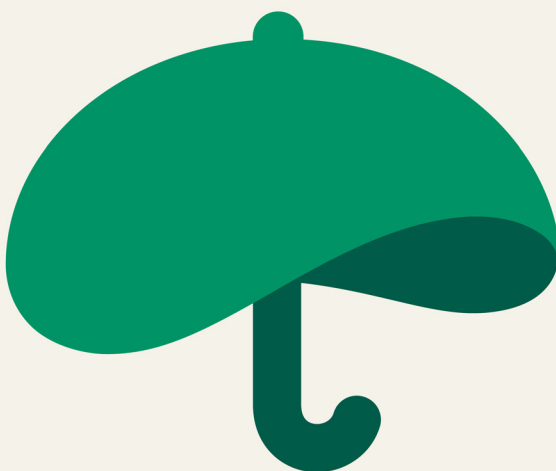


위기 영아·임산부 지원의 필요성 및 제도 개선방안

연구보고 2025-3



연구기관

초록우산 아동복지연구소

연구진

책임연구원

이수현 (초록우산 아동복지연구소 대리)

공동연구원

이수진 (초록우산 아동복지연구소 팀장)

배가은 (초록우산 복지사업본부 대리)

연구보조원

소효종 (관악구 가족센터 선임)

발간사

안녕하십니까, 초록우산 회장 황영기입니다.

2023년 10월, 우리 사회는 출생통보제, 보호출산제, 1308 위기임산부 상담체계 도입을 통해 모든 아동이 태어나는 순간부터 보호받을 수 있는 전환점을 맞이했습니다. 이는 출생이 곧 보호의 시작이어야 한다는 사회적 책임의 표현이며, 아이 한 명 한 명이 법과 제도 안에서 존엄하게 살아갈 수 있도록 마련된 장치입니다. 하지만 제도 시행 이후에도 여전히 많은 위기 임산부와 영아가 제도의 보호를 충분히 받지 못하고 있습니다.

초록우산은 위기 상황에 처한 임산부와 영아를 돕기 위해 2021년부터 ‘위기영아 지원사업’을 시작하였으며, 의료비, 산후조리비, 생계·주거비, 자녀돌봄 등 양육을 위한 필수 지원을 제공하고 있습니다. 특히, 공공 제도로 보호받지 못하는 사각지대 대상자까지 아우르기 위해 민간의 손길이 필요한 현장을 찾아 지원을 이어오고 있으며, 이는 아동의 생명과 권리를 지키기 위한 초록우산의 실천적 노력이라 할 수 있습니다.

이번 연구는 초록우산의 현장 경험을 바탕으로 위기임신 및 보호출산 제도가 아동권리의 관점에서 실효성 있게 운영되고 있는지를 점검하고, 제도 개선의 방향을 모색해 보기 위한 시도입니다. 보고서에는 미등록 외국인·미성년자 임산부의 제도적 배제, 자원 연계의 한계 등 정책적 보완이 필요한 영역과 함께 개선을 위한 제언이 담겨 있습니다. 이를 위해 문헌조사 외에도 위기임신 지원사업 종사자를 대상으로 자문회의, 설문조사, 심층면담을 진행하여 다층적인 위기 상황과 현장의 목소리를 심층적으로 담아내고자 하였습니다.

특히 본 연구는 위기임산부 및 영아 가정의 원가정 양육을 위한 필수 지원요소 4가지를 도출하고, 의료비 지원 확대, 상담매뉴얼의 아동권리 중심 개편, 종사자 처우 개선, 주거 시설 지원 등 아동권리 증진을 위한 정책적 대안을 제시하였습니다. 더 나아가 공공과 민간이 함께 협력할 수 있는 실질적 지원 체계를 제시함으로써, 아동의 권리를 보호하고

증진하는 방향으로 제도를 발전시킬 수 있는 구체적인 해법을 담았습니다.

초록우산은 이번 연구가 위기임신 및 보호출산 제도가 아동권리 관점에서 보완되고, 우리 사회의 위기영아 문제를 근본적으로 해소해 나가기 위한 논의의 마중물이 되기를 희망합니다.

끝으로, 바쁜 업무에도 연구에 참여해 주신 현장 종사자 여러분, 그리고 본 연구에 함께 해 주신 모든 관계자 여러분께 깊이 감사드립니다. 우리 사회가 모든 아이들이 출생부터 자립까지 안전하고 건강하게 성장할 수 있는 곳이 되도록 따뜻한 관심과 지지를 보내주시길 바라며, 이를 위한 초록우산의 노력에도 많은 응원과 참여를 부탁드립니다.

감사합니다.

2025년 8월

초록우산 회장 황영기

목차

제1장 | 서론

17▼

제1절 연구의 필요성	18
제2절 연구의 내용 및 주요 개념	21
1. 연구의 내용	21
2. 주요 개념	22
제3절 연구방법	25

제2장 | 현황

27▼

제1절 위기 임산부·위기영아 현황	28
1. 위기 영아 현황	28
2. 위기 임산부 현황	36
제2절 현행 정책	43
1. 출생통보제와 보호출산제	43
2. 위기임신 상담	47
3. 기타 대상별 지원 정책	53
제3절 아동권리관점에서의 쟁점	58
1. 프랑스의 사례	59
2. 국내에서의 주요 쟁점	61

제3장 | 이론적 배경

67▼

제1절 발달적 관점에서 본 태내기·영아기 개입의 중요성	68
1. 뇌 발달과 후성유전학	68
2. 태내기·영아기 개입의 중요성	69

제2절 경제적 관점에서 본 태내기·영아기 개입의 효율성	74
1. 인적자본의 개념과 형성	75
2. 태내기·영아기 투자의 중요성	77
제3절 소결	85

제4장 | 위기임산부·영아 지원 사례

87▼

제1절 국외 사례	88
1. 프랑스	88
2. 독일	92
3. 미국	94
4. 호주	100
5. 영국	102
6. 시사점	104
제2절 초록우산 위기영아 지원사업	106
1. 사업대상	106
2. 사업내용	108
제3절 소결	110

제5장 | 위기임산부·영아 지원제도 개선방안 논의

113▼

제1절 문헌조사	114
1. 주요 선행연구	114
2. 시사점	121
제2절 종사자 자문회의 및 설문조사	123
1. 종사자 자문회의	123
2. 종사자 설문조사	131

제3절 종사자 심층면담	154
1. 개요	154
2. 주요 내용	154
3. 시사점	171

제6장 | 정책 제언

173▼

제1절 필수 지원요소	174
제2절 아동권리증진을 위한 정책제언	175
1. 의료비 지원 확대 및 보호출산 메리트 삭제	176
2. 위기영아가정 지원서비스·지원금액 확대	176
3. 아동권리중심 상담매뉴얼 개편·보완	177
4. 지원 기준을 부모의 지위에서 아동의 특성으로 변경	177
5. 종사자 처우개선	178
6. 위기임산부·위기영아 가정을 위한 주거시설 지원	178
제3절 민·관 협력방안	179
참고문헌	181
부록	195
1. 지역상담기관 종사자 설문지	196

표목차

〈표 2-1〉	출생 미등록 아동 전수조사 결과	33
〈표 2-2〉	2019-2023 기초생활보장수급 영아 및 아동 추이	35
〈표 2-3〉	2021-2023 시도별 기초생활보장수급 영아 추이	35
〈표 2-4〉	2019-2023 미혼부모 추이	37
〈표 2-5〉	2019-2023 시도별 미혼부모 추이	38
〈표 2-6〉	2019-2023 청소년부모 가구 현황	39
〈표 2-7〉	2018-2021 여성 장애인 출산 현황	41
〈표 2-8〉	2019-2023 외국인 출산 추이	42
〈표 2-9〉	2019-2023 외국인 출산모의 국적별 분포	43
〈표 2-10〉	2024 위기임신 지역상담기관 특성별 분포	48
〈표 2-11〉	2024년 한부모·미혼모 지원정책	55
〈표 2-12〉	외국인 근로자 등 의료지원사업 상세	57
〈표 2-13〉	보호출산제 관련 국내 쟁점	62
〈표 3-1〉	노동시장에서 요구되는 근로자의 능력	76
〈표 3-2〉	영국산업연맹에서 제시하는 고용가능성	77
〈표 4-1〉	프랑스의 기타 위기임산부 및 영아 지원 제도	91
〈표 4-2〉	미국 각 주별 안전피난처법 내 상세 규정 비교	97
〈표 4-3〉	초록우산 위기영아 지원사업: 사업대상	107
〈표 4-4〉	초록우산 위기영아 지원사업: 위기임산부의 구체적 사례	107
〈표 4-5〉	초록우산 위기영아 지원사업: 사업내용 개괄	108
〈표 4-6〉	초록우산 임신·출산 지원의 위기경감 지원(사업 내용)	109
〈표 5-1〉	김자연 외(2023)에서 나타나는 한부모/청소년 미혼모의 경험과 요구	114
〈표 5-2〉	성정현·김지혜(2024)에서 나타나는 위기영아 및 위기임산부의 경험과 요구	117
〈표 5-3〉	종사자 자문회의 개요	124
〈표 5-4〉	종사자 설문조사 개요	131
〈표 5-5〉	설문 응답자의 지역 및 직급 구성	132
〈표 5-6〉	설문 응답자의 경력 및 전문분야	132
〈표 5-7〉	출생통보제·보호출산제·위기임신 상담사업이 영아의 권리에 미치는 영향	142
〈표 5-8〉	종사자 설문조사 기타의견	151
〈표 5-9〉	종사자 심층면담 개요	154
〈표 6-1〉	원가정 양육 증진을 위한 필수 지원요소	175

그림목차

[그림 2-1]	연도별 유기 아동 및 베이비박스 영아 현황	29
[그림 2-2]	2010~2017 베이비박스 유기 아동의 연령별 분포	30
[그림 2-3]	아동 양육 포기 동기	30
[그림 2-4]	임시신생아번호로만 존재하는 아동	31
[그림 2-5]	출생통보제 흐름도	44
[그림 2-6]	위기임신 지원 및 보호출산제 기본체계	45
[그림 2-7]	위기임신 상담 추진체계	48
[그림 2-8]	위기임신 상담절차 흐름도	50
[그림 2-9]	외국인근로자 등 의료지원사업 진료비 청구·심사·지급업무 절차도	57
[그림 3-1]	위험요인 및 보호요인 노출에 따른 뇌·행동 발달궤적	73
[그림 3-2]	산전 투자 가설	80
[그림 3-3]	동적 능력 형성 모형	82
[그림 3-4]	연령과 소득수준에 따른 인적자본 변화궤적	84
[그림 5-1]	위기임신 상담의 주요 목표 달성 정도	133
[그림 5-2]	원가정 양육 증진이 잘 되고 있는지 여부	134
[그림 5-3]	원가정 양육 증진이 잘 되지 않는 경우 그 이유	135
[그림 5-4]	보호출산상담 경험 여부	136
[그림 5-5]	보호출산상담시 주요 내용이 잘 전달되는 정도	136
[그림 5-6]	최종 양육 결정시 각 정보가 고려되는 정도	137
[그림 5-7]	최종 양육 결정시 모와 자의 권리가 고려되는 정도	138
[그림 5-8]	최종 양육 결정시 임신부보다 영아의 권리가 더 낮게 반영되는 이유	139
[그림 5-9]	임산부와 영아의 균형있는 권리 반영을 위한 제도 개선책	140
[그림 5-10]	위기 임신부가 호소하는 주요 어려움	144
[그림 5-11]	위기영아·임산부 사각지대 존재 여부	144
[그림 5-12]	위기영아·위기임산부 사각지대 1, 2순위	145
[그림 5-13]	위기임신 지원사업 세부내용이 충분히 이루어지는 정도	146
[그림 5-14]	사업 진행 시 경험한 가장 큰 어려움	147
[그림 5-15]	위기임신 및 보호출산 지원사업 관련 근무 만족도	148
[그림 5-16]	제도 개선사항 1, 2순위	149
[그림 6-1]	위기임산부·영아 지원의 민·관 협력방안	180

요약

1. 연구목적

- 2023년 10월 위기임신 및 보호출산 지원과 아동보호에 대한 특별법이 통과됨
- 해당 법안은 출생통보제, 보호출산제 및 1308 위기임산부 상담 등을 주요 골자로 하고 있음
- 그러나 보호출산제는 모와 자의 권리를 균형있게 고려하기보다는 여성의 자기결정권을 우선 보호한다는 부분이 쟁점이 되고 있음
- 제도 운영이 1년여 이루어진 현 시점에서 위기임산부와 영아를 지원하기 위한 현행 제도가 소기의 목적을 달성하고 있는지 살펴보고, 아동권리 관점에서 평가할 필요가 있음
- 이 연구는 위기 영아 및 위기임산부를 지원하기 위한 필수 요소와 민관 협력방안, 그리고 아동권리관점에서의 제도개선안을 도출하고자 함

2. 연구 내용 및 방법

- 문헌조사: 위기 영아 및 임신부 현황, 위기 영아 및 임신부 개입에 관한 이론적 근거, 위기영아 및 위기임산부 지원 관련 해외·국내 사례, 위기임산부의 주요 정책요구 등을 문헌조사를 통해 검토함
- 종사자 자문회의 및 설문조사: 위기임산부 지정 상담기관 종사자 일부를 선별하여 현행 정책의 주요 쟁점을 파악하고, 이후 전체 종사자에게 설문조사를 수행하여 아동권리 관련 의견과 제도 개선안을 도출함
- 종사자 심층면담: 위기영아 및 임신부 지원 서비스 종사자를 대상으로 심층면담을 통해 현행 정책의 아동권리 쟁점과 원가정 양육 증진 요소, 제도 개선안을 도출함

3. 연구 결과

(1) 문헌조사

- 위기영아 현황: 위기영아 현황은 베이비박스 유기 영아 88명(2023년), 출생 미등록 영아 873명(2022년생), 빈곤 영아 11,343명(2023년) 등으로 확인되었으며 국내 출생

미등록 이주아동은 규모를 가늠하기 어려운 상황임

- 위기 임신부 현황: 위기임산부 현황은 미혼부모 25,264명(2023년), 청소년부모 가구 1,352 가구(2023년), 장애인 출산 828건(2021년), 외국인 출산 7,466건(2023년) 등으로 나타남
- 정책 현황: 위기임산부 및 영아를 지원하는 정책 현황은 출생통보제, 보호출산제, 위기 임신 상담이 대표적이며 그 외 대상별로 청소년 산모·한부모, 한부모·미혼모, 장애인 산모, 외국인 산모를 위한 정책이 있음
- 개입 근거: 발달적 관점에서 뇌 발달 및 후성유전학에 관한 문헌들은 태내기·영아기에 개입이 이후 뇌와 행동의 발달 궤적을 영구히 바꿀 수 있다는 점을 시사하고 있으며, 경제적 관점에서도 산전투자가설 및 동적 능력 형성 이론 등이 태내기·영아기 개입의 비용 효과성을 지지하고 있음
- 정책 사례: 해외 정책사례로 대표적인 것은 프랑스의 익명출산제(Accouchement Sous X), 독일의 신뢰출산제 및 임신갈등상담소, 미국의 안전피난처법(Safe Haven Laws), 호주의 임신부 및 초기 아동기 지속 가정 방문 프로그램, 영국의 건강가정방문프로그램 등이 있으며 국내 민간 사업 사례는 초록우산의 위기영아지원사업이 대표적임
- 위기임산부 정책요구: 위기임산부를 면담하여 정책요구를 직접 수집한 대표적인 연구로 김자연 외(2023), 성정현·김지혜(2024)가 있으며 검토 결과 위기임산부의 주요 정책요구는 (1) 현행 양육지원 확대 및 지원 기준 완화 (2) 자녀돌봄 서비스 확대 (3) 산모의 신체·심리건강 지원 확대로 나타남

(2) 종사자 자문회의 및 설문조사

① 자문회의

- 종사자 자문회의는 종사자 2인을 대상으로 약 2시간 진행되었음
- 위기임신 지원사업의 주요 사각지대는 (1) 나이, 소득 기준에 부적합한 위기임산부 (2) 중복지원으로 인해 배제되는 위기임산부 (3) 외국인 위기임산부 (4) 임신 중단 관련 지원 배제 (5) 임신·출산 의료비 부족 등으로 나타났음
- 원가정 양육 증진 요소로는 (1) 시설 입소 (2) 사회적 관계 회복(원가정과의 화해)가 언

급되었으며, 보호출산 증진 요소로 현재 보호출산 선택 시 숙려기간동안 의료비가 지원되거나 입양을 선택하면 받을 수 있는 지원이 없어 오히려 보호출산을 선택하게 된다는 점이 언급됨

- 업무상 어려운 점으로 (1) 자원연계 및 사후관리의 어려움 (2) 제도 홍보 미비 (3) 긴급 지원의 어려움이 도출되었으며, 한편으로 제도의 긍정적 측면으로 사각지대 발굴 및 대상자 확대의 측면이 강조됨

② 설문조사

- 보건복지부 지정 위기임신 지역상담기관의 기관장 및 종사자를 대상으로 2025. 3. ~ 2025. 4. 의 기간동안 온라인 설문조사를 진행하였으며, 최종 참여자는 24명이었음
- 설문조사 결과, 위기 임신부의 최종 양육 결정에는 임신부의 권리에 비해 영아 권리가 낮은 비중으로 반영되고 있다는 인식이 많았으며 주요 이유로는 보호출산제 자체의 특성이라는 응답이 많았음
- 영아의 권리 신장을 위한 제도 개선책으로는 원가정 양육 가정에 대한 지원서비스와 지원금액 확대, 아동권리 중심의 상담매뉴얼 개편·구체화 등이 언급되었음
- 현행 정책이 영아 권리에 미친 긍정적 영향은 ‘유해한 환경으로부터의 보호’, ‘깨끗하고 안전한 환경’, ‘영양·건강·의료적 지원’ 측면에서 두드러졌으며 비교적 권리 신장 효과가 약하거나 오히려 악화되었다는 응답은 ‘주양육자와의 지속적 애착’, ‘차별로부터의 보호’ 등에서 나타남
- 가장 지원이 잘 이루어지고 있는 사업 세부 내용은 ‘원가정 양육을 위한 상담 및 정보 제공’, ‘보호출산시 출생모 및 출생아가 경험하게 될 일들에 관한 설명 및 보호출산에 관한 정보 제공’, ‘위기임산부 상시·긴급 대응’으로 나타났으며 상대적으로 수행이 미흡한 부분은 ‘임신 중단에 관한 상담과 서비스 연계’였음
- 제도의 주요 사각지대는 ‘청소년모 및 미혼모’, ‘불법체류·이주민 여성 임신부 및 그 자녀’로 나타났으며, 주요 제도 개선사항은 ‘제도의 적극적 홍보를 통한 지자체 연계·공조 활성화’, ‘종사자 근무여건 개선’이었음

(3) 종사자 심층면담

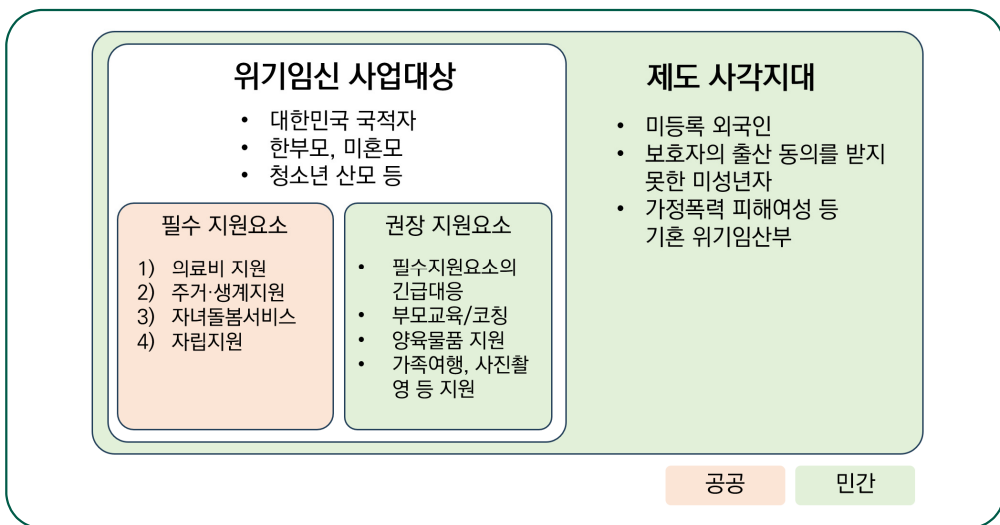
- 초록우산 위기영아 지원사업에 참여하고 있는 6개 기관 종사자 11명을 대상으로 1:1 인터뷰 또는 2:1 FGI의 형식으로 심층면담을 진행하였음
- 분석결과, 민·관 역할과 관련하여 정부의 위기임신 지원사업은 1308 채널을 통한 대상자 발굴에 방점이 있다면 민간 사업은 공공에서 제공하지 않는 직접비를 지원하고 공공 지원 대상에서 배제되는 사각지대 대상자를 포용하는 것으로 나타남
- 현 정책과 원가정 양육 증진과 관련해서는 긍정적, 부정적 의견이 모두 나타남. 구체적으로, 보호출산 및 이와 관련된 비용지원 등은 원가정 양육에 부정적이나, 대상자 발굴과 이들에 대한 자원연계·지원은 원가정 양육 증진의 효과가 있다고 봄
- 현 정책과 아동권리증진과 관련하여서는 부정적 의견이 많았음. 구체적으로, 임신부의 일방적 결정에 따라 아동의 거취가 결정된다는 점, 위기영아 지원 여부가 부모 지위에 의해 차별적으로 정해진다는 점 등이 언급됨. 그럼에도 불구하고 영아 유기가 최소화된다는 점은 긍정적 측면으로 언급됨
- 제도 사각지대로는 외국인, 미성년자, 장애인 등이 언급되었으며 특히 미성년자의 법적 지위로 인해 보호자 동의 없이는 공적 지원에서 배제된다는 점이 언급됨
- 제도 개선사항으로는 종사자 처우개선 문제가 두드러졌으며, 위기임신 사업이 자원 연계를 넘어서서 실질적으로 위기임산부와 영아를 지원할 수 있도록 직접비가 책정되어야 한다는 점이 언급됨

4. 정책제언

- 연구 결과 위기임산부 및 영아 가정의 원가정 양육을 위한 필수 지원요소로 (1) 산전·산후 의료비 및 산후조리비 (2) 주거·생계 지원 (3) 자녀돌봄서비스 (4) 자립지원(교육 및 취·창업 지원) 의 네 가지 요소가 도출됨
- 원가정 양육 증진 및 아동권리증진을 위한 정책 제언으로 (1) 의료비 지원 확대 및 보호출산 메리트 삭제 (2) 위기영아가정 지원서비스·지원금액 확대 (3) 아동권리 중심의 위기임신 상담 매뉴얼 개편·보완 (4) 위기영아 지원 기준을 부모의 지위에서 아동의 특

성으로 변경 (5) 위기임신상담 종사자 처우개선 (6) 위기임산부·위기영아 가정을 위한 주거시설 지원을 제안함

- 민·관 협력 방안으로는 먼저 공공 영역에서 앞서 언급한 4가지 필수 지원요소를 지원하고, 민간 영역에서는 필수 지원요소의 긴급·일시대응 및 기타 삶의 질 향상을 위한 권장 지원요소를 담당하는 안을 제안함. 더불어 공공 영역의 사각지대에 있는 대상자인 미등록 외국인, 보호자의 출산 동의를 얻지 못한 미성년자, 가정폭력 피해여성 등 기혼 위기임산부 등을 대상으로 민간에서 서비스를 제공할 수 있음. 이를 그림으로 나타낸 것은 아래 그림 1과 같음



[그림 1] 위기임산부·영아 지원의 민·관 협력방안

A Study on the Need to Support Pregnant Women and Infants in Crisis and Policy Recommendations

2025-4



제 1 장 서론

제 1절 | 연구의 필요성
제 2절 | 연구의 내용 및 주요 개념
제 3절 | 연구방법



제1장 서론

제1절 연구의 필요성

대한민국 헌법에는 “모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다(대한민국 헌법 제 10조)”라고 명시되어 있다. 특히 아동에 관하여는, “국가와 지방자치단체는 아동의 안전·건강 및 복지 증진을 위하여 아동과 그 보호자 및 가정을 지원하기 위한 정책을 수립·시행하여야 한다(아동복지법 제 4 조 1항)”라고 제시한다.

그러나 최근 연달아 일어난 영아 유기 및 학대 사건과 이에 따른 일련의 조사 결과를 보면, 위기 상황에 처한 임신부 및 그에게서 출생한 영아는 국민으로서 갖는 존엄성과 가치를 침해받고 있다. 2020년 11월, 서울 관악구의 교회에 설치된 베이비박스 인근에 영아를 유기하여 사망케 한 사건이 일어나면서 위기 상황에 처한 영아 및 임신부가 사회적 문제로 대두되었다. 이후 2023년 ‘수원 냉장고 영아 시신 사건’¹⁾이 발생하여 영아 학대 문제가 공론화되면서, 정부가 출생 미등록 임신신생아번호 전수조사에 나섰다. 이에 따르면 2015년부터 2022년까지의 출생미등록 아동 2,123명 중 249명(11.7%)이 이미 사망하였으며, 베이비박스 등에 유기된 아동도 601명(23.8%)에 달하는 것으로 나타났다(보건복지부, 2023. 7. 18.)²⁾. 또한 이 시기 임신신생아번호조차 부여받지 못하고 무연고 사망 처리된 아동도 45명에 이르는 것으로 밝혀졌다³⁾. 이러한 조사 결과는 어려운 양육환경에 처한 영아들이 영아 유기·방임 등 범죄의 희생양이 되고 있음을 보여주고 있다.

1) 30대 친모가 출산한 아기 두 명을 살해하고 시신을 냉장고에 보관한 사건으로 친모는 징역 8년을 확정받았다.

2) 보건복지부 보도자료. “출생미신고 아동 2,123명 전수조사 결과 1,025명 생존 확인, 249명 사망, 814명 수사 중”. 2023. 7. 18.

3) 김영주 의원 외, 위기임산부 및 아동 보호·지원에 관한 특별법안(김영주 의원 대표발의), 발의연월일: 2023. 8.

18. <https://www.lawmaking.go.kr/mob/nsmlmSts/out/2123871/detailR> (인출일: 2024. 12. 19.)

한편, 아동 중에서도 만 0-2세 영아는 아동학대에 특히 취약하다. 보건복지부의 학대피해아동보호현황에 따르면, 2022년 아동학대 사망사례 50건 중 28건 (56.0%)은 만 0-2세 영아에게서 발생하였으며, 이 역시 생후 12개월 미만 영아에게 집중되어 있었다(21건, 42.0%). 영아기는 신체적·심리적으로 가장 취약하고, 생존을 위해서는 양육자에게 전적으로 의존해야 한다는 점에서 아동학대가 발생했을 때 치명적인 결과로 이어진다.

이처럼 영아 유기 및 학대가 사회적 문제로 대두됨에 따라, 영아 유기·학대를 예방하기 위한 사회적 변화를 촉구하는 목소리가 높아졌다. 보건복지부와 아동권리보장원은 2023년 아동학대 대응체계를 대폭 강화했으나, 영아 학대 및 유기에 대한 정책적 대응은 상대적으로 미흡하다는 지적이다(김자연 외, 2023). 유아기 이상 연령의 아동(만 3세 이상)과 영아(만 0-2세)는 신체적 취약성에서 큰 차이를 보이기 때문에, 영아에 대한 학대 판단 기준을 유아와 달리 적용할 필요성이 제기되었다. 더불어 위기 영아는 임신기부터 모체가 위기 상황인 경우가 대부분으로, 임신부의 위기가 곧바로 태아 및 신생아에게 전이된다고 볼 수 있다. 따라서 위기 영아를 지원하고 영아 유기 및 학대를 예방하기 위해서는 위기 임신부의 발생을 예방하고 지원해야 한다는 사회적 합의가 형성되었다.

이에 따라 먼저 2023년 영아 살해죄 및 영아 유기죄가 70년 만에 폐지되면서, 일반 살인죄와 동일한 형량이 적용되게 되었다. 영아살해죄가 일반 살인죄보다 형량이 낮은 것은 영아권리침해라는 지적이 반영된 것이다. 또한 출생미신고 아동 전수조사 결과를 바탕으로, 국회는 2023년 10월 ‘위기 임신 및 보호출산 지원과 아동보호에 대한 특별법’을 통과시키기에 이르렀다. 해당 법안은 출생통보제를 통한 모든 출생아동에 대한 출생신고 및 보호, 보호출산제를 통한 위기임산부 보호 및 1308 위기임산부 상담을 통한 위기임산부의 양육지원 등을 주요 골자로 하고 있다.

출생통보제가 모든 출생아를 법의 테두리 안에서 보호하기 위한 것이라면, 보호출산제는 임신 사실이 밝혀지는 것에 부담을 느끼는 위기 임신부가 안전하게 의료적 지원을 받으면서 익명으로 출산할 수 있도록 돕는 제도이다. 이와 관련하여 보호출산제가 영아 유기를 조장할 수 있다는 우려가 발생했다. 정부에서는 이에 대한 대응으로 지역상담기관을 통한 1308 위기임산부 상담을 함께 도입하였다. 이 제도는 위기 임신부를 발굴하고, 필요한 자원을 연계하여 원가정 양육이 가능할 수 있도록 최대한 지원하는 것을 목적으로 한다. 이때 보호출산에 관한 안내를 받기 위해서는 먼저 위기임신 상담을 받도록 하고, 보호출산은 최후의 방법으로 제시하도록 하고 있다. 해당 제도는 2024년 7월 19일부터 전국 시도에서 운영 중이다.

그러나 보호출산제와 관련해서는 여전히 논란이 진행 중이다. 보호출산제는 여성의 자기결정권과 출생아의 친생부모를 알 권리가 대립하는 지점에서 여성의 자기결정권을 우선 보호한다는 구조적 문제를 가지고 있다. 이에 모와 자의 권리를 균형있게 고려하기 위한 제도적 장치를 갖추는 것이 보호출산제의 주요한 쟁점이 된다. 정부에서는 프랑스, 독일 등 선제적으로 유사한 제도를 도입한 국가의 사례를 참고하여, 모와 자의 권리 중 어느 한쪽이 과도하게 침해되지 않는 제도적 장치를 마련하고자 고심하였으나, 여전히 아동권리 측면에서의 비판에서 자유롭지 못하다. 해당 제도는 아동의 원가정 양육을 최우선으로 지원한다고 명시하고 있으나, 이는 위기 임신부를 처음으로 대면하는 지역상담기관의 상담 역량에 전적으로 의존하고 있는 상황이다. 또한 지정된 지역상담기관은 주로 미혼모자시설로 이루어져, 출생아보다는 출산모의 상황을 우선적으로 고려할 여지가 많고, 특히 아동이 장애아동 등 특별한 요구가 있는 아동일 경우 아동 최선의 이익을 위한 전문성이 발휘되기 어렵다는 비판이 있다(홍보영, 2024).

요컨대, 제도 도입 시기부터 입안자들은 아동 최선의 이익을 위해 원가정 양육을 최우선으로 고려해야 한다는 점을 인지하고 반영하고자 하였으나, 실제 제도를 운

영하는 과정에서는 출생모가 처한 상황이 우선적으로 고려되어 원가정 양육 지원 및 아동 최선의 이익 원칙이 지켜지기 어렵다는 실질적 한계가 예상되고 있다.

따라서, 제도 운영이 1년여 이루어진 시점에서 위기 임신부와 영아를 지원하기 위한 현행 제도가 소기의 목적을 달성하고 있는지 살펴볼 필요가 있다. 이를 위해서 먼저 제도의 입안 취지와 운영 절차를 상세히 조사하여 아동 권리를 중심으로 평가하고자 한다. 또한 위기 영아 및 위기임산부 지원 사례를 해외 유사 제도 및 국내 사업을 중심으로 살펴보고, 아동권리 측면에서 시사점을 도출한다. 한편, 제도 개선 방안을 도출하기 위해 제도를 실제 이용했거나 이용을 고려한 경험이 있는 위기 임신부 및 이들을 밀착적으로 지원한 관련 종사자를 중심으로 심층면접을 수행한다. 더불어, 지역상담기관에서 상담을 제공하는 종사자들을 대상으로 설문조사를 수행한다. 이 연구는 이러한 일련의 조사·분석을 바탕으로 위기 영아 및 위기 임신부를 지원하기 위해 필요한 필수 요소와 민·관 협력방안, 그리고 최종적으로 아동권리관점에서의 제도 개선안을 도출하고자 한다.

제2절 연구의 내용 및 주요 개념

1. 연구의 내용

이 연구의 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 위기 영아 및 위기 임신부 관련 현황을 주요 통계자료 및 문헌 등을 통하여 조사한다.

둘째, 위기 영아 및 위기 임신부에 대한 개입 필요성을 발달적·경제적 관점에서 살펴보고 이론적 근거를 도출한다.

셋째, 현행 위기영아 및 위기임산부 지원 관련 보호·예방서비스를 조사한다.

넷째, 위기영아 및 위기임산부 지원 관련 해외·국내 사례를 검토하여 시사점을 도출한다.

다섯째, 위기 임신부 상담기관 종사자 대상 자문을 통해 현행 서비스에 관한 쟁점을 도출하고, 이를 바탕으로 종사자 대상 설문조사를 통해 대안을 수집한다.

여섯째, 위기임산부 지원 관련 서비스 종사자를 대상으로 심층면접을 통하여 위기임산부의 정책요구를 수집한다.

일곱째, 위의 문헌검토 및 조사결과를 바탕으로 위기 영아 및 위기 임신부 지원 관련 필수 요소, 민관 협력방안, 아동권리관점에서의 제도개선안을 도출한다.

2. 주요 개념

가. 위기 임신부

표준국어대사전에 의하면 ‘위기’의 사전적 의미는 ‘위험한 고비나 시기’를 의미하므로, 위기에 처한 임신부는 모체로서 임신과 출산에 위험한 고비를 경험하여 임신 중단 또는 임신 중단의 압박을 경험하거나 모체 및 영아에게 안전하지 못한 출산·양육 상황에 놓인 임신부라고 볼 수 있다. 보건복지부에서는 위기임신 상담 등의 대상으로서 위기임산부를 ‘경제·심리·신체적 사유 등으로 출산 및 양육에 어려움을 겪고 있는 여성’이라고 하여 매우 폭넓게 개념화하고 있다. 출산과 양육에 어려움을 야기하는 경제적, 심리적, 신체적 사유는 매우 다양하며, 많은 경우 복합적으로 나타난다.

위기 임신부의 다양한 사회·경제적 상황을 탐구한 연구들에서는 위기 임신부의 범위를 보다 구체적으로 제시하고 있다. 이린(2021)은 한부모가족 지원제도에서 포괄하지 못하는 사각지대의 위기 임신부를 (1) 정신 및 신체 장애를 지닌 장애인 임신부, (2) 결혼이주여성·난민여성·이주노동자 등 이주민 임신부, (3) 가정폭력 피

해 임신부, (4) 홀리스 임신부로 나누어 살펴보았다. 한편 강영실(2022)은 위기임산부를 미혼모, 이혼·사별 임신부, 가정폭력 피해 임신부, 취학 전 기존 자녀를 동반한 위기 임신부, 기혼 빈곤 임신부 및 혼외 사실혼 임신부, 외국인 임신부, 독립 생활기능이 되지 않는 임신부(홀리스 임신부 및 심한 지적장애를 포함한 장애인 임신부) 등으로 제시하였다.

이 연구에서는 이처럼 다양하고 광범위한 위기임신과 출산을 경험한 임신부를 위기임산부로 포괄하여 칭한다. 또한 보건복지부 보호출산 대상에서 제외되는 외국 국적 임신부 및 불법체류자 임신부 등을 모두 위기임산부의 범위에 포함하고자 한다.

나. 위기 영아

임산부의 위기는 자녀인 태아·신생아 및 영아에게 고스란히 전이될 가능성이 높다(성정현 외, 2024). 임신부의 심리사회적·신체적·경제적 위기는 태아의 영양 및 건강으로 직결되며, 이에 따라 조산·사산·낙태 등 태내 생명에 대한 위협 또한 발생한다. 출산 후 신생아·영아 역시 신체적 미성숙으로 인해 건강·영양·안전의 모든 부문에서 양육자에게 전적으로 의존하기 때문에, 산모의 위기 상황은 영아의 건강한 성장 및 발달뿐 아니라 생명의 유지에도 치명적 영향을 줄 수 있다. 부모의 위기로 인해 영아에게 적절한 영양분 공급과 돌봄이 제공되지 않으면 영아의 신체적·심리적·인지적 발달에 부정적 영향을 주어 저체중·발달지연 등으로 연결되며, 특히 생애 초기 0-3세 시기는 뇌 발달이 가장 폭발적으로 일어나는 시기로 이 시기에 양육자와의 민감하고 따스한 상호작용 및 적절한 자극이 결핍되면 학습 및 언어에 큰 손상을 입을 수 있다. 또한, 부모의 극단적인 심리사회적·경제적 결핍과 결손은 영아 유기 및 학대로까지 연결될 수 있다. 따라서 위기 임신부의 태아 및 출생아는 위기 영아로 보는 것이 타당하다.

한편, 영아의 연령 기준은 국가와 분야에 따라 상이하다. 일반적으로 의학적인 기준에서는 태어나서 1개월까지를 신생아(neonate), 1년까지를 영아(infant), 만 1세부터 6세까지를 소아 내지는 유아(child)로 구분한다(지제근, 2004). 이때 신생아는 영아에 포함된다. 그러나 의약품국제조화회의에서는 태어나서 28일까지를 신생아(newborn infants), 23개월까지를 영아(infant and toddlers), 만 2세부터 11세까지를 아동(children)이라고 하여 의학적 기준과 다소 다른 기준을 적용하고 있으며, 우리나라 식품의약품안전청도 이 기준을 따르고 있다.

보육 및 교육정책에서는 의학적 기준과는 또 다른 기준을 적용하는데, 일반적으로 0세부터 만 36개월 미만까지를 영아로, 만 36개월부터 5세까지를 유아로 칭한다. 영유아보육법 상 영아와 유아를 구분하고 있지는 않으나, 보육사업 안내를 살펴보면 만 2세반 까지를 영아반, 만 3세반 이상을 유아반으로 구분한다(보건복지부, 2024). 이에 따르면 2024년 기준 만 2세반 영아는 2021. 1. 1. ~ 2021. 12. 31. 출생자로 입소시점인 3월을 기준으로 대략 27개월~37개월 아동이다. 보육 분야에서의 연령 기준과 유사하게, 여성가족부에서 운영하는 아이돌봄서비스 중 영아 종일제서비스는 만 36개월 이하 영아를 대상으로 하고 있다.

이처럼 보육·교육 정책에서의 연령 기준이 의·약학적 기준과 차이가 나는 이유는, 아동의 생물학적·의학적 특성만 고려하기보다는 심리·사회·정서·인지적 측면에서의 발달을 두루 고려하였기 때문인 것으로 보인다. 실제로 아동의 발달 측면에서 월령에 따른 차이는 36개월을 기점으로 두드러지는 경향이 있다. 언어 측면에서, 36개월은 아동의 언어가 폭발적으로 발달하는 시기로 어휘 수가 급속도로 증가하여 약 500개의 어휘를 사용하게 된다(장유경, 2004). 이에 따라 문장 구사와 문장 조합 역시 세분화되고 정교해진다(조복희·이윤희, 2020). 이 시기를 기점으로 정서적으로는 부모와 더 쉽게 분리되고, 사회적으로는 또래에게 애착을 보이며 놀이에서 순서를 지키고 소유권을 이해하는 등 발달적 변화가 일어난다(미국 질병관리청,

2024)⁴⁾. 36개월을 기점으로 이루어지는 발달적 변화가 크다는 점은 보육서비스 이용에서 나타나는 월령 차이와도 관계가 있다. 2021년 전국보육실태조사에 따르면 기관 이용 비율은 36개월 미만 영아가 39.0%, 3-5세 유아가 60.9%인 반면 모가 돌보는 비율은 영아가 52.6%, 유아가 32.1%로 나타나 36개월을 기준으로 기관 이용과 부모 직접 돌봄에 차이가 있음이 드러났다(김은설 외, 2021).

이상에서 영유아 보육 및 보육지원 정책과 실제적인 서비스 이용, 아동기 발달의 특성을 종합적으로 고려하여 이 연구에서는 만 36개월 미만을 영아로 정의하고자 한다. 따라서 위기 영아는 ‘모가 경제·심리·신체적 어려움으로 인해 출산 및 양육 과정에서 위기를 겪고 있는 만 36개월 미만의 아동’으로 정의한다.

제3절 연구방법

1. 문헌 연구 및 2차자료 분석

첫째, 위기 영아와 위기 임산부 실태와 예방 및 지원에 관한 국내·외 자료를 분석하였다. 둘째, 태내기 및 영아기 아동 개입의 중요성과 효율성을 발달적·경제적 관점에서 탐색하였다. 셋째, 위기 영아 지원에 관한 선행연구 및 자료를 검토하여 위기 임산부와 영아의 건강과 발달을 효과적으로 지원하는 요인을 살펴보았다.

2. 법제도 분석

위기 영아 및 위기 임산부 지원과 관련된 의원 발의안·법령·사업계획안 등 정책과 입법 자료를 분석하였다. 이를 통해 국내 위기 영아 및 위기임산부 지원 제도의 도입 배경과 실태를 체계적으로 살펴보았다.

4) <https://hia.berkeley.edu/wp-content/uploads/2015/05/3-years-milestone.pdf>, 2025. 1. 17. 인출

3. 국내·외 사례 분석

프랑스, 독일, 미국 등 해외 위기영아·위기임산부 지원과 관련된 문헌과 정책 자료를 수집하여 법적 절차와 행태를 살펴보았다. 더불어 민간 영역에서 위기영아 지원을 최초로 시작한 초록우산의 위기영아 지원사업을 중심으로 주요 지원 요소를 살펴보았다.

4. 종사자 자문회의·설문조사

현행 위기임산부·영아 지원제도의 전달체계로 기능하는 16개 지역상담기관의 종사자를 일부 선별하여 자문회의를 수행하고, 전체 종사자를 모집단으로 한 설문조사를 진행하였다. 이를 통해 아동권리관점에서의 제도 개선안을 도출하였다.

5. 종사자 심층면접

대표적인 민간영역의 위기 영아 및 임신부 지원사업으로 거론되는(보건복지부, 2024)⁵⁾ 초록우산의 위기영아 지원사업에 참여한 기관 담당자를 대상으로 심층면접을 진행하였다. 이때 대상자 서비스 면에서 공적 제도의 사각지대를 살피고, 원가정 양육을 결정하게 하는 주된 요소를 중점적으로 살펴보았다.

5) 보건복지부(2024). 위기임신 및 보호출산 지원 사업 안내.

제 2 장

현황

- 제 1절 | 위기임산부·위기영아 현황
- 제 2절 | 현행 정책
- 제 3절 | 아동권리관점에서의 쟁점



제1장 서론

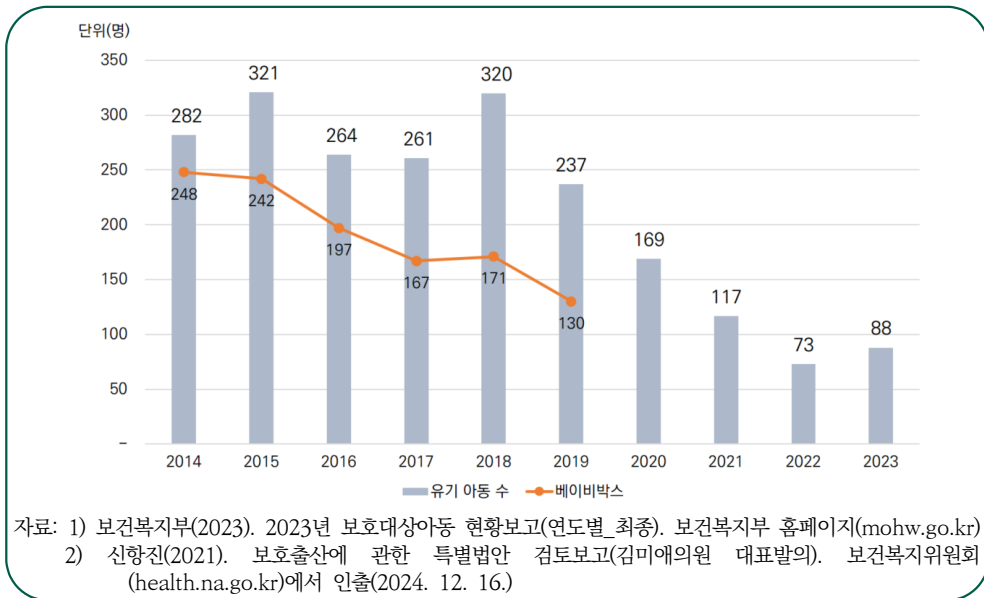
제1절 위기 영아·위기 임신부 현황

1. 위기 영아 현황

이 절에서는 보건복지부 통계 등을 활용하여 위기 영아의 규모를 대략적으로 파악하고자 한다. 영아 유기의 대부분은 부모가 자녀를 도저히 양육할 형편이 되지 않을 때 발생한다는 점에서 영아 유기 현황은 위기에 처한 영아를 잘 나타낸다고 볼 수 있다. 한편 국내 의료기관에서 출산 기록은 있으나 출생신고가 되지 않은 출생 미등록 아동은 법적 보호체계의 바깥에 있으며 생존 여부조차 확인되지 않는다는 점에서 위기영아이다. 빈곤 아동은 부모가 안정적인 임신·출산·양육이 어려운 사회경제적 환경에 처해있을 수 있다는 점에서 위기 영아라고 볼 수 있다. 더불어 출산 기록조차 남지 않는 사각지대에 있는 신생아도 있는데, 미등록 외국인이 국내에서 출산한 아동이 바로 그런 경우이다. 각각에 대해 자세히 살펴보면 다음과 같다.

가. 영아 유기

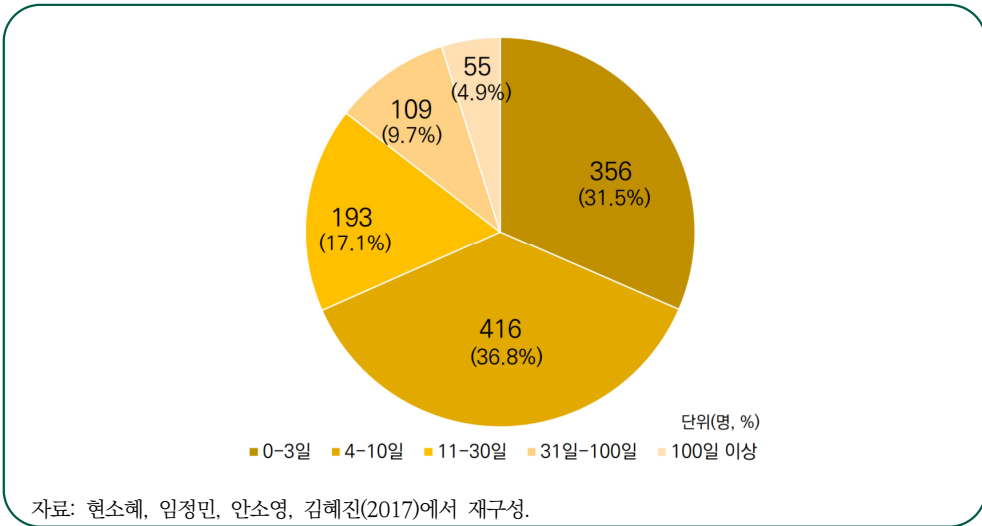
보건복지부 통계에 따른 유기로 인한 보호대상 아동 현황의 연도별 추이를 살펴보면([그림 2-1] 참조), 2018년 이후 점차 감소하는 추세를 보이다가 2023년 소폭 증가하였다. 이러한 전반적인 감소세는 유기 자체의 감소보다는 전체적인 출생률 감소에 기인하는 것으로 보인다(김자연 외, 2023). 또한 유기되는 아동 중 다양한 이유로 보호대상 아동 현황에 집계되지 않은 아동이 있을 가능성도 염두에 둘 필요가 있다. 실제로 서울에서 베이비박스를 운영하는 주요기관인 주사랑공동체가 제시한 2022년 기준 베이비박스 보호 아동은 106명으로(연합뉴스, 2023), 보건복지부의 유기로 인한 보호대상 아동 수(73명)를 상회한다.



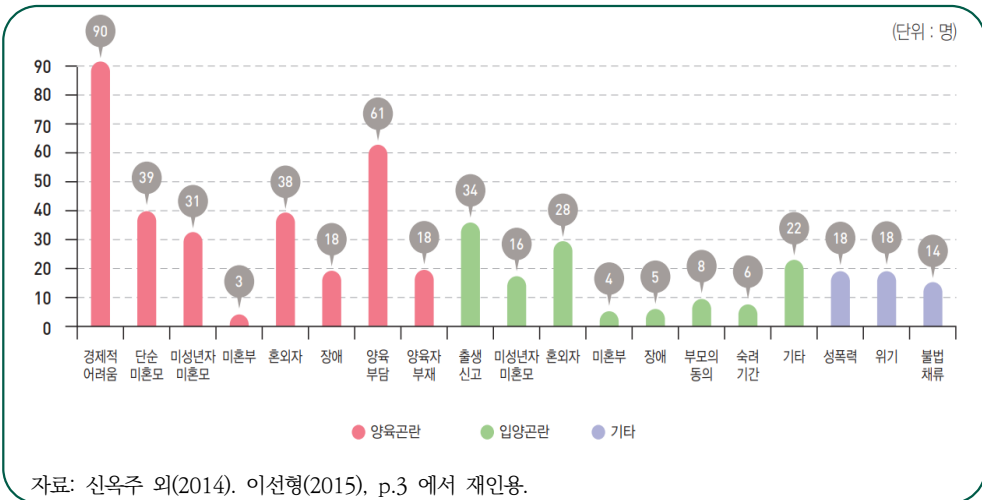
[그림 2-1] 연도별 유기 아동 및 베이비박스 영아 현황

베이비박스 유기 아동의 연령은 대부분 신생아이다(그림 2-2 참조). 베이비박스에 유기된 아동 중 신원정보가 확인된 아동에 관하여 조사한 연구에 따르면, 유기된 아동의 연령은, 생후 4~10일이 가장 많고(36.8%), 다음이 0~3일(31.5%)이었다. 생후 한 달이 지나 유기된 아동은 약 14.6%로, 베이비박스 유기 아동 중 85% 이상이 신생아(출생 후~4주)인 것으로 나타났다.

베이비박스에 아기를 놓고 간 사유를 살펴보면, 경제적 어려움이라는 응답이 90건으로 가장 많고, 그 외 양육부담(61건), 미혼모(39건)/혼외자(38건) 등 양육 곤란이 주된 이유였다(그림 2-3 참조). 특히, 미혼모 외에도 혼외자, 불법체류 등이 아동 양육 포기 동기로 지적된 것은 위기 영아로 연결되는 위기 임산부의 지위가 기존에 주로 논의되던 미혼모/부 외에도 다양한 형태로 나타날 수 있음을 시사한다.



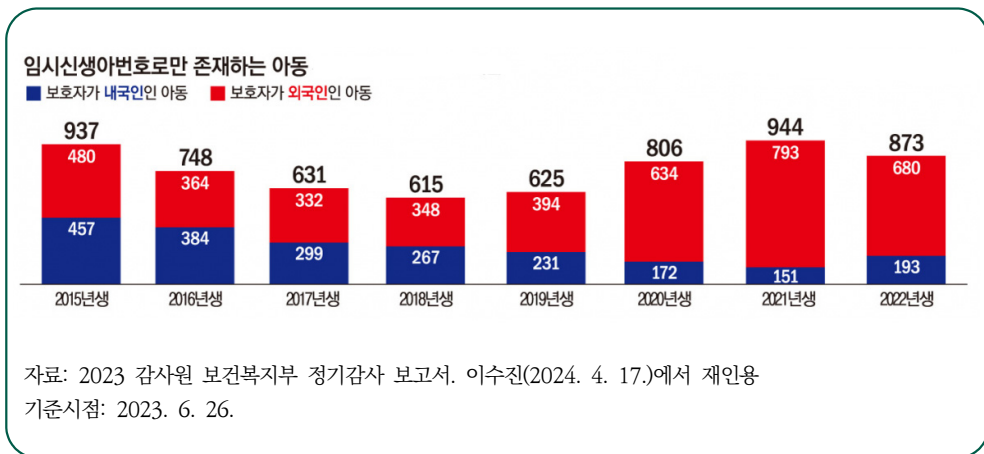
[그림 2-2] 2010~2017 베이비박스 유기 아동의 연령별 분포



[그림 2-3] 아동 양육 포기 동기

나. 출생 미등록 아동

2023년 보건복지부 정기감사에서 출산 기록은 있으나 출생 신고가 되지 않은 출생 미등록 아동(0-7세)이 6,179명이 있다는 사실을 밝혔으며, 이 중 보호자가 내국인인 아동은 2,154명이었다⁶⁾(그림 2-4 참조).



[그림 2-4] 임시신생아번호로만 존재하는 아동

이는 보호자가 내국인인 신생아 중 매년 약 270명이 출생신고를 하지 않아 법적인 의료적·교육적 지원을 받지 못하고 있으며 생존 여부조차 불투명함을 의미한다. 이를 보호자가 외국인인 신생아까지 범위를 확대하면 그 수는 매년 약 772명으로 늘어난다. 보호자가 외국인인 경우에도 신생아가 외국인 등록번호로 전환·관리되고 있지 않다는 것을 의미한다. 감사원 보고서에서는 2015년 이전에도 유사한 수준으로 출생 미등록 아동이 존재했을 것을 감안하면, 출생 신고가 되지 않은 채 의료적, 교육적 사각지대에서 살아가는 아동·청소년의 수는 이보다 훨씬 많은 것이라고 보고하였다. 감사원에서는 이들 중 23명의 아동을 표본으로 선정하고 아동의 상태를

6) 당초 보도자료 등에는 2023. 4. 24. 기준으로 추출한 통계자료(총 6,404명, 내국인 2,236명, 외국인 4,168명)를 사용하였으나 이후 일부 지자체 보건소에서 임시신생아번호를 주민등록번호로 전환함에 따라 2023. 6. 26. 재추출한 통계자료(총 6,179명, 내국인 2,154명, 외국인 4,025명)가 보고서에 실림

확인하였다. 그 결과 사망(5), 온라인 아동거래(1), 타인 인적사항 도용 등(2), 타국적 취득(1), 혼외자 및 미혼부모(4), 베이비박스 유기 및 시설 입소(5), 산모 정보 오류(2), 입양(3) 등으로 확인되었으며 이들 중 2명의 영아는 가정에서 친모에 의해 살해된 것으로 나타났다. 이에 따라 보건복지부는 출생미등록아동에 대한 전수 조사를 실시하였고, 23년 출생아동 중 임시 신생아 번호만 부여된 아동 144명에 대해서도 조사하였다.

