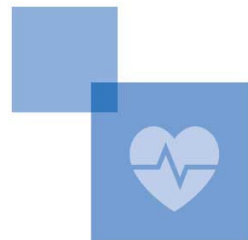


태아·신생아 건강보장을 위한 프로그램 및 정책 : 모성 전주기 건강관리를 중심으로

2025





본 책자는 경기도공공보건의료지원단 연구사업의 결과이며,
본 책자의 소유권은 경기도공공보건의료지원단에 있습니다.
경기도공공보건의료지원단의 승인 없이 상업적인 목적으로 사용하거나
판매할 수 없습니다.
본 책자의 내용을 인용할 때에는 반드시 경기도공공보건의료지원단에서
시행한 연구사업의 결과임을 밝혀야 합니다.



참여연구진

경기도공공보건의료지원단

이희영 경기도공공보건의료지원단 단장

서경화 경기도공공보건의료지원단 책임연구원

주민재 경기도공공보건의료지원단 주임연구원

신소을 경기도공공보건의료지원단 주임연구원





태아·신생아 건강보장을 위한 프로그램 및 정책 : 모성 전주기 건강관리를 중심으로

Contents

제1장 서론	3
1. 연구 배경 및 필요성	3
2. 연구 목적	8
3. 연구 내용 및 방법	9
제2장 국내 태아신생아 및 모성 건강 결과와 건강관리 정책 현황..	15
1. 출산 및 임신 행태 변화와 모성 건강 위험 분석	16
2. 국내 모자보건 관련 정책 및 현황	23
3. 국내 모성 건강관리 정책의 한계와 공백 진단	57
제3장 국외 전주기 모성 건강관리 정책 및 사업 사례	63
1. 국외 전주기 모성 건강관리 정책 개요	63
2. 주요 국가별 정책 및 사업 사례	64
3. 국외 사례의 주요 특징 및 시사점	81



태아·신생아 건강보장을 위한 프로그램 및 정책 : 모성 전주기 건강관리를 중심으로

Contents

제4장 태아·신생아 건강보장을 위한 프로그램 및 정책에 관한 전문가 인터뷰	87
1. 인터뷰 개요	87
2. 인터뷰 결과 분석	90
3. 전문가 의견 종합	99
4. 정책과제 및 프로그램 제안 사항	102
제5장 결론 및 종합제언	109
1. 주요 연구 결과	109
2. 태아·신생아 건강보장을 위한 전주기 모성 건강관리 전환 과제 ...	110
3. 모성 전주기 건강관리를 중심으로 한 태아·신생아 건강보장 정책 제언 ·	112
부록	115
1. 전문가 인터뷰지	116



태아·신생아 건강보장을 위한 프로그램 및 정책 : 모성 전주기 건강관리를 중심으로

Table

표 1. 전국 시도별 출생아 수	18
표 2. 전국 시도별 저체중아, 미숙아 구성비	21
표 3. 산후 우울감을 경험한 산모 비율 및 경험한 기간	22
표 4. (출산 이후 1년 내) 의사 산후우울증 진단 여부	22
표 5. 「모자보건법」 제3조(국가와 지방자치단체의 책임)	26
표 6. 「모자보건법」 제11조(난임·유산·사산 극복 지원사업) 제1항 및 제2항	27
표 7. 「모자보건법」 제11조의4(난임·임산부심리상담 센터의 설치·운영 등)	37
표 8. 난임·우울증 상담센터 인력 기준	39
표 9. 난임·임산부 심리상담센터 개설 권역 및 위탁기관	40
표 10. 「지역보건법」 제11조(보건소의 기능 및 업무)	43
표 11. 생애초기 건강관리 사업 대상자의 위험요인 점수 기준* ..	45
표 12. 생애초기 건강관리 사업 전담부서 인력별 업무 내용	46
표 13. 생애초기 건강관리 사업 참여 시군구 현황(2025년도)	48
표 14. 산모·신생아 건강관리 지원사업 관련 일부 법령	50
표 15. 산모·신생아 건강관리 지원사업 연도별 지원 기준 (2006~2022년 기준)	52

태아·신생아 건강보장을 위한 프로그램 및 정책 : 모성 전주기 건강관리를 중심으로

Table

표 16. 「모자보건법 제15조의17(지방자치단체의 산후조리원 설치)」에 대한 법령	54
표 17. 지자체 운영 중인 산후조리원 현황(2025년 6월 기준)	55
표 18. 일본 모자건강수첩 제도의 세부 목표	79
표 19. 인터뷰 대상 및 특성	88

부록 표 1. 인터뷰 내용 - 공통 질문(1) : 모성 건강관리에 대한 전반적인 사항	116
부록 표 2. 인터뷰 내용 - 공통 질문(2) : 사업, 정책으로의 연계성 및 실현 가능성	117
부록 표 3. 인터뷰 내용 - 기관 및 전문가별 맞춤형 질문: A, B 버전	118
부록 표 4. 인터뷰 내용 - 기관 및 전문가별 맞춤형 질문: C 버전	119
부록 표 5. 인터뷰 내용 - 기관 및 전문가별 맞춤형 질문: D 버전	120
부록 표 6. 인터뷰 내용 - 기관 및 전문가별 맞춤형 질문: E 버전	121

태아·신생아 건강보장을 위한 프로그램 및 정책 : 모성 전주기 건강관리를 중심으로

Figure

그림 1. 연구 수행 체계도	12
그림 2. 전국 합계출산율	16
그림 3. 전국 출생아 수	17
그림 4. 연도별 출산 평균 연령	19
그림 5. 연도별 난임시술 건수 현황	19
그림 6. 전국 미숙아 구성비 및 저체중아 구성비	20
그림 7. 모성 전주기와 관련한 국내 정책 현황	24
그림 8. 임신·출산 관련 주기(연령대)별 특성	28
그림 9. 임신 사전건강관리 지원사업 신청 절차	29
그림 10. 중앙 난임·신생아 심리지원센터 서비스 유형	39
그림 11. 생애초기 건강관리 사업 서비스 프로세스	46
그림 12. 의료 서비스 제공자의 상담 도구: One Key Question ...	66
그림 13. 중국의 국가 무료 임신 전 건강검진	69
그림 14. 호주 RACGP의 기본 PCC 체크리스트	73
그림 15. 인터뷰 수행 절차	89

제1장 서론

-
1. 연구 배경 및 필요성
 2. 연구 목적
 3. 연구 내용 및 방법

제1장 서론

1. 연구 배경 및 필요성

가. 임신 및 출산 행태의 변화

- 사회경제적 여건의 변화에 따라 최근 10년간 결혼연령¹⁾뿐 아니라 여성의 임신 및 출산 연령²⁾이 증가하고 있는 추세임
- 전반적으로 국내 모성사망률과 영아사망률은 감소하는 추세³⁾인 반면, 난임비율과 저체중아·미숙아 출생률⁴⁾은 지속적으로 증가하는 실정임
- 이러한 지표 변화는 의료기술 발전으로 모자사망률은 감소하고 있으나, 고령임신, 난임, 저체중아 및 미숙아 출생 증가 등 고위험 임신·분만 관련 요인이 구조적으로 확대되고 있음을 시사함
- 2020년을 기점으로 사망자 수가 출생아 수를 크게 상회⁵⁾하면서 인구의 자연감소가 지속되고 있는 가운데, 고위험 임신·분만 요인의 증가는 인구의 양적 감소와 더불어 인구 건강 수준의 질적 저하로 이어질 수 있음

1) 국가데이터처. 2024년 혼인이혼 통계. 대전: 국가데이터처; 2025.

2) 국가데이터처. 2024년 출생 통계. 대전: 국가데이터처; 2025.

3) 지표누리 e-나라지표: 영아/모성 사망 [Internet]. 대전: 국가데이터처; 2025 [accessed on Jan. 06, 2026.]. Available from: https://www.index.go.kr/unity/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2769.

4) 건강보험심사평가원. 난임시술 통계 보고서 : 통계로 보는 난임시술(2022년 진료분). 원주: 건강보험심사평가원; 2025.

5) 국가데이터처: 월·분기·연간 인구동향(출생, 사망, 혼인, 이혼) [Internet]. 대전: 국가데이터처; 2025 [accessed on 2026 Jan 06]. Available from: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B8000G&conn_path=I2.

- 인구 건강 수준의 질적 측면을 좌우하는 중요한 출발점은 건강한 임신과 출산이며, 이는 태아·신생아의 건강에 직접적인 영향을 미침
- 이에 따라 임신·출산 과정 전반을 관통하는 모성 건강관리의 중요성이 커지고 있으며, 특히 임신 이전 단계에서의 건강관리 강화가 핵심 과제로 부각되고 있음

나. 모성 건강의 중요성

- 여성의 건강은 모성 건강뿐 아니라, 자녀의 건강과 가장 직접적으로 연결되어 있으므로 건강한 여성(모성)이 건강한 임신·출산의 출발점이라고 할 수 있음
- 한국에서는 1973년 ‘모성의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모함으로써 국민의 보건향상에 기여하게 함을 목적’으로 「모자보건법」을 제정하였음
 - 2009년 저출산 시대의 모성 및 영유아 건강증진 시책을 효율적으로 추진하기 위해, 모성의 의미를 명확히 하고 모자보건사업의 범위를 확대하여 보다 적극적인 모성과 영유아 건강증진 사업을 추진할 수 있도록 동법의 목적을 전면 개정함 있음
 - 법 개정 이전까지 모성의 정의 대상은 ‘임산부’로 한정하고 있었으나, 법 개정 이후 모성을 ‘임산부와 가임기 여성’으로 대상 범위를 확대하였음
 - 이러한 법 개정은 모자 건강보장을 위해 임신한 여성의 관리에 그치지 않고 임신하기 전 단계부터 여성의 건강이 중요하다는 점을 명확히 인식하고 이를 제도적으로 확대한 결과라고 볼 수 있음
- 그러나 사회적으로 고령임신의 증가로 고위험 임신의 가능성이 확대되고 있으며, 이에 따라 모성 건강의 중요성은 더욱 강조될 필요가 있음
 - 실제로 고령임신(일반적으로 35세 이상)은 조산, 임신성 당뇨병, 임신중독증, 제

왕절개를 증가 등 임신·출산 결과에 부정적인 영향을 미치는 다양한 위험요인과 연관되어 있음이 연구⁶⁾를 통해 보고됨

- 이에 따라 임신 이전 단계부터 모성 건강을 체계적으로 관리할 필요성이 더욱 부각되고 있음

다. 임신 전 건강관리의 필요성

- WHO(2013)에 따르면, 임신 전 건강관리란 “임신 전 가임기 남녀에 대한 생의학적, 행동학적, 사회적 위험요인을 파악하고 중재하는 예방적 차원의 관리로서, 산모와 태아의 건강증진을 목적으로 임신 전부터 남녀가 함께 건강한 임신과 출산을 도모하는 포괄적 관리”를 의미함⁷⁾
- 임신 전 상담 및 관리의 주요 목표는 개인과 부부의 교육, 위험 평가, 의료 서비스 최적화와 더불어 임신 관련 결과가 좋지 않을 가능성을 최소화하기 위해 임신 전에 필요한 조치를 제공하는 것임⁸⁾
 - 따라서 임신 전 상담 및 건강관리를 통해 임신 전 건강을 최적화함으로써 모성과 태아신생아의 이환율 및 사망률을 크게 감소시킬 수 있음
- 여성은 임신 이후에 자신과 태아의 건강에 영향을 미칠 수 있는 스스로의 건강 상태와 위험요인을 임신 전부터 아는 것이 중요함⁹⁾

6) Correa-de-Araujo R, Yoon SSS. Clinical outcomes in high-risk pregnancies due to advanced maternal age. J Womens Health (Larchmt) 2020;30(2):160-167. doi: 10.1089/jwh.2020.8860.

7) World Health Organization. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Geneva:World Health Organization;2013. p.6.

8) Fowler JR, Jenkins SM, Jack BW. Preconception counseling. [Updated 2023 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441880/>.

9) The Office of Women’s Health(OWH). Preconception health : why preconception health m

- 이는 임신 여성의 절반이 계획되지 않은 임신을 하고 있기에 임신 계획 여부와 무관하게 평소 건강관리를 지속적으로 하는 것이 궁극적으로 건강한 임신·출산으로 기대할 수 있게 됨
- 비계획 임신의 경우 흡연·음주·약물사용 등 건강 위험요인에 노출될 가능성이 상대적으로 높다는 연구 결과¹⁰⁾¹¹⁾가 보고되고 있으며, 이는 임신 시점 이후의 관리만으로는 이러한 위험을 충분히 예방하기 어렵다는 점을 시사함
- 반면, Poix S와 Elmusharaf K(2023)의 연구에서는 임신 전 건강관리(Preconception Care)가 모성 건강 개선뿐 아니라 태아 및 신생아 건강 보장을 위한 중요한 전략임을 시사하며, 산전기(antenatal care)만으로는 달성하기 어려운 부분을 보완할 수 있음을 보여줌¹²⁾
- 따라서, 임신 이전 단계부터 건강 위험요인을 사전에 관리하고, 계획된 임신을 유도하는 임신 전 건강관리의 필요성이 더욱 강조됨

라. 태아·신생아 건강보장을 위한 전주기 모성 건강관리 체계

- 모성 건강은 임신과 출산 시점에 국한된 관리 대상이 아니라, 임신 이전부터 출산 이후까지의 건강관리 경험이 축적되어 나타나는 결과로 이해할 필요가 있음

atters [Internet]. Rockville(MD):U.S. Department of Health and Human Services;2025 [cited 2026 Jan 07]. Available from: <https://womenshealth.gov/pregnancy/you-get-pregnant/preconception-health>.

10) 한정열, 안현경, 최준식, 염계정, 이소영, 김윤하 등. 한국마더세이프전문상담센터 10주년: 운영의 성과와 향후 전망. 2019;23(4):209-219. doi: <https://doi.org/10.21896/jksmch.2019.23.4.209>.

11) Lenie S, Sillis L, Allegaert K, Bogaerts A, Smits A, Calsteren K et al., Alcohol, Tobacco and Illicit drug use during pregnancy in the longitudinal BELpREG cohort in Belgium between 2022 and 2024. J Clin Med 2025;14(2):613. doi: <https://doi.org/10.3390/jcm14020613>.

12) Poix S, Elmusharaf K. Investigating the pathways from preconception care to preventing maternal, perinatal and child mortality: A scoping review and causal loop diagram. Prev Med Rep 2023;34:102274. doi: 10.1016/j.pmedr.2023.102274.

- 태아·신생아의 건강은 임신 기간 중의 의료적 관리뿐 아니라, 임신 이전 단계에서 형성된 여성의 신체적·정신적·사회적 건강 상태에 의해 크게 영향을 받음
- 이러한 특성으로 인해 임신·출산을 단일 시점의 사건으로 접근하는 관리 방식에는 한계가 있으며, 생애 주기적 관점에서 모성 건강을 관리하는 체계적 접근이 요구됨
- 최근 출산 연령 상승, 만성질환이 있는 가임기 여성 증가, 난임 및 보조생식술 이용 확대 등으로 임신·출산 환경은 과거에 비해 복합적이고 위험도가 높은 양상으로 변화하고 있음
- 이러한 환경에서는 임신 이후 또는 산전 관리 중심의 개입만으로는 고위험 임신을 예방하거나 태아·신생아 건강을 충분히 보장하는 데 한계가 있음
- 국제적으로도 임신 전 건강관리는 모성 및 태아·신생아 건강증진을 위한 핵심 전략으로 제시되고 있으며, 임신 전 단계에서 건강 위험요인을 사전에 파악하고 중재하는 접근의 중요성이 강조되고 있음
- 이러한 논의를 종합할 때, 태아·신생아 건강을 안정적으로 보장하기 위해서는 임신 전-임신-출산 이후를 하나의 연속된 과정으로 관리하는 전주기 모성 건강관리 체계 구축이 필요함
 - 산부인과 전문가들 사이에서는 임신 전 관리의 중요성에 더해, 모성 건강을 생애 주기 관점에서 통합적으로 관리해야 한다는 인식이 지속적으로 제시되어 왔음¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾

13) 박문일. 우리나라의 저출산 환경에서 임신 전 관리의 중요성. 대한의학회지 2011;54(8):796-798.

14) 안명옥. 여성의 평생건강과 모자보건 - 생애주기적 관점. 한국모자보건학회지 2014;18(1):1-12.

15) 정광성. 계획 임신, 산모·신생아 건강 지킨다. 의학신문 [Internet] 2023 Oct 17. Available: <http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2206989>

- 전주기 모성 건강관리 체계는 임신 전 건강위험요인의 예방과 관리, 계획 임신의 촉진, 임신·출산 과정의 적절한 의료적 개입, 출산 이후 모성 건강 회복과 유지를 유기적으로 연계함으로써 태아·신생아 건강보장을 위한 보다 근본적인 기반을 제공할 수 있음

2. 연구 목적

- 본 연구는 출산 연령 상승, 고위험 임신·분만 요인의 구조적 증가, 비계획 임신에 따른 건강 위험 노출 확대 등 최근 임신·출산 환경의 변화 속에서, 태아·신생아 건강보장을 위한 모성 건강관리 정책의 한계를 진단하고 개선 방향을 모색하는 것을 목적으로 함
- 특히 태아·신생아의 건강 결과가 임신 시점의 관리뿐 아니라 임신 이전부터 누적된 모성의 건강 상태와 밀접하게 연관되어 있다는 점에 주목하여, 임신 전-임신-출산 이후를 포괄하는 전주기 모성 건강관리 체계의 필요성을 실증적으로 검토하고자 함
- 이를 위해 국내 태아·신생아 및 모성의 건강 결과를 분석하고, 현행 모성 건강관리 체계와 관련 정책의 구조와 운영 현황, 정책적 한계를 종합적으로 파악함으로써, 현행 정책이 변화된 임신·출산 환경을 충분히 반영하고 있는지 검토하고자 함
- 또한, 국내 정책의 공백을 보완할 수 있는 국외의 전주기 모성 건강관리 정책 및 사업 사례를 비교·분석하여, 국내 여건에 적용이 가능한 정책적 시사점을 도출하고자 함
- 궁극적으로는 태아·신생아 건강보장을 중심 목표로 하여, 임신 전 건강관리 강화와 계획 임신 촉진을 포함하는 실효성 있는 전주기 모성 건강관리 정책 및 통합관리 모델을 제안함으로써, 향후 모성·영유아 건강정책의 방향 설정에 기초자료를 제공하는 데 목적이 있음

3. 연구 내용 및 방법

가. 연구 내용

1) 국내 모성 건강 결과와 건강관리 정책 현황 및 과제

- 출산 연령 상승, 난임 증가, 출생아 수 감소 등 출산 및 임신 행태 변화를 중심으로 국내 모성 건강 위험의 구조적 변화를 분석
 - 통계청, 건강보험심사평가원, 국립중앙의료원 등에서 생산한 공공 통계자료를 활용하여 출생아 수, 출산 연령, 난임 시술, 미숙아·저체중아, 산후우울 등 주요 지표에 대한 2차 자료 분석을 수행함
- 임신 전-임신-출산 이후 전 주기에 걸쳐 운영되고 있는 국내 모성 건강관리 정책 및 사업 현황을 단계별로 정리함
- 국내 모성 건강관리 정책을 전주기 관점에서 검토하여 정책의 구조적 한계와 공백을 진단함

2) 국외 전주기 모성 건강관리 정책 및 사업 사례

- 국내 정책의 한계를 보완할 수 있는 국외 전주기 모성 건강관리 정책 및 사업 사례를 분석함
 - 임신 전 건강관리를 포함한 국외 정책의 구조, 대상, 전달체계 및 운영 방식 검토
 - 태아·신생아 건강보장에 기여하는 핵심 정책 요소 도출

3) 전문가 인터뷰

- 산부인과 및 정신건강의학과 전문의를 대상으로 한 전문가 인터뷰를 통해 모성의

- 전주기 건강관리 정책 및 방향성에 대한 현장 관점의 해석을 수행함
- 출산 및 임신 행태 변화에 따른 모성 건강 위험에 대한 전문가 인식 분석
- 현행 모성 건강관리 정책의 실효성, 한계 및 개선 필요성에 대한 전문가 의견 수렴
- 임신 전 건강관리 및 전주기 모성 건강관리 체계 구축의 필요성에 대한 전문적 견해 도출

4) 전주기 모성 건강관리 정책 및 통합관리 모델 제안

- 국내외 정책 및 사업 현황 분석 결과를 바탕으로 태아·신생아 건강보장을 목표로 하는 전주기 모성 건강관리 정책 및 통합관리 모델을 제시함
- 임신 전 건강관리 강화를 전주기 관리의 핵심 축으로 설정하여 정책적 전환 필요성을 도출함
- 국내 정책 환경과 경기도 여건을 고려한 적용 가능성과 정책적 시사점을 제시함

나. 연구 방법

- 본 연구는 태아·신생아 건강보장을 위한 전주기 모성 건강관리 정책의 필요성과 방향을 도출하기 위해, 문헌 검토-자료 분석-정책 분석-전문가 의견 수렴을 단계적으로 결합한 연구 수행 체계를 기반으로 수행함
- (선행 연구 및 문헌 검토) 국내외 선행연구와 정책 보고서 검토를 통해 임신·출산 행태 변화, 모성 건강 위험요인, 전주기 모성 건강관리 개념 및 정책적 논의를 종합적으로 정리함
- (통계자료 분석) 출산 및 임신 행태 변화와 이에 따른 모성 건강 위험을 실증적으로 분석하기 위해 통계자료 분석을 수행함

- (국내외 정책 및 사업 분석) 국내외 모성 건강관리 정책 및 사업에 대한 자료 탐색과 비교·분석을 실시함
- (전문가 인터뷰) 산부인과 및 정신건강의학과 전문의를 대상으로 한 전문가 인터뷰를 통해 통계 및 정책 분석 결과에 대한 현장 관점의 해석을 보완하고, 전주기 모성 건강관리 정책의 필요성과 실행 가능성에 대한 의견을 수렴함
- (시사점 및 정책 제언) 이러한 분석 결과를 종합하여 태아·신생아 건강보장을 위한 전주기 모성 건강관리 정책의 핵심 시사점을 도출하고, 국내 정책 환경과 경기도 여건을 고려한 실효성 있는 정책 제언과 통합관리 모델을 제시함
- 연구의 수행 체계는 다음과 같음(그림 1)

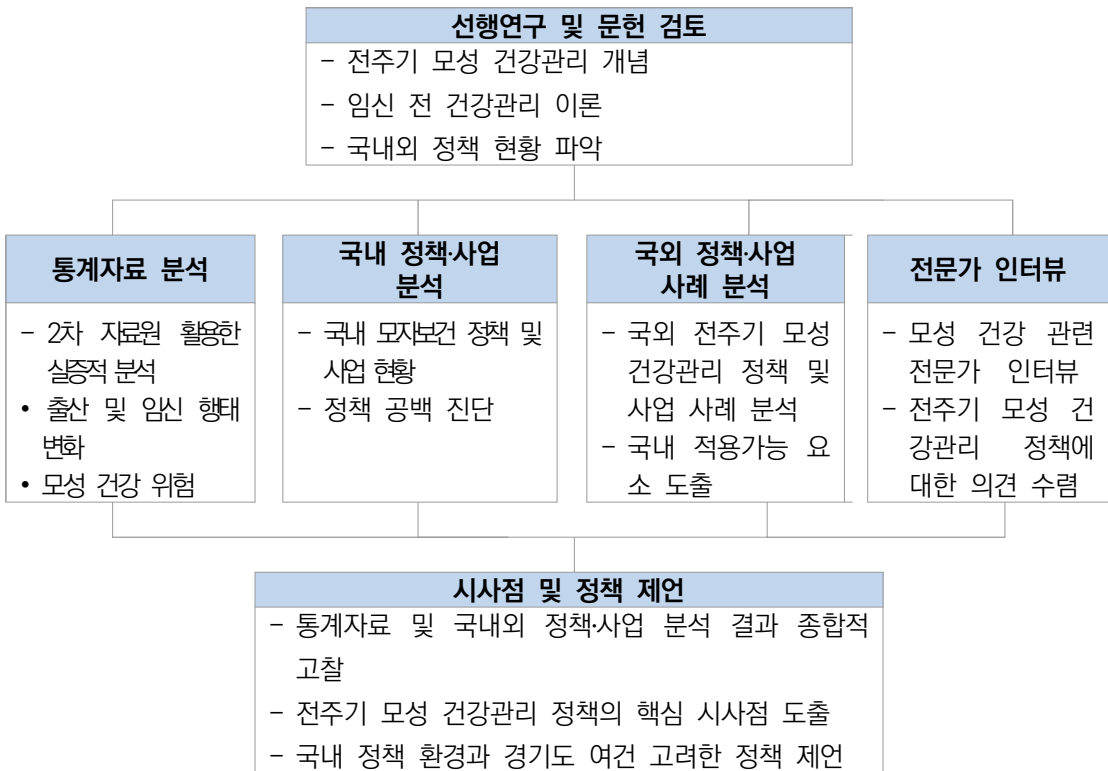



그림 1. 연구 수행 체계도



제2장 국내 태아·신생아 및 모성 건강 결과와 건강관리 정책 현황



-
1. 출산 및 임신 행태 변화와 모성 건강 위험 분석
 2. 국내 전주기 모성 건강관리 정책 및 사업 현황
 3. 국내 모성 건강관리 정책의 한계 및 공백 진단



제2장 국내 태아신생아 및 모성 건강

결과와 건강관리 정책 현황

- 본 장에서는 출산 및 임신 행태 변화로 인해 나타나는 국내 모성 건강 위험을 주요 지표 중심으로 분석하였음
- 이어서 출산 및 임신 행태 변화로 인해 증가하고 있는 모성 건강 위험에 대해, 이를 관리하고 완화하기 위해 현재 시행되고 있는 국내 모성 건강관리 정책을 검토함
- 이를 통해 임신 전-임신-출산 이후 전 주기에 걸쳐 누적되는 모성 건강 위험에 비해 현행 정책이 충분히 대응하지 못하고 있는 지점을 도출하고, 정책적 한계와 공백을 진단하고자 함

1. 출산 및 임신 행태 변화와 모성 건강 위험 분석

- 우리나라는 합계출산율이 지속적으로 감소하고 있으며(그림 2), 출생아 수 역시 전반적인 감소 추세를 보이고 있음(그림 3)
 - 2024년에 일시적인 반등이 나타났으나, 여전히 OECD 국가 중 최저 수준에 머물러 있음
 - 이는 곧 출산 행태에 변화가 있음을 보여주는 지표임

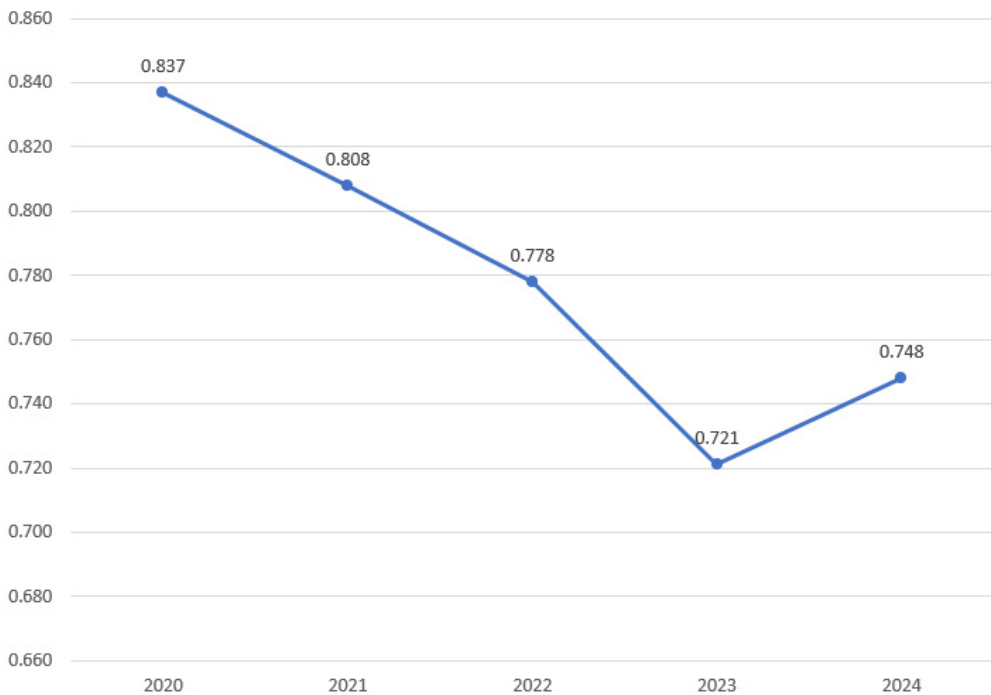


그림 2. 전국 합계출산율

(자료출처: 국가데이터처. 인구동향조사 [Internet]. 대전: 통계청. 2024 [cited 2025 Dec 16]
Available from: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B81A23&conn_path=I2.)



