

最近의 人口動向과 對應戰略

趙南勳

文顯相 金勝權

李三植 吳英姬

韓國保健社會研究院

머 리 말

1997년 현재 50개국 이상에서 합계출산율이 인구대치수준 이하로 나타나고 있으며, 이중 많은 국가가 15년 이상 동안 낮은 수준을 유지하고 있다. 특히, 유럽의 일부국가와 일본에서는 합계출산율이 1.5 미만으로, 장기간 저출산으로 인한 경제의 둔화내지 정체와 사회보장비 부담의 급증 및 사회보장재정의 악화를 막기 위하여 출산율을 보다 높은 수준으로 회복하기 위한 정책을 적극적으로 펴오고 있다.

우리 나라에서도 1980년대 중반이래 약 15년 동안 합계출산율이 인구대치수준 이하에서 유지하여 왔으며, 최근에는 더욱 낮아지는 경향을 보이고 있다. 자녀가 없어도 상관없다는 태도를 가진 여성의 비율이 높게 나타나고, 여성의 경제활동참가 증가와 함께 독신여성이 증가하고 있는 등 사회경제적 여건이 크게 변하고 있으며 특히, 최근 IMF사태의 여파로 인한 가족해체 증가, 실업자 증가, 가족경제의 악화 등이 출산 중지 또는 연기로 이어질 가능성이 높아 앞으로 출산율은 더욱 낮아질 것으로 예상되고 있다. 그리고 평균수명은 계속 높아져 '80 인생'이 도래할 것이다.

따라서, 다가오는 21세기에는 지금까지 우리가 경험하지 못했던 새로운 인구현상에 직면하게 될 것이다. 이에 본 연구에서는 최근의 인구동향과 함께 다가오는 21세기 인구의 특성을 분석하고, 이에 대처하기 위한 정책과제를 제시하며 아울러 1994년 카이로 국제인구개발회의 이래 5년간 국내 관련사업에 대한 평가에 초점을 두고 있다.

본 보고서에서는 인구변동에 따른 대응과제로 생식보건, 성비 불균형, 인구고령화, 인력 공급, 가족변화 등을 다루고 있다. 생식보건의

과제로는 가족계획서비스, 에이즈, 인공임신중절, 모자보건, 청소년 성문제 등에 관한 사업 추진방향을 제시하고 있으며, 출생성비의 불균형에서는 남아선호와 태아 성감별 및 선택적 인공임신중절 등에 대한 대응책을 검토하고 있다. 고령화의 과제로는 재가복지서비스 개선, 노인의료제도 확대, 사회참여기회 확대, 실버산업 육성, 노인주택 공급 등을 제시하고 있다. 인력공급 부족에 대한 대응방안과 여성인력의 활용을 다루고 있으며, 마지막으로 가족변화에 따른 대응으로 요보호 가족의 생활보장, 취업여성을 위한 가족지원책, 부양노인 지원책 등을 제시하고 있다.

이 연구는 한국보건사회연구원의 조남훈 부원장이 중심이 되어 문현상 연구위원, 김승권 책임연구원, 이삼식 책임연구원, 오영희 주임 연구원이 참여하였으며 담당분야는 다음과 같다.

연구총괄·생식보건	조남훈
출산력·인구고령화·인력공급	문현상
사망력·인구이동 및 분포·인구전망·출생성비	이삼식
가족변화	김승권
생식보건	오영희

연구진은 보고서를 검독해 준 변용찬 가족복지연구실장과 장영식 연구위원에게 감사를 표하며, 보고서의 편집에 많은 수고를 해준 손숙자 연구조원에게도 감사의 뜻을 표하고 있다. 끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 연구자 개인의 의견이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀 둔다.

1998年 12月
 韓國保健社會研究院
 院長 鄭 敬 培

目次

要約	11
I. 序論	23
II. 人口變動要因의 變化	27
1. 出生力	27
2. 死亡率	41
3. 人口移動 및 分布	48
4. 人口變動要因 變化의 示唆點	61
III. 將來 人口 展望	64
1. 人口規模	64
2. 人口構造	65
3. 學齡人口	69
4. 南·北韓 人口	71
5. 將來 人口展望의 示唆點	77
IV. 向後 政策課題와 對應戰略	79
1. 生殖保健	79
2. 出生性比	106
3. 人口高齡化	122
4. 人力供給	143
5. 家族問題	153
V. 結論	181
參考文獻	189

表目次

〈表 II- 1〉	合計出産率 變動推移(1960~1997年)	28
〈表 II- 2〉	世界の 低出産國家	28
〈表 II- 3〉	急激한 出産力 減少時期의 社會經濟指標 變化 (1960~1995年)	29
〈表 II- 4〉	合計出産率 減少要因 分析	30
〈表 II- 5〉	婦人年齡別 出生兒 數 分布의 變化 推移 (1960~1990年)	31
〈表 II- 6〉	出産進度比率의 變化推移(40~44歲): (1960~1994年) ..	32
〈表 II- 7〉	15~44歲 有配偶婦人の 避妊實踐 水準	33
〈表 II- 8〉	15~44歲 有配偶婦人の 妊娠終結形態(1994~1997年) ..	34
〈表 II- 9〉	婦人の 特性別 平均 現存子女數, 平均 追加希望子女數, 平均 期待子女數	35
〈表 II-10〉	子女의 性 構成別 追加子女에 대한 態度	36
〈表 II-11〉	30代 女性의 未婚率(1975~1995年)	38
〈表 II-12〉	20~24歲 女性의 未婚率, 就學率, 經濟活動參加率 比較(1950~1990年)	38
〈表 II-13〉	子女 必要性에 대한 態度(1991~1997年)	39
〈表 II-14〉	아들의 必要性에 대한 態度	40
〈表 II-15〉	年齡別 死亡率 變動推移(1995~2030年)	43
〈表 II-16〉	平均壽命 變動推移(1970~2030年)	43
〈表 II-17〉	主要死亡原因 變動推移(1988~1997年)	45
〈表 II-18〉	性·年齡別 死因順位(1997年)	46

〈表 II-19〉	市部·郡部間 移動人口 變動推移(1965~1995年)	48
〈表 II-20〉	都市化率 變化推移(1960~1995年)	50
〈表 II-21〉	市·道別 純人口移動率 變動推移(1965~1995年)	51
〈表 II-22〉	市·道別 純人口移動率 變動展望(1995~2020年)	52
〈表 II-23〉	市·道別 人口分布 變動推移(1970~2020年)	53
〈表 II-24〉	首都圏 및 大都市 人口 變動推移(1970~2020年)	55
〈表 II-25〉	形態別 海外移住者 變動推移(1962~1997年)	57
〈表 II-26〉	海外移住者 및 逆移住者 變動推移(1980~1997年)	58
〈表 II-27〉	最近 海外移住者 및 逆移住者 變動(1997.6月~1998.6月)	59
〈表 II-28〉	國內就業 外國人 變動推移(1994~1996年)	61
〈表 III- 1〉	總人口 및 年齡別 人口 變動推移(1970~2030年)	64
〈表 III- 2〉	人口構造 變動推移(1970~2030年)	65
〈表 III- 3〉	生産可能人口 構造 變動推移(1970~2030年)	66
〈表 III- 4〉	老人人口 變動推移(1970~2030年)	67
〈表 III- 5〉	學齡人口 變動推移(1970~2030年)	70
〈表 III- 6〉	南北韓 推計人口 諸假定	72
〈表 III- 7〉	南北韓 人口規模 變動推移(1998~2030年)	73
〈表 III- 8〉	南北韓 人口構造 變動推移(1998~2030年)	74
〈表 III- 9〉	平均年齡 變動推移(1998~2030年)	75
〈表 III-10〉	結婚適齡人口의 性比 變動推移(1998~2030年)	76
〈表 IV- 1〉	15~44歲 有配偶 婦人의 特性別 避妊實踐率(1988~1997年)	83
〈表 IV- 2〉	15~44歲 有配偶婦人의 最終出生兒 産前·産後受診率 및 施設分娩率(1982~1997年)	85
〈表 IV- 3〉	15~44歲 有配偶婦人의 最終兒에 대한 授乳様相 (1982~1997年)	86

〈表 IV- 4〉	15~44歲 有配偶婦人的 最終出生兒의 出產形態別 出生兒의 月齡에 따른 母乳授乳率	87
〈表 IV- 5〉	15~44歲 有配偶婦人的 人工妊娠中絶 時期(1995~1997年) ..	88
〈表 IV- 6〉	15~44歲 有配偶婦人的 人工妊娠中絶 經驗率의 變動推移(1976~1997年)	89
〈表 IV- 7〉	20~44歲 有配偶婦人的 人工妊娠中絶數 推定(1975~1996年) ..	91
〈表 IV- 8〉	妊娠年度別 妊娠結果의 變化(1980~1997年)	92
〈表 IV- 9〉	妊娠當時의 婦人的 年齡別 正常出生에 대한 人工妊娠中絶比 變化(1980~1997年)	93
〈表 IV-10〉	20~44歲 有配偶婦人的 避妊實踐狀態別 人工妊娠中絶 回數 分包	94
〈表 IV-11〉	靑少年의 淫亂 비디오 視聽經驗率	95
〈表 IV-12〉	靑少年 性問題 豫防을 위한 大韓家族計劃協會 活動現況(1997年)	97
〈表 IV-13〉	出產順位別 出生性比의 變動推移(1982~1997年)	108
〈表 IV-14〉	有配偶婦人的 아들 必要性 程度 變化推移(1985~1997年) ..	110
〈表 IV-15〉	有配偶婦人的 아들의 必要 理由(1985~1997年)	111
〈表 IV-16〉	15~44歲 有配偶婦人的 아들 必要性和 出生兒의 性比關係 ..	112
〈表 IV-17〉	出產順位別 結婚後 出生까지 期間 및 母의 平均年齡 (1994年)	113
〈表 IV-18〉	15~44歲 有配偶婦人的 選擇的 人工妊娠中絶에 대한 態度 ..	115
〈表 IV-19〉	15~44歲 有配偶婦人的 追加希望子女	116
〈表 IV-20〉	出生性比가 人口構造에 미치는 影響(1998~2030年) ..	117
〈表 IV-21〉	人口高齡化 指數(1998~2030年)	123
〈表 IV-22〉	ADL(日常生活)制限 老人의 扶養受惠	125
〈表 IV-23〉	先進國의 65歲 以上 老人 10萬名當 家庭奉仕員 數 ..	127

〈表 IV-24〉	日本の 家庭奉仕員 派遣 世帯數(1990~1994年) ……	127
〈表 IV-25〉	老人層의 慢性疾患과 日常生活 支障 ……	131
〈表 IV-26〉	機能障碍 및 癡呆性 老人數 推定(1995~2020年) ……	131
〈表 IV-27〉	活動可能 高齡層(55~69歲) 人口推移(1998~2030年) ·	134
〈表 IV-28〉	60代 老人의 就業率 및 職種 ……	135
〈表 IV-29〉	서울市 老人의 就業 및 就業希望率 ……	135
〈表 IV-30〉	勞動力 供給과 관련된 變數의 變化(1970~1995年) ·	144
〈表 IV-31〉	勞働供給의 構造變化 展望(2000~2030年) ……	146
〈表 IV-32〉	産業構造 變化 展望(1990~2020年) ……	147
〈表 IV-33〉	研究開發部門 國際 比較 ……	149
〈表 IV-34〉	女性의 經濟活動狀態: 有業率 ……	150
〈表 IV-35〉	就業女性의 從事上 地位 및 職種 分布 및 女性比率	151
〈表 IV-36〉	맞벌이 家口 現況 ……	152
〈表 IV-37〉	OECD 國家와의 時間制 勤勞 比較(1990年) ……	153
〈表 IV-38〉	家口數 및 家口員 變化(1960~1995年) ……	156
〈表 IV-39〉	家族의 世代構成 및 家族類型 變化(1970~1995年) ·	157
〈表 IV-40〉	家族形態의 變化(1970~1995年) ……	158
〈表 IV-41〉	少年·少女家長 家族의 現況(1990~1995年) ……	159
〈表 IV-42〉	家族週期 各 段階의 始作 및 終結當時 婦人의 平均年齡 ·	160
〈表 IV-43〉	家族週期 各 段階의 所要期間 ……	161
〈表 IV-44〉	新婚夫婦만의 生活期間, 子女養育期 및 老人만의 生活期間 ……	161
〈表 IV-45〉	婚姻狀態別 女性의 經濟活動參加率 ……	162
〈表 IV-46〉	婚姻率 및 離婚率의 變化(1975~1997年) ……	164
〈表 IV-47〉	性別 經濟活動參加率의 變化(1970~1997年) ……	166
〈表 IV-48〉	婚姻狀態別 女性 經濟活動參加率의 變化(1981~1997年) ·	166

〈表 IV-49〉	婚姻狀態別 女性就業者 構成比(1980~1997年)	167
〈表 IV-50〉	女性勤勞者의 雇傭狀態(1960~1992年)	168
〈表 IV-51〉	長期勤續 女性勤勞者의 變化(1980~1996年)	169
〈表 IV-52〉	男性對比 女性의 賃金, 勤續年數, 勤勞時間 隔差 및 離職率(1975~1996年)	170
〈表 IV-53〉	保育施設과 保育兒童數(1992~1998. 3月)	176
〈表 IV-54〉	男性平等指數 및 女性權限尺度의 國家別 順位(1997年) ..	178

要約

1. 人口變動要因 展望

가. 出産力

- 합계출산율은 '80년대 중반 인구대치수준에 도달한 이래 지속적으로 낮아지고 있음.
 - 1982년 2.7명에서 1993년 1.75명, 1996년 1.71명으로 낮아졌으며, 최근 통계청 인구동태신고 자료에 의하면 1997년 1.56명으로 계속 감소함.
- 향후 출산력은 사회경제적 여건변화에 따라 더욱 낮아질 것으로 예상됨.
 - 최근 IMF사태의 여파로 인한 가족해체의 증가, 실업자 증가, 가족경제의 악화 등이 출산 중지 또는 연기로 이어질 것으로 예상되고, 특히 1998년은 범띠 해로 출산기피현상이 나타날 것임.
 - 남아선호도의 약화, 태아성감별에 대한 단속 및 처벌 강화, 의료인의 자정적 노력 등으로 남아를 갖기 위한 추가출산이 감소할 것임.
 - 부인의 연령이 낮을수록 기대자녀수가 적으며, 자녀가 없어도 상관없다는 태도가 높게 나타나고 있음. 한편, 여성의 경제활동 참여 증가와 함께 독신여성이 증가하고 있음.
- 향후 인구정책의 방향은 인구의 질과 복지를 향상시키기 위한 노력이 강화되어야 할 것이며, 이를 위하여 조직 및 기능상으로 통

합된 형태의 보건·복지 서비스 전달체계가 구축되어야 함.

- 취업여성이 출산과 취업을 병행할 수 있는 출산휴가, 보육시설 확충 등 사회적 지원책이 필요함.
- 모자보건사업 및 21세기에 가임층으로 진입하는 청소년을 위한 성교육을 포함한 생식보건사업이 강화되어야 함.

나. 死亡力

- 21세기에는 사망률의 저하와 함께 평균수명이 지속적으로 상승하여 2010년경에는 선진국 수준(남자 74세, 여자 80세)에 도달하며 2030년경에는 80세 평균수명이 도래할 것임.
- 사인으로는 뇌혈관질환, 교통사고, 간질환, 위암, 간암, 당뇨병, 자살 등의 순으로 사고사와 선진국형인 만성질환에 의한 사망률이 높으며 특히, 당뇨병, 폐암, 교통사고, 자살 등에 의한 사망이 증가하고 있음.
- 사망력 변화에 따른 보건 및 복지정책이 강화되어야 함.
 - 성인병 예방을 위한 건강증진사업과 함께 교통사고 및 자살 방지를 위한 사회프로그램이 개발되어야 함.
 - 최근 IMF사태의 여파로서 결식아동, 노숙자, 실업자의 증가로 인한 국민보건수준의 악화 및 자살의 증가에 대처하여야 함.
 - 평균수명의 상승으로 인한 노인 특히, 후기노인층 인구의 증가에 대비한 복지정책이 강화되어야 함.

다. 人口移動

- 도시간 이동이 전체 이동의 80% 이상으로 향후 도시화율은 도농간 이동보다 자연적 요인에 의해 주로 영향을 받아 '95년 78.5%에

서 크게 높아지지 않을 전망이다.

- 최근 IMF사태의 여파 등으로 도시 인구의 농촌으로 이동이 촉진될 것임. 농촌의 농업노동력의 부족 및 노령화와 실업문제의 해결을 위하여 이들의 농촌정착을 위한 지원정책이 강화되어야 함.
- 20세기말에 시작된 인구집중 반전현상이 21세기에 확대될 것임.
 - 인구감소현상이 서울과 부산에 이어 대구에서 나타나며, 다른 대도시의 인구증가율은 크게 둔화될 것임. 반면, 2000년 전후에 대부분 도의 인구가 증가세로 전환할 것임.
 - 최근 그린벨트지역의 축소 조치는 대도시의 인구감소 및 인접도 인구의 증가를 더욱 촉진할 것으로 예상됨.
- 수도권 인구는 21세기에도 경기도 인구의 증가가 서울 인구의 감소를 상회하여 계속 증가하며, 2030년에는 전국 인구의 1/2 정도가 될 것임.
 - 수도권 전역을 대상으로한 인구분산정책이 강화되어야 함.
- 1976년 이래 감소하고 있는 해외이주자의 수가 최근 IMF의 여파로 증가하며, 역이주자는 감소하고 있음. 이러한 현상은 국내 경기가 호전될 때까지 계속될 전망이다.
 - IMF사태로 인한 실업증가의 대책으로 해외이주정책을 강화할 필요가 있음.
- 국내의 외국인 노동자 특히, 불법노동자가 90년대에 급속히 증가하여 왔으나, 최근 IMF사태의 영향으로 감소할 전망이다.

2. 將來 人口 展望

- 인구증가율은 2028년 0%(최대인구 52,776천명)에 도달하며 이후에는 절대인구가 감소할 전망이다.
 - 최근 IMF사태의 여파 등으로 인한 출산력 저하와 해외이주자 증가 및 역이주자 감소로 인구증가율의 둔화세가 가속화될 것임.
- 21세기 우리 사회와 경제는 노동력 감소와 노령화, 노인 특히, 후기 노인층의 증가, 학령인구 감소 등에 의해 크게 영향을 받을 것임.
 - 노동력 노령화 및 노동력 감소에 대처하기 위한 정책이 모색되어야 함.
 - 장기적으로 노동세대의 부담이 과중되지 않고 노인의 복지를 실현할 수 있는 균형정책의 수립이 강조되어야 함.
- 남북한 인구의 변동추이는 남한 유소년인구가 1972년부터 감소하기 시작한 반면, 북한은 출산율이 상대적으로 높아 2003년부터 감소세로 전환할 전망이다. 생산가능인구는 남한은 2018년부터 감소하나 북한의 경우 2030년 이후까지 계속 증가함.
 - 통일시 인구의 노령화 속도 및 노동력 감소 시기가 다소 늦추어질 것임. 남한의 신부부족현상이 북한의 신부초과현상으로 어느 정도 상쇄될 것임.

3. 向後 政策課題와 對應戰略

가. 生殖保健問題와 對應戰略

- 우리 나라 부인의 피임실천율은 선진국보다 높은 수준을 유지하고 있으나 총 임신의 약 24%가 인공임신중절로 처리되고 있음.

- 불임실천율 감소 및 일시적인 피임실천율의 증가에 따른 원치 않는 임신 및 인공임신중절을 방지하기 위하여 결혼과 동시에 터울조절 목적의 피임실천이 생활화될 수 있도록 계몽·교육활동이 강화되어야 함.
 - 특히, IMF 경제여파로 인한 실업자를 포함한 저소득층, 장애인 등 취약계층의 피임실천을 위한 정부지원이 강화되어야 함.
- － 21세기 가족보건은 임신-분만-영유아관리-가족계획을 주축으로 생식기관(Reproductive System)과 관련된 서비스는 포괄적으로 제공할 수 있도록 생식보건체계가 구축되어야 함.
- 기형아 예방을 위하여 태아검사, 산전·산후관리 등은 건강보험을 통하여 제도화하며, 취약계층을 중심으로 임신부 관리, 미혼 여성의 풍진항체검사, 고위험 임신부 및 신생아 관리, 모유수유, 가족계획, 영양 등에 관한 공공보건기관의 홍보교육과 서비스가 강화되어야 함.
- － 최근 많은 청소년들이 선정적, 퇴폐적 성문화에 노출되고, 그 영향으로 성활동 및 미혼모, 성병 등이 증가하는 등 청소년의 생식보건이 위협받고 있음.
- 대한가족계획협회 등 민간기관에서 제한적으로 실시하는 청소년 성교육·성상담사업은 정부차원에서 사업활동이 강화되어야 함.
 - 청소년의 성과 생식건강문제에 관한 가정의 역할이 제고되어야 하며, 각급 학교의 교과과정을 통한 교육기능이 확대, 강화되어야 할 것임.
- － 국내 에이즈 감염자 및 환자가 급증하고 있으며, 그 감염경로도 해외에서 보다 국내에서의 성 접촉에 의한 감염이 증가하고 있음.
- 에이즈 감염경로 및 예방방법에 대한 교육이 확대되어야 하며,

콘돔보급이 보다 확대되어야 함. 감염자에 대한 보호관리체계와 홍보교육활동의 강화가 필요함.

- 에이즈예방의 극대화를 위하여 기존 민간단체의 역할과 책임을 분명하게 설정하고 이를 토대로 민간단체간의 공조체제가 확립되어야 함.
- 인구자질의 향상과 복지증진을 위해서 기존의 가족보건사업은 생식보건과 가족복지와 연계하여 사업대상과 내용을 더욱 확대하고 강화되어야 함.

나. 出生性比 不均衡과 對應戰略

- 출생성비는 출산력이 인구대치수준 이하로 낮아지기 시작한 1980년대 중반 이후부터 급격히 상승하여 1990년 116.5까지 높아졌으나 이후 1995년 113.3, 1997년 108.4로 낮아져 정상적 수준인 106에 근접해가고 있음.
- 1990년 이후 출생성비 감소추이는 정부 및 민간단체(대한가족계획협회 등)에 의한 홍보교육활동, 성비불균형의 심각성에 대한 언론기관의 대대적인 보도, 의료법 개정과 함께 태아성감별을 실시하는 의료인에 대한 단속과 처벌 강화, 관련 의료단체의 자정 노력 등에 기인함.
- 남아선호의 강도는 다소 약화되고 있고 남아선호관을 가진 부인의 비율은 큰 변동이 없으나, 남아를 갖지 못한 부인이 추가출산시 남아를 강하게 희망하고 있음.
- 1998년 9월 보건복지부가 전국 22개 병·의원과 조산원을 대상으로 실시한 불법 태아 성감별행위 실태조사의 결과에 의하면 1996~1998년 8월기간 상당수의 병원에서 신생아의 출생성비가

120 이상이며 특히, 범띠 해인 1998년(1~8월)에는 출생성비가 200 이상으로 나타나고 있음.

- 따라서, 출생성비를 자연수준으로 회복시키고 이를 유지하기 위해서는 꾸준한 노력이 필요함.
- 단기적으로는 태아성감별에 대한 처벌 규정이 사문화되지 않도록 엄격히 시행하고 서비스를 제공한 의료인뿐만 아니라 요구한 사람도 처벌하도록 의료법을 개정하여야 함. 모자보건법에 불법적 인공임신중절에 대한 처벌규정을 두어야 함.
- 장기적으로 남아선호를 불식시키기 위해 성평등과 생명 존중의 가치관을 어려서부터 교육을 통하여 형성시켜야 함.
- 여성이 남자와 동등하게 사회개발의 일원이라는 의식전환과 함께 교육, 고용, 가족생활에 있어 여성차별의 제도를 개선하여야 함.

다. 人口高齡化와 對應戰略

1) 在家福祉서비스

- 노인에 대한 가족부양기능이 약화되고 있어 재가서비스 대상은 생활보호노인에서 일반노인으로 확대되어야 함. 이를 위하여 국가·지방자치단체와 이용자간 비용부담체계가 바람직함.
- 노인복지용구는 재가서비스의 확대와 함께 그 수요가 증대될 것으로 이를 개발·제작하는 전문업체의 육성이 필요함.
- 재가복지사업에 대한 민간 참여를 유도하기 위하여, 어느 정도 채산성이 있는 사업은 민간이 그리고 공익성은 높으나 채산성이 약한 사업은 정부의 재정지원으로 민간이 운영하는 위탁사업방식이 바람직함.

2) 老人醫療

- 노인의 만성퇴행성질환을 줄이기 위해서는 중년기 이후부터의 건강증진 노력과 예방적 노력이 필요하며 일단 기능장애가 된 노인, 중풍, 외상상태의 노인, 치매성 노인을 보살피기 위해서는 재활복지시설과 요양시설이 필요함.
- 급증하는 노인의료 수요에 대비하기 위하여 노인전문병원, 노인요양시설의 확충이 필요함.
- 장기요양에 따른 노인의 의료비 부담을 경감하기 위하여 진료, 치료 등 의료부분뿐만 아니라 노인전문병원, 노인요양시설 등에서 제공되는 부가적 서비스에 대해서도 의료보험 급여의 범위를 확대하고 나머지 부분은 민간보험을 활성화하여야 함.

3) 社會參與

- 노인인구의 증가 및 건강수준 개선에 따라 고령자 취업을 확대하여야 하며 이를 위하여 고령자 적합직종에 대한 연구개발과 직업알선 전문조직이 필요함.
- 노인 자원봉사활동의 확대를 위해 자원봉사활동 프로그램 개발 및 자원봉사자를 모집 관리할 전담조직이 필요함.

4) 실버産業 育成

- 21세기는 노인층의 경제력이 향상되면서 실버산업이 발전될 것으로 전망됨. 실버산업 육성방향으로 수익성과 공익성의 조화, 지나친 상업주의적 발전 지양, 우리 문화와 정서 등을 고려하여야 함.

5) 老人福祉住宅

- 자녀와 별거하여 독립적인 생활을 원하는 노인이 증가할 것임. 따라서, 노인전용주택 수요증가에 대처하기 위하여 세제, 택지공급 등 정부의 지원시책을 통한 민간노인주택 공급을 확대하여야 하며, 일반노인을 위한 저비용의 노인복지주택 공급이 활성화되어야 함.

라. 人力供給 展望과 對應戰略

- 21세기 노동력 공급구조의 특징은 젊은 노동력의 감소, 인력의 고학력화, 여성화, 장년화로 볼 수 있음.
 - 생산가능인구의 증가율이 크게 둔화되고 21세기 후반부터 급격한 노동력의 감소가 예상됨.
 - 생산년령층 인력의 장년화가 뚜렷이 나타나게 될 것임.
 - 노동력의 고학력화도 진행되어 대학 이상 학력자가 2000년에 19.5%, 2010년에 23.8%에 달할 것으로 추정되고 있음.
 - 여성 경제활동참가율도 높아질 전망이며 자녀양육과 출산기에 있는 25~34세 여성의 경제활동참가율도 높아질 것으로 전망됨.
- 노동력 수요 면으로서 산업구조는 정보통신, 보건의료 등 서비스 부문의 비중이 높아짐.
- 장래 노동력 공급구조의 변화에 대응하기 위해 장기적으로 여성인력활용을 통한 인력공급 기반확충이 요구되고 부문별로 발생하는 인력부족에 대해 대처하여야 함.
 - 생산직 근로자 부족에 대처하기 위한 방안으로 국내 인력에 대한 직업훈련 투자를 확대하는 것임.
 - 고급 기술인력부족에 대한 대처방안으로는 교육의 질적 개선과

연구개발부문의 투자가 확대되어야 함.

- 기혼여성인력의 활용을 위해서는 여성이 출산과 취업을 병행할 수 있는 출산휴가, 보육시설 확충 등 지원책이 필요함.
 - 한국보건사회연구원의 「1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사」에 의하면 25~34세 기혼여성의 70% 이상이 자녀양육 때문에 취업을 포기하고 있으며 미취학 아동을 둔 취업모의 64%가 보육시설의 이용을 희망하고 있음.

마. 家族變化와 對應戰略

- 우리 나라 가족 변화의 주요 특징으로는, 소자녀화로 인한 가족규모의 축소, 가족주기의 변화, 가족 안정성의 약화, 아동, 노인, 장애인 등 의존적 가족원에 대한 보호기능 약화 등임.
 - 평균가구원은 '60년 5.6명에서 '95년 3.3명으로 줄어들었고 3세대 가족이 '70년 23.2%에서 '95년에는 11.6%로 감소하며, 노인 단독가구, 여성가구주 및 편부모 가구는 증가되고 있음.
 - 자녀수 감소는 가족생활주기에서 가족형성 및 확대기와 가족축소기를 감소시키고 자녀가 모두 출가한 후 부부만의 생활기인 축소완료기를 증가시킴.
 - 인구 천명당 조이혼율이 1975년 0.5에서 1996년에는 1.8로 높아지고 이혼건수는 1975년 16,179건에서 1996년 81,429건으로 증가됨.
- 가족구조 및 기능의 변화에 따라 21세기에는 가족복지정책이 강화되어야 함.
 - 요보호 가족의 생활보장 및 자립지원정책의 강화, 취업여성을 위한 가족지원정책, 가족의 노인부양 지원이 강화되어야 함.
 - 요보호 가족의 생활보장을 위해서 최저생계가 보장될 수 있도록

내실화가 요구되며 특히 최근 대량실업에 따른 가족보호대책이 시급한 과제임

- 취업여성을 위한 지원정책으로 보육시설의 확충과 운영시간 연장, 보육인력의 확보 및 전문성 제고, 아동연령에 따른 보육서비스, 방과후 아동교실 확대, 육아휴직제도 보완 등이 필요함.
- 가족의 노인부양지원책으로는 재가노인을 위한 서비스 확충, 노인복지시설 및 노인여가 프로그램 개발, 가족간호휴직제 확대 등이 요구됨.
- 여성의 사회참여 확대를 위해서 여성관련 법령의 제정 내지 개정, 여성고용을 저해하는 제도의 개선, 남녀 평등 및 여성 지원의 강화 등이 필요함.

□ 결론적으로 우리 나라의 인구정책이 종래의 인구증가억제에서 인구자질의 향상과 복지증진으로 전환된 1996년 6월이래 부인의 출산율은 점증적으로 계속 감소하는 경향을 보이고 있고 출생성비와 인공임신중절도 크게 완화되고 있음.

- 그러나 신 인구정책이 소기의 목표달성에 보다 효율적으로 추진되기 위해서는 모자보건, 가족계획, 청소년 성문제, 성병 및 AIDS, 출생성비, 모유수유, 불임증 등 생식과 관련된 서비스가 대상자의 요구도에 따라 포괄적으로 제공될 수 있도록 생식보건사업 관리체계가 구축되어야 함.
- 이와 같은 생식보건사업은 보건소 조직망을 주축으로 민간단체의 참여와 정부의 지원 하에 건강증진사업 등과 연계하여 지속적으로 추진되어야 함.

- 한편 인구구조의 변화에 따른 노령인구의 급증, 만성퇴행성질환의 증가, 가족해체 및 IMF여파에 따른 요보호 취약계층의 증가에 효율적으로 대처하기 위해서는 상기 생식보건을 포함한 보건사업과 가족복지사업이 상호 연계하여 추진될 수 있도록 통합된 형태의 보건·복지 전달체계가 확립되어야 하며, 이는 곧 정부가 추구하고 있는 저비용·고효율」 시책에도 부합될 것임.

I. 序論

지난 반세기 동안 우리 나라는 급속한 경제발전과 함께 출산력이 급격히 낮아져 왔다. 서구가 거의 1세기에 걸쳐 변화되어 온 인구학적 전환을 우리는 1/4세기의 짧은 기간에 이룩한 것이다.

우리 나라의 출산력 수준은 정부가 가족계획사업을 시작하던 1960대 초에 합계출산율이 6.0 수준이었다. 그러나 1980년대 중반에 와서 인구대치수준으로 감소되었고, 그 후 정부의 대폭적인 가족계획사업 축소에도 불구하고 합계출산율은 인구대치수준 이하를 유지하고 있다. 이제 우리 나라는 저출산으로의 전환이 완료되었다고 볼 수 있다.

이러한 인구학적 전환과 함께 새로운 정책과제가 대두되고 있다. 첫째로는 인구학적 전환으로 인구의 양적 조절 문제가 해결되면서 생식보건의 문제가 중요시되고 있다. 유엔인구활동기금(UNFPA)이 발표하고 있는 세계인구보고서에서도 다음 세대를 위한 생식보건¹⁾의 문제를 중요한 과제로 제시하고 있다. 특히 우리 나라는 출산조절을 위하여 인공임신중절을 허용하여 인공임신중절이 사회적으로 만연되고 있다. 그리고 최근에 와서 청소년의 성문제가 심각해지고 있다. 10대의 성경험이 늘어나고 청소년 임신이 증가되고 있다. 생식보건 정보 및 서비스를 포함한 생식보건의 문제가 우리에게도 중요한 과제가 되고 있다.

1) 생식보건(Reproductive Health)의 개념은 1994년 카이로에서 개최된 인구·개발에 관한 국제회의에서 채택된 것으로 그간 독립적으로 추진되어 온 모자보건 및 가족계획사업 내용에 추가하여 청소년 성문제, 인공임신중절, 성병 및 에이즈, 불임증, 모유수유, 유방 및 자궁암 등 생식(Reproductive System)과 관련된 포괄적 서비스를 지역주민의 요구도에 따라 제공하는 일련의 통합접근방식으로 최근 세계보건기구(WHO)에서도 적극 권장하고 있으며, 우리 나라의 현실에도 매우 부합되는 제도임.

둘째로는 출생성비의 불균형 문제이다. 우리 나라는 문화적으로 남아 선호사상이 강하여 최근 출산아 수가 줄어들면서 출생성비의 불균형이 나타나고 있다. 태아의 성 감별을 통하여 여자아이인 경우 인공임신중절을 시키는 사태가 발생되고 있다. 최근 출생성비가 낮아지고 있으나, 남아선호관을 가진 부인의 비율이 크게 변하지 않고 있고 남아가 없는 부인이 추가 출산시 남아를 강하게 희망하고 있으며 태아성감별에 의한 인공임신중절이 여전히 성행되고 있어 태아성감별에 대한 단속과 처벌 등이 완화될 경우 출생성비 감소 추이가 반전될 가능성이 높다. 따라서 출생성비의 자연상태로 회복 및 유지를 위하여 대응책을 마련하여야 한다.

셋째, 인구의 고령화와 이에 대한 대응이다. 통계청이 발표한 장래 인구추계(통계청, 1996)에 의하면 2030년이 되면 65세 이상 노인인구가 1천만 명이 넘고 총인구에서 이들 노인인구가 차지하는 비율이 19.3%에 달하게 된다. 우리 나라는 매우 빠른 속도로 인구의 고령화가 진행될 전망이다. 이러한 고령화를 대비한 대응책 마련이 중요한 과제가 되고있다.

넷째는 앞으로 저출산이 장기간 지속되면 인구증가율 둔화는 물론 생산가능인구의 증가율도 크게 감소되어 장기적으로는 생산가능인구의 규모 축소와 함께 인력공급의 부족을 가져올 수 있다. 그러나 한편으로는 출산아 수가 줄어들고 자녀양육에 소요되는 기간이 단축되면서 여성 인력의 활용 가능성이 높아지고 있다. 여성의 사회참여 의욕이 높아지고 있으며 앞으로 노동공급 기반을 확충하기 위하여 여성 인력의 활용이 중요한 과제로 대두된다.

다섯째, 21세기에 예상되는 가족구조 및 기능 변화에 따른 가족복지정책의 확대이다. 산업화·도시화로 전통적인 가족규범이 쇠퇴해지고 개인주의가 팽배하고 있다. 가족구조, 가족관계, 가족윤리, 가족기

능, 가족주기가 변화되고 있다. 가족의 보호 부양기능이 약화되고 있으며 가족규모는 축소되고 부부중심의 핵가족이 일반화 되어가고 있다. 이혼 등으로 가족해체가 증가하여 결손가족이 증가되고 맞벌이 부부가 증가되고 있다. 이러한 가족 변화는 많은 가족문제를 발생시키고 있어 이를 위한 가족복지정책이 필요하다.

이 연구에서는 인구학적 전환 이후에 나타나고 있는 이러한 새로운 정책과제들에 대하여 종합적으로 검토하고 그 정책대응방안을 제시해 보고자 한다. 제2장에서 인구변동을 가져오는 요인 즉 출산력, 사망력, 인구이동의 변화추이를 전망하고 있다. 이미 우리 나라의 출산력은 인구대치수준 이하의 저출산이 유지되고 있으며 앞으로도 이러한 저출산이 지속될 것인가를 최근 출산력조사에서 나타나고 있는 출산 관련지표의 변화를 중심으로 알아보고 사망력 변화추이에서는 국민 생활수준의 변화에 따른 사망구조의 변화추이를, 인구이동에서는 국내 인구이동의 변화를 도농간 및 시도간 이동 등을 중심으로 알아보고 2020년까지의 수도권 및 대도시 인구의 변동추이를 제시하고 있다. 그리고 국제이동으로 해외이주 현황과 국내 외국인 근로자 현황 등을 살펴보고 있다.

제3장 장래 인구 전망에서는 통계청이 발표하고 있는 2030년까지의 장래인구추계 결과를 바탕으로 총인구 규모의 변동 전망과 인구구조의 변화를 0~14세 인구, 15~64세 인구, 65세 이상 인구로 나누어 살펴보고 생산가능인구의 연령구조의 변화, 학령인구의 변동추이, 남북한 인구의 변동추이를 제시하고 있다.

제4장에서는 인구변동에 따른 대응과제로 생식보건, 출생성비, 인구 고령화, 인력공급, 가족변화 등의 문제를 다루고 있다. 생식보건의 문제로는 가족계획서비스, 에이즈 예방, 사회적으로 만연되고 있는 인공임신중절 문제, 청소년 성문제의 현황과 사업추진방향을 제시하고 있

다. 출생성비 불균형에서는 성비 불균형의 추이와 선택적 인공임신중절에 대한 대응방안을 검토하고 있다. 인구고령화에 대한 대응과제로 재가복지서비스 확대, 노인의료복지제도 개선, 활기있는 고령사회를 위한 노인의 사회참여 기회 확대, 실버산업의 육성, 노인복지주택의 공급 등의 과제를 제시하고 있으며, 인력공급 문제와 관련해서는 21세기 인구변동에 따른 노동력 공급구조의 변화와 이에 대한 대응으로 여성인력의 활용을 제시하고 있다. 마지막으로 21세기 가족구조와 기능 변화에 대응한 가족복지정책의 발전방향을 검토하고 있다.

Ⅱ . 人口變動 要因의 變化

1. 出産力

가. 出産行態의 變化

20세기 후반에 들어와 세계는 폭발적인 인구증가를 경험하였으며, 이는 주로 개도국에서 나타났다. 따라서 이러한 급속한 인구증가를 억제하기 위한 대책이 개도국 인구정책의 가장 중요한 과제가 되었다. 최근 유엔보고서에 의하면 지난 20년 동안에 인구증가억제대책으로 인하여 출산력이 크게 감소되고 있다. 우리 나라도 국토와 자원에 비하여 인구가 매우 조밀한 국가로 이미 1960년대 초부터 정부가 경제개발계획에 가족계획사업을 포함하여 추진해 왔다. 1960년대 초 우리 나라의 출산율은 매우 높아 합계출산율이 6.0 수준에 있었고 평균 수명은 52.6세 수준이었다. 고출산율-고사망률에 의하여 인구구조는 전형적인 피라미형을 구성하고 있었다. 그러나 사회경제발전과 정부의 강력한 가족계획사업 추진으로 출산율은 급속히 감소되어 왔다.

1980년대 중반에 와서 합계출산율이 2.1에 도달하여 인구대치수준의 출산수준이 되었고 그후 정부의 대폭적인 가족계획사업 축소에도 불구하고 인구대치수준 이하의 낮은 출산율이 유지되고 있다.

1997년 현재 합계출산율이 2.1 이하인 세계의 저출산국가들을 보면 유럽의 경우 독일, 이태리, 스페인, 러시아 및 동구의 합계출산율은 1.3~1.4 수준으로 세계에서 가장 낮은 수준이고 헝가리, 스위스, 네덜란드, 스웨덴, 덴마크, 영국, 프랑스 등 대부분의 유럽국가의 합계출산

율이 1.5~1.8 사이에 있다. 그리고 미국의 경우는 유럽보다는 높아 1970년 이후 1995년까지 인구대치수준보다 약간 낮은 1.8~2.0 수준을 유지하고 있다. 아시아 지역에서는 일본이 제일 먼저 1973년에 인구대치수준이하로 출산력이 감소되었고 정부가 가족계획사업을 추진해 오던 한국, 싱가포르, 대만, 중국, 태국 등이 1980년대에 와서 인구대치수준 이하로 출산력이 낮아지고 있다.

〈表 II-1〉 合計出産率 變動推移(1960~1997年)

연도	TFR	연도	TFR
1960	6.0	1990	1.6
1974	3.6	1993	1.8
1984	2.1	1996	1.7
1987	1.6	1997	1.56

資料: 1) 1960년은 경제기획원 조사통계국, 1997년은 통계청.

2) 1974~1996년은 각 년도 『전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연구원.

〈表 II-2〉 世界の 低出産國家

지역	국가 (합계출산율)
유럽	이태리(1.2), 스페인(1.2), 체코(1.2), 독일(1.3), 루마니아(1.3), 러시아(1.3), 포르투갈(1.3), 오스트리아(1.4), 벨지움(1.5), 네덜란드(1.5), 헝가리(1.5), 스위스(1.5), 스웨덴(1.6), 폴란드(1.6), 덴마크(1.7), 영국(1.7), 프랑스(1.7), 유고(1.8)
북미	미국(2.0), 캐나다(1.6)
아시아	일본(1.4), 싱가포르(1.7), 한국(1.7), 중국(1.8), 대만(1.8), 태국(1.9)
오세아니아	호주(1.8), 뉴질랜드(2.0)

註: ()는 1997년의 합계출산율임.

資料: Population Reference Bureau, *World Population Data Sheet*, 1997.

우리 나라의 출산력이 지난 30년 동안에 급속하게 감소한 이유로는 경제발전과 도시화, 교육수준의 향상, 영아사망률 감소, 고용구조의 변화와 함께 정부의 강력한 가족계획사업 추진을 지적하고 있다. 교육과 취업기회 확대로 여성의 초혼연령이 크게 높아지게 되었고 효과적인 가족계획사업은 소자녀 가족규범 형성을 가속화시켜 왔다. 특히 불임시술 등 효과적인 피임방법의 공급이 출산력 감소에 크게 기여해 왔다(L.J. Cho, 1982). 출산력이 급격히 감소되었던 1960~1995년 기간의 사회경제지표의 변화를 보면 이 기간 한국은 산업사회로 전환되었으며 도시인구 비율은 28%에서 78%로 높아졌다. 2, 3차산업에 종사하는 취업자의 비율이 또한 34%에서 84%로 증가되었고 여성의 교육수준이 크게 높아져 20~24세 여성 중에서 고등학교 이상 교육을 받은 비율이 13.0%에서 95.8%로 높아졌다. 그리고 평균수명이 연장되어 여성의 평균수명이 53.7세에서 77.4세로, 영아사망률은 82.9에서 10 수준으로 낮아졌다.

〈表 II-3〉 急激한 出産力 減少時期의 社會經濟指標 變化(1960~1995年)
(단위: %, 세, 명)

구 분	1960	1970	1980	1990	1995
도시화율 ¹⁾	28	41	57	74	78
20~24세 여성중 고교 이상 교육수준 비율 ¹⁾	13.0	23.5	45.0	88.2	95.8
2, 3차산업 근로자 비율 ¹⁾	34	50	66	82	84
평균수명(여자) ²⁾	53.7	66.7	69.1	75.7	77.4
영아사망률(출생아 천명당) ²⁾	82.9	45.0	17.0	12.8	9.9

註: 1) 평균수명은 1955~60, 1970, 1978~79, 1991, 1995년 수치이고 영아사망률은 1962, 1970, 1981, 1991, 1993년 수치임.

2) 근로자비율은 남녀 전체의 비율임.

資料: 1) 통계청, 『인구주택총조사 보고서』, 각 년도.

2) 통계청, 『생명표』, 각 년도.

3) 한영자 외, 『영아사망수준과 원인에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1996.

1959~1989년 기간에 나타난 출산력의 감소를 결혼연령의 상승에 의한 것과 유배우출산력의 감소에 의한 것으로 분할한 결과를 보면 1959~1969년 기간에는 출산력 감소의 90%가 유배우출산력 즉 기혼부인의 출산조절에 기인하였고 10%가 결혼연령의 상승에 의한 것이었다. 그러나 1969~1979년기간에는 84.9%가 유배우출산력 감소, 15.1%가 결혼연령 상승에 의한 것이었으며 1979~1989년에 와서는 61.5%가 유배우출산력, 38.5%가 결혼연령의 상승효과로 분석되고 있다. 1980년대 이후부터는 피임보급이 보편화되면서 유배우 출산율의 감소에 의한 것보다는 결혼연령의 상승에 의한 비중이 높아지고 있다.

〈表 II-4〉 合計出産率 減少要因 分析

(단위: %)

기간 및 연령	합계출산율 저하에 대한 기여율		계
	결혼연령	유배우출산력	
1959~69			
15~29세	13.8	12.5	26.3
30~49세	-3.8	77.5	73.7
전체	10.0	90.0	100.0
1969~79			
15~29세	16.0	14.6	30.6
30~49세	-0.9	70.3	69.4
전체	15.1	84.9	100.0
1979~89			
15~29세	37.8	27.5	65.3
30~49세	0.7	34.0	34.7
전체	38.5	61.5	100.0

資料: Minja Kim Choe, *Consequences of Fertility Decline in The Republic of Korea: Policy Implication*, 1998.

지난 30년간 출산력의 변화를 부인 연령별 출생아 수의 분포 변화를 중심으로 보면 <表 II-5>와 같다. 1995년 인구주택총조사에서는 출산

력이 조사되지 않아 1990년까지만 비교하였다. 먼저 20~24세 부인의 경우를 보면 이 연령층에서 출산한 자녀가 없는 경우가 1960년에 23.7%에서 1990년에는 43.2%로 높아졌고, 부인의 연령이 25~29세가 되면 1960년에는 48.4%가 3명 이상을 출산하였고 29.9%가 2명을 출산하였으나 1990년에 와서는 3명 이상 출산이 3.6%로 크게 줄어들었으며 36.7%는 2명, 43.5%가 1명을 출산하고 있다.

〈表 II-5〉 婦人年齡別 出生兒 數 分布의 變化 推移(1960~1990年)
(단위: %)

연령	연도	출생아 수					계
		0명	1명	2명	3명	4명 이상	
20~24세	1960	23.7	43.7	24.6	6.6	1.4	100.0
	1970	30.4	43.6	20.2	4.7	1.1	100.0
	1980	34.2	43.5	18.9	3.0	0.4	100.0
	1990	43.2	44.9	11.2	0.7	0.0	100.0
25~29세	1960	5.6	16.1	29.9	28.3	20.1	100.0
	1970	9.0	21.9	31.3	24.7	12.9	100.0
	1980	11.0	27.5	41.4	16.2	3.9	100.0
	1990	16.2	43.5	36.7	3.3	0.3	100.0
30~34세	1960	2.9	6.2	11.6	18.9	60.3	100.0
	1970	2.8	5.9	13.4	26.3	51.5	100.0
	1980	3.0	7.8	35.1	34.4	19.6	100.0
	1990	4.0	19.9	61.5	12.2	1.9	100.0
35~39세	1960	2.5	4.3	7.1	10.7	75.3	100.0
	1970	1.9	4.1	6.6	13.4	74.0	100.0
	1980	1.9	4.9	16.7	31.6	44.9	100.0
	1990	2.2	9.5	51.6	27.4	8.7	100.0
40~44세	1960	2.4	3.8	6.2	8.6	79.0	100.0
	1970	1.7	4.1	6.3	8.8	79.1	100.0
	1980	1.4	3.8	8.5	20.7	64.6	100.0
	1990	1.5	6.3	33.5	36.2	22.5	100.0

資料: 통계청, 『인구주택총조사보고서』, 출산력편, 각 년도.