조사 결과를 요약한 것은 아래 <표 2-1>과 같다. 전수조사 대상 아동 중 1,148명(50.6%)의 소재를 확인하였고, 소재가 확인되지 않은 1,119명이 경찰 수사로 넘어갔다. 지자체에서 소재가 확인된 아동 중 생존이 확인된 아동은 884명으로 전체 미등록 아동 중 39.0%였고, 228명(10.1%)은 병사 등으로 인한 사망이었다. 생존이 확인된 아동 중 국내외에서 출생신고가 완료된 아동이 819명(26.1%)으로, 65명은 출생신고가 완료되지 않았다. 그 사유를 확인한 결과, 50명은 친생부인의 소 등 혼인 관계문제였고, 다음이 보호자 중 1명이 미등록 외국인인 경우, 미혼모로 출생신고에 대한 부담 및 지연 등의 사유인 것으로 나타났다. 이는 아동 출생신고가 부모 또는 보호자요건에 의해 결정될 수 밖에 없는 현재의 여건이 반영되고 있다(김자연 외, 2023).

한편 검찰에 수사가 의뢰된 아동 1,119명 중 618명(전체 미등록아동의 27.3%)은 베이비박스 등에 유기되었으며, 보호자 연락두절 및 방문 거부 282명(10.5%)<출생신고 전 입양 89명(3.9%), 출생사실 부인 72명(3.2%)> 등으로 나타났다. 이 중 사망 아동 보호자 일부가 범죄와 연관되어 검찰 송치되었다.

〈표 2-1〉 출생 미등록 아동 전수조사 결과

구분		아동 수(비율)			
지자체 확인	생존 확인	출생신고 완료	796 (35.1)	884 (39.0)	1,148 (50.6)
		해외 출생신고 완료	23 (1.0)		
		출생신고 예정	65 (2.9)		
	사망(병사 등으로 인한 사망)		228 (10.1)		
	의료기관 오류(사산, 유산, 오등록 등)		36 (1.6)		
경찰 수사의뢰 사유	베이비박스 등 유기		618 (27.3)	1,119 (49.4)	
	보호자 연락 두절 방문 거부		238 (10.5)		
	출생신고 전 입양		89 (3.9)		
	출생사실 부인		72 (3.2)		
	기타		102 (4.5)		
전체		2,267 (100.0)			

자료: 김자연 외(2023). p. 62.

요컨대, 출생 미등록 아동 중 내국인 아동은 2020-2022 3개년 평균 매년 172명 정도가 발생해 왔으며 이들 중 약 74%는 출생신고가 되지 않은 채 출생신고가 지연되거나, 유기·입양·연락두절 등 위기 정황이 확인되었다. 보호자가 내국인인 출생 미등록 아동은 전수조사를 거쳐 실태 파악이 되었으나, 보호자가 외국인이면서 출생 후 외국인등록번호 등을 받지 않고 있는 아동에 대해서는 그 현황에 대해 서조차 알 수 없는 상황이다. 보호자가 외국인인 출생 미등록 신생아는 2020년 634명, 2021년 793명, 2022년 680명 등으로 전체 출생 미등록 신생아의 과반을 차지하고 있는 만큼, 이들에 대한 개입·관리도 절실히 요구된다.

다. 빈곤 영아

경제적 결핍 상황에 처한 영아의 현황을 국민기초생활보장수급자 연령별 현황을 통해 살펴보았다(표 2-2). 0-2세 빈곤 영아의 수는 2019년 11,643명(전체 빈곤 아동 중 0.65%)에서 2020년 13,166명(0.64%), 2021년 13,039명(0.57%), 2022년 11,789명(0.50%), 2023년 11,343명(0.6%) 등으로 전반적으로 비슷한 규모를

유지하였다. 그러나 0-18세 전체 빈곤 아동의 수가 2019-2023년 사이 증가함에 따라 전체 빈곤아동 대비 빈곤 영아의 비율은 다소 감소하는 추세를 보였다. 연령별로 살펴보면, 2023년 기준 빈곤 영아 중 0세는 2,546명(22.4%), 1세는 3,951명(34.8%), 2세는 4,486명(42.7%) 등으로 빈곤 영아 안에서 연령이 증가함에 따라 비중도 증가하는 양상으로 보였으며, 이러한 양상은 각 연도에서 유사하게 나타났다.

기초생활보장수급 영아의 추이를 시도별로 살펴본 것은 <표 2-3>과 같다. 2023년 기준 기초생활보장수급 영아의 수가 가장 많은 지역은 경기 2,261명(19.9%), 서울 1,394명(12.3%), 인천 1,030명(9.1%) 순이었다. 한편 기초생활보장수급 영아의 수가 가장 적은 지역은 세종 56명(0.5%), 울산 179명(1.6%), 제주 227명(2.0%) 등이었다. 이러한 양상은 2021-2023년 사이 유사하게 나타났는데, 전반적으로 인구가 많은 지역일수록 기초생활보장수급 영아의 수도 높게 나타난 것으로 보인다. 총인구 대비 기초생활보장수급 영아의 비율을 살펴보면, 2023년 기준 인구대비 기초생활보장수급 영아의 비율이 가장 높게 나타난 곳은 광주(0.047%), 대전 및 전북(0.035%), 인천(0.034%) 등으로 나타났다. 해당 비율이 가장 낮게 나타난 곳은 세종(0.014%), 서울(0.015%), 경기 및 울산(0.016%) 등으로 나타났다. 다만 지역에 따른 차이는 연도에 따라 다소간의 차이를 보였는데, 2022년 기초생활보장수급 영아 비율이 가장 높은 지역은 광주(0.044%), 전북 및 제주(0.036%), 인천(0.035%)이었으며 2021년에는 광주(0.048%), 인천 및 제주(0.040%), 대전(0.038%) 순이었다.

즉 전반적으로 지원이 필요한 빈곤 영아의 수가 많은 곳은 인구가 많은 경기, 서울, 인천이며 인구 대비 자원과 인프라가 더 필요한 곳은 광주 및 전북, 인천, 대전, 제주 등지인 것으로 보인다.

〈표 2-2〉 2019-2023 기초생활보장수급 영아 및 아동 추이

단위: 명, %

연령	2019	2020	2021	2022	2023
0세	2,691 (23.1)	2,963 (22.5)	2,747 (21.1)	2,459 (20.9)	2,546 (22.4)
1세	4,181 (35.9)	4,652 (35.3)	4,653 (35.7)	4,038 (34.3)	3,951 (34.8)
2세	4,771 (41.0)	5,551 (42.2)	5,639 (43.2)	5,292 (44.9)	4,846 (42.7)
0-2세 계	11,643 (100.0)	13,166 (100.0)	13,039 (100.0)	11,789 (100.0)	11,343 (100.0)
0-18세 계	1,792,012	2,046,213	2,268,852	2,359,228	2,458,608
전체 아동 중 영아 비율	0.65	0.64	0.57	0.50	0.46

자료: 보건복지부(2019-2023). 국민기초생활보장수급자현황.

〈표 2-3〉 2021-2023 시도별 기초생활보장수급 영아 추이

단위: 명, %

구분	2021		2022		2023	
	영아 수(%)	총인구 대비 비율	영아 수(%)	총인구 대비 비율	영아 수(%)	총인구 대비 비율
전국	13,039 (100.0)	0.025	11,789 (100.0)	0.023	11,343 (100.0)	0.022
서울	1,808 (13.9)	0.019	1,517 (12.9)	0.016	1,394 (12.3)	0.015
부산	804 (6.2)	0.024	793 (6.7)	0.024	766 (6.8)	0.023
대구	646 (5.0)	0.027	603 (5.1)	0.025	595 (5.2)	0.025
인천	1,182 (9.1)	0.040	1,056 (9.0)	0.035	1,030 (9.1)	0.034
광주	708 (5.4)	0.048	648 (5.5)	0.044	686 (6.0)	0.047
대전	563 (4.3)	0.038	502 (4.3)	0.034	510 (4.5)	0.035
울산	229 (1.8)	0.020	175 (1.5)	0.016	179 (1.6)	0.016
세종	57 (0.4)	0.016	49 (0.4)	0.013	56 (0.5)	0.014
경기	2,630 (20.2)	0.019	2,394 (20.3)	0.017	2,261 (19.9)	0.016
강원	408 (3.1)	0.027	375 (3.2)	0.025	342 (3.0)	0.022
충북	476 (3.7)	0.029	421 (3.6)	0.026	403 (3.6)	0.025
충남	457 (3.5)	0.021	414 (3.5)	0.019	406 (3.6)	0.018
전북	726 (5.6)	0.041	647 (5.5)	0.036	623 (5.5)	0.035
전남	459 (3.5)	0.026	433 (3.7)	0.024	454 (4.0)	0.026
경북	784 (6.0)	0.030	700 (5.9)	0.027	637 (5.6)	0.025
경남	830 (6.4)	0.025	818 (6.9)	0.025	774 (6.8)	0.024
제주	272 (2.1)	0.040	244 (2.1)	0.036	227 (2.0)	0.034

자료: 보건복지부(2019-2023). 국민기초생활보장수급자현황.

라. 국내 출생 미등록 이주아동

임시신생아번호조차 받지 못하는 사각지대에 있는 아동도 있다. 불법체류자 등 외국인 등록번호가 없는 외국인이 국내에서 출생한 아동들로, 현행 체계하에서 이들의 규모를 파악할 수 있는 방법은 없다. 법무부에서는 만19세 이하 미등록 외국인의 수(‘미등록 이주아동’)를 집계하고 있으나, 이는 국외에서 태어나 한국으로 들어온 미등록 외국인의 숫자다. 국내에서 출산 후 임시 신생아번호를 받을 때엔 주민등록번호 또는 외국인등록번호가 필요한데, 외국인 등록이 안된 엄마라면 임시 신생아번호도 받을 수 없다. 따라서 국내에서 출생한 미등록 이주 아동은 규모조차 가늠하기 어려운 상황이다(손성배, 2023. 7. 2.)⁷⁾.

부모의 불법체류 신분 등으로 인해 정식으로 등록되지 않은 이주민 아동은 제도의 사각지대에 놓여있다. 이들은 공적인 의료 및 교육 혜택을 받지 못하는데, 영아의 경우 의료혜택에서 배제되는 것이 특히 치명적일 수 있다.

2. 위기 임신부 현황

「위기 임신 및 보호출산 지원과 아동 보호에 관한 특별법」(법률 제 19816호, 2023. 10. 31. 제정)에 따르면 보건복지부 장관은 ‘위기임산부 지원 및 그 자녀의 보를 위한 정책 수립에 활용’하기 위해 3년마다 위기임산부 및 자녀에 대한 실태조사를 실시하도록 되어있다. 해당 법령이 도입되기 전 위기임산부에 관한 체계적인 실태조사는 이루어지지 않아, 국내 위기임산부의 규모와 현황을 파악하기가 어렵다. 이 연구에서는 미혼부모, 청소년부모 및 한부모 현황을 통하여 위기 임신부의 현황을 대략적으로 가늠해보고자 한다.

7) 손성배(2023. 7. 2.). “출산·접종기록 있어도 추적 어렵다... ‘불법체류 부모 그림자 아기’”. 중앙일보. <https://v.daum.net/v/Ui6KoEsbWN> (인출일: 2024. 12. 19.)

가. 미혼부모 현황

미혼부모의 시간에 따른 추이를 <표 2-4>에서 살펴보면 2019년 총 20,761명에서 2023년 19,898명으로 조금씩 줄어드는 추이를 보이고 있다. 연령별 비중의 경우, 청소년 미혼모의 경우 2019년 8.4%에서 2023년 5.5%로 줄어드는 추이를 보이고 있으며, 청소년 미혼부 역시 매우 적은 비율이긴 하나 2019년 1.3%에서 2023년 0.3%로 감소세를 보인다. 전체 미혼부모 중 미혼모와 미혼부의 비중을 살펴보면, 2023년 기준 총 미혼부모 25,264명 중 19,898명이 미혼모로 미혼모가 절대 다수를 차지하고 있다. 연령에 따른 비율에서도 미혼모와 미혼부 간 차이가 있는데, 청소년복지지원법상 청소년부모에 해당하는 24세 이하 미혼모는 2023년 기준 약 5.5%인 반면, 청소년 미혼부는 0.3%에 불과하다. 이는 미혼부모 중에서도 특히 미혼모가 양적으로 많은 동시에, 연령 측면에서도 더욱 취약하다는 점을 시사한다.

<표 2-4> 2019-2023 미혼부모 추이

단위: 명, %

구분	연령	2019	2020	2021	2022	2023
미혼모	전체	20,761 (100.0)	20,572 (100.0)	20,345 (100.0)	20,132 (100.0)	19,898 (100.0)
	19세 이하	268 (1.3)	231 (1.1)	176 (0.9)	157 (0.8)	156 (0.8)
	24세 이하	1,743 (8.4)	1,640 (8.0)	1,430 (7.0)	1,232 (6.1)	1,097 (5.5)
미혼부	전체	7,082 (100.0)	6,673 (100.0)	6,307 (100.0)	5,889 (100.0)	5,366 (100.0)
	19세 이하	-*	-	-	-	-
	24세 이하	124 (1.8)	74 (1.1)	31 (0.5)	17 (0.3)	16 (0.3)
계	전체	27,843 (100.0)	27,245 (100.0)	26,652 (100.0)	26,021 (100.0)	25,264 (100.0)
	19세 이하**	268 (1.0)	231 (0.8)	176 (0.7)	157 (0.6)	156 (0.6)
	24세 이하	1,867 (6.7)	1,714 (6.3)	1,461 (5.5)	1,249 (4.8)	1,113 (4.4)

*사례수가 5 이하인 경우 개인정보 보호 및 자료 노출 위험성을 최소화하기 위해 '-'로 표시함.

**사례수 5 이하의 미혼부 통계를 제외함 수치임.

자료: 통계청(2019-2023). 인구총조사. 연령별 미혼모, 미혼부.

미혼부모의 추이를 시도별로 살펴본 것은 아래 <표 2-5>와 같다. 2023년 기준 전국 미혼부모는 25,264명으로 이중 경기도에 거주하는 미혼부모가 6,506명 (25.8%)으로 가장 많았다. 다음으로는 서울(4,122명), 인천(1,951명) 순으로 나타나 서울과 경기도에 약 40% 이상의 미혼부모가 거주하고 있는 것으로 나타났다. 한편 미혼부모의 수가 가장 적은 지역은 세종(150명), 울산(459명), 제주(505명) 순이었다.

<표 2-5> 2019-2023 시도별 미혼부모 추이

단위: 명, %

구분	2019		2020		2021		2022		2023	
전국	27,843	(100.0)	27,245	(100.0)	26,652	(100.0)	26,021	(100.0)	25,264	(100.0)
서울	4,664	(16.8)	4,502	(16.5)	4,329	(16.2)	4,244	(16.3)	4,122	(16.3)
부산	1,867	(6.7)	1,807	(6.6)	1,740	(6.5)	1,671	(6.4)	1,638	(6.5)
대구	1,349	(4.8)	1,290	(4.7)	1,227	(4.6)	1,177	(4.5)	1,140	(4.5)
인천	1,987	(7.1)	1,992	(7.3)	1,995	(7.5)	1,999	(7.7)	1,951	(7.7)
광주	1,150	(4.1)	1,124	(4.1)	1,090	(4.1)	1,069	(4.1)	1,042	(4.1)
대전	960	(3.4)	925	(3.4)	892	(3.3)	872	(3.4)	840	(3.3)
울산	506	(1.8)	517	(1.9)	506	(1.9)	485	(1.9)	459	(1.8)
세종	140	(0.5)	143	(0.5)	149	(0.6)	153	(0.6)	150	(0.6)
경기	6,641	(23.9)	6,656	(24.4)	6,689	(25.1)	6,598	(25.4)	6,506	(25.8)
강원	763	(2.7)	750	(2.8)	727	(2.7)	710	(2.7)	692	(2.7)
충북	832	(3.0)	798	(2.9)	788	(3.0)	770	(3.0)	742	(2.9)
충남	1,165	(4.2)	1,165	(4.3)	1,139	(4.3)	1,110	(4.3)	1,063	(4.2)
전북	1,169	(4.2)	1,124	(4.1)	1,087	(4.1)	1,061	(4.1)	1,018	(4.0)
전남	1,043	(3.7)	1,002	(3.7)	963	(3.6)	903	(3.5)	866	(3.4)
경북	1,373	(4.9)	1,312	(4.8)	1,261	(4.7)	1,217	(4.7)	1,133	(4.5)
경남	1,631	(5.9)	1,559	(5.7)	1,509	(5.7)	1,448	(5.6)	1,397	(5.5)
제주	603	(2.2)	579	(2.1)	561	(2.1)	534	(2.1)	505	(2.0)

자료: 통계청(2019-2023). 인구총조사. 연령별 미혼모, 미혼부-시도.

나. 청소년부모 현황

청소년 산모는 대부분 미혼모로, 청소년부모 가구의 추이를 2019년부터 2023년까지 살펴본 것은 표 <2-6>과 같다. 2023년 기준 청소년복지지원법에 따른 청소년부모 가구는 총 1,352가구로 이 중 부 또는 모가 19세 미만인 가구는 118가구이며, 이들 중에서도 부모 모두가 19세 미만인 가구는 31가구이다. 그러나 부 또는 모의 연령이 미상인 경우에는 분석에서 제외된다는 점을 고려하면, 실제 청소년 가구 규모는 더 클 것으로 예상된다. 연도에 따른 추이를 살펴보면, 청소년가구는 2019년 기준 2,900가구에서 2023년 1,352가구로 시간에 따라 점차 줄어드는 추이를 보이고 있다. 전체 가구 대비 비율 역시 2019년 기준 0.96%에서 2023년 0.59%로 점차 감소하였다.

<표 2-6> 2019-2023 청소년부모 가구 현황

단위: 가구, %

연도	부모 모두 19세 미만(%)		부 또는 모가 19세 미만(%)		부모 모두 24세 이하(%)		부 또는 모가 24세 이하(%)		부모 모두 34세 이하(%)	
	부모 모두 19세 미만(%)	부 또는 모가 19세 미만(%)	부모 모두 24세 이하(%)	부 또는 모가 24세 이하(%)	부모 모두 24세 이하(%)	부 또는 모가 24세 이하(%)	부모 모두 34세 이하(%)	부 또는 모가 24세 이하(%)	부모 모두 34세 이하(%)	
2019	45 (0.01)	241 (0.08)	2,900 (0.96)	12,305 (4.07)	125,267 (41.39)					
2020	38 (0.01)	174 (0.06)	2,298 (0.84)	10,526 (3.87)	111,076 (40.79)					
2021	21 (0.01)	104 (0.04)	1,833 (0.70)	8,160 (3.13)	103,634 (39.77)					
2022	28 (0.01)	110 (0.04)	1,561 (0.63)	6,429 (2.58)	98,899 (39.69)					
2023	31 (0.01)	118 (0.05)	1,352 (0.59)	5,755 (2.50)	90,465 (39.33)					

주: 노란 셀은 청소년복지지원법에 따른 청소년부모 가구임. 부 또는 모의 연령이 보고되지 않은 경우는 분석에서 제외됨.

자료: 통계청(2019-2023). 인구동향조사 출생연간자료 A형 원자료를 이상정 외(2022)를 참고하여 분석함.

실태조사에 따르면 청소년 산모는 임신기에 받아야 할 적절한 의료적 서비스를 받지 못하는 경우가 많다. 만 18세 이하 청소년 산모의 의료시설 첫 방문 시기는 임신 25주~33주(35.0%)가 가장 많았으며, 출산까지 의료시설에 가지 않았다는 응

답도 만 19-24세에서 7.0%로 나타났다(이재희·조미라·최은경, 2021). 18세 이하 청소년 산모가 의료시설 방문을 지체한 사유는 ‘병원비가 없어서’(40.0%), ‘출산 여부 결정 못함’(30.2%), ‘임신 사실 노출 우려’(10.0%) 순으로 높게 나타났다(이재희 외, 2021). 출산 후 산후조리에 있어서도 매우 취약한데, 18세 미만 청소년 산모 중 산후조리를 하지 못했다는 응답은 20%에 달했으며, 하더라도 산후조리원이나 부모님의 도움을 받지 못하고 친구 집에서 했다는 응답이 35%로 가장 높았다(이재희 외, 2021).

다. 장애인 출산 현황

현재 통계청에서 제공하는 인구동태통계에는 장애구분 항목이 없어, 여성장애인 출산 현황은 공시되지 않고 있다. 그러나 2022년 국회 보건복지위원회 최종윤 의원이 국민건강보험공단에서 받은 여성 장애인 출산 현황(〈표 2-7〉)에 따르면, 여성 장애인 출산 현황은 2018년 1,482명, 2019년 1,073명, 2020년 781명으로 급감하는 추세를 보이다가 2021년 828명으로 다소 증가하였다. 장애유형별로 살펴보면, 2018년부터 2021년까지의 여성 장애인 출산 중 가장 많은 비중을 차지한 장애 유형은 발달장애에 해당하는 지적 장애 및 자폐 스펙트럼 장애로 2021년 기준 약 195명(23.5%)인 것으로 나타났다. 연령별로 살펴보면, 전반적으로 2-30대 출산이 가장 많았다. 한편 청소년복지지원법에 따른 청소년 가구 연령 기준인 24세 미만의 장애인 출산도 2018년(107명, 7.2%), 2019년(65명, 6.1%), 2020년(68명, 8.7%), 2021년(54명, 7.0%) 등으로 집계되었다. 임신부가 장애인이면서 청소년인 경우 위기의 양상이 복합적으로 나타나 더욱 취약할 것임을 예상해볼 수 있다.

〈표 2-7〉 2018-2021 여성 장애인 출산 현황

단위: 명

구분	지체	뇌병변	시각	청각	지적·자 폐	기타	연령별 합계	
2018	24세이하	12	3	6	3	79	4	107
	25-34세	284	40	110	102	147	39	722
	35-39세	245	23	90	66	57	41	522
	40세 이상	66	9	21	14	12	9	131
	합계	607	75	227	185	295	93	1,482
2019	24세이하	9	5	2	2	45	2	65
	25-34세	208	20	73	101	99	28	529
	35-39세	166	18	50	49	40	34	357
	40세 이상	68	2	15	13	11	13	122
	합계	451	45	140	165	195	77	1,073
2020	24세이하	3	0	1	2	60	2	68
	25-34세	142	17	60	58	100	22	399
	35-39세	105	17	44	34	17	26	243
	40세 이상	28	5	13	12	8	5	71
	합계	278	39	118	106	185	55	781
2021	24세이하	1	1	2	3	45	2	54
	25-34세	137	16	72	59	102	18	404
	35-39세	121	6	58	28	36	17	266
	40세 이상	43	5	18	15	12	11	104
	합계	302	28	150	105	195	48	828

자료: 최중윤 의원실(2022), 이상훈(2022. 11. 22.). “여성 장애인 출산율 급감.. 원인은 복합적”에서 재구성.

라. 외국인 출산 현황

국내에서 출산하는 외국인이 모두 위기 임산부라고 보기는 어렵다. 그러나 결이주여성·난민여성·외국인노동자 여성 등 국내의 이주민 여성의 사회적 지위에 따라 출산을 확인할 수 있는 통계가 없는 관계로, 외국인 출산 현황 및 출산모의 국적별 분포를 통해 간접적으로 그 현황을 가늠해보고자 한다. 〈표 2-8〉에서 귀화한국인 및 외국인이 결혼이주여성 등을 포함한 외국인의 출산을 나타낸다. 전반적으로 전체 출산 가구가 줄어들면서 귀화한국인 및 외국인의 출산도 함께 줄어드는 양상을 보인다. 귀화한국인의 출산은 2019년 기준 3,347명(1.1%)에서 2023년 1,951명(0.8%)으로 수와 비율이 다소 줄어들었으며, 한국 국적이 없는

외국인의 출산 역시 2019년 기준 12,079명(4.0%)에서 2023년 7,466명(3.2%)로 다소 감소하였다.

〈표 2-8〉 2019-2023 외국인 출산 추이 단위: 명, %

	출생한국인	귀화한국인	외국인	미상	전체
2019	287,094 (94.9)	3,347 (1.1)	12,079 (4.0)	156 (0.1)	302,676 (100.0)
2020	258,030 (94.7)	2,741 (1.0)	11,427 (4.2)	139 (0.1)	272,337 (100.0)
2021	248,421 (95.3)	2,365 (0.9)	9,662 (3.7)	114 (0.0)	260,562 (100.0)
2022	239,148 (96.0)	2,009 (0.8)	7,929 (3.2)	100 (0.0)	249,186 (100.0)
2023	220,536 (95.9)	1,951 (0.8)	7,466 (3.2)	75 (0.0)	230,028 (100.0)

자료: 통계청(2019-2023). 인구동향조사 출생연간자료 A형 원자료를 재구성.

외국인 출산모의 국적을 살펴보면 〈표 2-9〉와 같다. 모든 연도를 통틀어 가장 많은 비중을 차지하는 외국인 출산모는 베트남 국적으로, 그 비중은 2019년 44.4%에서 2023년 35.3%로 다소 감소하는 추이를 보이거나 여전히 가장 많은 비중을 차지하고 있다. 다음으로 많은 비중을 차지하는 국적은 중국으로, 단일 국가로는 각 연도에서 베트남 다음으로 많은 비중을 차지한다. 한편, 외국인 출산모 중 필리핀·캄보디아·태국·베트남 등 동남아시아 출신 여성의 비중을 모두 합하면 2019년(59.9%), 2020년(61.3%), 2021년(58.7%), 2022년(53.6%), 2023년(54.5%) 등으로 전체 출산모의 과반을 차지하고 있음을 알 수 있다. 동남아시아 출신 국내 외국인 여성이 많은 경우 결혼이주여성 및 이주노동자일 가능성이 높다는 점을 감안하면, 이들 중 상당수가 임신과 출산 및 양육에 어려움을 겪는 위기임산부일 것으로 예상된다.

〈표 2-9〉 2019-2023 외국인 출산모의 국적별 분포

단위: 명, %

	2019	2020	2021	2022	2023
필리핀	1,093 (7.1)	990 (7.0)	740 (6.2)	640 (6.4)	632 (6.7)
베트남	6,849 (44.4)	6,368 (44.9)	5,103 (42.4)	3,529 (35.5)	3,324 (35.3)
캄보디아	739 (4.8)	649 (4.6)	591 (4.9)	475 (4.8)	475 (5.0)
태국	557 (3.6)	682 (4.8)	627 (5.2)	681 (6.9)	701 (7.4)
중국	3,567 (23.1)	2,904 (20.5)	2,400 (20.0)	2,044 (20.6)	1,724 (18.3)
일본	675 (4.4)	651 (4.6)	602 (5.0)	678 (6.8)	592 (6.3)
기타	1,946 (12.6)	1,924 (13.6)	1,964 (16.3)	1,891 (19.0)	1,969 (20.9)
전체	15,426 (100.0)	14,168 (100.0)	12,027 (100.0)	9,938 (100.0)	9,417 (100.0)

자료: 통계청(2019-2023). 인구동향조사 출생연간자료 A형 원자료를 재구성.

제2절 현행 정책

이 절에서는 위기임산부 및 영아를 지원하기 위한 정책을 1. 출생통보제 및 보호출산제 2. 위기임신 상담 3. 기타 대상별 지원 정책으로 나누어 살펴보고자 한다.

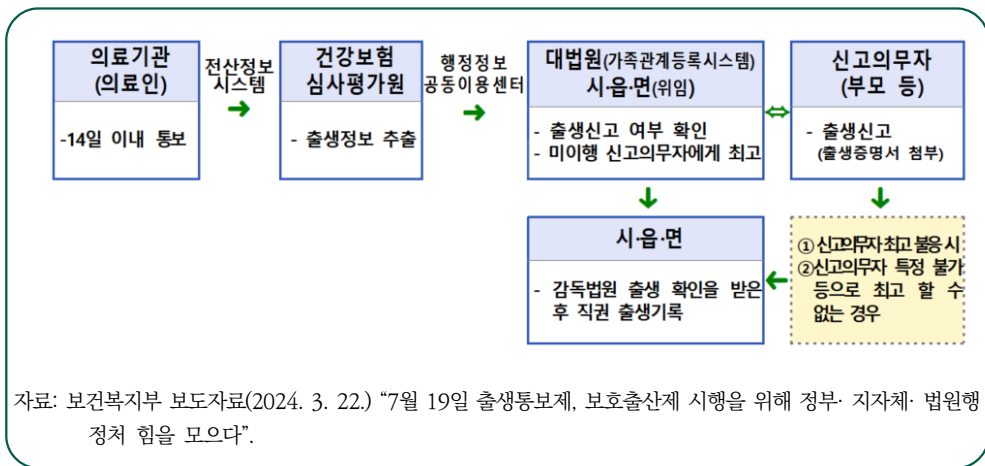
1. 출생통보제와 보호출산제

가. 출생통보제

출생통보제는 이전에 부모에게만 신고 의무가 있던 출생신고제를 대신하여 2024년 7월 도입된 제도로, 아이가 태어나면 분만에 참여한 의료기관이 아이의 출생 사실을 국가기관에 즉시 통보하는 제도이다. 출생통보제의 도입 배경은, 부모가 출생신고를 하지 않은 아동이 법적 테두리 안에서 보호받지 못한다는 문제의식이다. 출생신고를 하지 않은 아동은 영유아 필수 예방접종 등 필요한 의료적 조치를 받지 못하거나, 취약 연령이 되었음에도 학교에 가지 못하는 등 의료·교육 제도의

보호를 받지 못하는 경우가 많다. 또한 이들은 방임·유기 및 신체적·성적·정서적 학대에 노출될 가능성도 높다. 출생통보제는 이런 문제를 방지하기 위해 아동의 출생을 국가가 인지하고 출생신고 누락이 없도록 하는 제도이다.

구체적으로, 이 제도는 ‘가족관계의 등록 등에 관한 법률’ 개정안으로 의료기관의 출생통보 및 시·읍·면의 직권 출생 등록을 주요 내용으로 한다(주요 흐름은 그림 2-5 참조). 이 제도에 따르면, 의료기관 종사 의료인은 출생 정보를 진료기록부에 기재하며, 의료기관의 장은 이 정보를 건강보험심사평가원에 제출한다. 이후 건강보험심사평가원은 시·읍·면의 장에게 출생정보를 통보한다. 시·읍·면의 장은 출생신고 기간(출생 후 1개월)내에 출생신고가 되지 않은 아동의 신고 의무자에게 7일 이내에 신고할 것을 최고하며, 최고기간 내 신고가 되지 않거나 최고할 수 없는 상황인 경우 감독 법원의 허가를 받아 직권으로 출생 등록을 하게 된다.

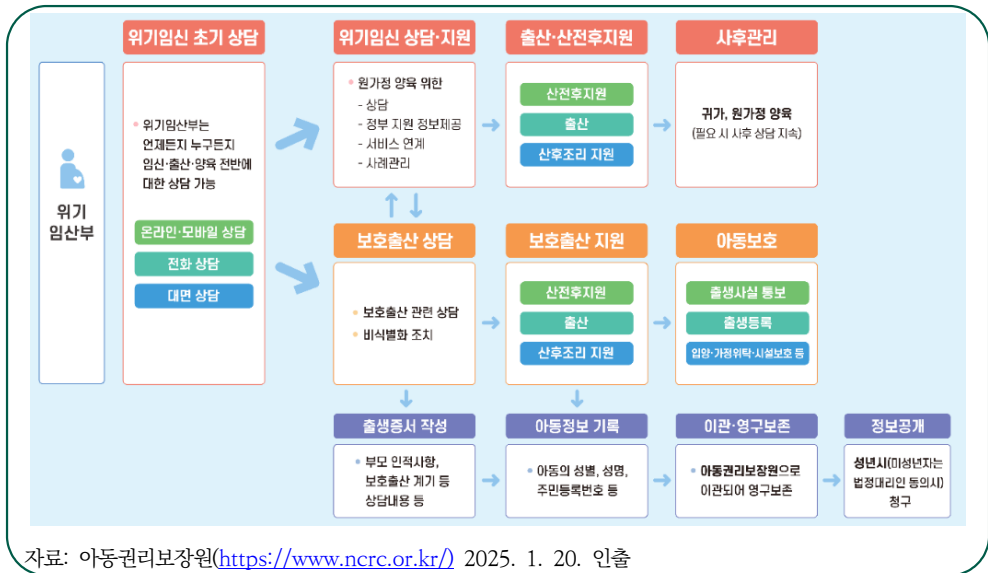


[그림 2-5] 출생통보제 흐름도

나. 보호출산제

출생통보제의 도입과 관련하여, 원치 않은 임신을 한 임산부가 출산 사실을 숨기기 위해 병원 밖에서 출산하는 것을 선택할 위험성이 제기되었다. 이에 따라 병원 밖에서의 출산을 방지해 임산부와 신생아를 보호하고, 아기가 유기되거나 살해되는 상황을 막겠다는 취지로 보호출산제가 도입되었다(「위기임신 및 보호출산 지원과 아동 보호에 관한 특별법」 제 11조).

보호출산제는 출산과 양육에 어려움을 겪고 있는 위기 임산부가 본인의 신분 노출 없이 의료기관에서 출산할 수 있도록 지원하는 제도이다. 이때 위기임산부란 임신 중 여성 및 분만 후 6개월 미만인 여성으로서 경제·심리·신체적 사유 등으로 출산과 양육에 어려움을 겪고 있는 여성을 의미한다. 즉 출산 후에도 6개월 이내 보호출산을 신청하면 본인의 출산 사실을 익명화하는 것이 가능하다. 보호출산제의 대상은 대한민국 국적 여성으로, 외국인 여성은 보호출산을 신청할 수 없다.



자료: 아동권리보장원(<https://www.ncrc.or.kr/>) 2025. 1. 20. 인출

[그림 2-6] 위기임신 지원 및 보호출산제 기본체계

보호출산제 기본 체계는 [그림 2-6]과 같다. 보호출산을 신청하기 위해서는 먼저 아동을 직접 양육할 수 있도록 하기 위한 충분한 상담과 안내 및 보호출산의 세부 내용에 관한 안내를 지역상담기관을 통해 받아야 한다(동법 제 7조 제 2항). 이후 위기임산부는 원칙적으로 본인의 의사결정에 따라 보호출산을 신청하게 된다. 다만 위기임부가 만 14세 미만인 경우, 미성년 후견인인 경우, 기타 의사결정 능력이 충분하지 않은 경우에는 보호자가 대신 신청할 수 있다.

보호출산 신청을 받은 지역상담기관에서는 신청인의 출생증서를 작성한다(제 15조 제 1, 2항). 이때 다음의 내용을 포함한다.

1. 신청인 및 생부의 성명·본·등록기준지 및 주민등록번호(내국인에 한정한다)
2. 신청인 및 생부의 유전적 질환 및 그 밖의 건강상태
3. 신청인이 아동의 성명을 지어준 경우에는 그 성명
4. 신청인이 보호출산 또는 제14조에 따른 아동 보호를 선택하기까지의 사회적·경제적·심리적 상황 등 상담 내용
5. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항

이후 지역상담기관에서는 신청인의 비식별화에 필요한 정보를 시스템에 입력한다(동법 제 9조 3항, 4항). 보호출산을 신청한 임신부가 출산한 경우, 출생 사실은 의료기관에서 건강보험심사평가원을 거친 뒤 시·읍·면으로 바로 통보되는 것이 아니라 중앙상담지원기관으로 전달된다. 이 정보는 이후 보호출산 신청을 접수한 지역상담기관에 통보된다(동법 제 11조 제 1항, 3항). 지역상담기관에서 보호출산 사실을 시·구·읍·면에 통보하면, 시·읍·면의 장은 민법 제 781조 제4항에 따라 아동의 성과 본을 창설한 뒤 이름과 등록기준지를 정하여 가족관계등록부에 기록한다.

보호출산 신청인은 출산일로부터 7일 이상 그 아동을 직접 양육하기 위한 숙려

기간을 갖게 되며, 이 기간이 지난 후부터 지역상담기관 장 또는 지역상담기관 소재지 관할 시·군·구청장에 아동의 인도를 요청할 수 있다. 보호출산 아동이 인도된 때부터 친권자의 친권행사는 정지되며, 아동을 인도받은 시·군·구청장은 아동의 미성년후견인으로서 아동복지법 제 15조에 따른 적절한 보호조치를 하여야 한다. 한편 지역상담기관의 장은 출생증서를 밀봉하고, 봉투 겉면에 아동의 성명, 성별, 주민등록번호를 기재하여 아동권리보장원으로 이관한다. 아동권리보장원에서는 이관 받은 출생증서를 영구 보존하며, 보호출산 아동이 자신의 출생증서 공개를 청구한 경우 신청인 또는 생부의 동의 하에 보관하고 있는 출생증서를 공개한다. 다만 출생자의 의료상 목적 등 특별한 사유가 있을 시 신청인 또는 생부의 동의 여부와 관계 없이 공개할 수 있다(동법 제 17조).

위기임산부는 보호출산 신청 후 또는 출산 후에 아동보호 신청을 철회할 수 있다. 이 경우 출생증서는 폐기되고, 신청인은 출생신고를 하여야 한다(동법 제 13조, 제 14조 제 3항). 보호자가 대신 신청한 경우 보호자가 신청을 철회할 수 있으나, 만 14세 미만 또는 피성년 후견인 등에 해당하는 위기 임부가 스스로의 의사결정으로 보호출산을 신청한 경우에는 보호자가 보호출산 신청을 철회하는 것이 불가하다.

2. 위기임신 상담⁸⁾

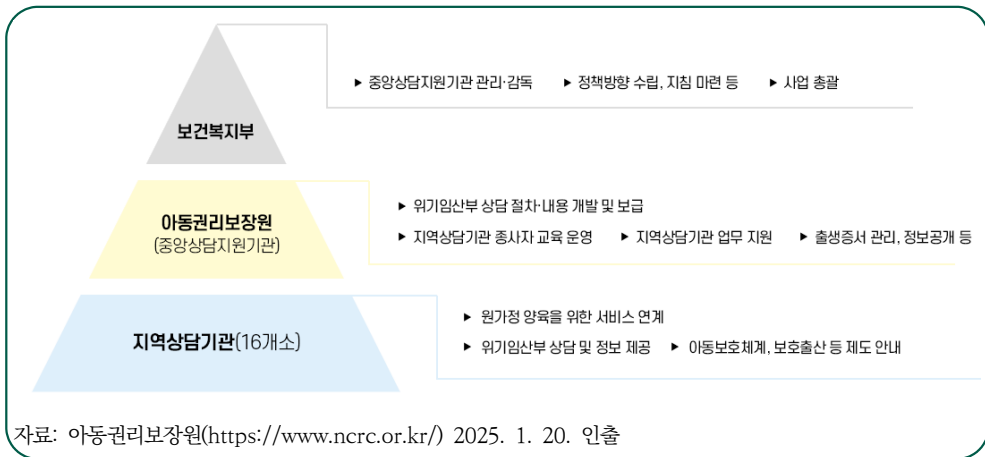
가. 추진체계 및 상담절차

위기임신 상담은 앞절의 보호출산제 기본체계에서 맨 첫 단계에 해당하는 ‘위기임신 초기상담’ 및 ‘위기임신 상담·지원’에 해당하는 절차이다. 이 서비스는 위기임산부가 안전하게 임신 및 출산 후 양육환경을 조성할 수 있도록 위기임산부에게 임신·출산·양육 등 정보를 안내하고 상담을 제공하는 서비스이다. 해당 서비스는 철

8) 해당 절의 주요 내용은 보건복지부(2024)의 ‘2024년 위기임신 및 보호출산 지원 사업 안내’를 참고함.

저한 비밀보장을 원칙으로 365일 24시간 ‘안심상담’을 제공하고자 한다. 위기임신 상담의 추진체계는 아래 [그림 2-7]과 같다. 보건복지부의 사업 총괄 하에, 아동권리보장원은 중앙상담지원기관으로서 상담절차와 내용을 개발·보급하고 종사자 교육을 운영하며 지역상담기관의 업무를 지원한다. 또한 보호출산제와 관련하여 출생증서 관리·정보공개 등의 업무를 담당한다. 시도별로 지정된 16개의 지역상담기관은 관할 내 위기 임신부를 대상으로 상담과 정보를 제공하고 서비스를 연계한다.

지역상담기관으로 지정된 기관은 오랜 시간 미혼모를 중심으로 위기임산부 상담과 서비스를 제공해온 미혼모 전문기관이 대부분이다(〈표 2-10〉). 경북은 유일하게 아동보호 전문기관이 지역상담기관으로 지정되었으며, 경북지역을 제외하고 모든 지역상담기관이 미혼모 전문기관이다. 이는 위기임신 상담 운영 시 미혼모 상담



[그림 2-7] 위기임신 상담 추진체계

〈표 2-10〉 2024 위기임신 지역상담기관 특성별 분포

미혼모전문기관	아동보호전문기관	한부모 및 미혼모 전문기관	계
14	1	1	16

경험 및 노하우를 심분 활용할 수 있다는 장점이 있으나, 한편으로는 상담 제공 시 아동 권리와 관련된 전문성이 부족할 수 있다는 지적도 있다(홍보영, 2024).

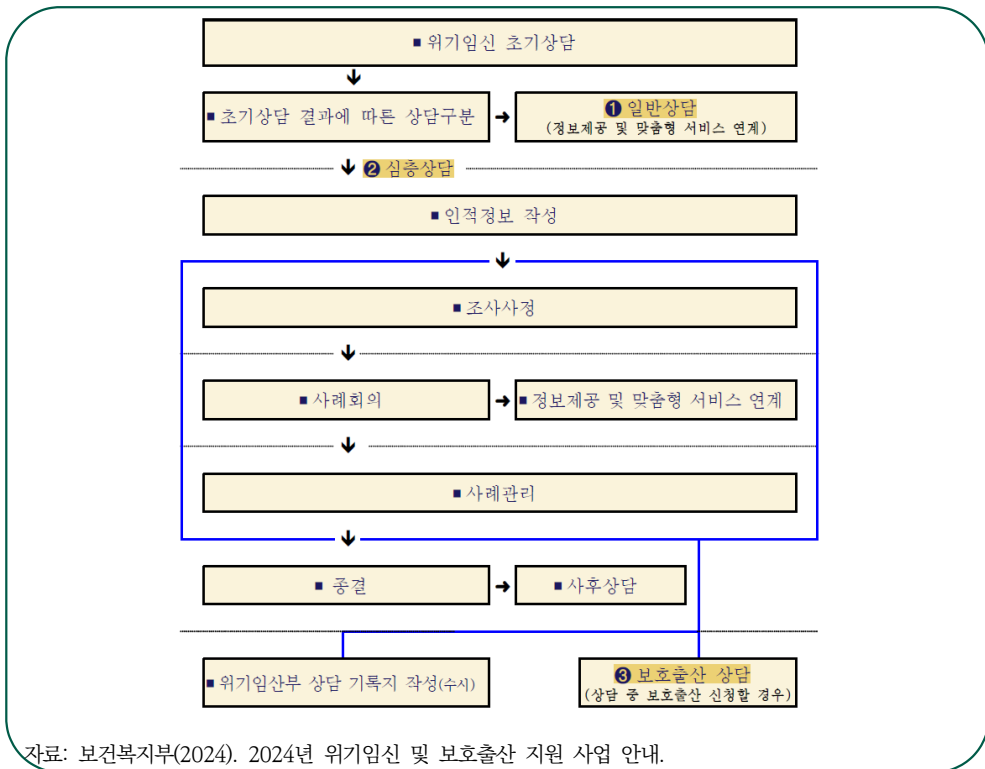
위기임신 상담의 절차는 아래 [그림 2-8]과 같다. 1차적으로 모든 위기임산부는 초기상담을 거치며, 이를 통해 일반상담 또는 심층상담 대상자로 구분된다. 초기상담은 중앙상담기관의 카카오톡 채널 및 지역기관 SNS, 위기임산부 핫라인 등을 활용한 비대면 상담과 지역상담기관 상담실에서의 대면 상담이 모두 가능하다. 위기임산부 핫라인(1308)은 24시간 운영되며, 발신자의 위치를 기반으로 가장 가까운 지역상담기관에서 수신하고 긴급 상황에 신속히 대응하도록 한다.

초기 상담에서 위기 임산부의 위기 상황이 지속적·복합적이지 않고 당면한 위기를 해소하면 임신·출산·양육을 감당할 수 있다고 판단되는 경우, 당면 위기를 해소하기 위한 기관과 서비스를 연계한다(일반상담). 한편 복합적 욕구 및 다양한 어려움을 가지고 있는 경우, 사례관리의 과정을 통해 심층적인 상담이 이루어진다(심층상담). 이 과정에서는 다양한 욕구에 대한 조사를 실시하고 사례회의를 거쳐 사례관리를 실시하며, 수시로 상담 기록을 작성한다. 사례관리의 과정에서는 정서적 지원, 사회경제적 지원, 산전·산후 지원, 원가정 양육 지원, 아동보호 지원 등 각종 서비스 제공 계획과 함께 공공·민간의 복지자원 연계 계획을 수립하며, 서비스와 자원이 적절하게 제공되고 있는지 모니터링을 수행한다.

한편 긴급상담은 즉각적인 현장 출동을 통한 개입이 필요할 때 이루어지는 상담으로, 응급분만·폭력·노숙 신체적, 정신적 건강 위험 등 응급 대응이 필요한 위기임산부가 대상이 된다. 이 경우 지역상담기관에서는 현장에 긴급 출동하며, 필요시 공공기관, 경찰, 구급대 등의 도움을 요청한다. 출동 이후에는 추가상담 및 신속한 서비스와 자원 연계, 일시보호 등을 통해 긴급 위기를 지원한다.

위기임산부에 대한 상담의 종결은 원칙적으로 ①서비스·자원 연계를 통해 위기임산부의 욕구가 해소된 경우, ② 위기임산부가 출산 후 6개월이 지난 경우, ③ 다

른 지역상담기관으로 사례를 이관하거나 위기임산부가 한부모가족복지시설 등 거주시설에 입소한 경우 이루어진다. 사후 상담은 출산 후 최대 6개월의 범위 내에서 월 1회 이상 이루어지나, 필요 시 제한 없이 연장할 수 있다. 이때 위기임산부의 생계곤란, 아동 양육 등과 관련하여 희망복지지원단, 드림스타트, 가족센터 등으로 지역사회 사례관리 연계를 할 수 있다. 사례 이관의 경우 위기임산부가 거주지 이전 등으로 다른 지역상담기관에서 상담을 이어나가고자 하는 경우 이루어진다. 한편 거주시설에 입소한 경우 상담은 원칙적으로 종결되나, 위기임산부가 보호출산을 신청한 경우에는 시설에 입소하였더라도 보호출산과 관련된 상담을 지속한다.



[그림 2-8] 위기임신 상담절차 흐름도

나. 사업목표 및 상담·안내사항

보건복지부 사업안내에 따르면 위기임신 상담의 목표는 아래와 같다.

- (1) 위기임산부의 안전한 출산과 산전·산후 건강보호 지원: 의료적으로 안전이 보장되는 환경에서 아이를 출산하며, 임신, 분만, 출산 과정에서 건강 및 의료 관련 상담과 서비스를 연계
- (2) 아동의 안전한 출생 및 아동 보호 지원: 위기임산부와 아동의 복리를 함께 추구하며, 부모가 아동을 양육할 수 있는 환경을 마련할 수 있도록 지원하는 것을 최우선으로 하되 불가피한 상황으로 직접 양육할 수 없는 경우에도 태아와 아동에게 안전한 양육 환경을 보장
- (3) 임산부의 자의사결정 지원: 위기임산부가 임신, 출산 및 양육과 관련하여 결정을 내릴 때 상담을 통해 사회안전망에 대한 정보, 아동의 권리, 본인의 상황, 여러 대안의 검토 등을 충분히 고려하여 최종적인 결정에 이르도록 지원
- (4) 충분한 정보 제공 및 지원: 임산부와 아동의 복리 증진 및 위기 해소를 위해 관련된 정보를 최대한 수집하고 제공하며, 필요한 서비스를 연계하는 역할 수행

이에 따르면 위기임신 상담은 첫째로 의료적으로 안전한 환경에서 태아와 임산부가 임신·출산을 진행하도록 하며, 다음으로 위기임산부가 최대한 원가정 양육을 할 수 있도록 지원하는 것을 최우선 목표로 하고 있다. 다만 불가피한 상황으로 원가정 양육이 가능하지 않을 경우, 태아 및 아동에게 안전한 양육 환경을 보장하도록 한다. 이때 사회안전망, 아동의 권리 등 충분한 정보를 제공하여 임산부가 여러 대안을 심사숙고한 뒤 최종 결정을 내릴 수 있도록 한다.

이러한 목표에 맞게 보건복지부 사업계획에서는 위기임산부 대상 제도 안내 및 서비스 연계와 관련하여서도 원가정 양육을 최우선으로 해야 한다는 내용을 아래와 같이 명시하고 있다.

- 1) 법 제7조제2항에 따른 위기임산부 대상 상담·안내 사항
 - 지역상담기관은 상담을 요청한 위기임산부에게 자녀인 아동을 직접 양육할 수 있도록 다음 사항에 대하여 충분한 상담과 안내를 제공하여야 하며 가능한 서비스를 연계 가능
 - 자녀인 아동을 양육할 경우 지원받을 수 있는 사회보장급여 및 지원사항
 - ...
 - 자녀의 인지청구 및 양육비 청구를 위한 소송 대리 등 「양육비 이행확보 및 지원에 관한 법률」에 따라 시행 중인 양육비 이행 확보를 위한 관련 지원 사항
 - 양육 및 친권의 포기가 아동에게 미치는 영향
 - ...
- 3) 기타 서비스 안내·연계·지원
 - (각종 사회보장제도 안내) 위기임산부가 자녀인 아동을 직접 양육할 수 있도록 국가·지자체에서 제공 중인 출산·양육 지원 등 사회보장 제도에 대한 충분한 상담과 안내를 제공하여야 하며, 가능한 사회보장 제도가 연계될 수 있도록 적극 노력

이와 관련하여 사업계획에서는 원가정 양육시 이용할 수 있는, 국민기초생활법·한부모가족지원법·국민건강보험법·모자보전법 등에 근거한 사회안전망 관련 정보를 구체적 지원 내용 및 소관 부처와 함께 제시하고 있다. 또한 공공 영역의 서비스뿐 아니라 초록우산 ‘위기영아 지원사업’, 우리금융미래재단 ‘우리원더패밀리’, 홀트아동복지회 ‘위기미혼모자 긴급지원사업’ 등 민간 복지자원도 함께 안내하고 있다.

3. 기타 대상별 지원 정책

가. 청소년 산모·한부모

2024년 7월 도입된 출생통보제·보호출산제 및 위기임신 상담 사업 이전부터 청소년 산모 및 한부모의 모성 보호를 위한 정책이 있어 왔다. 영아 유기가 높은 비중으로 미혼 산모 및 청소년 산모에게 발생하고 있다는 점에서 미혼 산모와 청소년 산모를 위한 지원은 위기 영아의 보호와도 밀접한 관련이 있다.

앞서 청소년 산모 현황에서 살펴본 바와 같이 청소년 산모는 의료시설 방문이 지체되는 경향이 있으며, '병원비가 없어서'라는 경제적 사유인 경우가 가장 많다(이재희 외, 2021). 이와 관련하여 「청소년 산모 임신출산진료비 지원 사업」에서는 임신확인일 기준 만 19세 이하 산모에게 소득이나 재산과 무관하게 임신 1회당 120만원의 의료비를 전자바우처 형태로 제공한다. 이는 국민건강보험에서 지급하는 임신·출산 진료비 바우처(일태아 기준 100만원)와 중복 지급되며, 임신 및 출산 관련 요양기관 처방에 의한 약제·치료재료 본인부담금과 2세 미만 출생아 진료비에 사용할 수 있다.

더불어 청소년 한부모가 자녀를 양육할 경우, 「청소년한부모 아동양육비 지원사업」에 따라 양육비를 지원받을 수 있다. 이 사업의 대상자는 기준중위소득 65% 이하이면서 자녀를 양육하는 청소년 한부모로, 2025년 기준 자녀 1인당 월 37만원을 지급하며, 자녀가 1세 이하인 경우 월 40만원을 지급한다. 또한 아동양육비 이외에도 청소년 한부모가 학업, 직업훈련, 취업 등 자립활동에 참여 시 월 10만원을 자립촉진수당으로 제공한다. 청소년 한부모가 검정고시를 준비하거나 학교에 재학할 경우, 검정고시 준비비용, 중·고등학교 재학 중 교통비, 교복 구입비 등을 연간 154만원 이내로 지원한다.

나. 한부모·미혼모

한편, 청소년 산모를 포함하여 한부모·미혼모를 대상으로 한 보다 포괄적인 서비스를 요약하여 제공하는 자료집이 매년 발간되고 있다. 여성가족부와 복권위원회에서 발간하는 「한부모가족 복지서비스 종합안내서」에는 한부모·미혼모에 특화된 정책지원이 보편적 모성보호정책과 함께 목록화되어 있다. 이 안내서는 임신·출산, 양육·돌봄, 시설·주거, 교육·취업, 금융·법률 및 기타 영역에서의 다양한 정책적 지원을 지원 요건, 지원 내용, 문의처와 함께 제시하고 있어 청소년 산모, 한부모, 미혼모 등이 실질적으로 정책 지원을 받을 수 있도록 하는데 도움이 될 것으로 보인다. 제시된 서비스 중 보편적 서비스를 제외한 위기임산부 특화 지원 내용은 <표 2-11>과 같다.