그림 3. 전국 출생아 수

(자료출처: 국가데이터처. 인구동향조사 [Internet]. 대전: 통계청. 2024 [cited 2025 Dec 16] Available from: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B81A23&conn_path=I2.)

- 시도별 출생아 수 현황을 살펴보면, 수도권과 광역시를 포함한 대부분 지역에서 출생아 수가 감소하고 있으며, 일부 지역 간 감소 속도와 규모에는 차이가 나타남(표 1)
 - 다만, 경기도의 출생아 수는 전국 출생아 수의 약 30% 내외를 차지하고 있으며, 상대적으로 다른 지역에 비해 출생아 수의 감소 폭이 크지는 않음

표 1. 전국 시도별 출생아 수

(단위: 명)

시도	2020	2021	2022	2023	2024
전국	272,337	260,562	249,186	230,028	238,317
서울	47,445	45,531	42,602	39,456	41,605
부산	15,058	14,446	14,134	12,866	13,063
대구	11,193	10,661	10,134	9,410	10,103
인천	16,040	14,947	14,464	13,659	15,236
광주	7,318	7,956	7,446	6,172	6,034
대전	7,481	7,414	7,677	7,194	7,266
울산	6,617	6,127	5,399	5,082	5,282
세종	3,468	3,570	3,209	2,761	2,895
경기	77,737	76,139	75,323	68,817	71,285
강원	7,835	7,357	7,278	6,688	6,592
충북	8,607	8,190	7,452	7,580	7,540
충남	11,950	10,984	10,221	9,436	9,855
전북	8,165	7,475	7,032	6,622	6,780
전남	9,738	8,430	7,888	7,828	8,225
경북	12,873	12,045	11,311	10,186	10,333
경남	16,823	15,562	14,017	13,049	13,067
제주	3,989	3,728	3,599	3,222	3,156

자료출처: 국가데이터처. 인구동향조사 [Internet]. 대전: 통계청. 2024 [cited 2025 Dec 16] Available from: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B81A23&conn_path=I2.

- 출산 연령 상승은 출산 행태 변화의 핵심 특징으로, 결혼 연령 증가와 함께 평균 출산 연령이 지속적으로 높아지고 있음(그림 4)

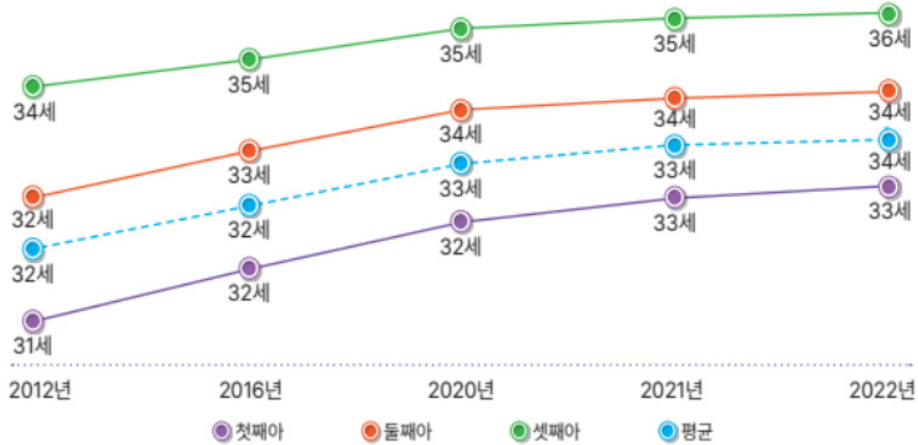


그림 4. 연도별 출산 평균 연령

(자료출처: 건강보험심사평가원. 난임시술 통계 보고서 : 통계로 보는 난임시술(2022년 진료분). 강원도: 건강보험심사평가원. 2025.)

- 이러한 변화는 난임 증가로 이어지며, 실제로 난임 시술 건수는 매년 증가하는 추세를 보이고 있음(그림 5)

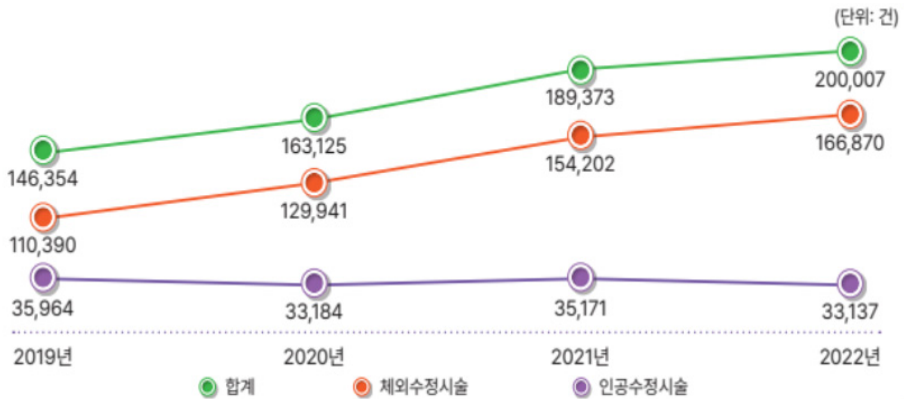


그림 5. 연도별 난임시술 건수 현황

(자료출처: 건강보험심사평가원. 난임시술 통계 보고서 : 통계로 보는 난임시술(2022년 진료분). 강원도: 건강보험심사평가원. 2025.)

- 출산 결과 측면에서는 저체중아 및 미숙아 출생 비율이 지속적으로 증가하고 있어(그림 6), 출생아 수 감소와 동시에 출산의 질적 위험이 확대되고 있음을 확인할 수 있음

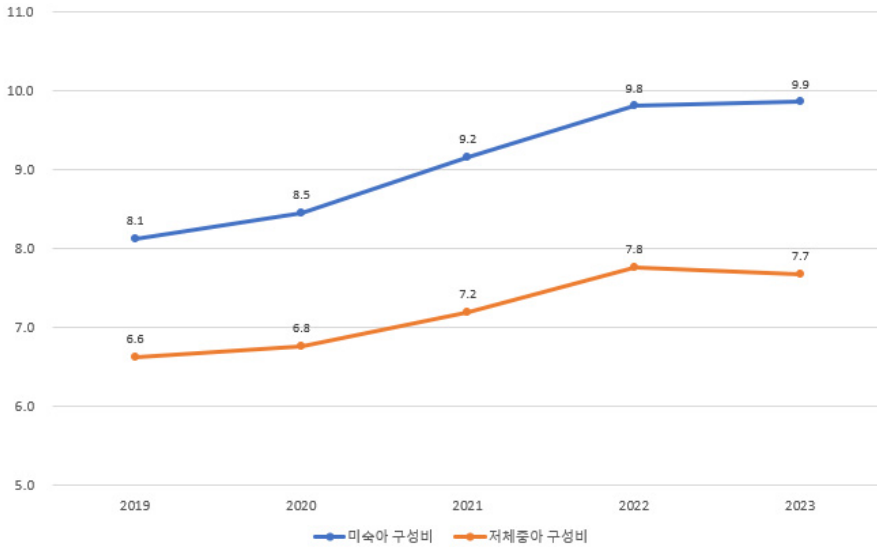


그림 6. 전국 미숙아 구성비 및 저체중아 구성비

((자료출처: 국립중앙의료원 정책통계지원센터. 2023 지역별 공공보건의료 통계. 세종: 보건복지부. 2025.))

- 전국적으로 저체중아 구성비와 미숙아 구성비 모두 상승 추세를 보이며, 지역 간 편차 또한 존재함(표 2)
 - 경기도의 경우 저체중아, 미숙아의 구성비가 전국 17개 시도 중 각 6, 7위 수준으로 높은 편에 속함

표 2 전국 시도별 저체중아, 미숙아 구성비

(단위: %)

시도	저체중아 구성비					미숙아 구성비				
	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
전국	6.6	6.8	7.2	7.8	7.7	8.1	8.5	9.2	9.8	9.9
서울	6.5	6.9	6.8	7.7	7.9	7.5	7.9	8.3	9.4	9.6
부산	6.7	6.5	7.1	7.7	7.3	8.3	8.8	9.6	9.8	9.7
대구	6.4	6.9	7.1	8.1	8.9	7.8	8.8	8.8	9.8	10.6
인천	7.1	7.7	7.5	8.2	8.5	8.7	9.6	9.5	10.6	11.0
광주	6.5	6.8	7.5	8.0	7.5	8.3	8.9	9.6	9.9	9.6
대전	5.8	6.2	7.0	7.7	7.1	7.1	7.4	9.0	8.4	8.4
울산	6.5	6.4	7.2	7.6	7.6	7.9	8.2	9.0	9.9	10.0
세종	6.6	7.2	7.1	6.3	5.8	8.2	9.0	8.5	8.2	7.6
경기	6.8	6.9	7.4	8.0	7.6	8.4	8.6	9.4	10.1	10.0
강원	6.7	6.5	7.9	7.6	7.5	8.2	8.4	10.1	9.1	9.8
충북	6.6	6.9	7.8	7.3	8.2	7.9	7.8	9.1	8.5	9.2
충남	6.5	6.1	6.6	6.9	7.5	8.3	8.6	9.6	9.6	10.2
전북	6.0	6.4	7.0	7.5	7.2	7.8	7.5	8.3	9.1	9.0
전남	6.7	6.4	8.0	8.8	7.1	9.0	9.2	10.7	12.3	10.6
경북	7.2	6.8	7.3	7.7	8.2	8.6	8.3	9.0	10.5	10.9
경남	6.4	6.4	6.7	7.2	7.0	8.3	8.6	9.1	10.0	10.1
제주	5.3	5.6	5.9	6.3	6.0	6.7	7.7	7.2	7.4	7.1

자료출처: 국립중앙의료원 정책통계지원센터. 2023 지역별 공공보건의료 통계. 세종: 보건복지부:2025.

- 출산 이후 단계에서도 모성 건강 위험은 지속되고 있음
- 산후 우울감을 경험한 산모의 비율은 증가하고 있으며, 경험 기간 또한 장기화되는 경향을 보이고 있음(표 3)
 - 산후 우울감을 경험한 산모 중 일부는 출산 후 1년 이내 의사로부터 산후 우울증 진단을 받음으로써 산후 우울이 임상적 우울증으로 이어지는 사례도 보고되고 있음(표 4)

표 3 산후 우울감을 경험한 산모 비율 및 경험한 기간

(단위: %, 일, 명)

연도	경험 없음(%)	경험 있음(%)	경험 기간(일)	계(명)
2024년	31.5	68.5	187.5	100.0(3,221)
2021년	47.4	52.6	134.6	100.0(3,127)

자료출처: 육아정책연구소. 2024년 산후조리 실태조사. 세종: 보건복지부. 2024.

표 4 (출산 이후 1년 내) 의사 산후우울증 진단 여부

(단위: %, 명)

연도	예(%)	아니오(%)	계(명)
전체	6.8	93.2	100.0(2,205)

자료출처: 육아정책연구소. 2024년 산후조리 실태조사. 세종: 보건복지부. 2024.

- 종합하면, 출산 및 임신 행태의 변화는 ▲출생 규모 감소, ▲고령 임신과 난임 증가, ▲저체중아·미숙아 출생 확대, ▲출산 이후 산모 정신건강 악화로 이어지며, 모성 건강 위험이 임신 전-임신-출산 이후 전 주기에 걸쳐 누적되고 있음을 보여줌
- 이러한 결과는 모성 건강을 임신·출산의 특정 시점이 아닌, 전주기적 관점에서 관리할 필요성을 시사하며, 현행 모성 건강관리 정책이 이러한 위험 구조를 충분히 반영하고 있는지에 대한 점검이 필요함

2. 국내 모자보건 관련 정책 및 현황

- 우리나라의 모성 건강관리 정책은 「모자보건법」을 근거로 임신·출산 및 영유아 건강증진을 목적으로 다양한 사업을 추진해 왔음
 - 임신 전 단계에서는 임신 사전건강관리 지원사업, 난임부부 시술비 지원 등이 시행되고 있음
 - 임신 중에는 산전 검사, 고위험 임신부 의료비 지원, 임신부 건강관리 서비스 등 비교적 다양한 정책이 마련되어 있으며, 분만 전후 의료 접근성 확보 측면에서는 일정 수준의 정책 기반이 구축되어 있음
 - 출산 이후 단계에서는 산후조리 지원, 산모·신생아 건강관리 지원사업, 산후우울 상담 및 정신건강 지원 서비스 등이 제공되고 있음

- 본 보고서에서는 태아·신생아 건강보장을 위해 모성 건강을 임신 전-임신-출산 이후의 연속된 과정으로 관리하는 전주기적 관점에서 국내 모성 건강관리 정책을 검토하고자 하였으며, 이에 따라 단계별로 대표성과 정책적 의미를 지니는 주요 사업을 중심으로 분석 대상을 한정하였음

- 따라서 단순 물질 지원 정책 이외에 정부에서 서비스 제공을 지원하는 국내 사업 중심으로 1) 임신 사전건강관리 지원사업, 2) 난임·임산부 심리상담센터, 3) 생애 초기 건강관리 사업, 4) 산모·신생아 건강관리 지원사업, 5) 공공산후조리원에 대해서 검토한 내용을 정리하여 제시하였음(그림 7)



그림 7. 모성 전주기와 관련한 국내 정책 현황

- 우선 임신 이전 단계에서는 임신 사전건강관리 지원사업과 난임·임산부 심리상담 센터를 분석 대상으로 선정하였음
 - 임신 사전건강관리 지원사업은 임신 이전 단계의 개입 필요성을 공식적으로 반영한 대표적 사업으로, 국내 모성 건강관리 정책 중 임신 전 관리 영역을 직접적으로 포괄하는 유일한 사업에 해당함
 - 난임·임산부 심리상담센터는 난임, 임신 과정의 심리적 어려움, 정신건강 문제를 다루는 사업으로, 임신 전·중 단계에서의 정신건강 지원이라는 측면에서 전주기 관점의 정책적 의미를 지님

- 임신 중 및 출산 직후 단계에서는 생애초기 건강관리 사업과 산모·신생아 건강관리 지원사업을 중심으로 검토하였음
 - 생애초기 건강관리 사업은 임신 중부터 출산 이후 초기까지의 기간을 연속적으로 관리하는 방문 기반 사업으로, 모성과 영유아를 동시에 포괄하며 전주기 연계 가

능성을 지닌 정책 사례임

- 산모·신생아 건강관리 지원사업은 출산 이후 신체적 회복과 신생아 돌봄을 지원하는 대표적 보편 사업으로, 출산 이후 단계에서의 정책 개입이 집중되는 영역을 보여주는 핵심 사업임

- 출산 이후 단계에서는 공공산후조리원을 분석 대상으로 포함하였음
 - 공공산후조리원은 민간 중심의 산후조리 체계에서 발생하는 지역·소득 간 격차를 완화하기 위한 공공 개입 사례로, 출산 이후 돌봄과 회복을 공공의 책임 영역으로 확장하고자 한 정책적 시도를 대표함

- 이와 같이 본 보고서는 ▲임신 전 예방 및 준비, ▲임신·출산 과정에서의 신체적·정신적 건강관리, ▲출산 이후 회복 및 돌봄 지원이라는 전주기 흐름 속에서 각 단계의 정책적 특징과 한계를 가장 잘 드러낼 수 있는 핵심 사업을 중심으로 분석 대상을 구성하였음

- 아울러 본 연구는 모든 관련 사업을 포괄적으로 나열하기보다는, 전주기 연계성, 정책적 상징성, 제도적 한계가 비교적 명확히 드러나는 사업을 선별적으로 검토함으로써, 향후 전주기 모성 건강관리 체계로의 정책 전환을 위한 시사점을 보다 집중적으로 도출하고자 하였음

가. 임신 사전건강관리 지원사업¹⁶⁾

1) 사업목적 및 법적 근거

○ 사업목적

- 임신을 희망하는 가임기 남녀를 대상으로 임신 전 건강 상태를 사전에 점검·관리함으로써 난임을 예방하고, 건강한 임신·출산을 도모하기 위함
- 고령임신 증가, 난임 및 고위험 임신·분만 요인 확대에 대응하여 임신 이전 단계부터 체계적인 건강관리 기반을 구축하는 것을 목표로 함
- 임신 및 출산에 장애요인으로 작용할 수 있는 건강위험요인을 조기 발견하고, 건강한 임신·출산 환경을 조성하고자 함

○ 법적 근거

- 「모자보건법」 제3조에 따른 국가와 지방자치단체의 모자보건 책임과, 제11조제1항 및 제2항에 규정된 생식건강 문제 극복 및 난임 예방 지원을 근거로 본 사업이 추진되고 있음

표 5 「모자보건법」 제3조(국가와 지방자치단체의 책임)

제3조(국가와 지방자치단체의 책임)

- ① 국가와 지방자치단체는 모성과 영유아의 건강을 유지·증진하기 위한 조사·연구와 그 밖에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 모자보건사업에 관한 시책을 마련하고 모성과 영유아의 보호자에게 적극적으로 홍보하여 국민보건 향상에 이바지하도록 노력하여야 한다. <개정 2017. 12. 12., 2021. 12. 21.>

16) 보건복지부. 2025 모자보건 사업안내. 세종: 보건복지부; 2025. III. 임신 사전건강관리 지원사업.

표 6 「모자보건법」 제11조(난임·유산·사산 극복 지원사업) 제1항 및 제2항

제11조(난임·유산·사산 극복 지원사업)

- ① 국가와 지방자치단체는 난임, 유산·사산 등 생식건강 문제를 극복하기 위한 지원을 할 수 있다. <개정 2012. 5. 23., 2015. 12. 22., 2024. 1. 2.>
- ② 난임극복 지원에는 다음 각 호의 내용이 포함되어야 한다. <신설 2015. 12. 22., 2024. 2. 6.>
 1. 난임치료를 위한 시술비 지원. 이 경우 「한의약 육성법」 제2조제1호에 따른 한방의료를 통하여 난임을 치료하는 한방난임치료(이하 “한방난임치료”라 한다) 비용의 지원을 포함할 수 있다.
 2. 난임 관련 상담 및 교육
 3. 난임 예방 및 관련 정보 제공
 4. 그 밖에 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사업

○ 추진 배경

- ('23.3.28.) 대통령 주재 저출산고령사회위원회에서 “임신 사전건강관리 지원”에 대한 기본방향 발표
- ('23.7.~11.) 한국보건사회연구원의 예방적 생식건강증진 강화방안 연구를 통해 임신 사전건강관리 지원 사업 모형 마련
- ('23.7.27.) 난임·다동이 맞춤형 지원 대책으로 “임신 사전건강관리 지원” 발표
- ('24.4.~) 2024년 임신 사전건강관리 지원사업 시행
- ('24.06.19.) 「저출생 추세 반전을 위한 대책」에서 결혼 여부 무관 모든 25~49세 남녀 대상 최대 3회 가임력 검사 지원을 발표

2) 서비스 내용

가) 개요

- 임신을 준비하는 가임기 남녀를 대상으로 가임력 및 건강 상태를 평가하기 위한 필수 검사비를 지원하는 국가사업

- 결혼 여부와 무관하게 개인 단위로 접근하되, 임신·출산 생애주기 관점에서 단계별 지원 구조를 갖춘

나) 주요 지원 내용

○ 대상자

- 결혼이나 자녀 여부와 무관하게 모든 20~49세 남녀 중 검사 희망자를 대상으로 함
- 다만, 15~19세는 부부(예비부부·사실혼 포함)의 경우, 외국인의 경우 내국인 배우자가 있는 경우에 한해 지원)

○ 서비스 지원 시기 및 횟수

- 임신 전 단계(임신 준비기), 연령별 주요 생애주기 기준으로 지원 가능함
- 주요 생애주기별 1인 1회 지원 가능하며, 연령 주기별로 모두 지원할 경우 최대 3회까지 지원 가능(제1주기: 29세 이하, 제2주기: 30~34세, 제3주기: 35~49세)함

임신·출산 관련 주기(연령대)별 특성

- (제1주기) 결혼 전 생식건강관리(조기 질환 발견 및 치료 등) 및 난임 예방 목적
- (제2주기) 본격적 결혼 및 임신·출산 계획 단계로 건강한 임신·출산 도모 및 난임 예방과 가임력 보존 목적
- (제3주기) 임신·출산 고위험군에 해당하여 난임 진단 및 난임 시술 연계 목적

그림 8. 임신·출산 관련 주기(연령대)별 특성

(자료출처 : 보건복지부. 2025 모자보건 사업안내. 세종: 보건복지부; 2025. p.44.)

○ 서비스 비용

- 가임력 검사에 소요되는 검사비 실비 지원함에 따라 검사 후 보건소를 통한 사후 청구 후 해당 비용을 지급함
- 지원금액 한도 : 여성은 최대 13만 원, 남성은 최대 5만 원
- 비급여 단가 상한 차이로 인해 발생하는 검사 비용으로 인해 본인 부담이 발생할

수도 있으며, 검사비 외의 진찰료 및 기타 검사 비용은 지원 대상은 아님

○ 서비스 신청 및 이용 방법

- 보건소 방문 신청 또는 e보건소 온라인 신청 이후, 검사를 실시하여 발생한 검사비를 청구하여 검사비용을 지급받을 수 있음

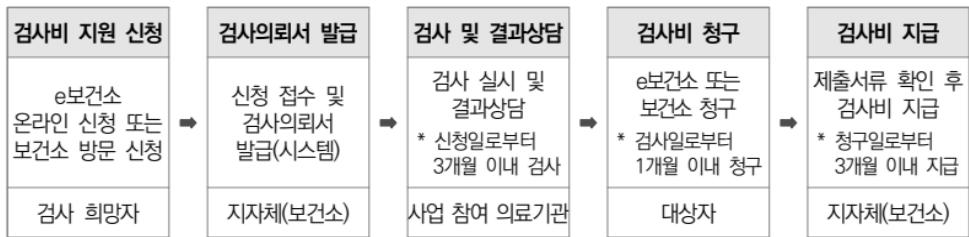


그림 9. 임신 사전건강관리 지원사업 신청 절차

(자료출처 : 보건복지부, 2025 모자보건 사업안내. 세종: 보건복지부; 2025. P.40.)

○ 서비스 유형

- 생식·가임력 관련 기본 검사 중심 : 난소기능검사(AMH), 부인과 초음파, 정액검사(정자정밀형태검사)
- 질환 조기 발견 및 향후 의료·난임 시술 연계 가능 구조

다) 서비스 제공

○ 제공기관 : 시·군·구 보건소, 사업 참여 의료기관(산부인과 등)

○ 제공 인력 : 보건소 담당자(대상자 관리·행정), 의료기관 의료진(검사 수행)

3) 추진 현황

- 2024년 시범·초기 도입 이후 2025년 본사업으로 확대
- 지원 대상 확대(결혼 여부 무관, 개인 단위 접근)
- 연령 주기별 지원체계 명확화
- 온라인(e보건소) 신청 도입으로 접근성 강화

4) 사업의 주요 성과

- 임신 전 건강관리의 정책적 도입
 - 임신 이전 단계의 건강관리를 공공 보건정책 영역으로 포함시켜, 임신 전 예방적 관리의 필요성을 제도적으로 공식화함
- 임신 전 건강 상태에 대한 사전 인지 및 준비도 제고
 - 가임력·생식력 검사를 통해 임신 전 개인의 건강 상태를 사전에 확인할 수 있는 기회를 제공함으로써, 임신·출산에 대한 준비도를 높이는 계기를 마련함
- 임신 전 건강관리의 공공성 인식 확산
 - 임신 전 건강관리를 개인의 선택이나 사적 책임이 아닌, 공공 보건서비스의 일부로 인식하도록 하는 정책적 전환점 역할을 수행함
- 전주기 모성 건강관리 체계로의 확장 가능성 확보
 - 임신 전 단계 개입의 제도적 기반을 마련함으로써, 향후 임신 전-임신-출산 이후를 포괄하는 전주기 모성 건강관리 체계로 확장될 수 있는 가능성을 제시함

5) 사업의 한계 및 과제

- 검사 중심 사업 구조로 인한 예방적 건강관리 기능의 한계
 - 사업이 가임력·생식력 중심의 검사 제공에 초점을 두고 있어, 만성질환, 정신건강, 생활습관, 사회적 위험요인 등 임신·출산 결과에 영향을 미치는 다양한 요인을 포괄적으로 관리하는 예방적 건강관리로 기능하기에는 제한적임

- 검사 이후 상담·중재·연계 체계의 미흡
 - 검사 결과를 토대로 한 지속적인 상담, 건강관리 중재, 의료기관 및 지역자원 연계 체계가 충분히 구축되어 있지 않아, 사전검사가 실질적인 건강 개선이나 위험요인 관리로 이어지지 못하는 구조적 한계가 존재함

- 사업 대상의 제한으로 인한 정책 효과의 한계
 - 사업 대상이 임신을 계획하거나 준비 중인 여성으로 한정되어 있어, 비계획 임신 가능성이 높은 가임기 여성 전반을 포괄하지 못하며, 임신 여부와 무관한 상시적 건강관리 체계로 확장되기 어려운 구조임

- 전주기 모성 건강관리 체계 내 핵심 사업으로의 위상 미정립
 - 임신 전 건강관리의 중요성을 제도적으로 반영하고 있으나, 임신 전-임산-출산 이후를 연결하는 전주기 관리 체계 내에서 핵심 사업으로서의 역할과 기능이 명확히 설정되지 못하고 있음

나. 임신부 약물상담 지원사업¹⁷⁾¹⁸⁾

1) 사업목적 및 운영 근거

- 임신·수유 중 약물(및 각종 유해물질) 노출에 대한 근거 기반 정보 제공을 통해, 임신부의 불안과 불필요한 인공임신중절을 예방하고 태아 안전을 지원하는 것을 목적으로 함
- 임신 및 수유 중 약물 복용 및 음주·흡연·환경유해요인 노출과 관련된 위험을 평가하고, 과학적 근거에 기반한 정보를 제공함으로써 태아의 건강 위험을 최소화하고자 함
- 모자보건 영역의 임신부 건강·태아 건강 보호 취지에서 추진되는 상담·정보 제공형 서비스로, 정부(보건복지부) 차원의 공공지원 하에 운영된 바 있음(정부의 재정지원으로 운영된 기간은 2010년 전문상담센터 개소하여 사업의 통폐합으로 예산이 중단된 2023년까지로 추정됨¹⁹⁾)

2) 서비스 내용

가) 개요

- 임신부(및 수유부, 예비임신 남녀)의 약물·음주·흡연·환경유해요인 노출 관련 위험을 평가하고, 전화/온라인 방식으로 상담·정보를 제공하는 서비스임

17) 보건복지부. [보도자료] 약물복용으로 걱정하는 임신부, 언제든 전화주세요. 2010 Apr 21.

