

## 고령 임신부의 건강한 자녀 출산을 위한 산전 지원 방안

수행과제명 ... 고령 임신부의 임신결과 및 정책지원 방안

과제책임자 ... 김 동 식 연구위원

☎ Tel: 02-3156-7156, ✉ e-mail: dskim@kwidimail.re.kr

### 요 약

오늘날 여성의 만혼과 노산에 따른 출산의 양(quantity)에 대한 관심과 지원은 늘어나고 있는 반면, 출산의 질(quality)에 대한 관심과 지원은 상대적으로 부족한 실정임. 고령 여성의 임신과 출산의 질(quality) 개선을 위해서는 현행 정부의 임신·출산관련 치료중심의 소극적인 산후 지원 보다는 예방차원의 적극적인 산전 지원이 우선시 되어야 함. 따라서 기존의 임신·출산관련 정책 방향을 재설정하여 소극적 지원 영역을 넘어 적극적이고 내실화 있는 산전 지원방안을 개발 및 확대 적용해야 할 것이며, 이는 저출산 문제와 연계되어 지원될 필요가 있음

### 1. 배경 및 문제점

- 여성의 교육수준 향상 및 경제활동 참여가 증가하면서 결혼과 출산을 연기하는 여성의 수가 증가하고 있음
- 여성의 만혼(late marriage)과 노산(late childbirth) 현상은 생물학적으로

임신과 출산이 가능한 가임기간이 줄어들고 있음을 의미하며, 궁극적으로 여성이 평생 동안 낳을 수 있는 자녀의 수(합계출산율)를 결정하는데 중요한 요인으로 알려져 있음

- 이로 인해 오늘날 출산의 양(quantity)에 대한 관심과 지원은 늘어나고 있는 반면, 고령 임신부의 임신결과인 출산의 질(quality)에 대한 관심과 지원은 상대적으로 부족한 실정임
- 국내외 선행연구에 따르면, 30-40대의 고령 임신부는 20대의 젊은 임신부에 비해 미숙아, 저체중아 및 선천성이상아 등 고위험 신생아를 출산할 위험이 상대적으로 높음. 게다가 고령 임신부는 임신·출산 관련 합병증 이환율과 제왕절개시술율 및 자연유산과 사산 등의 임신소모율도 젊은 임신부보다 높아 적절한 검사 및 진료 부재 시 임신부 본인과 태아 혹은 태어난 신생아의 생명도 위협받을 확률이 높음(Barros et al., 1996)
- 이상과 같이 35세 이상 고령임산부가 최근 증가하고 있고, 이에 따른 임신·출산관련 질환 이환율 및 출생아의 건강 문제가 심화됨에 따라 최근 통계청(2010.8.30)은 이들을 정부와 사회의 관심이 필요한 새로운 정책 소비계층인 폴리슈머(polisumer)로 선정함
- 최근 서구사회를 중심으로 미숙아, 저체중아 등 불량한 임신결과(adverse pregnancy outcomes)에 대한 임신부의 고 연령이 지닌 생물학적 특성뿐만 아니라 임신 전과 임신 중의 검진/진료, 사회경제적 지위, 심리상태, 불안감, 생활사건, 사회관계 및 거주환경 등 산전 의료이용행태 및 사회환경적 특성 역시 중요한 위험요인(risk factors)임을 지적하고 있음(Albrecht & Rankin, 1989; Cho et al., 2011). 이는 다시 말해서, 산전 지원정책은 고 연령이 지닌 불이익을 완화하여, 궁극적으로 임신 결과의 질을 개선하는데 긍정적 영향을 줄 수 있음을 의미함
- 그러나 우리나라의 현행 임신·출산관련 지원정책을 산전과 산후로 구분하면, 임신·출산에 대한 예방차원의 적극적인 사전 지원(산전 정책)보다는 치료중심의 소극적인 사후 지원(산후 정책)에 집중되어 있어

개인과 사회적 부담은 높을 수밖에 없음. 특히, 산전 관련 내용이 일부 의료비 지원에 한정되어 있고, 고령 임신부의 임신결과 질 향상을 위한 정부차원의 지원 노력은 전무한 실정임

- 일본, 스웨덴, 영국, 호주, 독일 등 주요 국가들의 임신·출산관련 정책 사업을 보면, 우리나라와 같이 임신 전과 임신 중을 아우르는 산전 지원 보다는 산후 지원에 좀 더 무게감을 두고 있음. 그러나 산전 지원 사업들이 단순히 의료비 지원 수준에 거치지 않고, 산전 검사 및 진료 등의 산전 관리뿐만 아니라, 임신부의 임신 중 신체적, 정신적, 사회적 상태와 태아의 건강 및 성장 상태를 지속적으로 모니터링 하고, 임신·출산에 있어 위험요인으로 작용할 수 있는 가족의 건강행태, 영양상태, 폭력, 생활사건, 거주환경 등을 사전에 예방하고 차단하기 위하여 다양한 의료 및 사회환경적 산전 지원 사업을 실시하고 있음
- 최근 보건복지부의 연구결과(박문일 등, 2005)에 따르면, 고령 임신부 10명 중 약 7명은 출산자녀의 건강문제에 대해 걱정을 하고 있으며, 정부의 의료서비스 지원 시 가장 우선적 시기에 대해서도 10명 중 약 7명이 ‘산전’이라고 응답함
- 따라서 본 연구는 고령 임신부의 임신결과(미숙아, 저체중아 등) 실태와 산전 위험요인을 분석하고, 관련 전문가의 의견 수렴을 통해 고령임산부의 임신결과와 질 개선을 위한 적극적이고 내실있는 산전 정책지원 방안을 제안하고자 함

