

우생학, 낙태, 모성권, 자기결정권

-장애여성 재생산권 논의를 시작하며

사회	이진희(장애여성공감 사무국장)
발제	<p>1. 우생학 비판과 탈병리화에서 시작하기</p> <p style="text-align: center;">나영정(장애여성공감 정책연구원)</p> <p>2. 장애여성 재생산권에 대한 국내의 법적 검토</p> <p style="text-align: center;">김용혁(재단법인 동천 변호사)</p> <p>3. 재생산권 논의의 쟁점과 한계</p> <p style="text-align: center;">진경(장애여성공감 연구정책팀 활동가)</p>
14:00~15:00	<p>류민희 (공익인권변호사모임 희망을만드는법 변호사)</p> <p>염운옥 (고려대학교 역사연구소 연구교수)</p>
토론	나영 (지구지역행동네트워크 GP네트워크 팀장)
15:10~15:50	
전체토론	
15:50~16:30	

발제 1.

우생학 비판과 탈병리화에서 시작하기

_나영정

장애여성공감 정책연구원

우생학, 낙태, 모성권, 자기결정권

1. 들어가며

장애여성공감에서 장애여성의 재생산권에 대한 논의를 어떠한 방향으로 시작할 것인가에 대한 고민은 꽤 오래되었다. 2010년 프로라이프에 의해서 임신 인공중절 수술을 하는 병원을 동료 의사들이 고발하면서 본격화된 “낙태반대운동”으로 인해서 여성의 건강권이 크게 침해되었고, 여성의 임신출산에 대한 결정권이 이전보다 더욱 나빠졌다. 임신 인공중절 수술을 하는 병원을 공격함으로써 의료행위가 더욱 음성화되고 비용은 올라갔으며 위험해졌고, 인공중절 수술을 받은 여성에 대한 고발이 헤어진 남편이나 애인으로부터 보복성으로 이루어진 경우가 많다는 점에서 그러하다. 그 당시 프로라이프의 고발운동에 대응하는 여성단체 연대체인 ‘임신출산결정권을위한네트워크’²⁾에서 모자보건법의 임신중절 허용사유에 대한 논의가 진행되었다. 주로 사회경제적 사유에 다른 임신중절을 허용해야 하고, 일정기간 동안에는 여성의 의사만으로 임신중절을 결정할 수 있어야 한다는 의견이 많았으나 구체적으로 개정운동이 진행되지는 않았다. 장애여성공감은 프로라이프의 낙태반대운동을 반대하면서도, 장애아와 여아에 대한 낙태가 심각하게 강요되어왔고 실질적으로 임신출산에 대한 자신의 결정권을 행사하기 어려운 조건에 놓인 장애여성의 입장에서 임신중절에 대한 논의를 어떻게 해나갈 수 있는가에 대한 깊은 고민이 필요하다고 느껴왔다.

2) <https://www.facebook.com/rights4women2012> 소속 단체: 건강과 대안 젠더와 건강팀, 노동자연대 다함께, 동성애자인권연대, 민주노총 여성위원회, 붉은뿔소리, 사회진보연대, 사회주의노동자정당건설공동실천위원회, 전국여성연대, 전국학생행진, 지구지역행동네트워크, 진보신당 여성위원회/성정치위원회, 통합진보당 여성위원회/성소수자위원회, 한국성폭력상담소, 한국여성민우회, 한국여성의전화(2012년 10월 현재)

장애여성의 입장에서 재생산권을 고민하는 과정에서 세계적으로, 역사적으로 영향력을 떨쳐왔던 우생학적 이데올로기가 발현된 사회적 현장, 캠페인, 법제도를 돌아보고 현재적인 영향력을 살펴보는 것이 필요하다고 느꼈다. 장애에 대한 관점은 단지 장애인 당사자들의 차별이나 평등을 논의하기 위해서만 필요한 것이 아니고 한 국가와 민족의 구성원들이 자신들의 안녕과 건강을 위해 무엇을 할 것인가에 대한 방향을 설정하는데 영향을 미친다. 이는 한국의 역사 속에서 인구계획, 모자보건법 제정을 통해서 구체적으로 드러날 뿐만 아니라 인간발달에 대한 기준, 인구를 바라보는 관점, 재생산 기술에 투자하고 지원하는 이유, 자발적인 차원에서 신체적 기준을 개조하고자 하는 노력 등에 전방위적으로 영향을 미치며, 현재에도 마찬가지이다. 많은 이들이 지적하듯이 우생학은 이제 자기계발 담론 안에서 새로운 등지를 틀며 자본화되어가고 있다. 또한 우생학은 병리화와 관련된다. 열등한 것은 병리적인 것으로, 병리적인 것은 반사회적인 것으로 순환되는 논리는 열등하고 병리적인 것이 사회적으로도 위험하고 질서를 혼란스럽게 하는 것으로 '해석'되는 과정을 거치면서 우생학을 "사회를 위한 것"으로 만드는데 일조하였다.

장애에 대한 인식은 어떠한가. 한국사회에서 장애인의 인권을 증진하기 위해서 수많은 노력이 있어왔지만 장애인에 대한 타자화는 근본적으로 남아있다. 장애인에 대한 차별을 금지하고 장애인의 생존을 지원하는 여러 가지 정책이 마련되었지만 여전히 장애는 '불행', '고통', '피해야/막아야 하는 것', '보호' 등의 키워드로 각인된다. 물론 이렇게 지적한다고 해서 장애가 불행이 아닌 행복, 고통이 아닌 즐거움이 되는 것은 아니다. 그러나 불행과 고통이라는 것은 상대적이고 해석이 필요한 체험이자 관점이라고 했을 때 이 시대에 어떠한 장애가 왜 고통과 불행으로

인식되는가에 대해서는 구체적으로 이야기해야 한다. 그러한 작업 없이 장애이에 대한 임신인공중절을 결정하는 국가와 개인의 의도, 고민이 무엇인지, 장애여성이 왜 자신의 임신출산에 대해서 불안해하는지, 그럼에도 불구하고 왜 어떠한 결정을 하는가에 대한 맥락을 알 수 없기 때문이다.

여성의 재생산권리에 대한 입장을 생명권 대 선택권의 경쟁이나 대결구도가 장애여성의 경험과 관점을 배제하며, 이러한 구도가 전반적인 재생산과 관련된 문제를 제대로 볼 수 없게 만드는 효과를 가진다. 임신 가능성이 있는 성관계의 결정, 피임에 대한 결정, 임신 이후 출산과 양육에 대한 결정 등 매 국면마다 일어나는 결정은 최종적으로 누구도 대신할 수 없는 임신출산 당사자의 결정일 수밖에 없다. 그 당사자의 결정은 태아와의 상호작용이 이미 전제되어 있으며, 또한 그 당사자가 살고 있는 사회경제적 맥락에서 이루어지는 결정이며, 정치적인 관점이나 종교적인 신념, 주변의 중요한 타인들과도 영향을 주고 받는다. 장애를 가진 태아를 낙태하는 결정을 둘러싸고 장애인과 여성이 대립하는 구도로 놓는 것은 장애여성을 재생산을 경험하거나 그 과정에서 결정을 해 나가는 주체로 포함하지 않는 것이라고 할 수 있다. 장애여성의 결정이 정말로 존중될 수 있다면, 장애를 가지고 살아가는 사람이 자신의 태아가 장애를 가질 가능성이 있을 때 출산을 할 것인지, 말 것인지를 결정하는 것의 의미를 제대로 알 수 있을 것이다. 또한 그 결정을 타인의 강요 없이, 자신의 사회경제적 상황을 고려하면서, 자신의 건강을 최대한 보호할 수 있는 방법을 고려하면서 내렸는가에 따라 인생에 미치는 영향은 상이할 것이다. 이러한 결정의 과정을 주목하지 않은 채로 장애 여성이 '취약한' 모성이기 때문에 정책적인 지원이 필요하다는 접근이

이미 시작되었다. 우리는 장애를 가진 여성으로서 살아온 실존 위에서 임신과 출산 전후에 벌어지는 다양한 상황에 대한 결정의 과정을 주목함으로써 장애여성의 재생산권에 대한 논의를 본격적으로 시작해야 한다고 본다.

이 발제문은 당초 계획과 달리 우생학에 대한 검토와 현재적 고민에 대한 짧은 글로 축소되었다. 정상성에 대한 사고, 특정한 신체에 대한 억압적 사고의 유산이 모두 우생학에서 기인한 것으로 단순화하지 않으면서도, 현재까지의 제도와 통념, 욕망을 모양지어온 방식에 우생학이 미친 영향을 살펴보고 이로부터 의식적으로 다른 인식과 실천을 만들어 나갈 필요성을 나누는 자리가 되었으면 하는 바람을 가진다.

2. 우생학이라는 사회현상의 과거와 현재

“부적자는 적자의 무거운 부담이다”

“유전성 질병은 큰 비극을 낳는다”

“신중한 결혼으로 건강한 국민을”

“건강한 종자만을 뿌리자!”

- 영국 우생협회의 포스터

우생학은 인간의 부적절한 유전적 성질을 제거함으로써 인류의 ‘종’을 개량하겠다는 사고를 의미한다. 이러한 사고방식에 따라서 적극적으로 부적절하다고 판단되는 인자를 가지고 있는 사람들의 재생산권리를

박탈하는 방식으로, 소극적으로는 적절하다고 판단되는 인자를 가지고 있는 사람들의 재생산을 장려하는 방식으로 작동한다. 국가적 차원에서는 이러한 법과 정책을 마련하고 국가 재정을 투입함으로써, 민간차원에서는 캠페인과 교육 등을 통해서 우생학적 실천을 해나갔다. 역사적, 사회적 맥락에 따라서 우생학은 인종주의 혹은 사회개혁 사상과 결합되었으며 지배집단의 통치기술로 활용되거나 여성운동이나 사회개혁운동의 일부가 되기도 했다.

이 발제문에서는 우생학의 문제를 크게 두 가지 측면에서 살펴본다. 하나는 근대적 민족 국가를 다시/만드는 과정에서 인구, 혈통, 건강의 기준을 세우는 기준으로서의 우생학이 미친 영향을, 두 번째는 특히 생식이나 섹슈얼리티와 관련된 제도나 사회적 통념에 우생학적 사고가 영향을 미침으로써 특정한 신체나 섹슈얼리티를 병리화하는 과정을 살펴보고자 하였다.

1) 민족, 국가를 다시/만들기

나치시기의 독일과 일본은 모두 1930년대 전쟁이나 식민화 등을 통해 통치의 대상이 된 타 민족이나 인종을 어떻게 국가 안으로 포섭하거나 배제할 것인가를 재조정하는 과정을 겪는다. 이 과정에서 이미 한 국가 내에 국민으로 있었던 특정한 인종이나 민족적 출신까지 위치가 조정되는 과정을 겪기도 하고 새롭게 민족이 상상/발명되기도 한다.

나치는 아리아 인종의 우월성을 주장하면서 의학적으로 뒷받침하고자 하였고, 그것을 기반으로 정치적, 사회적 지배를 피하며 유대인이나 집

시 등의 소수 민족과 동성애자, 장애인 등의 집단에 대해서 신체적 특징을 ‘발명’하여 병리화함으로써 불결하고 열등한 것으로 인종화하였다. 1933년 단종법을 제정하여 정신장애, 유전적 질병을 가진 것으로 분류된 사람들, 동성애자 등을 학살하였고 홀로코스트까지 이어진다. 1935년에는 뉘른베르크 법을 제정하여 유대인들은 시민권을 박탈당하고 공적으로부터 추방하였다.

일본 또한 1930년 일본민족위생학회가 설립되어 우생학에 의한 사회개조를 주창한다. 5년 후 일본민족위생협회로 이름이 바뀐 뒤 유전병자나 열등한 사람의 단종, 우생학자의 진단에 의한 우생결혼, 산아제한반대, 일본민족의 증식 등을 주장한다(오구마 에이지, 2003). 일본의 우생정책은 독일로부터 영향을 받은 의사가 관료가 되면서 근대적 인구정책을 수립함으로써 본격화된다. 이 과정에서 식민지 조선에 대한 황민화 정책, 일본과 조선의 결혼을 통한 ‘혼혈화’에 대해서 우생학적 관점의 비판을 견지하였으나 일제의 총동원 기조가 본격화되면서 순혈주의와 모순을 일으키게 되었다. 1943년 우생성연구소 인구민족부가 만든 자료에 따르면 “잡혼 부부는 그 민족의 평균인보다도 사회적 지위나 지능이 열등하고 더구나 부모의 반대를 무릅쓰는 경우가 많기 때문에 가족제도의 해체까지도 초래한다는 것이다. 또 혼혈이는 적응력이나 질병저항력이 없어 대를 거듭할수록 원주민에 가까운 별종의 민족이 되어 지배민족으로부터 멀어지고 게다가 성격적으로 의퇴심, 사대주의, 무책임, 의지박약 도는 허무적, 성격과산적 성향을 지닌다.”(오구마 에이지, 2003)고 하여 순혈에 대한 강박을 엿볼 수 있다.

총력전 체제가 시작된 1934년 식민지 조선에서는 총독부에 의해서 후생

국이 설치되고 전시 인적 자원의 확보와 국민동원의 원활을 기하는데 복무하게 된다. 이때 자리 잡은 우생학 정책은 국가 의료체제와 결합하여 “건강하지 못한 인구를 도태시키는 사회적 배제의 과학적 도구로 자리 잡고, 색맹증, 농아, 맹인, 전간, 백치 등 폐질, 불구자, 악질자 뿐 아니라 빈민, 실업자, 불량아들까지도 우생학적 관점에서 악질 소유의 보유자로 낙인찍혔다.”(신영전, 2006) 그러나 식민지 조선에서 자발적으로 결정된 조선우생협회는 민족적 건강을 기대하였고, 1940년 이후에는 일본의 국민우생법 제정에 영향을 받아서 한국에서도 추진되었으며, 1964년에 공화당 의원에 의해서 발의되었으나 통과하지 못했다가 결국은 1973년 모자보건법으로 결실을 맺어 “14조 본인 또는 배우자가 대통령령이 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우 인공임신중절 수술을 허용”하는 조항이 만들어져 현재까지 유지되고 있다.

서구 우생학은 독일 나치가 자행했던 인종청소 정책으로 알려졌으나 당시 훨씬 많은 국가에서 다양한 형태로 출연하였다. 나치와 비슷한 시기에 미국, 캐나다, 덴마크, 노르웨이, 스웨덴, 일본에서도 국민보건정책의 일환으로 단종법이 시행되었고, 주로 정신장애나 유전질환을 가지고 있거나 알콜 중독자, 범죄자에 대해서 불임 수술이 강제되었다. 스웨덴의 경우는 복지국가를 건설하는 과정에서 우생학이 통합되었다. “스웨덴은 1922년에 인종 연구소를 세우고 1940년대에는 정신 장애인에게 불임 수술을 시행했으며, 경제적으로 어려운 환경에 처한 여성들도 불임 수술의 대상이 되었다. 1944년에는 우생학적 목적의 불임 수술이 사회적·경제적 이유의 수술보다 더 많았다. 당시 법을 주도한 사회 민주주의 정권은 불임 수술이 부적합한 환경을 개선하고 사회에 부과되는 사회적·

경제적 부담을 줄일 수 있는 인간적인 해법이라고 변호했다. 이 법은 희생자들의 항의와 국립보건위원회의 조사 폐지 운동으로 1970년대에 폐지되었다.”(염운옥, 2009)

미국의 경우에는 35개 주에서 불임법이 제정됨으로써 직접적인 재생산 과정의 국가적 개입을 정당화한 사례로 볼 수 있다. 이호연(2009)은 이를 인간의 특질과 습성이 유전된다는 믿음이 하나의 사회적 사실로 전화된 가장 대표적인 사례라고 하면서 불임법은 불손한 인간의 행태적 패턴이 유전되어 사고를 일으킬지도 모른다는 우생학자들의 가정을 실천한 것이었지만, 원래 그것은 우생학자들의 창안물이 아니라 범죄를 통제하기 위한 당시의 사회적 필요에서 생겨난 것이라고 비평하였다. 각 주에서 제정된 불임법은 정신장애, 유전성 질환, 범죄자, 간질, 매춘부 등을 불임의 대상으로 삼았고 주로 장애 등으로 인한 사회적 비용이 증가되거나 범죄자를 비롯해 약물 중독자, 성도착 환자, 간질 등 정신병과 관련이 있는 이들을 골라냈다고 했다. 또한 이러한 우생학이 개인의 권리와 자유를 보장하는 미국의 이상과는 근본적으로 배치되지만 국가 정체성을 강화하는 과정에서 대중적으로 동의를 얻었다고 보았다. 여성과 열성, 바람직한 것과 그렇지 못한 것, 적합한 것과 부적합한 것, 미국적인 것과 비미국적인 것을 구분하고 후자들을 배제시키는 것이 19세기 말 이래 끊임없이 지속된 미국 국가 정체성 형성의 방법이었다는 것이다

역사적으로 우생학은 시민권의 위계를 만드는데 활용되면서 제국과 식민지의 관계, 이주민과 원주민의 관계, 국민 내 열등자와 우월자를 나누는 기준으로 작용하였고, 이는 오늘날 보편적인 인권이 국가의 통치

논리로 자리 잡은 이후에도 영향을 미치고 있다. 한국사회에서는 순혈주의가 동성동본 금혼에 대한 제도적 금지의 역사가 있었고, 유색인종 이민자에 대한 거부로 발현되었는데, 결혼이주여성의 경우 저출산 극복이라는 국가적 프로젝트를 통해서 순혈주의와 긴장을 하면서도 동화주의 정책을 통해서 그 긴장을 해소하고자 국가의 의지가 발현되었다. 뿐만 아니라 왜 한국의 고용, 복지, 건강 등과 관련된 사회정책 목표의 대부분이 국가와 민족의 성장과 지속을 위한 것으로 수립되는가를 고민해볼 때, 일제로부터 영향을 받으면서도 그로부터 독립하여 단일한 민족국가를 다시 건설해야 한다는 강박이 여전히 영향을 미치고 있는 것이 아닌가 고민이 된다. 장애인에 대한 지원 정책 또한 ‘국민건강 증진’, ‘취약계층 보호’라는 이름으로 실행될 때 이는 다른 국민의 건강을 위협하지 않도록, 그래서 국가적으로 나쁜 영향을 미치지 않도록 관리한다는 모델에서 벗어나지 못하고 있다고 할 수 있다. 이러한 상황에서 장애 자체에 대한 사유는 불가능하며, 장애를 예방하는 것이 국가적 프로젝트가 되는 것이다.

2) 국가적 정책과 대중 운동의 조우 양상: 인구와 성에 대한 관점

염운옥(2009)은 부정적/소극적 우생학이 산아제한, 특히 단종법이라고 불리는 불임수술의 법제화로 대표될 수 있다고 하였다. 또한 역사적으로 모성 보호와 모성의 자기 결정권 실현을 위한 수단으로서 산아 제한을 주장하는 페미니스트와 인구의 양과 질을 조절하는데 산아 제한을 이용하려는 우생주의자는 서로 불편함을 느끼면서 ‘공존’하는 관계에 있다고 하였다. 영국의 경험을 통해서 보았을 때 전쟁을 거치면서 우생학적 사회운동이 영향력을 펼치기 시작해 1907년에 우생교육협회가 설립

되었고 이 단체는 '자선 대신 과학'으로 사회를 구제하자는 운동을 벌였다고 하였다. 미국의 우생학이 인종의 우열을 가늠하는 기준으로 이용되어 이민 제한 정책의 구실이 되었던 반면, 영국의 우생학은 사회 하층 계급의 재생산 관리에 집착을 보였으며, 법으로 시행되지 않았다는 특징을 보인다는 것이다. 또한 영국에서는 우생학에 동조하는 여성운동의 움직임이 한 시대를 기록하였다. 또한 1930년대 영국 우생협회에 많은 여성들이 참여했으며 '모성주의 페미니스트'들은 우생협회가 가족 수당, 산아 제한, 이혼법 개정, 성병 방지 등의 사회 개혁 논의에 개입할 수 있도록 가교역할을 했다고 비평하였다. 또한 거세나 단종이 정신 장애인의 소위 비정상적인 성적 행동이나 범죄를 막을 수 있다는 대중들의 인식 또한 발견이 되었는데 이는 미국에서도 상습적 강간범을 단종 대상으로 법에 명시하는 것으로 드러났다.

우생학의 창시자라고 알려진 골턴은 유전적 역할 뿐만 아니라 환경적 역할을 통한 종의 개량도 중시하였기 때문에, 특히 육아와 위생 등의 중요성이 강조되고 자연히 여성의 각성과 책임으로 이어졌다. 이는 여성의 협소하게나마 사회적 역할과 책임을 제고하는 기회가 됨으로써 당시 모성주의 페미니스트와 만나게 되는 결과를 낳게 되었다. 당시 이러한 인식의 결과로 가족수당의 필요성과 '남성은 군복무, 여성은 육아 노동으로 국가에 대한 의무를 하는 것'이라는 언설, 과출산과 저출산에 대한 우려, 바람직한 계층의 출산을 장려하기 위한 방법을 고안하는 것 등에 대한 논의가 있었다는 것은 매우 흥미롭다. 게다가 최근 극악한 아동성폭력 사건이 발생하자 한국 정부는 화학적 거세법을 통과시켰고, 물리적 거세를 주장한 의사 출신 국회의원³⁾도 있었으며, '성폭력범죄자

3) <http://www.mediaus.co.kr/news/articleView.html?idxno=27541> '물리적 거세' 박인숙,

=정신이상자=통제불가'라는 등식이 여전히 존재한다. 이렇듯 역사적으로 우생학적 맥락에서 나왔던 언설들은 현재 한국사회에서 여전히 유효되고 동의를 얻고 있다. 또한 피임의 역사에 대해서도 다시 고민하게 된다. 피임의 발명과 보급은 여성해방에 있어서 중요한 분기점으로 평가되고 있으나 피임이 국가정책을 통해서 장려되고 보급될 수 있었던 것은 가부장적인 국가의 입장에서 여성의 성해방이라는 '비도덕적' 현상을 감수하고서라도 국가를 위해서 해야 할 실익이 있다고 판단되었기 때문일 것이다. 특히나 성에 대한 문제는 이렇게 개인이 당하는 고통이나 두려워할 권리보다 국가적 이해나 목표가 압도하는 방식으로 제도 안에 편입되는 현상(성폭력과 성매매 규제, 임신/피임/출산에 대한 통제나 장려 등)이 반복적으로 나타나고 있다.

특히 인구정책은 산아제한 정책이 노골적으로 시행되었던 1970년대를 가장 많이 지적하지만, 2000대 이후 저출산이 국가적 위기로 떠오르는 과정에서 새롭게 제시된 인구에 대한 언설을 살펴볼 필요가 있다. 저출산 위기를 국가적으로 강조하기 시작한 것은 노무현 정부라고 할 수 있다. 이것이 정말 '위기'인지 아닌지 국가에서 들이대는 통제에 압도되어 (몇 년 후면 인구가 몇 % 줄고, 몇 년뒤에는 대한민국이 소멸된다 등) 정면으로 반박하기보다 책임전가에 대한 거부와 비판이 주를 이루었다고 볼 수 있다. 이 지점에서 1900년대 초기 우생학의 발달이 통계학의 발달과 함께 했다는 점은 기억할만하다. 4) 이러한 저출산고령화 대응 정

"여자 되나? 심각한 거 아니다"

4) "초창기의 통계학은 우생학과 관련을 맺으며 발달했다. 통계적 측정과 인류 개량의 기획 사이에는 논리적 연관성이 있었다. 우생학은 개량의 단위를 인간이라는 종으로 보고, 선택적 생식에 의해 바람직한 유전자가 집단에서 차지하는 빈도를 높이는 것을 개혁으로 본다. 인구를 '정상적인 인구'와 '비정상적인 인구'로 나누고 기준에 맞지 않는 비정상적인 집단을 정상에 근접하게 만들어 전체 인구의 질을 높이는 것이 우생학의 목표이다.