30~34세에서는 1960년에는 79.2%가 3명 이상의 자녀를 출산하였으나 1990년에는 14.1%로 줄어들었고 61.5%가 2명을 출산하고 있다. 출산기가 거의 완료되고 있는 35~39세 부인을 보면 1960년에는 86.0%가 3명 이상의 자녀를 출산하였으나 1990년에 와서는 51.6%가 자녀 두 명만을 출산하고 있다.

또한 가족형성의 지표로서 출산이 완료된 40~44세 부인의 출산진도비율(Parity Progression Ratio)의 변화추이를 <表 II-6>에서 보면 Po 즉 0에서 1자녀로 가는 비율은 1960년 97.6%에서 1994년 97.9%로 거의 변화가 없었으며 P1 즉 1자녀에서 2자녀로 가는 비율도 1960년의 96.1%에서 1994년 94.4%로 다소 낮아졌다. 그러나 P2 즉 2자녀에서 3자녀로 가는 비율은 1960년의 93.4%에서 1994년에는 47.2%로 절반 수준으로 줄어들었고 3자녀에서 4자녀로 가는 비율은 1960년 90.2%에서 1994년에 25.9%로 아주 크게 줄어들고 있다.

<表 II-6> 出産進度比率의 變化推移(40~44歲): (1960~1994年)
(단위: %)

진도	1960	1966	1970	1975	1980	1985	1990	1994
Po	97.6	98.0	98.3	98.2	98.5	98.4	98.5	97.9
P1	96.1	95.8	95.8	96.4	96.2	95.2	93.6	94.4
P2	93.4	93.3	93.3	93.9	91.0	81.8	63.7	47.2
P3	90.2	90.4	90.0	86.3	76.0	58.5	38.4	28.8
P4	85.4	85.7	83.1	73.3	60.6	44.5	33.2	25.9

資料: 1) 1960~1985년은 Chai Bin Park, *Family Building in The Republic of Korea*, 1992.

2) 1990년은 통계청, 인구주택총조사 결과 분석

3) 1994년은 한국보건사회연구원, 출산력 및 가족보건실태조사 결과 분석

이와 같이 두 자녀 이상 순위에서의 출산이 크게 줄어들면서 피임수요도 크게 증가되어 「1997년 전국출산력 및 가족보건실태조사」 결과에

의하면 15~44세 유배우부인의 80.5%가 피임을 실천하고 있다. 이는 피임을 필요로 하는 거의 모든 부인이 피임을 하고 있는 상태로 상한 수준에 가깝다고 볼 수 있다. 피임방법으로는 난관수술, 정관수술, 자궁내장치, 콘돔 등이 많이 사용되고 있으며 가임 부부의 36.8%가 불임시술을 받고 있다. 그러나 우리 나라에서는 다른 선진국과는 달리 먹는 피임약을 사용하는 부인은 1.8%에 불과하다. 피임실천의 목적은 71.4%가 단산을 위해서고 7.5%만이 터울조절을 위해서 피임을 하고 있다. 터울조절을 위한 피임실천율이 낮기 때문에 다른 선진국과는 달리 출산간격이 매우 짧다는 것이 출산행태의 특징의 하나이다.

〈表 II-7〉 15~44歲 有配偶婦人의 避妊實踐 水準

(단위: %)

피임 방법	계	난관 수술	정관 수술	자궁내 장치	먹는 피임약	콘돔	살정제	월경 주기법	기타
실천율	80.5	24.1	12.7	13.2	1.8	15.1	0.8	10.7	2.1

資料: 조남훈 외, 『1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연구원, 1997.

그러나 높은 피임실천에도 불구하고 아직도 원하지 않는 임신이 인공임신중절로 처리되고 있다. 1997년 전국출산력조사에 의하면 15~44세 유배우부인이 경험한 총임신중에서 62.9%만이 정상분만되었고 26.1%는 인공임신중절되었다. 1994년 조사와 비교하면 인공임신중절 비율이 다소 낮아지고는 있지만 크게 개선되지는 못하고 있다. 피임 실패를 막고 인공임신중절을 줄이는 것이 중요한 과제로 남아 있다.

〈表 II-8〉 15~44歲 有配偶婦人の 妊娠終結形態(1994~1997年)
(단위: %)

임신종결형태	1994년	1997년
정상분만	61.0	62.9
인공임신중절	28.3	26.1
사산·자연유산	10.7	11.0

資料: 1) 홍문식 외, 『1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연구원, 1994.

2) 조남훈 외, 『1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연구원, 1997.

나. 低出産의 持續 可能性 檢討

우리 나라는 다른 선진국들과 마찬가지로 인구대치수준 이하의 저출산이 최근 약 15년간 지속되고 있다. 앞으로 이러한 저출산이 계속 지속될 것인가를 알아보기 위하여 최근 출산력조사에서 나타나고 있는 출산행태와 관련된 몇 가지 지표의 변화를 알아보고 선진국에서의 저출산 원인을 살펴보았다.

출산태도에 관한 지표라고 볼 수 있는 기대자녀수²⁾에서 보면 1997년 전국 출산력조사에서 부인 연령층별 기대자녀수는 25~29세 부인의 경우 1.87명으로 나타나고 있으며 30~34세 부인이 1.99명, 35~39세 부인이 2.05명, 35~39세 부인은 2.17명으로 나타나고 있다. 젊은 부인 층일수록 평균 2명 이하의 자녀를 기대하고 있으며 부인의 교육 수준별로 보면 초교 이하가 2.41명, 중학교 2.14명, 고등학교 1.98명, 대학 이상이 1.88명으로 교육수준이 높을수록 기대자녀수는 적다. 남편의 직업별로는 전문·관리직이 1.94명, 준전문·사무 및 서비스직이 1.96명, 농업·어업·축산업 종사자가 2.56명, 기능 및 단순노무직이

2) 조사당시 현존 자녀수와 앞으로 '더 낳겠다'는 자녀수를 합한 수임.

2.04명으로 농업·어업·축산업 종사자의 기대자녀수가 상대적으로 높게 나타나고 있으며 이외의 다른 직종간에는 기대자녀수 차이가 크지 않다.

〈表 II-9〉 婦人의 特性別 平均 現存子女數, 平均 追加希望子女數, 平均 期待子女數

(단위: 명)

특성	평균 현존자녀수	평균 추가희망자녀수	평균 기대자녀수
연령			
25~29세	1.18	0.69	1.87
30~34세	1.81	0.18	1.99
35~39세	2.01	0.04	2.05
40~44세	2.16	0.01	2.17
교육수준			
초교 이하	2.38	0.03	2.41
중학교	2.06	0.08	2.14
고등학교	1.69	0.29	1.98
대학 이상	1.53	0.35	1.88
남편직업			
전문·관리직	1.76	0.18	1.94
준전문·서비스	1.66	0.30	1.96
농·어·축산업	2.46	0.10	2.56
기능·노무	1.82	0.22	2.04

資料: 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료 재분석, 한국보건사회연구원.

그러나 자녀의 성 구성에 따라 추가 출산에 대한 태도는 아직도 차이가 있음을 볼 수 있다. 자녀 1명인 경우에 아들인 경우는 41.1%, 딸인 경우는 53.9%가 더 낳겠다고 대답하고 있으며 자녀 2명인 경우 모두 아들인 경우는 2.2%가, 모두 딸인 경우는 12.1%, 아들 하나, 딸 하나일 경우는 1.6%가 더 낳겠다고 대답하고 있어 아들보다 딸만 둔 경우 추가 출산을 희망하는 비율이 높다.

〈表 II-10〉 子女의 性 構成別 追加子女에 대한 態度

(단위: %)

자녀수 및 성	더 낳겠다	낳지않겠다	생각중이다	계 (수)
1명				
1남	41.1	53.7	5.2	100.0(657)
1여	53.9	39.8	6.3	100.0(488)
2명				
2남	2.2	96.1	1.7	100.0(910)
2여	12.1	81.8	6.1	100.0(494)
1남 1여	1.6	96.9	1.5	100.0(1,753)

資料: 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료 재분석, 한국보건사회연구원.

앞으로의 출산행태는 경제적 변수에 의하여 보다 영향을 받을 것으로 보인다. 우리 나라도 그러하지만 다른 선진국의 경험으로도 산업사회로 전환되고 소득수준이 높아질수록 출산아 수는 줄어드는 경향을 볼 수 있다. 소득이 향상되면 소득 원으로서의 자녀 효용, 부모 부양자로서의 효용은 감소되고 자녀 교육비, 기회비용 등을 상승시켜 자녀의 경제적 비효용이 커지게 된다. 베커(Becker, 1960)는 소득이 증가하면 자녀의 수뿐만 아니라 질에 대한 욕구도 상승하지만 전자보다는 후자의 소득 탄력성이 더 강하기 때문에 출산력은 오히려 감소된다고 주장하고 있다. 또한 소득이 증가하면 자녀양육에 소모되는 시간의 비용도 높아지게 되고 어머니의 잠재임금 수준이 높으면 그 만큼 자녀양육의 기회비용도 높아지게 되어 출산을 억제하게 된다는 것이다.

오늘날 유럽이 저출산을 유지하는 이유로 결혼한 여성들의 노동시장 진출과 교육과 고용에 있어서 남녀평등의 확산을 지적하고 있다(Caldwell, 1998). 그리고 일부 유럽국가에서는 출산장려책이 강구되고 있지만 최근 사회보장비 감축으로 아동양육비 보조를 위한 예산이 크게 감축된 것이 저출산을 유도하고 있다고 지적하고 있다(McIntosh, 1981).

우리 나라에서도 21세기에는 여성의 고용기회 확대가 예상되고 가계가 부담해야 할 자녀교육비는 증가되어 저출산력을 유도하는 중요한 요인이 될 것으로 보인다. 여성이 직장생활과 출산, 육아를 병행해 나가기 위해서 출산아 수를 줄이게 될 것이다. 더욱이 우리 나라는 직업여성을 위한 보육시설이 선진국에 비하면 빈약하기 때문에 직장 여성의 출산율을 낮추는 원인이 되고 있다.

그리고 결혼행태의 변화가 출산을 감소시키는 중요한 요인으로 작용하게 될 것이다. 과거 우리 사회는 普遍婚으로 거의 모든 사람이 혼인을 하는 것으로 되어 있었다. 그러나 사회의 다양성이 높아지고 가족관의 변화로 독신여성이 증가되고 있다. 최근 들어 여성의 결혼연령은 계속 높아지고 있으며 30대 미혼여성이 많아지고 있다. 1975년과 1995년의 30대 미혼율을 보면 30세 여성의 경우 1975년에는 미혼율이 4.2%였으나 1995년에는 9.7%로 높아지고 있으며 35세인 경우는 1975년에 1.0%에서 1995년에 3.9%로 높아지고 있다. 최근 일본의 경우도 합계출산율이 1.4로 낮아진 주요 원인이 독신여성의 증가로 보고 있다. 30~34세 여성의 19.7%가 미혼이다(Atoh, 1998).

<表 II-12>는 한국, 일본, 미국의 20~24세 여성의 미혼율, 취학률, 경제활동참가율을 나타내고 있다. 한국의 경우 20~24세 여성의 미혼율이 1950년에 16%에서 1990년에는 81%로 높아졌고 취학률은 1%에서 15%, 경제활동참가율은 43%에서 65%로 높아졌다. 일본은 미혼율이 55%에서 85%로, 취학률은 2%에서 15%로, 경제활동참가율은 64%에서 76%로 높아지고 있으며 미국의 경우는 미혼율이 32%에서 65%로, 경제활동참가율은 46%에서 72%로 높아졌다. 미국, 일본, 한국의 문화적 차이에도 불구하고 오늘의 젊은 세대는 그 이전 세대에 비하여 결혼율은 낮아지고 학력수준과 경제활동참가율이 높아지고 있으며 이러한 추세는 앞으로도 지속될 것으로 전망된다.

〈表 II-11〉 30代 女性の 未婚率(1975~1995年)

(단위: %)

연도	30세	31세	32세	33세	34세	35세
1975	4.2	2.5	2.0	1.5	1.2	1.0
1995	9.7	7.9	6.4	5.4	4.6	3.9

資料: 통계청, 『1975년 및 1995년 인구주택총조사 보고서』, 1975, 1995.

〈表 II-12〉 20~24歲 女性の 未婚率, 就學率, 經濟活動參加率 比較
(1950~1990年)

(단위: %)

연도	미혼율	취학률	경제활동참가율
한국			
1950년	16	1	43
1970년	57	3	53
1990년	81	15	65
일본			
1950년	55	2	64
1970년	72	6	71
1990년	85	15	76
미국			
1950년	32	5	46
1970년	36	16	59
1990년	65	-	72

資料: East-West Center, "Asia-Pacific Population and Policy", No. 46, 1998.

우리 나라는 모든 결혼한 부부가 적어도 한 자녀는 갖게 된다는 것이 지금까지의 출산행태의 특징이었다. 그러나 최근 조사에서 보면 자녀관이 변화되고 있음을 볼 수 있다. 1991년과 1997년의 전국 출산력조사에서 결혼한 부부가 반드시 아이를 가져야 하는지에 대한 질문을 하고 있는데 이에 대하여 1991년 조사에서는 90.3%가 “그렇다”라고 대답하고 있으나 1997년 조사에서는 73.7%로 줄어들고 있으며 자녀가 없어도 상관없다는 태도는 교육수준이 높을수록, 젊은 연령층에

서 더 높게 나타나고 있다.

〈表 II-13〉 子女 必要性에 대한 態度(1991~1997年)
(단위: %)

연도	반드시 가져야한다	반드시 가질 필요 없음			모르겠다	계
		소계	갖는것이 좋음	없어도 무관		
1991	90.3	8.5	-	-	1.2	100.0
1997	73.7	26.0	16.6	9.4	0.3	100.0

資料: 1) 공세권 외, 『한국에서의 가족형성과 출산행태』, 한국보건사회연구원, 1992.
2) 조남훈 외, 『1997년 전국출산력 및 가족보건실태조사보고』, 한국보건사회연구원, 1997.

그리고 최근에 와서 남아선호관이 약화되고 있다. 아들이 꼭 있어야 한다는 비율은 25~29세 부인의 경우는 19.1%에 불과하고 30~34세에서는 20.5%, 35~39세에서 26.5%로 나타나고 있으며 현재 20~29세부인과 30~39세부인의 46.4%와 40.6%가 아들이 없어도 상관없다는 태도를 보이고 있다(表 II-14 참조).

출산관련지표에서 나타나고 있는 최근의 변화추이를 볼 때 앞으로 우리 나라의 출산수준은 인구대치수준 이하의 저출산이 지속될 가능성이 높다. 최근 들어 합계출산율이 '93년 1.75, '96년 1.71, '97년 1.56으로 더욱 낮아지고 있는데다가, '98년은 범띠 해로 여아의 출산기피 현상으로 출산력이 더욱 저하될 것으로 예상되고 있다. 남아선호도의 약화와 함께 태아성감별에 대한 의료법의 강화 및 의료인의 자정적인 노력과 사회인식의 제고로 남아를 얻기 위한 추가출산이 감소되고 최근 IMF사태의 여파로 인한 가족해체의 증가, 실업자 증가, 가족경제의 악화 등으로 출산을 중지 또는 연기하는 현상이 나타나고 있어 향후 출산력은 더욱 감소될 가능성이 있다.

〈表 II-14〉 아들의 必要性에 대한 態度

(단위: %)

연령	꼭 있어야함	없어도 상관없음	있는 것이 좋음	모르겠다	계
25~29세	19.1	46.4	33.6	0.9	100.0
30~34세	20.5	40.6	38.0	0.9	100.0
35~39세	26.5	38.6	34.2	0.7	100.0
40~44세	33.1	31.1	35.0	0.8	100.0

資料: 조남훈외, 『1997년 전국출산력 및 가족보건실태조사보고』, 한국보건사회연구원, 1997.

사회구조와 국민의식이 저출산으로 전환되면 출산력을 높이기 위한 정책의 효과는 크게 기대할 수 없다는 것이 선진국의 경험이다. 프랑스의 경우 오랫동안 국가의 출산장려책에도 불구하고 출산아 증가는 0.2~0.3명에 불과하였으며(Hohn, 1987), 스웨덴의 경우 1973~1991년 기간에 국민총생산의 3~6%에 이르는 막대한 아동수당 지급에도 불구하고 평균 자녀수는 겨우 두 자녀 수준을 유지할 정도였다(Gustafsson, 1993). 일본은 합계출산율이 1989년에 1.57로 낮아져 소위 ‘1.57쇼크’가 발생하였으며, 이를 계기로 1990년 8월에는 관련 부처 조정회의(A Coordinating Conference of Concerned Ministries and Agencies)를 설립하였다. 이 기구에서 1991년 제출한 권고안에 따라 육아휴직법(Child Care Leave Act, 1991)이 제정되고 자녀수당법(Child Allowance Act)이 1996년에 개정되었다. 그리고 1994년에는 엔젤플랜(Angel Plan)을 제안하여 취업여성의 자녀 양육을 지원하였다. 이러한 노력에도 불구하고 합계출산율은 1995년 1.42, 1997년 1.40으로 더욱 낮아졌다(Atoh, 1998).

따라서, 우리 나라의 경우에도 출산율이 다시 회복될 가능성은 적다 하겠다. 한편, 남북한 통일시 북한의 출산율이 상대적으로 높아 현재 남한의 출산율 저하는 다소 완화될 수 있다. 그러므로 장기적으로

보았을 때 우리 나라 인구정책은 1996년에 채택한 바 있는 인구의 질과 복지의 향상을 더욱 강조하는 방향으로 전개되어야 할 것이다. 출산과 관련하여 여성복지를 증진시켜야 하며, 21세기에 새로운 가임층으로 진입되는 청소년층에 대한 생식보건사업이 강화되어야 한다. 정부는 저출산시대에 더욱 중요시되는 모자보건사업과 더불어 취업여성의 근로조건을 개선하기 위한 보육사업 등 지원시책을 강화하여야 한다. 날로 심각해지는 청소년 성문제에 대처하여 청소년 유해환경의 개선, 학교 성교육의 강화, 전문 민간단체 육성을 통한 활동 강화, 성교육 교육자료개발 등 미래세대를 위한 생식보건사업이 강화되어야 한다. 출생성비의 불균형으로 인한 혼인적령인구의 불균형 등의 예상되는 각종 사회문제를 예방하기 위하여 남아선호의 불식과 함께 태아성감별에 의한 선택적 인공임신중절의 비윤리적 행위를 근절하는 데 꾸준한 노력을 기울여야 할 것이다.

2. 死亡力

가. 死亡水準

사망률은 소득의 증가에 따른 영양상태의 개선, 보건수준의 향상, 생활습관의 변화, 환경의 개선 등의 경제·사회적 여건의 변화에 힘입어 지속적으로 감소하여 왔으며, 향후에 더욱 낮아질 전망이다. 1995~2030년 기간 남자 사망률은 5~24세의 저연령층에서 65% 이상이 그리고 40대에서 60% 이상이 감소할 전망이다. 40대 이상에서는 연령증가와 함께 사망률의 감소폭이 작아지고 있다. 여자사망률도 15-24세에서 70%이상이 1~4세와 50~60대에서 60%정도가 감소할 전망이다. 남녀간 비교에서는 5~14세와 30~40대에서는 남자사망률이 그리고

나머지 연령층에서는 여자사망률이 상대적으로 더 감소할 전망이다.

사망률의 감소로 평균수명<表 II-15>은 1970년 63.15세에서 1995년 73.45세로 높아졌으며, 2030년에는 78.95세로 높아져 80세 평균수명시대가 도래할 것으로 전망되고 있다. 남자의 평균수명은 1970년 59.77세에서 1995년 69.49세로 그리고 여자의 평균수명은 66.70세에서 77.36세로 높아졌으며, 향후 2030년에는 75.42세, 82.45세로 각각 높아질 것이다. 1995년 우리 나라 남녀의 평균수명은 유엔(1995)에서 추정 한 선진국의 평균수명 남자 70.9세, 여자 78.4세 보다 각각 1세 정도가 낮으나, 그 차이가 점차 좁혀져 2010년에는 선진국의 평균수준(남자 73.6세, 여자 80.3세)에 도달하며 특히, 여자의 경우에는 선진국 수준보다 높을 전망이다.

1970~2000년간 평균수명이 11.7세가 증가한 반면 2000~2030년간에는 4.1세만이 증가할 것으로, 이미 높은 수준에 도달한 평균수명이 향후 큰 폭으로 증가하지 않을 것으로 보인다. 남자 평균수명은 1970~2000년간 11.25세 그리고 2000~2030년간 4.40세의 증가를 보인 반면, 여자는 11.94세와 3.81세가 각각 증가하는 것으로 나타나고 있다.

과거에 경제개발에 따른 영양상태의 개선과 가족계획사업의 성공적인 수행에 따른 출산아 수의 감소로 여자 사망률이 크게 낮아진 반면, 고되고 위험한 노동에 노출이 심하고 또한 스트레스 해소 책으로서 흡연, 음주 등의 생활습관의 영향으로 남자 사망률이 상대적으로 덜 감소하여 여자 평균수명이 남자보다 더 큰 폭으로 상승하였다.

〈表 II-15〉 年齡別 死亡率 變動推移(1995~2030年)

(단위: 인구 천명당)

연령(세)	남자				여자				1995~2030년간 증감률(%)	
	1995	2010	2020	2030	1995	2010	2020	2030	남자	여자
0	9.20	8.21	7.79	6.58	7.83	5.48	4.95	4.78	-28.5	-39.0
1~4	0.69	0.51	0.46	0.41	0.64	0.30	0.25	0.20	-40.6	-68.8
5~9	0.48	0.23	0.20	0.15	0.33	0.17	0.14	0.12	-68.8	-63.6
10~14	0.41	0.21	0.16	0.12	0.26	0.13	0.12	0.10	-70.7	-61.5
15~19	1.04	0.53	0.49	0.32	0.48	0.2	0.16	0.12	-69.2	-75.0
20~24	1.21	0.70	0.53	0.41	0.59	0.28	0.21	0.16	-66.1	-72.9
25~29	1.58	1.01	0.78	0.62	0.65	0.36	0.29	0.25	-60.8	-61.5
30~34	1.94	1.24	0.96	0.77	0.74	0.52	0.43	0.35	-60.3	-52.7
35~39	2.95	2.04	1.55	1.17	1.04	0.57	0.49	0.43	-60.3	-58.7
40~44	4.63	2.87	2.23	1.67	1.60	1.00	0.84	0.72	-63.9	-55.0
45~49	6.80	3.34	3.12	2.56	2.34	1.41	1.22	1.03	-62.4	-56.0
50~54	10.24	6.93	5.75	4.90	3.62	1.69	1.33	1.22	-52.1	-66.3
55~59	15.15	10.17	8.80	7.98	5.55	2.88	2.35	2.19	-47.3	-60.5
60~64	22.83	15.35	14.56	14.56	8.97	4.87	4.02	3.77	-36.2	-58.0
65~69	35.69	26.25	25.06	25.06	15.79	9.53	7.05	5.07	-29.8	-67.9
70~74	56.22	46.65	42.22	38.68	29.27	20.18	16.34	12.99	-31.2	-55.6
75~79	86.91	70.50	63.98	59.91	52.20	42.74	38.31	34.00	-31.1	-34.9
80+	157.36	145.86	142.48	139.64	121.03	115.56	111.55	107.32	-11.3	-11.3

資料: 통계청, 『장래인구추계』, 1996.

〈表 II-16〉 平均壽命 變動推移(1970~2030年)

(단위: 세)

성별	1970	1985	1995	2000	2010	2020	2030
전체	63.15	69.00	73.45	74.85	76.99	78.08	78.95
남자	59.77	64.92	69.49	71.02	73.27	74.47	75.42
여자	66.70	73.33	77.36	78.64	80.69	81.68	82.45
차이(여-남)	6.93	8.41	7.87	7.62	7.42	7.21	7.03

資料: 통계청, 『장래인구추계』, 1996.

향후에는 여자 사망률이 이미 일정한 수준에 도달하여 더 이상 큰 저하를 기대하기가 어려운 반면, 상대적으로 아직 낮은 수준에 있는

남성 사망률은 개선의 여지가 더 크다고 볼 수 있다. 결과적으로 남녀간 평균수명의 차이는 1970년 6.93세에서 1985년 8.41세로 증가하였으나, 향후에는 그 차이가 점진적으로 좁혀져 2030년에는 7.03세가 될 전망이다.

21세기에 들어 평균수명의 지속적인 상승은 노인인구 특히, 후기노인층을 급속히 증가시켜 이들에 대한 경제적, 사회적 및 심리적 보호뿐만 아니라 의료보호의 요구가 더욱 증가할 것이다. 따라서 21세기 고령사회를 대비하여 노인복지 향상을 위한 각종 제도의 제정 및 개선 그리고 재원의 확충이 필요하다. 그리고 노인들의 삶의 질을 측정할 수 있는 기준 지표로서 건강수명에 대한 연구가 필요하다. 과거에 비해 남녀간 평균수명의 차이가 점차 줄어들고 있으나 그 차이가 여전히 커 사별여자노인의 수가 증가할 전망이다. 사별여자노인은 낮은 재혼율 등으로 인하여 단독가구를 형성하는 비율이 높는데 일반적으로 이들은 경제적으로 어렵고 심리적으로 외로운 상태에 처하게 되는 등 생활이 매우 취약하다. 따라서 21세기 노인복지를 위한 정책에서는 사별여자단독가구에 대한 소득지원, 생계비 보조, 의료보호 등이 강조되어야 할 것이다.

나. 死亡原因

한 나라의 사망원인 구조는 보건수준, 국민의 생활습관, 영양상태, 경제개발 수준, 환경 등과 밀접한 관련이 있다. 1997년 우리 나라 인구의 사인구조를 살펴보면(통계청, 1998), 뇌혈관질환에 의한 사망이 가장 많고, 다음으로 교통사고, 간질환, 위암, 간암, 당뇨병 등의 순으로 나타나고 있다. 선진국형인 만성질환에 의한 사망률이 높고 또한 자동차 증가로 인한 교통사고 그리고 자살에 의한 사망률이 높게 나타나고 있는 것이 그 특징이라고 할 수 있다. 특히, 간암과 교통사고

및 결핵에 의한 사망률이 다른 OECD 회원국에 비해 아주 높게 나타나고 있다. 사망원인중 간질환, 간암, 위암, 폐암, 운수사고, 자살에 의한 사망률이 여자에 비해 남자가 상대적으로 높아 스트레스와 음주 및 흡연 등의 생활습관에 기인한 질병과 사고에 의해 남자가 보다 많이 사망하고 있다. 이외 사망원인에서는 남녀간 차이가 거의 없는 것으로 나타나, 결국 위의 사인들이 남자 사망률의 감소를 지연시켜 남녀간 평균수명의 차이를 넓히는 주요 원인이 되고 있다(Sam-sik Lee, 1988).

〈表 II-17〉 主要死亡原因 變動推移(1988~1997年)

(단위: 인구 100,000명당)

원인	1988			1997			1988~1997 증감율		
	계	남자	여자	계	남자	여자	계	남자	여자
총사망	546.4	630.4	461.0	518.3	579.9	456.1	-5.1	-8.0	-1.1
호흡기결핵	13.4	19.4	7.2	7.1	10.5	3.7	-47.0	-45.9	-48.6
위암	31.5	38.8	25.9	25.6	32.4	18.8	-18.7	-16.5	-21.3
간암	22.4	33.4	10.9	21.2	32.3	10.0	-5.4	-3.3	-8.3
기관지폐암	11.8	17.1	6.2	20.8	30.5	10.9	76.3	78.4	78.5
당뇨병	7.4	8.0	6.8	18.8	19.2	18.5	154.1	140.0	172.1
고혈압	39.9	43.4	36.3	9.6	8.5	10.8	-75.9	-80.4	-70.2
뇌혈관질환	73.3	74.9	72.2	73.5	70.9	76.1	0.3	-5.3	5.4
폐렴	8.5	9.3	7.8	4.9	5.7	4.1	-42.4	-38.7	-47.4
간질환	33.5	52.6	13.4	26.1	41.9	10.2	-22.1	-20.3	-23.9
운수사고	23.5	34.7	11.7	33.5	49.2	17.5	42.6	41.8	49.6
자살	8.5	11.9	4.9	14.1	19.5	8.7	65.9	63.9	77.6

註: 자살에 의한 사망률은 5세 이상 인구 100,000당 비율임.

資料: 통계청, 『1997년 사망원인통계 결과』, 1998.

1988~1997년 10년간 사인 구조의 변화를 살펴보면, 당뇨병에 의한 사망률이 가장 큰폭으로 증가하였으며(154.1%), 이외 기관지·폐암(76.3%), 자살(65.9%), 운수사고(42.6%) 등의 순으로 나타나고 있다. 반면, 고혈압성질환(-75.9%), 호흡기결핵(-47.0%), 폐렴(-42.4%), 위암(-18.7%),

간질환(-22.1%), 간암(-5.4%) 등에 의한 사망률은 감소하고 있다. 뇌혈관 질환에 의한 사망률은 거의 변화가 없었다. 호흡기결핵에 의한 사망률의 저하는 결핵퇴치사업의 성공과 함께 소득수준의 향상에 따른 영양상태의 개선 등에 기인한다. 고혈압성질환, 간질환, 위암, 간암 등에 의한 사망의 감소는 식생활 개선과 정기적 검진의 증가에 따른 이들 질병의 조기 발견 및 치료에 힘입은 것으로 볼 수 있다.

〈表 II-18〉 性·年齡別 死因順位(1997年)

(단위: 인구 100,000명당)

연령 (세)	남자			여자		
	1위	2위	3위	1위	2위	3위
전체	뇌혈관질환 (70.9)	운수사고 (49.2)	간질환 (41.9)	뇌혈관질환 (76.1)	심장질환 (33.7)	운수사고 (18.8)
0	선천성기형 (81.2)	주산기질환 (34.1)	영아급사 (15.3)	선천성기형 (74.6)	주산기질환 (37.2)	영아급사 (15.6)
1~9	운수사고 (13.8)	사고성익수 (5.7)	선천성기형 (3.7)	운수사고 (10.9)	선천성기형 (2.8)	사고성익수 (2.0)
10~19	운수사고 (29.4)	사고성익수 (6.9)	자살 (5.2)	운수사고 (7.5)	자살 (4.5)	백혈병 (1.7)
20~29	운수사고 (49.5)	자살 (17.6)	사고성익수 (6.3)	운수사고 (11.7)	자살 (10.0)	심장질환 (2.7)
30~39	운수사고 (49.0)	간질환 (23.9)	자살 (21.7)	운수사고 (10.8)	자살 (10.2)	위암 (7.9)
40~49	간질환 (86.8)	운수사고 (59.8)	간암 (45.2)	뇌혈관질환 (18.9)	운수사고 (15.2)	위암 (14.1)
50~59	간질환 (141.9)	뇌혈관질환 (122.1)	간암 (118.0)	뇌혈관질환 (67.5)	심장질환 (29.6)	위암 (27.5)
60~69	뇌혈관질환 (385.7)	폐암 (230.5)	위암 (215.5)	뇌혈관질환 (245.0)	심장질환 (91.3)	당뇨병 (78.5)
70+	뇌혈관질환 (1348.1)	심장질환 (518.5)	폐암 (430.8)	뇌혈관질환 (1022.1)	심장질환 (446.3)	당뇨병 (235.4)

資料: <表 II-17>과 동일

향후 우리 나라 인구의 주요 사인인 뇌혈관질환, 간질환, 위암, 간암, 당뇨병 등 만성질환에 의한 사망을 줄이기 위해서는 식생활 개선 운동을 포함한 국민건강증진사업을 범국민적 차원에서 강력하게 추진할 필요가 있으며, 이들 질병을 조기에 발견하여 치료할 수 있도록 이들 질병에 대한 정기검진을 확대하여야 할 것이다. 특히, 40세 이상 남자의 간질환 및 폐질환에 의한 사망률을 줄이기 위해 건전음주문화를 정착시켜야 하며 금연을 위한 계몽활동과 규제가 강화되어야 할 것이다.

그리고 최근 급증하고 있는 교통사고에 의한 귀중한 인명손실을 예방하기 위해서 선진교통문화가 조속히 정착되어야 하며, 그 일환으로 유소년기부터 교통안전에 대한 체계적인 교육을 강화하고 보행안전과 차량안전운행을 생활화하기 위하여 관련 제도와 법률을 강화하여야 할 것이다. 10~30대의 자살을 방지하기 위한 사회프로그램을 적극적으로 개발·운영하여야 한다. 청소년의 고민과 문제를 적극적으로 해결하고 우울증 등 정신질환을 치료할 수 있도록 청소년 상담 및 보호기능이 보다 강화되어야 하며 이를 위해서는 청소년 상담 전문가의 육성, 효과적인 상담기법의 개발, 전국적인 상담 제공을 위한 상담기관의 확충, 상담시설의 향상 등 양적·질적 개선이 이루어져야 할 것이다. 그리고 20~30대의 사회적응 및 고민해결을 도울 수 있는 성인상담기관의 설치가 필요하다.

특히, 최근 IMF사태로 인한 대량실업의 발생으로 결식아동 및 노숙자가 증가하는 등 국민보건 수준이 저하되고 실업에 대한 비관으로 자살이 증가할 가능성이 높다. 따라서 실직가정에 대한 보건·복지적 지원시책이 강화되어야 할 것이다.

3. 人口移動 및 分布

가. 國內移動

지역별 인구분포는 자연적 요인(출생, 사망), 사회적 요인(이동), 행정적 요인(시승격, 행정구역 개편) 등에 의해 결정되며, 이중 가장 중요한 요인으로 인구이동을 들 수 있다.

농촌(또는 군부)에서 도시(또는 시부)로 이동한 인구(表 II-19 참조)는 1965~70년기간 1,827천명(이동률 11.5%)에서 1985~90년기간 2,329천명(이동률 22.3%)으로 꾸준히 증가하였다. 그러나 젊은 층의 지속적인 유출로 인하여 농촌의 이동가능인구가 고갈되어 농촌에서 도시로의 이동인구는 1990~1995년 기간에는 1,232천명(이동률 13.1%)으로 감소하였다.

〈表 II-19〉 市部·郡部間 移動人口 變動推移(1965~1995年)

(단위: 천명, %)

구 분	1965~70	1970~75	1975~80	1980~85	1985~90	1990~95
전체	4,395(16.2)	5,151(16.9)	7,618(22.7)	8,366(22.8)	9,816(24.5)	10,088(24.5)
군부→시부	1,827(11.5)	1,754(11.1)	2,524(17.4)	2,424(18.9)	2,329(22.3)	1,232(13.1)
시부→시부	1,532(13.6)	2,275(15.5)	3,855(20.1)	4,584(19.2)	6,376(21.5)	8,009(24.0)
시부→군부	387(3.4)	558(3.8)	681(3.6)	889(3.7)	743(2.5)	694(3.1)
군부→군부	649(4.1)	563(3.6)	558(3.9)	469(3.7)	368(3.5)	153(2.4)

註: 1) 해외전입인구, 미상 제외

2) ()는 이동률, 이동률=(기간 이동인구/기간말 5세 이상 출발지역인구)÷100

3) 시부인구(분모)에는 통합시의 읍면인구를 포함함.

資料: 통계청, 『인구주택총조사 보고서』, 각년도.

1960년대 초부터 시작된 경제개발 초기단계에서 농촌에서 도시로의 인구이동은 순기능 역할을 하였다. 전후 출산력 급증으로 과잉상태에 있는 농촌인구는 도시의 산업시설과 결합하여 경제성장의 원동력이 되었다. 농촌인구의 다수가 도시로 유출되면서 농촌에서 1인당 경지

면적이 증가하여 농업노동생산성이 증가하고, 도시로 이주한 가족의 송금 등으로 농촌 소득이 전반적으로 향상되었다.

그러나 농촌인구의 도시로의 지속적인 유입은 도시와 농촌 모두에 여러 가지 부정적인 효과를 가져오게 되었다. 도시에서는 주택, 도로 등 도시시설 부족과 환경문제가 발생하고, 농촌에서는 농업노동력의 부족과 함께 상대적으로 학력수준이 높은 젊은 층의 유출로 농업노동력의 고령화가 촉진되어 노동력의 질적 저하를 가져오게 되었다. 즉, 농촌에서 도시로 이동한 인구는 도시에서의 생산성 향상에 완전히 흡수되지 못하고 오히려 도시의 인구압력을 가중시키고 있어 사회비용을 증가시키며, 또한 농촌경제가 정체 내지 후퇴하는 요인이 되고 있다.

시부간 인구이동은 1965~1970년간 1,532천명(이동률 13.6%)에서 1990~1995년간 8,009천명(이동률 24.0%)으로 급격히 증가하여, 1970~1975년간부터 이동형태중 가장 높은 비율('90~95년간 전체이동의 80% 수준)을 차지하고 있다. 이는 시부의 인구규모가 절대적, 상대적으로 큰 데다가 이동성이 높은 젊은 층 인구의 비중이 상대적으로 높고 직업, 교육, 환경 등 이동동기가 많이 발생하고 있기 때문이다. 특히, 최근 정부가 추진하고 있는 그린벨트지역의 대폭적인 축소는 서울 등 대도시에서 도시중심에서 도시 외곽으로 그리고 인접 위성도시로의 이동을 촉진시킬 전망으로 시부간 이동이 더욱 증가할 전망이다.

시부에서 군부로의 이동인구는 1980~1985년간 889천명을 정점으로 감소하여 1990~1995년간에는 694천명이 이동한 것으로 나타나고 있다. 그러나 최근 IMF사태로 인하여 대량 발생한 실업자중 일부가 농촌으로 이동하는 등 시부에서 군부로의 이동이 증가할 전망이다. 군부간 이동은 계속 큰 폭으로 감소하고 있는데, 이는 군부인구의 절대적 규모가 감소하고 또한 남아있는 인구가 주로 이동성이 낮은 고령인구로 구성되어 있기 때문이다.

이러한 이동패턴의 변화로 인하여 도시화율은 1960년 28.0%에서 1995년 78.5%로 지속적으로 높아졌으나, 상승률이 점차 둔화되고 있다. 특히, 1990~1995년기간중 도시화율은 4.1% 포인트만이 높아져 상승 폭이 아주 작게 나타나고 있다. 농촌인구의 구조상 도시로의 이동 가능인구가 적어 향후 도시화율은 사회적 요인보다는 자연적 요인에 의해 주로 영향을 받아 크게 높아지지 않을 전망이다(表 II-20 참조).

〈表 II-20〉 都市化率 變化推移(1960~1995年)

(단위: %)

년도	1960	1970	1980	1985	1990	1995
도시화율(%)	28.0	41.1	57.2	65.4	74.4	78.5

註: 도시화율 = 시부인구(또는 동부인구) / 전국인구×100

資料: <表 II-19>와 동일

농촌인구의 비중이 아주 낮아진 상황에서 시도간 인구이동은 도농간 인구이동보다 더 중요한 의미를 가질 수 있다. 과거 시도간 인구이동의 특징으로는 대도시와 경기에서는 正(+)의 순이동률 즉, 전입초과현상이 나타나고 있는 반면, 나머지 도에서는 負(-)의 순이동률 즉, 전출초과현상이 나타나고 있다는 것이다. 그러나, 최근 시도의 순이동률은 크게 둔화되고 있으며, 일부 시도에서는 반전현상이 나타나고 있다(表 II-21 참조).

서울의 경우, 전입초과율이 계속 둔화되다가, 1985~1990년간에는 처음으로 전출이 전입을 초과(순이동률 -0.4%)하는 반전현상이 나타났으며, 1990~1995년간에는 순이동률이 -8.7%로 전출초과현상이 심화되고 있다. 이는 서울인구가 이미 과포화 상태에 이르러 다른 시도로부터 전입인구가 감소한 데다가 '80년대부터 주택문제 등과 관련하여 서울인구중 비교적 젊은 층이 주변도시로 이주(J-턴)하였기 때문이다. 이러한 집중반전현상은 1990~1995년간 부산에서도 나타났고, 김태현 외

(1998)에 의하면 대구에서도 1995~2000년간부터 나타날 전망이다. 집중 반전현상은 대도시와 주변지역간의 기능적 의존의 심화와 거주지 교외화의 심화현상으로 파악되고 있다(최진호 외, 1993). 나머지 대도시에서도 초과전입률이 둔화되고 있다.

<表 II-21> 市·道別 純人口移動率 變動推移(1965~1995年)
(단위: %)

시·도	1965~70	1970~75	1975~80	1980~85	1985~90	1990~95
서울	22.1	9.9	7.0	3.3	-0.4	-8.7
부산	12.1	10.5	12.1	3.0	0.7	-6.2
대구	-	-	-	8.5	3.9	1.0
인천	-	-	-	16.3	15.8	10.5
광주	-	-	-	-	6.5	5.1
대전	-	-	-	-	11.1	14.7
경기	0.8	7.7	11.1	12.1	14.1	17.9
강원	-4.8	-6.3	-9.8	-8.4	-10.9	-6.6
충북	-7.7	-5.6	-9.6	-7.4	-5.1	1.1
충남	-7.9	-5.9	-5.9	-6.5	-9.4	-3.9
전북	-6.6	-5.9	-9.2	-8.7	-9.0	-4.5
전남	-6.0	-6.8	-9.2	-9.3	-11.5	-8.7
경북	-3.8	-2.1	-2.9	-7.9	-7.4	-2.7
경남	-7.2	-5.0	-2.8	-1.1	-0.3	2.5
제주	0.9	-3.9	-1.0	-1.5	-0.8	0.2

註: 1) 순이동률=(전입인구-전출인구)/((기간초인구+기간말 5세 이상 인구)/2)×100

2) 해외전입인구 제외

資料: <表 II-19>와 동일

道 중에서는 경기가 서울과 지방의 인구를 대거 흡수하여 1980~1985년간부터 시·도중 가장 높은 초과전입률을 보이고 있다. 향후 경기의 초과전입률은 서울과 다른 시·도로부터 이동이 줄어들면서 둔화될 전망이다. 충북, 경남, 제주 등은 1990~1995년간부터 그리고 충남은 1995~2000년간부터 전입이 전출을 초과하는 반전현상이 나타나고 있

다. 충북의 경우에는 서울에 있는 대학의 분교가 이 지역에 설립되는 등 인구흡입력이 증가하고, 경남은 공업단지의 조성으로 인근지역에서 전입인구가 증가하였기 때문이다. 한편, 제주는 관광 등 요인에 의해 고용이 창출되면서 인구를 꾸준히 흡수하고 있기 때문이다. 다른 도에서도 전출초과율이 급속히 둔화될 전망이다. 최근 정부가 추진하고 있는 그린벨트지역의 대폭적인 축소조치는 대도시 인구의 주변 위성도시로의 이동을 촉진시켜 대도시 인구의 감소와 인접 도의 인구의 증가를 가속화시킬 것으로 예상된다.

〈表 II-22〉 市·道別 純人口移動率 變動展望(1995~2020年)

(단위: %)

시·도	1995~2000		2000~2005		2005~2010		2010~2015		2015~2020	
	남	여	남	여	남	여	남	여	남	여
서울	-10.1	-9.4	-7.2	-6.7	-5.1	-4.8	-3.6	-3.4	-2.6	-2.4
부산	-6.0	-5.8	-5.1	-4.9	-4.4	-4.2	-3.8	-3.6	-3.2	-3.1
대구	-2.8	-2.3	-2.4	-2.0	-2.0	-1.7	-1.7	-1.4	-1.5	-1.2
인천	3.8	3.7	2.7	2.6	1.9	1.9	1.4	1.3	1.0	0.9
광주	0.2	0.6	0.2	0.65	0.1	0.5	0.1	0.4	0.1	0.3
대전	5.3	5.5	4.5	4.7	3.8	4.0	3.3	3.5	2.8	2.9
울산	2.9	3.9	2.4	3.3	2.1	2.8	1.8	2.4	1.5	2.1
경기	17.1	17.2	12.1	12.2	8.6	8.7	6.1	6.2	4.4	4.4
강원	-1.4	-2.4	-1.2	-2.0	-1.0	-1.7	-0.9	-1.5	-0.7	-1.3
충북	1.8	1.4	1.5	1.2	1.3	1.0	1.1	0.8	1.0	0.7
충남	3.0	1.9	2.5	1.6	2.2	1.4	1.8	1.2	1.6	1.0
전북	-2.6	-3.5	-2.3	-3.0	-1.9	-2.5	-1.6	-2.2	-1.4	-1.9
전남	-3.8	-4.8	-3.3	-4.1	-2.8	-3.5	-2.4	-3.0	-2.0	-2.6
경북	-0.2	-0.4	-0.2	-0.3	-0.2	-0.3	-0.1	-0.2	-0.1	-0.2
경남	1.2	0.7	1.0	0.6	0.9	0.5	0.7	0.4	0.6	0.4
제주	-0.9	-0.6	-0.8	-0.5	-0.7	-0.4	-0.6	-0.4	-0.5	-0.3

資料: 김태현 외, 『시·도별 장래인구추계』, 한국교원대학교 사회과학연구소, 1998.

나. 人口分布

시·도의 인구분포 변동추이를 살펴보면, 서울의 인구는 꾸준히 증가하여 1990년에 전국 인구중 24.4%(10,603천명)를 차지하였으나 이후 전출초과로 절대인구가 감소하여 1995년에는 그 비중이 22.9%(10,217천명)로 낮아졌다. 서울인구는 향후에도 계속 감소하여 2020년에는 9,409천명(18.0%)이 될 전망이다(김태현 외, 1998). 부산 인구는 1995년 3,810천명을 정점으로 2010년 3,700천명, 2020년 3,540천명으로 감소하며, 전국인구중 차지하는 비중도 1990년 8.7%를 정점으로 2010년 7.3%, 2020년 6.8%로 점차 낮아질 전망이다(表 II-23 참조).

〈表 II-23〉 市·道別 人口分布 變動推移(1970~2020年)

(단위: 천명, %)

시·도	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2020
전국	100.0 (30,882)	100.0 (37,407)	100.0 (43,390)	100.0 (44,554)	100.0 (47,275)	100.0 (49,123)	100.0 (50,618)	100.0 (52,358)
서울	17.6	22.3	24.4	22.9	21.1	19.9	19.0	18.0
부산	6.0	8.4	8.7	8.6	8.1	7.6	7.3	6.8
대구	3.4	4.3	5.1	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1
인천	2.1	2.9	4.2	5.2	5.4	5.6	5.7	6.0
광주	1.6	1.9	2.6	2.8	2.9	3.0	3.0	3.1
대전	1.3	1.7	2.4	2.9	3.0	3.2	3.3	3.5
울산	0.5	1.1	1.6	2.2	2.3	2.4	2.5	2.7
경기	8.6	10.3	14.2	17.1	19.8	21.7	23.2	25.2
강원	5.9	4.8	3.6	3.3	3.2	3.1	3.0	2.8
충북	4.7	3.8	3.2	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1
충남	7.8	6.2	4.6	4.0	3.9	3.9	3.9	3.8
전북	7.7	6.1	4.8	4.3	4.1	3.9	3.8	3.6
전남	11.1	8.2	5.8	4.6	4.3	4.1	3.9	3.5
경북	11.1	9.0	6.6	6.0	5.9	5.7	5.6	5.4
경남	9.4	7.8	6.9	6.4	6.4	6.4	6.4	6.3
제주	1.2	1.2	1.2	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1

註: 1) 외국인 제외
 資料: 1) 통계청, 『인구주택 총조사보고서』, 각 년도.
 2) 김태현 외, 『시도별 장래인구추계』, 1998.