## 2. 조사 및 분석결과

### ☐ 임신결과 추이 및 위험요인 분석 결과

- 미숙아, 과숙아 추이 및 위험요인

- 미숙아 출산 비율은 1997년 3.2%에서 2000년 3.8%, 2003년 4.5%, 2006년 4.9%, 그리고 2009년 5.6%로 점진적으로 증가하고 있으며, 과숙아 출산은 1997년 2.4%로 가장 높다가 2000년 1.4%, 2003년 1.1%, 2006년 0.8%, 2009년 0.4%로 꾸준히 감소하고 있음
- 1997-2009년 동안 모 연령이 20-24세의 미숙아 출산비율은 3.4%에서 25-29세 3.6%, 30-34세 4.5%, 35-39세 6.6%, 40-49세 8.5%로 점진적으로 증가하고 있으나, 과숙아 출산 비율은 모 연령이 20-24세 연령대에서 1.9%로 가장 높고, 30-39세는 1.0%로 가장 낮고, 40-49세에서 1.4%로 다소 증가함
- 1997년에는 부(父)와 모(母)의 학력수준과는 무관하게 모 연령 증가에 따른 미숙아 출산 비율이 높았으나, 2009년에는 그 경향성은 동일하게 관찰되나 모 학력수준에 따른 연령 간 미숙아 출산 격차는 더욱 확연히 커지고 있음. 즉, 모 학력이 대졸 혹은 고졸 보다는 중졸 이하에서의 연령 간 미숙아 출산 차이가 커지고 있음
- 출생아 특성(성, 출생순위, 다태아 여부) 및 부모의 사회경제적 지위(학력, 직종)를 보정한 이후, 연도별 미숙아 출산 위험비(odds ratio)는 1997년 1.00 대비 2000년 1.15, 2003년 1.35, 2006년 1.39, 2009년 1.59로 점진적으로 증가하는 반면, 과숙아는 1997년 대비 2000년 0.60, 2003년 0.45, 2006년 0.34, 2009년 0.15로 감소하고 있음. 모 연령별로는 미숙아 출산 위험비는 20-24세 대비 25-29세 1.03, 30-34세 1.24, 35-39세 1.66, 40-49세 2.30로 높아지고 있으나, 과숙아는 20-24세 대비 25-39세는 0.94로 다소 낮고, 40-49세는 1.16으로 다소 반등되는 경향을 보임
- 미숙아 및 과숙아 출산의 위험요인으로 모 연령을 비롯하여 출생아 성, 다태아 여부, 출생순위 및 부모의 학력과 직종이 통계적 연관성이 있었으며, 이는 거의 모든 연도(1997-2009년)에서 확인됨. 중요한 점은 최근 모 연령 간 미숙아 출산 위험비의 차이는 줄어들고 있으나 부모의 학력, 특히 모의 학력 간 격차는 더욱 커지고 있으며, 이는 통계적으로도 유의미함. 직종과 관련해서는 모 보다는 부의 직종이 비육체직(전문

직·사무직) 대비 육체직(서비스·판매직, 서비스직 등) 혹은 무직에서의 미숙아 출산 위험비가 높으며, 2006년 이후부터 격차가 확연히 관찰됨

#### ○ 저체중아, 거대아 추이 및 위험요인

- 저체중아 비율은 1997년 3.2%에서 2000년 3.8%, 2003년 4.0%, 2006년 4.4%, 2009년 4.4%로 점진적으로 증가하고 있는 반면, 거대아는 1997년 6.1%로 가장 높다가 2000년과 2003년 5.1-5.2%, 2006년 4.2%, 그리고 최근 2009년에는 3.7%로 감소하고 있음
- 1997-2009년 동안 모 연령이 20-29세의 저체중아 비율은 3.5%에서 30-34세 4.3%, 35-39세 5.8%, 40-49세 7.4%로 증가하고 있으나, 모 연령에 따른 거대아 출산 비율은 20-24세 4.6%, 25-29세 4.8%, 30-34세 5.1%, 35-39세 5.5%로 다소 증가하였으나, 40-49세에서는 5.1%로 감소함
- 앞서 제시한 미숙아 결과와는 다르게, 1997년에도 부(父)와 모(母)의 학력수준에 따른 저체중아 출산 비율은 상이한 것으로 관찰됨. 그러나 최근 2009년에는 그 경향이 더 명확하게 관찰되었으며, 특히 모의 학력간 저체중아 출산 격차는 더욱 심화되고 있음. 즉, 학력수준이 낮을수록 저체중아 출산 경향이 높아지고 있음
- 출생아 특성(성, 출생순위, 다태아 여부) 및 부모의 사회경제적 지위(학력, 직종)를 보정한 이후, 연도별 저체중아 출산 위험비(odds ratio)는 1997년 대비 2000년 1.13, 2003년 1.17, 2006년 1.19, 2009년 1.29로 점진적으로 증가하는 반면, 거대아는 1997년 1.00 대비 2000년 0.83, 2003년 0.84, 2006년 0.69, 2009년 0.62로 감소하고 있음. 모 연령별로는 저체중아 출산 위험비는 20-24세 대비 25-29세 1.03, 30-34세 1.23, 35-39세 1.62, 40-49세 2.18로 높아지고 있으며, 거대아 역시 20-24세 대비 25-39세는 1.11, 30-34세 1.23, 35-39세 1.28로 증가하다가 40-49세에서는 1.14로 다소 감소하는 경향이 관찰됨
- 저체중아 및 거대아 출산의 위험요인 또한 거대아 및 과숙아 결과와 같이 모 연령을 비롯하여 출생아 성, 다태아 여부, 출생순위 및 부모의

학력과 직종이 통계적 연관성이 있었으며, 이는 거의 모든 연도 (1997-2009년)에서 확인됨. 게다가 최근 모 연령 간 저체중아 출산 위험비의 차이는 줄어들고 있으나 부모의 학력, 특히 모의 학력 간 격차는 더욱 커지고 있음. 그러나 과숙아의 경우 최근으로 올수록 모 연령 간 위험비의 차이가 더욱 커지고 있고, 이에 대한 부모의 학력 및 직종 간 차이는 명확히 관찰되지 않음

#### ○ 부당경량아, 부당중량아, 자궁내발육 부전 추이 및 위험요인

- 연도별로 살펴보면, 부당경량아와 부당중량아는 최근으로 올수록 급증하고 있으나, 자궁내발육부전은 1997-2009년에 최대 0.2%p로 거의 동일 수준을 유지 하고 있음
- 모 연령별로 살펴보면, 부당경량아, 부당중량아, 자궁내발육부전 모두 연령이 증가할수록 높아지고 있음. 즉, 부당경량아는 20-24세 1.6%에서 25-29세 1.8%, 30-34세 2.4%, 35-34세 3.5%, 40-49세 4.4%, 부당중량아는 20-29세 1.8%, 30-34세 2.3%, 35-39세 3.1%, 40-49세 4.1%로 증가함. 자궁내 발육부전은 20-24세 1.9%에서 25-29세 1.7%로 다소 감소하였으나, 30-34세 1.8%, 35-39세 2.3%, 40-49세 3.0%로 반등됨
- 앞서 살펴 본 미숙아 및 저체중아와 같이, 모 학력수준에 따른 부당경량아, 부당중량아, 자궁내발육부전의 차이가 확연히 나타났으며, 이는 1997년 대비 2009년도에 더욱 현저하게 관찰됨. 그러나 부의 경우 자궁내발육부전을 제외한 부당경량아와 부당중량아에서는 학력수준 간 차이가 나타나지 않음
- 출생아 특성(성, 출생순위, 다태아 여부) 및 부모의 사회경제적 지위(학력, 직종)를 보정한 이후, 연도별 부당경량아, 부당중량아 및 자궁내발육부전 모두 최근으로 올수록 증가함. 예컨대, 부당경량의 출산 위험비(odds ratio)는 1997년 대비 2000년 1.21, 2003년 1.37, 2006년 1.43, 2009년 1.65이었음. 모 연령 역시 모든 임신결과에서 연령이 증가함에 따라 높아짐. 특히, 부당경량아의 경우 20-24세 대비 25-29세 1.09, 30-34세