책에 대해서 백영경(2006)은 “이주를 막아야만 하고 막는 것이 가능한 비정상적인 상태로 보고, 한반도에서 살 권리가 있는 사람들을 혈통이라는 관념으로 제한하며, 출산을 하거나 자본에 이윤을 보장해 줄 수 있는 “생산성 있는” 인구만이 바람직한 인구조로 간주하는 등, 갖가지 정상성의 개념을 전제로 하지 않는 한, 저출산 위기론은 성립하지 않는다.”⁵⁾고 비평하며 저출산 담론 안에 담겨있는 순혈주의, 생산성, 정상성 등의 개념을 비판했다. 2009년 이명박정부 미래기획위원회가 발표한 저출산 대책⁶⁾은 “출산장려를 위해 자녀 양육 부담 경감과 같은 기존의 정책들을 지속적으로 추진하는 한편, 과거의 강력한 출산억제 정책에 버금가는 강력한 범사회적 출산장려 방안을 사회적 공감대 위에서 중산·서민 대책의 일환으로 추진할 필요가 있다고 강조”하면서 크게 다섯 가지 방안을 제시하였다. ▲자녀 양육부담 경감 추진 검토, ▲셋째아 이상 다자녀 가구에 대한 사회적 인센티브 부여 방안 검토, ▲일과 가정의 양립기반 강화 검토, ▲다양한 가족형태에 대한 수용성 제고 검토, ▲한국인 늘리기 프로젝트 추진이다.⁷⁾ 특히 다양한 가족형태에 대한 수

인구를 정상과 비정상으로 나누는 발상은 모든 현상이 통칭 ‘벨 커브’라고 불리는 정규분포 곡선을 그린다는 전제 위에서 성립된다. (중략) 정규분포 곡선은 정상에서 벗어난 최상과 최저의 양극단이 함께 나타나기 때문에 일탈과 이상을 동시에 표현하는 곡선이기도 하다.”(염운옥, 2009)

5) http://www.equaline.or.kr/view.php?id=new_info&page=28&sn1=&divpage=1&sn=off&ss=on&sc=on&select_arrange=start_date&desc=desc&no=445&PHPSSESSID=7244b2c3cebe5b47b2c3d2987d1c3d1

6) http://17future.pa.go.kr/05.plan/01-03_Plan_chairman_schedule.php?mode=view&tlID=64 2009. 11. 25 보도자료.

7) <다양한 가족형태에 대한 수용성 제고 검토>
 • 낙태줄이기 캠페인 및 낙태안하는 사회 환경조성
 • 싱글맘 관련 각종 차별(청소년 임신시 자퇴강요 등)의 철폐
 • 한부모 직업교육기회 우선 부여 등 양육기반 강화
 • 국내입양 우선추진제 도입 및 입양(위탁)아 양육비용 지원 확대
 <한국인 늘리기 프로젝트 추진>
 • 개방적 이민 허용을 통한 해외 우수인력 유치 활성화

용성 제고는 싱글맘과 한부모를 지원, 국내 입양 우선 정책을 지적하면서 낙태 줄이기 캠페인을 명시하였다. 이때 청소년 임신시 자퇴강요 등 차별을 철폐하겠다고 하였으나 학생인권조례를 제정하는 과정에서는 보수정당이 임신출산에 따른 차별금지를 반대하였다. 한국인 늘리기 프로젝트는 보다 노골적으로 우수하고 동화가능한 외국인을 한국인으로 만든다는 도구적 발상이다.

3) 병리화의 영향: 장애에 대한 관점

현재적 의미의 장애라는 범주는 그리 오랜 역사를 지니고 있지 않다. 한국사회에서 국가적으로 장애를 인식하는 과정은 전후 원호차원에서 1950년에 만들어진 군사원호법에서 시작하고, 1981년 심신장애자복지법이 제정되면서 본격화된다.⁸⁾ 장애로 인해 국가적 인식과 지원의 대상이 된 인구가 국가를 위해서 복무한 군경이었다는 점은 국가가 지원한 것이 장애 자체가 아니라 국가에 복무한 것에 대한 보상이었다는 것을 말한다. 한편 그 이전부터 부랑인과 장애인에 대한 수용정책은 진행되고 있었고, ‘재가장애인’이라는 정책적인 용어가 있을 정도로 장애인은 시설에 수용되는 것이 ‘정상화’된 사회였다. 일제 이후 근대교육에 빈곤 등의 이유로 거리에 나와 범죄를 저지르는 주체로 등장한 소년을 수용하고, 이들의 수액을 뽑아내어 범죄자의 뇌수가 비정상 상태에 있다는 것을 입증하려는 노력이 일어났던 것(이행선, 2012)은 우생학적 관점에서 특정한 성질을 발견하거나 발명하여 병리화하고 이를 범죄화까지 연

• 복수국적 허용범위 확대 및 복수국적자에 대한 각종 규제 합리화
 • 다문화 자녀의 언어발달 지원 및 이중언어 교육 프로그램 운영
 • 배우자 출신국가 이해제고를 위해 가족통합교육 실시 등

8) <http://repository.kihasa.re.kr:8080/bitstream/201002/4018/1/4775.pdf> 김성희, 장애인 복지법 개정의 주요 내용 및 의의, 보건복지포럼, 2007. 5.

결되기도 한다. 신동일(2007)은 실증주의 범죄학이 범죄인을 연구하면서 두개골 모양, 얼굴 생김새, 어깨근육 등을 범죄와 연결시켜 유전적인 요인과 범죄와의 상관성을 확인하고자 했고, 노동 불가능→ 사회적 배제와 빈곤→ 범죄화라는 도식 속에서 우생학은 예방적인 형사정책의 일부로서 발전하였으며 범죄에 대한 두려움과 예방 필요성은 우생학을 이론 단계로부터 정책으로 현실화시키는 주요 근거로 작용하였다고 했다.

금인숙(2008)은 영국에서도 빈민층 인구의 대다수를 무능하고 게으른 사람들로 규정하고 그들의 자연도태에 의한 인종개량과 사회발전을 추구한 우생학의 과학적 지초와 이론으로서의 생물학결정론은 사회적 약자의 안전망 장치에 해당하는 국가의 복지정책에 대한 반대만이 아니라 유색인종과 하층노동자에 대한 혹사와 착취, 소수민족에 대한 대량학살과 제거 약소국에 대한 정복과 압제를 정당화하는 이데올로기가 되었다고 하였다. 수많은 장애인 시설들, 그리고 형제복지원과 같은 소위 불량인 수용시설은 생산인구로 편입되기 어려운 이들이 사회적인 위협세력으로 발전하지 않도록 예방차원에서 강제로 수용되고 사회와 격리되는 것이 정당화되었다.⁹⁾ 따라서 우생학의 역사에서 장애인의 경험은 강

9) “1975년 내무부 훈령 제410호는 ‘부랑인’을 단속하고 수용하도록 했다. 1981년, 대통령이었던 전두환이 “신체장애자 구결행각”을 “관계부처 협조 하에 일정 단속보호 조치하고 대책과 결과를 보고”하도록 총리에게 요청한 서신도 확인되었다. 1986년 당시 수용인 3,975명 중 3,117명이 경찰에 의해, 253명이 구청에 의해 수용되었다. 부산시는 자신이 위탁한 업무에 대해 행정지도나 감사도 전혀 하지 않았고, 주 1회 순찰할 의무가 있었던 파출소장은 한 번도 이를 지키지 않았다. 형제복지원이 저지른 범죄에 국가 책임이 있는 것이 아니라, 국가라는 조직을 통해 벌어진 범죄가 형제복지원을 통해 드러난 것이다.”

<http://www.sarangbang.or.kr/content/%ED%98%95%EC%A0%9C%EB%B3%B5%EC%A7%80%EC%9B%90-%EC%A7%84%EC%8B%A4%EC%97%90-%EB%8F%99%EC%B0%B8%ED%95%98%EB%A0%A4%EB%A9%B4>

제 불임수술의 대상이 된 것 뿐만 아니라 수용시설에 격리되어 관리되고 도태되는 방식을 채택한 것 자체에서 찾을 수 있다. 또한 우생학적인 관점은 국가의 복지재원의 투여를 ‘밑독에 물붓기’로 판단하고, 사회적 재활의 가능성에 따라서 차등을 두며 사회적 불평등의 결과를 개인화하는 이데올로기वाद도 만난다고 볼 수 있다.

사회적 통념과 잘못된 과학, 국가의 법제도가 서로 맞물리면서 사회정책 전반의 시각과 목표, 대상을 설정한다고 할 수 있다. 우생학이 명시된 법은 모자보건법이었지만 노동정책, 복지정책, 인구정책, 가족정책 등에서 취약계층이라고 분류되는 장애인, 미혼모, 혼혈인, 이주민, 노숙인, 빈민 등을 지원하는 법적 의도와 근거에 구제와 도태를 판단하고, 그 판단 기준에 개별적인 신체에 문제적인/반사회적인 속성이 내재한다는 가정들로부터 자유롭지 못한 것으로 생각된다. 이러한 관점은 개인들이 사회 속에서 자신의 위치를 가늠하는 기준으로 작용하도록 영향을 미치고 있고, 이러한 취약성에서 벗어나기 위한 개인의 노력과 극복이 특히 취약한 사회정책 속에서 피어난다.

서구에서 병리화에 대해 반대하며 사회적 관점에서 장애의 문제를 바라보고자 했던 일군의 장애인운동 흐름은 장애에 대한 유전적 연구를 통해서 장애를 예방하거나 과도한 의료적 개입을 비판해왔다. 하지만 한국 사회 맥락에서 봤을 때 황우석 사태를 통해서 즐기세포 등의 연구를 통해서 장애의 ‘치료’를 지향하고 일군의 장애인들이 그러한 기술을 지지하기도 했다는 점을 알 수 있다. 장애와 의학적 특히 유전적 연구의 관계에 대해서 단순한 관계설정은 쉽지 않을 수 있다. 수정주의적 관점에서 장애학이나 운동을 바라보는 관점은 유전학 연구 우생학과 동일시하

거나 수사적으로 나치와 동일시하는 것은 더 이상 토론을 불가능하게 한다고 비판하기도 한다(Tom Shakespeare, 2013). 그러나 적어도 이 글에서는 근대적 정체성 집단으로서의 장애인을 우생학적 관점에서 차별하거나 폭력을 행사하는 것은 용인될 수 없다고 하여도, 더 나은 삶을 위한 신체적 조건에 대한 개입은 태아, 유아, 아동의 어떠한 특징을 '질병'으로 문제화하고 '00장애'로 이름붙이는 과정이 확실히 장애학이나 장애운동이 장애의 문제를 사회 속에서 이해하려고 했던 방식과 대립되는 지점이 있다는 것을 말하고 싶다. 산전 진단과 양수검사가 장애인을 체계적으로 죽음으로 몰아넣는 기술이라고, 현대적 우생학의 발현이라고 비판하는 것에 대해서 과도한 비판이며 모든 산전검사를 통해서 태아의 손상을 발견했을 때 임신중절을 선택하는 어머니가 반드시 장애인을 태어나서는 안될 존재라는 선언을 하는 것인가에 대해서는 이론 또한 있다. 그러나 한국사회에서 명백하게 우생학적 의도로 만들어진 모자보건법이 존속하는 상황, 이에 대해서 장애/여성의 관점에서 전면적인 토론과 개입을 해본 경험이 매우 부족한 상황에서 이러한 수정주의적 입장을 어떻게 우리의 맥락 안에서 사고할 것인가의 문제는 미리 정해져있지 않다. 산전검사를, 임신중절을 어떠한 우생학적 사고방식으로 포획되지 않고 고민하고 사유할 수 있는 능력을 임신출산의 당사자가, 그리고 그 당사자가 이 문제를 논의할 의미 있는 주변인들이 가지고 있는가를 사회적인 차원에서 논의해본 경험이 없기 때문이다. 이런 논의를 본격적으로 진행되면서 손상을 가진 태아와 임신출산의 당사자 여성의 관계를 설정하는 문제, 태아의 손상을 어떤 차원으로 이해하고 그것을 여성의 사회경제적 조건과 어떻게 통합적으로 사고할 것인가의 문제, 장애를 가진 여성이 자신의 체험을 통해서 이 문제를 어떻게 규정하는가의 문제, 종교적 신념이나 가족가치에 대한 이데올로기적 개입이 어떠

한 제한이나 가능성을 가져오는 가의 문제들을 통합적으로 사유할 수 있는 능력을 기르는 과정이 되었으면 좋겠다.

3. 나아가며: 인권의 보편성을 다시 살려내며

우생학의 다양한 면모들은 우생학의 생명력을 연장시킨 것으로 보인다. 때로는 타자에 대한 권리박탈을 명백하게 실행하고, 때로는 대중이 자발적으로 신체적 능력을 증진시키는 과정이 되기도 했다. 문제의 핵심은 우생학을 추동하는 것이 더 좋은 것을 지향하는 것에 그치는 것이 아니라 본질적으로 정상과 비정상, 바람직한 것과 바람직하지 않은 것에 대한 구분 위에 있고 그러한 구분은 행복과 불행, 선과 악을 나누는 이데올로기로 작용하는 것이다. 쉽게 말해서 어떤 부정적인 것이 유전될 수 있다는 강력한 신화 혹은 믿음은 타인에게 해를 입힐 가능성, 혹은 전염 가능성으로 인해 차별과 배제가 정당화되곤 한다. 예를 들어서 장애를 가진 부모는 자녀에게 장애를 유전시킬 수 있다, 동성애를 용인하면 사회적으로 전염된다, 동성애자가 키우는 아이들은 동성애자가 될 가능성이 많다, 미혼모가 키운 자녀는 정상적으로 자라지 못했기 때문에 내 자녀와 친구가 될 수 없다는 걱정, 두려움, 혐오를 마주하는 것은 너무나 쉬운 일이다. 바로 우생학을 염두에 둔다는 것은 차별과 폭력, 혐오의 양상을 이해하는 과정에서 어떠한 인종이나 장애 등의 신체적 속성, 성이나 생식과 연관된 특징들이 매개되는 방식을 이해할 수 있다는 점에서 의미가 있다. 또한 학력, 지역, 사상을 비롯한 어떠한 차별의 원인을 차별받는 이의 신체적 특성에 기인하는 것으로 정당화하

려는 시도 또한 우생학적 사고방식을 불러낸다.

위에서 살펴본 우생학의 유산들은 노골적인 주장을 통해서도 더 이상 정당성이나 공감을 얻기 어려운 시대가 되었다. 이 정도의 인류의 인식에 도달하기 위해서 1930년대의 파시즘과 전체주의에 대한 반성을 포함하여 1948년 세계인권선언이 발표된 이래로 자유권과 사회권이 자유와 평등의 이상을 실현하는 인권으로서 정식화되었고 재생산권 보장과 여성, 장애인 등에 대한 차별철폐협약 또한 우생학적 유산들을 청산할 수 있는 기본적인 관점과 방향을 제시하고 있다. 재생산권과 관련된 유엔 차원의 규범의 내용을 간략히 보면, ▲생명과 생존의 권리(기본적 산관 관리를 받을 권리와 HIV/AIDS 관련 처치를 받을 권리 등) ▲인간의 자유와 안전의 권리(안전하지 않은 낙태, 여성 성기 손상, 강제적 진단 검사 등 관련) ▲비인간적이고 수치스러운 처우로부터 자유로울 권리(공권력에 의한 강간, 낙태 금지, 강제적 단종 시술 등 관련, 적절한 치료받을 권리와 성적지향 차별금지도 포함) (하정옥, 2012) 하지만 근대 국가의 제도를 만드는 과정에서 시작하여 지금까지도 자유와 평등의 이상은 한 국가 안에서 제대로 실현되지 않고 있고, 다양한 사회 정책들은 여전히 취약계층에 대한 보호/규제와 국가발전론 안에 갇혀 있으며 한국의 경우 자유와 평등의 이상을 실현하기 위한 차별금지법 등의 제도는 마련되지 않고 있는 상황이다. 이 상황에서 유전학의 발달과 재생산기술의 자본화는 개인, 특히 태아의 능력을 키우거나 성별 혹은 능력 있는 태아를 고르도록 하는 것을 새로운 규범으로 만들어나갈 가능성이 있다.

국가의 역할, 최소한 사회정책의 필요와 지향이 보편적 인권보장과 자

유와 평등의 실현으로서 자리를 잡는다면 사회적 위험으로 간주되는 허약함, 규범적이지 않은 것에 대해 재평가하여 소위 소수자들의 삶의 방식이나 조건을 다른 시각으로 볼 수 있고, 의료적 진단과 문제로서의 장애를 실존과 사회적 조건으로 사고하도록 추동할 수 있으며, 여성의 임신출산을 비롯한 재생산권리는 훨씬 더 넓은 지평에서 논의될 수 있을 것이다. 이러한 관점에서 장애여성의 재생산권리는 장애인과 여성의 경쟁관계 속에서 계급적이고 의료적인 규범에 따라 더 좋고, 행복을 보장하고, 능력을 보장받을 수 있는 것을 고르는 것이 아니라 정치적, 종교적 압박 없이 보편적 인권과 사회적 권리의 보장 속에서 개인의 자유롭고 윤리적인 결정을 해나갈 수 있도록 “자유와 평등”을 다시 고민하고 또 다시 고민하면서 실현할 수 있는 방법을 찾는 수밖에 없다.

참고문헌

- 오구마 에이지(2003), 조현설 옮김, 일본 단일민족신화의 기원, 소명출판
- 신영전(2006), 식민지 조선에서 우생운동 전개와 성격: 1930년대 [우생(優生)]을 중심으로, 醫史學 제15권 제2호
- 염운옥(2009), 생명에도 계급이 있는가 -유전자 정치와 영국의 우생학, 책세상
- 염운옥(2004), 영국의 우생학 운동과 산아제한 -단종법에 관한 논의를 중심으로, 영국연구 제12호
- 이호연(2009), 우생학, 유전자 정치의 역사, 아침이슬
- 이행선(2012), 일제말 해방기 우생학과 소년수를 통해 본 ‘착한/불량국가’ -거세, 단종법, 격리, 정신병, 2012년 후기 국제어문학회 전국 학술대회 자료집(미간행).
- 신동일(2007), 우생학과 형사정책, 한국형사정책연구원

- 금인숙(2008), 지배이데올로기로서 생물학결정론, 과학기술학연구 8권 1호.
- 서종희(2010), 우생학적 생명정치가 혼인법, 이혼법, 불임법(단종법) 등에 미친 영향, 가족법연구 제24권 3호.
- 황지성(2011), `선택`과 `권리`를 넘어서 장애여성의 재생산권 확보를 위한 시론 : 신체장애여성의 경험에 나타난 재생산 정치
- 하정옥(2012), '인구'의 정치적 상상 전환과 여성 건강: 재생산권 개념 정립과 여성주의 논쟁, 한국사회학회 2012 전기 사회학대회 자료집(미간행).
- 백영경(2012), 성적 시민권의 부재와 사회적 고통: 한국의 낙태논쟁에서 여성 경험의 재현과 전문성의 정치 문제, 아시아여성연구 제52권 2호.
- Tom Shakespeare(2013), 이지수 옮김, 장애학의 쟁점 -영구 사회모델의 의미와 한계, 학지사.

발제 2.

장애여성 재생산권에 대한 국내외 법적 검토

_김용혁

재단법인 동천 변호사

I. 들어가며

인간 역시 다른 생물학적 존재와 마찬가지로 공동체의 새로운 구성원을 성적 매커니즘을 통해 복제해낸다. 이 과정은 성적 대상의 선정, 성관계, 임신, 출산, 양육이라는 단계로 이루어지는데 지극히 개인적이고 내밀한 영역이면서 동시에 매우 사회적인 공간이기도 하다. 여성의 재생산은 사회 공동체의 유지라는 매우 중요한 의미를 지니고 있기 때문에 사회는 재생산 매커니즘을 통과하는 자들에게 다양한 지원책을 마련해 주면서 동시에 갖가지 제약들을 가해 왔다. 가령, 사회는 재생산이 허용되는 자와 허용되지 않는 자의 경계를 정하고 성적 대상을 선정함에 있어서 자유의 범위를 정하면서 동시에 재생산이 허용되는 자들에게 각종 유인요소를 만들어 두었다. 임신한 여성이 출산과 양육이 용이하도록 각종 급여를 지원하는 반면 일부 구성원들에게 낙태를 유도해 온 것도 우리 사회가 해 온 일이다.

여성의 권리가 신장되고 재생산권에 대한 논의가 촉발되면서 재생산 과정에 있는 여성에 대한 지원이 늘고 보호의 범위가 확장되었지만, 장애를 가진 여성은 여전히 제약의 대상이었고 지원 대상에서 제외되어 있었다. 국제무대에서 장애여성의 재생산권에 대한 논의가 촉발된 지 오래 되었지만 우리 사회에서는 2000년을 코앞에 둔 1999년에 와서야 모

1) 이 글은 김연주, 김용혁, 민경식, 정재은의 공동연구로 완성되었다. 김연주와 김용혁은 재단법인 동천에 소속된 변호사들이고, 정재은은 재단법인 동천의 공동연구원이자 고려대학교 법학과 박사과정에 있는 법학연구원이며, 민경식은 재단법인 동천의 실무수습사원이면서 동시에 성균관대학교 인권과개발센터 연구원이다.

자보건법 내 장애 여성의 불임시술 허용 근거가 되어 온 조항이 삭제되었다. 이는 매우 부끄러운 일인 반면 동시에 우리 사회 장애여성의 지위를 여실히 보여주는 상징적인 것이다.

그로부터 15년이 지난 오늘까지 장애여성의 출산과 양육에 대한 지원을 중심으로 논의가 간헐적으로 있어 왔으나 아직 장애여성의 재생산권을 총체적으로 망라하는 논의는 이루어지지 못하였다. 두 단체가 논란과 지지를 이끌어 올 논의를 시작하면서 국제무대에서 장애여성의 재생산권 개념이 어떻게 정립되어 왔는지 살펴보고 그 개념을 토대로 장애여성 재생산권 관련 국내 법령들을 비판적으로 검토해보도록 하겠다.

II. 법령을 통한 장애여성의 재생산권 수호

1. 국제무대에서의 장애여성 재생산권의 정립 역사

재생산권이 테헤란 국제인권회의(이하 '테헤란회의'라 한다) 등을 통해 국제무대에서의 처음으로 논의되고, 카이로 인구 개발 국제회의(이하 '카이로회의'라 한다)에서 '재생산권'이라는 이름이 지어지며, '장애인 권리협약'을 통해 장애인의 재생산권이 협약의 형태로 실정법화 되는 과정을 간략히 살펴보겠다.

