

제1장 연구의 배경 및 목적

I. 연구배경 및 필요성

1. 연구배경

우리사회에 충동적 성문화가 확산되고, 그 영향으로 청소년의 성 의식이나 태도가 급격히 변화하는 반면, 전통적 가치관이 붕괴되고 이를 보완·대체할 수 있는 체계적인 성교육과 출생한 아동과 여성을 보호하기 위한 프로그램이 거의 실행되고 있지 않는 것이 현실이다.

임신과 출산, 또는 인공임신중절을 선택할 수 있으나 이 두 가지 선택 모두 청소년과 여성의 정신건강, 생식보건에 많은 영향을 미친다. 특히 인공임신중절(人工妊娠中絶, artificial abortion)은 태아의 생존이 가능한 발육시기 이전에 임신이 종결됨을 말한다. 우리말로 인공임신중절란 용어는 의학용어로서 잘 사용되지 않는다. 우리나라의 모자보건법 시행규칙에 따르면 임신 28주까지 인공임신중절수술을 허용하고 있고, 모성건강 또는 태아 질병 등의 사유가 아닌 기타 이유로 유산을 요청할 경우를 선택적 혹은 자율적 인공임신중절수술이라 말한다. 1973년 5월 제정 시행된 모자보건법 제2조 제6항에서는 인공임신중절수술을 “인공유산 수술이라 함은 태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 시기(임신한 날로부터 28주 이내)에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술”을 말한다.

2005년 고려대학교와 보건복지부가 제출한 보고서에 의하면 한 해 인공임신중절은 약 34만 건에 이르고 있음을 보여주고 있다. 이 자료

는 인공임신중절에 대해 전국의 산부인과 의사들과 여성들을 대상으로 한 설문조사 결과를 토대로 이 사실을 대변하였다. 그러나 인공임신중절의 상당 부분은 여전히 불법적으로 이루어지고 있기 때문에 여성의 건강은 제도적으로 보호할 수 있는 방안이 없는 상황이다.

여성 생식보건을 증진시키기 위한 방안으로써 인공임신중절의 사전적 예방 및 사후 치료가 매우 중요하다. 따라서 사전 예방 및 사후 치료를 위해 법적·윤리적 논의를 통해 충분한 합의가 도출된 인공임신중절관련 정책을 합리적으로 수립할 필요가 있다.

한편, 1973년에 제정된 「모자보건법」은 법14조에서 인공임신중절에 관해서 매우 엄격한 규정을 갖추고 있으나 임상 현장에서 인공임신중절은 별다른 법적 제재의 대상이 되지 않고 있으며 「모자보건법」으로 인정되지 않는 인공임신중절이 다수 시행되고 있는 것으로 예상된다. 이는 법 제14조가 사문화되어 있음을 보여주는 단면이다.

이러한 법과 현실의 괴리를 극복하고 출산과 인공임신중절에 있어 여성의 생식 보건과 불법적인 인공임신중절수술을 줄일 수 있도록 모자보건법 제14조를 개정하고 이를 보완할 수 있는 제도의 개발이 절실하다.

2. 연구목적

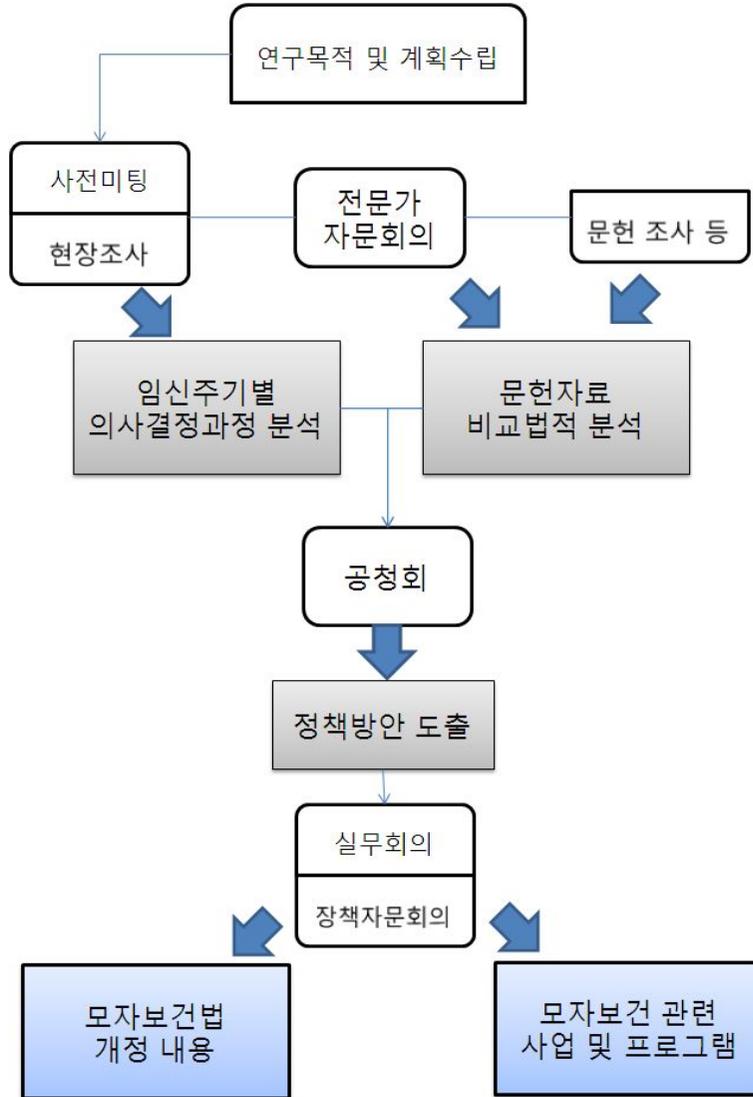
여성의 생식보건을 증진시키기 위한 가장 시급한 조치로 인공임신중절의 사전 예방 및 사후 지원을 위한 정책과 계획을 도출하기 위한 방안으로써 먼저 사문화되어 있는 모자보건법 제14조를 개정하여 윤리적·법적 논의, 그리고 합의가 필요하다. 이를 위해 본 연구에서는 개인적 차원과 사회적·제도적 차원에서 부적절한 인공임신중절의 문제를 해결하기 위한 방안을 다음에 나열되는 목적 하에 개발할 것이다.

- 첫째, 개인적 차원에서 임신을 확인한 여성이 인공임신중절을 결정하기까지 의사결정과정을 분석하여 인공임신중절 수술 보다 출산을 선택할 수 있도록 지원하는 방법을 개발

- 둘째, 사회적·제도차원에서 저출산 문제를 사회적, 제도적 문제로 이해하고 저출산 문제를 해결할 수 있는 효율적이며 바람직한 환경을 조성하기 위한 인공임신중절 관련 정책 및 프로그램을 개발하여 임신을 경험한 여성을 지원하는 바람직하며 현실적인 모델을 제시

- 셋째, 인간의 존엄과 가치를 존중하고 현실적 여건을 반영한 모자보건법령의 정비방안 마련

II. 연구 수행 체계



III. 연구내용 및 범위

1. 연구내용

(1) 국외 인공임신중절 규정 및 정책 자료 분석을 통한 정책 근거 마련

- 1) 국외의 인공임신중절 규정 및 정책을 영역별로 나누어 분석하고 모자보건법 개정에 유용한 정책을 도출함.
- 2) 국내의 선행 연구를 통해 인공임신중절에 대한 국내의 다양한 의견과 전문가들의 견해를 수렴하여 인공임신중절의 새로운 기준 마련.

(2) 부적절한 인공임신중절을 예방하기 위한 사업 및 프로그램 제안

- 1) 국외의 부적절한 인공임신중절 예방 사업을 고찰하여 국내 상황에 적합한 인공임신중절예방 사업의 개발을 위한 제안
- 2) 인공임신중절과 관련된 행위자들의 협력 방안 제시
- 3) 부적절한 인공임신중절을 예방하고 여성의 정보접근을 제고할 수 있는 효과적 홍보방안 제시

(3) 모자보건법의 인공임신중절 관련 조항의 정비 방안 제시

- 1) 현행 「모자보건법」 제14조의 인공임신중절수술의 허용 사유에 대한 각계의 의견을 수렴하고 대안을 개발
- 2) 외국의 인공임신중절 관련 법률과 정책을 비교법학적으로 분석

2. 연구방법

(1) 문헌조사

① 자료수집을 통한 사안의 검토

본 연구와 관련하여 국내에서 발간된 문헌들을 수집하여 그 내용을 검토하고 인터넷 검색 및 통계자료의 분석 등을 통하여 법안에 담겨야 할 사안을 검토한다.

② 현행 정책 및 규칙, 기준, 제도의 검토 및 문제점 파악

앞에서 검토한 사안과 관련된 현행 정책 및 규칙, 기준, 제도들을 검토하고, 그 밖에 민간에서 자율적으로 행해지고 있는 제도도 검토하여 문제점을 파악하고자 한다.

③ 외국사례 검토

앞의 문헌조사를 통해 얻어진 자료를 토대로 외국에서는 어떠한 법적·정책적 대응을 취하고 있는지를 각국의 법률과 정책 및 제도를 중심으로 고찰한 후, 우리나라에의 적용가능성을 검토한다.

(2) 현장조사

① 사전미팅

청소년, 미혼모 등이 기거하고 있는 시설과 산부인과전문의 등과 사전미팅을 통해 개인차원에서 출산 및 인공임신중절을 결정하는 상황을 파악하여 이를 법 개정 방향에 적용한다.

② 현장조사

사전미팅을 통해 파악한 사실을 토대로 청소년, 미혼모 등이 기거하고 있는 시설을 2회 이상 방문하여 의사결정 과정 등을 확인하여 여성들의 임신과 관련하여 필요로 하는 지원을 조사한다.

③ 의사결정과정의 파악

임신을 확인하는 과정과 출산 또는 인공임신중절을 결정하는 과정을 단계별로 추적한다.

(3) 전문가 자문회의

민간단체, 여성계, 종교계, 의료계 및 윤리학자와 법학자를 포함한 학계 등에서 지속적으로 활동해 온 전문가를 선정, 인공임신중절 및 여성을 지원하는 정책 등에 대한 토론과 자문 활동 수행한다.

(4) 토론회

인공임신중절 예방 및 대책마련을 위한 전문가, 일반인의 의견을 청취하여 이를 통해 모자보건법 제14조 개정의 필요성과 방향성을 설정한다.

(5) 공청회

전문가 자문회의 및 토론회 등을 통하여 전문가 및 일반인의 의견이 반영된 모자보건법 제14조의 개정 방향을 논의하고, 제안된 개정 방향에 대한 연구결과를 바탕으로 전문가와 일반인의 논의와 의견을 반영하고 합의를 도출하기 위한 공청회를 개최한다. 동시에 공청회는 인공임신중절 논의를 대중화하고 홍보할 수 있는 기회를 마련할 수 있을 것이다.

(6) 실무회의

전문가 자문회의, 토론회, 공청회 등을 통해 도출된 내용을 토대로 실무회의에서 인공임신중절 예방 사업 및 프로그램, 「모자보건법」의 개정 내용을 결정하여 결과보고서를 작성한다.

제2장 인공임신중절 논의의 역사적 · 윤리적 배경

I. 역사적 배경

1. 국외 사례

미국에서는 인공임신중절을 여성의 권리로 규정하는 주요 판례가 있다. 여성의 인공임신중절에 대한 권리는 1973년 Roe 판결을 통해서 헌법상 프라이버시 권리로 인정되었다. 이후 다수의 판결을 통해서 확고하게 여성의 프라이버시로 승인되었으나, 1989년 Webster 판결에서 Roe 판결의 중요한 내용인 3개월 기간구분법이 비난되어지고, 그동안 허용되지 않던 주의 규제들이 인정되었으나, 1992년 Casey 판결을 통해 여성의 인공임신중절에 대한 권리가 재승인되었다.

(1) Roe v. Wade 판결

① Roe 판결 내용

1973년 연방대법원은 Roe 판결에서 산모의 생명이 위험한 경우를 제외하고는 인공임신중절을 금지하는 텍사스 주 인공임신중절법에 대하여 헌법상의 프라이버시를 침해한다는 이유로 이를 폐기하였다.

이 판결에서 중요한 판시내용은 여성의 인공임신중절에 대한 결정권은 근본적인 헌법상의 프라이버시권리 속에 포함되며 그러한 권리를 제한하는 주 입법은 긴절한 주의 이익에 의해서만 정당화될 수 있는 엄격심사 형식을 취한다는 것이다.

연방대법원은 임신을 3개월(12주) 단위로 구분하여서 처음 3개월은 임신한 여성이 독자적 판단에 의하여 의사와 상의하여 독립적으로 인공임신중절을 결정할 수 있으나, 3개월 이후에는 일정한 제한이 가해진다고 보았는데, 먼저 임신 3개월 이후에는 임신부의 건강을 보호하기 위한 주의 긴절한 이익을 인정하였으며, 나아가 법원은 임신 마지막 3개월 동안 태아의 잠재적 생명에 대한 주의 긴절한 이익을 인정하였다. 즉, 태아를 헌법상 의미에서는 사람이 아니라고 보았으나, 임신부의 자궁외부에서 살아갈 가능성이 있는 생존능력을 가지는 시점부터 주는 이를 보호하기 위해 여성의 인공임신중절권을 제한할 수 있었다.

태아의 생명과 관련하여 기본적으로 미국연방대법원은 태아가 수정헌법 제14조의 용어와 의미에서 사람에 해당하지 않는다고 보면서도 생존능력을 가지는 경우 이를 보호하고 있는데, 다만 생명이 언제 시작되는지에 대한 어려운 문제에 대하여 법원이 답할 필요는 없다고 보면서 생명이 수태 시에 시작된다는 하나의 이론을 채택하여 텍사스 주로 하여금 문제되고 있는 임신한 여성의 권리를 전적으로 무효화시킬 수 있다는 견해에 찬성하지 않는다.

이에 대해 Rehnquist판사는 임신기간을 세 개의 독립된 기간으로 구분하고, 주가 기간별로 일정하게 제한을 가할 수 있다고 한 다수의견은 수정헌법 제14조의 입법의도를 넘어선 것으로써 사법적 입법에 참여한 것이라고 비판하며, 그는 많은 주에서 적어도 한 세기 동안 인공임신중절을 규제하였다는 사실을 볼 때 인공임신중절에 대한 권리가 근본적인 것으로써 미국 국민의 전통과 양심 속에서 뿌리 깊은 것으로 보기는 어렵다고 주장하였다.

② Roe 판결의 영향

Roe 판결은 1821년 코네티컷 주가 제정하기 시작한 후 만들어진 모든 인공임신중절법이 사실상 위헌으로 선언된 것이나 다름없는 것이었으나 미국연방대법원이 Roe판결에서 임신부의 건강과 태아의 잠재적 생명을 보호하려는 주의 이익을 인정함에 따라 주는 이러한 이익을 증진시키기 위하여 관련법을 제정할 수 있는 여지를 갖게 되었다.

첫째, 인공임신중절에 대한 모든 형사처벌이 금지되는 것은 아닐지라도 인공임신중절을 범죄행위의 역에서 제외시켰으며, 둘째 법원이 범죄적 인공임신중절시대는 종료시켰으나 새로운 시대에 돌입하면서 주에게 인공임신중절에 대한 규제를 제정할 수 있도록 허용하였다. 이는 인공임신중절에 대한 다양한 방식의 엄격한 규제들을 부과함으로써 인공임신중절에 대한 접근을 제한하기 시작하였다는 것이며, 인공임신중절결정이 여성에게 부담이 되고, 비용이 많이 들고, 많은 시간을 소요하도록 하여 인공임신중절을 제한하고자 하는 것으로 볼 수 있다.

(2) Webster v. Reproductive Health Service 판결

① Webster판결 내용

1989년 인공임신중절을 엄격하게 규제하는 Missouri주법에 대한 심사가 있었음. 미국 연방대법원에서 심사한 법의 4개 조항은 다음과 같다.

- ① 모든 인간존재의 생명은 수태 시에 시작된다는 것을 선언한 법 서문
- ② 공적고용인의 인공임신중절 시술금지과 인공임신중절 시 공적시설사용의 금지
- ③ 인공임신중절상담에 대한 공적자금의 금지
- ④ 의사로 하여금 태아가 생존능력이 있는지 여부를 결정하기 위해서 특정한 의료적 심사를 사용하도록 하는 요건

Webster판결에서 Roe판결에 대한 직접적인 번복은 없었으나 4명의 판사는 임신을 기간별로 구분하는 “3개월 기간구분법(trimester framework)”를 다음과 같이 주장하면서 거부하였다. 즉 다수의견은 Roe판결 자체를 공격하지 않았지만, “엄격한 3개월 기간구분구조”를 공격하면서 이러한 구조는 “원리상 근거가 불충분하고 실제에 있어서 작용될 수 없는 것”이라고 주장하였다.

이에 반해 반대의견을 제시한 판사들은 임신을 중지시킬 권리는 근본적인 헌법상의 프라이버시권리임을 거듭 주장하면서 3개월 기간구분법은 Roe판결의 분석적 핵심으로써 헌법상 프라이버시권을 유효하게 할 뿐 아니라 생식과 관련된 역할을 통제할 여성의 권리를 보호하기 위한 것이라고 항변하였다.

② Webster 판결의 영향

Webster 판결은 Missouri주법에서 명시되어있는 생명이 수태 시에 시작된다는 것을 선언하도록 허용하였고, 인공임신중절 수술시 공적 고용인과 공적 시설의 사용을 금지하였다.

또한 Missouri주 생존능력심사요건에 대한 Rehnquist대법원장의 다수의견은 Roe판결에서 선언된 인공임신중절권을 제한하는 계기를 마련

하였다. Rehnquist대법원장은 임신 4개월에서 6개월 동안도 태아생명을 보호하고자 하는 주의 이익을 위해 일정한 규제가 허용된다고 보았으므로 3개월 기간구분법을 거부하였으며, Roe판결 이후 위헌으로 인정된 규제들을 승인하였다.

법원은 Webster 판결에서 Roe판결에서 인정된 3개월기간구분법을 공격하고 인공임신중절에 대한 여성의 헌법상의 권리를 약화시키려함에 따라 인공임신중절권을 지지하는 단체들은 인공임신중절권을 위한 정치적으로 맞서기 위해 노력하였고 법원이 인공임신중절문제를 해결할 임무를 개별 주에 다시 되돌려 보내려하는 것에 불만을 표명하였다.

Webster 판결은 새로운 규정을 제정하는 데 영향을 끼쳤으며, 요약하자면 다음과 같다.

- Pennsylvania주는 즉각적으로 법원에서 다투어졌던 인공임신중절에 대한 새로운 규제를 제정하였음.
- Idaho주와 Louisiana주는 1990년에 제한적인 법을 제정하였으나 주정부가 이를 거부하였음.
- 1991년 Louisiana주지사가 다시 제한적이 인공임신중절법을 거부하였으나, 의회가 그 거부권을 무효화하였음.
- 1990년 Connecticut주는 Roe판결이 번복되더라도 여성에게 인공임신중절에 대한 법적 권리를 부여한 첫 번째 주가 되었음.
- 1992년 Maryland 주는 유사한 법안을 통과시켰음.
- 1991년 North Dakota 주지사는 연방의 엄격한 인공임신중절금지법안을 거부하였으며, Utah주는 엄격한 인공임신중절금지법을 제정하였음.

(3) Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey 판결

① Casey판결의 내용

미국연방대법원은 Casey판결에서 Roe사건의 판결의 본질은 유지된다고 선언하였으며, 신중한 고려 후에 인공임신중절에 대한 여성의 권리를 재확인하였고, Casey 판결에서 법원은 여성의 프라이버시권리를 보호하기 위하여 Roe판결에서 논의되지 않았던 헌법상의 논거를 인정하였다.

법원은 “여성의 역할에 관한 주의 견해, 역사와 문화 속에서 지배적인 견해를 주가 주장하기에는 여성의 고통이 너무나 사적인 것”이기 때문에 주는 임신한 여성의 인공임신중절결정을 존중할 의무가 있다고 보았기 때문이다.

법원은 여성이 인공임신중절에 대한 권리를 가지는 시점으로 종래의 ‘생존능력’은 인정하였으나 Roe판결의 3개월 기간구분법은 거부하였으며, 그동안 사용되어오던 엄격심사기준 대신에 “법의 목적이나 효과가 태아의 생존 능력 전에 인공임신중절하려는 여성에게 실질적 장애가 되는” 경우 동법을 무효로 보는 ‘부당한 부담(Undue Burden)’심사 기준을 채택하였다.

또한 법원은 24시간 대기기간 및 인공임신중절에 대한 정보와 상담이 인공임신중절수술 전 의사에 의하여 제공되도록 한 요건을 지지하고, 기록유지와 보고 조항의 정당성을 재확인하였으나, 인공임신중절시 남편에게 고지하도록 요구하는 조항은 여성의 프라이버시권리에 대하여 부당한 부담을 가하는 것으로 보아 무효로 선언하였음.

② 새로운 '부당한 부담(Undue Burden Standard)' 기준

주의 인공임신중절규제의 합헌성을 심사하는 새로운 심사기준에 대해, 미국연방대법원은 '부당한부담심사기준'이 여성이 헌법상 보호되는 자유와 주의 이익을 조정하기 위한 적합한 수단임을 강조하였다.

법원은 임신을 중지시킬지 여부를 결정할 권리에 대한 모든 부담이 부당한 것은 아니라고 보았으며 주의 규제가 생존능력이 없는 태아를 인공임신중절하려는 여성에게 '실질적인 장애(substantial obstacle)'를 두려는 목적이나 효과를 가진 경우에만 부당한 부담이 되므로 무효가 된다고 주장하였다.

인공임신중절의 제한이 부당한 부담이 되지 않는 경우에는 단지 태아의 생명을 보호하기 위한 합법적인 주의 이익과의 합리적인 관련성만을 필요로 한다고 주장하면서, 결과적으로 인공임신중절규제의 목적과 효과를 질문하도록 하는 새로운 기준이 선언됨에 따라 종전의 엄격심사기준은 보다 허용적인 기준으로 대체되었으며, 그것에 의해서 합리적 기준(rational basis)심사와 유사한 것으로 심사기준이 낮추어졌다.

③ Casey 판결의 영향

Casey 판결은 Roe판결 이후 지속적으로 승인되거나 비판받아온 인공임신중절에 대한 결정권을 여성의 헌법상의 권리로 재선언하였다는 점에서 중요하게 인식되는 동시에 주로 하여금 임신초기보통 산모의 건강과 태아의 생명을 보호할 합법적인 이익(legitimate interests)을 가진다는 원리를 선언함에 따라, 명확한 기준을 발전시키기 보다는 정치적 수완이 있는 타협안을 만들어냈다.

그러나 Casey판결은 환영받지 못하였으며, 많은 비판과 이에 대한

입법적 대응을 야기시키고, 인공임신중절에 대한 상반된 입장을 가진 결렬한 대립을 불러일으켰는데, 특히 인공임신중절권 옹호론자들은 법원이 중요한 제한적 인공임신중절규제를 지지한 것에 유감을 표명하였고, 생명우선론자들은 인공임신중절권의 지속적인 보호에 반감을 표시하였다.

Casey판결 이후 미국연방의회는 Roe판결에서 선언되었던 많은 것을 조문화시킨 선택자유법을 만들기 시작하였고, 이에 따라 인공임신중절권 옹호론자들은 인공임신중절권의 보호를 위해서 의회에 또다시 의존하게 되었으며, 인공임신중절반대론자들은 인공임신중절 클리닉에 대한 접근을 봉쇄하는 "Rescue 운동"을 조직하였으며, 클리닉과 개별 의사들의 집 밖에서 시위하기도 하고, 일부 경우에는 클리닉에 침입하거나 폭발물을 투척하기도 하였다.

2. 국내 사례

1) 대법원 1985. 6. 11. 선고 1984도1958

① 판시사항

- 형법 제20조 소정의 사회상규에 위배되지 아니하는 행위의 의미
- 의사가 부녀의 촉탁 또는 승락을 받아 인공임신중절행위를 한 것이 사회상규에 위배되지 않는 것인지 여부
- 모자보건법 제8조 제1항 제5호 소정의 “임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우”의 의미

- 피고인만이 항소한 항소심에서 징역형은 감경되었으나 자격정지형이 추가된 경우 불이익변경에 해당 여부

② 판결요지

형법상 처벌하지 아니하는 소위 사회상규에 반하지 아니하는 행위라 함은 행위가 법규정의 문언상 일응 범죄구성요건에 해당된다고 보이는 경우에도 그것이 극히 정상적인 생활형태의 하나로서 역사적으로 생성된 사회생활질서의 범위 안에 있는 것이라고 생각되는 경우에 한하여 그 위법성이 조각되어 처벌할 수 없게 되는 것으로서, 어떤 법규정이 처벌대상으로 하는 행위가 사회발전에 따라 전혀 위법하지 않다고 인식되고 그 처벌이 무가치할 뿐 아니라 사회정의에 위반된다고 생각될 정도에 이를 경우나, 국가법질서가 추구하는 사회의 목적 가치에 비추어 이를 실현하기 위하여서 사회적 상당성이 있는 수단으로 행하여 졌다는 평가가 가능한 경우에 한하여 이를 사회상규에 위배되지 아니한다고 할 것이다.

인간의 생명은 잉태된 때부터 시작되는 것이고 회임된 태아는 새로운 존재와 인격의 근원으로서 존엄과 가치를 지니므로 그 자신이 이를 인식하고 있던지 또 스스로를 방어할 수 있는지에 관계없이 침해되지 않도록 보호되어야 한다 함이 헌법 아래에서 국민일반이 지니는 건전한 도의적 감정과 합치되는 바이므로 비록 모자보건법이 특별한 의학적, 우생학적 또는 윤리적 적응이 인정되는 경우에 임신부와 배우자의 동의 아래 인공임신중절수술을 허용하고 있다 하더라도 이로써 의사가 부녀의 촉탁 또는 승락을 받으면 일체의 인공임신중절행위가 정상적인 행위이고 형법 제270조 제1항 소정의 업무상촉탁낙태죄에 의한 처벌을 무가치하게 되었다고 할 수는 없으며 임신부의 촉탁이 있으면 의사로서 인공임신중절을 거절하는 것이 보통의 경우 도저히 기대할 수 없게

되었다고 할 수도 없다.

모자보건법 제8조 제1항 제5호 소정의 인공임신중절수술 허용한계인 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우라 함은 임신의 지속이 모체의 생명과 건강에 심각한 위험을 초래하게 되어 모체의 생명과 건강만이라도 구하기 위하여는 인공임신중절수술이 부득이하다고 인정되는 경우를 말하며 이러한 판단은 치료행위에 임하는 의사의 건전하고도 신중한 판단에 위임되어 있다.

피고인만이 항소한 항소심에서 예비적으로 추가된 범죄사실이 유죄로 인정되어 징역형 외에 자격정지형이 필요적으로 병과되어야 하는 경우라도 항소심에서 선고되는 형이 징역형은 제1심보다 감경되었으나 이에 자격정지형이 추가로 병과되었다면 제1심보다 중한 형이 선고되는 불이익변경이 있다할 것이다.

(2) 대법원 2005. 4. 15. 선고 2003도2780

① 판시사항

- 인공임신중절수술 결과 태아의 사망 여부가 낙태죄의 성립에 영향이 있는지 여부(소극)
- 산부인과 의사인 피고인이 약물에 의한 유도분만의 방법으로 인공임신중절수술을 하였으나 태아가 살아서 미숙아 상태로 출생하자 그 미숙아에게 염화칼륨을 주입하여 사망하게 한 사안에서 피고인에게 살해의 범의가 인정된다고 한 원심의 판단을 수긍한 사례
- 모자보건법 제14조 제1항 제5호에서 정한 '임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우'의 의미

- 환자에게 불법적인 의료행위를 제의·약속하여 치료위임계약을 체결하게 한 것이 구 의료법 제25조 제3항에 정한 '유인'에 해당하는지 여부(적극)
- 산부인과 의사인 피고인이 자신의 인터넷 홈페이지 상담게시판을 이용하여 인공임신중절 관련 상담을 하면서 불법적인 인공임신중절술을 약속하고 병원 방문을 권유, 안내한 행위가 구 의료법 제25조 제3항에 정한 '유인'에 해당한다고 볼 수 있다고 한 사례

② 판결요지

낙태죄는 태아를 자연분만기에 앞서서 인위적으로 모체 밖으로 배출하거나 모체 안에서 살해함으로써 성립하고, 그 결과 태아가 사망하였는지 여부는 낙태죄의 성립에 영향이 없다.

산부인과 의사인 피고인이 약물에 의한 유도분만의 방법으로 인공임신중절술을 하였으나 태아가 살아서 미숙아 상태로 출생하자 그 미숙아에게 염화칼륨을 주입하여 사망하게 한 사안에서, 염화칼륨 주입 행위를 인공임신중절을 완성하기 위한 행위에 불과한 것으로 볼 수 없고, 살아서 출생한 미숙아가 정상적으로 생존할 확률이 적다고 하더라도 그 상태에 대한 확인이나 최소한의 의료행위도 없이 적극적으로 염화칼륨을 주입하여 미숙아를 사망에 이르게 하였다면 피고인에게는 미숙아를 살해하려는 범의가 인정된다고 한 원심의 판단을 수긍한 사례.

인공임신중절수술이 허용되는 경우의 하나인 모자보건법 제14조 제1항 제5호 소정의 '임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우'라 함은 임신의 지속이 모체의 생명과 건강에 심각한 위험을 초래하게 되어 모체의 생명과 건강만이라도 구하기 위하여 인공임신중절수술이 부득이하다고 인정되는 경우를 말한다.

구 의료법(2002. 3. 30. 법률 제6686호로 개정되기 전의 것) 제25조

제3항 소정의 '유인'이라 함은 기망 또는 유혹을 수단으로 환자로 하여금 특정 의료기관 또는 의료인과 치료위임계약을 체결하도록 유도하는 행위를 말하는 것으로서, 의료인 또는 의료기관 개설자의 환자 유인행위도 환자 또는 행위자에게 금품이 제공되거나 의료시장의 질서를 근본적으로 해하는 등의 특별한 사정이 있는 경우에는 같은 법 제25조 제3항의 유인행위에 해당한다고 할 것이고, "의료의 적정을 기하고 국민의 건강을 보호증진한다."는 의료법의 제정 목적(같은 법 제1조)에 비추어 보면, 합법적인 의료행위를 하면서 환자를 유인할 목적으로 금품을 제공하는 경우는 물론, 법(法)이 금지하고 있어 의료인으로서 마땅히 거부하여야 할 의료행위를 해 주겠다고 제의하거나 약속함으로써 환자를 유혹하여 치료위임계약을 체결하도록 유도하는 경우도 같은 법 제25조 제3항의 유인행위에 해당한다고 보아야 한다.

산부인과 의사인 피고인이 자신이 개설한 인터넷 홈페이지의 상담게시판을 이용하여 인공임신중절 관련 상담을 하면서 합법적인 인공임신중절수술이 허용되는 경우가 아님에도 인공임신중절시술을 해줄 수 있다고 약속하면서 자신의 병원을 방문하도록 권유하고 안내한 행위가 구 의료법(2002. 3. 30. 법률 제6686호로 개정되기 전의 것) 제25조 제3항에 정한 '유인'에 해당한다고 볼 수 있다고 한 사례이다.

II. 윤리적 배경

1. 선택 우선론(Life-Choicer)

태아가 무고한 인간존재라는 데는 이의를 제기하지 않지만, 인공임신중절은 허용가능한 것이다. 출산의 마지막 단계, 즉 출산 하루 전, 1시간 전이라도 출산이 이루어지지 않은 상태의 태아는 인간이라 할 수 없으므로 태아는 그 어떤 도덕적 지위도, 권리도 가질 수 없다. 즉, 태

아는 사람들에게 보장되는 생명이나 신체상의 온전성(integrity)에 대한 권리들을 가질 수 없다.

태아가 임신부의 몸 속에 있는 한, 태아는 임신부의 육체의 일부이기 때문에 태어나게 해야 할지, 태어나지 않게 해야 할지의 여부는 오로지 임신부의 결정에 달려있음. 또한 임신중절은 태아가 덜 발육되고 좀 더 이른 시기에 인공임신중절을 하는 것이 임신부에게 안전하다.

인간 생명체가 임신의 순간과 함께 시작하기 보다는 대체로 일정 시간이 지나면서 생물적 의미에서 뿐만 아니라 도덕적 의미에서 마저도 인간임을 인정한다 하더라도 한 여성이 그 태아를 꼭 낳아야 할 도덕적 의미를 갖지 않는다는 입장이 존중될 수 있다.

여성은 자신의 몸에 대해 결정할 수 있는 자유가 있기 때문에 원치 않는 임신의 종결을 선택할 수 있는 권리를 가져야 하며, 선택을 존중한다는 것은 개개인을 대함에 있어서 단순히 위협이나 강제를 피하거나 배제하는 것 이상의 많은 것을 포함한다.

새로운 아기, 혹은 심각한 장애아의 출생으로 인해 여성의 결혼 생활과 직장생활에 부담을 주고 행복이 위협받게 될 때 임신중절을 선택할 수 있는 것은 사생활권과 행복추구권을 보장하는 헌법상의 권리이며, 임신중절은 원치않는 아이로 태어나 사랑과 보호 대신 학대받는 아이의 출생을 방지하고 특히 장애아의 경우 장애를 가지고 평생을 살아야 하는 고통을 면하게 해주는 사랑의 행위라고 볼 수 있다.

임신중절은 개인의 의무에서 자율과 선택의 윤리적 필연성이고, 개인의 육체적 완전무결을 주장하는 것을 넘어서서 선택 우선론자들은 윤리적으로 성숙한 어른이기 위해서 여성이 책임감 있는 생활을 실행할 수 있어야 하기 때문에 계획을 세우고 선택하고, 개인의 의무를 다하기 위해서 사람은 재생산을 조정해야 한다고 주장한다.

태아 생명에 여성의 의존적 가치를 부여함에 대한 윤리적 주장을 견지함. 해리슨(B.W. Harrison)이나 페체스키(R.P. Petchesky)는 태아 생명의 가치는 여성들의 자발적인 동의나 주관적인 수락에 달려있는 것임.

태아가 한 인간이 되기 위해서는 모성에게 그 가치를 부여받아야만 하는데 개인적인 자각 및 사회성을 통한 ‘인간화’과정은 생명을 잉태하고 있는 여성에 의해서만 부여될 수 있는 것이라고 주장한다.

여성은 자기 자신의 몸을 조절하는 윤리적 원리를 가짐. 여성이 임신중절을 선택하는 것은 법적 전통에서 받아들여지는 선택적 완전무결함의 기본적 권리를 행사하는 것이라고 주장. 임신과 출산은 여성의 육체와 관련된 것이기 때문에 여성은 어떤 임신이라도 중지할 권리를 가진다.

완전한 사회적 평등에 대한 여성의 윤리적 관리이기 때문에, 여성은 사회적으로 완전한 평등을 누릴 윤리적 관리를 가지고 있으며 여성이라는 이유로 제한을 받거나 종속되어서는 안 되는데, 이러한 윤리적 평등은 임신중절이라는 출산에 대한 통제 수단 없이는 실현될 수 없다.

임신중절에 아무런 제약도 들 필요가 없다. 왜냐하면 태아란 맹장과 같은 것이어서 태어나기 전이면 언제든지 제거될 수 있기 때문이다. 혹은 태아는 아직 인격체가 아니며 그와 비슷한 수준의 자의식 및 감각능력을 가진 다른 동물의 생명보다 더 큰 가치를 가졌다고 볼 수도 없기 때문에 임신중절이 죄 없는 사람(성인)을 죽이는 것과 마찬가지로 견해는 넌센스라고 볼 수 있다.

온건적 입장으로써 태아가 모체 외에서도 생존할 수 있을 정도로 자라기 전이라면 모친의 희망에 따라 언제든지 임신중절을 해도 무방하며 태아가 어느 정도 자란 이후에는 모체의 생명이 위험한 경우에만 임신중절이 정당화될 수 있다.

태아진단과 같은 현대 의학기술로써 태아가 중대한 유전적 질병을 가졌다고 여겨지거나 태아의 상태를 보아 심각한 기형아가 될 수 있는 중대한 결함을 가졌다고 판정될 경우 태어날 아이와 그 부모가 받게 될 고통을 생각하여 미리 임신중절을 할 수 있는 것이다.

근친상간이나 혼인 전의 임신, 강간에 의한 임신 등으로 사회 도덕적으로 벗어난 임신을 임신중절이라는 방법을 통해서 양심상 안정을

찾고자 하는 것, 이러한 요인에 의한 임신들은 당사자의 미래에 큰 타격을 주며 커다란 도덕적 고통과 사회적 불명예를 야기하기 때문에 임신중절을 통해서 사회적 평판을 회복하고 양심상 안정을 찾고자 하는 것이다

2. 생명 우선론(Life-Severs)

인간 성장은 연속선상에서 이루어지기 때문에 이러한 점진적 과정의 어느 단계가 도덕적으로 의미있는 구분선이라고 지적하는 임신중절 선택우선론자들을 공격한다. 태아는 성장하고 있는 죄 없는 인간 생명체로써 이를 의도적으로 제거하는 것은 분명 도덕적으로 범죄행위이며, 따라서 자궁 속의 태아는 타인의 생명을 위협할 수도 없고, 자기 자신을 방어할 수도 없는 무고한 인간으로 우리는 태아를 보호할 책임과 의무를 가진다고 주장한다.

자기신체에 대한 절대적인 권리에 대한 비판. 자신의 의도하지 않은 어떠한 임신에 대해서도 사후적인 심리적 어려움이 태아를 죽일 충분한 이유가 될 수 없다는 것이다.

보수주의 입장 및 전통적으로 가톨릭교회가 표방하고 있는 견해로써 일체의 임신중절을 반대하고 있다. 태아도 하나의 완전한 인간 생명이나 다름이 없기 때문에, 어느 누구도 죄 없는 인간 생명을 해칠 권리가 없듯이 태아를 해칠 권리도 없다는 것이다. 예를 들어 성폭행에 의한 임신의 경우에도 임신중절을 반대하는데, 이는 비록 원치 않는 임신이라 하더라도 태아는 죄 없는 인간으로서 엄연히 생명권을 가지며, 인간의 생명에 대한 권리아말로 어머니가 임신중절을 위해 내세우는 어떠한 권리보다 앞서기 때문이다.

온건적인 입장에서는 원칙적으로 임신중절을 반대하지만 몇 가지 예외 조항에 해당할 경우 엄격한 제한을 두어 임신중절을 허용한다. 여기에 따르면 모체나 태아의 육체적, 정신적 건강에 심각한 이상이 있

는 경우나 태아가 용납할 수 없는 성관계의 소산이 경우 등에서만 임신중절은 우선 태아가 자궁 밖에서도 생존할 수 있을 만큼 자라기 전에 실시되어야 한다.

생명우선론자들의 견해는 우생학적인 이유에 대한 비판. 태아의 존재 자체에 가치와 존엄성을 두는 것이 아니라 기능적 가치와 미래의 삶의 질에 그 가치와 존엄성을 두고 오류를 범하는 것이다. 사회에 필요한 존재만 살 권리가 있고 병들고 약한 노인이나 아이들은 공익을 위하여 죽어야 한다는 이론과 다를 것이 없는 것으로 인간은 그 자체로 존엄성을 지니는 존재라는 윤리적인 가르침과 서로 모순이 된다고 본다.

윤리적 적응사유에서 가장 문제가 되는 것은 강간으로 인한 임신이지만, 이미 강간으로 인해 심각한 정신적 충격을 당한 후에 또 다시 임신중절까지 한다는 것은 정신적, 육체적으로 문제를 더욱 복잡하게 만들 뿐이라고 주장한다. 또한 성인의 범죄나 각자의 부주의로 인한 잘못된 결과를 태아에게 그 원인을 두는 것으로, 그 생명에 대한 침해이고 모독이 되는 것이며, 생명우선론자들에게 아무리 좋은 결과를 가져온다 하더라도 본성상 부도덕한 방법을 쓰면 비윤리적인 행위가 되는 것이다.

3. 그 밖의 다양한 입장

(1) 찬성론

대표적인 찬성론자인 Josoph Fletcher는 태아의 인간성 문제와 관련하여 인간의 본질을 이성, 즉 합리적 기능에 두고 있다.

최소한의 지능이나 정신능력이 없는 사람을 인간으로 보지 않고, Binet의 IQ점수가 적어도 20은 넘어야 완전한 인간이라 볼 수 있는데,

단지 심장, 폐 그리고 신경조직이나 현관계가 살아있다고 해서 인격이 있다고 말할 수 없다.

태아가 아직 자유나 자기결정, 합리성, 수단이나 목적을 선택하는 능력 그리고 환경에 대한 지식 등이 모자라기 때문에 태아는 도덕적이거나 인격적인 존재가 아니며 태아에게 요구되는 생명의 권리도 부인되어야 한다.

태아가 인간이 되는 시기는 출생 후부터이며, 출생 시에 하나의 인격이 되기 때문에 임신중절을 허용할 수 있음. 즉 강제적 임신을 끝낼 수 있는데, 그 이유는 원했을 경우의 임신은 건강한 과정으로 볼 수 있지만 원하지 않았을 경우 임신은 질병이기 때문이다.

(2) 절충론

태아는 임신초기부터 완전한 인간은 아니지만 점차 잠정적으로 인간 존재로 되어가는 “과정적인 존재”로 인정함. 즉 완전한 인간 형성은 임신이 되는 순간에서부터 출생 사이에 점차적으로 이루어지기 때문에 경우에 따라서 임신중절이 가능하다.

개신교 윤리학자 폴 램지(Paul Ramsey)는 인간생명의 연장에 따라서 우리가 한 생명을 언제 인간으로 대우하는냐의 여부의 시기 설정은 중요하지 않다고 주장하는데, 태아는 잠정적인 인간이므로 실질적인 인간과는 상이하며, 태아는 임부보다 덜 가치있는 존재이기 때문에 상황에 따라서 임신중절이 정당화될 수 있다고 본다.

(3) 반대론

임신이 되는 순간 인간의 생명은 시작이 되고, 태아는 완전한 인간이기 때문에 어떤 형태의 임신중절 혹은 어떤 시기의 임신중절도 살인이다.

20세기 개신교 신학자 칼 바르트(Karl Barth)는 태아 그 자체가 뇌와 신경계와 순환계를 갖추고 있기 때문에 자주적인 존재이며, 그것은 단지 전체로서의 어머니의 일부분이 아니라 자체 내에 상대적인 독자성이 있으므로 태아의 생명은 ‘그 자체의 권리를 지닌 인간’으로서 확립된다. 왜냐하면 일단 임신이 되면 이에 관련된 사람들이 부모로서의 책임을 질 것인가 여부는 더 이상 문제가 되지 않음. 왜냐하면 그들은 이미 부모가 되었기 때문이다.

이런 입장은 태아를 독립적인 존재로 인식하게 하는데, 즉 태아는 산모의 기관에 의존적이라 하더라도 확실히 독립성이 있는 자율적 생명을 가지고 있고, 그 자신의 순환계와 뇌를 가지고 있으며 또한 이러한 기본적인 생물학적 사실은 태아를 인간 존재로서 취급하기에 충분하다.

제3장 국외 정책 및 규정 현황

I. 인공임신중절의 절차

1. 배우자 동의

(1) 미국

1976년 임신중절에 남편의 동의를 요구하는 미주리 주법 기각되었고, 1992년 미국 펜실베이니아 임신중절규제법의 결혼한 여성은 특정한 경우를 제외하고는 임신중절을 하려는 자신의 생각을 남편에게 통고하였다는 진술에 서명하여야 한다는 절차규정 기각되었다. 펜실베이니아 법률이 임신중절을 하려는 여성에게 부당한 부담을 부과하려는 의도가 있었거나 그런 결과를 가져왔다고 평가한다.

부당한 부담(undue burden)이라는 기준으로 임신중절을 금지하려는 법률이나 여성들의 자기결정권을 제한하거나 어렵게 만들어서 횡수를 줄이려는 시도는 비합법적이라는 것을 명확히 한다.

(2) 유럽인권위원회

1980년 3월 15일: “남편과 장래의 아버지가 사생활과 가족생활의 존중에 대하여 갖는 권리는 부인이 하려는 인공임신중절에 대한 권리까지 포함하는 것은 아니다”라고 선언하고 있다.

(3) 핀란드

핀란드의 경우에도 마찬가지로 인공임신중절을 위하여 잠재적인 아버지의 동의가 필수적인 것은 아니지만, 태어날 아이의 아버지는 이유

가 있을 때에는 언제나 자신의 의견을 말할 수 있으며, 이는 임신중단의 조치가 있기 전에 이루어져야 한다.

2. 의사 시술과 확인 절차

대부분의 국가에서는 인공임신중절의 허용여부에 대한 확인을 1인 내지 3인의 의사에 의해서 행해진다. 수 명의 의사 상호간의 독립성을 인정하고 있으며, 확인의사와 시술의사의 분리를 요구하는 규정을 두고 있다.

이렇게 함으로써 의사 상호간에 긴장형성의 문제를 해결하고 경제적 동기에 의한 의사들의 인공임신중절시술을 방지할 수 있다.

(1) 독 일

수술 3일 전에 의사(Indikationsarzt)와의 상담을 거친 사실을 시술의사(Beratungsarzt)에게 입증하여야 하며, 직접 인공임신중절시술을 행하지 아니한 의사의 확인서를 받지 아니하고 인공임신중절한 자는 그 행위가 제218조에 의하여 처벌되지 아니하는 때에는 1년 이하의 자유형 또는 벌금형에 처한다.

그 점을 알면서 인공임신중절의 요건에 대하여 부정확인을 한 의사는 2년 이하의 자유형 또는 벌금형에 처하고 있음. 즉, 독일 형법 제 219조에 의하여 상담의사와 시술의사가 구분되어 있으며, 인공임신중절을 시술하는 의사는 상담원이 될 수 없다는 규정을 두고 있다.

(2) 영 국

1967년의 인공임신중절법은 일반의사 2명이 한 가지 또는 그 이상의 정당화사유가 있음을 확인해야 하며, 반드시 산부인과 의사일 것을 요

구하지 않으며, 의사 두 명이 공동으로 확인할 수 있다. 증명은 서면으로 하며, 의사 2명의 이름, 주소, 지위, 임부의 이름과 주소 및 존재하는 허용사유, 서명, 날짜를 기록하여야 한다.

긴급피난에 의한 인공임신중절행위의 경우에는 의사 1명이 증명하는 것도 가능하며, 이 경우 서면으로 인공임신중절이 생명을 구하기 위한 것인지 또는 지속적인 건강침해를 막기 위한 것인지 기재하여야 한다. 긴급피난에 의한 인공임신중절행위가 아닌 이상, 공영병원이나 보건부가 인공임신중절의 목적으로 인정한 시설에서 행해야 한다. 인공임신중절의 시술방법에 관하여는 규정을 두지 않고 의사의 재량에 맡기고 있다.

(3) 프랑스

인공임신중절의 허용사유에 관해 공중보건법에 규정을 두고 있으며, 의학적 정당화사유로서 인공임신중절하는 경우에는 두 명의 의사가 허용요건을 서식으로 확인해야 한다. 확인을 하는 의사 중 1명은 인공임신중절을 시행할 수 있는 병원에서 임상을 담당해야 하며, 다른 의사는 지방법원 항소부나 항소법원의 전문가명단에 등록된 자이어야 한다.

(4) 스위스

스위스 형법은 의학적 정당화사유에 의하여 인공임신중절을 할 경우 다른 의사의 확인서를 받아야만 시술을 할 수 있다. 형법 제120조 제1하에 의해 확인은 임부의 상태에 대하여 전문적인 지식이 있고 권한있는 기관에 의해 자격을 인정받은 의사가 해야 하며, 긴급피난에 의한 인공임신중절행위는 다른 의사의 확인서를 요구하지 않으나, 인공임신중절을 시술한 의사는 24시간 이내에 관계관청에 그 사실을 신고할 의무가 있으며(제120조 제2항), 신고하지 않는 경우 구류 또는 과태료의 처벌을 행한다(제121조).

(5) 핀란드

핀란드 인공임신중절법은 대부분의 인공임신중절의 경우 2인의 의사의 결정이 요구되며, 각 의사는 별도의 자신의 견해를 서면으로 제출해야 하며, 상세하게 기재하여야 한다. 의사 중 1인은 임신중단에 대하여 의견을 진술하는 의사이어야 하며, 다른 1인은 인공임신중절을 시술하는 의사이어야 한다(인공임신중절법 제6조).

단, 인공임신중절을 시술하는 의사는 개인적인 사정으로 인공임신중절시술행위를 거부할 수 있으며, 의료기관 역시 종교단체에서 운영하는 의료기관이나 민간단체 운영의 의료기관의 경우 인공임신중절을 거부할 수 있다.

3. 인공임신중절 허용기한

대부분의 국가에서는 인공임신중절의 정당화사유별로 각각의 기한을 제한하고 있다.

우생학적 정당화사유는 임신한 날로부터 12주와 28주 사이에 인공임신중절의 허용기간을 두며, 이와 같이 허용의 시간적 한계를 길게 두는 이유는 아이에게 예견할 수 있는 손상의 진단이 빈번히 늦게 이루어지며, 또한 이와 관련된 예후진단 역시 늦은 시점에 이르러서야 비교적 확실하게 이루어지기 때문이다.

의학적 정당화사유의 시간적 제한도 10주와 28주 이내의 시점을 두고 있다. 윤리적 정당화사유 및 사회적 정당화사유의 경우 임신한 날로부터 10주 내지 16주 이내 허용하고 있다.

이와 같이 기간을 단축한 근거는 정당화사유가 되는 사안이 임신 초기에 거의 확실하게 드러나기 때문에 인공임신중절에 대한 결정을 되도록 빠른 시점에 내릴 것을 촉구하기 위한 목적이다.

<표 1> 각 국가별 임신중절 허용기한

구 분	임신중절 허용기한
독 일	- 착상 이후 12주까지: 요청에 의해 - 12주 까지: 강간 또는 다른 성범죄에 의한 임신 - 제한없음: 의학적인 이유
영 국	- 24주까지: 사회적, 사회의학적, 사회경제적 이유 - 제한없음: 심각한 장애가 우려될 때 여성의 생명에 치명적이고 영구적인 손상이 우려될 때
프랑스	- 12주까지: 요청에 의해 - 임신 2주기(4~6개월): 산모의 생명에 위협이 되는 경우, 산모의 신체적 건강에 위협이 되는 경우, 태아 기형의 위험이 있는 경우
스위스	- 법적인 제한 없음(대부분 12주-14주 사이): 산모의 신체적·정신적 위험이 초래되는 경우 - 14주까지: 태아의 기형, 산모의 건강에 심각한 위험이 초래되는 경우만 허용
핀란드	- 12주까지: 사회적, 사회의학적 또는 사회경제적 사유, 산모의 정신적 건강에 위험을 초래하는 경우, 강간 등의 성범죄에 의한 임신 - 2주기(4~6개월): 산모의 신체적 건강에 위협이 되는 경우 - 24주까지: 산모의 생명에 위협이 되는 경우, 태아 기형이 위험이 있는 경우
헝가리	- 12주까지: 요청에 의해 - 2주기(4~6개월): '중대한 위기 상황', 산모의 건강에 심각한 위험이 초래된 경우, 강간 등의 성범죄에 의한 임신
이탈리아	- 90일까지: 사회적, 사회의학적, 사회경제적 사유 - 90일 이후: 산모의 생명에 신체적·정신적 위험이 되는 경우, 태아의 기형이 우려되는 경우, 강간 등의 성범죄
오스트리아	- 완전착상 후 3개월까지: 요청에 의해 - 임신 2주기(4~6개월): 산모의 생명에 신체적·정신적 위험이 되는 경우, 산모가 미성년자(14세 미만)인 경우
노르웨이	- 12주까지: 요청에 의해 - 임신 2주기(4~6개월): 산모의 생명에 신체적·정신적 위험이 되는 경우, 태아의 기형 위험, 강간등의 성범죄, 사회적인 이유, 산모가 미성년자(16세 미만)인 경우 - 18주 이후: 극도로 심각한 상황일 경우
네덜란드	- 13주까지: 요청에 의해 - 24주까지: 산모가 고통을 당하고 있다는 것이 산모와 의사 모두를 통해 입증될 경우 13주 이후에도 임신중절 허용.
스웨덴	- 18주까지: 요청에 의해

4. 인공임신중절 상담절차

대부분의 국가에서는 정해진 인공임신중절기간이 준수되었는지, 인공임신중절 허용사유가 있는지 여부를 확인한 후에 인공임신중절시술을 행하게 하지만, 그런데 이 과정에서 누가 인공임신중절을 최종적으로 결정하는가에 대해서는 위원회에 그 권한을 주는 입법례를 살펴볼 수 있으며, 임부에게 그 권한이 주는 경우에도 상담절차를 임의적 또는 의무적으로 두게 되어 있다.

(1) 위원회의 결정에 의한 결정절차를 취하는 국가: 헝가리

헝가리의 인공임신중절법(1973년) 규정에 의하면 인공임신중절을 원하는 임부는 산부인과 의사에게 임신과 임신기간의 확인을 받고 서식을 작성하여 인공임신중절심사위원회에 인공임신중절허가 신청을 해야 한다. 인공임신중절심사위원회는 임부의 거주관계, 가족상황, 이전의 인공임신중절경력, 피임방법 등이 기재되어 있는 서식을 중심으로 인공임신중절허가여부를 결정한다.

1심에서 인공임신중절이 허가되지 않으면 임부는 제2심위원회에 재심을 청구할 수 있다. 인공임신중절심사위원회에는 임신과 관련된 건강, 사회·경제적 문제 등을 포괄적으로 다루며, 상담 시 임부가 자신과 가족을 위하여 부조를 청구할 수 있다는 것을 알려야 한다.

(2) 상담절차를 의무적으로 두는 입법례를 취하는 국가: 프랑스, 독일, 이탈리아, 오스트리아, 노르웨이, 네덜란드

대부분의 국가에서 임신 12 주내의 인공임신중절결정이라는 기한방식을 취하면서 의무적인 상담절차를 취하는 경향을 가지고 있으며, 상담절차는 태아의 생명권과 임부의 기본권의 충돌을 조정하는 절차적 수단으로 인정하고 있다.

① 프랑스

프랑스의 경우 임신 10주 이내의 인공임신중절에 대해서는 의학적·사회적 상담절차를 거쳐야 한다.

공중보건법 제162-4에 의하면 임부는 우선 의사로부터 임부 자신과 장래의 모성에 대한 의학적 위험에 관하여 설명을 들은 후에 임부는 상담소에서 사회적 상담을 거친다. 상담소는 임부의 개인적 상황과 관련하여 도움과 조언을 주어야 하며, 임부에게 상담을 행하였다는 증명서를 교부한다(제162-5조). 사회적 상담 이후에 임부는 인공임신중절을 할 수 있다는 것을 의사로부터 서식으로 확인받는다.

상담과 인공임신중절시술사이에 유보기간을 두고 있는데, 인공임신중절시술을 받으려면 처음으로 의사를 방문한 시기로부터 인공임신중절시술까지 7일간의 유보기간을 두고, 사회적 상담을 한 때로부터 2일간의 기간을 두어야 한다.

임신 10주 이내의 인공임신중절의 경우에는 병원은 의료적·사회적 상담에 관한 증명서를 1년 동안 보관해야 하며, 치료적인 인공임신중절의 경우에는 정당화사유에 관한 증명서를 3년간 보관해야 한다.

의사가 임부의 신원을 밝히지 않고 인공임신중절시술을 병원에 보고하고, 병원은 이를 지방보건감독관에 보고함으로써 시술하는 모든 인공임신중절에 관하여 신고하도록 함으로써 인공임신중절행위에 대한 통제가 이루어진다.

의사로부터 임부자신과 장래의 모성에 대해 의학적인 위험에 관하여 설명을 들어야 하며 그 후 상담소에서 사회상담을 거친 후 증명서를 교부받으며, 사회상담 후 인공임신중절을 할 수 있다는 것을 의사로부터 서식으로 확인하므로 해서 상담절차를 통해 인공임신중절을 포기하는 것이 불가능한가를 숙고해야 한다.

사회상담은 정보제공소, 상담소, 가족상담소등으로 자연인, 법인으로 운영되며 영리를 목적으로 하지 않는 곳이어야하며, 상담원자격은 출산조저로가 성교육에 관한 정보와 일반적인 가족상담 및 부부상담원의

자격을 부여하기 위하여 120시간의 보충교육, 개별상담을 위하여 400시간의 교육을 받아야 한다.

가족계획과 시설은 공법이 혹은 사법인으로 사회부장관의 인가가 필요하며, 시설의 장은 산부인과의사여야 하고 상담분야의 전문가가 한 명은 필요하다.

② 독 일

독일의 경우에도 형법에 의학적·사회적 상담절차에 관한 규정을 두고 있으며, 인공임신중절을 원하는 여성을 포함하여 임부는 국가가 운영하는 상담소나 국가가 인정하는 종교기관이나 사회단체 등에서 운영하는 상담소에서 임신 및 출산 등에 관한 상담을 할 수 있는데, 특히 인공임신중절을 원하는 임부는 상담을 거친 후가 아니면 인공임신중절을 할 수 없도록 규정함으로써 상담을 법적으로 의무화하였다.

독일 형법 제219조에 상담은 태아의 생명보호에 기여한다고 명시하고 있으며, 상담절차는 임부가 책임있고 양심에 따른 결정을 하도록 조력을 제공하여야 한다고 규정하고 있다.

이 경우 임부는 태아가 각 임신단계에서 임신에 대한 관계에서도 생명에 대한 독자적 권리를 가지는 것이므로 출산으로 인하여 임부의 수인을 기대할 수 있는 피해의 한도를 초과하는 중대하고 비통상적인 고통을 야기되는 경우 예외적인 상황에 한하여 인공임신중절이 법질서에 의하여 고려될 수 있을 뿐이라는 사실을 인식하여야 한다(제219조 제1항).

상담은 임신갈등법에 따라 정부가 인정한 상담소가 하며, 상담소는 상담이 종료한 후 임부에게 최종 상담일자와 임부의 성명이 기재된 확인서를 임신갈등법의 규준에 따라 발급하여야 한다(독일 형법 제219조 제2항).

상담절차에 대한 조사결과에 의하면 법정상담의무를 거친 여성들은 처음에는 단순히 '상담확인증'을 받으려고 하였으나, 상담 후에는

그들 중 82%가 상담에 만족한다는 의견을 표했으며, 출산여부를 갈등 하였던 임부의 절반가량이 임신지속을 유지하면서 이 과정에서 상담의 역할이 컸다고 말하고 있다.

법적으로는 다양한 이념적 지향을 가진 임신중절상담시설의 연결망을 분명히 요구하고 있지만, 어떤 지역의 여성들은 교회에 관련된 시설이나 그 지역 또는 국가에 의해 운영되는 시설(이념적으로는 중립을 지킬 것으로 법적으로 요구되는) 가운데서만 선택할 수 있다.

③ 핀란드

핀란드의 인공임신중절법은 인공임신중절이 시술되기 전에 임부에게 임신중단의 중요성과 그 효과를 인공임신중절을 신청한 임부에게 반드시 통지되어야 한다(인공임신중절법제4조 제1항).

인공임신중절에 대하여 의견을 진술하는 의사가 이러한 정보를 주어야 하며, 합법적인 인공임신중절의 요건인 사회적 정당화사유에 해당하는 지 여부를 고려할 때, 인공임신중절신청임부와 그녀의 가족의 생활조건과 상황을 연구하기 위하여 사회복지공무원의 보고서가 반드시 필요하고(동법 제7조 제2항), 사회복지공무원은 임부와 상담하면서 인공임신중절 이외의 대안에 대해 조언해야 한다.

④ 이탈리아

이탈리아의 인공임신중절법은 임신초기 90일 이내에 임부가 인공임신중절을 원하면 상담을 청구하여 가족상담소, 사회·의료기관 또는 개인적으로 아는 의사와 상담해야 한다(법률 제194호(1978) 제5조제1항, 제4항).

상담의 목적은 가능한 한 임부가 임신을 지속하고 모성의 의무를 부담할 것을 스스로 결정하도록 하기 위하여 임부가 갖는 부담을 덜어주고 사회적 도움을 제공하는데 있다(제1조). 인공임신중절을 긴급하게 해야 할 상황인 경우에는 상담소의 의사, 사회·의료기관의 의사 또는

개인적으로 아는 의사의 확인을 받아 인공임신중절시술을 받을 수 있다.

긴급한 상황이 아닌 경우에는 임신 경과기간과 인공임신중절사유에 대한 확인을 받아 7일간의 유보기간을 가진 후 인공임신중절시술을 받을 수 있다.(제5조 제4항).

⑤ 노르웨이

노르웨이 인공임신중절법에 의하면 인공임신중절은 임부에게 중대한 어려움을 줄 수 있으므로 스스로 궁극적인 결정을 내릴 수 있도록 사회가 임부에게 줄 수 있는 정보와 상담을 제공해야 한다고 규정하고 있다.

임부는 정보와 상담을 받은 후에 임신 12주 이내에 인공임신중절시술을 받을 수 있고, 임부 스스로 인공임신중절에 대한 궁극적인 결정을 할 수 있지만, 인공임신중절법 제1조에 의하면 사회가 인공임신중절을 가능한 한 줄이기 위해서 책임있는 자세를 가질 수 있도록 윤리적인 도움, 성문제 설명, 공동생활문제에 대한 인식 및 가족계획을 위한 정보를 제공해야 한다고 규정하고 있다.

⑥ 네덜란드

네덜란드의 인공임신중절법에 의하면 임부는 의사를 직접 찾아가서 상담을 해야 하며, 진찰의사가 이를 담당한다. 상담의 형식이나 내용에 관하여는 특별한 규정이 없고 임부가 상담을 통하여 책임있는 결정을 하도록 도우며, 상담의 마지막 시기에 임부는 인공임신중절을 스스로 결정한다.

인공임신중절을 결정하면 의사는 늦어도 5일 이내에 시술을 담당할 준비가 되어있음을 알려야한다.

사회복지요원이나 심리학자와의 상담은 임의적이며(제3조 1항), 상담의 형식이나 내용은 특별히 규정되어 있지 않으며, 임부의 책임 있는 결정을 하도록 신체적·사회적·정신적 사항들에 대해서 상담한다. 상담

후에 임부는 인공임신중절을 할 것인지 또는 다른 방법을 취할 것인지를 결정하며, 결정 후 인공임신중절시술까지 5일간의 유예기간을 두고 있다(제3조 제3항).

(3) 임의적인 상담절차를 취하고 있는 국가: 영국, 스웨덴

임의적인 상담절차를 두고 있는 입법례로써 상담절차에 관한 규정을 두고 있지만 의무적으로 이행할 것을 요구하지는 않는다.

① 영 국

영국의 인공임신중절법(1967년)에서는 상담에 관한 규정을 두고 있지 않으며, 정부차원에서 1977년 기준을 만들어 상담절차의 중요성을 강조하고 시행하고 있지만 의무사항은 아니다.