1.37, 35-39세 1.92, 40-49세 2.69로 다른 임신결과 보다 연령 간 차이가 가장 많은 것으로 나타남

- 부당경량아, 부당중량아 및 자궁내발육부전 모두 모 연령을 비롯하여 출생아 성, 다태아 여부, 출생순위 및 부모의 학력과 직종이 위험요인으로 나타남. 또한 미숙아, 저체중아의 결과와 같이, 최근 모 연령 간 부당경량아, 부당중량아 및 자궁내발육부전 모두 위험비 격차는 줄어들고 있으나 부모의 학력, 특히 모의 학력 간 격차는 커지고 있는 경향을 보임. 예컨대, 부당경량아의 경우 1997년 대졸 이상 대비 고졸은 1.14, 중졸 이하는 1.22였으나, 2009년에는 고졸은 1.17로 거의 유사한 수준이나, 중졸이하는 1.44로 격차가 더욱 커짐

#### ○ 영아사망 추이 및 위험요인 분석

- 영아사망률은 2005년 출생아 1,000명 당 4.2명에서 2006년 3.8명, 2007년 3.5명, 2008년 3.4명으로 꾸준히 감소하고 있으며, 모든 연령대에서도 동일한 경향성을 보임. 모 연령별 2005-2008년의 영아사망률을 살펴보면, 30-34세가 3.19로 가장 낮고, 35-39세 3.47, 20-29세 3.64 순으로 높게 나타남
- 미국 CDC 기준에 따라 재태연령과 출생체중을 모두 고려하여 임신결과를 부당경량아, 부당중량아, 자궁내발육부전 및 정상아로 분류한 후 영아사망률을 분석한 결과, 정상아로 출산 시 영아사망률은 출생아 1,000명 당 1.01명으로 2006년 0.96명까지 떨어진 이후 최근 다소 증가하고 있으나 큰 차이가 없음. 그러나 임신결과가 부당경량아인 경우 영아사망률은 81명으로 다른 임신결과에 비해 월등히 높은 수준이었음. 그러나 2005년 99.3명에서 2008년에는 63.5명으로 줄어들고 있음. 부당중량아와 자궁내발육부전의 영아사망률은 출생아 1,000명당 3.5명과 5.6명이었으며, 이 또한 최근 감소 경향을 보이고 있음
- 생존분석을 통해 모 연령, 임신결과, 출생아 특성 및 부모의 사회경제적 지위에 따른 영아사망 위험비(hazard ratio)를 산출함. 먼저 2005-

2008년 전체 출생아의 영아사망 위험비에 대한 임신결과의 영향을 살펴보기 위해 모형 1에 모 연령 및 출생아 특성을 보정한 결과, 정상아 대비 부당경량아는 영아사망 위험비는 28.43, 부당중량아는 3.11, 자궁내발육부전은 5.96으로 나타남. 모형 2는 모형 1에 부모의 학력과 직종을 고려한 결과, 이들 부당경량아와 자궁내발육부전의 영아사망 위험비는 21.96과 5.63으로 각각 22.8%와 4.5% 감소함. 그러나 부당중량아는 거의 유사한 수준이었음. 한편, 부모의 학력, 특히 부의 학력이 낮을수록 영아사망 위험비가 높았으며, 통계적으로도 유의미함

- 연도별 임신결과 유형별 영아사망 위험비(최종모형 기준)는 2006년까지는 정상아 대비 부당경량아, 부당중량아 및 자궁내발육부전의 위험비가 다소 증가하였으나, 이후 줄어드는 경향을 보임. 이와 다르게 부의 학력 간 영아사망 위험비 차이는 2006년에 작았으나, 이후 상대적으로 커지고 있음. 이는 최근 임신결과와 영아사망의 연관성에 대한 부학력의 매개효과가 커지고 있음을 의미하며, 특히 학력이 낮은 집단에 현저하게 관찰됨

## □ 산과 응급전원과 합병증 관리 실태 및 관련 의료체계 문제점

### ○ 임신부의 산전 질환과 미숙아 출산 및 생존 실태

- 일개 수도권 소재 대학병원 산부인과 의무기록 자료(2001.2~2006.12)를 분석한 결과, 내원한 임신부 3,299명 중 30-34세가 41.7%, 20-29세 40.0%, 35-39세 15.2%, 40-49세 2.6%, 15-19세 0.6%였음
- 이들 중 860명(26.1%)은 타 과와의 협진이 필요한 질환이 있었으며, 주요 질환은 비염, 당뇨, 갑상선질환, 고혈압이며, 특히 당뇨는 20-29세(16.7%) 대비 30대(약 25.0%)에서 높게 나타남. 게다가 이들 임신 16주 이후 사산(stillbirth)을 경험한 임신부는 110명(3.4%)이며, 연령이 높을수록 사산율도 높았음
- 이들 중 751명(22.5%)은 재태연령 37주 이전에 출생한 미숙아이었음



며, 최근으로 올수록 그 비율이 높아지고 있음. 이는 앞서 살펴본 통계청 인구동향조사 분석결과와 유사함. 단, 미숙아 비율이 높은 이유는 분석 자료가 대학병원에서 생산된 것으로 응급 임신부의 비율이 높기 때문임. 한편, 미숙아로 출생되더라도 이들의 생존율은 조사기간 전체의 거의 94% 수준을 유지함