18) (사)임산부약물정보센터·마더세이프. 마더세이프 프로그램은? [Internet]. (사)임산부약물정보센터·마더세이프;2025. [cited 2026 Jan 11]. Available from: <https://mothersafe.co.kr/27>.

19) 김길원. [김길원의 헬스노트] '임신상담 18만명' 마더세이프센터 정부지원 중단 논란(종합). 연합뉴스 [Internet]. 2024 Jan 22 [cited 2025 Dec 15]. Available from: <https://www.yna.co.kr/view/AKR20240122127351530>.

나) 주요 지원 내용

○ 대상자

- 임신부
 - 기형유발을 일으킬 수 있는것으로 알려진 약물에 노출된 임신부
 - 여러가지 약물에 복합적으로 노출된 경우
 - 알코올, 흡연 등에 노출
 - 방사선에 노출된 경우
 - 직장 및 주변환경에서 유해인자 노출
 - 약물 및 기타 화학물의 노출에 의해서 너무 불안한 경우
- 모유수유부
 - 정신과적 질병이 있어서 약물을 사용해야 하는 경우
 - 류마티스성 관절염, 천식,간질이있어서약물을사용해야 하는 경우
 - 각종 급성질환으로 약물을 복용하여야 하는 경우
 - 각종 검사가 필요한 경우
- 예비임신 남녀 등(상담 운영 범위에 포함)

○ 서비스 시기·횟수

- 임신 전(임신 계획)·임신 중·수유 중 등 필요 시점에 상담 이용(상담형 서비스 특성상 정해진 횟수 제한보다는 필요 기반 이용)

○ 서비스 비용 : 공공 지원 기반으로 무료 상담 형태로 운영되었음

○ 서비스 유형

- (1) 전화 (2) 온라인 (3) 대면(외래/클리닉 연계) 상담 등 혼합형

다) 서비스 제공

- 제공기관 : 한국마더세이프 전문상담센터
- 제공 인력 : 산부인과 전문의, 간호사 등 임신·출산 및 태아 안전에 대한 전문성을 갖춘 인력

3) 추진현황

- 1999년 제일병원에서 마더리스크 프로그램 개설
 - 임신 중 약물상담 서비스 제공
- 2010년 4월 제일의료재단의 제일병원 내 한국마더세이프 전문상담센터 개소
 - 보건복지부의 재정지원을 받아 전문상담센터를 개소하고 국가 사업 형태로 추진
- 2019년 3월 국립중앙의료원으로 이전²⁰⁾
 - 제일병원의 폐업으로 인해 국립중앙의료원에서 한국마더세이프 전문상담센터를 개소하여 지방 거점지역*과 연계하여 상담 진행

*부산 일신기독병원, 전남대학교병원, 대구가톨릭대학교병원, 대전미즈여성병원, 울산맘스여성병원

- 2024년 보건복지부 예산 중단
 - 2023년까지 '위기임신 전문상담센터 운영' 사업으로 예산을 지원했으나, 2024년 '성·생식건강증진사업'으로 해당 사업이 통폐합되면서 예산 중단
 - 해당 사업은 임신부의 약물 노출에 대한 체계적인 상담과 정보 제공을 국가 차원에서 시도한 사례로 평가됨

20) 국립중앙의료원. [보도자료] 국립중앙의료원, 한국 마더세이프 전문상담센터 개소. 2019 Apr 17.

- 2025년 4월 인제대 일산백병원에 한국마더세이프센터 개소
 - 국가 직접 지원 사업은 종료되었으나, 축적된 상담 경험과 전문성을 바탕으로 임신부 대상 약물상담 서비스는 지속적으로 제공되고 있음
 - 디지털 플랫폼 '프리미엄 임신 전 셀프케어'를 통해 임신을 준비하는 남녀를 대상으로 '예비 임신 상담'도 진행
 - '마더투베이비(MotherToBaby) 앱'을 개발해 임신 중 직장 내 유해물질 노출 내용을 기록하고, 해당 데이터를 기반으로 산재 신청을 돕기도 함

4) 사업의 주요 성과

- 임신 전·중 약물 노출에 대한 전문 상담 접근성 확대
 - 전화 및 비대면 상담 체계를 통해 임신 전·중·수유 중 약물 노출과 관련한 전문 상담을 제공하며, 전국 단위 임신부의 접근성을 제고함
- 불필요한 약물 중단 및 임신 중단 예방
 - 근거 기반 상담을 통해 약물 노출에 대한 과도한 불안을 완화하고, 불필요한 약물 중단이나 임신 중단을 예방하는 데 기여함
- 임신 전-임신 중 연속적 위험 관리 수요의 가시화
 - 임신 전 약물 복용, 만성질환 치료 중 임신, 비계획 임신 등 다양한 상황에서의 상담 사례를 축적함으로써, 임신 전 단계부터 누적되는 건강 위험 관리 수요를 실증적으로 드러냄
- 전주기 모성 건강관리 체계 내 핵심 전문 기능 가능성 입증
 - 임신 전-임신 중을 관통하는 정보·상담 기반 위험 관리 기능을 수행하며, 전주기 모성 건강관리 체계에서 핵심 전문 모듈로 기능할 수 있는 정책적 가능성 확인

5) 사업의 한계 및 과제

- 안정적 재정 기반 부재로 인한 지속 가능성 한계
 - 보건복지부 예산 지원에 기반한 한시적 국가사업으로 운영되었으나, 2024년 성·생식건강증진사업 통폐합 이후 예산 지원이 중단되면서, 안정적인 운영과 인력 유지에 구조적 어려움이 발생함

- 공공 모성 건강관리 체계 내 제도적 위치 미확립
 - 임신 전·중 약물 노출 관리의 중요성에도 불구하고, 약물상담 서비스가 국가 모성 건강관리 전달체계 내에서 공식적인 역할과 기능으로 제도화되지 못한 상태임

- 상담 서비스와 의료체계 간 연계 구조의 한계
 - 전화·비대면 상담을 기반으로 필요 시 외래 진료와 연계되는 구조이나, 산전관리, 난임 진료, 보건소 서비스 등 기존 의료·보건 체계와의 제도적 연계가 충분히 구축되어 있지 않음

- 임신 전 위험요인 관리로의 확장 부족
 - 상담 수요의 상당 부분이 임신 이전 약물 복용이나 만성질환 치료와 연관되어 있음에도 불구하고, 현행 사업은 임신 확인 이후의 상담에 상대적으로 집중되어 있어 임신 전 단계의 체계적 위험 관리로 확장되지 못하고 있음

다. 난임·임산부 심리상담센터²¹⁾

1) 사업목적 및 법적 근거

- 난임 부부, 유산·사산 경험 부부, 임산부 양육모 및 배우자를 대상으로 심리상담, 정서적 지지 및 정신건강 고위험군에 대한 의료적 개입 지원을 병행하는 서비스를 제공함으로써 정서적·심리적 문제를 완화하여 삶의 질을 향상하기 위함²²⁾
- 「모자보건법 제11조의4(난임·임산부심리상담 센터의 설치·운영 등)」에 따라 난임·임산부 심리상담 센터를 설치·운영할 수 있음
 - 난임 극복, 산전·산후 우울증 극복 및 유산·사산 예방을 위한 업무를 전문적이고 체계적으로 수행하기 위함

표 7. 「모자보건법」 제11조의4(난임·임산부심리상담 센터의 설치·운영 등)

제11조의4(난임·임산부심리상담 센터의 설치·운영 등)

- ① 보건복지부 장관은 난임 극복, 산전·산후 우울증 극복 및 유산·사산 예방을 위한 각 호의 업무를 전문적으로 체계적으로 수행하기 위하여 중앙 난임·임산부 심리상담센터를 설치·운영할 수 있다. <개정 2024.1.2.>
1. 산전·산후우울증 관련 검사
 2. 난임 극복, 산전·산후 우울증 극복 및 유산·사산 예방 관련 상담 및 교육
 3. 제2항에 따른 권역별 난임·임산부심리상담센터 종사자에 대한 교육
 4. 제2항에 따른 권역별 난임·임산부심리상담센터와의 정보 교류 및 협력
 5. 난임 극복, 산전·산후우울증 극복 및 유산·사산 예방을 위한 조사 및 연구
 6. 그 밖에 난임 극복, 산전·산후우울증 극복 및 유산·사산 예방을 위하여 보건복지부장관이 정하는 업무
- ② 시·도지사는 난임 극복, 산전·산후우울증 극복 및 유산·사산 예방 관련 상담 및 교육 등의 업무를 전문적으로 수행하기 위하여 권역별 난임·임산부심리상담센터(이하 "권역별 상담센터"라 한다)를 설치·운영할 수 있다. <개정 2024. 1. 2., 2025. 11. 11.>
- ③ 보건복지부장관과 시·도지사는 제1항 및 제2항에 따른 상담센터의 설치·운영을 보건복지부령으로 정하는 전문인력과 시설을 갖춘 기관에 위탁할 수 있다. <개정 2024. 1. 2.>
- ④ 그 밖에 제1항 및 제2항에 따른 상담센터의 설치·운영과 제3항에 따른 위탁에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2024. 1. 2.>

21) 2024년 '난임·우울증 상담센터'가 '난임·임산부 심리상담센터'로 개칭됨에 따라, 참고 문헌상에 표기된 구 명칭은 본 보고서의 대상과 동일함
 22) 난임·우울증 상담센터. 2024년 난임·우울증상담센터 사업 지침. 세종: 보건복지부; 2024.

2) 서비스 내용

- 난임·임산부 심리상담센터는 난임·임산부와 양육모를 대상으로 우울증 극복을 위한 대상자 검사, 종사자 교육, 관련 조사 및 연구 등 다양한 업무 수행
- 주요 지원 내용²³⁾
 - 대상자: 난임부부, 유산 및 사산 경험 부부(최근 1년 이내), 임신부, 산모(출산 후 12주 이내), 양육모(출산 후 3년 이내 양육모, 출산 후 7년 이내 미혼모), 기타(임산부, 산모, 양육모의 배우자)
 - 서비스 시기 및 기간: 선별검사 후 1인 최대 10회 상담 진행, 정신건강 고위험군은 지역사회 내 정신건강의학과 등 서비스 연계 가능
 - 서비스 비용: 무료
 - 서비스 신청 및 이용 방법: 전화 예약, 온라인 예약
 - 서비스 유형: 상담(대면 상담, 온라인 상담, 전화 상담), 집단 프로그램(산림치유 프로그램, 자조 모임, 정서 지원 프로그램 등)
 - * 연계 프로그램: 중등도 이상의 정신건강 문제가 있는 대상자의 경우 본인 동의 하에 정신건강의학과 진료 의뢰를 통해 의료적 개입 지원 병행
- 서비스 제공
 - 서비스 제공기관: 중앙 및 전국 13개소 난임·임산부 심리상담센터
 - 서비스 제공 인력: 서비스 제공 인력의 기준은 아래 표와 같음

23) 중앙 난임·우울증 상담센터. 상담예약 : 이용안내[Internet]. 서울: 중앙 난임·우울증 상담센터; 2025 [cited 2025 Nov 24] Available from: <https://22762276.nmc.or.kr/nmc22762276/main/contents.do?menuNo=1600031>.



그림 10. 중양 난임·신생아 심리지원센터 서비스 유형
 (자료출처: 국립중앙의료원. 국가중앙센터 [Internet]. 서울: 국립중앙의료원; 2025
 [cited 2025 Nov 26]. Available from:
https://www.nmc.or.kr/nmc/contents/nmc22762276_activities.)

표 8. 난임·우울증 상담센터 인력 기준

구분	중앙난임·우울증상담센터	권역난임·우울증상담센터
센터장	<ul style="list-style-type: none"> • 자격: 산부인과 전문의 혹은 정신건강 의학과 전문의 • 임면: 수탁기관장(보건복지부 협의) • 근무형태: 비상근 	<ul style="list-style-type: none"> • 자격: 산부인과 전문의 혹은 정신건강 의학과 전문의 • 임면: 수탁기관장(시·도지사와 협의) • 근무형태: 비상근
부센터장	<ul style="list-style-type: none"> • 자격: 산부인과 전문의 혹은 정신건강 의학과 전문의 • 임면: 수탁기관장(보건복지부 협의) • 근무형태: 비상근 	<ul style="list-style-type: none"> • 자격: 산부인과 전문의 혹은 정신건강 의학과 전문의 • 임면: 수탁기관장(보건복지부 협의) • 근무형태: 비상근 <p>※ 지방자치단체(시·도지사)의 인력수급 현황을 고려하여 부센터장은 두지 않을 수 있음</p>
팀장	<ul style="list-style-type: none"> • 자격: 임상심리사 자격증 소지자, 사회복지사 자격증 소지자, 간호사 면허증 소지자 • 근무형태: 상근(주5일) <p>(필수)해당분야 경력 2년 이상, (우대)배아생성의료기관 근무 경험자 및 정신건강전문요원</p>	

구분	중앙난임·우울증상담센터	권역난임·우울증상담센터
팀원	<ul style="list-style-type: none"> • 자격: 임상심리사 자격증 소지자, 사회복지사 자격증 소지자, 간호사 면허증 소지자 • 근무형태: 상근(주5일) (필수)배아생성의료기관 근무 경험자 및 정신건강전문요원	

자료출처: 난임·우울증 상담센터. 2024년 난임·우울증상담센터 사업 지침. 세종: 보건복지부. 2024.

3) 추진 현황

- 정부에서는 중앙 난임·임산부 심리상담센터를 설치·운영하고 있으며, 대통령 직속 저출산고령사회위원회가 2026년까지 전국 확대를 추진 중²⁴⁾
 - 서울권(강남, 송파), 서울서남권(동작, 금천), 경기도권, 경기북부권, 인천권, 대구권, 전북권, 전남권, 경북권, 경북서부권, 경남권에 설치·운영 중임(2025년 11월 기준)
 - 권역에 따른 위탁기관에 대한 세부 내용은 아래 표와 같음(표 9)

표 9. 난임·임산부 심리상담센터 개설 권역 및 위탁기관

연번	지역	권역	위탁기관
1	서울	서울권역(강남)	강남 세브란스병원
2		서울권역(송파)	
3		서울서남권역(동작)	서울특별시 보라매병원
4		서울서남권역(금천)	
5	경기도	경기도권역	인구보건복지협회 경기지회
6		경기북부권역	동국대학교 일산병원
7	인천	인천권역	아인병원
8	대구	대구권역	경북대학교병원
9	전북	전북권역	전주예수병원

24) 저출산고령화위원회. [보도자료] 저출산고령사회위원회, 난임·임산부 심리지원 확대 ... 전국 확산 추진. 2025.02.17.

연번	지역	권역	위탁기관
10	전남	전남권역	현대여성아동병원
11	경북	경북권역	경상북도 안동의료원
12		경북서부권역	경상북도 김천의료원
13	경남	경남권역	창원한마음병원

자료출처: 중앙 난임·우울증 상담센터. 상담예약 : 이용안내 [Internet]. 서울: 중앙 난임·우울증 상담 센터; 2025 [cited 2025 Nov 24] Available from: <https://22762276.nmc.or.kr/nmc22762276/main/main.do>.

4) 사업의 주요성과

- 난임 부부와 임신부의 상담 접근성 확대
 - 전국 기준 2018년도 약 1,100건에 불과하던 상담 서비스는 2024년 약 4만 4천여 건 이상의 상담을 진행하며 잠재되어 있던 난임부부와 임신부의 정신건강 수요를 이끌어냄²⁵⁾
- 내담자의 유의미한 심리적 안정 및 높은 만족도, 필요성
 - 상담을 받은 여성 난임 환자의 경우 우울감, 불안, 일반 스트레스, 난임 스트레스가 통계적으로 유의미하게 감소한 것으로 보고됨²⁶⁾
 - 난임 상담 이용자들의 만족도가 높게 나타나며(만족: 81.6%), 난임 상담에 대한 수요 역시 매우 높은 것으로 조사됨(필요함: 88.1%)²⁷⁾

25) 중앙 난임·임산부 심리상담센터. 난임·임산부심리상담센터 상담 서비스 실적(2024.12.31. 기준). 2025.
 26) 최은진 등. 난임·우울증상담센터 대상자 특성에 근거한 서비스 체계 고찰 및 개선 방안. 한국모자보건학회지 2020;24(4):181-190.
 27) 이영선, 권정혜. 난임 상담 서비스 체계 구축을 위한 난임 상담 실태 및 요구도 조사. 한국모자보건학회지 2020;24(1):52-63.

5) 사업의 한계 및 과제

○ 산전·산후 서비스의 연계 부족

- 현재 서비스는 보건소 등의 추천을 통해서나 개별적인 상담 신청으로 이루어짐. 통합적인 산전 우울증의 조기 발견 및 예방을 위해 조기 임신부터 선별검사가 일상적으로 시행되어야 하며, 출산 전후 기간을 아우르는 지속적인 관리와 유관 사업과의 유기적인 연계 구축이 필요함²⁸⁾

○ 만성적인 예산 및 인력 부족으로 인한 전문성 확보 및 서비스 질 관리의 어려움

- 난임 환자 증가에 비해 상담센터 인프라가 부족하여 센터 확충 및 전문인력 배치, 상담 접근성 제고를 위한 예산을 조속히 마련해야 한다는 지적이 제기되고 있음²⁹⁾
- 더불어 난임 환자의 증가로 인해 심리상담이 필요한 임신부에 대한 지원도 접근성이 저하되고 있음

○ 현재 지역별 편차가 큰 서비스 제공 현황

- 보건복지부는 2026년까지 전국 17개 시·도에 권역 난임·임산부 심리상담센터를 확대한다고 발표하였음³⁰⁾
- 하지만 현재에는 8개 시도의 13개 센터에서 상담을 운영 중이며, 미설치 기관은 중앙 난임·임산부 심리상담센터에서 상담을 운영 중으로 지역별 서비스 편차가 큰 편임

28) 김장래 등. 난임·우울증상담센터 대상자 특성에 근거한 서비스 체계 고찰 및 개선방안 - 임신부 및 양육모 중심으로. 한국모자보건학회지 2022;26(3):146-163.

29) 남수현. 난임시술 2년새 30% 늘었는데... 난임심리센터는 8개 시·도에만. 중앙일보[Internet]. 2025 Sep 18 [cited 2025 Dec 11].

Available from: <https://www.joongang.co.kr/article/25367930>. 2025.9.18.

30) 대한민국 정책브리핑, “저출산고령사회위원회, 난임·임산부 심리지원 확대...전국 확산 추진”. 2024 Feb 17. Available from: <https://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=156674659>

라. 생애초기 건강관리사업

1) 사업목적 및 법적 근거³¹⁾

- 임신부와 만 2세 미만 영아기의 맞춤형 건강관리 교육과 심리사회적 지원을 통해 건강수준을 향상시키고 출산가정의 양육 역량을 강화하기 위함. 고위험 가정(산모 우울 등)의 사회생태학적 위험요인에 대해 지속적으로 개입함으로써 양육지치 환경 조성을 통한 아동의 건강한 성장 발달을 지원하고자 함³²⁾
- 보건소는 「지역보건법 제11조(보건소의 기능 및 업무)」에 따라 모성과 영유아의 건강 유지·증진을 위한 서비스를 제공하여야 하고, 「모자보건법 제10조(임산부·영유아·미숙아 등)」에 따르면 모자보건 전문가에게 가정을 방문하는 등 보건관리에 필요한 조치를 취할 수 있음

표 10. 「지역보건법」 제11조(보건소의 기능 및 업무)

<p>제11조(보건소의 기능 및 업무)</p> <p>① 보건소는 해당 지방자치단체의 관할 구역에서 다음 각 호의 기능 및 업무를 수행한다. <개정 2016. 2. 3., 2019. 1. 15., 2019. 12. 3.></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 건강 친화적인 지역사회 여건의 조성 2. 지역보건의료정책의 기획, 조사·연구 및 평가 3. 보건의료인 및 「보건의료기본법」 제3조제4호에 따른 보건의료기관 등에 대한 지도·관리·육성과 국민보건 향상을 위한 지도·관리 4. 보건의료 관련기관·단체, 학교, 직장 등과의 협력체계 구축 5. 지역주민의 건강증진 및 질병예방·관리를 위한 다음 각 목의 지역보건의료서비스의 제공 <ol style="list-style-type: none"> 가. 국민건강증진·구강건강·영양관리사업 및 보건교육 나. 감염병의 예방 및 관리 다. 모성과 영유아의 건강유지·증진 라. 여성·노인·장애인 등 보건의료 취약계층의 건강유지·증진
--

31) 한국건강증진개발원, 생애초기 건강관리사업, [cited 2025 Dec 4] Available from: https://www.khepi.or.kr/board.jsessionid=hVw5hCaMoVccFvIE8OG2RIQwgQbycW8bxD4wsnZDKXUi0F0ct4MTxCS5Eux3PmUUu.khealth-was_servlet_khealth2018?menuId=MENU01688&siteId=null-

32) 한국건강증진개발원. 생애초기 건강관리 사업안내. 세종: 보건복지부; 2025.

마. 정신건강증진 및 생명존중에 관한 사항

바. 지역주민에 대한 진료, 건강검진 및 만성질환 등의 질병관리에 관한 사항

사. 가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료 및 건강관리사업

아. 난임의 예방 및 관리

② 보건복지부장관이 지정하여 고시하는 의료취약지의 보건소는 제1항제5호아목 중 대통령령으로 정하는 업무를 수행할 수 있다. <신설 2019. 12. 3.>

③ 제1항 및 제2항에 따른 보건소 기능 및 업무 등에 관하여 필요한 세부 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2019. 12. 3.>

2) 서비스 내용

- 영유아 건강간호사와 사회복지사가 가정을 방문하여 건강상담, 영아 발달 상담, 양육 교육, 정서적 지지 등 맞춤형 건강관리 서비스 제공
 - 산모 우울 등 고위험 가구*는 만 2세까지 지속적인 건강상담과 심리·사회적 지지 등을 통해 생애초기 적극적 건강관리 지원

*산모 우울·불안, 청소년 산모, 미혼모, 장애 산모, 트라우마 관련 경험 등

- 주요 지원 내용³³⁾
 - 대상자: 임산부 및 만 2세 미만 영아 가정(다문화 산모, 조손가정 포함함. 이른둥이 서비스 대상 기간을 24개월 더해 일찍 출생한 교정 기간만큼 연장)
 - 서비스 시기 및 기간: 보건소 등록 임산부 대상 심리사회적 평가에 따라 기본방문 대상자와 지속방문 대상자로 분류함

33) 서울시 임신·출산 정보센터. 생애초기 건강관리사업 [Internet], 서울: 서울시 임신·출산 정보센터; 2025 [cited 2025 Nov 25], Available from: <https://seoul-agi.seoul.go.kr/birth-health-care>

표 11. 생애초기 건강관리 사업 대상자의 위험요인 점수 기준*

사회인구학적 요인	심리사회적 요인
<ul style="list-style-type: none"> • 만 19세 이하 (2점) • 한부모/조손가정 (2점) • 기초생활수급/차상위 (2점) • 만 20~23세 • 다문화 산모 • 고졸 미만 • 장애 산모 	<ul style="list-style-type: none"> • 우울(EDS≥10) 또는 자해사고(≥1) • 불안(GAD-2≥3) • 심각한 스트레스, 변화, 상실 • 도구적 또는 정서적지지 부족 • 정서적 문제 치료 경험
건강 및 의료요인	트라우마 관련 경험
<ul style="list-style-type: none"> • 산전 관리 20주 이후 시작 • 임신 중 흡연 또는 음주 • (산전) 다태아 산모 또는 (산후) 저체중아(2.5kg 미만) 또는 조산아(37주 미만) 	<ul style="list-style-type: none"> • 아동기 학대 또는 아동기 가정폭력 노출 경험 • 배우자 폭력(HITS≥7) 또는 가정폭력 관련 도움 필요

자료출처: 한국건강증진개발원. 생애초기 건강관리 사업안내. 세종: 보건복지부. 2025.

*상단 표에 2점으로 표시되어 있지 않은 요인은 해당할 경우 각 1점씩 부여

- (기본방문) 위험요인 점수 2점 미만: 출산 후 8주 이내의 모든 임신부(1회 방문)
- (지속방문) 위험요인 점수 2점 이상: 기본방문대상자 중 지속적인 방문관리가 필요한 고위험군* 임신부 및 영유아에 대해 출산 전 ~ 24개월까지(최소 3회 ~ 최대 24회까지 방문)

*고위험군: 산후우울 및 정서적 지지가 필요한 임신부, 기초생활수급자/차상위계층, 다문화 가정, 장애인 임신부 또는 한부모 가정

- 서비스 비용: 무료
- 서비스 신청 및 이용 방법: 보건소에 서비스 신청
- 서비스 유형: 방문 건강상담 등 맞춤형 건강관리 서비스
- 연계 프로그램: 위기 상황 가구는 지역의 자원을 활용하여 전문 지원센터* 등으로 연계 및 지속 관리

*한부모가족복지시설, 미혼모복지시설, 모자보호시설, 지역장애인보건의료센터, 난임·임산부 심리상담센터, 정신건강복지센터, 건강가정·다문화가족지원센터 등

| 사업 서비스 프로세스 |

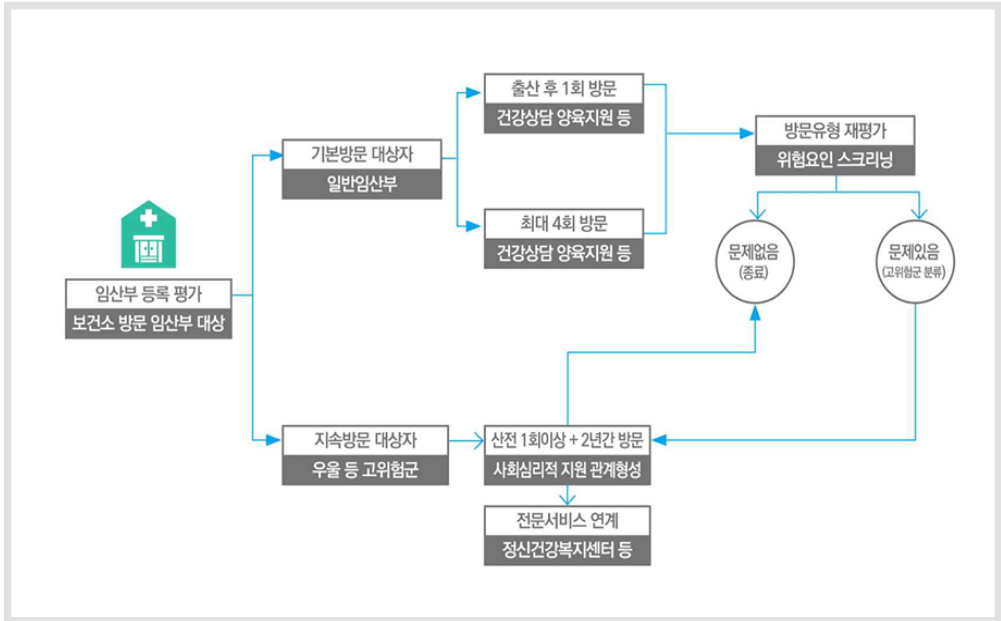


그림 11. 생애초기 건강관리 사업 서비스 프로세스

(자료출처: 한국건강증진개발원. 생애초기 건강관리 사업안내. 세종: 보건복지부. 2025.)