② 스웨 덴

스웨덴의 1974년의 인공임신중절법에 의하면 인공임신중절을 원하는 임부는 임신 12주부터 18주까지 사회복지상담원의 상담을 청구해야 하며, 이러한 상담의무는 경우에 따라 면제될 수 있고, 의무를 지키지 않더라도 제재조항을 두고 있지 않다.

<표 2>국가별 임신중절 확인 및 상담절차

구분	입법	확인절차
위원회 결정에 의한 절차를 취하는 국가		
헝가리	- 2000년 6월 법령 제82조 태아의생명보호에 관한법	- 미성년자(18세미만)은 부모동의 필요 - 2번의 상담에 출석 - 의무적인 대기 기간: 첫 번째 상담이후 3일, 임신중절이 이루어지기 전까지 8일을 넘기지 않음/두 번째 상담은 임신중절 직전에 이루어짐.

상담절차를 의무적으로 두는 입법례를 취하는 국가		
독 일	<ul style="list-style-type: none"> - 1992년 법령 제27조 - 1995년 법령 제24조로 대치 - 1993년 연방헌법의회가 제정한 규칙 	<ul style="list-style-type: none"> - 의무적인 상담(요청에 의한 임신중절) - 상담 이후 의무적인 대기 기간(3일:요청에 의한 임신중절) - 임신중절을 실행하는 의사 이외의 2차적인 의학적 동의(의학적 이유, 강간 및 성범죄의 이유) - 의학적인 사유와 강간 및 성범죄인 경우에는 상담이 의무적이지 않음.
프랑스	<ul style="list-style-type: none"> - 2001년 법령 제 2001-588조 	<ul style="list-style-type: none"> - 의무적인 대기기간(최소 8일) - 20주의 임신중절일 경우 임신중절 요청에 대한, 2명의 의사와 한명의 정신과 의사 또는 사회사업가의 검토가 요구
스위스	<ul style="list-style-type: none"> - 1942년 1월 형법 118-121조 	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 허가를 받은 의사의 인증 요구
핀란드	<ul style="list-style-type: none"> - 1970년 법령 제239조 - 1978년 제564조 - 1985년 법령 제572조 	<ul style="list-style-type: none"> - 2명의 의사 권유 - 임신 20주까지 임신중절에는 국립의학위원회 인증 요구 - 임신중절은 병원에서만 시행 - 의무적인 피임상담
이탈리아	<ul style="list-style-type: none"> - 1978년 3월 22일 법령 제194조 	<ul style="list-style-type: none"> - 의사로부터 증명서 필요 - 의무적인 대기기간 최소 1주 - 미성년자(18세미만)는 부모 또는 판사의 동의 필요 - 상담: 의무적이지 않음.
오스트리아	<ul style="list-style-type: none"> - 1974년 1월 23일 연방법, 1975년 1월 실행 	<ul style="list-style-type: none"> - 의사와의 상담 - 임신중절은 의사에 의해서만 행해짐.
노르웨이	<ul style="list-style-type: none"> - 1975년 6월 13일 법령 제50조 임신종료에 관한 법률 - 1978년 6월 16일 법령 제66조 1-4항 	<ul style="list-style-type: none"> - 임신 2주기(4-6개월) 임신중절 시는 여성들의 신청이 2명의 의사가 있는 이사회에 제출되어야 함. 만약 위원회에서 승인이 거절되면 그 여성은 다른 위원회에 신청할 수 있음. - 미성년자(16세 미만)는 부모 또는 판사의 동의 요구 - 상담의사는 여성에게 임신중절에 대한 informed consent를 제공해야할 의무가 있으며, 이를 확인해야 함. - 여성은 피임 상담 받을 권리가 있음.

네덜란드	<ul style="list-style-type: none"> - 1981년 5월 1일 임신 종료에 관한법, 1984년 행정법상 규제 	<ul style="list-style-type: none"> - 미성년자(16세 미만)은 부모 또는 보호자의 동의를 필요. - 의무적인 대기기간 5일 - 의사는 여성의 결정이 자발적인지 판단할 의무가 있음. - 임신중절은 면허가 있는 병원이나 의원의 의사들에 의해서만 시행되어야 함.
임의적인 상담절차를 취하고 있는 국가		
영국	<ul style="list-style-type: none"> - 1967년 10월 17일 임신중절법 - 1990년 4월 24일 인간 수정과배아법으로 수정 	<ul style="list-style-type: none"> - 2명의 의사의 동의를 요구 - 미성년자(16세 미만 또는 보호 중에 있는)의 경우에는 부모나 보호자, 사회봉사자의 동의를 요구되나, 의사의 임상적 판단이 있을 경우 예외로 인정
스웨덴	<ul style="list-style-type: none"> - 1974년 6월 14일 임신중절법 595조, 1995년 5월 수정 	<ul style="list-style-type: none"> - 2주기(4-6개월) 임신중절은 국립보건복지 이사회의 승인이 있어야 함. - 임신중절은 일반병원에서 자격을 갖춘 의사에 의해 시행되어야만 함. - 의무조항이 아니므로 재제조항이 없음.

II. 인공임신중절의 허용사유

정당화사유방식은 임신중절의 허용을 법률에 규정된 특정의 전제에 의존시키는 방식을 취하고 있다. 법률상으로 규정된 정당화사유로는 의학적 적응, 우생학적 적응, 윤리적 적응(범죄학적 적응), 사회적 적응을 들 수 있다.

적용사유인 정당화사유를 취하는 입법례에도 사회적 정당화사유를 인정하지 않고, 의학적, 우생학적, 윤리적 정당화사유만을 인정하는 입법모델을 엄격한 적응모델이라고 하며, 사회적 정당화사유를 인정하고 있는 경우를 완화된 적응모델로 구분한다.

1. 의학적 사유

임신으로 모체의 생명이 위협받는 상황이 전개될 때 모체의 생명을 위하여 태아의 생명을 포기하는 것이 일반적으로 정당화된다고 평가한다. 모체의 생명 또는 건강을 우선시키는 결정으로 인공임신중절의 예외적 허용을 인정하는 경우를 의학적 정당화라고 하며, 임신을 계속할 수 없는 모체의 생명과 건강에 대한 구체적 위험이 있어야 가능하다.

(1) 이탈리아

이탈리아 헌법재판소는 1975년 2월 18일 판결에서 “태아도 헌법 제 32조 제2항의 모성, 어린이 및 소년 보호조항과 제2조의 불가침적인 인권을 향유한다. 그러나 이미 인간인 어머니의 건강 및 생명에 대한 권리와 아직 인간이 아닌 태아의 그러한 권리는 동일하지 않는다. 그러므로 긴급피난이라는 정당화사유는 모의 건강권에도 미치며, 모의 건강이 손상될 위험이 있는 경우에는 태아의 생명보다 우선권이 인정된다”고 판시하고 있다.

(2) 독일

독일 형법의 경우 제218조a(인공임신중절의 정당화사유)에 의하면 임부의 현재와 장래의 생활관계를 고려할 때 임부의 생명의 위험 또는 육체적·정신적 건강상태의 증대한 침해를 제거하기 위하여 의학상 인공임신중절 이외에 다른 방법이 없는 경우, 임부의 동의로써 의사가 시술하는 경우에는 인공임신중절은 허용된다.

(3) 포르투갈

포르투갈 형법에 의하면 의학적 적응사유 중 임부의 생명에 위험이 있거나 신체 혹은 육체적·정신적 건강이 회복할 수 없을 정도로 심하게 손상될 위험이 있고 그 위험을 제거하기 위하여 인공임신중절이 유일한 수단으로 인정될 때에는 기한과 관계없이 인공임신중절이 허용된다(형법 제140조 제1항a).

임부의 사망의 위험 또는 육체적·정신적 건강의 지속적인 침해를 제거하기 위하여 필요한 경우에는 임신 12주 이내의 인공임신중절을 허용하고 있다.

(4) 노르웨이

노르웨이 인공임신중절법에 의하면 임신 12주 이내에는 상담을 거친 인공임신중절은 처벌하지 않으나, 12주 이후에 임신, 출산, 아이의 양육이 임부의 신체적·정신적 건강에 부담을 줄 수 있는 경우에는 인공임신중절이 허용된다(인공임신중절법 제2조 제2항).

(5) 영국

영국의 경우 의학적 정당화사유에 관해 임부의 생명, 건강상의 위험과 아이의 건강상의 위험과 아이의 건강상의 위험을 모두 포함해서 규정하고 있다. 특히 임신의 지속이 이미 생존하고 있는 자녀들의 생명, 건강을 위해 부정적인 결과를 야기할 염려가 있다는 사실만으로 임부의 건강에 영향을 미친다고 본다.

임신의 지속으로 임부에게 생명의 위험이 초래되고, 그 위험이 인공임신중절을 할 때 야기될 수 있는 생명의 위험보다 더 큰 경우와 임신의 지속으로 정신적·육체적인 건강이 침해될 위험이 있으며, 그 위험이 인공임신중절을 할 때 야기될 수 있는 건강침해의 위험보다 더 큰 경

우, 임신으로 현재의 아이의 육체적·정신적인 건강이 침해될 위험이 있으며, 그 위험이 인공임신중절로 인한 위험보다 큰 경우이다.

2. 우생학적 정당화사유

우생학적 정당화사유는 유전적인 소질 또는 특수사정에 의하여 태아가 치료 불가능한 중한 질병에 걸렸거나 또는 기형이라는 확실한 근거가 있는 경우에 적용되는 정당화사유이다.

일본의 우생보호법 제14조에 의하면 임부 또는 그 배우자에게 유전성질환이 있는 경우, 친족 중에 유전성질환을 가진 자가 있는 경우, 임부 또는 그 배우자가 나병환자인 경우에는 인공임신중절이 허용된다.

포르투갈 형법 제140조 제1항 c에 의하면 태아가 치료불가능한 중한 질병에 걸렸거나 혹은 기형이라는 확실한 근거가 있고 인공임신중절이 16주 이내에 행하여지는 경우에는 인공임신중절이 허용이 된다.

노르웨이 인공임신중절법에 의하면 임신12주 이내에는 상담을 거친 경우에 허용됨. 그러나 12주 이후에 유전적 소질, 질병 또는 임신 중의 유해한 영향으로 아이의 건강에 중대한 침해를 줄 위험이 있는 경우에는 인공임신중절이 허용되지만(인공임신중절법 제2조 제4항), 임신 18주 이후에는 특히 중대한 사유가 있는 경우를 제외하고는 인공임신중절이 허용되지 않는다(제2조 제6항).

스페인 형법 제417조에 의하면 태아가 심한 육체적 혹은 정신적 장애를 가지고 태어날 개연성이 있고 인공임신중절이 22주 이내에 행하여지는 경우에는 인공임신중절이 허용되고 있다.

핀란드 인공임신중절법 제1조 제5호에서는 아이가 정신박약, 심한 질병 또는 심한 신체장애를 가질 수 있다고 인정할만한 근거가 있는

경우 인공임신중절이 허용된다.

영국의 경우 출생 시 신체적 정신적으로 심한 장애를 보일 위험이 클 때에는 인공임신중절이 허용된다.

이탈리아 형법 제2조 제4항에서는 태아가 임부에게 육체적·정신적인 중대한 위험을 초래할 수 있을 정도의 이상 또는 기형의 위험이 있을 때 인공임신중절이 허용되며, 인공임신중절 허용 요건은 공립병원의 산부인과 의사로부터 확인을 받아야 한다.

대부분의 국가에서는 태아의 손상의 개연성과 강도를 엄격하게 규정하는 방법으로 우생학적 정당화사유를 인정하고 있으며, 임부의 동의를 인공임신중절의 필요요건으로 규정하고 있다. 우생학적 정당화사유를 인정하는 배경에는 부분적으로 임부 또는 부모에게 아이의 질병이나 손상으로 받게 될 부담을 덜어준다는 취지가 있으며, 개발도상국이나 중진국의 경우 신체적·정신적 장애자가 겪게 될 생계부담의 문제도 함께 고려하고 있는 것으로 보인다. 이에 반해 독일의 경우 1995년 형법개정을 통하여 우생학적 정당화사유를 폐지하였다. 그 이유는 우생학적 정당화사유는 장애아의 생명권을 경시한다는 오해를 불러일으키며, 장애가 생명보호의 완화사유가 될 수 없기 때문이다.

3. 윤리적 사유

성범죄로 인하여 임신한 경우 또는 반윤리적인 성행위에 의한 임신의 경우 인공임신중절을 허용하는 정당화사유로써 비자발적으로 강요된 상태하에서의 성범죄행위로 임신한 경우에는 임부에게 임신의 지속을 강요할 수 없다는 데 입법취지가 있다. 특히 미성년자의 간음의 경우 임부에게 성범죄의 불유쾌한 사건에 대한 기억의 부담을 제거하게 해 준다는 점에서 입법취지를 찾을 수 있는데, 오히려 이러한 상황

에서 임신을 지속하도록 강요하는 것은 오히려 법질서에 반하거나 또는 책임없는 부녀에 대한 강요가 되기 때문에 정당화사유로 인정하는 것이다.

독일 형법 제218조 a의 (3)에 의하면 성범죄 행위로 인하여 임신하였다고 인정할만한 충분한 이유가 있는 경우 임신 12주 내에 인공임신중절이 허용되며, 노르웨이 인공임신중절법 제2조 제4항에 의하면 임신 12주 이후에도 친족간의 임신 또는 성범죄로 인한 임신인 경우 인공임신중절이 허용된다. 폴란드 인공임신중절법 제2조 제2항에는 범죄행위로 임신되었다는 근거있는 의심이 들 때 인공임신중절이 허용되고 있다.

핀란드 인공임신중절법 제3조에 의하면 강간의 근친상간 등의 범죄로 인하여 임신한 경우에는 인공임신중절이 허용됨. 다만 범죄를 이유로 소송이 제기되거나, 형사기소를 위해 고소가 있거나, 또는 경찰조사로 명백히 밝혀진 경우가 아니면 합법적인 인공임신중절을 위한 근거로 사용할 수 있다.

4. 사회적 사유

사회적 적응사유*는 양육의 희망·기대가 절망적인 출생의 경우에는 인공임신중절이 허용된다는 것을 의미하며 대체로 사회적·경제적 부담을 전제로 한다. 임부 개인이 처해있는 상황 뿐 아니라 임부의 가정 및 그 밖의 상황도 고려의 대상이 되며, 이러한 사정들이 임부에게 중대한 부담이 될 경우에는 사회적 적응으로 인한 인공임신중절을 허용하는 것이다.

이러한 사정들이 임신의 지속을 기대할 수 없게 하는 사회적·경제적

*이후 “사회적 적응 사유”로 임신의 지속을 기대할 수 없게 하는 사회적·경제적 부담에 따른 인공임신중절을 포함

부담에 따른 인공임신중절의 허용범위를 넓혀주고 있다는 점에서 인공 임신중절을 무제한적으로 확대 인정하는 위험성을 가지고 있다. 특히 이 정당화사유는 임부의 신고나 임부의 진술에 의존하고 있기 때문에 심사가 정확하지 않을 뿐 아니라, 신고내용의 불확정성으로 인해 임부가 신고한 모든 것을 유효한 것으로 수용할 가능성이 존재한다.

(1) 핀란드

핀란드 인공임신중절법 제1조 제2호에 의하면 출산이나 육아가 산모와 그녀의 가족의 생활조건 그리고 여타 상황과 관련하여 중대한 부담을 주는 경우에 사회적 정당화사유로 인정한다. 동법 제1조 제5호에 의하면 17세 이하이거나 40세 이상인 경우 또는 이미 4명 이상의 자녀를 출산한 경우 인공임신중절이 허용된다. 동법 제1조 제6호에 의하면 부모의 일방 또는 양방의 질병, 정신적 불안 또는 이와 비교할만한 원인이 부모의 아이를 돌볼 능력을 심각하게 제약하는 경우도 사회적 정당화사유에 해당한다.

(2) 헝가리

헝가리 인공임신중절법 제2조 제1항에서는 의무적으로 인공임신중절을 허가해야 하는 사회적 정당화사유로 임부가 미혼이거나 지속적인 별거생활 중이거나 만 35세 이상이거나 임부와 그 남편이 자기소유의 집이나 독립적인 셋집을 가지지 못한 경우를 규정하고 있다. 그 밖의 의학·사회적 정당화사유로 의학적 소견에 의하면 태아의 생존능력이 의심스럽고 임부에게 현재 생존하는 두 자녀가 있을 때는 인공임신중절을 임의적으로 허용할 수 있으며, 셋 이상의 자녀가 있거나 3번 이상 출산한 경우, 또는 생존하는 두 자녀가 있고 적어도 난산의 경험이 있었던 경우에는 인공임신중절을 허가해야 한다고 규정하고 있다.

(3) 핀란드

핀란드 인공임신중절법 제2조에 규정된 절차는 임부가 미성년자일 경우 보호자 또는 특정된 신탁인의 동의가 필요한 것으로 규정하고 있지 않지만, 보호자는 언제든지 인공임신중절결정이 이루어지기 전에 자신의 견해를 말할 수 있다.

환자의 지위와 권리에 관한 법률 제7조 및 제9조 제2항에 의하면 미성년자인 인공임신중절신청자가 이러한 청문에 반대하여 자신의 프라이버시라고 문제라고 말하는 경우에는 미성년자의 의견을 따라야 하며, 보호자와의 상담은 이루어지지 않는다. 임부가 임신 당시 만 17세 이상인 미성년자이라고 하더라도, 합법적 인공임신중절을 위한 정당화 사유가 존재하는지를 검토해야 하는데, 이 때 임부의 연령이 고려된다. 핀란드의 경우 정당화사유에 의한 합법적 인공임신중절은 임신 후 12주차 말 이전까지의 인공임신중절에 적용되지만, 인공임신중절법 제5조 제2항에 의해 임신여성이 17세 미만의 미성년자인 경우에는 임신 후 12주가 경과한 후에도 인공임신중절이 허용될 수 있다.

III. 미혼모 지원 제도

1. 미국

가. 개요

- 미국은 우리나라와 마찬가지로 잔여적 복지국가로 분류됨. 따라서 보편적 사회보장 정책이 적은 반면 미혼모에 대한 잔여적 정책은 독신모 가정(female-headed single parents families)을 위한 공공부조를 통해 지원하고 있음.

○ 공공부조에 대한 의존비율이 매우 높은 형편으로 미국의 미혼모 정책은 클린턴 정부 때부터 시작되어 현재의 부시 정부까지 이어지는 정책의 틀 속에서 이루어지고 있음.

- 첫째, 클린턴 정부가 시행한 1996년 복지개혁을 계기로 이성애 결혼, 양부모 가족, 가족 내 자녀양육을 장려하고, 혼외 출산(birth out of wedlock)을 억제하는 것을 복지 개혁의 명백한 목표로 명시하면서 성행위 늦춤, 순결, 금욕 등의 가치가 강조되고 있으며 미혼모 관련 정책의 주된 줄기 중 하나가 다양한 성교육 및 예방정책임.
- 둘째, 미국의 10대 미혼모 예방 정책은 의료 및 사회복지 서비스와 밀접하게 연계되어 있으며, 기 발생 미혼모에게는 독신모(한부모가족) 정책의 커다란 틀 안에서 다루어지고 있는 것이 주요 특징임.
 - ✓ 즉, 혼외출산과 미혼모 발생 억제를 주된 정책목표로 설정한 가운데, 이미 발생한 미혼모에 대해서는 독신모 가정으로 통합되어 미국의 빈곤가족을 위한 공공부조 정책인 TANF(Temporary Assistance to Needy Families)로 지원을 하고 있음.
 - ✓ 하지만 TANF에서는 복지 개혁 이전에 비해 근로연계(workfare)적 성격 즉, 노동의무 요소가 추가되고 보육 지원이 감소하여, 미혼모에게 불리하게 작용하고 있고 TANF의 수혜 기간은 최대 5년으로 한정되어 있음.
- 셋째, 이렇게 다소 보수적인 분위기에도 불구하고, 미혼부의 도덕적·경제적 책임을 강조하고 있음.
 - ✓ 미혼부의 경제적 책임을 사회적으로 의무화하는 양육비지급 강제제도(Child Support Enforcement Program)를 시행하는 한편, 10~20대의 젊은 남성을 대상으로 성교육 예방프로그램 및 가족계획 프로그램(planned parenthood)에 참여토록 함으로써 이들의 책임을 강조하고 있는 것은 미혼모 관련 정책의 큰 방향 중 하나임.

나. 정책의 기본방향

- 미국의 미혼모 정책은 크게 ① 청소년의 10대 임신을 예방하는 방향과 ② 청소년들이 절제(abstinence)하는 성행동을 하는 방향으로 구성되어 있으면서, 이 두 가지가 유기적으로 연계될 수 있도록 하는 것이 특징임.

- 이러한 점에서 미국의 미혼모 관련 정책목표는 10대 청소년들의 임신율을 30% 이상 낮추는 것이다. 그 결과, 청소년들을 대상으로 한 성교육 프로그램의 효과로 인해 10대 청소년의 임신 및 10대 미혼모 발생 비율은 1991~2000년까지 지속적으로 감소하는 추세를 보이고 있음.

- 청소년들의 10대 임신을 예방하기 위한 방안으로 청소년들이 책임 있는 행동을 하도록 유도하면서 성행동을 시작하는 연령을 가급적 늦추고, 10대 청소년에게 발생할 수 있는 성병 및 후천성면역결핍증의 감염도 억제하는 것임.

- 미국의 미혼모 관련법과 정책, 프로그램은 다음과 같음.
 - 개인책임 및 근로기회조정법(PRWORA: Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act)으로 인해 생성된 청소년 절제 교육 프로그램(Abstinence Education Program)
 - 청소년 가족생활 프로그램(Adolescent Family Life Program)
 - 남자청소년 및 청년대상의 프로그램
 - 학교기반 예방 프로그램으로 구성되어 있음.
 - 가족계획 프로그램(Family Planning Program)
 - 의료보호(Medicaid)
 - 아동건강보험 프로그램(State Children's Health Insurance Program: SCHIP)

- 가출 및 노숙청소년 및 약물남용 청소년들과 같은 위기청소년을 위한 프로그램

다. 정책의 내용

1) 보편적 사회보장과 수당

- 미국은 우리나라의 경우와 마찬가지로 미혼모들을 위한 보편적 사회보장과 수당을 갖고 있지 않음.

- 특히 일본, 영국, 캐나다, 독일, 스웨덴 등과 같이 선진국가들이 보편적 사회수당으로써 모두 아동수당 제도가 있는 것에 반해, 우리나라와 마찬가지로 미국은 아동수당이 없음.

- 세금정책측면에서 저소득층 근로소득공제(Earned Income Tax Credit: EITC)와 아동세액공제(Child Tax Credit: CTC) 등을 시행함으로써 미혼모 및 저소득층한 부모 가정이 수직적·수평적 소득재분배의 효과를 누릴 수 있도록 하고 있음.

- 즉, 고소득층에게서 저소득층으로, 자녀가 없는 가정에서 자녀가 있는 가정으로의 분배가 간접적으로 가능토록 한 세금정책이라 할 수 있음.

2) 보육시설

- 미국은 다른 서구국가들과 달리 국가 보육서비스 제도나 아동보육서비스에 대한 단일하고 명확하여 구체화된 정부의 개입이 부재한 국가임.

- 1970년대와 1980년대에 들어서 취업여성의 수가 늘어나면서 보육에 대한 욕구가 보편화되었음에도 불구하고 공식적인 아동보육시설에서 보호받는 아동은 취학아동의 23%수준이었고, 대다수의 아동이 친척보호 등과 같은 비공식적인 보육서비스를 이용하고 있었음.

- 1980년대 들어서는 보육에 대한 정부의 개입이 더욱 줄어들고 소극

적 태도를 보였기 때문에 비공식 보육시설의 증가와 영리추구의 보육시설 형태가 발전하게 되었음.

- AFDC하에서의 JOBS(Job Opportunity and Basic Skills Training Program)와 달리 TANF는 보육서비스를 제공하지 않으면서 자녀를 둔 여성들의 노동시장 참여를 강력히 요구하고 있으나 공립 보육시설의 경우 저소득층은 무상으로 이용할 수 있음.

3) 공공부조: TANF

- 미국의 공공부조는 미혼모나 독신모(single mothers)가 실질적으로 가장 많이 의존하는 정책임.
- 1997년 기준으로 모·부자가정 빈곤율이 55%인데 이들 중 약 90%가 TANF와 같은 공공부조를 받는 것으로 나타났음.
 - 미혼모 출신의 독신모들이 빈곤에 더 취약할 것을 감안하면, 미혼모 가정의 상당수가 이 정책에 의존하고 있을 것이라 예상된다. 예를 들어, 1996년 복지개혁 이후 TANF의 가구 비율 가운데 10대 미혼부가 차지하는 비율이 1996년의 1.9%에서 2001년 2.4%로 증가한 것을 알 수 있음.
- 1996년 복지개혁으로 AFDC(Aids for Families with Dependent Children)가 TANF로 대체되면서, 근로연계나 노동참여 강제 요소가 추가되어, 미혼모들에게도 다른 형태의 영향이 있었을 것임.
 - 예를 들어, 10대 미혼모에 대한 규정을 살펴보면, 미혼모들이 급여를 받기 위해서는 교육이나 훈련 활동에 의무적으로 참여해야 하지만, 10대 미혼모 가운데 1세 이하의 영아를 둔 경우나 10대 미혼모 이면서 동시에 학교에 다니거나 직업 교육을 받고 있는 경우에는

급여 제한에서 예외로 인정됨.

- 반면, 학교를 다니지 않거나 성인감독자가 없는 상황에서 생활하는 10대 미혼부모들은 급여를 받기 위한 교육이나 훈련활동에 의무적으로 참여해야 함.

○ 따라서 주정부는 10대를 위한 성인감독자를 지원하거나 거주를 돕는데 책임이 있으며, 10대 미혼모와 관련된 기타 지원금으로 연방정부는 미혼모의 출산율을 감소시키고 노동 참여가 증진된 주에 대해 별도의 상여금을 지원함.

○ 2003년 미혼모의 출산율을 감소시킨 주에 대해 1억 달러가 배정되기도 하였으며, 미국의 TANF는 1996년 복지개혁 이후로 미혼모를 비롯한 독신모 가정들에게는 공공부조에 의존하는 비율을 대폭 감소시키는 결과를 가져왔음.

- 예를 들어, 1994년에 TANF에 등록된 가구 수가 5.1백만 가구였는데 비해 2002년에는 2.2백만 가구로 대폭 감소한 것은 근로연계로 인한 노동참여 의무조항의 결과였다고 여겨짐.

○ 결과적으로 미혼모, 특히 우리나라의 양육모에게는 미국의 1996년의 복지개혁과 같은 조치는 양육환경을 더욱 어렵게 하는 상황이라고 볼 수 있음.

4) 의료지원

가) 의료보호(Medicaid)

○ 미국의 의료보호(Medicaid) 제도는 사설 의료보험에 가입할 수 없고 의료비를 부담할 능력이 없는 저소득층을 대상으로 의료보장을 하는 복지 제도로서 주정부에서 관장하며 연방 정부의 재정 지원을

받음.

○ 의료보호 제도는 각 주에 따라 다르나 대체로 최소한의 입원비와 외래치료비, 노인요양시설(nursing home) 비용, 의사진료비 등을 지급한다. TANF 현금부조 수급자들은 동시에 Food stamp와 의료보호의 자격을 인정받음.

- TANF 수급자와 의료보호 수급자간에는 중복 비율이 높은 편이고, 앞서 지적한 대로 미혼모나 독신모 가정 중 저소득층의 경우 TANF와 의료보호의 의존도가 높음.
- 특히, 저소득층 임신여성들이 한번 자격을 충족시켜 수혜대상자로 선정되면 가족의 소득 변화가 어떠한 간에 의료보호 자격을 출산 후 60일 동안 유지하게 되므로 저소득층 미혼모들에게 실질적인 의료혜택을 줄 수 있는 것으로 기대됨.

나) 모자건강서비스(Maternal & Child Health Service)

○ 1935년 8월 연방 보건 프로그램의 축소와 함께 모자의 건강이 감소하는 대공황의 국면 속에서, 프랭클린 루즈벨트 대통령은 모성과 아동의 건강에 대한 국가적인 지원과 촉진을 위한 새로운 법안에 서명하였음.

○ 사회보장법인 Title V, 모자건강서비스(Maternal & Child Health Service)가 만들어진 것임.

- 모자건강서비스는 1965년 이후 미국에서 가장 오랫동안 지속되어 온 공중보건법으로 남아있으며, 이 법은 보건법이라기보다는 넓은 범위의 사회법의 한 부분으로 제정되었으며, 이 법은 사회보장법이 제정된 1935년 보다 훨씬 이전부터 실시되었고 의료보호(Medicaid)보다 더 오래되었음.
- 특히 1900년대 초에 높은 유아사망률과 산모사망률이 중요한 사회문

제로 떠오르자 1921년부터 연방정부의 재정지원으로 산전·산후의 산모건강관리, 위생적인 유아양육 등에 대한 서비스를 실시하기 시작한 것이 시초였음.

- 그 후 1935~40년에 모성, 유아 그리고 아동 보호와 선천적인 장애를 포함한 아동에 대한 광범위한 의료서비스를 제공하게 되었으며, 1938년에는 모든 주에서 신체적 욕구뿐 아니라 사회적·정서적 욕구를 충족시키기 위한 장애아동 프로그램으로 발전했음.
 - 1950년대에 이 법은 정신지체를 대상으로 하는 특별기금을 조성하게 되었고, 1960~70년대에 모성과 유아관리 프로그램(Maternal and Infant Care Program: MIC)과 아동과 청소년프로그램 (Children & Youth Program: C & Y)은 수백만의 저소득층 어머니와 아이들에게 아동 및 출산건강 서비스를 제공하기 시작했음.
- 이 서비스에서 개발된 산전 관리, WELL-BABY 보호, 그리고 가족계획은 전국적인 모델로 발전하게 되었음. 1970년대에 이르러 이 프로그램은 임신여성과 아동이 해당지역에서 더 나은 접근성을 갖도록 하는 프로그램으로 발전하게 되었음.
- 모자보건서비스 총괄예산(Maternal and Child Health Services Block Grant)은1981년에 생성된 것으로 이전의 Title V의 7개 영역을 하나로 묶어 연방정부의 권한 아래 주정부에서 실시토록 하는 것으로 바뀌었으며, 이 과정에서 주정부는 안전사고예방을 공중보건의 과제 중 하나로 채택했음.
- 이 프로그램의 운영은 주정부에서 담당하며 재정은 주정부와 연방정부에서 분담하고 있으며, 연방정부의 부담률은 각 주의 출생률에 의해 결정되었고, 연방정부는 프로그램의 운영원칙을 설정, 이에 준해 주정부가 프로그램 운영계획을 제출하도록 되어 있음.

- 이 프로그램의 주요 서비스로는 산모와 아동의 건강유지를 위한 예방에 초점을 둔 산전보호소, 공공간호서비스, 예방접종, 학령기아동의 건강진단 등이 있음.
- 모자보건서비스는 1997년 시작되어 연방정부가 지원하고 주정부에서 운영하는 아동의료보험 프로그램(State Child Health Insurance Program: SCHIP)을 통해 의료보험에 가입되지 않은 아동 및 신생아의 사망률을 줄이기 위한 주요 법률 가운데 하나로 여겨짐.
- Title V에는 미혼모 발생을 줄이기 위한 절제교육(Abstinence Education)이 총괄예산의 일부로 배정되었음.
 - ✓ 특히 이 프로그램은 건강문제로 인해 특수욕구를 갖게 되는 아동에 대한 의료보장을 제공해줌으로써 아동발달 및 건강에 대한 국가적 책임을 강조하였으며, 가족중심, 지역사회중심, 그리고 의료보장의 연계를 통해 촉진하고 있음.
 - ✓ 이 프로그램을 통해 2백만 명의 임신여성에게 산전관리 서비스를 제공하였으며, 1천7백만 명의 아동에게 일차건강 및 예방 서비스를 제공하고 있음.

5) 교육 및 훈련지원

- 2002년까지 미국의 10대 미혼모들 가운데 15~17세의 미혼모들이 고등학교를 마치는 비율은 10%였으며, 출산 이후 33%만이 고등학교를 졸업하고, 이들 가운데 1.5%만이 30세가 될 때까지 대학졸업장을 받는 것으로 보고되고 있음.
- 이러한 통계치는 10대 미혼모가 되는 것이 이들의 장래, 특히 직업과 고용문제에 얼마나 심각한 문제를 던져주는지를 단편적으로 보여 주는 것임.

- 미국은 미혼모들, 특히 10대 미혼모들이 장기적으로 복지에 의존하는 것을 막기 위한 예방조치의 하나로 다양한 교육프로그램을 제공해주고 있음.
 - 이에는 학교 내에서 실시되는 TAPP를 비롯하여, 학교 내 미혼모시설, 대안교육을 통한 프로그램 등 다양한 프로그램을 포함하고 있음.
 - 특히 미혼모를 위한 학교에서는 미혼모가 영유아와 밀착된 정서적 관계를 형성하고 고등학교를 졸업할 수 있도록 지원하기 위한 특별학급과 보육시설을 운영하고 있으며, 대안학교를 통해 지역사회와 연계된 프로그램을 제공함으로써 일상생활 기술 및 사회적 적응을 돕는 프로그램을 운영하고 있음.
 - 미혼모들은 또한 직업훈련학교와 같은 프로그램과 연계되어 자립을 위한 기술을 습득할 수 있음.

가) 10대 임신예방 프로그램(Teen Age Pregnancy Prevention: TAPP)

- 이 프로그램의 주요 목적은 임신 때문에 학교를 중퇴하는 것을 방지하고 임신기간 중에 학업을 계속하도록 돕기 위해 의료서비스와 사회복지서비스를 포함한 학업 환경을 제공하기 위한 것임.
 - 학교에서 실시하는 이 프로그램은 최근 부모가 된 학생뿐 아니라 그들의 아동들도 서비스의 수혜자가 된다. 이 프로그램의 목적은 양육을 위한 준비와 아동보호까지 포함하고 있음.
 - 18세 이하의 학생을 위한 양육 프로그램의 조사연구에 의하면 수혜자의 55%가 엄마, 아빠, 아동을 포함하고 있으며, 38%는 엄마와 아동만을, 5%는 엄마만을 포함한다고 보고하였음.
- 학교에서는 10대 양육프로그램을 운영하여 10대 미혼부모가 계속해서 학업을 수행할 수 있도록 하고 있으며, 미혼부는 본인의 연령에 관계없이 그 수입의 일정 비율을 자녀가 성인이 될 때까지 양육비로 계속

해서 지급하도록 법률로서 정해놓고 있음.

- 양육비의 비율은 주에 따라 다르지만, 뉴욕 주의 경우는 한 아동에게 아버지의 월급의 18%가 지급되도록 하고 있으며 아동이 많은 경우는 25%~30%까지 그 비율이 증가함.
- 미혼모 예방과 교육, 직업훈련 등을 지원하는 법률이 주를 이루고 있음.
- 미혼모 복지기관을 중심으로 실시되는 상담과 심리치료를 통한 재사회화 과정과 교육 및 직업훈련을 통한 개인의 사회적응능력 향상에 초점을 두고 있으며 미혼모가 아동을 양육하는 것을 지원하는 방향으로 그 성격이 변화하고 있으나 아직 미혼모에 대한 서비스는 임신·출산을 전후로 일정기간 동안 실시되며, 아동 양육비나 생활비 등 경제적인 장기지원 서비스는 미흡한 편임.

나) 특별학급 및 대안학교

- 10대 미혼모를 위한 특별학급은 학교 내의 학교(School within School)로서 임신한 10대 학생과 미혼모나 미혼부에게 학교 내에서 다양한 교육서비스를 제공하는 것임.
 - 이 프로그램에서는 학생 대 교사의 비율이 매우 낮으며 특별 수업을 통해 이들의 학업 성취와 졸업이 가능토록 지원하고 있음.
 - 또한 미혼모나 미혼부의 아동이 학교 내 보육시설에서 보호받도록 함으로써 학교생활과 아동 양육을 용이하게 할 뿐 아니라 부모교육, 아동발달, 건강향상 등에 도움을 제공하고 있음.
- 이에 비해 대안학교 모델은 임신 중인 10대 혹은 10대 미혼모나 미혼부에게 대안교육이나 대안학교를 통해 학업에 집중할 수 있도록 지원하는 것으로 필요한 경우 검정고시를 치를 수 있도록 지원하고 있음.
 - 대안학교에서도 일반학교의 특수학급과 마찬가지로 건강, 교육, 아동 양육 및 훈육, 산전 및 산후 교육, 가족계획, 취업상담 및 고용훈련

프로그램 등을 제공하고 있음.

6) 성교육 등 예방정책

- The Adolescent Family Life Demonstration and Research 프로그램은 1981년 Title XX에 의해 지원된 시범운영프로그램과 공중보건서비스법의 연구 지원을 받으며 개발되었음.
- 2005~2006년 AFL 프로그램에서는 58개의 절제교육프로그램과 42개의 보호 프로그램을 포함한 100개의 시범프로젝트를 국가 전역에서 실시할 수 있도록 지원하였음.
- AFL 프로그램은 청소년들이 성행동을 절제할 것을 장려하고, 포괄적인 건강서비스를 제공하고, 임신과 양육에 대한 교육과 사회복지서비스 프로그램을 개발, 수행, 평가하도록 지원하며, 이 프로그램은 크게 두 가지 차원의 시범프로젝트를 지원함.
 - 첫째는 결혼 전까지 성행동을 지연하는 것을 격려하기 위한 교육을 제공하는 예방 프로젝트
 - 둘째는 지나치게 어린 연령에 임신을 하게 되면서 10대 부모와 자녀 그리고 가족이 겪는 문제점을 개선하기 위해 개입하는 보호 프로젝트
 - 나아가 AFL 프로그램은 청소년 혼전 성관계, 청소년 임신과 양육에 대한 원인과 결과 연구에 재정적인 지원을 제공하고 있으며 다음과 같은 재정적 목적을 지니고 있음.
 - ✓ 청소년들이 성적으로 왕성해지기 전에 청소년 임신을 포함한 여러 가지 혼전 성관계의 문제점에 대해 자기훈련 및 기타 신중한 접근법을 증진할 수 있도록 모든 가능한 지도와 지지를 극대화하는 것이며, 가족상황에서 청소년들에게 접근하는 효과적인 방법

을 찾기 위함

- ✓ 청소년부모를 위한 대안으로 입양을 증진시키며 임신한 청소년(특히 17세 미만의 미혼 청소년)과 청소년 부모들을 위한 보호서비스에 혁신적이고, 포괄적이며, 통합된 접근을 확립하고자 하는 것
- ✓ 청소년의 혼전성관계와 아동양육이 부모, 아동 그리고 가족에게 미치는 부정적인 결과들을 해결하거나 이를 제거하는데 효과적인 서비스를 확인하기 위한 평가 연구를 지원하며 청소년 혼전 성관계, 임신, 부모역할과 관련된 프로그램과 연구 프로젝트로부터 얻어진 결과, 정보, 발견 점들을 수집하는 것을 장려함.

- 프로그램 참여대상은 보호서비스의 규정에 따라 임신한 청소년, 청소년 부모, 또는 그들의 가족을 포함하며 예방서비스와 이에 연관된 기타 서비스의 규정에 따라 임신하지 않은 청소년들 역시 포함된다. 본 법에서 청소년이라 함은 19세 미만의 자를 의미함.
- 프로그램이 제공하는 내용을 살펴보면 다음과 같다. 임신진단과 산부인과 상담, 입양상담과 청소년에게 입양을 하나의 대안으로 소개하고 인가받은 입양기관에 의뢰하는 서비스가 제공됨.
- 그 외에도 출산 전과 출산 후의 보호를 포함한 주요한 예방적 건강 서비스, 영양 정보와 상담, 성병에 대한 진단과 치료를 위한 의뢰, 적절한 소아과 의뢰, 청소년 혼전성관계에 연관된 가족 문제들에 대한 교육적인 서비스가 제공됨.

7) 주거지원

- 미국 모자원(maternity group home)은 경제적 어려움과 사회적으로 낙

인적인 미혼모들을 돕기 위해 19세기 후반 미국에서 개설된 피난처(rescue homes)에 기원을 두고 있으며, 1960년대에 이르러 한부모를 허용하는 사회적 흐름에 따라 단순한 주거 서비스를 지양하고 입소 범위를 확대하게 되었으며, 시설을 소규모로 축소하고 지역사회에 근거를 둔 그룹홈 형태로 변형 운영하게 되었음.

- 양육미혼모들을 위한 그룹홈에서는 크게 ① 주거서비스로 안전한 주택 제공으로 개별 혹은 공동아파트를 제공하고, ② 슈퍼비전을 받으면서 자립을 위한 기술을 습득, ③ 사례관리를 통해 정기적으로 직원-거주자 회의를 갖고 개별목표를 성취하기 위한 회의 등을 갖고, 필요한 경우 외부자원과 연계하여 프로그램을 제공하며, 나아가 부모교육 및 일상생활기술 훈련이 제공됨.

8) 기타

가) 양육비지급 강제제도(Child Support Enforcement Program)

- 이것은 자녀의 생물학적 아버지로 확인된 미혼부에게 부성의 의료적·경제적 책임을 강제함으로써 가족의 자립과 아동의 복지를 향상하는 것을 목적으로 하는 연방정부-주정부-지방정부 파트너십 제도임.
 - 이 제도가 발생된 배경을 살펴보면, 1970년대 초 비양육 부모로부터의 경제적 지원이 아동지원에 있어서 중요한 이슈로 떠올랐고 1975년에 제정된 이 법에서는 비양육 부모의 역할과 책임에 대한 강력한 규정들이 도입되었으며 1984년에 아동에 대한 의료적 치료에 대한 지원에 있어서도 비양육부모의 책임이 강화되었음.
- 아동(부모의 죽음, 이혼 등으로 인해 편부모에 의해 양육되는)에 대한 지원은 양육 당사자 뿐 아니라 비양육부모에 대한 역할도 크다는 인식

이 주 정부 및 국가 단위의 지원과 함께 중요하다고 기본적으로 인식되었음.

- 연방 정부는 국가적 차원의 아동지원 프로그램을 통해 부재중인 부모의 위치 파악, 친자 확인, 아동에 대한 지원 확보 등과 같은 프로그램의 기준을 설정하고, 그것이 시행되도록 도움을 주는 역할을 함.
- 부재 부모의 위치 파악은 FPLS(Federal Parent Locator Service: 부모 위치 파악 서비스)를 통해서 그들의 사회보장번호(social security number)와 주소, 고용주, 임금 현황(사회보장 연금, 퇴직연금 포함), 의료보험 등을 파악하여 아동 양육에 필요한 재원을 마련하는 정보로써 활용되며, 미국에서는 연간 약 50만명의 아이들이 미혼모에게서 태어남.
- 이러한 상황에서 친권을 정확히 확인 하는 것은 아동 양육에 대한 법적 책임 소재를 파악하는데 중요한 요소임.
 - 친권을 확인하기 위해서는 여러 의료기록들과 과학적 지식들이 동원됨.
 - 주 정부는 친권을 확인하기 위한 유전자 검사 및 여러 과학적 수단을 동원할 수 있는 권한을 갖고 있음.
- 지방 법원과 CSE는 한쪽 배우자가 양육비 납부를 거부할 경우를 대비한 많은 정책들이 있음. 이러한 정책들은 한쪽 배우자가 양육에 대한 책임을 회피하지 못하도록 강제적 요소들을 내재하고 있음.
- 연방 정부와 주 정부도 이러한 정책들을 지원하기 위한 법적 제도적 장치들을 마련하고 있음.
 - 대표적 방법들은 급여 압류, 연방 소득 공제액 차감, 주 소득 공제액

차감, 자산 담보, 여권 및 여러 종류의 자격증 압류, 신용 불량자 신고, 연방 및 공공(군대) 부분의 취업 억제 등이 동원됨.

- 양육비지급 강제제도의 운영자금 가운데 연방정부의 지원이 주를 이루고 있다. 아동지원 활동의 허용 가능한 지출에 66% 정도를 매칭(matching) 지원함.
 - 2005년에 개정되어 2006년 시행되는 개정조항에서는 TANF를 받고 있는 모든 가족에 대해 매 3년마다 아동양육비 지급 조정에 관한 사례검토를 실시토록 하고 있으며, TANF를 받고 있지 않는 가족이라 할지라도 양육비 징수액이 연간 500달러를 넘으면 연간 \$25의 징수비용을 의무적으로 납부토록 규정하고 있음.
 - 2005년 한 해 동안 아동양육비강제지급제도를 통해 징수된 23억달러이었으며, 총 사례 수는 1천5백9십만 건이었으며. 또한 친권을 확인한 사례 수는 1천5백만 건이었고, 신규로 강제지급 명령을 내린 건수는 1백2십만 건이었음.
 - 징수된 23억달러에 대비해 주정부 및 연방정부가 지출한 돈은 5.4억 달러이어서 1인당 4.5달러를 징수한 것으로 보고되었음.

나) WIC(Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children)

- 여성, 영유아를 위한 특별영양보충 프로그램인 WIC(Special Supplement Nutrition Program for Women, Infants, and Children)는 미국 농무부(USDA)의 식품영양서비스(Food and Nutrition Service)에 의하여 실시되고 있음.
 - WIC는 여성 및 영유아, 아동들에게 ① 무료로 영양식품을 제공하고 ② 영양에 대한 교육을 실시하며 ③ 건강서비스와 그 밖의 사회복지 서비스를 제공함.

- ✓ WIC는 영양상의 위험이 있는 저소득층 임신여성, 산후 여성, 그리고 수유여성과 유아, 5세 이하의 아동에게 제공됨.
 - ✓ WIC의 수혜자들 대부분은 일상생활 속에서 기초영양을 충족하도록 설계된 식품물을 구입할 수 있는 수표나 증표를 매달 지급받고 있음.
 - ✓ 몇몇의 WIC 주 기관에서는 도매점을 통하여 음식을 배분하거나 참여자들의 집에 식품물을 배달하고 있음.
- 제공되는 음식은 단백질, 칼슘, 철, 비타민 A와 C를 포함하도록 하고 있다. WIC의 음식은 또한 철을 보강한 유아용 유동식이나 곡물식품, 철이 보강된 성인의 곡물식품, 비타민 C가 풍부한 과일이나 야채주스, 달걀, 우유, 치즈, 땅콩버터, 말린 콩, 참치나 당근을 포함함.
- 의학적 건강상태를 위하여 의사가 특별한 치료를 요하는 아동을 위한 유아용 유동식과 음식을 처방한다면 이러한 유아식이 제공됨.
- 이 프로그램에 집중적인 관심을 요하는 위험군은 ① 빈혈, 저체중, 과체중, 임신과 관련된 복합문제 혹은 열악한 임신 상황 등을 갖고 있는 대상군과 ② 영양적 위기에 처한 집단 즉, 영양기준을 충족시키지 못하거나 부적절한 식습관을 가진 여성과 아동임.
- 이 프로그램의 수혜자가 되기 위해서는 저소득층 혹은 차상위 계층 이면서, 해당 지역 주에 거주하고, 의료인에 의해 영양실조의 위험이 있다고 진단된 임신 및 출산 여성, 유아 및 5세 이하의 아동임.
 - 따라서 미국의 빈곤선의 185% 수준 이하의 여성 및 아동에게 지급되며, Food Stamp, 의료보호, TANF를 받고 있으면 자동적으로 이 서비스를 제공받을 수 있음.
- 미국의 식품영양서비스(USDA FNS, 2006)에 따르면 2004년 기준으로 매달 약 7백9십만명이 이 서비스 혜택을 받고 있는 것으로 조사되었으

며, 이 가운데 약 4백만명은 아동, 2백만명은 영아, 그리고 1백9십만명은 여성인 것으로 조사되었음.

- 미국 의회는 2006년 회계 연도의 WIC 프로그램 예산으로 5.2억 달러를 책정하였으며 이 액수는 1990년(약 2.1억 달러)에 비해 약 2.5배 증가한 것임.

2. 일본

가. 개요

- 일본은 미국이나 영국 등의 서구 국가들에 비해 미혼모 발생비율이 상당히 낮은 것으로 조사되고 있다. 따라서 미혼모만 위한 특화된 법이나 정책은 따로 존재하지 않으며, 이들은 모자가정의 한 유형으로 포함되어 법적·제도적 지원을 받고 있음.
- 일본의 모자가정은 「모자 및 과부복지법」에 근거하여 각종 세제 혜택, 취업교육, 주택보호, 소득지원 등의 혜택을 제공받고 있으나 급여의 수준이 낮고, 엄격한 소득조사에 의해 이루어지기 때문에 사회적 낙인이 심한 편임.
- 정부는 직업훈련제공, 취업알선 등 여성가구주의 취업을 통한 모자가정의 자립을 강조하고 있고, 이로 인해 여성가구주의 취업률은 매우 높으나 낮은 임금수준으로 인해 많은 수의 모자가정은 여전히 빈곤을 벗어나지 못하고 있음.
- 일본은 미혼모 발생 예방을 위해 청소년 상담실 운영과 성교육을 실시하고 있음.

나. 정책의 기본방향

- 일본도 우리나라나 미국과 마찬가지로 잔여적 복지국가에 속하면서, 미혼모 를 위한 정책은 공공부조나 저소득층 모자가정을 위한 정책들이 그 핵심임.
- 단, 구별되는 특징은 일본에서는 특히 여성의 취업을 통한 모자가정의 자립이 필수적이라고 보기 때문에, 우리나라나 미국에서는 제도화되지 못한 아동수당제도가 있고, 공공보육시설의 보급도도 상대적으로 높은 편임.
- 동시에 이들 빈곤 모자가정에 대한 금전적인 차원에서의 지원에서 벗어나 모자가정의 자립을 위해 여성들의 직장생활과 자녀와의 생활을 양립시키기 위해 좋은 여건의 직장을 알선해 주는데 노력하고 있음.
- 궁극적으로는 모자가정의 경제적 문제와 자녀양육문제가 가장 큰 이슈라고 보고 이에 초점을 맞추어 제도를 확장하고 있음.

다. 정책의 내용

1) 보편적 사회보장과 수당

- 일본의 경우 미혼모나 독신모와 관련하여 누구에게나 동등한 권리가 인정되고 보편적으로 적용될 수 있는 사회보장 제도는 우리나라와 마찬가지로 미흡한 형편이지만 일본은 우리나라와 달리 아동수당을 제공하고 있음.
- 1971년부터 사회보장제도의 일환으로 제공되어온 이것은 2004년 6월 개정을 통해 대상 아동의 수급기간을 의무교육 취학 전으로부터 3학

년 수료 전까지로 확대하였음.

- 즉, 9세까지 지원되며, 둘째 자녀까지는 월 5천엔, 셋째 자녀 이상부터는 월 1만엔이 지급되고, 그 외 아동 부양 공제라는 세금 혜택이 있고, 육아휴직 중 보험료가 면제됨.

○ 일본의 경우 모부자가정에 대해 세제지원을 통해 소득을 보장하는 정책을 펼치고 있음.

- 즉, 이들 가정에 대해 소득세 27만엔, 개인주민세 26만엔이 공제되고 있으며, 이외에 아동부양수당의 수급자로서의 모부자 가정은 수도 및 하수도 요금 면제, 전화설치에 따른 공사부담금의 분할 납부제, 가구당 1인에 한해 무료승차권 교부, 소액저축에 대한 비과세(약 350만엔까지)를 적용 받을 수 있음.

2) 보육시설

○ 일본은 여성에 의한 가정보육을 강조하는 보수성에도 불구하고, 동시에 여성 노동력을 확보하려는 노동정책으로 인해 높은 비율의 국가 부담에 의한 공공보육이 갖추어져 왔음.

- 정부가 설치한 공공시설이 약 60%, 민간시설이 40%를 차지함.
 - ✓ 보육시설은 1997년 기준으로 약 22,000개소가 있고, 약 1백7십만명 아동이 보호되고 있는데, 이중 약 54%가 공공시설에, 약 46%가 민간시설에 보호되고 있음.
 - ✓ 보호받는 아동의 보육소 입소는 지방자치단체의 아동상담소나 복지사무소를 통해 배치 받으며 보육료도 지방자치단체에 납부함.
 - ✓ 보육료는 소득에 따라 차별적으로 결정되지만, 공·사립을 막론하고 정부부담률이 약 68~89% 수준이고, 보호자의 부담은 11~32%정도임.

3) 공공부조 및 저소득층 모자가정 정책

- 일본의 저소득층 모자가정 지원책은 주로 「모자 및 과부복지법」에 근거해 운영되고 있음.

가) 아동부양수당제도

- 아동부양수당제도는 이혼 등으로 인하여 부가 없는 모자가정의 생활안정 촉진 및 아동복지 증진에 기여할 목적으로 마련된 제도임.
- 아동부양수당제도는 1961년 「아동부양수당법」이 제정되어 1962년부터 실시되었으며, 부모의 이혼 등으로 부가 생계를 책임질 수 없는 18세 미만 아동(장애아는 20세 미만)을 대상으로 제공되는 모자가정 경제적 지원서비스이며, 일정한 소득 이하의 저소득층 모자세대에 일정액의 수당을 지급함으로써 이들 가정의 생활안정을 도모한다. 소득에 따라 지급대상이 제한되고 소득액에 따라 지급금액이 2단계로 나뉨.
 - 예를 들어 아동 1명인 모자가구의 경우, 수입이 130만엔(소득액으로 57만엔) 미만의 경우 수당전액인 4만 2360엔이 지급되고, 수입이 130만엔~365만엔 미만(소득액으로 57만엔 이상 230만엔 미만)인 경우에는 수당의 일부(소득 별로 1만~2만 2360엔)가 지급됨.
- 수급자격자가 아동부양수당을 신청하면 도도부현지사의 인정에 의하여 지급되었으나 최근 이 업무가 도도부현에서 정촌으로 위임되면서 기초자치단체의 재정여건과 예산배분 수준에 따라 아동부양수당액이 감소되는 모자가정이 늘어날 것으로 예상되어 이를 최소화하기 위한 ‘특별아동부양자금’이 제정되었으며, 이를 통해 아동부양수당이 감액된 모자가정에 대해 개정 후 5년간 그 차액을 무이자로 대여함.
 - 재원은 아동의 양육자가 피용자인 경우에는 사업주가 70%, 국고가 20%, 자치단체가 10%를 부담하고 자영업자의 경우에는 국고가 2/3,

자치단체가 1/3을 부담하고 있으며, 1989년부터는 수당액에 대하여 자동 물가연동제를 도입하고 있음.

- 일본의 많은 모자가정들은 자녀들의 수입과 부모의 도움, 그리고 낙인이 보다 적은 아동부양수당에 의존하고 있음.
- 수당지급자격 아동은 부모가 이혼했거나 아버지와 함께 생활하지 않고 있는 아동, 아버지가 사망한 아동, 아버지가 장애가 있는 아동, 미혼모의 아동, 아버지의 생사가 불명확한 아동, 아버지로부터 연락이 1년 이상 끊긴 경우의 아동, 아버지가 법적인 이유로 1년 이상 구속, 연금되어있는 경우의 아동 등임.
- 모자가정이 받는 아동부양수당은 그 액수가 평균가구소득의 약 30% 정도로 절반에도 못 미치는 수준임.

나) 모자 과부복지대출

○ 「모자 및 과부복지법」은 모자가정과 과부에 관한 원리를 명확히 하고 모자가정과 과부의 생활 안정과 향상을 위해 필요한 조치를 강구하여 모자가정과 과부의 복지를 도모하기 위해 제정된 법임.

- 이 법은 1969년부터 20세 미만 아동을 부양하되 배우자가 없는 모 및 과부를 대상으로 모자과부복지대출 규정을 두고 모자 및 과부가정을 위한 여러 가지 대출프로그램을 마련하고 있음.
- 모자가정의 모의 경제적 자립을 도모하고 생활의욕을 강화하며 부양아동의 복지를 증진하기 위한 사업으로써, 이에는 수학자금, 사업개시자금, 주택자금, 사업계속자금, 기능습득자금, 수업자금, 취학지도자금, 요양자금, 의료개호자금, 생활자금, 이사자금, 취학지도자금, 특례아동부양자금 등 총 13종류가 있음.
 - ✓ 과부복지자금은 특례아동부양자금을 제외시킨 12종으로 구성되어 있음.

4) 의료지원

- 일본에서 미혼모를 위한 의료지원으로는 여성클리닉 센터가 있음.
 - 낙태하게 된 여성에 대해 한 명의 조산사 또는 간호사의 일괄 책임 하에 primary nursing system을 통해 이들의 입원부터 퇴원까지 책임 지고 포괄적으로 간호를 제공함.
 - 특히 중·고생 낙태 여성에 대해서는 상담기능을 보강한 청소년 상담원을 특별히 배치하여 상담을 지속하는 한편, 홍보 리플릿의 배포, 피임 및 성병, 월경이상, 임신 등 다양한 정보를 컴퓨터를 활용하여 습득할 수 있도록 함.

5) 교육 및 훈련지원

- 일본의 경우 미혼모에 대한 취업 및 직업관련 정책은 「모자 및 과부복지법」에 근거하고 있으며, 이 법은 미혼모 및 모자가정이 취업을 통해 자립을 촉진할 수 있도록 한 정책이며, 이 법의 특징으로는 경제보장제도의 수정, 취로자립지원, 양육비 확보, 육아 및 생활지원으로 구분되며, 미혼모에게도 적용되고 있음.
 - 모자가정의 모(母)에게 직업을 소개하기 위해 공공직업 안정소에 모자와 과부를 대상으로 직업상담원이 배치되어서 직장생활에 대한 상담과 지원을 하고 있음.
 - 직업훈련으로는 사업주에게 위임한 직장적응훈련제도, 모자가정을 위한 훈련과목이 설치되어 있는 고등직업기술전문학교 등이 있음. 고용개발로는 모자가정의 모를 고용하는 사업주에게 특정 구직자 고용개발 조성금, 직장적응훈련비 등이 지급되며, 또한 정부나 지방의 공공시설에 매점, 이발소, 미용실 등을 설치할 경우, 모자가정에 우선적으로 허가를 해줌.

- 일본의 후생성에서는 모자가정의 자립과 고용이 촉진될 수 있도록 모자가정 자립지원급부금 사업을 전개하고 있음.
 - 그 정책의 하나로서, 어려운 경제상황 중에 모자가정의 모 등은 생계를 이어가기 위하여 일정한 수익을 얻으려는 것이 어려운 상황에 처한 경우가 많아졌기 때문에 모자가정자립지원급부금사업을 실천하고 있으며 이에는 다음과 같은 것을 포함하고 있음.

가) 자립지원교육훈련급부금사업

- 모자가정의 모의 주체적인 능력 개발을 지원하는 것으로 고용보험의 교육훈련급부의 수급자격을 갖지 않은 사람이 지정교육을 받고 수료한 경우, 경비의 40%(8천 1엔부터 20만엔 상한)를 지급함.
- 대상자는 아동부양수당지급수준의 모자세대, 고용보험법에 교육훈련급부의 수급자격을 갖지 않은 경우, 교육훈련을 받는 것이 직업을 얻기 위해 필요한 경우를 포함함.

나) 모자가정 고등지능훈련촉진비사업

- 모자가정의 모가 간호사나 사회복지사 등의 자격취득을 위해 2년 이상 양성기관 등에서 수업을 받은 경우에 취업기간의 최후의 3분의 1 상당의 기간 고등 지능훈련촉진비를 월당 10만 3천엔을 지급하는 것으로 생활의 위기를 방지, 자격취득을 돕는 것을 목적으로 함.
- 대상자는 아동부양수당지급수준의 모자세대의 경우를 포함한, 양성기관에서 2년 이상의 커리큘럼을 바탕으로 한 수업을 받고 대상자격의 취득이 가능해야 함.

6) 성교육 등 예방정책

- 중·고등 학생들에게 결혼할 때까지 정신적으로 성숙하고 임신해도 그것에 책임을 질 수 있을 때까지 성관계를 갖지 않도록 유도하는 금융교육 프로그램이 있음.
- 주치의를 통한 상담, 간단한 피임 서비스를 받을 수 있는 클리닉 중심 프로그램이 있는데, 이것은 주로 학교 기반의 클리닉을 통해 실시함.

7) 주거지원

가) 공영주택 우선 입주

- 「모자 및 과부복지법」에 의해 지방공공단체가 공영주택을 공급하는 경우 모자가정의 복지가 증진되도록 특별한 배려를 하도록 되어 있음.
- 동경의 경우 시영주택의 입주자에게 여러 혜택을 주고 있는데 시영주택을 모집할 때 분양가능성을 일반보다 약 7배 높게 하는 우대추천제를 실시하고 있으나 현실적으로 시영주택보다는 공영주택의 배율이 더 높아서 좀처럼 입주가 잘 되지 않음.

나) 편부모월세조성제도

- 동경에서 실시되고 있는 제도로 민간임대주택에 입주하고 있는 모자가정이 이사를 원할 경우 이사 후의 월세차액을 조성해 주고, 시영주택에 입주한 모자가정에 대해서는 취학 전 유아가 1인 이상이거나 고교생 이하의 취학아동이 2인 이상이고 일정의 소득기준 이하일 경우 규정사용료의 1/2을 감액해 주며, 이외에도 모자과부 대출제도에 주택자

금과 이사자금 대출 등이 있음.

8) 기타

- 다양한 모자복지시설을 운영하며 생활지원 및 상담사업을 실시한다. 대표적으로 모자복지 상담원이 도도부현의 복지사무소에 배치되어 있으며, 모자가정에 관한 실정을 조사하고, 파악하며 모자가정의 자립에 필요한 모의 취업, 모자복지자금 등과 아동양육 및 교육 등에 관한 상담 및 지도함.
- 모자복지센터에서는 각 현의 모자복지대책을 추진하는 중심기관으로 생활과 생업의 지도, 단기의 직업지도 등을 종합적으로 시행하며, 모자가정의 생활 전반에 걸친 각종 상담을 함.
- 이외에도 모자휴양홈, 모자생활지원시설, 모자가정방문간호사업 등이 마련되어 있음.

3. 캐나다

가. 개요

- 캐나다의 양육미혼모 정책은 아동을 키우는 독신모(lone parents with children) 관련 정책의 커다란 틀 안에서 이루어짐.
 - 특히 연방정부-주정부-지방정부의 특성과 아동의 연령 및 수에 따른 세계혜택이 차별적으로 이루어지는 것이 주요 특징임.
- 미혼모들의 취업과 교육을 위한 다양한 인센티브를 제공해 줌으로써 자립 및 취업에 그 정책적 목표를 두고 있으며, 청소년들이 자신들의 능력과 잠재력을 발휘할 수 있는 기회를 제공함으로써 임신은 늦추고

성공적인 삶을 영위할 수 있는 유연성을 갖도록 지원하고 있음.

- 주택관련 다양한 주택형태를 공급하여 미혼모를 비롯한 복지수혜자들의 욕구에 맞는 주택선택이 가능토록 하고 있음.