#### ○ 산과 응급 전원 현황 및 임신부 합병증 관리 실태

- 2011년 상반기에 109건의 전원이 있었고, 대다수가 조산 사례였음. 전원은 같은 수도권 소재 개인 병의원뿐만 아니라 비수도권 병원에서도 전원되는 경우도 많았음. 예컨대, 가깝게는 1시간 30분 정도 거리의 천안에서부터, 4~5시간 이상 소요되는 대구, 광주, 부산 등에서도 응급 전원되는 사례가 있었음. 게다가 같은 수도권 소재 대학병원에서도 전원되는 경우도 있었음
- 2001년부터 현재까지 사망한 산모 8명 중 5명은 30세 이상임. 특히, 사망자 8명 중 7명은 타 의료기관에서 전원된 환자였음. 이들 중 3명은 2시간 이내의 거리에 떨어진 지역 병원에서 혹은 분만 후 응급상황에서 2시간 정도 시간을 지체한 후 전원된 사례였다면, 나머지 4명은 2시간 이상 거리가 떨어진 지역 혹은 분만 후 응급상황에서 2시간 이상 시간이 지난 후 전원된 사례였음. 응급분만으로 인한 발생 가능한 합병증을 관리하는데 있어 전원되어 온 거리와 시간뿐만 아니라 전문 의료 인력이 확보되고, 응급 의료적 개입이 가능한 대형병원으로 전원보낼 때까지의 시간도 중요함
- 사망한 산모의 주 사망 사유는 급격한 저혈압, 저산소증, 소모성 응고장애의 특징을 보이는 양수색전증이며, 이 외 분만 후 과다출혈에 의한 쇼크 등이 있었음. 일반적으로 소규모 개인 병원에서는 혈액은행에서 혈액을 미리 구입하여 비치하고 있지 않기 때문에 산모가 분만 후 출혈이 발생하더라도 응급환자 수혈을 구하기 위해서는 1시간 이상이 소요됨. 따라서 응급 전원 산모의 경우 출혈에 무방비한 상태로 대형병원

으로 전원되는 경우가 다반사임

- 2010년 한 해 동안 대량 수혈을 주로 하는 외과의 수혈량을 비교한 결과, 흉부외과, 정형외과 다음으로 산부인과의 수혈량(658 pint)이 많았으며, 이는 일반외과, 신경외과, 성형외과, 비뇨기과 보다 많은 수치임. 특히, 산과에서 수혈환자의 60.3%는 타 의료기관에서 전원된 경우였으며, 이들은 주로 경산모, 태반질환, 다태아 등의 가능성이 높은 고령 임신부이었음

#### □ 미숙아·저체중아 출산과 산전 의료이용행태 및 사회환경적 특성 분석

- 응답자(951명)의 7.6%는 미숙아·저체중아를 출산하였으며, 이때 34.2%는 분만형태가 제왕절개이었음. 거의 대다수(95.7%)는 임신 중 산전 검사 및 진료를 받았으며, 과반 수 이상(57.6%)은 임신 전 혹은 임신 중 모두 엽산을 복용하였고, 61.8%는 임신 전 체질량지수(body mass index, BMI) 대비 임신 중 체중이 비정상범위에서 증가함. 2.1%는 임신 전과 임신 중 흡연자였고, 20.8%는 임신 중 하루 3끼 식사를 규칙적으로 하지 않았으며, 임신 전 혹은 임신 중 임신·출산 관련 질환이 있었던 경우는 각각 13.1%와 16.5%이었음. 한편, 전체 응답자의 23.6%는 최근 출산 이전 자연유산, 사산 혹은 미숙아, 저체중아 등 부정적 임신 결과 경험, 12.4%는 임신 중 심한 고열, 설사 및 자궁출혈 경험, 24.4%는 임신 중 배우자·부모 사망, 폭력 등 부정적 생활사건 경험, 67.3%는 임신 중 태아 건강에 대한 심리적 불안감 경험, 21.6%는 임신 중 공해, 악취, 소음 등 환경위해 지역에 거주 경험, 그리고 32.7%는 임신 중 배우자 및 (시)부모의 도움 및 지지에 불만족한 것으로 조사됨
- 부모의 사회경제적 지위가 낮을수록 임신 중 산전 검사, 임신 전·중 엽산 복용, 임신 전 BMI 대비 정상범위 체중증가, 흡연, 영양상태, 임신 전·중 질환, 임신소모 경험, 임신위험 경험, 생활사건 경험, 불안감 경험, 위해환경 거주 경험, 가족관계 등 산전 의료이용행태 및 사회환경

이 대체로 임신결과의 질(quality)에 불리한 것으로 나타남

- 모 연령, 출생아 특성 및 부모의 사회경제적 지위를 보정한 후, 미숙아·저체중아 출산에 대한 산전 의료이용행태 및 사회환경적 영향을 분석한 결과, 분만형태가 정상분만 대비 제왕절개분만은 1.84배, 임신 중 정기적 산전검사 경험자 대비 비정기적 산전검사 경험자는 3.72배, 임신 전과 임신 중 모두 엽산 복용자 대비 임신 전 혹은 임신 중 엽산 복용자는 2.01배, 임신 전 혹은 임신 중 비흡연자 대비 흡연자는 3.77배, 임신 중 임신출산관련 무질환자 대비 유질환자는 2.83배, 임신 중 심한 고열, 설사, 자궁출혈 무경험자 대비 유경험자는 2.03배, 임신 중 부정적 생활사건 무경험자 대비 유경험자는 4.22배 더 미숙아·저체중아 출산 위험비가 각각 높은 것으로 나타남

#### □ 산전 지원 서비스 이용실태 및 요구도 분석

- 현행 산전 진료비 지원 바우처제도를 최근 출산 시 이용한 응답자는 전체 951명 중 84.6%였으며, 이용하지 않은 응답자의 약 과반수는 본 제도에 대해 인지하고 있지 못한 것으로 나타남. 본 제도를 이용한 응답자의 66.9%는 실제 도움이 되었다고 응답하였고, 제도 개선과 관련하여 43.7%는 ‘1일 한도 금액 폐지’를 가장 많이 지적함. 본 제도를 통해 지원되는 40만원의 산전 진료비에 대해 63.0%는 걱정하지 않다고 응답하였고, 희망 적정 수준은 약 73만원으로 조사됨
- 임신부(영유아) 영양플러스 서비스를 이용한 응답자는 전체의 6.9%였음. 이는 본 제도가 저소득층에 국한된 지원사업이기 때문임. 실제 이용하지 않은 응답자의 64.1%는 수혜자가 아니었으며, 33.8%는 인지하지 못해 신청하지 않은 것으로 나타남. 이용자 중 75.0%는 본 제도가 도움이 되었다고 응답하였으며, 제도 개선과 관련하여 41.0%는 식품 대신 바우처 지급을 제안함
- 건강한 자녀 출산을 위해 가장 중요한 시기로 응답자의 77.3%는 ‘임신 초기(4개월 이하)’라고 응답하였고, 이어 ‘임신 전’, ‘임신 후기(8-10개

월)', '임신 중기(5-7개월)', '출산 시(4.8%)' 순이었음

- 응답자의 90% 이상은 '임신 중 운동, 영양, 흡연, 음주 등의 건강행태', '임신 중 배우자, (시)부모·형제 등 가족관계', '임신 전·중 산전검사(진료)' 및 '임신 중 심리적·정서적 안녕'이 임신결과의 질(quality) 향상과 건강한 자녀 출산에 있어 중요한 요소라고 응답함
- 임신부 및 태아의 건강 증진을 위해 정부가 우선적으로 지원해야 하는 산전 의료 서비스로 응답자의 약 45%는 '임신 중 산전 진료비 지원 확대'를 가장 많이 꼽음. 이어 '임신 중 태아 기형 및 유전자 이상 진단 검사 무료 실시(23.4%)', '임신 전 검사 무료 실시(14.9%)', '임신 중 임신·출산 관련 건강영양 교육 실시(9.2%)', '임신 전 풍진 및 간염예방 접종 무료 실시(7.7%)' 순으로 요구가 높았음