○ 서비스 제공

- 서비스 제공기관: 생애초기 건강관리 사업 참여 보건소
- 서비스 제공 인력: 서비스 제공 인력의 기준은 아래 표와 같음(표 12)

표 12. 생애초기 건강관리 사업 전담부서 인력별 업무 내용

구분	최소인원	담당업무
팀장	1	<ul style="list-style-type: none"> • 사업운영 및 행정·예산관리 총괄 • 서비스 기획·조정 및 서비스 제공 총괄 • 지역사회 자원 발굴·연계 총괄 관리 • 조직구성원의 역량 강화 및 사례관리 협력체계 관리 • 업무 관련 협의회 참석 등

구분	최소인원	담당업무	
팀원	영유아 건강 간호사	3	<ul style="list-style-type: none"> • 임신부 등록 평가 • 산모와 영아 건강상담·정보제공, 양육역량 향상, 정서적 지지 등 기본·지속 방문가구 총괄 관리 • 보건소 내·외 연계 프로그램 관리, 지역사회 자원 연계 • 사례관리 및 통합사례회의 참석
	전담 사회복지사	1	<ul style="list-style-type: none"> • 임신부 등록 평가 • 고위험 가구의 산모우울, 학대, 가정폭력 문제 등에 대한 심리·사회적 지원 • 지역사회자원 및 사회복지 자원 연계 관리 • 위기가구에 대한 전문서비스 연계 및 지속 관리 • 사례관리 및 통합사례회의 참석

자료출처: 한국건강증진개발원. 생애초기 건강관리 사업안내. 세종: 보건복지부. 2025,

3) 추진 현황

- 아동에 대한 국가 책임을 강화하는 「포용국가 아동정책」에서 “임신-영아기 건강 관리 강화(’20~)” 계획 발표(’19년 5월)
- ’20년도 1차년도 시범사업 도입, 21개 보건소 선정·운영
- 「아동학대 대응체계 보완방안」(’21년 8월), 새정부 국정과제 선정(’22년 5월), 「아동정책추진방안」(’23년 4월) 등 26년까지 전국 보건소로 확대 발표
- 사업 시작 이래 참여 보건소는 점차적으로 확대되고 있음
 - 21년(21개소) → 25년(67개소)(’25년 1월 기준)

표 13. 생애초기 건강관리 사업 참여 시군구 현황(2025년도)

시도	시군구
서울특별시(5)	강북구, 서초구, 강남구, 은평구, 마포구
부산광역시(4)	연제구, 동래구, 북구, 영도구
대구광역시(2)	북구, 달서구
인천광역시(1)	남동구
울산광역시(4)	중구, 남구, 동구, 북구
세종특별자치시(1)	세종시
경기도(6)	구리시, 성남시 분당구, 군포시, 안성시, 과천시, 양평군
강원특별자치도(1)	속초시
충청북도(1)	청주시 상당구
충청남도(3)	아산시, 공주시, 금산군
전북특별자치도(1)	김제시
전라남도(12)	순천시, 해남군, 화순군, 신안군, 장흥군, 광양시, 담양군, 고흥군, 강진군, 장성군, 진도군, 영암군
경상북도(13)	포항시 남구, 포항시 북구, 영천시, 문경시, 성주군, 영덕군, 구미시, 구미시 선산, 경산시, 상주시, 울진군, 청도군, 안동시
경상남도(11)	창원시 창원, 마산, 진해, 김해시, 김해시 서부, 진주시, 사천시, 고성군, 남해군, 합천군, 창녕군
제주특별자치도(2)	서귀포시 서부, 제주시 제주

자료출처: 한국건강증진개발원. 생애초기 건강관리 사업안내. 세종: 보건복지부. 2025,

4) 사업의 주요성과

- 기존 보건소의 내방 중심의 서비스에서 찾아가는 방문 서비스로의 패러다임 전환
 - 내방이 어려운 대상자를 찾아가는 서비스를 제공하여 사각지대를 해소하고 모자보건의 형평성을 높임

- 사회적 지지 강화를 통한 산모의 우울 감소와 양육 역량 강화
 - 대상자들의 서비스 만족도 조사 결과 기본방문 만족도 평균 점수는 9.3점/10점

으로 매우 높았으며, 가장 만족스러웠거나 도움이 되었던 것은 ‘아기 상태 발달 체크·확인(61.9%), 궁금한 점에 대한 자세하고 친절한 설명(54.3%), 공감·정서적 지지·위로(46.0%)’였다고 응답함³⁴⁾

- 이를 통해 가정방문을 통한 실제적인 양육 기술을 전수함으로써 부모의 양육 효능감이 상승하였다고 볼 수 있음

5) 사업의 한계 및 과제

- 지역 간 서비스 격차 및 인프라 부족
 - 전국 모든 보건소에서 수행 중인 사업이 아닌 일부 보건소의 사업으로, 거주 지역에 따라 서비스 혜택을 받지 못하는 문제가 존재함
- 유관 기관과의 연계 미흡³⁵⁾
 - 단기적으로 시범사업을 시행하는 지방자치단체는 지역의 전문 지원센터와 연계하여 사업을 관리하지만, 의료기관과의 연계 체계는 결여되어, 의료 영역의 개입이 필요한 가정에는 적절한 지원이 어려운 상황임

마. 산모·신생아 건강관리 지원사업³⁶⁾

1) 사업목적 및 법적 근거

- 출산가정에 건강 관리사 파견을 통해 산모의 산후 회복과 신생아 양육 지원을 하고, 출산 가정의 경제적 부담을 경감시키고, 산모·신생아 건강 관리사 양성을 통한 사회적 일자리 창출을 목적으로 함
- 「저출산·고령사회기본법」 제8조, 제10조, 「모자보건법」 제15조의 18, 제15조의

34) 보건복지부. [보도자료] 산모·아기 건강, 생애초기부터 맞춤형으로 관리한다. 2021 Apr 01

35) 한국보건사회연구원. 임신·출산 지원 정책 모니터링 및 과제. 세종: 한국보건사회연구원; 2022

36) 보건복지부. 2025년 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내. 세종:보건복지부;2025.

- 19, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제4조, 제5조, 「지방세법」 제17조를 따름
- 「저출산·고령사회기본법 제8조, 제10조」에 따라 국가 및 지방자치단체는 모든 자녀의 안전하고 행복한 생활 영위 등에 도움을 주는 사회환경을 조성하기 위한 시책을 강구하여야 함
 - 「모자보건법 제15조의18(산후조리도우미의 지원)」에 따라 국가 또는 지방자치단체는 임산부와 신생아의 건강관리를 위하여 해당 임산부의 가정을 방문하여 산후조리를 돕는 도우미(이하 “산후조리도우미”라 한다)의 이용을 지원할 수 있음
 - 그 외 관련한 재원 및 서비스 관련한 내용은 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제4조, 제5조, 「지방세법」 제17조를 따름

표 14. 산모·신생아 건강관리 지원사업 관련 일부 법령

<p>저출산·고령사회기본법[시행 2024. 4. 24.] [법률 제20112호, 2024. 1. 23., 일부개정]</p> <p>제8조(자녀의 출산과 보육 등) ① 국가 및 지방자치단체는 모든 자녀가 차별받지 아니하고 안전하고 행복한 생활을 영위하며 교육과 인성함양에 도움을 주는 사회환경을 조성하기 위한 시책을 강구하여야 한다.</p> <p>② 국가 및 지방자치단체는 자녀를 임신·출산·양육 및 교육하고자 하는 자가 직장생활과 가정생활을 병행할 수 있도록 사회환경을 조성·지원하여야 한다.</p> <p>③ 국가 및 지방자치단체는 자녀를 양육하려는 자에게 양질의 보육서비스를 제공하기 위한 시책을 강구하여야 한다. 에 관하여 필요한 세부 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2019. 12. 3.></p> <p>제10조(경제적 부담의 경감) ① 국가 및 지방자치단체는 자녀의 임신·출산·양육 및 교육에 소요되는 경제적 부담을 경감하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다. <개정 2012. 5. 23.></p> <p>모자보건법[시행 2025. 4. 1.] [법률 제20879호, 2025. 4. 1., 일부개정]</p> <p>제15조의18(산후조리도우미의 지원) ① 국가 또는 지방자치단체는 임산부와 신생아의 건강관리를 위하여 출산 후 가정에서 산후조리를 하고자 하는 임산부가 신청을 하는 경우 해당 임산부의 가정을 방문하여 산후조리를 돕는 도우미(이하 “산후조리도우미”라 한다)의 이용을 지원할 수 있다.</p> <p>② 산후조리도우미의 신청 방법·절차, 지원 기준·방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2021. 12. 21.>[본조신설 2015. 12. 22.]</p> <p>제15조의19(산후조리도우미의 자격) ① 산후조리도우미는 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 사회서비스 제공자(이하 “사회서비스 제공자”라 한다)에 소속된 사람으로서 「아동복지법」 제26조의2제2항에 따른 아동학대 예방교육 및 보건복지부장관이 고시하는 교육과정을 수료한 사람으로 한다.</p>
--

2) 주요 내용

○ 주요 지원 내용³⁷⁾

- 대상자: 해당 가구의 건강보험료 본인부담금 합산액이 기준중위소득 150% 이하 금액에 해당하는 출산가정. 그 외 소득 기준을 초과하더라도 예산 범위 내에 시도지사가 승인*한 경우 대상자에 해당될 수 있음

* 희귀질환·중증난치질환 산모, 장애인 산모 또는 장애 신생아, 쌍생아 이상 출산가정, 셋째아 이상 출산가정, 새터민 산모, 결혼이민 산모, 미혼모 산모, 분만 취약지 산모 등

- 서비스 시기 및 기간: 태아 유형, 출생 순위, 서비스 기간 선택 등에 따라 상이함 (최소 5일~최대 40일, 출산 후 90일 이내)
- 서비스 신청 기간 및 방법: 출산 예정일 40일 전부터 출산일로부터 60일까지, 온라인 신청 혹은 주민등록주소지 관할 시군구(보건소) 방문 신청
- 서비스 내용: 정부 바우처 이용자에게 기본적으로 제공되는 표준화된 서비스로, 출산가정을 방문하여 산모 건강관리, 신생아 건강관리, 산모 정보제공, 가사 활동 지원, 정서적 지원 활동 등을 포함

○ 서비스 제공

- 서비스 제공기관: 시군구가 인정한 서비스 제공기관
- 서비스 제공 인력: 산모·신생아 건강 관리사(사회서비스 제공자에 소속된 자로 아동학대 예방교육 및 보건복지부 장관이 고시하는 교육과정을 수료한 자)

3) 추진 현황

○ 산모·신생아 도우미 지원사업 시행('06년 4월부터, 총 45개 기관)

- '06년도 최저생계비 130% 이하의 둘째 자녀에게 제공되었던 대상자 기준이 '21년 5월부터는 기준 중위소득 150% 이하의 대상자에게까지 지속적으로 확대됨

37) 보건복지부. 2025년 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내. 세종: 보건복지부; 2025.

표 15. 산모·신생아 건강관리 지원사업 연도별 지원 기준(2006~2022년 기준)

구분	2006년	2007년	2008년	2009~2014년	2015년	2016~2018년	2019~2020년	2020~2021년	2021년 5월~
지원 기준	최저 생계비 130% 이하 둘째아	도시 근로자 가구 월평균 소득 60% 이하	전국가구 월평균 소득 50% 이하	전국가구 월평균 소득 50% 이하	전국가구 월평균 소득 65% 이하	기준중위 소득 80% 이하	기준중위 소득 100% 이하	기준중위 소득 120% 이하	기준중위 소득 150% 이하

자료출처: 보건복지부. 2025년 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내. 세종: 보건복지부; 2025.

4) 사업의 주요성과

- 지원 대상의 지속적인 확대로 보편적 서비스로의 확대
 - 과거 저소득층 위주의 선별적 복지에서 중위소득 150% 이하로 기준이 지속적으로 완화되면서, 선별적 복지에서 보편적 서비스로 확대되고 있음
 - 특히 경기도는 2024년 사업의 소득 기준을 폐지하고, 다자녀 기준을 3자녀에서 2자녀로 통일하며 모든 출산가정을 대상으로 서비스를 제공함³⁸⁾
- 가사·양육 통합 지원을 통한 산모의 돌봄 수요 충족 및 육아 부담 감소³⁹⁾
 - 출산 후 산모의 건강관리 향상을 위한 요구는 가사도우미(육아 돌봄) 지원, 산후 관리 서비스 지원이 높은 비중으로 나타남
 - 특히 산모·신생아 건강관리 지원사업은 산후조리원 퇴소 직후 가정의 식사, 청소 등 가사 지원뿐만 아니라 목욕, 수유 등 양육 교육을 제공함으로써 실질적인 육아 효능감을 높이는 데에 기여함

38) 경기도청 홈페이지[Internet]. 분야별 정보 > 식품·건강·의료 > 건강증진 > 임신·출산 지원(총괄) : 산모·신생아 건강관리 지원. [cited 2025 Dec 01]. Available from: <https://www.gg.go.kr/>

39) 육아정책연구소. 2024년 산후조리 실태조사. 세종: 보건복지부; 2024.

5) 사업의 한계 및 과제

- 소득 기준으로 인한 보편적 서비스 저하⁴⁰⁾
 - 출산 이후 많은 산모가 산후조리원과 건강 관리사 서비스를 동시에 이용하고 있는 것이 보편적인 산후조리 방법으로 인식되고 이용이 이루어지고 있음
 - 이에 모든 출산가정에 산모·신생아 건강관리 지원사업이 보편적으로 제공되는 것이 필요함

- 지나치게 넓은 서비스 범위와 건강 관리사 자격 요건의 전문성 담보 한계⁴¹⁾
 - 건강 관리사에 대한 직무 교육이 부실하고 이로 인해 서비스 제공의 취약성이 존재하고 있음
 - 서비스의 범위가 지나치게 넓고 다소 명확하지 않아, 이를 명확히 하는 것에 대한 보완 방안이 필요함

바. 공공산후조리원 설립 및 운영

- 국내 산후조리원 관련한 정책으로는 1) 출산가정의 경제적 부담 완화를 위한 비용 지원 정책, 2) 산후조리원의 안전 및 질 관리를 위한 평가, 3) 공공산후조리원 설립과 같은 인프라 확충 정책의 세 가지 축으로 추진되고 있음

- 본 보고서에서는 단발적인 비용 지원이나 2026년부터 시행될 예정인 산후조리원 평가보다는, 서비스 전달체계의 핵심이자 실질적인 대안으로 자리 잡은 ‘공공산후조리원’에 중심의 제도 현황을 살펴보고자 함

40) 육아정책연구소. 산모·신생아 건강관리 지원사업 개선 및 활성화 방안: 서비스 인력 관리를 중심으로. 서울: 육아정책연구소: 2022

41) 육아정책연구소. 산모 및 신생아 건강 지원 서비스 개선 방안 연구. 서울: 육아정책연구소: 2020

1) 사업목적 및 법적 근거

- 산모와 신생아에게 양질의 산후조리 서비스를 제공하고, 출산 및 양육 과정의 경제적 부담을 완화하기 위함. 더불어 민간 산후조리원 조차 부족하거나 전무한 소외 지역에 공공산후조리원을 설치하여 산후조리 서비스의 지역 격차를 해소하고자 함
- 「모자보건법 제15조의17(지방자치단체의 산후조리원 설치)」에 따라 시도 또는 시군구는 관할 구역 내 산후조리원의 수요와 공급 실태 등을 고려하여 임산부의 산후조리를 위한 산후조리원을 설치·운영할 수 있음

표 16. 「모자보건법 제15조의17(지방자치단체의 산후조리원 설치)」에 대한 법령

모자보건법[시행 2025. 4. 1.] [법률 제20879호, 2025. 4. 1., 일부개정]
제15조의17(지방자치단체의 산후조리원 설치) ① 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 관할 구역 내 산후조리원의 수요와 공급실태 등을 고려하여 임산부의 산후조리를 위한 산후조리원(이하 이 조에서 “공공산후조리원”이라 한다)을 설치·운영할 수 있다. <개정 2017. 12. 12., 2021. 12. 21.>
② 공공산후조리원 설치·운영 시 감염 및 안전관리 대책 마련, 모자동실 설치·운영, 이용자 부담 및 저소득 취약계층 우선이용 여부 등 설치기준과 운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2017. 12. 12., 2021. 12. 21.>[본조신설 2015. 12. 22.]

2) 주요 내용

- 주요 지원 내용
 - 대상자: 출산 예정일을 기준으로 본인 또는 배우자가 일정 기간(지자체에 따라 다르나, 보통 1년 이상) 해당 지역에 주민등록을 두고 실제 거주하는 임산부
 - 서비스 시기 및 기간: 최소 7일 ~ 최대 14일
 - 서비스 비용: 지자체·기관·서비스 제공 기간별 비용 상이
 - 서비스 신청 및 이용 방법: 온라인 및 방문 접수 후 온라인 무작위 추첨
 - 서비스 유형: 산모 관리, 신생아 관리 등을 비롯하여 육아 교육(모유 수유 교육, 신생아 관리 교육) 등 제공

3) 추진 현황

- '13년 제주 서귀포시 공공산후조리원 설립 이후 공공산후조리원은 타 시도에서도 지속적으로 설립되어, '25년 6월 기준 각 지자체에서 운영 중인 산후조리원은 총 20개소임
- 이 외에도 지자체에 따라 공공산후조리원을 추가적으로 건립하려는 계획이 수립 중임⁴²⁾

표 17. 지자체 운영 중인 산후조리원 현황(2025년 6월 기준)

시도	시군구
서울특별시(2)	서대문구, 송파구
울산광역시(1)	북구
경기도(2)	여주시, 포천시
강원특별자치도(5)	삼척시, 양구군, 양양군, 철원군, 화천군
충청남도(1)	홍성군
전라남도(4)	강진군, 순천시, 완도군, 해남군
경상북도(3)	김천시, 상주시, 울진군
경상남도(1)	밀양시
제주특별자치도(1)	서귀포시

자료출처: 보건복지부. 전국 산후조리원 현황(2025.6월 기준) [Internet]. 세종: 보건복지부; 2025 [cited 2025 Dec 5]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10412000000&bid=0020&act=view&list_no=1487662&tag=&nPage=1

4) 사업의 주요성과

- 분만 취약지에 출산 인프라를 공급함으로써 인한 지역의료 불평등 해소
- 대다수의 공공산후조리원은 수익성이 낮아 민간 조리원이 기피하는 분만 취약지

42) 전라북도 특별자치도, 전북특별자치도, 공공산후조리원 건립 '순항', 2024 Jul 18. Available from: https://www.jeonbuk.go.kr/newsroom/board/view.jeonbuk?boardId=BBS_0000090&menuCd=DOM_000001101000000000&orderBy=REGISTER_DATE:DESC&paging=ok&startPage=211&dataSid=565711

에 설립되어, 지역의료의 불평등을 해소함

○ 출산 가정의 경제적 부담 완화⁴³⁾

- 민간 산후조리원 비용 대비 약 30~70% 정도 저렴한 비용으로 운영되어, 출산 가정의 가계 부담을 실질적으로 낮춤

5) 사업의 한계 및 과제

○ 구조적 적자의 한계⁴⁴⁾

- 공공산후조리원은 이용료가 민간 대비 30~70% 수준으로 저렴하지만, 인건비와 유지비는 동일하게 발생하여 구조적인 적자가 발생할 수밖에 없음

○ 전문 의료인력 수급의 어려움⁴⁵⁾

- 공공산후조리원이 설립되는 지역은 일반적으로 분만 취약지로 간호사 등 필수인력의 근무 기피 현상뿐 아니라 낮은 임금과 과중한 업무량으로 인한 인력 부족 문제가 지속되고 있음

○ 산후조리 지원 정책에 대한 국가의 역할에 대한 논의⁴⁶⁾

- 공공산후조리원 자체의 특성으로 인한 구조적 적자 및 인력 수급 문제로 인해 산후조리 지원 정책에 대한 국가의 역할을 강화할 필요성이 대두되고 있음

43) 이예스더, '2주 4,020만원' 천차만별 산후조리비, 최고-최저 33.5배 차이, 네이트뉴스[Internet]. 2025 Oct 10, [cited 2025 Dec 1]. Available from: <https://news.nate.com/view/20251010n08883>

44) 이보현, 수요 높은 경기도 공공산후조리원, 예산년에 운영 '빨간불', 중부일보[Internet]. 2025 Aug 27, [cited 2025 Dec 2]. Available from: <https://www.joongboo.com/news/articleView.html?idxno=363701718>

45) 최인규, 경기지역 공공산후조리원 인력 수급 '밑 빠진 독', 인천일보[Internet]. 2023 Jan 24, [cited 2025 Dec 1]. Available from: <https://www.incheonilbo.com/news/articleView.html?idxno=1179404>

46) 이유주, 공공산후조리원 4.5% 불과... 기초지자체 10곳 중 4곳은 산후조리원 자체가 없어, 베이비뉴스[Internet]. 2025 Oct 1, [cited 2025 Dec 1] Available from: <https://v.daum.net/v/20251001092512399>

3. 국내 모성 건강관리 정책의 한계와 공백 진단

가. 법·제도와 정책 실행 간의 구조적 괴리

- 국내 모성 건강관리 정책은 「모자보건법」을 근거로 임신·출산 이후의 관리와 의료 서비스 제공을 중심으로 발전해 왔으며, 산전 관리, 분만 지원, 산후 관리 등 임신 확인 이후 단계의 의료적 개입에서는 일정 수준의 성과를 거두어 왔음
 - 한편 「모자보건법」은 2009년 개정을 통해 모성의 정의를 기존 ‘임산부’에서 ‘임산부 및 가임기 여성’으로 확대함으로써, 임신 이전 단계부터 여성의 건강관리가 모자 건강보장의 중요한 요소임을 제도적으로 명시한 바 있음
 - 그러나 이러한 법적 정의의 확대에도 불구하고, 실제 모자보건사업과 정책의 적용 대상은 여전히 임신 중이거나 출산 이후의 여성에 집중되어 있으며, 가임기 여성 전반을 대상으로 한 예방적·포괄적 건강관리 정책으로는 충분히 구현되지 못하고 있음
- 이에 따라 법·제도 차원에서는 임신 이전 단계의 중요성이 인식되고 있음에도 불구하고, 정책과 사업 운영 측면에서는 임신 확인 이후 단계 중심의 관리 구조가 지속되는 구조적 괴리가 발생하고 있음
 - 이러한 제도와 정책 실행 간의 불일치는 임신 이전부터 누적되는 모성 건강 위험에 선제적으로 개입하는 데 한계로 작용하며, 결과적으로 비계획 임신이나 고령임신과 같이 위험요인이 축적된 상태에서 임신이 시작되는 사례에 효과적으로 대응하지 못하는 요인으로 작용하고 있음
- 임산부 약물상담 지원사업 역시 임신 전·중 약물 노출 관리의 중요성을 제도적으로 인식하고 있음에도 불구하고, 공공 모성 건강관리 체계 내에서 안정적인 정책 사업으로 정착되지 못한 사례로 볼 수 있음
 - 동 사업은 임신 전 약물 복용, 만성질환 치료 중 임신, 비계획 임신 등 임신 이전 단계에서 발생하는 건강 위험을 관리할 수 있는 전문적 기능을 수행해 왔으

- 나, 한시적 재정 지원에 기반한 사업 구조로 인해 지속성과 제도적 위상이 제한됨
- 법·제도 차원의 정책 인식과 실제 사업 운영 간의 괴리가 임신 전 위험 관리 영역에서도 반복되고 있음을 보여줌

나. 임신 전 예방 중심 건강관리 체계의 미비

- 미숙아 및 저체중아 출생 증가와 같은 태아·신생아 건강 위험은 산전 관리 단계에서의 문제를 넘어, 임신 이전부터 누적된 모성의 신체적·정신적 건강 상태와 밀접하게 연관되어 있음
- 그럼에도 임신 이전 단계에서 이러한 건강 위험을 포괄적으로 관리하기 위한 정책적 접근은 충분히 마련되어 있지 않음
 - 현재 추진 중인 임신 사전건강관리 지원사업은 임신 이전 관리의 필요성에 대한 정책적 인식을 반영하고 있다는 점에서 의미가 있으나, 실제 운영은 가임력·생식력 중심의 검사에 국한되어 있음
 - 따라서, 만성질환, 정신건강, 생활 습관 등 임신·출산 결과에 영향을 미칠 수 있는 다양한 건강 요인을 예방적·통합적으로 관리하는 데에는 한계가 존재함
- 임신 사전건강관리 사업이 개별 사업 차원에서는 존재하나, 이를 임신 전 전반적인 건강관리를 체계적으로 뒷받침하는 정책으로서 기능하기에는 여전히 정책적 공백이 있음을 시사함

다. 전주기 정책 공백의 종합 진단

- 출산 이후 단계에서도 산후우울 및 산모 정신건강 문제에 대한 정책적 대응은 상담·지원 사업 위주로 분절적으로 운영되고 있으며, 임신·출산 전후의 위험요인을 연계하여 지속적으로 관리하는 체계로는 충분히 작동하지 못하고 있음
- 이와 같은 정책 구조는 모성 건강을 임신·출산이라는 단기적 사건 중심으로 인식하는 데 머물러 있으며, 모성 건강을 생애주기적 관점에서 관리해야 한다는 최근의 정책·학술적 요구를 충분히 반영하지 못하고 있음
- 국내 모성 건강관리 정책은 ▲임신 전 예방 중심 관리의 미흡, ▲임신·출산 단계간 정책 연계 부족, ▲출산 이후 정신건강을 포함한 장기적 관리의 한계라는 구조적 공백을 안고 있으며, 이는 태아·신생아 건강보장 측면에서도 정책 효과를 제약하는 요인으로 작용하고 있음
- 단일 사업의 확대만으로는 한계를 해소하기 어려우며, 임신 전-임신-출산 이후를 하나의 연속된 과정으로 관리하는 전주기 모성 건강관리 체계로의 정책적 전환 필요성을 시사함



제3장 국외 전주기 모성 건강 관리 정책 및 사업 사례



-
1. 국외 전주기 모성 건강관리 정책 개요
 2. 주요 국가별 정책 및 사업 사례
 3. 국외 사례의 공통 특징 및 시사점



제3장 국외 전주기 모성 건강관리 정책 및 사업 사례

1. 국외 전주기 모성 건강관리 정책 개요

- 본 장에서는 국내 모성 건강관리 정책 분석을 통해 확인된 정책적 한계와 공백을 보완할 수 있는 시사점을 도출하기 위해, 국외 모자보건 정책 및 사업 사례를 검토함
- 전 세계적으로 모자보건 정책은 여러 부처와 기관이 관여하는 특성으로 인해 분절적으로 운영되는 한계를 공통적으로 지니고 있으나, 일부 국가에서는 임신 전-임신-출산 이후를 하나의 연속된 과정으로 관리하기 위한 제도적·운영적 노력을 지속해 왔음
- 이에 따라 본 장에서는 한국의 정책 환경과 비교 가능성이 있는 미국, 호주, 중국, 핀란드, 일본의 사례를 중심으로, 임신 전 관리 개입, 전주기 연속 관리, 기록 기반 연계, 1차 의료 및 공공보건 인력 활용 등 각국의 정책적 접근 방식을 검토함
- 본 장에서 제시하는 국외 사례는 특정 국가의 정책을 ‘완성형 모델’로 제시하기 위한 것이 아니라, 분절적 제도 구조 속에서도 전주기 연속성을 확보하기 위해 활용되고 있는 정책 수단과 제도적 장치를 분석함으로써, 국내 정책 설계에 적용이 가능한 기능적 요소와 정책적 선택지를 도출하는 데 목적이 있음
- 이러한 국외 사례 분석을 통해 도출된 시사점은 다음 장에서 전문가 인터뷰 결과와 함께 종합되어, 국내 모성 전주기 건강관리 정책 및 통합관리 모델 제안을 위한 근거로 활용됨

2. 주요 국가별 정책 및 사업 사례

가. 미국의 재생산 생애 계획(Reproductive Life Plan)⁴⁷⁾⁴⁸⁾⁴⁹⁾⁵⁰⁾

1) 정책/프로그램 개요: 재생산 생애 계획(Reproductive Life Plan, RLP)

- 미국 질병통제예방센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)의 ‘가임기 건강 및 임신 전 관리(Preconception Health and Health Care)’에 포함된 ‘재생산 생애 계획(RLP)’ 권고 프로그램으로, 개인이 생애주기 전반에서 재생산 목표를 명확히 설정하도록 돕는 상담을 중점적으로 다룸
 - 재생산 생애 계획 프로그램은 개인이 자신의 가치관과 삶의 목표에 따라, 자녀 출산 여부와 시기에 대한 목표를 설정하고 이를 달성하기 위한 전략을 세우도록 도움을 줌

2) 해당 정책/프로그램의 목표 및 주요 내용

- (목표) 미국 ‘재생산 생애 계획 (RLP)’ 권고 프로그램은 궁극적으로 계획되지 않은 임신을 감소시키고, 개인이 원하는 시기에 건강한 임신과 출산을 경험할 수 있도록 지원하여 산모 및 영유아의 건강 결과 개선을 목표로 함
 - 특히, 미국의 높은 계획되지 않은 임신율을 낮추고, 건강 형평성을 확보하는 것이

47) Robbins CL, Gavin L, Carter MW, Moskosky SB. The Link Between Reproductive Life Plan Assessment And Provision of Preconception Care At Publicly Funded Health Centers. *Perspect Sex Reprod Health*. 2017 Sep;49(3):167-172. doi: 10.1363/psrh.12030. Epub 2017 May 5. PMID: 28475825; PMCID: PMC5603190.