1) 재생산권의 태동

테헤란회의는 유엔 주도의 첫 번째 재생산권 관련 국제회의이다. 테

헤란회의가 열린 1968년은 세계인권선언 20주년이 되는 해로써, 인권선언 이후 20년간의 인권발전을 확인하고 새로운 인권발전의 상을 제시한 의의가 있다. 테헤란회의 결의안 18호 본문조항 3에는 '부모는 자녀의 수와 터울을 자유롭고 책임 있게(freely and responsibly) 선택할 권리와, 이와 관련한 적합한 교육 및 정보에 대한 권리를 갖는다.'라고 규정한다. 이에 따르면 부모는 크게 자녀에 관한 선택권과 이에 관한 정보권을 갖는데, 위 선택권은 부모가 자녀의 출산에 관한 자유를 명시한 것이고 위 정보권은 이러한 자유의 실현을 위해 국가에 기본적인 사안을 요구할 수 있는 권리를 선언한 것이다. 이러한 권리 선언의 기본 틀은 마지막으로 살펴볼 장애인권리협약에까지 이어진다.

여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약인 여성차별철폐협약은 유엔총회에서 1979년 채택한 유엔인권협약이다. 대한민국은 1984년 12월 27일 협약을 비준하여 당사국으로써의 의무를 가진다. 테헤란회의의 관련 규정은 부모의 재생산권리를 규정하지만 여성차별철폐협약은 재생산 과정에서의 당사국의 보호의무를 규정하고 있다. 제12조 제1항에 따르면 당사국은 가족계획(family planning) 등을 포함한 보건서비스에서 남녀의 평등한 접근권을 보장해야 한다. 또한 동조 제2항에 따르면 당사국은 임신 및 수유기 동안 영양 섭취를 확보하고 재생산 전후의 의무 제공을 확보해야 한다. 여성차별철폐협약은 보건서비스에 대한 남녀의 평등뿐만 아니라 여성의 재생산 기간 동안의 국가의 보호를 여성에 대한 차별철폐의 조건으로 판단하고 있다. 이는 여성이 재생산 기간 동안 아무런 보호조치를 받지 못한 상태에 있는 것은 그 자체로 여성이 차별을 받고 있다는 상태에 있다는 것임을 선언한 것이다. 즉 여성차별철폐협약의 재생산권 관련 규정은 여성의 출산과 출산 전·후의 상태를

차별의 상태로 판단한 것이고, 국가는 이러한 차별 상태에 대한 적극적인 보호의무가 있다는 점을 분명히 한 조항이라는 점에서 의의가 있다.

2) 재생산권의 명명

카이로회의는 유엔이 세계인구문제 해결을 위한 협의를 위해 1974년부터 10년마다 개최한 인구회의들 중 하나이다. 카이로회의는 유엔 국제회의에서 최초로 재생산권(reproductive rights)을 명시하였다는 점과 더불어 인구관리의 차원에서 재생산권이 명시적으로 등장하였다는 점을 특징으로 한다. 재생산권 명칭이 인구개발회의에서 처음 등장한 것은 위 권리가 최초에는 여성의 권익차원보다는 개발의 필요성에 의해 장려되었다는 함의를 보여주는 것이기도 하다. 즉 전 세계적으로 인구증가를 장려하는 차원에서 여성의 출산의 권리에 대한 적극적 옹호가 등장한 것이다. 카이로회의는 인구문제의 해결을 위한 각국의 실천을 도모하기 위해 행동강령을 채택하였다. 인구 개발 국제회의의 행동강령 1994, para 7.3은 재생산권을 '모든 커플과 개인의 자녀의 수와 터울과 시기를 자유롭게 책임 있게 결정하고 정보와 수단을 가질 권리 그리고 성생활 및 재생산 건강(sexual and reproductive health)의 최상의 상태를 얻을 권리'로 규정하였다. 살펴보면 커플 뿐만 아니라 개인 또한 재생산권의 주체로 표현한 점, 재생산권 확보를 위한 정보 접근권 뿐만 아니라 수단에 대한 접근권리가 표현된 점이 기존의 재생산권 논의에서 진보된 부분이다.

1995년 제4차 북경 세계여성회의는 여성의 재생산과 관련된 건강과 권리를 여성인권의 차원에서 보장되어야 하는 기본권으로 인식하였다.

북경행동강령 제94조부터 제97조 사이에 구체적으로 명기된 재생산권에는 여성이 건강한 성생활과 재생산과정을 가질 권리가 포함되는데, 건강한 성생활과 재생산과정이란 강압과 차별, 폭력에서 벗어나 자신의 성생활 및 재생산에 관한 문제를 스스로 자유롭게 통제할 수 있다는 것을 의미한다. 이와 더불어 제4차 북경 세계여성회의에서는 여성이 임신과 출산에 안전하게 이를 수 있도록 적절한 보건의료서비스에 접근할 수 있는 권리, 자녀의 수와 터울, 시기를 자유롭게 결정할 권리 등도 재생산권에 포함되는 것으로 선언되었다.

3) 장애인 재생산권

여성의 재생산권에 대한 논의가 국제사회에서 활발히 진행되고 있음에도 불구하고 장애여성에 대한 재생산문제가 갖는 특수성에 대한 인식은 상대적으로 미약하였다. 여성차별철폐협약은 남녀평등의 기초위에 가족계획에 관련된 것을 포함한 보건 사업의 혜택을 확보하기 위하여 보건 분야에서의 여성에 대한 차별을 철폐하기 위한 모든 적절한 조치를 취할 것과 여성이 임신수유기간 동안 적절한 영양섭취를 확보하고 임신, 출산 및 산후조리 기간과 관련하여 적절한 의무 제공을 확보하고 필요한 경우 이를 무상으로 할 수 있도록 규정하고 있으나(동 협약 제12조), 역시 장애 여성이 갖는 재생산의 특수성을 독자적인 것으로 인식하지는 않고 있다. 이 점은 동 협약이 놓여준 여성에 대한 보호를(동 협약 제14조) 독자적인 항목으로 인식하고 이를 규정하고 있는 입장과 비추어 볼 때 여성장애인에 대한 인식이 상대적으로 얼마나 열악한지를 반영하는 것으로 보인다.²⁾

2) 차선자, 장애여성 재생산권에 대한 고찰, 법학논총 제27집 제2호, 2007, 194면.

장애인권리협약은 2006년 12월 13일 유엔총회에서 만장일치로 채택되었고 국내에는 2009년 1월 10일 국회에서 비준되었다. 위 협약은 국내법과 동일한 효력을 갖고, 대한민국 정부는 위 협약 상 명시된 당사국의 의무를 진다. 위 협약은 목적·일반의무 등의 일반규정 이후 바로 이어 제6조에서 장애여성에 대한 특별한 보호의 필요성을 역설하고 있다. 당사국이 ‘장애여성과 장애소녀가 다중적 차별의 대상이 되고 있음’을 인정하여, ‘인권과 자유의 동등한 향유를 보장하기 위한 조치’를 취해야 하고, 이를 보장하기 위해 ‘여성의 진보와 권한강화를 위한 모든 적절한 조치’를 취하도록 하고 있다.

제23조 제1항 (나)에는 ①결혼적령기에 있는 모든 장애인이 장래 배우자의 자유롭고 완전한 동의 아래 결혼하고 가정을 이룰 수 있는 권리, ②장애인이 자녀의 수와 터울을 자유롭고 책임 있게 선택할 권리와 연령에 적합한 정보 및 출산과 가족계획 교육에 대해 접근할 권리를 인정하고, 이러한 권리를 행사하는 필요한 수단을 제공받을 권리, ③장애인이 다른 사람과 동일하게 생식능력을 유지할 권리가 규정되어 있고, 제25조에는 장애인이 성적, 생식적 보건 및 인구에 기초한 공공 보건 프로그램을 포함하여 다른 사람에게 제공되는 것과 동일한 범위, 수준 및 기존의 무상 또는 감당할 수 있는 비용의 건강관리 및 프로그램을 제공받을 권리가 규정되어 있다. 위 권리는 테헤란회의부터 카이로회의까지 이어졌던 재생산권 규정을 이어 받은 것으로서 국제적으로 논의된 재생산권의 정의에 맞닿아 있는 것이고 국내에서도 실체법상 효력을 갖는 재생산권 내용이라는 점에서 의의를 갖는다.

4) 소결

이상의 논의를 종합하면 국제무대에서 정립되어 온 장애여성의 재생산권에는 첫째, 상대방과 동등한 지위에서 성생활의 시기와 빈도 등을 자유롭게 선택할 권리, 둘째, 안전하고 건강한 임신 상태를 유지할 수 있도록 적절한 보건의료서비스에 접근할 수 있는 권리, 셋째, 가족계획, 즉 출산여부, 출산시기, 출산 횟수를 어떠한 강제나 차별, 폭력 없이 자유롭게 평등하게 정하고 안전한 방법으로 적절한 보건의료서비스에 접근하여 시행할 수 있는 권리 등을 포함한다.³⁾

2. 장애여성의 재생산권과 관련된 국내법령의 비판적 검토

장애여성의 재생산권에 관한 국내 법령은 국제무대에서의 위 논의를 토대로 크게 두 가지로 나누어 생각해볼 수 있는데, 하나는 장애여성의 성생활에 관한 것이고 다른 하나는 장애여성의 임신과 출산에 대한 것이다. 성생활에 관한 것에는 장애여성의 평등하고 자유로운 성생활과 피임에 관한 결정권, 건강한 성생활을 영위하기 위하여 제공되어야 하는 정보와 지원에 관한 것이 포함되고, 임신과 출산에 대하여는 장애여성이 임신의 결정과 유지, 낙태, 출산 시기와 횟수, 방식의 결정에 있어서 차별과 억압으로부터 자유로울 것과 관련된 정보와 보건의료서비스의 제공에 대한 것이 포함된다.

1) 성생활에서의 자유와 권리, 보호에 관한 국내 법령

3) 차선자, 장애 여성의 재생산권에 대한 고찰, 법학논총 제27집 제2호, 2007,

(1) 성적 상대 및 성행위 결정의 자유 보장에 관한 국내 법령

한 개인이 자유의지에 의하여 자유롭게 자기의 운명을 결정할 수 있는 것은 헌법 제10조에서 유래되는 인간의 기본적 권리 중 하나이다. 자기결정권이라 명명되는 이 권리는 성생활에 있어서도 마찬가지로 누구나 성행위 여부 및 그 상대방을 결정할 수 있는 성적 자기결정권을 가진다.⁴⁾

헌법 제10조로부터 도출되는 이 성적 자기결정권은 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률(이하 ‘장애인차별금지법’이라 한다) 제29조 제1항을 통하여 “모든 장애인의 성에 관한 권리는 존중되어야 하며, 장애인은 이를 주체적으로 표현하고 향유할 수 있는 성적 자기결정권을 가진다.”고 구체화되었다.

성적 자기결정권은 통상 자기 자신의 성과 연관된 문제들에 관하여 자유롭게 선택하고 결정할 수 있는 권리를 뜻하는데 여기에는 성적 상대의 결정뿐만 아니라 성행위의 시기와 장소, 방법, 성행위를 통한 가입, 피임 여부에 대한 결정에 있어서 자율적이고 주체적인 의사결정이 타인에 의하여 훼손되지 않을 것이 모두 포함된다. 장애인차별금지법의

4) 헌법재판소 역시 많은 결정례를 통해 성적 자기결정권을 헌법상 기본권의 하나로 인정해 바 있다. 헌법재판소는 성적 자기결정권에 관하여 구체적으로 “헌법 제10조에서 보장하는 인격권 및 행복추구권, 헌법 제17조에서 보장하는 사생활의 비밀과 자유는 타인의 간섭을 받지 아니하고 누구나 자기운명을 스스로 결정할 수 있는 권리를 전제로 하는 것이다. 이러한 권리내용 중에 성적자기결정권이 포함되는 것은 물론이다. 성적자기결정권은 각인 스스로 선택한 인생관 등을 바탕으로 사회공동체 안에서 각자가 독자적으로 성적 관(觀)을 확립하고, 이에 따라 사생활의 영역에서 자기 스스로 내린 성적 결정에 따라 자기책임 하에 상대방을 선택하고 성관계를 가질 권리를 의미하는 것이다.”고 판시하고 있다[헌법재판소 2002. 10. 31. 자 99헌바40, 2002헌바50(병합) 전원재판부 결정].

위 조항은 이러한 성적 자기결정권을 구체적으로 선언한 것으로서 그 의의를 가진다.

국가는 사인 간에도 헌법상 기본권인 성적 자기결정권이 존중되고 지켜지도록 그 역할을 다하여야 할 의무⁵⁾가 있는데, 성적 자기결정권의 주체가 장애여성인 경우에도 마찬가지이다. 장애여성의 경우, 성적 상대방에 대한 접근 자체가 제한적이고, 상대방과의 관계에서 차별이 개입될 여지가 높으며, 성행위의 장소와 방식에 있어서도 비장애여성과 다를 수밖에 없다. 또한 장애여성은 가입과 피임을 결정할 수 있는 전제가 되는 생식기능의 보존 자체가 외부에 의해 훼손될 여지가 있기 때문에 이에 대한 국가의 보호도 필수적이다.

우선 장애여성의 성적 상대방의 결정에 대하여 우리 사회 내 문제가 되어 온 것은 장애인들의 강제 혼인 문제이다. 지적장애인에게 빈번한 이 사례들은 장애인의 성적 자기결정권에 대한 큰 침해임에도 불구하고 현행 법률로는 이를 처벌할 근거가 없다. 다만, 그 의사에 반하여 혼인 신고를 하였을 때 형법 제228조 및 제229조의 공정증서원본 등의 부실 기재죄와 동행사죄가 문제될 수 있을 뿐이다.⁶⁾ 물론 장애인차별금지법 제49조에 이 법이 금하는 차별행위를 처벌한다는 벌칙 조항이 있지만 성적 자기결정권이 침해되었음을 근거로 위 조항에 따라 처벌된 전례는

5) 이 부분에 대하여 기본권의 사인간 효력에 대한 논쟁이 있는데, 이에 대하여는 정종섭 기본권원론, 제4판, 2009, 324-331면을 참조할 것.
6) 형법 제228조 (공정증서원본 등의 부실기재) ① 공무원에 대하여 허위신고를 하여 공정증서원본 또는 이와 동일한 전자기록등 특수매체기록에 부실의 사실을 기재 또는 기록하게 한 자는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. ② (생략) 제229조(위조등 공문서의 행사) 제225조 내지 제228조의 죄에 의하여 만들어진 문서, 도화, 전자기록등 특수매체기록, 공정증서원본, 면허증, 허가증, 등록증 또는 여권을 행사한 자는 그 각 죄에 정한 형에 처한다.

없는 것으로 알려져 있다.

장애인복지시설, 특히 장애인거주시설 내 장애여성의 자유로운 성적 상대방 결정과 성생활을 위한 법적 장치는 “가족·가정 및 복지시설 등의 구성원은 장애인에 대하여 장애를 이유로 성생활을 향유할 공간 및 기타 도구의 사용을 제한하는 등 장애인이 성생활을 향유할 기회를 제한하거나 박탈하여서는 아니 된다.”고 규정한 장애인차별금지법 제29조 제2항뿐이다. 장애인거주시설 내 생활하는 장애인들을 위하여 ‘장애인 거주시설의 서비스 최저기준’이 장애인복지법 제60조의3 및 같은 법 시행규칙 제44조의3에 따라 보건복지부에 의하여 2013년 3월 고시되었지만, 거주시설 내 장애인의 성생활에 대하여는 전혀 언급되지 않았다. 같은 해 보건복지부에서 발표한 ‘장애인 거주시설 인권보호 권장기준’과 ‘거주시설 이용장애인 인권보장 세부 가이드라인 및 점검기준’을 보면 장애인의 성에 대한 국가기관의 인식이 여실히 드러나는데, 시설 이용자의 권리의 하나로 성을 표현하고 건전한 성생활을 영위할 권리를 포함시키면서 그 세부 지침으로 성생활에 대한 구체적 지원보다는 제한에 초점을 맞추고 있다는 점이다. 나아가 장애인거주시설 등 장애인복지시설의 설비기준에 대한 장애인복지법 시행규칙 제41조 및 제42조 관련 별표5 역시 집단생활을 하는 장애인의 성생활에 관하여 전혀 고려하지 않고 규정되었다. 이는 장애인복지시설을 적용 대상 시설 중 하나로 하는 장애인노안임상부 등의 편의증진보장에 관한 법률(이하 ‘장애인등편의법’이라 한다)에 있어서도 마찬가지이다. 장애인거주시설 내 장애인의 성생활을 위하여 필요한 설비와 기준이 무엇인지에 관한 연구와 관련 조항의 개정이 시급하다.

거주시설 이용장애인 인권보장 세부 가이드라인 및 점검기준

(이상 생략)

18) 성생활 보장권

성생활 보장권 : 이용자의 성적권리는 존중받아야 하며, 이용자는 스스로 자신의 성을 결정할 수 있는 권리가 있다. 또한 이용자는 연 1회 이상 시설로부터 성교육을 받을 권리가 있다.

성생활 보장권이라 함은 장애인 스스로가 비장애인과 같이 동등한 성적 권리를 가지며 스스로 성을 표현하고 건전한 성생활을 영위할 수 있는 권리를 의미한다. 또한 이용자가 건전한 성생활을 영위하기 위해 필요한 성에 대한 지식 및 정보를 교육받을 권리를 의미한다.

(1) 기관의 역할

기관은 이용자의 성적 권리를 최대한 존중해야 하며, 이용자의 성생활을 보장하기 위해 이용자의 사적 공간이 확보될 수 있도록 최대한 노력해야 한다.

기관은 직원을 대상으로 장애인의 성에 대한 교육을 매년 1회 이상 실시해야 한다.

기관은 연 1회 이상 이용자를 대상으로 성교육을 실시해야 한다.

기관은 성교육을 위해 필요한 성교육용 기자재 및 교육용 자료를 확보해야 한다.

(2) 직원의 역할

직원은 이용자의 성적행동에 대해 일관성 있는 지도를 해야 한다.

직원은 이용자의 성인식과 성행동에 대해 올바르게 지도해야 하며 성교육시 다른 사람과 자신을 소중하게 여기는 방법을 지도해 주어야 한다.

직원은 다음과 같이 특별히 성생활을 제한해야 하는 경우, 사전에 제한 이유를 이용자에게 충분히 설명하고 동의를 구해야 한다.

- 이용자의 성적 욕구나 표현이 법적으로 위배되거나 사회적 통념에 어긋나는 경우

- 낙태 또는 불임시술과 같이 이용자 스스로 결정하기 어려운 경우

직원은 이용자에게 대한 성교육 내용과 일치하는 방향으로 이용자에게 대한 성적 지도를 실시해야 한다.

(3) 이용자의 역할

- 이용자는 법적으로 위배되거나 사회통념에 어긋나지 않는 범위 내에서 자신의 성적 욕구를 자유롭게 표현할 필요가 있다.
- 이용자는 기관에서 실시하는 성교육에 적극적으로 참여할 필요가 있다

특정 종류의 장애여성의 경우 성생활을 위한 보조기구가 필수적이다. 현행 장애인복지법 제65조는 ‘장애인보조기구’를 ‘장애인이 장애의 예방·보완과 기능 향상을 위하여 사용하는 의지·보조기 및 그 밖에 보건복지부 장관이 정하는 보장구와 일상생활의 편의증진을 위하여 사용하는 생활용품’으로 규정하고, ‘장애인보조기구 품목의 지정 등에 관한 규정(이하 ‘보조기구 품목고시’라 한다)’을 통해 보다 구체적인 품목을 고시하고 있다.⁷⁾ 보조기구 품목고시 제2조 관련 별표1의 09 54 품목은 성(性)활동 훈련 및 보조를 위한 장치인 성(性)활동용 보조기구로서 사위키 및 사위키장치와 등지지대, 좌석 쿠션 및 깔개, 침대를 제시하였다.⁸⁾⁹⁾ 이상의 보조기구들은 성생활을 위하여 특수하게 제작된 것이라기보다는 일상생활에 필요한 보조기구들에 가까운데, 성생활이나 임신, 피임을 위하여 필요한 기기들에 대한 연구가 더 진행되어야 할 필요가 있다.¹⁰⁾

7) 정부에 의한 장애인 보조기구 지원사업은 보건복지부 외에도 다양한 부처에 의하여 관련 법률에 따라 독자적으로 수행되고 있는데, 대표적인 것으로 국민건강보험법과 의료급여법에 따른 보장구가 있는데, 이외에도 고용노동부가 산업재해보상보험법에 따라 지급하는 보조기, 교육부가 장애인등에 대한 특수교육법에 따라 지급하는 보조기기 및 보조공학기기, 국가보훈처가 국가유공자등 예우 및 지원에 관한 법률에 따라 지원하는 보철구가 있다. 시행 부처가 다른 만큼 용어와 품목에 차이가 있지만 전반적 개념이나 품목 내용에 있어서는 유사한 점이 많다.

8) 등지지대란 의자 또는 좌석, 허리 지지대 등 쿠션과 패드가 고정되어 있거나 부착 가능한 등받이 등을 말하고 좌석쿠션 및 깔개란 안정적인 착석자세 및 자세를 교정할 수 있도록 좌석 위에 삽입하는 쿠션이나 다른 장치를 말한다. 침대에는 고정침대와 수동침대, 전동침대, 침대리프트, 매트리스, 분리식 침대용 등지지대 및 다리지지대, 혼자 일어날 수 있도록 침대에 고정하는 손잡이가 포함되어 있다.

9) 보조기구 품목고시가 보건복지가족부고시 제2009-244호로 최초 제정된 당시에는 성활동에 대한 보조기구가 존재하지 않았는데, 보건복지부고시 제2013-22호로 2013. 2. 15. 개정되면서 위 품목이 포함되었다.

10) 장애인 활동보조인에 의한 장애인의 성생활 지원도 현행 장애인활동 지원에 관한 법률(이하 ‘장애인활동지원법’이라 한다)상으로는 문제가 되지 않을 수 있으나 활동보조인과

장애여성의 자궁적출 등 강제불임수술은 재생산으로 직결되는 성적 자기결정권에 대한 강력한 침해이다. 형법 제257조 내지 제258조의 상해죄나 중상해죄로 처벌될 수 있는 위 행위는 과거 우리 사회 내 강력한 문제제기로 인하여 많이 축소된 것이 사실이나 아직도 심심찮게 언론 기사를 통해 폭로되는 만큼 주의를 지속적으로 기울여야 할 필요가 있다.¹¹⁾

(2) 장애여성의 성생활 정보 제공에 관한 국내 법령

장애여성의 성생활과 임신, 피임에 대한 정보 제공을 규정하는 국내 법령은 존재하지 않는다. 장애인차별금지법 제28조 제4항이 “국가 및 지방자치단체에서 직접 운영하거나 그로부터 위탁 혹은 지원을 받아 운영하는 기관은 장애인의 피임 및 임신·출산·양육 등에 있어서의 실질적인 평등을 보장하기 위하여 관계 법령으로 정하는 바에 따라 장애유형 및 정도에 적합한 정보·활동보조 서비스 등의 제공 및 보조기기·도구 등의 개발 등 필요한 지원책을 마련하여야 한다.”고 하여, 국가 및 지방자치단체에서 운영하거나 지원을 하는 기관이 장애인에게 피임에 관한 정보, 보조기기, 도구 등의 개발 등 필요한 지원책을 마련하여야 한다고 규정하고 있을 뿐이다.

그러나 현실적으로 성관계가 임신으로 이어질 수 있다는 사실을 몰랐

의 성매매로 연결될 수 있는 부분이기 때문에 성매매알선 등 행위의 처벌에 관한 법률 등에 따른 범죄가 될 여지가 높다.

11) 김홍신 전 국회의원이 1999년 발표한 정신지체 장애인에 대한 강제불임보고서는 http://imnews.imbc.com/20dbnews/history/1999/1785208_13451.html를 참조할 것.