나. 정책의 기본방향

- 캐나다는 잔여적 복지국가에 속하여, 보편적 성격의 사회보장 정책이 부족한 대신, 독신모 가정을 위한 다양한 공공부조 혜택을 제공하는 것 외에도 독신모들이 직업을 가질 수 있게 하는 데 그 초점을 두고 있음.
 - 독신모에게 직업기술을 습득할 수 있는 기회를 제공하고, 보육시설을 확보하며, 다양한 사회적 서비스에 대한 접근도를 높이는 데 정책의 초점이 있음.
 - 또한 다양한 교육지원 정책을 통해 10대 부모들이 교육을 마칠 수 있도록 돕고 있으며, 미국이나 독일과 마찬가지로 부성책임을 강조하는 정책도 있음.
- 캐나다의 미혼모 정책 역시 미혼모의 발생률을 줄이고, 기 발생 미혼모의 자립 및 취업을 강조하는데 초점을 두고 있음.
 - 특히 아동이 어린 시절부터 다양한 긍정적인 경험을 할 수 있도록 함으로써 자신의 능력과 잠재력을 발휘할 수 있는 유연성을 갖도록 하여 자립적인 생활이 가능토록 지원하고 있음.
 - 기 발생 미혼모에 대해서는 다양한 보육시설과 사회적 서비스, 교육수당 등을 제공함으로써 빈곤과 복지의존에서 벗어날 수 있도록 지원해주고 있으며, 다양한 세제혜택을 통해 아동양육의 부담을 줄여주고 있음.

다. 정책의 내용

1) 보편적 사회보장과 수당

- 캐나다는 사회 보장 제도가 세계에서 가장 잘 되어 있는 대표적인 나라임. 캐나다에서 사회보험 혜택을 받으려면 사회보험번호(Social Insurance Number: SIN)가 필요하고 수혜자는 각 소득 보장 프로그램의 기준에 해당되어야 함.

가) 자녀 세금우대(Canada Child Tax Benefit: CCTB)

- 캐나다의 자녀 세금우대는 18세 이하 자녀들을 둔 부모에게 자녀 양육을 돕기 위해 해당되는 모든 가정에 매월 정부에서 지급하는 면세 프로그램으로 아동수당에 해당함.
 - 자녀 세금우대(CTB) 지급 대상 가정 수혜자의 적용 조건은 반드시 자녀와 함께 거주해야 하며 해당 자녀에 대한 일차적 양육책임을 가져야 함.
 - 캐나다 내 거주자이어야 하며, 수혜자 및 배우자는 영주권자이거나 시민권자, 임시거주자 신분이어야 함.
 - 금액은 각 가정의 소득상태에 따라 다르나 2006년 기준으로 자녀 1명당 월 104.58캐나다 달러이며, 셋째 아동부터는 7.33캐나다 달러를 추가적으로 지급하며, 6세 된 아동이 있는 경우에는 월 20.75캐나다 달러가 추가됨.
- 6세 이하의 아동을 둔 가정은 새로운 아동수당제도인 UCCB(New Universal Child Care Benefit)를 CCTB와는 별도로 받음.
 - 가족의 순수입(net income) 기준은 36,378캐나다 달러이며 이 선을 넘으면 아동 1명에 대해 순수입의 2%를 감소하여 지급함.

- ✓ 이 급여는 시민권자나 영주권자뿐 아니라 일시 거주자에게도 지급되는데, 일시 거주자는 지난 18개월을 캐나다에서 살고 있었어야 함.
- ✓ 알버타 주의 경우에는 7세 이하의 아동에게는 월 95.58캐나다 달러, 7~11세의 아동에게는 월 102.08캐나다 달러, 12~15세는 114.16캐나다 달러, 16~17세는 121캐나다 달러를 차등 지불하고 있음.

○ 캐나다에서는 저소득 가정을 대상으로 국가 자녀 혜택 보조금(National Child Benefit Supplement)이 매월 지급되는데, 이는 연간 가구소득이 20,435캐나다 달러 이하인 가구에 대해 지원해 주는 아동급여이며, 첫째 아동은 매월 162.08캐나다 달러, 둘째는 매월 143.33캐나다 달러, 셋째부터는 136.41캐나다 달러임.

- 가구당 연간 소득이 20,345캐나다 달러를 넘으면 아동이 1명일 경우 12.2%가 감소되며, 아동이 2명인 경우에는 22.9%가 감소됨.
- 아동이 3명 이상일 경우에는 33.2%가 감소된다. 그리고 저소득가정이 국민기초생활수급권과 같은 social assistance를 받으면 이 급여가 소득의 일부로 간주되어 수급액이 조정될 수 있음..

나) 장애아동급여(Child Disability Benefit)

○ 장애아동이 있는 가정에 대해서는 가구 수입에 따라 아동 1명에 대해 매달 최대 191.66캐나다 달러를 지급하고 있으며(Canada Revenue Agency, 2006), 이 액수는 가구의 연간 소득이 36,378캐나다 달러 이상이 되면 그 액수가 감액됨.

2) 보육시설

- 1984년 고용평등왕실위원회에서는 육아를 기혼여성들 취업의 장애요인으로 언급함과 동시에 여성들의 고용창출의 근원으로 인식하였음.
 - 이에 1987년 육아에 관한 국가전략을 수립하여 보육법을 제정했으나 1988년에 폐지되었으며, 현재 보육책의 가능성과 재정보호가 줄어들면서 불확실한 권리가 되어가고 있는데 1990년에서 1996년 동안 2개 지역에서 보육프로그램에 대한 재정지원을 중단했고, 4개 지역에서는 지원금을 삭감했음.

3) 공공부조 및 저소득층 모자가정 정책

- 캐나다에서는 사회부조(Social Assistance)를 통해 스스로 자립할 수 없는 개인이나 가정들을 돕고 있음.
- 많은 주에서는 저임금 고용자를 대상으로 재정적 환급을 증가시키기 위한 근로소득이나 직장 내의 보충급여제도를 시행해왔으며 이것은 직업재활프로그램을 통해 성공적으로 자립한 개인과 가족들이 더 좋은 직장환경에서 일하는 것을 보장해주기 위한 것임.
- 유지비용에 관한 부재 부모에 대한 법적인 조치나 정부의 권리를 대리하여, 주정부에서는 사회부조 자격요건에서 한부모가장을 포함하고 있으며 부모의 재정적인 책임에 대한 인식과 자녀에 대한 고려임.
- 일반적으로, 주(州)에서는 대다수의 한부모 가장이 고용 가능하다고 생각하며 그들이 활발히 직업을 찾고 알맞은 직업을 선택할 것을 요구하며, 한부모가장은 자신이나 부양자녀가 신체적, 정신적으로 건강하며 부양자녀가 주(州)에서 규정하는 일정나이에 도달할 때까지 일을 계속

하도록 지원하고 있음.

4) 의료지원

- 국립건강보험프로그램(National Health Insurance Program)에 등록된 캐나다 거주자이면 보통은 누구나 그 서비스를 무료로 이용할 수 있으며 이 프로그램은 정부가 자금을 조달하며, 재원은 세금임.
- 기본적인 병원비(Hospital Charge)와 진료비(Doctor's Fee)가 보험의 적용대이며 따라서 필수적인 대부분의 건강보호 서비스에 대해서 수혜자는 직접적으로 돈을 낼 필요가 없고, 주정부가 서비스를 제공하는 의사나 병원에 직접 비용을 지불함.
 - 기본적인 의료서비스에 대한 보험적용은 모든 시민과 영주권자가 받을 수 있으며, 건강보험 카드가 있어야 의사로부터 의료서비스를 받을 수 있음.

5) 교육 및 훈련지원

- "학자금대출 보조", "수입에 따른 상환 용자제도", "학교 계속 다니기 운동" 같은 프로그램들을 추진함으로써 10대 부모들이 교육을 마칠 수 있도록 돕고 있으며, 17세까지는 의무적으로 학교를 다녀야 하기 때문에 미혼모들도 학교를 다니지 않으면 국가로부터 지원을 받을 수 없음.
 - 학교를 다니면 500캐나다 달러의 돈을 받고 18세 이후에도 학교를 다니면 200캐나다 달러를 추가로 받음.
 - 미혼모와 그 자녀들의 삶의 질을 향상시키기 위한 다양한 형태의 양육미혼모 보호시설에서 부모 교육 및 직업훈련을 받을 수 있음.

- 캐나다의 구세군과 주정부가 함께 운영하는 ‘구세군희망센터’에서는 16~19세 미혼모와 그들의 자녀가 함께 살면서 각종 교육에 참여할 수 있으며 학교와 보육시설의 기능을 합쳐놓은 ‘유빌센터’는 고교를 졸업하지 못한 미혼모를 위해 교육과 양육 서비스를 함께 제공함.
- 이곳에서는 미성년 미혼모가 수업을 받는 동안, 직원들이 아기들을 돌봐준다. 일반학교에서 제공하는 것과 비슷한 교과과정뿐 아니라 각기 다른 수준을 가지고 있는 학생들을 위한 개별학급이 발달되어 있고 미혼모로서 필요한 양육, 건강, 요리, 상담, 미혼부들을 위한 프로그램들이 다양하게 제공되고 있음.

6) 성교육 등 예방정책

- 캐나다의 성교육은 10대 청소년들이 임신을 연기하여 아동청소년기에 성공적인 경험을 할 수 있도록 지원하면서 미래의 성공 즉, 진로와 교육을 위한 다양한 기회 및 여건을 형성하는데 초점을 두고 있음
- 따라서 10대 임신을 줄이는 것과 동시에 10대 청소년이 자신에게 주어진 기회와 능력을 최대한 활용하여 성공적인 삶을 이끌어 갈 수 있도록 지원하는데 그 방향을 두고 있으며, 이를 측정하는 하나의 지표가 10대 임신율을 낮추는 것임.
- 이에 정책적 목표는 크게 세 가지로 분류되는데, ① 임신을 연기할 분명한 이유를 알도록 하는 것, ② 임신을 연기하는 방법을 아는 것, ③ 이미 발생한 미혼모를 위한 지지기반을 조성하는 것임.
 - ✓ 첫째, 임신을 연기할 분명한 이유를 알도록 하는 것에는 아동청소년기에 성공적인 경험을 할 수 있는 기회를 제공하고, 문제해결능력 및 대처능력을 강화 시켜주는 것을 포함하고 있음.
 - ✓ 둘째, 임신연기의 방법을 알도록 하는 것에는 자신을 위해 주어진 기회를 최대한 활용할 수 있을 때까지 임신을 미룰 수 있도록 지지하면서, 효과적인 성교육과 피임용구를 무료로 활용할 수

있도록 지원하고 있음. 이를 위해 학교 내외에 사회복지사를 활용한 ‘청소년건강클리닉’이 있음.

- ✓ 셋째, 미혼모를 위한 지지기반 조성에서의 주 대상은 미혼모와 그 자녀임. 이 단계에서는 미혼모 발생의 불가피성을 인정하고 개인의 유연성을 향상시킬 수 있도록 함으로써 임신의 악순환을 막고, 남은 10대 기간을 건강하게 지낼 수 있도록 지원함.
- 이를 위해 ‘가정방문프로그램’을 제공하고 지역사회와의 연계를 통해 서비스를 제공함.

7) 주거지원

- 캐나다는 저소득층 가정 및 미혼모에게 정부보조 주택 입주 혜택을 주고 있으며 또한 주거를 적절하게 유지할 수 없다고 판단된 저소득 주택 소유자에게 최소한의 건강과 안전을 보장하기 위해, 주택수리비용을 보조하고 있음.

8) 기타: 부성책임의 강조

- 캐나다에서는 아기를 양육하는 미혼모들에게는 월 생계비로 955달러를 지급하고 아동 1인당 1일 50달러의 양육보조금을 지급하고 있는데, 미혼모가 아기의 이름을 친부의 성에 따라 지을 경우 친부는 아기 양육비를 부담해야 함.
- 이에 응하지 않을 경우 운전면허나 여권이 취소되거나 벌금, 혹은 구속의 형벌이 따르지만 아버지가 양육하기로 결정할 경우에는 미혼모보다 더 많은 보조금이 나옴.

4. 영국

가. 개요

- 영국의 미혼모 정책은 사회적 배제(social exclusion) 문제의 해결차원에서 마련되고 있으며, 주관부서는 보건부와 교육부임.
- 영국의 미혼모 정책은 10대 미혼모가 교육과 노동, 취업훈련에 참여토록 함으로써 장기적으로 사회적인 배제의 위험을 줄여나가는데 초점이 맞춰져 있으며, 특히 미혼모 관련 정책을 모자 가정 혹은 독신부모(lone parent)의 커다란 정책적 틀 안에서 다루고 있음.
- 나아가 10대 미혼모의 문제를 아동의 발달과 교육을 촉진시키기 위한 「Sure Start」의 일환으로 「20 Sure Start Plus」와 Connexions를 둬으로써 10대 및 20대 미혼모들의 교육기회 제공 및 학업성취 강조와 취업기회 제공을 강조하고 있음.

나. 정책의 기본방향

- 영국도 잔여적 복지국가에 속하여, 보편적 사회보장 정책이 적고, 미혼모는 독신모 정책과 통합되어 관리되고 있는데, 최근 10대 미혼모의 급격 증가로 인해 이를 해결하기 위한 정책이 나타나고 있음.
 - 즉, 10대 미혼모의 비율이 여타 유럽국가보다 높기 때문에 이를 다른 유럽국가 수준으로 줄이고 미혼모와 그 자녀의 사회적 배제 문제를 해결하기 위해 보건부와 교육부를 중심으로 통합된 대책을 수립하고 있으며, 10대 미혼모 정책의 목표는 다음과 같음.
 - ✓ 첫째, 2004년까지 18세 이하 10대 임신율을 15% 줄이고 나아가 2010년까지 절반으로 줄임.

- ✓ 둘째, 10대 미혼모의 교육과 노동, 취업훈련에의 참여를 증가시켜 장기적인 사회적 배제의 위험을 줄이고 자립을 도모하는 것인데, 미혼모 발생을 억제하기 위한 10대를 위한 예방교육이나 성교육이 중점이면서, 동시에 발생한 미혼모에 대해서는 노동시장 참여를 통해 자립을 도모한다는 점에서 미국과 정책방향은 유사하다 하겠음.
- 구체적인 추진전략으로는 국가적 차원의 캠페인과 협력행동(중앙정부와 지방정부간)을 통해, '보다 나은 예방' 과 '보다 나은 지지'를 꾀한다고 볼 수 있는데, 특히 보다 나은 예방 면에서 다른 절반의 책임인 남성을 프로그램에 적극 포함시킨다는 점에서 미국, 캐나다, 독일 등과 같이 부성책임의 강조 성향이 나타난다고 볼 수 있음.

다. 정책의 내용

1) 보편적 사회보장과 수당

가) 출산급여(법적 출산급여: Statutory Maternity Pay)

- 이 출산급여는 경제활동에 참여하는 여성들을 대상으로 하고 국민보험체계에 서 지급되며, 수급자격은 연속취업규정과 소득규정을 충족해야 함.
 - 여성이 피용자이고 지난 26주간 동일한 고용주와 근무하고 있어야 하며, 정해진 시기에 통보해야 하고, 해당 년도 여성의 급여가 국민보험 기여금의 최저한도를 넘어야 함.
- 법정 출산수당은 최소한의 법정금액이며 더 나은 조건을 고용주 와 협상하여 높은 수준의 급여를 받을 수 있으며, 약 18주간 지급되고 처음 6주는 주당 평균임금의 90%를 지급하며 그 후에는 정해진 금액을 지급함.
 - 이는 통상급여와 같은 방식으로 지급되고 소득으로 취급되어 세금납부 대상이 됨.

나) 아동수당(Child Benefit)

- 영국의 아동수당은 소득이나 재산에 관계없이 16세 미만의 아동을 보호, 양육하거나, 대학이나 훈련 프로그램에 참가하는 16~18세 이상의 아동을 보호하고 있을 때 지급됨.
 - 16~17세의 아동을 보호하면서 이들이 정규교육과정이나 훈련 프로그램을 마쳤고 취업, 교육 및 훈련을 위해 Connexions 프로그램 혹은 고용 서비스(Careers Services)에 등록되어 있을 때 지급받을 수 있음.
 - 또한 19세 이전에 정규 교육과정이나 훈련 프로그램에 등록한 19세의 아동이 있으면 이 급여 혜택을 받을 수 있으며 단, 보호하고 있는 아동이 결혼했거나 다른 시설에 살고 있거나 아동 본인이 세계 혜택이나 소득지원, 고용수당 (Jobseeker's allowances) 혹은 장애수당(Incapacity Benefit)을 받고 있을 때는 제외됨.

- 아동수당은 2006~2007년 기준으로 첫째 아동에 대해서는 1주당 17.45 파운드, 둘째 아동부터는 1주당 11.70파운드를 지급한다. 매월 4주치의 몫을 모아 부모의 통장에 직접 입금되며, 원할 경우 매주 지급받을 수 있음.

- 소득 지원(Income Support)이나 소득에 근거한 고용수당(Income Based Job Seeker's Allowance)을 받을 경우에도 매주 지급받을 수 있다. 이 수당은 아동을 입양한 부모에게도 적용됨.

다) 아동세액공제(Child Tax Credit)

- 아동세제공제는 16세 미만의 아동이 있거나 혹은 16세 이상의 아동이 교육 및 훈련 프로그램에 참가하고 있는 가정에 지급되는 세제혜택으로, 연간 소득이 일정 기준에 해당하는 경우 적용됨.
 - 2006년 기준으로 연간 소득이 58,175파운드 이하이거나 1세 미만의 아동이 있을 경우 연간 소득이 66,350파운드 이하일 경우에 적용되며, 나아가 아동이 장애이거나 1세 이하이면 추가적인 세제혜택을 받을 수 있음.
 - 이때 아동은 부모 혹은 보호자의 보호 아래 있어야 한다. 이 세제혜택은 두 가지로 구성되어 있는데, 첫째, 최소한 1명 이상의 아동이 있는 가족에게 지급하는 가족영역(family element)으로서 가구당 545파운드를 지급받으며, 둘째, 아동 1명당 1,765파운드를 지급 받음.

2) 보육시설

- 영국의 경우, 미취학 아동이 이용 가능한 보육시설이 1993년 약 43만 개에서 1997년 약 56만개로 증가하였는데, 2~3살 아동의 60%만이 공공시설을 이용할 수 있어 양호한 수준은 아님.
- 아동보호가 여성의 책임으로 간주되고 보육시설 등의 지원이 부족한데 최근 모자가정 여성가구주들을 취업시키기 위한 방과 후 아동보호서비스와 아동보호에 대한 비용으로 일정액을 지원해 주는 제도가 도입되기도 했음.
- 육아개발센터, 보육시설이 새로 설치되고 보다 질 높은 육아 프로그램이 제공되도록 하고 있으며, 저소득 취업부모들의 보육료 부담을 덜어

주기 위해 보육세금 공제, 육아보조금의 확대, 방과 후 보육시설의 확대 등을 추진하고 있음.

- 영국에서는 한부모가정의 자립을 지원하기 위한 고용정책으로 다양한 보육시설을 마련하려는 노력을 계속해왔으며, 특히 지역사회의 보육시설 확충과 함께 한부모 가정의 개별적인 욕구를 충족시킬 수 있는 보육서비스가 제공될 수 있도록 노력하고 있음
 - 나아가 미취학아동 및 취학아동의 한부모가정 부모들이 취업할 수 있도록 지원하기 위해 방과 후 프로그램을 지원해주고 있다. 이를 통해 약 5만명의 한부모가정의 아동들이 혜택을 보고 있다.

3) 공공부조 및 저소득층 모자가정 정책

가) 출산수당

- 최저소득한도 이하의 극빈 여성을 대상으로 하는데 사회기금에서 지불됨. 향후 11주 내에 출산할 예정이거나 최근 출산한 경우로 현재 근로하지 않고 있으며, 지난 66주 중에 최소 26주 고용되어 있을 경우, 비과세로 18주 동안 급여청으로 부터 수급할 수 있으며 출산수당의 수급자는 1996년 기준으로 1만 3천명이었음.

나) 소득보조(Income Support)

- 소득보조는 1988년 4월에 생긴 제도로써 1966년 이후의 보충급여(Supplementary Benefit) 중 매주 정기적으로 지급되던 급여를 커버하고 있음.
 - 이것은 저소득층을 대상으로 경제적 어려움을 완화시키기 위해 마련

된 제도로, 특히 부양해야 할 아동을 가진 모자가정의 여성에게 매 주 지급되는 수당이임.

- 주 16시간 이상 일 하지 않는 것이 지급요건이 되며, 연령에 기초해서 지급되고, 가족상황, 주 소득원의 종류 등에 기초한 가산금이 지급되기도 함.

- 2000년 기준으로 편부모인 경우 연령에 따라 31.45~52.20파운드(16~17세 31.45파운드, 18세 이상 52.20파운드), 부양아동이 있는 경우 16세 이하 26.60파운드, 16세~19세 미만은 31.75파운드를 받음.
- 편부모와 장애아동, 중도장애아동은 각각 15.90파운드, 22.25파운드, 40.20파운드를 가산금으로 받음.

다) 부모가정아동 임시급부와 가계소득보조급부

- 부모가정아동 임시급부는 독신의 모, 부의 첫 아이에게 지불되고, 가계소득보조급부(Family Income Supplement)는 전시간제(주 30시간 이상)로 취업하고 있는 가장이 신청할 경우 국회에서 정한 최저임금과 가정 수입의 차액의 반을 52주 동안 지불하며 그 기간이 끝나면 재신청이 가능하고 독신녀에 의한 신청도 가능하거나 기혼이거나 동거중인 여성은 신청이 불가능함.

라) 편부모를 위한 추가 소득보조(Lone Parent's Income Support)

- 이것은 편부모가 일하는 첫 몇 주 동안 임금을 받지 못하게 됨에 따른 상황을 감안하여 소득보조를 2주간 해줌으로써 일을 막 시작하려는 편부모의 경제적 어려움을 지원해주기 위함.
- Lone Parent's Benefit Run-on은 1999년 10월에 도입된 것으로 대상

자는 매주 16시간 이상 일을 시작하는 경우, 적어도 5주간 지속적으로 일을 해야 하며, 편부모가 일을 시작하기 이전 적어도 지속적으로 26주간 소득보조 또는 소득기초형 구직급여를 받아왔고, 적어도 26주간 편부모 상태에 있어야 함.

- 이 혜택을 받는 편부모는 자동적으로 처음 4주간 주택급여나 지역사회부담급여(Council Tax Benefit)를 받는함.

마) 보조급부

- 보조급부는 국회에 의해 정해진 최저임금에 미달되는 액수를 아무런 조건 없이 보조하는 것을 목적으로 하는 것으로 가정의 가게주나 배우자에 의해 청구가 가능하며 전시간제 근로자는 제외됨.
 - 16세 이상으로 노동능력이 있는 자는 급여조건으로 취업을 위한 직업 알선소에 등록해야 하지만 부양 아동이 있는 모는 여기서 제외됨.
- 미혼모의 아동에 대해서는 법적 절차를 통해 부에 대해서 확인을 하게 되나 강제 규정은 아니며, 수혜의 조건도 아니며 저소득 계층으로 보조급부 대상자인 경우 우유나 비타민, 약, 의복 등을 무료로 지원받음.

4) 의료지원

- 영국의 미혼모 의료서비스는 국민보건서비스에 포함되는데 미리 가정의를 선택하여 등록하고 이 가정의로부터 무료로 의료서비스를 받음.
 - 가정의의 처방에 따라 약국에서 조제할 경우 일부 부담을 하지만 16세 미만의 아동, 학생과 출산 전 후의 여성 및 저소득층은 무료임.
 - 영국에서는 미혼모들이 건강한 임신 및 출산이 이루어지도록 교육부 산하의 10대 임신부서(Teenage Pregnancy Unit)와 보건부, 그리고

Royal College of Midwives와의 연계를 통해 산전.산후 관리가 이루어지도록 하고 있음.

- 조산원들은 10대 미혼모의 흡연/음주, 산전관리, 자연분만과 인공분만 및 출산과정에서의 지원, 저체중아, 산후우울증, 모유 수유, 출생 후 1년 동안 신생아의 입원, 10대 미혼모의 교육재개 등과 같은 문제를 상담, 지원, 연계 해줌.

- 조산원들의 네트워크를 구축하여 정보교환을 촉진하고 있으며, 비영리조직들을 통해 젊은 남성들이 아버지로서의 역할을 충실히 수행할 수 있는 교육 등을 제공해주고 있음.

5) 교육 및 훈련지원

- 영국의 미혼모 정책은 교육, 훈련, 고용과 밀접하게 연관되어 있음. 따라서 20 Sure Start Plus.와 Connexions 등을 통해 청소년들이 사회적으로 배제되는 것을 막는데 주력하고 있으며, 이들이 학업, 직업훈련 및 고용에 복귀할 수 있도록 지원함.

- 20 Sure Start Plus.에서는 미혼모들의 욕구를 사정하고, 적절한 교육 및 직업훈련, 취업기회를 연계할 수 있는 개별 전문상담가를 배치하고 있음 또한 교육유지수당(Education Maintenance Allowances: EMA).을 통해 청소년들이 학업을 지속할 수 있도록 주급으로 수당을 제공하고, 학업성취에 따른 부가적인 보너스를 제공함으로써 청소년들의 학습잠재력을 실현할 수 있도록 도움.

- 10대 부모는 부가적으로 최대 3년까지 지원받을 수 있음. 나아가 10대 부모는 출산에 따른 휴학, 휴직, 휴가를 지원받을 수 있으며, 출산 후 학업에 복귀하도록 보너스를 받음.

- 10대 부모는 소득보전을 위해 18세가 되면 .소득지원 및 고용촉진수

당 (Income Support and Jobseeker's Allowance).을 받는데, 이 비율이 25세 이상이 받는 비율과 동등하도록 조치하고 있음.

- 모자가정에 대한 새 정책(New Deal for Lone Parents).에 참가하고 있는 모자가정부모는 근로를 하고 있다는 조건하에 아동보육 비용을 지원받으며, 직업훈련을 받을 시 주당 15파운드의 훈련비를 지원받고 있음.
 - 직업훈련서비스도 미혼모를 위한 특별한 훈련이 있는 것이 아니라 청소년시절부터 기초 작업 훈련 프로그램인 청소년 훈련(Youth Training: YT)을 통해 보편적인 직업교육을 시키고 있음.
 - 성인 직업교육프로그램 중 여성 노동시장 복귀자를 위한 훈련과정이 있어서 자녀를 양육한 후 재취업을 원하는 여성은 참여할 수 있음.
 - ✓ 미혼모들의 취업을 촉진하기 위해 Job Center Plus를 실시하여 상담원이 미혼 부모들과 1:1 상담을 하도록 하고 있으며, 기관과 계약 맺은 단체와 연계, 직장 알선, 보육서비스 연계, 고용장려금 지급 등을 실시하고 있음.
 - ✓ 한 부모 가정에게는 아동수당, 세금면제, 주택급여, 난방보조비 등의 혜택이 제공됨. 한 부모 가정에게 지원되는 주택급여는 저소득층 대상이며, 자산이 16,000파운드 이상인 자에게는 수혜자격이 없고, 10,000파운드 이상 16,000파운드 미만의 자산은 250파운드 당 주당 1파운드의 소득으로 환산 됨.

6) 성교육 및 예방정책

- 영국 정부가 10대 미혼모 발생을 줄이기 위해, 특별히 실시하고 있는 국가적 캠페인과 협력행동(중앙정부와 지역정부간)을 통해 달성하고자 하는 '보다 나은 예방'과 '보다 나은 지원'의 내용임.

가) 보다 나은 예방

- 청소년들을 위한 양질의 상담 및 피임관련 서비스 제공과 연결된 효과적인 성과 이성교제 교육(Sex and Relationships Education: SRE)은 10대 임신율 감소에 중요한 요소인 것으로 나타났음.
- 교육부는 SRE를 가르치는 선생님들을 위하여 수업계획과 사례연구가 포함된 실천지침서를 만들어 배포하고 또한 남학생들을 대상으로 한 에이즈와 성병 감염에 대한 교육 지침이 포함되어 있음.
 - 10대 임신방지를 위한 국가적 전략의 중요한 요소는 부모님들이 그들의 자녀와 성과 이성관계에 대해서 자유롭게 얘기할 수 있도록 지원함. 10대 임신에 관한 국가적 전략과 캠페인에 관한 모든 사항들을 부모님들에게 컨설팅하고 어떻게 국가가 부모님들을 지원하고 목표를 제시해야 하는지에 관한 관점을 구하기 위해 '전국부모포럼'을 만들었음.

나) 보다 나은 지지

- 정부는 10대 부모가 교육에 참여할 수 있도록 지원하기 위한 실천 지침서를 제작하여 발간하였고, '10대 임신관련 기금'은 10대 부모를 지원하기 위해 학교에 1년에 5백만 파운드(약 88억원)를 지원하고 있음.
 - 16세 미만의 미혼모가 교육(고등학교)을 마칠 수 있도록 의무화하면서 10대 양육모에게는 구직을 위한 서비스를 제공하고 있음.

7) 주거지원

- 10대 양육모를 위한 주택지원으로는 서로 다른 5개의 주택모델에 대한 시범사업을 지원하고 있음. 이들 시설에서는 10대 미혼모의 특성과 담

당 직원의 배치, 주택시설의 질에 따라 다양한 선택이 가능토록 하고 있음.

- 임대주택 거주자들 중 보조급부를 받지 않는 사람들에게 대상자의 소득, 가족규모 등에 따라 집세를 공제해 주는 임대료와 세금의 할인 및 공제를 받음.

5. 독일

가. 개요

- 독일은 구분한다면 잔여적 복지국가와 제도적 복지국가의 중간 형태로 Esping-Anderson의 구분에 의하여 조합주의적 복지국가로 구분됨.
- 미혼모 혹은 독신모를 위한 서비스에는 양육비를 공제하는 세금 혜택, 아동수당, 아동부양 여성의 연금수급권 보장, 공공보육시설, 공공부조, 생활비지급청구제도, 학업 및 직업교육 지원 등이 주를 이루며, 미혼부 생활비 지급 의무화 등이 최근 특징 중 하나라 할 수 있음.
- 미혼모를 위한 특화된 정책이 존재하지는 않고, 독신모 가정으로 통합되어 관리되는데, 독신모는 여전히 독일 사회정책의 대상이 되는 그룹이며, 따라서 독신모 가정과 혼인가정 사이에는 복지 혜택 면에서 불평등이 여전히 존재함. 그러나 점점 독신모 가정의 아동 또한 혼인가정의 아동과 동등한 권리를 누려야 한다는 것이 큰 흐름임.

나. 정책의 기본방향

- 독일의 한부모 가정이나 독신모 가정을 위한 사회복지 서비스의 방향은, ① 저렴하고 수준 높은 보육시설의 보급, ② 취업활동을 하지 않는 한부모를 위한 복지대책 마련(아동수당이나 아동양육기간을 연금계산에 반영하는 것 등), ③ 남성이 부담하는 생활비지급의 신속한 결정 및 시행보장, ④ 공공부조에 관한 정확한 정보제공, ⑤ 취업을 위한 노동시장 조건개선 등으로 요약된다(여성가족부, 2006a).

- 근본적인 정책적 방향은, 1998년에 시작된 가족법 개혁(Reform on the Family Law)에서 찾을 수 있는데, 그 개정의 주요 목적은, 혼인을 통해 태어난 아동과 혼외로 태어난 아이들 사이의 법적 차별을 없애는 것이었음.
 - 예를 들어, 1998년부터 시작된 The Act on the Equal Rights in Inheritance Law는 그전에 존재하던 미혼모 자녀(children born out of wed-lock)에 대한 특별한 조항을 없애고, 혼인관계에서 태어난 자녀의 권리와 같게 하거나 오히려 독신모 가정을 위한 혜택을 추가하였음.
 - 그 내용은 모든 아동은 부모가 특정한 상태나 결정 때문에 고통 받아서는 안 되며, 부모의 혼인상태에 상관없이 동등한 권리를 누려야 한다는 것이며, 법률상 용어의 구분을 없앴음.
 - ✓ 즉, 세금 혜택 등 일반 사회보장 면에서는 독신모 가정에게 불평등한 지점이 여전히 있으나, 아동양육을 위한 소위 정상조건으로 혼인이 중요성을 상실해 가고 있는 것임.

- 독일도 스웨덴과 마찬가지로, 미혼모를 독신모로 통합 이해하면서, 하나의 가족형태로 인정하는 사회적 분위기가 있는 것으로 보여 짐.
 - 이러한 통합적 경향은 스웨덴이 사회보장 제도를 통해 개개인의 혼

인 상태에 상관없이 동등한 권리를 누리게 함으로써 사회적 낙인을 없앤 결과라면, 이와는 다르게 독일은 여전히 혼인가정이 정책 중심임에도 불구하고 결혼이 줄고, 이혼이 증가하며, 독신모가 증가하고, 특히 미혼모에 의한 출생이 늘어나는 인구학적 변화에 따른 자연스런 움직임으로 보임.

다. 정책의 내용

1) 보편적 사회보장과 수당

- 아동양육을 위하여 세금공제, 아동수당, 연금수급권 등 다양한 형태의 양육지원제도를 운영하고 있음. 이런 모든 지원은 미혼모만을 위한 것이 아니라 자격이 되는 모든 가정에게 해당되는 것임.

가) 세금공제 제도

- 16세 이하 자녀가 있는 가정에는 양육비부담을 줄여주기 위해 세금에서 일정액수를 공제해줌. 특히, 2004년부터는 혼인상태에 상관없이 혜택을 받을 수 있게 되었고, 독신부모를 위한 세금공제도 추가 되었음. 그 내용은 16세 이하 아동양육 비용부담을 위해, 첫째 자녀 대상으로는 연 4천 마르크, 둘째 자녀부터는 연 2천 마르크를 소득세 정산 시 공제해줌.
- 비용부담 자체를 따로 증명하지 않을 경우에는 부양자녀 1인당 연 480 마르크를 소득세 정산시 공제해 줌. 이와 별도로 독신모나 독신부가 자녀를 돌보기 위해, 개인적으로 사람을 고용 했을 때, 연 1만 8천 마르크를 소득세에서 공제해 줌.

나) 아동수당과 아동양육수당

- 아동수당은 수입의 높고 낮음과 상관없이 모두에게 지급되며, 일반적으로 아동출생 후 18세까지 지급됨. 1998년부터 현재까지, 첫째 자녀부터 셋째 자녀까지는 월 154마르크, 넷째 이상은 179마르크를 지급받게 됨.
 - v든 아이들에게만 18세까지 지급되는 것이 원칙이지만 교육을 받고 있는 아이들에게는 만 27세까지, 실업 아동의 경우에는 만 21세까지 지급됨.
 - 아동양육수당은 아동을 양육하는 사람이면 누구나 받을 수 있는데, 아동 출생 후 24개월까지 월 600마르크가 지급됨.

다) 연금수급권

- 1992년 연금개혁법에 의해 1921년 이후 출생하고, 10세 이하 부양아동을 가진 여성은 아동양육에 근거한 연금수급권을 가짐. 자녀가 1991년까지 출생한 경우에 1년, 1992년부터 출생한 경우 3년에 해당하는 기간을 마치 보험료를 납부한 것처럼 인정받음.
 - 제도 도입 당시의 보험료는 독일 근로자 평균 임금의 75%를 해당 여성이 버는 것으로 가정하여 산정했음. 이것을 기준으로 할 때, 한 명의 아동을 부양할 경우 여성 개인당 평균 수급 연금액이 약 5.5%, 두 명의 아동을 부양할 경우 7.4%, 세 명이나 그 이상을 부양할 경우에는 약 8.6% 증가 하는 효과를 가짐.
 - 그러나 아동양육의 가치를 평균취업 임금의 75%로 하는 것은 성차별적이라는 비판이 나와서 단계적으로 그 비율을 높이게 되어, 2000년부터는 그 비율이 100%로 인상되었음.

2) 보육시설

- 보육시설은 통일전과 통일 후로 나누어 보아야 함. 아동양육을 위한 여성개인 책임을 강조하던 구서독과 달리, 구동독에서는 아동양육의 사회화가 사회적 규범이었음.
- 구동독 체제에서 모든 아동은 공공보육시설에서 보호받을 수 있었고, 여성은 취업과 아동양육이라는 두 가지 과제를 병행할 수 있었음. 그러나 통일이라는 과도기가 지난 후 아무런 대책이 마련되지 않아, 많은 수의 공공보육시설이 문을 닫게 되었음.
- 결국 동독여성은 과도기 후 서독여성이 해왔던 방식대로, 아동 양육을 떠맡게 되었음. 그 후 많은 노력에 따라, 결국 1996년부터 3세 이상 취학 전 아동은 누구나 유치원 자리를 법적으로 보장받게 되었으며, 지역에 따라 조금씩 차이는 있지만 유치원에서 모든 아동이 보호받고 있다고 할 수 있다. 독신모도 예외 없이 이 혜택을 누리고 있음.

3) 공공부조 및 저소득층 모자가정 정책

가) 공공부조

- 취업, 연금, 세제 혜택 등을 통해, 최저생계를 유지할 수 없는 독신모나 독신부를 위해 공공부조 성격을 지닌 사회부조가 있음. 일반적으로 독신모는 아동 부양 때문에 취업활동을 할 수 없거나, 제한된 취업활동을 해야 하는 경우가 대부분이어서, 사회부조에 의존할 확률이 높음.
- 1997년 기준으로 약 220만명의 독신부모가 사회부조 혜택을 받고 있는

데, 그 중 85%가 독신모이었음. 사회부조는 자산조사가 뒤따르지만, 자산조사 시 아동양육수당은 소득에 포함시키지 않고 있음.

○ 구체적인 절차는, 우선 독신모의 월 소득을 계산한 후, 최저생계비와 비교했을 때, 월 소득이 월 최저생계비로 책정된 금액보다 적으면, 사회부조 수급자격이 인정됨.

- 독일 연방노동부에서 제시한 예를 들어보면, 부양자녀가 1명인 독신모 2인 가정의 월 소득이 약 1,600마르크인데 (근로소득과 아동수당, 주택수당 등을 합한 액수), 최저생계비 욕구측정은 약 1,800마르크라면(대개, 가장인 여성 한 명의 최저생계비, 부양 아동의 최저생계비, 독신모 가정을 위한 특별생계비, 난방비, 집세, 물세, 전기세 등을 합한 액수), 사회부조 급여대상자로 선정되어 그 차이만큼 사회부조로 지급됨.

✓ 이 같은 정기적 원조 외에 의복구입비 등 일회성 원조는 욕구발생시 신청하게 되면 특별생활보호 규정에 의해 가능함.

나) 모부자가정 생활비지급 청구제도

○ 1980년 이후 시행하고 있는 양육비지급에 대한 법률에 의하면, 모든 독신모나 독신부는 아동양육을 위한 최소한의 비용을 생활비로 지방사회국에 청구할 수 있음. 이 같은 비용청구를 위해 법원 판결은 필요하지 않으며, 생활비 지급은 12세 이전 아동을 대상으로 최장 72개월 동안 요구할 수 있음.

○ 1997년 이후, 6세 이하 아동의 경우 구서독 지역에서는 최고 월 239마르크, 구동독 지역에서는 최고 월 204마르크, 12세 이하 아동의 경우 구서독 지역에서는 최고 월 314 마르크, 구동독 지역에서는 최고 월

270마르크 등을 최소 지급 비용으로 책정하였음.

- 그러나 이와 같은 생활비를 지급받으려면 독신모나 독신부는 파트너에 대한 정보를 제공해야 하며, 정보제공을 거부할 경우 생활비 지급은 불가능함. 독신모나 독신부가 결혼을 할 경우 생활비 지급은 중단됨.

4) 의료 지원

- 의료보험상의 규정으로써, 독신모나 독신부가 취업활동을 하는데, 부양자녀가 아플 경우 간호문제가 생긴 경우에, 아동이 12세 이하이면, 아동 1인당 연 20일의 유급간호 휴가를 얻을 수 있으며 휴가일수는 부양자녀가 여러 명일 경우 모두 합쳐 50일을 넘지 못함.

5) 교육 및 훈련 지원

- 독일에서도 임신 및 양육기간 동안 학령기 미혼모의 교육 지속은 중요한 사안으로 인식되고 있음.
- 젊은 부모를 위한 학업지속 교육지원은 10세 이하의 아동을 양육하고 있거나 임신으로 인하여 일반적인 교육 연령에 교육을 받지 못하고 교육지원기간이 초과된 경우, 그 교육기간을 연장해 줌.
 - 즉, 비록 부모들이 30세 이상이 되어서 직업전문교육을 받기 시작하였으나 10세 이하의 아동 양육으로 인하여 일찍 전문교육 이수가 어려웠던 부모에게 혜택을 주기 위한 것임. 연방교육지원책에 근거하여 집행되며, 월수입이 없거나 저소득이며 주 10시간 이상 취업활동을 하지 않아야 함.

가) 학업지속 교육지원

- 학업지속 교육지원은 30세 이전에 학업 및 교육을 받기 시작한 학생들에게 보장되며, 고등학교까지는 전액, 대학생 이상은 50%를 지원하고 나머지 50%에 대해서는 국가에서 무이자로 대출해줌.
 - 지급되는 교육지원비는 교육생과 그의 배우자와 부모의 소득을 고려하여 산정되며, 예외적으로 부모의 소득이 고려되지 않는 경우가 있음.
 - 대부금은 지원 최후 기간의 5년 후부터 월 최저 105 마르크를 20년 내에 상환해야 함.

- 대학의 졸업 또는 전공의 전환으로 인해 연장된 교육기간 또는 대학 교육비를 다시 받는 경우에는 은행에서 이자를 지불하는 대부를 가능케 함으로써 교육을 지원함.

나) 직업교육 지원비

- 유학하고 있는 전문(직업)교육생과 직업준비 교육프로그램에 참여하는 교육생들은 직업교육 후원에 대한 권리를 획득할 수 있음. 전문직업교육생들 자신과 부모와 배우자의 소득수준을 고려하여 생계비와 교육비로 직업교육비가 지원되고 있음.

다) 자녀학비 보조금 및 장기융자

- 자녀 학비 보조금 및 장기 융자는 2001년 개혁으로 인해, 저소득층 자녀들이 대학 수준의 교육을 받을 수 있게 하는 학비 보조금 월 최대 585마르크를 지원받으며, 장기융자는 최대 10,000마르크 지원받고, 보다 장기간에 걸쳐 상환하는 것으로 조정되었음.

- 결과적으로 2004년 기준으로 467,000명의 젊은이들이 이것을 통해 경제적 지원을 받았으며, 이것은 2001년 개혁 전보다 100,000명 증가한 수치임.

제4장 우리나라 인공임신중절 관련 규정 및 개정 노력

I. 인공임신중절 관련 규정 및 문제점 분석

인공임신중절은 사전적 용어로 해석하자면, 태아를 인위적으로 유산시키는 일로 정의된다. 형법상 인공임신중절 개념은 태아를 자연적 분만기에 앞서서 모체 밖으로 배출하는 행위 및 태아를 모체 안에서 살해하는 행위이며, 모자보건법상 개념으로는 인공임신중절수술은 태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술이다.

우리나라의 인공임신중절에 관한 규정으로는 형법과 모자보건법에서 찾아볼 수 있는데, 형법에서는 허용되지 않는 인공임신중절을 규정하고, 모자보건법에서는 허용되는 인공임신중절을 규정하고 있다.

1. 형법의 낙태죄 구성요건

(1) 형법 제269조 및 제270조

형법상 낙태죄는 2개의 조문과 7개의 항을 두고 있으며, 내용은 다음과 같다.

제269조 (인공임신중절) ①부녀가 약물 기타 방법으로 인공임신중절할 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다.

②부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 인공임신중절하게 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 (의사등의 인공임신중절, 부동의인공임신중절) ①의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 인공임신중절하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다.

②부녀의 촉탁 또는 승낙없이 인공임신중절하게 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.

④전3항의 경우에는 7년 이하의 자격정지를 병과한다.

형법에서 제시하고 있는 낙태죄의 법정형은 다음과 같다.

- 자기인공임신중절과 동의인공임신중절은 1년 이하의 징역 또는 40만원 이하의 벌금
- 업무처벌
- 동의 인공임신중절의 경우 부녀를 치상한 때에는 3년 이하의 징역, 치사한 때에는 7년 이하의 징역
- 업무상 인공임신중절과 부동의인공임신중절의 경우에는 부녀를 치상한 때에는 5년 이하의 징역, 치사한 때에는 10년 이하의 징역

(2) 형법 제269조 및 제270조의 문제점

현행 형법상의 낙태죄규정에 대하여는 대체로 세 가지 입법론적 지적이 있다.

- ① 첫째, 업무상 동의낙태죄의 법정형이 동의낙태죄의 법정형보다 더 무거운 것은 부당하다는 비판이 있다. 그 논거로는 의료업무에 종사하여 의료적인 지식을 가진 자가 행하는 인공임신중절행위를 비의료인의 행위보다 중하게 처벌하는 것은 합당하지 않다.
- ② 둘째, 부동의 낙태죄의 형이 폭행죄보다 무거우나 그 결과적 가중법인 부동의 인공임신중절치사상죄의 형은 폭행치사상죄에 비하여 오히려 가볍기 때문에 형의 균형이 맞지 아니한다는 주장한다.
- ③ 마지막으로 현행법규정 자체가 지닌 문제점을 지적한 것은 아니나 개정방향에 대한 의견으로서 일정한 범위 내에서 인공임신중절을 자유화해야 한다는 주장이 있다.

2. 모자보건법상 인공임신중절수술의 허용한계

(1) 모자보건법 제14조

모자보건법은 모성의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모함으로써 국민보건향상에 이바지함을 목적으로 하여 1973년 제정되었고, 1986년 5월 10일 개정되어 시행되고 있다.

모자보건법은 형법상 낙태죄에 대하여 인공임신중절행위에 대한 위법성조각규정을 두고 있으며 모자보건법 제14조는 인공임신중절허용사

유로 다섯 가지를 들고 있는데, 그 내용은 다음과 같다.

제14조 (인공임신중절수술의 허용한계) ①의사는 다음 각호의 1에 해당되는 경우에 한하여 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 자를 포함한다. 이하 같다)의 동의를 얻어 인공임신중절수술을 할 수 있다.

1. 본인 또는 배우자가 대통령령이 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
2. 본인 또는 배우자가 대통령령이 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 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우

②제1항의 경우에 배우자의 사망·실종·행방불명 기타 부득이한 사유로 인하여 동의를 얻을 수 없는 경우에는 본인의 동의만으로 그 수술을 행할 수 있다.

③제1항의 경우에 본인 또는 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없는 때에는 그 친권자 또는 후견인의 동의로, 친권자 또는 후견인이 없는 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의에 갈음할 수 있다.

모자보건법 제14조에서 언급하고 있는 인공임신중절수술의 위법성 조각 사유 또는 허용한계는 다음과 같다.

- 본인 또는 배우자가 대통령령이 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우이며, 해당 질환은 유전성 정신분열증, 유전성 조울증, 유전성 간질증, 유전성 운동신경원 질환, 혈우병, 현저한 범죄경향이 있는 유전성 정신장애, 기타 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 현저한 질환임.
- 본인 또는 배우자가 대통령령이 정하는 전염성 질환이 있는 경우이며, 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성질환은 태아에 미치

는 위험성이 높은 풍진, 수두, 간염, 후천성면역결핍증 및 전염병 예방법 제2조 제1항의 병에 해당.

- 강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우
- 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우
- 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우

모자보건법은 위와 같을 때 인공임신중절행위에 대한 위법성을 조각하며, 이 때 인공임신중절수술의 일반적 요건은 다음과 같다. 단, 배우자의 의미는 태어날 아이의 아버지가 될 남성이며, 사실혼의 관계에 있는 자도 해당한다.

- 시술은 반드시 의사가 행하여야만 함.
- 임부의 동의가 있어야 하고, 배우자의 동의가 있어야 함.
- 단, 배우자의 사망, 실종, 행방불명 기타 부득이한 사유로 인하여 동의를 얻을 수 없을 경우에는 본인의 동의만으로도 임신중절수술을 행할 수 있음.

(2) 모자보건법 제14조의 문제점

현행 모자보건법의 인공임신중절관련 조항은 다음과 같은 문제점을 지적받고 있으며, 그 내용은 다음과 같다.

- ① 1호와 2호에 규정된 우생학적 적용 사유를 판단하는데 어려움이 있으며, 도덕적 논란 또한 있음. 우생학적·유전학적 정신장애 혹은 신체장애를 산전검사로 모두 밝힐 수 없으며, 부모가 정신적 질환이 있을 경우는 태아를 인공임신중절해도 된다는 것이 정당화될 수 있는 여지가 있다.

- ② 3호와 4호에 규정된 윤리적 적응의 범위가 한정되어 있음. 3호에서 성범죄로 인한 임신을 강간과 준강간으로 제한하고 있기 때문에 강제추행죄, 미성년자간음죄, 업무상 위력 등에 의한 간음죄, 혼인빙자간음죄에 의하여 경우는 해당되지 않을 수 있고, 이를 피해자가 입증해야 하는 과정에서 많은 시간이 지체되어 인공임신중절결정 전에 출산 시기가 임박하는 경우가 있다.
- ③ 사회적 적응 사유를 인정하지 않기 때문에 현실적인 문제를 해결하는데 불충분하다.
- ④ 모자보건법시행령 제15조제1항에 규정된 인공임신중절의 허용기간은 28주인데, 신생아의 생존가능성과 관련하여 이를 과학적으로 검증하여 단축해야 한다.
- ⑤ 인공임신중절의 허용사유를 확인하는 절차가 법으로 규정되어 있지 않다.

II. 인공임신중절 관련규정의 개정 노력

1. 1992년 낙태죄개정안

(1) 형법초안 작성

1947년 법제편찬위원회는 총칙과 각칙의 기초를 만들. 대한민국정부가 수립되고 동 위원회는 법전편찬위원회로 발전적으로 계승되었으며, 1948년 12월 11일 형법초안은 4회에 걸쳐 재검토 끝에 전부 통과되었다.

법전편찬위원회는 형법초안을 작성할 때 낙태죄를 폐지하여야 할 것

인가를 심각하게 논의한 끝에 일단 규정해 놓고 국회에서 심의하기로 하고 다음과 같이 원안을 작성하였다.

제287조 부녀가 약물 기타 방법으로 인공임신중절한 때에는 1년 이하의 징역 또는 2만원 이하의 벌금에 처한다. 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 인공임신중절케 한 자도 전항의 형과 같다. 전항의 죄를 범하여 부녀를 치상케 한 때에는 3년 이하의 징역에 처한다.

제288조 의사, 의생, 산파, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 인공임신중절케 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다. 전항의 죄를 범하여 부녀를 치상케 한 때에는 5년 이하의 징역에 처한다. 치사케 한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다. 제2항의 경우에는 7년 이하의 자격정지를 병과한다.

법전편찬위원회안은 정부를 거쳐 1951년 4월 13일 정부안으로써 정부에서 국회로 이송되었다. 이 때 정부초안은 현재의 형법규정과 비교하여 볼 때 현행 형법 제270조 제2항의 부동의낙태죄의 규정이 없었다.

낙태죄에 대한 심의는 1953년 7월 6일 제17차 본회의에서 행하여 졌다. 여기서는 인공임신중절행위를 과연 형법상 범죄로 처벌하여야 할 것인가를 놓고 일대논쟁이 전개되었는 바, 크게 낙태죄 처벌론과 폐지론이 대립되었으며, 낙태죄 처벌론자들도 불가피한 인공임신중절의 허용은 인정한다는 입장을 전제로 하고 있었다.

낙태죄를 존치하자는 견해는 전후 인구감소를 해결해야 한다는 인구정책적 고려, 전통적인 도덕률의 유지 및 간통죄 처벌에 따른 논리적 귀결로서 성풍속유지의 필요성, 인간의 존엄성과 관련된 태아의 생명권보장 등을 논거로 들었으며, 다만 헌법적 관점에서 태아의 생명권을 보호해야 한다는 논의는 인구정책적 관점이나 성풍속의 유지에 비하여

크게 주목되지는 못하였다.

인공임신중절을 성폭속 문란과 연관시키는 사고는 현재까지도 우리 사회에서 인공임신중절을 논하는 기본틀을 형성하고 있음. 즉 인공임신중절을 법적으로 규제함으로써 혼인 밖에서 임신한 여성들이 인공임신중절로 그 해결을 찾는 부도덕한 행위를 통제할 수 있어서 전통적인 성폭속을 유지할 수 있다는 것을 주장하였다.

낙태죄 폐지를 주장한 의원들은 앞으로 예상되는 인구증가에 대비하고, 출산을 강요 받게 되는 여성들이 처하게 될 사회적 지위의 열악성을 제거하기 위해 낙태죄를 폐지하여야 하며, 인공임신중절을 범죄로 처벌할 경우 영아살해죄 등 파생범죄가 발생할 염려가 있으며, 무자격자에 의한 시술이 횡행하게 되어 임부의 생명, 건강에 중대한 침해를 초래하게 될 부작용이 우려된다고 주장하였다.

이와 같은 국회에서의 논쟁은 6.25전란이 아직 끝나지 않은 열악한 사회적 여건 하에서 한국적 특수상황을 해결하려는 치열한 문제의식 하에서 진행되었다는 점에서 오늘 날에도 참고할 바가 많다.

(2) 1992년 낙태죄 개정안

1985년부터 시작된 형법개정작업은 1992년 형법개정법률안이 확정되어 국회에 제안되었는데, 그 구성요건 체계는 자기낙태죄, 동의낙태죄, 영리낙태죄, 부동의낙태죄로 구성하고 있다.

개정법률안은 현행형법의 업무낙태죄를 폐지하고 영리낙태죄를 대체하였다. 즉 의사 등 업무자에 대한 인공임신중절을 일반인의 인공임신중절과 구별하여 무겁게 처벌할 이유가 없다는 점에서 업무상 낙태죄를 폐지하고, 영리낙태죄를 두어 가중처벌하고 있다. 조문상 변화는 자기인공임신중절의 주체를 의미하는 용어인 “부녀”를 “임신중인여

자”로 수정하였다.

1992년 낙태죄 개정안은 인공임신중절의 허용범위를 형법전으로 편입시켰다. 인공임신중절의 허용범위를 형법에 편입할 것인가를 개정작업 시 많은 논의가 있었으며, 위원회의 심의과정에서 가부동수로 결정을 내리지 못하다가 인공임신중절 허용규정이 모자보건법 자체를 위한 규정이 아니라 형법에서 인공임신중절에 대한 처벌 규정의 위법성 조각 사유라는 목적을 가진 규정이므로 이는 형법에 규정시키는 것이 낫다고 의견의 일치를 모았다. 이에 따라 모자보건법의 동조항은 폐기하기로 결정하였으나 실패하였다.

1992년 낙태죄개정안은 허용범위에 관한 방식으로 모자보건법과 동일한 적응방식을 취하고 있다. 현행 모자보건법과 같이 의학적, 우생학적, 윤리적 적응을 규정하고 있지만, 일부 적응방식에 대한 문제점을 보완하였다. 그 내용은 다음과 같다.

첫째 우생학적 적응의 경우 태아를 기준으로 유전적 소실, 또는 출생 전의 영향으로 건강상태에 중대한 손상을 입고 있거나 입을 염려가 뚜렷한 경우에 해당하는 것으로 임신 중의 중독이나 충격에 의한 경우도 포함하고 있다. 둘째, 윤리적 적응사유는 강간, 준강간, 특수강간, 미성년자간음, 업무상 위력 등에 대한 간음등에 의하여 임신된 경우를 모두 포함하고 있다.

형법개정작업에서는 형사법개정특별소위원회의 제2위원회가 낙태죄 조문의 개정문제를 검토하여 가안을 마련하고, 공청회를 거쳐 수정한 인공임신중절규정을 1992년 형법개정법률안에 포함시켰다. 그러나 1995년 12월 2일 국회에서 통과된 ‘형법중개정법률안’에는 낙태죄에 관한 개정부분은 포함되지 않았다.

1992년 낙태죄 개정안과 현행 규정을 비교하면 다음과 같다.

1992년 낙태죄 개정안		현행 형법(1953년 제정) 및 모자보건법	
제4장 낙태의 죄		형법 제27장 낙태의 죄	
제13 3조 낙태	① 임신중인 여자가 약물 기타 방법으로 인공임신중절한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원의 이하의 벌금에 처한다.	형 법 제2 69 조 낙 태	① 부녀가 약물 기타 방법으로 인공임신중절한 때에는 1년 이하의 징역 또는 1만원 이하의 벌금에 처한다. ① 부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다. (1996.7.1부터 시행)
	② 임신중인 여자의 촉탁 또는 승낙을 받아 인공임신중절하게 한 자도 제1항의 형과 같다.		② 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 인공임신중절하게 한 자도 전항의 형과 같다.
	③ 제2항의 행위를 하여 임신중인 여자를 상해에 이르게 한 때에는 3년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 7년 이하의 징역에 처한다.		③ 전항의 죄를 범하여 부녀를 치상한 때에는 3년 이하의 징역에 처한다. 치상한 때에는 7년 이하의 징역에 처한다. ③ 제2항의 죄를 범하여 부녀를 상해에 이르게 한 때에는 3년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 7년 이하의 징역에 처한다. (1996.7.1부터 시행)
제13 4조 영리 낙태 , 부동 의낙 태	① 영리의 목적으로 제133조의 제2항의 죄를 범한 자는 2년 이하의 징역에 처한다.	형 법 제2 79 조 의 사 등 의 인	① 의사, 한의사, 조산원, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다. ① 의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다. (1996.7.1부터 시행)

	<p>② 임신중인 여자의 촉탁 또는 승낙없이 낙태하게 한 자는 3년 이하의 징역에 처한다.</p> <p>③ 제1항 또는 제2항의 행위를 하여 임신중인 여자를 상해에 이르게 한 때에는 5년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.</p>	공 임 신 중 절, 부 동 의 인 공 임 신 중 절	<p>② 부녀의 촉탁 또는 승낙없이 낙태하게 한 자는 3년 이하의 징역에 처한다.</p> <p>③ 전2항의 죄를 범하여 부녀를 치상한 때에는 5년 이하의 징역에 처한다. 치사한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.</p> <p>③ 제1항 또는 제2항의 죄를 범하여 부녀를 치상한 때에는 5년 이하의 징역에 처한다. 치사한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다. (1996.7.1부터 시행)</p> <p>④ 전3항의 경우에는 7년 이하의 자격정지를 병과한다.</p>
제4장 낙태의 죄		모자보건법 제14조 인공임신중절수술의 허용한계	
제13 5조 인공 임신 중절 의 허용 범위	<p>① 의사가 다음 각호의 1에 해당하는 경우에 임신중인 여자의 촉탁 또는 승낙을 받아 인공임신중절하게 한 때에는 벌하지 아니한다.</p> <p>1. 임신의 지속이 의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 염려가 있는 경우</p> <p>2. 태아가 유전적 소질 또는 출생전의 유해한 영향으로 인하여 건강상태에 중대한 손상을 입고 있거나 입을 염려가 뚜렷한 경우</p> <p>3. 제166조 내지 제170조, 제172조 내지 175조에 의하여 임신한 경우</p> <p>4. 법률상 혼인할 수 없는 혈</p>	모 자 보 건 법 제1 4조 인 공 임 신 중 절 수 술 의 허 용	<p>① 의사는 다음 각호의 1에 해당하는 경우에 한하여 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 자를 포함한다)의 동의를 얻어 인공임신중절수술을 할 수 있다.</p> <p>1. 본인 또는 배우자가 대통령이 정하는 우생학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우</p> <p>2. 본인 또는 배우자가 대통령이 정하는 전염성 질환이 있는 경우</p> <p>3. 강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우</p> <p>4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신한 경우</p> <p>5. 임신의 지속이 보건의학적</p>

	<p>족 또는 인척간에 임신한 경우</p>	<p>한 계</p>	<p>이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우</p>
			<p>② 제1항의 경우에 배우자의 사망, 실종, 행방불명, 기타부득이한 사유로 인하여 동의를 얻을 수 없는 경우에는 본인의 동의만으로 그 수술을 행할 수 있다.</p>
			<p>③ 제1항의 경우에 본인 또는 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없는 때에는 그 친권자 또는 후견인의 동의로, 친권자 또는 후견인이 없는 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의에 갈음할 수 있다.</p>
<p>제4장 인공임신중절의 죄</p>		<p>모자보건법 시행령 제15조</p>	
	<p>② 제1항 제2호의 인공임신중절은 임신한 날부터 24주내에, 제1항 제3호 또는 제1항 제4호의 인공임신중절은 임신한 날부터 20주내에 하여야 한다</p>	<p>모 자 보 건 법 시 행 령 제 1 5 조</p>	<p>① 법 제14조 규정에 의한 인공임신중절수술은 임신한 날로부터 28주이내에 있는 자에 한하여 할 수 있다.</p>

형법 제정 이래 40년 만에 처음으로 벌인 전면적인 개정작업의 결실임에도 불구하고 근본적인 문제점을 제대로 다루지 못하였다는 아쉬움은 있으나, 이는 최초의 공식적 인공임신중절입법안으로서 그 의미를 가진다.

2. 모자보건법 제14조 개정 노력

(1) 1996년 한국형사정책연구원 『인공임신중절의 허용범위와 허용절차규정에 관한 연구』

해당 연구에서는 외국입법례의 비교고찰을 통하여 우리의 현실을 고려할 때 어떠한 형태의 인공임신중절규제법이 바람직한지 검토하며 입법안을 제시하였다.

개정의 내용은 허용되는 인공임신중절의 범위를 현실적인 요청에 맞추어 확대하거나, 법적으로 허용되는 인공임신중절에 관한 절차규정을 돕으로써 안전한 인공임신중절시술을 보장하고 인공임신중절시술을 국가가 사전에 통제하려는 공통적인 경향을 보이고 있다.

우리의 인공임신중절입법도 태아의 생명보호에 역점을 두면서 실현 가능성이 있고 인공임신중절을 최대한 방지할 수 있는 방향으로 나아가야하며, 그런 점에서 처벌위주의 엄격한 입법은 지양되어야 하며, 인공임신중절라는 특수한 행위상을 염두에 두면서 사후통제보다는 사전규제에 중점을 두어야 한다고 주장하였다. 인공임신중절규제법의 궁극적인 목표는 인간생명의 시초인 태아의 생명을 보호하기 위하여 인공임신중절을 방지하는 데 있으므로 무엇보다도 상담이 인공임신중절예방에 중요한 역할을 한다고 보았다.

이러한 배경을 바탕으로 인공임신중절규정의 개선방안을 형법에 인공임신중절금지과 인공임신중절의 허용범위를 규정하고, 합법적인 인공임신중절의 상담과 시술절차에 관하여는 ‘인공임신중절시술에 관한 특별법’ 마련을 제안하고 있다.

