하는 여러 단체에서도 인공임신중절에 대한 근본적인 예방과 해결책 중의 하나로서 또한 태아에 대한 생명존중과 그러한 분위기 조성을 통해 인공임신중절을 근절해야 한다고 말하는 단체에서조차도 공통적으로 주장하는 내용이 있다.

바로 사회제도적 여건을 통하여 여성에게 사회·경제·문화적인 전반적인 제도 자체가 임신, 출산, 육아에 친화적이라면 간접적으로 인공임신중절을 줄일 수 있다는 주장이다. 여기서 말하는 사회제도적 여건이란, 단순히 여성이 직장 내에서 유리천장과 관계없이 승진할 수 있거나 정규직으로 안정적인 고용적 지위만을 누리는 것에 국한되어

이야기하는 것이 아니다. 임신, 출산, 육아 등의 모든 전반적인 과정과 상황 속에서 여성의 공동적인 책임의식이 필요하고 이를 실천할 수 있도록 마련되는 여건 속에서 이 모든 것이 중요한 사회적 분위기로 자리 잡는 것이 무엇보다 중요하다. 그 뿐만이 아니다. 이미 지난 2009년 시행되었던 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사 보고서를 보면, “사회경제적 이유에 의한 인공임신중절은 현행법상 불법이므로 이러한 경우가 발생되지 않도록 예방을 강화하면서 불원임신일지라도 출산으로 종결될 수 있도록 자녀양육에 대한 사회적 지원 대책이 강구되어야 할 것이다”라는 제언이 제시되고 있다. 이 때 언급된 예방이라고 하는 것은, 사회경제적 이유로 인공임신중절을 하지 않게 하는 것이다. 그렇다면 남녀 개인적 차원에서는 철저한 피임과 피임성공이 되겠고, 사회 제도적으로는 장기적 정책방향에 따라 임신소모로서의 인공임신중절의 방지가 가능할 수 있다.

마지막으로 인공임신중절의 규제와 예방을 단순히 저출산·고령화 정책의 해소를 위한 출산율을 높이는 방안의 일종의 대안으로서의 의미를 두고 있는 것은 반드시 심도 있는 논의가 필요하며 다시 한 번 고려해야 할 사항이다. 많은 모자보건 및 생식보건 전문가들이 인공임신중절에 대한 예방정책과 저출산을 해소하기 위한 정책은 분리되어야 한다고 주장한다. 이러한 관점에서 북유럽의 복지국가 중 하나인 스웨덴을 주목할 필요가 있다. 스웨덴의 저출산 문제와 이를 해결하기 위해 모색한 방안은 인공임신중절의 예방정책과는 다른 사안이었다. 스웨덴은 저출산 문제를 사회복지의 확충으로 해결하였다. 피임과 인공임신중절을 규제하는 등의 국가차원의 강제적 출산장려정책을 포기하고 임신과 출산, 그에 따르는 보육과 양육 자체를 주저하게 하는 어려움의 근본적인 원인을 찾아 이를 타개하기 위한 대안으로 아동수당, 주택보조금, 건강보험, 무상보육, 간호 보육수당 등 광범위한 사회복지정책을 통한 인적자원에 대한 생산적인 투자를 통해 저출산 위기를 극복했다는 점에서 우리나라에 시사하는 바가 크다.

앞서 언급한 바와 같이 현재 세계적으로 인공임신중절과 관련한 정책의 방향성은 인구통제정책의 일환이 아니라 남녀 모두에 대한 성보건·생식보건, 여성과 태아에 대한 모자보건의 관점으로 변화하고 있으며 앞으로도 점차 이러한 관점은 확대될 것이다. 이런 측면에서 관련 정책의 초점은 인공임신중절 자체의 현황을 어떻게 파악하고 인공임신중절 자체를 어떠한 방법으로 근절하며 처벌할 것인가의 규제 일변도의 정책에서



인공임신중절이 어떻게 예방되어야 하고, 이를 위해 자녀계획서비스에 대한 접근의 보장이 되어야 하며, 여기에 피임방법이나 피임제에 대한 접근은 어떠한 방식으로 이루어져야 하는가로 변화해야 한다. 또한 이러한 관점에서는 만일 필요하다면 어떻게 완전한 인공임신중절이 이루어질 수 있는가 역시 반드시 포함되어야 할 것이다. 인공임신중절이라는 쟁점은 정치나 종교, 도덕의 문제에만 국한되어서는 안 된다. 여성의 성보건·생식보건, 태아를 포함한 모자보건에 관한 일이다. 정치가 보건에 간섭을 함으로써 가장 큰 이득을 놓치는 분야로 꼽힌다. 성보건과 생식보건에 대한 권리는 기본적인 인권의 구성 요소들이다. 태아의 생명권도 중요하고 태어난 아이들의 권리도 중요하고 아이를 낳아 기르는 여성의 인권도 중요한 것이다. 이제는 이러한 권리가 우리 사회에서 각 이해당사자들의 어떤 의무와 상응하는 것인가에 대한 논의가 필요한 것이다.

인공임신중절을 줄이기 위한 가장 중요한 예방방법은 성공률이 높은 피임방법을 어떻게 원활히 실천할 수 있도록 교육하고 홍보하는가이다. 다양하고 현대적인 피임방법의 활용도가 꾸준히 증가하고 있지만, 우리나라의 미혼여성들은 여전히 콘돔이나 질외사정 등의 전통적인 피임방법 외에 다양하고 확률이 높은 피임방법을 널리 쓰고 있지 않다는 점이 이번 연구결과에 나타나 있다. 따라서 이러한 부분에 있어서 홍보와 교육을 어떻게 진행할 것인가가 중요한 정책의 초점이 되어야 할 것이다. 또한 세계적으로 문제가 되는 10대 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, 청소년 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 자기결정권은, 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 자녀계획에 대한 교육 및 서비스의 보장이야말로 일차적인 인공임신중절 예방정책이라 하겠다. 네덜란드가 인공임신

중절률을 낮추고 10대 임신도 낮추어 세계적으로 관련 정책의 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 문제 해결에 도움이 되지 않는다. 그러나 정책의 내용이 관건이라는 증거가 스웨덴이다. 임신과 출산과 양육 전 과정에서 남녀의 공동책임을 사회·보건·복지·노동정책으로 실질적으로 구현하고 있다. 스웨덴의 인공임신중절 예방 정책은 특별히 노동부와 교육부와 사회복지, 보건 등에 관련한 거의 모든 부처 간 공동노력의 산물이다. 인공임신중절정책을 더욱 폭넓은 차원의 사회문제 어젠다로 보는 나라에서는 「형법」 상의 규제 수준을 넘어서서 가족의 삶의 질을 고려하는 정책을 펴고 있다는 사실을 유념하여야 한다.