다거나, 임신할 수 있는 몸인지 알지 못하였다는 장애여성들이 많다. 장애인복지법이나 국민건강보험법, 의료급여법에 장애여성이 신체적으로 임신이 가능한지에 대한 검사를 필수적으로 받도록 하는 조항이 신설되거나 이에 대한 비용을 보조해주는 조항이 신설될 필요가 있고, 여성장애인에 대한 성생활 및 피임 교육이 정례화 되도록 규범화하여야 한다.

(3) 폭력적 성생활의 근절에 관한 국내 법령

장애여성이 성적 상대방과 성행위나 임신, 피임의 결정에 있어서 불평등한 관계에 놓이는 사례는 적지 않다. 이러한 행위를 근절하기 위해 다양한 교육과 예방책을 내어 놓는 것은 별론으로 하더라도,¹²⁾ 성적 자기결정권에 대한 침해행위가 될 수 있기 때문에 행위자를 형사적으로 처벌할 필요가 있다. 먼저 우리 사회의 경우 성적 자기결정권이 침해되었을 때 어느 수위에서 처벌의 정도를 결정하는지 알아보고, 피해자가 장애여성인 경우 그 정도가 변경되는지에 대해 검토할 필요가 있다.

성적 자기결정권이 침해된 경우, 우리 사회는 기본적으로 폭행이나 협박이 개입되었을 때 형법 제297조 내지 제298조의 강간죄나 유사강간죄, 강제추행죄로 처벌하고 있다. 피해자가 장애인의 경우 강간이나 유사강간, 강제추행으로 행위가 나아간 경우에는 성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 제6조에 따라 비장애인이 피해자일 때보다 가해자의 형량

12) 장애인차별금지법 제29조 제3항은 “국가 및 지방자치단체는 장애인이 성을 향유할 권리를 보장하기 위하여 관계 법령에서 정하는 바에 따라 필요한 지원책을 강구하고, 장애를 이유로 한 성에 대한 편견·관습, 그 밖의 모든 차별적 관행을 없애기 위한 홍보·교육을 하여야 한다.” 규정하여 국가 및 지방자치단체에 성에 대한 편견과 관습 등을 없애기 위한 홍보와 교육 의무를 지우고 있다.

이 가중된다. 또한 피해자가 19세 미만인 장애아동인 경우, 가해자는 아동청소년의 성보호에 관한 법률 제8조에 따라 가중처벌된다. 현행 장애인차별금지법상으로는 강간이나 유사강간, 강제추행에 이르지 아니하였으나 장애인의 성적 자기결정권을 침해한 경우 같은 법 제49조에 의하여 처벌받게 되어 있으나, 위 법률이 실무상 적용되고 있는지는 검토가 필요하다.

2) 임신, 출산과정에서의 자유와 권리, 보호에 대한 국내 법령

(1) 임신의 결정 및 유지와 관련된 국내 법령

장애여성의 임신의 결정과 유지에는 장애여성이 자율적으로 임신을 결정하고 유지할 권리뿐만 아니라 임신의 결정과 유지에 필요한 충분한 정보와 보건의료시스템에 대한 접근을 지원하고, 임신을 결정하고 유지하는데 도움이 되는 각종 지원체계가 포함된다.

장애여성이 임신 여부와 유지를 자율적으로 결정할 권리는 헌법 제10조에서 도출되는 가족 형성에 관한 자기결정권의 일환으로서 헌법이 정한 중요한 기본적 권리이다. 따라서 장애여성은 임신을 결정하고 유지함에 있어서 어떠한 강제와 폭력으로부터도 자유로운 권리를 지니기 때문에 이를 침해하는 것은 불법행위를 구성하여 민사상 손해배상청구의 근거가 되고, 사실관계에 따라 가해자에게 형사상 범죄가 성립될 수 있다. 한편, 장애인차별금지법 제28조 제1항은 “누구든지 장애인의 임신, 출산, 양육 등 모·부성권에 있어 장애를 이유로 제한·배제·분리·거부하여서는 아니 된다.”고 규정함으로써, 차별의 관점에서 임신에 대한 자기결

정권을 구체화하였다. 고용 관계에서의 임신한 여성의 차별에 관하여는 남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률(이하 ‘남녀고용평등법’이라 한다) 제2조 1호가 규정하고 있다.

헌법 제36조 제2항은 “국가는 모성의 보호를 위하여 노력하여야 한다.”고 하여, 모성의 보호가 국가의 기본적 의무임을 천명하였다. 남녀평등의 실현과 여성의 발전을 도모하고자 제정된 여성발전기본법도 제18조 제2항을 통하여 “국가지방자치단체 또는 사업주는 모성 보호를 위하여 가임기(可妊期) 여성과 임신·출산 및 수유(授乳) 중인 여성을 특별히 보호하며 이를 이유로 불이익을 받지 아니하도록 하여야 한다.”고 선언하였다. 근로기준법과 많은 근로 관계 법령들은 고용 관계에서 임신한 여성이 보호될 수 있도록 다양한 구체적 장치들을 마련하였는데 다음과 같이 정리될 수 있다. 장애여성 역시 고용 관계에서 근로자로 일하는 경우 아래의 지원을 누릴 수 있다.

종류	근거법령	지원 내용
태아검진 시간 허용	근로기준법 제74조의 2	임산부 정기건강진단을 받는데 필요한 시간 사용 허용 및 임금 삭감 금지
연장근로의 제한	근로기준법 제70조 제2항	사문화
	근로기준법 제74조 제5항	임신 중 여성에 대한 시간외근로 제한
근로의 전환	근로기준법 제74조 제5항	임신 중 여성의 요구시 쉬운 종류의 근로로 전환
근로시간의 단축	근로기준법 제74조 제7항 및 제8항	임신 12주 이내 또는 36주 이후의 여성이 요구하는 경우 1일 근로시간의 단축

		허용 및 그에 따른 임금 삭감 금지
여성휴게실 등 설치 지원	남녀고용평등법 제17조 제2항	사업장 내 여성휴게실 및 수유시설 설치에 대한 비용 지원
경력단절 여성의 능력개발 및 고용촉진 지원	남녀고용평등법 제17조의2	임신, 출산, 육아 등을 이유로 직장을 그만둔 여성을 위한 고용촉진프로그램 개발 및 직업지도상담서비스 제공

수시로 산부인과를 방문하여야 하는 임신한 장애여성에게 이동의 문제는 필수적이면서 매우 어려운 일이다. 교통약자의 이동편의증진법(이하 ‘교통약자법’이라 한다)은 장애인과 임신부의 이동에 관하여 규정하고 있는데, 시내노선버스는 제한된 노선으로 운행되는 만큼 임신한 장애여성에 대한 특별교통수단의 제공이 필수적이다. 현행 법령은 교통약자법 제16조 제7항과 같은 법 시행규칙 제6조를 통해 특별교통수단의 이용대상자가 정해지는데, 1급과 2급 장애인 및 이에 준하는 자로서 지방자치단체의 조례로 정하는 자이다. 서울시의 경우 서울특별시 교통약자의 이동편의증진에 관한 조례 제15조에서 특별교통수단의 이용대상자로 1급 또는 2급 장애인과 그 밖의 교통약자 중 대중교통서비스의 이용이 어려운 자와 혼자서 외출 및 이동이 어려운 자를 포함시켜 조례의 해석상 3급 이하 장애여성으로서 임신한 자가 이용대상자에 포함되는 것에 문제가 없다. 그러나 실무상 1,2급 장애인들도 특별교통수단을 신청한 후 몇 시간이 지나서야 이용할 수 있을 정도로 그 수가 적어서 실무상 임신한 3급 이하 여성장애인까지 이용대상자로 포함시키지는 않고 있다. 법률상 임신한 여성장애인을 포함시키는 것과 더불어 충분한 특별교통수단을 마련하는 것도 필요한 지점이다.

장애인복지시설, 특히 장애인거주시설 내 임신한 장애여성을 위한 배려와 설비를 제공하는 것 또한 필수적이다. 비록 장애인차별금지법 제28조 제4항이 “국가 및 지방자치단체에서 직접 운영하거나 그로부터 위탁 혹은 지원을 받아 운영하는 기관은 장애인의 피임 및 임신·출산·양육 등에 있어서의 실질적인 평등을 보장하기 위하여 관계 법령으로 정하는 바에 따라 장애유형 및 정도에 적합한 정보·활동보조 서비스 등의 제공 및 보조기기·도구 등의 개발 등 필요한 지원책을 마련하여야 한다.”고 규정하였지만, 장애인복지법 등 시설의 설비에 관하여 규정한 법령이나 앞서 언급한 ‘장애인 거주시설의 서비스 최저기준’에는 임신한 장애인을 위하여 거주시설이 갖춰야 할 배려와 설비들에 대하여 나와 있지 않다. 다만, ‘장애인 거주시설 인권보호 권장기준’에는 임신한 장애여성에 대한 내용이 나와 있는데, 이용자의 가족권을 보장하기 위하여 “결혼한 부부의 임신, 출산, 자녀 양육 시 각종 사회서비스를 연계하고, 부모의 장애를 이유로 사전 동의 없이 자녀가 부모로부터 분리되지 않도록 지원한다.”는 내용이다. ‘거주시설 이용장애인 인권보장 세부 가이드라인 및 점검기준’은 ‘이용자가 본인의 희망에 따라 결혼할 수 있고, 부부는 그들만의 별도의 공간에서 함께 생활할 수 있는 권리를 가지며, 또한 결혼한 이용자가 자녀를 임신, 출산 및 양육하는 경우 본인의 동의 없이 자녀가 자신으로부터 분리될 수 없고, 자녀 양육 등에 필요한 각종 사회서비스를 연계 받을 권리를 가진다.’는 가족생활보장권을 명명하면서 기관이 이용자가 임신, 출산 및 양육하는 과정에서 필요한 각종 사회서비스를 최대한 연계해주어야 하고, 가정을 이룬 이용자들이 별도의 공간에서 생활할 수 있도록 해줘야 한다는 구체적 내용을 제시하였다. 즉,

현행 법령으로는 장애여성이 임신한 경우 배려해야 한다는 내용이 보건복지부 고시로 들어가 있을 뿐 필요한 시설이나 설비에 대해서는 어디에도 언급되어 있지 않다. 이에 대한 연구와 법률 차원의 근거가 필요하다.

의료시설 내 장애인의 물리적 접근과 이동 등을 위한 편의시설 설치와 정보접근이나 의사소통을 위한 인력의 배치 등은 장애인차별금지법과 장애인등편의법 등에서 그 근거를 찾을 수 있지만, 실제 의료시설 내 위와 같은 편의시설이나 인력이 배치된 곳은 매우 적다.¹³⁾ 먼저, 장애인의 정보접근이나 의사소통을 위하여 장애인이 요청하는 경우 의료기관과 의료인이 장애인에게 수화통역사, 음성통역사와 같은 전문인력이나 점자자료, 확대경, 화상전화기 등과 같은 설비를 제공하여야 한다는 내용은 장애인차별금지법 제21조와 같은 법 시행령 제14조 및 별표3, 장애인등편의법 제16조의2와 같은 법 시행령 제7조의2에 규정되어 있다.¹⁴⁾ 문제는 위 시행령 제14조 제3항이 장애인이 위 인력이나 설비를 요청하는 경우 의료기관 등이 7일 이내에 제공하여야 한다는 내용으로 규정됨으로써, 응급환자가 많은 산부인과의 경우 정당한 편의제공을 받

13) 국가인권위원회와 서울장애우권익문제연구소가 2014년 공동으로 작성한 장애인 건강권 실태조사 결과발표문 38-39면에 따르면, 수화통역사를 상시 배치한 의료기관은 전국에 2개 기관에 불과하였고, 법정기준에 적절한 편의시설을 설치한 병원급 의료기관은 66.1%, 의원급 1차의료기관은 60.5%에 지나지 않았으며, 여성장애인전문 산부인과 병의원은 국내에 없었고 병원급 의료기관은 전국에 근로복지공단 창원병원 1곳에 불과하였다. 전국적으로 의료시설은 총 3,052개이다.

14) 장애인차별금지법 시행령 제14조 관련 별표3의 경과조치에 따라 2013. 4. 11.부터 전 의료기관과 의료인에게 이러한 의무가 부여되었다. 반면, 장애인등편의법 제16조의2와 같은 법 시행령 제7조의2에 따르면 장애인이 수화통역을 요청하는 경우 제공을 해야 하는 시설의 범위에 의료시설 중 종합병원만이 포함된다고 규정되어 있어, 두 법령 간의 충돌이 되고 있는 문제가 있다. 점자안내책자, 보청기기 등의 경우 장애인차별금지법에 따르면 모든 의료기관이 장애인에게 이를 제공하여야 할 의무가 있지만, 장애인등편의법 제16조 제2항과 같은 법 시행규칙 제6조 관련 별표3의 제공 의무가 있는 시설에서 제외되어 있는 것도 해결이 시급한 부분이다.

지 못하는 장애여성이 매우 많을 수 있다는 점이다. 다음으로 의료시설 내 장애인의 물리적 접근과 이동 등을 위한 편의시설의 설치에 장애인 등편의법 제7조 및 제8조와 같은 법 시행령 제3조 및 제4조, 별표1과 별표2에 규정되어 있다. 위 규정에 따르면, 의원이나 산후조리원 중 500제곱미터 이상인 시설의 경우, 주출입구접근로와 장애인전용주차구역, 주출입구높이차이제거, 장애인 통행이 가능한 출입구, 복도, 계단, 대변기를 갖출 의무가 있고 소변기와 세면대의 설치가 권장된다. 병원급 의료시설의 경우 여기에 더하여 점자블록과 유도 및 안내설비, 경보 및 피난설비가 의무되고, 장애인이 접근 가능한 접수대 등이 권장사항이다. 임신 중인 장애여성이 산부인과에서 진료를 받는데 위와 같은 설비가 충분한 것인지, 이러한 설비를 갖추지 않은 의료시설을 제재하기 위한 법적 수단은 충분한 것인지, 의료시설에게 이러한 설비와 인력을 갖추도록 유도할 수 있는 정부의 지원책은 마련되어 있는 것인지 비판적 검토가 필요하다.

장애인복지법상 장애인보조기구 역시 임신한 장애여성을 대상으로 품목이 따로 지정되어 있지 않다.¹⁵⁾ 장애여성이 임신하는 경우, 임신한 장애여성의 특성에 맞는 보조기구의 개발이 필요할 수 있고, 보조기구의 교체도 필요한 경우가 있을 수 있다. 보건복지부 실무상 당해연도 보조기구 신청시 1인 1제품 지원을 원칙으로 하는 것과 전년도 동일한 품목의 장애인보조기구를 교부받거나 이전에 받은 동일한 교부 품목이 내구연한에 이르지 아니한 경우 지원을 제한하는 지침과 충돌할 수 있는 지점이다. 많은 장애인들이 국민건강보험법이나 의료급여법상의 장

15) 장애인복지법의 장애인보조기구는 지체·뇌병변·시각·청각·심장 장애인 중 국민기초생활보장법상 수급자 및 차상위 장애인에 한정되어 그 지원범위가 크지 않음을 유의하여야 한다.

애인용 보장구를 이용하게 되는데, 무료로 보장구를 지급받을 수 있는 의료급여 수급권자의 범위가 의료급여법 제3조 및 같은 법 시행령 제3조에 의하여 노숙인이나 국민기초생활보장법상의 수급권자로 제한되어 혜택을 누릴 수 있는 장애인이 2011년 장애인실태조사 기준 17.1%로 제한된다. 보조기구와 보장구에 대한 연구와 지침의 수정이 필요하다.

이외에 임신한 장애여성에 대한 지원으로는, 장애인복지법 제55조 제2항과 장애인활동지원법에 따른 활동보조서비스 제공, 의료급여법 제13조에 따라 수급권자가 임신한 경우 임신기간 중 진료에 드는 비용에 대한 추가급여 지급 등이 있다.

장애여성은 각종 정보에 대한 접근 빈도와 정도가 비장애여성에 비하여 높지 않기 때문에 임신을 결정하고 유지하는데 필요한 정보들이 제공되어야 할 필요가 더 크다. 국가 및 지방자치단체에서 직접 운영하거나 그로부터 위탁 혹은 지원을 받아 운영하는 기관이 임신한 장애여성에게 필요한 정보를 제공하여야 한다는 장애인차별금지법 제28조 제4항은 선언적 규정에 그치고, 비장애여성을 포함한 여성 일반을 대상으로 유사한 규정이 건강가정기본법 제11조에 있지만 역시 선언적 의미에 그치고 있다. 장애여성에게 필요한 정보가 전달될 수 있는 규범적 체계가 마련되어야 할 필요가 있다.

(2) 임신의 자의적 중단과 관련된 국내 법령

임신의 중단과 관련된 국내 법령으로는 형법과 모자보건법이 있다. 법체계적으로 보면 형법 제27장에서 낙태를 범죄로 구성하면서, 모자보

건법 제14조에서 낙태가 허용되는 예외적 경우들을 규정한 형태이다.

가) 형법상의 낙태죄

1953년 정부가 제출한 형법초안에 의하면 제27장 낙태죄는 2개의 조문으로 되었다. 처벌유형으로는 부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 경우와 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 경우 전항의 죄를 범하여 치상케 한 경우이다(제287조). 또한 의사·의생·산과·약제사 또는 약종이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하는 경우에도 처벌하며 전항의 죄를 범하여 부녀를 치상케 한 경우에도 처벌규정을 두고 있다(제288조). 법제사법위원의 수정안은 제287조 제2항에 ‘부녀의 촉탁 또는 승낙 없이 낙태를 시켰을 때 처벌하는 조항’(강제낙태죄)을 신설하는 규정이었었는데, 형법초안에 부녀의 촉탁 또는 승낙 없이 낙태를 시켰을 때 처벌하는 규정이 없었기 때문이다.

1953년 9월 18일 법률 제297호로 형법이 제정되면서 낙태를 처벌하기 시작하였다. 그 후 낙태죄에 관한 규정이 1995년 12월 29일 법률 제5057호로 개정된 적이 있으나 자구수정에 불과하였다. 따라서 형법은 낙태죄의 규정에 관한 한 제정 당시의 내용을 그대로 유지하고 있다. 형법은 낙태의 죄를 자기낙태죄, 동의낙태죄, 업무상 동의낙태죄, 부동산 낙태죄 및 낙태치사상죄로 유형화하여 규정하고 있다.

나) 모자보건법 임신중절수술의 허용한계

㉠ 모자보건법 임신중절수술의 입법배경

모자보건법은 유신헌법체제하에서 국회가 해산된 채 1973년 2월 8일 비상국무회의의 의결을 거쳐 제정된 것으로서 모성의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모함으로써 국민의 보건향상에 기여한다는 것을 그 목적으로 하고 있다. 모자보건법은 1962년부터 시작된 제1차 경제개발 5개년계획에 따라 경제발전을 위하여 산아제한이 필요하다는 주장을 배경으로 가족계획법의 성격을 가지고 있다고 평가되고 있다. 낙태 관련 규정인 제14조는 2009년 1월 7일 개정된 바 있으나, 역시 자구수정에 불과하여 내용에는 변화가 없었다. 따라서 모자보건법의 낙태 관련 규정은 제정 이후 개정 없이 현재에 이르기까지 그대로 시행되어 왔다. 다만, 모자보건법 시행령의 낙태 관련 규정은 현대 의학기술의 발달에 따른 태아의 모체 밖 생명 유지가능성 시기에 관한 논의와 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환과 전염성 질환에 대한 의학적 근거가 불명확하다는 비판을 수용하여 2009년 7월 7일 일부 개정되었다. 이 때 인공임신중절수술 허용기간이 임신한 날부터 ‘28주일’ 이내에서 임신 ‘24주일’ 이내로 단축되었고(모자보건법 시행령 제15조 제1항), 치료가 가능하거나 의학적 근거가 불분명한 질환 등이 삭제되었다. 모자보건법이 규정하고 있는 인공임신중절의 요건을 갖춘 낙태행위에 대하여는 형법상 낙태죄의 위법성이 조각된다.¹⁶⁾

㉡ 모자보건법 임신중절수술의 허용요건

16) 모자보건법 제14조의 법적 성질에 관하여는 견해의 대립이 있을 수 있으나, 형법 제20조의 법령에 의한 행위로 볼 수 있기 때문에 위법성조각사유라고 하는 것이 타당하다(신동운, 「형법개정과 관련하여 본 낙태죄 및 간통죄에 관한 연구」, 한국형사정책연구원, 1991, 190면).

① 일반적 요건으로의 ‘배우자의 동의’와 ‘기간’의 한계

일반적 요건¹⁷⁾으로는 첫째, 인공임신중절수술의 시술자가 반드시 의 사여야 한다는 것과, 둘째, 인공임신중절수술은 본인과 배우자의 동의를 얻어서 행해져야 한다는 것이 있는데, 여기서 배우자란 법률상 배우자 뿐 아니라 사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 배우자의 중대한 사유로 부재 시 본인의 동의만으로도 낙태가 가능하다.¹⁸⁾ 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.¹⁹⁾ 다음으로 세 번째 요건은 인공임신

- 17) 모자보건법 제14조(인공임신중절수술의 허용한계) ① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.
- 18) 모자보건법 제14조 ② 제1항의 경우에 배우자의 사망·실종·행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로도 그 수술을 할 수 있다.
- ③ 제1항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.
- 19) 모자보건법 제14조 제3항에 대하여는 ‘장애인에 대한 강제낙태’를 허용하는 규정으로 악용될 우려가 있어 몇 차례 개정의 논의가 있어 왔다. 그럼에도 실질적인 개정으로 이루어지지지는 못하였다. 2009. 4. 3. 박은수의원 대표발의, 2009. 9. 10. 광정숙의원 대표발의, 2010. 10. 28. 이영애의원 대표발의된 법안 등이 있었다. 그 중 이영애의원 대표발의안의 경우 인공임신중절수술의 허용사유를 생명존중원칙에 부합하도록 하는 방향으로 개정안을 제시하였는바 다음과 같다.

현 모자보건법 제14조	모자보건법 개정안
제14조(인공임신중절수술의 허용한계) ① 의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다. 1. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우 2. 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우 3. 강간 또는 준강간(準強姦)에 의하여 임신된 경우	제14조(인공임신중절수술의 허용한계) ① 임부는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에 한하여 이 법에서 정하는 절차에 따라 인공임신중절수술 심사위원회(이하 '심사위원회'라 한다)의 승인을 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다. 1. 임신의 지속이나 출산이 임부의 생명을 위태롭게 할 수 있는 경우 2. 강간 또는 준강간에 의한 임신의 경우 ② 제1항제1호의 경우 심사위원회에 인공임신중절수술의 승인을 신청할 때 산부

중절수술이 임신 24주 이내인 임부에게만 허용된다는 것이다.²⁰⁾ 이 기간의 경과 후 낙태행위는 형법상 낙태죄에 적용대상이 된다.