48) Tydén T, Verbiest S, Van Achterberg T, Larsson M, Stern J. Using the Reproductive Life Plan in contraceptive counselling. *Ups J Med Sci*. 2016 Nov;121(4):299-303. doi: 10.1080/03009734.2016.1210267. Epub 2016 Sep 20. PMID: 27646817; PMCID: PMC5098497.

49) Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to improve preconception health and health care—United States: a report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep*. 2006 Apr 21;55(RR-6):1-23.

50) Planning for Pregnancy. [Internet]. US Centers for Disease Control and Prevention;2025 May 8. [cited 2025 Dec 10]. Available from: <https://www.cdc.gov/pregnancy/about/index.html>

중요한 정책적 배경임

- (대상) RLP 프로그램의 대상자는 성별이나 현재의 임신 의도와 관계없이 가임기 (Reproductive age)에 있는 모든 사람을 포괄하며, 자신의 재생산 목표를 고려하고 그 목표를 달성하기 위한 최선의 건강관리 및 예방 전략을 세우고자 하는 모든 개인을 대상으로 함
 - (주요 대상자) 모든 가임기 여성, 모든 가임기 남성, 임신을 원하지 않는 사람, 임신을 원하는 사람, 만성질환 유병자, 청소년 및 젊은 성인

- (주요 내용) RLP 프로그램은 의료 서비스 제공자가 당사자의 재생산 건강 요구를 더 잘 이해하고 적절하게 지원하는 데 도움이 되는 지침 역할을 하며, 아래의 주요 내용을 포함하고 있음
 - 개인 맞춤형 목표 설정: 모든 가임기 여성과 남성이 자신의 개인적인 가치, 목표, 자원을 기반으로 자녀를 가질지 여부, 시기, 원하는 자녀 수 등에 대한 구체적인 계획을 세우도록 장려함
 - 건강관리 연계: 의료 서비스 제공자는 이 계획을 바탕으로 당사자에게 적절한 피임 서비스나 임신 전 건강관리(엽산 섭취, 건강한 체중 유지, 만성질환 관리 등)를 연계함
 - 의료진 상담 도구: 의료 서비스 제공자가 당사자와의 상담 시 활용할 수 있는 ‘한 가지 핵심 질문(One Key Question)’과 같은 표준화 된 도구를 활용하여, 모든 진료 시 재생산 목표에 대해 지속적 상담을 유도함
 - 평생 건강 관점: 재생산 계획을 당사자의 전체 생애주기에 걸친 건강관리의 일부로 간주하며, 연령이나 건강 상태 변화에 따라 계획을 주기적으로 재평가하고 수정하도록 권장함

Do you plan to have any (more) children at any time in the future?			
IF YES	<i>How many children would you like to have?</i>	Encourages the client to consider that there is a choice about the number of children one has.	IF YES
	<i>How long would you like to wait until you or your partner becomes pregnant?</i>	Encourages the client to vision their own future.	
	<i>What family planning method do you plan to use until you or your partner are ready to become pregnant?</i>	Gives the client an opportunity to formulate and communicate a personal strategy.	
	<i>How sure are you that you will be able to use this method without any problems?</i>	Encourages the client to recognize that methods can have problems and to consider matching method choice to personal circumstances.	
IF NO	<i>What family planning method will you use to avoid pregnancy?</i>	Gives an opportunity to formulate and communicate a personal strategy to achieve plan.	IF NO
	<i>How sure are you that you will be able to use this method without any problems?</i>	Encourages recognition that methods can have problems and to consider matching method choice to personal circumstances.	
	<i>People's plans change. Is it possible you or your partner could ever decide to become pregnant?</i>	Relays the message that plans can change and that it is okay, but deliberate decisions about becoming pregnant are possible and desirable.	

그림 12. 의료 서비스 제공자의 상담 도구: One Key Question

(자료출처: Tydén T, Verbiest S, Van Achterberg T, Larsson M, Stern J. Using the Reproductive Life Plan in contraceptive counselling. Ups J Med Sci. 2016 Nov;121(4):299-303. doi: 10.1080/03009734.2016.1210267. Epub 2016 Sep 20. PMID: 27646817; PMCID: PMC5098497.)

3) 해당 정책/프로그램과 국내 정책 공백과의 대응 관계

- 미국의 RLP는 임신 전 단계의 사전 예방 관리를 핵심으로 두고 있는 만큼, 국내 모자보건 정책의 임신 전·가임기 단계 공백 영역에 직접적으로 대응됨
 - 국내 정책은 임신 확인 이후(임신 주수 이후)부터 제도화된 서비스가 시작되는 경우가 대부분임. 한국 정부의 「생애초기 건강관리사업」, 「산모·신생아 건강관리 지

원」 등도 임신과 출산 이후 단계 중심임

- 또한, 가임이 여성과 남성의 건강관리, 재생산 계획 설정, 만성질환 등 ‘임신 전 단계’ 지원체계는 사실상 부재함
- 따라서, 미국의 RLP는 국내의 ‘임신 전 사전예방체계의 부재’라는 가장 핵심적인 공백을 채울 수 있는 정책적 타겟으로 여겨짐

4) 해당 정책/프로그램이 국내 정책에 줄 수 있는 시사점

- 임신 전·가임기 단계에 대한 국가 및 지자체의 정책적 개입 필요
 - 미국의 RLP는 건강한 임신의 가능성을 높이고, 계획되지 않은 임신과 고위험 임신을 줄이는 핵심 전략으로, 개인의 삶과 가치 기반에서 임신 여부, 임신 시기, 자녀 수를 사전에 계획하도록 함
 - 국내에서는 임신 전 단계의 정책적 개입이 부재하기에, 가임기 단계에서 건강 문해, 피임 교육, 만성질환 관리, 임신 준비를 위한 검진 등 사전 예방 중심 정책을 제도화할 필요가 있음

- 의료 서비스 제공자가 활용할 수 있는 표준화된 상담 도구 마련 필요
 - 미국의 One Key Question은 진료 현장에서 “Do you plan to have any (more) children at any time in the future?”의 단순 질문을 반복적으로 사용하여 상담의 문을 열고, 임신 의향에 따라 피임, 임신 준비, 만성질환 관리 등을 연계하는 구조임
 - 국내 진료 현장에서 임신 의향 및 계획을 묻는 표준화된 문진 도구가 부재하기에, 1차 의료 수준(산부인과, 가정의학과 등)에서 활용이 가능한 ‘표준 상담 도구’를 개발하고 보급할 필요가 있음

나. 중국의 전국 무료 임신 전 건강관리 서비스(Free Preconception Care Program)⁵¹⁾⁵²⁾

1) 정책/프로그램 개요: 무료 임신 전 건강관리 서비스(Free Preconception Care program)

- ‘전국 무료 임신 전 건강관리 서비스(Nationwide Free Preconception Health Examination Project, NFPHEP)’는 중국 국가위생건강위원회(National Health Commission, NHC)에서 2010년대 초반부터 시행하고 있는 국가 단위의 임신 전 건강관리 프로그램임
- 해당 프로그램은 임신 전 단계에서 부부의 건강 상태를 체계적으로 파악하여, 선천성 기형 및 불리한 임신 결과를 줄이기 위한 국가 공중보건 사업으로 도입되었음

2) 해당 정책/프로그램의 목표 및 주요 내용

- (목표) 중국의 전국 무료 임신 전 건강관리 서비스는 임신 전 단계에서 부부의 건강 상태·위험요인을 조기에 파악하고 상담·관리·개입을 제공함으로써 선천성 기형 예방, 임신 합병증 감소, 고위험 임신의 사전 예방을 실현하는 것을 주요 목표로 함
 - 또한, 중국 정부의 초점이 과거 ‘출산율 통제’에서 ‘미래 세대의 건강 향상과 임신 준비 보장’으로 전환된 배경과도 연계됨
- (대상) 중국의 해당 서비스는 임신을 계획 중인 부부에게 제공하며, 농촌 지역의 가임기 부부를 대상으로 시범 운영되었고 이후 도시 지역으로 확대되어 시행되고 있음

51) 이나경, 김기태, 이지혜, 최은희. [임신 전 건강관리 지원에 대한 국제 동향과 함의: 중국과 일본 사례를 중심으로]. 국제사회보장리뷰. 2024 9월;(가을호):102-114.

52) Xu J, Xu Z, Liu J, Sun X, Guo S, Zhang J, et al. Nationwide-free preconception care strategy: Experience from China. Front Public Health. 2022 Oct 19;10:934983

- (주요 대상) 일반적으로 향후 6개월 내에 임신을 계획하는 부부가 핵심 참여 대상임
- 정책 설계상으로는 기혼 부부 중심으로 운영되나, 향후 다양한 가족 형태(미혼·재혼 등)까지 포함하는 방향으로 확대를 모색 중임

○ (주요 내용) 해당 서비스는 건강교육, 질병력 확인, 신체검사, 임상 및 병리 검사, 초음파 검사 등 총 19가지의 임신 전 건강 서비스로 구성됨(그림 13)

- 특히, 중국은 지역사회 보건 인력 및 가족계획 담당자가 직접 잠재적 참여자에게 연락하여 임신 의도를 확인하고, 무료 서비스에 대해 안내하는 방식으로 연계함

구분	내용				
대상자	- 임신을 계획하는 부부 ※ 관할 지자체 호적 등록 여부, 거주기간 등 지자체 별 별도 요건 있음				
신청 절차	- 신분증, 결혼증명서 등 필요 서류를 지참하여 관할 지자체(주민위원회, 행정센터 등)에 신청 → 증명서(무료 임신 전 건강검진 카드 등) 발급 → 지정된 검진 기관(모자보건가족계획 서비스센터, 병원 등) 예약 및 무료 검진				
기본 서비스 내용	- 건강 교육 → 질병력 확인 → 건강검진 → 위험 평가 → 상담 → 후속조치				
	- 서비스 항목				
	구분	항목	여자	남자	
	1	건강 교육	✓	✓	
	2	병력 조회(임신력, 질병력, 가족력, 약물 사용, 생활습관, 식이영양, 환경 위험 요인 등)	✓	✓	
	3	신체 검사	키, 체중, 혈압, 심박수, 갑상선 촉진, 심폐 청진, 간 및 비장 촉진, 사지 및 척추 검사 등	✓	✓
			여성 생식 기관 검사	✓	
			남성 생식 기관 검사		✓
	4	질 분비물	질염 검사	✓	
			임질 검사	✓	
			클라미디아 트라코마티스 검사	✓	
	5	혈액 검사(헤모글로빈, 적혈구, 백혈구, 혈소판)		✓	
	6	소변 검사		✓	✓
	7	혈액형(ABO 혈액형 및 Rh 양성/음성)		✓	✓
	8	혈청 포도당 측정		✓	
	9	간 기능 검사		✓	✓
	10	B형 간염 혈청 5종 검사		✓	✓
	11	신장 기능 검사(크레아티닌)		✓	✓
	12	갑상선 기능 검사(갑상선 자극 호르몬)		✓	
	13	매독 검사		✓	✓
14	풍진 바이러스에 대한 IgG 항체 측정		✓		
15	거대세포 바이러스 IgM 및 IgG 항체 측정		✓		
16	톡소플라스마 IgM 및 IgG 항체 측정		✓		
17	부인과 초음파 검사(자궁 및 난소)		✓		
18	위험 평가 및 상담·지도		✓	✓	
19	임신 초기 및 임신 결과 추적 관찰		✓		

그림 13. 중국의 국가 무료 임신 전 건강검진

(자료출처: 이나경, 김기태, 이지혜, 최은희. [임신 전 건강관리 지원에 대한 국제 동향과 함의: 중국과 일본 사례를 중심으로]. 국제사회보장리뷰. 2024 9월.(가을호):102-114.)

3) 해당 정책/프로그램과 국내 정책 공백과의 대응 관계

- 중국의 NFPHEP는 임신 전 단계의 국가가 직접 개입하는 대표적 사전 예방 정책으로, 국내 모자보건 정책의 '임신 전·가임기 단계 건강관리의 구조적 공백'과 직접적으로 대응함
 - 국내에서는 임신 전 단계에서 제공되는 건강검진, 위험평가, 생활 습관 평가, 환경노출평가 등이 체계화되어 있지 않으며, 특성 남성 건강관리 및 부부(더 넓게는 커플) 기반 관리가 거의 이루어지지 않는 상황임
 - 이에, 중국의 정책 사례는 취약계층(농촌·저소득층)까지 포괄하는 전국 단위의 사전 예방 모델의 가능성을 보여준다는 점에서 중요한 의미가 있음

4) 해당 정책/프로그램이 국내 정책에 줄 수 있는 시사점

- 임신 전 건강관리를 '국가 보건정책'의 영역으로 제도화할 필요
 - 중국은 임신 전 관리가 결국 임신·출산 관련 건강 결과 전반을 결정짓는 핵심 요소를 국가 차원에서 인정하고, 이를 제도화된 공중보건 프로그램으로 설계함
 - 국내에서도 임신 전 건강관리를 '개인의 선택이 아닌 국가·지자체 정책의 일부'로 명확히 규정할 필요가 있음

- 남성과 부부 기반의 임신 전 건강관리에 관한 접근 필요
 - 중국의 NFPHEP 프로그램은 여성 중심이 아닌 '부부(이외에도 다양한 가족 형태) 단위'의 검사와 상담을 제공하는 특징이 있음
 - 국내의 모자보건 정책도 '임신 여성 중심'에서 벗어나, '남성·가족 기반 접근'을 확대하면 고위험 임신 예방, 임신 합병증 감소 등 사전 예방 효과가 크게 증가할 것으로 예상됨

다. 호주의 임신 전 건강관리 (Preconception Care)⁵³⁾⁵⁴⁾⁵⁵⁾

1) 정책/프로그램 개요: 임신 전 건강관리(Preconception Care, PCC)

- 호주의 임신 전 건강관리(Preconception Care, PCC)는 미국이나 중국처럼 연방정부가 단일 법령 또는 전국 무료 검진 프로그램 형태로 운영하는 모델이 아니라, 1차 의료(Primary care)를 기반으로 일반의(General practitioner, GP)의 진료 과정에 PCC를 통합하는 방식으로 발전해 온 모델임
- 호주 왕립 일반의사협회(Royal Australian College of General Practitioners, RACGP)은 ‘임신 전·임신 중 진료 가이드라인(Preconception and pregnancy care guideline)’을 제정하여, 임신 계획 여부와 관계없이 가임기 환자의 일반 진료 과정에 PCC 요소를 통합하도록 GP에게 권고하고 있음
- 또한, 호주 임신 전 건강 네트워크(Preconception Health Network Australia, PCHN)는 연구자-임상의-정책담당자 간 협력체로서, PCC 관련 과학적 근거 축적, 교육 프로그램 개발 등을 통해 국가 수준 제도적 공백을 보완하고 PCC의 체계적인 확산을 지원함

2) 해당 정책/프로그램의 목표 및 주요 내용

- (목표) 호주의 PCC는 임신 전 단계에서 체중, 영양, 흡연, 음주, 약물, 만성질환, 감염, 예방접종 등 수정이 가능한 위험요인(modifiable risk factor)을 관리여, 모성·신생아 건강 결과를 개선하는 데에 목적이 있음. 또한, Aboriginal 및 Torres Strait Islander 집단 등 건강 불평등이 큰 계층의 위험요인을 완화하는 데에 있음

53) Withanage NN, James S, Botfield JR, Black KI, Wong J, Mazza D. Optimising the use of general practice medical records to support preconception care: a qualitative study. Aust J Gen Pract. 2024 Jun;53(6):337-344.

54) Dorney E, Black KI. Preconception care. Aust J Gen Pract. 2018 Jul;47(7):424-429.

55) National Aboriginal Community Controlled Health Organisation; Royal Australian College of General Practitioners. National guide to preventive healthcare for Aboriginal and Torres Strait Islander people: recommendations. 4th ed. East Melbourne (VIC): RACGP; 2024.

- 호주 정부의 '국가 예방 건강 전략(National Preventive Health Strategy 2021-2030)' 역시 임신 전 건강관리를 예방 정책의 핵심 구성요소로 여기며, 임신 전 단계의 위험 감소를 국민건강 증진의 전략적 접근으로 강조함
- (대상) 호주의 PC는 별도의 등록된 대상자나 프로그램 참여자 집단을 상정하지 않고, 일반의 진료를 이용하는 가임기 여성과 남성 전체를 대상으로 함
 - (핵심 대상) 향후 12개월 이내 임신을 계획하는 여성과 그 파트너
 - (추가 대상) (1) 비의도적 임신 가능성이 높은 청년층 및 가임기 인구, (2) 당뇨병·고혈압·간질·갑상선 질환 등 만성질환이 있는 환자, (3) 정신건강 문제, 약물·알코올 사용, 사회경제적 취약 요인이 있는 고위험군, (4) Aboriginal 및 Torres Strait Islander 집단 등 건강 격차가 큰 집단
- (주요 내용) 호주의 PCC는 개별 프로그램이 아니라, 일반의(GP)의 진료 과정 중에 자연스럽게 내재된 임상 실천 패키지이며, RACGP 가이드라인의 핵심 체크리스트는 다음과 같음(그림 14)
 - (1) 임신 의향 확인 및 재생산 계획 상담(Reproductive life planning)
 - (2) 포괄적 병력 및 위험요인 평가
 - (3) 생활습관 및 영양·체중 관리
 - (4) 감염 및 예방접종 상태 점검
 - (5) 만성질환 및 약물 관리
 - (6) 취약 집단에 대한 문화적으로 적합한 접근(culturally appropriate approach)
 - (7) 의료기관 정보시스템 활용

Table 1. Preconception care checklist

<p>Reproductive health</p> <ul style="list-style-type: none"> • Family planning and reproductive life plan <ul style="list-style-type: none"> - Discussion on desired number of children (if any) and timing of pregnancies - Discussion about contraception options, including safety, efficacy and timing for intended pregnancies - Discussion about options for unintended pregnancies 	<p>Psychosocial assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mental health • Domestic and intimate partner violence • Assessment of financial support and access to care
<p>Healthy eating and active living</p> <p>Physical activity</p> <ul style="list-style-type: none"> • 150 min exercise per week or 30 min/day • Pelvic floor training 	<p>Parental exposure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol <ul style="list-style-type: none"> - Ask about alcohol use with AUDIT-C tool and advise there is no safe level in pregnancy - Provide support for reducing alcohol intake • Smoking and e-cigarettes <ul style="list-style-type: none"> - Ask about smoking and e-cigarette use and advise on benefits of quitting - Consider cessation support, including referral to Quitline or nicotine replacement therapy • Illicit substances <ul style="list-style-type: none"> - Ask about recreational drug use and advise on benefits of quitting - Consider cessation support, including assistance from drug and alcohol services
<p>Weight assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respectful and supportive assessment of weight including BMI measurement • Advise of healthy weight range and assist with goals to achieve this • Refer to Institute of Medicine recommendations for weight gain in pregnancy (www.health.gov.au/resources/pregnancy-care-guidelines/part-d-clinical-assessments/weight-and-body-mass-index) 	<p>Family and genetic history</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detailed genetic history and referral to genetics counsellor for positive family history, known genetic conditions or previous affected pregnancy • Carrier screening to be discussed
<p>Nutrient intake</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supplementation <ul style="list-style-type: none"> - Folate 400 mcg daily or 5 mg if increased risk^A - Iodine 150 mcg daily • Adequate intake of iron, calcium, vitamin D • Restricted intake^B <ul style="list-style-type: none"> - Vitamin A (retinol) 800 mcg/day - Restricted caffeine intake (200 mg/day from all sources) - Mercury-containing fish^C 	<p>Environmental exposure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assess for endocrine disrupting chemicals and reproductive toxin exposures <ul style="list-style-type: none"> - Workplace: chemical, metal, gas, radiation and animal exposures - Household: personal care products and plastics
<p>Immunisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Review vaccination history and update for human papillomavirus, hepatitis B, varicella zoster, measles mumps rubella, pertussis, influenza and COVID-19 	<p>Medication</p> <ul style="list-style-type: none"> • Review prescription and over-the-counter medications for safety in pregnancy <ul style="list-style-type: none"> - Cease and prescribe alternative medications as required
<p>Infectious diseases and conditions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommended screening investigations for all potential parents <ul style="list-style-type: none"> - Blood-borne viruses: HIV, hepatitis B, hepatitis C - STIs: syphilis - Infectious diseases: rubella, varicella zoster • Recommended screening investigations determined by individual situation <ul style="list-style-type: none"> - STIs^D: chlamydia, gonorrhoea - Infectious diseases^E: cytomegalovirus • Education • Infectious diseases: cytomegalovirus, toxoplasmosis, parvovirus, herpes simplex virus <ul style="list-style-type: none"> - Food borne: listeriosis - Travel: malaria, Zika virus 	<p>Preventive health</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cervical screening and breast self-examination • Dental review <p>Obstetric history</p> <ul style="list-style-type: none"> • Review previous pregnancy outcomes: miscarriages, stillbirth, disorders of placentation
<p>Medical conditions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Review and optimisation of pre-existing conditions; referral to specialist as required • Diabetes: optimise glycaemic control 	<p>^AFamily history or previous pregnancy affected, body mass index (BMI) ≥ 30 kg/m², diabetes, on anticonvulsant medication, malabsorptive condition. ^BFor patient information resources, refer to Food Standards Australia and New Zealand for patient fact sheets (www.foodstandards.gov.au/consumer). ^CFish containing high levels of mercury: shark (flake), orange roughy (deep sea perch), marlin, swordfish, catfish, broadbill. ^DFor those who request a sexually transmissible infection (STI) screen, have a new sexual partner, previous STI or exposure in the past 12 months, partner from a high-risk population, those who live or travel to areas with high STI prevalence. ^EThose with increased risk of exposure, childcare workers, those with a child in nappies attending childcare. AUDIT-C, alcohol use disorders identification test consumption; HIV, human immunodeficiency virus.</p>

그림 14. 호주 RACGP의 기본 PCC 체크리스트

(자료출처: Dorney E, Black KI. Preconception care. Aust J Gen Pract. 2018 Jul;47(7):424-429.)

3) 해당 정책/프로그램과 국내 정책 공백과의 대응 관계

- 호주의 PCC는 ‘임신 전’과 ‘가임기’ 단계에서 1차 의료를 기반으로 제공되는 상시적(preventive) 임신 전 관리체계라는 점에서 국내 모자보건 정책의 공백 중 특히 특히 아래의 두 영역에 밀접하게 대응됨
 - (1) 임신 전 단계에서의 체계적인 위험요인 관리와 상담 부재
 - (2) 1차 의료 기반 PCC 부재
- 국내에서는 임신과 출산 관련 지원이 주로 임신 확인 이후 산부인과 및 보건소 중심으로 제공되고, 1차 의료의 진료 현장에서 임신 전 위험요인을 체계적으로 평가·관리하는 PCC 체계는 거의 구축되어 있지 않음
- 따라서, 호주의 사례는 ‘정부 중심 프로그램’이 아닌, 지침-네트워크-1차 의료의 일상적 진료를 매개로 PCC를 확산시키는 모델로서 국내에서 1차 의료 기반 모성·태아 건강관리 체계를 설계하는 데 유효한 비교 기준이 될 수 있음

4) 해당 정책/프로그램이 국내 정책에 줄 수 있는 시사점

- 1차 의료 기반 임신 전 건강관리 체계 구축 필요
 - 호주는 PCC를 GP의 진료 중에 내재화하여, 별도의 대규모 프로그램이 없이도 PCC를 일상적 실천을 가능하게 함
 - 국내에서도 산부인과·보건소 중심 구조를 보완하여, 1차 의료 의사가 임신 의향을 확인하고, 위험요인을 관리하는 PCC 체계를 제도적으로 마련할 필요가 있음
- 연구-정책-임상 연계를 위한 전문 네트워크 구축 필요
 - 호주의 PCHN은 연구자, 임상의, 정책담당자가 함께 PCC를 이끌어가는 역할을 수행하고 있음
 - 국내에서도 모자보건, 1차 의료, 정신건강 영역 등을 관련 분야를 묶는 전문 컨소시엄 또는 네트워크를 구축하여, 과학적 근거 축적, 시범사업 설계, 정책 제안, 교육 프로그램 개발 등을 일원화된 방식으로 추진할 필요가 있음

라. 핀란드의 임신부 및 영유아 건강검진 기관(Neuvola)⁵⁶⁾⁵⁷⁾⁵⁸⁾

1) 정책/프로그램 개요: 임신부 및 영유아 건강검진 기관(Neuvola)

- 핀란드의 임신부 및 영유아 건강검진 기관(Neuvola, 네우볼라)은 임신 전-임신-출산-영유아기 전 과정을 포괄하는 국가 모자보건 1차 의료 서비스 체계로, 1922년 헬싱키에서 시작되어 100년 이상 지속되어 온 대표적 공공보건 인프라로 알려져 있음
- ‘Neuvola’는 핀란드어로 ‘조언을 해주는 곳(place of advice)’을 의미하며, 임신부·영유아·가족 전체를 대상으로 무료·보편적(universal) 서비스를 제공함
 - 예방 중심(preventive), 가족 중심(family-centred), 전인적(holistic) 접근을 기반으로 단일 기관에서 임신 전-임신 중-출산 후-영유아기로 이어지는 연속적·통합적 관리체계를 제공함

2) 해당 정책/프로그램의 목표 및 주요 내용

- (목표) Neuvola의 최우선 목적은 생애 초기의 건강 불평등을 줄이고, 모든 임신·출산·영유아기 가족이 건강한 출발선을 갖도록 지원하는 데 있음
 - 건강 문제, 가정환경, 정신건강, 양육 역량 등 가족의 위험요인을 조기에 발견하고 적시에 개입하는 것을 핵심 목표로 설정함
 - 또한, 난민·이주가정·취약계층 등 고위험군에 대한 맞춤형 개입 제공을 통해 사회적 취약성을 완화하는 데 기여함

56) This is FINLAND [Internet]. Helsinki: Ministry for Foreign Affairs of Finland; [date unknown]. For more than 100 years, Finnish ‘NEUVOLA’ Clinics have given families a healthy start; [updated 2020 Aug; cited 2025 Dec 15]. Available from: <https://finland.fi/life-society/for-more-than-100-years-finnish-neuvola-clinics-have-given-families-a-healthy-start/>

57) WRiFOM (Women Writers Forum) [Internet]. Dar es Salaam (Tanzania): WRiFOM; [date unknown]. Neuvola: Nurturing Futures, One Family at a Time; 2024 Jan 26 [cited 2025 Dec 13]. Available from: <https://www.wrifom.or.tz/en/news-events/neuvola-nurturing-futures-one-family-time>

58) Shimomura M, Morita Y, Hirai Y. Neuvola evaluation research from service design perspective. Bull Jpn Soc Sci Des. 2018;65(3):3_15-3_22.