#### <참고문헌>

- 김동식, 김영택, 이수연. (2014). 피임과 낙태 정책에 대한 쟁점과 과제: 여성의 재생산권과 건강권을 중심으로. 서울: 한국여성정책연구원.
- 김승권, 김유경, 조애저, 김혜련, 임성은. (2009). 2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사. 서울: 한국보건사회연구원.
- 김해중, 안형식, 김순덕, 박문일, 박춘선, 임지은, ... 김경훈. (2005). 인공임신중절 실태조사 및 종합대책수립. 서울: 보건복지부, 고려대학교.
- 손명세, 강명신, 장석일, 김해중, 박길준, 남정모, ... 김은미. (2011). 전국 인공임신중절 변동 실태조사. 서울: 보건복지부, 연세대학교.
- 정윤지. (2008). 비혼 남녀의 콘돔사용에 관한 의사결정 과정에서 나타나는 가부장성. 젠더와 사회, 7(1), 183-218.

WHO. (2001). *Reproductive Health Indicators for Global Monitoring: Report of the Second Interagency Meeting*. Geneva: WHO.

## IV. 종교계(천주교) 관점에서의 정책 방향

이근덕 (한국천주교주교회의 가정과생명위원회 총무)

### 1. 서 론

#### 가. 연구의 배경 및 목적

최근 우리나라에서는 인공임신중절과 관련된 법률상 조항에 대한 찬반논의가 하나의 중요한 사회적 쟁점으로 부각되고 있다. 이는 여러 이유로 원치 않는 임신을 하였을 경우 본인의 자유로운 의사에 따라 임신을 중절할 수 있는 권리를 국가가 법적으로 보장해야 한다는 주장에서 비롯되었다. 현실적으로 「형법」과 「모자보건법」의 제한에도 불구하고 인공임신중절은 매년 수십만 건 이상이 시술되고 있으며, 법률적 제한으로 말미암아 도리어 안전하게 보호받지 못하는 환경에서 시술함으로 인해 여성에게 생명권 및 건강권의 위협, 고비용 부담 등의 부정적인 결과를 초래하고 있다. 하지만 우리나라는 법률로서 보호받아야 하는 생명의 범위를 태아에서부터 시작해야 한다는 종래의 입장을 견지하고 있기에 사회적으로 법과 현실의 괴리가 오랫동안 지속되고 있는 실정이다.

이러한 상황에서 인공임신중절에 여성의 자기결정권이 작동해야 한다는 주장이 프로 초이스(pro-choice) 진영을 중심으로 강력하게 제기되었고, 급기야는 23만 명 이상의 “낙태죄 폐지” 청원이 청와대에 접수됨으로써 중요한 사회적 논의의 쟁점이 되었다.<sup>160)</sup> 이와 관련하여 다른 한편으로는 태아 또한 생명권의 주체로서 법률적으로 보호받아야 한다는 주장이 프로라이프(pro-life) 진영과 종교계를 중심으로 제기되었고, 한국천주교회에서는 “낙태죄 법안 폐지 논란에 대한 한국천주교회의 입장”을 발표하였다(2017. 11. 21.). 또한 낙태죄 폐지를 반대하는 백만인 서명운동을 전개하여(2017. 12. 3. ~ 2018. 1. 31.) 100만 9,577명의 서명지와 탄원서를 헌법재판소에 전달하였다(2018. 3. 22.). 이로 말미암아 태아가 갖는 ‘인간으로서의 범위’, ‘법률로서 보호받

160) 청와대 청원답변 2호, 2017. 11. 16.

는 생명의 범위' 등 인공임신중절의 허용범위를 놓고 인간과 생명에 관한 본질적 이슈가 제기되었다.

정부는 이를 계기로 인공임신중절에 대한 법제도의 현황 및 쟁점을 검토하고 보완대책을 마련할 계획을 세웠다. 이에 따라 보건복지부에서는 2010년 이후 국가차원의 인공임신중절에 대한 실태조사가 진행되지 않은 점을 지적하고 2018년 인공임신중절 실태조사를 한국보건사회연구원에 발주하였다. 본 연구는 한국보건사회연구원에서 진행하는 2018년 인공임신중절 실태조사 연구의 일환으로 작성된 것이다.

본 연구의 목적은 인공임신중절에 대한 종교계(천주교)의 입장을 밝히고, 종교계의 관점에서 정부 및 사회가 지향해야 할 정책 방향을 제시하는데 있다.

## 나. 연구의 내용 및 방법

본 연구는 제2장과 제3장으로, 이하에서는 인공임신중절(낙태)에 대한 천주교의 기본입장을 역대 교황들의 가르침과 교황청 신앙교리성성의 선언문을 바탕으로 밝힐 것이다. 그 순서는 다음과 같다.

1. 교황 바오로 6세의 회칙, 「인간 생명」 (Humanae Vitae), 1968. 7. 31.
2. 교황청 신앙교리성성, “인공임신중절 반대 선언문”, 1974. 11. 18.
3. 교황 요한 바오로 2세의 회칙, 「생명의 복음」 (Evangelium Vitae), 1995. 3. 25.

제3장에서는 인공임신중절에 대한 천주교 관점에서의 정책 방향을 국가와 법의 역할, 올바른 청소년 성교육, 다양한 출산환경 조성, 이 세 가지 방면에서 정부와 사회에 요청하는 제언을 할 것이다.

## 2. 인공임신중절에 대한 천주교의 기본입장

### 가. 교황 바오로 6세의 회칙, 「인간 생명」

#### 1) 제1항 산아 조절의 그릇된 방법

“인간적이며 그리스도교의적인 이론의 기초적 원칙에 의거하여 주장하는 바는, 직접적인 임신 중절을 산아 조절의 정당한 방법이라고 하는 의견을 전적으로 배격해야 한다는 것이다. ... 특히 직접적 낙태는 비록 치료의 이유라 할지라도 배격해야 한다. 또한 부부 행위에 선행하거나 동반하거나 그 필연적인 결과로서 피임을 목적하거나 방법을 강구하는 모든 행위를 배격해야 한다. ... 아무리 중대한 이유가 있다 하여도 악을 행함으로써 선을 결과하도록 해서는 안 된다.” (14항)<sup>161)</sup>

#### 2) 제2항 산아 조절의 인공적 방법의 중대한 결과

“인공적 산아 제한 방법의 결과를 생각한다면 착한 사람들은 교회에서 가르치는 진리를 충분히 납득할 수 있을 것이다. 무엇보다 먼저, 이런 행동으로써 얼마나 넓게 또 얼마나 쉽게 부부의 불신과 윤리 생활의 퇴폐의 길이 열리는가를 깊이 생각해 보아야 하겠다. ... 더욱 통탄할 일은, 피임 방법 사용에 습관된 남편들이 아내를 존경할 줄 모르고, 아내의 몸과 마음의 균형을 무시하고 아내를 자기 정욕에 봉사하는 도구로 삼아 버려, 아내를 존경과 사랑으로 대해야 할 동료로 생각하지 않게 된다는 것이다.