다. 장애인 산모

보건복지부 산하 국립재활원과 중앙장애인보건의료센터에서는 「장애 여성의 임신·출산 가이드」를 번역, 배포하여 장애 여성의 임신과 출산을 지원하고 의료현장에도 가이드를 제공하고자 하고 있다. 또한 보건복지부에서는 2013년부터 장애친화 산부인과를 지정하여 장애인 진료에 적합한 의료장비 및 편의시설을 구비하고, 장애이해 교육을 받은 의료진을 배치하고 있다. 그러나 2023년 9월 기준 서울(3), 부산(1), 광주(1), 울산(1), 경기(1), 충청(1), 전주(1), 구미(1) 등 10개소에 불과하고, 그중에서도 4개소만 장애친화 지원서비스를 현행 운영하며 나머지는 준비중에 머무르고 있어 실질적 도움이 되지 못하고 있다. 지자체 자체 사업으로 운영되는 장애친화 산부인과도 14개소가 있으나, 체계적 기준과 지원체계가 미비하고 지역편중이 있어 전국적 확대를 위한 정부의 노력이 필요하다고 지적되고 있다(보건복지부, 2024).⁹⁾

9) 보건복지부(2024). 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지원 사업 안내.

〈표 2-11〉 2024년 한부모·미혼모 지원정책

영역	사업명	내용
임산·출산	출산지원시설	• 이혼·사별·미혼 임신부 및 3세 미만 아동 대상 숙식 제공, 분만 혜택 제공, 자립지원, 의료비 지원
양육 돌봄	저소득 한부모가족 아동양육비 지원	• 월 21만원 • 추가 아동양육비, 학용품비, 시설입소자 생활보조금 등
	청소년 한부모 아동양육비 지원	• 월 35-40만원 • 검정고시학습비, 자립지원촉진수당 등
	온가족보듬사업	• 한부모·청소년부모·조손가족 등 • 상담, 사례관리, 학습·정서지원, 생활도움, 출산·양육지원 및 서비스 연계
	저소득층 기저귀·조제분유 지원	• 2세 미만 영아를 둔 한부모가족 수급 가구 • 기저귀 및 조제분유 구매비용 바우처 제공
시설·주거	한부모가족 복지시설	• 저소득 무주택 한부모가족 • 주거·자립준비, 아이돌봄서비스, 심리치료 지원
교육 취업	학생 미혼모 대안고 위탁교육기관	• 학업 지속하고자 하는 학생 미혼모 대상 위탁교육 지원
	한부모 근로자 육아휴직급여	• 첫 3개월은 통상임금의 100%(상한 250만원) • 4개월부터는 80%(상한 150만원) 지급
금융 법률	양육비 이행지원 서비스	• 양육비 상담, 합의, 소송 및 추심, 모니터링, 면접교섭 지원, 한시적 양육비 긴급지원
	한부모가족 무료법률구조	• 법적 분쟁 발생 시 법률상담, 소송대리 등 무료법률구조를 통해 소송비용 등 지원
	소액보험(한부모가정의료보험)	[1기] 저소득층아동보험 II (2020.7.31.~2022.7.30.) • 한부모가족 17세 이하 아동 및 부양자 중 한부모가족 아동양육비 지원대상자이면서 생계/의료급여 비대상자에게 무료보험 가입 [2기] 한부모가정의료보험 (2022.7.31.~2024.7.30.) • 한부모가족 13세 이하 아동 및 부양자 중 한부모가족 아동양육비 지원대상자이면서 생계/의료급여 비대상자에게 무료보험 가입
기타	요금 감면	• 건강보험료 경감, 복지용 쌀 할인지원, 지역난방·전기·가스요금 감면, 에너지 효율개선, 에너지바우처, 이동전화요금 감면, 과태료 감경, 자동차 검사수수료 감면, 수도요금 감면, 종량제 폐기물 처리 수수료 감면, 주민등록 등·초본 발급 수수료 감면
	스포츠강좌 이용권	• 한부모 가정의 5-18세 유·청소년 • 스포츠강좌 수강료 지원 이용권 제공
	4대공·중요·조선왕릉 무료입장	• 한부모가족 4대공·중요·조선왕릉 무료입장
	미혼부 자녀 출생신고 지원	• 출생신고 과정 지원 및 친자감사비 지원

자료: 여성가족부·복권위원회(2024). 2024년 한부모가족 복지서비스 종합안내서(요약).

한편 장애인 산모를 대상으로 한 금전적 출산 지원 사업으로 「여성장애인 출산 비용 지원」 사업이 있다. 이 사업의 대상자는 등록 여성장애인 중 출산한 자 및 4개월 이상의 태아를 유산하거나 사산한 자로, 태아 1인 기준 120만원을 현금으로 지원한다. 그러나 이를 제외하고는 장애인 산모를 대상으로 한 임신·출산·양육 지원서비스가 부족한 실정이다.

라. 외국인 산모

외국인 산모가 국내에 외국인 등록이 되어 있고, 건강보험 가입자 또는 피부양자로 등록되어 있는 경우 국민 대상 보편적인 임신·출산 지원을 받을 수 있다. 외국인의 건강보험 가입 자격은 유학(D-2 비자) 또는 결혼이주여성(F-6 비자)을 제외하고는 등록외국인이 한국에서 6개월 이상의 체류를 한 경우에만 주어진다(백정연, 2022). 따라서 한국에 입국한 지 얼마 되지 않아 임신을 한 경우나, 외국인 등록이 되지 않은 불법 체류 외국인은 의료의 사각지대에 있다. 취업 자격이 있는 외국인 임신부라고 하더라도, 임신 사실을 알리게 되면 고용 해지가 되면서 건강보험 자격과 수입원을 상실하는 등 난관에 봉착하는 경우가 많다(백정연, 2022).

의료적 사각지대에 있는 외국인 산모를 위한 정책적 지원은 보건복지부에서 2005년부터 운영하고 있는 ‘외국인 근로자 등 의료지원사업’이 유일하다. 해당 사업의 상세 내용은 아래 <표-12>와 같으며, 진료비 청구 및 심사, 지급 절차는 아래 [그림 2-9]와 같다. 미등록 외국인 근로자, 난민 인정을 신청한 자, 국적 취득 전 결혼이민자 등 의료적 사각지대를 지원 대상으로 포함하고 있으나, 원칙적으로 외래 진료는 지원 범위가 아니며 입원이나 수술이 필요한 경우 1회당 300만원, 연간 600만원 한도 내에서 지원하고 있다(본인부담 10%). 사업시행 의료기관은 시도별로 지정되어 있어, 해당 지원을 받기 위해서는 매년 지정되는 사업시행 의료기관에서 의료적 처치를 받아야 한다.

현실적으로, 사회적으로 고립되기 쉬운 미등록 외국인 산모나 입국한 지 얼마 되지 않아 임신한 산모가 이러한 정책의 존재 및 지정 의료기관 등의 정보를 인지하고 필요한 의료적 지원을 받기는 쉽지 않아 보인다. 또한 사후 지원을 원칙으로 하고 있기 때문에 당장 치료비 마련이 불가할 경우 제도를 이용할 수 없다.



자료: 건강보험심사평가원 홈페이지(<https://www.hira.or.kr/>). 2025. 1. 23. 인출

[그림 2-9] 외국인근로자 등 의료지원사업 진료비 청구·심사·지급업무 절차도

<표 2-12> 외국인 근로자 등 의료지원사업 상세

구분	내용
지원대상	다음에 해당하는 자로서 건강보험, 의료급여 등 기존 의료보장제도에 의해 지원받을 수 없는 외국인·소외계층 <ul style="list-style-type: none"> • 노숙인 • 외국인 근로자 및 그 자녀(만 18세 미만) • 국적 취득 전 결혼이민자 및 자녀(만 18세 미만) • 난민 인정을 신청한 자 및 그 자녀(만 18세 미만)
지원 원칙	<ul style="list-style-type: none"> • 입원·수술비 지원(외래진료는 원칙적으로 지원대상이 아님) • 단, 산전 진찰 및 만 18세 미만 자녀의 외래진료는 지원 • 입원 및 수술과 연계되는 외래진료는 사전 1회, 사후 2회 총 3회 인정 • 사후 정산 원칙
지원범위	<ul style="list-style-type: none"> • 총 진료비의 90% 지원(10% 자부담), 1회당 300만원 범위 내 • 연간 지원한도액(600만원)초과 시 사·도 사전 또는 사후 승인 절차를 거쳐 지원 • 1회당 진료비가 300만원을 초과하는 경우에는 의료기관의 자체심의를 거쳐 진료비 초과 사유서를 사·도에 제출
사업 시행 의료기관	<ul style="list-style-type: none"> • 매년 지정 • 2024년 기준 111개소: 서울(13), 부산(6), 대구(1), 인천(10), 광주(6), 대전(8), 울산(2), 세종(1), 경기(18), 강원(7), 충북(4), 충남(4), 전북(8), 전남(6), 경북(7), 경남(7), 제주(3)

자료: 건강보험심사평가원 홈페이지(<https://www.hira.or.kr/>). 2025. 5. 14. 인출
 보건복지부 홈페이지(<https://www.mohw.go.kr/>). 2024년 외국인근로자 등 의료지원 사업수행 의료기관 지원 현황. 2025. 1. 23. 인출

제3절 아동권리관점에서의 쟁점

출생통보제는 영아사망사건에 대한 사회적 문제의식에서 출발한 제도인 만큼, 출생 미등록아동을 방지하고 아동보호체계를 강화하고자 하는 일환으로 도입된 제도로 아동권리보장을 위한 조치라고 볼 수 있다. 위기임신 상담서비스 또한 논란의 여지가 별로 없다. 태내기에는 모성의 보호가 곧 태아의 보호로 연결되어 모와 자의 권리가 일맥상통하고, 위기임신 상담의 목표 또한 원가정 양육 증진으로 명시되어 있기 때문이다. 한부모·청소년모·미혼모·장애인산모·외국인산모 등 대상자 특성별 제도적 장치들의 경우, 현실적인 수준으로 개선·보완될 여지가 있다. 그러나 일차적으로 사회경제적으로 취약한 산모의 출산과 양육을 보호·지원 하는 제도라는 점에서 넓은 의미에서 태아·영아의 권리를 함께 보장하고자 하는 장치라고 볼 수 있다.

하지만 보호출산제에 관해서는 논란이 상당하다. 주요 쟁점은 보호출산제가 아동권리 관점에서 해당 제도가 아동이 자신의 친생부모(근원)를 알 권리를 침해한다는 점, 결과적으로 원가정 양육을 지원하기보다는 아이를 출산하고도 양육하지 않으려는 무책임한 부모를 양산·조장함으로써 아동이 친부모에게서 양육될 권리를 침해한다는 점 등이다. 보건복지부의 ‘위기 임신 및 보호출산 지원과 아동 보호에 대한 특별법’ 및 이에 따른 사업계획에서는 보호출산보다 위기 임신부 지원을 우선으로 하여 원가정 양육을 지원해야 한다는 도입 취지를 명시하고 있으나, 여전히 보호출산이 구조적으로 가능하게 된 이상 아동 권리 및 원가정 양육에 관한 논란을 피할 수 없는 것으로 보인다. 이 절에서는 이러한 논란을 중심으로 보호출산제의 쟁점을 살펴보고자 한다.

1. 프랑스의 사례

프랑스는 1904년부터 공식적인 익명출산(L'accouchement sous X; X에 의한 출산)이 시작되어 긴 제도적 역사를 가지고 있다. 따라서 프랑스에서 익명출산제를 둘러싸고 발생하는 논쟁을 살펴보는 것은 제도 도입 초기에 있는 우리나라의 보호출산제에 관하여 주는 함의가 크다.

프랑스에서는 최근 익명출산을 통해 자녀를 낳은 어머니 및 이를 통해 출생한 자녀들을 중심으로 익명출산에 대한 반대 움직임이 커지고 있다(김현진, 2023). 이들에 의하면, 친생부모를 모른다는 것은 개인의 근원을 모른다는 것이며 대단한 도덕적 고통을 야기한다. 따라서 친생부모를 아는 것은 기본적 인권이자 아동의 권리라고 본다. 여기서 더 나아가, 국가가 친생부모에 관한 정보를 알고 있음에도 당사자에게 그 근원과 역사에 관한 정보를 제공하지 않는 것은 더욱 나쁜 것이라고 주장한다(Lefaucheur, 2004, p. 324).

이와 관련하여 프랑스에서는 익명출산아들의 집단행동이 지속되고 있다(김현진, 2023). 2007년에는 '근원을 알 권리를 위한 협회(une Coordination pour le Droit à la Connaissance des Origines)'가 검은 페인트로 X라 적힌 흰 천으로 몸을 감싸고 파리의 광장을 행진하였다. 2011년에는 '분노한 익명출산아(Les X en colère)'라는 이름의 익명출산아 조직에서 출생을 알 권리의 확대 및 익명출산 관련 법률의 폐지를 주장하였다. '분노한 익명출산아'는 현재까지도 사회적 행동을 계속하고 있으며, 홈페이지에서 조직 목표를 다음과 같이 설명하고 있다: "내가 어디서 왔는지 모르는 것, 내가 낳은 아이에게 무슨 일이 생겼는지 모르는 것은 지속적인 고통이다. 그렇다면 왜 사람들을 고통스럽게 하는 온갖 법을 유지하는가? 이것이 우리의 질문이다".¹⁰⁾

1998년에는 익명출산제를 통해 출생한 한 여성이 프랑스 정부를 유럽인권법원

10) 분노한 익명출산아 홈페이지(<https://www.lesxencolere.com/>). 2024. 12. 20. 인출

에 제소한 사건¹¹⁾이 있었다. 그녀는 프랑스 정부에 친생모의 실명이 보관되어 있다는 것과 자신의 출생 시점 부모님이 7년간 동거했다는 것, 그녀에게 두 명의 오빠가 있다는 것 등을 알게 되었으나 프랑스 정부에서는 친모의 이름을 알게 될 가능성을 우려하여 친모뿐 아니라 두 오빠의 이름 등 어떠한 식별정보도 제공하지 않았다. 그녀는 이러한 프랑스의 익명출산 관련 법이 유럽인권협약 제8조인 가족 및 사생활을 보호할 권리에 위반된다고 주장하였다. 근원적인 정체성을 아는 것은 개인의 사생활 중에서도 매우 핵심적인 부분일 뿐 아니라, 해당 법이 아니었다면 자신은 친생가족과 감정적 유대를 쌓아 왔을 수도 있었다는 점에서 가족을 보호하지 못하고 있다는 것이다.

2003년 유럽인권법원은 17인의 재판관 중 10인의 의견에 따라 프랑스의 익명출산제도가 협약 8조를 위반하지 않았다고 최종 결론지었다. 해당 여성은 ‘친생모와 혈족의 인적사항이 기재되어 있지 않다’는 정보에 접근할 수 있었으며 이것도 일종의 사실 인식에 포함된다는 것이다. 또한 프랑스 정부가 담당기관을 통해 출생 근원정보를 관리하고 있고, 익명출산아가 출생정보에 접근할 가능성도 보장하고 있다는 점이 참작되었다. 종합하여, 프랑스의 익명출산 관련 법이 모와 자의 서로 다른 이해를 균형 있게 고려하고 있다고 보았다. 그러나 재판관 중 7인은, 비록 소수 의견으로 최종 채택되지 않았으나, 다수 의견에 동조하지 않았다. 이들은 자신의 근원에 관한 정보가 개인의 정체성과 밀접한 관련이 있다는 점에서 헌법이 보호하는 사생활의 매우 핵심적인 부분을 담고 있다고 인정하였다. 그러면서 프랑스의 법이 모와 자의 상충하는 이해 사이에서 균형을 찾고자 하기보다는, 모에게 유리한 편으로 작동하고 있다고 보았다.

이처럼 보호출산제는 제도를 둘러싸고 여성의 자기결정권과 출생아의 친생부모를 알 권리 및 사생활의 권리가 충돌하는 양상이 나타나며, 제도의 역사가 긴 프랑

11) 이 사건에 관한 일련의 내용은 Lefucheur (2004)를 참조하였음.

스에서조차 아동(성인이 된 출생아)의 권리를 중심으로 논란이 계속되고 있다.

2. 국내에서의 주요 쟁점

현재까지 국내에서 보호출산제에 관해 제기된 주요 쟁점은 1. 보호대상 아동 최선의 원칙 2. 입양 결정과정 3. 친부의 양육 기회 4. 아동 권리 침해(차별받지 않을 권리 및 알 권리) 등이다. 전반적인 찬반 의견을 개괄하고, 각 쟁점에 관하여 살펴보면 다음과 같다.

가. 찬반 의견 개괄

국내에서 베이비박스에 대한 비판이 시작되며 보호출산제에 관한 본격적인 논의가 시작된 이후, 지금까지 찬반의 입장 대립이 지속되고 있다. 홍보영(2024)은 보호출산제에 관한 찬성 및 반대 입장의 주요 쟁점을 요약하였는데, 이를 표로 정리하면 아래 <표 2-13>과 같다. 찬성 측의 주요 쟁점은 베이비박스에 대한 비판과 이를 대체할 수 있는 공공서비스로서의 보호출산제, 출생통보제로 인해 증가할 수 있는 아동유기 및 영아살해 예방, 궁극적 해결방법은 아니더라도 임시 방편으로서의 입법 필요성, 아동 이익 최선의 원칙에 따라 원가정 보호 및 시설 입양이 어려운 아이들을 위한 최선책 등이다. 반면 반대 측에서는 아동의 부모를 알 권리 침해, 보호출산제가 담보하는 대리인 동의 하의 보호출산으로 인한 미성년자·장애인의 자기결정권 침해, 위기임산부의 양육 지원을 위한 정책이 부족한 상황에서 보호출산제가 베이비박스의 대안이 될 수는 없다는 의견, 보호출산제와 같은 익명 출산이 영아살해 및 유기를 감소시킨다는 근거가 부족하다는 점 등이 주요 쟁점으로 제시되었다.

〈표 2-13〉 보호출산제 관련 국내 쟁점

찬성 측	반대 측
<ul style="list-style-type: none"> • 베이비박스는 아동의 기본권 침해에 대한 보호의무 위반이므로 익명출산제도를 도입해야 함(신옥주, 2016) • 출생통보제 시행의 부작용으로 아동유기 및 영아살해가 증가할 수 있어 보호출산제를 함께 시행해야 함(김상용, 안문희, 2023; 서종희, 2022) • 아동의 유기를 막기 위해 궁극적인 해결책은 아니더라도 한시적으로 친생모의 익명성 보장을 위한 입법조치부터 필요함(안소영, 2018) • 아동 최선의 이익은 개별적 상황에 따라 다르며, 특히 원가정 보호를 받을 수 없고 실명 입양도 어려운 아이들이 방치되지 않도록 보호출산이 도입되어야 함. 친생부모를 알 권리는 제한되는 기한이 제한적이고, 모든 아동이 생부모를 알고싶어 하는 것은 아니므로 보호출산제 시행의 필요성이 우선됨(박성민, 2021) 	<ul style="list-style-type: none"> • 아동권리 측면에서의 부작용을 고려했을 때 보호출산제의 활성화보다는 양육포기를 줄이기 위한 각종 지원대책을 모색해야 함(권재문, 2014) • 익명 출산은 원가정보호 원칙과 친생부모를 알 권리 등 아동의 권리를 침해하는 부분이 있어 신중한 검토가 필요함(소라미, 2021) • 미혼모 양육 지원을 위한 정책이 부족하기 때문에 보호출산은 베이비박스의 대안이 될 수 없으며, 오히려 혼외 출산에 대한 사회적 규범을 강화함(소라미, 2023) • 익명출산의 적용 요건이 모호하고 자녀아 모의 동의 없이 생모의 정보를 알 수 없다는 점, 생모 의사와 무관하게 아동의 익명인도를 가능하게 하는 점 등이 도입의 근거가 부족함. 익명출산이 영아살해나 유기를 감소시킬거라는 추측에 근거하는 것도 문제임(권재문, 2024) • 아동의 부모를 알 권리 및 여성·미성년자·장애인의 자기결정권을 침해하는 등 다수의 문제가 발견되고 있으므로 보호출산제를 폐지하고 모자보건법을 개정하여 임신중단에 대한 권리를 보장해야 함(전민경, 2024)

자료: 홍보영(2024)에서 재구성.

나. 보호대상아동 최선의 이익 원칙

홍보영(2024)은 보호대상아동 최선의 이익 관점에서 보호출산제를 검토하면서, 출생 시·입양대상아동 결정 과정·성장 이후 시점에 따라 보호출산제의 영향을 살펴보았다. 먼저 출생 시 보호출산을 신청한 위기임산부는 아동복지법상 아동보호절차에서 벗어나 아동보호전담요원의 상담을 거치지 않는다는 문제가 있다. 입양특별법에 따른 입양절차에서는 상담, 사례회의, 사례결정위원회를 거쳐 아동 최선의 이익에 대해 평가하는 과정이 있으나, 이 과정이 보호출산시에는 생략되며 오직 임산부의 신청 당시 상황과 결정을 두고 보호대상아동 여부가 결정된다. 특히 현재 지정된 지역상담기관 대부분이 미혼모자시설이라는 점을 고려하면, 위기 임산부와 관련된 전문성은 확보되었다고 볼 수 있으나 태어날 아동의 관점에서 상담이 제공될 여지는 비교적 희박하다. 또한 입양 전 숙려기간이 생부모의 사정에 따라 축소·생략될 수 있는 점, 생부모의 개인정보 보호가 아동의 원가정 보호에 우선한다는 점, 이미 이루어진 아동의 출생등록이 출생 후 보호출산 요청에 따라 삭제될 수 있다는 점 등이 아동의 권리침해요소로 지적되었다.

다. 입양 결정과정

입양대상아동 결정 과정과 관련해서는 무엇보다 보호출산이 ‘원가정 양육을 최대한 지원한 뒤에도 입양이 최선책일 때에만’ 입양이 결정되는 것이 아니라는 것이 문제점으로 제기된다. 아동권리협약 및 대안양육지침에 따르면 원가정 양육을 위한 ‘모든 노력과 적절한 지원’ 후에도 그것이 가능하지 않을 경우 차선택으로 입양을 고려할 것을 명시하고 있다. 그러나 보호출산의 경우 친생부모의 양육이 시도되기도 전에 입양이 결정된다는 점에서, 원가정 양육을 위한 모든 노력과 적절한 지원을 다했다고 보기 어렵다(홍보영, 2024). 친생부모의 상황이 이후 조금이라도 변화할 가능성이거나 친생부모가 출산 후 양육 과정에서 직접 양육을 결심할 가능성은 처

음부터 배제되기 때문이다.

라. 친부의 양육기회

보호출산제는 친모의 양육권 포기를 통해 친부의 양육 기회마저 박탈할 수 있다는 문제가 제기된다(남인순 의원, 2024. 10. 14.).¹²⁾ 위기 임신 및 보호출산 지원과 아동 보호에 관한 특별법에 따르면, 입양특례법 제 16조에 따른 입양 취소 판결이 생부의 입양 취소 청구에 따라 확정된 경우에도 보호출산을 철회한 것으로 간주하지는 않는다고 되어 있다.

제13조(신청 철회와 아동의 보호 등)

② 「입양특례법」 제16조에 따른 입양 취소 판결이 확정된 때에는 제1항에 따른 철회가 이루어진 것으로 본다. 다만, 생부의 입양 취소 청구에 따른 판결이 확정된 때에는 그러하지 아니하다.

이러한 조치는, 출생모의 익명성을 보장하기 위해 친생부의 권리를 지나치게 제한하고, 입양특례법과 비교해서도 보호출산제의 입양 권한을 과도하게 허용한 것이라는 비판이 있다. 실제 친부가 친자확인 후 양육을 준비하던 차에 헤어진 여자친구가 일방적으로 양육 포기 선언 후 연락을 두절하였고, 아이를 보호출산으로 보냈을지 몰라 친부가 걱정하고 있다는 상담 사례가 보고된 바 있다(남인순 의원, 2024. 10. 14).

12) 남인순 의원 보건복지부 질의서. 2024. 10. 24.

마. 아동권리 침해(차별받지 않을 권리·생부모에 대해 알 권리)

보호출산제 하에서 양육포기 및 입양을 결정하는 과정에서 아동의 차별받지 않을 권리가 침해될 수 있다(홍보영, 2024). 보호출산제는 출산 후에도 보호출산 신청이 가능하도록 하고 있는데, 이는 생후 확인된 장애나 신체적 조건으로 인한 양육 포기를 구조적으로 가능하게 하기 때문이다. 입양특례법 상 장애 아동을 입양보내고자 할 경우 아동보호전담요원과의 상담을 통해 아동 이익을 최우선으로 보장하기 위한 방안을 먼저 모색하게 된다. 그러나 현재 보호출산과 관련하여 위기임산부 상담기관으로 지정된 기관은 장애 아동 지원에 관한 전문성을 갖추었다고 보기 어렵다. 보호대상 아동이 장애 등으로 인해 특별한 요구를 가진 아동일 경우, 출생모가 아닌 아동의 입장에서 아동 최선의 이익을 고려한 정보제공과 자원 연계, 상담 등이 이루어질 수 있을지가 우려되는 상황인 것이다.

한편, 보호출산제로 출생한 아동의 성장 이후 우려되는 아동권리 침해 상황은 생부모에 대한 알 권리(협약 제 7조) 침해이다. 현행 법에 따르면, 보호출산 신청 시 기재한 생모의 출생증서는 ① 아동의 정보공개 청구 및 ② 친생부모의 동의 시 공개할 수 있으며, 이 절차는 입양특례법에서의 정보공개 절차와 동일하다. 그러나 정보의 질과 관련한 문제가 제기되고 있다(홍보영, 2024). 출생증서에는 생부모의 개인정보, 유전 질환 및 건강, 상담내용 등을 기재하도록 되어있으나 해당 정보의 진실성 여부를 검증하는 절차가 없어 거짓 기입된 내용일 경우 이후 정보공개 후에도 추적할 수 없다는 문제가 생긴다. 이는 생모의 입장에서조차 이후 보호출산을 철회하고 싶은 경우, 진술 정보가 불확실하거나 진술 정보에 대한 기억이 불확실할 경우 결정을 번복할 수 없다는 문제로 이어진다. 또한 생부는 소재확인이 어렵거나 확인을 거부할 경우 정보를 기재하지 않아도 되기 때문에, 아동은 생부와 연결될 수 있는 방법이 없다.

이에 더해, 아동이 미성년자인 경우 정보공개 청구를 위해서는 법정대리인의 동

의가 필요하다는 점도 권리침해요소로 지적된다. 자신의 근원과 정체성에 관한 고민이 가장 활발하게 이루어지는 시기가 청소년기라는 점을 감안하면, 성년이 되어야 독자적으로 정보공개 청구를 할 수 있는 현행 제도는 아동 최선의 이익을 충분히 고려하였다고 보기 어렵다.

제 3 장

이론적 배경

- 제 1절 | 발달적 관점에서 본 태내기·영아기
개입의 중요성
- 제 2절 | 경제적 관점에서 본 태내기·영아기
개입의 중요성
- 제 3절 | 소결



제3장 이론적 배경

이 장에서는 위기임산부 및 위기영아를 지원할 필요성에 대한 이론적 근거를 살펴본다. 구체적으로, 태내기·영아기 아동의 발달적 특성과 이 시기 환경적인 개입이 왜 중요한지에 관해 살펴본다. 또한, 경제적 관점에서 태내기·영아기 아동에 대한 개입이 어떻게 비용 효과적이며, 왜 사회적 관심이 필요한 영역인지 살펴본다.

제1절 발달적 관점에서 본 태내기·영아기 개입의 중요성

1. 뇌 발달과 후성유전학¹³⁾

인간 발달의 초기는 뇌의 기본적인 구조와 기능이 정립되는 시기이다. 한 개인의 뇌에 있는 수십억개의 뉴런은 똑같은 DNA를 가지고 있지만, 후성유전학(epigenetics)의 과정을 거쳐 각 뉴런은 다양한 기능으로 분화된다(Mehler, 2008; Szyf, McGowan, & Meaney, 2008). 이때 후성유전학은 유전자의 작용을 결정하는 분자·세포 단위의 과정을 의미한다(Mustard, 2010). 구체적으로, 태내기와 출생 이후 뇌로 전달되는 감각 자극은 신경과 신경 경로의 기능을 분화·변화시킨다(Mustard, 2010). 이와 같은 신경 기능의 후성유전학적 변화는 신체적·정신적 건강, 행동, 학습과 관련된 신경생물학적 경로에 영향을 미친다(Gilber, 2009; Gluckman, Hanson, Cooper, & Thornburg, 2008). 이는 태아의 착상과 함께 시작되어 태내기 내내 이루어지며 출생 후 발달 과정에서도 지속된다(Mustard, 2010). 즉, 출생 전 임신부의 건강 문제나 열악한 영양 상태 등은 후성유전학적 과정을 거쳐 태내의 아기에겐 전이될 수 있으며(제프리 삭스, 2015), 출생 후 영아기에도 다양한 환경적 자극이 영아의 뇌에 신경생물학적 영향을 주어 이후 건강·행

13) 이 절의 내용은 Mustard, J. F. (2010). Early brain development and human development. *Encyclopedia on Early Childhood Development, 2011*, 5-27.의 내용을 중점적으로 참고하였음.

동·학습 측면에서 극복하기 어려운 차이로 이어질 수 있다.

이와 관련하여 태내기 및 영아기의 발달 상태는 이후 제2형 당뇨, 심장마비, 비만, 암 등 성인기 질병과 연관이 있으며(Gilbert, 2009; Gluckman et al., 2008), 생애 초기 학대와 방임을 경험한 자살자는 그렇지 않은 자살자와 달리 해마의 DNA 프로모터 영역의 과메틸화가 있었다는 연구도 있다(McGowan et al., 2009). 유사한 동물 연구에서도 태내기 및 영아기에 이루어지는 후성유전학적 변화를 시사하고 있다. 예를 들어 임신한 쥐의 식단은 특정 유전자의 발현에 영향을 주어 결과적으로 태어난 쥐의 털 색깔 및 사이즈(비만 여부)가 달라질 수 있다(Waterland, 2003). 또한 생후에 엄마 쥐가 충분히 핥고 그루밍해준 쥐는 글루코코르티코이드 수용체 유전자의 메틸화를 상실하여 이후 스트레스에 강하고 이와 관련된 반응을 더 잘 조절하였지만, 그렇지 않은 쥐는 글루코코르티코이드 수용체 능력이 감소되어 스트레스에 더 취약한 것으로 나타났다(Szyf et al., 2008). 이와 같은 일련의 동물학 연구 및 인간 대상 회고 방식의 연구들은 태내기·영아기의 환경적 자극이 신경생물학적 구조에 영향을 주어 실제 신체적·행동적 변화로 이어지는 후성유전학적 기제를 잘 보여주고 있다.

2. 태내기·영아기 개입의 중요성

생애 초기 뇌 발달에 관한 축적된 연구에 따르면, 이와 같은 뇌의 발달은 태내기 및 생후 3년이 특히 결정적이다(제프리 삭스, 2015). 0-3세 시기는 스냅스의 생성과 유지에 핵심적인 시기로, 이 시기 아동이 부적절한 자극에 노출되면 이후 발달에 중대하고 지속적인 부정적 영향을 받게 된다(Kotulak, 1998). 최근 연구에서는 초기 환경이 이후 뇌와 신경체계의 발달과 관련된 유전자의 발현에 직접적인 영향을 줄 수 있다고 밝히고 있다(Weaver et al., 2004). 또한 열악한 환경으로 인해 부정적인 후성유전학적 과정을 경험했다라도, 초기에 적절한 개입이 이루어지면 그

영향을 축소하거나 뒤집을 수 있다(Mustard, 2010). 실제로 태내기에 적절한 영양 공급을 받지 못해 출생 당시 발육 부진이었던 아동일지라도, 출생 후 충분한 영양과 환경적 자극을 공급받으면 24개월이 되었을 때 통제 집단과 거의 유사한 발달적 상태에 도달할 수 있었다(Grantham-McGregor et al., 1991).

가. 영아기 뇌 발달과 개입의 중요성

생애 초기 개입은 시기가 이룰수록 효과적이다. 루마니아 고아 연구(Ames, 1997)에 따르면 출생 후 8개월 이후에 중산층 가정에 입양된 아동은 생후 4개월 이전에 입양된 아동에 비해 11세가 되었을 때 비정상적 뇌의 발달(작은 뇌 사이즈), 비정상적 EEG 패턴, 낮은 대사 활동 등을 보였다. 늦게 입양된 아동은 행동적 측면(ADHD, 공격성, 유사 자폐) 및 인지적 측면(IQ)에서도 더 열악한 결과를 나타냈다. 한편 같은 맥락에서, 루마니아의 고아원에서 무작위로 일부 아동을 위탁가정에 배치하고, 이후 아동의 인지적 발달 수준을 시설에서 계속 양육된 아동과 비교한 연구가 있다(Nelson et al., 2007). 해당 연구에서 시설 양육 아동의 IQ는 71, 위탁가정 양육 아동의 IQ는 81, 원가정에서 친부모에게 양육된 아동의 IQ는 110으로 나타났다. 이때 2세 미만일 때 위탁가정에 배치된 경우 발달이 일반적인 수준에 근접하였으나, 2세 이후로 위탁가정에 배치된 경우에는 그렇지 못했다.

조금 더 연령을 높여 살펴본 연구에서는(Campbell et al., 2002), 미국 내 흑인 아동을 무작위로 선정하여 실험집단은 학령 전 유아교육 프로그램을 1년간 제공하고, 통제집단에는 아무것도 제공하지 않았다. 초등학교 입학 후 각 집단의 아동 중 일부는 다시 3년간의 특별 교육 프로그램에 무작위 배정되었다. 이후 아동의 문해·수학능력을 살펴본 결과, 유아교육 프로그램에 참여하지 않고 학령기 특별 프로그램에만 참여한 아동의 경우 교육 효과가 있었으나 그 크기가 작고 점차 유실되었

다. 유아교육 프로그램에 참여하고, 학령기 특별 프로그램에 참여하지 않은 아동은 훨씬 교육의 효과가 더 컸으나, 21세가 되었을 때에는 다소 유실되었다. 교육 효과가 가장 크게 나타난 집단은 유아교육프로그램과 학령기 특별 프로그램에 모두 참여한 아동 집단이었으며, 이 집단에서는 교육 효과가 유실되지 않고 지속되었다.

앞서 살펴본 세 연구를 종합하면, 학령기보다는 유아기의 개입이, 2세 이후보다는 2세 이전의 개입이, 8개월 이후보다는 4개월 이전부터의 개입이 아동 발달에 더 효과적임을 보여준다. 이 외에도 초기 개입이 이룰수록 효과적이라는 점을 시사하는 연구들은 다수 있다(Campbell et al., 2002; Goldman et al., 2006; Barnett, 1995; Garces et al., 2002). Doyle, Harmon, Heckman, & Tremblay (2009)는 관련 연구들을 종합하여, 가장 성공적인 개입은 3세 이전에 시작된 개입이라고 결론지은 바 있다.

나. 태아 및 산모 대상 개입의 중요성

아동 발달은 착상과 함께 시작되기 때문에, 출생 전 태내기에서부터 태내 환경 및 모의 행동이 아동의 건강과 발달에 중대하고 장기적인 영향을 준다. 예를 들어, 임신기 약물 사용은 선천적 결함·발달지연(Okah et al, 2005), 태내 성장 저해 및 저체중아 출생(Ventura et al., 2003), 주의산만 및 만성 분노 등의 행동문제(Tremblay et al., 2004)와 연관이 있다. 그 중에서도 착상 후 첫 3개월 동안은 각종 감염병과 신경유해물질, 영양결핍이 이후 뇌 발달에 치명적인 영향을 줄 수 있어 특히 중요하다(Shonkoff & Phillips, 2000).

산모의 영양상태 및 태내 환경은 조산아·저체중아 출생과 밀접한 관련이 있는데, 조산 및 저체중 출산은 출생 후 발달의 다양한 측면에서 연관성이 확인되어왔다(e.g. Browne, 2011). 인지 측면에서 저체중은 낮은 학업수행(McCormick et al., 1996), 낮은 인지평가 점수(IQ; Saigal et al., 1991), 높은 특수교육 요구 및 학

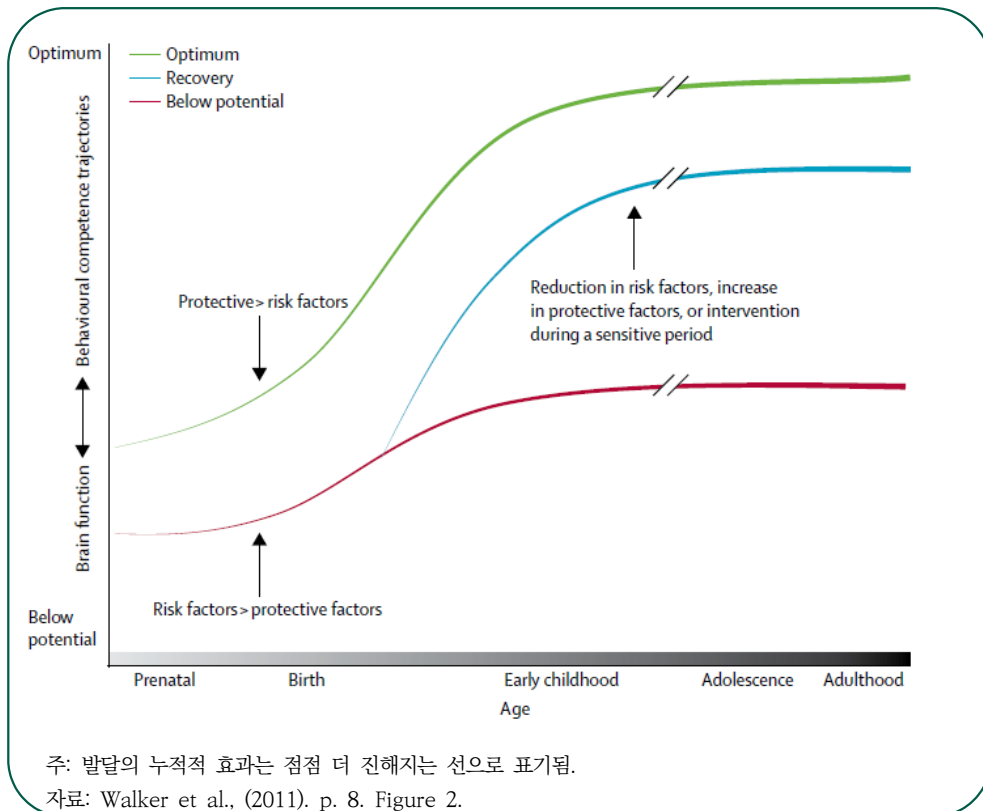
년 유급 가능성(Ross et al., 1991) 등으로 연결된다. 사회·정서 측면에서도 조산 및 저체중 출산은 이후 낮은 언어능력 및 사회적 기술(Hack et al., 1992) 뿐 아니라 주의력 결핍·ADHD·불안 장애 및 정서조절 문제 등 정신건강과 연관이 있다(Vanderbilt & Gleason, 2010; Johnson et al., 2010; Hack et al., 2009; Delobel-Ayoub et al., 2009; van Baar et al., 2009; Heinonen et al., 2010; Hille et al., 2001). 특히, 28주 이전에 태어난, 매우 이른 조산아('Extremely preterm')의 경우 상당 비율이 자폐 스펙트럼 장애 진단과 관련된 행동을 보이는 것으로 나타나 주의를 요한다(Kuban et al., 2009; Limperopoulos, 2009, 2010).

유럽에서 규모가 큰 코호트를 대상으로 한 연구에서는 착상 시점을 기준으로 한 재태연령이 낮은 영아일수록 울기, 먹기, 수면 등에서 여러 가지 문제를 경험한다고 밝혔는데 이는 초기 조절장애(regulatory disorders)와 연관이 깊다(Browne, 2011; Schmid et al., 2009; Wolke et al., 2010). 실제 조절장애를 경험한 조산아들은 만 4세가 되었을 때 인지발달 수준이 낮았다(Wolke et al., 2010). 또한, 이와 같이 영아기에 조절장애를 경험한 경우, 이후 학령기 외현화 문제행동과 ADHD를 경험할 확률이 높다(Wolke et al., 2009).

이처럼 태내 환경 및 산모의 건강행동은 조산·저체중 출산으로 연결되어 이후 아동 발달에 장기적이고 종합적인 영향을 준다. 그뿐 아니라, 산전 모체의 영양 공급이 제대로 되지 않을 경우 그 자체로 아동의 신경발달 및 건강(Barker, 1998) 뿐 아니라 출생 후 인지·행동 문제에 영향을 줄 수 있다(Korenman et al., 1995). 이를 고려하면, 진정한 의미의 '예방적' 개입은 태내기부터 시작해야 한다는 주장(Doyle et al., 2009)이 설득력이 있다.

다. 태내기·영아기 환경에 따른 뇌·행동 발달궤적

요컨대, 생애 초기 개입은 그 시기가 이룰수록 효과가 크다. 뇌 발달과 후성유전학적 기제를 고려하면 0-3세 시기 개입이 특히 효과적이고, 이 시기 안에서도 연령이 어릴수록 개입의 효과가 크며, 가장 효과적인 예방적 개입은 출생 전 태내기부터 이루어져야 한다. 이를 축약하여 그림으로 나타낸 것은 [그림 3-1]과 같다.



[그림 3-1] 위험요인 및 보호요인 노출에 따른 뇌·행동 발달궤적

그림에서 가로축은 태내기부터 성인기에 이르는 발달단계, 세로축은 뇌 및 행동 발달 수준을 의미한다. 초록색 곡선은 위험요인보다 보호요인이 클 때 나타나는 이상적인 발달궤적, 빨간 곡선은 보호요인보다 위험요인이 클 때 나타나는 잠재능력 이하의 발달궤적이다. 파란 곡선은 빨간 곡선의 궤적이 이후 위험요인의 감소와 보호요인의 증가, 발달적 민감기에 이루어진 개입 등으로 인해 수정된 궤적이다. 초록색 곡선과 빨간 곡선을 살펴보면, 환경 요인의 차이로 인한 뇌·행동 발달의 격차는 이미 태내기에 시작되며, 출생 후 초기 아동을 거치면서 급격하게 벌어진다. 이후 청소년기와 성인기에는 격차가 유지되는 양상을 보인다. 그러나 출생 후 초기 아동기 이전에 적절한 환경적 개입이 이루어지면 파란 곡선과 같이 발달 궤적이 수정되어, 초기 아동기에 격차가 더 벌어지지 않는다. 주목할 점은, 태내기에 위험 요인에 노출되어 나타난 뇌·행동 발달의 격차는 이후의 개입으로도 좁혀지지 않는다는 점이다. 이는 태내기의 보호·예방적 개입의 중요성을 잘 보여주고 있다.

제2절 경제적 관점에서 본 태내기·영아기 개입의 중요성

앞선 절에서는 태내기·영아기 개입이 이후의 개입에 비해 훨씬 효과가 크며 장기적으로 지속된다는 점과, 이를 뒷받침하는 신경생물학적 기제를 살펴보았다. 이러한 태내기·영아기의 발달적 중요성은 인적 자본 투자와 관련된 영역에서도 점차 인지하기 시작하였고, 초기 개입이 경제적으로 더 비용 대비 효과적이고 투자 수익률이 높다는 결론으로 연결되었다(제프리 삭스, 2015). 즉, 뇌 발달에 핵심적인 뇌형성기, 초기 사회화가 이루어지고 성격이 발달하는 시기, 인지·학습 능력과 신체 발달의 토대가 형성되는 어린 시기에 투자를 하면 수익이 아주 크고, 이런 초기 개입은 차후 투자로 간단히 대체할 수 없다(제프리 삭스, 2015)는 것이다.

인적 자본 투자에 있어 아동기 투자가 성인·노년기 투자에 비해 비용 효과적이라는 점을 이론적으로 검증한 헤크만 곡선은 최근 저자에 의해 그 연령 범위가 태내기까지 확장되었다. 또한 Cunha et al., (2006), Cunha, Heckman, Lochner & Masterov (2007) 등은 생애주기 능력형성 이론(Life Cycle Skill Formation)을 통해 인적 자본의 형성을 수학적 모형으로 설명하며, 영유아기 인적 자본 투자의 중요성 및 취약계층 아동에 대한 조기개입의 효과성 등을 논의한 바 있다. 이 절에서는 먼저 인적자본의 개념을 다룬 뒤, 확장된 헤크만 곡선 및 인적자본 형성 모형(Cunha et al., 2006)을 살펴본다. 이후 인적자본 발달과 관련된 실증적인 연구 결과를 검토한다.

1. 인적자본의 개념과 형성¹⁴⁾

인적자본이란 ‘사람의 생산성을 향상시키는 능력 또는 기술’(이하 능력)을 의미한다(권성준·윤정환, 2021). 이러한 능력은 다양한 세부적인 능력을 포함하는데, 크게 인지적(cognitive) 능력과 비인지적(noncognitive) 능력으로 나누어 볼 수 있다. 인지적 능력은 언어, 문제해결, 창의성, 학습 등과 관련된 지적 능력을 의미한다. 비인지적 능력은 인지적 능력을 제외한 모든 능력으로, 공감 능력, 사교성, 자기조절능력 등 사회·정서적 능력이다.

관련 문헌에서는 인지적 능력과 비인지적 능력이 모두 생산성 및 사회경제적 성공과 밀접한 관련이 있다고 밝히고 있다. 노동 및 고용현장에서 필수적으로 요구하는 인적 자본에는 인지적 능력과 비인지적 능력이 모두 포함되어 있다. 표 <3-1>은 미국의 노동현장에서 요구되는 근로자의 능력을 나타낸 것이다(Secretary's Commission on Achieving Necessary Skills, 1992). 이를 살펴보면, 인지적

14) 이 절의 내용은 권성준·윤정환(2021), 영유아기 인적자본생산함수 추정과 양육지원 재정정책에의 함의, 한국조세재정연구원의 내용을 중점적으로 참고하였다.

능력에 해당하는 기본능력 및 사고능력 뿐 아니라 책임감, 자아존중감, 대인관계능력 등 비인지적 능력도 주요한 근로자의 능력으로 포함되어 있는 것을 알 수 있다. 영국산업연맹에서 제시하는 고용가능성과 관련된 인간의 능력도 이와 유사하게 인지적, 비인지적 능력을 모두 포함하고 있다(〈표 3-2〉 참조).

실제 고용주 대상 설문조사 결과 고용주들은 책임감, 진실성, 자기관리 등의 개인적 특성이 학업 수준 및 인지적 능력만큼, 또는 그 이상으로 중요하다고 응답하였다(Holzer, 1997; 권성준·윤정환, 2021에서 재인용). 또 다른 연구에서 고용주들은 노동 현장에서 성공하기 위해서는 교육연수, 학점, 시험 점수 등 인지적 능력보다 태도, 의사소통 능력, 이전 직장 경험 등 사회·정서적 능력이 더 중요하다고 보았다(Zemsky, 1997). 요컨대 인적자본은 한 개인의 생산성을 나타내는 인지적·비인지적 제반 능력을 포괄하는 것으로, 개인의 고용, 소득 등 사회경제적 변수 뿐 아니라 건강, 주관적 삶의 질 등 개인적인 변수와도 밀접한 관련을 갖는다.

〈표 3-1〉 노동시장에서 요구되는 근로자의 능력

구분	세부 능력
기본 능력	읽기, 쓰기, 수학 능력, 듣기, 말하기
사고 능력	창의적 사고, 의사결정, 문제해결, 합리적 추론, 학습 능력
개인적 특성	책임감, 자아존중감, 사회성, 자기관리, 진실성, 정직
직장 유능성	자원 배분 능력(시간, 돈, 자원), 대인관계 능력(팀워크, 교육 능력, 리더십) 정보수집 및 활용 능력, 시스템 이해 능력, 기술 활용 능력

자료: Secretary's Commission on Achieving Necessary Skills, 1992; 권성준·윤정환(2021, p. 55)에서 재구성

〈표 3-2〉 영국산업연맹에서 제시하는 고용가능성

구분	세부 능력
직무 관련 가치와 태도	배우고, 배운 것을 적용하고, 발전하며, 변화의 이점을 취하고자 하는 태도
기본 능력	문해·수학 능력
핵심 능력	의사소통, 수의 활용, 정보기술, 자기개발·발전(학습 및 수행), 협업 능력, 문제해결
기타 일반 능력	현대어 사용 및 고객서비스 능력
기타	특수 직무 기술, 개인 커리어 관리 능력

자료: Secretary's Commission on Achieving Necessary Skills, 1992; 권성준·윤정환(2021, p. 55)에서 재구성

2. 태내기·영아기 투자의 중요성

앞서 살펴본 바와 같이 조기 투자의 효과성에 관해서는 이론적·실증적 근거가 지속적으로 축적되었다. Perry Preschool Program, 헤드스타드 등 유아기 프로그램의 근거로 활용되던 이러한 일련의 연구의 흐름은 최근 투자의 시기를 더욱 앞당겨 제안하고 있다. 즉 유아기 이전, 태내기 및 영아기에 투자가 시작되어야 한다는 것이다. 이는 1절에서 살펴본 것과 같이 뇌·후성유전학적 기제에 근거하여 태내기 및 출생 후 만 3세까지가 이후 발달에 있어 특히 중요하다고 제시한 발달적 관점의 연구들과 맥을 같이 하는 것으로, 인적자본 투자의 영역에서도 태내기·영아기의 중요성을 인지하게 되었음을 의미한다.

가. 산전 투자 가설(확장된 헤크만 곡선)

헤크만 곡선(그림 3-2A)은 인적 자본 투자 시 어린 연령에 투자할수록 경제적 수익이 높음을 나타내는 곡선으로, 수년간 아동복지 및 유아교육 투자의 근거로 활용되어 왔다. 최근 헤크만과 동료들은 산전 투자 가설(Antenatal Investment Hypothesis)을 통해 이 곡선을 태내기까지 확장하였다(Doyle, Harmon, Heckman, & Tremblay, 2009; 그림 3-4B). 이는 태내기에 이루어진 인적자본

투자가 가장 수익률이 높다는 가설이다.

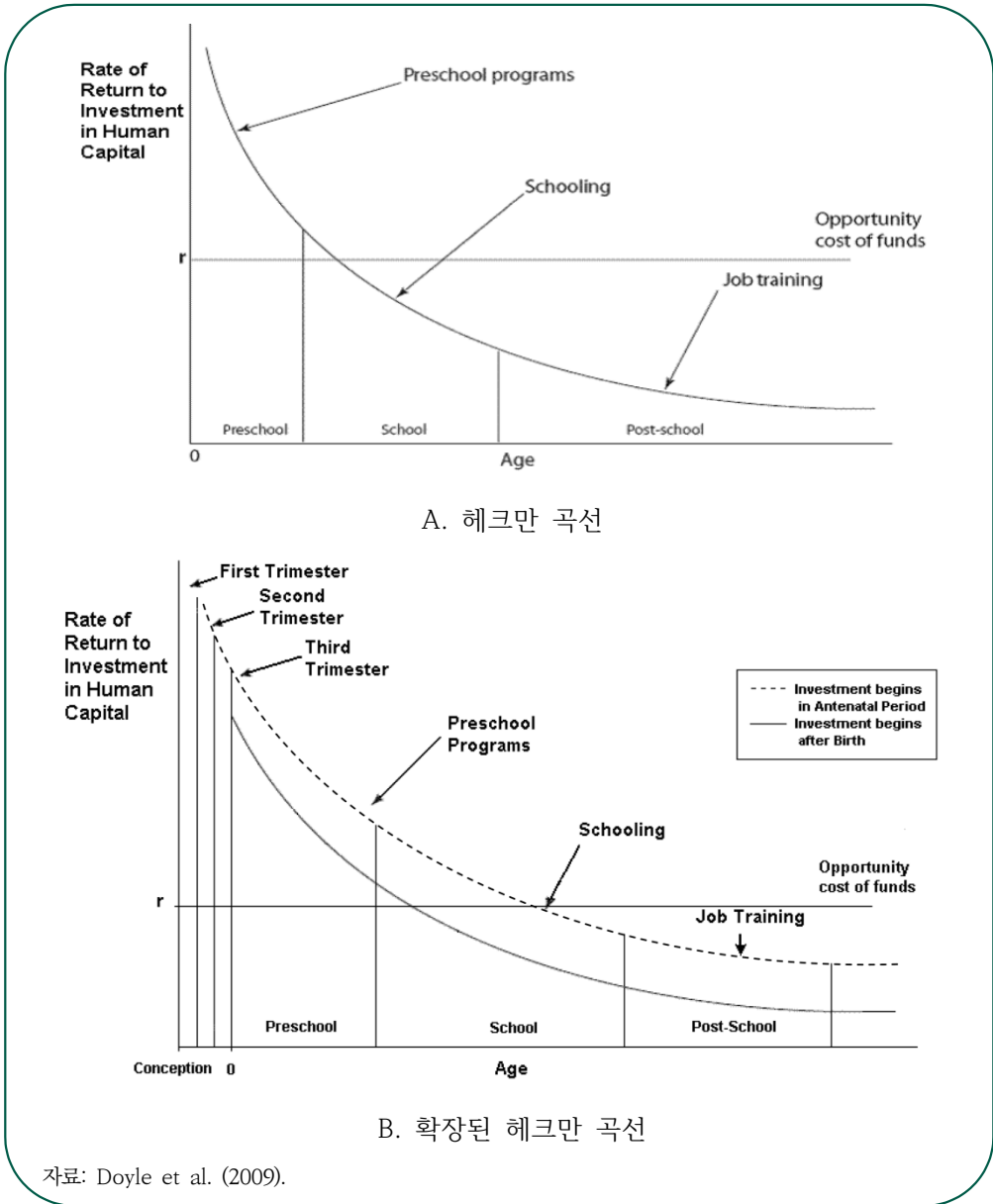
구체적으로 살펴보면, 그림 3-4B에 나타난 두 곡선 중 점선으로 나타난 위의 곡선은 태내기에서부터 투자가 시작되었을 때 나타나는 수익률 곡선이다. 실선으로 나타난 아래쪽 곡선은 출생 이후 투자가 시작되었을 때 나타나는 투자 대비 수익률 곡선이다. 두 경우 모두 높은 연령에서보다는 낮은 연령에서 투자 수익률이 높다.

동시에, 태내기에 투자가 시작된 경우 출생 이후 투자가 시작되었을 때보다 장·단기적 수익률이 더 높고, 이후 모든 시기에 이루어지는 투자 수익률도 더 높다. 태내기 안에서도 초기 3개월, 중기 3개월, 후기 3개월로 기간을 나누어 보았을 때 초기에 투자가 이루어졌을수록 수익률이 높은 것을 볼 수 있다. 이는 발생생물학적 관점에서, 임신 초기는 태아의 뇌가 급격히 발달하며 뇌와 척수의 신경세포가 만들어지는 시기라는 점과 관련이 깊다. 이 시기에 약물 남용 등 모의 행동은 신경관 결손 등 치명적이고 돌이킬 수 없는 뇌·신경계 질환으로 연결될 수 있기 때문이다.