#### □ 산전 지원 사업에 대한 전문가 델파이 조사 분석

- 신규 정책으로 도입 필요성이 높으면서 동시에 실행가능성이 높은 산전 지원사업으로 '가정방문을 통한 주기적인 정신건강 사정', '임신중 독증 산모 지원' 및 '임신 전 의료진 상담'인 것으로 확인됨
- 35세 이상 고령 임신부를 정책지원 우선 대상으로 하는 것에 대해 10명의 전문가 중 7명은 전적 혹은 부분적 동의하였고, 그 이유로 고령 임신부가 지닌 생물학적, 임상학적 불이익(disadvantage)이 젊은 임신부 보다 상대적으로 높다는 점과 고위험 군으로 알려진 이들을 우선적으로 지원하는 것은 형평성에 위배가 아니라 오히려 건강불평등을 감소시키는 것이라고 지적함. 그러나 나머지 3명은 오히려 형평성에 위배된다는 견해를 보였는데, 그 이유는 임신과 출산으로 인한 위험성은 모든 임신부가 경험할 수 있는 공통된 것이라는 점과 고령 임신부에게 국한된 정책을 펼 경우 오히려 만혼과 노산을 부추길 수 있다고 지적함

### 3. 정책제언

#### □ 산전 의료관리의 체계화 및 지원 강화

##### ○ 정기적 산전 검사 및 진료 의무화

- 산전 검사 및 진료는 임신 중 임신부와 태아에게 부정적 영향을 미칠 수 있는 위험인자를 조기에 발견하여 치료와 예방 및 지속적 관리를 통해 건강한 출산과 신생아의 기형 및 사망 위험을 최소화 하는데 있어 가장 기본적인 의료행위임
- 산전 검사 및 진료 행위는 임신부와 태아의 건강권(health rights)을 보장하기 위한 가장 기본적인 의료행위라는 것에 대한 임신부 본인뿐만 아니라 사회 구성원 모두가 인지하고, 지원의 필요성에 대한 사회적 공감대 형성이 반드시 필요함
- 대체인력 부족 등 근무환경이 열악한 곳에서 근무하는 임신부들의 경우 제때 산전 검사 및 진료를 받지 못하거나, 시기를 놓치는 경우가 많음. 따라서 직장 임신부는 임신 확진서를 근무지에 제출하고, 정기 산전 검사 및 진료일을 사전에 통보하면, 고용주는 검진일 당일 최소 2시간은 유급휴가를 보장하도록 관련법을 개정하여 의무화할 필요가 있음

##### ○ 임신 전과 임신 중 엽산제 지원 확대 및 홍보 강화

- 임신 중 뿐만 아니라 임신 전부터 엽산 복용자는 임신 중에만 복용한 임신부보다 미숙아·저체중아 출산 위험율이 월등히 낮은 것으로 알려져 있음. 그러나 본 연구 조사에 따르면 10명 중 6명 만이 임신 전과 임신 중 모두 엽산을 복용하고 있으며, 나머지 4명은 임신 전 혹은 임신 중, 또는 전혀 복용하지 않는 것으로 확인됨. 또한 직장 임신부와 배우자의 직업이 전문직·사무직 보다 서비스·판매직, 기술직에서 임신

전과 임신 중 모두 엽산 복용 비율이 훨씬 낮은 수준임

- 현재 정부는 엽산제 지원을 철분제 지원 예산범위 내에서 지방자치단체별로 임신 후 3개월까지 보건소에 등록된 임신부에 한하여 지원하고 있음. 그러나 해당 지방자치단체의 예산이 부족한 경우, 그리고 가능하더라도 보건소에 등록된 임신부에 국한된 지원이기 때문에 상당수의 임신부는 사각지대에 있음
- 따라서 보건소 이외 임신부 혹은 임신 계획 중인 여성들이 주로 방문하는 개인 병·의원에서 임신부 및 임신 계획 여성 모두에게 국가가 승인한 엽산제를 무료로 제공하도록 하고, 발생한 비용은 건강보험공단에 청구하는 방안을 검토할 필요가 있음. 더 나아가 현재 정부의 엽산 지원 시기인 임신 초기뿐만 아니라 임신 전 엽산 복용의 중요성을 임신부와 배우자 및 일반 여성들이 인지하도록 홍보와 교육도 함께 진행되어야 함

#### ○ 건강한 임신·출산을 위한 체중 관리 및 영양 지원

- 임신 전 정상체중(체질량지수 기준)의 임신부는 임신 중 체중 증가가 11.5-16.0kg 정도가 권장됨. 그렇지만, 임신 중 체중이 늘지 않도록 관리를 하거나, 무리하게 다이어트를 하는 임신부가 증가하고 있음
- 다이어트는 태아에게 반드시 필요한 탄수화물 등의 필수 영양소를 줄여, 태아의 성장 및 발육에 악영향을 주는 것으로 많은 선행연구에서 지적하고 있음. 게다가 임신 중 체중감량의 일환으로 식사를 제때 하지 않는 등의 영양결핍은 미숙아 출산이나 태아기 성장 속도 저하 등과 연관성이 높다고 알려져 있음. 본 연구결과에서도 10명 중 6명은 임신 중 체중이 정상범위 밖에서 체중이 증가(과소 혹은 과대)하였고, 또한 2명은 임신 중 규칙적인 식사를 하지 않은 것으로 조사됨
- 따라서 임신부 및 임신을 계획하고 있는 여성들이 임신 중 그릇된 체중 및 영양 관리를 하지 않도록 산전 검사 및 진료를 담당하는 산부인과 의사에게 관련 정보에 대한 교육을 권장하고, 이를 통해 사전 예방·