마침내 이런 방법으로써 자연법에 관심 없는 국가 지도자들에게 얼마나 위험한 권리를 부여하게 되는가도 깊이 생각해 보아야 할 일이다. 가정의 어려운 문제를 해결하기 위하여 부부가 타당하다고 인정하는 방법을 국가의 최고 지도자들이 국가 전체의 어려운 문제를 해결하는 데에 사용한다고 해서 그들을 책망할 사람이 과연 누구인가? 국가 권력이 더욱 효과적인 임신 저지 방법을 권장하거나 더구나 필요하다고 생각될 때마다 그런 방법의 사용을 모든 사람에게 강요한다 해도 누가 감히 그것을 저지시킬 수 있겠는가?” (17항)<sup>162)</sup>

161) 교황 바오로 6세. (1968). 인간 생명. 한국천주교중앙협의회. pp. 20-22.

162) 교황 바오로 6세. (1968). 인간 생명. 한국천주교중앙협의회. pp. 25-26.

## 나. 교황청 신앙교리성성, “인공임신중절 반대 선언문”

### 1) 이념의 다원주의

“인공유산법의 자유화에 저항하는 많은 국가의 행정당국은 인공유산 자유화를 목표로 하는 강력한 압력을 받고 있다. 말인즉 타인에게 자기 의견을 강요하지 않고 각자가 자기 의견대로 행동한다면 아무도 양심의 가책을 느끼지 않을 것이라는 것이다. 윤리의 다원주의는 이념의 다원주의에 저절로 부수되는 것이라고 주장한다. 그러나 이 양자 사이에는 커다란 차이가 있다. 행위는 단순한 의견보다 훨씬 빨리 타인의 권익에 영향을 끼치기 때문이다. 더욱이 타인의 권리, 특히 생명권을 침해하기 위한 의견의 자유를 주장할 수 없다.” (2항)

### 2) 이성의 빛으로 본 고찰

① “인간의 첫째 권리는 생명의 권리이다. 인간은 기타의 귀한 것들도 갖고 있고, 그 중에는 더 귀중한 것들도 있다. 그러나 생명은 근본적인 것이며 다른 모든 것들의 조건이 된다. 그러므로 생명은 다른 모든 것보다 우선적으로 보호되어야 한다. 이 권리를 어떤 사람에게서는 인정하고 어떤 사람에게서는 부인하는 일은 사회나 여하한 형태의 행정당국에도 속하는 것이 아니다. 인종, 성, 피부색 또는 종교에 의한 그런 차별은 죄악이다. 생명의 권리는 타인의 인정으로 얻어지는 것이 아니라, 타인의 인정을 선행하는 것이다. 이 생명권은 타인의 인정을 요구하며 이 권리를 거부한다면 엄밀한 불의가 된다.” (11항)

② “생명의 여러 단계에 따른 어떠한 차별도 다른 차별과 마찬가지로 결코 정당화시킬 수 없다. 생명권은 몹시 허약한 노인도 완전히 간직하고 있는 것이며 불치병 환자도 생명권을 박탈당할 수 없다. 이 생명권은 방금 태어난 유아에게도 성인 못지않게 똑같이 존중되어야 한다. 실제로 인간 생명의 존중은 잉태되는 첫 순간부터 요구되는 것이다. 난자가 수정되는 순간부터, 아버지의 것도 어머니의 것도 아닌, 한 새로운 사람의 생명이 시작된다. 그것은 그 자신의 성장을 가지는 한 새로운 사람의 생명인 것이다. 만일 그것이 사람의 생명이 아니라면 결코 그것이 사람이 되지는 않을 것이다.” (12항)

③ “언제부터 인간이나, 혹은 인공유산의 합법성 여부 등에 대한 결정적 판단은 생물

학의 문제가 아니라, 철학적이고 윤리적인 문제이다. 설령 태아가 인간이냐 아니냐에 관해서 아직 의문이 남아있다 하더라도, 감히 살인을 무릅쓴다는 것은 윤리적 관점에서 볼 때 확실히 객관적으로 중죄이다. 인간이 될 자는 이미 인간이다.” (13항)

### 3) 몇 가지 반대에 대한 답변

① “상당히 많은 경우, 인공유산은 거부함으로써 혹 중대한 가치들을 위태롭게 할지도 모른다는 사실 때문에 문제가 심각해진다. 그러한 가치들이 보통으로 중대한 가치를 지니고 있고, 때로는 보다 중요하게 보이기조차하기 때문에 문제는 간단하지 않다. 우리는 이 문제가 극히 어려운 문제라는 것을 인정한다. 그것이 어머니의 건강 혹은 생사를 좌우하는 심각한 문제일 수도 있고, 자녀의 수가 하나 더 증가함으로써 부담이 될 수도 있다. 특히 그 아기가 비정상아이거나 저능아일지도 모른다고 불안해할 만한 이유가 있다면 더욱 그럴 것이다. 때로는 명예를 크게 훼손하고, 사회적 지위 등을 잃게 하는 문제가 될 수도 있다. 우리는 다만, 그 이유들 중 어느 것도 타인의 생명 - 비록 방금 출발한 생명이라 할지라도 - 을 처분할 권리를 객관적으로 줄 수 없다는 것을 선언할 뿐이다. 그 아기의 불행한 미래에 대해서 부모를 위시한 그 누구도 그를 대리할 수 없다. 그 아기가 아직 발생 단계에 있다 할지라도 부모의 권위로 그 아기의 생사를 좌우할 수 없다. 그 아기 자신도 성장했을 때 자살할 권리가 없듯이 그 아기가 아직 스스로 결정할 수 없는 나이 때도 부모는 그 아기를 대신해서 죽음을 선택할 수 없는 것이다. 생명은 너무나 근본적인 가치이기 때문에 극히 중대한 위험이 있을 때도 그 가치를 보존한다.” (14항)

② “여성해방운동이 본질적으로, 부당한 차별로부터의 해방을 모색하는 것이라면, 이 운동은 매우 건전한 근거위에 있는 것이다. 여러 가지 문화적 배경에는 이 점에 관하여 다루어야 할 문제들이 많다. 그러나 아무도 자연을 변화시키지는 못한다. 남성에게서와 마찬가지로, 여성들에 대한 자연의 요구를 아무도 면제해 줄 수 없다. 더욱이 공인된 자유는 항상 타인의 권리들에 의해 제한된다.” (15항)

③ “성 해방의 주장에도 똑같은 말을 하지 않을 수 없다. 성 해방이라는 표현이, 본능적 충동을 넘어서진 진정한 사랑과 이성에 의해서 점진적으로 획득되는 통어력으로 이해된다면, 아무런 반대도 있을 수 없다. 쾌락을 감소시키지 않고, 동시에 그것을 합당하

게 향유하는 것만이 이 방면에 있어서 유일하고 진정한 자유인 것이다. 그러나 이 같은 종류의 자유는 정의를 침해하지 않도록 언제나 주의해야 한다. 반대로, 만일 누가 성해방을, 자녀의 출산을 지향하고 있는 부부생활의 근본적 방향이나 법칙을 무시하면서 포만점에까지 성적 쾌락을 추구할 자유가 있다고 이해한다면, 이러한 생각은 인간의 생명을 - 비록 발생 단계에 있을지라도 - 파괴할 권리를 부여할 수 없으며, 짐스럽다는 구실로써 그 생명을 제거할 수 없다.” (16항)