지방경제의 거점도시로서 대구, 인천, 광주, 대전, 울산 등 대도시의 인구는 꾸준히 증가하고 있으나, 향후에는 증가폭이 둔화되어 전국 인구중 차지하는 비중이 3~7%수준에서 유지될 것으로 보인다. 서울 등으로부터 인구의 지속적인 유입으로 경기의 인구는 급속히 증가하여 전국 인구중 차지하는 비중이 1970년 8.6%에서 1995년에는 17.1%로 높아졌다. 향후에도 경기인구는 꾸준히 증가하여 2005년에는 10,680천명으로 시도중 가장 많은 인구를 보유(21.7%)하게 되며 2020년에는 13,189천명으로 증가하여 전국인구의 1/4가 경기도에 거주할 전망이다. 경기 이외 다른 도에서는 그 동안 초과전출로 인하여 인구가 감소하여 왔으나 최근 인구감소율이 둔화되고 있으며 1995년부터는 충북, 경남, 제주 등의 인구가 증가세로 전환하고 있다. 21세기초에는 나머지 도의 인구도 증가세로 전환할 것으로 전망되고 있다.

최근 서울 인구의 감소에도 불구하고 수도권(서울, 인천, 경기) 인구(表 II-24 참조)는 1970년 8,730천명에서 1995년 20,159천명으로 증가하였으며, 전국인구대비 비율도 28.3%에서 45.2%로 높아졌다. 21세기에도 경기와 인천의 인구증가가 서울인구의 감소를 상회하여 수도권 인구는 2010년 24,239천명 그리고 2020년 25,712천명으로 증가할 전망이다. 수도권 인구의 증가율이 전국보다 높아 전국인구대비 비율도 2020년에 49.1%로 높아져 우리 나라 인구 2명중 1명꼴로 수도권에 거주할 전망이다. 서울을 포함한 대도시의 인구는 1995년 22,271천명에서 2010년 23,312천명, 2020년 23,584천명으로 꾸준히 증가할 것으로 보인다. 전국인구대비 대도시인구의 비율은 1995년 50.0%까지 높아졌으나, 이후 2000년 48.2%, 2020년 45.0%로 점차 낮아질 전망이다. 이는 서울, 부산, 대구 인구가 감소하고 또한 다른 대도시의 인구 증가율이 둔화되어 대도시의 인구증가율이 전국인구의 증가율보다 낮기 때문이며, 최근 정부가 추진하고 있는 그린벨트지역의 대폭적인 축소

조치가 내려지면 그 속도가 더욱 빨라질 것으로 예상된다.

〈表 II-24〉 首都圈 및 大都市 人口 變動推移(1970~2020年)

(단위: 천명, %)

시·도	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2020
전국	30,882	37,407	43,390	44,554	47,275	49,123	50,618	52,358
서울	5,433 (17.6)	8,351 (22.3)	10,603 (24.4)	10,217 (22.9)	9,982 (21.1)	9,761 (19.9)	9,625 (19.0)	9,409 (18.0)
부산	1,842 (6.0)	3,157 (8.4)	3,796 (8.7)	3,810 (8.6)	3,805 (8.0)	3,755 (7.6)	3,700 (7.3)	3,540 (6.8)
대구	1,064 (3.4)	1,604 (4.3)	2,228 (5.1)	2,445 (5.5)	2,549 (5.4)	2,607 (5.3)	2,648 (5.2)	2,671 (5.1)
인천	634 (2.1)	1,082 (2.9)	1,816 (4.2)	2,304 (5.2)	2,559 (5.4)	2,737 (5.6)	2,887 (5.7)	3,114 (5.9)
광주	494 (1.6)	727 (1.9)	1,139 (2.6)	1,257 (2.8)	1,368 (2.9)	1,455 (3.0)	1,528 (3.0)	1,627 (3.1)
대전	407 (1.3)	651 (1.7)	1,049 (2.4)	1,271 (2.9)	1,426 (3.0)	1,552 (3.2)	1,663 (3.3)	1,824 (3.5)
울산	157 (0.5)	418 (1.1)	682 (1.6)	967 (2.2)	1,085 (2.3)	1,177 (2.4)	1,261 (2.5)	1,400 (2.7)
경기	2,663 (8.6)	3,849 (10.3)	6,154 (14.2)	7,638 (17.1)	9,365 (19.8)	10,680 (21.7)	11,727 (23.2)	13,189 (25.2)
수도권	8,730 (28.3)	13,282 (35.5)	18,573 (42.8)	20,159 (45.2)	21,906 (46.3)	23,179 (47.2)	24,239 (47.9)	25,712 (49.1)
대도시	10,031 (32.5)	15,990 (42.7)	21,313 (49.1)	22,271 (50.0)	22,774 (48.2)	23,044 (46.9)	23,312 (46.1)	23,585 (45.0)

註: 외국인 제외.
資料: <表 II-23>과 동일.

결론적으로 과거 서울로의 인구집중현상이 수도권 전역으로 확산되고 이러한 수도권으로 인구의 과도한 집적은 21세기에 들어서도 국토의 균형적 개발을 저해하는 주 요인이 될 것이다. 따라서 수도권 인구의 분산정책이 21세기에다 강조되어야 할 것이다. 농촌에서 젊은 층의 지속적인 유출로 인한 농업노동력 부족 및 질적 저하 문제를 해결하

기 위한 방안으로, 최근 IMF사태로 인한 실직자의 농촌이동을 촉진시킬 필요가 있다. 이들 이동자의 도시로의 재이동을 방지하여 농촌에 정착할 수 있도록 하기 위해서는 농촌정착자금을 장기 저리로 융자해 주며 농촌사업지도를 제공해야 한다. 그리고 이들의 자녀 교육을 위하여 농촌 교육시설을 도시수준으로 높이며, 인접도시와 쉽게 연결되어 도시편익시설을 이용할 수 있도록 교통 등 사회간접시설을 확충시켜야 할 것이다. 이러한 조치는 실업대책으로서 뿐만 아니라 과도한 인구의 집중으로 인한 도시의 추가 유지비용을 줄이고 농촌의 발전을 위해서도 바람직할 것이다.

다. 國際移動

1) 海外移住

인구정책의 적정과 국민경제의 안정 및 국위선양을 목적으로 해외이주법(1962)을 제정한 이래 해외이주자의 수가 급속히 증가하여 1976년에 약 4만명으로 정점을 이루고 있다(表 II-25 참조). 이후 해외이주자의수는 국내의 사회·경제 발전과 소득수준의 향상에 기인하여 급격히 감소하여 1997년에는 12,000명 수준에 불과하였다. 이민목적지는 주로 미국으로 1970년초 전체 이민자의 83.5%를 차지하고 있으나 이후 이민지의 다변화로 1997년에는 65.7%로 낮아지고 있다.

이민목적은 연고이민이 주류를 이루고 있으나 1980년대 후반 연평균 약 20,000명에서 최근에는 연평균 약 5,000명 수준으로 급격히 감소하였다. 국제결혼도 1980년대 후반 연평균 약 4,500명 수준에서 최근 2,000명 이하로 감소하였다. 취업목적의 이민은 1980년대 후반부터 꾸준히 증가하여 1995년 6,500명 수준까지 증가하였으나, 최근에 다시 감소세로 전환하고 있다.

〈表 II-25〉 形態別 海外移住者 變動推移(1962~1997年)

(단위: 명)

연도	집단지주 등	사업(투자)이주	취업이주	연고이주	국제결혼	총계
1962	-	165	-	49	165	379
1963	-	315	-	697	1,581	2,593
1964	-	520	-	1,151	1,486	3,157
1965	-	1,791	-	729	1,657	4,177
1966	-	612	-	702	1,585	2,899
1967	-	-	-	1,545	1,624	3,169
1968	-	6	-	2,277	2,326	4,609
1969	-	-	-	5,139	3,077	8,216
1970	-	190	1,014	8,848	3,724	13,776
1971	-	30	4,136	7,139	4,519	15,824
1972	-	102	6,123	11,345	4,470	22,040
1973	-	58	10,899	11,499	4,771	27,227
1974	-	4	10,824	19,003	4,543	34,374
1975	-	-	7,547	23,330	4,783	35,660
1976	-	-	5,310	28,885	5,667	39,862
1977	-	13	3,199	27,106	5,533	35,851
1978	72	-	1,543	25,913	5,612	33,140
1979	-	-	1,241	23,764	6,306	31,311
1980	72	70	1,130	25,938	6,220	33,358
1981	32	199	2,122	23,588	6,187	32,168
1982	29	29	1,894	18,993	5,445	26,393
1983	-	43	2,708	15,341	5,224	23,345
1984	-	137	3,949	22,144	4,881	23,345
1985	-	511	3,946	18,396	4,940	31,111
1986	-	2,325	3,098	27,218	4,456	27,793
1987	-	4,269	3,076	22,768	4,685	34,798
1988	-	4,167	2,946	19,927	4,446	31,486
1989	-	2,781	1,566	18,281	3,644	26,272
1990	-	1,885	2,737	15,772	2,920	23,314
1991	-	3,204	1,901	9,963	2,365	17,433
1992	7	4,057	3,193	8,823	1,847	17,927
1993	14	2,921	3,988	6,044	1,510	14,477
1994	29	2,330	5,311	5,629	1,305	14,604
1995	7	2,492	6,573	5,695	1,150	15,927
1996	3	2,346	4,291	5,139	1,170	12,929
1997	-	2,269	3,287	5,860	1,068	12,484

註: 현지이민 및 국제입양이 포함되어 있음.
 資料: 외무부 해외이주과

〈表 II-26〉 海外移住者 및 逆移住者 變動推移(1980~1997年)
(단위: 명, %)

연도	이주자	이주자 증감률	역이주자	역이주자 증감률	이주자— 역이주자	이주대비 점유율
1980	37,510	-	1,049	-	36,461	2.8
1981	36,805	- 1.9	1,189	13.3	35,616	3.2
1982	32,809	-10.9	1,346	13.2	31,463	4.1
1983	30,382	- 7.4	1,426	5.9	28,956	4.7
1984	31,111	2.4	1,669	17.0	29,442	5.4
1985	27,793	-10.7	2,290	37.2	25,503	8.2
1986	37,097	33.5	2,584	12.8	34,513	7.0
1987	34,798	- 6.2	3,301	27.7	31,497	9.5
1988	31,486	- 9.5	4,734	43.4	26,752	15.0
1989	26,272	-16.6	6,685	41.2	19,587	25.4
1990	23,314	-11.3	6,449	-3.5	16,865	27.7
1991	17,433	-25.2	7,029	9.0	10,404	40.3
1992	17,927	2.8	8,892	26.5	9,035	49.6
1993	14,477	-19.2	8,781	-1.2	5,696	60.7
1994	14,604	0.9	8,236	-6.2	6,368	56.4
1995	15,917	9.0	7,057	-14.3	8,860	44.3
1996	12,949	-18.6	6,824	-3.3	6,125	52.7
1997	12,848	- 0.8	6,262	-8.2	6,586	48.7

註: 현지이민 및 국제입양이 포함되어 있음.

資料: <表 II-25>와 동일

해외이주후 국내로 다시 귀환하는 역이주자는 1980년대초 1,000여명으로 이주대비 점유율이 2.8%에 불과하였으나, 국내의 사회·경제 발전과 생활여건 향상으로 급속히 증가하여 1992년 8,892명으로 그리고 이주대비 점유율은 1993년 60.7%로 정점을 이루고 있다. 역이주자 수는 최근에 감소하고 있으며 이주대비 점유율도 50%수준으로 낮아지고 있다.

최근 IMF사태의 영향으로 해외이주자가 다시 증가할 전망이다. 1998년 6월 현재 해외이주자의 수는 7,012명으로 전년도 동기간의 6,285명에 비해 11.6%가 증가하였다(表 II-27 참조). 그리고 이주형태

에서도 취업, 연고, 국제결혼 등에 의한 이주가 이 기간 다시 증가하고 있는데, 국내경제의 위기로 인하여 해외이주를 선호하고 있기 때문이다. 반면, 이 기간 역이주자의 수가 무려 47.7%가 감소하여 1993년 이후의 감소 폭을 크게 초과하고 있다. 이러한 현상은 국내경제가 다시 호전될 때까지 계속될 전망이다.

<表 II-27> 最近 海外移住者 및 逆移住者 變動(1997. 6月~1998. 6月)
(단위: 명, %)

연도	해외이주	이주원인					역이주	이주대비 점유율(%)
		사업	취업	연고	국제결혼	기타		
1997.6	6,285	1,238	1,459	3,059	529	-	3,175	50.5
1998.6	7,012	1,043	1,834	3,462	668	5	1,660	23.7
(증감률)	(11.6)	(-15.8)	(25.7)	(13.2)	(26.3)	(-)	(-47.7)	

註: 형태별 이민자에는 현지이민 및 국제입양이 포함되어 있지 않음.
資料: <表 II-25>와 동일

과거에 이민 특히, 해외취업은 경제성장에 크게 기여하여 왔다. 해외취업자들의 외화획득은 1983년까지 증가하여 GNP중 평균 2%정도를 차지하였고 1980년 이후 매년 10만명 이상 근로자가 해외로 진출하여 연간 1% 이상의 국내실업률 감소에 기여하였으며 또한, 경제활동인구의 0.3%를 감소시켜 이들이 국내에서 소비하여야 할 식량, 에너지 등의 자원이 절약되는 효과도 가져왔다(노동부, 1997). 따라서, 현 경제위기를 슬기롭게 대처하는 한 방안으로서, 해외이주를 적극 장려하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 이주목적국가에 대한 정확한 정보를 이주희망자에게 제공하고 이주자가 목적지에서 성공적으로 정착할 수 있도록 적극적인 이민정책을 수립할 필요가 있다.

2) 國內 就業 外國人

1990년대에 들어 우리 나라는 취업목적으로 외국인 노동자가 이동해오는 주요 목적지 국가중 하나가 되어 왔다. 주된 이유로는 그 동안 경제의 고속성장으로 국내의 임금이 상승하여 외국(이동자 출발지)과의 임금 격차가 벌어져 외국인 노동자에게 이동동기를 제공하였기 때문이다. 이외, 국내근로자의 3D업종 기피로 인하여 중소기업체 등에서 심한 인력난을 겪게 됨으로써 값싸고 힘든 일을 마다하지 않은 외국인 노동자에 대한 수요가 증가하였기 때문이기도 하다.

그러나, 우리 나라의 출입국관리법은 원칙적으로 외국인의 취업을 내국인으로 대체할 수 없는 전문기술직종에 한하여 허용하고, 단순기능 외국인력의 국내 취업을 금하고 있다. 따라서, 중소기업체의 인력난을 완화하면서 저개발국가 근로자의 기술 및 기능 향상에 기여하기 위하여 1991년부터 외국인 산업기술연수제도를 운영하여 왔다. 당초 이 제도는 외국진출 기업체의 현지고용인력의 기능을 향상시키기 위한 제도로서 채택되었다. 이 제도에 의해 국내에 입국한 기술연수생은 1992년 10,000명, 1993년 20,000명, 1994년 10,000명, 1995년 20,000명, 1996년 20,000명 그리고 1997년에 10,000명으로 결정되었다. 이들 기술연수생은 주로 염색, 도금, 신발, 주조 단조, 섬유 등의 직종에 종사하며 1년동안 체류할 수 있으며 추가로 1년의 연장이 가능하도록 되어 있다(노동부, 1997).

이러한 제도적 장치에도 불구하고 외국인 불법취업자는 계속 증가하였다. 노동부의 자료(노동부, 1997)에 의하면 국내에 취업중인 외국인 노동자는 1994년 81,824명으로 이중 합법취업자는 6.4%에 불과하며 무려 58.9%가 불법취업자로 분류되고 있다(表 II-28 참조). 국내취업 외국인 노동자 수는 1996년에 210,494명으로 1994년에 비하여 157%가 증가하였으며, 이중 불법노동자는 1994년 48,231명에서 1996

년 129,054명으로 168%가 증가하여 합법취업과 기술연수생의 증가율 154.9%와 140.1%를 앞서고 있다. 이들 불법취업 외국인 노동자는 각종 범죄 등을 일으키고 있으며 한편, 기본인권 침해와 노동착취의 대상이 되고 있는 등 많은 사회적 부작용을 유발하고 있어 외국인 노동자의 활용에 대한 깊은 연구가 이루어져야 할 필요가 있다.

〈表 II-28〉 國內就業 外國人 變動推移(1994~1996年)

(단위: 명, %)

연도	계	합법취업	기술연수생	불법취업
1994	81,824(100.0)	5,265(6.4)	28,328(34.6)	48,231(58.9)
1996	210,494(100.0)	13,420(6.4)	68,020(32.3)	129,054(61.3)

資料: 노동부, 『노동백서』, 1997.

최근 IMF사태로 인한 국내 경기의 침체 및 대량실업의 발생으로 인하여 이들 외국인 노동자 특히, 불법노동자에 대한 수요가 급격히 감소하여 외국으로부터 노동이동이 급격히 감소되며 또한 현재 국내에 체류중인 외국인 노동자도 대거 이동해 나갈 것으로 전망되고 있다.

4. 人口變動要因 變化의 示唆點

인구변동요인으로서 출생, 사망, 이동의 향후 변동을 전망하는 것이 21세기 대비를 위하여 매우 중요하다.

먼저 출산수준을 보면, 합계출산율이 1980년대 중반 인구대치수준에 도달한 이래 낮은 수준을 유지하고 있으며 최근에는 1.56(1997년)으로 더욱 낮아지고 있다. 최근 IMF사태의 영향으로 인한 가족해체 및 실업자(실업가구)의 증가와 가족경제의 악화로 출산의 중단 내지 연기현상이 나타나고 있고 남아선호도의 약화 및 태아성감별에 대한 처벌규정의 강화와 의료인의 자정적인 노력 등으로 남아를 얻기 위한

추가 출산이 억제되고 있다. 그리고 여성의 경제활동 참가의 증대와 함께 독신율이 증가할 것으로 전망되고 있다. 이외 기대자녀수, 혼인 행태 등 여러 출산관련지표의 최근 변화추이를 볼 때 향후 21세기에 우리 나라의 출산수준은 낮은 수준에서 유지될 것으로 예상되고 있다. 이러한 낮은 출산력의 지속으로 21세기 우리 나라에서도 서구의 저출산 국가가 겪고 있는 인구감소와 노령화로 인한 사회·경제의 정체 내지 후퇴가 우려되고 있다. 저출산 시대에 있어서는 인구의 질과 복지의 향상이 더욱 중요하다. 그리고 여성복지와 모자보건사업을 강화하여야 할 것이며, 취업여성이 출산과 취업을 병행할 수 있는 출산 휴가, 보육시설 확충 등 사회적 지원책이 필요하다. 장래 가입 인구로서 청소년의 생식보건사업이 강화되어야 할 것이다.

보건수준 개선, 영양상태의 향상 등으로 평균수명이 21세기에든 꾸준히 증가할 것으로 이는 출산력의 저하와 함께 노인인구 특히, 후기 노인층 인구의 상대적, 절대적 증가를 가져와 노인복지의 수요가 크게 증대하며 사회보장비가 증가할 것으로 전망되어, 노인복지는 21세기를 준비하는 국가과제중 상위과제가 되어야 할 것이다. 주요 사인은 뇌혈관질환, 간질환, 위암, 간암, 당뇨병 등의 만성적 질환과 교통사고 및 자살 등으로 이들 사인으로 인한 사망률이 대부분 증가하고 있다.

21세기 우리 나라 인구가 보다 건강하게 오래 살 수 있도록 하기 위해서 그리고 의료비와 인력상실 등의 사회적 비용을 줄이기 위해서 만성적 질환과 교통사고 및 자살에 의한 사망을 줄여야 하며, 이를 위해서는 식생활개선운동을 범국민적 차원에서 전개하며, 이들 질병에 대한 정기검진제의 확대, 건전음주문화의 정착, 금연 계몽활동의 강화, 선진교통문화의 정착, 자살방지 프로그램의 개발·운영 등이 필요하다. 특히, 최근 IMF사태로 인한 국민보건수준의 저하와 자살의 증가 등에 대처하기 위한 적극적이고 효과적인 대책이 강구되어야 한다.

이동 면에서는 농촌에서의 이동가능인구가 고갈되고 도시지역의 확대에 의하여 도시·농촌간 이동은 크게 줄어들고 대신 도시간 이동이 주류를 이루고 있다. 특히, 최근 정부가 추진하고 있는 그린벨트지역의 대폭적인 축소 조치는 대도시에서 인접한 도시로의 이동을 촉진시켜 도시간 이동이 더욱 활발해질 것으로 보인다. 따라서 향후 도시화율은 사회적 요인보다는 자연적 요인에 의해 주로 영향을 받아 크게 높아지지 않을 전망이다.

농촌의 농업노동력 부족 및 고령화 문제를 해결하기 위한 방안으로, 최근 IMF사태로 인한 실직자의 농촌이동을 촉진시킬 필요가 있다. 이들 이동자의 농촌 정착을 위해 농촌정착자금과 농촌사업지도를 제공하며, 자녀 교육을 위한 농촌 교육시설 수준의 향상, 사회간접시설의 확충 등이 필요하다. 이러한 조치는 실업대책으로서 뿐만 아니라 과도한 인구의 집중으로 인한 도시의 추가 유지비용을 줄이고 농촌의 발전을 위해서도 바람직할 것이다.

서울인구는 1990년대에 들어서 초과전출현상으로 감소하고 있으며 이러한 반전현상은 21세기에 계속될 전망이다. 반면 경기인구의 증가가 서울인구의 감소를 상회하여 수도권 인구는 21세기에 꾸준히 증가하여 국토의 균형적 개발에 장애 요인이 될 전망으로 수도권 전역을 대상으로 인구분산정책이 더욱 강화되어야 할 것이다.

1970년대 중반이래 해외이주자는 감소하여 왔으나 최근 IMF사태의 영향으로 증가하고 있으며 역이주자도 크게 감소하고 있다. 현 경제 위기에 대처방안으로서, 적극적인 이민정책을 수립할 필요가 있다. 국내 취업 외국인인 1990년대에 크게 증가하고 있으나 이들 노동자의 대부분이 불법 취업자이며 인권이 유린되고 또한 각종 사회문제를 유발시키고 있어 외국인 노동자의 활용에 대한 깊은 연구가 요구되고 있다.

Ⅲ. 將來 人口 展望

1. 人口規模

통계청의 인구추계(통계청, 1996)에 따르면, 인구대치수준이하의 출산력수준이 21세기에도 지속되어 연평균 인구증가율은 1990~2000년중 0.98%에서 2000~2010년기간 0.68%, 2010~2020년기간 0.34%로 계속 둔화되며, 2028년에 0%에 도달한 이후에는 사망자가 출생아를 초과하여 절대 인구가 감소하는 마이너스 성장률을 보일 전망이다. 인구는 2008년에 처음으로 5,000만명을 넘어서며 2028년에는 52,776천명으로 최대인구에 도달할 전망이다(表 Ⅲ-1 참조).

〈表 Ⅲ-1〉 總人口 및 年齡別 人口 變動推移(1970~2030年)¹⁾
(단위: 천명, %)

연도	총인구	연령별 인구		
		0~4세	15~64세	65세 이상
1970	32,241 (-)	13,709 (-)	17,540 (-)	991 (-)
1980	38,124 (1.68)	12,951 (- 0.57)	23,717 (3.02)	1,456 (3.85)
1990	42,869 (1.17)	10,974 (- 1.66)	29,701 (2.25)	2,195 (4.10)
2000	47,295 (0.98)	10,421 (- 0.52)	34,450 (1.48)	3,371 (4.29)
2010	50,618 (0.68)	10,080 (- 0.33)	35,506 (0.30)	5,032 (4.01)
2020	52,358 (0.34)	9,013 (- 1.12)	36,446 (0.26)	6,899 (3.16)
2030	52,744 (0.07)	8,448 (- 0.65)	34,130 (-0.66)	10,165 (3.88)
1970~2000 ²⁾	46.6	-24.0	96.4	240.1
2000~2030 ²⁾	11.6	-18.9	- 0.9	201.5

註: 1) ()은 이전 10년간 연평균 인구증가율임.

2) 기간중 증가율임.

資料: 통계청, 『장래인구추계』, 1996.

2000년 전후 60년간 인구변화를 살펴보면 총인구는 1970~2000년간 46.6%가 증가한 반면 2000~2030년간에는 11.6%만이 증가하여 21세기에 는 인구규모 변동 폭이 과거에 비해 크지 않을 것으로 보인다.

2. 人口構造

지속적인 저출산율과 저사망률의 영향으로 0~14세 유소년인구는 1972년 13,858천명으로 정점을 이룬 후 2010년 10,080천명, 2030년 8,448천명으로 계속 감소할 전망이다. 총인구대비 유소년인구의 비율도 1970년 42.5%를 정점으로 2000년 21.6%, 2030년 16.0%로 계속 낮아지고 있다. 유소년인구는 1970~2000년기간중 24.0%가 감소하였으나, 2000~2030년기간에는 18.9%가 감소하여 감소세가 다소 둔화될 전망이다(表 III-2 참조).

〈表 III-2〉 人口構造 變動推移(1970~2030年)

(단위: %)

연도	구성비			부양비			노년화 지수
	0~1세	15~64세	65세 이상	유년	노년	전체	
1970	42.5	54.4	3.1	78.1	5.6	83.7	7.3
1980	34.0	62.2	3.8	54.9	6.1	60.8	11.2
1990	25.6	69.3	5.1	36.9	7.4	44.3	19.9
1998	22.0	71.4	6.6	30.8	9.2	40.0	30.0
2000	21.6	71.2	7.1	30.3	10.0	40.4	32.9
2010	19.9	70.1	9.9	28.4	14.1	42.6	49.7
2020	17.2	69.6	13.2	24.7	20.0	43.7	76.7
2030	16.0	64.7	19.3	24.7	29.8	54.5	120.6

註: 노년화지수 = 65세 이상 인구 / 0~14세 인구 × 100(%)

資料: <表 III-1>과 동일

유엔(1997)에 따르면, 선진국의 유소년인구 비율이 1965년 27.5%로 정점을 이룬 후 2030년 16.3%로 낮아질 전망으로, 우리 나라 유소년인구의

비율이 선진국에 비해 약 5년 늦게 정점에 도달하고 있으나, 2030년에는 거의 선진국 수준에 도달하고 있다.

생산가능인구(15~64세)는 21세기에 들어서서도 계속 증가하고 있으나, 그 증가율이 점차 둔화되어 2018년 36,547천명으로 정점을 이룬 후 2030년 34,130천명으로 감소할 전망이다. 따라서, 1970~2000년간 생산가능인구는 96.4%가 증가하고 있으나, 2000~2030년간에는 오히려 0.9%가 감소할 전망으로 나타나고 있다. 총인구대비 생산가능인구의 비율은 1970년 54.4%에서 1998년 71.4%로 높아진 후, 2030년 64.7%로 낮아질 전망이다. 우리 나라 생산가능인구 비율이 정점에 이르는 시기는 선진국(2010년 68.0%, 2020년 64.9%)과 비슷하나 이후 감소속도가 약 10년 늦게 나타나고 있다.

〈表 III-3〉 生産可能人口 構造 變動推移(1970~2030年)

(단위: 천명,%)

연도	15~64세	연령별 구조 ¹⁾			평균 연령	성비
		15~24세	25~49세	50~64세		
1970	17,540	5,838 (33.3)	9,180 (52.3)	2,522 (14.4)	33.5	100.4
1980	23,717	8,613 (36.3)	11,813 (49.8)	3,292 (13.9)	33.1	102.1
1990	29,701	8,784 (29.6)	16,149 (54.4)	4,769 (16.0)	34.4	102.6
1998	33,162	7,978 (24.1)	19,248 (58.0)	5,936 (17.9)	36.2	103.2
2000	34,450	7,662 (22.8)	19,823 (58.9)	6,187 (18.4)	36.7	103.3
2010	35,506	6,585 (18.5)	20,079 (56.6)	8,842 (24.9)	39.1	104.2
2020	36,446	6,796 (18.6)	18,015 (49.4)	11,635 (31.9)	40.9	105.2
2030	34,130	6,066 (17.8)	16,628 (48.7)	11,436 (33.5)	41.2	106.3
1970~2000 ²⁾	96.4	31.2	115.9	145.3	-	-
2000~2030 ²⁾	- 0.9	-20.8	-16.1	84.8	-	-

註: 1) ()은 구성비임.

2) 기간중 증가율임.

資料: <表 III-1>과 동일

생산가능인구의 성별, 연령별 구조는 생산력 측면에서 중요한 의미를 가지고 있다. 저출산과 저사망의 영향으로 생산가능 연령층으로 진입하

는 인구는 감소하고 고연령 생산가능인구는 증가하여 생산가능인구의 고령화가 촉진되고 있다(表 III-3 참조). 이러한 생산가능인구의 연령구조 변화로 인하여 생산가능인구의 평균연령은 1970년 33.5세에서 2000년 36.7세, 2030년 41.2세로 높아지고 있다.

생산가능인구의 성비는 1970년 100.4에서 2000년 103.3 그리고 2030년에는 106.3으로 계속 높아질 전망이다. 이는 남아선호에 따른 성선택적 인공임신중절의 영향으로 출생성비가 높았던 연령층이 생산가능연령에 진입하였기 때문이다.

평균수명의 상승으로 65세 이상 노인인구는 2000년 3,371천명, 2010년 5,032천명, 2030년 10,165천명으로 급속히 증가할 전망이다(表 III-4 참조). 따라서, 총인구 대비 노인인구의 비율은 2000년에 7%를 넘어서 우리나라가 고령화사회로 진입하며, 2022년에 14.3%로 고령사회가 되며 2030년에는 19.3%로 선진국 수준(2025년 20.2%, 2030년 21.8%)에 도달하고 있다.

<表 III-4> 老人人口 變動推移(1970~2030年)

(단위: 천명, %)

연도	65세 이상	연령별 구조 ¹⁾			性比
		65~69세	70~79세	80세 이상	
1970	991	429 (43.3)	462 (46.6)	100 (10.1)	70.0
1980	1,456	623 (42.8)	654 (44.9)	179 (12.3)	59.8
1990	2,195	901 (41.0)	992 (45.2)	302 (13.8)	59.9
2000	3,371	1,366 (40.5)	1,525 (45.2)	480 (14.2)	62.4
2010	5,032	1,768 (35.1)	2,461 (48.9)	803 (16.0)	71.9
2020	6,899	2,487 (36.0)	3,077 (44.6)	1,335 (19.4)	77.9
2030	10,165	3,543 (34.9)	4,847 (47.7)	1,775 (17.5)	81.1
1970~2000 ²⁾	240.1	218.4	230.1	380.0	-
2000~2030 ²⁾	201.5	159.4	217.8	270.0	-

註: 1) ()은 구성비임.

2) 기간중 증가율임.

資料: <表 III-1>과 동일.

노인 중에서도 특히, 후기노인층 인구의 증가속도가 빠르게 나타나고 있다. 1970~2000년기간 65~69세 연령층이 218.4%가 증가한데 비하여 70~79세는 230.1% 그리고 80세 이상은 380.0%가 증가하고 있다. 21세기(2000~2030년)에 들어서도 65~69세 159.4%, 70~79세 217.8%, 80세 이상 269.8%의 증가율을 나타내어 연령이 높을수록 높은 증가율을 보이고 있다. 결과적으로, 전체 노인인구중 80세 이상 노인의 비율은 1970년 10.1%에서 2000년 14.2% 그리고 2030년 17.5%로 높아져 고령인구의 노령화가 가속화될 전망이다. 노인인구의 성비는 여자의 평균수명이 남자보다 높아 100 이하 수준을 보이고 있으나, 21세기에 들어 남자 사망률이 여자에 비해 더 큰 폭으로 감소되어 높아지고 있다.

유소년인구가 지속적으로 감소하고, 생산가능인구의 증가율이 계속 둔화되다가 2018년이후부터 감소하는 추세인데 반하여, 65세 이상 노인인구는 꾸준히 증가하여, 유소년부양비는 계속 낮아지고 노년부양비는 계속 높아질 전망이다. 2025년에는 노년부양비와 유소년부양비가 24.3%로 같아져 노년화지수가 100에 이르며, 이후에는 노년부양비가 유소년부양비를 상회하고 있다. 노년화지수가 100에 이르는 시기는 선진국의 2015년에 비해 약 10년 늦고 있다.

선진국의 예로 보아 1980년 중반이래 15년 이상 동안 인구대치수준 이하에서 유지된 우리 나라의 출산력이 미래에 쉽게 회복될 것으로 보이지 않아, 21세기 우리 나라의 고용 및 경제는 생산가능인구의 감소, 노령화 등에 의해 크게 영향을 받을 것으로 전망된다. 노동력의 노령화로 노동생산성이 낮아지고 또한, 직업간 및 지역간 노동의 이동이 어렵게 될 것이다. 이는 산업간 지역간 노동력의 수급의 불균형을 초래하여 구조적 실업은 높일 가능성이 있다. 인구의 연령구조와 직장내의 계층간 구조가 서로 달라 젊은 노동력의 승진이 어렵게 되어 사기와 창

의성이 저하될 우려가 높다. 또한 노동력 특히 젊은 노동력의 부족현상으로 인하여 산업간 노동력 확보경쟁이 치열해져 임금이 상승하여 결국 가격 경쟁력이 낮아 질 것이다.

비록 최근 IMF사태로 인하여 대량실업이 발생하고 있으나 이는 일시적인 현상으로, 지금부터 21세기에 예상되는 생산가능인구의 감소 및 노령화로 인한 경제의 정체 내지 후퇴를 막기 위한 고용 및 인력개발정책이 수립되어야 하며 기술개발에 보다 많은 투자가 이루어져야 할 것이다. 21세기를 대비한 인력수급정책의 일환으로 여성 및 노인 인구를 적극 활용하기 위한 정책이 강화되어야 한다.

노인인구가 급증한 반면 이들을 돌볼 인구는 감소하여 21세기에는 빈곤과 복지문제가 심각해 질 것이다. 노동력의 부족으로 임금은 상승하나 노인은 경쟁력이 떨어져 소득이 낮은 계층으로 남을 가능성이 높다. 후기노인층 인구의 증가로 인한 와상 및 치매노인의 증가도 간호 등 많은 요보호 요구를 발생하여 사회적 비용을 증가시킬 것이다. 결국, 일부 선진국에서와 같이 의료보호, 연금 등 사회보장에 대한 부담이 급속히 증가하는 반면, 생산인구의 감소 및 경제성장의 둔화로 사회보장재정이 악화될 수 있다. 노동세대의 부담이 크게 가중되지 않고 동시에 노인의 복지욕구를 충족시킬 수 있는 균형있는 정책의 수립이 필요하다 하겠다. 일본 정부가 총국민소득에 대한 세금 및 보장부담률을 50% 이하(1995년 36.7%)로 유지하기 위한 정책(Atoh, 1998)을 채택하고 있는 것이 좋은 예라고 할 수 있다.

3. 學齡人口

출산율의 감소로 이미 1980년부터 감소세로 전환한 학령인구(6~21세)는 21세기에 들어서도 계속 감소할 전망이다(表 III-5 참조). 즉, 학령인구

는 1980년 14,401천명에서 2000년 11,339천명, 2030년 9,256천명으로 줄어들고 있다. 1970~2000년기간 학령인구는 10.0%가 감소하였으며, 2000~2030년기간에는 18.4%가 감소하여 감소폭이 더욱 커질 전망이다.

<表 III-5> 學齡人口 變動推移(1970~2030年)¹⁾

(단위: 천명, %)

연도	학령인구 계	초등학교 (6~11세)	중학교 (12~14세)	고등학교 (15~17세)	대학교 (18~21세)	총인구대비 학령인구
1970	12,604(-)	5,711(-)	2,574(-)	2,101(-)	2,218(-)	39.1
1980	14,401(1.33)	5,499(-0.38)	2,599(0.10)	2,671(2.40)	3,632(4.93)	37.8
1990	13,361(-0.75)	4,786(-1.39)	2,317(-1.15)	2,595(-0.29)	3,663(0.08)	31.2
2000	11,339(-1.64)	4,081(-1.59)	1,877(-2.11)	2,150(-1.88)	3,230(-1.26)	24.0
2010	10,963(-0.34)	4,100(0.05)	2,124(1.24)	2,124(-0.12)	2,615(-2.11)	21.7
2020	10,262(-0.66)	3,641(-1.19)	1,919(-1.00)	1,968(-0.76)	2,735(0.45)	19.6
2030	9,256(-1.03)	3,369(-0.88)	1,712(-1.14)	1,745(-1.20)	2,430(-1.18)	17.5
1970~2000 ²⁾	-10.0	-28.5	-27.1	2.3	45.6	
2000~2030 ²⁾	-18.4	-17.4	- 8.8	-18.8	-24.8	

註: 1) ()은 이전 10년간 연평균 인구증감률임.

2) 기간중 증가율임.

資料: <表 III-1>과 동일.

학급별로도 이미 감소하고 있는 초등학교(1970년부터), 중학교 및 고등학교(1980년부터), 그리고 대학교(1990년부터) 학령인구는 21세기에 계속 감소할 전망이다. 2000~2030년기간 초등학교 학령인구는 71만명(연평균 -0.64%)이, 중학교 학령인구는 17만명(-0.31%), 고등학교 학령인구는 40만명(-0.70%), 그리고 대학교 학령인구는 80만명(연평균 -0.94%)이 감소할 전망이다.

21세기에 들어서서도 학령인구가 계속 감소함에 따라 교육의 질을 향상시키기 위한 교육정책이 더욱 강조되어야 할 것이다. 학령인구의 감소와 노인인구의 증가로 인한 사회보장비의 증가 등으로 정부의 교육부문에 대한 지출이 감소될 수 있으나, 21세기 고도의 산업화 시대

및 노동력의 부족 등의 변화를 감안하여 교육의 질을 높이기 위하여 오히려 학생당 교육지출비를 증가시킬 필요가 있다. 아울러 의무교육 기간을 연장할 필요가 있다. 교육정책은 학급당, 교사당 학생수 감소, 교육공간구조를 포함한 교육환경의 개선 등 교육의 질을 향상시키기 위한 방향으로 수립되어야 할 것이다. 특히, 학령인구의 감소에도 불구하고 인구 분포의 불균형으로 수도권 신도시 등 일부 지역에서는 학교가 부족하여 이부제 교육이 실시되고 있는 반면, 농어촌 지역 등에서는 학생수에 감소에 따른 학교의 통폐합이 불가피한 실정이다. 따라서 지역간 학교 수요에 따른 균형있는 학교 공급정책이 필요하다.

1990년부터 감소하기 시작한 대학교 학령인구는 21세기에 들어 더욱 감소할 전망으로 현재 대학진학률이 계속된다고 가정하더라도 실제 대학생수는 크게 감소할 것이다. 따라서, 21세기 대학입시 정책은 대학생수의 감소를 충분히 고려하여 보다 창의적이고 전문성이 제고될 수 있는 방향으로 수립되어야 할 것이다.

4. 南·北韓 人口展望

남북한 통일시기를 단정하기는 어려우나, 21세기 동안 가능할 것으로 보아, 21세기 인구전망은 남북한 인구 모두를 포함하는 것이 보다 의미가 있을 것이다. 남북한을 포함한 전체인구(이하 ‘통합인구’라 함)를 전망하기 위해서는 별도로 추계 하는 것이 바람직하나, 통일후 출산력, 사망력, 국제인구이동, 출생성비 등의 변화에 대해 가정하기가 어렵다는 문제가 있다. 즉, 통일에 따른 사회·경제적 변화가 남북한 인구의 출산행태와 사망력 수준에 미치는 영향을 추정하기가 어렵다.

따라서, 서로 다른 가정을 이용하여 독립적으로 추계된 남한과 북한의 인구를 단순히 합하여 남북한 통합인구를 전망하여 보았다. 남한

추계인구는 통계청 자료(1996)를 그리고 북한 추계인구는 보건사회연구원 자료(정기원외, 1992)를 이용하였다. 이중 북한인구 추계결과는 최근 북한의 식량난, 餓死者, 탈북자 등이 반영되어 있지 못하므로 이들 요소를 반영하고 또한 북한이 최초로 1993년 12월 31일 기준으로 실시한 인구센서스의 결과를 이용한 북한인구의 추계작업이 필요하다 하겠다. 이들 각 추계에 이용된 제가정은 <表 III-6>과 같다.

<表 III-6> 南北韓 推計人口 諸假定

(단위: 세, 남아 100명당 여아수)

구분	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
남한								
합계출산율	1.74	1.71	1.71	1.74	1.80	1.80	1.80	1.80
평균수명								
남자	69.55	71.02	72.27	73.27	73.87	74.47	74.97	75.42
여자	77.42	78.64	79.74	80.69	81.19	81.68	82.09	82.45
국제이동	연 30,000명 순이동자							
출생성비	113.4	112.7	110.7	108.9	107.0	107.0	107.0	107.0
북한								
합계출산율	2.47	2.31	2.20	2.10	2.03	1.95	1.89	1.83
평균수명								
남자	65.64	65.93	66.52	67.40	68.57	70.04	71.81	73.86
여자	72.03	72.28	72.78	73.53	74.53	75.78	77.28	79.03
국제이동	없음							
출생성비	106.0	106.0	106.0	106.0	106.0	106.0	106.0	106.0

資料: 1) 통계청, 『장래인구추계』, 1996.

2) 정기원 외, 『북한인구의 현황과 전망』, 1992.

남북한 공히 출산율이 낮아져 인구증가율이 둔화되고 있는데(表 III-7 참조), 남한의 경우 2000~2010년기간 연평균 인구증가율이 0.68%에서 계속 낮아져 2028년에 0%에 도달한 후 마이너스 성장률로 전환되나, 북한의 경우 출산률이 상대적으로 높아 연평균 인구증가율은 2000~2010년간 1.51%에서 2020~2030년간 0.60%으로 비교적 느리게 둔화되어 인구증가

을 0%는 2030년 이후에나 도달될 전망이다. 2000~2030년간 연평균 인구증가율은 남한 0.36%, 북한 0.85%로 이 기간간 북한인구의 증가율이 남한보다 두 배 이상 높으며 통합인구의 연평균 증가율은 0.54%로 나타나고 있다. 통합인구는 1998년 7,106만명에서 2010년 7,894만명, 2020년 8,303만명 그리고 2030년 8,551만명으로 증가할 전망이다. 북한인구의 증가율이 남한보다 높아 통합인구중 남한인구가 차지하는 비중은 1998년 65.3%에서 2010년 64.1%, 2030년 61.7%로 계속 낮아질 전망이다.

〈表 III-7〉 南北韓 人口規模 變動推移(1998~2030年)¹⁾

(단위: 천명, %)

연도	남한인구	북한인구	통합인구	구성비	
				남한	북한
1998	46,430 (-)	24,627 (-)	71,057 (-)	65.3	34.7
2000	47,275 (0.90)	25,381 (1.51)	72,656 (1.11)	65.1	34.9
2010	50,618 (0.68)	28,320 (1.10)	78,938 (0.83)	64.1	35.9
2020	52,358 (0.34)	30,674 (0.80)	83,032 (0.51)	63.1	36.9
2030	52,743 (0.07)	32,768 (0.66)	85,511 (0.29)	61.7	38.3
2000~2030 ²⁾	11.6	29.1	17.7		

註: 1) ()은 이전 10년간 연평균 인구증가율임.

2) 동기간의 증가율임.

資料: <表 III-6>과 동일.

유소년인구는, 남한에서는 출산율의 지속적인 감소로 1972년을 정점(13,858천명)으로 감소세로 전환하였으나, 북한에서는 출산율이 상대적으로 높아 남한에 비해 약 30년이 늦은 2003년(7,536천명)부터 감소세로 전환하고 있다. 결과적으로, 통합인구의 유소년인구는 2004년 17,947천명으로 정점을 이룬 후 2030년 14,938천명(총인구대비17.5%)으로 감소하고 있다(表 III-8 참조).

생산가능인구는 남한의 경우 2018년을 정점으로 감소세로 전환하나 북한은 2030년 이후까지 계속 증가하여, 통합인구의 생산가능인구는 남

한보다 2년 늦은 2020년(58,211천명)을 정점으로 감소할 것으로 보인다. 2000~2030년기간 남한의 생산가능인구는 연평균 0.05%만이 증가하고 있는 반면, 북한의 생산가능인구는 0.94%가 증가하여 통합인구 생산가능인구 대비 북한 생산가능인구 비율이 2000년 33.2%에서 2030년 39.9%로 높아지고 있다. 21세기 남한의 노동력 부족이 통일후 북한 노동력에 의해 완화될 수 있음을 보여주고 있다.

〈表 III-8〉 南北韓 人口構造 變動推移(1998~2030年)

(단위: 천명,%)

연도	남한인구			북한인구			통합인구		
	0~14	15~16	65+	0~14	15~16	65+	0~14	15~16	65+
1998	10,217	33,162	3,051	7,296	16,262	1,069	17,513	49,425	4,120
2000	10,233	33,671	3,371	7,454	16,764	1,163	17,687	50,435	4,534
2010	10,080	35,506	5,032	7,075	19,594	1,651	17,155	55,100	6,683
2020	9,013	36,446	6,899	6,461	21,765	2,448	15,474	58,211	9,347
2030	8,448	34,130	10,165	6,490	22,212	4,066	14,938	56,342	14,231
(증가율)	(-0.64)	(0.05)	(3.68)	(-0.46)	(0.94)	(4.17)	(-0.56)	(0.37)	(3.81)
구성비									
1998	22.0	71.4	6.6	29.6	66.0	4.4	24.6	69.6	5.8
2000	21.6	71.2	7.1	29.4	66.0	4.6	24.3	69.4	6.2
2010	19.9	70.1	9.9	25.0	59.2	5.8	21.7	69.8	8.5
2020	17.2	69.6	13.2	21.1	71.0	8.0	18.6	70.1	11.3
2030	16.0	64.7	19.3	19.8	67.8	12.4	17.5	65.9	16.6

註: ()는 2000~2030년간 연평균 인구증가율임.
 資料: <表 III-6>과 동일.

남한은 2000년에 65세 이상 노인인구가 7.1%로 고령화사회에 진입하며, 2030년에 19.8%에 이를 전망인데 반하여, 북한은 2017년에 7.1%에 도달하여 남한보다 17년 늦게 고령화사회에 진입하며, 2030년에는 12.4%에 이를 전망이다. 노인인구는 남북한 모두 높은 증가율을 보이고 있는데, 남한의 경우 2000년 3,371천명에서 2030년 10,165천명으로 이 기간 연평균 3.68%가 증가할 전망이며, 북한의 경우 1,163천명에서

4,066천명으로 연평균 4.17%가 증가할 전망이다. 21세기초 남한에 비해 북한 노인인구가 더 빠른 속도로 증가하는 이유는 남한의 인구고령화 수준이 상대적으로 높은 수준에 도달하였기 때문이다. 한편, 통합인구의 노년인구는 2004년에 7.2%(5,416천명)에 도달하여 고령화사회로 진입한 이후 2020년 11.3%(9,347천명), 2030년 16.6%(14,231천명)으로 증가하여 2000~2030년기간 연평균 3.81% 증가율을 보일 전망이다.