- (대상) 핀란드의 Neuvola 서비스는 핀란드에 거주하는 모든 임신부, 가임기 여성·남성, 미취학 아동과 그 가족을 포함하는 보편적 서비스임
 - (핵심 대상) 모든 임신 여성, 출산 예정 가족, 만 0~6세 영유아 및 그 가족 전체

- (주요 내용) 핀란드의 Neuvola는 보건의료법과 정부령에 기반하여 법제화된 국가 서비스로, 다음과 같은 통합적 기능을 수행함
 - (1) 임신·출산·산후 건강관리
 - (2) 영유아 성장·발달 점검 및 예방접종
 - (3) 구강건강 관리
 - (4) 부모 역량 및 양육 환경을 포함한 가족 중심 지원
 - (5) 조기 위험발견 및 의료·사회복지 연계
 - (6) 개인 맞춤형 데이터 기반 관리
 - (7) 공중보건간호사·조산사 중심의 전문가팀 운영
 - (8) 실시간 상담이 가능한 디지털 Neuvola(온라인 상담·챗봇) 제공

3) 해당 정책/프로그램과 국내 정책 공백과의 대응 관계

- 핀란드의 Neuvola는 임신 전-임산-출산-영유아기를 하나의 체계로 통합한 국가 모자보건 모델로, 국내 모자보건체계의 구조적 한계로 반복적으로 지적되는 전 주기 연속성 부족과 기관 간 분절성 문제를 근본적으로 보완할 수 있는 대응 모델임
 - 국내에서는 서비스 제공 주체가 분리되어 있어, 서비스가 단계별로 끊어지고 공백이 발생함
 - 반면, 핀란드의 Neuvola는 단일 기관에서 전 주기를 관리함으로써 서비스가 연속적으로 이어지며, 지역 간 편차 없이 동일한 품질의 서비스를 제공함

- 핀란드의 Neuvola는 가족 전체를 단위로 건강·정신건강·양육 환경을 평가하고 고위험 가족을 조기에 파악하여 필요한 서비스를 즉시 연계하는 구조를 갖추어,

국내 모자보건의 산모·영유아 중심 접근, 위험군 조기 개입 부족, 타 부처 연계 미흡 문제와 직접적으로 대비됨

- 핀란드는 가족의 건강검진과 국가 표준지침을 통해 부모의 역량·정신건강·가정환경을 정기적으로 평가하고 조기 개입을 수행함

4) 해당 정책/프로그램이 국내 정책에 줄 수 있는 시사점

○ 전 주기 단일 기관 기반의 통합 모자보건체계 구축 필요

- 핀란드의 Neuvola는 임신 전-임신-출산-영유아기를 하나의 경로로 통합하고, 국가 전체 과정을 관리하는 구조를 갖추고 있음
- 이는 국내에서 반복적으로 제기되는 분절성, 단계별 공백, 지역 간 편차 문제를 해소하는 데 핵심적 시사점을 제공함
- 국내에서도 분리된 모자보건·영유아검진·방문건강관리 서비스를 통합 경로로 설계하고, 광역지자체 단위의 컨트롤타워를 두어 조정 기능을 강화할 필요가 있음

○ 공중보건간호사 중심의 전문 인력체계 강화 필요

- 핀란드의 Neuvola에서는 공중보건간호사(Public health nurse)가 임신·산후·영유아기 전 과정을 지속적으로 관리하는 구조를 통해 신뢰 기반·관계 기반 돌봄을 실현함
- 국내는 단기계약 위주의 인력구조와 잦은 교체로 인해 연속적 관리가 어려워, 전문 공중보건간호사의 안정적 배치와 역할 확대가 필수적임. 더 나아가 산모·영유아뿐 아니라 가족 전체를 단위로 한 위험요인 조기 발견·개입 체계를 제도적으로 마련할 필요가 있음

마. 일본의 모자건강수첩(Maternal Child Health Handbook)⁵⁹⁾⁶⁰⁾⁶¹⁾

1) 정책/프로그램 개요: 모자건강수첩(Maternal Child Health(MCH) Handbook)

- 일본 후생노동성(厚生労働省)에서 총괄하는 모자건강수첩(MCH Handbook, 母子健康手帳, 보시켄코테초)은 일본의 「모자보건법」에 근거하여 각 지자체(시·정·촌)가 발급·관리하는 제도로, 임신초기부터 자녀가 취학하기 전(만 6세)까지 산모와 아동의 건강 정보를 통합적으로 기록·관리하는 공식 정책 문서임
- 모자건강수첩은 임신 신고를 완료한 임신부에게 무상으로 발급되며, 의료기관이 아닌 거주지 관할 행정기관 또는 보건센터를 통해 제공됨. 이를 통해 임신부는 공공 모자보건 서비스 체계에 편입되며, 이후 건강관리 및 각종 지원 서비스와의 연계를 시작하게 됨
- 특히, 최근에는 육아세대포괄지원센터*를 중심으로 임신기부터 육아기까지의 상담·연계 기능이 강화되면서, 모자건강수첩은 일본 모자보건 서비스 전달체계의 핵심 매개 수단으로 기능하고 있음

* 육아세대포괄지원센터: 임신기부터 육아기(자녀가 초등학교에 입학하기 전까지)의 부모를 빈틈없이 지원하는 지자체의 창구

2) 해당 정책/프로그램의 목표 및 주요 내용

- (목표) 일본의 모자건강수첩 제도는 단순한 기록 관리를 넘어, 임신초기부터 영유아기까지의 건강 정보를 일관되게 관리함으로써 모성과 아동의 건강을 보호하고 생애 초기 건강관리의 연속성을 확보하는 것을 주요 목표로 함(표 18)
- 임신·출산·영유아기 건강관리를 개인의 책임이 아닌 공공의 책임으로 인식하고,

59) Imoto N, Hayashi M. From handbooks to platforms: Japan's maternal and child health services in the digital era. J Glob Health. 2025;15:03028.

60) Maternal and Child Health Handbook Information Support Site [Internet]. Tokyo: Children and Families Agency (Japan); [date unknown]. Maternal and Child Health Handbook (母子健康手帳); [cited 2025 Dec 15]. Available from: <https://mchbook.cfa.go.jp/>

61) Children and Families Agency (Japan). Maternal and Child Health Handbook (母子健康手帳) [Internet]. Tokyo: The Agency; 2024 Mar 1 [cited 2025 Dec 15]. 1 p. Available from: https://mchbook.cfa.go.jp/pdf/R5_KO_240301.pdf

- 국가와 지자체가 개입하는 구조를 제도적으로 확립하는 데 목적이 있음
- 임신부와 보호자가 자신의 건강 상태와 아동의 성장·발달 과정을 이해하고, 지역 사회의 보건·복지 서비스를 유기적으로 활용할 수 있도록 지원하여 모든 육아 세대가 안심하고 임신·출산·육아를 영위할 수 있도록 하는 데 중점을 둠

표 18. 일본 모자건강수첩 제도의 세부 목표

세부 목표	내용
모자 건강의 체계적인 통합 관리	<ul style="list-style-type: none"> - 임신부터 출생 후 취학 전까지 산모와 아이의 모든 건강 기록을 단일 수첩에 통합하여 관리 - 이는 건강 상태를 지속적으로 추적하고 이상 징후를 조기에 발견하여 적시에 필요한 의료 및 보건 서비스 제공을 목표로 함
의료 및 공공 서비스의 효율적 연계	<ul style="list-style-type: none"> - 의료기관 방문 시 의료진이 환자의 과거 이력을 신속하게 파악할 수 있도록 돕고, 예방접종 이력 관리 등을 통해 서비스 접근성 높임 - 또한, 육아세대포괄지원센터를 통한 초기 상담 시 수첩 정보를 기반으로 각 가정에 필요한 공공 지원 서비스를 효율적으로 연결함
보호자의 육아 부담 경감 및 정서적 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 수첩 내 기록 공간을 통해 보호자가 육아 고민이나 질문을 기록하고 전문가와 소통할 수 있는 매개체 역할을 함 - 이는 부모의 심리적 고립을 방지하고, 필요한 시점에 적절한 정서적 지원 및 전문가의 조언을 받을 수 있도록 하여 육아 부담을 줄이는 데에 기여

- (대상) 일본에 거주하는 모든 임신부 및 해당 임신부로부터 태어난 만 6세(취학 전)까지의 영유아를 대상으로 보편적으로 제공됨
 - (핵심 대상) 임신이 확인된 모든 여성, 출산 예정 가족, 만 0~6세 영유아 및 그 보호자
- (주요 내용) 일본의 모자건강수첩은 ‘임신부터 육아까지의 건강 백과사전’이자 ‘공적 지원을 받을 수 있는 패스포트’로서, 각 가정에 맞춤형 상담과 공공서비스를 연계하는 핵심 정책 도구로 기능함. 주요 구성 내용은 다음과 같음
 - (1) 임신 경과 기록(임신 주수, 건강상태, 산전검진 결과 등)

- (2) 출산 관련 정보(분만 경과, 신생아 상태 등)
 - (3) 영유아 건강검진 결과 및 성장·발달 기록
 - (4) 예방접종 이력 관리
 - (5) 보호자를 위한 건강·양육·생활 정보 제공
- 또한, 모자건강수첩을 수령하는 시점부터 임신부는 다음과 같은 공공서비스에 접근할 수 있음
- (1) 임신·출산 관련 건강검진 비용을 덜어 주는 검진 보조권(임신 건강검진 쿠폰) 제공
 - (2) 보건소 및 지자체를 통한 모자보건 상담, 부모 교육, 가정방문 서비스 연계
 - (3) 양육지원 패스포트 등 지자체별 양육지원 서비스 이용

3) 해당 정책/프로그램과 국내 정책 공백과의 대응 관계

- 일본의 모자건강수첩 제도는 임신 확인 시점부터 영·유아기까지의 건강 정보와 공공서비스를 하나의 체계로 연결함으로써, 국내 모자보건 정책에서 지적되는 임신·출산·영유아기 정보의 단절과 관리 주체 분산 문제에 대응하는 모델임
- 국내에서는 임신 확인 이후 산부인과, 보건소, 건강보험 검진, 지자체 사업 등으로 정보와 서비스가 분절되어 관리됨
 - 반면, 일본은 모자건강수첩을 통해 임신·출산·영유아기 건강 정보를 개인 단위로 일관되게 축적하고, 이를 공공서비스 연계의 기준점으로 활용함
- 또한, 일본의 모자건강수첩은 의료 영역과 행정·복지 영역을 연결하는 매개 장치로 작동하여, 국내의 의료-보건-복지 간 연계 부족 문제와 직접적으로 대비됨
- 또한, 모자건강수첩 발급 과정에서 임신 신고가 이루어지고, 이를 기점으로 보건 서비스·양육지원·교육서비스가 연동됨
 - 반면, 국내는 임신 신고, 건강관리, 양육지원이 각각 별도의 제도로 운영되어 서비스 연속성이 약함

4) 해당 정책/프로그램이 국내 정책에 줄 수 있는 시사점

- 임신초기부터 전 주기를 관통하는 ‘표준 기록·연계 도구’ 도입의 필요성
 - 일본의 모자건강수첩은 임신 확인 이후 곧바로 공공 관리체계에 편입되는 구조를 통해, 생애 초기 건강관리의 출발점을 명확히 설정함
 - 국내에서도 임신 확인 이후 활용이 가능한 통합 기록 도구 또는 플랫폼을 도입하여, 임신-출산-영유아기 건강관리와 공공서비스를 하나의 경로로 연계할 필요가 있음
- 기록 관리와 서비스 접근을 결합한 정책 도구 설계의 중요성
 - 일본의 모자건강수첩은 단순한 건강 기록을 넘어, 검진 보조, 상담, 교육, 양육지원 등 공적 서비스 접근의 핵심 매개체로 기능함
 - 이는 국내에서 개별 사업 중심으로 분절된 모자보건 서비스를 하나의 정책 도구를 중심으로 재구성할 수 있음을 시사함

3. 국외 사례의 주요 특징 및 시사점

가. 주요 특징

- 본 장에서는 태아 및 신생아 건강보장을 위한 모성 전주기 건강관리 정책을 중심으로, 미국, 중국, 호주, 핀란드, 일본의 주요 정책 사례를 검토함
- 각 국가는 임신 전부터 출산, 영유아기까지의 건강관리 필요성에 공통적으로 대응하고 있으나, 제도 설계 방식과 정책 수단에는 국가별 제도 환경과 보건의료체계 특성이 반영되어 상이한 접근 양상을 보이고 있음

1) 미국과 호주

- 먼저, 미국과 호주는 임신 전 단계의 중요성에 주목하여, 임신 의향 확인과 위험

요인 관리, 만성질환 관리 등을 1차 의료 기반 상담 및 임상 지침 중심으로 제도 화하고 있음

- 미국의 재생산 생애 계획(RLP)은 개인의 생애 전반을 고려한 상담 도구를 통해 임신 전 건강관리를 일상 진료에 통합하려는 전략을 취하고 있음
- 호주는 일반의(GP) 중심의 임상 실천 모델을 통해 임신 전 건강관리를 상시적·예 방적으로 제공하고 있음
- 이들 국가는 단일 국가 프로그램보다는 의료 전문가의 역할과 지침을 통해 전주 기 관리의 출발점을 임신 이전으로 확장하고 있다는 점에서 공통점을 가짐

2) 중국

- 중국은 국가 주도의 전국 무료 임신 전 건강관리 서비스(NFPHEP)를 통해 임신 전 단계에서 부부 단위의 건강검진과 위험요인 관리에 적극적으로 개입하고 있음
- 이는 임신 전 관리의 공백을 국가가 직접 제도적으로 보완한 사례로, 사전 예방 중심의 강력한 정책 개입이 가능함을 보여줌
- 특히, 임신 전 단계에서 남성과 커플을 포함한 관리체계를 구축하였다는 점에서 여성 중심의 기존 모자보건 정책과 차별화된 특징을 가짐

3) 핀란드


- 핀란드의 Neuvola는 임신 전-출산-영유아기를 하나의 체계로 통합한 국가 모자 보건 서비스 모델로, 전주기 연속성과 보편성을 가장 강하게 구현한 사례임
- 단일 기관에서 가족 전체를 대상으로 예방 중심, 관계 기반의 지속적 관리가 이 루어지며, 공중보건간호사가 핵심 역할을 맡고 있는 구조를 통해 의료-보건-복지 서비스를 유기적으로 연계하고 있음
- 이는 전주기 관리의 서비스 전달체계 자체를 국가가 책임지는 방식으로 설계한 대표적 사례로 평가됨

4) 일본



- 일본의 모자건강수첩 제도는 임신 확인 시점부터 영유아기까지의 건강 기록과 공공서비스 접근을 하나의 도구로 연결한 ‘기록 기반 연계 모델’로, 분절된 서비스 환경 속에서도 연속성을 확보할 수 있는 정책 수단을 제시함
 - 모자건강수첩은 의료 영역과 행정·복지 영역을 연결하는 매개 장치로 기능을 하며, 개인 단위의 건강 정보를 축적함과 동시에 공공 지원 서비스로 접근을 가능하게 하는 구조를 보이고 있음

나. 시사점

- 국외 모자보건 정책은 임신, 출산, 영유아기 관리가 본질적으로 분절될 수밖에 없는 구조적 한계를 공유하면서도, 이를 보완하기 위해 각기 다른 정책 설계 옵션을 발전시켜 왔음을 확인하였음
 - 즉, 국외 사례는 ‘완성된 단일 모델’이라기보다 임신 전 개입, 전주기 연속 관리, 기록 기반 연계, 1차 의료 및 공공보건 인력 활용 등 다양한 기능적 요소들이 결합된 정책 모듈의 집합으로 이해될 수 있음
- 따라서, 국외 모자보건 정책 사례 검토의 의의는 특정 국가 모델을 그대로 도입하는 데에 있기보다는, 국내 모자보건 정책의 공백 영역을 보완할 수 있는 검증된 정책 수단과 설계 논리를 도출하는 데 있음
 - 특히, 광역자치단체 차원에서 현실적으로 구현이 가능한 거버넌스 구조, 플랫폼 설계, 시범사업 모델을 구체화하고, 향후 법·제도·수가 개선 등을 위한 정책적 근거를 축적하는 데 중요한 시사점을 제공함
- 이러한 비교 분석을 바탕으로, 다음 장에서는 국내 정책 환경과 제도적 여건 등 ‘모성 전주기 건강관리’에 관한 국내 여러 전문가의 인터뷰를 통해 의료 현장의 현실적인 상황과 더불어 전문적인 견해를 수렴 및 정리하고자 함



제4장 태아·신생아 건강보장을 위한 프로그램 및 정책에 관한 전문가 인터뷰

1. 인터뷰 개요
 2. 인터뷰 결과 분석
 -  3. 전문가 의견 종합
 4. 정책과제 및 프로그램 제안 사항
- 

제4장 태아·신생아 건강보장을 위한 프로그램 및 정책에 관한 전문가 인터뷰

- 본 장에서는 ‘모성 전주기 건강관리를 통한 태아·신생아 건강보장을 위한 프로그램 및 정책’의 일환으로 수행된 전문가 인터뷰 내용을 정리하였음. 각 기관 또는 전문가는 임신 전부터 임신·출산·산후·수유기까지 이어지는 전 주기적 관리체계의 필요성과 이를 제도화하기 위한 정책적·기술적·거버넌스적 조건을 중심으로 인터뷰가 진행되었음. 해당 내용을 바탕으로 현장의 실무적 경험과 정책적 시사점을 통합적으로 도출하는 것을 본 장의 목표로 함

1. 인터뷰 개요

가. 목적

- 본 인터뷰는 모성 전주기 건강관리 체계 구축의 실효성 확보를 위해 각 분야의 전문가로부터 현장의 목소리와 실질적인 제안을 수집 및 분석하는 데 있음. 이를 통해 국가 및 광역지자체 차원에서 실행이 가능한 정책 모델과 협력 구조를 도출하고, 향후 경기도를 중심으로 한 공공보건 사업의 방향성을 제시하고자 함

나. 방법

- 반구조화된 질문지를 활용한 심층 면담 방식으로 인터뷰 실행
 - 이는 연구의 핵심 주제인 모성 전주기 건강관리 체계 구축에 대한 공통된 질문들을 유지하되, 각 기관과 전문가의 역할 및 전문영역에 따라 세부 문항을 유연

하게 조정하여 심층적이고 실질적인 의견을 도출하기 위함임

- 인터뷰는 전문가들과의 사전 일정 조율을 통해 2025년 9월부터 11월까지의 기간 중 실시되었으며, 각 인터뷰는 하루를 정해 약 1~2시간 내외로 진행되었음
 - 인터뷰는 총 4차례 걸쳐 진행되었으며, 기관 또는 개인 대상으로 이루어졌음

다. 대상

- 인터뷰 대상은 연구 주제와 밀접한 전문성을 보유한 기관 및 개인 전문가로 구성하였으며, 모성·태아 건강관리의 다양한 측면(약물 안전, 정신건강, 디지털 헬스, 의료정책 등)을 포괄하도록 선정하였음

표 19. 인터뷰 대상 및 특성

연번	대상	특성
1	A	<ul style="list-style-type: none"> • 임신 중 약물 및 독성물질 노출 상담 기관 • 국내 유일의 임산부 약물상담센터 운영 경험 보유
2	B	
3	C	<ul style="list-style-type: none"> • 정신건강의학과 전문의가 설립한 디지털 멘탈 헬스케어 기업 • 뇌파·심전도 기반 정신건강 측정 기술과 '마음결' 프로그램 개발·운영
4	D	<ul style="list-style-type: none"> • 산부인과 전문의 • 디지털 헬스케어 기반 전주기(임신 전-출산 후-산후기) 관리 어플 '오롯플러스' 개발
5	E	<ul style="list-style-type: none"> • 산부인과 전문의

라. 내용

- 인터뷰는 연구원들이 자체 개발한 반구조화된 질문지를 활용하여 진행하였음
- 질문지의 내용은 크게 (1) 공통 질문과 (2) 기관별 또는 전문가별 추가 질문으로 구성하였으며, 인터뷰 대상 그룹에 맞도록 항목 및 내용을 개별적으로 구성하였음. 다만, 공통 질문은 질문의 성격에 따라 다시 크게 2가지로 구분하여 구성하였음
 - (공통 질문 1) 모성 건강관리에 대한 전반적인 사항
 - (공통 질문 2) 사업, 정책으로의 연계성 및 실현 가능성
 - (기관 또는 전문가 특화 질문) 기관/전문가의 전문 분야 및 업무 특성을 고려한 맞춤형 질문

마. 수행 체계

- 인터뷰 수행 체계는 다음과 같음

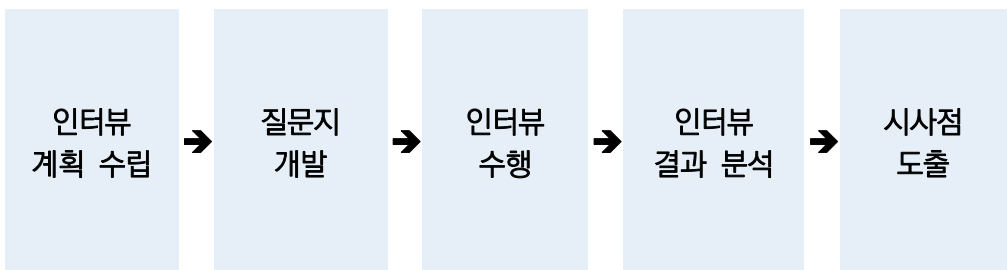


그림 15. 인터뷰 수행 절차

2. 인터뷰 결과 분석

가. 국내 모성·태아 건강관리 정책의 현황 인식

- 현행 모성·태아 건강관리 정책은 임신 중기 중심으로 설계되어 있으며, 임신 전 예방관리와 출산 이후 관리 영역은 제도적으로 충분히 반영되지 못하고 있음
 - 우리나라의 모성·태아 건강관리는 여전히 임신 중기 중심 구조에 머물러 있으며, 임신 전 관리 및 예방 정책은 체계적으로 구축되어 있지 않음
 - 관련 법률 부재로 예산이 단년도 중심으로 편성되고, 복지부·지자체 간 사업 중복으로 비효율이 발생하고 있음
 - 임신 전 단계의 예방 중심 정책 부재는 태아 건강 위험을 구조적으로 증폭시키는 요인으로 작용함
 - 정책의 연속성과 구조적 체계화가 가장 시급한 과제로 드러남

“지금은 임신 중에만 정책이 집중돼 있고, 임신 전 관리는 전혀 없습니다.”

“법제화가 안 돼 있어서 예산도 매년 불안정하고, 지자체 사업으로 흩어져요.”

“태아건강관리도 결국은 법이 없으면 지속이 안 돼요.”

- 정책과 사업이 부처·기관별로 분절적으로 운영되면서, 연속적 관리가 어려운 구조가 형성되어 있음
- 재정 지원·돌봄 지원·교육 지원이 따로 움직이며, 기관별로 유사 사업이 중복되는 구조가 문제로 지적됨

“너무 분절적이고 각 기관마다 중복되는 게 많아요.”

“피임교육은 여가부, 돌봄은 복지부, 교육은 교육부로 다 나뉘어서 연계가 안 돼요.”

- (단일 응답) 광역 지자체 차원에서 모자 건강관리 정책 및 사업을 병원 전 단계 (보건소)와 병원 단계(민간의료기관)간 연결하려면 의료정보의 민감성·행정망/의료 정보 간 경계 등 법적·현실적 제약이 크다는 우려가 제기됨

“민간 병원이 많이 참여하다 보니까… 연결하는 것이 법적인 문제도 있고…”

“의료 정보라는 것이 굉장히 민감한 데이터이기 때문에…”

나. 모성 전주기 건강관리의 필요성과 핵심 요소

- 모성 전주기 건강관리는 임신 이후 개입이 아닌, 임신 이전 단계부터 위험요인을 관리하는 예방 중심 접근으로 전환될 필요가 있음
 - 전주기 관리의 ‘핵심 출발점’으로 ‘임신 전 단계(가임기·계획임신)’가 강조됨
 - 계획된 임신, 임신 준비기 교육, 임신 전 건강관리 인식 개선이 핵심 요소로 제시됨
 - 임신 전 약물·독성물질 노출 예방과 조기 상담이 중요하고, 국가 차원의 데이터 기반 개입과 상담 표준화, 지속적 모니터링 체계 구축이 요구됨
 - 산모 개인을 넘어 가족 단위 접근과 보건소-의료기관-약국 간 네트워크 구축이 실효성 확보의 핵심 조건으로 제시됨

“모성 전주기 건강관리의 핵심은 계획된 임신이에요.”

“청소년기부터의 성교육이 모성 건강관리의 시작이라고 봐요.”

“임신 전부터 피임약, 항생제, 감기약 노출이 많습니다.”

“약국, 보건소, 병원이 연계되어야 이게 제대로 돌아갑니다.”

- (단일 응답) 전주기 “통합”은 원칙적으로 바람직하나, 민간의료기관 중심 구조에서 광역 단위 통합을 추진할 경우 구체화 방식(어떤 범위·어떤 수준의 통합인지)이 가장 큰 난제로 제기됨

“통합해야 한다는 원칙은 다 동의... 어떤 식의 통합일 건가...”

“다 연결할 건지 쉽지 않을 것 같은데...”

다. 여성·가족이 지원받아야 할 주요 건강 문제

- (신체·노출 영역) 임신 전·초기 약물/독성물질·환경 노출 상담 수요가 크며, 이를 임신 중기 정책만으로는 다룰 수 없다는 문제가 제기됨

“상담의 90%는 약물 복용 관련이에요.”

“최근엔 환경호르몬이나 방사선 노출 상담도 많이졌습니다.”

- (정신건강 영역) 산모의 우울·불안·스트레스가 주요 위험요인으로 언급되며, 조기 발견-상담-전문치료 연계가 필요함
 - 설문 기반 평가의 민감도 한계와 산모의 생리적 변화로 인한 ‘자가인지 어려움’이 강조됨

“임산부는... 우울을 스스로 인지하지 못하는 경우가 많아요.”

- (가족·양육전환기) 산후우울, 모유수유 중단, 제왕절개 증가 등은 의료 문제를 넘어 가족 지지와 교육 체계의 부재와 밀접하게 연결되어 있음
 - 산후조리원 퇴소 이후에 우울·양육 불안이 급증한다는 언급, 아빠/가족 교육의 필요성이 반복됨

“산후조리원 나와서 육아 시작할 때 우울이 확 올라갑니다.”