‘인공임신중절시술에 관한 특별법’에서 인공임신중절의 허용범위는 ‘임신 12주내’ 인공임신중절과 ‘임신 12주후’ 인공임신중절을

나누어 규정하고 있다. 임신 12주내의 인공임신중절은 “임부가 임신을 계속하기 어려운 상황에 처한 경우 의무적 사회 상담을 전제”로 허용할 수 있으며, 임신 12주후에는 일정한 적응이 있는 경우에만 인공임신중절을 허용할 수 있다고 제한하고 있다.

허용되는 인공임신중절에 관한 절차규정에는 적응사유를 확인하는 의사, 사회적 상담, 인공임신중절시술장소 및 시술의사, 인공임신중절유보기간을 규정함으로써 관청을 통하여 행정적 통제가 가능하고 인공임신중절시술의 남용이나 부당한 감정을 막을 수 있도록 한다.

(2) 2000년 국회의원들의 『모자보건법 개정 청원』

2000년 12월 27일, 천주교 마산교구청 주교 박청일 외 19인은 「모자보건법 개정에 관한 청원」(박관용·김덕규·이완규 의원 외 43인 소개)을 국회에 제출하였는바, 그 청원의 요지는 다음과 같다.

- 모자보건법 제14조는 인간의 존엄성과 기본권 보장에 관한 헌법 제10조에 위배될 뿐만 아니라 형법 제269조 및 제270조 낙태죄의 규범적 효력을 잃게 함으로써 무분별한 인공임신중절을 조장하고 생명경시 풍조와 성윤리 문란 등의 사회문제를 야기하고 있음.
- 이는 모자보건법 제14조를 폐지하여 인공임신중절을 전면적으로 금지시키자는 취지였음.

동 청원의 소관위원회는 보건복지위원회이나 관련위원회로서 의견제시의 건이 여성특별위원회에 회부됨에 따라 여성특별위원회에서는 2001년 2월 5일 217회 국회(임시회) 제1차 회의에 상정하여 청원내용에 대한 소개의원(박관용 의원)의 설명을 듣고 대체토론을 한 바 있다.

본 청원은 제217회 국회(임시회) 제1차 여성특별위원회에 2001년 2월

8일에 상정되어 청원심사 소위원회로 회부되었는데, 여성특별위원회는 다음과 같은 의견서를 작성했다.

인공임신중절의 전면 금지는 현실성이 없으므로 융통성있게 풀어나가야 한다는 것이 다수의 의견이었다. 현재 세계적인 여성운동의 흐름은 여성의 성적 결정권을 존중하는 차원에서 인공임신중절의 합법화에 대한 주장이 제기되고 있는 바, 이 문제는 태아의 생명을 존중하되 여성의 선택권도 존중되어야 하며, 미혼모의 출산 후 보호대책 등과 함께 종합적으로 신중히 검토되어야 한다는 데 동의했다. 소관위원회에서 청원심사시 공청회 등을 통하여 사회적으로 공감할 수 있는 대안을 모색하는 한편, 모자보건법 제14조의 폐지보다는 현실을 감안한 일부 개정 또는 인공임신중절 법규정에 대한 전반적인 검토가 필요하다는 데 의견을 같이 했다.

(3) 2001년 인공임신중절반대운동연합 『모자보건법 개정에 관한 입법 청원』

2001년 3월에 인공임신중절반대운동연합은 모자보건법은 인공임신중절을 일부 허용하는 것이 아니라 법 해석에 따라서는 얼마든지 인공임신중절을 전면적으로 방임할 수 있게 되어 있으므로 법의 수정이 절실히 요망된다고 지적하면서 이러한 법 제정과 수정에 있어서 인공임신중절법은 의료적인 전문성이 요구되는 항목이므로 법조인의 손에만 맡겨지는 것은 합당치 않고 의사들의 합의를 전적으로 법에 반영해야 한다고 다음의 이유로 모자보건법 개정을 청원하였다.

외국의 입법례(일본, 독일 등)에도 이같은 광범위한 적용사유가 있습니다만, 엄격한 기간의 제한(12주 내지 20주 이내)을 두거나 필요한

상담절차를 거치게 하는 등의 보완장치를 두고 있는데, 문제는 이들 국가에서도 광범위한 적응사유로 인해 태아의 인격의 존엄성과 생명권이 심각하게 침해되고 있다는 점을 들어 법적·정치적인 논쟁의 뜨거운 주제가 되고 있다는 것이다.

모자보건법 제14조(인공임신중절수술의 허용한계)는 의료적 적응 사유(제1항 5조)외에는 헌법상 보장된 인간의 존엄과 가치의 존중, 행복추구권, 생명권에 대한 중대한 침해가 될 우려가 많고 또한 시술자에 의한 인공임신중절시술남용의 소지가 높다. 이에 따라 모자보건법 제14조 1항 5호에 기재된 산모의 생명·건강을 위한 보건의학적 적응사유 외에는 어떤 다른 적응사유도 인공임신중절을 정당화시키기에는 부적절한 요소가 많으므로, 이들 나머지 적응사유들은 다같이 헌법상 보장된 인간의 존엄과 가치의 존중, 행복추구권, 생명권에 대한 중대한 침해가 될 우려가 많고 또한 시술자에 의한 인공임신중절시술 남용의 소지가 높기 때문에 현행모자보건법 제14조 1항 1호부터 4호까지의 적응사유는 이를 전면 삭제하고 제14조 1항 5호를 중심내용으로 삼아 모자보건법상 적응사유를 다듬어야 할 것으로 주장하고 있다.

그밖에도 산모의 건강·생명을 위한 보건의학적 사유로 인한 인공임신중절시술의 경우에도 인공임신중절시술의사가 본인 또는 배우자의 동의를 얻기 전에 그들이 제3의 전문의료인 또는 전문의료기관과의 상담을 거치지 일정기간 경과한 후가 아니면 인공임신중절을 할 수 없도록 하는 이른바 상담모델을 도입해야 한다고 주장한다.

인공임신중절반대운동연합이 입법청원한 모자보건법 및 동법시행령은 다음과 같다.

◎ 2001년 인공임신중절반대운동연합

【모자보건법 제 14조 개정안】

현 행	개 정 안
<p>【모자보건법】 제 14 조 (인공 임신 중절 수술의 허용한계)</p> <p>1. 의사는 다음 각 호의 1에 해당되는 경우에 한하여 본인과 배우자(사실상의 혼인 관계에 있는 자를 포함한다. 이하 같다.)의 동의를 얻어 인공 임신 중절 수술을 할 수 있다.</p> <p>① 본인 또는 배우자가 대통령령이 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신 장애나 신체질환이 있는 경우 ② 본인 또는 배우자가 대통령령이 정하는 전염성 질환이 있는 경우 ③ 강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우 ④ 법률상 혼인 할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우 ⑤ 임신의 지속이 보건 의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우</p> <p>2. 제1항의 경우에 배우자의 사망·실종·행방 불명, 기타 부득이한 사유로 인하여 동의를 얻을 수 없는 경우에는 본인의 동의만으로 그 수술을 행할 수 있다.</p> <p>3. 제1항의 경우에 본인 또는 배우자가 심신 장애로 의사 표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자 또는 후견인의 동의로, 친권자 또는 후견인이 없는 때에는 부양 의무자의 동의로 각각 그 동의에 갈음할 수 있다.</p>	<p>【모자보건법】 제 14 조 (인공 임신 중절 수술의 허용한계) 1항 ①②③④⑤호의 삭제</p> <p>제 14 조 (인공 임신 중절 수술의 허용한계)</p> <p>1항을 다음과 같이 개정한다.</p> <p>1. (산모구명인공임신중절) 의사는 임신의 지속이 보건 의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하거나 해할 우려가 있는 경우에 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 자를 포함한다)의 동의를 얻어 인공임신중절수술을 할 수 있다</p> <p>2. 현행모자보건법 제14조 2항</p> <p>3. 현행모자보건법 제14조 3항</p>

◎ 2001년 인공임신중절반대운동연합

【모자보건법 시행령 제 15조 개정안】

현 행	개 정 안
<p>【모자보건법】 시행령 제 15 조 (인공 임신 중절 수술의 허용 한계) 1. 법 제14조의 규정에 의한 인공 임신 중절 수술은 임신한 날로부터 28주일 이내에 있는 자에 한하여 할 수 있다.</p> <p>2. 법 제14조 제1항 제1호의 규정에 의하여 인공 임신 중절 수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신 장애나 신체질환은 다음 각 호와 같다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 유전성 정신분열증 ② 유전성 조울증 ③ 유전성 간질증 ④ 유전성 정신 박약 ⑤ 유전성 운동신경원 질환 ⑥ 혈우병 ⑦ 현저한 범죄경향이 있는 유전성 정신 장애 ⑧ 기타 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 현저한 질환 	<p>【모자보건법】 시행령 제 15 조 (인공 임신 중절 수술의 허용 한계) - 1항 삭제</p> <p>2항 삭제</p>

(4) 2004년 보건복지부·고려대학교 『인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립』

2004년 11월부터 2005년 9월까지 고려대학교 산부인과, 예방의학교실에서 ‘전국 인공임신중절 실태 조사 및 종합대책 마련’ 연구를 수행하였다.

조사배경으로는 첫째, 우리나라의 전국 임신중절 시술 규모가 파악되지 않은 상태이다. 매 3년마다 한국보건사회연구원에서 실시하는 ‘전국 출산력 및 가족보건 실태조사’에서 인공임신중절 현황을 보고하고 있으나 유배우부인들만을 대상으로 하기 때문에 그 현황 파악이 정확하지 않다. 둘째, 현행 모자보건법에서 인공임신중절 허용사유를 엄격하게 제한하고 있으나 현실을 반영하지 못하고 있다는 받고 있고, 이에 해당 연구는 인공임신중절이 시술여성과 의료기관에 민감한 사안이라는 점을 감안해 의료기관조사와 일반여성조사를 병행하였다.

연구목적은 첫째, 정책수립 및 관련 정책 결정, 프로그램 마련 등에 필요한 기초자료를 제시하기 위해 전국 인공임신중절 실태를 합리적이고 효율적인 방법을 이용하여 정확한 자료를 도출하였다. 둘째 정확한 자료를 바탕으로 인공임신중절을 예방할 수 있는 현실적인 정책방안을 마련하였다.

조사 및 정책방안으로써 모자보건법 개정 시 고려하여야 할 기본 방향을 다음과 같이 제시하였다. 즉, 인간의 생명은 존엄한 것이므로 출생 전의 생명이라고 하더라도 법에 의해 충분하고 적절한 보호를 받을 필요가 있고, 임신중절은 피시술자 개인만의 안전이나 존엄성에 국한된 문제가 아니고 피시술자 이외에 이에 관여하는 다수의 관여자들, 예컨대 시술자, 태아의 인권과도 밀접한 관련을 가지는 문제이기 때문

에 임신중절을 시행하기 위해서는 반드시 정당한 사유가 있어야 한다는 것이다.

임신중절이 정당화될 것인지 여부를 결정함에 있어서는 임신 중절에 의해 생명을 잃게 되는 태아를 필연적으로 고려하여야 하며, 특히 태아가 모체 밖에서 생존이 가능한 주수에서 임신중절을 하는 것은 금지되어야 한다는 입장을 견지하고 있다.

태어나지도 않은 아기의 권리를 어디까지 보호해 주어야 할 것인가 하는 것은 복잡한 문제이므로 임신 중절을 쉽게 범죄로 치부해서도 안 되는 것임은 물론, 이를 완전히 자유화하여서 해결될 문제도 아니므로 출산조절을 먼저 시작하여 원치 않는 임신을 막는 노력이 선행되어야 하며, 불가피하게 임신이 된 경우의 임신중절을 형법으로 다스리기보다는 사회적인 지지와 상담을 통해 해결하려는 노력이 반드시 수반되어야 한다.

임신중절은 반드시 의사가 시술하여야 함. 의사는 시술여부를 판단하기 위해 반드시 산모와의 상담을 통하여 산모가 임신중절을 원하는 이유를 파악해야 하고, 임신중절을 어디까지 허용할 것인가에 대한 명확한 기준이 마련되어 있어야 하며, 그 기준이 충족되는 경우의 임신중절은 합법적인 것으로 간주되어야 한다.

이러한 사항을 근거하여 제안한 법 개정(안)은 다음과 같다.

적용범위

1) 임신중절이라 함은 수정란이 자궁 안에 착상된 이후 모체 밖에서는 생존이 불가능한 시기에 인공적으로 태아와 그 부속

물을 모체 밖으로 배출시키는 행위를 의미함.

2) 임신중절수술은 임신의 방지를 위한 피임의 수단이 되어서는 안됨.

일반적인 금지

- 인공임신중절을 처벌받아야 하며 다음의 상황에서 자격이 있는 의사에 의해 시행되는 경우만 용납될 수 있음.

◎ 인공임신중절수술 허용 기준 ◎

(1) 임신 12주 이내로서, 다음 각 호의 1에 해당하는 경우에 한하여 허용한다. 시술의는 다음 각 호의 1에 해당하는 사유에 존재한다는 점을 당해 시술과 관련이 없는 1인 이상의 의사가 확인하여 작성한 서면을 제출받아 확인하여야 한다.

1호. 태아에 심각한 이상이 있어 출생 후 생존이 불가능한 경우
나 신체적, 정신적 기형으로 심각한 고통을 받을 수 있는 경우

2호. 임신의 유지나 출산이 모체의 신체적, 정신적 건강에 심각한 손상을 가져오는 경우

3호. 강간 또는 준강간에 의해 임신된 경우

4호. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우

5호. 사회경제적인 이유로 인해 임신의 유지나 출산 후 양육이 어렵다고 판단되는 경우

6호. 미성년자가 임신한 경우

(2) 임신 24주 이내로서, 태아가 모체 밖에서 생존이 가능하기 전에는 다음 각호의 1에 해당하는 사유가 있는 경우에 한하여 허용한다. 시술의는 다음 각호의 1에 해당하는 사유가 존재한다는 점을 당해 시술과 관련이 없는 1인 이상의 의사가 확인하여 작성한 서면을 제출받아 확인하여야 한다.

- 1호. 태아에 심각한 이상이 있어 출생 후 생존이 불가능한 경우
나 신체적, 정신적 기형으로 심각한 고통을 받을 수 있는 경우
- 2호. 임신의 유지나 출산이 모체의 건강에 심각한 손상을 가져오는 경우
- 3호. 강간 또는 준강간에 의해 임신된 경우
- 4호. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우
- 6호. 미성년자가 임신한 경우

(3) 임신 24주 이후로서, 태아가 모체 밖에서 생존이 가능한 경우에는 다음 각호의 1에 해당하는 사유가 있는 경우에 한하여 허용한다. 시술의는 다음 각호의 1에 해당하는 사유가 존재한다는 점을 당해 시술과 관련이 없는 1인 이상의 의사가 확인하여 작성한 서면을 제출받아 확인하여야 한다.

- 1호. 태아에 심각한 이상이 있어 출생 후 생존이 불가능한 경우
- 2호. 임신의 유지나 출산이 모체의 건강에 심각한 손상을 가져오는 경우

(4) (1) 내지 (3)항에 의한 임신중절은 의사와 상담을 시행한 경우에 한하여 허용하되, 상담을 시행한 후 피시술자가 임신중절을 원하는 사유를 파악하고 이 조 제(1)항 내지 (3)항에 의한 사유가 있다고 인정되는 경우에도 상담일로부터 4일 이상이 경과한 후에 시술하여야 한다.

제5장 부적절한 인공임신중절수술 예방 사업 제안

I. 인공임신중절과 관련된 각 단체별 역할 분석

1. 민간단체

인공임신중절과 관련된 민간단체를 살펴본다면 크게 두 가지로 나눌 수가 있다. 첫째, 종교와 관련된 종교단체, 둘째, 여성의 인권을 존중하고 이를 보장하기 위한 여성단체로 나눌 수가 있을 것이다. 이들 단체는 각각 인공임신중절을 고려하고 있는 여성과 가족들에게 다양한 정보를 제공하고 도움을 주기 위한 상담을 진행하고 있다.

종교단체의 대표적인 기관으로 인공임신중절반대운동연합과 여성단체의 대표적인 기관으로 한국성폭력상담소의 취지를 통해 각 단체의 역할을 분석하고자 한다.

첫째, 인공임신중절반대운동연합은 인공임신중절반대운동연합(이하 낙반연)은 잘못된 가치관과 세상 풍조로 인하여 한국 사회에서 공공연히 자행되고 있는 인공임신중절에 대한 심각성을 일깨우며 이를 반대하고자 하는 취지 아래, 그동안 활동해 오던 몇몇 단체들과 이 운동을 지지하는 가입 단체들이 힘을 모아 인공임신중절반대운동을 하기 위해 연합한 시민단체이다.

낙반연의 취지는 그동안 많은 개인과 단체가 인공임신중절 문제에 대해 조용히 자기의 몫을 감당해 왔으나 인공임신중절반대운동의 일을 해 오면서 공통적으로 느낀 점들이 있다면,

(1) 인공임신중절을 묵인하고자 하는 힘에 비해 인공임신중절을 적극적으로 반대하는 사람들의 영향력이 왜소하다는 것 (2) 인공임신중절반대를 위해 필요한 정보와 전문성을 갖추는데 있어서 개인과 단체가 그것을 감당하기에는 한계가 있다는 것 (3) 인공임신중절을 반대하는 일반 시민들

도 직접 인공임신중절반대운동에는 참여를 꺼리거나 지연하고 있다는 것 등이었다.

낙반연의 설립목적은 인공임신중절이 인간 생명을 파괴하는 살인 행위임을 알리고 더 이상 인공임신중절 행위가 일어나지 않도록 방지하는 여러 가지 활동을 하고, 인공임신중절반대운동을 하는 개인이나 단체를 서로 연결시켜서 그들의 사역을 효과적으로 하게하며 연합적인 일을 주도하며, 인공임신중절반대의 힘을 모으고 인공임신중절반대에 대한 목소리를 전하는 창구가 되도록 일원화하여 효과적으로 인공임신중절문제의 심각성을 알린다. 또한 단체나 학교, 기타 필요한 사람들에게 인공임신중절반대에 관한 전문적인 정보와 교육 프로그램을 제공하고, 인공임신중절 문제와 관련된 각종 사회 문제들에 대한 바른 대안을 만들고 이의 실현을 주도해 나가는 것이다.

둘째, 한국성폭력상담소는 1991년 4월 문을 연 이후로 성폭력 피해에 대한 상담, 지원 활동과 성폭력의 원인 및 대책에 대한 연구를 토대로 인간중심적인 성문화의 정착과 여성의 인권 회복을 위한 활동을 해오고 있다. 상담소의 미션은 여성의 인권확보 및 성평등 사회 실현을 목표로 두고 성폭력 피해 생존자 지원활동, 반성폭력 법 제도 감시활동 및 여성주의 반성폭력 문화 확산을 미션으로 두고 있다. 상담소의 활동영역은 각 미션 하에 수행되고 있다.

먼저 성폭력 피해생존자 상담지원 활동으로는 전화, 면접 및 온라인 상담과 치유프로그램을 운영하고 있다. 또한 심리·의료·법률적 지원을 하고 있으며 성폭력피해생존자 쉼터 ‘열림원’을 운영하고 있다. 2008년 2월부터 전체 상담의 30%를 차지하던 온라인 상담을 상담인력 부족으로 온라인 상담을 닫게 되었다.

셋째, 성차별적 성문화 바꾸기 역할로는 성차별적, 성폭력 문화 비판 및 감시 활동, 성폭력피해생존자 인권확보 활동, 캠페인 및 대중행사, 교육,

조사·연구 및 홍보·출판 등의 활동, 마지막으로 온라인 상의 반성폭력 활동을 벌이고 있다.

세 번째 미션인 성폭력 법·정책 감시 및 제언 활동으로는 성폭력 관련 법률 제·개정 제언활동 및 여성, 성폭력 관련 정부정책 감시 및 비판 활동을 수행하고 있다.

이러한 민간단체는 인공임신중절과 관련한 당사자와 가장 가까이에서 가장 큰 영향을 주고 있는 것으로 파악된다. 하지만 이들의 역할은 대중에게 크게 알려지지 않는 것이 사실이다. 당사자가 되었을 경우에 인터넷 등을 통하여 각 단체의 연결고리를 찾고 이를 통해 도움을 받는 것이 현실이다.

민간단체는 관련 기관과 함께 ‘영웅 만들기’에도 동참해야 할 것이다. ‘구성애의 아우성’과 같은 대중적인 강의를 통해 우리의 사회 분위기는 성교육이 더 이상 음지에서 행해질 것이 아니고, 부끄러운 것이 아님을 알았다. 이러한 인기 프로그램, 인기 강사 등을 통한 국민으로의 접근은 정부가 인공임신중절 논의의 장을 만들어내는 것 만큼이나 중요한 일이라 하겠다.

2. 정부기관

보건사회연구원의 「2006년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」에 따르면 15~44세의 여성의 첫 번째 인공임신중절 수용이유는 자녀를 원하지 않기 때문인 경우가 30.0%로 가장 높았다. 그 다음은 터울조절 16.4%, 경제적 곤란 13.4%, 임부의 건강과 자궁의 임신으로 인한 경우가 10.0%, 혼전임신 7.9%, 태아이상 5.0% 등의 순으로 나타났다.

둘째로 15~44세의 여성의 인공임신중절 이유는 터울조절 11.7%로 가장 높았다. 그 외에도 임부의 건강상 또는 자궁의 임신 10.4%, 혼전임신 5.4%, 태아이상 4.6%, 태아가 딸이어서 2.3%, 취업중이어서 2.1%, 가정문

제 1.1%, 약물 및 식품복용으로 태아이상의 우려가 추측되거나 태아가 아
들 또는 딸일 것으로 추측되어 등이 있었다.

이러한 인공임신중절 실태가 던져주는 시사점은 다음과 같다.

첫째, 피임에 대한 잘못된 인식으로 인한 인공임신중절이다. 인공임신중
절이 현저히 감소하지 않는 것은 이를 피임의 한 방법으로 잘못 인식하고
있는 경우가 아직까지도 존재하고 있기 때문으로 보인다. 피임은 원하는
자녀규모를 원하는 시기에 갖기 위한 것이며, 원하지 않는 임신을 예방하
여 부인의 건강을 도모하는 데 결정적인 기여를 한다는 사실을 간과한 것
으로 보인다.

둘째, 효과적 피임방법 사용이 필요함을 시사한다. 원치않는 임신을 사
전에 예방하여 인공임신중절을 줄이기 위한 노력의 일환으로 효과적인 피
임보급과 피임방법에 대한 정확한 사용방법의 교육이 적극 이루어져야 할
것이다.

저소득계층을 대상으로 한 피임보급이 무료로 이루어져야 하며, 성 선
택적 인공임신중절을 예방하기 위하여 다양한 방안이 강구되어야 한다.
그리고 양성 평등적 가치관을 확립하기 위한 학교교육 및 사회교육이 강
화되어야 할 것이다.

이러한 역할은 정부의 인공임신중절을 최소화하고 모성건강을 증대시키
는 정책 하에 이루어져야 할 것으로 사료된다. 특히 경제적 이유, 소자녀
관 정착 등에 의한 인공임신중절이 발생되지 않도록 다양한 사회적 지원
대책이 강구되어야 할 것이다. 피임은 원하지 않는 임신을 예방하기 위한
수단으로 오인하고 있는 경우에 대한 홍보 계몽이 정부차원에서 이루어져
야 할 것이다. 또한 저소득계층을 대상으로 한 무료피임보급도 요구된다.

그리고 가장 중요한 것은 인공임신중절 논의를 양지로 끌어올리는 일일
것이다. 정부차원에서 우리의 문화에 맞는 큰 논의의 장을 만들고, 이를

통해 다양한 합의를 이끌어내는 과정에서 국민의 신뢰를 받을 수 있는 인공임신중절 관련 정책이 형성될 것이다.

3. 의료기관

인공임신중절에 관련된 의료기관은 인공임신중절술을 수입증대의 수단으로 사용하고 묵인해왔다는 오명을 쓰고 있었다. 이는 생명을 살리겠다는 히포크라테스 선서와 인간의 생명에 해로운 일을 하지 않겠다는 나이팅게일 선서와는 배치되는 이이다.

이러한 의료진에 대한 오해를 해소하고, 의료진의 역할재고가 필요한 시점이다.

첫째, 모성 건강을 위한 충분한 정보제공을 통해 인공임신중절을 예방하고자 하는 노력이 필요하다.

둘째, 구명 인공임신중절 및 태아의 심각한 이상 외의 인공임신중절을 시행하지 않으며, 법의 테두리 내에서 인공임신중절을 시행해야 할 것이다.

의료진의 노력과 함께 정부 기관의 역할도 함께 재고될 부분이 있다. 의료진의 상담으로 인한 상담 시간 소요 등에 대해서도 보험 적용 등의 다양한 방법으로 인센티브를 부여하는 방안도 함께 고려되어야 할 것이다.

II. 인공임신중절 예방 대책

1. 인공임신중절 논의의 개방

OECD 국가 중 매우 높은 인공임신중절율을 보이고 있는 우리나라는 특히 10대 임신과 인공임신중절은 갈수록 증가하고 있으며, 기혼의 경우도 남아선호사상, 터울 조절 등의 이유로 인공임신중절을 피임의 한 방법으로 생각하고 있는 것이 현실이다. 그럼에도 불구하고 인공임신중절문제의 심각성과 그 폐해를 깊이 인식하지 못하고 있는 우리의 사회 불감증을 먼저 일깨워야 할 것이다. 먼저 인공임신중절을 둘러싼 우리의 현실을 있는 그대로 받아들이고, 그러한 문제를 과연 어떻게 해결해야 할 것인가에 대해 많은 논의를 통해 합의를 이끌어낼 필요가 있다. 우리나라에서 인공임신중절로 희생되는 태아가 대부분 여아였고, 인공임신중절로 고통받는 쪽도 여성임을 감안하면 여성문제의 차원에서도 인공임신중절에 대한 논의가 활발하게 이루어져야 할 것이다.

2. 올바른 피임법의 보급

좀 더 현실적인 면으로 생각할 수 있는 인공임신중절문제의 해결방안으로는 올바른 피임법의 보급을 들 수 있을 것이다. 잘못된 피임법으로 인한 원치 않은 임신의 대부분이 인공임신중절로 이어진다는 것을 감안했을 경우 이러한 피임법에 대한 교육은 보다 체계적으로 행해져야 할 것이다. 날로 늘어나는 미혼여성들의 인공임신중절을 줄여나가기 위해서는 중·고등학교 때부터 제대로 된 성교육이 행해짐으로써 미혼여성들이 피임이나 인공임신중절 등에 대한 명확한 주관과 지식을 지녀야 할 것이다. 우리나라에 비해 성이 훨씬 더 개방되어 있는 미국 등의 선진국들은 인공임신중절율이 오히려 낮은 것은 성교육이 일찍부터 체계적으로 행해지고 있기 때문이다. ‘원하지 않은 생명’을 잉태할 가능성을 아예 배제할 수

있는 피임상식과 같은 성지식 보급은 가장 실질적인 측면에서 인공임신중절을 줄일 수 있는 방법이라 할 수 있다. 체계적이고 실질적인 성교육이 이루어지지 않는다면 청소년 시부터 성에 대해 긍정적인 가치관을 갖기 매우 어려울 것이다.

(1) 피임교육의 활성화

청소년들은 현실을 따라잡지 못하는 성교육에 대한 불만을 드러낸다. 학교 성교육의 효율에 대해 ‘학교 성교육은 전혀 도움이 되지 않는다’라고 하며, 심지어는 “*** 하면 임신한다는 식의 험박성 결론뿐이라 하품만 나온다”라고 한다.

청소년을 위한 내일여성센터의 상담내용도 요즘은 성 테크닉, 임신 걱정 같은 성 행위 자체에 관한 상담이 가장 많다고 한다. 청소년들의 고민 패턴을 보면, ‘자위행위’에 대한 상담은 2000년 681건에서 2004년 391건으로 줄어든 반면, ‘성관계, 생식기 기능 등 구체적인 성 지식’에 관한 상담은 601건에서 915건으로 늘었다. 임신과 인공임신중절에 관한 상담 역시 273건에서 480건으로 늘었고, 동성애에 관한 상담도 25건에서 39건으로 증가하는 추세다. 성에 대한 고민이 ‘골방형’이 아니라, ‘관계형’으로 바뀐 것이다.

피상적인 불충분한 성교육이 청소년 임신과 인공유산의 원인이 되고 있다는 의견도 있다. 성을 경험할 기회는 많지만 정작 피임과 임신, 출산 등의 지식을 얻을 기회는 상대적으로 적기 때문에 이러한 문제가 일어날 수밖에 없다는 지적이고, 인공유산을 한번 하게 되면 반복하는 경우가 많은 것이 가장 큰 문제로 손꼽히고 있다. 이러한 현상은 인공유산으로 인해 발생하는 문제에 대한 지식이 없기 때문이라는 설명이다. 사실 청소년들 중에는 '인공임신중절'가 한 생명을 죽이는 행위라는 의식 없이 필요에 따라 얼마든지 할 수 있는 간단한 시술 정도로 잘못 오인하는 경우도 있다는 우려의 목소리도 높다. 이러한 사회 분위기가 생명경시 풍조를 부

추길 수 있다는 지적이다. 또한 십대 때 출산할 경우에는 아이의 대부분이 입양기관으로 보내질 수밖에 없어 또 다른 사회문제를 야기 시키게 된다는 지적도 있다.

지금까지는 학교에서의 성교육 특히 피임교육이 성을 오히려 조장할 것이라는 잘못된 생각과 입시교육에 치중하여 시간을 배정하기 힘들므로 성교육이나 인성교육이 활성화 되지 못하였으며, 성교육 전문가의 부족과 성교육 전문가의 교육 및 양성이 불충분 하여 잘못된 성지식을 전달하는 경우도 있다. 그러므로 많은 시간과 주기적인 보수교육으로 올바른 성교육 지도자의 양성으로 실질적이고 현실에 맞는 성교육이 이루어져야 하겠다.

피임교육은 여성만을 대상으로 해서는 안되고 성행위의 주체가 될 수 있는 남성에 대한 성교육 또는 피임교육과 여성존중 및 생명존중에 대한 교육도 같이 하여야 한다.

(2) 피임교육 자료의 개발

과거의 구태의연한 성교육 자료에서 벗어나서 각 연령대에 맞는 눈높이 성교육 프로그램의 개발이 필요하다. 아날로그 세대가 아닌 디지털세대에 적합한 최신의 성교육 프로그램을 개발하기 위해서는 많은 재정적인 지원이 요구된다.

지난 11월 8일 개최된 아태피임위원회(APCOC)에서도 아시아 태평양 지역의 높은 인공유산율은 피임 방법에 대한 적절한 지식의 부족을 꼽았다. 또한, ‘원치 않은 임신’과 인공유산은 여성들에게 사회적, 신체적, 정신적, 경제적으로 큰 부담을 안겨주기 때문에 여성 스스로 피임과 가족계획을 선택할 수 있는 능력을 갖추는 것이 무엇보다 중요하며, 이를 위해 피임에 대한 올바른 정보, 교육, 그리고 커뮤니케이션이 시급하다고 지적했다.

아태지역 각 국에서 활발하게 진행되고 있는 피임교육은 결국 여성의 건강과 삶의 질을 향상시키기 위한 것이다. 한국에서도 이와 같은 장기적인 피임교육 계획이 진행되어야 하며, 이를 통해 피임에 대한 인식과 지

식 수준을 높여야만 인공유산, 미혼모 등의 사회적 문제에 대한 해결책을 마련할 수 있다.

3. 생명에 대한 외경심 고취

오늘날 물질문명사회에 발달해 갈수록 우리 인간생명에 대한 외경심에 심각한 우려를 자아내게 한다. 인공임신중절 문제도 인간생명에 대한 외경심에 대한 결핍에서 비롯되었다고 하더라도 무리가 아니다. 결국은 이 인공임신중절문제를 해결하는 방법 중 하나는 우리 인간생명의 고귀함을 바로 인식하고, 희미해져가는 인간생명에 대한 외경심을 고취시켜야 할 것이다. 인공임신중절에 대한 정부, 지방자치단체, 학계, 대중매체를 통해 생명의 외경심 고취 홍보도 필요할 것이다.

4. 의료인의 적극적인 참여 유도

인공임신중절을 시행하기 위해서 반드시 거쳐야하는 의료인과 환자의 관계에서 의료인은 환자로 하여금 인공임신중절을 하지 않도록 유도해야 할 것이다. 충분한 정보를 제공하고 이를 통해 환자의 마음을 돌릴 수 있도록 만드는 방안도 필요하다. 그러나 현실적으로 인공임신중절을 결정한 환자를 대상으로 상담을 통해 이를 번복하는 것은 쉬운 일이 아니다. 그렇기 때문에 의료인은 최선을 다해 상담을 하는 것에도 불구하고 인공임신중절을 예방하기에는 역부족이다. 또한 현재의 의료 시스템 상 짧은 시간에 많은 환자를 진찰해야만하는 상황을 고려해 볼 때 의료인의 희생을 요구하는 부분이다.

(1) 산부인과의 성건강 클리닉 활성화

아직까지는 청소년이나 미혼여성과 남성들이 주위의 시선이 곱지 않음을 인식하여 병·의원을 방문하여 상담하고 진찰하는 것이 용이하지 않았다. 이들도 건강을 지키기 위하여서는 자연스럽게 가까이에 쉽게 방문할 수 있는 전담 클리닉이 있어야 하며, 청소년이나 미혼여성들의 건강에 큰 기여를 할 수 있다. 산부인과의 성 건강 클리닉에서는 월경문제, 생식기 질환, 성병, 원하지 않는 임신, 인공임신중절, 피임법 등의 문제들에 대한 홍보, 상담, 의료서비스 제공하고, 성건강 서비스의 접근성을 향상시키고, 성건강의 중요성을 인식시킴으로 여성의 건강을 증진시킬 수 있다.

미국에서 시도한 ‘학교와 연계한 성건강 클리닉 (School-based Health Clinics or School-linked health center)’에 대한 보고를 보면 다음과 같다.

성건강 클리닉은 중·고등학교에서 길하나 건널 정도로 가까이 위치하며, 이 프로그램에 등록된 학생에게는 무료로 생식보건이나 피임에 대한 상담과 처치 등의 의료서비스를 제공하며, 성건강 클리닉의 임원이 하루에 몇 시간씩 오전 중에는 담당 학교에서 성교육을 해주고, 매일 개인이나 그룹 상담을 해 주었고, 오후에는 클리닉에서 상담을 하고, 중·고등학교에 아주 인접해서 위치해 있는 청소년 성건강 클리닉에서는 피임상담, 임신테스트, 기타 진찰이나 이송을 담당하였다.

이 프로그램을 시도한 후 결과를 보면, 월경주기 중에서 가임기간이 언제인지를 알 수 있게 되었다는 여학생의 비율이 30%에서 44%로 증가하였고, 불확실한 피임방법도 임신을 예방할 수 있다고 생각하는 비율이 여학생은 38%에서 24%로 감소하였고, 남학생은 53%에서 34%로 현저히 감소하였다. 첫 성교는 약 7개월 정도 지연되었고, 첫 성교를 시작하기 전과 성교후 첫달에 현저히 많은 학생이 피임클리닉을 방문하였다. 피임을 하지 않고 한 성행위의 빈도도 49%에서 20%이하로 감소하였으며, 피임약의 복용율도 33%에서 50%로 증가하였다. 3년간의 연구결과 고등학생의

임신율이 감소하였고, 임신연령이 급격히 낮아지던 것이 약간 둔화되었다고 보고하였다.

(2) 의료인에 대한 인센티브 지급 고려

성건강 활성화 클리닉 등을 통하여 인공임신중절을 예방하는데 적극적인 노력과 홍보를 한 의료인에 대해서는 인센티브를 지급하는 방안을 고려해볼 필요가 있다. 이는 지금까지 생명을 살려야 할 의료인이 인공임신중절을 묵과했다는 오해를 해소하고, 인공임신중절을 예방하는데 의료인의 적극적인 노력을 기대할 수 있을 것이다.

5. 대중매체에서의 피임홍보

대중매체가 젊은 세대에게 미치는 영향은 대단하다.

한 엄마는 얼마 전 고1 딸이 ‘구강성교’를 뜻하는 단어를 서슴지 않고 말해 가슴이 철렁 내려앉았다. “그런 말은 어디서 들었느냐”고 다그치자, 아이는 소설책을 내밀었다. ‘뉴욕타임스가 선정한 2005년 올해의 책’이라는 문구가 적힌 ‘사립학교 아이들’이란 책이었다. 딸이 피식 웃었다. “뭘 그런 걸 갖고 놀라요? 그것도 모르는 애들이 어디 있다고?”

10대들이 성(性)에 대해 적극적으로 발언하기 시작했다. 부모 몰래 성인용 잡지를 뒤지는 수준이 아니라, 성을 자신이 누려야 할 당당한 ‘권리’로 인식하고 표현하는 것이다.

성에 대한 관념이 달라지면서, 대중문화는 이들의 욕망을 그대로 문화상품에 투영하고 있다. 고3 남학생의 성장통을 그린 영화 ‘피터팬의 공식’에서 주인공 한수는 옆집에 사는 음악교사를 향해 “자위시켜주세요!”라고 말하고, 영화 ‘다세포 소녀’는 원조교제부터 동성애까지 10대 성에 관한 민감한 이슈를 과감하게 다룬다. 남자 중학생들의 성적 호기심을 정면으로 다룬 ‘몽정기’(2002년)로 시작, 여고생들의 성적 욕망을 다

룬 ‘몽정기2’(2005), 청소년 임신을 다룬 ‘제니와 주노’(2005)까지 영화 속 아이들은 일탈 청소년이 아닌 평범한 아이들이다. 청소년이 즐겨 듣는 시간인 밤 10시 부터 방송되는 MBC FM의 ‘편편 라디오’의 ‘눈을 떠요’ 코너는 ‘여자친구와 더 키스를 잘하고 싶다’ ‘남자친구의 스킨십 요구가 너무 지나치다’는 질문을 두고 진행자들이 ‘노하우’를 전수해준다.

청소년 문학도 이를 놓치지 않는다. 미국 명문 사립고교생들의 정신적·육체적 사랑을 있는 그대로 묘사한 ‘사립학교 아이들’은 한국에 출간된 지 2주일 만에 3쇄를 찍을 정도로 10대, 20대의 반응이 폭발적이다. 창작소설 ‘나’는 성인문학에서조차 금기로 분류되는 ‘동성애’를 정면으로 다뤘다.

이렇듯 몰밀 듯이 밀려오는 성의 홍수 속에서 젊은 세대의 변화에 맞추어 영향력 있는 사람이나 대중매체의 지속적인 성 또는 피임에 대한 교육이나 홍보가 많은 도움이 될 것이다.

6. 의무 상담절차 신설

모자보건법에 인공임신중절 관련 상담절차를 개설하여 인공임신중절을 고려하는 여성들과 가족들을 대상으로 상담을 실시하고, 임신과 관련한 정책 등 다양한 정보를 제공함으로써 인공임신중절을 감소하는데 도움을 줄 수 있을 것이다.

III. 청소년 성교육

우리나라는 2000년에 개정된 제7차 교육 과정 속에서 관련 교과별로 혹은 재량활동 및 특별활동 등을 통하여 교육인적자원부는 연간 10시간 내외의 성교육 필수 교육시간을 확보하도록 권장하고 있으며, 성교육을 창

의적 재량활동의 범교과 학습으로 정규 교과화 하여 체계적이고 지속적인 성교육을 실시할 수 있는 길을 마련하였으나 (교육인적자원부 성교육 활성화 추진계획, 2002) 그 효과에 대하여는 아직 판단하기 이른 상황이다.

1. 외국의 성교육

(1) 미국의 성교육

1980년 이후 AIDS가 확산되고, 청소년 임신이 사회적 문제로 급부상하면서 기존의 교육과정에 성교육을 통합하여야 한다는 여론이 일기 시작했다. 성교육의 내용은 크게 금욕지향적인 성교육과 종합적인 성교육으로 구분된다. 금욕지향적인 성교육은 청소년이 성에 대해 보수적인 태도를 가지도록 유도하여 청소년이 성적 접촉이나 성적 활동에 시작하는 시기를 성인 또는 결혼 때까지 지연하도록 의도하고 있다. 종합적인 성교육은 자기정체성, 타인과의 관계, 친밀성에 대하여 정보를 획득하고, 이러한 정보를 바탕으로 성에 대한 자신의 태도 및 신념, 가치관을 형성하는 일생 동안의 과정이라고 정의하였다.

성교육은 크게 여섯 가지의 중심 개념과 각각의 하위 주제로 구분된다.

< 3 > Guidelines for Comprehensive Sexuality Education: Key Concepts and Topics (from SIECUS Guidelines 3rd ed. 2004)

Key Concept 1: Human Development	Key Concept 4: Sexual Behavior
Topic 1: Reproductive and sexual anatomy and physiology	Topic 1: Sexuality throughout life
Topic 2: Puberty	Topic 2: Masturbation
Topic 3: Reproduction	Topic 3: Shared sexual behavior
Topic 4: Body image	Topic 4: Sexual abstinence
Topic 5: Sexual orientation	Topic 5: Human response
Topic 6: Gender identity	Topic 6: Sexual fantasy
	Topic 7: Sexual dysfunction
Key Concept 2: Relationships	Key Concept 5: Sexual health
Topic 1: Families	Topic 1: Reproductive health
Topic 2: Friendship	Topic 2: Contraception
Topic 3: Love	Topic 3: Pregnancy and prenatal care
Topic 4: Romantic relationships and dating	Topic 4: Abortion
Topic 5: Marriage and lifetime commitments	Topic 5: Sexually transmitted diseases
Topic 6: Raising children	Topic 6: HIV and AIDS Topic 7: Sexual abuse, assault, violence, and harassment
Key Concept 3: Personal skills	Key Concept 6: Society and culture
Topic 1: Values	Topic 1: Sexuality and society
Topic 2: Decision-making	Topic 2: Gender roles
Topic 3: Communication	Topic 3: Sexuality and the law
Topic 4: Assertiveness	Topic 4: Sexuality and Religion

Topic 5: Negotiation	Topic 5: Diversity
Topic 6: Looking for help	Topic 6: Sexuality and the media
	Topic 7: Sexuality and the Arts

미국의 성교육프로그램은 크게 학교기반 성교육 프로그램 (School-Based Sex Education Program), 지역사회기반 성교육 프로그램 (Community-Based Sex education Program)으로 구분되고, 이외에도 10대의 임신, 에이즈, 성병 방지를 위한 프로그램들이 있다.

(2) 영국의 성교육

영국의 성교육은 교육 및 고용부를 통해 주도적으로 이루어지고 있다. 여기서는 성교육을 단지 성에 관한 교육으로 한정시키지 않고 '성과 인간 관계교육'을 표방하고 있다. 성과 관계교육이 성공적으로 이루어지면 청소년들은 자신과 타인을 존중하는 것을 배우고, 아동기부터 성인기에 이르기까지 자신있게 행동하며, 성인으로서의 삶에 필요한 책임감, 경험을 준비할 수 있을 것으로 기대할 수 있기 때문이다.

초등학교 과정에는 사춘기의 몸의 변화, 사춘기의 변화가 나타나는 시기, 사춘기의 고민과 갈등, 불안, 다양한 고민, 갈등 및 문제에 대한 대처법, 임신과 출산의 과정 등이 포함된다.

중등학교 과정에는 자신의 결정, 판단, 행동을 인도할 긍정적인 가치와 도덕적인 틀을 개발하는 것, 자신의 성(sexuality)에 대해 알고 인간의 성을 이해하는 것, 성행위를 지연하는 것에 대한 논의를 이해하는 것, 성을 보호하는 것에 대한 이유를 이해하는 것, 성적인 관계에서 자신의 행동의 결과를 이해하고 책임 있게 행동하는 것, 자신과 타인을 존중하기 위해 자신감과 자존감을 가지고, 개인적 양심에 대한 존중감을 가지며, 자신이 원하는 종류의 관계를 판단할 기술을 아는 것, 효과적으로 의사 소통하는 것, 자기 자신을 보호할 수 있는 충분한 정보와 기술을 아는 것, 착취되

거나 타인을 착취하지 않는 것, 원치 않거나 보호되지 않은 섹스에 대한 압력으로부터 피하는 것, 성적건강에 관한 믿을만한 조언, 지지, 치료받을 수 있는 곳에 관해 아는 것, 법률이 성적 관계에 어떻게 적용되는지 아는 것 등이 포함된다. 또한 사춘기와 월경, 피임, 인공임신중절, 안전한 섹스와 HIV/AIDS와 성병에 관하여서는 특히 중요하게 다루고 있다.

(3) 스웨덴의 성교육

가장 오래되고 성공적인 학교 성교육 역사를 가진 나라로 1942년 성교육이 학교 교육과정에 포함되었다. 1956년에는 7-15세에 대해 성교육을 의무화하였으며 1970년대부터는 취학 전 어린이를 위해 정부차원에서 프로그램을 개발 보급하였다.

탁아소에서부터 시작되는 성교육은 4-5세의 어린이들에게는 궁금중을 그림과 만화를 통해서 자연스럽게 풀어주며, 초등학교 저학년이 되면 '나'자신은 엄마, 아빠의 사랑의 결실이라는 사실과 임신의 과정, 태아의 성장과정을 자세히 설명해 준다. 중학생은 성교육시간이 따로 있어 실체와 기능에 대한 실감 있는 교육을 하게 되는데 여성의 생리, 출산의 원리, 제반 피임법 등에 대한 이론과 방법을 충분히 이해하도록 하고 있다. 성교육에 관한 교재는 영화까지 제작하여 수업시간에 활용하고 있으며, 교육이 매우 현실적이듯 피임법도 실제 상황에 이용할 수 있도록 철저히 가르친다. 아울러 성에 대한 올바른 윤리관을 심어줌으로써 성을 유희나 쾌락의 대상으로 삼지 않고 남녀가 가정을 이루고 자녀를 출산하는 건전하고 성스러운 행위로 인지하도록 하여 성행위의 도덕적 타락을 방지하고자 한다. 학교에는 상담실을 설치하여 성에 대한 고민거리를 심리사나 보건교사와 상의하도록 하며, 성관계 사고가 발생하면 학교 측에서 중벌을 내려 퇴학처분을 하는 것이 아니라 오히려 학생들의 걱정거리를 귀담아 들어주고 문제를 합리적으로 해결하도록 성심껏 도와주고 있다.

(4) 덴마크의 성교육

덴마크 학교 성교육의 중요성을 인정하게 되어 1970년에 학교에서의 성교육을 의무화 하는 내용의 법안을 통과시켜 1971년 초등학교 과정에서부터 성교육을 의무화하기 시작했다. 초등학교의 성교육은 7-9학년 사이에 집중적으로 이루어지며, 입학에서 졸업까지 10여 년 동안 1명의 동일한 교사에게 계속 지도를 받는 독특한 교육제도를 가지고 있다. 고등학교에서의 성교육은 보다 구체적이고 실질적인 내용을 담고 있으며, 피임법의 종류와 사용 방법은 무엇인지를 배운다. 1주에 3시간씩 총 3-4주로 10시간 내외의 성교육이 실시된다.

덴마크의 성교육은 학교 교사, 학교 의사, 청소년 클리닉, 보건교사의 영향력도 상당하며, 청소년 클리닉은 피임 클리닉을 비롯하여 총 21개의 청소년 클리닉의 청소년 성문제와 피임상담을 위해 문을 열고 있다. 덴마크 사람들에게 성은 건강한 삶을 누리기 위해 기본적인 요소로 인식되고 있다. 덴마크의 성교육은 학생이 스스로 문제를 극복할 수 있는 독자적인 능력과 책임의식 및 인간관계에 대한 이해의 중요성을 강조하고 있다.

2. 우리나라의 성교육

현재 우리나라의 성교육프로그램을 살펴보면 학교의 성교육 프로그램은 성교육 내용 간에 연계성이 부족하고, 많은 경우 동일한 과제를 가지고 특강 형식으로 성교육이 수행됨으로서 중복학습, 수준미달, 비현실성 등의 문제로 학생들이 오히려 성교육에 대한 흥미를 잃게 되는 결과를 낳고 있으며, 성교육에 대한 인식과 태도, 성지식 등의 측면에서 교사의 전문성이 다소 결여되고 있다는 비판이 있다. 이에, 2001년 교육인적자원부에서 성교육 프로그램을 제작 배포하였으나 시청각 교육자료가 미흡하고, 실제로 성교육을 실시할 시간이 부족하며, 성교육 프로그램에 대한 적극적인 홍보 부족으로 교사의 활용도가 떨어지는 것 등이 문제점으로 지적

되고 있다. 인구보건복지협회 등 여성, 청소년 전문단체의 성교육은 좀더 실제적이고 다양한 방법으로 청소년의 요구에 부응하고자 하나, 자발적으로 참여하는 청소년 이외에는 대상으로 시행되기 어렵다는 문제점이 있다. 따라서 전문 단체와 학교 간에 협조를 통해 보다 효과적인 성교육이 이루어질 수 있도록 하고, 학교 성교육 담당교사의 전문성과 교수 방법 등에 있어 정부 및 관련단체의 다양한 지원이 필요할 것으로 생각된다. 또한 피임을 포함한 새로운 성교육 프로그램을 현대적인 감각으로 제작하기 위한 재정적인 지원이 절실하다.

IV. 미혼모를 위한 출산 및 자녀양육 지원방안

날이 갈수록 증가하고 있는 미혼여성의 인공임신중절은 청소년의 성문제와 밀접한 관련이 있을 것이다. 급격한 사회적 변화로 인한 가치관의 혼란 속에서 나타나는 성개방과 향락풍조 및 물질만능주의는 성윤리의 문란을 초래하여 결과적으로 미혼여성의 인공임신중절을 증가시키고 있다. 따라서 이러한 청소년에게 유해한 환경의 정화는 물론 각급 학교와 사회교육기관을 통한 성교육과 상담활동을 활성화해야 할 것이다. 특히 유흥접객업소 종사자들을 대상으로 하는 상담과 교육이 절실한 상황이다. 그리고 미혼모들의 인공임신중절을 둘러싼 사회문화적 조건은 인공임신중절이 아닌 다른 대안들의 현실적 접근을 어렵게 만들며, 혼전 성관계에 대한 사회적 비난은 임신사실을 감추도록 작용할 수 있기 때문에 여성들은 빠른 시일 내에 완전한 해결을 위한 인공임신중절을 더 선호할 수 있다. 미혼모의 인공임신중절은 결코 여성들만의 문제이거나 개인의 문제가 아닌 사회적 문제로 인식하고 그에 대한 사회적 인식의 변화와 사회복지제도 등이 충분히 마련되어야 할 것이다.

1. 미혼모의 기초생활보장

미혼모 중에서 입양을 희망하는 비율은 국외입양 희망률이 31.8%, 국내외 상관없다는 경우까지 포함할 경우 약 40%나 된다. 입양을 희망하는 요인 즉, 친권을 포기하는 요인으로는 경제적인 능력이 없어서가 높은 비중을 차지하여 미혼모들이 자녀를 양육할 수 있도록 하기 위해서는 우선적으로 경제적 지원이 필요함을 시사한다. 또한 출산 후 아기 양육을 희망하는 미혼모를 대상으로 양육 시 예상되는 어려움에서도 기본생계비 부담, 아동양육비 부담 등을 지적한 비율이 높았다. 아동양육시 가장 필요한 복지서비스도 아동양육비, 의료비, 주거마련, 자립자금 마련 등 경제적 지원에 집중되어서 경제적으로 부담이 많은 것으로 나타나고 있다.

미혼모를 대상으로 빈곤의 악순환을 극복하고 경제적 안정을 위해서 미혼모시설 및 양육모그룹홈 보호자와 지역사회 거주 미혼모에 대해 국민기초생활보장대상자에 준하는 지원기준을 적용하여 기초생활이 보장되도록 한다. 이를 위하여 국민기초생활보장 수급자 결정시 유연한 기준이 적용되어야 할 필요가 있다. 특히 미혼모 가족이 필요로 하는 비용 즉, 가사조력자 비용, 자녀양육비 등을 고려하여 소득보장의 대상이 되어야 할 것이다.

미혼모의 소득보장이 강화되어야 할 것이다. 직접적인 소득지원을 포함하여 여성 친화적 직업훈련직종 개발 및 실시와 취업연계가 강화되어야 할 것이다. 이때 교육훈련과목은 시장성을 반영하고 교육기간 중에는 생활비용이 지급되어야 한다.

2. 아동수당제도 도입

2006년 한국보건사회연구원 조사에 따르면 미혼모는 저 연령층, 저 학력층이 대다수를 이루고 직업도 서비스·판매직 등 단순직에 종사하며 가족형태도 결손가족이 30% 이상으로 조사된 바 있다. 이는 미혼모의 인적 자원과 사회적 지지자원의 부족을 말하며 결과적으로 자립 및 양육환경의

열악함을 의미한다. 2006년 조사결과에서도 양육미혼모의 아동 양육상의 어려움으로는 생계 및 주거보장 등을 포함하여 보육 및 의료 등 양육지원을 받지 못하는 것으로 나타났다. 또한 아동 양육 시 가장 필요한 복지서비스도 아동양육비 지원으로 나타나서 양육미혼모의 아동 양육비 부담이 큰 것을 말해준다.

따라서 아동양육비의 부담을 완화하기 위한 방안의 하나로 아동수당제도의 도입을 고려한다. 아동수당은 모든 아동을 대상으로 양육비를 경감해 줄 수 있는 직접적, 보편적 지원제도이다. 특정 연령까지 매월 일정 액수가 지급되므로 독신모의 양육에 대한 경제적 부담을 줄이고, 아동의 기본적인 건강과 생활을 보장할 수 있을 것이다.

선진국 사례를 보면, OECD국가에서는 가족과 아동의 빈곤 감소 및 강한 성장환경 조성을 위해 아동수당 제도를 시행 중이다. 또한 미혼모의 정책 방향이 우리나라와 유사한 일본의 경우도 모든 여성들에게 아동수당을 제공함으로써 어느 정도 경제적 부담을 완화해주고 있다.

아동수당은 아기용품, 보모고용, 분유구입 등 폭넓게 사용 가능한 구매력을 지원한다는 의미가 있다(대한민국정부, 2006). 아동수당의 도입과 관련하여 선행적으로 아동수당의 도입 시기, 방안, 재원마련 방안이 다각적으로 검토되어야 할 것이다. 일환으로 아동수당은 출생순위, 소득계층, 연령 등을 고려하여 차등 지급되어야 할 것이며 예산을 고려하여 단계별로 도입되어야 할 것이다.

V. 인공임신중절 예방프로그램 제안

인공임신중절을 예방하기 위해서는 가장 큰 효과를 기대할 수 있는 것이 홍보일 것이다. 홍보의 분류는 연령대별과 홍보매체별로 나누어 다음과 같이 생각해 볼 수 있다.

1. 연령에 따른 분류

연령대별로는 크게 어린이, 청소년, 20대 이상으로 분류하여 각 계층에 가장 크게 노출될 수 있는 방법으로 제안하였다.

(1) 어린이 (8세~13세)

○ 홍보 목적

- 생명 경시 풍조가 만연함에 따라 생명 존중 되새김.
- 성교육 등의 방법이 아닌 자연스럽게 노출될 수 있도록 함.

○ 홍보 방법

- 생명 존중을 주제로 한 표어 짓기, 글짓기, 포스터 만들기 등을 개최하여 이에 관련된 인센티브를 부여함
- 생명의 소중함에 대해 생각해 볼 수 있는 애니메이션을 제작하여, 자연스럽게 노출될 수 있도록 함.

○ 홍보 효과

- 생명의 소중함에 대해 생각해 볼 수 있는 기회를 제공하고, 이를 되새길 수 있는 기회를 제공할 수 있음.
- 어린이들에게 자연스럽게 노출되어 친근하게 다가갈 수 있도록 함.

○ 홍보 시간

- 오후 5시 ~ 9시

(2) 청소년 (13세~18세)

○ 홍보 목적

- 생명존중과 건강한 성가치관 형성을 목적으로 함.

○ 홍보 방법

- 청소년들이 흔히 대중매체를 접하는 시간대에 인기 TV·라디오 프로그램의 전후에 생명 존중과 성 가치관에 관련된 광고를 인기 연예인을 통하여 방영함.
- 구성애와 같은 성교육 담당자와의 접촉 기회를 늘리고 아이들에게 친근하게 접근할 수 있는 성교육 프로그램을 편성함.
- 성교육 센터·성교육 체험관 방문, 성교육 및 성폭력 예방 인형극 관람 등을 통하여 생명 존중에 관한 인성 교육이 필요함.

○ 홍보 효과

- 생명의 소중함에 대해 생각해 볼 수 있는 기회를 제공하고, 이를 되새길 수 있는 기회를 제공할 수 있음.
- 청소년들에게 자연스럽게 노출되어 친근하게 다가갈 수 있도록 함.

○ 홍보 시간

- 밤 8~11시

(3) 20대 이상 (주로 미혼대상)

○ 홍보 목적

- 생명존중과 건강한 성생활 및 인공임신중절 예방

○ **홍보 방법**

- 인기 TV·라디오 프로그램과 의 전후에 인공임신중절 예방과 관련된 광고를 방영함.
- 인터넷 매체를 통하여 다양한 경품행사 등을 통해 관심을 유도함.

○ **홍보 효과**

- 생명의 소중함에 대해 생각해 볼 수 있는 기회를 제공하고, 이를 되새길 수 있는 기회를 제공할 수 있음.
- 건강한 성생활과 자신의 건강을 위해 인공임신중절을 예방할 수 있음.

○ **홍보 시간**

- 밤 8~ 새벽 1시

2. **홍보 매체에 따른 분류**

(1) **신문**

- 보통 사람은 누구나 생명의 존엄성에 대해 인식은 하나 그에 대한 중요성에 대한 자각이 필요하다고 생각되어짐. 생명의 존엄성과 관련된 논술이나 사실 등을 게재 하여 생명에 대한 내용의 노출 빈도를 늘림으로써 독자들에게 자주 인식시켜 주는 것이 필요함.

(2) **TV / 라디오**

- 많은 사람들이 시청하는 주말 여가 프로그램 편성 시, 생명의 존엄성과 여가·오락을 함께 느낄 수 있는 프로그램의 시작과 전후에 생명사랑 캠페인, 인공임신중절 예방 캠페인 등을 배치하도록 함.

(3) 인터넷

- 올바른 성교육 상식, 올바른 피임 방법 등 실질적으로 요구되는 사항들을 사람들의 이용빈도 수가 아주 높은 포털 사이트의 여론 광장 같은 데와 연계하여 홍보함. 이는 여론에게 거부감을 주지 않고 공감대를 형성하기에 좋은 방안으로 여겨짐. (예를 들면, 다음의 아고라존, 네이트의 talk talk)

(4) 휴대폰

- 휴대폰으로 인터넷과 텔레비전을 즐길 수 있음으로 인해 휴대폰 관련 포털에 생명 존중 관련 광고를 사용자에게 노출시킴으로써 큰 효과를 일으킬 수 있음.
- 예를 들면, 생명 존중 관련 광고를 다운로드 받으면 도토리 소량부여라든지, 벨소리 무료부여라는 무료 콘텐츠를 주는 방법, 포털에 신청하면 무료로 실시간 검색어에 광고문구를 띄우는 방법이 있음.

제6장 부적절한 인공임신중절 법적 정비 방안

I. 모자보건법 제14조 문제점

1. 모자보건법 제14조의 사문화

인공임신중절이 어느 정도 시행되는 지를 알아보는 지표로는 인공임신중절률을 이용하는데 우리나라의 전체 인공임신중절률은 29.8로 이는 서구 선진국에 비해서는 높은 편이다. 인공임신중절률이란 가임기 여성(여기서 가임기 여성은 일반적으로 15세 이상에서 44세까지의 여성을 말하나 간혹 나라에 따라 15세에서 49세까지의 여성을 말하기도 한다.) 1000명 당 시행되는 인공임신중절 건수를 말하는 것인데, 2005년 우리나라에서 시행된 인공임신중절의 추정 건수는 342,233건으로 그 중 기혼이 198,515건, 미혼이 143,918건으로 추정(2005, 김해중)된다. 2004년 한해 한해 출생아수가 476,000명임을 감안하면 결코 적은 수가 아님을 알 수 있다.

<표 4> 인공임신중절률 (15-44세 여성 1000명당)의 비교

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

자료: 보건복지부 · 고려대학교, 인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립, 2005

<표 5> 외국의 인공임신중절 관련 규제

국가명	내용
미국	1973년 연방대법원이 인공임신중절 선택권을 인정했으나, 주마다 인공임신중절을 제한하는 다양한 법이 존재
일본	형법상 금지, 우생보호법 규정에 따라 일부 인공임신중절 허용
독일	1992년 독일연방의회가 ‘임신3개월 내 인공임신중절’ 합법 인정
그리스	임신 3개월 이내 인공임신중절허용
핀란드	임신 12주 이내 인공임신중절 허용. 13주-20주는 승인 필요
스위스	임신 12주 이내 인공임신중절 제한적 허용
캐나다	1988년 연방대법원 인공임신중절 제한 위헌 판결

자료: 보건복지부 · 고려대학교, 인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립, 2005

현행 모자보건법 제14조에서는 우생학적, 유전학적 사유와 전염성 질환, 강간 또는 준강간, 혈족 또는 인척간의 임신, 보건학적 사유 등에 한하여 인공임신중절수술을 허용하고 있으나, 현장에서는 이 외의 다양한 사유로 인공임신중절수술이 시행되고 있다.

2005년 보건복지부 및 고려대학교 연구 결과에 의하면 인공임신중절의 경우 기혼여성과 미혼여성으로 나누어 볼 수 있는데, 기혼에서 인공임신중절을 시행 받는 원인은 더 이상 자녀를 원하지 않아서가 70%, 경제적인 어려움이 17.5%, 임신 중 약물복용이 12.6%, 터울조절을 위해서가 6.2%, 부모의 건강, 강간의 경우는 2.9%에 불과했다.

미혼여성의 경우에는 인공임신중절을 시행 받는 원인이 미성년자 혹은 혼인상의 문제가 93.7%를 차지했으며, 그 외 임신 중 약물복용 5.4%, 경제적인 어려움 3.4%로 나타났다.