산전 투자 가설을 뒷받침하는 대표적인 사례는 미국에서 진행된 간호사-가정 파트너십 프로그램(Nurse-Family Partnership program; Olds et al., 2004; Doyle et al., 2009에서 재인용)이다. 이 프로그램은 아이를 가진 여성을 대상으로 하는 간호사의 가정방문 프로그램으로, 임신기에 시작되어 대상 자녀가 만 2세가 될 때까지 지속된다. 무작위 통제군 실험 결과, 만 6세가 되었을 때 간호사의 가정 방문을 받았던 아이들은 통제군 아이들에 비해 높은 인지기능과 수용언어 점수, 낮은 임상적 문제행동을 보였다(Olds et al., 2004). 또한 청소년기가 되었을 때엔 아동 학대·방임 경험률이 낮았고, 성관계·체포 경험도 더 적었다(Olds et al., 1997). 프로그램 효과성은 특히 짧고, 초산이고, 미혼이며, 사회경제적 지위가 낮은 어머니에게서 높게 나타났다. 프로그램에 참여한 어머니들은 이후 임신률이 낮았고, 추가 임신을 하더라도 출산 간격이 더 적절하였으며, 취업률도 더 높았다.

산전 투자 가설은 이후 조산아·저체중 출산아 및 그 외 부적절한 태내 환경을 경

험한 영아들이 다양한 발달적 문제를 경험한다는 것을 밝힌 문헌들(e. g. Browne, 2011; Maddalena, 2013; Robinson, 2013)에서 연구의 틀로서 인용·뒷받침되었다. 예를 들어, Robinson (2013)은 아동기 정신건강에 영향을 주는 태내기 경험의 중요성에 관한 문헌을 종합하여 산모의 스트레스, 술·담배 복용, 비타민 D 부족, 빈곤이 이후 아동의 정신건강에 중요한 요소임을 밝혔다. 이를 통해 저자는 문헌의 제목을 ‘어떻게 태중 9개월이 이후 우리의 삶의 모습을 형성하는가’라고 하며, 산전 투자 가설을 적극 지지하였다.

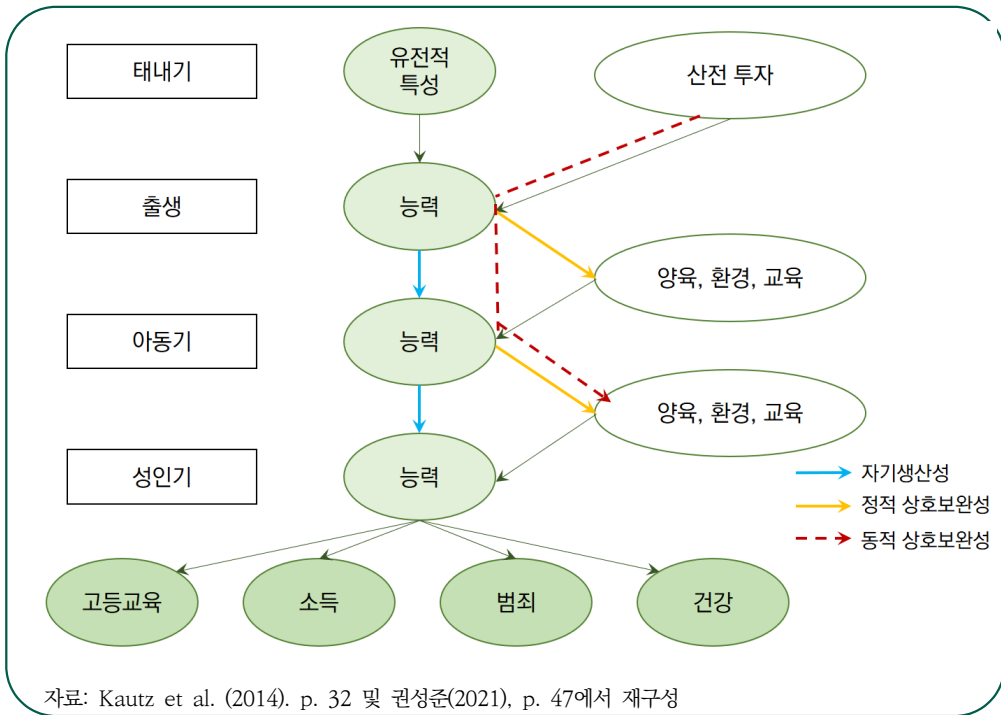


[그림 3-2] 산전 투자 가설

나. 동적 능력 형성 이론(Dynamic Skill Formation)

인적자본의 형성과 축적은 동적 능력 형성 이론(Dynamic Skill Formation; 그림 [3-3] 참조)을 통해 살펴볼 수 있는데, 이 모형에 따르면 인적자본에 대한 투자는 조기에 이루어질수록 효율적이다. 이에 따르면 출생 시 인간의 능력은 유전적 특성과 산전 기간 투자에 의해 결정된다. 이후 아동기와 청소년기를 거쳐 성인기에 이르기까지 능력이 형성, 축적된다. 성인기가 되었을 때 축적된 능력은 성인기 학력, 고용, 소득, 범죄, 건강 등 개인을 둘러싼 여러 가지 사회경제적 변수에 영향을 준다. 이 모형은 인적자본의 형성에 관한 몇 가지 중요한 개념을 내포하고 있다. 첫 번째는 능력의 자기 생산성(self-productivity) 및 교차 생산성(cross productivity)이다. 그림에서 보는 바와 같이, 특정 시기 개인의 능력은 다음 시기의 능력 생산에 양(+)의 영향을 준다. 이때 이전 시기의 능력이 동일한 유형의 능력을 생산하는 효과는 자기 생산성, 다른 유형의 능력(예: 인지적 능력 vs. 비인지적 능력)을 생산하는 효과는 교차 생산성이라 일컫는다.

두 번째는 능력과 투자 간의 정적 상호보완성(static complementarity)이다. [그림 3-2]를 보면, 특정 시기의 능력이 이후 시기의 투자에 영향을 주는 것을 알 수 있다. 즉, 특정 발달단계까지 축적된 능력은 해당 시기 투자 효과에 양(+)의 영향을 주는 것이다. 예를 들어, 유아기 인지능력이 높은 수준으로 형성되었다면 학령기 인지능력에 대한 투자 효과가 더욱 높게 나타난다.



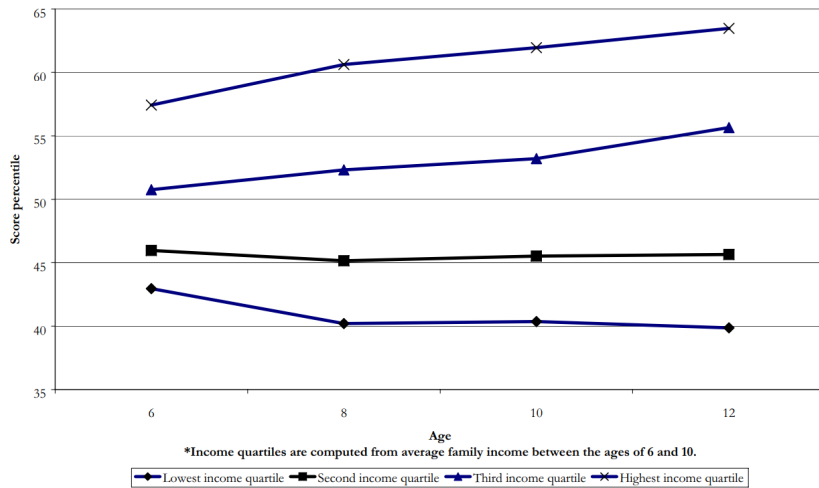
[그림 3-3] 동적 능력 형성 모형

세 번째는 이전 투자와 이후 투자 간 나타나는 동적 상호보완성(dynamic complementarity)이다. 이는 앞서 살펴본 능력의 자기생산성 및 능력과 투자 간 정적 상호보완성의 결과로서 나타나는 것이다. 예를 들어, 영유아기 투자는 해당 시기 능력을 높이고, 능력의 자기생산성으로 인해 이는 학령기의 능력으로 연결된다. 이때 능력과 투자 간 정적 상호보완성으로 인해 신장된 학령기 능력은 이후 투자효과를 더욱 높인다. 결과적으로, 영유아기 투자가 학령기 투자로 연결되는 투자 간 동적 상호보완성이 나타나게 된다.

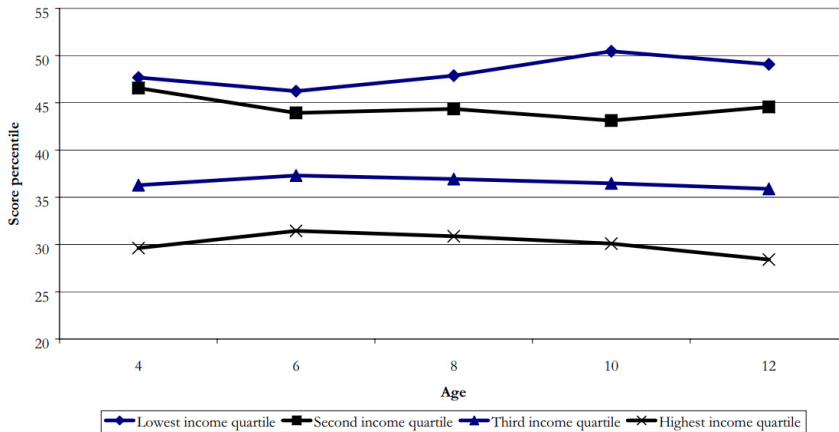
결과적으로 이와 같은 특성들로 인해 조기 투자는 해당 시기 능력을 높일 뿐 아

니라 이후 시기의 능력 및 투자효과에도 양(+)¹⁾의 영향을 준다. 따라서 인적자본 투자는 발달단계의 초기에 이루어질수록 장기적으로 더 큰 효과를 얻게 된다. 동시에, 발달 초기에 나타나는 능력에서의 계층 간 격차는 시간이 지날수록 좁히기 어렵다. 실제 인지능력과 비인지능력에서 나타나는 계층 간 격차는 연령이 높아져도 유지되는 양상을 보인다(Cunha et al., 2006). [그림 3-4]는 6-12세 사이 아동의 수학점수 및 4-12세 사이 반사회적 행동을 소득 계층(상위 25%, 25-50%, 50-75%, 75-100%)에 따라 살펴본 것이다. 인지 능력에 해당하는 수학 점수에서 소득 계층 간 격차는 6세에서 12세에 이르기까지 계속 유지될 뿐 아니라 다소 벌어지는 양상을 보인다. 비인지 능력에 해당하는 반사회적 행동 능력 역시 4세에서 12세에 이르기까지 좁혀지지 않고 있음을 알 수 있다.

이처럼 4-6세부터 12세까지 나타나는 인지적·비인지적 능력의 안정성은, 취약 계층 아동을 대상으로 한 개입이 4-6세가 되기 이전에 이루어져야 효과적일 수 있음을 시사한다.



A. 연령에 따른 PIAT 수학 점수의 소득 계층 간 격차



B. 연령에 따른 반사회적 행동 점수의 소득 계층 간 격차

자료: Cunha et al.,(2006).

[그림 3-4] 연령과 소득수준에 따른 인적자본 변화궤적

제3절 소결

이상에서 살펴본 바와 같이, 태내기·영아기 아동에 대한 환경적 개입은 발달적·경제적 측면에서 그 근거가 충분하다. 발달적 측면에서, 최적의 아동 발달을 위한 개입은 그 시기가 이룰수록 효과적이다. 경제적 측면에서도 개입이 조기에 이루어질수록 투자비용 대비 효과가 크다. 이러한 사실은 그동안 아동기 개입의 대상 연령의 범위가 청소년에서 초등학교, 미취학 연령으로 점차 하향화되어 온 흐름과도 일맥상통한다. 앞서 살펴본 문헌들은 여기서 더 나아가 영아기 및 태내기 아동에 대한 지원과 개입이 아동 개인의 측면에서, 또 사회 전체의 관점에서 중요하다는 점을 시사하고 있다.

주목해야 할 점은, 영아기 개입에 관한 이론적 문헌들이 조기개입 뿐 아니라 원가정 양육 또는 원가정과 유사한 형태의 양육(위탁가정 등)이 아동 발달에 가장 긍정적이라는 점을 시사하고 있다는 점이다. 아동의 인지발달 수준은 원가정 양육, 위탁가정 양육, 시설 양육 순으로 높게 나타났으며, 시설 아동 중에서도 더 어릴 때 위탁가정에 배치될수록 발달적 결과도 더 긍정적이었다. 아동이 자신의 잠재적 능력을 최대한 발휘할 수 있도록 보장받는 것이 유엔아동권리협약에서 정한 아동의 주요한 권리 중 하나라는 점을 상기하면, 아동권리관점에서 아동 보호 체계는 시설양육을 최대한 지양하고 원가정 양육을 최대한 증진해야 마땅하다.

이러한 사실을 앞서 살펴본 우리나라의 정책현황 및 쟁점과 연결해보면, 보호출산제는 제도 구조상 태어난 아동의 원가정 양육 가능성을 원천 차단하는 제도라는 점에서 아동의 발달권 상 논란을 피할 수 없을 것으로 보인다. 물론 원가정 양육이 아동 발달에 긍정적이라는 일반론을 모든 개별 아동에게 적용할 수는 없다. 모의 개인적 상황이 너무나 열악하여 모든 정책적 지원과 노력에도 불구하고 원가정 양육이 아동에게 확실하게 더 유리한 발달적 환경을 보장할 수 없는 경우도 있을 것

이다. 그러나 이러한 경우를 식별하는 것은 매우 엄중하게 다루어져야 함에도 불구하고, 현행 정책 설계상 보호출산의 선택이 충분히 엄중하게 이루어지고 있는지에 관해서는 논란의 여지가 있다. 앞서 보호출산제의 주요 쟁점에서 살펴본 것과 같이 보호출산의 경우 아동보호전담요원의 상담·사례회의·사례결정위원회를 거치지 않는다는 점, 입양 전 숙려기간이 생부모의 상황에 따라 축소·생략될 수 있다는 점, 친생부모의 양육이 시도되기도 전에 입양이 결정된다는 점 등이 문제의 소지로 작용하고 있다.

제 4 장

위기임산부·영아 지원 사례

제 1절 | 국외 사례
제 2절 | 초록우산 위기영아지원사업
제 3절 | 시사점



제4장 위기임산부·영아 지원 사례

제1절 국외 사례

이 절에서는 위기임산부 및 영아를 지원하기 위한 외국의 공적 제도와 민간의 움직임을 살펴보고자 한다. 구체적으로 프랑스와 독일, 미국, 호주 그리고 영국을 중심으로 공공과 민간에서 익명출산제도(비밀출산제도)와 신뢰출산제, 베이비박스, 안전피난처법과 공공의료가 어떤 과정을 거쳐 시행되고 있는지 알아본다. 위기임산부의 안전한 출산과 재생산에 대한 자기결정권 보장, 아이의 생명권 보장과 알 권리 보장과 위기 영아 발생의 예방이라는 주요 논점과 효과성에 대한 고찰을 통해 공공과 민간의 역할에 대한 시사점을 도출하여, 개선의 방향성을 모색하고자 한다.

1. 프랑스

가. 익명출산제도

프랑스의 익명출산제도는 ‘Accouchement Sous X’, 즉 ‘X에 의한 출생’으로 불리는 제도로, 출산 전 산모가 요청할 경우 신원확인 절차 없이 병원 등의 공식 기관에서 안전하게 출산할 수 있도록 지원하는 제도로, 프랑스는 익명출산제도가 가장 발달한 국가에 속한다.(강명원, 2020; 김자연·박은정·최윤경·차선자·윤수경, 2023; 서종희, 2022). 1789년 프랑스 대혁명 시기에 임신, 출산의 비밀을 요구하는 여성들의 보호와 이에 대한 비밀준수 의무규칙을 구체화하는 움직임이 처음 생김에 따라, 1793년에 신원확인 절차 없이 임신부가 의료기관에서 익명으로 출산할 수 있는 권리가 법적으로 제정되었다(강명원, 2020).

프랑스에서도 19세기까지는 의료기관에 설치된 베이비박스에서 익명출산을 보장하고 있었으나, 베이비박스가 아동유기를 조장한다는 비판의견이 거세짐에 따라 1904년에 베이비박스를 폐지하고, 상설 유기 사무소를 산부인과 병원에 설치하였

다(서종희, 2022). 1975년 인공임신중절이 합법화됨에 따라 익명으로 출산하는 아동의 수가 급감하였고, 이 시기에 신원증빙 과정을 없애고, 익명출산 이후 3개월이 지나면 출산한 자녀에 대한 반환을 청구할 수 없는 등 익명출산제도에 대한 상세 내용을 규정하였다. 이후, 1993년에 공식적으로 익명으로 자녀를 출산하는 제도가 민법에 도입되었다(강명원, 2020; 이지은, 2015).

프랑스의 익명출산에 대한 제도는 크게 가족사회활동법(Code de l'action sociale et des familles, CASF)과 민법(Code civil)에서 규정하고 있다. 민법에서는 출산비와 입원비는 공공 또는 민간병원의 아동 사회복지국이 부담하도록 하고 있으며, 익명출산의 각 단계별로 지원체계가 잘 마련되어 있다(강명원, 2020). 가족사회활동법(CASF)에 의하면 익명출산을 요청하는 모든 여성은 법적 근거에 따라 병원 혹은 사설 의료기관에서 신원을 밝히지 않고 무상으로 출산할 수 있으며, 관련 비용은 의료기관이 위치한 주의 아동사회복지국이 부담하도록 되어 있다. 또한, 익명출산으로 태어난 아동은 아동사회복지국 또는 입양 승인을 받은 프랑스 기관에 의해 관리되며, 생물학적 어머니의 동의가 있어야만 익명출산을 통해 태어난 아동이 자신의 출생에 대한 정보 접근이 가능하다(강명원, 2022). 임신부는 익명출산 신청 시, 익명출산의 법적인 결과를 비롯하여 누구나 자신의 혈통에 대한 알 권리가 있다는 설명을 들어야 하며, 출생아의 모와 부의 대한 정보를 공개할지 여부를 결정한다(김자연 외, 2023; 이지은, 2015; 서종희, 2022).

이러한 혜택 및 제도는 이 프랑스인 뿐만이 아니라 관광객 및 불법체류자 등 프랑스 내에서 출산하는 모든 여성을 대상으로 지원된다(Bareges, 2010; 김자연 외, 2023). 이처럼 익명출산제도가 안정적으로 운영되고 있기 때문에 프랑스는 현재 베이비박스과 같은 다른 대안의 설치는 합법적으로 허용하고 있지 않다(이지은, 2015).

나. 익명출산제도의 효과성 및 논란

프랑스의 현행 익명출산제도는 모의 익명성 보장과 아동의 권리 측면에서 모의 의견이 우선시 된다는 점에서 비판을 받고 있다. 영아 유기 및 살해를 방지하기 위해서 익명성이 절대적으로 보장되어야 한다는 논리에 근거하여 시작되었으나 익명출산이 영아 유기 및 살해를 방지하는 객관적인 효과에 대해서는 의견이 분분하다(김자연 외, 2023). 익명출산의 효과성을 평가하기 위해서는 제도 도입 전후 영아 유기 및 살해 건수에 대한 비교가 필요하나 관련 통계가 부재하기 때문이다. 또한, 혼외자에 대한 사회적 인식도 변화하였기 때문에 사회적 인식의 두려움으로 인한 영아 유기와 살해를 방지한다는 근거도 힘을 잃고 있다(서종희, 2022, 김자연 외, 2023). 그럼에도 불구하고 여성의 출산에 대한 자기 결정권의 보호와 영아의 유기 및 살해를 예방하는 기능에 대한 견해가 아직 우세하기 때문에 현행 제도를 유지하고 있는 것으로 보고 있다(이지은, 2015). 그러나, UN의 아동권리협약 제7조에서 명시된 아동의 알권리를 침해한다는 문제점도 지적되었기 때문에, 현재의 익명출산제를 어떻게 보완해나갈지에 대한 고민이 지속되고 있다(서종희, 2022)

다. 그 외 위기임산부 및 영아 지원 제도

익명출산제도 외 프랑스의 위기임산부 및 영아 지원 제도를 살펴보면 <표 5-1>과 같다. 프랑스에서는 기본적으로 국적을 불문하고 출생 전후 시기의 여성은 의료기관에서 무상으로 인공임신중절이나 임신 및 출산과 관련한 서비스를 받을 수 있다. 프랑스는 1983년 지방 및 국가 간의 권한 분배에 관한 지방분권법 제정을 통해 사회복지업무와 임신부 및 유아 복지, 아동복지 등의 임무를 지방의회에 부여했다(강홍진, 2012). 가족사회활동법(CASF)에서는 지방단치 단체에 속하는 아동복지기관이 개인 또는 단체에 대한 예방, 보호 및 학대 방지를 위해 아동을 양육하는 가정에게 지원하도록 규정하고 있다(강홍진, 2012).

또한, 각 지방의회가 운영하는 모자보호기관(Service de protection maternelle et infantile: PMI)에서는 시·군의 사회복지센터 내 모자보호 또는 유아보호센터와의 긴밀한 협력관계를 유지하고 있다(강홍진, 2012). 모자보호기관에서는 임신으로 인해 사회적 또는 의료적 위협에 처한 임산부에 대해 지방자치단체 산하 소속의 산파가 가정방문을 하도록 지원하며, 6세 이하 유아를 대상으로 상담과 가정방문을 통해 가족계획과 아동학대 방지 등의 역할을 하고 있다(강홍진, 2012; 서종희, 2022). 이외에도, 프랑스의 각 주에서는 가족계획·교육 센터(Centre de Plannification et d'Education Familiale: CPEF)와 모자수용시설(Etablissement d'accueil mere-enfant) 등의 지방아동복지기관을 운영하고 있다(서종희, 2022). 가족계획·교육 센터에서는 미성년의 임신, 출산, 양육과 관련한 익명의 서비스를 제공하며, 모자 수용시설은 임산부 또는 3세 미만 자녀를 둔 가정을 위한 시설로 물질적, 심리적, 및 직업훈련을 받을 수 있다.

〈표 4-1〉 프랑스의 기타 위기임산부 및 영아 지원 제도

구분	내용
임신 및 출산 일반	<ul style="list-style-type: none"> 임신 5개월까지 의무적 의료비(임신 정기검진, 혈액검사, 초음파 검사 등) 전액 지원 및 임신 6개월부터 산후 12일 이내의 모든 의료비 지원 출생 후 30일까지 신생아 입원비용 무상지원
모자보호기관	<ul style="list-style-type: none"> 각 지방의회가 운영하며 엄마와 유아보호를 목적으로 함 출산 전후 모자 무료진료, 유아 보호, 아동학대 예방과 학대아동 수용, 아동이 관련된 질병 역학 및 공중 건강정보 수집 및 처리 업무 담당
가족계획·교육 센터	<ul style="list-style-type: none"> 미성년 대상 상담, 피임 교육, 인공임신중절등의 상담 익명으로 성병진단 및 치료 서비스 제공
모자수용시설	<ul style="list-style-type: none"> 가족복지법에 의거하여 경제적 심리적 지원이 필요한 임산부 및 3세 미만 자녀 동반한 여성 지원 가정이나 아파트 형태의 시설에서 숙박 대부분 한부모 보조금을 받으며 직업훈련 등을 수료

*강홍진(2012), 서종희(2022), 심선희·이지은·정수연(2024) 및 이지은(2015)의 연구 내용을 종합하여 작성함

2. 독일

가. 공공 부문

독일에서는 원치 않는 임신과 출산을 한 산모가 익명으로 아동을 위탁할 수 있는 비밀출산제도(anonyme Geburt)와 익명인도(anonymouos handover)인 ‘신뢰출산제’를 비롯하여 베이비박스과 비슷한 개념의 제도(Baby hatch, Babyklappe)를 시행하고 있다(성정현·김지혜·신옥주, 2015).

1993년 임신 12주 내 낙태를 허용했던 형법 규정에 대해 위헌 판결이 내려짐에 따라 독일은 임신과 출산에 관한 법률을 별도로 제정하였다(한명진, 2019). 개정된 형법 제218a조에 따르면, 낙태한 자는 3년 이하의 자유형이나 벌금형에 처하게 되나 임신갈등법에 의해 국가가 지정한 상담소에 적절한 상담을 받은 경우에 한해 예외적으로만 12주 이내 임신부에 한해 3일의 숙려기간을 거친 후에 낙태시술을 받은 경우에는 처벌을 면하고 있다(한명진, 2019).

1992년에 제정된 「임신갈등법」의 주된 목적은 연방이나 주, 또는 기관의 상담소를 방문한 임신부에게 충분한 정보와 가능성을 제공함으로써 임신부의 선택폭을 확장시켜주는 것이다(성정현·김지혜·신옥주, 2015). 임신갈등법은 2014년 익명으로 출산하는 것을 합법화하는 「신뢰출산법(또는 비밀출산법)」이 제정되면서 관련 내용을 추가하여 개정하였고, 이에 따라 임신갈등상담소를 비밀출산제의 중추적인 역할을 하게 되었다(한명진, 2019).

‘신뢰출산제’는 2013년 8월 23일 제정되어 2014년 5월 1일부터 시작되었다. 신뢰출산법 제정 전까지는 법적 근거 없이 교회와 임신부·아동·청소년 조력을 위한 사립기관, 병원이 임신갈등상담소를 개설하여 상담을 제공해왔다. ‘신뢰출산제’를 통해 원치 않는 임신을 한 여성은 임신갈등상담소를 중심으로 상담과 의료 지원을 받으며 비밀리에 자녀를 출산할 수 있다. 출산 시 자신의 신원은 비공개가 가능하

며, 자녀가 16세가 되기까지는 익명성을 보장받을 수 있다. 출산 전 상담소에서 행해지는 일련의 지원과정과 신뢰출산 상담을 통해 위기임산부가 원하는 경우 신뢰출산을 할 수 있도록 하고, 출산 이후에도 친모에게 상담이 제공될 수 있도록 하고 있다.

「임신갈등법」에 기반한 익명출산(비밀출산)에 대한 지원은 2000년 가톨릭 종교단체가 진행한 프로젝트에 기반하여 병원에서 처음으로 이루어졌다(김자연 외, 2023). 이 프로젝트는 종교단체 등에 의해 비합법적으로 운영되어 오던 것이었다. 따라서, 「임신갈등법」 제정은 익명출산을 국가의 지원체계 내로 편입하여 위기임산부와 아동의 안전을 보장하고, 아동의 알 권리를 침해한다는 한계를 극복하는 방안으로 여겨진다(한명진, 2019). 독일정부는 원치 않는 임신으로 도움이 필요한 위기임산부가 정보를 쉽게 접근할 수 있는 헬프라인과 별도의 웹사이트를 운영하고 있으며 포괄적인 홍보 캠페인을 통해 적극적인 상담을 독려하고 있다(김자연 외, 2023)

신뢰출산제가 영아 유기에 미친 영향을 평가하기 위하여 독일 정부가 2014년 제도 시행 이후 2017년까지의 효과를 점검한 보고서에 따르면, 신뢰출산제 도입이 익명으로 영아를 유기하거나 살해하는 사건의 감소에 유의미한 영향을 준 것으로 나타났으며, 신뢰출산제의 도입에도 불구하고 베이비박스나 익명인도, 영아 유기 및 살해에 해당되는 사례들은 임신갈등상담소의 도움을 받지 않은 사례에 해당한다고 보았다(BMFSFJ, 2017; 한정숙, 2018, 김자연 외, 2023).

출산 이후에도 신분등록사무소과 청소년청, 입양증개기관과 가정법원 등의 기관들이 협력과 연계를 함으로써 생모와 아이가 하나의 사회구성원으로서 지속적인 역할을 할 수 있도록 지원하고 있다(한명진, 2019).

나. 민간 부문

베이비박스(Baby hatch, Babyklappe)의 근대적인 버전은 독일의 함부르크에서 2000년 최초로 시작되었다고 학계는 보고 있다(서종희, 2022). 베이비박스는 노출을 극단적으로 꺼리는 산모가 완전히 익명으로 신생아를 인도할 수 있도록 만들어진 제도이며, 2000년에 처음 설치된 이후로 교회나 개인 단체 등에 의해 운영되었다(김자연 외, 2023).

베이비박스에 의한 익명인도는 사실상 실정법에 위반되는 제도이나 영아 유기 및 살해는 방지하는 최후의 수단으로 여겨져 법적인 제제는 이루어지지 않았다(한명진, 2019). 그러나 베이비박스 설치 이후에도 영아 유기 및 살해 건수가 감소되지 않고, 아동 및 친부의 알 권리를 침해한다는 지적에 따라 비밀출산제가 등장하게 되었고, 엄격한 조건 하에 존속시키고 신규 설치는 금지하려고 하였으나, 여성의 자기결정권과 아동의 생명 보호가 존중되어야 한다는 의견에 따라 베이비박스를 금지하는 법률은 제정되지 않았다(신동현, 2015).

법적인 근거가 없기 때문에 관련 통계가 정확히 파악되지 않고 있으나 2017년 기준으로 독일 전역에 총 93개의 베이비박스가 설치되어 있는 것으로 추정된다(한명진, 2019)

3. 미국

가. 안전피난처법(Safe Haven Laws)

미국에서는 1990년대 후반 영아 유기 및 살해 사건들이 주목받기 시작하면서 영아의 안전에 대해 국가적인 정책을 펼치기 시작했다. 이에 따라, 원치 않거나 의도하지 않은 임신으로 인해 출산한 영아를 안전이 확보된 장소인 의료기관이나 소방서 또는 국가가 지정한 기타 장소에 직접 인도하도록 장려하기 위한 「안전 피난처

법(Safe Haven Laws: SHL)¹⁵⁾을 제정하였다(Hammond, Miller & Griffin, 2010).

안전피난처법이 베이비 박스와 다른 점은 안전피난처법에서는 아기를 넘겨주는 사람과 받는 사람 간에 직접적인 만남이 있다는 것이다. 따라서, 아동이 납치되는 경우의 수를 방지할 수 있고, 아동의 안전과 건강을 더 확실하게 보장할 수 있다는 장점이 있다(Bartels, 2012).

안전피난처법은 일정한 규정 내에서 부모에게 민·형사상의 불이익 없이 아기를 익명으로 당국에 양도할 수 있는 선택권을 제공함으로써 영아살해를 방지하는 것을 목표로 한다(Bartels, 2012). 텍사스에서 가장 먼저 1999년에 제정하였으며, 2008년 기준 50개의 모든 주와 컬럼비아 특별구, 괌 및 푸에르토리코에서 SHL을 제정하였다. 대부분의 주에서는 가장 먼저 법을 제정한 텍사스의 모델을 따르고 있으나 주마다 유기 아동의 연령 및 부모 외에 아동을 양도할 수 있는 인력에 대한 지정 여부, 부모의 익명성, 그리고 장소 등에 따라 규정을 다르게 정하고 있다(Bartels, 2012; 표 4-2 참고).

인계가 가능한 연령은 생후 72시간에서 90일 이내이나 대부분 생후 한 달까지로 규정하고 있으며, 1세 미만으로 규정하고 있는 주도 일부 존재한다(Bartels, 2012). 이렇게 비교적 짧게 기한을 제한하는 것은 아동 유기가 대부분 출산 직후 불안정한 상태에서 이루어지는 것을 고려하여 생모에 의한 유아 살해 및 유기를 방지하고자 하는 목적과 더불어 영아의 건강과 생명을 위해서는 출생 직후 안전하게 보호하는 것이 중요하기 때문이다. 그러나, 출생 직후에는 산모의 거동이 불편할 수 있는 점과 이러한 연령 제한 밖에서 이루어지는 영아 유기와 살해를 방지하는데는 한계가 있다는 점도 존재한다(서종희, 2014). 그럼에도 불구하고 대부분의 주에서 영아 인계가 가능한 연령을 30일 내로 한정하고 있는 것은, 양육 포기가 가능한

15) 안전피난처법 또는 영아피난제로 번역하는 경우도 존재

면책 사유를 예외적인 상황에만 부여하고 있다는 것을 보여준다.

인계 가능한 장소와 인계자에 대한 규정 또한 주마다 상이하다. 인계장소의 경우, 병원이나 의료 시설이 가장 우선순위이나 많은 주에서는 아동에게 필요한 의료 조치를 신속하게 취할 수 있는 직원이 상주해 있다는 조건 하에 인계 가능한 장소를 유연하게 정의하고 있다. 교회와 같은 종교 단체도 가능하다고 명시한 주도 있으며, 켄터키 주에서는 소방서와 경찰서를 인계 가능한 장소로 지정하였다. 뉴저지 주에서는 학교 캠퍼스나 주거지 내 경비실까지도 “경찰 시설”로 폭넓게 규정하여 영아 인계가 가능하도록 하고 있다. 인계자의 경우에는 베이비박스가 있는 소정의 시설에 아동을 인계하는 장소인계형을 허용하는 주와 지정된 장소에 근무하는 사람에게 물리적으로 인도해야 함을 명시한 직접인도형, 그리고 명확한 규정이 없는 주로 나눌 수 있다(서종희, 2014). 아동의 인계자는 주로 부모 또는 부모가 지정한 사람으로 지정하고 있다. 직접인도형은 직접 대면하여 사람에게 영아를 인도한다는 점에서 신생아의 생명과 안전을 더 확실하게 보장할 수 있다는 장점이 있으나, 직원에게 직접 전달하는 것에 산모가 심리적인 부담을 느낄 수 있다는 단점이 있다.

마지막으로 익명성은 35개 주에서만 명시적으로 보장하고 있으나, 명시적으로 보장하지 않는 주에서도 익명성을 부정하는 것은 아니라고 본다. 즉, 안전피난처법 자체가 익명성을 보장하므로 별도로 규정하지 않은 것으로 해석된다. 출생에 대한 아동의 알 권리를 보장하고 아동의 건강상태를 파악하기 위해 수집되는 정보에 관한 규정도 각 주마다 다른 입장을 보이고 있다. 대부분의 주에서는 정보 수집에 대한 규정을 두지 않은 채 각 사례에 따라 필요성을 판단하도록 재량권을 부여하거나 산모에게 맡기고 있지만, 적극적인 노력을 하도록 규정하는 주도 있으며 반대로 정보 수집을 일절 금지하는 주도 있다(Bartles, 2014; 서종희, 2014)

〈표 4-2〉 미국 각 주별 안전피난처법 내 상세 규정 비교

구분	내용	
연령	<ul style="list-style-type: none"> 대다수 주가 유기 가능 연령을 30일 내로 규정하고 있으며, 최소 생후 72시간 이내에서 최대 90일 이내 범위 내에서 지정함 노스다코타와 인디애나 주 일부에서 예외적으로 1세 미만까지 허용 	
장소	장소유기형 (17개주)	<ul style="list-style-type: none"> 대부분의 주에서는 병원 또는 의료 시설로 지정 소방서나 경찰서, 교회와 같은 종교 단체도 가능하다고 명시한 주도 존재
	직접인도형 (31개주)	<ul style="list-style-type: none"> 명시된 장소에 근무하는 직원에게 물리적으로 직접 전달할 것까지 명시함
	불특정형 (2개주)	<ul style="list-style-type: none"> 임의의 '책임이 있는 성인'의 아동 인도 일반적으로 허용(메릴랜드) 아동을 적절한 사람에게 맡기는 경우 또는 적절한 장소에 아이를 두고 그 즉시 적절한 사람에게 통지 허용(뉴욕)
인계자	모친 또는 부친	<ul style="list-style-type: none"> 대다수 주는 아이의 부모가 아이를 인계할 수 있다고 하나, 모친으로 한정된 주도 존재(조지아, 테네시)
	대리인 허용 (19개주)	<ul style="list-style-type: none"> 모의 건강상태 고려하여 부모의 의뢰를 받은 대리인까지 허용
익명성	<ul style="list-style-type: none"> 35개 주에서 법률에 규정하여 명시적으로 인계자의 익명성 보장 명시적인 규정이 없더라도 부정이 아니라 안전피난처법의 기본 전제 조건으로 인지하는 것으로 보는 주도 존재(8개주) 	

미국의 안전피난처법은 아동의 보호에 중점을 둔 법안으로 산모에 대한 국가적 차원의 지원에 대해서는 규정하지 않고 있다. 전미영아피난제연맹이 발표한 자료에 따르면, 안전피난처법이 제정된 1999년부터 ~2021년 사이에 최소 약 45,000명의 아기를 구한 것으로 나타난다. 같은 기간에 불법으로 유기된 아기는 약 1,608명이며, 이중 사망한 경우는 900명에 이르는 것으로 나타나, 안전피난처법이 심각한 경우의 아동 유기와 살해 감소에 긍정적인 영향을 미친 것으로 해석할 수 있다(성정현·김지혜, 2025). 그러나, 영아 유기 및 살해와 관련된 정보가 극히 부족하고 정보 수집 또한 체계적으로 이루어지지 않기 때문에 집계 기관과 방법에 따라

수치가 다르게 나와 안전피난처법의 제정 및 시행이 효과적이었다는 객관적인 근거가 부족하다는 지적도 존재한다(NSHA, 2021). 이러한 점 때문에, 안전피난처법의 실행과 관련된 체계적인 정보 수집을 위한 입법의 필요성도 제기되고 있다(Thomas & Kaminsky, 2022).

또한, “효과성”의 의미를 구체화하기 어렵다는 점도 존재한다. 공식 데이터에서는 실질적인 변화가 나타나지 않더라도, 한 명의 아이라도 살릴 수 있다면 효과적으로 봐야한다는 주장이 가능하기 때문이다. 그러나 본질적으로 공식 자료는 영아 유기 및 살해가 발생했을 경우만 집계하기 때문에 포괄적인 자료라고 보기 어렵고, 안전피난처법이 정말로 위기에 처한 산모와 아이에게 도움이 되는 것인지 아니면 이를 악용하는 사람들에게 혜택이 가는 것인지 구분하기 어렵다는 점을 지적하는 시각도 있다(Hammond et al., 2010). 그리고, 안전피난처법이 존재하더라도 도덕성이나 현실감각이 현저히 결여된 산모의 영아 유기와 살해를 완전히 방지할 수 없다는 지적도 있으며, 안전피난처법이 존재하지 않았다면 영아 유기와 살해를 고려하지 않았을 산모에게 오히려 양육 포기에 대한 선택권을 준다는 비판도 제기되고 있다(Hammond et al., 2010; 김자연 외, 2023).

나. 기타 지원 제도

고위험 임신 여성을 위한 제도로 미국 주 정부가 운영하는 ‘고위험임신을 위한 관리 제도’(Care Management for High-Risk Pregnancies: CMHRP)¹⁶⁾가 있다. 이 제도는 국민 의료 보조 제도인 메디케이드 제도 산하 프로그램이며, 지방 보건 당국에 의해 운영된다. 메디케이드 수혜 조건 등 세부 내용은 각 주마다 다를 수 있지만, 보편적으로는 지방 보건 당국이 가이드라인에 따라 임신 여성이 고위험

16) NCDHHS(2025.02.13.). <https://medicaid.ncdhhs.gov/care-management/care-management-high-risk-pregnancies-cmhrp> (접속일: 2025. 04.14.)

임신에 해당되는지를 파악한다. 등록된 간호사나 사회복지사가 조산 경험이 있는지, 임신을 위험하게 하는 만성 질환이 있는지, 거주 환경이 위험한지, 약물 사용 이력이 있는지, 가정폭력의 위험성이 있는지 여부 등을 종합적으로 판단한 후, 산모와 태아가 필요한 건강 서비스와 의료비 지원, 상담 등을 받을 수 있도록 지역 커뮤니티 케어 센터에 인계한다.

2022년 바이든 행정부는 미국이 다른 선진국에 비해 출산 전후 임신부의 사망률이 높다는 점에 주목하여 이에 대응하기 위한 지원책을 발표한 바 있다¹⁷⁾. 이 지원책에는 지역 내 간호사와 사회복지사들이 가정을 방문하여 지속적인 산전/산후 관리 서비스를 제공하는 보건자원 및 서비스 관리국(HRSA)의 ‘모성-영유아 가정 방문 프로그램(MIECHV Program)’에 향후 5년 동안 자금을 두 배로 증가시키겠다는 내용이 포함되어 있다. 한편, 미국 보건부에서는 매년 가정방문 프로그램의 효과성에 대한 평가를 실시하는데 그 중 효과성이 검증된 프로그램 중 하나로 Parents as Teachers(PAT)가 있다. 이 서비스에서는 구체적으로 임산부 및 만 0~5세의 영유아와 가족을 대상으로 아동건강 및 발달 관련 스크리닝과 가정방문, 부모모임, 자원 연계 서비스를 제공한다(박우철·강혜성, 2022). 또한, 질병통제예방센터(CDC)는 향후 5년 동안 임신 관련 사망을 더 잘 예측하고 예방하기 위한 공공 보건 인프라를 구축하고, “모성 사망 검토 위원회(Maternal Mortality REview Committees)”에 대한 지원을 기존 46개 주에서 52개로 확대하는 계획을 발표하였다.

17) 육아정책연구소(2024.09.11.). 해외육아정책동향. ‘모성 건강 개선 및 가정방문 프로그램에 재정 지원 발표’.
<https://www.kicce.re.kr/>(접속일: 2025. 04.15.)

4. 호주

가. 익명출산 관련 제도

호주에서는 공식적으로는 미국의 안전피난처법이나 베이비박스¹⁸⁾와 같은 제도가 존재하지 않으며, 아이가 어느 출산 시점에서 사망하였는지와 관계없이 아이의 시신을 유기하는 것은 법적으로 범죄에 해당한다. 다만 몇몇 의료기관에서 비공식적으로 베이비박스가 운영되고 있다. 공공장소에서 아이의 시체가 발견된 사건이 발생한 이후

호주에서는 2007년~2010년경 공공장소에서 영아의 시신이 발견된 사건이 q 발생하면서 영아 유기와 영아 살해의 문제에 대한 토론이 꾸준히 이루어지고 있다 (Bartels, 2012). 이 시기 영아 시신이 발견된 사건은 최소 8건으로, 2010년 전 호주 국가대표 수구 선수인 Keli Lane이 영아살해혐의 유죄판결을 받음에 따라 논의가 활발해졌다. 재판 결과 밝혀진 사실에 따르면 Keli는 십대 때 두 건의 임신중절과 한 건의 입양 경험이 있었다. 이 중에는 아이의 친부를 비롯하여 가족 모두 Keli의 임신 사실을 몰랐던 경우도 있었다. 재판부는 영아살해혐의 유죄판결을 내리면서도 Keli의 불안정한 정신상태와 가족에게도 알리지 못한 고립감에 따른 행동이었다는 것을 명시하였다.

이 유죄판결 이후 2010년 빅토리아 주와 2011년 남호주에서 각각 호주만의 ‘안전피난처법’을 제정하려는 움직임이 있었으나 제정되지 않았고, 2023년 시드니의 한 가정집 뒷마당에서 영아 시신이 발견된 이후¹⁸⁾ 다시 한번 안전한 영아 인계 장소를 요청하는 목소리가 나왔으나 여전히 관련 제도는 제정되지 않고 있다.

18) News.comm.au. (2023.04.26.). <https://www.kidspot.com.au/news/why-doesnt-australia-have-baby-boxes-and-safe-haven-laws/news-story/1bbe559ece443eeda7ccbf894e49ce1f> (접속일:2025.04.16.)

나. 기타 지원 제도

호주에서 위기임산부를 포함하여 임신 및 출산과 양육에 관한 전반적인 조언과 서비스를 제공하는 국가 차원의 공공 건강 정보 서비스 기관으로 ‘헬스 다이렉트 호주’(Healthdirect Australia)와 ‘임산부 및 초기 아동기 지속 가정 방문 프로그램’(Maternal and Early Childhood Sustained Home-vising; MECSH)이 있다(박우철, 강혜성, 2022). 호주에서는 보편적인 건강 의료 보험 제도인 메디케어(Medicare)에서 지원 가능한 범위 내에서 공공 의료기관에서 무상으로 임신 및 출산에 관한 서비스를 받을 수 있다. 메디케어에서는 임신 기간 동안 피검사, 정기적인 초음파 검사, 일부 국가 예방 접종 프로그램, 임신 관련 상담 등을 무료로 제공하거나 일부 비용을 지원한다.¹⁹⁾ 국가적인 공공 보험 외에 민간 또는 개인으로는 산부인과 전문의 또는 조산사를 통하여 더 많은 돌봄을 받을 수 있다²⁰⁾.

또한, 임산부 및 초기 아동기 지속 가정 방문 프로그램(MECSH)에서는 산모 또는 2세 미만 아동의 건강과 발달에 문제가 발생할 위험이 있는 가정을 대상으로 가정방문을 진행하여 부모로서의 역할 전환과 산모 및 아동의 건강과 복지, 그리고 사회복지 서비스 및 기타 자원 이용에 관한 서비스와 자원을 제공하고 있다²¹⁾.

19) Australian Government Department of Health and Aged Care. <https://www.pregnancybirthbaby.org.au/private-health-insurance-and-pregnancy#:~:text=In%20Australia%2C%20care%20as%20a,a%20private%20or%20public%20hospital>. (접속일:2025.04.16.)

20) 위의 글.

21) Title IV-E Prevention Services. (2023.11). <https://preventionservices.acf.hhs.gov/programs/843/show> (접속일:2025.04.16.)

5. 영국

가. 익명출산 관련 제도

영국은 호주와 마찬가지로 비밀출산제도나 베이비박스과 같은 제도를 국가적으로 마련하지 않은 나라이다. 1861년 개인범죄법 27조에 2세 미만 아기 유기는 형사 범죄로서 5년 이하의 징역에 처한다는 사실을 명시한 후에 아기를 유기할 수 있는 어떤 예외 사항도 두지 않았다²²⁾. 이후에 미국과 같은 법 도입을 요청하는 온라인 서명 운동이 여러 차례 크게 있었지만 영국 보건사회복지부는 근본적으로 빈곤 문제를 해결하고 임신과 출산의 전반적인 과정을 지원함으로써 아동이 버려지지 않도록 한다는 방침을 고수하고 있다.

나. 기타 지원 제도

영국은 서유럽 국가 중에 가정 방문 서비스를 가장 먼저 실시한 국가로 1930년대 중반부터 ‘가정 건강 방문’(Home Health Visiting; HHV)이라는 이름으로 본격적으로 서비스를 실시하였으며, 2011년 ‘건강가정방문프로그램’(Health Visiting Program; HVP)이라는 이름으로 변경하였다. 이 프로그램에서는 전문공공보건간호사나 조산사가 가정을 방문하여 산모와 영아의 건강을 돌본다. 2015년부터는 0-5세 아동으로 그 대상을 확대하였고, 영국 국가보건서비스(NHS)가 지방당국으로 그 역할을 위임받아 수행하고 있다(김주미, 2017).

아동건강가정방문사는 가정방문 시 부모의 양육 기술과 가정환경, 아동의 발달 상황 등을 종합적으로 파악하여 아동의 건강과 안전을 주기적으로 살피고 필요시 관련 기관에 연계하는 역할을 한다²³⁾(서영민, 2018). 방문 횟수는 각 지방정부의

22) 오마이뉴스(2024.06.28). https://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0003042279. (접속일: 2025.04.04.)

재량에 따라 다르지만 대부분 임신 28주 시기와 출산 후 2주, 한 달 그리고 1년 즈음 정도에 방문한다. 첫 방문인 임신 28주 시기에는 아동건강가정방문사가 처음 방문하여 임신부의 상태를 파악하고, 특별한 도움이 필요한지 확인하며 양육 관련 정보 및 수혜 가능한 정책이 담긴 책자를 전달한다. 출산 이후에는 방문 시기마다 산모의 신체적 정서적 안정을 확인하고 아이의 신체검사를 실시하여 발달과 양육이 잘 이루어지고 있는지 확인한다.

전문적인 지식을 가진 아동건강가정방문사가 정기적으로 방문하여 산모와 아이의 신체, 정서적인 안정을 종합적으로 판단한다는 장점이 있지만 개선해야 할 부분도 존재한다. 첫째는 아동건강가정방문사의 업무 과중이다. 한 사람당 담당하는 아동의 수가 500명이 넘는 경우가 전체의 25%에 달한다고 보고된다. 또한, 아동건강가정방문사에게는 아동학대를 의심하고 신고해야 하는 의무가 있는데, 부모가 신고에 대한 우려로 신뢰를 하기 어렵다는 점이 지적된다. 또한 가정방문에 대한 법적 권리가 없기 때문에 국가 차원의 프로그램이라고 하더라도 거주인의 허락 없이는 방문이 불가능하다는 점이 주요 한계로 지적된다.

이러한 가정방문서비스 외에 영국에서는 국가보건서비스(NHS)에 등록된 경우, 임신기간과 출산 후 1년까지 무료로 진료를 받을 수 있다²⁴⁾. 2022년에 한 전문의는 런던의 동남쪽에 위치한 공공병원을 대상으로 모성 및 신생아 돌봄 실태를 조사하였다. 그 결과 영국 내 의료수준이 발달하여 전반적인 모성 및 신생아 돌봄 서비스 제공에는 문제가 없지만, 의료진이나 의료 시스템에 대한 신뢰 부족으로 인해 예방이 가능한 응급상황이 많이 발생한다고 발표하였다(Kirkup, 2022). 이 보고서를 바탕으로 영국 보건복지부(Department of Health and Social Care)는 의료 인력과 조산사를 교육하고 인력을 확충하고 모성건강을 증진하고자 2024년 3월

23) 아동건강가정방문사의 내용은 서영민(2018)의 연구 내용을 요약하여 정리함

24) KBS 뉴스(2012.07.22.). [월드리포트] 영국프랑스 출산율을 높여라. <https://news.kbs.co.kr/news/pc/view/view.do?ncd=2507352>. (접속일: 2025.04.04.)

한화로 약 610억원을 지원한 것을 발표하였다²⁵⁾. 또한, 출산 전후의 모든 과정에 걸쳐 산모와 가족을 지원하는 “모성 및 신생아 건강증진 정책”은 영국 보건복지부가 2024년 발표한 여성건강전략(Women’s Health Strategy)의 우선순위 정책에 포함되어 있다²⁶⁾.

6. 시사점

프랑스의 익명출산제도와 독일의 신뢰출산제, 미국의 안전피난처법은 모두 국가적인 차원에서 영아를 직접 양육할 수 없는 위기 임신부가 합법적으로 영아를 인계할 수 있도록 하여 영아 유기 및 살해를 예방하고자 하는 데에 목적이 있다. 이들 제도는 재생산에 대한 여성의 자기결정권 보장 수준, 자녀의 생명권 및 알 권리 보장의 정도에 있어서는 조금씩 차이가 있으나, 유사한 제도가 마련되어있지 않은 호주·영국과는 대조적이다. 호주와 영국의 경우에는, 어떤 상황과 형태라고 하더라도 산모가 영아를 유기·인계하는 것은 불가능하다는 방침을 고수하면서 다양한 지원을 통해 어려움에 처한 산모가 영아를 스스로 키울 수 있는 환경을 마련하는데 정책 방점을 두고 있다고 볼 수 있다. 영국에서 최초로 임신부 가정방문 서비스를 시행하고, 가정방문 기한을 자녀 연령 기준 만 0-5세까지 확대해온 것은 이러한 맥락에서 이해할 수 있다. 그럼에도 불구하고 궁지에 몰린 위기임산부의 열악한 상황을 고려하여 익명출산 및 익명의 영아 인계를 공적 체계 내에서 가능하도록 해야 한다는 사회적 목소리도 지속되고 있다.

다만, 범죄 예방의 측면에서 익명으로 영아를 인도할 수 있는 제도가 실제 영아

25) GOV UK (2024. 3. 10.), “£35 million investment to boost maternity safety”, <https://www.gov.uk/government/news/35-million-investment-to-boost-maternity-safety> (접속일: 2025.04.04.)

26) 한국여성정책연구원(2024.08.01.). 국제동향. 영국, 모성 및 신생아 건강증진을 위한 예산 지원. <https://www.kwdi.re.kr/research/ftrandView.do?p=1&idx=132420> (접속일: 2025.04.04.)

유기와 살해를 예방하는 효과가 있는가에 관해서는 여전히 이견이 있다. 또한 이러한 제도가 오히려 합법적으로 아동을 유기할 수 있도록 한다는 비판도 있으며, 아동이 자신의 뿌리를 알 권리를 침해한다는 지적도 이어지고 있다. 2019년 UN아동 권리위원회가 ‘아동에 대한 익명유기를 허용하는 베이비박스를 금지하고, 병원에서의 비밀출산제 도입 가능성을 최후의 수단으로 고려할 것’을 권고한 것은 이러한 맥락에서 이해할 수 있다.

위기 임산부와 영아의 건강을 보장하며 안전한 양육을 촉진하기 위해서는 임신 초기부터 이들이 처한 상황을 빠르게 파악하여 적절한 지원이 이루어질 필요가 있는 것으로 보인다. 프랑스는 국적을 불문하고 출생 전후 시기 여성에게 무상으로 임신과 출산에 관련한 서비스를 제공하고 있으며, 영국도 국가보건서비스에 등록된 경우에는 임신기간과 출산 후 1년까지 무료로 진료를 받을 수 있도록 하고 있다. 독일의 경우에는 도움이 필요한 위기임산부가 정보에 쉽게 접근할 수 있도록 헬프라인 및 별도의 웹사이트를 운영하는 것은 물론, 출산 이후에도 여러 기관과 연계하여 아이가 잘 성장할 수 있도록 돕고 있다.

한편 프랑스, 미국과 호주, 영국 등 많은 국가에서는 임신 기간 및 출산 이후 일정기간 동안 가정방문을 실시하여 산모와 영아의 위기상황을 파악하고 필요한 자원을 조기에 연계하고자 하는 노력을 하고 있다. 우리나라에는 중앙정부 차원에서 이와 같은 정기방문을 제공하는 서비스는 없는 상태이며, 지자체별로 간헐적으로 시행하고 있다(예: 서울시의 ‘서울야기 건강 첫걸음 사업’). 그러나 보편적으로 안전한 출산과 양육을 지원하기 위해서는, 중앙정부 차원에서 출산 전부터 정기적인 가정방문을 통해 출산과 양육에서 위기를 경험할 수 있는 임산부를 조기에 발견하여 필요한 자원을 연계할 필요가 있다.