관리 방법을 임신부 및 임신 계획 중인 여성들에게 제공하는 방안을 고려할 필요가 있음

#### ○ 건강한 임신·출산을 위한 체중 관리 및 영양 지원

- 본 연구에서는 임신 전 고혈압, 당뇨, 성병 등 임신·출산관련 질환을 앓고 있었던 여성들이 전체의 13%를 차지하고 있었고, 특히 이들 중 거의 과반수는 치료 및 완치 없이 임신 전 질환을 그대로 가지고 있는 상태에서 임신을 함. 중요한 것은 임신 전과 임신 중의 임신·출산관련 위험 질환들은 미숙아·저체중아 출산과 높은 연관성을 있다는 점임
- 임신 중 산전 검사 및 진료, 즉 산전관리(antenatal care)도 임신부와 태아의 위험성을 완화하는데 큰 역할을 할 수 있는 것은 분명함. 그러나 임신 이전, 특히 고 연령 중에 임신(결혼)을 준비하거나 계획하는 여성의 경우는 임신(결혼) 전 건강한 임신·출산(성병, 부인과 질환, 혼전 임신력 등)과 관련하여 상담을 받고, 진단된 위험요인은 제거 혹은 완화한 후 임신을 계획하도록 하는 임신 전 관리(pre-conception care)를 지자체 보건소 및 개인 병의원을 중심으로 추진될 필요성이 있음

#### ○ 맞춤형 산전관리 전문 상담 서비스 지원

- 임신·출산관련 상담도 산전 검사 및 진료의 중요한 한 부분이지만, 의료진의 성향과 병원규모 및 외래(입원) 환자 수 등에 따라 산전 검사 및 진료 내용은 상이할 수밖에 없으며, 이는 임신부가 느끼는 상담의 질(quality)에 영향을 줄 수 있음. 게다가 상담 시 임신부의 감정, 의사-환자 관계 및 진료 환경 등은 거의 배제된 채 의료적인 부분만 고려되고 있음
- 여성에게 있어 임신과 출산의 경험은 배우자 혹은 부모, 형제의 사망 등의 주요 생활사건(major life events)을 경험한 것과 동일한 수준의 정신적 고통을 겪는 것으로 알려져 있음. 따라서 임신과 출산의 과정과

이 기간 두려움을 동반한 반응 등은 개별적이고 독립적임. 따라서 산전 관리 차원의 상담은 개인의 특이성을 고려한 맞춤형 접근이 필요함. 더 나아가 예방적인 측면에서 산전관리 상담도 임신 중 보다는 임신 전이 더 이상적일 수 있음. 예컨대, 임신 전 가족의 유전질환과 건강상태 등을 검사하고 상담 받는 것은 매우 중요함

- 본 연구에서 모자보건 전문가를 대상으로 델파이 조사를 실시한 결과 신규 정책으로 도입 필요성이 높으면서 동시에 실행가능성이 높은 산전 지원사업으로 ‘임신 전 의료진 상담’이 제안됨
- 임신 전 상담비를 의료수가에 반영하여 상담의 질을 충분히 보장하고, 이를 산전관리 영역에 포함하는 것에 대한 산부인과 의사회의 제안을 신중하게 고려할 필요가 있음. 이와 함께 무엇보다도 중요한 것은 임신·출산 관련 전문 상담자를 양성해야 하며, 의료수가 반영 및 지자체 지원에 앞서 해당 상담자(의사)는 반드시 정규 교육 및 상담 프로그램 이수를 의무화하는 방안이 전제되어야 함

#### ○ 신체적·정서적 안녕이 균형화된 건강 임신환경 지원 방안 검토

- 현행 산전 지원 사업에서의 ‘임신환경’이라는 용어는 건강한 태아를 위한 임신부의 신체적 건강관리(비만, 운동, 영양, 질환 등)에 한정되어 사용되고 있음. 그런데 여기에는 임신환경에서 중요한 영역이 빠져있는데, 바로 정서적(심리적, 정신적) 안녕임
- 임신을 하게 되면 일반적으로 여성들은 의존도가 높아지고, 기분변화가 심하며, 신체적 불편감과 함께 임신과 부모 됨에 대한 불확실성과 불안감 등을 호소하는 것으로 알려져 있음
- 본 연구에서는 임신 중 경험한 배우자·부모의 죽음, 폭행, 사고 등의 부정적 생활사건, 심한 고혈·설사·자궁출혈 등의 위협(응급)상황, 태아 건강에 대한 걱정과 불안, 배우자·(시)부모와의 도움 및 관계 불만, 소음·공해·악취 등의 위해환경 거주 등의 예측할 수 없는 혹은 위협할 것이라는 심리적·정서적 경험이 미숙아·저체중아 출산에 있어 위험요



인으로 작용할 수 있음을 확인함

- 호주의 New South Wales 주에서는 임신부의 임신 중 사회심리적 문제를 임신부 본인뿐만 아니라 가족구성원을 대상으로 평가(스트레스, 정신질환, 알코올 중독, 약물 사용, 부정적 생활사건 경험, 우울증, 가정 폭력 등) 과정을 거쳐, 이들 가정에 맞는 치료책을 제공하고 있음
- 보통 39-41주의 임신 기간 동안 임신부는 사회에서 우선 배려대상으로 간주되고 있으나, 그 배려의 관점이 신체적 안녕, 예컨대 지하철의 임신부 전용 좌석 배치 등에 치우친 경향이 있음. 임신부가 신체적 안녕뿐만 아니라 정서적 안녕도 함께 지원됨으로써 균형적인 지원 방안을 검토할 필요함

## □ 산과 응급 의료체계 구축 및 개선방안

### ○ 고위험 고령임신부 선별 및 집중적 산전 관리를 위한 산과 의료체계 구축

- 본 연구에서는 고위험 임신부가 소규모 개인 병원에서 조산한 후 산과 전문병원 혹은 대학병원 등으로 응급 전원되는 사례를 살펴보았음. 이들은 과다출혈 등으로 응급상황에 처해 있으나, 전원하는데 있어 짧게는 1시간 이상 소요되고 있음. 특히, 비수도권 지역의 응급 산모의 경우 물리적 시간이 더 걸리는 인근 타 지역 혹은 수도권 소재 병원으로 생명을 단보한 전원이 주야간으로 이루어지고 있음
- 독일의 경우 임신부는 산전 검사 및 진료를 개인 병의원이나 대형병원을 자유롭게 선택하여 받을 수 있으나, 분만 행위는 반드시 국가에서 인증하는 대형병원의 산부인과 의사에 의해서만 가능함. 이는 산전 관리의 가장 마지막 단계로서 응급상황에 대비하고, 임신부와 태아의 잠재된 합병증을 최소화하기 위함임
- 임신과 출산에서의 고위험성은 임신부와 태아의 생명과 직결되는 응급상황이며, 이 응급상황은 40주의 임신기간 중 어느 시점에 어떤 형태

로 발생할지 예측 불가능함. 따라서 고위험 의심 임신부는 국가가 인증하는 전문병원 혹은 대형병원에서 재검사 및 지속적인 모니터링을 통해 임신과정을 안정화시키고, 혹시나 발생 가능한 응급 분만 및 관련 합병증 관리에 대응할 수 있도록 산전 의료체계 구축을 적극적으로 검토할 필요가 있음