<표 6> OECD 회원국의 인공임신중절 허용기준

구분	모체건강	강간· 근친상간	태아이상	사회경제적 사유	본인요청
미국	0	0	0	0	0
캐나다	0	0	0	0	0
오스트리아	0	0	0	0	0
벨기에	0	0	0	0	0
체코	0	0	0	0	0
덴마크	0	0	0	0	0
프랑스	0	0	0	0	0
독일	0	0	0	0	0
그리스	0	0	0	0	0
헝가리	0	0	0	0	0
이탈리아	0	0	0	0	0
네덜란드	0	0	0	0	0
노르웨이	0	0	0	0	0
슬로바키아	0	0	0	0	0
스웨덴	0	0	0	0	0
터키	0	0	0	0	0
스위스	0	0	0	0	0
아이슬란드	0	0	0	0	X
룩셈부르크	0	0	0	0	X
핀란드	0	0	0	0	X
호주	0	0	0	0	X
영국	0	X	0	0	X
일본	0	0	X	0	X
스페인	0	0	0	X	X
포르투갈	0	0	0	X	X
폴란드	0	0	0	X	X
뉴질랜드	0	0	0	X	X
멕시코	0	0	X	X	X
한국	0	0	△	X	X
아일랜드	0	X	X	X	X

자료: 보건복지부 · 고려대학교, 인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립, 2005

또한 모자보건법 시행령 제15조 제2항과 제3항의 질환이 태아에 미치는 영향에 대하여 의학적 근거가 충분하지 않다.

1997년에 발의된 쟁점법률안의 심사과정에서 대한의사협회와 한국모자보건학회는 간염과 전염병예방법 제2조 제1항의 규정에 의한 전염병을 허용되는 전염성 질환의 종류에서 삭제할 것을 요청한 바 있다.

이 요청서에 의하면 풍진, 수두, 간염 등은 이제 더 이상 중대한 질병이 아니며, 전염병예방법상의 법정전염병의 태아의 생명 자체를 부인해야 할 중대한 질병인지가 의문시 된다는 점을 주장한다.

태아에게 미치는 영향이 큰 전염성질환에 의해서 태아가 감염되지 않는 한, 위 사유가 인공임신중절수술의 정당화사유가 될 수 없다는 주장이었다.

※ 모자보건법 시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계)

②법 제14조제1항제1호의 규정에 의하여 인공임신중절수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환은 다음 각호와 같다.

1. 유전성 정신분열증
2. 유전성 조울증
3. 유전성 간질증
4. 유전성 정신박약
5. 유전성 운동신경원 질환
6. 혈우병
7. 현저한 범죄경향이 있는 유전성 정신장애
8. 기타 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 현저한 질환

③법 제14조제1항제2호의 규정에 의하여 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성질환은 태아에 미치는 위험성이 높은 풍진·수두·간염·후천성면역결핍증 및 「[전염병예방법](#)」 [제2조제1항](#)의 전염병을 말한다.

법정 전염병은 무려 26종이나 되는데, 본인이나 배우자가 이병에 걸렸다고 태아에게 같은 질병이 반드시 걸리지는 않으며, 설사 태아가 이 질병에 걸렸다하더라도 현재 의학수준으로 얼마든지 치료 가능하다.

※ 전염병예방법

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. ① "전염병"이라 함은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 질환을 말한다.<쟁점 2003.8.6, 2005.7.13>

1. "제1군전염병"이라 함은 전염속도가 빠르고 국민건강에 미치는 위해정도가 너무 커서 발생 또는 유행 즉시 방역대책을 수립하여야 하는 다음 각목의 전염병을 말한다.

- 가. 콜레라
- 나. 페스트
- 다. 장티푸스
- 라. 파라티푸스
- 마. 세균성이질
- 바. 장출혈성대장균감염증

2. "제2군전염병"이라 함은 예방접종을 통하여 예방 또는 관리가 가능하여 국가예방접종사업의 대상이 되는 질환중 다음 각목의 전염병을 말한다.

- 가. 디프테리아
- 나. 백일해
- 다. 파상풍
- 라. 홍역
- 마. 유행성이하선염
- 바. 풍진
- 사. 폴리오
- 아. B형간염
- 자. 일본뇌염
- 차. 수두(水痘)

3. "제3군전염병"이라 함은 간헐적으로 유행할 가능성이 있어 지속적으로 그 발생을 감시하고 방역대책의 수립이 필요한 다음 각목의 전염병을 말한다.

- 가. 말라리아
- 나. 결핵
- 다. 한센병
- 라. 성병
- 마. 성홍열
- 바. 수막구균성수막염
- 사. 레지오넬라증
- 아. 비브리오패혈증
- 자. 발진티푸스

- 차. 발진열
 - 카. 쓰쓰가무시증
 - 타. 렙토스피라증
 - 파. 브루셀라증
 - 하. 탄저
 - 거. 공수병
 - 너. 신증후군출혈열(유행성출혈열)
 - 더. 인플루엔자
 - 러. 후천성면역결핍증(AIDS)
 - 4. "제4군전염병"이라 함은 국내에서 새로 발생한 신종전염병중 후군, 재출현전염병 또는 국내 유입이 우려되는 해외유행전염병으로서 이 법에 의한 방역대책의 긴급한 수립이 필요하다고 인정되어 보건복지부령이 정하는 전염병을 말한다.
 - 5. "지정전염병"이라 함은 제1군 내지 제4군 전염병외에 유행여부의 조사를 위하여 감시활동이 필요하다고 인정되어 보건복지부장관이 지정하는 전염병을 말한다.
 - 6. "생물테러전염병"이라 함은 고의로 또는 테러 등을 목적으로 이용된 병원체에 의하여 발생된 전염병으로서 보건복지부장관이 고시하는 것을 말한다.
 - 7. "인수(人獸)공동전염병"이라 함은 동물과 사람간에 상호 전파되는 병원체에 의하여 발생하는 전염병으로서 보건복지부장관이 고시하는 전염병을 말한다.
- ② 이하 생략

2. 인공임신중절 관련 사회 인프라 부족

산업화 및 도시화 등으로 서구의 개방적인 성문화 도입, 향락산업의 팽창, 대중매체의 영향 등으로 우리나라 미혼모 규모는 계속 증가하는 추세이다. 입양아동을 통한 미혼모 규모는 1995년 3,205명에서, 2000년 4,046명, 2005년 3,562명으로 다소 감소하고 있으나, 양육미혼모의 증가를 감안할 때 미혼모의 수는 상당수에 이를 것으로 추정된다.

미혼모에 대한 시각은 개인적 결함으로 보는 관점이 지배적으로 미혼모를 위한 법적·제도적인 지원체계가 구축되어 있지 않으며, 부분적으로 시설보호정책과 저소득층 모자가정 정책만이 이루어지고 있다. 최근 미혼모 다수가 아동양육을 희망하나 사회적 인식, 경제적 어려움, 양육비의 부담, 아동장래 등으로 아동양육을 포기하고 있어서 인구자질을 저해하고

가정의 건강성을 저하시킨다고 볼 수 있다.

국내의 미혼모 정책과 관련하여 직접적인 단일법은 없으며 ‘모·부·자·복지사업’의 일환으로 미혼모 보호 관련 서비스가 제공되고 있다. 급여나 복지의 수준이 낮으며, 자산조사나 소득신고 등의 과정이 수반되어 낙인적 성격이 강하다. 또한 미혼모를 위하여 미혼모시설과 양육모그룹홈이 있으나, 양적·질적 수준이 미비한 실정이다.

우리나라의 미혼모 정책은 발생한 미혼모의 산전, 분만, 산후 건강 및 심신의 회복을 위한 지원책과 2세 미만의 영유아를 가진 미혼모 가운데 양육모를 위한 자립지원으로 분류되어 소극적이면서 잔여적 차원의 보호와 자립을 지원하는 수준에 머무르고 있으며, 미혼모 정책의 관련 법은 「국민기초생활보장법」과 「모·부·자·복지법」, 그리고 「영유아보육지원법」 등에 근거하고 있다.

미혼모 정책과 서비스는 교육인적자원부, 여성가족부, 청소년위원회, 건설교통부 등 4개 부처에서 분산되어 수행되고 있으며, 미혼모 관련 사업 방향이나 정책목표가 뚜렷하지 않으며, 이를 전담하는 단독 부서조차 마련되어 있지 않은 상황이다.

저출산시대를 맞아 미혼모를 요보호 여성의 개념에서 탈피하여 다양한 가족의 한 형태로 수용하는 사회적 인식이 필요하며, 이와 함께 사회에 복귀하여 자립할 수 있는 법적·제도적 근거마련 및 다양한 사회적 지원 방안 구축이 요구된다.

<표 7> 미혼모의 사회복귀 및 아동양육을 위해 퇴소 후 필요한 지원
(단위: %, 명)

구분	미혼모시설			양육모그룹홈		
	1순위	2순위	3순위	1순위	2순위	3순위
사회복귀를 위한 사후관리 제공	5.9	17.6	-	-	-	11.1
직업훈련 및 직장알선	23.5	35.3	17.6	11.1	11.1	44.4
직업훈련에 따른 교육비 지원	11.8	5.9	5.9	-	11.1	-
사회복귀시설 입소 마련	5.9	-	-	-	-	11.1
학교복학에 필요한 서비스 및 교육	5.9	5.9	5.9	66.7	11.1	11.1

제공						
기초생계보장 및 임대아파트 마련	11.8	5.9	11.8	11.1	-	-
숙식 및 거주시설 마련	17.6	5.9	5.9	-	-	11.1
자립정착금 지원	-	5.9	-	-	-	-
아동양육비 지원 및 모자에 대한 법적 보호	11.8	17.6	17.6	-	-	-
보육비용 및 특수보육서비스 지원	-	-	11.8	-	-	-
의료비 지원	-	-	11.8	-	-	11.1
가족 및 친구와의 관계 회복	5.9	-	11.8	-	-	
자조자조모임 지원	-	-	-	-	11.1	
계(수)	100.0 (17)	100.0 (17)	100.0 (17)	100.0 (9)	100.0 (9)	100.0 (9)

자료: 한국보건사회연구원, 미혼모의 출산·양육환경 개선을 위한 사회적 지원 방안, 2006

3. 인공임신중절수술의 허용 기간

※ 모자보건법 시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계)
 ①법 제14조의 규정에 의한 인공임신중절수술은 임신한 날로부터 28 주일이내에 있는 자에 한하여 할 수 있다.

2005년 보건복지부 및 고려대학교의 연구에 의하면 인공임신중절을 시행 받은 임신주수는 전체의 96.3%가 12주 미만에 시행 받은 것으로 되어있다. 20세 미만의 경우에는 12주 미만에 시행 받은 경우가 87.9%, 20주 이상에 시행 받은 경우가 1.5% , 20세 이상의 경우 12주 미만에 시행 받은 경우가 96%, 20주 이상에 시행 받은 경우가 0.5%였다.

현행 모자보건법 시행령 제15조에서는 인공임신중절수술의 허용 기간을 ‘임신한 날로부터 28주’로 보고 있다. 인공임신중절수술의 특성상 임신주수가 진행된 상태에서 시술받으면 출혈, 감염, 자궁과열 등의 합병증의 빈도가 증가한다. 나이가 어릴수록 인공임신중절로 인한 피해가 증가할 가능성이 있으며 이는 이후의 가임기 여성의 건강증진에 영향을 미칠 수 있다.

앞서 살펴본 것처럼 대부분의 국가에서는 인공임신중절수술의 허용 기

간을 12주에서 24주 정도로 한정하고 있다. 우리나라의 경우 28주에 인공 임신중절수술을 할 경우 예기치 않은 문제가 제기될 수 있다. 즉, 인공임신중절을 한 태아가 시술 후 생존하게 되는 경우가 발생할 수 있는데, 따라서 태아가 모체 밖에서 의학적 지원 없이 생존능력이 없는 시기에 대한 의학적 재검토 필요하다.

나아가 인공임신중절수술 허용 기간을 시행령에 두고 있기 때문에 이를 법에 명시하는 작업을 수행해야 할 것이다.

4. 배우자 동의 의무 완화

2005년 보건복지부 및 고려대학교 연구 결과에 의하면 인공임신중절시술시 동행한 사람은 남편 혹은 임신상대자인 경우가 기혼여성일 경우 50.2%, 미혼여성 일 경우 49.8%로 나타났다. 반면에 동행인이 없는 경우가 기혼여성인 경우 36.6%, 미혼여성인 경우 24%로 기혼여성이 높게 나타났다.

현행 모자보건법상 인공임신중절수술 시술 시 법에서 제시하는 모든 항목에 대해 본인 이외에도 배우자의 동의를 얻도록 하고 있다. 그러나 현장에서는 인공임신중절수술 시술시 기혼과 미혼 모두에서 배우자 또는 사실상의 혼인관계에 있는 자의 동의가 실제로 잘 이루어지지 않고 있으며, 인공임신중절수술을 신중하게 하는 요소로 작동하지 않음을 연구 결과로부터 유추할 수 있다.

배우자에는 사실상의 혼인관계에 있는 자도 포함된다고 규정하고 있다. 사실상의 혼인관계에만 해당한다고 하면 만약 사실상의 혼인관계로 볼 수 없는 태아의 잠재적 아버지의 경우에는 동의하지 않아도 가능하다고 해석할 수 있다. 결과적으로 기혼의 여성의 인공임신중절수술에는 배우자의 동의라는 제한적 요건을 규정하면서, 미혼의 여성에게는 이러한 요건을 부과하지 않고 있는 것이다.

이러한 절차를 둔 취지가 미혼의 여성의 경우에는 태아의 잠재적인 아

버지의 동의를 구하기 어렵다는 사정을 고려한 것인지 또는 미혼여성의 인공 임신중절수술요건을 완화함으로써 기혼의 여성보다는 더 허용적인 태도를 유지하기 위하여 동의요건을 요구하지 않는지는 그 의도가 분명치 않다.

본인에게 적응사유가 있고, 여성 자신의 동의가 전제되어 있는 상황에서 배우자의 동의가 없으면 인공임신중절수술이 허용되지 않는 것도 현실이다. 비록 모자보건법 제14조의 정당화사유에 해당한다고 하더라도 배우자 동의를 받지 않게 되면 처벌을 받게 된다.

이 규정의 목적이 기혼 여성의 인공임신중절수술 시에 법률상의 배우자의 의사도 존중하기 위한 의도 이외에 다음과 같은 이유가 있다고 보여진다. 즉, 임신의 지속을 배우자의 동의여부에 따라 좌우하게 하고, 임부의 자율적 존재성 그 자체를 부인하는 결과라 볼 수도 있다.

5. 신중한 의사결정을 위한 제도적 장치 미흡

인공임신중절수술을 요청하는 자가 태아의 생명권을 존중하기 위하여 고려하여야 하는 여러 요소들을 다시 한번 생각하여 의사결정을 할 수 있도록 충분한 정보를 제공하여 주고, 이에 따라 신중하게 결정을 할 수 있도록 하는 제도적 장치가 부재하다.

6. 미성년자 인공임신중절수술 규정 부재

미성년자가 임부가 되었을 경우를 고려한 인공임신중절수술 규정이 부재하여, 현장에서 미성년자의 경우 어떤 조치를 취해야할 지 명확한 기준이 제시되어 있지 않다.

II. 모자보건법 제14조 개정 방향

1. 모자보건법 제14조와 현실과의 괴리 완화

(1) 우생학적 또는 유전학적 사유와 전염성 질환 삭제

다음 외국의 사례를 통해서 우리 모자보건법 제14조를 개정하는 데 현실과의 괴리를 줄이고, 의학적 근거가 명확하지 않은 부분을 삭제할 필요가 있다. 그러므로 인공임신중절 사유 중 우생학적 또는 유전학적 사유와 전염성 질환 삭제해야 할 것이다.

(2) 사회적 적응 사유로 인한 인공임신중절수술에 대한 허용 고려

영국의 경우 1967년 인공임신중절의 허용범위를 임신부의 육체적인 건강 외에도 정신적 건강까지도 포함시킴으로써 거의 모든 인공임신중절이 합법화함. 그럼에도 불구하고 2004년도에 영국과 웨일즈에서 보고된 인공임신중절 건수는 185,400건이며 인공임신중절률은 17.8로 우리나라의 34만과 29.8에 비하여 매우 낮은 수준이다.

캐나다의 경우 1988년 이후 인간의 권리와 자유에 대한 헌법쟁점을 기초로 특별한 법적 제약없이 여성의 요청이 있으면 인공임신중절을 시행 받을 수 있게 되었음. 법 쟁점 전인 1987년의 인공임신중절률은 10.2였으며 법쟁점 후인 1990년에는 11.2에서 1998년 15.7까지 점차 증가하였다가 1999년에 15.1, 2002년 14.9로 점차 감소하는 추세이다.

호주의 경우 주마다 약간의 차이가 있지만 2명의 의사의 상담 하에 인공임신중절을 합법으로 인정하고 있음. 1985년의 호주의 인공임신중절률은 17.9였으며 그 이후 점차 증가하여 1997년 21.9로 가장 높았다가 다시 점차 감소하여 2003년에는 19.7이 되었다.

미국의 경우 1960년 초 펜실베이니아 주를 비롯한 대부분의 주에서 산모의 건강에 심각한 해가 되는 임신이나 강간에 의해 임신이 된 경우

를 제외하고는 임신중절을 금지하였으나 불법으로 시행되는 시술이 전국적으로 20만에서 120만까지 추정되었다. 1973년 여성이 임신을 종결할 권리를 인정받게 되면서 이후 미국에서 인공임신중절은 법적으로 자유화가 되었다고 볼 수 있다. 미국의 합법적인 인공 임신중절의 총수는 1969년 5만건에서 1970년 20만건, 1975년 100만건, 1980년에서 1985년 사이에는 160만건으로, 1973년 사실상 법적으로 자유화가 된 이후 폭발적으로 증가하는 듯이 보이지만 실상은 임신 중절이 증가한 것이 아니라 불법적인 시술과 원치 않는 임신이 감소했을 뿐이다. 1980년의 인공임신중절률은 29.3이었으나 그 이후 점차 감소하는 추세를 보이고 있으며 2002년에는 20.9까지 감소하였다. 우리나라는 25세 미만의 인공임신중절건수가 전체의 26.35%인데 반하여 미국은 전체의 52%이며 이중 19%는 20세 미만이 차지하고 있어 십대 임신과 임신중절이 문제가 되고 있다.

선진국들의 사례를 통하여 보면 사회·경제적 사유 등 현실의 인공임신중절 사유를 어느 정도 인정하면서 법과 맞추어 가는 것이 인공임신중절수술을 줄이는 데 보다 효율적인 방법이라는 것을 알 수 있다. 따라서 사회적 적응 사유로 인한 인공임신중절수술에 대한 허용 고려해야 할 것이다.

2. 인공임신중절 관련 사회 인프라 구축

현재 우리 사회에 만연해있는 인공임신중절수술을 최소화하고, 이를 형법에 의거 '낙태죄'로 규정하기 위해서는 무엇보다도 인공임신중절 관련 사회 인프라 구축이 시급하다. 이는 법령 개정만으로 해결될 수 있는 문제가 아니다.

현재 상황에서 출산을 할 수 있도록 유도하는 사회 체계가 마련되어 있지 않은 상황에서, 출산 후 모든 책임은 해당 산모 혹은 가정에게 돌아갈 수밖에 없다.

따라서 법령 개정 앞서 정부 차원에서 인공임신중절 관련 사회 인프라 구축이 시급한 문제일 것이다. 예를 들어 미혼모 관련 시설 확충 및 육아시설의 의무적 확충은 매우 시급히 진행되어야 할 사안이다.

우리나라는 미혼모를 요보호 여성으로 간주하여 저소득 모자가정 정책 틀 내에서만 서비스를 제한적으로 제공하고 있으나 외국은 미혼모를 다양한 가족의 한 형태로 수용하고 보편적인 정책을 실시하는 추세를 보인다. 저출산 시대에 양육미혼모의 증가에 대응하기 위해서는 미혼모 여성을 다양한 가족으로 수용하려는 개념 전환이 필요할 것이다. 정책도 공공부조 중심의 잔여적 정책에서 보편적 정책으로 확대되어야 할 것이다.

양육미혼모를 위한 주거정책도 시설정책에 제한되어 있으나, 외국은 시설을 포함하여 재가중심의 다양한 지원들이 제공되어서 지역사회 내 의재가미혼모를 대상으로 하는 주거지원 정책이 필요하다.

10대 미혼모를 위한 정책은 예방위주의 정책에만 편중되어 있고 학교 복귀를 위한 프로그램이 전무하여 지속적인 학업보장을 위한 학비 지원, 교육유지수당 또는 학자금 대출, 용자제도 등 다양한 지원이 요구된다.

미혼부의 사회적 책임의 공동분담 차원에서 양육비지급제도 등의 도입이 필요할 것이다.

3. 인공임신중절수술 허용 기간에 대한 재검토

불가피하게 인공임신중절수술을 하여야 하는 경우 모체의 건강을 위하여 조기에 인공임신중절수술을 유도하기 위한 법적 장치 필요하다.

인공임신중절수술 시행시 의학적으로 산모에게 건강에 위해가 되지 않는 시기에 대한 질의에 대하여 대한산부인과학회의 의견은 다음과 같다.(근거 서적:Williams Obstetrics 22nd Ed. p241-247)

- 임신 16주 이상인 경우에는 인공임신중절로 인한 각종 합병증이 발생할 위험이 더욱 증가한다는 보고가 있음. 즉 자궁천공, 자궁경부열상, 태어나 태반의 크기의 증가로 인한 또는 자궁벽의 두께 감소로 인한 자궁출혈 등의 이환률이 증가함
- 자궁천공시에는 복강내 장기의 손상까지도 초래할 수 있으며, 경부무력증이나 자궁내막의 유착이 초래되는 경우에는 향후 임신에 영향을 주어 불임을 유발할 가능성도 있음
- 합법적인 인공임신중절후의 모성사망율은 임신 2개월 이내에는 10만 시술당 0.7이지만 임신 8주 이후부터는 사망에 대한 상대적인 위험도는 임신이 2주가 증가함에 따라 2배로 증가하게 된다고 보고하고 있음
- 따라서 의학적으로 건강에 위해가 되지 않는 시기는 엄밀하게 없다고 할 수 있겠지만 임신 8주 이후부터는 임신주수가 증가함에 따라 시술후의 합병증 발생률이 현저하게 증가하게 되며 사망률 또한 증가하게 됨. 특히 태아 및 태반의 크기가 증가하여 단순소파술로 시술할 수 없는 시가라고 보는 임신 16주 이상의 경우에는 자궁수축을 유발하여 태아의 만출을 유도하게 됨으로 인해 상기의 이환율이 더욱 증가할 수 있음

또한 태아가 모체 밖에서 생존가능한 시기에 대한 의학적 판단을 근거로 하여 임신허용 최대주수를 정해야 할 것이다. 따라서 그 시기 이후에는 불가피한 사유 이외에는 인공임신중절을 못하도록 법에서 제한하여야 한다.

이 사항의 질의에 대하여 대학소아과학회의 답변은 다음과 같다.(근거서적 : 히로시 니시다. 신생아입문 8장 의료아의료와 의사의 윤리 p154)

- 의학적 지원 없이 모체 밖에서 태아가 생존가능한 시기 : **34주**
- 현대의학기술 및 장비로 최대한 지원하는 경우 모체 밖에서 태아가 생존가능한 시기 : **24주** 대부분의 국가에서는 인공임신중절의 정당화사유별로 각각의 기한을 제한하고 있음.
- 우생학적 정당화사유는 임신한 날로부터 12주와 28주 사이에 인공임신중절의 허용기간을 두며, 이와 같이 허용의 시간적 한계를 길게 두는 이유는 아이에게 예견할 수 있는 손상의 진단이 빈번히 늦게 이루어지며, 또한 이와 관련된 예후진단 역시 늦은 시점에 이르러서야 비교적 확실하게 이루어지기 때문임.

- 의학적 정당화사유의 시간적 제한도 10주와 28주 이내의 시점을 두고 있다. 윤리적 정당화사유 및 사회적 정당화사유의 경우 임신한 날로부터 10주 내지 16주 이내 허용하고 있음.
- 이와 같이 기간을 단축한 근거는 정당화사유가 되는 사안이 임신 초기에 거의 확실하게 드러나기 때문에 인공임신중절에 대한 결정을 되도록 빠른 시점에 내릴 것을 촉구하기 위한 목적임.

4. 배우자동의 의무 규정 완화

인공임신중절수술의 결정에 대한 배우자 동의를 부분적으로 삭제하여 임신이 모체의 건강에 지대한 영향을 끼치는 응급 상황일 경우 배우자 동의가 없이 인공임신중절수술을 허용해야 할 것이다. 다만, 임부가 원하는 경우에는 상담 과정을 배우자 또는 태아의 아버지로 추정하는자와 같이 상담을 받도록 해야 한다.

그러나 사회적 적응사유 혹은 윤리적 적응사유로 인공임신중절수술을 고려할 경우 상담을 통하여 결정하도록 유도하고, 배우자 동의를 받도록 하였다.

5. 상담절차 마련

사회적 적응사유로 인하여 인공임신중절수술을 하고자 하는 경우, 성폭력범죄처벌법상 처벌될 수 있는 성범죄로 인하여 임신된 경우, 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우는 임신한 날로부터 12주 이내에 인공임신중절수술을 할 수 있다. 단, 이 경우는 상담절차를 거치는 것을 의무화한다.

상담절차를 통하여 임부가 책임 있는 결정을 내리기 위하여 필요로 하는 적합한 지식과 정보를 전달하고, 임신의 지속이나 중단에 대해 임부의 책임 있는 결정을 내릴 수 있도록 정보와 의견을 제공해야 할 것이다.

상담하는 과정에 임부가 임신의 지속에 따라 생활이 불가피하게 변화하고, 갈등이 축적되어 사회적·경제적 어려움을 겪는 임부의 주관적·객관적 상황이 고려되어야 한다.

긍정적이든 부정적이든 임신과 관련된 갈등상황에서 임부의 의지에 영향을 미칠 수 있는 사람들, 예를 들어 태아의 잠재적인 아버지나 임부의 부모, 직장을 가지고 있는 임부의 경우 그녀가 근무하는 직장의 상사나 동료의 인공임신중절수술 압력으로부터 자유롭게 결정할 수 있도록 여성의 책임감을 강화하는 방향으로 상담이 이루어져야 할 것이다.

상담과정에서 임부의 출산을 장려하거나 강요하는 형태의 상담이 이루어져서는 안 되며, 임부에게 인공임신중절수술 이외의 대안에 대한 설명과 사회부조 및 국가나 사회단체의 조치들에 대한 설명이 수반되어야 하지만, 이 설명은 결국 책임 있는 결정을 위한 설명에 해당하는 것이어야 한다.

임부에 의한 자발적인 상담절차인 임의적 상담제도는 심각한 갈등상황에 있는 많은 임부들이 상담기관을 찾지 않는다는 문제점을 안고 있기 때문에 충분한 정보가 제공됨으로써 폭넓은 결정의 기초를 찾을 수 있는 의무적 내지 필요적 성격의 상담절차를 운영하는 것이 바람직하다.

6. 미성년자 관련 조항 신설

미성년자 임부일 경우 인공임신중절수술을 고려할 경우에 친권자 혹은 후견인의 동의로, 친권자 또는 후견인이 없는 경우에는 부양의무자의 동의로 그 수술을 할 수 있도록 미성년자 관련 조항을 신설해야 할 것을 제안한다.

그러나 현재 미성년자 기준을 제시하고 있는 법률과 내용이 매우 다양하여 미성년자 기준에 대한 명확한 합의를 이루는 것이 급선무일 것이다. 다음은 현행법에서 미성년자를 규정하고 있는 기준들이다.

- 만 14세 미만: 형법상 형사미성년자, 정보통신부 개인정보보호지침

- 만 16세 미만: 뇌사 등 장기이식에 관한 법률
- 만 15세 이상 18세 미만: 근로기준법
- 만 18세 미만: 음반·비디오물 및 게임물에 관한 법률, 영화진흥법,
아동복지법
- 만 19세 미만: 청소년 보호법
- 만 20세 미만: 민법, 증권거래소, 국세청

III. 모자보건법 제14조 개정안 제안

1. 모자보건법 제14조 신규 대조문

현행	제1안	제2안
① 의사는 다음 각호의 1에 해당되는 경우에 한하여 <u>본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 자를 포함한다. 이하 같다)의 동의를 얻어</u> 인공임신중절수술을 할 수 있다.	① 의사는 다음 각호의 1에 해당되는 경우에 한하여 <u>인공임신중절수술을 받으려고 하는 자의 요청에 의하여</u> 인공임신중절수술을 할 수 있다.	① 의사는 다음 각호의 1에 해당되는 경우에 한하여 <u>인공임신중절수술을 받으려고 하는 자의 요청에 의하여</u> 인공임신중절수술을 할 수 있다.
1. 본인 또는 배우자가 대통령령이 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우	(삭제)	(삭제)
2. 본인 또는 배우자가 대통령령이 정하는 전염성 질환이 있는 경우	(삭제)	(삭제)
(신설)	1. 태아에 심각한 이상이 있어 출생 후에 생존이 불가능한 경우	1. 태아에 심각한 이상이 있어 출생 후에 생존이 불가능한 경우
5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우	2. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우	2. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우
(신설)	② 단, 제1항의 1호 내지 2호는 임신한 날로부터 24주 이내의 자에 한한다.	
(신설)	③ 다음 각호의 1에 해당되는 경우에 임신중절수술을 하려는 자는 이 법	② 다음 각호의 1에 해당되는 경우에 임신중절수술을 하려는 자는 배우자

	에서 정하는 상담절차를 마친 후 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 자를 포함한다. 이하 같다)의 동의를 얻어 인공임신중절 수술을 할 수 있다.	(사실상의 혼인관계에 있는 자를 포함한다. 이하 같다)의 동의를 얻어 인공임신중절수술을 할 수 있다.
(신설)	1. 사회적 적응 사유로 인하여 산모가 요청하는 경우	
3. 강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우	2. 성폭력범죄처벌법상 처벌될 수 있는 성범죄로 인하여 임신된 경우	1. 성폭력범죄처벌법상 처벌될 수 있는 성범죄로 인하여 임신된 경우
4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우	3. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우	2. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우
(신설)	④ 제2항의 1호 내지 3호는 임신한 날로부터 12주 이내의 자에 한한다.	③ 단, 제1항의 1호 내지 2호 및 제2항의 1호 내지 2호는 임신한 날로부터 24주 이내의 자에 한한다.
② 제1항의 경우에 배우자의 사망·실종·행방불명 기타 부득이한 사유로 인하여 동의를 얻을 수 없는 경우에는 본인의 동의만으로 그 수술을 행할 수 있다.	(삭제)	(삭제)
③ 제1항의 경우에 본인 또는 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없는 때에는 그 친권자 또는 후견인의 동의로, 친권자 또는 후견인이 없는 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동이에 갈	⑤ 제1항의 경우에 본인이 심신장애로 의사표시를 할 수 없는 때에는 그 배우자, 친권자 또는 후견인의 동의로, 친권자 또는 후견인이 없는 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동이에 갈음할 수 있	④ 제1항의 경우에 본인이 심신장애로 의사표시를 할 수 없는 때에는 그 배우자, 친권자 또는 후견인의 동의로, 친권자 또는 후견인이 없는 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동이에 갈음할 수 있

음할 수 있다.	다.	다.
(<u>신설</u>)	<u>⑥ 제2항의 경우에 본인이 미성년자인 때에는 그 친권자 또는 후견인의 동의로, 친권자 또는 후견인이 없는 때에는 부양의무자의 동의로 그 수술을 할 수 있다.</u>	<u>⑤ 제2항의 경우에 본인이 미성년자인 때에는 그 친권자 또는 후견인의 동의로, 친권자 또는 후견인이 없는 때에는 부양의무자의 동의로 그 수술을 할 수 있다.</u>
(<u>신설</u>)	<u>⑦ 국가 및 지방자치단체는 인공임신중절의 예방을 위하여 상담 시설, 미혼모 시설 등 사회기반 구축을 위한 재정적 지원을 하여야 한다.</u>	<u>⑥ 국가 및 지방자치단체는 인공임신중절의 예방을 위하여 상담 시설, 미혼모 시설 등 사회기반 구축을 위한 재정적 지원을 하여야 한다.</u>
(<u>신설</u>)	<u>제14조 1(상담기관의 신고)</u> <u>제14조의 상담을 시행하려는 기관은 보건복지부령이 정하는 기준에 합당한 기관으로서, 보건복지부장관에게 별지 *호 서식을 작성하여 신고하여야 한다.</u>	
(<u>신설</u>)	<u>제14조 2(상담자의 자격)</u> <u>법 제14조 규정에 의하여 상담을 행하는 자는 다음의 각호 1에 해당하는 자 중 법 제14조의3에 의한 교육을 이수한 자로 법 제14조1의 상담기관에서 상근 또는 비상근으로 근무하는 자로 한다.</u> <u>1. 의료법상의 의료인</u>	

	<p>2. 변호사 등 법조인 및 사회사업가</p> <p>3. 관련 분야의 상담경험이 풍부한 자</p>	
(<u>신설</u>)	<p>제14조 3(상담자의 교육)</p> <p>① 법 제14조의 규정에 의하여 상담업무를 행하는 자가 받아야 할 교육 과정은 다음 각호와 같다.</p> <p>1. 보건의학적 지식교육 10시간</p> <p>2. 인공임신중절관련 윤리교육 10시간</p> <p>3. 관련 법률및사회지원체계 교육 10시간</p> <p>4. 개인정보보호 교육 5시간</p> <p>5. 여성 인권 교육 5시간</p> <p>6. 상담실습 10시간</p> <p>② 제1항의 규정에 의한 교육은 보건복지부장관이 지정하는 관계전문기관이 실시하되, 교육을 받은 자에게는 별지 제*호서식의 수료증을 발급한다.</p>	
(<u>신설</u>)	<p>제14조 4(상담절차)</p> <p>① 인공임신중절수술의 상담을 받으려는 자는 상담기관에서 인공임신중절수술 상담자의 자격이 있는 상담자와 다음의 각호의 절차를 거쳐야 한다.</p> <p>1. 최초 상담</p>	

	<p>2. <u>최초 상담일로부터 2일 이후 두 번째 상담 실시</u></p> <p>② <u>제1항 제1호 내지 제2호의 상담절차 중 상담자는 보건학적, 윤리적, 사회적 측면에 관한 내용이 포함된 상담을 실시하여야 하며, 상담내용을 기록하여 본인에게 제공하여야 한다.</u></p>	
<p><u>(신설)</u></p>	<p><u>제14조 5(상담기록의 보존과 보호)</u></p> <p>① <u>상담자는 제14조의4에 의한 상담내용 기록을 상담을 마친 후 3년 동안 보존하여야 한다.</u></p> <p>③ <u>상담자는 본인 및 본인이 동의한 대리인 이외의 자에게 개인 식별이 가능한 정보가 포함된 상담내용을 제공하여서는 아니 된다.</u></p>	

2. 모자보건법 제14조 제안 세부 내용

(1) 제1안: 사회적 적응 사유 조항 신설할 경우

1) 제1항 제안

현행	제1안
① 의사는 다음 각호의 1에 해당되는 경우에 한하여 <u>본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 자를 포함한다. 이하 같다)</u> 의 동의를 얻어 인공임신중절 수술을 할 수 있다.	① 의사는 다음 각호의 1에 해당되는 경우에 한하여 <u>인공임신중절수술을 받으려고 하는 자의 요청에 의하여</u> 인공임신중절수술을 할 수 있다.

- 인공임신중절수술 시술시 기혼과 미혼 모두에서 배우자 또는 사실상의 혼인관계에 있는 자의 동의를 실제로 잘 이루어지지 않고 있으며, 인공임신중절수술을 신중하게 하는 요소로 작동하지 않음.
- 배우자 동의 규정 부분 삭제
 - 임신의 지속을 배우자의 동의여부에 따라 좌우하게 하고, 임부의 인공임신중절행위의 가벌성을 근거지우고 있음.
 - 임부나 태아의 권리 혹은 이익에 대한 고려 없이 배우자의 독자적 이익 고려에 따라서 임신의 지속, 인공임신중절 결정권을 좌우하는 것은 임부의 자율성을 부인하는 것으로 볼 수 있음.
 - 임부의 배우자 및 '잠재적 아이 아버지'는 적응확인절차나 상담에 관여할 수는 있지만 공동결정권을 가진다고 볼 수 없음.
- 다음의 경우에 배우자 동의를 의무화하지 않고도 인공임신중절수술이 가능하도록 함.

- 태아에 심각한 이상이 있어 출생 후에 생존이 불가능한 경우
- 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우

- 단, 위의 경우에 본인이 심신장애로 의사표시를 할 수 없는 때에는 그 배우자, 친권자 또는 후견인의 동의로, 친권자 또는 후견인이 없는 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의에 갈음할 수 있음.

현행	제1안
1. 본인 또는 배우자가 대통령이 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우	(삭제)

- 우생학적 적응사유를 판단할 수 있는 과학적 검증장치가 미비하고, 동법 시행령 15조2호에서 제시하고 있는 각 질병은 의사가 판단하는 것이 어렵고, 자칫 우생학적 인종차별의 근거가 될 수 있음.
- 기타 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 현저한 질환" 이란 규정은 해당 범위를 무한히 확대시키는 일반조항이 될 수 있음.
- 해당 조항은 1973년 모자보건법이 제정되는 과정에서 일본의 해당 법률을 그대로 차용한 것으로 시대의 흐름에 맞지 않는 것으로 삭제하는 것이 적절하며, 현 법률상 무모가 유전학적 장애가 있으면 장애 여부와 상관없이 뱃속의 태아를 인공임신중절하는 것이 허용되는 것이 모순이고 불합리함.
- 독일형법의 경우 우생학적사유들로 인하여 건강이 심하게 훼손될 경우 부녀가 받게 될 심리적 부담이 현저하게 크다는 점을 우선적으로 고려하고 있으나, 우리 법은 객관적인 사정의 존부를 중시함.

- 또한 현저한 범죄성향의 유무에 대한 경험적 증명 혹은 의학적 증명이 극히 곤란함.

현행	제1안
2. 본인 또는 배우자가 대통령령이 정하는 전염성 질환이 있는 경우	(삭제)

- 1997년 11월 28일 20인의 국회의원에 의해서 발의된 ‘모자보건법 쟁점법률안’의 심사과정에서 대한의사협회와 한국모자보건학회는 간염과 전염병예방법 제2조 제1항의 규정에 의한 전염병을 허용되는 질환 종류 삭제 요청.
- 법정 전염병은 무려 26종이나 되는데, 본인이나 배우자가 이병에 걸렸다고 태아에게 같은 질병이 반드시 걸리지는 않으며, 설사 태아가 이 질병에 걸렸다하더라도 현재 의학수준으로 얼마든지 치료 가능함.
- 태아에게 미치는 영향이 큰 전염성질환에 의해서 태아가 감염되지 않는 한, 위 사유가 인공임신중절의 정당화사유가 될 수 없다는 주장이 있음.
- 모자보건법 시행령과 전염병예방법에서 규정하고 있는 법정전염병 요인을 가진 태아는 모두 인공임신중절 대상이 되는데, 이는 나아가 모든 인공임신중절을 합법화하는 것으로 해석할 수도 있음.

현행	제1안
(신설)	1. 태아에 심각한 이상이 있어 출생 후에 생존이 불가능한 경우

- 각국의 인공임신중절규제법이 대체로 아이가 치료불가능한 심한 질병 혹은 심한 신체적·정신적 장애를 가지고 태어날 개연성이 있는 경우 인공임신중절을 허용하고 있음.
- ‘1992년 낙태죄쟁점안’에서는 “태아가 유전적 소질 또는 출생전의 유해한 영향으로 인하여 건강상태에 중대한 손상을 입고 있거나 입을 염려가 뚜렷한 경우”로 언급하고 있음.
- 태아가 유전적 질환을 가진 기형의 경우, 태어나서 생명을 유지할 수 없는 무뇌증과 같은 경우, 심각한 심장 기형을 발견했을 경우 주수에 관계없이 임신중절수술을 허용할 수 있음.
- 무뇌아(anencephaly), 척수막 탈출증(meningocele), 공뇌증(porencephaly), 양측성 낭성 신장(bilateral cystic kidney), 양측성 신장 무형성증(bilateral renal agenesis) 에드워드 증후군(Trisomy 18), 출생후 수술로써 교정이 불가능한 심한 심기형, 심한 뇌수종 등은 출생후 생존이 불가능하므로 이미 미국에서는 임신중절의 태아측이상으로 인정되고 있음.

현행	제1안
5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우	2. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우

- 모체가 임신으로 인해 원래 가지고 있던 자가 면역 질환을 악화시키거나 암에 걸려서 화학요법이나 방사선 치료가 필요한 경우, 예를 들어 모체가 만성 고혈압, 자궁경부암, 선천성 심장질환이 있는 경우는 임신의 주수와는 관계없이 모체가 임신으로 인해 신체적·정신적 건강에 위협을 받을 경우 임신중절수술을 허용해야 함.
- 건강을 신체적, 정신적으로 나누어 정신적 건강까지 법안에 포함여부는 좀 더 깊은 연구를 필요로 할 것이다. 대부분의 국가들이 임부의 정신적 건강을 위협하는 경우 인공임신중절을 허용하고 있음에도 불구하고, 임신으로 인한 정신적 건강에 위협을 받는다는 것을 증명이 어려움.
- 대부분의 국가들 영국, 미국, 캐나다, 오스트리아, 체코, 프랑스 등이 산모의 신체적·정신적 건강을 보호하기 위해 인공임신중절수술을 법적으로 허용하고 있음.
- 또한 본 조항은 2001년 인공임신중절반대운동연합에서 제시한 모자보건법 개정(안)에 [산모구명인공임신중절] 규정으로 제안된 바 있음.

2) 제2항 제안

현행	제1안
	② 단, 제1항의 1호 내지 2호는 임신한 날로부터 24주 이내의 자에 한한다.

- 태아와 모체의 보건의학적 사유와 에 대해 배우자동의규정을 삭제하고, 임신한 날로부터 24주 이내의 자로 한정함.
- 인공임신중절을 시행 받은 임신주수는 전체의 96.3%가 12주 미만에 시행 받은 것으로 되어있음.
 - 20세 미만의 경우에는 12주 미만에 시행 받은 경우가 87.9%, 20주 이상에 시행 받은 경우가 1.5%
 - 20세 이상의 경우 12주 미만에 시행 받은 경우가 96%, 20주 이상에 시행 받은 경우가 0.5%
- ‘1992년 낙태죄쟁점안’에서 24주로 기간을 단축하였음.
- 모자보건법 제14조 쟁점에 관련하여 대한산부인과학회, 대한소아과학회에 질의한 결과는 다음과 같았음.
 - ▶ 대한산부인과학회: 합법적인 인공임신중절수술 후의 모성사망률은 임신 2개월이내에는 10만 시술당 0.7이지만, 임신 8주 이후부터나는 사망에 대한 상대적인 위험도는 임신이 2주가 증가함에 따라 2배로 증가한다는 보고가 있다고 함.
 - 따라서 의학적으로 건강에 위해가 되지 않는 시기는 엄밀하게 없다고 할 수 있겠지만, 임신 8주 이후부터는 임신주수가 증가함에 따라 시술 후의 합병증 발생율이 현저하게 증가하게 되며 사망률도 증가함.

- ▶ 대한소아과학회: 의학적 지원 없이 모체 밖에서 태아가 생존가능한 시기는 34주이며, 현대 의학 기술 및 장비로 최대한 지원하는 경우 모체 밖에서 태아가 생존가능한 시기는 24주임.
- 12주 이전 인공임신중절은 산모에게 부작용이 크게 우려되지 않으나, 23주 혹은 24주에 태아가 출산되면 현재 최신의학장비를 구비한 병원이라도 살릴 가망성은 희박함.
- 외국의 경우 주수의 제한은 빨리 제한하는 경우는 10주, 늦게까지 허용하더라도 최대한 24주까지 제한함.
 - 스위스: 10주
 - 덴마크, 이탈리아, 룩셈부르크, 남아프리카공화국: 12주
 - 포르투갈: 16주

3) 제3항 제안

현행	제1안
(신설)	③ 다음 각호의 1에 해당되는 경우에 임신중절수술을 하려는 자는 이 법에서 정하는 상담절차를 마친 후 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 자를 포함한다. 이하 같다)의 동의를 얻어 인공임신중절수술을 할 수 있다.

- 제안하는 모자보건법 제14조제2항의 각호는 여성의 단독 결정 뿐 아니라 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 자를 포함한다.)와 함께 동의를 얻어 인공임신중절수술을 할 수 있도록 제안함.

현행	제1안
(신설)	1. 사회적 적응 사유로 인하여 산모가 요청하는 경우

<장점>

- 한국보건사회연구원 「2006년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」 연구에 따르면 마지막 인공임신중절을 수용하게 된 이유로 터울조절 11.7%, 임부의 건강상 또는 자궁 외 임신 10.4%, 혼전임신 5.4%, 태아이상 4.6%, 태아가 딸이어서 2.3%, 취업중이어서 2.1%, 가정문제 1.1%, 약물 및 식품복용으로 태아이상의 우려가 추측되거나 태아가 아들 또는 딸일 것으로 추측되어 등이 있었음.
 - 따라서 모자보건법에 명시한 합법적 인공임신중절은 15.0%에 불과하고, 85.5%는 사회경제적 이유와 개인적 추측에 의한 경우로써 불법성이 매우 강함.

<표 8> 첫 인공임신중절의 수용이유

인공임신중절 이유	2000년	2003년	2006년		
			전국	동부	읍·면부
자녀불원	35.9	35.3	30.0	29.9	30.0
터울조절	20.5	16.1	16.4	16.5	15.8
임부의 건강상/자궁외 임신	9.5	9.4	10.0	10.0	10.1
태아이상	4.8	4.6	5.0	5.0	5.0
혼전임신	9.5	12.4	7.9	8.2	6.1
가정문제	1.5	1.4	1.3	1.2	1.8
경제적 곤란	6.6	7.5	13.4	13.1	15.8
태아가 딸이므로	1.8	1.7	2.0	2.0	2.2
취업중이어서	-	1.4	2.5	2.6	2.2
기타	9.9	10.2	11.5	11.6	10.8
계(수)	100.0(2,507)	100.0(2,662)	100.0(1,833)	100.0(1,555)	100.0(278)

자료: 한국보건사회연구원, 미혼모의 출산·양육환경 개선을 위한 사회적 지원 방안, 2006

<표 9> 최종 인공임신중절의 수용이유

인공임신중절 이유	1994	1997	2000	2003	2006		
					전국	동부	읍·면부
자녀불원	58.4	49.7	48.4	48.4	38.4	38.5	37.6
터울조절	11.1	11.0	13.1	10.9	11.7	11.8	11.1
임부의 건강상/자궁외 임신	9.7	10.6	10.0	9.8	10.4	10.5	9.7
태아이상	5.1	3.6	4.7	4.1	4.6	4.6	5.0
혼전임신	3.3	4.0	5.1	6.9	5.4	5.5	4.7
가정문제	1.7	1.9	1.1	1.2	1.1	1.1	1.4
경제적 곤란	3.7	7.3	6.5	8.4	13.4	13.0	15.4
태아가 딸이므로	1.7	2.6	2.3	2.1	2.3	2.2	2.9
취업중이어서	-	-	-	1.5	2.1	2.2	1.8
기타	5.3	9.3	8.9	9.7	10.6	10.6	10.4
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(수)	(2,541)	(2,394)	(2,508)	(2,663)	(1,833)	(1,555)	(278)

자료: 한국보건사회연구원, 미혼모의 출산·양육환경 개선을 위한 사회적 지원 방안, 2006

- 청소년 등에게 임신을 강요한다는 것은 성교육도 제대로 이루어지지 않은 상황이고, 미혼모 사회시설 및 제도도 정착되지 않은 상황에서 임신을 강요하는 것은 임부에게 많은 신체적·정신적 부담을 요구함.
- 12주내 상담을 전제하는 사회적 적응 사유를 신설할 경우 사회적 적응은 임신 12주내에 고려할 수 있으며, 상담절차를 법제화하여 상담을 의무화하는데 근거 조항이 될 수 있음.
- 사회적 적응 사유를 허용하는 국가는 다음과 같음.
 - 영국: 24주까지 사회경제적 사유 허용, 단 2명의 의사의 동의 요구
 - 핀란드 : 17세 이하, 40세 이상, 넷 이상 자녀 출산 경우 허용
 - 체코 : 40세 이상이거나 셋 이상 자녀 있는 경우 허용
 - 헝가리 : 미혼, 지속적 별거상태, 만25세 이상의 경우 허용

- 불가리아: 18주까지 사회적인 사유 허용
- 이탈리아: 90일까지 허용

<단점>

- 뱃속에 있는 태아도 생명임을 감안할 때, 사회적 적응사유를 적용하여 생명을 임의로 훼손하는 행위는 시대를 막론하고 정당화될 수 없음.
- 상담절차의 법적 근거 조항이 없기 때문에, 인공임신중절을 하려는 산모 및 그 가족에게 관련 정보 제공이 힘들.

현행	제1안
3. 강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우	2. 성폭력범죄처벌법상 처벌될 수 있는 <u>성범죄로 인하여</u> 임신된 경우

- 성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호등에 관한법률에 따른 성범죄로 인하여 임신된 경우로 자구를 수정하여 법에서 명시하고 있으며, 근거 법률은 다음과 같음.

성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호등에 관한 법률

제2조 (정의) ①이 법에서 "성폭력범죄"라 함은 다음 각호의 1에 해당하는 죄를 말한다.
[개정 97·8·22 법5343, 98·12·28]

1. 형법 제22장 성폭속에 관한 죄중 제242조(음행매개)·제243조(음화 등의 반포등)·제244조(음화등의 제조등) 및 제245조(공연음란)의 죄
 2. 형법 제31장 약취와 유인의 죄중 추행 또는 간음을 목적으로 하거나 추업에 사용할 목적으로 범한 제288조(영리등을 위한 약취, 유인, 매매등)·제292조(약취, 유인, 매매된 자를 수수 또는 은닉. 다만, 제288조의 약취·유인이나 매매된 자를 수수 또는 은닉한 죄에 한한다)·제293조(상습범. 다만, 제288조의 약취·유인이나 매매된 자 또는 이송된 자를 수수 또는 은닉한 죄의 상습범에 한한다)· 제294조(미수범. 다만, 제288조의 미수범 및 제292조의 미수범중 제288조의 약취·유인이나 매매된 자를 수수 또는 은닉한 죄의 미수범과 제293조의 상습범의 미수범중 제288조의 약취·유인이나 매매된 자를 수수 또는 은닉한 죄의 상습범의 미수범에 한한다)의 죄
 3. 형법 제32장 강간과 추행의 죄중 제297조(강간)·제298조(강제추행)·제299조(준강간, 준강제추행)·제300조(미수범)·제301조(강간등 상해·치상)· 제301조의2(강간등 살인·치사)·제302조(미성년자등에 대한 간음)· 제303조(업무상위력등에 의한 간음) 및 제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)의 죄
 4. 형법 제339조(강도강간)의 죄
 5. 이 법 제5조(특수강도강간등) 내지 제14조의2(카메라등이용촬영)의 죄
- ②제1항 각호의 범죄로서 다른 법률에 의하여 가중처벌되는 죄는 성폭력범죄로 본다.

- 독일, 스페인, 핀란드, 폴란드: 윤리적 내지 범죄학적 적용이 있으면 12주내 허용
 - 핀란드, 포르투갈: 16주내 허용
 - 체코, 헝가리, 노르웨이: 4~6개월 내 허용
 - 그리스: 20주까지 허용
 - 이탈리아: 90일 이후 허용

현행	제1안
4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우	3. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우

- 민법 제809조 제1항 위헌제청(1987.7.16. 선고 95헌가6 내지13(병합))

에서 위헌으로 판결된 바 있으나, 우리 문화 정서 상 유지하며, 이의 근거 법률을 다음과 같음.

민법
 제809조 (근친혼 등의 금지) ①8촌 이내의 혈족(친양자의 입양 전의 혈족을 포함한다) 사이에서는 혼인하지 못한다. ②6촌 이내의 혈족의 배우자, 배우자의 6촌 이내의 혈족, 배우자의 4촌 이내의 혈족의 배우자인 인척이거나 이러한 인척이었던 자 사이에서는 혼인하지 못한다. ③6촌 이내의 양부모계(양부모계)의 혈족이었던 자와 4촌 이내의 양부모계의 인척이었던 자 사이에서는 혼인하지 못한다. [전문개정 2005.3.31] [본조제목개정 2005.3.31]

4) 제4항 제안

현행	제1안
(신설)	④ 제2항의 1호 내지 3호는 임신한 날로부터 12주 이내의 자에 한한다.

- 상담절차의 법제화
 - 상담을 통하여 임신으로 인한 정신적·사회적 갈등을 극복하도록 임부에게 공적·사적인 모든 도움을 제공하며 임부가 책임 있는 결정을 도와야 함.
 - 인공임신중절여부의 최종적인 결정은 임부에게 맡김.
 - 이런 절차 규정을 둬으로써 관청을 통한 행정적 통제가 가능하고 인공임신중절시술의 남용이나 부당한 감정을 막을 수 있음.

- 모자보건법 제14조에 신설되는 제2항의 경우 여성의 건강에 위해를 가장 최소화할 수 있도록 임신한 날로부터 12주 이내의 자로 한정함.

- 임신한 날로부터 12주를 고려할 시 상담절차가 개입된 시점을 감안해야 할 것임.

5) 제5항 제안

현행	제1안
③ 제1항의 경우에 <u>본인 또는 배우자가</u> 심신장애로 의사표시를 할 수 없는 때에는 그 친권자 또는 후견인의 동의로, 친권자 또는 후견인이 없는 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동이에 갈음할 수 있다.	⑤ 제1항의 경우에 <u>본인이</u> 심신장애로 의사표시를 할 수 없는 때에는 <u>그 배우자</u> , 친권자 또는 후견인의 동의로, 친권자 또는 후견인이 없는 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동이에 갈음할 수 있다.

- 제1항의 경우 여성의 동의를 획득할 수 없는 경우에 동의를 획득할 수 있는 경로를 현행법에서 차용하여 수정함.

6) 제6항 제안

현행	제1안
(신설)	⑥ 제2항의 경우에 <u>본인이 미성년자인</u> 때에는 그 친권자 또는 후견인의 동의로, 친권자 또는 후견인이 없는 때에는 부양의무자의 동의로 그 수술을 할 수 있다.

- 미성년자에 관한 조항을 신설하였으나, 미성년자 기준은 명확하게 정하지 않았음.
- 현재 미성년자 기준을 제시하고 있는 법률과 내용은 다음과 같음.
 - 만 14세 미만: 형법상 형사미성년자, 정보통신부 개인정보보호지침
 - 만 16세 미만: 뇌사 등 장기이식에 관한 법률
 - 만 15세 이상 18세 미만: 근로기준법
 - 만 18세 미만: 음반·비디오물 및 게임물에 관한 법률, 영화진흥법, 아동복지법

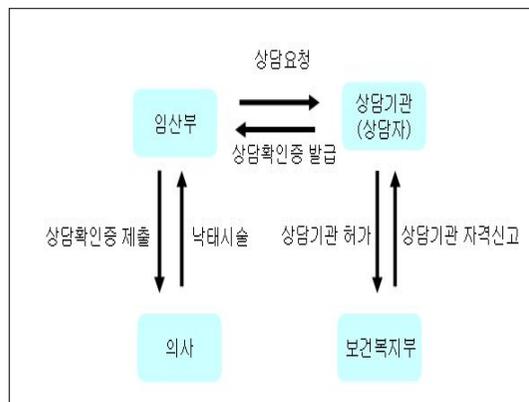
- 만 19세 미만: 청소년 보호법
- 만 20세 미만: 민법, 증권거래소, 국세청

7) 제7항 제안

현행	제1안
(신설)	⑦ 국가 및 지방자치단체는 인공임신 중절의 예방을 위하여 상담 시설, 미혼모 시설 등 사회기반 구축을 위한 재정적 지원을 하여야 한다.

- 법령 개정으로만 해결될 수 없는 인공임신중절 문제를 해결하기 위한 사회 하부구조, 즉 사회적 인프라를 확충할 수 있는 법적 근거를 마련함.
- 출산을 할 수 있는 사회 환경을 조성하기 위하여 각 지방단체의 장은 해당 지역에 미혼모시설 및 육아 시설 등을 의무적으로 마련하도록 의무화함.

3. 상담절차 신설



(1) 상담기관의 신고

현행	제1안
(신설)	<p>(상담기관의 신고)</p> <p>제14조의 상담을 시행하려는 기관은 보건복지부령이 정하는 기준에 합당한 기관으로서, 보건복지부장관에게 별지 *호 서식을 작성하여 신고하여야 한다.</p>

- 상담을 법제화할 경우 일정한 자격 조건을 만족하는 상담기관이 보건복지부에 상담기관으로 등록하도록 하였음.

(2) 상담자의 자격

현행	제1안
(신설)	<p>(상담자의 자격)</p> <p>법 제14조 규정에 의하여 상담을 행하는 자는 다음의 각호 1에 해당하는 자 중 법 제14조의3에 의한 교육을 이수한 자로 법 제14조1의 상담기관에서 상근 또는 비상근으로 근무하는 자로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료법상의 의료인 2. 변호사 등 법조인 및 사회사업가 3. 관련 분야의 상담경험이 풍부한 자

- 상담기관에서 상담을 하는 자는 의료법상의 의료인, 변호사 등 법조인 및 사회사업가, 그리고 관련 분야의 상담경험이 풍부한 자로 자격 기준을 설정하여 상담이 체계적으로 이루어질 수 있도록 하였음.
- 상담자는 상담기관에 상근 혹은 비상근으로 근무하도록 하여 보다 다양한 분야의 상담이 이루어질 수 있도록 하였음.

(3) 상담자의 교육

현행	제1안
(신설)	<p>(상담자의 교육)</p> <p>① 법 제14조의 규정에 의하여 상담업무를 행하는 자가 받아야 할 교육과정은 다음 각호와 같다.</p> <p>1. 보건의학적지식교육 10시간</p> <p>2. 인공임신중절관련윤리교육 10시간</p> <p>3. 관련 법률 및 사회지원체계교육 10시간</p> <p>4. 개인정보보호 교육 5시간</p> <p>5. 여성 인권 교육 5시간</p> <p>6. 상담실습 10시간</p> <p>② 제1항의 규정에 의한 교육은 보건복지부장관이 지정하는 관계전문기관이 실시하되, 교육을 받은 자에게는 별지 제*호서식의 수료증을 발급한다.</p>

- 상담자의 자격을 갖춘 자는 법에서 규정하고 있는 교육과정을 수료하고 교육수료증을 획득한 후 보건복지부에 신고된 상담기관에서 상담업무를 할 수 있음.

(4) 상담절차

현행	제1안
(신설)	<p>(상담절차)</p> <p>① 인공임신중절수술의 상담을 받으려는 자는 상담기관에서 인공임신중절수술 상담자의 자격이 있는 상담자와 다음의 각 호의 절차를 거쳐야 한다.</p> <p>1. 최초 상담</p> <p>2. 최초 상담일로부터 2일 이후 두 번째 상담 실시</p> <p>② 제1항 제1호 내지 제2호의 상담절차 중 상담자는 보건학적, 윤리적, 사회적 측면에 관한 내용이 포함된 상담을 실시하여야 하며, 상담내용을 기록한 상담확인증을 본인에게 제공하여야 한다.</p>

- 상담을 받으려고 하는 자는 상담기관에서 상담자에게 1차 상담 후 일정 숙려기간(2일)을 갖고 2차 상담까지 완료하도록 하여 보다 인공임신중절수술에 대해 깊은 고려를 한 후 실시할 수 있도록 하였음.
- 상담 시 상담자는 수료한 교육 내용을 바탕으로 인공임신중절수술에 관한 보건학적, 윤리적, 사회적 측면을 모두 포괄하는 자세한 정보를 제공해야하며, 동시에 상담내용을 기록하여 상담확인증으로 본인에게 제공하도록 하였음.

(5) 상담기록의 보존과 보호

현행	제1안
(신설)	<p>(상담기록의 보존과 보호)</p> <p>① 상담자는 상담내용 기록을 상담을 마친 후 3년 동안 보존하여야 한다.</p> <p>② 상담자는 본인 및 본인이 동의한 대리인 이외의 자에게 개인 식별이 가능한 정보가 포함된 상담내용을 제공하여서는 아니 된다.</p>

- 상담자는 상담을 종료한 후 상담한 자의 사생활을 보호하는 데 최대한의 노력을 해야 하며, 동시에 본인 및 본인이 동의한 대리인 이외에 개인 식별이 가능한 정보가 포함된 상담내용을 제공하지 않도록 하였음.

4. 모자보건법 제2안: 사회적 적응사유 조항 신설하지 않을 경우

<장점>

- 사회적 적응 사유가 법 개정안에 포함될 경우 가장 많은 논란을 일으킬 수 있는 여지가 있음.
 - 현재 사문화되어 형법의 ‘낙태죄’ 조항을 더욱 사문화하여 인공임신중절수술이 만연해질 것임.
- 사회적 적응사유를 신설하여 인공임신중절수술이 만연할 수 있는 여지를 남기는 것보다는 사회 하부 구조, 즉 사회 인프라를 구축하여 출산할 수 있는 사회 분위기를 조성하는 것이 선행 검토되어야 할 것임.

<단점>

- 사회적 적응사유를 도입할 경우 법적 상담절차를 통하여 인공임신중절수술 허용기간을 12주로 단축하고 있음.
- 사회적 적응사유를 도입하지 않을 경우 법적 상담절차를 신설할 수 없기 때문에 인공임신중절 허용기간을 12주 이내로 줄일 수 있는 근거 조항이 없어짐.

제7장 결론 및 제언

2004년 보건복지부와 고려대학교에서 『인공임신중절 실태조사 및 종합 대책 수립』을 실시하여, 현재 우리 사회에서 인공임신중절의 실태를 파악하였다. 그 후 해당 연구의 사후 연구로써 2007년 9월부터 보건복지부와 연세대학교 의료법윤리학연구소는 『부적절한 인공임신중절의 예방사업개발 및 법적정비방안 연구』를 진행하여 더 이상 간과할 수 없는 현행 모자보건법 제14조에 대해 개정안 연구에 착수하였다.

이 연구를 통해 연구진은 사회적 인프라가 절대적으로 부족한 상황에서 이를 보완할 수 있도록 부적절한 인공임신중절 예방사업을 다음과 같이 제안하였다.

첫째, 인공임신중절수술을 줄이기 위해 가장 먼저 염두에 두어야 할 부분은 육아 시설의 확충, 자녀 수당 지급, 미혼모의 주거 시설의 확충 등 사회적 인프라의 구축이 절실하다.

둘째, OECD 국가 중 매우 높은 인공임신중절수술 비율을 보이고 있는 우리나라의 상황을 고려하여 이러한 인공임신중절수술을 줄이기 위해 민간단체, 의료기관, 정부기관의 역할 분석을 통해 해결방안을 모색하였다.

셋째, 인공임신중절에 관련하여 일반인들과 전문가들이 다양한 의견을 함께 제안하고 논의할 수 있도록 개방된 논의의 장을 마련하여야 할 것이다.

마지막으로 꾸준한 홍보를 통해 인간생명에 대한 외경심을 고취하여야 할 것이다. 정부, 지방자치단체, 학계, 대중매체 등을 통해 각 연령별, 홍보 매체 등의 특성을 살린 홍보 방안을 제시하였다.