제2절 초록우산 위기영아 지원사업

이 절에서는 위기영아·위기임산부를 지원하는 국내 민간사업의 대표 사례로서 초록우산 위기영아 지원사업을 살펴본다. 초록우산 위기영아 지원사업은 영아유기 및 살해 범죄 피해의 근본 원인을 임신과 출산의 과정마다 어려움을 겪는 ‘위기 임신부’의 고충에 두고 시작한다. 왜냐하면 임신부들에게는 위기 상황마다 필요한 지원을 제때 제공받을 곳이 하나는 없다는 막막함이 곧 빈곤, 장애, 공포 등 경제·사회적으로 가중된 양육 부담이 되기 때문이다. 이러한 경험들은 ‘나 혼자 양육할 수 없다.’는 불안감과 자조의 체념으로 이어져 결국 위기에 놓인 임신부들은 자녀의 ‘원가정 양육’을 포기한다(초록우산, 2024)²⁷⁾. 이에 초록우산은 위기 임신부와 위기 영아의 상황을 함께 고려해 사업을 기획하였고 ‘임산부와 함께 위기 상황에 놓인 영아’가 원가정 안에서 건강하게 성장할 수 있도록 지원하는 것이 본 사업의 목표이다.

1. 사업대상

2024년 초록우산 위기영아 지원사업의 사업 대상은 아래 <표 4-3>과 같다. 구체적으로, 임신 중인 위기 임부와 분만 후 6개월 미만의 위기 산부, 그리고 36개월 이하의 위기영아가 사업 대상이다. 이때 위기란 안전, 경제, 정치, 사회, 환경 등의 측면에서 개인, 조직, 지역사회 또는 사회 전체에 불안정하고 위험한 상황을 초래하거나 초래할 수 있는 돌발적인 사건을 의미한다. 위기임산부란, 「모자보건법」 제2조 제1호에 따른 임신 중 여성 및 분만 후 6개월 미만인 여성으로서, 경제적·심리적·신체적 사유 등으로 인하여 출산 및 양육에 어려움을 겪고 있는 여성을 의미한다. 보다 구체적으로는, 초록우산에서는 [그림 5-1]과 같이 위기임산부 안에 청소

27) 초록우산(2024). 2025 중점사업 안내서-위기영아(내부자료).

년 임신부, 이주민 임신부, 장애인 임신부, 가정폭력 피해임산부를 포함하고 있다. 주목할 점은, 공적 지원의 사각지대를 적극적으로 사업 대상으로 포용하고 있다는 점이다. 예를 들어 체류자격이 없는 외국인은 공식 지원체계를 이용 불가하다는 점, 가정폭력 피해 임신부는 아동 친권 및 양육권 다툼 소지가 있어 한부모/미혼모 정책 지원 대상에서 제외된다는 점 등을 인지하고 있음을 알 수 있다. 한편 초록우산 위기영아 지원사업에서 칭하는 위기영아란, 36개월 이하의 아동으로 부모의 경제적·심리적·신체적인 문제로 인해 원가정 양육에서의 위기를 겪게 되는 영아를 의미한다.

〈표 4-3〉 초록우산 위기영아 지원사업: 사업대상

구분	위기영아지원사업 지원기간		
	임신 중	분만 후 6개월 미만	36개월
정의	위기임산부		위기영아
	위기임부	위기산부	

자료: 초록우산(2024). 2025 사업계획 수립지침-위기영아지원(내부자료).

〈표 4-4〉 초록우산 위기영아 지원사업: 위기임산부의 구체적 사례

구분	특성
청소년 임신부	<ul style="list-style-type: none"> 부모 및 청소년으로서 성장이 동시 진행 원가정에서 학대, 폭력, 방임에 노출된 경우가 많음 임신, 출산, 양육에 대한 정보 부족 추변의 시선으로 인해 서비스 이용 어려움
장애인 임신부 외	<ul style="list-style-type: none"> 전문 서비스 지원 인프라 부족 막연한 두려움, 주변의 이해 부족, 정보 부족 경계선 지능 산모의 임신과 출산 반복 홀리스(노숙인) 임신부가 길에서 아기를 출산하는 경우
이주민 임신부	<ul style="list-style-type: none"> 언어장벽, 정보 부족으로 자원 이용 어려움 격한 노동으로 조산아, 미숙아 출산율이 높음 체류자격이 없는 외국인은 공식지원체계 이용 불가 건강보험이 없는 외국인 아동은 이류베이터 이용시 몇 천만원~억단위의 병원비
가정폭력 피해	<ul style="list-style-type: none"> 아동 안전 위협

임산부	<ul style="list-style-type: none"> • 배우자가 경제권 박탈 시 어려움 발생 • 아동의 친권 및 양육권 다툼 소지 • 한부모/미혼모 정책지원 대상에서 제외
-----	--

자료: 초록우산(2024). 2025 중점사업 안내서-위기영아(내부자료).

2. 사업내용²⁸⁾

2024년 초록우산 위기영아 지원사업은 아래 <표 4-5>와 같이 총 3단계로 기획되었다. 1단계는 ‘위기 경감 지원’을 목표로 위기 임신부에게 긴급의료, 주거·생계비 지원, 돌봄비 지원으로 안전한 주가 및 의료적으로 건강한 상태에서의 임신·출산을 돕는다. 2단계는 ‘회복 지원’으로 양육 코칭, 심리정서지원 등을 제공하여 원가정 양육을 돕고, 3단계는 ‘안정적 유지 지원’으로 자립 역량강화, 자원연계 등을 통해 위기임산부가 자립하여 자녀를 양육할 수 있는 기반을 조성하는 내용을 담고 있다. 그러나 지원의 시급성을 고려해 우선 초록우산은 이 단계 중에서 특히 1단계인 ‘임신·출산의 위기경감 지원’ 사업에 집중해 추진할 계획이다.

<표 4-5> 초록우산 위기영아 지원사업(3단계)

지원 단계	위기 경감 지원 (임신·출산)	회복 지원 (양육)	안정적 유지 지원 (자립)
목표	안전한 주거 및 건강한 환경에서의 임신, 출산 지원	위기영아 가정의 양육을 도울 수 있는 가족해체 예방	미래 사회구성원으로서의 자립 지원
배경	1. 공적체계 지원이 어려운 사각지대 임신부 2. 임신, 출산에 따른 경제활동 중단	1. 정상적인 환경에서 자녀 양육의 어려움 2. 주거안정에 어려움 3. 경제적 어려움	1. 취업 어려움 2. 경제적 자립을 희망 3. 만 36개월 미만 자녀 양육
지원 내용	<ul style="list-style-type: none"> • 의료비 지원: 산전진료비, 산후조리원, 긴급의료비 • 긴급 주거환경 마련: 	<ul style="list-style-type: none"> • 양육 코칭 지원 • 아이돌보미 지원 • 양육물품 지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 자격증 및 학업비 지원: 검정고시 준비, 대학교 학업, 직업훈련을 통한

28) 이 절의 내용은 ‘초록우산 신규중점사업 표준제안서(위기영아지원사업)’(초록우산 내부자료, 2025)의 자료를 중점적으로 참고하였다. 단계별 사업 내용은 초록우산 본부에서 지역 사업수행기관에 제공하는 예시 사업으로, 개별 지역 및 사업기관의 상황과 특성에 따라 가공하여 적용한다.

<ul style="list-style-type: none"> 보증금, 관리비 및 월세, 쉼터 생활비 • 사진 촬영지원 • 주거지원: 초기 정착비, 주거환경개선비, 첫살림 구입비 	<ul style="list-style-type: none"> • 가족여행 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 자격증 취득비 • 창업비 지원
--	---	---

‘임신·출산의 위기경감 지원’ 사업의 구체적인 내용은 <표 4-6>과 같다. 의료비 지원 사업에서는 공공 지원으로 부족한 임신·출산 의료비 및 산후조리비용을 지원한다. 또한, 특히 건강보험 가입이 되지 않아 의료 사각지대에 있는 외국인을 대상으로 의료비를 지원한다. 또한, 주거안정이 이루어지지 않아 병원 밖 출산의 위기에 있는 위기임산부들에게 산부인과 인근에 긴급 쉼터를 제공한다. 보증금과 관리비 및 월세, 쉼터 운영비 등을 최장 3년간 지원하고, 사업 종료시 보증금은 위기영아 지원사업으로 전환 사용한다. 사진 촬영 지원은 위기임산부 가정의 가족사진 촬영을 지원하는 사업이다. 만삭사진, 100일사진, 돌사진 등 임신부·영아 양육 가정에서 일반적으로 촬영하는 다양한 가족사진 촬영을 돕는다. 비용 지원에는 아크릴 액자, 포켓용 사진 앨범 및 보관용 사진 등의 상품이 포함된다.

<표 4-6> 초록우산 임신·출산의 위기경감 지원(사업 내용)

구분	주요내용
의료비 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 임신 중 사전진료 및 출산경비 관련 부족분 지원 • 산후조리비용 부족분 지원 • 의료사각지대(외국인) 관련 의료비 지원
긴급 쉼터 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 산부인과 인근 위기임산부 긴급 쉼터 이용 지원 • 보증금, 관리비/월세, 쉼터운영비 지원 • 협력기관 협업을 통한 위기임산부·위기영아 1:1 관리 • 사업 종료시 보증금은 위기영아 지원사업 사용 전환
사진 촬영 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 가족사진 촬영 지원 (만삭, 100일, 돌사진, 가족사진 등)
주거지원	<ul style="list-style-type: none"> • 독립된 주거환경 지원(전/월세 보증금) • 환경개선(주거환경개선비, 첫살림 구입비)

제3절 소결

이상에서 주요국의 위기임산부·영아 지원 제도를 살펴보고, 국내의 민간 자원 사례로 초록우산의 위기영아 지원사업을 살펴보았다. 먼저 주요국의 제도를 살펴보면, 익명출산 및 영아 인계 절차를 제도적으로 구축한 나라(프랑스·독일·미국)와 그렇지 않은 나라(영국·호주)가 뚜렷하게 구분되었다. 우리나라의 경우 2024년 보호출산제의 도입으로, 프랑스·독일·미국 등과 유사한 제도 체계를 갖추게 되었다고 볼 수 있다. 다만 익명출산과 관련된 영아권리침해 등의 논란을 최소화하기 위해, 원가정 양육 증진을 최우선순위로 하는 위기임신 상담을 함께 도입하였는데, 이는 독일의 임신갈등상담소와 유사한 역할을 하는 것이라고 볼 수 있다.

한편, 살펴본 국가들에서는 위기임산부 및 영아를 지원하기 위한 산전·산후 정기적 가정방문 서비스를 제공하는 경우가 많았다. 우리나라에는 이처럼 산전부터 위기임산부를 조기 발견하고 필요한 자원을 연계하기 위한 가정방문 서비스가 중앙 차원에서는 아직 이루어지지 않고 있다. 위기임신 상담사업을 통해 위기임신부에 대한 조기 발견 및 개입 효과를 일정부분 기대할 수 있으나, 임신부 본인이 직접 상담을 신청해야 사례 발견 및 서비스 연계가 가능하다는 점에서 적극적인 스크리닝이라고 보기는 어렵다. 모든 임신부에 대한 보편적인 가정방문이 어렵다면, 소득 수준 등을 바탕으로 취약계층에 대한 우선적인 가정방문 서비스로 시작하여 단계적으로 대상을 확대하는 방안 등을 고려해볼 필요가 있다.

더불어 영국의 경우 산전 진료비 지원뿐 아니라 산후 1년까지는 무료로 진료를 받을 수 있도록 하는 등, 임신·출산·영아 양육과 관련된 의료비 부담을 최소화하기 위한 노력이 나타나고 있다. 우리나라에서는 임신출산바우처로 임신·출산과 관련된 의료비를 최대 100만원까지 지원하고 있으나, 위기임산부의 특성상 산전 관리에 소홀하고 임신 환경이 열악하며, 이는 건강악화 및 출산상 이슈 등으로 연결되어

일반 임신부에 비해 더 많은 의료비 부담을 경험할 가능성이 크다. 따라서 위기임산부에 대하여서는 의료비 지원을 상향 조정할 필요성이 있다.

위기영아·위기임산부를 지원하는 국내 민간사업의 대표 사례로서 초록우산 위기영아 지원사업은 원가정 양육이라는 뚜렷한 사업목표를 가지고 임신 전부터 출산 후에 이르기까지 변화하는 위기영아 및 위기임산부의 욕구에 따라 단계별로 촘촘한 지원을 제공하고자 한다. 특히, 공공영역의 사각지대라고 볼 수 있는 외국인·이주민 임신부 및 가정폭력 피해여성 등 기혼자를 사업대상으로 폭넓게 수용하고 있다. 또한, 공공에서 제공하는 의료비 바우처 금액을 초과하여 발생하는 임신·출산 관련 의료비 및 건강보험 혜택을 받지 못하는 위기임산부의 의료비를 지원하고 있어, 공공영역의 부족분을 보완하는 역할을 하고 있었다.

종합하여 볼 때, 우리나라의 공공 서비스는 보편적인 건강보험 및 임신출산바우처를 통해 위기임산부의 임신·출산을 지원하고 있으나, 사회경제적·의료적으로 특히 취약한 위기임산부를 위한 별도의 의료비 지원은 부족하여 민간 자원에 의존하는 실정이라고 볼 수 있다. 더불어 산전·산후 위기임산부의 지속적인 관리와 관련하여 많은 국가에서는 정기적인 가정방문 서비스를 통해 임부·산부 및 영아의 건강상태뿐 아니라 임신·양육 환경을 점검하고 있으나, 우리나라는 유사한 가정방문 프로그램이 부재하다. 작년 도입된 상담사업을 통해 사례 발굴과 상담, 사후 모니터링까지 수행하고자 하나 여러 한계가 있다.

첫째, 위기임산부가 먼저 상담 신청을 해야 한다는 점에서 보편적인 스크리닝이 어렵다. 둘째, 해당 사업을 통해 건강한 임신과 출산을 넘어서서 경제적 자립과 자녀 양육까지 지원하는 데에는 한계가 있다.

위기임산부가 원가정 양육을 선택하기 위해서는 출산 이후 자녀와의 삶의 청사진이 현실적이고 구체적으로 그려져야 하는데, 현행 공공 서비스로는 출산 이후 생계 및 자립에 이르기까지 현실적인 지원이 충분하다고 보기 어렵다. ‘원가정 양육’

은 출산 시점 결정되고 끝나는 것이 아니라, 이후 임신부의 삶 전체에 지속되는 과제이다. 이러한 점을 상기하면, 출산 시점 위기의 경감뿐 아니라 출산 이후 자녀와 함께하는 삶을 충분히 스스로 영위할 수 있도록 지원될 때 위기임산부가 원가정 양육을 선택할 수 있을 것이다.

이는 아동 권리 및 발달의 관점에서 보아도 원가정 양육이 최대치로 증진·선택될 수 있도록 한다는 점에서 아동 권리 보장에 기여한다고 볼 수 있다.

제 5 장

위기임산부·영아 지원제도 개선방안 논의

- 제 1절 | 문헌조사
- 제 2절 | 종사자 자문회의 및 설문조사
- 제 3절 | 종사자 및 당사자 심층면접
- 제 4절 | 시사점



제5장 위기임산부·영아 지원제도 개선방안 논의

이 장에서는 위기임산부·영아 지원제도를 개선하기 위한 방안을 살펴보고자 한다. 이를 위해 먼저 기존 위기임산부 대상 연구에서 밝혀진 위기임산부의 어려움 및 양육 지원에 대한 요구를 문헌조사를 통해 살펴본다. 다음으로, 위기임신 상담 지정기관 종사자를 대상으로 자문회의와 설문조사, 심층면담을 진행하여 현 제도의 운영 실태와 운영 개선방안을 도출한다.

제1절 문헌조사

최근 국내 위기임산부를 대상으로 양육실태와 정책요구를 수집한 연구로는 김자연 외(2023), 성정현·김지혜(2024)의 연구가 있다. 이 절에서는 이 두 연구에서 나타난 위기임산부의 양육실태 및 정책요구를 검토하고 시사점을 도출한다.

1. 주요 선행연구

김자연 외(2023)는 10명의 한부모 또는 청소년 미혼모를 대상으로 심층 면담을 진행하고, 임신-출산-양육 경험과 자립 및 양육을 위해 어떤 노력을 했는지, 자녀 양육 지원에 대한 정책적 요구로는 어떤 것이 있는지 살펴보았다. 그 결과 나타난 미혼모들의 주요 경험과 요구를 나타낸 것은 <표 5-1>과 같다.

<표 5-1> 김자연 외(2023)에서 나타나는 한부모/청소년 미혼모의 경험과 요구

대분류	소분류	주요 내용
임신 및 출산기 특성	임신사실 확인과 출산·양육의 결단	<ul style="list-style-type: none"> • 두려운 마음이 있었지만 속고의 시간을 거쳐 출산과 양육 결단 • 출산, 양육 이행에 대한 지지 세력은 마땅치 않은 상황이 대부분 • 태아의 생부는 출산을 강하게 반대하는 경우가 대다수
	임신·출산·양육 관련 의료서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 임신·출산 의료비 지원 제도를 이용

	이용 경험	
	산후조리 및 자녀 양육 지원 경험	<ul style="list-style-type: none"> • 자비 또는 민간단체 비용 지원으로 산후조리원 이용 • 미혼모 지원시설에서 산후조리 • 주변 도움 없이 혼자 산후조리 • 건강관리사 방문 서비스를 이용한 경우는 없음
	출산 이후 양육비용 및 주거 지원 이용 경험	<ul style="list-style-type: none"> • 민간 지원단체 또는 미혼모 지원센터를 통해 주거 지원 • 첫만남 이용권을 통해 아기용품 구입
임신-출산-양육 과정의 어려움	지지가반 부재 또는 약화에 따른 어려움	<ul style="list-style-type: none"> • 임신사실 확인 후 원가정, 친구 등 지지가반이 약화되는 과정 경험 • 사회적 지지망을 새롭게 형성하지 못한 채로 자녀 양육
	임신-출산-양육 과정에서 경험한 신체적·정서적·경제적 어려움	<ul style="list-style-type: none"> • 불안 우울 경험 • 임신 중 가정폭력에 노출되는 경우
	일-가정 양립의 어려움	<ul style="list-style-type: none"> • 경제적 어려움이 있는 상태에서 임신-출산을 경험한 경우가 대다수 • 돌봄 공백으로 적극적인 취업 노력을 할 수 없는 경우
자립 및 자녀 양육을 위한 노력	자녀 양육에 활용한 제도	<ul style="list-style-type: none"> • 기저귀 바우처 이용 경험이 높음
	자립을 위한 교육 및 취업 준비 활동	<ul style="list-style-type: none"> • 자격증 취득 등 자립을 위한 교육에 시간을 투자함 • 진로를 탐색, 계획할 수 있는 시간적 여건과 지원에 대한 필요
	안정적인 주거 확보를 위한 노력	<ul style="list-style-type: none"> • 미혼모 지원시설 및 연계된 2차시설 이용 • 정부 주거보조, 임대사업 등을 활용하여 안정적 주거를 확보하고자 노력
	부모교육의 필요성 인식과 노력	<ul style="list-style-type: none"> • 자녀양육방식 등에 관한 부모교육 필요성 인식
자녀 양육 지원에 대한 요구	미혼모/한부모 대상 양육지원사업 확대 요구	<ul style="list-style-type: none"> • 기저귀 바우처 기간 확대 필요성 • 양육수당, 부모급여 확대 필요성 • 저소득 가구 대상 영양플러스 사업의 경우 교육 참가가 필수라서 접근성 문제가 큼
	미혼모/한부모 대상 돌봄 공백에 대한 보육 및 양육 지원 확대	<ul style="list-style-type: none"> • 어린이집 이용 및 정부 아이돌봄서비스를 활용하고자 하나 우선순위에 밀리거나 시간제한, 비용 등의 이유로 활용에 제한이 있음
	미혼모/한부모 지원 기간과 소득 산정 기준의 유연성 요구	<ul style="list-style-type: none"> • 취업을 통해 가구소득이 증가하긴 하지만, 오랫동안 지속적으로 취업이 유지될 가능성이 낮을 수 있고 소득 증가분이 크지 않으므로 유예기간을

	다양한 가족에 대한 배려의 필요와 사회적 편견 해소에 대한 갈망	제공하는 등 유연성이 필요 • 부모참여수업, 부모교육 등에서 늘 양부모가정을 전제로 하고 있음 • 가족 유형의 다양성을 사회에서 폭넓게 수용할 필요성
--	-------------------------------------	---

이를 살펴보면, 위기임산부들은 임신 및 출산기에 출산과 양육 이행을 지지하는 세력이 마땅치 않고, 특히 태아의 생부는 출산을 반대하는 경우가 대다수였다. 그룹에도 불구하고 숙고의 시간을 거쳐 출산과 양육을 결단하는 경험을 하게 된다. 이후 지지기반 부재로 인한 어려움은 지속되는데, 출산과 양육을 결단함에 따라 원 가정, 친구 등의 지지기반이 약화되고, 불안·우울 등 정서적 문제를 경험하게 된다. 또한 임신 중 가정폭력을 경험하는 경우도 발생한다. 대부분의 위기임산부들은 경제적 어려움이 있는 상태에서 임신과 출산을 경험하게 되는데, 지지기반이 없는 상황에서 돌봄 공백을 해결할 수 없어 적극적인 취업 노력을 하기가 어렵다는 점이 주된 어려움으로 도출되었다.

많은 어려움에도 불구하고 위기임산부들은 자녀 양육·경제적 자립·안정적 주거 확보·부모로서의 성장을 위해 지속적인 노력을 기울이고 있었다. 자녀 양육에는 공적 지원 중 기저귀 바우처 제도 이용 경험이 높았으며, 경제적 자립을 위해 자격증 취득 등 자립을 위한 교육·훈련에 시간을 투자한다. 또한 미혼모 지원시설과 연계 시설, 정부 주거보조, 임대사업 등을 적극 활용하여 안정적 주거를 확보하고자 노력하며, 자녀양육 등에 관한 부모교육의 필요성을 스스로 인지하고 노력하였다.

관련된 정책요구로는 크게 (1) 양육지원사업 확대 (2) 돌봄 공백에 대한 보육 및 양육지원 확대 (3) 지원기간 및 소득산정기준의 유연성 확보 (4) 다양한 가족에 대한 배려 및 사회적 편견 해소가 도출되었다. 먼저 (1) 양육지원사업 확대와 관련해서는, 기저귀 바우처 지원 기간(0~24개월)이 육아현실과 동떨어진 면이 있어 기저귀 바우처 지원 기간을 확대할 필요가 있다는 의견이 많았다. 양육수당, 부모급여

등 양육을 위해 지급되는 현 공공 수당 수준이 다소 부족하다는 의견과, 영양플러스 사업의 접근성 문제 또한 제기되었다.

(2) 돌봄공백에 대한 보육 및 양육 지원 확대와 관련하여, 우선순위·시간제한·비용 등의 문제로 인해 현행 아이돌봄 서비스를 필요한 만큼 활용하지 못하고 있다는 문제가 제기되었다.

(3) 지원기간 및 소득산정기준의 유연성 확보와 관련해서는, 위기산부가 취업에 성공할 경우 가구 소득이 증가하긴 하지만 일자리 특성상 오랫동안 지속적으로 취업이 유지될 가능성이 비교적 낮을 수 있고, 소득 증가분이 크지 않으므로 지원금이 바로 끊길 경우 경제적 안정성이 우려된다는 문제가 제기되었다. 이에 따라 유예기간을 제공하는 등, 지원기간 및 소득산정 기준을 조금 더 유연하게 적용할 필요가 있다는 의견이 나타났다.

마지막으로 (4) 다양한 가족에 대한 배려 및 사회적 편견 해소와 관련하여, 기존 부모참여수업이나 부모교육이 모두 양부모가정을 전제로 하고 있어 위기산부에게 소외감을 줄 뿐 아니라 사회적 편견을 강화한다는 의견이 나타났다.

한편, 성정현·김지혜(2024)는 위기임산·출산 경험자 14명을 대상으로 심층 면접을 진행하고 그 경험을 수집하였다. 이 연구에서는 특징적으로 임신부가 경험한 위기와 영아가 경험한 위기를 분리하여 분석하였다.

〈표 5-2〉 성정현·김지혜(2024)에서 나타나는 위기영아 및 위기임산부의 경험과 요구

대분류	소분류	주요 내용
임산부가 경험한 위기	산전 진료 위기	<ul style="list-style-type: none"> • 임신 인지 지연과 산전 관리 공백 • 산전 진료에 대한 경제적 부담
	응급 출산 위기	<ul style="list-style-type: none"> • 산전 진료 부족이 초래한 응급출산 • 임신부의 건강 악화로 인한 응급출산
	아기 친부와 의 관계 위기	<ul style="list-style-type: none"> • 아기 친부의 부정과 회피 • 아기 친부의 혼외 상대로서의 불확실한 관계

		<ul style="list-style-type: none"> • 임신을 계기로 형성된 결혼 관계의 불안정성 • 폭력적인 관계로 인한 갈등과 고통
	모의 정신건강의 위기	<ul style="list-style-type: none"> • 어린 시절 폭력으로 인한 불안정한 정신건강 • 임신 중 폭력과 불안정한 관계로 인한 정신건강 악화 • 임신 전후 정신건강 관리의 어려움
	임신 출산 지원체계의 위기	<ul style="list-style-type: none"> • 출산 전후 불안정하고 열악한 거주지 • 부모와의 단절과 부족한 주변 지지망
	산후관리의 위기	<ul style="list-style-type: none"> • 비용 부담으로 인한 부족한 산후조리 • 산후조리의 부재
	자원과 정보 연계의 위기	<ul style="list-style-type: none"> • 복지 정보에 대한 인식 부족 • 정보와 자원을 어디서 얻어야 하는지에 대한 자침과 안내 부족
영아가 경험한 위기	태아의 건강 위기	<ul style="list-style-type: none"> • 늦은 임신 인지와 산전 관리 부족으로 인한 태아의 성장 지연 • 폭력적 환경 속에서의 임신과 태교
	영아 발달의 위기	<ul style="list-style-type: none"> • 부부 갈등과 폭력에 노출된 불안정한 양육 환경 • 잦은 거주지 이동에 따른 불안정한 양육 환경 • 모의 불안정한 정신 건강에 따른 불안정한 양육환경 • 불안정한 양육 환경으로 인한 영아의 발달 지연
	아동 발달에 필요한 다양한 양육 요건의 위기	<ul style="list-style-type: none"> • 충분한 영양 공급의 어려움 • 양육물품 비용 부담으로 인한 현실적 고충 • 육아기술 및 육아 연계망의 부족 • 사회적 위축과 고립 속에서의 양육 고충 • 모의 신체적 소진과 양육의 부담
	현 가족의 취약성에 따른 복합적 위기	<ul style="list-style-type: none"> • 다자녀 양육으로 인한 돌봄과 경제적 부담 • 폭력에 취약한 양육환경과 자녀의 피해
	공적 자원 서비스 이용의 위기	<ul style="list-style-type: none"> • 공적 지원의 사각지대 • 아이돌봄서비스 이용의 어려움 • 필요한 정보 접근의 어려움 • 관련 기관 직원의 관련 제도의 정보와 이해 부족 • 현실을 반영하지 못하는 정부 지원의 아쉬움
	도움이 된 지원 경험	정부기관 서비스

	공공기관 생필품 및 기초생활 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 지자체의 현금성 지원 • 복지관, 행정복지센터의 필수품 지원 • 폭력 위기 상황에 대한 공공기관 지원
	사회적 지지	<ul style="list-style-type: none"> • 지인의 경제적 도움 • 맘카페에서의 정보 및 물품 교류
	민간단체의 후원	<ul style="list-style-type: none"> • 임신부, 아기를 위한 필수자원 지원 • 정보 제공 • 심리상담, 교육지원
필요한 정책과 지원	기초생활보장	<ul style="list-style-type: none"> • 현실을 반영한 생계지원 • 아기가 쓸 생필품 지원 • 의류 부족
	신체적, 심리적 치료비용 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 산전검사비 • 심리상담 및 치료 지원
	자녀양육 돌봄서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 산후조리 서비스 정보제공 및 확대 • 아이돌봄서비스 장벽 개선 • 자녀양육 교육 및 정보제공 • 한부모 지원 확대 • 자녀 연령기준에 따른 지원 • 정보 부족의 해소

임산부가 경험하는 위기는 산전 의료 위기에서부터 관계 위기, 산부 개인의 정신적 위기, 산후 관리 및 자원 위기로 매우 다양하게 나타났다. 위기임산부는 임신에 대한 인지가 늦고 진료에 대한 경제적 부담이 있어 산전 관리에 공백이 있는 경우가 많았다. 이는 결과적으로 임신부의 건강악화 및 응급출산으로 연결되었다. 이에 더해 아기의 친부가 임신을 부정·회피하거나, 불확실하고 폭력적인 파트너 관계를 경험하는 등 친부와의 관계 위기가 나타났다. 이러한 관계 위기는 임신부 개인의 어린시절 경험 등과 함께 임신부의 정신건강 위기로 연결되기도 하였다. 한편, 산전부터 시작된 의료공백과 건강악화는 산후에도 경제적 문제로 인한 산후관리 부족으로 인해 더욱 큰 신체적 위기로 연결되는 경향이 있었다. 이처럼 정신적·신체적·관계적으로 다층적인 위기를 경험하고 있음에도 불구하고 주거환경이나 사회적 관계망 등은 임신부를 충분히 지원할 수 있는 상황이 아니며, 공공 복지자원 및 정보 연계도 잘 이루어지지 않고 있었다.

임산부의 위기는 곧 모체에 연결된 태아 및 산후 영아의 위기로 연결되었다. 태내기에는 산전 관리 부족으로 인해 태아의 성장 지연이 나타났다. 또한 불안하고 폭력적인 환경에서 임신기를 보낸 임산부는 당시 환경이 태아에게 미쳤을 정서적인 부정적 영향을 우려하기도 하였다. 출산 후에도 영아는 부부갈등과 폭력, 잦은 거주지 이동, 모의 불안정한 정신건강 등으로 인해 불안정한 양육 환경에 처하게 되며, 이는 실제 영아의 발달지연으로 연결되기도 하였다. 더불어 모가 처한 사회·경제적 어려움으로 인해 영양 공급, 양육 물품, 육아 연계망 등의 측면에서 다양한 양육요건에 위기를 경험하고 있었다. 그럼에도 불구하고 공적 자원 및 서비스의 사각지대에 있거나 이용 상의 어려움·불충분성으로 인해 공적 자원이 아동 발달을 충분히 지원하지 못하고 있는 것으로 나타났다.

위기임산부들이 유용하다고 경험한 공적 지원은 출산지원비와 바우처, 의료비 지원, 지자체의 현금성 지원, 필수품 지원 등 경제적 부담을 경감할 수 있는 서비스 및 폭력 위기 상황에 대한 개입이었다. 그 외 도움이 된 지원으로는 지인의 경제적 도움, 맘카페 등에서의 정보와 물품 교류, 민간단체의 자원·정보·서비스(상담, 교육 등) 지원 등이 있었다.

관련된 정책욕구로는 (1) 기초생활보장 (2) 신체적, 심리적 치료비용 지원 (3) 자녀양육 돌봄서비스가 나타났다. (1) 기초생활보장과 관련하여, 현 생계지원이 현실적인 수준을 반영하지 못하고 있는 것으로 나타났다. 특히 위기임산부 가정 중에는 다자녀 가구인 경우도 많아 향후 자녀 수를 고려한 의식주 지원이 필요하다는 점이 언급되었다. 특히 아기가 쓰는 생필품(쌀, 분유, 기저귀) 및 의류에서 많은 결핍을 경험하고 있었다.

(2) 신체적, 심리적 치료비용 지원과 관련하여 산전 의료비가 현행 100만원으로 부족하다는 언급이 있었다. 또한 위기임산부 중 많은 수가 성폭력·가정폭력 피해자인데, 이에 대한 개입과 처치 없이는 자녀가 건강하게 자랄 수 없다는 점이 지적되

었다. 위기임산부가 양질의 심리상담과 치료를 충분히 받아야 자녀에게 정서적으로 안정된 환경을 제공할 수 있다는 점에서, 이들에 대한 심리적 치료비용을 충분히 제공할 필요가 있다.

(3) 자녀양육 돌봄서비스와 관련해서는 산후조리 서비스 및 자녀 돌봄 서비스에 대한 요구가 높았다. 사회적 지지망이 취약하고 원가족과 분리된 경우가 많은 위기 임산부의 특성상, 산후조리 및 자녀 양육에서 공적 지원이 더 많이 필요한 것으로 나타났다. 특히 자녀를 혼자 돌보면서 생계를 위해 구직해야 하는 현실이 맞물리는 위기임산부에게 자립을 위한 충분한 아이돌봄 서비스는 필수적이라고 할 수 있다. 그 외에도 부모교육, 한부모 지원에 대한 소득기준 완화, 부모 연령에 따른 지원 격차 해소 및 자녀 연령에 따른 지원으로 개편, 공공 자원에 대한 정보 제공 강화 등의 정책요구가 나타났다.

2. 시사점

문헌조사 결과 위기임산부는 사회적, 경제적, 심리적으로 다층적인 위기를 경험하는 것으로 확인되었다. 주거환경이나 소득 등의 측면에서 임신·출산·양육을 위한 충분한 요건이 되지 않고, 사회적·관계적 측면에서도 자녀 친부나 원가정의 지원을 받지 못하여 고립되어 있는 경우가 많았다. 임산부 개인이 가지고 있는 어린 시절의 부정적인 경험이나, 성인이 된 후 경험한 성폭력·가정폭력 등의 문제로 임산부 본인도 심리적으로 매우 취약하였다. 이러한 다층적인 위기 상황은 산전 관리 소홀 및 건강 악화로 연결되어 결과적으로는 태아의 발달지연이나 응급 출산으로 이어지기도 하였다.

위기 임산부를 둘러싼 다층적이 위기상황은 출산 이후에도 지속되어 자녀 양육에 어려움을 야기하고 영아에게 부정적 영향을 주었다. 산모의 불안정한 심리적 상

태와 잦은 거주지 이동, 경제적 어려움 등으로 인한 불안정한 양육 환경은 영아의 발달에도 부정적 영향을 주고 있었다. 그러나 공적 지원체계는 이러한 위기를 충분히 해소하지 못하고 있었으며, 민간 자원이나 지인의 도움에 기대기도 하였다.

위기임산부의 주요 정책요구는 크게 (1) 현행 양육지원 확대 및 지원 기준 완화 (2) 자녀돌봄 서비스 확대 (3) 산모의 신체·심리건강 지원 확대로 나누어 볼 수 있었다. 현행 양육지원 확대 및 지원기준 완화와 관련하여, 양육수당과 부모급여 등 보편적인 현금성 지원과 기저귀 바우처 서비스 등이 위기임산부와 자녀의 기초생활수준을 보장하기에는 부족한 것으로 나타났다. 위기영아 및 산부 가정에서 쌀과 분유, 기저귀, 의류 등 기본적인 의식주를 보장하기 위해서는 지원 수준과 기간을 더 확대하고 소득산정 기준 등을 더 유연화할 필요가 있었다.

자녀돌봄 서비스 확대와 관련하여, 위기임산부는 사회적으로 고립되어 있는 경우가 대부분으로 독박육아를 하면서 생계를 책임져야 하는 상황에 처해 있다. 현행 공공 아이돌봄서비스는 대기가 길고, 이용시간도 짧아 실제로 아이를 맡기고 자립을 위한 교육이나 구직을 하기에는 어려움이 있는 것으로 나타났다.

마지막으로 산모의 신체·심리건강 지원 확대는 크게 산전 의료비, 출산비용, 산후조리비 및 심리상담비용의 측면에서 살펴볼 수 있다. 현재 보편적으로 제공되는 임신출산바우처 100만원은 위기임산부에게는 부족한 수준이었다. 위기임산부가 산전관리에 소홀하기 쉽고 출산 과정에서 여러 의료적 이슈를 경험할 가능성이 크다는 점을 고려하면, 보편적인 임신출산바우처 외에 위기임산부를 위한 추가적인 의료비 지원이 필수적이다. 또한 월가정이나 다른 사회적 지지체계를 통한 산후조리를 기대하기 어려운 위기임산부에게 산후조리를 위한 공적 지원이 더 확대될 필요가 있다. 관련 비용으로 첫만남 지원금을 활용할 수 있으나, 경제적으로 매우 취약하여 기초생활의 보장마저 위협받는 위기임산부의 입장에서는 해당 지원금을 산후조리를 위한 비용으로 활용하기보다는 자신과 영아의 의식주를 위한 비용으로

사용할 가능성이 훨씬 크다고 볼 수 있다. 따라서 위기임산부의 건강관리를 위해 산후조리를 위한 바우처를 따로 책정하여 지급하거나, 직접적인 서비스 제공이 이루어질 필요가 있다. 한편 위기임산부는 임신과 출산 과정에서 여러 폭력에 노출되었을 가능성이 크고, 어린 시절부터 가정폭력에 노출되는 등 정신건강이 취약한 것으로 나타났다. 정신적으로 건강한 모가 영아에게 정서적으로 안정된 환경을 제공할 수 있다는 점을 상기하면, 위기임산부가 필요한 경우 충분한 심리적 지원을 받을 수 있도록 비용을 지원할 필요가 있다.

제2절 종사자 자문회의 및 설문조사

다음으로 현행 보건복지부 위기임신 상담사업과 보호출산제를 필두로 한 위기임산부·영아 지원제도의 운영 실태 및 개선방안과 관련하여 종사자의 의견을 수집하였다. 먼저 보건복지부 지정 상담기관 중 한 곳에서 종사하고 있는 종사자 2인을 대상으로 자문회의를 진행하였다. 이때 위기임신 지원사업 운영 실태 및 보호출산제 등에 관한 심층적인 의견을 수렴하고, 종사자를 대상으로 설계한 설문지에 대한 파일럿 조사를 시행하였다. 이후 의견수렴 결과 및 파일럿 조사 결과를 바탕으로 설문지를 수정·보완하고 위기임신 지정 상담기관 종사자 대상 전수 설문조사를 진행하였다.

1. 종사자 자문회의

종사자 자문회의 개요는 다음 <표 5-3>과 같다. 자문회의에 참여한 종사자는 위기임산부 지원사업 팀장 및 선임상담원이었다. 자문회의 결과 주요 의견은 (1) 대상자 특성 (2) 서비스 연계 (3) 서비스 사각지대 (4) 원가정 양육 증진요소 (5) 보호

출산 증진요소 (6) 업무상 어려운 점 및 제도개선 방안 (7) 제도의 긍정적 측면 등으로 도출되었다. 각각에 관하여 자세히 살펴보면 다음과 같다.

〈표 5-3〉 종사자 자문회의 개요

구분	내용
일자	2025. 2. 27.
소요시간	약 2시간
참석자	종사자 2인(팀장, 선임상담원), 연구진 1인, 협력연구진 2인*
주제	· 위기임신 상담사업 운영 실태 및 제도 개선안 · 위기임신 상담사업, 보호출산제, 출생통보제 관련 의견 · 서비스 사각지대 · 원가정 양육 증진 및 저해요소

*주: 본 연구의 자료조사는 초록우산 복지사업본부의 '맞춤형 임팩트 관리체계개발 연구'와 협력하여 진행됨

가. 위기임산부 특성

위기임신 상담을 받는 위기임산부의 특성과 연령은 매우 다양하다. 청소년 위기임산부는 주로 카톡 채널을 통해 상담이 진행되는데, 임신 가능성에 관한 정보 요청이 대부분이며 일부만이 실제 아기가 생긴 경우이다. 청소년이 위기임신을 경험한 경우, 이후로도 문제가 반복되는 경우가 많다는 점이 특징적이다. 20대 위기임산부는 임신 초기 임신 사실을 모르고 있다가 임신 중기가 넘어가면서 직접적 도움을 받는 경우가 많다. 한편 3-40대 위기임산부는 혼외자를 임신한 경우, 또는 이혼 후에 임신하여 한부모가 된 경우가 많다.

이처럼 위기임산부의 연령과 특성은 다양한 양상으로 나타나나, 이들의 공통점은 사회적 지지체계가 매우 희박하다는 점이다. 가정이 있는 임신부라면 남편과의 불화로 외롭고 문제 해결이 안되는 경우, 청소년이라면 부모와 단절이 되었거나 부모가 지지체계로서 역할을 하지 못하여 임신 사실을 밝히지 못하는 경우가 많다.

특히 위기임산부는 원가족에서 문제를 경험하여, 자신의 자녀에게도 어떻게 사랑을 주어야 하는지 잘 모른다는 점이 언급되었다.

나. 서비스 연계

초기상담 결과 대상자가 단순 정보제공만 필요할 경우, 정부지원 등 관련 정보를 유선상으로 제공하는 것으로 상담이 마무리된다. 그러나 초기상담에서 정보제공 이상의 서비스 연계가 필요할 경우 시설입소·경제적 도움·응급지원·의료비지원 등의 서비스로 연계된다.

시설 연계의 경우, 대상자의 선호에 따라 입소 가능한 가까운 출산지원시설로 연계한다. 그러나 실제 수요에 비해 출산지원 시설은 부족한 실정이다. 경제적 도움은 행정기관과의 연계를 통하여 이루어진다. 응급지원은 담당자가 긴급하게 출동하는 지원으로, 위기임산부가 당장 갈 곳이 없는 경우, 또는 경찰서·병원을 통하여 전화가 온 경우 진행된다. 의료비 지원은 주로 초록우산 등 민간자원과 연계하여 이루어진다. 행정기관의 경우 이미 정부지원을 받고 있는 대상자에 대하여서는 의료비 지원 연계에 소극적이라는 언급이 있었다.

다. 서비스 사각지대

위기임신 지원사업의 주요 사각지대로 언급된 것은 다음과 같다.

1) 나이·소득 기준

시설 연계 및 입소가 필요함에도 불구하고, 해당 시설이 청소년 입소시설이라서 나이 제한으로 인하여 입소하지 못하는 경우가 발생한다. 또한 나이제한이 없는 시설이라고 하더라도 소득 제한으로 인하여 입소하지 못하는 경우도 있다. 경제적 지원의 영역에서도, 행정기관을 통한 경제적 지원에는 소득 기준이 있기 때문에 여전

히 경제적 지원이 필요함에도 불구하고 지원을 받지 못하는 사각지대가 발생한다.

2) 중복지원

특히 행정기관을 통한 경제적 지원에서 중복지원 관련 사각지대 문제가 빈번하다. 이미 경제적 지원을 받았음에도 불구하고 여전히 문제가 해결되지 않아 도움이 필요한 경우가 많은데, 중복 지원이 불가하기 때문에 필요한 지원을 받지 못한다. 그러나 중복지원 불가 원칙은 어쩔 수 없이 받아들여야 하는 제도적 한계라는 점도 언급되었다.

3) 외국인 위기임산부

외국인 위기 임산부를 위한 지원은 거의 없는 실정이다. 공공에서 외국인 위기임산부를 대상으로 하는 지원은 없다시피 하다. 따라서 민간 단체·자원을 연계할 수밖에 없는데, 민간 자원 역시 희박한 실정이다. 실제로 2023년 당시 외국인 위기 임산부를 지원하는 민간 자원 목록을 확보하였으나, 2024년 이를 재확인해 본 결과 대부분의 기관에서 외국인 대상 사업을 축소하거나 폐지했다는 점이 확인되었다고 한다. 부부 중 한 명이라도 내국인이 있으면 그래도 지원을 받을 수 있으나, 부부가 모두 외국인인 경우, 또는 부부가 모두 불법체류자인 경우에는 연계할 수 있는 자원이 전무하다. 그럼에도 불구하고, 외국인 위기임산부의 상담 요청은 꾸준하게 지속되고 있다.

4) 임신 중단 관련 지원

임신 초기에 원치 않는 임신 사실을 알게 되어 임신을 중단하고 싶어도, 현 체계에서는 성폭력에 의한 임신이 아닌 이상 임신 중단을 위한 의료비 지원이 불가하다. 병원에서도 유산 또는 고위험 산모가 아닌 이상 임신 유지를 전제로 임신 확인

증과 바우처 카드를 제공한다. 이러한 상황에서 임신 중단을 위한 비용이 없어 임신이 억지로 유지되면, 위기임산부는 심리적으로 임신을 부정하면서 출산에 대한 준비를 전혀 하지 않는 경우가 많다. 결과적으로 아무런 대책이나 준비 없이 갑자기 출산을 맞게 되는데, 이 때문에 자가 분만 비율도 높다.

5) 임신·출산 의료비 지원

위기임신 특성상 임신 초기에 적절한 관리와 조치를 취하지 못하는 경우가 많아 임신 과정에서 여러 검사를 추가적으로 진행하게 되고, 장애아 출산 비율도 높다. 결과적으로 임신·출산과 관련한 의료비 지출이 커지는데, 정부에서 제공하는 임신·출산바우처(100만원)로 충당이 어려운 경우가 매우 많다. 이 경우 병원 사회복지사와 연계하여 지원을 받게 하는데, 병원에서의 의료비 지원은 주로 태아를 기준으로 지원을 해주며 태아와 무관하게 산모에 대한 지원은 잘 이루어지지 않는다. 이에 병원에서도 공식적인 의료비 지원을 연계하기보다는 원장님과 이야기해서 병원비를 할인받을 수 있게 하는 실정이다.

라. 원가정 양육 증진요소

위기임산부의 원가정 양육을 증진하는 요소로 언급된 것은 다음과 같다.

1) 시설 입소

시설에 입소하여 비슷한 처지의 다른 엄마들이 아이를 키우는 모습을 보고, 공동체 생활을 통해 육아·양육·자립과 관련된 여러 가지 정보를 얻는 것이 원가정 양육을 증진하는 중요한 요소로 작용한다는 점이 언급되었다. 실제로 출산 후 입양을 생각하고 있던 산모가 입소 후 마음을 돌려 원가정 양육을 결정하는 경우가 종종 있다. 이와 관련하여 혼자 집에서 아이를 키우면 육아 관련 정보가 부족하고 사회

적으로도 단절될 수 있으나, 입소하여 시설 종사자들로부터 육아의 기술을 하나씩 배우다보면 원가정 양육을 결정하는데 큰 도움이 된다고 한다. 입소시설에서는 비슷한 상황에 처한 엄마들을 만나 공동체를 형성하게 되는데, 이러한 공동체에서 원가정 양육을 위한 심리적·정보적 지지를 제공받을 수 있기 때문에 이 또한 원가정 양육 결정에 도움을 준다. 결과적으로, 원가정 양육 증진의 핵심 요소는 비슷한 상황에 처한 다른 엄마들이 아기를 키우는 모습과 자라나는 아기들의 모습을 보면서 개인적으로 경험하는 여러 가지 감정과 심경의 변화라는 언급이 있었다.

2) 사회적 관계 회복(원가정과의 화해)

원가정 양육을 포기하고 입양을 결정하는 큰 이유 중 하나는 위기임산부의 사회적 관계이다. 위기임신 및 미혼모에 관한 사회적 인식으로 인하여 가족을 포함한 자신의 사회적 지지체계에 본인의 임신을 알릴 수 없어서 입양, 보호출산 등을 결심하게 되는 것이다. 특히 청소년과 20대 위기임산부는 부모님의 영향을 많이 받기 때문에, 용기를 내어 임신 사실을 알리고 부모님과의 소통과 화해가 이루어지면 숙려기간에 입양, 보호출산 등을 철회하고 원가정 양육을 선택하기도 한다. 한편, 기관 입장에서도 청소년 위기임신 지원을 위해서는 보호자의 동의가 필요하기 때문에 원가족과의 소통이 필수적이라는 언급이 있었다.

라. 보호출산 증진요소

제도 성격상 보호출산은 최대한 지양되어야 하는 마지막 선택지임에도 불구하고, 제도의 구조적 문제로 인해 입양보다 보호출산을 선택하게 되는 경우가 있다는 점이 지적되었다. 출산 후 보호출산을 선택할 경우 숙려기간 동안 의료비 지원이 가능하지만, 입양을 결정할 경우 받을 수 있는 의료비 지원 혜택이 없다. 아이를 낳았음에도 양육 의사가 없다는 것이 표현되면 여러 지원에서 제외되기 때문이다. 이

때문에 의료비 지원이 필요한 위기임산부는 입양보다 오히려 보호출산을 선택하게 되는 제도적 한계가 있다.

바. 업무상 어려운 점 및 제도 개선안

위기임신 지원사업 종사자들이 실제 업무를 하면서 느끼는 어려운 점과 고충으로는 (1) 자원 연계 및 사후관리의 어려움 (2) 제도 홍보 미비 (3) 긴급지원의 어려움 등이 언급되었다.

1) 자원 연계 및 사후관리의 어려움

초기상담 후 필요한 자원이 확인되었을 때, 주거·경제·의료 등 영역별로 필요한 자원 및 이를 제공할 수 있는 개별 기관과 연계가 이루어진다. 상담과는 별개로 개별 대상자에게 개별기관 연계가 이루어질 때까지 이를 책임져야 하다보니, 일선에 있는 상담가의 업무량이 과도한 문제가 있다. 이에 더해 자원 연계가 이루어진 이후에도, 영수증 증빙 등 사후관리를 위해 대상자와 연락을 지속해야 한다. 즉 비용 지원을 위한 행정 작업이 많은데, 이것까지 모두 상담기관에서 처리해야 하는 것이다. 이와 관련하여 자원 연계 및 사후관리를 전담하는 총괄 기관 또는 담당자가 상담원과는 별개로 지원될 필요가 있다.

2) 제도 홍보 미비

위기임산부 지원을 위해 행정 지자체와 연계하는 경우가 많은데, 1308 사업과 지정상담기관에 관한 홍보가 잘 이루어지 않아 행정 공무원이 이에 대해 잘 모르는 경우가 많다. 1308 사업이 무엇이고, 지정 상담기관이 어떤 역할을 하고 있는지에 관한 설명을 다 해야 공적 자원이 연계되기 때문에 일선에서 비효율을 초래하고 있다. 관련 행정직·공무원을 대상으로 위기임신 지원사업 및 지정상담기관에 대한 적

극적인 홍보와 교육이 이루어질 필요가 있다.

3) 긴급지원의 어려움

절박하고 긴급한 상황에서 빠르게 지원을 찾을 수 있는 지지체계가 없다는 점이 지적되었다. 지원을 받기 위한 행정 절차가 복잡한데, 임신·출산의 특성상 상황이 긴박하여 이러한 절차를 거쳐 지원을 받는 것이 현실적으로 불가능한 경우가 발생한다. 실제 현장에서는 출산을 위한 긴급 지원이 필요한 상황에서 행정 절차상 지지체계가 없어 종사자의 사비로 해결하는 경우가 있다는 점이 지적되었다.

또한 청소년 위기 임신부가 당장 출산과 수술을 해야 하는데 법적 보호자의 동의가 없어 진행이 안될 경우에 대한 대비책이 필요하다. 보호자의 지지를 받지 못하는 청소년 위기 임신부의 의료적 상황에 대해서는 병원·의료진과 행정체계 간 책임 떠넘기기가 이루어지고 있는 상황이다.

사. 제도의 긍정적 측면

종사자들은 보호출산제 및 위기임신 상담사업 덕분에 음지에 있던 위기임산부들이 지원을 찾아 나오게 되었으며, 더욱 광범위한 지원이 가능해졌다고 보았다. 그동안 숨어 있던 위기임산부들이 도움을 받을 수 있게 되었고, 지원 대상 역시 위기임산부 본인 뿐 아니라 가족, 남편·남자친구까지 확대되었다는 것이다. 제도 도입 초기라서 소통·홍보·실질적 운영 측면에서 여러 가지 시행착오를 겪고 있는 것은 사실이나, 결과적으로는 사각지대 발굴 및 대상자 확대의 측면에서 제도의 긍정적 면이 강조되었다.

2. 종사자 설문조사

가. 개요

다음으로 위기임신 지정상담기관의 종사자를 대상으로 한 설문조사를 진행하였다. 이때 설문지는 보건복지부 위기임신 상담사업 매뉴얼과 함께 앞서 진행한 종사자 자문회의를 바탕으로 도출된 주요 이슈를 중심으로 개발·구성하였다. 설문조사 개요는 아래 <표 5-4>와 같다.

<표 5-4> 종사자 설문조사 개요

구분	내용
설문 기간	2025. 3. 17 ~ 2025. 4. 13.
조사 대상	보건복지부 지정 위기임신 지역상담기관의 기관장 및 종사자
조사 방법	모바일/PC를 이용한 온라인 설문조사
표집 방법	기관장 협조가 이루어진 기관 중심 편의표집
주요 내용	<ul style="list-style-type: none"> · 위기임신 상담사업 운영 실태 · 원가정 양육 증진에 관한 의견 · 양육 결정 시 위기영아·위기임산부의 권리 반영 비중 · 제도 시행이 영아 권리에 미치는 영향 · 영아 권리증진 및 실효성있는 사업 시행을 위한 제도 개선안

나. 응답자 특성

① 지역 및 직급

설문조사 응답자의 지역 및 직급 구성은 아래 <표 5-5>와 같다. 대전, 경기, 강원, 충북, 전남, 제주 등 6개 지역의 지역상담기관에서 설문조사에 참여하였다. 지역별로 살펴보면 충북(25.0%), 경기 및 전남(각 20.8%) 등에서 많은 수가 참여하였다. 직급은 팀원(상담원)이 62.5%로 가장 많았고, 팀장 및 기관장, 상담 외 다른 직무에 종사하는 응답자도 각 12.5%였다.

〈표 5-5〉 설문 응답자의 지역 및 직급 구성

구분		n (%)	구분		n (%)
지역	대전	1 (4.2)	직급	기관장	3 (12.5)
	경기	5 (20.8)		팀장(상담팀장, 선임상담원)	3 (12.5)
	강원	4 (16.7)		팀원(상담원)	15 (62.5)
	충북	6 (25.0)		그 외	3 (12.5)
	전남	5 (20.8)		전체	24 (100.0)
	제주	3 (12.5)			
	합계	24 (100.0)			

② 경력

설문조사 응답자의 경력 및 전문분야는 아래 〈표 5-6〉과 같다. 응답자의 경력은 평균 34.5개월로 약 2년 11개월이었으며, 응답자 간 표준편차가 약 56개월로 편차가 큰 편이었다. 최소값 및 최대값을 살펴본 결과 응답자의 경력은 최소 1개월부터 최대 184개월(약 15년)까지 다양한 것으로 나타났다. 한편 응답자가 제시한 본인의 전문분야를 살펴본 결과, 대다수(79.2%)의 응답자가 본인의 전문분야로 ‘미혼모, 위기임산부’를 꼽았다. 다음으로 약 37.5%의 응답자가 ‘아동, 청소년’을 제시하였다. 반면 전문분야로 ‘장애인, 특수아’(8.3%), ‘가족해체, 위기’(8.3%)등을 제시한 응답자가 가장 적었다. 그 외 응답으로는 ‘한부모(미혼모부)’, ‘아동학대’, ‘노인’ 등이 있었다.