“아빠들이 분유 타는 것도 모르는 경우가 많아요. 가족 교육이 필요합니다.”

라. 전문가의 역할과 관련 활동

- 전문가(기관)는 단순 서비스 제공을 넘어 공공보건-임상-정책을 연결하는 ‘중간 허브’ 역할이 필요함
 - 임상 현장의 요구(교육·상담·연계)와 정책 설계(표준화·성과지표·지속가능 자원)를 이어주는 기능이 강조됨
 - 누적된 상담·측정 데이터는 연구 및 정책 자문 자료로 활용되며, 공공보건 정책의 실증적 기반을 형성함
- (데이터 허브) 상담·측정 데이터의 축적과 분석이 정책 자문 및 사업 설계의 핵심 기반이 될 수 있음

“18만 건 상담데이터... 정책의 근거자료가 될 수 있습니다.”

“데이터를 정책에 반영하려고 도 단위 자문회의에도 참여...”

- (기술/플랫폼 허브) 디지털 도구는 전주기 관리를 돕는 ‘백본’이 될 수 있으나, 표준 운영체계와 인력·연계 구조가 동반되어야 한다는 점이 강조됨

“오롯플러스가 디지털 백본 역할...”

“단순한 검사기기가 아니라, 측정→상담→연계 구조가 핵심...”

마. 전주기 관리체계의 사업화·정책화 필요성 및 형태

- 전주기 관리 모델은 단기 시범사업이 아닌 제도화된 공공 인프라로 편입될 필요가 있음
 - 법적 근거 없이 운영될 경우, 예산·인력 지속이 불가능하다는 인식이 강하게 제시됨

“법적 근거가 없으면 예산이 매년 불안정합니다.”

“이건 일회성 사업이 아니라, 제도화가 필요합니다.”

- 신규 사업 신설보다는 기존 모자보건사업을 연결·표준화·조정하는 방식이 현실적인 정책 대안으로 제시됨
 - 분절된 지원(재정/돌봄/교육)과 기관별 중복을 통합 관리체계로 재구성해야 한다고 주장함
- 전주기 관리의 성과는 참여율 중심 지표에서 벗어나 건강 결과 중심 지표로 전환할 필요가 있음
 - 제왕절개율, 산후우울 관련 지표, 모유 수유 유지 등 결과지표를 강조함

바. 기존 모자보건사업과의 관계 설정

- 전주기 관리 모델은 기존 모자보건사업과 경쟁 관계가 아니라 ‘공백 보완’ 관계로 설계될 필요가 있음
 - 기존 사업은 출산·영유아 중심 구조로 사전 단계 관리가 미흡함
 - 보건소 상담실, 온라인 플랫폼, 콜센터 등 다양한 연계 방식이 가능함
 - 경기도 내 보건소 시범사업을 통한 적용 가능성이 제시됨

“서로 경쟁하는 게 아니라, 공백을 메우는 구조입니다.”

“기존 사업을 대체하기보다 연속성을 이어주는 보완모델...”

- 기존 모자보건 체계 안에 모듈 형태로 편입하거나, 연계 창구(보건소 상담창구, 콜센터, 온라인 플랫폼 등)를 두는 방식이 제안됨
- 정신건강은 기존 모자보건사업의 대표적 사각지대로 지적되며, 통합형 서비스로 편입할 필요가 있다는 의견이 제시됨

“모자보건사업은 신체건강 위주... 정신건강은 사실상 비어 있습니다.”

사. 해당 기관과 광역지자체와의 연계 가능성

- 경기도는 규모·인프라·네트워크 측면에서 전국 표준모델을 설계·시범 적용하기에 적합하다는 평가가 공통적으로 제시됨
 - 보건소, 산후조리원, 병원, 약국 등 지역 자원이 충분하고, 광역 차원의 조정 역량이 있다는 판단

“경기도는 모델 만들기에 제일 적합해요.”

“경기도는 규모가 크고, 공공보건사업 역량이 좋아요.”

“경기도는 인프라가 잘 되어 있어서 시범사업에 적합...”

- 광역 연계 모델은 ‘기관/서비스 연결’뿐 아니라 데이터 연결(표준화·분석·우선순위 설정)을 포함해야 함
- (단일 응답) 광역 단위 연계는 “가능하면 좋다”는 수준을 넘어, 실제로는 시군 수 및 민간의료기관 구조 때문에 ‘시범-확산’ 전략 등 단계 설계가 필요함

“시범사업만 할 건지... 고민...”

아. 시급한 개선 과제, 정책적 공백과 정부의 조치

- 가장 시급한 공백은 임신 전 예방관리(계획 임신·교육·노출 관리)와 산후 관리(정신건강·양육 전환기 지지)라는 의견이 공통적으로 제시됨

“임신 전 관리는 아무도 안 합니다.”

- 법적 근거 부재로 인한 사업의 단절과 예산 불안정이 핵심 문제로 반복적으로 제시됨

“태아건강관리도 결국은 법이 없으면 지속이 안 돼요.”

“법이 없으니까 사업이 매번 끊겨요...”

- 정신건강은 모성건강정책 내에서 가장 큰 사각지대로 지적되며, 설문 기반 사후 관리에서 조기 개입 체계로 전환 필요성이 제시됨

“정신건강은 현재 모성보건정책에서 비어 있는 영역...”

“설문으로는 조기개입이 어렵고, 데이터가 필요합니다.”

- 접근성 문제는 전반적으로 “절대적 부족”보다 취약집단에서 나타날 수 있어, 물리·경제·문화 장벽을 분해해 정책대응해야 함

자. 현장의 한계와 추진 시 장애요인

- 예산(단년도), 인력(계약직 중심), 제도(법/지침 부재)의 구조적 한계로 인해 사업의 지속 가능성이 낮음

“예산이 1년 단위로 바뀌면 사람도 못 지켜요”

“현장은 간호사, 상담사 모두 계약직...”

“법적 기반이 없으니... 추진하기가 부담...”

- 개인정보/의료정보 규제, 의료기기/비의료기기 경계 등 법적 불확실성이 현장 적용의 주요 장애요인으로 작용함

- 기관 간 역할이 불명확하고, 각자 따로 관리해 중복·누락이 동시에 발생함

“보건소·병원·조리원이 같은 대상을 각자 따로 관리...”

차. 효과적인 정책 수립 및 실행을 위한 조건

- 법적 근거 마련, 안정적 예산, 표준운영지침 수립, 전문인력 양성이 전주기 건강 관리 정책의 기본 조건으로 도출됨

“이건 법과 지침으로 제도화되어야 합니다.”

- 정책 우선순위는 데이터 기반으로 설정되어야 하며, 표준화된 입력·분석 체계가 필요하다는 의견이 제시됨

“데이터 기반으로 정책 우선순위를 정해야...”

“상담 지침을 전국적으로 통일해야...”

- AI·디지털 기술 도입 시 공공기관 검증과 이중 확인 체계가 필요함

- 병원 전 단계-병원 단계 연결을 실현하려면, 공공이 설계하되 의료현장의 현실(민간구조·참여유인)을 반영한 실행전략이 필요하다는 견해가 제기됨

“보건소에서 하는... 교육 사업과 병원 단계... 연결돼야...”

“실질적으로는... 쉽지는 않아요.”

카. 경기도 중심 적용 시 보완·조정 사항

- 경기도는 전주기 관리의 시범모델을 만들 수 있으나, 컨트롤타워(조정 기능), 인력 확보, 예산 안정화 부분을 핵심적으로 보완해야 함
 - 경기도형 모델은 ‘센터/플랫폼’ 그 자체보다, 보건소-병원-조리원-약국-가정을 연결하는 운영체제로 설계되어야 함

“그래서 도 단위 컨트롤 타워가 반드시 필요합니다.”

“지자체 컨트롤 타워가 생기면 사업이 끊기지 않습니다.”

“태아안전센터를 만들어서 상담·데이터·정책을 한 곳에 모아야...”

- 데이터는 익명화·분리저장 등 민감정보 보호 원칙을 명확히 하고, 활용 범위에 관한 규정이 선행되어야 함
- 광역 단위에서 ‘전주기’를 너무 넓게 잡으면 실행이 어려워지므로, 대상과 범위의 단계적 설정(예: 임신을 원하는 집단 중심, 시범·확산)이 필요함

“모성을 대상으로는 전주기라는 것은 끝없거든요...”

“임신을 원하는 사람들에게 검사해도 되는 거니까...”

3. 전문가 의견 종합

1) ‘전주기 관리’의 핵심 공백은 ‘임신 전’ 단계에 있음

- 전주기 관리의 본질은 ‘전 단계 확대’가 아니라 ‘임신 전 예방관리의 정책 복원’으로 정리됨
 - 임신 전 약물·환경 노출 상담 비중이 매우 크고, 현 정책은 이 단계가 비어 있어 태아 건강의 구조적 위험이 반복됨
 - 산모 정신건강의 스트레스·우울 반응은 임신 준비기부터 발생하며, 설문 기반 체계로는 조기 탐지가 불가능함
 - 임신 중기 이후에 편중된 정책 구조로 인해, 계획 임신·가임기 교육·임신 준비기 건강관리 등 예방적 개입이 제도적으로 작동하지 못하고 있음

2) 모성·태아 건강 문제는 의료 문제가 아닌 구조적·사회적 문제임

- 모성·태아 건강은 ‘의료 서비스’가 아니라 ‘가족·지역 기반 생태계’의 문제로 재정 의될 필요가 있음
 - 약물 상담, 정신건강, 산후 적응 문제는 의료 서비스 제공 여부보다 가족 지지, 정보 환경, 교육체계와 밀접하게 연동되어 있음
 - 산모 개인만을 관리 대상으로 설정한 현행 정책 구조로는 실질적인 위험 완화에 한계가 있음
 - 특히 산후우울, 모유 수유 중단, 양육 불안은 가족 단위 개입과 연속적 지원이 없는 경우 심화되는 경향이 확인됨

3) 분절된 정책 구조가 연속적 관리를 근본적으로 제약함

- 문제는 개별 사업의 부족이 아니라 ‘연결되지 않는 정책 구조’에 있음
 - 재정 지원, 돌봄, 교육, 정신건강, 약물 안전 등 관련 사업이 부처·기관별로 분절되어 운영되면서 대상자 관점의 연속적 관리가 어려운 구조가 형성됨
 - 유사 사업의 중복, 연계 부재, 역할 불명확성이 동시에 발생하고 있으며, 이는 정책 효율성을 저해하는 요인으로 작용함
 - 특히 병원 전 단계(보건소)와 병원 단계(민간의료기관) 간 연결은 법·제도적 제약으로 인해 실질적 통합이 쉽지 않은 구조로 나타남
 - 정신건강은 모자보건사업 내 정식 모듈이 없어 신체 건강 영역과 완전히 분리·단절되어 있다고 비판함

4) 법적 근거 부재와 단년도 예산 구조가 정책 지속성을 약화시킴

- 전주기 관리의 실현 가능성은 제도화 여부에 의해 좌우됨
 - 전주기 관리와 관련된 주요 사업들이 법적 근거 없이 운영되면서, 예산이 단년도 중심으로 편성되고 사업의 지속성이 확보되지 못하고 있음

- 약물 상담은 공공서비스임에도 불구하고 법적 근거 없이 '사람이 버티는 구조'로 운영되고 있어, 지속이 불가능한 실정임
- 담당자 교체 시 사업이 초기화되거나 중단되는 문제가 반복되며, 현장 인력은 계약직 중심으로 유지되고 있음
- 이로 인해 전문성 축적과 중장기 성과 관리가 구조적으로 제한됨

5) 데이터와 기술은 존재하나, 이를 통합·조정하는 공공체계는 부재함

- 기술의 문제가 아니라 '관리 주체와 구조'의 문제로 정리됨
 - 약물 상담 데이터, 정신건강 측정 데이터, 디지털 플랫폼 등 전주기 관리를 뒷받침할 수 있는 자원은 이미 축적되어 있음
 - 그러나 데이터 표준화, 활용 기준, 기관 간 연계 체계가 부재하여 정책 설계와 우선순위 설정에 충분히 활용되지 못하고 있음
 - 기술 도입 자체보다 이를 연결·조정할 수 있는 공공 관리체계의 부재가 핵심 한계로 분석됨

6) 광역 차원의 역할은 '직접 제공'보다 '설계·조정'에 있음

- 광역 단위 전주기 관리는 '컨트롤 타워형 모델'로 정리될 수 있음
 - 전문가 의견을 종합하면, 광역 차원의 역할은 개별 서비스 제공이 아니라 전주기 건강관리의 표준 모델을 설계하고 조정하는 데 적합함
 - 시군 단위의 실행 역량을 고려할 때, 광역은 정책 방향·운영 틀·성과지표를 제시하고, 시군은 이를 지역 특성에 맞게 적용하는 구조가 현실적인 대안으로 도출됨
 - 다만, 전주기 범위를 과도하게 확장될 경우, 실행 가능성이 낮아지므로 대상과 범위를 단계적으로 설정할 필요가 있음

4. 정책과제 및 프로그램 제안 사항

1) 정책과제 제안 사항

- 임신 전 단계부터 관리하는 전주기 기반의 '예방 중심 정책'으로의 전환
 - 현행 정책의 가장 큰 공백은 임신 중기 이후에만 집중된 구조라는 것임. 이에 따라, 임신 전 약물·독성물질 노출 상담, 가임기 건강교육, 계획된 임신 지원 등 사전예방 체계를 공식 정책으로 편입해야 함. 아울러, 임신 전의 건강상태가 결국 태아와 신생아 건강 결과에 직접적인 영향을 준다는 점에서, 전주기 정책의 시작을 가임기로 끌어올려야 함

- 약물안전, 정신건강과 산전, 산후를 통합 관리하는 공공 플랫폼 구축
 - 약물안전, 정신건강, 산전·산후 교육과 돌봄 등이 현재 별도로 존재하고 있으나, 실질적으로 기능을 하려면 임신 및 출산 과정에서 하나로 연결되어야 함. 따라서, 보건소-병원-약국-조리원-가정이 연동되는 전주기 플랫폼을 구축하고, 정보전달, 상담 등 연계 기능을 한곳에서 제공하는 것이 적절함

- 법제화 및 표준운영지침 마련으로 지속 가능한 인프라 확보
 - “법적 근거 부재 → 예산 불안정 → 인력 유지 불가능”은 심각한 구조적 문제이기에, 모자보건사업 내 법정 항목으로 약물상담, 정신건강 측정 및 선별, 산전·산후 교육, 위험도 평가 등을 편입해야 함. 또한, 전국 공통 표준운영지침을 만들고, 기관별 역할(보건소, 병원, 산후조리원)을 명확히 규정해야 함

- 전문인력 확충과 장기 고용을 보장하는 공공 인력체계 구축
 - 약물 상담사, 정신건강 심리상담사, 산전·산후 교육 등 인력 공급 부족이 공통 병목임. 이에, 계약직 중심 구조를 바꾸고, 도 단위에서 장기 고용 및 전문자격 체계를 마련해야 함. 또한, 가정 방문, 산후우울 조기 개입, 약물 상담 연계 등을 담당할 복합 전문인력을 배치해, 지속 가능성을 확보해야 함

- 경기도형 전주기 건강보장 모델 시범사업 추진
 - 경기도는 인프라, 인구 규모, 보건소 체계 측면에서 전국 표준모델을 만들 최적지임. 이에 따라, 약물·환경 노출 상담, 생체신호 기반의 산모 정신건강 조기 개입 시스템, 전주기 연속 교육체계를 결합한 경기도형 시범사업을 설계할 필요가 있음

2) 프로그램 제안 사항

- 임신 전 단계(가임기 여성)에서의 예방 프로그램
 - 본 프로그램(안)은 ‘태아·신생아 건강보장을 위한 전주기 정책’ 중 임신 전 예방 단계를 강화하기 위한 핵심 구성요소로 ① 건강문해 및 계획 임신 관련 교육, ② 가임기 건강검진 및 상담 패키지, ③ 약물·환경노출 사전 상담, ④ 커플 및 가족 참여형 프로그램의 네 가지 구성으로 설계함. 각 구성요소는 경기도의 보건소, 의료기관, 가족센터, 청년센터 등 기존 행정 인프라와 연계하여 운영 가능함

가) 건강문해 및 임신 관련 교육

- 추진 목적
 - 가임기 여성이 자신의 건강 상태와 임신 관련 위험요인을 올바르게 이해하고, ‘준비된 임신(Planned Pregnancy)’을 실천할 수 있도록 교육 기반을 마련하는 데 목적이 있음
- 주요 내용
 - 계획된 임신의 개념, 고령·고위험 임신 리스크
 - 약물·환경 노출에 대한 기초 정보 및 사전 예방
 - 만성질환(당뇨, 고혈압, 갑상선 문제 등)이 태아 건강에 미치는 영향
 - 감정·정신건강(스트레스, 수면장애, 우울 등 위험요인) 관리

○ 제공 방식

- 모바일 기반 온라인 교육 콘텐츠
- 보건소, 가족센터, 청년센터, 직장 내 집합교육

나) 가임기 건강검진 및 상담 패키지

○ 추진 목적

- 임신 전 단계에서 건강위험요인을 조기에 발견하고 관리하여, 고위험 임신과 불필요한 의료비 증가를 예방하기 위함

○ 주요 내용(검진 항목)

- 기본 신체검사
- 생활습관 평가
- 정신건강 선별검사
- 복용 중 약물 점검
- 감염 및 예방접종 현황 확인

○ 운영 구조

- 모든 검진 결과와 상담 기록은 시·군 보건소 및 경기도 전주기 플랫폼 등에 연동하여 이후 임신 및 출산 단계까지 지속적으로 관리할 수 있도록 함

○ 기대 효과

- 임신 전 단계에서 만성질환 및 정신건강 문제를 조기 발견하여 임신 중 합병증 감소
- 고령 및 고위험 임신 증가 추세에 대응하는 선제적 관리 가능

- “사전 예방 → 비용 절감 → 건강 결과 개선”의 구조 구축에 기여

다) 약물·환경 노출 사전 상담 프로그램

○ 추진 목적

- 임신 전·초기 노출이 태아 건강에 큰 영향을 미침에도 기존 정책에서는 해당 단계가 비어 있음. 따라서, 임신 준비 단계에서 약물·환경 노출 위험을 상담·교육하여 불안과 오정보를 줄이고 안전한 임신을 준비하도록 지원함

○ 주요 내용

- 감기약, 항생제, 항우울제 등 약물 복용 관련 상담
- 자가 처방약 점검
- 환경호르몬, 미세먼지, 방사선·조영제, 감염 노출 상담
- 직업 노출(화학물질, 야간근무 등)에 대한 위험 안내

○ 운영 구조

- 경기도 “태아안전센터”(가칭)를 중심으로 운영하며, 약물 관련 전문 상담팀과 연계하여 상담을 제공함
- 전화 상담, 온라인 상담, 화상 상담 등 다양한 채널 제공

라) 커플 및 가족 참여형 프로그램

○ 추진 목적

- 태아·신생아 건강은 임신 여성만의 문제가 아니라 가족·특히 남성의 참여에 따라 건강결과가 크게 달라질 수 있음. 따라서, 가족 단위의 건강역량 강화를 목표로 프로그램을 구성함

○ 주요 내용

- 예비부부 교육(계획 임신, 양육 분담 등)

- 임신 전 남성 건강교육(흡연·음주·약물·직업 노출이 태아에 미치는 영향)
- 임신·출산·산후 단계에서 부부 공동 의사결정 교육
- 임신·출산 후 산후우울 위험군 모니터링 및 가족 돌봄 지지 강화

○ 제공 방식

- 오프라인 프로그램
- 야간·주말 참여율을 높이기 위해 온라인 수업 병행

제5장 결론 및 종합제언



1. 주요 연구 결과
2. 태아·신생아 건강보장을 위한 전주기 모성 건강관리 전환 과제
3. 모성 전주기 건강관리를 중심으로 한 태아·신생아 건강보장 정책 제언



제5장 결론 및 종합제언

1. 주요 연구 결과

- 본 연구는 출산 환경 변화에 따른 태아·신생아 건강 위험 증가라는 문제의식을 바탕으로, 국내 모성 건강위험 지표 분석, 국내 모자보건 정책 및 사업의 구조적 진단, 국외 사례 분석, 전문가 인터뷰를 종합하여 모성 전주기 건강관리를 중심으로 한 태아·신생아 건강보장 정책의 방향을 모색하였음
- 첫째, 국내 출산 환경은 출산 연령 상승, 난임 증가, 고위험 임신 확대라는 구조적 변화를 겪고 있으며, 이는 단순한 출산율 저하 문제를 넘어 출생아 건강의 질적 위험 증가로 이어지고 있음이 확인되었음
 - 저체중아·미숙아 출생 비중 증가, 임신성 고혈압·당뇨 등 임신 합병증 증가, 출산 이후 산모 정신건강 문제 확대 등은 임신 시점 이전부터 누적된 건강 위험요인이 출산 결과에 영향을 미치고 있음을 시사함
- 둘째, 국내 모자보건 정책 및 사업은 임신·출산 과정의 특정 시점에 대한 지원은 비교적 충실하나, 임신 이전과 출산 이후를 포함하는 연속적 관리 체계로는 충분히 작동하지 못하고 있는 것으로 분석되었음
 - 임신 사전건강관리, 난임·임산부 심리상담, 생애초기 건강관리, 산모·신생아 건강관리 지원사업 등은 각각 독립적으로 운영되며, 대상자 관리의 연속성이나 사업 간 연계·조정 기능은 제한적인 상황임
 - 특히 출산 이후 시점에서 모성 건강관리가 급격히 약화되는 구조적 공백이 확인되었음
- 셋째, 국외 사례 분석 결과, 태아·신생아 건강을 효과적으로 보장하기 위해 임신

시점의 의료 개입에 국한하지 않고, 임신 이전 건강관리와 출산 이후 모성 건강 관리를 포함하는 전주기적 접근이 중요하게 다루어지고 있음을 확인하였음

- 일부 국가는 임신 전 상담과 교육을 통해 위험요인을 사전에 관리하고, 출산 이후에도 일정 기간 모성 건강을 지속적으로 모니터링하는 체계를 통해 출생아 건강의 질을 제고하고 있음
- 이는 국내 정책 공백을 보완할 수 있는 중요한 시사점을 제공함

○ 넷째, 전문가 인터뷰 결과는 앞서 확인한 분석 결과를 현장 관점에서 보완·확인하는 역할을 하였음

- 전문가들은 태아·신생아 건강 위험이 임신 기간 중에만 형성되는 것이 아니며, 임신 이전 건강 상태와 출산 이후 모성 회복 과정까지 포함한 연속적 관리가 필요하다는 점에 공통적으로 동의하였음
- 동시에 모든 가임기 여성을 포괄하는 전주기 관리보다는, 정책적 실현 가능성을 고려한 범위 설정과 단계적 접근의 필요성을 제기하였음

2. 태아·신생아 건강보장을 위한 전주기 모성 건강관리 전환 과제

○ 본 연구 결과를 종합할 때, 태아·신생아 건강보장을 강화하기 위해서는 기존 정책의 단순 확대보다는 관리 관점과 정책 구조의 전환이 요구됨

○ 첫째, 태아·신생아 건강보장을 임신 시점의 문제로 한정하는 접근에서 벗어나, 임신 이전부터 출산 이후까지 이어지는 건강관리 흐름으로 정책 관점을 전환할 필요가 있음

- 이는 관리 기간의 단순한 연장이 아니라, 위험요인을 조기에 발견·예방하는 구조로 정책의 초점을 이동하는 것을 의미함

- 둘째, 전주기 건강관리 개념은 정책적 실현 가능성을 고려하여 재정의될 필요가 있음
 - 모든 가임기 여성을 대상으로 하는 포괄적 전주기 관리보다는, 임신을 계획·준비·유지·회복하는 과정에 초점을 둔 ‘임신 전주기 건강관리’ 개념이 보다 현실적인 대안으로 도출되었음

- 셋째, 개별 사업 단위로 운영되는 현행 구조에서는 관리 연속성을 확보하기 어렵기 때문에, 사업 간 연결·조정 기능을 강화하는 구조적 전환이 필요함
 - 신규 사업을 추가하기보다 기존 사업을 하나의 관리 흐름으로 재구성하는 방식이 정책 효율성 측면에서 바람직함
 - 무엇보다 사업의 구조적 전환과 더불어, 개별적으로 추진되고 있는 정책 및 사업을 통합·연계하여 체계적으로 관리·조정할 수 있는 컨트롤 타워의 구축이 필요함
 - 이때 컨트롤 타워는 광역 차원에서 모자보건 정책과 사업 전반에 대한 이해를 바탕으로, 행정적 조정과 관리 기능을 수행할 수 있는 주체가 맡는 것이 바람직함

- 넷째, 출산 이후 모성 건강관리의 사각지대를 해소하는 것이 태아·신생아 건강보장을 위한 핵심 과제로 도출되었음
 - 출산 이후 일정 기간을 관리 종료 시점이 아닌 위험 지속 기간으로 인식하고, 모성의 신체적·정신적 회복을 포함하는 관리 체계를 마련할 필요가 있음

3. 모성 전주기 건강관리를 중심으로 한 태아·신생아 건강보장 정책 제언

- 이상의 분석을 바탕으로, 경기도에 적용 가능한 정책 방향을 다음과 같이 제언함
- 첫째, ‘경기도형 임신 전주기 건강관리’ 정책 프레임 도입을 검토할 필요가 있음
 - 관련된 신규 사업을 신설하기보다는, 임신 사전건강관리 지원사업, 난임·임산부 심리상담센터, 생애초기 건강관리 사업, 산모·신생아 건강관리 지원사업, 공공산후 조리원 등 기존 사업을 하나의 연속적 관리 체계로 재구성하는 접근임
 - 이 때 임신 전 예방관리와 출산 이후 건강관리에 관한 공백을 최소화할 수 있는 추가적인 장치를 함께 고려해야 함
- 둘째, 병원 중심 관리의 한계를 보완하기 위해 병원 전·후 단계에서 작동하는 공공 기반 관리 역할을 강화할 필요가 있음
 - 보건소 및 공공보건 인력을 중심으로 예방, 교육, 연계 기능을 강화함으로써 임신 이전과 출산 이후 관리 공백을 최소화할 수 있음
- 셋째, 출산 이후 최소 1년 이상을 포함하는 모성 건강관리 기간 설정을 검토할 필요가 있음
 - 기존과 같은 신생아 중심 서비스 구조에서 벗어나, 모성과 신생아를 함께 고려하는 관리 체계로의 전환을 의미하며, 기존 생애초기 건강관리 사업과의 연계를 통해 실현 가능성을 높일 수 있음
- 넷째, 경기도는 직접적인 서비스 제공 주체가 되기보다는, 전주기 건강관리 정책의 표준 모델을 설계·조정하고 시군을 지원하는 광역 단위 컨트롤타워 역할을 수행하는 것이 적절함

- 광역 차원에서는 표준화된 정책 방향과 운영 틀을 제시하고, 시군은 지역 특성에 맞게 이를 적용·운영하는 구조가 정책의 지속성과 확장성 측면에서 유리함
 - 해당 컨트롤타워는 개별 사업을 직접 수행하기보다는, 정책 간 연계, 역할 분담 조정, 표준 모델 설계, 성과 관리 등을 담당하는 광역 차원의 정책 조정·관리 기능에 집중할 필요가 있음
- 종합하면, 본 연구는 태아·신생아 건강보장을 위해 기존 모자보건 정책의 범위를 확장하기보다는, 정책 구조와 관리 관점을 전환하는 것이 핵심임을 보여줌
- 이러한 접근은 경기도가 중장기적으로 출생아 건강의 질을 제고하고, 변화하는 출산 환경에 선제적으로 대응하는 정책 기반을 마련하는 데 중요한 시사점을 제공함

부록



1. 전문가 인터뷰 설문지



부록

1. 전문가 인터뷰 질문지

부록 표 1 인터뷰 내용 - 공통 질문(1) : 모성 건강관리에 대한 전반적인 사항

구성	조사 내용
인터뷰 개요 및 참여자 소개	<ul style="list-style-type: none"> • 질문자(interviewer) 소개 • 연구 내용 소개 • 녹취 고지 및 승인 • 답변자(interviewee) 소개
국내 모성·태아 건강관리 정책의 현황 인식	<ul style="list-style-type: none"> • 우리나라 모아 건강관리에 관한 정책이나 사업에 대해서 어떻게 생각하십니까? • 우리나라에서는 모성의 전주기 건강관리가 이루어지고 있다고 생각하십니까?
모성 전주기 건강관리의 필요성과 핵심 요소	<ul style="list-style-type: none"> • 현재 문제점을 해결할 수 있는 방법으로 모성 전주기 건강관리가 필요하다고 생각하십니까? • 필요성을 5점 만점으로 평가 : 1(전혀 필요 없음)→5(매우 필요함) • 얼마나 중요하다고 생각하십니까? • 중요성을 5점 만점으로 평가 : 1(전혀 안 중요함)→5(매우 중요함) • 그렇다면 모성 전주기 건강관리를 위한 핵심 요소는 무엇입니까?
여성·가족이 지원받아야 할 주요 건강 문제	<ul style="list-style-type: none"> • 현재 모성 전주기 건강관리를 위해 여성(혹은 그 가족)이 지원 또는 상담받아야 할 가장 중요한 건강 문제는 무엇이라고 생각하십니까?
전문가의 역할과 관련 활동	<ul style="list-style-type: none"> • 답변자의 모성 전+주기 건강관리와 관련한 활동이 있다면, 어떤 것이 있을까요? • 특히 핵심적인 역할이라고 생각하는 부분은 무엇입니까?
국제 동향과 비교 및 인식	<ul style="list-style-type: none"> • 국제기구(WHO, OECD)에서 모성 건강관리를 위해 하고 있는 노력에 대해서 알고 계십니까? 모성 건강관리를 위한 국제적인 노력과 세계적인 경향에 대해 어떻게 생각하시는지 우리나라의 상황과 비교해서 말씀해 주십시오.