남북한 인구구조의 차이로 1998년 북한인구의 평균연령은 28.2세로 남한의 32.2세보다 약 4세가 더 젊으며, 고령화가 심화될 2030년에는 37.4세와 41.9세로 각각 나타나 남북한 인구의 평균연령 차이가 4.5세가 나고 있다(表 III-9 참조). 남·북한 통합인구의 평균연령은 1998년 30.8세에서, 2030년 40.2세로 높아져 약 30년간 10세 정도가 증가할 전망이다. 생산가능인구의 평균연령은 1998년 남한 36.2세, 북한 34.8세로 북한이 남한보다 약 2세정도가 젊게 나타나고 있으며, 2030년에는 41.2세와 39.7세로 각각 증가할 것으로 나타나고 있다. 통합인구 생산가능인구의 평균연령은 1998년 35.7세에서 2030년 40.6세로 이 기간 약 5세가 높아질 전망이다.

<表 III-9> 平均年齡 變動推移(1998~2030年)

(단위: 세)

연도	전체			생산가능인구			노년인구		
	남한	북한	통합	남한	북한	통합	남한	북한	통합
1998	32.2	28.2	30.8	36.2	34.8	35.7	72.5	72.3	72.4
2000	32.9	28.7	31.4	36.7	35.2	36.2	72.5	72.3	72.4
2010	36.2	31.1	34.6	39.1	37.0	38.4	72.9	72.5	72.8
2020	39.4	34.7	37.7	40.9	38.5	40.0	73.1	72.5	72.9
2030	41.9	37.4	40.2	41.2	39.7	40.6	73.0	72.6	72.9

資料: <表 III-6>과 동일.

결혼적령기를 남자 26~30세 그리고 여자 23~27세로 가정하여 이들의 성비를 산출하였다(表 III-10 참조). 남한의 결혼적령인구 성비는

2001년 116.5, 2011년 125.1 두 번 정점을 이루고 있으며, 2020년대 중반 부터는 114수준을 유지할 전망이다. 2001년 정점은 출산율이 급격히 감소한 1980년대의 서로 다른 남녀 출생코호트간 출생아수의 차이에 기인하며, 2011년 정점은 1990년대 높은 출생성비에 기인한다. 북한의 결혼 적령인구 성비는 2000년에 116.7로 높게 나타나나, 이외 연도에서는 110 이하로 나타나고 있다. 특히, 2010년 전후로는 성비가 100이하로 아주 낮게 나타나고 있다.

통합인구의 결혼적령인구 성비는 남북한의 성비가 모두 높은 2000년과 2020년대 후반 그리고 남한의 성비가 아주 높은 2010년에 110 수준을 상회하며, 이외 연도에서는 100보다 다소 높은 수준을 유지하고 있다. 결과적으로, 남한에서 결혼적령인구 성비의 불균형으로 인한 신부부족현상은 통일시 북한의 2010년 전후 신부초과현상에 의해 어느 정도 완화될 것으로 보인다.

〈表 III-10〉 結婚適齡人口의 性比 變動推移(1998~2030年)

(단위: 천명, 여자100명당)

연도	남한			북한			통합인구		
	남자	여자	성비	남자	여자	성비	남자	여자	성비
1998	2,278	2,121	107.4	1,353	1,241	109.0	3,631	3,362	108.0
2000	2,272	1,977	114.9	1,307	1,120	116.7	3,579	3,097	115.6
2005	1,963	1,915	102.5	1,011	934	108.2	2,974	2,849	104.4
2010	1,989	1,612	123.4	999	1,038	96.2	2,988	2,650	112.8
2015	1,601	1,506	106.3	1,115	1,178	94.7	2,716	2,684	101.2
2020	1,778	1,630	109.1	1,289	1,268	101.7	3,067	2,898	105.8
2025	1,828	1,605	113.9	1,312	1,204	109.0	3,140	2,809	111.8
2030	1,734	1,523	113.9	1,219	1,096	111.2	2,953	2,619	112.8

註: 남자는 26~30세, 여자는 23~27세임.

資料: <表 III-6>과 동일

결론적으로 남북한 통일은 인구규모면에서 대국으로서의 지위를 가져오며, 인구구조면에서는 남한인구를 기준으로 볼 때 저연령인구의 감소 속도를 줄이고, 생산가능인구의 감소시기를 지연시키며 인구의 노령화 속도를 다소 늦출 전망이다. 그러나 현재 남한과 북한의 사회·경제의 구조가 아주 상이하고 또한 통일후 변화를 예측하기가 곤란하여 통합인구의 변동이 통일한국의 사회·경제에 어떠한 영향을 미칠 것인가에 대하여 추정하기가 매우 어렵다. 그럼에도 불구하고, 향후 통일을 대비하여 남북한 인구의 변동이 향후 통일한국의 사회·경제에 미치는 영향 등에 대한 연구가 이루어 져야할 것이다. 통일 전부터 구서독이 통일을 대비하여 구 동·서독 통합 인구의 변동이 통일후 사회·경제에 미치는 영향을 연구하여 왔다는 사실을 상기할 필요가 있겠다. 물론, 이를 위해서는 북한의 인구현상뿐만 아니라 사회·경제 전반에 걸친 정확한 통계자료의 입수가 선결과제라고 할 수 있다.

5. 將來 人口展望의 示唆點

21세기에 들어 우리 나라의 사회와 경제는 노동력의 감소와 노령화, 노인 특히 후기노인층의 증가, 학령인구의 감소 등에 의해 크게 영향을 받을 것으로 전망된다.

경제적인 측면에서는 노동력의 노령화로 노동생산성과 노동이동성이 낮아져 산업간 지역간 노동력 수급의 불균형이 발생하며 구조적 실업률이 높아질 가능성이 있다. 또한 노동력의 부족으로 인하여 노동력 확보경쟁이 치열해져 임금이 상승하여 결국 가격 경쟁력이 낮아 질 것이다. 따라서 지금부터 21세기에 노동력 감소 및 노령화에 대처하기 위한 고용 및 인력개발정책이 수립되어야 할 것이다. 인력수급정책의 방안으로 여성 및 노인 인력의 활용이 적극적으로 고려되어야 한다.

사회적인 측면에서는 노인인구가 급증한 반면 이들을 돌볼 인구는 감소하여 21세기에는 빈곤과 복지문제가 심각해질 가능성이 높다. 즉, 노동력의 부족으로 임금은 상승하나 노인은 경쟁력이 떨어져 소득이 낮은 계층으로 남을 가능성이 높다. 후기노인층의 증가로 인한 외상 및 치매노인의 증가도 요보호 요구를 증가시켜 사회적 비용을 증가시킬 것이다. 반면, 노동력의 감소 및 경제성장의 둔화로 사회보장재정이 악화될 수 있다. 노동세대의 부담이 크게 가중되지 않고 동시에 노인의 복지요구를 충족시킬 수 있는 균형 있는 정책의 수립이 필요하다고 하겠다.

교육적인 측면에서는 학령인구의 지속적인 감소를 고려하여 그리고 21세기 고도의 산업화 시대 및 노동력의 부족 등의 변화에 대처하기 위하여 교육의 질 향상을 위한 교육정책이 강조되어야 한다. 이를 위해서 학생당 교육지출비를 증가시키고, 학급당 및 교사당 학생수 감소, 교육환경의 개선 등이 이루어 질 수 있도록 하여야 한다. 대학교 학령인구의 감소에 맞추어 대학입시정책은 보다 창의적이고 전문성이 제고될 수 있는 방향으로 수립되어야 한다.

끝으로, 남북한 통일은 인구규모면에서 대국으로서의 지위를 가져오며, 구조면에서는 노령화 속도와 노동력 부족시기를 다소 늦출 것이다. 남한에서 결혼적령인구 성비의 불균형으로 인한 신부부족현상은 통일시 북한의 신부초과현상에 의해 어느 정도 완화될 것으로 보인다. 서독의 예와 같이 통일을 대비하여 남북한 인구의 변동이 통일한국의 사회·경제에 미치는 영향 등에 대한 연구가 이루어져야 할 것이다.

IV. 向後 政策課題와 對應戰略

1. 生殖保健

가. 生殖保健事業의 現況

우리 나라는 20세기를 마감하고 21세기를 준비하는 현 시점에서 급변하는 국내외 환경에 적극 대처해야 하는 중요한 기로에 서 있다. 즉 안으로는 IMF 경제위기와 관련된 사회경제적 여건변화를 슬기롭게 극복하면서 경제수준에 부응한 「삶의 질」을 선진화하고, 밖으로는 세계화의 시대적 환경 속에서 국가경쟁력을 강화해야 하는 시련과 고통을 겪고 있다. 일반적으로 삶의 질은 물질적 풍요에 의한 생활수준의 향상뿐 아니라 신체적, 환경적, 심리적 풍요를 망라한 종합적인 개념으로 인식되고 있다. 따라서 다가오는 21세기에 요구되는 삶의 질은 물질적인 것 뿐 아니라 개인의 욕구에 따라 다양화되고 차별화될 것으로 전망되기 때문에 21세기 대비한 생식보건사업도 가족구성원 개개인의 욕구에 부응할 수 있도록 다양하게 전개되어야 할 것이다.

1994년 인구·개발에 관한 국제회의(ICPD: International Conference on Population and Development, 카이로 이집트)와 1995년 「사회개발을 위한 세계정상회의」(덴마크 코펜하겐)를 기화로 대부분의 국가들은 「삶의 질」의 향상에 역점을 두게 되었고 가족계획도 생식보건사업(Reproductive Health Care)에 포함하여 통합, 추진하고 있는 것이 최근의 세계적인 추세라고 할 수 있다. ICPD에서 채택한 생식보건의 정의는 질병뿐 아니라 신체적, 정신적, 사회복지 측면에서 완전한 건강상태

를 의미하며, 여기에는 모자보건, 가족계획, 불임증, 인공임신중절, 성병 및 에이즈 등 출산과 관련된 제반 내용을 포함하고 있다. 이와 같은 ICPD의 접근 방식은 생식보건과 관련된 충분한 정보를 제공한 후 개인의 필요와 요구에 따라 포괄적이고 질적인 서비스를 제공하는 일련의 통합추진방식의 일환이라고 할 수 있다.

우리 나라는 1962년부터 경제개발계획과 가족계획사업 위주의 인구증가억제정책을 성공적으로 추진하여 서구 선진국에서는 1세기에 걸쳐 이루어진 저출산율·저사망률 수준의 인구전환이 불과 25년이라는 짧은 기간에 실현되었다. 즉 한 여성의 전 생애를 통한 출산자녀수를 의미하는 합계출산율은 1960년의 6.0명에서 1984년에 인구대치수준인 2.1명에 도달되었고 1987년 이후 1.6~1.75명 수준의 저출산율을 유지해 왔다. 따라서, 정부는 지난 1996년 6월에 그간 추진되어 온 인구증가억제정책을 폐지하고 인구자질향상 및 복지증진을 위한 신인구정책으로 전환한 바 있다.

신인구정책의 기본목표는 1) 지속 가능한 사회경제적 발전목표를 달성하기 위한 저출산 수준의 유지와 유병률 및 사망수준의 개선, 2) 가족보건 및 복지증진, 3) 정상적인 출생성비 회복 및 인공임신중절의 예방, 4) 청소년 성문제 예방, 5) 여성지위향상, 6) 노인복지증진, 7) 지역별 인구의 균형분포, 8) 지역별 인구계획의 추진 및 통계수집체계의 구축, 9) 신인구정책 추진을 위한 조직 조성 등으로 요약될 수 있으며, 이는 ICPD 기본원칙에 따라 수립된 것이다. 그러나 이와 같은 신인구정책의 채택과 더불어 그간 전 세계적인 성공사례로 평가되어 온 우리나라의 가족계획사업은 출산율이 적정수준으로 저하되었다는 이유만으로 정부의 우선 사업에서 제외된 채 그 명맥만이 유지되고 있을 뿐이다.

특히 IMF 경제위기 하에서 발생되고 있는 대량실업문제는 장기간 지속될 것으로 예상되고, 금년 말에는 실업률이 10% 내외의 높은 수

준으로 증가할 것으로 전망되고 있다. 정부는 실업자에 대한 대책을 다각적으로 수립, 시행하고 있으나, 이들을 위한 피임서비스는 가족복지 차원에서 매우 중요한 의미를 지니고 있음에도 불구하고 이에 대한 대책은 거의 부재한 실정이다. 1992년부터 인구증가 억제정책에서 인구증가 촉진책으로 전환한 대만이나 싱가포르 등 신진 저출산국가에 있어서도 저소득층, 장애인 등 특수계층에 대하여는 보건복지 차원에서 정부지원의 피임서비스를 계속하고 있고, 이와 같은 사례는 미국을 포함한 선진국에서도 볼 수 있다. 여기에서는 「1997년 전국 출산력 및 가족보건 실태조사」 결과를 토대로 최근 우리 나라의 생식보건사업 현황과 정책방향에 관하여 알아보고자 한다.

1) 家族計劃

정부가족계획사업이 착수된 1962년이래 우리 나라 피임실천율은 정부지원에 의한 피임보급물량에 크게 좌우되어 왔다. 그러나 인구증가율이 1%수준으로 둔화된 1990년을 전후해서 정부 가족계획사업예산은 1990년의 109.3억원에서 1997년에는 불과 4.1억원으로 감액되어 정부지원에 의한 피임보급은 극히 미약한 실정이다. 이와 같은 정부가족계획사업의 축소에 영향을 받아 1991~1994년기간중 15~44세 유배우 부인의 피임실천율은 79.4%에서 77.4%로 감소한 현상을 보였으나 1997년 조사에서는 80.5%로 증가하여 가족계획사업이 시작된 1962년이후 가장 높은 수준으로 나타났으며, 이는 1989년부터 시작된 정부피임보급 물량의 급격한 감소와 1996년 정부의 인구증가억제정책의 폐지에도 불구하고 나타난 결과로서 매우 긍정적인 것으로 평가된다.

피임방법별 실천율을 보면, 정부의존도가 높았던 불임수술은 그 실천율이 낮아지는 반면, 자궁내장치 또는 일시적 피임방법에 의한 실천율은 증가하는 양상이다. 즉, 정부의 불임수술 위주의 피임보급정책

으로 1988년 48.2%까지 높아졌던 불임수술 실천율은 1989년부터 정부 보급물량이 크게 감소된 영향으로 1997년에는 11.3%포인트가 저하된 36.9%를 나타내고 있다. 자궁내장치에 의한 피임실천율은 1988년 6.7%에서 꾸준히 증가하여 1997년에는 6.5%포인트가 증가한 13.2%를 나타내고 있으며, 특히 콘돔에 의한 피임실천율은 1988년 10.2%, 그리고 1997년에는 15.1%로 꾸준히 증가되고 있다.

이와 같은 피임실천양상의 변화는 정부의 불임수술 보급물량이 크게 감소되면서 나타난 현상으로 강한 정부의존을 보이던 대상 층이 방임군이 되어 출산율의 증가로 이어진 것이 아니라 일시적 피임방법에 의한 피임수용군으로 변하고 있음을 의미한다. 특히 콘돔사용률의 증가는 비단 가족계획 목적으로 뿐만 아니라 성병 및 에이즈 예방차원에서 매우 바람직한 것으로 평가되지만 불임실천율의 감소와 일시적인 피임실천율의 증가에 따라 앞으로 피임실패에 의한 인공임신중절률의 증가도 예의 주시해야 할 것이다.

우리 나라 부인중 단산 목적으로 피임을 실천하는 부인은 71.4%로 1994년의 66.4%에 비하여 5.0%포인트가 높아진 반면, 터울조절은 1.6%포인트가 낮아진 7.5%를 나타내어 단산 목적의 피임실천이 오히려 높아지는 경향을 나타내고 있다. 따라서 원치 않는 임신과 이에 따른 인공임신중절을 예방하기 위해서는 결혼과 동시에 터울조절 목적의 피임실천이 생활화될 수 있도록 계몽교육활동이 지속적으로 추진되어야 한다.

정부의 피임보급물량이 대폭 감소된 1991년 이후 자비부담 피임수용률은 점차 증가하는 경향을 보이고 있다. 난관수술의 경우 1991년의 4.6%에서 1997년에 25.9%로, 정관수술은 동 기간중 1.9%에서 18.7%로 꾸준히 증가했다. 특히 자궁내장치의 자비부담 수용률은 1991년의 6.0%에서 1997년도 76.8%로 가장 큰 증가추세를 보이고 있다.

그러나 IMF 경제여파는 장기간 지속될 것으로 전망되기 때문에 앞

으로 자비피임 수용률의 급격한 증가도 기대하기 어려운 상황에서 생활형편이 어려운 실업자를 포함한 저소득층, 장애인 등 취약계층에 대해서는 이들이 경제적 부담 없이 피임을 수용할 수 있도록 정부지원에 의한 피임보급이 지속되어야 할 것이다.

〈表 IV-1〉 15~44歲 有配偶 婦人의 特性別 避妊實踐率
(1988~1997年)

(단위: %)

특성	1988	1991	1994	1997
전체	77.1	79.4	77.4	80.5
지역				
동부	77.7	79.3	77.1	80.5
읍·면부	75.5	80.0	78.4	80.7
피임방법				
난관수술	37.2	35.3	28.6	24.1
정관수술	11.0	12.0	11.6	12.7
자궁내장치	6.7	9.0	10.5	13.2
먹는 피임약	2.8	3.0	1.8	1.8
콘돔	10.2	10.2	14.3	15.1
기타	9.2	9.9	10.6	13.6
연령				
15~24세	44.4	45.6	40.6	45.2
25~29세	65.4	61.4	60.1	60.6
30~34세	86.8	84.4	81.3	82.5
35~39세	89.6	93.7	89.6	91.1
40~44세	81.6	87.2	87.4	89.6
현존자녀수				
0명	21.0	20.4	23.0	26.1
1명	58.1	61.8	58.7	62.0
2명	89.3	91.4	90.2	92.5
3명	90.5	92.8	91.4	91.4
4명 이상	86.6	88.0	88.4	94.2

資料: 조남훈외, 『1997 전국 출산력 및 가족보건실태조사보고서』, 한국보건사회연구원, 1997.

2) 母子保健

임신기간 동안의 적절한 산전검진은 임부의 건강과 태아의 이상유무를 초기에 발견함으로써 태아의 정상성장 및 안전분만을 위하여 필수적인 것이다. 연도별 최종출생아의 산전수진율은 1997년의 경우 99.6%로 거의 완벽한 수준을 나타내고 있으며, 의료기관에서 산전수진 경험이 있는 부인의 92.5%가 산전진찰시에 모자보건수첩을 발급받고 있다. 산후수진율 즉, 분만 후 병·의원 등 보건의료기관에 다녀온 부인의 비율은 81.0%로 1988년 조사의 52.3%에 비해 매우 높은 증가를 보인다. 1997년 시설편만율은 99.7%로서 전국민의료보험이 실시되기 이전인 1985년의 75.2%에 비해서 크게 증가하고 있다. 1995년이후 출생한 최종아의 73.6%가 선천성대사이상검사를 받은 것으로 나타나, 1994년도 조사의 검사율 35.7%에 비하여 높은 증가를 보이고 있다. 이와 같은 높은 산전수진이나 시설편만이 대부분 일반병의원에서 이루어지고 있는 현실에서 민간과 공공의료기관의 역할과 기능의 재정립이 필요하다고 판단된다. 또한 최근에 이르러 진료중심의 의료보험이 예방중심의 건강보험으로 전환되고 있는 시점에서 태아이상검사를 포함한 산전진찰과 더불어 고위험 신생아 등에 대한 진료는 의료보험급여대상에 포함토록 하고 공공부문은 고위험 임신부 관리와 영유아의 예방접종을 포함한 건강검진에 역점을 두는 한편, 지역내 민간의료기관과의 연계체제를 구축하는 방안이 강구되어야 할 것이다. 또한 우리 나라는 모자보건을 포함한 보건의료사업을 평가하고 기획하는데 이용될 수 있는 통계생산이 매우 미약한 실정이다. 특히 경제협력개발기구(OECD)가 요구하는 보건통계에 능동적으로 대처하고 ICPD 출산건강에 관한 통계 생산을 위해서는 사업의 내용은 물론이고 이에 따른 통계생산 체계가 구축되어야 하며, 이는 곧 정보화·세계화 시대에 대비하기 위해서도 필

수적인 것이다.

1995년이후에 출생한 최종아의 분만형태는 64.1%가 자연분만이고, 35.9%가 제왕절개 분만이다. 제왕절개분만율은 1982年 4.4%에서 1997년에 35.9%로 계속 증가하는 추세이다. 이와 같은 제왕절개분만은 모성보건차원에서 엄격히 규제되어야 할 것이며 이를 위해서는 현행 의료보험 분만수가의 현실화와 더불어 포괄수가제와 같은 의료보험 수가체계의 개선이 요구된다.

〈表 IV-2〉 15~44歲 有配偶婦人의 最終出生兒 産前·産後受診率 및 施設分娩率(1982~1997年)

(단위: %)

구분	1982 ¹⁾	1985 ²⁾	1988 ³⁾	1991 ⁴⁾	1994 ⁵⁾	1997 ⁶⁾
산전수진율	69.3	82.4	88.5	94.4	99.2	99.6
산후수진율	-	-	52.5	-	-	81.0
시설분만율	63.3	75.2	87.8	98.1	98.8	99.7

資料: 1) 문현상 외, 『1982년 전국가족보건실태조사보고』, 한국인구보건연구원, 1982.
 2) _____, 『1985년 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국인구보건연구원, 1985.
 3) _____, 『1988년 전국출산력 및 가족보건실태조사』, 한국인구보건연구원, 1989.
 4) 공세권 외, 『한국에서의 가족형성과 출산행태조사』, 한국보건사회연구원, 1992.
 5) 홍문식 외, 『1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연구원, 1994.
 6) 조남훈 외, 『1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사보고』, 한국보건사회연구원, 1997.

3) 母乳授乳

WHO의 보고에 의하면 인공유보다 모유가 영유아에게 있어서 영양 면이나 질병에 대한 면역 면에서 월등하다는 것이 널리 입증되어, 최근 모유수유율을 높이기 위해 WHO, UNICEF 등 국제보건기구, 민간 사회단체와 정부가 협조하여 많은 노력을 기울이고 있다. 연도별 모

유수유율을 보면, 1982년의 모유수유율은 68.9%에서, 1985년은 59.0%, 1988년 48.1%, 1994년 11.4%로 계속 감소하다가 1997년에는 모유수유율이 14.1%로 약간 증가하였다. 그러나 모유를 전혀 먹이지 못한 경우인 인공유 수유율은 1982년의 4.6%에서 1997년에는 33.4%로 계속 증가하여 인공유수유가 더욱 확산됨을 알 수 있다. 공공부문의 모자 보건사업에서 관련단체들과 지속적인 협조체제를 유지하며 각종 홍보 활동을 전개하고, 母子同室制를 실시하는 병·의원에는 의료보험수가를 적용하는 등 적극적인 노력이 경주되어야 할 것이다.

〈表 IV-3〉 15~44歲 有配偶婦人の 最終兒에 대한 授乳様相 (1982~1997年)

(단위: %)

연도	모유	혼합유	인공유	기타	계 (수)
1982	68.9	14.5	14.6	2.0	100.0 (1,267)
1985	59.0	25.3	15.6	-	100.0 (3,538)
1988	48.1	33.9	18.0	-	100.0 (2,843)
1994	11.4	60.7	27.9	-	100.0 (1,930)
1997	14.1	52.5	33.4	-	100.0 (1,163)

資料: <表 IV-2>와 동일

1997년 자료에서 최종출생아의 수유양상을 출생아의 월령에 따라 모유를 먹인 비율이 어떻게 변화하는지 살펴보면 생후 1개월의 시점에서 완전모유수유율은 41.7%이며, 생후 2개월은 34.8%이며, 3개월 29.6%, 6개월 22.1%, 9개월 16.2%, 12개월 11.7% 등으로 나타나고 있다. 혼합수유를 포함한 모유수유율은 생후 1개월의 시점에서 56.3%이며, 생후 2개월은 48.5%이며, 3개월 41.9%, 6개월 32.6%, 9개월 24.5%, 12개월 19.4% 등으로 변화하고 있다.

부인의 출산형태에 따른 최종출생아의 완전모유수유율을 보면 자연분만의 경우 생후 1개월일 때 45.0%의 높은 모유수유율을 나타내고

있는 반면, 제왕절개로 분만한 경우는 35.9%이다. 이와 같은 출산형태별 모유수유율의 차이는 출생기간이 지나가도 계속되어 생후 3개월의 모유수유율이 자연분만에 의한 출생아는 32.6%, 제왕절개분만에 의한 출생아는 24.4%이다. 출산형태에 따른 최종출생아의 혼합유를 포함한 모유수유율은 자연분만의 경우 생후 1개월일 때 59.2%이며, 제왕절개로 분만한 경우는 51.0%로 완전 모유수유와 비슷한 차이를 나타내고 있다. 즉 부인의 출산형태에 따른 모유수유율은 자연분만으로 출산한 경우 모유수유율(혼합수유 포함)이 높다.

〈表 IV-4〉 15~44歲 有配偶婦人의 最終出生兒의 出産形態別 出生兒의 月齡에 따른 母乳授乳率

(단위: %)

월령	완전 모유수유율			혼합수유포함시 모유수유율		
	계	자연분만	제왕절개	계	자연분만	제왕절개
생후 1개월	41.7	45.0	35.9	56.3	59.2	51.0
2개월	34.8	38.7	28.9	48.5	52.0	42.4
3개월	29.6	32.6	24.4	41.9	44.8	36.7
4개월	26.4	29.5	20.8	37.4	41.4	30.0
5개월	23.9	25.9	20.4	34.5	37.9	28.6
6개월	22.1	23.7	19.4	32.6	35.3	28.0
7개월	19.7	21.0	17.4	29.3	31.2	26.0
8개월	17.6	18.3	16.4	26.5	28.9	22.3
9개월	16.2	16.5	15.7	24.5	26.5	20.9
10개월	14.3	14.6	13.7	22.0	24.0	18.4
11개월	12.3	12.4	12.0	20.2	21.9	17.2
12개월	11.7	12.1	10.9	19.4	21.2	16.3

資料: 1997년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사자료 재분석, 한국보건사회연구원.

4) 人工妊娠中絶

우리 나라는 1973년에 제정된 모자보건법 제2조 제6항에서 “인공임신중절이란 태아가 모체 밖에서 생명을 유지할 수 없는 기간에 태아와 그 부속물을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 행위”로 정의되

고 있으며, 이 인공임신중절 수술은 동 모자보건법 제14조 제1항에 의거한 허용범위내에서만 수술을 할 수 있도록 제한되어 있는데 그 허용범위는 다음과 같다.

- ① 본인 또는 배우자가 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
- ② 본인 또는 배우자가 전염성 질환이 있는 경우
- ③ 강간 또는 준강간에 의하여 임신이 된 경우
- ④ 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 친척간에 임신된 경우
- ⑤ 임신의 지속이 보건학적 이유로 모체의 건강을 심히 해하고 있거나 해할 우려가 있는 경우

그리고 모자보건법 제15조에서는 인공임신중절 수술은 임신한 날로부터 28주 이내에 한하여 허용하고 있다. 1997년 전국출산력 및 가족보건실태조사의 결과에 의하면, 1995년부터 1997년 조사시점까지 인공임신중절을 경험한 15~44세 유배우부인의 인공임신중절시기는 임신한 날로부터 1개월이 60.7%, 2개월 31.5%로 92.2%가 임신후 2개월 내에 인공임신중절을 수용하고 있으며, 나머지 7.8%도 6개월 이내에 인공임신중절을 수용하고 있는 것으로 나타나고 있다.

〈表 IV-5〉 15~44歲 有配偶婦人의 人工妊娠中絶 時期(1995~1997年)
(단위: 건수, %)

연령	임신후 1개월	2개월	3개월	4개월	5개월	6개월	계
15~24	20 (48.8)	17 (41.5)	3 (7.3)	0 (-)	1 (2.4)	0 (-)	41 (100.0)
25~29	86 (62.8)	46 (33.6)	0 (-)	4 (2.9)	1 (0.7)	0 (-)	137 (100.0)
30~34	92 (58.2)	49 (31.0)	14 (8.9)	2 (1.3)	0 (-)	1 (0.6)	158 (100.0)
35~39	54 (66.7)	21 (25.9)	5 (6.2)	1 (1.2)	0 (-)	0 (-)	81 (100.0)
40~44	10 (66.7)	3 (20.0)	2 (13.3)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	15 (100.0)
계	262 (60.7)	136 (31.5)	24 (5.6)	7 (1.6)	2 (0.5)	1 (0.2)	432 (100.0)

資料: 1997년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사자료 재분석, 한국보건사회연구원.

인공임신중절은 모자보건법상 사회·경제적 이유에 의해서는 허용되지 않고 있지만, 원하지 않는 임신을 출산으로 연결시키지 않는다는 점에서 인공임신중절이 출산력에 미친 영향은 피임실천율의 증대 및 초혼연령의 상승과 더불어 출산율 저하에 미친 3대 요인의 하나로 평가되어 왔다. 우리 나라 15~44세 유배우부인의 인공임신중절 경험률은 1976년 39%였으나, 1985년 53%, 1988년 52%로 1990년대 초반까지 약 54%를 유지해왔으나, 1994년 49%에서 1997년 44%로 연차적으로 감소하는 경향을 보이고 있다. 연도별 평균 인공임신중절 횟수도 1985년의 1.1회를 정점으로 하여 1997년 평균 0.7회로 감소하였다.

〈表 IV-6〉 15~44歲 有配遇婦人의 人工妊娠中絶 經驗率의 變動推移 (1976~1997年)

(단위: %, 회)

구분	1976	1985	1988	1991 ¹⁾	1994	1997
전체	39	53	52	54	49	44
지역						
동부	46	55	54	55	49	45
읍·면부	29	48	47	49	49	39
연령						
15~24세	16	22	27	29	21	21
25~29세	27	42	41	40	36	27
30~34세	46	61	57	55	51	45
35~39세	50	63	63	60	58	52
40~44세	45	67	62	65	60	53
학력						
초교 이하	35	36	55	57	55	51
중학교	43	52	58	59	58	53
고등학교	45	51	50	51	49	44
대학 이상	36	47	41	43	35	35
평균횟수	0.9	1.1	1.0	1.1	0.8	0.7

註: 1) 15~49세 유배우부인을 대상으로 함.

資料: <表 IV-2>와 동일

우리 나라 전체 여성들의 인공임신중절 건수의 추정은 미혼여성들에 대한 정확한 자료가 제시되지 않아 유배우부인에 한하여 추정될 수 있다. 20~44세 유배우부인들의 인공임신중절 실수는 1975년에 약 51만 여건으로 추정되었으나, 1984년에는 유배우부인수의 증가에도 불구하고 감소하여 50만 여건으로 나타나고 있으며, 1990년에는 40만 여건, 그리고 1996년에는 23만 여건으로 감소한 것으로 추정되어 1990년이후의 유배우부인들의 인공임신중절률이 크게 감소되고 있는 추세를 보이고 있다. 이러한 감소추세는 유배우부인 1,000명당 연간 인공임신중절 건수에서 더욱 뚜렷이 나타난다. 즉 1975년 112.8건에서 1984년 89.11건으로, 1990년 63.6건 그리고 1996년 32.7건으로 감소하고 있으며, 이는 피임실천율의 증가와 더불어 효과적인 피임실천에 기인된 것으로 판단되고 있다.

임신중절은 임신에서 출산에 이르는 과정에서 얼마나 많은 소모가 생기는가를 파악할 수 있다. 대부분의 임신소모는 인공임신중절에 의하여 증가되어 왔다(조남훈, 1997). 연령별 인공임신중절률은 1990년이후 감소하는 추세이지만 이것이 임신에 대한 비율이 하강하고 있는 것은 아니므로 임신에 대한 임신결과를 임신발생 연도별로 비교해 보고자 한다(表 IV-8 참조). 1980~1985년기간의 총임신중 41.1%가 인공임신중절이었으나, 1985~1991년은 39.0%, 1992~1994년은 26.2%, 1995~1997년은 23.7%의 인공임신중절이 이루어져 총임신에 대한 인공임신중절 비율도 계속 감소하는 추세이며, 총임신에 대한 정상출생의 비율은 증가하고 있다

〈表 IV-7〉 20~44歲 有配偶婦人의 人工妊娠中絶數 推定
(1975~1996年)

연령	여자 ¹⁾ 인구수	유배우율 ²⁾	유배우 부인수	인공 ³⁾ 임신중절률	추정인공 임신중절수	부인천명당 I.A. 수
1975년						112.8
20~24	1,503,991	37.2	559,485	63	35,248	
25~29	1,245,439	86.8	1,081,041	86	92,970	
30~34	1,108,634	94.4	1,046,634	158	165,355	
35~35	1,085,681	93.2	1,085,681	153	154,814	
40~44	932,497	88.2	932,497	75	61,685	
계			4,521,393		510,072	
1984년						89.1
20~24	2,128,638	27.8	591,761	91	53,850	
25~29	1,924,720	80.9	1,557,098	146	227,336	
30~34	1,396,598	93.3	1,303,026	115	149,848	
35~35	1,180,667	93.3	1,180,667	40	44,062	
40~44	1,107,894	90.4	1,001,536	20	20,031	
계			5,554,983		495,127	
1990년						63.6
20~24	2,083,470	19.5	406,277	186	75,568	
25~29	2,095,146	77.3	1,619,548	112	181,389	
30~34	2,007,325	92.4	1,854,768	60	111,286	
35~35	1,463,766	92.8	1,358,375	21	28,372	
40~44	1,219,208	90.3	1,100,945	6	6,613	
계			6,339,963		403,228	
1996년						32.7
20~24	2,063,165	16.7	344,549	79	27,219	
25~29	2,128,732	69.9	1,487,984	51	75,887	
30~34	2,062,219	91.4	1,884,868	49	92,359	
35~35	2,055,898	92.2	1,895,538	16	30,329	
40~44	1,579,048	90.1	1,422,722	3	4,268	
계			7,035,651		230,062	

註: 1) 통계청, 『장래인구추계(1996~2030년)』, 1996.12. 이용 재계산.
 2) 경제기획원, 『1975, 1985년 인구 및 주택센서스』, 1977, 1987.
 통계청, 『1990년 인구 및 주택센서스』, 1992.
 통계청, 『1995년 인구주택총조사』, 1997.
 3) 조남훈외, 『1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사보고』, 한국보건사회연구원, 1997.

〈表 IV-8〉 妊娠年度別 妊娠結果의 變化(1980~1997年)

(단위: %)

임신결과	1980~1985 ¹⁾	1985~1991 ²⁾	1992~1994 ³⁾	1995~1997 ⁴⁾
총임신건수	8,457	6,380	2,152	1,818
(%)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
정상출생	51.2	51.2	66.2	68.5
사산	0.7	0.3	0.2	0.3
자연유산	7.6	9.6	7.4	7.5
인공임신중절	41.0	39.0	26.2	23.7

註: 조사당시 임신 중인 건수는 임신건수에서 제외됨.

- 資料: 1) 한성현·조남훈, 인공임신중절의 변동추이와 전망, 『한국의 출산력 변동과 전망』, 한국보건사회연구원. 1987.
 2) 홍문식·오영희, 인공임신중절의 변동추이, 『1991 전국출산력조사특별분석』, 한국보건사회연구원. 1992.
 4) 1994년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료 재분석, 한국보건사회연구원.
 5) 1997년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료 재분석, 한국보건사회연구원.

피임효과의 간접적 지표로 정상출산과 인공임신중절의 비를 생각할 수 있는데 피임효과가 클수록 이 비는 적어질 것이다. 정상출산에 대한 인공임신중절 비가 1980~1985년 기간은 0.78, 1985~1991년 0.76, 1992~1994년은 0.55, 1995~1997년은 0.35로 감소하고 있다(表 IV-9 참조). 연령별로 보면, 저연령층 부인의 인공임신중절비가 고연령층 부인의 인공임신중절비보다 낮게 나타나고 있는데, 이는 저연령층 부인이 피임 실패한 경우 출산으로 이어질 가능성이 높기 때문으로 볼 수 있다.

부인들의 현재 피임실천상태에 따른 인공임신중절의 경험횟수를 살펴보면 피임 비실천자의 73.8%는 인공임신중절 경험이 없으며, 17.5%는 1회의 경험을 그리고 8.7%는 중복인공임신중절의 경험을 가지고 있으면서도 현재 피임을 하고 있지 않은 상태이다(表 IV-10 참조). 현재 피임실천중인 부인들의 인공임신중절 경험 횟수는 51.5%가 인공임

신중절이 없는 부인이며, 26.7%는 1회의 경험을 가지고 있으며, 21.8%는 중복인공임신중절의 경험을 가지고 있다. 이와 같이 피임실천자보다 피임비실천자의 인공임신중절 경험률이 낮은 이유는 피임비실천 부인의 경우 자녀를 원하거나 임신을 원하여도 임신이 되지 않는 부인이 포함되어 있기 때문으로 볼 수 있다.

<表 IV-9> 妊娠當時의 婦人の 年齡別 正常出生에 대한 人工妊娠中 絶比 變化(1980~1997年)

(단위: 건, %)

연령	출생수	인공임신중절수	비
1980~1985 ¹⁾			
29세 이하	3,799	2,009	0.53
30~34세	399	831	2.08
35세 이상	98	507	5.17
계	4,296	3,347	0.78
1985~1991 ²⁾			
29세 이하	1,312	587	0.45
30~34세	1,674	1,175	0.70
35세 이상	276	722	2.62
계	3,262	2,484	0.76
1992~1994 ³⁾			
29세 이하	819	298	0.36
30~34세	146	189	1.29
35세 이상	34	58	1.17
계	1,000	545	0.55
1995~1997 ⁴⁾			
29세 이하	968	216	0.22
30~34세	233	146	0.63
35세 이상	43	69	1.60
계	1,244	431	0.35

資料: <表 IV-8>과 동일

〈表 IV-10〉 20~44歲 有配偶婦人의 避妊實踐狀態別 人工妊娠中絶 回數 分包

(단위: 회)

피임실천상태	무경험	유경험			계 (수)
		소계	1회	2회 이상	
전체	55.8	44.2	24.9	19.3	100.0 (5,420)
비실천	73.8	26.2	17.5	8.7	100.0 (1,058)
실천	51.5	48.5	26.7	21.8	100.0 (4,362)
난관수술	50.3	49.7	28.6	21.1	100.0 (1,307)
정관수술	49.3	50.7	29.4	21.3	100.0 (687)
자궁내장치	44.1	55.9	30.0	25.9	100.0 (717)
먹는 피임약	55.0	45.0	20.9	24.1	100.0 (100)
콘돔	59.1	40.9	23.0	17.9	100.0 (816)
기타	54.0	46.0	22.3	23.7	100.0 (734)

資料: 1997년도 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료 재분석, 한국보건사회연구원.

5) 靑少年 性問題

사회경제적 발전과 서구화 물결에 따라 전통적인 성의 가치관이나 성도덕 및 성윤리로부터 벗어나 많은 청소년들이 퇴폐적인 성문화에 젖어들고 있다. 최근에는 CD-ROM, 인터넷, 컴퓨터 게임 등 PC를 통한 음란물예의 노출도 우려되고 있다. 1992년의 한 조사에 의하면 음란 비디오에 노출되고 있는 청소년인 중3생 32.9%, 고3생 39.5%로 일찍부터 많은 청소년들이 성적 매체에 접하고 있음을 알 수 있다. 청소년의 성경험은 1988년 한국인구보건연구원의 조사결과에 의하면 남중생 1.4%, 남고생 11.7%인데 비해(김한경 외, 1988) 1992년 한국약물남용연구소 조사에서는 중3 남학생 5.5%, 고3 남학생 15.4%로 경험률이 크게 증가하였고 이와 같은 경향은 최근에 더욱 심화되고 있는 것으로 추정되고 있다.

〈表 IV-11〉 靑少年의 淫亂 비디오 視聽經驗率

성별	중학생		고3생		직업훈련생		소년원생	
	%	N	%	N	%	N	%	N
남자	52.4	1,810	69.7	1,817	74.6	539	82.7	258
여자	13.3	1,801	9.3	1,939	14.2	338		
전체	32.9	3,611	39.5	3,756	44.7	777		

資料: 주왕기·김병민·박병윤, 『약물남용의 실태와 예방대책』, 한국약물남용 연구소, 1992.

또한 청소년이나 미혼여성의 임신은 대부분이 인공임신중절로 종결되고 있으므로 이들의 임신의 문제는 사회적으로나 모성건강 차원에서 심각한 문제가 아닐 수 없다. 1990년의 조사에서 한 중소도시의 경우 인공임신중절의 32.9%가 미혼여성에 의한 것이었으므로 나타나고 있어 청소년을 포함한 미혼층에 대한 성문제는 가족계획/출산건강 측면에서 그 대책이 강구되어야 한다(홍문식 외, 1990).

인구 및 개발 국제회의 행동강령에서 생식건강에 관한 내용 중에 청소년과 관련된 사항을 포함하고 있는데, 청소년들의 출산건강 교육 및 관리를 받을 권리를 보호·증진시켜야 한다고 주장하고 있다. 즉 각국 정부는 민간단체와 협력하여 청소년의 특정한 욕구를 충족시키고, 성적 활동이 활발한 청소년들에게 가족계획 지식, 상담, 서비스를 포함하여 이들이 필요로 하는 적합한 서비스를 제공하여 이들이 책임 있는 성관계를 할 수 있도록 함으로써 성병 및 에이즈 예방 등에 적극적으로 대응하여야 한다고 건의하고 있다.

성문제와 남녀관계는 생식건강을 유지하는 데 밀접한 관련이 있다. 질적 삶을 증진하기 위하여 남녀간 동등하고 서로 존경하는 성관계를 유지시키는 것이 필요하며 성건강을 위하여 남녀 모두에게 홍보교육과 서비스를 제공하여야 한다. 생식보건서비스가 청소년에게도 필요한 것은 불원 임신으로부터의 보호는 물론, 성병을 포함한 성건강을

위한 적절한 서비스 제공과 상담이 필요하기 때문이다.

가정에서는 성과 생식건강문제에 관한 적당한 지도를 하여야 하며, 사회는 성 정보에 대한 접근을 통제하는 것보다는 적절한 정보를 제공하여야 한다. 즉, 청소년을 대상으로 성교육·성상담을 포함한 인구 정보 및 지식을 제공해야 할 것이다. 성교육은 성윤리에 관한 내용 뿐만 아니라 성도덕이나 남녀간의 평등한 상호관계에 대한 교육도 포함되어야 한다. 그러나 우리 나라 성교육은 그 내용도 미비할 뿐만 아니라 기본적으로 남녀 평등에 대한 의식이 부족하다.

우리 나라 청소년의 성과 생식건강 문제는 첫째, 청소년의 성교 연령이 낮아지고 있으며, 둘째, 성병이 증가하고, 셋째, 원치 않는 임신의 증가로 인하여 인공임신중절과 미혼모가 증가하고 있으며, 마지막으로 남성층은 피임방법을 거의 사용하지 않고 있다(김한경, 1988).

1998년부터 공공부문의 가족보건사업 추진내용중에 성교육·성상담 사업이 포함되어 있다. 성교육·성상담은 생식생리 및 피임 등 관련 전문 지식과 보건서비스가 수반되어야 함으로 가족보건사업의 일환으로 추진하게 되었다. 청소년을 비롯한 지역사회 주민을 대상으로 건전한 성문화를 보급하여 성과 관련된 정신적·육체적 건강을 증진시켜 인구자질과 복지를 향상시키는데 목적을 두고 있다(보건복지부, 1998).

현재 민간기관에서 실시하는 청소년 성교육·성상담은 주로 대한가족계획협회에서 이루어지고 있는데 1971년부터 산업장 청소년을 대상으로 성교육사업을 전개해왔으며, 1982년부터는 전국에 청소년상담실을 설치하였다. 1998년 현재 12개의 청소년 상담실이 운영되고 있으며, 성교육·성상담을 주축으로 하는 상담, 교육 및 각종 문화활동을 전개하여 시·도에서 성상담전문기관으로 지정 받아 운영하고 있다. 대한가족계획협회의 청소년상담실은 청소년을 대상으로 책임있는 성가치관을 확립토록 하여 성문제를 사전에 예방하고 상담을 통하여 발생된 문제

해결을 돕고 있다. 청소년상담실은 전문적인 상담 및 성교육에 관련한 서비스를 제공하고 있으며 이외에 심리검사, 특별프로그램 운영과 각 서비스에 대한 사후관리와 홍보활동을 실시하고 있다(表 IV-12 참조). 그러나 청소년 성문제의 심각성을 감안할 때 이에 대한 대책을 민간단체에만 의존할 것이 아니고 정부차원에서의 보다 적극적인 정책수단과 지원시책이 강구되어야 할 것이며, 각급 학교의 교과과정에 성교육의 내용이 강화되어야 할 것이다.

〈表 IV-12〉 靑少年 性問題 豫防을 위한 大韓家族計劃協會 活動現況 (1997年)

구분	활동내용
청소년	<ul style="list-style-type: none"> ○ 청소년 상담실 운영(전국 12개소) ○ 청소년 성 상담전화 운영 ○ 청소년 집단 성교육 실시 ○ 중·고 졸업반 성교육 ○ 청소년 성교육 협력학교 운영 ○ 대학생을 위한 성교육/성상담 실습지도 ○ 청소년 프로그램 운영
청소년 성교육/성상담 전문가 양성 연수	<ul style="list-style-type: none"> ○ 일반 청소년지도자 연수 ○ 학교교원 연수 ○ 보건공무원 연수
청소년 성교육 자료개발 보급	<ul style="list-style-type: none"> ○ 25권의 성교육 교재 개발 ○ 56종의 시청각 자료 개발
성문화연구소 운영	<ul style="list-style-type: none"> ○ 조사연구 ○ 자료개발 ○ 교육훈련

資料: 대한가족계획협회, 『청소년상담실 활동사례집』, 1998.

6) 에이즈 管理

국제연합 에이즈(UNAIDS)는 1996년 현재 전 세계적으로 약 3,000만 명의 감염자와 840만명의 환자, 그리고 이중 640만명이 사망한 것으로

로 추정하고 있다. 또한 이 보고서에 의하면 감염자의 40%가 여성이고 그간 약 300만명에 이르는 15세 이하의 어린이가 에이즈로 사망한 것으로 추정하고 있다. 그리고 이 보고서는 미국이나 유럽에서 에이즈 발생이 급증하였던 과거와는 달리 최근에는 아시아와 아프리카 지역의 여러 국가에서 환자가 급증하고 있음을 강조하고 있다.

우리 나라에서 에이즈 감염자가 처음 확인된 85년 12월 이후 에이즈 감염자 및 환자는 매년 증가하고 있다. 보건복지부 통계에 의하면 '98. 6월말 현재 국내 에이즈 감염자는 811명이며 에이즈 환자는 115명이다. 또 지금까지 에이즈로 사망한 사람은 171명으로 집계됐다. 전체 감염자 중 남자가 87.2%이고 연령별로는 경제활동이 왕성한 연령층인 20~40대가 전체의 89.4%나 차지한다. '91년까지는 국내 감염자의 대부분이 해외에서 감염된 것이지만 최근에는 내국인의 성접촉을 통한 감염이 훨씬 많아지고 있다. 금년 6월말까지 해외에서 성접촉을 통하여 에이즈에 감염된 사람은 230명인 반면 국내에서의 성 접촉에 의한 감염자는 464명으로 1.2배를 넘고 있다. 이는 에이즈가 '수입전염병'에서 '토착전염병'으로 자리잡아가고 있음을 의미한다. 최근 몇 년 사이에는 동성연애로 인한 감염자도 '95년의 97명에서 금년 9월말 현재 174명으로 증가추세를 보이고 있다. 최근接客업소 종사자 등 특정집단에 대한 정기검진 자료를 기초로 우리 나라 에이즈 발생의 특성을 살펴본 결과는 다음과 같다.