② 개별적 허용요건

㉠ 우생학적 사유

본 법 제14조 제1항 1호에서 ‘본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우’를 규정하고 있다. 여기서 인공임신중절수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환은 연골무형성증, 낭성섬유증 및 그 밖의 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환으로 한다(본 법 시행령 제15조 제2항).²¹⁾

4. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우 5. 임신의 지속이 보건·의학적으로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우 ② 제1항의 경우에 배우자의 사망·실종·행방불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로도 그 수술을 할 수 있다. ③ 제1항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.	인과 전문의 2명 이상이 작성한 진료소견서를 제출하여야 한다. ③ 제1항제2호의 경우 해당 범죄를 고소한 경우에 한하여 심사위원회에 인공임신중절수술의 승인을 신청할 수 있다. ④ 심사위원회는 제1항제1호의 경우는 임신 20주 이내, 제1항제2호의 경우는 임신 9주 이내에서만 인공임신중절수술을 승인할 수 있다.
--	---

- 20) 모자보건법 시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계) ① 법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 할 수 있다.
- 21) 모자보건법의 적용과 관련하여 판례에 주로 나타난 사안은 ‘태아에 “다운증후군”이 존재할 때 낙태사유가 되는지 여부’였고, 주로 문제되는 사례는 이에 대해 의사가 미리 설명하지 않은 경우 1) 산모의 낙태 결정권이 침해되었는지, 2) 의사가 설명의무를 위반하였는지 여부인데, 이에 대하여 판례는 비교적 일관되게 다음과 같은 취지로 판시하고 있다. 「모자보건법 제14조 제1항 제1호, 모자보건법시행령 제15조 제2항 등에 비추어 보면, 다운증후군은 유전성 질환이 아님이 명백하다. 따라서 다운증후군은 위 조항 소정

우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환의 개념은 모호하다. 시행령이 연골무형성증, 낭성섬유증 등을 열거하여 개념을 구체화하려는 의도는 보이지만 ‘그 밖의 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환’이라는 폭넓은 예시조항을 두고 있다.²²⁾ 태아에게 미칠 위험성이 있다는 개연성만으로 태아의 생명권 제한하는 것은 명확성원칙을 충족하지는 않는다.²³⁾ 또한 태아의 생명을 우생학적 또는 인종개량학적 이유 때문에 침해하는 것은 결국은 건강과 바꾸는 결과가 될 뿐 아니라 ‘생명의 질’을 위해서 ‘생명’을 희생시키는 것에 지나지 않는다. 따라서 우생학적 견지에서는 낙태행위가 정당화될 수 없다.²⁴⁾²⁵⁾

의 인공임신중절사유에 해당하지 않음이 명백하여 원고의 부모가 원고가 다운증후군에 걸려 있음을 알았다고 하더라도 원고를 적법하게 낙태할 결정권을 가지고 있었다고 보기 어려우므로, 원고의 부모의 적법한 낙태결정권이 침해되었음을 전제로 하는 원고의 이 사건 청구는 이 점에 있어서 이미 받아들이기 어렵다고 할 것이다(대법원 1999. 6. 11. 선고 98다22857 판결); 이 사건의 경우 원고들이 침해받는 자기결정권이란 의사가 트리플마커 검사에 대한 설명뿐 아니라 보다 정확한 검사법인 양수천자 검사 등에 관한 설명을 하여 부모들로 하여금 더 정확한 검사를 받을 기회를 부여함으로써 태아가 기형아인지 여부를 확인하고 만일 태아가 기형아라면 그 태아를 출산할 것인지 아니면 낙태할 것인지 여부를 선택할 결정권이라 할 것이지 정확한 기형아 검사인 양수천자 검사 등을 받을 것인지 여부에 대한 결정권은 아닌바, 다운증후군이 인공임신중절 사유에 해당하지 않음은 위에서 본 바와 같으므로, 원고들로서는 망인이 다운증후군에 걸렸음을 알았다고 하더라도 적법하게 낙태할 결정권을 가지고 있다고 할 수 없다. 따라서 위 피고의 설명 의무 위반으로 원고들의 자기결정권이 침해되어 정신적 손해를 입었다는 원고들의 위 주장도 이유 없다(서울고등법원 2000. 9. 28. 선고 99나51588 판결.)

22) 박찬걸, 「낙태죄의 합리화 정책에 관한 연구」, 법학논총 제27집 제1호, 2010. 3. 213면; 이기원, 「낙태죄의 허용사유에 관한 비교법적 고찰」, 법학논총 제19집 제3호, 2012. 11. 417면.

23) 표명환, 「태아의 생명보호에 관한 헌법적 고찰」, 토지공법연구 제51집, 2010. 11. 357면.

24) 허영, 「인공임신중절과 헌법」, 공법연구 제5집, 한국공법학회, 1977. 88~89면; 김성진, 「출산억제정책으로서 모자보건법과 낙태에 대한 반성적 접근」, 법과 정책연구(한국법정책학회) 제10집 제1호, 2010. 4. 14면.

25) 모자보건법 제14조 제1항 제1호에 대해서는 여러 차례 폐지의 논의가 있어왔으나, 실질적인 개정으로 이루어지지지는 못하였다. 최근의 개정 논의에 대해 살펴보면 다음과 같다. 2007. 6. 19. 정화원의원 대표발의(제안이유: 장애인의 출산권을 인정하지 않고, 장애인에 대한 임신중절이 합법적이고 당연하다는 위험한 사고를 국가가 법률에 명시함으로써 장애인을 차별하고 있는 것임), 2009. 4. 3. 박은수의원 대표발의(제안이유: 장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률이 시행됨에 따라 주요 장애인 단체와 협의를 거쳐 장차법과 상충하는 법령을 일괄적으로 정비하고자 함), 2009. 9. 10. 박정숙의원 대표발

㉔ 전염성적 사유

본 법 제14조 제1항 2호에서 ‘본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우’를 규정하고 있다. 여기서 인공임신중절수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 특소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다(본 법 시행령 제15조 제3항). 전염성질환은 그 목록 자체가 가변적이라는 문제가 있다. 1997년에 발의된 개정 법률안의 심사과정에서 대한의사협회와 한국모자보건학회는 간염과 전염병예방법 제2조 제1항의 규정에 의한 전염병을 허용되는 전염성 질환의 종류에서 삭제할 것을 요청한 바 있다.²⁶⁾ 그 논거로는 풍진, 수두, 간염 등은 이제 더 이상 중대한 질병이 아니며, 전염성예방법상의 법정전염병이 태아의 생명 자체를 부인해야할 중대한 질병인지가 의문시 된다는 점이다. 태아에게 미치는 영향이 큰 전염성질환에 의해서 태아가 감염되지 않은 한, 위 사유가 낙태의 정당화 사유가 될 수 없다는 주장이었다.²⁷⁾ 현행 모자보건법 시행령 제15조에서 열거하고 있는, 풍진이나 특소플라즈마증도 모두 바이러스 감염 질병으로 배우자(남자)가 감염된 경우에는 아무런 문제가 없을 뿐만 아니라 임부에게도 임신 20주 이후의 감염은 전혀 문제가 될 수 없는 질병

의(제안이유: 정신질환을 가진 사람들에 대해 각종 제한을 하고 있는 조항을 일괄적으로 정비하여 이를 통해 정신질환을 가진 사람들에 대한 부당한 차별대우를 없애고자 함), 2010. 10. 28. 이영애의원 대표발의(제안이유: 현행 모자보건법은 헌법에서 천명하고 있는 생명 존중의 원칙을 위태롭게 하는 내용을 포함하고 있고, 세계인권선언 기타 국제규범에 위반되는 ‘우생학’과 같은 표현을 담고 있어, 개정할 필요가 있음) 등이 있다.

26) 이인영, 「모자보건법 제14조의 재구성 및 입법방향」, 한국의료법학회지 제12권 제2호, 19면(제199회 국회(임시회) 보건복지위원회 모자보건법개정법률안 심사보고서, 4면, 재인용).

27) 오상걸, 「모자보건법(형법개정안 제135조)과 태아의 생명권」, 변호사 제26집, 1996. 1. 543면.

이다. 28) 본인이나 배우자가 이런 병에 걸렸다고 하여 태아가 반드시 걸리는 것도 아닐 뿐만 아니라 설사 그렇더라도 얼마든지 치료하여 나올 수 있다. 태어난 사람도 걸릴 수 있는 질병을 이유로 태아의 생명을 지우는 행위를 의학이 해서는 안 된다. 29)

㉔ 의학적 사유

본 법 제14조 제1항 5호에서 ‘임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우’를 규정하고 있다. 본 사유에 대해서는 ‘모체의 건강을 해할 우려’라는 요건을 임신에 따르는 신체의 일반적 위험으로 확대 해석될 위험을 안고 있기 때문에 모체의 생명이 위협받는 상황으로 제한해야 하고 생명의 지장이 없는 신체에 대한 위험은 제외해야 할 것이라는 의견이 있다. 30)

㉕ 사회·경제적 정당화사유 도입논의

인공임신중절수술의 허용사유에 “사회·경제적 사유”를 추가하여 현실에 맞도록 개정하고자 하는 논의가 있다. 임부의 정상적인 양육을 기대

28) 김태계, 「낙태죄에 관한 문제점과 입법론」, 법학연구 제18권 제1호, 2010, 254~255면.
 29) 배중대, 「낙태에 대한 형법정책」, 고려법학 제50호, 2008, 237~238면; 김성진, 앞의 논문, 15면.
 30) 배중대, 「형법각론」, 홍문사, 2002, 157면; 위 규정에 대하여 대법원 1985. 6. 11. 선고 84도1958 판결은 다음과 같이 해석하고 있다. 「모자보건법 제8조 제1항 제5호 소정의 인공임신중절수술 허용한계인 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우라 함은 임신의 지속이 모체의 생명과 건강에 심각한 위험을 초래하게 되어 모체의 생명과 건강만이라도 구하기 위하여는 인공임신중절수술이 부득이 하다고 인정되는 경우로서 이러한 판단은 치료행위에 임하는 의사의 건전하고도 신중한 판단에 일응 위임되어 있다.(생략)」

할 수 없는 상황에서까지 임신의 지속을 강요할 수 없다는 점, 임부의 자기결정권을 존중한다는 점에서 의미가 있다. 다만, 임부가 정확한 상황에 대한 진단 하에 자기결정권을 행사할 수 있도록 전문가와의 상담 절차, 교육 등을 의무화 하는 장치가 뒷받침 되어야 할 것이다. 31) 32)

31) 인공임신중절 수술 전에 전문가와의 상담절차를 두도록 하거나, 교육을 실시하도록 하는 내용의 입법안이 몇 차례 제시된 바 있다(2009. 5. 10. 김성수의원 대표발의, 2010. 4. 12. 홍일표의원 대표발의, 2013. 11. 8. 양승조의원 대표발의 등). 이 중 홍일표의원 대표발의안의 경우 인공임신중절사유에 “사회·경제적 사유”를 추가하며 인공임신중절 수술 전에 전문가와의 상담절차를 거치도록 숙려기간을 두고 있는바 다음과 같다.

현 모자보건법 제14조	모자보건법 개정안
	6. 임신의 유지나 출산 후 양육이 어려운 사회·경제적인 사유로서 대통령령으로 정하는 경우 ② 제1항제3호, 제4호 및 제6호의 경우 의사는 인공임신중절수술을 시술하기 전에 제14조의2에 따른 상담 여부를 제14조의4제2항의 상담확인증을 통하여 확인하여야 한다. ③ 제1항제3호, 제4호 및 제6호에 따른 인공임신중절수술은 제14조의2에 따른 상담 후 2일이 경과한 후부터 시행하여야 한다. 제14조의2(인공임신중절수술 상담소 설치 등) ① 제14조제1항제3호, 제4호 및 제6호에 해당하여 인공임신중절수술을 받고자 하는 자는 제2항에 따른 상담소에서 상담을 받아야 한다. 보건복지부장관, 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 인공임신중절수술 상담업무를 수행하기 위하여 인공임신중절수술 상담소(이하 “상담소”라 한다)를 설치·운영하여야 한다. 제14조의3(인공임신중절수술 상담사) 상담소는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 상담사로 두어야 한다. 1. 「의료법」에 따른 의료인 2. 보건복지부령으로 정하는 관련 분야의 전문가 제14조의4(인공임신중절수술 상담절차) ① 인공임신중절수술의 상담을 받으려는 자는 상담소에서 제14조의3의 상담사와 다음 각 호의 절차를 거쳐야 한다. 1. 최초 상담 2. 최초 상담일로부터 2일 이후 두 번째 상담 ② 제1항제1호·제2호의 상담절차 중 상담사는 보건학적, 윤리적, 사회적 측면에 관한 내용이 포함된 상담을 실시하여야 하며, 상담내용을 기록한 상담확인증을 본인에게 제공하여야 한다.
<신설>	

32) 이와 관련하여 의사의 설명의무가 분쟁의 대상이 된 대법원 1995. 4. 25. 선고 94다 27151 판결의 판시 내용은 참고할 만하다. 위 판결은 「의사의 환자에 대한 설명의무가 수술시에만 한하지 않고, 검사, 진단, 치료 등 진료의 모든 단계에서 각각 발생한다 하더라도 설명의무 위반에 대하여 의사에게 위자료 등의 지급의무를 부담시키는 것은 의사가 환자에게 제대로 설명하지 아니한 채 수술 등을 시행하여 환자에게 예기치 못한 중대한

사회적 정당화사유로는 미혼임신, 사실혼관계에서 임신 후 헤어진 경우, 아동복지법상 아동의 임신, 피임실패로 인한 원치 않는 임신, 혼외임신, 이혼 후 발견한 전남편의 아이임신, 임신 후 남편사망·행방불명·실종, 자녀수가 여러 명인 경우, 재혼으로 양가에 이미 성장한 자녀가 있는 경우, 별거 또는 이혼소송 상태에서 발견한 법적 남편의 아이 임신, 혼인 중 임신한 아이의 양육이 현실적으로 불가능한 경우 등이 거론되고, 경제적 정당화사유로는 개인파산·개인회생 결정을 받은 경우, 임부가 기초생활수급자인 경우, 다자녀로 인한 생계유지곤란 등이 거론된다.³³⁾

(3) 출산과 관련된 국내 법령 : 장애인복지법, 장차법, 고용 관련 법령 등

장애여성의 출산에 관한 논의 역시 장애여성이 자율적으로 출산의 시기와 방법, 출산의 횟수와 터울을 결정할 권리와 이에 대한 충분한 정보와 보건의료시스템에 접근할 권리, 출산 전후의 장애여성에게 대한 각종 지원체계가 포함된다.

장애여성이 자율적으로 출산 시기와 방법 등을 결정할 권리도 헌법

결과가 발생하였을 경우에 의사가 그 행위에 앞서 환자에게 질병의 증상, 치료나 진단방법의 내용 및 필요성과 그로 인하여 발생이 예상되는 위험성 등을 설명하여 주었다더라면 환자가 스스로 자기결정권을 행사하여 그 의료행위를 받을 것인지 여부를 선택함으로써 중대한 결과의 발생을 회피할 수 있었음에도 불구하고, 의사가 설명을 하지 아니하여 그 기회를 상실하게 된 데에 따른 정신적 고통을 위자하는 것' 이라고 판시한 바 있다.

33) 신현호, 「낙태죄에 관한 제문제」, 저스티스 통권 제121호, 한국법학원, 2010. 10. 388~389면; 조국, 「낙태 비범죄화론」, 서울대 법학 제54권 제3호, 서울대 법학연구소, 2013. 9. 714~715면; 배종대, 앞의 논문, 241~245면; 이인영, 앞의 논문, 2010. 4. 71면; 임웅, 「낙태죄의 비범죄화에 관한 연구」, 성균관법학 제17권 제2호, 2005. 12. 387~389면.

제10조에서 도출되는 것으로서 헌법이 정한 자기결정권의 범위에 포함된다. 임신의 유지와 결정에 있어서와 마찬가지로 장애인차별금지법 제28조 제1항과 남녀고용평등법 제2조 1호가 차별의 영역에서 출산에 관한 자기결정권을 구체화하였다. 출산에 관한 자기결정권에 있어서 문제가 되어 온 것은 장애여성의 분만 방식을 결정할 자유가 의료현실에서 제한되어 왔다는 것이다. 특정 종류의 장애를 지닌 장애여성은 종종 의료진에 의하여 자연분만을 거부당하고 제왕절개수술로 아기를 출산하게 된다. 지체장애와 같이 장애여성 신체의 해부학적 구조상 자연분만이 불가능한 이유라면 크게 문제가 되지 않겠으나 청각장애와 같이 분만실에서의 의사소통의 어려움이 분만 방식 제한의 주된 이유가 된다면 장애인차별금지법을 위반한 장애인 차별행위에 해당한다. 따라서 장애인차별금지법 제49조 벌칙 조항이 적용되어 해당 의사 등 의료진들이 형사 처벌을 받을 수 있고 민사상 손해배상청구의 대상이 된다.

헌법 제36조 제2항을 좇아 여성발전기본법 제18조 제2항은 국가와 지방자치단체, 사업주가 출산을 겪는 여성을 보호하여야 한다고 선언하였다. 근로기준법 등 근로 관계 법령들은 고용 관계에서 출산 전후의 여성이 보호될 수 있는 다양한 수단들을 도입하였고, 고용 관계에서 근로자인 장애여성도 다음의 지원체계의 수혜 대상이 된다.

종류	근거법령	지원 내용
출산전후휴가	근로기준법 제74조 제1항부터 제4항 남녀고용평등법 제18조 고용보험법 제75조	출산 전과 후를 통해 일정 기간의 출산전후휴가 부여 및 일정 기간 동안의 통상임금 상당 급여 지원

유급수유시간 부여	근로기준법 제75조	생후 1년 미만의 유아를 가진 여성이 청구시 일정 시간의 유급수유시간 부여
해고의 제한	근로기준법 제23조 제2항	산전산후 여성이 근로기준법에 따라 휴업한 기간과 그 후 30일 동안 해고 금지
연장근로의 제한	근로기준법 제71조	산후 1년이 지나지 않은 여성에게 1일 2시간, 1주일 6시간, 1년에 150시간을 초과하는 시간외 근로 금지
고용의 유지	근로기준법 제74조 제6항	출산전후휴가 종료 후 휴가 전과 동일한 업무 또는 동등한 수준의 임금 지급
여성휴게실 등 설치 지원	남녀고용평등법 제17조 제2항	사업장 내 여성휴게실 및 수유시설 설치에 대한 비용 지원
경력단절여성의 능력개발 및 고용촉진 지원	남녀고용평등법 제17조의2	임신, 출산, 육아 등을 이유로 직장을 그만둔 여성을 위한 고용촉진프로그램 개발 및 직업지도상담서비스 제공

장애여성이 출산 과정에서 정당한 편의를 제공받을 수 있는지 여부는 매우 중요하다. 앞서 살핀 바와 같이 장애인차별금지법과 장애인등편의법이 의료시설 내 장애인을 위한 편의시설 등에 대하여 규정하고 있지만, 실제 이러한 시설 등을 갖춘 곳은 매우 적다. 또한 위 법령에 규정된 편의시설들은 출산 과정의 장애여성을 염두에 둔 것이 아닌 일반 장애인들의 접근과 이용을 전제한 것으로서 장애여성의 출산을 위한 더 다양하고 많은 편의시설의 설치가 의무화 내지 권장되어야 할 필요가 있다.

출산 전후의 장애여성을 위하여 장애인복지시설, 특히 장애인거주시설 내 여러 편의시설과 보조기기, 도구 등이 제공되어야 한다. 현재 장애인차별금지법 제28조 제4항이 출산을 한 장애인을 위해 정보, 활동보조서비스의 제공, 보조기기, 도구 등의 개발 등 필요한 지원책이 마련

되어야 한다고 규정하고 있는데, 시설 내 편의시설 등에 대하여 규정한 장애인복지법이나 장애인등편의법 어디에도 출산 전후 장애여성을 위한 구체적 편의시설이 나와 있지는 않다. 보건복지부의 고시인 ‘장애인 거주시설의 서비스 최저기준’에 출산 전후 장애인을 위한 시설 등은 나와 있지 않으나, ‘장애인 거주시설 인권보호 권장기준’과 ‘거주시설 이용장애인 인권보장 세부 가이드라인 및 점검기준’에서 출산한 장애인의 가족 권 등이 보호되어야 한다고 제시되었다.

장애여성이 출산을 하였다는 사실로 인하여 장애인복지법상 장애인보조기구나 국민건강보험법과 의료급여법상 보장구가 추가되지는 않는다. 아이를 들거나 수유하는 과정에서 장애여성에게 보조기구나 보장구가 제공될 필요가 매우 큰데, 이러한 보조기구나 보장구가 개발되거나 도입되어 있는지 검토할 필요가 있다.

그밖에 출산 전후 장애여성을 위하여 지원되는 것들로는, 장애인복지법 제7조에 따라 1-3급 장애여성에게 주어지는 출산비용, 장애인활동지원법 제18조 및 같은 법 시행규칙 제15조 제1항 2호에 따라 출산한 장애여성에게 활동지원급여의 추가지급, 장애인복지법 제55조 제2항에 따라 출산한 장애여성에 대한 가사도우미 지원, 의료급여법 제13조의 임신한 수급권자의 출산비용에 대한 추가급여 등이 있다.

장애여성의 출산에 관한 충분한 정보 획득 역시 무엇보다 중요한데 장애인차별금지법 제28조 제4항 등 선언적 규정 외에 이에 관한 다른 규정은 보이지 않는다. 출산을 앞둔 장애여성이 관련 정보를 제공받을 수 있도록 법령에 규정해 둘 필요가 있다.

3) 소결

장애여성의 재생산권에 관한 국내 법령에 대한 논의를 종합하면, 첫째 장애여성이 성생활과 임신, 피임에 관하여 자율적으로 결정할 권리는 헌법 제10조를 통하여 선언된 기본권으로서 장애인차별금지법을 통하여 구체적으로 선언되었으나 아직 장애여성이 성적 자기결정권을 충분히 행사할 수 있도록 장애인거주시설 내 편의설비나 보조기구 등이 충분히 지원되고 있다고 보기 어려웠고, 우리 사회 내 강제혼인이나 강제불임수술과 같이 장애여성의 성적 자기결정권을 심각하게 훼손하는 사례가 계속 보고될 만큼 장애여성의 성적 자기결정권이 존중받고 있지 못하였다. 장애여성의 건강한 성생활에 대한 정보 제공 역시 장애인차별금지법에 선언적으로 규정되었지만 구체적인 규정은 아직 마련되지 못하였다.

다음으로 임신의 결정과 유지에 있어서 장애여성의 자기결정권도 헌법상 기본권이 분명하였지만 규범으로써 장애여성에게 필요한 정보가 충분히 제공되도록 하지 못하였고, 임신의 결정과 유지에 대한 지원 역시 여성 근로자 일반을 대상으로 하는 고용 관계 법령에 집중되어 있었다. 장애인거주시설 내 이용자에 대한 서비스 최저기준을 정한 보건복지부의 고시에도 임신한 장애여성을 위한 편의시설이나 도구 등에 대한 내용이 없었고 장애인보조기구나 보장구의 운영에 있어서 임신한 장애여성에 대한 문제의식과 고민이 담겨있다고 보기 어려웠다. 수시로 병원을 방문하여야 하는 임신한 장애여성의 이동권 역시 관련 법령과 조례의 해석으로 충분히 보장하는 것이 가능하였지만 실무상 특별교통수

단의 이용에서 배제되어 있었다.

자의적인 임신의 중단에 관하여는 우리 형법과 모자보건법을 둘러싸고 해묵은 논쟁이 계속되어 왔으나 제정 이래 거의 변화가 없었다. 출산에 대한 장애여성의 자기결정권 역시 헌법상 기본권임에도 불구하고 수화통역사를 구할 수 없다는 이유로 제왕절개수술을 택할 것을 강요받아왔고, 올바른 출산에 대한 정보 제공 역시 장애인차별금지법을 통해 선언되었을 뿐 구체적 방법을 정한 규범은 존재하지 않았다. 고용 관계에서는 출산 전후의 장애 여성 근로자가 여러 가지로 보호받을 수 있었지만, 아직 장애 여성의 출산 준비에서부터 수유에 이르기까지 필요한 보조기구와 보장구, 병의원에 설치되어야 할 편의시설 등이 고민되지 않은 것은 매우 아쉬운 점이었다.