〈표 5-6〉 설문 응답자의 경력 및 전문분야

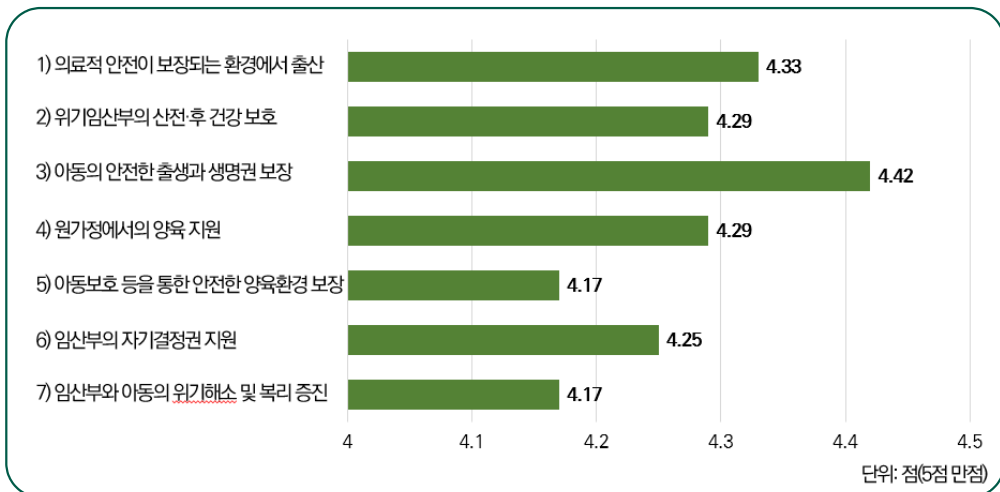
구분	평균	표준편차	구분	n (%)	
경력 (개월)	34.5	55.8	전문분야*	미혼모, 위기임산부	19 (79.2)
				가족해체, 위기	2 (8.3)
				아동, 청소년	9 (37.5)
				장애인, 특수아	2 (8.3)
				그 외	4 (16.7)

*주: 복수응답 가능

다. 주요 결과

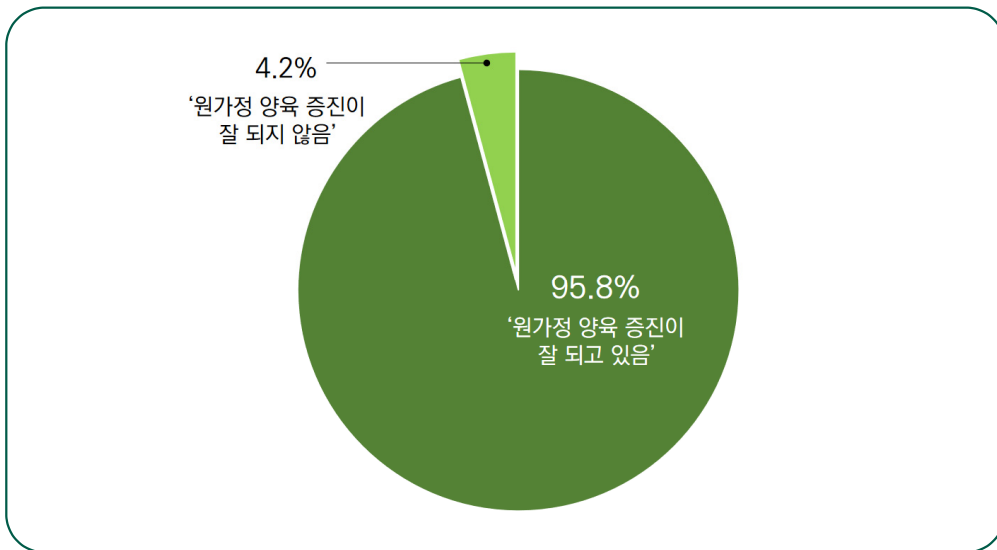
① 위기임신 상담

위기임신 상담 매뉴얼에서 제시하는 위기임신 상담의 주요 목표를 달성하고 있는지에 관한 종사자들의 응답은 [그림 5-1]과 같다. 종사자들은 7개 위기임신 상담 목표의 달성 정도를 모두 4점(‘비교적 잘 달성하고 있음’) 이상으로 응답하였음. 가장 점수가 높은 항목은 ‘아동의 안전한 출생과 생명권 보장’(4.42점)이었으며, 다음은 ‘의료적 안전이 보장되는 환경에서 출산’(4.33점)이라고 하여 특히 위기임산부와 영아가 의료적으로 안전한 환경에서 출산을 경험하도록 하는 제도의 효과가 강조되었다. 한편 가장 점수가 낮게 나타난 항목은 ‘아동보호를 통한 안전한 양육환경 보장’(4.17점)이었다.

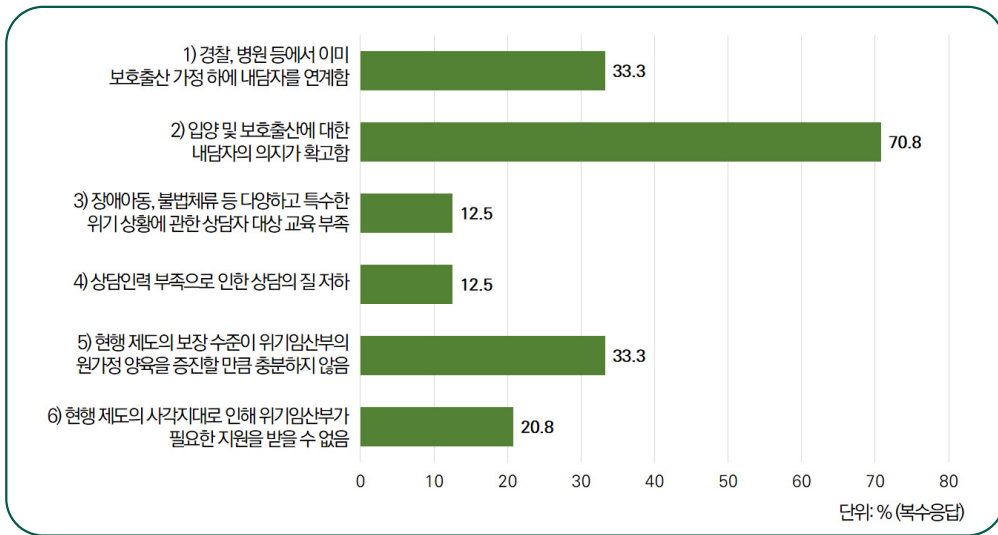


[그림 5-1] 위기임신 상담의 주요 목표 달성 정도

다음으로, 위기임신 상담사업이 원가정 양육 증진이라는 소기의 목표를 잘 달성하고 있는지와 그렇지 않은 경우 이유를 살펴보았다. 그 결과, [그림 5-2]와 같이 대부분의 응답자(95.8%)가 위기임신 상담사업을 통해 원가정 양육 증진이 잘 되고 있다고 응답하였다. 만약 원가정 양육 증진이 잘 되지 않는 경우, 그 이유로 가장 많이 꼽은 항목은 ‘입양 및 보호출산에 대한 내담자의 의지가 확고함’(70.8%)이었으며, 다음으로 높은 항목은 ‘경찰, 병원 등에서 이미 보호출산 가정 하에 내담자를 연계함’(33.3%), ‘현행 제도의 보장 수준이 위기임산부의 원가정 양육을 증진할 만큼 충분하지 않음’(33.3%) 등으로 나타났다([그림 5-3] 참조). 한편, ‘다양하고 특수한 위기상황에 대한 상담자 대상 교육 부족’ 및 ‘상담인력 부족으로 인한 상담의 질 저하’ 등은 각각 12.5%로 가장 낮은 응답 빈도를 나타냈다.



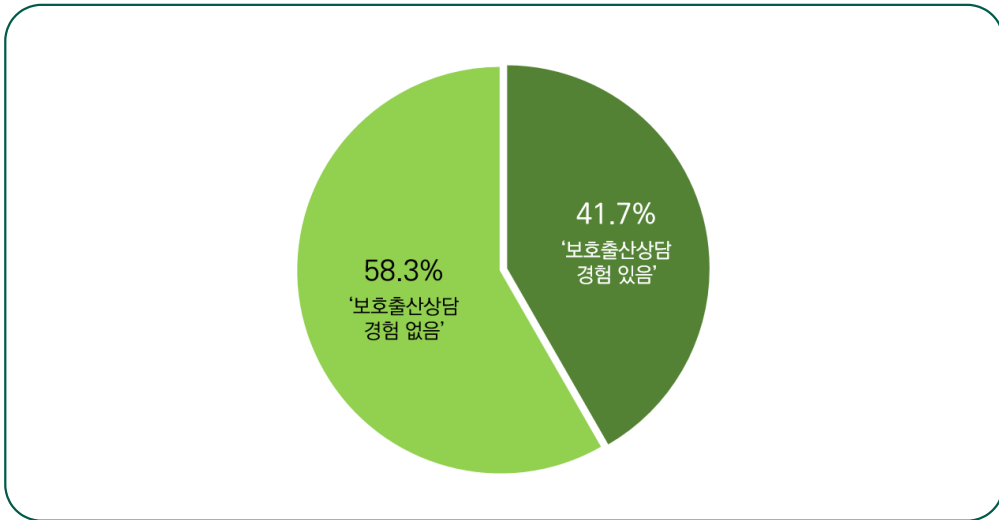
[그림 5-2] 원가정 양육 증진이 잘 되고 있는지 여부



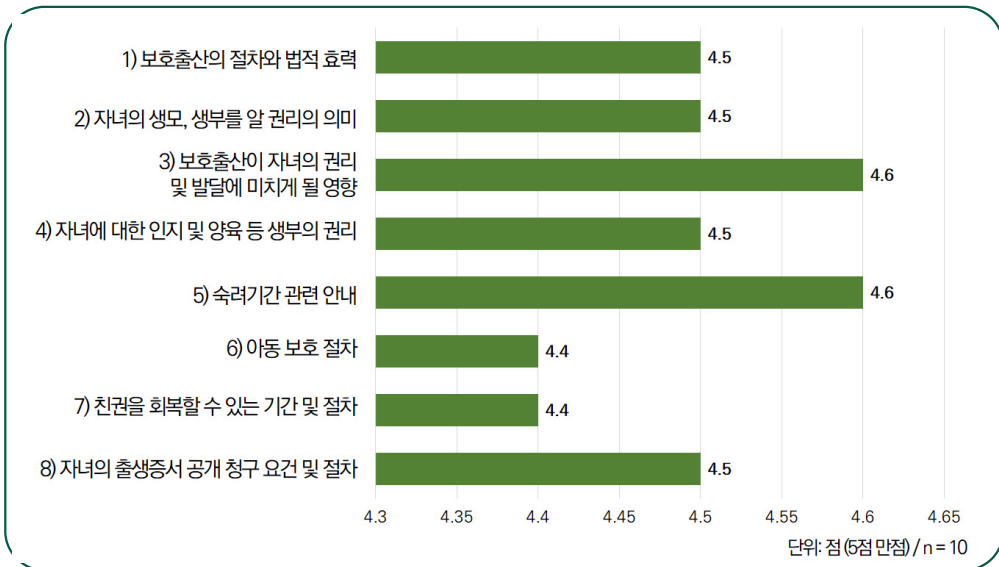
[그림 5-3] 원가정 양육 증진이 잘 되지 않는 경우 그 이유

② 보호출산상담

보호출산 상담을 진행한 경험이 있는지 여부를 조사한 결과, 약 41.7%의 응답자가 경험이 있는 것으로 나타났다([그림 5-4] 참조). 보호출산상담 경험이 있는 종사자를 대상으로 보호출산 상담이 얼마나 주요 내용을 잘 전달하고 있는지를 5점 척도로 조사한 결과는 [그림 5-5]와 같다. 전반적으로 모든 주요 항목이 4.4점 이상으로 '비교적 잘 전달되고 있음' 이상인 것으로 나타났다. 그 중에서도 '보호출산이 자녀의 권리 및 발달에 미치게 될 영향'(4.6점), '숙려기간 관련 안내'(4.6점) 등 자녀의 권리, 보호출산 선택을 철회할 수 있는 기간과 관련된 항목의 점수가 높게 나타났다. 한편 가장 점수가 낮게 나타난 것은 '아동 보호 절차'(4.4점) 및 '친권을 회복할 수 있는 기간 및 절차'(4.4점) 등으로, 주로 보호출산을 확정된 이후의 구체적인 과정에 관한 항목이었다.



[그림 5-4] 보호출산상담 경험 여부

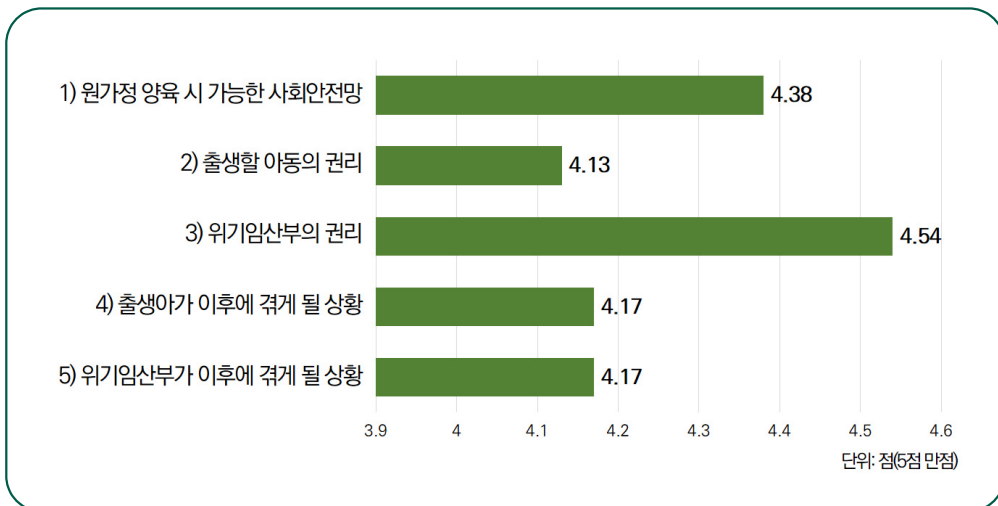


[그림 5-5] 보호출산상담시 주요 내용이 잘 전달되는 정도

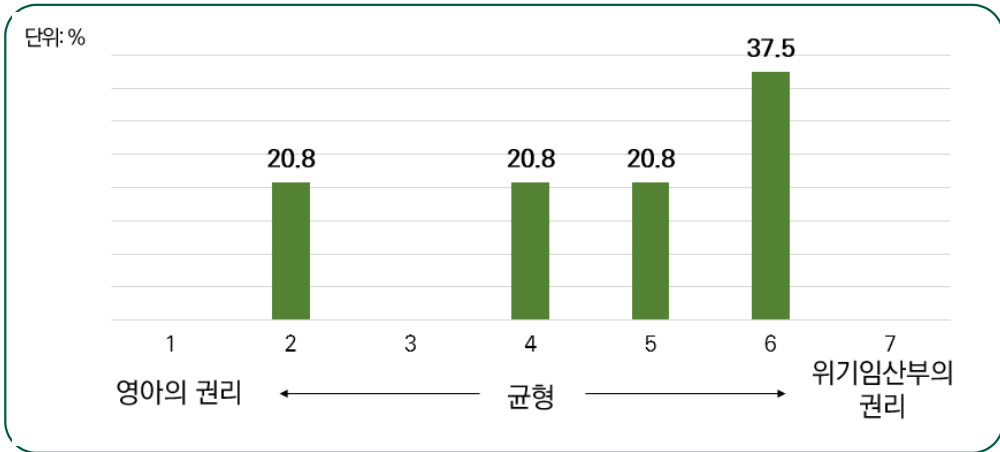
③ 위기임산부와 영아의 상대적 권리

위기임신상담을 받은 내담자의 최종 양육 결정에 각 정보가 얼마나 고려되는지를 살펴본 결과는 [그림 5-6]과 같다. 전반적으로 모든 항목이 4점 ‘고려됨’ 이상인 것으로 나타났다. 항목별로 살펴보면, 위기임산부의 최종 양육 결정에 가장 잘 고려되는 항목은 ‘위기임산부의 권리’(4.54점)인 반면, ‘출생할 아동의 권리’(4.13점)는 가장 낮게 고려되고 있는 것으로 나타났다.

최종 양육 결정 시 모와 자의 권리가 반영되는 비중에 관한 응답은 [그림 5-7]과 같다. 영아의 권리와 위기임산부의 권리가 균형있게 반영된다는 응답은 20.8%였다. 한편 영아의 권리가 더 우선적으로 반영된다는 응답은 20.8%였으나, 위기임산부의 권리가 더 비중있게 반영된다는 응답은 5점(20.8%), 6점(37.5%) 등 58.3%로 과반을 차지하였다. 해당 척도에서 응답의 평균값은 4.54점(표준편차 1.53)이었다.



[그림 5-6] 최종 양육 결정시 각 정보가 고려되는 정도

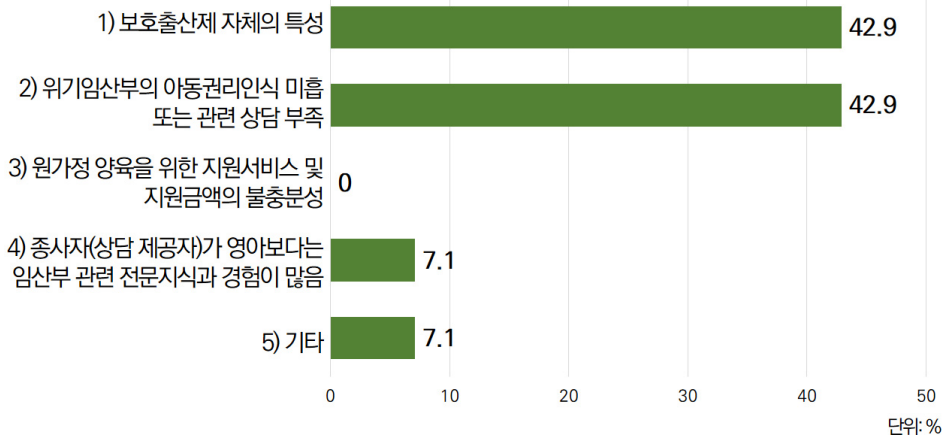


[그림 5-7] 최종 양육 결정시 모와 자의 권리가 고려되는 정도

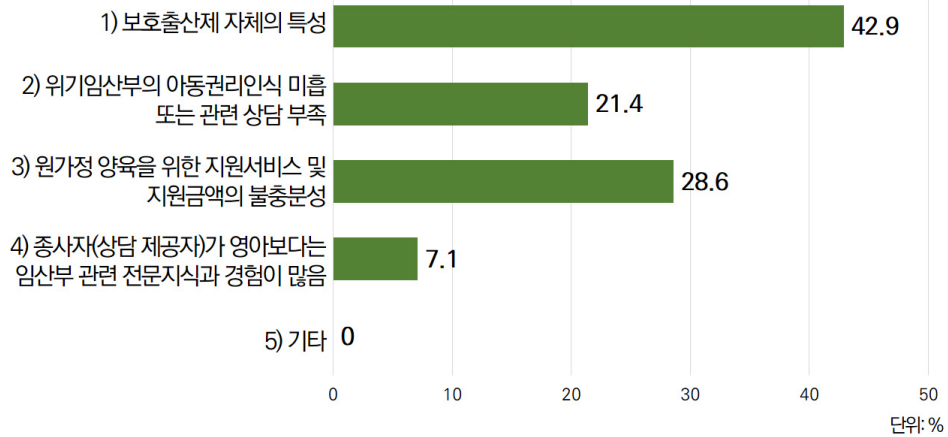
위 문항에서 위기임산부의 권리가 더 비중있게 반영된다고 응답한 58.3%의 응답자를 대상으로, 영아의 권리가 더 낮은 비중으로 반영되는 이유 1, 2순위를 살펴본 결과는 [그림 5-8]과 같다. 1순위 응답으로 가장 많은 응답이 나타난 항목은 ‘보호출산제 자체의 특성’(42.9%) 및 ‘위기임산부의 아동권리인식 미흡 또는 관련 상담 부족’(42.9%)인 것으로 나타났다. 한편, ‘종사자(상담 제공자)가 영아보다는 임신부 관련 전문지식과 경험이 많음’이라는 응답도 소수(7.1%) 있었다. 기타 응답으로는 ‘위기임산부의 환경’이 있었다. 2순위 응답으로 가장 많은 응답이 나타난 항목은 1순위와 마찬가지로 ‘보호출산제 자체의 특성’(42.9%)이었으며, 두 번째로 응답이 많은 항목은 ‘원가정 양육을 위한 지원서비스 및 지원금액의 불충분성’(28.6%)이었다.

위기임신 지원사업에서 임신부와 영아의 균형있는 권리 반영을 위한 제도 개선책 1, 2순위에 관한 종사자 의견을 조사한 결과는 [그림 5-9]와 같다. 1순위 응답으로 가장 많은 응답이 나타난 항목은 ‘원가정 양육을 위한 지원서비스 및 지원금

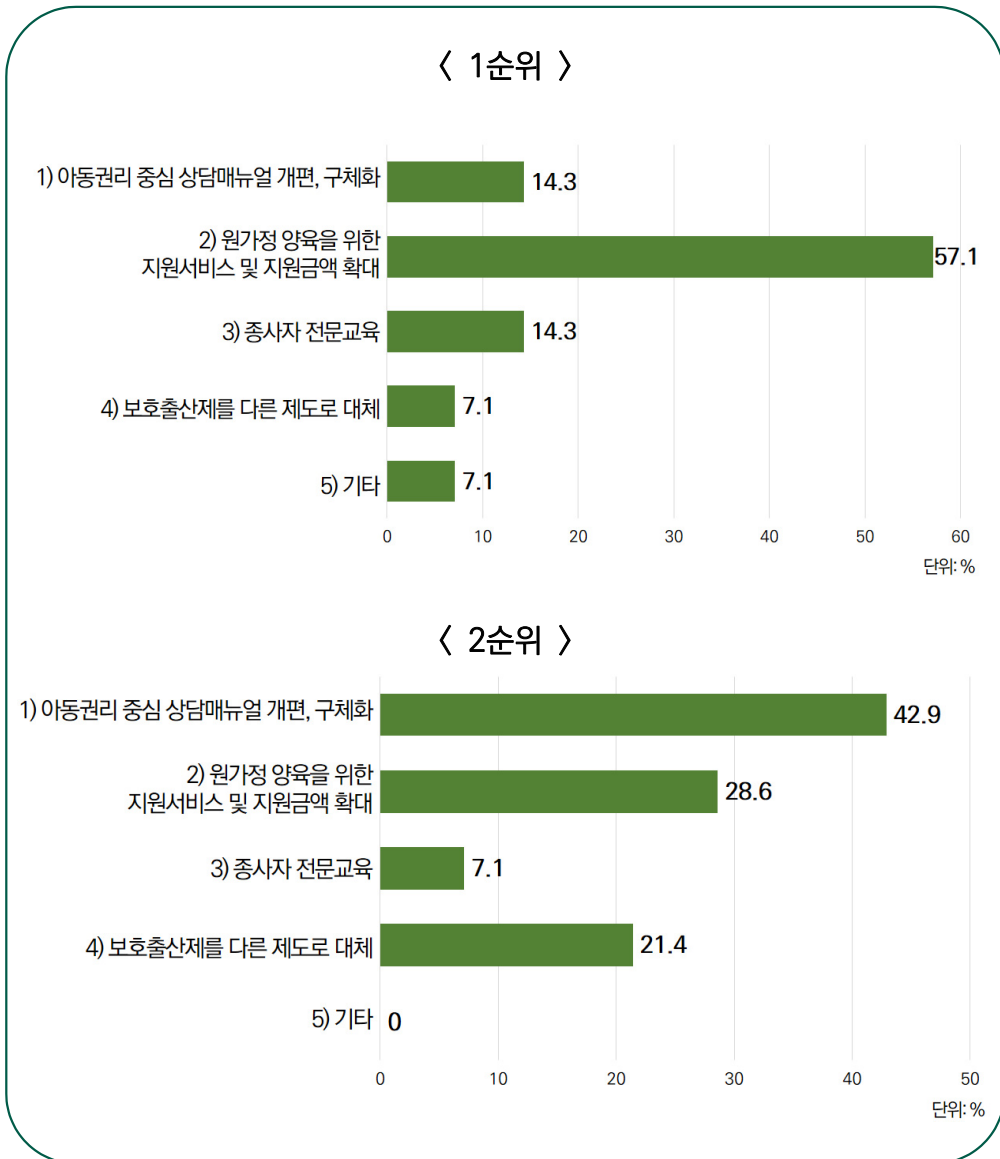
〈 1순위 〉



〈 2순위 〉



[그림 5-8] 최종 양육 결정시 임산부보다 영아의 권리가 더 낮게 반영되는 이유



[그림 5-9] 임신부와 영아의 균형있는 권리 반영을 위한 제도 개선책

액 확대’(57.1%)인 것으로 나타났으며, 그 다음이 ‘아동권리 중심 상담매뉴얼 개편, 구체화’(14.3%), ‘종사자 전문교육’(14.3%)이었다. 한편 기타 응답으로는 ‘의무 숙려기간 확대’가 있었다. 2순위 응답으로 가장 많은 응답이 나타난 항목은 ‘아동권리 중심 상담매뉴얼 개편, 구체화’(42.9%) 였으며 그 다음은 ‘원가정 양육을 위한 지원서비스 및 지원금액 확대’(28.6%)였다.

④ 영아 권리 일반

출생통보제, 보호출산제 및 위기임신 상담사업이 영아의 각 권리에 미치는 영향에 대한 종사자들의 의견을 살펴본 결과는 [표 5-7]과 같다. 전반적으로 세 가지 제도가 영아 권리에 미치는 영향에 대한 평균 점수는 4.10점으로, ‘이전에 비해 조금 신장됨’ 수준인 것으로 나타났다.

제도별로 살펴보면, 출생통보제가 영아의 권리에 미치는 영향에 대한 평균 점수는 4.03으로 ‘이전에 비해 조금 신장됨’ 수준인 것으로 나타났다. 가장 점수가 높은 권리 항목은 ‘영양·건강·의료적 지원’(4.13), ‘유해한 환경으로부터의 보호’(4.13), ‘아동 최선의 이익’(4.13) 등이었다. 가장 점수가 낮은 항목은 ‘차별로부터의 보호’(3.78), ‘주양육자와의 지속적 애착’(3.78)이었다. 출생통보제 제도 도입 이후 영아의 권리가 악화되었다는 응답은 ‘차별로부터의 보호’(8.7%) 및 ‘아동 최선의 이익’(8.7%) 측면에서 가장 많이 나타났다.

보호출산제가 영아의 권리에 미치는 영향에 대한 평균 점수는 4.02점으로 ‘이전에 비해 조금 신장됨’ 수준인 것으로 나타났다. 가장 점수가 높은 권리 항목은 ‘깨끗하고 안전한 환경’(4.30), ‘유해한 환경으로부터의 보호’(4.30) 등이었다. 가장 점수가 낮은 권리 항목은 ‘주양육자의 지속적 애착’(3.35) 이었다. 보호출산제 제도 도입 이후 영아의 권리가 악화되었다는 응답은 ‘주양육자와의 지속적 애착’(17.3%)에서 가장 높게 나타났다.

〈표 5-7〉 출생통보제·보호출산제·위기임신 상담사업이 영아의 권리에 미치는 영향

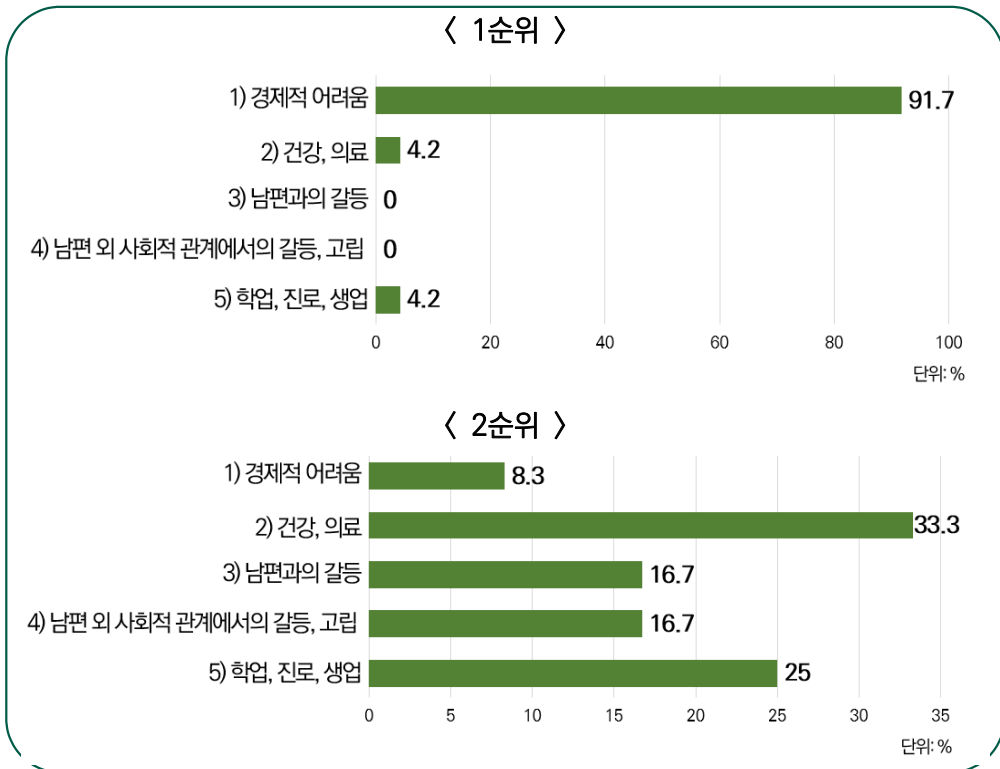
제도	영아의 권리	N(%)					평균 (점)
		이전에 비해 매우 악화됨(1)	이전에 비해 조금 악화됨(2)	영향 없음 (3)	이전에 비해 조금 신장됨(4)	이전에 비해 매우 신장됨(5)	
출생 통보 제	1) 영양·건강·의료적 지원	0 (.0)	1 (4.3)	4 (17.4)	9 (39.1)	9 (39.1)	4.13
	2) 깨끗하고 안전한 환경	0 (.0)	0 (.0)	4 (17.4)	13 (56.5)	6 (26.1)	4.09
	3) 학대·방임으로부터의 보호	0 (.0)	0 (.0)	1 (4.3)	16 (69.6)	6 (26.1)	4.22
	4) 유해한 환경으로부터의 보호	0 (.0)	0 (.0)	4 (17.4)	12 (52.2)	7 (30.4)	4.13
	5) 차별로부터의 보호	0 (.0)	2 (8.7)	5 (21.7)	12 (52.2)	4 (17.4)	3.78
	6) 발달에 적합한 자원 교육	0 (.0)	1 (4.3)	4 (17.4)	13 (56.5)	5 (21.7)	3.96
	7) 주양육자와의 지속적 애착	0 (.0)	1 (4.3)	7 (30.4)	11 (47.8)	4 (17.4)	3.78
	8) 아동 최선의 이익	0 (.0)	2 (8.7)	2 (8.7)	10 (43.5)	9 (39.1)	4.13
출생통보제 전체						4.03	
보호 출산 제	1) 영양·건강·의료적 지원	0 (.0)	1 (4.3)	1 (4.3)	13 (56.5)	8 (34.8)	4.22
	2) 깨끗하고 안전한 환경	0 (.0)	0 (.0)	2 (8.7)	12 (52.2)	9 (39.1)	4.30
	3) 학대·방임으로부터의 보호	0 (.0)	1 (4.3)	1 (4.3)	13 (56.5)	8 (34.8)	4.22
	4) 유해한 환경으로부터의 보호	0 (.0)	0 (.0)	3 (13.0)	10 (43.5)	10 (43.5)	4.30
	5) 차별로부터의 보호	0 (.0)	2 (8.7)	7 (30.4)	7 (30.4)	7 (30.4)	3.83
	6) 발달에 적합한 자원 교육	0 (.0)	2 (8.7)	4 (17.4)	12 (52.2)	5 (21.7)	3.87
	7) 주양육자와의 지속적 애착	1 (4.3)	3 (13.0)	9 (39.1)	7 (30.4)	3 (13.0)	3.35
	8) 아동 최선의 이익	0 (.0)	1 (4.3)	3 (13.0)	13 (56.5)	6 (26.1)	4.04
보호출산제 전체						4.02	
위기 임신 상담 사업	1) 영양·건강·의료적 지원	0 (.0)	1 (4.3)	0 (.0)	12 (52.2)	10 (43.5)	4.35
	2) 깨끗하고 안전한 환경	0 (.0)	0 (.0)	2 (8.7)	12 (52.2)	9 (39.1)	4.30
	3) 학대·방임으로부터의 보호	0 (.0)	0 (.0)	2 (8.7)	13 (56.5)	8 (34.8)	4.26
	4) 유해한 환경으로부터의 보호	0 (.0)	0 (.0)	1 (4.3)	13 (56.5)	9 (39.1)	4.35
	5) 차별로부터의 보호	0 (.0)	0 (.0)	3 (13.0)	13 (56.5)	7 (30.4)	4.17
	6) 발달에 적합한 자원 교육	0 (.0)	1 (4.3)	3 (13.0)	12 (52.2)	7 (30.4)	4.09
	7) 주양육자와의 지속적 애착	0 (.0)	0 (.0)	4 (17.4)	11 (47.8)	8 (34.8)	4.17
	8) 아동 최선의 이익	0 (.0)	0 (.0)	2 (8.7)	13 (56.5)	8 (34.8)	4.26
위기임신 상담사업 전체						4.24	
전체						4.10	

위기임신 상담사업이 영아의 권리에 미치는 영향에 대한 평균 점수는 4.24점으로 ‘이전에 비해 조금 신장됨’~‘이전에 비해 매우 신장됨’ 수준인 것으로 나타났다. 가장 점수가 높은 권리 항목은 ‘영양·건강·의료적 지원’(4.35) 및 ‘유해한 환경으로부터의 보호’(4.35)인 것으로 나타났다. 한편 점수가 가장 낮은 권리 항목은 ‘발달에 적합한 지원·교육’(4.09)이었다. 제도 도입 이후 영아의 권리가 악화되었다는 응답은 매우 드물었으나, ‘영양·건강·의료적 지원’(4.3%) 및 ‘발달에 적합한 지원·교육’(4.3%) 항목에서 나타났다.

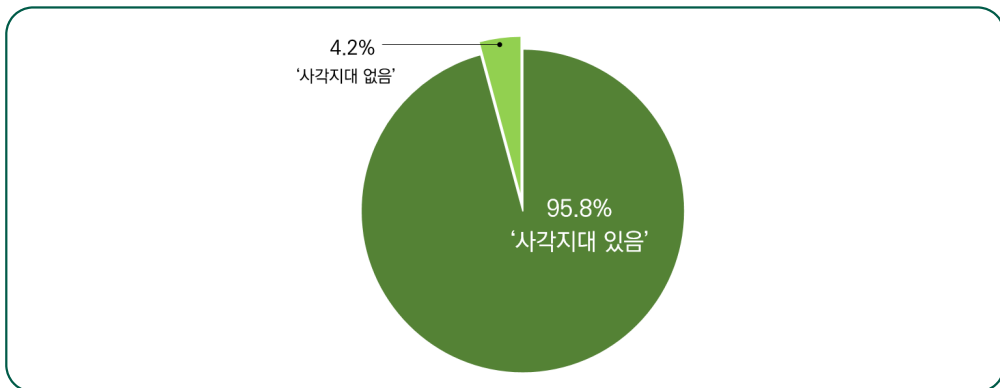
⑤ 대상자의 정책욕구 및 사각지대

위기임신 및 보호출산 지원사업의 대상자가 호소하는 주요 어려움 1, 2순위를 조사한 결과는 [그림 5-10]과 같다. 대부분의 응답자는 1순위 어려움으로 ‘경제적 어려움’(91.7%)을 꼽았다. 그 외 ‘건강, 의료’(4.2%), ‘학업, 진로, 생업’(4.2%)라는 응답이 있었으나 경제적 어려움이라는 응답이 대부분을 차지하였다. 2순위 어려움으로 가장 많은 응답이 나타난 것은 ‘건강, 의료’(33.3%)였으며 그 다음이 ‘학업, 진로, 생업’(25.0%)이었다. ‘남편과의 갈등’ 및 ‘남편 외 사회적 관계에서의 갈등, 고립’은 각각 16.7%로 나타났다.

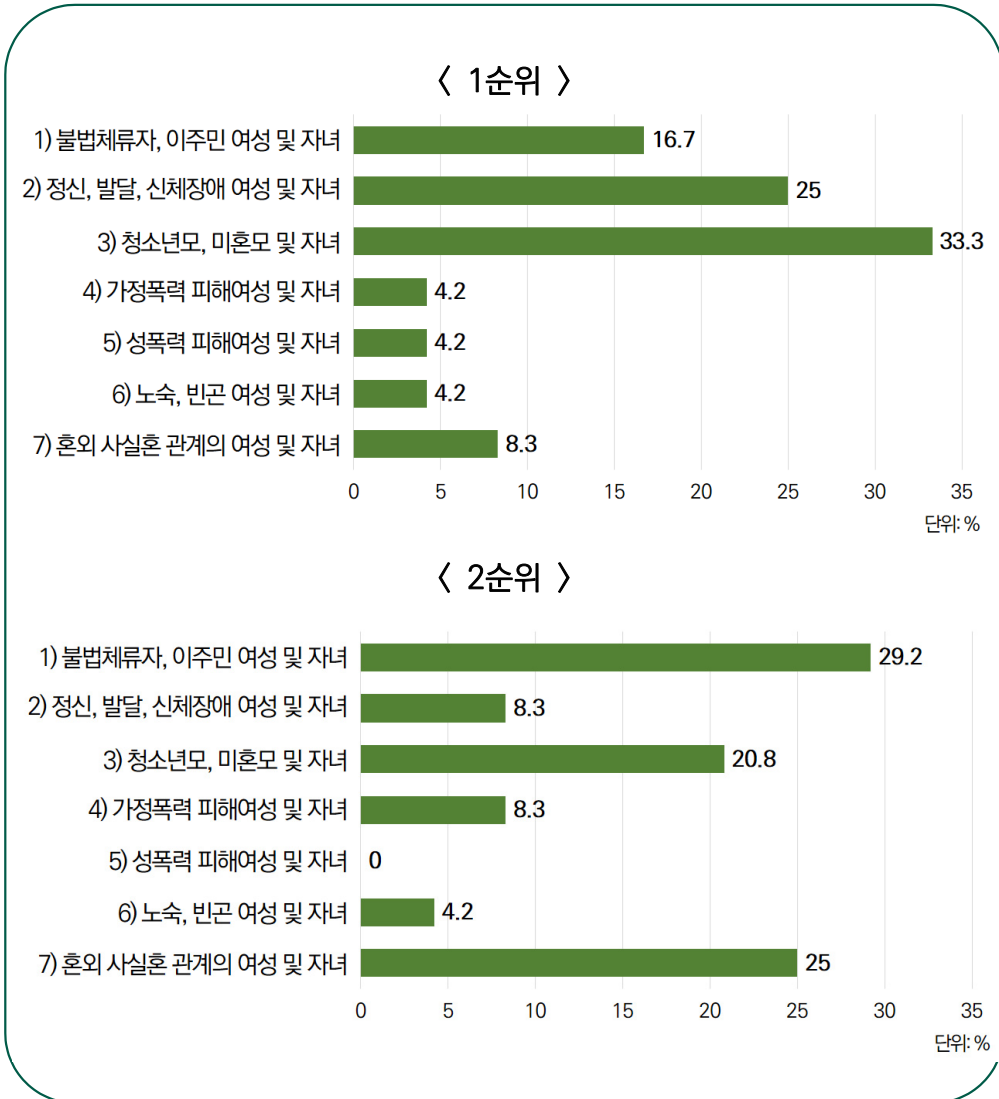
다음으로 위기영아·위기임산부의 제도상 사각지대가 있는지, 있다면 주로 어떤 대상자가 사각지대에 해당하는지 종사자의 의견을 살펴보았다. 분석 결과 [그림 5-11]과 같이, 대부분(95.8%)의 응답자가 사각지대가 있다고 응답하였다. 사각지대가 있다고 응답한 경우, 사각지대 1, 2순위를 살펴본 결과는 [그림 5-12]와 같다. 먼저 1순위 응답으로는 ‘청소년모, 미혼모 및 자녀’(33.3%)가 가장 많았으며 다음으로 ‘정신, 발달, 신체장애 여성 및 자녀’(25.0%)라는 응답이 많았다. 한편, 2순위 사각지대로는 ‘불법체류자, 이주민 여성 및 자녀’(29.2%)라는 응답이 가장 많았으며 다음이 ‘혼외 사실혼 관계의 여성 및 자녀’(25.0%)인 것으로 나타났다.



[그림 5-10] 위기 임신부가 호소하는 주요 어려움



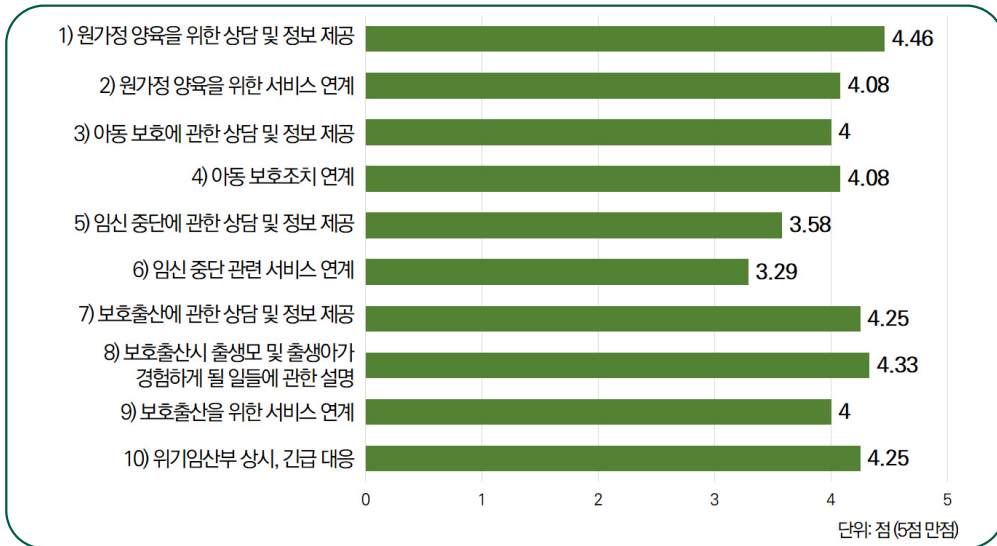
[그림 5-11] 위기영아·임산부 사각지대 존재 여부



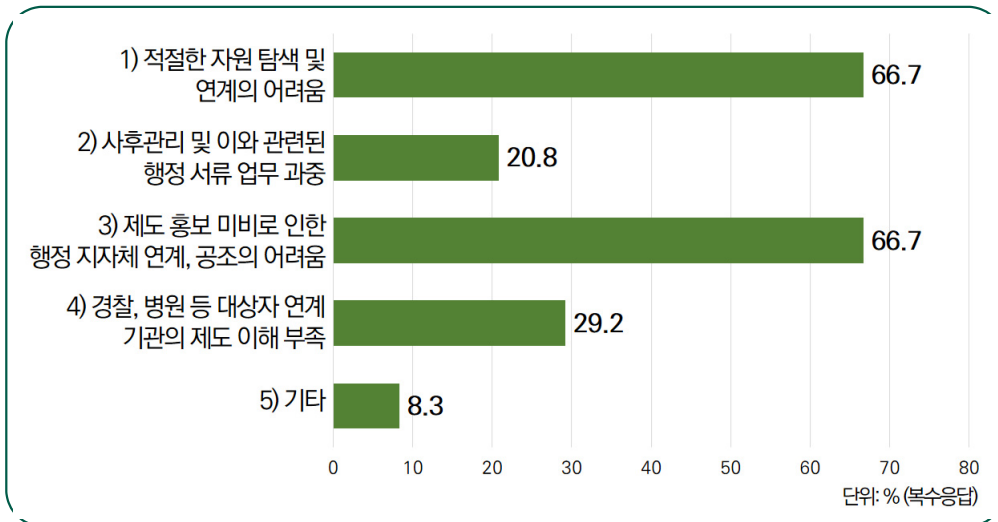
[그림 5-12] 위기영아·위기임산부 사각지대 1, 2순위

⑤ 위기임신 및 보호출산 지원사업 일반

위기임신 및 보호출산 지원 사업 전반적으로 각 사업 세부내용이 얼마나 충분히 이루어지고 있는지를 조사한 결과는 [그림 5-13]과 같다. 대부분의 사업 세부 내용에서 ‘충분함’(4) 이상의 평균 점수가 나타났으나, 임신 중단에 관한 내용은 예외적으로 ‘보통’(3) ~ ‘충분함’(4) 사이 점수가 나타났다. 구체적으로, ‘임신 중단 관련 서비스 연계’(3.29점)의 점수가 가장 낮았으며, 다음으로 ‘임신 중단에 관한 상담 및 정보 제공’(3.58점)이 낮았다. 한편 점수가 가장 높게 나타난 항목은 ‘원가정 양육을 위한 상담 및 정보 제공’(4.46점)이었다. 한편 두 번째로 점수가 높은 항목은 ‘보호출산시 출생모 및 출생아가 경험하게 될 일들에 관한 설명’(4.33점), 세 번째로 점수가 높은 항목은 ‘보호출산에 관한 상담 및 정보 제공’(4.25점) 및 ‘위기임산부 상시, 긴급 대응’(4.25점)이었다.



[그림 5-13] 위기임신 지원사업 세부내용이 충분히 이루어지는 정도

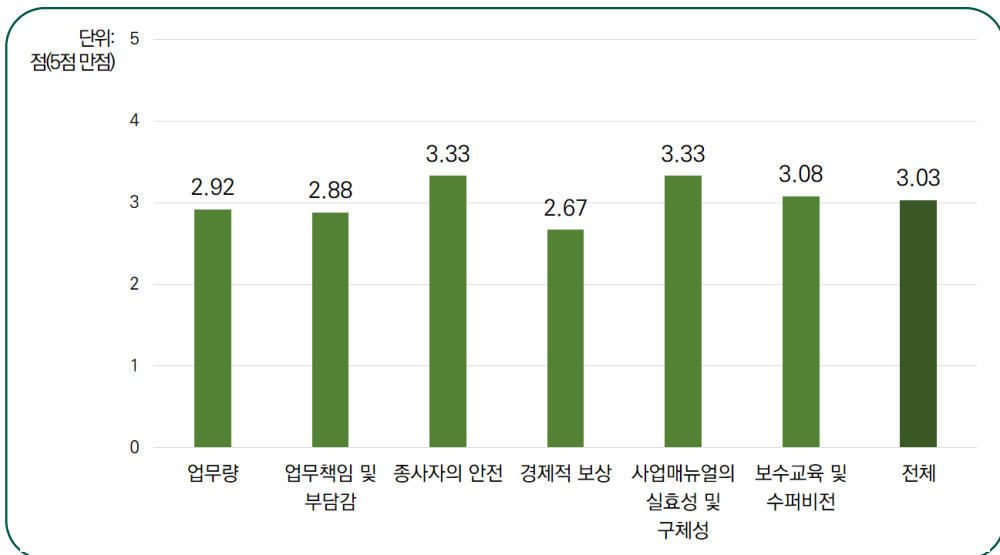


[그림 5-14] 사업 진행 시 경험한 가장 큰 어려움

위기임신 및 보호출산 지원사업을 진행하면서 경험한 가장 큰 어려움을 조사한 결과는 위 [그림 5-14]와 같다. 응답자의 66.7%가 ‘적절한 자원 탐색 및 연계의 어려움’과 ‘제도 홍보 미비로 인한 행정 지자체 연계, 공조의 어려움’을 가장 큰 어려움으로 경험하였다. 다음으로 ‘경찰, 병원 등 대상자 연계 기관의 제도 이해 부족’(29.2%), ‘사후관리 및 이와 관련된 행정 서류 업무 과중’(20.8%)이라는 응답이 뒤를 이었다. 기타 응답으로는 ‘인건비 부족’, ‘권역이 넓고 거리가 멀어 방문 상담이 어려움’ 등이 있었다.

다음으로 위기임신 및 보호출산 지원사업과 관련하여 근무 만족도를 조사하였다(그림 [5-15]). 전체적인 근무 만족도는 평균 3.03점으로, ‘보통’(3) 수준인 것으로 나타났다. 한편 점수가 가장 낮은 항목은 ‘경제적 보상’(2.67점)으로, 당직비, 시간 외 수당 등 경제적 보상 측면에서 종사자들은 ‘불만족’(2) ~ ‘보통’(3) 수준의 만족도를 경험하고 있었다. 그 외에도 ‘업무량’(2.92점), ‘업무책임 및 부담감’(2.88점)

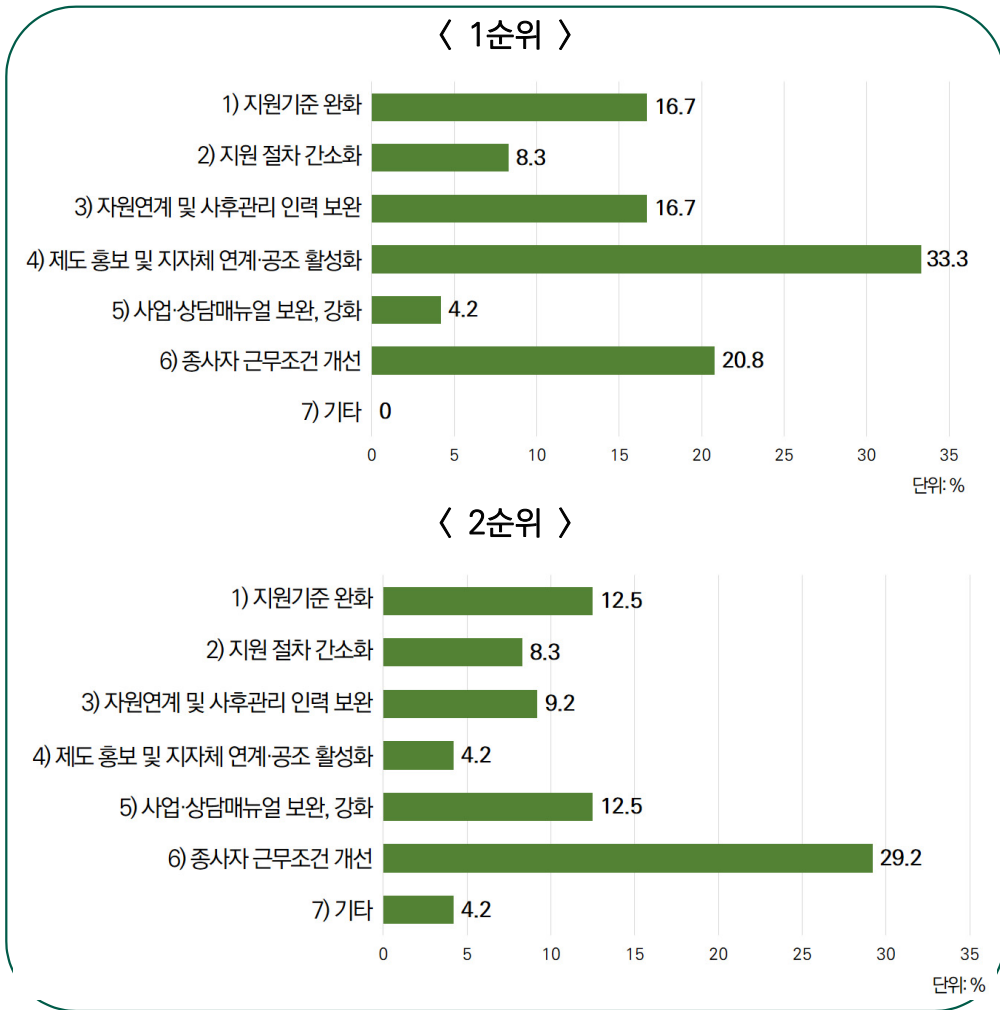
측면에서 보통(3) 이하의 만족도를 나타내었다. 한편 비교적 만족도가 높게 나타난 항목은 ‘종사자의 안전’(3.33점) 및 ‘사업매뉴얼의 실효성 및 구체성’(3.33점) 이었다. 그러나 이들 항목도 평균 점수가 ‘만족’(4) 이하인 것으로 나타나, 전반적으로 종사자의 근무만족도가 낮은 편이었다.



[그림 5-15] 위기임신 및 보호출산 지원사업 관련 근무 만족도

위기임신 및 보호출산 지원사업의 제도 개선사항 1, 2순위에 관한 종사자의 의견을 살펴본 결과는 [그림 5-16]과 같다. 1순위 응답으로는 ‘제도의 적극적 홍보를 통한 지자체 연계·공조 활성화’(33.3%)가 가장 많았으며, 다음이 ‘종사자 근무조건 개선’(20.8%), ‘연령, 소득, 중복지원 등에서 지원기준 완화’(16.7%) 및 ‘자원연계 및 사후관리 관련 조직, 인력 보완’(16.7%) 였다. 한편 2순위 응답으로는 ‘종사자 근무조건 개선’(29.2%)이라는 응답이 가장 많았으며, 다음이 ‘지원기준 완화’(12.5%), ‘사업·상담 매뉴얼 보완, 강화’(12.5%)였다. 기타 응답으로는 ‘재화 직

접 지원'이 있었다.