- 이와 관련하여 임신 확진을 받은 임신부에게 임신 기간 중 총 3회(임신 초, 중, 후기)의 산전 검사 및 진료는 국가가 인증하는 전문병원 및 대형 의료기관에서 받도록 권장하고, 이를 단계적으로 의무화할 필요가 있음. 이는 고위험 임신부를 선별하여 관련 전문병원 혹은 대형 의료기관에서 체계적이고 지속적인 모니터링과 필요한 진료 및 관리를 통해 안전하고, 건강한 출산을 도울 수 있을 것으로 판단됨

#### ○ 지역 거점병원을 활용한 고위험 응급 임신부 및 합병증 관리 지원

- 최근 언론매체는 전국의 산과 병의원 수가 꾸준히 줄어들고 있음을 보고하고 있음. 특히, 비수도권 지역은 더욱 심각한 수준이며, 중대형 병원이라 하더라도 산과 전문 인력이 없거나, 야간 진료 및 응급 분만을 하지 않는 의료기관이 증가하고 있음. 이로 인해 과다 출혈상태로 의식 없이 타 지역으로, 일부는 수도권 병원으로까지 전원을 가는 사례가 늘고 있음. 이는 지역의 산과 의료 및 응급 서비스의 불평등이 심화되고 있음을 보여주는 단적인 예임
- 따라서 각 지역의 국가 인증 상급종합병원을 해당 지역의 산과 거점병원으로 활용함으로써 해당 지역 소재 개인 병·의원에서 응급 조산 산모 발생 시 최대 30분 내에 필요한 시술과 치료 및 합병증 관리를 신속하고 적절하게 지원할 수 있도록 해야 할 것임. 또한 평상시에는 앞서 제시한 고위험 고령임신부를 선별하고, 임신부 본인과 태아의 잠재된 합병증을 사전에 관리하고 지원하는 역할도 지역 산과 거점병원을 통해 추진되어야 할 것임

### ○ 적극적인 고위험 응급 임신부 관리를 위한 의료기관인증 항목 개선

- 중증질환에 대해 난이도 높은 의료행위를 전문적으로 하는 상급종합병원으로 지정받기 위해서는 보건복지부로부터 관련 의료기관으로 인증을 받아야 함
- 응급 분만으로 내원 혹은 전원 된 산모의 경우 과다 출혈로 인해 다른 진료과의 일반 환자 보다 공급되어야 하는 수혈의 양이 상대적으로 많으며, 합병증 등 그 중증도 역시 고위험 수준임에도 불구하고 상급종합병원 인증 및 KADRG에서는 관련 항목이 없고, 중증도 또한 반영되어 있지 않음. 이는 상급종합병원으로 하여금 적극적인 산후 출혈 및 합병증 관리를 지원 하도록 하는데 있어 장애요인으로 작용할 수도 있음
- 따라서 고위험 임신부 및 태아를 적극적으로 관리하도록 전문진료질병군에 응급 출혈 임신부를 대상으로 한 관련 수술 및 수혈, 그리고 합병증 문제 등의 내용을 추가하는 방안을 적극적으로 검토할 필요가 있음. 이를 통해 해당 병원에게 제도적인 이점을 줌으로써 응급 출혈 분만으로 심각한 합병증이 동반될 수 있는 응급 임신부에 대한 관리와 관련 기술 및 인력 개발에 적극적으로 투자하도록 동기를 부여해야 할 것임

## □ 출산의 질(quality) 제고를 위한 관련 정책 방향 재설정

### ○ 관련 법률 및 제도 개편

- 서구사회에서와 같이 우리나라 또한 여성의 만혼과 노산 현상이 사회 문제로 대두되면서 잠재된 출산의 양(quantity)은 감소할 것과 출산의 질(quality)은 저하될 것에 대한 우려의 목소리가 높아지고 있음
- 산전 진료비 및 철분·엽산 지원 등을 제외한 대다수의 현행 임신·출산 관련 지원정책은 산후관리에 속함. 또한 기존의 산전 정책의 지원 범위도 극히 제한적임
- 현행 ‘산후’ 중심의 임신·출산관련 법률에 임신 전을 포함한 ‘산전’ 관

런 법률을 제정하여 균형을 맞출 필요가 있음. 따라서 현재의 진료비 지원 등에 국한된 각종 법률을 신중하게 재검토 및 논의과정을 거칠 뿐만 아니라, 고령 임신부들이 임신 전 혹은 임신 중 산전 지원을 받는 데 있어 장애요인(barrier factors)으로 작용할 수 있는 가정과 근로 및 사회 환경 등과 관련된 법률도 함께 제·개정할 필요가 있음

○ 소극적(치료) 지원 영역을 넘어선 적극적(예방)이고 통합적인 접근 필요

- 우리나라의 임신·출산관련 정책 사업들 중 산후의 지원 사업들을 보면 ‘미숙아·선천성이상아 의료비 지원’, ‘선천성대사이상 환아 관리’, ‘신생아 집중치료 센터 설치 및 운영’ 등 불량한 임신결과를 지닌 신생아를 대상으로 건강관리 및 치료를 통해 이들 가정이 직면한 경제적 부담을 완화하는데 중점을 둔 소극적(negative) 지원 사업이라 할 수 있음. 그러나 신생아가 장애 없이 건강하게 성장하기까지는 지속적이고 장기적인 의료적 개입이 불가피하기 때문에, 현재의 소극적 지원으로는 그 효과는 단편적일 수밖에 없음
- 따라서 산후 지원 사업 보다는 예방차원의 산전 사업, 즉 적극적(positive) 지원에 무게를 둘 필요성 있음. 이는 임신부 본인과 출생아의 신체적·정신적 및 경제적 부담을 완화하고, 궁극적으로 사회적 비용을 줄이는데 있어 중요한 부분임
- 특히, 문제는 우리의 산전 지원 사업의 범위가 여전히 좁고, 임신과 출산을 생의학적 요소로만 이해하고 있다는 점임. 임신결과를 좌우하는 것은 여성 개인의 연령과 임신·출산관련 질환뿐만 아니라, 임신 전과 임신 중에 경험할 수 있는 다양한 생활사건, 임신소모, 정서적 안녕, 가족관계 및 거주환경 등 다양한 사회환경적 요인이 상호 연관되어 영향을 줄 수 있음을 본 연구에서도 확인할 수 있었음. 따라서 산전 지원정책 역시 보건의료와 사회환경이 통합된 새로운 접근방안을 모색할 필요가 있음