III. 마치며

장애여성의 재생산권에 대한 논의를 시작하는 차원에서 지금까지 국제무대에서 재생산권의 개념이 정립되어 온 연혁을 살펴보고 그러한 개념을 토대로 장애를 가진 여성의 재생산 문제에 관한 국내 법령을 종합적으로 검토하였다. 살펴본 바와 같이 장애여성의 성적 상대 결정에서부터 출산에 이르는 재생산 과정에 있어서 국내 법령은 선언적인 의미에 그치거나 보완되어야 할 부분이 많았다. 향후 후속 연구들을 통해 재생산 과정의 각 쟁점별로 문제를 보다 세밀히 파헤치고 개선 방향을 구체적으로 제시해보기로 하고, 장애여성의 재생산권에 관한 첫 번째 논의는 그 시작을 하였다는 점에서 본 연구의 의의를 찾기로 하겠다.

발제 3.

재생산권 논의의 쟁점과 한계

_진경

장애여성공감 연구정책팀 활동가

우생학, 낙태, 모성권, 자기결정권

0.

장애여성 재생산권과 관련된 영역, 내용은 다양할 것이다. 재생산권은 섹슈얼리티, 가족구성, 건강권, 자기결정권의 문제와도 긴밀하게 연결되어 있지만 다양한 주제와 포괄적인 내용들을 이번 발제에서 전부 담아내지는 못하고 보다 초점을 좁혀서 이야기하고자 한다. 장애여성의 피임, 임신, 출산 과정에서 보건/의료 영역의 접근성 문제나 정보제공, 의료진과 서비스 제공자들의 인식 문제는 장애여성 재생산권 이슈에서 가장 기본적인 내용 중 하나라고 볼 수 있다. 하지만 이에 대한 문제의식은 그동안 많이 이야기되어 왔기 때문에 이 글에서 별도로 강조하지는 않을 것이다. 이 글에서는 우선적으로 재생산권과 관련된 장애인운동/장애여성운동과 여성운동의 논의 흐름을 현재적 시점에서 되짚어보고자 한다. 그리고 그런 논의흐름의 과정에서 장애여성운동이 취했던 입장에 대한 성찰을 바탕으로 향후 어떤 방향에서 운동을 해나갈 것인지를 제안하고자 한다.

I. 장애인운동/장애여성운동의 재생산권 논의

1. 강제불임수술 문제

“인구억제 정책에 따라 보건소,가족계획협회,사회복지시설의 공모로 시설 내 거주인들에 대한 강제불임 수술 진행”

-.

***모자보건법 1973년 제정 당시 9조 내용**

제9조 (불임수술절차 및 소의제기) ① 의사가 환자를 진단한 결과 대통령령으로 정하는 질환에 이환된 것을 확인하고 그 질환의 유전 또는 전염을 방지하기 위하여 그 자에 대하여 불임수술을 행하는 것이 공익상 필요하다고 인정할 때에는 대통령령이 정하는 바에 따라 보건사회부장관에게 불임수술대상자의 발견을 보고하여야 한다.

② 보건사회부장관이 제1항의 규정에 의한 보고를 받은 경우에는 대통령령이 정하는 바에 따라 그 환자에게 불임수술을 받도록 명령을 발할 수 있다.

③ 제2항의 규정에 의한 보건사회부장관의 명령을 받은 자가 불복이 있는 때에는 명령을 받은 날로부터 2주일 이내에 그 명령의 취소를 구하는 행정소송을 제기할 수 있다. 행정소송이 제기된 경우에는 제2항의 명령은 판결이 확정될 때 까지 그 효력이 정지된다.

④ 보건사회부장관은 대통령령이 정하는 바에 따라 의사를 지정하여 제2항의 규정에 의한 불임수술명령을 받은 자에게 불임수술을 행하게 하여야 한다.

1973년에 제정된 모자보건법 9조(1986년 개정 때는 15조)에는 의사가 환자를 진단한 결과 ‘공익상 필요하다고 인정할 때’ 특정 질환의 유전 또는 전염을 방지하기 위하여 불임수술을 시행할 수 있다는 내용이 명시되어 있었다. 널리 알려진 것처럼 유럽과 북미 지역을 비롯해 다른 나라에도 우생학적 사유로 인한 강제불임이 법적인 근거를 가지고 진행되었던 역사가 있다. 그러다 1994년 카이로 국제인구개발회의 이후 스웨덴, 노르웨이, 미국, 일본 등에서 장애인, 유전적인 질병을 가진 사람 등에 대해 강제로 불임수술을 시행한 사실과 관련 실태가 드러났다. 한국에도 언론을 통해 이런 소식이 들려왔지만 외국의 경우처럼 정부 차원에서 강제불임에 대한 조사를 진행하지 않았다. 그 대신 보건복지부는 1999년 2월 모자보건법 개정 때 ‘인권적인 측면에서 문제가 있다’는 이유로 이 조항을 ‘조용히’ 삭제했다. 그러면서도 복지부는 ‘이 조항에

의해 시행된 강제불임수술은 한 건도 없다’고 밝혔다. 1) 인권적인 측면에서 문제가 있는 조항이 어떻게 2000년 직전까지 남아있었는지에 대해서는 어떤 설명도 없었다.

- 1999년 김홍신 국회의원이 <장애인 불법, 강제 불임수술 실태와 대책에 관한 조사보고서>를 발표하면서 그동안 공공연하게 진행되어왔던 장애인 강제 불임수술 문제가 공식적으로 사회에 알려졌다. 장애인 생활 시설에 살고 있는 지적장애 남성 40여명, 여성 26명 등 총 66명이 1983년~1997년까지 강제 불임수술을 받았다는 내용이 드러나면서 사회적인 논란이 상당했다. 시설의 인권침해 상황이 대개 그렇듯이 이런 문제도 비도덕적인 시설장의 문제로만 치부하기는 어렵고 명백하게 국가정책에 의해 체계적으로 진행된 것이다. 시설과 보건소, 가족계획협회 등이 상호협조를 통해 시설 거주인들을 대상으로 하는 강제 불임 수술이 진행되었다. 인구 억제, 출산 통제, 가족계획 정책이 강력했던 당시에는 보건소에 불임수술 목표량이 할당되어 있어서, 보건소는 집단 수술이 가능한 사회복지시설을 찾아가 수술을 시행한 것이다. 모자보건법 9조에는 보건사회부 장관의 명령과 절차에 따라 불임수술을 하게 되어 있었지만, 그런 과정 없이도 불법적인 수술이 해당 공무원들의 협조와 묵인 하에 이루어졌다. 2) 당시 인구 억제를 목적으로 낙태와 정관수술, 난관수술 등을 권장하며 국민의 몸과 재생산권리를 통제했던 국가 정책에 대한 여성운동의 문제의식은 이런 지점에서 연결될 수밖에 없다. 이 사건은 당시 사회적 여파가 상당했지만 정부 차원에서 이후에 시설 내 강제불임이나 낙태수술에 대한 체계적인 조사는 진행되지 않았다.

1) 1999.8.19. 연합뉴스
 2) 1999.8.19 <장애인 불법강제 불임수술 실태와 대책에 관한 조사보고서>

- 이 사건 이후 시설에서 강제로 불임수술을 하거나 낙태를 시키는 관행은 줄어들었을 것으로 예상되지만 암묵적으로 행해지거나 형식적인 동의절차를 거치거나 부모/가족의 동의를 받는 방식으로 진행되어 왔을 것이다. 간혹 언론을 통해 시설 내 강제불임이나 낙태 문제가 알려지면서 ‘충격적인 사건’으로 여겨지기는 했으나 시설 내 인권침해의 전반적인 상황, 시설비리 문제와 엮이면서 극악무도한 시설장에 의해 저질러진 범죄 중 하나로 인식되면서 구체적인 이슈로 접근되지 못했다. 재생산을 국가나 제도가 통제하는 방식이 어떤 영향을 끼치면서 관행으로 남게 되었는지 돌아보거나 장애나 질병을 가진 사람의 재생산권의 관점으로 이야기되지 못했던 것이다.

2. 장애를 가진 태아 낙태 논란과 모자보건법 14조 우생학적 사유 폐지 요구

“장애가 없는 생명은 살리고 장애가 있는 생명은 죽이는 ‘기형아 검사’로 인간의 생명을 심판하는 의료 권력과 장애인 낙태를 당연시하는 비장애인 주류사회의 도덕 불감증이 더 큰 문제이다. 그리고 이 모든 것을 합법화시키는 모자보건법의 낙태 조항이 존재하는 한 장애인의 낙태를 막을 길이 없다.”³⁾

- 2007년, 당시 이명박 전 서울시장의 대선 준비를 앞두고 있는 상황에서 진행한 인터뷰 내용에 장애계가 분노하는 사건이 일어났다. 낙태에 대한 입장을 묻는 질문에 “기본적으로 반대하지만 아이가 불구로 태어나거나 하는 불가피한 경우는 용납될 수 있다”고 대답해서 이 발언에 대해 장애인을 비하한 것이고 장애인의 인권에 대해 기본적인 의식도 없

3) 2007.5.15. 윤삼호, <장애인의 ‘태어날 권리’는 존재하는가?> 에이블뉴스 칼럼.

는 것이라며 장애계에서 강력한 문제제기를 하고 예비선거후보사무실을 접거하는 등 과장이 상당했다. 이 사건 이후 산전 검사에서 태아에 이상이 있을 경우 낙태를 선택하는 상황에 대한 비판과 모자보건법 개정의 필요성이 전면적으로 드러났다.

- 몇몇 장애인 단체와 활동가들은 태아에 질병, 장애가 있어서 낙태를 결정하는 것을 ‘장애인 낙태’로 이름을 붙이며 이를 비도덕적이고 생명을 존중하지 않는 태도라며 비판했다. 더불어 이런 ‘장애인 낙태’를 합법화하는 모자보건법 개정의 필요성을 주장했다.

“(중략) 우리 정치권이 지금 당장이라도 장애인 낙태를 금지할 것처럼 들린다. 하지만, 그들은 이씨의 발언 그 자체만 문제삼을 뿐, 정작 중요한 장애인 낙태 금지 문제에는 침묵한다. 즉, 입이라도 맞춘듯이 이씨의 발언이 장애인 차별이라면서도 장애인 낙태를 합법화하는 <모자보건법>의 장애인 낙태 조항을 없애자는 주장은 하지 않는다. (중략) 이제, 이명박씨를 공격하던 사람들이 자신들의 입장을 명확하게 밝힐 차례이다. 당신들은 <모자보건법> 제14조 1항의 장애인 낙태 조항을 폐지시킬 용의가 있는가? 그래서 장애인의 태어날 권리를 보장할 용의가 있는가?”⁴⁾

“(중략) (이런) 발언을 한 것은 ‘장애가 있는 태아는 낙태해도 좋다’라는 의미와 다르지 않다. 이를 통해 장애아를 둔 부모와 출산을 앞둔 모든 이들을 잠정적 살인자로 만들었다. (중략) 480만 장애인과 장애인을 둔 부모뿐만 아니라, 생명을 존중하는 이 나라 모든 국민들에게 고개 숙여

4) 2007.5.21. 한국DPI 성명서 <장애인 낙태’에 대한 당신들의 입장은 무엇인가?> 중 일부

사회해야 할 것이며... 5)

하지만 엄밀하게 본다면, 모자보건법 14조의 내용은 당시나 지금이나 태아의 질병이나 장애가 있는 경우의 낙태를 허용하는 것이 아니라 산모나 배우자의 질병이나 장애를 기준으로 하는 것이다. 그렇기 때문에 손상이나 질병, 장애를 가진 태아의 낙태를 ‘합법화’하는 법이라고 보기는 어렵다. 다만, 그런 우생학적 사유의 내용으로 인해 ‘특정 질병이나 장애를 가진 사람의 자녀도 같은 질병이나 장애를 가지고 있을 확률이 높으니 태어나지 않는 것이 낫다’는 메시지를 전달하게 되고 영향을 끼칠 수 있다. 그리고 모자보건법이 제정되던 때와 다르게 현재는 산전검사가 보편화되었기 때문에 법의 해당 조항이 태아를 기준으로 했을 때도 적용되는 것처럼 느껴지는 것이다.

- 한편 장애인운동 진영의 이런 비판과 문제제기에서 여성의 재생산권에 대한 고려는 찾아보기 어려웠다. 여성이 낙태를 선택할 수 있는 권리가 있고, 장애나 손상이 있는 태아를 낙태하는 것이 곧 장애인에 대한 차별과 장애인의 삶을 부정하는 태도와 동일 시 되어서는 안 된다는 목소리⁶⁾도 있었지만 뒤늦게 나온 소수의견이었다. 또한 모자보건법에 명시되어 있는 ‘우생학적 사유’라는 틀로 인해 질병이나 장애를 가진 태아를 낙태하는 결정을 내리는 과정에서 산모와 가족에게 영향을 끼치는 사회경제적인 사유와 복합적인 맥락이 당시 논란에서 많이 삭제되었다.

- 어쨌든 당시 상황을 계기로 14조 폐지를 중심으로 모자보건법 개정

5) 2007.5.15. 장애우권익문제연구소 성명서 중 일부

6) 2009.3.20. 원영. <장애아의 낙태, 분노할 필요 없는 이유> 에이블뉴스 칼럼.

에 대한 목소리가 장애인운동 안에서 본격화되었다. 이후 2008년 장애인차별금지법 시행, 2009년 유엔 장애인권리협약 비준과 맞물리면서 이와 상충되는 모자보건법 개정의 필요성이 더해졌으며 개정안이 나오기도 했다. 14조의 낙태 허용 사유에 명시되어 있는 장애와 질병의 범위가 너무 넓고, 명확한 의학적 근거가 없는 상태에서 우생학적 발상에 의해 포함된 내용이라는 점을 문제제기 했다. 또 14조 3항에 ‘본인 및 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때 친권자 또는 후견인의 동의를 받아’ 수술할 수 있다는 점도 자기결정권을 침해하는 것으로 지적되었다. 이후 모자보건법은 크게 이슈화되지는 않았지만 모자보건법 14조의 우생학적 사유 폐지는 장애인운동의 기본적인 입장이라고 할 수 있다.

3. 장애여성 모성권 확보 및 모성보호 지원체계 마련

“여성장애인은 임신,출산,양육 등에서 비장애인보다 어려움을 겪고 있어 많은 관심과 지원이 필요하다. 여성장애인들의 건강한 출산으로 우리나라 저출산 극복에 도움이 되면 좋겠다”⁷⁾

- 장애여성 모성권 확보를 위한 활동은 크게 당사자 개인을 대상으로 하는 직접적인 지원체계 마련과 장애여성 모성권을 부정하는 사회의 인식개선, 두 가지 방향으로 진행되어 왔다.

7) 2013.12.7 한국출산장려협회 박희준 회장의 말. 에이블뉴스

출산지원금	보건복지부	1~3급 장애여성 대상 100만원
	서울시	최저생계비 200% 이내의 저소득 장애여성 최대 200만원
홈ヘル퍼 (양육지원)	평균소득 100% 이하 가정의 만 7세 미만 자녀 양육 장애여성	월 60시간
활동지원 제도	본인 또는 배우자 출산시 6개월 동안 68만 4천원 추가급여 지원	

장애여성 단체에서 민간차원의 전달체계 안에서 장애여성 출산지원금을 지급하던 것이 이어져 보건복지부에서는 2012년부터 1~3급의 장애여성 대상으로 출산지원금 100만원을 지급하고 있다. '경제적 부담경감에 기여하고 출산친화적인 문화조성을 위한 정부지원 사업'중 하나다. 그리고 사회적으로 저출산 문제가 이슈화되면서 지자체에서 다자녀 출산지원금을 지급하는 경우가 많이 생겨났는데, 이런 흐름과 비슷하게 2010년 전후로 전국 지자체에서 장애여성/장애인부부 대상 출산지원조례를 제정하고 출산지원금 지급이 이루어졌다. 8) 서울시에서도 저소득층 장애여성 중에 2014년 1월 이후 출산했거나 17주 이후 유산한 사람 대상으로 최대 200만원을 지원한다. 장애여성들의 양육과 가사를 지원하는 홈헬퍼 파견 사업은 시행된 지 10년 정도 되었지만 예산부족으로 실제로 지원을 받는 사람 수가 그렇게 많지 않다. 장애인 활동지원제도에서는 본인 또는 배우자가 출산한 경우 6개월 동안 68만 4천원의 추가급여가 지원된다.

- 장애여성운동에서는 장애여성은 엄마가 될 것이라는 기대를 받지 않고, 아이를 낳고 키워도 사회에서 엄마로 인정받지 못한다는 점을 이야기

8) 2011년 기준 13개 광역자치단체, 53개 시군구에서 출산지원조례 제정 -한국장애인단체총연맹 정책리포트 266호 <'나도 한 아이의 엄마이고 싶다'>

기해왔다. 임신을 하게 되면 주변에서 낙태를 권유받기도 하고 아이를 키우는 과정에서도 비장애여성에 비해 어려움이 많다. 이에 대한 정책적인 대안으로 전문 산부인과 병원의 필요성과 체계적인 지원체계 마련이 제기되었다. 9) 복지관이나 단체에서 장애여성 엄마를 위한 역량강화 프로그램이 운영되고, 임신,출산, 양육과정에서 장애여성들이 장애유형별로 어떤 어려움을 겪는지에 대한 연구도 조금이나마 이루어졌다. 10) 장애여성 모성권을 부정하는 한국사회의 인식을 바꿔나가고 장애여성 모성보호 지원체계를 만든 것은 중요한 성과라고 할 수 있다. 하지만 그 과정에서 전략적으로 강조하게 되는 지향이나 놓치고 있는 지점에 대해서 고민해봐야 할 시점이라고 할 수 있다. 얼마 전에 장애여성 인력개발센터와 업무협약을 맺은 한국출산장려협회장의 위와 같은 발언은 한국사회에서 '장애여성의 모성권'을 인식하는 태도를 그대로 드러내는 것이라 할 수 있다. 장애여성 단체들도 이런 논리를 활용하고 있는 부분이 있다.

- 모자보건법 14조는 '장애여성에게 낙태를 강요한다'는 이유로 장애여성운동에서도 문제제기가 되었다. 하지만 '모자보건법 14조 폐지'만을 얘기하기보다 여성 재생산권이 확보되지 않거나 위협받는 상황에 대한 부분을 같이 고려할 필요가 있다. 장애여성이 낙태를 선택하게 되는 상황이 온다면 어떻게 되는 것일까? 장애여성은 아이를 낳고 싶어도 주변에서 말리거나 낙태를 권유/강요하는 경우가 많지만 다른 한편으로는

9) 2011.11.24 한국여성장애인연합 개최 <여성장애인모성권 확보를 위한 정책발표회>
 10) 「여성장애인의 자녀양육 지원방안 연구」(2007년, 한국여성정책연구원), 「서울시 여성장애인 홈헬퍼 지원사업 개선방안연구」(2009년, 서울시 여성가족재단), 「여성장애인 임신·출산·양육에 관한 지원방안 연구」(2009년, 한국장애인개발원), 「여성장애인 의료관리체계 구축 연구-여성장애인 지정산부인과 제도 도입방안을 중심으로」(2009년, 한국장애인개발원) 등.

적절한 성교육을 받지 못해서 피임방법을 잘 모르거나 폭력적인 상황에서 관계를 맺을 수도 있고 경제적으로도 열악한 상황이 경우가 많다. 그렇게 해서 계획하지 않았거나 원치 않는 임신을 하게 되었을 때 중지를 할 수 있는 선택지를 가질 수 있을 것인가에 대해서도 이야기해야 할 것이다.

II. 여성운동

재생산권에 대한 여성운동의 과정과 목소리를 전부 정리하는 것은 무리가 있으며 장애여성 재생산권과 관련된 흐름 중심으로만 간단히 되짚어 본다. 최근 몇 년간 한국에서 여성의 재생산 권리가 위협받고 있는 일련의 사건, 상황 등을 정리하고 분석한 글들이 적지 않았기 때문에 이 글에서 그런 내용을 반복하지는 않겠다.

1. 사회경제적 사유의 필요성

선진국들의 사례를 통하여 보면 사회·경제적 사유 등 현실의 인공임신중절 사유를 어느 정도 인정하면서 법과 맞추어 가는 것이 인공임신중절수술을 줄이기에 더 적합한 방법이라는 것을 알 수 있음¹¹⁾

- 1990년대 국제회의의 영향으로 여성 재생산권에 대한 인식의 틀이 어느 정도 정리되고, 자신의 몸에 대한 결정권이 부각되면서 여성운동 진영에서는 다른 나라들처럼 한국에서도 사회경제적 사유로 낙태가 허

11) 2008. 연세대학교 의료법윤리학연구소, 「“모자보건법 제14조 개정(안) 마련”을 위한 공청회」 자료집

용되어야 한다는 입장이 넓게 자리하게 되었다. 낙태를 죄로 규정하고 있는 법과 현실의 괴리가 너무 크다는 점은 그동안 여러 차례 지적이 되어 왔다.

- 2000년대 이후 보건복지부에서도 현실의 상황을 반영하여 모자보건법 개정의 필요성을 파악한 것으로 보인다.¹²⁾ 2005년 보건복지부에서는 고려대학교와 ‘인공임신중절 실태조사 및 종합대책 마련’ 연구를 진행했다. 보건복지부는 낙태를 줄이기 위해서는 현실적인 대책이 필요하다는 취지에서 연세대학교 의료법윤리학연구소와 진행한 <모자보건법 제14조 개정안(인공임신중절 허용한계)>연구내용을 바탕으로 2008년 2월에 개정안에 대한 공청회를 진행했다.

★모자보건법 개정방향¹³⁾

①모자보건법 제14조와 현실과의 괴리 완화	-우생학적 사유, 전염성 질환 삭제 -사회경제적 사유로 인한 허용 고려
②인공임신중절 관련 사회 인프라 구축	-미혼모 지원 및 육아시설 확충 -10대 미혼모 학업보장 등 지원
③인공임신중절 허용 기간 재검토 (태아가 모체 밖에서 생존가능한 시기에 대한 의학적 판단을 근거로 해야 함)	-모체의 건강 고려 -태아가 모체 밖에서 생존가능한 시기에 대한 의학적 판단 고려

12)“이번 공청회는 정부가 인공임신중절 문제를 더 이상 방치할 수 없다는 인식하에 ‘05년 인공임신중절 실태조사와 수차례의 전문가, 관련단체 논의를 거친 이후 모자보건법 개정안 마련을 위해 추진한 연구용역 결과에 대한 각계의 의견 수렴을 위해 개최하는 것으로 (후략)” - 2008.2.11 ‘모자보건법 제14조 개정안 마련을 위한 공청회’ 보건복지부 보도자료

13) 2008. 연세대학교 의료법윤리학연구소, 「“모자보건법 제14조 개정(안) 마련”을 위한 공청회」 자료집 내용 재구성

④배우자 동의 기준 삭제	
⑤상당절차 마련	- 결정을 내리는 과정에서 필요한 지식과 정보제공 필요

이 연구과정에서 여성단체들은 사회경제적 사유의 필요성을 주장했고 이를 반영한 법 개정의 긍정적인 방향이 처음으로 논의되었다. 하지만 낙태반대운동 진영에서 정부가 ‘낙태 허용 기준을 완화하고자 한다’며 강력하게 저항했고, 결국 2009년 모자보건법 개정에는 낙태 허용 주수를 28주에서 24주로 바꾸고 유전학적 질병의 목록을 다소 삭제하는 정도의 내용만 반영되었다.