첫째, 에이즈감염자 중 약 76%가 사회경제적으로 그리고 신체적 성적 활동기인 20~40대에 주로 발생하고 있으며 1991년 이후 10대 청소년 중에 성적 접촉으로 인한 감염자가 발생하였다. 그리고 '90년도에 들어 일반 직장인과 학생 등을 포함하여 여러 다양한 직종에서 감염자가 발생함으로써, 에이즈가 이제는 특정 집단의 질환이 아닌 것을 알 수 있다. 따라서 청장년 층에서의 위험한 성 생태가 향후 에이

즈 확산에 주요한 관건으로 판단된다. 특히 교육과정 중 성교육이 거의 실시되고 있지 못하는 우리 나라의 경우 에이즈 감염경로에 대한 무지, 낮은 콘돔 사용률 등, 의식이나 태도변화 유도를 위한 교육이 시급한 것으로 판단된다.

둘째, 실제로 매춘여성의 소수가 감염된 것으로 밝혀진데 비하여, 대부분의 남자 감염자의 감염원이 실제로 매춘여성을 포함하는 비정기적인 파트너(배우자)에 의하여 감염된 감염자가 대부분임을 감안할 때, 그 규모를 판단하기는 어렵지만 일부 역학군에서는 현재 확인되고 있는 이상의 감염자가 존재할 가능성이 있다. 의무적인 정기조사를 통하여 감염이 확인되지 않는 부분은 주로 등록되지 않은 매춘여성들일 것이며 이들의 에이즈 감염률은 등록된 매춘여성에 비하여 상대적으로 감염률이 높을 것으로 추측된다.

셋째, 1990년대에도 남자동성애자들간의 에이즈발생은 지속적으로 증가하고 있으며 향후 계속 증가추세를 보일 것이고, 시간이 지날수록 배우자 및 동거자의 감염률은 동거기간이 증가하면서 계속 증가되어 향후 2차 감염 비율은 계속하여 증가할 것이다.

넷째로 1993년 국내 총 입국자가 250만명이고 이들의 대부분이 우리나라보다 에이즈 감염률이 높을 것으로 파악되는 일본, 미국, 대만, 홍콩 및 태국 등의 국민인 것을 감안할 때, 현재 불법적 또는 합법적으로 체류하거나 취업한 외국인 중에서도 에이즈감염자가 있다는 가능성을 배제할 수는 없다. 더불어 1993년 내국인 270만명이 취업은 물론 관광(85만명) 등의 목적으로 출국하는 것을 고려할 때, 주로 여행객을 포함한 출국자들의 감염 가능성을 간과해서는 안될 것이다.

우리 나라의 후천성면역결핍증 예방법은 1987년 11월 28일 법률로 제정되었고, 이후 1988년 12월 31일 개정되었다. 후천성면역결핍증 예방법의 내용은 총칙, 신고와 보고, 검진, 감염자의 보호와 관리, 보칙,

벌칙 등 총 6장 28조로 구성되어 있다. 이에 따른 시행령은 1988년 6월 18일 대통령령으로 제정되었고 시행규칙은 1990년 11월 6일 보건복지부령으로 제정되었다. 이 법의 취지는 에이즈의 예방과 감염자의 보호관리를 목적으로 제정되었다. 그러나 대체로 현행 에이즈 예방법은 에이즈 관리에 있어 가장 중요한 예방차원 보다는 감염자 색출과 관리에 치우쳐 있고, 감염자에 대한 보호관리체계와 홍보교육 활동 등에 있어 다소 미흡하다는 것이 전문가의 일반적인 견해이다. 정부는 감염자들에게 6개월에 한번씩 면역기능을 체크해 발병억제제(AZT) 등의 무료투여와 관련 홍보교육사업을 추진하고 있으나, 예산상의 제약으로 획기적인 대책을 마련하지 못하고 있다.

에이즈사업을 위한 정부예산은 1995년에 18억원이고 이중 11억원(61%)이 항체검사에, 4억 4천만원(24%)이 홍보교육 사업에, 1억 9천만원(약 11%)이 감염자 관리사업에 사용되고 있으며, 1996년도 예산은 19억 5천만원, 1997년은 19억 8천만원으로 환자 수나 검진대상자의 수는 연차적으로 크게 증가하고 있으나 예산증액이 수반되지 못하고 있어 국고지원의 확대와 더불어 국민건강증진기금에 의한 사업활동도 강화되어야 한다. 일본의 예를 보면 1994년도 관련사업 예산 108억(540억원)엔 중 약 30%에 해당되는 33억엔(165억원)이 대상교육 및 상담지도 강화에 투자되고 있으며, 연구지원 및 국제협력 증진에 총예산의 50%를 지원하고 있다. 에이즈 항체검사 예산은 약 5억엔으로 총예산에 4.8%에 불과하며 10억엔의 예산이 지방정부의 활동을 지원하기 위하여 투자되고 있다. 이와 같은 일본 정부의 에이즈 예방 및 관리활동에 대한 전격적인 투자는 1993년도 예산에서 볼 수 있으며, 1992년 21억엔에서 1993년 약 100억엔으로 5배의 예산 증액이 있었다.

현재 에이즈와 관련된 민간 단체는 한국에이즈퇴치연맹을 비롯하여 대한에이즈예방협회, 건강관리협회, 대한가족계획협회 등 많은 민간단

체가 관여하고 있으나 이들 민간단체의 역할과 기능이 분명하게 설정되지 못하고 있을 뿐아니라 관할 시·도나 보건소와의 유기적인 협조 체계도 원만히 이루어지지 못하고 있는 실정이다. 특히 에이즈 치료를 위한 의학기술이 개발되지 못하고 있는 현실에서 예방관리가 가장 중요하고 예방방법에 있어서도 홍보교육과 콘돔 사용이 최선이라 할 수 있다.

정부 가족계획사업의 성공적인 추진으로 우리 나라 유배우부인(15~44세)의 피임실천율은 현재 80%로 매우 높은 수준을 유지하고 있으나 주로 불임수술 위주로 실천하고 있고 콘돔 사용은 비교적 저조하였으나, 콘돔사용률은 1985년의 7%에서 1997년에는 15%로 증가하는 추세에 있다. 과거 30년간 인구억제 차원에서 비교적 피임효과가 높은 불임위주의 피임보급이 불가피했지만 1996년이래 정부의 정책도 인구억제에서 인구자질 및 복지증진 측면으로 전환된 현재에 있어서는 성병 및 에이즈의 예방은 물론이고 터울조절 목적의 피임실천을 활성화하여 인공임신중절을 예방한다는 차원에서 콘돔 보급에 보다 많은 노력이 경주되어야 할 것이다.

따라서 에이즈 예방은 그 성격상 가족계획과 밀접한 관계를 지니고 있기 때문에 기존의 관련 민간단체가 서로 협동하여 사업을 추진할 때 사업효과를 극대화할 수 있기 때문에 기존 민간단체의 역할과 책임을 분명하게 설정하고 이를 토대로 민간단체간의 공조체제가 확립되도록 해야 할 것이다.

나. 生殖保健事業의 推進方向

정부에서 1996년에 발표한 신인구정책의 주요내용은 ICPD의 생식보건과 관련된 권고 및 조치계획을 감안하여 우리 실정에 부합하도록 수립된 것이다. 즉 생식보건은 모자보건/가족계획/성병 및 에이즈/인공

임신중절/청소년 성문제/출산권리 등 생식보건과 관련된 구체적인 정보를 제공한 후 대상자의 요구에 따라 서비스를 포괄적으로 제공하는 새로운 통합접근 방법이지만 아직까지 이에 대한 올바른 이해나 정책적 지원이 수반되지 못하고 있는 실정이다. 우리 나라는 빈약한 부존자원이나 협소한 국토면적을 고려할 때 아직도 인구의 양적 부담을 지니고 있으며, 특히 최근의 IMF 경제난국에 따른 대량실업문제에 직면하면서 인구정책의 중요성을 재삼 실감하고 있다.

우리 나라의 합계출산율이 1995년의 1.74명에서 2000~2005년기간 중에는 1.71명으로, 그리고 2010~2030년에는 1.74~1.8명 수준이 유지될 것이라는 가정 하에 작성된 인구추계에 의하면, 우리 나라의 인구규모는 1995년의 4,509만 명에서 2028년에 5,278만 명까지 성장한 후 인구가 안정될 것으로 전망되지만 과거와 같은 8% 이상의 고도경제성장이 회복되지 않는 한 인구구조의 급격한 변화에 따른 65세 이상 고령인구의 급증에 의한 복지문제는 심각한 사회문제로 부각될 것이다. 또한 1980년대부터 부각되어 온 성비의 불균형, 에이즈의 확산, 높은 인공임신중절률, 청소년의 성문제, 이혼율의 증가와 핵가족화의 촉진에 따른 가족해체, 평균수명과 가족주기의 연장에 따른 노인복지 등 인구자질 및 복지측면에서 해결해야 할 새로운 과제가 산적되어 있다.

따라서 종래에 인구증가억제에 역점을 두어온 가족계획사업은 새로운 패러다임과 전략개발로 「제2의 도약」이 요구된다고 하겠다. 즉 가족계획사업은 과거와 같은 인구억제차원이 아니고 국민건강과 가족복지증진을 통한 삶의 질을 개선하기 위해서 우리 일상생활의 한 필수부분으로 존속시켜야 할 과제라는 관점에서 단순히 저출산수준에 도달되었다는 이유 하나만으로 가족계획사업의 축소나 그 중요성이 평가절하되어서는 안될 것이다. 따라서 앞으로 인구자질 및 복지증진을 위하여

추구해야 할 정책방향을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 다가오는 21세기에는 보건의료의 정책방향이 질병치료에서 예방의료중심으로 전환하게 될 전망이고 이에 따라 기존의 의료보험도 건강보험으로 개정하여 이에 걸맞은 보험급여범위의 확대와 재원 조달방안을 강구 중에 있다. 따라서 임신-분만-영유아관리-가족계획 유도를 연계하는 포괄적인 서비스가 가능하도록 하되 사업의 우선 순위를 설정하고 공공과 민간의료기관이 담당해야 할 업무내용과 기능을 분명하게 설정해야 한다. 특히 자연유산이나 기형아 발생을 예방하기 위한 태아의 기형아 검사, 산전·산후관리, 선천성대사이상검사 등은 건강보험을 통한 일반병의원에서 제공될 수 있도록 제도화해야 할 것이다. 한편 공공보건기관에서는 취약계층을 중심으로 표준 산전 산후 관리 지침개발에 의한 임신부 관리, Genetic Counseling 및 Genetic Screening 대상자 색출 및 의뢰, 미혼여성의 풍진항체검사 및 예방접종, 고위험 임신부 및 신생아의 추서관리, 장애아를 포함한 영유아의 건강관리, 모유수유, 신생아 모자동실, 가족계획, 영양 등에 관한 홍보교육과 관련 서비스는 지속적으로 수행되어야 한다. 또한 건강증진사업을 통한 생식보건 활성화 방안이 강구되어야 한다. 현재 전국적으로 15개 보건소를 대상으로 구강보건, 영양관리 등 지역특성에 따라 시범사업을 추진하고 있으나, 생식보건사업도 새로운 아이디어에 의한 프로그램개발과 추진전략의 수립 등 지역특성에 맞는 모형을 개발하여 시범적으로 추진할 필요가 있다.

둘째로, 모성보건과 인구자질의 향상을 위해서 기존의 가족계획사업은 지속적으로 추진되어야 한다. 우리 나라 부인의 피임실천율은 선진국보다 높은 수준을 유지하고 있으나 연간 발생하는 총임신건수의 약 24%가 인공임신중절로 처리되고 있다는 사실은 아직도 피임의 생활화가 구현되지 못하고 있음을 입증하는 것이다. 따라서 현재 200여만 명

에 이르고 있는 실업자를 포함한 저소득 계층에 대한 무료 피임보급은 물론이고 정부의 보건조치망을 통한 홍보교육활동은 지속적으로 추진되어야 한다. 특히 가족계획, 모자보건, 에이즈예방사업은 현재 정부가 추진하고 있는 국민건강증진사업의 일환으로 강력히 추진되어야 한다.

셋째로, 성비불균형을 시정하기 위한 지역단위의 감시체계가 강화되어야 한다. 실제로 통계청의 1997년 인구동태통계결과에 의하면 출생성비의 불균형은 1990년 116.5를 정점으로 1993년 115.4, 1997년에는 108.4로 연차적으로 개선되고 있으나 이와 같은 결과는 태아감별 의료행위를 제공한 의료인의 구속 등 정부의 강력한 조치에 따른 여파로 풀이된다. 따라서 각종 매스미디어를 통해 성비의 불균형이 심화될 경우 초래될 수 있는 사회·문화적인 여파와 그 영향은 우리와 후손에게 되돌아온다는 사실을 인식시킬 수 있는 홍보활동을 지속적으로 추진해야 하며, 태아의 성감별에 따른 불법의료에 대한 지역단위의 감시기능이 강화되어야 한다. 특히 성비 불균형을 초래하는 근본원인인 남아선호관을 불식시키기 위한 사회제도 개선은 꾸준히 추진되어야 한다.

넷째로, 청소년 비행문제는 여러 부처와 단체가 관련된 복잡한 성격이기는 하나 최소한 성문제와 관련된 내용은 기존 가족계획사업에서 그 해결책이 강구되어야 한다. 따라서 정부는 대한가족계획협회와 같은 민간단체의 성교육상담, 성교육 지도자의 양성, 매스컴을 활용한 계몽활동을 적극 지원하고, 공공 보건의료기관에서도 이와 같은 기능이 활성화되어야 한다.

다섯째로, 생식보건사업은 성격상 가족복지와 연계 추진되어야 한다. 한 예로 출산력의 감소와 핵노인가구도 16.8%를 차지하고 있으며, 특히 읍·면부 지역의 노인단독가구는 노인가구의 53.5%로서 농촌지역의 노인문제는 더욱 심각한 실정이다. 또한 간이정신상태검사 결과에

의하면, 전체 노인중 약 20만명 이상이 치매성 질환으로 고통을 받고 있으며 이와 같은 치매유병률은 평균수명의 연장에 따라 더욱 급진적으로 증가될 것으로 전망된다. 따라서 노인 개개인의 건강, 소득, 여가활동 등에 대한 복지수요가 향후 크게 증가될 것으로 전망되기 때문에 향후 가족보건사업은 모자보건/가족계획의 범위를 확대하여 가정간호사업, 주간보호사업, 보육사업 등 각종 복지기능과 연계하여 추진되어야하며, 이는 곧 통합접근을 강조하고 있는 ICPD의 기본 원칙에도 부합되는 것이다.

여섯째, 우리 나라 신인구정책의 기본 목표는 인구자질의 향상과 복지증진에 있으며 이를 실현하기 위한 정책수단은 ICPD에서 채택한 권고 및 조치계획에 따라 수립된 것이기 때문에 이와 같은 정책목표가 실현되기 위해서는 정부의 재정적 지원은 필수적인 것이라고 할 수 있다. 신인구정책은 과거의 가족계획 목표량 제도와 같이 정부지원에 의한 무료피임보급을 지양하고 자비부담을 원칙으로 하되, 증가하고 있는 실업자, 저소득주민, 장애인 등 취약계층에 대한 무료피임보급, 청소년 성문제, 성비불균형, 인공임신예방을 위한 홍보교육 등에 소요되는 기본예산은 중앙정부와 지방자치단체가 공동 부담될 수 있도록 제도화되어야 한다. 가족보건에 대한 투자는 20~30년 후에 국민복지증진이나 「삶의 질」의 향상에 수십 배의 수익성이 보장되는 것임을 명심해야 할 것이다.

결론적으로 우리 나라는 불과 25년 내외의 짧은 기간에 저출산율·저사망률 수준의 인구전환을 이룩하였고 이는 그간의 경제, 사회, 문화적 발전에 따른 소자녀 가치관의 형성과 인구증가억제정책의 일환으로 추진하여 온 가족계획사업의 상호보완적인 작용에 기인된 것이다. 특히 1996년 정부에서 단행한 인구증가억제정책의 폐지에도 불구하고 부인의 합계출산율은 계속 감소한 반면에 피임실천율은 증가하

고 있다는 사실은 우리 나라 부인의 출산 및 피임행태는 일단 적정 수준에 도달되어 있음을 의미하는 것이다. 그러나 아직도 우리 나라 출산 및 피임행태에는 개선되어야 할 많은 취약점을 지니고 있기 때문에 정부의 신인구정책에 따라 향후 가족보건사업은 ICPD의 생식보건과 관련하여 현안과제인 인공임신중절과 성병 및 에이즈의 예방, 출생성비 불균형의 시정, 청소년 성문제 예방, 모자보건의 증진, 노인 및 여성을 포함한 취약계층의 가족복지증진 등 인구자질과 복지증진에 기여할 수 있도록 새로운 패러다임 하에서 중앙정부, 지방자치단체, 관련민간단체가 상호 밀접히 협조하여 재 도약할 수 있도록 온갖 노력을 경주해야 할 것이다. 특히 「국민의 정부」는 현재 우리가 직면하고 있는 IMF 경제한파를 조속히 극복하기 위하여 공공 및 민간부문 전반에 걸친 「고비용·저효율」 구조조정이 과감히 추진되고 있다. 이러한 상황하에서 21세기에 국민의 삶의 질을 향상시키기 위한 기본 수단인 기존의 가족보건사업도 급변하고 있는 보건의료의 환경 속에서 국민의 욕구와 시대적 요구에 부응될 수 있도록 사업의 발전 목표와 추진전략을 재조명하고 우리 모두가 새로운 각오로 재도약 할 수 있는 계기를 조성해야 할 것이다.

2. 出生性比

가. 出生性比의 變動推移

자연상태에서 인간의 출생성비는 106 정도로 알려져 있다. 비록, 출생시 남아가 여아에 비해 평균적으로 6명 정도가 더 태어나고 있으나, 일반적으로 영유아기 남아의 사망률이 여아보다 높아 성비는 거의 균형상태에 이르게 된다.

우리 나라는 유교사상의 영향을 받아 중국과 함께 남아선호가 아주

강한 나라로 알려져 왔다. 출산율이 높았던 과거에는 많은 자녀수를 출산하는 과정에서 무작위적(biological process)으로 자녀중 1~2명의 남아를 출산할 확률이 높았으며, 한편으로는 남아선호의 영향으로 자녀중 적어도 1명 이상의 남아를 갖기를 희망하여 출산을 계속함으로써 남아선호가 출생성비에 미치는 영향은 아주 미세하였다. 그러나 가족계획사업의 성공과 경제사회발전의 영향으로 출산율이 급격히 감소하고 소자녀관이 형성됨에 따라 많은 부부들이 적은 수의 자녀를 원하면서 이중 남아를 갖기를 희망하면서 소자녀관과 남아선호관간에 갈등이 발생하게 되었다.

이러한 갈등은 1980년대 중반에 널리 보급된 융모막검사, 양수검사, 초음파검사 등 방법을 이용한 태아성감별과 성 선택적 인공임신중절의 수단으로 어느 정도 해소가 가능하게 되었으나, 그 부작용으로 출생성비가 급격히 높아지기 시작하였다(조남훈 외, 1995). 즉, 남아선호가 의료기술을 통하여 성비에 직접적인 영향을 미치게 되었다.

통계청에서 발표한 인구동태통계자료에 의하면 우리 나라의 출생성비는 1980년대 중반 이후부터 110을 상회하고 있으며 1990년에는 116.5로 정점을 이루고 있다. 출생성비가 급격히 상승한 시기는 합계출산율이 인구대치수준 이하로 낮아지기 시작한 시기와 일치하고 있는데, 이는 출생성비의 상승이 소자녀와 깊은 관계가 있음을 보여주고 있다. 최근 출생성비는 1995년 113.3 그리고 1997년에 108.4로 급격히 낮아져 정상적인 출생성비인 106에 근접해 가고 있다. 이러한 출생성비 감소추이는 1990년 이후 성비불균형의 심각성에 대한 언론기관의 대대적인 보도와 함께 태아성감별을 실시하는 의료인에 대한 정부의 강력한 단속과 처벌에 기인된 것으로 풀이될 수 있다(조남훈 외, 1997).

출생성비를 출산순위별로 보면 첫째아의 출생성비는 자연상태인

106수준을 유지하고 있다. 둘째아의 출생성비는 1980년대 말부터 1990년대 중반까지 110 이상을 보이고 있으나 1997년에는 108.4로 정상적인 성비로 회복하고 있다. 셋째아 이상의 출생성비는 급격히 높아져 1993년 208까지 높아졌으나 이후 낮아지는 추세를 보이고 있다. 결국 전체 출생아의 성비는 둘째아와 셋째아의 출생성비의 추이에 의해 영향을 받고 있는데, 이는 저출산하에서 첫째아의 성이 원치 않는 여아인 경우 둘째아 또는 셋째아 출산이 남아이기를 희망하여 성 선택적 인공임신중절을 수용하고 있음을 알 수 있다.

〈表 IV-13〉 出産順位別 出生性比의 變動推移(1982~1997年)
(단위: 여아 100명당, 부인 1명당)

연도	계	첫째아	둘째아	셋째아 이상	합계 출산율
1982	106.8	105.4	106.0	110.7	2.4
1983	107.4	105.8	106.2	114.5	2.1
1984	108.3	106.1	107.2	120.5	1.8
1985	109.4	106.0	107.8	134.2	1.7
1986	111.7	107.3	111.2	141.7	1.6
1987	108.8	104.7	109.1	138.1	1.6
1988	113.3	107.2	113.3	168.9	1.6
1989	111.8	104.1	112.5	185.1	1.6
1990	116.5	108.5	117.1	193.0	1.59
1991	112.4	105.7	112.5	182.6	1.72
1992	113.6	106.2	112.5	195.6	1.77
1993	115.4	106.5	114.7	208.1	1.67
1994	115.3	106.0	114.1	206.2	1.67
1995	113.3	105.8	111.7	181.0	1.65
1996	111.7	105.3	109.8	167.0	1.60
1997	108.4	105.3	106.4	136.1	1.56

資料: 통계청, 『1997년 인구동태통계』, 1998.

나. 出生性비에 影響을 미치는 要因

1) 男兒選好度

전국 출산력 및 가족보건실태조사(한국보건사회연구원, 각년도)의 조사대상 유배우 부인중 ‘아들이 꼭 있어야 한다’로 응답하여 강한 남아선호도를 표명한 부인의 비율이 1985년 47.7%였으나 1991년 40.5%, 1994년 26.3%, 1997년 24.8%로 계속 낮아지고 있다. 반면, ‘있는 것이 좋다’라고 응답하여 약한 남아선호도를 표명한 부인의 비율은 1985년 18.7%에서 1991년 30.7%, 1994년 34.3%, 1997년 35.0%로 높아지고 있어 남아선호의 강도가 약화되고 있다고 할 수 있겠다(表 IV-14참조). 그러나, 남아선호를 표명한 전체 부인의 비율은 1985년 66.4%, 1991년 71.2%, 1994년 60.6%, 1997년 59.8%로 최근에 다소 떨어지고는 있으나 여전히 높은 수준을 유지하고 있고 ‘없어도 무관하다’라고 응답하여 남아선호를 나타내지 않은 부인의 비율이 30% 수준에서 큰 변동을 보이고 있지 않다. 즉, 우리사회에서 남아선호의 강도는 낮아졌으나 남아선호는 여전히 만연하고 있음을 알 수 있다.

1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사에서 ‘아들이 꼭 있어야 한다’라고 응답한 부인의 비율이 40~44세 33.1%에서 35~39세 26.5%, 30~34세 20.5%, 25~29세 19.1%로 젊은 연령층일수록 낮게 나타나고 있다. 또한, ‘없어도 무관하다’라고 응답한 부인의 비율이 40~44세 31.1%에서 35~39세 38.6%, 30~34세 40.6%, 25~29세 46.4%로 높아지고 있다. 이러한 결과로 미루어 보아 향후 우리 나라 부인의 남아선호도는 더욱 약화될 것으로 보인다.

남녀평등이 근본을 이루고 있는 서구의 근대적 사상이 아들에 대한 전통적인 가치관을 변화시키고 있다. 따라서 성평등, 여성의 지위향상

등 사고를 형성시키는 교육과 도시화가 우리 나라 부인의 남아선호를 줄이는 데 중요한 역할을 하고 있다. 농촌보다는 도시에 거주하는 부인에게서 그리고 교육수준이 높은 부인일수록 남아선호도가 약하게 나타나고 있다(Sam-sik Lee, 1989).

〈表 IV-14〉 有配偶婦人の 아들 必要性 程度 變化推移(1985~1997年)
(단위: %, 명)

연도	꼭 있어야 함	있는 것이 좋음	없어도 무관함	모르겠음	계 (명)
1985 ¹⁾	47.7	18.7	32.5	1.1	100.0 (5,094)
1991 ²⁾	40.5	30.7	28.0	0.8	100.0 (7,448)
1994 ³⁾	26.3	34.3	38.9	0.5	100.0 (5,175)
1997 ⁴⁾	24.8	35.0	29.4	0.8	100.0 (5,409)

註: 1985년, 1991년은 15~49세, 1994년, 1997년은 15~44세 유배우부인을 대상으로 함.

- 資料: 1) Lee Sam-Sik, "Determinants of Son Preference: the Case of Korea, 1985", *Cairo Demographic Center Research Monograph Series*, 19:1004-1028, 1989.
- 2) 공세권 외, 『한국에서의 가족형성과 출산행태(1991년 전국 출산력조사 및 가족보건실태조사)』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 3) 홍문식 외, 『1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 4) 조남훈 외, 『1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연구원, 1997.

남아선호 강도의 약화와 함께 남아를 선호하는 이유도 전통적·경제적인 것에서 심리적인 것으로 크게 변화하고 있다. 1985년 전국 출산력 및 보건실태조사 결과에 의하면, 아들의 필요성 이유 중에서 전통적 이유인 '가문유지'가 37.3% 그리고 경제적 이유인 '노후생활'이 26.1%로 심리적 이유인 '심리적 만족'의 20.3%와 '가정행복'의 15.6%보다 높게 나타나고 있는(Sam-sik Lee, 1989) 반면, 1997년 조사에서는

‘심리적 만족’ 69.6%, ‘가정행복’ 41.6%로 심리적 이유가 아주 높게 나타나고 있으며 경제적 이유로서 ‘노후생활’은 8.0%에 불과한 것으로 나타나고 있다(조남훈 외, 1997).

이러한 변화는 경제발전에 따른 소득수준의 향상으로 종래 아들이 노후대책의 일환으로서 그리고 경제적 원조를 위해서 필요하다는 인식이 퇴조하고 대신 아들을 돕으로서 시부모나 남편 그리고 주위사람들로부터 괘시를 받지 않고 또한 원만한 가정을 이룰 수 있다는 사회 심리적 인식이 강해지고 있음을 보여주고 있다. 한편, 남아선호의 이유로 전통적인 이유인 ‘가문계승’은 1985년 37.3%에서 1997년 35.1%로 크게 변화지 않아, 반드시 아들이 가문을 계승해야 한다는 전통적 유교적 가치관이 여전히 강하게 유지되고 있음을 알 수 있다.

〈表 IV-15〉 有配偶婦人의 아들의 必要 理由(1985~1997年)
(단위: %, 명)

연도	전통적 이유		경제적 이유		심리적 이유		기타	대상 부인수
	가문 유지	제사	노후 생활	경제적 도움	심리적 만족	가정 행복		
1985 ¹⁾	37.3	9.1	26.1	6.6	20.3	15.6	-	5,090
1997 ²⁾	35.1	10.3	8.0	2.9	69.6	41.6	1.4	5,409

註: 1985년은 15~49세, 1997년은 15~44세 유배우 부인을 대상으로 하였으며, 복수 응답결과임.

資料: 1) Lee Sam-Sik, "Determinants of Son Preference: the Case of Korea, 1985", *Cairo Demographic Center Research Monograph Series*, 19:1004-1028, 1989.

2) 조남훈 외, 『1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연구원, 1997.

한편, 1997년 조사에서 ‘아들이 꼭 필요하다’고 응답한 부인의 출생아 성비는 133으로 아주 높게 나타나고 있으며, ‘있는 편이 낫다’고 응답한 부인의 출생아의 성비도 112로 ‘상관없다’와 ‘모르겠다’의 101

보다 높게 나타나고 있어 남아선호도가 실제 출생성비에 상당한 영향을 미치고 있는 것으로 나타나고 있다(表 IV-16 참조).

〈表 IV-16〉 15~44歲 有配偶婦人의 아들 必要性和 出生兒의 性比關係
(단위: 명, 여아 100명당)

아들의 필요성	총 출생아수	남아 출생수	여아 출생수	성 비
반드시 있어야 함	2.03	1.16	0.87	133
있는 편이 좋음	1.82	0.96	0.86	112
상관없음	1.61	0.81	0.80	101
모르겠음	1.49	0.59	0.90	66

資料: 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사 자료 재분석, 한국보건사회연구원.

2) 選擇的 人工妊娠中絶

남아선호가 출생성비에 직접적으로 영향을 미칠 수 있는 것은 태아 초음파검사에 의한 선택적 인공임신중절이 가능하기 때문이다. 초음파 검사장비가 우리 나라에 도입된 시기는 1969년이었으나 실제 태아의 성감별에 이용된 것은 1980년 이후 부터이다(신성철, 1987). 그리고 태아 성감별에 의한 선택적 인공임신중절의 본격적인 이용은 출산력 수준이 인구대치수준 이하로 떨어지기 시작한 1980년대 중반으로 이때부터 출생성비의 불균형이 가시화 되기 시작하였다(조남훈외, 1995).

전국 출산력 및 가족보건실태조사(한국보건사회연구원, 1997)의 결과에 의하면, 부인의 최종 인공임신중절중에서 2.6%가 성감별에 의해 태아가 딸인 것으로 확인되어 인공임신중절을 수용하여 1994년 조사의 1.7%보다 높게 나타나고 있다. 이러한 선택적 인공임신중절의 증거는 출생아의 성별 출산간격 및 모의 연령에서도 나타나고 있다. 통계청의 인구동태신고자료에 의하면(表 IV-17 참조), 결혼후 특정 출산 순위의 출생까지 소요된 기간이 첫째아와 둘째아에서는 출생아의 성

간에 차이가 없으나 셋째아부터는 남아인 경우가 여아인 경우보다 크게 나타나고 있다. 따라서 모의 평균연령도 셋째아부터 출생아가 남아인 경우 여아인 경우보다 높게 나타나고 있다(Sam-sik Lee, 1998).

〈表 IV-17〉 出産順位別 結婚後 出生까지 期間 및 母의 平均年齡 (1994年)

(단위: 년, 세)

구분	첫째아	둘째아	셋째아	넷째아 이상
결혼후 기간				
남아	1.7	4.1	7.7	11.2
여아	1.7	4.1	7.4	10.4
(남아-여아)	0.0	0.0	0.3	0.8
모의 평균연령				
남아	26.4	28.7	31.5	34.0
여아	26.4	28.7	31.2	33.6
(남아-여아)	0.0	0.0	0.3	0.4

資料: Sam-sik Lee, "Social and Demographic Implications of Sex Ratio at Birth", *Journal of SA*, Vol 3, No. 1: pp. 157~186, National Statistical Office Korea, 1998.

1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사의 결과에 의하면 15~44세 유배우 부인중 8.3%만이 선별적 인공임신중절을 찬성(적극찬성 포함)하고 있으며 대부분 부인(73.5%)은 부정적인 태도를 보이고 있다. 부인의 연령이 낮을수록, 교육정도가 높을수록, 그리고 도시에 거주하는 부인이 농촌에 거주하는 부인보다 선별적 인공임신중절에 대해 더 부정적인 태도를 보이고 있다(조남훈 외, 1997). 그리고 '아들이 꼭 필요하다'고 응답한 부인중 15.7%가, '있는 편이 좋다'고 응답한 부인중 7.4%가 긍정적인 태도를 보이고 있는 반면 '없어도 무관하다'고 응답한 부인중 4.7%, '모르겠다'고 응답한 부인중 3.6%만이 선별적 인공임신중절에 대해 찬성을 하고 있다. 결국, 선택적 인공임신중절에 대한

태도는 남아선호도와 밀접한 관계를 가지고 있어, 선택적 인공임신중절을 줄여 출생성비를 자연 상태로 회복하기 위해서는 남아선호도를 불식시키는 것이 최선의 방법이라고 할 수 있겠다.

다. 向後 出生性比 變化에 對한 檢討

한국보건사회연구원의 전국 출산력 및 가족보건실태조사(한국보건사회연구원, 1997)의 결과에 의하면 현존 자녀가 여아 1명일 경우 54.1%가 그리고 남아 1명일 경우에 40.9%가 추가자녀를 각각 희망하고 있어 여아 1명을 가진 부인이 남아 1명을 가진 부인보다 남아를 갖기 위해 출산을 계속할 것으로 추측할 수 있다. 이들 부인중 추가자녀의 성을 구별해서 희망한 경우는 47.1%과 36.8%로 각각 나타나 남아 1명만을 가진 경우가 여자 1명만을 가진 경우보다 상대적으로 추가자녀의 성에 관심이 덜하였다. 한편, 이들 대부분은 현재 자녀의 성과 반대의 성을 가진 자녀 1명을 추가로 희망하고 있다.

여아만 2명 이상을 가진 부인 중 추가로 자녀를 희망한 경우는 11.0%에 불과하였으나, 이들 중 89.1%가 아들 1명을 추가로 원하는 것으로 나타나고 있다. 이외 2명 이상의 자녀를 갖고 있으며 이중 적어도 1명이 남아인 경우에 추가로 자녀를 희망하는 비율은 극히 낮게 나타나고 있다. 단지, 2명 이상의 남아만을 가진 경우 자녀추가희망 부인중 73.7%가 딸 1명을 더 갖기를 희망하고 있다.

보건복지부가 '98. 9월에 전국 22개 병·의원과 조산원을 대상으로 실시한 불법 태아성감별행위 실태조사에 따르면, '96~'98.8 기간간 신생아의 성비가 120 이상인 병원수가 상당수에 이르고 있다. 특히, 범띠해인 '98년에는 '범띠 여자는 팔자가 세다'는 이유로 태아성감별에 의한 인공임신중절이 보다 성행하여 일부 병원에서 전체 임신부의 30% 이상이 인공임신중절을 수용하고 있으며 그 결과 신생아의 성비

가 200 이상으로 나타나고 있다. 이러한 결과를 감안하여 볼 때, 아직도 일부 병원에서 태아성감별에 의한 성 선택적 인공임신중절이 공공연히 이루어지고 있으며 특히, 이러한 경향은 범띠해인 1998년에 더욱 심화될 것으로 추측할 수 있다.

〈表 IV-18〉 15~44歲 有配偶婦人의 選擇的 人工妊娠中絶에 대한 態度
(단위: %, 명)

구분	적권대	반대	중립	찬성	적극찬성	계 (N)
전 체	32.1	41.4	18.2	8.1	0.2	100.0 (5,163)
남아 필요성						
꼭 있어야 함	25.9	39.4	18.9	15.3	0.4	100.0 (1,256)
있는 것이 좋음	26.5	44.9	21.3	7.2	0.2	100.0 (1,816)
없어도 무관함	41.0	39.6	14.6	4.6	0.1	100.0 (2,058)
모르겠음	20.3	42.1	34.0	3.6	0.0	100.0 (34)
인공유산횟수						
무경험	36.6	40.8	16.6	5.9	0.2	100.0 (2,907)
1회	27.1	42.0	20.3	10.5	0.1	100.0 (1,281)
2회	26.0	42.5	20.2	10.9	0.5	100.0 (657)
3회	23.1	42.5	21.2	12.8	0.5	100.0 (224)
4회	21.4	44.6	18.0	14.6	1.4	100.0 (72)
5회 이상	33.5	32.6	17.2	16.7	0.0	100.0 (46)
생존자녀구성						
남 0, 여 0	40.7	43.4	12.4	3.5	0.0	100.0 (426)
남 0, 여 1	35.2	42.8	15.8	6.0	0.2	100.0 (472)
남 0, 여 2 ⁺	32.3	35.0	20.5	12.1	0.2	100.0 (548)
남 1, 여 0	38.3	41.8	15.6	4.4	0.0	100.0 (629)
남 1, 여 1	29.1	41.9	20.3	8.6	0.1	100.0 (1,673)
남 1, 여 2 ⁺	21.9	42.0	21.7	13.8	0.6	100.0 (351)
남 2 ⁺ , 여 0	31.8	41.9	17.5	8.3	0.5	100.0 (905)
남 2 ⁺ , 여 1	29.4	45.4	17.0	7.8	0.4	100.0 (137)
남 2 ⁺ , 여 2 ⁺	35.3	34.6	9.5	20.6	0.0	100.0 (23)

資料: 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사자료 재분석, 한국보건사회연구원.

결론적으로 최근 출생성비가 급속히 감소하고 있으나, 자녀중 남아가 없는 부인이 추가 출산을 원하는 경우 남아 갖기를 강력히 희망하고 있으며, 남아선호관을 가지고 있는 부인의 비율도 크게 변하지 않고 있다. 그리고 아직 상당수 병원에서 불법적으로 태아성감별과 성선택적 인공임신중절이 성행되고 있다. 따라서 사회적 계몽활동이 약화되고 관련법의 적용과 단속이 완만해 질 경우 출생성비 감소 추이가 반전될 가능성을 배제할 수 없을 것이다.

〈表 IV-19〉 15~44歲 有配偶婦人의 追加希望子女

(단위: 명, %)

현존자녀의 성		전체	추가희망		성을 구별해서 ¹⁾		희망 아들수 ²⁾	희망 딸수 ²⁾
계		5,409	1,028	(19.0)	361	(35.1)	263	179
남자	여자							
0	0	446	385	(86.3)	63	(16.4)	65	59
0	1	486	263	(54.1)	124	(47.1)	127	9
0	2 ⁺	580	64	(11.0)	57	(89.1)	57	0
1	0	657	269	(40.9)	99	(36.8)	11	96
1	1	1,750	27	(1.5)	4	(14.8)	3	1
1	2 ⁺	372	-	(-)	-	(-)	-	-
2 ⁺	0	947	19	(2.0)	14	(73.7)	-	14
2 ⁺	1	147	1	(0.7)	-	(-)	-	-
2 ⁺	2 ⁺	24	-	(-)	-	(-)	-	-

註: 1) 추가희망부인중 추가자녀의 성을 구별해서의 비율임.

2) 성을 구별해서 추가로 희망한 자녀의 수임.

- 는 건수가 없음.

資料: 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사자료 재분석, 한국보건사회연구원.

라. 出生性比 不均衡의 影響

출생성비의 불균형은 장기적으로 가임 여성의 부족을 초래하여 전체적인 출생아 수를 감소시키는 역할을 할 것이다. 따라서, 지속적인

출생성비의 불균형은 인구의 구조뿐만 아니라 인구의 규모에도 영향을 미치고 있다(Sam-sik Lee, 1998).

통계청의 1996년 인구추계결과에 의하면 초등학교 학령인구의 성비는 1998년 111.1에서 2005년에는 114.1로 높아져 평균적으로 남자 114명중 14명이 여자 짝이 없이 지내게 될 것이다. 초등교육기간이 여성에 대한 이해를 바탕으로 올바른 인성교육이 이루어지는 중요한 시기임을 감안할 때, 조화되지 못한 성비는 초등학교 학생들의 인성발달에 장애요인이 될 수 있다. 중등학교는 2000년부터 그리고 고등학교는 2005년부터 심각한 성비 불균형이 나타나고 있는데, 현재 남녀학교 및 학급비율의 조정 등이 불가피해질 전망이다.

〈表 IV-20〉 出生性비가 人口構造에 미치는 影響(1998~2030年)
(단위: 여성 100명당, 천명)

구분	1998	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
학령인구								
초등(7-12세)	111.1	113.1	114.1	112.2	110.3	108.4	106.7	106.4
중 (12-15세)	107.6	108.7	113.5	113.9	111.8	109.9	108.0	106.4
고등(16-18세)	106.4	106.9	110.1	114.4	112.9	111.0	109.1	107.2
결혼적령인구 ¹⁾	107.4	114.9	102.5	123.4	106.3	109.1	113.9	113.9
(남자-여자)	(157)	(295)	(48)	(377)	(95)	(148)	(223)	(211)

註: 1) 남자 26~30세, 여자 23~27세.

資料: 통계청, 『장래인구추계』, 1996.

결혼조건으로는 연령, 교육정도, 사회적 지위, 거주지, 소득 등 여러가지가 있으나 이중 가장 중요한 조건중의 하나로는 연령을 들 수 있다(이삼식, 1993). 혼인적령인구를 남자 26~30세, 여자 23~27세로 가정하고 통계청의 1996년 인구추계결과를 이용하여 이들 혼인적령인구의 성비를 산출하였다.

1998년 혼인적령인구의 성비는 107.4에서 2000년에 114.9 그리고

2010년에 123.4로 아주 높게 나타나고 있다. 이는 신랑 123명중 23명은 신부가 부족하여 결혼을 못하는 사태가 벌어질 수도 있다는 것이다. 이러한 신부 부족현상은 신부의 지역간 불균형 분포와 여자 독신율의 증가 등으로 인하여 더욱 심각한 사회현상으로 등장할 수 있다.

이러한 현상이 사회에 미치는 영향으로 여러 가지를 추측하여 볼 수 있는데, 우선 23~27세 연령층에서의 부족한 신부를 보충하기 위하여 신부연령이 저연령층 즉, 15~22세까지로 확대될 가능성이 있다. 결과적으로 신부와 신랑간의 연령차이가 넓어지는 한편, 여자는 교육과 고용의 필요성과 기회를 잃어버려 전반적으로 여성의 가치는 높아지나 그 질이 떨어지는 현상이 초래될 수 있다. 즉, 성비 불균형문제는 현재 우리 나라에서 추진하고 있는 인구의 질 향상이라는 인구정책에 역행될 수 있다. 고급여성인력의 부족과 이들의 낮은 경제활동참가는 결국 사회발전 전반에 부정적 영향을 미치게 된다. 또 하나의 파장효과로는 사별 및 이혼여성의 재혼율이 급격히 높아져, 남자가 초혼, 여자가 재혼인 형태의 결혼이 증가하여 가족 구조에도 지대한 영향을 미치게 될 것이다(Sam-sik Lee, 1998). 이외에 남자의 지참금제도 발생, 비자발적 독신비율의 증가와 이들의 자살율 상승, 성범죄의 증가 등 각종 사회적 악영향을 초래할 수 있다.

출생성비 불균형을 초래하는 성감별 및 이에 따른 인공임신중절의 영향도 결코 간과할 수 없다. 남아를 얻기 위한 성감별과 인공임신중절 등 의료행위는 인간생명의 존엄성 내지 가치를 경시하는 반사회적 윤리적 행위로, 결국 우리사회를 윤리적·도덕적으로 병들게 한다. 그리고, 인공임신중절은 여성의 만성질환을 유발하고 심지어 사망으로 이어져 여성의 생식보건에 중대한 위협이 되어 결과적으로 인구의 질을 저하시키는 결과를 초래할 수도 있다.

마. 政策課題

남아선호의 강도가 약화되고 또한 계몽활동 및 관련 법이 강화됨에 따라 그 영향으로 최근 출생성비가 급격히 감소하고 있다. 그러나 성감별에 의한 인공임신중절에 영향을 미치는 남아선호도의 강도가 약화되고 있으나 남아선호를 가지고 있는 부인의 비율은 크게 변하지 않고 있으며 자녀중 남아가 없는 경우 남아를 갖기 위한 목적으로 출산을 계속하려는 경향이 강하게 남아 있다. 따라서 출생성비를 자연상태의 수준인 106으로 회복시켜 그 수준에서 유지시키기 위해서는 여러 방면에서 꾸준한 노력이 필요하다.

출생성비의 불균형 현상은 성차별이 태아 때부터 시작되고 있음을 의미한다. 원치 않은 상태에서 태어난 여성은 성장과정에서도 건강, 영양, 교육 등에서 차별을 받게 된다. 그리고 대부분 여성은 성인이 되어서도 고용과 결혼생활에서 유형무형의 차별을 받게 된다. 출생성비 불균형의 가장 근본적인 원인은 남아선호이다. 오랫동안 전통적 사고관으로 우리 사회에 깊게 자리잡고 있는 남아선호는 비록 도시생활과 교육 등을 통한 신 사고에 접근 및 여성의 지위와 역할 향상 등의 영향으로 그 강도가 약화되고 있으나, 결코 단기간에 불식될 수는 없는 것이다. 반면, 출생성비에 직접적인 영향을 미치는 태아성감별에 의한 선택적 인공임신중절은 계몽과 법률조치의 강화로 예방될 수 있다. 따라서, 출생성비 불균형문제를 해결하여 파생되는 각종 사회적 악영향을 제거하기 위해서는 장기적으로 남아선호를 불식시키려는 꾸준한 노력을 하여야 하며, 단기적으로는 출생성비 불균형의 직접적인 원인인 태아성감별 및 선택적 인공임신중절의 행위를 근절시키는 노력이 있어야 한다. 따라서 출생성비 불균형문제를 예방하기 위한 대응방안은 장·단기적으로 구분하여 제시할 수 있다.

1) 短期的 對應: 胎兒性鑑別 및 選擇的 人工妊娠中絶의 根絶

정부는 1987년에 의료법 제19조 2항을 개정하여 태아의 성감별을 위한 의료행위를 금지시킴과 동시에 이를 위반할 경우에는 의사면허를 취소할 수 있도록 하는 조항을 신설하였다. 또한 1994년에는 의료법 제67조를 개정하여 상기 19조 2항을 위반할 경우에는 3년 이하의 징역이나 1천만원 이하의 벌금을 부과하도록 처벌 규정을 강화하였다. 또한, 대한의사협회의 주도로 의료인 스스로가 태아 성감별과 선택적 인공임신중절의 비윤리적인 행위를 하지 않도록 자율실천운동을 전개하였다. 그리고 1990년대 초부터 대중언론매체와 각종 캠페인 등을 통하여 출생성비 불균형 문제와 선택적 인공임신중절의 근절에 대하여 지속적으로 대국민 홍보교육을 실시하여 왔다. 이러한 노력의 결과로 최근 출생성비가 낮아지고 있다고 볼 수 있다. 그러나 이러한 노력이 약해질 경우에는 불법적 의료행위가 증가하여 다시 성비가 높아질 가능성이 있다. 따라서 태아성감별 및 선택적 인공임신중절 등 불법의료행위에 대한 처벌 및 감시기능이 강화되어야 한다. 의료법에 명시된 관련 의료행위의 금지 및 처벌규정이 死文化되지 않도록 엄격히 시행하고, 서비스를 제공한 의료인뿐만 아니라 이를 요구한 일반인도 함께 처벌할 수 있도록 의료법을 개정하여야 한다. 또한, 관련 단체를 통한 성감별 불법의료행위에 대한 감시체계가 확립되어야 한다(조남훈 외, 1995).

태아 성감별을 통한 인공임신중절은 모자보건법과 직결된 사항이므로 기존 모자보건법에도 태아의 성감별을 위한 의료행위를 규제하는 내용의 조항이 포함될 수 있도록 개정되어야 한다.

태아 성감별 및 인공임신중절의 의료행위는 궁극적으로 의료인에 의해 행해지므로 이러한 의료행위로 인해 발생하는 성비 불균형 문제

의 해결은 의료인의 양심과 도덕성에 좌우된다고 할 수 있다. 따라서 태아 성감별 및 인공임신중절의 비윤리적 의료행위에 대해 의료인의 자정노력이 계속되어야 하며, 이를 위해 의료인 단체는 관련 교육 프로그램의 실시와 함께 세미나를 개최하는 등 지속적인 노력을 기울여야 할 것이다. 한편, 의과대학 교과과정에서도 태아 성감별과 선택적 인공임신중절을 자제할 수 있도록 의료윤리 교육이 강화되어야 한다.