[그림 5-16] 제도 개선사항 1, 2순위

마지막으로, 기타 위기임신 및 보호출산 지원사업 관련 의견을 개방형으로 조사한 결과는 아래 [표 5-8]과 같다. 개방형 의견은 크게 임신부 의료비 지원, 종사자

처우개선 및 인력 충원, 종사자 교육, 기타 의견으로 범주화되었다. 의료비 지원과 관련해서는 기존의 보편적 지원 외에 의료비 부족분에 대한 추가 지원금이 필요하다는 점과 산후조리 비용 지원이 필요하다는 점이 지적되었다. 특히 보호출산 신청 여부와 무관하게 원가정 양육을 결정한 임신부를 포함하여 모든 위기임산부에게 의료비와 출산비용을 직접 지원해주어야 한다는 점이 강조되었다.

종사자 처우개선 및 인력충원과 관련하여, 담당 권역이 넓고 대상자 특성상 차량 동행을 해야 하는 경우가 많으며, 24시간 상담 운영이라는 직무 특성상 밤샘근무를 해야 하는 것에 비해 담당자의 수가 턱없이 적어 인력충원이 절실하다는 점이 강조되었다. 또한 처우개선비, 당직수당 도입도 제안되었다.

종사자 교육과 관련하여 종사자 보수교육 및 전문 심화교육이 정기적으로 이루어져야할 뿐 아니라, 관련 기관에 대해서도 제도에 관한 교육이 진행되어야 한다는 언급이 있었다. 한편 영아 권리 측면에서 입양이나 시설로 보내는 선택지가 있음에도 불구하고 단순한 임신부의 편의를 위해 보호출산제를 선택하고자 하는 경우 직업적 딜레마를 느낀다는 응답이 있었다.

기타 의견으로는 젊은 가임기 여성을 대상으로 한 제도 홍보가 필요하다는 점, 임신한 기혼녀가 남편과 갈등을 겪을 경우 제도의 사각지대가 된다는 점, 미혼모 수급자 외에도 출산지원시설을 이용할 수 있어야 한다는 점 등이 제시되었다.

〈표 5-8〉 종사자 설문조사 기타의견

주제	내용
의료비 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 보호출산제 도입 이후 보호출산을 신청하지 않은 위기임산부에게 직접 의료비 지원이 되지 않는 점이 업무처리에 매우 어려움을 가져옴. 다수 위기임산부는 경제적 어려움으로 인해 임신 갈등을 겪으므로 의료비 지원이 필요하다고 생각함 • 의료비 지원 증액과 출산 후 산후조리 비용 지원이 필요함 • 보호출산, 위기임산부, 원가정양육 임신부의 의료비와 출산비용을 직접적으로 지원해주어야 함 • 국민행복카드, 선불카드 외 안전한 출산을 위한 의료비 지원이 필요함 • 위기임산부 산전/출산비 부족분에 대한 지원금 필요
종사자 처우개선 및 인력충원	<ul style="list-style-type: none"> • 24시간 상담으로 인한 인력 충원 필요 • 사후관리 인력을 확보해야 함 • 지방은 사업 권역이 넓은데 비해 전담 2명, 겸직 2명의 인력뿐임. 겸직상담원 또한 본업이 있기에 전담 2명이 당직과 출장으로 모든 업무를 하고 있어 업무 과중의 어려움이 있음 • 종사자 처우개선비, 당직수당 도입 필요 • 종사자 대상 처우 개선이 매우 필요함 • 지역 범위가 넓고 위기임산부 차량 동행이 이루어질 때가 많아 종사자 처우개선이 절실히 필요 • 24시간 운영체제이나 인원이 부족해 순번제로 밤샘 근무와 야간 연장근무 등 출퇴근 시간이 불규칙해 상담사에게 무리가 가고 건강 문제가 생기고 있음. 상담사 건강과 복지 차원에서 인원 확충이 절대적으로 필요함
종사자 교육	<ul style="list-style-type: none"> • 제도에 관한 관련기관 교육 및 종사자 보수교육 필요 • 종사자 전문 심화교육이 정기적으로 이루어질 필요 있음 • 관련기관 업무 담당자 교육을 강화해야 함
영아 권리	<ul style="list-style-type: none"> • 보호출산제도를 알게된 후 합법한 절차를 거쳐 입양기관이나 아동양육시설로 보낼 수 있음에도 쉬운 방법으로 아이를 보내려고 하는 내담자들이 있어 딜레마에 빠질 때가 있음
기타	<ul style="list-style-type: none"> • 홍보가 필요함. 젊은 가임기 여성을 타겟으로 한 유튜브 광고 등 중앙차원의 홍보가 필요함 • 1. 구체적인 지침서가 필요함 2. 위기임산부에 대한 예산 지원 3. 직원의 전문성 향상을 위한 교육과 인건비 향상 4. 위기임산부 지원체계의 간소화 • 보호출산이 아동 권리보다는 임신부 권리에 대하여 악용되는 사례가 더 많음. 기혼녀가 임신하고 남편과 갈등이 있는 경우 위기 사각지대임. 출산지원시설은 미혼모 수급자가 아니면 들어가기 어려움. • 조금 더 세심하고 폭넓은 임신부 지원이 필요함

라. 시사점

종사자 설문조사 결과 나타난 주요 시사점을 정리하면 다음과 같다. 먼저 위기 임신부와 영아의 권리와 관련하여, 위기 임신부의 최종 양육 결정에는 임신부의 권리에 비해 영아 권리가 낮은 비중으로 반영되고 있다는 인식이 많았다. 이때 영아 권리가 낮은 비중으로 반영되는 주요 이유로 보호출산제 자체의 특성이라는 응답이 나타났음에도 불구하고, 영아의 권리 신장을 위한 제도 개선책으로 보호출산제 자체를 폐지하거나 대체해야 한다는 의견은 많지 않았다. 전반적으로 임신부와 영아의 균형있는 권리 반영을 위해서는 더 많은 위기임신가정에서 원가정 양육을 선택할 수 있도록 지원서비스와 지원금액을 확대하는 것이 시급하며, 다음으로 아동권리를 중심으로 상담매뉴얼을 개편·구체화할 필요성도 나타났다.

출생통보제·보호출산제 및 위기임신 상담사업이 영아 권리에 미친 긍정적 영향은 유해한 환경으로부터의 보호, 깨끗하고 안전한 환경, 영양·건강·의료적 지원 측면에서 특히 두드러졌다. 한편 주양육자와의 지속적 애착, 차별로부터의 보호 측면에서는 권리 신장 효과가 비교적 작았으며 오히려 악화되었다는 응답도 나타났다.

위기임신 및 보호출산 지원사업 일반을 살펴보았을 때, 가장 사업이 잘 이루어지고 있는 세부 내용은 원가정 양육을 위한 상담 및 정보 제공, 보호출산시 출생모 및 출생아가 경험하게 될 일들에 관한 설명 및 보호출산에 관한 정보 제공, 위기임산부 상시·긴급 대응인 것으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 보면, 원가정 양육을 증진하면서 보호출산에 관한 정보도 제공하고자 하는 사업의 소기 목표가 잘 달성되고 있는 것으로 보인다. 반면 임신 중단에 관한 상담과 서비스 연계는 상대적으로 수행이 미흡한 것으로 나타났다. 종사자 자문회의에서도 가장 안타까운 사례 유형 중 하나로, 임신 초기부터 임신 중단을 원하나 관련 서비스가 부재하여 원치 않는 임신이 지속되고 준비되지 않은 엄마가 되는 유형이 언급된 바 있다. 임신 중단

에 관한 상담 및 서비스 연계가 충분히 이루어지지 않는 것은, 실제 임신 중단을 지원하는 서비스가 부재하기 때문인 것으로 보인다.

한편 제도 사각지대와 관련하여, 청소년모 및 미혼모는 현 제도상 주요 대상자임에도 불구하고, 여러 가지 요건의 불충족으로 인해 사각지대에 포함되어 필요한 지원을 받지 못하는 사례가 많은 것으로 보인다. 더불어 불법체류·이주민 여성 임산부 및 그 자녀에 대한 지원이 필요하다.

한편, 종사자의 근무만족도가 낮은 것이 두드러졌다. 항목별 근무만족도의 전체 평균은 약 3점 수준으로 ‘보통’이었으며, 종사자 안전, 사업 매뉴얼, 보수교육 등에서는 보통 이상의 만족도가 나타났다. 그러나 경제적 보상과 업무량, 업무책임 및 부담감 등 주요 항목에서 만족도가 보통 이하인 것으로 나타나 업무량 대비 경제적 보상이 부족하다고 경험하는 것을 알 수 있었다. 종사자 처우와 관련한 제도 개선이 필요하다.

제도 개선사항으로 제시된 주요 내용은 제도의 적극적 홍보를 통한 지자체와의 연계·공조의 활성화 및 종사자 근무여건 개선이었다. 제도 홍보 및 지자체와의 연계·공조 활성화는 종사자 자문회의에서도 언급되었던 부분으로, 제도 도입 초기라 제도에 관한 이해가 각 지자체에서 충분히 이루어지지 않아 행정자원을 연계하는 것에 여러 가지 어려움이 있는 것으로 보인다.

또한 종사자 근로여건 개선은 앞서 살펴본 근무만족도 조사에서도 도출되었던 결론이다. 위기임신 및 보호출산 지원사업은 임신부라는 대상자 특성상 차량 동행이 필요한 경우가 많고, 24시간 상담을 제공해야 하는 사업 특성상 야간·밤샘 근무도 불가피하다. 여기에 기관별로 담당할 권역이 지역에 따라 매우 넓은 경우도 있기 때문에, 담당자의 업무가 과중하다. 조직·인력구성을 보완하고 인건비를 추가 지원하여 종사자의 업무량을 줄이고, 시간외 수당이나 당직 수당, 처우개선비 등을 신설하여 업무량에 맞는 적절한 경제적 보상을 제공할 필요가 있어 보인다.

제3절 종사자 심층면담

1. 개요

앞서 살펴본 위기임신 및 보호출산 지원사업에 관한 종사자의 경험을 보다 심층적으로 탐색하고, 여기서 더 나아가 민간 기관의 유사한 위기임신 지원 사업과의 차이 및 상호 보완점에 관한 통찰을 얻기 위해 종사자 심층면담을 진행하였다. 심층면담의 개요는 아래 <표 5-9>와 같다.

<표 5-9> 종사자 심층면담 개요

구분	내용
면담 기간	2025. 3.~ 2025. 4.
면담 대상	초록우산 선택잇기 사업에 참여하고 있는 6개 기관 종사자
면담 방법	대면 인터뷰(1인 인터뷰 또는 2인 FGI)
주요 내용	<ul style="list-style-type: none"> · 공공 사업과 민간 사업의 차이와 상호보완점 · 대상자의 주된 정책욕구 · 위기임신 및 보호출산 지원사업의 어려움 및 제도 개선책 · 주요 사각지대 · 원가정 양육 증진에 관한 효과 · 사업 수행과정에서 모와 자의 권리 균형

2. 주요 내용

① 민간 사업과 공공 사업의 차이 및 보완점

보건복지부 위기임산부 지원 사업과 민간 사업(초록우산 위기영아 지원사업-선택잇기)의 차이 및 상호 보완점에 관한 의견으로는, 먼저 사업 대상과 관련하여 공공 사업에서 지원되지 않는 사각지대를 민간에서 메꾸는 역할을 하고 있다는 의견이 있었다. 공공 지원의 요건이 되지 않는 위기 임산부에 대해서 민간사업은 보다

폭넓게 지원을 제공할 수 있다는 것이다. 그러면서도, 사각지대라 하더라도 위기임산부의 발굴 자체는 1308 사업을 통해서 가능했다는 인식이 있었다. 즉, 1308 사업을 통해 광범위한 위기임산부가 발굴이 가능하며, 그 중 공공 지원의 요건이 되지 않는 임산부에 대해서는 민간 자원을 연계하고 있었다.

“실질적으로 운영하는 사람들 입장에서는 애를, 이 사람한테 원가정 양육하라고 얘기하면 나라, 정부 지원이라든지 이런 거 다 연계해주는데, 안 되시는 분들이 결국 있거든요. 그 사각지대에 계신 분들이 꼭 있기 때문에. 사실 그래서 그런 분들에 대한 지원이 직접적으로 안되니, 차이점은 사실 그거고요. 그래서 선택짓기가 좋았던 거는 그런 거 없이 지원할 수 있어서. 네, 저희 거(공공 사업) 외에 또 더 지원할 수 있어서 사실은, 네, 좋았던 것 같아요.” (A 기관 담당자)

“맞춤 지원을 해줄 수 있다는거. 선택의 기능. 꼭 미혼모나 한부모가 아니더라도, 외국인이라도, 아니면 부부라도, 만약에 위기 임산부라고 한다면, 양육의 위기라고 한다면 맞춤형서 지원해줄 수 있다는게 선택 잇기랑 차이점이고,”

“발굴은 어쨌든 1308로 된 거니까.” (F 기관 담당자)

사업 내용에서의 차이도 언급되었다. 보건복지부 위기임신 상담사업은 위기임산부의 발굴 및 공공자원 연계를 주요 골자로 하고 있어, 위기 임산부에 대한 직접비 지원은 제한된다. 반면 초록우산 위기영아 지원사업은 직접비 지원 및 주거 지원 등을 포함하고 있다. 특히 초록우산 위기영아 지원사업의 주거 지원을 적극 활용하고 있는 경우가 두드러졌다.

“선택짓기는, 저희는 주로 주거 공간 마련인거고. 보건복지부 사업은 정말 어떤 상황의 위기 임산부가 누구나 전화해서 상담을 받을 수 있고. 그 상담의 내용이 원가정 양육, 보호

출산, 입양, 그다음에 임신이 됐냐 안됐냐 ... 정말 정말 다양한 모든 사례들에 대한 상담을 24시간 받고. 사업이 사실은 정말 다르긴 하거든요.” (C기관 담당자)

“그래서 사실은 이게 두 영역이 겹친다라기보다는 ... 사실은 주거에 관련된 부분이 해결이 사실 1308이나 ○○○(지역 내 거주시설)에서는 안 됐잖아요. 근데 그 부분을 사실은 선택잇기에서 해결을 해 준 부분이에요.” (C기관 담당자)

“1308, 이 사업만으로 이 한 사람을 도와줄 수가 있어야 되는데, 이 사업만으로는 이 한 사람을 도와줄 수가 없어. 그리고 가장 궁극적인 의료비, 가장, 제일 중요한 걸 도와줄 수가 없어요. 그러니까 이거를 그러면은 결국은 초록우산에서 도움을 받아요. 그러면은 그냥 저희는 1308 기관인데, 초록우산에서 의료비를 다 지원해 주셨는데 그냥 1308에서 다 지원해 준 것처럼 약간 그렇게 됐잖아요.” (F기관 담당자)

한편, 원가족 양육 증진의 측면에서 두 사업의 차이를 언급한 경우도 있었다. 보건복지부 위기임신 지원사업은 보호출산상담을 포함하고 있는 반면, 초록우산 위기영아 지원사업은 가족해체를 예방하고 원가정 양육 증진을 목표로 하고 있어 사업의 성격이 서로 다르다는 의견이었다.

“이 두 사업의 차이는, 선택잇기는 원가족 해체가 안 되도록 하는 거고. 보건복지부 위기임신부 지원 사업은 보다 쉽게 입양을 보낼 수 있다는 차이가 있지 않을까요?” (B 기관 담당자)

종합하여 볼 때 보건복지부 위기임신 지원사업과 초록우산 위기영아 지원사업의 가장 큰 차이는 위기 임신부 및 영아를 대상으로 한 사업 자체적인 직접비 지원 유무에서 나타났다. 보건복지부 위기임신 지원사업의 경우, 위기임신부를 발견하고 받을 수 있는 지원으로 연계하는 역할이 강조되었다. 반면 사업 자체적으로 위기임

산부에게 의료비 지원 등을 할 수 없고, 공공 자원을 연계하기 위해서는 특정 자격 요건을 갖추어야 하기 때문에 상대적으로 지원 가능한 사업 대상의 폭이 좁았다. 초록우산 위기영아 지원사업은 의료비 지원, 주거 지원 등을 제공하기 때문에 자격 요건에서 벗어난 사각지대 위기임산부에 대한 지원이 가능하고, 주거·의료 측면에서 공공 지원의 부족분을 메꾸는 역할도 하고 있었다.

② 사업 진행시 어려운 점

보건복지부 위기임산부 지원 사업을 진행하면서 종사자들이 겪는 가장 큰 어려움은 24시간 핫라인 운영에 따른 상시대기 및 야간 당직 근무 등에서 오는 것으로 나타났다. 종사자들은 교대 근무를 통해 24시간 상담에 대처하고 있었으나, 기술적 문제로 인해 전국적으로 오는 문의를 모든 지역의 종사자들이 함께 열람할 수밖에 없는 등 어려움을 겪고 있었다.

“말 그대로 24시간 당직이죠. … 그래서 이제 전화기를 가지고 가서 이제 그날 조용하면 잘 자는 거고요. 그날 조용하지 못하면 이제 못 자는 거고요.”(A 기관 담당자)

“제가 계속 이렇게 확인하는데, 1308 채널이 전국에서 다 보여요. 전국 종사자분들이 다 볼 수 있는건데, 지역이 이제 지정되면 그 지역이 이제 개입을 하고 다른 지역은 안 보는거죠. 다른 지역에 새벽에 올리면 다 같이 듣고 있어요. 징징징징장… (해당 지역에만 올라올 수 있게 하는 게) 그게 기술적으로는 안 된대요.” (A 기관 담당자)

“콜 대기를 계속해야 돼. 즉시 대답을 해줘야. 이제 그 사람들은 사실 당장 그래서 도와주세요 하는데 아무도 대답을 안하고 전화를 안 받으면 안 되니까 여기 선생님들이 돌아가면서 대기를 하시더라고요. 그게 제일 힘드실 거 같아.” (C 기관 담당자)

“지금은 이제 좀 적응이 돼서 괜찮은데, 초반에 그것(콜 대기) 때문에 퇴사하고.” (C 기관 담당자)

또한 권역별로 상담기관을 운영하고 있는 현 체계 하에서, 지역에 따라 담당 권역이 너무 넓어 생기는 어려움을 언급한 경우도 있었다.

“OO시라든지 △△시는 저희 기관에서 기본 1시간 이상이기 때문에 병원에 가야 된다 그러면 이제 8시까지 와가지고 가고. 저희가 원래는 9 to 6를 하고 있는 기관이다보니 사실 그런 어려움은 있죠.” (A 기관 담당자)

한편, 이와 같은 업무상의 어려움에도 불구하고 종사자에게 적절한 보상이 주어지지 않아 인력 수급에 어려움을 겪고 있었다. 특히 위기임신 지원사업 특성상, 위기 임신부와와의 라포 형성 및 지속적인 사례 관리가 원가정 양육에 중요함에도 불구하고 열역한 처우로 인해 퇴사·이직하는 경우가 있어 사업 진행에 어려움이 있다는 언급이 있었다.

“직원들의 급여. ... 저희하고의 급여 체계, 수준이 다르니까. 저희랑 같은 걸로 갔으면 좋겠어요. 이제 호봉 승급제라든가, 그 다음에 연장 근무를 했을 경우에 받는다거나 그런 부분. 인건비가 딱 정해져 있기 때문에, 그 정해진 선에서 사용을 해야만 돼요. 그렇기 때문에 호봉이, 만약에 높게 책정을 하면은 안 되겠죠. ... 그러면은 경력직을 쓰기는 참 힘들죠. ... 지금 현재 급여 체계로는 한 3호봉 정도 선에서만 채용할 수가 있어요. 그러면 내년에도 3호봉, 4호봉이 올라가잖아요. ... 호봉이 안 올라가고 그냥 그대로 급여가 동결된 상태에서 올라가야 된다는 거죠. 이게 저는 너무 열심히 일하는 우리 상담 선생님들의 처우는 이게 저는 있어야 되지 않을까라는.” (D 기관 담당자)

“직원이 바뀌면 안 좋거든요. 이게 만약에 급여가 좀 적으니 저 다른 데로 갈래요 하면은 어떻게 하겠어요? 안 되잖아요. 경력도 있고, 또 위기임산부 사례 관리하는 차원에서 담당자가 바뀌는 것이 싫죠. 담당자가 바뀌면 또 그 사람을 알아가는 과정도 필요한거고. 그러니까 저희는 그 사람이 계속 있었으면 좋겠는데, 그러기 위해서는 그냥 처우가 개선이 돼야 그분들이 계속 갈 수가 있지 않을까.” (D 기관 담당자)

“근데 우리가 지금 공고를, 한 명은 계속 내는데도 안돼요. ... 계속 공고를 내지만, 이게 계약직인 거예요. 계약직이니깐 우선 안 들어오죠. 또 급여가 어느 정도 선이라는 걸 얘기 해주면 또 그거 보고 하면 또 안들어오죠.” (D 기관 담당자)

사업 수행과 관련하여, 위기 임산부에게 사용할 수 있는 비용이 적은 것이 사업 진행 상 어려움으로 작용한다는 언급이 있었다. 출산 후에는 아동수당 등이 지급되지만, 출산 전에는 공공에서 제공되는 지원이 국민행복카드 외에는 거의 없는 실정이다. 따라서 경제적 어려움을 겪는 위기임산부가 아프거나, 출산을 위한 물품을 구매해야 할 때 연계할 수 있는 자원이 없다는 점이 사례관리상 어려움으로 언급되었다.

“생각보다 저희 사업비 자체가, 임산부한테 들어갈 수 있는게 생각보다 많이 없어요. 아이나 임산부한테 쓸 수 있는게 사실 크게 없는 거 같아요. 사업비 그것도 보면은 홍보를, 홍보나 직원 교육 이런걸로 되게 많이 쓰라는 식으로. 되어있긴 하거든요.” (F 기관 담당자)

“임신 전에는 아까 말씀드린 것처럼 국민행복카드만 지원이 되지, 다른데는 지원되는게 없고. 출산 후면은 아동수당이든 뭐 이렇게 다 지원되잖아요. 근데 그전에 임신했을 때는, 만약에 임산부 이제 아프거나 이런 질병이 생길 수도 있는 부분이 있는데 이게 의료비 지원되는게 진짜 없어요.” (F 기관 담당자)

“물티슈 이런거. 아이가 바로 태어났을 때 이제 배냇저고리 이런 기본적인 것들을 준비 해가야 돼요 병원에. 그럼 그런 것들을 사야되는데, 아예 준비가 안된 이제 가정 같은 경우 들이 되게 많아요. 아무래도 경제적으로 어려운 게 있으니까. 사실 그런 걸 아이 용품이 하나 하나 되게 비싸잖아요.” (F 기관 담당자)

그 외 어려움으로는 보호출산 상담 시 원가정 양육을 유도하는 데에서 오는 심리적 어려움, 6개월 모니터링에서 오는 심리적 부담감 등이 언급되었다. 위기임신 지원사업의 1차적 목표는 원가정 양육 증진에 있기 때문에, 임신부가 보호출산을 선택하지 않고 가능하면 원가정 양육을 택할 수 있도록 회유하는 것이 상담자의 역할이다. 종사자들은 이러한 역할에서 어느 정도 심리적 부담감을 느끼는 것으로 나타났다. 또한 원가정 양육을 선택한 경우, 해당 가정을 6개월간 모니터링하게 되어있는데, 다양한 사연이 있는 가정들을 끊임없이 관리하는 일에서 심리적 부담을 느끼기도 하였다.

“보호출산 상담하는 것도 사실은 쉽지가 않아요. 그걸 이제 철회 ... 이제 보호 출산을 하지 않도록 원가정 양육을 하도록 계속 유도해야 되는, 그 상담 속에서 사실은 심리적으로, 되게 상담원들도 힘들거든요. 그거를 근데. 안 바뀌는게. 사실 쉽지는 않은데. 그럼에도 불구하고 최종의 목적인 원가정 양육을 할 수 있도록 그걸 회유하는 상담도 사실은 좀 쉽지는 않은 것 같고.” (C기관 담당자)

“원가정 양육을 하겠다는 사람들은 저희가 6개월 정도 모니터링을 해요. 근데 원가정 양육하는 사람들이 쉽지는 않아요. 정말 여기도 사연이 사연이 정말 너무나 다양해서, 아침마다 회의를 매일 하거든요. ... 원가정 양육하는 케이스들이 어떻게 지내고 있는지, 어느 기관과 어떻게 연계해야 되는지. ... 이게 끊임없이 계속, 종결될 때까지는 계속 끌어안고 있어야 되는 문제여서. 이게 심리적 부담감이 좀 크긴 한 거 같아요.” (C기관 담당자)

③ 위기임산부 사각지대

위기임신 지원사업의 사각지대로 언급된 대상은 외국인, 미성년자, 장애인 등이었다. 외국인의 경우 공공 자원이 연계될 수 없기 때문에 상담 요청을 하더라도 제공할 수 있는 지원이 거의 없다.

“1308의 사각지대는 하나예요. 국적이죠. (혹시 아빠가 한국인이고 엄마가 외국인이면 지원은?) 안돼요. 그 케이스가 저희가 계류유산했던 케이스예요.” (A 기관 담당자)

미성년자는 보호자의 법적 보호를 받고 있는 지위이기 때문에 만약 보호자가 임신과 출산을 반대할 경우, 본인이 원한다고 하더라도 공적 체계 내에서 출산과 양육을 지원할 수 있는 방법이 거의 없다는 점이 지적되었다. 위기임산부가 미성년자인 경우 본인이 엄마로서 의사결정을 하고 이에 따른 지원을 받기 어려운 것이다. 만약 보호자의 반대를 무릅쓰고 출산과 양육을 강행할 경우 공공 지원을 받지 못하고 민간 자원에 기대 모든 지원을 받을 수 밖에 없는 상황인 것으로 나타났다.

“미성년자요. 답이 없어요. 미성년자는 보호자가 임신 출산을 반대할 경우… 할 수 있는 게 거의 없거든요. 그 아이를 지켜줘야 되는데, 어쨌든 미성년자들은 강제로 질질 끌려가서 낙태당하는 애들은 주로 미성년자거든요. 그런 아이들이 아이를 키우겠다고 했을 때 아까 말씀드린대로 보호자가 동의를 안 해주면 정부지원체계로 들어갈 수가 없어요. 그러면 개네들은 미성년자가 아닌 나이가 될 때까지 그냥 모든게 다 생으로, 그냥 민간 자본이 들어가야 되는거야. 생계비든, 모든 것들이 그냥 다.” (E 기관 담당자)

“미성년인 초기 임신부 아이들. 어제도 08년생 전화 왔어요. …위기임산부 주요 사각지대 미성년자예요. 이것도 진짜 너무 많아요.” (E 기관 담당자)

장애인 임신부도 주요한 사각지대로 언급되었다. 경계선 지능 장애 등으로 합리적인 선택에 어려움이 있는 경우, 해당 임신부에게서 태어난 아기가 보호받지 못하는 사각지대로 들어가게 되는 문제가 있었다. 또한 정신장애가 심한 위기임산부의 경우 기관에서 현실적으로 이들을 보호하기 어렵다는 점이 지적되었다. 이러한 경우 아이를 보호하기 위해서 부득이하게 아이와 엄마를 분리시키기도 하였다.

“(위기임산부 사각지대는) 외국인하고, 또 그리고 경계선. 안내를 해도 합리적인 선택을 못하는. 우리가 제안하는 플랜을 그냥 선택. 알았어요, 이거 지원받으려고 하고 선택만 하면 돼요. 근데 그 선택을 못해요. … 경계성이나 지적 장애 친구들이 합리적인 양육과 본인의 기본 생계와 자녀의 기본 생계를 위해서, 그리고 생명과 안전을 위해서도. 그냥 상식적인 보통의 선택을 못하는 사람들은 … 우리가 어떻게든 살려내고 도와 다 해결해줄 수 있어요 해도 ‘근야 안할게요’ 그러고 그냥 가버리고. 그 남자랑 그렇게 계속 살아버리는 애들이 꽤 많아요. … 그런 집에서 애기들이 거의 다 죽어나가거든요. … 집도 막 더 좋은집 LH가 준다고 해도 그냥 저희는 이렇게 그냥 노숙하면서 살게요.” (E 기관 담당자)

“장애가 있는 분들은 사실은 좀 어려운 것 같아요. 심한 조현병이나, 정신장애가 조금 심하신 분들은 어려워요. 폭력이 있거나, 어떤 자해가 있거나, 이런 부분들은 저희가 관리하기가 지금. 어떤 위험에 노출돼 있는 사람을, 저희가 24시간 보고 있어도 사고는 나는데. … 서로의 보호를 위해서는 사실 (아이와 엄마가) 분리가 다 될 수밖에 없더라고요. 분리하는 케이스도 있죠. 저희들이 어쩔 수 없이.” (C 기관 담당자)

이에 더해 기혼자인 경우, 양육 위기 상황에 있지만 아이들이 더 이상 영아가 아닌 경우 등도 사각지대로 언급되었다.

“사각지대가 이런 조건이 시설에 입소할 수 없는 조건이고. 또 아기가 좀더 큰 아이도 있고. … 32개월, 초등학교 6학년 이런 애들이 있는데 저희 입소하기에는 조금 어려운 부

분도 있어서. ... 아까 말한 것처럼 혼인 중이신 분들. 기혼자이신 분들도 있고. (상담은) 하는데, 지원을 연계할 수 있는 부분은 없죠. 그러니까 그 말만 들어줄 수밖에 없는 그런 상황인데. 원가를 해주고 싶은데, 해줄 수 없는 그런 상황인게.” (F기관 담당자)

④ 원가정 양육 증진

위기임신 지원사업의 원가정 양육 증진 효과에 관해서는 상반되는 의견이 나왔다. 먼저 원가정 양육 증진에 도움이 되지 못하고 있다고 보는 입장에서는, 의료비 지원 및 숙려기간 지원금이 보호출산을 선택한 경우에만 지급된다는 점을 제도의 주요한 문제점으로 지적하였다.

“의료비라든지 숙려 기간 지원금이 있는데, 그거는 보호출산을 하시는... 보호출산만 선택해야 되는 거죠.”(A 기관 담당자)

“병원비 지원 좀 더 하는 거 그거 있어요. 맞아요. 그거 말고 뭐가 있어요? 아무것도 없는데 뭐. 양육 지원을 하는 것도 아니고. ... (보호)출산 해야 숙려기간 비용 좀 주고. 그거 있고. 나머지는 다 국민 행복, 아기 낳을 때 쓰는 바우처로 다 되는 거고요.” (B 기관 담당자)

“(원가정 양육 증진이) 안 되고 있죠. 뭐가 되고 있어요. 그냥 애 낳을 때, 보호출산 하면 돈 더 줘가지고 몸조리해 주는 거. ... 보호 출산하면 병원비 대줄게. 그게(그런게) 어디 있어요? 다 대줘야죠. 나는 애 키우려고 생각을 했는데, 보호출산 안 하면 병원비가 예를 들어서, 제왕절개한다 생각하면 바우처로 안 되는게 100 얼마가 들어가는데, 돈 없는 엄마가 보호출산으로 아기를 낳겠지 그러면. 나 그냥 애 낳을래요 하겠어요? 그러니까 이게 약간 시작부터 잘못된 거라.” (B 기관 담당자)

한편, 원가정 양육이 증진되고 있다고 보는 입장에서는 실제로 위기임신 지원사업 상담을 진행하면서 입양이나 보호출산을 염두에 두었다가도 원가정 양육을 선택하게 되는 사례가 많다는 점, 또 원가정 양육을 선택한 경우 지역사회 내 사후관리 체계 안으로 들어오게 되기 때문에 원가정 양육에 실질적 도움을 받게 된다는 점 등을 주요 이유로 꼽았다.

“저는 향상이 됐다는게. 데이터 상으로는 나오진 않아요. 문제는 위기임산부가 1308 통해서 전화를 많이 해요. 그럼 거기를 통해서 우리가 양육을 선택하시는 엄마들이 굉장히 많아요. 그것이 바로 저는 원가정 양육이 향상됐다 라고 저는 봐요. 만약에 1308이 없다면은 전화도 안 했을 거잖아요. 그러면 그분들이 어떤 선택을 했을 경우(일지)는 우리는 모르겠지만. 우리가 상담을 통해서 입양을 (하겠다고) 했던 사람도 양육을 선택하는 분도 있고, 보호출산을 선택을 했다가 양육하신 분들도 우리가 좀 많이 있거든요. … 우리를 안 만났다면은 아이를 입양을 했겠죠. 근데 우리를 만났기 때문에 이분들이 양육을 하지 않았을까, 저는 그렇게 생각을 해요. 그래서 원가정 양육이 저는 향상됐다고 생각해요.” (D기관 담당자)

“이제 전화상으로 보호출산 신청한 사람이 8명인가? 아니 5명인가, 8명인가 그래요. 근데 실제로 신청한 사람 한 명이란 말이에요. 나머지는 양육이란 말이에요. 그럼 그것이 원가정 양육이 향상된 거잖아요.” (D 기관 담당자)

“진짜 보호출산을 위해서 오는 사람도 있거든요. 진짜 위해서 왔지만, 이야기를 통해서 어떤 해결, 다른 해결 방법을 모색해 나가는 거잖아요. 보호 출산만 해결방법인 줄 알았는데, 그거 말고 다른 해결 방법을 찾게 되잖아요. 서로 얘기를 통해서 이제 그러한 것들이 좀 저는 도움이 좀 많이 있지 않나라는 생각이 듭니다.” (D 기관 담당자)

“6개월 모니터링을 저희가 한다고 하잖아요. 일주일에 한 번 또는 2주에 한 번씩 계속, 그러니까 전화 통화만 하는게 아니라 가정 방문도 하고. … 상담원들이 꾸준히 들여다보고 관리하고 있어서. 사실은 저희만 관리하는게 아니라 지자체도 끼고 있고, 여러 기관들이 끼고 있어서 같이 관리하면서. 저는 이분들이 원가정 양육을, 그러니까 시설에 입소하지 않고, 아기를 포기하거나 유기하지 않고 키울 수 있도록 지원해주는 건 정말 저는 도움이 된다고 생각을 해요.” (C기관 담당자)

“(6개월 모니터링이 종료되면) 원가족 보듬 사업 그걸로 연결이 되는 거예요. 제가 지난 주에 가족센터랑 지금 간담회를 했던 게. …1308에서 무슨 역할을 하는지도 알고, 우리가 이런 역할(초기 상담 및 원가정 양육 증진)을 다 했어. 그리고 결국은 이들은 지역사회로 나갈 거거든요. 근데 저희가 지역사회에 있는 모든 그 분들까지 사실은 다 케어가 사실은 어려워요. 그래서 이런 분들은 사실은 지역에서 조금 더 보듬어서, 그러니까 그래서 같이 함께 갈 수 있도록, 서로 협력적인 관계가 돼야 되기 때문에 이제 그렇게 체계가 이미 그렇게 잡혀져 있어요. … 1308도 마찬가지로, 그래서 그런 부분들이. 그렇게라도 지역사회에서 누군가가 돌봐주는 지원 체계들이 있다라는거는 굉장히 도움이 되는 거 같기는 해요.” (C기관 담당자)

이러한 상반된 의견과 관련하여, 위기임신 지원사업의 원가정 증진 효과는 상담원의 역량에 많은 부분 의존한다는 의견이 있었다. 즉, 상담자가 얼마나 적극적으로 내담자와 라포를 형성하고 원가정 양육을 선택할 수 있도록 이끄느냐에 달려 있다는 것이다. 위기임산부가 입양이나 보호출산 대신 원가정 양육을 선택하기 위해서는 다양한 물질적 자원의 연계와 더불어 심리적인 지원이 필요하다. 이를 상담자가 사명감을 바탕으로 잘 수행하면 원가정 양육이라는 선택으로 이어지지만, 그렇지 않고 단순하게 일 처리만 하려고 하면 쉽게 보호출산을 진행할 수도 있는 상황이라는 언급이 있었다.

“사실 이거는 상담원이 하기 나름인 것 같기는 해요. 왜냐하면 이거를 계속 붙들고 얘기를 해야되는 부분이라. 왜냐면 진짜 이게, 이 아이 엄마랑 이게 라포 형성도 안되고 그냥 일 처리만 하려고 하면은 그냥 가능한 일거든요. 그냥 보호출산을 그냥 진행할 수 있는 일이기도 하고. 근데 원가정 양육을 할 수 있게 계속 얘기를 하는 거. ... 우리가 도와줄 수 있는 건 도와줄 거니까 너무 그런 거 걱정 안 해도 된다, 이런 걸 계속 주기적으로 약간 붙어붙어줘야 되거든요. 그래야 이 사람도 약간 어? 내가 아이를 잘 키울 수 있을까? 하는 용기를 이렇게 좀 갖고, 뭔가 시작할 수 있는 마음을 갖는데. 이게 사실 놔두고 보면은 그냥 보호출산 할 수도 있는 거고. 근데 사실 생각해보면은, 저희도 아이를 보고 또 하면은 진짜 그냥 둘이 잘 살았으면 좋겠다 이런 마음이 정말 커요. 그러다보니까 사실, 사업이 있어서 이런 상담을 진행할 수 있는 것도 맞지만, 이게 또 상담원이 하는 또 영향이 저는 있는 것 같다고 생각이 들거든요.” (F 기관 담당자)

종합하면, 위기임신 지원사업은 제도 구조상 원가정 양육 증진에 부정적인 요인을 포함하고 있는 것으로 보인다. 상담기관의 역할로 보호출산상담을 포함하고 있고, 보호출산 선택 시 의료비 지원 및 숙려기간 비용 지원이 이루어지나 원가정 양육 선택 시에는 사업 자체적인 직접비 지원이 없다는 점이 그렇다. 그러나 제도의 소프트웨어에 해당하는, 상담자의 역량에 의해 원가정 양육 증진 효과가 나타나고 있는 것으로 보인다. 1308 채널을 통해 다양한 위기임산부 사례가 1차적으로 발굴 되면, 이들의 원가정 양육 선택을 돕고 지원하려는 종사자들의 적극적인 노력에 의해 원가정 양육 증진 효과가 나타나는 것이다.

⑤ 임신부와 태아의 권리

위기임신 지원사업의 진행 과정에서 임신부와 태아의 권리가 동등하게 고려되고 있는지에 관한 종사자들의 응답은 대부분 부정적이었다. 먼저 보호출산제 자체가 태아보다는 임신부의 권리를 위한 제도이며, 아이를 존중하는 제도는 아니라는 의

권이 많았다.

“태아의 권리는 동등하게 고려되지 않고 있다고 봐요. 태아와 영아의 권리를 동등하게 우선시한다면… 그러니까 출생통보제는 아이를 위한 선택이었다고 보는데 보호출산제는 부모가 어쩔든 선택해서 낙태를 할 수 있는거지. 아이를 존중하는 건 아니고.” (E 기관 담당자)

“아기를 낳을 것인가 말 것인가에서 공정 … 똑같은 정보를 줘야죠. 뭔가 편향된 정보 (를 주지 않고). 이거는 보호출산을 유도하지 않는다는 거죠. 보호출산이란 말도 좀 아이러니한 말인데 이게 엄마의 그 정보를 지우고 사실 입장을 쉽게 보낼 수 있는 제도이기 때문에. 누구를 보호한다는 건지 없는 거예요. 왜냐하면 아이가 태어나서 내가 살아간다는 것만으로 보호됐다고 생각하지는 않을 것 같아요.” (B 기관 담당자)

“영아의 권리도 동등하게 고려되고 있다고 보시느냐, 전혀 동의할 수 없는 게. 아마 입장 가고 나면 그 원래 자기 친생모에 대해서는 정보를 아마 지운다고. 알려주지 않는다고. 그 엄마가 원하지 않으면 평생 아마 공개를 안 할 텐데 전혀 권리가 보장이 안되죠. 입양인들, 해외 입양인들이 자국민에 비해서 40% 이상 자살률이 높고, 네 그런 경우가 다 이유가 있는건데.” (B 기관 담당자)

“(보호출산제) 힘들어요. 그게 진짜 힘든. 그러니까… 이걸(영아와 엄마의 권리가) 동등하다고 말하기에는.” (C 기관 담당자)

더불어, 위기 영아·태아와 임산부를 지원함에 있어 부모의 지위에 따라 지원 여부가 달라진다는 점에서 태아·영아의 권리가 동등하게 존중되고 있다고 보기 어렵다는 의견이 있었다. 똑같이 위기를 겪고 있는 아동이 있을 때, 부모가 외국인인지, 불법체류자인지, 청소년인지에 따라 지원 여부가 달라진다면 아동 권리를 동등하게

존중한다고 볼 수 없다는 것이다.

“지원사업들이 부모의 지위를 보지. 아까 외국인 임신부처럼. 부모가 외국인이나를 보지, 이 아이가 지금 죽을 수도 있어, 를 보는게 아니잖아요. … 부모가 외국인이든, 아니면 불법체류자든 간에 이 땅에서 태어났어. 그런데 애가 죽을 수도 있어. 그럼 아동 인권과 관련해서, 동등하다고 한다면, 일단 개를 살려놓고 봐야죠. 그런데 그렇지 않잖아요.” (E 기관 담당자)

“엄마가 불법체류자거나, 먼저 신청을 안하거나, 아니면 엄마가 청소년 부모가 아니거나 미혼모가 아니거나 한부모가 아니거나. 부모의 지위와 가족 구성원에 따라서 차별받고 있죠.” (E 기관 담당자)

다만, 부모의 일방적인 선택에 따라 태아의 거취가 달라지기는 하나, 최소한 유기·방치되는 아이는 줄일 수 있다는 점에서 제도의 긍정적 측면을 언급한 경우도 있었다. 이 경우 태아의 가장 기본적인 생명권과 보호권을 보호하는 제도의 효과를 살핀 것이라고 볼 수 있다.

“태아의 권리는 … 엄마가 선택이잖아요. 그래서 태아의 권리는 모르겠어요. 태아의 권리라는 건 태아가 선택해야 되는데, 결국은 이제 엄마의 선택으로 일방적인거라. 일방적인 거기 때문에 이게 태아의 권리는 솔직히 잘 모르겠어요. 다만 유기되는 아이가 한 명이라도 줄일 수 있는 거에 대해서 저는 감사한 마음인 것 같아요.” (D 기관 담당자)

⑥ 보호출산제 관련 의견

보호출산제는 아동의 권리도 고려되지 않았을 뿐 아니라, 위기 임신부를 위한 제도도 아니라는 언급이 있었다. 시설에서 키우거나 입양을 보내는 것이 진정한 의미에서 아동을 보호하는 것이라고 보기 어렵고, 아이를 낳은 여성의 입장에서도 보호

출산제를 통해 아이를 보내고 나서 행복한 삶을 영위하기란 어렵다는 것이다.

“이 보호출산은 아이를 보호한다는 소리인지 낳는 임산부를 보호한다는 건지 말이 안돼요. 둘 다 아니에요. 왜냐하면 낳아라, 그 대신 니가 낳아서 못 키우면 국가에서 키워줄게 하는데, 국가에서 키워주는 게 시설을 보내거나 입양을 보내는 거잖아요. 그건 키우는게 아니라고 생각하고요. 그리고 되게 이게 잘못된 법이 뭐냐하면, 낳아서 입양을 보내거나 보호출산제로 보내고 나면 이 여성이 아주 편해서 행복할 것 같죠. 하나도 안 행복해요. 몸이 기억하고 내가 내 가슴이 기억하는데, 자식을 보낸 엄마가 어떻게 잊고 내 삶이 행복하게 살겠어요. 그것도 잘못된 거고요.” (B 기관 담당자)

“아동의 권리도 전혀 고려되지 않고 있고, 그 다음에 오히려 입양을 더 보낼 수 있도록 부추길 수 있는 소지가 있기 때문에.” (B 기관 담당자)

종사자들은 위기임산부가 보호출산을 선택한 경우, 출생증서 작성에 최선의 노력을 하고 있었다. 출생증서는 보호출산으로 태어난 아이가 추후 친생모에 관한 정보를 요구했을 때 친생모의 동의 하에 공개되는 것으로 종사자들은 이를 ‘최후의 보루’로 인지하고 있었다. 이에 출생증서에 보호출산 당시의 상황과 친생모의 아이에 대한 마음을 최대한 상세히 담고자 노력하고 있었다.

“그러니까 보호출산 참 어려워요. ... 이 아이를 위해서 이제 최후의 보루가 출생증서. 증서를 이제 엄마들한테 정말 간곡히 부탁하고 부탁하여 편지라도 제발 한 글자라도 더 쓰게끔. 그런 것들을 굉장히 직원들이 노력을 해요. 사진 하나라도 제발, 또 뭐 더 넣을 거라도 없는지. ... 증서를 상담원들이 기록을 하고 거기에 이제 필요한 엄마가 준 것들을 이렇게 첨부하게 되어 있어요. 그래서 저희는 좀 출생 증서에 굉장히 온 힘을 다해요. 왜냐하면 그게 아직 마지막에, 그래도 아이가 볼 수 있는 유일한 나의 흔적이기 때문에 그나마도 그거에 굉장히 좀 목숨을 많이 걸기는 해요. 그래서 엄마의 상황적인 부분, 엄마가 여기서 7

일동안 숙려 기간을 하면서 아이랑 어떻게 지냈는지, 엄마가 어떤 마음이었는지, 보호 출산을 하면서 이런 이야기를 나눌 때 엄마가 굉장히 힘들어했다든지, 이런 내용들을 좀 상세히 적으려고 노력을 해요. 그리고 아이가 가는 마지막에 엄마로서 당신이 줄 수 있는 것은 최대한 넣었으면 좋겠다라고 해서 편지든, 사진이든, 엄마가 또 새로 산 거, 산 것이든 뭐든 이렇게 조금 해서 좀 챙기려고 노력을 하는데도. 사실은 참 어려워요.” (C 기관 담당자)

⑦ 제도 보완사항

위기임신 지원사업의 제도 보완사항으로는 위기임산부 대상 지원금액 및 지원서비스 확대가 주로 언급되었다. 앞서서 반복적으로 언급된 바와 같이, 보편적으로 지원되는 국민행복카드 바우처(100만원) 이외에 추가적으로 드는 의료비에 대한 지원이 필수적이라는 언급이 있었다.

“보건복지부에서 지원을 안 해 주는 것인 의료비거든요. ... 그게 이제 국민행복카드가 나오니까. 근데 위기 임신부에 관련된 의료비 지원을 좀 해주면 좋겠어요. ... 국민행복카드를 발급받기 전에 병원을 갈 수가 있잖아요. 보호출산을 신청한다 하더라도, 바로 의료비 카드가 나오면 되는데 (그렇지 않기 때문에). 그 기간 동안 병원 갈 일이 발생이 돼요.” (D 기관 담당자)

“임신 전에는 아까 말씀드린 것처럼 국민행복카드만 지원이 되지 다른 데는 지원되는게 없고. 출산 후면은 아동 수당이든 뭐 이렇게 다 지원되잖아요. 근데 그 전에 임신했을 때는 만약에 이제 임신부 아프거나, 이런 질병이 생길 수도 있는 부분이 있는데. 이게 의료비 지원되는게 진짜 없어요. 그러가지고 솔직히 말하면 진짜 의료비.” (F 기관 담당자)

이처럼 의료비 지원 공백으로 인해 종사자들은 급한 경우 기관 자체적으로 후원금을 걷어서 위기임산부의 긴급한 의료비로 활용하기도 하는 것으로 나타났다.

“이 사람이 병원도 한 번도 안갔으니까 그거(국민행복카드)를 발급을 안 했을거 아니야. 그러면 지금 당장 이 사람 그거를 발급을 받을 때까지 관리를 해야되는데 그것까지 기다렸다가 하는 거는 조금 이제 마음이 불편한거. 이제 저만 그러겠지만, 저만 그러겠지만 마음이 불편하니까 이제 데리고 간단 말이에요. 그러면 이것이 나가는 지원이 없어요. ... 그래서 저희는 따로 후원금을 걸어요.” (D 기관 담당자)

의료비 지원이 가장 시급하나, 의료비 뿐 아니라 개인 상담 비용 등 위기임산부가 실질적으로 필요로 하는 서비스에 대한 비용 지원이 필요하다는 언급도 있었다.

“전체적으로 다 필요해요. 근데 이제 보건복지부에서는 개인한테 들어가는 비용, 상담 비용도 못 들어가거든요. 그게 개인한테 들어가는 돈은 안돼요.” (D 기관 담당자)

3. 시사점

종사자 심층면담에서 주요하게 언급된 내용을 바탕으로 시사점을 도출하면 다음과 같다. 먼저, 민·관 역할과 관련하여, 현재 위기임신 지원사업은 1308 채널을 통한 대상자 발굴에 방점이 있다면 초록우산 위기영아 지원사업은 공공에서 제공하지 않는 의료비, 주거비 등 직접 지원을 제공한다는 점에서 상호 보완적이다. 이에 더해, 현행 공공 서비스 지원대상에서 발생하는 사각지대(외국인, 기혼자 등)에 대하여 초록우산 위기영아 지원사업은 비교적 관대하게 지원을 제공하기 때문에 공공의 사각지대를 해소하는 역할도 하고 있는 것으로 나타났다.

원가정 양육 증진과 관련하여서는 긍정적 의견과 부정적 의견이 동시에 나타났다. 보호출산 및 이와 관련된 비용지원 등 제도의 일부 구조적 특성은 원가정 양육에 부정적이나, 대상자 발굴 및 이들에 대한 자원 연계, 심리적 지원 등의 측면에

서는 원가정 양육 증진의 효과가 있다고 보았다. 위기임산부와 의 라포 형성과 적극적인 심리적 지지를 통해 원가정 양육을 선택할 수 있도록 이끄는 것은 많은 부분 상담가의 역량에 의존한다는 의견도 있었다.

아동의 권리 증진과 관련하여서는 부정적 의견이 많이 나타났는데, 이는 앞서 살펴본 종사자 설문조사 결과와도 맥을 같이한다. 종사자들은 임신부의 일방적 결정에 따라 아동의 거취가 결정되고, 위기영아 지원 여부가 부모의 지위에 의해 차별적으로 정해진다는 점에서 아동 권리가 동등하게 존중되지 못하고 있다고 인식하였다. 그럼에도 불구하고 영아 유기를 최소화하여 아동의 기본적인 생명권을 보호한다는 점은 긍정적 측면으로 언급되었다.

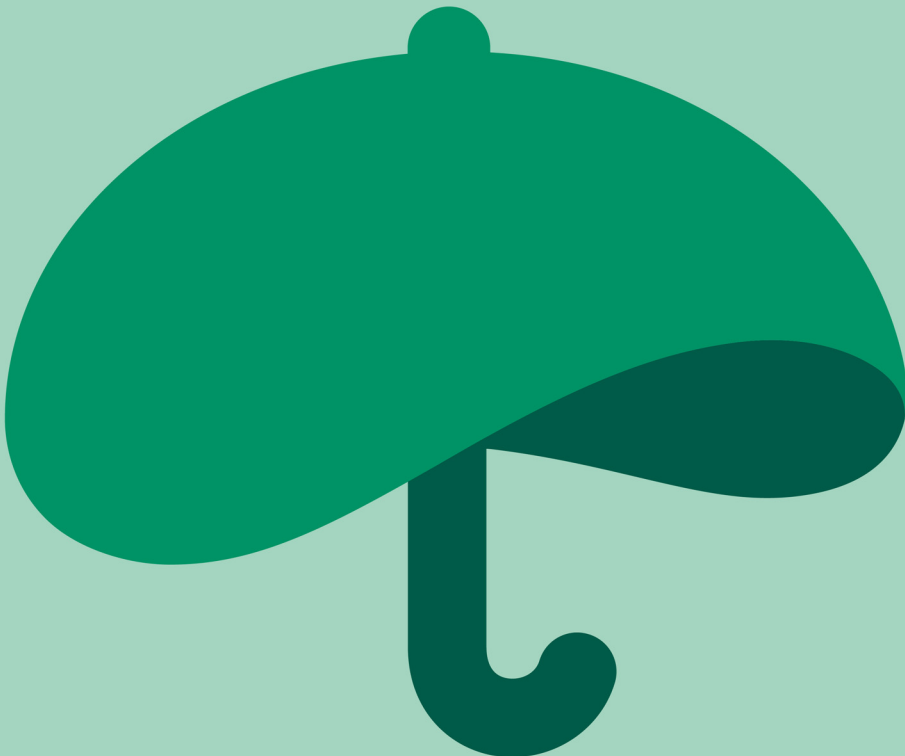
제도의 사각지대로는 외국인·미성년자·장애인 등이 언급되었는데, 특히 미성년자와 관련된 의견은 앞서 본 종사자 설문조사 결과와도 일치한다. 앞서 설문조사에서는 청소년모 및 미혼모가 주요 사각지대 1순위로 도출되었는데, 심층면담 결과 이는 미성년자의 법적 지위에 기인한 것으로 나타났다. 즉, 미성년 임신부가 출산과 양육을 원하더라도 보호자의 동의가 없으면 여러 공적 지원에서 배제되는 것이다.

사업 수행시의 어려움 및 제도 개선사항과 관련해서는 종사자 처우개선 문제가 두드러졌으며, 다음으로 사업 자체적으로 위기임산부·영아를 실질적으로 지원할 수 있는 비용이 책정되어야 한다는 점이 강조되었다. 특히 종사자 처우개선은 앞서 설문조사에서도 주요 개선사항으로 언급된 부분으로, 위기임산부의 지속적인 사례관리가 필요한 사업 특성상 더욱 그 필요성이 두드러진다. 열악한 처우로 인한 잦은 퇴사·이직이 지속적인 서비스 제공 및 원가정 양육 증진에도 부정적 효과를 낳기 때문이다.

제 6 장

정책 제언

제 1절 | 필수 지원요소
제2절 | 아동권리 증진을 위한 정책제언
제3절 | 민·관 협력방안



제6장 정책제언

제1절 필수 지원요소

문헌조사, 종사자 자문 및 설문조사를 통해 위기임산부·영아 가정의 원가정 양육을 위한 필수 지원 요소를 <표 6-1>과 같이 도출하였다. 이는 (1) 산전·산후 의료비 및 산후조리비 (2) 주거·생계지원 (3) 자녀돌봄서비스 (4) 자립지원(교육 및 취업지원)이다. 이들 네 가지 요소는, 위기임산부의 임신기와 출산, 산후 시점에 이르기까지 원가정 양육이 이루어지기 위하여 반드시 보장되어야 할 필수 요소라고 할 수 있다.