- 보다 근본적으로는, 당시 정부는 낙태죄를 규정하는 형법의 개정은 고려하지 않은 상태에서 모자보건법에 대한 개정만으로 낙태를 줄일 수 있을 것이라는 태도를 취했다는 것이 문제다. 그러다보니 낙태는 범죄화 되어 있는 상황에서 몇 가지 특정 사유에 따라서만 낙태를 일부 허용하자는 논의로 진행이 되었다. 사회경제적 사유를 포함시켜야 한다는 필요성을 주장하면서 법으로 이 사유가 명시되었을 때 사회경제적 사유를 실제로 어떻게 증명할 것인지, 우생학적 사유와 마찬가지로 이런 식의 특정사유가 일부 계층이나 사회적으로 열악한 상황에 놓인 사람의 재생산권을 침해할 우려가 있다는 점은 고려되지 않았다.

2. 낙태 범죄화 흐름에 대한 저항과 여성 재생산권 운동

1. 임신중지(낙태)를 선택한 여성들을 처벌하지 말라! / 임신중지(낙태)한 여성은 죄인이 아니다!
2. 본인 요청에 의한 임신중지(낙태)를 허용하라.

3. 여성을 자율적으로 판단하고 행동하는 주체로 인정하라
4. 안전하게 임신중지(낙태)할 여성의 건강권을 보장하라
5. 피임 등 여성의 몸에 대한 의학적 정보 접근권을 강화하고 응급 피임약을 보편적으로 시판하라.
6. 여성이 처한 불평등한 사회 경제적 조건을 개선하라. ¹⁴⁾

- 한국에서 낙태가 ‘불법’인 줄도 모르고 있었다는 사람들도 많았을 정도로 사문화 되었던 낙태죄와 현실의 분위기가 반전되는 상황이 벌어졌다. 프로라이프 의사회의 활동과 저출산 대응책을 마련하겠다는 정부의 입장이 더해져서 낙태 자체에 대한 처벌, 강력한 근절 정책 흐름이 형성되었다. 여성운동 진영은 임신출산결정권을위한네트워크를 구성하여 건강권과 몸에 대한 여성의 결정권 등을 부각시키며 임신출산과정에서 여성이 결정권을 가질 수 있도록 하는 운동을 진행했다. 그동안 낙태 논쟁에서 가려져 있던 사회경제적인 맥락과 여성의 낙태 경험, 목소리를 드러냈다.¹⁵⁾ 한국사회의 낙태 논쟁이 얼마나 피상적인 찬반 논란에 그쳤는지를 지적하며 낙태를 결정하는 여성의 삶의 경험과 복잡한 맥락을 드러내기 위한 시도였다.

- 이전까지의 상황이 모자보건법의 허용사유에 사회경제적 사유를 포함시키는 정도로 논의되었다면, 프로라이프 의사회의 활동을 비롯해 낙태 반대운동과 관련된 정부 정책을 비판하고 저항하는 흐름 속에서 여성 재생산권 운동은 보다 적극적인 성격을 갖게 되었다. 여성 재생산권의 구체적인 내용이 무엇인지, 그런 권리가 어떤 상황에서 침해되고 있으며 그로 인한 결과가 어떠한지, 변화를 이끌어내야 할 부분이 무엇인지

14) 2010. 임신출산결정권을위한네트워크 ‘임신중지(낙태권)’요구안

15) 한국여성민우회 「있잖아...나, 낙태했어」, 지구지역행동네트워크 <낙태, ‘술까말’프로젝트> 등

에 대한 논의와 요구가 이루어졌다. 그 과정에서 낙태 허용 사유를 추가하는 것에서 나아가 낙태를 죄로 규정하는 것 자체가 문제이며 비범죄화/합법화를 지향하기 위한 관련 법 개정의 필요성도 이야기 되어 왔다.¹⁶⁾

- 이런 여성 재생산권 운동의 과정에서 장애여성운동 안에서도 적극적으로 공감하거나 같이 고민해서 논쟁할만한 지점들이 있었음에도 섣목소리를 내지 못하고 논쟁에 적극적으로 참여하지 않았다. 예를 들어, 한국여성단체연합이 2012년에 제시한 모자보건법 개정안의 내용은 논쟁적인 부분들을 포함하고 있다.

모자보건법 일부를 다음과 같이 개정한다.

제14조(인공임신중절수술의 허용한계)

①임신 12주 이내인 경우 의사는 임부의 명시적인 동의를 확인한 후 인공임신중절 수술을 할 수 있다.

②임신 24주 이내이면서 임신의 유지나 출산 후의 양육이 임부의 경제력을 현저히 악화시켜 정상적인 임신 유지나 양육이 불가능한 경우 의사는 산부인과 전문의의 상담을 받은 임부의 명시적인 동의를 확인한 후 인공임신중절을 할 수 있다.

③의사는 다음 각 호의 사유에 해당하는 경우 임신 12주를 초과하였더라도 산부인과 전문의의 상담을 받은 임부의 명시적인 동의(임부가 명시적인 동의를 할 수 없는 상황인 경우에는 배우자 또는 친족의 동의)를 확인한 후 인공임신중절수술을 할 수 있다.

1. 본인이나 태아가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우
2. 강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우
3. 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우

16) '낙태죄'법 개정을 위한 연속포럼: 첫 번째 <모자보건법 상의 '배우자 동의' 항목의 현실> (2013.11.7/한국여성민우회, 공익인권법재단 공감 주최), 두 번째 <'낙태' 처벌 왜 위헌인가- 낙태죄로 기소된 여성 변론과 위헌 주장의 전략> (2014.5.14/공익인권법재단 공감, 한국여성민우회, 한국성폭력상담소, 한국여성의전화 주최)

4. 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우

5. 태아 기형이 다발성 또는 심각한 기형으로 태아와 모체의 생존에 영향을 미치는 경우¹⁷⁾

이 개정안에는 임신 12주까지는 산모의 요청에 의해 낙태를 허용한다. 12주~24주에는 경제적 사유가 포함되고 우생학적 사유를 폐지하고 배우자의 동의 규정을 삭제하는 내용을 담고 있다. 하지만 낙태 허용 사유로 전염성 질환이 남아있고, 모체의 건강을 심각하게 해칠 우려가 있는 경우의 사유가 있는데 이와 별도로 '태아 기형이 다발성 또는 심각한 기형으로 태아와 모체의 생존에 영향을 미치는 경우'를 명시한 부분은 장애인차별의 우려가 있다.¹⁸⁾

3. 성폭력 피해자 인공임신중절 지원의 문제

- 반성폭력 운동 진영에서는 모자보건법 14조의 낙태 허용 사유에 '강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우' 낙태를 할 수 있다고 되어 있지만 실제 현장에서는 이 조항으로 수술을 하고 의료적 지원을 하는 것이 어렵다는 점을 이야기해왔다. 전국성폭력상담소협의회는 2012년 <성폭력 피해자 인공임신중절 지원 실태> 연구를 진행하였다. 안 그래도 피해자의 성폭력 사실을 입증하기 어려운 상황이며 재판 결과가 확실하게 나올 때까지 기다리라는 것은 말이 안 된다고 얘기해왔는데 프로라이프 사태 이후 병원에서는 수술을 거부하는 등 상황이 더욱 어려워졌다. 이

17) 2012.한국여성단체연합 <우리가 꼭 알아야 할 임신중절 이야기>

18) 태아 관련 조항으로는 국가별로 다른 기준들이 있지만 '의학적으로 태아가 출생 후에 생존이 불가능한 경우' 정도가 적절할 것으로 보인다.

에 대해 낙태 수술을 위한 의료적 지원을 하기 위해 성폭력 여부를 판단하는 주체와 기준, 절차를 법적으로 마련해야 한다는 필요성¹⁹⁾에 따라 모자보건법 개정 논의가 이뤄지고 있다. 하지만 다른 나라의 사례를 봤을 때도 한국에서도 낙태죄가 비범죄화 되어야만 성폭력 피해자 지원에 대해서도 근본적인 해결이 가능하다는 점이 지적되었다. ²⁰⁾ 특정 사유에 따라서만 낙태를 허용하게 되는 한국의 체계는 그 ‘특정 사유’를 가진 여성의 권리를 보호하지도 못할 뿐만 아니라 전체 여성의 재생산권을 위협한다.

III. 장애여성운동의 성찰

망설이고 주저했던 장애여성운동

2007년~2008년 상황은 모자보건법 개정을 앞두고 중요한 시기였는데, 장애여성 단체들이 재생산 이슈를 공론화 하지 못했다. 2010년 이후 상황에서도 그다지 적극적인 목소리를 내지는 않았다. 낙태 처벌을 비판하는 것에 대해서는 동의를 하면서도 운동을 함께 만들어가지 못하고 있는 상황이다. 다만, 지적장애여성의 경우 성폭력 피해 입증이 더 어렵기 때문에 성폭력 피해자 임신중절 지원의 논의, 필요성에 대해서는 성폭력 상담소 중심으로 함께하고 있다.

모성보호에서 재생산권 담론으로

19) 2013.7.5. 이경환. ‘인공임신중절 관련 법제도 분석 및 정책제언’-〈성폭력피해자 인공임신중절 지원방안 토론회-성폭력으로 인한 임신 피해자 어떻게 지원할 것인가?〉
 20) 2013.7.5. 이미경. ‘성폭력피해자의 인공임신중절 권리’-위 토론회.

장애여성운동의 ‘재생산권’은 ‘모성권’의 대체용어일까? 아이를 낳을 권리와 낳지 않을 권리를 재생산권의 관점에서 함께 이야기해야 함에도 장애여성의 모성보호 흐름으로만 가는 현재의 상황을 점검할 필요가 있다. 낙태죄 범죄화는 저출산에 대응하려는 국가의 재생산 통제방식이라는 여성운동의 비판이 있어왔다. 출산장려 흐름에 장애여성이 배제되어 있으니 포함시키라고 주장하며 이런 흐름 속에 지원체계를 만들어낸 장애여성운동과 여성운동의 간극이 계속 심화될 수도 있다. 지원만 해주면 우리도 아이를 더 낳을 수 있다고 주장하는 방향으로 갈 것인가. 장애여성 모성보호를 위한 지원체계는 필요하지만 더불어 얘기해야 하는 부분들이 있다. 특히 국가에 의한 재생산 통제의 역사를 기억했을 때 더 경계해야 할 필요가 있다.

여성 재생산권에 대한 논의와 연결되는 장애여성 재생산권 논의가 필요하다. 물론 ‘모성권’은 역사적인 맥락이 있는 말이다. 엄마로서의 자격, 엄마가 되는 것을 부정당해왔던 역사가 있고 여전히 ‘엄마로서 인정받기 위한 투쟁’이 장애여성의 삶에서 계속되고 있다. 하지만 모성권만 강조하게 될 경우에 10대든 성인이든 모성/어머니됨의 영역과 구분되는, 성관계, 피임, 임신, 출산, 낙태 등에 대한 재생산 이슈가 가려질 수 있다. 한편으로 장애여성 모성권을 위한 지원체계를 만들고 제도가 작동하는 과정에서 양육에 대한 성역할이 더 공고해질 수 있다는 것에 대한 우려도 있다. 또한 ‘모성권’이라는 말은 재생산권 이슈에서 장애남성을 가리고 있다. 재생산은 장애여성만의 문제도 아니고, 장애인이 ‘부모됨’을 부정당해온 역사가 있을 때 남성을 포함해 장애계 전체가 같이 고민해야 할 부분이다.

IV. 향후 운동적 방향과 논의의 기반

“..... 우리는 장애인의 권리를 해지기 위해서 재생산 권리를 이용하는 것과 재생산 권리를 해지기 위해서 장애인 권리를 이용하는 것에 모두 맞서 계속 이야기를 해내갈 것이다. 재생산 권리와 장애인 권리는 서로 밀접하게 연결되어 있다.”²¹⁾

복잡하고 중요한 논쟁을 시작할 수 있는 기반 마련

서구에서는 의료기술, 장애, 재생산, 생명공학 등의 주제와 연결된 여러 논쟁이 진행되어 왔다. 한국에서도 꼭 얘기해야 할 중요한 주제들이지만 기반이 너무 다르다. 특히 미국, 영국 등에서 산전검사와 장애에 대한 세부적인 쟁점들은 중요한 문제의식과 가치가 충돌되는 내용이지만 이를 현재 한국 사회에 그대로 적용시키는 것은 부적절하다. 이런 논의들은, 법적으로도 여성이 낙태를 선택할 수 있는 권리가 보장이 되고, 운동적/이념적으로도 그 권리를 지지하는 기본 전제에서 이루어지고 있기 때문이다.

우리는 아직 복잡한 쟁점을 논의할 기반도 만들지 못했다. 장애여성 공감에서도 장애여성 재생산권 이슈가 뭔가 복잡하고 어렵다고 생각해왔다. 다루는 영역의 범위가 넓고 논의의 내용이 다양하기 때문이다. 하지만 명확하게 생각해본다면 몇 가지 부분의 합의점을 찾는 것은 그다지 복잡하지 않을 수도 있다.

²¹⁾<http://www.generations-ahead.org/resources/the-unnecessary-opposition-of-rights>
'Robert Edwards, Virginia Ironside, and the Unnecessary Opposition of Rights'

원칙적으로는 불법이지만 특정 사유만 허용하겠다는 체계에 대한 비판

낙태가 죄로 여겨지고 음성적으로 행해지는 상황에서 산전검사에 대한 논의는 드러나지 않고 의료진들의 장애에 대한 편견에 저항해서 공정한 정보가 주어지지 않는다. 산전검사가 너무나 당연시, 보편화되면서 산전검사에 대한 위협요소나 중요한 정보들은 제공되지 않는 것, 장애를 가진 삶이 어떤 것인지, 어떤 지원이 가능한지에 대해서 알지 못하는 상태에서 산모가 '결정'하게 만드는 것은 여성의 재생산 권리와 장애인의 인권 양쪽을 다 침해하는 것이다. 이에 대한 장애인운동의 고민이 단순히 '낙태 반대'로 귀결되어서는 안 된다.

오히려 우리는 낙태 반대론자들이 '장애'를 이용하는 것에 대해 비판적인 목소리를 낼 수 있어야 한다. 낙태반대론자들도 계속해서 '모자보건법 14조 폐지'를 외치고 있다. 이런 목소리와 장애인운동, 장애여성운동의 목소리는 어떤 지점에서 차이점을 가질 것인가? 무조건적인 낙태근절과 처벌이 정말 장애인의 인권을 보장하는 방식에 가까운가? 낙태반대론자들은 장애인과 미혼모에게 사회적인 지원을 해야 한다는 피상적인 이야기를 하고 있지만 낙태합법화와 장애아동 지원은 왜 같이 갈 수 없는가? 어떤 조건과 가치 안에서 이런 피상적인 주장들이 진행되고 있는지를 살펴봐야 한다.

낙태를 죄로 규정하고 원칙적으로는 안 되지만, 특정한 경우 몇 가지에만 낙태를 허용하겠다는 방식 자체가 우리가 공동으로 싸워야 할 대상이다. 전체적으로 낙태가 합법화되는 것은 장애여성을 포함해 여성 모

두에게 중요한 지향이다. 장애나 질병을 이유로 낙태를 예외적으로만 허용하겠다는 것, 혹은 ‘장애’를 이유로 낙태반대를 주장하는 것, 이 두 가지는 연결되어 있고 두 입장 모두를 비판하는 것이 필요하다.

재생산권 이슈에 대한 여성운동과 장애인운동의 교류, 장애여성운동의 역할

일본에서도 낙태는 형법 상 불법이지만 우생보호법의 낙태허용 사유에 경제적사유가 포함되어 있어서 사실상 낙태가 자유로웠다. 1980년대에 우파 세력들이 경제적 사유를 삭제하려는 움직임을 보였고 여성운동과 장애인운동이 연대해서 우생보호법 개악에 맞서 투쟁했다는 사실이 알려져 있다. 그 투쟁의 결과 우생학적 사유는 삭제되고 경제적 사유는 지켰으며 1996년 우생보호법이 폐지되고 모체보호법이 제정되었다. 22) 연대를 하고 논의를 하는 과정에서 어떤 지점에서 서로 합의할 수 있는지, 어떤 지점에서는 서로 갈등하게 되는지가 드러났을 것이다. 23)

한국에서 여성운동과 장애인운동은 각자의 영역에서 재생산권 생산권의 이슈에 대한 활동을 해내왔다. 그 과정에서 본격적으로 공동의 대응을 하거나 논의를 교류하지는 못했지만 여성운동과 장애인운동이 반대되는 입장에 놓일 것이라고 추측하기는 이르다. 세부적인 쟁점을 함께 논의

할 기반을 만드는 것이 우선일 것 같다. 장애여성 재생산권을 보장하기 위한 출발도 그 지점에 있을 것이다. 한국사회에서 낙태를 둘러싼 상황이나 형법의 낙태죄, 모자보건법에 대한 논쟁은 앞으로도 계속 될 것이고, 여성운동과 장애인운동이 인권의 관점에서 재생산권을 논의할 수 있는 장을 만들어나갈 필요가 있다. 어렵고 쉽지 않겠지만 장애여성운동이 그런 역할을 해나가야 하지 않을까?

22) 2010.3.15. 일다. ‘낙태 죄’ 폐지할 시기에 한국에선 고발이라니...일본 여성들 ‘낙태죄’ 폐지운동 벌이는 중’

23) <http://eubios.info/EJ123/ej123e.htm> Masahiro Morioka, ‘Disability Movement and Inner Eugenic Thought: A Philosophical Aspect of Independent Living and Bioethics’

토론 1.

_류민희

공익인권변호사모임 희망을만드는법 변호사

우생학, 낙태, 모성권, 자기결정권

1. 성적 및 재생산 건강과 권리

- 성적 및 재생산 건강과 권리(Sexual and reproductive health and rights ,SRHR) - 서로 중첩되는 4개의 영역. 성적, 재생산 X 건강, 권리
- ‘성적’, ‘재생산’ : 1994 카이로 인구개발국제회의(International Conference on Population and Development, ICPD)에서는 재생산 건강에 성적 건강.²⁴⁾이 포함되는 것으로 정의했으나, SRHR은 그 목적이 오직 출산이 아닌 섹슈얼리티까지 포함하기 위해서 ‘성적’, ‘재생산’을 서로 구분되는 개념으로 보면서 함께 사용하는 접근임.
- ‘건강’ - 보건 차원의 접근, ‘권리’ - 욕구가 아닌 권리 중심적 접근

2. 장애여성과 재생산 건강과 권리

가. 강제불임수술

- forced/involuntary or coerced
- 전세계적으로 남아있는 심각한 인권침해적인 관행. 국제인권기구에서 여러 가지의 인권이 침해된 것으로 다름
- 국제의학기구 등에서도 강제불임수술 관행을 막기 위해 충분한 설명 후 동의(informed consent)를 얻는 프로토콜을 개발하여 의료실무자들에게 보급
- 2013년 UN 특별보고관 후안 멘테스 “고문”의 법적 틀거리로 포섭시킴

24) ICPD Programme of Action (PoA) Article 7.2: It (reproductive health) also includes sexual health, the purpose of which is the enhancement of life and personal relations, and not merely counselling and care related to reproduction and sexually transmitted diseases

- 당사자의 최대 복리를 위한다는 정당화가 사실은 돌봄제공자 자신의 최대 복리를 위한 것이 아닌지 판단할 필요
- 다만 장애여성도 비장애여성처럼 모두 피임의 수단으로 불임수술을 선택할 수 있는 권리를 가졌음. 이 맥락에서 강제불임수술을 막으려는 보호조치들이 장애여성들이 자발적으로 불임수술을 선택할 권리를 방해할 수는 없는 것이고, 이러한 선택이 자유에 의한, 충분한 설명 후 동의(informed consent)에 의한 것임을 보장하기 위하여 필요한 지원을 제공받을 필요가 있다.

나. 강제피임

- 장애여성도 다른 여성과 다름없이 안전하고 효과적인 피임을 할 권리가 있음
- 하지만 장애여성을 무성적(asexual)이거나 혹은 성과잉(hypersexual)으로 보는 차별적인 태도 때문에 이러한 기본적인 권리가 부정되고 있음
- 이러한 부정적 태도, 가치, 스테레오타입 때문에 피임에 대한 선택지의 정보를 얻는 것은 매우 어려움.
- 피임 욕구가 비장애여성과 다르지 않음에도 피임방법으로 불임수술 혹은 장기적인 주입형 피임시술을 많이 사용하고, 경구 피임약을 사용하는 경우는 상대적으로 낮음. 장애여성은 자신이 사용하는 피임방법에 대한 결정에 덜 참여하고 있음.

다. 성폭력(gender based violence)

- 여성과 마찬가지로 장애여성도 같은 종류의 성폭력에 노출되지만 장애와 젠더가 중첩하여 사뭇 형태와 결과를 낳음

- 집, 지역사회 등 장소 다양. 물리적, 신체적, 성적, 경제적 폭력, 방치, 사회적 고립, 감금, 인신매매 등 폭력의 형태 다양.
- 돌봄제공자가 가해자인 경우 많음(친권자, 친척, 이웃, 활동보조인 등). 지적 장애를 가진 피해자는 자신이 겪은 일을 범죄로 인식하기 어려움. 수사기관은 이런 사건을 다룰 만한 충분한 전문지식을 갖추지 못함. 재판부는 증거방법으로서 장애여성 피해자에 대해 증언의 신빙성 낮게 평가하는 경향. 따라서 신고율, 기소율, 유죄율 현저히 낮음. 재발율을 높음. 피해 이후 지원체계 충분하지 않음. 성적 및 재생산 건강과 권리에 심각한 악영향

라. 모성, 양육권, 친권의 부정

- 장애여성에게 양육은 정말 어려운 문제.
- 주변에서 아이를 낳아 기르는 것을 말리거나 막는 경향.
- 무성적이고, 의존적이고, 돌봄제공자보다는 돌봄을 받아야 하며 아이를 돌볼 수 없는 미성숙한 존재로 봄.
- 한편, 지적장애를 가진 여성에 대해서는 성과잉으로 보고 장애를 가진 아기의 재생산을 두려워하며 불임에 대한 정당화를 함
- 한 외국 통계는 '방치'를 이유로 장애여성이 기관에게 자신의 친권/양육권을 박탈당하는 경우가 비장애여성에 비해 10배나 된다고 함.
- 장애여성은 아이를 확대하거나 장애를 가진 아이를 키울 수 있다는 편견으로 친권/양육권을 제한하는 경향
- 영화 'I am Sam'. 다른 요소가 아닌 장애만을 이유로 친권 박탈당하는 아버지 사례

마. 행위능력 및 의사결정의 부정

- 종전 금지산자제도, 성년후견제, 피성년후견인 본인은 유효한 법률행위를 단독으로 할 수 없고, 그의 법률행위는 취소할 수 있다.
- 이러한 의사대체제도는 자율성과 자기결정권에 대한 제약으로 작용. '무능력'은 자신의 의료적 조치, 가족계획, 친권 행사, 생활 환경 등 삶을 선택하는데 제한을 줌. 의료환경에서 스스로 선택을 할 수 있는 상대방으로 평가받지 못함.

바. 성적 및 재생산 보건 서비스 및 프로그램에 대한 접근권 미비

- 생리 관리, 피임, 낙태, 성건강 관리, 임신, 출산, 양육, 보조생식기술, 환경에 대한 정보 부족하거나 적절하지 않거나 접근이 어려움
- 장소, 이동의 문제, 종사자들의 전문성의 문제 등으로 많은 서비스 및 프로그램에서 배제됨. 의료인들이 장애여성을 '손상'의 문제로만 접근하고, 그 사람이 겪는 복합적인 사회적 맥락에 대해서는 잘 알지 못 할 수 있음.