2) 長期的 對應: 男兒選好觀의 拂拭

남아선호를 불식시키기 위해서는 성평등과 인간생명의 존엄성에 대한 가치관을 어린 시절부터 교육을 통하여 형성시켜 나가야 한다. 따라서 남아선호를 불식시키기 위한 각종 내용들이 각급 학교의 교과과정에 포함되어야 하며, 교자재, 교사들의 태도 등에서 남녀간 불평등을 조성하는 모든 요소들을 철저히 제거하여야 한다.

남아선호는 사회제도의 개선 등을 통해서 약화될 수 있으나, 결국 개인의 의식전환을 통해서만이 완전히 불식될 수 있는 가치관이다. 이들 개인중에는 특히, 여성자신들의 노력이 중요하다. 우리 나라 여성들은 성장과정에서 그리고 성인이 되어서도 가족과 사회로부터 적절한 대우를 받지 못함에 따라 자신의 자식 그리고 손자들은 남자들이기를 강력히 원하고 있다. 결국 남아선호도를 줄이기 위해서는 여성 스스로가 자신에 대한 평가와 지위를 강화시켜 나가야 한다. 이를 위해서 여성의 역할이 단순히 자녀출산과 양육을 넘어선 사회개발의 일원으로서 남자와 동등한 지위를 가지고 있음을 학교 및 사회 교육과 홍보를 통해 강조되어야 할 것이다.

개인의식의 전환 노력은 사회제도와 법률의 개선에 의해 지원되어야 한다. 명백하고 합리적인 이유가 없이 교육, 고용, 가족생활 등 모든 사회생활 영역에서 여성을 차별하는 모든 제도와 법률은 수정되어

야 한다. 1990년 개정된 가족법을 통하여 여성도 호주가 될 수 있도록 하였으나, 한국보건사회연구원의 전국출산력 및 가족보건실태 조사의 결과에 의하면 남아선호의 이유로서 ‘가문계승’의 비율이 1985년 37.3%, 1997년 35.1%로 여전히 변하고 있지 않아, 가족법 개정의 효과가 크지 않음을 알 수 있다. 이는 법개정의 취지가 일반국민에게 충분히 전달되지 못한 원인도 있을 수 있으므로 학교와 사회 교육을 통해 그 취지에 대한 교육과 홍보를 강화할 필요가 있다.

한편, 1987년에 여성지위향상과 사회참여확대를 위해 남녀고용평등법이 제정되었으나 과연, 실제 직장에서 그 취지가 흡수되고 있는가는 생각해 볼 필요가 있다. 실제 사회생활에서 법의 취지가 실효를 거두기 위해서는 국공립기관과 기업체 등에서 일정한 비율의 여성이 고용될 수 있도록 법률화시킬 필요가 있다. 또한, 결혼 및 자녀출산을 이유로 여성을 해직시키는 관습이 철폐될 수 있도록 법률적 조치가 검토되어야 한다. 여성이 자녀양육과 사회생활을 병행할 수 있도록 직장여성의 자녀를 위한 탁아 및 육아시설도 확충해 나가야 하며 유급 출산 및 자녀양육 휴가도 확대되어야 할 것이다. 아울러 재혼여성의 재취업 기회도 확대되어야 한다. 직장 내에서 승진, 보수, 직무, 정년 연령 등에서 여성에 대한 차별을 없애야 한다. 이러한 조치는 여성인력의 활용을 극대화시킬 수 있으며, 한편으로 여성의 경제적, 사회적 역할을 증대시켜 궁극적으로 남아선호를 줄일 수 있게 된다.

3. 人口高齡化

가. 人口 高齡化의 社會·經濟的 影響

21세기 한국은 급속한 인구 고령화가 진행될 것이다. 총인구에 대한 65세 이상 노인인구의 비율이 7%를 넘어서게 되는 2000년을 시작

으로 매우 급속한 인구의 고령화 추세가 전망된다. 통계청의 장래인구추계에 의하면 1998년 현재 65세 이상 노인인구는 3,051천명이나 2020년에는 6,899명으로 배 이상 증가되며 2030년에 가면 10,165천명으로 노인인구가 1천만 명을 넘어서게 된다. 65세 이상의 노인인구가 총인구에서 차지하는 비율은 1998년 현재 6.6%에서 2000년에는 7.1% 2010년에는 9.9%, 2020년에 13.2%, 2030년에 19.3%로 높아진다. 인구구조의 변화로 생산가능인구의 증가율은 둔화되어 2030년이 되면 생산가능인구 100명이 32.6명의 노인인구를 부양해야 한다.

〈表 IV-21〉 人口高齡化 指數(1998~2030年)

(단위: 천명, %)

구 분	1998	2000	2010	2020	2030
65세 이상 인구	3,051	3,371	5,032	6,899	10,165
총인구 대 비율	6.6	7.1	9.9	13.2	19.3
생산가능인구부양부담(명)	10.5	11.3	15.7	20.8	32.6

註: 생산가능인구 부양부담은 생산가능인구(20~64세 인구) 100명당 부양 노인수입.

資料: 통계청, 『장래인구추계』, 1996.

우리 나라의 인구 고령화 속도는 다른 선진국이 이미 경험하였던 것에 비하면 그 속도가 매우 빠르다는 것이 특징이다. 유엔 인구통계에 의하면 65세 이상 인구비율이 7%에서 14%가 되는데 소요기간이 프랑스의 경우 130년(1865~1995), 스웨덴이 85년(1890~1975), 미국이 70년(1945~2015), 영국이 50년(1930~1980) 걸렸고 최근에 와서 일본의 고령화 속도가 빠르다고 하여 25년(1970~1995)이 걸렸으나 우리나라는 일본 보다 빨라 22년(2000~2022)이 예상된다.

고령화 사회로의 진입은 노령연금, 노인의료비등 사회보장성 비용을 크게 증대시키게 된다. 국민의료비 중 노인의료비 비중이 높아지게

되고 급증하는 노인의료 수요에 대응한 새로운 노인의료복지 서비스 체계의 구축이 필요하게 된다. 그리고 노후 소득보장을 위하여서는 국민연금제도가 이를 뒷받침할 것이나 2008년부터 본격적인 국민연금 급여가 시작되면 매우 빠른 속도의 연금지출이 예상된다. 국민연금기획단이 평균급여율 40%를 적용하여 추계한 결과를 보면 2010년에는 연금지급액이 9조원 정도가 되고 2030년에 가면 79.9조원이 지출되어야 할 것으로 추계하고 있다.

지금까지 노인부양은 가족이 맡아왔다. 그러나 가족생활과 가치관이 변화되고 있다. 가족구조와 가족관계가 변화되고 있으며 평균수명의 연장과 사회, 경제적 기회의 변화는 가족구성원간의 기대와 욕구를 바꾸어 놓고 있다. 지난 반세기 동안 우리 나라는 경로효친의 전통적 유교 가치가 퇴조되고 있으며 가족의 규모는 축소되고 핵가족화되고 있다. 자녀는 더 이상 노후생활의 보장 책이 되지 못하고 있으며 가정경제의 구조도 변화되어 여성은 가족을 보살피는 일뿐만 아니라 가족의 소득원 역할을 동시에 수행하게 되었다. 또한 부모세대의 요구와 기대가 변화되고 있다. 자녀에게 생계를 의존하거나 노후에 자녀와 함께 살기를 기대하는 부모는 크게 줄어들고 있다. 건강한 삶에 대한 기대가 증대되고 있으며 새로운 노인세대는 그 이전 세대에 비하여 교육수준도 높고 경제력도 가지게 될 것이다.

1994년도에 실시된 한국보건사회연구원의 노인생활실태조사에 의하면 전체노인의 42.3%가 노인단독가구를 형성하고 있으며 아직 노인층으로 진입되지 않은 비노인층의 경우에도 노후 자녀와 별거하겠다는 비율이 72.5%에 달하고 있다. 그러나 노인의 건강상태를 보면 만성질환으로 일상생활에 지장을 받고 있는 노인이 33.5%에 달하고 있으며 앞으로 인구의 고령화는 75세 이상의 후기고령기 노인을 증가시켜 병약한 노인, 거동이 어려운 노인, 와상노인, 치매성노인 등 요보

호노인을 크게 증가시키게 될 것이다. 현재 기능장애가 있는 노인 중에서 신체적 부양을 받고 있는 노인은 54.1%에 불과하고 나머지 46%는 전혀 도움을 받지 못하고 있다. 특히 혼자 사는 노인의 73.8%, 노부부만 사는 노인가구의 50.6%가 필요한 도움을 받지 못하고 있는 것으로 나타나고 있다. 노인을 수발하는 주 수발자는 배우자가 29.5%, 장남 며느리 23.8%, 장남이외의 며느리 13.3%, 딸 11.5%로 되어있으나 맞벌이 증가 등으로 며느리, 딸에 의한 수발은 앞으로 더욱 어렵게 될 것이다.

〈表 IV-22〉 ADL(日常生活)制限 老人의 扶養受惠

(단위: %)

구분	도움 받음	도움 받지 못함	계
전체노인	54.1	45.9	100.0
독신노인	26.2	73.8	100.0
부부노인	49.4	50.6	100.0
자녀동거	64.3	36.7	100.0

資料: 이가옥 외, 『노인생활실태 분석 및 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1994.

현재의 노인복지서비스는 생활보호대상이 되는 노인을 위주로 하고 있다. 노인복지사업 예산도 이들 생활보호노인을 수용하기 위한 시설에 대부분 소요되고 있다. 그러나 21세기 고령화사회를 대비한 노인 복지체계는 모든 노인을 대상으로 하는 노인의료 및 복지서비스의 확충, 노인의 적극적인 사회참여를 통한 활력 있는 고령사회 구축에 역점을 두어야 할 것이다.

나. 高齡社會의 對應

21세기 고령사회는 현재의 노인층과는 다른 세대로 구성된다. 현재 30, 40대가 21세기 고령사회를 구성하게 될 것이다. 그들은 현 노인세

대에 비하여 교육수준이 높고 국민연금 등 공적연금 혜택을 받게되고 노후생활에 있어 자녀 의존도가 크게 낮아 질 것이다. 여기서는 이들 노인세대를 중심으로 한 노인복지정책의 과제로 첫째 점점 어려워지고 있는 노인의 가족부양에 대응한 재가노인복지사업 확대, 둘째 노인 의료복지체계의 개선, 셋째 건강한 노인의 사회참여 기회 확대, 넷째로는 실버산업의 육성, 다섯째 노인복지주택의 공급 등을 검토해 보고자 한다.

1) 在家老人福祉事業 擴大

현재 재가노인복지사업으로 가정봉사원 파견사업, 주간보호사업, 단기보호사업을 추진하고 있다. 이들 사업을 실시하는 기관으로는 무료 및 실비인 경우는 국가 또는 지방자치단체, 사회복지법인, 비영리법인으로 되어 있고 유료인 경우는 개인, 기업, 사회복지법인, 비영리법인이 할 수 있도록 되어 있다. 사업대상은 무료인 경우는 65세 이상 생활보호대상 노인이고 실비의 경우는 4인 가족기준 도시근로자 가구당 월평균 소득 미만인 가구의 노인으로 되어 있다.

1998년 현재 전국적으로 52개소의 노인복지기관에서 가정봉사원 파견사업을 실시하고 있으며 31개소에서 주간보호사업, 15개소에서 단기보호사업을 실시하고 있다. 그리고 전국의 240개 사회복지관에 설치된 재가복지봉사센터에서 가정봉사원 파견사업을 하고 있다. 가정봉사원 파견사업은 개정된 노인복지법에서 유료서비스도 가능하도록 하고 있으나 아직까지 자원봉사자에 의한 무료 서비스가 대부분이고 유급봉사원, 유료서비스는 부분적으로 실시되고 있는 단계에 있다.

유럽의 경우 가정봉사원 파견사업은 보편화된 노인복지 프로그램이며 아시아 지역에서는 일본이 1962년부터 가정봉사원 파견사업이 시작되어 지방자치단체가 사업주체가 되어 신체적 정신적 장애가 있는

저소득층 노인을 대상으로 그들의 일상생활을 도와주고 있다. 1982년부터는 저소득층뿐만 아니라 가정봉사원을 필요로 하는 모든 노인에게 서비스가 제공되고 있다. 이용료는 수혜노인의 소득수준에 비례하여 산정하고 저소득층에 대해서는 무료로 제공하고 있다.

〈表 IV-23〉 先進國의 65歲 以上 老人 10萬名當 家庭奉仕員 數
(단위: 명)

국가	일본	영국	독일	프랑스	스웨덴
가정봉사원수	346	833	199	1,183	5,073

註: 일본은 1994년, 영국 독일 스웨덴은 1989년, 프랑스는 1985년 수치임.
資料: 삼성경제연구원, 『일본의 사회보장제도』, 1996.

〈表 IV-24〉 日本의 家庭奉仕員 派遣 世帶數(1990~1994年)
(단위: 세대수)

구분	1990	1991	1992	1993	1994
가정봉사원수	29,888	37,544	47,990	58,917	73,086
과건대상세대수	85,759	100,328	118,217	138,539	158,667
생활보호세대	16,932	17,860	19,724	21,656	23,209
일반세대	68,827	82,468	98,493	116,833	135,458

資料: 일본 총리부, 『사회보장통계연보』, 1996.

앞으로 재가노인복지사업은 기능장애가 있는 노인은 물론 노후생활에 활기를 줄 수 있는 각종 여가프로그램에 이르기까지 다양하게 추진되어야 한다. 현재 실시되고 있는 생활보호대상 노인을 위한 서비스에서 일반노인을 위한 서비스로 확대되어야 한다. 노인에 대한 가족부양기능이 약화되고 있어 재가서비스는 모든 노인에게 필요한 서비스가 되고 있다. 다만 서비스 대상을 확대함에 따른 비용부담의 문제가 제기되는데 일반노인을 대상으로 할 경우는 비용을 전액 국가가 부담할 수는 없기 때문에 국가나 지방자치단체가 비용의 일부를 부담

하고 일부는 이용자가 소득수준에 따라 부담하는 비용부담체계가 확립되는 것이 바람직하다. 그리고 공공부문에서 운영하는 시설이나 서비스를 이용할 의사가 없는 중상층 이상의 노인은 시장원리로 공급되는 민간 유료서비스를 이용할 수 있다. 일본의 경우 재가노인복지시설 운영비의 1/3은 국가가 부담하고 1/3은 지방자치단체, 나머지 1/3을 이용가정이 부담토록 하고 있다. 현재 우리 나라 재가복지사업은 완전무료, 완전유료만 있을 뿐 일부유료의 개념이 도입되지 않고 있다.

그리고 재가노인복지서비스를 확대하기 위해서는 전문인력의 확보가 필요하다. 노인개호서비스를 담당할 간호, 재활, 간병 인력이 필요하다. 단순한 가사지원서비스를 제공하는 자원봉사형 가정봉사원 이외에도 외상노인, 치매노인 등 중증환자를 간호하고 보살필 유급 및 유료 가정봉사원이 필요하다. 이들 요원에 대해서는 일정기간 교육훈련을 받도록 하고 자격을 인정하는 제도가 도입되는 것이 바람직하다. 일본의 경우 유급가정봉사원은 1급, 2급, 3급으로 나누어 1급과정은 360시간, 2급 90시간, 3급 40시간의 교육훈련을 받도록 되어 있다. 현재 재가복지사업은 사회복지사 1명에 비전문 인력인 자원봉사자가 전부이기 때문에 이러한 인력구성으로는 제대로 서비스를 제공할 수 없다.

지금까지 노인보호와 수발은 가정보호에 의존하고 무의탁 노인만 공공복지시설을 이용할 뿐 일반노인을 위한 보호시설은 공급되지 못하여 노인복지시설에 대한 이미지가 매우 부정적이다. 그러나 앞으로 가족생활의 변화, 노인의 경제력 향상, 국민의 복지의식의 변화 등 환경변화로 우리 나라도 과거 대가족제도하의 노인생활이 아니라 서구화된 노후생활로 전환될 가능성이 높으며 다양한 형태의 재가노인복지서비스 수요가 예상된다.

현재 운영되고 있는 노인종합복지관은 다양한 서비스를 제공할 수 있는 새로운 형태의 지역노인복지관으로 발전되고 있다. 이러한 노인

시설이 대도시지역에서는 1개 구에 하나씩 설치되는 것이 바람직하다. 그리고 노인단독으로 사는 장애인노인이 증가될 것으로 예상되어 이들 노인을 위한 입욕서비스, 급식서비스, 긴급통보시스템 등의 개발이 필요하며 특히 치매, 중풍노인을 보호할 수 있는 시설 확충이 요구된다.

이러한 노인복지시설 확충을 위해서는 공공복지의 강화가 무엇보다 중요하지만 노인복지사업에 대한 사회적 참여를 확대하여 위해서는 기업, 종교단체 등의 역할도 중요하다. 건전한 민간사업을 육성하고 민간사업에 대한 투자환경을 조성하기 위해서 주간보호시설 등 재가 노인복지시설에 대한 국가의 지원이 확대되어야 한다. 기업이 공익사업의 일환으로 이러한 노인복지사업에 참여할 경우 세제, 금융상의 지원이 확대되어야 한다. 세제상으로는 법인세 감면, 시설 설치를 위한 토지에 대한 토지보유세 감면 등을 검토할 수 있을 것이며 자금지원면에서는 시설설치에 필요한 자금의 50% 정도를 장기 저리융자 받을 수 있는 사회복지시설 특별융자제도 같은 것도 검토해 볼만하다.

그리고 고령화사회에서는 노인복지용구의 개발과 보급이 확대되어야 한다. 노인복지용구는 재가서비스의 확대와 함께 그 수요가 증대될 것으로 본다. 외상노인을 위한 특수침대, 장애인노인을 위한 보장구 및 휠체어, 변기, 욕조, 특수차량, 긴급통보장치 등에 대해서는 이들 용구를 개발하고 제작하는 전문기업을 육성하고 기술개발 보조금, 세제 및 금융상의 혜택 등 정부의 지원책이 마련되어야 한다.

또한 재가복지사업의 하나로 방문간호사업이 강화되어야 한다. 노인의료는 치료중심에서 간호 및 재활서비스 쪽이 강화되어야 한다. 이를 위하여 방문간호사업을 강화하고 현재 보건소가 시행하고 있는 방문간호사업은 생활보호노인뿐만 아니라 범위를 넓혀 저소득층으로 확대하는 것이 바람직하다.

재가노인복지사업은 가족의 노인부양과 보호기능을 보완하는 사회적 서비스로 우리 나라도 고령화사회의 진입과 함께 매우 중요한 사업으로 등장될 것이다. 그러나 아직까지 이 분야에 투입되는 정부예산의 규모는 매우 미약하다. 재가노인서비스를 모든 노인으로 확대하는 것이 정책의 우선과제가 대어야 하며 이를 위하여 국가는 장기발전계획을 수립하여 연차적으로 확대해 나가는 것이 바람직하다. 그리고 노인복지사업에 대한 민간 참여를 유도하여 어느 정도 채산성이 있는 사업은 민간이 공급하도록 하고 공익성은 높으나 채산성이 약한 부분은 정부가 재정지원을 하고 민간이 운영하는 위탁사업 방식이 바람직하다.

2) 老人 醫療福祉體系 改善

노인의료의 특징은 만성퇴행성질환이 많고 의료이용량이 많으며 장기간에 걸친 간호와 요양을 필요로 한다는 것이다. 우리 나라도 고령사회를 대비하여 이에 맞는 노인의료체계의 구축이 과제가 되고있다. 노인보건의 문제는 치료 중심의 의료뿐만 아니라 장애예방과 재활 등이 중요한 과제이다. 만성퇴행성질환을 줄이기 위하여서는 중년기 이후부터의 건강증진 노력과 예방적 노력이 필요하며 일단 기능장애가 된 노인, 중풍, 와상상태의 노인, 치매성 노인을 보살피기 위해서는 재활복지시설과 요양시설이 필요하다. 21세기 노인 의료복지체계는 보건, 의료, 복지가 상호 연계된 체계가 바람직하다.

한국보건사회연구원의 조사에서 60세 이상 노인의 만성질환 유병율을 보면 만성 관절염 환자가 56.6%, 만성요통이 31.2%, 뇌졸중 환자가 5.3%이고 고혈압성 질환이 19.3%, 당뇨병 6.9%, 만성기관지염, 천식 등 호흡기계 질환이 10.9%, 소화기계 만성질환 19.8%, 백내장 7.9%로 나타나고 있다. 이들 만성질환으로 인한 일상생활 지장정도를 보면 만성 관절염인 경우 28.9%, 만성 요통 30.2%였고 뇌졸중 환자의 경우는

60.3%, 고혈압 18.1%, 당뇨병 17.1%, 만성 호흡기계 질환이 18.3%, 만성 소화기계 질환이 17.6%, 백내장 29.2%로 나타나고 있다. ADL 및 IADL(수단적 일상생활)의 제한을 받는 기능장애 노인이 2020년경에는 320만 명에 달하고 외상노인이 45만 명이 될 것으로 추정하고 있다. 그리고 1997년도에 실시 치매유병률 조사에서 나타난 치매성 노인은 8.3%로 추정되고 있으며 2020년이 되면 치매성 노인이 62만명에 달할 것으로 보고있다.

〈表 IV-25〉 老人層의 慢性疾患과 日常生活 支障

(단위: %)

질병명	만성질환 유병율	일상생활지장
만성 관절염	56.6	28.9
만성 요통	31.2	30.2
뇌졸중	5.3	60.3
고혈압성 질환	19.3	18.1
당뇨병	6.9	17.1
만성 호흡기계 질환	10.9	18.3
만성 소화기계 질환	19.8	17.6
백내장	7.9	29.2

資料: 이가옥 외, 『노인생활실태 분석 및 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1994.

〈表 IV-26〉 機能障碍 및 癡呆性 老人數 推定(1995~2020年)

(단위: 천명)

구분	1995년	2000년	2010년	2020년
기능장애 노인	1,236	1,534	2,328	3,220
ADL제한 노인	864	1,072	1,631	2,262
IADL제한 노인	372	462	697	958
외상노인	147	183	284	403
치매성 노인	218	278	434	619

資料: 1) 서미경, 『노인복지의 현황과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1995.

2) 변용찬, 『치매관리 Mapping 개발 연구』, 한국보건사회연구원, 1997.

노인의료의 문제는 본인과 가족의 책임만으로 돌릴 수는 없으며 의료비 부담에 있어 본인, 보험, 정부가 어떻게 분담해야 공평한 부담이 될 것인가 하는 문제가 중요한 과제가 된다. 그 동안 의료보험이 실시되고 보험급여일수 제한도 철폐되어 노인의 의료비 부담이 경감되고는 있으나 아직 의료비 중 본인부담률이 높다. 현재 의료보험 급여는 진료, 치료 중심이고 노인의 경우 그 비중이 높은 부가적인 서비스 부분은 보험혜택을 받지 못하고 있다. 노인이 일반병원에 비하여서는 비교적 적은 의료비 부담으로 장기간 요양할 수 있는 노인전문병원이나 노인요양시설의 확충이 필요하다. 그리고 경제적으로 어려운 노인계층을 위해서는 의료보호의 범위가 확대되어야 한다. 우리나라는 장기요양을 위한 노인의료시설이 부족하다. 일반병원은 급성질환을 위주로 하고 있으며 특수병원으로 1994년에 의료법이 개정되어 요양병원이 신설되고 있으나 앞으로 급증하는 노인의료 수요에 대비하여서는 노인전문병원, 노인요양시설의 확충이 무엇보다 우선적인 과제이다. 정부에서도 1997년 노인복지법을 개정하여 노인의료분야를 강화하여 노인전문병원의 설치 근거를 신설하고 있으며 치매 및 중증환자를 위한 요양시설을 일반요양시설과는 차등하여 국가와 지방자치단체가 지원하는 등 조치를 강구하고 있다.

앞으로는 노인요양 수요를 정확히 파악하기 위해서는 시·군·구 단위의 지역노인복지계획이 수립되어야 하고 시설설치에 따른 법적 근거 및 재정지원 등 제도적 기반 구축이 필요하다. 우리나라도 중간시설의 확충이 필요하며 예로 일본에서 실시되고 있는 노인보건시설과 같은 중간시설의 확충이 필요할 것으로 본다. 일본의 노인보건시설은 외상노인, 외상에 준하는 병약노인, 치매성 노인을 대상으로 이들 노인에게 필요한 치료와 간호서비스를 제공하는 시설이며 3개월 정도의 저렴한 비용의 입원이 가능하다. 요양비 부담은 의료보험에서

6/12, 국가부담 4/12, 지방부담 2/12이며 식비, 세탁비 등은 본인이 부담하고 있다.

그리고 보건소의 예방보건사업이 강화되어야 한다. 가족계획, 모자 보건사업, 결핵관리가 주 업무였던 보건소 기능을 이제는 국민의 만성퇴행성 질환 감축을 위한 건강교육사업에 역점을 두어야 한다. 그리고 노인 건강진단사업이 강화되어야 한다. 또한 가정간호 및 재활 서비스가 강화되어야 한다. 노인 환자를 가정방문해서 건강관리서비스를 제공하기 위하여 가정간호서비스를 발전시켜야 한다.

장기요양에 따른 노인의 의료비 부담을 경감하기 위하여 의료보험 제도를 개선하여 진료, 치료 등 의료부분뿐만 아니라 노인전문병원, 노인요양시설 등에서 제공되는 부가적 서비스에 대해서도 급여의 범위를 확대하고 나머지 부분은 민간보험을 활성화하여 노후 의료비 부담이 경감되어야 한다.

3) 社會參與 機會 擴大

사회참여 기회 확대는 활력 있는 고령사회를 위하여 중요한 과제이다. 노인 층의 사회참여 기회 확대는 고령자 취업 확대, 자원봉사 활동, 노인여가 프로그램 개발 등으로 볼 수 있다. 평균수명이 연장되어 퇴직후의 노년기가 길어지고 있다. 이러한 노년기를 유익하고 건강유지에도 도움을 주기 위해서는 일할 의욕이 있는 노인에게는 취업기회를 확대하는 것이 중요하다.

현재 우리 나라는 만 55세까지를 정년으로 하는 곳이 많다. 사회참여나 경제활동이 가능한 연령층으로 볼 수 있는 55~69세까지의 인구를 보면 1998년 현재는 4,975천명 정도이나 2030년에는 11,354천명으로 크게 증가될 추세이다(表 IV-27 참조).

〈表 IV-27〉 活動可能 高齡層(55~69歲) 人口推移(1998~2030年)
(단위: 천명)

연도	1998	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
인구수	4,974	5,198	5,864	6,720	8,464	10,072	11,136	11,354

資料: 통계청, 『장래인구추계』, 1996.

현재 노인 층의 취업실태를 보면 60~64세 노인의 53.1%, 65~69세 노인의 41.0%가 수입이 되는 일을 하고 있는 것으로 나타나고 있으며 이를 직종별로 보면 60~64세의 경우 57.2%가 농림·어업종사자이고 17.2%가 단순노무자, 11.0%가 서비스·판매직 근로자이고 65~69세의 경우는 54.4%가 농림·어업종사자, 22.8%가 단순노무자, 13.6%가 서비스·판매직 근로자였다. 60대 취업노인의 대부분이 농업이나 단순노무직이었다.

그리고 1996년에 서울시가 실시한 사회복지 기초수요조사에서 나타난 노인의 취업상태를 보면 수입과 관련된 일을 하는 노인은 조사대상 노인(60세 이상 건강한 노인)의 24.6%이고 이중 45.1%는 판매, 서비스직, 34.2%는 생산직 및 단순노무직에 종사하는 것으로 나타났다. 취업 이유로는 68.4%가 돈을 벌기 위해서, 22.3%는 건강을 위해서, 7.2%는 아직 쓸모 있는 사람임을 느끼려고, 2.2%는 사람을 만나기 위해서 일을 한다고 대답하고 있으며 취업해 있지 않은 노인의 23.9%가 취업을 희망하고 있으며 희망하는 일은 판매 서비스직이 31.7%, 생산 단순노무직도 31.7%이고 아무 일이나 좋다는 경우도 23.9%에 달하고 있다.

〈表 IV-28〉 60代 老人의 就業率 및 職種

(단위: %)

직종	60~64세	65~69세
취업률	53.1	41.0
직종		
농림·어업종사자	57.2	54.4
단순노무자	17.2	22.8
서비스·판매직 근로자	14.0	13.6
기타직종	11.6	9.2
계	100.0	100.0

資料: 이가옥 외, 『노인생활실태 분석 및 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1994.

〈表 IV-29〉 서울시 老人의 就業 및 就業希望率

(단위: %)

구분	비율	구분	비율
취업률	24.6	취업희망률	23.9
재취업 이유		취업희망직종	
돈을 벌기 위하여	68.4	전문관리직	4.4
건강을 위하여	22.3	사무직	7.2
쓸모 있는 사람임을 느끼려고	7.2	판매서비스	31.7
사람을 만나기 위하여	2.2	생산노무직	31.7
		아무 일이나	23.9

資料: 서울특별시, 『서울시 사회복지 기초수요조사 및 정책연구』, 1997.

외국의 고령자 사회참여 프로그램을 보면 미국은 각종 자원봉사활동 프로그램을 개발하고 있으며 일본의 경우는 실버인재센터, 자원봉사센터, 고령자 취업센터가 운영되고 있다. 실버인재센터는 “고령자 고용안정에 관한 법률”에 근거하여 설치되고 있으며 건강상태가 좋고 일을 통하여 노후생활의 만족을 얻고자하는 고령자를 회원으로 운영되고 있다. 동경도의 경우를 보면 1992년에 41,028명이 회원으로 가입하고 있으며 제공되는 직종으로는 경영상담, 번역, 통역 등 전문기술

분야, 일반사무, 필경 등 사무분야, 페인팅, 목공 등 기술이 요하는 분야가 있고 공원관리, 주차장관리 등 관리업무와 청소, 상품진열 등 가벼운 노동을 요하는 일, 수도검침, 배달 등 외근업무, 그리고 여자노인의 경우는 가사보조 및 보육 등의 가정분야로 나누어 직업알선, 직업훈련 등을 하고 있다.

우리 나라에서도 1991년 12월에 고령자고용촉진법이 제정되었고 고령자취업알선센터, 노인능력은행, 노인공동작업장 등이 운영되고 있으나 노인 층의 취업 욕구는 충족시키지 못하고 있다. 고령자 생활안정 대책으로는 계속고용 유지, 재취업 촉진 등이 중요하나 우리 실정으로는 정년의 연장 등 계속고용 유지는 상당기간 어려울 것으로 보이며 재취업 촉진에 정책의 역점이 주어져야 할 것으로 본다. 고령자에게 재취업 기회를 확대하기 위해서 고령자 적합직종에 대한 연구개발이 필요하며 직업알선기능, 직업훈련기능, 구인정보를 체계화 할 수 있는 전문조직이 필요할 것으로 본다. 제도적으로는 고령자 적합직종에 대해서는 일정 비율 이상의 고용이 의무화 되도록 하는 것이 바람직하다.

그리고 21세기 노인층은 경제력이 향상되면서 자원봉사를 통하여 사회에 유익한 일을 함으로 보람을 찾고자 하는 노인이 증대 될 것이다. 현재 노인 자원봉사활동참여 현황을 서울시 사회복지 기초수요조사에서 보면 자원봉사를 하고 있는 노인이 5.5%, 경험이 있는 노인이 11.2%였고 나머지 83.5%가 경험이 없는 것으로 나타나고 있다. 참여한 자원봉사활동은 사회복지 관련활동이 42.4%로 가장 많고, 조기청소, 자연보호, 공원관리 등이 16.4%, 교통정리, 지하철 역무안내 10.9%, 지역사회 선도 10.3%의 순으로 나타났다.

우리 나라에서는 아직 노인 자원봉사활동이 활발치 못한데 그 이유로는 노인 자원봉사활동 프로그램 개발이 되어 있지 않고 자원봉사자

를 모집 관리할 전담조직이 없으며 더욱이 중요한 것은 노인들의 자원봉사 의식이 낮다는 것이다. 미국의 경우 65세 이상 노인의 40% 정도가 자원봉사활동에 참여하고 있으며 자원봉사가 노인복지의 중요한 과제로 인식하고 있다. 일본의 경우는 1973년에 자원봉사센터에 대한 국고보조를 시작하였고 1992년 현재 약 400만 명의 등록된 자원봉사자가 있다. 자원봉사센터는 자원봉사활동에 대한 계몽, 개발, 등록 알선, 정보제공, 지도자 양성, 수용단체와의 연락조정을 하고 있으며 1989년부터 인재양성을 목적으로 자원봉사 리더 양성사업을 전개하고 있다. 21세기 노인 자원봉사활동은 노인자신의 자기개발과 자아실현 도모하고 노인층의 사회적 역할을 재정립 할 수 있는 방향으로 추진되어야 할 것이다.

4) 실버産業의 育成

실버산업은 노인층의 경제력이 향상되면서 나타나게 되는 노인복지를 위한 여러 형태의 상품과 서비스를 공급하는 산업이라 할 수 있다. 지금까지 우리 나라의 노인복지는 취약계층이 중심이 되어 왔다. 그러나 21세기에는 일반노인이 대상이 되는 다양한 복지상품과 서비스가 필요하게 될 것이며 시장원리를 적용한 민간기업의 참여가 확대될 것이다.

앞으로 실버산업 육성에 있어 기본방향으로는 첫째 실버산업이 수익성과 공익성이 조화되도록 육성되어야 한다는 것이다. 실버산업은 일종의 산업활동인 동시에 노인을 대상으로 하는 복지사업의 하나이기 때문에 사업수익성만 추구되어서도 안되고 그렇다고 공익성만 강조하다보면 기업의 채산성 문제가 있기 때문에 수익성과 공익성의 조화가 무엇보다 필요한 산업이다. 둘째 실버산업은 적어도 중산층 이상의 대다수 노인을 대상으로 하여야 하며 일부 고소득층만을 겨냥하

는 지나친 상업주의적 발전은 지양되어야 한다. 실버산업의 발전이 사회적으로 복지서비스 공급에 있어 불평등을 조장시켜서는 안되며 공공부문보다 민간기업이 갖는 창의성과 효율성이 발휘되어 수요자에게 만족을 줄 수 있도록 발전되어야 한다. 셋째는 우리문화와 정서에 맞는 실버산업이 육성되어야 한다. 즉, 무분별한 외국상품의 모방이 아니라 경로효친의 문화적 전통을 유지하면서 노후생활에 편익을 증진시키는 방향으로 발전되어야 한다. 넷째는 실버산업이 활성화되기 위해서는 노후를 대비한 국민의식이 높아져야 한다. 이제는 인생 80의 시대가 오고 있다. 정년퇴직후의 인생을 보람있고 풍요롭게 보내기 위하여 젊어서부터 노후를 준비하는 자세가 필요하다.

실버산업의 분야로 노인주거분야, 금융보험분야, 복지기기분야, 노인여가분야에 대하여 각 분야별 사업현황과 육성방안을 제시해 보고자 한다

가) 老人住居分野

우리 나라는 노인부양의 문제에 있어 선가정-후사회보장이 강조되어 왔다. 그러나 이제는 노인복지문제가 사회적 과제로 대두되고 있으며 지금까지는 저소득노인에 대한 생계보호와 의료보장 등이 시급한 과제였으나 앞으로는 전반적인 소득수준 향상과 함께 일반노인을 대상으로 하는 노인주거복지가 새로운 과제로 부각될 것이다. 현행 주거복지 현황을 보면 국고와 지방비 예산을 투입하여 지원하고 있는 생활보호노인내지 저소득 노인을 위한 양로시설, 요양시설이 운영되고 있다. 1996년 현재 154개(양로시설 96개소, 요양시설 58개소)가 운영되고 있다. 그러나 일반노인을 위한 주거시설은 활성화되어 있지 않다. 외국의 경우 노인의 건강상태와 재정능력에 따라 다양한 노인 전용주거시설이 공급되고 있다. 이런 시설에 입주하는 노인은 소득수

준이 비교적 높은 퇴직자가 대부분이고 시설형태로는 개인이 독립적으로 생활할 수 있는 독립주택과 개호서비스가 제공되는 보호형 노인 집합주택, 노인전용아파트 등으로 보호형 노인집합주택은 세대단위의 독립된 생활이 가능하면서 일상생활에 필요한 서비스를 제공하고 있다. 노인주거시설은 대체로 고령의 노인이 거주하는 시설로 노인의 생활과 건강을 보살펴야 하는 일종의 서비스 산업이며 이런 점에서 일반주택 공급과는 차이를 갖는다. 우리 나라는 아직 이런 사업에 대한 수익성도 낮고 국민의 인식수준도 낮아 활성화되지 못하고 있다.

따라서 이 분야에 대한 투자를 촉진시키기 위해서는 정부의 지원정책을 강화할 필요가 있다. 금융, 세제상의 지원과 함께 택지공급 지원이 필요하다. 이렇게 함으로서 공급자에게는 적정한 수익을 보장하고 이용 노인에게는 비교적 저렴한 가격으로 공급될 수 있다. 선진국의 경우 노인주거시설에 대하여 국가나 지방자치단체가 지원하고 있다. 우리 나라에서도 택지의 어려움을 해결하기 위하여 택지개발부담금을 면제하거나 공공부문에서 택지를 공급할 때 일정부분을 노인주거시설 용으로 지정하는 등 방안이 검토되어야 할 것이다. 그리고 경로효친의 문화를 되살리기 위하여 3세대가 함께 살 수 있는 주택이 개발 공급되어야 할 것이다. 이를 위해 3세대 동거주택에 대해서는 취득세, 등록세, 재산세 등을 크게 감면하고 현행 일반주택보다는 훨씬 유리한 장기 저리융자를 시행하는 등의 대책 마련이 필요하다.

나) 金融保險分野

금융보험분야는 노후의 안정적 생활을 위한 생활자금의 확보와 건강유지를 위한 건강보험, 노인이 보유하는 자산관리 등이 포함되는 분야로 선진국에서는 이러한 금융보험 상품이 크게 발달되어 있으나 우리 나라는 아직 초기단계이다. 그러나 노후를 대비하고자 하는 국

민 의식이 확산되면서 최근에 와서는 개인연금 등 노후보장성 금융상품이 제공되고 있으며 그 실적도 좋은 것으로 평가되고 있다.

노후소득보장은 크게 공적 보장과 사적 연금이라고 볼 수 있는데 우리 나라는 국민연금이 확대되어 개인연금시대를 맞게 되었고 개인연금의 경우도 저축증대와 노후대책이라는 사회적 요구가 있기 때문에 세제지원을 받고 있다. 향후 생명보험회사 등에서 연금 홈(개인연금수급자에게 노후주거시설 제공), 개호보험 등의 상품이 필요하다. 그리고 도시근로자가 퇴직할 경우 보유재산이 주로 주택 등 부동산일 경우가 많은데 이들 부동산을 노후생활비 보조로 활용할 수 있는 부동산 담보 연금대출과 같은 부동산 관리 상품의 개발도 바람직하다. 그리고 고향에 계신 부모님을 위한 효도연금 보내기 운동, 자녀가 노부모를 위하여 적금을 들게 하는 부모은퇴자금통장 등은 경로효친의 문화적 전통을 이어가는 바람직한 사업이라 할 수 있다.

다) 福祉器機分野

노인인구가 증가하고 복지에 대한 인식이 높아지면 다양한 복지기에 대한 수요가 증대될 것이다. 일본은 오래 전부터 정부차원에서 노인 및 장애인을 위한 복지기기 생산을 추진해 오고 있으며 우리나라에서도 이런 제품을 전문적으로 생산하는 업체의 육성이 필요하다.

라) 老人餘暇分野

노년기가 길어지고 소득수준이 향상되면 퇴직후 여가시간을 어떻게 보낼 것인가에 대한 관심이 높아진다. 노후의 여가활동은 활력 있는 고령사회를 위하여 매우 중요한 분야이다. 아직 우리 나라는 전반적으로 노인층의 소득수준이 낮아 노인여가산업이 발전되지 못하고 있으나 선진국의 경우 노인여가산업이 중요한 산업분야의 하나가 되고

있다. 미국은 물론 일본의 경우만 하더라도 최근 들어 많은 기업이 노인을 위한 관광사업, 취미오락산업에 관심을 보이고 있으며 시장규모는 적어도 9조엔이 넘을 것으로 추정되고 있다.

마) 老人福祉住宅의 供給 活性化

21세기는 노인층의 경제력도 높아지고 많은 노인이 자녀와 함께 생활하지 않고 독립적인 생활을 원하게 될 것이다. 이렇게 되면 노후생활에 적합하게 설계된 주택에서 필요한 서비스가 제공되는 노인전용주택에 대한 수요도 늘어날 것으로 전망된다.

그 동안 노인정책의 관심은 주로 노인소득보장, 노인의료보장에 두어져 왔으나 앞으로는 노인주택의 공급이 노인복지의 중요한 과제 하나가 될 것으로 전망된다. 보건복지부는 노인주택 공급에 민간참여를 유도하기 위하여 노인주택의 사업주체를 민간기업이나 개인으로 확대하고 있으며 사업자금지원을 위하여 국민연금기금에서 매년 1천억원 정도를 사업주에게 장기저리 융자를 실시하고 있는 등 활성화를 추진하고 있다. 그러나 본격적인 고령화사회에 대비한 노인주택 공급을 확대하기 위해서는 이외에도 세제상의 혜택이나 기금활용의 폭을 넓히고 택지공급 등 정부의 지원시책 강화가 요청되고 있다.

국내외 노인복지주택의 유형을 보면 (1) 일반주택에 3세대가 동거할 수 있도록 설계된 주택: 대한주택공사에 의해 시범 공급되었으나 미분양 사태가 발생하여 활성화되지 못하고 있다. 이는 대부분의 젊은 이들이 부모와 함께 살기를 원하지 않고 있기 때문이다. (2) 실버타운: 미국의 대표적인 노인전용주거시설로서 비교적 경제력 있는 노인 층을 대상으로 하며 우리 나라에서도 민간기업이 참여하고 있는 유료노인복지시설의 하나이다. 미국은 경제력에 따라 다양한 형태의 노인전용주거시설에 입주할 수 있다. 설치주체는 영리단체, 비영리단체, 중

교단체 등 다양하며 시설규모면에서도 1만개 이상의 주거홈이 있는 대형시설에서 부터 100여 개 정도의 소형에 이르기까지 다양하다. 대형 노인주거시설에는 노인건강과 여가이용을 위한 여러 가지 노인복지시설이 부가되어 있는 것이 특징이다. (3) 노인전용아파트: 미국의 경우 주정부가 보조하는 노인임대아파트(주로 저소득 노인이 대상이 되고 임대료의 일부를 정부가 보조함)가 있다. (4) 일본의 경우 정부의 보조를 받아 운영하는 경비노인홈이 있고 완전유료로 운영되는 유료노인홈이 있다. 경비노인홈은 이용자가 자취할 수 있을 정도로 건강한 노인을 위한 주거시설로 비용의 일부를 입주노인이 부담한다. 유료노인홈의 사업방식은 종신이용권 방식, 분양방식, 임대방식이 있으며 종신이용권 방식이 가장 많이 이용되고 있다.

우리 나라의 경우는 아직 노인복지주택은 활성화되어 있지 못하고 대부분이 수용목적의 시설이다. 노인복지주택의 경우도 노인을 위한 하나의 복지시설이라는 관점에서 정부의 지원시책이 강화되어야 한다고 본다. 이를 위하여 공급자에게는 세제상의 혜택 폭을 넓히고 국민연금 기금, 국민주택기금 등 기금 지원을 확대하고 노인복지시설에 대한 택지 공급을 활성화하여야 한다.

노인복지주택은 외국의 경험으로 보아 입지조건이 매우 중요하다. 자녀의 왕래가 용이한 도시근교나 인접한 중소도시에 건설하는 것이 바람직하며 이때 저렴한 가격으로 택지가 공급될 수 있도록 공공기관(주택공사 또는 토지개발공사)에서 공급하는 택지에 택지분양 우선권을 주도록 하는 것이 바람직하다. 수요자를 위해서는 노인복지주택의 취득하는 노인에게 노인복지차원에서 취득세, 등록세, 상속세 등을 감면토록 하며 주택구입자금의 장기 저리융자를 실시하는 것이 바람직하다.

고령화사회를 대비한 노인복지 확충은 복지보편주의원칙에 따라 저

소득 내지 생활보호노인을 위한 공공복지서비스의 확충뿐만 아니라 일반노인을 위한 복지서비스의 확대 역시 매우 중요한 과제이다. 일반노인을 위한 복지서비스를 확대하기 위하여 민간부문이 참여하는 시장원리를 적용한 서비스 공급이 세계적인 추세이며 우리 나라에서도 중산층 이상의 노인을 위한 노인주택의 공급에 있어 민간참여가 촉진되어야 한다.

현재 일부 공급되고 있는 실버타운은 비용이 너무 높기 때문에 고소득자가 아니면 입주가 어렵게 되어 있어 일반노인을 위한 저 비용의 노인복지주택이 공급되도록 해야 할 것이다. 노인주택의 공급은 노인에게 일반주택보다는 편리한 구조와 시설을 갖춘 주거시설을 공급하고 이들 시설에 대한 세제상의 혜택이나 기금활용 등의 지원시책이 강구됨으로써 저렴한 가격으로 공급되어야 할 것이다.

4. 人力供給

가. 勞動力 供給構造의 變化

노동력 공급은 생산가능인구의 규모와 경제활동참가율, 노동시간, 노동력의 질적 수준에 의하여 결정된다. 1970~1995년 기간 이 요인들의 변화추이를 <表 IV-30>에서 보면 우선 15세 이상 생산가능인구의 규모는 1970년 17,468천명, 1980년 24,463천명, 1990년 30,887천명, 1995년 33,558천명으로 증가되었다. 그러나 연평균증가율에 있어서는 1970~1980년 3.37%, 1980~1990년이 2.33%, 1990~1995년이 1.66%로 감소되고 있다. 두 번째 경제활동참가율은 1970년 57.5%, 1980년 59.0%, 1990년에 60.0%, 1995년에 62.0%로 증가되고 있다. 그러나 성별로 보면 남자의 경우는 1970년 77.9%, 1980년 76.4%, 1990년에 74.0%, 1995년 76.5%로 별 차이가 없는데 비하여 여자의 경우는 1970

년 39.3%, 1980년에 42.8%, 1990년 47.0%, 1995년 48.3%로 계속 높아지고 있다. 세 번째 노동시간을 보면 주당평균근로시간이 1980년 51.6시간, 1990년 48.2시간, 1995년 47.8시간으로 줄어들고 있다. 네 번째 노동공급의 질적 수준을 건강수준, 교육수준 등으로 보면 건강수준에 있어서는 생산가능인구의 유병률이라고 볼 수 있는 20~59세까지의 유병률이 1986~1995년 기간동안 별로 개선되지 못하고 있으며 다만 와병일수는 약간 감소되고 있다. 교육수준은 고등학교 취학률을 보면 남자의 경우 1970년 34.2%에서 1980년 70.3%, 1995년 90.3%로 높아졌고 여자는 1970년 21.8%, 1980년 56.2%, 1995년 89.4%로 크게 높아졌다. 그리고 대학진학률을 보면 1970년 26.9%에서 1980년 27.2%, 1990년 33.2%, 1995년 51.4%로 1980년 이후 대학진학률이 계속 높아지고 있다.

〈表 IV-30〉 勞動力 供給과 관련된 變數의 變化(1970~1995年)
(단위: 천명, %)

구분	1970	1980	1990	1995
생산가능인구	17,468	24,463	30,887	33,558
경제활동참가율	57.5	59.0	60.0	62.0
남자	77.9	76.4	74.0	76.5
여자	39.3	42.8	47.0	48.3
주당 평균근로시간	-	51.6	48.2	47.8
2주간 유병률	-	-	-	-
20~29세	-	8.9	12.5	12.5
30~39세	-	11.9	17.6	17.8
40~49세	-	14.2	20.8	18.3
50~59세	-	17.2	22.8	21.3
고교 취학률	-	-	-	-
남자	34.2	70.3	89.4	90.3
여자	21.8	56.2	84.3	89.4
대학 진학률	26.9	27.2	33.2	51.4

資料: 통계청, 『한국의 사회지표』, 1996.