### ○ 저출산 문제와 연계된 정책지원 접근 필요

- 출산의 질, 즉 임신결과는 출산의 양과도 직접적인 연관성이 있고, 그 양이 건강하게 생존하여 지속되는 것과도 연관성이 높음. 다시 말해서, 임신결과의 질 개선을 위한 산전 정책개발 및 지원은 오늘날 출산의 양의 문제, 즉 저출산의 문제를 극복하기 위한 첫 걸음이 될 수 있음
- 현재 저출산 문제를 극복하기 위해 난임 부부 의료비 지원을 비롯하여, 산전후휴가 분리사용 허용(시행 예정) 및 육아휴직 제도 등을 지원을 하고 있음. 이들 지원은 지속적으로 그 범위를 확대·조정함으로써 임신부의 편의를 도모하고 있는데, 이는 저출산 문제 극복을 위한 방안이지만, 임신·출산의 질 개선을 위한 방안이기도 함. 따라서 임신결과의 질 향상을 위한 지원 정책들도 저출산 문제를 극복하기 위한 방안으로, 반대로 저출산 문제를 개선하기 위한 지원 정책들도 궁극적으로 질 높은 임신과 출산을 도모하기 위한 방안으로 상호간 연계된 정책으로 발전될 필요가 있음

### ○ 병의원 산부인과 진료 항목 표준화 및 자료 통합 관리·분석

- 늦은 나이에 결혼하여 임신하고 출산을 경험하는 고령 임신부의 비율은 앞으로도 증가할 것으로 예측됨에 따라 미숙아, 저체중아, 자궁내발육부전 출생아 등의 불량한 임신결과 또한 증가할 것으로 사료됨
- 현재 정부는 1995년 영아사망조사를 시작으로 최근에는 영아·모성사망, 사산 조사를 실시하고 있음. 그러나 모 연령, 의료기관 유형 및 지역별 현황 정도의 정보만 제공하고 있어, 실질적으로 영아·모성·사산 등을 포함한 다양한 임신결과의 원인을 파악하고 있지 못함. 임신결과의 질에 대한 임신부의 생물학적·임상학적 특성도 중요하지만, 임신 전과 임신 중의 의료이용행태 및 생활사건, 건강행태, 사회관계 등의 다양한 사회환경적 특성 역시 중요한 요인으로 작용할 수 있음을 본 연구에서 확인함

- 시대에 따라 변화하는 결혼과 임신 및 출산의 의미와 그에 따른 행위를 이해하고, 이로 인한 출산의 양(quantity)과 질(quality)을 정확히 예측하여, 필요한 개입(intervention)을 하기 위해서는 무엇보다도 국가차원에서 상시적으로 활용하고 분석할 수 있는 자료를 생산할 필요가 있음. 이는 일차적으로 병·의원 단위의 산과 진료 항목 중 통계 및 분석 차원에서 꼭 필요한 항목에 한하여 표준화 과정을 거쳐 이를 국가단위 기초데이터로 활용할 필요가 있음

#### ○ 고령 임신부의 건강 및 임신결과 질 향상을 위한 정책 우선대상 고려

- 세계보건기구를 비롯하여 선진 국가에서는 고령 임신부는 임신·출산 관련 합병증 발생률과 이환율이 높고, 생식기관의 노화현상 등으로 인해 태아의 건강에 직접적인 영향을 줄 수 있다고 지적하면서, 특별한 관리가 필요한 고위험 군으로 분류하고 있음
- 통계청에서는 35세 이상 고령 임신부를 정부와 사회의 관심이 필요한 새로운 정책 소비계층인 폴리슈머(polysumer)로 정의하고, 이들에 대한 장기적이고 근본적인 지원정책이 마련될 필요성이 있다고 보도함
- 본 연구에서도 10명의 전문가 중 7명은 35세 이상 고령 임신부를 정책 지원 우선 대상으로 하는 것에 대해 전적 혹은 부분적 동의함. 이는 고령 임신부가 지닌 생물학적, 임상학적 불이익(disadvantage)이 젊은 임신부 보다 상대적으로 높다는 것과 고위험 군으로 알려진 이들을 우선적으로 지원하는 것은 형평성 위배가 아니라 오히려 건강불평등을 감소시키는 것이라 것임. 그러나 일부 전문가들은 임신과 출산으로 인한 위험성은 모든 임신부가 경험할 수 있는 공통된 것이라는 것과 고령 임신부에게 국한된 정책을 펼 경우 오히려 만혼과 노산을 부추길 수 있다는 반대 의견을 피력함. 특히, 7명의 긍정적 응답자 중 2명은 고령 임신부에 국한된 지원을 하기 보다는 우선적으로 이들 인구집단 내에서 고위험 군에 속하는 임신부를 우선 정책대상으로 할 필요성을 제기함
- 본 연구에서는 기존 국가 자료 및 실태 조사를 실시하여 생물학적으로

불리한 고령 시기임에도 불구하고 관련 의료행위를 하지 않거나 불리한 사회환경에 노출된 임신부의 경우 미숙아 및 저체중아 출산 확률이 높음을 확인함. 따라서 고령 임신부 중 경제적, 사회적으로 취약한 여성들을 우선적으로 지원하고, 이후 35세 이상 고령임산부로 지원을 확대할 필요성이 있음

#### ○ 산전 의료이용행태와 사회환경적 특성 및 임신결과에 대한 국가차원의 실태조사 실시

- 서구사회의 선행연구를 기초로 본 연구는 고령 임신부를 대상으로 산전 의료이용행태와 다양한 사회환경적 특성을 조사하고, 이와 미숙아·저체중아 출산과의 연관성을 분석함
- 그러나 본 연구결과는 후향적 연구방법으로 도출되었기 때문에 응답자의 선택(selection)과 회상편견(recall bias)의 영향을 직간접적으로 받을 수밖에 없음. 따라서 향후에는 전향적 조사를 통해 산전의 다양한 특성과 임신결과의 원인적 연관성(causal relationship)을 분석해야 할 것임. 또한 대표성 확보를 위해 전 지역을 대상으로 성, 연령뿐만 아니라 학력 및 계층(직업) 영역도 고려하여 모집단의 표본을 대량 수집할 필요가 있음

## 4. 기대효과

- 정책의 주요 소비계층으로서 고령 임신부에 대한 관심 제고
- 고령 임신부의 출산의 양(quantity)뿐만 아니라 질(quality)에 대한 관심 제고
- 정부의 임신·출산관련 산전 지원정책의 중요성 인식 및 관련 사업 개발

필요성 기여

- 고령 임신부의 출산의 질 개선을 위한 예방적 접근의 산전(임신 전 포함) 개념 및 지원 수준 확대 필요성 기여
- 산전 산과 의료관리의 체계화 및 심리사회적 지원 연계 필요성 제고
- 고령 임신부의 건강증진 및 건강한 출산 지원을 통한 건강한 가정, 건강한 사회 확립

**주관부처 :** 보건복지부

**관계부처 :** 여성가족부, 고용노동부, 행정안전부, 저출산고령화위원회