④ “과학기술의 발전으로 조기 인공유산이 점점 더 쉬워지는 것이 사실이다. 그러나 윤리적 평가가 그 때문에 결코 수정되지는 않는다.” (17항)

#### 4) 법의 역할

① “법의 역할은 사실을 인정하는 데 있지 않고, 개선의 촉진을 돕는 데 있다. 각 사람의 권리를 보존하고 가장 약한 자들을 보호하는 것은 언제나 국가의 사명인 것이다. 그렇게 하려면 국가는 많은 잘못들을 바로잡아야 할 것이다. 법이 모든 것을 처벌할 의무는 없지만 실정법보다 더 심오하고 장엄한 자연법을 거슬러서 행할 수는 없다. 이 자연법은 하느님이 하나의 규범으로서 인간의 마음에 새겨주신 것인데, 인간 이성이 이 규범을 명백하게 비추주고 적절하게 성문화하고자 노력한다. 또한 누구나 이 규범을 더 잘 알아듣고자 항상 노력해야 한다. 이 규범을 거스르는 것은 언제나 잘못이다. 실정법이 처벌을 포기할 수는 있으나, 자연법에 위배되는 바를 옳다고 선언할 수는 없다. 왜냐하면 이러한 자연법에 대한 위배는 이미 그 법이 전혀 법이 아님을 입증하고도 남기 때문이다.” (21항)

② “오히려 법이 해야 할 것은 언제 어디서나 세상에 태어나는 아기를 인간답게 잘 받아드리도록 가장 불우한 계층의 사람들로부터 시작해서 생활조건과 사회 여건을 부단히 개혁해 나가는 일이다. 가정과 미혼모들을 위한 원조, 자녀수당, 사생아의 법적 지위와 입양을 위한 타당한 주선 등 이러한 일련의 적극적 정책은 인공유산에 대처하는 데 구체적으로 가능하고 영예로운 방법수행이 될 것이다.” (23항)



## 다. 교황 요한 바오로 2세의 회칙, 「생명의 복음」

### 1) 제1항 가증할 죄악인 낙태

① “생명에 대해 저질러질 수 있는 모든 범죄 가운데 고의적 낙태는 특히 심각하고 통탄스러운 성격을 지니고 있습니다. 제2차 바티칸공의회는 유아 살해와 함께 낙태를 ‘가증할 죄악’이라고 규정합니다. 그러나 오늘날 많은 사람들의 양심 속에서 이에 대한 감지능력이 점차로 흐려지고 있습니다. 대중들의 마음 안에서, 행동 안에서, 그리고 심지어 법 안에서조차 낙태를 받아들이고 있다는 사실은 도덕적인 판단력이 지극히 심각한 위기에 처했음을 말해 주는 징표입니다. 이 도덕적인 판단력은, 심지어 생명에 관한 기본적인 권리가 걸린 문제에 대해서조차 점점 더 선과 악을 구별하지 못하게 되어가고 있습니다. 이러한 심각한 상황 속에서 지금 우리에게는 이제 그 어느 때보다도 이 진리를 정면으로 바라볼 용기가 필요하며, 편리한 타협이나 자기기만의 유혹에 굴복하지 말고 사물을 그 사물의 고유한 이름으로 부를 수 있는 용기가 필요합니다.

특히 낙태의 경우에는 ‘임신 중절’과 같은 모호한 용어가 널리 사용되고 있습니다. 이러한 용어는 낙태의 참된 본질을 은폐하며, 여론 안에서 그 심각성을 약화시키는 경향이 있습니다. 아마도 이러한 언어 현상 자체가 바로 양심의 불편을 느끼는 증상이 아닌가 싶습니다. 그러나 어떠한 말도 사물의 실재를 바꾸는 힘을 가지고 있지 않습니다. 고의적 낙태는 어떤 수단에 의해서 이루어지든지, 수태에서 출생에 이르는 인간 존재의 출발 단계에서 의도적이고 직접적으로 죽이는 행위입니다.

우리가 살인문제를 다루고 있다는 것을 깨닫는다면, 그리고 거기에 관련된 구체적인 요소들을 고려해 본다면 고의적 낙태가 지니고 있는 도덕적인 심각성의 진정한 모습이 분명히 드러납니다. 낙태로 제거되는 것은 초기 단계의 인간입니다. 이 인간보다 더 절대적으로 무고한 사람은 상상할 수 없습니다. 이 인간을 결코 범죄자라고 생각할 수 없으며, 불의한 범죄자라고는 더더욱 생각할 수 없습니다! 그는 약하며, 방어능력이 없고, 심지어 신생아의 울음과 눈물이 지닌 가슴을 에는 힘을 가진 최소 형태의 방어수단조차도 가지고 있지 못합니다. 태아는 그 아기를 태중에 담고 있는 여인의 보호에 전적으로 맡겨져 있습니다. 그러나 때로는 바로 그 어머니 자신이 낙태를 결정하고, 그 아기를 제거해 줄 것을 요구하며, 그것을 실행에 옮기게 만듭니다.

잉태의 열매를 제거하려는 결정이 순전히 이기적이거나 편리를 위한 것이 아니라, 어떤 더 중요한 가치들, 즉 산모 자신의 건강이나 다른 가족들의 생활수준의 하락을 막기 위해서 내려질 때, 대개 그것은 어머니에게 비극적이고 고통스러운 결정이라는 것이 사실입니다. 때로는 태어날 아기가 그러한 상황에서 살아가야 한다는 사실이 두렵기 때문에, 차라리 태어나지 않는 것이 더 나을 것이라고 생각되기도 합니다. 그럼에도 불구하고 이러한 이유들이나 이와 유사한 이유들이 무고한 인간을 고의로 죽이는 행위를 결코 정당화할 수 없습니다.” (58항)<sup>163)</sup>

② “태중의 아기를 죽이려는 결정을 어머니 이외에 다른 사람들이 내리는 경우도 많습니다. 그 첫 번째로 아기의 아버지에게 책임이 있을 수 있는데, 직접적으로 여자에게 낙태를 하도록 압박을 가하는 경우뿐 아니라, 그 여자가 임신문제를 혼자서 처리할 수밖에 없도록 내버려둠으로써, 그러한 결정을 내리도록 간접적으로 고무하는 경우에도 마찬가지입니다. 이러한 과정에서 가정은 치명적인 상처를 입게 되며, 사랑의 공동체로서의 본질과 ‘생명의 성역’으로서의 소명이 훼손됩니다. 때때로 넓은 의미의 가족들과 친구들로부터 오는 압박도 무시할 수 없습니다. 여자는 때로 낙태를 할 수밖에 없도록 심리적으로 강요되는 강한 압박을 받습니다. 이 경우에 도덕적 책임은 특히 직접, 간접으로 그 여자에게 낙태를 하도록 강요한 사람들에게 있습니다. 생명을 증진시키기 위해서 습득한 기술을 죽음을 위해서 사용하는 의사와 간호사들에게도 책임이 있습니다.