우리 경제는 지난 10년간 금리, 지가, 임금 등 생산요소 비용의 상승으로 고비용화 되고 있다. 그리고 21세기는 시장확보를 위한 국제경쟁이 더욱 치열해질 것이고 세계경제의 개방화 속도와 기술혁신이 가속화 될 것이다. 인력측면에서 본다면 한국은 아직 경제활동인구의 비중이 다른 선진국에 비하여 높고 부양비가 상대적으로 낮아 유리한 조건이지만 21세기는 생산연령층 인구의 증가율이 크게 둔화되고 노동시장의 변화, 고부가가치 산업으로의 구조개편, 인구고령화에 따른 사회보장비용 증대, 인구의 대도시 집중에 따른 역기능 등 해결해야 할 과제를 안고 있다.

21세기 노동력 공급구조의 변화 특징을 보면 노동력 규모와 젊은 노동력의 감소, 인력의 고학력화, 여성화, 장년화로 볼 수 있다. 통계청 장래인구추계 자료에 의하면 2000~2030년간 15세~64세의 생산가능인구는 33,671천명에서 34,130천명으로 459천명이 증가될 전망이다. 이는 지난 30년 동안에 16,131천명이 증가된 것에 비하면 크게 감소된 것이다. 그리고 보다 장기적으로 2100년까지를 내다본다면 현재와 같은 저출산이 지속될 경우 21세기 후반부터는 급격한 노동력의 감소가 예상되고 있다(문현상, 1995). 21세기는 생산가능인구의 연령구성이 크게 변화될 것이다. 15~39세까지의 젊은 노동력이 1995~2030년 기간에 20,979천명에서 16,109천명으로 감소될 전망이고 반면 40~64세까지의 중년층 이상의 노동력은 10,920천명에서 18,021천명으로 크게 늘어나게 되어 인력의 장년화가 뚜렷이 나타나게 될 것이다. 노동시장에 신규 진입될 15세~24세 연령층 인구는 2000년에 7,662천명에서 2030년에는 6,066천명으로 감소된다. 그리고 노동력의 고학력화가 진행되어 대학 이상 학력자가 2000년에 19.5%, 2010년에 23.8%에 달할 것으로 추정되고 있다. 여성 경제활동인구는 2000년에 9,476천명에서 2010년에는 11,065천명으로 늘어나고 경제활동참가율은 51.6%에

서 56.3%로 높아질 것으로 전망하고 있다. 자녀양육과 출산기에 있는 25~29세 여성의 경제활동참가율도 2000년에 54.4%에서 2010년에는 62.8%로 높아지고 30~34세에서도 51.6%에서 56.3%로 높아질 것으로 전망되고 있다.

〈表 IV-31〉 勞働供給의 構造變化 展望(2000~2030年)

(단위: 천명, %)

구 분	2000	2010	2020	2030
생산가능인구(천명)	33,671	35,506	36,446	34,130
15~64세 인구				
15~24세	7,662	6,584	6,796	6,066
15~39세	20,979	18,359	16,816	16,109
40~64세	12,692	17,147	19,630	18,021
교육수준				
대학 이상 비율	19.5	23.8	-	-
여성경제활동인구	9,476	11,065	-	-
여성경제활동참가율	50.9	54.5	-	-
25~29세	54.4	62.8	-	-
30~34세	51.6	56.3	-	-

資料: 1) 통계청, 『장래인구추계』, 1996.

2) 통계청, 『1995년 인구주택총조사 종합분석사업보고서 (7-3)』, 1996.

한편 산업구조의 변화를 보면 국내총생산에서 농어업부문이 차지하는 비율은 1990년에 8.7%에서 2020년에는 2.5%로 줄어듦 것이며 제조업부문 역시 29.2%에서 25.0%로 줄어드는 반면 서비스부문이 국내총생산에서 차지하는 비중은 1990년 61.5%, 2000년 68.8%, 2010년 71.0%, 2020년 72.3%로 높아지게 될 것이다. 정보통신, 금융, 기업서비스, 의료보건, 영상소프트웨어 등이 높은 성장을 지속할 것으로 보고 있다(한국개발연구원, 1997).

〈表 IV-32〉 産業構造 變化 展望(1990~2020年)

産業구조	구성비(경상가격)			
	1990	2000	2010	2020
농림수산	8.7	4.0	3.0	2.5
광공업	29.8	27.1	26.0	25.1
제조업	29.2	26.8	25.8	25.0
서비스업	61.5	68.8	71.0	72.3

資料: 한국개발연구원, 『산업구조의 장기변화와 중소기업의 발전방향』, 1997.

이러한 산업구조의 개편과 노동력 공급구조의 변화에 대응하기 위하여 두 가지 과제를 제시코자 한다. 첫째는 생산연령층 인구의 증가율 둔화 내지 장기적으로는 감소에 따른 인력공급 기반의 확대이고 둘째는 부문별로 발생하는 인력부족에 대한 대응이다. 우선 부문별 인력부족에 대한 대응부터 살펴보고 인력공급 기반 확충을 위한 여성 인력의 활용에 대해서 살펴보겠다.

나. 人力不足에 對한 對應

인력부족은 두 가지 분야로 나누어 볼 수 있다. 첫째는 생산직 근로자 부족이고 둘째는 고급 기술인력의 부족이다. 중소기업에서의 생산직 인력의 부족은 이미 '80년대 중반 이후 부터 심화되고 있으며 특히 금속광업, 가죽, 가방, 신발제조업, 의류, 고무, 플라스틱 제품 제조업, 가구제조업 등 분야에서의 비교적 저임금 인력공급이 부족한 실정이다. 이런 저임금 생산직 근로자의 부족을 해결하기 위해서는 기업의 임금수준이 낮은 해외로의 진출, 국내 인력에 대한 직업훈련, 중소기업의 생산성 향상, 직업훈련 형태의 외국근로자 도입 등의 방안이 논의되고 있다. 우리 나라 기업의 해외진출로는 그 대상지역으로 중국, 베트남, 인도네시아, 태국, 필리핀, 북한 등이 고려되고 있으

며 이들 지역에서의 성공적 투자를 위해서는 해당 국의 노동시장 구조, 인력의 질, 외국인 투자에 대한 정책 및 규제 등에 대한 면밀한 검토가 있어야 할 것이다. 생산적 인력부족을 위한 가장 바람직한 인력정책은 국내 인력에 대한 직업훈련 투자를 확대하는 것이다. 산업화 초기에서는 비교적 값싼 우수한 국내 노동력을 이용할 수 있어 경제발전의 원동력이 되었다. 그러나 이제는 산업구조, 생산과정, 기술수준, 사회경제적 환경이 변화되었으며 이에 대처한 새로운 직업훈련 시스템이 구축되어야 한다. 대학에 가지 않는 청소년들을 훌륭한 직업인으로 양성할 수 있는 교육계획이 필요하다. 그리고 중소기업의 생산성 향상을 위하여 연구개발부문의 투자를 확대하는 것이다. 이 분야에 대한 정부의 적극적인 지원이 필요하다. 외국근로자 활용문제는 현재 우리 나라는 13만명 정도의 불법 외국인 근로자가 있으며 앞으로 경제 사정이 좋아지면 유입될 외국인 근로자는 점점 많아 질 것이다. 이들의 임금수준은 국내 근로자의 60% 정도로 기업주의 입장에서는 값싼 노동력을 이용 할 수 있다고 하겠으나 그 수가 증가되면 사회적 문제가 되기 때문에 외국근로자 활용에 대한 연구와 정책개발이 필요하다.

두 번째 인력부족 문제인 고급 기술인력에 대한 대처방안으로는 기본적으로는 우리 나라 교육제도의 개편과 연관되어 있고 연구개발부문의 투자확대의 문제이다. 우리 나라는 지난 반세기 동안 교육의 대중화, 양적인 확대는 이루어졌으나 교육의 질의 문제는 남아 있다. 이제 교육에 대한 새로운 가치관이 확립되어야 할 때이다. 대학은 양보다는 질 위주가 되어야 하며 변화되는 산업이 요구하는 고급 기술인력을 양성할 수 있는 교육제도가 확립되어야 한다. 우리 나라가 대학진학률은 선진국보다도 높지만 고급 기술인력의 수준은 이들 나라와 비교하여 뒤떨어지고 있는 것은 교육제도의 문제라 아니할 수 없다.

그리고 연구개발부문을 보면 그 동안 이 분야의 인력과 예산이 꾸준히 증가되어 오고는 있지만 아직 다른 선진국에 비하면 크게 미약한 것을 알 수 있다. <表 IV-32>에서 보면 인구 1만명당 연구인력이 미국 38.5명, 일본 39.2명, 독일 27.1명에 비하여 우리 나라는 17.6명 수준이고 연구인력 1인당 연구개발비에 있어서도 미국 142.5, 일본 172.4, 독일 194.1달러에 비하여 우리 나라는 71.1달러에 불과하다.

<表 IV-33> 研究開發部門 國際 比較

(단위: 명, %, US\$ 천불)

구분	한국('91)	미국('88)	일본('90)	독일('87)
인구 1만명당 연구인력	17.6	38.5	39.2	27.1
GNP에서 차지하는 비율	2.02	2.77	2.77	2.88
연구자당 연구개발비	71.7	142.5	172.4	194.1

資料: 21세기위원회, 『21세기의 한국』, 1997.

다. 女性人力 活用現況과 政策課題

여성의 경제활동 실태를 1995년 인구주택총조사 분석결과에서 보면 (김태홍, 1997) 경제활동이 가능한 15세 이상 여성인구 중에서 경제활동을 하고 있는 유업인구의 비율(유업률)은 36.6%였다. 여성의 학력 및 혼인상태별로 유업률을 보면 초등학교 졸업이 41.6%, 중졸 28.0%, 고졸 38.6%, 대졸 45.5%, 대학원졸이 62.3%였고 혼인상태별로는 미혼이 40.3%, 기혼이 35.2%였고 기혼을 유배우, 사별, 이혼으로 나누어 보면 유배우인 경우 유업률이 36.0%, 사별 29.1%, 이혼 61.4%로 나타나고 있다.

〈表 IV-34〉 女性の 經濟活動狀態: 有業率

구분	비율
15세 이상 인구중 유업자 비율	36.6
학력별 유업률	
무학	31.4
초졸	41.6
중졸	28.0
고졸	38.6
대졸	45.5
대학원졸	62.3
혼인상태별 유업률	
미혼	40.3
기혼	35.2
유배우	36.0
사별	39.1
이혼	61.5

資料: 통계청, 『1995년 인구주택총조사』, 1997.

여성 유업자를 종사상 지위별로 보면 임금근로자가 55.3%, 무급 가족종사자가 26.2%, 자영업이 15.4%, 기업주가 3.4%였고 직종별로는 입법공무원, 고위임직원, 관리자가 0.6%, 전문가 5.8%, 기술공 및 준전문가 9.0%, 사무직원 15.1%, 서비스근로자, 상점과 시장판매원이 27.9%, 농어업 21.0%, 기능원 7.9%, 장치, 기계조작원 5.5%, 단순노무직 7.3%로 되어있다. 그리고 맞벌이 현황을 보면 전체 도시지역 가구 중에서 맞벌이 가구가 20.0%에 달하고 있으며 이들 맞벌이 가구의 부인의 연령을 보면 가임기로 볼 수 있는 39세 이전 부인이 전체의 59.6%를 차지하고 학력수준은 고졸 이상이 59.5%이며 종사상의 지위로는 임금근로자가 51.2%이고 무급가족종사자가 29.5%, 자영업자가 14.8% 였고 세대구성을 보면 82.4%가 핵가족 가구였다. 그리고 6세미만의 자녀가 있는 경우가 27.7%였다.

〈表 IV-35〉 就業女性の 従事上 地位 및 職種 分布 및 女性比率
(단위: %)

지위 및 직종	분포	여성비율
종사상 지위		
기업주	3.1	15.2
자영업자	15.4	25.1
무급가족종사자	26.2	88.0
임금근로자	55.3	31.0
합계	100.0	
직종		
입법공무원, 고위임직원, 관리자	0.6	5.1
전문가	5.8	35.6
기술공 및 준 전문가	9.0	28.2
사무직	15.1	45.6
서비스근로자, 상점 및 시장판매	27.9	50.0
농어업	21.0	47.6
기능원	7.9	20.2
장치, 기계조작 조립	5.5	17.3
단순노무직	7.3	38.2
합계	100.0	

資料: 통계청, 『1995년 인구주택총조사』, 1997.

기혼여성의 경우는 경제활동참가를 결정하는 요인으로 취학전 자녀 유무가 중요한 변수이다. 한국보건사회연구원이 1997년에 실시한 전국 출산력 및 가족보건실태조사에 의하면 25~29세 기혼여성의 73.8%, 30~34세 기혼여성의 71.9%가 자녀양육 때문에 취업을 포기하고 있으며 미취학 아동을 둔 취업모의 63.6%가 보육시설의 이용을 희망하고 있다. 최근 정부는 취학전 아동의 건전 육성과 여성의 사회활동 촉진을 위하여 보육시설을 대폭 확대하는 계획을 추진하였다.

보육시설 확충 3개년 계획(1995~1997)에서 1997년까지 요보육아동의 보육률을 획기적으로 제고하기 위하여 소요재원 12,891억원을 투입하여 7,590개소의 보육시설을 확충할 계획이다.

〈表 IV-36〉 맞벌이 家口 現況

구분	비율
도시가구 중 맞벌이 가구 비율	22.0
맞벌이 부인의 연령구성	
39세 이하	59.6
40~59세	38.6
60세 이상	1.8
맞벌이 부인의 교육수준	
중졸 이하	40.6
고졸	40.4
대졸 이상	19.0
종사상 지위	
임금근로자	51.2
자영업자	14.8
고용주	4.6
무급가족종사자	29.5
세대구성	
부부만	12.6
부부+미혼자녀	69.8
3세대 가족	17.6
6세 이하 자녀가구	27.7

資料: 통계청, 『1995년 인구주택총조사』, 1997.

일본의 엔젤플랜을 보면 일본도 맞벌이 세대의 증가와 핵가족화의 진전에 대응하여 아동보육시설을 크게 확충하는 계획을 추진하고 있다. 육아 휴직급여의 실시, 다양한 보육 서비스의 확충을 통하여 여성의 자녀양육과 일에 대한 양면적 지원을 하고 있으며, 지역의 자녀양육지원센터 확충, 모자보건의료체제의 충실화를 통한 자녀양육 지원을 강화하고 있다.

우리 나라도 앞으로 늘어나는 보육 수요를 충족시키기 위해서는 이를 뒷받침 할 제도의 정비가 필요하다. 시설의 질적 개선이 추진되어

야 하며 이를 위해 전문화 된 시설과 이들 시설에서 일할 인력의 대 폭적인 확충이 요구된다.

그리고 노동시장의 유연성이 제고되어 시간 근무제가 확대되어야 한다. 이를 위해서는 현재 장애가 되고 있는 제도가 개선되어야 하며 고용주와 종업원간의 자발적 계약에 의한 시간제 근무가 확대되어야 한다. 여성의 노동시장 참여율이 높은 OECD 국가의 시간제 근로 수준과 우리 나라를 비교해 보면 선진국의 경우 그 규모도 클 뿐아니라 참여하는 여성비율이 높다.

〈表 IV-37〉 OECD 國家와의 時間制 勤勞 比較(1990年)

(단위: %)

국가	총고용에서 차지하는 비율	시간제 근무중 여성비율
한국(1992)	7.1	54.1
프랑스	12.0	83.1
독일	13.2	90.5
네덜란드	33.2	70.4
스웨덴	23.2	83.7
영국	21.8	87.0
미국	16.9	67.6

資料: 한국노동연구원, 『고용구조변화와 정책과제』, 1996.

5. 家族問題

가족은 사회의 가장 중심적인 사회제도이다. 많은 개인들은 가족 내에 존재하며, 가족은 그들이 태어나서 죽을 때까지 지속적인 상호 작용을 제공하는 곳이다. 또한 가족은 사회변화에 적응을 하기도 하고 사회변화에 따라 충격을 받기도 한다. 즉, 가족과 사회간에는 상호 작용 관계에 의해 영향을 주고받는다. 특히 인구변동과 사회변동은 가족제도에 직접적 영향을 주는 주요한 요인이다.

우리 나라 인구변동은 지속적 저출산에 의한 인구의 노령화, 독신 가구의 증가, 결혼연령 및 첫 출산연령의 상승, 미혼율 및 이혼율의 증가 등으로 볼 수 있다. 특히 인구변동의 핵심이며 가족변화에 직접적 요인으로 작용하는 출산율은 산업화, 서구화, 영아사망률의 저하, 여성의 교육수준 향상 및 경제활동 참여 증대 등 사회·경제발전에 따른 개인 및 가족의 생활양식 및 가치관의 변화와 지난 30여 년 간 강력히 추진되어온 가족계획사업에 의해서 저하되었다(김승권, 1997).

인구변동은 가족규모, 가족형태, 가족주기 등에 변화를 주었고 또한 산업화, 도시화, 서구화 및 근대화는 긍정적 또는 부정적으로 개인들의 가치관을 바꾸고, 가족을 역동적으로 만들었다. 이와 같은 인구변동 및 사회변화에 따라 가족은 지속적으로 변화를 할 것이다.

여기서는 급격하게 변화하고 있는 우리 사회에서 인구변동과 사회변화가 가족 및 가족내의 개인에게 어떤 영향을 주는지 살펴본다. 이어서 가족을 건강하게 하고 가족의 기능과 역할을 강화하여 전환기를 맞고 있는 우리 가족을 건전하게 유지 및 발전시킬 수 있는 가족지원 방안을 강구하기 위한 것이다.

가. 家族變化 樣相

가족의 다양한 변화 중에서도 산업화, 도시화, 그리고 서구화와 함께 우리 사회에 만연되어 있는 가족규모의 축소, 가족세대의 단순화, 가족형태의 변화, 가족주기의 변화, 친족관계의 약화, 그리고 가족의 불안정에 초점을 맞추어 설명하고, 현대 우리 나라 사회에서 가족변화에 가장 큰 영향을 주고 있는 여성취업의 변화양상을 살펴보고자 한다.

1) 家族規模의 縮小

가족규모의 변화는 자녀수 규모, 3세대 이상 확대가족의 비율, 직계 및 방계친족과 함께 사는 복합가족의 비율에 의해 나타난다. 즉, 자녀수가 감소하거나 확대가족이 감소하고 핵가족이 증가함으로써, 그리고 복합가족의 비율이 감소함으로써 가족규모는 축소되는 것이다.

가족규모의 변화에 가장 큰 영향을 주는 요인은 무엇보다도 자녀수의 규모이다. 한 사회의 자녀수 규모는 한 여성이 일생 동안 출산하는 합계출산율에 의해 가장 잘 나타나는데, 우리 나라의 합계출산율은 1960년에는 6.0으로 매우 높은 수준이었으나, 산업화와 가족계획사업이 시작된 이후 지속적인 저하를 보여 1984년에는 인구대치수준인 2.1명에 도달하였고, 1997년에는 1.56명 수준까지 낮아졌다. 향후 합계출산율은 인구대치수준 이하의 낮은 수준에 계속 머무를 것으로 전망되고 있다(조남훈 외, 1997).

가구 및 가족규모는 많은 변인에 의하여 그 영향을 받는다. 즉, 결혼연령의 상승, 취학이나 취업에 의한 가족의 분가 내지 分居, 이혼율의 증가 등에 의한 미혼가구, 독신가구, 또는 해체가족이 그 요인이기도 하지만, 우리 나라의 경우 출산율의 감소가 가장 큰 변수로 작용한 것으로 보겠다. 우리 나라의 전체 가구 수는 1970년의 5,779천 가구에서 1990년에는 약 2배 증가한 11,355천 가구, 그리고 1995년에는 12,961천 가구로 증가하고 있다.

우리 나라 가구의 절반 이상이 3~4명으로 구성된 핵가족형태를 보이고 있으며, 독신가구 및 2인가구도 증가하고 있는 추세이다. 또한 한 가구당 평균 가구원수는 1970년 5.2명에서 1980년 4.6명, 1990년 3.7명, 그리고 1995년 3.3명으로 지속적인 감소를 보이고 있다. 이와 같은 가구수의 증가와 가구원수의 감소는 많은 요인에 의해 설명될

수 있으나 특히 출산을 저하, 핵가족화, 그리고 1인 가구의 증가 등에 의해서 설명될 수 있을 것이다. 특히 2인 가구는 자녀가 결혼하여 모두 출가한 노인부부만의 가구 외에도 최근 젊은 연령층이 조기에 안정적 경제적 기반마련을 위해 또는 부부만의 시간을 즐기기 위해 DINK(Double Income, No Kids)가족 또는 SINK(Single Income, No Kids)가족을 추구하는 경향에서 나타나는 현상으로 인구 및 사회변동과 직접적 관련이 있는 것이다(김승권, 1997).

〈表 IV-38〉 家口數 및 家口員 變化(1960~1995年)

(단위: %)

가구원수	1960	1970	1980	1990	1995
전체가구수(천가구)	4,371	5,576	7,969	11,355	12,961
가구원수 분포					
1명	2.3	3.7	4.8	9.0	12.7
2명	7.1	9.4	10.5	13.8	17.3
3~4명	26.5	27.8	34.8	48.6	52.1
5명 이상	64.1	59.1	49.9	28.6	17.9
평균가구원수(명)	5.6	5.2	4.5	3.7	3.3
합계출산율(명)	6.0	4.5	2.7	1.6	1.7

資料: 1) 통계청, 『인구 및 주택센서스 보고』, 각 연도.

2) 통계청, 『장래인구추계』, 1996.

2) 家族世代의 單純化

평균 가구원수의 변화는 세대구성에도 그 영향을 가족세대가 단순화되어 가고 있음을 보여준다. 이는 전체 가족중 3세대 이상으로 구성되는 가구가 1960년 28.5%였으나 1970년 23.2%, 1980년 18.4%, 1990년에는 13.9%, 그리고 1995년에는 11.6%로 크게 감소한 반면, 1세대 가족은 1960년에 7.5%이던 것이 지속적으로 증가하여 1995년에는 14.7%로 약 2배 증가한데서 엿볼 수 있다. 이와 같은 가족세대의 단

순화는 핵가족의 증가와 확대가족의 감소를 가져와 핵가족은 1970년의 71.5%에서 1995년에는 79.8%로, 직계로 이루어진 확대가족은 1970년 18.8%에서 1995년에는 9.1%로 약 절반 수준에 있다.

〈表 IV-39〉 家族의 世代構成 및 家族類型 變化(1970~1995年)
(단위: %)

세대구성	1970	1980	1990	1995
전체 가족수(천가구)	5,576	7,470	10,167	11,133
가족의 세대별 비율				
1세대	6.8	9.0	12.0	14.7
2세대	70.0	74.2	74.1	73.7
3세대 이상	23.2	18.4	13.9	11.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0
가족유형				
핵가족	71.5	74.0	76.0	79.8
직계가족	18.8	11.2	10.3	9.1
기타가족	9.7	14.8	13.8	11.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0

資料: 통계청, 『인구주택총조사 보고서』, 각 연도.

3) 家族形態의 多樣化

가족형태가 보다 다양해지고 있다. 부부와 미혼자녀로 구성된 가족은 가장 중요한 가족형태를 보이고 있지만 이외에도 부부만으로 이루어진 가족, 편부모 가족, 그리고 여성가구주 가족 등이 증가하여 전형적인 가족유형을 따르지 않고 있어 이에 대한 대책이 필요하다. 또한 20대 독신가구, 노인단독가구 및 비혈연가구의 비율이 지속적으로 증가하고 있어 다양한 가족형태를 보여주고 있다.

산업화로 인한 가구이동의 증대 및 여성취업률의 증가가 낳은 “별거가족”은 우리 나라 가족이 서구의 부부중심 가족과 구별되고 있음

을 보여주는 또 하나의 현상이다. 물론 서구와는 달리 우리의 가족은 부부간의 갈등이나 부적응으로 인한 이혼을 실행하기전 단계로서의 별거보다는, “직업상의 이유”로 주말부부가 되거나 또는 “자녀교육을 위해” 부부가 떨어져 사는 희생을 감수하는 경우가 대부분이긴 하지만, 주말부부가족이라는 새로운 생활풍속도 역시 우리 사회의 또 다른 가족형태로 자리잡고 있다.

〈表 IV-40〉 家族形態의 變化(1970~1995年)

(단위: %)

가족유형	1970	1980	1990	1995
부부	5.4	6.5	9.3	12.6
부부+미혼자녀	55.5	57.4	58.0	58.6
편부(모)+미혼자녀	10.6	10.1	8.7	8.6
부부+양(편)친	1.4	0.6	0.9	1.1
부부+양(편)친+자녀	17.4	10.6	9.4	8.0
기타가족	9.7	14.8	13.8	11.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0
20대의 단독가구	-	-	22.4	31.9
노인단독가구	-	-	20.0	28.7
여성가구주 비율	-	14.7	15.7	16.6
편부모가구 비율	-	-	5.8	5.7

資料: 통계청, 『인구주택총조사 보고서』, 연도별 자료.

1995년 현재 부모의 사망, 질병 등으로 인하여 생활이 어려운 만 20세 이하의 소년·소녀가장세대는 8,107세대로 이들 아동의 수는 15,118명에 달하고 있다(表 IV-41 참조). 소년·소녀가장 가족의 대부분은 생계 및 교육 등에 있어서 매우 어려움을 경험하고 있다.

〈表 IV-41〉 少年·少女家長 家族의 現況(1990~1995年)

연도	세대주	세대원
1990	6,696	13,778
1991	6,902	13,985
1992	7,089	14,081
1993	7,322	14,293
1994	7,540	14,372
1995	8,107	15,118

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1996.

4) 家族週期的 變化

가족주기(family life cycle)란 인간이 출생해서 사망할 때까지의 변화 단계를 결혼, 재생산에 의한 가족원의 팽창, 자녀결혼에 의한 출가 및 분가 등에 기인한 가족원의 축소, 배우자의 사망, 그리고 부모모두의 사망으로 인한 가족의 소멸 등 가족의 주요한 생활주기 내지는 변화를 시간의 흐름에 따라 고찰하는 것이다(윤종주, 1983). 그러므로 가족 주기의 변화 속에는 가족의 구조 및 형태의 변화가 보다 종합적으로 반영되어 있다고 볼 수 있다.

여기서는 가족의 생활주기를 부인의 생애주기에 의해 분석하고자 한다. 이는 한 사회에서 여성의 출산율 저하는 한 가족의 자녀수를 감소시키고 이는 가족의 생활주기에 지대한 영향을 미치기 때문에 가족생활주기를 부인에 기준 하여 살펴보는 것도 한 방법이기 때문이다.

출산율의 저하는 가족규모에 영향을 미칠 뿐만 아니라 특히 자녀의 출산기와 양육기를 단축시키기 때문에 가족구성원, 특히 기혼부인의 생활주기에 지대한 영향을 미친다. 즉, 자녀수의 감소는 가족생활주기에서 가족형성 및 확대기(결혼에서 막내 출산까지)와 가족축소기(첫 자녀 결혼에서 막내자녀 결혼까지)를 감소시키고, 자녀가 모두 출가한

후 부부만의 생활기인 축소완료기와 일방 배우자의 사망기인 가족해체기는 증가시키는 결과를 낳는다. 따라서 전체 가족생활주기에서 절반은 미혼자녀와 함께, 그리고 기혼자녀와 동거하지 않는 한 나머지 절반은 부부만으로 또는 독신으로 살아야 하는 양상을 보인다. 더군다나 평균수명의 연장과 함께 후자의 기간은 더욱 늘어나는 추세를 보일 것은 자명한 일이다.

「1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사」자료에 의하여 부인의 결혼코호트에 기초한 결혼시, 첫 출산시, 둘째 출산시, 그리고 막내출산시 부인연령을 살펴보면 <表 IV-42>와 같이 요약된다. 또한 이와 같은 가족주기 각 단계의 시작 및 종결당시의 부인연령에 의해 각 단계의 결혼코호트별 소요기간의 변화를 알 수 있으며, 그 결과는 <表 IV-43>에 나타난다. 초혼연령의 상승에도 불구하고 평균수명의 연장으로 가족주기의 전체기간은 1974년 이전 결혼코호트에서는 49.5년에 불과하였으나, 1995년 이후 결혼코호트에서는 54.7년으로 약 20년 동안 5.2년이 연장되고 있음을 알 수 있다.

<表 IV-42> 家族週期 各 段階의 始作 및 終結當時 婦人¹⁾의 平均年齡
(단위: 세)

결혼코호트	초혼 연령	첫째아 출산	막내아 출산	자녀결 혼시작	자녀결 혼완료	남편 사망	본인 사망
~74	20.8	22.2	27.5	49.9	55.2	64.3	70.3
1975~84	22.7	24.0	27.3	51.7	55.0	65.7	74.3
1985~94	24.2	25.5 ²⁾	28.2	53.2	55.9	68.9	78.4
1995~97	24.7	25.5 ²⁾	26.7	53.2	54.4	69.9	79.4

註: 1) 15~49세 초혼 유배우부인과 사별부인만을 대상으로 분석함.

2) 1985~'94년 결혼코호트는 25.46세, 1995년 이후 결혼코호트는 25.50세임.

資料: 김승권, 「최근 출산행태 및 가족주기변화에 따른 정책과제」, 『보건복지포럼』, 통권 제18호, 1998. 3.

〈表 IV-43〉 家族週期 各 段階의 所要期間

(단위: 년)

결혼코호트	형성기	확대기	확대 완료기	축소기	축소 완료기	해체기
~74	1.4	5.3	22.4	5.3	9.1	6.0
1975~84	1.3	3.3	24.4	3.3	10.7	8.6
1985~94	1.3	2.7	25.0	2.7	13.0	9.5
1995~97	0.8	1.2	26.5	1.2	15.5	9.5

資料: 김승권, 「최근 출산행태 및 가족주기변화에 따른 정책과제」, 『보건복지포럼』, 통권 제18호, 1998. 3.

각 단계별 가족주기를 살펴보면, 신혼부부만의 생활기간과 자녀양육기는 약 20년 동안 4.7년이 짧아지고, 노인부부 또는 여자노인 혼자 생활하는 기간은 동기간에 약 10년이 연장되고 있다(表 IV-44 참조). 다시 말해, 최근의 우리 나라 가족주기는 결혼연령의 상승, 적은 자녀의 출산, 짧은 자녀터울, 평균수명의 연장 등으로 인하여 자녀의 출산 및 양육기는 짧아지고, 자녀들을 결혼시킨 후 노인부부 또는 여자노인 혼자 남는 ‘빈 둥지 시기’는 점차 길어지는 양상을 보인다.

〈表 IV-44〉 新 婚 夫 婦 만 의 生 活 期 間, 子 女 養 育 期 및 老 人 만 의 生 活 期 間

(단위: 년)

결혼 코호트	신혼부부만의 생활기간	자녀 양육기	노인만의 생활기간		
			소계	노인부부만 의 생활기간	여자노인만의 생활기간
~74	1.4	33.0	15.1	9.1	6.0
1975~84	1.3	31.0	19.3	10.7	8.6
1985~94	1.3	30.4	22.5	13.0	9.5
1995~97	0.8	28.9	25.0	15.5	9.5

資料: 김승권, 「최근 출산행태 및 가족주기변화에 따른 정책과제」, 『보건복지포럼』, 통권 제18호, 1998. 3.

가족주기의 변화에서 나타나는 많은 특성 중에서 출산 및 자녀양육 기간의 감소는 기혼여성의 취업을 증가시키는데 긍정적인 영향을 미치게 된다. 물론 부인의 경제활동참여를 증가시키는 요인은 관점에 따라 달리 볼 수 있으나 사적 영역에서의 근로를 가치 저하하는 가부장적 가치관에 기인하는 여성을 가정으로부터 밀어내는 요인(push factor)과 현대 산업사회에서 보편화되고 있는 여성의 자아성취욕구의 강화 등 사회로 끌어들이는 요인(pull factor)에 의한 것으로 볼 수 있다(김승권, 1997).

산업화 및 산업사회에서 나타나듯이 우리 나라에서도 여성의 경제활동은 결혼여부와 상관없이 적극적으로 이루어지고 있다. 여성의 경제활동참가율은 미혼여성이 1996년 46.0%에 달하고 있으며, 기혼여성은 매년 증가하여 1996년 50.5%였다. 따라서 경제활동참가는 미혼여성보다 기혼여성이 더욱 적극적임을 알 수 있다(表 IV-45 참조). 이와 같은 추세는 여성의 교육수준 향상, 지속적인 저출산 양상, 그리고 향상된 생활수준, 자녀교육비의 부담 등으로 계속 이어질 것으로 전망된다.³⁾ 따라서 전통적으로 여성이 가족 내에서 담당하였던 기능과 역할이 변화되거나 위기를 맞게 될 것이며, 이는 우리의 가족제도를 위협하는 요인으로 작용할 것으로 판단된다(김승권, 1997).

〈表 IV-45〉 婚姻狀態別 女性の 經濟活動參加率

(단위: %)

경제활동참가율	1981	1985	1990	1996
미혼여성	47.7	39.5	45.6	46.0
기혼여성	40.5	41.9	46.8	50.5

資料: 통계청, 『경제활동인구연보』, 1981~1996.

3) 통계청에서 1995년에 실시한 사회통계조사 결과에 의하면 여성이 경제활동을 하는 것이 “경제적인 이유”에 의한 것이 가장 강하였으며, 이어서 “자기자신의 개발과 경력의 추구”라고 하였음(통계청, 『한국의 사회지표』, 1996).

자녀를 모두 출가시킨 탈 양육기의 “빈 둥지가족(empty nest family)”의 출현은 한국 가족주기에 나타난 획기적 변화이다. 이와 같은 가족주기의 출현은 기혼여성의 취업으로 인한 가족의 부양문제에 우려를 낳게 하며, 아울러 노인부부만 남거나 일방 배우자의 사망에 의해 여자 또는 남자노인만 남게됨으로써 겪게 되는 노인단독가구의 경제적 지원과 심리적·정서적 안정을 위한 가족복지정책의 문제를 제기하게 된다.

5) 親族關係의 弱化

서구화에 의한 개인주의의 영향으로 우리 나라 가족의 친족관계에도 변화가 나타나 친족의 범위는 4촌이나 8촌 정도로 축소되고 있을 뿐만 아니라 친족간의 유대가 약화되어 가고 있다. 그럼에도 불구하고 우리 나라 가족변화의 내면에는 서구의 “고립화된 부부중심 핵가족”과는 구별되는 한국의 독특한 가족현상이 나타난다(여성한국사회연구회, 1995).

가까운 친족간 유대의 성격도 서구의 兩系制와는 구별된다. 여전히 우리 가족은 가부장적 가족의례 및 부계제의 전통이 강하게 남아 있으나 점차 변화하고 있다. 즉, 친정과의 관계는 주로 정서적인 관계나 일상생활 속에서의 유대, 일손의 도움을 주고받는 관계 등을 통해 유지되고 있는 데 반해, 시댁과는 경제적 도움, 제사, 재산상속 등에서 父系制의 관례를 따르고 있다(이동원, 1983; 최재석, 1987; 한남제, 1988). 그렇지만 과거보다는 친정과의 유대가 빈번해지고 강화되었다는 점에서는 가족의 변화가 현저하다는 것은 우리 가족의 변화의 한 특징이다.

6) 家族의 不安定性

우리 나라는 전통적으로 가족을 중심으로 한 생활체제를 구축하여

왔다. 따라서 우리의 가족은 다른 어느 사회에서보다도 안정되어 있다. 특히 서구의 부부중심가족과는 달리 우리의 가족은 부모-자녀관계가 부부관계 못지 않게 중요한 가족의 축을 형성하고 있기 때문에 한국가족은 서구의 가족과는 달리 상대적으로 높은 안정성을 보여주고 있는 것은 사실이다. 그러나 사회변화에 따라 그리고 가족 내에서의 가족원간의 갈등이 증가함으로써 우리의 가족은 안정성을 점차 잃어가고 있는 것 또한 현실이다.

이와 같은 사실은 가족의 안정성을 나타내는 일반적 지표로 인식하고 있는 이혼율의 변화에서 알 수 있다. 즉, 비록 서구에 비해 여전히 낮은 이혼율을 보여주고는 있으나 이혼의 발생은 지속적으로 증가하고 있다. 인구 천명당 이혼건수를 의미하는 조이혼율이 1975년 0.5에서 1997년에는 2.0을 나타내어 이를 증명하고 있다. 이혼은 증가하고 있음에 비해 혼인율은 감소하고 있어 가족형성이 전보다 원활히 이루어지고 있지 않고 있다(表 IV-46 참조).

〈表 IV-46〉 婚姻率 및 離婚率의 變化(1975~1997年)

(단위: 건)

구분	1975	1980	1990	1995	1996	1997
총혼인건수	282,200	401,354	404,468	401,161	389,319	374,429
조혼인율(천명당)	8.0	10.5	9.4	8.8	8.5	8.1
총이혼건수	16,179	22,980	44,882	67,853	79,733	93,171
조이혼율(천명당)	0.5	0.6	1.0	1.5	1.7	2.0

資料: 통계청, 『1997 인구동태통계연보』, 1998.

7) 女性就業의 增加

여성의 경제활동참가는 선진국 및 개발도상국가에서 지난 수십 년간 지속적으로 증가하고 있는 추세에 있다. 따라서 경제활동참가율의 남녀간 격차는 감소되고 노동력은 여성화되고 있다는 것이다. 우리

나라 경우도 여성의 경제활동은 계속 증가하여 왔으며, 여성고등교육 수혜율 상승에 힘입어 전문직 및 사무관리직 종사여성들도 다소 증가하고 있으며 이는 계속될 전망이다(김승권, 1998②).

여기서는 날로 증가하고 있는 우리 나라 여성의 취업특성을 살펴보고, 여성의 취업에 따른 제반 문제점을 규명하여 취업여성을 위한 제반 복지정책을 강구하기 위한 기초자료를 제공하기 위한 것이다. 이는 취업여성뿐만 아니라 그들의 가족이 원만한 직장생활을 수행하고 행복한 가족생활을 영위하여 가족구성원 모두의 『삶의 질』 향상을 위한 것이다.

가) 女性經濟活動參加率의 變化

우리 나라 여성의 취업은 지난 30여 년간 급격한 변화를 보이고 있다. 양적으로는 1960년대의 경제개발계획의 추진 이후 여성노동력의 참여가 많이 늘어나고 있는 추세를 볼 수 있으며, 질적으로는 단순노동 및 공장근로자에서 이제는 전문직, 준전문직 및 사무관리직 등으로 그 영역이 확대되고 있다. 즉, 1960년대 경제개발 초창기의 경제정책은 저임금 여성 노동자의 장시간 노동을 바탕으로 제품의 생산비를 절약하여 경쟁력을 높여 수출을 증대하는 것이 그 목표였기 때문에 여성의 취업률 상승의 요인이 되었다(김승권, 1998②).

여성의 경제활동은 1970년대 이후 지속적으로 증대되어 여성경제활동인구는 1965년의 320만 명에서 1970년에는 363만 명, 1980년에는 522만 명, 1990년에는 738만명, 그리고 1997년에는 884만 명으로 엄청난 증가를 보였다. 따라서 여성의 경제활동참가율은 1970년 39.3%에서 1997년에는 49.5%로 27년 동안 10.2% 포인트 증가한 것이다. 이러한 현상은 생활수준의 향상과 자녀교육비의 증대에 의하여 남편의 수입만으로는 부족하기 때문에 이를 보충하고 여성 자신의 개발과 경력을 추

구하는 등 태도의 변화에 의한 것으로 판단된다(김승권, 1998②).

〈表 IV-47〉 性別 經濟活動參加率의 變化(1970~1997年)

(단위: %)

연도	1970	1980	1990	1995	1996	1997
남자	77.9	76.4	74.0	76.5	76.1	75.6
여자	39.3	42.8	47.0	48.3	48.7	49.5

資料: 통계청, 『경제활동인구연보』, 연도별

나) 婚姻狀態別 女性經濟活動參加率의 變化

미혼여성의 경제활동참가율은 1981~97년 기간 중 8.8% 포인트 상승하였으나 기혼여성은 다소 하락하였다. 그럼에도 불구하고 취업여성의 약 40%는 기혼여성이어서 이들의 노동시장 점유율은 점차 증가하고 있음을 보여준다. 즉, 1980~1997년기간 중 취업여성 중 미혼여성은 3.8% 포인트 감소한 반면 기혼여성은 동일한 수준만큼 증가하였으며, 그 결과로 전체 여성취업자 중 유배우 기혼여성이 차지하는 비중이 63.1%에 이른다.

〈表 IV-48〉 婚姻狀態別 女性 經濟活動參加率의 變化(1981~1997年)

(단위: %)

연도	1981	1985	1990	1996	1997
미혼	40.5	41.9	46.8	50.5	49.3
기혼	47.7	39.5	45.6	46.0	51.7

資料: 통계청, 『경제활동인구연보』, 1981~1997.

〈表 IV-49〉 婚姻狀態別 女性就業者 構成比(1980~1997年)
(단위: %, 천명)

연도	미혼	기혼				계 (수)
		소계	유배우	사별	이혼	
1980	28.0	72.0	59.0	11.6	1.4	100.0 (5,222)
1985	25.2	74.8	61.7	11.6	1.5	100.0 (5,833)
1990	24.5	75.5	62.8	11.0	1.7	100.0 (7,376)
1995	25.2	74.8	62.3	10.2	2.3	100.0 (8,224)
1996	24.8	75.2	62.7	10.1	2.3	100.0 (8,434)
1997	24.2	75.8	63.1	10.2	2.5	100.0 (8,639)

資料: 통계청, 『경제활동인구조사』, 각 연도.

다) 年齡別 女性 經濟活動參加率의 變化

결혼 및 자녀출산기의 부인연령 변화는 여성의 경제활동에 지대한 영향을 미친다. 여성경제활동참가율의 상승에 따라 최근에 이룰수록 점차 곡선이 상방으로 이동하고 있다. 그러나 그 형태는 다소 특이하다. 즉, 여성의 경제활동참가율은 20~24세 연령층까지 상승하여 25~29세 연령층에서는 급격히 하락하며, 그 이후 연령층에서는 다시 증가하여 50대 초반까지 이어지고 그 이후에는 다시 떨어지는 「M字型」을 보여준다. 이러한 패턴은 최근에 이룰수록 심화되어 1995년의 여성경제활동참가율의 연령별 추세는 20~24세와 25~29세에서 매우 큰 격차를 나타낸다.

이는 결혼연령과 자녀출산연령에 따른 것으로 우리 나라 여성은 결혼 및 첫 자녀 출산 등으로 인해 노동시장에서 탈락하는 정도가 매우 높음을 의미하는 것이다. 이와 같은 결과는 크게 다음의 두 가지 요인에 기인한다. 하나는 결혼 및 자녀출산에 기인한 성차별적 요소이며, 다른 하나는 불충분한 가족지원정책에 따른 자녀양육부담에 의한 것이다(김승권, 1998②).

라) 女性就業의 特性

여기서는 여성취업의 특성으로 여성의 고용상태, 장기근속률, 성별 임금격차, 근로시간 및 이직률의 남녀차이 등에 의해 설명하고자 한다. 이는 여성의 권익수준을 측정할 수 있는 요소이기도 하므로 매우 의미 있는 일이다.

과거 많은 여성은 무급가족종사자의 상태에 있었으나 점차 피고용인의 비율이 증가되고 있다. 이는 공공 및 민간기관에서의 여성취업 기회가 증가하고 교육수준이 향상됨에 힘입은 것이다. 특히 남녀고용평등법과 여성취업에 대한 사회적 인식의 변화도 크게 작용한 것으로 판단된다. 그러나 우리 나라 취업여성은 여전히 저임금 직종과 소규모 직장에 집중되어 있으며 많은 여성이 파트타임으로 고용되어 있음은 부인할 수 없는 사실이다(이현송 외, 1996)⁴⁾.

〈表 IV-50〉 女性勤勞者の 雇傭狀態(1960~1992年)

(단위: %)

고용상태	1960년	1970년	1980년	1992년
고용주	-	1.0	1.7	1.7
자영업자	22.5	16.7	18.9	16.2
무급가족종사자	62.2	52.1	44.7	34.0
피고용인	15.3	30.2	34.8	48.1
전체	100.0	100.0	100.0	100.0

資料: 1) 통계청, 『인구 및 주택총조사』, 1961, 1971, 1981.

2) 통계청, 『고용구조조사 보고서』, 1993.

4) 선진국의 예를 보면, 1980년대 이후 여성취업자가 남성취업자에 비해 크게 늘었으나 증가된 취업여성의 특성은 국가에 따라 파트타임과 풀 타임으로 구분되는 양극화 현상을 나타낸다. 벨기에, 프랑스, 독일, 네덜란드, 그리고 영국과 같은 국가에서는 여성의 취업증가가 전적으로 파트타임 취업자의 증가에 기인하였으며 풀 타임 여성취업자의 절대숫자가 감소하기까지 하였다. 이와는 반대로 캐나다, 덴마크, 핀란드, 아일랜드, 이태리, 룩셈부르크, 노르웨이, 스웨덴, 그리고 미국에서는 전체 여성취업의 증가에 풀 타임 취업의 증가가 더욱 많은 기여를 하였다.

10인 이상 사업체를 대상으로 한 조사에 의하면, 여성근로자의 노동시장에서의 탈락률은 매우 높았다. 즉, 5년 이상의 장기근속율은 점차 상승하고 있음에도 불구하고 1995년 26.4%, 1996년 24.3%에 불과하였다. 특히 10년 이상의 장기근속은 1996년에 겨우 7.4%였다. 이는 앞에서 살펴본 바와 같이 결혼의 장애 또는 자녀양육부담에 의한 결과로 이해된다.

〈表 IV-51〉 長期勤續 女性勤勞者의 變化(1980~1996年)
(단위: %)

연도	근속년수					
	5년 미만	5년 이상				
		소계	5~9년	10~14년	15~19년	20년 이상
1980	93.5	6.5	5.9	0.4	0.1	0.1
1985	86.5	13.5	11.9	1.2	0.3	0.1
1990	83.7	16.3	13.1	2.5	0.5	0.2
1995	73.6	26.4	19.1	5.0	1.6	0.6
1996	75.7	24.3	16.8	4.7	1.9	0.8

註: 근로자 10인 이상 사업체 대상임.
資料: 노동부, 『임금구조기본통계조사보고서』, 연도별.

여성근로자의 평균임금, 근속년수, 근로시간 및 이직률을 살펴보면 남성에 비하여 여성이 부당한 대우를 받고 있음을 엿볼 수 있다. 성별 임금차이는 최근에 상당히 줄어들고 있으나 여전히 남성근로자의 61.5% 수준에 있었다. 물론 임금은 교육수준, 직위, 장기근속, 능력 등에 따라 달리 나타나기 때문에 이를 직접 비교할 수는 없다. 그러나 교육, 승진, 퇴직 등에 성차별이 있고 또한 여성이 많이 종사하고 있는 직종의 평균소득이 비교적 낮은 경우도 있어 이를 직접 비교하는 것도 가치 있는 방법이다.⁵⁾ 남녀의 근로시간 차이는 그다지 나타나고

5) 미국에서는 대부분의 치과의사가 남자이며 이들은 고소득자이나, 유럽국가에서는 대부분의 치과의사는 여자이며 이들의 소득은 중간수준이다(Reskin and Padavic, 1996).

있지 않지만, 여성근로자의 근속년수는 남성에 비해 61.7% 수준이며, 여성의 이직률은 남성에 비해 약 37% 높은 것이다.