앞서 제시한 인공임신중절 예방 프로그램의 작동으로 사회 분위기를 환

기시키고, 이를 바탕으로 부적절한 인공임신중절을 예방하기 위한 법적 준비가 가능할 것이다.

인공임신중절 관련 법령은 형법, 모자보건법 등을 들 수 있다. 다양한 방식으로 관련 법령을 개정할 수 있지만, 본 연구에서는 모자보건법 제14조를 개정 방향을 제안함으로써 사문화된 인공임신중절 규정을 현실화하고자 노력하였다.

연구진이 제안하는 모자보건법 제14조 개정방향은 다음과 같다.

첫째, 유지되어야 할 조항으로는 산모의 보건의학적 사유로 인공임신중절을 시행해야 하는 경우와 윤리적 적용 사유 중 성범죄로 인하여 임신된 경우 및 혈족 또는 인척간에 임신된 경우를 들 수 있다.

둘째, 폐지되어야 할 조항으로는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우와 전염성 질환으로 인해 인공임신중절을 할 수 있는 경우이다.

셋째, 신설되어야 할 조항으로는 인공임신중절 관련 사회 인프라 마련의 근거 조항, 태아의 보건의학적 사유 및 배우자 동의 규정을 완화하는 등의 경우이다.

마지막으로 사회적 적용 사유는 이를 신설했을 경우와 신설하지 않을 경우에 구성원들에게 미칠 영향을 구체적으로 파악해야 할 것이다. 이 과정에서 사회 구성원들의 논의와 합의 하에 관련 법 조항이 신설되어야 할 것이다.

본 연구에서는 부적절한 인공임신중절을 예방하기 위한 프로그램과 이를 뒷받침할 수 있는 모자보건법 제14조의 개정 방향에 대해 제안하였다. 이를 시작으로 다양한 논의의 장이 펼쳐져야 할 것이다.

나아가 이러한 공론의 장에서 원치 않는 임신을 예방하기 위한 방법을 비롯하여 인공임신중절수술 예방을 위한 미혼모를 위한 사회복지정책과 가임기여성의 피임교육, 청소년 성교육 등의 사회적 예방 방안에 대해 좀 더 심도 있는 논의가 이루어져야 할 것으로 기대된다.

결과적으로 이 연구는 인공임신중절에 대해 사회의 관심을 불러일으키고, 새로운 공론의 장으로 마련함으로써 우리 사회의 합의를 이끌어 낼 수 있는 기회를 마련하였다는데 그 의의를 둘 수 있을 것이다.

참고문헌

- 강정식. 프랑스의 출산장려정책 현황 및 제도. 국회보. 464호. 국회사무처, 2005
- 공은배 외. 교육비조사연구. 한국교육개발원, 2001
- 국무조정실. 저출산 대책마련을 위한 정책추진 관련 행정서비스 모니터 결과 보고서, 2005
- 김기두. 낙태죄에 관한 연구. 서울대학교 법학. 1980; 20(2).
- 김명자. 저출산·고령사회 T/F활동자료집. 김명자의원실, 2005
- 김상희. 우리나라 저출산 현황 및 정책방향. 자치행정 211호. 지방행정연구소, 2005
- 김상희 외. 남녀고용평등법과 근로기준법 제5장 개정안 연구. 국회여성위원회, 2003
- 김승권, 최병호, 정경희, 이삼식, 박덕규, 박인화, 장지연. 저출산의 사회경제적 영향과 장·단기 정책방안. 한국보건사회연구원, 2002
- 김승권 외. 저출산 대비 인구정책 개발 및 범정부추진체계 수립연구. 보건복지부·한국보건사회연구원, 2003
- 김승권 외. 2000년 전국 출산력 및 가족보건실태조사. 한국보건사회연구원, 2000
- 김승권. 저출산·고령화의 경제사회적 파급효과와 정책적 대응방안. 국회예산결산특별위원회, 2004
- 김양분 외. 사교육실태 및 사교육비 규모분석연구. 한국교육개발원, 2003
- 김영환. 낙태죄의 재구성. 형사정책연구. 1991; 2(2).
- 김용익. 저출산의 현황과 정책방안. 아이 안 낳아도 돼? 그럼 우리의 미래는?. 한국가정법률상담소, 2005
- 김일수, 서보학. 형법각론. 서울: 박영사; 2002.
- 김종숙, 문유경, 김영옥, 강민정. 고용보험제도 시행 10년과 여성근로자: 여성근로자의 고용보험 수급실태와 효과분석. 한국여성개발원, 2004
- 김태현, 이삼식, 김동희. 출산력 저하의 원인: 출산행태 및 출산력 차이. 고령화 및 미래사회위원회·보건복지부, 2005

- 김현정. 자녀 양육비 결정 요인 및 영향 분석. 이화여자대학교 석사학위 논문, 1999문국진. 의료법학. 청림출판사, 1991
- 대통령정책실. 저출산·고령사회 대응을 위한 국가실천전략. 대통령자문 고령화 및 미래사회위원회, 2004
- 문숙재, 김성희. 자녀교육과 양육비용의 관련 변수에 관한 연구. 대한가정학회지, 1995
- 문화방송. MBC가족백서, 2004
- 박상기. 형법각론(제4판). 서울: 박영사; 2003.
- 박상기. 형법 개정 법률안에 나타난 낙태죄 및 간통죄, 차용석 박사 회갑기념논문집(上), 1994
- 박영숙, 김영혜. 한국여성의 생애 유형 - 저출산과 M자형 취업곡선에서의 함의. 한국인구학, 2003
- 박명선. 통일독일의 가족문제와 가족정책. 한국사회학 제33집, 1999
- 법무부. 형법개정자료, 형법개정법률안 제안서, 1992
- 법무부 편. 형사법개정특별위원회 회의록 제4권. 1988.
- 법무부 편. 형사개정자료(XIV). 형법개정법률안 제안서, 1992. 10.
- 보건복지부. 보건복지백서. 계축문화사, 1997
- 보건복지부 · 고려대학교, 인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립, 2005
- 보건복지부. 출산의욕 고취를 위한 성인지적 관심의 사회적 대처방안, 2004
- 보건복지부. 저출산대응 정책방안, 2005
- 배종대. 형법각론. 서울: 홍문사; 2002.
- 서일교. 형법각론. 박영사, 1982
- 손명세, 박민, 김기순, 김병익 등. 보건의료법학. 동림사, 2002
- 손명세, 유호중, 이경환. 의료문제에 대한 윤리와 법의 통합적 접근 : 의료법윤리학. 동림사, 1997
- 신동운, 최병천. 낙태죄 및 간통죄에 관한 연구. 한국형사정책연구원 보고서, 1991
- 신동운. 형법개정과 관련하여 본 낙태죄 연구. 형사정책연구. 1991; 2(2).
- 심영희. 인공임신중절실태 및 의식에 관한 연구. 한국형사정책연구원 보고서. 1991. 5.

- 안명옥. 출산을 제고를 위한 정책과제. 안명옥의원실, 2004
- 양동교. 저출산 대응 인구정책 방향. 한국인구학회, 2004
- 양세정. 가구원수와 가계 지출 규모. 사회과학연구 제9호. 상명대학교 사회과학연구소, 1996
- 여성가족부, 『2004 여성백서』, 2005c.
- 여성가족부, 『영국, 독일 한부모가족정책 및 시설연수보고서』, 여성가족부 가족지원팀, 2006a.
- 여성가족부, 『2006 모·부자복지사업안내』, 2006b.
- 여성가족부, 『보육시설 일반 현황』, 여성가족부 보육정책팀, 2006c.
- 여성부. 저출산 시대의 여성 정책 방향. 제19차 여성정책포럼:논단, 2003
- 여성부. 전국가족조사 및 한국가족보고서, 2003
- 여성부. 2005년 3월 세계여성 정책 보고, 2005
- 오상걸. 모자보건법(형법개정안 제135조)과 태아의 생명권. 변호사 제 26집. 1996. 1.
- 오상원. 비교법적 시각에서 본 생명의 보호가치와 보호를 위한 법제화 모델. 형사법연구. 제16권 특별호.
- 오영근. 형법각론, 박영사, 2002
- 오윤희, 『미혼모시설 프로그램 만족도에 관한 연구』, 건국대학교 행정대학원 석사학위논문, 2002.
- 우금숙. 인공임신중절에 대한 윤리적 고찰. 계명대 교육대학원, 1995
- 윤미현·이재연, 「한국 10대 미혼모의 특성에 관한 연구」, 『아동학회지』 제23권 3호, 한국아동학회, 2002, pp.149~169.
- 윤홍식. OECD 국가들의 남성 돌봄 노동참여 지원정책과 한국 가족정책에 대한 함의 : 부모부성휴가를 중심으로. 남성의 돌봄노동권리 어떻게 확보할 것인가? 토론회 자료집, 2005
- 이건정. 「사회민주주의하의 스웨덴 여성」, 『여성과 사회』 제3호, 1992.
- 이금주, 『한국의 미혼모 사회복지제도에 관한 연구』, 성균관대학교 행정대학원 석사학위논문, 1994. 6.
- 이기현. 낙태죄소고- 적응모델과 태아진단의 문제점을 중심으로. 사회

과학논총. 명지대학교 사회과학연구소 제1집. 1986.

이기현. 인공임신중절의 허용범위와 허용절차 규정에 관한 연구. 한국형사정책연구원. 1996. 6.

이동명. 법학 서설 강의. 한울출판사, 1996

이명희, 『우리나라 보호시설에 있는 미혼모의 의료이용 행태에 관한 연구』, 경희대학교 행정대학원 석사학위논문, 2000

이병렬, 『스웨덴·영국·미국의 빈곤정책』, 도서출판 양지, 2002.

이병희. 경제위기 전후 청년 일자리의 구조변화. 노동정책연구, 2002

이삼식, 「미혼모 증가문제와 정책방향」, 『보건복지포럼』 제26호, 1998. 11.

이삼식, 변용환, 김동희, 김형석. 인구고령화의 전개와 인구대책. 한국보건사회연구원, 2004

이상돈. 법철학. 동방도사, 2001

이영란. 형법상 낙태죄에 관한 고찰. 아세아여성연구 25. 아세아여성연구소. 1986. 12.

이인숙. 낙태죄에 대한 연구. 효성여대 법학대학원, 1993

이인영, 모자보건법 제14조의 재구성과 입법방향, 한국의료법학회지 제12권 제2호, 2004

이인영 외 지음, 생명보호를 위한 법정책연구, 삼우사, 2004

이정 외. 고령사회의 도래와 각국의 입법적 대응 및 현황1. 한국법제연구원, 2004

이정원. 형법각론. 서울: 법지사; 2000.

이진숙. 독일 가족복지정책의 쟁점변화 분석. 한국인구학회. 한국인구학 제27권, 2004

이진우. 인공임신중절-자유인가 아니면 살인인가?. 철학연구 제53집, 1994

윌키부부. 인공임신중절. 한국기독교학생회, 1997

장혜경, 이미정, 김경미, 김영란. 저출산시대 여성과 국가대응전략. 한국여성개발원, 2004

장혜경, 김혜경, 이진숙, 김현주, 장경화. 외국의 가족정책과 한국의 가족정책 및 전담부서의 체계화 방안연구. 한국여성개발원, 2002

장진경. 미혼남녀의 결혼관과 출산 및 자녀관에 따른 출산정책 선호도

분석. 대한가정의학회, 2005

정귀호. 이혼과 부양. 민사판례연구, 1987

정성근. 형법각론. 법지사, 1993

정순희. 가족구성원 소득분배 : 위자료 및 자녀양육비 측정에 미치는 효과. 소비자학 연구. 한국소비자학회, 1996

정옥희, 『청소년 미혼모 쉼터 이용자에 관한 연구』, 광주대학교 산업대학원 석사학위논문, 2001.

정용순, 『미혼양육모에 대한 사회적응 서비스 활성화 방안 연구』, 서강대학교

공공정책대학원, 석사학위 논문, 2002.

정은희, 『우리나라 미혼모 문제와 예방대책에 관한 연구-기정, 학교, 사회, 복지 서비스적 차원』, 명지대학교 지방자치대학원 석사학위논문, 2002. 11.

정태호. 기본권 보호의무. 현대 공법의 제조명. 고려대학교 법학연구소. 1997.

조남훈, 아시아 국가의 저출산 대책 현황과 정책적 함의. 저출산 현황과 정책적 대응방안. 고령화 및 미래사회위원회. 한국보건사회연구원. 심포지엄 자료집, 2005

조홍석. 현행 모자보건법 제14조의 형법상의 문제점과 개선방안, 2000 한국형사정책연구원. 인공임신중절의 허용범위와 허용절차규정에 관한 연구. 1996

제199회 국회(임시회) 보건복지위원회 모자보건법 중 개정법률정안 심사보고서

제217회 국회(임시회) 여성특별위원회 회의록 제1호, 2001

차용석. 사회변동과 형법. 법학논총 제11집. 한양대학교 법학연구소.

최경수 외. 인구구조 고령화의 경제적 영향과 대응과제. 한국개발연구원, 2003

최숙희 외. 저출산시대 -어떻게 할 것인가?. 삼성경제연구소, 2005

표갑수(역), A. Kadushin, Child Welfare Services, N.Y., Macmillan, 『아동 및 청소년 복지론』, 청주대학교출판부, 1994.

프랑스 대사관. 프랑스의 출산장려정책 현황 및 제도, 2005

한국교육개발원. 사교육 실태 및 사교육비 규모 분석 연구, 2003

- 한국보건사회연구원. 전국출산력 및 가족보건실태조사, 1997~2003
- 한국보건사회연구원, 『최근 외국의 사회보장』, 1992.
- 한국보건사회연구원, 미혼모의 출산·양육환경 개선을 위한 사회적 지원방안, 2006
- 한국부인회, 『미혼모실태와 미연방지에 관한 세미나』, 1993.
- 한국형사정책연구원. 형사법령제정자료집(1) 형법, 1990
- 허영. 인공 임신중절과 헌법. 공법연구 제5집. 1977
- 홍문식, 이임전, 이상영. 인공 임신중절 실태에 관한 연구 - 일부 중도시 지역의 시설기관을 중심으로. 한국보건사회연구원, 1990
- 홍성방. 인공임신중절과 헌법상의 기본가치- 미 연방대법원과 독일 연방헌법재판소판례에 나타난 인공임신중절과 헌법상의 가치의 관계를 중심으로. 서강법학연구. 제3권
- 홍성봉. 서울시 일원의 인구유산의 최근 경향. 대한산부인과학회지, 1979
- 홍완식. 독일 연방헌법재판소의 인공임신중절판결에 관한 고찰. 강원법학. 1998; 10(10).
- 황치연. 한국헌법사와 생명권인식. 한국학술정보. 2005
- 한겨레 신문, 2008.02.13, ‘낙태=범죄’ 도마위 오른 모자보건법
- 경향신문, 2008.02.19, [흐름과 소통] “낙태 자유화로 이어질 것” “범죄자 양산 없애자는 것”
- 경향신문, 2008.02.13, “법·현실 괴리... 완화해야” “낙태 자유화엔 사회 위험”
- 파이낸셜 뉴스, 2008.02.14, ‘낙태 허용범위 확대’ 논란 ‘태아의 생명권이나, 산모의 자기결정권이나.’
- 세계일보, 2008.02.13, 복지부 ‘낙태 허용기준 완화’ 추진 논란
- Brody, Baruck, Abortion and the Sanctity of Human life. 1975
- Furrow/Greaney/Johnson/Jost/Schwartz. Health Law. 1995.
- Furrow/Greaney/Johnson/Jost/Schwartz. Health Law. West Group. 2000.

Gillespie, Norman C. Discussion : Abortion and human Rights, 1977
Partial Birth Abortion Ban Act of 2003, 108th Congress, 1 st Session,
S. 3.

Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey 505 U.S.
833, 112 S.Ct 2791, 120 L.Ed.2d 674(1992).

Raimo Lahti/ 조국 역. 인간생명의 법적 보호 -핀란드의 관점-. 형사법
연구.

R. Munson/박석건·정유석 외 옮김. 의료문제의 윤리적 성찰. 단국대학교
출판부. 2001.

U.S. Code: Title 42: Section 238n.

Women Medical Professional Corporation v. Voinovich, 130 F.3d
187(6th Cir. 1997).

Wüst-Reichenbach, Landesbericht Frankreich, in : Eser, Koch, Teil I,
Schwangerschaftsabbruch, S. 524.

<http://laws.findlaw.com/6th/970336p.html>.

부록 1.

미혼모 시설 방문
일지

미혼모 시설 방문

- 구세군서울여자관 -

- 일 시: 2007년 9월 19일 화요일
- 방문자: 구나영, 이은영
- 담당자: 신현숙 사회복지사
- 장 소: 서울 서대문구 천연동 117-1

1. 연 혁

- 1926.06.21 : 구세군대한본영에 의하여 서울 서대문구 천연동 117-1호에 여성복지 시설로 설립
- 1950.06.25 : 6.25 동란으로 임시휴관
- 1954.05.22 : 수도 서울의 복구와 함께 다시 개관하여 서울특별시 장으로부터 부녀사업 시설인가를 받음
- 1966.12.01 : 부녀보호지도서 설치 허가
- 1971.10.21 : 본관개축
- 1993.02.23 : 신축관계로 임시주거지 총정로(구 아현 영문)1가 58번지로 이사
- 1993.11.27 : 준공, 개원예배 (건평811.2m 대지 2321.48m)
- 1993.12.10 : 서울시 서대문구 총정로에서 현 소재지 서울시 서대문구 천연동 117-1번지 신축건물로 이전
- 2004.12 : 지하강당, 식당 리모델링
- 2005.12 : 화장실 및 휴게실 ‘미인룸’ 리모델링

2. 방문 사진

<p style="text-align: center;">전경</p> 	<p style="text-align: center;">입구</p> 
<p style="text-align: center;">강당</p> 	<p style="text-align: center;">컴퓨터실</p> 
<p style="text-align: center;">상담실</p> 	<p style="text-align: center;">공부방</p> 
<p style="text-align: center;">숙소</p> 	<p style="text-align: center;">휴게공간</p> 

3. 진행 프로그램

프로그램명	내용	대상
진로교육	<ul style="list-style-type: none"> • 정보화교육 • 홈페이지 • 검정고시 대비반 • 진로탐색 프로그램 	본원의 입소생
일반교양	<ul style="list-style-type: none"> • 서예교육 • 풍선아트 • 생일잔치, 백일잔치 • 영어, 중국어 회화 	본원의 입소생
자아성장	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강검사 • 성격검사(MBTI) • 	본원의 입소생
상담프로그램	<ul style="list-style-type: none"> • 개별상담 • 새식구 적응 프로그램 • 산모집단 • 집단상담 • 미술치료 • 가족모임 	본원의 입소생
보건위생교육	<ul style="list-style-type: none"> • 성교육,소방,에이즈 교육 • 임신부체조 • 열치료, 혈압, 소변검사 	본원의 입소생
기타행사	<ul style="list-style-type: none"> • 양육모 집단 프로그램 • 나들이 프로그램 • 입양아 방문단 미팅 • 하계수련회 • 문화, 공연 관람 	본원의 입소생

4. 직원 현황

계	시설장	사무국장	상담원	간호사	생활지도원	취사
8명	1명	1명	3명	1명	1명	1명

- 밤에는 자격증있는 관리사 근무
- 간호사, 상담원 출퇴근
- 상담원, 간호사는 당직과 부당직을 1달에 2번씩 함

5. 시설입소 방법

- 입소방법
 - ✓ 입소시 인터넷, 전화, 부모님과 방문상담 후 입소
- 입소대상
 - ✓ 법적으로 혼인신고 되어있지 않은 상태에서 임신한 미혼모
 - ✓ 무상으로 진료와 출산이 가능
 - ✓ 첫임신반과 중절경험반으로 나뉘어짐
 - ✓ 주로 20대 초,중반이 가장 많음 10대, 30대도 있음
- 입소동기
 - ✓ 임신 사실을 모르는 경우
 - ✓ 인공임신중절시점을 놓인 경우
 - ✓ 인공임신중절비용이 없어 인공임신중절을 못한 경우
 - ✓ 미혼부가 책임을 회피한 경우

- 입소시기
 - ✓ 임신 6주경부터 입소문의,
 - ✓ (단체생활이 길어지면 힘들어질수있기에) 6~7개월경 입소 가능

- 입소기간
 - ✓ 보통 임신 7~8개월경 입소 후 1년까지 체류가능
 - ✓ 출산후 기술개발하면서 체류가능

6. 시설운영

- 프로그램 진행관련
 - ✓ 학원비는 고용보험지원으로 무료수강가능함

- 운영시의 애로사항
 - ㉠ 고아원보육시설 +미혼모시설 ⇒ 주민들의 반대, 주변의 차가운 시선
 - ㉡ 심성훈련시에 비싼 외부강사초청료 ⇒ 후원금 필요함
 - ✓ 시설에서는 당면한 과제(기저귀, 분유구입등) 해결로 인해 자금투입어려움.
 - ✓ 후원금이 많지 않아 보육시설의 후원금을 나눠쓰는실정

- 생활
 - ✓ 한방에 4명정도 연령을 섞어서 생활함

- 시설안내
 - ✓ 지하 - 강당,식당
 - ✓ 1층 - 사무실, 컴퓨터교육실
 - ✓ 2층 - 숙소
 - ✓ 3층 - 교회

- 상담
 - ✓ 개별상담 - 주1회, 입양 or 양육상담 수시
 - ✓ 집단상담 - 입소시기 비슷한 경우, 산모 집단상담

- 입양과 양육
 - ① 입양
 - ✓ 출산후 3일에 아이는 위탁모에게 보내지고 미혼모는 혼자 시설로 돌아옴
 - ✓ 미숙아나 장애아기 치료후에 입양가능
 - ② 양육
 - ✓ 20~30대 경우 양육하는 경우가 많음
 - ✓ 입소시 80% 진로결정후 입소, 20% 생활하면서 결정진행

- 운영비 보조
 - ✓ 공동모금회, 늘푸른여성지원회등에 1년단위 프로젝트 지원하여 진행

- 출산
 - ✓ 국립의료원과 연계
 - ✓ 예정일 임박하면 외출금지

7. 개선되어야 할 점

- 인공임신중절결정시에 상담 프로그램과 상담 매뉴얼 필요함
- 미혼부에 법적 책임 필요
- 미성년자 경우 부모가 책임지도록 법으로 규제, 보호 필요
- 미성년자 경우 다시 학교로 돌아갈 수 있도록 보호 필요
- 입양과 양육하는 인원의 공동 생활로 인한 입양 보낸 이들의 심적 부담문제
- 막연하게 입소하는 미성년 양육모를 위한 정보 프로그램을 마련해야함

부록 2.

전문가 자문회의
회의록 주요 내용

I. 제1차 전문가 자문회의 회의록 주요 내용

- 일 시: 2007년 11월 9일 (금) 오후 3시
- 장 소: 보건복지부 평촌별관 10층 회의실
- 참석자: 강중구(대한산부인과의사회), 김해중(고려의대), 박숙자(경기도가족여성개발원), 박재현(인공임신중절반대운동연합·경희의대), 배은경(서울대 여성학협동과정), 옥복연(서울대 여성학연구소), 유경희(여성민우회), 이인영(홍익법대), 정신숙(인구보건복지협회), 한정열(관동의대), 김혜선(보건복지부 출산지원팀), 김기석(보건복지부 출산지원팀), 김소윤(연세의대), 구나영(연세대 의료법윤리학연구소), 이은영(연세대 의료법윤리학연구소)

1. 용역 연구의 방향

1) 인공임신중절에 관한 근본적인 물음에 관한 논의가 필요함.

- 모자보건법 개설 이후 모자보건법 14조가 단 한 차례도 개정되지 않았던 배경을 살펴보고, 인공임신중절이 행해지고 있는 근본적인 문제를 먼저 연구해야 할 필요가 있음.
- 인공임신중절에 영향을 끼치는 우리나라 문화적 특성 및 다양한 요소를 살펴보고 이를 토대로 인공임신중절을 줄일 수 있는 방안을 모색해야 할 것임.
 - 보건사회연구원에서 발표한 출산에 관한 연구보고서에 따르면 기

혼여성의 인공임신중절 이유는 터울 조정의 이유가 대다수를 차지함. 이러한 내용으로 미루어보건데 인공임신중절의 근본적인 문제는 사회적으로 인공임신중절이 행해질 수 밖에 없는 이유를 먼저 파악하는 것이 급선무임.

2) 형법과 모자보건법의 관계 설정

- 형법에서는 인공임신중절을 엄격하게 금지하고 있으나 의료법의 한 영역인 모자보건법에서는 인공임신중절허용사유를 두고 인공임신중절을 허용하고 있음.
- 형법과 특별법인 모자보건법의 입법체제가 적절한지의 여부를 파악하고, 나아가 형법의 개정방향도 함께 고려하는 것이 필요함.
- 모자보건법 14조가 개정된다고 할지라도, 형법에서는 여전히 낙태죄를 규정하고 있는 체계가 될 것임.
 - 형법은 인공임신중절을 일정정도 허용하도록 개정되어야 할 것임.
- 법 적용대상자를 고려하는 문제도 함께 사료되어야 함.

2. 인공임신중절 실태

1) 법 상 인공임신중절 시술

- 현재 인공임신중절시술은 법의 테두리 밖에서 행해지고 있는 실정이므로 이를 정비하여 인공임신중절 건수를 줄이는 사회적 제도가 필요한 것으로 보임.
 - 현재 법 상으로는 모든 인공임신중절이 법 상으로 합법화될 소지가 있음.
 - 모자보건법 시행령과 전염병예방법에서 규정하고 있는 법정 전염병 요인을 가진 태아는 모두 인공임신중절 대상이 되는데, 이는 나

- 아가 모든 인공임신중절을 합법화하는 것으로 해석할 수도 있음.
- 현재 모자보건법은 사문화된 것이라고 보아도 무방할 것 같음.
- 임신주수에 따라 인공임신중절 비용은 주수별로 다른 것으로 파악되고 있음.
 - 4주 10만원, 18주 300만원까지 매우 다양함.

2) 청소년 인공임신중절 시술

- 산부인과에서 인공임신중절 시술을 받는 경우는 대부분 기혼 여성들이며, 청소년들은 조산원을 통해 인공임신중절 시술을 행하는 것이 빈번하므로 청소년 인공임신중절에 좀 더 많은 연구가 필요할 것으로 사료됨.
 - 인공임신중절계 조성: 1만원씩 돈을 모아 인공임신중절을 위한 자금을 마련하고, 조산원을 불러 여관 등에서 인공임신중절을 시술하고 있는 실정임.
- 인공임신중절을 불법으로 시술하는 청소년은 인공임신중절에 관한 성교육 즉 인공임신중절 혹은 피임에 관한 교육이 부재한 경우가 대부분임.
- 청소년들은 피임에 대한 인식이 없음에도 불구하고 충동적으로 성관계를 갖고 있음.
 - 피임을 하지 않은 경우 임신이 되면 인공임신중절로 마무리 되는 실정임.
- 청소년의 인공임신중절 허용 사유를 마련하고, 사회적 지원이 마련되어야 할 것임.
 - 청소년의 경우 4-5개월이 지난 후 임신여부를 확인하게 됨.
 - 사회적 안전망이 마련되지 않은 상황에서 무조건 인공임신중절을 막게 된다면, 많은 부작용이 예상됨.
 - 청소년을 위한 인공임신중절 허용 사유를 마련하고, 이러한 청소년

년을 도와줄 수 있는 원 스탑(one-stop) 서비스가 마련될 필요가 있음.

- 여성민우회에서 운영하고 있는 ‘성폭력 상담실’에 전화가 오는 여성 청소년은 임신을 하고 부모에게 알리지 못해 오는 경우가 대부분임.
 - 이 경우 인공임신중절을 원하는 청소년은 상담원과 함께 경찰병원 등에서 인공임신중절 수술을 받음.
 - 청소년의 경우 인공임신중절을 해야하지만, 인공임신중절 시술을 해주는 병원을 찾는 것은 매우 힘든 실정임.

3) 여성의 권리 논의

- 임신을 거의 100% 여성의 책임으로 간주하는 경우가 대부분이며, 임신 지속 여부를 여성 혼자 결정을 내려야하는 실정임.
 - 인공임신중절을 합법적으로 되어 있지 않기 때문에, 사회적 안전망이 형성되어 있지 않은 현 상황에서 여성은 음지에서 개인의 책임으로만 인공임신중절을 시술하고 있음.
- 인공임신중절 시술을 합법화함으로써 인공임신중절을 법적 토대를 마련하여 국가가 규제할 수 있는 토대를 마련해야 할 것임.
 - 법의 테두리 내에서 여성의 인권을 보장 받을 수 있을 것이라 사료됨.
- 인공임신중절 시술을 결정하는 데 있어 여성은 단독 결정을 하는 것이 대부분이며, 이러한 여성을 위한 사회적 제도와 안전망을 설정하는 것이 매우 시급한 사안임.

4) 의료기관 및 의료인의 실태

- 환자가 인공임신중절 결정 여부 확인

- 관행적으로 1주일 정도의 유예기간을 두고 인공임신중절에 대해 다시 한번 고려해보도록 유도하고 있음.
- 우리 의료 체계가 환자 중심의 시스템이며, 의사는 이러한 환자를 위해 최선을 다하고 있음.
 - 경제적 목적을 달성하기 위해 환자를 의도적으로 인공임신중절을 권유하는 의사는 없을 것임.
- 기형아의 인공임신중절 결정
 - 언청이의 경우 임신 20-24주에 초음파로 확인하여 발견되면, 임부는 인공임신중절을 원하며, 의사의 입장에서 인공임신중절을 적극적으로 막을 수는 없음.
 - 기형아의 분류가 무뇌아처럼 확실한 경우를 제외하고는 분류가 매우 애매한 것이 사실임.
 - 우리나라에서는 다운증후군 아기의 경우 임신중절 사유가 되지 않음에도 불구하고, 인공임신중절 시술이 빈번함.
 - ✓ 외국의 경우 다운증후군 아기로 판명을 받아도 아기를 분만하면 사회적 안전망이 잘 되어 있기 때문에 부모의 부담이 크지 않은 반면, 우리나라의 경우 이러한 사회적 시스템이 부재한 상태에서 인공임신중절수술을 금지하는 논의는 공허한 것으로 사료됨.

5) 사회적 제도의 부재

- 여성의 인권을 보장해줄만한 사회적 안전망이 정착화 되어 있지 않음.
- 인공임신중절을 원하는 경우 미성년자나 의료정보나 경제적인 면, 지식적인 면에서 소외된 계층이 매우 많음.
 - 이들을 위한 지원이나 대책이 필요하며, 올바른 정보를 제공할 수 있는 상담소 운영이 필요할 것으로 사료됨.

3. 법 조항 개정

1) 적응사유

① 보건의학적 적응사유

- 가장 우위에 두는 것이 적절함.

② 사회 또는 경제적 사유

- 청소년 인공임신중절, 기혼여성 인공임신중절, 경제적 사유에 의한 인공임신중절에 대해 우리 사회에 어떻게 수용해야 할 것인가에 대해 연구되어야 할 것임.
- 청소년 등에게 임신을 강요한다는 것은 성교육도 제대로 이루어지지 않은 상황이고, 미혼모 사회시설 및 제도도 정착되지 않은 상황에서 임신을 강요할 수는 없음.
- 선진국의 선례에서처럼 인공임신중절을 막고자 하는 법률만으로는 인공임신중절이 줄어들지는 않을 것이므로 여성의 인권이 저촉 받지 않는 적절한 영역에서 사회·경제적 사유를 법 개정안에 포함해야 할 것임.

2) 상담기관

① 상담절차의 법적 적합성 여부

- 현재 의료현장에서는 관행적으로 1주일 간의 유보기간을 두고 임부에 대해 인공임신중절 여부를 결정하도록 유도하고 있음.
- 상담은 익명성을 요구하는데, 만약 법으로써 상담절차를 규정한다면 이는 인권침해 문제로 대두될 수 있음.

② 상담절차의 문제점.

- 병원에 인공임신중절 시술을 위해 방문하는 임부의 경우 50% 정도는 인공임신중절 시술 상담을 받고 오는 경우임.
 - 임신인 줄 모르고 감기약, 변비약을 먹고 오는 경우가 대부분이며, 이들의 경우 주변에서 인공임신중절을 권유하는 경우가 많음.
- 의료진의 경우 임부에 대해 충분한 정보를 획득하기 힘들기 때문에 환자에 대해 책임을 질 수 있는 상황은 아님.

③ 상담절차의 방안

- 인공임신중절을 선택하는 사람들에게 자발적으로 참여를 유도하는 구체적인 정보를 줄 수 있는 상담이 필요함.
- 법적으로 규제하기 보다는 홍보를 통해 자발적인 선택이 이루어질 수 있도록 도와주는 기제가 필요함.

④ 상담 내용

- 인공임신중절에 관련된 내용 뿐 아니라 분만 후 도움을 받을 수 있는 내용, 사회적 지원제도 등에 관한 매우 실질적인 정보가 전달될 수 있도록 상담 매뉴얼을 작성해야 할 것임.
- 상담의 경우 시급한 사안이기 때문에 빠른 시일 내에 실행될 필요가 있음.
 - 임부 본인은 인공임신중절 시술을 원하지 않으나, 주변인으로 인해 인공임신중절 시술을 받는 경우에 이들을 도와줄 수 있는 사회적 제도가 필요할 것으로 사료됨.
- 의료인으로서 임신을 강요하는 것은 힘든 일이므로, 시스템적으로 약물 등에 대해 올바른 정보를 제공할 필요가 있음.

⑤ 상담기관의 위상

- 국가 주도 혹은 민간 주도로 이루어질 수 있을 것임.
- 국가나 상위 상담기관의 권위 하에 통제가 되어야 할 것임.

3) 인공임신중절 허용 기한 의견

- ① 본인요청에 의한 인공임신중절
 - 12주 내지 13주 내에 본인 요청에 의한 인공임신중절이 가능해야 할 것임.
- ② 사회경제적 사유
 - 12주 제한
- ③ 그 외 적응사유
 - 10주로 제한

4) 시술의사와 확인의사에 관한 의견

- ① 시술의사와 확인의사를 나누는 것을 어떤 기준으로 나누어야 적절한지 매우 애매함.
- ② 프라이버시 침해 가능성
 - 인공임신중절 시술은 임부에게 숨기고 싶은 사실임에도 불구하고 의사 2명에게 노출될 경우 프라이버시 침해가 될 소지가 있음.

5) 배우자 동의 규정

- ① 여성의 독립적인 의사결정 주체로 인정 필요

- 청소년, 기혼, 미혼 등으로 나누어 생각하는 것은 가부장적인 사고 방식으로 생각됨.
- 배우자 동의 없이 여성이 주체로서 판단할 수 있도록 동의규정을 삭제해야 함.

② 배우자 동의규정은 현실을 반영하고 있지 못함.

- 혼인한 기혼 여성의 경우 배우자의 동의가 필요하겠지만, 미혼인 경우 정자 제공자의 동의가 필요한 지 여부는 잘 모르겠음.

6) 의료기관 지정

- 인공임신중절 시술을 하는 의료기관에 국세를 지원하는 것은 갈등의 소지가 많을 것이며, 거부 반응이 많을 것임.
- 미국의 경우 연방기금으로 운영되는 병원에서는 인공임신중절 시술을 하지 않음.
- 피임교육에 투자하는 것이 보다 효율적인 결과를 창출할 것으로 기대됨.

7) 기타 의견

① 우생학 조항 삭제

- 우생학 조항은 일본법을 그대로 가져와 사용한 것으로써 우리사회와 맞지 않으므로 삭제되는 것이 적절함.

② 유전학적 스크리닝 허용여부 조항 신설

③ 현 14조항 폐지 후 새로운 법조항 신설

- 현재 법규정을 폐지하고, 새로운 틀로써 신설하는 것도 생각해 볼만함.
- 인공임신중절이 진정으로 필요한 경우를 순위를 매기고, 그를 토대로 법 조항을 신설할 수도 있음.

II. 제2차 전문가 자문회의 회의록 주요 내용

- 일 시: 2007년 11월 23일 (금) 오전 7시 30분 - 오전10시
- 장 소: 서울팔래스호텔 2층 일식당 다봉
- 참석자: 김해중(고려의대), 김현철(인공임신중절반대운동연합), 박상은(샘안양병원), 유경희(한국여성민우회), 선재희(한국방송공사), 옥복연(서울대 여성학연구소), 최안나(아이온산부인과), 한정열(관동의대), 이인영(홍익법대), 이일학(가톨릭의대), 김기석(보건복지부), 김혜선(보건복지부), 신순철(인구보건복지협회), 정신숙(인구보건복지협회), 손명세(연세의대), 김소윤(연세의대), 이은영(연세대의료법윤리학연구소), 구나영(연세대의료법윤리학연구소)

1. 용역 과제의 지향점

- 형법과 모자보건법과의 관계
 - 지난 회의 시 논의되었던 근본적인 문제는 지양하겠지만, 형법과 모자보건법과의 관계를 설정하는데 있어 다시 한번 검토를 하였음.
- 모자보건법 14조 개정안의 지향점.
 - 현실 상황을 반영하여 다수의 합의를 이끌어낼 수 있는 모자보건법 14조 개정안을 만드는 것이 본 연구의 목적임.
 - 인공임신중절의 현실을 개선할 수 있는 지향점을 논의하고, 이를

해결할 수 있는 방안 모색

- 사회경제적 사유의 인정여부 및 개정안 반영 여부
 - 절차 개선의 문제 및 인공임신중절허용주수 축소 여부
 - 산모와 태아를 구분하여 인공임신중절 인정 예외 기준을 인정할 것인지 여부
 - 인공임신중절허용사유외의 절차를 정비하여 산모와 태아의 입장에서 인정할 수 있는 합리적인 논의 필요.
- 위의 문제를 논의를 하고 합의점을 찾는다면, 인공임신중절 문제에 관한 대안 모색이 가능할 것으로 사료됨.

○ 정책 제언

- 위의 문제가 모두 논의가 되고 합의가 이루어졌을 경우를 가정하여 다음과 같은 정책 제언이 가능할 것임.
 - 인공임신중절 결정 시 ‘태아 후견인 제도’ 활성화
 - 출산 시 지원대책
- 정책에 따른 시범 적용 및 시뮬레이션을 통해 전국적으로 확산할 수 있는 전략을 계획할 예정임.

2. 현행 모자보건법 14조에 관한 전문가 의견

○ 현실과 괴리를 가진 사문화된 법

- 생명 존중을 기본 정신으로 하고, 의학에서는 이를 순응한다고 볼 수 있음.
- 이를 바탕으로 하여 법을 지키는 것은 아무런 문제를 야기하지는 않지만, 법에 대한 반의를 품고 법을 지키는 것에 대해 의문을 표하는 것이 현실임.

○ 태아의 권리 인정 여부 논의 간과

- 태아의 권리 인정여부에 관련된 근본적인 논의가 누락되어 있음.
 - 생명윤리및안전에관한법률, 모자보건법 등 각각에서 생명의 시작점을 다르게 보고 있음.
 - 교통사고 시 태아 사망은 사망으로 인정하지 않으며, 출산 전에는 위자료를 받을 수 없음.
 - 이와 같은 현실에서 생명의 시작점에 관한 논의가 이루어지고 합의를 이루고 난 이후 법률에서 이를 반영하는 것이 필요할 것이라 생각됨.
 - 태아권리 기준에 관한 합의를 중심으로 큰 틀을 조율할 필요가 있음.
- 태아를 사람으로 인정여부에 관한 합의 필요
- 민법과 형법에서 사람으로 인정하는 기준이 다른 실정임.
 - 시대 상에 역행하지 않는 현 사회를 반영하는 개정안이 필요할 것으로 사료됨.
- 용역 연구 과제의 지향점
- 인공임신중절 허용기준의 명확한 논의 필요
 - 인공임신중절 금지기준 설정 여부 논의 필요
- 다수의 합의를 이끌어 낼 수 없는 부분은 과감히 삭제하고 논의를 시작하여 합의를 이끌어 낸 이후 개정방안을 잡아가는 것이 필요함.
- 인공임신중절이 가능한 사례를 각 전문가의 의견을 수렴하여 사례별로 논의를 하여 합리적인 기준을 세우는 작업도 필요함.
- 현 모자보건법 14조에 국한하지 않고, 현 시대상을 반영할 수 있는 새로운 법안을 만드는 작업도 고려해볼만함.

- 인공임신중절반대운동 뿐만 아니라 생명존중운동도 반영이 되어 생명 존중을 기초로 하여 법안이 작성되어야 할 것으로 생각됨.

3. 인공임신중절 허용 주수 축소 논의

- 현행 28주에서 20주로 축소에 관한 한 동의 여부 확인
 - 지난 제1차 회의 시 20주로 축소하는 것이 바람직하다는 의견이 있었으나 구체적인 문제에 관해 합의는 이루어지지 않았음.
- 다운증후군 혹은 무뇌아의 경우 20주까지 제한하는 것은 난처한 경우가 있음. 따라서 23주 혹은 24주의 시간이 필요한 것으로 사료됨.
- 태아생명권 논의에 있어 손쉽게 인공임신중절을 결정하는 사례는 없음. 청소년의 경우 임신에 대한 무지로 임신이 지속되는 경우가 많으므로 이러한 상황을 염두에 두어야 할 것임.

4. 임신 지속에 관한 정부지원 여부

- 사회경제적 사유로 인공임신중절을 할 수 밖에 없는 상황에 놓인 여성의 경우 정부 지원 여부 논의
 - 임신 지속에 관한 예산 확보가 가능하다면 좀 더 현실적인 대안이 나올 수 있을 것이라 기대함.
- 현재 각 정부부처에서는 다양한 저출산 대책을 마련하여 시행 중에 있음.

- 현재 상정 된 모자보건법 개정안에는 가임기 여성의 건강권 보호에 관련된 내용이 포함되어 있음.
 - 여성의 건강권 보호를 목적으로 지자체를 통한 활발한 성교육 등을 실행하기 위한 내용을 담고 있음.
 - 현재 진행 중인 모자보건법 14조에서 규제 내용 뿐 아니라 인공임신중절 예방을 위한 지자체 역할을 포함할 수 있을 것이라 기대함.
 - 개정된 모자보건법 14조에서 제안될 정책 제안을 포괄적으로 담아야 이를 관할하는 새로운 부처도 생길 수 있을 것임.
- 이러한 내용은 보건복지부 뿐 아니라 여성가족부 등 타 부처와의 합의도 필요함.
- 보건복지부는 모자보건법 14조와 관련하여 제안되는 정책 제안에 대해 활성화하는 데 그 목적을 두어야 할 것으로 사료됨.

5. 태아와 산모의 구분 여부

- 태아와 산모를 구분하는 것은 불필요함.
- 보건의학적, 유전학적 질환이 있는 경우에만 태아와 산모를 나누는 것이 가능하며, 그 외는 산모와 관련된 부분임.
- 여성의 약물복용 후 인공임신중절 상황은 매우 조심스럽게 접근해야 함.
- 결과발생이 없는 상황에서 태아의 생명을 침해할 수 있는 경우는 과학적으로 규명된 경우에만 가능할 것임.
 - 약물 복용 후 대부분 잘못 제공된 정보를 토대로 인공임신중절 결정을 하고 있는 실정임.
 - 이 부분은 많은 홍보가 필요하고, 법 개정안에도 반드시 반영되어야

할 부분이라 사료됨.

- 현 법률 내에 태아 관련 사유는 없음.
 - 단지 태아를 걱정하는 산모의 사유만 있을 뿐 태아 자체를 고려하고 있지는 않음.
- 유전학적 스크리닝의 경우도 약물복용과 같은 민감한 사안이기 때문에 산전검사 등 세부사항으로 논의하는 것을 고려해보아야 함.
- 약물복용은 태아의 문제라기보다는 사회경제적 사유로 보는 것이 타당함.

6. 임신의 지속의 여성의 정신 건강에 현저한 영향을 끼칠 경우

- 건강은 신체적 건강과 정신적 건강으로 나눌 수 있음.
 - 여성의 정신적 건강 이상으로 아이를 양육할 수 없을 경우 이는 신체적 건강과 동일한 선상으로 응급한 상황으로 보아야 할 것임.
- 임신의 지속이 여성의 정신적 건강에 지대한 영향을 끼칠 경우 인공임신중절을 가능여부에 관해 논의가 필요함.
 - 임신의 지속으로 여성의 정신적 건강이 위협을 받는다는 것을 증명하는 것이 대단히 어려움.
 - 임상 현장에서는 이러한 여성을 진단하려고 노력을 하고 있지만 진단이 쉽지는 않음.
 - 다른 국가들을 보았을 때 대부분 정신적 건강을 위협하는 경우 인공임신중절을 허용하고 있음.

○ 정신적 건강까지 포함하면 인공임신중절의 허용범위는 매우 포괄적으로 될 수 있음.

7. 우생학적 사유에 관한 논의

○ 우생학적 사유는 보건의학적 사유와 함께 논의되어야 할 부분으로 고려되지만, 우리나라의 현실에서는 사회경제적 사유로 보는 것이 타당함.

- 우리나라의 경우 뱃속에 있는 태아 이상이 발견되면 엄격하게 인공임신중절을 하고 있음.

· 다운증후군의 경우는 건강보험 재정으로 스크리닝이 가능함.

- 이러한 상황으로 본다면 다운증후군 등의 인공임신중절을 막아야 할 것으로 사료됨.

○ 현 법률 상 부모가 유전학적 장애가 있으면 장애 여부와는 상관없이 뱃속의 태아를 인공임신중절하는 것이 허용됨.

- 이 부분도 대폭 수정해야 할 필요가 있음.

○ 우생학적 사유는 삭제되어야 할 것임.

○ 태아가 유전적 질환을 가진 기형의 경우, 태어나서 생명을 유지할 수 없는 무뇌증과 같은 경우, 심각한 심장 기형을 발견했을 경우 주수에 관계없이 인공임신중절을 허용할 수 있음. 단, 유전적 질환은 삭제하는 데 합의함.

8. 태아의 유전적 검사의 필요 여부

- 생명윤리및안전에관한법률에서는 태아유전자검사 항목이 60여개로 지정하고 있음.
 - 네덜란드의 경우 유전자 검사를 법적으로 하지 못하게 되어 있음.
 - 산전검사가 매우 세분화되고 발달이 되어 40-50세가 되어 야기될 수 있는 질병까지 알 수 있는 실정임.
 - 태아의 유전적 질병을 알면서 인공임신중절을 금지하는 것은 여성에게 많은 부담을 야기하므로 사회적 합의를 얻어 산전검사를 제한적으로 하고 있는 것이 세계적 추세임.

- 인공임신중절과 관계없이 태아의 유전적 검사는 필요하지만, 현재의 60여개의 질병명을 축소해야 할 것임.
 - 유전자계 등 2세대를 뛰어넘어 나타날 수 있는 유전 질병을 판단하는 유전진단을 통해 태아의 출산여부를 고민해야 함.
 - 단, 이 과정에서 건강한 아이를 출산할 수 있도록 도와주는데, 보험급여를 사용해야 할 것임.

- 유전 검사 상담 등을 통해 부모가 사전에 아이의 유전 질병을 알게 하고, 준비할 기회를 주어야 할 것임.
 - 만일 산전검사를 제한하고, 적절한 정책이 뒷받침되지 않는다면 담당 의사들이 소송에 휘말릴 가능성이 매우 높음.

9. 산부인과 의사들을 위한 인센티브 지급 고려

- 의사가 적극적으로 환자가 출산할 수 있도록 노력하여도 소송에 휘말리는 등 어려운 처지에 있음.
 - 경우에 따라 인공임신중절을 시행하는 것이 법적으로 문제가 되지 않는 상황이 다수임.

- 의사의 환자를 임신지속으로 이끄는 상담과정에 상담료가 전혀 없음.
 - 현실에서 아이에게 문제가 생기면 진단하지 못한 의사의 책임을 묻는 것이 현실임.

10. 미혼과 기혼 여성의 분리

- 인공임신중절을 고려하는 미혼 여성의 상담전화를 받으면 현실적으로 정자제공자를 찾을 수 없는 경우가 허다함.
 - 이런 무책임한 행동을 하고 있는 상황에서 인공임신중절 권리를 내세우는 것은 논리에 맞지 않음.
 - 상담제공을 통해 인공임신중절에 관련한 여성의 다양한 이유를 수집한 이후 미혼 여성이 단독으로 판단할 수 있는 기회를 제공해야 할 것임.
- 보건의학적 사유로 여성이 인공임신중절을 고려하는 기혼여성의 경우 남편의 동의가 없으면 불법인 상황
 - 모든 인공임신중절이 가능한 적응사유에 항상 동의가 있어야 한다면 이러한 경우는 여성의 생명이 위협받을 수도 있음.
- 임상 현장에서 기혼 여성에게 임신을 강요하는 남편이 존재함.
 - 이런 경우 여성과 아이 모두에게 이득이 없는 경우가 허다함.
 - 동의 규정을 법적으로 강제할 필요는 없음.

11. 정책적 절차에 관련된 논의

1) 상담 제공

- 위에서 언급한 내용들을 포함하여 집행하기 위해서는 합리적인 정책적

절차가 고려되어야 할 것임.

- 사회경제적 사유에 관련된 내용을 인공임신중절 허용 기준으로 세우고, 그 이후 사회적 합의를 이끌어 내어 합리적 사회적 절차를 세우는 것이 필요함.
 - 엄격하게 절차를 만든다면, 현재와 같이 사문화될 가능성이 있음.
- 상담과정에 있어서 pro-choice와 pro-life들 간의 다양한 상담 제공하여 선택의 기회를 제공함.

2) 태아 후견인 제도

- 사회경제적 사유가 논의되고, 이를 반영하였을 경우 태아 후견인 제도와 같은 제도가 실질적으로 활용될 수 있을 것임.
 - 제도의 이름에 따른 것이 아니라 사문화되지 않고, 여성에게 선택권을 제공할 수 있기 위해서는 사회경제적 사유가 적극적으로 반영되어야 할 것임.

III. 제3차 전문가 자문회의 회의록 주요 내용

- 일 시: 2007년 12월 14일 (금) 오전 7시
- 장 소: 서울팔래스호텔 3층 일식당 다봉 로즈룸
- 참석자: 김해중(고려의대), 김현철(인공임신중절반대운동연합), 옥복연(서울대 여성학연구소), 서정애(이화여대), 최안나(아이온산부인과), 한정열(관동의대), 이일학(가톨릭의대), 김기석(보건복지부), 홍은주(보건복지부), 신순철(인구보건복지협회), 정신숙(인구보건복지협회), 손명세(연세의대), 김소윤(연세의대), 이은영(연세대 의료법윤리학연구소)

1. 첨부된 전문가 의견에 대한 보충설명

(1) 이윤상 부소장 (한국성폭력상담소)

- 사회경제적 사유에 대한 논의가 충분하지 않음.
 - 포괄적인 규정이 매우 절실한 상황임.
 - 임상 현장에서 의사들이 입증할 수 없는 강간으로 인한 임신에 대해 인공임신중절을 시행해야 하는 고충이 있음.
 - 경찰병원 의사들이 고소를 당하는 경우도 있었음.
- 모자보건법 제14조 규정 뿐 아니라 형법 (낙태죄) 조항 개정도 절실함.

(2) 옥복연 연구원 (서울대 여성학연구소)

- 청소년 중심으로 전문가 의견을 피력하였음.
 - 청소년의 경우 인공임신중절을 하기 위해 수단을 가리지 않는 상황임.
 - 보호자와 동행하여야 인공임신중절이 가능하기 때문에 부모에게 임신 사실을 숨긴 후 친구들과 인공임신중절을 해결하려는 성향이 강함.
- 청소년을 대상으로 하는 상담체계도 논의되어야 할 사안으로 고려됨.

(3) 문익옥 교수 (이화여대)

- 가톨릭의대 이일학 강사가 제안하는 14주 이전에 자발적 동의를 통한 인공임신중절 허용은 대부분 찬성함.
 - 허용사유를 목록화한다면 현실과 괴리되는 부분이 많을 것으로 사료되므로, 자세한 부분까지 목록화한다는 것이 현실적으로 불가능함.
 - 임신부가 자발적 판단을 하도록 시간을 주고, 자발적 동의를 하는 것도 좋은 대안으로 생각됨.
- 청소년 임신에 대한 논의가 필요함.
 - 청소년이 임신을 할 경우 청소년은 양육할 경제력을 가지지 못함.
 - 나아가 학교에서 자퇴를 하게 되고, 학업을 더 이상 수행할 수 없음.
 - 아이를 돌볼만큼의 경제력을 지니지 못하여 인공임신중절을 시행하게 됨으로써 제2의 범죄자로 낙인찍힐 수도 있음.
- 청소년 상담의 경우 빠른 시일 내에 빠른 판단을 내릴 수 있도록 해야 할 것임.

2. 전문가 자문 의견으로 한 논의 사항

(1) 여성의 요구로 인공임신중절이 가능한지 여부

- 이일학 선생이 제기한“14주 이전 인공임신중절은 여성의 자발적 동의로 이루어져야 함. 14주 이후에는 상담절차를 거쳐 인공임신중절을 허용함”을 중심으로.

○ 임신 초반기 여성의 인공임신중절에 대한 허용여부

- 여기서 14주라 함은 주수에 초점을 둔 것이 아니라 여성의 선택권에 초점을 둔 것으로 생각할 수 있음.
- 임신 초반기 여성의 인공임신중절을 허용하는 것은 임신 후반기의 인공임신중절에 대한 예방 효과가 있을 것임.
 - 빨리 발견할 수 있도록 몸에 대한 경각심을 불러일으킴.
- 낙반연의 경우 어떠한 시점에서의 인공임신중절에 대해서도 반대한다는 입장을 유지함

◎ 임신 초반기 인공임신중절가능 허용시 적정 주수

- 의학적 이유로 시술한다고 할 경우 10주 이후에는 배가 형성되기 때문에 인공임신중절이 힘들.
- 12주 혹은 13주도 고려되어야 함.
 - 1973년 미국 로 대 웨이드 사건에서도 명시했다시피 암묵적으로 3개월까지는 괜찮다고 생각하는 경향이 있음.
- 다양한 주수 (10주, 13주, 14주, 1/3분기, 신경계가 형성될 때 까지)에 대한 근거를 마련하여 여성의 자발적 동의권을 보장하는 내

용을 연구 보고서에 작성하도록 함.

- 김해중 교수의 연구에서는 12주에 인공임신중절을 하는 경우가 90%이상임.

◆ 더욱 자세한 주수는 ‘대한산부인과학회’에 자문 의뢰를 하는 방안도 생각해볼만 함.

(2) 상담절차에 관한 논의

○ 상담 대상

- 인공임신중절을 고려하는 모든 임신부에 대해 상담 적용할 것인지 혹은 임신 초기의 일정 기간이 지난 산모에게 적용할 것인지를 결정해야 함

○ 상담의 특징

- 상담 접근성이 좋아야 함.
- 상담 패키지를 통해 출산 시 정확한 정보를 제공해야 하고, 인공임신중절을 고려할 시 간과할 수 있는 사항을 알려주어야 함.
 - 출산 할 시 도움을 받을 수 있는 정책 및 태아의 입장 등

○ 상담제도 운영

- 상담 기간: 여성의 임신기간을 전체로 하여 인공임신중절 전과 후에 상담이 이루어져야 함.
- 정부의 사회적 지원이 체계적으로 이루어져야 함.
 - 출생한 사람들에 대한 재정적인 지원이 강화되어야 함.

○ 상담전문가 양성의 필요

- 상담자는 해당 산모의 인공임신중절 시술을 하게 되는 담당의사는 배제해야 함.

- 상담을 실질적으로 의사가 상담을 진행할 경우 기회비용이 매우 큼.
- 상담전문가와 상담 후 의사에게 상담증명서를 제출하면 인공임신중절이 가능하게 함.
- 교육에 관련된 내용을 좀더 논의되어야 할 사항으로 사료됨.

○ 상담체계의 문제점 지적

- 국가 주도 하에 상담이 의무적으로 진행되게 되면 프라이버시 문제 발생할 수 있음.
 - 개인정보가 국가에 귀속됨으로서 정보유출의 우려가 있음.
 - 인공임신중절 사실을 99%~100% 여성은 알리고 싶어하지 않으나, 상담 시 1번, 시술의사에게서 1번, 총 2번에 걸쳐 인공임신중절 사실이 공개됨.
- 상담의 적용가능성과 이용자의 편의성이 담보되어야 운영체계에 있어 보완성 혹은 사생활보호가 강화되지 않으면 상담체계는 실효성이 없을 것임.
 - 정책 입안자가 고려해야 할 사항으로 판단됨.

(2-1) 상담과 함께 고려되어야 할 점.

- 상담절차가 법을 개정하기 위한 편의성의 일환으로 고려되어서는 안 됨.
- 자기 진료 내용을 자동으로 보관되는 경우 데이터 유출이 없도록 보호가 강화되어야 함.
- 법 개정 뿐 아니라 사회적 시각도 변화되어야 함.
 - 사회적 인프라 확장과 함께 본 상담절차가 진행되는 것은 대략 4-5년 후로 예상됨.

- 그 이전에 인프라에 따르는 사회적 시각을 변경하기 위한 노력이 매우 절실함.

○ 상담목표가 명확해야 할 것임.

- 임신부와 태아를 적대적인 관계로 보지 않고, 모두에게 이익이 될 수 있는 방향으로 상담이 진행되어야 할 것임.

○ 상담을 원하지 않는 경우에 상담을 하기 위한 실효성이 필요함.

- 법에서 이를 명시하여야 할 것임.

○ 상담을 의무규정으로 두는 것에 대한 의견

- 여성의 선택권을 존중하는 차원에서 의무규정으로 하지 말고 14주 이전에는 선택권으로 하고, 그 이후에는 의무규정으로 두는 방안도 고려.

- 상담절차를 통해 강제하는 것보다 해당 임신부에게 정확한 정보를 전달하는 것이 매우 중요함.

○ 전문상담자 입장에 따른 상담 내용의 실효성 의문

- 전문상담자가 프로라이프일 경우와 프로초이스일 경우 상담 결과는 판이하게 나타남.

(3) 태아 대리인 제도에 관한 논의

○ 용어의 문제

- 정책 입안 의도는 좋으나 다른 용어를 사용하는 방안도 고려해볼만 함.

→ 아직 합의를 이룬 부분이 아니기 때문에 프로라이프와 프로초이

스 간의 균형을 맞추는 정책을 논의해보아야 함.

(4) 허용 주수 축소에 관한 논의

○ 주수 제한의 문제점

- 비만인 경우 28주가 지나서 오는 경우도 있음.

○ 생존가능성의 문제

- 12주 이전 인공임신중절은 산모에게 부작용이 크게 우려되지 않음.

- 23주 혹은 24주에 태아가 출산되면 현재 최신의학장비를 구비한 병
원이라도 살릴 가망성은 희박함.

· 살리더라도 후유증이 심각함.

- 태아가 기형이라고 판단될 경우 무조건 인공임신중절하는 것은 막아
야 함.

◆ 산부인과학회에 자문을 받는 것이 필요함.

○ 허용주수의 무의미함.

- 상담 체계를 활성화하여 임신 초반부 혹은 후반부는 임신부가 똑같
은 결론을 낼 수 있도록 이끌어야 함.

(5) 네가티브 리스트 작성에 관한 논의

○ 절대 금지 부분을 법에 명시함

- 개정안에 명확하게 절대적으로 금지하는 부분을 규정하여 리스트를
작성함.

- 그 외에는 선택권에 맡기는 방법도 있음.
- 명확한 범위를 정하고 좁혀나가는 것도 법 개정에 필요한 절차라고 생각됨.

○ 문제점 지적

- 네가티브 리스트로 법개정안을 이끌어냈을 경우 그 근거가 명확해야 법 실효성이 있음.

(6) 응급피임약에 관한 논의

○ 응급피임약을 활성화하는 방안도 생각해볼만 함.

- 부작용이 심각함.
 - 차후 임신한 경우에 부작용이 나타나는 경우가 허다함.
 - 응급피임약은 강간을 당한 후 어쩔 수 없는 상황에서 이루어져야 하는 것임.
- 교육의 부재
 - 사전 혹은 사후 피임약이든 교육이 선행이 되어야 함.
 - 의사의 처방없이 피임약 구입이 가능하기 때문에 부작용도 크게 우려되는 상황임.

IV. 제4차 전문가 자문회의 회의록 주요 내용

- 일 시: 2007년 12월 28일 (금) 오전 7시
- 장 소: 서울팔래스호텔 2층 일식당 다봉
- 참석자: 강중구(대한산부인과의사회), 김현철(인공임신중절반대운동연합), 문인옥(이화여대), 박숙자(경기도가족여성개발원), 옥복연(서울대 여성학연구소), 유경희(한국 민우회), 이인영(홍익법대), 최안나(아이온산부인과), 이윤상(한국성폭력상담소), 한정열(관동의대), 김혜선(보건복지부), 김기석(보건복지부), 신순철(인구보건복지협회), 손명세(연세의대), 김소윤(연세의대), 이은영(연세대 의료법윤리학연구소)

1. 지난 회의록 수정 필요 부분 논의

- 참석자 현황
 - 지난 회의록에 참석자 중 이윤상 자문위원이 누락되어 있으므로 추가함.
- 회의 내용
 - 2p 이윤상 자문위원 의견 중 기록된 부분이 미비하므로 다음과 같이 추가 요함.
 - '현장에서 강간 피해자들이 강간을 입증하지 못해 임신중절 수술을 받지 못하는 등의 어려움을 겪는 사례 있음. 이런 문제는 궁극

적으로 여성의 인공임신중절권을 인정하지 않기 때문에 비롯된 문제임. 임신중절에 대한 접근방식의 전환이 필요함.

- '경찰병원 의사들이 고소를 당하는 사례도 있음. 형법 270조에 대한 전면적인 검토도 반드시 필요함'
- 2p 문인옥 자문위원의 발언 기록 중 이일학 위원 의견 찬성한다는 부분이 “대부분”이라는 용어로 인해 오해의 소지가 있으므로 자구 수정 요함.
- 7p 회의 내용 기록 중 다양한 의견 중 10주도 나왔으므로 10주를 추가함.

2. 질의서 내용 검토

- 지난 12월 18일 소아과학회와 산부인과학회에 발송한 질의서 내용을 검토함.
 - 질의서는 제3차 자문회의에서 정확한 전문성을 요구하는 부분에 대해 전문학회와의 도움을 받는 것이 합리적이라는 입장이 있어 발송하게 되었음.
 - 질의서 내용은 학회 입장에서 본 용역 과제에 대해 현재 의학적 전문성을 요구하는 부분에 자문을 요청한 것임.
- 12월 27일까지 질의서에 대한 답변을 요구하였으나 현재까지 답변이 없는 상태임.
 - 책임연구자가 직접 이사장 및 사무총장에게 연락을 하여 의학적 견지에서 질의서 검토를 요청하겠음.
- 질의서 내용에 추가 보완할 부분이 있으면 회의 후 이메일 등을 통하여거나 다음 회의 시 말씀을 부탁드립니다.