그러나 낙태법을 조장하고 승인한 입법자들도, 그들이 이 문제에 대해서 발언권을 가지고 있는 한, 마찬가지로 책임이 있습니다. 그리고 낙태를 조장하는 보건센터의 행정 담당자들에게도 역시 책임이 있습니다. 일반적이면서 그에 못지않게 심각한 문제는 성에 대한 자유방임적인 태도와 모성 존중의 결핍이 확산되도록 조장해 온 사람들에게 있습니다. 끝으로, 세계적으로 낙태 입법과 확산을 위한 체계적인 캠페인을 벌이고 있는 국제기구, 재단, 단체들까지 끌어들이려고 손을 뻗치는 음모의 조직망을 간과할 수 없습니다. 이러한 의미에서 낙태는 개인들의 책임을 넘어서는 것이며, 개인들에게 가해지는 해악을 넘어서는 것이고, 분명한 사회적 차원을 띠고 있는 것입니다. 이것은 사회를 진흥시키고 보호해야 할 바로 그 사람들에게 의해서 사회와 그 문화에 가해지는 가장 중대한 상처입니다.” (59항)<sup>164)</sup>

163) 교황 요한 바오로 2세. (1995). 생명의 복음. 한국천주교중앙협의회. pp. 93-94.

164) 교황 요한 바오로 2세. (1995). 생명의 복음. 한국천주교중앙협의회. pp. 95-96.

③ “어떤 이들은 잉태의 결과를, 적어도 일정한 날수를 지나기까지는 아직 인격적인 인간의 생명으로 볼 수 없다고 주장함으로써 낙태를 정당화하려고 시도합니다. 그러나 실제로 ‘난자가 수정되는 그 순간부터 아버지의 생명도 아니고 어머니의 생명도 아닌 한 생명이 시작된 것입니다. 그 생명은 스스로 성장하는 새로운 인간 존재의 생명입니다. 그 존재가 기왕에 인간이 아니라면 결코 인간으로 자라날 수 없을 것입니다. ... 현대의 유전학은 이에 대한 충분한 뒷받침을 제공하고 있습니다. 현대 유전학은 첫 순간부터 이 살아있는 존재가 무엇이 될 것인지에 관한 프로그램이 정해져 있음을 보여주었습니다.’

그러므로 도덕적 의무라는 관점에서 볼 때, 인간의 인격이 들어있을 수도 있다는 단순한 가능성만으로도 인간의 태아를 죽이려는 어떠한 개입이라도 절대적으로 분명하게 금지할 만한 정당한 이유가 충분히 될 것입니다. 바로 이런 이유 때문에, 교회는 언제나 인간 출산의 결과에 대해서, 그 실존의 첫 순간부터 무조건적인 존중이 보장되어야 한다고 가르쳐왔고, 지금도 계속해서 가르치고 있습니다.” (60항)<sup>165)</sup>

④ “낙태의 윤리성에 대한 이러한 평가는 인간 배자(胚子)에 대해 행해지는 최근의 조작 형태들에 대해서도 역시 적용됩니다. 이러한 조작들은 비록 그 자체로는 합법적인 목적을 위해서 행해지지만, 불가피하게 이러한 배자에 대한 살해를 수반합니다. 이 배자 살해는 배자 실험에서 발생하며, 배자 실험은 몇몇 나라에서 합법적으로 허용되고 있습니다. ‘인간 배자의 생명과 그 온전함에 대한 존엄성을 유지하며 그들에게 부당한 해를 주지 않고 오히려 그 개체의 건강 증진과 생존 및 치료를 위해 실시하는 의학 적 조치에 대해서는 합당한 것으로 지지해야 하지만’ 그럼에도 불구하고 인간의 배자나 태아를 실험의 대상으로 이용하는 것은 그들이 인간으로서 지닌 존엄성을 침해하는 범죄가 된다는 점을 언급하지 않을 수 없습니다. 그들은, 출생한 아기들을 존중해야 하는 것과 똑같이, 모든 사람들과 마찬가지로 존중되어야 합니다.

이러한 윤리적 단죄는 살아있는 인간 배자와 태아들을 ‘생물학 실험 재료’로 사용하거나, 또는 어떤 질병들을 치료하는 데 필요한 이식을 위해서 조직이나 세포의 제공자로 사용하는 모든 과정들에도 적용됩니다. 때로 이 배자와 태아들은 이런 목적을 위해 시험관 수정을 통해서 특별히 ‘생산’되기도 합니다. 비록 타인들을 돕기 위한 목적으로

165) 교황 요한 바오로 2세. (1995). 생명의 복음. 한국천주교중앙협의회. pp. 96-97.

수행되었다고 해도, 무고한 인간을 죽이는 것을 절대로 용납할 수 없는 행위입니다.

그러나 심각한 여러 가지 장애로 고통을 받고 있는 형제자매들이 관용과 사랑을 보여주면서 그들의 삶을 이끌어가는 용기와 침착함은 생명에 진정한 가치를 주는 것이 무엇인지에 대한 영웅적인 증언을 담고 있으며, 그들은 어려운 여건 속에서도 그 가치를 자신과 타인들에게 소중한 그 무엇으로 만들어내고 있습니다. 교회는 엄청난 고뇌와 고통 속에서도 심각한 장애를 안고 있는 아기들을 기꺼이 받아들이는 부부들 곁에 있습니다. 또한 교회는 장애나 질병 때문에 버림받은 아기들을 입양을 통해서 기쁘게 받아들이는 모든 가정들에게 감사를 표합니다.” (63항)<sup>166)</sup>

### 3. 천주교 관점에서의 정책 방향

#### 가. 국가와 법의 역할

“국민의 생명과 안전을 책임지는 주체는 국가이다. 국가가 온 힘을 다해 추구하고 실현시키고자 하는 공동선은 우선적으로 우리 사회에서 무고하고 스스로를 보호하지 못하는 약한 생명, 소외된 생명에 대한 관심과 보호 그리고 존중에서부터 시작된다. 만일 아기의 임신 때문에 사회경제적 상황으로 아기를 포기하려는 여성들이 힘들어한다면 국가는 낙태를 허용함으로써 그 여성들의 어려움을 해결할 수 있다고 여겨서는 안 된다.”<sup>167)</sup> 오히려 국가는 낙태의 허용으로 말미암아 “얼마나 넓게 또 얼마나 쉽게 부부의 불신과 윤리 생활의 퇴폐의 길이 열리는가를 깊이 생각해 보아야 한다. 피임 방법 사용에 습관된 남편들이 아내를 존경할 줄 모르며, 아내의 몸과 마음의 균형을 무시하고 아내를 자기 정욕에 봉사하는 도구로 삼아버려, 아내를 존경과 사랑으로 대해야 할 동료로 생각하지 않게 된다는 것이다.”<sup>168)</sup>

또한 이것이 “자연법에 관심 없는 국가 지도자들에게 얼마나 위험한 권리를 부여하게 되는가도 깊이 생각해 보아야 할 일이다. 국가 권력이 더욱 효과적인 임신 저지 방법을 권장하거나 더구나 필요하다고 생각될 때마다 그런 방법의 사용을 모든 사람에게

166) 교황 요한 바오로 2세. (1995). 생명의 복음. 한국천주교중앙협의회. pp. 101-103.