사. 성적 및 재생산 권리에 대한 정보 및 교육 접근권 미비

- 연애편계에 대한 욕구를 가졌으나 관계를 협상하는데 어려움을 겪음.
- 장애유형에 맞는 형태로 다양하게 정보나 교육이 제공되고 있지 않음

아. 사법접근권 미비

- 접근권 낮음. 증인으로서 신뢰성 얻기 어려움. 따라서 사법절차에서의 피해자 구제가 쉽지 않음

바. 중첩적인 정체성 : 장애를 가진 소녀, 고령의 장애여성, 농촌지역 장애여성, 레즈비언/성소수자 장애여성, 시설 및 수형시설의 장애여성

3. 유전학과 낙태(genetics and abortion) 혹은 선택적 낙태(selective abortion)

- 이는 일부는 장애여성의 재생산권의 문제이기도 하지만, 보다 넓게 장애에 대한 관점과 태도의 문제
- 낙태법의 비교법례
- 의료기술의 발달의 영향 : 산전 검사(pre-natal diagnosis)
- CRPD 생명권 조항 제정 과정에서의 논쟁

장애인권리협약 제10조 생명권
 당사국은 모든 인류가 천부적 생명권을 부여받았음을 재확인하고 다른 사람들과 동등한 조건으로 장애인이 이러한 권리를 효과적으로 향유할 수 있도록 보장하는 모든 필요한 조치를 취한다.

WORLD FEDERATION OF THE DEAF/BLIND의 초안
 RIGHT TO LIFE
 1. States Parties recognize and protect the inherent right to life of all persons with disabilities, and shall take all necessary measures to ensure its effective enjoyment by women, men, girls and boys in all stages of life.
 2. The right to life also includes the right to survive.
 3. Disability must not become a justification for the termination of life.
 4. States Parties shall undertake effective measures to the prohibition of compulsory abortion at the instance of the State based on the pre-natal diagnosis of disability.
 5. States Parties shall also prohibit all medical, biological and other experiments reducing the quality of life of persons with disabilities.

- 여성운동과의 긴장
- 한국 모자보건법 규정의 문제

4. 정리하며

- 현재 제한적인 지원 사례와 침해 사례 보도로는 한국 장애여성의 성적 및 재생산 건강과 권리 보장에 대한 실제 관행과 실태를 볼 수 없음. 이러한 '보이지 않는 관행 혹은 침해'에 대해 정부, 국가인권위원회가 적극적으로 실태조사를 실시할 필요
- 한국에 장애인, 장애여성의 성적 및 재생산권 건강 및 권리 보장을 위한 법적 틀거리가 부족하다고 보이지 않음. 운동으로서 여러 운동과 담론사이의 만남, 정책 틀거리로서 구체적인 실태조사, 프로그램, 의료 보건담당자 교육을 통한 태도 및 인식 개선으로 나아가야 할 단계가 아닌가 싶음.

토론 2.

_염운옥

고려대학교 역사연구소 연구교수

우생학, 낙태, 모성권, 자기결정권

우생학이란 무엇인가? 우생학을 비판한다는 것은 무엇을 비판한다는 뜻인가? 우선 논의를 시작하기에 앞서 ‘우생학(eugenics)’ 개념에는 여러 차원이 혼재하고 있다는 사실을 기억해야 한다. 우생학에는 ‘우생사상’, ‘우생학’, ‘우생정책’의 세 가지 차원이 공존한다는 점을 떠올리는 것이 생산적인 논의를 위해 필요하다. 우생학의 밑바닥에 있는 선천적·후천적 질병이나 장애에 대한 부정적인 가치관은 오랜 역사를 지니는 것으로 고대 그리스의 철학자 플라톤까지 그 기원을 거슬러 올라갈 수 있다. 오늘날까지도 여전히 강력하게 잔존하는 장애에 대한 부정적인 가치관은 일종의 초역사적 심성으로서 ‘우생사상’이라 부를 수 있다. 이에 비해 ‘우생학’은 19세기말 등장해 20세기 중반까지 영향력을 발휘한 역사적 개념으로서 사이비과학이자 이데올로기를 말한다. 20세기 독일, 미국, 일본, 덴마크, 스웨덴 등지에서 우생학의 원리에 근거해 수립된 국가 정책을 ‘우생정책’이라 한다.

인종주의가 마치 ‘머리 천개 달린 히드라’처럼 시대와 공간을 넘나 들며 온갖 변주를 만들어내며, 타자를 발명하고 그들에 대한 차별을 정당화해왔듯이, 우생학 역시 19세기말 영국에서 프랜시스 골턴에 의해 체계화된 이래 세계 각지에서 유전학, 인구정책, 복지정책에 영향력을 발휘해 왔다. 우생학의 변화무쌍한 ‘활약’은 언뜻 보기에 그 극복이 어려울 것처럼 보이게 한다. 하지만, 우생학에 대해 연구하면서 느낀 것은 우생학 비판은 사실 그리 어렵지 않다는 것이다. 우생학은 과소평가되어서도 안 되지만 그렇다고 과대평가되어서도 곤란하다. 사실 이데올로기로써 우생학이나 국가가 강제하는 정책으로서 우생정책은 정신장애자에 대한 강제불임수술과 안락사라는 나치의 ‘악행’을 경험한 이래 부정된 지 오래이기 때문이다.

그럼 무엇이 문제인가? 문제는 우생사상의 차원이다. 발표문에서 매우 정확하게 지적하고 있듯이 우생학이 자본과 결합하고, 질병과 장애를 병리화하고 그래서 개인의 선택 문제로 우생학을 내면화하는 차원 말이다. ‘유연한 우생학(flexible eugenics)’, 혹은 ‘개인주의적 우생학(individual eugenics)’이라 불리는 새로운 우생학은 모든 것을 개인의 선택과 책임으로 돌리는 신자유주의 이데올로기와 매우 쉽게 결합된다. 발표문을 인용하자면, “우생학은 이제 자기계발 담론 안에서 새로운 등지를 틀며 자본화되어 가고 있다.” <구글베이비> 같은 영화를 떠올려 보자. 내 몸(혹은 내 몸이 일부, 이를테면 정자나 난자)을 내 마음대로 가꾸고 처분하고, 이왕이면 태어날 아기에게 좋은 유전자를 물려주겠다는데 무엇이 잘못되었다. 이렇게 항변한다. 질병과 장애를 부정적인 것으로 보는 시각을 바꾸지 않는 한 우생사상의 차원의 우생학을 비판하기란 쉽지 않다.

장애여성의 재생산에 관한 논의의 출발점은 성, 임신, 출산에 관한 장애여성 당사자의 결정 과정에 주목하고, 이들의 결정에 영향을 미치는 역사적 사회적 맥락을 살피고 비판하는 것에서 시작할 수밖에 없다. 이러한 발표문의 논지에 깊이 공감하면서, 함께 논의해보고 싶은 두 개의 논점을 제시하고, 몇 가지 코멘트와 보충설명을 하고자 한다.

첫 번째 논점은 장애를 보는 ‘이중기준’에 관한 것이다. 지정토론을 맡은 나영정씨의 발표문뿐만 아니라 나머지 두 편의 발표문을 읽고 나서 장애여성의 재생산권 논의와 우생학 비판이 만나는 가장 중요한 논점이 무엇인가를 생각해 보게 되었다. 우생학 비판에서 핵심적인 논점은 장애에 관한 이중기준, 즉 ‘장애인의 생존권/장애인 복지’와 ‘장애아

출생방지’ 사이의 관계를 어떻게 설정할 것인가일 것이다. 장애태아의 출생을 예방하는 행위와 장애인의 생존권 및 복지 옹호는 양립할 수 있는가? 양자를 어떻게 분리해서 사고할 수 있는가? 진경씨의 발표문 4쪽에 소개된 “여성이 낙태를 선택할 수 있는 권리가 있고, 장애나 손상이 있는 태아를 낙태하는 것이 곧 장애인에 대한 차별과 장애인의 삶을 부정하는 태도와 동일시되어서는 안된다” 소수의견은 주목해야 할 목소리라고 생각한다.

두 번째 논점은 보편적 인권을 어떻게 구성할 것인가이다. 나영정씨의 지적대로, 우생학은 더 좋은 유전적 자질을 지닌 인류를 꿈꾸지만, 끊임없이 정상과 비정상, 적합한 자와 부적합한 자 사이의 구분선을 설정함으로써 차별을 만들어 낸다. 결국 우생학이 나쁜 이유는 인간의 평등한 가치에 대한 부정 위에 성립하는 이데올로기이기 때문이다. 그러나 사실 평등이라는 가치는 매우 추상적인 가치다. 무수히 많은 인간들의 수만크거나 다양한 차이를 생각하면 프랑스혁명의 인권선언에서 어떻게 인간이 모두 법 앞에 평등하다고 선언할 수 있었는지 이상하게 여겨질 수도 있다. 우생학은 우리가 자명하게 받아들이고 논의의 전제로 삼는 평등한 인권에 정면으로 도전하는 논리다. 그렇기 때문에 인권 논의에 반면교사로서 자주 등장하는 것이다.

인권이 한낱 국민이 될 권리나 시민권을 환원되지 않고, 소수자 모두를 평등하게 보듬는 진정으로 ‘보편적’인 것이 되려면 사고를 어떻게 전환해야 할까? 프랑스혁명의 인권선언에서 인간은 무의식중에 ‘부르주아 성인 남성 시민’로 설정되어 있었다. 그러니 여성과 노예는 당연히 배제되었다. 정치철학의 전제가 되는 인간관을 변화시키지 않고는 인권의 보편성을 담지하기 어려운 것이 아닐까? 사회학자 터너(Bryan S.

Turner)는 인간 존재의 취약성(Vulnerability)을 인권 재구성의 출발로 삼고자 한다. 국민국가가 부여하는 시민권이 주로 정상적 신체를 지닌 개인을 가정하고 있다면 인권은 근본적으로 취약한 인간을 전제로 삼기에 우리와 똑같이 불완전한 타자들에 대한 관심과 배려 그리고 공감을 가능하게 한다. 우리는 누구나 생애 어느 시기에 짧게 든 길게 든 질병으로 고통 받으며, 선천적 장애를 갖고 태어나기도 하지만, 사고 등으로 장애를 입기도 한다. 건강하고 정상적인 신체를 지닌 어른을 인권의 주체로 사고하지 않고 인간 존재의 취약성에서 출발한다면 보다 보편적인 인권을 향한 실마리를 찾을 수 있지 않을까?

다음은 다소 사소한 코멘트와 보충설명이다.

2쪽 하단에서 우생학에 대한 설명으로 ‘적극적/긍정적(positive) 우생학’과 ‘소극적/부정적(negative) 우생학’을 바꿔 쓰고 있다. “이러한 사고방식에 따라서 적극적으로는 부적절하다고 판단되는 인자를 가지고 있는 사람들의 재생산권리를 **박탈**→**장려**하는 방식으로, 소극적으로는 적절하다고 판단되는 인자를 가지고 있는 사람들의 재생산을 **장려**→**박탈**하는 방식으로 작동한다.”

3쪽. 일본의 우생학에 대한 설명 부분을 보충하자면, 일본에서는 2차 대전 시기 ‘국민우생법’이라는 이름의 우생단종법이 시행되었고, 그 피해자들에 대한 보상 논의가 2000년 무렵부터 시작되었다. 일본의 우생단종법인 ‘국민우생법’은 1940년~1948년 운영되었고, 강제불임을 합법화한 법이지만, 낙태중절을 통한 출산장려와 인구증가의 측면이 더 강했다. 국민우생법은 1948년 ‘우생보호법’을 바뀌어 1996년까지 운영되

었다. 우생보호법 14조항은 소위 ‘태아조항’으로 불리며 장애태아의 우생학적 이유에 의한 낙태를 합법화해 논란이 되었다. 14조항은 우생학적 이유 이외의 사회경제적 이유로 인한 낙태를 용인해 여성의 낙태권을 사실상 묵인했다. 장애인 단체는 이 조항을 맹렬히 반대해 여성의 낙태권과 장애인의 권리가 충돌하는 양상을 보였다. 1996년 모체보호법으로 개정되었다(진경, 8쪽 관련).

5쪽. 우생학은 산아제한뿐만 아니라 인구정책의 담론이기도 했다. 프랑스의 경우, 1차 대전의 피해를 심각하게 입었기 때문에 인구감소가 사회문제가 되었고, 여성들에게 출산장려를 역설했다. 하지만 출산장려책의 효과가 미미하자, 1927년 국적법을 개정해 해외 이민을 적극적으로 받아들이는 인구정책으로 전환한다. 현재 한국에서 결혼이주 여성을 통한 인구 재생산이 이루어지고 그것이 순혈주의와 충돌하는 현상 역시 인구정책의 일환이다. 정부는 이들 가족을 ‘다문화 가정’, 이들 대상의 정책을 ‘다문화 정책’이라 부르지만, 사실상 이는 동화주의 정책이다. 진경씨 발표문에서 소개한대로, 한국에서 2012년부터 1~3급 장애여성에게 100만원의 출산지원금을 지원하고 있다. 이런 정책 역시 인구정책의 일환이다. 장애여성의 모성권과 출산장려를 마냥 환영할 수만은 없는 이유는 국가는 인구의 규모와 구조적 특성에 따라 인구정책을 결정하고 산아제한과 출산장려 사이를 오락가락 하기 때문에 시혜적인 정책에 너무 많은 것을 기대해서는 안 될 것이다(진경 5쪽 관련).

토론 3.

_나영

지구지역행동네트워크 GP네트워크 팀장

'생산'과 '재생산', 우생학적 전체의 한계를 넘어 여성들의 주체적 권리를 확보하기 위하여

먼저 이렇게 중요한 논의를 함께 나눌 수 있는 자리를 만들어 주신 데 대해 감사드립니다. 지난 몇 년간 여러 여성·사회단체들과 함께 '임신출산 결정권을 위한 네트워크' 활동을 하면서 뼈저리게 느낀 것은 한국 사회는 재생산 권리는 커녕 임신중절이나 피임에 대해서조차 논의의 지반이 너무 약하다는 것과, 한국 사회 맥락에서의 재생산 권리를 제대로 읽어내고 구성해 낼 필요가 있다는 것, 그리고 '재생산 권리'라는 것을 이야기 할 때 과연 누가 그 주체가 되고 누가 자연스럽게 배제되고 있는가에 대한 검토가 필요하다는 것이었습니다. 오늘 이 자리가 더욱 반가운 것은 이런 고민의 지점들이 맞닿을 수 있는 이야기가 시작되는 자리이기 때문입니다. 발제자 분들의 글이 저에게 보다 구체적인 고민들을 안겨주었기에 저는 그간의 경험을 통해 생각해 온 것들을 오늘 발제자 분이 제기하신 지점들과 연결하여 이야기해 보고자 합니다.

'재생산', '재생산 권리' 라는 개념을 재구성할 필요

국제사회에서 그간 여러 논의를 거치며 정의되어 온 '재생산 권리'의 개념은 대체로 아래와 같은 권리들을 포함합니다.

- 안전한 낙태를 법적으로 보장받을 권리
- 피임을 할 권리

- 강제적인 불임수술과 피임을 당하지 않을 권리
- 재생산 건강에 관한 양질의 보건 환경에 접근할 권리
- 재생산 결정권에 대한 정보와 교육에 접근할 권리
- 성관계를 매개로 하는 질병에 대해 교육받을 권리
- 여성 할례 등 섹슈얼리티, 젠더 차별에 기반한 관습으로부터 보호받을 권리

이와 같은 권리들이 제대로 실현되기 위해서는 사실상 성에 관한 여성들의 권리 전반이 제대로 보장될 수 있어야 합니다. 따라서 '재생산 권리'는 '성적 자기결정권'에 관한 논의와 함께 구성되어야 하며, 이는 성별 정체성과 성적지향, 몸에 대한 권리, 성적 위계와 차별/통제/규범, 이에 기반한 관습과 정책들을 전반적으로 건드리는 문제가 될 수밖에 없습니다. 그러나 여전히 한국 사회에서 '재생산 권리'는 임신, 출산, 피임, 낙태, 양육에 관한 법·제도적 권리를 논의하는 수준에 머물고 있고 때문에 '성적 자기결정권' 보다는 대체로 '모성권' 논의와 맞물려 이야기됩니다.

문제는 '재생산', '재생산 권리'가 '모성권'과 연결되어 이야기 될 때, '재생산 권리'와 연관된 여성들의 주체성과 자기 정체성, 사회적 역할과 권리를 '모성'의 전제 안에서 설명하게 되고, '재생산'의 의미 역시 이 한계에 머물게 된다는 것입니다. 여성계에서도 낙태나 저출산 정책에 대해 이야기할 때 자연스럽게 '모성을 지닌', '임신, 출산하는 여성', '엄마가 될/엄마인 여성'들을 전제로 하는 경향이 있습니다.

한편으로 우리는 '재생산'이라는 것이 과연 어떤 의미인지를 다시 짚어볼 필요가 있습니다. 여성의 임신, 출산은 어떠한 노동일까요? 이것

은 '재생산'인가요, '생산'인가요? '재생산' 개념에서 확장해 '생산', '노동'으로, 보다 적극적인 개념으로 의미화할 필요도 제기되지만 이 역시 '생산'을 중심으로 가치를 부여한다는 점에서 한계적이라고 생각합니다. 임신과 출산을 여성이 해야 하는 사회적 생산의 의무로서 이야기하고 이를 중심으로 가치화할 때, 당연히 배제되는 주체들이 있고, '어떤 생산'을 하느냐 역시 문제가 될 수밖에 없습니다. 즉 신체적, 사회적으로 규정된 범위에서의 '건강한 인간'을 '생산' 또는 '재생산' '할 수 있는' 여성들을 중심으로 사회적 가치와 의미를 부여하게 되는 것입니다. 때문에 임신을 할 수 없거나, 장애나 질병이 있는 여성, 비혼 여성, 동성 커플 등은 '비 생산적'인 이들로 여겨지며, 아기 역시 사회적으로 규정한 기준에서의 '건강'한 조건을 갖춘 아이만이 '정상적'인 생산으로 간주됩니다. 피임이나 낙태에 관한 권리 담론도 이와 같은 전제 하에서 전개되고, 생식 기술이나 성적 건강에 관한 문제도 같은 전제를 중심으로 진행됩니다. 이를테면, 장애를 가진 여성에 대해서도 성적 권리 전반과 몸에 맞는 피임법 등에 관한 연구와 논의 보다는 '어떻게 하면 장애 여성이 건강한 아이를 낳을 수 있을 지'를 중심으로 진행되는 것이죠.

따라서, 우리는 여성의 임신, 출산 노동이 사회적으로 가지는 의미와 개념을 새롭게 재구성할 필요가 있으며, 이 논의에는 모든 여성들이 건강한 아이를 임신, 출산하는 주체로 당연히 간주되는 것과 여기서 배제되고 있는 주체들에 대한 논의가 반드시 연결되어야 합니다. 그리고 '생산', '재생산'의 개념을 넘어, 여성들이 이 과정의 주체로서 자율적인 자기 결정권을 가질 수 있도록 하는 논의를 적극적으로 구성할 필요가 있습니다.

낙태 비범죄화와 우생학적 기준에서의 낙태 허용, 딜레마를 넘어서기 위해

지금까지 여성운동에서는 여성들의 재생산 권리를 논의하는 과정에서 장애 여성의 재생산권, 우생학적 기준에서의 낙태 허용 조건에 대한 논의는 충분히 진행하지 못하였다고 봅니다. 한편으로는 발제자가 지적하였듯이 낙태 비범죄화가 가지는 의미가 곧 낙태의 전면화로 간주되면서 성 감별이나 장애, 질병 감별 등에 의한 무분별한 낙태를 허용하게 될 것이 우려되기도 하였습니다. 이는 특히 과거 한국 정부가 출산 통제 정책을 적극적으로 시행하고, 이 과정에서 우생학적 기준에서의 낙태를 정부 차원에서 실시하거나 법적으로 허용했던 경험과도 맞닿아 있습니다.

그러나 낙태의 비범죄화가 곧 낙태의 전면화를 의미하는 것은 아닙니다. 낙태 비범죄화/합법화를 위한 논의는 '여성들의 낙태할 권리'를 넘어서 성관계, 피임, 임신, 출산, 양육의 전 과정을 고려하는 권리의 차원으로 다양하게 확장되어 왔습니다. 중요한 것은 '낙태'를 여성의 결정권이나 태아의 생명권이나의 이분법적 논의와, 여성의 성적 권리와 연결된 일련의 과정이 아니라 이와 동떨어진 하나의 행위, '사건'으로서 전제하는 것을 넘어서는 것입니다. 앞서도 언급했듯이 이는 모든 여성이 당연히 '임신, 출산을 하는 존재'이자 그 책임과 의무를 다 해야 하는 것으로 전제되는 것에서부터 벗어나야 하는 것을 의미하며, 여성이 누구를 사랑하고, 누구와 성관계를 할 것인가, 성적 관계의 전 과정에서 어떠한 자기 결정권을 가질 수 있어야 하는가, 피임/임신/출산과 관련하여 어떠한 권리를 가져야 하는가의 논의와 연결되는 문제입니다.

임신과 출산이 여성들의 의무가 되고, 낙태가 범죄로 여겨지는 현실에서는 여성들의 이러한 성적 권리 전반이 제약을 받을 수밖에 없습니다. 낙태를 범죄로서 처벌한다는 의미는 단지 태아의 생명권을 위해 여성들의 '선택권'을 제약한다는 의미가 아니라 임신과 출산을 '건강한 노동력'을 생산할 사회적 의무 차원에서만 간주한다는 점에서 여성과 태아 모두의 권리를 침해하는 것이 되기 때문입니다.

이와 같은 문제의식을 고려하여, 앞으로 다음과 같은 논의와 요구들을 함께 전개해 보았으면 합니다.

- 1) 임신과 출산, 이와 연결된 전 과정을 여성들의 '주체적이고 자율적인 자기 결정권'을 확보하는 측면에서 고려하며 여성들에게 임신, 출산에 대한 책임과 의무를 사회적으로 강요하지 않도록 할 것
- 2) 임신과 출산에 관한 권리는 여성들의 성적 권리 전반의 요구와 연결되어야 하며 이는 성적 파트너를 자유롭게 선택할 권리, 성적 관계에서 자신의 의사를 표현하고 존중받을 권리, 원치 않는 관계를 강요받거나 강제로 폭력적 관계를 당하지 않을 권리, 피임이나 임신/출산을 강제로 제한 당하거나 강요당하지 않을 권리, 자신의 몸과 성적 권리와 연관된 정보를 접하고 활용할 권리, 이에 연관된 의료적 지원과 상담을 충분히 공적으로 지원받을 권리 등으로 폭넓게 확장되어야 함.
- 3) 이러한 논의들을 바탕으로 우생학적 전제를 넘어 장애 여성이 성적 권리 전반을 확보하는 것과 동시에 임신과 출산 여부를 선택할 수 있고, 이에 필요한 사회적 지원과 건강에 대한 정보권 및 의료적 권리를 확보할 수 있도록 할 것

오늘 토론회를 시작으로 앞으로 이런 논의들을 함께 구성하고 확장시켜 나갈 수 있기를 기대합니다.

<우생학, 낙태, 모성권, 자기결정권- 장애여성 재생산권 논의를 시작하며>

일시: 2014년 12월 8일

장소: 국가인권위원회 배움터

주최: 장애여성공감, 재단법인 동천

주관: 강동구 장애여성건강지원네트워크