3. 모자보건법 제14조 쟁점안 검토*

1) 법 개정 가치의 명시

- 법 개정 시 토대로 삼고 있는 가치가 명시되어야 할 것임.
 - 현재 모자보건법 제14조가 안고 있는 법과 현실의 괴리감을 없애기 위해 법을 개정한다는 취지의 내용이 들어가야 함.
- 태아의 생명권과 여성의 결정권을 조화롭게 절충하는 것이 중요한 관점임.

2) 입법 모델 검토

- 다양한 입법 모델 중 한 가지 입법 모델만을 명시할 것이 아니라 북유럽국가에서 취하고 있는 절충 모델도 생각해볼 수 있음.

3) 쟁점안 제14조제1항제1호 검토

- 현재 (12)주는 제3차 자문회의에서 나온 가능 주수 중 임의로 착안한 것이기 때문에 전문학회에서 질의서에 대한 답변이 오면 수정이 가능한 부분임.
- 모자보건법 제14조 초안 제1항제1호에서 임신 (12)주 이내에는 임부 동의 하에 요건만 갖추면 인공임신중절이 가능하도록 되어 있음.
 - ⇒ (12)주 이내에 인공임신중절을 할 수 있는 다양한 요건을 개정안에 명

* 모자보건법 제14조 쟁점 초안은 첨부자료 참조.

시할 수 있으므로 각 자문위원께서 안을 보내주신다면 적극 반영하도록 하겠음.

- 임신의 허용주수만을 법으로 명시할 것이 아니라 개정안을 적극적으로 홍보함으로써 인공임신중절을 고려하고 있는 임부들이 상담을 받을 수 있도록 한다면, 임부들의 선택권도 존중할 수 있음.
- 허용 주수에 대해서 구체적으로 명시하게 되면 사회 흐름 상 합리적으로 대응하지 못할 수 있으므로 탄력적으로 해석할 수 있도록 개정안을 만드는 것도 생각해볼 수 있음.

4) 쟁점안 제14조제1항제2호 검토

- 개정안 제14조제1항제2호의 나목의 내용 중 [모체의 건강을 심히 해할 염려가 있는 경우]로 수정하여 현재 '동시에'라는 글자를 삭제하는 방안을 검토해 볼 수 있음.

5) 쟁점안 제14조제1항제3호 검토

- 개정안 제14조제1항제3호의 태아의 심각한 이상을 판단하는 대상이 누구인지를 명확히 할 필요가 있음.
 - [심각한 이상]이라는 단어는 자의적 해석이 가능할 수 있음.
- 강간 또는 준강간에 관련된 내용과 청소년에 관련된 내용이 누락되었음.
 - 외국의 경우 청소년은 16주까지 인공임신중절을 허용하고 있음.
- 현재 개정안에서 허용하고 있는 사회경제적 사유를 선별해야 할 필요

가 있음.

- 강간 또는 준강간은 상담절차 없이 인공임신중절을 허용되는 방안이 논의되어야 할 것임.
 - 강간 또는 준강간으로 인해 심리적 상처를 입은 사람을 상담절차를 통해 또 한 번 상처를 줄 수 있음.

- 20주 이상의 인공임신중절을 허용할 경우 태아 뿐 아니라 모체의 건강 측면에서 허용사유가 나와야 할 것임.
 - 생존가능성은 의학적 기준에 토대를 두어야 하고, 인공임신중절을 질환명으로 한정할 경우 의학의 발전 속도에 맞추어 법을 개정해야 하는 면도 있음.

6) 상담절차 논의

- 상담절차의 실효성
 - 개정안 제14조제1항제1호의 경우도 상담절차를 따르는 것이 흐름상 합리적임.
 - 상담을 통해서 인공임신중절 허용여부를 판단한다면, 이를 강제규정으로 하는 것 합리적인지 혹은 지속적으로 실현가능성이 있는지 여부를 고려해보아야 함.

- 상담을 받는 자의 프라이버시 보호
 - 현재 인공임신중절을 숨기고 싶어 하는 이유는 상담하기가 어렵기 때문인데, 이를 법으로 상담절차를 규정한다면 많은 사람들이 상담받기를 원할 것임.

- 상담기관의 운영합리성 필요

- 상담을 하는 데 있어 여성의 선택권을 중시하고 상담절차를 운영하는 것이 필요함.
 - 강간입증을 여성이 하는 것은 여성의 선택권을 인정하지 않기 때문임 따라서 현장에서는 불법시술을 해야 하는 상황도 있음.
- 법에서 명시한 상담전문기관은 산모의 결정에 도움을 주는 기관이지 결정기관이 아니어야 함.

○ 상담전문기관의 운영

- 상담전문기관은 신고기관으로 하되 상담료에 대한 논의도 필요함.
 - 현재는 지자체에서 지원하고 있으므로 무료상담임.
- 전국 성폭력상담소의 활용
 - 전국 200여개 정도의 성폭력상담소를 활용
 - 성폭력상담소의 상담노하우 등을 상담전문기관에서 도움을 받는 것도 좋을 것임.
- 보건소 활용도 가능함.
 - 접근성이 좋고, 임신과 출산에 있어 다양한 역할을 지원할 수 있음.
 - 현재 보건소에는 상담기관 자격증을 가진 사람이 없음.

○ 상담기관은 의료기관이고, 성폭력상담소는 그대로 유지되어야 할 것임.

- 이는 진단을 하자마자 인공임신중절을 하는 것이 아니라 숙려기간을 두는 것을 의미함.
- 보건소에서 상담을 시행하는 것을 일반인들이 꺼려함.
 - 생각만큼 보건소에 가는 것을 반기지 않음.

7) 전반적인 쟁점안 내용 흐름

○ 인공임신중절허용 부분을 법14조 제1호, 제2호에 명시되어야 할 것임.

- 인공임신중절반대운동연합의 개정안 참조
 - 제1호: 산모
 - 제2호: 무뇌아
 - 제3호: 성폭행에 의한 경우
 - 상담이 무의미한 것을 어디서 밝힐 것이냐, 한국성폭력상담소에 위임을 한다 등의 내용이 검토되어야 할 것임.
 - 제4호: 사회경제적 사유

8) 쟁점안에 대한 기타 의견

- 청소년의 인공임신중절 예외 조항을 두는 방안
 - 청소년은 무조건 상담을 거쳐서 인공임신중절 결정을 하되, 국가가 경제적 지원을 해 주는 방향으로 가야할 것임.
 - 또한 청소년이 출산을 할 경우 학습권을 보장하는 것도 필요함.
- 질의서에 대한 답변이 전문학회로부터 도착하면 주수가 좀더 넓어질 수도 있음.
- 법 개정이 되면 상담절차를 홍보를 통해 알리는 것이 필요함.
 - 법 개정 초기에는 권고 상담도 가능할 것임.

모자보건법 제14조 쟁점 초안

(2007년 12월 28일 현재)

- 본 연구의 접근 방식에 따라 법체계를 구성은 다음과 같이 구분할 수 있음.
 - 모자보건법 개정
 - 형법 개정
 - 특별법 제정

- 인공임신중절수술과 관련하여 형법(낙태죄) 조항과 모자보건법(인공임신중절수술의 허용한계) 조항에 대하여 용어의 통일에 대해 논의할 필요가 있음.

- 모자보건법 14조 개정 방향의 궁극적인 목표는 인간 생명의 시초인 태아의 생명을 보호하기 위하여 인공임신중절을 방지하는 데 있음.

- 그 절차로써 다음과 같은 입법모델을 들 수 있음..
 - 기한모델: 우리 사회에 만연된 생명경시 풍조를 심화시킬 우려 내포
 - 적응모델: 현행 모자보건법은 적응사유의 범위가 매우 좁고, 적응범위를 확대한다 하더라도 사회경제적 적응사유를 인정하지 않기 때문에 현실문제를 해결하는데 힘든 점이 있음.
 - 상담모델: 모든 인공임신중절을 법적 절차 내에서 해결하도록 함으로써 인공임신중절규정의 현실화를 도모함.

- 연구진은 1차 초안으로 모자보건법 제14조 개정에 초점을 맞추어 현행 모자보건법을 상담모델에 입각하여 쟁점 초안을 구성하였음.

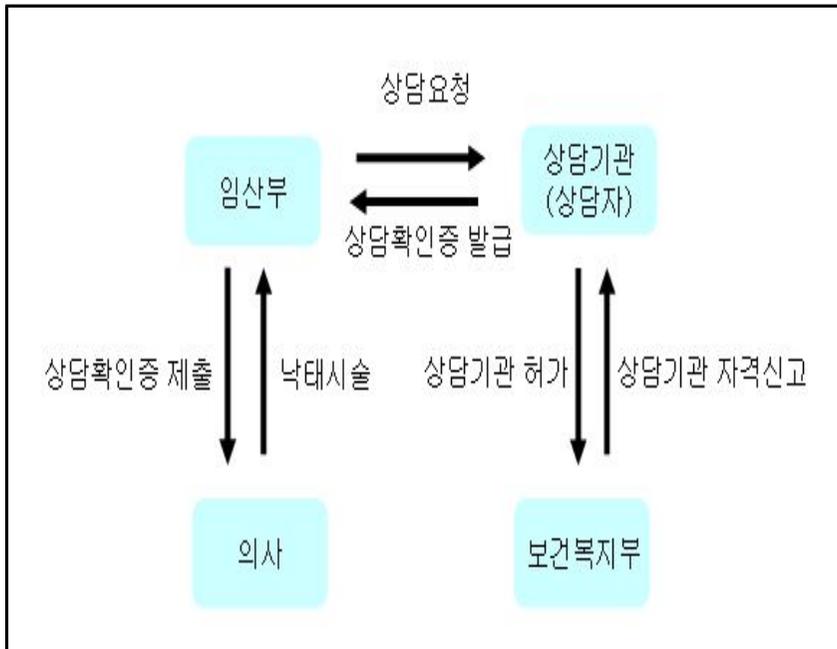
(1) 인공임신중절수술의 허용한계 쟁점안

현행 모자보건법	모자보건법 개정안
<p>제14조 (인공임신중절수술의 허용한계)</p> <p>① 의사는 다음 각호의 1에 해당되는 경우에 한하여 본인과 배우자(사실상의 혼인 관계에 있는 자를 포함한다. 이하 같다)의 동의를 얻어 인공임신중절수술을 할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 본인 또는 배우자가 대통령이 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우 2. 본인 또는 배우자가 대통령이 정하는 전염성 질환이 있는 경우 3. 강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우 4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신이 된 경우 5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우 <p>② 제1항의 경우에 배우자의 사망실종행 방불명 기타 부득이한 사유로 인하여 동의를 얻을 수 없는 경우에는 본인의 동</p>	<p>제14조 (인공임신중절수술의 허용한계)</p> <p>① 의사는 다음 각호에 해당되는 경우 <u>본인 동의에 의하여 인공임신중절수술을 할 수 있다.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 임신 (12)주 이내 2. 임신 (12)주 이상 (20)주 이내에 다음의 각목에 해당되는 경우 <ul style="list-style-type: none"> 가. 태아에 심각한 이상이 있어 출생 후 생존이 불가능한 경우 나. 산모의 육체적, 정신적 상태로 인하여 산모와 태아의 생명이 동시에 위협한 경우 다. 사회, 경제적 사유로 인하여 산모가 요청하는 경우 3. 임신 (20)주 이상으로서 태아에 심각한 이상이 있어 출생 후 생존이 불가능한 경우로서 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 자를 포함한다) 동의를 얻은 경우 4. 삭제 5. 삭제 <p>② 제1항의 규정에도 불구하고, 제1항의 제1호와 제2호 다목에 의하여 인공임신중절수술을 시행 받으려는 자는 이</p>

<p>의만으로 그 수술을 행할 수 있다.</p> <p>③ 제1항의 경우에 본인 또는 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없는 때에는 그 친권자 또는 후견인의 동의로, 친권자 또는 후견인 없는 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의에 갈음할 수 있다.</p>	<p>법에서 정하는 상담기관에서 상담절차를 마친 후 상담자가 작성한 상담확인증을 인공임신중절수술을 시행하려는 의사에게 제출하여야 한다.</p> <p>③ 삭제</p>
---	---

(2) 상담기관의 신고 관련 쟁점안

◎ 상담절차의 도식도



현행	제안
(신설)	<u>제14조 1(상담기관의 신고)</u> 제14조의 상담을 시행하려는 기관은 보건복지부령이 정하는 기준에 합당한 기관으로서, 보건복지부장관에게 별지 *호 서식을 작성하여 신고하여야 한다.

- 상담을 법제화할 경우 일정한 자격 조건을 만족하는 상담기관이 보건복지부에 상담기관으로 등록하도록 하였음.

현행	제안
(신설)	<u>제14조 2(상담자의 자격)</u> 법 제14조 규정에 의하여 상담을 행하는 자는 다음의 각호 1에 해당하는 자 중 법 제14조의3에 의한 교육을 이수한 자로 법 제14조1의 상담기관에서 상근 또는 비상근으로 근무하는 자로 한다. <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>의료법상의 의료인</u> 2. <u>변호사 등 법조인 및 사회사업가</u> 3. <u>관련 분야의 상담경험이 풍부한 자</u>

- 상담기관에서 상담을 하는 자는 의료법상의 의료인, 변호사 등 법조인 및 사회사업가, 그리고 관련 분야의 상담경험이 풍부한

자로 자격 기준을 설정하여 상담이 체계적으로 이루어질 수 있도록 하였음.

- 상담자는 상담기관에 상근 혹은 비상근으로 근무하도록 하여 보다 다양한 분야의 상담이 이루어질 수 있도록 하였음.

현행	제안
(신설)	<p>제14조 3(상담자의 교육)</p> <p>① 법 제14조의 규정에 의하여 상담업무를 행하는 자가 받아야 할 교육과정은 다음 각호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 보건의학적지식교육 10시간 2. 인공임신중절관련윤리교육 10시간 3. 관련법률및사회지원체계교육 10시간 4. 개인정보보호 교육 5시간 5. 여성 인권 교육 5시간 6. 상담실습 10시간 <p>② 제1항의 규정에 의한 교육은 보건복지부장관이 지정하는 관계전문기관이 실시하되, 교육을 받은 자에게는 별지 제*호서식의 수료증을 발급한다.</p>

- 상담자의 자격을 갖춘 자는 법에서 규정하고 있는 교육과정을 수료하고 교육수료증을 획득한 후 보건복지부에 신고된 상담기관에서 상담업무를 할 수 있음.

현행	제안
(신설)	<p>제14조 4(상담절차)</p> <p>① <u>인공임신중절수술의 상담을 받으려는 자는 상담기관에서 인공임신중절수술 상담자의 자격이 있는 상담자와 다음의 각 호의 절차를 거쳐야 한다.</u></p> <p>1. <u>최초 상담</u></p> <p>2. <u>최초 상담일로부터 2일 이후 두 번째 상담 실시</u></p> <p>② <u>제1항 제1호 내지 제2호의 상담절차 중 상담자는 보건학적, 윤리적, 사회적 측면에 관한 내용이 포함된 상담을 실시하여야 하며, 상담내용을 기록한 상담확인증을 본인에게 제공하여야 한다.</u></p>

- 상담을 받으려고 하는 자는 상담기관에서 상담자에게 1차 상담 후 일정 숙려기간(2일)을 갖고 2차 상담까지 완료하도록 하여 보다 인공임신중절수술에 대해 깊은 고려를 한 후 실시할 수 있도록 하였음.
- 상담 시 상담자는 수료한 교육 내용을 바탕으로 인공임신중절수술에 관한 보건학적, 윤리적, 사회적 측면을 모두 포괄하는 자세한 정보를 제공해야하며, 동시에 상담내용을 기록하여 상담확인증으로 본인에게 제공하도록 하였음.

현행	제안
(신설)	<p><u>제14조 5(상담기록의 보존과 보호)</u></p> <p>① 상담자는 제14조의4에 의한 상담내용 기록을 상담을 마친 후 3년 동안 보존하여야 한다.</p> <p>③ 상담자는 본인 및 본인이 동의한 대리인 이외의 자에게 개인 식별이 가능한 정보가 포함된 상담내용을 제공하여서는 아니 된다.</p>

- 상담자는 상담을 종료한 후 상담한 자의 사생활을 보호하는 데 최대한의 노력을 해야 하며, 동시에 본인 및 본인이 동의한 대리인 이외에 개인 식별이 가능한 정보가 포함된 상담내용을 제공하지 않도록 하였음.

부록 3.

각 의제에 대한
전문가 의견

- 질 문 지 -

다음 내용에 한 가지 조항 이상 대하여 의견을 서술하여 보내주시길 부탁드립니다.

1. 강간, 근친상간, 청소년 및 미혼 임신, 터울 조절 등 윤리적, 사회경제적 이유
2. 임신사실을 모르고 약물을 복용하였거나 산전진단 결과 태아에 조그마한 이상이 있는 경우 등의 보건학적 사유
3. 인공임신중절수술 절차 및 주수
4. 기혼의 경우 배우자 동의 필요 여부
5. 태아의 권리를 대리하는 제3자의 필요 여부
6. 태아의 생존가능성을 고려하여 의학적 판단에 근거한 인공임신 중절수술 가능주수
7. 현 모자보건법 제14조를 삭제하고 새롭게 제정할 시 고려되어야 할 부분은 무엇이며, 그렇게 생각하는 이유는 무엇입니까?
8. 기타

<전문가 의견1> 서울대학교 배은경 교수

1. 강간, 근친상간, 청소년 및 미혼 임신, 터울 조절 등 윤리적, 사회경제적 이유
2. 임신사실을 모르고 약물을 복용하였거나 산전진단 결과 태아에 조그마한 이상이 있는 경우 등의 보건학적 사유
3. 인공임신중절수술 절차 및 주수

<의견> 윤리적 사회경제적 이유로 인공임신중절을 선택하는 경우는 반드시 허용되어야 한다고 생각합니다. 또한 보건학적 사유의 경우에도 실제로 허용할 수 밖에 없을 것입니다. 현재 한국인의 사회의식에서 태아가 조금이라도 이상이 있는 것을 알면서도 낳겠다고 하는 사람은 거의 없을 것이기 때문에, 이를 금지한다면 또다시 법률이 사문화될 우려가 충분합니다. 그러나 이러한 사항들을 모두 하나하나 들어서 법률에서 허용한계를 정해주게 된다면 오히려 이런 경우엔 인공임신중절을 해도 된다고 권장하는 상황이 될 수도 있습니다. 과도하고 불필요한 사회적 논란이 일어날 우려도 있습니다.

저는 이번 법개정의 취지가 현실에 맞지않는 법조항으로 법이 사문화되어 여성의 몸과 태아의 생명 모두를 위협하는 인공임신중절이 아무런 사회적 반성 없이 빈번하게 일어나는 현상을 감소시키고자 하는 것으로 알고 있습니다. 따라서 이러한 취지를 충분히 살리는 입법이 필요하다고 생각합니다.

저는 따라서 이 경우, 인공임신중절을 허용하는 사유를 법에서 일일이 적시하기보다는 사회경제적 이유, 보건학적 이유 라는 식으로 허용 사유는

포괄적으로 정의하되, 임신의 주수에 따라 허용기간을 정하고 또한 절차를 까다롭게 함으로써 무방비한 임신중절을 막는 방안이 필요하다고 강력히 주장합니다.

즉 일정 시기 이전에는 의사와의 면담만으로 임신한 여성의 선택과 의사에 따라 인공임신중절을 허용하고, 임신 중기부터는 이혼숙려제와 같은 취지의 상담을 거치고 허용하도록 해야 할 것입니다. 이 경우, 보건복지부가 상담자에게 상세한 허용사유의 목록을 제공하고, 상담자는 내담자에게 그 사유에 해당하는 경우에만 인공임신중절이 허용될 수 있다는 것을 고지하고 그 사유가 아니라면 인공임신중절하지 않도록 권유하는 방식이 되어야 할 것입니다. 그리고 상담자가 반드시 임신중절 사례마다 사유와 기록을 남겨두도록 하여 국가가 체계적으로 관리하여야 한다고 생각합니다. 그렇지 않으면 상담 자체가 유명무실해지거나, 혹은 불필요한 죄의식 유발 등으로 임신한 여성의 인권을 침해하게 될 가능성이 있습니다.

4. 기혼의 경우 배우자 동의 필요 여부

<의견> 전혀 필요하지 않습니다. 법적인 동의가 필요한 이유가 법적, 사회적으로 성립하지 않습니다.

정상적인 결혼 관계의 경우 아내가 남편이 모르게 혹은 남편의 반대를 무릅쓰고 인공임신중절을 행할 이유가 없으므로 배우자 동의 절차를 필수화한다고 해서 인공임신중절을 감소시키는 데 도움이 되지 않습니다.

그렇지 않을 경우는 결혼관계에 문제가 있을 때일텐데, 이 경우 배우자의 동의를 받도록 하는 것은 여성의 임신을 몰모로 남편이 무한 권력을 휘둘러 수 있게 하는 것이 되므로 오히려 임신지속과 결혼생활 자체를 불행으로 몰고가는 요인이 됩니다. 이렇게 되면 남편의 동의를 받지 못한 여성은 현재 상황보다 훨씬 열악한 '불법' 인공임신중절을 선택하게 될 것이고 결과적으로 여성의 몸에 위해만 증가시킬 뿐, 인공임신중절 감소에는

도움이 되지 않을 것입니다.

6. 태아의 생존가능성을 고려하여 의학적 판단에 근거한 인공임신중
절수술 가능주수

<의견> 이 부분은 의료전문가의 의견을 존중해야 한다고 생각합니다.

<전문가 의견2> 관동대학교 한정열 교수

1. 강간, 근친상간, 청소년 및 미혼 임신, 태울 조절 등 윤리적, 사회경제적 이유
2. 임신사실을 모르고 약물을 복용하였거나 산전진단 결과 태아에 조그마한 이상이 있는 경우 등의 보건학적 사유:
 - 임신사실을 약물을 복용한 경우는 전체 임신중절의 약 10%정도로 알려져 있습니다. 따라서 국가적 입장에서 계획임신을 하여 가능하면 약물에 노출되지 않도록 홍보가 필요하며, 임신인지 모르고 약물에 노출되는 경우 관련 전문가와 충분히 상담 후 임신중절여부를 결정하도록 하는 시스템이 필요합니다. (외국의 경우 기형유발물질센터(Teratogen Information Services), 국내 한국 마더리스크프로그램)
 - 기형이 발견되는 경우는 관련 전문가의 소견에 따라서 태아의 생명에 치명적인 경우나 심각한 정신지체가 예상되는 염색체이상의 경우로 제한 해야 함.
3. 인공임신중절수술 절차 및 주수
4. 기혼의 경우 배우자 동의 필요 여부 : 동의 필요함
5. 태아의 권리를 대리하는 제3자의 필요 여부
6. 태아의 생존가능성을 고려하여 의학적 판단에 근거한 인공임신중절수술 가능주수 : 임신 24주 이전

<전문가 의견3> 한국 성폭력상담소 이윤상 부소장

성폭력피해 생존자의 인공유산 선택권*

이미경(본 상담소 소장)

세계적으로 수 많은 여성들의 인공유산이 기혼이나 비혼, 동성애자, 이성애자, 계층, 종교 등과 상관없이 이루어지고 있다. 여성의 선택권(pro-choice) 대 태아의 생명권(pro-life)으로 대별되는 인공유산 논쟁. 역사적으로 여성의 인공유산 선택권을 위한 지난한 투쟁이 이어져왔고, 1995년 이후에는 북경 세계여성대회 등을 통해 각국 여성단체들이 의견과 정보를 교류하며 글로벌한 투쟁을 하고 있다. 지난 2004년 워싱턴에서는 세계 60개국에서 모인 수만명이 인공유산의 선택권을 주장하는 시위와 행진을 하기도 했다. 한편에서는 여전히 생명권자들의 종교적, 과학적 주장과 활동도 활발하다.

우리나라에서는 연간 150만건의 인공유산이 추산되고 있음에도 여성의 선택권에 대한 논쟁조차 펼쳐지지 않고 있어 더욱 문제이다. 심지어 60~70년대에는 여성의 출산력이 국가발전을 막는 주범으로 인식되면서 정부의 가족계획정책에 의해 초기 인공유산이 피임의 한 방법으로 장려되기도 했고, 남아선호사상에 의해 공공연하게 여자태아들이 인공임신중절되기도 한다. 이처럼 여성의 몸은 국가의 정책과 가부장제의 상호작용 속에서 조정되고 통제되는 중심에 있다. 무엇보다 인공유산에 관한 법과 인식들은 여성들의 몸에 대한 통제권과 인권을 심각하게 위협하고 있다. 이

* 나눔터 제58호

글에서는 여성의 인공유산 권리를 성폭력 피해 생존자의 선택권을 중심으로 살펴보고자 한다.

강간 피해생존자 중 임신이 되는 경우가 몇 퍼센트인가는 자세한 조사나 통계가 미비해 알 수 없지만, 상담현장에서는 드물지 않게 사례를 접하곤 한다. 강간피해로 인한 임신은 생존자들로 하여금 피해를 인식하고 분노하는 것조차 사치로 만들어 버린다. 하루하루 자라나는 태아를 어떻게 해야할 것인가? 실존적인 선택의 기로에서 생존자는 상상조차 하지 못했던 사건을 사실로 받아들이기도 어려운 그 시점에, 인공유산 여부를 먼저 ‘결정’ 해야만 한다.

이러한 성폭력 피해 생존자의 인공유산은 형법에서는 불법이지만, 모자보건법에 의해 특별히 허용하고 있다*. 또한 정부에서는 성폭력 피해 생존자에게 1인당 300만원의 의료비를 지원하고 있다. 그럼에도 다음 사례는 법과 현실에서 어떤 차이가 있는지를 보여주고 있다.

성폭력 피해로 인한 임신 6개월의 청소년이 상담소에 도움을 요청. 부모에게는 비밀로 해달라는 생존자를 설득해 엄마와 함께 원스탑 지원센터인 경찰병원으로 연계. 그러나 병원에서는 강간임을 입증하려면 재판에서 가해자임이 판명되거나 최소한 고소된 사건에 한해 지원할 수 있다며 시술을 거부. 고소할 의사가 없었던 생존자는 결국 어렵게 동네병원을 수소문해 이 사건을 고소하지 않을 것, 진단서를 요구하지 않을 것, 이후 병

* 형법 제269조 : (인공임신중절) ①부녀가 약물 기타 방법으로 인공임신중절한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다. // 모자보건법 제14조 : (임신중절수술의 허용한계) ①의사는 다음 각호에 1에 해당하는 경우에 한하여 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 자를 포함한다. 이하 같다)의 동의를 얻어 인공임신중절수술을 할 수 있다....3. 강간 또는 준강간에 의하여 임신이 된 경우....

원에 어떠한 문제제기도 하지 않을 것 등을 약속하고 자비로 인공유산을 함. -2007년 본 상담소 상담사례-

여기에서 관건은 '강간의 입증'이다. 병원측에서 요구한 재판에서 가해 자임이 판명되기까지는 최소 6개월에서 수년이 걸릴 수 있으므로 판결문을 보고 강간을 입증한다는 것은 결국 생존자에게 출산을 하라는 말과 똑 같다. 따라서 재판결과를 보고 인공유산 여부를 결정한다는 것은 전혀 불가능한 일이라는 것은 누구나 알 수 있다. 그리고 고소를 전제로 한다는 것도 성폭력 피해생존자들의 고소율이 10%미만으로 추산되는 현실에서는 생존자의 권리찾기에 원천적인 걸림돌일뿐이다. 왜냐하면 아직도 우리사회의 인식이 "뭔가 당할만했겠지"라며 오히려 피해자를 비난하거나, 형사사법절차 상에서 발생하는 2차 피해로 인해 생존자들이 고소를 꺼리고 있기 때문이다.

더욱이 강간으로 인한 인공유산의 합법적 허용기준은 모자보건법에서 명시하고 있지만, 이에 대한 구체적인 증빙서류에 대해서는 아무런 지침이 없다. 나아가 형법(제270조)에 의해 '부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 인공유산을 시술한 의사는 2년 이하의 징역, 상해에 이르게 한 때에는 5년 이하의 징역, 사망에 이르게 한 때에는 10년 이하의 징역에 처하고 7년 이하의 자격정지를 병과'하게 되어있다. 따라서 담당의사로서는 본인의 책임을 면할 수 있는 '강간 입증'을 피해자에게 강력히 요구하게 되는 구조적 모순을 안고 있는 것이다.

이처럼 강간으로 인한 임신의 인공유산 허용은 실제로는 그 권리를 보장받을 수 없는 사문화된 규정에 불과하다. 사실 성폭력 피해로 인해 임신을 한 생존자에게 강간임을 입증하라는 것 자체가 이미 불가능한 게임이다. 우리사회에서 자신이 성폭력가해자였노라고 자백하고 사죄하며 앞

장서서 인공유산을 돕는 가해자는 거의 없다. 또한 성폭력 피해의 특성상 둘만의 공간에서 벌어진 사건을 누군가가 목격하고 증인이 되어줄 가능성도 전혀 없다. 더욱이 대부분의 생존자들은 피해직후 병원을 찾기보다는, 분노와 모멸감에 목욕을 하거나 옷가지를 태우는 등 스스로 증거를 인멸해버리곤 한다. 또한 우리사회는 성폭력 피해생존자들을 의심하고 비난하면서 피해사실을 드러내는 것조차 막고 있다. 고소를 하더라도 기소율이 45%미만이고, 그중 1심에서 실형을 선고받는 비율은 43%에 그치고 있다. 이러한 상태에서 강간 피해생존자는 어떠한 절차에 의해 자신의 피해사실을 입증할 수 있을까? 또한 국가가 성폭력을 사회적 범죄로 인식하고 그 피해에 대한 책임을 지겠다는 의미로 지원하고 있는 의료비는 생존자로서는 당연한 권리임에도 이 역시 전혀 이용할 수 없는 구조는 무엇으로 설명할 수 있는가? 이는 결국 정부가 강간피해로 임신을 한 생존자들을 인공임신중절수술비를 지원받고자 거짓으로 피해를 호소하는 여성으로 의심하겠다고 선언하는 것과 다를 바 없다.

사실 이 모든 문제의 근원은 인공유산을 여성의 권리로 인정하지 않는 데에 있다. 여성들이 인공유산을 선택할 것인지, 아이를 출산할 것인지에 대해, 국가는 법과 도덕적 판단기준에 의해 강력히 통제하고 있다. 마치 선심쓰듯 강간피해로 인한 임신은 인공유산을 허용하겠다고 하지만, 자세히 들여다 보면 여성의 권리 존중의 의미는 어디에서도 찾아보기 어렵다. 1995년까지 성폭력을 다룬 형법 제32장의 제목이 “정조에 관한 죄”였음을 상기해보면, “강간으로 정조가 더럽혀진 여성의 임신”은 결코 용납할 수 없다는 우리 사회의 정서가 깊이 반영되었을 뿐이다. 무엇보다 출산여부 결정에 태아와 여성은 동등하게 논의될 수 없음에도 불구하고 생명권대 선택권으로 대치시키고 있다. 우리 여성들이 인공유산의 권리를 요구하는 것은 결코 생명의 존엄성을 무시하는 것이 아니라, 자신의 몸에 대한 통제권을 자신이 갖겠다고 하는 가장 기본적인 권리의 주장이다. 이러한 기본권이 보장될 때 강간으로 인한 임신의 경우에도 생존자가 진정한

의미의 ‘선택’을 할 수 있을 것이다.

<전문가 의견4> 인공임신중절반대운동연합

인공임신중절반대운동연합의 의견서

부탁하신 ‘각 의제에 대한 의견’을 말씀드리기 전에, 인공임신중절반대운동연합의 기본 입장과 지난 2차 전문가 자문회의에서 언급한 내용을 정리해서 기록물로 전달합니다.

인공임신중절반대운동연합은 철학에 기초하지 않고 의학에 기초한 단체입니다. 인공임신중절반대운동연합은 특정종교의 윤리를 대변하는 단체가 아니라 생명과학의 결론을 진실로 받아들이는 단체입니다. 생명과학인 의학(발생학.태아학)이 수정의 순간부터 독립적인 인간개체가 발생한다고 정의하기 때문에 그 정의에 따라 태아의 생명을 보호하는 입장에 서게 된 것입니다. 배아복제연구와 관련하여 ‘생명 윤리 및 안전에 관한 법률’을 만드는 과정에서 수정 후 14일 이전에 배아를 연구용으로, 그것도 제한적으로 사용하도록 허용하느냐 마느냐를 놓고 몇 년을 씨름을 했고, 황우석 한 사람을 위해서 결국은 허용하는 쪽으로 법을 만들었다가 지금은 부랴 부랴 재개정하는 작업을 하고 있습니다. 이 논란을 주목해 보면, 일단은 의학적으로 수정된 배아를 인간으로 인정하는 것을 전제로 하는 것을 알 수 있습니다. 경제적인(?) 이유로 매우 초기의 인간만을 선별해서 사용할 수 없겠느냐는 양해를 구하는 시도가 14일 이전의 배아 사용문제인 것입니다. 이런 의학이나 법학의 태도에 비한다면, 모자보건법에서는 태아를 불확실한 인간으로 여기거나 상대적 보호대상으로 여기고 있습니다. 14일 논란이 아니고 14주 논란도 아니고 28주 인공임신중절가능성을 열어 놓은 상태이니깐요. 28주의 태아가 보호해야 할 인간이라면, 그는 20주 때도 인간이었고 14주 때도 인간이었고 14일 때도 인간이었습니다. 생명은 발생으로부터 연속성을 갖지 발생 후 어느 시점에 비인간에서 인간으로 바뀌는 혁명적 기점이 없습니다. 이런 생명과학의 결론에 입각해서 인공

임신중절반대운동연합은 태중의 아기들을 보호하고자 애써 왔습니다. 따라서 모자보건법에서 인공임신중절을 허용하는 것에 대해서 반대할 뿐 허용의 여지와 타협할 수 있는 의제는 하나도 없습니다. 지난 2001년 3월 국회에 법 개정 청원을 시도하려 했던 의안도 ‘산모구명’조항만 남기고 모자보건법 14,15조 모두를 폐지하자는 것이었습니다[별첨 자료 참고]. 향후 모자보건법이 어떤 식으로든 개정이 되더라도 인공임신중절을 허용하는 조항이 남아 있는 한 인공임신중절반대운동연합은 모자보건법 재개정을 위한 노력을 지속하게 될 것입니다. 모자보건법이 아니라 모자보건법, 또는 모보거법이 되어 있을 때는 자를 위한 생명운동이 지속될 수밖에 없습니다.

보건복지부에서 ‘부적절한 인공임신중절 예방사업개발 및 법적 정비방안 연구’전문가 자문회의에 참석을 요청해 주신 것에 대해서는 감사를 드립니다. 앞서 언급한 바와 같이 인공임신중절반대운동연합은 전문가 자문회의에서 한 가지 의견밖에는 말씀드릴 것이 없음에도 불구하고 참석하는 이유는 논의에 참석한 분들이 의견을 개진하는 데 도움말을 드려야 할 사회적 책임 때문입니다. 또 한 가지는 인공임신중절을 전면적으로 반대하는 사람들이 있고 그 반대이유가 의학적으로 분명하다는 것을 알리고자 함입니다. ‘사회경제적인 이유’가 논의되지 않았던 2차 전문가 자문회의 때까지는 일부라도 언급할 것이 있었겠지만 ‘사회경제적인 이유’가 논의될 3차 전문가 자문회의 때부터는 언급할 내용 없이 참관자로만 참석할 가능성이 높습니다.

지난 12월 4일에 인공임신중절반대운동연합 실행위원들과 자문위원들이 모인 연석회의가 있었습니다. 인공임신중절반대운동연합이 인공임신중절허용 논의에 참석한 것이 나중에라도 “모자보건법의 인공임신중절허용

사유를 결정하는 과정에서 인공임신중절반대자들과 종교계와도 협의를 해서 사회적 합의를 도출했다.”고 ‘인용’될 가능성을 가장 우려했습니다. 인공임신중절반대운동연합의 과민한 기우이기를 바랍니다.

2차 전문가 자문회의 인공임신중절반대운동연합 도움 발언 메모

1. 1차 전문가 자문회의 후에 “인공임신중절반대운동연합도 큰 틀에서는 이견이 없는 것 같다.”는 발언을 하신 분이 있는 것을 전해 들었습니다. 그러나 그것은 오해이고 인공임신중절반대운동연합은 큰 틀에서 이견이 있습니다.

2. 인공임신중절반대운동연합이 태아의 생명에 관해서는 말씀드리는데는 종교윤리의 입장이 아니고 의학의 입장입니다.

3. 산모구명인공임신중절과 관련된 14조 5항 ‘임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우’를 ‘임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 생명에 위험을 초래할 경우’로 바꾸어야 합니다. ‘건강에 위해할 경우’란 막연한 적용이 가능하기 때문입니다.

4. 기형이나 장애가 예상되는 경우를 언급할 때 자주 다운증후군을 예로 드는데 이것은 장애우들이 듣는다면 인권문제로 항의를 받을 것입니다. 다운증후군은 어엿한 인간으로 사회활동을 하고 있습니다. 태중에서 보이지 않는 장애를 제거대상으로 여긴다면 눈에 보이는 장애인들을 어떤 시각으로 보는지 의문이 생깁니다.

5. [참고발언] 인공임신중절의 여성단독결정 논의에 대해서 : 그동안 많은 미혼모들을 상담해 보았습니다. 그들이 인공임신중절을 고민하고 있을 때 무책임하거나 연락이 닿지 않게 된 남자의 동의를 구하기는 어렵기 때문에, 미혼의 경우는 여성 단독의 결정으로 인공임신중절이 이루어지는

것이 현실입니다.

6. [참고발언] 인공임신중절허용주수가 현재 28주인 것을 20~24주로 낮추는 논의에 대해서 : 각 사안별로 12주, 13주, 20주 등으로 차별을 두고자 하는데 생명은 한 종류이지 단계별 인간은 없습니다. 28주의 태아가 보호대상이라면 당연히 24주도 보호대상이어야 마땅합니다.

7. 논의를 들으면서 생명의 가치를 여러 종류로 분류하는 듯해서 안타깝습니다.

[의견을 구한 의제에 대해서 모두 반대 입장이지만 몇 가지는 생각하는 데 도움말을 드립니다.]

II. 각 의제에 대한 전문가 의견

다음 내용에 한 가지 조항 이상 대하여 의견을 서술하여 보내주시길 부탁드립니다.

1. 강간, 근친상간, 청소년 및 미혼 임신, 태울 조절 등 윤리적, 사회경제적 이유

○ ‘성폭행’에 의한 임신확률은 대단히 낮습니다. 또한 상담절차 없이 무조건 인공임신중절을 하게 되면 성폭행피해자가 육체적으로, 정신적으로 2차 피해를 볼 수도 있습니다. 매우 어려운 상황이지만 출산과 육아를 분리해서 생각할 수 있도록 안내하는 상담이 필요합니다.

○ ‘성폭행’을 이유로 인공임신중절을 할 수 있게 했을 때 우려되는 것은 ‘성폭행’이 ‘합법적 인공임신중절사유’로 가장 많이 사용될 수 있다는 것입니다. 성폭행에 의한 임신이라고 주장하는 임신부가 실제로 성폭행을

당했는지 여부를 담당의사로서는 확인할 수 있는 방법이 전무하기 때문
입니다.

2. 임신사실을 모르고 약물을 복용하였거나 산전진단 결과 태아에 조그
마한 이상이 있는 경우 등의 보건학적 사유

○ 태아의 약화(藥禍)에 관한 의료세미나를 가진 적도 있습니다만 태아가
그렇게 쉽게 산모의 약물복용에 의해서 영향을 받지 않습니다. 임신부가
출산후 아기의 이상에 관해서 우려할 때 담당의사로서는 책임을 면하기
위해서라도 “그렇게 걱정이 되면 인공임신중절하시죠.”라고 반응을 보이
는 경우가 많습니다.

○ 태아의 이상에 있어서 ‘조그마한’이란 어느 정도를 의미하는지 질문
이 있습니다.

3. 인공임신중절수술 절차 및 주수

4. 기혼의 경우 배우자 동의 필요 여부

5. 태아의 권리를 대리하는 제3자의 필요 여부

○ 이상적이기는 하나 현실적으로 가능한지는 아직 모르겠습니다. 실례를
말씀해 주시면 도움이 되겠습니다.

6. 태아의 생존가능성을 고려하여 의학적 판단에 근거한 인공임신중절
수술 가능주수

○ 출산아도 자발적 생존가능성은 없습니다. 생후 몇 년까지의 아기들을
그냥 두면 죽습니다. 수정~출산~4세까지는 모두 외부의 도움으로만 생
존이 가능합니다. 태아의 인간성은 생존가능성에 따라 결정되는 것이 아
니라 태아의 유전자 형질, 즉 인간으로서 본질에 있는 것입니다.

7. 현 모자보건법 제14조를 삭제하고 새롭게 제정할 시 고려되어야 할 부분은 무엇이며, 그렇게 생각하는 이유는 무엇입니까?

○ 인공임신중절반대운동연합이 청원한 모자보건법 개정안에 있습니다.

<전문가 의견5> 경기도가족여성개발원 박숙자 원장

보건복지부 인공임신중절 회의(2007.12.14)

박숙자(경기도가족여성개발원장) 의견

의제 7에 대한 제 의견을 피력하고자 합니다.

1. 현 모자보건법 제14조를 삭제하고 새로 제정할 시 고려해야 할 부분

1) 인공임신중절을 근본적으로 금지하는 것에 대해 반대함.

- 현재 한국사회에서 인공임신중절은 합법적인 것으로 착각할 만큼 만연되어 있음. 이를 법으로 금지하는 것은 현실을 무시한 처사임. 현실을 인정하고 임신 3개월 또는 10주이내의 인공임신중절에 대해서는 본인의 요청에 의해 전문가(의사, 상담원?)와의 상담을 필수적으로 하고 2주 정도의 기간을 주어 결정을 내리도록 하는 것이 필요하다고 봄. 이러한 절차가 마련되지 않으면 마치 「성매매방지법」과 같이 개·제정을 하더라도 또다시 사문화된 법으로 그칠 우려가 있음.

- 여성의 '성적 자기결정권'이 대두되면서 부부간에도 강간죄를 도입하자는 의견이 있을 정도로 사회는 변하고 있는데 피임교육이 제대로 되지 않고 있는 미혼여성들(특히 청소년들)에게도 일괄적으로 인공임신중절을 금지하는 것은 여성의 인권보장차원(몸에 대한 권리)에서 문제로 볼 수 있음.

- 따라서 시각차이는 있겠으나 human being으로 보기 어려운 임신초기의 태아(12주이전?)에 대해서는 인공임신중절을 허용하는 것이 법과 현실의 괴리를 좁힐 수 있는 유일한 방법이라고 생각함.

2) 만일 일정기간동안의 요청에 의한 인공임신중절을 허용할 경우 반드시 부수되어야 할 사항.

- 전문가와의 상담 의무화
- 상담 후 의사결정까지 숙고기간 의무화
- 초중고 성교육에 피임과 인공임신중절에 관한 내용 의무적 삽입

2. 기혼의 경우 배우자 동의 필요 여부

- 기혼자의 경우 임신은 부부간의 합의에 의해 이루어지는 것으로 봐야 하므로 기혼자의 경우 인공임신중절시 배우자의 동의가 반드시 필요하다고 봄

3. 인공임신중절수술 가능주수

- 어떠한 경우에도 20주 이후의 인공임신중절은 허용해서는 안된다고 생각함.

(무뇌아 같은 경우 20주전에는 발견이 정말 불가능한 것인지?)

<전문가 의견6> 서울대학교 여성학연구소 옥복연 연구원

1. 강간, 근친상간, 청소년 및 미혼 임신, 태울 조절 등 윤리적, 사회경제적 이유

한국의 인공임신중절 현황은

-성적으로 자유로운 서구보다 훨씬 높은 인공임신중절율, 미성년자 및 기혼 여성에게 만연한 체험, 그러나 출산의 주체로서의 여성의 목소리가 없는 것이 특징

-국가가 출산을 계획, 통제하며 저출산장려정책(피임없는 성관계, 원치 않는 임신은 인공임신중절로 연결) + 남아선호사상 + 이중적 성규범(미혼모 경멸)으로 서구와는 다른 접근법이 필요함

-그러므로 여성의 선택권을 우선하되, 인공임신중절 시기와 절차를 정해 무분별한 수술을 예방할 필요가 있음

2. 임신사실을 모르고 약물을 복용하였거나 산전진단 결과 태아에 조그마한 이상이 있는 경우 등의 보건학적 사유

- 임신과 출산, 양육의 일차적 책임은 임신을 한 여성 혹은 임신을 하게한 남성에게 있기 때문에 이 경우 임신의 주체인 여성(혹은 남녀 당사자)의 판단을 존중해야 한다고 봄, 즉 허용 사유를 포괄적으로 접근해야 함

3. 인공임신중절수술 절차 및 주수

-구체적인 주수는 전문 의사들의 논의에 의함

-인공임신중절수술시 상담 절차를 도입하여, 정해진 인공임신중절기간을 준수하고 정해진 병원에서 인공임신중절 허용, 이를 정부에 보고

하는 구체적인 절차가 필요

예를 들면 임신 진단 -> 상담 절차(인공임신중절/출산에 대한 정보 제공) -> 임신 00주까지는 정해진 병원에서 여성의 선택으로 수술이 가능 -> 정해진 임신 개월수가 지나게 되면 의사나 전문 상담사와의 상담 등 까다로운 절차를 두어 가능하면 출산을 권유함 -> 이를 복지부에 보고하여 무분별한 인공임신중절 예방하고 정부는 이를 데이터베이스화하는 과정이 필요함

- 미성년자의 경우에는 상담 형식은 동일하나 내용면에서 달리 접근할 필요가 있음 : 수술과정/출산과정등과 관련한 지원체계

-인공임신중절 허용 주수는 전문 의사들의 논의가 필요함

4. 기혼의 경우 배우자 동의 필요 여부

-기혼인 경우 성인여성이며 임신의 주체이고, 또한 인공임신중절을 결정하기 전에 상담을 받기 때문에 인공임신중절의 부작용등을 인지할 수 있음. 그러므로 여성의 입장에서 스스로 선택한 신체 결정권을 존중해야 함. 즉 배우자의 동의를 권유하되 이는 필수적인 요소는 아님.

7. 현 모자보건법 제14조를 삭제하고 새롭게 제정할 시 고려되어야 할 부분은 무엇이며, 그렇게 생각하는 이유는 무엇입니까?

- 상담 체계 마련: 상담 주체, 시술 주체, 정부의 관리 주체등의 규정 마련 (이 때도 성인과 미성년의 다른 접근 방식을 명시함)

<전문가 의견7> 이화여자대학교 문인옥 교수

1. 강간, 근친상간, 청소년 및 미혼 임신, 터울 조절 등 윤리적, 사회경제적 이유

강간, 근친상간은 인공임신중절을 허용하는 것이 옳다. 그러나 청소년 미혼 임신에서 과연 청소년이 임신 하였을 시, 강간이 아닐지라도 강간이라고 하였을 경우 어떻게 판단 할 것인가가 문제

청소년 및 미혼 임신에서 허용할 것인가 허용하지 않을 것인가는 허용할 경우 연구에서 보면 미혼모의 자녀들이 범죄율이 높은 것으로 나타났다. 인공임신을 허용할 경우 오히려 할렘가에서 범죄율이 더 낮았다는 보고가 있었다.

미혼모에게 주는 보조비용이 너무 작아 아이의 분유 값밖에 되지 않아, 생활고에 허덕이고, 아이를 돌볼 수가 없어 비행아로 만드는 원인이 된다.

2. 임신사실을 모르고 약물을 복용하였거나 산전진단 결과 태아에 조그마한 이상이 있는 경우 보건학적 사유

언청이(구개구순파열)

- 태어났을 때 구개구순 파열인 경우 모유, 우유를 먹을 수 없으므로 (삼키지 못하고 코나 다른 부위로 나옴) 출생 후 1개월 내 수술로 우선 우유병 혹은 엄마 유방을 빨 수 있도록 하여 준다.
- 그 후에도 성장 패턴에 맞추어 악골의 형태를 잡아주기 위해서는 수술이 계속적으로 시행되어야 함. 수술 전에는 악궁의 모양과 교합을 맞추기 위한 교정치료가 필요하게 됨.
- 만 18세가(성장이 완료되는 시기) 되어야 최종적인 수술을 하고 악골의 비정상적으로 없었던 치아를 보철물로 해 주어야 함.
위와 같이 언청이는 7차례의 수술을 걸쳐야 함으로 비보험으로 인한 비용 부담이 큼으로 경제적으로 어려운 상황에 이르게 된다. 이

러한 경우에는 국가적인 보험정책이 이루어지거나, 선택적으로 인공임신중절을 허용할 수 있도록 해야 한다.

3. 태아의 권리를 대리하는 제3자의 필요 여부

벳속에 있는 아이라 해도 부모의 소유물이 아니다. 그러므로 제3자를 통해 아이의 권리를 주장할 수 있는 중재자가 필요하다.

일본의 경우 성전환 시(인공임신중절의 예는 아니지만), 제3자의 중재자가 2년간 성전환 하려는 사람을 관찰하여 필요성이 있다고 판단될 경우 보험을 인정해주도록 하는 예가 있다.

부록 4.

공청회 원고

일 / 정 / 표

13:30-14:00 등 록

14:00-14:20

개회사: 손명세 (연세대 의료법윤리학연구소장)

격려사: 김용현 (보건복지부 저출산고령사회정책본부장)

14:20-15:00 주제발표

모자보건법 제14조 개정(안): 김소윤 (연세의대 교수)

15:00-15:20 휴 식

15:20-16:20 지정토론

좌장: 손명

세 (연세대)

- | | |
|----------------|--------------|
| ◇ 가톨릭대학교 | 이동익 교수 |
| ◇ 인공임신중절반대운동연합 | 김현철 부회장 |
| ◇ 대한산부인과학회 | 고재환 법제위원회 간사 |
| ◇ 대한산부인과의사회 | 최광은 법제이사 |
| ◇ 생명31운동본부 | 박영식 변호사 |
| ◇ 한국여성민우회 | 유경희 대표 |
| ◇ 홍익대학교 | 이인영 교수 |

16:20-17:00 종합토론

모자보건법 제 14조 개정 움직임에 대한 의견

이동익 신부 (가톨릭대학교 의과대학 인문사회학과 교수)

보건복지부가 연세대학교 의료법.윤리 연구소와 협력하여 지난 해 11월부터 ‘인공임신중절 예방사업 및 법적정비방안연구’라는 정책연구의 일환으로 여러 전문가들의 의견을 구한다는 소식을 불과 한 달여 전, 이 공청회의 토론자로 요청을 받으면서 처음 접하였다. 그간 이미 4차례의 전문가 회의가 진행되었다는 것을 공청회를 위해 내게 보내진 회의 자료들을 통해 알 수 있었고, 그 때까지 전문가 회의에서 토의된 내용들은 오늘 김소윤 교수님께서 발표하신 내용과 거의 동일하다고 말할 수 있겠다.

4차례의 전문가 회의에 참석하신 열 분이 넘는 전문가들의 토의 내용을 접하면서 가장 먼저 느꼈고, 또 놀랄 수밖에 없었던 것은 오늘 토론자로 자리를 함께하고 계시는 김현철 목사님을 제외하고는 모두가 하나같이 이 기회에 인공임신중절을 어느 정도는 인정해야 한다는 취지의 매우 활발한 의견을 개진하고 있었다는 점이었다. 인공임신중절 지지라는 한쪽 분야의 전문가들만 모여서 의견을 개진한 결과가 아마 오늘 발표 내용이 아닌가하는 씁쓰레한 느낌도 없지 않다.

오늘 나는 이 자리에서 개정안 내용의 각론에 대해서는 말하지 않으려고 한다. 다만 우리 사회가 생명의 존엄을 확보하기 위해 어떠한 구체적인 노력을 해야 할 것인지를 이 개정안을 중심으로 총론적으로 언급하고자 한다. 발표에 앞서 먼저 밝혀 둘 것은 본인은 모자보건법의 개정보다는 폐지에 대해 이미 오래전부터 주장해 왔다는 것을 미리 말씀 드린다.

먼저, 이 연구의 목적을 보니, 모자보건법이 현실과 괴리가 있는 사

문화된 법이기 때문에, 현실화시킬 필요가 있고, 생명존중을 기본정신으로 하여 인공임신중절 예방을 위해 법정비가 절실히 요청된다는 취지라는 것을 알 수 있다.

그런데 가장 먼저 의문을 갖게 하는 것은 과연 우리나라에서 모자보건법 이후에 낙태죄에 관한 형법이 제대로 적용되었는가하는 문제이다. (2004년 4건 접수, 집행유예 1건, 재산형 1건, 선공유예 1건/2005년 2건 접수, 결과 없음 - 「형사정책연구」 2007년/7월 참조) 연간 150만 건 이상으로 추정되는 인공임신중절 건수에 기소 1-2건이라고 볼 때, 아예 모자보건법 시행 처음부터 형법 집행의 의지가 없었다는 의미이다. 이 말은 곧 모자보건법을 현실에 맞게 아무리 잘 개정한다고 해도 실효성이 있겠는가 하는 반문이다.

이러한 논의의 맥락에서 결국 형법 269조와 270조 낙태죄의 규범적 효력을 잃고 말 것이라는 염려가 매우 크다. 전문가 회의 자료에서는 사회, 경제적 이유로 인공임신중절을 허용해야 한다는 방향으로 개정안이 준비되었으나 오늘 발표에서는 ‘사회적 적응 사유’로 산모가 요청하는 경우에는 허용이 된다는 방향으로 제시되고 있는데, 이는 결국 말장난에 불과하지 않는가? 말장난이든 아니든 이 사유가 의미하는 것은 산모가 원할 때는 언제든지 인공임신중절할 수 있도록 법으로 보장해 주는 것이며, 결국에는 낙태죄가 사문화될 것이며, 인공임신중절 자유화로 이어질 것임은 뻔한 이치이다. (고려대학교 「인공임신중절의 현황과 대책」 공청회 자료(2005)에 의하면 기혼여성의 인공임신중절이 유로 사회적, 경제적 이유가 90%에 육박하고 넘고 있으며, 미혼여성의 경우 미혼이기 때문, 경제적 이유가 거의 100%에 육박하고 있다) 인공임신중절 자유화는 우리나라의 헌법 원리상 절대로 유지될 수 없다. ‘국민의 생명과 안전을 보호하는 것은 정부가 수행해야 할 가장 중요한 임무’이며, 태아 역시 온전한 인권을 가지 인간 개체이기 때문이다.

두 번째로 지적할 것은 ‘생명의 존엄을 지지하기 위한 노력’으로서 이 연구를 진행한다면, 그보다 더 선행되어야 할 것이 있다는 점이다. 인공임신중절 허용을 논하기보다는 먼저 인공임신중절 이유로 꼽히고 있는 내용들을 해결할 수 있을 것인가에 초점이 맞추어져야 할 것이고, 여러 부담이 있는 가운데서도 인공임신중절의 유혹을 물리치고 출산을 했을 때 그 부담을 떨쳐버릴 수 있는 출산장려정책들이 선행되어야 한다는 것이다. 물론 이 문제에 대해서 정부 관계자들도 그러한 정책을 함께 추진하겠다는 뜻을 밝히고 있지만, 지금까지의 출산 장려 정책이야 기껏 출산 보조금 약간 정도를 보조하는 정도이니, 획기적인 출산장려정책들이 우선 가시화되는 것이 필요하다. 배우자 중 한 사람이 가정에 남아서 자녀 양육을 책임질 수 있는, 상당기간 동안의 자녀양육 보조금을 비롯해서 보육과 교육 혜택을 충분히 받을 수 있도록 하는 전환적인 발상이 필요하다. 미혼모들이 편안하게 출산할 수 있는 사회적 정책도 매우 시급하다. 미국은 임신한 청소년을 위해 ‘10대 양육 프로그램’(TAPP)을 각급 학교에서 진행하고 있다. 임신으로 학교를 중퇴하는 것을 방지하고 임신기간 중에도 학업을 계속할 수 있도록 의료 및 상담 서비스를 해 준다. 또 미혼모(리틀맘)가 된 학생뿐 아니라 태어난 자녀도 수혜자에 포함시켜, 양육 지원과 어린이 보호를 아울러 꾀한다. 미국은 10대 소녀의 임신율이 서구에서도 높은 편으로, 10대 소녀 열 중 넷 정도가 적어도 한차례 임신을 경험한다.

미국과 이웃한 캐나다의 경우, 10대 임신부를 위한 시설이 잘 갖춰져 있다. 구세군과 주정부가 함께 운영하는 ‘구세군 희망 센터’에서는 16~19살 미혼모와 자녀들이 함께 살면서 각종 교육에 참여할 수 있다. 또 학교와 탁아소의 기능을 합쳐놓은 ‘유빌센터’는 고교를 졸업하지 못한 미혼모를 위해 교육과 양육 서비스를 함께 제공한다. 이곳에서는 미성년 미혼모가 수업을 받는 동안, 직원들이 아기들을 돌봐준다. (한겨레신문 2006년 10월 30일) 인공임신중절 방지를 위해 법 규정을 개정함으로써가 아니라 출산할 수 있는 환경을 위해 노력하는 것이 더

중요하며, 생명존중을 위해 정부가 해야 할 일이 바로 이러한 일이라고 생각한다.

셋째, 오늘 발제 내용에서는 언급되고 있지는 않지만 전문가 회의 자료에는 인공임신중절도 여성의 자기 결정권, 혹은 선택권, 자율성에 따른 합법적 권리로 오해될 수 있는 주장도 펼쳐지는 것을 볼 수 있다. 임신한 사실 때문에 여성이 고통스럽기 때문에 그 고통을 종식시키기 위해 임신도 중단될 수 있다는 논리는 우리 사회를 매우 위험한 지경으로 몰고 가는 지극히 이기적이고 개인주의적인 논리이다. 내가 만나본 인공임신중절한 수많은 여성들 중에는 임신했기 때문에 고통스럽다는 여성보다는 인공임신중절했기 때문에 고통스럽다는 여성이 대부분이다. 그리고 그 고통이 수 십 년, 아니 죽을 때까지 계속해서 따라다닌다고 한다.(종교를 갖지 않은 경우도 마찬가지이다.) 원치 않는 임신이 물론 고통스러울 수 있지만 그것이 출산으로 이어질 때 그것은 또 하나의 행복으로 바뀔 수 있다는 것을 우리 사회가 받아들이고 또 가르쳐야 하지 않겠는가. 또 우리는 다른 사람의 생명에 대해 선택할 수 있는 어떠한 권리도 없다. 뱃속의 태아가 곧 ‘나’는 아니기 때문이다. 생명은 선택할 수 있는 대상이 아니라 내게 주어진 것을 감사히 받아들이는 선물이기 때문이다.

우리나라의 인공임신중절 건수는 연간 약 150만 건 내외라고 한다. (1994년 갤럽 조사) 2005년 고려대학교 의과대학의 조사 결과인 342,233건은 조사상의 여러 한계 때문에 실제에 가까운 수치로는 받아들이고 싶지 않다. (전화조사와 조사에 동의한 200여 의료기관에서 직접 조사표를 배부하여 작성, 회수한 결과) 정부 관계자들도 실제 인공임신중절 건수는 150만 건도 넘을 것이라고 말하고 있다. 이 정도의 수치이면 우리나라는 인공임신중절 순위로 세계의 1-2가 될지도 모른다. 이러한 우리나라에서 가까운 미래에 우리나라의 인구가 대폭

감소하여 어쩌면 재앙이 다가올 수도 있다는 우려감에 벌써 몇 년 전부터 출산장려정책을 펼치고 있다. 이 출산장려정책의 주무 부서인 보건복지부 출산지원팀이 인공임신중절 자유화로 나아갈 수밖에 없는 오늘의 이 연구를 지원하고 있다는 점이 참으로 아이러니 하다. 출산지원팀이 그 팀의 이름처럼 출산 지원을 위한 정책에 전념해야 하지 않는가. 그 가장 실효적인 정책은 분명 인공임신중절 방지를 위한 정책일 것이다. 그래서 인공임신중절을 감소시킬 수 있는 정책이 성공한다면 인구 증가 정책도 틀림없이 성공할 것이고, 따라서 모자보건법 제 14조를 개정하는 것보다 아예 폐지하는 것이 오히려 정부의 관심 정책에 더 부합할 것이라고 감히 말하고 싶다.

『모자보건법 제14조 개정(안) 마련』을 위한 공청회: 대한산부인과학회 자료

고 재 환 (대한산부인과학회 법제위원회 간사)

지난 수십년간 인공임신중절행위에 대해 논쟁은 계속되었지만 국내 인공임신중절 관련법이나 관행은 특이한 형태로 유지되어 왔다. 낙태죄 처벌론자들은 인공임신중절에 반대하면서도 불가피한 인공임신중절의 허용을 인정한다는 입장을 전제로 하고 있으며, 낙태죄 존치의 이유를 인간의 존엄성과 관련된 태아의 생명권보장에서 찾기 보다는 인구감소를 해결해야 한다는 인구정책적 고려, 전통적인 도덕률의 유지 및 성풍속유지의 필요성 등의 사회문화적 관점에서 찾으려 한다. 현행법에서 낙태죄규정도 문제점은 있다. 형법상 의료업무에 종사하여 의료적인 지식을 가진 자가 행하는 인공임신중절행위를 비의료인의 행위보다 중하게 처벌되며, 모자보건법은 인공임신중절을 정해진 범위내에서 허용하는 것 같이 보이나 법 해석에 따라서는 인공임신중절을 전면적으로 방임할 수 있게 되어 있다. 이러한 불안정한 형태의 사회구조로서는 지속적으로 변화하는 현실에 맞지 않는 부작용이 새로이 발생할 것이며 현 상태의 유지 또한 어려울 것이다. 그러므로 현실적으로 가능한 범위내에서 인공임신중절을 허용하는 제한적 법적 규제만이 음성적으로 이루어지고 있는 인공임신중절의 현실을 해결할 방안으로 사료된다. 그렇다고 인공임신중절에 관한 법 제정과 수정이 법조인의 손에만 맡겨지는 것은 합당치 않고 인공임신중절라는 행위는 의료적 전문성이 요구되는 항목이므로 의사들의 합의를 전적으로 법에 반영하고 의료계의 협조가 함께 이루어져야만 가능하다 하겠다.

모자보건법상 인공임신중절수술의 허용한계

제14조 (인공임신중절수술의 허용한계) ①의사는 다음 각호의 1에 해당되는 경우에 한하여 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 자를 포함한다. 이하 같다)의 동의를 얻어 인공임신중절수술을 할 수 있다.