167) 한국천주교주교회의 생명윤리위원회. (2017). 낙태죄 법안 폐지 논란에 대한 한국 천주교회의 입장.

168) 교황 바오로 6세. (1968). 인간 생명. 한국천주교중앙협의회. pp. 25-26.

강요한다 해도 누구 하나 감히 나서서 그것을 저지시킬 수 없는 지경에 이르게 될 것이다.”<sup>169)</sup>

오히려 국가는 아기를 가진 여성들의 많은 수가 사회경제적 이유 때문에 인공임신중절을 선택하고 있다는 사실에 주목할 필요가 있다(<표 6-9> 참조).<sup>170)</sup> 지금 우리나라는 사회경제적 이유로 젊은이들이 결혼과 출산을 기피하면서 낮은 출산율로 심각한 고민을 안고 있다. 그렇지 않아도 저출산 문제가 심각한데 국가가 도리어 제도적으로 낙태를 허용하는 것은 모순이다. 오히려 국가는 제도적으로 아기를 가진 여성들이 출산을 선택할 수 있도록 다양한 차원에서의 지원과 대책을 마련해야 한다. 만일 국가가 낙태를 허용함으로써 국민들이 쉽게 지금의 난관을 극복할 수 있도록 제도적 장치를 마련한다면 이를 계기로 벌어질 생명경시 풍조의 만연은 국가를 상대로 더 많은 것을 허용하라는 요구로 확대될 것이 분명하다.

국가가 제정하는 “법의 역할은 사실을 인정하는 데 있지 않고, 개선의 촉진을 돕는 데 있다. 각 사람의 권리를 보존하고 가장 약한 자들을 보호하는 것은 언제나 국가의 사명인 것이다. 그렇게 하려면 국가는 많은 잘못들을 바로잡아야 할 것이다. 법이 모든 것을 처벌할 의무는 없지만 실정법보다 더 심오하고 장엄한 자연법을 거슬러서 행할 수는 없다. 이 규범을 거스르는 것은 언제나 잘못이다. 실정법이 처벌을 포기할 수는 있으나, 자연법에 위배되는 바를 옳다고 선언할 수는 없다. 왜냐하면 이러한 자연법에 대한 위배는 이미 그 법이 전혀 법이 아님을 입증하고도 남기 때문이다. ... 오히려 법이 해야 할 것은 언제 어디서나 세상에 태어나는 아기를 인간답게 잘 받아들이도록 가장 불우한 계층의 사람들로부터 시작해서 생활조건과 사회 여건을 부단히 개혁해 나가는 일이다.”<sup>171)</sup>

## 나. 올바른 청소년 성교육

청소년들에게 시행되는 성교육의 필요성에 대해서 교황 프란치스코는 이렇게 가르치고 있다. “성교육에서 정보를 제공할 때에 청소년들이 아직 온전한 성숙에 이르지 않

169) 교황 바오로 6세. (1968). 인간 생명. 한국천주교중앙협의회. pp. 25-26.

170) 이번 2018년 인공임신중절 실태조사에서는 인공임신중절을 하게 된 이유에 있어 사회경제적 사유인 사회활동 지장, 경제상태상 양육의 어려움이 각각 33.4%, 32.9%로 응답되었음(복수응답).

171) 교황청 신앙교리성. (1974). 인공임신중절 반대 선언문.

있다는 것을 명심하여야 합니다. 그들의 삶의 단계에 맞갖은 방법으로 적절한 때에 정보를 전해 주어야 합니다. 청소년들이 넘치는 견해들, 통제를 벗어난 포르노, 성을 훼손할 수 있는 지나친 자극들에 맞서 비판적 사고를 키워 나가도록 해 주지 못하면서 넘치는 정보에 휩싸이게 하는 것은 도움이 되지 않습니다. 젊은이들은 자신이 성숙한 인간으로 성장하는 데에 도움이 되지 않는 정보들이 쏟아져 나오고 있다는 사실을 깨달을 수 있어야 합니다. 젊은이들은 긍정적인 영향을 주는 것을 식별하고 추구하며 사랑에 대한 그들의 능력에 손상을 주는 것들은 피할 수 있게 도움을 받아야 합니다. 또한 우리는 청소년들에게 성을 알려 주는 데에 새롭고 더욱 적절한 언어의 필요성을 깨달아야 합니다. 건전한 정숙함을 보호하는 성교육은 매우 중요한 가치가 있으나, 오늘날 많은 사람들은 이를 옛 시대의 유물이라고 여깁니다. 정숙함은 우리 자신의 내면을 보호하고 우리 자신이 이용의 대상이 되는 것을 막기 위한 자연스러운 방어입니다. 정숙함이 없으면, 사랑과 성은 성행위에 대한 집착과 더불어 우리의 사랑의 능력을 왜곡하는 병적인 상태로 전락할 수 있습니다. 또한 다른 이를 비인간적으로 대하거나 다른 이에게 해를 입힐 수 있는 다양한 형태의 성폭력으로 전락할 수 있습니다. 성교육은 흔히 ‘안전한 성관계’를 통한 ‘자기 보호’에 초점을 맞춥니다. 이러한 표현들은 성관계로 생길 수도 있는 아이를 마치 자신이 막아야 하는 적으로 여겨야 한다는 듯이, 성관계의 자연스러운 목적인 출산에 대한 부정적 태도를 전달합니다. 그래서 이러한 표현들은 수용이 아니라 자기애적 공격성을 촉진하게 되는 것입니다. 마치 청소년들이 성숙, 가치, 상호 헌신, 혼인에 맞갖은 목표를 이미 지니거나 한 듯이, 그들의 몸과 욕망을 함부로 다루도록 권하는 것은 무책임한 일입니다. 이는 결국 청소년들이 자신의 부족함이나 커다란 한계를 보상하려고 다른 사람을 하나의 수단으로 이용하도록 그들을 분별없이 부추기는 것이 됩니다. 그래서 그들에게 다양한 사랑의 표현, 상호 배려, 존중이 넘치는 온유함, 풍부한 의미가 있는 의사소통의 방법을 가르쳐 주는 것이 중요합니다. 이 모든 것은 만인 앞에서 서약을 하고 나서 자신의 몸을 내주는 형태로 표현되는 온전하고 관대한 자기 증여에 대한 준비입니다. 그래서 혼인에서 성적 결합은 모든 약속의 표징으로 나타날 것이며, 앞서 걸어온 길이 이 결합을 풍요롭게 할 것입니다. 젊은이들이 다음과 같은 차원을 혼동하여 착각하지 않도록 해 주어야 합니다. 성적 매력은 잠시 동안이나마 결합의 허상을 만들어 내지만, 사랑이 없다면 이러한 결합은 그들을 원해서 서로가 멀리 떨어져 있었던 것만큼이나 낯선 이들로 남겨 둡니다. 참된 자기 증여를 위해