〈表 IV-52〉 男性對比 女性の 賃金, 勤續年數, 勤勞時間 隔差 및 離職率(1975~1996年)

(단위: %)

연도	임금 ¹⁾	근속연수	근로시간	이직률
1975	42.2	53.3	-	-
1980	44.5	58.8	103.3	140.5
1990	55.0	53.2	100.5	138.9
1995	59.9	57.6	98.3	130.0
1996	61.5	61.7	97.2	136.7

註: 1) 월급여액 기준임.

資料: 1) 노동부, 『매월노동통계조사보고서』, 연도별.

2) 노동부, 『임금구조기본통계조사보고서』, 연도별.

나. 家族變化에 따른 對應方案

가족구성원 각자가 생산적 및 협조적 관계를 유지하며 생활하기 위해서는 인구 및 사회변화가 가족에 미치는 영향이 긍정적이어야 할 것이며, 부정적인 영향을 최소화시킬 수 있는 가족구성원의 노력과 정부의 지원이 수반되어야 할 것이다. 다시 말해 현재 우리의 가족은 급격한 변화를 경험하고 있기 때문에 정부의 가족복지서비스는 보편적 접근과 동시에 문제를 내포하고 있는 가족에게 특수한 서비스를 강화하여야 할 것이다.

한국에서의 가족복지서비스에 대한 관심은 1970년대 이후 가족구조 및 성역할 가치관의 변화와 사회적 병리현상이 나타나고, 이에 대처하는 사회정책의 미흡함이 광범위하게 인식되면서 대두되게 되었다. 사실 지금까지의 가족정책은 소극적이었으나 향후에는 인구구조의 변

화, 가족구조의 변화, 가족의 기능과 역할의 변화, 가치관의 변화 등에 따라 급증하고 있는 복지욕구에 부응할 수 있는 가족 및 그 구성원에 대한 국가·사회적 지원이 제공되어야 할 것이다. 특히 인구의 통계적, 사회적 및 경제적 조건에서의 급격한 변화에 대응하기 위하여 가족의 역할과 기능을 건전하게 유지하고 강화시키기 위한 생산적이고 발전적인 가족정책이 요구된다.

1) 要保護 家族의 生活保障 및 自立支援政策의 強化

빈곤을 완화하기 위한 방안으로 실시하고 있는 재정적 지원 책으로는 생활보호대상자, 소년·소녀가장세대, 요보호 여성, 그리고 빈곤노인들을 위한 시책 등 다양한 형태의 정부차원의 보호정책이 있다. 물론 우리 나라는 가계의 경제적 안정을 제고하기 위하여 최저생활수준(national minimum)의 생활보장을 복지정책의 최우선 과제로 설정하고 있으나 그 기준 자체가 절대적 및 상대적으로 낮기 때문에 많은 취약계층이 소외되고 있는 실정이다.

따라서 최저생계를 보장하는 취약계층을 확대하여야 하며, 보장수준도 상승시켜 그들이 인간다운 삶을 영위할 수 있도록 지원하여야 할 것이다. 또한 의료 및 주거보장은 전적으로 이루어져야 할 과제이다. 특히 최근 경제불황이나 IMF 구조조정으로 인한 대량실업의 여파로 가족의 경제적 위기는 가족갈등을 증가시키고 심지어는 가구원의 가출, 이혼 및 별거 등 가족해체로 까지 이어지고 있어 가족이 본래적 기능을 수행할 수 있도록 하는 최소한의 보장은 필수적이다.

2) 就業女性을 위한 家族支援政策

가구 및 가족규모의 축소, 핵가족화 등 가족변화와 취업여성의 증가는 아동, 노인, 장애인 등 의존적 가족원에 대한 보호기능을 약화시

키고 있다. 따라서 약화된 가족기능과 역할을 보완해 줄 수 있는 다음과 같은 사회복지서비스의 강화가 필요하다.

가) 子女養育支援政策

전통적으로 우리 부모들은 자녀의 양육을 위해 모든 희생을 감수하는 것을 당연하게 여겨왔으며, 특히 소자녀관이 정착되어 있는 현 사회에서 부모들은 자식을 남보다 잘 키우려고 하는 의식이 강하게 나타나 자녀양육이 최대의 가족관심사가 되어 있다. 이는 여성의 취업을 방해하는 요인일 뿐만 아니라 취업여성의 가장 큰 어려움이다.

따라서 점차 증가하게 될 취업여성이 겪고 있는 직장생활과 가정생활의 양립의 어려움을 지원하기 위한 아동보육정책의 강화가 절실하다. 특히 자녀정책은 노인정책에 못지 않게 중요할 뿐만 아니라 국가의 장래를 생각하면 오히려 더 관심을 가져야 하는 부문인 만큼 가장 우선되어야 할 것이다.

(1) 保育政策의 強化

보육서비스는 여성이 경제활동과 자녀양육을 양립할 수 있도록 할 뿐 아니라 모든 아동의 일상생활과 삶의 질을 향상시키고 아동의 성장과 발달을 촉진시키는 최적의 조건을 제공할 수 있어야 한다.⁶⁾ 정부는 1995년부터 1997년까지 요보육아동의 보육률을 획기적으로 제고하기 위하여 소요재원 12,891억원을 투입하여 7,590개소 보육시설의 확충을 목적으로 보육시설 확충 3개년 계획(1995~1997)을 실시한 바

6) 일본의 엔젤플랜을 보면 일본도 맞벌이 세대의 증가와 핵가족화의 진전에 대응하여 아동보육시설을 크게 확충하는 계획을 추진하고 있다. 육아 휴직급여의 실시, 다양한 보육 서비스의 확충을 통하여 여성의 자녀양육과 일에 대한 양면적 지원을 하고 있으며, 지역의 자녀양육지원센터 확충, 모자보건의료체제의 충실화를 통한 자녀양육 지원을 강화하고 있다.

있다. 동 계획의 추진결과 8,928개소의 보육시설이 확충되어 목표대비 118%로 초과달성하였다. 그러나 시설운영주체별로는 공공보육시설이 총 3,150개소 목표에 1,637개소가 확충되어 53%밖에 달성되지 못하였고, 직장보육시설은 총 1,440개소 목표에 121개소만 확충하는데 그쳐 8%의 아주 저조한 실적을 보이고 있다. 3개년계획은 주로 육아보육이 중심이 되어 확충되어 왔는데, 육아휴직제도가 발달되어 오지 못한 우리나라의 경우에는 영아보육 시설 및 인력의 확충이 절실하며 아울러 장애아 보육시설의 설치가 미흡한 실정으로 이들 시설의 확충이 필요하다 하겠다. 특히 저소득층 취업여성의 자녀에 국한된 구빈적 성격의 선별적 접근은 전체 아동의 복지를 위한 보편적 접근방식으로 전환되어야 할 것이다(한혜경 외, 1996). 아동보육을 강화하기 위한 구체적 방안을 제시해 보면 다음과 같다.

(가) 保育施設의 擴充과 運營時間 延長

최근까지는 보육시설이 절대적으로 부족한 상태에 있었다. 비록 요즘 경제불황으로 인하여 보육시설을 이용하는 아동이 감소되어 유휴시설이 나타나고 있는 실정에 있으나, 전체 보육시설 중 국공립 시설은 약 13퍼센트에 불과하여 국가의 보육정책은 민간보육시설에 크게 의존하고 있음을 볼 수 있다. 따라서 보육서비스의 질적 향상을 주도하기 위한 공공 보육시설을 확충하여야 할 것이다. 또한 야간 및 공휴일에도 일을 해야 하는 여성을 위해 보육시설의 운영시간을 연장하고 공휴일에도 운영하는 보육시설이 지정되어야 할 것이다.

(나) 保育人力의 安定的 確保 및 專門性 提高

보육사업의 초기에 겪게 되는 양질의 교사확보문제는 심각하다. 이들이 아동에 미치는 영향은 매우 크므로 보육교사 확보를 위한 장단

기 계획을 수립하고, 이들의 자질향상을 위한 각종 연구 및 교육훈련을 강화하여야 한다. 또한 최근에 이용아동의 감소로 어려움을 겪고 있는 보육시설에 대한 재정적 지원이 있어야 할 것이다. 이는 보육아동의 증가에 대비한 정책이며, 보육시설운영의 부실화를 방지하기 위한 방안이다. 이와 같은 재정적 지원은 저소득층 자녀의 무료보육시설이용과 연계되면 IMF 구조조정으로 인하여 실직된 많은 실직자 및 소득격감 가정의 자녀를 위한 지원정책이다.

(다) 保育서비스 프로그램의 高級化 및 多樣化

우리 나라에서는 보육을 단순히 아동을 보호하는 차원으로 인식하는 경향이 있으나 아동의 보호와 교육을 동시에 달성할 수 있는 프로그램이 다양하게 개발되어야 한다. 특히 공공보육시설에서 다양한 프로그램을 개발하여 보급함으로써 민간보육시설을 선도하여야 할 것이다.

(라) 兒童年齡에 따른 保育政策 推進

아동의 연령을 감안한 다양한 보육행정이 이루어져야 한다. 선진국에서는 1세 미만 영아에 대한 보육서비스는 아동과 모성의 건강을 보호하기 위해 시설보육 보다는 가정내 부모의 역할확대가 강조되고 있다. 육아휴직제도가 이의 대안이 될 수 있으나 아직까지 우리 나라에서는 이 제도가 보편화되고 있지 않은 실정이다. 더군다나 육아휴직기간의 소득보장은 전혀 되지 않고 있는데, 휴직기간 동안의 최저생활을 보장하는 제도개선이 조속히 이루어져야 한다.

1~3세 미만의 아동을 위해서는 체계화되고 양질의 가정보육이 추진되어야 하겠다. 가정보육에 대한 정부차원의 지원 및 관리가 이루어지고 있지 않아 문제점으로 지적되고 있다. 따라서 가정보육을 체계화하고 질을 향상시키기 위한 정책이 있어야 하겠으며 운영개선을

위한 세제 혜택을 주어야 할 것이다.

3세 이상의 아동을 위한 보육서비스는 가정보다는 시설을 활용하고 있는 것이 세계적인 추세이며 우리 나라도 예외는 아니다. 이 연령층에 있는 아동들은 사설학원에 개설된 終日班 또는 半日班을 많이 이용하고 있어 이들 아동의 보육서비스가 효율적으로 제공되고 있는지 관계당국의 주의 깊은 관심을 보여야 하고, 이를 체계적으로 관리할 수 있는 체제를 구축하여 나가야 할 것이며, 시민단체의 적극적인 관심이 필요하다.

(2) 放課後 兒童教室 擴大 및 運營의 內實化

초등학교 저학년을 위한 방과후 아동교실을 광범위하게 확충하고 이를 내실화할 수 있는 다양한 프로그램이 개발되어야 할 것이다. 아울러 방과후 교실을 중·고등학교까지 확대하는 방안도 검토되어야 할 것이다. 이와 병행하여 자녀 사교육비가 가정경제에 엄청난 피해를 미치고 있는 점을 감안하여 제도권 교육의 내실화가 조속히 이루어져야 한다.

(3) 育兒休職制度의 補完 및 擴大

우리 나라의 육아휴직제도는 1987년 12월 남녀고용평등법이 제정되면서 처음으로 법적으로 보장되고 있다. 남녀고용평등법과 공무원법에 의하면 육아휴직은 생후 1년 미만의 자녀를 양육하는 경우에 자녀가 1세가 될 때까지 인정된다. 그러나 휴직기간동안 임금지급이 되지 않고 있어 활성화되고 있지 않은 형편이다. 또한 일부 대기업이나 공공사업체에서만 실시되고 있고, 많은 여성이 근무하는 중소기업에서는 거의 실시되지 않고 있어 제도가 정착되고 있지 않다.

따라서 공공 및 민간기관에서의 육아휴직제도를 보편화할 수 있도록

록 정책을 추진하고, 육아휴직 기간 생계를 유지할 수 있도록 최저한의 소득보장이 이루어져야 하겠으며, 제도의 확장을 위해 육아휴직제도를 도입하고 최저임금을 지급하는 민간기관에 대한 세제 지원도 적극 고려하여야 할 것이다.

〈表 IV-53〉 保育施設과 保育兒童數(1992~1998. 3月)

(단위: 개소, 명)

시설	1992	1993	1994	1995	1996	1998.3
보육시설수	4,513	5,490	6,975	9,085	12,098	12,098
국공립 보육시설	720	837	983	1,029	1,079	1,201
민간 보육시설	1,808	2,419	3,091	4,125	6,037	7,068
직장 보육시설	28	29	37	87	117	165
가정 보육시설	1,957	2,205	2,864	3,884	4,865	6,335
보육아동수	123,297	153,105	219,308	293,747	403,001	403,001
국공립 보육시설	49,529	55,133	70,937	78,831	85,121	89,000
민간 보육시설	57,797	80,400	119,968	170,412	255,844	236,000
직장 보육시설	768	725	976	2,388	3,596	5,000
가정 보육시설	15,203	17,012	27,427	42,116	58,440	63,000

資料: 1) 보건복지부, 『보육사업지침』, 1997.

2) 보건복지부, 내부자료

3) 老人扶養의 支援

우리 나라의 노인들은 젊은 시절 경제발전과 자녀양육을 위해 자신의 일생을 바쳤으며 자신들의 노후보장에는 소홀할 수밖에 없었던 세대이다. 많은 연구결과에 의하면 노인들은 어느 나라를 막론하고 가족으로부터 소외되어가고 있다. 특히 출산력의 감소는 한 부부가 부담하여야 할 부모 또는 노인이 많다는 것을 의미한다. 예를 들면, 한 자녀를 가진 가정의 아들과 딸이 결혼한다면 그 부부는 네 명의 노인을 부양하여야 할 것이며, 두 자녀를 가진 가정의 자녀가 결혼한다면 그 부부는 평균 두 명의 노인을 부양하여야 할 것이다.

우리는 세계 어느 국가에 못지 않게 효사상에 의해 무장되어 있는 가족제도를 갖고 있다. 우리는 이러한 우리의 장점을 최대한 활용할 수 있도록 가족의 기능을 보완하고 지원하여 노인문제를 해결하는 정책을 추진하여 나가야 할 것이다. 이는 노인의 사회적 부양부담을 최소화시킬 수 있는 유일한 방안이다. 노인부양을 위한 정책으로는 이미 앞에서 진술한 바 있는 재가노인을 위한 복지서비스 확충 및 보완, 노인을 위한 각종 시설확충 및 프로그램의 개발, 가족간호휴직제도의 확대 및 내실화가 이루어 져야 한다.

4) 女權伸張을 위한 政策強化

현재 여성의 사회참여 확대를 위해서 남녀고용평등법, 고용보험법, 영유아보육법, 여성발전기본법 등 여성관련 법령이 제정 내지 개정되고 있으나 앞으로 사회 전반에서 여성참여의 폭을 넓혀 나가기 위해서 보다 광범위한 제도개선이 필요하며 여성고용을 저해하는 제도적 장애요인이 해소되어야 한다. 21세기 우리가 지향해야 할 사회는 남녀평등이 사회 각 분야에서 확산되는 사회이며 이르기 위해서는 사회적으로 사장되어 있는 막대한 여성인력이 활용되어야 할 것이며 뿌리깊은 성역할 고정관념에서 벗어나야 할 것이다(김승권, 1998②).

우리 나라 여성의 노동시장에서의 차별은 UN에서 개발한 남녀평등지수와 여성권한척도의 수준이 잘 보여준다. 먼저 UN이 각 국의 교육수준, 국민소득, 평균수명 등 주요통계를 활용하여 인간개발성취의 정도를 평가하여 발표하는 인간개발지수(HDI)를 살펴보면, 우리 나라는 전 세계국가의 32위를 차지하고 있다. 평균수명, 문자해독률, 취학률, 소득에 있어서의 남녀평등 정도를 측정하기 위해 UNDP가 개발한 남녀평등지수(GDI)는 교육관련지표인 문자해독률과 취학률에서 남녀 모두 매우 높은 수준인 반면 남녀소득차가 큰데 기인하여 35위로 약

간 낮아졌다. 그러나 여성이 정치경제활동과 정책결정과정에 얼마나 남성과 동등하게 참여하고 있는지를 나타내는 여성권한척도(GEM)는 73위에 불과하였다.

〈表 IV-54〉 男性平等指數 및 女性權限尺度의 國家別順位(1997年)

순위	인간개발지수(HDI)		남녀평등지수(GDI)		여성권한척도(GEM)	
	국가	점수	국가	점수	국가	점수
1위	캐나다	0.960	캐나다	0.939	노르웨이	0.795
2위	프랑스	0.946	노르웨이	0.934	스웨덴	0.784
3위	노르웨이	0.943	스웨덴	0.932	덴마크	0.728
4위	미국	0.942	아이슬란드	0.932	핀란드	0.719
5위	아이슬란드	0.942	미국	0.928	뉴질랜드	0.718
6위	네덜란드	0.940	프랑스	0.926	캐나다	0.700
7위	일본	0.940	핀란드	0.925	미국	0.671
8위	핀란드	0.940	뉴질랜드	0.918	오스트리아	0.667
9위	뉴질랜드	0.937	호주	0.917	독일	0.661
10위	스웨덴	0.936	덴마크	0.916	네덜란드	0.660
※ 참고사항:						
(한국)	(32위)	(0.890)	(35위)	(0.826)	(73위)	(0.302)

註: 1) HDI: Human Development Index

2) GDI: Gender-related Development Index

3) GEM: Gender Empowerment Measure

資料: UN개발계획, 『인간개발보고서 1997』.

최근 남편의 실직 등으로 취업을 원하는 많은 부인이 일자리를 원하고 있다. 따라서 여성취업을 활성화하고 취업을 지원하기 위한 많은 방안이 요구된다. 또한 여성의 지위향상을 위한 대책을 강구하여야만 직장생활에서의 만족도를 높일 수 있을 것이며, 그들의 능력이 최대한 발휘될 수 있을 것이다. 이를 위해서 직장 내에서의 남녀차별을 철폐할 수 있는 제도적이고 실질적인 정책이 확대되어야겠다. 즉, 결혼으로 인한 취업탈락(Marriage Bars)을 저지시킬 수 있는 제도적 개선과 정책유도가 사회 전반적으로 이루어져야 한다. 또한 취업을 원

하는 여성을 위한 재교육 및 훈련체계가 효과적으로 관리·운영되어야 할 것이고, 특히 고학력의 여성을 위한 직업 및 직종개발이 적극 추진되어야 하겠다. 마지막으로 기혼여성의 취업에 대한 사회일반 및 가족원의 부정적 시각을 타파하기 위한 학교 및 사회교육이 강화되어야 한다.

결론적으로, 가족규모의 축소, 가족형태의 단순화, 다양한 가족유형의 출현 등 인구변동에 의한 다양한 가족변동이 우리 사회에서 가속화되고 있다. 즉, 가구당 평균 가구원수의 지속적인 감소와, 2세대 이하 세대의 지속적인 증가에 따른 핵가족화 현상, 그리고 여권의 신장과 지위향상 등으로 인한 여성취업과 사회참여율이 계속 증가하는 추세에 있으며, 이러한 추세는 향후에도 계속될 전망이다. 그 외 가족생활에 있어서 가족보다는 개인을 보다 중요시하거나 개인과 가족을 모두 중요시 여기는 개인주의적 경향의 가치관이 형성되고 있다. 이러한 개인주의 의식은 만혼의 성향과 함께 이혼율을 증가시키고 있으며, 또한 가족과 관련된 사회적 병리현상의 증가로 사회적 보호를 요하는 대상이 증가하고 있어 이를 위한 사회적 대응책이 요청되어 왔다.

서구화, 산업화와 맞물려 지속적인 저출산율이 유지되어 온 결과 우리 나라에서는 독신가구 및 노령인구의 증가, 요보호 아동 및 여성과 문제가족의 급증, 그리고 여성경제활동의 증가 등으로 우리의 가족기능은 상당히 약화되어 가고 있다는 우려가 많다. 그러므로 앞으로의 정부는 가족에 기반을 둔, 가족의 기능과 역할을 강화하고 보완하기 위한 가족복지정책을 강화하여야 할 것이다.

핵가족이 주류를 이루고 있는 우리 사회에서 취업여성이 그들의 자녀를 양육하기는 결코 쉽지 않다. 특히 보육정책은 가정에서 양육이 곤란한 경우에 그 역할을 대리하는 모형이 기본적인 관계로 한국의 취업부인들이 보육시설을 활용하기에는 쉽지 않을 뿐더러, 저렴한 국

공립 보육시설은 전체 보육시설의 약 10%에 불과하기 때문에 다행스럽게 민간 및 직장보육시설을 이용할 수 있는 환경에 있는 가족일지라도 경제적 부담은 결코 적지 않다. 아울러 점차 증가하고 있는 기혼여성들의 취업은 우리 사회에서 전통적으로 여성이 담당해 오던 노인부양에 큰 변화를 주고 있다. 즉, 핵가족의 일반적 추세와 여성경제활동 참가율의 증가는 가족 내에서 노인을 부양하는데 큰 어려움을 야기시키고 있으며, 이러한 추세는 점점 심화될 전망이다.

특히 “가족부양은 남편의 역할, 가정을 돌보는 것은 아내의 책임”이라는 전통적 성별분업의 가치관이 많이 약화되어 가고 있는 것은 사실이다. 그러나 공적부문 즉, 노동시장에서의 남녀 성별분업은 여성의 취업실태에서 보여주듯이 부족한 것은 사실이나 취업률 증가에서 나타나듯 많은 개선이 있는 것 또한 사실이다. 그러나 사적부문, 즉 가족에서의 전통적 전역할 가치관은 강하게 잔존하고 있다. 이의 영향은 여성의 경제활동증가와 함께 직장과 가정에서의 여성의 역할부담을 가중시킴으로써 가족원의 갈등을 증가시키고, 가족의 기능을 저하하고 있다. 그러므로 여성의 취업증가와 함께 종전에 가정에서 여성이 수행하던 역할을 보완할 수 있는 강력한 가족 중심적 정책이 절실히 요구된다. 이는 우리 사회가 건전하게 발전할 수 있는 근간이 될 것이기 때문이다.

V. 結論

인구학적 전환으로 21세기에 우리 나라의 사회·경제는 아동 및 학령인구의 감소, 노동력 고령화 및 감소, 인구의 노령화 등에 의해 크게 영향을 받을 것으로 전망된다. 21세기의 정책과제로는 인구의 질적 향상을 위한 생식보건, 출생성비의 불균형, 인구의 고령화, 인력공급 부족, 가족문제 등이다. 이들에 대한 대응책을 다음과 같이 제시하였다.

첫째, 人口의 質的 向上을 위한 生殖保健問題와 이에 대한 對應이다.

원치 않는 임신 및 인공임신중절을 예방하기 위하여 결혼과 동시에 태울조절 목적의 피임실천이 생활화될 수 있도록 계몽·교육활동이 강화되어야 한다. 특히, IMF 경제여파로 인한 실업자를 포함한 저소득층, 장애인 등 취약계층에 대해서 경제적 부담 없이 피임을 수용할 수 있도록 정부지원이 지속되어야 할 것이다. 임부 및 태아의 건강을 위한 산전검진과 고위험 신생아 등에 대한 진료는 의료보험 급여대상에 포함토록 하고 공공부문은 고위험 임신부관리와 영유아의 예방접종을 포함한 건강검진에 역점을 두는 한편, 지역내 민간의료기관과의 연계체제를 구축하는 방안이 강구되어야 할 것이다. 제왕절개분만은 모성보건차원에서 뿐만 아니라 의료비 절감을 위해서 엄격히 규제되어야 할 것이다. 모유수유율을 높이기 위해 홍보활동을 전개하는 한편, 母子同室 制를 실시하는 병·의원에는 의료보험수가를 적용하는 등 적극적인 노력이 경주되어야 할 것이다.

청소년의 성 활동의 증가에 따른 미혼모, 성병 등 각종 사회문제를 예방하고 생식보건을 향상시키기 위해 남녀 모두에게 홍보교육과 서

비스를 제공하여야 한다. 청소년의 성과 생식건강문제에 관한 가정의 역할이 제고되어야 하며, 각급 학교의 교과과정에 성교육의 내용이 강화되어야 할 것이다. 성 정보에 대한 접근을 통제하는 것보다는 성 교육·성상담을 포함한 인구정보 및 지식을 제공해야 할 것이다. 성교육은 성윤리에 관한 내용뿐만 아니라 성도덕이나 남녀간의 평등한 상호관계에 대한 교육도 포함되어야 한다.

증가 추세에 있는 에이즈의 예방을 위하여 에이즈 감염경로 및 예방방법에 대한 교육이 확대되어야 한다. 그리고 감염자에 대한 보호관리체계와 홍보교육활동의 강화가 필요하다. 에이즈 예방과 관련하여 콘돔 보급이 보다 확대되어야 할 것이다. 에이즈 예방을 극대화할 수 있도록 기존 민간단체의 역할과 책임을 분명하게 설정하고 이를 토대로 민간단체간의 공조체계가 확립되도록 해야 할 것이다.

생식보건을 향상시키기 위해서는 임신-분만-영유아관리-가족계획 유도를 연계하는 포괄적인 서비스가 가능하도록 하되 사업의 우선 순위를 설정하고 공공과 민간의료기관이 담당해야 할 업무내용과 기능을 분명하게 설정해야 한다. 특히 자연유산이나 기형아 발생을 예방하기 위한 태아의 기형아 검사, 산전·산후관리, 선천성대사이상검사 등은 건강보험을 통한 일반병의원에서 제공될 수 있도록 제도화해야 할 것이다. 모성보건과 인구자질의 향상을 위해서 기존의 가족계획은 생식보건사업에 포함하고 가족복지와 유기적으로 연계하여 추진될 수 있도록 통합형태의 서비스 전담체계가 구축되어야 한다.

둘째, 出生性比의 不均衡 問題와 이에 대한 對應이다.

출생성비의 불균형으로 인한 각종 사회적 악영향을 제거하기 위해서는 남아선호를 불식시키는 한편, 출생성비 불균형의 직접적인 원인인 태아성감별 및 선택적 인공임신중절의 행위를 근절시키는 노력이

있어야 한다.

의료법에 명시된 관련 의료행위의 금지 및 처벌규정이 死文化되지 않도록 엄격히 시행하고, 서비스를 제공한 의료인뿐만 아니라 이를 요구한 일반인도 함께 처벌할 수 있도록 의료법의 개정을 검토할 필요가 있다. 또한, 관련 단체를 통한 성감별 불법의료행위에 대한 감시 체계가 확립되어야 한다. 인공임신중절의 허용기준을 규정하고 있는 모자보건법에 불법적 인공임신중절에 대한 처벌조항이 포함될 수 있도록 개정되어야 한다. 태아 성감별 및 인공임신중절의 비윤리적 의료행위에 대해 의료인의 자정노력이 계속되어야 하며, 이를 위해 의료인 단체는 관련 교육 프로그램을 지속적으로 실시하고, 의과대학 교과과정에서도 의료윤리 교육이 강화되어야 한다.

남아선호를 불식시키기 위해서는 성평등과 인간생명의 존엄성에 대한 가치관을 어린 시절부터 교육을 통하여 형성시켜 나가야 하며, 이를 위하여 관련내용이 학교 교과과정에 포함되어야 하며, 교자재, 교사들의 태도 등에서 남녀간 불평등을 조성하는 모든 요소들을 제거하여야 한다. 남아선호의 불식을 위해서는 여성자신들의 노력이 중요하므로, 여성 스스로가 자신에 대한 평가와 지위를 강화시켜 나가야 한다. 이를 위해서 여성의 역할이 단순히 자녀출산과 양육을 넘어선 사회개발의 일원으로서 남자와 동등한 지위를 가지고 있음을 학교 및 사회 교육과 홍보를 통해 강조되어야 할 것이다. 명백하고 합리적인 이유가 없이 교육, 고용, 가족생활 등 모든 사회생활 영역에서 여성을 차별하는 모든 제도와 법률은 수정되어야 한다. 국공립기관과 기업체 등에서 일정한 비율의 여성이 고용될 수 있도록 하며, 결혼 및 자녀출산을 이유로 여성을 해직시키는 관행이 철폐될 수 있도록 법률적 조치가 있어야 한다.

셋째, 人口의 高齡化와 이에 대한 對應이다.

21세기 노인복지의 과제로는 노인의 가족부양에 대응한 재가노인복지사업 확대, 노인의료복지체계의 개선, 건강한 노인의 사회참여 기회 확대, 실버산업의 육성, 노인복지주택의 공급 등을 들 수 있다.

재가노인복지사업은 현재 실시되고 있는 생활보호대상 노인을 위한 서비스에서 일반노인을 위한 서비스로 확대되어야 한다. 이를 위하여 국가·지방자치단체와 이용자간 비용부담체계가 확립되어야 하며, 민간 유료서비스를 확대하여야 할 것이다. 필요 인력의 확대를 위하여 외상노인, 치매노인 등을 간호하고 보살필 가정봉사원의 육성하여야 하며, 이를 위하여 일정 교육훈련 후 자격을 부여하는 제도가 도입되어야 한다. 장애노인을 위한 입욕서비스, 급식서비스, 긴급통보시스템 등의 개발이 필요하며 특히 치매, 중풍노인을 보호할 수 있는 시설 확충이 요구된다. 노인복지시설 확충을 위해서는 공공복지의 강화이외에 민간사업의 투자를 유도하여 민간사업을 육성하여야 한다. 노인복지용구를 개발·제작하는 전문기업을 육성하기 위한 기술개발 보조금, 세제 및 금융상의 혜택 등 정부의 지원책이 마련되어야 한다.

노인 의료복지체계는 보건, 의료, 복지가 상호 연계된 체계가 바람직하다. 노인의 만성퇴행성질환을 줄이기 위하여 중년기 이후부터 건강교육사업에 역점을 두어야하며, 일단 기능장애가 된 노인, 중풍, 외상상태의 노인, 치매성 노인을 위해 재활복지시설과 요양시설의 확충이 필요하다. 노인이 비교적 적은 의료비 부담으로 장기간 요양할 수 있도록 노인전문병원과 노인요양시설을 확충하여야 하며, 장기요양에 따른 의료비 부담을 경감하기 위하여 의료보험제도를 개선하여 진료, 치료 등 의료부분뿐 아니라 노인전문병원, 노인요양시설 등에서 제공되는 부가적 서비스에 대해서도 급여의 범위를 확대하고 나머지 부분은 민간보험을 활성화하여 한다. 또한, 노인 환자를 가정방문해서 건강관리서비스를 제공하기 위하여 가정간호서비스를 발전시켜야 한다.

노인 층의 사회참여 기회를 확대하기 위하여 노인의 취업기회를 확대하는 것이 중요하다. 이를 위하여 고령자 적합직종에 대한 연구개발이 필요하며 직업알선기능, 직업훈련기능, 구인정보를 체계화 할 수 있는 전문조직이 필요하다. 고령자 적합직종에 대해서는 일정 비율 이상의 고용이 의무화되도록 하여야 한다. 노인 자원봉사활동을 확대하여야 하며 이를 위하여 참여 기회의 확대 및 노인의식의 전환이 필요하다.

일반노인에게 다양한 복지상품과 서비스를 제공하기 위하여 실버산업이 육성되어야 한다. 실버산업은 수익성과 공익성이 조화되고 우리 문화와 정서에 맞아야 하며 그 대상은 적어도 중산층 이상으로 하여야 한다. 실버산업은 노인주거, 금융보험, 복지기기, 노인여가의 분야로 구분될 수 있는데, 노인의 생활과 건강을 보살피는 노인주거시설에 대한 투자를 촉진시키기 위해서 정부의 금융, 세제상의 지원이 강화되어야 하며, 택지개발부담금을 면제하거나 공공부문에서 택지를 공급할 때 일정부분을 노인주거시설용으로 지정하는 등 방안이 검토되어야 할 것이다. 금융보험분야로는 퇴직후 보유재산을 노후생활비 보조로 활용할 수 있는 부동산 담보 연금대출, 효도연금 보내기 운동, 부모 은퇴자금통장 등을 확대하여야 할 것이다. 노인복지기기에 대한 수요가 증대될 것이므로 복지기기 전문생산업체의 육성이 필요하다. 노인주택공급의 확대를 위하여 공급자에게는 세제, 기금, 택지공급 등 정부의 지원이 강화되어야 하며, 수요자를 위해서는 취득세, 등록세, 상속세 등을 감면하며 주택구입자금의 장기 저리융자를 실시하여야 한다.

넷째, 生産可能人口의 規模 縮小에 따른 人力供給의 不足과 이에 대한 對應이다.

산업구조의 개편과 노동력 공급구조의 변화에 대응하기 위하여 첫째는 생산가능인구의 증가율 둔화 내지 장기적으로는 감소에 따른 인

력공급 기반의 확대이고, 둘째는 부문별로 발생하는 인력부족에 대한 대응이다.

생산직 인력의 부족을 해결하기 위해 직업훈련 투자를 확대하여야 한다. 이를 위하여 산업기술 등의 변화에 대처한 새로운 직업훈련시스템이 구축되어야 하며, 대학에 가지 않는 청소년들을 위한 교육계획이 필요하다. 고급 기술인력의 부족에 대한 대처방안으로는 대학교육이 양보다는 질 위주가 되어 변화되는 산업이 요구하는 고급 기술인력을 양성할 수 있는 교육제도가 확립되어야 하며, 연구개발부문에 대한 적극적인 투자가 필요하다.

여성 인력의 활용을 위해서는 여성이 직장과 보육이 동시에 가능하여야 하며 이를 위해 보육시설의 확충과 시설의 전문화 및 인력의 확충이 필요하다. 그리고 노동시장의 유연성이 제고되어 시간제 근무제가 확대되어야 한다.

다섯째, 家族構造 및 機能 變化에 따른 家族福祉의 問題와 이에 대한 對應이다.

가족이 급변하고 있는 상황에서 가구원 각자가 생산적 및 협조적 관계를 유지하기 위해서는 인구 및 사회변화가 가족에 미치는 부정적인 영향을 최소화시킬 수 있도록 가족구성원의 노력과 정부의 지원이 수반되어야 할 것이다. 즉, 정부의 가족복지서비스는 보편적 접근과 동시에 문제를 내포하고 있는 가족에게 특수한 서비스를 강화하여야 할 것이다. 현재 생활보호대상자, 소년·소녀가장세대, 요보호 여성, 그리고 빈곤노인들을 대상으로 한 최저생계보장의 대상을 확대하여야 하며, 보장수준도 상승시켜 그들이 인간다운 삶을 영위할 수 있도록 지원하여야 할 것이다.

가구 및 가족규모의 축소, 핵가족화 등 가족변화와 취업여성의 증

가는 아동, 노인, 장애인 등 의존적 가족원에 대한 보호기능을 약화시키고 있으므로 약화된 가족기능과 역할을 제도적으로 보완해 주는 노력이 필요하다.

아동의 양육을 지원하기 위해 보육서비스는 여성이 경제활동과 자녀양육을 양립할 수 있도록 할 뿐 아니라 아동의 삶의 질을 향상시키고 성장과 발달을 촉진시키는 최적의 조건을 제공할 수 있어야 한다. 보육서비스의 질적 향상을 위해서는 공공 보육시설의 확충, 야간 및 공휴일까지 운영시간의 연장, 양질의 교사 확보 등을 강화하여야 한다. 또한 재정적 어려움을 겪고 있는 보육시설에 대한 정부의 지원을 강화하여 보육아동의 증가에 대비하며, 시설운영의 부실화를 방지하여야 한다. 아동의 보호와 교육을 동시에 달성할 수 있는 프로그램이 다양하게 개발되어야 한다. 보육행정은 아동의 연령을 감안하여 이루어져야 하는데, 육아를 위해서는 육아휴직제도가 보편화되어야 하며 휴직기간동안 최저생활을 보장하는 제도개선이 이루어져야 하며, 1~3세 미만의 아동을 위해서는 양질의 가정보육이 그리고 3세 이상의 아동을 위해서는 시설 보육서비스가 효율적이고 체계적으로 이루어질 수 있도록 하여야 할 것이다. 초등학교 저학년을 위한 방과후 아동교실을 광범위하게 확충하고 이를 내실화할 수 있는 다양한 프로그램이 개발되어야 할 것이며 특히, 자녀 사교육비가 가정경제에 엄청난 피해를 미치고 있는 점을 감안하여 제도권 교육의 내실화가 조속히 이루어져야 한다.

노인의 부양을 지원하기 위해서는 재가노인을 위한 복지서비스 확충 및 보완, 노인을 위한 각종 시설확충 및 프로그램의 개발, 가족간 호휴직제도의 확대 및 내실화가 이루어져야 한다.

21세기에 여성의 사회참여 확대를 위해서 현재 남녀고용평등법, 고용보험법, 영유아보육법, 여성발전기본법 등 여성관련 법령의 제정 내

지 개정 이외 광범위한 제도개선이 필요하며 여성고용을 저해하는 제도적 장애요인이 해소되어야 한다. 사회적으로 死藏되어 있는 막대한 여성인력을 적극적으로 활용하기 위해서는 무엇보다도 우리 사회에 뿌리깊이 박혀져 온 성 역할에 대한 고정관념을 타파하여야 할 것이다. 여성의 능력이 최대한으로 발휘될 수 있기 위해서는 여성의 지위 향상이 우선되어야 하며, 이를 위해서는 직장 내에서의 남녀차별을 철폐할 수 있는 제도적이고 실질적인 정책이 확대되어야겠다. 즉, 결혼으로 인한 취업탈락을 저지시킬 수 있는 제도적 개선과 정책유도가 사회 전반적으로 이루어져야 하며, 취업을 원하는 여성을 위한 재교육 및 훈련체계가 효과적으로 관리·운영되어야 한다. 마지막으로 기혼여성의 취업에 대한 사회일반 및 가족원의 부정적 시각을 타파하기 위한 학교 및 사회교육이 강화되어야 할 것이다.

參考文獻

- 경제기획원, 『1960~1985년 추계인구』, 1988. 12.
- 공세권 외, 『한국에서의 가족형성과 출산행태조사』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 공세권·조애저·김승권, 『가족의 변화와 가족정책』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 김남일 외, 『인구이동과 농촌지역 인구 특성변화』, 『1995년 인구주택총조사 종합분석사업보고서』 통계청, 1997.
- 김승권, 『여성실직자 및 실직가정의 실태와 1999년 실업대책』, 여성실직자 및 실직가정의 실태와 1999년 실업대책세미나, 여성특별위원회, 1998③.
- _____, 『여성의 취업과 복지』, 『보건복지분야에 종사하는 여성발전방향』, 제3회 여성주간기념세미나, 보건복지부, 1998②.
- _____, 『최근 출산행태 및 가족주기 변화에 따른 정책과제』, 『보건복지포럼』, 통권 제18호, 한국보건사회연구원, 1998①.
- _____, 『출산력 저하에 따른 가족정책의 방향』, 『보건복지포럼』, 통권 제10호, 한국보건사회연구원, 1997.
- 김태현 외, 『시도별 장래인구추계』, 한국교원대학교 사회과학연구소, 1997.
- 김태홍, 『여성인구의 특성과 변화』, 『1995 인구주택총조사 종합분석사업보고서』, 통계청, 1997

- 김한경 외, 『한국 청소년들의 생식보건에 관한 연구(I)』, 한국인구보건연구원, 1988.
- 노동부, 『노동백서』, 1997.
- _____, 『매월노동통계조사보고서』, 1975, 1980, 1990, 1995, 1996.
- _____, 『임금구조기본통계조사보고서』, 1980, 1985, 1990, 1995, 1996.
- 대한가족계획협회, 『청소년상담실 활동사례집』, 1998.
- 문현상 외, 『1982년 전국가족보건실태조사보고』, 한국인구보건연구원, 1982.
- _____, 『도시화문제와 대책에 관한 국제비교 연구』, 한국보건사회연구원, 1992.
- _____, 『출산율 예측과 인구구조 안정을 위한 적정출산수준』, 한국보건사회연구원, 1995.
- _____, 『1985년 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국인구보건연구원, 1985.
- _____, 『1988년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국인구보건연구원, 1989.
- 변용찬, 『치매관리 Mapping 개발연구』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 보건복지부, 『보육사업지침』, 1997.
- _____, 『1998년도 가족보건사업지침』, 1998.
- 삼성경제연구원, 『일본의 사회보장제도』, 1996.
- 서미경 외, 『노인복지의 현황과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 서울특별시, 『서울시 사회복지 기초수요조사 및 정책연구』, 1997.

- 여성한국사회연구회 편, 『가족과 한국사회』, 경문사, 1997.
- 윤종주, 「우리 나라 가족주기형성 및 가족주기에 관한 조사연구」, 『인구문제논집』, vol.24, 1983.
- 이가옥 외, 『노인생활실태 분석 및 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 이동원, 「도시가족에 관한 연구 II」, 『논총』, 제3집, 이화여대 한국문화연구원, 1983.
- 이삼식, 「한국인의 혼인행태 분석」, 『한국인구학회지』, 제16권, 제2호, 1993, pp.84~110.
- 이현송 외, 『여성의 경제활동과 가족복지』, 한국보건사회연구원, 1996.
- 일본 총리부, 『사회보장통계연보』, 1996
- 장영식 외, 『신인구추계에 의한 인구규모 및 구조변동과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1996.
- 정기원 외, 『북한 인구의 현황과 전망』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 조남훈 외, 『인구규모 및 구조변동에 따른 정책과제와 대응방안』, 한국보건사회연구원, 1995.
- _____, 『1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 주왕기·김병민·박병윤, 『약물남용의 실태와 예방대책』, 한국약물남용연구소, 1992.
- 최양부, 『한국사회의 산업화와 전통농촌의 체계』: 한국농촌에 대한 인식의 틀을 위한 하나의 서론, 한국사회학, 제19집, 1985.
- 최재석, 「이촌과 친족의 변화: 한 촌락에서의 사례연구」, 『한국사회학』, 제21집(여름), 1987, pp. 215~240.

- 최진호·최병선, 『1990년 인구주택 총조사 종합분석사업』: 지역간 인구불균형 분포의 원인과 결과, 통계청, 1993.
- 통계청, 『고용구조통계조사보고서』, 1993.
- _____, 『경제활동인구연보』, 각 년도.
- _____, 『97 사망원인통계결과』, 1998.
- _____, 『97 인구동태통계결과』, 1998.
- _____, 『인구동태통계연보』, 각 년도.
- _____, 『인구주택총조사 보고서』, 각 년도.
- _____, 『인구주택총조사보고서』, 출산력편, 각 년도.
- _____, 『장래인구추이(1990~2021년)』, 1991.
- _____, 『장래인구추이(1996~2030년)』, 1996.
- _____, 『한국의 사회지표』, 1996.
- 한국개발연구원, 『산업구조의 장기변화와 중소기업의 발전방향』, 1997.
- 한국노동연구원, 『고용구조변화와 정책과제』, 1996.
- 한국보건사회연구원, 『전국출산력 및 가족보건실태조사』, 1974, 1984, 1987, 1990, 1993, 1996.
- 한남제, 『현대한국가족연구』, 일지사, 1988.
- 한성현·조남훈, 인공임신중절의 변동추이와 전망, 『한국의 출산력 변동과 전망』, 한국보건사회연구원, 1987.
- 한영자 외, 『영아사망수준과 원인에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1996.

- 한혜경 외, 『보육정책의 현황과 개선방안』, 한국보건사회연구원, 1996.
- 홍문식·오영희, 『인공임신중절의 변동추이』, 『1991 전국출산력조사특
별분석』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 홍문식·이임전·이상영, 『인공임신중절실태에 관한 연구』, 한국보건사
회연구원, 1990.
- 홍문식 외, 『1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사』, 한국보건사회연
구원, 1994.
- 21세기위원회, 『21세기의 한국』, 1997.
- 유엔개발계획, 『인간개발보고서』, 1997.
- Becker, G.S. and Lewis, H.G. *On the Interaction between Quantity and
Quality of Children*, *Journal of Political Economy*, March/April, 1973.
- Chai Bin Park, *Family Building in The Republic of Korea*, 1992.
- Cho, Lee-Jay, F. Arnold and T.H. Kwon. “The Determinants of fertility in
the Republic of Korea”. *Committe on Population and Demography
Report No. 14*. Washington, D.C. National Academy Press. 1982.
- Chung, Kyunghee and Meekyung Suh. *The Changing Structure of the
Korean Family and Policy Issues*, Korea Institute for Health and
Social Affairs, 1996.
- East-West Center, *Asia-Pacific Population and Policy*, No. 46, 1998.
- Gustafsson, Bjorn and N. Anders Klevmarken, *Taxes and transfers in
Sweden: Incentive effects on labour supply, Welfare and Work
Incentives*, ed. A.B. Atkinson and G.V. Mogensen, Oxford, 1993.
- Hohn C. Caldwell, Pat Caldwell and Peter F. McDonald, *Consequences of*

Low Fertility and Policy Responses, Background Paper, International Symposium on Population and Development Policies in Low Fertility Countries, KIHASA and UNFPA, 1998.

Hohn Coharlotte, "Population Strategies in Advanced Societies: Pronatalist and Migration Strategies", *European Journal of Population*, Vol. 3, 1987.

Korea Development Institute, *The Korean Economy 1945 ~1995: Performance and Vision for the 21st Century*. 1997.

Makoto Atoh, *Countries with substantially Below-Replacement Fertility: The Case of Japan*, International Symposium on Population and Development Policies in Low Fertility Countries, KIHASA and UNFPA, 1998.

McIntosh, C. Alison, "Low fertility and liberal democracy in Western Europe", *Population and Development Review* Vol. 7 1981.

Minja Kim Choe, *Consequences of Fertility Decline in The Republic of Korea: Policy Implication*, International Symposium on Population and Development Policies in Low Fertility Countries, KIHASA and UNFPA, 1998.

Population Reference Bureau, *World Population Data Sheet*, 1997.

Sam-Sik Lee, Cause of Death by Age and Sex: An Examination of the Pattern of Mortality in Republic of Korea, 1985, *Studies in African and Asian Demography*, *Cairo Demographic Center Monograph*, 18, 1988, pp. 603~642.

_____, "Determinants of Son Preference: the Case of Korea, 1985",

Cairo Demographic Center Research Monograph Series, 19:1004~1028, 1989.

_____, "Social and Demographic Implications of Sex Ratio at Birth", *Journal of SA* Vol 3, No. 1: pp. 157~186, National Statistical Office Korea, 1998.

United Nations, *The Sex and Age Distribution of the World Populations*, The 1996 Revision, 1997.

Zelinsky, "The Hypothesis of the Mobility Transition", *Geographical Review* 61, 1971.

□ 著者 略歷 □

• 趙南勳

美國 University of Pittsburg 行政學 碩士
日本 國立公衆衛生院 保健學 博士
韓國人口學會 會長(1992. 12~1994. 12)
現 韓國保健社會研究院 副院長

〈主要 著書〉

『1997年 全國 出産力 및 家族保健實態調查報告』, 1997. (共著)
『性比 不均衡의 變動推移와 對應方案에 관한 研究』, 1996. (共著)

• 文顯相

서울大學校 數學科 卒業
美國 University of Chicago 社會學 碩士
現 韓國保健社會研究院 研究委員

• 金勝權

美國 University of Hawaii 社會學 碩士
美國 University of Hawaii 社會學 博士
現 韓國保健社會研究院 責任研究員

• 李三植

카이로 UN 人口研修所 人口學 碩士
現 韓國保健社會研究院 責任研究員

• 吳英嬉

서울大學校 保健大學院 保健學 碩士
現 韓國保健社會研究院 主任研究員

研究報告書 98-02

最近의 人口動向과 對應戰略

1998年 12月 日 印刷 畝: 5,000원

1998年 12月 日 發行

著 者 趙南勳 外 4人

發行人 鄭敬培

發行處 韓國保健社會研究院

서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14

代表電話 : 02) 355-8003

登 錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)

印 刷 大明文化社

© 韓國保健社會研究院 1998

ISBN 89-8187-144-2 93330