1. 본인 또는 배우자가 대통령이 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
2. 본인 또는 배우자가 대통령이 정하는 전염성 질환이 있는 경우

-1호와 2호에 규정된 우생학적 적응 사유를 판단하는 것은 결코 쉽지 않은 일이며, 우생학적 인종차별의 근거가 될 수 있다. 또한 우생학적, 유전학적 정신장애 혹은 신체장애가 있는 태아라고 하더라도 산전 검사로 모두 밝힐 수는 없으며, 부모가 정신적 질환이 있는 경우 태아를 인공임신중절해도 된다는 것은 인공임신중절을 정당화 하기 위한 수단으로 이용될 소지가 있다.

제14조 (인공임신중절수술의 허용한계) ①의사는 다음 각호의 1에 해당되는 경우에 한하여 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 자를 포함한다. 이하 같다)의 동의를 얻어 인공임신중절수술을 할 수 있다.

5. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우

- 제14조의 인공임신중절 허용한계는 모체의 건강과 생명을 위주로 구성되었다. 그런 이유로 태아 기형과 관련된 인공임신중절 허용을 주장하는 경우가 늘고 있다. 태아의 심각한 이상으로 인해 발생하는 태아와 모체의 문제로 인한 인공임신중절도 고려되어야 한다. 하지만 태아의 생명에 영향을 주지 않는 정도의 기형을 수술 허용조항으로 넣는 것은 반대다. 출생 후 현대의학의 적극적인 치료에도 불구하고 출생 후에 생존이 불가능한 경우는 수술의 대상이 될 수 있겠다. 태어나서

생명을 유지할 수 없는 무뇌증과 같은 기형의 경우는 주수에 관계없이 임신중절수술을 허용하여야 한다.

시행령의 인공임신중절수술 허용 기간(28주)에 대한 근거

모자보건법 시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계)
 ①법 제14조의 규정에 의한 인공임신중절수술은 임신한 날로부터 28주일이내에 있는 자에 한하여 할 수 있다.

- 모자보건법시행령 제15조제1항에 규정된 인공임신중절의 허용기간은 임신한 날로부터 28주로 되어 있는데, 의학의 발달로 신생아의 생존가능성이 늘고 임신한 날의 정의가 개개인의 상황에 따라 다를 수 있어서 발생하는 기간의 혼돈으로 수정이 불가피하다. 더욱이 인공임신중절수술은 임신주수가 진행된 상태에서 시술받으면 출혈, 감염, 자궁파열 등의 합병증의 빈도가 증가하며, 나이가 어릴수록 인공임신중절로 인한 피해가 증가할 가능성이 있어 이후 가임기 여성의 건강증진에 영향을 미칠 수 있다. 대한소아과학회에서 제시한 현대의학기술 및 장비로 최대한 지원하는 경우 모체 밖에서 태아가 생존가능한 시기는 24주이며, 대부분의 국가에서도 인공임신중절의 정당화사유별로 각각의 기한을 제한하고 있으며 대부분 24주를 넘지 않는다.

각 국가별 임신중절 허용기한

구분	임신중절 허용기한
독일	- 착상 이후 12주까지: 요청에 의해 - 12주 까지: 강간 또는 다른 성범죄에 의한 임신 - 제한없음: 의학적인 이유
영국	- 24주까지: 사회적, 사회의학적, 사회경제적 이유 - 제한없음: 심각한 장애가 우려될 때 여성의 생명에 치명적이고 영구적인 손상이 우려될 때

프랑스	<ul style="list-style-type: none"> - 12주까지: 요청에 의해 - 임신 2주기(4~6개월): 산모의 생명에 위협이 되는 경우, 산모의 신체적 건강에 위협이 되는 경우, 태아 기형의 위험이 있는 경우
스위스	<ul style="list-style-type: none"> - 법적인 제한 없음(대부분 12주-14주 사이): 산모의 신체적·정신적 위험이 초래되는 경우 - 14주까지: 태아의 기형, 산모의 건강에 심각한 위험이 초래되는 경우만 허용
핀란드	<ul style="list-style-type: none"> - 12주까지: 사회적·사회과학적 또는 사회경제적 사유, 산모의 정신적 건강에 위협을 초래하는 경우, 강간 등의 성범죄에 의한 임신 - 2주기(4~6개월): 산모의 신체적 건강에 위협이 되는 경우 - 24주까지: 산모의 생명에 위협이 되는 경우, 태아 기형이 위험이 있는 경우
헝가리	<ul style="list-style-type: none"> - 12주까지: 요청에 의해 - 2주기(4~6개월): ‘중대한 위기 상황’, 산모의 건강에 심각한 위협이 초래된 경우, 강간 등의 성범죄에 의한 임신
이탈리아	<ul style="list-style-type: none"> - 90일까지: 사회적, 사회과학적, 사회경제적 사유 - 90일 이후: 산모의 생명에 신체적·정신적 위협이 되는 경우, 태아의 기형이 우려되는 경우, 강간 등의 성범죄
오스트리아	<ul style="list-style-type: none"> - 완전착상 후 3개월까지: 요청에 의해 - 임신 2주기(4~6개월): 산모의 생명에 신체적·정신적 위협이 되는 경우, 산모가 미성년자(14세 미만)인 경우
노르웨이	<ul style="list-style-type: none"> - 12주까지: 요청에 의해 - 임신 2주기(4~6개월): 산모의 생명에 신체적·정신적 위협이 되는 경우, 태아의 기형 위험, 강간등의 성범죄, 사회적인 이유, 산모가 미성년자(16세 미만)인 경우 - 18주 이후: 극도로 심각한 상황일 경우
네덜란드	<ul style="list-style-type: none"> - 13주까지: 요청에 의해 - 24주까지: 산모가 고통을 당하고 있다는 것이 산모와 의사 모두를 통해 입증될 경우 13주 이후에도 임신중절 허용.
스웨덴	<ul style="list-style-type: none"> - 18주까지: 요청에 의해

시행령에서 인공임신중절수술의 허용 한계

모자보건법 시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계)

②법 제14조제1항제1호의 규정에 의하여 인공임신중절수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환은 다음 각호와 같다.

1. 유전성 정신분열증
2. 유전성 조울증
3. 유전성 간질증
4. 유전성 정신박약
5. 유전성 운동신경원 질환
6. 혈우병
7. 현저한 범죄경향이 있는 유전성 정신장애
8. 기타 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 현저한 질환

③법 제14조제1항제2호의 규정에 의하여 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성질환은 태아에 미치는 위험성이 높은 풍진·수두·간염·후천성면역결핍증 및 「전염병예방법」 제2조제1항의 전염병을 말한다.

- 모자보건법 시행령 제15조 제2항과 제3항의 질환이 태아에 미치는 영향에 대하여 의학적 근거가 충분하지 않다. 전염성 질환의 대부분(풍진, 수두, 간염 등)이 요즘은 중대한 질병이 아니며, 태아가 이 질병에 걸렸다하더라도 현재 의학수준으로 얼마든지 치료 가능하고, 태아에게 미치는 영향이 큰 전염성질환이라도 태아가 감염되지 않는다면 태아의 생명 자체를 부인해야 할 중대한 질병이라고 할 수 없다. 결국 모자보건법 시행령과 전염병예방법에서 규정하고 있는 법정전염병요인을 가진 태아는 모두 인공임신중절 대상이며 모든 인공임신중절을 가능하게 해석될 수도 있다.

모자보건법 시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계)

②법 제14조제1항제1호의 규정에 의하여 인공임신중절수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환은 다음 각호와 같다.

8. 기타 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 현저한 질환

- “기타 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 현저한 질환” 이란 조항은 1973년 모자보건법이 제정되는 과정에서 일본의 해당 법률을 그대로 차용한 것으로, 부모가 유전학적 장애가 있다고 해서 장애 여부와 상관없이 뱃속의 태아를 인공임신중절하는 것은 태아 생존권을 부정한 모순이다. 또한 이러한 규정이 인공임신중절을 인정하는 범위를 무한히 확대시키는 부작용을 일으킨다.

모자보건법개정에 대한 산부인과의사회의 입장

최광은(대한산부인과의사회 법제이사)

인간은 종족보존의 의미만을 가지는 동물들과는 다르게 성행위와 임신에 대해서 스스로의 통제가 가능하다는 점에서 구별될 수가 있다. 인간의 역사와

더불어 여러 민족들이 수태를 조절하는 방법들에 대해 언급하고 있고, 최근에 의학의 발전은 과거와는 차원이 다르게 인간의 역사에서 가히 혁명적이라고 할 수 있는 경구피임제를 개발하게 되었다. 이 후 많은 여성들이 임신의 공포에서 해방되는 계기를 맞게 되었다.

그럼에도 불구하고 일부 미성년자를 포함하여 원치 않는 임신을 하게 되는 경우가 있고, 그에 대한 해결 방법으로 임신중절술에 의존하게 되는 일들이 생겨나게 되었다. 이에 대해서는 각 나라마다 각기 고유한 사회경제적 가치, 문화적 이해, 종교적 관습과 법률에 따라 서로 다른 모습으로 나타나며, 이해 당사자 간에는 언제나 충돌하는 양상을 띠게 된다.

우리는 과거 70년대에 인구 조절이라는 정책적 판단에 따라 국가가 일방적으로 모자보건법을 제정하고, 월경조절술이라는 임신중절술을 의사들에게 강요하였으며 그에 따른 결과로 인해 오늘날에는 법 규정과 현실이 서로 괴리가 생기는 모순을 야기하였다.

산부인과의사회에서는 태아의 생명을 보호하는 일이 산부인과의사에게 있어 우선되는 일이라고 생각하고 임신중절을 줄이고

자 최선의 노력을 다하고 있으며 모자보건법 개정 취지도 이와 같은 방향으로 가야한다고 보고 있다. 뿐만 아니라 우리는 지난 3년간 임신중절 인터넷 광고에 대해 단호하게 대처하였고 지난 연말부터 2차례에 걸쳐 경고성 내용증명 서신을 해당회원들에게 통고하였으며 화요일 윤리위원회에서 최종적으로 고발대상자 명단을 작성하였다. 산부인과의사회는 앞으로도 끝임 없이 임신중절을 줄이기 위한 다양한 방법들을 찾아 회원들에게 알리고 이를 실천해 나아갈 것이다.

모자보건법 제14조 개정(안) 인공임신중절수술 허용 범위 등

유 경 희 (한국여성민우회 대표)

인공임신중절에 대한 논의는 누가, 왜 하는가의 문제에서 출발하며 무엇을 중요한 문제로 보는가에 대한 시각의 차이가 있다. 여성운동의 현장에서 인공임신중절 관련 주제는 법·의료적 측면보다 여성의 임신·출산·양육 등 재생산권을 중심으로 한 논의가 있어 왔다. 불법 임신중절이 이루어지고 있는 현실에서 중요한 것은 임신중절의 경험을 갖게 되는 여성들의 현실을 바로 보는 것, 임신중절의 배경과 원인을 정확히 인식하는 것, 임신중절 예방을 위한 사회적 책임과 노력들에 대한 다각적인 대안을 모색하는 것이다.

현재 모자보건법상의 허용사유 즉, 보건의학적 이유로 여성의 건강을 해할 경우, 태아에 심각한 이상이 있어 출산 후 생존이 불가능한 경우, 성폭력범죄의 처벌 및 피해자보호 등에 관한 법률에 근거한 성범죄로 임신한 경우는 자신의 결정 아래 임신중절 허용에는 큰 이견이 없을 것이다. 여기에 임신중절에 이르게 하는 현실적 원인인 사회적 적응 사유가 허용기준에 포함되어야 함에 대한 논의가 필요한 시점이다.

1. 생명권(pro-life) 과 선택권(pro-choice)의 이분법적 인식과 논쟁을 넘어서야 한다.

이제는 인공임신 중절 논의에서 태아의 생명권 존중과 임신한 여성의 자율성을 인정하는 선택권의 이분법적 논쟁을 넘어서야 한다. 태아 생명권과 여성 선택권의 배치가 아닌 생명존중, 그리고 여성의 삶과

사회관계적 맥락에서 충분히 고려되어야 한다.

현실에서는 사회·경제·문화적 이유로 인공임신중절을 택하는 경우들이 더 많다. 이는 인공임신중절을 택하는 여성들의 경험이 보다 가시화될 필요가 있으며, 이를 근거로 한 논의가 적극적으로 진행되어야 함을 의미한다. 여성의 임신중절은 자신과 주변의 사회적 환경을 고려한 판단으로 결정하게 되는 행위임을 인식해야 한다. 단, 판단에의 결정과 이후 과정에 실제적인 도움이 될 수 있는 정보제공을 포함한 적극적인 정책적 지원이 따라야 할 것이다.

2. 임신중절을 둘러싼 여성들의 현실과 후유증을 인식하여야 한다.

우리사회에서 임신중절에 대한 사회적 허용 범위를 설정하게 된 배경은 경제성장 중심의 국가 경쟁력 차원에서 출산력 조절(임신중절 양성화)이라는 인구통제 정책이 자리하였다. 이것은 여성의 몸에 대한 통제권이 국가에 있음을 말해주는 것으로 여성들에게도 자율성, 신체적 안전보장보다는 정책의 수용자 위치를 벗어나지 못하는 한계가 있었음을 부인하기 어렵다. 이러한 국가 ‘가족계획’ 담론에서 여성의 출산에 대한 의사결정과 실행은 개인의 권리가 아닌 국가 의무적 성격이 강해 사적영역에서 이루어지는 여성의 ‘출산’ 경험은 가시화되지 못하였다. 말할 권리와 말할 수 있는 장이 없어 공론화되지 못하였다. 출산으로 인한 자녀 부양책임은 가족으로 이른바 ‘가족계획’의 책임성이 여성과 가족에게 부여되었다. 가족의 경제적 상황과 미래를 고려해 출산을 조절하는 것이 당연시 되었고, 자녀 양육을 위한 경제적 비용을 생각하게 되고, 이는 노후 대비로 연결되는 도구적 관점의 자녀출산 인식을 갖게 하였다.

비혼 여성은 성적 존재로 인정되지 않으며, 비혼 여성의 임신중절은

도덕적, 윤리적인 면에서 사회적으로 비난받을 행동으로 인식되며, 문제집단으로 낙인 지워진다. 비혼 임신중절의 대부분이 ‘결혼’의 문제(혼인 지위)와 연결되어 있다. 성폭력 피해 여성의 경우 피해의 고통뿐 아니라 임신여부를 인지하는 일에서부터 임신중절 여부를 결정하는 과정은 여성의 고통을 가중시킨다.

기혼여성들의 임신중절은 대개 출산력 조절에 있다. 여성 개인의 선택보다 터울, 더 이상 자녀를 원하지 않아서, 경제적 상황 등 가족공동체적 이해와 연결되어 있음을 알 수 있다.

임신중절의 배경은 우리사회의 이중적인 성문화, 제대로 된 성교육의 부재, 의학적 무지, 사회적 지원책 미비, 경제력 미비, 부모 됨의 준비 부족 등 아주 다양하고 복합적이다. 여성들에게는 불임의 염려, 양육의 욕구가 있어도 현재의 삶이 아이를 낳아 키우기에 부적절하다는 생각과 미래 삶에 대한 우려 등의 또 다른 이유가 있다. 하지만 현실에서 인공임신중절은 여성들에 대한 도덕적 윤리적 검열의 장치로 작동되며, 불법시술로 인한 여성의 건강권과 안전(불임과 건강에 미치는 후유증)을 위협받은 채 이루어진다. 이렇게 임신중절에 이르게 되는 여성들의 복잡하고도 다양한 상황적 혼란과 맥락, 고통 등의 힘든 후유증에 대해서는 감추어져 있다.

임신중절은 단순히 부적절한 성행동의 결과, 생명 경시에서 나타나는 결정이 아니다. 당사자인 기혼/ 비혼, 10대 청소년, 빈곤 여성 등 각각의 사회적 위치에 있는 여성 자신과 자신의 신체에 대한 결정이다. 여성 자신의 앞으로의 삶에 대한 결정이 당사자의 진정성에 기반한 적극적인 논의가 필요하며 사회적으로 공유되어야 한다.

3. 임신·출산 등 재생산권에 대한 사회전반의 적극적 논의가 필요하다.

임신과 출산은 전적으로 여성의 몸 안에서 일어난다. 또한 출산 이후 양육까지 거의 전적으로 여성의 책임 하에 놓여있다. 그러나 임신을 통해 생명을 갖게 되는 일, 양육과 돌봄 등 자신과 자녀와의 관계 중심적 가치, 여성인권 등에 대한 교육과 인식이 부재하였다.

재생산권이란, 커플과 개인들의, 그들 자녀의 수와 터울을 자유롭게 책임있게 결정할 수 있는 기본권의 인식에서부터 임신·출산·피임·임신중절 등 (성적관계를 언제 어디서 누구와 어떻게 할 것인가, 하지 않을 것인가/ 임신을 할 권리와 하지 않을 권리/ 출산의 권리와 하지 않을 권리)에 있어 여성이 주체적으로 자신의 몸과 재생산 과정을 결정하고 통제할 수 있는 포괄적인 권리를 의미한다. 여기서 신체적 통합과 자기결정의 중요성, 섹슈얼리티와 출산에 있어 성평등 원리의 중요성, 사회권, 권리실현을 가능하게 하는 조건마련의 강조가 중요한 개념으로 보고 있다.(페체스키,1994, UN 인구 및 개발에 관한 국제회의)

우리사회에서 여성의 몸, 재생산권은 여성 개인의 권리보다는 국가 사회의 개입, 지배규범적 관점으로 통제되었다. 최근 저출산 대응정책으로 임신한 여성에 대한 사회적 지위 인정, 출산 지원 정책적 개입이 있으나 임신한 여성의 다양성을 담아내지 못한 채 일부 경제적 지원에만 머물러 있어 국가 개입의 한계성을 드러내고 있다.

임신·출산·양육의 주체인 여성의 몸의 권리로서의 재생산권 중심의 인공임신 중절에 대한 적극적인 논의가 있어야 한다.

4. 성적자기결정권, 여성 인권을 포함한 성교육이 실시·확산되어야 한다.

문제예방 차원에서 이루어지는 성교육이 아닌 성가치관 교육을 통한 섹슈얼리티 이해와 자기결정권을 존중하는 교육이 세대별로 이루어져야 한다. 특히 여성들의 성적자기결정권 행사가 가능한 사회적 성문화가 성숙되어야 한다.

비혼·십대 여성들의 성적 욕구, 사회적 지위 인정이 필요하며 성적 자기결정권의 주체가 될수 있도록 하는 체험적 성교육의 장이 있어야 한다. 성에 대한 경험을 성숙의 과정으로 인식, 성적관계 맺음에 대한 이해, 여성에게 맡겨져 있는 피임을 넘어서 남여 공동 책임 의식을 갖는 실천적인 성교육이 필요하다.

5. '정상 가족' 주의 중심의 사회 인식 변화와 안정적 복지정책이 마련되어야 한다.

여성들은 자신의 정체성과 앞으로의 삶에 대한 전망과 더불어 가족 생활의 전망 속에서 출산을 결정하게 된다. 가족 내의 경제적 상황이나 양육을 위한 실제적 조건 등 복합적인 내용 모두를 고려하게 된다.

현 가족법 규정은 이성애 결혼을 전제로 한 부계 중심의 '정상가족' 모델이 규범화되어 있다.

따라서 혼인 외 출산, 비혼 부모 출산은 규범적 가족 아니어 부정적인 시각이 지배적이며 가족 지원에서 배제되어 있다. 당연히 이들에 대한 출산·양육의 정책적 복지적 지원은 어렵다. 비혼 부모 출산 시 입양되는 경우 실제 친자관계 보다는 아동 보호라는 인식하에 허위출

생 신고를 묵인하고 있다. ‘정상가족’ 주의에 배제되어 있는 비혼 부모의 경우 인공임신중절로 가지 않도록 하는 자녀 양육이 가능한 복지적 접근이 필요하다. 호주제 폐지와 가족법 개정으로 개인별 신분등록 제도가 마련되어 모의 성을 쓸 수 있게 되는 등 비혼모 가족 형성의 장벽은 해소되었으나 실제 사회적으로 비혼부모 가족에 대한 인식의 변화, 정책적 지원이 뒤따르기까지는 많은 노력이 요구된다.

6. 사회적 사유에 의한 인공임신중절에 대한 합의가 필요하다.

임신중절은 태아와 여성 모두에게 중요한 문제이다. 그러나 사회경제적 여건이 해결되지 않으면 법으로 금지해도 지속될 것임은 분명하다. 의료인을 비난하고 여성을 비난하는 것으로 해결될 문제가 아닌 것이다. 예를 들어 성폭력범죄 피해 시 범죄 피해 확인은 의사의 역할을 넘어선다. 의학적 이유가 아닌 임신중절에 관한 사회적 합의 기준과 현실적 대안이 필요하다. 인공임신중절의 원인을 해결할 사회적 의지가 있어야 하며, 단순한 법적 금지가 아닌 아이를 낳을 수 있는 사회적 지지와 환경 조성의 정책적 지원이 시급하다.

동시에 원치 않는 임신의 고통 속에서 불가피한 상황에 놓인 여성에게 임신중절 여부를 결정할 수 있도록 정보제공 및 상담의 역할이 필요하며 지원되어야 한다. 임신중절을 범죄시하여 회피하게 하기보다는 임신의 주체인 여성의 주관적·객관적 환경조건 하에서 판단할 수 있는 의료, 윤리, 복지, 인권 등의 내용적 정보를 주고 상담을 통해 최종 판단할 수 있도록 도와야 할 것이다. 임신을 유지할 시는 사회적인 불이익을 받지 않도록 도움을 줄 수 있어야 하며, 중절을 결정할 시(가능한 초기중절) 이를 범죄시 않고 안전한 치료와 회복을 돕는 지원을 해야 할 것이다.

다만 법적 구속력을 지니는 상담절차보다는 적극적인 홍보를 통해 도움을 받을 수 있는 자율적인 상담 통로를 열어두는 것이 바람직할 것으로 생각된다. 임신 중절 수술시 배우자 동의가 반드시 필요하다고는 생각지 않으며 최종 선택권은 당사자인 여성에게 주어져야 할 것이다.

낙태죄 허용한계에 대한 재구성, 개정의 제언

이인영(홍익대학교 법과대학)

1. 양자택일을 강요하는 논리에서 태아의 생명권과 임부의 자기결정권 법익간의 조화

우리 사회에서 낙태죄에 관한 논의를 전개할 때 태아의 생명권과 여성의 자기결정권 간의 충돌의 문제를 두 법익 중에서 어느 한 법익을 우선적으로 취해야 한다는 양자택일의 문제로 접근하고 있다. “인공임신중절문제가 곧 우리의 생명권과 직결된다는 사실을 알아야 할 필요가 있다. 태어나지 않은 사람의 보호 없이 태어난 사람이 제대로 보호될 수 없으며, 그것은 이미 그 자체로 모순이고 이율배반이다”라는 명제만을 주장한다면 상존하고 있는 법익 충돌상황을 해결하기 보다는 갈등을 증폭시키는 결과를 가진다.*

일정한 기간 내에 여성이 인공임신중절할 권리를 갖는 법질서에서는 태아의 생명권은 그 기간 내에서만 이차적인 의미를 가지고, 태아의 생명보호에만 우선권을 인정하는 법질서에서는 임부의 인공임신중절결정권은 이차적인 법익으로서의 의미를 유지하고 있다고 본다. 태아의 생명권을 우선적인 보호법익으로 하는 낙태죄 규정에서도 임부의 동의없는 낙태죄를 처벌함으로써 임부의 자기결정권을 보충적으로 보호하고 있으며, 임부의 자기결정권을 존중하는 입법에서도 인공임신중절의 기간을 제한함으로써 태아의 생명이 형법적 보호를 받게 된다. 이러한 관점에서 현실적으로 어떠한 법도 태아의 생명이라는 법익과 임부의 자기결정권이라는 두 법익 중 어느 하나를 완전히 배제하는 입

* 김영환 교수는 형법상 인공임신중절의 문제를 원칙과 예외, 금지와 허용이 양자 간의 한계를 어떻게 설정하는가에 집중하고 있다고 지적한다. 김영환, “낙태죄 논쟁의 재구성”, 형사정책연구 제2권 제2호, 1991. 여름, 412면.

법례는 없다고 할 것이다. 그러므로 낙태죄 논쟁의 효율성을 위해서는 동일한 논리적인 차원에 있는 보호법의 중에서 어느 것을 선택할 것인가라는 양자택일적 논리구조로 진정한 해법을 찾을 수 없다는 점을 분명히 하며, 갈등해소를 위한 조화를 모색하는 것으로부터 논의를 시작되어야 할 것이다.*

2. ‘죽은 형법’과 ‘살아있는 모자보건법’의 모순 : 법률개선의무

일부 학자들에 의해서 인공임신중절에 관한 현행 형법규정은 실질적으로 모두 ‘죽은 법’이고 모자보건법만이 ‘살아있는 법’이라고 한다.† 모자보건법은 인공임신중절을 사실상 허용하고 있는 ‘법의 탈을 쓴 불법’이라는 비유도 거론하고 있다. 형법상의 낙태죄 규정을 집행의 단계에서 또는 일반국민의 인식수준에서 규범력을 상실한 사문화된 규정으로 정의한다면, 낙태죄의 구성요건해당성을 기본 전제로 허용범위 즉 위법성조각사유를 논하는 모자보건법도 역시 죽은 법이지 살아있는 법이라고 할 수 없다. 현행 모자보건법이 겉으로 금지하는 것처럼 하면서 속으로는 완전히 허용하는 교묘한 방법을 쓰고 있는 방법을 사용하고 있다고 비판하지만, 모자보건법은 규정 그 자체의 해석만으로는 엄격한 적응모델을 가지고 있다.‡ 낙태죄의 사문화 과정을 살펴보면 입법자는 강도 높은 인공임신중절금지 규정을 입법하고 그 내용으로 삼고 있는 생명보호에 충실한 우월한 가치관에만 흡족해 하고 있으며, 이를 집행하는 사법기관은 범죄로 처벌하기에는 너무 방대하여 무관심한척 방관하고, 사회구성원들은 인공임신중절을 원하는 여성과 의료진

* 입법자는 세계관의 차이가 첨예하게 대립하는 상이한 낙태죄의 규정을 통합할 수 있는 힘이 없다고 한다. 김일수, “낙태죄의 해석론과 입법론”, 법학논집 11, 고려대학교 법학연구소, 1994. 10, 23면.

† 배종대, 앞의 책, 153면.

‡ 낙태죄의 허용범위를 기준으로 엄격성의 정도를 논한다면 아주 엄격한 적응모델에 해당한다고 지적하고 있다. 이기현, 인공임신중절의 허용범위와 허용절차 규정에 관한 연구, 한국형사정책연구원, 1996. 6, 72면.

들이 수단껏 보이지 않는 곳에서 처리하는 것을 묵인하고 있는 현실이다.

태아의 생명보호의무를 명시하고 이를 관철시키고자 하는 형법의 의지는 한차례의 입법으로 전부 달성되는 것은 아니다. 입법당시에 헌법적 요청을 충족시켰던 기존의 보호대책들로 변화된 상황에서 제기되는 보호의무의 요청을 충족시킬 수 없는 경우에는 그것을 대체하거나 개선하여야 하는 의무가 수반되어야 한다.* 입법자는 인공임신중절기술의 발달과 사회현실여건이나 가치관의 변화에 따라서 인공임신중절을 규율하는 법규정이 실질적인 규범력을 행사하는지를 관찰하여야 하고†, 효과적으로 목적을 수행하고 있는지에 관한 정보를 보유하려고 해야 한다. 입법자는 태아를 보호하기 위한 법률이 기대하는 만큼의 효과를 달성하고 있는지에 대해 일정한 기간을 두고 평가하고 관찰하며, 인공임신중절에 관한 통계를 정기적으로 평가해야 한다. 실제로 발생하는 범죄의 수와 이를 절차상으로 실현하여 형벌권을 집행한 범죄의 수가 현격한 차이를 드러낸다는 것을 단순히 관찰만을 요청하기에는 문제의 심각성을 안고 있다. 이제는 적절하고도 효과적으로 인공임신중절을 규율할 수 있도록 법을 개정하거나 새로운 제도를 도입해야 하는 의무 즉 법률개선 의무‡의 이행을 논의해야 할 시점으로 보인다.

3. 처벌규제적 논의에서 사회복지적 차원에서의 논의

임신은 임부와 가족이 있는 경우 가족간의 사적 영역이다. 그러나

* 정태호, “기본권 보호의무”, 현대 공법의 제조명, 고려대학교 법학연구소, 1997, 398면.

† 이를 관찰의무라고 한다. 관찰의무는 입법자가 입법권의 한계 내에서 법률의 효력을 판단하기 위해서 여러 가지 필요한 자료들이 계획적으로 조사되고, 수집되고, 평가되도록 하는 것이다. 이러한 관찰을 통해 새로운 법률의 실제적인 효과를 평가하고 최대한으로 충실한 자료를 토대로 법을 만들 수 있는 것이다. 앞의 논문, 557면.

‡ 법률개선 의무는 입법자가 현재의 법률로는 헌법에 의해 정해진 기준에 따른 보호의무를 다할 수 없는 때에 그 법률의 수정이나 보충을 통해서 법의 결함을 제거하고 보호의무를 수행하기 위한 최소한의 기준이 보장되도록 해야 한다는 것을 의미한다.

인공임신중절은 전적으로 임부의 사적인 영역으로 볼 수는 없다. 인공임신중절의 관행은 여성의 의식과 이념에 의해서 오로지 형성되는 개인적 영역에 있는 것은 아니다. 역사적으로 인공임신중절의 관행은 가족계획이라는 그 시대의 보건정책이나 복지정책과 맞물려 있으면서, 성문화, 경제적 상황 등의 그 시대의 사회구조적 요인들에 의해서 인공임신중절의 선택이 이루어지는 것을 알 수 있다. 특히 아이의 출산 혹은 양육이 임부와 가정 및 그 밖의 상황을 고려하여 임부에게 중대한 부담이 되는 경우에 사회적 적응이라는 방식으로 이를 허용하는 규정을 가지고 있지 않는 우리 현실에서는 인공임신중절행위자에 대한 규제일변도의 논리만으로 해결할 수 있는 상황은 아니라고 본다.* 사회적 적응사유는 양육의 희망, 기대가 절망적인 출생의 경우에는 인공임신중절이 허용된다는 것을 의미하며, 대부분의 인공임신중절시술이 사회경제적 사유에 의한 것이었고, 여러 조사결과에서도 나타나고 있다. 그렇기 때문에 미성년자의 인공임신중절시술의 상당수가 임신, 출산 후의 양육을 기대할 수 없는 절망적인 상황에서 이루어진다는 현실을 전혀 고려하지 않고 이를 허용하지 않음으로써 인공임신중절현실과의 괴리를 묵인하여 낙태죄 처벌규정의 사문화현상을 전적으로 방임하고 있다는 비판을 받을 수밖에 없다.

인공임신중절의 금지와 태아출산의 의무는 국가의 태아보호의무의 실천적 의미와 별개로 분리해서 논할 수는 없는 것이다. 독일의 헌법재판소의 판결에 의하면 태아에 대한 국가의 보호의무는 태아에 대한 타인의 기본권 침해행위를 방지하고, 임신부나 그 가족의 생활관계에서 출산으로 인해 발생할 수 있는 위험을 제거하거나 출산을 방해하는 요소를 제거해야 하며, 여성이 임신 중이거나 출산 후에 부딪히는 어

* 인공임신중절의 문제가 단순한 인구정책적 문제나 혹은 사회구조적인 문제가 아니라 형법적 문제라는 점에서 현행 형법상 가능한 문제해결을 모색해야 한다는 주장이 있다. 그 방법으로 인적인 처벌조각사유, 또는 형의 면제 등을 통해 비가벌적인 영역을 확장하는 것이 바람직하다고 한다. 김영환, 앞의 논문, 418면; 하지만 낙태죄의 비범죄화문제가 거론되지 않는 한 형법에서의 세분된 처벌방식만으로 논하는 것은 그리 효율적으로 보이지 않는다.

려움을 도와주어야 한다는 것을 의미한다고 한다.* 우리의 현실에서 국가의 미흡한 복지정책이 사회적 정당화사유로 보상되는 일이 있어서는 안된다는 주장[†]보다는 오히려 인공임신중절을 이념문제로서만 접근하지 말고 현 사회복지수준과 이에 따른 여성현실을 고려하여 하나의 대안으로서 접근하자는 구상[‡]이 설득력을 더 주고 있는 것으로 보인다.§ 인공임신중절을 법적으로 넓게 허용하지만 실제 인공임신중절율이 낮게 나타나는 몇몇 국가의 사례**들에서 낮은 인공임신중절율을 유지하는 이유가 인공임신중절규정이 관대하느냐 아니냐에 달려있기보다는 피임, 인공임신중절상담 그리고 임부에게 부조가 잘 되어 있었느냐에 좌우된다는 점에서 규제의 논리 이면에 임부에 대한 부조와 보호의 논리가 동시에 고려해야 할 필요가 있다.

4. 모자보건법상의 규정과 사회적 인식도

* 독일의 헌법재판소 판례(BVerfGE 88, 203)에 의하면 독일의 기본법 제6조 제4항은 공사법의 모든 영역에서 임신부를 보호할 의무를 확대하였고, 이는 임신과 출산이 사회 전체의 이익을 위한 것이라는 생각을 표현하고 있다고 한다. 홍완식, “독일 연방헌법재판소의 인공임신중절판결에 관한 고찰”, 강원법학 제10권, 1998. 10, 554-555면.

† 배종대, 앞의 책, 154면.

‡ 심영희 교수는 사회복지수준, 의료발달의 수준, 성문화, 여성노동 상황 등의 사회구조적 요인들이 여성의 인공임신중절관행을 형성하고 있기 때문에 이러한 현실적 기초위에서 인공임신중절과 관련된 이념들을 수렴하고 합리적인 인공임신중절규제방안이나 복지정책이 수립되어야 한다고 지적하고 있다. 심영희, 앞의 책, 59면; 이와 같은 의미로 이기현 교수는 수단의 복합성이라는 접근을 제시하고 있다. 적절한 성교육, 피임법상담, 가족계획을 위한 효과적인 조치 및 아기를 가진 임부와 아이를 기르는 어머니에 대한 지원을 포함하여 종합적인 개인적 사회적 예방대책이 강구되어야 한다고 주장한다. 이기현, “낙태죄소고- 적응모델과 태아진단의 문제점을 중심으로”, 사회과학논총 제1집, 명지대학교 사회과학연구소, 1986, 259면.

§ 임신으로 인하여 발생하는 부녀의 사회적 지위나 가정내의 역할에 있어서의 여러 가지 제약이나 불이익은 낙태죄의 폐지라는 극단적인 처방이 아니라 여성의 지위향상을 위한 전반적인 사회적 모순점의 제거와 사회복지적 제반시책에 의하여 해결하여야 할 것이라는 주장과 동일한 의미라고 본다. 신동운, “형법개정과 관련하여 본 낙태죄 연구“, 형사정책연구 제2권 제2호, 370면.

** 예를 들어 네덜란드의 경우 인공임신중절을 원칙적으로 금지하는 규정이 없으며, 단지 허가된 시설 이외에서 행하는 인공임신중절시술 즉 인공임신중절절차규정에 반하는 경우만 처벌한다. 그러나 네덜란드에서의 인공임신중절율이 다른 나라보다 아주 낮은 것을 보면 상담절차와 피임, 임신한 여성에 대한 지원대책 등이 마련되어 있기 때문인 것을 알 수 있다.

2005년 8월 일반국민을 대상으로 하는 생명권에 대한 인식도 조사를 실시하였는데, 21개의 문항 중에서 인공임신중절에 관한 문항은 10개의 문항으로 구성되어 있으며, 주요 질문사항은 기한 별 인공임신중절의 자기결정권 행사에 대한 동의여부, 적응사유별 인공임신중절을 허용하는지 여부 등을 물었다. 일반국민에 대한 인식도 조사는 면접원을 통한 전화설문의 방법으로 행하였고, 한국갤럽연구소에 용역 의뢰하였다. 수집된 자료는 Editing-Coding-Key-in-Programming 과정을 거쳐 통계패키지인 SPSS PC + (ver 8.0)에 의해 분석하였다. 표준오차는 95% 신뢰수준에서 $\pm 3.05\%$ 수준이다. 조사대상자 1,025명은 전국 거주 만 20세 이상 성인남녀로서 제주도를 제외한 지역에서 인구대비율에 따라 표본을 추출하였다. 조사대상자 1,025명 중 남자는 49.2%, 여자는 50.8%로 2004년 12월말 기준 주민등록상 인구 대비율을 맞추었으며, 연령대별로도 인구대비율을 고려하였다.

인공임신중절의 허용사유에 대한 설문 중 임신한 여성에게 질병 등 생명의 위험이 발생한 경우에 인공임신중절을 허용해야 한다고 응답한 경우가 91.4%로 가장 많았다. 다음 순서가 성폭력으로 임신한 경우 83.3%, 임부에게 임신과 출산을 감당하지 못할 만큼 정신적 질환이나 문제가 있는 경우 79.5%, 태아에게 유전적 질환이 있는 것으로 검사 결과 확인된 경우 74.3%이며, 위의 적응사유들은 70%가 넘는 인공임신중절 허용의 인식도를 살펴볼 수 있다. 현행 모자보건법에 규정되어 있는 보건의학적 적응사유, 윤리적 적응사유의 경우 상당수의 국민들이 인공임신중절을 허용할 수 있다고 동의하였다. 또한 태아에게 기형 또는 손상이 일어나거나 우려가 있는 경우에 상당수의 응답자들이 인공임신중절에 동의한 것은 실제 이 경우 대부분 인공임신중절을 행하고 있는 인공임신중절 현실을 그대로 반영한 것이라고 분석할 수 있다.

청소년 임신이라고 불리는 미혼의 미성년자 임신의 경우 인공임신중

절을 허용할 수 있다는 응답이 64.7%로 나타나, 청소년의 임신, 출산으로 인해 가져올 수 있는 상황을 어느 정도 고려한 결과라고 할 수 있다. 이 응답의 결과는 우리 사회에서 임신과 출산으로 인한 중대한 부담을 초래할 경우 인공임신중절을 허용하는 사례로서 사회적 적응사유를 수용할 수 있는 여지를 보여주고 있다고 분석된다. 하지만, 미혼의 성년자 임신의 경우 인공임신중절을 허용할 수 있다는 응답(45.0%)과 허용할 수 없다는 응답(46.4%)의 차이는 거의 없었다. 기혼의 임신한 여성의 가족이 경제적으로 양육이 불가능한 경우 오히려 인공임신중절을 허용해서는 안된다는 응답(58.3%)이 훨씬 높게 나타났다. 실제 기혼여성의 대부분이 경제적 사정으로 인한 양육곤란 등의 사유로 인공임신중절을 행하고 있는 현상을 우리 사회 구성원들이 부정적으로 평가하고 있음을 말해준다.

<표-1> 적응사유별 인공임신중절 허용응답률

구분	허용해야 한다	허용해선 안된다	모름	합계
생명의 위험이 발생한 경우	91.4	7.1	1.5	100.0
성폭력으로 임신한 경우	83.3	12.0	4.7	100.0
정신적 질환이 있는 경우	79.5	17.2	3.4	100.0
유전적 질환이 있는 경우	74.3	19.6	6.1	100.0
미혼의 미성년의 여성인 경우	64.7	28.4	7.0	100.0
미혼의 성년의 여성인 경우	45.0	46.4	8.6	100.0
경제적 사유에 의한 경우	37.8	58.3	3.9	100.0

우리나라의 경우 인공임신중절 허용여부에 대한 응답의 변수별 차이를 비교하면 성별의 경우 여성과 남성과의 차이가 분명하게 나타나지 않는다. 연령별로는 20대와 50세 이상의 경우 개별 적응사유에 대한 인공임신중절허용에 대한 응답의 차이가 상당히 나타났다. 특히 50세

이상의 경우 인공임신중절을 허용하는 응답률이 전체적으로 낮게 나타났으며, 성폭력에 의한 경우, 경제적 사유로 인한 경우, 미혼의 미성년자 임신의 경우에는 20대의 연령과 비교해서 상당한 차이를 가지고 있다. 교육수준별로는 대학 재학이상의 교육수준이 높을수록 인공임신중절을 허용하는 응답률이 전체적으로 높게 나타났으며, 사회적 적응사유인 미혼의 미성년자 임신의 경우, 경제적 사유에 의한 임신의 경우 허용하는 응답률이 상당히 높게 나타났다. 종교별로는 종교가 없는 경우가 전체적으로 인공임신중절을 허용하는 응답률이 높게 나타났으며, 천주교를 믿는 응답자의 경우 인공임신중절을 허용하는 응답률이 전체적으로 상당히 낮게 나타났다. 결국 종교 유무, 교육수준의 정도, 연령의 변수들이 인공임신중절의 허용여부에 대해 영향을 미치는 것으로 나타났다.

미국의 인공임신중절에 대한 인식도 조사결과에 의하면 고학력의 교육수준을 가진 응답자일수록 합법적인 인공임신중절을 지지하는 경향이 많으며, 고학력의 여성의 경우 모성보다는 다른 영역활동에 종사하기 때문에 합법적인 인공임신중절을 지지하는 경향을 가진다.* 인종별 태도의 차이로서 예를 들어 백인여성은 흑인여성보다 인공임신중절을 덜 행하지만, 백인은 흑인보다 인공임신중절할 권리에 더 많이 찬성하는 태도를 가지고 있다. 종교는 인공임신중절에 대한 태도와 상관관계를 가지고 있으며, 특히 가톨릭 종교를 가지고 있는 자는 인공임신중절을 찬성하는데 부정적인 태도를 가지고 있다고 한다.† 종교가 매우 중요하다고 진술하고 있는 사람들은 종교가 중요하지 않다는 태도를 가지고 있는 사람보다 인공임신중절을 행하는 데에 더 많이 반대하고 있다. 한편 이중 확률변수 분석(bivariate analysis)의 경우 연령별로는 나이가 많은 경우가 젊은 세대보다 덜 인공임신중절권에 대해 찬성하는 경향을 가지고 있으며, 다중 변수분석의 경우에는 그 결과가 달라

* Jennifer Strickler/Nichlas L.Danigells, Changing Frameworks in Attitudes Toward Abortion, Sociological Forum, Vol. 17, No. 2, June 2002, p. 189.

† Ibid. p. 190.

진다. 실제 다른 사정이 같다면 나이가 많은 경우가 젊은 연령층보다 인공임신중절을 더 잘 받아들인다는 결과를 가지고 있다.*

Jennifer Strickler/Nichlas L.Danigells의 조사결과에 의하면 지난 20년 동안 교육수준의 정도가 인공임신중절을 허용하는 태도에 상당한 영향을 미쳤으며, 도시출신이거나 교육수준이 높을수록 찬성하는 태도를 보이고 있다. 이 조사결과에서는 여성이 남성보다 인공임신중절을 허용하는 태도를 보이고 있다.† 20년 동안 인간의 존엄에 대한 태도와 인공임신중절에 대한 태도사이의 부정적인 관계가 더욱 강해진 반면 종교와 인공임신중절에 대한 태도사이의 부정적인 관계는 상당히 약해졌다.‡

러시아에서의 1998-2000년 기간 동안의 조사결과를 보면 교육수준이 높을수록 인공임신중절을 행할 확률이 적어지며, 상당히 신뢰할만한 피임방법을 사용하고 있는 경우 인공임신중절율이 감소한다. 자녀의 수가 많은 경우에 인공임신중절율이 증가한다. 결혼한 여성의 경우 미혼의 여성보다 더 많이 인공임신중절을 행하지만, 동거하고 있는 여성보다는 덜 행하고 있다.§

5. 재구성 및 개정을 위한 공론의 장

낙태죄 입법형식에서 어떠한 규정모델이 효율적이냐는 확실하게 말할 수 없다. 기한모델이나 상담모델을 가진 국가가 적응모델을 가진 국가보다 인공임신중절율이 높다고 할 수 없으며, 다른 한편 적응방식을 취한 국가가 기한방식을 취한 국가보다 인공임신중절율이 낮다고 할 수 없다. 결국 효율적인 법정책을 구사하기 위해서 어떠한 규제형

* Ibid. p. 190.

† Ibid. p. 197.

‡ Ibid. p. 198.

§ D. Philipov/E. Andreev/T. Kharkova/V. Shkolnikov, Induced Abortion in Russia: Recent Trends and Underreporting in Surveys, European Journal of Population 20, 2004, p. 95.

식을 취할 것이냐에 논의를 집중하는 것은 그리 큰 의미가 없다고 본다. 기한방식과 적응방식의 경계는 상당히 유동적으로 보인다. 기한방식을 취하는 경우에도 기한이 경과한 이후의 인공임신중절에 대해서 적응사유가 있을 것을 요구하거나, 기한을 짧게 잡은 경우에는 포괄적인 적응사유 내지 임신기간에 따른 단계별 적응사유인 정당화사유들을 포함하기도 한다. 그리고 적응방식을 취하고 있는 경우에도 개별적인 적응사유별로 인공임신중절을 허용하는 기한을 법령에 명시해놓고 있다. 결국 인공임신중절의 허용사유로서 기한방식 또는 적응방식의 입법형식을 선택하는 문제는 그 사회가 가지고 인공임신중절현실과 여건, 일반국민들의 여론, 정부의 집행력 및 집행의지 등을 고려하여 결정할 법정책적인 문제로 귀결된다.

우리 사회에 인공임신중절의 현상이 만연되어 있다고 해서 그로부터 낙태죄의 폐지라는 결론을 쉽게 도출할 수 없다. 인공임신중절행위가 아무리 사회에서 다수 행해지고 무의식적으로 수용되고 있다고 하더라도 그 수치의 측정량에 따라 범죄구성요건의 존폐를 결정할 수는 없는 것이다. 낙태죄에 대한 논의는 법률적 쟁점이면서 도덕적 쟁점이다. 인공임신중절행위의 옳고 그름은 도덕적 문제에서 출발하여, 서로 다른 이념과 인식을 가진 경우에는 서로 상충되는 대답을 하고, 또 같은 출발선에 있었다고 하더라도 구체적인 사례해결에서 개인별로 서로 다른 결론에 도달 할 수 있다. 낙태죄와 관련해서 종교적 내지 정치적 성향들이 모든 사회 구성원들의 생활을 지배하는 법률 속에 구현되어야 하는가 하는 의문이 제기된다. 이 문제는 그리 간단하지는 않지만, 개인간의 이념과 인식의 갈등이 존재할 수밖에 없는 주제라면, 다수의 사회 구성원의 신념 내지는 인식에서 요청하는 권리를 보호하는 법률이면 그 법률은 정당화될 수 있다고 본다. 사회는 내부적으로 정당화하고 용인하는 기본적인 권리를 인정하고 보호하는 법률을 가지고 있어야 함을 말하는 것이다. 낙태죄에 대한 논의도 이러한 점에서 출발하여 재구성 및 개정을 위한 공론의 장이 펼쳐져야 할 것이다.

부적절한 인공임신중절 예방사업개발 및
법적 정비방안 연구에 대한 반론

낙태반대운동연합

먼저 반론을 제기하는 낙태반대운동연합의 단체 성격을 올바르게 이해하기 바랍니다. 낙태반대운동연합은 특정인들의 철학에 기초하지 않고 의학에 기초한 단체입니다. 낙태반대운동연합은 종교적 신념을 대변하는 단체가 아니라 생명과학의 결론을 진실로 받아들이는 단체입니다. 생명과학인 의학(발생학, 태아학)에서 수정의 순간부터 독립적인 인간개체가 발생한다고 정의하기 때문에 그 정의에 따라 태아의 생명을 보호하는 입장에 서게 된 것입니다. 의사들이 생명이라고 정의한 태아를 제3자가 해하는 낙태를 저지하여 생명을 보호하고자 합니다.

사회의 법률이란 두 사람 이상이 공존하는 상황에서 서로가 서로에게 피해를 입히지 않게끔 약속하는 질서입니다. 사회법으로 보호 받아야 할 대상이 누구인가를 결정하는 일이 법률제정의 시작입니다. 46개의 염색체를 지닌 인간 고유의 형질을 갖추게 되는 수정의 순간부터 독립된 생명개체로 의학이 인정한다면 그 때부터 생명은 보호되어야 합니다. 수정아(受精卵)는 인간이기에 결격사유가 있어서 앞으로 추가하거나 삭제할 유전자 정보가 있는 존재가 아닙니다. 수정된 생명은 흉당무도 아니고 토끼도 아닙니다. 오직 인간일 뿐입니다. 다만 시간이 흐름에 따라 그 크기를 키워갈 뿐이지 인간됨을 보충하지는 않습니다. 수정으로부터 출산까지의 과정을 보면, 인간이 아니었다가 어느 단계에서 인간으로 돌변하는 ‘혁명적 기점’이 없습니다. 생명탄생의 혁명적 기점은 오직 잉태의 순간입니다. 즉, 수정 이후에는 생명이 연속선상에 있다는 것입니다.



산

- 인간됨의 연속성 -

그러므로 임신 단계별로 낙태의 허용범위를 논의하거나 결정하려는 시도는 무의미합니다. 만일 의학계에서 수정 후 14주까지는 인간이 아니었다가 14주 1일부터 인간으로 돌변한다고 근거를 제시하면 인간생명체가 아닌 14주까지의 세포덩어리를 제거하는 일에 대해서는 논란의 여지가 없을 것입니다. 생명을 존중한다고 하면서 또 한편에서 임신여성의 필요에 따라 생명을 제거하는 방안을 마련하는 논의는 뫼비우스의 띠(Möbius Strip)와 같습니다. 양립할 수 없는 두 가지 논점이기 때문입니다. 시작과 끝을 잘못 붙여 놓았기 때문에 논의가 결론이 나지 않고 무한증식될 수밖에 없습니다. 생명의 정의와 생명의 취급태도를 달리해서는 합당한 절충점이라는 것이 있을 수 없다는 뜻입니다.



배아복제연구와 관련하여 '생명 윤리 및 안전에 관한 법률'을 만드는 과정에서 수정 후 14일 이전에 배아를 연구용으로, 그것도 제한적으로 사용하도록 허용하느냐 마느냐를 놓고 몇 년을 씨름을 했고, 한 과학자를 위해서 결국은 허용하는 쪽으로 법을 만들었다가 지금은 부랴부랴 재개정하는 작업을 하고 있습니다. 이 논란을 주목해 보면, 일단은 의학적으로 수정된 배아를 인간으로 인정하는 것을 전제로 하는 것을 알 수 있습니다. 경제적인(?) 이유로 매우 초기의 인간만을 선별해서 사용할 수 없겠느냐는 양해를 구하는 시도가 14일 이전의 배아 사용문제인 것입니다. 이런 의학이나 법학의 태도에 비한다면, 모자보건법에서는 태아를 불확실한 인간으로 여기거나 상대적 보호대상으로 여기고 있습니다. 14일 논란이 아니고 14

주 논란도 아니고 28주 낙태가능성을 열어 놓은 상태입니다. 28주의 태아가 보호해야 할 인간이라면, 그는 20주 때도 인간이었고 14주 때도 인간이었고 14일 때도 인간이었습니다. 따라서 모자보건법에서 낙태를 허용하는 것에 대해서 반대할 뿐 허용의 여지와 타협할 수 있는 의제는 하나도 없습니다.

‘부적절한 인공임신중절 예방사업개발 및 법적 정비방안 연구’의 핵심사항은 세 가지로 요약할 수 있습니다:

- (1) 현행 모자보건법 14조와 시행령에 있는 우생학적, 유전학적 낙태허용 사유는 과학적 근거도 없고 낙태반대자나 지지자 모두에게 시대착오적 조항들이므로 삭제한다.
- (2) 낙태의 현실을 고려해서 ‘사회.경제적 허용사유’를 신설하여 많은 사람이 범죄자가 되지 않도록 한다. 대신에 무분별하게 낙태가 시행되지 않도록 상담을 의무화한다.
- (3) 임신한 여성이 배우자나 관계자의 동의 없이 단독적으로 낙태 결정을 하고 실행할 수 있도록 하여 여성의 주체적 결정을 보장한다.

만일 이런 취지의 법안이 만들어진다면 과연 제목대로 ‘부적절한 인공임신중절’이 예방될지에 대해서, 양심에 호소하며 대답을 듣기 원합니다. 실제로 위와 같이 낙태허용사유를 규정한다면 낙태를 전면적으로 자유화하는 것이 됩니다. 이것은 생명원칙을 변경하는 역사적 혁명이 될 것입니다.

낙태허용의 법적 가능성을 논의하는 것이 여권(女權)과 연계되는 것은 바람직하지 않습니다. 태아 생명의 존엄성을 다루어야 하는 주제와 여성의 사회적 선택권한 확장이라는 주제가 공존할 수가 없습니다. 만일 여권신장의 관점에서 낙태허용이 논의된다면, 미국의 Roe vs. Wade 법안의 한국판이 될 것입니다. Jane Roe(실명은 Norma McCorby)가 스물한 살에 임신한 세 번째 아기를 낙태하기를 원할 때 이 사례를 여권과 연계하여 법개정을 청원한 여권운동가 변호사인 Sarah Weddington 과 Linda Coffee 의 시도와 같은 것이 아니기를 바랍니다. 1973년 1월 22일 연방

대법원이 낙태허용법안을 통과시키고 나서 지금은 낙태제한 쪽으로 법을 바꾸려 하는 것이 얼마나 어려운 것인가를 경험하고 있습니다. 30년이 지난 2003년 Norma McCorby 여사는 30년 전 자신의 무지를 그들이 이용했다고 고백했습니다. 태아는 처음부터 철저히 인간이라고 주장하며 낙태 반대운동의 최일선에서 있습니다. 30년 전 성폭행에 의한 임신을 이유로 낙태를 허용해 달라고 주장했지만 실상은 거짓말이었다는 것도 고백했습니다. 성폭행에 의한 임신의 경우 낙태를 허용하게 될 때 허점이 있다는 것을 참고할 만한 사례입니다.



Sarah Weddington



누구보다도 앞장서서 모자보건법 14조를 개정하려고 했던 사람들은 카톨릭계와 낙태반대자들이었습니다. 낙태반대운동연합의 경우, 10만 명 이상의 서명을 받아 2001년 3월 국회에 법 개정 청원을 시도하려 했던 의안이 이미 있었습니다. ‘산모구명사유’조항만 남기고 모자보건법 14조 모두를 폐지하자는 것이었습니다.

임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 생명에 위협을 초래할 경우

이렇게 할 경우 현실적으로 수많은 낙태여성과 낙태시술자를 범법자로 만드는 것이 아니냐고 반문할 것입니다. 현재의 개정논의도 ‘현실에 맞는 법’을 만들자는 것입니다. 현실에 맞게 법을 만들어야 하는 것인지, 법이 현실을 올바르게 안내를 해주어야 하는 것인지를 되묻게 됩니다. 예를 들어, 우리 사회에서 뇌물수수가 공공연한 관행이 되었다고 해서 ‘현실에 맞

게'1억 원 이하의 뇌물수수는 허용하고 범죄처리하지 않는다는 법을 만든다면 사회정의를 무시하는 것이 될 것입니다. 뇌물공여죄를 모든 사람에게 적용하지 못하고 있더라도 뇌물공여가 범죄인 것이 법으로 명시되어 있기 때문에 그 법정신에 따라 자신의 행동을 주의하게 됩니다. 마찬가지로 현행 형법 제27장에서 낙태를 죄로 규정하고 있기 때문에 그 법을 실제로 모두에게 적용하지 못하고 있더라도 낙태를 주의하고 태아를 존중해야 한다는 태도를 갖게 하는 것입니다.

'현실에 맞게' 해야 할 일은 낙태를 허용하는 법안을 만들려는 노력이 아니라 낙태의 심각성을 알리고 낙태에 이르지 않도록 여성이나 태아를 보호하는 일입니다. 산부인과 특별법을 제정하더라도 산부인과 의사들이 그들의 의학지식과 생명윤리에 위배되지 않고 양심껏 의료활동을 할 수 있도록 산부인과 의료수가체계를 바꾸는 노력이 필요합니다. 출산여부를 놓고 고민하는 위기임신의 경우 올바른 상담을 제공하는 노력이 필요합니다. 미혼모들이 출산하여 태아의 생명을 지킬 수 있는 사회적 지원이 지금보다 더 많이 확충되도록 노력해야 합니다. 입양을 홍보하고 안내하는 적극적인 노력이 필요합니다. 성관계를 인격적인 책임으로 가르치는 올바른 성교육이 절실히 필요합니다. 이런 '현실에 맞는' 대안적 노력을 하는 사회단체는 이미 많이 있습니다. 이제는 사회단체가 적극적으로 하는 일이 아니라 정부가 적극적으로 하는 일이 되어야 할 것입니다.

모자보건법은 단어 뜻 그대로 모체와 태아의 보건을 모두 보장하는 법이 되어야 할 것입니다. **모자**보건법이 아니라 **모**자보건법, 또는 **모**보건법이 되지 않도록 자를 배려해 주시기 바랍니다. 우리가 지금 생명을 다루고 있다는 것을 기억하기 바랍니다. 분명히 태아는 인간인데 그가 붙잡으려고 하는 엄마의 손이 그를 뿌리치지 않았으면 좋겠습니다.



2007년 11월~2008년 1월에 있었던 다섯 번의 전문가 자문회의에서 낙태반대운동연합의 입장을 발언한 내용을 요약한 것입니다. 각론에 대해서 참고 발언한 내용이 일부 포함되어 있습니다.

1. 1차 전문가 자문회의 후에 “낙태반대운동연합도 큰 틀에서는 이견이 없는 것 같다.”는 발언을 하신 분이 있는 것을 전해 들었습니다. 그러나 그것은 오해이고 낙태반대운동연합은 큰 틀에서 이견이 있습니다.
2. 낙태반대운동연합이 태아의 생명에 관해서는 말씀드리지는 것은 종교윤리의 입장이 아니고 의학의 입장입니다.
3. 산모구명낙태와 관련된 14조 5항 ‘임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우’를 ‘임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 생명에 위협을 초래할 경우’로 바꾸어야 합니다. ‘건강에 위해할 경우’란 막연한 적용이 가능하기 때문입니다.
4. 기형이나 장애가 예상되는 경우를 언급할 때 자주 다운증후군을 예로 드는데 이것은 장애우들이 듣는다면 인권문제로 항의를 받을 것입니다. 다운증후군은 어엿한 인간으로 사회활동을 하고 있습니다. 태중에서 보이지 않는 장애를 제거대상으로 여긴다면 눈에 보이는 장애인들을 어떤 시각으로 보는지 의문이 생깁니다.
5. 낙태허용주수가 현재 28주인 것을 20~24주로 낮추는 논의에 대해서 - 각 시안별로 12주, 13주, 20주 등으로 차별을 두고자 하는데 생명은 한 종류이지 단계별 인간은 없습니다. 28주의 태아가 보호대상이라면 당연히 24주도 보호 대상이어야 마땅합니다. 논의를 들으면서 생명의 가치를 여러 종류로 분류하는 듯해서 안타깝습니다.
6. 성폭력범죄에 의한 임신의 경우 낙태를 허용하는 논의에 대해서 - 성폭행에 의한 임신확률은 대단히 낮습니다. 또한 상담절차 없이 무조건 낙태를 하게 되면 성폭행피해자가 육체적으로, 정신적으로 2차 피해를 볼 수도 있습니다. 매우 어려운 상황이지만 출산과 육아를 분리해서 생각할 수 있도록 안내하는 상담이 필요합니다. 성폭행에 의한 임신을 이유로 낙태를 할 수 있게 했을 때 우려되는 것은 ‘성폭행’이 ‘합법적 낙태사유’로 가장 많이 이용될 수 있다는 것입니다. 성폭행에 의한 임신이라고 주장하는 임신부가 실제로 성폭행을 당했는지 여부를 담당의사로서는 확인할 수 있는 방법이 전무하기 때문입니다.
7. 태아의 생존가능성(viability)을 고려하여 낙태 가능주수를 결정하려는 논의에 대해서 - 출산아도 자발적 생존가능성은 없습니다. 생후 몇 년까지의 아기들을 그냥 두면 죽습니다. 수정~출산~4세까지는 모두 외부의 도움으로만 생존이 가능합니다. 태아의 인간성은 생존가능성에 따라 결정되는 것이 아니라 태아의 유전자 형질, 즉 인간으로서 본질에 있는 것입니다. 임신

주수 논의는 무의미합니다. 생명여부가 논의의 출발점이어야 하는데, 자가생존가능성여부를 논하게 되기 때문입니다. 자가생존력으로 따진다면, 두 살 짜리 아이도 부모가 방치하면 생존이 불가능한 존재입니다. 뱃속의 아기가 세 살 짜리 아기가 그들의 생명을 유지시켜 주려는 외부의 노력이 있을 때만 생존이 유지됩니다.

8. 처음부터 마지막까지 일관된 입장은 수정된 생명은 제3자가 개입할 수 없는 고유의 권한을 가졌다고 인정하기 때문에 어떤 경우의 낙태에 대해서도 동의할 수 없다는 것입니다. 산모구명의 경우는 낙태라고 할 수 없기 때문에 논외로 한다는 것은 이미 말씀드린 바 있습니다. 한 가지 더 양해의 가능성이 있다면 그것은 의료진이 판단한 무뇌아의 경우일 것입니다.
9. 낙태를 허용하는 것을 전제로 의견들을 나누는 것을 들으면서 느낀 점은 허용이면 허용, 금지이면 금지이지 구차한 규제사항을 넣는 것은 무의미하다고 생각합니다. 예를 들어, 낙태하기 전에 상담을 의무화한다고 법문을 만든다고 해서 그것이 실효성 있게 지켜지지 않을 것입니다. 상담자에 따라서 낙태를 권유할 것인지 출산을 권유할 것인지 임의적인 것도 문제입니다. 상담에 소요되는 비용과 행정을 정부가 지원할 수 있는 가능성이 있는지도 의문입니다. '전치(前置)상담'이 의무화될 수 있는 것인가는 논의가 필요합니다. 보건복지부의 통계만 하더라도 연간 낙태건수가 35만 건인데 각 건에 대하여 2회의 상담을 의무화한다면 70만 번의 상담이 필요합니다. 이것을 감당할 인원과 예산이 가능한 것인지, 낙태를 고민하고 있는 여성의 사적인 사안을 공개화하도록 하는 것이 법적 구속력을 가질 수 있는 것인지에 대해서는 법적 자문이 필요합니다.
10. 허용의 경우를 논의하는 기준은 가시의 대상이나 비가시의 대상이나 라는 것이 안타깝습니다. 사회, 경제적인 이유로 낙태를 고려했다가도 실제로 그 아기를 출산한다면 어떤 가난 속에서 아기를 키우고 어떤 장애가 있어도 아기를 버리지 않는 것을 볼 때 사회, 경제적인 이유로 낙태를 허용한다는 것은 보이는 세계에서는 윤리적인 태도를 유지하지만 보이지 않는 세계에서는 윤리를 적용하지 않는다는 이중가치관입니다.
11. 만일 어떤 식으로든 낙태를 허용하는 규정이 개정안으로 만들어진다면, 이것은 미국의 Roe vs. Wade 법안의 한국판이 될 것입니다. 우리나라 법 역사에 혁명적인 기록을 남기게 될 것입니다.