※ 질문지는 인터뷰 대상 그룹에 맞도록 항목 및 내용을 개별적으로 구성하여 조사함

부록 표 2 인터뷰 내용 - 공통 질문(2) : 사업, 정책으로의 연계성 및 실현 가능성

구성	조사 내용
전주기 관리체계의 사업·정책화 필요성 및 형태	<ul style="list-style-type: none"> • 모성 전주기 건강관리를 위한 사업화, 정책화의 필요성에 대해 어떻게 생각하십니까? 필요하다면 그 이유는 무엇입니까? • 어떤 형태의 사업화, 정책화가 가능할 것으로 기대하십니까? (예, 보건사업 등)
기존 모자보건사업과의 관계 설정	<ul style="list-style-type: none"> • 광역지자체 차원에서 모성 전주기 건강관리 사업을 보건사업으로 추진한다면, 기존의 모자보건사업과의 관계를 어떻게 재설정해야 할까요?
시급한 개선 과제 및 정책적 공백	<ul style="list-style-type: none"> • 모아 건강보장을 위해, 현 제도나 사업에서 가장 시급하게 개선해야 할 정책적 과제는 무엇이라고 보십니까? • 모성의 전주기 건강관리 측면에서 정책적으로 놓치고 있는 핵심 공백은 무엇이라고 생각하십니까? • 그리고 정부가 우선적으로 도입하거나 강화해야 할 정책적 조치가 있다면 무엇이라고 생각하십니까?
지자체 사업 추진 시 예상되는 한계와 난관	<ul style="list-style-type: none"> • 광역지자체가 해당 사업을 자체 보건사업으로 확대 추진할 경우, 실제 현장에서 예상되는 가장 큰 구조적 한계 또는 현실적 난관은 무엇이라고 보십니까?
효과적 정책 수립·실행을 위한 조건	<ul style="list-style-type: none"> • 우리나라 모아 건강관리 및 보장 측면에서 모성 전주기 건강관리 사업이나 정책을 성공적으로 수립, 실행하기 위해 반드시 필요한 부분은 무엇이라고 생각하십니까?
경기도 중심 적용 시 보완·조정 사항	<ul style="list-style-type: none"> • 경기도에서 귀 기관의 모델을 공공 보건사업으로 채택한다면, 현실적으로 적용 가능한 부분, 보완이나 조정이 필요한 부분은 무엇일까요?

※ 질문지는 인터뷰 대상 그룹에 맞도록 항목 및 내용을 개별적으로 구성하여 조사함

부록 표 3 인터뷰 내용 - 기관 및 전문가별 맞춤형 질문 : A, B 버전

구성	조사 내용
전주기 관리체계의 사업·정책화 필요성 및 형태	<ul style="list-style-type: none"> • 모성 전주기 건강관리를 위한 사업화, 정책화의 필요성에 대해 어떻게 생각하십니까? 필요하다면 그 이유는 무엇입니까? • 어떤 형태의 사업화, 정책화가 가능할 것으로 기대하십니까? (예, 보건사업 등)
기존 모자보건사업과의 관계 설정	<ul style="list-style-type: none"> • 광역지자체 차원에서 모성 전주기 건강관리 사업을 보건사업으로 추진한다면, 기존의 모자보건사업과의 관계를 어떻게 재설정해야 할까요?
시급한 개선 과제 및 정책적 공백	<ul style="list-style-type: none"> • 모아 건강보장을 위해, 현 제도나 사업에서 가장 시급하게 개선해야 할 정책적 과제는 무엇이라고 보십니까? • 모성의 전주기 건강관리 측면에서 정책적으로 놓치고 있는 핵심 공백은 무엇이라고 생각하십니까? • 그리고 정부가 우선적으로 도입하거나 강화해야 할 정책적 조치가 있다면 무엇이라고 생각하십니까?
지자체 사업 추진 시 예상되는 한계와 난관	<ul style="list-style-type: none"> • 광역지자체가 해당 사업을 자체 보건사업으로 확대 추진할 경우, 실제 현장에서 예상되는 가장 큰 구조적 한계 또는 현실적 난관은 무엇이라고 보십니까?
효과적 정책 수립·실행을 위한 조건	<ul style="list-style-type: none"> • 우리나라 모아 건강관리 및 보장 측면에서 모성 전주기 건강관리 사업이나 정책을 성공적으로 수립, 실행하기 위해 반드시 필요한 부분은 무엇이라고 생각하십니까?
경기도 중심 적용 시 보완·조정 사항	<ul style="list-style-type: none"> • 경기도에서 귀 기관의 모델을 공공 보건사업으로 채택한다면, 현실적으로 적용 가능한 부분, 보완이나 조정이 필요한 부분은 무엇일까요?

※ 질문지는 인터뷰 대상 그룹에 맞도록 항목 및 내용을 개별적으로 구성하여 조사함

부록 표 4 인터뷰 내용 - 기관 및 전문가별 맞춤형 질문 : C 버전

구성	조사 내용
전주기 관리체계의 사업·정책화 필요성 및 형태	<ul style="list-style-type: none"> • 모성 전주기 건강관리를 위한 사업화, 정책화의 필요성에 대해 어떻게 생각하십니까? 필요하다면 그 이유는 무엇입니까? • 어떤 형태의 사업화, 정책화가 가능할 것으로 기대하십니까? (예, 보건사업 등)
기존 모자보건사업과의 관계 설정	<ul style="list-style-type: none"> • 광역지자체 차원에서 모성 전주기 건강관리 사업을 보건사업으로 추진한다면, 기존의 모자보건사업과의 관계를 어떻게 재설정해야 할까요?
시급한 개선 과제 및 정책적 공백	<ul style="list-style-type: none"> • 모아 건강보장을 위해, 현 제도나 사업에서 가장 시급하게 개선해야 할 정책적 과제는 무엇이라고 보십니까? • 모성의 전주기 건강관리 측면에서 정책적으로 놓치고 있는 핵심 공백은 무엇이라고 생각하십니까? • 그리고 정부가 우선적으로 도입하거나 강화해야 할 정책적 조치가 있다면 무엇이라고 생각하십니까?
지자체 사업 추진 시 예상되는 한계와 난관	<ul style="list-style-type: none"> • 광역지자체가 해당 사업을 자체 보건사업으로 확대 추진할 경우, 실제 현장에서 예상되는 가장 큰 구조적 한계 또는 현실적 난관은 무엇이라고 보십니까?
효과적 정책 수립·실행을 위한 조건	<ul style="list-style-type: none"> • 우리나라 모아 건강관리 및 보장 측면에서 모성 전주기 건강관리 사업이나 정책을 성공적으로 수립, 실행하기 위해 반드시 필요한 부분은 무엇이라고 생각하십니까?
경기도 중심 적용 시 보완·조정 사항	<ul style="list-style-type: none"> • 경기도에서 귀 기관의 모델을 공공 보건사업으로 채택한다면, 현실적으로 적용 가능한 부분, 보완이나 조정이 필요한 부분은 무엇일까요?

※ 질문지는 인터뷰 대상 그룹에 맞도록 항목 및 내용을 개별적으로 구성하여 조사함

부록 표 5 인터뷰 내용 - 기관 및 전문가별 맞춤형 질문 : D 버전

구성	조사 내용
전주기 관리체계의 사업·정책화 필요성 및 형태	<ul style="list-style-type: none"> • 모성 전주기 건강관리를 위한 사업화, 정책화의 필요성에 대해 어떻게 생각하십니까? 필요하다면 그 이유는 무엇입니까? • 어떤 형태의 사업화, 정책화가 가능할 것으로 기대하십니까? (예, 보건사업 등)
기존 모자보건사업과의 관계 설정	<ul style="list-style-type: none"> • 광역지자체 차원에서 모성 전주기 건강관리 사업을 보건사업으로 추진한다면, 기존의 모자보건사업과의 관계를 어떻게 재설정해야 할까요?
시급한 개선 과제 및 정책적 공백	<ul style="list-style-type: none"> • 모아 건강보장을 위해, 현 제도나 사업에서 가장 시급하게 개선해야 할 정책적 과제는 무엇이라고 보십니까? • 모성의 전주기 건강관리 측면에서 정책적으로 놓치고 있는 핵심 공백은 무엇이라고 생각하십니까? • 그리고 정부가 우선적으로 도입하거나 강화해야 할 정책적 조치가 있다면 무엇이라고 생각하십니까?
지자체 사업 추진 시 예상되는 한계와 난관	<ul style="list-style-type: none"> • 광역지자체가 해당 사업을 자체 보건사업으로 확대 추진할 경우, 실제 현장에서 예상되는 가장 큰 구조적 한계 또는 현실적 난관은 무엇이라고 보십니까?
효과적 정책 수립·실행을 위한 조건	<ul style="list-style-type: none"> • 우리나라 모아 건강관리 및 보장 측면에서 모성 전주기 건강관리 사업이나 정책을 성공적으로 수립, 실행하기 위해 반드시 필요한 부분은 무엇이라고 생각하십니까?
경기도 중심 적용 시 보완·조정 사항	<ul style="list-style-type: none"> • 경기도에서 귀 기관의 모델을 공공 보건사업으로 채택한다면, 현실적으로 적용 가능한 부분, 보완이나 조정이 필요한 부분은 무엇일까요?

※ 질문지는 인터뷰 대상 그룹에 맞도록 항목 및 내용을 개별적으로 구성하여 조사함

부록 표 6 인터뷰 내용 - 기관 및 전문가별 맞춤형 질문 : E 버전

구성	조사 내용
전주기 관리체계의 사업·정책화 필요성 및 형태	<ul style="list-style-type: none"> • 모성 전주기 건강관리를 위한 사업화, 정책화의 필요성에 대해 어떻게 생각하십니까? 필요하다면 그 이유는 무엇입니까? • 어떤 형태의 사업화, 정책화가 가능할 것으로 기대하십니까? (예, 보건사업 등)
기존 모자보건사업과의 관계 설정	<ul style="list-style-type: none"> • 광역지자체 차원에서 모성 전주기 건강관리 사업을 보건사업으로 추진한다면, 기존의 모자보건사업과의 관계를 어떻게 재설정해야 할까요?
시급한 개선 과제 및 정책적 공백	<ul style="list-style-type: none"> • 모아 건강보장을 위해, 현 제도나 사업에서 가장 시급하게 개선해야 할 정책적 과제는 무엇이라고 보십니까? • 모성의 전주기 건강관리 측면에서 정책적으로 놓치고 있는 핵심 공백은 무엇이라고 생각하십니까? • 그리고 정부가 우선적으로 도입하거나 강화해야 할 정책적 조치가 있다면 무엇이라고 생각하십니까?
지자체 사업 추진 시 예상되는 한계와 난관	<ul style="list-style-type: none"> • 광역지자체가 해당 사업을 자체 보건사업으로 확대 추진할 경우, 실제 현장에서 예상되는 가장 큰 구조적 한계 또는 현실적 난관은 무엇이라고 보십니까?
효과적 정책 수립·실행을 위한 조건	<ul style="list-style-type: none"> • 우리나라 모아 건강관리 및 보장 측면에서 모성 전주기 건강관리 사업이나 정책을 성공적으로 수립, 실행하기 위해 반드시 필요한 부분은 무엇이라고 생각하십니까?
경기도 중심 적용 시 보완·조정 사항	<ul style="list-style-type: none"> • 경기도에서 귀 기관의 모델을 공공 보건사업으로 채택한다면, 현실적으로 적용 가능한 부분, 보완이나 조정이 필요한 부분은 무엇일까요?

※ 질문지는 인터뷰 대상 그룹에 맞도록 항목 및 내용을 개별적으로 구성하여 조사함

참고문헌

- Children and Families Agency (Japan). Maternal and Child Health Handbook (母子健康手帳) [Internet]. Tokyo: The Agency; 2024 Mar 1 [cited 2025 Dec 15]. 1 p. Available from: https://mchbook.cfa.go.jp/pdf/R5_KO_240301.pdf
- Correa-de-Araujo R, Yoon SSS. Clinical outcomes in high-risk pregnancies due to advanced maternal age. *J Womens Health (Larchmt)* 2020;30(2):160-167. doi: 10.1089/jwh.2020.8860.
- Dorney E, Black KI. Preconception care. *Aust J Gen Pract.* 2018 Jul;47(7):424-429.
- For more than 100 years, Finnish ‘NEUVOLA’ Clinics have given families a healthy start; [updated 2020 Aug; cited 2025 Dec 15]. Available from: <https://finland.fi/life-society/for-more-than-100-years-finnish-neuvola-clinics-have-given-families-a-healthy-start/>.
- Fowler JR, Jenkins SM, Jack BW. Preconception counseling. [Updated 2023 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441880/>.
- Imoto N, Hayashi M. From handbooks to platforms: Japan’s maternal and child health services in the digital era. *J Glob Health.* 2025;15:03028.
- Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to improve preconception health and health care—United States: a report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep.* 2006 Apr 21;55(RR-6):1-23.
- Lenie S, Sillis L, Allegaert K, Bogaerts A, Smits A, Calsteren K et al., Alcohol, Tobacco and Illicit drug use during pregnancy in the longitudinal BELpREG cohort in Belgium between 2022 and 2024. *J Clin Med* 2025;14(2):613. doi: <https://doi.org/10.3390/jcm14020613>.
- Maternal and Child Health Handbook Information Support Site [Internet]. Tokyo: Children and Families Agency (Japan); [date unknown]. Maternal and Child Health Handbook (母子健康手帳); [cited 2025 Dec 15]. Available from:

<https://mchbook.cfa.go.jp/>

National Aboriginal Community Controlled Health Organisation; Royal Australian College of General Practitioners. National guide to preventive healthcare for Aboriginal and Torres Strait Islander people: recommendations. 4th ed. East Melbourne (VIC): RACGP; 2024.

Planning for Pregnancy. [Internet]. US Centers for Disease Control and Prevention; 2025 May 8. [cited 2025 Dec 10]. Available from: <https://www.cdc.gov/pregnancy/about/index.html>

Poix S, Elmusharaf K. Investigating the pathways from preconception care to preventing maternal, perinatal and child mortality: A scoping review and causal loop diagram. *Prev Med Rep* 2023;34:102274. doi: 10.1016/j.pmedr.2023.102274.

Robbins CL, Gavin L, Carter MW, Moskosky SB. The Link Between Reproductive Life Plan Assessment And Provision of Preconception Care At Publicly Funded Health Centers. *Perspect Sex Reprod Health*. 2017 Sep;49(3):167–172. doi: 10.1363/psrh.12030. Epub 2017 May 5. PMID: 28475825; PMCID: PMC5603190.

Shimomura M, Morita Y, Hirai Y. Neuvola evaluation research from service design perspective. *Bull Jpn Soc Sci Des*. 2018;65(3):3_15–3_22.

The Office of Women’s Health(OWH). Preconception health : why preconception health matters [Internet]. Rockville(MD):U.S. Department of Health and Human Services; 2025 [cited 2026 Jan 07]. Available from: <https://womenshealth.gov/pregnancy/you-get-pregnant/preconception-health>.

This is FINLAND [Internet]. Helsinki: Ministry for Foreign Affairs of Finland; [date unknown].

Tydén T, Verbiest S, Van Achterberg T, Larsson M, Stern J. Using the Reproductive Life Plan in contraceptive counselling. *Ups J Med Sci*. 2016 Nov;121(4):299–303. doi: 10.1080/03009734.2016.1210267. Epub 2016 Sep 20. PMID: 27646817; PMCID: PMC5098497.

Withanage NN, James S, Botfield JR, Black KI, Wong J, Mazza D. Optimising the use of general practice medical records to support preconception care: a qualitative study. *Aust J Gen Pract*. 2024 Jun;53(6):337–344.

World Health Organization. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Geneva:World Health Organization;2013. p.6.

WRiFOM (Women Writers Forum) [Internet]. Dar es Salaam (Tanzania): WRiFOM; [date unknown]. Neuvola: Nurturing Futures, One Family at a Time; 2024 Jan 26 [cited 2025 Dec 13]. Available from: <https://www.wrifom.or.tz/en/news-events/neuvola-nurturing-futures-one-family-time>

Xu J, Xu Z, Liu J, Sun X, Guo S, Zhang J, et al. Nationwide-free preconception care strategy: Experience from China. Front Public Health. 2022 Oct 19;10:934983

건강보험심사평가원. 난임시술 통계 보고서 : 통계로 보는 난임시술(2022년 진료분). 원주: 건강보험심사평가원; 2025.

경기도청 홈페이지[Internet]. 분야별 정보 > 식품·건강·의료 > 건강증진 > 임신·출산 지원(총괄) : 산모신생아 건강관리 지원. [cited 2025 Dec 01]. Available from: <https://www.gg.go.kr/>

국가데이터처: 월.분기.연간 인구동향(출생,사망,혼인,이혼) [Internet]. 대전: 국가데이터처; 2025 [accessed on 2026 Jan 06]. Available from: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B8000G&conn_path=I2.

국가데이터처. 인구동향조사 [Internet]. 대전: 통계청. 2024 [cited 2025 Dec 16] Available from: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B81A23&conn_path=I2.

국가데이터처. 2024년 출생 통계. 대전: 국가데이터처; 2025.

국가데이터처. 2024년 혼인이혼 통계. 대전: 국가데이터처; 2025.

국립중앙의료원. [보도자료] 국립중앙의료원, 한국 마더세이프 전문상담센터 개소. 2019 Apr 17.

국립중앙의료원 정책통계지원센터. 2023 지역별 공공보건의료 통계. 세종: 보건복지부;2025.

국립중앙의료원. 국가중앙센터 [Internet]. 서울: 국립중앙의료원; 2025 [cited 2025 Nov 26]. Available from: https://www.nmc.or.kr/nmc/contents/nmc22762276_activities.

- 김길원. [김길원의 헬스노트] '임신상담 18만명' 마더세이프센터 정부지원 중단 논란(종합). 연합뉴스[Internet]. 2024 Jan 22 [cited 2025 Dec 15]. Available from: <https://www.yna.co.kr/view/AKR20240122127351530>.
- 김장래 등. 난임·우울증상담센터 대상자 특성에 근거한 서비스 체계 고찰 및 개선방안 - 임신부 및 양육모 중심으로. 한국모자보건학회지 2022;26(3):146-163.
- 난임·우울증 상담센터. 2024년 난임·우울증상담센터 사업 지침. 세종: 보건복지부; 2024.
- 남수현. 난임시술 2년새 30% 늘었는데... 난임심리센터는 8개 시·도에만. 중앙일보[Internet]. 2025 Sep 18 [cited 2025 Dec 11]. Available from: <https://www.joongang.co.kr/article/25367930>. 2025.9.18.
- 대한민국 정책브리핑, “저출산고령사회위원회, 난임·임산부 심리지원 확대...전국 확산 추진”. 2024 Feb 17. Available from: <https://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=156674659>
- 박문일. 우리나라의 저출산 환경에서 임신 전 관리의 중요성. 대한의학회지 2011;54(8):796-798.
- 보건복지부. [보도자료] 산모·아기 건강, 생애초기부터 맞춤형으로 관리한다. 2021 Apr 01.
- 보건복지부. [보도자료] 약물복용으로 걱정하는 임신부, 언제든지 전화주세요. 2010 Apr 21.
- 보건복지부. 전국 산후조리원 현황(2025.6월 기준) [Internet]. 세종: 보건복지부; 2025 [cited 2025 Dec 5]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10412000000&bid=0020&act=view&list_no=1487662&tag=&nPage=1
- 보건복지부. 2025 모자보건 사업안내. 세종: 보건복지부; 2025. III. 임신 사전건강관리 지원사업.
- 보건복지부. 2025 모자보건 사업안내. 세종: 보건복지부; 2025. P.40.
- 보건복지부. 2025 모자보건 사업안내. 세종: 보건복지부; 2025. p.44.
- 보건복지부. 2025년 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내. 세종: 보건복지부; 2025.
- 서울시 임신·출산 정보센터. 생애초기 건강관리사업 [Internet], 서울: 서울시 임신·출산 정보센터; 2025 [cited 2025 Nov 25], Available from: <https://seoul-agi.seoul.go.kr/birth-health-care>

안명옥. 여성의 평생건강과 모자보건 - 생애주기적 관점. 한국모자보건학회지 2014;18(1):1-12.

육아정책연구소. 산모·신생아 건강관리 지원사업 개선 및 활성화 방안: 서비스 인력 관리를 중심으로. 서울: 육아정책연구소: 2022

육아정책연구소. 산모 및 신생아 건강 지원 서비스 개선 방안 연구. 서울: 육아정책연구소: 2020

육아정책연구소. 2024년 산후조리 실태조사. 세종: 보건복지부. 2024.

이나경, 김기태, 이지혜, 최은희. [임신 전 건강관리 지원에 대한 국제 동향과 함의: 중국과 일본 사례를 중심으로]. 국제사회보장리뷰. 2024 9월;(가을호):102-114.

이보현, 수요 높은 경기도 공공산후조리원, 예산난에 운영 '빨간불', 중부일보[Internet]. 2025 Aug 27, [cited 2025 Dec 2]. Available from: <https://www.joongboo.com/news/articleView.html?idxno=363701718>

이영선, 권정혜. 난임 상담 서비스 체계 구축을 위한 난임 상담 실태 및 요구도 조사. 한국모자보건학회지 2020;24(1):52-63.

이에스더, '2주 4,020만원' 천차만별 산후조리비, 최고-최저 33.5배 차이, 네이트뉴스[Internet]. 2025 Oct 10, [cited 2025 Dec 1]. Available from: <https://news.nate.com/view/20251010n08883>

이유주. 공공산후조리원 4.5% 불과... 기초지자체 10곳 중 4곳은 산후조리원 자체가 없어, 베이비뉴스[Internet]. 2025 Oct 1, [cited 2025 Dec 1] Available from: <https://v.daum.net/v/20251001092512399>

(사)임산부약물정보센터·마더세이프. 마더세이프 프로그램은? [Internet]. (사)임산부약물정보센터·마더세이프;2025. [cited 2026 Jan 11]. Available from: <https://mothersafe.co.kr/27>.

저출산고령화위원회. [보도자료] 저출산고령사회위원회, 난임·임산부 심리지원 확대 ... 전국 확산 추진. 2025 Feb 17.

전라북도 특별자치도, 전북특별자치도, 공공산후조리원 건립 '순항', 2024 Jul 18. Available from: https://www.jeonbuk.go.kr/newsroom/board/view.jeonbuk?boardId=BBS_0000090&menuCd=DOM_000001101000000000&orderBy=REGISTER_DATE:DESC&paging=ok&startPage=211&dataSid=565711

- 정광성. 계획 임신, 산모·신생아 건강 지킨다. 의학신문 [Internet] 2023 Oct 17. Available: <http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2206989>
- 중앙 난임·임산부 심리상담센터. 난임·임산부심리상담센터 상담 서비스 실적(2024.12.31. 기준). 2025.
- 중앙 난임·우울증 상담센터. 상담예약 : 이용안내[Internet]. 서울: 중앙 난임·우울증 상담센터; 2025 [cited 2025 Nov 24] Available from: <https://22762276.nmc.or.kr/nmc22762276/main/contents.do?menuNo=1600031>.
- 지표누리 e-나라지표: 영아/모성 사망 [Internet]. 대전: 국가데이터처; 2025 [accessed on Jan. 06. 2026.]. Available from: https://www.index.go.kr/unity/potal/main/EachDtIPageDetail.do?idx_cd=2769.
- 최인규. 경기지역 공공산후조리원 인력 수급 '밑 빠진 독', 인천일보[Internet]. 2023 Jan 24, [cited 2025 Dec 1]. Available from: <https://www.incheonilbo.com/news/articleView.html?idxno=1179404>
- 최은진 등. 난임·우울증상담센터 대상자 특성에 근거한 서비스 체계 고찰 및 개선 방안. 한국모자보건학회지 2020;24(4):181-190.3
- 한국건강증진개발원. 생애초기 건강관리 사업안내. 세종: 보건복지부; 2025.
- 한국건강증진개발원, 생애초기 건강관리사업, [cited 2025 Dec 4] Available from: https://www.khepi.or.kr/board;jsessionid=hVw5hCaMoVccFViE8OG2RIQwgQbycW8bxD4wsnZDKXUi0F0ct4MTxC5Eux3PmUUu.khealth-was_servlet_khealth2018?menuId=MENU01688&siteId=null-
- 한국보건사회연구원. 임신·출산 지원 정책 모니터링 및 과제. 세종: 한국보건사회연구원; 2022
- 한정열, 안현경, 최준식, 염계정, 이소영, 김윤하 등. 한국마더세이프전문상담센터 10주년: 운영의 성과와 향후 전망. 2019;23(4):209-219. doi: <https://doi.org/10.21896/jksmch.2019.23.4.209>.

2025-R12

태아·신생아 건강보장을 위한 프로그램 및 정책: 모성 전주기 건강관리를 중심으로

인 쇄: 2025년 12월 31일 초판 발행

발행인: 이희영

발행처: 경기도공공보건의료지원단

경기도 성남시 분당구 돌마로 172 분당서울대학교병원 헬스케어혁신파크 7층

Tel. 031-738-0280

Homepage: www.ggpi.or.kr