먼저 (1) 산전·산후 의료비 및 산후조리비는 산모의 건강과 태아·영아의 건강한 성장·발달을 위해 필수적인 지원이다. 위기임산부 및 위기영아 가정은 경제적으로 취약하고, 임신·출산·육아를 지원할 수 있는 사회적 관계망도 매우 제한적이기 때문이다. 다음으로 (2) 주거·생계지원은 위기임산부가 임신·출산 시점에 원가정 양육을 선택할 수 있도록 하는 기본적인 동력으로 작용한다. 당장 살아갈 주거지와 생계가 막막하다면 자녀 양육을 쉽사리 선택하기 어렵다. 안정적으로 지낼 수 있는 주거지가 확보되고, 자신과 자녀의 기본적인 의식주를 해결할 수 있을 정도의 생계 지원이 보장되어야 원가정 양육을 고려할 수 있을 것이다. 한편, (3) 자녀돌봄서비스와 (4) 자립지원은 출산 이후 위기영아가정의 삶을 위해 필수적이다. 아이의 친부 및 원가정의 지원이 많은 경우 불가능한 위기영아가정에서 영아의 어머니는 육아와 생계를 동시에 책임져야 한다. 따라서 가용한 대체양육·돌봄 서비스가 없다면, 생계와 자립을 위한 경제활동에 큰 어려움을 겪게 된다. (2)의 주거·생계지원이 단기적인 관점에서 당장의 생활을 보장하기 위한 것이라면, (3)의 자녀돌봄서비스 및 (4) 자립지원은 장기적인 관점에서 위기영아가정의 자립과 주체적인 삶을 보장하기 위한 것이다.

각 요소는 임신기, 출산 시점, 출산 이후 등 시기에 따라 대두되는 요소이지만,

위기임산부가 원가정 양육을 선택할 때에는 당장의 어려움 뿐 아니라 출산 이후 미래의 삶에 대해서도 충분히 고려한 뒤 결정을 내리므로, 4가지 요인이 모두 충족될 때 비로소 원가정 양육이 촉진될 수 있다.

〈표 6-1〉 원가정 양육 증진을 위한 필수 지원요소

연번	요소	내용
1	산전·산후 의료비 및 산후조리비	<ul style="list-style-type: none"> • 보편적 임신·출산 바우처를 초과하여 발생한 임신·출산 관련 의료비 • 산후조리비용 자부담 완화·폐지
2	주거·생계지원	<ul style="list-style-type: none"> • 위기임산부 및 위기영아 가정이 안정적으로 생활할 수 있는 시설 입소 지원 • 위기임산부 및 위기영아 가정의 주거비용 지원 • 보편적 부모급여·양육수당 외 위기영아가정을 위한 추가적인 생계지원
3	자녀돌봄서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 육아와 생계를 모가 모두 책임져야 하는 위기영아가정의 돌봄공백 해결
4	자립지원(교육 및 취·창업 지원)	<ul style="list-style-type: none"> • 위기영아가정이 자립할 수 있도록 돕는 장기적인 교육 및 취·창업 지원

제2절 아동권리증진을 위한 정책제언

위기임신 가정의 원가정 양육 증진 및 아동권리증진을 위한 정책 제언을 (1) 의료비 지원 확대 및 보호출산 메리트 삭제 (2) 위기영아가정 지원서비스·지원금액 확대 (3) 아동권리중심으로 위기임신 상담 매뉴얼 개편·보완 (4) 지원 기준을 부모의 지위에서 아동의 특성으로 변경 (5) 위기임신상담 종사자 처우개선 (6) 위기임산부·위기영아가정을 위한 주거시설 지원으로 도출하였다. 각각에 대해 살펴보면 다음과 같다.

1. 의료비 지원 확대 및 보호출산 메리트 삭제

위기임산부를 직접 면담한 문헌 및 종사자 대상 설문조사·면담 등에서 공통적으로 언급된 사항은 현행 의료비 지원이 위기임산부·영아를 지원하기에는 부족하다는 점이다. 위기임산부 특성상 산전관리 부족 등으로 모체와 태아가 의료적으로 더욱 취약한 상황임에도 불구하고, 위기임산부를 위한 의료비 지원은 따로 없으며 보편적인 임신출산바우처에 의존하고 있는 실정이다. 이는 산모의 건강 및 태아의 발달권에 부정적인 영향으로 작용하고 있다. 더군다나 보호출산을 선택할 경우 숙려 기간동안 의료비 지원이 가능하지만 입양을 선택할 경우 가능한 의료비 지원이 없는 제도 설계는 경제적으로 취약한 임신부로 하여금 오히려 보호출산을 선택하도록 하는 요인으로 작용하고 있다. 따라서 위기임산부가 경제적 이유로 산전·산후 관리에 어려움을 겪지 않도록 지원 수준을 충분히 상향조정할 필요가 있다.

2. 위기영아가정 지원서비스·지원금액 확대

문헌조사 결과 위기임산부들의 주요 정책욕구 중 하나로 나타난 것은 현행 양육 지원 확대 및 지원기준 완화였다. 종사자 설문조사에서도 위기임산부의 최종 양육 결정에 영아의 권리가 더 높은 수준으로 반영되기 위해서는, 더 많은 위기임신가정에서 원가정 양육을 선택할 수 있도록 지원서비스와 지원금액을 확대하는 것이 가장 중요하다는 결과가 나타났다. 실제 위기임산부들은 양육수당, 부모급여 등 보편적인 현금성 지원과 기저귀 바우처 서비스 등이 위기임산부와 자녀의 기초생활수준을 보장하기에는 부족한 수준이라고 인식하고 있었다. 특히 쌀, 분유, 기저귀, 의류 등 가장 기초적인 의식주를 해결하는 것에도 어려움을 경험하고 있다는 목소리는 위기영아가정에 추가적인 생계지원이 시급함을 시사한다. 지원서비스와 금액을 확대하는 동시에, 소득 발생 시 지원금 감액에 유예기간을 주는 등 지원기준을 완화·유연화할 필요가 있다. 기본적인 의식주 지원은 영아의 생존권 및 발달권과 직

결되는 문제일 뿐 아니라 출산 시점 원가정 양육을 선택하는 것에도 중대한 영향을 준다.

3. 아동권리중심 상담매뉴얼 개편·보완

위기임신 상담사업 종사자들은 위기임산부의 최종 양육 결정에는 임신부의 권리에 비해 영아 권리가 낮은 비중으로 반영되고 있다고 인식하고 있었으며, 그 이유 중 일부는 보호출산제 자체의 특성이라는 의견도 있었다. 그러나 영아 권리 신장을 위한 제도 개선책으로 보호출산제 자체를 대체·폐지해야 한다는 의견은 많지 않았으며, 아동권리를 중심으로 상담매뉴얼을 개편·구체화해야 한다는 의견이 많았다. 태아·영아 권리의 관점에서 위기임신 상담매뉴얼을 재평가하고, 구체적인 사례를 포함하여 매뉴얼을 개편·구체화하여 위기임신상담 종사자들이 보다 아동권리 관점에서 상담을 진행할 수 있도록 지원해야 할 것이다. 또한 종사자 대상 태아·영아 권리에 관한 정기적인 교육을 제공하는 것도 고려할 만하다.

4. 지원 기준을 부모의 지위에서 아동의 특성으로 변경

종사자 심층면담에서 아동 권리와 관련하여 가장 두드러지게 나타난 현 제도의 쟁점은, 위기 영아에 대한 지원 여부가 부모의 지위에 의해 차별적이고 일방적으로 결정된다는 점이었다. 같은 맥락에서, 문헌조사에서도 위기임산부들은 본인의 연령, 즉 청소년이나 아니냐에 따라서 같은 연령대의 자녀가 받을 수 있는 지원 수준이 달라진다는 점이 차별적이라고 인식하였다. 관계자가 언급한 것처럼, 아동 권리를 중심으로 한 제도라면, 해당 아동의 어머니의 연령과 국적이 어떤지와 무관하게 위기에 처한 영아라면 필요한 지원을 제공하는 것이 마땅하다. 공공 서비스의 특성상 지원 기준에서 모의 특성을 완전히 배제할 수는 없겠으나, 아동권리중심의 제도 개편을 위해서는 가능한 한 위기영아가정의 지원 기준을 부모의 지위에서 아동이

처한 상황 및 특성으로 변경해나갈 필요가 있다.

5. 종사자 처우개선

위기임신 상담사업은 24시간 상시대응·6개월간의 사후관리 등 높은 업무강도에 비해 그 처우가 매우 열악한 것으로 나타났다. 이는 잦은 이직과 퇴사의 사유로, 대상자와의 지속적인 관계 유지 및 라포 형성을 방해하여 결과적으로 원가정 양육 증진에도 방해 요소로 작용하고 있었다. 인건비 상향 조정 및 시간외 수당, 당직 수당 등을 도입하여 위기임신 상담 종사자들의 이탈을 막고 지속적이고 일관적인 사례 관리가 가능하도록 해야 한다. 이를 통해 원가정 양육 증진이라는 위기임신 상담 사업의 소기 목표를 더욱 잘 달성할 수 있을 것이다.

6. 위기임산부·위기영아가정을 위한 주거시설 지원

원가정 양육을 증진하는 주된 요소로 언급된 것은 시설 입소였다. 위기임산부는 사회적으로 고립된 경우가 많은데, 시설에 입소할 경우 유사한 처지의 다른 엄마들이 자녀를 양육하는 것을 보며 일종의 자조 공동체를 형성하게 된다. 여기서 연계되는 심리적·정보적 지지는 위기임산부가 원가정 양육을 결정하게 되는 핵심적인 요인인 것으로 보인다. 그러나 현재 위기 임신부가 입소하여 임신·출산·양육 지원을 받을 수 있는 시설은 매우 제한적이며, 입소 자격도 연령이나 혼인 여부 등에 따라 까다롭게 적용된다. 장기적으로 위기임산부의 원가정 양육을 증진하기 위해서는, 위기임산부 및 위기영아 가정이 단기적으로 입소하여 공동체를 형성할 수 있는 주거시설을 확대·지원할 필요가 있다.

제3절 민·관 협력방안

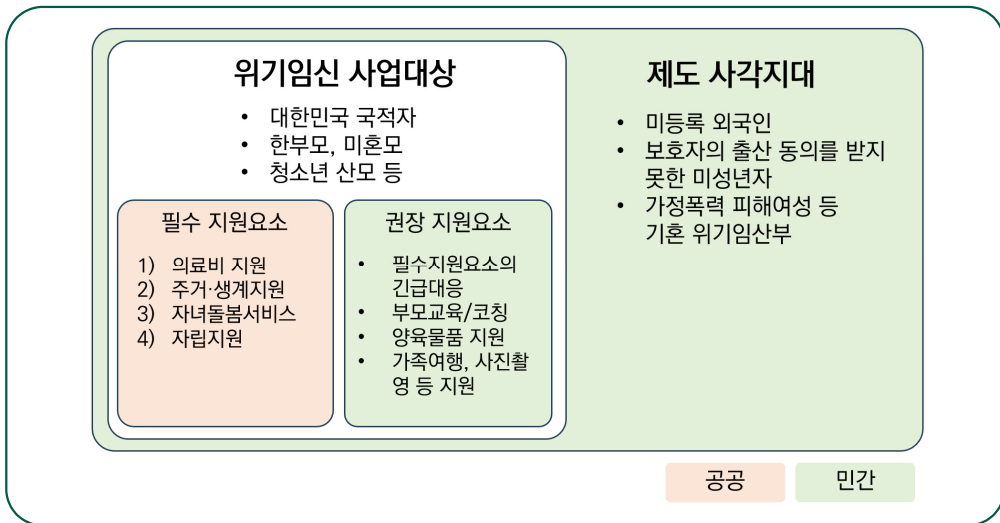
이상의 결과를 종합하여 민·관 협력방안을 도출하면 아래 [그림 6-1]과 같다. 먼저 위기임산부의 원가정 양육 선택 및 위기영아가정의 지속적인 삶을 위한 필수 지원요소로 도출된 4가지 사항에 대해서는, 공공 영역에서 마땅히 포괄해야 한다. 현행 제도 상에서는 위기임산부의 원가정 양육을 위해 필수적인 의료비, 주거비, 자녀돌봄 서비스 및 자립 등에 대한 지원조차 충분히 이루어지지 않아 민간 자원에 의존하고 있는 실정이다. 위기임산부의 산전·산후 의료비와 산후조리비용, 위기영아가정의 당장의 생계와 주거에 대한 보장, 위기임산부의 생계유지 및 자립을 위한 자녀돌봄서비스 및 직업교육과 취·창업 지원은 장기적인 관점에서 공공에서 충분히 제공할 수 있어야 할 것이다.

한편 민간에서는 위기임신 사업의 대상 기준을 충족하지 못하는 제도의 사각지대를 보완할 필요가 있다. 미등록 외국인, 보호자의 출산 동의를 받지 못한 미성년 출산모, 가정폭력·성폭력 피해여성 등 기혼 위기임산부 등이 대표적인 예시이다. 이들은 신분상의 문제로 공적인 체계의 지원을 받기 어려운 대상자로, 민간기관의 지원으로 보완할 필요가 있다.

또한, 필수 지원요소 외에 위기영아가정의 삶의 질 향상과 관계 지원을 위해 권장되는 지원요소가 있다. 부모교육과 코칭, 양육물품 지원, 가족여행 및 사진촬영 지원, 멘토-멘티 프로그램 등이 그것이다. 이러한 권장요소들에 대한 지원은 민간에서 담당해준다면 공공과의 상호보완적인 서비스 제공이 가능하다. 동시에, 공공 서비스의 행정 절차상 필수 지원요소의 긴급하고 상시적인 대응이 어려울 수 있다. 행정 절차로 인해 단기적인 서비스 공백이 발생할 경우, 이에 대한 긴급·상시 대응에 민간 자원의 도움을 받을 수 있을 것이다.

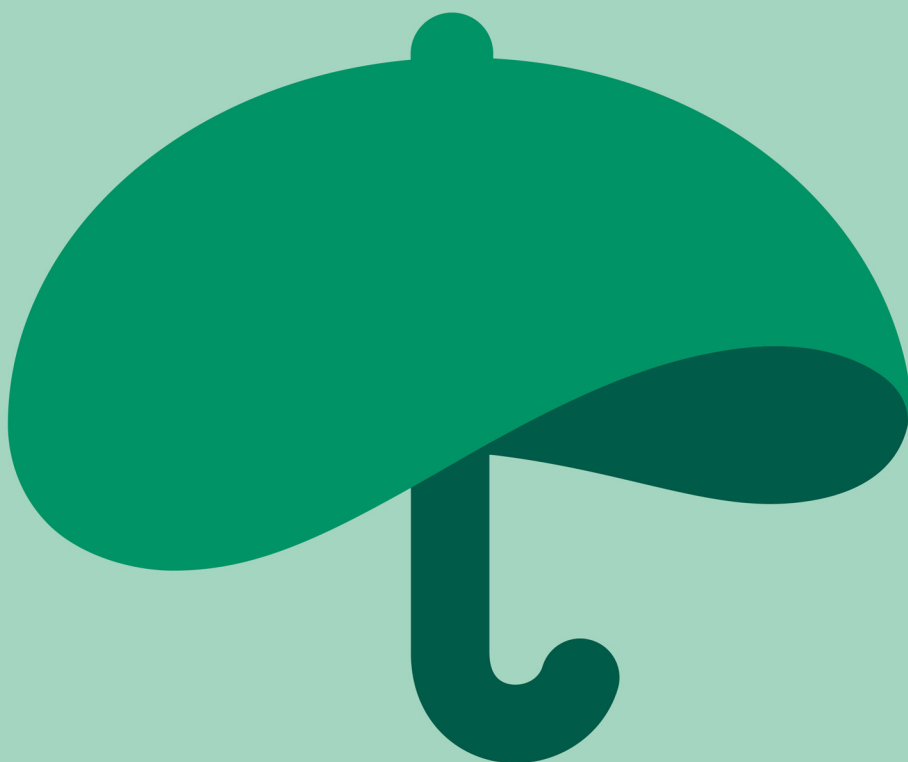
요컨대, 현행 공적 제도는 사업 대상기준에 부합하는 대상자에 대하여서는 적어도 필수 지원 요소를 포괄할 수 있을 정도로 지원 수준이 확대될 필요가 있다. 한

편 민간 자원은 사업 대상기준에 부합하지 않는 제도의 사각지대에서 산모의 지위로 인해 영아의 권리가 침해되는 일이 없도록 지원한다. 또한 공공서비스의 단기적 공백에 대한 긴급대응 및 기본적인 생계유지를 지원하고, 가능하다면 여기서 더 나아가 삶의 질 향상을 위한 권장 지원요소를 담당할 수 있을 것이다.



[그림 6-1] 위기임산부·영아 지원의 민·관 협력방안

참고문헌



참고문헌

[국내논문]

- 강명원(2020). 프랑스 비밀출산제도에 관한 연구. 유럽헌법연구, 32, 45-72
- 강홍진. (2012). 프랑스의 영유아 보육법제.
- 김상용, 안문희(2023). 베이비박스, 익명출산, 신뢰출산 - 끝나지 않는 논쟁. 중앙법학, 25(1), 87-119
- 김현진(2023). 프랑스 익명출산의명암. 비교사법, 30(1). 81-109
- 박우철, & 강혜성. (2024). 가족센터 적용을 위한 4~ 12 개월 영아기 양육자-자녀관계검진 프로그램 개발 연구. HER (Human Ecology Research), 62(4), 711-730.
- 서영민. (2018). 영국 아동건강가정방문서비스의 현황과 과제. 국제사회보장리뷰, 5, 136-141.
- 서종희. (2014). 익명출산제도에 관한 비교법적 고찰: 베이비박스를 둘러싼 논의를 중심으로: 베이비박스를 둘러싼 논의를 중심으로. 법학논총, 27(2), 79-128.
- 서종희. (2022). 프랑스법상 익명출산제도에 대한 재고찰. 가족법연구, 36(2), 331-372.
- 성정현, 김지혜, & 신옥주. (2015). 미혼모의 임신출산위기 경험과 위기해소를 위한 지원 시스템 개선 방안. 한국사회복지행정학, 17(2), 277-309.
- 신동현. (2015). 독일에서의 베이비박스과 비밀출산법제. 비교사법, 22(4), 1865-1890.
- 이지은. (2015). 프랑스 비밀출산제도(l'accouchement secret)의 현황. 유럽연구, 33(1), 171-202.
- 장유경. (2004). 한국 영아의 초기 어휘발달: 18 개월~ 36 개월. 한국심리학회지: 발달, 17(4), 91-105.
- 한명진. (2019). 독일법상 신뢰출산제도의 시행과 평가에 관한 소고. 법학논총, 43(1), 77-109.
- 한정숙(2018). 독일의 비밀출산서비스와 한국에 주는 시사점 -비밀출산 서비스의 내용과 평가에 대한 고찰을 중심으로. 한국콘텐츠학회 논문지, 18(5), 71-81.
- 홍보영. (2024). 보호대상아동 최선의 이익 관점에서 보호출산제 문제점 검토. 비판사회정책, (84), 73-96.

[해외논문]

- Ames EW. The development of Romanian orphanage children adopted to Canada: Final report to the National Welfare Grants Program: Human Resources Development Canada.. Burnaby, BC: Simon Fraser University; 1997
- Bareges, B. (2010). RAPPORT MISSION PARLEMENTAIRE sur l'accouchement dans le secret, Assemblée Nationale Française <https://www.vie-publique.fr/rapport/31578-mission-parlementaire-sur-laccouchement-dans-le-secret>
- Barker, D. (1998). Mothers, Babies and Health in Later Life. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Barnett, W. S. (1995). Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. *The future of children*, 25-50.
- Bartels, L. (2012). Safe haven laws, baby hatches and anonymous hospital birth: Examining infant abandonment, neonaticide and infanticide in Australia. *Criminal Law Journal*, 36, 19-37.
- BMFSFJ. (n.d.). Confidential birth: Diagram of the process.
- Browne, J. V. (2011). Developmental care for high-risk newborns: emerging science, clinical application, and continuity from newborn intensive care unit to community. *Clinics in perinatology*, 38(4), 719-729.
- Campbell, F. A., Ramey, C. T., Pungello, E., Sparling, J., & Miller-Johnson, S. (2002). Early childhood education: Young adult outcomes from the Abecedarian Project. *Applied developmental science*, 6(1), 42-57.
- Cunha, F., Heckman, J. J., Lochner, L., & Masterov, D. V. (2006). Interpreting the evidence on life cycle skill formation. *Handbook of the Economics of Education*, 1, 697-812.
- Cunha, Flavio, Heckman, James J., Lochner, Lance J., and Masterov, Dimitriy

- V., "Interpreting the Evidence on Life Cycle Skill Formation," In: Hanushek, Eric A. and Welch, Frank (Eds.), Handbook of the Economics of Education, vol. 1, North-Holland, Amsterdam, 2006,128.
- Delobel-Ayoub, M., Arnaud, C., White-Koning, M., Casper, C., Pierrat, V., Garel, M., ... & EPIPAGE Study Group. (2009). Behavioral problems and cognitive performance at 5 years of age after very preterm birth: the EPIPAGE Study. *Pediatrics*, 123(6), 1485-1492.
- Doyle, O., Harmon, C. P., Heckman, J. J., & Tremblay, R. E. (2009). Investing in early human development: timing and economic efficiency. *Economics & Human Biology*, 7(1), 1-6.
- Garces, E., Thomas, D., & Currie, J. (2002). Longer-term effects of Head Start. *American economic review*, 92(4), 999-1012.
- "Gilbert, S. F., & Epel, D. (2009). *Ecological developmental biology: integrating epigenetics, medicine, and evolution*. Sunderland, MA: Sinauer Associates"
- Gluckman, P. D., Hanson, M. A., Cooper, C., & Thornburg, K. L. (2008). Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *New England journal of medicine*, 359(1), 61-73.
- Grantham-McGregor, S. M., Powell, C. A., Walker, S. P., & Himes, J. H. (1991). Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: the Jamaican Study. *The Lancet*, 338(8758), 1-5.
- Hack, M., Breslau, N., Aram, D., Weissman, B., Klein, N., & Borawski-Clark, E. (1992). The effect of very low birth weight and social risk on neurocognitive abilities at school age. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 13(6), 412-420.
- Hack, M., Taylor, H. G., Schluchter, M., Andreias, L., Drotar, D., & Klein, N.

- (2009). Behavioral outcomes of extremely low birth weight children at age 8 years. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30(2), 122-130.
- Hammond, M., Miller, M. K., & Griffin, T. (2010). Safe haven laws as crime control theater. *Child abuse & neglect*, 34(7), 545-552.
- Heinonen, K., Räikkönen, K., Pesonen, A. K., Andersson, S., Kajantie, E., Eriksson, J. G., ... & Lano, A. (2010). Behavioural symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in preterm and term children born small and appropriate for gestational age: a longitudinal study. *BMC pediatrics*, 10, 1-8.
- Hemmi, M. H., Wolke, D., & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Archives of disease in childhood*, 96(7), 622-629.
- Hille, E. T., den Ouden, A. L., Saigal, S., Wolke, D., Lambert, M., Whitaker, A., ... & Paneth, N. (2001). Behavioural problems in children who weigh 1000 g or less at birth in four countries. *The Lancet*, 357(9269), 1641-1643.
- Holzer, H. (1997). Is there a gap between employer skill needs and the skills of the work force?. In A. Lesgold, M. Feuer, and A. Blakc (Eds.), *Transitions in work and learning: Implications for assessment*, Washington DC: National Academy press.
- Johnson, S., Hollis, C., Kochhar, P., Hennessy, E., Wolke, D., & Marlow, N. (2010). Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPICure study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(5), 453-463.
- Korenman, S., Miller, J. E., & Sjaastad, J. E. (1995). Long-term poverty and

- child development in the United States: Results from the NLSY. *Children and youth services review*, 17(1-2), 127-155.
- Kotulak R. Inside the brain: Revolutionary discoveries of how the mind works. *Preventative Medicine* 1998;27:246-247.
- Kuban, K. C., O'Shea, T. M., Allred, E. N., Tager-Flusberg, H., Goldstein, D. J., & Leviton, A. (2009). Positive screening on the Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) in extremely low gestational age newborns. *The Journal of pediatrics*, 154(4), 535-540.
- Limperopoulos, C. (2009). Autism spectrum disorders in survivors of extreme prematurity. *Clinics in perinatology*, 36(4), 791-805.
- Limperopoulos, C. (2010, March). Extreme prematurity, cerebellar injury, and autism. In *Seminars in pediatric neurology* (Vol. 17, No. 1, pp. 25-29).
- Maddalena, P. (2013). Long term outcomes of preterm birth: the role of epigenetics. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(3), 137-139.
- McCormick, M. C., Brooks-Gunn, J., Buka, S. L., Goldman, J., Yu, J., Salganik, M., ... & Casey, P. H. (2006). Early intervention in low birth weight premature infants: results at 18 years of age for the Infant Health and Development Program. *Pediatrics*, 117(3), 771-780.
- McCormick, M. C., Workman-Daniels, K., & Brooks-Gunn, J. (1996). The behavioral and emotional well-being of school-age children with different birth weights. *Pediatrics*, 97(1), 18-25.
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., ... & Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*, 12(3), 342-348.
- Mehler, M. F. (2008). Epigenetics and the nervous system. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child*

- Neurology Society, 64(6), 602-617.
- Mustard, J. F. (2010). Early brain development and human development. *Encyclopedia on early childhood development*, 2011, 5-27.
- Nelson III, C. A., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Marshall, P. J., Smyke, A. T., & Guthrie, D. (2007). Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest Early Intervention Project. *Science*, 318(5858), 1937-1940.
- Okah, F. A., Cai, J., & Hoff, G. L. (2005). Term-gestation low birth weight and health-compromising behaviors during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 105(3), 543-550.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., ... & Holmberg, J. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114(6), 1550-1559.
- Robinson, M. (2013). How the first nine months shape the rest of our lives. *Australian Psychologist*, 48(4), 239-245.
- Ross, G., Lipper, E. G., & Auld, P. A. (1991). Educational status and school-related abilities of very low birth weight premature children. *Pediatrics*, 88(6), 1125-1134.
- Saigal, S., Szatmari, P., Rosenbaum, P., Campbell, D., & King, S. (1991). Cognitive abilities and school performance of extremely low birth weight children and matched term control children at age 8 years: a regional study. *The Journal of pediatrics*, 118(5), 751-760.
- Schmid, G., Schreier, A., Meyer, R., & Wolke, D. (2010). A prospective study on the persistence of infant crying, sleeping and feeding problems and preschool behaviour. *Acta Paediatrica*, 99(2), 286-290.

- Secretary's Commission on Achieving Necessary Skills, *Learning a Living: A Blueprint for high Performance: A SCANS Report for America 2000*, United States Government Printing Office, Washington, DC, 1992.
- Shonkoff, J. P., Phillips, D., & National Research Council. (2000). Report of the committee on integrating the science of early childhood development. From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development, 39.
- Szyf, M., McGowan, P., & Meaney, M. J. (2008). The social environment and the epigenome. *Environmental and molecular mutagenesis*, 49(1), 46-60.
- Thomas, K. A., & Kaminsky, C. J. (2022). The Association Between State-Level Safe Haven Laws and Rates of Infant Mortality in the United States: A Legal Epidemiology Study. *medRxiv*, 2022-11
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., ... & Japel, C. (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114(1), e43-e50.
- van Baar, A. L., Vermaas, J., Knots, E., de Kleine, M. J., & Soons, P. (2009). Functioning at school age of moderately preterm children born at 32 to 36 weeks' gestational age. *Pediatrics*, 124(1), 251-257.
- Vanderbilt, D., & Gleason, M. M. (2011). Mental health concerns of the premature infant through the lifespan. *Pediatric Clinics*, 58(4), 815-832.
- Ventura, S. J., Hamilton, B. E., Mathews, T. J., & Chandra, A. (2003). Trends and variations in smoking during pregnancy and low birth weight: evidence from the birth certificate, 1990-2000. *Pediatrics*, 111(Supplement_1), 1176-1180.
- Walker, S. P., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Nelson, C.

- A., Huffman, S. L., ... & Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The lancet*, 378(9799), 1325-1338.
- Waterland, R. A., & Jirtle, R. L. (2003). Transposable elements: targets for early nutritional effects on epigenetic gene regulation. *Molecular and cellular biology*, 23(15), 5293-5300.
- Weaver, I. C., Cervoni, N., Champagne, F. A., D'Alessio, A. C., Sharma, S., Seckl, J. R., ... & Meaney, M. J. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature neuroscience*, 7(8), 847-854.
- Wolke, D., Schmid, G., Schreier, A., & Meyer, R. (2009). Crying and feeding problems in infancy and cognitive outcome in preschool children born at risk: a prospective population study. *Journal of*
- Zemski, R. (1997). Skills and the economy: An employer context for understanding the school-to-work transition. In A. Lesgold, M. Feuer, and A. Blakc (Eds.), *Transitions in work and learning: Implications for assessment*, Washington DC: National Academy press.

[단행본 및 보고서]

- 김은설·최윤경·권미경·최효미·김나영·김자연·박은영(2021), 2021년 전국보육실태조사, 보건복지부·육아정책연구소.
- 김자연·박은정·최윤경·차선자·윤수경 (2023). 영아학대 예방 및 사후관리 개선 방안. 육아정책연구소.
- 김주미(2017).젠더 브리프: 찾아가는 복지 서비스 해외 사례. 서울시여성가족재단.
- 배호중, 정가원, 김정수, 권도연, 강경주 (2024). 2024년 한부모가족 실태조사. 한국여성정책연구원, 여성가족부.
- 성정현·김지혜(2024). 위기 영아와 위기 임산부 지원방안 연구 보고서. 초록우산 경기지역본부.

참고문헌

- 심선희·이지은·정수연(2024). 위기임신 및 보호출산 지원 방안 연구. 경기도여성가족재단
이상정, 류정희, 변수정, & 하태정. (2022). 청소년부모의 정책소외 실태 및 정책개발. 한
국청소년정책연구원.
- 이선형. (2015). 베이비박스 아동 실태 및 돌봄지원 방안. 서울시 여성가족재단 연구사업보
고서, 1-24.
- 이재희·조미라·최은경 (2021). 청소년 산모 의료비 지원 현황 및 개선방안 연구. 육아정책
연구소.
- 조복희, & 이윤형. (2020). 영유아발달. 파주: 교육과학사.
- 지재근(2004), 알기쉬운 의학용어 풀이집 제3판, 고려의학.
- 현소혜·임정민·안소영·김혜진(2017). 아동유기 예방 및 보호를 위한 법·제도 개선연구. 보
건복지부

[법령]

- 대한민국 헌법. [시행 1988. 2. 25.] [헌법 제10호, 1987. 10. 29., 전부개정]
- 아동복지법. [시행 2025. 4. 1.] [법률 제20885호, 2025. 4. 1., 일부개정]
- 위기임신 및 보호출산 지원과 아동 보호에 관한 특별법. [시행 2024. 7. 19.] [법률 제
19816호, 2023. 10. 31., 제정]

[기사 및 인터넷 자료]

- Aubusson, L. (2023). Why doesn't Australia have baby boxes and safe haven
laws?. Kidspot.
<https://www.kidspot.com.au/news/why-doesnt-australia-have-baby-boxes-and-safe-haven-laws/news-story/1bbe559ece443eeda7ccbf894e49ce1f> (2025.04.16. 인출)
- GOV. UK. 보도자료(2024. 3. 10.). £35 million investment to boost maternity
safety.
<https://www.gov.uk/government/news/35-million-investment-to-boost->

- maternity-safety (2024.04.04. 인출)
- KBS 뉴스(2012. 7. 22.). 영국 프랑스, 출산율을 높여라.
<https://news.kbs.co.kr/news/pc/view/view.do?ncd=2507352>. (2024.04.04. 인출)
- NCDHHS. "Care Management for High-Risk Pregnancies (CMHRP)".
<https://medicaid.ncdhhs.gov/care-management/care-management-high-risk-pregnancies-cmhrp> (2025.04.14. 인출)
- Pregnancy Birth & Baby. Private health insurance and pregnancy.
[https://www.pregnancybirthbaby.org.au/private-health-insurance-and-pregnancy#:~:text=In%20Australia%2C%20care%20as%20a,a%20private%20or%20public%20hospital](https://www.pregnancybirthbaby.org.au/private-health-insurance-and-pregnancy#:~:text=In%20Australia%2C%20care%20as%20a,a%20private%20or%20public%20hospital.). (2025.04.16. 인출)
- Title IV-E Prevention Services. Maternal Early Childhood Sustained Home-visiting®.
<https://preventionservices.acf.hhs.gov/programs/843/show> (2025.04.16. 인출)
- 건강보험심사평가원. (2024). 외국인 근로자 등 의료지원사업. 건강보험심사평가원 홈페이지(<https://www.hira.or.kr/>). 2025. 5. 14. 인출
- 권희정(2024. 6. 28.). "쇼핑백 속에 넣어 아기 유기해도 보호출산제 도입 않는 나라?". 오마이뉴스.
https://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0003042279 (2024.04.04. 인출)
- 김영주 의원 외, 위기임산부 및 아동 보호·지원에 관한 특별법안(김영주 의원 대표발의), 발의연월일: 2023. 8. 18.
<https://www.lawmaking.go.kr/mob/nsmLmSts/out/2123871/detailR>
 (인출일: 2024. 12. 19.)
- 미국 질병관리청(2024). Important milestons by the end of 3 years (36 months).
<https://hia.berkeley.edu/wp-content/uploads/2015/05/3-years-mileston>

e.pdf, 2025. 1. 17. 인출

보건복지부(2024). 2024년 외국인근로자 등 의료지원 사업수행 의료기관 지원 현황.

보건복지부 홈페이지. <https://www.mohw.go.kr/> 2025. 1. 23. 인출

손성배(2023. 7. 2.). “출산·접종기록 있어도 추적 어렵다... ‘불법체류 부모 그림자 아기’”. 중앙일보. <https://v.daum.net/v/Ui6KoEsbWN> (인출일: 2024. 12. 19.)

신향진(2021). 보호출산에 관한 특별법안 검토보고(김미애의원 대표발의). 보건복지위원회 (health.na.go.kr)에서 인출(2024. 12. 16.)

육아정책연구소 국제동향. "모성 건강개선 및 가정 방문 프로그램에 재저 지원 발표".

https://www.kicce.re.kr/main/board/view.do?menu_idx=79&board_idx=51357&manage_idx=72&old_menu_idx=0&old_manage_idx=0&old_board_idx=0&group_depth=0&parent_idx=0&group_idx=0&group_ord=0&viewMode=NORMAL&authKey=&country_name=%25&yearData=&search_text=&rowCount=10&viewPage=1 (2025.04.15. 인출)

이상훈(2022. 11. 22.). “여성 장애인 출산을 급감.. 원인은 복합적”. 약업신문.

<http://m.yakup.com/news/index.html?mode=view&nid=275831>. (인출일: 2024. 12. 19.)

이수진 (2024. 4. 17.) "국적도 신분도 인권도 없는 유령아동 5000명 [있지만 없는 무국적 유령아동②]". 이투데이. <https://www.etoday.co.kr/news/view/2350993>

(인출일: 2024. 12. 19.)

한국여성정책연구원 국제동향(2024. 8. 1.). 영국, 모성 및 신생아 건강증진을 위한 예산 지원. <https://www.kwdi.re.kr/research/fttrandView.do?p=1&idx=132420>

(2024.04.04. 인출)

[기타 자료]

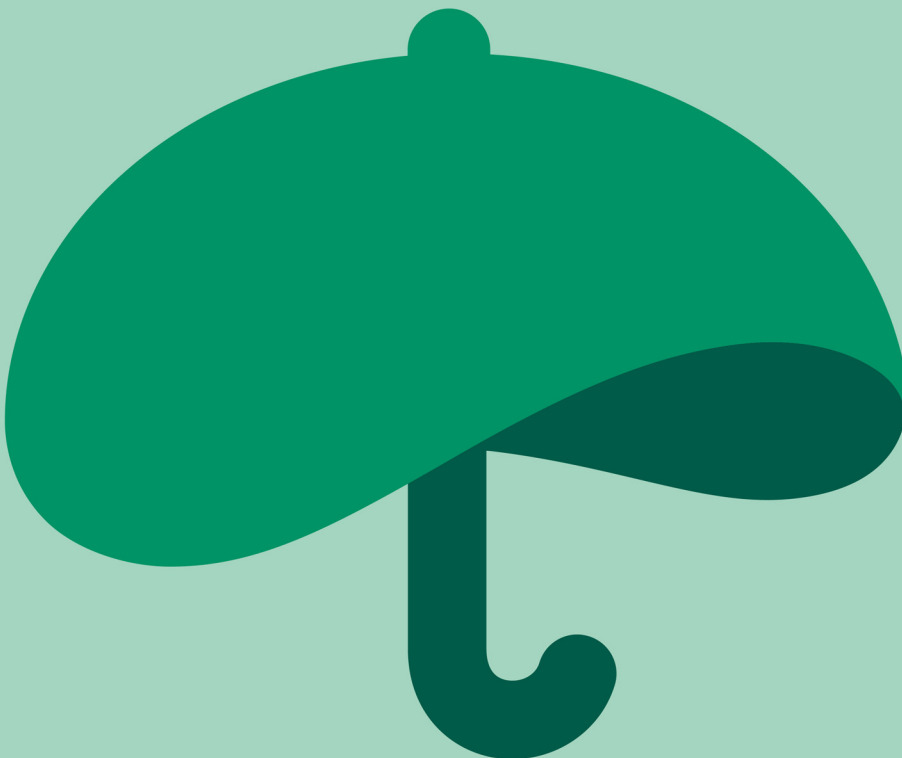
강영실(2022). 1422-37 위기임신출산 지원사업보고(2019~2021). 위기임신의 그늘, 외국인 위기임산부와 출생영아, 이대로 좋은가? 토론회 자료집.

- 백정연(2022). 외국인 위기임산부 임신출산 의료지원. 위기임신의 그늘, 외국인 위기임산부와 출생영아, 이대로 좋은가? 토론회 자료집.
- 보건복지부 보도자료(2024. 3. 22.) “7월 19일 출생통보제, 보호출산제 시행을 위해 정부·지자체·법원행정처 힘을 모으다”.
- 보건복지부 보도자료. “출생미신고 아동 2,123명 전수조사 결과 1,025명 생존 확인, 249명 사망, 814명 수사 중”. 2023. 7. 18.
- 보건복지부(2019-2023). 국민기초생활보장수급자현황.
- 보건복지부(2023). 2023년 보호대상아동 현황보고(연도별_최종). 보건복지부 홈페이지 (mohw.go.kr)
- 보건복지부(2024). 2024년 위기임신 및 보호출산 지원 사업 안내.
- 보건복지부(2024). 2025년도 보육사업안내.
- 보건복지부(2024). 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지원 사업 안내.
- 여성가족부·복권위원회(2024). 2024년 한부모가족 복지서비스 종합안내서(요약).
- 초록우산(2024). 2025 사업계획 수립지침-위기영아지원(내부자료).
- 초록우산(2024). 2025 중점사업 안내서-위기영아(내부자료).
- 초록우산(2025). 초록우산 신규중점사업 표준제안서(내부자료).
- 통계청(2019-2023). 인구동향조사 출생연간자료 A형.
- 통계청(2019-2023). 인구총조사. 연령별 미혼모, 미혼부.

A Study on the Need to Support Pregnant Women and Infants in Crisis and Policy Recommendations

2025-3

부록



부록

부록 1. 지역상담기관 종사자 설문지

지역상담기관 종사자 대상 설문조사

안녕하세요. 초록우산 아동복지연구소는 아동친화적인 환경 조성을 위해 전문적인 연구조사를 실시하는 연구기관입니다. 이 연구는 '위기 임신부·영아 지원의 필요성 및 제도 개선방안' 연구로, 「위기 임신 및 보호출산 지원과 아동 보호에 관한 특별법」을 중심으로 한 현 정부의 정책 실태를 검토하고 제도 개선안을 제안하는 연구입니다.

본 조사에서는 지정된 지역상담기관에서 근무하시는 기관장님 및 위기임산부 대상 상담을 제공하시는 담당자 분들의 위기임신 상담 사업에 대한 인식과 운영의 어려움, 개선이 필요한 부분에 대해 여쭙고자 합니다.

응답해주신 내용은 통계법 제 33조(비밀의 보호)에 따라 비밀이 보장되며, 통계작성 외의 목적으로는 사용되지 않습니다. 자료 분석 시 모든 응답은 철저히 익명화되며, 응답 사항은 3년간 보관 후 폐기됩니다.

아울러 본 설문에 끝까지 응답해주신 모든 분들께 신세계 상품권(10만원)을 보내드리오니 소중한 참여를 부탁드립니다. 협조해주셔서 감사합니다.



A. 기관 및 응답자 정보

A1. 현재 귀하가 소속된 기관의 지역은 어디입니까?

- ① 서울 ② 부산 ③ 대구 ④ 인천 ⑤ 광주 ⑥ 대전 ⑦ 울산 ⑧ 경기
 ⑨ 강원 ⑩ 충북 ⑪ 충남 ⑫ 전북 ⑬ 전남 ⑭ 경북 ⑮ 경남 ⑯ 제주

A2. 현재 귀하가 소속된 기관의 이름은 무엇입니까?

()

A3. 귀하의 직군은 무엇입니까?

- ① 기관장
 ② 팀장(상담팀장, 선임상담원)
 ③ 팀원(상담원)
 ④ 그 외(위기임신 상담 외 업무)

A4. 귀하는 상담 업무에 어떻게 참여하고 계십니까?

- ① 전임
 ② 겸직
 ③ 상담 업무를 하지 않음

A5. 현재 소속 기관에서 얼마나 근무하십니까?

()년 ()개월

A6. 귀하의 전공 및 경력에 기반한 귀하의 전문분야는 무엇입니까? (중복응답 가능)

- ① 미혼모·위기임산부 ② 가족해체·위기
 ③ 아동·청소년 ④ 장애인 및 특수아
 ⑤ 그 외()

B. 상담 업무

B1. 다음은 현재 귀 기관에서 진행 중인 위기임산부 상담에 관한 질문입니다. 위기임산부 상담이 다음 소기의 목표를 얼마나 잘 달성하고 있다고 보십니까?

	① 매우 미흡함	② 조금 미흡함	③ 잘 모르겠음	④ 비교적 잘 달성하고 있음	⑤ 매우 잘 달성하고 있음
1) 의료적 안전이 보장되는 환경에서 출산	①	②	③	④	⑤
2) 위기임산부의 산전·산후 건강 보호	①	②	③	④	⑤
3) 아동의 안전한 출생과 생명권 보장	①	②	③	④	⑤
4) 원가정에서의 양육 지원	①	②	③	④	⑤
5) 아동보호 등을 통한 안전한 양육환경 보장	①	②	③	④	⑤
6) 임산부의 자기결정권 지원	①	②	③	④	⑤
7) 임산부와 아동의 위기 해소 및 복리 증진	①	②	③	④	⑤

B2. 2024 사업 안내에 따르면, 위기임산부가 보호출산에 관한 상담을 원하는 경우에도 위기임산부가 최대한 자녀를 직접 양육할 수 있도록 하는 위기임신 상담을 먼저 제공하도록 되어 있습니다. 원가정 양육을 증진하기 위한 상담이 잘 이루어지고 있다고 보십니까?

- ① 예
- ② 아니오
- ③ 잘 모르겠음

B3. 사례에 따라, 원가정 양육을 증진하고자 하는 상담 목표가 잘 이루어지지 않는 경우도 있습니다. 주된 이유는 무엇이라고 보십니까? 해당되는 것에 모두 체크해주시시오. (중복응답 가능)

- ① 경찰·병원 등에서 이미 보호출산 가정 하에 내담자를 연계함
- ② 입양 및 보호출산에 대한 내담자의 의지가 확고함
- ③ 장애아동·불법체류 등 다양하고 특수한 위기 상황에 관한 상담자 대상 교육 부족
- ④ 상담인력 부족(과도한 사례 수)으로 인한 상담의 질 저하
- ⑤ 현행 제도의 보장 수준이 위기임산부의 원가정 양육을 증진할 만큼 충분하지 않음
- ⑥ 현행 제도의 사각지대로 인해 위기임산부가 필요한 지원을 받을 수 없음

B4. 귀하는 보호출산 상담을 진행한 경험이 있으십니까?

- ① 예 → B4-1로 이동
 ② 아니오 → B5로 이동

B4-1. 다음은 귀 기관에서 진행하신 보호출산 상담에 관한 내용입니다. 다음의 각 항목이 상담 과정에서 얼마나 충분히 전달되고 있다고 보십니까?

	① 매우 미흡함	② 조금 미흡함	③ 잘 모르겠음	④ 잘 전달되고 있음	⑤ 매우 잘 전달되고 있음
1) 보호출산의 절차와 법적 효력	①	②	③	④	⑤
2) 자녀의 생모, 생부를 알 권리의 의미	①	②	③	④	⑤
3) 보호출산이 자녀의 권리 및 발달에 미치는 영향	①	②	③	④	⑤
4) 자녀에 대한 인지 및 양육 등 생부의 권리	①	②	③	④	⑤
5) 숙려기간 관련 안내	①	②	③	④	⑤
6) 아동 보호 절차	①	②	③	④	⑤
7) 친권을 회복할 수 있는 기간 및 절차	①	②	③	④	⑤
8) 자녀의 출생증서 공개 청구 요건 및 절차	①	②	③	④	⑤

B5. 귀 기관에서 상담을 받은 위기 임신부의 최종 양육 결정(임신중단·보호출산·입양 등 아동보호·원가정 양육 등)에 다음의 정보가 얼마나 충분히 고려되고 있다고 보십니까?

	① 전혀 고려되지 않음	② 잘 고려되지 않음	③ 보통	④ 고려됨	⑤ 충분히 고려됨
1) 원가정 양육 시 가능한 사회안전망에 대한 정보	①	②	③	④	⑤
2) 출생할 아동의 권리	①	②	③	④	⑤
3) 위기 임신부의 권리	①	②	③	④	⑤
4) 출생아가 이후에 겪게 될 상황	①	②	③	④	⑤
5) 위기 임신부가 이후에 겪게 될 상황	①	②	③	④	⑤

B6. 위기 임신부의 최종 양육 결정에 출생아와 위기임산부의 권리가 어떠한 비중으로 반영되고 있다고 보십니까?

← 출생아의 권리			균형		위기임산부의 권리 →	
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

[①②③④ → C1로 이동 ⑤⑥⑦ → B5-1로 이동]

B5-1. 위기 영아의 권리가 위기 임신부의 권리에 비해 더 낮은 비중으로 반영되고 있는 이유는 무엇이라고 생각하십니까?

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① 보호출산제 자체의 특성
- ② 위기임산부의 아동권리인식 미흡 또는 관련 상담 부족
- ③ 원가정 양육을 위한 지원서비스 및 지원금액의 불충분성
- ④ 종사자(상담 제공자)가 영아보다는 임신부 관련 전문지식과 경험이 많음
- ⑤ 기타(_____)

B5-2. 위기 영아와 위기임산부의 권리가 균형있게 반영되기 위해서 가장 시급한 제도 개선책은 무엇이라고 생각하십니까?

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① 아동권리 중심 상담매뉴얼 개편·구체화
- ② 원가정 양육을 위한 지원서비스 및 지원금액 확대
- ③ 종사자 전문교육
- ④ 보호출산제를 다른 제도로 대체
- ⑤ 기타(_____)

C. 위기 임신부·영아 지원(전체)

C1. 위기임산부 지원사업의 대상자들이 호소하는 주요한 어려움은 무엇입니까?

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① 경제적 어려움(의료비, 생활비, 주거문제 등)
- ② 건강·의료 문제
- ③ 남편과의 갈등
- ④ 남편 외 사회적 관계에서의 갈등 및 고립 (부모님, 친구 등)
- ⑤ 학업·진로·생업의 문제

C2. 다음 각 호의 사업 세부 내용이 얼마나 충분하게 이루어지고 있다고 생각하십니까?

	① 매우 미흡함	② 미흡함	③ 잘 모르겠음	④ 충분함	⑤ 매우 충분함
1) 원가정 양육을 위한 상담 및 정보 제공	①	②	③	④	⑤
2) 원가정 양육을 위한 서비스 연계	①	②	③	④	⑤
3) 아동 보호에 관한 상담 및 정보 제공	①	②	③	④	⑤
4) 아동 보호조치 연계	①	②	③	④	⑤
5) 임신 중단에 관한 상담 및 정보 제공	①	②	③	④	⑤
6) 임신 중단 관련 서비스 연계	①	②	③	④	⑤
7) 보호출산에 관한 상담 및 정보 제공	①	②	③	④	⑤
8) 보호출산시 출생모 및 출생아가 경험하게 될 일들에 관한 설명	①	②	③	④	⑤
8) 보호출산을 위한 서비스 연계	①	②	③	④	⑤
9) 위기임산부 상시·긴급 대응	①	②	③	④	⑤

C3. 위기임산부 지원사업에도 불구하고 발굴되지 않고 있는 위기 영아·위기임산부 사각지대가 존재한다고 보십니까?

1. 예 → C2-1로 이동
2. 아니오 → C4로 이동

C2-1. 위기영아·위기임산부의 사각지대는 주로 어떤 계층이라고 보십니까?

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① 불법체류자·이주민 여성 및 자녀
- ② 정신/발달/신체장애 여성 및 자녀
- ③ 청소년모·미혼모 및 자녀
- ④ 가정폭력 피해여성 및 자녀
- ⑤ 성폭력 피해여성 및 자녀
- ⑥ 약물중독 여성 및 자녀
- ⑦ 노숙·빈곤 여성 및 자녀
- ⑧ 혼외 사실혼 관계의 여성 및 자녀

위기 영아임산부 지원의 필요성 및 제도 개선방안

C3. 다음은 태아와 영아의 권리에 관한 내용입니다. 출생통보제와 보호출산제, 위기임산부 상담 사업이 영아의 권리에 어떠한 영향을 주고 있다고 보십니까?

제도	태아·영아의 권리	권리 악화 ← 동일 → 권리 신장					
		① 이전에 비해 매우 악화됨	② 이전에 비해 조금 악화됨	③ 영향 없음	④ 이전에 비해 조금 신장됨	⑤ 이전에 비해 매우 신장됨	
출생통보제	생존	1) 영양·건강·의료적 지원	①	②	③	④	⑤
		2) 깨끗하고 안전한 환경	①	②	③	④	⑤
	보호	3) 학대·방임으로부터의 보호	①	②	③	④	⑤
		4) 유해한 환경으로부터의 보호	①	②	③	④	⑤
		5) 차별로부터의 보호	①	②	③	④	⑤
	발달	6) 발달에 적합한 지원·교육	①	②	③	④	⑤
		7) 주양육자와의 지속적 애착	①	②	③	④	⑤
	참여	8) 아동 최선의 이익	①	②	③	④	⑤
보호출산제	생존	1) 영양·건강·의료적 지원	①	②	③	④	⑤
		2) 깨끗하고 안전한 환경	①	②	③	④	⑤
	보호	3) 학대·방임으로부터의 보호	①	②	③	④	⑤
		4) 유해한 환경으로부터의 보호	①	②	③	④	⑤
		5) 차별로부터의 보호	①	②	③	④	⑤
	발달	6) 발달에 적합한 지원·교육	①	②	③	④	⑤
		7) 주양육자와의 지속적 애착	①	②	③	④	⑤
	참여	8) 아동 최선의 이익	①	②	③	④	⑤
위기임산부 상담	생존	1) 영양·건강·의료적 지원	①	②	③	④	⑤
		2) 깨끗하고 안전한 환경	①	②	③	④	⑤
	보호	3) 학대·방임으로부터의 보호	①	②	③	④	⑤
		4) 유해한 환경으로부터의 보호	①	②	③	④	⑤
		5) 차별로부터의 보호	①	②	③	④	⑤
	발달	6) 발달에 적합한 지원·교육	①	②	③	④	⑤
		7) 주양육자와의 지속적 애착	①	②	③	④	⑤
	참여	8) 아동 최선의 이익	①	②	③	④	⑤

부록

C4. 다음은 위기임신 지원사업과 관련된 애로사항에 관한 질문입니다. 실제 위기임신 지원사업을 진행하시면서 가장 큰 어려움을 느끼는 항목은 무엇인가요? (복수응답 가능)

- ① 적절한 자원 탐색·연계의 어려움
- ② 사후관리 및 이와 관련된 행정 서류 업무 과중
- ③ 제도 홍보 미비로 인한 행정지자체 연계·공조의 어려움
- ④ 경찰·병원 등 대상자 연계 기관의 제도 이해 부족
- ⑤ 기타(_____)

C5. 다음은 위기임신 지원사업 종사자의 근로조건 및 역량강화와 관련된 내용입니다. 다음의 각 항목에 대해 얼마나 만족하십니까?

	① 매우 불만족	② 불만족	③ 보통	④ 만족	⑤ 매우 만족
1) 업무량	①	②	③	④	⑤
2) 업무 책임 및 부담감	①	②	③	④	⑤
3) 종사자의 안전(민원인의 폭력 등)	①	②	③	④	⑤
4) 경제적 보상(당직비, 시간외수당 등)	①	②	③	④	⑤
5) 사업 매뉴얼의 실효성 및 구체성	①	②	③	④	⑤
6) 보수교육 및 수퍼비전	①	②	③	④	⑤

C6. 위기임신부 지원사업의 효과적 시행을 위해 개선되어야 할 가장 시급한 사항은 무엇입니까?

1순위		2순위	
-----	--	-----	--

- ① 지원기준 완화(연령·소득·중복지원 등)
- ② 지원절차 간소화
- ③ 자원 연계 및 사후관리 관련 조직·인력 보완
- ④ 적극적 제도 홍보를 통한 지자체 연계·공조 활성화
- ⑤ 사업, 상담매뉴얼 보완·강화
- ⑥ 종사자 근무조건 개선
- ⑦ 기타(_____)

C5. 기타 위기임신 지원사업과 관련된 의견이 있으시면 자유롭게 서술해주시기 바랍니다.

위기 영아·임산부 지원의 필요성 및 제도 개선방안

연구보고 2025-3

발행 2025년 8월

발행인 황영기

편집인 노충래

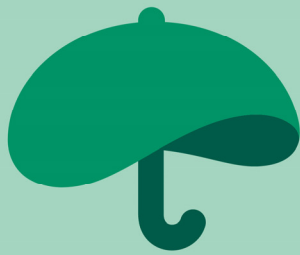
발행처 초록우산 아동복지연구소

주소 서울특별시 중구 무교로 20 어린이재단 빌딩

전화 02-398-0131~0134

홈페이지 www.childfund.or.kr

※사전 승인 없이 보고서 내용의 무단 전재 및 복제를 금함



 초록우산

(04522) 서울특별시 중구 무교로 20 어린이재단 빌딩

TEL 1588-1940 FAX 02-756-4256