서 육체의 언어는 욕망을 파악하고 다스리는 인내심 있는 훈련을 요구합니다. 한 번에 모든 것을 주려고 한다면, 아무것도 주지 않을 가능성이 있습니다. 젊은이들이 얼마나 나약하고 혼란스러워 하는지를 이해하는 것과 그들이 보여주는 미숙한 사랑의 방식을 지속하도록 권유하는 것은 별개의 일입니다. 그러나 오늘날 누가 이러한 것들에 대하여 말해줍니까? 누가 젊은이들을 진지하게 대할 수 있습니까? 그들이 더 크고 아낌없이 주는 사랑을 진지하게 준비하도록 누가 도와줄 수 있습니까? 성교육이 너무 가볍게 다루어지고 있습니다. 또한 성교육에는 남녀가 서로 다름을 존중하고 이해하는 것이 포함되어야 합니다. 이는 젊은이들이 자신의 한계 안에 갇혀 있는 것을 극복하고 상대방을 열린 마음으로 받아들이는 방법을 제시하는 것입니다. 누구든 경험할 수 있는 이해할 만한 어려움을 넘어서서, 젊은이들이 자신의 몸을 있는 그대로 받아들이도록 도와야 합니다. ... 서로 다름에 대한 두려움을 없애버리는 것만으로도 우리는 자기 안에 갇혀 있는 것과 자기에게 빠져 있는 것에서 벗어날 수 있습니다. 성교육은 젊은이들이 자기의 몸을 받아들여 성적 차이를 다루는 법을 더 이상 알지 못한다는 핑계로 성적 차이를 없애려하지 말도록 도와야 합니다.”<sup>172)</sup>

국가가 제도적으로 진행하는 청소년 성교육은 그 교육주체가 누구인가에 따라서 커다란 차이를 보일 수 있다. 만일 교육의 주체가 성의 해방과 자유를 지지하는 입장이라면 피임을 잘할 수 있는 방법을 교육할 것이고, 성의 가치와 책임을 지지하는 입장이라면 상호존중과 배려를 통한 사랑의 결합을 교육할 것이다. 지금 우리 사회에 만연하고 있는 온갖 형태의 성폭력은 청소년 성교육의 현주소를 대변하고 있는지도 모른다. 국가는 청소년 성교육의 방향이 해방과 자유가 아니라 가치와 책임으로 나아가도록 제도적 장치를 마련하고 관리감독 함으로써 청소년들이 성에 대한 올바른 가치관을 갖게 해야 할 것이다.

## 다. 다양한 출산환경 조성

인공임신중절에 대한 국가의 정책은 법적 허용이 아니라 예방으로 나아가야 한다. 그것은 고용노동, 교육, 보건복지 등 거의 모든 정부부처들이 힘을 합쳐 공동으로 노력

172) 교황 프란치스코, (2016). 사랑의 기쁨. 한국천주교주교회의. pp. 214-217.

해야 가능한 일이다. 출산은 사회경제적 부담이 되고, 피임과 인공임신중절은 돈벌이의 대상이 되어서는 안 된다. 이로 인해 여성이 겪게 되는 육체적 정신적 고통은 고스란히 국가의 질적 하락으로 귀결되게 마련이다. 선진 복지국가를 지향하는 현 정부는 마땅히 다양한 차원에서 여성이 마음 놓고 출산할 수 있는 환경을 조성해야 한다.

다행스럽게도 이미 정부는 보다 나은 출산환경을 조성하기 위한 다양한 입법을 예고하고 있다. 그 안에는 출산과 양육에 대한 남녀공동책임, 미혼모에 대한 제도적 지원, 출산가정에 대한 제도적 지원, 입양에 대한 제도적 지원 등이 포함되어 있다. 그리고 이미 시행되고 있는 제도들에 대해서는 보완책 마련과 더불어 시설의 확충을 도모하고 있는 것이 사실이다. 하지만 높은 실업율과 턱없는 부동산 가격은 소박한 가정을 꾸리고자 희망하는 젊은이들에게 깊은 좌절을 안겨주고 있다. 현 정부가 일자리 창출을 위해 사활을 걸고 매진하고 있음을 우리는 잘 알고 있다. 또한 부동산 대책을 마련하기 위해 고심하고 있음도 잘 알고 있다. 이 모든 것이 안정적인 출산환경을 조성하는 근본적인 대책임은 두말 할 여지가 없다. 이에 대한 현 정부의 노력에 지지와 감사를 표한다.

그럼에도 불구하고 정부에 요청하고 싶은 것은 출산과 양육에 대한 사회적 편견을 해소하는 일이다. 미혼모의 출산, 미혼부의 양육책임, 육아휴직에 따른 기업의 손실, 남성의 육아 등 출산과 육아에 대한 사회적 편견들이 여전히 무서운 세력으로 힘을 과시하고 있는 것이 현실이다. 이러한 사회적 편견들은 보이지 않는 힘으로 임신한 여성들을 위협하고 인공임신중절을 선택하도록 종용한다. 정부는 다양한 제도적 장치를 마련하는 것 못지않게 출산과 양육에 대한 사회적 편견을 완화시키는 교육과 홍보에도 적극 매진하여야 할 것이다.

#### 4. 결 론

세계적으로 선진국들을 위시한 많은 국가에서 인공임신중절을 법으로 허용하고 있다. 이미 이들 국가는 오랜 시간을 거쳐 이 문제를 논의했으며 사회적 합의를 통해 출산과 양육에 대한 다양한 지원책을 마련해 놓고 있다. 이제 우리나라도 과거 선진국들이 고민하고 대응해야 했던 문제에 직면하고 있다. 법과 제도는 균형을 이룰 때에 비로소 안정적으로 그 효과를 유지할 수 있다. 인공임신중절을 허용하려면 그에 상응하는 지원책이 서로 균형을 이루어야 한다. 아직 지원책이 마련되지 않았거나 혹은 미비한



수준이라면 서둘러 인공임신중절을 허용해서는 안 된다. 그 남용의 결과가 이 나라의 여성들을 성과 쾌락의 대상으로 내몰 것이라는 것은 쉽게 예측할 수 있다. 또한 이로 말미암아 힘없고 나약한 계층의 여성들이 당할 육체적, 정신적 고통을 과연 국가가 보상할 수 있을 것인가?

이미 선진국에서 시행하고 있는 인공임신중절의 법적 허용을 우리나라에서도 막을 수는 없을 것이다. 다만 시기적으로 아직 준비가 되지 않은 상태에서 법의 허용이 먼저 이루어졌을 때 발생하는 사회적 문제들에 대해서 진지하게 고민해 보아야 한다는 것이다. 그 피해는 고스란히 이 사회의 여성들에게 전가될 것이기 때문이다. 성과 생명은 둘이 아니다. 성은 쾌락의 도구로 주어진 것이 아니라 생명의 잉태를 통한 종족의 번식을 위해 주어진 것이다. 지금 우리나라가 맞닥뜨리고 있는 저출산의 문제는 장차 국가의 존폐위기론까지 이야기할 정도로 심각하다. 이미 미래에 대한 희망을 포기하고 그저 지금의 쾌락을 행복과 동일시하면서 성을 한갓 쾌락의 도구로만 사용하려는 젊은 세대들에게서 국가의 안녕과 미래는 의미가 없다. 단지 ‘나’라는 개인이 존재할 뿐 가정을 꾸리고 자녀를 낳아서 단란한 가정을 이루는 것이 행복이라는 지극히 당연한 꿈도 사치로 여기게 하는 국가가 무슨 의미가 있겠는가? 성적 쾌락의 부산물인 임신을 원하지 않는다면 자연스럽게 중절할 수 있는 자기결정의 권리를 국가가 보장하는 것이 당연하다고 외칠 수밖에 없는 것이다. 출산과 양육을 보장해 주지 못할 바에야 지을 수 있는 권리라도 보장하라는 논리이다.

인공임신중절은 한 인간이 태어날 수 있는 권리를 근본적으로 박탈하는 것이다. 개인이 사회경제적 이유로 아이의 출산을 포기하고 인공임신중절을 선택할 수는 있다. 하지만 국가가 법으로 그 문을 열어놓아서 안 된다. 이는 장차 국가의 존폐위기를 국가 스스로 자처하는 꼴이 되고 말기 때문이다. 국가는 최대한으로 국민이 자녀를 낳아서 행복한 가정을 꾸리고 살아갈 수 있는 여건을 마련하는 데에 총력을 기울여야 한다. 그것은 교육, 노동, 보건복지, 부동산 등 정부 각 부처 전방위에 걸쳐서 이루어져야 할 것이다.

행복한 가정을 원하지 않는 사람은 없다. 생명을 기꺼이 죽이고자 하는 사람도 없다. 이것은 자연스러운 인간의 본성이기 때문이다. 그 본성을 거스르면서까지 이기적인 선택을 할 수밖에 없게 만드는 사회경제적 구조가 문제이다. 뻔히 눈앞에 보이는 불행을 누가 자처하려 들겠는가? 지금도 충분히 불행한데 누가 더 큰 불행을 자처하면서까지

생명을 선택하려 하겠는가? 하지만 선한 가치관을 갖고 있는 익명의 많은 사람들은 아직도 고통을 가슴에 안고 생명을 선택하고 있다. 이것이 이 나라의 희망이다. 국가는 이러한 선한 가치관을 갖고 기꺼이 자신을 희생하는 사람들을 지지하고 격려해야 한다. 돈과 쾌락을 추구하며 이기적인 가치관으로 타인을 아랑곳하지 않고 죽음의 문화를 조장하는 세력들을 국가는 경계해야 한다.

국가는 개인의 행복추구권을 보장한다. 또한 개인의 자유로운 의사결정권을 보장한다. 하지만 그것이 타인의 - 설령 그것이 태어나 배아일지라도 - 생명을 담보로 하는 것이라면 이는 허용되어서는 안 된다. 지금의 「모자보건법」이 허용하고 있는 예외적인 조항들 역시 이기적인 것이다. 그 누가 감히 자신의 삶을 대신 결정해 줄 수 있단 말인가? 설령 그 삶이 장애로, 기형으로, 불치병으로 불행이 예견되는 삶일지라도 그 삶의 의미 없다고 누가 대신해서 단정 짓고 살해해도 좋다고 허락할 수 있단 말인가? 개인은 할 수 없이 그렇게 선택할지라도 국가는 그래도 좋다고 말해서는 안 된다. 인공임신중절이 현실적으로 만연해 있다고 하더라도 국가는 그래도 좋다고 말해서는 안 된다. 이미 법집행을 거의 포기한 상태이기에 아무런 실효성이 없는 법조항이라고 할지라도 그것이 국민의 생명권을 보장하는 기본원칙에 해당하는 것이라면 국가는 이를 포기해서는 안 된다.

2018년 인공임신중절 실태조사에 따르면 인공임신중절을 원하는 이들은 주거지 근처(64.7%) 산부인과 개인병원에서(69.7%) 30~100만 원 사이의 비용으로(73.8%) 시술을 받은 것으로 조사되고 있다(<표 6-17>, <표 6-18> 참조). 굳이 국가가 법으로 허용하지 않아도 이미 우리사회는 인공임신중절이 가능한 국가이다. 그런데 왜 사람들은 인공임신중절을 법으로 허용해야 한다고 주장하는 것일까? 여기에는 분명 또 다른 세력들이 있다. 바로 경구 투여를 통해 손쉽게 태아를 유산시킬 수 있는 사후피임약의 국내 도입을 합법화함으로써 수많은 이익을 얻고자 하는 이들이다. 알약 하나로 인공임신중절이 커다란 부작용 없이 가능하다면 이 사회가 겪게 될 혼란은 그 누구도 예측하기 어려울 것이다. 과연 국가는 이를 허용하는 것이 옳바르다고 생각하는가?

경제적 논리 앞에서 수반되는 고통과 희생은 고스란히 이 나라 여성들의 몫이다. 생명을 살해하는 약을 복용하라고 유혹하거나 강요당하는 사회에서 여성의 건강권이 보장될 리 만무하다. 피임도 시술도 필요 없이 약품 복용 하나로 모든 문제가 해결된다면 이 사회에 만연할 성적 문란은 또 어떻게 할 것인가? 모든 것이 인공임신중절의 법적

허용 여부에 따라서 달라질 것이다. 이로 인해 파생되는 엄청난 결과들을 과연 국가는 책임질 수 있을 것인가?

법은 거대한 홍수를 막는 댐과도 같다. 홍수 조절을 위해 댐의 수문을 일정 정도 열어 놓을 수는 있어도 댐 자체를 무너뜨려 버리면 그 아래 마을들은 살 곳을 잃어버린다. 국민의 생명권을 보장하는 법조항은 국민의 식수원을 담고 있는 댐과도 같다. 댐이 사라져 물이 말라버린다면 국민이 겪게 되는 고통은 이루 말할 수 없을 것이다. 생명권도 마찬가지이다. 국가는 국민의 생명을 담보로 하는 그 어떤 요구 앞에서도 단호히 배격해야 한다. 그것이 바로 국가의 의무이기 때문이다.

#### <참고문헌>

교황 바오로 6세. (1968). 인간 생명. 한국천주교중앙협의회.

교황청 신앙교리성. (1974). 인공임신중절 반대 선언문.

교황 요한 바오로 2세. (1995). 생명의 복음. 한국천주교중앙협의회.

교황 프란치스코. (2016). 사랑의 기쁨. 한국천주교주교회의.

한국천주교주교회의 생명윤리위원회. (2017). 낙태죄 법안 폐지 논란에 대한 한국 천주교회의 입장.